Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

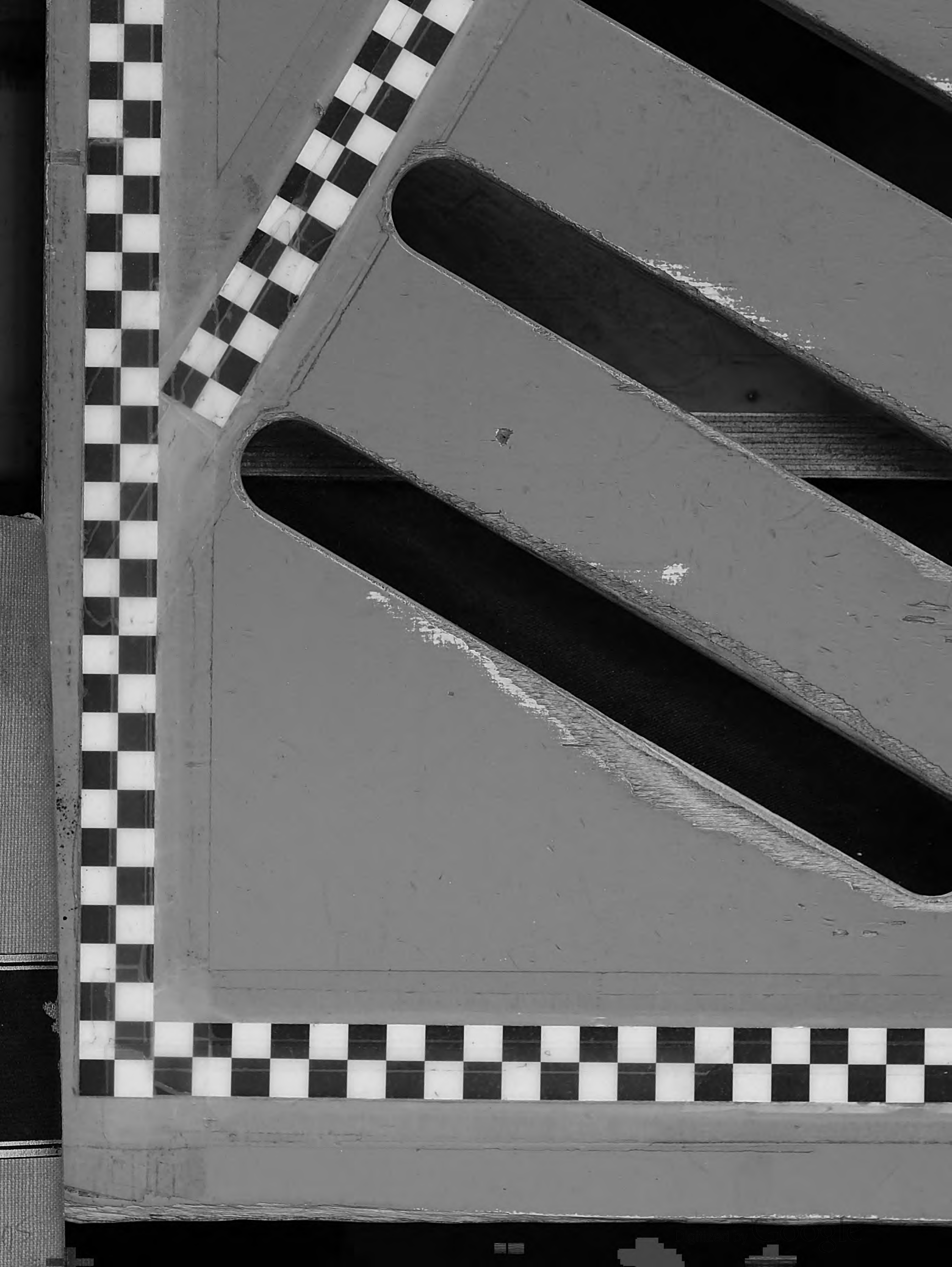
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

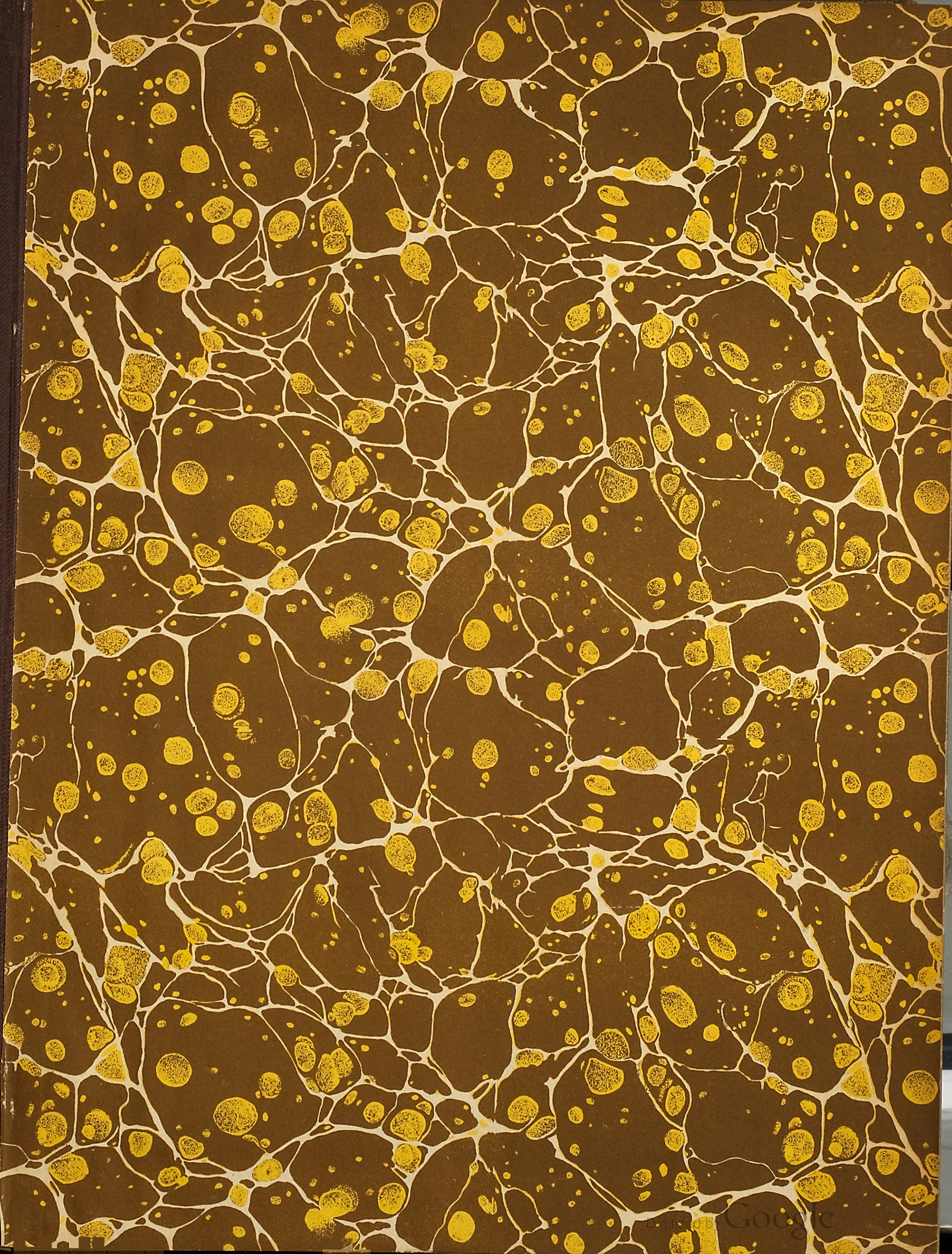
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



UNIVERSITY
OF FLORIDA
LIBRARIES

1853

The J. Hillis Miller
Health Center Library



DISCARDED BY
U.S.D.A. LIB.

1055
6
1482
161

Fortschritte der Medizin

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER

1926

Vierundvierzigster Jahrgang

BERLIN 1926
VERLAG: HANS PUSCH, BERLIN SW 48, FRIEDRICHSTRASSE 231

220518

DISCARDED U. S. D. A.

Originalmitteilungen.

Andersen, Ernst: Die Bedeutung der Ernährung für die Therapie 93
Basler, Adolf: Der Fuß des Menschen 623
Baum, Felix: Denver, das amerikanische Davos 748
Baumann, Max: Die Gefahren bei chirurgischen Eingriffen und ihre Bekämpfung 142
Birkholz: Weshalb soll die chirurgische Ausschälung der Gaumenmandeln nie ambulant vorgenommen werden? 191
Bischoff: Gedanken zur Behandlung Gelenkkranker 741
Blencke, Hans: Die chronischen Gelenkerkrankungen und ihre Behandlung 773
Blum, Robert: Ueber die Zisternenpunktion 147
v. Bokay, Johann: Ueber die Prophylaxe und Therapie des Scharlachs mittels des Dickschen Verfahrens 281
Bossert, Otto: Kritische Betrachtungen zur Spasmophiliefrage 1325
Braun, H.: Die tierexperimentellen Prüfungsmethoden der Wundantiseptika 291
Braun, Paul: Ovarialpräparate und Anaphylaxie 910
— Schema für pränatale Fürsorge; Richtlinien zum Gebrauch für Aerzte 1191
Breuer, F.: Willkürliche Formgebung nach Jüngling in der Röntgentherapie 1395
Brünnecke, Kurt: Die Wichtigkeit sowie die Technik der spezifischen Diagnostik und der spezifischen Therapie der okkulten Tuberkulose im Kindesalter 85
Brunzlow: Zur Frage der Gaumenmandelausschälung 466
Budde, Max: Ueber die Diagnose und Therapie der angeborenen praesakralen Geschwülste 600
Buttersack: Die Tragödie des Kulturumsturzes 240
— Psychologie des Aberglaubens 602
— Aerzte an die philosophische Front 681
— Zur Popularisierung der Heilkunde 817
— Neues vom Kreislauf 1330
Cohn, Siegfried: Das Leben als Synusie 1458
Conrad: Die Behandlung der Wehenschwäche 388
Günther, Conrad: Ueber Tuberkulose der Portio 549
David, Erich: Ueber die Pathogenese des Morphinismus und des manisch-melancholischen Irreseins, sowie über die Therapie beider Erkrankungen 198
Dresel, J. und Waltner, K.: Antirachitische Aktivierung unwirksamer Stoffe durch ultraviolette Strahlen 1045
Eberhartinger: 1915—1925. Zehn Jahre Kinderfürsorge der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien und der ihr angeschlossenen Fürsorgeaktionen 1016
Engelbrecht, Arno: Untersuchungen über den dosierten Valsalvaschen Versuch am gesunden Herzen 779
Erdmann, Hans: Zur Prophylaxe des Schnupfens und Erkältungskrankheiten 912
Errig, Wilh.: Die praktische Bedeutung von Stoffwechseluntersuchungen bei körperlicher Arbeit 637
Fischer, H.: Zur Impffrage 542
— Unbewußt oder unterbewußt? 977
Flesch, Max: Aerztliche Sexualberatung 1431
Forster: Zur Behandlung des Diabetes mellitus 877
Freise, R.: Die Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung der Insulintherapie 1
Froeschels, Emil: Pathologie und Therapie der Stimme und Sprache 1355
Funck, C.: Okkulte Dyspepsien 385
— Ueber die antiallergische Behandlung der Hypertonie und Arteriosklerosekrankheiten 1047
Galant, Johann Susmann: Der Mongolismus. Die mongoloide Idiotie, das Mongoloid, das Pseudomongoloid, mongolischer u. Kalmückentypus 805
Galant, Johann Susmann: Encephalitis lethargica. Beschreibung eines Falles und Schlußfolgerungen 1225
Goldmacher: Kasuistik und Statistik der Tumoren der männlichen Brustdrüse 1427
Gerbis: Meldepflichtige Berufskrankheiten 45
Glaser, F.: Der heutige Standpunkt der Vagus und Sympathicustherapie 11
Göbell, Rudolf: Was leistet die chirurg. Therapie der Obstipation 1226
Gohrbandt, E.: Hautplastikmaterial 455
Gottesleben, A.: Hallux-valgus-Operationen 1460
Gretsel, H.: Gegen die Tuberkulose 781
Grünewald, Max: Die „Gesolei" in Düsseldorf 466
Grueter, H. A.: Diagnostische Irrtümer in der Appendizitis 1323
Haber, Toni: Eheberatung und Nervenkrankheiten 1429
Hahn, Benno: Die Kausalbehandlung der Neurosen und neurotischen Symptome durch Psycho-Katharsis 283
— Die Psychogenese gynäkologisch-sexueller Symptome und deren psycho-therapeutische Behandlung 676
Heinicke: Enzephalitiker-Zentralen oder nicht? 1258
Heinlein, Friedrich: Kjellandzange und praktischer Arzt 713
Hesse, E.: Die Behandlung der Lues in ihren verschiedenen Formen mit Impfmalaria 671
Heymann, Kurt: Ueber den Ehekonsens an spätlatente Luetiker 1013
Hilgermann: Spezifische Vakzinetherapie und unspezifische Reiztherapie 1455
Hoffstaedt, Ernst: Der heutige Stand des Scharlachproblems 1256
Jahn, Helmut: Ueber sekundäre Hautkarzinose 599
Jankowsky, W.: Die Bedeutung des Pankreas für den Wasserhaushalt 540
— Zur Herzphysiologie am Krankenbett 873
Kafemann, R.: Ueber Alkoholentwöhnung und Dicodidgewöhnung 880
Kalischer, S.: Ueber ein neues Krankheitsbild (Radio-Manie) 238
— Zur Frage der sexuellen Aufklärung 680
Kantorowicz, M.: Die Psychologie der Mediziner 789
Karehnke, Gerhard: Ueber Sportverletzungen 634
Kayser, Curt: Die Kalktherapie in Theorie und Praxis 1011
Keller, Arthur: Die Beurteilung der körperlichen Entwicklung nach Zahlen. Eine Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz 782
Keller, Emmy: Sitten und Kriminalität in U. S. A. (Nach Weefare Magazine, 17. Januar 1926.) 915
Kirschmann, Kurt: Ganzbestrahlung mit Röntgenstrahlen 709
— Ueber die urologische Röntgendiagnostik in der ambulanten Praxis 814
Kimmerle, Adolf: Ueber einen Fall von Serumkrankheit nach Erstinjektion 711
Koch, Konrad: Mehr Frühoperation bei Appendizitis! 1328
König, E.: Ueber Entwicklung und heutigen Stand der Magengeschwürchirurgie 327
Kosminski, E.: Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität unter Berücksichtigung der neueren Forschung 943
Kott, B.: Zur Behandlung akut perforierter Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre 1185
Kottmaier, Elsa: Varizenbehandlung in der Praxis 151
Kottmaier, Jean: Röntgenfortschritte in Diagnostik u. Therapie 57, 837
Krause, Paul: Sparsame, sachgemäße Behandlung von akuten Erkrankungen der Atmungsorgane 1289
Kreß, H.: Die „Nervösen" der Sprechstunde 515
Kroschinsky, Ernst: Angina pectoris 526
Krug, Otto: Können bei der Entstehung der inneren malignen epithelialen Geschwülste auch exogene Reize mitsprechen? 844
Kuhn, Robert: Zu den Mitteln der Wiederbelebung Neugeborener 102
Laquer, Fritz: Versuche zur Isolierung des Hormons aus dem Epithelkörperchen. Stand der Forschungen und ihre Bedeutung für die Praxis 387

NOV 2 1 1930

Laquer, W.: Zur Diagnose der Aortitis luica 743
Latten, Wolfgang: Beitrag zur Kenntnis der Querfortsatzfrakturen 1190
Laubenheimer: Ueber neuere Methoden zur Serodiagnose der Syphilis 50
Lebermann, Ferdinand: Ueber die röntgenologische Darstellung der Gallenblase 531
Levy, Margarete: Betrachtungen über Psychotherapie bei Lungentuberkulösen 972
Litzner, Stillfried: Vergleichende klinische Untersuchungen über die Indikan- und Uroroseinreaktion im Harn 542
Lörcher, W.: Die unspezifischen chronischen Arthritiden und ihre Behandlung 593
Lustig, Walter: Das Berufsgeheimnis 912
— Approbation sowie ärztliche Bezeichnungen in dem in Aussicht genommenen Strafrecht 1084
— Die Beurteilung des ärztlichen Eingriffs, der Euthanasie und der ärztlichen Hilfe beim Zweikampf nach dem geltenden und dem in Aussicht genommenen Strafrecht 1293
Malten, Hans: Das Licht-Pigment 153
Marcuse, Gotthelf: Ueber Indikationen und Dosierung der natürlichen Kohlensäurebäder 236
Martins, Heinrich: Die Entstehung u. Behandlung der gynäkologischen Gebärmutterblutungen 457
Mayer, Max: Oesophagoskopie und Botulismus 1255
Meesmann, A.: Die klinische Bedeutung der Mikroskopie des lebenden Auges an der Gullstrandschen Spaltlampe 137
Münch, H., und Oles, J.: Beiträge zur Purpurafrage. 1. Purpura bei Tuberkulose; 2. Purpura bei Lues 815
Münzer, Arthur: Probleme der Organtherapie 537
— Die beschränkte Lebensdauer der weiblichen Keimdrüse 876
— Zur Frage der Serumtherapie bei Basedow und Akromegalie 1007
— Keimdrüsenpräparate 1083
Naujoks, H.: Die praktische Bedeutung der zeitlich begrenzten Sterilisierung der Frau 133
Neter, Eugen: Zur Vitaminfrage 907
Niedermeyer, Albert: Zur Kritik der Rassenhygiene, insbesondere der eugenetischen Indikationen zu ärztlichen Eingriffen 227
Nourney: Vakzinale Allergie und Immunität als Grundbau zum Aufbau der Eigenblutbehandlung 679
Nüssel, Kurt: Leibesübungen und Kinderfürsorge 627
Ockel, Gerhard: Die praktische Bedeutung der Bluttransfusion 705
Orso, Emerich J.: Zur Therapie der Gonorrhoe 845
Pfaffenholz, Walter: Zur Reaktion des Blutes auf Reizkörpertherapie 101
Pick, Ernst: Der künstliche Pneumothorax 908
Pogorschelsky, Herbert: Die Trockenmilch und ihre Verwendung in der Säuglingsernährung 529
Rabinowitsch-Kempner, Lydia: Ueber neuere Streptokokkenuntersuchungen 18
— Die Uebertragung der Tuberkulose durch Haustiere 1398
Reiche, A.: Bluttransfusionen im Kindesalter 188
Rey, Josef: Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung nach Ablauf des akuten Stadiums 935
Röber, W.: Die klinische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in der Gynäkologie 674
Schall, L.: Indikationen zur Behandlung mit Röntgenstrahlen im Kindesalter 940
Schiff, E.: Ikterus als führendes Symptom bei Erkrankungen des Kindesalters 969
— Erkrankungen der Harnorgane im Kindesalter 1219
Schiessl, M.: Ein Beitrag zur Therapie der Ischias, namentlich ihrer chronischen Formen 598
Schindler: Der ärztliche Ehekonsens 807
— Zu Kurt Heymanns Ehekonsens an spätlatente Luetiker. Eine Antwort auf seine Fragen 1085
Schlapper: Die Chemotherapie der Lungentuberkulose 183
Schlenck, Alfred: Bockscher Nachweis der Hormone im Blute 140
Schneider, Carl: Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Encephalitis epidemica 193
v. Schnizer: Moderne medizinische Probleme bei Plato 102
— Die Anwendung der modernen Philosophie in der heutigen Medizin 881
— Das Problem der Zeugenschaft 945
Schultz, J. H.: Aktuelle Fragen der Psychotherapie 285
Schwarze: Ueber lokale Behandlung des Keuchhustens 1014
Siebert, Kurt: Die entzündlichen Erkrankungen im Bereich des Schultergelenkes 509
Siegmund, Arnold: Ueber die Arbeit des „Unbewußten" im Abwehrkampf gegen Krankheitserscheinungen, erläutert an einem Falle von Asthma 778
v. Soos, Aladar: Die Diätküche im Dienste der Klinik 784
Spaar, R.: Die Behandlung der progressiven Paralyse (Gehirnerweichung) mit Malaria 869
Steinberg, Ulrich: Ueber das Ulcus ventriculi und duodeni, zugleich ein Beitrag zur Gerhardtschen Argentum-nitricum-Therapie 185
Steinbrinck, Walther: Ueber Insulinersparnis durch zeitlich verschobene Verabreichung 847
Strahlmann: Zur Frage der „Mineralisierung" der Tuberkulose 1008
Strauß, H.: Diagnostik und Therapie der Fistula gastro-colica 53
Vaubel, W.: Die immer mehr zunehmende Erkenntnis der Diphtherie als allgemeine Volkskrankheit 903
Vulpius, O.: Die kombinierte Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 589
Wexberg, Erwin: Der heutige Stand unserer klinischen Kenntnisse von der multiplen Sklerose 95
Ziegelroth, P.: Ueber Vitamine und eine einfache Art, besonders vitaminreiche Suppen und Speisen herzustellen 54
Zwerg, H.: Die praktische Bedeutung der Blutsenkungsreaktion 464
— Die Chemotherapie der Lungentuberkulose 673

Originalberichte von Kongressen und Versammlungen.

Deutsche Gesellschaft f. Innere Medizin, Wiesbaden, 12.—15. April 391
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie in Berlin vom 7.—10. April 394
Röntgenkongreß 405
Erster allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden vom 17.—19. April 1926 408
Deutscher Verband für Schulkinderpflege 683
Die Tuberkulosetagungen in Honnef und Düsseldorf 716
Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge in Nürnberg vom 27. bis 29. Mai 1926 751
89. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf
Kinderheilkunde 1050
Röntgenologie 1050
Dermatologie 1052
1056
Geburtshilfe und Gynäkologie 1088
Deutscher Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen in Düsseldorf am 24. und 25. September 1926 1092
89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf vom 19. bis 25. September 1926 1117, 1149
Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Düsseldorf vom 24. bis 26. September 1926 1120
Deutsche Gesellschaft für Urologie 1124
Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin vom 13. bis 16. Oktober 1926 1154
I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung (Berlin 10.—16. Oktober 1926) 1157, 1193, 1230
Tagung der Süd- und Westdeutschen Röntgengesellschaft in Frankfurt a. M. am 6. und 7. November 1926 1262

Beispiele fachärztlicher Gutachten.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg von Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. von Schnizer.

Dienstbeschädigung für Diabetes und Tuberkulose abgelehnt 241
Ursächlicher Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod bei Tuberkulose nicht anerkannt 543
Dienstbeschädigung für multiple Sklerose und Lungentuberkulose angenommen 714
Dienstbeschädigung für multiple Sklerose und Lungentuberkulose nicht angenommen 715
Fachärztliches Gutachten über den Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung bei F. K. (Zimmermann) 786
Dienstbeschädigung für ein Magengeschwür nicht angenommen 787

Zusammenhang zwischen Tod infolge Herzschwäche und Dienstbeschädigung durch Verwundung angenommen 787
Zusammenhang zwischen Ertrinken und Dienstbeschädigung abgewiesen 788
Dienstbeschädigung für Tuberkulose angenommen 789
Dienstbeschädigung für Lungenkrebs abgelehnt 977
Rentenerhöhung wegen Herzschwäche abgelehnt 1017
Dienstbeschädigung für Arteriosklerose anerkannt 1086
Dienstbeschädigung für einen Herzfehler abgelehnt 1087
Dienstbeschädigung für Tuberkulose abgelehnt 1228
Dienstbeschädigung für Lungentuberkulose abgelehnt 1229
Zusammenhang zwischen D. B. und Tod (Magengeschwür, Krebs?) nicht anerkannt 1260
Dienstbeschädigung für einen Krebs der Bauchspeicheldrüse abgelehnt 1359
Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und angeblicher Sepsis abgelehnt 1360

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Von Dr. J. Frankfurter, Leipzig.

Die Verantwortlichkeit der Krankenanstalten 200
Haftet der Inhaber einer Heil- und Kuranstalt für die eingebrachte Garderobe? 390
Die Haftung für die in öffentlichen Krankenanstalten zugefügten Körper- und Gesundheitsschäden 682
Die Versorgungsansprüche des Arztes in beamteter Stellung 750
Die Aufnahmepflicht in die ärztlichen Berufsverbände 849
Ist für eine Privatheilanstalt die Bezeichnung Stadtsanatorium zulässig? 916
Die Verantwortlichkeit bei falscher Arztbehandlung 1048
Die Gutachtertätigkeit des Arztes und ihre Bedeutung in Streitsachen 1160
Ist die Ausübung der Heilkunde ein steuerpflichtiges Gewerbe? 1261
Ist die Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln mit der Arztpraxis vereinbar 1361

Referate

Siehe Sachregister.

Therapeutische Mitteilungen.

Alexander, Alfred: Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea 324
Basch: Erfahrungen mit Dilaudid, einem neuen Morphiumderivat 622
Basigkow, Paul: Ein Beitrag zur rationellen Jodtherapie 769
Bickel, A.: Staatlich Oeynhausener Salz-Seifencreme 43
Boegel, Karl: Cardiazol, ein neues Analeptikum 669
Braun, Walter: Beiträge zur Fluortherapie unter besonderer Berücksichtigung der Granugenol-Kapseln (Knoll) 1081
Brecher, B.: Ein Beitrag zur Fluortherapie mit „Dermatina“ 1183
Campe: Ueber Allional 669
Colman, James: Zur Kalktherapie. Erwiderung auf die Veröffentlichung des Herrn Conrad: Klinische Erfahrungen mit Cardiazol 275
Dahmer: Zur Vermeidung des Nachschmerzes bei Operationen 587
Dreuw: Ueber wirkliche Vibrationsmassage. Neue Wege und Heilresultate durch eine neue Technik 321
Durand, A.: Elixir Cigli bei Arteriosklerose und Hypertonie 506
Durand, A.: Zur Frage der Dysmenorrhoe-Therapie 1115
Engelen, P.: Die Kapillarmikroskopie in der ärztlichen Praxis 1182
Erdmann, Hans: Zur Therapie schmerzhafter Neuritiden, speziell des Nervus ischiadicus 740
— Ichthyolinjektionen als milde Reiztherapie bei chronischen, entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen 1043
Fischenick, M.: Experimentelle Ergebnisse einer Haustrinkkur mit Salzschlirfer Bonifazius-Brunnen 1043
Freund, Hugo: Zur Chemotherapie der Lungentuberkulose 868
Friedländer, Rolf: Der Ausnutzungswert der Stützmittel für Training und Wettkampf 1251
Fuchs, Hans: Ueber ein „konzentriertes Eiweiß-Fleisch-Präparat“ deutscher Provenienz als Kräftigungsmittel 1115
Gaschke, Rudolf: Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Noctal 867
Goldstein, Otto: Erfahrungen mit Lyssia-Salbe in der Chirurgie 1389
Gradenwitz, Alfred: Eine neue Form der Diathermie zur Heilung von Röntgenkrebs 740
Granzow, Gerhard: Zur Behandlung der chronischen Obstipation 1254
Grossmann, W.: „Gastrovit“, ein neues Mittel zur Behandlung der Hyperacidität und Hypersekretion des Magens 453
Günther, Otto: Arzneischaum-Therapie bei Hyperacidität 181
Gutzmann: Beitrag zur Behandlung des Fluor 867
Hajnal, Georg: Olobintin-Therapie 669
Halir, Otto, und Kissoczy, Stefan: Einige Erfahrungen mit Introcid bei bösartigen inoperablen Geschwülsten 1390
Hautsch: Zur Therapie der Darmerkrankungen 383
Hellstern, Erwin P.: Therapeutische Beeinflussung grippöser Erkältungskrankheiten mittels Arcanol 967
Hirsch, Alfred: Die Güte des Neosalvarsans und der ausländischen synonymen Präparate 275
Hirsch, Rahel: Ueber Intestinol 1006
Hötzl, Hans: Grippe-Kupierung durch Quinisal 451
Isaak: „Uvalysat“, eine Bereicherung des urologischen Arzneischatzes 507
Kamprath: Ueber die Behandlung funktioneller Sexualleiden mit Organo-Total-Präparaten 452
Kamprath: Beobachtungen über ein neues Heilmittel bei Pertussis 968
Katsube: Klinische Mitteilung über Clauden 621
Katz, R.: Ueber Eau de Cologne-Narkose 384
Katz, Rudolf: Compral, ein neues Analgeticum 703
— Erfahrungen mit einem neuen Analgetikum, Dormalgin 1182
Kayser, Curt: „Zur Kalktherapie in Theorie und Praxis“ in Nr. 25 dieser Zeitschrift 1254
Kiepke, H.: Der Polymorphismus des Syphiliserregers und die darauf aufgebaute Behandlung d. Syphilis u. ihrer Folgeerscheinungen 277
Kolb, G.: Einige Erfahrungen mit Pituigan 1115
Kollmann, Albert: Ueber Cardiazol in der Kinderpraxis 621
Krebs: Ein bewährtes Hyperämiemittel (Analgit) im Lichte neuerer Forschungen 1253
Kuhn, Robert: Die Fermenttherapie der Zuckerkrankheit im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten mit Diät, Proteinpräparaten und Insulin 449
Kühnast: Ueber die Behandlung von Grippeerkrankungen mit Arcanol 279
Kuznitzky: Preß-Kaustik 1006
Lebermann, Ferd.: Klinische Erfahrungen mit Becholin 703
v. Lebinski: Cardiazol 225
Loeben, E.: Zur Behandlung der Schlaflosigkeit verschiedenster Genesen mit Paranovol 1181
Loew, Makoto: Ausgleich der Unterwertigkeit gekochter Milch, be-
Inhaltsvezreichnis 5
sonders im Falle künstlicher Säuglingsernährung 1321
Loew, Oscar: Vitamine und Kalkstoffwechsel 1387
Malten, Hans: Fortschritte in der Inhalationstherapie 803
— Die Jupiterlampe 834
— Physikalische Behandlung der perniziösen Anämie 901
Mandl, Rudolf: Beiträge zur teledynamischen Wirkung einiger Derivate von Pix Liquida 667
Mosse, Karl: Ueber die Behandlung der Pertussis mit Emulgenol 1321
Mottek, Franz: Zur Magen-Darm-Therapie 1322
Münzberg, A.: Neuramag bei Sumpffieber 1321
Munzel, Albert: Ueber die therapeutische Einwirkung des Bromtropon 769
Oles, J.: Ueber Salabrose, ein neues Ersatzkohlehydrat 835
Paulsen, Ernst: Derivatorische Schmerzbehandlung bei Lungentuberkulose 1391
Pinner, Rudolf: Ueber Orexin und seine Brauchbarkeit in der Praxis 1288
Planer: Ein neues Grippemittel 226

Ravoth: Ueber Isacen „Roche", ein in kleinsten Mengen wirksames Laxans 739
Reicher, K.: Weitere Erfahrungen mit Gallophysin 1392
Reschreiter, Carl: Ist eine Immunisierung der malignen Tumoren möglich und besteht dadurch Heilungsmöglichkeit?. 663
Sauer, Walter: Klinisches und Experimentelles über das blutherabsetzende Mittel „Depressin" 1218
Schede: Desitin-Salbe (Wund- und Brandsalbe) in der Kinderheilkunde 225
Schiller, Gotthard: Mitteilung eines durch dreimalige intravenöse Gaben von Introcid günstig beeinflußten Falles leichter Sepsis 1005
— Erfahrungen mit Vibeta Nr. 1
Schindler: Die Hyperämie-Behandlung der Haut und der Organe mit dem Heißluft-Universalapparat für Osramlampen hoher Wattzahl 1217
Schledermann, Erich: Die Röhmschen Enzympräparate in der Wundtherapie des Praktikers 1252
Schlemmer, Adolf: Ueber Behandlung des Fluor albus mit Granugenol (Knoll) — 587
Schmeidler, Heinz: Zur Frage der internen Aknebehandlung 181
— Proteinkörper-Therapie und Protasin 668
Schmidt, Otto: Wie sind Allgemeinreaktionen und Herdreaktionen bei Anwendung von Novantimeristem (Schmidt) zu beurteilen 127
Semon: Zur Anwendung der Laminariastifte, besonders der sterilen gebogenen nach Mitscherlig. **1081**
Simons, Dolf: Beitrag zur Geschichte der Fluorbehandlung **383**
Strahlmann: Zur Frage der „Mineralisierung" der Tuberkulose **738**
Strahlmann: Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk- und Kieselsäure-Injektionen **1387**
Thoma: Ueber Dermaprotin bei Rheumatismus **901**
Thoenes, F.: Klinische Erfahrungen mit Scillaren **1389**
Treu, Rudolf: Die Behandlung der Grippe mit „Sanivalen" **506**
Trokanowski, A.: Zur Behandlung anämischer Zustände **1287**
Vermehren, W.: Beitrag zur Behandlung der Skrofulose **772**
Visioli: Catamin bei Behandlung der Krätze **43**
Waldenburg, Siegfried: „Oskalson", ein neues Kalkpräparat für die gynäkologische Praxis **1005**
Westmann, Stephan: Enterale Therapie in der Frauenheilkunde mit Hydrolysaten aus tierischen Organen und tierischem Eiweiß **588**
Wimmer, Helmuth: Die Yatren-Casein- und Neuro-Yatrenbehandlung in der Landpraxis **737**
Wolff, Richard: Die Wirkug der Radium-Linnen **1181**
Zickgraf, G.: Ueber anorganische Reiztherapie bei der Tuberkulose **223**
Ziller, Hans: Erfahrungen mit Telatuten **833**

LIBRARY
RECEIVED
1927
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 u. 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6.– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7.– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter und National-Bank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

SACHREGISTER DES JAHRGANGES 1926

Digitalis-Exclud-Zäpfchen

Literatur:

Prof. Dr. S. G. Zondek (Charité, Geh. Rat Kraus), Klin. Woch. Nr. 28, 1925: „Ueber Erfahrungen mit der rectalen Digitalistherapie."
Dr. Haeberlin, Chefarzt des städtischen Krankenhauses, Bad Nauheim: „Die Therapie der Herzkrankheiten."
Cohen, Dissertation: Berlin, „Ueber rectale Digitalistherapie."
Dr. R. F. Weiß, leit. Arzt des Grunewald-Sanatoriums, Berlin-Grunewald: „Klinische Erfahrungen mit Digitalis-Exclud-Zäpfchen."
Dr. P. Engelen, Marienhospital, Düsseldorf, Die Medizinische Welt Nr. 3, 1927: „Zur Behandlung der Extrasystolie."

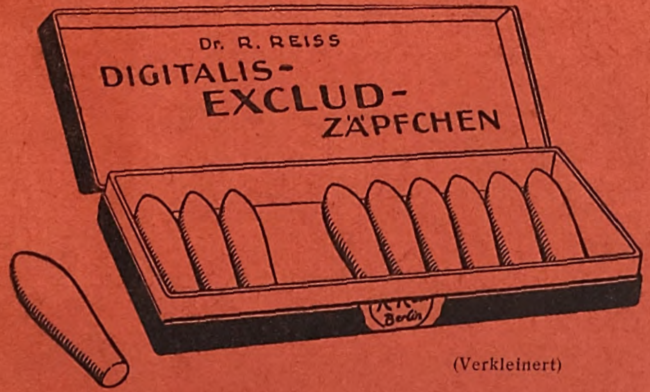
Jhre Digitalis-Exclud-Zäpfchen haben hinsichtlich der Digitalis-Wirkung allen Erwartungen entsprochen. Bei chronischer Digitalis-Therapie und allabendlicher Einführung eines Exclud-Zäpfchens ergibt sich außerdem die Leichtigkeit des morgendlichen Stuhlganges als besonderer Vorteil, der für alle Herzkranken erwünscht, für fortgeschrittene Arteriosclerotiker direkte Lebensnotwendigkeit ist. **Dr. B. in N.**

Jch habe mit Digitalis-Exclud-Zäpfchen bei schweren dekompensierten Vitien, die durch schwere dyspeptische Zustände kompliziert waren und die Digitalis per os nicht vertragen, vortreffliche Erfahrungen gemacht, so daß ich von Digitalisklysmen vollkommen absehen konnte und meine Zuflucht zur intravenösen Therapie nicht zu nehmen brauchte. Die Wirkung war eklatant und für mich sehr überraschend. Die Leichtigkeit der Applikation, die Umgehung des Magens und der gute therapeutische Effekt sichern den Digitalis-Exclud-Zäpfchen eine gute Zukunft. **Dr. K. in B.**

Vor 8 Tagen kamen mir zufällig Digitalis-Exclud-Zäpfchen in die Hände. Jch wandte sie sofort bei einem Fall von Aortensclerose, Myodegeneratio cordis mit schweren Stauungserscheinungen an und erzielte einen sieghaften Erfolg. Patient vertrug keine perorale Anwendung, intravenöses Digipurat ließ Patient sich nicht spritzen. **D. H. in M.**

Wir haben uns bei einer Reihe von dekompensierten Herzkranken von der guten Wirkung und Resorption Jhrer Digitalis-Exclud-Zäpfchen überzeugt. Gerade bei Stauungen im Pfortadersystem, wobei Digitalis vom Magen aus schlecht wirkt und leicht dyspeptische Beschwerden hervorruft, sahen wir volle Wirkung und gute Verträglichkeit. **Prof. Dr. M. in K.**

¹/₁ Schachtel (10 Stck.) M. 2.50, KP. (6 Stck.) M. 1.50



(Verkleinert)

Jhre Digitalis-Exclud-Zäpfchen habe ich mit gutem Erfolg bei cardialen Stauungszuständen mit Leberstauung angewandt. Es gelang mit diesem Mittel häufig noch eine gute Digitaliswirkung, vor allem auch eine ausreichende Diurese zu erzielen. **Dr. A. in B.**

Digitalis-Exclud-Zäpfchen haben in ca. 12 Fällen bei verschiedenen Herzerscheinungen wie Vitien, Collapserscheinungen, Zirkulationsinsufficienz usw. ganz hervorragende Dienste geleistet, so daß ich das Präparat in meiner Praxis nicht mehr entbehren möchte. **Dr. W. in B.**

Literatur und Proben.

Bei Kassen zugelassen!

Dr. R. Reiss
Rheumasan- und Lenicet-Fabrik
Berlin NW 87/Fm.

Homöopathie Madaus

in plombierten Originalabfüllungen.

Verlangen Sie das neue Taschenrezeptierbuch sowie Proben gratis von

Dr. MADAUS & Co., Radeburg, Bez. Dresden, F. 5.

Telegr.: Madaus, Radeburgbezdresden
Fernruf: 39, 112

FILIALEN:

Berlin C. 2, Burgstr. 27, Fernruf: Norden 10436.
Stuttgart, Eberhardstr. 4c, Fernruf 28134.
Bonn a. Rhein, Simrockstr. 20, Fernruf 3310.
Dudweiler, Saarbrückerstr., Fernruf 2215.
Amsterdam, Ruysdaelstr. 67/71, Fernruf 28 358

Oskalson

Drops und Pulver

Für die Kalktherapie

Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G.m.b.H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

Sanatogen

Seit 25 Jahren bewährt als zuverlässiges **Tonikum und Roborans** in allen Fällen, die einer schnellen und nachhaltigen **Kräftigung des Organismus** bedürfen. Verbilligte Kassenpackungen zu 50 und 100 g.

Cystopurin

(Hexamethylentetramin + Natriumacetat), bewährtes, zuverlässiges Harndesinfiziens mit erhöhter diuretischer Wirkung. Vollkommen reizlos gegenüber Nieren und Verdauungsapparat, daher auch in höherer Dosierung besonders geeignet zur **Dauerbehandlung.**

Kalzan

(Calcium-natrium-lacticum), Kalkpräparat nach den Proff. Emmerich und Loew mit experimentell bewiesener, sehr guter **Kalkretention.** Verbilligte Kassenpackungen zu 45 Tabletten und 100 g in Pulver.

Formamint

zu Therapie und Prophylaxe **sicheres Desinfiziens für Mund und Rachen.** Bequemer im Gebrauch und nachhaltiger in der Wirkung als Gurgelungen. Kassen-Kleinpackung als Röhrchen mit 20 Tabletten.

Jodomenin

(Jodwismuteiweiß), Jodpräparat von milder und doch sicherer Jodwirkung; Jod wird erst im Darmsaft abgespalten, daher **kein Jodismus.** Besonders für die Kinderpraxis geeignet.

Apyron (Kerne)

(Acid. acetylosalic. cum Calc. carb.). Prompt wirksam. Durchaus reizlos. Vollkommen haltbar.

Von vielen Kassen zugelassen — Literatur und Muster kostenlos und unverbindlich.

Bauer & Cie., Sanatogenwerke Johann A. Wülfing, Chem. Fabrik
Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Sachverzeichnis

Bei Originalartikel sind Name des Verfassers und Seitenzahl,
bei therapeutischen Mitteilungen ist die Seitenzahl fett gedruckt.

Aal, Extrakt. (Noyes, Lorbeerblatt, Falk) 1244.
Abbau-Neurosen (Moser) 1204.
Abderhaldenprinzip (Loeschke und Lehmann-Facius) 1165.
Abderhaldensche Reaktion (Grote) 602.
— (Lüttge und v. Mertz) 296.
— (Meesa) 343.
— (Schnupp) 685.
— (Schugt und Brühl) 1332.
— interferometrische Methode (Kaufmann) 918.
Abdomen s. Bauch
Abdominale Gleichgewichtsstörung (Fraikin) 33.
Abdominoskopie (Nadeau und Kampmeier) 178.
Abduktion, angeborener Defekt (Gifford) 264.
Aberglauben, Psychologie **(Buttersack) 602.**
Abessinien, ärztliches aus (Fuchs) 1166.
Abgase, Gehalt an Salzsäure (Schröder) 1062.
Ablauf des Lebens (Fließ) 222.
Ablepharia (Derkač) 477.
Abort (Sternberg) 1019.
— (Winkler) 166.
— Aetiologie (Macomber) 176.
— auf dem Lande (Genss) 735.
— Einleitung (Eden) 928.
— Einleitung des künstlichen (Opitz, Höhne, Stickel, Halban, Fleischmann) 546.
— fieberhafter (Clauser) 342, (Lüttge) 106.
— fieberhafter, Virulenz der Streptokokken (Küstner) 312.
— Gasbrandembolie (Strassmann) 689.
— in der russischen Sowjetrepublik (Genss) 898.
— intraperitoneale Blutung (Downing) 616.
— konservative Drainage des fieberhaften (Schwarz) 688.
— krimineller (Bloch) 1337.
— krimineller (Hulst) 350.
— krimineller (Martin) 473.
— krimineller (Schneider) 247.
— krimineller (Wachenfeld) 166.
— krimineller, Tetanus puerperalis (Schneider) 64.
— künstlicher (Altmann) 1454.
— künstlicher (Falk) 473.
— künstlicher (Naujoks) 1089.
— künstlicher (Pankow) 642.
— künstlicher (Sarwey) 166.
— künstlicher (Scheuner) 332.
— künstlicher (Süßmann) 473.
— künstlicher (Winter) 320.
— künstlicher, im neuen Strafgesetzbuch (Winter) 603, 724.
— Legalisierung (Feld) 1128.
— legalisierter (Engelsmann) 341.
— Luftembolien ins Gehirn (Burgerhout) 1030.
— nach Operationen an Schwangeren (v. Varo) 954.
— -psychose (Galant) 158.
— septischer (Keßler) 1366.
— -Statistik (Nevermann) 1366.
— -Statistik des legalisierten (Niedermeyer) 688.
— therapeutischer (Aza) 357.
— therapeutischer (Fruhindholz) 32.
— therapeutischer (Pujinda) 253.
— -Therapie (Sellheim) 332.
— -Therapie, aktive (Kottlors) 1170.
— -Therapie, Anästhesie (Gellert) 557.
— Therapie des fieberfreien (Gerstmann) 558.
— bei Tuberkulösen (Pissavy und Lejard) 1447.
— -Verletzung (Schreiner) 688.
— verschleppter tubarer (Rissmann) 754.
— -Verwachsungen in der Cervix uteri (Müller) 953.
— Zunahme des kriminellen (Lonne und Grotjahn) 1352.
Abrotanum (Taube) 1305.
Absatz beim normalen Schuh (Meyer) 649.
Absaugeinstrument (Richter) 917.
Abszesse, Psoasabszesse, Röntgensymptom (Barsony und Polgar) 726
— späte in postoperativen Narben (Fischer und Stone) 730.
Abszeß, chronischer Zungen- (Baggio) 217.
— kalter (Krutzsch) 820.
— peritonsillärer (Claus) 641.
— Pottscher (Willis) 1318.
— subphrenischer (Eachern) 1318.
Abszesse, Resorptionsgeschwindigkeit aus kalten (Starlinger u. Urbanek) 1405.
Abtreibung s. Abort, krimineller
Abweichreaktion, spontane (Hoff und Schilder) 1300.
Acanthosis nigricans (Archambault) 368.
— nigricans (W. Jadassohn) 347.
Acene conglobata (Hoffmann) 347.
Acetabulum (Davidson) 435.
— zentrale Fraktur (Boorstein) 430.
Acetessigsäure, Abbau durch Kolibazillen (Weiss und Pogány) 980, 1441.
— Oxydation (Clutterbucke und Raper) 1310.
Acetonbestimmung in der Ausatmungsluft (Roth) 264.
— mit Hydroxylaminsalzen (Pittarelli) 358.
Acetonitrilresistenz von Mäusen (Hansen) 1363.
Acetonkörper (Weiss) 1363.
Acetonkörpergehalt des Blutes während der Schwangerschaft (Bokelmann, Bock und Rother) 162.
Acetonmethylenblau — Methylenazureosinlösung (Proescher und Arkuß) 434.
Acetonurie (Adlersberg und Porges) 1164.
— postoperative (Waller 1098.
— während der Schwangerschaft (Kleesattel) 344.
Acetylarsan (Pautrier) 115.
Acetylarsaninjektionen (Lassueur) 169.
Acetylcholin (Loewi und Navrath) 545.
— (Voss) 1101.
Acetyl-Cholincontractur des Kaltblütermuskels (Schäffer u. Licht) 155.
Acetylen-Sauerstoff-Narkose bei Magenoperationen (Brandt) 993.
Acetylenwirkung (Pulewka) 418.
Acetylsalicylsäure (Nemetz) 478.
Achlorhydrie (Cheney) 892.
— Alkalität des Harns (Memford und Hubbard) 1281.
Achondroplasie s. a. Chondrodystrophie
— atypische (Silferskiöld) 1374.
Achorionpilze (Ballagi) 924.
Achromie zosterartige (Esquier) 367.
Achselhöhle, Schweißdrüsenabszesse (Rütz) 104.
— Zirkulation der Lymphe nach Ausräumung (Foncin u. Adnot) 861.
Achsellymphdrüsen, Tuberkulose (Jehn) 983.
Achylia gastrica (Grinker) 1143.
— (Harald Oehnell) 27.
— (Zweig) 686.
— Aetiologie und Pathogenese (Faber) 692, 895.
Achylie und Anaemie (Borgbjaerg) 1155.
Acidum lacticum s. Milchsäure
Aconitin-Ionisation bei Pruritus (v. Louste und Juster) 368.
Acridinfarbstoffe, bakterizide Tätigkeit (Eggerth) 660.
— Einwirkung (Landau) 986.
Acridin-Sonnenstich (Jansion und Marceron) 256.
Acriflavin (Graham) 36.
— (Tenney und Lintz) 432.
Acriviolett (Simmons) 1317.
Adalin, Unverträglichkeit (Rosenbaum) 919.
Adamantinom (Pichler) 647.
Adams-Stokes-Symptomenkomplex, Herzblock (Emil Zander) 27.

Adams-Stokesches Syndrom (Gérandel und Giroux) 365.
— Syndrom (Gérandel) 1211
Addisons Anämie (Newham, Morris und Manson-Bahr) 929.
— (Todd) 889.
Addisonsche Krankheit, Augenbefunde (Brown) 831.
— Blutzucker (Chapman) 352.
— Ephedrinbehandlung (Rowntree, Brown) 1351.
Adduktorenreflex, kontralateraler (Balduzzi) 1105.
Adelsberg bei Chemnitz (Gebser) 719.
Adenocarcinoma ovarii (Steiner) 343.
Adenoide Wucherungen, röntgenographischer Nachweis (Grandy) 863.
— Wucherungen und Tonsillen, Röntgentherapie (P. B. Maccready, M. D.) 579.
Adenom der Pars pylorica (Demuth) 472.
— der Prostata, Röntgenbestrahlung (Legen) 445.
— endometritischen Ursprungs (Heaney) 178
Adenomyom (Meigs) 1213.
— der Bauchwand (Danforth) 178.
— des rectovaginalen Septums (White) 378.
— ektopische und Funktion des Ovars (Graves) 178.
Adenomyose (Kitai) 250.
— (Langen) 346.
— corporis uteri (Kitai) 250.
— exophytische (Schiffmann) 791.
Adenomyosis uteri (Frankl) 178.
Adenotomie (Arkin) 118.
Aderdruck, direkte Messung (Goudsmith) 1030.
Aderhaut s. Chorioidea
Aderlaß (Lemierre und Bernard) 763.
— (Lindlau, Schürmeyer und Uhlenbruck) 604.
— (Rosenow) 642.
— und Reinjektion gewaschener Blutkörperchen (Gilbert, Tzank und Negroni) 1241.
Adiadochokinese (Koloman Keller) 308.
Adiponecrosis subcutanea neonatorum (Carol und van der Zande) 1102.
Adipositas s. Fettsucht
Adipositas dolorosa s. Dercumsche Krankheit
Adnex-Chirurgie (Pool und Hawks) 267.
Adnexentzündungen (Kraul) 312.
— chronische (Schneider) 345.
Adnexerkrankungen, Proteintherapie (Petschen und Kuhr) 31, 173.
— Therapie der entzündlichen mit Röntgenstrahlen (Schönholz) 1098.
— Therapie mit Röntgenstrahlen (Baer) 1055.
Adnexoperation, Beuttnersche (Mansfeld) 1366.
Adnex, Revision bei Störungen der menstruellen Funktion (Hannes) 312
— Therapie entzündlicher Affektionen (Bodnar) 1340.
Adnexitis gonorrhoica (Voukeunel) 1296.
Adoleszenz s. a. Pubertät
Adonis vernalis (Masslow) 304.
— vernalis dialysata (Inaba) 1410.
Adrenalin s. a. Nebennieren
— agglutinationssteigernde Wirkung (Varo) 313.
— -Anwendung, elektroionische (Brown und Effler) 434.
— elektroionische (Smith und Brown) 434.
— beim Herzstillstand (Cardwell) 1174.
— beim Herzstillstand (Livingstone) 994.
— bei Intoxikations-Kopfschmerzen (Kovats) 754.
— bei Meningococcie (Fontanel) 31.
— bei Urticaria (Keith) 171.
— Bestimmung (Friend) 1036.
— Blutdruckkurve (Hoke und Kettner) 1128.
— Blutdruckkurve und Schwangerschaftsvagotonie (Eufinger und Heimannsberg) 313.
— Blutdruckwirkung, perorale (Brems) 955.
— Einfluß auf die Blutzusammensetzung (Jacobsohn u. Rotschild) 1152
— Einwirkung auf das Herz Sporttreibender (Kauf) 303.
— -Empfindlichkeit, Beeinflussung durch die Glykoside von Folia trifolii fibrini (Mahler) 1362.
— erregende Wirkung auf den Darm (Heinekamp) 1075.
— Ersatzpräparate (Hamburger) 105.
— -Glykämie (Erichson) 724.
— -Injektion (Kylin) 553.
— -Injektion, intrakardiale (Buzi) 1142.
— -Injektion, intrakardiale (Petzetakis) 363.
— -Injektionen, intrakardiale beim anscheinend Totgeborenen (Garipny und Mériel) 364.
— Injektion, intrakardiale beim Herzstillstand (Donovan und Patrick) 1103.
— -Injektion, intrakardiale bei scheintoten Neugeborenen (Wachenfeldt) 345.
— -Injektion, intrakardiale, bei Synkope durch Lungenpunktion (Lucherini) 489.
— intrakutan verwendetes (Lévai) 819.
— -Leukocytose (Baar) 604.
Adrenalin-Leukozytose (Nowodworski) 1404.
— ödembeseitigende Wirkung (Pilcher) 220.
— -probe im Dienste der bakteriologischen Blutdiagnostik (Tannhäuser) 1402.
— pharmakologische Wirkung (Tsukamoto) 447.
— -Reaktion der Hormonwirkung (Zondek und Behrendt) 724.
— -Reaktion und Kalium-Kalzium-Spiegel im Serum (Henius, Richert und Bing) 71.
— -Sekretion (Tournade) 693.
— Sondenversuch (Büch) 650.
— -wirkung, periphere (Steppuhn und Sargin) 418.
— -wirkung, perorale (Brems) 691.
— zur Funktionsprüfung der lymphopoetischen Organe bei der Tuberkulose (Djakow) 1242.
Afenil (Kappes) 1098.
— (Mayer) 502.
— (Silzer) 1126.
— endolumbale Anwendung (Mönch) 723.
— -Therapie (Berndt und Kolle) 723.
Affe, biologische Verwandtschaft zwischen Mensch und (Uhlenhuth) 1331.
Affektepilepsie (Krisch) 1026.
Affektivität als Faktor des seelischen Geschehens (Fankhauser) 866.
Affendrüsentransplantation (Scherwood-Dünn) 445.
Agglutination (Parise) 563.
Agglutinationsabweichungen der Blutgruppen (Clemens) 1404.
Agglutinine (Salazar) 1448.
Agomensin (Braun) 1095.
— (Schwarz) 955.
— (Steiner) 203.
Agranulocytose (David) 103.
— (Feer) 610.
— (Nouzon) 1278.
— (Pfab) 167.
— (Schultz und Jacobowitz) 106.
— bei Sepsis (Gamna) 1275.
Ahrinenzephalie mit Enzephalozele (Gamper) 1365.
Aitherapie (Calleja) 30.
Akajounüsse (Neubauer) 1200.
Akanthosis nigricans (Küttner) 1168.
— (Milian, Sauphar und Marceron) 35.
Akinesie bei Augenoperationen (van Heuven) 824.
Akkommodationslähmung durch Atropin (Terrien) 112.
— -mechanismus (Obarrio) 380.
Akkomodation und Konvergenz (Hofmann) 210.
Akne, nekrotische (Sabourand) 361.
— papulosa miliaris lupoides (Milian) 219.
— urticata (Breit) 167.
— vulgaris (Goldschmidt) 167.
— Einfluß von Einpflanzung von Hodensubstanz (Stanley) 268.
— -Therapie, interne (Schneider) **181.**
— Vererbungspathologie (Siemens) 980.
Akriflavin (Johnson) 484.
Akroangioneurotische Affektionen, Therapie (Borak) 1094.
Akroasphyxia chronica (O. Dahmen) 559.
Akrodermatitis atrophicans (Moncorps) 1068.
— (Unna jr. und Delbanca) 426.
Akrodynie (Péhn und Ardisson) 1378.
— (Platzynska-Skwareczynska) 1138.
— (Powell) 698.
— (Scott jr.) 1179.
— bei Erwachsenen (White) 1283.
Akrodystrophie (Musante) 931.
Akromegalie (Ginzburg) 476.
— (Hetzel) 357.
— (Louste, Cailliau und Darquier) 35.
— Diabetes (John) 570.
— Gelenkstörungen (Ballmann) 920.
— minimaler Eiweißverbrauch (Krauss) 468.
— Serumtherapie (**Münzer**) **1007.**
— und Grundstoffwechsel (Cestan, Sendrail und Lassale) 218.
Akromio-claviculargelenk, Dislokation (Riddel) 486.
Akrozephalosyndaktylie (de Bruin) 1133.
Aktinomyces bei Mikrosporie (Nannizzi) 1105.
Aktinomyceskultur (Rademaker) 350.
Aktinomykose (Norlén) 483.
— cervicofacialis (Pautrier und Riff) 614.
— der Appendix (Baron) 351.
— des Kiefers (Klingsbigl) 647.
— der Tuben und Ovarien (Draper und Studdiford) 661
— -Therapie mit Jodtinktur (Chitty) 353.
— Vakzinetherapie (Indod) 1414.
Aktionstremor (de Jong) 1350.
Akusticus, Geschwulst (Raaflaub) 887.

Akustische Bahnen (Nagino) 689.
Akzessorische Nährstoffe, s. Vitamin.
Albeesche Operation (G. Dardel) 559.
— bei Lumbalspondylitis (Patel und Creyssel) 565.
— bei tuberkulöser Wirbelsäulenentzündung (Ciaccia) 253.
— der Wirbelsäule (Allenbach) 110.
Albeesche Spahnüberpflanzung (Bérard und Creyssel) 256.
Albert 102 S. (Baumgartner) 329.
— (Kritschewski) 925.
— (Lewith) 820.
— (Uras) 333.
Albinos, Dunkeladaptation (Rukuro) 478.
Albumen, s. Eiweiß.
Albumin-A-Reaktion nach Kahn (Wottschak) 724.
— -Globulin-Quotienten (v. Farkas) 604.
Albuminurie s. a. Nephritis.
— (Geill) 1070.
— Bedeutung der orthostatischen für die Syphilis (Zübert) 1167.
— bei Kindern (Calvin, Isaacs und Meyer) 732.
— chronische im Kindesalter (Faerber und Demetriades) 822.
— den Eiweißgehalt des Blutes weit übersteigende (Stepp und Peters) 1334.
— der Neugeborenen (Faerber) 244.
— Einfluß der Schwangerschaft (Girard) 1212.
— Eiweißbedarf bei der Nephritis (Peters und Bulger) 318.
— funktionelle (Medem) 1202.
— im Säuglingsalter (Faerber und Boutemard) 985.
— orthostatische, Kriechübungen (Wiese) 852.
— Pathogenese der orthostatischen (Kristensen) 1070.
— Plasmaeiweiß bei orthostatischer (Schlutz und Swanson) 1284.
— postoperative transitorische (Schulze) 424.
Alentina (Rubner und Schittenhelm) 1434.
Alexander-Adamsche Operation (Laemmle) 1097.
Alfa Antar (Feilchenfeld) 1162.
Alimentationsprozeß, ärztliche Gutachten (Guggenberger) 1403.
Alkali des Blutes (Falkenheim und Kruse) 985.
Alkalireserve bei Sportleuten (Full und Herxheimer) 244.
Alkalitherapie der Superazidität und des Magengeschwürs (Weigert) 412.
Alkalose bei Tetanie (Hollo und Weiß) 1274.
— experimentell erzeugte und Insulinwirkung (Schiff und Choremis) 1162.
Alkaptonurie, Einfluß von Proteinkörperinjektionen auf den Stoffwechsel (Baar und Freud) 63.
Alkaptonurische Stoffwechselstörung (Katsch und Stern) 755.
Alkohol, Ausscheidung im Urin (Sonthgate und Carter) 353.
Alkoholblockade, paravertebrale (Swetlow und Schwartz) 730.
Alkohol, Entwöhnung (Kafemann) 880.
Alkoholextraktreaktion, serologische (Lüttge und v. Mertz) 1095.
Alkohol in der ärztlichen Praxis (Lee) 117.
Alkoholinjektionen im Nervengewebe (Swetlow) 434.
— retrobulbäre (Jaensch) 210.
Alkoholmißbrauch, Bekämpfung (Pütter und Hesse) 222.
Alkohol-Nachweis in der forensischen Praxis (Kaelin-Benziger) 1102.
Alkoholnervenblock (Swetlow und Weingarten) 796.
Alkoholreaktion, serologische (Pribram) 1236.
Alkohol und schützende Funktion der Leber (Albertoni) 564.
Alkoholvergiftung (van Wulfften Palthe) 757.
— chronische (Kesser) 686.
Alkohol zur Desinfektion chirurgischer Instrumente (Brüning) 1332.
Alkoholismus, Bekämpfung (Schmidt) 721.
— und Strafrecht (Ebermayer) 721.
— Vererbung (A. Forel) 26.
Allergie s. a. Anaphylaxie, Idiosynkrasie, Ueberempfindlichkeit.
— (Robinson) 1108.
— als Gonorrhoetherapie (Jeßner) 104.
— Beziehung zum Magendarmtraktus (Storm van Leeuven) 1156.
— primäre spezifische (v. Stark) 556.
— vakzinale **(Nourney) 679.**
Allergische Dermatitis (Rowe) 270.
— Diathese und allergische Erkrankungen (Kämmerer) 1041.
— Erkrankungen, Diagnose und Therapie (Misch) 641.
— Krankheiten, Hautreaktion mit Extrakten menschlicher Kopfhautschuppen (van Leeuwen, Eien und Varekamp) 639.
— Reaktion bei Lepra (Hoffmann) 852.
— Zustände im Bereich der Nase und des Halses (Pineß und Miller) 76.
— Zustände, Proteintherapie (Spangler) 123.
Allonal (Burckhardt) 610.
— (Campe) **669.**
— (Haess und Huyssen) 989.
Alltägliche Wunder (Berg) 222.
Allyl-Aetyl-Barbitursäurewirkung (Oestling) 889.
Allylphenylcinchoninester-Wirkung auf den Stoffwechsel (Kahn und Cohn) 700.
Alopecia areata (Bizard) 35.
— Aetiologie (Genner) 653.
— Hautzirkulation (Lévy-Fränkel, Guilleaume und Juster) 256.
— im Säuglingsalter (Bentivoglia) 1173.
Alopecie (Wilson und Winkelmann) 658.
— der Occipitalgegend (Gonin) 257.
— durch essigsaures Thallium hervorgerufene — (Pauchly) 921.
Altern (Hirsch) 917.
— interferometrische Untersuchungen zur Frage des — (Groedel und Hubert) 1332.
— Ursache (Thewlis) 122.
— Verhütung durch künstliche Verjüngung (Voronoff) 1216.
— Verhütung durch Ueberpflanzung von Affendrüsen (Zenner) 1300.
— und Verjüngung (Marinesco) 1158.
Altersbekämpfung (Schmidt) 1159.
— durch Geschlechtsdrüsentherapie (Benjamin) 1160.
Altersstar s. a. Katarakta senilis.
— (Knorr) 502.
— Therapie des beginnenden (Salus) 1401.
Alterstuberkulose (Alwens) 71.
Alt-Tuberkulin, Intrakutanimpfungen (Schmid und Weidinger) 103.
Aluminiumsilikate (de Llano) 1448.
Alveolarpyorrhoe (Asgis) 796.
— (Praeger) 641.
— Therapie (Neumann) 850.
Alypin (Praetorius) 213.
Alzheimersche Krankheit (Grünthal) 420.
— (Hilpert) 309.
Amalgame (Stock) 920.
Amanita verna (Moggi) 1174.
Amaurose s. Blindheit.
Ambardsche Konstante im Malariaanfall, Stickstoffgehalt im Blut (Stirpe) 489.
Amblyopia ex anopsia (Bielschowsky) 1169.
Amblyopie (Cantonnet) 1240.
Amblyopie mit Retinablutungen (Gilchrist) 692.
Amboceptor s. a. Hämolyse.
Amboceptoren, Titerhöhe hämolytischer (Dold und Groß) 979.
Ambozeptorserum, hämolytischer (Laubenheimer und Vollmar) 418.
Ameisensäurearsenpräparat (Sachs) 306.
Amenorrhoe (Hofstätter) 343.
— (Köhler und Revesz) 1366.
— Schwangerschaftsunterbrechung (Flory) 689.
— hypophysäre (Klaften) 854.
Amentia (Ostankow) 251.
Amerie (Myers) 568.
Ametropien, physiologische Exkavation der Papille Nervi optici (Bednarski) 1444.
Amino-N im Blute bei experimentell erzeugten Fieberzuständen (Donath und Heilig) 686.
Aminosäure-Aufnahme durch Erythrozyten (Häusler) 1021.
Aminosäuren beim Abbau und bei der Entstehung der Azetonkörper (Weiß) 1363.
— des entweißten Blutes (Becher und Hermann) 65.
Aminosäuregehalt der Milch (Spirito) 1173.
— von Blutplasma und Liquor cerebrospinalis (Wiechmann und Dominik) 1334.
Aminosäuren, Permeabilität des Plexus und der Meningen (Wiechmann) 645.
Aminosäurenstoffwechsel, Rolle der Leber (Worsi und Gelbird) 981.
Aminosäure, Synthese (Knoop) 1151.
Aminostickstoff im Blut (Becher und Hermann) 820.
— im enteiweißten Blut bei Leukämie (Becher und Hermann) 884.
Ammoniakbildung (Benedict und Nash) 1245.
Ammoniakgehalt des Blutes (Gigon) 728.
Ammoniak, Herkunft des — im Harn (Rubinowitsch) 1245.
— Ausscheidung beim Säugling (Klinke) 108.
— Rolle des Erbrechens bei der — Ausscheidung (Benedict und Nash) 1245.
Ammoniumchlorid als harnsäuerndes Mittel (Muschat) 582.
Ammoniumzitrat als koagulationshinderndes Mittel (Warburg) 1410.
Amnesie (Gordon) 932.
Amnion-Funktion (Runge) 1089.
Amnion, Physiologie (Keiffer) 892.
Amoeba proteus (Rernikoff) 1244.
Amoebenabszesse der Leber (Glannan) 75.
— (Pontano) 564.
Amoebenerkrankungen der Harnwege (Petzetakis) 168.
Amöbenkrankheit, allgemeine (Franchini) 1276.
— Augenkrankheiten im Verlaufe nichtdysenterischer — (Mills) 1284.
— in Sizilien (Moretti) 563.
Amoebendysenterie (Melnotte) 695.

Amoebendysenterie in Indochina (S. Abbatucci) 565.
Amoebenruhr (Boch und Steinhauer) 548.
— (Jamison) 74.
— (Lamberts) 331.
— (Russel) 355.
— mit Leberabszeß (Simpson) 1134.
— Therapie mit Auremetin (Willmore und Martindale) 484.
— (Mayers und Hirsch) 78.
Amoebiasis s. a. Ruhr, Amöben-
— (Bayers, Kofoid und Swezy) 220.
— Diagnose der chronischen (Davidson) 800.
Amputationen (Sattler) 475.
— doppelte und dreifache (Morales) 30
— Indikationen (Morales) 253.
— intrauterine (Reed) 1284.
— spontane intrauterine (Latta) 178.
Amputationsstümpfe (Breitländer) 986.
— der unteren Extremitäten (Conn) 1382.
— Braunsche Pfropfung (Lihotzky) 1362.
Amylasegehalt des Harns (Fricker) 314.
Amyloiderkrankung der Haut (Foucin und Diss) 614.
Amyloidniere (v. Schnizer) 642.
Amyloidose (Németh) 639.
— Ursachen und Folgen (Wegelin) 888.
Amyotrophische Lateralsklerose (Marinesco) 34.
— Spinalsyphilis (Falkiewicz) 208.
Amytal (Denel) 866.
Anaerobe Bakterien (Carroll und Hastings) 264.
Anaerobeninfektion (Dayton) 699.
Anaërobier des Säuglingsdarms (Kleinschmidt) 105.
Anaglyphische Projektionsbilder (Hahn) 1236.
Analeptika (Feriz) 481.
Analeptische Ampullenpräparate (Becker) 857.
Analgegend, verbesserter Verband (Montagne) 892.
Analgesie, Ueberdosierung bei spinaler — (Sourasky) 1103.
Analgit (Bramer) 1332.
— (Krebs) **1253.**
— (Paulsen) **1391.**
— (Sachs) 684.
Analyse s. Bestimmung.
Anämie (Holler) 336.
— (Istomanowa, Mjassnikow und Swatskaja) 1434.
— (Naegeli) 72.
— (Wönpel) 106.
— Aetiologie und Therapie bei perniziösen — (Barker) 893.
— akute febrile (Brill) 318.
— angeborene (Frank) 1209.
— aplastische (Denecke) 305.
— atypische perniziöse (Zadek) 1265.
— Biermersche (Tscherming) 641.
— Biermersche, Transfusionstherapie (Denecke) 643.
— Einschlüsse der Erythrocyten (Lauda) 882.
— Eisentherapie (Bass und Denzer) 431.
— Eisen oder Arsen bei posthämorrhagischen (Weiss) 1404.
— experimentelle (Hartmann und Gleckler) 77.
— experimentelle (Mayer, Borchardt und Kikuth) 411.
— familiäre Biermersche (Liepelt) 421.
— familiäre perniziöse (Dorst) 1035.
— Farbe des Blutserums bei der perniziösen — (Fishberg) 895.
— Färbeindex bei perniziöser — (Breidenbach) 1332.
— gastrointestinaler Ursprung der perniziösen (Ehrström) 1411.
— Herzerscheinungen bei der perniziösen — (Coombs) 889.
— Herzschmerzen bei perniziöser — (Evans) 1174.
— hypochrome Früh- und Remissionsstadien der perniziösen — (Olivet) 918.
— in 4 Generationen (Maclachan und Kline) 1450.
— infektiöse der Pferde (Ziegler) 108.
— kindliche (de Rudder und Wesener) 924.
— kleine Bluttransfusionen (Olivier) 1416.
— Laboratoriumsbefunde bei perniziöser — (Zadek) 982.
— mit Nephritis und Infektionen (Gram) 1070.
— perniziöse (Arnéth)) 553.
— perniziöse (Bing) 610.
— perniziöse (Croff) 261, 573.
— perniziöse (Gram) 315.
— perniziöse (Grinker) 1143.
— perniziöse (Hagedorn) 1202.
— perniziöse (Harbitz) 351.
— perniziöse (Jörgensen und Warburg) 1134.
— perniziöse (Kompia) 923.
— perniziöse (Meulengracht) 77, 1063.
— perniziöse (Pallock) 485.
— perniziöse (Reese und Beigler) 370.
— perniziöse (Reiche) 822.
Anämie, perniziöse (Schott und Lindemann) 394.
— perniziöse (Sturtevant) 221.
— perniziöse (Suckscli) 103.
— perniziöse (Sutton) 352.
— perniziöse (Taubmann) 305.
— perniziöse (Verhaart) 608.
— perniziöse (Whitby und Jackson) 355.
— perniziöse (Zadek) 821.
— perniziosa ähnliche Schwangerschafts- (Drexel) 818.
— perniziöse, Bauchkrisen (Bailey) 1136.
— perniziöse, Bluttransfusion (Jones) 730.
— perniziöse, Ernährungs-Therapie (Minot und Murphy) 999.
— perniziöse, Index und Durchmesser der Erythrozyten (Jörgensen und Warburg) 1306.
— perniziöse, intestinale Entstehung (Faber) 692.
— perniziöse, nach Ileus infolge Darmatonie (Chapman u. Duff) **655.**
— perniziöse, Rolle der Milz (Kraft) 1267.
— perniziöse, spezielle Ernährung (Murphy und Minot) 1213.
— perniziöse, spinale Erkrankungen (Deusen) 394.
— perniziöse, Stoffwechsel (Becker) 691.
— perniziöse, Therapie mit Salvarsan (Hartmann) 721.
perniziöse, und angebliche Gasvergiftung (Klieneberger) 851.
— perniziöse, und Bluttransfusion (Nather) 647.
— perniziöse, und Darmstenose (Haden) 373.
— perniziöse, und Darmstriktur (Wiechmann und Zinsser) 302.
— physikalische Therapie der perniziösen — (Malten) **901.**
— Rückenmarkssymptome bei perniziöser (Meulengracht) **1404.**
— schwere, Pathogenese (Reckzeh) 1198.
— Stoffwechsel, respiratorischer bei perniziöser — (Curschmann und Bachmann) 1234.
— Therapie der perniziösen mit Bluttransfusionen und gleichzeitigen Insulingaben (Walinski) 947.
— vital granuläre Erythrocyten bei schwerer — (Istomanowa) **1334.**
— Vitamin-A-Mangel (Koessler) 999.
— perniciosa, Blutanalysen (Neuburger) 1162.
— perniciosa essentialis, Knochenmarkeinspritzungen (Kairiuksehtis) 413.
— Schwangerschafts-perniciosoformis (Reist) 955.
— splenica im Kindesalter, Blutbild (Gandolfo) 1311.
— splenica infantum, Therapie mit Milzexstirpation (Asher und Southam) 353.
Anämische Zustände, Therapie (Torkanowski) **1287.**
Anämisches Blut, Erythrozyten (Denicke) 298.
Anaphylaktischer Schock nach Anwendung von Antipneumokokkenserum (Blankenhorn) 76.
Anaphylaxie s. a. Allergie, Idiosynkrasie, Ueberempfindlichkeit.
— (Lumière) 1072.
— (Peru) 371.
— (Redfern) 494.
— alimentaire (I. E. Wolff) 27.
— Asthma bronchiale (Eskuchen) 468.
— Einfluß vitaler Speicherung (Mayer) 1199.
— gegen Kuh- und Frauenmilch (Debras) 694.
— Immunität (Manwaring, Wright und Shumaker) 569.
— in der Dermatologie und Syphilidologie (Dujardin) 1103.
— Krankheitsbilder des Säuglingsalters (Mautner) 825.
— passive (Hajos) 821.
— passive (Schiemann und Meyer) 1199.
— passive bei einer Hämophile (Mills und Schiff) 700.
— passive, Latenzperiode d. Meerschweinchens (Doerr u. Bleyer) 758.
— und Röntgenbestrahlung (Klewitz und Wigand) 604.
— Toxin, Antitoxinimmunisierung als Quelle (Kilduffe) 660.
Anästhesie s. a. Narkose.
— (Kazda) 302.
— (Roman) 483.
— (Wilson) 1414.
— bei Aborttherapie (Arndt) 1170.
— beim Kleinkind (Erlacher) 249.
— bei urologischen Eingriffen (Moorhead) 267.
— bei Leistenhernie (Ostrowski) 643.
— bei Bauchchirurgie 993.
— intraorbitale (Martin) 766.
— intratracheale (Rowbotham) 1134.
— nichtflüchtige aliphatische Mischungen (Lambert) 354.
— parazervikale (Schneider) 979.
— regionale (S. L. Fisher) 579.
— regionale bei urologischen Operationen (Lowsley) 1124.
— sakrale (Ottenheimer) 262.
— sakrale (Grant) 661.
— und Tuberkulinreaktion (Biberstein und de Moraes Cardosa) 818.
Anästhesierende Wirksamkeit (Cohen) 175.
Anästhetika, Wirkung auf Herz und Darm (Lasch) 204.
Anatomie, Lehrbuch der systematischen (Tandler) 1248.
Anatoxine (Zoeller) 1280.

Anazidität (Hartmann und Sager) 959.
— (Jarno) 687.
Andriol-Uran (Wechselmann und Lademann) 104.
Anencephalie, Röntgendiagnose (Rudolph) 265.
— Röntgenologie (Doub) 862.
Anencephalus (Case und Cooper) 1318.
Anetodermie (Pautrier und Diss) 1278.
Aneurysmen, arterielle bei Endocarditis Centa (Stern) 639.
— arteriovenöses (Rieder) 424.
— der Aorta descendens (Meyer) 479.
— der Arteria gastroepiploica dextra (Eichelter und Knoflach) 1168.
— der Arteria lienalis (Näher) 985.
— der Arteria poplitea (G. Streit) 559.
— der Arteria renalis, doppelseitiges 352.
— der Carotis int. (Sosman und Vogt) 1039.
— der Kniekehlengefäße (Stevenson) 1210.
— des linken Nierenarterienastes (Chisholm) 353.
— dissecans der Aorta (Hauser) 822.
— im Scarpaschen Dreieck (Spivack) 267.
— intrakranielle (Odquist) 483.
— intrakranielles (Sands) 1350.
— konservative Therapie (Scheffelaar Klots) 1372.
— myokotisches (Leas und Thatcher) 961.
— orbitofaziales (Schlindwein) 1111.
— peripherer Arterien (Grünbaum) 1064.
— peripherer Arterien (Israel) 1334.
— racemosum des Kopfes (Haenel) 1362.
Angina (Chalier, Gatier und Grandmaison) 1240.
— (Nelken) 250.
— agranulocytotica (Friedemann) 211, 1099.
— agranulozytotische (Moore und Wieder) 117.
— agranulocytotica (Roch und Mozer) 1137.
— Ludovici (Soubeiran) 1278.
— metastatische, Ophthalmie (Thies) 1169.
— minor (Hay) 825.
— mit akuter Lymphoblastose (Preuss) 602.
— mit lymphatischer Reaktion (Joustra) 652.
— pectoris (Barsky) 1246.
— pectoris (Braun) 303, 333.
— pectoris (Frank und Worms) 640.
— pectoris (Gonzalo) 30.
— pectoris (Kilgore) 999.
— pectoris (Kohn) 65, 413, 819.
— pectoris (Krisch) 643.
— pectoris **(Kroschinksi) 526.**
— pectoris (Magnus) 412.
— pectoris (Ortner) 643.
— pectoris (Pal) 604.
— pectoris (Singer) 337, 1063.
— pectoris (White) 1449.
— pectoris, ätiologische Faktoren (Kahn) 1035.
— pectoris bei Myxödem und Basedow (Sturgis) 1213.
— pectoris, chirurgische Behandlung (Danielopolu) 351, 1073.
— pectoris, chirurgische Behandlung (Daniepolu) 1073.
— pectoris, chirurgische Behandlung (Gonzalo) 253.
— pectoris, chirurgische Behandlung (Pieri) 110.
— pectoris, Exstirpation des Halssympathikus (Masci) 995.
— pectoris, Mechanismus und Behandlung (Reid) 374.
— pectoris, operative Behandlung (Goldscheider) 64.
— pectoris, Pathogenese und chirurgische Behandlung (Donielopolu) 364.
— pectoris, Prodromalsymptome (Kahn) 1111.
— pectoris, Sympathektomie (Cutler und Fine) 829.
— pectoris, Therapie mit Diathermie (Hey und Ince) 1310.
— pectoris, Behandlung mit paravertebraler Alkoholinjektion (Brunn) 1132.
— pectoris während Insulinbehandlung (Hetémyi) 1063.
— physikalische Behandlung (Malten) 1296.
— Plaut-Vincentsche (Miller und Epstein) 615.
— septische, mit Erythema nodosum (Shepheard) 655.
— syphilitica (Sowade) 1271.
— Behandlung (Schultz) 978.
— Vincentsche (Burns) 1352.
— Vincentsche und Wismutbehandlung (Dainville und Clervy) 256.
Anginöse Schmerzanfälle (Weissenbach und Kaplan) 891.
Angiofibroma circumscriptum symmetricum multiplex (Oskar Kieß) 559.
Angiokeratoma naeviforme (Bettmann) 1440.
Angiokeratome (Hudelo, Caillaud und Chabrun) 114.
Angiokeratoma Mibelli (Bertin) 368.
Angiolupoid (Gawalowski) 1102.
— (Tanimura) 651.
Angiolymphe (Braun) 333.
— (Hartinger) 301.
Angioma arteriale racemosum (Klimesch) 333.
Angioneurose der unteren Extremitäten (B. S. Drut and P. M. Feldman) 553.
Angiokotometrie (Evans) 1111.
Angiospastische Zustände in peripheren Blutgefäßen (Meints) 951.
Angiostomie (Haberland) 604.
Angstneurosen (Tracy) 123.
Angstvorstellungen (Brenkink) 927.
Angstzustände, krankhafte (Ingham) 269.
Anilinfarben bei gastrointestinalen Störungen (Satterlee) 122.
Anilintumoren der Arbeiter (Scheele) 1125.
Anilin- und Nitrobenzolvergiftungen durch Schuhschwärzmittel (Ullmann) 720.
— -Vergiftung (Inkoster) 1309.
— -Vergiftung durch Schuhputzkrem (Patek) 431.
Anilismus, professioneller (Balsac, Agasse-Lafort und Feil) 1137.
Anisozytose (Warren) 660.
Ankylostoma (Yokogawa und Oisa) 660.
Ankylostomakrankheit (Pantaleoni) 359.
— Tetrachlorkohlenstoff (Giglioli) 564.
Ankylostomiasis (Khalil) 486.
— (Fornos) 1448.
— (Narita) 724.
— als Berufskrankheit (Bruns) 1435.
Ankylostomumeier, Züchtungsmethode (Usami) 603.
Anopheles s. Malaria.
Anorexie, s. Appetitlosigkeit.
Anormale Kinder, Erziehung (Juarrez) 357.
Anstalten für Kleinkinder, halboffene (Hoffa und Latrille) 801.
Antagonismus und Synergismus (Führer) 413.
— (Starkenstein) 721.
Anthrakose und Tuberkulose (Schlossmann) 1165.
Anthrakozidie (Hilgenberg) 1090.
Anthrax s. Milzbrand.
— Heilung durch intravenöse Urotopin-Injektionen (Jobbágy) 1274.
Anthroplastie der Glieder (Lenormant) 697.
Antianaphylaxie s. Anaphylaxie, Anti-.
Antiberiberi-Vitamin s. Vitamin B.
Antiforminanreicherung nach Uhlenhut (Werner Müller) 305.
Antigen für die therapeutische Immunisierung (Horder und Ferry) 889.
Antikomplementreaktion (Sanford) 373.
Antikonzeptionelle Methoden (Haire) 1232.
Antikörperbildung (Barath) 700.
— (H. Cohn) 418.
Antimeningokokkenseren (Wadsworth und Kirkbridge) 897.
Antimosan (Specht) 414.
Antimosan, Therapie der multiplen Sklerose (Delius) 103.
Antineuritisches Vitamin s. Vitamin B.
Antipepsin (Hilarowicz und Mozolowski) 1168.
Antipneumokokkenserum (Felton) 319.
— anaphylaktischer Schock (Blankenhorn) 76.
Antipyrin bei Scharlach und Dysmenorrhoe (Gisevius) 1023.
Antiskorbutisches Vitamin s. Vitamin C.
Antistreptokokkenserum (Baruffaldi) 1415.
Antisyphilitika, Polyintoleranzen (Gongerot) 490.
Antithyreoidin (Grawitz) 243.
— -Moebius (Gessner) 686.
Antrotomie im Kindesalter (Brühl) 106.
Anurie (Fahr) 1125.
— (Lankester) 1134.
— (Sahler) 168.
— pathologische Physiologie (Jungmann) 1125.
Anus Therapie der Fissur (Pels Leusden) 106.
— Therapie der Fissur (Zweig) 1157.
— Fistula, Beziehung der Tuberkulose (Fansler) 117.
— imperforierter (Fitchet) 799.
— künstlicher (Cabeça) 640.
— Dauerkunstafter (Sackur) 1130.
— künstlicher Sphinkter (Izquierdo) 641.
— Prolaps, Dammrisse (Henkel) 641.
— Skerosis initialis (Glass) 1444.
Anusschrunde, Therapie (Rechnitzer) 819.
Aolan bei Ekzem nach Pruritus (Bender) 23.
Aolan-Therapie, intrakutane der weiblichen Gonorrhoe (Meckel) 213.
Aortalgie (Frank und Worms) 640.
— (Magnus) 412.
— (Ortner) 643.
— (Spiegel und Wassermann) 1434.
Aorta abdominalis, autochthone Parietalthrombose (Laves) 1370.
— Aneurysmen (Kienböck) 986.
— Atherom, tuberkulöser (Paisseau und Lambling) 1072.
— Dystrophie (Letulle) 998.
— Elastizitätsprüfungen (Moissejeff) 980.
— -Erkrankungen (Gonzalo) 1032.

Aorta Dilatation, dorsale Perkussion (Fabi) 654.
— Insuffizienz (Clendening) 765.
— Insuffizienz (Grassmann) 884.
— Insuffizienz, kongenital-syphilitische (Hausmann) 65.
— Insuffizienz, kongenital-luische (Reiche) 1020.
— Isthmusstenose (King) 896.
— Kalkplatten in der Aorta bei Jugendlichen (Altschul) 1196.
— Kompression (Haselhorst) 689.
— Kompression, Bedeutung der Arteriae ovaricae (Haselhorst und Schilling) 1098.
— -Kompressorium (Neumann) 343.
— Ligatur (Brooks) 1106.
— mykotische Aneurysmen (Smith und Hausmann) 1143.
— Perkussion (Elias) 63.
— Röntgenbild und die orthodiagraphische Messung (Reich) 608.
— Syphilis (Cotton) 655.
— Syphilis (Pineles) 415.
— Syphilis (Price) 858.
— Syphilis (Smith) 176.
— thoracica, Ruptur (Sheldon und Dyke) 357.
— -Thrombose (Danisch) 688.
— -Verletzungen (Wildegans) 1264.
Aortenverbreiterung und Serumreaktion (Queyrat) 35.
Aortenbogen, Persistenz des rechten im Röntgenbild (Arkin) 608.
Aortenschmerz (Spiegel und Wassermann) 918.
Aortenton, Auskultation des zweiten (Loewenstein) 684.
Aortitis chronica (Garcia) 1173.
— eitrige (Maresch) 1029.
— luica (Kimmerle) **1187.**
— luica (Langer) 1198.
— luica **(Laqueur und Kimmerle) 743.**
— luica (Keefer und Resnik) 318.
Apathogene und Tuberkulose (Much) 306.
Apéritif (Letulle) 1379.
Apfelsinensaft als akzessorisches Nahrungsmittel (Melvin) 446.
Aphasie (Bianchi) 892.
— (Goldstein) 1306.
— bei dem otogenen Abszeß im Lobus temporalis (Lund) 1134.
— bei otogenem Extraduralabszeß (Buch) 211.
— -Gebiet, frontale Grenze (Bouvicini) 1370.
— motorische (Scollo) 360.
— sensorische im Kindesalter (Pötzl) 310.
— subkortikale sensorische (Fischer) 1365.
Aphasische Sprachstörungen nach Schlaganfällen (Eliasberg) 156.
Aphonie bei Kropf (Shuman) 829.
— bei Stimmbandlähmung durch Rekurrensparalyse (Kretschmann) 917.
— infolge Kropf (Bernstein) 1033.
Aphthoid (Fessler und Feyrter) 924.
Apiolum viride (Joachimoglu) 1434.
Apokodein (Krayer) 304.
— (Peters) 1167.
Apophysitis des Os calcas (Lewin) 266.
Apoplektiker, Liquor der — (Franchini) 1276.
Apoplexie (v. Schnizer) 247.
— kutane (Freund) 1440.
— meningeale (Simpson) 351.
— posttraumatische (Winkelbauer) 649.
— Ursache (Reilly) 81.
— uteroplacentare (Phancuf) 121.
— uteroplacentare 657.
Appendektomie (Harrenstein) 690.
— (Field) 177.
— (Kelling) 1060.
— (Kulozik) 1403.
— (Mayer) 1211.
— akute blutende Nephritis (Harbitz) 29.
— Darm- und intraperitoneale Blutungen (Gurewitsch) 1236.
— Hautgeschwürsbildung (Tomosuke) 1405.
— mit akutem Anfall (Rodet) 730.
— sekundäre, bei perityphlitischem Abszeß (Rausche) 1405.
— Technik (de Mendonza) 1318.
— vergebliche (Kelling) 400.
Appendicitis (Anderson) 351.
— (Burger) 1179.
— (Chapman) 353.
— (Fallscher-Zürcher) 989.
— (Gey) 1405.
— (Helly) 547.
— (Santoro) 1141.
— (Sciaky) 1142.
— (Urbani) 995.
— (Woolley) 660.
— akute (Barber und Miller) 261.
Appendicitis, akute (Duggan) 38.
— akute (Gucci) 359.
— akute (Paolo) 176.
— akute, Therapie (Hotz) 168.
— asymptomatische bei einem Hämophilen **(Bonadies) 654.**
— chronische (Brunon) 112.
— chronische (Döhner) 1437.
— chronische (Hertzler) 440.
— chronische (A. G. Schnack) 579.
— chronische, Röntgenbefunde (Fonio) 479.
— Diagnose (Landertz) 164.
— Diagnose und Differentialdiagnose (Fink) 164.
— diagnostische Irrtümer **(Grueter) 1323.**
— Differentialdiagnose (König) 164.
— und Extrauterin-Schwangerschaft (Schmid) 1405.
— -Fremdkörper (v. Renner) 1264.
— Frühdiagnose (Flusser) 1164.
— Frühdiagnose (Rapp) 105, 851.
— Frühoperation **(Koch) 1328.**
— bei Kindern (Edberg) 793.
— in Childhood (Edberg) 793.
— im Herniesack (Burne) 317.
— Komplikation (Davis) 730.
— Komplikationen (Sailer) 1274.
— Leberabszeß (Eliason) 501.
— Leberabszeß (De Planque) 759.
— Mortalität (Willis) 441.
— Operation in der intermediären Periode (Reök) 1341.
— Pseudo-, infolge Mißbildung der Plica ileoappendicolaris **(Dami)** 654.
— Stumpfversorgung (Köhler) 722.
— -Therapie (Clairmont und Meyer) 484.
— -Therapie (Reschke) 953.
— traumatische (Brüning) 1197.
— und Gallenblasenentzündung (Cavarzere) 1276.
— und Schwangerschaft (Royston und Fisher) 440.
Appendicitische Eiterungen, Perforation in die Harnblase (Boss) 1269.
Appendizitischer Abszeß (Kircher) 1403.
Appendicostomie (Crawford) 351.
Appendiculäre Fistel (Bouneau) 364.
Appendix, Aktinomykosis (Baron) 351.
— basale Gangrän (Orthner) 546.
— im Bruchsack (Pirie) 352.
— chronische Veränderungen (White) 495.
— Echinokokkenzyste (Brewer) 1282.
— endokrine Funktion (Moutier und Fouché) 612.
— endometrisches Adenom (Seelig) 616.
— erkrankte als Ursache von Azidosis bei Kindern (Gray) 963.
— Freilegung (Shawhan) 269.
— Gallencarcinom (Schneider) 345.
— -Lumen, Folgen der Abschließung (Finaly) 990.
— -Operation (Schönstadt) 415.
— im Röntgenbild (Gottheimer) 1127.
— Röntgenstudien (Orudoff) 1315.
— -Steine (Vermooten) 261.
— und Dysmenorrhoe (Burckhard) 344.
— zystische Bildungen (Onterbridge) 264.
Appetitlosigkeit bei Kindern (Bartley) 733.
— der Kinder (Kopf) 1331.
— nervöse im Kleinkindesalter (Loewy) 823.
— psychogene (N. Nathan) 565.
Approbation, sowie ärztliche Bezeichnungen im Strafrecht **(Lustig) 1084.**
Arachnodaktylie (Schlack) 684.
Arbeiter, Erkrankung und Verdienst des gewerblichen — (Reiter und Lemcke) 1297.
Arbeiterschutzgesetzgebung (Westmacott) 36.
Arbeitseignung (Bolt) 1062.
Arbeit, Kreislauf, Sauerstoffausnützung und Erholungsquotient (Kaup und Grosse) 1296.
— Kreislauf, Sauerstoffausnützung und Erholungsquotient menschlicher — (Kaup und Grosse) 1330.
— Stoffwechsel bei körperlicher (Ewig) **637.**
— und Gesundheit (Krohn, Martonek und Bauer) 586.
— Wirkung einförmiger auf Körper und Geist (Davies) 1071.
Arbeitslosenversicherung (Potthof) 921.
Arbeitsphysiologie (Ascher) 1101.
Arbeitsrecht (Schilling) 644.
— und Beamtenrecht (Schilling) 1167.
Arbeitssanatorium (Lewy) 1266.
Arbeitsstoffwechsel bei Hyperthyreose (Asher) 684.
Arbeitswissenschaft (W. Eliasberg) 554.
Arcanol (Falk) 641.
— (Hellstern) **967.**

Arcanol (Lorenz) 1264.
— (Petermann) 1095.
— bei Grippeerkrankungen (Kühnast) **279.**
Archotomie (v. Bayer) 887.
Arcus lipoides des Trommelfells (Berberich) 22.
Area striata (Poljak) 339.
Argentum nitricum bei Gonorrhoe (B. Pontoppidan) 28.
Argochrom (Günther) 416.
Argyll-Robertsons Phänomen (Moore) 36.
Argyll-Robertson-Symptom (Inman und Lawson) 215.
Archineucephalie und Encephalocele (Eduard Gamper) 554.
Armenwesen (Garrow) 994.
Arm, Gangrän (Mc Ewan) 351.
— künstlicher (Paloque und Estor) 217.
Arnethsche Formel bei der Appendizitis (Santoro) 1141.
Arrhythmie, perpetuelle (Roemheld und Tietze) 1064.
Arsen in der chemischen Großindustrie (Hopmann) 1101.
— Pigmentation und Keratodermie (Jeanselme, Schulmann und Papoff) 764.
Arsenbestimmung, kolorimetrische (Margarete Ohrzenkowski) 559.
Arsen-Elektroferrol (Berger) 1019.
Arsengehalt des Körpers (Myers und Cornwall) 443.
Arsengewöhnung (Issekutz und Végh) 755.
Arsenschädigung der Haut (Müller) 1233.
Arsenpräparat Albert 102 (Fölsch) 1068.
— (Schäfer) 22.
Arsen-Quecksilber, Therapie (Richon) 958.
Arsen-Therapie der Schwerhörigkeit (Wodak) 414.
Arsenverbindungen per os bei Darminfektionen (Ravant) 611.
Arsenige Säure, Wirkung auf die Blutgefäße (Tscherkess) 755.
Arsphenamin s. Salvarsan.
Artbastard (Lenz) 1297.
Arteritis obliterierende (Ravault und de Girardier) 1447.
Arteria centralis retinae, Spasmus (Halbertsma) 481, 1176.
— cubitalis, doppelte (Fischer) 730.
— epigastrica, Spontanruptur (Blond) 203.
— gastroepiploica dextra, Aneurysma (Eichelter und Knoflach) 1168.
— lienalis (Näher) 985.
— lienalis Thrombose (Blum) 303.
— mesenterica, Obliteration (Garin und Lacroix) 729.
— pulmonalis, Entzündung (Schlaepfer) 570.
— subclavia, Kompression (Henry und Handousa) 928.
Arterielle Obliterationen (Bouchut und Paupert-Ravault) 729.
Arterielle Spannung (Gonzalo) 253.
Arterieller Druck s. Blutdruck.
Arterienverkalkung (Arne Faber) 561.
— (Mladejoosky) 1209.
Arterienwandspannung (Stöwsand) 1203.
Arteriitiden bei Diabetes (Doumer und Patoir) 490.
Arteriitis, akute mykotische der Pulmonalarterie (Mehlin) 1234.
— cerebrale syphilitische (Pulvirenti) 1211.
— obliterans (Cserna) 337.
— stenosierende (Labbe und Heitz) 694.
— verrucosa (Holstf) 761.
Arteriosklerose (Imai) 447.
— (Kimmerle) **1187.**
— (Löwenthal) 642.
— (Clortensa) 221.
— antiallergische Therapie **(Funck) 1047.**
— der Harnblutgefäße (Bordley und Baker) 433.
— der Hirnblutgefäße (Bordley und Baker) 1214.
— der kleinen Rindenblutgefäße (Brinkmann) 307.
— Glaskörpergefäßproliferationen (Kraupa) 210.
— mit und ohne Hypertension (Howard) 897.
— streifenförmige Erkrankungen der Großhirnrinde (Neubürger) 420.
— Therapie (Paul Fleischmann) 551.
— Therapie (Horák) 1281.
— und Blutdrucksteigerung (Nuzum, Seegal, Garland, Osborne) 765.
— und Blutviskosität (Gabriel und Perrin) 957.
— und Lebercirrhose (v. Schnizer) 546.
Arteriosklerotische Veränderungen (Kodama) 791.
Artesische Tiefbrunnen (Gerfeldt) 1128.
Arthritiden, akute (Froehlich) 33.
— Fahreussche Prolapsreaktion (Kahlmeter) 545.
— Therapie der akuten gonorrhoischen (Bressot) 1241.
— -Therapie in Bad Pistyan (Lichtenstein) 418.
— unspezifische, chronische **(Lörcher) 593.**
Arthritis, s. a. Gelenkerkrankungen, Rheumatismus.
— Aetiologie und Pathologie (Pemberton) 1315.
— bei Frauen (Alcock) 485.
— bei Hämophilie (Riosalido) 1173.
— blennorrhagica (Saad) 34.
— chronische (Cecil und Archer) 1106.
— chronische, Proteininjektionen (Yeoman) 761.
Arthritis chron., Therapiemethoden (Meyer-Bisch) 1203.
— deformans (Brocx) 1031.
— deformans (Ewald) 302.
— deformans (Schanz) 424.
— deformans (Seeliger) 722, 985.
— deformans im Rippenquerfortsatzgelenk (Bernstein) 986.
— deformans, Veränderung am Ramus inferior ossis ischii (Scheff) 1206.
— eitrige, tuberkulöse (O'Connor) 484.
— endokrines Element (Thompson) 118.
— -Formen Röntgenuntersuchung (Kimmerle und Laquer) 418.
— gonorrhoische (Hurd) 445.
— iuvenile deformierende im Ellbogengelenk (Turco) 253.
— medico-mechanische Therapie (Gordon) 216.
— Milch parenteral bei (Eideksberg) 41.
— Nebennasenhöhlen-Infektion als Ursache infektiöser (Arbuckle) 1282.
— O-Jodoxybenzoesäure in der Therapie infektiöser (Young und Youmans) 1106.
— psoriatica (Morgenstern) 337.
— syphilitische des Kiefergelenks (Baltscheffsky) 215.
— -Therapie der gonorrhoischen durch Vasektomie (Greenberg) 959.
— urica, s. Gicht.
Arthropathia psoriatica (Nobl und Remenovsky) 209.
— psoriatica (Rochlin und Klaudia Schirmunsky) 68.
Arthrosyphilis deformans secundaria (Kreibich) 651.
Arthrolues tardiva (Grünzweig) 819.
Arthusphänomen (Derick und Andrewes) 1244.
Artikulationsstörungen bei Facialislähmung (Panconcelli-Calzia) 472.
Arrythmia cordis, Diagnose durch das Epigastiogramm (Fukhi) 1143.
Arrythmie, anfallsweise auftretende perpetuelle (Riderer - Kleemann) 819.
Arzneibuch, deutsches (Rost) 1095.
Arzneimittelallergie (Samson und Götz) 1434.
Arzneimittel, Herstellung und Abgabe (Frankfurter) **1361.**
— -pflanzen, volkstümliche (Kroeber) 946.
— -schaum-Therapie bei Hyperacidität (Günther) **181.**
— -verordnung, Grundlagen (Trendelenburg) 1216.
Arzt als Erzieher (Burwinkel) 899.
Aerztliche Ratschläge für gesunde und kranke Tage (Schumburg) 1215.
Arzt und Patient (Mamlock) 84.
— und seine Sendung (Liek) 1286, 1422.
— -behandlung, Verantwortlichkeit bei falscher (Frankfurter) **1048.**
Aerztlicher Unterricht (Pusey) 697.
Ascariden in den Gallenwegen (Brayne) 171.
— -kur (Scharpff und Schneller) 416.
Ascaridia perspicillium (Herrick) 259.
Ascites, s. a. Hydrops.
— (Kowitz) 1197.
— (Paine) 572.
— -Flüssigkeit (Unverricht) 1433.
— hypogenitalis (Stanganelli) 216.
— myxödematöser (Marsh) 1450.
Asepsis, s. a. Desinfektion.
Askariden, s. Wurmkrankheit.
Askese und Erotik (Mayreder) 1424.
Aspergillose der Lungen (Lapham) 1282.
— der Lunge (M. Magaigne und P. Nicand) 565.
Aspergillus versicolor (Steele) 1213.
Asphyxie der Neugeborenen, Emphysembildung (Poeck) 1337.
— intrapartum, kindliche (Poeck) 473.
— intrauterine (Lauros und Müller) 953.
Aspiphenin (Vogt-Schlüter) 685.
Aspirationstroikarts (Ferguson) 569.
Aßmannsche infraklavikuläre Krankheitsherde (Warnecke) 984.
Asthenie (Haemmerli) 1370.
— chronische (Benon) 690.
— neurocirkulatorische (Piersol) 260.
Astheniker, Therapie der Abmagerung vermittels der Faltaschen Insulin-Mastkur (Haemmerli) 1370.
Asthenopie, nervöse (Beselin) 1169.
Asthma (Cooke) 260.
— (Kern) 379.
Asthma fatales (Rackemann) 576.
— Bakterien-Vakzine (Brown) 370.
— bronchiale (Klewitz) 103.
— bronchiale (Müller) 105.
— bronchiale (Muszkat) 820.
— bronchiale (Rackemann und King) 1213.
— bronchiale (Rowe) 34, 74, 375.
— (Samson) 719.
— Allergie (Samson) 949.
— Anaphylaxie (Eskuchen) 468.
— bakterielle Ursache (Grossfeld) 1063.

Asthma, Bedeutung und Klimaeinflüsse (van Leeuwen) 888.
— Desensibilisierungsversuch mittels Milzdiathermie (Gassul) 1162.
— experimentelle Erzeugung und operative Beseitigung (Bräucker) 342
— Färbung der Nasenschleimhaut (Undritz) 1368.
— Flimmerepithel (Moore) 78.
— -heilung (Douglas) 1424.
— jahreszeitliche Schwankungen (Wiechmann und Paal) 1233.
— Mißerfolge bei der operativen Therapie (Kümmell sen.) 397.
— Pathogenese (Gutstein) 156.
— Pathogenese und Therapie (Brems) 1133.
— Pathogenese und Therapie (van Leeuwen) 415.
— Röntgentherapie (Gerber) 175.
— Röntgentherapie (Ramirez und Cole) 864.
— Sympathektomie (Hesse) 684.
— Therapie (van Leeuwen und Kremer) 468.
— Tuberkulininjektionen (Ostergaard) 28.
— hypnotische Uebungstherapie (Laubenheimer) 923.
— Vakzinetherapie (Poudman) 609.
— cardiacum (Pratt) 1107.
— cardiale (Bernauer) 923.
— (Brunn) 819.
— (Wassermann) 337.
— Entstehung und Bekämpfung (Hofbauer) 882.
— Klima und Habitation (Pagniez) 997.
— konstitutionelles (R. Schmidt) 156.
— konstitutionelles (Schmidt) 202.
— nasales (Hofbauer) 505.
— mit Pneumothorax (Spiracke) 80.
— Quellentherapie (Galup) 611.
— -Serumpepton (Auld) 1275.
— Therapie (Hofbauer) 168.
— -behandlung mit Hypnose (Jacobi) 413.
— -behandlung mit Röntgenbestrahlung (Scott) 655.
— ultraviolette Strahlen (Duhem) 490.
— und anaphylaktische Reaktionen (de Besche) 335.
— und Ekzem (Keller und Marchionini) 347.
— und Psychotherapie (Loewenstein) 819.
— und seine Therapie (Bickel) 735.
— und seine Behandlung (Burwinkel) 899.
— und Silicium (Zickgraf) 979.
— -kranke (Kämmerer und Dorrer) 1162.
Asthmatische Respiration (Claude und Simonin) 997.
Ataxie, akute allgemeine (Koschewnikow) 158.
— Friedreichsche, Hinterstranglösung (Stein) 422.
— hereditäre, s. Friedreichsche Krankheit.
Atelektase, postoperative (Fades) 1001.
Atembeschwerende Bedingungen (Hörnicke und Bruns) 299
Atembewegungen, intrauterine (Dyroff) 1090.
— -geräusche (Winkler) 685.
— -not (Goldscheider, Joachimoglu und Rost) 299.
Atemstillstand, s. Asphyxie.
— -störungen postencephalitische (Telliffe) 693.
— cerebrale (Hess und Pollak) 608.
— typus der Frau (Hörnicke) 248.
— -volumen (Stahnke) 1096.
— -wege, Affektionen (Rosenthal) 113.
— -zentrum, Gewöhnung an Morphin (Gottlieb) 415.
— stundenlange Lähmung (Sellheim) 979.
Aether-Analgesie, rektale, bei der Entbindung (Harrar) 79.
— -Anästhesie, Lungenkomplikationen (Lundy) 959.
— Hyperglykämie beim Hund (Tachi, Takai, Fujii) 1319.
— -injektion, intrakardiale (Bolton) 1071.
— -Narkose, s. Narkose, Aether-
— tränenerregender (Ceppi) 559.
— Wirkung auf das normale Herz (Miller, Felderbaum und Krigel) 77.
— Wirkung bei der suppurativen Otitis medica (Mc. Auliffe) 572.
Atherom der Nasenwurzel (Chatellier) 1278.
Atherosklerose, s. Arteriosklerose.
Athetose (Minkowski) 886.
Athétose double (Syllaba und Henner) 612.
Alkohol, Aethyl-Nachweis (Schwarz) 1132.
Aethylalkohol, Wirkung auf die Elektrolytempfindlichkeit von Eiweißkörpern (Wels) 981.
Aethylchlorid, s. Chloräthyl.
Aethylen (Sise) 38.
— -ätheranästhesie, Lungenkomplikationen (Lundy) 959.
— -narkose (Sherman, Swindler und Ellroy) 731.
Aethylisopropylbarbitursäure (Jackson und Lurie) 175.
Aethyljodid, Einatmung (Mobitz) 602.
Atmen, amphorisches (Bendove) 1035.
Atmung, Abhängigkeit vom Alter (Hover und Gustavson) 1245.
— Funktionsprüfung (Bass) 947.
— -hormone (Macleod) 1036.
— in der Narkose (Henderson) 215.
Atmungsorgane (Liebermeister) 1128.
— -organe, sparsame, sachgemäße Behandlung von akuten Erkrankungen (Krause) 1289.
— -organe, Terminologie der Erkrankungen (Ebstein) 1233.
— -regulation (Straub) 723, 820.
— und Blutdruckverschlechterung (Franz Reichert) 583.
— und Leibesübungen (Hörnicke) 1069.
Atomtheorie, Magengeschwür (Mc. Donald, Godfrey) 573.
Atonie (Pal) 204.
Atophan, s. a. Gicht.
— (Horsters und Rothmann) 546.
— (Schilling) 302.
— Einwirkung auf die Magensaftsekretion (Kindermann und Schlechter) 724.
— -Gebrauch, Ikterus als Folge langdauernden (Klinkert) 1273.
— Ikterus als Folge (Klinkert) 609.
— Thyreoidin Darreichung, Einwirkung kombinierter auf den Harnsäurehaushalt (Spitz) 1203.
Atophanyl (Maillard) 1233.
— (Petermann) 1095.
— bei Erythema exsudativum multiforme (v. Pezold) 919.
— -Therapie (Brostland) 316.
— -behandlung (Liliendahl-Petersen) 316.
Atoxylsaures Antimon bei experimenteller Syphilis (Grossmann) 642.
Atrichia congenita (Kauftheil) 1068.
Atrioventrikulär, s. Herz.
Atrioventrikuläre Reizleitung (Ken Kuré und Yoshio Hata) 604.
Atrioventrikulärer Rhythmus (Géraudel) 1447.
Atrophie beim Kinde (Švehla) 645.
— der Säuglinge (Engel) 640.
Atrophia maculosa cutis circumscripta (Pautrier u. Diß) 1278.
— nervi optici (Fazekas u. Thurzó) 1274.
Atrophische Säuglinge, Ernährungsstudien (Franke u. Wittenberg) 823.
Atrophodermie (Kogoy) 1102.
Atropin (Heubner) 918.
— Akkommodationslähmung (Terrien) 112.
— Einfluß auf die Blutzusammensetzung (Jacobsohn und Rotschild) 1152.
— Einwirkung auf das Herz Sporttreibender (Kauf) 303.
— im Hungerzustande (Cristel) 1376.
— -Probe des Magens (Stranz) 202.
— -Studien bei Kindern (Ritte) 1235.
— -Sulfat-Wirkung (Dierks) 686.
— -Wirkung (Bertram) 923.
— -Wirkung (Müller und Corbitt) 933.
— -Wirkung auf den Dickdarm (Large) 604.
— -Wirkung auf die alimentäre Glykaemie. (Allard) 854.
— -Wirkung auf die Magenfunktion beim Menschen (Keefer und Bloomfield) 1143.
— -Wirkung auf die Zuckerausscheidung der isolierten Froschnieren (Maucini) 853.
Auffassungsmöglichkeit (Weiler) 420.
Aufnahmetisch (Stilgebauer) 608.
Augapfel s. Bulbus.
Auge (Fuchs) 477.
Augenabschnitt, Vitalfärbung des vorderen (Hoffmann) 824.
Augenaffektionen (Bell) 797.
Auge, Apertur und Sehfunktion (Cowan) 502.
Augen-Atrophie (Raeder und Harbitz) 761.
Auge, Bestrahlung mit ultraviolettem Licht (Duke-Elder) 655.
Augenbewegungen (Gifford) 264.
Auge, bösartige Geschwülste (Sattler) 447.
— Carcinom und Sarkom (Seefelder) 1029.
— des Meerschweinchens, Superinfektion (Arloing) 891.
— bei gewerblichen Verletzungen (Siegrist) 1447.
Augendiagnose (Birsch-Hirschfeld) 1332.
— und Okkultismus (Salzer) 273.
Augendruck (Comberg) 210.
— bei Akkommodation (Salvati) 795.
Augenerkrankungen, konservierende Chirurgie (Castresana) 173.
— Proteinkörpertherapie (Gaston) 380.
— sinualen Ursprungs (Clément) 492.
Auge, Fett-Knochengewebe (Schilling) 1100.
— Fusionsbewegung (Roelofs) 792.
— Gegenrollung (Benjamins) 926.
— Immunitätsverhältnisse (Brückner) 1413
Augenheilkunde Injektionsmittel (Braun) 476.
— und Zahnheilkunde (Gutmann) 1169.
Augenhintergrund, Strangbildung (Hoffmann) 1169.
— -Veränderungen bei Störungen der inneren Sekretion (Rowland) 502.
Augenhöhle, Geschwülste (Meller) 1029.
— Tuberkulose (Sander) 1437.
Augenhöhlenbildung (Csapody) 1273.

Auge, Kontusionsverletzungen der tiefen Membranen (Lagrange) 366.
Augen-Mißbildung, familiäre (Ashby) 655.
Augenmuskeln, assoziierte Bewegungen (Margulis und Model) 1097.
— Kontrakturen paretischer (Cohn und Isakowitz) 947.
— Lichtwirkung (Ohm) 1100.
— Zugkraft der seitlichen geraden (Fischer) 792.
Augen-Pathologie (Evans) 1248.
— -Prophylaxe Credésche (v. Hahn) 818.
Auge, Rekurrenzerkrankungen (Löhlein) 824.
Augensalben (v. Liebermann) 920.
Auge, Sarkome (Rochat) 759.
— Schädigungen durch ultrarote Strahlen (Vogt) 479.
— Schädigung durch Drechslerarbeit (Samojleff) 1437.
Augen-Skrofulose, Lungenbefunde (Stalder) 728.
— Sorge für die (Jackson) 1179.
Auge, Sympathisierung des Kaninchenauges (Guillery) 792.
Augensymptome bei Schläfenhirngeschwulst (Lillie) 220.
— bei subarachnoidaler Blutung (Calhoun) 1283.
Auge, Syphilis (Sommer) 167.
Augen-Syphilid in der zweiten Generation (Ješe) 1269.
Auge, syphilitische Krankheiten (Fuchs) 824.
Augentuberkulose (Löwenstein) 824.
— (Weecks) 766.
— (Werdenberg) 210.
Auge, tuberkulöse Infektion (Schieck) 1336.
Augen-Tuberkulose, Klinik (Löwenstein) 1100.
— spezifische Therapie (Fleischer) 1100.
— Therapie mit Partialantigenen Deycke (Beaucany) 824.
Auge, Tuberkulose und Syphilis (Sattler) 853.
— vasomotorische Innervation (Michail und Vaucea) 1105.
Augen-Verätzung mit 25% Höllensteinlösung (This) 1435.
Augenverletzungen (Lauber) 303.
Auge, Verletzung durch heißes Metall (Esser) 1100.
Augenverletzungen, perforierende (Kubik) 1200.
Augen, Vitalfärbung (Marx) 560, 927, 1437.
Auge, wabige Synechien im vorderen Abschnitt (Bonnefon) 980.
— Wirkung von Licht (Decke-Elder) 761.
Augenärztliche Berufsberatung (Pichler) 210.
Augenzittern s. Nystagmus.
Auremetin (Willmore und Martindale) 484.
Auricularfibrillation, Wert des Chinidins (Levine und Wilmaers) 38.
Auraphos (Schmidt) 685.
Ausbildung in der Kranken-, Irren- und Säuglingspflege und im Massageberuf (Friedrich-Schulz) 1148.
Ausdrucksbewegungen (Schwerdtner) 791.
— des psychischen und physischen Schmerzes (Kollaritz) 652.
Ausflockungsreaktion mit Katsuobushi (Takeda) 1148.
Ausfluß s. Fluor.
Auskratzung, Ausschabung s. Abrasio.
Auskultation, elktrische (Lutembacher) 365.
— Hyhygmomanometrische Akustik (Fabre) 998.
Auslöschphänomen (Zlatogoroff und Derkatsch) 330.
Ausscheidungs-Hautkrankheiten (Fischer) 651.
Austreibung (Fowler) 440.
Auswurf s. Sputum.
Autohämatotherapie bei chirurgischen Affektionen (Monktar und Scandurra) 1378.
Autokondensation bei Blutdrucksteigerung (Moor) 1001.
Autoliquidotherapie bei Typhus exanthematicus (Zielinski) 1241.
Automatismen, primäre (Max Eyrich) 554.
Automobilismus, Gefahren (Filippini) 994
Automobilstoffe, gesundheitsschädliche (Beyer) 1200.
Automobil- und andere Unfälle, erste Hilfe (Koch) 1249.
Autoserotherapie nach Gilbert (Pometta) 479.
Autosuggestionstherapie (Décsi) 735.
Autotransfusion (Leesberg) 481.
Autovakzine von Orsós (v. Berde) 722.
— -Therapie in der Urologie (v. Adler-Racz) 476.
Avitaminosen s. a. Vitamine, Skorbut, Beriberi, Pellagra.
Axillardrüsen im Röntgenbild (Klaiber) 726.
Axillarorgan weibliches (Klaar) 249.
Azetylen (Schmidt) 1332.
Azidose, Beeinflussung bei Hyperemesis mit Insulin (Seidl) 979.
— beim experimentellen Diabetis (Hendrix, Fay, Calvin, Bodansky) 1245.
— Entwicklung des Begriffs (Lichtwitz und Mainzer) 1164.
— in der Chirurgie (Loessi) 423.
— klinische Methode zur Bestimmung (Breed) 1379.
— postoperative (Clifton und Landry) 121.
— (Labbé und Crevki) 1211.
— Schwangerschaft (Bokelmann, Bock und Rother) 162.
Azorubin, Funktionsprüfung der Leber (Fenstermann) 548.
Azotämie (Becher) 1126.
Azotämie in der Chirurgie (Crainicianu und Florian) 1447.
— und Rhachianalgesie (Abadie, Baldous u. Dornier) 565.

Babinski-Phänomen (Pezzotti) 358.
— Inversion (Mankowsky und Beder) 67.
— (Rouquier und Couretas) 958.
— beim Kinde (Mathieu und Cornil) 694.
Bacterium coli, Einfluß auf pathogene Darmkeime (Pfalz) 1199.
— lepisepticum (Webster und Burn) 1244.
Bäderbehandlung s. Balneotherapie.
Bad Hall, Mineralwasser (Spitzmüller) 824.
Bäder-Kalender, deutscher 448.
Badekuren (Lurz) 297.
Baden, plötzlicher Todesfälle (Rosin) 1023.
Badewannen, Mischbatterie (v. Mirman) 604.
Bakteriaemie s. Sepsis.
Bakterien, chemische Resistenz (Paneth) 947.
— -Flora (Arnold und Brody) 432.
— -Flora des Magendarmkanals (Arnold) 432.
— -Formen filtrabel (Hauduroy) 694.
— -Geißeln (Noguchi) 658.
— Infektiosität (Bail) 604.
— intrazelluläre Toxine (Nelson) 495.
— -Krankheiten in Spanien (Moragas y Gracia) 920.
— -Nährböden (Fetscher und Zirkler) 920.
— -Proteasen, Wirkung auf Protein (Schierge) 724.
— Säurebildung (Bitter, Weigmann) 643.
— -Sporen (Magoon) 660.
— -Suspensionen (Schmidt) 758.
— therapeutische Verwendung lebender (Schlayer und Wolf) 919.
— -Vakzine (Wherry und Bowen) 259.
Bakteriologie (Lehmann-Neumann) 1285.
Bakteriolysine (Salazar) 1032, 1173.
Bakteriophagie (Zdanski) 108.
Bakteriophagen bei Streptokokkeninfektionen (Dutton) 660.
— d'Hérellesches (Handuroy, Camus, Dalsace) 1137.
— Wirkung von Kochsalz (Alessandrini) 173.
— (Arnold und Weiss) 259.
Bakterioskopische Prophylaxe (Kuffler) 210.
Bakteriotherapie der Verdauungsstörungen im Kindesalter (Popowa) 645.
Bakterizidie von Blut und Serum gegenüber Staphylokokken (Wolff) 1209.
Balanitis grangraenosa (Scherber) 824.
Balentidium coli (Alessandrini) 563.
Balken-Fasern, Beziehungen zu der inneren Kapsel (Mingazzini) 1122.
— -Gegend, Angioma arteriale racemosum (Klimesch) 333.
— -Geschwulst (Neiding) 1300.
Ballon-Theorie (v. Arx) 1132.
— von Baumm (Sztehlo) 301.
Ballungsreaktion im Liquor cerebrospinalis (Müller) 1059.
Balneologie (Spiro) 72.
Bandlscher Ring (Schmidt) 1236.
Bandwurmkur mittels der Darmsonde (Schneider) 917.
Bantische Krankheit (Cocke) 77.
— (Kaplan) 1413.
— (Marin) 1142.
— (Rosenthal) 74.
Bardenheuerscher Schnitt (Martin) 345.
Barium-Salze, Todesfälle (Nally) 74.
— -sulfat als Schutzmaterial gegen Röntgenstrahlen (Hunt) 1037.
— -sulfatkontrastmittel (Geyer) 986.
Barlowsche Krankheit s. Skorbut infantiler.
Barospirator (Thunberg) 761.
Barthaare, eingewachsene (Schmidt) 1068.
Bartholinitis gonorrhoica (Sieber) 1170.
Bartonella bacilli-formis (Noguchi) 1244.
Basal-Fibroid, Röntgentherapie (Breitländer) 342.
— -Ganglien (Kodama) 955, 1306.
Basedow s. a. Thyreoidea, Kropf.
— (Gmelin) 979.
— (Liek) 309.
— (Richter) 105.
— (v. Schnizer) 203.
— (Wiesel) 105.
— Arbeits-Stoffwechsel (Kisch) 468.
— Arterienligatur (Rogers) 484.
— bei Kindern (Helmholz) 894.
— Blutsstrom und Blutdruck (Liljestrand und Stenström) 169.
— Diathermie (Savini und Ackerman) 1241.
— durch Mirion (v. Diettrich) 819.
— Gebrauch des Jod (Maselli) 1377.
— Herzstörungen (Bickel und Frommel) 427.

Basedow, histologische Veränderungen der Thyreoidea nach Jodmedikation (Rienhoff) 36.
— Jod (Petzén) 482.
— Jodtherapie (Nicolaysen) 640.
— Jodtherapie (Slosse) 1280.
— Behandlung (Schönbauer) 985.
— Kropf, chirurgische Therapie (W. Isler) 26.
— Lymphorrhagien in der Muskulatur (Dudgeon und Urquhart) 1072.
— mit toxischem Adenom (Graham) 1034.
— Myelitis funicularis (Schilling) 645.
— Neutralisation des Blutserums durch das Blutserum von Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse (Branowacky) 1302.
— -Operationen (Riese) 754.
— operative Therapie (Hotz) 640.
— Röntgenbestrahlung (Sanger) 659.
— Röntgenbestrahlung (Webster) 692.
— Röntgentherapie (Ratera) 173.
— Serumtherapie **(Münzer) 1007.**
— -Syndrom, syphilitisches (Schulmann) 258.
— Therapie (Dunhill) 484.
— Thyreoidektomie (Bartlett) 1315.
— traumatischer (Vischer) 1370.
— und Encephalitis (Inglessis) 854.
— und Jod (Borak) 333.
— Veränderungen in der Thyreoidea (Holzweissig) 309.
Basedowkranke, Neutralisation des Serums (M. Branovačky) 559.
Basedowsche Krankheit in der Chirurgie (Fiori) 1264.
— Röntgentherapie (Borak) 1269.
— und Antithyreoidin (Grawitz) 243.
— vegetatives Nervensystem (Hyman und Kessel) 175.
— Insulin-Therapie (Klein) 299.
— Ursache und Therapie (Gram) 482.
Basedowoides Krankheitsbild (Firgan) 545.
Basel, Gesundheitspflege im mittelalterlichen (Baas) 662.
Basokow, Spritze für Injektionen in die Ellenbeugevenen (Hirsch-Tabor) 1162.
Bassinische Aponeurosenplastik (Freund) 688.
Bauch s. a. Abdomen.
— -aorta-Pulsation (Pick) 333.
— -Affektionen der Kinder (Adams) 171.
— -blutgefäße, Erkrankungen (Held) 81.
— -blutgefäße, Krankheit (Held) 80.
— -bruch s. Hernia ventralis.
— -Chirurgie (Kümmel) 546.
— -deckenblutung (Block) 474.
— -deckenemphyseme, gynäkologische (Zoefgen) 558.
— -deckenerkrankungen auf Grundlage der Nervenschädigungen (Poniemunski) 1094.
— -deckencharmatom (Weitz) 413.
— -erkrankungen (Stretton) 655.
— -erkraukungen, akute (Juán Viar) 930.
— -fell s. Peritoneum.
— -fensterkaninchen, Hormonal-, und Cholinwirkung (Zuelzer) 1156.
— -geschwülste, klinische Diagnostik (Pagenstecher) 701.
— -hernie, Chirurgie (Hoock) 261.
— -hälfte, Geschwülste in der rechten (Huese) 481.
— -haut, Kneifschmerzhaftigkeit (Strecker) 246.
— -höhle, Fremdkörpercysten (Guthrie) 959.
— -höhle, Fremdkörper (Schmidt) 1169.
— -höhlenschwangerschaft (Schönholz) 345.
— -höhlenschwangerschaft, Entstehung der primären (Meczewski) 954
— -höhlenschwangerschaft, geplatzte (Grove) 379.
— -höhle, Tumoren (Gurewitsch) 1338.
— Krankheitszustände (Riesman) 75.
— Krankheitsbilder, tödliche (Neumann) 204.
— maligne Krankheit im oberen, rechten Quadranten des (Graves) 1107.
— -muskulatur, Lähmung (Rey) 1168.
— -operation, Bauchschnitt s. Laparotomie.
— -palpation (Cormick) 178.
— -partien untere, Druckempfindlichkeit (Van den Velden) 246.
— Reflex spino-iliacaler (Galant) 421.
— schmerzhafte Spasmen (Alessandrini) 359.
— -schwangerschaft s. Gravidität extrauterine.
— -schwangerschaft, primäre (Wachneldt) 557.
— -speicheldrüse s. Pankreas.
— -speicheldrüse, Gangsystem (Schwarz) 1168.
— -verletzung (Roberts) 761.
— -verletzungen, Frühdiagnose der stumpfen (Krecke) 1403.
— -wand, Bluterguß (Fathergill) 655.
Baumgartnerhöhe, Lungenheilstätte (Poindecker) 1266.
Bazillen s. a. Diphtherie-, Gasbrand-, Grippe-, Koli-, Milzbrand-, Paratyphus-, Ruhr-, Typhusbazillen.
— -untersuchungen, wiederholte (Guinard) 891.
Bazillenträger (Vas) 108.
— -träger (Bumke) 205.
Bazillus abortus (Huddleson) 431.
— acidophilus und bulgaricus, Lebensfähigkeit (Kulp) 1107.
— botulinus (Starin) 375.
— bronchisepticus, Infektion eines Kindes (Brown) 319.
— Friedländer (Belk) 375.
— lactis aerogenes (Burtscher und Meyer) 333.
— ozaenae foetidae (Michailoff) 1143.
— pneumoniae Friedländer als Erreger gynäkologischer Erkrankungen (Scheyer) 1437.
— proteus (Kendall und Keith) 432.
— proteus bei der Ozaena (Michailoff) 1143.
— sporogenes (Dack) 375.
— vaginalis (Bajoński) 1347.
— Welchii, Haemotoxin (Neill und Mallory) 1244.
Beamtenrecht (Schilling) 644.
Becken, Einleitung einer vorzeitigen Geburt in der Therapie des engen (Banister) 1103.
— -abszeß retroperitonealer (Nielsen) 430.
— -ausgangsmessung (Cornick) 1040.
— -Carcinom, Radiumtherapie (Soiland) 435.
— -chirurgie, Organerhaltung (Graves) 1002.
— -durchmesser, Messung des oberen geraden (Thoms) 76.
— -eingang, Bestimmung mittels Röntgenstrahlen (Thims) 124.
— -endlagen, Ausschaltung der Austreibungsperiode (Irving und Goethals) 378.
— enges (v. Seuffert) 619.
— -entzündungen bei Frauen (Noyes) 699.
— -entzündungen, Proteinkörpertherapie (Champlin) 699.
— -form und Körperlänge (Sitzen) 1372.
— Geburtsmechanismus beim engen (Schumacher) 1098.
— -geschwülste (Aloi) 488.
— -infektionen (Cherry) 617.
— -infektion, chronische (Curtis) 379.
— -infektionen, Diathermie (Cherry) 81, 731.
— -infektionen und Proteintherapie (Pike) 1381.
— Interkostalneuralgie im Gefolge von Erkrankungen der Organe des kleinen (Lapinsky) 1365.
— -kolon (Slesinger) 929.
— Lehre des engen (Schneider) 1367.
— Leitung der Geburt bei engem (Williams und Ko Chi Sun) **1040.**
— -Luxationen (Verning) 990.
— -messung mittel Röntgenstrahlen (Thoms) 1318.
— -neigung, Lösungsoperationen (Ohlow) 1070.
— Neuralgien (E. Hauch) 28.
— -organe, Chirurgie (Clark) 118.
— -organe, Prolapsgeschwindigkeit bei Erkrankungen der weiblichen (Schmitz) 501.
— -organe, Veränderungen im Klimakterium (Novak) 1029.
— -reflexe (Grahe) 475.
— schmerzen, chronische bei Frauen (Alcock) 485.
— spondylolistetisches (Meisels) 1443.
— -stütze (Telson) 658.
— Therapie beim engen (Kupferberg) 1089.
— -venen der japanischen Frauen (Saito) 382.
— -venen, Unterbindung bei Thrombophlebitis (Huggins) 1318.
— -venenentzündung beim Weibe (Benzel) 1403.
— Wehenwirkung bei engem (Bailey) 1318.
— -zertrümmerung (Caccia) 488.
Bedingte Hemmung bei Kindern (Schastin) 1413.
Bedingungsreflexe bei Kindern (Krasnogorski) 264.
Befruchtung, künstliche (Meaker) 1213.
— künstliche (Samuel) 1088.
Begabung und Konstitution (Ssucharewa und Ossipowa) 339.
Begleitschielen (Engelking) 1169.
Behaarung, sekundäre (Olivet) 249.
Behelfsprothese (Grimault) 174.
Beinbruch, intrauteriner (Schulz) 1074.
— -gleichstellung (Ritter) 897.
— -prothesen (Muvihead Little) 36.
— -verbände, Haltevorrichtung (Frosch) 1268.
— -verkürzungen, Einstellung des Fußes in Zehenstellung (Lussana) 488.
Beleuchtungsvorrichtung (Ockel) 1233.
Belichtungsuhren (Chantraine) 68.
Bell-Beuttner-Operation (Bell) 379.
Bellsche Lähmung (Dabney) 77.
Bence-Iones Eiweißkörper (Reynolds) 353.
Bengalrosa, Adsorption durch Eiweißkörper (Rosenthal und Douglas) 1316.
Bengalrot-Probe (Kerr, Delprat, Epstein und Duniewitz) 118.
Benjoinreaktion bei gewissen syphilitischen Meningitiden (Léchelle und Mouquin) 827.

Benzidinreaktion im Stuhl von Diabetikern (Massee) 998.
Benzinbehälter nach Bowser (Korolew) 1412.
Benzinintoxikation (Schustrows und Salistowskaja) 305.
Benzoereaktion, kolloidale (Starobinsky) 116.
Benzoin-Reaktion, kolloidale im Serum (Goidana) 216.
Benzolvergiftung (Löwy) 415.
Benzoylglukuronsäure (Quick) 1245.
Benzycin (Gruber) 373.
Benzylalkohol (Gruber) 373.
— -amin (Love und Waddell) 264.
— -benzoat (Macht) 932.
— -Zimtsäure-Aether, Therapie von chirurgischer Tuberkulose (Desplas und Jakobson) 1073.
Benzyphos (Gruber) 373.
Berghsche Probe (Glenn Ravdin) 78.
Bergleute im Ruhrgebiet, Morbidität und Mortalität (Heymann und Freudenberg) 802.
Beri-Beri s. a. Vitamine.
— erkrankte Säuglinge (Suzuki) 1148.
— experimentell (Farnum) 318.
— Grundstoffwechsel (Senega und Yasutomi) 447.
— und Tetanie, Beziehungen (Frontali) 1174.
Bericht, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Stettiner) **394.**
— Deutsche Gesellschaft für innere Medizin (Fränkel) **391.**
— Deutsche Gesellschaft für Urologie (Lehmann) **1124.**
— Deutscher Verband für Schulkinderpflege (Grünewald) **683.**
— Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge **751.**
— Deutscher Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen (Misch) **1092.**
— Fürsorgetagung 1925 (Hecke) 548.
— Gesellschaft deutscher Nervenärzte (Misch) **1120.**
— Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (Wolfenstein) **1154.**
— Internationaler Kongreß für Sexualforschung (Alsberg) **1157, 1193, 1230.**
— Kongreß für Psychotherapie **408.**
— Röntgenkongreß **405.**
— Tuberkulosetagungen in Honnef und Düsseldorf **716.**
— 89. Versammlung der Gesellsch. deutscher Naturforscher und Aerzte **1117, 1149.**
— Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte, Sektion Dermatologie (E. Kottmaier) **1056.**
— Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Sektion Geburtshilfe und Gynäkologie (Aufermann) **1088.**
— Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Sektion Kinderheilkunde (Gottstein) **1050.**
— Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Sektion Röntgenologie (J. Kottmaier) **1052.**
Beruf und Erbgang (Bogen) 1195.
Berufsberatung, ärztliche (Hoppe) 1435.
Berufsdermatosen (Bloch) 1056.
— -geheimnis **(Lustig) 912.**
— -krankheiten (Westmacott) 36.
— -krankheit, Arbeitsunfall (Oller) 253.
— -krankheiten der Aerzte (Löwy) 546.
— -krankheiten, entschädigungspflichtige (Noack) 885.
— -krankheiten, gewerbliche (Hasselmann) 980.
— -krankheiten, meldepflichtig **(Gerbis) 45.**
— -krankheiten und Unfallversicherung 586.
— -krankheiten, Verhütung (Pfeil) 982.
— -schädlichkeiten (Kölsch) 1101.
— -unfähigkeit (Engel) 156.
— -verbände, Aufnahmepflicht in die ärztlichen (Frankfurter) **849.**
Besonnung und Belüftung Gesunder, Gelenk- und Lungentuberkulöser (Kisch) 1250.
Besredka, Therapie entzündlicher Erkrankungen (Kootunowitsch und Paltschewskaja) 271.
Bestrahlung, intrathorakale Veränderungen (Evans u. Leucutica) 499.
— physiologische Wirkung (Bovie) 121.
— Stoffwechseländerung (Flickinger) 978.
— Veränderungen an der Magenschleimhaut (Dawson) 499.
Bestrahlungspolyglobulin (Kromeke) 754.
— -therapie (Pfahler und Widmann) 1037.
— -therapie der Struma maligna (Barthels) 1061.
Beta-Eucainborat (Copeland) 316.
Betäubung, allgemeine, kombinierte und regionäre (Finsterer) 993.
Betilon (Heger) 947.
Bettnässen s. Enuresis.
— Rolle der Träume (Weissenberg) 339.
— und Träume (Weissenberg) 164.
Beulenpest und Insekten (Alessandrini) 1452.
Bevölkerungsfrage in den europäischen Ländern (Prinzing) 724.
Bevölkerungspolitik, Landwirtschaft (Aust) 1435.
Bevölkerungszunahme in den europäischen Ländern (Roesle) 727.
Bewegungen, Analyse pathologischer (v. Weizsäcker) 1123.
Bewußtsein (Wright) 693.
Bienenstockepitheliom der Wange (Pautrier, Levy und Diss) 1278.
Biermersche Krankheit s. a. Anaemie.
Bifidusflora (Schönfeld) 686.
— -vegetation, Entstehung (Adam) 108.
Bilhatziakrankheit (Palamountain) 446.
Bilharziosis (Specht) 414.
— in den Vereinigten Staaten (Cutler) 431.
Bilirubin s. Gallenfarbstoff.
— -ämie (Bang) 1237.
— -ämie (Heynemann) 1097.
— -ämie als Symptom der Appendicitis (Bang) 1312.
— chemischer Ursprung (Hinglais) 998.
— extrahepatischer Ursprung (Hinglais) 998.
— -formen, v. d. Berghschen Reaktion (Collinson und Fowweather) 763.
— -Herkunft (Simici und Popesco) 686.
— -reaktion im Serum bei Schwangerschaftstoxikosen (Eufinger) 1091.
— -untersuchung im Harn (Garnier und Giroire) 694.
Bindegewebe, Elastizitätsverhältnisse (Häbler und Pott) 820.
— -verdauung (Sagal) 75.
— -verdauung (Schembra) 1332.
— Zellformen (Mjassojedoff) 1063.
Bindehaut s. Konjunktiva.
Binnenbewußte (Nachmansohn) 652.
Binokuläre Verflauung von Bildern (Amman) 477.
— Verflauung der Bilder (v. Vajda) 1169.
Biologie, allgemeine (Hartmann) 22.
Biologisches Denken (Christian) 204.
Biologische Standardisierung (Aug. Krogh) 28.
Biondi-Färbung (Grombach) 951.
Bipp-Methode (Thal) 1333.
Bismogenol (Stephan) 1063.
Bismophanol (Lippert) 642.
Bismuth s. Wismut.
Bittermittel (Mahler) 980.
Bizepsreflex (Galant) 984.
Blase s. a. Harnblase.
Blasencarcinom, Röntgen-Therapie (Schmitz und Laibe) 1449.
Blasenchirurgie (Orth) 1369.
Blasendivertikel (Bacchi) 1377.
— (Düttmann) 1401.
— (Propping) 1408.
Blasenentzündung s. Zystitis.
Blasenmolenteile, Verschleppung in die Vagina (Liebe) 1367.
Blase, Operation (Devine) 1318.
— Therapie der Epitheltumoren (Burnam und Neill) 1419.
Blasensteine s. Harnblasensteine.
Blasentuberkulose (Lucri) 1377.
Blasentumoren (Meier) 1408.
— Therapie (Gazzolo) 1452.
— Therapie mit Röntgentiefenbestrahlung (Waters) 1419.
Blastomycose (Desjardins) 862.
— (Prochàzka) 167.
— (Wilhelmi) 78.
— (Rhamy) 998.
Blattern s. Pocken.
Blausäure, Hydrolyse (Fearon und Dockeray) 1310.
— und Insulin (Szolnoki) 919.
Bleiarbeiter, Streckerschwäche (Adler-Herzmark) 685.
Blei, Carcinom-Therapie (Bell) 486.
Bleieinwirkung (Teleky und Schulz) 758.
Bleielektroden bei Iontophorese (Wirz) 1100.
Bleifrage (Böttrich) 1062.
Bleigehalt der Kopfhaare (Tada) 1148.
Bleiinhalation (Jülisch) 1094.
Blei, kolloidales (Stenström und Reinhard) 1245.
— in der Carcinomtherapie (Coke und Cook) 353.
— Mengen, Bestimmung kleinster (Necke, Schmidt und Klostermann) 1295.
— pharmakologische Wirkungen (Dilling) 1445.
— Produktion von Bleiakkumulatoren (Wigdortschik u. Kupritz) 1411.
— spektographische Bestimmung im Körper (Klostermann) 1119.
Bleistearatvergiftung in der Gummiindustrie (Cronin) 120.
Bleitetraäthyl (Norris und Gettler) 118.
— -Vergiftung (Kehoe) 75.
Blei, Therapie maligner Erkrankung (Bell und Mitarbeiter) 486.
— Therapie maligner Geschwülste (Cunningham) 1445.
— Therapie maligner Neubildungen (Lewis) 1444.
Bleivergiftung (Foshay) 730.
— (Breitberg) 1411.
— (Gilchrist) 692.

Bleivergiftung (Lehmann, Spatz und Wisbaum-Neuburger) 1026.
— bei Säuglingen (Wilcox und Coffey) 697.
— der Brenner (Lebermann) 979.
— und N-Stoffwechsel (Tscherkess) 204.
Blei, Verwendung von kolloidalem bei Carcinom (Wood) 1106.
— Wirkung auf reife und unreife Erythrozyten (Pearse) 659.
— Wirkung von kolloidalem auf Tiertumoren (Wood) 1445.
Blennorrhagie der Frau, Therapie (Janet) 490.
— intravenöse Injektionen von Glukose (Ischok) 364.
Blennorrhoetherapie (Ochsenius) 297.
Blennorrhagie, Vakzine und Proteine (de Medina) 826.
Blepharophimose fenile (Velhagen jr.) 346.
Blickkrampf, extrapyramidaler als postenzephalitisches Symptom (Fischer) 854.
— periodischer (Kulkow) 886.
Blicklähmung s. Augenlähmung.
Blinddarm s. Appendix.
Blinde, Verfolgungswahn (Banus) 690.
Blindenarbeiten (Braunstein) 1443.
Blindgeborener, Sehschärfe 11 Jahre n. sein. Heilung (Moreau) 1176.
Blindheit (La Puente E. Ibarra) 31.
— Diagnose (Jackson) 117.
— durch Chinin (Plummer) 171.
Amaurosis fulminans im Kinderalter (Breiger) 477.
Blindheit in Grönland (Börresen) 350.
— in Mexiko (Weichmann) 852.
Blitzschlag, Nervenverletzung (Hermann) 299.
Blut s. a. Agglutination, Plasma, Serum.
— (Kirk und King) 1036.
— (Levinson) 264.
— (Osgood) 659.
— Agglutinationsprobe mit hämolysiertem Blut (Clemens) 1404.
— Albumosen (Chevallier) 957.
— als Angriffsfläche der ultravioletten Strahlen (v. Schubert) 685.
— als klinischer Spiegel somatischer Vorgänge (Schillings) 393.
— als Sekret (Sahli) 168.
— Aminostickstoff (Becher und Hermann) 820.
— Ammoniakgehalt (Gigon) 728.
— Ammoniakgehalt (Taubenhaus und Sternberg) 1063.
Blutarmut s. Anämie.
Blutausstriche, Beurteilung gefärbter (Piney) 822.
Blutauswaschungen am Lebenden (Haas) 1021.
Blut, bakterizide Kraft (Parks) 264.
Blutbefunde nach Entmarkung von Röhrenknochen (Koolman) 468.
Blut bei Hochgebirgsbewohnern (Lippmann) 883.
— beim Kinde, Kalziumgehalt (Debré, Goiffon und Guyonnaud) 612.
Blutbild (Heissen) 104.
— Bedeutung für die otogenen Krankheiten (Levy) 475.
— bei der Tuberkulose im Kindesalter (Angarano) 1242.
Blut, Bestimmung anorganischer Sulfate, Phosphate und Chloride (Yoshimatu) 1319.
Blutbild bei Anaemia splenica des Kindes (Gandolfo) 1311.
— bei Geistes- und Nervenkrankheiten (Daiber) 309.
— bei Konstitutionsanomalien (Tur) 165.
— bei Nervenkrankheiten (Zádor) 1234.
— bei Syphilis (Antoni) 888.
— choleretische Beeinflussung des peripheren (Rösler) 106.
Blutbild, eosinophiles, beim japanischen Säugling (Tomita) 556.
Blutbilder, Einfluß der Wasserstoffionenkonzentration auf die Färbung (Mommsen) 545.
Blutbild im Hochtal von Mexiko (Eggers) 547.
— leukämisches (Herz) 825.
— Linksverschiebung, Ernährungsstörungen (Rischid) 556.
— Rechtsverschiebung des neutrophilen (Egoroff) 724.
— syphilitisches (Lemke und Streblow) 202.
— und innere Sekretion (Zondek und Köhler) 545.
Blutbildung (Mjassojedoff) 1063.
Blutbildveränderungen bei kindlicher Bronchialdrüsentuberkulose (Wiese und Hindersin) 71.
Blutbild, Veränderungen des roten in der Schwangerschaft (Schneider) 883.
— weißes (Schilling) 720, 721.
— weißes, bei Frügeborenen und Säuglingen (Schmal, Schmidt und Serebrijski) 472.
Blutbilirubin (Förster und Förstner) 1441.
Blutbrechen s. Haematemesis.
Blutchemie und ultraviolette Strahlen bei Tuberkulose (Davis) 82.
Blut, chemische Veränderungen bei Keuchhusten (Regan und Tolstouhov) 568.
Blutchemismus bei Bronchopneumonie (Nassau und Pogorschelsky) 725.
Blut-Cholesterin während der Aethernarkose (Mahler) 1245.
Blut-Cholesteringehalt des Kaninchens (Mjassnikow) 1434.
Blut, Darmfäulnisprodukt (Becher) 1059.
Blut der Neugeborenen, Morphologie (Stransky) 984.
Blutdruck s. a. Puls.
— (Ganter) 755.
— (Lintz) 796.
— Bedeutung des systolischen und diastolischen (Smith, Miller und Graber) 896.
— Beeinflussung durch Kalzium (Loewenstein) 329.
— bei Frauen, Beeinflussung durch die Geschlechtsorgane (Alvarez und Zimmermann) 659.
— beim Kinde (Thomas) 26.
— bei psychischer Exzitation (Tigerstedt) 169.
— -erhöhung (May) 215.
— -erkrankungen (Grafe) 1101.
— Harnmenge (Wiechmann und Paal) 604.
— -höhenlage (Grober) 1126.
— hoher, Therapie (Frederick, Allen) 84.
— in verschiedenen Gefäßgebieten (Mandelstamm) 1334.
— -kurve, Adrenalin (Eufinger und Heimannsberg) 313.
— nach dosierter Bewegung (Adler) 684.
— niederer (Martini und Pierach) 1094.
— niederer arterieller (Munk) 1061, 1093.
— reflektorische Veränderungen (Schaefer) 474.
— -senkung, Adrenalininjektion (Love) 79.
— -steigerung (Starling) 215.
— -steigerung infolge Organstörungen (Miller) 998.
— -steigerung, periphere in der Schwangerschaft und bei der Eklampsie (Louros) 689.
— Spätresultate bei essentieller (Paullin) 1281.
— und Kapillarsystem (Lenaz) 639.
— -wirkung der Organextrakte (Donald und Burnett) 375.
— -wirkung des Schmerzes (Curschmann) 852.
— -wirkung schmerzhafter Eingriffe (Martini und Graf) 722.
Blutdrüsen s. endokrine Drüsen.
Blutegel (Romano) 654.
Blut-Einfluß der Ueberhitzung (Rubinstein, Bernazky und Sedlezky) 1126.
Bluteiweißkörper (Leendertz) 244.
— bei der chirurgischen Indikation und Prognose (Achelis) 1266.
Blut, elektrische Leitfähigkeit (Clendon) 1245.
Blutentnahmeglas (Kantorowicz) 331.
Blutentziehungen, Stoffwechsel (Endres) 752.
Blut, eosinophile Granulasubstanz (Neumann) 886.
Blutergüsse in Gelenken (Seeliger) 947.
Bluterkrankheit s. Haemophilie.
Blut, Erythrozytenzahl (Komocki) 1444.
Blutfarbstoff s. Hämoglobin.
Blut, Fett und Cholesterin bei Nephrose (Bing, Heckscher und Jessen) 29.
Blutfett und Serumprotein bei Diabetes (Oestergaard Christensen) 29.
Blutgallenfarbstoff (Förster) 982.
Blutgasanalysen (Guthrie) 434.
Blutgefäße s. a. Arterien, Kapillaren, Venen.
Blut, Gehalt an agglutininen und komplementablenkenden Substanzen (Bocchini) 1415.
Blutgerinnung (Mills) 1450.
Blutgerinnungszeit (Billing und Mathews) 41.
Blutgerinnung und Kalzium (Smith) 77.
Blut, Gerinnungs- und Senkungsbeschleunigung (Cordua und Hartmann) 1433.
Blutgerinnungsvalenz für die Carcinom-Diagnose (Bock und Rausche) 1403.
Blutgerinnungszeit und psychiatrische Diagnostik (Johannes) 1365.
Blut, Glukose (Christen Lundsgaard und Svend Aage Holboell) 27.
Blutgruppen (Schütz) 469.
Blutgruppenbestimmung (Vogel) 373.
— (Schumacher und Átzerodt) 1433.
Blutgruppenbestimmungen bei Carcinomkranken (Hirschfeld und Hiimair) 1094.
Blutgruppenbestimmung für die Bluttransfusion (Baer) 1028.
— gerichtliches Gutachten (v. Scheurlen) 921.
— in der Paternitätsfrage (Maritsch) 921.
Blutgruppen bei Lungentuberkulösen (Halló und Lenard) 1128.
— der Kölner Bevölkerung (Wichmann und Paal) 415.
— der Lappen (Schött) 761.
— im Säuglingsalter (Ferraro) 1416.
Blutgruppenforschung (Dölter) 104.
— -spezifität der malignen Geschwülste (Hoche und Moritsch) 1205.
— -substanz A. (Brahn und Schiff) 883.
— und Infektionen (Minorescu und Stefanoy) 552.
— und Tuberkulose (Alperin) 1128.
— -untersuchungen in hämophiler Familie (Kubányi) 297.
— -verteilung in der Berliner Bevölkerung (Schiff) 978.
Blutharnsäure (Holbrook und Haskins) 373.

Blut-Harnsäuregehalt in der Schwangerschaft (Bokelmann u. Rother) 162.
— -Harnsäurestoffwechsel. (Berberich) 926.
— -harnstoffmethode. (Koch) 660.
— Histiozytenformen. (Fontana) 729.
— -histiozyten in den Lungenblutgefäßen (Siegmund) 604.
— -infusion, s. a. Agglutination.
— -injektionen, Natriumcitricum-Iso-Ampulle (Ockel) 753.
— intramuskuläre Injektionen von Eigenblut (Rausche) 309.
— intrauterine Entwicklung (Engel) 886.
— Kali-Gehalt bei Carzinomkranken (Paolucci) 892.
— Kalium- u. Kalzium-Gehalt Kreislaufkranker (Kisch) 918.
— Kalkgehalt bei Spasmophilie (Griffith) 431.
— -kalkstudien 1434.
— -kalzium, Veränderungen nach Parathyreoidextrakt (Sherrill und Copp) 446.
— -kalzium während der Schwangerschaft (Feinberg u. Lash) 380.
— Kalziumionen-Konzentration (v. Bodo und Liebmann) 1441.
— -kapillaren, Bau u. Funktion (Tannenberg) 412.
— -kapillaren, Gestalt bei Hypertonie (Lange) 1234.
— -Katalase im Blute von Geisteskranken (Lachtin) 1204.
— -Katalase und Koagulation (Zatti und Miraglia) 1415.
— katalytische Wirkung des Säuglingsblutes (Török) 1273.
— kindliches bei Infektion mit Eitererregern (Stettner) 823.
— Kohlensäurekapazität bei Nierenerkrankungen, Hydrämie (Petow und Siebert) 724.
— -kohle (Rechnitzer) 104.
— -körperchen (Lundsgaard u. Holböll) 990.
— -körperchen, Differentialbild der weißen (Schäfer) 883.
— -körperchen, Färbung basophil-gekörnter roter (Schwarz) 1200.
— -körperchen, rote, s. Erythrozyten.
— -körperchen, rote, Senkungsgeschwindigkeit (Borok und Mordwinkina) 338.
— -körperchen, Sedimentierungsgeschwindigkeit bei Lungentuberkulose (Wingfield und Goodmann) 1310.
— -körperchen, Senkung der roten bei psychischen Erkrankungen (Siwinski) 1137.
— -körperchen, Senkungsgeschwindigkeit (Cooper) 434.
-körperchen-Senkungsgeschwindigkeit (Langer u. Schmidt) 472.
— -körperchen-Senkungsgeschwindigkeit (Ole Bonet) 482.
— -körperchen-Senkungsgeschwindigkeit (Schneider) 723.
— -körperchen-Senkungsgeschwindigkeit (Zeckwer u. Goodell) 77.
-körperchen-Senkungsgeschwindigkeit beim Carcinom (Guthmann u. Schneider) 344.
— -körperchen-Senkungsgeschwindigkeit bei gynäkologischen Erkrankungen (Iwanow) 689.
— -körperchen-Senkungsgeschwindigkeit beim Typhus (Gerecke) 1296.
— -körperchen, Senkungsgeschwindigkeit der roten in der Gynäkologie **(Röher) 674.**
-körperchen-Senkungsgeschwindigkeit, Erkrankungen der Beckenorgane (Cherry) 378.
— -körperchen, Senkungsgeschwindigkeit in Beziehung zum Färbeindex (Ohno) 1362.
— -körperchen, Senkungsgeschwindigkeit in der Gynäkologie (Frommolt u. Motiloff) 342. (Silzer) 342.
— körperchen, Senkungsgeschwindigkeit in der Urologie (Letten und Szkiro) 856.
— -körperchen, Senkungsgeschwindigkeit, Methodik (Herold und Gueffroy) 343.
— -körperchen-Senkungsgeschwindigkeit, Technik (Guthmann) 917.
— -körperchen-Senkungsprobe (Knorr u. Watermann) 159.
— -körperchen, Senkungsreaktion (Balachowski) 1345.
-körperchen, Senkungsreaktion (Frenshen) 29.
— -körperchen, Senkungsreaktion bei Adnexentzündungen (Cukor) 342.
— -körperchen, Senkungsreaktion bei Tub. pulm. (Rabnetrin) 1243.
— -körperchen-Senkungsreaktion in der Orthopädie (Siedler) 1271.
— körperchen-Senkungsreaktion, Mikromethode (Müller-Scheven) 1296.
— -körperchen, vitalfärbbare retikulierte rote (v. Jeney) 1441.
— -körperchen, weiße s. Leukocyten.
— -körperchenzählungen (Lippincott) 434.
— -krankheit (Ib. Frenshen) 28.
— -krankheiten im Kindesalter (Stettner) 818, 851.
— -kreislauf, s. a. Kreislauf.
— -kreislauf, Differentialdiagnose funktioneller Störungen (Barth) 1334.
— Kreislaufkranker, Einfluß körperlicher Arbeit auf die Sauerstoffsättigung (Eppinger, Kisch u. Schwarz) 820.
— -krise (Somerford) 172.
— -kultur, quantitative (Kilduffe) 933.
— Lipoidgehalt beim Diabetes (Blix) 991.
— lymphatische und monozytäre Reaktion (Wichels u. Barner) 156.

Blutmengenbestimmung bei Leukämien und Milzvergrößerungen (Greppi) 202.
— -mengen-Bestimmungen mittels Farbstoffmethode (Hartwich und May) 981.
— -mengenforschung (Seyderheim u. Lampe) 22.
— Milchsäuregehalt bei Carcinomkranken (Schuhmacher) 331.
— -Milchsäure und Carcinom (Büttner) 917.
— -milchsäurebildende Fähigkeit des menschlichen gegenüber Polysacchariden (Abraham und Friedberg) 1402.
— Neugeborener, Serumkalkgehalt (Nohlen) 1065.
— peritoneale Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen aus dem Blute (Rosenak u. Siron) 1205.
— Phenolgehalt (Becher, Litzner und Taglich) 1202.
— -Phosphatfraktionen (Heinelt) 416.
— Phosphate während der Zuckertoleranz-Probe (Hartmann und Bolliger) 117.
— Phosphatgehalt bei Neugeborenen (Riesenfeld, Handelman und Rose) 179.
— Phosphosäuregehalt bei Lungenkrankheiten (Vorschütz) 397.
— physikalisch-chemische Eigenschaften (Smotrov) 270.
— -plasma, s. Plasma.
— -plättchen bei Neugeborenen (v. Farnos) 341.
— -plättchen, Genese (Katsunuma) 885.
— -plättchenkurve nach Tuberkulinprobe (Schlack) 1170.
— -plättchenzählung (Hofmann) 648.
— -plättchenzählungen bei Kindern (Lean u. Caffey) 264.
— -Reaktion **(Pfaffenholz) 101.**
— reduzierende Substanzen (Jonsell, Jorpes u. Sikström) 691.
— -regeneration nach Speicherung (Kraft) 1168.
— Sauerstoffsättigung des arteriellen (Kisch) 790.
— Säurebasengleichgewicht (Bennet) 1245.
— -sedimentierungsprobe (Cutler) 700.
— -senkungsgeschwindigkeit bei aktiver Tuberkulose (Dumont) 1175.
— -Senkungsgeschwindigkeit bei Syphilis (Brill) 65.
— -senkungsreaktion (Bakkal und Rowinski) 1413.
— -senkungsprobe (Bochner u. Wassing) 263.
— -senkungsreaktion (Haselhorst) 1019.
— -senkungsreaktion bei Lungentuberkulose (Lorentz) 299.
— -senkungsreaktion (Weil) 1413.
— -senkungsreaktion, praktische Bedeutung **(Zwerg) 164.**
— -serum s. Serum.
— Stickstoffgehalt und die Ambardsche Konstante im Malariaanfall (Stirpe) 489.
— -stillung (Morawitz) 919.
— -stillungsmethode bei gynäkologischen Operationen (Logothetopulos) 1437.
— -stillungsmittel (Pickernig u. Hemnigway) 762.
— Stoffaustausch zwischen Blut und Gewebe (Marx) 394.
— -transfusion (Baldwin) 78.
— -transfusion (Beck) 1197.
— -transfusion (Brooks) 382.
— -transfusion (Clairmont u. Müller) 685.
— -transfusion (Desplas u. Peyre) 957.
— -transfusion (Donahue) 999.
— -transfusion (Gibson) 993.
— -transfusion (Häuptli) 1209.
— -transfusion (Herr) 261.
— -transfusion (Janes) 77.
— -transfusion (Juilly) 269.
— -transfusion (Leesberg) 480.
— -transfusion (Moritsch) 108.
— -transfusion **(Ockel) 705.**
— -transfusion (Platt) 355.
— -transfusionen (Plehn) 247.
— -transfusion (Scannell) 732.
— -transfusionsapparat (Jones) 933.
— -transfusionsapparat (Moll) 355.
— -transfusion bei Amputation (Morales) 31.
— -transfusion bei Anämie (Nather) 647.
— -transfusion, Antikörpersteigerung (Moritsch und Hoche) 1405.
— -transfusion, Hämolyse bei (Cornelis) 1267.
— -transfusionen im Kindesalter **(Reiche) 188.**
— -transfusion in der Gynäkologie (Schultheiß) 345.
— -transfusion in der Kinderpraxis (Carlton) 1310.
— -transfusion in der Urologie (Oelecker) 1124.
— -transfusion intrasinöse im Säuglingsalter (Schmitt) 155.
— -transfusion, Kimpton-Brown-Methode (Gabriel) 761.
— Transfusion mit unvermischbarem (Morville) 1307.
— -transfusion, praktische Ausführung (Opitz) 417.
— -transfusion, Retinablutungen nach (Schaly) 428, 1169.
— -transfusion, Technik (Tzank) 491.
— -transfusion Technik (Walinski) 947.
— -transfusion und Lebensdauer transfundierter Erythrozyten (Görl) 755.

Bluttransfusion und Milzgröße (Vollmer und Sercbrijski) 604.
— -transfusion, Vorproben (Metzler) 423.
— trypanozide Wirkung des -Serums (Neumark und Pogorschelsky) 340.
— Tyrosingehalt (Steiger-Kazal) 1274.
— -umspritzung (Biebl und Barth) 1405.
Blutung s. a. Menorrhagie, Metrorrhagie.
— Erzeugung okkulter (Boas) 331.
— in der Nachgeburtsperiode (Atzerodt) 343.
— in der Schwangerschaft (Bride) 215.
— innere (Graff) 647.
— intraabdominelle von ovariellem Ursprung (Feiner) 617.
— intracranielle (Grulee) 76.
— intracranielle bei Erwachsenen (Sand) 316.
— post partum (Kok) 1098.
— post partum et abortum (Frankl) 791.
— provokatorische Erzeugung okkulter (Kalisch) 1197.
— -Subarachnoidal (Margolin) 339.
— Therapie mit Röntgenstrahlen (Freudenthal) 991.
Blutungsübel, Verhalten von Kapillaren bei (v. Bernuth) 1402.
Blut, Untersuchungen des mütterlichen und kindlichen (v. Oettingen) 791.
— -untersuchungen (Spiethoff) 1063.
— -untersuchung, interferometrische bei thyreogenen Funktionsstörungen (Groedel u. Hubert) 1171.
— -untersuchung, morphologische, im Säuglingsalter (Stransky) 825.
— Urochromogenreaktion bei Lungentuberkulose (Hakki) 71.
— Veränderungen der titrierbaren Alkalien bei Malaria (Grigoriew) 1242.
— -veränderungen vor und nach der Geburt bei Müttern (Handelman, Rose u. Shervin) 659.
— -verschiebung während der Tiefenbestrahlung (Kottmaier) 104.
— -viskosität bei Lungentuberkulösen (Dumitresco-Mante und Alexandresco) 1241.
— von Schwangeren, Milchsäregehalt (Schultze) 823.
— Wasserstoffionenkonzentration (Bokay) 107.
— Wasserstoffionenkonzentration (Zborowski) 1347.
— Wasserstoffionenkonzentration im Kapillar (Martin u. Lepper) 1310.
— Wirkung des verminderten Luftdruckes auf dem Säure-Basen-Gleichgewicht und Alkaligehalt (Fritz) 1441.
— -zellen, weiße (Doan) 697.
— -zellen, undifferenzierte (Maximow) 1402.
— zerfall und Gallensäureausscheidung (Wislicki) 418.
— -zirkulation, mangelhafte (Gonzalo) 173.
— -zucker s. a. Glykämie und Zucker.
— -zucker (Bock, Schneider u. Gilbert) 866.
— -zucker (Sybrandy) 1372.
— -zucker, Addisonsche Krankheit ((Chapman) 352.
— -zucker bei Encephalitis epidemica (Kasanin u. Grabfield) 318.
— -zucker bei Encephalitis lethargica (Cowan, Harris u. Mann) 488.
— -zucker beim Gesunden und beim Diabetiker (Shapland) 1134.
— -zucker bei Marathonläufern (Gordon, Kohn, Levine, Matton, de Scriver u. Whiting) 117.
— -zuckerbelastungskurve im weiblichen Organismus (Frey) 250.
— -zuckerbestimmung (Adler) 468.
— -zuckerbestimmung (Kaufmann) 547.
— -zucker, Bestimmung (Peters) 1332.
— -zuckerbestimmung (Sybrandy) 989.
— -zuckerbestimmung, colorimetrische (Mendel u. Bauch) 821.
— -zuckerbestimmungen nach der Blutentnahme (Hintzen) 481.
— -zuckerbestimmung, Mikromethode (Komm) 248.
— -zuckerbestimmungsmethode (Adler) 752.
— -zuckerbestimmungsmethode (Bugbee u. Simond) 1036.
— -zucker, Beziehungen zwischen mütterlichem und embryonalem (Révész u. Turolt) 557.
— -zucker, Einwirkung der Inhalation von Sauerstoff (Heubner) 978.
— -zucker, embryonaler und mütterlicher (Hellmuth) 954.
— -zucker, Ernährungsschädigungen (Eisner) 1434.
— -zucker-Kreislauf (Sybrandy) 350.
— -zuckerkurve einer pankreasdiabetischen Schwangeren (Holzbach) 1170.
— -zucker-Mikro-Methode (Johannsen) 171.
— -zucker, Mikroschnellbestimmung (Kaufmann) 920.
— -zucker nach Glykosebelastung beim Magengeschwür u. Carcinom (Scherk) 883.
— -zucker, neue Methode von Benedict (Rockwood) 866.
— -zucker, Radiumemanation (Jacoby) 818.
— -zuckerreaktionen (Holsti) 761.
— -zuckerreaktion beim Magengeschwür (Scharpff) 243.
— -zuckerregulation (Depisch und Hasenöhrl) 1433.
— -zuckerregulation bei Leberkranken (Klein u. Holzer) 1024.
— -zuckerschwankungen nach Insulin (John) 434.
— -zuckersenkung und Ileus (Kubanyi) 424.
Blutzuckerspiegel (Lemann und Liles) 373.
— -zuckerspiegel, Bedeutung des Kleinhirnwurms (Lewy und Shinosaki) 1433.
— -zuckerspiegel, Beeinflussung durch Unterbindung der Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse (Nather, Priesel und Wagner) 602.
— -zuckerspiegel und Wasserbilanz (Adamek, Driak u. Starlinger) 825.
— -zuckersteigernder Reflex (Mahler u. Bischaway) 820.
— -zucker und Gifte (Bertram) 1332.
— -zucker und Hypnose (Gigon, Aigner u. Brauch) 888.
— -zucker während Insulinreaktion (Smith) 1349.
— Zusammensetzung des kindlichen (de Toni) 1416.
— Zusammensetzung, medikamentöse Beeinflussung (Donath und Perlstein) 920.
Boeksche Lipoide (Hudelo und Rabut) 113.
Bockscher Nachweis (Peritz) 104.
Bogengänge, Funktion (Heermann) 926.
Bohnerwachs, gesundheitsschädliches (Geppert) 721.
Boquet-Nègresches Antigen in der Therapie der Lungentuberkulose (v. Kooáts) 24.
Bordet-Wassermannsche Reaktion, Reaktivation (Petges) 112.
Borocain (Buttler und Gillan) 316.
— (Watson-Williams) 354.
Bösartigkeit (Adami) 1109.
Boston Floating-Hospital (Smith) 799.
Botelhosche Reaktion (Hilarowicz) 1404.
Bothriocephalus latus (Rosental) 1418.
Botryomycoma des Gaumensegels (Milian und Périn) 764.
Botryomycose (Rademaker) 350.
Botsche Reaktion bei Carcinom (Tedesco-Polack) 548.
Botulinustoxin (Dack) 375.
— (Dack und Gibbard) 1212.
Botulinismus und Oesophagoskopie **(Mayer) 1255.**
Bowensche Krankheit (Milian) 368.
— (Throne) 732.
Boxstation im Karolinen-Kinderspital (Knöpfelmacher) 885.
Brachial-Plexus, Infanteriegeschoß-Verletzungen (Pollock) 1382.
Brachydactylie, doppelseitige angeborene (Pircard) 217.
Bradykardie (Iriarte) 930.
Brasilianische Moskitos (Root) 1075.
Braunsche Pfropfung bei Amputationsstümpfen (Lihotzky) 1362.
Bravaris (Weinberg) 1200.
Brennfleck bei Diagnostik, Elektronenröhren (Benecke) 608.
Brennspiritustrinker (Mueller) 208.
Breslau, Jubiläum des Israelitischen Krankenhauses (Levenbach) 1167.
Bretschneidersche Wechselatmung (Lahmann) 305.
Brigthsche Krankheit, Einteilung (Addis) 75.
Brillengläser, Veränderungen des Tiefensehens bei dezentrierten (Dupuy-Dutemps) 1176.
Brocasche Windung (Niesse) 646.
Brod-Analyse (Hj. Kaern) 27.
Brom, Lipasehemmung (Paul) 1441.
Bromglykose (Löwenfeld) 105.
Bromide, Wirkung auf das Zentralnervensystem (Gärtner) 980.
Bromismus Kochsalztherapie (Semon) 352.
Brom, intravenöse Therapie (Deselaers) 888.
— -methode Waltersche (Bieling und Weichbrodt) 754.
— -natrium bei Magenkrankheiten (Martinez) 1239.
— -natrium Harnblasenschädigung (Ottow) 688.
— -Natrium-Vergiftung (Vilén) 1070.
— -öle zu röntgenographischem Gebrauch (Putnam) 1283.
— -salze bei Pleuraexsudaten (Meller) 1444.
— -toxicodermie, vegetierende und suppurative (Danel) 614.
— -tropon (Munzel) 769.
— Uebertritt in das Blut und den Liquor (Barnewitz) 1059.
Bromoderma, intravenöse NaCl-Injektionen (Bechet) 932.
— tuberosum vegetans (Hudelo und Chabrun) 114.
Bromoform bei Keuchhusten (Jacobs) 1372.
Bromostrontiuran (Hartmann und Roques) 1233.
Bromural (Fortwängler) 415.
Bronchialaffektionen, Lipiodol, Diagnose, Therapie (Pritchard, Whyte und Gordon) 568.
— -asthma s. Asthma.
— -atmen (Winkler) 339.
— -baum, diphtherischer Abguß (Bly) 732.
— -baum, Füllung mit Jodölen und Bromipin (Rad) 1029.
— -carcinom (Holzer) 103.
— -carcinom, Diagnostik (Silbiger) 1207.
— -carcinom, stenosierendes (Nonnenbruch) 333.
— -drüsentuberkulose (Hawes und Friedman) 120.
— -drüsentuberkulose (Nüssel) 71.
— -drüsentuberkulose (Stöber) 556.

Bronchialdrüsentuberkulose, Blutbildveränderungen bei kindlicher (Wiese und Hindersin) 71.
— -erkrankungen, Untersuchung mittels der Jodpräparation (Moller und v. Magnus) 563.
— -system, Kontrastdarstellung (Schröter) 984.
Bronchiale Erweiterung (Reverdin) 998.
— Lymphknoten (Engel) 752.
Bronchiektasien (Loeschke) 1128.
— (Steinmeyer und Kathe) 984.
— agenetische (de Lange) 652.
— im Kindesalter (Duken) 1436.
— im Kindesalter (Klare und Reuße) 470.
— im Röntgenbild (Staehelin) 480.
— kongenitale (Burghard) 418.
— Pathogenese (Brünecke) 206.
— Röntgendiagnose (Alexander B. Moore, M. D. und William J. Marquis, M. D.) 580.
— Röntgenuntersuchung (Singer und Graham) 1038.
— Therapie (Schott) 851.
— Therapie (Zaaijer) 640.
Bronchien, Extraktion von Hohlkörpern (Seiffert) 310.
— röntgenographische Demonstration (Furstenberg und Hickey) 1039.
— syphilitische Erscheinungen (Tissot) 617.
Bronchiolitis tuberkulosa (Feyrter) 71.
Bronchitis chronica mit Asthma (Hagens) 252.
— chronische (Otis) 120.
— chronische kapilläre (Rock und Frommel) 349.
— fibrinosa chronica (Engel) 850.
— Vaccinetherapie bei chronischer (Euklaar) 481.
Bronchoamoebiase Petzetakis (Yaloussis) 112.
Bronchographie (Lorey) 408.
— (Sgalitzer) 408.
— (Suchanek) 921.
— mittels Larynxkatheter (Beck und Sgalitzer) 310.
Broncho-Lungenentzündung (Blechschmidt, Perlman und Cohen) 371.
— im Säuglingsalter (Nassau) 1197.
Bronchopneumonie (Brand und Kochmann) 332.
— chronische bei vererbtem syphilitischen Säugling (de Jong und Lestocquoy) 365.
— der kleinen Kinder (Hamburger) 298.
— Therapie (Ribadeau-Dumas und Cathala) 490.
— und Blutchemismus (Nassau und Pogorschelsky) 725.
Bronchoskopie (Tucker) 733.
Bronchoskopische Therapie des Lungenabszesses (Tucker) 1177.
Bronchostenose im Röntgenschatten beim Bronchuscarcinom (Ross Golden) 495.
Bronchostomia transpleuralis (Minkin) 309.
Bronchus, Fremdkörper (Campbell) 894.
— Fremdkörpereinkeilung (Krumm) 1401.
— Fremdkörper im rechten (Göbell) 953.
— -carcinome, Röntgendiagnose (Lenk) 608.
Bronzediabetes (Hirsch) 299.
Brooksches Epitheliom (Zarafonitis) 1068.
Brucella abortus bei Maltafieber (Carpenter und Merriam) 1315.
— melitensis (Gage und Gregory) 1107.
Bruch s. Hernie.
Brücke, Erweichung (Foix und Hillernand) 1346.
Bruckscher Reaktion (Mestschanski) 426.
Brunsterzeugende Stoffe im Frauenharn (Loewe und Lange) 639.
Brunstperioden der Ratten (Lee) 615.
Brunstreaktion (Loewe, Lange und Faure) 640.
Brust, Fibradenom (Bulman) 572.
— -drüse s. Mamma.
— -fell s. Pleura.
— -fellentzündung s. a. Empyem, Pleuritis.
— -infektion s. Mastitis.
— -kind, durchfälliges (Neubauer) 823.
— -korb s. Thorax.
— Sekretion der weiblichen (Samuel) 1067.
— Tuberkulose und Carcinom (Smith) 897.
— überzählige (Boll) 616.
— -warze, blutende (Tapie) 39.
— -warze, Pagetsche Krankheit (Sechi) 1276.
Brüste, Pflege und Behandlung (Klose) 754.
Bubo Brasiliano (Franchini) 360.
— klimatischer (Hanschell) 929.
Bubonenpest (Lustig) 564.
Bubonen, Röntgenbestrahlungen (Curth) 1233.
Bucksche Faszie (Wesson) 1179.
Buckyaufnahmetisch (Hopmann) 608.
Buckyblende (Stilgebauer) 608.
Bulbärparalyse (Dana) 442.
Bulbocapnin (Fleischhacker) 331.
— (Lewy) 331.
Bulbo-spinale (Hirsch) 1300.
Bulbus, Röntgenaufnahme (Haemmerli) 759.
— venae jugularis (Orator) 647.
— venae jugularis, Zugänge (Feiermann) 69.
— Verletzung (Dinger) 759.
— -abschnitt, pyogene metastatische Erkrankung des vorderen (Mylius) 1269.
Bullöse Affektion (Milian u. Veran) 257.
Bürgerheim in Naumburg a. S. (Hossfeld) 417.
Burnus (Brünecker) 1435.
Bursa an der Tibia (Eccles) 352.
— omentalis, Hernien (W. Odermatt) 559.
— subacromialis, Calcification (Lancy u. Pérès) 763.
Buttermilch als Säuglingsnahrung (Cordier) 1346.
— und Wasserwechsel (Röckemann) 725.

Cadmium, Therapie der Lungentuberkulose (Lunde) 857.
Calcaneusepiphyse (Bergmann) 986.
Calcaona (Walther) 643.
Calciamilch (Neubauer) 823.
Calcium, s. a. Kalk.
— Beeinflussung des erhöhten Blutdruckes durch (Loewenstein) 329.
— und Blutgerinnung (Smith) 77.
— und Eklampsie (Günter und F. K. Schultze) 312.
— und Eklampsie (Rissmann) 473.
— -gehalt von Blut und Liquor (Depisch) 337.
— im Serum Syphilitischer (Rosen und Krasnow) 1145.
— -Siliciumtherapie der Tuberkulose (Strahlmann) 65.
— -Stoffwechsel und Nebenschilddrüsen (Vines) 171.
— -therapie (Stefka) 503.
— -therapie in der gynäkologischen Praxis (Braun) 1028.
— -therapie, intravenöse (Gonzalo) 31.
— -therapie, intravenöse der Adnexitis gonorrhoica (Vonkennel) 1296.
— -therapie der Tuberkulose (Erdmann) 1065.
— Toxizität (Koopmann) 947.
— -verbindungen, lösliche (Rabl) 329.
— Verteilung im Blut (Kirk und King) 1036.
Callens kolorimetrische Methode (Bennett) 1245.
Calmettesche Schutzimpfung (Löwenstein) 333.
Calvé-Perthessche Krankheit, Beobachtungen nach der Heilung (Flemming, Moller) 1307.
Canalis neurentericus, congenitale zystische Geschwulst (Hansmann) 379.
Cancer-Reaktion nach Kahn (Skwirsky und Striedter) 202.
Cancroide des Gesichts (Ramel) 1279.
Cannes (Bufnoir und Gimbert) 491.
Capillaroskop, vervollkommnetes (Skulsky) 753.
Carbamid, Ausscheidung durch die Schweißdrüsen (Melczer) 651.
Carbo-Bolusal (Mottek) 1322.
Carboluphen (Hautsch) 383.
Carboplantin (Stümpke) 1197.
Carcinoide, multiple der Haut (Fuhs) 1103.
Carcinoid-Tumoren der Eingeweide (Wolfer) 1382.
Carcinom, s. a. Geschwülste, Röntgenbehandlung.
— (Marchesini) 360.
— (Bakker, van Dam und Bonne) 481.
— (Schmieden) 505.
— (Meyer) 572, 573, 796, 1246.
— Aetiologie (Caspari) 1402.
— -ätiologie (Philippson) 917.
— des Beckens, Radiumtherapie (Soiland) 435.
— inoperables, der weiblichen Beckenorgane (Graham) 36.
— -bekämpfung (Lewin) 605.
— Bestrahlung (Rohrer) 1342.
— (Schneier) 435.
— biophysikalische Erklärung (Crile) 124.
— Milchsäuregehalt des Blutes (Schuhmacher) 331.
— Blutgruppenbestimmungen (Hirschfeld und Hiimair) 1094.
— Blutzuckerretention (Kelly) 77.
— Kaligehalt im Blut (Paolucci) 892.
— Botsche Reaktion (Tedesco-Polack) 548.
— canaliculäres epidermotropes (Pautrier, Levy und Diss) 614.
— Cervix, große Radiumdosen (Leland) 435.
— der Cervix Uteri, intraperitoneale Einpflanzung von radiumemanationshaltigen Glaskapillaren (Levin) 435.
— Cervix, intraperitoneale Implantation (Durham) 40.
— der Cervix, Radiumtherapie (Ward und Farrar) 75.
— Chemotherapie (Watermahn) 1030.
— Chlorzinkätzung (Steinthal) 643.
— bei Cholecystitis calcolosa (Giordano) 174.
— des Coecums (Head) 441.
— colli (Schockaert) 1280.
— des Corpus uteri (Chapius) 169.
— des Corpus uteri und Radium (Chapuis) 215.

Carcinom-Diagnose, Blutgerinnungsvalenz (Bock und Rausche) 1403.
— Erythrozyten-Resistenz (Cohnreich) 978.
— Forschung (Gilford) 655.
— experimentelle Forschung (Auler) 1199, 1333.
— -forschung in London (Nather) 168.
— der Flexura sigmoidea, Frühdiagnose und Frühoperation (Fische) 1157.
— der Gallenblase (Dijkstra) 927.
— nach Gastroenterostomie (Owen) 654.
— -geschwüre, Desodorisation (Freund) 247.
— -gewebe, Differenzierung (Davis) 1002.
— -gewebe, Stoffwechsel der überlebenden (Rona und Deutsch) 790.
— -gewebe überlebende (Louros) 203.
— und Glykose-Stoffwechsel (Wolf) 997.
— Glykolyse tierischer Organe beim (Dische und Laszlo) 1197.
— granulomatosum des Magens (Knopflach und Eichelter) 423.
— granulosozellulares (Gawronski) 1347.
— mit Hämaturie (Schulte) 615.
— Hämagglutingehalt des Serums (Bendien) 759.
— Hämagglutingehalt des Blutserums (Schiff) 415.
— Heilung bei rechtzeitiger Erkennung und ihre Verhütung (Milner) 618.
— heteromorphes Brust- (Czeyda-Pommersheim) 1274.
— der Haut s. a. Haut.
— der Haut, Röntgenbestrahlung (Thedering) 305.
— mit Hautmetastasen (Dürbeck) 202.
— Immunität (Wood) 175.
— inoperables, palliative Therapie (Narat) 572.
— intraorales, Therapie mit Kontaktapplikation von Radium (Grier) 1039.
— kausale Parasiten (Clarke) 571.
— Kauterisierung (Scott) 1284.
— Linderungsmittel (Lewandowski) 103.
— des Colon (Holman) 352.
— Lymphdrüsenvergrößerung (van Walsem) 1209.
— Magen, klinische Symptome und Frühdiagnose (Spriggs) 36.
— Magen, röntgenologische und chemische Diagnostik (Hurst) 36.
— des Magens, chirurgische Therapie (Haussen) 170.
— des Magens, Radiotherapie (Martinez) 361.
— im Magendarmkanal, frühzeitige Diagnose (Thaysen) 1307.
— der Mamma (Dahl) 29.
— der Mamma, Fibromatose, Rückbildungsvorgänge (Dietrich) 474.
— der Mamma, Radium- und Röntgentherapie (Webster, Thierens und Nicholas) 357.
— der Membrana mucosa buccalis (Polya) 1319.
— Metastasen (Burrons) 570.
— Metastasen, radikale Drüsenexstirpation (Scott) 220.
— Metastasen im Knochen (Luscinian) 1178.
— als Komplikation von Lupus erythematosus (Nobl und Löwenfeld) 1271.
— auf dem Boden von Lupus vulgaris (Dietel) 949.
— Mikroorganismen (Purpura) 564.
— Milchsäuregärung (Bauer und Nyiri) 1296.
— des Mundes und der Zunge (Channing C. Simmons, M. D.) 580.
— des Nabels (Head) 441.
— am Nacken (Fay) 1319.
— von der Nasenkavität und angrenzenden Nebenhöhlen ausgehendes (Saxén) 169.
— Neuralgie und Neuritis als Folge (Nalle y Aldehalde) 30.
— der Nieren (C. F. Rusche) 582.
— des Oesophagus (Jackson) 78.
— des Oesophagus, Radiumtherapie (Wassink) 350.
— des Oesophagus, Strahlenbehandlung (Greene) 437.
— parasitärer Mikrobenursprung (Vincent) 491.
— Pathologie und Chemotherapie (Manara) 563.
— der Pleura (Feinblatt) 40.
— primäres (Counseller und Indoe) 432.
— Probeexcision oder Probecurettage (Ludwig) 315.
— -Problem (Cramer) 351.
— -Problem (De Josselinde-Jong) 1273.
— -Prognose (Herly) 260.
— in der senilen Prostata (Neller und Neuburger) 203.
— Radiotherapie (Philips) 959.
— Radiumtherapie (Forseli) 435.
— Reaktionstypen (Cassity) 573.
— des Rectum (Pennington) 261.
— Rektum, chirurgische Therapie (Ewald, Finsterer und Moskowicz) 202.
— Rektum, Krukenbergersche Siegelringzellen (Di Gioia) 361.
— Röntgentherapie (Mayer) 917.
— Röntgenbestrahlung mit intravenösen Dextroseinjektionen in der Therapie des (Mayer) 1407.
— extrauterine Schwangerschaft (Batisweiler) 313.
— Serodiagnose (Izar) 995.
Carcinom, serodiagnostische Reaktionen (Watermann) 108.
— serologischer Nachweis (Volkmann) 343, 640.
— Serumtherapie (Fischer) 1209.
— des Sigmoidcolon (Menninger) 81.
— Sinus pyriformis (Bumba) 310.
— und Sonne (Bryant) 121.
— Spontanheilung (Strauß) 1264.
— Stand des Problems (Warburg) 1157.
— -Statistik (Hindhede) 73.
— -Statistik (Kauffmann) 313.
— -Statistik (Renaud) 314.
— Sterblichkeit (Gojanes) 31.
— -zellen, Stoffwechsel (Bakker) 1272.
— -Strahlenforschung (Markowits) 336.
— subepidemoidales (Fischer) 1130.
— -Symptom Magennische (Presser) 412.
— Grundzüge der Therapie (Behan) 1381.
— -Therapie (Opitz) 1059.
— -Behandlung (Opitz, Vorländer und Jung) 1060.
— -Therapie (Vorländer und Jung) 1060.
— -Therapie mit Blei (Bell) 486.
— -Behandlung mit kolloidalem Blei (Coke und Cook) 353.
— Therapie mit kolloidalem Blei (Glynn) 1445.
— -Behandlung, Radium (W. H. Schmidt) 376.
— -Transplantation (Kurtzahn) 402, 753.
— und Tuberkulose (Centamie und Rezzesi) 358.
— -Ueberwachungsdienst (Donaldson) 36.
— und Ulcus (Stewart) 36.
— Einfluß ultravioletter Strahlen auf Mäusecarcinome **(Sugiura und** Benedict) 864.
— Ursachen und Besserung (Young) 570.
— des Uterus, Lebensalter und Reifegrad (Ballin) 313.
— des Uterus (Abrahamsen) 350.
— des Uterus, Radiumtherapie (Samuel und Bowie) 435
— ventriculi, Magenresektion (Schönbauer und Friedel) 921.
— Verantwortlichkeit des Berufes (Kilgore und Smith) 1179.
— -Vererbung (Slye) 491, 697.
— Versuche (Warburg) 1332.
— und filtrierbares Virus (Vaughan) 79.
— Vitamingleichgewicht und Röntgenstrahlenwirkung (Burrows, Jarstad und Ernst) 893.
— Wesen und Aufbau (Ritter) 402.
— Wohnorte von Carcinomkranken (Hernmes) 1210, **(Bonne) 1210**.
— -zelle (Carpenter, Carty) 267.
— -zelle (Erdmann) 1157.
— der Zungenbasis (Berthoud) 479.
Carcinomatose (Milian und Lafourcade) 368.
Cardiale Insuffizienz (Lian) 763.
Cardialer Rhythmus (Donzelot) 364.
Cardiazol (Asher) 652, 1434.
— (Biedermann) 884.
— (Boegel) 669.
— (Conrad) **275**.
— (Hildebrandt und Voß) 548.
— (Hinrichs) 65.
— (Kaiser) 297.
— (Kollmann) **621**.
— (v. Lebinski) **225**.
— (Mertz und Eschbacher) 884.
— (Pichler) 921.
— (Poeck) 473.
— (Schoen) 686.
— (Siebner) 722.
— (Sindler) 823.
— (Stancl) 685.
— (Stroß) 755.
— und Hexeton (Lange) 298.
Cardiolyse (Schmieden) 897.
Carminablagerungen, intravitale, beim Kaninchen (Teploff) 1362.
Carotin (Goebel und Stern) 64.
Carotisaffektion symmetrische (Raeder und Harbitz) 761.
Carotis, Chirurgie (Brüning) 246.
— communis, fraktionelle Unterbindung (Kerr) 266.
— communis, Unterbindung (Krampf) 1405.
— communis, Unterbindung (Marschik) 1168.
— int. (Sosman und Vogt) 1039.
— Sinusdruckversuch (Budde) 604.
Carpal-Zentren bei Rachitis (Goldberger und Mellion) 375.
Carpotrocha brasiliensis (Horta) 614.
Carrel-Dakinsche Wundtherapie (Cathcart) 36.
Cäsiumsalze (Külz und Pauls) 204.
Catamin, bei Krätze (Visioli) 43.
Cauda-equina-Geschwülste (Wolfsohn und Morrissey) 732.
Caverniculae (Loeschcke) 1128.

Cemachsche Solluxlampe (Kaufmann) 104.
Cephalalgische Psychosen (Mingazzini) 420.
Cephalosporium und Trichophyton gypseum (Hartmann) 426.
Cerebellare Anfälle (Hirsch) 1300.
— Erkrankung, Körperrotation um die Längsachse (Gerstmann) 472.
— Megalographie (Petitpierre) 689.
Cerebellarer Imitationsversuch (Hoff und Schilder) 421.
Cerebellares Hyperflexionsphänomen (Weißmann) 1305.
— Vorbeizeigen (Hoff und Schilder) 421.
Cerebellum s. a. Kleinhirn.
— Dysarthrien (Margulis) 1366.
Cerebrale Lähmungen des frühen Kindesalters (Sachs) 434.
— Reaktionsweisen (Krisch) 790.
Cerebrospinalfieber (Janus) 487.
Cerebrospinalflüssigkeit s. Liquor cerebrospinalis.
Cerebrospinalkanal, Geschwulst (Johansson) 793.
Cerebrospinalmeningitis s. Meningitis epidemica.
Cerebrum, s. Hirn.
Cervikale Zysten und Fisteln (Szenthe) 1274.
Cervix, s. a. Uterus.
— -Amputation nach Sturmdorf (Te Linde) 1382.
Cervixcarcinom (Jones) 124.
— (Brooks) 1037.
— (Liegner) 1098.
— inoperables, Behandlung (Schmitz) 124.
— Ausdehnung auf die breiten Mutterbänder (Martin u. Rogers) 1147.
— Prognose und histologische Untersuchung (Plaut) 1382.
— -Therapie mit Radium (Healy) 1037.
Cervix, Erosion und Laceration (Moench) 616.
Cervixgonorrhoe, Diagnose der weiblichen (Lindner) 979.
Cervixnaht (Müller) 1170.
— -risse, Therapie (Kemper) 1092.
— -Schwangerschaft (Jolkin) 1367.
— -wandplazenta (Heidler) 203.
Chagaskrankheit (Fischer) 156.
— (Kraus) 333.
Chalazion (Schall) 1437.
Chalazion, Therapie (Snoy) 105.
Chancre mixte (Perin) 800.
Charakterologie (Pringhom) 71.
Charcotsche Krankheit, Fraktur am Hüftgelenk (Thomas) 897.
Chaulmoograpräparate (Fouquet) 257.
Chemotherapie (Nocht) 1118.
— (Roehl) 1403.
— (Wolff-Eisner) 447.
— antiinfektiöse (Danel) 1285.
Chetivismus (Ostwald) 927.
Cheyne-Stokessches Atmen und Tachycardie (Wassermann) 753.
Chiasma, Nervenfaserverlauf (Wilbrands) 824.
Chilomastix gallinarum (Sandground) 660.
Chinaalkaloid, Verlängerung der Lokalanästhesie (v. Takéts und Paunz) 821.
Chinarinde Alkaloide bei Malaria (Ascoli) 360.
Chinesische Medizin, chirurgische Therapiemethoden (Nauck) 953.
Chinhydronmethode (Mislowitzer) 1095.
— zur Messung der pH von Plasma, Serum und Blut (Mislowitzer) 1402.
Chinhydronelektrode für die Messung der aktuellen Blutreaktion (Runge und Schmidt) 1434.
Chinidin (Höst) 351.
— (Riecker) 79.
— bei Auricularfibrillation (Levine und Milmaers) 38.
— bei Herzblock (de Boer) 1152.
— -injektion, intravenöse (Sebastiani) 1142.
Chinin (Boyd) 259.
— (Destouches) 448.
— -ausschlag (Beinhauer) 268.
— Amaurose (Plummer) 171.
— -exanthem durch Contrapan (Zacharias) 414.
— bei kruppöser Pneumonie (Berger) 921.
— -sulfat bei Herzstörungen (Sprague) 176.
— -therapie (Junkmann und Starkenstein) 244.
— -therapie exspektative (Keßler) 1366.
— Vergiftung (Gooch) 857.
— Wirkung auf Stoffwechsel (Rosenthal und Lipschitz) 981.
— Wirkung beim Vibrieren u. Flimmern der Vorhöfe (Meltolesi) 995.
Chinosal (Heubner und Siegel) 1020.
Chirurgie, antike (Melchior) 1368.
— des Mensurbodens (Puzzucker) 1249.
Chirurgische Eingriffe, Gefahren (**Baumann**) 142.
— Eingriffe, Vorbereitung, Durchführung, Nachtherapie (Zander) 1078.
— Konvaleszenz (Bryant) 698.
Chirurgie, urogenitale (Clark) 568.
Chlamydozoen-Stronzyloplasmen (Lipschütz) 552, 651.
Chlorakne (Nikolas und Pillon) 361.
Chlorammonium, diuretische Wirkung (Keith, Barrier u. Wehlan) 118.
Chloräthyl in der Geburtshilfe (Kreiselmann und Kane) 1319.
Chlorbestimmung im Liquor (Nüna) 158.
Chlorkalzium bei gonorrhoischer Epidymitis (Leff u. Spencer) 1385.
— diuretische Wirkung (Cipriani) 1377.
— -Tropfklistier bei Lungentuberkulose (Tedeschi) 931.
Chlor im Liquor (Aranovitsch) 886.
Chlorgas-Vergiftung (Cord) 730.
Chloride, Ausscheidung (Litrakowskaja) 724.
Chlornatrium, s. Kochsalz.
Chloroform (Mills) 761.
— -Atmung bei intrauteriner Asphyxie (Lauros und Müller) 953.
— -Atmung beim Sinken der kindlichen Herztöne (Willkomm) 65.
— -Intoxikation nach Geburt (Reyston) 265.
— -Vergiftung, Stoffwechsel der Leber (Hürthle) 204.
Chlorome (Braunau) 432.
— (Castana) 1173.
— beim Kind (Allen) 1136.
— der Dura mater (Rothschild) 422.
Chlorose (Classen) 643.
— (v. Hoesslin) 548.
— Morbidität (Franke) 885.
— während der Schwangerschaftsperiode (Esch) 556.
Chlorphenol (Kuroda) 418.
Chlorstoffwechsel bei Sekretionsstörungen des Magens (Holler) 608.
Chloruren der Expektorationsprodukte (Hugounenq u. Enselme) 1073.
Chlorzinkätzung bei Carcinom (Steinthal) 643.
Cholämie, experimentelle und klinische Untersuchungen (Wildegans) 400.
Cholangitis (Daksch) 416.
Choledochus-Cyste, Therapie der idiopathischen (Pamperl) 106.
— juxtaduodenaler Abschnitt (Fuchs) 340.
— operative Eingriffe (Weglowski) 1072.
— Ruptur (Just) 647.
Cholelithiasis s. Gallensteine.
— (Corbett und Peirce) 1382.
— (Ricci) 860.
— Duodenalspülungen (Sucher) 851.
— intrahepatica (Judd und Burden) 441.
— nichtoperative Therapie (Schoendube) 413.
— bei den Negern (Bloch) 1382.
Cholera (Hahn und Hirsch) 918.
— infantum (Bratusch-Marrain) 854.
— infantum, Infektion der oberen Atmungswege (Jeans und Floyd) 894.
Cholerese (Gillert) 1363.
Choleretica (Meissner) 854.
Cholesteatom (Hopmann) 855.
— Alkoholausspülungen mit dem Paukenröhrchen (Thormann) 475.
Cholesterin (Hess und Weinstock) 353.
— Absorptionslinien (Schlutz und Ziegler) 1245.
— Aktivierung durch ultraviolettes Licht (Hess) 640.
— -Aemie (Flandin, Ducourtioux und Pechery) 494.
— -Aemie, alimentäre Beeinflussung (Mjassnikow) 982.
— -Aemie bei Psoriasis (Lacroix) 1278.
— -Aemie und Harnstoffausscheidung unter dem Einfluß von Thorium-Emanationen (Cluzet, Piéry, Chevallier und Dubost) 364.
— -Aemie und Leberaffektion (Edelmann) 1305.
— -Ausscheidung in der Galle, Einwirkung der Butter (Salomon) 1301.
— -Ausscheidung im Harn (Contorelli) 654.
— bei Hautkrankheiten (Bernhardt und Zalewsky) 566.
— bei Pocken (Nishigishi) 1111.
— -Bestimmungen (Brandes) 350.
— -Bestimmung (Leiboff) 660.
— bestrahlt (Parsons) 484.
— bestrahltes in der Therapie der Rachitis (Hottinger) 1296.
— Einwirkung auf die Konjunktionsblutgefäße (Salvati) 795.
— im Blut bei Nephrose (Bing, Heckscher und Jessen) 29.
— im Blut und Serum, Leberfunktion (Thannhauser u. Schaber) 296.
— in Galle und Serum (Stern und Suchantke) 854.
— in Nahrung, Blut und Galle (Arndt) 882.
— Komplementablenkung (Moretti) 468.
— -Kristalle, Ablagerung im Auge (Jaensch) 477.
— mit Quecksilberquarzlampe bestrahlt (Lucas) 1310.
— -Stoffwechsel (Huebschmann) 64.
— -Stoffwechsel bei der lipoiden Nephrose (Cipriani und Morachini) 1141.
— -Stoffwechsel und Haarwuchs (Eliassow) 1100.
— -Stoffwechsel und Haarwuchs (Jaffé) 331.
— -Therapie (Lubiski und Stern) 755.
— und Milz-Exstirpation 931.
— Veränderungen bei Ultraviolettbestrahlung (Beumer) 1197.

Cholestrexin, Wirkung ultravioletter Strahlen (Jenke) 1152.
Cholesterinurie bei Paralyse progressive (Vergara) 1141.
Cholesterol im menschlichen Hautepithel (Eckstein und Wile) 866.
Cholezystektomie (Desgouttes und Rigard) 363.
— (Johnson) 79.
— (Mason) 267.
— (Mathieu) 694.
— ideale (Doberer) 423.
Cholezystitis s. a. Gallenblasenentzündung.
— (Lecène und Moulonguet) 363.
— calcolosa (Giordano) 174.
— chronische (Lutz) 796.
— chronische (Ramond und Parturier) 763.
— Diagnose und Behandlung (Hurst) 1238.
— Erkrankungen des Colon ascendens (La Torre) 217.
— klinische und pathologische (Mentzer) 734.
— mit Situs transversus (Bettmann und Binswanger) 1450.
— ohne Steinbildung, Pathogenese und Therapie der chronischen (Chiray und Marie) 1278.
— -Therapie (Hurct) 656.
— und Appendizitis (Cavazere) 1276.
— und Lambliase (Pappalardo) 174.
— während der Schwangerschaft (Koster) 261.
Cholezystogastrostomie (Nasarov) 986.
— (Walters) 734.
Cholezystographie (d'Amato) 726, 1127.
— (Bennet, Moncrieff und Nicholas) 762.
— (Boardman und Mackenzie) 382.
— (Bruce Mc. Lean) 1104.
— (Cade) 762.
— (Camp, Rives, Field) 698.
— (Case) 1419.
— (Coy und Graham) 828.
— (Eimer) 820.
— (Einhorn) 81.
— (Einhorn, Stewart und Ryan) 207.
— (Eisler und Nyiri) 1437.
— (Eveleth) 1000.
— (Friedrich) 985.
— (Fried und Whitaher) 432.
— (Graham, Cole, Moore und Copher) 118, 828.
— (Graham, Cole und Copher) 1037.
— (Graham) 1238.
— (Kiaev) 653.
— (Moller und Ottosen) 1374.
— (Oakman) 862.
— (O'Brien) 576.
— (Pribam, Grunenberg und Ktrauss) 418.
— (Richter) 431.
— (Schöndube) 1060.
— (Sherwood, Moore, M. D.) 580.
— (Sosman, Whitaker und Edson) 1037.
— (Stewart und Ryan) 1419.
— (Valkányi) 1274.
— (Wheeler und Bogan) 261.
— (Wilkie und Illingsworth) 171.
— Chromodiagnostik der Leber (Faltischek und Krasso) 334.
— mittels oraler Methode (Herman) 720.
— nach rektaler Einverleibung des Kontrastmittels (Stegemann) 852.
— operative Resultate (Saralegui) 1037.
— perorale und intravenöse (Presser) 686.
— (v. Bergmann) 1197, 1264.
Cholin (Zuelzer) 684.
— Einfluß auf die Blutzusammensetzung (Jacobsohn und Rotschild) 1152.
— Wirkung auf den Kreislauf (Schliephake) 948.
Chologen (Herrmann) 203.
Chondro-Dysplasie (Cole) 441.
— -Dystrophie (Canelli) 1416.
— -Dystrophie (Graziano) 1173.
— -Dystrophia embryonalis (Baumm) 641.
— -Dystrophia foetalis (Freund) 924.
— -Dystrophie, Kompressionsmyelitis (Albrecht und Ranzi) 1305.
— -Sarkom des oberen Tibiaendes (Alessandri) 253.
— -Sarkom des Zeigefingers (Clifford) 485.
Chondrom antesakrales (Sommer) 547.
— des Nasenrachenraumes (Stich) 952.
Chordom, sacro-coccygeales (Richardson und Taylor) 655.
Chorea bei Kindern, neuropsychiatrische Begleiterscheinungen (Ebangh) 1283.
— gravidarum (v. Lehoczky) 473.
— Huntingtonsche (Grimbly und Wilson) 654.
— Huntingtonsche (Spillmeyer) 420.
— Huntingtonsche, Vererbung (Freund) 158.
Chorea infektiosa (Benedek) 203.
— minor (Duzár) 243.
— minor (Göttche) 686.
— minor (Sirolli) 110.
— minor, experimentelle Studien (Herman) 652.
— minor, Organotherapie (Dezár) 250.
— mit Leberzirrhose (Schaltenbrand) 645.
— Nirvanoltherapie (Matzdorf) 414.
Chorioangiomyome (Siddall) 659.
Chorioidea (Houwer) 210.
— Atrophie (Beckershaus) 476.
— Harnblasengeschwulstmetastasen in der (Singer) 1100.
— Hemiangiom (Leut und Lyon) 1452.
— metastatisches Carcinom (Clapp) 1111.
— metastatisches Sarkom (Elsching) 1268.
— -Sarkom (Holth) 170, 477.
— -Sarkom (Chance) 1319.
— -Sarkom (Martin) 796.
— -Tuberkel (Gehrt) 641.
Chorioidealvenen, Tension (Samojloff) 1176.
Chorioiditis (Meisner) 210.
— disseminata sympathica (Groenomo) 759.
Chorionepitheliome (Rouville) 32.
— der Gebärmutter (Butomo) 557.
— des Testikels (Rannucci) 110.
Chromaffines System, s. Nebennieren.
Chromnephritis (Jessen) 29.
Chromodiagnostik der Leberfunktion (Bauer) 478.
— der Leberfunktion (Faltischek und Krasso) 685.
— der Leberfunktion (Lepehne) 1023.
— der Leber und Cholezystographie (Faltitschek und Krasso) 334.
— Leberfunktionsprüfung (Tillysen, Cassermann u. Blomström) 483.
Chromoneuroskopie (Flatau) 218.
Chromoskopie des Magens (Glaeßner) 753.
Chromquecksilber, Behandlung akuter Infektionen (Dudgeon) 355.
Chronaxie, s. Muskulatur, Erregbarkeit.
Chronaximetrische Untersuchungen (Stein) 1123.
Chronograph (Harne) 434.
Chylothorax, doppelseitiger, traumatischer (Lindenberg) 1198.
Chylurie, künstlich erzeugte (Lagemann) 342.
Chyluszyste im Mesenterium (Ch. Levison u. M. Wolfssohn) 582.
Cibalgin (Auen) 156.
— (Flatau) 104.
— (Heidemann) 653.
— (Jodann) 642.
— (Leibbrand) 297.
— (Löwenthal) 720.
Cignolin (Galewsky) 689.
Circumcision mittels Kauterisation (Duncan) 445.
Cirrhose atrophische (Oliviero) 931.
— Hanots (Murray) 82.
Cisterna magna, Punktion (Ebaugh) 75.
Citrate (Fresno) 31.
Citratblut, intraperitoneale Transfusion (Sausby) 179.
— Transfusion (Benda und Le Clerc) 891.
Clauden (Katsube) **621.**
Clavicula, Totalluxation (Böhm) 758.
Clavipurin (Mandelbaum) 819.
— (Stachow) 313.
Clostridium botulinum (Falk und Powdermaker) 259.
Clostridium caloritolerans (Meyer und Lang) 1317.
— chauvoei (Scott) 432, 733.
— histolyticum (King und Hjort) 207.
Coats-Retinitis (Heine) 1268.
Coccidien (Thomson und Robertson) 351.
Cochinchinadiarrhoe (Leger) 694.
Cochleare Reflexe (Spiegel und Kakeshita) 331.
Cochlearis, Wallersches Gesetz (Raaflaub) 887.
Codeinexantheme (Dittrich) 347.
Coecalgeschwulst tuberkulöser (Johnson) 446.
Coecum-Carcinom (Head) 441.
— Gangrän bei Neugeborenen (Wing) 616.
— Lymphom (Cinaglia) 931.
— Verschiebung während der Schwangerschaft (Obladen) 1091.
— Volvulus (Graham) 441.
Coferment (Brugsch und Horsters) 203.
Coffein (Schoen) 686.
C O_2-Gehalt (György, Kappes und Kruse) 985.
College-Schüler, körperliche Tauglichkeit (Emerson) 697.
Collessche Faszie (Wesson) 1179.
— Fraktur (Hathaway) 825.
Colloidmembrane (Lundsgaard und Holboell) 29.
Collum, s. a. Kollum und Uterus.
Colmatage (van Heuven) 476.

Compral **703**.
— (Jaeger) 823.
— (Rosenthal) 819.
— (Saenger) 414.
Comptoneffekt, s. a. Strahlentherapie.
— (Galdau und Pop) 1437.
— Bedeutung für die Strahlentherapie (Friedrich) 1053.
— Bedeutung für Tiefentherapie (Wintz) 1053.
— und Strahlentherapie (Friedrich) 1153.
Condylus humeri, traumatische Ablösung (Rendu) 256.
— int. Frakturen (Tailhefer) 363.
Conglutinatio orificii externa (Rißmann) 721.
Contrapan (Zacharias) 414.
Contrastol (Dyroff) 412.
Coramin (Alsberg) 919.
— (Asher) 652, 1434.
— (Hübler) 478.
— Ciba (Straumann) 428.
— -Ciba in der Pädiatrie (Hirsch) 545.
Cornea, Blutflecken (Maghy) 615.
— distrophia epithelialis (Gifford) 380.
— epitheliale Tumoren (Poleff) 1402.
— Herpes (Berger) 1437.
Corneae, ulcus serpens (Wessely) 245.
Cornea, Trübung (Lutz) 1268.
Coronarkreislauf, s. Herz.
Corpuscarcinom, operative oder Strahlentherapie (Döderlein) 556.
Corpus luteum (Angel und Bouin) 892.
— -luteum-Blutung (Dolynskyi und Benzion) 312.
— -luteum-Blutungen (Hellendall) 473.
— luteum, chemische Bestandteile (Zweifel) 1091.
— luteum, Follicular-Hormon (Johnston und Gould) 380.
— -luteum, hemmendes Hormon (Papanivolaon) 658.
— -luteum-Nekrose während der Schwangerschaft (Braunau und Cohen) 380.
— -luteum, Wirkung des Extraktes (Durrant) 1351.
— luteum zur Verhütung der Uebelkeit (Lafferty und Phillips) 963.
— -luteum-Zyste, geborstene (Lassen) 1134.
— pineale, Verkalkung (Bronner) 1438.
— Uteri, heterotope Mischgeschwulst (Halter) 1097.
Cortex, s. Hirnrinde.
Corydalon (May) 818.
— (Treupel) 640.
— (Wagner) 883.
Corynebakterien (Gundel) 202.
Coryza (Tarneaud) 1240.
Coué (Prüßler) 884.
Couéismus (Baudouin) 1004.
— (Seeling) 1454.
Coué und Autosuggestionstherapie (Décsi) 735.
Cowpersche Drüsen (Smirnow) 427.
Coxalgien, röntgenologische Studie (Paschoud) 479.
Coxa plana (Ingelgras) 493.
— valga (Buousanti) 254.
— valga vererbte (Nové-Josserand) 174.
— vara (Mouchet und Roederer) 997.
— vara (Reviglio und Bellando) 255.
— vara, traumatische (Colin) 1039.
Coxitis s. Hüftgelenk-Entzündung.
Cranio-amniopagus (Bok) 481.
Craniotabes (Moore und Dennis) 179.
Craniotom (Souttar) 1174.
Creepingdisease (Hemmes) 927.
— (Melczer) 348.
— (Schall) 426.
— (Selisky) 1440.
— -Eruption (Austmann) 1284.
— -Eruption (Fülleborn) 1100.
Cristolax (Oestreicher) 331.
Cryotherapie (Loutat und Legrain) 364.
Cryptokokken, Interdigitalekzem (Marengo) 1105.
Curarisierter Frosch, Kochsalz- und Stickstoffausscheidung (Ucko) 604.
Curcumen (Guttenberg) 1197.
Curettage, Verwachsungen in der Cervix uteri (Löbel) 954.
— Verwachsungen in der Cervix uteri (Wolff) 688.
— (Feuchtwanger) 953.
Curettement, s. Abrasio.
Curietherapie von Geschwülsten (Gilbert) 479.
Cutis marmorata (Scharpff) 755.
— rhomboidalis nuchae (Piorkowski) 925.
— vertitis gyrata (Merenlender) 167.
— vertitis gyrata (Sisson) 568.
Cyanamid (Glaubach) 684.
Cyanamidvergiftung (Glaubach) 1363.
Cyanat im Blut (Gottlieb) 1310.
Cyanose der Neugeborenen (Novak) 473.
Cyanquecksilber, Veränderungen im Kontakt mit Jodkali (Pitarelli) 1277.
— -vergiftung durch Schuhputzmittel (Ullmann) 413.
— -wasserstoff, Einwirkung (Zeyneck) 103.
— -wasserstoffsäure, Resistenz gegen die toxische Wirkung (Saint-Rat) 1278.
Cyclothymien Therapie (Mayer) 420.
Cylotropin (Hankowski) 1132.
— (Hitschmann) 426.
— (Maillard) 1233.
— (Neukirch) 105.
— im Kindesalter (Perl) 1336.
Cymarin (Kaufmann und Panzer-Osenberg) 553.
Cymarin (Kaufmann) 642.
Cypridina, Hemmung der Luminiszenz durch Licht (Harvey) 1245.
Cytologie, s. Zellenlehre.
Czernysches Phänomen (Göttche) 686.

Dakryocystorhinostomie (P. Gonzalez del Rio) 30.
— (Castello) 1448.
Dakryocystostomien (Bockstein) 69.
Dakryops (Tron) 1100.
Dakryostenose (Wegner) 642.
Daktyloskopie und Vaterschaftsfrage (Scheffer) 1169.
Dämmerschlaf (Siegert) 473.
— geburtshilflicher in Hypnose (v. Wolff) 791.
— zur schmerzfreien Geburt (Grünewald) 899, 1042.
Dammnaht, sekundäre (Brandess) 689.
— -risse dritten Grades, Sekundärnaht (Pulvermacher) 1367.
— -risse, frische, Behandlung (Gellhaus) 303.
— -risse, Hautnaht (Silin) 473.
— -risse, Naht unter örtlicher Betäubung (Boshouwers) 1210.
— -risse und Prolaps (Henkel) 641.
— -spaltung, prophylaktische mediane während der Geburt (v. Ott) 1027.
Dämpfe, nitröse (Boos) 262.
Dänemark, Gesundheitswesen (Lehnert) 552, 603.
Dänische Hilfsmittel (Pflanz) 416.
Daranyische Realition bei Tuberkulose (Pinelli) 1173.
Dardex (Fuchs) **1115**.
Dariersche Dyskeratose (Melczer) 888.
Darm s. a. Dünndarm, Duodenum, Jejunum, Kolon.
— -antiseptika (Garrod) 352.
— -beinschaufel, Mißbildung (Andrassy) 475.
— -bewegung s. Peristaltik.
— -blutungen (Petermann) 1130.
— -carcinom (Reichel) 1267.
— -divertikel, Aetiologie (Davies-Colley) 351.
— Dünn — fibrom (Izteko) 1341.
— -dyspepsie (Guggenheimer) 552.
— -endoskopie (v. Aldor) 687.
— -Erkrankungen (Rosell) 930.
— -erkrankungen, diätetische Behandlung (Ehrmann) 753.
— -erkrankungen, Röntgendiagnostik (Schinz) 1262.
— fisteln, Heidenhainsche (Demme) 1405.
— -flagellaten (Dowell) 1075.
— -flora der Säuglinge (Vidal Jordana) 930.
— -flora von künstlich ernährten Kindern (Kendall, Day und Walker) 432.
— -flora von Säuglingen (Kendall, Day und Walker) 432.
— -immunisierung (Zobolotny) 552.
— Intoleranz für Kohlehydrate (Kendall) 431.
— -invagination (Heinonen) 215.
— -invagination akute, bei kleinen Kindern (Mourad) 1172.
— -invagination, chronische (Galdau) 608.
— -invagination, rektale Lufteinblasung (Hollick) 655.
— -kanal, Innentemperatur (van der Reis) 246.
— katarrhe, Vakzine-Therapie akuter (Böhm) 1403.
— -krankheiten Diabetik (Boas) 156.
— -lähmung (Vogt) 980.
— -lähmung, Umspritzung des Ganglion coeliacum (Rosenstein und Köhler) 546.
— -länge, funktionelle (van der Reis und Schembra) 1434.
— -okklusion, Duodeni-Jejunaldivertikel als Ursache (Krogius) 1237.
— -paralyse, retroperitoneale Ursache (Demel) 649.
— -parasiten bei Kindern (Papandrea) 1242.
— -parasiten in Finnland (Ehrström) 955, 1071.
— -polypen (Reichel) 1267.
— präkanzeröse Erkrankungen (Schmieden) 401.
— -protozoen, tierische Infektionen mit den Trophozoiten von (Hegner) 897.

Darmriß (Lampe) 429.
— -schleimhaut, Extrakte (Dixon und Wadia) 654.
— -senkung, Erkrankung und Behandlung (Strauch) 1197.
— -stenose und perniciöse Anämie (Haden) 373.
— -striktur und perniziöse Anämie (Wiechmann und Zinsser) 302.
— -traktus, autonome Innervation (Fraser) 352.
— -traktus Divertikel (Spriggs und Marxer) 351.
— -traktus, Frühdiagnose der Neoplasmen (Illoway) 1024.
— -verschluß, s. a. Ileus.
— -verschluß (E. Butler und G. D. Delprat) 582.
— -verschluß, akuter (Britisch med. Gesellschaft) 171.
— -verschluß, doppelter (Alipow) 424.
— -verschluß, experimenteller, hoher (Portis) 117.
— -verschluß, hochsitzender (Mc. Vicar) 77.
— -verschluß, subkutaner (Lipschutz) 1147.
— -verschluß, unvollkommener (Candy) 354.
Dauerkatheter (Hryntschak) 647.
Daumen, Neubildung (Rinaldo) 488.
— -strecker, Sehnenruptur (Honigmann) 642.
Debile Kinder, Statistik und Klinik (Weiss) 103.
Decholin (Dücker) 1162.
— (Lebermann) **703.**
Decidua, ektopische (Brakemann) 688.
— ektopische (Schoch) 1236.
— heterotrope (Schoch) 342.
— -reste (Rissmann) 343.
Defekte, Anpassungen, schwere anatomische (Walthard) 1306.
Deflexionslagen (Kamniker) 345.
Deflexionsstellung (Harsting) 692.
Dehydrationsfieber, Wasserstoffwechsel (Andrews) 765.
Dehydrocholsäure-Diurese (Rahmlow und Ritterband) 1332.
Dekapitation mit dem Blondschen Fingerhut (Baumm) 953.
— (Ecke) 954.
Dekapitationsfingerhut (Blond) 1304.
Delilephila vespertilio (Lenz) 1297.
Delirien (Rehm) 420.
Delirien, hallucinatorische (Levy-Valensi) 113.
Delirium tremens (Zingerle) 1027.
Dementia paralytica s. Paralyse, progressive.
— paralytica (Boumann) 420.
— paralytica (de Jongh) 609.
— paralytica (Vergara) 1141.
— paralytica, Malariabehandlung (Baarnhorb) 481.
— paralytica, Remissionen (Wiesel) 1410.
— paralytica, Therapie mit lebenden Räumen von Spirochaeta pallida (Sagel) 641.
— paralytica, Behandlung mit Rekurrens Duttoni (Schröter) 951.
— paralytica, Verhütung (Mulder) 690.
— praecox (Ehrenwald) 1365.
— praecox (Halberstadt) 1105.
— praecox (Marotta) 995.
— praecox (Montesano) 757.
— praecox, O-Verbrauch (Whittehorn und Tillotson) 122.
— praecox, Pathologie und Pathogenese (Münzer) 951.
— rachitica (Huldschinsky) 1353.
— senilis, hereditäre Disposition (Meggendorfer) 420.
Demenz (Benon) 690.
— (Fleck) 883.
— (Marchand, Abély und Bauer) 492.
— syphilitische pseudobulbäre (Foix und Chavany) 794.
— und Konfabulationen (Gerson) 339.
Dengue (Churchill, Landies und Glusker) 1107.
— -fieber (Legendre) 997.
Densimetrie (Schick) 726.
Dentale Sepsis (Brochbank) 484.
Dentalinfektion und Herzunregelmäßigkeiten (Smith) 82.
Dentomaxilläre Mißbildungen (Cadenat) 33.
Denver, das amerikanische Davos **(Baum) 748.**
Depressin (Sauer und Ziem) 1218.
Dercumsche Krankheit s. Fettsucht.
— (Jülich) 103.
Dermacentor andersoni (Noguchi) 1244.
Dermaprotin (Sachs) 1331.
— (Thoma) **901.**
Dermatina (Brecher) **1183.**
Dermatitis artifizielle (Cregor und Gastineau) 445.
— chronica atrophicans 614.
— chronica atrophicans (Pautrier und Diss) 1278.
— chronica atrophicans (Versari) 892.
— exfoliativa (Ullrich) 340.
— exfoliativa neonatorum (Herz) 249.
— exfoliativa neonatorum (Szarka) 645.
— exfoliativa, Therapie (Völckers) 979.
— ekzematöse (Thibierge und Lacassagne) 997.
Dermatitis herpetiformis (Thasleff) 1411.
— lichenoides (Gougerot und Faton) 494.
— lichenoides (Spillmann, Watrin und Créhange) 827.
— lichenoides purpurosa et pigmentosa (Gougerot und Blum) 258.
— pigmentaria (Zimmerlin und Lanzenberg) 614.
— -Pikrinsäure (Fogel) 29.
— pityriasiformis (Selisky) 641.
Dermatochalasis (Fuss) 1339.
Dermatologie, Arbeitsrichtungen (Arzt) 603.
— in der Kassenpraxis (Rohrbach) 1004.
Dermatolyse (Goodman und Traub) 379.
Dermatomykosen (Kogaj) 651.
Dermatomyosarkom (Masson und Gunset) 1279.
Dermatomyositis (Friedman) 570.
Dermatosen, s. a. Hautkrankheiten.
— Aetiologie (Krzysztalowicz) 367.
— bullöse (Röderer und Lanzenberg) 1278.
— des behaarten Kopfes (Sabourand) 997.
— Fastenkur (Chevallier) 1278.
— Therapie (Veyrieres und Valette) 997.
— Verdauungsstörungen (Ehrmann) 686.
— Verdauungsstörungen (Porges) 603.
— vererbbare (Brünauer) 478.
Dermatostomatitis (Baader) 347.
— (Mancorps) 347.
Dermographismus (Dujardin und Decamps) 958.
Dermoidfisteln (Oehlecker) 953.
Dermoidzyste aus dem Mundboden (Hopman) 1338.
— des Ovarium (Leibtschik) 473.
Dermophthalmus (Derkač) 477.
Dermotubin (Lämel) 684.
Descemetocele (Meyerbach) 1437.
Desinfektionsmittel (Gegenbauer) 299.
— (Ornstein) 758.
Desinfex (Schönke) 546.
Desintegrationsgang (Leschtschenko) 422.
Desitinsalbe (Lauerbach) 64.
— (Schede) **225.**
Déviation conjugée (Barkas) 956.
— im epileptischen Insult (Schnell) 854.
Dextrokardie, erworbene, bei chronischer Lungentuberkulose (Meyerstein) 207.
— totale (Tegtmeier) 71.
Dextrose s. Glykose.
— -lösung (Steiskal) 478.
— Wirkung der Injektionen auf den Blutzucker (Thalheimer) 998.
Deziduabildung der graviden Tube (Zimmermann) 313.
Diabetes mellitus (Bower und Aaron) 659.
— (Elias und Jeitseles) 1132.
— (Gottstein und Bohl) 725.
— (Gray) 892.
— (Holst) 169, 653.
— (Krzywanek) 1020.
— (Liotta) 1415.
— bei lymphatischer Konstitution (Major) 731.
— (Major und Davis) 74.
— (Minkowski) 415.
— Akromegalie (John) 570.
— akuter, Alters- und Geschlechtsfaktoren (Adams) 765.
— Arteriitis (Doumer und Patoir) 490.
— bei chirurgischen Patienten, Insulin (Baumann) 178.
— beim Säugling (Arndt und Welcker) 924.
— Blutfett und Serumprotein (Oestergaard Christensen) 29.
— Blutkörperchenzahl und Blutdruck (Root, Thompson und White) 373.
— Verhalten gegen Glukose im Blutkreislauf (Pemberton und Curmingham) 172.
— Chirurgie (Judd, Wilder und Adams) 568.
— Koma (Lorant) 244.
— Koma ohne Acetonurie (Oliver) 487.
— Koma, chirurgische Eingriffe (Hesse) 302.
— Koma und Insulin (Frissel und Hajek) 828.
— Koma, Pankreas-Nekrose (Schott) 723.
— -Diät für Kinder in verschiedenen Kliniken (Gray) 1110.
— Diät-Insulintherapie (Jansen und Müller) 1126.
— diätetische Therapie (Gellmuyden) 483.
— diätetische Therapie des kindlichen (Heimann-Trosien und Hirsch-Kauffmann) 1095.
— Dienstbeschädigung **(v. Schnizer) 241.**
— Differenzialdiagnose und Glykosurie (Aekerrén) 692.
— Einfluß von Herdinfektionen (Holcomb) 933.
— Einführung von Glykogen (Iljin) 1434.
— Gangrän (Blotner und Fitz) 799.
— Frühdiagnose (Mosenthal) 260.

Diabetes Gangrän (Stark) 959.
— Gangrän, übermäßige Insulindosierung (Root) 1134.
— Glykosurie, Pathogenese (Dünner und Mecklenburg) 478.
— eiweißarme Ernährung (Grote) 247.
— Haut-, Kapillar- und Sekretions-Beobachtungen (Jürgensen und Noorden) 63.
— Heilbarkeit (Percival) 487.
— hereditäre Belastung (Lortat-Jacob) 368.
— infolge akuter Pankreatitis (Dunn, Vatcher und Woodwark) 487.
— Insulinbehandlung (Gündell) 103.
— Insulinbehandlung (Nizon) 316.
— Insulinbehandlung bei experimentellem (Copp) 615.
— Insulinbehandlung des durch eine Lungentuberkulose komplizierten (Ernst) 1064.
— Insulin und Schwangerschaft (Kaufmann) 1162.
— Selbstbehandlung (Jaksch) 754.
— eine synthetisch dargestellte Substanz mit insulinartiger Wirkung (Frank) 1155.
— kindlicher (Heimann-Trosien und Hirsch-Kauffmann) 686.
— kindlicher, optimale Insulinverteilung in der Behandlung (Priesel und Wagner) 297.
— klinische und pathologische Studien (Warren) 263.
— Kohlehydratzufuhr bei Behandlung mit Insulin (Bucka) 296.
— konstitutionelle und hereditäre Züge (Barach) 1035.
— konsumptive,Insulinbehandlung (Castaigne) 694.
— Läsionen der Extremitäten (Coller und Marsh) 75.
— lipogene (Parkes Weber) 351.
— Lipoidgehalt des Blutes (Blix) 991.
— Mais in der Therapie (v. Purjesz jun.) 1301.
— Mechanismus (Sybrandy) 350.
— Mechanismus der Kreislaufstörung beim Coma (v. Neergaard) 1332.
— Mortalität, Alter als ein Faktor (Thomson) 118.
— operative Therapie (Mansfeld) 1375.
— operierter Rückenmarkstumor (Maas) 547.
— ophthalmologische Studien beim Hunde (Takahashi) 1304.
— Pankreasdarreichung (Neve) 353.
— Pathogenese und Therapie (Barlocco) 1277.
— Phthise (Schönberger) 104.
— -problem (du Bray) 1075.
— Prognose des Coma (Violin) 1339.
— Proteinkörperbehandlung (Singer) 686.
— -psychose (Reiter) 610.
— Refraktionsänderung (Post) 1111.
— Reizkörpertherapie (Singer) 204, 1296.
— rektale und abdominale Infektionen (Vischer) 700.
— renale (Castex) 997.
— Salz- und Kochsalzstoffwechsel (Meyer-Bisch und Wohlenberg) 553.
— und Schwangerschaft (Fitz und Murphy) 262.
— spontane Ausheilung (John) 221.
— Standart-Diäten bei jugendlichem (Boyd) 1282.
— sthenisches Coma (Lorant) 297.
— Synthalin-Therapie (Frank, Nothmann und Wagner) 1434.
— syphilitischer (Sparacio) 357.
— Therapie (Adlersberg und Porges) 883, 917.
— Behandlung (Forster) 877.
— Behandlung (Gudzent) 160.
— Therapie (Rubenstone) 796.
— Therapie des kindlichen mit Insulin **(Freise) 1.**
— -behandlung, Fett (Grafe) 329.
— Behandlung in Kurorten (Isaac) 1296.
— Therapie mit Radiumstrahlen (Rosinski und Quedenfeld) 1332.
— -behandlung mit und ohne Insulin (Lauritzen) 64.
— Tuberkulose und Kohlehydratstoffwechsel (Hecht) 299.
— und Fermenttherapie (Kuhn) **449.**
— und Operation (Leyton) 172.
— und Tuberkulose (Wagner) 471.
— Verteilung der Glukosen in Plasma und roten Blutkörperchen (Holböll und Fock) 170.
— wechselnde Auffassung (Tuttle) 698.
— Wirkungen von Insulin und Glukose auf das Säuren- und Basengleichgewicht (Gibson) 568.
Diabetes insipidus (Bauer) 639.
— (Fink) 1351.
— (Haymann und Fanconi) 981.
— (Heard, Schuhmacher und Gordon) 370.
— (Kyrklund) 472.
— Therapie mit Hodenextrakt (Rothmann) 105.
Diabetische Kinder, Bakterienwachstum auf dem Blut (Hirsch-Kauffmann und Heimann-Trosien) 1165.
— Kinder, Körperbau Wachstum und Entwicklung (Priesel und Wagner) 725.
— Schwangere, Blutzuckerkurve (Holzbach) 1170.
— Staroperierte, Insulin-Behandlung (Schock) 979.
Diagnostik und Geruch (Ruediger) 819.
Dial (Leibbrand) 245.
Diamino-methyl-Akridin, intravenöse Injektionen (Clara und Lebouef) **1417.**
Diaphernoskopie, retrobulbäre (Golowin) 1169.
Diaphragma, s. a. Zwerchfell.
— -erkrankungen (Dillon) 726.
— Eventration (Rhéaume) 794.
— -hernie, kongenitale (Alpert) 370.
— -hernie, kongenitale (Unger u. Speiser) 1039.
— molle (Altschul) 202.
Diarrhoe bei Kindern mit Befunden eines parasitären Pilzes (Cookson und Thorp) 956.
Diarrhoische Störungen beim Säugling (Buschmann) 340.
Diarrhöen, Therapie chronisch-gastroenterogener (Jarno) 1301.
Diastase, s. Amylase.
— -bestimmung als Nierenfunktionsprüfung (Polack) 990.
— des Speichels, Einfluß von Bromkalium und Jodkalium (E. Fricker) 26.
— -Untersuchungen im Urin (Fabricius-Möller) 482.
Diastolischer Druck (Robertson) 82.
Diät, s. a. Ernährung.
— -küche (Schaper) 1021.
— -küche **(v. Soos) 784.**
— -kuren (Kaemmerer) 685.
Diätetik (Jürgensen) 1301.
— bei Infektionskrankheiten (Schall) 978.
Diätetische Nährbodenänderung (Finkelstein) 332.
— Therapie (Vogeler) 1077.
— Therapie innerer Krankheiten (Normand) 1003.
Diathermie (Bordier) 1137.
— (Gradenwitz) **740.**
— (Snow) 39.
— -apparate (Fries) 1370.
— bei akuter gonorrhoischer Epididymitis (Greenberger u. Lubash) 381.
— bei Basedow und paroxystischer Tachykardie (Savini u. Ackerman) 1241.
— bei Beckeninfektionen (Cherry) 81, 731.
— bei chronischen Uretritiden (Roucayrol) 112.
— bei Dysbasia angiosklerotica (Determann) 331.
— bei Erkrankungen der Mundhöhle (Corbus) 221.
— bei Gelenkverletzungen (Ewerhardt) 175.
— bei Nierenkrankheiten (Kolischer u. Tones) 697.
— bei Ohren- und Nasenkrankheiten (Hamm) 602.
— bei Retention durch Prostatahypertrophie (Hammond) 317.
— Einwirkung auf die Emigration der Leukocyten in der Mundhöhle (Korowitzky u. Jassinovsky) 157.
— in der Dermatologie (Schultze) 1208.
— -therapie der oberen Luft- und Speisewege (Syme) 1342.
— -therapie der Rektumstrikturen (Picard) 1096.
— Behandlung der schmerzhaften Zustände im Bauch (Fraikin) 862.
— und Samenproduktion (Greenberger) 268.
— vor und nach Bauchoperationen (Crile) 380.
Diathese siehe auch exsudative Diathese.
— exsudative und Anaphylaxie, Hauterscheinungen (Scholow) 250.
— hämorrhagische (Becks) 73.
— hämorrhagische (Held) 432.
— hämorrhagische (Tidy) 992.
Diathesen, hämorrhagische (Galdi) 729.
Diazo-Reaktion, Ursprung der Ehrlichen (Hermanns) 948.
Dibothriocephalus-latus-Eier im Stuhl (Schmidt) 933.
Dicephalus dibrachius tripus (v. zur Mühlen) 689.
Dichloramin-T bei der Wundbehandlung (Adams) 577.
Dichloren-Aether-Narkosen (Albrecht) 249.
Dickdarmbewegungen, zentralbedingte Hemmung (Feltkamp) 1366.
— -entzündung (Diddens) 608.
— -entzündungen (Propping) 884.
— funktionelle motorische Prüfung (Niklas) 1296.
— Gleitbrüche (Jacobson) 952.
— -physiologie (Niklas) 1402.
— -resektion, zweizeitige (Schloffler) 1266.
— Retropontation (Schwarz) 852.
— stereoskopische Röntgenbilder (Tugendreich) 408.
Dick, intrakutane Prüfung (Orel) 724.
Dicksche Hautreaktion (Frenkel u. Margolis) 725.
— Hautreaktion (Nobel u. Orel) 725.
— Intrakutanprobe beim Scharlach (Kundratitz) 340.
— Probe (v. Bokay) 851, 1052.
— Probe (Huntoon, Murphy u. Craig) 434.
— Probe (Gilrock) 172.
— Probe (Joë) 172.
— Probe (Kramár, Franczicz) 1274.
— Probe (O'Brien u. Okell) 172.

Dicksche Probe, Wiedererscheinen einer positiven (Toomey) 1281.
— Probe, Wiedererscheinen einer Reaktion (Ferry) 894.
— Reaktion (Kleinschmidt) 22.
— Reaktion (Rademaker) 1031.
— Reaktion (Rosen, Sadowski u. Korobicina) 221.
— Reaktion (Vas) 790.
— Reaktion (Zoeller) 363.
— Reaktion in der Geburtshilfe und Gynäkologie (Kleesattel) 1169.
— Reaktion und prophylaktische Immunisierung (Johan) 851.
— Reaktion und Streptokokkentoxien (Zoeller) 31.
Dicksches Toxin und Eosinophilie (Farnos) 1375.
— Toxin und Scharlachstreptokokken (Bieling) 979.
— Verfahren bei Scharlach **(v. Bokay) 281.**
Dick-Test (Kostulovic) 984.
Dicodid (Martin u. Wolff) 1198.
— Gewöhnung (Kafemann) **880.**
Die liebe Krankheit (Missriegler) 900.
Dienstbeschädigung für Arteriosklerose anerkannt **(v. Schnizer) 1086.**
— für Diabetes und Tuberkulose (v. Schnizer) **241.**
— und Tod bei Tuberkulose **(v. Schnizer) 543.**
— und Tod **(v. Schnizer) 786.**
— und Herzschwäche **(v. Schnizer) 787.**
— für ein Magengeschwür **(v. Schnizer) 787.**
— und Ertrinken **(v. Schnizer) 788.**
— für Tuberkulose **(v. Schnizer) 789.**
— für Lungenkrebs abgelehnt **(v. Schnizer) 977.**
— für einen Herzfehler abgelehnt **(v. Schnizer) 1087.**
— für Lungentuberkulose abgelehnt **(v. Schnizer) 1228, 1229.**
— Zusammenhang zwischen D. B. und Tod; Magengeschwür, Krebs **(v. Schnizer) 1260.**
— für einen Krebs der Bauchspeicheldrüse abgelehnt **(v. Schnizer) 1359.**
— und angebliche Sepsis **(v. Schnizer) 1360.**
Dienstsche Schwangerschaftsreaktion (Fink) 823.
Digestion, s. Verdauung.
Digistrophan (Bickel) 105.
Digitalis (Boekelman jr.) 1372.
— (Focke) 923.
— (De Giacomi) 1167.
— (Krogh) 350.
— (Leech) 38.
— (Masslow) 304.
— bei ventrikulären Extrasystolen (Otto und Gold) 570.
— -Blätter (Cloetta) 553.
— extrakardiale Wirkung (Leibowitz) 883.
— -Extrakte (Hintzelmann und Joachimoglu) 418.
— -Präparate (Jaquet) 856.
— -Reaktivität (Fraenkel und Doll) 923.
— Sehstörungen infolge von (Sprague, White und Kellogg) 117.
— -Therapie (Braun) 603.
— -Vergiftung, Gelbsehen (Jackson) 120.
— -Wirkungsstärke (van Wijngaarden) 755.
Digitoxigenin (Lenz) 755.
Dihydrooxyaceton, Wirkung (Hewitt und Reeves) 1136.
Dilatation, s. Erweiterung.
Dilaudid (Basch) **622.**
— (Dittrich) 548.
— (Hemmerling) 415.
— (Krüskemper) 882.
— (Rady) 642.
— (Taschenberg) 947.
— in der Nervenpraxis (Trautmann) 1162.
Dimethylessigsäure (Levene und Meyer) 866.
Diphtherie (v. Szóntagh) 822.
— (Degkwitz) 1433.
— aktive Immunisierung (Aldershoff) 690.
— aktive Immunisierung mit Diphtherieantitoxin (Madero, Cadahia y Nicolas) 930.
— aktive Immunität (Haidvogl) 302.
— -Antitoxin (Nothmann) 823.
— -Toxin-Wirkung auf Myocarel (Apfelbach) 259.
— Antitoxingehalt im Blut und aktive Schutzimpfung (Dold) 852.
— -Bazillen, neue Farblösung (Stoltenberg) 851.
— -Bazillenträger (Meyer) 331.
— -Bazillenträger (Stage) 350.
— der Haut (Warren und Sutton jr.) 75.
— der Haut, nekrotisierende Form (Meyer) 64.
— Familienepidemiologie (Moldovan) 1265.
— -Heilserum, Dosierung (Widowitz) 1235.
— hysterische Sprachlähmung des Gaumensegels (Boenninghaus) 331.
— -Immunisation bei Schulkindern (Harvier und Requin) 694.
— -Immunisierung (Larson und Eder) 567.
— -Immunisierung, aktive (Glusmann) 205.
— -Immunisierung, aktive (Opitz) 63.
Diphtherie-Immunisierung orale (Fuerst) 1433.
— -Immunisierung, Todesfälle (Fischl) 824.
— Impfunfälle nach Behandlung mit Toxin-Antitoxin-Gemischen (Busson) 1339.
— -Impfung mittels Anatoxin (Zoeller) 696.
— -Toxinwirkung auf Myocard (Apfelbach) 259.
— -Kohlehydratstoffwechsel (Hector) 1135.
— -Krupp im kindlichen Alter (Blacher) 1331.
— künstliche Immunisierung (Meyer) 989.
— Larynx-Stenosen (Burghard) 250.
— Morbidität (Sorge) 1344.
— Morbidität und Mortalität (Lewis) 82.
— nach Tonsillektomie (Zingher) 375.
— Nachwirkungen auf das Herz (Hoskin) 761.
— -Nekrosen, Therapie mit Röntgenbestrahlung (Kahn) 435.
— neue Schutzimpfung Behrings (Kraus) 108.
— Prophylaxe (White) 1318.
— prophylaktische Immunisierung (Reiter und Soldin) 884.
— Quarantäne für Rekonvaleszenten und Bazillenträger (Withers, Ronson und Humphrys) 1315.
— -Serum-Exanthem, Häufigkeit (Gierthmühlen) 1065.
— Serumtherapie (Intyre) 655.
— -Therapie (Heckscher) 245, 691.
— -Behandlung (Schepegrell) 886.
— Toxin-Antitoxin (Nothmann) 640.
— -Toxin-Antitoxingemisch (Schönberger) 924.
— und Syphilis (Reiche) 298.
— -Vakzination (S. Schmidt) 315.
— -Vakzination (Zoeller) 696.
— Verhütung und Behandlung (O'Hara) 1214.
— Volkskrankheit **(Vaubel) 903.**
Diphyllobothrium latum (Leoy und Pierson) 1107.
Diplegia cerebralis progressiva (Higier) 1346.
Diplegia facialis b. Neoarsphenamin-Polyneuritis (Hassin u. Read) 693.
Direktoskopie nach Hasliger (Schwarhart) 1444.
Dismenol (Hofmann) 639.
Disposition (Gelpke) 299.
Distomen, Chemie und Toxikologie (Flury und Leeb) 1296.
Distoma pulmonale (Bacmeister) 1335.
Diurese (Ferre) 1032.
— (Labbé, Violle und Azerad) 611.
— (Porak) 491.
— Einwirkung kortikaler Erregungen (Molitor) 686.
Diuretika (Hartwich) 336.
— Resorptionsversuche (Oehne) 394.
Divertikel des Harnleiters (Stevens) 1215.
— ileus (Kaspar) 952, 986.
— -operationen (Bachrach) 1132.
— pharyngooesophageale (Vinson) 75.
— -steine (Lion) 427.
Divertikulitis (Drueck) 371.
— (Kramer) 501.
— (Lockhart-Mammery) 357.
— acuta (Fronticelli) 826.
— des Colons (Enfield) 376.
— des Colons (Erdmann) 661.
— des Dickdarms (Miller) 1001.
Divertikulose (Barling) 352.
— (Drueck) 370.
— der Darmtraktur 171.
Dmelcos, Behandlung des weichen Schankers (K. Heymann) 567.
Dochez, s. Scharlach.
Döderleinscher Vaginalbazillus (Lash und Kaplan) 495.
Doecker-Pavillon (Stein) 1022.
Dold, Blutkuchen-Wa.-R. (Spranger) 545.
— -Reaktion (Dold) 109.
— -Reaktion (Dold und Groß) 723.
— -Reaktion (C. Schuler) 26.
Douderscher venöser und arterischer Druck (Rehfisch) 604.
Doppelabstandsgläser (Verwey) 690.
— -bilder und Augenstellungen (Paul) 824.
— -niere (Liedner) 24.
Doppeltsehen (Escribano) 366.
Dormalgin (Katz) **1182.**
— (Leschke) 602.
— (Mahling und Kroker) 685.
— (Mallebrein) 819.
— (Meyer) 1302.
Dormansches Gleichgewicht im menschlichen Organismus (Michaud) 652.
Dormiol und Strychnin, Antagonismus (Jarisch) 1167.
Dornfortsätze, subkutane Abtragung am Gibbur (Mezzari) 488.
Dosenöffner (Voges) 604.
Dosierungsproblem (Dessauer) 1407.

Dosimeter (Chaoul) 332.
Douglasscher Raum, radiologische Untersuchung (Bertrand, Villemur und Baillat) 1073.
Drahtfabrik, Ventilationsanlagen (Mosgow) 1412.
Drainage (Lobingier) 75.
— -kappe, suprapubische (Gardner) 1034.
Drehnystagmus, optischer (Ohm) 1100, 1169.
— optischer bei Halbblindheit (Ohm) 790.
Drehschwachreizprüfung des Vestibularapparates (Grahe) 1207.
Drehung um die Körperlängsachse (J. Gerstmann, H. Hoff und P. Schilder) 555.
Dreschen, Arbeitsbedingungen (Stachorsky) 1412.
Drillingsgeburt (Kováts) 1273.
Drillingsschwangerschaft, Gemini papyracei (Wolff) 688.
Drogenfestigkeit (Meader und Feirer) 1212.
Droseratinkultur bei Keuchhusten (Williamson) 215.
Druckempfindungen (Cohen) 1366.
Drüsen, endokrine, s. endokrine Drüsen.
— -fieber (Baldridge, Rohner und Hansmann) 1316.
— (Gautier) 349.
— (Mündel und Franz) 250.
— progressive Insuffizienz und Atrophie (Gougerot) 257.
— -tuberkulose, Behandlung mit Radium (Goße) 257.
Ducreybazillen (Leoy und Kitchevatz) 827.
Ductus arteriosus Botalli (Gordon) 655.
— arteriosus, Entzündung der offenen (Schlaepfer) 570.
— arteriosus, persistenter (Blake und Keith) 1134.
— biliacus communis, Affektion (Cobb) 1319.
— biliacus communis, sekundäre Operationen (Walters) 501.
— choledochus, cystische Erweiterung (Hille und Ramsay) 171.
— communis Obstruktion (Truesdale) 262.
— deferens (Gohrbandt) 427.
— ejaculatorii, Katheterisation (Rolnick) 617.
— nasolacrimal, Basalzellencarcinom (Bakker und Oudendat) 760.
— omphalomesentericus (Wollmann) 246.
— omphalomesentericus, Bestehenbleiben (Davis und Niehaus) 430.
Duhringsche Krankheit (Goyarrola) 930.
Dünndarm, s. a. Darm.
— -bewegungen (Weitz und Vollers) 1363.
— -divertikel (Harttung) 1302.
— Erkrankungen (Morawitz) 1154.
— Fermentschwäche (Alexander) 1155.
— -Geschwür (Winkelstein) 570.
— -Geschwür, akute Perforation (Ipenza) 1173.
— -Geschwür, Aetiologie (Monsarrat) 484.
— -mesenterium, Geschwülste (Matolay) 1274.
— -schleimhaut, bakterienwachstumshemmende Stoffe (Bogendörfer) 1434.
— -striktur (Deutsch) 820.
Duodenojejunalschlingen, Bildung der toxischen Flüssigkeit in abgebundenen (Braeye) 1143.
Duodenum, s. a. Darm.
— (Arnold und Brody) 432.
— (Crile) 221.
— (Finsterer) 685.
— (Popper) 1029.
— (Spath) 649.
— als Mischapparat (Bauermeister) 209.
— angeborene Fixation (Niles) 77.
— Antiperistaltik (Henderson) 220.
— arteriomesenterialer Darmverschluß (Halpert) 766.
— Bakteriologie (Olivet) 297.
— bakteriologische Untersuchung (Löwenberg) 1061.
— chronische Stenose (Rathoczi) 376.
— Divertikel (Gregoire) 1345.
— Divertikel (Rave) 412.
— Divertikulose (Lipschuetz) 78.
— Druck der Radix mesenterii (Robertson) 562.
— Entzündung und Geschwürsbildung (Hoffmann) 79.
— funktionelle Stenosen (Terris) 957.
Duodenal-Chirurgie (Balfour) 380.
— -divertikel (Butler und Ritvo) 119.
— -Divertikel (Kampmeier) 1450.
— -Geschwür, Diagnose (Heß und Faltitscheck) 1061.
Duodenale Ernährung (Trossarelli) 360.
Duodenalgeschwür (Bársony) 249, 1025.
— (Bokor) 418.
— (Douglas) 379.
— (Mattison) 446.
— (Nicolaysen) 170.
— (Sturtevant und Shapiro) 896.
— (Woolsey) 379.
— akut perforiertes (Evans) 351.
— Magen (Konjetzny) 207.
Duodenalgeschwür Magen und Probefrühstück (Schütz) 303.
— mit großen Bluttransfusionen (Plehn) 754.
— Operation (Pauchet) 267.
— Therapie (Greene) 121.
— Therapie mittels intravenöser Injektionen von 10 proz. Kochsalzlösung (Barsony und Szemzö) 1331.
— Zustandekommen des Schmerzes (Palmer) 1451.
Duodenal, Geschwür, Pathologie (Ciminata) 1378.
— Geschwür, Schmerzen im Thorax (Desmarest) 1211.
— -Geschwüre, Therapie (Einhorn) 1109.
Duodenalnische (Carman und Sutherland) 1383.
Duodenal-Operationen (Eustermann) 380.
— -Resektion (Schwarz) 1168.
Duodenaler Rückfluß (Rothschild) 820.
Duodenalsaft, bakterizide Wirkung (Löwenberg) 1197.
— -septum kongenitales (Seidlin) 36.
— -sonde (Jaguttis) 1362, 1401.
— -sonde (Schlief) 203.
— -spülung (Rabe) 413.
— -tubage bei Pankreaskrebs (Antié) 1301.
Duodenale Ulzera, Rolle der Infektion (Hotz) 1371.
Duodenalulcera (Braithwate) 656.
— Therapie (Emery) 262.
Duodenalulcus (Eiselberg) 686.
— (Sloan) 616.
— Bedeutung der Röntgenologie (Bernstein) 1094.
— bei Lungentuberkulose (Lisa) 266.
— chirurgische Therapie (Börger) 986.
— Röntgendiagnose (Knapp) 259.
Duodenal-Verschluß, akuter (Baker und Mizen) 762.
— -vertikel (Wierig) 411.
— -zyste (Vogt) 265.
Duodenum, Diagnose des Ulcus (Trommer) 685.
— Diagnostik des Ulcus duodeni (Schüle) 723.
— über Fieber bei (Kroner) 1197.
— Frequenz und Lokalisation des Ulcus pepticum (Lehmann) 1168.
— Ikterus bei Ulcus (Haak) 759.
— Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni (Bonn) 1164.
— Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni (Nölke) 1165.
— Störung im Säurebasengleichgewicht des Organismus bei Ulcus duodeni (Balint) 1166.
— Ulcus (Steinberg) 305.
— Ulcus, chirurgische Behandlung des nicht resezierbaren (Finsterer) 400.
— Ulcus, direkte Röntgensymptome (Jansson) 215.
— Ulcus, palliative Resektion beim (Flörcken) 1266.
Duodenum, Röntgenuntersuchung (Saraceni, Antonucci und Celiberti) 360.
Duodenuminhalt, Regurgitation (Iwanow) 687.
— -Inversion (Pernkopf) 686.
— kongenitaler Verschluß (Magee) 654.
— kongenitaler Verschluß (Ralston) 171.
— Passagestörungen (v. Bakay) 687.
Duodenum Passagestörungen (Bernstein) 418.
— pathologische Bakterienansiedlung (Löwenberg) 411.
— perforiertes Geschwür (Kunz) 647.
— Röntgendiagnostik (David) 753.
— Sondierung (Stepp) 852.
— Therapie akut perforierter Geschwüre (Kott) 1185.
— Ulcus (Diamond) 80.
— Untersuchung (Martens und Koers) 481.
Dupuytrenische Kontraktur (Muchatschowa und Bychowsky) 1412.
Durchblutungsversuche (Bornstein) 923.
Durchfall, s. Diarrhoe.
Durchfall, s. Dyspepsie.
— Fett und Glykogengehalt der Leber (Rosenbaum) 249.
— kaseinfreie Einstellungsdiät (Moll) 823.
— mit Spirillenbefund im Säuglingsalter (Trias) 823.
Durchlässigkeit, Permeabilität.
Durchleuchtung, s. Röntgenuntersuchung.
Durchleuchtungsaufnahmeeinrichtung (Feissly) 986.
— -Sehschärfe (Stumpf) 723.
Durchsichtige Medien (Nordensen) 1070.
Duroziezsche Krankheit (Merklen) 795.
Dürrheim (Gulden) 756.
Durst (Binet) 697.
Durstschäden bei Brustkindern (Hirsch) 340.
— im Kindesalter (Aron) 545.
Düsseldorf, allgemeine städtische Krankenanstalten (Hoffmann) 1164.
— medizinische Akademie (Krauss) 1164.
Dysbasia angiosklerotica, Diathermie (Determann) 331.
Dyschezie (Jsaacs und Kaplan) 963.
Dysenterie, s. a. Ruhr.
— (Lake) 260.

Dysenterie-Amoeben und Endokarditis (Farmachidis) 654.
— antitoxisches Serum (Kondo) 642.
— bazilläre (Mertens und Rademaker) 429.
— -bazillen, Shiga-Krusesche (Jsabolinskij und Gitowitsch) 503
— chronische (Kisilova) 504.
— chronische, Therapie (Drake-Brockman) 656.
— Kinder, mit Darmblutung (Sasaki und Manabe) 1148.
— Therapie (Mueller) 104.
Dyshidrose (Favre) 361.
Dyshidrosen, Rolle der Salicylsäure (Lortat-Jacob, Pelissier und Gilbert-Dreyfuss) 598.
Dysimmunität (Much) 299.
Dysinsulinismus (Gougerot und Peyre) 368.
Dyskeratose (Melczer) 888.
— (Pautrier und Levy) 115.
Dysmenorrhoe (Benthin) 1401.
Dysmenorrhoe (Cimbal) 725.
— Dilatationsbehandlung nach Menge (Schwoerer und Wichmann) 954.
— Menstruation (Freese) 758.
— spastische (Vogt) 602.
— und Appendix (Burckhard) 344.
Dysostosis cleidocranialis (Nettesheim) 345.
Dyspareumie der Schwangeren (Galant) 345.
Dyspepsie bei Brustkindern (Toverud) 179.
— bei Säuglingen (Utheim) 928.
— der Brustkinder (Torlind) 29.
— der Ileocäcalregion (Moolten) 261.
— nervöse (Curschmann) 64.
— okkulte **(Funck) 385.**
— -Therapie der Säuglinge mit konzentriertem Reisschleim (Wieczorek) 156.
Dysthyreoidismus, Kottmannsche Reaktion (Kramer) 78.
Dystokie (Fink) 1207.
— fötale (Thoms) 1040.
Dystrophia adiposogenitalis, s. a. Fettsucht, Hypophyse.
— adiposo-genitalis (Jörgensen) 170.
— adiposo-genitalis (Krowitzki) 1412.
— (Kyrklund) 472.
— (Solis-Cohen und Weiss) 77.
— Zwischenhirn in der Pathogenese (Kraus) 415.
Dystrophia epithelialis corneae (Gifford) 380.
— musculorum progressiva (Bachmann) 757.
— (De Vicolo) 1174.
— (Westphal) 882.
— Pseudarthrose (Walter) 424.
Dystrophie alimentäre (Mouriquand) 349.
— der Säuglinge (Engel) 640.
— myotonische D'Autona) 931.
— myotonica (Nylin) 1070.
Dysurie (Gundersen) 316.

Eatan (Janssen) 1372.
— (Arnulphy) 982.
— in der Gynäkologie (Boudard) 982.
Echinokokkus, Infektion (Horowitz-Wlassowa) 246.
— der Niere (Huffmann) 1215.
— des Ovariums (Miller) 473.
— im Pankreas (Kostic) 1404.
— Röntgendiagnose (Kingreen) 953.
— spezifische Intrakutandiagnostik (Deusch) 684.
— -zyste des Appendix (Brewer) 1282.
— des Blasen-Mastdarm-Raumes (Giacinto) 359.
— der Milz (Boyd) 177.
Eheberatung und Nervenkrankheiten **(Haber) 1429.**
Eheberatungsstellen 724.
— in Preußen 1297.
— -bruch (Linsert) 1408.
— -konsens **(Schindler) 807.**
— — an spätlatente Luetiker **(Heymann) 1013.**
— — an spätlatente Luetiker **(Schindler) 1085.**
— -scheidungen im Deutschen Reich (Bloch) 1337.
— -scheidungsrecht (Traumann) 1131.
— -schließung, gesundheitliche Beratung (Schwalbe) 1295.
— vollkommene (van de Velde) 831.
Ehrlichsche Aldehydreaktion im Blutserum (Adler u. Hilgenfeldt) 982.
Ejaculatio praecox (Grage) 1067.
Eidetische Anlage (Leven) 296.
— Anlage beim Erwachsenen (vom Hofe) 1061.
— Phänomen (Jaensch) 330.
Eier als Antidiarrhoicum (Ylppö) 472.
Ei, einseitige Verfütterung von Hühnerei (Friedberger) 1197.
Eier, fettlösliche Vitaminmengen (Manville) 494.
Ei und Geschlecht (Brodauf) 447.
— -häute, Abreißen(Brock) 688.
Eileiter s. Tube.
— (Reinberg und Arnstam) 1127.
— Durchgängigkeitsprüfung (Kok) 1233.
— -einpflanzung (Kiparsky) 689.
Eileiter, Fehlbildungen (Kraul) 1169.
— Lumenweite der Pars interstitialis (Zorn) 1367.
— -schwangerschaft (Schoenholz) 344.
Eierstock s. a. Ovarium.
— -bestrahlung (Temesvary) 824.
— -drüse insterstitielle beim Rind (Ralph) 425.
— -zyste, einkammerige (Sellheim) 556.
— intraperitoneale Blutungen (Klein) 312.
Eierstocksüberpflanzung (Bell) 267.
Eierstock-Ueberpflanzung (Loeser) 1233.
Eitransport (Novak und Eisinger) 473.
— bei Kaninchen (Westmann) 1198.
Eier, Vitamingehalt bei Aufbewahrung nach chemischer Art (Tso) 1310.
Ei, Wahl des Implantationsortes und die Implantationsart des menschlichen (Pankow) 556.
Eiweißangebot und organische Säuren (Budde) 725.
— differenzierung, biologische (Gaehtgens) 721.
— -fieber (Baumecker und Schönthal) 984.
— -fieber, toxisches oder dynamisches (Reiche) 472.
— -kolloide, Labilität (Ostrowski) 1243.
— -körper, biochemische Umwandlungen (Rodriguez Carracido) 1172.
— -milch-Buttermehlnahrung (Ochsenius) 164. 339. 725.
— -steine (Bitschai) 348.
— -therapie (Mez) 1233.
— -verdauung pankreatische (Willstätter) 245.
— -wirkung, spezifisch-dynamische (Bahn) 301.
— -wirkung, spezifisch-dynamische (Pollitzer) 202.
— -zerfall, pathologischer (Schierge) 724.
Eigenbluttransfusion s. a. Blutinfusion.
— (Knosp) 547.
— (Rausche) 985.
— und Blutbild (Hirsch) 851.
— (Kaum) 66.
— **(Nourney) 679.**
— bei septischen Prozessen (Linhart) 423.
Eigeneitertherapie (Lutz 1264.
Eimerica Butkai (D. Causey) 582.
Einbalsamierungsflüssigkeiten (Kolmer) 434.
Eineiigkeit (Decking) 723.
— Diagnose (Siemens) 250.
Einhornsche Sondierung (Chabrol, Lapeyne und Laurain) 364.
Einsamkeit (Kunz-Binnungen) 339.
Einschlußkrankheiten (Lipschütz) 552.
Eisenbahnwesen, erste Hilfe (Ruff) 1166.
Eisen, Ausscheidung durch die Galle (Brugsch und Irger) 724.
— Bestimmung im Blut, Geweben und Urin (Fowweather) 1310.
— in der Hirn- und Kleinhirnrinde Geisteskranker (Trétiakoff und Osorio Caesar) 1105.
— -Kalkpräparat (Schiessl) 1402.
— organisches oder anorganisches (Baumgarten) 721.
— Pharmakologie (Heubner) 1333.
— -präparate, organische (Berger) 821.
— -präparate, organische (Heubner) 412, 821.
— -stoffwechsel (Oppenheimer) 201.
— Gliazellarten (Metz und Spatz) 307.
— therapie (Fischler) 640.
Eiter, Aziditätsmessung (Habler) 1403.
Eklampsie (Cohen) 431.
— (Cordoba) 930.
— (Mussey) 265.
— (de Snoo) 1372.
— (Westphal) 345.
— (Zangenmeister) 767.
— Aetiologie (Sundin) 615.
— Aetiologie und Pathogenese (Dienst) 854.
— Blutchemismus (Stander und Radelet) 766.
— Bluttransfusion (Frey) 1097.
— Diagnose und Kontrolle (H. A. Stephenson) 582.
— Frühtherapie (Becker) 819.
— in der Gravität (Elwyn) 178.
— Hirnblutung (Gammeltoff) 170.
— intramuskuläre Injektion von Magnesiumsulfat (Dorsett) 440.
— intravenöse Magnesiumsulfatinjektionen (Lazard, Irwin und Vruwink) 1002.
— intravenöse Magnesiumsulfat-Therapie (Neile und Vruwink) 894.
— Kaiserschnitt (Irwin) 446.
— und Kalzium (Gunter und F. K. Schultze) 312.
— — (Rissmann) 473.
— — (Schultze) 689.

Eklampsie, konservative Therapie (Schulze) 800.
— ohne Krämpfe, Behandlung mit Insulin (Thalhimer) 1176.
— Leber- und Nierenbeteiligung bei Schwangerschaft (Preissecker) 312.
— bei Mehrgebärenden (Steininger) 1367.
— Organveränderungen und Therapie (Heynemann) 556.
— Prophylaxe (Wieloch) 301.
— puerperale (Acconci) 344.
— — (v. Bodo und Liebermann) 1441.
— im Spätwochenbett (Iványi) 1098.
— -therapie (Berman) 263.
— — (Scenes) 1097.
— — (Stroganoff) 1040.
— — mit Blutserum von Eklamptischen (Mahon) 1003.
— — unmittelbare und Spätresultate (Greenhill) 894.
Eklamptische Zustände ohne Albuminurie (Laurentie u. Basilion) 657.
Ektebin-Moro (Gutzmann und Sachse) 415.
— -Reaktion, Steigerung durch Yatren (Kramer) 1330.
Ekto-mesodermale Barriere des Hirns (de Allende-Navarro) 689.
Ektopie der Eingeweide (Milss und Walpert) 378.
Ektoskopie (Weiss) 355, 641.
Ektrodaktylie (Menegaux) 566.
Ektropiumoperation (Vernon) 1111.
Ekzem, s. a. Diathese, exsudative.
— (Evening) 1068.
— (Whitfield) 994.
— Aetiologie (Combes) 570.
— Azidosis und Insulin (Drouet und Verain) 827.
— der Beine (Milian und Lafourcade) 257.
— Diagnose und Therapie (Jessner) 899.
— Eitererreger und Hautallergie (Rajka) 23.
— Funktionsprüfungen (Evening) 989.
— Gesichts- (Pinkus) 1061.
— Infektionen (Sainz de Aja) 30.
— neuropathischer Typ (Brill) 925.
— Röntgentherapie (Lomholt) 170.
— der Säuglinge (Feer) 349.
— -therapie (Rasch) 252.
— -behandlung (Zurhelle) 204.
Ekzeme, Behandlung der akuten mit Röntgenstrahlen (Bormann) 167.
Ekzembehandlung intravenöse (Löwenfeld) 105.
— Behandlung mit intravenösen Injektionen von 10 %iger Kochsalzlösung (Sellei, Barsony und Liebner) 1196.
— Behandlung mit Natriumthiosulfat (Throne, van Eyk) 1076.
— und Zahnerkrankung (Gomes) 1174.
— vegetatives Nervensystem (Luerssen und Lange) 167.
Elastoplastbinde (Arnsdorf) 297.
Elektrische Figuren (Schneider) 204.
— Funken, Schneiden (Döderlein) 245.
Elektrisch Verunglückte (Jellinek) 1339.
Elektro-Desikkation (Stratton) 1179.
— -dialyse des Blutserums (Bernhard und Beaver) 866.
— -filter (Schäffer und Friedländer) 604.
— -gramm der Kammer des Froschherzens (Spurk) 604.
— -kardiogramm, s. a. Kardiogramm.
— (Hofmann) 245.
Elektrokardiogramm, s. a. Kardiogramm.
— (Kupf) 608.
— (Parden) 77.
— (Patten) 370.
— (Schatt) 1234.
— (Schellong) 411.
— (Sulze) 604.
— beim Neugeborenen (Doxiades) 297.
— Einwirkung von Herzmuskelerkrankungen (Master u. Pardee) 318.
— neue Methode (Richter) 1315.
— und Pilokarpinwirkung (Herzfeld und Mosler) 820.
— T-Zacke (Anaya) 173.
Elektrokardiographie (Espina y Capo) 31.
— (Herrmann) 374.
— (Schellong) 604.
— in der Diagnostik und Prognose der Synkopen (C. Lian und Ch. Petit) 565.
— -kardiographische Veränderungen bei rheumatischer Herzerkrankung (Bain und Hamilton) 488.
— -kauter, Hypertrichosis, Kaltkauter (Last) 920.
Elektrokoagulation, s. a. Diathermie, chirurgische.
— (Mc. Fee) 80.
— (Stratton) 1179.
— Strahlentherapie bei malignen Geschwülsten (Pfahler) 76.
Elektrolytenempfindlichkeit (Jacobs) 604.
Elektrolytlösung, schnell und langsam trinken (Arnoldi und Zimmermann 819.
— -störungen (Hopmann) 918.
Elektrolyttheorie in der Wund- u. Entzündungsbehdlg. (Schück) 1155.
— -verteilung (Behrendt) 924.
Elektromagnetische Schwingungen, Leukozytensturz (Bucky und Manheimer) 1096.
— Strahlen, Wirkung auf die Traubeschen Zellen (Politzer und Scheminsky) 1269.
Elektrophysikalische Therapie (Berliner, Laqueur, Tobias) 247.
Elektropie (Németh) 1363.
Elektrosmose perkutane (Wirz) 297.
Elektrotherapie (Grant) 1001.
— (Weiss) 921.
Elektrothermische Methoden (Clark) 430.
— — in der Tumortherapie (William) 1001.
Elektro-Ultrafilter (Bronfenferner) 1244.
Elephantiasis congenita lymphangiectatica (Norioka) 1111.
— der männlichen äußeren Geschlechtsorgane (Gohrbandt) 687, 1130.
— syphilitische des Skrotums (Marshall) 118.
— vulvae (van Dougen) 429.
Elixir Cigli (Durand) **506**.
Elle, Mißbildung (Picard) 255.
Ellbogen-Frakturen (Goddu) 120.
— Resektion (Serèque) 1379.
— supracondyläre Fraktur (Jaques Roux) 560.
— traumatische Verknöcherung (Costantini) 1378.
— -gelenk, Ankylose (Grosso) 1034.
— Frakturen (Borchardt) 298.
— Frakturen (Ritter und Mitarbeiter) 430.
— juvenile deformierende Arthritis (Turco) 253.
— Kinematik (Schulz) 953.
Ellenbogen, akzessorische Knochen (Wülfing) 726.
Elternbesuch auf der Kinderstation (Bleisch) 417.
Emarex (Durand) **1115**.
Embial (Bauer) 249.
— Grumach) 333.
— (Lewitt) 203.
Embolektomie (Gordon-Watson) 762.
— (Jefferson) 171.
— (Stein) 124.
— Prognose und Methodik (Nyström) 610.
Embolie der Coronararterien (Miller) 355.
Embolie der Zentralarterie (Oppenheimer) 1100.
Embryo, Röntgenstrahlenwirkung (Kioutkowski) 336.
Embryonale Zellen, toxische Einwirkung artfremden Plasmas auf (Lemmel und Löwenstädt) 854.
Emetin und arterieller Druck bei Lungentuberkulose (Mattei und Donati) 861.
Emmet-Baldwin-Operation (Gibson) 124.
Emmysol (Mateescu) 113.
Emotion (Maranon) 31.
Empfindlichkeit, s. Sensibilität.
Emphysem (Bisgaard) 1237.
— (Reimold) 329.
— bei asphyktischen Neugeborenen (Poeck) 1337.
— Luftansammlungen (Miller) 1177.
— mediastinales und subkutanes während der Austreibungsperiode (A. G. Lauritzen) 28.
— subkutanes bei perforierten gastro-duodenalen Geschwüren (Podlaha) 1302.
— Therapie mit partiellem Pneumothorax (Ganter) 299.
— Veränderungen der elastischen Fasern (Rosenthal) 996.
Empyem, s. a. Pleuritis.
— (Scheibe) 855.
(Soresi) 39.
(Verhagen) 1209.
— Drainagerohr (Guire) 1034.
— bei Kindern, Röntgenbild (Carty und Liebman) 863.
— der Pleurahöhle und seine chirurgische Behandlung (Landois) 1112.
— Reexpansion der Lungen (Churchill) 577.
— -resthöhlen, Behandlung (Bernholz) 1093.
— -therapie (Bouvier) 423.
Emulgenol (Mosse) 1321.
Encephaleukopathia scleroticans progressiva (Flatau) 1376.
Encephalitiker, Fürsorge für chronische (Heinicke) 1204.
— -Zentralen **(Heinicke) 1258.**
Encephalitis (Jackson und Pike) 1418.
— (Joest) 244.
— (Margulis und Model) 1097.
— (Winther) 170.
— akute epidemische (Marinescu-D. Balai) 555.
— akute im Kindesalter (Stooss) 927.
— Aetiologie der epidemischen (Levaditi) 32.
— Augenkrisen bei chronischer epidemischer (Wimmer) 956.
— und Basedow (Inglessis) 854.

Encephalitis chronica disseminata (Seletzky) 1204.
— chronische epidemische (Gurewitsch und Tkatschew) 158.
— — (Marinescu-Baloi) 422.
— epidemica (Gründler) 1027.
— — (Luksch) 108.
— — **(Schneider) 193.**
— — (Selisky) 641.
— — (Wanner) 927.
— — (Weimann) 70.
— — (Winkler) 475.
— Persönlichkeitsveränderungen nach epidemischer (Guttmann) 1092.
— postencephalitische Atemstörungen (Jelliffe) 1350.
— postvakzinale (Bastieanse, Bijl, Terburgh) 1031.
— und Schlaf (Trömmer) 420.
— Serumtherapie (Aldershoff) 927.
— Synkinese der Lider bei der epidemischen (Leschtschenko) 309.
— vakzinale (Blanc und Caminopetros) 314.
— Vakzine (Kollár) 1336.
Encephalitis epidemica Abkommodationsparese (Isuel) 1105.
— — Beziehungen des Erregers zum Virus des Herpes (Pette) 546.
— — Blutzuckerkurven (Kasanin und Grabfield) 318.
— — in China (Pfister) 416.
— — Hemianopsie (Bychowski) 158.
— — im Kindesalter (Behmack) 645.
— — im Kindesalter (Glaser) 686.
— — psychiatrisch-neurologische Grenzzustände nach (Scharfetter) 1097.
— — Symptomatologie (Scharnke) 1123.
— — Therapie und Prognose (Heinicke) 1092.
— — vegetative Störungen (Wollheim) 1202.
— — (Andreew) 70.
— — (Bernstein) 38.
— — (Jahnel) 70.
— — (Potts) 123.
— — endolumbale Eigenserumtherapie (Pette) 722.
— — mit starker Beteiligung des Rückenmarks (Wright) 857.
— — Myelo-Radiculo-Polyneuritiden (Margulis) 208.
— extrapyramidaler Blickkrampf (Fischer) 854.
— Folgeerscheinungen der epidemischen (Kwint) 340.
— Folgezustände bei Jugendlichen (Neustadt) 1165.
— Glykorhachie bei epidemischer (Munch-Petersen u. Winther) 956.
— mit hyperakutem Verlauf (Blasi) 1173.
— Hyperkinese nach (Leyser und Ramrath) 1204.
— hysteriforme Anfälle (Wimmer) 1410.
— immuobiologische Studien über Herpes virus (Zinsser und Tang) 1244.
— des Kindes (Kenches und Saenger) 686, 984.
— der Laboratoriumstiere (Lewy und Lewy) 886.
— Leber bei der epidemischen (O'Flynn und Critschley) 172.
Encephalitis lethargica (Clark) 796.
— — (da Cunba und Lararraga) 610.
— — (Hoffmann) 297.
— — (Lewy, Fränkel und Kuttner) 296.
— — (Lewy) 545.
— — **(Joh. Susmann Galant) 1225.**
— — (Wotzilka) 310.
— — Amnesie (Sterling) 573.
— — Augenerkrankung (Folk) 1111.
— — Blutzucker (Cowan, Harris und Mann) 488.
— — Charakterveränderungen (Gordon) 573.
— — in England (Nalty) 762.
— — und Epilepsie (Triminakis) 686.
— — Influenzaantigen (Keith) 1103.
— — Injektionen von elektrokolloidalem Gold und Silber (Falter) 859.
— — Therapie mit Urotropin (Simouena) 753.
— — Wesensveränderungen (Clark) 573.
— — zirkuläre Schlafstörungen (Stiefler) 685.
Encephalitisches infantiles Syndrom (Tehlenoff und Toulaera) 612.
Encephalocele posterior orbitae (Zeidler) 1169.
Encephalogramme bei Epilepsie (Schuster) 1365.
— — (Gortan und Saiz) 654.
— (Koschewnikoff und Fraenkel) 1234.
— (Jul. Riddervold) 560.
— (Schuster) 1026.
— (Otto Schwab) 554.
— (Wartenberg) 1026.
— im Kindesalter (Brehme) 686.
— — (Koeppe) 851.
Encephalographisches Bild, Foramen Monroi (Rosenstein) 790.
— -Myelitis epidemica (Cruchet und Verger) 763.
Endamoeba Blattae (Kudo) 259.
— histogytica (St. John) 569.
Endo-Aneurysmoraphie (Matas) 267.
Endocervicitis (Fulkerson) 1176.
— (di Palma) 265.
— Therapie chronischer (Davis) 731.
Endokalismus (Berliner) 1029.
Endokard, s. Herz.
Endokarditis (Cohn) 790.
— (Horder) 485, 487, 561, 655.
— (Marchal und Jaubert) 492.
— und Amöbendysenterie (Farmachidis) 654.
— Antikörperbildung nach Immunotransfusion bei maligner **(Howell,** Portis und Beverley) 898.
— bakterielle (Bierring) 999.
— bakteriologische Studien (Kreidler) 1212.
— Bedeutung anaerober Streptokokken (Lehmann) 299.
— durch Influenzabazillen (Oppenheimer) 659.
— familiär gehäuftes Auftreten (Schäfer) 1336.
— im frühen Kindesalter (Geiger) 339.
Endokarditis lenta (Ceelen) 684.
— — (Kropveldt) 760.
— — (Lehmann) 882.
— — (Lossen) 546.
— — (Petro y J. Pons) 1448.
— — (Pineles) 415.
— — (Stahl und Nagell) 63.
— — arterielle Aneurysmen (Stern) 639.
— — Aetiologie (Wigand und Bonn) 205.
Endokarditis maligne (Leake) 1352.
— maligna lenta (Manini) 489.
— Mutation von Streptokokken bei akuter maligner (Howell, **Portis** und Beverley) 898.
— und Puerperalsepsis (Ruiz und Garcia) 1452.
— rheumatische und bakterielle (Clawson und Bell) 318.
— Theorie (Jegorow) 982.
— ulcerosa lenta (Gloor und Gilbert) 168.
— ulcerosa, Milzexstirpation (Heilbonn) 546.
Endokrine Drüsen s. a. Hormone.
— Drüsen, Bedeutung (Boenheim) 66.
— Drüsen bei Geisteskranken (Lyssakowski und Scherebzow) **1443.**
— Drüsen in der Gynäkologie (Castaño und del Pont) 892.
— Drüsen im Klimakterium (Borak) 336.
— Drüsen, klinische Pathologie (Oswald) 1209.
— Drüsen, zur Stimulation der — (Wolf) 1178.
— Drüsen bei der therapeutischen Wirkung von Licht und Wärme (Sajons) 1245.
— Drüsen, Transplantation (Walker) 171.
— Drüsen, Verdauungstraktus (Lockwood) 175.
— Erkrankungen, Diagnostik (Bernhardt) 882.
— Erkrankungen, funktionelle Diagnostik (Bernhardt) 468.
— Faktoren (Herzberg) 724.
— Faktoren des Charakters (Laignel-Laverstine) 1379.
— Krankheiten (Shuman) 1245.
— Störungen (Kretschmer) 643.
— Störungen und Heredosyphilis (Barthélémy) 1417.
— Störungen, Schwindel (Drury) 892.
— Therapie (Rolleston) 28, 170.
Endokrines System, Primäraffekt (Kerner) 1363.
Endolumbaltherapie ,Gennerichs (Müllern-Aspegren) 1103.
Endometriosis, inguinale (Sampson) 264.
Endometrium, Bildungen (Sampson) 1318.
— ektopisches (Novak) 1318.
— ektopisches (Schiller) 344.
— morphologische Zellstruktur (Terruhn) 345.
— -verfettungen außerhalb der Geschlechtsreife (Hartmann) 689.
— Verpflanzung in die Peritonealhöhle (Katz und Szenes) 1207.
Endometritisches Gewebe, heterotopisches oder disloziertes (Sampson) 178.
Endometroide Wucherungen (Neuweiler) 610.
Endophthalmie bei Typhus exanthematicus (Gabrielides) 796.
Endoskopie (Richards) 261.
— (Syme) 1446.
— des Abdomen (Nadeau, Kampmeier) 178.
— und Gastroskopie (Sternberg) 331.
— perorale (Moore) 351.
— perorale (Tucker) 733.
— des Uterus (Seymour) 215.
Endothelioma sarcomatodes (Schwarzbart und Wachtel) 1338.
Endotheliom der Schilddrüse (de Quervain) 640.
Endothelsymptom (Stephan) 156.
Endothelveränderung, dystrophische (Sallmann) 477.
Endotoxinvergiftung nach Typhusschutzimpfung (Hoke) 546
Energie, Verbrauch bei Marscharbeit (Fleisch) 856.
— -bilanz (Kopfhammer) 641
— -umsatz s. Stoffwechsel.
— -umsatz (Siemonson und Richter) 1101.

Enervation oder Ramisektion (Sieri) 1073.
Enkopresis (Weissenberg) 340.
Entamoebe coli (Hall und Reed) 74.
— dysenteriae (Kofoid und Wagener) 434.
Entartung in ihrer Kulturbedingtheit (Olberg) 1080.
— progressive (Hoffmann) 420.
Entbindungen (Davis) 1382.
Entbindungsarbeit, Reizung vom Fötus aus (Jerlov) 991.
Entbindung bei persistierender occipitoposteriorer Stellung (Williamson) 378.
— reaktiver Dämmerzustand (Eufinger) 819.
Enterie, enterogene Neurasthenie (Cohnheim) 42.
Enteritisepidemie (Bratt) 1070.
Enterocolostomie, Peritonitis (Long) 897.
Enterokystom (Gräsbeck) 316.
Enterolithen (Winterstein) 309.
Enterospasmus (Steindl) 424.
Enterostomie (Brooks, Clinton und Achley) 1319.
— komplementäre systematische (Hoffmann) 479.
Entfettungskuren, Rolle der Entwässerung (Molnár) 1197.
Enthirnungsstarre beim Faultier (Richter und Bartemeier) 1072.
Entropium congenitum (Kraupa) 346.
— spasticum (Schorr) 476.
— -trichiasis, Operationsverfahren (Lyritzas) 252.
Entstehung von Gehirnerkrankungen, Bedeutung des Geburtstraumas (Wohlwill) 544.
Entwicklung s. a. Wachstum.
— Beurteilung bei Jugendlichen (Heller) 341.
Entwicklungslehre (Andrewes) 692.
Entzündung (Theilhaber) 249.
— Röntgentherapie (Heidenhain) 1054.
Entzündungslehre, Grundsätzliches (Huebschmann) 1164.
Enukleation in Lokalanästhesie (Rodin) 1111.
Enukleationsmethode (Krauss) 1111.
Enuresis (Deutsch) 213.
— (Narath) 883.
— (Puff) 335.
— (Wylder) 570.
— im Kindesalter (Rietschel) 1101.
— Therapie (Blau) 1381.
Enzym s. Ferment.
— -modelle (Haehn) 546.
— -wäscherei (Heermann) 756.
Eosinophile, Bestimmung (Hornung) 1202.
Eosinophilie bei Carcinom (Schoch) 1304.
— konstitutionelle (Cirio) 358.
— im Liquor (Izard) 112.
— und Milz (Mayr und Moucorps) 1198.
Eosinophile, prognostischer Wert (Brewer) 933.
Epechesis oxytonica (Sacconaghi) 603.
Ephebogenesis bei Wirbeltieren (Bosnens) 1070.
Ephedrin (Chen und Schmidt) 1107.
— (Hess) 1126.
— (Miller) 79.
— (Pollak und Robitschek) 686.
— (Nagel) 204.
— Therapie der Addisonschen Krankheit ((Rowntree und Brown) 1351.
— Therapie bei Heufieber (Gaarde und Maytum) 1450.
— Wirkung auf Asthmakranke (Kämmerer und Dorrer) 1162.
Ephilidenuntersuchungen (Decking) 723.
Epidemiologie (Fopley) 487.
— der ansteckenden Kinderkrankheiten (Eliassow) 1004.
— experimentelle (Topley) 486.
Epidemiologische Beobachtungen (Okamoto) 544.
— Methoden (Griswold) 117.
— Studien in Massenquartieren (Seligmann, Dingmann und Alterthum) 818.
Epidermodysplasia verruciformis (Hoffmann) 1068.
— (Kogoy) 1102.
Epidermolysis bullosa congenita (Menzel) 106.
— dystrophische Formen (Tryb und Kogoj) 651.
Epidermophytien, dyshidrosiforme (Philipp Keller) 1271.
Epidermophytonpilze in Ungarn (Ballagi) 924.
Epididymitis (Burmeister und Cahn) 979.
— (Greenberger und Lubash) 381.
— Chlorcalzium bei gonorrhoischer (Leff und Spencer) 1385.
— syphilitische (Parounagian und Wittenberg) 796.
— Therapie mit subperiostalen Terpentininjektionen (Rush) 1284.
Epigastrische Pulsation (Fukni) 1143.
Epiglottis, Abtragung (Freudenthal) 650.
— Lähmung (H. Marx) 25.
— Syphilid (Cohen) 1028.
— tuberkulös erkrankte (Büch) 211.
Epiglottis tumefaciens (Erik Holm) 28.
— Zyste (Borschim) 1067.
Epilation mit Thallium tcet. oxydulat. (Peter) 925.
— -Thallium bei Mykosen (Buschke, Langer, Peiser) 933.
Epilepsie (de Allende-Navarro) 689.
— (Hirsch) 886.
— (Knisber) 216.
— (Parker) 1136.
— (Stern) 923.
— (Vergera) 892.
— (Weygandt) 64.
— (Wilson) 825.
— (Wuth) 420.
— aphysische Störungen nach Rindenexzision aus dem linken Stirnhirn (Schwab) 1123.
— Bedeutung der Déviation conjugée im Insult (Schnell) 854.
— Beeinflussung mit dem sympathicushemmenden Mutterkornhauptalkaloid (Lebinski) 753.
— Beziehungen zur Tetanie (Kalischer) 1365.
— Diagnostik (Májera) 253.
— diätetische Behandlung (Clark) 1001.
— und Encephalitis lethagica (Triminakis) 686.
— experimenteller Anfall (Trendelenburg) 1121.
— galvanische Muskelerregbarkeit (Hopmann) 64.
— genitalen Ursprungs (Galant) 250.
— genuine (Tilmann) 1020.
— und Gravidität (Clemmesen) 1237.
— und Herzkrankheit (Moon) 858.
— oder Hysterie (O'Brien) 37.
— ketogene Diät (Peterman) 75.
— der Kinder, Hungertherapie (Karger) 331.
— körperliche Konstitution (Delbrück) 1026.
— Kraft- und Gewandtheitsleistungen (Volland) 70.
— Krotalintherapie (Fackenheim) 1122.
— und Migräne (Redlich) 204.
— operative Therapie (Krause) 395.
— otoskopisches Phänomen (Rudakoff) 887.
— Pathogenese (Frisch) 951.
— Pathogenese (Meyer) 1122.
— Pathogenese des Anfalls (Foerster) 1120, (Spielmeyer) 1121, (Georgi) 1121, (Wuth) 1121.
— Psychologie (Clarke) 1350.
— simulierte (Majara) 357.
— und spastischer Torticollis (Marchand und Bauer) 1212.
— Stoffwechsel (de Crinis) 208.
— — (Vollmer und Serebrijski) 752.
— und Tetanie (Sachs) 1026.
— Therapie (Freudenberg) 472.
— — (Schuster) 1365.
— — (Stern) 1203.
— — (Többen) 755.
— — mit Gehirnemulsion (W. A. Milizyn) 553.
— — der Jacksonschen (Alessandri) 1379.
— — mit Injektion von Luminalnatrium in die große Zysterne (Ayala) 931.
— traumatische (Giordano) 892.
— traumatische Entstehung (Reichmann) 1123.
— traumatische nach Hirnschüssen (Steinthal) 917.
Epileptischer Anfall (J. Schuster) 555.
— Anfall, Ausbreitung der Erregung (Spiegel und Falkiewicz) 412.
— Anfälle, Handgriff zur Abkürzung (Fackenheim) 1122.
— Anfall, Störung des Zentralnervensystems (Martin) 487.
— Gewöhnung (Hartenberg) 696.
— Konstitutionsuntersuchungen (Gründler) 159.
— Konvulsionen (Alford) 1418.
Epileptischer Krampf (Lange und Guttmann) 685.
— Charakter (Krisch) 1026.
Epileptiforme Konvulsionen (Nielsen) 123.
Epileptiker, Einfluß der Hyperventilation auf den Peptidasenhaushalt des (Pfeiffer, Standenath und Weeber) 1234.
— -fürsorge (Dreikurs) 603.
— Peptidasenhaushalt (Pfeiffer, Standenath und Weeber) 602.
— Stoffwechsel (Wildermuth) 208.
— Therapie (Clark) 1108.
Epilierungsmethode mittels Thalliumprotoxydazetat (Peter) 1141.
Epilierungswachs (Pusey) 1034.
Epinephrin s. Adrenalin.
— rektale Darreichung (Heim und Menninger) 1111.
Epipharynx, Pathologie und Chirurgie (Dobrzaniecki) 1338.
Epiphyse s. Zirbeldrüse.
Epiphysenaffektionen der zweiten Dekade (Balenzweig) 1108.
— -erkrankungen des Mittelfußknochens (Moutier) 255.
— -erkrankung, symmetrische der Hände (Kloiber) 608.
— -knorpel, Pathologie (Anzilotti) 488.

Epiphysenlösung, traumatische am Oberschenkelhals (Man) 649.
— -lösung, traumatische am unteren Tibiaende (Leibovici) 255.
— -lösung am unteren Radiusende (Grimault und Leonhardt) 255.
Epiphysitis (Christie) 932.
Epiploon gastrocolicum, Oeffnung (Giardano) 358.
Episiotomie (van Tongeren) 162.
Epitarsus (Wibaut) 792.
Epithelismatosis miliaris (Melczer) 888.
Epitheliomatose multiple des Gesichts und des Halses (Pautrier und Levy) 614.
Epitheliom (Rosselet) 479.
— (Milian und Lotte) 764.
— der Lippe (Hudelo und Rabut) 257.
— des Penis (Calef) 110.
— und Syphilis (Jonescu) 613.
— der Unterlippe „en nappe“ (Röderer und Camus) 614.
Epitheliome (Knox) 175.
— benigne, infektiöse der Haut (Martenstein) 411.
— der Haut (Martenstein) 412.
Epithelioma contagiasum der Tauben (Lusena) 418.
— ulcerosum (Pautrier und Levy) 115.
Epithelkörperchen s. Parathyreoidea.
— innere Sekretion (Blum) 1019.
— -Insuffizienz, chronische, Phosphorgehalt des Bluts (Bermann) 370.
— Isolierung des Hormons **(Laqueur) 387.**
Epituberkulöse Infiltration der Lungen (Schlack) 470.
Erbbiologie, psychiatrische (Rüdin) 420.
Erbgang und Beruf (Bogen) 1195.
Erblichkeit s. Vererbung.
— und Krankheit (Hagedorn-Vorstheuvel, La Brand, Hagedorn) 1272.
— krimineller Anlagen (Fetscher) 335.
— und Milieu (Hammar) 1070.
— und Umwelt (Drapeo) 700.
Erblichkeitsforschung (Hoffmann) 722.
Erblichkeitslehre (Meggerdorfer) 104.
Erblindung, passagere nach Hirnerschütterung (Anderton) 171.
— passagere nach Hirnerschütterung (Fanning) 216.
— Verhütung in China (Lossouarn) 763.
Erbprognose, Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Schizophrenen (Bruno Schulz) 554.
Erbrechen, habituelles (Jordan) 799.
— habituelles, konzentrierte Ernährung (Stamm und Herz) 250.
— bei Kindern (Greer) 1281.
— der Schwangeren, Autohämotherapie (Malinin) 823.
— Schwangerer, Insulin- und Glukosebehandlung (Thalheimer) 124.
— in der Schwangerschaft, Behandlung mit Eierstockextrakt (Carter) 1040.
Erdöl, Synthese (Fischer) 1150.
Erfrierungen (Thomson) 216.
Erfrierung (v. Zumbusch) 1059.
Ergänzungsstoffe s. Vitamin.
Ergotamin (Loewi und Navrath) 545.
— (Schönbauer) 985.
— (Thiel) 545.
— -reflex (Campanacci und Groppali) 947.
— temperatursenkend (Rigler und Silberstern) 1094.
Ergüsse, extradurale (Kowalewski) 1267.
Erholungsfürsorge (Ickert) 883.
Erholungskuren (Meißner und Rothfeld) 205.
Erkältung (Kopecky) 1281.
— (Much) 416.
— (Rice) 120.
— (Staehelin) 888.
Erkältungskrankheiten **(Erdmann) 912.**
Erkältungen, Verhütung (Bachmann und Fleischer) 1165.
Erkenntnistherapie (Lungwitz) 339.
Ermüdbarkeit bei statischen Leistungen (Levinger) 159.
Ermüdung, chronische beim Schulkinde (Seham) 578.
— Einfluß auf Körper und Geist (Hichens und Vernon) 1071.
— bei zwangsläufiger Arbeit (Graf) 420.
Ermüdungsformen (Wernoe) 1307.
Ernährung, Bedeutung für die Therapie **(Andersen) 93.**
— Einfluß auf den Verlauf von Krankheiten (Hellstern) 301.
— falsche der Kinder (Mills und Goldberg) 1109.
— des Kindes (Czerny und Keller) 180.
— des Kindes (Müller) 642.
— des Kindes im Alter von 1—6 Jahren (Stransky) 823.
— der Kinder bei hochfieberhaften Erkrankungen (Meyer) 641.
— und Krankheit (Mellanby) 484.
— künstliche (Trepka-Bloch) 985.
— künstliche der Säuglinge (Pritchard) 1136.
— mangelhafte 889.
— rektale (Drueck) 1109.
— der Säuglinge (Spolverini) 1142.
Ernährung von Zuckerkranken (Silbermann) 1113.
Ernährungsstörungen beim Säugling (Schiff und Bayer) 985.
— Wasserverlust (Mitchell und Jonas) 77.
Ernährungstherapie auf Grund der Energetik. Grundzüge (Bircher-Benner) 1113.
Ernährungsverhältnisse in Bern (Abelin und Waldsburger) 109.
Ernährungsversuche (Berg) 1403.
Eros bei Stefan George (Kiefer) 1300.
Erosio interdigitalis (Stryker und Fleisher) 1036.
Erotik und Askese (Mayreder) 1424.
Erotisches Training (Adler) 1193.
Erotik, unmittelbare (Lagerborg) 1194.
Erregbarkeit, elektrische (Goebel und Hillenberg) 556.
Erregbarkeitsmessung s. Chronaxie.
Erregbarkeitsprüfung, elektrische (Ebbecke) 604.
Erreger, Biochemie pathogener (Hirsch) 1199.
Erregung, Membrantheorie (Schellong) 684.
Erstgeburt, Verlauf im höheren Lebensalter (Jaroschka) 415.
Erste Hilfe im Eisenbahnwesen (Ruff) 1305.
Erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen (v. Esmarch) 767.
Erstickungsstarre (Blume) 753.
Ertaubung durch Geschützabfeuern (Grimwalde) 36.
— durch Lärm während der Arbeit (Rodger) 36.
— durch Tubenkompression (Lodge) 654.
Ertuban Schilling (Junker und Engel) 469.
Eruptionen, medikamentöse (Milian) 1241.
Erwerbsbeschränktenfürsorge (Marx) 752.
Erwerbslosenfürsorge (Potthof) 921.
Erysipel, Aetiologie (Birkhang) 1103.
— Entstehung (Reimann) 823.
— experimentelle (Birkhang) 36.
— Fernwirkung (Doberaner) 415.
— -Gesicht (Jensen) 315.
— -heilung, Eigenbluttransfusion (Deacon) 317.
— Heilung durch intravenöse Urotopin-Injektionen (Jobbágy) 1274.
— des Kopfes (Birkholz) 641.
— -kranke (Redlich und Krasso) 333.
— Röntgentherapie (Platon und Rigler) 1451.
— Therapie mit Antistreptokokkenserum (Birkhang) 658.
— -behandlung mit intramuskulärer Blutinjektion (Pines) 171.
— -behandlung mit Streptoyatren (Bleyer) 166.
Erythem (Milian) 1278.
— akutes, polymorphes (C. Levaditi, S. Nicolau und P. Poincloux) 564.
— rezidivierendes, scharlachähnliches, schuppendes (Pecori) 1142.
— und Röntgentiefentherapiedosierung (Leddy und Weatherwax) 437.
Erytheme, infiltrierte (Juster) 614.
Erythematöse Anetodermie (Weill) 115.
Erythema annulare centrifugum (Liebner und Fenyö) 1339.
— annulare centrifugum (Watrin und Weill) 827.
— arthriticum epidemicum (Dodd) 577.
— arthriticum epidemicum (Place, Sutton und Willner) 374.
— exsudativum multiforme (Sirota) 689.
— exsudativum multiforme, Atophanyl (v. Pezold) 919.
— induratum Bazin (Jeanselme und Chevalier) 257.
— infektiosum, Inkubationszeit (Hannemann) 1273.
— multiforme, febrile Formen (Blumer) 1213.
— nodosum (Feer) 856.
— nodosum (Gauvain) 1248.
— nodosum (Hambro) 170.
— nodosum (Jansion, Diot und Vourexacis) 35.
— nodosum (Koch) 340, 471.
— nodosum (Kundratitz) 822.
— nodosum (Sirota) 689.
— nodosum (Wallgren) 1133.
— nodosum im Anschluß an Miliartuberkulose der Lunge (Ramond, Brodin und Chabrun) 1175.
— nodosum, Beziehungen zur Tuberkulose (A. Evens) 28.
— nodosum, febrile Formen (Blumer) 1213.
— nodosum und Tuberkulose (Bydat) 928.
— polymorphes, bullöses (Milian) 368.
— postfebrile (Buschmann) 820.
Erythemdosis (Kaplan) 437.
— in der Strahlentherapie (Béclère) 479.
Erythrämische Krankheit (Mnazakanov) 271.
Erythrasma und Krätze (Noel) 256.
Erythroblastose, angeborene Anaemie (Frank) 1209.
Erythrocyanosis crurum puellaris (Mendes da Costa und van Oort-Lan) 1102.
Erythrocyanosen, Ursache und Behandlung (Juster) 1278.
Erythrodermie (Lassneur) 169, 215.
— (Schiff und Bayer) 1336.
— exfoliative (Pautrier) 115.
— exfoliierende (Kueny und Petrovich) 614.

Erythrodermie pityriasique en plasques (Pavloff und Gavriloff) 1139.
Erythrodermia desquamativa (Ullrich) 340.
— desquamativa, Mutterblutinjektionen (v. Barabás) 341.
— exfoliativa im Anschluß an Antisyphilitica (Bernard) 1211.
— exfoliativa universalis-leucaemica (Ulmer) 1208.
— ichthyosiforme (Edel) 1103.
Erythroedema (Lapage) 355.
Erythrokeratodermie (Milian) 827.
— diffuse (Milian und Lotte) 764.
Erythro-leukämisches Krankheitsbild bei Säuglingen (Barbera) 360.
Erythromelie (Andry) 958.
— (Hudelo, Eliascheff und Rabut) 614.
Erythroplasie, genitale (Louste, Caillaud und Marassi) 114.
Erythropoese (Istomanowa) 1434.
— (Krömeke) 754.
Erythrozyten (Boros) 337.
— Anreicherung junger im Ausstrichpräparat (Komiya) 1233.
— biologisches Verhalten (Denecke) 393.
— Durchmesser menschlicher (Wiechmann und Schürmeyer) 755.
— intrapulmonale Injektion (Wossiliew) 1242.
— junge (Simmel) 886.
— Lebensdauer direkt transfundierter (Wildegans) 342, 602.
— Lebensdauer transfundierter (Görl) 755.
— osmotische Resistenz (Hornung) 1295.
— Reifegrade (Engel) 1404.
— Resistenz (Rosenthal) 1434.
— Resistenz gegenüber hypertonischer Kochsalzlösung (Leake und Pratt) 118.
— -resistenz, osmotische (Rietti) 753.
— -Sedimentierungsreaktion (Rubin) 617.
— -senkungsreaktion (Rubin) 765.
— spezifische Haemolyse und Resistenzverminderung (Wolff-Eisner) 884.
— supravital färbbare Substanzen (Nishitani) 1148.
— vital färbbare Sustanzen (Cohn) 684.
Erziehung des Kindes (Esteban) 173.
— der kleinen Kinder (Hamburger) 723.
— vorgeburtliche als Mittel zur Menschenzüchtung (du Prel) 966.
Eserin s. Physostigmin.
Eskimos, Geschlechtsleben und Fortpflanzung (Fehlinger) 1454.
Eskimos, Sitten und Gewohnheiten (Foubin) 364.
Esthiomene der Vulva (Milian und Lafourcade) 256.
Ethylgas (Schwarz) 856.
Eugenetik (Meyer) 754.
Eugenik vom psychiatrisch-neurologischen Standpunkt (Hirschfeld) 854.
— in Sowjetrußland (Weißenberg) 1200.
— und wirtschaftliche Bevorrechtung der Elternschaft (Grotjahn) 1231.
Eumydrin und Pylorospasmus (Usener) 472.
Eunuchoidismus (Jörgensen) 170.
— infolge erworbener Syphilis (Mariotti) 729.
— weiblicher (Campbell) 1365.
Euphagin (Motlosh) 643.
Euphorie der Phthisiker (Hoffstaedt) 822.
Euryplastischer Konstitutionstypus (Galant) 725.
Euthanasie, Beurteilung des ärztlichen Eingriffs **(Lustig) 1293.**
Eventratio diaphragmatica 655.
Exantheme, atypische (Hans Heckscher) 28.
— und Erytheme im Kindesalter (Engel) 412.
Exanthema subitum (Buschmann) 820.
Exhibitionisten (Staehelin) 790.
Exhumierte Leiche, histologisch-bakteriologische Befunde (Schwarz) 1209.
Exhumierungen, späte (Franck) 302.
Exohysteropexis (Mehlhuba) 342.
Exophthalmus (Kyrklund) 472.
— chirurgische Beziehungen (Verebély) 1274.
— bei Kropf (Mark) 1352.
— pulsierender (Balbuena) 173, 253.
— — (Kerr) 266.
— Stenotomie des Levator palpebrae (Terson) 795.
Exostosen, multiple kartilaginäre (Buckmann) 159.
— osteogene, multiple (Leri und Linossier) 32.
— subunguale (Kurtz) 1382.
Expektorantien (Uhlmann) 851.
Experimentelle Therapie (Wolff-Eisner) 447.
Explantationsversuche (Gassul) 411.
Exsikkose, experimentelle (Schiff und Bayer) 985.
— (Schiff und Choremis) 1065, 1094.
— im Säuglingsalter (Orgler) 919.
Exsudate, physikalisch-chemische Eigenschaften (Melli) 1376.
— und Transsudate (Corsonello) 1276.
Exsudative Diathese, Behandlung der Hautprozesse (Sokolow) 643.
Exsudative Diathese, Kinder (Klare) 946.
Extensor pollicis longus, Ruptur (Barnes) 1034.
Extraktivstofflösungen als Probefrühstück (Iwanoff und Sawschinsky) 165.
Extrapyramidale Anfälle bei Encephalitis (Gurewitsch u. Tkatschew) 158.
Extrasystole (Koppang) 351.
— (Otto und Gold) 961.
— supraventrikuläre beim Neugeborenen (Riht) 604.
— -Umkehr (Scherf und Shookhoff) 608.
— ventrikuläre, Digitalis (Otto und Gold) 570.
Extrauteringravidität (Gillies) 171.
— (Liebe) 557.
— (Rowland) 379.
— (Schneider) 759.
— (Traugott) 346.
— Probepunktion der hinteren Douglas (Zeitlin) 345.
— Ruptur (Knowles) 172.
Extremitätenlähmung periodische (Tetsushiro) 339.
Extremitäten, Therapie peripherer Gefäßstörungen (Brown) 998.

Fabrikbeleuchtung (Holtzmann) 304.
Faeces, Ammoniakgehalt der Säuglingsstühle (Piccioli) 1174.
— gastro-intestinale Parasiteneier (Gottlieb) 38.
— Nachweis okkulter Blutungen (Usami) 824.
— Tuberkelbazillen (Sykes) 355.
— Untersuchung auf okkultes Blut (Werner) 1306.
Facialislähmung (Fuchs) 303.
— bei akutem Gelenkrheumatismus (Reinhold) 1331.
— bei akuter Otitis media (Manasse) 414.
— durch Anästhesierung der Ohrmuschel mittels Novocain (Fritz Bock) 25.
— Artikulationsstörungen (Panconcelli-Calzia) 472.
— hypoglossifaciale Anastomose (Brown) 617.
— plastische Operationen (Brunner) 647.
Facialisneuralgie (Richard) 1240.
Facialisparalyse, infektiöse Natur (Welton) 573.
Facialisparese, homolaterale mimische bei Stirnhirnverletzung (Herrmann) 1204.
Facialisparesen als Geburtsläsionen (Hindse-Nielsen) 792.
— kongenitale (Trautmann) 307.
Facialisphänomen (Stargardter) 250.
— und Blutkalkgehalt (Lombardi) 1311.
Fadenpilzflora in Südungarn (v. Berde) 1440.
Fahrenssche Senkungsreaktion bei Arthritiden (Kahlmeter) 545.
Fallopische Tube (Kok) 344.
— Tuben, Verschluß der offenen (Miles) 897.
Familienbeihilfen (Fetscher) 727.
Familienforschung (Weiss) 249.
Familienkunde, biologische (Scheidt) 721.
Faradisation rhythmische (Geigel) 416.
Farbenblindheit, einseitige (Bonner) 1111.
— in der Industrie (Chace) 1315.
— Vererbung (Siemens) 824.
Farbensehen der Hühner (Igersheimer und Haslinger) 792.
Farbensinn der Automobil-Fahrer (C. G. Boshöm) 560.
— -prüfung (Boström) 928.
Farbstoffe, Abwanderung intravenös eingeführte aus dem Blutplasma (Wittgenstein und Krebs) 297.
Farnwurzelextrakt (Bergroth) 889.
Fascienquerschnitt (Mansfeld) 823.
— für gynäkologische und geburtshilfliche Laparotomien (Sarwey) 556.
Fascientransplantationen, frei autoplastische bei großen Bauchdeckenbrüchen (Koch) 1302.
Fasern, Färbung elastischer (Thuringer) 79.
Faszination pathologische (Schmitz) 208.
Favismus (Maciotta) 1416.
Favus (Frost und Koetter) 1179.
— familliäre Endemie des (Jeanselme und Hufnagel) 1278.
— generalisierter (Louste und Leclerc) 114.
— Therapie mit Petroleum (Horst) 429.
Febris uveo-parotidea (Fieber) (Reimers) 1269.
Federn, longitudinale Zweiteilung (Pézard, Sand und Caridroit) 928.
Feersche Krankheit (Bratusch-Marrain) 723, 823.
— — (Daser) 1132.
— — (Müller) 156.
— Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde (Ihm) 22.
Fehlgeburt (Hannes) 245.
Felsenbein (Lotsy) 726.
— geburtstraumatische Schädigungen (Voss) 1051.
— Tuberkulose (Ruttin) 310.
Felsenbeine, Durchsichtigmachen injizierter (Brühl) 1099.
Femur, Ersetzen durch Diaphyse der Fibula (Doljansky) 1130.

Femur, Splitterfraktur (Banham) 485.
Femurdiaphyse, Frakturen (Faltin) 1071.
Ferment-Biologie und Interferometrie (Streck) 1159.
— -gehalt des Serums (Herrmann und Kornfeld) 608.
— -lehre (Willstädter) 1149.
— -schwäche des Dünndarms und des Pankreas (Alexander) 1155.
— -therapie des Diabetes (Kuhn) **449.**
Fernschalter (Dressen) 986.
Ferratascher Hämohistioblast (Richter) 77.
Ferse, Entstehung bei Landwirbeltieren (Westenhöfer) 1069.
Fersensporn (Patel und Combe) 256.
Fettbildung aus Zucker (Helmreich) 604.
Fett im Blut bei Nephrose (Bing, Heckscher und Jessen) 29.
— -brei, Ernährungsversuche (Knoepfelmacher) 204.
— chemische Zusammensetzung des subkutanen — beim Säugling (Channon und Harrison) 1310.
— in der Diabetesbehandlung (Grafe) 329.
— -diarrhöen (Thaysen) 911, 1171.
— diätetische Entfettungskur mit Schilddrüsentherapie kombiniert (Pollak) 1305.
— -drüsenwirkung (Abelin) 329.
— -einreibung, Wirkung allgemeiner (Latzel und Stejskal) 1166.
— -embolie (Landois) 298.
— — (Weingarten) 427.
— -gehalt des Globus pallidus (Makoto Kodama) 554
— — in kleinen Milchmengen, Bestimmung (Tavs) 823.
— Glykogengehalt der Leber; Durchfall (Rosenbaum) 249.
— -leibigkeit (Sopp) **505.**
— — (Thannhauser) 552.
— -lösliches Vitamin, s. Vitamin A.
— des Schweinekörpers (Ellis und Isbell) 866.
— -speicherung der drei Gliaarten (Struwe) 307.
— -stoffreiz in der Tuberkulosetherapie (Mattansch) 71.
— -stoffwechsel der Lungen (Rehberg) 1363.
— — nervös bedingte Störungen (Raab) 917.
— sucht, s. a. Dercumsche Krankheit und Dystrophia adiposogenitalis.
— — (Augstein) 644.
— — (Bauer) 303.
— — (Hill) 171.
— — (Kestner, Liebesschütz-Plaut und Schadow) 978.
— — (v. Noorden) 790.
— — (Weiss) 1024.
— — und Diabetes (Parkes Weber) 351.
— — Diät - Schilddrüsen - Hypertherman - Therapie (Rosenberg und Wolf) 1095.
— — endokrine und cerebrale (Ostwald) 72.
— — endokrine, Lipolysin (Alexander) **324.**
— — Energiehaushalt, Wasserhaushalt und Gewicht (Lauter) 1020.
— — Entfettung ohne Diät (Hirsch) 1331.
— — gynäkologische Erscheinungen (Tuszkai) 1098.
— — interferometrische Blutuntersuchung bei endogener (Groedel und Hubert) 1339.
— — medikamentöse Entfettung (Gross) 552.
— — und Ovarium (Wintz) 556.
— — Pathogenese (Leschke) 1164.
— — Therapie (David) 1197.
— — — der Hyperazidität (Steinitz und Sternfeld) 1301
— -tröpfchen in der vorderen Kammer (Metzger) 1437.
Feuchtigkeit, Funktionen (Dean Blake) 615.
Fibradenom der Brust (Bulman) 572.
Fibrilläre Zuckungen, pathologische Physiologie (B. Trianthaphyllos) 23.
Fibrillation intermittierende ventrikuläre (Haines) 177.
Fibringerinnung (Kaufmann) 330.
Fibroadenomatosis (Streichele) 65.
Fibroblasten (Carrel und Ebeling) 1244.
— Wirkung der Eiweißfraktion von embryonalem Gewebsextrakt auf (Baker und Carrel) 1244.
— Wirkung mechanischer Spannung auf wachsende (Bunting und Eades) 1244.
Fibrom, Fibromyom, s, Myom.
— subseröses gestieltes (Schockaert) 1241.
Fibromatose und Carcinom der Brüstdrüse, Rückbildungsvorgänge (Dietrich) 474.
Fibrome des N. medianus und ulnaris (Margottini) 995.
— rezidivierende, multiple in der freien Bauchhöhle (Sichel) 1098.
— Struktur der Geschwulstzellen (Castrén) 889.
Fibromyome uterine (Clark und Block) 264.
Fibrosarkom, prävertebrales (v. Verehely) 640.
Fibrosarkome der Haut (Darier) 368.
Fibula, Riesenzellentumoren des mittleren Schafts (Kirklin u. Gatsch) 1037.
Fichtennadelextrakte (Peyer und Diepenbrock) 756.
Fieber, s. a. Körpertemperatur.
Fieber (Bel) 1246.
— (Löffler) 109.
— intermediärer Wasserhaushalt (Berger und Galehr) 1165.
— intra partum (Zweifel) 246.
— nach Milzexstirpation (Gold und Schnitzler) 647.
— psychogenes (Deutsch) 920.
— der Schmelzer in Gelbsiedereien (Agasse-Lafont und Feil) 891.
— Stickstoffverluste (Birk) 723.
— -stoffwechsel (Beck) 822.
— — des Säuglings (Dr. O. Beck) 556.
— -behandlung der multiplen Sklerose (Dreyfus und Hanau) 412.
— -therapie (B. F. Donaldson) 579.
— und Tuberkulose (Jaquerod) 109.
— Wesen und Bedeutung (Isenschmid) 109.
— -zustände, Amino-N im Blute bei experimentell erzeugten (Donath und Heilig) 686.
Fiebernde Säuglinge (Hirsch) 984.
Filiarienkrankheit (Decrop und Stier) 256.
Filaria loa (Volmer) 824.
Filtersicherung (Singer) 1437.
Filtrationszylinder (Ablahadian) 373.
Finger, Autotransplantation einer Zehe (Fuld) 569.
— Beugekontraktur (Lebening) 1130.
— -dermatitis durch Apfelsinenschalen (Müller) 548.
— -endglied, Abriß einer Strecksehne (Kirchenberger) **1233.**
— -ersatz (Zollinger) 758.
— -geschwülste (Thoeek) 260.
— -hutkammer (Glocker und Kaupp) 1269.
— Knochenbrüche (zur Verth) 1199.
— plastische Operation von Defekten (Gatewood) 1379.
— -strecksehnen, subkutane Rupturen (Durban) 1266.
Finsentherapie, Herabsetzung der Wärme (Lomholt) 653.
Fissura ani, Behandlung (Zweig) 1157.
— — Therapie (Pels Leusden) 106.
— pterygopalatina (Birkholz) 310.
Fistel, kongenitale, arteriovenöse (Dean Lewis) 640.
— -therapie (Mühsam) 298.
Fisteln, künstliche Ernährungs- und Entleerungs- (Denk) 1339.
Fistula ani, Beziehung der Tuberkulose (Fansler) 117.
— gastro-colica, Diagnostik und Therapie **(H. Strauss) 53.**
Fixationsvergleiche (Gilbert, Langworthy und Moore) 1145.
Flagellaten-Befunde im Darm (Lynch) 892.
Fleckfieber (Kuczynski und Brandt) 1063.
— Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Feldmann) 950.
— -erreger (Fejgin) 1063.
— Herzstörungen (Gubergritz) 545.
— Schutzimpfung (Breinl) 249.
— Veränderungen im Gehörorgan (Levy) 650.
— -virus, Filtrierbarkeit (Hach) 758.
Flecktyphus und Rückfallfieber bei Kindern (Mezbourian) 1138.
Fleischnahrung, ausschließliche, lange fortgesetzte (Lieb) 892.
Fleischvergiftung (Janusclıke) 108.
— (Müller) 205, 547, 1199.
— (Solly und Henderson) 353.
Flexnerscher Dysenteriebazillus, Infektion (Breakey und Clayton) 1134.
— Ruhrbazillus (Prigge) 205.
Flexura duodenojejunalis Divertikel (Orbaan) 349.
— sigmoidea, Frühdiagnose und Frühoperation des Carcinoms (Fischl) 1157.
— — Ruptur (Block und Weissman) 697.
Fliegen und ihre pathogene Bedeutung (Schuckmann) 1265.
Flieger, Erkrankungen (Ranken) 36.
— -neurosen (Meier-Müller) 428.
Flockungsmethode (Rubinstein und Suarez) 494.
Flockungsphänomen, Toxin-Antitoxin (Bronfenbrenner und Reichert) 1244.
Flockungsprozeß durch spezifische Sera (Eisler und Kovačs) 478.
Flockungsreaktion (Glumphy und Brandes) 373.
— in der luetischen Milch (Hackemann) 547.
— Della Nolta-Benedetti (Della Nolta) 360.
Florohormon (Danin und Fecht) 1371.
Fluor (Naujoks und Behrens) 312.
— (Schauenstein) 921.
— albus (Puppel) 312.
— — mit Granugenol (Schlemmer) **587.**
— — Psychogenese (v. Arx) 427.
— Behandlung (Gutzmann) 867.
— — (Simons) **383.**
— — mit Thiosept. (Graff) 303.
— genitalis (Schröder, Hinrichs und Kessler) 425.
— -heilung (Rösch) 557.
— Therapie des nicht gonorrhoischen (Runge) 1403.
— — (Alexander) 641.

Fluor, Therapie des nicht gonorrhoischen (Braun) **1081**.
Fluoreszenzerscheinungen an der Haut (Keller) 426.
Fluoreszenzstrahlung von Oelen, Quarzlichteinwirkung (Becker) 203.
Fluorose (Cristiani) 611, 891.
Fluoroskop als Hilfsmittel von Pyelogrammen (Cross) 1075.
Folliculoma ovarii (Blau) 646.
Follikeln, Bildung und Reifung bei Kindern (Hartmann) 425.
Follikelflüssigkeit, Hormon in der (Doisy, Ralls, Jordan) 1351.
Follikelhormon, Wirkung (Hartmann, Dupre, Albu) 1351.
Foramen monroi im encephalographischen Bilde (Rostenstein) 790.
Forensische Geburtshilfe (Hofmeier) 332.
Formalindesinfektionsapparat (Toedegaard) 252.
Formalinpigment (Schwartz und Bieling) 1362.
Formassimilation (Bok) 429.
Form und Leben (Dietrich) 1061.
Forschung, biologische (Williams) 571.
Fortpflanzung (Stopes) 1286.
— Hygiene der menschlichen (Grotjahn) 1422.
Fossa sphenomaxillaris (Birkholz) 310.
Fossae nasales, Schleimhautpolypen (Cornet) 112.
Foetus, s. a. Embryo.
Fötus, allgemeines Oedem (Lieberman) 1002.
— Fettbildungsvermögen (Wesson) 432.
— innere Sekretion (Seitz) 1091.
— serologisches Zusammenleben zwischen Mutter und Frucht (Hirßfeld und Zborowski) 468.
Fötale Herzarrythmie (Antoine) 1207.
Fötalinklusionen (Budde) 300, 1028.
Fötalisation (Bok) 429.
Fox-Fordycesche Krankheit (Hirschfeld) 347.
— — (Lenz) 1271.
Fraktur, Behandlung (Matti) 640.
— — (Mermingas) 985.
— Einfluß der Knochenfunktion (Burckhardt) 404.
— Mobilisation in der Behandlung (Gibbon) 1318.
Frakturen (Tremiterra) 1277.
— Behandlung (Schanz) 1267.
— Funktionsstörungen (Cohn) 1109.
— intraartikuläre (Wittek) 423.
— komplizierte (Koch) 404.
— Reposition (Cohen) 828.
— spontane bei Carcinom- und Sarkommetastasen (Stahnke) 649.
— Therapie (Allen) 1001.
— — (Scheffler) 1268.
— wiedererlangte Arbeitsfähigkeit (Rieger) 687.
Framboesia tropica (Goodman) 503.
— — Bekämpfung mit Salvarsan (Winckel) 689.
Frambösie, Therapie mit Novarsenobillon (Franklin) 655.
Franckesche Linien (Costa) 173.
Frau, Hygiene und Diätetik (Sellheim) 1215.
— in der Industrie (Ternoka) 1337.
— Körperkultur der berufstätigen (Heckler) 1069.
— Zukunft in der Medizin (Fletcher) 1174.
Frauenarbeit und Geburtenrückgang (Guradze) 1067.
Frauenfrage (Wieth-Knudsen) 1232.
Frauenheilkunde, Gymnastik (Kaboth) 473.
— (Sellheim) 1131.
Frauenmilch, s. Milch, Frauen.
— Ausscheidung von gelben Pflanzenstoffen (Paffrath und Consten) 1065.
— entfettete (Dörholt) 686.
— -ernährung (Grosser) 720.
— Gehalt an antiskorbutischen Stoffen (Reyher) 305.
— Kalkgehalt (Stransky) 340.
— Produktion und Behandlung (Chapin) 1348.
— Vitamin-C-Gehalt (Prof. Dr. A. Frank) 556.
— Vitamingehalt (Frank) 412.
— — (Meyer und Nassau) 63.
— Zuckerbestimmungen (Bruhns) 305.
Frauen, studierte (Lange) 728.
— -Trockenmilch bei Neugeborenen (Emerson und Smith) 375.
Freiluftsäle (Schott) 417.
Freiluft und Lichttherapie (Dosquet) 1266.
Freizeit der Jugend (Brossmer) 341.
Fremdkörper (Walker) 120.
— Therapie der verschluckten (Paulino) 1019.
— vergessene (Haberer) 1267.
Freud und Adler (Ruehle-Gerstel) 1320.
Freudsche Psychologie (Myers) 761.
Friedländerscher Bazillus (Julianelle) 1244.
Friedländer-Pneumonie (Berglund) 306.
Friedmann, -Wirkung der Massenimpfungen auf die Tuberkulosesterbestatistik (Szalai) 822.
Friedmannsche Heilimpfung (Möllers) 758.
Friedreichsche Ataxie (Beer) 1402.
— — (Bonasera) 1314.
— — (Neustadt-Steinfeld) 1065.
— — (Walter und Roese) 757.
— — Hinterstranglösung (Stein) 422.
Frigidität, angeborene des Mannes (Bradley Dakin) 1284.
Frontalhirn und Insula-Veränderungen, Gedächtnisstörungen (Marcus) 420.
Frontallappen, Abszeß (Jessaman) 119.
— Abszeß (Mathieu und Peron) 1311.
Frontalsinus, Eiterung (Jessaman) 119.
Frostbeulen (Hübner) 246.
— ulcerierte (Louste und Juster) 614.
Frostschäden (Klingmüller und Dittrich) 1271.
Fruchtabtreibung, s. Abort, krimineller.
Fruchtbarkeit des Mannes, herabgesetzte (Macomber) 221.
— vergleichsweise der Kulturvölker (Schmid) 1297.
Fruchtentwicklung, Variationsbreite (Zangenmeister) 1089.
Frucht, Länge und Gewicht der reifen (Wehefritz) 1098.
— -tod, Aetiologie und Diagnose des intrauterinen (Brown und Kincaid) 1107.
— -wasserersatz nach vorzeitigem Blasensprung (Wieloch) 1236.
— -wasserresorption (H. R. Schmidt) 313.
Frühgeborene Kinder, Ernährung (Langer) 984.
Frühgeborene, Pflege (Bradley) 1109.
— Trocken-Frauenmilch (Emerson und Smith) 375.
Frühgeburt (Lyon) 265.
Frühgeburten, Wärmeregulierung (Eckstein) 1065.
Fruktose, Messung (Campbell und Hanna) 1245.
Fruktosurie (Grünbaum und van Creveld) 1024.
Fuchsin basisches, für Endomedia (French) 434.
— -sublimatreaktion (Knigge) 1233.
Fuchssche Narbenaufhellungsstreifen (Metzger) 346.
Führungsgastroskop (Hübner) 1403.
Fundusentartung mit angioider Streifenbildung (Wildi) 346.
Funktionstätigkeit des Pneumothorax artificialis, Lunge nach ihrer Wiederentfaltung (Lindblom) 691.
Fürsorge für Geisteskranke (Dreikurs) 825.
— — und Psychopathen (Roemer) 64.
— für Seelisch-Abnorme (Bratz) 821.
— Krankenhilfe in der öffentlichen (Kleeis) 1435.
— Richtsätze (Binder) 727.
— Schema für pränatale (Braun) **1191**.
— -arzt (Vonessen) 1435.
— -erziehung (Rosenhaupt) 165.
Furunkel (Schütz) 820.
— akuter (Heinemann) 1330.
— Behandlung (Guhrauer) 1333.
— — (Silberstein) 204.
— — konservative (Junkermann) 333.
— hämorrhagische Behandlung (Düker) 818.
— konservative Therapie (Brann) 919.
— — — (Zechlin) 1162.
— Zinnbehandlung (Levy) 851.
Furunkulose, Behandlung (Kissmeyer) 613.
— des äußeren Gehörganges (v. d. Hütten) 301.
— hartnäckige Vakzinetherapie, Autohämatotherapie, Heterohämatotherapie (Ravaut und Hugueni) 1139.
— Mangantherapie (Young) 857.
Fusionskonvergenz- und -divergenzvermögen (Fuß) 478.
Fuß, Amputation und Exartikulation (Magnus) 404.
— -arthrodese (Guildal) 565.
— Ausrenkung durch Rotation nach außen (Mathieu und Larget) 255.
— -ballspieler, Gelenk- und Muskelerkrankungen (Diana) 1345.
— gelenk, Störungen nach Frakturen des unteren Endes der Tibia und Fibula (Prince) 1179.
— -hals, Brüche (Lussana) 1075.
— -klonus (Rouquier und Couretas) 218.
— Luxation unter dem Talus (Jensen) 653.
— des Menschen (**Basler**) **623**.
— orthopädische Untersuchung (Friedland) 649.
— schlaffe Lähmung (Camera) 488.
— -schmerzen (Mätheis) 1166.
— -skelett, Tragfähigkeit (Meyer) 159.
— -sohlenabdrücke von Neugeborenen (Montgomery) 78.
— -sohlenreiz, kontralaterale Wirkung (Leibowitz) 1124.
— spastische Monoparalyse (Christiansen) 794.
— traumatisches, ulceröses Syphilid (Giacardy und Lodéon) 827.
— -verbildungen (Matheis) 475.
— vordere Stützpunkte (Frostell) 159.
— — — (Muskat) 1206.

Gabelhand (Lagrot) 174.
Galaktocele (Millul) 1376.

Galaktose, Einwirkung auf den Blutzuckerspiegel (Noah) 1202.
— mit dem Harn ausgeschiedene (Halberkann und Kähler) 602.
Galle, Ausscheidung verschiedener Desinfektionsmittel (Specht) 547.
Gallenblasen Chirurgie (Holman) 267.
— — (Mayo) 897.
— -darstellung im Röntgenbild (Schnürpel) 820.
— — — — (Stieda und Schmidz) 1127.
— Darstellung mittels Tetrajodphenolphthalein (Lomon und Laurent-Gérard) 998.
— — perorale Mittel zur röntgenologischen (Roseno) 1331.
— — Pneumoradiogramm des Nierenlagers (Roseno u. Hartoch) 1066.
— diagnostik (Hoesch) 302.
— Doppelbildung (Esau) 1368.
— Drainage bei -operationen (Pohl) 412.
— duodenobiliare Drainage (Silvermann, Menville) 178.
— durch die Bauchpresse entleert (Bársony und Koppenstein) 979.
— Einfluß auf die Darmbewegung (Bernstein) 78.
— Enterokokkeninfektion (Meyer und Löwenberg) 602.
— Entleerungsmechanismus (Haberlandt) 1403.
— -erkrankungen, frühzeitige Operationen (Blahd) 80.
— — Hyperästhesie (Cope) 355.
— — röntgenographische Diagnose (Stewart) 499.
— — röntgenologische Diagnose (Carman und Counseller) 437.
— — Sekundärerscheinungen (Belden) 1038.
— experimentelle Enterokokkeninfektion (Meyer u. Löwenberg) 980.
— Frühoperation (Pike) 573.
— Füllung und Entleerung (Copher, Kodama und Graham) 1244.
— Funktion und Krankheiten (Graham) 1238.
— und hypophysäre Organtherapie (Ischok) 997.
— Kontrastmittel zur Darstellung (Pribram) 851.
— konzentrationsschwache (Friedrich) 985.
— -krankheiten (Bársony) 1274.
— — Diagnostik (Valkanyi) 1274.
— -krankheit, intraabdominelle Diagnose (Bearse) 120.
— Motilität (Campanacci und Groppali) 947.
— Perforation (Waters) 370.
— Perforation und Ruptur (Fifield) 1174.
— physiologische Bedeutung (Remynse) 1318.
— im Röntgenbild (Behrend) 207.
— — — (Brugsch und Horsters) 850.
— — — (Kürten) 1233.
— — — (Rachwalsky) 920.
— — — (Roch und Katzenelbogen) 480.
— röntgenologische Darstellung (Baetzner) 156.
— — — **(Lebermann) 531.**
— — — (Orth) 400.
— — — (Rachwalsky) 201.
— — — (Stegemann) 400.
— — — (Strauss und Pribam) 407.
— röntgenologische Untersuchung (Möller und Othren) 482.
— Röntgenuntersuchung (Barker) 259.
— — (Frigyér) 882.
— — (Markovits) 1442.
— spontane Ruptur (Bertone) 216.
— Stieltorsion der hydropischen (Feldmann) 1029.
— Torsion (Huddy) 859.
— — (Marrinacci) 359.
— Volvulus (Jenckel) 953.
— Zwölffingerdarmfistel (Havlieck) 68.
Galle, Eintritt ins Duodenum (Winkelstein und Aschner) 78.
— Farbe der Blasen- und Lebergalle (Winkelstein und Aschner) 78.
Gallenfarbstoff, s. a. Bilirubin.
— -bildung (Aschoff) 820.
— — (Melchior, Rosenthal und Licht) 411.
— im Blut Schwangerer (Schlüns) 1097.
— im Blute Schwangerer und Gebärender (Sisstrunk) 162.
— im Urin (Reiche) 1296.
— -wechsel bei Erkrankungen der Gallenwege (Muller, Ravdin) 75.
— — von der Leber zum Darm (Winkelstein und Aschner) 370.
Gallenfluß (Clure, Huntsinger und Mendenhall) 262.
— Stimulation der extrahepatischen (Kodama) 1318.
Gallengänge, Lymphwege (Springer) 121.
Gallengang, Neubildungen (Muzeneek) 474.
Gallengänge Plastik der hohen (Götze) 400.
Gallengangstenosen, Prognose und Therapie (Potter und Mann) 370.
Gallengangsystem Druckschwankungen (Rabe) 1061.
Galle, interne Desinfektion (Volkmann) 1403.
— kalkmilchartige (Parturier) 490.
Gallenkranke, Psychologie (Brugsch) 104.
— Therapie (Brugsch) 104.
Gallenobstruktion, Tetrajodphenolphthalinnatrium (Maddock und Whitacker) 698.
Gallenoperationen unzweckmäßig ausgeführte (Walzel) 423.
Galle, Physiologie (Gillert) 1363.
— Regulation des Ausströmens (Copher und Kodama) 1451.
Gallensäureausscheidung und Blutzerfall (Wislicki) 418.
— -sekretion (Rosenthal, v. Falkenhausen und Freund) 304.
Gallensäure im Blut, quantitative Bestimmung (Rosenthal und Wislicki) 1167.
— diuretische Wirkung (Semler) 753.
Gallensteine, s. a. Cholelithiasis.
— (Kellog) 959, 1108.
— (Lotzin) 424.
— Bildung (Aschoff) 1197, 1264.
— vom chirurgischen Standpunkt (Anschütz) 1149.
— Dünndarmileus (Bennett) 484.
— um einen Fremdkörper (Pini und Catterina) 563.
— Verhinderung (Hurct) 656.
— Therapie (Mathieu) 694.
— Röntgenphotographie (Hansen) 482.
— Röntgendiagnostik (Haenisch) 1437.
— vom pathologischen Standpunkt (Aschoff) 1149.
— bei Kindern (Carey) 568.
— vom klinischen Standpunkt (v. Bergmann) 1149.
— und Magensekretion (Loessl) 309.
Gallensteinileus (Colderey) 562.
— (Moore) 121.
— (Wilson) 692.
Gallensteinkranke, Magensekretion (Dahl-Iversen) 792.
— Psychologie (Parturier) 362.
— Schicksal (Joguttis) 1168.
— — (Monod und Ronzod) 317.
— -krankheiten, natürliche Heilung (Einhorn) 1381.
— — (Sailer) 1273.
— — chirurgische Therapie (Anschütz) 1295.
— — Diagnostik und Therapie (Adlerberg) 920.
— -leiden, chirurgische Therapie (Haberer) 423.
— — operieren (Schmieden und Sebening) 1296.
— -operationen (Turner) 929.
— -system, Funktionsprüfung (Murphy) 765.
Gallenstudien (Gundermann) 1205.
Gallensystem Anatomie (Haberland) 424.
Gallentraktus (Fallon) 118.
— Affektionen (Lyon) 1379.
— Diagnose und Therapie der Erkrankungen (Lahey) 262.
Gallenwege, Chirurgie (Muennich) 978.
— Desinfektion (Kauftheil und Neubauer) 1101.
— duodenale Drainage (Rausch) 244.
— Funktion (Berg) 610.
— Funktionen (Wilkie) 1136.
— Hydrops (Lotzin) 424.
— Motilität (Kalk und Schoendube) 302.
— unblutige Drainage (Lyon und Swalm) 221.
— Untersuchung mit Duodenalsonde und des Röntgenbildes (Peutz) 480.
Gallenwegserkrankungen, Behandlung auf organo-therapeutischer Grundlage (Adler und Guttmann) 917.
Galle, Widerstand gegen das Einströmen der — in den Darm (Elman und Master) 1244.
Gallophysin (Reicher) **1392.**
Galvanische Alternative (Poppi) 992.
Gang, Minderwertigkeit unseres Organismus infolge des aufrechten Ganges (Harrenstein) 1168.
— Störungen (Plate) 966.
Ganglion cervicale medium, physiologische Rolle (Leriche und Fontaine) 1137.
— Gasseri Geschwulst (Gjertz und Hellerström) 169, 653.
— an der Hirnbasis, Erkrankungen (Monteleone) 359.
— nasale, Neurosen (Gundmann) 446.
— steleatum, doppelseitige Exstirpation (Dittler und Müller) 604.
Gangrän, akute (Finaly) 429.
— nach arterieller Wismutinjektion (Gongerot und Quénn) 1417.
— der Extremitäten nach gynäkologischen Operationen (Stein) 124.
— spontane (Eisenklam) 167.
— spontane der Extremitäten (Venezian) 217.
— — der äußeren Genitalien (Teltscher) 1132.
— der unteren Extremitäten (Eliason) 734.
Garage-Unfälle (Dettling) 989.
Gardan (Hanse) 331.
Gärtnerisches Ruderbad (Messerle) 1096.
Gasbäderbehandlung (Burwinkel) 1296.
Gasbazillen (Kendall, Day und Walker) 432.
— bei Melaena neonatorum (Hergt) 823.
— -sepsis (Eichler) 723.
Gasbazillus, Stoffwechsel (Kerdall und Schmidt) 1212.
— -infektion bei perforiertem Magengeschwür (Dayton) 177.
Gasbildung, bakterielle (Dutton und Rutherford) 79.
— durch Synergismus von Bakterien (Holmann und Meekison) 1036.
Gasbrand (Wanke) 1405.

Gasbazillen (Aynkawa) 1405.
— -embolie nach Abortus (Straßmann) 689.
— -infektionen (Landé) 754.
Gasgangrän, Serumprophylaxe und Serumtherapie (Pellegrini) 563.
— unter der Geburt (Thorn) 1238.
Gasstoffwechsel (Benedikt) 262.
— (Franck und Herzger) 545.
— (Knippung) 65.
— Benediktische Methode (Müller) 1059.
— bei Pubertätsstruma (Eckstein und Mommer) 340.
Gasteiner Thermalwasser (Schneyer) 852.
Gastrektomie, totale (Reid) 266.
Gastrektasie im Kindesalter (Bogen und Schiemann) 165.
— partielle (Horsley) 430.
— subtotale (Butler-d'Hormond) 862.
— Wirkungen auf die Magensekretion (Portis) 431.
Gastritis s. a. Magen.
— chronica (Schindler) 332.
— — (Zweig) 478.
— chronische mit Sekretionsinsuffizienz (Faber) 1154.
— klinische Diagnose (Hohlweg) 1155.
— kongenitale kallöse (Rudaux und Durante) 1211.
— nach Magenoperationen (Clairmon) 1155.
— phlegmonöse (Lawrence) 1350.
— phlegmonosa (Stöhr) 603.
— Röntgensymptome der chronischen (Baßler) 1147.
— Röntgentherapie (Korbach) 301.
— und Schleimhautrelief (Berg) 1155.
— mit erhaltener Sekretion (Vandorfy) 329.
— in Beziehung zu Ulcus und Carcinom (Konjetzny) 1155.
Gastroduodenalgeschwüre, chirurgische Behandlung (Gösta Bohmansson) 561.
Gastroduodenalgeschwür, Infektion (Clément) 891.
Gastroduodenostomie, Nachweis normaler Entwicklung in der Kindheit (Gesell) 569.
Gastroduodenalulcus, Hämorrhagie (Manheim) 959.
Gastro-duodenale Ulzera, Rolle der Infektion (Hotz) 1371.
Gastroenteritis, akute toxische (Jörgensen) 165.
Gastroenterostomie (Ganau) 930.
— (Mosti) 359.
— (Nicolaysen) 170.
— (Schlesinger) 1266.
— (Winkelbauer) 1167.
— bei Duodenalgeschwüren (Woolsey) 379.
— Haemorrhagie (R. F. Seidensticker) 579.
— Heilung des Ulcus ventriculi (Graman) 1032.
— hintere (Audain) 364.
Gastroenterostomia retrocolica posterior (Noetzel) 1168.
Gastrointestinaltrakt (Chace) 260.
— chronische Infektion (Charles Eastmond, A. B., M. D., F. A., C. D.) 580.
Gastrojejunalgeschwür, Röntgendiagnose (Moore und Marquis) 963.
Gastrojejunostomia posterior (Gillon) 561.
— — (Leod) 1134.
Gastrojejunostomie (Beatson) 216.
— (Patterson und Finsterer) 1136.
Gastrokolische Fistel (Meischke) 1368.
Gastroptose (Orator) 424.
— Entstehung (Ruhmann) 1157.
— -operationen (Schneider) 424.
Gastrorrhagien (Delore, Comte und Labry) 363.
Gastroschisis mit Wirbelsäulenverkrümmung des Kindes (Ottow) 557.
Gastroskop (Korbsch) 156.
Gastroskopie (Hübner) 1166.
— (Korbsch) 1453.
— (Sternberg) 1408.
— (Zuntz) 820.
— und Endoskopie (Sternberg) 331.
— und Oesophagoskopie (Wilhelm Sternberg) 25, 475.
Gastroskopische Untersuchungen des Ulcus rotundum ventriculi (Schindler) 1233.
Gastrospasmus als Fehlerquelle der röntgenologischen Carcinomdiagnostik (Dvorak) 1126.
Gastrospastischer Symptomenkomplex (Ochsenius) 250.
Gastrovit (Grossmann) **453**.
Gaswechsel, s. a. Stoffwechsel.
— -bestimmung (Lublin) 820.
— -untersuchung (Knipping) 604.
— — Bedeutung für die Lungentuberkulose (Brieger) 606.
Gaté-Papacostas-Reaktion (Milani) 359.
Gaucher (Weil und Chevalier) 694.
Gaumen, inoperabler weicher (Shechan) 82.
— -mandel, gutartige Tumoren (Klestadt) 1028.
— Nekrose (Levy) 650.
Gaumensegel, hysterische Sprachlähmung nach Diphtherie (Boenninghaus) 331.
— -spalte (Berg) 647.
— — chirurgische Behandlung (Brown) 1348.
— — Erblichkeit (Birkenfeld) 1267.
— — Fettgewebstransplantation in den Retropharynx (v. Gaza) 403.
— — Lappen aus dem Nasenseptum (Thompson) 1348.
— — Operation (Hohmeier) 1020.
— Tuberkulose des weichen (Cohen) 1028.
Gebärende, Kermaunerscher Untersuchungsreflex (Galant) 689.
— rektale oder vaginale Untersuchung (Baumm) 556.
Gebärmutter, s. Uterus.
— -senkung, Ringbehandlung (Meyer) 297.
Gebiß, s. Zahn.
Geburt, atypische äußere Kopfdrehung (Beck) 1347.
— bei Spaltbecken (Kopischke) 1207.
— Beschädigungen des Kindes (Bland) 616.
— beim engen Becken (Schumacher) 646.
— besondere Haltung des kindlichen Kopfes (Trillat) 1312.
— Eröffnungsperiode (Aschner) 344.
— erste, im späten Alter (Remmelts) 473.
— Handgriff nach Schatz-Unterberger (Nettesheim) 946.
— Hypophysenpräparate zur Einleitung und Verkürzung der (Framm) 1403.
— mit Pfeilnaht im Querdurchmesser (Wysocki) 1347.
— Pantopon-Scopolamin-Halbnarkose (Carter) 178.
— Pflege des Dammes (Henkel) 1367.
— Schmerzstillung nach Gwathmey (Ecke und Taubert) 557.
— Schädeltrauma (Ylppö) 1153, (Schwartz) 1153.
— schmerzlose in Hypnose (Franke) 161.
— — (Sanders) 608.
— und Sterblichkeit in Japan (Ischok) 363.
— unerwartete Todesfälle (Wilson und Glynn) 356.
Geburten, familiäre Häufung desselben Geschlechtes (Baumann) 1297.
— Knabenüberschuß (Mijsberg) 1030.
Geburtenrückgang und Fehlgeburten (Engelsmann) 1231.
— und Frauenarbeit (Guradze) 1337.
— und Sexualmoral (Wolf) 1231.
Geburtsbeginn, Beschleunigung (Stähler) 557.
Geburtsblutungen (Morville) 170.
— Kollaps (Kermauner) 556.
Geburtseinleitung mit Pituitrin (Tholen) 349.
Geburtsflecke, blaue (Zarfl) 725.
Geburtsgewicht und Vitaminzufuhr (Abels) 823.
Geburtshäufigkeit in den Vereinigten Staaten (Pearl) 897.
Geburtshilfe, Fahrlässigkeit und Unfähigkeit (Engelmann) 556.
— forensische (Hofmeier) 301, 723, 1060, 1092.
— Höchstleistung (Sellheim) 720.
— in der Landpraxis (Lenz) 1434.
— Schmerzlinderung (Pankow) 1095.
— vorbeugende Maßnahmen (Kerr) 692.
Geburtshilfliche Ausbildung des Arztes (Reifferscheid) 556.
— Mortalität (Rosensohn) 378.
— Tagesfragen (Kupferberg) 447.
— Untersuchungsmethoden (Guggisberg) 168.
— Verletzungen, Prophylaxe (Serdukoff) 892.
Geburtshilfliches Brevier (Eberhardt) 447.
— Operationsfeld, Abdeckung (Kritzler-Kosch) 1434.
Geburtshilflicher Schock (Stene) 661.
Geburtsleitung beim engen Becken (Heyn) 246.
Geburtsmechanik (Neumann) 545.
Geburtsmechanismus beim engen Becken (Schumacher) 791.
Geburtsschädigung (Bettmann) 689.
— (Wiechers) 106.
Geburtsschädigungen (Ylppö) 1050, (Schwartz) 1051, (Zappert) 1051.
Geburtstrauma, Bedeutung für die Entstehung von Gehirnerkrankungen (Wohlwill) 544.
— intrakranielles (Dollinger) 472.
Geburtstraumatische Blutungen beim Neugeborenen (Schwartz und Fink) 340.
Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse 1924 552.
Geburtsverlauf bei Steißlage (Friis-Rasmussen) 991.
Geburtsverletzungen (Loomis) 1352.
— (Newman und Levy) 661.
— der Labia minora (Ziem) 1069.
— Schädelpunktion bei intrakraniellen (Dunham) 1040.
Gedächtnis, Pathologie (Dugas) 998.
— -störungen bei Veränderungen im Fontalhirn und Insula (Marcus) 420.
Gefangene, Sexualnot (Wulffen) 1195.
Gefäße, s. a. Blutgefäße.
— -chirurgie (Krampf) 1405.
— -endothelien (Herzog) 418.
— -erkrankungen (Moritz) 852.

Gehirnkranke, chirurgisches Risiko (Phelps) 732.
— -Nierenkrankheit (Andrews) 1281.
— -permeabilität, Splanchno-Peripherie-Gleichgewicht (Müller und Petersen) 201.
— -störungen, funktionelle (Neuburger) 1020.
— -system, Entstehung und Funktion (Hausmann) 856.
— -wirkung von Arzneimitteln (Ganter) 204.
Gehen und Fußbekleidung bei Kindern (Sweet) 1179.
Gehirn, s. Hirn.
— Entstehung der Corpora amylacea (Omorokow) 251.
— Tumoren (Alfes und Eggert) 247.
— -flüssigkeitsdruck im Lumbalkanal (Klessens) 608.
— -veränderungen, örtlich elektive (Spielmeyer) 208.
Gehörgang, condylomartige Geschwulst im äußeren (Müller) 481.
— Zeruminaldrüsen-Adenom (Brock) 1207.
Gehörmesser (Schlittler) 26.
Gehörorgan, s. Ohr.
Gehörseindrücke egozentrische Lokalisation (Veits) 310.
Geisteskranke, ältere nordische Schriften (Soudén) 1306.
— Hängemattenbehandlung (Tramer und Esther) 478.
— präpsychotischer Charakter (Stuurman) 1234.
— Therapie in häuslicher Pflege (Pilcz) 1340.
— Werkzeug und Waffe des internierten (Ernst) 1365.
Geisteskrankheit, s. Psychose.
Geisteskrankheiten, familiäres Auftreten (Benoziglio) 1237.
— im Kindesalter (Juarros) 1447.
— Versuche durch Hervorrufen anaphylaxieähnlicher Schockreaktionen akute — zu heilen (Schuster) 1124.
Geistesstörung infolge einer Lüge (Brandis) 546.
Gelatine, Bakterienveränderungen in (Frazier) 1317.
— Quellungsdruck (Northrop und Kanitz) 1245.
— -gußprothesen für künstlichen Nasen- und Ohrenersatz (Strauss) 559.
Gelbfieber (Hoffmann) 30, 1162.
— (Schüffner und Sieburgh) 1403.
— Aetiologie (Hoffmann) 249.
Gelbes Fieber (Rüder) 919.
Gelbsucht, s. Ikterus.
— (Harvey) 118.
Gelenk, Auskultation (Tannhauser) 641.
— entzündliche Kontraktur (Friedländer) 649.
— Erkrankungen, Wesen und physikalische Behandlung (Fürstenberg) 852.
— -affektionen, schmerzhafte (Misgeld) 156.
— -auskultation (Spirt) 1096.
— -entzündung akute, nach Sonnenbrand (Löffler) 1093.
— — Aspiration bei septischer (Lonergan) 577.
— -entzündungen, eitrige im Kindesalter (Macchi) 1415.
— — septische, Therapie (Longo) 253.
— -ergüsse, Wasserstoffionenkonzentration (Lasch) 687.
— -erkrankung, chronische und Lymphdrüsenaffektion (Hirsch) 884.
— -erkrankungen (Assmann) 68.
— — chronische (Alwens) 332.
— — — (Blencke) 773.
— — — (Novak) 546.
— — — (Strauss) 919.
— — Entstehung und Einteilung der chronischen (Strauss) 947.
— -kranke, Therapie (Bischoff) 741.
— -leiden, chronische (Beneke) 68.
Gelenke, pathologische Physiologie (Seeliger) 403, 985.
— Rekonstruktion ankylosierter (Campbell) 122.
Gelenkslipom (Metzler) 758.
— -mobilisation, unblutige (Comisso) 488.
Gelenkmausbildung (Seeliger) 403.
Gelenkmäuse, Entstehung (Lehmann) 403.
Gelenkrheumatismus, akuter, gleichzeitig mit Chorea minor (Lepehne) 725.
— chronischer (Herzberg) 724.
— — und seine Behandlung (Aschenbach) 1041.
— Eigenblutbehandlung (Sonter) 642.
— rheumatischer (Holsti) 793.
Gelenktuberkulose (Keller) 371.
— (Rüscher) 158.
Gelenkveränderung bei Arbeiten mit Preßlufthämmern (Holtzmann) 1200.
Gelenkvereiterung akute, im oberen Sprunggelenk (Camera) 253.
Gelonida stomachica (Henius) 1332.
— — (Warlo) 819.
Gelovakzine (Jausion und Diot) 219.
— (Jausion, Vangel und Diot) 696.
Gemeindebestimmungsrecht (Kraut) 205.
— (Zergiebel) 335.
Gemüsebrühe (Bruchmüller und Müller) 820.
— -kuren (Determann) 413.
Genickstarre s. Meningitis epidemica.
— Serumtherapie (Schmidt) 204.
— Serumbehandlung der epidemischen (Lehndorff) 108.
Genital s. Geschlechts-
— -abschnitte, Schädigungen der unteren. bei Spontangeburten (Hinselmann) 313.
Genitale Ausflüsse (Benthin) 1331.
Genitalblutungen (Adler) 1369.
— (Benthin) 1362.
Genitalfunktion, weibliche (Rosenthal) 472.
Genitale Gangrän behandelt mit Neosalvarsan (O. Jersild) 27.
— Geschwülste am äußeren (Gatter) 1236.
— inkretorische Anomalien (Benthin) 642.
Genitalkrebs- und Lymphogranulomatose der Parotis (Fischer) 953.
Genitalien, Mißbildungen an den weiblichen (G. Schoening) 560.
Genitalprolaps Operation (Fothergill) 351.
Genitale, psychisch bedingte Leiden im weiblichen (Meyer-Ruegg) 110.
Genitalsystem, Funktionsstörungen des weiblichen (v. Poór) 348.
Genital-Tuberkulose (Deutsch) 348.
— (Gragert) 949.
— männliche (Sussig) 470.
— des Weibes (Mayer) 949.
— Behandlung der weiblichen (Olow) 991.
Genitalien, Unfallverletzungen (Raaflaub) 345.
— Vorbereitung der äußeren für die Entbindung (Lankford) 440.
— Wachstum (Zondek und Aschheim) 1402.
— weibliches, Strahlentherapie bei den bösartigen Erkrankungen (Fürst) 479.
Genito-sklerodermale Degeneration (Bau-Prussak) 493.
Genius epidemicus in Kopenhagen (Anton Magelssen) 28.
— — in Stockholm (Magelssen) 483, 1238.
Genou, l'ankylose métatuberculeuse (Ingebrigsten) 610.
Gentianaviolett (Goldberg) 38.
— Therapie der Sepsis (Gatch, Trusler und Owen) 118.
Genu (Stanischeff) 403.
— recurvatum (Bazert) 217.
— — (Boorstein) 1418.
Genußgifte (Straub) 1118.
Gerinnung s. Koagulation.
Germaniumdioxyd (Hammett) 883.
— blutbildende Wirkung (Keil) 201.
— -verbindungen (Keeser) 686.
Geruchsinn, Diagnose (Hauffe) 1093.
— der Läuse (Pick) 888.
Gesäuerte Milch (Johnson) 263.
Geschlechtsbestimmung (Goetsch) 722.
— und Schwangerschaftsdiagnose mit Hilfe der Interferometrie (Kleesattel) 544.
— -drüse, Einfluß der männlichen auf das Weibchen (Kovacs) 264.
— psychische Vorgänge (Ceni) 1306.
Geschlechtsdrüsen, schlechte Entwicklung (Thorek) 796.
— -hormon von Manoilow (Gopow) 65.
— — weibliches (Frank und Goldberger) 730, 1033.
— -hormone, weibliche im Pflanzenreich (Loewe) 1158.
Geschlechtskrankheiten, Aufklärung (Finkenrath) 1195.
— Bekämpfung (v. Drigalski) 1128.
— — (Haustein) 1271.
— — in der Sowjetrepublik (Bagotzky) 116.
— in Bremen (Beythien) 335.
— in Deutschlind (Haustein) 720.
— Gesetz über die Bekämpfung (Breger) 204.
— Kampf in Sowjetrußland (Hofmann) 1297.
— im Kanton Basel-Stadt (Vollenweider) 109.
— bei Kindern, erworbene (Grumach) 721.
— im Kindesalter (Davidsohn) 721, 754.
— medikamentöse Therapie (Dietel) 1019.
— in Norwegen (Klem) 213.
— persönliche Verhütung (v. Notthafft) 559.
— in Schweden, Rückgang (Almkoist) 1230.
— soziale Bedeutung (Breger) 469.
— Statistik 204.
Geschlechtsleben des Menschen (Placzek) 934, 1216.
— in Spanien (Marañen) 253.
Geschlechtsorgane, Doppelbildungen der weiblichen (Ecke) 791.
— entzündliche Prozesse der weiblichen (Butemo) 759.
— Sarkom der weiblichen (Gál) 343.
— -trieb, Vererbung einer vorzeitigen Entwicklung des (Stern) 1194.
— -umkehr (Sellheim) 1337.
— -umwandlung (Hertwig) 412.
— -verbindungen, Entwicklungstendenzen der menschlichen (Rosenthal) 1300, 1408.
— -voraussage nach Lüttge-Mertz-Sellheim (Slotta) 689.
— nach Lüttge-v. Mertz (Slotta) 1367.

Geschlechtsvorhersage, interferometrische (Dyroff) 558.
Geschlecht nach Wunsch (Erskine) 1112.
Geschwulst s. a. Carcinom, Sarkom und die einzelnen Geschwülste.
Geschwülste des Ligamentum teres uteri (Demjanovich) 1274.
Geschwulst und Trauma (Sauerbruch) 1266.
Geschwüre, Pathogenese der peptischen (Simnitzki) 1242, 1443.
Gesetze über den Verkehr mit Lebensmitteln (Merres) 727.
Gesichts-Atrophie (Raeder und Harbitz) 761.
Gesicht; chirurgische Schmerzbehebung bei Carcinom (Fay) 862.
Gesichtsekzem (Pinkus) 1061.
— -felddefekte (Wildbrand) 311.
— -feld, diagnostische Skala (Ferree, Rand und Monroe) 380.
— bei Störungen der inneren Sekretion (Rowland) 502.
— -form und Krankheit (Draper, Dunn und Seegal) 77.
— furunkel (Demel und Heindl) 1168.
— -lähmung (Radovici) 611.
— -lupus, Schicksal gestielter und freier Lappen (Dupny-Dutemps) 1176.
— -naevi symmetrische (Sklarz) 426.
— neuralgien, dentalen Ursprungs (Dufougere) 491.
— -neuralgie, Therapie (Clairmont) 640.
— -schmerzen (Frazier) 77.
— -sinn und Entwicklung (Smith) 692.
Gesolei **(Grünewald) 466.**
Gestaltlehre in der Biologie (Matthaei) 1151, (Achelis) 1151.
Gestation s. Schwangerschaft.
Gesundheitsbuch der Frau (Grotjahn) 1042.
— -fürsorge (Gottstein, Schlossmann und Teleky) 320, 1078.
— — (Wendenburg) 1435.
— — soziale (Fischer-Defoy) 84.
— -pflege auf dem Lande (Covington) 1034.
— — öffentliche (Nicoll) 894.
— — in Toronto (Hastings) 1381.
Gewebezüchtung (Barta) 1441.
Gewebsatmung (Grassheim) 724.
— (Meyer, Erich und Reinhold) 1020.
— -durchlässigkeit (Fröhlich und Zack) 478.
— -extrakte, Depressor-Substanzen (Vincent und Curtis) 761.
— -kulturen (Krontowski) 917.
— -oxydasen (Staemmler) 923.
— -reaktionen nach Bestrahlung (Ewing) 1039.
— -schonung bei Operationen (Haberer) 397.
— -wachstum, pathologisches (Kubo) 1111.
— -zelle, lebende (Strangeways) 1174.
— -zellen, in vitrogezüchtete (Strangeways und Canti) 889.
— -zerfall (v. Gaza) 684.
— -zerstörung (Cowen) 761.
Gewebezüchtung (Mayer und Heim) 1170.
— künstliche (Mayer) 1088.
Gewerbeaufsichtsbeamte (Wunderlich) 1128.
Gewerbliche Berufskrankheiten (Chajes) 342.
Gewerbedermatosen (Bloch) 1056.
— (Jadassohn) 1154, (Bloch) 1154.
— phytogene (Touton) 1055, 1154.
Gewerbehygiene 1249.
— (Gottstein, Schlossmann und Teleky) 1078.
— Unterricht (Teleky) 643.
— kranke, Krankenhausabteilung (Baader) 166.
— -krankheiten (Chajes) 64.
— Physiotherapie (Duval) 1385.
Gewerbliche Vergiftungen (Zangger) 412.
Gewicht s. Körpergewicht.
Gibbus, subkutane Abtragung der Dornfortsätze (Mezzari) 488.
Gicht (Richter und David) 1233.
— -anfall, akuter (Gudzent) 684.
— Diät (Arena) 1277.
— -fieber (Magelssen) 170.
— mit 1proz. Harnsäurelösung, Therapie (Mahlo) 414.
— organovegetatives Nervensystem (Finck) 695.
— Therapie (Freund) 1339.
— -Behandlung (Gudzent) 160.
— -knoten (Grün) 1440.
Giemsa-Lösung (Frensch) 373.
Gifte s. a. Vergiftung.
— gewerbliche (Lehmann) 1101.
Giftgewöhnung (Hecht) 686.
Gifte, Gewöhnung an Genuß- und Rauschgifte (Hildebrandt) 1164.
— Spinnen (Flury) 1151.
— vegetative (Baráth) 639.
Gigantismus (Schereschewsky) 615.
Gingivitis (Praeger) 641.
— (Unna) 888.
— proliferativa bei Schwangerschaft (Monash) 734.
— Prophylaxe und Therapie (Lucke) 559.
Gipsmaterialien (Ritschl) 722.
— -verband (Winters) 990.
— offener (Grzywa) 884.
Gitapurin (Leussner) 685.
Glandula pinealis s. Zirbeldrüse.
Glasbläserstar durch Quarzlichtbestrahlung bei Lupuskranken (Scheerer) 1100.
— -körperabhebung (Isakowitz) 1100.
— hintere (Kraupa) 210.
— -absaugung (Zirm) 210.
— Gefäßneubildung (Scarlett) 1111.
— -gefäßproliferationen bei Syphilis und Arteriosklerose (Kraupa) 210.
— -hämaton und intrakranielle Blutungen (Terson) 1176.
— prolaps bei Staroperationen (Obarrio) 766.
— -struktur, ultramikroskopische und Spaltlampenbefunde (Baurmann) 1268.
— -vorfall (Spir) 824.
Glasurgießerinnen, Veränderungen der Haut und der Nägel (Kawalerow und Kogan) 1412.
Glaubersalzwässer, Einfluß auf Leberkranke (Arnoldi und Roubitschek) 722.
Glaukobinde Mollis (Kroll) 1130.
Glaukom (Ascher) 654.
— (Börresen) 350.
— (Ginzburg) 476.
— (Hamburger) 476.
— akutes (Hamburger) 1332.
— augendruckerniedrigende Mittel (Wolff und de Jongh) 64.
— -fälle (Hary) 1111.
— Glaskörpertheorien des primären (Nordensen) 1070.
— Gonioskopie (Kribe-Froncoso) 768.
— infantiles (Terrien) 1240.
— des intraokularen Flüssigkeitswechsels (Meesmann) 252.
— und Iridektomie (Green) 801.
— -operationen (Durr) 502.
— -Operationen (Gjessing) 29.
— Operation des chronischen (Jaensch) 641.
— parazentrale Skotome (Jaensch) 1169.
— senil, chronisch (A. Vogt) 559.
— tangentiales Skleroktom (Schioetz) 29.
— Therapie (Archangelsky) 824.
— -Therapie (Hamburger) 105, 246.
— -behandlung (Wick) 1165.
— vorderer äußerer Lederhautschnitt (Zirm) 210.
Glaukoma simplex (Meisner) 210.
Glaukosan (Egtermeyer) 1100.
— (Hamburger) 1437.
— (Moch) 1126.
— bei Glaukom und Iritis (Wegner) 1269.
Gleichgewicht und Gleichgewichtsstörungen (Fischer) 1151.
Gleichstrom-Therapie (Rein) 1305.
Glia s. Neuroglia.
Glia des Nerv. opticus (Marchesani) 1437.
— -zellarten und Eisenstoffwechsel (Metz, Spatz) 307.
Gliederfüßler, Stiche auf die Haut (Martini) 23.
— -starre, spastische (Schultze) 1026.
Gliedmaßen, angeborene Mißbildungen (Bergeret) 493.
Glioma retinae (Scheel) 210.
— -tose in den Meningen (Schuberth) 1097.
Gliomrosetten, Entstehung (Zeiss) 1268.
Gliom des Scheitellappens (Giannulli) 654.
Gliose (Moersch) 693.
Globus abdominalis (Susmann) 1337.
Glomerulonephritis (Fahr) 641.
— (Kuczynski und Dosquet) 1233.
— (Tillgren) 983.
— experimentelle (Duval und Hibbard) 1244.
— experimentelle Erzeugung akuter (Duval und Hibbard) 1281.
Glossitis ,marginale exfoliierende (Rime) 490.
Glossoptose, Reduktion beim Säugling (Robin) 1141.
Glubinkupfer (Iwasa) 331.
Glühlichtbad, Gefahren (Plate) 1126.
— Tod (Nickau) 1062.
Glühventilgleichrichter (Chantraine und Profitlich) 986.
Gluckaugmentatoren (Levri und Waldbauer) 245.
Glukose (Holböll und Gottschalk) 482.
— (Miller) 1040.
— -infusionen mit Insulin (Fisher und Mensing) 261.
— intravenöse Injektionen bei Blennorrhagie (Ischok) 364.
— im Blut (Christen Lundsgaard und Svend Aage Holboell) 27.
— im Blutkreislauf, Verhalten des Diabetikers (Pemberton und Curmingham) 172.
— Resorption in der Portalvene (Satake und Fujii) 1319.

Glukose-Schätzung b. Anwesenheit v. Phosphatpuffern (Fischer) 866.
— Wirkung von Muskel und Insulin (Harris, Lacker und Ringer) 1245.
— — auf das Säure-Basengleichgewicht bei Diabetes (Gibson) 568.
Glukosen im Blut des Menschen (Lundsgaard und Holböll) 170.
— Oxydation der methylierten (Sobotka) 866.
— im Plasma und roten Blutkörperchen (Holböll und Fock) 170.
— spezifischer Drehungswert nach Einwirkung des Insulins auf das Muskelgewebe (Holböll) 1307.
Glukoseureid (Hynd) 1310.
Glukoson (Thannhauser und Jenke) 204.
Glutathion (Kendall und Nord) 1245.
— Gehalt tierischer Gewebe (Uyei) 898.
Glycicenan (Lachse) 642.
Glycyl-Glycin, Einfluß auf den Atmungsstoffwechsel des Hundes (Plummer, Deuel, Losk) 1245.
Glykämie, s. a. Blutzucker, Glykose, Zucker.
— alimentäre (Bertram) 923.
— — (Condorelli) 564.
— Beziehungen zu den Dermatosen (Raynaud, Lacroix, Hadida) 764.
— Veränderungen durch Diathermiebehandlung der Schilddrüsengegend (Massa) 357.
Glykämische Reaktion (Kisch) 604.
Glykogen, Beziehungen zur gonorrhoischen Erkrankung (Mayr) 1162.
— in der fetalen Vagina (Gragert) 425.
— -anreicherung (Adlersberg und Porges) 243.
— — als Ziel der Insulinbehandlung (Molnár) 411.
— -gehalt, Ernährungsschädigungen (Eisner) 1434.
— — Fett, Leber, Durchfall (Rosenbaum) 249.
— — des Scheidenepithels (Schwab) 345.
— -konstitution (Gottschalk) 604.
Glykogenase (Fischer) 866.
Glykokolis, intravenös einverleibte (Wiechmann und Dominick) 755.
Glykolyse des Blutes (Gotta) 1452.
— und Blutgerinnung (Stuber und Lang) 883.
— der Gewebe (György) 1052.
— der Haut (Klopstock) 1100.
— und Schwankungen des Blutzuckerspiegels (Lemann und Liles) 373.
— tierischer Organe beim Carcinom (Dische und Laszlo) 1197.
— im Vogelblut nach Röntgenbestrahlung (Bornstein und Ascher) 1362.
— — — unter dem Einfluß oxydationshemmender Gifte (Bornstein und Ascher) 1362.
Glykolytische Prozesse (Holböll) 653.
Glykorhachie bei epidemischer Encephalitis (Munch-Petersen und Winther) 956.
Glykose, s. a. Blutzucker, Glykämie, Zucker.
— (Brugsch und Horsters) 203.
— bei Kinderkrankheiten (Talbot) 121.
— von überlebendem Scheidengewebe (Loeser) 103.
— -Intoleranz mit Ekzem (Ayres) 269.
— -Stoffwechsel (Wolf) 997.
Glykosen im Blut (Holböll) 760.
Glykosurie (Adlersberg und Porges) 1164.
— (Demmers) 560.
— bei Akromegalie (Hetzel) 357.
— bei meningealer Blutung (Lyder Nicolaysen) 73.
— benigne mit Hyperglykämie (Parsons) 1349.
— der Schwangeren (Adlersberg und Porges) 640.
— diabetische und nichtdiabetische während der Schwangerschaft (Stansfield) 1176.
— — Pathogenese (Dünner und Mecklenburg) 478.
— durch Insulin (Fricke) 1165.
— durch die Unterbindung der A. iliaca communis verursachten (Arai) 382.
— gutartige (Holst) 169, 653.
— in diabetischen Familien (Holst) 1143.
— in der Schwangerschaft (Williams) 37.
— und Diabetes, Differentialdiagnose (Aekerrén) 692.
— und Höhensonnenbestrahlung (Barrowman) 692.
— und Lipolysie (Graur) 1402.
— und Psychose (Hansen) 316.
— und Schwangerschaft (John) 501.
— Trauenzuckerverwertung bei der renalen (Paulin) 318.
— -Schwelle bei Diabetikern und Graviden (Faber) 170.
Glykurie (Roger) 1212.
Glyzerin, intrauterine Injektion (Compton) 956.
Glyzerinaldehyd, Wirkung (Hewett und Reeves) 1136.
Gmelinreaktion (Garnier u. Giroire) 694.
Gold s. a. Krysolgan, Sanocrysin.
— chemotherapeutische Versuche (Feldt) 297.
— Fällung des kolloiden durch Eiweißkörper (Uhlenbruck) 468.
— -präparate (Schiemann u. Feldt) 418.
Goldreaktion kolloidale (Manheims u. Bernhard) 264.
— -salze, Therapie der Lungentuberkulose (Garcia Triviño) 930.
— -sol (Ehmer) 686.
— -solkurve (Wendt) 203, 247.
— -solreaktion (Beckershaus) 1269.
— -solreaktion (Falkiewicz) 208.
— -solreaktion (Szabó) 1273.
— -therapie (Henius) 606.
— -behandlung (Rothmann) 949.
— -thiosulfat siehe Sanocrysin.
Goldverstärkungsmethode zur Sichtbarmachung ultravisibler Gebilde (Bechhold und Sierakowski) 1199.
Goldenbergsches Bindungsverfahren mit aktivem Serum (Schulte-Tigges) 606.
Gomenol-Oel (Minder) 1341.
Gonaden s. Geschlechtsdrüsen.
— beim Manne, Bestimmung der fehlenden (Rowe) 118.
— — — endokrine Therapie bei fehlenden (Lawrence) 118.
Gonoblennorrhoe bei Kaiserschnittkind (Neumann) 342.
Gonokokken (Montpellier) 218.
— (Wolff) 1196.
— Agglutination (Jenkins) 825.
— Abszeß der Raphe penis (Milian) 1278.
— -affektionen, Serodiagnose (Rubinstein) 257.
— -erkrankungen, intravenöse Chemotherapie (Jansion u. Vancki) 364.
— infizierte Frauen, bakterizide Eigenschaften des Blutes (Robinson) 898.
— Sepsis (Deicher und Lechner) 642.
— — (Petersen) 170.
— -kultur (Pelonze und Viteri) 430.
— -kulturen für Vakzine (Smith und Cross) 1036.
— in den Lochien (Kaplan) 300.
— Sperma (Orlowski) 926.
— Widerstandsfähigkeit (van Putte) 1103.
— Züchtung (Hach) 301.
Gonomars 548.
Gonoreaktion von Rubinstein und Gauran (Jansion und Diot) 1278.
Gonorrhoe (Olivet) 754.
— (Schmidt) 156.
— (Valvèrde) 115.
— (Werner) 721.
— Autovakzine (Reiss) 1444.
— akute (Chargin, Seckel und Stone) 897.
— Argentum nitricum (B. Pontoppidan) 28.
— Beteiligung der inneren Genitalien (Socken) 1097.
— Biologie des Eiters (Buschke und Jost) 643.
— Zervix, Reaktion des Scheidensekretes (Volkmann) 156.
— -diagnose (Cohn und Simon) 246.
— Diagnose durch Kultur (Gradwohl) 894.
— Diagnose und Therapie der weiblichen (Maley) 473.
— Einfluß der Diathermie (van Putte) 1103.
— Elektrotherapie bei Komplikationen (Kabatschnik) 1408.
— bei der Frau (Barringer) 733.
— der Frau, Sphinkterveränderungen der Blase (Frühwald) 1059.
— Heilung der chronischen weiblichen mit Frischvakzine und Lebendvakzine (Loeser) 979.
— und Hypochondrie (Benon) 116.
— bei den Juden des Altertums (Haltrecht) 347.
— Kinder, Histopathologie (Rouchese) 360.
— im Kindesalter (Wengraf) 823.
— bei Knaben (Alterthum) 641.
— Komplikationen und Folgezustände (Laqueur) 1100.
— latend verlaufende (Cohn) 851.
— des Mannes (Balog) 299.
— männliche (Clarkson und Dyer) 354.
— — (Young) 445.
— des Mannes, Behandlung mit Targesin (Portmann) 888.
— metastatische Augenerkrankungen (Breiger) 1271.
— Säurereaktion (Stengel) 557.
— Scheidensekretreaktion (Wirr und Legène) 333.
— Sekretfärbungen mit kolloidalen Farbstoffen (Mayr) 347.
— Serodiagnose (Cohn) 1162.
— — durch Komplementbindung mit aktiven Seren (Bruck, Behrmann und Rosenberg) 753.
— Targesin bei der Therapie der männlichen (Krechel) 1330.
— terminale Hämaturie (Marchionini) 1408.
— -therapie (Jessner) 104.
— — (Vecki) 221.
— — (Oelze) 330.
— — (Orso) 845.
— — (Porocz) 1408.
— — (Saenger) 1162.
— — der chronischen (Lenzmann) 1020.

Gonorrhoe, Therapie der chronischen weiblichen mit Frischvakzine und Lebendvakzine (Loeser) 1130.
— — homöopathische (Orlowski) 1100.
— — mittels intravenöser Einspritzungen von Urotropin (Fronstein) 651.
— — mit Necaron-Ingelheim (Halász) 348.
— — organotrope (Würzburger) 1265.
— — mit Röntgenstrahlen (Baer) 1055.
— — mit Targesin (Lippert 160.
— — — — (Polland) 925.
— — der weiblichen mit silberhaltigen Kolloiden (Lucke) 641.
— Untersuchung des Samens (Leibfreid) 1284.
— Vakzinetherapie der weiblichen (F. Wolff) 557.
— weibliche (Bukura) 1339.
— — (Jacoby) 1248.
— — (Meckel) 213.
— des Weibes, Autovakzine- und multivalente Mischvakzinetherapie (Schuhmacher und Kliewe) 161.
— weibliche, Behandlung mit Quellstäbchen (Holzamer) 547.
Gonorrhoische Arthritis (Hurd) 445.
— Eigeneiweißvakzine (Hecht) 156.
— Entzündungen (Smirnow) 427.
— Erkrankung, Beziehungen des Glykogens (Mayr) 1162.
— Niereninfektion (Kemble) 445.
— Urethritis beim Mann (Pelouze) 370.
— Vulvo-vaginitis, Diagnose (Scudder) 267.
Gonorrhoischer Abszeß im Bizeps (Brandes) 213.
— Rheumatismus, Therapie (Goldey) 268.
Gonorrhoische Adnexitis (Voukennel) 1296.
— Pelveoperitonitis (Stern) 989.
Gonotest (Caffier) 312.
— (Pflanz) 416.
— (Rottmann) 924.
— -reaktion, Diagnose der weiblichen Zervixgonorrhoe (Lindner) 979.
Gonoyatren (Petersen) 170.
Gople (Matthiessen) 316.
Gordal (Plauer) **226.**
Granugenol-Kapseln (Braun) 1081.
Granugenpaste (Fischer) 819.
— (Fritz Simon) 558.
Granulom, Aetiologie des venerischen (Clement) 1447.
— venerisches (Thierfelder und Thierfelder-Thillot) 333.
Granuloma annulare (Burnier und Rejsek) 1278.
— — (Challomon) 348.
— — (Rabut und Cailliau) 493.
— inguinale (Intosh) 1282.
— pediculatum (Balog) 651.
— subinguinale (Rille) 23.
— trichophyticum Majocchi (Oro) 1105.
Granulome, infektiöse von abszedierten Zähnen (Daland) 176.
— spezifische Nekrose (Long) 1379.
Gravidität, s. a. Schwangerschaft.
— und Ileus (v. Mikulicz-Pladecki) 884.
— Unterbrechung bei der Ratte durch Injektion des ovariellen Follikelextraktes (Smith) 1214.
Graviditätsanämie, perniziosaartige (Esch) 1236.
Grawitz-Tumor, Methämoglobinurie beim (Nicolas) 1269.
Greisenalter, Physiologie und Pathologie (Rosenberg) 982.
Grenzstrahlentherapie (Bucky) 1053, 1057.
Grimbertreaktion (Gernier und Giroire) 694.
Grippe (da Cumba und Lesorrage) 610.
— -Anergie (Dopter und Jansion) 113.
— -Epidemie (Liebmann) 479.
— -Epidemie unter Schulkindern (Rosenbluth) 824.
— -erkrankungen (Kühnast) **279.**
— Hausinfektion (Schubert) 1369.
— Kindergrippe (Damaso Rodrigo) 1173.
— -Kupierung durch Quinisal (Hötzl) **451.**
— und Lungentuberkulose (Lindhagen) 1335.
Großhirn s. a. Hirn.
— (Kodama) 791.
— Herderkrankungen (Koloman Keller) 308.
— -rinde, Entfettung (L. Binet) 565.
— -rinde, fünf Bautypen (v. Economo) 689.
— -rinde, Organisationshöhe (Economo) 412.
Großzehenphänomen, pathologisches (Clauß) 416.
Grotan (Bonne) 105.
Grundgesetz der allgemeinen Therapie (Heubner) 1165.
Grundumsatz, s. a. Stoffwechsel.
— (Hunt) 365.
— (Kopfhammer) 641.
— (Liebesny) 201.
— (Steiner) 110.
— in der ärztlichen Praxis (Arnoldi) 106.
Grundumsatzbestimmungen in der Klinik (Meili) 1370.
— nach Blutverlusten (v. Jeney) 1441.
— bei Akromegalie (Cestan, Sendrail und Lassale) 218.
— bei Beriberi (Senega und Yasutomi) 447.
— bei den fetten, nervösen Kindern (Nobécourt, Janet und Labbé) 1378.
— in der Prognose der Lungentuberkulose (Boseo) 1452.
— bei Tuberkulösen (Margreth) 859.
— -untersuchung (Williams und Nolting) 1075.
— Wirkung des Lichtes (Eichelberger) 866.
— Bestimmungen mit dem Kroghschen Apparat (Stolz) 1029.
— bei chronischer Herzerkrankung (Shapiro) 1143.
— bei Dysmenorrhoe (Heyn) 342.
— Fettleibigkeit (Jones) 1036.
— beim Japaner (Okada, Sakurai und Kameda) 1451.
— respiratorischer (de Cuervain und Pedotti) 1302.
— bei den Schwangerschaftstoxikosen (Stander und Pechham) 432.
Guanidin, Blutdruckerhöhung (Stoland und Buikstra) 319.
— Einfluß auf den Blutdruck (Mayor) 1214.
— und hoher Blutdruck (Mayor) 79.
— Hypoglykaemie (Frank, Nothmann und Wagner) 854.
— -substanzen im Blut bei parathyreogener Tetanie (Kühnau) 854.
— -Vergiftung (Baknez) 201.
— — (Noether) 304.
Guarnierische Körperchen (Andervout) 897.
Gumma beider Lider (Derkač) 477.
Gummata (Lesser) 547.
Gürtelplacenta (Fränkel und Granzow) 646.
Gutachten, fachärztliche **(v. Schnizer) 241.**
Gutachtertätigkeit (Frankfurter) **1160.**
Gwathmeysche Anästhesierungsmethoden (Schiffmann und Seyfert) 249.
— Narkose (Martin und Jaekle) 1337.
Gymnastik für die Frau (Raboth) 246.
— als Heilturnen in der Tuberkulosebehandlung (Winse) 25.
— weibliche (Bender) 1069.
Gynäkologie, alltägliche (Wille) 768.
— Handbuch (Veit-Stoeckel) 1215.
— konservative Therapie (Benthin) 415.
— Lehrbuch (Schröder) 934.
— des praktischen Arztes (Runge) 124.
— Röntgentherapie der entzündlichen Erkrankungen (Wagner) 1153.
Gynäkologische Operationen bei Geisteskranken (Donald) 932.
— — — Irren (Donald) 959.
Gynäkomastie (Weber) 657.
— bilaterale (Durrance) 81.
— und Hodentumor (Monaschkin) 213.
— Vererbung (Fetscher) 1131.
Gynandromorphinismus, periodischer bei einem Hahn (Pézard, Sand und Caridroit) 792.
Gynatresien, Therapie (Naujoks) 558.
Gyneclorina (Kaufmann) 331.
Gynergen (Gremmée) 560.
— (Hetényi und Pogani) 394.
— (Panter) 753.
— (Rütz) 642.
— (Schönbauer) 985.
— (Thiel) 545.

Haarausfall, ultraviolettes Licht (Porcelli) 1345.
Haare, Entfärbung mit Wasserstoffsuperoxyd (v. Berde) 348.
— Epilation bei Pilzkrankheiten (Bronstein) 1242.
Haar, Hypertrophie nach Röntgenbestrahlung (Breitländer und Felke) 883.
— -pilzerkrankungen (Kleinmann) 1362.
— -pilzerkrankungen, Epilation, mittels Thallium (Buschke, Langer und Schayer) 547.
— -pilzerkrankungen, Epilation, mittels Thalliumazetat (Buschke, Langer und Peiser) 887.
— -verlust (Goodman) 38.
— -wuchs, Cholesterinstoffwechsel (Jaffé) 331.
— -zunge, sandige (Montpellier und Catanei) 367.
Haffkrankheit (Dörbeck) 544.
— (Lentz) 643.
— (Selter) 416, 685.
— (Wieland) 329.
Haff-Laboratorium, Bericht über die Tätigkeit des Staatlichen (Lockemann) 1249.
Hakenwurm (Augustine) 494.
— -krankheit (Augustine und Smillie) 494.
— -krankheit schwangerer Frauen (Insfran) 431.
Haldengase (Philipp) 1101.
Hallux valgus (Pick) 687.
— — (R. Scherb) 26.

Hallus valgus-Operation Payrs (Hühne) 1302.
— — -operationen (Feßler) 1434.
— — operative Behandlung (Man und Lauber) 953.
Halluzinationen, psychogene (Bresowsky) 1204.
Halluzinieren (Schröder) 420.
Halluzinose, Pathophysiologie der akuten (Hartmann) 1029.
— umschriebene (Miessl und Mayendorf) 70.
Halogen nach Albrecht Ulzer (Risak) 1302.
— -lösung zur Wundbehandlung (Albrecht) 824.
Hals und Nase, allergische Zustände (Piness und Miller) 76.
— -fistel, laterale (Huizinga) 1272.
— -fistel, von den Zähnen ausgehende (Brusotti) 994.
— -fisteln (Ostrowski) 1443.
— -fisteln laterale (Sofie Müller) 309.
— -krankheit, Lichttherapie (Hans Leicher) 25.
— -krankheiten im Kindesalter (Smurthwaite) 692.
— -Kiemengangfistel (Burnier und Rejsek) 114.
— -lymphome, tuberkulöse, Radiotherapie (Smith und Hopkins) 76.
— -operationen, Kopfbügel für (Kulenkampff) 1338.
— -reflex beim Säugling (Tezner) 249.
— -rippe (Loessl) 758.
— -sympathikus-Verletzungen (Néri) 493.
— -tumoren, zystische (Rühl) 985.
— -wirbelsäule (Ranzi und Vogl) 647.
— -wirbelsynostase (Partsch) 687.
Haltung (Leven) 794.
Hämagglutination der roten Blutkörperchen (Higgins) 1450.
Hämagglutingehalt des Blutserums bei Carcinom (Bendien) 759.
Hämagglutinine, Erzeugung hetero-spezifischer durch Injektion artfremden Serums (Deicher) 1199.
Haemangiom (Perman) 1273.
— (Taalor) 1350.
— an der Dura spinalis (Gold) 424.
— Therapie mit Radium (Novák) 1375.
Haemangiome, Therapie (Stegmann) 1204.
Haemangioma cavernosum (Raaflaub) 315.
— — linguae (Baumgartner) 72.
Haematemese (Jackson, Tucker, Clerf, Lukens und Moore) 118.
Hämatin im Blutstrom (Bingold) 918.
— -erbrechen (Samson) 947.
Hämatochromatose (Mallory) 432.
Hämatokrit (van Allen) 1296.
Hämatologische Methoden (Brandt) 923.
Haematom s. Blutung.
Hämatometra (Linton) 484.
Hämatom, extradurales (Smith) 484.
— retroperitoneales (van Tongeren) 1097.
Hämatome, kommunizierende (Rieder) 1267.
Hämatoporphyrie (Schumm) 918.
Haematurie s. a. Haemoglobinurie, Nierenblutung.
— (Brecher) 1132.
— (N. P. Rathbun) 579.
— bei Appendizitis (Sciaky) 1142.
— Aetiologie (Eisendraht) 431.
— dauernde, bei Pyelonephritis (Vaccaro) 572.
— bei Hyperdronephrose (Gottlieb) 310.
Hämaturien, renale (Balkanyi) 1061.
Hammerzehe (Brogard) 475.
Hämochromogenkristallen (Kerr und Mason) 351.
Hämocyanin (Redfield, Coolidge und Huvd) 1245.
Hämogenie, Pathogenie (Weil und Wall) 957.
Hämoglobin s. a. Blutfarbstoff.
Hämoglobin s. a. Methaemoglobin.
— (Zeyneck) 103.
— -bestimmung in der Schwangerschaft (Kerwin und Collins) 1450.
— Färbe- und Sättigungsindex (Osgood) 659.
Hämoglobinometer (Gram) 169.
— (Roderick) 434.
— Standardisierung (Gram) 653.
— -resistenz (Wönpel) 106.
— -resistenz ((Bischoff und Breitländer) 1405.
— -resistenz beim Säugling (Bischoff und Schulte) 341.
Hämoglobinurie (Salén) 73.
— funktionelle (Finny) 1238.
— -Kälte (Orel) 985.
— bei Malaria (Ghiron) 360.
— bei Neosalvarsan-Wismutkur (Munter und Steinitz) 296.
Hämoglobinwerte, Bestimmung und Bezeichnung (Lindsay, Rice und Selinger) 660.
Haemogramm s. Blutbild.
— (Köster und Brase) 203.
Hämoklasie alimentäre bei Prurigo (Brack) 109.
Hämoklinischer Status bei chir. Tub. (Schanin und Chrennikow) 1243.
Haemolyse s. a, Amboceptor.
Haemolyse (Ginsburg und Kalnin 1242.
— bei Bluttransfusion (Cornelis) 1267.
— Reversion (Starlinger) 245.
— — (Starlinger und Strasser) 980.
Hämolysine (Salazaer) 1448.
Hämolytisches Ambozeptorserum (Laubenheimer und **Vollmar**) 418.
Hämometer (Seligsohn) 1095.
Haemophilie (Colland) 427.
— (Klug) 1405.
— (Lord) 998.
— (Monteleone) 360.
— (Wittkower) 1332.
— und Anämie durch Malaria (Gonzalo) 30.
— Arthritis bei (Riosalido) 1173.
— ätiologische Behandlung (Samson-Himmelstjerna) 1245.
— atypische (Reimold, Stöber und Klinke) 1065.
— Bluttransfusion (Moritsche) 825.
— Kapillarbeobachtungen (v. Bernuth) 1234.
— bei Neugeborenen 655.
— Therapie der akuten Hämorrhagie (Dickey) 1418.
— trypanocide Serumsubstanzen bei (Werner und **Hartmann**) 1401.
— beim Weibe (Bauer und Wehefritz) 791.
— Wesen (v. Samson, Himmelstjerne) 483, 685.
— Familie, Blutgruppenuntersuchungen (Kubányi) 297.
Hämophilen, asymptomatische Appendicitis (Bonadies) 654.
Hämoptoe, Röntgenbefunde (Beilin) 864.
Hämoptyse der Phthisiker (Robertson) 74.
Haemorrhagie s. Blutung.
— (Calhoun) 1283.
Hämorrhagische Diathese in der Schwangerschaft (**Liebe**) 1170.
Hämorrhagien intrakraniale (Brandt) 39.
Hämorrhagie intrakraniale beim Neugeborenen (**Maclaire**) 371.
— — interkranielle der Neugeborenen (Scharpe und **Maclaire**) 266.
— spontane subarachnoide (Richardson) 375.
Hämorrhagien, Serumbehandlung (R. Pierret) 566.
Hämorrhagische Sepsis (Sabbatini) 1416.
Hämorrhoidalblutungen als vikariierende Menstruation (**Auerbach**) 1024.
— -erkrankungen (Gronau) 1019.
Hämorrhoiden, operative Behandlung (Matolay) 1274.
— populäre Irrtümer (Montague) 571.
— -therapie mit Galvanokaustik (Whitcombe) 171.
Hämosistan (Braun) 1028.
— (Irresberger) 754.
Hämotest (Moritsch) 108.
Hämotonischer Index bei Lungentuberkulose (Secco) 931.
Handgelenk, perilunare Luxation (Monnard) 169.
Hand, Gelenk- und Sehnenverletzung (Goddu) 118.
— -kugelfunkenstrecke (Holzknecht) 1127.
— Luxatio (Michaëlsson) 610.
— -schrift in der Psychiatrie (Blume) 1234.
— schwere Zerreißung (Loeb) 658.
— Tuberculosis ulcerosa et verrucosa (Glasser und Sloimovici) 614.
— -wurzelknochen-Verletzung (Anzilotti) 253.
— -wurzelverletzung, symmetrische (Ciaccia) 254.
Hände, symmetrische Epiphysenerkrankung (Kloiber) 608.
— Mechanik (Felipe Margarit) 1173.
Hanf, indischer (Joel) 329.
— — (Sabalitschka) 820.
Hängebrust, Korrektur nach Aubert-Passot (Cattani) 1371.
— Operation (Küster) 759.
— operative Behandlung (F. de Quervain) 559.
Hängefuß, chirurgische Behandlung (Ollerenshaw) 484.
Hanots Cirrhose (Murray) 82.
Hardersche Drüse beim Kaninchen (Muckai) 1268.
Harn, Amylasegehalt (Fricker) 314.
— analyse, Lehrbuch (Bang) 899.
— -apparat, kongenitale Dilatation (Pleschner) 1132.
— -azidität, Calium- und Calziumwirkung (Hetényi und Hokó) 1362.
— Bakteriologie (Keilty) 434.
— -becken (Goldnamer) 1034.
— Bestimmung des spezifischen Gewichtes (Kirkpatrick und Kling) 999.
— biochemische Untersuchungen bei Olympiakämpfern (Flössner und Kutscher) 946.
— brunsterzeugende Stoffe im Frauenharn (Loewe und Lange) 639.
— Darmfäulnisprodukt (Becher) 1059.
— -diastase (Nils) 1199.
— Fermentativenergie (Tur) 164, 339.
— Gefrierpunktserniedrigung (Jones) 1215.
— Häufigkeit des Urinierens (Rathbun) 1247.
— Nachweis von Zuckerarten (Benjasch) 1162.
— — — Zucker und Albumen ohne Reagentien (Smith) 445.
— Oberflächenspannung bei Tuberkulösen (Rosen) 1444.

Harnblase s. a. Cystitis.
— (Carrasco) 31.
— (Hensch) 1130.
— Anästhesie (Schlagintweit) 476.
— angeborene Riesenharnblase (Angerer) 925.
— Atomie (Antoine) 647.
— Blastomykose (Rhamy) 998.
— -blasenerkrankungen (Fürbringer) 720.
— — -divertikel (Herrmannsdorfer) 952.
— — — (Angerer) 925.
— — -Dilharziose in Somaliland (Veneroni) 216.
— — Diathermie bei Papillomen der (Nelson) 1001.
— — -Chirurgie (Th. Naepli) 559.
— — -Carcinom, Therapie mittels chirurgischer Maßnahmen (Stevens) 381.
— — — (Stahl und Warburg) 790.
— -blase, Fremdkörper (Berger) 156.
— — — (Bethune) 1076.
— — Extraktion eines Steines (Eggedi) 726.
— — — (Bitschai) 348.
— — — (Briggs) 582.
— — — (Kruspe) 926.
Harnblase, Fremdkörper (Pedersen) 858.
— — — (Stiglbauer) 647.
— -geschwülste (Hartinger) 952.
— — (Hirt) 1726.
— — (Kenzie) 267.
— intraveskinale Therapie (Schwarz) 476.
— (Picker) 310.
— Probeexzisionen (Krohn) 476.
— -tumoren (Watson) 267.
— — Elektrokoagulation (Scheele) 1100.
Harnblase, Tumoren bei Arbeitern chemischer Fabriken (Oppenheimer) 1125.
— gestieltes Fibromyxom (Saturski) 688.
— -blasenhals, Konstriktur (Saunders) 570.
— — -kontraktur (Rubritius und Schwarz) 700.
— -hernie, inkarzerierte (Haslinger) 1132.
— -blase, Hypotomie und Hypertonie (Bachrach) 1132.
— — kaverniöses Hämangiom (Katz) 444.
— — maligne Geschwülste (v. Lichtenberg) 1125, (Joseph) 1125.
— — — — (Schaginweit) 1125.
— -Blasenmole mit rascher maligner Degeneration (Forti) 931.
— — -obstruktion (Wallace) 445.
— — -papillome (Born) 427.
— — -papillom (Praetorius) 926.
— -blase, pathologische Außenlage (Mayo und Hendricks) 1318.
— — Resektionen am Hals (Frank) 1126.
— -blasenriß, Uterusruptur (Hagenbusch) 344.
— -Blase, Röntgentherapie der bösartigen Geschwülste (Werner) 1125.
— — Röntgenuntersuchungen (Sgalitzer) 1132.
— -blasenruptur (Brenner) 333.
— — -rupturen (Lehmann) 925.
— -Blase, Sarkom (Bottari) 217.
— — — (Caulk) 1215.
— -blasenschnitt suprapubischer (Wright) 445.
— — -spülungen mit hochprozentigen Silberlösungen (Fuerst) 1166.
— — -stein (Williams) 1281.
— — — hantelartige (Herman) 700.
— — -stein mit Paraffinkern (Skaw) 929.
— — -steine, Röntgendiagnostik (Frysman) 476.
— — -symptome (Coy) 800.
— -blase, Syphilis (Riley) 698.
— — bei Tabes (Perlmann) 856.
— — Therapie von Defekten (Schmid) 647.
— — Totalexstirpation bei Krebs (Messtorff) 309.
— — Spasmus (Keyes) 1215.
— — Ulcus (Kretschmer) 431.
— — Verletzungen (Peacock und Fischer Hain) 858.
— -blasen-Tuberkulose (Knapp) 1132.
— — — (Werhoff) 1130.
— — -uterusfistel (Rubins) 317.
— — -vaginalfistel (Fuchs) 556.
— — -Scheidenfisteloperationen (Freund) 688.
— — -scheidenfistel puerperale (Graff) 346.
Harninfektionen (Braasch und Bumpus jr.) 582.
— -infektion (Sternbach) 1132.
— — Therapie (Sternbach) 685.
— -infektionen, chronische (Feirer, Meader und Leonar) 1076.
— -infiltration in Beziehung zur Becken- und perinealen Fascie (White und Ritch) 1281.
— -inkontinenz, Transplantation des musculus gracitis (Deming) 431.
—des Kindes, Kohlenstoff-Stickstoffverhältnis (Fischberg) 547.
Harnkanälchen, Säurequellung des Epithels (Lazarew) 1434.
— Kohlenstoff im Stoffwechsel des Säuglings (Ederer) 1336.
Harnleiterdrainage (Fuchs) 556.
— -leiter, Divertikel (Stevens) 1215.
— -leiterende, cystische Erweiterung des unteren (Minder) 925.
— -leiter, Erweiterung in der Schwangerschaft (Carson) 1215.
— -leiter, extreme Erweiterung (Grant) 1076.
— -leiter, Freilegung des untersten Abschnittes (Orthner) 1339.
— -leitermündung und Blasenkontraktion (Israel) 1095.
— -leiter, Neubildungen (Gottlieb) 1269.
— -leiterprolaps (Broglis) 892.
— -leitersteine (Boger) 1215.
— -leitersteine, Entfernung (Rothschild) 1331.
— -leitersteine, frühzeitige Operation (Pazzi) 563.
— -leiterstumpf, Empyem des (Fronstein) 1269.
— -leiter-Tuberkulose (Müller) 1130.
— -leiter, Verdoppelung (Cudowigs) 1269.
— -leiter, Verdoppelung (Ormond) 582.
Harnorgane, Chirurgie (Herrmannsdorfer) 1198.
— -organe, chirurgische Erkrankungen bei Kindern (Hyman) 1385.
— -organe, Erkrankungen im Kindesalter **(Schiff) 1219.**
— -organe, Mißbildungslehre (Burger) 1436.
— -organe, Neoplasmen (Suter) 160.
Harn, Oxydationsquotient (Müller) 1402.
— -pflichtige Substanzen, peritoneale Ausscheidung aus dem Blute (Rosenak u. Siron) 1205.
— -proben, chemische (Willheim) 1166.
— -proteine (Welker, Thomas u. Hektoën) 658.
— proteolytische Enzyme (Thorling) 991.
— quantitative Eiweißbestimmung (Moody u. Stocking) 1352.
— -quotient C : N (Bickel) 1332.
— — — (Hönig und Wada) 981.
— — — bei Ernährung mit bestimmter Probekost (Hideo Wada-Osaka) 1163.
— — — bei Jodwirkung (Watanabe) 818.
— Reaktion und alveoläre Kohlensäurespannung (Jansen u. Karbaum) 1334.
— Reduktionsindex (Török) 250.
— -retention bei Kindern (Sala) 1377.
— -rezipienten (Bedarida) 1142.
Harnröhre Anästhesie (Schlagintweit) 476.
— -röhrenblutung (Demel) 310.
— röhrendilatation (Hayes) 1281.
— -röhre, Geschwülste (Oppenheimer) 884.
— -röhrenplastik (v. Lehoczky-Semmelweis) 688.
— -röhrenpolyp, gestielter (Wynne) 1385.
— -röhre, röntgenologische Untersuchungen (Langer u. Wittkowski) 415.
— -röhre, Schleimhaut (Hirsch) 445.
— -röhre, Schleimhautpolyp der weiblichen (Schmidt) 250.
— -röhren-Spülung (Sinkoe) 1284.
— -röhrenstriktur (Jahr) 66.
— -röhrenstrikturen (Levy-Lenz) 1265.
— -röhrenstriktur mit Fistelbildung (Zondek) 476.
— -röhre, Veränderungen der weiblichen (Cecil) 267.
— -röhre, Verletzungen (Peacock u. Fischer Hain) 858.
Harn, Rückfluß aus der Blase (Eisendrath, Katz und Glasser) 175.
— — und Nierenkolik (Lewis) 444.
Harnsäure (Flatow) 156.
— -säure-Ausscheidung (Kalf-Kalif) 724.
— -säure, Ausscheidungen bei normalen Säuglingen (Stendel und Ellinghaus) 556.
— -säure, Einfluß der Pufferungskapazität auf die Löslichkeit (Jung und Leuthardt) 1332.
— -säuregehalt des Blutes in der Schwangerschaft (Bokelmann und Rother) 162.
— -säurehaushalt (Spitz) 1203.
— -säurekonzentration des Blutes, Wirkung vegetativer Nervengifte (Tashiro) 1319.
— -säure-Salze, Ausscheidung durch die Schweißdrüsen (Melczer) 347.
— -säure im menschlichen Schweiß (Voit) 1101.
— -säurestoffwechsel, hyperurikämische Störungen (Weil u. Guillaumin) 693.
— -säure-Untersuchungen (Wiener u. Wiener) 1075.
— -säure, urotrope und enterotrope (Arena) 1277.
Harnsteine (Arena) 859.
— -steine (Chute) 37.
— -steine (Gupta) 762.
— -stein, Entstehung (Oelsner) 1124.
— -stein (Hasselström) 1070.
— -stein (Hofmann) 160.
— -stein (Simons) 429.
— -stein (Zondek) 412.

Harnstein, chirurgische Therapie (Cifuentes) 640.
— -steine (Schlayer) 1092.
— -steine, Diagnose und Behandlung (Strachstein) 571.
— -steine, doppelseitige (Paschkis) 1163.
— -steine, frühzeitige Operation (Pazzi) 563.
— -stein beim Kinde (A. P. Martin) 30.
— -doppelseitige (Thomas) 267.
— -steinerkrankung in Ost-Thüringen (Nicolas) 726.
— -steine, latente (Lepoutre) 111.
— -steinoperation (Harpster u. Brown) 381.
— -steine operiert (Zondek) 476.
— -steine, rezidivierende (Hinman u. Gibson) 1075.
— -steine, Röntgenbefunde (Luscinian) 864.
— -steine, strahlendurchlässige (Kairis) 925.
— -stein, Therapie (Kalk u. Schöndube) 245.
— -stein, traumatischer (Rosenstein) 1124.
Harnstoff, Ausscheidung und Cholesterinämie unter dem Einfluß von Thonium-Emanationen (Cluzet, Piéry, Chevallier u. Dubost) 364.
— — als Nierenfunktionsprüfung (Kawahara) 896.
— Bestimmung im Blut und Urin (Roe und Irish) 1075.
— — -Fieber (Baumecker und Schönthal) 984.
— — -Konzentrationsprobe (Johns und Cantarow) 1451.
— — Retention, Quecksilberbindungsvermögen im Blut (Hench und Aldrich) 1316.
— — -Verbindungen, symmetrische (Donagh) 486.
— — Wirkung auf Glukose, Fruktose und Mannose (Hynd) 1310.
Harntraktus, Autopsiepräparate (Goldstein und Carson) 444.
— — Leukoplakie (Briggs und Maxwell) 1075.
— — Sterilisierung (Young) 381.
— -untersuchung (Tilger) 722.
— -verhaltung, s. Anurie.
— — (Hunt) 380.
— — (Keyes) 267.
— — akute (Rathbun) 897.
— — durch krankhafte Veränderungen der Vorsteherdrüse (Hoffheinz) 1066.
— — postoperative (Jalcowitz) 1405.
— — Therapie der postoperativen durch intravenöse Injektionen von Urotropin (Küstner) 1162.
— -verhaltungen, Pathogenese (Rubritius) 1132.
— Versuche, den Harn einer Niere dauernd in das Blut zu leiten (Brücke) 1029.
— Verteilungsverhältnis der Eiweißkörpergruppen bei Nierenkranken (Koller und Starlinger) 1202.
— -wege Amöbenerkrankungen (Petzetakis) 168.
— — Bakteriologie und Therapie der Infektionen (Wendt) 726.
— — idiopathische Dilatation der oberen (Necker) 1132.
— — infektiöse Erkrankungen (A. Hecht-Johansen und E. Warburg) 29.
— — Infektion durch A-Vitaminmangel (Frontali) 1174.
— — Koliinfektion (Suter) 160.
— — Leukoplakie (Allemann) 1209.
— — röntgenologische Studien der oberen (Harris) 1247.
— — Steine (Chute) 267.
— — Tuberkulose (Runeberg) 761.
— Wirkung der Kalium- und Kalziumsalze auf die Aziditätsverhältnisse (Hetényi-Hollo) 1375.
— -zylinder, Entstehung (Feuchtwanger und Lederer) 341.
Härtebestimmung im Leitungswasser (Bereschavski, Majewski und Schrestowa) 1199.
Harveys experimentelle Methode (Bradford) 1275.
Haschisch (Wiechowski) 1151.
— -Rausch (Joel und Fränkel) 1020.
Hasenscharte (Ladd) 699.
— Operation (Hohmeier) 1020.
Haß krankhafter (Claude und Robin) 696.
Hauspolizei (Waldmann) 417.
Haut (Bonne) 1030.
— (Gauvain) 1248.
— -allergie nach Impfung mit Tuberkulin und Kuhpockenlymphe (Moro und Keller) 413.
— -allergie nach Simultanimpfung von Tuberkulin (Fernbach) 684.
— -allergie bei Syphilis (Kevin, Malley) 617.
— und antirachitischer Faktor (Falkenheim) 1296.
— -antiseptika (Finker und Sutton) 1348.
— -aspergillose (v. Lesczynski und Epler) 347.
— -atrophie (Barrio de Medina y N. Calvin) 930.
— -atrophie (Wertheim) 925.
— Biologie (Edelstein und Vollmer) 604.
— — (Hauptfeld) 753.
— — (Vollmer) 882.
— -blastomykose (Grschebin und Maschkilleisson) 651.
— -blastomykose (Gilchristche (Maschkilleisson) 954.
— Blutgefäße (Lewis) 825.
Hautcarcinome (Fischer) 1063.
— Carcinom, Kasuistik und Therapie 888.
— — beruflichen Ursprungs (O'Donovan) 929.
— — Röntgenbestrahlung (Thedering) 305.
— — Röntgenbehandlung (Hazen) 963.
— -carcinose, sekundäre **(Jahn) 599.**
— Diphtherie (Warren und Sutton jr.) 75.
— -drüsen (Schaffer) 203.
— -drüsen Sekrete, abnorme (Fischer) 651.
— -einheitsdosis (Schoenholz) 1053.
— Einteilung der myeloisch-leukämischen Erkrankungen 1271.
— elastische (Ohno) 167.
— -empfindlichkeit, regionäre des Säuglings (L. W. Sauer) 559.
— -erkrankungen (Buschke und Gumpert) 1198.
— -erkrankungen, Einfluß von Störungen des Sympathikus und der endokrinen Drüsen (Levy-Franckel und Juster) 661.
— -erythem (Béclère) 479.
— follikuläre Tuberkulide (Pascheff) 759.
— -gangrän, trophoneurotischer (Vohwinkel) 1440.
— -gangrän nach Kohlenoxydvergiftung (Schoenhof) 954.
— Gestaltswahrnehmungen (Buch) 1124.
— -homoioplastik (Gohrbrandt) 424.
— Induration beim Neugeborenen (Marfan und Hallez) 1312.
— Kalzium- und Kaliumverteilung (Dähn) 348.
— Kapillar-Neurosen (Scharpff) 755.
— konzentriertes Kohlenbogenlicht für die Röntgenschädigungen (Reyn) 653.
— -krankheiten (Oestreicher) 720.
— -krankheiten (Parmenter und Dubreilh) 577.
— -krankheiten, Histopathologie (Highman) 1379.
— -krankheiten im Kindesalter (Leiner) 250.
— -krankheiten und Körperbau (Gans und Gruhle) 651.
— -krankheiten, medikamentöse Therapie (Dietel) 1019.
— -krankheiten, Rolle der Lymphe (Samberger) 115.
— -krankheiten und Stoffwechsel (W. Lutz) 26.
— -krankheiten, Therapie (Wise) 658.
— -krankheiten- Behandlung durch Entgiftung (Smith) 933.
— -krankheiten, Therapie einiger kindlicher (Ullrich) 602.
— -krankheiten, Behandlung mit Organpräparate (Pulay) 246.
— -leiden als Berufskrankheiten (Beintker) 720.
— -leiden und endokrine Störungen (Bloch) 927.
— -leiden, juckende (Jessner) 1386.
— Leishmaniosis (Agronik) 23.
— Melanocarcinom (Speciale) 1276.
— multiple carcinoide (Fuhs) 1103.
— — — (Schmidt) 1068.
— — — (Severin) 641.
— -myome (Angelelli) 361.
— -narben, Nervenregeneration (Jäger und Traum) 952.
— nekrotisierende Form der Diphtherie (Meyer) 64.
— -neurosen (Klauder) 221.
— Pathologie der — in Beziehung zum Wasser- und Mineralstoffwechsel (Pulay) 1155.
— Physiologie (Krzysztalowicz) 1347.
— -pigmentierung (Messerli) 349.
— -Pigment durch Pityriasis versicolor beeinflußt (Polland) 1305.
— Pilzerkrankungen (Kumer) 1370.
— -plastik **(Gohrbrandt) 455.**
— -plastiken (Smith) 501, 897.
— -potential (Alvarez, Freedlander und Clark) 79.
— nach quaddelerzeugenden Einwirkungen (Rajka) 167.
— -reaktionen bei allergischer Krankheit (Leeuwen) 917.
— -reaktion und Heftpflaster (Seeliger) 753.
— -reaktionen nach unterteilter Röntgendosierung (Stenström und Mattick) 1178.
— Sarkomatose (Narat) 577.
— -sarkomatose idiopathische (Haberern und Karoliny) 423.
— Schädigung durch gewerbliche Arbeit (Chajes) 1101.
— -sensibilisation, exogene traumatische (White) 268.
— Sensibilisierung durch Kutanquaddeln (Kreibich) 721.
— -sinn (Buch und William) 1366.
— -skarifizierung, Methode (Wood) 1036.
— -syphilis (Goodman) 503.
— -syphilis, ausgedehnte (Goodman) 964.
— -syphilis, generalisierte (Goodman) 442.
— Systemaffektionen (Gordon) 570.
— -temperatur (Ipen) 29.
— -therapie (Pinkus) 105.
— Behandlung bei exsudativer Diathese (Sokolow) 643.
— — von Krankheiten mit homöopathischen Schwefelgaben (Zieler) 641.
— -titer, immunbiolog. (Blumenfeld) 1028.
— Tuberkulose (Fouquet) 257.
— -tuberkulose (Melczer) 1305.

Hauttuberkulose in Pommern (Leipold) 949.
— Tuberkulose Sanocrysinbehandlung (Hansen) 214.
— -Tuberkulose, Behandlung (Schubert) 949.
— -tumoren, benigne, epitheliale (Fischer) 1100.
— -tumoren der rechten Schläfengegend (Louste, Thibaut und Chaillau) 257.
— -Tumoren, tuberkulöse (Richter) 1162.
— Ueberempfindlichkeit (Lehner und Rajka) 166.
— — bei exsudativer Diathese (Schlack) 645.
— Veränderungen durch Jodtinktur (Fritzler) 755.
— Verhalten gegenüber Strahlen des sichtbaren Spektralgebietes (Schultze) 643.
— -verletzungen (Templeton) 446.
— -vertaubung, elekrosmotische (Rein) 1305.
— Wärmestrahlung der menschlichen (Sluiter und v. Rijnberk) 652.
Hawii, Lebenstabelle der verschiedenen Rassen (Kung) 259.
Hebammen, Reformen in Unterricht und Berufsausübung (Theobald) 1135.
— -wesen in Oesterreich (Kompert) 557.
Hefepräparate, Gehalt an Vitaminen (Heincke) 640.
Hegarsche Schwangerschaftszeichen (Kritzler-Kosch) 1097.
Heilgymnastik (Gabriel) 768.
— schwedische (v. Liebermann) 1296.
— Wesen und Wege (Stumpf) 768.
Heilkunst und Naturwissenschaft (Sauerbruch) 1118.
— -pädagogik, Aufgaben und Wege (Stern) 1162.
— -pädagogisches Taschenwörterbuch (Seeling u. Franzmeyer) 1320.
— -quellen als Arzneimittel (Wiechowski) 105.
— -quellenforschung (Haertel) 1101.
Heines Liebe, Sensualismus und Sexualismus (Jung) 1300.
Heiratsfähigkeit und Infantilismus der weiblichen Geschlechtsorgane (van de Velde) 473.
Heizungshygiene (Hubbard) 175.
Heliotherapie s. Lichtbehandlung.
— (Hawes) 374.
— (Herve, Juhel und Ollivier) 794.
— (Sevier) 118.
— physikalische und biologische Probleme (Pohle) 1039.
— bei Tuberkulose (Kime) 371.
— — — (Watson) 1282.
Helladaptation (Drescher und Trendelenburg) 824.
Hellsehen, okulte Phänomene (Meyer) 414.
Helminthiasis (Brüning) 823.
Helmintophobie (Gram) 315.
Helmschatten bei den Lungenerkrankungen der Säuglinge (Mowriquand, Bertoye und Bernheim) 1211.
Helpin (Axenoff) 978.
Hemialgien (Seletzky) 208.
Hemianopsie (Lehmann) 824.
— (Morat) 1105.
— binasale (Feigenbaum) 1437.
— bei Encephalitis epidemica (Bychowski) 158.
Hemiatrophia faciei (Ben) 989.
Hemichorea auf syphilitischer Basis (Silbermann) 307.
Hemihypertrophia faciei mit Bophthalmus (Süss) 725.
— totalis congenita (Bolten) 560.
Hemikolektomie (Grimaldi) 995.
Hemikranische Psychosen (Mingazzini) 420.
Hemiplegie Beeinflussung (Pötzl) 159.
— in Verbindung mit kongenitaler Syphilis (Babonneix) 1138.
Hemiplegien, Modifikationen des venösen Druckes im Verlauf organischer (Villaret und Jonesco) 1277.
Hemisphäre, Funktion der rechten (Henschen) 1072.
Hemisyndrome, vegetative (Serejski, Frumkin und Kaplinsky) 951.
Hemmung bei Kindern (Schastin) 1413.
Heparinplasma als Nährboden (Graessin) 659.
Hepatischer Infantilismus (Pfaundler) 472.
Hepatitis (Barlocco) 995.
— epidermica (Thisted) 1070.
Hepato-lentikuläre Degeneration (Barnes und Weston) 1072.
— — (Mahaim) 652, 689.
Herba urticae dioicae (Adler und Marx) 418.
Herdinfektion (Kolmer) 1107.
Herdsepsis (Murray) 356.
Heredität, s. Vererbung.
d'Herelle Phänomen, s. Bakteriophage.
— — (Karsanowski) 205.
— — (Kauffmann) 758.
— — (Seiffert) 108.
— Bakteriophagen, Behandlung der urinären Infektionen (Raviner) 696.
Herffsche Klammern (Bors) 557.
Hermaphroditismus (C. A. Pettavel) 559.
— experimenteller (Pizard, Sand und Caridwit) 315.
Hermaphroditismus experimenteller (H. Seemann) 561.
— externus femininus (Bell) 265.
— verus (Neumann) 250.
Hernia diaphragmatica (Hedblom) 118.
— — (Reich) 412.
— — (Walzel) 249.
— — dextra hepatis (Reich) 608.
— — libera (Schonte und Orbaan) 760.
— inguinalis (Russell) 266.
— intraabdominalis (Hennig) 558.
— mesocolica media (Koch) 1130.
— obturatoria (Blaxland) 1174.
— vaginalis posterior (Miles) 501.
Hernie, bilaterale (Bearse) 120.
— eingeklemmte (Fitzsimons) 1342.
— — (Praetorius) 1093.
— — (Ritter) 309.
— -einklemmungen, Taxis (Neugebauer) 753.
— epigastrische (Friedenwald und Morrison) 1379.
— im Ligamentum latum (Dunn) 441.
— linsseitige transdiaphragmatische (Rhéaume) 794.
— postoperative Bauch- (Lamson) 1319.
— des Processus vermiformis (Bacheca) 995.
— Pseudo-Inkarzeration bei eitriger Peritonitis (Carlo) 1143.
— Reposition der inkarzerierten (Sheffield) 698.
— Schenkel — (Russell) 1318.
— spontane Heilung (Leyfer) 1368.
Hernien, epigastrische beim Kinde (Martin) 861.
— nichttraumatische diaphragmatische (Healy) 499.
— operative Behandlung (Fullerton) 351.
— Röntgenbilder (Case und Upson) 1281.
— -bildung postoperative im Ligamentum latum (Zoefgen) 413.
— -sack, Entzündung des leeren (Madlener) 1267.
— — Paraffin (Andrews) 732.
Herniotomie (Coontz) 380.
Herpes (Rezek) 203.
— (Schroeder) 474.
— -Aetiologie (Loewenthal) 947.
— Beziehungen zur epidemischen Encephalitis (Levaditi) 32.
— corneae (Berger) 1437.
— — nach Opsonogeninjektion (Velhagen) 1169.
— -Forschung, experimentelle (Back) 1169.
— -frage (Minami und Ehara) 297.
— genitalis (v. Pezold) 641.
— -gift (Remlinger und Bailly) 694.
— und Herpes zoster (Flandin) 1313.
— und Pockenvirus (Heymann) 413.
— rezidivierender des Gesichts (Röderer) 614.
— und Varizellen (Matthews) 1342.
— — — (Meldrum) 993.
— — — (Pereira) 1174.
— — — (Spillmann und Créhange) 827.
— virus (Zinsser und Tang) 1244.
— — Uebertragung auf die Maus (Luger und Erdstein) 105.
— zoster des Auges (Guthrie) 487.
— — der Blase (Dubois) 858.
— — und Gesichtslähmung (Bregman) 1347.
— — bei inneren Organerkrankungen (Sevevin) 685.
— — und intralumbale Eingriffe (Schönfeld) 347.
— — nach Röntgenbestrahlung (Schreus) 1271.
— — bei subrarachnoidaler Blutung (Adie) 354.
— — -Behandlung (Jacobson) 382.
— — nach Behandlung mit Analgit (Knotz) 413.
— — und Varizellen (Lipschütz) 1057.
— — — — (Maderna) 174.
— — — — Aetiologie (Cozzolino) 1173.
— — — Windpocken (Wilson und Mitchener-Little) 486.
Herpetische Infektion, Beziehungen zur Encephalitis (Dimitrieff) 1199.
Herpetomonas (Nogucki und Tilden) 1244.
Herterscher Infantilismus, Pathogenese (Freise und Jahr) 108.
Herz, s. a. Angina pectoris, Elektrokardiogramm, Endokarditis, Myokarditis, Puls.
— akzidentelle Geräusche (Martini) 602.
— Alfred de Mussetsches Zeichen (Winogradoff) 883.
— bei Myxödem (Means, White und Krantz) 1213.
— Blutzirkulation (Bourne) 1134.
— Chirurgie (Wagner) 1302.
— chronische Krankheiten, Bewegungs- und Ruhetherapie (Fraenkel) 642.
— Cor kyphoscoliticum (Heidler) 344.
— dreigliedrige Melodie bei Kindern (Steinberg) 340.
— Einfluß sportlicher Arbeit (Ackermann) 1198.
— Einfluß der Veränderungen der Wassenstoffionenkonzentration (Carter und Dienaide) 959.

Herz, Entwicklung und Lage bei Kindern (Ziskin) 264.
— Fortbestehen des fetalen Erregungsablaufes (Doxiades) 472.
— fötale Arythmie (Antoine) 1207.
— frühzeitige Diagnose der — Syphilis (Delbanco) 1208, (von Kapff) 1208.
— Hormone (Haberlandt) 412, 917.
— im Sport (Herxheimer) 468.
— myogene und neurogene Eigenschaften (Somló) 686.
— Nachwirkungen der Diphtherie (Hoskin) 761.
— Nerven (Worobiew) 754.
— photobiologische Desensibilation (Wastl) 755.
— Physiologie (Jankowsky) 873.
— postgrippale Dilatation (Lebeder) 645.
— Querdurchmesser (Hodge und Eyster) 659.
— Röntgenuntersuchungen von Sportsleuten (Krause und Heinroth) 1126.
— Sarcoma (Wahlgren) 793.
— Schädigung durch Narkotika (Kazda) 649.
— Schlagfrequenz (Hofmann) 604.
— Schlagvolumen des (Rabinowitsch und Bazin) 1451.
— Schmerzempfindlichkeit (Singer) 337, 1063.
— Schußverletzung (Vance) 78.
— Sporttreibender, Einwirkung von Atropin und Adrenalin (Kauf) 303.
— Superposition der Extrasystole (Mangold und Shimizu) 923.
— Syphilis (Cotton) 655.
— — (Price) 858.
— — (Smith) 176.
— Thrombose, Kranzarterie (Pletner) 505.
— Tuberkulose (Stefko) 206.
— und Thorax, Beziehungen zwischen den transversalen Durchmessern (Manara) 1141.
— und Zirkulation (Niles) 260.
— Unregelmäßigkeiten der — Tätigkeit (Schlesinger) 853.
— Vagusherz im Kindesalter (Doxiades) 1402.
— Verkalkung (Cutler und Sosman) 435.
— während der Schwangerschaft (Stauder, Duncan und Sisson) 378.
— Wirkung der Nichtelektrolyte (Mita) 418.
Herzaffektion rheumatische (Coomb) 40.
— -alternans (Regelsberger) 1332.
— -anfälle (v. Schnizer) 203.
— -anomalie (Goforth) 697.
— -arbeit und Nierentätigkeit (Frey) 402.
— — während der Ruhe (Liljestrand und Stenström) 169, 653.
— -asthma (Gisevius) 923.
— -befund, Blutdruck als Erkennungsmittel des anatomischen (Kroschinski) 946.
— -beteiligung bei Spasmophilie (Corsdress) 984.
— -beutel, s. Perikard.
— — Bedeutung für den Blutumlauf (Hauffe) 1162, 1198.
— — -verwachsungen (Schaefer) 108.
— -bewegung (Steffens) 1127.
— — Hormon (Haberlandt) 1151, 1339.
— -block (Bloch) 790.
— — (de Boer) 1331.
— — (Herapath) 487.
— — (Wolley) 79.
— — Adams-Stokes-Symptomenkomplex (Emil Zander) 27.
— — Kammerflimmern und -Flattern (de Boer) 1152.
— — und Kammerstillstand (Gager und Parden) 78.
— — bei Koronarverschluß (Taterka) 1094.
— — Wirkung bei einigen Herzkrankheiten (Biskop) 894.
— -blut, Messung der Ausflußmenge (Robertson) 932.
— -dilatation postgrippale (Lukacs und Waltner) 249.
— — nach der Radioskopie (Bordet) 32.
— -erkrankung, Grundumsatz bei chronischer (Shapyro) 1143.
— — im Kindesalter (Lowenfeld) 654.
— — rheumatische (Bain und Hamilton) 488.
— -erkrankungen (Gonzalo) 1032.
— — experimentell erzeugte, akute (Loewy und Mayer) 790.
— -extrakt (Leiboff) 175.
— -fehler, angeborener (Doxiades und Schmidt) 985.
— — direkte Behandlung (Cornwall) 797.
— — im Greisenalter (Schönemann) 885.
— -fläche Berechnung (Hodges, Eyster) 376.
— -flimmern und elektrischer Strom (Haberlandt) 824.
— -geräusche, systolische (Thayer) 77.
— -gifte (Schott) 755.
— — differenzierende Wirkungsanalysen (Kisch) 1167.
— — der Polyglobulie und der Anämie (Del Baere) 608.
— -größe, Einfluß der Polyglobulie und der Anämie (Del Baere) 608.
— -größe, röntgenologische Beurteilung (Juda) 720.
— — Veränderungen nach maximaler Laufleistung (Ackermann) 982.
— — Wirkung der Anstrengung (Gordon) 963.
— -hypertrophie (Reid) 82.
Herzhypertrophie idiopathische (Kostulovic) 984.
— — kongenitale (Scott und Zeiler) 375.
— -insuffizienz als Indikation für künstlichen Abort (Barris) 928.
— — intestinale Störungen (Gonzalo) 31.
— ischämische Nekrose (Buhner und Lamb) 656.
— -jagen, Therapie (Schuster) 1027.
— -kammern, direkte Saugwirkung (Ohm) 1197.
— -klappenentzündung (Dietrich) 604.
— -klappen, Entzündungen und Sklerosen (Viehlinger) 948.
— — -fehler (Gonzalo) 173.
— — — (v. Schnizer) 203.
— -klopfen und Tachykardie (Gonzalo) 31.
— -kompensation während der Schwangerschaft (Schaupp) 1179.
— -kraft Messung (Henderson) 172.
— -krampf (Peritz) 790.
— -kranke (Gonzalo) 31, 1448.
— — chirurgisches Risiko (Phelps) 732.
— — Kinder, intrakutane Injektion von Salzlösung (Olmsted) 318.
— -krankheit, präklinisches Stadium (Smith) 828.
— -krankheiten, Aetiologie (Wood, Jones und Kimbrough) 1035.
— — Elektrotherapie (Rausch) 157.
— — und Epilepsie (Moon) 858.
— — bei Frauen (Jagié) 619.
— — Ionentherapie (Wermel) 1411.
— — Insektenbisse als Ursache (Stephens) 371.
— — bei Kindern (Stephens) 1238.
— — Kompensation und Kompensationsstörungen (Ferrannini) 358.
— — Mißbrauch der Ruhe bei Behandlung (Reid) 699.
— — Therapie (Martin) 1335.
— -leiden in der Pubertät (Alvarez Sierra) 1173.
— — ihre Ursachen und Bekämpfung (Burwinkel) 899.
— -massage, Erholung (Glover) 994.
— — bei postoperativem Kollaps (Strandfield) 1174.
— — zur Wiederbelebung (Ball) 561.
— -minutenvolumen (Kisch) 790.
— -Mitralstenose, chirurgische Behandlung (Sénéque) 696.
— -muskel, s. a. Myokarditis.
— — Erregung (Schellong) 684.
— — -faserverkalkung (Geipel) 418.
— — ischämische Nekrose (Gibson) 172.
— — Kontraktionsfähigkeit (Gonzalo) 31.
— -muskulatur in Wasserstarre (Brooks) 1284.
— -naht (Bufalini) 564.
— -nerven-Wirkung, humorale Uebertragung (Kahn) 947.
— -neurosen (Matthes) 330.
— — Therapie (Kärcher) 1203.
— -ohr linkes, obliterierende Thrombose (Aubertin und Kimé) 363.
— — starke Dilatation (East) 761.
— -Perikard (Cutler und Sosman) 435.
— — -ergüsse, therapeutische Punktion (Williamson und Ets) 961.
— -Perikardialerguß tuberkulösen Ursprungs (Gracie) 487.
— -ruptur (Nuzum und Hagen) 370.
— -schlag, Muskelkrämpfe im Rhythmus (Shcott) 604.
— —-Regulation, chemische durch die Leber (Asher) 790.
— — -Volumen, Einatmung von Aethyljodid (Mobitz) 602.
— — -volumen und Herzgröße, Beeinflussung durch Kurzschluß zwischen der arteriellen und der venösen Strombahn (Eppinger, Kisch und Schwarz) 544.
— -schläge kindliche, palpatorische Wahrnehmung (Fomenko) 313.
— -schmerzen, Therapie (Swetlow und Schwartz) 730.
— -schüsse (A. Lüthi) 559.
— -Sektion bei Paralytikern und Tabikern (Ostmann) 1019.
— -spitzenstoß (Schrile) 722.
— -stich (Nuzzi) 217.
— -streifen geschädigte (Shiratori) 382.
— -tätigkeit (Hess) 856.
— — Einfluß der Atmung (Rumpf) 949.
— — von Ruhe, Schlaf und Arbeit (Kanner) 434.
— -therapie, Mißerfolg (Giroux) 795.
— — (Simon) 1062.
— — intravenöse (Kaufmann) 1403.
— -tod, plötzlicher (Reuter) 1029.
— -ton, Akzentuation des diastolischen (Shile) 303.
— -töne fetale (Schwarz) 330.
— -töne, Hörbarmachung (Scheminzky) 1332.
— — Störung in der Frequenz der kindlichen bei stehender Blase (Bondi) 1170.
— — Störungen der Frequenz der kindlichen in der Eröffnungsperiode (Zangemeister) 556.
— und Gefäßkrankheiten, physikalische Behandlung (Goldscheider) 551.
— — — Begutachtung (Grassmann) 416.
— — Lungengeräusche, Schwingungszahlen (Cabot und Dodge) 74.
— — Malaria (Benhamon) 795.

Herz-Veränderungen bei Gegenwart von Lebertran in der Nahrung (Agduhr) 1133.
— -wand, ischämische Nekrose (Coombs und Hodfield) 354.
Heterochromie (Kranz) 1304.
— Fuchssche, Irisbefund (Streiff) 476.
— -katarakt (Plumer) 801.
Heterotope Gewebswucherungen (Koerner) 312.
Heterotransplantation von Knochengewebe (Finaly) 989.
Heufieber (Benjamins, Idzerda und Uittien) 760.
— (Chautler) 1134.
— (Clock) 796.
— Behandlung (Wein) 1274.
— Diagnose und Behandlung (Brown) 372.
— kumulativer Immunität (Gould) 698.
— Menstruationsstörungen (Joachimovitz) 299.
— Verteilung und Reaktionen (Scheppegrell) 1245.
— Wesen und Behandlung (Hutter) 685.
— -erregende Pflanzen (Benjamins, Idzerda und Uftien) 428.
— -mittel, Phocajod (Nussbaum) 685.
— -pollen (Scheppegrell) 41.
Heuschnupfenbehandlung (Kristeller) 721.
Heuschnupfentherapie (Vollbracht) 334.
Hexamethylenamin (Helmholz und Field) 582.
Hexeton (Boeck) 473.
— (Schenk) 604.
— (Schoen) 686.
— und Cardiazol (Lange) 298.
Hexophannatrium 208.
Hexosemonophosphorsäure, Isolierung aus der Muskulatur (Embden und Zimmermann) 1151.
Hexosephosphorsäure (Mark) 980.
Hexylresorcinol (Brown) 430.
— (Helmholz und Fiedl) 582.
— (Neader und Frobisher) 381.
Hidradenom tubuläres der Vulva (Hoeck) 1236.
Hilus-drüsen-Tuberkulose (Baum) 1363.
— -tuberkulose (Hanns Alexander) 71.
— — (Clifford) 1214.
— — (Hawes) 263.
— bei der Tuberkulose (Schnack) 1177.
— -tuberkulose (Zacks) 430.
Hinken, intermittierendes (Vaquez) 32.
Hinterhauptslage, hintere (Toombs) 440.
— -strangstörung bei Friedreichscher Ataxie (Stein) 422.
— -wurzel Durchschneidung, Bewegungsstörung (Hartmann und Trendelenburg) 604.
H-Ionenkonzentration (György, Kappes und Kruse) 985.
Hippokrates (Much) 1454.
Hippursäure, Bestimmung (Griffith) 866.
Hirnabzeß (Mathieu und Peron) 1311.
— (Dandy) 1379.
— Cerebrospinalflüssigkeit bei otogenem Hirnabzeß (Borries) 483.
— otogen (Carrasco) 30.
— otogener, Cerebrospinalflüssigkeit (Robert Land) 561.
Hirnabszesse otogene (Lund) 350.
— (Lund) 482.
Hirnanhang Nekrose (Kraus) 310.
— Regenerationsfähigkeit (Meuret und Junker) 474.
Hirn, Asymmetrie der Hemisphären (Kappers) 1350.
— -basis, Haemorrhagieen (Packard und Zabriskie) 221.
— — Subarachnoidalräume (Boss) 792.
— Blutmenge und Sauerstoffverbrauch (Hou) 1111.
— -blutung (Hopmann) 982.
— — Ganglienzellen (Stengel) 992.
— -chirurgie (v. Eiselsberg) 394.
— — (Krause) 546.
— -diagnostik, Bedeutung der Lufteinblasung (van der Horst und Smitt) 1030.
— -druck, Hyperglykämie, chronischer Piqûre (Tychowski und Crowell) 570.
— ekto-mesodermale Barriere (de Allende-Navarro) 652, 689.
— Embolie (Jacobi und Magnus) 645.
— -erschütterung (Hanse) 208.
— Fremdkörper (Puelles y Rinz) 31.
— -geschwulst (Jessen) 252.
— — und Schädeltrauma (Wilde) 546.
— -geschwülste, Diagnose (M. Neiding) 553.
— Großhirn, Rechenstörungen bei Herderkrankungen des (Berger) 1365.
— -häute s. Meningen.
— -hemisphäre, Funktion der rechten (Henschen) 251.
— Koagulationsnekrose (Sträussler und Koskinas) 307.
— -krankheiten (Shuman) 959.
Hirnkrankheiten aus dem Grenzgebiet der Neurologie und Psychiatrie (Higier) 1234.
— Luft in den Seitenventrikeln (Krogius) 793.
— metastatische Tumoren (Shelden) 1034.
— Neurofibromatosis (Steurer) 1067.
— otogene Abszesse (Lund) 650.
— -punktion (Neisser) 202.
— -rindenfunktion und Schlaftheorien (Marburg) 1029.
— -rinde malariabehandelter Paralytiker und Luetiker (Nakamura) 992.
— — relatives Gewicht (Kappers) 1350.
— und Rückenmarksentzündung der Pferde (Zwick) 885.
— -schale, Erweiterung der Vv. diploicae (Lewald) 438.
— -sklerose im Kindesalter (Scholz) 208.
— -stamm, Topographie (Frey) 1376.
— -störungen, traumatische (Sommer) 952.
— -Syphilis (Foix und Chavany) 794.
— — (Goodman) 993.
— — (Herschmann) 246.
— — Eisen bei (Oksaler) 1234.
— — Pathologie und Pathogenese 420
— -tätigkeit des Neugeborenen (Peiper) 250.
— -tumor (Junarros) 930.
— -tumore (Gabrielle Levy) 34.
— -tumoren (Merrill, Sosmann und Putnam) 495.
— — und Psychose (Gordon) 1418.
— — Hirnschwellung (Takagi) 992.
— — (Sargent) 1174.
— — Balken-Suboccipitalstich als Palliativoperation (Herrmann und Rudolfsky) 1163.
— -tumor (Rabinowitsch) 67.
— — Diagnose und Behandlung (Dandy) 640.
— — verkalkter (Melkerssen) 171.
— — Subrachnoidealblutung (Burges) 1414.
— -ventrikel, Drainage durch Netzstreifen (Kosyrew) 1267.
— verkalkter Tumor (Kohlmann) 1054.
— -verletzte, Arbeitsversuch (Kutzinski und R. Heinrich) 67.
— Wirkung der Röntgenstrahlen auf das wachsende (Demel) 992.
— -zentren sensible, Bestimmung (Arinstein) 158.
— -zustände, Diagnose akuter (Haberman) 40.
Hirschsprungsche Krankheit (Bartte) 370.
— — Megakolon (Jordan) 799.
— — (Leitner) 1065.
Hirudin (Loeffler) 1363.
Hissches Bündel, Zweigläsionen (Granger) 615.
Histamin, Magenchemismus (Gilbert, Benard und Bouttier) 490.
— und Magensekretion (Ichok) 1211.
— Wirkung auf die Magensekretion (Gompertz und Vorhaus) 79.
Histiozytomatosen (Epstein) 105.
Histophysiologie (Jolly) 694.
Histoplast Wassermannsches (Snoy) 105.
Hitze, Wirkung äußerer (Pemberton) 77.
— — auf den Säugling (Demuth, Edelstein und Putzig) 472.
Hochdruck, elektrische Behandlung (Humphris) 215.
— Genese (Dawson of Penn) 215.
— Rhodantherapie des genuinen arteriellen (Westphal und Blum) 1234.
— Behandlung des arteriellen (Müller) 249.
— Therapie des arteriellen (Müller-Deham) 1305.
Hochfrequenzelektrizität als Explosions- und Brandursache (Jellinek) 299.
— -gebirge, Wirkung (Müller) 1019.
— -potenzen (Beckley-Stearns) 923.
— -spannungsgleichstrom (Jona) 331.
Hockeyspiel, Puls- und Gewichtsuntersuchungen (Glass) 1095.
Hoden s. a. Geschlechtsdrüsen.
— Aplasie (Ziegelroth) 951.
— -appendix Cysten (Lubash) 661.
— -Carcinom metastisches (Ullmann) 270.
— -extrakt bei Diabetes insipidus (Rothmann) 105.
— -gekreuzte Ektopie (Banks) 1174.
— Geschwülste der Scheidenhaut (Rubaschow) 687.
— maligne Tumoren (Keyes) 1038.
— Mischgeschwulst (Webb-Johnson) 171.
— Myxafibrom (Harris) 445.
— Neubildungen (Cairus) 655.
— Prädisposition des ektopischen (Rubaschow) 1029.
— -substanz, Einfluß von Einpflanzung auf die Akne (Stanley) 268.
— teratoider Tumor (Pohle) 862.
— Torsion (Meltzer) 858.
— -transplantat (Frinchera) 1143.
— Transplantation von Mensch zu Mensch (Leotta) 217.
— Tuberkulose (Boni) 217.
— -tumoren (Benthley jr.) 700.

Hodentumoren (Rubaschow) 856.
— -tumor und Gynäkomastie (Monaschkin) 213.
— Ueberpflanzung, Einfluß auf Sexualität und Konstitution (Mühsam) 725.
— -Veränderungen bei Lungentuberkulose (Roschdestwensky) 338.
Hodgkins Erkrankung (Dresser) 1178.
Hodgkinsche Erkrankung (Rolleston) 351.
— Krankheit (Beernam) 1379.
Hodgkinsches Lymphogranulom (Jaffé) 1403.
Hodgkinsches Syndrom (Hufnagel und Jonesco) 494.
Hodgkins Granulom (Robin) 864.
Hofstätter-Cullen-Hellendallsches Zeichen (Gold) 1097.
Höhenlage, Einfluß auf den Blutdruck (Grober) 1126.
— -sonne s. Strahlenbehandlung.
— — antirachitische Aktivierung einer rachitogenen Nahrung (Serebrijski, Vollmer und Zadek) 340.
— — bei Rachitis (Vollmer) 340.
— — Vorbestrahlung (Ledermann und Meyer) 883.
Hohlfuß, Entstehung (Hackenbroch) 649.
— essentieller (Brechot) 861.
— -Messung (Brogard) 475.
— mit Metatarsus varus (Contargyris) 1074.
— Therapie (Schulze-Gocht) 649.
Holzterpentin, Berufsdermatitis (Cord) 829.
— -verzuckerung mit konzentrierter Salzsäure (Bergius) 1150.
Homöopathie (Richter) 65.
— 735.
— in Frankreich (Balzli) 982, 1023.
— Grundlage (Scheidegger) 982.
— der Kampf um die (Planer) 1113.
— und moderne Klinik (Schlegel) 886.
— in Schweden (Sjögren) 982.
Homöopathische Behandlung von multipler Sklerose (Kranz-Busch) 923.
— Therapie, Eiterbildungen (Aebly) 982.
— Behandlung der Augenkrankheiten (Weisz) 1249.
— Arzneimittellehre (Royal) 1426.
— Hauptmittel (Matz) 552.
Homöopathisches Krankenhaus in London (Gerlach) 923.
— Taschenbuch (Stauffer) 619, 802.
Homosexualität (Hirschfeld) 448.
— und Morphinismus (Krauss) 420.
— und der sogenannte Eros (Moll) 1193.
Hordeolum, Zinnbehandlung (Levy) 851.
Hordeolum, Therapie (Snoy) 105.
Hormon s. a. Endokrine Drüsen.
— -therapie (Handowsky) 642, 851.
— — (Heinr. Bock) 583.
— -behandlung (Duzár) 243.
— -therapie s. Organotherapie.
— Sexual- des östrischen Zyklus (Laquer, Hart und de Jongh) 851.
— des östrischen Zyklus (Laqueur, Hart, de Jongh und Wijsenbeek) 245.
— und Schwangerschaft (Aschheim) 1159.
— Ovarial (Zondek) 1159.
— in der Follikelflüssigkeit (Doisy, Ralls, Jordan) 1351.
— der Herzbewegung (Haberlandt) 1151, 1339.
— -schwelle (Pézard) 857.
— weibliches Sexual- (Laqueur) 1151.
— weibliches Sexual- (Loewe und Lange) 851.
— -wirkung (Kopf) 684.
— — Adrenalinreaktion und Variabilität (Zondek und Behrendt) 724.
Hormone, weibliche Sexualhormone (Blotevogel, Dohren und Poll) 979.
— weibliche Geschlechts- im Pflanzenreich (Loewe) 1158.
— Mehrphasenwirkung (Kogan, Kamenew und Mautz) 244.
— homo-organische (Richet) 611.
— (Wolfer) 414.
— im Blut (Peritz) 104.
— — — Bockscher Nachweis **(Schlenck) 1400.**
— -Wirkung, Variabilität (Zondek und Ucko) 1095.
Hormonal, Wirkung auf die Darmbewegung (Zuelzer) 1156.
Hornersche Trias (Metzger) 1332.
Hörnerven (Steurer) 1067.
— Schädigungen (Leiser) 1062.
Hornhaut s. Cornea.
— -hautastigmatismus (Tron) 210.
— — dystrophische Endothelveränderung (Sallmann) 347.
— — Entwicklung (Seefelder) 792.
— — -entzündung (Fejer) 753.
— Erosionen und Geschwüre (Dufour) 367.
— — rezidivierende (Procksch) 1169.
— — -färbung nach Knapp (Pretori) 210.
— — -geschwür, Lichttherapie (Passow) 252.
Hornhaut-Erosionen, Mikroskopie (Esser) 476.
— — periphere Rinnenbildung mit Ektasie der (Kyrieleis) 1169.
— — -rückfläche, Pigmentierung (Sallmann) 477.
— — -schrammen (Cantonnet) 112.
— — -schutz (Adson und Schroeder) 732.
— — -sensibilität, Beeinflussung durch Trichloräthylen (Rohrschneider) 210.
— — -tätowierung (Holth) 1169.
— — — mittels Goldchloridlösung (Spanyol) 476.
— — Therapie infektiöser Erkrankungen mit ultravioletten Strahlen (Braunstein) 1443.
— — -trübung knötchenförmige (Wirth) 210.
— — Vertrocknung (Hoen und Marx) 795.
— — Wölbungsdeformationen (Kraupa) 792.
Hörprüfungen, physikalische (Tobler) 1070.
— -rohr, vergleichende Prüfungen (Tobler) 1209.
— -störungen, psychogene (Steurer) 1067.
— -zellen, Härchen erregt (Zimmermann) 652.
Hospitalismus der Säuglinge (Rytsch) 106.
— in Säuglingsanstalten (Eckstein-Schlossmann) 1065.
Hufeisenniere (Boeninghaus) 424.
— (Brecher) 249.
— (Eisendraht, Phifer und Culver) 925.
— (Fischer) 1269.
— (Ludowigs) 445.
— Solitärzyste (Viethen) 1168.
Hüfte, Arthoblastik (Campbell) 897.
— Einfluß der Ankylose auf das weibliche Becken (Louros) 647.
Hüftbeugekontraktur nach Poliomyelitis (Lange) 159.
Hüftfrakturen (O'Ferrall) 1109.
Hüftgelenk (Lotsy) 726.
— Charcotsche Erkrankung (Greene und Scully) 443.
— Chirurgie (Groves) 1414.
— entzündliche Kontraktur (Friedländer) 649.
— Entzündung, nicht tuberkulöse (Fairbank) 1342.
— — Pfannenprotrusion (Benda) 791.
— Entzündungen im Röntgenbild (Duvernay und Parent) 566.
Hüftgelenkentzündungen, chronische schmerzhafte (Page) 692.
— Frühdiagnose der tuberkulösen (Pitzen) 923.
Hüftgelenkserkrankung durch den Roller (Orgler) 947.
— Verbesserung der Deformität (Abbott) 1283.
— -luxationen, Bekämpfung drohender (Lange) 1206.
— -luxation, kongenitale (Putti) 501.
— — Reduktion der kongenitalen (Curtillet und Tillier) 861.
— — Therapie der angeborenen (Froelich) 255.
— — Behandlung der kongenitalen (Truslow) 732.
Hüftgelenk, Mißbildungen und Subluxationen (Nové-Josserand) 217.
— Späterkrankungen nach eingerenkter, angeborener Luxation (Schanz) 1198.
— Tuberkulose (Coe) 81.
— Vakzinebehandlung der Osteo-Arthritis (Crowe) 1342.
Hüftgelenksverrenkung, Frühdiagnose der angeborenen (Hilgenreiner) 104.
— veraltete (Lance) 365.
Hüftgelenk, Whitman-Rekonstruktionsoperation (Cooperman) 82.
Hüfte, komplizierte Fraktur (Whitman) 1318.
— Kontraktur (Stanischeff) 640.
Hüftluxation, angeborene (Annovazzi) 253.
— — (Krukenberg) 159.
Hüfte, Pfannenveränderung bei der Osteochondritis (Chassard) 365.
Hüftverrenkung, Aetiologie und Prophylaxe der angeborenen (Krukenberg) 346.
— Pfannenveränderungen bei angeborener (Faldini) 488.
Hühneradenom (Calvanico) 360.
Hühnerei in der Ernährung der Spasmophilen (Klinke) 1065.
Humanserum, vakziniertes (Stahl und Nagell) 63.
Humerusepiphyse, Frakturen der unteren bei Kindern (Colucci) 860.
— -hals, Fraktur (Blumer) 762.
— -resektion (Latreille) 365.
— -schaft, zentrales Chondrom (Richards, Bullitt und Wilson) 862.
— supracondyläre Frakturen (Tailhefer) 363.
Hundswut, Schutzimpfung (Kraus) 108.
— -Schutzimpfverfahren (Fermi) 552.
Hunger, Einfluß kochsalzarmer und kochsalzreicher Ernährung, Magensekretion (Hoffmann) 297.
— Einwirkung auf die Alkalireserve im Blut (Walinski) 412.
— -empfindung (Grünstein) 70.
— extremer (Rosenstein) 1233.
— chemische Blutveränderungen (Lennox, O'Connar und Bellinger) 1451.
— -tage (Adlercreutz) 215.
— -therapie bei der Epilepsie der Kinder (Karger) 331.
Huntingtonsche Chorea (Back) 825.
— — (Spielmeyer) 420.

Hutchinsonchen Trias, innersekretorische Störungen (Cedercreutz) 30.
Husten, okulärer (Daseolopoulos) 1447.
Hyaloidea (Volmer) 252.
Hydrarthose (Benavente) 1449.
— periodische (Mouzon) 1073.
Hydatide Zysten bei Kindern (Mills) 617.
Hydatidenzysten des Knies (Bivona) 931.
— der Leber (Delbet) 1416.
— in der Lunge, Röntgenographie (Heuser, M. D.) 580.
Hydatidencyste in der Orbita (Seale) 655.
— verkalkte der Leber (Petzetakis und Yaloussis) 1239.
Hydrämie, Kohlensäurekapazität des Blutes bei Nierenerkrankungen (Petow und Siebert) 724.
Hydroa vacciniforme (Sparacio) 1105.
Hydrocele, Beziehungen zu Unfallverletzungen (Scheele) 474.
— doppelseitige (Woodruff) 582.
— encystica (Schiele) 986.
Hydrocelenoperation (Moorhead) 700.
Hydrocephalus (Platte) 350.
— des Kindes (Smythe) 1275.
— occultus (Koeppe) 823.
Hydrokolpos (Nordenfelt) 991.
Hydrolysate aus tierischen Organen und tierischem Eiweiß (Westmann) 588.
Hydrometra, kongenitale (Nordenfelt) 991.
Hydronephrose s. a. Nephrose.
— (E. Ducrey) 559.
— (Hübner) 1130.
— experimentelle (Hinman und Morison) 380.
— Hämaturie (Gottlieb) 310.
— kongenitale (Hunter) 351.
— partielle (Caulk) 1319.
— Spontanruptur (Lecorcyste) 858.
Hydronephrosen, kleine schmerzhafte (Marsan) 111.
Hydrophilie Cutantest (Labbé, Violle und Azerad) 696.
Hydrops s. a. Ascites.
— articulorum intermittens (Schlesinger) 249.
— Foetus univers. (Fomenko) 313.
— kardialer (Howarth) 351.
— Pathogenese des kongenitalen (Nordmann) 1336.
— akuter (Marinacci) 359.
Hydrotherapie (Hauffe) 755.
— (Peck) 1212.
— im Hotel Dieu (Dausset und Gerard) 362.
Hydrothermalbehandlung (Manzaneque) 30.
Hydroureter (Janke) 476.
Hydroxysäuren (Levene und Haller).
Hygiene, Leitsätze zur sozialen generativen (A. Grotjahn) 585.
— des täglichen Lebens (Friedberger) 722.
— du Travail 966.
Hygienische Volksbildung (Gebhard) 1128.
— Volkserziehung (Burgerstein) 165.
Hymenalcarzinom, primärer (Cerich) 688.
Hyoscin (Mc. Cowan, Harris und Mann) 562.
Hyperazidität, Fettbehandlung (Steinitz und Sternfeld) 1301.
— im Säuglingsalter (Török) 250.
— und Ulcus duodeni (Tiefensee) 64.
Hyperaziditätsbeschwerden, Behandlung mit dem Schaumkörper (Jordan) 299.
Hyperämie-Behandlung mit dem Heißluft-Universalapparat für Osram-Lampen (Schindler) 1217.
Hyperästhetische Zonen am Körper (Calligaris) 1306.
Hyperbilirubinämie (Fallon) 118.
Hyperchlorhydrie (Hardy) 1171.
— diagnostischer Wert (Sager und Hartmann) 1109.
Hypercholesterinämie (Busacca und Tattoni) 252.
Hyperemesis, Beeinflussung der Azidose mit Insulin (Seidl) 979.
— gravidarum (Frey) 250.
— — (Harding und van Wyck) 378.
— — (Hellmuth) 1295.
— — (Titus) 117.
Hyperglykämie (Argy) 263.
— (Foshay) 317.
— (Tychowski und Crowell) 570.
— im akuten anaphylaktischen Schock (La Barre) 686.
— alimentäre (Klein und Lang) 248.
— — (Liotta) 1415.
— bei Dermatosen (Hudelo) 827.
— — — (Hudelo und Konrilski) 998.
— bei fehlender Glykosurie bei mit Insulin behandeltem Diabetes (Major und Davis) 74.
— ohne Glykosurie bei Diabetes (Stone) 998.
— ohne Koma (Leech und Thomas) 354.
— Paratyphus B-Infektionen (Menten und Manicing) 259.
Hyperglykämie, Pruritus vulvae (Pherson) 351.
Hyperhidrosis (Schmeidler) 721.
— des Gesichts (Trioumphoff) 1379.
— gravidarum (Pohl) 1236.
Hyperkeratosis circumscripta laryngis (Karl Stamm) 25.
Hyperkeratose bei Gonorrhoe (Olivet) 754.
— kongenitale (Milian und Dreyfus-Sée) 493.
Hyperkinese nach Encephalitis (Leyser und Ramrath) 1204.
Hyperkinetische Erscheinungen, chirurgische Therapie (Weigand und Guttmann) 1198.
Hyperkinesen, organische und psychogene (Bing) 955.
Hypernephroides Sarkom (Chiffmann und Szamek) 334.
Hypernephrom (Alessandri) 860.
— (Chute) 576.
Hypernephroma (Carusi) 359.
— (Neuber) 1274.
— Hypernephrommetastasen in Knochen (Dresser) 499.
Hypernephrom, zerfallenes (Porges) 851.
Hyperpigmentation calorischen Ursprungs (Weill) 827.
Hyperplasia periostalis (Dzierzynski) 1444.
Hyperpyrexie (Morales) 30.
Hypersekretion paroxysmale (H. S. Bilemann) 28.
Hypersensibilität, s. Sensibilität, hyper.
Hypersthenie (le Noir und Sartes) 492.
Hypertension (Shapiro) 1143.
— 1249.
— arterielle (Lanbry und Doumer) 794.
— — (Leclercq) 1447.
— — (Reid) 120.
— — (Sigler) 1450.
— — (Verhoogen) 1346.
— — in der Psychiatrie (Hanse) 641.
— Beziehung von proteinhaltigen Nahrungsmitteln (Donaldson) 446.
— des Blutdruckes (Goldscheider) 303.
— Blutdrucksenkungsmittel bei arterieller (Mattei und Dias-Cavaroni) 997.
— hypotonische (Lenaz) 1029.
— und Langlebigkeit (Frost) 176.
— Mineralwasserbehandlung (Cottet) 491.
— und Obstipation (Alvarez, Calla) 961.
— paroxysmale Krisen bei arterieller (Vaquez und Donzelot) 1379.
— Pathogenese (Ouby) 1137.
— Therapie (Walter) 1278.
— Wesen (Thomas) 1179
— Hyperthermie, habituelle (Brünecke) 606.
Hyperthymie, chronische posttraumatische (Benon) 1346.
Hyperthyreoidisation an Hunden, Einfluß einer mittleren Höhenlage auf die artifizielle (Mark) 1101.
Hyperthyreoidismus (Kimball) 221.
— (Rabinowitsch und Bazin) 1451.
— beginnender (Higgins) 175.
— bei Kindern (Diusmore) 380.
— nach operativer Kastration (Khoor) 342.
— psychologische Faktoren (Lewis) 81.
— regionär-vegetativer Reflex (Sereiski) 412.
— und Strahlentherapie (Sielmann) 332.
— Therapie mit Röntgenstrahlen (Barclay und Fellows) 487.
— Vitalkapazität (Rabinovitch) 374.
Hyperthyreosen (Biedl und Redisch) 104.
Hyperthyreose, Arbeitsstoffwechsel (Asher) 684.
Hyperthyreosis, Jodbehandlung (Mercke) 314.
Hypertonie (Ehrstroem) 30.
— 215.
— (Lange) 1234.
— (Puscarin und Cekrez) 1105.
— Aderlaß oder depletorische Diät (Ziegelroth) 1332.
— antiallergische Therapie **(Funck) 1047.**
— arteriosklerotische (Klein) 920.
— Berwertung auf Grund des Wasserversuchs 1371.
— essentielle (Ehrström) 330.
— klinische Erscheinungen (Evans) 215.
— konstitutionelle (Weiß) 949.
— maligne (Rowntree und Adson) 118.
— Prognose (Ehrstroem) 28.
— Therapie (Paul Fleischmann) 551.
— vorübergehendes Koma (Shaw) 215.
Hypertonische Lösungen, Giftwirkung (Fuchs) 603.
Hypertrichosis (Partheil) 917.
— — Elektrokauter, Kaltkauter (Last) 920.
Hypertrophie, kongenitale (Fenner) 572.
Hyperventilation (Jacobi) 886.
— (Schuster) 1365.
— (Weeber und Schwarzacher) 1029.
Hyperventilationsmigräne (Muck) 685.

Hyperventilationsversuch, Foersterscher (Frisch) 951.
Hyphomykosen (Philipp Keller) 1271.
Hypnose (Dattner und John) 339.
— und Blutzucker (Gigon, Aigner und Brauch) 888.
— als Hilfsmittel zur Erkennung der Simulation (Vallejo Hagera) 30.
— und Strafrecht (Bielawski) 1314.
Hypnotische Vorführungen, Verbote (Hesse) 205.
Hypoazidität (Sager und Hartmann) 1108.
Hypochlorämie (Heim) 109.
Hypoepinephrie (Gougerot und Peyre) 368.
Hypogalaktie (Gerschenson) 984.
— Organtherapie (Flamini) 489.
Hypoglykämie (Heimann-Trosien und Hirsch-Kauffmann) 978.
— (Hewitt und Reeves) 1136.
— nach Insulin bei Kindern (Harrison) 825.
— Prophylaxe (Gordon, Kohn, Levine, Matton, de Scriver und Whiting) 117.
Hypoglykämische Reaktionen (Nielsen) 693.
Hypoglykämisches Koma infolge wiederholter Insulin-Ueberdosierung (Sevringhaus) 1450.
— — (Stenström) 948.
Hypoleukocytose und nichtspezifische Proteinreaktion (Bryce) 573.
Hypopharynxwand Abszeß (v. Eicken) 310.
Hypophen (Mandelbaum) 819.
Hypophysäre Amenorrhoe (Klaften) 854.
— Kachexie (Reye) 643.
— Störungen (Göring) 158.
— Tumoren, chirurgische Behandlung (Saint-Martin) 998.
Hypophyse, s. a. Akromegalie, Zwergwuchs.
— der Amphibien (Schürmeyer) 1433.
— Anatomie und Funktion (Greving) 208.
Hypophysenextrakt in der Gynäkologie (Vital Aza) 1448.
Hypophysenpräparate zur Einleitung und Verkürzung der Geburt (Framm) 1403.
Hypophysenextrakt, Vorderlappen (Gardiner-Hill und Smith) 929.
— und Nierenfunktion (Fromherz) 553.
— in der Nachgeburtsperiode (Jess) 1098.
— zur Geburtseinleitung (Scott) 1318.
— (Knaus) 351.
— (de Cortret) 657.
— Einfluß auf den Magen (Schoendube und Kalk) 207.
Hypophysen-Hinterlappen, Beziehungen zur Blutdrucksteigerung (Leimdörfer) 204.
Hypophyse, Geburtstraumatische Veränderungen (Berberich) 1051.
— Hinterlappenextrakt (Bejlsma) 821.
— Hinterlappen, Gehalt des Liquor cerebrospinalis an wirksamen Substanzen des (Trendelenburg) 853.
— — — an uteruserregender Substanz (Pak) 853.
Hypophysen-Operation (A. Lautenschlaeger) 25.
— -präparate, intrasisternös verabreicht (Janossy) 982.
— -hinterlappenpräparate (Tauber) 203.
— -präparate, Wirkung (Gollwitzer-Meier) 981.
— -sekret im Liquor der Cisterna cerebello-medullaris (Jánossy und Horváth) 63.
— -system (Greving) 392.
— -tumoren, pluriglinduläre Veränderungen (Szánto) 245.
— -tumore (Hirsch) 249, 696.
— -tumoren (Pardee) 117.
— -tumor, Stauungspapille (Harms) 252.
— -vorderlappen und Fettsucht (Kestner, Liebesschütz-Plant und Schadow) 978.
Hypophyse, Verteilung der wirksamen Stoffe (van Dyke) 853.
— Vorderlappensubstanz (Beck) 1351.
— Wirksamkeit der Hinterlappensubstanz (Lampe) 204, 923.
— Wirkung des Hinterlappenextraktes auf die Diurese (Labbé, Violle und Azerad) 611.
— Syphilis (Fink) 1351.
— Schilddrüsentherapie bei Dysfunktion (Wynn) 431.
— Dysfunktion (Frazier und Grant) 175.
Hypophysengeschwülste, Veränderungen an der Schädelbasis (Angerer 1302.
Hypophysistumoren, Diagnose und Behandlung (Bakulew) 424.
Hypophysis cerebi, Atrophie (Wertheim) 925.
Hyophysin (Elkeles) 685.
— (Frey) 204.
— Einfluß auf den Magenchemismus (Elkeles) 980.
— intravenöse Kochsalzinfusion zur Behandlung der postoperativen Darmlähmung (Vogt) 980.
— bei Fettsucht (Hill) 171.
Hypophysis, Innervation (Pines) 251.
Hypoplasie (Koster) 794.
Hypospadie (Sievers) 1405.
— intraurethraler Schanker (Levy) 268.
Hypospadien (Edmunds) 356.
Hyposulfitnatrium (Wernigk) 442.
Hypotension, portale (Surmont) 490.
Hypothermie (Delaunay) 657.
Hypothyreosis (Kirsch) 921.
Hypothyreose, geistige Entwicklung der Kinder **(Kornfeld) 1353.**
Hypotonie (Martini und Pierach) 1094.
— (Puscarin und Cekrez) 1105.
— arterielle (Munk) 1061, 1093.
— essentielle 724.
— bei Kindern (Sobel) 1109.
Hypotonischer Symptomenkomplex (Joachim) 416.
Hypotrophie s. Unterernährung.
Hysterektomie (Du Bose) 734.
— (Cashman) 1318.
— abdominale bei Uterus-Carcinom (Franz) 1318.
— subtotale (Pansini) 826.
— vaginale (Hendrichs) 894.
Hysterie (Nathan) 363.
Hysterieforme Zustandsbilder (Thiele) 330.
Hysterie, Globus abdominalis (Susmann) 1337.
— mit hoher Temperatur (Aoki) 447.
— kindliche (Carbonara) 1416.
Hysterisches Kind, Psycho-Therapie **(Dr. J. Schlesinger) 556.**
Hysterie konvulsive oder Epilepsie **(Rouquier und Nuillaume) 362.**
Hysterische Paraplegie (Reynolds) 1350.
Hysterischer Pseudo-Parkinsonismus Binswanger) 888.
Hysterie und Schizophrenie (Carp) 760.
— — — (Perelmann) 307.
Hysterepilepsie (Galant) 207, 854.

Ichthyol (Blaisdell) 1000.
— **(Erdmann) 1043.**
— (Kissmeyer) 613.
— -Isapogen (Oppenheim) 345.
Ichthyosis congenita (Frankenhaus) 984.
— congenita (Heiwissbauer) 345.
— behandelt mit Manganinjektionen (Gundel) 610.
Ichthyosis luetischen Ursprungs (Gonzalez-Alvarez) 1449.
— Stoffwechsel (Siemens) 167.
Ictophysin (Reicher) 1156.
Idiomuskulärer Wulst (John und Dattner) 1123.
Idiosynkrasie s. a. Allergie. Anaphylaxie. Ueberempfindlichkeit.
— (Jadassohn) 1197.
— gegen Hühnerei (Jadassohn) 856.
— Konstitutionstypen (Günther) 822.
— kutane (Pick) 426.
Idiosynkrasischer Schock (v. Stark) 556.
Idiotie s. a. Schwachsinn.
— mongoloide **(Galant) 805.**
— mongoloide (Vas) 165.
— Tay-Sachssche familiäre amaurotische (Lupp) 924.
— und Imbezilität (Weygandt) 547.
Ikterus (Troisier) 31.
— (Barrow, Armstrong und Olds) 77.
— (Snell) 501.
— (Ruge) 553.
— angeborener bei normal gebildeten Gallenwegen (de Lange) 1065.
— ansteckender (Uhlenhuth und Großmann) 753.
— bei Erkrankungen des Kindesalters **(Schiff) 969.**
— beim Neugeborenen (Keufmann) 823.
— der Neugeborenen (Slobozianu) 207.
— bei Ulcus duodeni (Haak) 759.
— catarrhalis (Lepehne) 639.
— catarrhalis (Bauer) 1164.
— catarrhalis (Hansen) 1307.
— catarrhalis, Therapie mit Insulin (Schneider) 1305.
— chirurgische Eingriffe (Judd) 75.
— chronischer, angeborener, hämolytischer (Meijers) 481.
— chronischer familiärer hämolytischer oder Bantische Krankheit (Cocke) 77.
— chronischer familiärer und hereditärer, Milz- und Lebervergrößerung (Dutton) 74.
— epidemischer und subakute Leberatrophie (Herlitz und Sune Norlén) 1172.
— familiärer mit Leberzirrhose in der Pubertät entstanden (Bischoff und Brühl) 340.
— familiärer hämolytischer (Doll) 1405.
— gravis (Hoglund) 158.
— haemolyticus, hämolytische Krisen (Salomonsen) 1133.
— haemolyticus, Milzexstirpation (Jacobi und Naegeli) 1168.
— haemolyticus, Milzexstirpation bei 1204.
— hämolytischer (Neuburger) 1093.
— hämolytischer (Dick) 104.
— hämolyptischer durch anaphylaktischen Schock (Le Calvé) 1447.

Ikterus hämolytischer, Therapie mit Splenektomie (Hannema) 354.
— hereditärer und familiärer (Dutton) 1418.
— -index im Blutserum (Preston) 933.
— katarrhalischer (Chevallier) 957.
— katarrhalischer (Thisted) 1070.
— mit Acholurie (Hadfield und Hewer) 859.
— nach Lungeninfarkten bei Herzkranken (Rich und Resnik) 319.
— neonatorum, Bilirubinaemie (Bang) 1312.
— neonatorum (Bang) 1237.
— neonatorum, Vermehrung der roten Blutkörperchen im Gebirge (Ziegelroth) 946.
— Obstruktionsikterus (Judd und Burden) 78.
— obstruktiver (Bowler) 262.
— ohne Cholurie mit Gallensteinen (Gleave und Platt) 171.
— Pathogenese (Meulengracht) 170.
— Pathogenese (Tillgren) 793.
— syphiliticus (Serateanu und Blumenthal) 116.
— syphiliticus (Benech und Créhange) 827.
— Therapie (Rosenberg) 413.
— und Infektion (Landa) 108.
— und Schwangerschaft (Heynemann) 1097.
Ileo-Sacral-Arthritis, chronische (Strauss) 418.
Ileum Karzinom (Probstein) 734.
— nichtperforierte Ulcera (Horsley) 118.
— Ulcus simplex (Arvigoni) 995.
Ileus (Wilkie) 171.
— primärer akuter (Taylor) 171.
— und Blutzuckersenkung (Kubanyi) 424.
— Divertikel (Kaspar) 986.
— des Dünndarms (Vonk) 1210.
— durch Gallensteine (Baildon) 36.
— durch Gallensteine (Wilson) 692.
— Kohlenhydratstoffwechsel beim experimentell erzeugten (Lange und Specht) 1167.
— infolge retrograder Invagination nach Gastroenterostomie (Florentini) 1143.
— -Mechanismus, eigentümlicher(Holm) 1237.
— -operationen (Giardina) 826.
— -operation (Oriel) 171.
— postoperativer paralytischer (Demme) 1405.
— infolge Perforation einer Genitaltuberkulose in den Dünndarm (Boss) 1302.
— bei einem Neugeborenen (Goldberg) 1401.
— und Peritonitis (Schönbauer) 309.
— und Schwangerschaft (v. Mikulicz-Radecki) 884.
— Statistik (Gollwitzer) 953.
— Therapie mit Cholin (Wolf und Canney) 487.
— verminosus (Goldberger) 979.
Imbezillität und Idiotie (Weygandt) 547.
— als Indikation der tubären Sterilisation (Petersen) 170.
Imitationsphänomen (Hoff und Schilder) 1366.
Immuneigenschaften (Locke, Main und Hirsch) 1036.
Immunisierung, aktive gegen Geschwülste (Mertens) 203.
— lokale (Besredka) 1379.
— perorale (Reiter) 720.
— perorale und perkutane (Reiter und Kurokawa) 468.
Immunität (Kimmelstiel) 306.
— (F. M. Lehmann) 348.
— (Salzar) 930.
— allgemeine und örtliche (Borok und Pick) 338.
— Anaphylaxie (Manwaring, Wright und Shumaker) 569.
— Antigene und Antikörper (Salazar) 1032.
— und Cholesterinstoffwechsel (Prigge) 205.
— erworbene (Salazar) 1032.
— parenterale Fermente (Herb) 571.
— gegen Pneumokokken, Vererbung (Eguchi) 205.
— unspezifische (Weichardt) 1112.
Immunitätslehren (Salazar) 930.
Immunitätsstudien an Schweinen (Haim und Kimmelstiel) 306.
Immunitätswissenschaft (Böhme) 302.
Immunkörper s. a. Antikörper.
— antiinfektiöse (Bieling) 418.
— -bildung, Reiztheorie (Belák, Sághy und Cseresznyés) 1362.
Impetigo (Lindsay) 445.
— contagiosa (Balmain) 1134.
— contagiosa neonatorum (Belding) 78.
Impffrage **(Fischer) 542.**
— -gegnerische Behauptungen, Abwehr (Gius) 728.
— -lähmungen (Boecker) 418.
— -malaria (Uras) 249.
— -malaria, Eosin bei Abstellung (Voitel) 1332.
— -malaria, leukozytäre Differentialzählung (Weiss) 724.
— -malaria bei progressiver Paralyse (Adelheim) 478.
— -malaria bei Syphilis (v. Berde) 1068.
Impfnarbe als Index von Immunität (Leake und Thomas) 1283.
— -tuberkulose (Stockes) 78.
Impfung, Kontraindikationen (Groth) 722.
— obligatorische (Pierce) 119.
Implantationshypothese (v. Gierke) 883.
Impotenz beim Manne (Hühner) 796.
— Behandlung (Marcuse) 1131.
— -behandlung (Vecki) 1076.
— Behandlung der sexuellen (Vecki) 1179.
Indigokarminprobe bei paranephritischen Eiterungen (Damski) 1369.
Indikan Reaktion im Harn **(Litzner) 542.**
— -ämie (Baar) 41.
— als Nierenfunktionsprobe in der Schwangerschaft (Eufinger und Bader) 425.
Industriearbeiter, die Lebenswelt des (Woldt) 1180.
Infantilismus der weiblichen Geschlechtsorgane (Van de Velde) 350.
— der weiblichen Geschlechtsorgane und Heiratsfähigkeit (Van de Velde) 473.
— hepatischer (Pfaundler) 472.
— Hirschsprung-Galantscher (Galant) 1296.
— intestinaler (Göttche) 165.
— Therapie (Ostwald) 927.
Infekt (Tisdall, Drake und Brown) 264.
— und Ernährung (Levy) 725.
Infektion, Bedeutung für die Neurologie (Lewy) 1123.
— und Nervensystem (Haberland) 917.
— Pathologie und Histologie der akuten Infektion des Säuglings (Nicolajew) 892.
Infektionsabteilung im Krankenhause (Liebermeister) 644.
Infektionskranke Kinder, Fehldiagnosen bei der Aufnahme (Meyer und Herz) 1065.
Infektionskrankheiten (Spengler) 108.
— geschlechtsbedingte Unterschiede im Ablauf (Meyer) 1165.
Infektionspsychosen (Herz) 329.
Infiltrate, infraklavikuläre (Redeker) 606.
Infiltrate, infraclaviculäre (Redeker) 606.
— isolierte infraklavikuläre (Assmann) 1363.
Influenza s. a. Grippe.
— (Sharp und Urbantke) 259.
— (Lombardo) 1415.
— -anosmie, essentielle (Levinstein) 1099.
— Blutbild (Varga) 1274.
— chronische (Velten) 552.
— chronische (Zülzer) 156.
— -Encephalitis (Menko) 1309.
— Epidemie (Riccardo) 654.
— epidemische (Field) 571.
— Epidemiologie (Kindborg) 819.
— Erreger (Hall) 1244.
— in Massachussets (Lombard und Doering) 1213.
— pneumonie (Frothingham) 1213.
Infundibulo-hypophysäre Gegend, Röntgenbehandlung der Tumoren (Roussy, Laborde und Bollack) 958.
Infundibulum, Geschwulst (Souques) 612.
Infusal (Dyroff) 1295.
Infusion, intraperitoneale (Tezner und Ebel) 984.
Infusionsbereitschaft (Kritzler) 299.
Infusionsflüssigkeit, Reaktion (Endres) 202.
Inguinalhernie s. a. Hernie, Inguinal-.
— (Rowley) 178.
— eingeklemmte (Buckley) 1103.
— in der Kruralgegend (Giordano) 562.
— schräge (Hughson) 266.
— von Kindern (Morrison) 487.
Inhalationsnarkose (Albrecht) 1124.
Inhalationstherapie (Malten) **803.**
Injektion, epidurale (Hess) 641.
— Gangrän des Armes und Tod nach einer subkutanen (Shaine) 1281.
— intravenöse (Gellert) 268.
— Technik der intravenösen (Dietel) 1403.
Injektionsspritze (Hitschmann) 1305.
Injektionstherapie (Hirsch) 245.
Inklusionen fetale, Operabilität (Budde) 400.
Inkontinenz, psychisch bedingte im Spielalter (Ochsenius) 65.
Inkret s. Hormon.
— -zubereitung (Fellner) 689.
Inkubationszeit (Hamburger) 820.
Innenohrdruck (Szász) 310.
Innere Medizin, Grundriß (v. Domarus) 1077.
Innere Sekretion s. a. Endokrine Drüsen.
— Sekretion und Ernährungstörungen (Heim) 249.
— Sekretion und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter (Duzár) 556.
— Sekretion, Oto-Rhino-Laryngologie (Riedl) 1099.
Innersekretorische Fragen in der Gynäkologie (Lahm) 552.

Innervation, statische (Spiegel) 297.
Insertio velamentosa (Frommelt) 557.
Inspiration und Unterbewußtsein (Marcos) 30.
Inspiratorische Rippenausdehnung (Hoover) 765.
Instrumente, leuchtende (Haebler) 403.
Insuffizienz, glanduläre (Garnier) 363.
Insula und Fontalhirn, Veränderungen, Gedächtnisstörungen (Marcus) 420.
Insulin (Adlersberg und Porges) 243.
— (Brugsch und Horsters) 203.
— (Dietrich, Häusler und Loewi) 330.
— (Lundsgaard und Holböll) 316.
— (Mallory) 434.
— (Miller) 1040.
— (Minkowski) 415.
— (Müller und Corbitt) 79.
— (Ornstein und Mera) 825.
— -Adrenalin, Antagonismus (Boden, Determann und Wankell) 1165.
— Aktivierung durch Eiweißkörper (Bertram) 1296.
— Angriffspunkt (Frank, Nothmann und Wagner) 204.
— Angriffspunkt (Lesser) 336.
Insulinartige Substanzen (Nothmann) 297.
— Wirkung, sythetisch dargestellte Körper mit (Frank, Nothmann und Wagner) 1332.
Insulin bei karzinomkranken Menschen (Stühlern) 685.
— bei chronischen Ernährungsstörungen des Säuglings (Tezner und Ebel) 202.
— bei Diabetes im Kindesalter **(Freise) 1.**
— bei Eklampsie (Stander und Duncan) 265.
— Beigabe von Saponin (Lasch und Brügel) 824.
— bei Glykämikern (Levy-Fränkel, Ducourtioux, Brétillon) 1278.
— bei Mastkuren und Ermüdungszuständen (Peutz) 1273.
— bei Nichtzuckerkranken (Bernhardt) 546.
— bei Psoriasis (Ravaut, Rith und Ducourtioux) 219.
— bei Säuglingstoxikose (Wagner) 412.
— Blutzuckerschwankungen (John) 434.
— Diabetes (Grant) 446.
— Diabetes (Rathery) 491.
— Diabetes bei chirurgischen Patienten (Baumann) 178.
— -effekt, Einwirkung der Muskelarbeit (Lawrence) 486.
— Einfluß (Kylin) 1434.
— Einfluß auf Ausscheidung von Gesamtstickstoff, Aminosäurestickstoff, kupferoxyd-reduzierende Substanzen im Harn (Zinsser) 948.
— Einfluß auf das Körpergewicht debiler Kinder (Mahnert) 1337.
— Einfluß auf die Blutzusammensetzung beim Diabetes mellitus (Rothschild und Jacobsohn) 1202.
— Einfluß auf die Kohlenhydratverwertung beim Nichtdiabetiker (Lublin) 790.
— Einfluß auf die Kohlenhydratverwertung im nichtdiabetischen Organismus (Lublin) 854.
— Einfluß auf die Phagocytose (Bayer und Form) 641, 884.
— Einfluß der Ca- und K-Ionen auf die Wirkung (Rylin) 104.
— Einfluß auf überlebende Hundeleber (Laufberger) 724.
— Einfluß auf überlebende Hundeleber (Unverricht) 851.
— Empfänglichkeit und Nebenniere (Unverricht) 851.
— -empfindlichkeit der Tuberkulösen (Ahlenstiehl) 818.
— Ersparnis durch zeitlich verschobene Verabreichung (Steinbrinck) 847.
— Gefahren (Schemenski) 643.
— -Gehalt im Pankreas von Diabetikern (Pollak) 981.
— glykogenolytische Wirkung (Müller und Petersen) 118.
— -Heimbehandlung diabetischer Kinder (Priesel und Wagner) 684.
— -Hypoglykämie (Hewitt und Reeves) 1136.
— im Eiweißstoffwechsel (Janney und Shapiro) 896.
— in der allgemeinen Praxis (Fitz) 118.
— in der Chirurgie (Orator) 423.
— in der Geburtshilfe und Chirurgie (Starr und Fletscher) 380.
— in der Kindernahrung (Green und Robbins) 799.
— in der Uebererernährungstherapie (Ichok) 696.
— in Geburtshilfe und Gynäkologie (Vogt) 1089.
— -inhalation (Silten) 104.
— -komplement (Lundsgaard, Holböll und Gottschalk) 482.
— konzentrierte Lösungen (Kölle) 414.
— -lösungen, konzentrierte (Mahler) 818.
— -Mastkur (Vogt) 156.
— -Mastkur bei Nichtdiabetischen (Böckheler) 1330.
— -Mastkuren (Bauer und Nyiri) 105.
— -Mastkuren (H. Bodmer) 559.
— -Mastkuren bei Lungentuberkulösen (Ahlenstiel und Poel) 1203.
— -Mastkuren beim Tuberkulösen (Unverricht) 979.
— -Mastkuren bei Tuberkulösen (Großfeld) 1444.
— -Mastbehandlung im Kindesalter (Priesel und Wagner) 201.
— Mechanismus der Wirkung (E. F. Müller und Wiener) 570.
— Oedem (D. M. Ervin) 582.
— páradoxe Wirkung (Foerster) 684.
Insulin, perorale Präparate (Meyer und Oppenheimer) 1162.
— perorale Resorption (Fornet) 1132.
— perorale Therapie (Elzas) 1210.
— -phänomen, paradoxes (Fornet und Christensen) 427.
— -pillen, Mastkuren (Vogt) 818.
— Präparate (Riemke) 28.
— -Präparate, Auswertung (Dale) 171.
— -präparate, biologische Prüfung (Marks) 171.
— -präparate, klinische Versuche (Harrison und Lawrence) 171.
— -präparate, perorale (Umber) 1331.
— quantitative und optimale Wirkung (Holm) 1332.
— Reindarstellung (Laqueur) 720.
— Resorptionsbeschleunigung (Koref und Mautner) 244.
— Resorptionssteigerung (Koref und Mautner) 686.
— -schock (Müller und Petersen) 639.
— Spätresultate (Thomsen) 485.
— -Studien am Kinde (Freise und Choremis) 249.
— -behandlung (Fischer) 1078.
— -behandlung (Güdemann) 921.
— -behandlung bei Kindern (Heimann-Trosin und Hirsch-Kauffmann) 250.
— Behandlung des Diabetes (Umber) 546.
— Behandlung des kindlichen Diabetes (Priesel und Wagner) 155.
— -Behandlung diabetischer Staroperierter (Scheck) 979.
— Behandlung, hypoglykämische Reaktionen (Greaves) 1109.
— -behandlung, intensive ambulante (Gray) 892.
— Behandlung von nichtdiabetischen Lungenkranken (Hofhauser und Schön) 949.
— Therapie (Hagedorn und Holten) 331.
— Therapie bei Icterus catarrhalis (Schneider) 1305.
— Therapie der Unterernährung (Feissly) 364.
— Behandlung des Basedowii (Richter) 105.
— Therapie des Diabetes (Nizon) 316.
— Therapie des Morbus Basedowii (Klein) 299.
— -Traubenzuckertherapie (Grunenberg) 553.
— -Traubenzucker-Therapie bei Funktionsstörungen der Leber und Pankreas (Grunenberg) 298.
— und Augendruck (Richter) 824.
— und Blausäure (Szolnoki) 919.
— und Blausäure, Gegengifte (Rosenberg) 1233.
— und Blutkatalese (Török) 604.
— und Ketonurie beim Kinde (Freise und Boeringer) 645.
— und Krankenkassen (Mahler) 203.
— und Nichtdiabetiker (Jaksch-Wartenhorst) 1059.
— und Schwangerschaft (Fitz und Murphy) 262.
— und Traubenzuckertherapie bei Leberinsuffizienz (Herszky) 883.
— und Verfütterung von rohem Pankreas (Bernstein) 36.
— -Vergärung in der Streptokokken-Pneumokokkengruppe (Berger und Silberstein) 1433.
— Verschiedenartigkeit der Reaktion (John) 895.
— Verteilung (Kelley) 120.
— -verteilung, optimale, in der Behandlung des kindlichen Diabetes (Priesel und Wagner) 297.
— -Wirkung (A. Gigon) 27.
— -Wirkung (Loewi) 1029.
— -Wirkung (Pollak und Basch) 1402.
— -Wirkung auf Alkalireserve und Blutzucker im Coma (Singer) 955.
— -Wirkung auf das Säure-Basengleichgewicht bei Diabetes (Gibson) 568.
— -Wirkung auf den Blutdruck (Hahn) 883.
— -Wirkung auf den Eiweißstoffwechsel (Senega) 447.
— -Wirkung auf den Wasserhaushalt (Koref und Mautner) 686.
— -Wirkung auf die Acidose (Sanguinetti) 360.
— -Wirkung auf die Zuckerkrankheit der Kinder (Rohrböck) 1442.
— -Wirkungen auf Glukose (Ch. Lundsgaard und S. A. Holboell) 28.
— -Wirkung auf nichtdiabetische Krankheitszustände (Osato) 981.
— -Wirkung, Beeinflussung durch Elektrolyse (Abelin und Goldener) 64.
— -Wirkung bei experimentell erzeugter Alkalose (Schiff und Choremis) 1162.
— -Wirkung der Verdauungsfermente (Weiß und Pogány) 724, 1441.
— -Wirkung, Einfluß von Säure und Alkali (Hetenyi) 544.
— -Wirkung der parasympathischen Gifte (Vas und Lang) 1441.
— -Wirkung, intrakutane (Edelstein und Vollmer) 604.
— Zuckerausschüttung (Fornet und Christensen) 643.
— Zuckerausschüttung (Müller und Petersen) 416.
— -zuckerbehandlung (Jacoby) 245.
Intelligenz-Bestimmung (Schlesinger) 250.
Interferometrie (Runge) 688.
— Schwangerschaftsdiagnose und Geschlechtsbestimmung (Kleesattel) 544.
— und Fermentbiologie (Streck) 1159.
Interferometrische Blutuntersuchung (Groedel u. Hubert) 1197.

Interferometrische Blutuntersuchung, Wert bei polyglandulärer Sekretionsstörung (Groedel und Hubert) 1162.
— Blutuntersuchung bei endogener Fettsucht (Groedel und Hubert) 1339.
— Geschlechtsvorhersage (Dyroff) 558.
— Methode (Streck) 1090.
— Methode der Abderhaldenschen Reaktion (Kaufmann) 918.
— Serodiagnostik und innere Sekretion (Hellmuth) 1159.
— Untersuchungen des Endokrinabbaues während der Schwangerschaft (Hellmuth) 1295.
— Untersuchungen zur Frage des Alterns (Groedel und Hubert) 1332.
Interkostalneuralgie (Blümel) 1064.
— (Carnett) 617.
— im Gefolge von Erkrankungen der Organe des kleinen Beckens. (Lapinsky) 1365.
— -nerven, chronische Neuralgie der untersten (Baum) 953.
Interlobärspalt, Erkrankungen (Deutsch) 106.
Interpositio vesicovaginalis uteri (Paunz) 313.
Interrenalismus (Mathias) 1098.
— (Mathias und Petzal) 1433.
Intestinaltraktus s. Magendarmkanal.
Intestinol (Hirsch) **1006.**
— (Hirsch) 820.
Intoxikation s. a. Vergiftung.
— Pathologie der Säuglings- (Heim) 412.
Intraabdominelle Organe, subkutane Verletzungen (Schmidt) 953.
Intraoculare Flüssigkeit s. a. Kammerwasser.
— — (Tron) 1437.
Intrakutanreize (Luithlen und Molitor) 755.
— -vakzination (Zoeller) 363.
Intranasale Affektionen und Asthma (Gottlieb) 75.
Intraorbitaltumor (Castresana) 31.
Intrazisternös verabreichte Medikamente (Jánossy) 1026.
Introcid (Bobnik) 753.
— (Halir und Kissoczy) **1390.**
— (Schiller) **1005.**
Intubation, operativer Eingriff bei Krupp (v. Bokay) 298.
Intussuszeption s. a. Invagination.
— (Fairweather) 655.
— (Mannsell) 1134.
— akute (Davies) 654.
— rezidivierende (Hawe) 657.
— bei Erwachsenen (Widgery) 859.
— an der Flexura ileocolica (Probstein) 734.
— bei Kindern, spinale Anästhesie (Bailey) 1135.
Inulin, Messung (Camphell und Hanna) 1245.
Invagination (Foote) 762.
— ileozökale (Bennet) 1210.
Invaginatio ileocoecalis (Lavesson) 1273.
Invaginationen kleiner Kinder, chirurgische Behandlung (Suermondt) 1066.
Invagination, chirurgische Behandlung (Suermondt) 480.
Invertase, Hemmung der Wirkung durch Glukose und Fruktose (Nelson und Anderson) 1245.
Inzest (Heinr. Többen) 584.
Ionenverschiebungen und Säurebasengleichgewicht (Beckmann, Bass, Dürr und Drosite) 981.
Ionisation durch Röntgenstrahlen (Küstner) 1053.
— Wirkungen (Picard) 1269.
Ionisationskammer (Hugo Fricke, Ph. D. u. Glasser, Ph. D.) 579.
Iontodosimeter (Chaoul) 209.
Iontophorese (Wirz) 297.
Iridektomie (Groenouw) 759.
— bei Glaukom (Green) 801.
Iridodialyse (Dohrmann) 824.
— -kapsulotomie (Berens) 1315.
Iridozyklitis (Meller) 333.
— (Krückmann) 1199.
— endogene (Kubik) 546.
— -Therapie (Rodin) 264.
— tuberculosa (Aschermann) 1370.
Iridoziliare Venen, perforierende (Richter) 477.
Irisbefund bei Fuchsscher Heterochromie (Streiff) 476.
— -blatt, Hypoklasie des vorderen (Pelláthy) 1169.
— elektrische Aktionsströme (Braunstein) 1443.
— -farbe (Münch) 156.
— -muskel, Sympathikuswirkung auf den isolierten (Poos) 1100.
— -prolaps (Bulson) 76.
— totale Inversion (Dasealopoulos) 1447.
— Therapie infektiöser Erkrankungen mit ultravioletten Strahlen (Braunstein) 1443.
— -versuche, Poosche (Münch) 1437.
Iritisrezidive, Beinflussung durch Beseitigung von Infektionsherden (Irons und Brown) 1284.
Iritis exsudative, Röntgentherapie (Samuel, Blum und Bowie) 1282.
— Syphilis und andere Augenaffektionen (Bell) 797.
Irrenfürsorge (Kraepelin) 416.
— in Preußen (Groth) 644.
— -pflege-Personal (Kellert) 417.
Irresein, manisch-melancholisch **(David) 198.**
— manisch-depressives (Kahn) 884.
— (Mapather) 1414.
Isacen (Weiss) 884.
— (Einhorn und Rafsky) 731.
— (Ravoth) **739.**
Isapogen (Peters) 156.
Ischämische Kontraktur (Löhr) 405.
— Muskelkontraktur durch einfache Kontusion (Eichhoff) 1236.
Ischias (I. Rouillard) 565.
— (Lindstedt) 1402.
— -therapie **(Schiessl) 598.**
— -therapie mit Novocaineinspritzung (Adels) 609.
Ischiaticus, Neuritis infolge intramuskulären Injektionen (Lafora) 253.
Ischurie s. a. Anurie.
— postoperative (Gragert) 688.
Isoagglutination, Charakteristik des Blutes (Barsky) 854.
Isoantikörper in Blut und Milch (Heim) 854.
Isohämagglutination (Schneider) 63.
Isolierung der Säuglinge in Anstalten (Marfan) 1449.
Isolierungsproblem (Kleinschmidt) 1295.
Isopatin (Mori) 357.
Isoopsonine, gruppenspezifische (Schiff) 103.

Jacksonsche Membran (Cornolli) 1205.
Jahrbuch der Krankenversicherung 1080.
Jahreszeiten, Einfluß auf die Morbidität der Atmungsorgane (Smiley) 1075.
Janetsche Abspaltung (Schack) 1060.
Janizeps, asymmetrischer (Pack und Berey) 1040.
Jarischsches Trichoepitheliom (Zarafonitis) 1068.
Jekorisierte Milch bei Rachitis (György) 250.
Jena, Physikalisch-Therapeutisches Institut (Riemerschmidt und Grober) 1022.
Jejunalgeschwür (Ashcraft) 484.
— Operation (Pauchet) 267.
Jejunostomie (Enderlen) 245.
— hohe, bei Darmverschluß (Orr und Haden) 1034.
Jejunum, Chirurgie (Adams) 486.
— Röntgendiagnostik (Koppenstein) 1403.
— sekundäre Ulcera und Röntgendiagnose (Scott) 929.
Jobramag (Fehniger) 819.
Jodäthylmethode als funktionelle Herzprobe (Moore, Hamilton und Kinsman) 1107.
Jodausscheidung (Mayr) 1305.
Jod, Ausscheidung im Harn (Cattell) 1000.
Jodausscheidung in der Milch (Rasche) 1065.
Jod und Basedow (Borak) 333.
— -basedow (Kaffler) 917.
— -basedow (Schimak) 333.
— -Bindung (Jesler) 724.
— -Dermasan (Thielmann) 685.
— -eruption (Semon) 1310.
— -Hyperthyreoidismus (Jackson) 79, 262.
— -ionen, elektrische Prüfung in den Geweben (Stscherbak) 1242.
— -Jodkalilösungen zur Prophylaxe und Therapie der Influenza (Lombardo) 1415.
— kolloidales (Lafay) 114.
— kolloidales (Mayoly) 368.
— beim Kropf (Lahey) 177.
— im menschlichen und tierischen Organismus (Maurer und Dietz) 156.
— -Natrium intravenös (Wiltsie) 372.
Jodöl bei der Diagnose der chronischen Sinusitis (Mc. Cready) 1213.
— Einführung in die Lunge (Singer) 1315.
— und Pneumoperitoneum in der gynäkologischen Diagnose (Stein und Arens) 1315.
— zur Pyelographie (Neuswanger) 74.
— bei Pyelographie (Neuswanger) 1318.
— in der Röntgendiagnose (Iglauer) 828.
Jodöle, Röntgenographie und Therapie (Belfield und Rolnick) 732.
— -injektion (Sorrel und Delahayse) 565.
Jodpräparation, Untersuchung von Bronchialerkrankungen (Moller u. v. Magnus) 169.
— -reaktion der Blutplättchen (v. Rokay) 468.
— -reaktion der Blutplättchen, Spindelzellen und Knochenmarksgebilde (Rokay) 201.
— Resorption in der Schilddrüse (Eckstein und Nuelle) 340.
— gegen Scharlach (Novack) 1109.

Jod-Gehalt der Schilddrüsen (Syring) 1065.
— -stärke-Reaktion als Pankreasfunktionsprüfung (Piersol, Bockus und Shay) 432.
— Stoffwechsel bei Pubertätsstruma (Eckstein und Mommer) 340.
— in der Syphilisbehandlung (Goodmann) 800.
— -therapie der Hyperthyreosen (Biedl und Redisch) 104.
— (Mercke) 314.
— -therapie (Basigkow) **769.**
— -therapie und Jodschädigung (Bamberger) 1164.
— -thyreogobulin (Mahnert) 161.
— -tinktur als Antihidrotikum (Seifert) 919.
— Vergiftungen (Holm) **1441.**
Jodiden bullöses vegetierendes (Danel) 368.
Jodipin (Schmidt) 1177.
— (Sievers) 1127.
— (Sigl) 415.
— Bronchialbaumfüllung (Henius) 978.
— in der Gynäkologie (Newell) 1002.
— -injektion (Peiper) 245.
— diagnostische Kontrastfüllung des Lumbalkanals mit (Hiller) 1405.
— als Kontrastmittel der Urologie (Fritz) 1269.
— Myelographie (Krause) 158.
— in der Radioskopie der Tränenwege (Wollenberg) 1100.
Jodisan (Hallermann) 722.
Juckempfindung in ekzematös erkrankter Haut (Rothmann) 925.
— -reiz und Milzsaft (Mayr) 156.
Juden, Morbidität der (Gutmann) 983.
Jüdische Bevölkerung, Vitalität und Morbidität (Ullmann) 1200.
— Ehen, Soziologie und Psychologie (Hanauer) 1067.
Jugenderotik, der Ernstspielcharakter der (Stern) 1194.
— -fürsorge in Oesterreich (Mikocki) 1297.
— -herberge (Brossmer) 605.
— -wohlfahrtsgesetz (Weinberg) 165.
Jugoslawien, gessundheitliche Einrichtungen (Fresenius) 724.
— gesundheiliche Einrichtungen (Fresenius und Abel) 790.
Jupiterlampe (Malten) **834.**
Juvenile Straffälligkeit (Parsons) 375.
Juvenal (Oppenheim) 307.

Kaffee bei Kindern (Irvin) 571.
— -Syndrom (Powers) 41.
Kahn, Albumin-A-Reaktion (Wottschak) 724.
— -Antigen (Kendrick und Jenks) 373.
— -Reaktion, syphilitische Serumdiagnose (Greenbaum) 569.
Kahnbein-Ausrenkung am Fuß (Anglesia) 1075.
— -Luxation (Rondet und Rolland) 1074.
Kahnsche Präzipitationsreaktion (Kelly) 373.
— Präzipitationsreaktion (Owen und Cope) 373.
— Präzipitationsreaktion (Giordano) 373.
— Probe (Kendrick und Dunham) 264.
Kahr, Familie (Wulz) 1297.
Kaiserschnitt, s. a. Sectio caesarea.
— (Sweringen) 440.
— (Lewis) 734.
— (Klumper) 1098.
— (Grynberg) 1444.
— (Markowa) 1444.
— bei der Toten (Noltmann) 342.
— bei starker Hämorrhagie (Smith) 382.
— bei Vulvaekzem und Placenta praevia (Liepmann) 342.
— bei Vulva-Oedem (Gertler) 342.
— zervikaler suprasymphärer (Vruwink) 269.
— Drainage (Rosenfeld) 1003.
— Enukleation der Eier (Fournier) 611.
— extraperitonealer (Bolattio) 489.
— Genitalfurunkel als Indikation zum Kaiserschnitt bei engem Becken (Kubig) 954.
— -kind, Gonoblennorrhoe (Neumann) 342.
— konservativer (Kerr) 897.
— Luftembolie (Kraul) 954.
— späterer Geburtsverlauf (Wille) 640.
— suprasymphisärer (Phaneui) 1106.
— suprasymphysärer transperitonealer (Brindeau) 492.
— suprasymphysärer transperitonealer (Polak) 501.
— transperitonealer (Polak) 501.
— Kaiserschnitt und hohe Zange (Calmann) 342.
— vorderer abdomineller (Oginz) 501.
— wegen Eklampsie (Liebmann) 342.
— wiederholter (v. Lehoczky-Semmelweiss) 343.
Kakteenstacheln, toxische Wirkung (Hauffe) 546.
— Toxikose (Löwy) 299.
Kala-azar, s. a. Leishmaniosis.
— der Kinder in Syrien (Hitti) 1315.
— experimentelle (Young, Surgly und Brown) 494.
— in Madrid (Bravo y Frias) 930.

Kalbfleisch, Nährwert des finnischen (Björkstein, **Klingendahl und** Saarinen) 1071.
Kaligehalt des Serums, Neubildungen (Ottonello) **1142.**
— im Blute Krebskranker (Paolucci) 892.
Kalium bichromicum (Zweig) **1305.**
— -permanganat (Veryeres und Valette) 695.
— -permanganat, Vergiftung (Homma) **647.**
— Wirkung auf die Herzreizbildung (Kisch) 1021.
Kalkaneus, Frakturen (Miani) 254.
Kalk, s. a. Calcium.
— -darreichung (Opitz und Jung) 415.
— -gehalt der Frauenmilch (Stransky) 340.
— -gehalt des Blutes bei der Spasmophilie (Griffith) **431.**
— -gehalt des Blutes Neugeborener (Nohlen) 1065.
— -gicht (Müller) 1020.
— -herde, isolierte bei Erwachsenen (Ickert) 606.
— intravenöse Therapie (Glaser) 884.
— -konkretionen, subkutane (Thibierge und Weisenbach) **361.**
— -nachweis, histologischer (Freudenberg) 201.
— -resorption (Kahn und Roe) 731.
— -stoffwechsel (Scholz) 334.
— -stoffwechsel (Bickel) 722.
— -stoffwechsel und Vitamine (Loew) **1387.**
— -stoff-Wechseluntersuchungen bei Tuberkulosen (Laufer) **1175.**
— -therapie **(Kayser) 1011.**
— -therapie (Colman) **1254.**
— und Kieselsäure-Injektionen, zur Behandlung der Lungentuberkulose (Strahlmann) **1387.**
Kalkariurie (Glaser) 1403.
Kallusbildung, Einfluß der periarteriellen Sympathektomie **(Mairano)** 253.
— Einfluß der verschiedenen Drahtsorten (Lange) 1206.
— und Schilddrüse (Kutscha-Lissberg) 647.
— Histogenese (Dietrich) 687.
Kalmückentypus **(Galant) 805.**
Kalorimeter, transplantabler (Clendon, Hamphrey, Loucke) **1245.**
Kalorimetrie, tierische (Plummer, Denel, Losk) 1245.
Kalorose als Verödungsmittel varikös entarteter Venen **(Nobl)** 1166.
Kältediurese (Bronner und Schüller) 1369.
-flockung, unspezifische thermolabile nach Sachs-Georgi (Baumgärtel) 1162.
— -hämoglobinurie (Salén) 73.
— -maschinen (Schwarz-Zangger) 1200.
Kaltenkirchen, neues Krankenhaus (Ruppel) 644.
Kaltkauter, Hypertrichosis, Elektrokauter (Last) 920.
Kalzan (Loew) 1321.
Kamillentee (Arnold) 547.
Kammerflimmern (de Boer) 1152.
Kammerstillstand und Herzblock (Gager und Parden) 78.
— -systolenausfall (Ken Kure und Kaneko) 917.
— -tätigkeit des Froschherzens nach Abtrennung von Sinus und Vorhöfen (Rössler) 204.
Kampfer (Siegel) 204.
— (Bijlsma) 790.
— (Blume) 1021.
Kampfer, Blutdrucksteigerung bei gehirnlosen Katzen (Bijlsma) 923.
— und Ersatzpräparate (Guggenheimer) 642.
— in der Therapie der Lungentuberkulose (Muralt und Weiller) 1335.
— -lösung Hoechst (Beckmann) 947.
— -öl gegen die puerperale Sepsis des Uterus (Cavazzani) **564.**
— -ölinjektionen, Oelgeschwülste (Louste, Thibaut und Cailliau) 494.
— Papaverin-Gelatinetten (Renz) 415.
Kanalgas (Feldmann) 1435.
Kapillaren, s. a. Blutgefäße.
Kapillarbeobachtungen bei Hämophilie (v. Bernuth) 1234.
— bei Schwangeren (Pischzek und Schmidt) 473.
Kapillaren, Permeabilität (Hoff und Leuwer) 980.
— Physiologie und Pathologie (Ebbecke) 1119, (Müller) 1119.
— (Ebbecke, Müller) 1057.
— Reizung mit galvanischem Strom (Heimberger) 980.
— Studien (Boas) 121.
— -innervation (Barksdale) 1075.
— -mikroskopie (Mayer-List und Hübener) 65.
— (Engelen) **1182.**
— (Bettmann) 1296.
— -mikroskopische Untersuchungen (Bettmann) 1057.
— -system und Blutdruck (Lenaz) 639.
— -tonometer (Raijka) 201.
— Verhalten bei Blutungsübeln (v. Bernuth) 1402.
Kapselchondromatose (Panner) 1374.
Karbunkelbehandlung (Silberstein) 204.
— (Guhrauer) 1333.
— konservative (Junkermann) 333.
— operative (Edmunds) 486.

Karbunkel in der Urethra (P. A. Ferrier) 582.
Kardia, Carcinom (Clairmont) 647.
— Divertikel (Pearlstein) 1108.
— Dysfunktion (Palugyay) 603.
— -ruptur (Maydl) 415.
Kardiolyse im Kindesalter (Schaefer) 108.
Kardiospasmus (Fitzgibbon) 697.
— (Schindler) 1060.
— (Sternberg) 919.
— Behandlung (Rosenberg) 720.
Kardiovaskuläre Defekte (Perla) 372.
— Patienten (Lahey und Hamilton) 380.
Karies (Nissle) 1233.
Karlsbader Mühlbrunnen, künstlicher (Umber) 468.
Kartoffelschälen (Grieser) 1435.
Karyokinese, s. Kernteilung.
Karyon (Kuthy) 1025.
— (Zolnai) 1025.
Kasein (Jarotzky) 427.
Kastle-Meyersche Probe (Glaister) 486.
Kastration (Cordua) 1098.
— Dosierung bei (Schneider) 1091.
— Kreislaufänderung (Strassmann) 161.
— Einfluß auf die Magensekretion (Gasiunas) 1025.
Katalase im Blute von Geisteskranken (Lachtin) 1204.
— -wirkung der Mundschleimhaut (Sollmann und Howard) 175.
Katarakt, s. a. Star.
— angeborener (Volmer) 252.
— Beziehungen zur allgemeinen Pathologie (Weil und Nordmann) 796.
— -degeneration, senile und senile Makuladegeneration (Fischer) 1269.
— elektrischer (Franklin und Cordes) 76.
— Expression (Green) 998.
— -extraktion (Hume) 1310.
— nach Strumektomie (Kash) 1268.
— operation (Thies) 210.
— (Sachs) 333.
— -operationen, Gefahr der Infektion (Bell) 796.
Katarakta diabetica und Insulin (Dantrelle) 796.
— fusiformis (Kyrieleis) 311.
— punktata (Lehrfeld) 264.
— zonularis pulverulenta (Poos) 477.
Kehlkopf, Knorpelgeschwülste (Engelhardt) 988.
Katatonie und Melanodermie (Wigert) 794.
— periodisch rezidivierende (Ehrenwald) 1365.
Katatonische Anfälle bei Kindern (Oseretzky) 646.
Kathartie (Dewis) 176.
Katheter, Geschichte (E. Ebstein) 24.
Katheterismus eines stark gewundenen Ureters (Lewis u. Carrol) 732.
Kathodenstrahlen, Einfluß auf Bakterien (v. Angerer, Pauli und v. Redwitz) 309.
— sekundäre der Röntgenröhre (Walter) 209.
Kat-Ionen, Bedeutung für die zellulären Reaktionen bei der Entzündung (Grossmann und Wollheim) 1162.
Kauffmannscher Versuch (Brucke) 332.
Kaustikum (Moeckel) 1305.
— (Gruner) 1305.
Kavernen, s. a. Lungen.
— (Lydtin) 71.
Kaverne bei der Lungenphtise des frühen Tertiärstadiums (Rosarius) 1128.
— Diagnose und Prognose (Ritter) 25.
— Durchbruch (van der Lee) 1031.
— Lokalisation phthisischer (Steinert) 1363.
— -wand, Histologie (Curschmann) 719.
Kavernositis, Heilung durch Diathermie (Corbus) 1385.
Kehlkopf s. Larynx.
— angeborene Membran (Scheinmann) 1028.
— angeborene subchordale Membran (Bernstein) 1207.
— direkte Untersuchung (River) 431.
— doppelseitige Abduktoren-sive Posticusparese (Dahmann) 1165.
— endoskopische Entfernung größerer Tumoren (Gumperz) 211.
— haemangioma cavernosum (Raaflaub) 315.
— Herstellung von Gipsmodellen (Pfeiffer und Lampert) 1028.
Kehlkopflähmung, myopathische (Clauberg) 1369.
— -muskeln, motorische Nervenendigungen (Tauturri) 216.
— Phototherapie der Tuberkulose (Cemach) 886.
— Röntgenschädigung (W. Tonndorf) 25.
— -schädigung nach Röntgenbestrahlung (v. d. Hütten) 1130.
— -spiegel, Verhütung des Beschlagens (Sobernheim) 1295.
— -tuberkulose (Stephani) 478.
— -tuberkulose (Giercke) 606.
— -tuberkulose (Runge) 607.
— -tuberkulose, Behandlung mit Goldpräparaten (Schmidt) 685.
— -tuberkulose, Entstehung und Beginn (Esch) 1095.
Kehlkopf-Verletzung durch Strangulation (Karl Hellmann) 25.
Keilbeinhöhle, Entwicklung (van Gilse) 1369.
— Mukozele (Meisels) 986.
Keimbahn (Kohno) 250.
— -bestrahlte Muttertiere (Martius u. Franken) 312.
— -drüsen, s. Geschlechtsdrüsen.
— -drüse, Lebensdauer der weiblichen (Münzer) **876.**
— -drüsenpräparate (Brugsch und Rothmann) 299.
— -drüsenpräparate (Münzer) **1083.**
— -drüsenpunktion (Lieben) 1132.
— drüsentherapie zur Altersbekämpfung (Benjamin) 1160.
— drüse, Ueberpflanzung bei Haustieren (Frey) 1159.
— -drüsen, Widerstandskraft (Klein) 1088.
Keloid, Röntgenbehandlung (Grier) 1351.
Keratitis (Busse) 1268.
— hereditäre, an der Spaltlampe (Haudeline und Bretagne) 1105.
— interstitielle (Goldbach) 831.
— interstitielle bei kongenitaler Syphilis (Guy) 1449.
— neuropathica superfizialis (Bossuet) 252.
— parenchymatosa (Enroth und Hisinger-Jägerskiöld) 210
— luetica (Weill und Jost) 367.
— tuberkulöse (Krey) 477.
Keratodermie verruköse noduläre (Lortat-Jacob und Legrain) 360.
Keratosen, Behandlung (Pfahler) 495.
Keratosis pilaris (Jeanselme und Brunier) 258.
Kermaunerscher Untersuchungsreflex bei Gebärenden (Galant) 689.
Kernigsches Symptom (v. Eiszenmann) 757.
Kerosen, Vergiftung (Barbour) 999.
Ketogene Diät bei Epilepsie (Peterman) 75.
Ketonurie und Insulin (Freise und Boeringer) 645.
Ketose während der Schwangerschaft (Hardnig und Drew) 866.
Keuchhusten (v. Szóntagh) 250.
— (Ziegler) 314.
— chemische Blutveränderungen (Regan und Tolstouhov) 568.
— extreme Leukozytose (Seitz) 179.
— Bromoform-Therapie (Jacobs) 1372.
— Milcheinspritzungen (Tretow) 1133.
— Röntgenbestrahlung (Faber und Strubble) 118.
— Nutzen der Röntgenstrahlen (Ralph D. Leonhard, M. D.) 579.
— subkutane Injektionen (Boeldien) 492.
— kombinierte Therapie (Buttermilch) 1296.
— lokale Therapie **(Schwarze) 1014.**
— Therapie (Seminerio) 1173.
— mit Droseratinktur (Williamson) 215.
— mit Röntgenstrahlen (Smith, Bowditch, Leonard, Emerson, Wyman, Barron, Green, Hubbard und Tennis) 75.
— und Tuberkulose (Mouisset) 1175.
— Tuberkulin (Stuhl) 165.
— -vakzine (Kofoel) 692.
— Vakzine-Behandlung (Krijger) 1031.
— — (Vechtmann) 1272.
Kiefer, Anästhesierung (Lindemann) 1405.
— unterer, Pseudarthrosen (Rouvillois) 113.
— -krankheit (Mayrhofer) 1339.
— -gelenk, syphilitische Arthritis (Baltscheffsky) 215.
— -gelenksentzündung (Bruck) 1092.
— -höhleneiterung, stinkende (Karl Menzel) 25.
— -höhlenentzündung (Waldron) 221.
— -höhle, Polyposis (Marx) 887.
— -höhlenschleimhaut, Histopathologie (Krumbein) 1067.
Kiellandsche Prolapsoperation (Sachs) 344.
Kiellandzange (Baumm) 346.
— (Frey) 416.
— (Neumann) 1367
— **(Heinlein) 713.**
Kiemenfistel (Carp) 734.
Kienbocksches Phänomen (Mongini) 358.
Kieselsäure--Kalziumtherapie der Tuberkulose (Kaescher) 24.
— -therapie (Köhler) 1065.
— Veränderungen des Blutbildes (Pfalz) 819.
Kind, das gesunde und kranke (Schweisheimer) 1320.
— im schulpflichtigen Alter (Huenekens) 117.
— nervöses (Wechsberg) 1425.
— -bett bei den alten Völkern (Schumann) 264.
Kinder, schlecht essende (Peyrer) 249.
— -Ernährung (Czerny und Keller) 180.
— -asyl der Stadt Berlin (Meyer) 1021.
— -aufzucht und Wohnverhältnisse bei Berliner Konfektionsarbeiterinnen (Benjamin) 727.
— Größe und Gewicht von Berliner (Schweers u. Freudenberg) 1297.
— -krankheiten (Reh) 1078.
— -krankenhäuser (Schilling) 756.
— -lähmung (Gill) 351.
— cerebrale (Pyles) 270.

Kinderlähmung, spastische (Comby) 349.
— spastische (Fairbank) 562.
— spinale Behandlung nach Ablauf des akuten Stadiums (**Rey**) **935.**
— Vorbeugung und Frühbehandlung der epidemischen (Müller) 1203.
— lungensanatorium des Narkomsdrow (Alter) 1167.
— -polizei in Amsterdam (Hogendyk) 1447.
— -reiche Familie (Zahn) 1231.
— -sterblichkeit in den Vereinigten Staaten (Tewksbury) 259.
— -zahl in Berliner Arbeiter- u. Mittelstandsfamilien (Benjamin) 1128.
Kinegrammata medica (v. Rothe) 934.
— (Braun) 1285.
Kinnhautreflex (de Castro) 218.
Kirmissonsche Häkchen, Extraktion von Münzen (Avoni) 995.
Kognak (Martell) 1021.
Klappohr, operative Behandlung (Eitner) 825.
— -spiegel (Sellheim) 106.
Klauenfuß, Operation (Dickson und Diveley) 1315.
— -hohlfuß, Behandlung (Scherb) 887.
Klavikula, heriditärer beiderseitiger Defekt (Vogel) 854.
Klebrobinden (Strebel) 1330.
Kleinhirn, s. a. Cerebellum.
— (Towne) 1318.
— -abzeß (Burger) 475.
— — (Fremel) 310.
— otogener Abszeß (Brunner) 310.
— — — (Soyka) 310.
— -affektionen, oberflächliche (Leiki) 483, 988.
Kleinhirn, Anatomie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte (Brun) 652.
— -ataxie (Juarros) 31.
— Beziehungen zu den Eigenreflexen (K. Hansen u. W. Resch) 23.
— -brückenwinkel-Symptomenkomplex (Lotsy) 726.
— -tumoren (Walthard) 888.
— (Heine) 339.
— -erkrankungen (N. A. Papow) 23.
— -Funktion (Carl Hesser) 27.
— -hemisphäre, ausgedehnte Abtragung (Schloffer) 105.
— asymmetrische Enthemmungserscheinungen nach Resektion einer (Fischer u. Pötzl) 1300.
— Neurogliom (Perret) 480.
— -resektion (Pötzl) 105.
— -tumoren, atypische tonische Halsreflexe (Rothfeld) 1365.
— -lose Tiere, Statik und Motilitätsstörungen (Rademaker) 1122.
— -wurm, Bedeutung für den Blutzuckerspiegel (Lewy und Shinosaki) 1433.
Klemmzange, gynäkologische (Mansfeld) 342.
Klimakterische Beschwerden (Zöckler) 248.
Klimakterium und Blutdruck (Lehfeldt) 1304.
— Kreislaufänderung (Straßmann) 161.
Klimatische Therapie (Ceresole) 930.
Klimatologie des Hochgebirges (Dorno) 72.
Klippel Feils Symptomenkomplex (Nilsonne) 1410.
Klitoris, Fibrome (Ottow) 1097.
Kloaken, persistierende (Pennock und Stark) 1075.
— Persistenz (Nordenfelt) 991.
Klumpfuß, angeboren (Bearse) 375.
— angeborener (Staub) 416.
— Frühbehandlung des angeborenen (Pretorius) 722.
— Redressement und Sehnentransplantation beim paralytischen (Saxl) 1206.
Klumpfüße, symmetrische, kongenitale bei Zwillingen (Bockheiser) 1315.
— -hand (Rocher) 365.
— — (Hottinger) 645.
Kneippsche Wasserheilmethode (Schneiter) 1371.
Knickfuß (Schulze-Gocht) 684.
— -plattfuß, angeborener (Camera) 1075.
Knie, Aneurysma der Kniekehlengefäße (Stevenson) 1210.
— biegsamer Verband (Digby) 1318.
— Hydarthrose (Bordier) 1311.
— -scheibe, Tuberkulose der (Crainz) 488.
— -schwäche (Romich) 1206.
— -verletzung (Goddu) 119.
Kniegelenk, angeborene Kontraktur (Brandt) 1337.
— -destruktion (Goddu) 119.
— Effusionen (Smith) 39.
— -erkrankung, tuberkulöse (Ciaccia) 488.
— gelähmtes (Froelich) 1074.
— Hackverletzungen (Laves) 1268.
— Hämangiome (O'Ferrail) 117.
— Kontraktur (Hottinger) 645.
— Lufteinblasung zur Feststellung von Meniscusverletzungen (Chauvin und Bourde) 217.
Kniegelenksarkom (Lichtenstein) 687.
— -reflex, ampholaterale Pendelmodifikation (**Haymanowitsch**)) **1097.**
— -tuberkulose-Behandlung (Dupuy de Fenelle) 364.
Kniescheibefraktur (Zagni) 112.
— (Huese) 927.
— (Hartmann) 1346.
Kniescheibe, habituelle Luxation (Hartmann) 1278.
— kongenitale Luxation (Estor) 110.
— Luxation nach außen, angeborene (Hondis) 110.
— — seitliche (Deutschländer) 953.
— — Behandlung (Camera) 254.
Knoblauch, Wirkung der Extrakte auf den **Herzgefäßapparat** (Sunzeri) 358.
Knöchelfraktur (Oeder) 1302.
Knöchel, isolierter Bruch des äußeren (Clavelin) 255.
Knochen, Abhängigkeit von der Blutzirkulation (Müller) 404.
— -abszesse, chronische (Rendu) 217.
— -brüche in der Kindheit (Magrassi) 488.
— — Heftpflasterverband (Dumpert und Flick) 985.
— — Therapie schlecht heilender (Axhausen) 1095.
— -bruchheilung und Avitaminose (Israel) 404.
— -deformationen bei Rachitis (Roederer) 33.
— -dystrophie infolge Aplasie der Substantia spongiosa des **Basillar**körpers des Occiput (Delerine) 1212.
— Einfluß der sensiblen Innervation (Sulger) 309.
— -extrakt (Zawisch) 1339.
— -geschwülste, metastatische (Borak) 1302.
— -gewebe, interstitieller Wachstum (de Vries) 609.
— -höhlen, Plombierung (Oehlecker) 404.
— -markfunktion (Stransky und Wittenberg) 984.
— -mark, freie Transplantation (Katzenstein) 1434.
— mark, zellige Zusammensetzung (Weiner und Kaznelson) 923.
— -marksatmung (v. Bréza) 1363.
— -naht (Magnus) 1130.
(Hagentorn) 1130.
— -nekrose, aseptische (Axhausen) 793.
— osteoperiostale Transplantation (Dorrance und Wagoner) 1379.
— -pathologie (Leriche und Policard) 1318.
— Radiumnekrose (Phemister) 1420.
— -regeneration (Burckhardt) 985.
— im Röntgenbild, Umformung transplantierter (Guleke) 952.
— -sarkom (Codman) 441, 496.
— Therapie (Boodgood) 864.
— Spannungsdehnungsdiagramm (Göcke) 246.
— -tuberkulose (Rüscher) 158.
— — operative Behandlung (Simon) 1065.
— — im Röntgenbild (Kremer) 984.
— -tumoren, pulsierende (Alessandri) 860.
— -veränderungen bei Neurofibromatose (Fliegel) 309.
— -verletzungen, erste Hilfe (Böhler) 824.
— -zysten, Aetiologie solitärer (Phemister und Gordon) 1379.
Knollenblätterschwammvergiftung (Steinbrink und Münch) 336.
Knorpel, Fett- und Glykogengehalt nach Nervendurchschneidung. (Lavermicocca) 253.
— -leitung (Bruno Kisch) 25.
— — (W. Tonndorf) 25.
— -transplantation, autoplastische (Mannheim und Zypkin) 1267.
Knötchen-Erythem und Tuberkulose (Rachid) 998.
Knotenbildung, chronisch-multiple (Fuchs) 978.
Koagulationsendoskop für die vordere Harnröhre (Landt) 23.
— -nekrose (Sträussler und Koskinas) 307.
Koagulierende Substanzen (Galatà) 1377.
Kochdauer, Einfluß auf den Anschlagwert der Nahrung (Friedberger) 1197.
Kochsalzarme und kochsalzreiche Ernährung, Einfluß auf die Magensekretion (Hoffmann) 297.
Kochsalz in der Diät bei Hyperacidität (Weitz und Kiessling) 65.
— -brunnen (Sanarelli) 359.
— und Stickstoffausscheidung beim curarisierten Frosch (Ucko) 604.
— und Wasserhaushalt, Beeinflussung durch perorale Zuckerbelastung und durch Adrenalin (Meyer- Bisch und Wohlenberg) 724.
Kochsches Phänomen (Bezancon und Lelong) 361.
Kodein als blutdrucksenkendes Mittel (Bonjour) 1278.
Koffein (Janossy) 247.
— (Grossmann und Lušicky) 478.
— in der Brustmilch (Irvin) 932.
— Wirkung auf die Kreislauforgane (Mensch) 955.
— Wirkung auf die sympathischen Nerven (Junkmann u. Stross) 853.
— Wirkung auf den Säurebasenhaushalt (Veil und Graubner) 1363.
Kohle, Adsorption von Gasen und Dämpfen (Kakusin) 300.
— medizinische (van Amstel) 1332.
Kohlehydratstoffwechsel (Lean) 761.
— (Büttner) 394.

Kohlehydratstoffwechsel (Schiff und Choremis) 1065.
— bei der Diphtherie (Hector) 1135.
— bei Durchfall (Tisdall, Drake und Brown) 264.
— beim normalen Kinde (Tisdall, Drake und Brown) 179.
— des marantischen Kindes (Tisdall, Drake und Brown) 264.
— beim experimentell erzeugten Ileus (Lange und Specht) 1167.
— bei Intoxikation der Säuglinge (Fedynski) 645.
— in der Niere (Welz) 854.
— durch perorale Gaben von Pankreaspräparaten (Cainmidge) 215.
— bei Rachitis und Spasmophilie (Adam) 686.
— beim Säugling (Schiff und Choremis) 1094.
— Tuberkulose und Diabetes (Hecht) 299.
Kohlenbogenlichttherapie der Rachitis (Huldschinsky) 157.
— -grubenarbeiter, Veränderungen im Herzen und im Gefäßsystem (Ljaschtschenko) 271.
— -hydratabbau, biochemischer (Gottschalk) 64.
Kohlenhydrate, kolorimetrische Mikrobestimmungsmethode der Gesamtkohlenhydrate (Dische und Popper) 1197.
— Intoleranz des Darms (Kendall) 431.
— Strukturchemie (Bergmann) 1150.
— -zufuhr bei Behandlung mit Insulin (Bucka) 296.
Kohlenoxydvergiftung (Shumway) 41.
— (Rabinowitz) 78.
— (Meyer) 307.
— (Walton, Eldridge, Allen und Witherspoon) 432.
— (Hunter) 486.
— (Stevens) 568.
— (Wilson, Gates, Owen und Dawson) 932.
— (Schoenhof) 954.
— Aderlaß und Bluttransfusion (Gordon-Watson) 171.
— durch Automobilauspuffgas (Treu) 820.
— durch Automobilauspuffgase (Tren) 1200.
— chronische (Heubner) 1200.
— — (Löwy) 310.
— Parkinsonismus nach (Grinker) 1350.
Kohlensaure Mineralbäder, Wirkung (Wermel) 1202.
Kohlensäure als Wachstumsfaktor bei Tuberkelbazillen (Rockwell und Hirschberger) 207.
— -bäder (Hediger) 315.
— -bäder, natürliche (Hediger) 468.
— -bäder bei Herz- und Gefäßerkrankungen (Hoffmann) 825.
— -bäder, Indikationen und Dosierung **(Marcuse) 236.**
— -bindung und Blutreaktion (Jansen und Karbaum) 1334.
— -haltiges Getränk (Neff) 1248.
— -tension alveolare (Benezur und Berger) 336.
— -schnee (Jacob) 445.
Kohlenstaubinhalation, Einwirkung auf die Bindegewebsentwicklung in der Lunge (Henius und Richert) 1235.
Köhlersche Krankheit (Brill) 649.
— (Mosenthal) 920.
— (Casati) 1127.
— (Estor) 255.
— (K. F. Meyer) 1351.
— Erkrankung (Holst und Chandrikoff) 1437.
Koitus, Einfluß auf den vorzeitigen Abgang von Fruchtwasser (Luibimova) 689.
Kokain-Adenalin-Mischung (Ross) 933.
Kokainismus (Maier) 1041.
Kokainvergiftung, akute (Tatum und Collins) 1143.
— -vergiftung, meningenaler Symptomkomplex (Fonelli) 563.
— zentrale Wirkung (Offermann) 472.
Kokkeninfektionen und Eiterungen (Holzknecht) 1147.
Koktoantigen (Kraus und Takaki) 604.
Koliagglutinationsreaktionen (Pesch) 604.
Koliagglutination für die klinische Diagnose der Koliinfektionen (Hoffmann und Pesch) 22.
Koli-Aerogenesgruppe (Koser) 733.
Kolibakteriophagen (Caldwell) 1036.
— -bazillen, Abbau von Azetessigsäure durch (Weist und Pogány) 1441.
— — operative Infektion (Morat und Coppen) 1105.
— -infektion der Harnwege, Säurebehandlung (Johansen und Warburg) 955.
— -infektion der Harnwege (Suter) 160.
— -sepsis (Hofer) 1237.
Kolitis (Crohn und Rosenberg) 79.
— (David) 919.
— (Kuttner) 1197.
— Aetiologie und Behandlung der chronischen ulzerativen (Bargen) 1351.
— chronische ulzerative (Buje) 1315.
— gravis (Klose) 412.
— gravis (Rosenheim) 1197.
— gravis (Klose) 412.
Kolitis gravis (Strauß) 1331.
— nervöse Reaktionen (Savignac, de Fossey und Sarces) 1311.
— polypoide ulzerative (Johnson) 370.
— Röntgenbefund bei (Carman und Moore) 1351.
— suppurativa (Axel Berggbiaerg) 28.
— ulceröse (Alexejev) 504.
— — Erkrankungen des Auges (Crohn) 77.
— ulcerosa (zum Busch) 722.
— — (Boas) 1095.
— — chronica (Rubinstein) 1301.
— — chronica (Woolf) 466.
Kollaps, Bedeutung des intrapulmonalen Drucks (Bürger) 545.
— -therapie (Dumarest) 891.
Kollargol in der Augenheilkunde (Kuriks) 1437.
— -schädigung (Voigt) 1434.
Kollateralkreislauf (Hirase) 687.
Kollodiummembranen, Permeabilität (Hitchcock) 1245.
Kolloidales Silber bei Sepsis post abortum (Fine) 171.
Kolloide, Metallvergiftung (Alpert) 1418.
Kolloidchemie (Stern) 105.
— -forschung (Bechold) 304.
— -labilitätsreaktionen bei Tuberkulose (v. Lemešic und Kosanovic) 71.
— -lehre und Homöopathie (Bastanier) 1237.
— -reaktionen (v. Thurzó) 645.
— — (Schreus, Rottmann und Wegener) 989.
— -struma und Pemphigus (Khoór) 1440.
Kollum, Karzinom, etraperitoneale Unterbindung der Arteriae hypogastricae (Haupt) 1089.
Kolmers Komplementbindungsreaktion (Giordano) 373.
— quantitave Komplementbindungsreaktion (Kilduffe) 442.
Kolmer-Wassermann-Methode (Owen und Cope) 373.
Kolmersche Komplementbindungsreaktion (Kelly) 373.
Kolobom an Sehnerven (Lerner) 766.
— der Iris und Aderhaut (Caspar) 210.
Kolobome, ektatische am Sehnerveneintritt (Hidano) 792.
Kolon und Abdominaltumoren (Baldwin) 1001.
— Abnormitäten (Kantor) 863.
— Adenocarcinom (Philipps und Macbeth) 1103.
— anatomische Abnormitäten (Kantor) 437.
— ascendens, Röntgenstudien (Orudoff) 1315.
— Aseptic Resectious (Olivecrona) 610.
— chronisch reizbares (Visher) 41.
— endemisch krankes (Doehner) 1054.
— -karzinom (Schmieden) 1157.
— — (Robinson) 1179.
— — Frühdiagnose (Homans) 119.
— strangulierte Retrokolonhernie (Hook) 576.
— Totalexstirpation wegen Tuberkulose (Brütt) 1267.
— Untersuchungen (Kantor) 1351.
Kolostomiebinde (Neely) 568.
Kolostrum, Immunsubstanzen (Hainiss) 1019.
— -sekretion (Ballin) 313.
Kolpodystrophia (Flatau und Herzog) 343.
— skopie (Hinselmann) 547.
Koma diabeticum (Feinblatt und Sherman) 79.
— (Lorant) 244.
— in Massachusetts (Joslin) 120.
— Nieren-Insuffizienz (Salomonsen und Harboe) 691.
— Wesen und Therapie (Hetényi) 982.
Koma, hypoglykämisches (Stenström) 948.
— rezidivierendes hepatisches (Filinski) 1240.
Kombinationswirkungen (Loewe und Muischnek) 853.
— (Käer und Loewe) 853.
— -therapie bei Nervenkrankheiten (Tobias) 1123.
Kommotio cerebri (Ritter) 330.
Kommotionsneurosen (Heidrich) 395.
— (Otto Schwab) 554.
— -psychose, akute (Hanse) 208.
Kommunalarzt und Fürsorgerin (Langendörfer) 821.
— -ärzte, Ausbildung (Korach) 821.
Komplement, trockenes (Vigh) 1341.
— -ablenkungsversuch (Hesse und Kiene) 989.
— -ablenkungsversuche (Hesse und Kiene) 1068.
— -bindung, quantitative (Kilduffe) 443.
— -bindung nach Kolmer (Kilduffe) 373.
— -bindung (Gilbert, Langworthy und Moore) 503.
— -zerstörung durch Erhitzen (Kilduffe) 434.
Kompressionsmyelitis bei Chondrodystrophie (Albrecht und Ranzi) 1305.
Kongresse, siehe Berichte.
Konjunktiva, Blutzirkulation (Sédan) 1105.
— Initialsklerose (Zborowsky) 210.
— Leptotrichosis (Dumphy) 1111.

Konjunktiva, Pigmentveränderungen (Herschendörfer) 1452.
— -verletzung (Munk) 1111.
— bei einem Arzt, Berufsschanker (Simon) 113.
Konjunktivalinjektion als Salvarsanintoleranzsymptom (Szandicz) 686.
— -sack, Ausguß des oberen durch Weißmetall (Dinger) 759.
Konjunktivitis, syphilitische (Orloff) 759.
— phlyctaenulosa bei Helminthiasis und Pedikulosis (Laurell) 1070.
— Weeksche (Marin Amat) 30.
— Schwimmbad (Fischer) 330.
Konstipationen, nichtchirurgische (Erdheim) 573.
Konstipation, Behandlung (Kellog) 1109.
Konstitution, Ergründung und Blutuntersuchung (Sellheim) 1333.
— in der Pathologie und Therapie der Syphilis (Schindler) 548.
— und innere Sekretion (Borchardt) 1077.
— und Norm (v. Arx) 1132.
— und Wirkung anorganischer Verbindungen (Starkenstein) 1152.
— Wirkung auf intestinale Sepsis (Bainbridge) 260.
Konstitutionsanomalien, Funktionsänderungen der Organe (Borchardt) 104.
— -mischung bei gesunden Ehepaaren (Kretschmar) 245.
— -forschung und ihre Beziehungen zur Chirurgie (Ritter) 1272.
— -hygiene bei jugendlichen Arbeitern (Fürst) 1062.
— -pathologie (Ashley und dell'Acqua) 1332.
— -typus, mesoplastischer der Frau (Galant) 1337.
— Lebensalter und Umwelt (Kretschmer) 420.
— -typen und chirurgische Krankheiten (Huck und Emmerich) 1405.
— -typenlehre der Frau (Galant) 1069.
Konstitutionelle Therapie (Turan) 850, 920.
Kontraktionsringe (White) 501.
Kontraktur der unteren Extremitäten, Bekämpfung (Kofmann) 1368.
— ischämische (Löhr) 405.
— myogene traumatische (Scarpini) 654.
Kontusionsneurose (Bechterew und Schumkow) 158.
Kontusion, Wirkung (Rusca) 109.
Konvergenz und Akkommodation (Hofmann) 210.
— -spasmen und Labyrinthleiden (Borries) 482.
Konzentrationsgymnastik für zerstreute und nervöse Kinder (Pototzky) 1286.
Konzentrations- und Wasserversuch, Serumeiweißgehalt (Lasch) 424.
Koordinationslehre in ihrer Bedeutung für organische und physiologische Chemie (Pfeiffer) 1119.
Kopf, Luxationen und Luxationsfrakturen im unteren Gelenk (Ruszynski) 985.
— -haltung, rotierte oder cerebellare (Brain) 1072.
— kindliche Form (Schwarz) 343.
— -lagen, geburtshilfliche Untersuchung (Hochenbichler) 823.
— mit querverlaufender Pfeilnaht, Spontangeburten (Brühl) 473.
— -schmerzen (Halliday) 1446.
— -schwitzbad (Hirsch) 855.
— -verletzungen (Weaver) 178.
— -weh, Hypophysentyp (Harrower) 82.
Koplikscher Flecken (Petényi) 250.
Kordotomie (Lauwers) 1106.
Koronararterien Erkrankung (Nathanson) 79.
— histologischer Bau (Higeda) 447.
— -Kreislauf (Kaufmann) 478.
— -thrombose (Smith und Graber) 961.
Koronarthrombose, Elektrokardiogramm (Clarke und Smith) 1075.
Koronararterienverschluß (Hamman) 433.
— Embolie (Miller) 355.
— -embolie experimentelle (Hamburger, Priest und Bettmann) 370.
— -okklusion (Mc. Keen) 578.
— -okklusion (Wolff und White) 799.
— -sklerose (Magnus) 412.
Körperbau an geisteskranken und gesunden Verbrechern (v. Rhoden) 607.
— der Normalen (Gruhle) 607.
— und psychische Konstitution (Gurewitsch) 472.
— -bildung, männliche (Giese) 1426.
— -studien (Kolle) 607.
Körpererziehung der Jugendlichen (Braubach) 1128.
Körpererziehung bei Gesunden und Kranken (A. Panzel) 23.
— -gewicht bei Gesunden und Kranken (A. Panzel) 23.
— -gewichtskurven von Säuglingen (Stoeltzner) 207.
— -gewichtszunahme, Einfluß der Jahreszeit (Orel) 725.
— -haltung (Brown) 486.
— -haltung und Gewicht, graphische Darstellung (Schleissner) 1401.
— -länge und Gewicht, graphische Darstellung der Kinder (Sweet) 1179.
Körperliche Entwicklung der Kinder (Sweet) 1179.
Körperlichsehen (v. Vajda) 210, 346.
Körperkraft (Gans und Hoskin) 615.
Körperliche Entwicklung (**Keller**) **782.**
Körperlichsehen (a. Najda) 346.
Körpermessung, Methodik (Kohlrausch) 1069.
— -stellung (Magnus) 1134.
Körpertemperatur (v. Bormann) 980.
— in der Narkose (Speen) 653.
Korsakowsche Krankheit (Marcus) 793.
— Psychose nach Aethernarkose (Stuurmann) 480.
Korsakowscher Symptomenkomplex (Brzezicki) 422.
Korsett, elastisches zur Behandlung von Emphysem (Bisgaard) 1237.
Kortikalstar im Kindesalter (Tron) 477.
Kosmetik (Passot) 257.
Kosmetische Dermatologie (Goodmann) 431.
Kost, s. Ernährung.
Kostomediastinale Prozesse im Kindesalter (Heller) 1265.
Kot, s. Faeces.
Kottmannsche Reaktion bei Dysthyreoidismus (Kramer) 78.
— für die Dysfunktion der Schilddrüse (Katayama) 895.
— (Kasannis und Knapp) 896.
— (Walder) 1302.
Krampfadern (Magnus) 883.
— throbosierende (Stotzer) 1306.
— Fibrose (Delater) 763.
— -geschwür (Byrne) 1450.
— sklerotisierende Injektionen (Sicard und Gaugier) 763.
— -bereitschaft, postoperative (Jalcowitz und Starlinger) 647.
Krämpfe, Blutveränderungen (Wuth) 766.
Krampfhusten, ein Symptom des Herzversagens (**Wertheimer**) **203.**
Krankenanstalten, Aufbau und Betrieb in wirtschaftlich bedrängter Zeit (Dosquet) 1127.
— hausbedarf (Alter) 605.
— -haus, Beköstigungswesen (Alter) 1166.
— -beköstigung der Humanitätsanstalten der Stadt Wien (**Kopf**) **604.**
— -hausfürsorge in Paris (Landsberg) 1266.
— soziale (Hoffmann) 603.
Krankenhaus, verantwortliche Leitung (Braeuning) 1021.
— -vereinigung, amerikanische (Greth) 604.
— -verpflegungskostensätze (Waldmann) 756.
— -versicherung, die deutsche 1320.
— Verweildauer der Kranken (Alter) 1022.
— -wesen, Gutachterausschuß 605.
Krankentransport (Frank) 641.
Krankheitsbewußtsein, Mangel an (Pinéas) 1123.
Krankheitsursachen (Morawitz) 1403.
Kranzarterien, Kreislauf (Smith, Miller und Graber) 896.
— -geld (Goldmann) 1102.
Krappwurzelpulver bei Blasenbeschwerden (W. Saupe) 24.
Krätze und Erythrasma (Noel) 256.
— Therapie mit Catamin (Visioli) 43.
Kreatinausscheidung, Wirkung des Lichtes (Eichelberger) 866.
— -Stoffwechsel bei milzexstirpierten Hunden (Weicksel) 604.
Kreatinin (Heesch und Tscherning) 1203.
— Abbau mit Baryt (Gaebler) 1245.
— -gehalt im Blute bei Nephritis (Menasci) 860.
Krebs s. Carcinom.
— -organismen (Warren und Pearse) 700.
Kreidmanns Lehren (A. Zweig) 584.
Kreislauf (Plesch) 818, 919, 1331.
— **(Buttersack) 1330.**
— -erkrankungen, diätetische Fragen (Stadler) 642.
— -kranke (Eppinger, Kisch und Schwarz) 820.
— -schwäche (Israel) 1334.
— -störungen, lokale (Ricker) 155.
— -störungen, Thermenwirkung (Kornmann) 652.
Kreißende, Mitpressen (Hoehne) 556.
Kretinismus (Christensen) 316, 991.
— Klinik (Wydler) 1302.
— und Kropf (Kutschera) 686.
— sporadischer (Thoenes) 108.
Kreuzbein, Sarkom als Schwangerschaftskomplikation (Lederer) 557.
Kreuznacher Mutterlauge, Oberflächenspannung (Ley) 305.
Kreuzotterbiß (Kristensen) 1237.
— (Werwath) 413.
Kreuzschmerz (A. Müller) 866.
— (Ribò) 1448.
— Rolle der iliolumbalen Ligamente (Lowman) 1282.
Kriechphaenomen des Neugeborenen (Bauer) 883.
Kriegsdrang als sexuelle Erscheinung (van Bemmelen) 1193.
Kriegsgeschosse, intravaskuläre Migration (Binet und Péron) 612.
Kriminalität, kindliche (Allers und Freund) 1027.
— als Ausdruck der sexuellen Konstitution (Hübner) 1196.
— und Sitten (**Emmy Keller**) **915.**
Kriminelle Anlagen, Erblichkeit (Fetscher) 335.
Kromayer-Lampe (Lindsay) 1284.
Kropf s. a. Basedow, Thyreoidea.
— (Coller) 177.
— (Mezö) 333.
— (Berry) 355.

Kropf (Dinsmore) 380.
— (Loeper und Mongeot) 696.
— (Martin) 1035.
— in der Kindheit (Milligan) 994.
— in Deutschland (Aschof) 205.
— in Ostasien (Köhler) 547.
— im Staate Washington (Mason) 617.
— Aetiologie (Kirsch) 921.
— Aphonie (Shuman) 829.
— Bakteriologie der Glandula thyreoidea (Cantero) 379.
— Bekämpfung (v. Scheurlen) 417.
— biologische Wirksamkeit verschiedener (Branowacky) 1302.
— Chirurgie (Garré) 546.
— Diagnose und Behandlung (Jackson) 796.
— Entstehung und Behandlung (Hoffmann) 979.
— exophthalmischer (Cattell) 121.
— mit Exophthalmus (Read) 370.
— Exophthalmus bei (Mark) 1352.
— mit Exophthalmus, Jod-Behandlung (P.-Z. Marie) 696.
— -herz (Foster) 78.
— -herz (Meyer und Sulger) 684.
— intralaryngotrachealer (Pamperl) 310.
— intratrachealer (Suchanek) 647.
— isolierte laterale Nebenkröpfe (Vogel) 650.
— Jod (Lahey) 177.
— Jodmangel (Meisel) 428.
— Jodsalz in der Prophylaxe (Hartsock) 658.
— Klassifizierung (Else) 1379.
— klinisches und histologisches Bild (Hueck) 952.
— kongenitale (White) 993.
— Kretinen- (Dubois) 1302.
— der Kretine (Wydler) 1302.
— und Kretinismus (Kutschera) 686.
— Lachs in der Diät (Jarvis, Clough und Clark) 658.
— Langhansscher wuchernder (Branowacky-Pelech) 1302.
— maligna (Barthels) 1061.
— -messung (Maurer) 720.
— -messung (Holtzinger) 1332.
— -Nachblutung, vikariierende Menstruation (Jalcowitz) 985.
— operative Therapie (de Quervain und Curtis) 1382.
— Operative Behandlung (Breitner) 647.
— Operation (Gerlach) 884.
— — (Müller) 643.
— Struma ovarii (Manasse) 345.
— Struma papillomatosa cystica lateralis (Rühl) 985.
— Prophylaxe (Breitner) 204.
— Prophylaxe (Hathaway) 78.
— substernaler (Lahey) 1315.
— substernaler (Fellerbaum und Finnsilve) 370.
— physikalische Therapie (Montgomery) 1212.
— -therapie (Lang) 244.
— -therapie mit Jod (Heid) 301.
— Verhütung (de Querhain) 1120, (Wagner v. Jauregg) 1120.
— Verhütung (Marine) 1379.
— Vorbeugung in der Schule (Pflüger) 341.
— Wachstum (Pflüger) 333.
Krotalin bei genuiner Epilepsie (Fackenheim) 1122.
Krötengift (Gessner) 686, 755.
Krupp, operative Eingriffe, Intubation (v. Bokay) 298.
Kruppstahldraht als Knochennahtmaterial (Lange) 1206.
Krüppelfürsorge (Biesalski) 304.
— (Gaenslen) 74.
— Finanzierung aus öffentlichen Mitteln (Hebel) 751.
— — (Polligkeit) 751.
— -gesetz, preußisches (Schasse) 727.
— gesetzliche (Kirsch) 752.
— in der Gesetzgebung (Eckhardt) 1435.
— und freie Liebestätigkeit (Götze) 752.
— vom Standpunkt der Ethik (Beeking und Nicol) 751.
— Verhältnis der Kommunen (Landwehr) 751.
— in Bayern (Schwarz) 751.
Krüppelkinder in Los Angelos (Sinclair) 1447.
Kruralhernie, eingeklemmt (Baricci) 995.
Kryptantigene Vira (Friedberger) 544.
Kryptorchismus, Frackknopfnaht (Springer) 546.
Krysolgan s. a. Gold.
— (Stuhl) 606.
Kubitalvenen, topographische Anatomie (Leitschick) 1267.
Kühe, bakteriologische Untersuchung (Stark) 1036.
Kuhmilch s. a. Milch, Kuh-
— C-Vitamingehalt (Blumenberg) 24.
— Gehalt an antiskorbutischen Stoffen (Reyher) 305.
— Verdauung (Hess, Koch und Sennewald) 1348.
Kuhpockenerkrankungen bei Säuglingen (Vollmer) 1440.
Kuhpockenimpfung, cerebrale Krankheitserscheinung (Leiner) 415.
Kulschitzkys Markscheidenfärbung (Schindler) 1268.
Kulturumsturz (**Buttersack**) **240.**
Kunstdünger, Leuchtgasvergiftung (Fuchs) 104.
— -hand nach Krukenbergscher Operation (Latkowski) 1443.
Kunstseidefabriken, Augenreizungen der Spinner (Rodenacker) 982.
Kupfer bei der Behandlung der Lungentuberkulose (Ritter und Pohl) 606.
— -salzvergiftung (Sternberg) 793.
— -sulfat, Fistelbehandlung (Rey) 722.
— -sulfatlösung, alkoholische (Meyer) 827.
— -vergiftung, chronische (Mallory) 432.
Kuppenweichschädel beim Neugeborenen (Abels) 685.
Kurare (Hecht) 686.
— (Kofler und Fischer) 981.
Kürettage, ambulante (v. Mikulicz-Radecki) 1434.
Kurierfreiheit, Wissenschaft und Okkultismus (Friedländer) 802.
Kurpfuscherei (Frandsen) 1352.
— und Psychotherapie (Grünthal) 410, (Seif) 410.
Kursus der klinischen Untersuchungsmethoden (Denecke) 899.
Kurzhals (Partsch) 687.
Kurzsichtigkeit s. a. Myopie.
— (Müller) 333.
— und Tuberkulose (Hirsch) 158.
Kutanreaktionen, dänische Präparate (Baagöe und Barford) 1134.
Kyphose s. a. Wirbelsäule, Kyphose.
Kyphosis (Watermann) 687.
Kyphoskoliosen durch Neubildungen (Crainz) 253.
Kyrlesche Krankheit (Pawloff) 1440.
Kystoskopie (Ringleb) 1130.
Kystoskopische Technik (Joseph) 402.

Laboratorium-Einrichtung (Gottstein) 756.
— das städtische bakteriologische im Dienste des Krankenhauses (Fischer 1167.
Labyrinthektomie (Lund) 792.
— -erkrankungen (N. A. Papow) 23.
— -fisteln, vestibuläre Erregbarkeit (Charousek) 310.
— -funktion, statische (Mygind) 482.
Labyrinthitis otitische Meningitis serosa (Georg Boenninghaus) 25.
— tuberkulöse (Marx) 949.
Labyrinthkapsel Herderkrankung (Gimplinger) 211.
— -leiden und Konvergenzspasmen (Borries) 482.
— — Puls (Lund) 482.
— -reflexe (Schoen) 686.
— -resektionen partielle (Voss) 310.
— tonische Reflexe (Lorento de No) 73.
Labyrinthärer Schwindel (Löwy) 310.
Labyrinthödem bei akuten Mittelohreiterungen (Schmidt) 1134.
Lachgas, s. a. Stickstoffoxydul.
— -Narkose (Meiss) 474.
Lagebeharrung (L. Eidelberg) 553.
— und Körperschema (H. Hoff und P. Schilder) 553.
Lagerungs- und Streckapparat für die untere Extremität (Braun) 723.
Lagrange (Golowin) 1100.
Lähmungen bei extrapyramidalen Läsionen (Egger) 1306.
Lähmung, schlaffe (Hunt und Cornwall) 75.
Lähmungen spastische, Behandlung (Marconi) 254.
Laktation, s. a. Milchsekretion.
— (Block) 923.
— hormonale Beeinflussung (Alexander) 473.
Laktationskurve (Gaines) 1244.
Laktation, natürliche Begrenzung (Aaron) 1065.
Laktazidogen, Synthese (Deuticke) 1151.
Lamasyphilis (Hoffmann und Zurhelle) 1305.
Lamblia intestinalis (Savolin) 215.
— — und Cholezystitis (Winkler) 979.
Lambliase und Cholecystitis (Pappalardo) 174.
— duodenale oder vesikuläre (Carnot und Gaehlinger) 694.
Laminariastifte 824.
— (Pfeilsticker) 1366.
— (Semon) **1081.**
Laminariastift, gebogener (Nußbaum) 685.
Laminektomie (Coleman) 175.
— (Hargseth) 483.
— (Towne) 446.
Landaufenthalt für Stadtkinder 1353.
Landekersche Ultraviolettbehandlung (v. Schubert) 823.
Länge, s. Entwicklung, körperliche.
Langerhanssche Inseln, s. Pankreas.
Laennecsche Leberzirrhose, syphilitische Aetiologie (Reholle) 253.
Laparotomie-Alexander-Adam (Roller) 1097.
Laparotomien, gynäkologische Chirurgie (Wenczel) 1273.
Laparotomie, Infektion (Macfaclane) 661.

Laparatomie, lumbale (v. Lichtenberg) 24.
— durch Stufenquerschnitt (van de Velde) 1170.
Lärmapparat (Kleestadt) 887.
— -schädigungen des Ohres (Mauthner) 310.
Larva migrans (Austmann) 1284.
Laryngektomie (Mackenty) 617.
— (Seemann) 647.
Laryngitis (Emil Froeschels) 25.
Laryngo-Endoskopie (Panconcelli-Calcia) 1028.
Laryngoskop, photographische Aufnahme (Struyken) 855.
Larynxkatheter, Bronchographie (Beck und Sgalitzer) 310.
Larynx-Stenosen, diphterische (Burghard) 250.
Larynx, sympathische Innervation (Leriche und Fontaine) 1137.
— Trachealstenosen (Uffenorde) 855.
— -Trachealstenosen, Behandlung (Uffenorde) 1207.
— Tuberkulose (Della Cioppa) 358.
— — (Thomson) 692.
— — Diagnose und Behandlung (Spencer) 894.
— — Galvano-Kauterisation (de Reynier) 492.
— Verlegung als Zeichen einer veränderten Funktionsfähigkeit des Zwergfells (Bilancioni) 1276.
Lasègueсches Symptom, Pathogenese (Lindstedt) 1402.
Lateralsklerose, amyotrophische (Marinesco) 34.
— Histopathologie der idiotypischen (Schaffer) 1204.
Lattengips (Lange) 475.
Laurence-Biedl-Syndrom (Solis-Cohen und Weiß) 77.
Lausanne, Kinderklinik (Taillens) 1312.
Lautsprache, organische Wurzeln (Naunyn) 84.
Lävulose-Diabetes (Steinberg und Elberg) 64.
— Resorption in die Portalvene (Satake und Hirayuma) 1319.
Lävulosurie (Snapper, Grünbaum und van Crefeld) 481.
Laxative (Dewis) 176.
L'eau d'Alibour (Juster) 764.
Lebensalter und Lebensnerven (Glaser) 104.
Leben der Menschen (Kahn) 1285.
Lebensreize und Lebensnerven (Glaser) 415.
— -triebe, krankhafte Störungen (Müller) 946, 979.
— — Nachlassen (Müller) 1332.
Leber, s. a. Cholelithyasis, Galle, Hepatitis.
— (Berger, Cohen und Selman) 568.
— -abszeß nach Appendicitis (Eliason) 501.
— — nach Appendicitis (De Planque) 759.
— — chirurgische Behandlung (Valdes) 734.
— — beim Kinde (Ticozzi) 1416.
— — Röntgendiagnose (Pancoast) 1420.
— -affektion mit Cholesterinämie (Edelmann) 1305.
— Amoebenabszesse (Glaunan) 75.
— — (Pontano) 564.
— -amöbiase (Rubenthaler) 31.
— -atrophie (Kähler) 1165.
— — (Stoeckenius) 247.
— — akute gelbe (Neddermeyer) 925.
— — subakute bei epidemischen Ikterus (Herlitz und Sune Norlén) 1172.
— — Uebergang von Farbstoffen aus dem mütterlichen Blut in das Fruchtwasser (Juelich) 22.
— Ausscheidungsfunktion (Adlersberg und Neubauer) 1363.
— Bedeutung für die Blutverteilung (Baer und Roestler) 1029.
— in Beziehung zur Operation von Gallenblasen (Crile) 932.
— -blutung, tödliche (Berry) 654.
— Carcinom primäres (Langley) 382.
— chemische Herzschlag-Regulation (Asher) 790.
— Chromodiagnostik und Cholezystographie (Faltitschek und Krasso) 334.
— -zirrhosen, akute (Reiche) 755.
— -zirrhose und Arteriosklerose (v. Schnizer) 546.
— — Laennecsche, syphilitische Aetiologie (Reholle) 253.
— — Omentopexie (Lester) 568.
— — Schwellung der männlichen Brustdrüse (Silvestrini) 995.
— — und Urobilinbestimmung (Adler) 65.
— -Diagnostik, funktionelle (Tillgren) 793.
— -Entgiftung Vesell und Sherwin) 318.
— bei der epidemischen Encephalitis (O'Flynn und Critchley) 172.
— -erkrankungen, Duodenalsondierung (Orlean) 1301.
— -erkrankung bei Syphilis (Zieler) 248.
— -exstirpation (Mann) 220.
— extrakt (Lautmann) 796.
— — Einfluß auf den Blutdruck (Major) 76.
— — bei Hypertension (Walter) 1278.
— Fett und Glykogengehalt bei Durchfall (Rosenbaum) 249.
— -funktion (Mc. Clure) 39.
— — (Mc. Clure und Huntsinger) 578.
— — (Kerr, Delprat, Epstein und Duniewitz) 118.
— — (Lepehne) 1023.
Leberfunktion (Mayo) 379.
— — (Walters und Mayo) 118.
— — Cholesterin im Blut und Serum (Thannhauser und Schaber) 296.
— — Chromodiagnostik (Bauer) 478.
— — — (Faltischek und Krasso) 685, (Tillysen, Cassermann und Blomström) 483.
— — gestörte, Behandlung (Lure, Mendenhall und Huntsinger) 221.
— -funktionsproben (Greene) 220.
— -funktionsprüfung (Bauer und Nyiri) 1094.
— — (Halberkann und Kähler) 602.
— — (Ishikawa) 1111.
— — (Kähler) 104.
— — (Rubenstone und Tuft) 434.
— — (Schellong) 1331.
— — mit Azorubin (Fenstermann) 548.
— — bei Erkrankungen des hämatopoetischen Systems (Green und Conner) 961.
— — mittels Kohlehydratbelastung (Noah) 1202.
— — nach S. M. Rosenthal (Reimann, Adler und Edel) 920.
— — bei Säuglingen (Mertz und Rominger) 249.
— — bei Schwangerschaftstoxikosen (King) 1318.
— — mit Tetrachlorphenolphthalein (Franke) 155.
— — — — (Reiche) 299.
— — — — (Behrend und Heesch) 642.
— Funktionsstörungen, Insulin-Traubenzucker-Therapie (Grunenberg) 298.
— -funktion, therapeutische Beeinflussung (Isaac) 754.
— -funktionen, Behandlung gestörter (Clure, Huntsinger und Gottlieb) 262.
— -Gallen-System, Störungen in der Schwangerschaft (Seitz) 556.
— -Gefäße, Beeinflussung (Lampe) 1167.
— -gewebe, Depressor-Substanz (James, Laughton und Macallum) 932.
— hämokrasische Insuffizienz (Brugi) 358.
— herzregulierendes Hormon (Asher) 1132.
— Hydatidenzysten (Delbet) 1416.
— -infarkt, traumatisch-anämisch-nekrotischer (Steiger) 167.
— -insuffizienz (Jacoby) 245.
— — Insulin-Traubenzucker-Therapie (Herzsky) 1095.
— Insulin-Traubenzuckertherapie (Herzsky) 883.
— intrazelluläre Fermente, Phosphorvergiftung (Staemmler) 243.
— -kolik (Chiray und Pavel) 364.
— -kranke (Klein und Lang) 248.
— — Behandlung (Brugsch) 104.
— -lipase (Omeljanovicz-Pavlenko) 505.
— lipoidzellige Splenohepatomegalie (Schiff) 341.
— -loses Säugetier (Rosenthal, Licht und Melchior) 854.
— Melanosarkom (Mânsson) 610.
— multiple Verkalkungen (Polgar und Szemö) 209.
— Neubildung (Arena) 1376.
— -öl, intrapleurale Injektionen mit Schellfischleberöl bei Lungentuberkulose (Besançon, Jacquelin und Etchegoin) 1176.
— -parenchympunktion (Olivet) 1093.
— pathologische Physiologie (Opie) 221.
— -physiologie (Carlson) 220.
— Pigmentstoffwechsel in der Schwangerschaft (Eufinger und Bader) 425.
— primäre Carcinome (Counseller und Judoe) 432.
— -ruptur, multiple (Erdély) 985.
— Säurequellung (Magath) 1434.
— Stoffwechsel bei Chloroform- und Phosphorvergiftung (Hürthle) 204.
— -studien (Clure, Huntsinger und Montague) 262.
— -Syphilis, fieberhafte (Flaster) 1265.
— Syphilis (Schlesinger) 558.
Lebertran (Rhodes) 263.
— — antirachitische Kraft des bestrahlten (Wyman) 1213.
— — Bestrahlen mit Ultraviolettlicht (Adam) 978.
— — bestrahlter (Nielsen) 1338.
— — -extrakt, Zuckerscher, Heilung der Rachitis (Sabatini) 1276.
— — fettlösliche Vitamine (Holmes) 577.
— — Photoaktivierung (Haffner und Pulewska) 1332.
— — spektroskopische Studien (Schlutz und Ziegler) 1245.
— — Toleranz der Kinder (Snamenski) 1412.
— — Verfütterung an Milchkühe (Wagner und Wimberger) 24.
— — Vitamingehalt (Holmes) 38.
— — Vitaminwirkung (Pigott) 576.
— — Wirkung des Lichts (Peacock) 956.
— — Wirkung des Lichts auf das Vitamin A (Holmes und Pigott).
Lebertuberkel, Histogenese (Schleussing) 470.
— -tumor mit Metastasen im Herz und Peritoneum (Warren) 797.
— Umbildung des Glykogens in Glukose (Christ. Lundsgaard und Sv. A. Holboell) 27.

Lebervenensperre und Wasserstoffwechsel (Lenaz) 330.
— Wirkungen des Insulins auf Glukose (Christ. Lundsgaard und Sv. A. Holboell) 28.
Lecithin-Zufuhr, parenterale (Birkholz) 546.
Ledige Frau (Timerding) 548, 1131.
Leducsche Mäanderströme (Scheminzky) 545.
Leggs Krankheit, Osteomyelitis des Acetabulums (Davidson) 435.
Lehrlinge, körperliche Entwicklung (Hoppe) 885.
Leibesübungen s. a. Sport, Körperarbeit.
— (Kohlrausch) 921.
— (Joh. Müller) 586.
— (Müller) 768.
— der Frau (Heim) 1437.
— der Frau (Wiegels) 824.
— und Kinderfürsorge (Nüssel) **627.**
— im Kindesalter (Gottstein) 947.
— — — (Noeggerath) 1051, (Azone) 1051.
— und Training (Müller) 724.
Leibschmerzen, urologische Ursachen (Barney) 1000.
Leichenschau, ärztliche (Berg) 1165.
Leichtmetalle (Petersen) 1118.
Leipziger Universitätsapotheke (Orybill) 1167.
Leishmaniosis s. Kala-Azar.
— Haut (Agronik) 23.
Leishmaniose, mit Radium geheilte (Timpano) 359.
Leistenbruch s. Hernia inguinalis.
Leistenbrüche, Entstehung und Einteilung (Verth) 953.
Leistendrüsenschwellung, venerische nicht eiternde (Favre) 219.
Leistenhernie, Anästhesierung (Ostrowski) 643.
Leistenhoden, zystische Entartung (Werwath) 1130.
Leitungsanästhesie (Müller) 299.
— (Philips und Johnson) 382.
— in der Mundhöhle (Sicher) 1305.
— des N. maxillaris (Reddingius) 211.
— retromaxilläre (Birkholz) 310.
Leitungsaphasie (Grubel) 309.
Lendenquerfortsätze (Wiart) 365.
Lendenspondylitis (Marconi) 253.
Lendenwirbelsäule, Kompressionsfraktur (Mull) 758.
Lepra (Paldrock) 426.
— allergische Reaktion (Hoffmann) 852.
— Augen (Amat) 1173, 1448.
— Bekämpfung (Hoffmann) 1197.
— Diagnose und Symptomatologie (Schöpl) 651.
— Erreger (Paldrock) 651.
— -heim in Kuba (Hoffmann) 1435.
— in Korea (Wilson) 1284.
— mixta (Lortat-Jacob und Morlaas) 1278.
— mutilans (Hudelo und Kourilsky) 113.
— Nervenschwellung (Cochrane) 994.
— periphere Nerven (Takeuchi) 992.
— Psychosen (Sereyski und Frumkin) 420.
— -Reaktion- Muchow-Lewysche (Paldrock) 988.
— in Spanien (Guillen) 30.
— -Syphilis der Zehenglieder (Delamare und Achitono) 997.
— Behandlung (Horta) 614.
— in Toulouse (Chatellier und Laurentier) 368.
Lepriden (Tschernogubow und Pawlow) 166.
Leptospirillosen (Hoffmann) 415.
Leptospirosen (Schüffner und Sieburgh) 1403.
Leptothrichosis (Markenzie) 1210.
Lernanfänger (Samelson) 249.
Leuchtgasvergiftung, Herzmuskelveränderungen (Gürich) 66.
— durch Kunstdünger (Fuchs) 104.
Leukämie (Gulland, Patterson) 1174.
— (Wilhelm) 103.
— akute (Beitzke) 608.
— — (Burian) 204.
— — (Kwasniewski und Henning) 553.
— — (Rösler) 337.
— — (Schenck und Pepper) 434.
— — lymphatische (Tobinski) 615.
— — myeloide (Gordon) 371.
— aleukämische (Klestadt) 640.
— Aminostickstoff im enteiweißten Blut (Becher und Hermann) 884.
— Blutplättchen (Minot und Buckman) 77.
— chronische (Alexander und Thompson) 221.
— Entzündungsvorgänge (Bickhardt) 885.
— Impfung von mit Plasmodium vivax infiziertem Blut (Lucherini) 173.
— lymphatische (Wollstein und Bartlett) 78.
— multiple terminale Gehirnblutungen bei chronischer (Rocchi) 1275.
— myeloische (Petri) 886.
Leukämie, neoplastische Natur der lymphatischen (Evans und Leucutia) 1178.
— pemphigusartige Erkrankung bei lymphatischer (Rosenthal) 651.
Leukämien u. Splenomegalien, Blutmengenbestimmung (Greppi) 202.
Leukämische Tumoren (Masson und Gunset) 1278.
Leukämischer Tumor am Vorderarm (Louste, Caillau u. Lerond) 258.
Leukämische Veränderungen (Piney) 78.
— — der oberen Luft- und Speisewege (Seelenfreund) 1067.
Leukoderma acquisitum centrifugum (v. Lesczynski) 426.
Leukofarbstoffprobe, Nachweis okkulter Blutungen in den Faeces (Usami) 824.
Leukolysine bei den Immun- und Verdauungsprozessen (Ritossa) 1173.
Leukomelanodermie (Dohl) 347.
Leukopedesis gastrica (Loeper und Marchal) 365.
Leukopenie, alimentäre (Rausche) 332.
— -anämie vom regenerativen Typ (Reitter und Martland) 1383.
— postalimentäre in der Diagnose maligner Tumoren (Macchioro) 1141.
Leukoplakia buccalis (Fox) 221.
— — (Reaves) 800.
Leukoplakie der Harnwege (Allemann) 1209.
Leukorderma, syphilitisches (Shelmire und Calhoun) 658.
Leukozytäre Differentialzählung bei Impfmalaria (Weiss) 724.
Leukozyten s. a. Blutbild, weißes; Lymphozyten, Monozyten, Eosinophylie, Hämoklasie.
— -bild bei Infektionskrankheiten (Spengler) 108.
— -einschlüsse (Okashima) 1148.
— Granula (Neumann) 885.
— -körper, biologisch-wirksame (Neumann) 824.
— pathologische Strukturveränderungen (Heissen) 339.
— periphere (Müller und Petersen) 243.
— Strukturveränderungen bei Durchfallserkrankungen (Heissen) 164.
— -verteilung (E. F. Müller) 318.
— — (Müller) 468.
— Wirkung der Chlorbehandlung (Allen) 175.
— -zahl im peripheren Blut (Michailow) 923.
— — während der Verdauung (Török) 250.
— — Wirkung von geistigen Störungen (Mora, Amtman und Hoffman) 431.
— -Zählung (Arneth) 1434.
— — (Evans und Tunnel) 382.
— — (Schilling) 1434.
— — (Zangemeister) 1095.
— — bei der ektopischen Schwangerschaft (Farrar) 266.
— — auf der Zählplatte (Prym) 415.
— -zerstörbarkeitsprobe (Pous und Ward) 175.
Leukozytose, alimentäre (Brief) 1274.
Levator Cervicis uteri (du Bose) 267.
— palpebrae, Stenotomie bei Exophthalmus (Terson) 795.
Levinson-Probe (Pous und Fletcher) 79.
Lexerscher Bolzen (Fu-Yin Pan) 342.
Leydener Flasche, Entladungsfiguren (van Ebenhorst Tengbergen) 1307.
Libido, Wandlungen und Symbole (Jung) 273.
Lichen (Spillmann, Watrin und Créhange) 827.
— corneus hypertrophicus (Spillmann, Watrin und Créange) 1278.
— -ifikation, circumscripte nodöse chronische (Pick) 651.
— leprosus (Tschernogubow und Pawlow) 166.
— nitidus (Jeanselme und Burnier) 35.
— — generalisatus (Arthur Alexander) 559.
— planus (Gougerot und Filiou) 494.
— — (Gouin) 35.
— — (Pautrier) 614.
— — (Spillmann, Watrin und Créange) 1278.
— — annularis (Milian) 113.
— — circinatus (Pautrier) 614.
— — zoniformis (Röderer) 614.
— ruber acuminatus (Wester) 426.
— — mit Neosalvarsan (Novelli) 297.
— sclerosus atrophicans (Hudelo, Caillian und Courtin) 493.
— scrophulosorum (Krey) 477.
Licht s. a. Strahlen, Röntgen.
— und A-Stoffe (Block) 252.
— -bäder, chemische (Genner) 1341.
— -bestrahlungen (Sonne) 32.
— Einfluß von polarisiertem auf das Wachstum von Keimlingen (Macht) 1245.
— — auf Wachstum und Entwicklung (Bovie) 1385.
— -Pigment **(Malten) 153.**
— -Therapie innerer Krankheiten (Pincussen) 1402.
— -quellen, Behandlung mit künstlichen (Bommer) 545, 602.
— -schutz durch Tannin (Mayer) 947.
— -sinn (Merril und Oaks) 264.

Licht-Therapie (Malten) 898.
— — (Schmidt) 248.
— behandlung, Grundlagen und Bedingungen (Pincussen) 1153.
— -therapie, Intervalluhr (Stumpf) 302.
— -behandlung und Reiztherapie (Theilhaber) 1153.
— — Schwerhörigkeit und Ohrensausen (Cemach) 1207.
— Wirkung auf das Auge (Decke-Elder) 761.
— — auf Kaninchen (Pearce und van Allen) 1244.
— — auf den Sauerstoff-Stoffwechsel (Sonne) 793.
Lidcarcinome, Bestrahlungstechnik (Alberti) 418.
Liddruck (Obarrio) 766.
Lid, Immobilisierung (van Lint) 1379.
— -knorpelentzündung (Hughes) 1103.
— -kolobom, kongenitales (Gifford) 74.
— -schließer und Lidspalte (Reitsch) 792.
— -schluß, Pathologie (Schilder) 421.
Liebesleben in der Ehe (Stopes) 1286.
Liegekuren in der Tuberkulosebehandlung (Walder) 25.
Liegestühle (Hirsch) 819.
Liesegang-Pflaster (Raida) 1094.
Ligamenta rotunda, Ventrifixur (Rissmann) 1089.
Ligamentum coracoclaviculare, Verknöcherung (Palmer) 351.
— latum (Dunn) 441.
— — Lipom (Rawis) 501.
— — Varicocele (Fisher) 1003.
— teres uteri, Geschwülste (Demjanovich) 1274.
Limanprozeduren (Huck) 1096.
Limbus, Pseudozyste (Dorkač) 759.
— Sklerotomie (Lanprange) 1176.
— -pigmentierung (Pretori) 346.
Lindenblüten (Deussen) 426.
Linea alba, kongenitale Hernie (Charlton) 378.
Linseneiweiß (Gifford) 76.
Linsenektopie, kongenitale (Webster) 766.
Linsenkapsel, Häutchenbildung auf der vorderen (Handmann) 477.
— — auf der vorderen (Wollenberg) 1100.
— Spannungsänderung (Graves) 216.
Linsenmäler (Scholl) 330.
Linsentrübung (Löwenstein) 477.
Linsentrübungen bei Zuckerkranken (Gradle) 768.
Linsersche Mischspritze (Benedek und Thurzó) 103.
Lipase (Rosowsky) 247.
— -Inhalt der tuberkulotischen Haut (Melczer) 1375.
Lipasen, chininrestierende (Löwenberg und Kwilecki) 299.
Lipatrentherapie der Tuberkulose (Klare) 1148.
Lipiodol (Ahlen) 73.
— (Blegrad und Wolff) 1237.
— (Schmidt) 1177.
— Diagnose, Behandlung von Bronchialaffektionen (Pritchard, Whyte und Gordon) 568.
— Druckmessungen während der intrauterinen Injektionen (Béclère) 1137.
— Einführung in die Bronchien (Abramowitsch und Tichomirow) 209.
— als Ergänzung der Pertubation zur Diagnose der Sterilität (Randall) 1176.
— -füllung der Bronchien (Stachelin) 480.
— Injektion (Cotte und Bertrand) 729.
— -injektionen, intracheale (Guyot) 215.
— — der tuberkulös-serösen Häute (Fiessinger und Lemaire) 364.
— -injektion in den Subarachnoidalraum (Ebaugh und Mella) 895.
— intratracheale Injektion (Guyot) 169.
— Lokalisation von Rückenmarksherden (Ebaugh) 78.
— -myelographie (Bau-Prussak) 158.
— Myelographie (Krause) 158.
— -probe bei Rückenmarksgeschwülsten (Brouwer und Oljenick) 794.
— bei der röntgenologischen Untersuchung des Rückenmarkes (W. G. Sillevis Smitt und S. T. Bok) 23.
— bei Rückenmarkserkrankungen (Oljenick) 67.
— Untersuchung von Bronchialerkrankungen (Moller und von Magnus) 169.
— Wirkung auf die Meningen (Lindblom) 1341.
Lipodystrophie, lokale, bei mit Insulin behandelten Fällen von Diabetes (Depisch) 1197.
— progressive und Hyperthyreoidismus (Maranon und Soler) 615.
Lipoide (György) 645.
— Antigenfunktionen (R. Doerr und C. Hallauer) 27.
— antigenes Vermögen (Ornstein) 824.
— antirachitische Wirksamkeit (Stepp und Woenckhaus) 304.
— eiweißsparende Wirkung (Wheeler-Hill) 1433.
— des Menstrualblutes (Hermstein) 1089.
Lipoid (Much) 65, 1332.
— -antikörper, Organspezifität (Brandt, Guth und Müller) 412.
— — und syphilitische Blutveränderung (Sachs und Klopstock) 640.
Lipoid-Bindungsreaktion und Seuchenbekämpfung (Meinicke) 552.
— -gehalt des Blutes beim Diabetes (Blix) 991.
— — des Blutserums bei Mutter und Kind (Hornung) 1295.
— -lösliche Faktoren 763.
— -nephrose (Kollert) 330.
— — (Murphy und Warfield) 1316.
— — im Kindesalter (Eckstein) 1165.
— — Pathogenese (Elwyn) 1143.
— -stoffe und ihre Beziehungen zum Haushalt der Zelle (Rewald) 22.
— -stoffwechsel und Keimdrüsen (Jaffé) 1069.
— — und Konstitution (Much) 1069.
— -therapie (Drügg und Fischer) 604.
— — bei Lungentuberkulose (Freymuth) 924.
Lipojodin (Morell) 414.
Lipojodol, Schädigung (Lichtwitz) 249.
Lipolysia und Glykosurie (Graur) 1402.
Lipolysin, endokrine Fettsucht (Alexander) 324.
Lipomatose (Léri) 368.
Lipomatosis atrophicans (Strieck) 1403.
Lipom, intramuskuläres, des rechten Musculus latissimus dorsi (Moriconi) 931.
— retroperitoneales (Antonioli) 217.
— — (Krogius) 640.
Lipome, multiple teleangiektatische (Jausion und Grandclaude) 368.
— tiefgelegene (Schütz) 685.
Lippenfisteln, Verschluß (Clairmont) 424.
Lippen-Gaumenspalte, doppelte (Pichler) 423.
Lippenkrebs, Behandlung (Wassink) 1030
Lippenspalte s. Hasenscharte.
— Erblichkeit (Birkenfeld) 1267.
Liquor (Hauptmann) 790.
— bei Apoplektikern (Franchini) 1276.
— -befunde bei Encephalitis der Laboratoriumstiere (Lewy und Lewy) 886.
— — bei Kaninchen (Plaut) 790.
— -befund bei progressiver Paralyse nach Malariabehandlung (Nicole und Steel) 692.
— cerebrospinalis (Levinson) 264.
— — (Schreus, Rottmann und Wegener) 989.
— — Abhängigkeit vom Ovarium (Vogt) 343.
— — Adsorption von Bengalrosa (Rosenthal und Douglas) 1316.
— — Aminosäuregehalt (Wiechmann und Dominik) 1334.
— — Bestimmung des Eiweißes (Sieg) 1245.
— — bei degenerativen System- und Herderkrankungen des Nervensystems (Patten) 370.
— — Eiweißquotient (Kafka) 1296.
— — Entstehung (Walter) 421.
— — Gehalt an wirksamen Substanzen des Hypophysen-Hinterlappens (Trendelenburg) 853.
— — Kalziumgehalt (Lickint) 411.
— — Kolloid-Paraffinreaktion (Critchley) 1072.
— — Kolloidreaktionen (Schreus, Rottmann und Wegener) 1068.
— — Kolloidreaktionen (Wander) 1444.
— — Kolloidreaktion bei entzündlichen Veränderungen (Bloch und Rosenfeld) 412.
— — Mastix-Reaktion (Deutsch) 1274.
— — bei tuberkulöser Meningitis (Taccone) 1416.
— — Milchsäuregehalt (Glaser) 1245.
— — Milchsäuregehalt (Scheller) 1092.
— — refraktometrische und viskosimetrische Untersuchungen (Levinsohn und Serby) 318.
— — Schätzung des Gesamtproteingehalts (Young und Benett) 1035.
— — Urämie (Becher) 248.
— — Verhinderung der Autozytolyse (Morabito) 1344.
— — Wasserstoffionenkonzentration bei Syphilis (Israelson und Krizman) 258.
— — Zuckergehalt (Blum) 757.
— — methodische Untersuchung (Crawford und Cantarow) 700.
— — osmotischer Druck (Kaneko) 1148.
— — bei otogenem Hirnabszeß (Borries) 483.
— — bei Säuglingen und Kindern (Lean und v. Hofe) 78.
— — Zuckergehalt (Stowe) 373.
— -diagnostik (Schacherl) 478.
— — bei Syphilis (Uras) 921.
— Eiweißbestimmung (Custer) 884.
— -eiweißkörper, Differenzierung (Kafka) 420.
— epiduraler Raum in seinen Beziehungen zum (Schönfeld) 1365.
— -forschung (Carl Lange) 314.
— -gewinnung aus der Cisterna cerebello-medullaris (Kroiss und Dielmann) 820.
— -passage (Otto Schwab) 554.
— Pleozytose (Szylinan-Neuding und Paul) 1376.
— — Reaktion auf Infektion mit Tuberkelbazillen (Lang) 259.

Liquor-Punktion (Curschmann) 917.
— Untersuchungsproben (Aver) 998.
— -untersuchung, Technik (Rubinstein) 113.
— -zuckerspiegel und Menstruationszyklus (Hellmuth) 1236.
— Zucker während der Schwangerschaft (Hellmuth) 641.
Lisfranc, Stumpf (v. Renesse) 649.
Lithiasis im untersten Ureterabschnitt (Ch. Perrier) 24.
Livedo reticularis (Willams und Goodman) 118.
Lobelin (Antal) 1441.
— (Brdiczka) 245.
— (Leibbrand) 245.
— (Walbaum) 981.
— (Holtmann) 22.
— in der Narkose (Hellendahl) 1091.
— bei Narkose-Asphyxie (Pfitzner) 1332.
— beim Neugeborenen (Hellendall) 473, 1098.
— — — (Mennet) 689.
— Wirkung (Antal) 923.
Lobus cinguli (v. Economo) 339.
Lochialsekret (Küstner) 1207.
Lokalanästhesie (Meeker) 373.
— (Semmels) 252.
— (de Takats) 897.
— bei der abdominellen Chirurgie (Ryfkogel und Carlson) 1179.
Lokalanästhetika (Liesegang) 301.
— Giftigkeit (Hamilton) 1075.
Lokalreaktion, intrakutane und subkutane (Hamburger) 1305.
Lopisgaze (H. Tredegaard) 561.
Lordose s. Wirbelsäulenerkrankung.
Lösungen, sterile, haltbare, isotonische (Weichardt) 1295.
Lues s. Syphilis.
Luetin-Reaktionen (Martenstein und Granzow-Irrgang) 1440.
Luftdruck, Eingeweidezerreißung (Hays) 1382.
Luft-Einblasung, interaspinale (Fischer) 950.
— in die Tuba Fallopii (Moench) 74.
Luftembolie (Depenfurth) 643.
— (Gähwyler) 71.
— (Walcher) 1205.
— beim Kaiserschnitt (Kraul) 954.
— bei Schnittentbindung (Deutcher) 1366.
— vom Sinus sigmoideus (Anthon) 1338.
Luft, flüssige (Charpy) 764.
— -hunger am Krankenbett (Hoover) 1107.
— -röhre s. Trachea.
— — endoskopische Entfernung größerer Tumoren (Gumperz) 211.
— -wege s. Atmungsorgane.
— — Erkrankungen der oberen (Martin) 1338.
— — Fremdkörper (Riedel) 650.
— — Infektionen der tieferen (Shaw) 215.
— — Therapie der malignen Erkrankung der oberen (Steward, Knox) 1342.
— — Tuberkulose der oberen (Blumenfeld) 607.
Luitpoldkrankenhaus in Würzburg (Lommd) 756.
Lumbago (Loewenstein und Rácz) 1132.
Lumbalanästhesie (Arce) 640.
— (Mahler) 1405.
Lumbaldrainage (Montgomery und Coole) 118.
Lumbalflüssigkeit s. Liquor.
Lumbalkanal (Klessens) 608.
Lumbalpunktion (Neustaedter, Hals und Tolstoouchow) 76.
— ambulatorische (Rahlwes und Löwenstein) 639.
— mit dünner Nadel (Hoffmann und Konrad) 1093.
— in Lokalanästhesie (Koubsch) 546.
— bei Medinalvergiftung (Pewny) 203.
— negativer Ausschlag (Janzen) 609.
Lumbalpunktionen bei kranialen und intrakranialen Schädigungen (Munro) 263.
Lumbalrippe (Cumming) 216.
Lumbosakralmark, subduraler Tumor (Veraguth) 72.
Lumbosakralregion, seitliche Röntgenaufnahme (Lewald) 435.
Luminal (Knisber) 216.
— -Aethernarkose (Millul) 1276.
— bei Epilepsie (Patterson, Damon und Levi) 693.
— -Papaverinbehandlung (Lyon) 1203.
— Uebergang in die Milch (Frensdorf) 301.
Luminographie (Stein) 302.
Lunatumluxationen (Ujma) 758.
Lunge (Bonne) 1030.
— angeborene Zystenlunge (de Lange) 652.
— Antikörperbildung (Manwaring, O'Neill, Thompson u. Dobson) 221.
— Aspergillose (M. Magaigue und P. Nicand) 565.
— Ausscheidung flüchtiger Substanzen (Henderson) 216.
— bronchogene (Fleischner) 1339.
Lunge, Differentialdiagnose zwischen Tumor u. Tuberkulose (Lenk) 544.
— doppelseitige Tuberkulose, Phrenikusexhairese (Pigger) 717.
Lunge, exsudative Tuberkulose (Staub) 1335.
Lungen, Bedeutung der Lymphgefäße für die Verbreitung von Infektionserregern und Entzündungsvorgängen (Borm) 949.
— -abszeß (Greer) 77.
— — (Kern) 1177.
— — (Lord) 119.
— — bronchoskopische Behandlung (Myerson) 266.
— — bronchoskopische Behandlung (Tucker) 1177.
— — chirurgische Ausblicke (Muller) 1177.
— — Durstkur (Roth) 856.
— — und Gangrän (Willams) 356.
— — Röntgendiagnose (Pancoast) 1177.
— — Therapie (Miller und Lambert) 370.
— — Vakzinetherapie (Livierato) 1345.
— -abszesse, Behandlung auf chirurgischem Wege (Graham) 75.
— — nach Tonsillektomie (O'Reilly) 374.
— Aktinomykose (Manfred) 483.
— -arterie, Unterbindung (Smirnoff) 986.
— -atelektase (Junghagen) 1374.
— -basis, Dämpfungen (Hitzenberger) 921.
— Bekämpfung schwerer Blutungen (Weidinger) 1166.
— -blutung, Fiebertherapie bei der gefahrdrohenden (Grossfeld) 105.
— -blutungen (Neddermeyer) 606.
— — nichttuberkulöse (Hoffmann) 1020.
— Carcinom (Grove und Kramer) 370.
— — (de Vries) 927.
— — (Krampf) 1405.
— -krebs, primärer (Lichty, Wright und Baumgartner) 894.
— Chirurgie (Meyer) 546.
— chronisch-infiltrative Differentialdiagnose im Röntgenbild (Blum) 608.
— chronische nichtspezifische Infektionen (Brennemann) 1107.
— — — — (Jackson) 1106.
— — — — (Morse) 1106.
— -Echinokokkus, operiert (Lehmann) 953.
— -Einziehungen (Guinard und Hinault) 1175.
— -eiterung, chirurgische Behandlung (Harrington) 1284.
— — bei Kindern (Graham) 1107.
— — Behandlung tiefliegender (Sauerbruch) 952.
— -embolie (Wyder) 214.
— — nach der Geburt (Culloch und Young) 1342.
— — nach Korrektionsosteotomie (Oeder) 1302.
— — und Thrombose (Wyder) 314.
— -entzündung (Abbott) 78.
— — (Daichowski) 330.
— — (Moffet) 370.
— — (Nassau) 924.
— — (Pons und Ward) 175.
— — akute, blutend von Kindern (Sheldon) 858.
— — Blut (Buckman, Adams, Smith und Edwards) 262.
— — Blutbefunde (Hittmair) 886.
— — Chinin bei kruppöser (Berger) 921.
— — embolische Gangrän der Extremitäten (Kiefer, Brigham und Wheeler) 374.
— — Epidemiologie (Powell, Altwater und Felton) 897.
— — Epidemiologie (Rosenau, Felton und Altwater) 660.
— — Kreislaufapparat (Billings) 700.
— — nach kurzer Narkose mit Stickstoffoxydul (Glynn) 655.
— — lobäre (Keller) 207.
— — — Mortalität (Falk, Gussin und Jacobson) 259.
— — Nasengänge bei der lobären (Felty und Heatley) 568.
— — rheumatische (Rabinowitz) 894.
— — Röntgentherapie (Fried) 155.
— — Sauerstoff-Therapie (Barach) 318.
— — der Säuglinge (Burghard) 419.
— — Therapie der kruppösen (Beckmann) 923.
— epituberkulöse Infiltration der (Schlack) 470.
— -Erkrankungen, Aether- und Eigenblutbehandlung bei postoperativen (König) 1405, (Wilh. Schaack) 1405.
— — chronische (Bissell) 496.
— — postoperative (Magnus) 1233.
— — — (Seidl) 203.
— exsudative Tuberkulose (Staub) 1335.
— -extrakte (von Krogh) 483.
— -Fremdkörper (Hornung) 548.
— Füllung mit Jodöl (Knipping und Poundorf) 470.
— -funktion (Lambolez) 365, 566.
— -gangrän durch Spirochäten (Kline und Berger) 220.
— -geschwülste (Biberfeld) 1061.
— -gewebe (Aschoff) 604.
— -gymnastik (Ide) 1062.

Lungenherde, isolierte, tuberkulöse (Dietl) 71.
— und Herzgeränusche, Schwingungszahlen (Cabot und Dodge) 74.
— -infarkt im Röntgenbild (Boehm und Kühne) 418.
— -infarkte, septische (Herman) 203.
— -kavernen Füllung (Josefson) 427.
— -kollapstherapie (Frisch) 1250.
— — (Schoop) 1128.
— -Komplikationen, postoperative (Gmelin) 1204.
— -kranker, arbeitsfähig (Guth) 298.
— -kranke, Insulinbehandlung (Hofhauser und Schön) 949.
— — Nachuntersuchungen (Oeckinghaus) 949.
— — psychotherapeutische Beschäftigung (Kollarits) 305.
— -krankheiten, Phosphorsäuregehalt des Blutes (Vorschütz) 397.
— -neoplasmen, Behandlung (Stern) 862.
— -ödem (Kenefick) 216.
— — (Merrin) 486.
— — (Modder, Naughton, Bulmer) 762.
— — akuter (Naught, Pines und Awzounin) 1308.
— — — bei Herzfehler (Cohen) 484.
— -phthise (Sieper) 1128.
— primärer Karzinom (Moses) 78.
— -röntgenbefunde an Steinmetzen (Saupe) 408.
— -röntgenbilder auf farbigen Lichtschirmen, Betrachtung (Courcoux und Gilson) 1176.
— -röntgenogramm (Lüdin) 986.
— Röntgenuntersuchung (Staehelin) 479.
— Röntgenuntersuchungen mit Hilfe von Lipiodol (Blegard und Wolff) 1237.
— -sarkom (Bennett) 1174.
— -schrumpfungen (Kühl) 606.
— -schußverletzungen (Schellenberg) 469.
— -schwindsucht, Aetiologie (Blümel) 984.
— — Therapie der chronischen (Blümel) 924.
— -seuche (Giese) 249.
— -sklerose, syphilitische (Nasali) 110.
— -spitzen-Aufnahme (Appelrath) 608.
— — -disposition (Loeschke) 1128.
— — -Lufthaltigkeit (Ladeck) 206.
— — -perkussion (Einis) 822.
— — perkutorische Schalldämpfung (Pezzotti) 563.
— — physikalische Untersuchungen (Czvhlarz und Pick) 299.
— -steine (Ritschel) 984.
— -Syphilis latente Formen (M. Letulle und J. Dalsace) 565.
— tertiär-tuberkulöse Narben (Zeiss) 1128.
— topographische Darstellung von Veränderungen (Brauer und Fahr) 949.
— -tuberkulose (Bernard) 611.
— — (Bezancon und Jacquelin) 491.
Lunge, Fremdkörper (Jackson) 441.
— Gangrän (Besancon) 1346.
— Histophysiologie (Coutière) 566.
— Hydatiden-Zysten in der, Röntgenographie (Heuser, M. D.) 580.
— Kapazität (Moersch) 318.
— maligne Neubildungen (Fishberg) 765.
— metastatische Tumoren (Craver) 78.
— Miliartuberkulose (Middleton) 863.
— Neubildung und Echinokokkus (Masci) 1377.
— nichtpneumatischer Kollaps (Gammons) 576.
— Perkussion und Auskultation (Olshausen) 1331.
— Sitz des tuberkulösen Primärherds (Wiese) 606.
— Tuberkulose (Alexander) 25.
— — (de Bente und J. Joergensen) 29.
— — (Farmer) 435.
— — (J. und S. Ratera) 30.
— — (Gräff) 1335.
Lungen-Tuberkulose (Galassi) 1032.
— (Giercke) 606.
— (Hambro) 170.
— (Henius und Basch) 949.
— (Herve, Juhel und Ollivier) 794.
— (Infiltrie) 157.
— (Köhler) 1065.
— (Loben) 470.
— (Mattei und Donati) 861.
— (Naeslund) 1070.
— (F. Ocri) 27.
— (Rackmann) 1363.
— (Liberopulo) 1345.
— (Tendeloo) 469.
— (Tillgren) 983.
— (Ulrici) 602.
— (Webb) 118.
— (Weicksel) 949.
Lungen-Tuberkulose (Wolter) 728.
— Bedeutung der Gaswechseluntersuchung (Brieger) 606.
— Begutachtung (Blümel) 1065.
— Blutzuckerstudien (Landau) 244.
— Chemotherapie (Guth) 606.
— — **(Schlapper) 183.**
— — **(Zwerg) 673.**
— chirurgische Behandlung (Alexander) 606.
— — — (Deist) 606.
— — Heilung (Rièppè) 174.
— Chlorkalzium-Tropfklistier (Tedeschi) 931.
— chronische ulzerative (Dutton) 260.
— Diagnose (Neumann) 824.
— — der pathologisch-anatomischen Form im Röntgenbilde (Meier) 608.
— diätische Behandlung (Martin) 1235.
— und Dienstbeschädigung (v. Schnizer) 415.
— doppelseitiger Entspannungs-Pneumothorax (Samson) 104.
— Eigenserumbehandlung (Weicksel) 822.
— Einfluß der Gestationsvorgänge (Pankow) 1098.
— Einteilung (Brinkmann) 754.
— — und Prognose (Klewitz) 204.
— Entwicklungsstadien (Harms) 736.
— Fieberbehandlung (Bauer) 728.
— geschlossene (Sergent und Turpin) 110.
— Goldsalze (Trivino) 1032.
— III. Grades, Krankheitsdauer (Harms und Wangrin) 606.
— im Greisenalter (Burrell) 655.
— und hämotonischer Index (Secco) 931.
— Hautveränderungen (Jordan) 925.
— Heilgymnastik (Sylvan) 1025.
— homäopathische Therapie (Trouvère) 1023.
— intrapleurale Injektionen mit Schellfischleberöl (Besancon, Jacquelin und Etchegoin) 1176.
— Irrtümer in der Diagnostik (Canuyt) 891.
— Kalk- und Kieselsäuregaben (Leonhardi) 923.
— kavernöse (Dufourt) 729.
— Klassifikation der chronischen (Sternberg) 1064.
— klimatische und Mineralwasserkuren (Bernard) 612.
— Knisterrasseln (Bruns) 117.
— als Kriegsdienstfolge (Steinmeyer) 25.
— Kupfer bei der Behandlung (Ritter und Pohl) 606.
— Lipoidtherapie (Freymuth) 924.
— Mastkuren mit Insulin (Ahlenstiel und Poel) 1203.
— Mischinfektion (Czaplewski) 924.
— — bei chronischer (Abakelia) 305.
— offene und geschlossene (Kayser-Petersen) 606.
— — (Winkler) 469.
— Post partum, Präventivbehandlung (Sergent) 361.
— Prognose (Eversbusch) 1065.
— — (Pissavy) 363.
— Prognostik (v. Frisch) 206.
— — ((del Real) 1032.
— radikale Phrenikotomie (Thearle) 431.
— Reaktion nach Costa (Ladeck) 1363.
— Respirationsumsatz (Roth) 64.
— retikuloendotheliotrope Chemotherapie (Ascoli, Fischera und Giuffrida) 930.
— Rötgen (Ratera) 30.
— Röntgenbestrahlung (Koch) 1233.
— Röntgenbild (Frandsen und Jacoby) 1171.
— Röntgendiagnose (Olshausen) 414.
— Röntgenbehandlung (Doorntract, Koolman und Kretschmer) 949.
— — (Kretschmer) 71.
— Röntgentiefentherapie (Schulte-Tigges) 947.
— Sanocrysin (Faber) 64.
— — -behandlung (Würtzen) 203.
— Behandlung mit Goldpräparaten (Schmidt) 685.
— — — Ektebin-Moro (Gutzmann und Sachse) 415.
—therapeutische Beeinflussung (Eckhardt) 303.
— Behandlung mit Automischvakzine (v. Ilberg) 1235.
— — (Shipman) 382.
— — (Riviere) 562.
— — (Klieneberger) 547.
— Tätigkeit der Hilfsrespirationsmuskeln (Egger) 728.
— Stadieneinteilung (Genersich) 605.
— spezifisch perkutane und intrakutane Behandlung (Kerssenboom) 606.
— Sonnenbehandlung (Wood) 993.
— Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen und Mátéfy-Reaktion 819.
— und Sonnenlicht (Meyer) 861.
— Senkungsgeschwindigkeit (Mayerhofer) 824.

Lungen-Tuberkulose in der Schwangerschaft (Schultze-Rhonhof) 473.
— Behandlung mit Jodinhalationen (Rodet) 730.
— — mit Metallsalzen (O. Helms) 28.
— — mit Metallsalzen (Lunde) 252.
— — — Sanocrysin (Jansen und Weber) 753.
— Therapie nach Walblum (Lunde) 1307.
— Thorakoplastik (Whittemore) 177.
— nach Trauma (Zollinger) 983.
— unspezifische Reiztherapie (Maurer) 1128.
— Therapie Walblum-Methode (Lunde) 1411.
— Veränderungen der Magenschleimhaut (Schnider) 1363.
— Verschlimmerung nach Trauma (Ritter und Gerlach) 606.
Lungentuberkulöse, Katalaseferment in Blut und Auswurf (Zwetkowa) 504.
— infraklavikuläre Infiltrate (Klingenstein) 1433.
Lunge, Tuberkulose und Karzinom (Hochstetter) 684.
— — Chemotherapie (Freund) 868.
— — chirurgische Behandlung (Pamperl) 642.
— — und Grippe (Lindhagen) 1335.
— — Herdreaktion (Albert) 1335.
— — physikalische Untersuchung nach Turban (Rumpf) 1335.
— — künstliche Zwergfellähmung (Wiese) 717.
— — Säurebasenhaushalt (Briger) 718.
— — und Schwangerschaft (Schultze-Rhonhof) 646.
— — Urochromogenreaktion (Hakki) 71.
— — Behandlung mit Metallsalzen in kleinen Dosen (Lunde) 1335.
Lungentumor (Dehn) 418.
— (Greenberg) 78.
— (Lenk) 1385.
Lungenveränderungen infolge von Fremdkörpern (Manges) 1282.
Lungen, Vitalkapazität (Arnett) 118, 176.
— -zustände, Behandlung gewisser (Whittemore) 118.
Lunge, Zyste (Petzetakis und Yaloussis) 1239.
Lungenzysten, kongenitale (Koonitz) 36.
Lupinen-Serum, Vergiftung (Pettarola) 1142.
Lupus (Oppan) 1200.
— (Rendtorff) 692.
— -karzinom (Roederer und Metzger) 115.
— disseminatus des Gesichts (Hudelo und Rabut) 827.
— erythematodes (Bergland) 928.
— — (Clark und Warnock) 446.
— — (Rothmann) 949.
— — (Schaumann) 613.
— — (Stümpke) 348.
— — Aetiologie (Civatte) 1139.
— — der Mundschleimhaut (Jakob und Legrain) 614.
— — (Farby) 23
— — (Jakob und Legrain) 494.
— — Karzinom als Komplikation (Nobl und Löwenfeld) 1271.
— erythematosus exanthematicus d'emblée (Golay) 1103.
— des Gesichts (Dohen) 1278.
— der Nase, Radiumbehandlung (Wharry) 172.
— pernio (Hudelo, Montlaur und Lefarestier) 113.
— — (Louste, Caillaud und Leclerc) 114.
— Röntgenverbrennung und ultraviolettes Licht (Diana) 1345.
— Sanocrysintherapie (Peyri) 1346.
— Behandlung (Aurégan) 368.
— -behandlung mit Antimontrichlorid (v. Darier) 368.
— behandelt mit Pyotropin (Jensen) 610.
— Behandlung mit Sanocrysin (Seeber) 610.
— Tuberkulinbehandlung intrakutane (Korbsch) 314.
— tuberculosus (Bizard und Marceron) 368.
— -ulzeration (Voina) 367.
— Visierlappenplastik bei ausgedehntem (Salomon) 1264.
— vulgaris (Gougerot und Filiol) 764.
— — (v. Seutter) 1029.
— — Finsenbehandlung (Haxthausen) 653.
— — verrucosus (Combes) 800.
Luteingewebe ovarielle (Chatillon) 315.
— -Reaktion bei Augenerkrankungen (Rabitsch) 312.
— -zyste, s. Corpus luteum-Zyste.
Lüttge-von Mertzsche Serumreaktionen (Kafka) 1365.
Luxenil-Duschen (Dausset und Gerard) 362, 490.
Lymphadenitis retropharyngeale (Mc. Lean und v. Hofe) 77.
Lymphadenose, aleukämische (Arena) 996.
— — (Levy) 650.
— Therapie (Peschic) 203.
Lymphangiome, chirurgische Behandlung (Brandsburg) 952.
Lymphangiom der Tube (Strong) 265.
Lymphangitis mesenteriales (Pribram) 647.
— scarlatinosa (Rüscher) 685.
Lymphdrüsen s. Drüsen.
— -erkrankung, intrathorakale (Lawson) 963.
Lymphe aus dem Ductus thoracicus (Klug) 474.
Lymphgefäßinfrakte bei Hauterkrankungen (Kogoj) 651.
Lymphknoten normale Exstirpation (Baum) 474.
— Topographie der bronchialen (Engel) 1128.
— Tuberkulose der axillaren (Prym) 949.
— in den Venenwinkeln bei Tuberkulose (Ghon, Kudlich und Schmiedel) 1235.
Lymphoblastenangina (Preuss) 602.
Lymphoblastomen (Holmes) 1383.
Lymphoblastom (Minoth und Isaacs) 1035.
— des Sternums (Dresser) 1178.
Lymphogranulom (Cramer) 408.
— (Rolleston) 172.
Lymphogranulome maligne (Ludin) 479.
Lymphogranulomalose (Bonanno) 827.
— (Hudelo, Montlaur und Leforestier) 113.
— (Kristjansen) 29, 170.
— (Zypkin) 885.
— des Darmes (Heimann-Hatry) 818.
— intestinale (Biebl) 985.
— beim Kinde (Gysi) 244.
— Schaumannsche (Hudelo, Montlaur und Leforestier) 368.
— subkutane (Todd) 1136.
Lymphogranulomatosis cutis (Louste, Caillaud und Leclerc) 114.
Lymphogranulom, Hodgkinsches (Jaffé) 1403.
Lymphome bronchiale, Rückwirkungen auf Herz und Lungen (Kottmeier) 306.
Lymphom, malignes (Minot und Isaacs) 568.
— der oberen Luftwege (Kleestadt) 640.
Lymphosarkom (Evans und Leucutia) 1178.
Lymphosarkomatose (Zypkin) 885.
Lymphosarkose, intrakranielle (Arena) 996.
Lymphwurzeldarstellung (Flaskamp) 1091.
Lyphatismus, s. Status lymphaticus.
Lysinwirkung (Kauffmann) 1199.
Lysolverätzung des Auges (Kraupa-Runk) 759.
Lyssa s. a. Tollwut.
— Bekämpfung (Lubinski) 1402.
— Lähmungen nach Schutzimpfung (Lubinski) 883.
— beim Menschen (Fedoroff) 307.
— -schutzimpfung (Fermi) 552.
— -Salbe (Goldstein) **1389.**
— und Selbstmord (Koopmann) 1019.
— Schwangerschaftsunterbrechung (Schmitt) 949.
— und Schwangerschaft (Bridgman und Norwood) 319.

Maculaarterie, Embolie einer (Schall) 1268.
— -degeneration, familiäre progressive (Schall) 1437.
Maculadegeneration, senile und senile Stardegeneration (Fischer) 1269.
— -kolobom (Prysbylska) 795.
Macula lutea (Heine) 792.
Magen s. a. Achylie, Pylorus.
— mit abnormer Oeffnung in das Jejunum (Casellas) 1348.
— Absonderung und Ernährung (Jarotzky) 852.
— Anatomie und Histologie der entzündlichen Erkrankungen (Lubarsch) 1154.
— Anazidität (Keefer und Bloomfield) 1349.
— Atropinprobe (Stranz) 202.
— -Aetzungen (Bierling) 315.
— -Ausheberung (Lewin) 919.
— — fraktionierte (Heß) 331.
— — — (Tiefensee) 917.
— — frühzeitiges Erscheinen von freier Salzsäure (Szilárd) 1197.
— Azidität (Weigert) 412.
— Bakteriologie (Bitter und Löhr) 342.
— Bedeutung der Röntgenologie (Bernstein) 1094.
— Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (Kahn u. Stokes) 866.
— Beziehungen zwischen Ulcus und Carcinom (Lawrence und Bock) 1349.
— -Bilokulation (Hagaigne und Baize) 696.
— -blase bei Carcinom (Buckstein) 732.
— -Blutungen (Petermann) 1130.
— — postoperative (Rausche) 985.
— -Blutung, parenchymatöse (Puhl) 953.
— Blutzuckerreaktion beim Magengeschwür (Scharpff) 243.
— -Carcinom (Beatson) 216.
— — (Hunter) 862.
— — (Menees) 828.
— — (Pick) 1157.
— — (Urban) 647.
— — (Wiel) 615.

Magen-Carcinom, Chirurgie (Lund) 261.
— — chirurgische Dauerheilung (Wegele) 547.
— — chirurgische Therapie (Hanssen) 170.
— — Dauerheilung. (Brodnitz) 248.
— — diagnostische Methoden (Wheeler) 36.
— — gastrische Resektionen (Hartmann) 365.
— — mit hoher Bluteosinophilie (Weiss) 660.
— — mit Hyperchlorhydrie (Carro) 173.
— carcinomartige Geschwüre (Galambos) 376.
— Carcinoma granulomatosum (Knopflach und Eichelter) 423.
— -mechanismus (Ascoli) 361.
— -Chemismus, kinetische Methode (Katsch und Kalk) 545, 752.
— -Chirurgie (Balfour) 380.
— — (Crile) 221.
— — (Movts) 993.
— Chlorstoffwechsel bei Sekretionsstörungen (Holler) 608.
— — bei Sekretionsstörungen (Holler und Bloch) 1025.
— -darmchirurgie, anastomotischer Knopf (Pauchet) 357.
— -darm-Divertikel (Bainbridge) 1245.
— und Darmerkrankungen, Röntgendiagnostik (Schinz) 1262.
— -Darmgeschwür (Barsony) 603, 1025.
— — (Konjetzny) 207.
— und Darmgeschwüre, gleichzeitiges Vorkommen (Wilkie) 1071.
— -Darmgeschwür, Operation des perforierten (Odermatt) 856.
— — Pathogenese (Burdenko und Mogilnitzki) 951.
— -Duodenalgeschwür und Probefrühstück (Schütz) 303.
— -darmkanal, experimentelle Verlegung (Haden und Orr) 1244.
— und Darmkrankheiten, diätetische und physikalische Therapie (v. Noorden) 852.
— -darmkrankheiten, Unterricht (Simon) 893.
— -Darm-Operationen (Kelling) 923.
— -duodenalsonden (Einhorn) 697.
— und Darmsaft, Bakterizidie (Arnold und Brody) 1075.
— -Darmstörungen, Blasenbildung der Schleimhäute (Lunding) 691.
— -darmtraktus, Fremdkörper (Buckstein) 1034.
— Dauersondierung (Galewski) 415.
— diffuse syphilitische Infiltrationen (Eisenklam) 302.
— -divertikel (Gray) 862.
— und Dünndarm, perforierte Ulcera (Couendet) 168.
— Einfluß des Atropins auf die sekretorische und motorische Funktion (Rall) 1363.
— Einfluß des Hypophysins (Elkeles) 980.
— Eintritt von Darminhalt während der fraktionierten Ausheberung (Salinger) 1025.
— Entstehung und Bedeutung der Milchsäure (Ehrmann) 854.
— Entzündung und Geschwürsbildung (Hoffmann) 79.
— -erkrankungen, vegetatives Nervensystem (Fokin) 270.
— -erweiterung, akute (Snell und Lavin) 929.
— experimentelle Magenulzera infolge Stenosierung (Baggio) 1143.
— Funktionen (Knud Faber, J. E. Holst und Norgaard) 561.
— -funktion (Weitz und Vollers) 415.
— — nach der Gastroenterostomie (Arisz) 1374.
— — nervöse Störungen (Schnur) 334.
— -funktionsprüfung (Nakao) 382.
— Gasauftreibung (Melver, Benedikt und Cline) 37.
— -Geschwulst, röntgenologische Diagnose von benignen und malignen (Rigler) 1178.
— -Geschwür (Bársony) 249.
— — (Crohn, Weiskopf und Aschner) 318.
— — (Ivy und Shapiro) 175.
— — (Jarno) 104.
— — (König) 203.
— — (Sturtevant und Shapiro) 896.
— — (Winkelstein) 570.
— — akut perforiertes (Evans) 351.
— — Aetiologie (Mousarrat) 484.
— — und Atomtheorie (Mc. Donald, Gofrey) 573.
— — -chirurgie **(Koenig) 327.**
— — chirurgischer Eingriff bei akuter Blutung (Hesse) 640.
— — chirurgische Therapie (Orhan Bay) 640.
— — chirurgische Behandlung (Luis y Yagüe) 173.
— — chronisches, experimentelles (Wolfer) 1106.
— — Diagnose (Hess und Faltitscheck) 1061.
— — durchgebrochenes (Enderlen) 245.
— — mit Eigenblutinjektion, Therapie (Rausche) 919.
— — mit großen Bluttransfusionen (Plehn) 754.
— — -Operationen (Eusterman) 380.
— — — (Pauchet) 267.
— — Pathogenese (Hirsch) 156.
— — — des chronischen (Rassers) 1077.
— — Pathologie (Ciminata) 1378.
— — Spasmen und Schmerzen (Cobet und Gutzeit) 305.
— — Therapie (Greene) 121.

Magen-Geschwür, Therapie (König) 203.
— — — (Lehmann) 203.
— — — (Morawitz) 203.
— — — mittels intravenöser Injektionen von 10 proz. Kochsalzlösung (Barsony und Szemzö) 1331.
— — Behandlung mit Silberchlorid (Sachl und Kelen) 643.
— — und Vagus (Loeper und Marchal) 363.
— -geschwüre (Douglas) 379.
— — (Mattison) 446.
— — akute Perforation (Ipenza) 1173.
— — Therapie (Einhorn) 1109.
— -geschwürsblutung (Schwarz) 203.
— -hypersekretion, Therapie (Warlo) 819.
— -Jejunum-Kolon-Fistel (Reiser) 1437.
— -inhalt, Beeinflussung der Azidität durch Diathermie (Kauftheil und Simó) 304.
— — bei Kindern (Cassie und Cox) 956.
— interdigestive Phase (Vándorfy) 687.
— -inhalt, Untersuchungen mittels physikalisch-chemischen Methoden (Cytronberg) 1444.
— -klemmen (Spassokukozky) 1130.
— Kolloidcarcinom (Severin) 641.
— -krankheiten (Nuys) 122.
— — Diagnose (Broster) 655.
— — Ernährung (Beas) 156.
— — vasomotorische und nervöse Faktoren (Kerppola) 687.
— Lage (Moody) 216.
— Lipase (Delhougne) 948.
— -lipom (Spitzmüller) 603.
— maligne Geschwulst (von den Velden) 978.
— -motilität bei Kreislaufinsuffizienz (Kisch) 604.
— -neurosen (Katsch) 684, 1156.
— nichtcarcinomatöse Geschwülste (Meyer, Brams) 178.
— und Niere als Ausscheidungskonkurrenten (Lipschitz) 1433.
— -nische, Carcinomsymptom (Presser) 412.
— -operationen, Entstehung und Therapie des Ulcus pepticum jejuni (Flörcken und Steden) 1302.
— — Lokalanästhesie (Biener) 1236.
— Operationen am makroskopisch unverändertem (Kappis) 953.
— — Physiologie (de Takats) 895.
— Papillom (Schulte) 342.
— Pathogenese der Sekretionsstörungen (Arnoldi und Schlechter) 851.
— -Pathologie (Bársony) 104.
— penetrierendes Ulcus (Blaine) 862.
— perforiertes Geschwür (Kunz) 647.
— — — mit Appendizitis (Wakeley) 1309.
— Ulcus, Zustandekommen des Schmerzes (Palmer) 1451.
— Phlegmone (Orator) 647.
— Photographie (Elsner) 1155.
— Physiologie (Bloomfield und Keefer) 961.
— -plastik (Gartenmeister) 1267.
— Plattenepitheliom (Vinson und Broders) 264.
— Ptose und Atonie (Schütz) 203.
— pulsierender, vaskulärer (Piere) 564.
— Pylorusstenose (Spitzer) 642.
— Reaktion auf verschiedene Arten von Standardkost (Hawk, Rehfuß und Bergnien) 434.
— -resektion (Reimann) 221.
— — wegen Carcinoma ventriculi (Schönbauer und Friedel) 921.
— — beim frei perforierten Magen- und Darmgeschwür (Schwarz) 953.
— -riß (Lampe) 429.
— Rolle der Nervenzentren für die Magen-Neurosen (Lewy) 1156.
— röntgenologische Studien am Säuglingsmagen (Hotz) 109.
— röntgenologische Untersuchung nach der Resektion (Arisz) 1341.
— Röntgenperistaltik (Fraenkel) 209.
— Röntgen- und Saftuntersuchung (Dressen) 1127.
— Röntgenuntersuchung (Hitzenberger) 920.
— — operierter (Knothe) 726.
— -ruptur, akute, nach Einnahme von Natrium bicarbonicum (Murdfield) 947.
— -sack, Innervation (Einad Thomsen) 561.
— -saft (Bartel und Harkins) 77.
— — (Mahler) 980.
— — bakterizide Wirkung des salzsäurefreien (Löwenberg) 1095.
— — Bestimmung (Elison) 77.
— — hyperazide (Seckbach) 297.
— -saftsekretion (Bloomfield und Keefer) 765.
— — (Farnum) 318.
— — (Iwanoff und Sawschinsky) 165.
— — (Ivy) 118.
— — (Nakao) 382.

Magensaft-Sekretion bei Diabetes mellitus (Bower und Aaron) 659.
— — und Diurese (Arnoldi und Schechter) 640.
— — und Dünndarm (Bogendörfer) 1301.
— — und Pupillenweite (Krause-Wichmann) 1197.
— — Wirkung von Schwarz- und Weißbrot (Gantt) 1362.
— Salzsäureresektion (Heilmeyer) 1332.
— Sanduhrbildung (Strauss) 687.
— -sarkom (Chandler) 1002.
— der Säuglinge, Sekretionstätigkeit (Wolowik) 165.
— -schlauch, Verwendungsmöglichkeiten (Eccles) 1174.
— -schleimhaut, Veränderungen bei Lungentuberkulose (Schnider) 1363.
— -schmerzen (Miller) 352.
— — chronische bei Kindern (Utheim) 316.
— -sekretion (Garbat) 78.
— — (Govaerts und Cornil) 1211.
— — (Kolta und Benkovics) 105.
— — (Rothschild) 820.
— — und Cholelithiasis (Loessl) 309.
— — Einfluß der äußeren Eisapplikation (v. Friedrich) 105.
— — Einfluß kochsalzarmer und kochsalzreicher Ernährung und des Hungers (Hoffmann) 297.
— — Einfluß der Muskelarbeit (Bridzins) 981.
— — Reversibilität (Simnitzky) 1063.
— -sekretionen bei Cholelithiasiskranken (Dahl-Iversen) 792.
— Sekretionsstörungen (Arnoldi und Schechter) 245.
— — und Säurebasengleichgewicht (Arnoldi und Schechter) 1095.
— Serumfarbstoffgehalt bei Sekretionsstörungen (Arnoldi u. Schechter) 298.
— Späterscheinungen nach Magen-Resektion (Delore) 1212.
— -spiegelung (Hübner) 754.
— -straße (Lossen und Schneider) 418.
— — (van der Reis und Schembra) 1301.
— Studien, klinische (Stuber und Nathanson) 755.
— -syphilis (Cohn) 299.
— — (Merrill) 437.
— — (Wideröe) 170.
— syphilitischer Schrumpfmagen (Hirschberg) 546.
— Tätigkeit bei Erkrankungen des Gehirns (Busik und Mitnitzky) 309.
— -teilen, Ausschaltung von ulcuskranken durch die Naht (Sattler) 953.
— -tetanie (Aitken) 36.
— Therapie akut perforierter Geschwüre (Kott) **1185.**
— -trakte Veränderungen (Angerer) 424.
— -tuberkulose (Severin) 818.
— — chirurgische (Melchior) 1168.
— Tuberkulose und Carcinom im Magen (Faltin) 889.
— -ulcera (Braithwate) 656.
— — postoperative (Dogliotti) 361.
— — sekundäre (Gussio) 361.
— — Therapie (Emery) 262.
— -ulcus (Barsony) 207.
— — (Eiselberg) 686.
— — (Finsterer) 333, 685.
— — (Jordan) 121.
— — (Mandl) 334.
— — (Orator und Knittel) 649.
— — chirurgische Therapie (Börger) 986.
— — Darm (Steinberg) 305.
— — Diagnostik (Rompe) 245.
— — Nervenwucherung (Askanazy) 856.
— — Perforation (Vigyazo) 342.
— — perforierter (Diamond) 351.
— — Therapie (Momburg) 1020.
— Untersuchungen (Larimore) 79.
— Verdauung (Rehfuss) 221.
— Verweildauer des Wassers (Christ) 1332.
— Verwendung der Verweilsonde (Horn) 1301.
— völlige Entfernung, Ersatzmagen (Balog) 1130.
— -volvulus (Haberer) 423.
— — (Helsingen) 170.
— — chirurgischer (v. Friedrich) 1066.
— -wunden, blutende, chirurgische Therapie (Berner) 170.
— mit zwei Gasblasen (J. Raymond Lutz, B. S., M. D.) 580.
— -Zwölffingerdarmgeschwür, perforiertes (Naumann) 424.
Magisterium bismuti, Resorption von subkutan eingespritztem (Sonnenberg) 988.
Magnesia, schwefelsaure (Woitaschewski) 687.
Magnesiumperhydrol auf die Magensekretion (Dienst) 1025.
Magnesiumsulfat (Soper) 77.
— cholagogische Eigenschaften (Mendenhall, Mc. Clure und Cate) 1000.
Magnesiumsulfat, Einfluß auf die Entleerung der Gallenblase (Gautt und v. Volborth) 434.
— intramuskuläre Injektion bei Eklampsie (Dorsett) 440.
— und Morphin (Beckman) 76.
— — — (Gwathmey) 220.
Magnetextraktion großer Splitter (Paderstein) 1169.
Magnetometer zur Diagnose kleiner intraokularer Fremdkörper (Herbert) 796.
Magnetopathen, physikalische Untersuchung (Rinkel) 1330.
Magnocid (Lochbrunner) 1332.
Magnus-Kleijnsche Halsreflexe (Dawidenkow) 1097.
Mais in der Therapie des Diabetes (v. Puriesz jun.) 1301.
Makrophagen (Carrel und Ebeling) 1244.
Makrozytose (v. Boros) 1441.
Malaria (Ascoli) 360.
— (Gonzalo) 30.
— (Lake) 260.
— (Pittaluga) 31.
— -anfall, Ambardsche Konstante, Stickstoffgehalt des Blutes (Stirpe) 489.
— Bekämpfung (Heinemann) 885.
— Blutfarbstoff (Ghiron) 360.
— Blutkonservierung (Kauders) 885.
— in Brasilien (Davis) 259.
— Chininprophylaxe (Falcioni) 360.
— Einfluß ultravioletter Strahlen (Armani) 1345.
— hämatologische Untersuchungen (Larregla) 31.
— Herzgefäßsystem (Berland) 982.
— -impfung, experimentelle (Gerio) 1276.
— — progressive Paralyse (Cortesi) 173.
— Infektion, experimentelle (Wiechmann und Horster) 948.
— Infektionsverlauf bei der Vogelmalaria (Hegner und Dougall) 897.
— klinische Typen (Lurija) 272.
— kongenitale (Annecchino) 358.
— künstlich hervorgerufene (Leisermann und Rubarschkin) 724.
— -larve (Coggeshalt) 897.
— -larven, Zerstörung (Gioseffi) 1276.
— Anopheliden (Davis) 494.
— in Palästina (Kligler) 660.
— -parasiten, Varietäten (Marzinowski) 504.
— Parasitologie (Kirschbaum) 1058.
— Plasmochin (Hörlein) 1120.
— prophylaktische Rolle bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems (Kerim) 921.
— bei der schwangeren Frau (Ubago) 892.
— Senkungsreaktion und Bluteiweißbestimmung (Radosavljevic und Rostic) 980.
— Statistik (Clara) 1276.
— symmetrische Gangrän (Slanghter) 697.
— in Syrien (Gemayel) 364.
— tertiana (de Jongh) 760.
— -Therapie (Morgenroth, Abraham und Schnitzer) 947.
— — der Frühsyphilis (Bering, Stein) 1058.
— — der Frühsyphilis (Bering) 1403.
— — mit Cadmiumpräparaten (Reitler) 921.
— — Gewichtszunahme (Bunker) 820.
— — der multiplen Sklerose (Dreyfus und Hanau) 331, 412.
— — bei Paralyse (Geratovitsch) 1365.
— — — — 1174.
— — — — — (Baarnhorb) 481.
— — — — (de Jongh) 609.
— — — — (Meyer) 331.
— — — — (Pfister) 480.
— — — — (Spaar) **869.**
— — — — (Warrington Yorke) 357.
— — der Syphilis (Lenartowick) 1444.
— — der Tabes dorsalis (Hoff und Kauders) 1365.
— — der Tabes dorsalis (Rowstron) 171.
— -übertragung (Lenzmann) 1020.
— Veränderungen der titrierbaren Alkalien des Blutes (Grigoriew) 1242.
— Verlauf der Kriegsmalaria (Graf) 1165.
Malignität (Barclay) 221.
Malleolengabel, frakturierte (Schneider) 248.
Malleolus internus, Klammerung (Leclerc) 363.
— lateralis tibiae ant., isolierte Abrißfraktur (Geldmacher) 66.
Mallorys-Neurogliafärbung (Schindler) 1268.
Maltafieber (Acken) 730.
— (Cayrel) 490.
— (Partearroyo) 31.
— epidemischer Herd (Alessandrini und Eurico) 1142.
— in Jena (Weyrauch) 301.
— infolge von Infektion mit Brucella abortus (Carpenter und Merriam) 1315.

Mamillarlinie (Grassmann) 979.
Mammae (Lobeck) 986.
Mamma, akzessorische (John) 251.
— blutende (Erdheim) 424.
— — (Klose) 1236.
— — (Risak) 603.
— -carcinom (Dahl) 29.
— — (Davis) 178.
— — (Evans und Leucutia) 863.
— — (Pfahler und Widmann) 1037.
— — Bakterienflora (Warren) 700.
— — chirurgische Behandlung (E. Starr Judd, M. D.) 579.
— — Jucken als Prodromalerscheinung (Verhave) 1030.
— — Knochenmetastasen (Bendick und Jacobs) 862.
— — Knochenmetastasen des Beckens (Palumbo) 729.
— — bei Lungentuberkulose, Perkussionsbefunde (Vorobiew) 71.
— — beim Manne (Judd, Morse) 379.
— — -metastasen (Coventry) 1002.
— — Metastasen (Riehl) 647.
— — Myomatose, Rückbildungsvorgänge (Dietrich) 474.
— — Nachbestrahlung radikal operierter (Anschütz und Hellmann) 952.
— — postoperative Bestrahlung (Anschütz und Hellmann) 1127.
— — postoperative Bestrahlung (W. M. A. Evans, M. D. und T. Leucutia, M. D.) 579.
— — postoperative Nachbestrahlung (Borak) 603.
— — prophylaktische Nachbestrahlung (Jüngling und Holfelder) 405.
— — primäres (Giles) 963.
— — Radiumtherapie (Lammers) 1209.
— — Radium- und Röntgen-Therapie (Webster, Thierens und Nicholas) 357.
— — Spätrezidive (Quensel) 1070.
— — Sterblichkeit (Methorst und Deelman) 429.
— — Strahlen-Therapie (Chambacher und Rieder) 611.
— — Therapie (Schlosser) 819.
— — -behandlung, Endresultate (Schmitz) 438.
— — Zweilappeninzision (Smith) 897.
— Entzündung durch diphtheroide Bazillen (Clairmont) 856.
— — der weiblichen durch diphtheroide Bazillen (Clairmont) 402.
— -funktion (Sherrick) 800.
— Geschwülste (Prym) 949.
— — (Schwartz) 490.
— Geschwulstwachstum (Moskowicz) 402.
— -hypertrophie (Wolowelsky) 314.
— -plastik (Axhausen) 1093.
— -sekretion (Dryoff) 1098.
— überzählige (Cruickshank) 351.
— Verhärtungen in der (Pels) 1164.
— diffuse Fibrose (v. Gusnar) 1405.
Mandeln s. Tonsillen.
Mangan (Nott) 215.
— bei Furunkulose (Young) 857.
— bei Lungenentzündung (Nott) 857.
Manganovergiftung (Handowsky, Schulz und Staemmler) 204.
Manganzitrat (Normet) 996.
Manie, verworrene (A. Botstroem) 555.
Mamillenreflex (v. Bramann) 883.
Manisch-melancholische Frauen, Konstitutionsuntersuchungen (Jacobi und Kolle) 950.
Marathonläufer (Schenk und Wissemann) 546.
Margarinegesetz (Riess) 1096.
Markscheidenentwicklung (Berberich) 244.
— -färbung, Kulschitzkys (Schindler) 1268.
Marktaustern, Bakterienflora (Geiger, Ward und Jacobsohn) 432.
Marmorknochenerkrankung (Bernhardt) 330.
— -krankheit (W. Lauterburg) 559.
Martinsche Tropfkugel (v. Werthern) 1338.
Masern (Kilduffe) 660.
— (Labajo) 1032.
— (Todesco) 762.
— Aetiologie (Szirmai und Jacobowics) 250.
— Epidemie (Mironescu und Farkas) 1339.
— Erreger (Flesch) 979.
— — (v. Mallinckord) 1023.
— ohne Exanthem (Fromm) 1198.
— Hammel-Schutzserum (Hagen) 684.
— Hautproben (Tunnicliff und Taylor) 1107.
— Gehirndegeneration (Mosse) 645.
— Immunisierung mit Rekonvaleszentenserum (Andersen und Wulff) 350.
— Infektiositätsdauer (Redlich) 244.
— Körpertemperatur (Orel) 340.
— ngenentzündung bakteriologische Befunde (Henning) 822.
Masern, metastatische Ophthalmie (Thies) 1169.
— Milzvergrößerung (Bleyer) 375.
— prophylaktische Maßnahmen (Gins) 468.
— prophylaktischer Wert von Rekonvaleszentenblut (Haas und Blum) 1033.
— -prophylaxe (Bischoff) 979.
— — (Hoyne und Gasul) 1284.
— — (Meissner) 546.
— — (Redlich) 249, 1052.
— — (Towensend) 698.
— — nach Karonia (Nobel und Schoemberger) 24.
— — durch Tierserum (Mosse) 468.
— Rekonvaleszentenserum (Kemp) 482.
— — (Mathiesen) 482.
— — prophylaktische Anwendung (Park und Freemann) 1033.
— Schutz nach Degkwitz (Reuter) 850.
— -schutzimpfung vom Tier (Nocht) 302.
— -schutzserum (Degkwitz) 248.
— — (Kochmann) 640.
— — (Progulski und Redlich) 883.
— — nach Degkwitz (Degkwitz) 415.
— — — — (Kaupe) 298.
— — vom Tier (Degkwitz) 300, 882.
— — — — (Erichson) 979.
— -schutzseren, tierische (Noeggerath, Oster und Niethen) 753.
— -serum vom Tiere (Schloßmann) 1094.
— spezifische Hautdiagnostik und Prophylaxe (Koch) 1339.
— Stridor bei (Houdsen) 561.
— Tierschutzserum (Glaser) 642.
— Tierserum (de Rudder) 882.
— — (Schmidt) 851.
— — (Wiese) 248.
— tödlich verlaufende (Denton) 77.
— -Toxin (Ferry und Fisher) 431.
— — nach Karonia (Hecht) 339.
— — Intradermoreaktion (Hecht) 164.
— Tuberkulose (Reisken) 164, 339.
— Verhütung und Therapie (O'Hara) 1214.
— -virus nach Caronia, Züchtung (Tabaki) 333.
— zweimal (Van der Heide) 350.
— zweimalige (de Rudder) 24.
Maskulinisation durch Ovarialgeschwülste (Berner) 1158.
Massage, Lehrbuch (Lubinus) 866.
Mastdarm s. Rektum.
Mastitiden, infektiöse Aetiologie (Bressot) 113.
Mastitis (Foovaca) 930.
— Mathessche Form (Preissecker) 249.
— syphilitica (Dainville und Clercy) 258.
— — (Fouquet und Machton) 256.
— Therapie mit dem Bardenheuerschen Schnitt (Seitz) 106.
— — mit Röntgenstrahlen (Zweifel) 1055.
Mastix-Gesamteiweißquotient (Wüllenweber) 547.
Mastixreaktion (Röhrs) 208.
— (v. Thurzó) 645.
Mastkuren mit Insulin (Bauer und Nyiri) 105.
— — — (H. Bodmer) 559.
— — — (Vogt) 156.
— mit Insulinpillen (Vogt) 818.
Mastoiditis (Beck, Herzog, Krainz und Bommer) 988.
— (Feldstein) 1346.
— (Krainz) 211.
— (Scheibe) 855.
— akute (Prenn) 176.
— Komplikationen (Munby und Jowett) 857.
— rezidivierende (Portmann und Retrouvey) 696.
Mastoidoperation (Friedmann und Greenfield) 82.
Mastoidoperationen (Friedman) 122.
Mast-Therapie mit Insulin im Kindesalter (Priesel und Wagner) 201.
Masturbation s. Onanie.
Maßtafel (v. Eickstedt) 643.
Maßzahlen, Messung und Streuung bei extensiven (Weinberg) 1200.
Mátéfysche Reaktion (Rosenhagen) 305.
— — bei Lungentuberkulose (Olivero) 358.
Mátéfy-Reaktion und Prolapsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen der Lungentuberkulose 819.
Matratzen (Hättasch) 1021.
Maturien (Levy) 1434.
Mauclairesche Operation (Gohrbrandt) 1130.
Maulsche Turnschule (Brossmer) 165.
Mäusesarkom, Wachstumsunterschiede (Oudendal) 608.
Maxillare Gewebsveränderungen, Pathologie und Therapie (Bruhn) 1020.
Maxilla, kongenitale Geschwülste (Cutler und Rock) 121.

Maxillarnekrose (Lacassagne) 362.
Mazdaznan (v. Bodegom) 608.
Meatus Harnröhre externus Striktur (Gierthmühlen) 419.
— Zyste (Chatellier) 1278.
Mechanogramm der Kammer des Froschherzens (Spurk) 604.
Meckelsches Divertikel (Fronticelli) 359.
— — (Marcuse) 1331.
— — blutendes Ulkus (Fuss) 1405.
— — Resektionsmethoden (Harbin) 1382.
— — Spindelzellensarkom (Crile und Postmann) 266.
Meckels Divertikel als Ursache von Darmblutungen (Abt und Strauss) 1282.
Mediastinalerkrankung (Trivino) 930.
Mediastinalflattern (Ewald) 685.
Mediastinalgeschwülste (Kienböck) 986.
Mediastinaltumor (Schmidt) 1385.
— (Williams und Currin) 897.
— Radiodiagnostik (Dupasquier) 479.
Mediastinalhernie (Durand) 891.
Mediastinalneoplasmen, Therapie (Stern) 862.
Mediastinalwandern bei künstlicher Bronchusstenose (Hasslinger und Hitzenberger) 1029.
Mediastinitis, chirurgische Therapie der eitrigen (Konjetzny) 953.
— chronische (Knox) 78.
Mediastinotomie (Alemann) 484.
Mediastinum, Geschwülste (Young) 761.
— malignes Lymphocytom (Liegeois und Foulon) 362.
— Verlagerung (Burghard) 418.
Mediaverkalkung (Müller) 1020.
Medinal (Mathew) 352.
— (Vagedes) 247.
— -intoxikation (Hoff und Kauders) 951.
— -vergiftung, akute letale (Stolkind) 356.
— -vergiftung, Lumbalpunktion (Pewny) 203.
Mediziner, Ausbildungsgang (Kasten) 727.
— Beruf 1071.
Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen (Grotte) 1421.
Medizinische Psychologie (Kretschmar) 767.
Medizinisch-rechtlicher Teil (Frankfurter) 849.
Megakaryozyten (Hartmann) 885.
Megakolon s. Hirschsprungsche Krankheit.
Megalographie, Kleinhirn (Petitpierre) 689.
Megaoesophagus (Angelelli) 1276.
— (Giardina) 564.
Mehrlingsgeburten (Prinzing) 727.
Meinicke-Flockungsreaktion (Hohn) 722.
Meinicke-Mikroreaktion (Burtscher) 248.
— (Frenz) 245.
— (Martin Gross) 558.
— (Spranger) 1362.
Meinicke-Reaktion (Cavallucci) 996.
— (Laubenheimer und v. Roques) 546.
— (Saunders) 373.
— bei Augenerkrankungen (Rabitsch) 312.
Meinickesche Trübungsreaktion (Panofsky) 23.
— — (C. Schuler) 26.
— — (Spicca) 729.
— — (Szirmay) 1273.
— — für Liquoruntersuchungen (Mendlowicz) 1403.
Meinickes Trübungsreaktion zur Untersuchung von Leichenblut (Matzdorff) 641.
Mekopon (Miyadere) 981.
Mekrom, meningeales (Ehnmark und Jacobonsky) 1070.
Melaena neonatorum (Hergt) 823.
— — (Irle und Schoeneck) 947.
— -spuria (Franke) 720.
Melancholie (Lange) 420.
Melaninausscheidung (Borak und Driak) 330.
Melanocarcinom der Haut (Speciale) 1276.
Melanodermie (Wigert) 794.
— exfoliierende (Milian und Lafourcade) 368.
— und Katatonie (Wigert) 956.
— der Teer-, Kohlen- usw. Arbeiter (Kissmeyer) 613.
Melanom des Darms (Peritz) 342.
— des Rectums (Goldblatt) 75.
Melanome, Strahlenresistenz (Miescher) 955.
Melanosarkom (Ratera) 930.
— des Nackens (Duncan) 1001.
Melanosis bulbi (Selter) 250.
Melanose, Rielsche (Lortat-Jacob, Legrain und Cleret) 368.
Melkerknoten (v. Zumbusch) 651.
Meltzer-Lyonsche Probe (Hatziegann und Halitza) 997.
— — (Marcovich und Monti) 174.
Meltzer-Lyonsche Probe (Trossarelli) 359.
— — (Chiray und Pavel) 895.
Menarche bei der niederländischen Bevölkerung (Bolk) 344.
Mendel-Bechterewscher Reflex (W. W. Seletzky) 23.
Mendelscher Reflex an der Hand (Jacobsohn) 883.
— — an der Hand (Kempner) 790.
Menformon (Laqueur, Hart und de Jongh) 851, 884.
Meningeale Blutung (Banks und Pringle) 656.
— — beim Neugeborenen (Blanco und Paperini) 1315.
Meningen, diffuse Carcinose (Kino) 951.
Meningeale Erkrankungen des jungen Kindes (Schlesinger) 412.
Meningen, experimentelle Einpflanzung in das Hirn (Schönbauer und Brunner) 647.
— bei Metasyphilis und Metenzephalitis, Permeabilität (Walter) 1097.
Meningitis carcinomatosa (Schlittler) 927.
— cerebrospinalis, Rückfälle (Izard) 33, 112.
— — Serumtherapie (Siegl und Gollgruber) 924.
— — Diagnose (Marañon) 930.
— — (Dayras) 33.
— — (Patel) 1134.
— — (Chalier und Schoen) 363.
— — Serumbehandlung, nach Liquorverdrängung durch Luft (Hamburger) 478.
— — (Weitzel und Martin) 1211.
— — (Wallgren) 337.
— — und Encephalitis durch Fremdkörper im Gehirn (King) 1308.
— -formen, Differentialdiagnose im Säuglings- und Kindesalter (Heissen) 104.
— gutartige (Wallgren) 1172.
— Klinik der Pneumokokkenmeningitis (Stransky und Wittenberg) 985.
— Liquor cerebrospinalis bei tuberkulöser (Taccone) 1416.
— -Mucosus (Urbantschitsch) 988.
— vom Ohr ausgehende (Barajas y de Velches) 173.
— otitische (Eagleton) 1449.
— otogene, Wirbelpunktion (Portmann, Moreau und Forton) 997.
— Permeabilität (Walter) 158, 422.
— — (Wittgenstein und Krebs) 818.
— — für Glykose und Aminosäuren (Wiechmann) 645.
— septische (Schmidt) 1434.
— serosa (Hiller) 1405.
— — (Fornara) 489.
— — (Georg Boenninghaus) 25.
— — Heilung durch Lumbalpunktionen (Anderson) 655.
— — protrahierte otogene (Blumenthal) 1067.
— seröse (Kobrak) 310.
— Therapie der septischen (Metzger) 978.
— tuberculosa im Kindesalter (Olmi) 1174.
— — (Ossoinig) 949.
— tuberkulöse (Jona) 357.
— — im Kindesalter (Wechsler) 117.
— — (Schultze) 1403.
— — (Wiese) 1330.
— — Sauerstoffinsufflation (Klinke) 250.
— — (Pons und Fletscher) 79.
— in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose (Sieper) 1128.
Meningen, multiple Geschwülste (Krivy) 366.
Meningitiden, Spinnwebgerinnsel bei nichttuberkulösen (Post) 207.
Meningocele in dem Gehörgang (Georg Boenninghaus) 25.
Meningococcie (Fontanel) 32.
Meningoenzephale Krankheitszustände beim Kinde (Brock) 340.
Meningo-Encephalitis, tuberkulöse (Rubenthaler) 112.
— im Wochenbett (Joseph und Rabau) 343.
Meningokokkeninfektion, epidemiologische Untersuchungen (Thomsen) 108.
Meningokokken-Meningitis (Peet) 732.
— (Sturtevant) 658.
— sporadische (Lean und Caffey) 893.
Meningokokkensepsis (Friedmann und Deicher) 641.
Meningokokkenserum, Wertmessung (Bächer) 108.
Meningokokkentypen (Kristensen und Moltke) 252.
— (Ferd. Wolff) 315.
Meningokokken-Ventrikulitis (Klepacki) 998.
Meningokokken-Züchtung (Hach) 301.
Meningo- und Streptokokkämie beim Säugling (Cozzarl) 1174.
Meniscusverletzungen (Chauvin und Bourde) 217.
— (Kulka) 1305.
Menopause (Shaw) 762.
— Grundsatz nach künstlicher (King) 1349.
— künstliche (Aschner) 685.
— — (Kraul) 333.
— radiotherapeutische (Carscaden) 1040.

5

Menopause, Urticaria (Simon und de Jassonneix) 257.
Menorrhagie s. a. Blutung, Metrorrhagie.
Menorrhagien (Natrig) 170.
Menotoxien (Gengenbach) 162.
Menschheitskunde (Friedenthal) 1320.
Menschenleiden als Lebensgeheimnis (Graeter) 1286.
Menschliche Körper (Stelz) 1248.
Mensoform (Laqueur) 1151.
Menstrualblut, Lipoide (Hermstein) 1089.
Menstrualgift (Schubert und Steuding) 345.
Menstruation, anaphylaktische Theorie (Vignes) 364.
— Born-Fraenkel-Schrödersche Theorie (Gross) 473.
— bei Dysmenorrhoe (Freese) 759.
— Einfluß auf den Gasstoffwechsel der Frau (Lanz) 162.
— Einfluß auf die Temperatur und Allergieänderungen Tuberkulöser (Gali) 206.
— und Lungentuberkulose (Bauer) 1410.
— und Ovulation (Novak) 265.
— Ovulation und Konzeption (Volkmann) 558.
— zu stark und zu häufig (Heyn) 344.
Menstruationsanomalien, Ovarialveränderungen (Hartmann) 688.
Menstruationsrhythmus (Czainicianu) 892.
Menstruationsstudien (Ludlum und Donald) 266.
Menstruationstheorie, Born-Schröder-Fränkelsche (Greil) 954.
Menstruationsveränderungen bei der Grippe (Cimbelmann) 1410.
Menstruationsvorgang in der Uterusschleimhaut (Lahm) 1170.
Menstruationswellenverschiebung (Hofstätter) 250.
Menstruelle Funktion (Hannes) 312.
Menstrueller Zyklus (Tuttle) 79.
Mentale Automatismen (Levy-Valensi) 113.
Menthol, synthetisches (Flury und Seel) 1403.
Mentopin (Willerding) 245.
Mercodel, Anwendung metallischen Quecksilbers (Rothwell und Maloney) 442.
Mercurichchloridvergiftung, Natriumthiosulphat (Hess und Massaro) 267.
Mercurochrom (Corper) 76.
— (Helmholz und Field) 582.
— (Johnson) 38.
— (Redewill und Potter) 74.
— (Simmons) 1317.
— als Gallenantiseptikum (Meyer, Sommer und Eddie) 733.
— als Gallenantiseptikum (Meyer, Sommer und Eddie) 733.
— Therapie der Sepsis (Gatch, Trusler und Owen) 118.
— bei Typhus (Foster und Chao) 1075.
— (Kiaer) 29.
— löslich (French) 373.
— Soluble (Davis) 1110.
— -Therapie der Ohrenerkrankungen (Boserup) 1207.
Merkbüchlein für junge Mütter (Schott) 934, 1042.
Merkuralsiechtum und Quecksilbertherapie (Müller) 923.
Merkurisalze, antiseptische Wirksamkeit (Keeser) 686.
Mesenchymale Keimlager (Maximow) 1402.
Mesenterialdrüsen, Hyperplasie (Sennels) 252.
— -Schwellungen (Mühsam) 1095.
— -tuberkulose bei Kindern (Mettenleiter) 1267.
Mesenterialhyom (Brauneck) 474.
Mesenterialtumor, entzündlicher (Gey) 1405.
Mesenterialzyste (Clark) 440.
— mit Volvulus (Cutler und Merriam) 177.
Mesenteritis, retraktile (Breton) 1073.
— retractilis (Mosti) 357.
Mesenterium, Chyluscyste (Ch. Levison und M. Wolfsohn) 582.
— commune (Döhner) 1437.
— bei Magendarmstörungen (Tyrrell Gray) 356.
— Mischgeschwulst (Piccinelli) 860.
— polycystischer Tumor (Polcenigo) 826.
— zystisches Sarkom (Schürer) 647.
Meskelinrausch (Mayer-Gross und Stein) 420.
Mesoblastische Mischgeschwülste (Nevinny) 1369.
Mesothorium, Leukopenieanämie vom regenerativen Typ (Reitter und Martland) 1383.
— oberflächliche Blutgefäßektasien nach Bestrahlungen (Fabry) 1061.
Mesurol-Exanthem, urtikarielles (Helfer) 989.
Metallsalz-Therapie (Lunde) 350.
— (Walbum) 482, 721, 754, 1265.
Metalltherapie bei Infektionskrankheiten (v. Neergard) 978.
Metaphysennekrosen, traumatische aseptische am Radius (Block) 404.
Meta-Syphilis (Bostroem) 468.
— (Dörr) 297.
— Malaria- und Rekurrenstherapie (Horn) 1403.
Metasyphilitische Erkrankungen, Therapie mit Silbersalvarsan (Garai) 443.
Metatarsalgie (Romich) 685.
Metatarsalgurt (Forestier) 1074.
Metatarsus varus (Bergmann) 986.
— — congenitus (Wolf) 687.
Metatuberkulöse Krankheitszustände (Benedict) 754.
Metencephalitis chronica (Wilckens) 70.
— halluzinatorisch-paranoide Bilder (v. Domarus) 1365.
Metencephalitische Störungen (Leyser) 158.
Meteorismus (Löwy) 158.
— Aetiologie (Demel) 649.
Methaemoglobin (Conant und Scott) 1245.
— -ämie, akute (Eichler) 723.
— -bildung (Meier) 204.
— — Milzgröße (Frey) 64.
Methämoglobinurie bei Grawitz-Geschwulst (Nicolas) 1269.
Methylalkohol-Antigen von Boquet und Nègre (Courcoux und Biderman) 891.
Methylenblau bei renovesikaler Tuberkulose (Blanc) 996.
Methylorange-Indikator (Salle) 495.
Metreurynter (Baumm) 333.
— (Sztehlo) 301.
Metritis, chronische mit intestinaler Bakterienflora (Schil) 862.
Metropathia, Blutung, Therapie (Bakscht) 688.
Metroplastik des Spaltuterus (Puppel) 557.
Metrorrhagie s. a. Blutung, Menorrhagie.
Metrorrhagien bei Jungfrauen (Vatrig) 170.
Metrosalpingographie (Arnstam und Reinberg) 1127.
Metrosalpingographische Röntgenstudien (Reinberg und Arnstam) 1127.
Metschnikow (Leibensohn) 1242.
Meyer-Schlütersche Sonde (Pauli und v. Redwitz) 309.
Migräne (Blitzsten und Brams) 430.
— (Bonn) 819.
— (W. Kerppola) 553.
— Augenspiegelbefunde (Wegner) 346.
— Bauchkrisen (Buchanan) 118.
— und Epilepsie (Redlich) 204.
— vom ophthalmologischen Standpunkt (Mulcen) 1308.
— Pathogenese und Therapie (Capparoni) 564.
— als Symptom von Gallen- und Leberleiden (Friedländer) 923.
— Vorkommen, Aetiologie und Therapie (Bramwell) 1308.
Mikrobestimmung im Blut und Harn (Koch) 660.
Mikroencephalie, halbseitige, Pachymeningitis blutend (Stroh) 70.
Mikrocephalia vera (v. Monakow) 690.
Mikro-Folin-Wu-Methodik (Byrd) 79.
Mikrographie, Paralysis agitans (Petitpierre) 689.
Mikrokokkus Bruce (Izar) 729.
Mikrolithiasis (Lichtenstern) 1132.
Mikrolymphozytenleukämie (Gordon und Chesney) 923.
Mikroneuroglia (Polderman) 989.
Mikrosedimetrie (Gragert) 64.
Mikroskopie (Fischer) 1029.
Mikrosporie (Baliagi) 1341.
Mikrosporon Audonimi, Widerstandsfähigkeit (v. Berde) 651.
— felineum (Thibierge, Legrain und Lebois) 219.
— -pilze in Ungarn (Ballagi) 924.
Mikrospritze (Marshall und Burd) 660.
Mikrozephalie, durch foetale Röntgenschädigungen bedingt (Zappert) 1050.
Mikuliczsche Krankheit (Abraham) 1362.
— — (Hannema) 886.
— — (Hardesty) 1111.
— — Röntgentherapie (Ziegler) 1269.
— — (Egerton) 1238.
— — mit Radium behandelt (Pinch) 1174.
Milben im Stuhl (Hieronymi) 65.
— -larven (Toldt) 920.
Milch, abgerahmte saure, im Säuglingsalter (Popowa) 823.
— Anämie, Urobilinurie und Darmblutungen bei Kaninchen bei ausschließlicher Ernährung mit (Brouwer) 1310.
— antiskorbutische Wirkung (Seligmann, Borinski und Neumark) 1094.
— -drüse s. Mamma.
— Einfluß bestrahlter auf das Wachstum (Bentiooglio) 1345.
— -erhitzung, handelsmäßige (Seelemann) 469.
— -fieber (Macleod) 373.
— -freie Diät im frühen Kindesalter (Hindes) 556.
— -injektion s. Proteinkörpertherapie.
— Jodausscheidung (Rasche) 1065.
— kondensierte (Taillens) 349.
— -kontrolle in Berlin (Borinski) 1128.
— Pasteurisierung (Richter und Seelemann) 1199.
— — (Seelemann) 1197.
— -pumpe, durch Wasser betriebene (Ast) 894.

Milchsäurebakterien s. Bakterien, Milchsäure-.
— -säurebildende Fähigkeit des menschlichen Blutes (Abraham) 978.
— — Fähigkeit des menschlichen Blutes gegenüber Polysacchariden (Abraham und Friedberg) 1402.
— -säurebildung (Polonsky) 312.
— -säure im Blut während der Schwangerschaftsperiode (Kienlin) 1098.
— — Entwicklung in der Placenta (Loeser) 342, 824.
— -säuregärung des Carcinoms (Bauer und Nyiri) 1296.
— — einer menschlichen Harnblasengeschwulst (Stahl und Warburg) 790.
— -säure, Gehalt des Blutes (Brehme) 1052.
— -säuregehalt des Blutes (Mendel und Bauch) 820.
— — des Blutes bei Karzinomkranken (Schuhmacher) 331.
— — des Liquor cerebrospinalis (Glaser) 1245.
— — des Liquor cerebrospinalis (Scheller) 1092.
— — pathologischer Ergüsse (Scheller) 1296.
— — des Schwangerenbluts (Schultze) 823.
— -säure im Magen, Entstehung und Bedeutung (Ehrmann) 854.
— -säuretherapie des Fluors (Naujoks und Behrens) 312.
— -säure-Vollmilch (Chapman) 269.
— -sekretion s. Laktation.
— sporenbildende Anaerobien (Bliss) 1075.
— syphilitischer Wöchnerinnen (Hackemann) 1162.
— mit ultraviolettem Licht bestrahlte (Hottinger) 315.
— -versorgung der Großstädte (Sommerfeld) 790.
— — städtische (Selter) 468.
— -zähne (Adrion) 1204.
— — Bestehenbleiben der Wurzeln (Fargin-Fayolles) 1240.
— -zucker, Bestimmung in kleinen Mengen von Frauenmilch (Wittenberg) 823.
— — Tabelle zur Berechnung (Haskins) 1035.
Miliar-Tuberkulose s. Tuberkulose.
Milz als Reservoir roter Blutkörperchen (Scheunert und Krzywanek) 978.
— s. a. Gauchesche Krankheit.
— bei Anämie (Kraft) 1267.
— Bestrahlung, Röntgenbehandlung der Purpura zu Blutung führend (Henry K. Pancoast, M. D., Eugene P. Pendergrass, M. D. und Thomas Fitz-Hugh, J. R. A. M., M. D.) 580.
— -blutung, traumatische (Schlegel) 1368.
Milzbrand (Fresno) 31.
— (Graf) 1168, 1296.
— (Milla) 31.
— (Uchida) 418.
— Blutabriegelung nach Laewen (Erb) 397.
— -erreger (Uchida) 758.
— -gefahren im Handel (Kupfer) 1062.
— Gesichtsmilzbrand (Krauss und Spikes) 801.
— gewerblicher (Bregina) 249.
— -immunität (Schilling) 495, 733.
— Impfung (Hruska) 552.
— -infizierte Rasierpinsel (Thomsen) 108.
— Neosalvarsantherapie (Ermilow und Golotina) 205.
— Pathogenese (Sanarelli) 1063.
Milz-Chirurgie (Philipowicz) 647.
— -diathermie, Desensibilisierungsversuch beim Asthma bronchiale (Gassul) 1162.
— Echinokokkenzyste (Graziani) 931.
— — (Boyd) 177.
— echte Zysten (Mondré) 954.
— Einfluß auf den Verlauf experimenteller Anämien (Isfomanowa, Mjassnikow und Swjatskaja) 1434.
— — auf den Stickstoff-Stoffwechsel (Marino) 360.
— Exstirpation (Gold und Schnitzler) 647.
— -exstirpation bei Icterus haemolyticus (Jacobi und Naegeli) 1168.
— — bei Icterus haemolyticus 1204.
— — die Rolle der Blutplättchen (Rosenthal) 74.
— — Herzentzündung ulcerosa (Heilbonn) 546.
— — Therapie der Anaemia splenica infantum (Asher und Southam) 353.
— exstirpierte Hunde, Eiweiß- u. Kreatinstoffwechsel (Weicksel) 604.
— Funktionen (Barcroft) 486.
— — (Ssacharoff und Suboff) 981.
— -geschwulst, thrombophlebitischer (Rauschenbichler) 1168.
— -größe bei Methämoglobinbildung (Frey) 64.
— — Bluttransfusion (Vollmer und Sercbrijski) 604.
— lipoidzellige Splenohepatomegalie (Schiff) 341.
— multiple Verkalkungen (Polgar und Szemö) 209.
— Physiologie und Pathologie (Rautmann) 720.
— -punktion (Nassau) 823.
— als regulierendes Organ für den in den roten Blutkörperchen zirkulierenden Blutgehalt (Binet) 1447.
Milz, Retikuloendothel und Entgiftung (Händel u. Rosenzweig) 331.
— Rolle auf Ernährung und Wachstum (Binet) 1278.
— Röntgenbestrahlung (Neddermeyer) 606.
— -ruptur (Jackson) 178.
— -saft und Juckreiz (Mayr) 156.
— -sperre (Henning) 1295.
— spontane Ruptur (Bachmann) 333.
— und Eosinophilie (Mayr und Moncorps) 1198.
— Veränderungen bei experimenteller Impftuberkulose (Ziegler) 854.
— -vergrößerung bei Masern (Bleyer) 375.
— — im Kindesalter (Rolleston) 171.
Minderwertige, moralische (Potts) 655.
Mineralmangel (Thielmann) 1101.
Mineralquellen (Fresenius und Harpuder) 1433.
Mineralstoffwechsel (Oppenheimer) 201.
— (Pick) 1155, (Lichtwitz) 1155.
— und Darmfunktion (Oehme) 1155.
— bei Tuberkulose (Valdes Lambea) 31.
Mineralwässer (Singer) 315.
— künstliche (Warburg) 468.
Miotikum (Hamburger) 824.
Mirion (Blencke) 332.
— (Höhne) 1330.
Mischehe, Zeugungswert (Marcuse) 727.
Mischgeschwulst s. Geschwulst, -misch-.
Mischinfektion (Kirchner) 984.
Mischungscyanose (Traugott) 312.
Mitralstenose s. Herzfehler.
Mißbildungen von Händen und Füßen (Desnoyers) 110.
Mißbildungslehre (Grosser) 103.
Mißbildung der Plica ileoappendicolaris (Dami) 654.
Mißbildungen der unteren Körperhälfte (Serdukoff) 657.
Mitbewegung. Zur Physiologie des S-Lautes (Fröschels) 1265.
Mitigal, Vergiftungserscheinungen (Funk) 1362.
Mitosenwinkel (Petri) 886.
Mitralerkrankung (Ferber) 435.
Mitralinsuffizienz, funktionelle (Loeper und Mougeot) 696.
Mitralstenose (Gordon) 797.
— und Lungenblutung (Dalton) 216.
— operative Therapie (Pribram) 397.
— Rekurrenslähmung (Reiche) 819.
Mittelhirn-Geschwulst (Neiding) 67.
Mittelmeerfieber s. Maltafieber.
Mittelohreiterung, chronische (Schramek) 298.
— Therapie der chronischen (Britisch. med. Gesellsch.) 171.
Mittelohrentzündung s. Otitis media.
Mittelohrerkrankungen (Wharry) 316.
— konservative Heilung (Mandl) 1265.
Mittelohrtaubheit, chronische (Britisch. med. Gesellschaft) 171.
Mittelohr-Tuberkulose (Kobcak) 607.
— (Spohn) 475.
Mittelohr, kleine Joddosen bei katarrhalischen Affektionen (Sternberg und Goldberger) 603.
Mödling bei Wien, Station für Tierseuchendiagnostik (Gerlach) 1266.
Molke, Bedeutung für die Entstehung akuter diarrhöischer Ernährungsstörungen (Finkelstein und Schneler) 24.
Möllgaardsches Tuberkuloseserum (Opitz und Kotzulla) 414.
Molluscum contagiosum (Zadik und Wohlwirl) 167.
Mondbein, traumatische Aushülsung (Oudard) 493.
— -Verrenkung (Todtenhaupt) 726.
— — (Wittek) 1029.
Mongolenschwachsinn, angeborener (H. Dietrich und H. K. Berkley) 582.
Mongolismus **(Galant) 805.**
— (Sereiski) 158.
— bei Zwillingen (Gautier und Coletaux) 1138.
Mongoloide Imbezillität (Marfan) 1447.
Monilia (Kothis, Wachowiak und Fleisher) 961.
— (Montpellier und Catanei) 367.
— (Sanders) 172.
Monocyt (Schilling) 546.
Monocytose bei Sepsis (Gamna) 1275.
Mononukleose, akute infektiöse (Steinfeld und Goldberg) 796.
— infektiöse (Butka) 1352.
— — (Landon) 78.
— — (Schenck und Pepper) 434.
Monoplegie cerebrale (Wilson und Winkelman) 430.
Monosacchariden, Reduktionsfähigkeit (Holböll) 315.
Monozytenangina (Kwasniewski und Henning) 298.
Moorbäder, polnische (Lorentowicz) 1347.
Moortherapie, Reaktion des Blutes (Brussilowsky und Turkeltaub) 304.
Morbus coeliacus (Miller) 356.

Morbus Köhler II (Schnee) 1127.
Morestinsche Plastik (Bouvier) 649.
— — (Stegemann) 1130.
Morphin, Gewöhnung (Joël und Ettlinger) 923.
— — des Atemzentrum (Gottlieb) 415.
— und Magnesiumsulfat (Beckman) 76.
Morphinismus (Creutzfeldt) 420.
— (Jacob) 208.
— (Sioli) 1165.
— chronischer (August Wimmer) 28.
— und Homosexualität (Krauss) 420.
— Pathogenese **(David) 198.**
— Theorie und Therapie (Erlenmeyer) 1234.
Morphium als blutdrucksendendes Mittel (Bonjour) 1278.
— -Darreichung (Lessing) 1097.
— Einfluß auf den Ionengehalt des Blutplasmas (Cloetta und Brauchli) 336.
— -entwöhnung, Rückfälligkeit (David) 158.
— -entziehung (Gelma) 1240.
— Erkrankung, chronische (Hahn) 819.
— -hunger (Ludlum und Donald) 431.
— Idiosynkrasie (Rechnitzer) 104.
— intravenöse Injektionen zur Linderung des Geburtsschmerzes (Aufermann) 557.
— -sucht (Park) 859.
— -vergiftung, akute (Gottschalk) 919.
Morphologisches Bedürfnis (Ernst) 1118.
Mortalitätsminimum, europäisches (Roesle) 721.
Mortalitätsverhältnisse in Britisch-Indien (Roesle) 727.
Mortonsche Krankheit (Forestier) 1074.
Mosquitos (Davis) 494.
Motilitätspsychose (Ewald) 208.
Motorik, Körperbau und Charakter (Gurewitsch) 472.
Motorische Region, Physiologie (Berger) 950.
Mucidan (Hamburger) 684.
Mucin bei Hauterkrankung (Kreibich) 651.
Mucocele (Herrnheiser) 310.
— des Frontalsinus (Bacher) 269.
Mucosus-Otitis (Oertel) 1165.
Mühlengeräusch beim künstlichen Pneumothorax (Junker) 606.
— bei künstlichem Pneumothorax (Krömeke) 754.
Müller, Befund der oberen Luftwege (Kulikan) 1412.
Multangulum majus (Solcard) 217.
Mumps s. Parotitis epidemica.
Mundboden, gangränöse Zellgewebsentzündung (Soubeiran) 1278.
Mund, Carcinom (Simmons) 1319.
— -höhlengeräusch (Cohn) 106.
— -höhle, Hygiene im zarten Kindesalter (Keiú) 1281.
— — Infektionen (Draper und Johnson) 77.
— — neurogene Geschwulst (Terplan und Rudofsky) 310.
— Infektionen (Appleton) 570.
— -infektion (Hess) 268.
— und Klauenseuche (Vendel) 990, 1070.
— Krankheiten (Mayrhofer) 1339.
— Krebs (Channing C. Simmons, M. D.) 580.
— maligne Erkrankungen (Grier) 435.
— -schleimhaut (Sollmann und Howard) 175.
— — Hautkrankheiten (Zurhelle) 1056.
— -syphilis (Downing) 617.
Münzenklangphänomen (Bendove) 1035.
Musculus pectoralis, kongenitaler Defekt (Jones) 825.
Muskel s. a. Chronaxie.
— -affektionen, schmerzhafte (Misgeld) 156.
— -atrophie, metaluetische (Kino und Strauss) 208.
— — neurale progressive (Herzog) 979.
— — progressive (Curschmann) 645.
— — — (Wohlfahrt) 483.
— — und Schizophrenie (Zoltàn Ràth) 1365.
— -crampus (Dennig) 1097.
— -depression, regionäre (Bársony) 167.
— -entspannung (Hirschlaff und Kemsies) 165.
— Erkrankungen, Wesen und physikalische Therapie (Fürstenberg) 852.
— -ermüdung (van Rijnberk) 481.
— -erosion infektiöse (Wolfson u. Bryan) 576.
— -erregbarkeit (Meldolesi) 931.
— — galvanische (Hopmann) 918.
— Härtemessungen (Opitz und Isbert) 250.
— -kontraktion (Clark) 897.
— — ischämische (Massabuau und Guibal) 110.
— -lähmung pseudohypertrophische (Lewin) 998.
— -tonus (Pal) 414.
— — (Schäffer und Licht) 854.
Muskeltonus (Seiler) 652.
— -Verdickungskurven, antagonistische beim Kinde (Doxiades) 24.
Muskel- und Fasciennaht (Coontz) 380.
— und Sehnenrisse (Gilcreest) 74.
Muskeln, Beschaffenheit (Reys) 1031.
— Isolierung von Hexosemonophosphorsäure (Embden und Zimmermann) 1151.
Muskulatur, Arzneitherapie der Funktionsanomalien der glatten (Lichtwitz) 22.
— Erregbarkeit (Ebbecke) 1020.
— — bei neuro-anämischem Syndrom (Bourgignon) 1212.
— rhythmische Kontraktionen der glatten (Weitz und Vollers) 1363.
— sympathische Innervation der willkürlichen (Asher) 610.
— vegetative Innervation der quergestreiften (Raissa Golandt-Ratner) 251.
Mutaflor (Ulrich) 820.
Mutterband, s. Ligamentum.
Mutterkorn, s. Secale.
Mutterkuchen, s. Placenta.
Muttermäler (Meirowsky) 331.
— Aetiologie (Meirowsky) 1297.
Muttermilch, Gehalt an Vitamin-B (Suzuki) 1148.
Mutterschaft, glückliche (Stopes) 1286.
— Sicherung (Parache) 173.
Mutterschutzfrage in Argentinien (Bard) 1032.
Mutterspritzen als Abtreibungsmittel (Fog) 315.
Mütterliche Mortalität (Denormandie) 698.
— Pflege in den Vereinigten Staaten (Blarcom) 124.
— Sterblichkeit (Kay) 124.
Myalgia scapularis (Fürstenberg) 416.
Myalgie, balneologische Behandlung (Strasser) 820.
Myasthenie, Therapie (Bonn) 1026.
Myatonia congenita (Stransky) 1336.
Myatrophe Spinalerkrankungen (Koopmann) 1124.
Mycosis fungoides (Bodin und Chevrel) 1278.
— — (Brünauer) 1403.
— — (Jeanselme und Burnier) 367, 614.
— — (Lortat-Jacob und Bourgeois) 1278.
— — (Louste, Caillau und Thibaut) 368.
— — (Louste, Marin und Caillau) 257.
— — (Louste, Cailliau und Ducourtioux) 494.
Mydriasis (Tennet) 1446.
— (Terrien) 112.
Myektomie des Obliquus inferior (Bielschowsky) 210.
Myelitiden, akute infektiöse (Margulis) 1026.
Myelitis aufsteigende, nach Windpocken (Waldman) 221.
— funicularis bei Basedow (Schilling) 645.
— Serumtherapie (Etienne) 1137.
— subakute nekrotische (Foix und Alajonanine) 958.
Myeloblastenleukämie (Adamek und Graßberger) 249.
— (Levy) 650.
Myelographie (Reiser) 608.
— (Wartenberg) 1026.
— raumdarstellende (Kulenkampff) 1367.
— nach Sicard (Denk) 647.
Myelolyse, ausgedehnte (Ostertag) 950.
Myelome multiple (Stone) 438.
— — (Webster W. Belden) 579.
— — (Whitlock) 435.
— — Röntgenbefunde (Altschul) 1039.
Myelom plasmazelluläres (Kreuzer) 421.
— mit Urämie (Bertel Frykberg) 27.
Myelose, aleukämische (Hagedorn) 1202.
— — (Hannema) 886.
Myiasis im italienischen Somaliland (Neueroni) 563.
Mykosen (Basile) 563.
— der Hände und Füße (Strempel) 882.
Myokard (Gonzalo) 30.
— -erkrankungen, Gesichtsödem (Resnik und Keefer) 221.
— —Tschermak-Aschnersches Symptom (Glasner) 1444.
— Infarkt (Weissenbach und Kaplan) 891.
— -Insuffizienz (Duncan und Rudy) 1110.
— bei kongenital-luetischen Säuglingen (Dupèrié und Cantorne) 1312.
— -veränderungen (Laubry und Walser) 32.
Myokarditis, s. Herzfehler.
— -Syphilis latente (Warthin) 503.
Myoklonie, tikähnliche (Davidenkow) 1027.
Myom des Darms (Müller) 892.
— des Hunterschen Leitbandes (Bittrolff) 474.
— -diagnose (Henkel) 1097.
— — (Joachimovits) 1367.
— ektomie (Guiseppi) 215.
— — (Masson) 1449.
— -komplikationen postklimatorische (Schultheiß) 425.

Myomoperation (Aschner) 162.
— submuköses (Kamniker) 473.
— — im puerperalen Uterus (Schmidt) 1061.
— zystische Degeneration (Edmond) 654.
Myomkranke Frauen, Gesichtsausdruck (Herzfeld) 1336.
Myome, multiple interstitielle (Ecke) 823.
— Schwangerschaft (Rawlins) 215.
Myopie entzündliche (Sedan) 795.
— transitorische spastische bei Arsenobenzolvergiftung (Dupuy-Dutemps und Perin) 367.
Myositis, ischämische (Lord) 998.
— japanische (Härtel und Lauterbach-Horwitz) 474.
— ossificans circumscripta (Gruca) 1443.
— — progressiva (Magruder) 1147.
— — — Therapie durch Kohlenhydrathunger (Frölich) 1133.
— — traumatica (Fouts) 1212.
Myostatische Innervation antagonistischer Muskeln (Herzog) 1441.
Myotonia congenita (Avricchio) 1174.
— — (Hamburger) 1020.
Myotonische Dystrophie (Deusch) 1026.
Myxo-Chondrom des Femur (Amstrup) 792.
— — -sarkom primäres (Giuntini) 488.
Myxödem, s. a. Thyreoidea.
— (v. Schnizer) 247.
— der Erwachsenen (Curschmann) 546.
— kongenitales (Hoffstaedt) 851.
— Optikusatrophie (Avizonis) 347, 477.
— Pigmentation (Krantz und Means) 1213.
— Prognose des infantilen (Skaar) 1133.
Myxödema nach exzessiver Röntgentherapie (Gram) 252.
Myxofibrom des Hodens (Harris) 445.

Nabel (Meaker, Sin-Ging Ho Hsieh) 799.
— -adenom (Chiffmann u. Seyfert) 343.
— -bruch, s. Hernia umbilicalis.
— -carcinom (Head) 441.
— -fisteln und Mißbildungen, kongenitale (Wollmann) 246.
— Hohlverband (Zimmermann) 203.
— -klammer (Sztehlo) 557.
— -schnur (Philipp u. Gornick) 824.
— -schnur (Vaux u. Belk) 894.
— -schnurbruch (Scheffzek) 1236.
— -schnurbruch (Schroeder) 1162.
— -schnur, Kompression der vorfallenden (Ruiz-Contreras) 1098.
— -schnur, kurze (Adams) 124.
— -schnur, Papillom (Blau) 825.
— -schnurrest, Bakterienbefunde (Bihler) 1097.
— -schnur Spontanruptur (Siddall) 265.
— -schnur, Strangulation (Henderson) 36.
— -schnur Therapie (Dicks) 178.
— -schnurvorfall (Ruiz-Contreras) 826.
— -schnurzerreißungen (Joseph u. E. Kohn) 1097.
— -schnurzerreißung während der Geburt. (Matusovsky) 1366.
— Schweißdrüsen im menschlichen (Perkins u. Miller) 1040.
— -strang, Versorgung nach der Geburt (Wesenhagen) 609.
— -umschlingung um den Hals (Harsting) 692.
— -zeichen bei Extrauteringravidität (Hofstätter) 647.
Nachgeburt, Entfernung in Seitenlage (Geel) 1272.
Nachgeburtsblutungen 689.
— (Prager) 824.
— tamponieren (van Tongeren) 481.
Nachgeburtsblutung durch retinierte Blutkoagula hervorgerufene (Koch) 1437.
Nachgeburtsperiode (Werboff) 1437.
— Blutungen (Atzerodt) 343.
— Hocksitz (Heusler) 689.
— Therapie (Traugott) 754.
— beim zervikalen Kaiserschnitt (Klumper) 1098.
Nachgreifen (Schuster u. Pineas) 422.
Nachschmerz bei Operationen (Dahmer) 587.
Nachschwankung des Elektrokardiograms (Sulze) 604.
Nachtstar (Levinsohn) 210.
Nadelelektroden bei Aufnahme der Herzaktionsströme (Weber) 64.
— -halter (Berens) 1283.
Nagana (Reiter) 413.
— (Schumacher) 1440.
— -Rekurrensinfektion (Schreus) 1296.
Nagelentzündung, chronische der Zuckerbäcker (Schmidt) 1274.
— -erkrankungen Ekzema seborrhoicum (Richter) 411.
— Soormykose (Engelhardt u. Brackertz) 314.
Nägelesche Zange (Wesselink) 428.
Nährboden, s. Bakterien.
Nährbouillon, wachstumshemmende Veränderung durch Absorbentien (Dresel) 544.
Nährstoffe, akzessorische, s. Vitamine.
Nahrung, Einfluß der Zubereitung (Friedberger) 1155.
Nahrungs- und Genußmittel (Berg) 1077.
Nahrungsmittel s. a. Ernährung.
— -vergiftungen in geschlossenen Anstalten (Gutfeld) 1021.
— zellulosereiche, pflanzliche (Engel) 1095.
Nährwert (Fincke) 1060.
Nanismus, Aetiologie des kongenitalen (Rewina) 1072.
Narbengewebe, Erweichung (Stoeltzner) 65.
Narbenlösende Mittel (Kurtzahn und v. Bülow) 985.
Narcylen (Seifert) 333.
— (Wienecke) 203.
— -Betäubung, Einwirkung auf den Blutdruck und das Nervensystem (Franken, Böllert und Eichler) 1098.
— in der Geburtshilfe (Franken) 1098.
— -narkose (Cardauns) 1126.
— -narkose, Explosionsgefahr (Laesecke) 1367.
— -Ueberdruck-Narkose (Killian) 952.
Narkolepsie (Janzen) 481.
— (Mankowsky) 1027.
— (Matzdorff) 67.
— (Spiller) 430.
— (Strauss) 951.
Narkose s. a. Anästhesie.
— (Schultz) 818.
— -Acidose (Schultze) 954.
— Anwendung des Lobelins (Hellendahl) 1091.
— Aether- (Fischer) 204.
— -Aether- (Hirsch) 249.
— -Aether- (Schoorl) 428.
— -Aether-, Kosakowsche Psychose (Stuurmann) 480.
— Aether-Oel-Rektal (Smirnoff) 687.
— -Albuminurie (Bjure) 1070.
— Atmung (Henderson) 215.
— Bronchitiden (Magnus) 1233.
— Bronchitiden (Seidl) 203.
— -Dichloren (Albrecht) 249.
— mit Eau de Cologne (Gohrbandt) 245, 384.
— des Froschherzens (Wind) 1021.
— bei Herz-Gefäßerkrankungen (Price, Bloomfield) 1414.
— -empfindlichkeit (Rehn und Kilian) 1020.
— endotracheale Stickstoffoxydul-Sauerstoff-Aethernarkose (Hewer) 993.
— Inhalations- (Albrecht) 1124.
— intravenöse Somnifennarkose (Macdonald) 993.
— Kreislaufveränderung (Hill) 561.
— Lipoidtheorie (Winterstein) 412.
— Maske (Kelling) 403.
— Narzylen-Narkose, vermehrte Blutung bei Operation (Hildebrandt, Böllert, Eichler) 1164.
— Organisation und Unterricht (Johnston) 1308.
— Phosphatstoffwechsel (Bolliger) 1245.
— rektale (Coleman) 655.
— rektale (Laurie) 171.
— rektale (Wheeler) 215.
— Säurebasenhaushalt (Wymer) 1302.
— Sauerstoff-Aether- (Beck) 1404.
— Stickoxydul (Healey) 994.
— mit Stickstoffprotoxyd (Desmarest) 611.
— synergetische (Finger) 558.
— synergetische, geburtshilfliche (Vogt) 312.
— und thyreoidierte Tiere (Herzfeld) 980.
— Verhältnis Kalzium, Magnesium im Blute (Pincussen und Dimitrijevic) 545.
Narkotika, Gewöhnung (Haffner und Wind) 1021.
— am isolierten Darm (Hecht) 686.
— Toleranzprüfungen (Bourne) 1308.
— Wirkung auf das Rückenmark (Blume) 755.
Narrheit und Vernunft (Voivenel) 1354.
Narzistische Neurosen (Clark) 371.
Nasale Deformitäten, Knochentransplantation (Carter) 122.
— Hypersekretion (Sternberg und Sugar) 478.
Nasales vasomotorisches Reflexphänomen (Muck) 221.
Nase, äußere (Hofbauer) 302.
— Bluten (Haenlein) 552.
— Bluten habituelles (Gallusser) 427.
— -chirurgie (Schlesinger) 1067.
— -deformitäten, Plastik-Chirurgie (De River) 382.
— Erkrankungen der Nebenhöhlen (Dean) 76.
Nasenflügel, Aspiration (Feldstein) 33.
— -gänge bei der lobären Pneumonie (Felty und Heatley) 568.
Nase, Gangrän infolge Diabetes mellitus (Ardeshir) 761.
Nasengeschwülste (Berberich) 1207.
Nase und Hals, allergische Zustände (Piness und Miller) 76.

Nasenkrankheit, Lichtbehandlung (Hans Leicher) 25.
— -höhle, neurogene Tumoren (Terplan und Rudofsky) 310.
— -nebenhöhlen (Claus) 418.
— — (Hayden) 1348.
— — diagnostische Eröffnung (Watson-Williams) 36.
— — als Eingangspforten bei Herzfehlern (Spielberg) 797.
Nase, Nebenhöhleneiterung (Soyka) 69.
Nasennebenhöhlen-Erkrankungen, konservative Heilung (Mandl) 1265.
— negativer Druck bei Erkrankungen (Lehr) 547.
— negativer Druck bei Erkrankungen (Sondermann) 415.
— -nebenhöhle Röntgenographie (Richter) 69.
Nase und Ohr (Siegrist) 856.
— plastische Chirurgie (Bettman) 571.
Nasenplastik mit Knorpeltransplantation (Watson-William) 171.
Nasenrachenfibrome (New und Figi) 435.
— -rachenraum, Chondrom (Stich) 952.
Nasensinus-Erkrankungen, Röntgendiagnose (Grier) 176.
Nase, Tuberkulose (Stupka) 886.
Nasenverkürzung (Eitner) 819.
Nase, Weg der Einatmungsluft (Kayser) 333.
Nasenzähne im Kindesalter (Better) 1028.
Natalität und Mortalität im deutschen Reich (Roesle) 1297.
Natriumchlorid s. Kochsalz.
— -citrat-Injektionen (Joannides) 318.
— -salizylat, diskontinuierliche Anwendung großer Dosen (Caussade und Tardieu) 998.
— -thiosulfat zu diagnostischen Zwecken (Myers, Marples, Groeht u. Throne) 933.
— bei Mercurichloridvergiftung (Hess und Massaro) 267.
Nausea, Vertikalduktion als pathogenetische Grundlage (Crodel) 1402.
Naevusätiologie (Meirowsky und Spickernagel) 925.
Naevuscarcinom des Gesichts (Hudelo und Rabut) 827.
Naevus, einseitiger Gefäß- (Bertrand) 1313.
— generalisatus (Lortat, Jacob und Legrain) 258.
— der halben Brustseite (Hufschmidt) 614.
— sebaceus (Eitner) 303.
— spili (Foerster) 1068.
— tierfellähnliche (Peiser) 214.
Nearthrose genu supracondylica (Stanischeff) 403.
Nebeneierstock s. Parovarium.
Nebenhoden-Entzündung, gonorrhoische (Ingram) 486.
— solide Geschwülste (Rubaschow) 427.
— -Tuberkulose (Fromelt) 1403.
— — (Jadassohn) 470.
Nebenhöhleneiterungen beim Säugling (Kahn) 823.
— -erkrankungen (Kuttner) 334.
— konservative Therapie entzündlicher Erkrankungen (Zimmermann) 851.
— -nasenhöhlen, Infektion (Mullin) 1106.
Nebennieren s. a. Adrenalin.
— (Stephan) 474.
— -ausschaltung, Einwirkung des Cholins und eines Cholinesters auf den Blutdruck (Glaubach und Pick) 204.
— -entnervung (Ciminata) 992.
— -erkrankungen (Bittorf) 1330.
— -exstirpation (Herzberg) 1302.
— -exstirpation, Einfluß auf den anaphylaktischen Schock (Flashman) 660.
— Funktion fötaler (Granzow) 1091.
Nebenniere, Hämatom bei chronischer Nephritis (Photakis) 851.
— Heterotopie (Weller) 78.
Nebennieren-Hypofunktion (Hansen) 820.
— -Insuffinzienz (Meineri) 1105.
— und Insulin-Empfänglichkeit (Unverricht) 851.
Nebennierenrinde, Carcinom mit Virilismus (Feinblatt) 1316.
— Hormon (Stephan) 547.
Nebenniere, Rolle der Schilddrüse für das Wachstum der (Hammett) 1351.
— Röntgenstrahlenwirkung (Martin, Rogers und Fischer) 437.
Nebenschilddrüse, s. a. Parathyreoidea.
Nebenschilddrüsenhormon und Blutveränderungen (Cantarow, Caven und Gordon) 1316.
Necaron (Halász) 348.
Nekrosis adiposa neonatorum (Gelbjerg-Hansen) 1440.
Neoarsphenamin (Freedman) 434, 1145.
Neohormonal (Zuelzer) 684.
Neo-Mesarca (Steinmetz) 1372.
Neoplasma, s. Geschwulst.
Neosalvarsan (Grschebin und Lipskerow) 924.
— (Hirsch) 248, 275.
— (Van der Hoog) 350.
— (Kolle, Bauer und Leupold) 302.
— genitale Gangrän (O. Jersild) 27.
— -injektionen intraperitoneale (Sauford) 76.
Neosalvarsan, Lichen ruber (Novelli) 297.
— -Modenol-Mischspritze (Benedek und Thurzó) 103.
— -Polyneuritis, Diplegia facialis (Hassin und Read) 693.
— Prüfung (Hirsch) 856.
— -Wismutkur (Munster und Steinitz) 296.
— bei Zystitis (Marchionini) 1408.
Neostrontan (Löwenberg) 106.
Nephelometer (Liese) 205.
— Kleinmannscher (Munter) 418.
Nephrektomie (Morson) 352.
— der Eiterniere beim Säugling (Brüning) 978.
Nephritis, s. a. Albuminurie.
— (Menasci) 860.
— Aetiologie (Newburgh, Marsh, Clarkson und Curtis) 221.
— akute (Tallquist) 889.
— akute, bei Kindern (Blackfan) 959.
— — — — 994.
— akute hämorrhagische (Metcalf und Moriarty) 375.
— — — nach Appendektomie (Harbitz) 29.
— — — bei Kindern (Wyllie und Moncrieff) 354.
— chronische azotämische (Bouchuts und Ravoult) 363.
— nach Angina (Peace) 216.
— Ausgangsstadien der akuten (Saxel) 686.
— Haemorrhagien (Pozzilli) 860.
— hämorrhagische (Baehr) 567.
— — im Kindesalter (Hanssen) 884.
— chirurgische Therapie (Suter) 1171.
— chirurgische Behandlung (Zondek) 24.
— chronische (Christian) 221.
— — (Porge) 611.
— — Bedeutung der chronischen Tonsillitis (Wichert) 1330.
— — durch X-Strahlen (O'Hare, Altnov, Christian, Calhoun und Sosman) 263.
— — parenchymatöse (Predtetschenskij) 270.
— Eiweißbedarf (Peters und Bulger) 318.
— und Geschwulst (Stutzin) 24.
— Glomerulonephritis (Fahr) 641.
— hämaturische (Harvier und Chabrun) 694.
— mit hohem Harnstoffgehalt im Blut (Moses) 1247.
— bei Neosalvarsan-Wismut-Kur (Munter und Steinitz) 296.
— Phosphor und Calcium im Blut (Schmitz, Rohdenburg und Myers) 318.
— Phosphorhaushalt (Heinelt und Seidel) 724.
— durch Röntgenbestrahlung (Hartmann und Bolliger) 1450.
— bei Schwangerschaft (Rockwood, Mussey und Keith) 441.
— Therapie der akuten (Saxl) 920.
— Urämie bei akuter glomerulärer (Blackfan und Hamilton) 177.
Nephrolithiasis, s. Harnsteine.
— doppelseitige (Bacchi) 1377.
Nephrose, Fett und Cholestrin im Blut (Bing, Heckscher u. Jessen) 29.
— bei Gelenkerkrankungen (Ehrmann und Taterka) 105.
— genuine (Fanconi) 107.
— lipoide (Cipriani und Moracchini) 1141.
— — (Murphy und Warfield) 1316.
— — Pathogenese (Elwyn) 1143.
— Schilddrüsentherapie und -toleranz bei chronischer (Epstein) 1281.
Nephrotomie (Carson) 379.
— (Hiuman) 431.
— (Roseno) 925, 1269.
— experimentelle (Carson und Goldstein) 858.
Nephrotyphus (Carnot, Libert und Bariety) 1241.
Nerven, Aktionsstrom (Rosenberg) 1151.
— anatomie (Wallenberg) 71.
— -drüsen (Bonilla) 930.
— erkrankungen, tierexperimentelle Erforschung der infektiösen (Freund) 1124.
— übermüdung bei qualifizierter Arbeit (Beritow) 1411.
— -erregung, Fortpflanzungsgeschwindigkeit (Berger) 950.
— fasern, Kompression (Stopford) 762.
— -gewebe Alkoholinjektionen (Swetlow) 434.
— kranke Fürsorge (Beyer) 420.
— — Therapie (Veraguth) 989.
— — Untersuchung (Schuster) 1333.
— -krankheiten, Behandlung (Buzzard) 487.
— -leitung, Unterbrechung der motorischen (Hass und Winkler) 332.
— mikroskopische Struktur, Polarisation und Erregbarkeit (Höber) 1151.
— peripherische (Cassirer) 767.
— -reflexe (Reid) 119.
— -syphilis (Berg) 964.
— — (Sézary) 611.
— — bei Eheleuten (Gordon) 964.
— — mit Malariaparasiten, Behandlung (Trash) 503.
— — Pathogenie (Sézany) 363.

Nervensystem (Kennedy) 260.
— — autonomes (Schilf) 934.
— — Beziehungen zur Entzündung und zur Knochendegeneration (Felix) 309.
— — chronische Erkrankungen als Folgen von Geburtsverletzungen (Zappert) 1051.
— — Erkrankungen (Zabriskie) 118.
— — Experimentalstudien (Spiegel und Falkiewicz) 992.
— — Funktionen des vegetativen (Hess) 882.
— — Histopathologie (Spielmeyer) 71, 202.
— — organisches Leiden (Christansen) 653.
— — Plastizität (Bethe) 71.
— — Tonus des vegetativen (Goebel und Hillenberg) 556.
— — vaskuläre und perivaskuläre Inkrustationen (Kawata) 992.
— — vegetatives (Pletnew) 553.
— -verletzung nach Blitzschlag (Hermann) 299.
— -verletzungen, periphere operativ behandelte (Jalcowitz) 1267.
— -zellen, Färbungsmethode (Proescher und Arkuß) 373.
— -zufluß (Bard) 366.
Nervöse in der Sprechstunde **(Kress) 515.**
— Leiden (Schweisheimer) 1353.
Nervöses Kind (Wechsberg) 1425.
Nervous and Mental Disorders from Birth through Adolescence (Sachs und Hausman) 1112.
Nervus accessorius, Pfropfung auf den gelähmten Nervus facialis (Schwab) 791.
— axillaris, Leitungsanästhesie (Heermann) 1198.
— depressor Wirkung (Jarisch und Ludwig) 755.
— ischiadicus (Erdmann) **740.**
— — Schädigung (Kazda) 687.
— medianus Verletzungen (Crile) 441.
— opticus, Atrophia (Fazekas, Thurzó) 1274.
— peroneus, isolierte Neuralgien (Kraus) 979.
— phrenicus und recurrens, Schädigung durch tuberkulöse Drüsen (Arnstein) 1166.
— phrenicus Topographie (Ruhemann) 424.
— vestibularis s. Labyrinth.
Nestles Kindermehl (Lüüs) 604.
— — (Oestergaard) 1070.
— — Fütterungsversuch (Bakke) 1307.
Netz, entzündliche Tumoren in der Schwangerschaft (Szenes) 647.
— Funktion (Goldschmidt und Schloß) 647.
— -haut s. a. Retina.
— -hautbild und Wahrnehmungsbild (Kupfer) 1304.
— primäre Torsion des großen (Riddel) 1103.
— Torsion (Brown) 351.
Neubildung s. Geschwulst.
Neugeborene Biologie (Hellmuth) 344.
— Gangrän (Heffermann) 655.
— Immunität (Nasso) 1344.
— Liquorflüssigkeit (Roberts) 117.
— Nachweis intrakranieller Blutungen (Schoenholz) 1165.
— Nahrung (Irving) 799.
— Physiologie und Pathologie (Reuß) 823.
— Schnürfurchen am Schädel (Mayer) 946.
— Wachstum (Lambolez) 365.
— Wiederbelebung **(Kuhn) 102.**
Neuplatonismus (Nachmansen) 350.
Neuralgien (Lindstedt, Folke) 554.
Neuralgie, epidemische (Urcelay) 1173.
— des Nervus ileoinguinalis (Küster) 313.
— und Neuritis als Folge von Carcinom (Valle y Aldehalde) 30.
Neuralgien, Röntgen-Therapie (Müller) 1330.
— Behandlung in Bad Pistyan (Lichtenstein) 418.
— Therapie der Schmerzen (Erben) 302.
Neuralohr (Bok) 339.
Neuramag bei Sumpffieber (Münzberg) 1321.
Neurasthenie (Wright) 1109.
— enterogene (Cohnheim) 42.
Neurasthenia, pseudointermittens (Klein) 103.
Neurasthenische Neuralgie (Flynn) 36.
Neurinoma sarcomatodes (Sekiguchi, Shigecki und Takeo Oije) 1302.
Neurinome (Borchardt) 1368.
— (Guleke) 395.
Neuritiden, Therapie schmerzhafter (Erdmann) **740.**
Neuritis nervi optici,Genese (Friedinger) 109.
— und Neuralgie als Folge von Carcinom (Valle y Aldehalde) 30.
— optica (Amat) 357.
— optische (Battoni) 654.
— retrobulbäre (Waller) 801.
— — beim Diabetes (Francis und Koenig) 1348.
— — nach Diphterie (Rosenstein) 1100.
Neuritis, retrobulbäre toxische (Scharp) 1174.
Neurodermitis (Herxheimer) 299.
Neuro-Epithelioma-Pliomatosum (Naeslund) 1070.
Neuroepitheliom des IV. Ventrikels (Hirsch) 886.
Neurofibrom, aus dem zervikalen Sympathikus entstandenes (Boros) 1274.
Neurofibromatose (Höglund) 956.
— Knochenveränderungen (Fliegel) 309.
— zentrale (Ayala und Sabatucci) 1234.
Neuroglia (Poldermann) 989.
— -färbung, Malorys (Schindler) 1268.
Neurogliom des Kleinhirns (Perret) 480.
Neurohypophyse, Ursprung der Nervenfasern im Zwischenhirn (Stengel) 992.
Neurolapine (Winkler) 413.
Neurologische Diagnostik, Leitfaden (Singer) 898.
Neuromuskulärer Apparat, galvanische Erregbarkeit (Golant-Rauer) 980.
Neuromyelitis optica (Dollfus) 367.
Neuronenlehre (Schroeder) 329.
Neuropathische und psychopathische Kinder (Higier) 1376.
Neurophylin, Opiumkuren mit (Kehrer) 1402.
Neuropsychiatrische Arbeit, aktive prophylaktische (Rosenstein) 1365.
Neuropsychopathie, kindliche (Higier) 1444.
Neuroretinitis einseitige nach Influenza (Schaly) 1272.
Neurorezidive und Metalues (Friedmann) 1198.
Neurosen (Kraus) 1156.
Neurose (Loewenthal) 203.
Neurosen (Wollenberg) 1434.
— -begutachtung (Moser) 1204.
Neurose, Ethik und Logik (Epstein) 1131.
— Herz- und Gefäßerkrankungen (Dattner) 1029.
Neurosen, Herz- und Gefäßerkrankungen (Dattner) 1029.
— Kausalbehandlung **(Hahn) 283.**
— bei Kindern (Krasnogorski) 264.
Neurose im Klimakterium nach Perityphlitis (v. Wolff) 954.
Neurosen-Lehre (Klarfeld) 64.
— narzistische (Clark) 371.
— Psychologie (Forel) 42.
Neurose, Schreck (Bing) 888.
Neurosen, Stoffwechseluntersuchungen (Curschmann) 245.
— -therapie (Dattner) 1365.
— (Koperer) 603.
Neurose, traumatische (Coriat) 1000.
— vegetative (Rosenfeld) 158.
— des vegetativen Systems (Müller) 156.
Neurosyphilis (Cornwall und Myers) 442.
— (Solomon und Viets) 76.
— (Wildmann) 1145.
— Diagnose und Therapie (Pike) 372.
— endolumbale Behandlung mit Neosalvarsan (Margulis und Schamburow) 308.
— Formen (Bunker) 732.
— frühzeitige Erkennung (Viets) 262.
— intralumbale Therapie (Stoner) 1145.
— moderne Therapie (Spielmeyer) 391.
Neuro-Lues, moderne Therapie (Wagner-Jauregg) 391.
Neurosyphilis paretische, Wassermannreaktion (W. C. Menninger und K. A. Menninger) 78.
— und Salvarsanbehandlung (Wolfsohn und Leiva) 117.
— Stadien (Myerson und Yorshis) 1145.
— Therapie (Catalano) 562.
— — (Kerlin) 81.
Neurolues, Behandlung (Nonne) 1022.
— Behandlung (Solomon) 176.
— Tryparsamidtherapie (Silverston) 1136.
— Wismutbehandlung (Soethre) 1071.
Neurotischer Aufbau der Magen- und Darmerkrankungen (v. Weizsäcker) 1156.
Neurotiker, Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern (Panse) 607.
Neurovakzine (Gallerdo) 173.
Neuro-Yatren (Wimmer) **737.**
Neutralin (Dimmel) 1166.
Neutralrot, Ausscheidung durch den Magen (Davidson, Willcox und Haagensen) 118.
Nickkrämpfe (Lederer) 985.
Nicollesches Vakzin (Krikorian) 1310.
Nicolle-Vakzin bei weichem Schanker (Charrier) 566.
Nieren s. a. Albuminurie, Hämaturie, Nephritis, Pyelitis.
— (Lundsgaard u. Möller) 483.
Nierenabszeß im Röntgenbild (Rothbart) 418.
Niere, Adenosarcoma (Jensen) 1411.
— Anomalien (Nichols) 437.
— Arteriosklerose (Kollert) 824.
— -atrophie kongenitale (Stutzin und Libowitz) 349.
— -beckenentzündung s. Pyelitis.

Nierenbecken, Fassungskraft (Erdmann) 856.
— fibroepitheliale Geschwülste (Perlmann) 952.
— Leukoplakie (Karo) 348.
— normale und pathologische Physiologie (Leguen) 1346.
— papilläres Epitheliom (White und Ritch) 444.
— papillomatöse Geschwülste (Stricker) 647.
— Resektion einer Striktur im oberen (Caulk) 1318.
— -Steine (Lewis) 175.
— Verdoppelung (Ormond) 582.
— Zottengeschwülste (Haslinger) 925.
— Beeinträchtigung renaler Funktionen (Fishberg) 961.
— Bestrahlung einer tuberkulösen (Rave) 348.
— Bewegungen (Schule) 1408.
— -blutungen (Volterra) 1024.
— — (L. Casper) 24.
— -carcinom, Frühdiagnose (Leguen und Fey) 111.
— -chirurgie (Buegbee) 700.
— -dekapsulation (Hülse und Litzner) 1434.
— bei akuter Nephritis mit Anurie (Russel) 36.
— -deformitäten angeborene (Cathelin) 445.
— -degeneration, zystische (Majeron) 860.
— -diabetes (Pende) 859.
Niere beim Diabetes mellitus (Chabanier, Lebert und Lobonell) 794.
— doppelseitige, hämatogene, degenerative und entzündliche (Versé) 160.
— -dystopie (Kattermann) 1435.
— kongenitale (Baumm) 558.
— Einfluß der einen kranken auf die andere gesunde (Walthard) 610.
— — kurzdauernder Gefäßstielabklemmung (Hübner) 687.
— einseitige kongenitale (Sheldon) 269.
— eitrige Infektionen (Broglio) 359.
— Entstehung der Schmerzempfindungen (Gubergritz und Istschenko) 1362.
— -erkrankungen, Albumin, Globulin und Fibrieogen im Blutplasma (Fahr und Swanson) 1316.
— chirurgische- (Crone) 1265.
— Hydrämie auf Kohlensäurekapazität des Blutes (Petow und Siebert) 724.
Nierenerkrankung, hypertensive, kardiovaskuläre (Smith) 832.
Niere, Erkrankung unter dem Bilde der Appendicitis (Hohlbaum) 640.
— Erkrankungen im Röntgenbilde (Schönfeld und Kraft) 1453.
Nieren-Exstirpation, Wasserverschiebungen (Beckmann, Bass, Dürr und Drosite) 981.
Niere, Fähigkeit Chloride zu konzentrieren (de Wesselow) 1134.
Nieren, Funktion (Cassuto) 564.
— — (Pratt) 1001.
— — bei Autotransplantation (Ibuka) 434.
— — bei Homoiotransplantation (Ibuka) 434.
Nierenfunktionsindex (Bernhard, Jacobi und Jensen) 933.
— -proben bei Prostatahypertrophie (Marrack und Robinson) 992.
Nieren bei Prostatahypertrophie (Eskelund) 29.
— Funktionsprüfung (Jameson) 796.
— Funktionprüfung (Mingazzini) 1377.
— -funktionsprüfung (Polack) 990.
— — (Ravasini) 359.
— mit Carbamidbelastung in der Chirurgie (Radó und Deutsch) 1269.
— Harnstoffausscheidung (Kawahara) 896.
— intravenöse (Helonin) 764.
— mit Jodkali (Narath) 722.
— mittels Kreatinin (Ockerblad) 267.
— Preglsche (Ody) 333.
Nierenfunktion, renale und extrarenale Faktoren (Glaser) 1403.
Niere, Funktion und Schwangerschaft (Kräuter) 646.
Nierenfunktion vor und nach der Prostatektomie (Blaustein) 41.
— und Wasserstoffwechsel (Gigon) 214.
Nieren, gekreuzte (Compton) 488.
Niere, gekreuzte Dystopie (Paschkis) 1132.
— Gesamtschnitte nach Christeller (Jakoby) 1124.
Nierengeschwulst (Brecher) 1132.
— (Hyman) 178.
Nieren-Tumoren (Picard) 1130.
— (Schlayer) 1162.
— (E. Wossidlo) 24.
— bei Kindern (Comby) 1138.
— kongenitale (Sommer) 472.
— -gumma (Felber) 1132.
Niere, Harnsteine (Beer) 1382.
— hydronephrotische Retentionscyste (Hinz) 986.
Nieren, Hygiene (Lombry, Gillet und Duble) 1106.
— -hypertrophie, kompensatorische (Bayle) 996.
Niere, Infarkt einer einseitigen Verschwelzungsniere (Makai) 1368.
Nieren-Infektionen (Dorsey) 1076.
— — (Haden) 77.
Nieren-Infektionen, gonorrhoische (Zinner) 1132.
Niere, Innervation (E. Lehmann) 348.
Niereninsuffizienz (Allen, Scharf und Lundin) 221.
— (Becher und Litzner) 243.
— (Kerppola) 691.
— Aderlaß (Becher) 332.
— Nachweis (Grömer) .1436.
— beim Coma diabeticum (Salomonsen und Harboe) 691.
— experimentelle (Anderson) 432.
— Nachweis (Becher) 818.
— bei der Prostatahypertrophie (Düttmann) 926.
— — — (G. v. Illyes) 24.
— transistorische (Klein) 920.
— vikariierende Stickstoffausscheidung in den Magen bei (Steinitz) 1157.
Nieren, Kapselgeschwulst (Haslinger) 925.
— -kapselung (Fischer) 720.
— -karbunkel (Schmidnow) 1269.
— -koliken (Grauhahn) 1164, 1196.
— -kolik und Harnrückfluß (Lewis) 444.
— -kranke (Koller und Starlinger) 1202.
— Ausscheidungen von ClNa und N (Rapinesi) 860.
— -krankheiten (Shuman) 1381.
— (Strauß) 245.
— Abbaureaktionen (Gagstatter) 1124.
— Diathermie (Kolischer und Tones) 697.
— Gehalt des Serums an Calcium und Kalium (Nelken und Steinitz) 553.
Nierenkrankheit und Mundinfektion (Cutler) 1076.
— -lager, Massenblutung (Schloß) 1339.
— Pneumoradiographie (Brecher) 1269.
Niere, latente Läsionen (Pillet) 111.
Nierenleiden der Syphilitiker (Doros) 1274.
Niere, Leukozytengehalt des Neugeborenen und des Säuglings (v. Trossel) 822.
— und Magen als Ausscheidungskonkurrenten (Lipschitz) 1433.
Nierenmarksequester (Hofmann) 721.
— -mißbildungen (Weiner) 1369.
Niere, multilokuläre Zysterne (Rovsing) 640.
— nichttuberkulöse Infektionen (Cabot) 858.
— offene kavernöse Tuberkulose (Blatt) 647.
— Operationen in Lokalanästhesie (Illyès) 1124.
— Parenchym (Aschner) 895.
— -Pathologie (Moschkowitz) 1450.
— Physiologie und Funktion (Hensch) 892.
— polyzystische (Ludowigs) 1130.
— -resektion (Perlmann und Kairis) 926.
— Resektion (Scholl) 1352.
— Röntgenuntersuchung (Sgalitzer) 1132.
— Ruptur (Amberger) 926.
— Säurealkaliausscheidungsprobe zur Funktionsdiagnose (Rehn) 160.
— -schädigung am Kaninchen, Wirkung der Dekapsulation (Joseph u. Rabau) 1368.
— durch Wismut (Dietel) 1271.
— -sekretion, nervöse Beeinflussung (Glaser) 947.
— Solitärzyste (Santoro) 358.
Nierensteine s. Harnsteine.
— Austreibung mittels Hypophysenextrakt (Feilchenfeld) 1295.
— Lokalisation (v. Hermann) 1342.
— -Syphilis (Krieger) 335.
Niere und Syphilis (Tallqvist) 316.
— syphilitische Erkrankungen (Wohlwill) 1300.
Nierentätigkeit, Beeinflussung durch Kalziumsalze (Barath und v. Gyurkovich) 818.
— und Herzarbeit (Frey) 402.
— -therapie (Volhard) 160.
Niere, Behandlung der Krankheiten (Frederick, Allen) 84.
Nierentransplantation (Williamson) 1385.
Niere Tuberkulose (Ekehorn) 640.
— Tuberkulose (Runeberg) 761.
— -Tuberkulose (Schlayer) 1162.
— — (Stutzin und Barros) 349.
— — (Stutzin) 819.
— — (Wildbolz) 728.
— — (Zimmermann) 213.
— — akute Form (Dore) 800.
— — bilaterale (Barney und Jones) 177.
— — Therapie (Westerborn) 424, 991.
— -Tumoren (Bretschneider) 1436.
Niere, vasomotorische Schmerzen (Schwarz) 647.
— verkalktes Hypernephrom (Arkin) 1318.
Nieren, Wirkung harntreibender Mittel auf überpflanzte (Holloway) 444.
— -zysten (Löffler) 1369.

Nieren, multilokuläre (Haslinger) 603.
Nikotinschädigungen (Mensch) 1371.
— -Intoxikation (Corinaldesi) 1276.
Ninhydrinflockungsprobe bei Schwangeren (Hain) 1336.
— — — (Vogel) 689.
— -reaktion als Schwangerschaftsreaktion (v. Oettingen) 1169.
— zur Liquordiagnostik (Rau) 984.
Nirvanolkrankheit (de Rudder) 917.
— -behandlung der Chorea (Matzdorf) 414.
Nitella-Zellen (Irwin) 1245, (Hoagland) 1245.
Nitratdiurese (Becher und May) 790.
Nitrobenzolvergiftungen durch Schuhschwärzmittel (Ullmann) 720.
Nitrose Gase, Blutwirkung (Heubner-Meier) 1101.
Nitroskleran (Hanse) 641.
— in der Augenheilkunde (Jaensch) 1100.
— Einwirkung auf die arterielle Hypertension (Portmann) 1411.
Nocardia (Watrin) 827.
Noctal (Frank) 684.
— (Gaschke) 867.
— (Riche) 548.
— (Wegener) 331.
— bei Geisteskranken (Mehner) 951.
Noma (Rasskin-Brande) 1412.
— (Kaspar) 603.
— der Orbita (Soewarus) 1100.
Nonne-Apelt (Goria) 892.
Nordseegebiet, Sonnenstrahlungsnetz (Galbas) 1407.
Normacol (Loevy) 1301.
Northovan (Goldschlag) 314.
Novantimeristem (Schmidt) **127.**
Novarsenobenzol (Laurent) 218.
— (Lévy) 368.
— (Pautrier) 614.
Novasurol (Evans) 561.
— (Howarth) 351.
— (Lambic) 316.
— (Marvin) 1282.
— (Noguchi) 336, 553.
— (Reiche) 1434.
— (Serby) 1143.
— bei Ascites (Anderson) 263.
— bei Nephritis mit Oedemen (Keith, Barrier und Whelau) 118.
— perorale Therapie (Saxl) 824.
Novirudin (Loeffler) 1363.
Novocain (Meeker) 175.
— -einspritzung bei Ischias (Adels) 609.
— -Formalinreaktion (Tron) 359.
— -Suprarenin-Lösungen (Walbaum) 170.
Novogosan (Jähnke) 105.
Novoprotin (Friedrich) 330.
— (Grömer) 819.
— (Vogt) 602.
— bei Ulcus ventriculi und duodeni (Rothschild) 202.
— behandelte Magen- und Darmgeschwüre (Gohrbandt) 64.
Nuklein, Stoffwechsel (Severin) 854.
Nukleolus Lipoidgehalt (Fels) 312.
Nürnberger Industrie (Heydroch) 1062.
Ny-Glukose im Blut bei Diabetikern nach Insulin-Injektionen (Rud) 990.
Nystagmograph (Ohm) 824.
Nystagmographie während der Drehung (Grünberg) 69.
Nystagmus (Dunphy) 576.
— (Meyers) 78.
— (Ohm) 1169, 1268, 1304.
— (Rudakoff) 887.
— galvanischer (Rosenfeld) 1094.
— der Grubenarbeiter (Pooley) 487.
— hereditärer (Hemmes) 478.
— Innervation der Augenmuskeln (Heinonen) 169.
— kalorischer (Borries) 1099.
— langsamer (Borries) 211.
— monokulärer (Arkin und Sterling) 1347.
— optischer Drehnystagmus bei Halbblindheit (Ohm) 790.
— vestibulärer (Errekart) 1452.
— bei der multiplen Sklerose (Ohm) 210.
— bei Schizophrenie (Rosenfeld) 720.
— bei seröser Labyrinthitis (v. d. Hütten) 926.

Oberarm-Brüche (Semb) 1273.
— Frakturen (Borchardt) 298.
Oberbauch, scheinbar atypische Krankheitsbilder (Berg) 684.
Oberflächenformel nach du Bois (Stoner) 373.
Oberflächenspannung und Bakterienphänomen (Frobisher) 207.
— von Transsudaten und Exsudaten (Adlersberg und Sternberg) 63.
Oberflächenspannungsänderung (de Eds) 373.
Oberkiefer, Karzinom (Woelk) 650.
— -nekrose (Löwy) 415.
Oberlider, Symptom (Gerwer) 251.
Oberschenkel, s. a. Femur.
— Absetzung nach Gritti (zur Verth) 1404.
— -amputation, Prothese (Schilcher) 852.
— -amputierte (Schilcher) 248.
— Exstirpation (Frund) 758.
— -frakturen (Fritz) 1368.
— Muskellängen bei Semiflexion (Nussbaum) 1268.
— -prothese (Kölliker) 404.
— -prothesen (Wirth) 946.
Obesitas, s. a. Fettsucht.
— postencephalitica (Walsh) 932.
Obliquus inferior (Bielschowsky) 210.
Obstgenuß, Krankheitsursache (Straus) 1199.
Obstipation (Pick) 1339.
— (Gewecke) 331.
— chirurgische Therapie (**Göbell**) **1226.**
— chronische (Finsterer) 825.
— — (Oswald) 479.
— — (Porges) 303.
— — Therapie (Granzow) **1254.**
— chronisch-habituelle (v. Aldon) 684.
— Diagnostik und Therapie (v. Friedrich) 1093.
— diätetische Behandlung (Simon) 545.
— im Kindesalter (Paterson) 351.
Obstkuren (Determann) 413.
Obstruktion, intestinale (Tuttle) 119.
Obstruktionsikterus chronischer (Weber) 825.
Occiput, Knochendystrophie infolge Aplasie der Substantia spongiosa des (Delerine) 1212.
Ocenta (Rendtorff) 1237.
Ochronose, Augenpigmentierung bei endogener (Sallmann) 1269.
Oculomatoriuslähmung (Stecher) 263.
Oedem, s. a. Trophödem, Wasserhaushalt.
Oedem angio-neurotisches (Schultz) 546.
— — (Wason) 658.
— der Graviditätstoxikosen (Mussey) 440.
— idiopathisches (Fanconi) 107.
— (Kunde) 896.
— nach Insulin (D. M. Ervin) 582.
— kardial und renal (Warburg) 1411.
— Nachweis latenten, intrakutane Quaddeln einer Normosallösung (Guggenheimer und Spitz) 468.
— nephritisches, Einschränkung der Wasser- und Mineralzufuhr (Keith, Smith und Whelau) 570.
— Sauerstoffbehandlung des malignen (Roantree) 658.
Oedeme, nervöse Einwirkungen (Hanzlik) 382.
— Novasurol bei Nephritis (Keith, Barrier und Whelau) 118.
Odontom (Wolf) 647.
Oesophagoplastik (Axhausen) 424.
Oesophagoskopie (Tucker) 733.
— und Gastroskopie 475.
— — — (Wilhelm Sternberg) 25.
Oesophagospasmus (Hofer) 647.
Oesophagus (Avoni) 995.
— Atresie (Herzfeld) 1367.
— — mit angeborener Varizen- und Trachealfistel (Noltmann) 1367.
— -carcinom behandelt mit Radium (Mills und Kimbrough) 499.
— — (Guisez) 997.
— — Intubationsbehandlung (F. Merke) 559.
— — Radiumbehandlung (Wassink) 350.
— — Strahlenbehandlung (Greene) 437.
— kongenitale Atresie (S. Schiro) 582.
— direkte Untersuchung (River) 431.
— -Divertikel (Bani) 110.
— — (Fitzgibbon) 697.
— — (Marley) 692.
— — pleuraadhärentes (Reinicke) 68.
— — nach Spieß operierte (Terbrüggen) 1207.
— — zweizeitige Operation (Lahey) 1319.
— Fremdkörper (Day) 119.
— — (Di Nestea) 359.
— — (Springer) 642.
— — (Stefani) 217.
— — -extraktion (Castagna) 359.
— Frühbehandlung der Verätzung (Heindlsen) 1305.
— Hämangiom (Vinson, Moore und Bowing) 1111.
— im Kindesalter, Pathologie (Stamm) 984.
— -kopie und Botulismus (**Mayer**) **1255.**
— Mißbildung (Dickson) 562.
— — (Sanders) 1445.

Oesophagus, multiple Divertikel (Buckstein) 568.
— Paralyse und Atonie (Russi) 729.
— Radium-Applikator (Fitzgibbon) 430.
— Spontanruptur (Williams und Boyd) 379.
— -stenose (Blake und Keith) 1134.
— -stenosen (Heindl jr.) 1405.
— Tuberkulosis (Plum) 1067.
— Verätzungen (Alksnis) 309.
Oeuvre Grancher (Ballin) 719.
Oeynhausener Salz-Seifencreme (Bickel) 43.
Oharas' Krankheit (Francis und Moore) 658.
Ohr, Abhängigkeit der Gefäßreaktion des entzündeten (Tutkewitsch und Strum) 980.
— Bedeutung der Konstitution bei Erkrankungen (Albrecht) 1028.
— -furunkulose, Bekämpfung und Verhütung (Noltenius) 1198.
— Hygiene (Ruttin) 106.
— Innen-, chirurgische Eingriffe (Fischer) 647.
— -krankheiten, Verhütung beim Baden (Auliffe) 1245.
— -Lidschlagreflex (Cornelius Veits) 310.
— Lokalanästhetikum (Sturm) 1174.
— mangelhafte antitoxische Abwehr bei entzündlichen Erkrankungen (Albrecht und Bosse) 1207.
— -muskeln, autonome tonische Innervation (Imagawa, Takuji und Sunaga) 980.
— Operationen (de River) 81.
— Physiologie (Tonndorf) 650.
— primäre Diphtherie des äußeren (Veits) 988.
— Radikaloperation (Brühl) 1099.
— Syphilis des inneren (Grünberg) 1028.
— — (Schmidt) 1028.
— — (Sommer) 167.
— Tonus der Sinnesendzellen des Innenohres (Wittmaack).
— Tuberkulose (Blumenfeld) 607.
— -tube, Röntgenbestrahlung (Amersbach und Wucherpfennig) 69.
Ohrenerkrankungen (Boserup) 1207.
Ohrenheilkunde, Vererbung (Albrecht) 753.
Ohrenkrankheit, Lichtbehandlung (Hans Leicher) 25.
Ohrenkrankheiten im Kindesalter (Smurthwaite) 692.
Ohrensausen (Kragh) 1067.
Ohrenschmerzen infolge von Kiefergelenksentzündung (Bruck) 1092.
Oidiomykose (Ohno) 167.
— nach feuchten Umschlägen (Biberstein und Grünmandel) 1440.
Oidium albicans (Draper) 1317.
Okkultismus (Hellwig) 721.
— und Augendiagnose (Salzer) 273.
Okulomotoriuslähmung angeborene (Dohme) 210.
Olecranon, Spornbildung (Esau) 726.
Olecranonsporn, Fraktur (Wülfing) 1331.
Oleomargarine, Verdaulichkeit (Holmes) 121.
Oleothorax (Bezaucon und Azoulag) 490.
— (Kuss) 612, 1175
Oleum chenopodii (Esser) 331.
— — intravenöse Hypophysinkochsalzinfusion bei der Behandlung der Vergiftungen (Vogt) 947.
— — Vergiftung (Suchanka) 249
Oligurie (Bauer) 820.
— (Sahler) 168.
Oligodynamische Metallwirkung (Buschke, Jacobsohn und Klopstock) 332.
— Wirkung (Jensen) 205.
— — (Ruete) 64.
— — (Voigt) 63.
Oligohydramnie (Vorländer) 557
Olobintin (Hajnal) **669.**
Olyptol (Lachmann) 210.
— (Moos) 819.
Oelgeschwulst bei Drehern (Pantrier und Diss) 614.
Oelgeschwülste nach Kampferölinjektionen (Louste, Thibaut und Cailliau) 494.
Olminal (Silbiger) 1338.
Omentopexie bei Lebercirrhose (Lester) 568.
Omentovolvulus, akuter (Koster) 1035.
Omentum, s. a. Netz.
Omnadin (Kraupa-Runk) 476.
— (Mayer-Homberg) 919.
— -anwendung (Ochsenius) 156.
Omnimeter (Knebel) 978.
Onycholysis artificialis (Sylvest) 1307.
Onychopathologie (Heller) 641.
Oophorektomie, Grundumsatz, Körpergewicht und Blutchemie nach doppelseitiger (Geist und Goldberger) 1002.
Operation, histologische Kontrolle (Hellwig) 1167.
Operationshandschuhe (Ebstein) 759.
Operationsrisiken (Lahey) 118.
Operationsrisikos bei gastro-intestinalen Zuständen (Orr und Haden) 118.
Operationssaal (Kappis) 641, 884, 1019.
Operationssaalbeleuchtung (Drüner) 1168.
Operationssäle, Beleuchtung (Heller) 1166.
Operative Medizin (Barthélemy) 611.
Ophthalmie metastatische nach Abortus fibrilis (Lüttge) 106.
— sympathische (Steele) 351.
— — (Undelt) 824.
— — (v. Szily) 1020.
— — (Petit) 1105.
— — (Key) 1111.
— — (v. Szily) 1295.
— einseitige sympathische (Higbee) 1111.
— durch Herpes virus erzeugte sympathische (Abe) 1268.
— metastatische nach Angina und nach Masern (Thies) 1169.
Ophthalmobiologie (Krauss) 1165.
Ophthalmologen und Optiker (Patton) 117.
Ophthalmoskop (Houghton) 799.
Ophthalmoskopisches Bild zu arteriellen Erkrankungen (Agatston) 797.
Ophthalmyiasis subretinalis (Zeeman) 1031.
Opium (Planer) 1023.
— Erkrankungen durch Selen-Schwefelsäure (Levine) 933.
— -kuren mit Neurophylin (Kehrer) 1402.
— und Morphin (Bijlsma) 1165.
— -präparate, Wirkung auf den Magen (Alius) 980.
— -rausch (Bard) 1173.
— -vergiftung (Brdiczka) 245.
Opponenslähmung (Weil) 412.
Optikusatrophie bei Myxödem (Avizonis) 347, 477.
— (White) 261.
Optikusneuritis retrobulbäre (Heckford) 317.
Optikusprozeß bei Tabes und Paralyse (Igersheimer) 720.
Optische Registrierung (Schliephake) 1233.
Orale-fokale Infektion (Rosenow) 796.
Orangensaft, bestrahlter (Maslow, Shelling und Kramer) 830.
— C-Vitamine in getrocknetem (Humphrey) 1245.
Orbita, s. a. Augenhöhle.
— Abszeß (Strandbygaard) 483
— -carcinom (Veasy) 1111.
— -cysten beim Neugeborenen (Kearney) 831.
— entzündlicher Pseudotumor (Schmincke) 346.
— -entzündung durch Zahnerkrankungen (Bjerram) 252.
— — (Wessely) 647.
— Extraktion eines Kupfersplitters (Metzger) 1437.
— Hydatidencyste (Seale) 655.
— -entzündungen, Vakzinetherapie (Segelken) 824.
— Osteom (Lebensohn) 380.
— Osteosarkom (Zentmayr) 1319.
— Sklerosis (Mürsin) 1169.
— Tuberkulome (Pascheff) 759.
— -tuberkulose (Mulock-Houwer) 1437.
— — symmetrische (Houwer) 480.
Orbitalphlegmone (Green) 264.
— nach Periostitis alveolaris des Oberkiefers (Szokolik) 1100.
Orbitalrand, Kontusion (Wiedersheim) 759.
Orbitofaziales Aneurysma (Schlindwein) 1111.
Orchitis purulenta gonorrhoischen Ursprungs (Salutzky) 651.
Orexin (Pinner) **1288.**
Organanalytische Untersuchungen bei ernährungsgestörten Kindern (H. Aron und H. Pogarschelsky) 556.
Organfunktion Chirurgie (Rehn) 396.
Organgewicht und innere Läsionen bei Kaninchen (Brown, Pearce, Allen) 1244.
Organopsychotherapie (van der Elst) 364.
Organotherapeutische Erfahrungen (Schilling) 1237.
Organotherapie (Langdon-Brown) 171.
— (Langmead) 171.
Organpräparate, pharmakologische Auswertungen (Trendelenburg) 245.
Organtherapie **(Muenzer) 537.**
— in der Frauenheilkunde (Binz) 1162.
Orientbeule (Burnier und Rejsek) 1278.
— in Neapel (Versali) 1174.
— im Kreis Tortosa (Torrademe) 1173.
Orientierungsvermögen, Verlust (Dunn) 858.
Oriol (Schauenstein) 921.
Oroyafieber (Noguchi) 1244.
Orthodontie (Emerson) 38.
Orthopädie (Rocher) 33.
— (Debrunner) 1162.
Orthopädische Chirurgie, Diagnose (Ober) 732.
Orthopädische Schulfragen (Deus) 1148.
— Turnlehrer (Ortmann) 1435.
— Versorgung (Berger) 1268.

Orthostatische Albuminurie, Kriechübungen (Wiese) 852.
— Wasserretention (Seyderhelm und Goldberg) 851.
Oertliche Betäubung, s. a. Lokalanästhesie.
Os calcanei, Fraktur (Hall) 862.
Oscillometrie (Labbe und Heitz) 694.
Osgood-Schlatter-Krankheit (Grossman) 39.
— — (Ollerenschaw) 36.
Oskalson (Waldenburg) **1005.**
Osmotherapie mit hypertonischen Dextroselösungen (Steiskal) 478.
Os naviculare, Erweichungseinbruch (Moutier) 566.
Os pisiforme, Fraktur (Engel) 331.
Os scaphoideum Fraktur (Margottini) 359.
Osteitis fibrosa (Wilhelm) 266.
Osteitis, koxale und vertebokoxale (Sicard, Haguenau und Litchwitz) 493.
Osteoarthritis (Banks) 269.
Osteoblasten (Rhode) 267.
Osteoblastoma Lubarsch (Bignami) 1142.
Osteochondritis (Christie) 932.
— coxae (Delchef) 493.
— — (Reviglio und Bellando) 255.
— deformans juvenilis (Davidson) 435.
— dissecans (König) 403.
— — (Mathiesen) 29.
Osteochondromatose, multiple (Epstein) 572.
Osteogenesis imperfekta (Götz) 689.
— — (Scott) 376.
— — Stoffwechsel (Sindler) 1065.
Osteomalacie (Lang) 244.
— (Fowweather) 692.
— (Floris) 1170.
— infantile (Dereux) 891.
— in Kaschmir (Vaughan) 353.
Osteoma syphiliticum des Schädels (Léri und Machton) 256.
Osteomyelitis (Nordmann) 247.
— akute (Wilensky) 1383.
— — tuberkulöse, eitrige (Gralka) 556.
— chronische (Baumann und Campbell) 379.
— — (Bergmann) 404.
— — (Stahnke) 424.
— chronisch-rezidivierende (Wiele) 1094.
— der Halswirbelsäule (Bast) 341.
— des Oberkiefers (Cadenat und Cola) 861.
— multiple (Matrosoff) 758.
— des Schenkelhalses im Kindesalter (Monnier) 1370.
— variolosa (Huenekens und Rigler) 932.
— (Walker) 656.
Osteoperiostitis, gummatöse des Schädels bei Syphilis (Dunham) 179.
— syphilitische (Jordan) 23.
Osteoporose (Kienböck) 68.
Osteopsathyrose im Kindesalter (Miraglia) 1415.
Osteopsathyrosis (Scott) 376.
Osteosarkome, Pathologie und Behandlung (Krepuska) 1274.
Osteosklerose (Hagedorn) 1202.
Osteosynthese (Mayeda) 758.
Osteotomien der unteren Extremitäten (Lange) 475.
Osteotomie subtrochantere (Froelich) 255.
Ostitis deformans (Bassler) 893.
— fibrosa (Bergmann) 1267.
— — (Mandl) 1302.
— — cystica Recklinghausen des Hüftgelenks (Lotsy) 726.
— — — (Tobler) 725.
— — generalisata (Lang) 244.
— — (Mandl) 1029.
— — (Schmorl) 330.
— fibröse zystitische (Nové-Josserand) 1074.
— typhosa im Schienbein (Oudard) 256.
Oskalson (Colman) **1254.**
Osram-Lampen (Schindler) 1217.
Ossifikationspunkte des Knies beim Neugeborenen (Jardin) 1312.
Othaematom, Röntgentherapie (Fenchner und Regeier) 336.
Otitische Labyrinthitis (Georg Boenninghaus) 25.
Otitis latente (Alexander) 310.
— media, akute eitrige (Beck) 921.
— — Aufmeißelung (Strandberg und Plum) 650.
— — chronica (Stern) 1369.
— — infantile (Drury) 263.
— — intrakranielle Komplikationen (Feuton) 801.
— — operative Maßnahmen (Soyka) 818.
— — purulenta acuta (Smith) 371.
— — suppurative, Wirkung des Aethers (Mc. Auliffe) 572.
— — Therapie der akuten (Kobrak) 304.
— — Einteilung (Uffenorde) 887.
Otitische Erkrankungen (Nühsmann) 1130.
Otogener Hirnabszeß (Lund) 650.
— Kleinhirnabszeß (Brunner) 310.
— — (Soyka) 310.
— Rückenmarksabszeß (Nonne) 475.
Otogene Schläfenbeinerkrankung (Charousek) 247.
— Schläfenlappenabszesse (Hofmann) 310.
— Sepsis (Wiethe) 647.
— Thrombose (Kindler) 723.
Otolithenapparat (Popow und Rutenburg) 855.
— Funktionen (Leiri) 1071.
— (Thielemann) 475.
Otolithen (Nishio) 792.
— -reflexe (de Haan) 609.
— -symptome (Wotzilka) 310.
Otologische Studienreise in Nordamerika (Nager) 1209.
Otoskleroseserum, Wachstumhemmung von Lupinen (Stern) 203.
Ovarium s. a. Geschlechtsdrüsen.
— Cystadenom (Mayer) 501.
Ovaralgia erotica (Porosz) 1284.
Ovar, Funktion und ektopisches Adenomyom (Graves) 178.
— Hernie (Rowley) 178.
Ovarialbestandteile, Einwirkung auf den Blutzuckergehalt (Kylie) 981.
Ovarialbestrahlung und Nachkommenschaft (Nürnberger) 1153.
Ovarialcysten und Radiotherapie (Faure) 32.
Ovarialcyste, Stieldrehung (Morris) 655.
Ovarialcystom (Engelbrecht) 473.
Ovarialfollikel, atretisches (Wilkerson) 659.
— Einwirkung von ultraviolettem Licht (Allen und Ellis) 75.
Ovarialfunktion, Beziehungen zum Kalkgehalt des Blutserums (Heyn und Haase) 250.
— Erlöschen nach Röntgenkastration (Cordua) 1098.
— (Macomber) 576.
Ovarialgeschwülste im Kindesalter (Termeer) 344.
Ovarialhämatome (Fellner) 1098.
Ovarialhernie (Moore) 1382.
Ovarialhormon (Zondek) 1159.
— (Caffier und Kunhardt) 1304.
— (Hartmann) 1332.
— (Zondek und Aschheim) 1402.
— Extraktion (Rulls, Jordan, Doisy) 1245.
— (Braun) 1095.
— (Wichern) 1095.
— (Kochmann) 202.
— (Zondek und Brahm) 64.
— (Zondek und Aschheim) 602.
— (Zondek) 790, 917.
Ovarialpräparate **(Braun) 910.**
Ovarialsarkom (Koster) 178.
Ovarial-Schwangerschaft (Steinweg) 344.
— (Acomb und Candy) 352.
— (Manley) 616.
Ovarialstein (Herman) 700.
— (Jentter) 473.
— (Markovitz) 1097.
Ovarialtätigkeit (Schultze) 161.
Ovarialtumor (Holzknecht) 1029.
— in der Schwangerschaft (Ingraham) 265.
Ovarialveränderungen bei Menstruationsanomalien (Hartmann) 688.
Ovarialzysten, perforierende (Keene) 178.
Ovarielle Insuffizenz mit massiven Kalziumdosen, Behandlung (Crainiclann) 696.
Ovarieller Zyklus (Loewe und Lange) 639.
Ovarielles Follikelextrakt (Smith) 1214.
— Hormon, klinische Prüfungen (Pratt und Allen) 829.
Ovarien, Behandlung, uterine Blutungen durch Resektion und Drosselung (Henkel) 556.
— Endometriosen (Semb) 483.
— Funktionsschwäche (Hofstätter) 343.
— Graulosazelltumore (Isbruch) 312.
— intraabdominelle Blutungen aus den (Beck) 954.
— Röntgenreizbestrahlung (Mennet) 109.
— -Teratom (Krieger-Lassen) 793.
— -transplantation (Kross) 124.
— — (Sippel) 248, 296, 312.
Ovariogene Blutungen (Novak) 753.
Ovarium, Quelle intraperitonealer Blutungen (Szymonowicz und Keller) 1444.
— Bestrahlung und Nachkommenschaft (Martins, Nürnberger) 1055.
— blastomatöse Teratome (Stellakatu) 1367.
— Carcinoma metastaticum (Amreich) 647.
— Echinokokkus (Miller) 473.
— epitheltragende Haematome (Cordua) 646.
— Exstirpation von Ovarium-Tumoren d. Schwangeren (v. Varö) 854.

Ovarium Folliculoma (Blau) 646.
— Funktion (Heyn) 884.
— Funktionen (Frank) 1318.
— Funktionsstörungen (Caufman) 362.
— Funktion (Zondek und Aschheim) 330.
— Granulosazelltumor (Schiffmann) 557.
— Hormon (Zondek und Aschheim) 343.
— Maskulinisation durch Ovarium-Geschwülste (Berner) 1158.
— Ruptur eines papillären Adenokystoms (Phaneuf) 431.
— Teercysten (Kitai) 250.
— Transplantation bei Hühnern (Pézard) 857.
— tuberkuläres Adenom (Neumann) 250.
— und Adipositas (Wintz) 556.
— Vagina als Testis (Loewe) 821.
Ovar, malignes Neoplasma (Norris und Vogt) 178.
Ovarnon (Heyn) 1093.
Ovar, Pseudocartilagocyste (Darnall) 124.
Ovogenese s. Eientwicklung.
Ovowop (Flechtner) 301.
Ovulation, spontane und provozierte (Hofstätter) 250.
Ovulationszyclus (Guttmacher) 319.
Ovulation und Menstruation (Novak) 265.
Oxalorachie (Nathan) 611.
Oxalsäure, Ursprung (Piccininni und Lombardi) 296.
Oxalurie, Pathogenese (Lombardi) 1277.
Oxydasereaktionen (Katsunuma) 335, 885.
Oxydation und Reduktionen in vivo (Quastel) 1310.
Oxylax (Hase) 248.
— (Nebert) 297.
Oxysäure, aromatische im Blut (Becher, Doenecke und Litzner) 1202.
Oxyuren s. a. Wurmkrankheit.
— -extrakt (Schröpl) 978.
— Neurodermitis (Schröpf) 888.
Oxyuriasis (Silianski) 331.
Oxyuris vermicularis (Langhans) 207.
Ozaena (Michailoff) 1143.
— Aetiologie und Vakzinetherapie (Hofer) 108.
— Blutchemismus (Fleischmann) 855.
— Heilung auf operativem Wege (Lautenschläger) 297.
— respiratorische Funktion (Romano) 110.
— -therapie (Soyka) 310.
— Behandlung (Leichsenring) 650.
— — (Borries) 926.
— -therapie von Soyka (Zickgraf) 1369.

Paarin (Rose und Huddleston) 1245.
Pachydermatocele (Sourasky) 216.
Pachymeningitis haemorrhagica des Säuglings (R. Debré und G. Semelaigne) 564.
— — interna (Sommerfeld) 546.
— — — (v. Sarbó) 1026.
— — Mikroencephalic, halbseitige (Stroh) 70.
Pagets Disease (Hartmann) 1278.
Pagetsche Krankheit (Audry) 35.
— — (Darier) 115.
— — (Pautrier, Levy und Diß) 614.
— — (Hickel) 115.
— — (Sechi) 1276.
Palilalie (Roberto, Rordorf und Cocchiararo) 366.
Pallidakulturen, Reinigung (Wilkes-Weiß und Weiß) 495.
Pallidales Syndrom (Leiri) 169, 653.
Pallidumfett (Makoto Kodama) 554.
Palmarfaszie, angeborene Verkürzung (Jorge) 565.
Paludismus, Provokation (Nasaroff) 1405.
Panaritien, nekrotisierende (Glaß) 1130.
Pandy, Proben (Goria) 892.
Pankreas (Pollak) 981.
— Atrophie (Groß) 645.
— Ausschaltung d. sympath. Innervation (Doppler u. Steinmetzer) 478.
— Bedeutung für den Wasserhaushalt (Jankowsky) 540.
— carcinom, Duodenaltubage (Antié) 1301.
— Konkretions (Perman) 1273.
— -darreichung beim Diabetes mellitus (Neve) 353.
— Dispert-Klaster bei Hauttuberkuliden (Axmann) 641.
— Echinococcus im (Kostic) 1404.
— -Erkrankungen (Nils) 1199.
— — Diagnose und Therapie (Isaak-Krieger) 105.
— -Erkrankungen, Erkennung akuter (Bernhard) 1168.
— -Ferment, äußerliche Anwendung (Schulz) 545.
— — -schwäche (Alexander) 1155.
— -fettgewebsnekrose (Rostock) 1368.
— -freilegung bei akuter Pankreatitis (Stein) 1302.
— -funktion (Baßler und Raymonds) 123.
Pankreasfunktion (Bjelenky) 1025.
— — Diagnostik der gestörten (Papp) 299.
— Funktionsstörungen, Insulin-Dextrose-Therapie (Grunenberg) 298.
— -Gang, Geschwulst (Springer) 121.
— Gangsystem (Schwarz) 1168.
— -Geschwülste (Einhorn) 1197.
— -hormon im Blut (Hoshi) 1319.
— kernlösende Fähigkeit beim Säugling (v. Lukács) 1170.
— -körper-Carcinom (Carnot und Libert) 694.
— -nekrose (Moisescu) 302.
— — (Orthner) 1305.
— — beim Diabeterkoma (Schott) 723.
— — Trypsinvergiftung bei der akuten (Harms) 1368.
— -präparate (Cainmidge) 215.
— primäre Sarkome (Gyl-Nazarian) 1443.
— -probe, Baßlersche (Lutz) 796.
— Rolle der Schilddrüse für das Wachstum des (Hammelt) 1351.
— Rundzellensarkom (Malan) 353.
— -ruptur (Feist) 414.
— und Schilddrüse, Antagonismus (Lundberg) 1171.
— -sekretion, Mechanismus (Mellanby) 929.
— — äußere (Clure) 118.
— — vasodilatinfreies (Weaver, Luckhardt und Koch) 1034.
— — Wirkung der Röntgenstrahlen (Orndoff, Farrell und Joy) 1420.
— -sekret, Regulation des Ausströmens (Copher und Kodama) 1451.
— -stein (Erik Holm) 561.
— bei Verdauungsstörungen (Leitner) 165.
— -verletzung, traumatische (Thomson) 692.
— -Zellinseln und Insulin nach Unterbindung der Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse (Herxheimer) 1433.
— -zysten (Einhorn) 77.
— — (Friedenwald und Cullen) 1110.
— — Pathogenese (Walzel) 647.
— — (Mesa Moles) 1173.
— — (v. Redwitz) 647.
Pankreatitis, akute hämorrhagische (Maconie) 1174.
— (Sondheimer) 754.
— (Faisweather) 486.
— Diabetes (Dunn, Vatcher und Woodwark) 487.
— (Delprat) 441.
— experimentelle, gangränöse (Fower) 568.
— nach Parotitis epidemica (Wilson) 562.
Pankreatische Eiweißverdauung (Willstätter) 245.
Pankreatin (Aaron, Wadsworth und Schneider) 432.
Pannus trachomatosus (Kerschmann) 1169.
Panophtalmie, van Linsenresten ausgehende (Nugent) 1111.
Pantopon-Somnifen-Aether-Narkose (Schäffler) 1236.
Panzerherz (Friedländer) 209.
— (Schlesinger) 156.
Papaverin (Heubner) 918.
— des Adamsapfels (Bonne) 1209.
Papiertücher sterile bei Wundtherapie (Woolsey) 697.
Papilla Vateri, Carcinom (Hingst) 1272.
Papillitis (Otis) 801.
Papillom-Hypopharynx (Gumpertz) 546.
Papillome der Regio analis (Delbet) 1416.
— von der Nasenkavität und angrenzenden Nebenhöhlen ausgehende (Saxén) 169.
Paraaminobenzolverbindungen (Guigan, Cohen und Heinekamp) 175.
— (Guigan und Brough) 373.
— (Heinekamp) 264.
Parabiliäre Stenosen (Lagravinese) 360.
Parabiose, Verhalten der Brunst (Pfeiffer und Zacherl) 917.
Paradentose (Praeger) 641.
— Behandlung (Neumann) 850.
Para-Epilepsie (Vergera) 892.
Paraffinölpräparat, festes (Köchlin) 818.
Paraffinöl, Wirkung auf den Darm (Lánczos) 553.
Paraffinsol-Reaktion von Kafka (Thurzó und Harsányi) 421.
Paraffin, Wirkung des flüssigen auf den Darm (Kondoleon und Joannides) 884.
Paragangliom (Zeckwer) 176.
Parakeratose (Gougerot) 494.
Paralyse (Cattier) 933.
— agitans (Fong) 932.
— — idiopathische (Fong) 797.
— beginnende, progressive (Bunker) 434.
— -Enzephalitis (Plaut) 468.
— — beim Kaninchen nach subduraler Injektion von Paralytikerliquor (Hoff und Pollak) 790.
— progressive bei gutartiger Malaria tertiana (Baker) 1238.
— Impfmalaria bei progressiver (Adelheim) 478.

Paralyse, Intracarotideninjektionen b. d. Behandlung (Halloran) 119.
— jugendliche progressive (Fornara) 359.
— Malariatherapie (Geratovitsch) 1365.
— — der progressiven (Pfister) 480.
— — — — (Spaar) **869.**
— mit langsamen Verlauf (Schmidt-Kraepelin) 420, 951.
— Optikusprozeß (Igersheimer) 720.
— Pathologie und Pathogenese 420.
— progressive (Coenen) 155.
— — (Markuszewicz) 70.
— — (Oesterlen) 754.
— — (Peracchia) 950.
— — (Plaut und Jahnel) 302.
— — (Weygandt) 71.
— — (Itten) 1410.
— — diagnostische Probe (Harris) 351.
— — Dienstbeschädigung (v. Schnizer) 242.
— — humorale Reaktionen (Sezary und Barby) 1311.
— — Liquorbefund nach Malariatherapie (Nicole und Steel) 692.
— — Malariabehandlung (Baender) 307.
— — — (Meyer) 331.
— — — (Warrington Yorke) 357.
— — Malariaimpfung (Cortesi) 173.
— — Neuroglia des Groß- und Kleingehirns (Cajal) 339.
— — präsymptomatische Phase (Pellacani) 174.
— — Rekurrenstherapie (Hoff und Horn) 416.
— — in der Türkei (Schükri) 203.
— Proteintherapie bei der progressiven (Kunde, Hall und Gerty) 1348.
— Sodoku bei der Behandlung der progressiven (Solomon, Berk, Theiler und Clay) 1143.
— Therapie (Dedichen) 170.
— — (Jahnel) 420.
— — (Löwenstein) 884, 919.
— — (Sioli) 420.
— — mit Malaria (Mörch) 641.
— — progressiver mit Impfmalaria (Unger) 105.
— — der progressiven mit Tryparsamid (Brown und Martin) 1136.
— — mit Stovarsol (Sézary und Barbé) 891.
— Trypanocidie, Phagocytose (Plaut) 420.
— Ueberimpfung von Malaria (Marie und Chevalier) 257.
— und Vakzination (Arnold und Kopp) 1264.
— vorbeugen (Hauptmann) 468.
Paralytica Dementia, Malariatherapie 1174.
— — Therapie mit Rekurrens Duttoni (Schröter) 951.
Paralytiker (Nakamura) 992.
— anatomische Veränderungen im Gehirn (Frets) 608.
— Erkrankungsverhältnisse in den Neffen- und Nichtenschaften (Kattentidt) 951.
— Framboesie-Immunität (Jahnel und Lange) 1332.
— Malariablut therapeutisch (Marie) 493.
— Spirochäten bei mit Malaria behandelten (Forster) 66.
— Syphilisimmunität (Jahnel und Lange) 1296.
Paralytische Konstitutionsuntersuchungen (Gründler) 951.
Paramedianschnitt nach Lennander (Inglessis) 1405.
Parametrium, Abwehrmaßnahmen (Hofbauer) 433.
— endometrioide Blutungen (Schiller) 1098.
Paranasale Sinus, Radium und Röntgenstrahlen (Quick) 501.
Paranaesin (Okanishi) 447.
Paranephritis im Kindesalter (Krabbel) 1333.
Paranephritische Eiterungen (Damski) 1369.
Paranoia (Cronin) 262.
— Therapie nach Adolf Meyer (Flournoy) 690.
Paranovol (Loeben) **1181.**
Paraphenlydiamin-Hautentzündung (Jacoby) 120.
Paraphimose, Reposition (Steinmann) 1296.
— Therapie (Wikenhausen) 333.
Paraplegie, hysterische (Reynolds) 1350.
— temporäre bei Tabiker (Lotsy) 726.
— bei pseudobulbären Zuständen (Alajouanine) 1311.
Parapsoriasis (Lortat, Fernet und Haye) 35.
Parasigmatismus nasalis (Imhofer) 310.
Parasiten, vegetabile (Wright) 1245.
Parasternaler Buckel (Hamburger) 333.
Parasympathisches Nervensystem, Einwirkung narkotischer Mittel (Rydin) 1070.
Parasympathischer Tonus und Peptonschock (Garrelon und Santenoise) 365.
Parasystolie (van Buchem) 1210.
Parathyreoiddrüse (Berkeley) 38.
Parathyreoidektomie (Lee) 615.
Parathyreoideaextrakt (Bassler) 893.
— (Sherill und Copp) 446.
— bei Tetanie (Snell) 221.
Parathyreoidgewebe, Transplantation bei partieller Thyreoidektomie (Lahay) 501.
Parathyreoides Hormon (Collip) 1281.
— — (Schulten) 64.
— — Wirkung auf tuberkulöse Symptome (Gordon, Roark u. Lewis) 730.
Parathyreoidea, innere Sekretion (Berman) 373.
— und Kalziumstoffwechsel (Vines) 171.
— Ueberpflanzung nach der Methode von Voronoff (C. Frangoni und N. Scirnone) 565.
Paratyphus (Uhlenhut und Seiffert) 640.
— abdominalis, Darmveränderung (Pick) 105.
— A in Schottland (Laurie) 484.
— und akute Gastroenteritis (Silberschmidt) 856.
— -bazillen (Elkeles) 918.
— — in einem Pyovarialabszeß (Cordua und Keck) 1236.
— B-bazillen (Ecker und Megrail) 259.
— B-Enteritisgruppe, lösliche Toxine (Menten) 495.
— B-Infektionen, Hyperglykämie (Menten und Manning) 259.
— Diagnose (Piney und Berry) 1404.
— -epidemie durch Pferdefleisch (Harms zum Spreckel) 547.
— -gruppe, Nomenklatur (Januschke) 108.
— -Infektion (Müller) 1199.
— -infektionen der Schlachttiere (Müller) 547.
— in der Mandschurei (Kawashima) 382.
— sepsis (Lehr) 684.
Paravertebralanästhesie (Wiedhopf) 1022.
Paravertrebrale Injektion (Mandl) 22.
Paraxysmale Glutfarbstoffurie nach Kältewirkung bei Syphilis (Traub) 443.
Parazentese im Kindesalter (Brühl) 107.
Parenterale Fermente und Immunität (Herb) 571.
Parinaudsche Konjunktivitis (v. Herrenschwand) 1336.
Parkinsonismus (Cruchet) 492.
— (Hoffmann) 297.
— (Roberto, Rordorf und Cocchiararo) 366.
— nach Kohlenoxydvergiftung (Grinker) 1350.
— postencephalitischer (Hall) 351.
— — (Kulkow) 886.
— — Therapie mit Nikotin (Moll) 762.
— Stirnhirnveränderungen (Poppi) 992.
— syphilitischer (Pappenheim) 251.
— traumatischer (Maier) 1094.
— im Verlauf schwerer Phthise (Wilder) 854.
— viszerale Innervationsstörungen (Hess und Goldstein) 1166, 1305.
Parkinsonistische Mikrographie (Petitpierre) 689.
Parkinsonsche, s. Paralysis agitans.
— Erkrankung, Behandlung (Ravina) 998.
— Krankheit, s. a. Paralysis agitans.
Paronychie Therapie (Coues) 262.
Parotis (Fischer) 953.
— Adenom (Czirer) 1274.
— rezidivierende Schwellungen (Wolff) 645.
— Tuberkulose (Lazzarini) 1378.
— -abszeß nach Tonsillitis (Lobell) 959.
— -tumor (Brandt) 1168.
Parotitis, epidemische (Meyer und Reifenberg) 1065.
— epidemica Meningitis (Bergmark) 1070.
— experimentelle (Ritossa und Naskasi) 1173.
— Infektionsweg bei eitriger (Seiffert) 399.
— — — postoperativer (Seiffert) 1168.
— postoperative (Narat) 261.
— — (Novak und Antupit) 122.
— — (Peightal) 378.
— — (Silbermann und Kogan) 1130.
— — (Soli) 1376.
— — (Wehmeyer) 298.
— Rekonvaleszentenserum (De Lavergne und Florentin) 31.
— tonsillogene (Haardt) 1207.
Paroxysmale Tachykardie bei Herzfehler (Major und Wahl) 568.
Partagonstäbchen (Eppenauer) 685.
Partigene, Einfluß apathogener Keime (J. E. Wolf) 306.
— Therapie bei Tuberkulose (Jannasch) 71.
Pascal 763.
Pasteurellakulturen (Tanaka) 660.
Pasteurisation, elektrische der Milch (van Leersum) 927.
Pasteurisierung (Köpke) 335.

Pasteurisierung (Seelemann) 469.
— Wirkung auf die Milch tuberkulöser Tiere (White) 355.
Patella, angeborene Anomalie (George und Leonard) 499.
— bipartita (L'Heureux und Riche) 493.
— — (Paus) 1273.
— Entwicklungsanomalie (Adams und Leonard) 266.
— Fraktur (Corrigan) 998.
— Luxationsfraktur (Frisch) 647.
— Rekonstruktion (Valdoni) 995.
— seitliche Luxation (Friedland) 1268.
Paukenhöhlenschleimhaut (Manasse) 604.
Pecha-Schneidemaschinen (Voges) 756.
Pediculosis capitis Therapiemethoden (Vonkennel) 547.
Pedunculus (d'Hollander und Rubbens) 492.
Pektin, Kalziumpektat-Methode (Enomet und Carré) 1310.
Pellagra (Sutton) 1110.
— in Kärnten (Matuschka) 249.
— im neuen Oesterreich (Arzt) 1029.
— Neurohistopathologie (N. W. Winkelman) 554.
— -hauterscheinungen, Röntgentherapie (Underwood) 445.
Pelveoperitonitis gonorrhoica (Stern) 989.
Pelzarten, Tragen gefärbter (Thibierge und Lacassagne) 997.
Pemphigus (Spillmann, Watrin und Créhange) 827.
— (Urbach) 347.
— chronischer (Hufschmidt) 614.
— foliaceus vegetans (Kristic) 1440.
— und innere Sekretion (Buschke und Langer) 1209.
— und Kolloidstruma (Khoor) 1440.
— neonatorum (Krigbaum) 616.
— — (Mellon und Caldwell) 78.
— — Muttermilch als Ansteckungsquelle (Mellon, Caldwell und Winans) 77.
— — Therapie (Völckers) 979.
— vulgaris, Erkrankung des Zentralnervensystems (Pirilä) 445.
— — Therapie (Schreus und Esser) 989, 1068.
Pemphigoide Erkrankung (Boucher) 114.
Penis-Abschnürung (Vermooten) 445.
— und angioneurotisches Oedem (Ezickson) 1033.
— -Anomalien (Sievers) 1405.
— Carcinoma (Coruzzi) 1142.
— — (Föderl) 1066.
— Epitheliom (Calef) 110.
— Sarkom (Mark) 858.
— — (Schmidt) 1274.
— spontane Gangrän (Bitschai) 24.
— Epitheliom, Therapie (Dean) 1038.
— traumatischer Defekt der Glans (Joseph) 641.
— Zylinderepithelzyste (Hajós) 246.
— zystische Geschwülste (Mensch) 884.
Pensionierungs-Neurosen (Moser) 1204.
Pentamethylentetrazol (Hildebrandt, Eichler) 981.
Pentamethylglukose (Levene und Meyer) 866.
Pepsin (Giuca und Jankowska) 1363.
— bei Augenleiden (Naróg) 1319.
— im Mageninhalt (Utz) 303.
— quantitative Bestimmung im Magensaft (Citron) 1197.
— Wirkungsbedingungen (Kalk) 1157.
— -sekretion, Einfluß kleinster Eiweißzulagen (Comberg) 472.
— werte in fraktioniert ausgehebertem Magensaft (Manasse) 1198.
Peptidase (A. Mertz und H. Mayer) 556.
— -haushalt (Pfeiffer und Standenath) 412.
— — des Epileptikers, Einfluß der Hyperventilation (Pfeiffer, Standenath und Weeber) 1234.
— — des Kaninchens bei Fieberformen (Pfeiffer und Standenath) 980.
— — von Epileptikern (Pfeiffer, Staudenath und Weeber) 602.
Peptische Geschwüre (Simnitzky) 918.
Peptonschock und parasympathischer Tonus (Garrelon u. Santenoise) 365.
— Thryeoideaapparat (Garrelon und Santenoise) 696.
Peptontherapie gegen Strophulus (Pasteur, Valleroy-Radot und Blamontier) 492.
Periarteriitis nodosa (Harbitz) 1133.
— — (Freund) 1440.
Periarthritis, endokrine (Umber) 1095.
Peribronchitis (Meader) 894.
Pericrina (Berger) 412.
Periduodenitis (Seifert) 1267.
Perifokale Entzündung, Epidemiologie (Redeker) 719.
— — Klinik und Diagnose (Kleinschmidt) 718.
Perigastritis diaphragmatica, pleurogene (Plaschkes und Weiß) 1166.
Perihepatitis traumatica (Barlocco) 1415.
Perikard, s. a. Herz.
— Obliteration (Kirschner und Matthes) 297.
Perikard, Punktion (Roch und Frommel) 72.
— Bedeutung für den Blutumlauf (Hauffe) 1126.
Perikarditis (Elwyn) 959.
— akute (Elwyn) 932.
— chronische (Musser und Herrmann) 999.
— Diagnose und Behandlung (Stolte) 1153, (Gulecke) 1153.
— eitrige, operierte (Westerborn) 1070.
— exsudativa (Kamenetzky-Rabinowitsch) 332.
— exsudative, Röntgenbild (Frommel und Eghiayan) 349.
— haemorrhagica (Zulueta) 930.
— im Kindesalter (De Angelis) 1415.
— primäre, tuberkulöse (Rawls) 78.
— purulente (Wood) 39.
— Therapie der tuberkulösen (Lian und Corneau) 32.
Perilabyrinthäre Zellen, Eiterung (Loebell) 926.
Perinephritis, chronische (Revesz) 209.
— dolorosa (Gorasch) 926.
— vernarbende (O'Connor) 175.
Perineum, Schutz (Villarma) 1040.
Periostitis rheumatica (Grundmann) 1093.
Periskoptubus (Alberti) 986.
Peristaltin (Danielsohn) 819.
Peritonealtuberkulose (Zorrilla) 930.
Peritoneum, Pseudomyxoma (v. Gierke) 883.
— Schließung von sprödem und reißendem (Ward) 1382.
— -entzündungen, Therapie eitriger (Keysser und Ornstein) 330.
— -falten in der Chirurgie, Adhäsionen (Gutierrez) 501.
— Fremdkörpertuberkulose (Coronini und Jatron) 1066.
— Funktion (Goldschmidt und Schloß) 647.
— -Tuberkulose (Gragert) 949.
Péritonite à pneumocoques (Mouriquand, Bernheim und Rendu) 1138.
Peritonitis (Tremiterra) 859.
— Aethertherapie (Wolfsohn) 952.
— akute (Moppert) 479.
— — (Thompson) 441.
— — allgemeine, Therapie (Cardenal) 640.
— allgemeine nach akuter Pankreatitis (L. Choquard) 559.
— anterior (Pennisi) 1378.
— chronische (Albrecht) 1126.
— — im Kindesalter (Bominger) 686.
— diffuse (Heufelder) 333.
— Enterocolostomie (Long) 897.
— Frühformen der Pneumokokken (Melchior) 850.
— und Ileus (Schönbauer) 309.
— kachektische, bei ernährungsgestörten Säuglingen (Foote) 117.
— nach Kaiserschnitt (Schultheiß) 823.
— metastatische (Girgensohn) 687.
— ossificans (Myers) 266.
— Pneumokokken (Remijuse) 481.
— Röntgendiagnostik (Laurell) 1307.
— Sauerstoff bei der exsudativen tuberkulösen (Maestrini) 1277.
— serosa acuta (Prima) 1338.
— Therapie der akuten (Weeks und Brooks) 615.
— — — diffusen Perforationsperitonitis mit Spülung mit salzsaurem Pepsin (Schönbauer) 1302.
— Behandlung der eitrigen (Pampere) 1061, 1093.
— — — — freien (Kirschner) 398.
— — — Perforationsperitonitis (Isler) 109.
— tuberkulöse (Lockwood) 615.
— — Sauerstoffeinblasung in die Peritonealhöhle (Garbat) 430.
— in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose (May) 1128.
Peritonsillärer Abszeß (Claus) 641.
— — (Patterson) 761.
Peritonsillarabszesse (Hofer) 310.
— (Mayer) 478.
Peritonsillarabszeß, tiefsitzender (Haardt) 106.
Perityphlitis, s. Appendizitis.
Periurethritis, Hohlsonde (Rupel) 700.
Perkussion (Gilbert) 361.
— (Gilbert, Gutmann und Tzank) 490.
— (Schwarzmann) 722.
— der Lungenspitzen (Plesch) 924.
— palpatorische (Mahlo) 1401.
Permeabilität (Engel und Kerekes) 1020.
Permeabilitätsschwankungen der Geister- und Nervenkranken (Büchler) 1026.
Perimetrie, quantitative (Gaudissant) 1447.
Pernionen (Brase) 548.
Perniziöse Anämie, s. Anämie.
Peronealsehne, Ossifikation (Goddu) 120.
Peroneusatrophie, Vererbung (Macklin und Bowman) 430.
Peroneus-Lähmungen (Comera) 488.
Peroneuslähmung durch Bleininhalation (Jülisch) 1094.

Peroxydasereaktion in Blutausstrichen (Beacom) 1075.
Peroxydase im Serum (Kwasniewski und Henning) 883.
Perspiration, insensible (Benedict und Root) 896.
Perthes-Köhlersche Krankheit (Konjetzny) 403.
Perthessche Krankheit (Brill) 649.
Pertubation (Graffagnino) 1002.
— (v. Scheller) 557.
— (Schwarzwäller) 1097.
— (Tholen) 990.
Pertussis, s. Keuchhusten.
Pes equinovarus (Virchow) 752.
Pessare intrauterine (Haatrup) 760.
Pest (Lloyd) 117.
— (Rohardt) 1333.
— Epidemiologie (Kapsenberg) 429.
— — (Manteufel) 108.
— und Steppenmurmeltier (Adolphi) 642.
Pestbazillus (Lagrange) 1032.
Pestgift (Leger) 695.
Pest-Schriften, die ersten gedruckten (Klebs-Sudhoff) 1004.
Petroleum, Verteilung auf Teichen (Wetmore) 1315.
Pfählung, tödliche (Burger) 557.
Pfannenveränderungen bei der Osteochondritis der Hüfte (Chassard) 365.
Pferdepocken (Greaves) 761.
Pferdeserum, Einfluß parenteral einverleibten auf den Stoffwechsel (Watabe) 985.
— Störungen nach Einnehmen (Garin, Imbert und Rousset) 730.
Pflegekinder, Versorgung in Berlin (Nassau) 297.
Pfortadernekrose (Lehmann) 415.
Pfortaderzirkulation (Montagne) 959.
Phagedänismus nach weichem Schanker (Lepinay) 219.
Phagozyten, Herkunft (Eliot) 1143.
Phagocytose (Zebrowski, Kuligowski, Makowski und Komocki) 333.
— Trypanocidie bei Paralyse (Plaut) 420.
Phanodorm (Lackerbauer) 70.
— (Lindenbaum) 1264.
— (Mansbacher) 1095.
— (Nanerati) 885.
— (Weiß) 299.
— (Wittwer) 473.
Phänomenologie (v. Monakow) 1306.
Phantastica (Lewin) 1285.
Phantom (Betlheim) 421.
Pharmakopoe der Vereinigten Staaten (Hatcher) 76.
Pharmakotechnik (Kranz-Busch) 1023.
Pharyngo-Oesophageale Divertikel (Vinson) 75.
Pharynxerkrankung, maligne (Trotter) 351.
Pharynx, sympathische Innervation (Leriche und Fontaine) 1137.
Phenacitinvergiftung (Reid) 1282.
Phenolain (Ferguson) 655.
Phenolase im Blutserum (Melczer) 1273.
Phenol, freies im Blut (Becher und Litzner) 243.
Phenolipoid Piazza (Kriß) 478.
Phenolkoeffizient (Burus und Bullock) 373.
Phenolphthaleindermatitis (Bondurant) 1284.
Phenolsulfophthalein (Bernheim) 1203.
— -Ausscheidung (Abramson) 318.
— Ausscheidung bei Nierenkranken (Möller und Lundsgaard) 483.
— im Organismus (Möller und Lundsgaard) 483.
— -probe (Bonadies) 931.
— — (Hewitt) 79.
— — (Lundsgaard und Möller) 483.
Phenylhydrazin (Brown und Giffin) 1143.
Philosophie in der Medizin (v. Schnizer) 881.
Phimose, Operation (Stanck) 1413.
Phimosenoperation (Dietel) 300.
Phlebektasie, genuine diffuse am Arm (Schmidt) 1168.
Phlebitis syphilitische (Lafoureade) 368.
— syphilitica (Lévy) 1278.
— Therapie mit ultravioletten Strahlen (Savini) 361.
Phlegmone, Therapie (Pels-Leusden) 642.
Phlegmonen unter dem Musculus pectoralis maj. (Hjortred) 1070.
Phlogetan (Benedek) 203.
Phloridzin-Diabetes, Pathogenese (Lundsgaard und Holböll) 928.
Phloridzin, Einfluß auf die Niere (Dünner) 1130.
— -glykosurie, Einfluß von sympathiko- und vagotropen Mitteln (Dünnar und Mecklenburg) 981.
— Wirkung auf die isolierte Froschniere (Hartwich) 923.
Phlyktänuläre Augenerkrankung (Riehm) 1336.
Phlyktäne und Skrofulose (Hinzelmann) 1065.
Phokajod als Heufiebermittel (Nußbaum) 685.
Phokomelie (Doerffer) 345.
Phokomelus (Harris) 1040.
Phoko-Peromelie (Gerassimov) 649.
Phosphat, Ausscheidung während der Wasserdiurese (Havard und Reay) 1310.
Phosphatfraktionen des Blutes (Heinelt) 416.
Phosphatgehalt des Blutes bei Neugeborenen (Riesenfeld, Handelman und Rose) 179.
Phosphate, histochemischer Nachweis im wachsenden Knochen (Stove) 544.
— im Serum, Beeinflussung durch orale Phosphatzufuhr (Röckemann und Stoffel) 984.
Phosphatstoffwechsel (Bolliger) 1245.
Phosphaturie (Glaser) 1403.
Phosphor (Scheidegger).
— anorganischer im Blute normaler Kinder (Morew) 1412.
— Beziehungen zum Kohlehydratstoffwechsel und zu den Zuckerkrankheiten (Gaßmann) 1078.
— -gehalt des Blutes, chronische Parathyreoidea-Insuffizienz (Berman) 370.
— -haushalt bei Nephritis (Heinelt und Seidel) 724.
— -industrie, Arbeitsbedingungen (Schapiro-Aronstamm) 271.
— -säure freie, Abspaltung aus überlebendem Gehirnbrei (Stamm) 304.
— -säuregehalt des Blutes bei Lungenkrankheiten (Vorschütz) 397.
— -säureion, Einfluß auf den Blut- und Harnzucker (Friedländer und Rosenthal) 418.
— im Serum, Bedeutung für die Rachitis (Samson) 640.
— -stoffwechsel (Howard und Wilson) 866.
— -vergiftung, intrazelluläre Fermente der Leber (Staemmler) 243.
— — Stoffwechsel der Leber (Hürthle) 204.
Photoaktivität bestrahlter Substanzen (Beck) 984.
Photochemische Serumreaktion (Bültemann) 300.
Photographischer Apparat (Homan) 660.
Photographische Heilerfolge (v. Baeyer) 1206.
Phototherapie (Eidinow) 1135.
— der Larynxtuberkulose (Cemach) 886.
Phrenikotomie (Plenk und Matson) 71.
— bei Lungenkrankheiten (Maurer) 490.
— — Lungentuberkulose (Gargaly und Narkovits) 754.
— radikale bei Lungentuberkulose (Thearle) 431.
Phrenikus akzessorischer (Ruhemann) 206.
— -ausschaltung bei Lungentuberkulose (Bacmeister) 339.
— -entfernung in der Therapie der Lungentuberkulose und Bronchiektasien (Davies) 352.
Phrenikusexhairese (Deist) 606.
— bei doppelseitiger Lungentuberkulose (Pigger) 717.
— Einfluß auf die Atmung (Dünner und Mecklenburg) 1264.
— Klinisches und Experimentelles (Dünner) 718.
Phrenikuslähmung beim Neugeborenen (Friedman und Chamberlain) 431.
– einseitige (Briscoë) 858.
Phrenikuslähmungen durch zervikale und thorakale tuberkulöse Prozesse (Simon) 1064.
Phthise, s. Tuberkulose.
Phylogenetische Gewohnheit und Säuglingsturnen (Hamburger) 1029.
Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe (Höber) 662.
— Therapie (Hauffe) 920.
Physiognomie (Rolle) 1142.
Physische Störungen (Wile) 259.
Physormon (Haeland) 473.
Physostigmin (Loewi und Navrath) 545.
— (Zucker) 421.
— -salizylat, Wirkung (Dierks) 686.
Pia mater (Ebstein) 1365.
Picksche Atrophie (Stertz) 420.
— Krankheit (Onari und Spatz) 420.
Pigmentation der konhektischen (Roch und Katzenelbogen) 168.
— bei Myxödem (Krantz und Means) 1213.
Pigment, Einfluß auf die optischen Eigenschaften der Haut (Kartschagin) 644.
— -neurolepride (Schöpl) 651.
— -spindel, Axenfeld-Krückenbergsche (Seißiger) 1100.
— -stoffwechsel der Leber in der Schwangerschaft (Enfinger und Bader) 425.
— -streifen (Zeiß) 1128.
Pikrinsäure als Hautdesinfiziens (Fogel) 29.
Pilokarpinchlorid, Wirkung (Dierks) 686.
Pilokarpininjektionen, subkonjunktivale (Puscarin und Cekrez) 1105.
Pilokarpinwirkung (Herzfeld und Mosler) 755.
— und Elektrokardiogramm (Herzfeld und Mosler) 820.
— auf die Immunkörperbildung (Belák, S ghy u. Csereszнyés) 1262.
— — — Zuckerausscheidung der isolierten Froschnieren (Mancini) 853.

Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut (Tschernogubow) 213.
— — Zehen (Hulsey und Jordan) 77.
Pilztötende Wirkung flüchtiger Oele (Myers und Thienes) 75.
Pilzuntersuchungen (Gundersen) 214.
Pilzvergiftung (Moggi) 1174.
— (Hauer) 1305.
Pinealdrüse, s. Epiphyse.
Pinokamphon (Siegel) 204.
Piotrowskisches Phaenomen (Sagin) 646, 1314.
Piqûre, chronische (Tychowski und Crowell) 570.
Pirquet, Kutanreaktion unter Einwirkung von ultravioletten Strahlen (Morabito) 1173.
Pirquetsche Reaktion, Lymphangitis bei (Herzfeld) 1336.
Pituitrin, s. a. Hypophyse.
Pituglandol-Injektionen, intravenöse (Zorn) 688.
Pituigan (Kolb) **1115.**
— (Steim) 1170.
Pituitrin (de Cortret) 657.
— (Hoeland) 473.
— (Muller) 428.
— Geburtseinleitung (Tholen) 349.
— bei Obstipation (Obermer) 216.
— -Sensibilität (Csépai und Weiß) 724.
— Wirkung auf den Wasserhaushalt (Koref und Mautner) 686.
Pituosona (Brühl) 1170.
Pityriasis rosea, Aetiologie (Mestschersky) 368.
— — Gibert (Chevalier) 114.
— rubra pilaris (Gougerot) 257.
— — — (Jeanselme und Burnier) 114.
— — — (Milian und Rimé) 219.
— — — (Gougerot) 257.
— — — (Pautrier und Hincky) 614.
— — — (Wester) 426.
— steatoides (Juster und Huerre) 367.
— versicolor des behaarten Kopfes (Keller) 426.
Pix Liquida, teledynamische Wirkung einiger Derivate (Mandl) **667.**
Placentae abliato (Welz) 1040.
Placenta accreta (Ecke) 823.
— Angiom (Neumann) 1437.
— Beurteilung bezüglich ihrer Vollständigkeit (Franken) 558.
— cervicalis dissecans (Heidler) 203.
— chemische Altersveränderungen (Bienenfeld) 688.
— -gift im Sinne Obatas (v. Oettlingen und Schwoerer) 1366.
— gürtelförmige (Fränkel und Granzow) 646.
— Hormon (Hartmann, Dupre, Albu) 1351.
— Infarktbildung (Browne) 486.
— Kalkuntersuchungen (Wehefritz) 343.
— Milchsäureentwicklung (Loeser) 824.
— praevia (Kellog) 440.
— — (Lieberman) 1040.
— — (Wagner) 345.
— — (Ilroy) 1381.
— — Diagnose und Behandlung (Barris) 1174.
— — als Indikation für Kaiserschnitt (Liepmann) 342.
— — Metreuryse (Klaften) 1166.
— — Therapie (Siegel) 558.
— Prolaps (Rucker) 440.
— Sitz (Demme) 161.
— Syphilis (Cord) 1040.
— Turgeszierung nach Mojon-Gabaston (Wieloch) 1098.
— bei vierfacher Schwangerschaft (Williams) 1349.
— vorzeitige Lösung (Prager) 953.
— Züchtungsversuche (Guggisberg und Neuweiler) 688.
Placentarlösung, experimentelle (Hofbauer und Geiling) 319.
— manuelle (Montag) 345.
Placentarperiode, Therapie (Haba) 343.
— — (M. Wuhrmann) 559.
Placentarpolypen (Rosenstein) 346.
Placentarrest, schwere Blutung (Mandel) 245.
Placentare Hormondrüse (Loewe und Voß) 684.
Plasma s. a. Blut, Serum.
— Albumin, Globulin und Fibrinogen bei Nierenerkrankungen (Fahr und Swanson) 1316.
— Aminosäuregehalt (Wiechmann und Dominik) 1334.
— und Harn, Verteilungsverhältnis der Eiweißkörpergruppen bei Nierenkranken (Koller und Starlinger) 1202.
— Kolloidstabilität (Eufinger) 1027.
— Proteine bei Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett (Plass und Matthew) 1176.
— -zellenmyelom (Goudsmit) 429.
Plasmochin (Hörlein) 1120.
Plastiken an großen Kugelgelenken (Payr) 403.
Plato, moderne medizinische Probleme (**v. Schnizer) 102.**
Platonische Liebe (Brandt) 1131.
Plattfuß (Meyer) 159.
— kontrakter (Meyer) 647.
— Messung (Brogard) 475.
— Therapie (v. Dittrich) 649.
— unblutige Korrektur (Mommsen) 886.
Plaut-Vincentsche Angina (Miller und Epstein) 615.
Pleozytose im Liquor (Szplinan-Neuding und Paul) 1376.
Pleocytosis spinalis (Smith) 208.
Plethopyrosis (Helmreich) 330.
Plethora (Löwy) 158.
Pleura, absorbierende Kraft (Binet) 363.
— Carcinom (Feinblatt) 40.
— -druck, physiologischer (Bernou und Cardis) 891.
— -empyem, Operation (Breitmann) 1302.
— — Therapie (Mühsam) 299.
— — — (Oelschlägel) 1368.
— Erguß (Rieux) 1345.
— -ergüsse, Autoserotherapie (Chapius) 479.
— — mit intrapleuralen Injektionen von Jodkali (Berri) **563.**
— -Erkrankungen im Säuglingsalter (Burghard) 1065.
— -exsudate (Secco) 996.
— -füllung mit größeren Oelmengen (Bernou) 891.
— -höhle, Aspirations- und Spülapparat (de Martini und **Wynn) 1034.**
— — freie Flüssigkeit (Lasersohn) 765.
— — Pneumokokkenempyeme (Achard) 1416.
— Luftansammlung unter der (Miller) 1177.
— Lymphstauung bei Prozessen im Gebiete der parietalen **(Sorgo)** 478.
— parabronchitische Ausschwitzungen (Petzetakis) 996.
— -punktion (Delbecq) 361.
— — anaphylaktischer Choc (Morenas) 729.
— -punktionen (Fixier und Polloson) 364.
— -punktionsapparat (Weitz) 416.
— -reflexe, epileptiformer (Perer) 930.
Pleurale Ringschatten (Amberson) 437.
— -risse (Koch) 920.
— -schwarte, verkalkte (Arnold) 986.
Pleurale Symphyse (Bernou) 764.
Pleura-Tuberkulose (Lemon) 267.
Pleura-Verkalkung (Young) 172.
Pleura-Flüssigkeit (Unverricht) 1433.
Pleuritis s. a. Empyem.
— adhaesiva, basale (Plaschkes und Weiss) 1166.
— — obliterans (Koopmann) 819.
— Bestimmung der oberen Grenze des Exsudates (Schill) 1342.
— calcificans (Sörensen) 1070.
— fibrinosa adhaesiva (Unverricht) 244.
— mediastinalis (van der Mandele) 209.
— Pathologie und Therapie (Nyiri) 1063.
— beim Pneumothorax, allergische Entstehung (Luridiana) **564.**
— tuberkulöse (Moro und Pirani) 995.
— tuberculosa (Walder) 642.
— in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose (Steinert) 1128.
Pleuritischer Erguß (Pezzotti) 826.
Pleuritiden, eitrige (Aegis) 1413.
Pleuropneumolyse, manuelle (Paternoster) 1277.
Plexus brachialis, Lokalanästhesie (Caeiro) 1452.
— chorioideus, Metastasen (Klepacki) 998.
— — Schädigung (Schacher) 642.
— coeliacus, Geschwülste (Singer) 1026.
— Permeabilität für Traubenzucker und Aminosäuren (Wiechmann) 645.
Pluriglanduläres Syndrom (Itzenko) 951.
Pneumasol (Kretschmer) 1403.
Pneumatocephalus (Krogius) 793.
Pneumatosis cystoides intestini (Holm) 653.
Pneumoapparate (Rawicz-Sczerbo) 1243.
Pneumoconiosis (Pancoast und Pendergrass) 963.
Pneumocysta cerebi (Siegmund) 1066.
Pneumoencephalomyelographie (Liberson) 1039.
Pneumokokken (Falk und Yang) 207.
— (Falk und Jacobsohn) 375.
— -antikörperlösung (Huntoon) 660.
— elektrophoretisches Potential und Wirulenz (Falk, Gussin und Jakobson) 259.
— Frühformen der Pneumokokken-Peritonitis (Melchior) 850.
— Hämotoxin (Neill und Mallory) 1244.
— immunbiologische Einstellung gesunder und kranker Kinder (F. v. Gutfeld und E. Nassau) 556.
— Infektion (Chatard) 571.
— Infektionsversuche (Wámoscher) 758.
— kryptogenetische Pneumokokken-Peritonitis der Kinder (Budde) 412.
— -Meningitis (Douthwaite) 657.
— — (King) 1134.
— — (Synge) 487.

Pneumokokken-Meningoencephalitis (R. Untersteiner) 554.
— -Peritonitis (Ellison, Tidy und Willams) 355.
— — (Remijnse) 481.
— — (Wolfsohn) 106.
— — (Vasile) 1344.
— — primäre (Montgomery) 267.
— Schleimhautimmunität (Cooper) 733.
— -serum (Brand und Kochmann) 332.
— -typen (Weslund) 733.
— Umwandlung avirulenter in virulente (Levinthal) 1433.
Pneumococcus (Telton, Lloyd und Bailey) 375.
— lanceolatus (Burian) 204.
— planus (Adam) 645.
— serologischer Typus (Berger und Engelmann) 412.
Pneumonie s. a. Lungenentzündung.
— Bildung organischer Säuren und Kochsalzretentive (Holten) 1316.
— nichtspezifische Therapie (Cornwall) 1248.
— Therapie der crupösen (Böttner) 1165.
— — — — (Sovadina) 1281.
— Thyreoidea-Pneumonie und Manganbehandlung (Nott) 857.
Pneumonographie (Clerf) 267.
Pneumonokoniose (Schellenberg) 338.
Pneumopathien (Rosenthal) 996.
Pneumoperitoneum (Stein) 379.
— bei exsudativer tuberkulöser Peritonitis (Tremiterra) 859.
— und Jodöl in der gynäkologischen Diagnostik (Stein und Arens) 1315.
Pneumopyelographie (Kornitzer) 1132.
Pneumoradiographie des Nierenlagers (Brecher) 1269.
Pneumothorax (Alvermann) 71.
— (Curti) 826.
— (Deist) 606.
— (Edström) 73.
— (Henzelmann) 1375.
— (Morgan) 487.
— (Oekonomopoulo) 1128.
— (Pearson) 216.
— (Rehberg) 1363.
— (Schoop) 1128.
— (Ulrici) 104.
— (Unverricht) 244.
— -apparat, transportabler (Neumann) 415.
— Asthma (Spiracke) 80.
— beider Lungen (Schultz) 606.
— bilateralis (Samson) 206.
— bilateraler künstlicher (Tobé und Terrasse) 611.
— diagnostischer (Isaacs) 499.
— doppelseitiger (Bordet und Parodi) 891.
— — (Giani) 359.
— — (Wiese) 717.
— — (Zuccola) 359.
— — Entspannungs-Pneumothorax bei Lungentuberkulose (Samson) 104.
— — künstlicher (Tobé und Terrasse) 1175.
— Empyem (Fraenkel) 1335.
— Holzknecht-Jakobsohnsches Phänomen beim künstlichen (Brieger) 1363.
— künstlicher (Bailett) 112.
— — (Campani und Fiori) 562.
— — (Chmelnitzki) 1443.
— — (Curti) 360.
— — (Gwerder) 1335.
— — (Freixas) 1212.
— — (Geeraerd) 891.
— — (Meerson) 206.
— — **(Pick) 908.**
— — (Pisani) 359.
— — (Shore) 487.
— — (Sillig und Bothézat) 169.
— — bei Larynxtuberkulose (Russi) 859.
— — bei Lungentuberkulose (Jacoaeus) 112.
— — Mühlengeräusch (Junker) 606.
— — — (Krömeke) 754.
— — und Pleuritis (Gil Casares) 1173.
— — Therapie (Katsura) 979.
— — traumatische Adhäsivpleuritiden (Bernhard) 361.
— bei Lungentuberkulose (Blasko) 1273.
— -nadel (Adler) 821.
— neuer Apparat für künstlichen (De Martini und Wynn) 1284.
— partieller, Therapie des Emphysems (Ganter) 299.
— Pleuraerguß als Komplikation (Burrel) 825.
— -raum, Fibrinkugeln (Klinkenstein und Belajewa) 470.
— — Fibrinkörper (Stöffel) 608.
— Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten (Gripenberg) 30.
— spontan (Dorendorf) 244, 297.
Pneumothorax-Spontan (Walser) 1128.
— spontaner (Koelensmid) 652.
— — (Sonies) 1335.
— — (Werner) 470.
— — kindlicher (Benjamin) 419.
— -Taschenapparat (Mainini) 1175.
— Technik und Erfolge des künstlichen (Schröder) 984.
— Therapie (Durand) 891.
— -behandlung der chronischen Lungentuberkulose (Ebstein) 24.
— Zwerchfellprolaps (Sergent, Oury und Cottenot) 891.
— Zwischenfälle (Schuberth) 921.
Pneumozon (Da Rin) 216.
Pocken s. a. Vakzination.
— Blutbild (Ikeda) 659.
— in England und den Vereinigten Staaten (Prinzing) 304.
— -epidemie in einer Entbindungsanstalt (Hoppe) 346.
— und Herpesvirus (Heymann) 413.
— -impfung, nervöse Zwischenfälle (Frommel) 1029.
— -lymphe, Heteroinfektion (Testa) 359.
— -schutzimpfung (Oestreicher) 335.
— -schutz- und Tollwutinfektion (Busson) 1166.
— oder Varizellen (Hulshoff) 990.
— in den Vereinigten Staaten (Draper) 177.
Podagra, Konstittutionstypus (Huck) 1062.
Poikilodermie (Louste, Thibaut, Cailliau) 35.
— erythematöse atrophische (Milian und Périn) 113.
Poikilodermia atrophicans reticularis des Gesichts und Halses (Lortat-Jacob und Legrain) 1278.
Poikilozytose (Kanelis) 1401.
Poliomyelitis (Ebright) 269.
— (Kovacs) 431.
— (Stern) 1196.
— anterior subacuta (Baudonin, Schaeffer und Celice) 1311.
— bulbären Typs (Collinson) 1134.
— chronische Erkrankungen (v. Fischer) 888.
— Differentialdiagnose der epidemischen (Ochsenius) 1403.
— -Epidemie (Knapp, Godfrey und Aycock) 1034.
— Epidemiologie (Aycock) 893.
— Frühtherapie (Montgomery und Coole) 118.
— Hautreaktion (Rosenow) 733.
— Rekonvaleszentenserum im Initalstadium (Shaw, Thelander und Fleischner) 221.
— tödliche akute Form (Petrén und Sjövall) 991.
— Histopathologie (Creutzfeldt) 205.
— epidemische Natur (Picard) 205.
— Präzipitinreaktion (Rosenow) 733.
Pollengehalt der Luft (Wigand) 331.
Pollensensibilität (Kahn und Grothaus) 41.
Pollen-Uebersicht (Koessler und Durham) 568.
Polyarthritis, akute rheumatische als Streptokokkenkrankheit (Singer) 105.
— chronische, Proteintherapie (Faber) 760.
— deformans chronica der Kinder (Noubécourt) 349.
— Ursache und Therapie der chronischen (Smith) 800.
Polycythämie, familiäre, idiopathische (Kretschmer) 24.
— Kreislaufveränderungen (Brown und Giffin) 370.
Polycythaemia myelopathica s. Vaquezsche Krankheit.
— rubra (Detre) 979.
— — Pathologie und Therapie (Schmidt) 1362.
— Therapie mit Phenylhydrazin (Brown und Giffin) 1143.
— vera (Ryser) 955.
Polydaktylie, unvollständige, Außenseite von Hand und Fuß (Duncker) 1206.
— vererbte (Staff) 608.
Polymastie (Abgabekoff) 953.
— (Theodor) 313.
Polyneuritis, Therapie mit Tetrophan (Laserson) 884.
Polyposis (Schmieden) 401.
— coli (Fischer) 726.
Polysaccharide, Abbau und Aufbau (Pringsheim) 1150.
Polyserotitis, akute (Harvier und Chabrun) 694.
Polyzythämie (Gram) 1133.
Ponsgliome (Sato) 992.
Ponto-neozerebellare Hypoplasie (Koster) 794.
Poradenitis (Todd) 1136.
Poradenolymphitis (Kristjansen) 613.
Porenkephalie, Genese und Klinik (Kikuth) 165
Porphyrie (Kämmerer und Weisbecker) 336.
— schmerzhafte (Melkersson) 169.
— spontane, schmerzhafte (Melkersson) 653.
Porphyrinurie (Rouillard) 998.
— (Krumbiegel) 1403.
Portio s. Uterus.
Postencephalitis. Pupillenungleichheit und vegetative Asymmetrie (Hansen und Goldhofer) 822.

Postoperative Therapie (Lewis) 698.
Potentialdifferenzen (Pech) 696.
Potentialitäten, sexuelle (Pézard, Sand, Caridwit) 350.
Pottscher Buckel, Paraplegie (Devesa) 488.
Pottsche Fraktur (Greenslade) 355.
— Krankheit s. Spondylitis tuberculosa.
— Paraplegien (Sorrel und Sorrel-Déjerine) 794.
Praecipitinreaktion (Downs und Goodner) 432.
Praktikanten (Christian) 697.
Praeputium, plastischer Ersatz (Ostrowski) 641.
Praesakrale Geschwülste, angeborene **(Budde) 600**, 1066.
Pregische Nierenfunktionsprüfung (Haberer) 203.
— — (Ody) 333.
Press-Kaustik (Kuznitzky) **1006.**
Preßlufthämmer, Gelenkveränderung (Holtzmann) 1200.
Priapismus (Wilson) 122.
Primäraffekt an Daumes (Louste, Braun und Marin) 258.
— intravaginaler Schanker (Spillmann und Créhange) 827.
— mit langer Inkubation (Jamain) 827.
Primärinfiltrierung (Redeker) 470.
Prismenprobe für Simulanten (Schild) 1319.
Privatheilanstalt (Frankfurter) 916.
Probeexzision (Heidler) 647.
Probemahlzeit (Kraemer-Petersen) 316.
Processus clinoidei posteriores, Atrophie (Walthard) 888.
— mastoideus, Aufmeißelung (Strandberg und Plum) 482.
— styloides ulnae, festnageln (Hathaway) 825.
— vermiformis (Bacheca) 995.
— xiphoideus, Fehlen (Queyrat) 256.
Proctostasis paradoxa (Schaffler) 1024.
Procutine (Wichmann) 949.
Prokteuryse (Klein) 1098.
Proktologie (Jackson) 118.
— (Yeomans) 1109.
Prolaps (Gibson) 124.
— -Aetiologie (Burger) 473.
— Geschwüre (Kermanner 604).
— mediane tiefe Vagina-Dammspaltung (Henkel) 473.
— Operationen (Bullard) 661.
— — (Halter und Meyerhofer) 557.
— -operation, Kiellandsche (Sachs) 344.
— prädisponierende Faktoren (Vruwink) 1179.
— subkutaner (Schnitzler) 168.
— urethraler (Chute) 37.
— Vaginadammspaltung zur Verhütung (Bukura) 688.
— der weiblichen Harnröhre (Jacoby) 81.
Prolongal (Mehner) 158.
Promonta (Haim) 306.
Prophylaxe mentale (Rodiet) 362.
Propidex (Massias) 657.
Prostata-Abszeß (Martin) 31.
— Abortivbehandlung des akuten gonorrhoeischen (Greenberger) 1284.
— mestatatischer (Taddei) 358.
Prostataadenom (Fritz) 1132.
— Röntgenbestrahlung (Legen) 445.
Prostataballon (Barry) 658.
Prostata, Bestimmen der Größe (Fenwick) 351.
— Bluterguß nach Massage (Stolz) 268.
— Carcinom (Bumpus) 1318.
— -Carcinom, diffuse Vertebralmetastase (Simpson) 1178.
— — Entfernung auf kombiniertem Wege (Läwen) 402.
— — Operationstechnik (Morson) 356.
— -hypertrophie (Blatt) 921.
— — (Brecher) 1132.
— — (Brokate) 953.
— — (Eskelund) 29.
— — (Marrack und Robinson) 992.
— — (Oppenheimer) 1163.
— — (Portner) 303.
— — (Rathbun) 1248.
— — benigne (Walters) 380.
— — Grenzen der Operabilität (Seifert) 1168.
— — und Konstitution (Blatt) 1369.
— — Niereninsuffizienz (Düttmann) 926.
— — — (G. v. Illyes) 24.
— — Röntgentherapie (Gauillard) 445.
— als Infektionsherd bei Augenentzündungen (Zentmayer) 1284.
— Leiomyom (Bugbee) 1075.
— Massage (Hryntschak) 1132.
— -massage (Stutzin) 213.
— — (Zollschau und Sprinz) 726.
— -metastasen bei Staphylokokkenerkrankungen (Strominger) 365.
— -Obstipation (Reinle) 446.
— Operation nach Luys (E. Bircher) 559.
Prostata-Sarkom (Smith und Torgerson) 1319.
— -sarkom (Kretschmer) 1385.
— — Radium- und Röntgenstrahlen (Bumpus) 267.
— -sekret, Reaktion (Muschat) 858.
— senile, Carcinome (Neller und Neuburger) 203.
— Syphilis (Cohn) 726.
— — (Haines) 700.
— Therapie der Prostata-Hypertrophie (Luys) 1125.
— -Vergrößerung (Hinman) 1179.
Prostatektomie (Bumpus) 380.
— (Hryntschak und Sgalitzer) 1132.
— (Leichner) 647.
— (Negley) 1179.
— (Pasteau) 111.
— (Randall) 1076.
— (Rosenkranz) 270.
— (Rosenstein) 1125.
— (Schwarz) 303.
— (Taddei) 216.
— (Twell) 1238.
— Blutungen (Luque) 253.
— Keilexzision (Bumpus) 1075.
— Nierenfunktion vor und nachher (Blaustein) 41.
— perineale (Shaw) 445.
— Rezidive nach der Freyerschen (Fronstein und Meschebowski) 1269.
— Sexualität (Joseph) 725.
— suprapubische (Hunt) 1352.
— — (Polkey) 381.
— — (Swartz) 697.
— transversikale (Dind) 856.
— — (Tengwall) 171.
— urämische Frühtodesfälle nach (Seifert) 1100.
— Verlegung des Harn-Blasenausganges (Irwin) 825.
Prostatitis (Baker) 221.
— chronische (Holloway) 80, 81.
Prostatographie (Pflaumer) 1130.
Prostitution (Iwan Bloch) 382.
— (Lehnerdt) 1300.
— Bekämpfung (Wegner) 23.
— -frage (Bohn) 1230.
Protasin (Lippert) 1100.
— (Schmeidler) **668.**
Protein s. a. Eiweiß.
— (Tur) 164.
— -injektionen bei chronischer Arthritis (Yeoman) 761.
— -körperinjektionen (Laufer) 1061.
— — Einfluß auf den Stoffwechsel des Alkaptonurikers (Baar und Freud) 63.
— -körpertherapie (Ben Witt Key) 501.
— — (Freund) 1150, (Sachs) 1150, (Pässler) 1150.
— — (Herzfeld, Mayer-Umhöfer und Becker) 947.
— — (Schmeidler) **668.**
— — (Tur) 339.
— — bei Augenerkrankungen (Gaston) 380.
— — des Diabetes (Singer) 686.
— — experimentelle Grundlagen (Wolff-Eisner) 1150.
— — in der Gynäkologie (Pankow) 1165.
— — intramuskuläre (Butomo) 791.
— — bei Keuchhusten (Tretow) 1133.
— — parenterale (Butomo) 250.
— — beim Säugling (Fischl) 1094.
— — und vegetatives Nervensystem (Lukács) 920.
— -körper, Wirkung der parenteralen Einverleibung auf das neutrophile Kernbild (Hirsch) 608.
— -reaktion, nichtspezifische (Bryce) 573.
— -schock bei der Behandlung der rheumatischen Arthritis (Cruikshank) 40.
— -therapie (Silvestri) 216.
— — der Adnexerkrankungen (Petschen y Kutz) 173.
— — bei Beckeninfektionen (Pike) 1381.
— — bei chronischer Polyarthritis (Faber) 760.
Proteine, Struktur (Waldschmidt-Leitz) 1150.
— Strukturchemie (Bergmann) 1150.
Proteus, bakteriologische Untersuchung (Schuback) 201.
— -bakterien (Neumann) 684.
— -bazillen (Matsui) 1319.
Prothese, kinematische (Lacroit) 255.
— für Oberschenkelamputierte (Schilcher) 852.
Protoferrol (Torkanowski) **1287.**
Protoplasma, therapeutische Verwendbarkeit lebenden (Böhnie) 919.
Protozoen, Faecesuntersuchung (Thomas und Baumgartner) 221.
— intestinale (Reed) 382.
Protozoiasis intestinale (Bonthius) 446.
Prurigo, Aetiologie (Schröpf) 888.

Prurigo und Kratzen (Civatte) 566.
— alimentäre Hämoklasie (Brack) 109.
— aestivalis (Sellei und Liebner) 1440.
— nodularis (Hasselmann) 1441.
— vulgaris, alimentäre Hämoklasie (Brack) 981.
Pruritis (Barrio de Medina) 173.
Pruritus ani, Heilung durch Reargon (Bönnig) 103.
— chronischer (Hudelo, Cailau und Lejard) 256.
— vulvae, Hyperglykämie (Pherson) 351.
Pseudarthrosen (Debrunner und Frosch) 1268.
— des Unterkiefers (Rouvillois) 113.
Pseudoangina (Kilgore) 999.
Pseudobulbärparalyse (Kawata) 992.
Pseudobulbäre Zustände und Paraplegie (Alajouanine) 1311.
Pseudohämophilie, hereditäre (v. Willebrand) 316.
Pseudo-Hermaphroditismus (Edmunds) 356.
— (Louste und Louet) 35.
Pseudoleukämie (Zypkin) 885.
Pseudolipoma des Kniegelenks (Marinacci) 995.
Pseudomyxoma peritonei (Koerner) 312.
Pseudoneurasthenie (Klein) 951.
Pseudo-Parkinsonismus, hysterischer (Binswanger) 888.
Pseudosklerose (Seletzky) 1204.
Pseudospirochäten (Kimura) 1063.
Pseudo-Sprue (Schroll) 482.
Pseudotuberkulosis aspergillina (Franke) 1363.
Pseudo-Wut beim Menschen (Jonnesco) 1447.
Pseudoxanthoma elasticum (Milan und Lambert) 1278.
Psikain (Hilmann und Ryshich) 1405.
Psoas-Abszesse, Röntgensymptom (Barsony und Polgar) 726
Psoriasis (Morgenstern) 337.
— (Sanders) 172.
— Cholesterinämie bei (Lacroix) 1278.
— und diabetische vererbte Belastung (Lortat-Jacob) 368.
— und Insulin (Bith und Courtioux) 368.
— Insulin (Ravaut, Bith und Ducourtioux) 219.
— kapillarmikroskopische Untersuchungen (Bettmann) 954.
— Quarzlampe (Swartz) 176.
— Sarzine (Marcus) 1036.
— Therapie (Kenna und Skinner) 994.
— — (Vercari) 563.
— traumatica nach Neosalvarsan-Therapie (Van der Hoog) 350.
— Behandlung mit ultraviolettem Licht (Ballico) 1345.
— verrukös gewordene (Laurentier und Vieux) 1278.
— vulgaris (Lipschütz) 651.
— — (Woronoff) 348.
Psoriatiker, Insulin (Lortat-Jacob und Legrain) 368.
Psychasthenie (Gibson) 1210.
Psychasthenische Krämpfe (Krisch) 1026.
Psyche, Einfluß auf körperliche Vorgänge (Gigon, Aigner und Brauch) 888.
Psychiatrie, klinische (Bumke) 1165.
— — (Rüdin) 420.
Psychiatrie, Lehrbuch der speziellen (Pilcz) 1216.
— moderne (Parker) 693.
— topistisch-pathoarchitektonische Forschung (Vogt) 251.
Psychiatrische Körperbauforschung (Kolle) 412.
— Krankheitseinheiten (Vogt) 251.
Psychiatrisches Untersuchungsprotokoll (Gross) 478.
Psychische Epidemien (Somogyi) 1365.
— Gleichgewichtsstörungen der Frau (Petit-Dutallis) 1346.
— Konstitution (Ringborn) 483.
Psychisch-Kranke, Fürsorge für Psychisch-Kranke in Polen (Piotrowski) 1314.
Psychische Regulation (v. Monakow) 689.
— Therapiemethoden in der Gynäkologie (Liegner) 854.
Psychisches Trauma (Dovis) 859.
Psychische Veränderungen bei inneren Krankheiten (Jakobi) 884.
Psychoanalyse (Balint) 982.
— (Courtney) 37.
— (Matzdorff) 1366.
— (Vinovici und Westfried) 364.
— (Reimann) 84.
— (Schultz) 1434.
— (Steckel) 273.
— (Traugott) 202.
— (Wanke) 1113.
— Ausbildung des Psychotherapeuten (Simmel und Stekel) 411.
Psychoanalytische Kliniken (Clark) 372.
Psychoanalytisches Volksbuch (Federn-Meng) 1454.
Psychoendokrine Zustände (William und Wright) 796.
Psychogene Beschwerden nach haftpflichtigen Unfällen (Engel) 753
— Entstehung gynäkologischer Symptome (Mayer) 409.
— Reaktionen (Aschaffenburg) 1020.
Psychogenes Fieber (Deutsch) 920.
Psychogenese gynäkologisch-sexueller Symptome **(Hahn) 676.**
Psychohygienische Dispensairebehandlung (Rosenstein) 1365.
Psycho-Katharsis **(Hahn) 283,** 411.
— (Römer) 333.
Psychologie des Aberglaubens **(Buttersack) 602.**
— experimentelle (Pauli) 1424.
— genetisch-dynamische (Meyer) 420.
— kindliche (Inarros) 1173.
— und klinische Psychiatrie (Isserlin) 420.
— von Mann und Weib (Horney) 728.
— und Medizin 735.
— der Mediziner **(Kantorowicz) 789.**
— medizinische (Kretschmar) 767.
— experimentelle und Psychotherapie (Sommer) 409.
— Struktur (Gruhle) 71.
— der Suggestion und Autosuggestion (Baudouin) 505.
Psychoneurosen (Doyle) 615.
— (Janet) 700.
— 1371.
— depressive (Gimbal) 420.
— Therapie (Dudley) 1108.
Psychopathie (v. Schnizer) 203.
Psychopathische Charaktere (Birnbaum) 552.
Psychopath und Unfall (Enke) 1365.
Psychopathen, haltlose (Kramer) 1092.
— kindliche und jugendliche (Mönkemöller) 298.
Psychopathische Kinder, Affekt- und Triebäußerungen (Lewin) 1092.
— — Fürsorge (Hamburger) 1092.
— Minderwertigkeit (Huddleson) 829, 1350.
— Verbrecher (Birnbaum) 1249.
Pschopathologie (Hart) 487.
— (Kunz) 1234.
— der Aussage des Kindes in forensischer Beziehung (Peiper) 556.
— Bergtons Anschauungen (Minkowski) 1350.
— Pathogenese (Hoffmann) 1234.
— des Kindes (Pfeifer) 1354.
— der Weltanschauungen (Allers) 307.
Psychopathologische Bestimmung (Schneider) 208.
Psychose, Anteil der Sexualität an der Gestaltung der (Birnbaum) 1193.
— bei zerebraler Syphilis (de Carp) 1210.
— und Glykosurie (Hansen) 316.
— Intoxikationspsychose nach Ileus-Operation (Walzberg) 1164.
— juvenile (Nachmannsohn) 1370.
— Klassifikation (Alford) 1350.
— konstitutionelle Faktoren (Barrett) 1350.
— — — bei funktioneller (Lundholm) 1350.
— Kosakowsche nach Aethernarkose (Stuurmann) 480.
— traumatische (Schwarzmann) 1412.
Psychosen (Kolle) 607.
— aktive Therapie (Thumm) 951.
— Blut-Liquor-Passage (Hauptmann) 307.
— nach chirurgischen Operationen (Soresi) 80.
— Diagnose und Prognose endogener (Hoffmann) 722.
— Ehepaare mit affektiven (Kahn) 420.
— kombinierte (Gaupp) 71.
— bei Lepra (Sereyski und Frumkin) 420.
— und Psychonenrosen (Yellowlees) 1134.
— Strukturanalyse der klimakterischen (Kant) 1365.
— Variationen des venösen Druckes (Claude, Targowla und Lermache) 1137.
— vor, während und nach dem Kriege (Hudovernig) 950.
Psychotechnik (Poppelreuter) 416.
Psychotherapeutische Maßnahmen der Gynäkologen (v. Jaschke) 1296.
Psychotherapie (Braun) 164.
— (Eliasberg) 64.
— (Hansen) 919.
— (Peck) 121.
— **(Schultz) 285.**
— (Schwerdtner) 479.
— (Isserlin) 1386.
— (Staudacher) 1403.
— Ausdrucksbewegungen (Schwerdtner) 299.
— Einführung (Adam) 272.
— Einigungsbestrebungen (Schultz) 411.
— gynäkologische (Liegner) 313.
— in der Gynäkologie (Walthard und Maier) 409.
— und Hautkrankheiten (Sack) 410.
— und innere Medizin (Hansen) 409.
— und Kinderheilkunde (Husler und Gött) 410.
— und Klinik (v. Weizsäcker) 411.
— Kongreß-Bericht 408.
— und Konstitutionsprobleme (Jaensch) 410.

Psychotherapie und Kurpfuscherei (Grünthal) 410, (Seif) 410.
— der Lungentuberkulösen (Levy) 972.
— bei Organerkrankungen (Staudacher) 331.
— und Psychiatrie (Kehrer) 408, 1433.
— zur Psychologie und Psychopathologie (Allers) 409.
— der Psychosen (Schilder) 408.
— und Unfallneurose (Klaesi und Eliasberg) 411.
— in der Urologie (Stutzin) 247, 298.
Pterygium, Entwicklung und Therapie (Bistis) 824.
— -operation (Elschnig) 759.
— — (Spaeth) 1111.
Ptosis des einen unteren Augenlides, Vererbung (Bartók) 477.
— -brille (Ball) 1319.
Ptyalismus infolge Reizung des Sympathikus (Treuherz) 334.
Pubertätsalter, Psychologie (Spranger) 165.
Pubertätsblutungen (Wolfe) 1002.
Pubertätsdrüse s. Geschlechtsdrüse.
Pubertätsentwicklung, männliche und weibliche (Bühler) 1193.
Pubertät, Funktionsstörungen (v. Fekete) 646.
— Herzleiden (Alvarez Sierra) 1173.
— kausale Faktoren (Frank, Kingery und Gustavson) 221.
— körperliche Entwicklung (Aron) 165.
— seelische Erscheinungen (Hoffmann) 978.
Pubertätsphthise (Redeker) 606.
Pubertätsstruma, Stoffwechsel (Eckstein und Mommer) 340.
— (Eckstein) 207.
Pubotomie (Niedermayer) 313.
Puerperium s. Wochenbett.
— Sterblichkeit (Maclean) 353.
Puerperalfieber (Lash und Kaplan) 568.
— (Schmidt) 643.
— (Swyer) 656.
— (Lash) 658.
— Therapie des septischen durch Alkohol (Küstner) 688.
— Therapie durch As-Salze (Riviere) 32.
— mit Rivanol (Willink) 429.
— spezifische Serotherapie (Leloup) 32.
Puerperalinfektion (Bessesen) 932.
— (Polak) 264.
— Morbidität und Mortalität (Konstantinoff) 954.
Puerperale Infektionen, Staphylo- und Strepto-Yatren (Scherer) 688.
— Gasbazilleninfektion (Lehmann) 1060, 1092.
— Wundinfektionen, Prophylaxe (Koller) 343.
— septische Erkrankungen (Tóth) 344.
— Spätblutungen (Klaften) 343.
— Streptokokken, Blutinfektion (Louros) 106.
— Infektion, Behandlung (Heynemann) 1090.
— — — (Metzger und Marmusse) 1211.
Puerperalsepsis und Endokarditis (Ruiz und Garcia) 1452.
Puerperium, Morbidität (Miller) 1107.
Pufferung im aktiv arbeitenden Muskelgewebe (Eppinger, Kisch und Schwarz) 752.
Pulmonalarterie, Sklerose (Vaquez) 795.
Pulmonalvenen, partieller Verschluß (Schlaepfer) 617.
Puls s. a. Blutdruck, Herz.
— -differenz, zerebral bedingte (Hermann) 1166.
— -druck und Gefäßtonus (Kabanow) 1242.
— bei Labyrinthleiden (Lund) 482.
— -veränderungen im Verlauf otitischer Erkrankungen (Nüßmann) 1130.
— -volumen nach der Wehe (Haupt) 343.
Pulsus alternans (Morris) 999.
— — minimus (Löffler) 955.
Punktalgläser (Verwey) 690.
Punktionsflüssigkeiten, Eiweißgehalt (Kleeberg) 155.
Punktionsinstrument (Marr) 297.
Punktion: lumbale, suboccipitale und ventrikuläre (Purves-Stewart) 172.
Pupillarmembran (Lehrfeld) 264.
Pupille, Lichtreflex (Erben) 603.
— als Zeichen der Aktivität bei Herzläsionen (Byrne) 797.
Pupillen, Distanzmessung (Becker) 854.
— -phänome (Dohme) 210.
— -reaktion, perverse (v. Lerchenthal) 307.
— -reflex, Ermüdbarkeit (Schlesinger) 544.
— -saumfilz, Häutchenbildung auf der vorderen Linsenkapsel (Handmann) 477.
— -schwankungen auf Lichtreflex (Santamaria) 1276.
— -spiel des Säuglings (A. Peiper) 556.
— -starre, hemianopische (Behr) 477.
— — reflektorische (Behr) 210.
— -weite und Magensaftsekretion (Krause-Wichmann) 1197.
Pupillomotorische Erregbarkeit im Kindesalter (de Rudder) 984.
Purinderivate, spasmolytische Wirkung (Hoffmann) 884.
Purinstoffwechsel (Lindberg) 30.
Purpura annularis teleangiectodes (Balzer) 1313.
— haemorrhagica (Atucha) 1448.
— — (Falconer und Lachlan) 1134.
— — (Farley) 78.
— — (Giffin und Holloway) 79.
— — (Sooy und Moise) 893.
— — und Gravidität 1040.
— — Röntgentherapie, Bestrahlung der Milz (Henry K. Pancoast, M. D., Eugene P. Pendergrass, M. D. und Thomas Fitz-Hugh, J. R., A. M., M. D.) 580.
— -erkrankungen (Kromeke) 548.
— — bei Frauen (David) 1362.
— fulminans (Mosawitz) 1059.
— mit Gelenkerscheinungen (Wilson) 562.
— innominata (Gougerot und Fatou) 494.
— Pathogenese (Weil) 1313.
— und Quaddelbildung (Werner) 819.
— und Schwangerschaft (Rußmore) 264.
— bei Syphilis **(Münch und Oles) 815.**
— teleangiectodes annularis von Majocchi (Balzer) 614.
— thrombopenische, bei akuter Sepsis (Reiche) 104.
— bei Tuberkulose **(Münch und Oles) 815.**
— variolosa (Ikeda) 74.
Pustula maligna (Lortat-Jacob und Schmitt) 256.
— — Reinokulation (Bodin) 35.
Pyämie s. Sepsis.
— postanginöse (Fraenkel) 245.
— — (Uffenorde) 1095.
— — (Zange) 1029.
Pyelitis (Casper) 156.
— (Puppel) 345.
— (Schlager) 1162.
— (Marchionini) 1408.
— Diagnose und Therapie (Lehmann) 416.
— bei der Frau (Hundley) 430.
— bei Neugeborenen (Sauer) 76.
— Therapie (Allard) 334.
— — (Hohlweg) 643.
— Behandlung (Schwarz) 329.
— während der Schwangerschaft (Butler) 1039.
— wiederholter Befund von Gonokokken- und Influenzabazillen (Kopp) 1264.
Pyelocystitiden des Kindesalters, Behandlung mittels Autovakzine (v. Bokay) 107.
Pyelocystitis im Kindesalter, Pathologie und Therapie (Went) 107.
Pyelogramm (Casper) 1124.
Pyelographie (Suckoe) 445.
— (Willan) 353.
— (Schule) 1408.
— mittels Jodöl (Neuswanger) 1318.
— in der Schwangerschaft (Levy-Solal, Misrachi und Salomon) 1312.
— Jodöl (Neuswanger) 74.
Pyelographische Beobachtungen bei Schwangerschaftspyelitis (Williams) 265.
Pyelonephritiden, Behandlung (Wolfromm) 996.
Pyelonephritis (Caulk) 1076.
— (Crosbie) 120.
— (Hofmann) 721.
— chirurgische Therapie (Schwarz) 1124.
Pyeloplastik (Casper) 1130.
Pyeloskopie (Leguen) 1346.
Pyelotomie, doppelseitige (Bacchi) 1377.
Pyelo-Urethralapparat, radiologische Untersuchung (Leguen, Fey und Truchot) 696.
Pyelovenöser Rückfluß (Bird und Moise) 430.
— — (Hinmann und Vecki) 445, 1315.
Pylephlebitis (Eliason) 501.
Pyloroplastik, Finneysche (Finney) 1382.
Pylorus, Adenomyom (Pozzi und Palazzo) 1452.
— Stenose (Heches) 1342.
Pylorospasmus (Heile) 244.
— und Eumydrin (Usener) 472.
— durch Helminthen (Rattray) 1308.
— der Säuglinge, chirurgische Behandlung (Suermondt) 608, 1168.
— Stoffwechselpathologie (Vollmer und Serebrijski) 201, 472.
— konzentrierte Ernährung (Stamm und Herz) 250.
Pylorus- und Corpus-Ulcus, gleichzeitiges Auftreten (Delore, Mallet-Guy, Duchoux) 997.
Pylorusreflex duodenale (Bársony) 248.
Pylorusstenose, hypertrophierende (B. Chaffee) 582.
— operative Behandlung (Schulte) 645.
— beim Säugling (Meagher) 317.
— des Säuglings (Fobler) 110.
Pynola umbellata, diuretische Wirkung (Bousquet) 363.

Pyoceaneus, s. Bacillus pyoceaneus.
Pyocele der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen (Herrnheiser) 310.
Pyodermien (Jausion und Lesbre) 494.
— (Zieler) 246.
— Autovakzine (Reiss) 1444.
Pyometra (Vital Aza) 1448.
Pyonephrose (Arena) 859.
Pyopneumothorax (Sauerbruch) 718.
— spontaner (Steiner) 358.
— Therapie des tuberkulösen (Bramesfeld) 984.
Pyosalpinx, s. a. Tube.
— doppelseitige (Burke) 892.
Pyotropin (Muchow) 213.
— bei Lupus (Jensen) 610.
Pyramidales und extrapyramidales System (Shermittee u. Ucalpine) 1072.
Pyramidenbahnerkrankung, Reflexe (Astwazaturow) 251.
Pyramide, degenerative Pseudohypertrophie (Baar) 725.
Pyramidonprobe (Mandelstamm) 642.
Pyramidon, Wirkung auf das Genitale (Lasch und Perutz) 925.
— Wirkung auf die glatte Muskulatur (Januschke und Lasch) 755.
— Wirkung auf die Muskulatur des Darmes (Januschke u. Lasch) 297.
Pyridin, Einwirkung (Zeyneck) 103.
Pyrogallol-Vergiftung (Kislitschenke) 979.
Pyurie, chronische (Courtin) 249.
— der Säuglinge (Frank) 419.
— im Kindesalter (Mixter) 1318.
— im Säuglingsalter (Bocchini) 1174.
Pyurien, gelblich-blasses Hautkolorit (Last, Fischer und Silber) 250.

Quaddel, kutane (Kreibich) 651.
Quaddeln, intrakutane, Nachweis latenten Oedems (Guggenheimer und Spitz) 468.
Quadriceps-Bandage (v. Renesse) 687.
Quarantäne-Station des Krankenhauses Westend (Winterstein) 1166.
Quark als Diuretikum (Jarotzky) 427.
Quarz, geschmolzenes für Konzentrationsapparate bei Finsenbehandlung (Lomholt) 1237.
Quarzlampenbestrahlung von Kühen (Falkenheim) 1296.
Quarzlampe bei Psoriasis (Swartz) 176.
— Therapie der tuberkulösen Peritonitis (Pletnew) 304.
— vor und nach Bauchoperationen (Crile) 380.
Quarzlichteinwirkung, Fluoreszenzstrahlung von Oelen (Becker) 203.
Quarzlicht, Hautuntersuchungen im gefilterten (Sigwalt Bommer) 558.
— und Hautreizbestrahlung (Thedering) 1333.
— Therapie der Hydrocele (Török) 250.
Quassia amara (Mezger) 886.
Quecksilber, parenterale Vergiftung (Hesse) 1152.
— -chloridvergiftung (Kohn) 318.
— -dampf, Gefährlichkeit (Stock) 920.
— -dynamometer (Wernoe) 1307.
— -exanthem (Ritter und Morsbach) 166.
— -Inhalationsbehandlung (Joseph) 979.
— parenterale Vergiftung (Hesse) 1152.
— -präparate (Cox Pederson) 1247.
— — (Peterson) 894.
— — intravenöse Verordnung (Trouh) 617.
— -quarzlampe, Rachitisbehandlung (Manfredi) 254.
— sarkoide Tumoren im Anschlusse an intramuskuläre Hg-Paraffininjektionen (Steiner) 1441.
— -Stomatitis (Watrin) 827.
— -therapie (Müller) 923.
— -verbindungen, Absorption aus Hauteinreibungen (Wild und Roberts) 762.
— -vergiftung durch Absorption von der Vagina (Rind u. Myerson) 40.
— — durch Zahnfüllungen (Flury) 722.
— — von der Scheide aus (Liegner) 313.
— Wirkungen des kolloidalen auf die Syphilis (Engelhardt) 819.
Quellstäbchen, Behandlung der weiblichen Gonorrhoe (Holzamer) 547.
Querfortsaz, Frakturen (Latten) **1190.**
Querlage (Burke) 994.
— Dekapitation bei verschleppter (Küstner) 1367.
Querulantenwahn (Raecke) 1354.
Quisqualis indica (Chen und Hsiang-Chuan Hon) 895.

Rabies s. a. Tollwut.
— Nervenzustände bei der antirabischen Behandlung (Paulian) 997.
(Paulian) 997.
Rachen s. Pharynx.
— Infektionszustände (Schmidt) 1028.
— -syphilis (Plaut) 413.
Rachitis (Garland) 118.
Rachitis (Hudschinsky) 157.
— (Porter) 446.
— (Schier und Stern) 823.
— (Freudenberg und Welcker) 924.
— (Thorling) 1070.
— (Marfan) 1378.
— anthropometrische Unregelmäßigkeiten (Pagani-Cesa) 1416.
— Bedeutung des Serumphosphors (Samson) 640.
— Beinschwäche bei wachsenden Hühnern (Hughes und Titus) 1245.
— bestrahlte Nahrungen (Göttche) 1374.
— Butbild (Merlini) 1174.
— cerebrale (Koeppe) 823.
— Entstehung (Grant) 494.
— experimentelle (György u. Popovicin) 341.
— — Studien (Bosányi) 264.
— bei frühgeborenen Kindern (Gerstenberger u. Nourse) 1283.
— eine gemischte (B + C) — Avitaminose? (Schmitt) 340.
— u. morphologisches Blutbild (Stransky u. Wittenberg) 984.
— Behandlung mit bestrahlter Milch (György) 468.
— u. Konstitution (Eckstein u. Paffrath) 22.
— Klinik (Klotz) 472.
— hormokutane Salbenbehandlung (Lévai) 1028.
— Höhensonne (Vollmer) 340.
— — -bestrahlung einer rachitogenen Nahrung (Serebrijiski, Vollmer u. Zadek) 340.
— Heilung mit Zuckerschem Lebertranextrakt (Sabatini) 1276.
— Verhütung (Eliot) 117.
— Vitaminproblem (ohl, Geffeken u. Richter) 1407.
— Therapie, Quecksilberquarzlampe (Manfredi) 254.
— Behandlung (Sabatini) 994.
— -Therapie (Goldblatt, Rosenbaum u. Thoenes) 1170.
— -Tetanie (Walther) 250.
— u. Spasmophilie, Kohlehydratstoffwechsel (Adam) 686.
— sozialhygienische Bedeutung (Aschenheim) 919.
Rachitische Veränderungen in Femur u. Tibia (Chappel) 270.
Radio-ulnare Synostose (Bartsch) 649.
Radialis, Lähmung, Sehnenverpflanzung (Ausart) 159.
— -lähmung (Ripert u. Roederer) 256.
Radiation diffuse der Atmosphäre (Kalitin) 1411.
Radikaloperation (Auliffe) 1381.
Radioaktive Heilmittel (Lacapère) 1280.
— Substanzen (zum Busch) 428.
— graphie der Kieferhöhle (Keloie) 825.
— -immunisation (Rosselet) 856.
— -logie des Verdauungstrakts (Feissly) 479.
— -Manie **(Kalischer) 238.**
Radiotherapie, s. a. Strahlenbehandlung.
— (Desjardins) 379.
— (Jacobs) 1212.
— (Rosselet) 479.
— (Williams) 446.
— des Karzinoms (Philips) 959.
— beim inoperablen Cervixcarcinom (Brooks) 1037.
— bei Magencarcinom (Martinez) 361.
— tuberkulöser Halslymphome (Smith u. Hopkins) 76.
— der Tumoren der Schädelhöhle (Béclère) 1269.
Radioaktive Stoffe, Einfluß der äußeren Energie auf den Zerfall (Felix) 1375.
Radioaktivität (Groh) 1342.
— (Mlunzo del Castillo) 30.
Radiodermatitis (Pfahler) 495.
— -diagnostik (I. u. S. Ratera) 30.
Radiodiagnostik der Mediastinaltumoren (Dupasquier) 479.
— Diathermie (Milligan) 352.
— -gramme, photographische Markierung (Arnell) 1374.
Radium (Healy) 1037).
— (Wolf) 1178.
— applikator (Kennedy) 828.
— bei den Affektionen des Nasenrachenraumes (Moscariello) 1415.
— bäder, blutdrucksenkende Wirkung (Müller) 64.
— chirurgie des Collumcarcinoms (Aubert) 349.
— Carcinom des Corpus uteri (Chapuis) 215.
— chloridinjektionen bei einigen malignen Lymphomen (Stevens) 1383.
— in der Dermatologie (Schuyler Clark) 77.
— Einwirkungen auf das Gewebswachstum (Sittenfield) 1039.
Radiumemanation auf den Blutzucker (Jacoby) 818.
— in nackten Tuben (Clark, Morgan u. Asnis) 437.
— Einführung ins normale Gewebe und in Geschwülste (Petrow u. Kusmina) 640.
— bei Krebskranken (Kotzareff) 315.
— -tuben, absorbierbarer Filter (Heublein u. Quick) 863.
— Wirkungen auf Gallapfelgewebe (Levine) 863.
Radium bei Erkrankungen der weiblichen Urethra (Pomeray und Milward) 437.

Radium-Leukopenienämie vom regenerativen Typ (Reiter u. Martland) 1383.
— -Linnen (Wolff) **1181.**
— nekrose (Hoffmann) 118.
— — des Knochens (Phemister) 1420.
— oberflächliche Gefäßektasien nach Bestrahlungen (Fabry) 1061.
— u. Röntgenbehandlung, Mammacarcinom (Webster, Thiereus und Nicholas) 357.
— u. Röntgenbestrahlung, Uterusblutungen (Bundy) 496.
— u. Röntgenstrahlen (Schreiner u. Brown) 1039.
— — bei Prostatasarkom (Bumpus) 267.
— Schutz der technischen Assistenten (Viol) 1147.
— station, Behandlungen auf dem Emanotorium (Jansen) 653.
— strahlen, Wirkung auf die Leukozyten (Spurling u. Lawrence) 77.
— Wirkung auf reife u. unreife Erythrozyten (Pearse) 659.
Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses (Ward u. Farrar) 616.
— (Montgomery u. Culver) 437.
— des Carcinoms der Cervi uteri (Ward u. Farrar) 75.
— bei Cervix-carcinom (Fordsdike) 36.
— inoperabler Beckencarcinome (Soiland) 435.
— von Lupus der Nase (Wharry) 172.
— maligner Neubildungen (A. Solland u. W. M. Costalaco) 582.
— des Oesophaguskrebses (Wassink) 350.
— des Rektosigmoidkarzinom (Case) 1037.
— der Tonsillen (Simpson) 438.
— des Uterus-Carcinoms (Samuel u. Bowie) 435.
Radium, Behandlung des Krebses (W. H. Schmidt) 376.
— — des Cervixcarcinom (Jones) 124.
— — bei Uterusblutungen (Forsdike) 353.
Radium-Therapie (Gudzent) 1203.
— (Hutchison u. Brown) 487.
— (Jacobs) 1212.
— (Kröner) 886.
— (v. Lehoczky-Semmelweiß) 1207.
— (Portmann) 124.
— in der Dermatologie (Taussig) 863.
— des Epidermoidkarzinoms der intraoralen Gruppe (Lenz) 1039.
— in der Dermatologie (Robinson) 863.
— bei Karzinom (Forseli) 435.
— in der Gynäkologie (Ostrcil) 1281.
— der Lupus vulgaris (Novak) 1307.
— der malignen Geschwülste der Regio orbitopalpebralis (Regaud, Coutard, Monod u. Richard) 366.
— der malignen Tumoren (Suscher) 214.
— bei Mammacarcinom (Lammers) 1209.
— Metallfilter (Quimby) 499.
— der Mikuliczkrankheit (Pinch) 1174.
— der oberen Luft- und Speisewege (Milligan) 1342.
— und Operation (Dannreuther) 124.
— bei Uterusfibromen (Miller) 1419.
— der Zungenkrebse (Regond) 336.
Radiusdefekt, angeborener (Herzog) 986.
Radiusende, Epiphisenlösung am unteren (Grimault u. Leonhardt) 255.
— Frakturen am unteren (Carter) 178.
— — der unteren (Carter) 261.
Radiusköpfchen, Brüche (de Waard) 481.
Radius, Osteom (Villa) 31.
— traumatische aseptische Metaphysennekrosen (Block) 404.
Radon als Palliativmittel bei der Behandlung von Carcinomen der Mundhöhle (Simpson u. Flesher) 1034.
Radontuben (Simpson u. Flesher) 567.
Radon, ungefiltert (Failla) 1038.
Ramisektion oder Enervation (Sieri) 1073.
Ranula suprahyoidea (Beggiato) 357.
Rassenbestimmung, chemische Blutreaktion (Manoiloff) 65.
Rassebiologische Untersuchungen in Grönland (Bay-Schmidt) 1133.
— — an Strafgefangenen (Gundel) 1332.
— Verhältnisse Chinas (von Bonin) 1297.
Rasse-Differenzierung (Pizard, Sand u. Caridroit) 482.
Rassenhygiene **(Niedermeyer) 227.**
— u. Steuergesetzgebung (Heermann) 1297.
Rassenkunde Europas (Günther) 222.
Rattenbißfieber (de Fronzo) 959.
— (Hennerich) 734.
— Spirochäte (Jockes) 172.
Rattenvertilgung in Oesterreich (Kaiser) 203.
Raucheinatmung, Bronchopneumonie (Klehmet) 719.
Rauchende Frau (Aschner) 1408.
Raynaudsche Krankheit (Gruszecka) 1376.
— — (Adson u. Brown) 74.
— — (Dal Maso) 563.
— — (Davis) 733.
— — (Eriksen) 483.
— — (Friedenwald u. Love) 75.
Raynaudsche Krankheit (Lorlat u. Boutelier) 35.
— — (Margolin) 243.
— — (Monahau) 434.
— — (O. Dahmen) 559.
— — mit Augenkomplikationen (Appelbaum u. Lerner) 1111.
Raynaudscher Symptomenkomplex (Loessl) 758.
— — (Thomas) 1371.
Raynaudsches Syndrom (Greuet u. Isaac-Georges) 611.
Reaktionstypen (Jaensch) 330.
Reaktionszeit des Säuglings (Peiper) 250, 556.
Reargon, Heilung von Pruritisani (Bönnig) 103.
Rechenstörungen bei Herderkrankungen des Großhirns (Berger) **1365.**
Rechte und Pflichten der Aerzte (Opitz) 448.
Rechtshändigkeit, beharrende und die Selbstwahrnehmung des Defektes (Klein) 854.
Rechts- und Linkshändigkeit bei prähistorischen Menschen (Elliot u. Smith) 171.
Recklinghausen (Levy u. Diss) 614.
Recklinghausensche Krankheit u. Syphilis (Levi) 35.
— — (Louste, Cailliau, Darquier) 35.
— — (Siemens) 347.
— — (Mintschewa) 476.
— — Haemorrhagie (Carrington) 894.
— — Rindentumor (Pollak) 992.
— — u. Syphilis (Montpellier) 258.
Recklinghausen als heredodegenerative Erkrankung (Thannhauser) 60.2
Recklinghausensches Krankheitsbild u. Skelettveränderungen (Achard) 1278.
Redekunst (Keller-Reymond) 65.
Reduzierende Substanzen im Blute (Jousell, Jorpes u. Sikström) 691.
Reflex, idiomuskulärer (Kan) 250.
— Automatismus u. Instinkt (Johann Susmann (Galant) 23.
— paradoxer (Gordon) 218.
— optisch ausgelöster vasomotorischer (Kraupa-Runk) 792.
— des Malleolus externus (Sagin) 646, 1314.
— Mendelscher, an der Hand (Kempner) 790.
Reflexologie, allgemeine Grundlagen der Menschen (Bechterew) 1112.
Reflexphänomene, seltene (Sussmann-Galant) 1167.
Reflex bei Pyramidenbahnerkrankung (Astwazaturow) 251.
Reflexbahnen für die Ohr-Augenbewegungen (Bartels) 1304.
Reflexepilepsie (Margolin) 607.
Reflexerregbarkeit, erhöhte der unteren Extremitäten (Spiller) 1034.
Reflexe (Trömmer) 1122.
— der Beine (Trömmer) 883.
— cochleare (Spiegel u. Kakeshita) 331.
— Halbseiten-Fernreflexe (Knotz) 1029.
— Irradiation autonomer (Hisch) 392.
— der kleinen Zehe (Nemlicher u. Leschtschenko) 951.
— Korrelation der tiefen an den unteren Extremitäten (Tschlenow) 67.
— von Magnus u. de Klein während eines epileptiformen Anfalls (Verhaart) 1030.
— pathologische (Filimonaff) 1027.
— posturale (Leiri) 169, 653.
— Wert für die Diagnose (Henneberg) 104.
Refraktion (Ellett) 1379.
— zweifache (Bohnenberger) 759.
Refraktometrische Methoden (Franklin) 216.
— Untersuchungen am Liquor cerebrospinalis (Levinsohn u. Serby) 318.
Refraktometrisches Verfahren (Högler u. Ueberrack) 1296.
Regenbogenhaut, s. Iris.
Regeneration (Tietze) 851.
Regia epigastrica, s. Epigastrium.
Regio orbito-palpebralis (Regaud, Coutard, Monod und Richard) 366.
Reglementierung (Haustein) 426.
Reichsanstalt f. Mutter- u. Säuglingsfürsorge in Wien **(Eberhartinger) 1016.**
Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge (Moll) 823.
Reichsgesundheitsamt (Möllers) 721.
Reichs-Medizinal-Kalender (Schwalbe) 1250.
Reichsmilchgesetz (Lehmann) 727.
Reichsversorgung (Fuisting) 721.
Reisschleim (Wieczorek) 156.
Reiter, Urinstörung (Maisonet) 112.
Rejuvenation (Thewlis) 1108.
Reiz (Theilhaber) 1091.
Reizbeeinflussung, gegenseitige (Haim u. Marschak) 306.
Reizbegriff, biologischer (Goldscheider) 157.
Reizgebung, Reaktionszeiten bei sinnloser u. sinnvoller (Allers) 790.
Reizkörpertherapie, s. Proteinkörpertherapie.
— (Lippert) 1100.
— **(Pfaffenholz) 101.**

Reizkörpertherapie (Walcha) 819.
— des Diabetes mellitus (Singer) 204.
— perkutane (Seeliger u. Herrmann) 64.
— prophylaktische u. Operationsmortalität (Scheffer) 1170.
— unspezifische (Spiro) 684.
Reizstoff (Heubner) 155.
Reiztheorie u. Lichtbehandlung (Teilhaber) 1053, 1153.
Reiztherapeutisches Intervall (Wick) 1437.
Reiztherapie der Hauttuberkulose (Klare) 1078.
— nichtspezifische (Schuhmacher) 1145.
— orale (Zimmer) 1078.
— unspezifische (Kauders u. Stransky) 753.
Reiz-Tumoren (Brandes) 1407.
Rekonvaleszenz, therapeutische Beeinflussung (von den Velden) 1296.
Rektaluntersuchung, geburtshilfliche (Dipper) 473.
— in der Geburtshilfe (van Tongeren) 1030.
Rektale Ernährung (Drueck) 1245.
Rektale Krankheiten in Amerika (Montagne) 1109.
Rektosigmoidcarcinom (Case) 1037.
Rektoskopie (Soldevilla) 930.
— bei atomischer Obstipation (Schmieden) 1061.
Rektopexie, Ekehornsche (Häggshöm) 1070.
Rektumcarcinom (Drueck) 932.
— (Jacobs) 897.
— (Landsmann) 932.
— (Pannett) 216.
— (Pennington) 261.
— (Schönbauer u. Pfab) 1370.
— abdomino-anale Exstirpation (Exalto) 647.
— chirurgische Therapie (Ewald, Finsterer u. Moskowicz) 202.
— — Behandlung (Nordmann, Enderlen, Schmieden, Körte,Lexer)105.
— Krukenbergsche Siegelringzellen (Di Gioia) 361.
— u. Schwangerschaft (Katz u. Kaspar) 425.
Rektumepitheliom (Milian u. Solente) 35.
Rektum hyperplastische Infiltration (Jersild) 367.
Rektum Melanom (Goldblatt) 75.
Rekti Ulcus callosum (Hochenegg) 603.
Rektumprolaps (Maes) 617.
Rektum, proliferierende Entzündung (Hudelo u. Kaplan) 493.
Rektum, Resektion (Ehrlich) 647.
Rektumsarkom (Dijkstra) 927.
Rektumstrikturen (Picard) 1096.
Rektustransplantation beim Bauchbruch (Wardleworth Nuttal) 351.
Rekurrens (Schloßberger u. Prigge) 920.
Rekurrenserkrankungen des Auges (Löhlein) 824.
Rekurrens experimentelle Infektion des Kaninchens (Prigge) 1199.
— — Parsistenz der Spirochäten (Kroo) 919.
Rekurrensfieber, s. Rückfallfieber.
Rekurrensinfektion der Maus (Schreus u. Weisbecker) 1296.
— der Ratte (Wiechmann u. Horster) 755.
Rekurrenslähmung (Muck) 884.
— bei Mitralstenose (Reiche) 820.
Rekurrensparalyse, Aphonie bei Stimmbandlähmung (Kretschmann) 917.
Rekurrens Physiologie (v. d. Hütten) 475.
— spezifische Therapie (Ascoli) 1032.
— Spirochätose (Kolle) 245.
— — (Kolle u. Evers) 721.
— symptomlose Infektion u. Superinfektion (Kolle u. Schloßberger) 851.
— Therapie der Caryngealen Paralye durch Nerven-Anastomose (Frazier u. Mosser) 1318.
— — der progressiven Paralyse (Hoff u. Horn) 416.
Relationspathologie (Honigmann) 411.
Relaxatio-diaphragmatica (Reich) 883.
— — u. Hernia(Schönfeld) 978.
— — im späteren Kindesalter (Frick) 1170.
Renale Infektion (Cifuentes) 253.
— Kongestion, chronische (Porge) 611.
Renaler Zwergwuchs (Lathrop) 1451.
Renales Gegengewicht (Hinman) 446.
Rentenerhöhung wegen Herzschwäche abgelehnt (v **Schnizer**) **1017.**
Renten-Neurose (Weiler) 1233.
Rentenneurosen (Levy-Suhl) 1162.
Repetieren in den Volksschulen (Nitsch) 249.
Respiration, s. Atmung.
Respirationsapparat (Foster u. Sundstroem) 1245.
— (Hellwig) 155.
Respirationsapparate, Funktionsprüfung (Boeri) 216.
Respirationsorgane, Resorption (Corper) 731.
Respirationssystem (Miller) 261.
Respirationsumsatz bei Lungentuberkulose (Roth) 64.
Respirationsvorgänge, Messung (Pech u. Guès) 1137.
Respirationswege, akute Infektion der oberen — (Barrow) 1281.
Respiratorischer Gaswechsel, Wirkung von Arzneimitteln (Gabbe) 981.
Respiratorische Quotienten für die Diagnose des Diabetes (Petty u. Stoner) 700.
Respiratorischer Stoffwechsel, s. Stoffwechsel respiratorischer.
Reststickstoff im Blute (Kowarski) 641.
— u. Schwangerschaftsnierenerkrankung (Eufinger u. Bader) 1367.
— s. a. Stickstoff, Rest —.
Retikuloendothelialer Apparat (Becker) 1052.
Retikulo-Endothelialapparat, Block (Bocchi) 489.
Retikuloendothel, Bedeutung für die Immunität (Meyer) 418.
— u. Entgiftung, Milz (Händel u. Rosenzweig) 331.
Retikuloendotheliale Reaktion (Krahn) 948.
Retikulo-endotheliales Stoffwechselsystem (v. Möllendorff) 156.
Retikuloendothelialsystem (Louros u. Scheyer) 1433.
Retikulo-endotheliales System (Memmesheimer) 639.
— — (Sandshöm) 316.
— — (Schellong) 1331.
Retikulo-Endothelial-System, Abfangfunktion (Saxl u. Donath) 1063.
Retikulo-endotheliales System u. Blutplättchenzahl (Koster) 1244.
— — in der Immunität (Jungeblut u. Berlot) 1244.
Retikuloendothelialsystem u. Streptokokkeninfektion (Louros) 1090.
— während der Schwangerschaft (Lundwall) 1304.
Retikulo-Endothelien, eingeschwemmte (Siegmund) 604.
Retinae Ablatio Therapie (van Heuven) 476.
Retinaablösung (Komoto) 831.
— primäre (Bolle) 1272.
— serös-exsudative (Shoemaker u. de Long) 768.
— traumatische (Beard) 1111.
Retina, akute Hypotonie bei Ablatioretinae (Halbertsma) 1100.
— Arteria centralio, Spasmus (Halbertsma) 1176.
Retina Atrophia (Beckershaus) 476.
— objektive Demonstration (Hidano) 1268.
Retina, Blastom (Jackson) 1379.
— -blutungen nach Bluttransfusion (Schaly) 428, 1169.
— -blutung, zentrale (Neulen) 380.
— -funktion, Beeinflussung durch Adrenalin (Rothan) 210.
Retinagefäße, primäre syphilitische Erkrankung (v. Hippel) 1268.
— Pulsation (Kümmel) 477.
— Verschluß (Lanier) 1449.
— Gliom (Rutherford) 502.
— beiderseitiges (Rogers) 380.
— perforiertes (Zeiss) 1269.
Retinales Pigmentepithels (Scheerer) 477.
— — (Zilulenko) 792.
Retina, Projektion (Brouwer u. Zeeman) 1072.
— Sklerose der Arteria centralis (Bridgett) 1319.
— Spasmus der Zentralarterie (Hairi) 1167.
— Wirkung von Licht (Decke-Elder) 762.
Retinitis pigmentosa (Rosenstein) 686.
Retinoskopie (O'Brien) 380.
Retraktionsringe (White) 501.
Retroflexio (Füth) 556.
Retroflexions-Operationen (Halter u. Meyerhofer) 557.
Retroflexio uteri gravidi incarcerata (Schneider) 106.
Retroperitonealzyste (Barney) 262.
Retroperitoneale Zysten (Cave) 266.
— Geschwulstbildungen (Hjort) 928.
— Lipom (Antonioli) 217.
Retroperitonealer Tumor (Hofstätter u. Schnitzler 647 (Pritzl) 647.
Retroversion im frühen Puerperium (Lack) 487.
Rettungswesen (Hesse) 921.
— internationaler Kongreß (Hesse) 1297.
Rhabarber (Fühner) 302.
Rhabdomyosarkom des Hoden (Szabo) 1274.
Rhachianalgesie u. Apotämie (Abadie, Baldous u. Dornier) 565.
Rheinländer, Bedeutung für die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft (Haberling) 1164.
Rheobase (Ebbecke) 1020.
Rheseasthenie (Imhofer) 1338.
Rheumatismus (Coates) 1246.
— (Leff und Spencer) 1385.
— (Lewellyn) 41.
— (Magelssen) 170.
— akuter Gelenk- (Baruffaldi) 1415.
— chronischer (Van Breemen) 428.
— — (Clément) 364.
— diskontinuierliche Anwendung großer Dosen Natriumsalizylat beim akuten Gelenk- (Caussade und Tardieu) 998.
— Fazialislähmung bei akutem Gelenkrheumatismus (Reinhold) 1331.
— gonorrhoischer, Behandlung (Goldey) 268.
— des Klimakteriums (Bauer) 686.
— morphologischer Faktor (Crookshank) 40.
— Behandlung des Muskel- und Gelenkrheumatismus (W. His) 551.

Rheumatische Affektionen (Leslie Orr) 562.
— Erkrankungen (Nemetz) 249.
— Herzerkrankungen (Bain und Hamilton) 488.
— Syndrome (Cuatre Casas) 1172.
Rheumatisches Fieber (Mackie) 1035.
Rhinitis (Daley) 259.
— atrophicans (Sonnenschein) 1338.
— sicca anterior (Esch) 69.
— vasomotorische (Robinson) 39.
— vasomotoria (Sternberg und Sugar) 478.
— — (Undritz) 1368.
Rhinoplastik (Golkin) 1405.
— mittels Visierlappen (Perthes) 403.
Rhinosklerom, bakterioserologische Diagnose (Kabelik) 108.
Rhodan (Okagawa) 304.
— -salze (Takáes) 604.
— -Therapie des genuinen arteriellen Hochdrucks (Westphal) 723.
— — — — — (Westphal und Blum) 1234.
Rheumatisme cardiaque (Lardé-Arthes) 1138.
Rhythmik Gesunder und Geisteskranker (Langelüddecke) 420.
Rickettsiengruppe, ätiologische und pathogenesische Untersuchungen (Kuczynski und Brandt) 1063.
Ricklisches Kurverfahren (v. Segesser) 1371.
Rieselfelder (Rubentschick) 758.
Riesenwuchs, teilweise angeborenen (Del Torto) 488.
Riesenzellensarkom (Christopher) 894.
Riesenzellentumoren (Campbell) 1179.
— (Zeyland) 1443.
— der langen Röhrenknochen (Gold) 647.
Rinderblut (Huffman u. Robinson) 866.
Ringabszeß (Schneider) 1100.
Ringknorpel, Perichondritis (Haardt) 1369.
Rippen, Anomalien (Andersen) 608.
— -ausdehnung, inspriratorische (Hoover) 765.
— -fraktur mit Ileus (Vaudrel) 894.
— -resektionen bei chronischen lokalisierten Lungentuberkulosen (Jaquerod) 565.
— Resektion der ersten (Berndt) 953.
Rippen. Spontanfrakturen (Wahl) 1166.
— -Spontanfrakturen bei einem tuberkulösen Säugling (Ribadeau-Dumas und Chabrun) 1175.
Rippe, Sequestierung in die Lunge (Kahnt) 1197.
Rivanol (Härtel und Lauterbach-Horwitz) 474.
— Völckers) 979.
— (Werhoff) 1130.
— bei Puerperalfieber (Willink) 429.
— bei septischen Prozessen (Coopman) 1031.
Rizinussamen, Vergiftung (De Pacalis) 564.
Rocky-Mountains-Fleckfieber in Colorado (Becker) 898.
Rocky Mountain Spotted Fever (Kuczynski und Brandt) 1063.
Rogersche Krankheit (Schagan) 1412.
Roggenbrot (Schröder) 304.
Röhnsche Enzympräparate (Schledermann) **1252.**
Rohparaffinölpaste (Fritz Simon) 558.
Röhrenleistung (Thaller) 1054.
Rollhügel, Verschiebung des großen (Camera) 253.
Romanowsky-Giemsa-Färbung (Bálint) 243.
Röntgen s. a. Strahlen, Lichtbehandlung.
Röntgen, Hochspannungsschäden (Herrmann) 1127.
— apparat, Hochspannungsschäden (Brugsch und Horsters) 850.
— Aufnahme der Gallenblase (Brugsch und Horsters) 850.
— -aufnahme, Technik (I. C. Lehmann) 583.
— -aufnahmen mit Verstärkungsfolie (Peltason) 726.
— -befunde bei chronischer Appendizitis (Fonio) 479.
— — bei Haemoptoe (Beilin) 864.
— — bei Nierensteinen (Walton und Luscinian) 864.
— -bestrahlte Gewebe, Reaktionsänderungen (Liechti) 1165.
— -bestrahlung (Irle und Schoeneck) 947.
— — bei Adenom der Prostata (Legen) 445.
— — der akuten Entzündungen (Kingreen) 952.
— — akuter Entzündungen (Schüler) 1059.
— — und Anaphilaxie (Klewitz und Wigand) 604.
— — anteoperative des Uteruscarcinoms (Heimann) 954.
— — bei Anurie und Oligourie (Sahler) 168.
— — Bakterizidie (Fried) 336.
— — bei Basedow Krankheit (Webster) 692.
— — Beeinflussung von Tierorganen (Gabriel) 413.
— — Depigmentation der Haut (Wachtel) 544.
— — Diphtherienekrosen (Kahn) 435.
— — Einfluß auf Bestandteile des Blutes (Gigon und Ludin) 955.
— — des Hautcarcinom (Thedering) 305.
— — mit intravenösen Dextroseininjektionen in der Therapie des Carcinoms (Mayer) 1407.
— — des Kehlkopfes (Feist) 71.
— — bei Keuchhusten (Faber und Strubble) 118.
Röntgen-Bestrahlung der Lungentuberkulose (Koch) 1233.
— — maligne Neoplasmen (Morgan) 499.
— — von Melanosarkomen (Borak und Driak) 330.
— — der Milz (Neddermeyer) 606.
— — von Schweißdrüsenabszessen (Rütz) 104.
— — Spätschädigung (Wierig) 418.
— — unterteilte (Morgan) 1039.
— — des Urinartraktus (Sheldon) 269.
— — Urobilinogenausscheidung im Harn nach (Bromeis) 1407.
— -bestrahlungen von Bubonen (Curth) 1233.
— — therapeutische (Herrmann) 986.
— — Wirkung auf die Erythrozytenbildung bei Krebs und Leukämie (Isaacs) 370.
— — — wiederholter auf die menschliche Haut (Wolbach) 496.
— -betrieb in den Krankenhäusern Deutschlands (Schreus) 986.
— — Oekonomie (Niekan) 1330.
— -betriebe, Schädigungen der Kranken u. des Personals (Weber) 726.
— -bilder, Deutlichkeit (Walter) 726.
— -bild, Differentialdiagnose chronisch-infiltrativer Lungen (Blum) 608.
— — bei exsudativer Perikarditis (Frommel und Eghiayan) 349.
— — der klinischen Schädel (Okashima) 447.
— — und die orthodiagraphische Messung der Aorta (Reich) 608.
— — in der Urologie (Joseph) 160.
— — bei vermutlichem Tod der Frucht (van Ebbenhorst Tengbergen) 349.
— -darstellung des Cavum uteri (Joachimovits) 334.
— -dermatitis (Kee und Andrews) 221.
— -diagnose der Anenzephalie (Rudolph) 265.
— — Bronchiektasien (Alexander B. Moore, M. D. u. William I. Marquis, M. D.) 580.
— — der Bronchuscarcinome (Lenk) 608.
— — — Duodenalulcus (Knapp) 259.
— — — gestielten Gewächse und des Schleimhautprolapses durch den Pylorus (Eliason, Pendergrass und Wright) 1147.
— -diagnostik, Gallensteine (Haenisch) 1437.
— -diagnose, Jodöl (Iglauer) 828.
— — des Lungenabszesses (Pancoast) 1177.
— — — Lungenerkrankungen (Wierig) 339.
— — — Lungentuberkulose (Olshausen) 414.
— — Nasenius-Erkrankungen (Grier) 176.
— — spinaler Läsionen (Schmidt) 1777.
— -diagnostik (Peiper) 245.
— — des Duodenums (David) 753.
— — innerer Krankheiten (H. Cramer) 583.
— — der Lungen (Brunner) 156.
— — — der Magen- und Darmerkrankungen (Schinz) 1262.
— — — Stirnhöhlen (Richter) 650.
— — Thymushypertrophie (Groover, Christil, Merritt und Coe) 175.
— — des Ulcus jejuni postoperativum (Koppenstein) 1403.
— — Universal-Gleichspannungsapparat (Brenzinger, Dessauer und Lorenz) 209.
— — urologische **(Kirschmann) 814.**
— — der Wurzelhautentzündungen (Róna) 1342.
— -dosierung (Gabriel) 245.
— — (Holzknecht) 1330.
— -dosis (Heidenbein) 336.
— -Dosismesser Siemens (Obladen) 209.
— -Dosismessung Standardisierung (Holthusen) 408.
— -durchleuchtung bei Lungentuberkulose (Fales) 1110.
— -effekt, wesentliche Steigerung bei Tumoren (Mayer) 608.
— -einrichtungen, Hochspannungsschäden (Herrmann) 1054.
— -epitheliom (Debedat) 861.
— exzessive Behandlung, Myxoedema (Gram) 252.
— -fortschritte in Diagnostik und Therapie **(Jean Kottmaier) 57.**
— — — Diagnostik und Therapie rdgovcumlhwbfsk pzeniatx rdgom
— — — — — — **(Kottmaier) 837.**
— -geschwüre, Behandlung (Sonntag) 1095.
— Hautschädigungen (Simon) 1339.
— -geschwür, Heilung mit Diphtherie-Antitoxin (Franke) 643.
— -kastration (Schwarz) 427.
— — (Vogt) 1407.
— — temporäre (Guthmann und Bott) 1269.
— -kinder (Werner) 791.
— -kinematographie (Franke) 1054.
— -kongreß-Bericht 405.
— -krebs (Gradenwitz) **740.**
— -laboratorium, tödlicher elektrischer Unfall (Polgar) 415.
— -lichtdosen (Schneider) 1269.
— Lungentuberkulose (Ratera) 30.
— -menolipsierung, temporäre (Guthmann und Bott) 1269, 1367.
— -Oberflächentherapie (Manheimer) 925.
— — (Wucherpfennig) 602.
— oberflächliche Gefäßektasien nach -Bestrahlungen (Fabry) 1061.

Röntgenogramm zur Bestimmung der chemischen Strukturformel (Mark) 1150.
— der Lungen (Marquis) 864.
Röntgenographie der Gelenke mit Jodipin (Sievers) 1127.
— in der Gynäkologie (Rosenblatt und Kass) 1028.
— von Hydatiden-Zysten in der Lunge (Heuser, M. D.) 580.
— okzipitofrontale des Schädels (Richter) 643.
— stereoskopische (Richter) 986.
— uterotubale mit Lipiodol (Rubin und Bendick) 1419.
Röntgenologie (Todd) 1420.
— Ausbildung (Hickey) 117.
Röntgenologische Darstellung der Gallenblase (Baetzner) 156.
— — — — (**Lebermann**) **531.**
— — — — (Strauss und Pribram) 407.
— — von Rückenmarkstumoren mit Jodipin (Albrecht) 67.
— Diagnose der Gallenblasenerkrankung Carman und Counselles) 437.
— — Einfluß hochgespannter auf die Speichelsekretion bei Hunden (Case und Boldyreff) 496.
Röntgenologische Diagnose der Gallenblasenerkrankung (Carman u. Counselles) 437.
— Differentialdiagnose der Aortenaneurysmen u. Mediastinaltumoren (Kienböck) 986.
des Gehörorganes (Altschul) 310.
— Photographien (Reiser) 209.
— Untersuchungen der Harnröhre (Langer u. Wittkowski) 415.
— — an Moosen und Farnen (Linsbauer) 209.
— Zeichen abdomineller Ergüsse (Laurell) 1307.
Röntgenologie und Oberbauchdiagnostik (Gutzeit) 299.
— Unterricht (Försell) 253.
Röntgenoskopieren (Schick) 726.
Röntgenpapier (Eichelter) 478.
Röntgenperistaltik des Magens (Fraenkel) 209.
Röntgenpersonal, Besoldungs- u. Versicherungsfrage (Frey) 1266.
Röntgenplatten (Henius) 245.
Röntgenprojektorische u. röntgenanatomische Symbole (Robinsohn) 986.
Röntgenprothese (Comberg) 210.
Röntgen- und Radiumbehandlung bei Mammakarzinom (Webster, Thiereus u. Nicholas) 357.
Röntgen- und Radiumbestrahlung, Uterusblutungen (Bundy) 496.
Röntgenreizbestrahlung der Ovarien (Mennet) 109.
Röntgenröhren, Einstellung für Meßzwecke (Fürst) 209.
— Zentriervorrichtung (Caspary) 1127.
Röntgenschädigungen (Schubert) 1433.
— außerhalb des Bestrahlungsfeldes (Schoenhof) 1196.
Röntgenschädigung, chirurgische Behandlung (Parter) 495.
— des Kehlkopfes (W. Tonndorf) 25.
Röntgenschutzstoffe (v. Salis) 418.
Röntgenspätschädigungen der Haut (Miescher) 109.
Röntgenspektralanalyse (Günther) 1119.
Röntgensterilisation (Bormann) 426.
Röntgenstrahlen (Sommerfeld) 336.
— Aufnahmen mit sehr weichen — (Walter) 726.
— automatische Synchronisation der Belichtung (Mc. Phedran und Weyl) 77.
— Beeinflussung von bioelektrischen Potentialdifferenzen (Liechti) 22.
— biologische Bestimmung der Rückstreuungswerte bei harten (Schrens) 1165.
— biologischer Einfluß (Rochlin u. Emilie Gleichgewicht) 68.
— — Wirkung (Groedel u. Schneider) 1269.
— — — (Schmidt) 1407.
— — — harter — (Tsuzuki) 1383.
Röntgenstrahlendiagnose (Brown) 269.
Röntgenstrahlendosierung (Hugo Fricke, Ph. D. u. Otto Glasser, Ph. D.) 579.
— (Henry H. Hazen, M. D. u. Laurence C. Milstead, M. D.) 579.
— (Rajewsky) 209.
Röntgenstrahlen, Einwirkung auf die roten Blutkörperchen (Krömcke) 919.
— — überweicher auf Bakterien (Schepmann u. Flecke) 947.
Röntgenstrahlenenergie, Intensitätsverteilung (Abraham) 986.
Röntgenstrahlen, Ganzbestrahlung (**Kirschmann**) **709.**
— gestreute (Herz) 336.
— Hauttoleranz (Kee u. Eller) 1449.
— Jonisation (Küstner) 1053.
— kurzwellige (Holmes, Dresser) 375.
— Lokalisation (Bertwistle) 1174.
— Messung (Björling) 1374.
— — der Qualität (M. H. Meyer) 1351.
Röntgenstrahlenmessung, Standardisierung (Grebe u. Martins) 818.
Röntgenstrahlen, Meßeinheit in der Dosierung (Küstner) 1094.
Röntgenstrahlennägel (Pope) 894.
Röntgenstrahlen, Nutzen bei Keuchhusten (Ralph D. Leonhard, M. D.) 579.
Röntgenstrahlen, physikalisch-chemische Wirkung (Lieber) 303.
— Qualitätsnormalien (Seemann) 64.
— u. Radium bei Prostatasarkom (Bumpus) 267.
Röntgenstrahlensensibilisierung durch Thoriumsalze (Ellinger und Gaus) 204.
Röntgenstrahlen, Sterilität (Synder) 864.
— Behandlung der akuten Ekzeme (Bormann) 167.
— — bei Hyperthyreoidismus (Barclay u. Fellows) 487.
— — bei Keuchhusten (Smith, Bowditch, Leonard, Emerson, Wyman, Barron, Green, Hubbard u. Tennis) 75.
— — im Kindesalter (**Schall**) **940.**
— Thymusreizung (Lenz) 499.
— -Tiefentherapie-Einrichtungen in Kalifornien (Chamberlain und Newell) 269.
— Verbrennung (Davis) 658.
— Verhinderung der Pigmentbildung (Hauce u. Murphy) 1244.
— Wirkung (Epstein) 314.
— -wirkung, biologische (Hopf u. Ludwig) 479.
— — — (Schneider) 1264.
— — auf die Drüsentätigkeit (Orndoff, Farrell u. Ivy) 1420.
— — auf einzellige Lebewesen (Schneider) 202.
— — auf den Embryo (Kiontkowski) 336.
— — auf die Haut der Kaulquappe (Colwell u. Thomson) 858.
— — auf Hühneraugen (Pirie) 437.
— — kurzwelliger — auf das lymphoide Gewebe des Nasenrachenraumes (Ranson u. Withers) 1001.
— — auf die Nebenniere (Martin, Rogers u. Fischer) 437.
— — auf das Roussarkom (Russ u. Scott) 993.
— — u. Tumorbildung (Schönhof) 104.
— — auf das wachsende Hirn (Demel) 992.
— — auf die Zeugungsfähigkeit männlicher Ratten (Hooker) 864.
Röntgenstudien über die Magenstraße (Lossen u. Schneider) 418.
Röntgenteleangiektasien (Franke) 684.
— (Jessner) 296.
Röntgentherapie (Holzknecht) 1147.
Röntgentherapie des Asthma bronchiale (Müller) 105.
— der Bartholinitis gonorrhoica (Sieber) 1170.
— der Basedowschen Krankheit (Borak) 1269.
— Basedow (Ratera) 173.
— der Blutkrankheiten (Wittkowsky) 726.
Röntgenbehandlung der bösartigen Blasengeschwulste (Werner) 1125.
— des Bronchial-Asthma (Gerber) 175.
Röntgentherapie bei Bronchialasthma (Ramirez u. Cole) 864.
— der Karzinome (Mayer) 917.
Röntgenbehandlung der chirurgischen Vuberkulose (Lars Edling) 362.
— — — (Siedamgrotzky) 342.
— des chronischen Hustens der Kinder (Fisher) 864.
— der chronischen Spondylitis deformans (Charles A. Pfender, M. D.) 580.
— u. -Diagnostik der Hirntumoren (Gabrielle Levy) 34.
Röntgentherapie u. Diathermie (Desjardins) 862.
— Dosimetrie (Chaoul) 332.
Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose (Lars Edling) 362.
Röntgentherapie, Einfluß der Rückstrahlung auf die Oberflächendosis (Glasser u. Reitter) 1351.
Röntgenbehandlung des Ekzems (Lomholt) 170.
Röngentherapie der Entzündungen (Heidenhain, Wagner) 1054.
— — — (Wagner) 1153 (Pordes) 1153.
Röntgenbehandlung, Entzündungen des weiblichen Geschlechtsapparates (Rostow) 313.
Röntgentherapie der Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege (Knox) 1342.
— exsudativer Iritid (Samuel, Blum u. Bowie) 1282.
— Formgebung nach Jüngling (**Breuer**) **1395.**
— der Gastritis (Korbach) 301.
— von Hautkrankheiten (Freund) 333.
Röntgenbehandlung des Hautkrebses (Hazen u. Whitmore) 496.
Röntgentherapie bei Hirntumoren (Bailey) 495.
— — — (Towne) 74.
— Indikation (Freund) 726.
Röntgenbehandlung innerer Krankheiten (Parrisius) 274.
— der Lungentuberkulose (Doorntract, Koolman u. Kretschmer) 949.
— — — (Kretschmer) 71.
Röntgentherapie, Maßeinheiten (Andrews) 864.
Röntgenbehandlung metastatischer Knochengeschwülste (Borak) 1302.
Röntgentherapie der Mikuliczschen Krankheit (Ziegler) 1269.
— der Neuralgien (Müller) 1330.
— des Othaematoms (Fenchner u. Regeier) 336.
Röntgenbehandlung von Pollagrahauterscheinungen (Underwood) 445.
— der Peritonealtuberkulose (Zorrilla) 930.
Röntgentherapie, Pneumonie (Fried) 155.
Röntgenbehandlung der Purpura haemorrhagica mit Bestrahlung der Milz (Henry K. Pancoast, M. D., Eugene P. Pendergrass, M. D. u. Thomas Fitz-Hugh, IR., A. M., M. D.) 580.

Röntgenbehandlung der Sarkome (Ludin) 479.
— Schutz der Umgebung (Holzknecht) 209.
— während der Schwangerschaft, Gefahr der Mißbildung des Fötus (Ries) 501.
Röntgentherapie des Sympathikus (Gouin) 35.
— derSyringomyelie (Heinismann u. Czerny) 1438.
Röntgenbehandlung bei Syringomyelie (Merill) 375.
— von Tonsillen und adenoiden Wucherungen (P. B. Maccready, M. D.) 579.
— der Trigeminusneuralgie (Walter u. Lax) 416.
— uteriner Blutungen (Newcomet) 220.
— eines Zungenkarzinoms (Schmidt) 653.
Röntgentiefenbestrahlungen (Stern) 862.
— Therapie bei Blasentumoren (Waters) 1419.
— — (Fricke) 1420.
— — (Holfelder) 1269.
— — beim Brustkrebs (Evans u. Leucutia) 863.
— — der Knochen- u.Gelenktuberkulose (Loewenstamm u. Stehr)758.
— — der Lungentuberkulose (Schulte-Tigges) 947.
— — Stoffwechselstörungen (Doub, Bolliger u. Hartmann) 495.
Röntgenulkus nach Tiefenbestrahlung (Reimer) 478.
Röntgen- und Ultraviolettstrahlen, kombinierte Wirkungen (Pfahler, Klauder u. Martin) 1383.
Röntgenunfall durch Kurzschluß des Sekundärstromes (Wetterstrand) 1307.
Röntgenuntersuchung s. a. Pneumopéritoneum.
— der Gallenblase (Barker) 259.
— — — (Frigyér) 882.
Röntgenuntersuchungen des Gastrointestinaltraktes (Merril) 864.
Röntgenuntersuchung im Krankenzimmer (Sgalitzer) 1127.
— der Lunge (Staehelin) 479.
— des Magens (Hitzenberger) 920.
— operierter Magen (Knothe) 726.
— der Schädelbasis bei basalen Tumoren (Mayer) 1437.
— operierter Schläfenbeine (Deutsch u. Mayer) 68.
— des Uterus und der Tuben (Cotte und Bertrand) 729.
Röntgen-Verbrennung (Dietrich) 726.
— (Gabriel) 546.
— (Gilmer) 1263.
Röntgenverbrennungen (Matas) 495.
Röntgenverbrennung, Behandlung (Fabry) 105.
Röntgenwirkung, chemische Sensibilisierung (Petry) 604.
Röntgenzwecke, einfaches Adaptionsverfahren für — (Ganter) 1330.
— gebogene Kassette (Breitländer) 608.
Rosenbach-Semonsches Gesetz (Clauberg) 1369.
Roseola infantum (Mittelstaedt) 155.
Röteln, Epidemiologie (Hasselmann-Kahlert) 1336.
Rotes Kreuz in der Seuchenbekämpfung (Borchert) 604.
Rotlauf beim Menschen 1072.
— Serumpferde (Wollák) 885.
Rotlichtröntgendurchleuchtung (Schneider) 986.
Rotz, chronischer (Sakrepa) 1440.
Roussarkom (Meckenzie u. Illingworth) 1309.
— explantiertes (Wind) 882.
— (Flu) 927.
Rubinprobe (Gladstone) 124.
Rückenmarksabszeß (Woltmann u. Adson) 1072.
Rückenmarksanästhesie (Ionnesco) 364.
— (Izquierdo) 640.
Rückenmark, akute Verletzung (Coleman) 175.
Rückenmarkchirurgie (v. Eiselsberg) 394.
Rückenmarksdegenerationen (Harbitz) 351.
Rückenmark, Diagnostik der Tumoren (Grosz) 249.
Rückenmarksflüssigkeit, qualitative Zelluntersuchungen (Krey) 106.
Rückenmarksgeschwülste (Brouwer u. Oljenick) 794.
— (Korner) 992.
Rückenmark, kombinierte Strangerkrankung (Grinker) 1143.
Rückenmarks-Krankheiten (Cassirer) 767.
Rückenmark u. Krebs (Weil u. Kraus) 700.
— multiple Tumoren (Cestan) 112.
— pigmentierter Tumor (Ringertz) 493.
— Querschnittsläsionen (Pines) 70.
— Röntgendiagnostik (Peiper) 245.
— Strangdegeneration (Reese u. Beigler) 370.
— beim Tetanus (Nelson) 1310.
Rückenmarkstumor (Ahlen) 73.
Rückenmark- Tumor (Alfes u. Eggert) 247.
Rückenmarkstumor (Grosz) 249.
Rückenmarkstumoren (Stellwagen) 700.
— Entfernung (Towne) 446.
— mit Jodipin, röntgenologische Darstellung (Kurt Albrecht) 67.
Rückenmark, Tumor des verlängerten (Lozano u. Costera) 1066.
Rückenmarksveränderungen, traumatisch degenerative (Steindl) 603.
Rückenmark. Verdoppelung (Kraus u. Weil) 1212.
Rückenmarksverwachsungen postmeningitische, operative Beseitigung (Hohlbaum) 395.
Rückenmark u. Wirbelsäule, Sanduhr-Geschwülste (Borchardt) 412.
— Zweiteilung (Holland) 646.
Rückenoperationen, Stützapparat zur Wundschonung (Jessen) 1404.
Rückenreflexe des Menschen (Kotrowzeff) 757.
Rückenschmerzen (Andrews) 215.
Rückenschmerz (O'Counor) 36.
Rückenschmerzen (R. Schröder) 556.
— (Sever) 118.
— Aetiologie u. Pathologie (Kleinberg) 1245.
Rückfallfieber (Matrosoff) 758.
— u. Flecktyphus bei Kindern (Mezbourian) 1138.
— im Kindesalter (Lewi) 1413.
— Pathogenese (Oettinger) 724.
— per os (J. Seegobin) 583.
Rückgrat, Anomalien, Krankheiten u. Verletzungen (Kerby) 1779.
— traumatische Verletzungen (Bowman u. Goin) 1383.
— -verkrümmung (Kochs) 918.
Rückstreuungsmessungen mit Askaridennieren (Birkenbach) 1091.
Ruhramöbe (Bach u. Steinhauer) 578.
Ruhr, Bakteriologie (Elkeles u. Schneider) 919.
Ruhrbazillen, Nachweis im Blut (Spranger) 1330.
Ruhrbazillus, Flexnerscher (Prigge) 205.
Ruhr, Diagnose der Arthritiden (Besson u. Ehringer) 1345.
— im Säuglings- und Kindesalter (Weise) 823.
— -schäden (Keiner) 166.
— Serumtherapie bei kindlicher — (Knauer) 1330.
— Behandlung der Amoebenruhr (Jamison) 74.
Russische, erste medizinische Zeitung (Prokofiew) 1242.
Rußland, Erneuerung der Heiligenbilder (Goldbladt) 472.

Säbelscheidentibien (Etienne u. Hanriot) 827.
Sabouraud-Pastille (Jacoby) 1374.
Salicyl, Wirkung a. d. Säure-Basenhaushalt (Veil u. Graubner) 1363.
Saccharin als Geschmackskorrigens (Preston) 352.
Saccharose, Messung (Campbell u. Hanna) 1245.
Sachs-Georgi Reaktion (C. Schuler) 26.
Sachs-Georgische Trübungsreaktion (Panofsky) 23.
Sachs-Klopstocksche Reaktion (Nohlen) 419.
Sacroiliacalläsionen (Painter) 577.
Sagrotan (Bonne) 105.
Sahlisches Volumbolometer (da Cunba u. Lazarraga) 610.
Sakralabszesse bei kongenitalen Hautverlagerungen (Oehlecker) 953.
Sakralnerven, Durchschneidung, intravertikaler Druck (Petter) 444.
Sakroiliakale Erkrankungen (Smith-Petersen) 438.
Sakroiliakalgelenk, Bewegungsbeschränkung (Slocumb u. Terry) 932.
— Läsion im Wochenbett (v. Fekele) 1098.
— Tuberkulose (Mccullongh) 1039.
Salabrose (Kerb u. Schilling) 105.
— (Oles) **835.**
— in der Diätetik des Diabeters (Rothschild) 1157.
Salben, Bedeutung der chemischen Reaktionen (Stern) 1165.
— -grundlagen (Unna) 246.
Salicylsäure, Vergiftung (H. Meyer) 854.
Salluen (Kretzmer) 415.
Salpingektomie u. Schwangerschaft (Douglas) 1382.
Salpingitis s. a. Tube.
— bilaterale gonorrhoische bei einem Kinde (Johannides) 697.
— nicht-tuberkulöse (Andersen) 29.
Salpingostomatoplastik (Heimann) 824.
Salvarsan s. a. Neosalvarsan, Silbersalvarsan, Sulfarsphenamin.
— (Krantz) 167.
— (Tryb) 167.
— (Schumacher) 246.
— (Philippen) 482.
— (Schumacher u. Liese) 818.
— (Schreus) 925.
— (Schreus u Weisbecker) 925.
— Bekämpfung der Framboesia tropica (Winckel) 689.
— -dermatitis (Rosenthal) 167.
— — (Stümpke) 247.
— Dyschromien (Boutelier) 34.
— Einwirkung auf die Blutzuckerkurve (Heden) 955.
— — auf die Spirochäten (Gregorius) 347.
— erythematösschuppige Eruption (Boutelier) 113.
— -exanthem (Ritter u. Morsbach) 166.
— -Infiltration, Dietelsche Methode zur Vorbeugung und Behandlung entzündlicher Erscheinungen (Landesmann u. Worowitzky) 946.
— -Intoxikation (Brzezicki) 422.
— — (v. Szentkirályi) 347.
— letale Rückenmarksschädigung durch intraspinale behandlung (Nonne) 1122.
— u. Lungentuberkulose (Landau) 470.

Salvarsan-Präparate (Kolle) 413.
— -resistenz (Hoffmann) 1020.
— -schäden (Minami) 23.
— — des inneren Ohres (Kobrak) 918.
— — des Nervensystems (Pollak) 1029.
— -schädigungen (Ullmann) 213.
— — (Neuburger) 1295.
— durch Serum entgiftetes (Heronimus) 925.
— -Spätikterus (Bardach) 820.
— sterilisierende Wirkung (Schreus u. Weisbecker) 1296.
— -Therapie (Philippson) 1142.
— — endolumbale (Brunner) 1410.
— — Ikterus gravis (Höglund) 158.
— — intramuskuläre (Martinotti) 1105.
— Tod, Kasuistik u. Pathogenese (Girolamo) 1141.
— vorübergehende spastische Myopie (Dupuy-Dutemps und Périn) 257.
— -Wirkung (Birnie, Sumter) 1381.
— — Rekurrensinfektion (Krantz) 297.
— Wirkungsmechanismus (Mayer) 1020.
— — (Oettinger) 724.
Salyrgan (Petzal) 1095.
— (Recht) 1029.
— (Warburg) 1411.
Salzfieber, s. Kochsalzfieber.
Salzlösungsprobe, intrakutane (Cohen, Applebaum u. Hainsworth) 730.
— — (Stern u. Cohen) 1348.
Salzschlirfer Bonifazius-Brunnen (Fischenich) **1043**.
Samenbläschen-Entzündung, chirurgische Therapie (Fraser u. Goldschmidt) 1309.
Samenbläschen-Massage (Pomeroy) 828.
Samenblase, Punktion bei Empyem (Ingall) 856.
Samenblasencarcinom (Endlich) 547.
Samenblasenpathologie (Boeminghaus) 424.
Samenblasen-Syphilis (Saleeby) 175.
Samenfäden, s. Spermatozoen.
Samenstrang, incarcerierte Hydrozele (Kleinschmidt) 1331.
— Venenerweiterung (Goljanitzki) 986.
Sanduhr-Geschwülste des Rückenmarks u. der Wirbelsäule (Borchardt) 412.
Sanduhrmagen (Brdiczka) 608.
— (Gubergritz) 643.
Sanivalen (Treu) **506**.
Sanocrysin (Knud Faber) 28.
— (V. Bie) 28.
— (Poindecker) 30.
— (Deist) 206.
— (Neufeld) 246.
— (Kraus, Czerny u. Friedmann) 246.
— (Klemperer) 246.
— (Friedemann, Knersniewski u. Deicher) 246.
— (Czerny u. Opitz) 246.
— (Le Blanc) 301.
— (Lunding) 315.
— (Jessen) 332.
— (Lecher) 350.
— (Luis Sayé) 561.
— (Bernard) 611.
— (Sayé) 697.
— (Lambea) 1173.
— (H. Lauchea) 1448.
— (v. Neergard) 1237.
— Bangsche Versuche (Möllgaard) 605.
— Dosierung (Lehotay) 73.
— Dosierungsfrage (Begtrop-Hansen) 482.
— u. experimentelle Tuberkulose (Bang) 305.
— — — (Bang) 605.
— — Untersuchungen (Calmette, Boquet u. Nègre) 697.
— Goldablagerung (H. Hausberg) 28.
— Lungentuberkulose (Faber) 64.
— Behandlung von Lungentuberkulose (Elliott) 354.
— bei Lungentuberkulose (Staehelin) 427.
— Lungentuberkulose (Bernard) 697.
— bei Lungentuberkulose (Rist, Rollang, Couland, Hirschberg und Triboulet) 697.
— Lungentuberkulose (Sergent, Bordet, Durand u. Kourilsky) 697.
— bei Lungentuberkulose (Besançon, Braun u. Azoulay) 697.
— — — (Pfeffer) 820.
— — — (Poindecker) 924.
— bei Lupus (Peyri) 1346.
— bei Mäusekurrens (Krantz) 1094.
— Neuritis bei — Therapie (Beyerholm) 1306.
Sanocrysin, Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen (Katz und Leffkowitz) 606.
— Streptokokkeninfektion (Landau) 986.
— Temperaturreaktionen (Stein u. Jaslow) 29.
— Therapie (Permin) 28.
— -behandlung bei Lungentuberkulose (Würtzen) 203.
— — der Hauttuberkulose (Hansen) 214.
— — (Ulrici) 330.
— — (Petersen u. Vald. Petersen) 610.
— Therapie bei Lungentuberkulose (Jansen u. Weber) 753.
— — Entstehung von Tuberkuliden (Nägeli) 1330.
— — bei Lungentuberkulose (Meili) 1271.
— Behandlung der Lungentuberkulose (Jannasch) 983.
— — — (Jessen) 983.
— — — (Sachs) 606.
— — — (Sayé) 697.
— — — (Zadek u. Sonnenfeld) 606.
— — — (Zinn) 337.
— u. Nieren (Johs. Frandsen) 28.
— Therapie in der Privatpraxis (Sandberg) 1411.
— Behandlung der Tuberkulose (Knehnel) 28.
— — — (Bie) 483.
— Tuberkulose (Wuertzen) 29.
— u. Tuberkulin (Fernbach u. Rullier) 697.
— Verhalten der Bazillen (Jansen) 653.
— Zirkulation des Goldes (Svend Lomholt) 28.
Sanoxygen (Flatauer) 820.
Saponin (Lasch u. Brügel) 981.
Saponine (Wasicky) 1029.
— (Jakobs u. Gustus) 1245.
Saponinen, Einfluß auf die Resorption von Kurare (Kofler und Fischer) 981.
Saponinhaltige Antiluetika (Mayer) 347.
Saprovitan (Dreyfus u. Hanau) 919.
Sarcoide (Gougerot) 368.
Sarcoma cordis (Wahlgren) 793.
— idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi (Uhlmann) 347.
Sarggeburt (Hellendall) 342.
Sarkoid (Burnie u. Rejsek) 614.
Sarkoide Geschwülste (Sellei u. Berger) 347.
Sarkoid, subkutanes, Darier-Roussy im Kindesalter (Canelli) 1174.
— — fibröses (Gougerot) 862.
Sarkomatose der Haut (Narat) 577.
— in den Meningen (Schuberth) 1097.
Sarkomatosis idiopathica haemorrhagica (Ramel) 1278.
Sarkom. s. a. Geschwulst.
— der Blase (Caulk) 1215.
— des Bewegungsapparates (Plate) 1094.
— Entstehung (Carrel) 74.
— experimentelle Studien (Carrel) 491.
— der Gefäßscheide des Halses (Speciale) 654.
— kongenitales (Castellana) 173.
— der langen Röhrenknochen (A. Jentzer) 559.
— Mikroorganismen (Purpura) 564.
— des Oesophagus (Jackson) 78.
— Strahlenbehandlung (Hueck) 424.
— Struktur der Geschwulstzellen (Castrén) 889.
— — — — eines übertragbaren — (Castrén) 889.
— Therapie (Wollner) 1368.
— u. Tuberkulose (Lichtenstein) 687.
— Versuche mit Hühnersarkom (Murphy) 569.
— der Vulva (Garbien) 1347.
— zentrales osteoplastisches eines Wirbels (Breitländer) 608.
Sauerkraut als Volksheilmittel (Hartmann) 416.
Sauerstoff-Aether-Narkose (Beck) 1404.
Sauerstoffatmung, künstliche, im Hochgebirge (Stern) 331.
— — — (Stern) 1234.
Sauerstoffeinblasung in die Peritonealhöhle bei tuberkulöser Peritonitis (Garbat) 430.
Sauerstoff, Einfluß des hohen Partialdrucks von — auf das Wachstum gewisser Pilze (Karsner u. Saphir) 1212.
— bei der exsudativen tuberkulösen Peritonitis (Maestrini) 1277.
— -inhalationen (Simon) 1062.
— — (Simon) 1095.
— — (Barach) 1284.
— Inhalationswirkung (Jacoby) 818.
— -insufflation bei tuberkulöser Meningitis (Klinke) 250.
— -kompressor (Trotzky) 1412.
— -mangel (Greene) 117.
— spiegel, Einfluß der Senkung auf den Ablauf tuberkulöser Erkrankungen (Inergensohn) 204.
— -Stoffwechsel (Sonne) 793.
— Therapie bei akuten Infektionen (Johannsen) 171.

Sauerstoff-Verbrauch, Muskelarbeit auf den — (Herzheimer, Wissing und Wolff) 1020.
— — u. Kohlensäureproduktion, Apparat zur graphischen Registrierung (Dethloff) 64.
Säuglinge, alimentäre Erkrankungen (Pogorschelski) 1242.
— -ernährung (Vogt) 249.
— -fürsorge in Landkreisen (Flatzer) 1435.
— -fürsorgestellen (Walder) 1435.
— -klinik des Optantenlagers in Schneidemühl (Nahrath) 821.
— -nahrung (Grulee) 894.
— -pflegerinnen-Prüfung (Klotz) 946.
— -pflegeunterricht in den Mädchenschulen (Helbig) 1128.
— -pyurie (Schiff) 1235.
— -sterblichkeit in Düsseldorf (Scheidt) 341.
— -stoffwechsel (Müller u. Stendel) 1235.
— -stützbänkchen für Durchleuchtungen (Viethen) 608.
Saugmassage (Cramer) 299.
Säureausscheidung durch den Harn (Goebel u. Millenberg) 556.
Säuren, Ausscheidung organischer (Brock) 725.
Säurebasen-Gleichgewicht (Gollwitzer-Meier) 468.
— (Mainzer) 821.
— (Jansen u. Karbaum) 1334.
— des Blutes (Feissly) 109.
— u. Ionenverschiebungen (Beckmann, Bass, Dürr u. Drosite) 981.
Säurebasenhaushalt beim Kinde (Freudenberg) 1296.
— bei Lungentuberkulose (Brieger) 718.
— bei der Narkose (Wymer) 1302.
Säurebasenverhältnisse, Beeinflussung durch Mineralstoffpräparate (Beckmann u. Ewig) 980.
Säurefeste Bazillen, intrauterine Injektion (Ishii u. Loeb) 259.
Säuregehalt des Organismus (Fejwlewicz) 1444.
Säuregrad, s. Acidität.
Säuretherapie in der kleinen Chirurgie (Jalcowitz u. Schlosserer) 1029.
Saure Milch als Kindernahrung (Green) 118.
Scabies, s. Krätze.
Scapula, s. Schulterblatt.
— scaphoidea (Brückner) 984.
Scapula scaphoidea (Curtius) 757.
Scarlatinella (Hochsinger) 249.
— vierte Krankheit (Hochsinger) 302.
Schädelasymmetrie (Richter) 926.
Schädelbasis, Röntgenuntersuchung bei basalen Tumoren (Mayer) 1437.
Schädeldefekt, angeborener (Ehrhardt) 207.
Schädel, demarkierende Verletzung am kindlichen — (Poeck) 1098.
— -erweichungen (Kyrklund) 472.
— -form (Basler) 720.
— -fraktur (Hanson) 730.
— — (Smith) 484.
— -grube, hintere, Geschwülste (Pick) 310.
— -grundbruch u. Ohrenaufmeißelung (Lange) 790.
— gummatöse Osteoperiostitis bei Syphilis (Dunham) 179.
— -Halsverbindung des Kindes (Kermanner) 204.
— -Hirnverletzungen (Maclaire) 430.
— kindliche, Röntgenbild (Okashima) 447.
— -naht, prämature Synostose (Ludewig) 1339.
— okzipito-frontale Röntgenographie (Richter) 643.
— Osteom (Leri u. Barthelmy) 35.
— Plastik (Seifert) 649.
— Trauma bei der Geburt (v. Jaschke) 1051.
— — — — (Ylppö) 1153, (Schwartz) 1153.
— — — u. Gehirngeschwulst (Wilde) 546.
— -veränderungen, senile im Röntgenbild (Casati) 418.
Schädlinge, Bekämpfung pflanzlicher und tierischer (Escherich) 1118.
Schaltwirbel u. Lähmung (v. Salis) 475.
Schambein, Tuberkulose (Madlener) 758.
Schankerbubo (Miskzan) 1379.
Schanker, intraurethrale (Goodman) 582.
— Therapie des weichen —, mit Nicolleschem Vaccin (Krikorian) 1311.
— Behandlung des weichen (Daussy) 566.
— Vaccinetherapie des weichen — (Pautrier) 114.
Scharlach (Huntoon, Murphy u. Craig) 434.
— (Kilduffe) 434.
— (Luidsay, Rice u. Gelinger) 568.
— (Benjamin) 948.
— (Breinl) 1233.
— (Bogen) 1352.
— Aetiologie (Szirmai u. Jacobovics) 250.
— — (Kundratitz) 819.
— — Prophylaxis u. Therapie (Szirmai) 247.
— — u. Prophylaxe (Zlatogaroff) 249.
— aktive Immunisierung (v. Bokay) 851.
Scharlach, aktive Immunisierung (Colby) 1281.
— — u. passive Immunisierung (Rocca) 1173.
— u. Antipyrin 1023.
— -Antistreptokokkenserum, Standardisierung (Wadsworth und Mitarbeiter) 1034.
— antitoxin (Kirkhope) 351.
— — (Anderson u. Leonard) 1110.
— — im Blut (Henry u. Lewis) 487.
— — Dochezs (Graham) 75.
— — — (Thenebe) 120.
— — — (Thenebe) 177.
— — von Endo- u. Myokarditis (Toogood) 1134.
— — konzentriertes (Dick) 221.
— — prophylaktischer Wert (Hervey u. Fellones) 655.
— — -serum (Kobb) 216.
— Actiologie (Deicher) 341.
— Beziehungen der Streptokokken (Brien, Okell, Birkhang) 1103.
— chirurgisches Emphysem (Curtis u. Thomson) 1310.
— Dicksche Intrakutanprobe (Kundratitz) 340.
— Dickprobe u. Schutzimpfungen (Ströszner) 1265.
— eitrige Pleuritiden bei — (Aegis) 1413.
— -empfänglichkeit, Hautreaktionen (Baccichetti) 1416.
— Epidemiologie (Lewis) 570.
— — (Pope) 660.
— -exantem, verzögertes Auftreten (Philipps) 994.
— experimenteller (Hach u. Bordzilowskaja) 758.
— Harmlosigkeit 1174.
— Immunisierung (Larson, Huenekens u. Colby) 567.
— — (Snyderman) 1245.
— Jod (Novack) 1109.
— klinische u. serologische Beiträge (Fanconi) 1352.
— nach Nasen- und Halsoperationen (Lovett) 893.
— mit Peritonitis (Taylor) 1449.
— -problem (Gutfell) 551.
— — **(Hoffstaedt) 1256.**
— Prophylaxe (Redlich) 249.
— — nach der Dickschen Methode (Johan) 1402.
— — u. Therapie (de Rudder) 1461.
— — u. Therapie, Dicksches Verfahren **(v. Bokay) 281.**
— Rezidive (Satake) 382.
— — (Pecori) 1142.
— -schutzimpfung (Vas) 790.
— — u. Dick-Test (Seligmann, Alterthum u. Dingmann) 1264.
— — mit Streptococcus haemolyticus-Vaccine (Strössner) 947.
— sekundärer Ausschlag (Sokolow) 1412.
— -serum der Marburger Behringwerke (Ochsenius) 685.
— Therapie (Friedemann u. Deicher) 605.
— — mit Antitoxinserum (Aegis) 1242.
— Behandlung mit Rekonvaleszentenserum (Bode) 1065.
— -streptokokken (Bieling) 979.
— — hämolytische (Rosenow) 1036.
— — Intrakutomproben mit Filtraten von — (Jacobsohn) 1172.
— — -serum (Hoke u. Kettner) 754.
— -Streptokokkus (Tunnicliff) 1034.
— — endotoxischer Bestandteil (Duval u. Hibbard) 1244.
— — Racheninfektionen (Stevens u. Dochiz) 568.
— Toxin für die aktive Immunisierung (Young u. Orr) 658.
— — nach Caronia (Hecht) 339.
— — Intradermoreaktion (Hecht) 164.
— u. Schicksche Probe (Hüll) 264.
— traumatischer oder chirurgischer (Iserinac) 104.
— Uebertragung (Crowell) 569.
— Uebertragungsgefahr (Bernhardt) 1434.
— Verhütung (Small) 370.
— — und Behandlung (O Hara) 1214.
— -virus nach Caronia, Züchtung (Tabaki) 333.
Schaumkörper, Hyperaciditätsbeschwerden (Jordan) 299.
Scheckenbildung (Meirowsky u. Spickernagel) 925.
Scheidencarcinom, Therapie (Philipp u. Gornick) 301.
Scheidensarkom (v. Szathmary) 759.
Scheidensekret, Säurereaktion (Stengel) 557.
Scheidensekretreaktion bei Gonorrhoe (Wirr u. Legène) 333.
Scheidensenkung, Ringbehandlung (Meyer) 297.
Scheidenbildung aus der Harnblase (Schmid) 346.
Scheidentumor (v. Hoor) 819.
Scheidenspektulum (Silin) 954.
Scheideninhalt am Ende der Schwangerschaft (Neumann) 344.
Scheiden- u. Cervixkeime, Virulenzprüfung (Pribam) 312.
Scheide, s. Vagina.
Scheintot geborenes Kind (Kermanner) 1029.
Scheintote Neugeborene, intrakardiale Adrenalininjektionen (Wachenfeldt) 345.
Schellackreaktion, bikolorierte (v. Thurzo u. Marchionini) 1331.
Schenkelbruch, s. Hernia femoralis.

Schenkelhalsbruch, Bolzung (Koch) 640.
Schenkelhalsbrüche (Lexer) 754.
Schenkelfraktur (Whitmann) 82.
Schenkelhalsfraktur (Whitman) 431.
Schenkelhalsfrakturen, Behandlung medialer (Portwich) 309.
Schenkelhals, Osteomyelitis — im Kindesalter (Monnier) 1370.
Schenkelsarkom, Exartikulation der unteren Extremität (Chonukow) 1242.
Schieck, intrakutane Prüfung (Orel) 724.
Schicksche Probe (Donaldson) 1136.
— — u. Scharlach (Hüll) 264.
— Reaktion, Verhalten der Diphtheriebazillenträger (Meyer) 1065.
Schicks-Reaktion in Grönland (E. Bay-Schmidt) 27.
Schielen (Engelking) 1169.
— alternierendes Konvergenzschielen (Goar) 75.
— Behandlung (Meller) 302.
— Frühbehandlung (Weymann) 446.
Schieläugige, Familie (Rodin) 697.
Schielen, operative Behandlung (Lowell) 1111.
— Therapie des konkomittierenden (Luther) 766.
Schiefhals (Clark) 269.
— (Hottinger) 645.
— Aetiologie (Schubert) 404.
— angeborener knöcherner (Le Fort u. Ingelrans) 174.
— spastischer und Epilepsie (Marchand u. Bauer) 1212.
Schiefhaltung des Kopfes (Böhm) 414.
Schilddrüse, s. Thyreoidea.
Schierling, Vergiftung (Gompertz) 1315.
Schierlingsvergiftung, akute (Wulsten) 1332.
Schienbein, hinterer Radbruch (Dalger u. Pernes) 565.
— Fissur (Oudard) 565.
Schiffahrtsverkehr, Bestimmungen gegen ansteckende Krankheiten (Conrad) 948, 1021, 1062.
Schizomanen (Dupony u. Naudascher) 1447.
Schizophrene (Koehler) 418.
— Denkstörungen und Sprache (Beringer) 951.
— Erkrankungen (Schmidt) 208.
— Erkrankungsaussichten der Neffen u. Nichten (Bruno Schulz) 554.
— Störungen (Leyser) 158.
— Wesen und Erfassung (Schneider) 158.
Schizophrenie (Morgenthaler) 339.
— (Storch) 420.
— (Berndt und Kolle) 723.
— und Nystagmus (Rosenfeld) 720.
— mit pyknischem Körperbau (Kolle) 1365.
— (de Allende-Navarro) 689.
— (Montesano) 757.
— (Münzer) 951.
— (Jahrreiss) 1204.
— beginnende (v. Valkenburg) 1210.
— und Hysterie (Carp) 760.
— — (Perelmann) 307.
— und Muskelatrophie (Zoltàn Ràth) 1365.
— verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke (Jacobi u. Kolle) 422.
Schizophreniker, somatische Konstitution (Guber-Gritz) 1204.
Schizosaccharomykose (Benedek) 1058, 1440.
Schizoid (Boströem) 607.
Schizoide Psychopathien im Kindesalter (Ssucharewa) 159.
Schizophrener Reaktionstyphus (Lange) 723.
— — (Jacobi u. Kolle) 309.
Schlafkrankheit, s. Trypanosomiasis.
— (Winther) 170.
— (Leger) 362.
— (Jamot) 1073.
— (Abbatuci) 492.
— afrikanische, intramuskulär verabfolgtes Trypasamid (King) 895.
— in den afrikanischen Kolonien (Leger) 490.
— Therapie (Schofield) 317.
Schlafmangel, Psychotherapie (Schultz) 297.
Schlafzentrum (Brailovsky) 307.
Schlaf und Encephalitis (Trömmer) 420.
— und Schlafzentrum (Haenel) 104.
Schlafmittel (Dreyfus) 64.
— (Mehes) 921.
— (Molitor und Pick) 923.
— -hypnose (Dattner u. John) 339.
— Vergiftungen (Lange u. Guttmann) 978.
Schlafstörungen (Noltenius) 1092.
— im Kindesalter (Hartmann) 156.
Schlaftheorien und Hirnrindenfunktion (Marburg) 1029.
Schläfrigkeit, pathologische (Brailovsky) 307.
Schläfenbein, Mißbildung (Mayer) 1341.
— destruktive Prozesse (E. G. Meyer) 68.
Schläfenbeinerkrankungen otogene (Charousek) 247.
Schläfenbeine, Röntgenuntersuchungen (Deutsch u. Mayer) 68.
Schläfenhirntumore, Augensymptome (Lillie) 220.
Schlittenapparate (Kochmann u. Heinroth) 1362.
Schläfenlappen, Morphologie (Marburg) 992.
Schläfenlappenabszeß otogene (Hofmann) 310.
— (Goldflam) 308.
Schläfenlappengeschwülste (van der Horst) 1031.
Schläfenlappen rechter, Tumoren (Harnisch) 421.
Schleifsteine (Folkhard) 1062.
Schleimsäure, Wirkung auf die Nierenfunktion (Rose und Jackson) 933.
Schlangenkrautwurzel, Vergiftung (Walck) 1033.
Schlatter-Krankheit (Grossman) 39.
Schlattersche Krankheit (Ollerenschaw) 36.
Schlüsselbeinbrüche (Wisotzki) 203.
Schlüsselbeinbruch, Therapie des subkutanen diaphysären (Rebizzi) 1142.
Schlüsselbeinfrakturen, Fixationsverband (Thomson) 697.
Schlafentzug, verlängerter (Kroetz) 1363.
Schlammfieber (Prausnitz .u Lubinski) 1296.
Schlammbehandlung, Einfluß auf den Harngehalt im Blute (Luric, Turkeltaak, Livschitz) 1062.
— (Bernstein) 418.
— bei Prozessen der weiblichen Genitalsphäre (Butomo) 106.
— Viskosität des Blutes (Grinboim) 1096.
Schlucktachykardie (Sakai u. Mori) 604.
Schmerzempfindung und Wasserstoffionenkonzentration (v. Gaza u. Brandi) 752.
Schmerzbehandlung bei Nervenkrankheiten (Erben) 1339.
Schmerzen, viscerale und ausstrahlende (Ryle) 656.
Schmerzlinderung in der Geburtshilfe (Pankow) 1020.
Schmerz, objektive Feststellung (Biondi) 563.
Schmerzbahnen der Extremitätengefäße (Hirsch) 412.
Schmetterlingsflügel, Pigmente (Thomson) 1310.
Schmerzverhütung beim Verbinden (Krecke) 1330.
Schmerzstillung (Carreras) 930.
Schmuckwarenindustrie, Hygiene (Holtzmann) 1101.
Schmidt-Straßburgersche Gärungsröhrchen (Luger u. Kovács) 478.
Schmerzen, Bekämpfung postoperativer (Bumba) 1207.
— Irradiation (Lapinsky) 1365.
Schmerz als sympathische Erscheinung (Higier) 208.
Schmelzer in Gelbsiedereien, Fieber d. (Agrasse-Lafont u. Feil) 891.
Schneeblindheit (Frank-Kamentzki) 1437.
Schneidezähne, Entwicklungsstörung der oberen lateralen (Ratner) 251.
Schnupfen, Prophylaxe **(Erdmann) 912.**
— bei Kaninchen (Tauaka) 660.
Schnittentbindung (Broich) 558.
— (Odenthal) 558.
— (De Lee) 264.
— (Klaften u. Bodnar) 161.
Schock, anaphylaktischer (Koskowski u. Zakrzewski) 1444.
Schnupfen, Prophylaxe und Therapie (Tanaka) 1317.
Schock anaphylaktischer, Nebennieren Exstirpation (Flashman) 660.
— geburtshilflicher (Stene) 661.
— Hervorrufung anaphylaktischen — zur Beeinflussung psychischer Erkrankungen (Schuster) 854.
— Insulin-Glukose-Behandlung (Fischer) 1318.
— peripherer (Scheel) 723.
— in der Schwangerschaft und Puerperium (Bailey u Driscoll) 501.
— -bereitschaft (Rehn u. Kilian) 1020.
— -phänome (Bard) 611.
Schokoladenzysten (Fischzek u. Schmidt) 558.
Schopenhauer (Eichler) 662.
Schreckneurose (Sommer) 251.
— (Bing) 888.
Schriftprobenmethode (Cohnreich) 1203.
Schrumpfblase, tuberkulöse (v. Jaschke) 556.
Schuchardt-Schnitt (Rieck) 473.
Schuheinlagen, orthopädische (Saxl) 1166.
Schuhschwärzemittel, Anilin- und Nitrobenzolvergiftungen (Ullmann) 720.
Schularzt, augenärztlicher (Ruff) 1128.
Schulärztliche Untersuchungen (Szagunn) 1128.
Schulfähigkeit (Stephan) 1128.
Schulfürsorge, Bürotechnik (Walberg) 1128.
Schulgesundheitspflege (Paetsch) 165.
— (Gottstein) 801.
Schulhygiene (Tracy) 372.
Schulkind, Arbeitshygiene (Hirsch) 645.
Schulkinder, Messungen und Wägungen (Wolff) 1297.
Schulterblatthochstand, angeborener (Wolf) 159.
— — (Mallet-Guy) 565.

Schulterblatthochstand, angeborener (Warnecke) 984.
Schulterblatt, schlotterndes (Mauclaire) 365.
— skaphoidaler Typ (Besler) 1243.
Schulter Dislokation, habituelle (Henderson) 897.
Schultergelenk, Einrenkung gewisser Dislokationen (Newton) 889.
— Eiterung (Barnes) 430.
— entzündliche Erkrankungen **(Siebert) 509.**
— habituelle Luxation (Hustinx) 429.
— Kapselostaome (Simon) 758.
Schulter, habituelle oder rekurrierende Luxation (Thomas) 371.
— -luxation (Desmarest u. Meyer-May) 255.
— -luxationen (Wisotzki) 203.
— -luxation, habituelle (Rupp) 985.
Schultern hängende (Wilson) 259.
Schulterschmerz (P. F. Butler, M. D. u. J. F. Elward, M. D.) 580.
Schulter, schnappende (Guleke) 342.
— -subluxation, angeborene (Frosch) 1268.
Schulterverrenkung, Kochersche Repositionsmethode und Nachbehandlung (Kaufmann) 1171.
Schulter-Versteifung (Seiffert) 953.
Schulturnen (Blencke) 248.
— orthopädisches (Hallauer-Schulthess) 253.
Schuppen, Hautreaktion mit Extrakten menschlicher Kopfhautschuppen bei allergischen Krankheiten (van Leeuwen) 639.
— -flechte (Rochlin, Klaudia Schirmunsky u. Vina Kotschneff) 68.
— — Therapie (Nobl) 1354.
— — mit Wismutinjektionen (Michailow) 167.
Schußverletzungen (Kenveres) 1341.
Schüttelfrost (Müller) 884.
Schutzgläser mit dünnen Metallschichten (Imre) 1437.
Schutzimpfung beim Meerschweinchen (Vaudremer) 891.
Schutzpockenimpfung, Syphilisverlauf (Plant u. Jahnel) 332.
Schutzpockenlymphe (Arnold u. Kopp) 721.
Schutzserum (Schlossmann) 851.
— (Degkwitz) 919.
Schwachbestrahlung in der Gynäkologie (Schoenhof) 1196.
Schwachsinn, s. a. Idiotie.
— Heriditär (Mott) 762.
— moralischer und Rentensucht (Schröder) 884.
— Verhinderung (Robertson) 889.
Schwachsinnige Kinder, Längen- und Massenwachstum (Rosenblueth) 24.
Schwangere, Arbeitsleistung in der Textilindustrie und ihre Schädlichkeit (Martin) 558.
— Autohämotherapie bei Erbrechen (Malinin) 823.
— besonderer Lungenbefund (Schultze-Rhonhof) 1304.
— Blut, Milchsäuregehalt (Schultze) 823.
— Erbrechen, Insulin- und Glukosebehandlung (Thalheimer) 124.
— Frauen, Wassermannreaktion (Belding) 443.
— Messung des Bauchumfanges (Pendleton) 1176.
— Resistenzprüfungen der Haut (Hinselmann) 22.
— Stoffwechselumsatz (Klaften u. Stecher) 250.
— Wassermannreaktion (Belding) 443.
— Zuckerregulation (Labbe u. Chevki) 693.
Schwangerschaft (Daly u. Strouse) 74.
— (Hellmuth) 1295.
— (Kerwin) 616.
— (Monash) 734.
— Acetonurie (Kleesattel) 344.
— Acidose (Bokelmann, Bock u. Rother) 162.
Schwangerschaftsanämie (Esch) 556.
— rezidivierende progressive (Verning) 1133.
Schwangerschaft Graviditas augularis (Michon u. Labry) 730.
— und Appendicitis (Royston u. Fisher) 440.
— ausgetragene extrauterine (Le Doux) 501.
— außerhalb der Gebärmutter (Kupferberg) 1163.
— Beschwerde (Aschner) 641.
— bei bestehender Amenorrhoe (Flory) 689.
— Bestimmung des Kopfverhältnisses zum Becken (Ostrcil) 1336.
-bilirubinämie Nogeikoff) 759.
— Blutdruck und Urinuntersuchungen (Faught) 661.
— Blutkalk- und Blutphosphorbestimmungen (Ivanyi, Rodecurt u. Linzenmeier) 473.
— Blut- und Liquorzucker während der (Hellmuth) 1207.
— Blutung (Bride) 215.
— Blutzuckerregulation (Herold) 1098.
— Cardiovaskuläre Symptome (Hare) 36.
— chirurgische Eingriffe (Brindeau u. Juge) 1138.
Schwangerschaftsdauer (v. Franqué) 556.
— (Poten u. Boetticher) 250.
— (Seitz) 978.
Schwangerschaft, Diabetes u. Insulin (Kaufmann) 1162.
— und Diabetes und Insulin (Fitz u. Murphy) 262.
— Diagnose mittels Doppelprobe auf alimentäre Azetonurie und
Schwangerschaft, Diagnose mittels Doppelprobe auf alimentäre Azetonurie und Glykosurie (Adlersberg u. Porges) 1164.
— Glykosurie (Adlersberg u. Porges) 1164.
— diagnostische Irrtümer (Ostrcil) 1281.
— Einfluß auf Albinurien (Girard) 1212.
Schwangerschaftsdiagnose und Geschlechtsbestimmung mit Hilfe der Interferometrie (Kleesattel) 544.
Schwangerschaft, Einfluß auf den Blutstrom (Liljestrand u. Stenström) 169.
— eingebildete (Hofstätter) 583.
— ektopische (Clemente) 564.
— — (Koerner) 685.
— — (Robinson) 1002.
— — Leukozyten-Zählung (Farrar) 266.
— — (Steckbauer) 430.
— — (Schoenhof) 344.
Schwangerschaftserbrechen, Glukose und Insulin in der Behandlung (King) 658.
Schwangerschaft und Ernährung (Guggisberg) 652.
— Erweiterung der Harnleiter (Carson) 1215.
— extrauterine (Nisot) 1379.
— — (Rowland) 379.
— — und Appendizitis (Schmid) 1405.
— — (Schwartz) 491.
— — (Stein) 265.
— — bei Portiocarcinom (Batisweiler) 313.
— Frühdiagnose (Dienst) 346.
— — (Hirst u. Long) 700.
— — (Novak) 1340.
— frühes Zeichen (Weissenberg) 343.
— frühzeitige Unterbrechung der Extrauterinschwangerschaft (Czainicianu) 892.
— genitale Tumoren (v. Büben) 473.
— gleichzeitige abdominale und tubare (Sourasky) 1135.
— — intra- und extrauterine (Hermans) 1372.
— — — — Stiglbauer) 685.
— Glykosurie (Adlersberg u. Porges) 640.
— und Glykosurie (John) 501.
— Hämoglobinbestimmung (Kerwin u. Collins) 1450.
— hämorrhagische Diathese in der (Liebe) 1170.
— Harnsäuregehalt im Blut (Bokelmann u. Rother) 162.
— Hautanschwellung (Lendon) 215.
— Herzkompensation (Schaupp) 1179.
— Hijmann v. d. Berghsche Probe (Eufinger u. Bader) 343.
— und Hormon (Aschheim) 1159.
— Indikanaemie als Nierenfunktionsprobe (Eufinger u. Bader) 425.
— innere Sekretion, Basalstoffwechsel und Eiweißumsatz (Klaften) 791.
— Graviditas interstitialis (Schmidt) 162.
— interstitielle (Troupin) 263.
— intraligamentäre (Kennedy) 265.
— junge Ovarialschwangerschaft in Verbindung mit uteriner Schwangerschaft (Vineberg) 1176.
— kombinierte intrauterine und extrauterine (Novak) 897.
— kriminelle Untersuchung mittels Seifenlösung (Polano) 884.
— künstliche Unterbrechung (Schneider) 979.
— — — in der Sprechstunde (Waser u. Otto) 26.
— Leberfunktionsprüfungen bei Toxikosen (King) 1318.
— Leber- und Nierenbeteiligung (Preissecker) 312.
— und Leibesübungen (Casper) 1069.
— und Lungenschwindsucht (Reitter) 1369.
— und Lungentuberkulose (Bridgman u. Norwood) 319.
— — (Schultze-Rhonhof) 473, 646.
— und Malaria (Pouget) 657.
— und Mastdarmkrebs (Katz u. Kaspar) 425.
— Milchsäuregehalt des Blutes (Loeser) 824.
— Milchsäure bei den Toxämien (Stander u. Radelett) 959.
— Nierenfunktion (Kräuter) 646.
— Ninhydrinflockenprobe (Hain) 1336.
— normale und pathologische Physiologie (Ehrenfest) 1002.
— -Oedem (Kaboth) 343.
— Oligurie und Hyperhidrosis (Louros) 1098.
— Physiologie der Atmung (Klaften u. Palugyay) 1098.
— physiologische Kochsalzlösung, Anwendung (Lahs) 897.
— Pigmentstoffwechsel der Leber (Eufinger u. Bader) 425.
— in der Portio vaginalis cervicis uteri (Schneider) 1098.
— und Purpura (Rushmore) 264.
— -Pyelitis (Luchs) 343.
— — (Schwarz) 329.
— — (Willams) 265.
— -reaktion nach Dienst (Grossmann u. Mesewinkel) 954.
— Reaktionen nach Dienst (Vogel) 343.
— Reinheitsgrad (Wirz) 1336.
— reticuloendotheliales System (Benda) 473.

Schwangerschaft, riticuloendotheliales Zellsystem während der (Lundwall) 1304.
— Röntgenfrühdiagnose (Jungmann) 1054.
— rotes Blutbild (Schneider) 854.
— nach Salpingektomie (Douglas) 1382.
— Schock (Bailey u. Driscoll) 501.
— Schutz der Mutter (Villa) 1447.
— Schwerhörigkeit (Muck) 650.
— Serumsfällungsreaktionen (Holtermann) 1091.
— Spannungsgefühl an den großen Schamlippen (Tomb) 171.
— Stickstoff des Blutes (Jonen) 1089.
— Stoffwechsel (de Raadt) 1207.
— und Syphilis (Hornung) 66.
— — (Nathanson) 178.
— — (de Normandie) 176.
— Toxikosen, Aetilogie und Pathogenese (Dienst) 854.
— nach Tubenimplantation in den Uterus (Mandelstamm) 1098.
— tuboovariale (Batisweiler) 558.
— derselben Tube, rezidivierende (Hasselblat) 1071.
— und Tuberkulose (Bauer) 1410.
— Wasserstoffionenkonzentration des Blutes (Runge) 1098.
— Wasserstoffwechsel (Runge u. Kessler) 161.
— wiederkehrende Toxämie (von Geldern) 1352.
— Vermehrung der Blutmenge (Bohnen u. Borrmann) 161.
— Verhütung der Nervensyphilis (Solomon) 503.
— verlängerte (Frigyesi) 1097.
— Veränderungen des roten Blutbildes (Schneider) 883.
— Toxämien (Stander u. Peckham) 661.
Schwangerschaftsunterbrechung (Novak) 557.
— (Küstner) 331.
— (Vounegut) 1097.
— ärztliche, im künftigen Strafrecht (Schubart) 727.
— künstliche (Kakuschkin) 954.
— vom Rechtsstandpunkt (Bähr) 854.
— und Strafrechtsform (Niedermeyer) 689.
— bei Syphilis (Buschke u. Gumpert) 247.
Schwangerschaft im Uterus didelphys. (Palmer Findley) 1176.
— und Uterusfibrom (Mosher) 501.
Schwangerschaftsvagotonie (Eufinger u. Weimannsberg) 313.
Schwangerschaftsveränderungen (Aschner) 246.
Schwangerschaftsschorea (N. W. Winkelman) 554.
Schwangerschaftstoxämie (Kosmak) 733.
— (Polack) 894.
— zur Azidosis (Levy) 897.
— mit Konvulsionen (Davis u. Harrar) 894.
Schwangerschaftstoxikosen (Seitz) 556.
— Agglutination zwischen mütterlichem u. fötalem Blut (Allen) 432.
— Grundumsatz (Stander u. Pechham) 432.
— Bilirubinreaktion im Serum (Eufinger) 1091.
Schwangerschaftstoxinämien (Hofbauer) 1002.
— (Miller) 1040.
Schwangerschaftsstreifen (Seynsche) 823.
Schwangerschaften nach Kaiserschnitt (Wilson) 1003.
Schwangerschaftsileus (Luchs) 346.
— (Malfatti) 313.
Schwangerschaftsmonat, Verblutung im achten (Saenger) 688.
Schwangerschaft, Nephritis (Rockwood, Mussey u. Keith) 441.
Schwangerschaftsnierenerkrankung und Reststickstoff (Eufinger u. Bader) 1367.
Schwangerschaftszeichen (Gauss) 556.
Schwebende Pein (Sellheim) 1088.
Schwefel, s. a. Sulf.
— (Spiro) 684.
— -bäder (Maliwa) 684.
— — experimentelle Balneologie (Maliwa) 1362.
— -dioxyd (Morawek) 204.
— — Behandlung von Unterschenkelgeschwüren (Roller) 721.
— homöopathische Gaben bei Hautkrankheiten (Zieler) 640.
— hypoglykämische Wirkung (Campanacci u. Balducci) 1332.
— in der Gewebs- und Reiztherapie (L. Görl u. L. Voigt) 559.
— katalytische Wirkung (Flurin) 491.
— -kohlenstoff, Vergiftung (Arezzi) 860.
— Pharmakologie (Bürgi u. Gordonoff) 330.
— Regulierung durch d. Nebenniere (Loeper, Decourt u. Garcia) 1211.
— -therapie (Gordonoff) 1370.
— -wasserstoffvergiftung (Bach) 304.
— — (Basch) 645.
— -stoffwechsel (G. T. u. H. B. Lewis) 1245.
— -vergiftung, Wirkung auf den Energieumsatz (Siemonson und Richter) 1101.
Schweifkernbahnen (Nissl v. Mayendorf) 1124.
Schweinecholera (Whitling) 432.
Schweinepestbazillus (Ecker u. Richardson) 259.
Schweinerotlaufbazillus (Postma) 350.
Schweinerotlauf beim Menschen (Gerlach) 108.
Schweineschmalz (Martell) 1021.
Schweißdrüsen (Homma) 659.
— -abszeß (Rütz) 104.
— — (Hoche u. Moritsch) 1405.
— -naevus (Balog) 689.
— -zellen (Melczer) 166.
Schweiß, Sekretion (Moog u. Buchheister) 643.
Schweiz, Winterkurorte (Knoll) 110.
Schwellen, differentielle (Pézard) 1158.
Schwererziehbarkeit (Allers u. Freund) 1027.
— des Kindes (Pototzky) 472.
Schwerhörigkeit (Kragh) 1067.
— Arsenbehandlung (Wodak) 414.
— in der Schwangerschaft (Muck) 650.
— Schwindelapparate (Schlittler) 989.
Schwimmbadkonjunktivitis (Rohrschneider) 759.
— (Sandmann) 759.
Schwimmen, orthopädisches (Reinheimer) 341.
Schwindel (Leidler) 156.
— (Lein) 1411.
— -anfälle bei Ohrenerkrankungen (Spira) 1444.
Scillapräparate (Lehr) 923.
Scillaren (Thoenes) **1389**.
Sclerodermie (Lortat u. Boutelier) 35.
— akute (Louste, Caillau u. Leclerc) 219.
Sclero-Perikeratitis progressiva (v. Szily) 949.
Sclerosis vascularis (Gonzalo) 253.
Scopolamin (Zucker) 421.
Scratum und Penis, spontane Gangrän (Bitschai) 24.
Seborrhoea capitis, Behandlung (Weisskopf) 103.
Secale (Forst) 755.
— cornutum (Tschetschulin) 418.
— Präparate (Goenner) 1370.
— uteruswiksame Substanzen (Forst u. Weese) 1363.
Secret du Dr. Voronoff (Ghilini) 1180.
Sectio caesarea, Geburt nach (Gladden) 661.
Sedacao (Polixa) 331.
See- oder Höhenklima (van Oordt) 1296.
Seekrankheit (Abels) 330.
— (Bruns) 685.
— (Ichok) 1212.
— Sauerstoffinhalationen (Weiss) 1092.
— und Vagosympathicus (Bohec) 112.
Seele, Ausdruck (Specht) 420.
Seelenleben, unbewußtes (Zulliger) 1454.
Seeleute, Beschäftigung farbiger, ausländischer auf deutschen Schiffen (Bohnsat) 552.
Seelische Heilbehandlung (Eliasberg) 1403.
Seelisches in der Kinderheilkunde (Hamburger) 1403.
Segmentation von Skelettmuskeln (de Boer) 429.
Sehbahnen, Anabomie (Henschen) 1304.
Sehen und Farbensehen (Edridge-Green) 1109.
— mono- und binokulares (Bárány) 653.
Sehhügelerkrankung, Symptomenkomplex (Costantini) 654.
Sehhügelstiel des inneren Kniehöckers (v. Mayendorf) 1027.
Sehnennaht bei Verletzungen (Baumann) 1404.
Sehnenregeneration (Närvi) 484.
Sehnenscheidenentzündung, tuberkulöse (Camera) 253.
Sehnenscheidenerkrankungen (Breuer) 1267.
Sehnenscheidenphlegmone, Therapie (Horwitz) 1403.
Sehnen- und Muskelrisse (Gilcreest) 74.
— -verpflanzung (Latkowski) 1443.
— — (Pitzer) 887.
— — zur Belebung der Wadenbeinmuskeln (Bernstein) 493.
Sehnerv, s. Opticus.
— -atrophie, tabische (Behr) 301.
— — — (Behr) 302.
Sehnerven intrakranielle, gliöses System (Schindler) 1269.
—traumatische Laesion (Hartmann u. Valat) 795.
Sehproben, internationale (v. Hess) 1113.
Sehrinde, einzeläugige Gesichtsfelder (Kleist) 155.
Sehrichtungen, Zentrum der (Funaishi) 1268.
Sehschärfe (Irvine u. Weymann) 1283.
— Abhängigkeit bei Medientrübungen vom Adoptationszustande (Morad) 1268.
Sehsphäre (v. Mayendorf) 951.
Sehvermögen, corticale Lokalisation (Kenzie) 762.
Sehzentrum (Henschen) 790.
Seide, Produktion künstlicher (Berlin) 1412.
Seife, keimtötende Eigenschaften (Walker) 375.
Seifen, keimtötende Fähigkeit (Eggerth) 1245.
— -behandlung, Tuberkulose (Brünecke) 157.
Seilbahnen (Folkhard) 1062.

Seitengalvanometer (Einthoven) 483.
Sekretion, innere s. a. endokrine Drüsen.
Sektio am wehenlosen Uterus (Langen) 1098.
Sekundärstrahlensensibilisierung durch Metalle (Liechti) 411.
Selbstbetäubung (Joel) 721.
Selbsterdrosselung (Wingard) 29.
Selbstmorde (Freudenberg) 155.
Selbstmord und Sexualität (Placzek) 1196.
— -statistik (Grunewald) 335.
Selbstverstümmelung (Trömmer) 158.
Sella (Haas) 339.
— turcica (Schüller) 1420.
— — Erweiterung (Mintschewa) 476.
— — Varietäten (Goldhammer-Schüller) 68.
Semiflexion Muskellänge (Nussbaum) 404.
Semilunarknochen, Dislokalisation des carpalen (Bride) 959.
Semilunarknorpel, Lageveränderung (Breton, Cleary) 573.
Senföl (Schwarz) 1407.
Senkung, s. Prolaps.
Senkungsgeschwindigkeit bei Lungentuberkulose (Mayrhofer) 824.
— der roten Blutkörperchen durch Sanocrysin (Katz u. Leffkowitz) 606.
— — — — und Mátéfy-Reaktion bei Lungentuberkulose 819.
— und digestive Hämoklasie (Popper und Kreindler) 997.
Senkungsprobe in der Gynäkologie (Smiley) 932.
Senkungsreaktion (Adler) 416.
— (Bilbao) 1448.
— (Frosch) 79.
— (Morriss u. Rubin) 1075.
— der Blutkörperchen (Frenshen) 29.
— Einfluß der Antigene (Brinkmann) 719.
— s. a. Blut.
— Tuberkulose (Bücher u. Nobel) 470.
Sensibilisierte Kaninchen (Klinge) 1233.
Sensibilität, Pathologie (Brouwer) 1352.
Sensibilitätsstörungen vom cerebralen Typus (Taterka) 421.
Sepsis, anatomisch-pathologischer Standpunkt (Kaiserling) 818.
— u. Auge (Birch—Hirschfeld) 818.
— in der Dermatologie (Scholtz) 818.
— Erreger (Selter) 818.
— geburtshilflich-gynäkologische (Benthin) 818.
— hämorrhagische (Sabbatini) 1416.
— in der Harnheilkunde (Cohn) 818.
— im Kindesalter (Stöltzner) 818.
— in der Oto-Laryngologie (Stenger) 818.
— orale (Crookshauk) 370.
— otogene (Wiethe) 647.
— postangmöse (Lenhartz) 643.
— Therapie mit künstlichem Abszeß (Jacob u. Werdt) 336.
— tuberkulosa acutissima (Esser) 949.
Septikämie otitischen Ursprungs, intravenöse Therapie (Porter) 122.
Septische Infektionen, chemisch-therapeutische Substanzen (Saxl, Donath u. Kelen) 603.
— — (Singer) 156.
Septojod (Müller) 819.
— (Scheerer) 477.
Septomrmon (Hirsch) 546.
Septumknorpel, reimplantierter (v. Kassay) 475.
Septum, Osteom (Otis) 801.
— -polyp (Schreyer) 988.
Sera, antidiphtheritische u. antitetanische (Ramon) 492.
— antitoxische (Wolff-Eisner u. Jahr) 1095.
— Reinigung und Kenzentration (Besson u. Ehrinnger) 998.
Serodiagnostik in der Gynäkologie (Lüttge u. v. Mertz) 1098.
Serologische Statistik (Gariprey u. Chatellier) 368.
Seröse Höhlen (Schönbauer) 647.
Serotoxin durch Lagerung (Dold) 883.
Serum, s. a. Blut, Plasma.
— Adrenalinreaktion u. Kalium-Kalzium-Spiegel (Henius, Richert u. Bing) 71.
— -anaphylaxie (Cayrel) 357.
— Apparat zum Auffangen (Stokes u. Ewing) 1145.
— -diagnostik (Sellheim) 1296.
— -eiweißgehalt während des Wasser- u. Konzentrationsversuches (Lasch) 424.
— -eiweiß nach Operationen (Burger) 313.
— Eiweißschwankungen bei akuten Infektionskrankheiten (Schoch) 1237.
— -Extrakt-Reaktion (Sellheim) 1157.
— -injektion, Anaphylaxie (Walker) 763.
— Kaligehalt u. Neubildungen (Ottonello) 1142.
— Komplementablenkung (Moretti) 468.
— -krankheit (Spehlmann) 819.
— — (Zeiss) 105.
Serumkrankheit nach Erstinjektion **(Kimmerle) 711.**
— Lipoidgehalt (Rosenthal) 1434.
— Mikroeiweißanalyse (Petschacher, Berger u. Schretter) 604.
— normales mütterliches, prophylaktisch u. therapeutisch zu verwenden (Jundell) 1133.
— Oberflächenspannung (Beckmann) 244.
Serumproben, Bereitung (Badino) 360.
— Protease (Kimura) 1319.
— -protein u. Blutfett bei Diabetes (Oestergaard Christensen) 29.
— -reaktionen, Lüttge von Mertzsche — (Kafka) 1365.
— — nach Matefy (Schuntermann) 1363.
— Refraktion bei Erythrodermia (Schiff u. Bayer) **1336.**
— -therapie (Urbino) 931.
— — (Wolff-Eisner) 447.
— Veränderungen der Eiweißkörper u. der Viskosität (Petschacher u. Tropper) 1063.
— Volumen der Eiweißkörper (Nitschke) 854.
Seuchen, Entstehen und Vergehen (Kisskalt) 1265.
Sexual . . . s. a. Geschlechts . . .
— charakter des Kopfhaarkleides (Buschke u. Gumpert) 155.
— -beratung (Neubauer) 1337.
— — ärztliche **(Flesch) 1431.**
— -delikte (Graf Gleispach) 1195.
— -disposition u. Erkrankungen des Nervensystems (Günther) 308.
— -drüsen, innere Sekretion (Eksjö) 329.
— — u. Nervensystem (Gley) 1158.
— — innere Sekretion (Kylin) 604.
— -dualismus (Günther) 422.
— — nosologischer (Günther) 885.
— -erlebnisse der Kinder (Tarassewitsch) 1242.
— -ethik (Barthel) 1101.
— — das Interesse des Staates an der — (Fluegge) 1232.
— -forschung, internationaler Kongreß (Alsberg) **1193, 1230.**
— -hormone (Loewe) 1095.
— hormon (Gutherz) 1337.
— -hormone, antagonistische Wirkung (Steinach) 1160.
— — Einfluß der Berufsarbeit mit Blei, Quecksilber, Phosphor und Arsen (Baader) 1160.
— hormon des östrischen Zyklus (Laquer, Hart u. de Jongh) 851.
— -hormone, weibliche (Loewe u. Lange) 851.
— — — (Blotevogel, Dohrn u. Poll) 979.
— — — (Loewe u. Lange) 980.
— -hormon weibliches (Frank, Kingery u. Gustavson) 221.
— — — im strömenden Blut (Frank, Gustavson u. Weyerts) 117.
— — — (Laqueur, Hart u. de Jongh) 884.
— — — (Frank, Gustavson) 1351.
Sexualität relative (Hartmann) 247.
— Gesetze (Bondy) 1413.
Sexualkatastrophen (Levy-Lenz) 832.
— (v. Sosnoxsky) 1300.
Sexualleben amerikanischer Frauen (Dickinson) 175.
— der großen Philosophen (Herzberg) 1232.
— chirurgische Eingriffe bei Anomalien (Mühsam) 1204.
— bei den Wahehe (Mayer) 1408.
— weibliches u. Asthma (Offergeld) 1207.
Sexualleiden, funktionelle mit Organo-Total-Präparate (Kamprath) **452.**
Sexualnervenprozesse (Baglioni) 1158.
Sexualpädagogik (Duek) 1195.
— (Ulbricht) 1424.
Sexualpathologie (Magnus Hirschfeld) 1320.
Sexualphysiologie der schwarzen und weißen Frau (Stigler) 1232.
Sexualproblem (Sanz) 30.
— (Palmer) 1076.
— der Bevölkerungspolitik (Grünbaum-Sachs) 1131.
Sexual- u. psychische Vorgänge (Ceni) 1158.
Sexualpsychologie 1080.
Sexualpsychopathologie (Kronfeld) 180.
Sexualstrafrecht (Magnus Hirschfeld) 584.
Sexualverbrechen nach künftigem deutschen Strafrecht (Loewenstein) 1196.
Sexualvorgänge, Beeinflussung des Stoffwechsels (Zuntz) 1403.
— im weiblichen Organismus (Zuntz) 1332.
Sexualwissenschaft u. Aesthetik (Mueller-Freienfels) 1232.
Sexuelle Frage, Beziehungen der christkatholischen Ethik (Ude) 1232.
Sexuelle Frühreife (Zondek u. Aschheim) 1402.
Sexualwissenschaft, Handwörterbuch (Max Marcuse) 585.
— (Steckel) 273.
Sexualzyklus als Test bei der Prüfung von Organextrakten (Wiesner) 820.
— Geschwulstwachstum der Mamma (Moskowicz) 402.
Sexuelle Aufklärung in den Berufsschulen (Altstaedt) 728.
— — **(Kallischer) 680.**
Shiga-Krusesche Dysenteriebazillen (Isabolinskij u. Gitowitsch) 503.

Sialographie (Jakobovici, Popolitzer u. Albu) 1137.
Sibirische Kriegsgefangene, Psychologie und Psychopathologie (Exner) 1234).
Siderosis bulbi (Motto) 1452.
— corneae (Kranz) 477.
Siebbein, akute Erkrankung (Wessely) 647.
— -ausräumung, endonasale (Schlesinger) 1028.
— Chondrom (Schlittler) 475.
— -labyrinth, Durchleuchtung (Rhese) 1196.
Siemens-Dosimeter (Jacoby) 1374.
Siemenssche Methode zur Diagnose der Eineiigkeit (Decking) 723.
Sigmatismen (Fröschels) 475.
Sigmoid Carcinom (Jacobs) 897.
Sigmoidcolon, Carcinom (Menninger) 81.
Silberchlorid (Pfab) 643.
— bakterienhemmende Wirkung (Pfab) 818.
Silberfiligran bei der Operation der Ingunialhernie (Cole) 656.
Silbersalvarsan, Behandlung der multiplen Sklerose (Sauer) 412.
— bei multipler Sklerose (Sauer) 243.
Siliciumwechsel (Bickel) 722.
Silicium (Zickgraf) 979.
Siliquid (Kloeppel) 1198.
Silomilch Ernährungsversuche (Oertel u. Kieferle) 65.
Simmondsche Krankheit (Reye) 643.
Simultane Therapie (Strasser) 104.
Singultus, dauernder (Langeron) 611.
— epidemicus (Nüssenbaum u. Gurwitsch) 104.
— der Säuglinge (Cohn) 685.
Sinnesphysiologie (Koehler) 602.
Sinnestäuschungen (P. Schröder) 555.
Sinusfraktion laterale (Tobey) 263.
Sinusitis frontale (Mackenzie) 442.
—-husten (Rothberger u. Scherf) 478.
Sinusitis, akute paranasale (Shea) 894.
— Jodöl bei der Diagnose der chronischen (Mc. Cready) 1213.
Sinus longitudinalis inferior, kongenitaler Varix (Marx) 106.
— otogene Thrombose (Kindler) 723.
— pericranii (Sorge) 986.
— — (Cohn) 617.
— — (Engstad) 1106.
— posterior Infektionen (Fink) 266.
— -pyrifornis-Carcinom (Bumba) 310.
— -thrombose (Undritz) 69.
— — (Ochsenius u. Sonnenhalb) 823.
— — im Säuglingsalter (Herz) 645.
— — otogene (Germán) 1273.
— — — Stirnhirnabszeß (R. Bleyl) 25.
— — im Puerperium (Lunz) 1170.
— -thrombosen, otogene (Haymann) 988.
Sippykur (Schijver) 687.
Sirenenbildung (Geipel u. Saupe) 726.
Sistomensin (Steiner) 203.
— (Gram) 857.
— (Schwarz) 955.
— (Braun) 1095.
Sitten und Kriminalität **(Keller, Emmy) 915.**
Situs inversus (Cahan) 81.
— — arcus aortae (Hammer) 608.
— transversus (Taussig) 1214.
— viscerum inversus partialis (Czepa) 1127.
— — — (Mull) 1267.
Skabies Endemie (Levy) 246.
— Schnellkur (Oppenheim) 1339.
Skelett, statische Insuffizienz (Maass) 412.
Skiametrie (Schick) 726.
Sklerale Durchleuchtung (Holth) 477.
Sklerektomie tangenitales bei Glaukom (Schioetz) 29.
Sklerem, chemische Zusammensetzung des subkutanen Fetts (Channon u. Harrison) 1310.
Skleren, blaue (Stiefler) 1123.
— — Verfärbung (Gimplinger) 211.
Sklerodernia neonatorum (Gelbjerg-Hansen) 1440.
Sklerodermie (Schwarz) 427.
— (O. Dahmen) 559.
— (Ben) 989.
— (Kogoy) 1102.
— en plaques (Röderer) 614.
— herdförmige (Stoye) 924.
— mit Myopathie und Myasthenie (Milian u. Rimé) 258.
— Pathogenese (Barkman) 1070.
— — (Enrico) 1276.
— und Syphilis (E. Bertin) 566.
— mit Syphilis (Liebner) 925.
— Therapie mit intravenöser Injektion von Kochsalzlösung (Herzog) 850.
Sklerokeratitis tuberculosa (Merz-Weigandt) 476.
Sklerometer (Friede) 477.
Sklerose (Ohm) 210.
— Diagnose der multiplen (Doinikow) 421.
— Dienstbeschädigung für multiple Sklerose **(v. Schnizer) 714.**
— disseminierte, (Taylon) 1072.
— Malariabehandlung der multiplen (Dreyfus u. Hanau) 412.
— multiple (Wexberg) 70.
— — **(Wexberg) 95.**
— — (Friedinger) 109.
— — (Bing u. Reese) 214.
— — (Obständer) 1027.
— — (Falkiewicz) 992.
— — bei Kindern (Rodet) 730.
— — Malariabehandlung (Dreyfus u. Hanau) 331.
— Therapie der multiplen mit Antimosan (Delius) 103.
— — — — (Sauer) 243.
— — — — mit Silbersalvarsan (Sauer) 412.
Sklerosis orbitae (Mürsin) 1169.
Sklerotomie, schiefe (Lagrange) 759.
Skoliose, s. Wirbelsäule.
— (Fraenkel) 65.
— (Kochs) 649.
— angeborene (Hackenbroch) 755.
— — (y Estape) 1032.
— — auf der Grundlage eines Halbwirbels (Massabuau u. Guibal) 365.
— durch einseitigen Muskelspasmus bedingte (Verrall) 1071.
— gewaltsames Redressement (Comisso) 253.
— Lehrlingsskoliose (Richter) 1092.
— und Leibesübungen (Deutschländer) 1296, 1331.
— Mechanotherapie (Devimeux) 255.
— (Maass) 475.
— -korsett, Lovett-Brewstersches (Pease) 569.
— Messungsmethode (Satzepin u. Abardabel) 1130.
— sekundäre traumatische (Görcke) 297.
Skoliose, Prophylaxe (Hinsche) 341.
— Therapie (Ayers) 121.
Skopolamin-Morphiumnarkose (Plummer) 356.
Skorbut, s. a. Vitamin.
— (Herman u. Horst) 990.
— (Arena) 1416.
— Blutchemismus (Edelstein u. Schmal) 472.
— und chronische Tuberkulose (Heymann) 201.
— Forme fruste (Comby) 1138.
— von Meerschweinchen, Virulenz säurefester Saprophyten (Viets) 1335.
— Ursache des Ausbruchs (v. Hahn) 851.
— versteckte Formen von kindlichem (Argüellas Teran) 1173.
Skotombildung (Samogloff) 312.
Skotome parazentrale bei Glaukom (Jaensch) 1169.
Skrofulose (Jamin) 301.
— Behandlung (Vermehren) **772.**
— Pathogenese (Laurell) 1070.
— Prognose (Connerth) 414.
Skrotum (Marshall) 118.
Skrotum, ein temperaturregelnder Mechanismus (Crew) 1158.
Skrotumödem bei Mediastinaltumor (Hochrein) 584.
Sodoku (Franchini) 358.
— infolge Bisses einer Katze (Neirotti) 654.
— bei der Therapie der progressiven Paralyse (Solomon, Berk, Theiler u. Clay) 1143.
Sojamehl (Waste) 1340.
Solaesthesin (Neumark) 310.
Solästhin in der Oto-Rhinologie (Wolfes) 1434.
Solanazeen (Fühner) 336.
Solganol (Lewy u. Freund) 1295.
Solluxlampe (Mayer) 721.
— Cemachsche (Kaufman) 104.
Somatometrische Profile (Andreew) 790.
Somnifen (Clemmesen) 792.
— (Siegert) 473.
— (van Walsem) 990.
— Behandlung von Psychotikern (Donkersloot) 1030.
— bei Augenoperationen (Krebs) 824.
— bei der Narkose (Sigwart) 946.
— Dauernarkose (Schmidt) 208.
— in der Psychiatrie (Barnhoorn) 560.
— intravenöse Narkose (Macdonald) 993.
— -Narkose (Petry) 547.
Soneryl (Simonpietri) 1114.
Sonderturnen (v. Vagedes) 821.

Sonderturnen in den Schulen (Mattias) 1069.
Sonnenbäder in der Krym (Istomin) 1243.
— Wirkung auf den Blutdruck (Woskressenskij) 271.
Sonnenbrand, akute Gelenkentzündung (Löffler) 1093.
Sonnenbronchitis (Klare) 946.
Sonnenstrahlen, Intensität in Dairen (Murakami u. Nishida) 1111.
— als physiotherapeutischer Faktor (Schenk) 1411.
Sonnentherapie (Freiberg) 431.
— (Janecke) 1069.
Soor, Allergie und Immunität (Engelhardt u. Brackertz) 348.
— — — — (Engelhardt u. Brackertz) 504.
— Behandlung (Fischel) 984.
— -mykose der Nägel (Engelhardt u. Brackertz) 314.
Sowjetrußland, Ehe und Familie (Krische) 1069.
— sexuelle Hygiene (Haustein) 1454.
Sozialanthropologische Beobachtungen (v. Müller u. Springer) 1200.
Soziale Gesundheitsfürsorge (Fischer-Defog) 84.
— Lage, Einfluß auf die Morbidität an Scharlach und Diphtherie (Behrendt) 1199.
Sozialgeschichte der Großstadt (Leinert) 1180.
Sozialhygiene (Aust) 921.
— (Ferrel) 117.
Soziale Hygiene (Govsejev) 205.
— — Handbuch (Gottstein, Schlossmann u. Teleky) 320, 1078.
Sozialhygienische Gesetzgebung i. Deutschen Reich (Christian) 1297.
Soziale Indikation in der Gynäkologie (Benthin) 313.
Sozialversicherung (Korkisch) 1423.
— Reform der deutschen 1353.
Spaltbecken, Geburt bei (Kopischke) 1207.
Spalthandbildung (Zollinger) 758.
Spaltlampe (Butler) 956.
— (Thiel) 210.
— Gullstrandsche **(Meesmann) 137.**
Spaltlampenbefunde und ultramikroskopische Glaskörperstruktur (Baurmann) 1268.
Spaltlampenmikroskopie (Koeppe) 502.
Spaltlampentechnik (Weber) 347, 477.
Spaltuterus (Strassmann) 557.
Spasmolytische Wirkung der Purin derivate (Hoffmann) 884.
Spasmophilie (Lesné u. Torpin) 363.
— (Corsdress) 984.
— (Klinke) 1065.
— (Peritz) 790.
— (Stoelzner) 414.
— **(Bossert) 1325.**
— der Schwangeren (Schpoljansky) 1098.
— Kalkgehalt des Blutes (Griffith) 431.
— und Rachitis, Kohlehydratstoffwechsel (Adam) 686.
— Veränderungen am Sympathikus (Reyher) 1095.
Spastische Heredodegeneration (Schaffer) 1204.
— Paralyse der Extremitäten, Wirkung der Sympathektomie (Davis u. Kanavel) 828.
Spätapoplexie, traumatische (Smidt) 395.
Spätileus (Zoefgen) 413.
Spätrachitis, s. Rachitis tarda.
Speicheldrüsen aliminierende Kraft (Binet) 365.
— Steinbildung (Edington) 216.
— Steine (Harrison) 1382.
Speicheldrüse, Tumor (Michl) 647.
Speichelfistel (Laposchkoff) 1338.
— kongenitale am Hals (Smith u. Torgerson) 178.
Speichel, Funktion (Bergheim) 318.
— -gänge, Entzündung (Pichler) 1436.
— Harnstoffgehalt (Falkenheim) 924.
— Kalziummenge (Pattison) 825.
— Wechselbeziehungen zur Magenpathologie (Demel) 1302.
— -köpfchen, angeborene Ausrenkung (Merlini) 488.
Speiseröhre, s. Oesophagus.
— Fremdkörper (Zange) 415.
— künstliche (Sebestyén) 309.
— Mißbildung (Theron) 486.
— Narbenverengungen (Thomsen) 1070.
Speiseröhrendivertikel (Bokor) 418.
Spektralanalyse, quantitative (Konen) 1119.
Spekulum, geburtshilfliches (Kritzler) 331.
Sperma, Injektion (Rosenfeld) 1176.
— -immunität (Schmitt) 162.
— -kultur, Behandlung mit Autovaccine (Valvèrde) 115.
Spermatocele (Dorne) 582.
Spermatorrhoe (Chavigny) 112.
Spermatoxin (Oslund) 731.
Spermatozoen Antigenwirkung (Fogelson) 441.
— Wirkung der Hydrogenen - Jonen - Konzentrationsveränderung (Muschat) 734.
Sperma und künstliche Befruchtung (Mettenleiter) 161.
Spezifisches Gewicht, Methode des fallenden Tropfens (Barbour u. Hamilton) 1245.
Sphincter iridis, einseitige Lähmung bei Syphilis congenita (Kranz) 759.
Sphinkternaht (Kipnis).
Sphygmonanometer bei Herzdiagnosen (Wilson) 656.
Sphygmomanometrische Akustik (Fabre) 998.
Spiegelbrille, Igerheimersche 1268.
Spielen, Analyse in ihrer Bedeutung für die sozialbiológische Erziehung (Korniliew) 1413.
Spina bifida occulta (Roederer u. Lagrot) 696.
— Kompressionen (Rogers) 177.
Spinalanästhesie, s. Lumbalanästhesie.
Spinaler Automatismus, wechselweiser (Haymonowitsch) 1097.
Spinalflüssigkeit, s. Liquor.
— osmotischer Druck (Kaneko) 382, 447.
— Zellen- und Eiweißgehalt der normalen (Neel) 652.
Spinalkanal Chirurgie (Kulenkampff) 396.
Spinale Kinderlähmung, Behandlung nach Ablauf des akuten Stadiums (Rey) 935.
Spinalparalyse hereditäre spastische (Ackermann) 421.
— — — (Specht) 70.
Spinat, antirachitischer Wert von frischem (Chick u. Roscoe) 1310.
— — — von Winter (Boas) 1310.
Spindelzellenepitheliom des Gesichts (Pautrier) 614.
— metatypisches (Vilanova) 1139.
— der Stirngegend (Ramel) 1278.
Spinnengift (Bogen) 828.
Spinnengifte (Flury) 1151.
Spirochaeta icterogenes (Uhlenhuth u. Gorßmann) 753.
— pallida, Biologie (Leipold) 1271.
— — Bösartigkeit (Donald) 617.
— — im toten Gewebe (Armuzzi u. Strempel) 651.
— — (Reiter) 330.
— — (Kolmer, Wilkes-Weiss u. Richter) 495.
— dentium (Reiter) 925.
— (Kitchevatz) 1139.
Spirochäten (Prigge) 331.
Spirochaeta Duttoni (Jahnel) 1403.
— Obermeiéri (Aristowsky u. Hoeltzer) 1433.
Spirochäten bei mit Malaria behandelten Paralytikern (Forster) 66.
— — — — — — (Gerstmann) 332.
— -extrakt alkoholischer, syphilitische Blutveränderungen (Klopstock) 297.
— -immunserum (Klopstock) 947.
— -infektion, Sonderstellung des Nervensystems (Plaut) 1059.
— -krankheiten, Pathologie und Therapie (Steiner, Henning und Steinfeld) 947.
— — (Steiner u. Steinfeld) 331.
— Persistenz bei experimenteller Rekurrenz (Kroó) 919.
— -Stamm, salvarsanresistenter (Kloeppel) 1330.
— Sterilisation durch Wismutpräparate (Kritschewsky) 347.
Spirochätose anikterische. (Harvier u. Chabrun) 694.
— bronchial (Ramsey) 660.
— -Geflügel in Oesterreich (Gerlach) 108.
— symptomlose Infektion und Superinfektion (Kolle u. Schloßberger) 851.
Spirochätosis icterohaemorrhagica (Burton-Fanning u. Cleveland) 857.
— Riverensis (Micheloni) 40.
Spirographie (Mudd) 176.
Spirsil (Zollschan) 213.
Spitzenstoßkurve (Regelsberger) 1202.
Splanchnoptose (Viktor) 1319.
Splenektomie, s. Milz, Extirpation.
— (Giffin u. Holloway) 79.
— und Cholesterin 931.
— bei experimenteller Anämie (Hartmann u. Gleckler) 77.
— Mortalität und Resultate (Mayo) 434.
— bei Purpura haemorrhagica (Falconer u. Lachlan) 1134.
— — — — (Farley) 78.
— bei Thrombocytopenia purpura haemorrlagica (Whipple) 441.
— Verhalten des Duodenalsaftes (Simici u. Popesco) 686.
— wegen Achsenverdrehung der Malaria-Milz (Nasaroff) 309.
Splenohepatomegalie, lipoidzellige (Schiff) 341.
Splenomegalie, s. Milzvergrößerung.
— (Tröll) 350.
— chirurgisch behandelt (Tröll) 350.
Splenomegalien u. Leukämien, Blutmengenbestimmung (Greppi) 202.
Spondylitis deformans, chronische, Röntgenbehandlung (Charles A. Pfender, M. D.) 580.
Spondylitis (Marconi) 253.

Spondylitis (M. Meyer u. Cuny) 566.
— deformans (Schanz) 424.
— Kümmelsche traumatische (Basenghi) 359.
— Melitokokkenspondylitis (Roger) 957.
Spondylolisthesis (Breitländer) 424.
— (Desfosses u. Collen) 110.
— (Wilhelm) 687.
Spondylitis tuberculosa, Sonnen-Meerluft-Therapie (Gaibissi) 488.
— — (Harrenstein) 1210.
Spongia tosta (v. Oiste) 886.
Spontangangrän (Eisenklam) 167.
Sporotrichose (Carter) 731.
— (Gruetz) 23.
— und Tuberkulose (Gougerat u. Jansion) 113.
— (Altschul) 1039.
— epidermale (Benedek) 1339.
— (Benedek) 1441.
Sportarzt (Herxheimer) 980.
— (Schnell) 821.
Sportärztliche Beobachtungen bei der Schutzpolizei (Abesser) 1126.
Sport, Ausbildung der Lunge (Worringen) 644.
— der Frau (Wiegels) 824.
— der Geist im (Giese) 1425.
— Herzgefäßreaktion (Damez u. Mitarbeiter) 658.
— im Alter (Herxheimer) 853.
Sportliche Arbeit, Einfluß auf den Körperhaushalt (Schenk) 65.
Sportmann, Psychologie (Ruhemann) 1059.
Sportmassage (Horwitz u. Ziller) 801.
Sportschäden am Bewegungsapparat (Baetzner) 412.
Sporttreibende, Einwirkung von Atropin und Adrenalin auf das Herz (Kauf) 303.
Sport-Verletzung (Böhm) 1206.
Sport-Verletzungen (Karehnke) **634.**
— (Wiewiorowski) 758.
— (Schmith) 1330.
Sport, wissenschaftliche Untersuchungen (Fürst) 643.
Sprache und Geistesstörung (Stockert) 1332.
— und Denken (Binswanger) 955.
— Pathologie und Therapie **(Froeschels) 1355.**
Sprachneurologie (Scripture) 1026.
Sprachstörungen (Gifford) 382.
Sprachunterricht (Pötzl) 159.
Sprach- und Schreibpulsion (Pineas) 158.
Spritze für Injektionen in die Ellenbeugenvenen (Hirsch-Tabor) 1162.
— Zwei-Wege- (Weston) 660.
Sprue (Shelton) 36.
— (Newham, Morris u. Manson-Bahr) 929.
— nichttropische (Thaysen) 1332.
Sprungbein (Ginntini) 488.
— Brüche (Bartoli) 254.
— Resektion (Gradoyevitch) 566.
Sprunggelenk, Arthrodese (Bouvier) 649.
— hintere Sperrung des oberen (Camera) 488.
Sputum, Chemie (Kubasch) 948.
— -desinfektion (Konrich) 721.
— Fasern im zähen (Herxheimer u. Hasselmann) 468.
— mikroskopische Untersuchungen (Liebmann) 315.
— -Untersuchungen (Szucs) 431.
— zytologische Untersuchung (Engelsmann) 337.
S Romanum, Rechtslagerung (v. Hösslin) 643.
Stäbchensehen in der Röntgenoskopie (Hausmann) 986.
— — — — (Stumpf) 1437.
Stahl, nichtrostender (Schapringer) 302.
Stammesgeschichte (Münter) 721.
Stammganglien (Lloyd u. Winkelman) 77.
Staphar (Stern) 1092.
Staphylokokkämie (George u. Giroire) 696.
Staphylokokken (Pfalz) 346.
— Bakterizidie von Blut und Serum gegenüber (Wolff) 1209.
— bei Desinfektionsversuchen (v. Darányi u. Buzna) 205.
— -infektion (Aschner) 895.
— — der Kaninchenhornhaut (Key) 801.
— — (F. de Quervain) 559.
— -infektionen, Therapie (Handuroy, Camus u. Dalsace) 1137.
— -meningitis (Moise) 441.
— Pathologie (v. Darányi) 1441.
— -pustel (Sabouraud) 367, 566, 958.
— -reaktion, konjunktivale (Moriconi) 995.
Staphylome, angeborene (Peters) 824.
Staphylomykosen (Benedek) 883.
— Therapie progredienter (Läwen) 1332.
Star, Cataракta senilis bei Hunden, Einfluß der Steinachschen Operation (Bergauer) 1159.
Stärke (Kuhn) 1150.
Starkstrom, Verbrennung (Gey) 649.
Staroperation (Knapp) 428.
— (Vogt) 27.
— expulsive Blutung (Würdemann) 831.
— Lungenembolie (Cresswell) 351.
Statische Reaktionen (Magnus) 1122.
Statisches Gleichgewicht, Kleinhirn (Juarros) 30.
Status asthenicus adiposus (Hueck) 333.
— — — (Vogeler) 248.
— epilepticus (Clemmesen) 792.
— marmoratus (Meyer) 339.
— lymphaticus (Leadingham) 1245.
Staubgehalt der Luft in Tuchfabriken (Silbernik u. Saizew) 1412.
Staubkranke (Böhme u. Lucanus) 1020.
Staublunge der Bergarbeiter (Böhme) 790.
Staubveränderungen bei Gesteinhauern (Böhme-Lucanus) 1200.
Stäubchen (Dollinger) 472.
Stauung, Behandlung (Löhr) 685.
Stauungspapille bei Hypophysentumoren (Harms) 252.
— nach Schädelbruch (Loeb) 502.
Steinachoperation (Benjamin) 260.
Steinachsche Operation, Einfluß auf die Cataracta senilis bei Hunden (Bergauer) 1159.
Steinbildung, pathologische (Spiegel-Adolf) 820.
Steinpyelonephritis (Hager) 444.
Stein-Pyonephrose (Boyd) 1284.
Steißgeburt (Hall u. Page) 216.
Stell- und Haltungsreflex (Bychowski) 958.
Stelzbeinfrage (Pürckhauer) 416.
Stenokardie, s. Angina pectoris.
— **(Kroschinski) 526.**
Stenokardische Zustände, Behandlung (Unger) 819.
Stenongang-Dilatation (Bárony) 64.
Stenosenatmung (Bass) 980.
Sterbekarte nach Schweizer Muster (Bandel) 980.
Sterblichkeit, s. Mortalität.
Stereognostische Störungen (Cohen) 1366.
Stereophotographie im Uviollicht (Metzger) 1100.
Stereoskop, vergrößerndes (Lysholm) 1307.
Stereoskopie bei der Röntgenuntersuchung des Schädels und Gesichts (Chatelier) 1240.
Stereoskopisches Sehen (Diaz Caneja) 1448.
Stereotropismus bei Ratten (Crozier u. Pincos) 1245.
Sterile Ehen (van Dongen) 760.
Sterilisation bei erheblichen Mißbildungen (Vonnegut) 1097.
Sterilisation jüngerer Frauen (Neuwirth) 313.
— vom Rechtsstandpunkt (Bähr) 854.
— tubäre, Imbazillität als Indikation (Petersen) 170.
— tubare (Peitmann) 823.
— zur Verhütung geistig minderwertiger Nachkommen (Kohls) 854.
Sterilisatoren (Clurchman u. Siegel) 1036.
Sterilisierung, eugenische (Matjuschenko) 1231.
Sterilität (Dickinson) 378.
— mit Amenorrhoe verbunden (Rubin) 1002.
— Diagnostik der tubaren (Serdukoff) 1137.
— der Frau, Opotherapie (Pouget) 113.
— fruchtbarkeitsarme Diät (Sure) 866.
— Lipiodol als Ergänzung der Pertubation zur Diagnose der (Randall) 1176.
— des Mannes (Cowen) 800.
— durch Röntgenstrahlen (Synder) 864.
— Therapie (Samuel) 1088.
— Ursachen und Behandlung (Kosminski) 943.
— weibliche, operative Maßnahmen am Ovarium u. am Tubenostium (Isbruch) 823.
— — (Schwarz) 164.
Sterilitäts-Therapie (Pfeilsticker) 824.
Sterilisierung bei perniciosaähnlicher Graviditätsanämie (Reist) 689.
— zeitlich begrenzte, der Frau **(Naujoks) 133.**
Sternalpunktion nach Seyfarth (Weiner u. Kaznelson) 923.
Sternoklavikulargelenke, gleichzeitige gummöse Erkrankung (Pack und Beck) 1145.
Sternum, Lymphoblastom (Dresser) 1178.
Sternsche Reaktion (Panofsky) 23.
Stethoskop, kombiniertes (Sprague) 828.
— multiplex elektrisches (Hoskin) 172.
Steuerpflichtiges Gewerbe, Ausübung der Heilkunde **(Frankfurter) 1261.**
Stickoxydul (Schmidt) 1332.
— -Narkose (Healey) **994.**
Stickstoff, s. a. Reststickstoff.
— (Crackau) 434.
— -arme Diätetik (Richet u. Monceaux) 891.
— -chemie (Houben) 831.

Stickstoff des Blutes während der Schwangerschaft (Jonen) 1089.
— und Kochsalzausscheidung beim curarisiertem Frosch (Ucko) 604.
— und Schwefelumsatz (Wilson) 1310.
— -Stoffwechsel, Einfluß der Milz (Marino) 360.
— -verluste im Fieber (Birk) 723.
— vikariierende Ausscheidung in den Magen bei Niereninsuffizienz (Steinitz) 1157.
— -wechsel im Fieber (Dr. O. Beck) 556.
Stiefel (Schanz) 1206.
Stillende Mütter, Nahrungsbedürfnis (Grant u. Goettsch) 494.
Stillen (Garland) 576.
Stillen, Verbreitung (Richardson) 117.
Stillfähigkeit (Moll) 250.
Stillnöte (Stolte) 1098.
Stillschwierigkeiten (Moll) 584.
Stillsche Krankheit (Reimold u. Streber) 250.
— — (Strauß) 920.
— — (Stoye) 924.
— — (Strauss) 1331.
Stillsches Krankheitsbild beim Erwachsenen (Goldstein) 1163.
Stimme ohne Kehlkopf (Schilling u. Binder) 1130.
— Pathologie und Therapie **(Froeschels) 1355.**
Stimmbandpolypen, amyloide Degeneration (Krumbein) 1207.
Stimmlippen (Hajek) 69.
Stimmstörungen infolge Rekurrenslähmung (Muck) 884.
Stimmtätigkeit und Lungentuberkulose (Lohfeldt) 1370.
Stirnhirnabszeß, otogene Sinusthrombose (R. Bleyl) 25.
Stirnhirnbalkentumor (Stiefler) 208.
Stirnhirngeschwülste (Pick) 310.
Stirnhirntumor, operierter (Ziegelroth) 1204.
Stirnhirnverletzung, homolaterale mimische Fazialisparese bei (Herrmann) 1204.
Stirnhöhle (Schidlowsky) 687.
— Eiterung (Taptas) 650.
Stirnhöhleneiterung, Behandlung (Brüggemann) 1207.
Stirnhöhlenerkrankungen (Lodge) 485.
Stirnlage (Martins) 250.
— (Gossip) 562.
Stirnpol, Läsion (Klein) 818.
Stoffwechsel, Abhängigkeit von Innen- und Außenfaktoren (Abderhalden) 1164.
— -änderung durch Bestrahlung (Flickinger) 978.
— -austausch zwischen Gewebe und Blut (Marx) 1167.
— Bericht der Gesellschaft für Verdauungs- und -Krankheiten (Alsberg) **1154.**
Stoffwechsel bei der Kalziumtherapie (Briggs) 432.
— Einfluß (Cannon) 370.
— — Einfluß der Leibesübungen (Boigey) 763.
— — der Röntgenstrahlen (Jugenburg) 1054.
— der Gicht (Harpuder u. Spitz) 468.
— und Haut (Pulay) 1301.
— und Hautkrankheiten (W. Lutz) 26.
— bei Hyperthyreose (Asher) 684.
— bei körperlicher Arbeit (Ewig) **637.**
— Kreatinstoffwechsel (Weicksel) 604.
— -laboratorium (Stoner) 175.
— minimaler Eiweißverbrauch eines Akromegalen (Krauss) 468.
— des normalen Säuglings (Ellinghaus, Müller u. Stendel) 165.
— normaler Säuglinge (Stendel) 1165.
— Pathologie des respiratorischen — (Stolz) 1063.
— bei perniziöser Anämie (Becker) 691.
— respiratorischer (Erichson) 724.
— — (Pollitzer u. Stolz) 337.
— — (Schoen u. Kaubisch) 305.
— Rolle der zentralen Regulierungen (Geiger) 1442.
— der Säuglinge (Müller u. Stendel) 419.
— des Säuglings (Ellinghans, Müller u. Stendel) 1235.
— u. Schwangerschaft (de Raadt) 1207.
— beim Tanzen (Groenholm, Sandbacka, Stenros u. Ylaenkoe) 30.
— der Tuberkulose (Roth) 470.
— Wasser- u. Mineral- (Pick 1155 (Lichtwitz) 1155.
— -störungen, periphere (Eney) 298.
— -versuch an Säuglingen bei Ernährung mit bestrahltem und unbestrahltem Oel (Brahm u. Mende) 1235.
Stokes-Adams Syndrom 1104.
Stomatitis, aphthöse (Peiser) 1233.
— cancerogene (Gougerot) 696.
— Prophylaxe u. Therapie (Lucke) 559.
— — — (Unna) 888.
— vegetans präepitheliomatosa (Gougerot) 258.
— nach Wismutbehandlung (Vadel) 348.
Stomatologie (Cornwall) 897.
— (L'Hirondel) 1240.
— u. Ernährung (Rose) 796.
Stovain (Mücke) 1136.
Stovarsol (Oppenheim) 104.
— (Mierzecki) 1331.
— (Tezner) 1336.
— (Audry) 368, 494.
— (Levaditi) 31.
— (Melnotte) 695.
— (Oppenheim) 249.
— (Schumacher) 246.
— (Tezner) 168, 249.
— bei experimenteller Kaninchensyphilis (Povle) 432.
— Therapie der Paralyse (Sézary u. Barbé) 891.
— Hypersensibilität (Izar) 112.
— -natrium (Bouchet) 1032.
— bei Syphilis (Oppenheim) 604.
Strabismus, s. Schielen.
— convergens (Wiedersheim) 346.
— bei neurotropen Krankheiten (Guérin) 1278.
Strafanstalten, Gesundheitsfürsorge (Hellstern) 552.
Strafgesetz und Krankenhaus (Landsberg) 605.
Strafmaß, Abschaffung (Aschaffenburg) 419.
Strafrecht **(Lustig) 1293.**
Strafrechtsreform u. Schwangerschaftsunterbrechung (Niedermeyer) 689.
Strahlen, s. a. Röntgen-, Radium-, ultraviolett.
— ausbeute von gashaltigen und gasfreien Röhren (Chantraine) 986.
— -dosis u. Erythemdosis (Gruhn) 726.
— -forschung des Krebses (Markowits) 336.
— -pilzerkrankungen der Lungen (Ritter) 299.
— -schutzbestimmungen, internationale (Glocker) 408.
— -schutzröhren (Thaller) 1127.
— -therapeutische Nebenwirkungen (Hohlfelder) 720.
— — Sensibilisierung (Schwarz) 1407.
— -therapie (Heyman) 36.
— -behandlung (Thedering) 301.
— — bösartiger Tumoren (Sanford Withers) 499.
— -therapie, Cervixcarcinom (Regaud) 1438.
— -behandlung der Collumcarcinome (Fürst) 954.
— -therapie in der Gynäkologie (Schoenholz) 1403.
— -behandlung der Frauenkrankheiten (Benthin) 642.
— — des Larynxs-Carcinom (Pancoast) 375.
— — des Mammacarcinoms (Chambacher u. Rieder) 611.
— — des Oesophagus-Carcinoms (Greene) 437.
— — in der Augenheilkunde (Stock) 477.
— -therapie bei den bösartigen Erkrankungen der weiblichen Genitale (Fürst) 479.
— — bösartiger Geschwülste (Grier) 1177.
— -therapie, Reizung u. Immunität (Desjardins) 1449.
— -therapie in Griechenland (Harth) 726.
— — in der Gynäkologie (Gauss) 1101.
— — des Hyperthyreoidismus (Sielmann) 332.
— — Einfluß auf die Ernährung (Acqua) 1345.
— — u. Elektrokoagulation bei malignen Geschwülsten (Pfahler) 76.
— -behandlung bei Kindern (Valdameri) 1345.
— -therapie der oberen Luftwege (Haas) 104.
— verschiedener Wellenlänge (Wood) 437.
— -wirkung (Cramer) 244.
— — (Malten) 547.
— — (Sachs) 684.
— — auf lebende Zellen (Gassul) 411.
— — auf Plattenepithelkrebsmetastasen (Quick u. Cutler) 1037.
— — biologische (Bovie) 499.
— — — (Failla) 437.
— — bei allgemeiner u. örtlich begrenzter Anwendung (Holfelder) 1053.
— — Permeabilitätsänderungen an den Zellen (Brummer) 1054.
— — am Ureter (Martin u. Rogers) 1419.
Strahlungen, leuchtende (Vaune) 336.
Strahlungsimmunität (Niederhoff) 336.
Streifenhügel, s. corpus striatum.
Streptococcen (Pfalz) 346.
— Hautreaktion von Kaninchen auf nicht haemolitische (Andrewes, Derick u. Swift) 1244.
— hämolytische (Brown, Frost u. Shaw) 660.
— — (Hirsch) 259.
— — in Pharynx u. Tonsillen bei Kindern (Pilot u. Tumpeer) 375.
— -infektion (Kwasniewski u. Henning) 1094.
— — des vorderen Nasenwinkels (Montgomery u. Culver) 263.
— -infektionen (Dutton) 660.
— — Rolle der Bakteriophagen (Dutton) 898.
— — Chemotherapie (Schnitzer u. Levy) 1265.
— Immunisation (Mayers u. Schroeder) 1318.
— Peroxydase u. Methämoglobinbildung bei grünen — (Valentine) 898.

Streptococcen, postoperative Wund-Infektionen mit hämolytischen — (Meleney u. Stevens) 1319.
— Sepsis (Laurinstch) 1344.
— -therapie u. Blutbild (Lehfeldt) 689.
— -toxin u. Dicksche Reaktion (Zoeller) 31.
— -untersuchungen **(Rabinowitsch-Kempner Lydia) 18.**
— Virulenz (Baake) 689.
— — -prüfung (Baake) 425.
— — Therapie des fieberhaften Abortus (Küstner) 312.
— — -prüfung (Hadjidakis) 1340.
— Zustandsänderungen (Hubert) 1126.
Streptococcus viridans im Lumbalpunktat bei otogenem Hirnabszeß (Thormann) 1369.
— Biologie (Stevens u. Dochez) 1244.
— viridans (Krapveldt) 760.
— — Sepsis (Wasowicz) 1444.
— — skarlatinoide Infektion (Steinfield) 894.
Streptolysin (Neill u. Mallory) 1244.
Streptothrixpyämie (Mandelstamm u. Kalinin) 553.
Streptoyatren (Bleyer) 166.
Streustrahlenschutz (Schlechter) 986.
Streuzusatzdosis, Messung (Glocker u. Kaupp) 1269.
Striae cutis distensae (Kogoj) 167.
Striatum, embolische Apoplexie (Schwartz u. Goldstein) 65.
— neuartige heredo-degenerative Erkrankungsform (Ostertag) 950.
Stridor bei Masern (Houdsen) 561.
Stromtod, elektrischer (Schridde) 1020.
Strongyloides Grassi (Sandground) 660.
Strontiuran (Kolle, Bauer u. Leupold) 302.
— für die Beurteilung des Neosalvarsans u. Salvarsans (Kolle, Bauer u. Leupold) 1132.
Strophantin (Boekelman jr.) 1372.
— (Geiger u. Groß) 304.
— (Jacobs u. Hoffmann) 866.
— Therapie intravenöse (Doll) 946.
Strophantus-Tenktur bei chronischer Herzinsuffizienz (Pletnow) 155.
— -Digitalis-Gemische (Suamenski) 1021.
Strophulus, Peptontherapie (Pasteur, Valleroy, Radot u. Blamontier) 492.
Struma, s. Kropf.
Strumektomie (Fiedler) 985.
Strychnin u. Dormiol, Antagonismus (Jarisch) 1167.
— -resistenz der Hühner (Heinekamp) 263.
— -vergiftung (Schomowitz u. Machlis) 304.
Stryphnon, Mittel zur Bekämpfung schwerer Lungenblutungen (Weidinger) 1166.
Stückchendiagnose (Meyer u. Kaufmann) 312.
Stuhl s. Faeces.
Stumpftumoren (Koerner) 854.
Sturmdorfsche Tacheloplastik (Eastman) 616.
Stützmittel für Training u. Wettkampf (Friedlaender) **1251.**
Subarachnoidalblock (Lange) 723.
Subfebrilität (Mester) 1265.
— (Mester) 1331.
Sublimat, Behandlung akuter bakterieller Infektionen (Dudgeon) 355.
— in sauren Lösungen (Nagel) 205.
— -vergiftung (Hazkell, Hamilton u. Henderson) 660.
— — (Heim) 109.
— — (Luis Yagiie y Espinosa) 1448.
— — von der Scheide aus (Magid) 343.
Submaxillardrüse, Steine (Daggett) 1135.
Subokkipitalpunktion, Nadel für — (Emdin) 979.
Substitutionstherapie (Vincent) 171.
— bei pluriglandulärer Insuffizienz (Mittelmann) 297.
— ovarielle, Ovowop (Flechtner) 301.
Subtonin (Ràcz) 332.
Südamerika, Tierseuchen (Kraus) 552.
Suggerierung von Sensibilitätsstörungen (Inglessis) 67.
Suggestion (Dattner u. John) 339.
Sulfarsenol (Bodin u. Cheorel) 794.
Sulhämoglobinämie (de Hartogh) 480.
Sulfoarsenol (Feluco) 173.
Sulfofix (Roller) 721.
Sulfosalicylsäureprobe (Custer) 884.
Sulfoxylat-Salvarsan (Grünberg) 426.
Sulforjodatum (Rosenau) 414.
Sulpharsphenamin (Sutton) 800.
— (Fox) 442.
— in der Behandlung von Warzen (Sutton) 1283.
Summascil (Brunner) 303.
Supra-inguinales Relief (Meige u. Huard) 891.
Suprarenal, s. Nebennieren.
Suprarenin, s. Adrenalin.
Surgovit (Flatauer) 820.
Suttonsche Krankheit (Lesczynski) 426.
Sykosis (Trone u. Myers) 1247.
— -ähnlicher Schanker (Thibaut u. Marin) 258.
— intradermale Vaccine (Meyer) 114.
Symbiose (Castellani) 892.
Symblepharon, Hauttransplantation (Ball) 655.
Sympathektomie (Davis) 733.
— beim Asthma bronchiale (Hesse) 684.
— bilaterale lumbale (Rowntree u. Adson) 118.
— periarterielle (Broglio) 1277.
— — (Ischok) 611.
— — (Nealy) 829.
— — (Polak) 1071.
— — (Sebestyén) 309.
— — (Vilardell) 364.
— — Einfluß auf die Kallusbildung (Mairano) 253.
— — (Hirsch) 342.
— — (Holst) 316.
— — Pfab u. Hocke) 1405.
— renale (Hess) 1215.
— Spätergebnisse der periarteriellen — (Stahl) 953.
— Wirkung auf spastische Paralyse der Extremitäten (Davis und Kanavel) 828.
— (Marconi) 254.
Sympathikus (Brown u. Adson) 79.
— afferente sensible Bahnen (Hirsch) 412.
— -ausschaltung der Hodenarterien (Doppler) 168.
— -Chirurgie (Pieri) 957.
— - u. Gewebestoffwechsel (Heim) 1295.
— Histologie (Herzog) 951.
— okulopupilläre Fasern des Hals- (Leriche u. Fontaine) 1379.
— -Operationen (Leriche u. Fontaine) 1072.
— operative Schädigung (Hutter) 1305.
— Reizung durch Ptyalismus (Treuherz) 334.
— -stamm oberer, Resektion (Rohde) 424.
— -Vagustherapie **(Glaser) 11.**
Sympathische Ganglien (Terplan) 248.
Sympathisches Nervensystem, s. Nervensystem, Vagus.
— — Anatomie (Ranson) 828.
— — Physiologie (Forbes u. Cobb) 828.
Symphysenlösung, spontane bei der Geburt (Eisenberger) 1236.
Synchysis nivea sen albescens (Janson) 210.
Syndaktylie, erbliche (Staff) 608.
Synergismus (Führer) 413.
Synkopen, Elektrokardiographie in der Diagnostik u. Prognose (C. Lian u. Ch. Petit) 265.
Synostosis talonavicularis (Blencke) 1206.
Synoviale Scheiden (Närvi) 484.
Synovialflüssigkeit (Cajori, Crouter u. Pemberton) 318.
Synthalin, eine synthetisch dargestellte Substanz mit insulinartiger Wirkung (Frank) 1155.
— -Therapie des Diabetes (Frank, Nothmann u. Wagner) 1434.
Syphilid, noduläres Spät- (Montgomery) 1352.
— traumatisches (Milian u. Lotte) 493.
Syphilide, späterythematöse (Hudelo u. Rabut) 490.
— tuberöse (Hudelo u. Courtin) 368.
Syphilidogene Erkrankungen des Nervensystems in China (Pfister) 1027.
Syphiligraphie (Clément Simon) 585.
Syphilis, s. a. Liquor cerebrospinalis, Nervensystem, Wassermannsche Reaktion, Salvarsan, Spirochäten.
— (Galliot) 368.
— (Freund) 978.
— (Sakrepa) 925.
— (Salén) 73.
— (Rothwell u. Maloney) 442.
— (Ruschke u. Langer) 203.
— (Bruhns, Pick u. Scholtz) 203.
— (Philippson) 358.
— (Palmer) 445.
— (Nohlen) 419.
— (Levaditi) 31.
— (Mendes da Costa u. Papegaaij) 609.
— (Pick) 1296.
— acquise (Montlaur) 320.
— allergische Zustände (Bergel) 248.
— allgemeine Behandlung (Schmidt) 1028.
— ambulatorische Behandlung der kongenitalen — (Orel u. Wimberger) 824.
— angeborene (Boas) 201.
— als ätiologisches Moment chronischer Herz- u. Aortenerkrankungen (Pletnew) 982.
— angioneurotrophische endokrine Affektionen (Audry) 958.
— antisyphilitische Behandlung der Schwangeren (Klafter) 425.

Syphilis, antonische Kernveränderungen im Blut (Moncorps und Leonhard) 1339.
— als Ausdruck der Abwehrreaktion (Bergel) 1059.
— der Aorta (Pineles) 415.
— — u. des Herzens (Smith) 176.
— Aortendystrophie (Letulle) 998.
— u. Aortitis (Bruhns) 299.
— Bedeutung der Kalziumgegenwart im Blute (Schumacher u. Liese) 818.
— — der latenten, symptomlos gebliebenen für die Eheauflösung (Heller) 298.
— behandelte (Jackson) 964.
— Bekämpfung (Delbanco) 689.
— — (Scheffzek) 346.
— Beschreibung und Behandlung (Frascatorius) 800.
— Bindehautvernarbung bei vererbter — (Incze) 1375.
— biologische u. immuntherapeutische Untersuchungen (S. Berger) 585.
— Blutbild (Antoni) 167.
— — (Lemke u. Streblow) 202.
— — (Antoni) 545.
— — (Wichmann) 925.
— — nach Antoni (Stern u. Strauß) 989.
— Blutuntersuchungen (Stetter) 547.
— Blutveränderung (Heimann) 854.
— — u. Lipoidantikörper (Sachs u. Klopstock) 640.
— Calciumgehalt im Serum (Rosen u. Krasnow) 1145.
— cerebrospinale (Nagasaka) 992.
— Chemotherapie (Levaditi) 355, 1103.
— der 3. Generation (Weill) 614.
— u. Diphtherie (Reiche) 298.
— chronische der Gefäße im Zentralnervensystem (Malamud) 886.
— — der Hirngefäße (Löwenberg) 886.
— — Indigestion (Crance) 445.
— — Therapie (Almquist) 617.
— cong., Behandlungserfolge mit hohen Neosalvarsan-Wismutdosen (Knauer) 556.
— congenita, einseitige Lähmung des Sphincter iridis (Kranz) 759.
— — (Pflüger) 167.
— — Statistik (Orel) 164.
— — tarda (Pautier u. Leganrd) 614.
— conjugale (Galliot) 113.
— corymbosa (Woronoff) 348.
— d'emblée (Spillmann u. Morel) 827.
— Dermatitis nach intramuskulären Injektionen (Nikolau) 34.
— Diagnose aus dem Blutbild (Antoni) 888.
— — — — — (Hirsch) 954.
— — der primären (Edlemann) 381.
— — Dunkelfeldnachweis der Spirochäten (Philipp u. Gornick) 824.
— — serologische, im Dunkelfeldmikroskop (Hilgers u. Kötzing) 106.
— — Prognose u. Behandlung (Jameson) 1145.
— Diagnostik der hereditären (Beretervide) 1032.
— diffuses oberflächliches Spätsyphilid der Glans penis (Delbanco) 1100.
— Dünndarmstriktur (Hinz) 986.
— Einfluß der kongenitalen auf den Verlauf der Säuglingstuberkulose (Epstein) 104.
— endolumbale Behandlung (Nonne u. Pette) 1163.
— — — (Nast) 643.
— — und epidurale Behandlung (Schönfeld) 851.
— endokrine Störungen u. Heredo — (Barthélémy) 1417.
— Enzymreaktion (Lucherini) 1275.
— Erkrankungen des Auges (Fuchs) 347.
— -erreger Polymorphismus (Kiepke) 277.
— erworbene beim Säugling (Caprara) 1344.
— exotische (Sézany) 363, 611.
— experimentelle (Uhlenhuth u. Großmann) 298.
— — (Worms) 641.
— — (Kemp, Chesney u. Poole) 1143.
— — Studien (Kolle u. Evers) 721.
— — — (Reiter) 882.
— extragenitale Primäraffekte (Noel) 258.
— fieberhafte tertiäre (Bacheca) 359.
— -Flockungsreaktion (Meinicke) 416.
— — der Sera in Gegenwart von Antigen u. Benzoe-Harztinktur (de la Riverre u. Kossovitch) 998.
— Fruchtschädigung (Nürnberger) 473.
— Frühbehandlung u. Frühheilung (Zieler) 245.
— — u. Spätbehandlung (Leven) 348.
— frühmittelalterliche (Hildebrand) 167.
— frühzeitig rezidivierende (Dennie) 964.
— der Gefäße (Sternberg) 203.
— Gefäßerkrankungen (Jungmann u. Hall) 468.
— geistige Störung als Folge kongenitaler — (Dayton) 1281.
Syphilis, generalisierte, tertiäre (Weil) 827.
— germinative Uebertragung (Hausmann) 65.
— Glaskörpergefäßproliferationen (Kraupa) 210.
— Gold-, Platin- oder Cadmiumtherapie (Heymann) 246.
— gummatöse Osteoperiostitis des Schädels (Dunham) 179.
— gummöse (Kreibisch) 651.
— hämolytische Schnellreaktion mit aktivem Serum (Kadisch) 1233.
— Handgelenklähmung (Murdock) 442.
— der Haut, nummuläre, purpuröse u. gangräniöse — (Favre) 613.
— Heilung (Fouguet) 800.
— Hemiplegie in Verbindung mit kongenitaler — (Babonneix) 1138.
— hereditäre (Hiegier) 1347.
— — (Cornaz) 480.
— — (Marie) 493.
— — (Sibley) 487.
— — (Sirolli) 110.
— hereditaria in der dritten Generation (Knowsley) 617.
— des Hirns (Herschmann) 246.
— der Hirn- u. Rückenmarksnerven (Mestiz) 414.
— Immunität u. Antikörper (Lesser) 1265.
— — der Paralytiker (Jahnel u. Lange) 1296.
— -infektion (Hoffmann) 248.
— — ohne Symptome (Kolle u. Evers) 640.
— — vor Ausbruch des Schankers (Dubreuth) 614.
— innersekretorische Störungen (Cedercreutz) 30.
— interstitielle Keratitis bei kongenitaler — (Guy) 1449.
— intramuskuläre Injektionen eines öligen Wismut-Kampferpräparates (Bizard) 1417.
— intra partum, Erkennung (Baer) 1098.
— Iritis u. Augenaffektionen (Bell) 797.
— juxtaartikuläre Knotenbildungen (Jessner) 1440.
— -kachexil (Herman) 303.
— der Kaninchen (Wakerlin) 495.
— kardiovaskuläre (Goldberg) 261.
— — (Morrison) 445.
— Keratitis parenchymatosa (Weill u. Jost) 367.
— Kernveränderungen der weißen Blutzellen (Nathan) 1271.
— — — — — nach Antoni (Mulzer) 917.
— des Kiefergelenks (Baltscheffsky) 215.
— klinische Studie (Applebaum, Levine u. Fischer) 442.
— der Knochen (Dillingham) 1145.
— Knochen, hyperostotische Form (Wilhelm) 266.
— der Knochen u. Unfall (Barthélémy) 827.
— kolloide Reaktionen (Epstein) 685.
— Komplementbindungsreaktion (Uchida) 79.
— — u. Fällungsreaktionen (Greenbaum u. Yagle) 932.
— kongenitale (Fischl) 156.
— — (Sylvester) 176.
— — (Flusser) 207.
— — (Fischl) 250.
— — (Sylvester) 932.
— — (Gammeltoft) 1057, 1153.
— — (Long) 1284.
— — u. Auge (Igersheimer) 1433.
— — in Messina, Verbreitung (Tambato) 1174.
— — u. kindlicher Tabes (Lilienthal u. Lange) 1233.
— — als Ursache mentaler Defekte (Dayton) 261.
— — Behandlung (Hescheles) 305.
— — bei einigen Zwillingen (Weiß) 924.
— Kongenitalitätsproblem (Hochsinger) 1453.
— konjugale (Bertin) 368.
— Konstitution in der Pathologie u. Therapie (Schindler) 548.
— nächtliche Kopfschmerzen (Buzojanu u. Tovarn) 1447.
— u. Krankenhausbehandlung (Moses) 1145.
— künstliche Erzeugung der Blutveränderung beim Kaninchen (Sachs, Klopstock u. Weil) 602.
— latente (Chevallier) 1278.
— larvierte kongenitale (Bobrie) 258.
— latente kongenitale, aufgeweckt durch die Schwangerschaft (Récamier) 116.
— — und Schwangerschaft (Bentin) 492.
— Leber (Schlesinger) 558.
— an der Leiche, Serodiagnose (Meinicke) 1165.
— Leukoderma (Shelmire u. Calhoun) 658.
— Liquor-Diagnostik (Uras) 921.
— Liquorforschung (Lange) 347.
— Liquoruntersuchung (Förtig) 167, 307.
— Liquorveränderungen (Raynaud, Lacraire, Béraud u. Boutin) 368.
— lokalisierte Dystrophien der Heredosyphilis (ddu Bois) 958.
— Lungen latente Formen (M. Letulle u. J. Dalsace) 565.
— des Magens (Cohn) 299.
— — — (Merrill) 437.
— diffuse Infiltration des Magens (Eisenklam) 302.
— oder Malaria (Kolle) 1403.

Syphilis, Malaria-Therapie (Lenartowicz) 1444.
— — (Scherber) 1339.
— Behandlung mit Impfmalaria **(Hesse) 671.**
— Malariatherapie der Früh- (Bering) 1403.
— — der Frühstadien (Bering) 1058.
— medikamentös verursachte Hauterscheinungen (Abramowitz) 443.
— medizinisch-soziologische Betrachtungen (Barnett) 800.
— und Metasyphilis (Higier) 1376.
— mikroskopische Fällungsprobe (Klein u. Young) 431.
— Mikro-Meinecke-Reaktion (Hartwich) 1339.
— mit Epitheliom (Jonescu) 613.
— mit Fieber (Bottema) 349.
— moderne Behandlung (Galewsky) 1022.
— — Serologie (Meinicke) 930.
— multiple viscerale (Dainville u. Clercy) 258.
— bei den Muselmanen Algiers (Raynaud) 1278.
— mütterliche und kongenitales (Kiene u. Mahnert) 1336.
— -Myokarditis latente (Warthin) 503.
— Nachweis serologischer bei Gravidität und Tuberkulose (Klopstock u. Hilpert) 296, 327.
— serologische Untersuchung schwerflockender Luessera (Gaehtgens) 1441.
— Nephritis akute (Hood u. Murphy) 503.
— neuere Methoden zur Serodiagnose **(Laubenheimer) 50.**
— -Neuro, endolumbale Behandlung mit Neosalvarsan (Margulis u. Schamburow) 308.
— Nichtinfektiosität des Blutes bei tertiärer (Namara) 442.
— der Nieren (Krieger) 335.
— Nierengumma (Sirovicza) 213.
— bei den Nordafrikanern (Montpéllier) 611.
— objektive und serologische Abweichungen (Sparacio) 34.
— occulte bei der Frau (Bory) 113.
— Opafikationsreaktionen (Untermilch) 1072.
— paroxysmale Hämoglobinurie nach Kältewirkung (Traub) 443.
— Pathologie der primären Phase (Golay) 372.
— Photo- und Chemotherapie (Licciardi) 827.
— Pleuritis (Macciotta) 1242.
— pleuropulmonale Veränderungen (Reuterwall) 1103.
— Pigment (Faberi) 995.
— Praedilektion der Knochen oder Gelenke (Bonnet) 730.
— präkolumbische europäische (Hildebrand) 988.
— Präzipitation mit Fraktionen von Serum (Kendrick u. Kahn) 1212.
— primäre, Abortivbehandlung (Bruck) 268.
— — (Golay) 169, 215.
— primärnegativer Liquor (Schmidt) (422.
— Pseudolähmung (Engel) 919.
— Punktion der regionären Drüsen (Wolff) 933.
— Radiographie der Verbindungsknopel (Springer) 1073.
— Reaktionen der Präzipitation (Aristoff, Feldmann u. Mariassin) 347.
— Reaktivierung mit Arsen (Gaston u. Pontoizeau) 114.
— — nach Arsentherapie (Krefting) 764.
— Reinfektion (Lafourcade) 257.
— — (Carle) 1314.
— — Superinfektion (Bernard) 1379.
— Retroplazentarblut zur Serdoiagnostik (Bruno) 1208.
-rückgang und Salvarsan (Jadassohn) 1230, 1402.
— salvarsanresistente (Jessner) 335 .
— der Samenblase (Keve) 160.
— Samenblasen (Saleeby) 175.
— Schanker (Milian) 362.
— Schrumpfmagen (Hirschberg) 546.
— Schwangerschaft (Nathanson) 178.
— in der Schwangerschaft, Serodiagnose (Klaften) 825.
— Senkungsgeschwindigkeit des Blutes (Brill) 65.
— Serodiagnose durch Komplementbildung mit aktiven Seren (Bruck, Behrmann u. Rosenberg) 753.
— — Serodiagnose (Kildruffe) 373.
— — (Krauspe u. Schmechel) 947.
— — (Sciarra) 729, 826.
— — Kahnreaktion (Greenbaum) 569.
— — an der Leiche (Krauspe) 1402.
— Serodiagnostik (Luigi Pais) 34.
— — (Garriga) 930.
— — (Rubinstein u. Suarez) 256.
— — mit aktivem Serum (Palawadanow u. Matutis) 1242.
— serologischer Nachweis (Blumenthal) 1265.
— — — (Blumenthal u. Schwarzmann) 1163.
— Seroreaktion mit aktiven Seren (Hecht) 1296.
— Serumgewinnung zwecks Dunkelfelduntersuchung (Stokes und Ewing) 373.
— Serumtherapie (Mulzer) 1165.
— der Sinnesorgane, Auge und Ohr (Sommer) 167.
— späte Erkrankungen der Gelenke (Schlesinger) 883.
Syphilis-Spirochätose (Kolle) 245.
— statistisches über Visceral (Netschaew u. Edward) 651.
— Stovarsol bei experimenteller Kaninchensyphilis (Povle) 432.
— symptomlose Infektion und Superinfektion (Kolle u. Schlossberger) 851.
— tertiäre, des Gesichts 613.
— — Superinfektion (Hilbert) 213.
— — tuberöse der Nase (Pautrier u. Ullmo) 614.
— Therapie (Pfrench) 617.
— — (Joseph) 979.
— — (Scherber) 298.
— — (Tatum) 268.
— — (Warr u. Sanders) 443.
— — (Casselman) 442.
— — (Catalano) 562.
— — der Säuglinge (Widowitz) 249.
— — der Wassermannpositiven (Cowen) 445.
— — (Felden) 617.
— — (Gauvain) 733.
— — (Finger) 1029.
— — (Fracastonus) 617.
— — (Fracastorius) 661.
— — Gravider (Fabricius) 954.
— — (Harrison) 617.
— — (Hauck) 617.
— — in Frankreich (Brocqu) 617.
— — im Säuglingsalter (Pese) 341.
— — (Jesionek, Pinkus u. Stern) 156.
— — (Kaen, Mucha, Finger u. Kagele) 299.
— — kontinuierliche (Almkoist) 347.
— — (Melzer, Reute, Stranz) 247.
— — mit Albert 102 (Lewith) 820.
— — mit Jod (Goodmann) 800.
— — mit nativem Spirochätenmaterial (Hilgermann) 685.
— — mit Wismut (Grund) 38.
— — — — (Musser) 443.
— — (Moore u. Kemp) 830.
— — (Viñals) 253.
— — Quecksilber und Wismut (Philippson) 360.
— — (Scholtz) 964.
— — (Smith) 617.
— — der Ehefrau eines frisch infizierten Mannes (Joseph) 851.
— — mit lebenden und toten Lipoid-Albuminkomponenten (Schuhmacher) 1145.
— — und Lumbalkontrolle (Bernard u. Ruelle) 115.
— Tierexperiment zur Diagnose der menschlichen (Mulzer) 1059.
— traumatische (Milian) 614.
— — (Milian u. Périn) 764.
— — der Knochen und der Haut (Simon) 1102, 1278.
— Therapeutika (Morrow) 1179.
— Ueberwachstum der Extremitätenenden (Oskar Fischer) 307.
— und Impfmalaria (v. Berde) 1068.
— und Metasyphilis (Wilmanns u. Steiner) 420.
— und Nieren (Tallquist) 316, 1070.
— und Recklinghausensche Krankheit (Montpellier) 258.
— und Schwangerschaft (de Normandie) 176.
— — — (Hornung) 66.
— und Sklerodermie (E. Bertin) 566.
— und Tätowierung (Dohl) 347.
— und Tuberkulose (Artom) 347.
— und Unterbrechung der Schwangerschaft (Buschke u. Gumpert) 247.
— uterine (Andry) 1311.
— Verbreitung (Schaede) 821.
— der Verdauungsorgane (Gatewood) 77.
— verkannte (Hecht) 1331.
— des Vestibularapparates (Ohm) 855.
— Wasserstoffionenkonzentration im Liquor zerebrospinalis (Israelson u. Krizman) 258.
— während der Schwangerschaft (Frost) 382.
— Wirkung der antiluetischen Behandlung auf den Fetus (Kraul und Bader) 425.
— Wismut (Rosenberg) 933.
— — bei Arsen- und Hg-resistenter (Grund) 617.
— — -Therapie (Sparacio) 1415.
— — — (Sutton) 503.
— Bismuto-Yantren-Salvarsan Mischspritze (Lucke) 214.
— Wundheilung (Menninger) 442.
— congenita (Stamm) 249.
— — statistische (Orel) 339.
— -nachweis, Seruminaktivierung beim serologischen (Ohashi und Sendai) 299.
Syphilid, miliares lichenoides (Milian) 35.
Syphilitische Wöchnerinnen, Milch (Hackemann) 1162.

Syphilitische Bismut-Therapie (Ayres jr.) 1179.
— Schanker (Gougerot) 1278.
— Organveränderungen, Häufigkeit (Langer) 1198.
— Meningitiden (Léchelle u. Mouquin) 827.
— Basis, Hemichorea (Silbermann) 307.
— Blutveränderung (Bergel) 919.
— — Entstehung (Klopstock) 947.
— — Spirochätenextrakt alkoholischer (Klopstock) 297.
— cyanotische Gummen (Gougerot) 34.
— Diabetes (Blefari-Melazzi) 489.
— Elephantiasis des Skrotums (Marshall) 118.
— Haut- und Nervenerscheinungen (Simon u. Thiollat) 113.
— Infektion nach dem vierten Lebensjahrzehnt erworbene (Stark) 426.
— Krankheiten des Auges (Fuchs) 824.
— Blutserum, Ausflockungsreaktion (Sasaki) 1148.
— Kinder, psychische Entwicklungsstörungen bei kongenital (Ahman) 1070, 1172.
— lipomatöse Gummen (Gougerot) 34.
— Lungensklerose (Nasali) 110.
— Meningo-Encephalo — Myelitiden (Margulis) 208.
— Osteoperiostosis (Jordan) 23.
— Phebitis (Lafourcade) 368.
— Reinfektion (Lévy u. Chomerau-Lamothe) 368.
— Rektalerkrankungen (Montague) 964.
— Parkinsonismus (Pappenheim) 251.
— Schanker der Fossa supraspinalis (Danel) 115.
— — (Montlauer u. Ledoux) 614.
— Symptomenkomplex mit Fieber und Meningitis (Monateri) 359.
— Virus bei progressiver Paralyse (Peracchia) 950.
— Schanker (Gougerot) 617.
— Sekundärerscheinungen inmitten der Wismutkur (Simon und Bralez) 113.
— Erythem im Tertiärstadium (Danel) 113.
— tertiäres Fieber (Bottaliga) 826.
— Diabetes mellitus (Sparacio) 357.
— des Zentralnervensystems, Behandlung (Farnell) 964.
— — — (Rubustow) 886.
— — — tertiäre Haut- und Knochenveränderungen (Prokoptschuk) 651.
— Mastitis (Fouquet u. Machton) 256.
— Mesaortitis (Coenen) 155.
— Reinfektion (Milian u. Lafourcade) 258.
— Osteoma des Schädels (Léri u. Machton) 256.
— Ikterus (Serateanu u. Blumenthal) 116.
— banale Otomastoitiden (Truffert) 1240.
— cyanotische Ulcerationen (Gougerot) 34.
— geniale (Springer) 900.
— Spontangangrän (Kazda) 1267.
— Aortitis (Keefer u. Resnik) 318.
— zerebrale Arteriitis(Pulrirenti) 1211.
— — und Psychose (de Carp) 1210.
— Untersuchungen an Hoden (Salebby) 964.
— Zwillinge (v. Guttfeld) 155.
Syphilom der Vulva (Stein) 178.
Syphilome, subkutane, fibroïde (Worster-Drought) 1135.
Syphilophobie (Williams) 933.
Syringomyelie (Hedley) 355.
— (Hirsch) 886.
— Familienuntersuchungen (Bremer) 392.
— Röntgen-Therapie (Heinismann u. Czerny) 1438.

Tabak (Rolleston) 656.
— -arbeit und Tuberkulose (v. Müller u. Berghaus) 305.
— -rauchen (Fürbringer) 1403.
— -staub (Holtzmann) 1200.
— Vergiftung (Deacon) 825.
— — (Gilchrist) 692.
— — (Ritschie) 857.
Tabes, Blase (Perlmann) 856.
— dorsalis (Watson-Jones) 216.
— — (Daube) 547.
— — (Sperling) 1029.
— — (Brunner) 1410.
— — chirurgische Behandlung von gastrointestinalen Krisen (Stein) 1267.
— — einseitiges Erhaltensein des Patellarreflexes (Ladislaus Benedek u. Franz Kulcsár) 23.
— — krampfartige Zustände der Blutgefäße (W. Kerppola) 553.
— — Lage- und Stellenreflexe (Leringer u. Eickhoff) 951.
— — Malaria-Therapie (Hoff u. Kauders) 1365.
— — — (Rowstron) 171.
— — Spontanblutungen (Taterka) 1123.
— Fieberbehandlung (Dreyfus) 1123.
Tabes, Frühdiagnose (Hoditsch) 491.
— Häufigkeit von Psychopathien (Gougerot, Meyer u. Weill-Spire) 256.
— kindliche bei kongenitaler Syphilis (Lilienthal u. Lange) 1233.
— kombinierte (Rimé) 368.
— lumbale Wismutbehandlung (Lafora) 1173.
— mesaraica (Zorrilla) 930.
— mesenterial (Randall) 700.
— mit Impfmalaria (Hesse) 754.
— Optikusprozeß (Igersheimer) 720.
— Pathogenese (Spitzer) 992.
— (Pfitzner) 1019.
— -psychosen, Klinik und Hystologie (Jakob) 420.
— (Spillmann u. Créhange) 827.
— Therapie (Löwenstein) 884.
— — mit Malaria (Bering) 1020.
— — (Sioli) 420.
— — (Jahnel) 420.
— — (Löwenstein) 919.
— Veränderungen des Blutbildes (Fleischhacker) 641.
— vorbeugen (Hauptmann) 468.
Tabetiker, gastrische Krisen (Wagner-Jauregg) 1029.
Tabiker, operative Zerstörung der Ranni communicantes bei gastrischen Krisen (Mandl) 603.
Tabische Osteoarthropathie der Wirbelsäule (Breitländer) 424.
Tablasthma (Rheinländer) 1296.
Tachykardie (Gonzalo) 31.
— paroxysmale (Sebastiani) 1142.
— — (Hoffmann) 1165.
— — (Cornwall) 1248.
— — (Gilbert) 110.
— paroxystische, Diathermie (Savini u. Ackermann) 1241.
— paroxysmale Myokarditis (Major u. Wahl) 568.
— — im Kindesalter (Dressler u. Löwy) 1094.
— — (Roemheld u. Tietze) 1064.
Taenia solium, Mensch als Zwischenwirt (Roth) 1071.
Tagblinde Affen, Retina und Corpus cerviculatum lat. (Wollard) 1072.
Talagie (Roederer) 861.
Tamponade, nitrauterine (Spangler) 1106.
Tampon, pneumatischer (Krampitz) 1099.
Tampovagan (Simons) 384.
— (Richter) 1264.
Tannin, quantitative Eiweißbestimmung (Wigand) 333.
Targesin (Hildesheimer) 346.
— (Lippert) 160.
— (Meyerbach) 643.
— (Portmann) 888.
— (Siebert u. Cohn) 926.
— (Ullmann) 825.
— (Wolfes) 819.
— bei Augenerkrankungen (Lachmann) 1268.
— bei Gonorrhoe (Polland) 925.
— bei der Therapie der männlichen Gonorrhoe (Krechel) 1330.
Targowlasche Reaktion (Bernard u. Ruelle) 115.
Tarsusresektion (Anglesio) 1075.
Tartarus stibiatus intravenöse Injektion (Christopherson u. Gloyne) 355.
Taschenwörterbuch für Mediziner und Juristen (Schreiber) 801.
Tastzirkel mit direkt ablesbarer Expositionszeit für Röntgenaufnahmen (Borger) 1163.
Tatauierungen, erotische (Zeuner) 1102.
Tätowierung mit Goldchlorid (Knapp) 210, 759.
— und Syphilis (Dohl) 347.
Taubheit, kindliche (Melis) 488.
Taubstumme Kinder, Störungen der Rythmenproduktion (Benesi) 988.
Tebeprotin-Reaktion (Nicol) 1128.
— Toeniessen (Junker u. Engel) 469.
Technik, röntgenographische Aufgaben (Weber u. Brezina) 608.
— und Wirtschaft (Vögler) 1117.
Teediät, Einfluß auf das Blutbild des Säuglings (Papaudrea) 1344.
Tee als sensorielle Droge (Reutter) 1371.
Tee bei Kindern (Irvin) 571.
Teercarcinom (Rondoni) 330.
Teergeschwülste (Bonne) 1030.
Teer in der Hauttherapie (Gonin) 361.
— -zysten (Franque) 164.
Teleangiektasie familiäre (East) 356.
Teleangiektasien bei Neugeborenen (Hagenbuch) 162.
— Röntgen (Jessner) 296.
— systematisierte und makulöse (Barkman) 955.
— postelephantiastische (Léri) 113.
Telepathie, experimentelle (Bunnemann) 1131.
Temperaturherabgesetzte Gifte (Freund) 1020.

Temperaturmessung (Haselhorst) 1091.
Tendovaginitis (Hanson) 610.
Teneador (Wiegand) 547.
Tenosuspension (Henderson) 897.
Tentoriumrisse (Glatz) 344.
— bei einem Kaiserschnittkind (B. Tunis) 557.
Teratologie (Beerens) 1346.
— und Fasersystematik (Gamper) 1365.
Teratoma orbitae (Malkin) 1100.
Teratom, kokzyeales (Dengler) 1236.
Tertiaanfälle mit langer Latenzperiode (Kollewijn) 609.
Testikel, Chorionepithelion (Ranucci) 110.
Testis, s. Hoden.
Tetania gravidarum (Kappes) 1098.
— parathyreopriva (Noether) 304.
Tetanie (Powers) 74.
— (Macciotta) 217.
— (Snell) 221.
— (Behrendt) 412.
— (Mainzer) 821.
— (Jalcowitz) 1405.
— und Alkalose (Hollo u. Weiss) 1274.
— und Beriberi, Beziehungen (Frontali) 1174.
— Beziehungen zur Epilepsie (Kalischer) 1365.
— Blutchemie bei der parathyreopriven (Frank, Haring u. Kühnau) 854.
— Calciumtherapie (Spitzmüller) 1340.
— chronische (C. Frangoni u. V. Scirnone) 565.
— Hyperventilations (Duzàr u. Hensch) 1332.
— idiopathische (Beumer u. Falkenheim) 547.
— des Erwachsenen, Säurebasengleichgewicht bei der idiopathischen (Mainzer) 1434.
— bei Keuchhusten (Powers) 179.
— nach Operation der Thyreoideadrüse (Brodersen) 170.
— Pathogenese (Beumer) 414.
— pluriglanduläre Symptome (Schönemann) 752.
— postoperative (Bauer) 397.
— -problem (Brehme u. Papovicin) 1362.
— und Raynaudsche Krankheit (Margolin) 243.
— als Saisonkrankheit (Moro) 602.
— Therapie der Epithelkörperchen (Blum) 1019.
— — mit Nebenschilddrüsenextrakt (Hoag u. Rivkin) 658.
— ultraviolette Strahlen (Miraglia) 1242.
— als Ursache von Magenbeschwerden (Langenskiöld) 484.
Tetanolysin (Neill u. Mallory) 1244.
Tetanus (Segoviano) 30.
— antitetanische Immunität durch Anatoxin (Zoeller u. Ramon) 611.
— Antitoxine und Agglutinine (Coleman u. Meyer) 1317.
— Baccellische Methode (Famiglietti) 174.
— -bazillenträger (Bauer u. Meyer) 495.
— -Gefahr bei Operationen an der Fußsohle bei Barfußgängern (Königswieser) 1126.
— geheilt (Huese) 759.
— eine Gehirn- oder Rückenmarkerkrankung (Wolff-Eisner) 1402.
Tetragenus-Infektionen (Dardani) 1416.
— Infektion, experimentelle (Wolff-Eisner u. Jahr) 820.
— neonatorum, Behandlung (Boecker) 1022.
— vom Ohr ausgehend (Meseck) 1402.
— postoperativer (Dyke) 1134.
— puerperalis nach kriminellem Abort (Schneider) 64.
— — (Schneider) 247.
— u. Rückenmark (Nelson) 1310.
— Therapie (Majeron) 931.
Tetatuten (Ziller) **833.**
Tetrabomphenolphthaleinnatrium, orale Verabreichung (Menees und Robinson) 499.
Tetrabromphenolphthalein (Weiß) 819.
Tetrachlorkohlenstoff (Khalil) 486.
— Ankylostomakrankheit (Giglioli) 564.
— Einfluß auf die Säurebasenbilanz des Blutes (Samson u. Wing) 1245.
— Vergiftung (Kehrer u. Ondental) 990.
Tetrachlorphenolphthalein Funktionsprüfungen d. Leber (Reiche) 299.
— Leberfunktionsprüfung (Franke) 155.
Tetrajodphenolphthalein (Weiß) 819.
— (Frigyér) 882.
— -natrium (Behrend u. Heesch) 642.
— — (Clarke u. Dreger) 864.
— — intravenös injiziertes (Hoesch) 722.
— — jejunale u. orale Verabreichung (Stewart u. Ryan) 1037.
Tetrophan bei Polyneuritis (Laserson) 884.
— (Bonn) 1026.
— (Hesse) 304.
Textilfasern, Abbau (Thaysen, Bakes u. Bunker) 1310.
Thalamus opticus, traumatische Läsion (Korzeniowski) 1444.
Thalliumacetat bei den Haarpilzerkrankungen (Kleinmann) 1362.
Thallium acet. oxydulat, Epilation (Peter) 925.
— alopecie u. Sinneshaare (Buschke u. Peiser) 602.
— -acetat zur Epilation (Buschke, Langer u. Peiser) 887.
— Entgiftung (Buschke u. Peiser) 64.
— Epilation bei Haarpilzerkrankungen (Buschke, Langer u. Schayer) 547.
— -Epilation bei Mykosen (Buschke, Langer, Peiser) 933.
— essigsaures hervorgerufene Alopezie (Pauchly) 921.
— -Vergiftung, akute (Buschke, Peiser u. Klopstock) 1019.
Theominal (Müller) 722.
— (Kratter) 1295.
— (Schmilinsky) 1332.
Therapie innerer Krankheiten (Krause-Garré) 702.
— moderne (Frank) 701.
Thermaltherapie (Sanarelli) 491.
Thermokauter (Southar) 488.
— (Wienecke) 203.
Thermoresistenz (Prskov) 205.
Thermotherapie, Serumveränderungen (Schärer) 644.
Thiobakterien, Schnelligkeit der Fortbewegung (Crozier u. Stier) 1245.
Thiosanol (Burow) 643.
Thiosept, Fluorbehandlung (Graff) 303.
Thonium-Emanationen, Cholesterinämie u. Harnstoffausscheidung (Cluzet, Piéry, Chevallier u. Dubost) 364.
Thorakoplastik (Knopf) 796.
— (Knopf) 797.
— (Schoop) 1128.
— extrapleurale (Archibald) 117.
— — (Rièppè) 174.
— — (Ziegler) 640.
— bei Lungentuberkulose (Whittemore) 177.
— bei der Phthise (Graveson) 1136.
Thorakotomie mit freier Pleura (Arce) 1319.
Thoraxaspiration (Bridges) 40.
Thoraxchirurgie (Souttar) 655.
Thoraxeinziehungen (Guinard u. Hinault) 1175.
Thoraxfistel (Fraenkel) 1335.
Thorax-Neubildungen (Johnston) 1134.
— Physiologie (Stewart) 121.
— pyramidenförmiger (Larini) 1311.
— Röntgenuntersuchung bei Tuberkulose (Monroe u. Emery) 577.
— -schmerzen (Swetlow) 123.
— -wand-Infizierung (Tixier u. Pollosson) 364.
Thoriumsalze (Ellinger u. Gaus) 204.
Thromboangiitis obliterans, Behandlung (Silbert) 731.
— — (Lewis u. Reichert) 932.
Thrombopenie, chronische essentielle (Jedlicka u. Altschuller) 991.
— toxische (Duke) 426.
Thrombaphlebitis bei Gonorrhoe (Olivet) 754.
— iliaca externa, traumatische (Faddei) 563.
Thrombose (Wyder) 214.
— der Arteria lienalis (Blum) 303.
— otogene (Kindler) 723.
— physikalisch-chemische Grundlagen (Schulte) 819.
— des kavernösen Sinus (Dixon) 1283.
— u. Lungenembolie (Wyder) 314.
— u. spontane Blutstillung (Sebestyén) 986.
Thrombozyten (Held) 432.
— Genese (Hartmann) 885.
— -zahl in ihrer Beziehung zur Menstruation (Hirsch u. Hartmann) 1304.
Thrombus (Broers) 990.
Thuja occidentalis (Mezger) 923.
Thyangol (Kaufmann) 546.
Thymophysin (Jahreiss) 954.
— medikamentöse Schnellentbindung (Burckhardt) 954.
Thymosatum (Kamprath) **968.**
Thymus, autoplastische Transplantate (Jaffe) 1244.
— -drüse (Blum) 245.
— — (Abt) 1418.
— Einfluß auf die Lebensdauer von Kaulquappen (Scheer und Berchtold) 1402.
— u. exsudative Diathese (Vass) 1274.
— -extrakt (Knaus) 688.
— — Einfluß auf die Uterustätigkeit (Temesvary) 342.
— -fütterung (Romeis) 602.
— -größe, Methode zur Abschätzung (Cole) 1039.
— -hypertrophie, Röntgendiagnostik (Groover, Christie, Merrit und Coe) 175.
maligne, kleinzellige Geschwulst (Friedlaender u. Foot) 77.
— -reizung durch Röntgenstrahlen (Lenz) 499.

Thymustod (Fisher) 264.
— Ueberfunktion (de Buys, Samuel u. Bowle) 221.
— -vergrößerung, Röntgenuntersuchung (Perkins) 1039.
Thyreoid-Dispert (Hurwitz) 413.
Thyreoidea (Haecker) 479.
— (Syring) 1065.
— -apparat, Beziehung zwischen Alter- u. Körperwachstum (Hammet) 615.
— Bakteriologie bei Kropf (Cantero) 379.
— Bedeutung für das Wachstum des Pankreas (Hammett) 1351.
— u. Callusbildung (Kutscha-Lissberg) 647.
— -syndrom, Diagnostik (Labbé) 998.
— embryonaler Mischtumor 697.
— Einfluß auf die Lebensdauer von Kaulquappen (Scheer und Berchtold) 1402.
— Endotheliom (de Quervain) 640.
— -extrakt bei der Konsolidierung von Frakturen (Tremiterra) 1277.
— histologische Veränderungen bei Basedow nach Jodmedikation (Rienhoff) 36.
— -hypertrophie u. Schwangerschaft (Mussey, Plummer u. Boothby) 1282.
— Insuffizienz infolge Schwangerschaft (Gutzeit) 1097.
— — (Bolten) 481.
— Jodgehalt (Hergloz) 1441.
— Jodresorption (Eckstein u. Nuelle) 340.
— im Kindesalter, Kolloid (Frank) 104.
— Knochenbildung (Seelig) 267.
— Kottmannsche Reaktion für die Dysfunktion der — (Katayama) 895.
— -lappen, Palpationsmethode (Lahey) 431.
— maligne Tumora (Eisen) 78.
— u. Pankreas, Antagonismus (Lundberg) 1171.
— Pathologie (de Quervain) 1302.
— -Präparate (Rainer) 1433.
— — Jodgehalt (Lenk u. Liebesny) 824.
— Riesenzellensarkome (Becker) 1368.
— -schwellungen unter der Schuljugend (Lämel) 920.
— in der Schwangerschaft (Dalch u. Strouse) 74.
— Stoffwechselwirkung (Abelin) 610.
— substernale (Grier) 499.
— Tetanie nach Operation (Brodersen) 170.
— Therapie (Oswald) 947.
— — (v. Noorden) 790.
— — (Weiß) 1024.
— — u. -toleranz bei chronischer Nephrose (Epstein) 1281.
— Thyroxin- u. Tryptophan-Gehalt (Weir) 78.
— -toleranz bei weißen Ratten (Charke) 933.
— -tumor (Metzkes) 1207.
— — (Maingot) 351.
— -wirkung (Abelin) 329.
Thyreoidektomie (Lahay) 501.
— partielle (Searls) 1318.
Thyreoidin (Frey) 204.
— (Nott) 215.
— bei Fettsucht (Hill) 171.
Thyreoidismus, Quadriceps-Probe für die Myasthenie (Lahey) 1106.
Thyreoiditis (Searls u. Bartlett) 615.
— chronische (Smith u. Clute) 1111.
Thyreoid-Metastasen in Knochen (Simpson) 501.
Thyreogene Funktionsstörungen, Artdiagnose (Groedel u. Hubert) 1171.
Thyreosen (Wiesel) 105.
Thyreotoxikose, exophthalmischer Typ (Gilman u. Kay) 370.
— Leberschädigung (Youmans, Warfield u. Arbor) 317.
— -syndrom u. seine Reaktion bei kleinen Joddosen (Wahlberg) 691.
Thyreotoxisches Blut u. Adrenalin (Pitfield) 1245.
Thyreotoxische Zustände (Marcovich) 217.
Thyrosin, Wirkung auf den Gaswechsel der Ratte (Arnoldi) 1434.
Tiefenantisepsis auf örtliche bakterielle Infektionen (Biebl u. Barth) 1405.
Tiefenantiseptika, Wirkung (Aynkawa) 1405.
Tiefenbestrahlung (Gilbert) 479.
— Blutverschiebung während der — (Kottmaier) 104.
Tibiadefekt, angeborener, teilweiser (Lagrot) 174.
Tibiaende (Leibovici) 255.
Tibiaepiphyse, Frakturen der proximalen (Masci) 826.
Tibiafraktur (Gilmore) 216.
Tibialis, isolierte Neuralgien (Kraus) 979.
Tibien, massive Hyperastose der Gesamtheit beider — (Pautrier u. Ullmo) 614.
Tic douloureux, chirurgische Behandlung (Mills) 353.
Tiefensensibilität (Duthie) 1072.
Tiefentherapie, Schädigungen nach abdominaler — (Ball) 499.
Tierkohle (Geller) 312.
Tokokinine Stoffe (Dohrn u. Faure) 1061.
Tollkirschenblätter (Weggen) 919.
Tollwut (Harkins) 74.
— Bekämpfung (v. Ostertag) 335.
— Immunisierung (Schern) 885.
— -infektion (Busson) 1166.
— karbolisierte Impfstoffe (Puntoni) 1266.
— mikroskopische Diagnose (Pinzani) 173.
— schutzimpfung (Boecker) 418.
— — (Knack) 418.
— vaccine (Volpino u. Finocchio) 996.
Toluylendiamin-Vergiftung (Landa u. Starlinger) 980.
Töne, optisch-kinematographische Registrierung **(Lutembacher) 1447.**
Tonndorfsche Vaccination (Zonbek) 1281.
Tonometermessungen, vergleichende (Apin) 1100.
Tonometrie (Schiötz) 1071.
Tonsille, Ausschälung **(Brunzlow) 466.**
Tonsillektomie (Richards) 38.
— (Stevenson) 172.
— (Oppikofer) 888.
— (Arkin) 118.
— (Harris) 431.
— (Hulbert) 122.
— (Kessel) 685, 1067.
— (Weleminsky) 886.
— (Davis) 998.
— (Kubo) 1338.
— diathermische (Hofvendahl) 1338.
— bei Kindern (Kaiser) 1282.
— Lokalanästhesie oder Narkose (Dahmann) 1067.
— — — — (Birkholz) 1338.
— — — — (Dahmann) 1338.
— Technik (Macnal) 351.
— u. Tuberkuloseimmunität (Cemach) 607.
Tonsillen (Russ und Suchanek) 920.
— Bedeutung (Ivan Syk) 27.
— chirurgische Ausschälung **(Birkholz) 191.**
— -exstirpation unter Lokalanästhesie (Chamberlin) 75.
— Funktion (Schmidt) 760.
— mangelhafte antitoxische Abwehr bei entzündlichen Erkrankungen (Albrecht u. Bosse) 1207.
— -operationen (Stewart) 41.
— Radiumbehandlung (Simpson) 438.
— -reaktionen, experimentelle (Schmidt) 1067.
— -reaktion, kalorische (Schmidt) 1099.
— Röntgenbehandlung, adenoide Wucherungen (P. B. Maccready. M. D.) 579.
Tonsille, tuberkulöses Geschwür (Doyle) 216.
Tonsillitis, Bedeutung der chronischen für die chronische Nephritis (Wichert) 1330.
— chronische, Behandlung (Brunzlow) 303.
— — Saugbehandlung (Heidemann) 252.
Tonsillotom (Hartmann) 416.
Tones, experimentelle Untersuchungen (H. de Jong) 1122.
Tonushemmung der glatten Muskeln (Pal) 603.
Tonus, induzierte Veränderungen (Goldstein) 689.
— der Skelettmuskeln (Coman) 432.
— Verlust (Berliner) 645.
— — präpoplektische der Gefäße (Kollert) 686.
Tophusbildung (Gudzent) 684.
Topovaccinotherapie (Citron u. Picard) 106.
Torsalgelenke, Arthrodese (Bouvier) 649.
Torticollis, s. Schiefhals.
Tortur u. Erotik (Helbing u. Bauer) 1101.
Torula-Infektion beim Manne (Gehee) 734.
Toxämie bei der Lungentuberkulose (Rosenberg) 338.
Toxikose s. a. Intoxikation.
— (Fisdall, Drake u. Brown) 264.
— Insulin bei Säuglings — (Wagner) 412.
— im Säuglingsalter (Orgler) 919.
Toxikosen, diätische (Mouriquand) 696.
— mit Perniziosabefund (Offergeld) 1028.
Toxin, s. a. Gift.
— -Antitoxin (Bauer u. Wilmer) 431.
Toxine, bakterielle (Kellenberger) 758.
Trachea, intratrachealer Druck (Hasslinger) 1369.
Trachealkatherismus (Zorn) 688.
Trachealstenosen, Einfluß auf Herz- u. Lungenkreislauf (Sulger) 397.
Trachea, Röntgendiagnose durchsichtiger Fremdkörper (Willis F. Manges, M. D.) 579.
— röntgenographische Demonstration (Fürstenberg u. Hickey) 1039.
Tracheobronchialbaum, Flora (Hasslinger u. Sternberg) 988.
Tracheo-bronchiale Drüsen, luetische Veränderung (Marfan und Debray) 1312.

Tracheo-bronchiale Drüsen, tuberkulöse (Peschkin u. Fineman) 658.
Tracheotomie (Digby) 354.
— Sprechkanüle (Settelen) 855.
Trachom (Herschendörfer) 1452.
— (Krumbach) 243.
— (May) 801.
— (Pascheff) 331.
— (Peters) 210.
— akutes (Ogudu) 1268.
— amerikanisches (v. Vaida) 477.
— Bekämpfung in Aegypten (Grosz) 1273.
— Mangelkrankheit (Roger) 999.
— Serumtherapie (Salvati) 1105.
— Therapie mit intravenösem Kupferammoniumsulfat (Meerhoff) 824.
— -endemie in Finnland 793.
— -epidemie (Pillat) 478.
Trainingszustand (Herxheimer) 982.
Tränenabflußwege, Erkrankungen (Sattler) 248.
Tränendrüse, anormaler Ausführungsgang (Ling) 264.
Tränenkanalspritze (Elschnig) 476.
Tränennasen-Kanal, Stenosen (Schall) 1269.
Tränenpunkt (Graves) 1111.
Tränensackoperation nach West (Mayer) 1268.
Tränensack (Fenton) 175.
— -fisteln, chronische (Loose) 824.
Tränenwege (Wollenberg) 1100.
— Erkrankungen (Mügge) 476.
Traktat über die Heilkunde (Blüher) 831.
Transargan (Thoma) 1019.
— (Lewinsky) 1402.
Transargin (Rosenthal u. Zeltner) 348.
Transfusion (Butka) 382.
— Instrumentarium (Gram) 1237.
— mit unverträglichem Blut (Morville) 1241.
— -instrument (Marx) 297.
Transmineralisation u. Haut (Pulay) 1332.
Transplantate, freie knöcherne, Lebensfähigkeit (Buousanti) 253.
Transplantationen von Organen (Deedera) 260.
Transplantation (Lehmann u. Taumann) 22.
— Modifikation der Tiersch'schen (Westhnes) 403.
Transplantationslappen (Dupny-Dutemps) 764.
Transsudate, physikalisch-chemische Eigenschaften (Melli) 1376.
Traubenzucker, s. a. Dextrose.
— (Haskins) 1035.
— Einnahme (Katayama) 1075.
— entgiftende Wirkung bei Guanidin-Vergiftung (Bakucz) 201.
— intravenöse Injektion (Peet) 75.
— — — hypertonischer Lösungen bei chronischen Infektionen (Bodmer) 1335.
— Permeabilität der Meningen (Wiechmann) 645.
— -resorption, Steigerung der peroralen (Lasch u. Brügel) 981.
— Therapie, intravenöse (Heß) 720.
— Verwendung bei der renalen Glykosurie (Paulin) 318.
Trauma u. Geschwulst (Richter) 947.
Tremor, erbliches (Minor) 158.
— hereditärer (Rosen) 104.
Trendelenburgsches Phänomen (Knorr) 887.
Trepanation (A. Jeutzer) 559.
— (Jirasek) 793.
Treparsol (Hudelo u. Rabut) 256.
— (Milian u. Läfourcade) 256.
— artifizielle lokalisierte Eruption (Delmas) 1278.
— per os (Mercier u. Costel) 368.
Trepol, Therapie (Vercari) 563.
Treponema Pallida-Antigene in der Wassermannreaktion (Hinklemann) 964.
— pallida (Patton, Blackford u. Smith) 370.
Trichiasis (Shimkin) 1437.
— (Ziemssen) 210.
Trichinosis (Bettison) 430.
Trichineninfektionen, Häufigkeit (Messner) 1362.
Trichinose, Anwendung von Antimon u. Kaliumtartrat (Grove) 76.
— -Epidemie (Parlica) 1375.
— -Erkrankungen (Karpeles u. Blum) 979.
Trichinosid, sporadische (Cheney) 567.
Trichloräthylen, Beeinflussung der Hornhautsensibilität (Rohrschneider) 210.
— Vergiftungen (Carrien u. Marc) 1137.
Trichomonas vaginalis (Schmid u. Kamniker) 344.
Trichophagie (Sylvest) 1307.
Trichophytie (Alberti) 359.
— (Bodin) 258.
— (Baliagi) 1341.
Trichophytia barbae (Rabut u. Dumet) 493.
Trichophytie des Oberschenkels (Jeanselme u. Burnier) 1278.
Trichophyton eriotrephon (Papegaay) 1102.
— gypseum u. Cephalosporium (Hartmann) 426.
— -pilze in Ungarn (Ballagi) 924.
— violaccum, Hausepidemie (Procházka) 1102.
Trichophytosis der kahlen Haut (Scholtz) 571.
Tridektomie, Technik (Sucker u. Cushman) 766.
Triebe (Müller) 249.
Trigeminal Neuralgia, Alcoholic Injektion (Bauer) 1071.
Trigeminusast, Leitungsanästhesie des 2. — (Slobodnik) 988.
Trigeminuslähmungen, motorische (Margolin) 757.
Trigeminusneuralgie (Wernöe) 1133.
— elektrische Behandlung (Turrell) 692.
— Radikalbehandlung (Hughes) 654.
— Injektionsbehandlung (Bauer) 857.
— Röntgenbehandlung (Walter u. Lax) 416.
— Therapie mit Diathermie (Bordier) 1137.
Trinkerfürsorge (Flaig) 603.
Trinkwasser, Sterilisation (Techoneyres) 110.
Tripper, s. Gonorrhoe.
Triphal (Schwarz) 414.
— (Gent) 722.
— (Görl u. Voigt) 885.
— (Haemsel) 641.
— (Freund) 1162.
— -Therapie (Mohrmann) 416.
— injektion, schwerer Kollaps (Kloeppel) 723.
— bei Kehlkopftuberkulose (Finder) 818.
Tripperinfektion (Boshouwers) 429.
Trisexualität (Rohleder) 1159.
Tritanomalie (Hartung) 346.
Trochanter, Knochen- und Knochenmarksentzündungen (Vulliet) 217.
— minor femoris, Abrißfraktur (Jacobson) 1332.
— -stand, Messung (Brogard) 475.
Trochlearisparese, doppelseitige, familiäre (Franceschetti) 792.
Trocken-Frauenmilch (Emerson) 264.
— — bei Frühgeborenen (Emerson u. Smith) 375.
Trockenhefe, Ausnutzbarkeit (Sabalitschka) 1295.
Trocken-Insulin (Preuss u. Jacoby) 106.
Trockenmilch bei schwer ernährbaren Kleinkindern u. Lungentuberkulösen (Riess) 1204.
— antiskorbutische Eigenschaften (Supplee u. Dow) 375.
— als Kindernahrung (Czerny) 299.
— als Säuglingsnahrung (Schoedel) 107.
— in der Säuglingsernährung **(Pogorschelsky)** 529.
Trockenpresojod (Gutzmann) 819.
— (Schulz) 413.
Trommelfell, Empfindlichkeit (Manasse) 604.
— Osteome (Berberich) 926.
Trommelschlägelfinger bei Herzkrankheiten (Ozyhlarz) 825.
Tropenkrankheiten (Fenner) 180.
— (Lake) 260.
Tropenmedizin (Bassett-Smith) 889.
Tröpfcheninfektion, offene Boxen bei der Bekämpfung (Dzialoszynski) 984.
Tröpfchenverstreuung mittels des d'Hérellschen Lysats (Olsen und Strauß) 205.
Trübngsreaktion auf Lues (Meinecke) 818.
Trugwahrnehmungen (Fischer, S. u. W. Welke) 208.
Truncus anonymus, Naht (Krampf) 1405.
Trunksucht, Ursachen (Flaig) 335.
Trypaflavin (Gagstatter) 1132.
Trypanblauanämie (Piwowaroff) 204.
Trypanblau (Behnsen) 723.
Trypanocide Heilmittel (Schnitzer) 684.
— Serumsubstanzen bei Hämophilie (Werner u. Hartmann) 1401.
Trypanocidie, Phagocytose bei Paralyse (Plaut) 420.
Trypanosomen Immunbiologie (Kroó) 418.
— -infektion (Kligler u. Weitzmann) 1244.
— parafuchsinfestes (Gurewitsch) 1199.
Trypanosomiasis (Lewis) 1000.
— bei Meerschweinchen, Anatomie u. Morphologie des Blutes (Dwijkoff) 1404.
Trypanozide Wirkung des Blutserums von Säuglingen (Neumark und Pogorschelsky) 340.
— — von Pericrina 303 (Berger) 412.
Tryparsamid (Fordice u. Myers) 442.
— (Freund) 684.
— (Freund u. Koopmann) 1026.
— gegen Neurosyphilis (O'Leary u. Becker) 372.
— gegen Syphilis (Menninger) 123.
— intramuskulär verabfolgtes bei afrikanischer Schlafkrankheit (King) 895.

Tryparsamid, klinische Studie 1073.
— bei latenter Neurolues (Moore u. Sutton) 1350.
— — (Heymann u. Singleton) 1350.
— -Therapie (Berg) 964.
Trypsin bei Rachitis (v. Lukács) 250.
Trypsinvergiftung bei der akuten Pankreasnekrose (Harms) 1368.
Tryptophan, kolorimetrische Bestimmung (Looney) 1245.
Tuba Fallopii (Gillies) 351.
— — Erkrankung des Ostium abdominale (Lapinsky) 854.
— — Lufteinblasung (Moench) 74.
— — Riß (Zapatero) 31.
Tubarabort (Kahn) 343.
Tubar-Schwangerschaft (Mandelstamm) 689.
Tube, s. a. Salpingitis, Pyosalpinx.
— Carcinom (Heil) 1336.
— Drehung (Jefferson) 216.
— einseitiges primäres Carcinom (Kurtz) 1207.
— entzündlicher Ursprung der Atresie (Ritoi) 646.
— gravide, Deziduabildung (Zimmermann) 313.
— Knötchen und Cystchen (Schiffmann und Steiner) 313.
— Lymphangiom (Strong) 265.
— Physiologie der Kaninchentube (Bondi) 1169.
Tuben-Divertikel kongenitale u. Tubenschwangerschaft (Nalley) 1176.
— -Bewegung (v. Mikulicz-Radecki) 425.
— Bewegungen (v. Mikulicz-Radecki) 641.
— Carcinom primäres (Beck) 689.
— — — (Schlaak) 164.
— -durchblasung (Henkel) 818.
— — (Mandelstamm) 689.
— — (Rongy) 661.
— -durchgängigkeit Prüfung (Lemperg) 688.
— -implantation in den Uterus (Mandelstamm) 558, 1098.
— — Schwangerschaft nach (Pfeilstricker) 953.
— — (Unterberger) 558.
— Lufteinblasung (Kern) 430.
— -lumen (Joachimovits) 334.
— -peristaltik, fluoroskopische Sichtbarmachung (Rubin und Bendick) 1043.
— -permeabilimeter, Insufflation (Laurentie und Moussalli) 957.
— Ruptur (Clow) 829.
— (Schiffmann) 791.
— -schwangerschaft, Ruptur beider Tuben (Clow) 829.
— — zweimalige (Petersen) 991.
— Sterilitätsfragen (Geist und Goldberger) 266.
— -torsion (Horsch) 954.
— -wand, dissezierendes Hämatom (Zimmermann) 1097.
Tube, Physiologie (v. Mikulicz-Radecki u. Nahmmacher) 688.
— spontane Ruptur (Köhler) 647.
— Torsion (Darner) 501.
— Wucherung der Schleimhaut bei Tuberkulose (Zacherl) 647.
Tuberkelbazillen (Moeller) 1095.
— Abtötung im Sputum (Jötten u. Sartorius) 949.
— Agglutination (Sliwensky) 71.
— — (Jannasch) 1363.
— Ausscheidung mit der Galle (Rosenhagen) 306.
— Cytomorphose (Corper) 1036.
— -extrakte: Ertuban Schilling und Tebeprotin Toeniessen (Junker und Engel) 469.
— Färbungsmethoden (Corper) 434.
— im Auswurf, Desinfektion (Jölter) 108.
— im tuberkulösen Eiter (Gardner) 692.
— in den Faeces (Sykes) 355.
— in der von tuberkulöser Milch stammenden Butter (Cookson) 1174.
— Isolation von Reinkulturen (Korzinski) 1243.
— Lebensfähigkeit (Caldwell) 259.
— Löwenstein-Sunnyoshisches Reinzüchtungsverfahren (Meller) 337.
— methylierte Extrakte der durch Aceton entfetteten (L. Nègre u. A. Boquet) 565.
— -nachweis im Auswurf (Werner Müller) 305.
— — im Liquor cerebrospinalis (Wichels) 104.
— — (Jacobsthal) 246.
— — (Silwer u. Rasch) 253.
— Säurefestigkeit (Junkin) 733.
— Zählung (Jennings) 1317.
— Zellreaktion (Shiwago u. Ljubarskij) 271.
— (Zlatogoroff, Zechnowitzer u. Koschkin) 205.
— Züchtung (Schmidt u. Sylla) 822.
Tuberkelbazillus, filtrierbare Formen (Handuroy) 365.
— Kultur (Alessandrini) 826.
— — (Hohn) 415.
— Morphologie (Veber) 612.
— morphologische u. pathogene Veränderungen (Arloing, Dufour u. Malartre) 361.
Tuberkelbazillus, Mutationsformen (Sweany) 1284.
— Veränderlichkeit (Togunow) 1243.
Tuberkel, Bildung (Maximow) 259.
— der Chorioidea (Gehrt) 641.
— Histogenese (Mészáros) 687.
— parasiten (Beranzou u. Philibre) 363.
Tuberkuliden, Entstehung bei Sanocrysinbehandlung (Nägeli) 1330.
Tuberkulide, papulosquamöse atrophische (Gougerot u. Fernet) 614.
Tuberkulin (Bergell u. Schlapper) 984.
— -Allergie heterogenetische (Adam) 949.
— -anaphylaxie (Rosenberg) 210.
— -Allergie von Syphiliskranken (Tarantelli) 729.
— angebliche Sensibilisierung von Säuglingen (Fedders u. Goerber-Kaufmann) 822.
— -anwendung per os (Rebay) 201.
— -behandlung intrakutane des Lupus (Korbsch) 314.
— chemische Zusammensetzung (Long u. Seibert) 117.
— Einfluß apathogener Keime (J. E. Wolf) 306.
— Einfluß des Lichtes (Hausmann, Neumann u. Schuberth) 1064.
— -empfindlichkeit (Selter) 470.
— — (Orel) 724.
— — (Ossoinig) 1363.
— — künstliche Hervorrufung (Gröver, Progulski u. Redlich) 330.
— — (Lange u. Freund) 205.
— — Schwankungen (Ossoinig) 949.
— fieberreaktion, Abhängigkeit vom tuberkulösen Herd (Toenniessen und Friedrich) 1332.
— hautimpfungen nach Ponndorf (Weissenberg) 207.
— -hautreaktionen (Artom u. Fornara) 1377.
— — Pirquetsche (Stetter) 71.
— -herstellung (Thomson) 1174.
— -Injektionen bei Asthma bronchiale (Ostergaard) 28.
— -intrakutanreaktion (v. Frisch u. Eiselsberg) 1363.
— -Lokalempfindlichkeit (Fernbach) 949, 1128, 1363.
— perkutan gegeben (v. Frisch u. v. Eiselsberg) 1363.
— -proben, Blutplättchenkurve (Schlack) 1170.
— -proben, diagnostischer Wert (Klein) 105.
— -Reaktion (Kimmelstiel) 1128.
— — (Carswell) 1238.
— -reaktionen allergische und Vitamine (Galli) 358.
— — (Pflüger) 985.
— -reaktion, Spezifität (Zieler u. Hämel) 949.
— — und Anästhesie (Biberstein u. de Moraes Cardoso) 818.
— — (Zieler) 983.
— — im Röntgenbild (Baum) 1363.
— -salbe (Gunter) 763.
— Schweineserum (Nakata) 643.
— Sensibilisierung (Caspari) 469.
— Standardisierung (Okell u. Mitarbeiter) 357.
— subepidermiale Injektion (Gutmann) 718.
— subepitheliale Behandlung nach Sahli (Ladeck) 979.
— -therapie bei cyanotischer Asphyxie der Extremitäten (Lortat-Jacob u. Mornet) 614.
— — subepidermale (Becker) 1363.
— unspezifische Reaktion (Singer) 103.
Tuberkulom des mittleren Nasenganges (Tonndorf) 211.
— subkutanes fibröses (Gougerot) 368.
Tuberkulomucin (Weleminski) 108.
— (Zemmin u. Wille) 1363.
Tuberkuloprotein (Soben) 983.
Tuberkulose (Suess) 108.
— (Lambea) 357.
— (Williams) 578.
— (Deycke) 721.
— (Gutmann) 983.
— **(Gretsel) 781.**
— (Grenet u. Drouin) 695.
— (Williams) 698.
— (Much) 949.
— (Cook) 1179.
— (Pottenger) 1246.
— (Maragliano) 1276.
— (Baer) 1335.
— aktive Immunisierung intrakutaner Einreibung virulanter Tuberkelbazillen (Moeller) 1095.
— aktive und inaktive (Kotzerke) 158.
— aktivierende (Walder) 1094.
— Aktivitätsdiagnostik (Zollikofer) 728.
— als Entzündung (Hübschmann) 1064.
— als Unfallsfolge (Suess) 247.
— Ansteckungsfähigkeit (Ossoinig) 1235.
— Ansteckung und Erkrankung im Schulalter (Kreuser) 206.
— und Anthrakose (Schlossmann) 1165.
antituberkulose Vakzination (Calmette) 957.

Tuberkulose, Anamnese (Jores) 375.
— anorganische Reiztherapie (Zickgraf) **223.**
— Antigen für die Serodiagnostik (Neuberg u. Klopstock) 684.
— Arterienelastizität (Hochrein) 980.
— atypische Aussaat (Esser) 983.
— Ausbreitung (Abbatucci) 364.
— — in Familien (Opie u. Phedran) 1449.
— Bäder (Clemens) 206.
— Bedeutung des weißen Blutbildes (Eversbusch) 720.
— Beeinflussung durch Aenderungen im Mineralstoffwechsel (Sauerbruch) 1155.
— beginnende (Fraenkel) 639.
— — (Jessen) 297.
— Beginn (Epstein) 250.
— bei den Juden (Haltrecht) 71.
— bei Kindern (Pirquet) 471.
— Bekämpfung (Adami) 657.
— — (Ritchie) 1214.
— — der chirurgischen — an der Ostsee (Klose) 1335.
— — in Elsaß-Lothringen (Rulot) 1141.
— — Fürsorgepflichtverordnung (Oertel) 1064.
— — (Helm) 727.
— — in Groß-Berlin (Brunn) 339.
— — in den Kulturstaaten (Einstein) 1335.
— — in Luftkurorten (Schulz) 719.
— — (Reichardt) 205.
— Bestrahlungstherapie (Villaret, Justin u. Fauvert) 764.
— biologisch wirksame Stoffe im Urin (Bachmann) 1402.
— Blutbild und Leukozyten (Webb) 175.
— Blutchemie und ultraviolette Strahlen (Davis) 82.
— Blutsenkungsgeschwindigkeit bei aktiver (Dumont) 1175.
— Calziumtherapie (Erdmann) 1065.
— — (Stefko) 503.
— Calcium-Siliciumtherapie (Strahlmann) 65.
— chemische Industrie Berufsgefahren (Hergt) 982.
— Chemotherapie (Feldt, Ulrici) 717.
— chirurgische (Alkiewicz) 1443.
— — (Griffith) 734.
— — Behandlung (Archibald) 117.
— — (Rosner) 478.
— — (Schanin u. Chreumkow) 306.
— chronische und Skorbut (Heymann) 201.
— Cutanbehandlung (Arneth) 306.
— in Dänemark, Bekämpfung (Ostenfeld u. Pernin) 1266.
— Dauererfolge bei offener (Wazlimont) 469.
— dauernde Asylierung Schwerkranker (Harms) 716, (Biesenberger) 716.
— Diagnose der beginnenden (Neumann) 155.
— diagnostische Karyon-Injektionen (Kuthy) 1363.
— diätetische Behandlung (Andersen) 301.
— — — (Sauerbruch, Hermannsdorfer u. Gerson) 203.
— Diätotherapie (Helmreich) 471.
— Dienstbeschädigung (v. Schnizer) 241.
— endogene Reinfektion (Ghon) 604.
— Entfernung von Kinder aus den Familien Offentuberkulöser (Geissler) 719.
— -entwicklung und Sanocrysinbehandlung bei Kindern (Oldenburg) 1070.
— Entzündungsazidose (Schade u. Claussen) 71.
— epidemische, Ansteckungsherde (Sukiennikow) 71.
— Erkrankungen infolge von Dienstbeschädigung bei der Behandlung und Pflege Tuberkulöser (Braeuning) 24.
— Ernährung (Smith u. Hendrick) 660.
— in den ersten Lebensmonaten (Langer) 1363.
— experimentelle der Meerschweinchen (Karczag) 883.
— — (Martenstein u. Amster) 330.
— extrapulmonale (Bach) 471.
— extrapulmonäre (Hesse) 1128.
— des Felsenbeins (Ruttin) 310.
— Feststellung (Bergeron u. Letulle) 1175.
— Fettansatz (Pohl-Drasch) 606.
— -formen des höheren Lebensalters (Hecht) 303.
— Formenkreis (Schuberth) 339.
— Forschung klinische (Schmidt) 819.
— Frühbehandlung (Joress) 177.
— Frühdiagnose bei der Bekämpfung (Suque) 1173.
— frühzeitige Heilung (Breccia) 174.
— Fürsorge (Engelsmann) 1335.
— — als Seuchenbekämpfung (Ickert) 717.
— — (Bowditch) 698.
— — in Holland (Burkhard) 685.
— — (Philip) 825.
— -gefährdete Kinder (Engel) 1020.
— -Gefahr (Sukiennikow) 1128.
Tuberkulose, Gefährdetenfürsorge (Wichmann) 605.
— -genese (Redeker) 606.
— gehäuftes Auftreten in der Familie (Reiche) 753.
— der Gelenke (Rüscher) 158.
— generalisierte (Klingenstein) 820.
— genitale und Sterilität (Crevoisier) 315.
— Genital- und Bauchfell- beim Weibe (Gragert) 1407.
— und Geschwülste in demselben Organ (Ischok) 1175.
— geographische Breite im hohen Norden (Freudenberg) 921.
— Gesetzgebung (Krutzsch) 720.
— — im Deutschen Reich (Möllers) 727.
— -gesetz (Gigon u. Kitzler) 1070.
— — (Konitzer) 605.
— — (Olivier) 1070.
— Goldbehandlung 889.
— Gold bei der Therapie der Hauttuberkulose (Hufschmitt) 997.
— Goldenbergsches Linderungsverfahren mit aktivem Serum (Schulte-Tigges) 606.
— Goldsalze (Bang) 252.
— grundsätzliche Fragen (Schmincke) 820.
Tuberkulöse Frauen, Entbindungsanstalt (Couvelaire) 892.
— Erkrankung der Wirbelsäule (Dyke) 36.
— Erkrankungen, Einfluß der Senkung des Sauerstoffspiegels (Juergensohn) 204.
— Coecaltumor (Johnson) 446.
— Chemotherapie (Grigant u. Tardieu) 794.
— Grundstoffwechsel (Margreth) 859.
— Haemoptoe, Behandlung (Luzzatto-Fegiz) 826.
— Haemoptyse (Robertson) 74.
— Halslymphome, Radiotherapie (Smith u. Hopkins) 76.
— der Harnorgane (Wildbolz) 470.
— der Harn- und Geschlechtsorgane (Boschdestwensky) 338.
— Häufigkeit (Hamburger u. Mayrhofer) 949.
— — (Koopmann) 983.
— Hautallergie (Fernbach) 1363.
— Hautreaktionen (Nobel) 471.
— der Haut, sekundäre (Schoenfeld) 25.
— Hauttumoren (Richter) 1095.
— Heilmittel, Friedmannsches (Hippel) 824.
— Heilstätten (Frisch) 686.
— — (Götzl) 825.
— — (Ladek) 478.
— Heilstätte und Fürsorgestelle (Kayser-Petersen) 720.
— Heimbehandlung (Pratt) 374.
— Herdreaktion (Fernbach) 338.
— — (Moro) 1052, (Keller) 1052, (Doelter) 1052.
— im Hochgebirge, Blutbild (Scartazzini) 1363.
— des Hüftgelenks (Coe) 81.
— hypertropische papillomatöse der Zunge (Jeanselme u. Burnier) 494.
— Immunbiologie der Kindertuberkulose (Lebedew u. Ginsburg) 984.
— Immunisierung bei Neugeborenen mittels des Tuberkelbazillus „BCG“ (Calmette, Guerin, Nègre, Boquet) 612.
— — (Liebermann) 108.
— — (Raw) 484.
— Immunität, Anaphylaxie (Großfeld) 1063.
— — (Nikolajew) 164, 339.
— Immunitätslehre (Holló) 605.
— Impfung durch den B. C. G. (Poix) 794.
— im Schulkindesalter (Ickert) 469.
— im Wohngebiet der keramischen Arbeiter (Kreuser) 606.
— in den verschiedenen Lebensaltern (Blumenberg) 306.
— in der Augenheilkunde (Stock) 25.
— in der Schule (Worringen) 470.
— industrielle (Winslow) 37, 118.
— -Infektion im Kindesalter (Moro) 979.
— -infizierte und gefährdete Säuglinge (Harms u. Seitz) 606.
— innerliche Behandlung mit Partigenen (Deist) 306.
— in Spanien (Bermuder de Castro) 253.
— in verschiedenen Lebensaltern (Blumenberg) 206, 338.
— isolierte der Mesenteriallymphdrüsen (Klein) 470.
— der kalmückischen Studenten (Vanicèk, Ulman und Michaijlenko) 1375.
— Kampf gegen (Ferrannini) 1141.
— des Kehlkopfs, Phototherapie (Cemach) 886.
— im Kindesalter, Aktivitätsdiagnose (Rominger u. Rupprecht) 984.
— der Kinder, Allgemeinsymptome (Coerper) 606.
— der Kinder, Erholungsfürsorge (Eberhartinger) 823.
— im Kindesalter (W. Tobler) 26.
— — — — (Oberndorfer) 852.
— — — — (Schlack) 1363.
— — — — Bekämpfung (Simon, Wolters) 716.
— — — — der Knochen u- Gelenke (Johansson) 1041.
— — — — Diagnose und Therapie **(Brünnecke) 85.**

Tuberkulose im Kindesalter, Weiszsche Reaktion (Giaume) 1173.
— und Geisteskrankheiten (Cohn) 0000.
— der Kinder (Camill Ruf) 71.
— kindliche, Bedeutung der Superinfektion (Langer) 472.
— — Heilstättenbehandlung (Klare) 66.
— klimatische Behandlung der chirurgischen (Gundermann) 413.
— der Kniescheibe (Crainz) 488.
— der Knochen (Rüscher) 158.
— — — und Gelenke (Kelemen) 1099.
— — — — — kombinierte Behandlung **(Vulpins) 589.**
— und Knötchen-Erythem (Rachid) 998.
— Kohlehydratstoffwechsel und Diabetes (Hecht) 299.
— Kolloidlabilitätsreaktionen (v. Lemesic u. Kosanovic) 71.
— -Kolonie Papworth (Varrier-Jones) 728.
— Komplementbildung (Pinner) 158.
— Komplementsbindungsreaktion (Gellner) 108.
— Komplementbildungsreaktion (Hübschmann) 1103.
— kongenitale (Kochmann) 206, 605.
— Körperbau (Neuer u. Feldweg) 602.
Tuberkulose-Krankenhaus (Brieger) 1022.
— — (Lang) 604.
— — (Urici) 605.
— — (Ziegler) 758.
— -kranke, Wohnungsfürsorge (Goetze) 728.
— künstliche Immunisierung (Meinicke) 717.
— des Larynx, Galvano-Kauterisation (de Reynier) 492.
— des ersten Lebensjahres (Barbièr) 1312.
— Leukozytenformel bei Miliar (Halfer) 1416.
— Lichtbehandlung bei chirurgischer (Malmström) 1341.
— Lokalisation (Sternberg) 338.
— der Lunge (Alexander) 25.
— — — (Infiltrie) 157.
— — — (Sergent u. Oury) 492.
— — — im Anschluß von Erythema nodosum (Ramond, Brodin u. Chabrun) 1175.
— Lungen- und Bronchialdrüsen-Pseudotuberkulose beim Säugling (Ribadeau-Dumas und Tisserand). 891.
— der Lungen, Chemotherapie **(Schlapper) 183.**
— — — Röntgen (Ratera) 30.
— — — Sanocrysin (Faber) 64.
— Lunge, Urochromogenreaktion (Hakki) 71.
— Lymphknoten in den Venenwinkeln (Ghon, Kudlich u. Schmiedl) 1064, 1235.
— medikamentöse und Chemotherapie (Walder) 820.
— Menstruation und Schwangerschaft (Bauer) 1410.
— der Mesenterialdrüsen (Davidovitch) 1073.
— Methylenblau (Blanc) 996.
— miliare (Lambea) 357.
— Milzveränderungen bei experimenteller Impf- (Ziegler) 854.
— Mineralisierung **(Strahlmann) 738, 1008.**
— Mineralstoffwechsel (Lambea) 173.
— — und Klinik (Heinelt) 949.
— — (Valdes Lambea) 31.
— Mischansteckung (Petruschky) 25.
— Mineralstoffwechsel (Clairmont) 1403.
— mit Basedow und Amenorrhoe (Zweifel u. Moatschinin) 819.
— mit starker perifokaler Reaktion (Lydtin) 718.
— — — — Entzündung (Lydtin) 758.
— des Mittelohres (Ghon u. Kudlich) 310.
— — Mortalität (v. Friedrich) 206, 822.
— — zwischen 15 und 45 (Otis) 578.
— des Neugeborenen (Ribadeau-Dumas u. Chabrun) 1176.
— nichtpulmonäre (Emerson) 698.
— — (Stone) 698.
— der oberen Luftwege (v. Schnizer) 105.
— osteoartikuläre (Ischok) 611.
— passive Uebertragung der Ueberempfindlichkeit (Schilling und Hackenthal) 919.
— Pathogenese (Weleminsky) 470.
— pathologische Anatomie (Wurm) 949.
— des Pflegepersonals (Mücke) 983.
— peritoneal und genital (Benthin) 202.
— der Portio **(Conrad) 549.**
— primäre, der gestreiften Muskulatur (Bianchetti) 564.
— Problem (Newsholme) 657.
— — (Maragliano) 1141.
— Prognose (Bäumler) 203.
— progressive Durchseuchungsperiode (Diehl) 71.
— Prophylaxe (Gil-Casares) 173.
— — bei Säuglingen (Bernard) 1417.
— protrahierte progressive Durchseuchung (Schürmann) 206.
— Psychopathologie u. Psychotherapie (Knopf) 40.
— Reinfektion der Lungen (Siegen) 338.
Tuberkulose, reversible, exsudative Erkrankungsprozesse in den Lungen (Henius) 468.
— der Rinder in den Vereinigten Staaten von Nordamerika (Haupt) 822.
— Peritonitis, Sauerstoffeinblasungen in die Peritonealhöhle (Garbat) 430.
— physikalische Therapie der chirurgischen — (Kornew) 1411.
— Pleuritis, Meningitis u. Peritonitis (Liebermeister) 1128.
— Röntgendiagnose der kindlichen — (Wallgren) 1133.
— — chirurgischer (Siedamgrotzky) 342.
— Röntgenuntersuchung des Thorax (Menroe und Emery) 577.
— rückbildungsfähige Lungeninfiltrationen bei der kindlichen (Friedenberg) 340.
— der Säuglinge (Kippen) 1243.
— bei Säuglingen (Kissel) 1243.
— der Säuglinge (Ossipow) 1413.
— — Einfluß der kongenitalen Syphilis (Epstein) 104.
— Säuglinge u. Kleinkinder in den Familien der Offentuberkulösen (Klostermann) 606.
— Schicksal der Kinder mit offener — (Sukiennikow, Juffa u. Priss) 1363.
— nach Acetonvorbehandlung aus Tuberkelbazillen gewonnene Methylalkohol-Extrakte (Boquet u. Nègre) 891.
— der Nase (Stupka) 886.
— schmerzhafte Muskelkrämpfe bei Lungen- u. Pleuratuberkulose (Wießner) 24.
— schulärztliche Untersuchungen (Brunn) 1363.
— Schule u. Haus im Kampfe gegen die — (Seebaum) 966.
— Schutzimpfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen (Langer) 412.
— Seifenbehandlung (Brünecke) 157.
— sekundäre (Schminke) 25.
— Sekundärstadium (Liebermeister) 25.
— Senkungsquotient (Wahl u. Lutz) 923.
— Senkungsreaktion (Büchler u. Nobel) 470.
— Serodiagnostik (Hippe) 206.
— — (Klopstock u. Köster) 883.
— Lungenblutung (Brandis) 299.
— Lipase (Rosowsky) 247.
— Kniegelenkerkrankung (Ciaccia) 488.
— Klimakuren (Bernard) 491.
— Kalkstoffwechseluntersuchungen (Laufer) 1175.
— Insulinempfindlichkeit (Ahlenstiehl) 818.
— Infektion, Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Leukozytenformel (Epstein) 314.
— Infektionen (Ickert) 758.
— hereditäre Characteristica (Pottenger) 370.
— Meningitis (Pons u. Fletcher) 79.
— — nach intralumbaler Tuberkulinbehandlung (Neidhardt) 547.
— — Sauerstoffinsufflation (Klinke) 250.
— Ascites (Bufalini) 562.
— Serodiagnostik (Liese u. Weigmann) 1331.
— Seroreaktion zum Nachweis präzipitierender Antikörper bei aktiver — (Lehmann-Facius u. Loeschke) 1059.
— Serumreaktion mit Besredka- u. Wassermann-Antigen (Brovelli) 357.
— -Skelett (Wimberger) 471.
— soziale Bekämpfung (Ferranini) 9230.
— — Pathologie (Teleky) 1079.
— spezifische Antikörper (Margreth) 357.
— — Behandlung (Trunk) 104.
— spontane bei Salzwasserfischen (Aronsohn) 1317.
— staatliche Organisation u. Finanzierung des Kampfes (Ferranini) 1277.
— Stabilitätsuntersuchungen einiger Blutbestandteile (Jones) 264.
— Staubinfektion (Lange B.) 418.
— u. Staublunge (Eickenbusch) 1363.
— Sterblichkeit im Freistaat Sachsen (Weber) 158.
— — in Chemnitz (Hauffe) 205.
— — u. Industrialisierung (Wolff) 320.
— Stoffwechsel (Róth) 470.
— subkutane, fibröse, fistulöse (Gougerot) 862.
— subokzipital — (Nureddin) 985.
— Therapie (Walder) 243.
— — der äußeren durch colloidalen Bazillenextrakt (Grimbert) 861.
— — der chirurgischen (Meszaros) 687.
— Behandlung der chirurgischen mit Röntgen (Lars Edling) 362.
— — der Drüsentuberkulose (Courcoux u. Biderman) 891.
— — der offenen Knochengelenktuberkulose (Capecchi) 827.
— — duch künstliche Anreicherung der Harnsäure im Blut (Padel) 332.
— — durch Umsatzsteigerung (Klemperer) 923.
— — (Hermannsdorfer) 203.
— — Messung u. Dosierung der Sonnenstrahlen (Knipping) 893.

Tuberkulose-Behandlung mit Partigenen (Jannasch) 71.
— — mit Röntgenstrahlen (Schilling) 206.
— — -bedürftigkeit (Ritter) 720.
— — (Schröder u. Deist) 605.
— — -methode der chirurgischen nach Calot (Fohl) 1025.
— Therapie der — u. Herzkranke (Howk) 318.
— — bei Schwangeren und Wöchnerinnen (Menge) 556.
— toxische Veränderungen an Leukozyten (Mayer) 1335.
— u. Trauma (Zollinger) 1266.
— Tröpfcheninfektion (Sell) 720.
— Tröpfchen- u. Staubinfektion (Strauss) 205.
— in den Tropen (Heinemann) 1363.
— Uebertragung durch Haustiere (**Rabinowitsch-Kempner**) **1398.**
— ulceröse (Loueste, Thibaut u. Cailliau) 494.
— u. Apathogene (Much) 306.
— u. Diabetes mellitus (Wagner) 471.
— u. Industrie (Grunewald) 469.
— — (Woody) 578.
— u. Krebs (Centamie u. Rezzesi) 358.
— u. Kurzsichtigkeit (Hirsch) 158.
— u. Schularzt (Ickert) 341.
— u. Schwangerschaft (Jünger) 949.
— u. Sport im Kindesalter (Schneider) 331.
— u. Strafvollzug (Hellstern) 1064.
— u. Syphilis (Artom) 347.
— u. Tabakarbeit (v. Müller u. Berghaus) 305.
— u. Trauma (Ackermann) 990.
— — (Fossataro) 994.
— unspezifische Lipoidtherapie (Drügg u. Fischer) 604.
— unter Ehegatten (Biemann) 338.
— Verbreitungswege (Lange) (Beitzke) 718.
— viszerale (Wigand) 547.
— Vitamine (Schroeder) 25.
— Vaccination des nouveau-nés contre la — (Comby) 1138.
— der Vagina (Whartod) 76.
— Verbreitung (Lange) 1165.
— Verhalten des Körpergewichts u. des Serumeiweißgehaltes (Salomon) 1202.
— verucosa, Behandlung mit ultravioletten Strahlen (Weinbren und Hodgson) 859.
— Virus, intrauterine Transmission von Mutter auf Kind (Calmette, Valtis u. Lacoine) 1447.
— Vitaminwirkung in der Behandlung (Stiner) 1171.
— Vorbeugen (Roepke) 899.
— Wasserhaushalt (Meyer-Bisch) 718.
— weibliche Genitaltuberkulose (Döderlein) 949.
— v. Weningersches Heilmittel (Grau) 641.
— v. Weningers Heilmittel (Dührssen) 851.
— Wiederherstellung (Hawes) 1214.
— Wirbelsäulenentzündung, Albeesche Operation (Ciaccia) 253.
— Wohnungsbeschaffung (Langer) 921.
— Wohnungsfürsorge für offene — (Brookmann) 728.
— Wucherung in der Tubenschleimhaut (Zacherl) 647.
— u. Zigarrenarbeit (Grünbaum) 1401.
— der zweiten Kindheit (Derbey u. Corday) 361.
Tuberositas tibae (Esau) 608.
Tuberkumetreaktion (Baum u. Black) 1128.
Tukisil (Homberger) 415.
Tularemie (Francis u. Moore) 658.
— (Hodges) 78.
— (Lavon) 431.
Tumor, s. a. Geschwulst.
— Aetiologie, bei Versuchen mit Hühnersarkom (Murphy) 569.
— — bösartiger (Gye) 429.
Tumoren, Biologie (Harpuder) 1209.
— bösartige, parasitäre Entstehung (Blumenthal) 413.
— Entstehung bösartiger (Blumenthal) 851.
Tumor, exogene Reize bei der Entstehung der malignen epithelialen (Krug) **844.**
Tumoren, experimentelle (Lapidari) 1277.
— Immunisierung der malignen (Reschreiter) **663.**
— Immunität bei experimentellen (Joannovic) 108.
— — in Beziehung zu transplantablen malignen — (Lumsden) 859.
— intrathorakale bei Kindern (Dwyer u. Helwig) 264.
— bei Kindern, intraokulare (Kieble) 1111.
— Lokalisation maligner — (Volkmann) 918.
— maligne, Aetiologie (Kraus) 249.
— — Blutgruppenspezifität (Hoche u. Moritsch) 1205.
— — chemische Diagnose (Fuchs) 22.
— — Chemotherapie (Lewin) 413.
— — im Gefolge Dermatosen (Ramel) 955.
— multiple (Sundelin) 73.
— Serienübertragung von Hühnertumoren (Lewis u. Andervout) 660.
— serologische Spezifität u. Diagnostik genitaler (Volkmann) 545.
Tumoren, spinale, intradurale (Landelius) 484.
— Stoffwechsel (Warburg, Wind u. Negelein) 545.
— Wachstumsschnelligkeit gutartiger (Pfeilsticker) 954.
— Frühdiagnose der intrapulmonalen Metastasen (Kleinböck) 1061.
— maligne, Ursachen (Loudon, Cormack u. Howard) 573.
— Metastasen (Hutter) 647.
— parasitäre Entstehung (Blumenthal) 412.
— retroperitonealer (Gohrbandt) 399.
— Transplantation eines ungezüchteten — (Lewis u. Brüda) 659.
— u. Nephritis (Stutzin) 24.
— -zellen, chemische Schädigung (Odier) 1172.
— — Stoffwechsel (Bauer, Nyiri u. Warburg) 297.
— — — (Warburg) 63.
Tunica vaginalis, Lymphangioendotheliom. (Micotti) 564.
— — propria (Lanz) 640.
Türkensattel (Richter) 986.
Turnen, Leitfaden zur Einführung in das Gesundheits-Turnen (Lehmann) 801.
— orthopädisches (Braun) 605.
— — (v. Vagedes) 821.
Turnstunde (Kindermann) 821.
— tägliche (Rosenbaum) 1051.
Turricephalus (Ruttin) 887.
Tutokain (Düttmann) 1296.
— (Flechtenmacher) 1330.
— (Franke) 684.
— (Haebler) 310.
— (v. Konrad) 342.
— (Maier) 423.
— (Siedner) 1092.
— (Steichele) 1021, 1331.
— (Thiemann) 348.
— (Tschebull) 423.
— spinale Anästhesien (Valdoni) 1276.
— -Vergiftung (Garbien) 1444.
Typhlitis, s. Appendicitis.
Typhlocolitis, chronische (Faroy u. Baumann) 794.
Typhöse Erkrankungen, ätiologische Diagnose (Russ) 1369.
— Kontakt-Infektionen (Pogány) 1274.
Typhus (Dameshek) 176.
— (Foster u. Chao) 1075.
— abdominalis (Pirquet) 349.
— ätiologische Diagnose (Russ) 1340.
— agglutination (Kauffmann) 758.
— Ausbreitung (Grünewald) 1435.
— -bakterien, Nachweis u. Haltbarkeit in Sauermilch, Kefir und Yoghurt (Demme) 22.
— bakterioloische Diagnostik (Swistschewski) 1242.
— bakterizider Reagenzglasversuch (Kauffmann) 758.
— -bazillen aus Gallensteinen (Henderson) 36.
— — Isolierung (Fetscher) 979.
— — -ausscheidung (Krause) 1204.
— — -träger (Schultz) 1233.
— — — (Ingelse) 1209.
— — — (Bersch) 415.
— — — (Welch, Dehler u. Havens) 175.
— -bazilus, Organerkrankungen (Landau u. Fejgin) 317.
— Bekämpfung (Schmidt) 851.
— Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (Hecht) 1296.
— Chirurgie (Breitner) 1405.
— Cholecystitis (Schottmüller u. Fraenkel) 65.
— -Dauerausscheider im Nahrungsmittelverkehr (Tiling) 1095.
— Diagnostik (Mills u. Kitzmiller) 1316.
— Differential-Nährboden (Simons) 1212.
— Eiweißerhöhung in der Spinalflüssigkeit (Sieg) 1245.
— -epidemie (Ingerslev) 1237.
— -epidemien (Straub) 1295.
— — (Manteufel) 204.
— -Epidemie in Hannover (Engleson) 1306.
— — der Stadt Hannover (Herhold) 1126
— exanthematicus, s. a. Fleckfieber.
— — Autoliquidotherapie (Zielinski) 1241.
— — Endophthalmie (Gabriemides) 796.
— bei Geimpften (Lovaglio) 859.
— -impfung (Nichols u. Hitchens) 434.
— in der Mandschurei (Kawashima) 382.
— in Pommern (Straub) 684.
— in Torgelow (Straub) 919.
— in Vorpommern (Klare) 684.
— — 1925 (Straub) 297.
— Lesieursches Symptom (Trentini) 563.
— Morbidität in Mecklenburg-Schwerin (Scheven) 205.
— Pathogenese u. Therapie (Barlocco) 859.
— Physiopatholgie (Dutto) 489.

Typhus, Prophylaxe (Hogg u. Latham) 993.
— -schutzimpfung, Endotoxinvergiftung (Hoke) 546.
— — (Spät) 299.
— Sero- u. Chemotherapie (Hilgermann) 333.
— Serumtherapie (Kraus) 885.
— -stämme (Hartoch, Schloßberger u. Joffe) 205.
— Stoffwechsel (Le Blánc u. Gmelin) 1434.
— -stühle, Bakteriengehalt (Jordan) 495.
— Therapie (Schottmüller) 1162.
— Behandlung mittels Vaccine von Caronia (Tüdös) 107.
— -träger (Curtis) 799.
— Vaccination (Burke u. Barnes) 898.
— -vaccine (Smith) 259.
— — Standardisierung (Baylis) 1036.
— Verlauf bei Schutzgeimpften (Schembra) 917.
Tyrosin, kolorimetrische Bestimmung (Looney) 1245.
Tyrosinase (Raper u. Speakman) 1310.
Tyrosingehalt des Blutes (Steiger-Kazal) 1274.

Ueberdruckapparat (Sudeck u. Schmidt) 952.
Ueberempfindlichkeit, s. a. Anaphylaxie.
— (Doerr) 925.
— (Samson) 1094.
— u. Elektrolytwirkung (Pulay) 1061.
Uebererregbarkeit, vegetative (Hopmann) 918.
Uebermüdung (Jegorow) 1411.
Uhrglasmagen, Operation der Wahl (Pringle) 657.
Ukraine, Bewegung der Bevölkerung (Roesle) 921.
Ulcera mollia, Behandlung (Wechselmann u. Lademann) 104.
— perforierte des Magens u. Dünndarms (Couendet) 168.
— Alkalitherapie (Brednow) 754.
— chirurgisch unheilbarer (Mandl) 203.
— corneae serpens (Wessely) 245.
— cruris (Fischer) 819.
— — varicosum (Specht) 298.
— duodeni, s. Darm, Ulcus.
— pepticum, s. Magen, Geschwür.
— ventriculi, s. Magen, Geschwür.
— gangraenosum, Wassermannsche Reaktion (Vollmer) 888.
— durch lokale Anaphylaxie (Shapiro u. Joy) 961.
— -kranke (Holler) 1166.
— des Magens (Finsterer) 333.
— -Operation, Mißerfolge (Riess) 1404.
— molle-Bubonen (Levy u. Glasser) 614.
— — — (Nicolas u. Lacassagne) 368.
— — -Condylome des Introitus vaginae (Ravaut u. Lambling) 613.
— — Komplementfixation (Saelhoff) 445.
— — -Ulceration am Genitale (Watrin) 827.
— — der Zunge (Montpellier) 614.
—optische Kontrolle der Heilung (Sternberg) 923.
— Pathologie u. Therapie (Jarno) 1024.
— pepticum (Bastedo) 371.
— — (O'Conor) 171.
— — (Ganan) 930.
— — Aetiologie u. Pathologie (Levine) 895.
— Blutzuckerkurven nach Glykosebelastung (Scherk) 883.
— — jejuni (Haberer) 647, (Kuntz) 647.
— — — operativum (Winkelbauer) 647, (Winkelbauer u. Starlinger) 647.
— — medikamentös behandelt (Jones) 617.
— — nicht-chirurgische Behandlung (Smithies) 117.
— — ventriculi et duodeni, Frequenz u. Lokalisation 1204.
— rodens (Dostrovskz) 23.
— — (Johnson) 356.
— serpens corneae, Trepanation (Seidler) 792.
— — Lichttherapie (Passow) 252.
— — Strahlenbehandlung (Birch-Hirschfeld) 1100.
— tropho-neuroticum der Glutäalgegend (Hagen) 917.
— varicosum (Homans) 38.
— ventriculi u. duodeni **(Steinberg) 185.**
— — Pathogenese (Bálint) 203.
— — pylori u. duodeni (Ebeling u. Müller) 207.
— — Behandlung mit duodenaler Ernährung (Garbat) 75.
— — Behandlung (Selisky) 347.
Ulerythema ophryogenes (Barret) 255.
Ulna, teilweiser Mangel (Barret) 204.
Ultramikroskopisches Bild der Blutgerinnung (Watanabe) 204.
Ultrarot, Wirkung von kurzwelligem auf die Haut (Jadassohn) 1440.
Ultraviolett, antirachitische Zone (Huldschinsky) 1197.
— -bäder (Dausset) 112.
— -bestrahlung bei Alopecia areata (Bizard) 35.
— -bestrahlung bei Kindern (Tosi) 1345.
— — Blutveränderungen bei Kindern (Hess u. Weinstock) 353.
— — von Cholesterin u. Nahrungsstoffen (Hess u. Weinstock) 353.
— -Lichtbestrahlung, Einfluß auf die Acidität des Magensaftes (Keller u. Loeb) 63.
Ultraviolettes Licht. Bestrahlungen von Nahrungsmitteln (Mackay u. Shaw) 353.
— — Einwirkung auf die Ovarialfollikel (Allen u. Ellis) 75.
— — in der Kindertherapie (Sainz de los Terreros) 173.
— — latale Wrikung auf Gewebe (Moppet) 656.
Ultraviolette Strahlen, antirachitische Aktivierung von Nahrungsmitteln (Heß) 74.
— — — — unwirksamer Stoffe **(Dresel u. Waltner) 1045.**
— — u. das antiskorbutische Vitamin (Eggeton u. Harris) 171.
— bei Asthma (Duhem) 490.
— — biologische Wirkungen (Rancken) 1411.
— — auf die Blutkatalose (Peemöller u. Franke) 336.
— — in der Dermatologie (Belot) 1279.
— — bei Hautkrankheiten (Scholtz) 661.
— — bei der Tetanie (Miraglia) 1242.
— — therapeutische Wirkung (Weingerow) 1411.
— — bei Tuberkulose (Davis) 82.
— — Blut als Angriffsfläche (v. Schubert) 685.
— — in der dermatologischen Praxis (Castle) 215.
— — Diagnostik (Lewin) 689.
— — Standardisierung (Pohle) 431.
— — Wirkung auf Cholesterin (Jenke) 1152.
— — — — bei Kindern (Barenberg, Friedman u. Green) 1283.
— — — — auf den Mineralstoffwechsel (Kroetz) 1153.
— — — — in der Nahrung u. im Körper des Kindes (Köppe) 1235.
— — — — auf die roten Blutkörperchen (Koeppe) 1407.
Ultraviolett-Therapie im Kindesalter (Rohr) 755.
— — Landekersche (Landeker) 1236.
— — — — -behandlung (v. Schubert) 823.
Ultravirus (Handuroy) 694.
Umkipp-Plastik nach Sauerbruch (Krampf) 758.
Unbewußten, Arbeit des Unbewußten im Abwehrkampf gegen Krankheitserscheinungen **(Siegmund) 778.**
Unbewußtes im normalen und kranken Seelenleben (Jung) 1042.
Unbewußt oder unterbewußt? **(Fischer) 977.**
Uneheliche Kinder, Gesetz (Nippe) 202.
— — Recht (Traumann) 1067.
— Mütter (Vorster) 921.
— — Psychologie u. Soziologie jugendlicher (Moses) 1067.
Unehelichenschutz im Deutschen Reich (Buhre) 1067.
Unfälle bei der Arbeit (Blanz y Fortacin) 31.
Unfall, elektrischer (Grünewald) 1062.
Unfälle, elektrische (Zimmern) 1141.
Unfallmedizin (Rosenburg) 1200.
— physikalische Heilmethoden (Zollinger) 1371.
Unfallneurosen (Bonhoeffer) 246.
— (Kollmann) 1264.
— (v. Monakow) 955.
— u. Psychotherapie (Klaesi u. Eliasberg) 411.
Unfall, Psychologie (Grünewald) 1297.
— -rente u. Chirurgie (Warren Low) 1310.
Unfälle in Schiffsreparaturwerkstätten (Feldbaum) 1412.
Unfallverhütung (Häberlin) 1128.
— (Kowarski) 1412.
— (Leymann) 1062.
— in den Vereinigten Staaten (Alvensleben) 1200, 1435.
Unfallversicherung auch für gewerbliche Berufskrankheiten (Chajes) 342.
Unfruchtbarkeit, s. Sterilität.
— als Folge unnatürlicher Lebensweise (Stieve) 1250.
— -machung (Gaupp) 307.
Ungeziefer (Hase) 342.
Unterarm, traumatische intrauterine Verletzung (Fink) 343.
Unterernährtes Kind (Kimberly) 118.
Unterernährung, s. Ernährung unter —.
Unterkiefer, Doppelbrüche der Gelenkfortsätze (Lindquist) 1266.
— -geschwülste (Schniringa u. Michael) 759.
— -luxation Reposition (Hörzhammer) 332.
— Pseudarthrosen (Rouvillois) 113.
— Spontanfraktur (Hofer) 647.
— -verrenkung (Kulenkampff) 156.
Unterleibsentzündungen, Behandlung mit kleinen Röntgenlichtdosen (Bott) 106.
Unterlippe, tuberkulöses Ulcus (Lang u. Diss) 614.
Unterrichtsreform (v. Dyck) 1119.
Unterrichtszeit (Winkler) 342.
Unterschenkelbrüche, Behandlung durch Sohlenextension (Marzer) 300.
Unterschenkelfrakturen, Behandlung (Scheffler) 404.
Unterschenkelgeschwüre (Leriche u. Fontaine) 614.
— (Schlunk) 300.
— durch Insulin geheiltes (Pautrier, Ambard, Schmid u. Levy) 115.
— mit Insulinsalbe geheilt (Pautrier u. Schmidt) 1278.
— Therapie (Löwenfeld) 1305.

Unterschenkel Pseudarthrose (Platon) 483.
Urachus (Davis u. Niehaus) 430.
— -Tumoren (Rankin, Parker) 379.
Urämie bei akuter glomerulärer Nephritis (Blackfan u. Hamilton) 177.
Entstehung, Vorkommen u. Therapie der fulminanten — (Floyd) 1381.
— gekreuzte Bluttransfusionen (Nyiri) 1021.
— Liquor cerebrospinalis (Becher) 248.
— bei Myelom (Bertel Frykberg) 27.
— -therapie (Blackfan) 959.
Urease, Isolierung u. Kristallisation des Enzyms (Sumner) 1245.
— -reagenz (Koch) 660.
Ureter, s. a. Harnleiter.
— (Hummer) 381.
— Abriß während einer Operation (Begg) 1174.
— angeborene Dilatation u. Atonie (Gottlieb) 348.
— — — — (Gottlieb) 726.
— -atonie (Wedenski) 427.
— bifidus (Colucci) 1143.
— -Bildung, doppelte (Seeliger) 722.
— Carcinom (Blatt) 1132.
— — primäres u. metastasisches (Glas) 1132.
— -Chirurgie (Th. Naepli) 559.
— cystische Erweiterung (Althiß) 484.
— cystoskopische Entfernung eines Harnleitersteines (Cecil) 858.
— Dauerkatherismus (Wagner) 647.
— Dilatation (Eisenstaedt) 381.
— divertikel (Janke) 476.
— doppelseitige Duplikation (Mckinney u. Cary). 1039.
— dritter (van Ramshorst) 690.
— Entwicklungsfehler (Lenko) 1443.
— Erkrankungen im Röntgenbilde (Schönfeld u. Kraft) 1453.
— -implantation im Colon sigmoideum (H. Picard) 24
— -Infektionen (Dorsey) 1076.
Instrument zur Dilatation (Council) 828.
— -insuffizienzprüfung in der Schwangerschaft (Frommolt) 688.
Urethersenkkatheter, einwandsfreie, sterile Aufbewahrung (Rosenberg) 402.
— katherismus (Damski) 1369.
— — (Keilty) 434.
— Knickungen (Gottstein) 1124.
— — (Greene) 700.
— — (Siedner) 349.
— — (Simons) 381.
kongenital klaffender (Sargent) 1075.
kontrastkatheter (Herman) 700.
— Kruralhernie (Rinaldo) 892.
— Leukoplakie (Karo) 348.
mündung, Anomalien (Holm) 170.
— Mündung u. Blasenkontraktion (Israels) 1124.
-ocele (Gottlieb) 925.
— (Patch) 1076.
vesicalis (v. Landwüst) 726.
— Vorfall durch die Harnröhre (Kehrer) 556.
-öffnungen ektopische (Kilbane) 379.
Pathologie (Kierman) 381.
pathologischer (Richardson) 124.
rupturierte u. strikturierte (Arthur) 267.
Scheidenfistel (Brakemann) 1436.
seltene Anomalie (Low u. Epler) 858.
-steine, s. Harnsteine.
Ureterstein (Chamberlin) 275.
— (Dourmashkin) 700.
— (Holstein) 213.
— (Pomeroy) 382.
(Zondek) 412.
-operation (Harpster u. Brown) 381.
Entfernung tiefsitzender (Joseph) 402.
(Rathtum) 1385.
operiert (Zondek) 476.
tiefsitzende (Ziegler) 408.
Ureter, Stenose auf traumatischer Grundlage (Rosenburg) 1124.
— Strahlenwirkung (Martin u. Rogers) 1419.
Strikturen (Eisendrath) 266.
-striktur (Hamilton Peacock) 897.
Striktur (Hunner u. Wharton) 381.
Strikturen (Sivermore) 381.
-striktur (Schmutte) 349.
Striktur des vesikalen Endes (Heckenbach) 24.
Unterbindung (Helmholz u. Field) 700.
variationen (Roberts) 499.
— -verschluß (Hephurn) 267.
Ureterenwirkung (Miyadere) 981.
Ureterzange (Küstner) 688.
— (Mansfeld) 1236.
Ureter, Zerstörung der Nervenbahnen (Blatt) 1125.
Ureteriscystica (Knack) 214.
Urethra, s. Harnröhre.
— doppelte (Kubig(1436.
— Klapp-Bildungen in der Pars prostatica (Spohr) 990.
— Pathologie der weiblichen (Day) 800.
— Prolaps (Dannreuther) 616.
— — der weiblichen (Jacoby) 81.
— Radium bei Erkrankungen (Pomeroy u. Milward) 437.
— Ruptur des männlichen (Farman) 1179.
— Spindelzellensarkom der weiblichen (Schmidt) 1436.
— Tierparasit (Sternberg) 244.
— Verdoppelung, epispadische (Ritter) 925.
Urethraler Prolaps (Chute) 37.
Urethritis, diphtherische (Smianitoff) 1241.
— unspezifische (Beilin) 933.
Urethritiden, chronische (Roucavrol) 112.
Uretropylographie (Lawson) 438.
Uretroskopie (Martin) 357.
Urgon (Brusser) 246.
— (Lubow) 348.
— (Schumann) 818.
Uricolyse (Lichtwitz u. Conitzer) 1202.
Urikooxydase des Blutes und der Blutharnsäure (Flatow) 156.
Urin, s. Harn.
— diastase (Kreyberg) 1306.
— -extarvasion (Greenberg) 570.
— Fermente (Evensen) 1202.
— -hälter (Mueller) 348.
— Konservierungsmittel (Behre u. Muhlberg) 660.
— Schnellbestimmung des Eiweiß (Kingsburg, Clark, Williams, Post) 1036.
— trüber (Read) 1248.
— -verschluß, Blasendreieck als Faktor (Hinman) 897.
Urobilinausscheidung bei Kindern mit Anämie (Merritt) 179.
Urobilinbestimmung f. die Diagnose der Cirrhosis hepatis (Adler) 65.
Urobilin beim Neugeborenen (Winternitz) 602.
Urobilinogenausscheidung nach Röntgenbestrahlung (Bromeis) 1407.
Urobilinogenurie, Entstehung (Schiller) 608.
Urobilinurie bei Lungentuberkulose (Jagnow u. Haimovici) 891.
— bei neurologischen Kranken (Larsen) 1134.
— bei Schwangerschaft (Schiller u. Ornstein) 344.
Urochromogenreaktion (Becker) 1363.
— Blut, Lungentuberkulose (Hakki) 71.
— bei chirurgischer Tuberkulose (Grossmann) 24.
Urogenitale Symptome (Dorsay) 933.
Uro-Genitalsystem-Erkrankungen (Hess) 268.
Urogenitorektalgebiet, Atresie und Umlagerung sämtlicher innerer und äußerer Organe (Pulvermacher) 1170.
Urologie (Janssen) 1165.
— Quinby) 117.
— (Schwarz) 476.
— des Allgemeinpraktikers (Klaveness) 1076.
Urologische Diagnostik (Beck u. Goldstein) 700.
— Diagnostik (Schwarz) 1132.
Urologie, kleine, Leitfaden (Goldberg) 801.
— Kongreßbericht (Lehmann) 1124.
Urologische Probleme (Day) 117.
— Röntgendiagnostik **(Kirschmann) 814.**
— — (Pflaumer) 1101.
Urologie und Röntgenologie (Young) 864.
Uronephrose traumatische (Corniole) 349.
Ururoseinreaktion im Harn **(Litznet) 542.**
Urosepsis (Kilbaum) 434.
Urotropin, Blasenschädigung (Gragert) 688.
— Behandlung lanzinierender Schmerzen (Stein) 412.
— Wirkung auf die Gonokokken (Fronstein) 651.
Urticaria, Adrenalin (Keith) 171.
— factitia (Kajka) 752.
— mit flüchtigen Oedemen, Purinstoffwechsel (Lindberg) 30.
— bei Kindern (Pilcher) 375.
— pigmentosa (Pautrier) 115.
— — (Prieto u. Lanzenberg) 614.
— physische (Franz Dufke) 559.
Uterinsegment, unteres (Schmidt) 1090.
Uterographie (Henkel) 818, 1097.
— (Nahmmacher) 1088, 1097.
Uterotubale Röntgenographie mit Lipoidol (Rubin u Bendick) 1419.
Uterus, Adenom des Collum (Donay u. Soimarn) 657.
— Adenomyosis (Kitai) 250.
— Atresia mit Hämatometra (Linton) 484.
— Aufrichtung der mobilen Retroflexio (Perret) 1070.

Uterus, Cervix (Schneier) 435.
— — Carcinom (Levin) 435.
— gravidi, Hydrorrhoea (Netzer) 1097.
— — incarcerata retroflexio (Schneider) 106.
— mobilis retroflexio (Meyer-Wirz) 314.
— Prolapsus (Johnson) 501.
— Retroflexio (Feldmann) 759.
— — (Werner) 473.
— Stumpfcarcinome nach supravaginaler Amputation myomatöser (Isbruch) 823.
— Blutungen (Newcomet) 220.
— — Behandlung durch Resektion und Drosselung der Ovarien (Henkel) 556.
— Inversion post partum (Sarf) 364.
Uterus (Schiffmann) 791.
— Adenomyosis (Frankl) 178.
— aktive Bewegungen (Hinselmann u. Korallus) 1059.
— ambulantes Kurettement (Flechtenmacher) 1236.
— Amputation des linken Beines im (Hornsby) 655.
— Antedeviationen (Repholtz) 483.
— Atonie (Haselhorst) 641.
— Aufrichtung des retrovertierten (Drosin) 1176.
— bicornis (Engelbrecht) 473.
— — bicollis (Houlton) 36.
— — (Monat) 351.
— -blutung (Whitehouse, Flechter Shaw) 1275.
— blutungen, atypische (Bauer) 1028.
— — funktionelle (Novak) 568.
— — Radium- und Röntgenbestrahlung (Bundy) 496.
— — Behandlung mit Radium (Forsdike) 353.
— — — mit Sodalösung (Beutzel) 415.
— — — mit dem Henkelschen Verfahren (Mueller) 1138.
— Carcinom (Abrahamsen) 350.
— — (Dannreuther) 124.
— — (L. Fränkel) 556.
— — (Holl) 344.
— — (Plant) 688.
— — (Portmann) 124.
— — anteoperative Röntgenbestrahlung (Heimann) 954.
— — (Aza) 31.
— — (Regand) 1438.
— — des Cervix (Pemberton) 1318.
— -carcinome mit Radium behandelte (Mommenen Jorro) 31.
— Cervixcarcinom (Schmitz, Hueper u. Arnold) 1351.
— Collumkrebs (Princetau) 32.
— Carcinoma colli (Schockaert) 1280.
— — — (Weinzierl) 1337.
— Cervix Carcinom, große Radiumdosen (Leland) 435.
— — intraperitoneale Implantation (Durham) 40.
Uteruscarcinom, Lebensalter und Reifegrad (Ballin) 313.
— metastatisches (Halter) 1097.
— Carcinom der prolabierten (Macleod) 825.
— Collumcarcinom, Radiumchirurgie (Aubert) 349.
— -Carcinom, Radiumbehandlung (Klemperer) 124.
— — (Samuel u. Bowie) 435.
— Carcinom und Radiumbehandlung (Ward u. Farrar) 616.
— — Riesenzellen (Schiller) 161.
— — Sterblichkeit (Methorst u. Deelman) 429.
— — Strahlenbehandlung (den Hoed) 1030.
— — (Fürst) 954.
— — (Böhm u. Zweifel) 312.
— — und Strahlenbehandlung (Healy) 265.
— — Therapie (Hussy) 109.
— — Therapie (Iljin) 1169.
— — — (Philipp u. Gornick) 301.
— Cavum Röntgendarstellung (Joachimovits) 334.
Uterus-Cervix-Carcinom Therapie (Heyman) 496.
— — — (Bowing) 501.
Uterus-Cervix-Durchleuchtung (Thompson) 658.
— -Chirurgie (Pool u. Hawks) 267.
— chirurgische Normallagerung (Reyes) 1319.
— Chorinepitheliom (Gill) 1002.
— Corpus Carcinom (Chapins) 169.
— didelphys (Macgown) 353.
— — Schwangerschaft (Palmer Findley) 1176.
— — (Malcolm) 178.
— Doppelbildungen (Zimmermann) 1207.
— doppelter (Heimann) 558.
— duplex bicornis (Sztehlo) 823.
— — doppelt geschwängerter (Garfunkel) 1098.
— Einfluß der Plazenta- und Ovariumlipoide auf die Giftempfindlichkeit des (Miura) 853.
— — des Thymusextraktes (Temesvary) 342.
— Endoskopie (Seymour) 215.
Uterus, Entfernung nach Kaiserschnitt (Nijhoff) 989.
— Entstehung und Behandlung der gynäkologischen Blutungen **(Martins) 457.**
— Erkrankungen (Thomas u. Hill) 435.
— -erosion, Therapie durch Elektrokoagulation (Mikels) 897.
—-erweiterung (Nussbaum) 685.
— -extirpation (Aschner) 685.
— — (Kraul) 333.
— — Zervikaldrüsen im Scheidentrichter (Halban) 1098.
— Fett-Tumoren (Starry) 266.
— -fibrom und Gravidität (Mosher) 501.
— -fibrome, Radiumtherapie (Miller) 1419.
— — Behandlung (Weiss) 501.
— -Fibromyome (Ford) 380.
— Fibromyom (Masson) 1449.
— -Fibromyome (Seed) 178.
— -fixation ligamentäre (Cotte u. Peyceöln) 657.
— Galvanisation der atonischen (Kraul) 954.
— Geschwulstbildung und Tuberkulose (Brandess) 344.
— -hals, radiumbestrahlter, inoperabler (Dautwitz) 1366.
— Hals-Scheidenfistel (Sahler) 478.
— Hämangiom (Wright) 1318.
— hämolytisches Myom (Carajannopoulos) 892.
— hämorrhagische Infarzierung (Danisch) 688.
— -höhle (Reinberg u. Arnstam) 1127.
— — Röntgenographie (Cready u. Ryan) 1420.
— Hyperämietherapie der chronischen (Meench) 661.
— Inkarzeration eines graviden retroflektierten (Graff) 689.
— -innervation (Gerstmann) 759.
— instrumentelle Perforation des graviden (Peham u. Katz) 767.
— intraperitoneale parenchymatöse Blutung (Kaufmann) 473.
— Inversion (Mason) 178.
— — (Phaneuf) 440.
— inversio totalis (Hoyte) 351.
— Kampferöl gegen die puerperale Sepsis (Cavazzini) 564.
— Cervix, Dilatation durch Gummiballon (Stone) 501.
— -katarrhe, Therapie mit Tierkohle (Geller) 312.
Uterus, Knorpelinsel im Fundus (Neumann) 161.
— -körper, mesenchymaler Mischtumor (Ritter) 344.
— -krebs, Blutungen (Thomas) 490.
— -lipome (Preissecker) 204.
— Metroplastik des Spaltuterus (Fuchs) 312.
— -muskulatur, Blut- und Lymphgefäßwucherung (Meyer) 250.
— myomatöser (Istel) 346.
— -myome (Guiseppi) 215.
— — Umwandlung in Sarkome (v. Küttner) 106.
— Narbenruptur des graviden nach abdomineller Schnittentbindung (Steinberg) 342.
— normale Gebärarbeit (Tschistiakoff) 759.
— orthopädische Lagekorrektur (Laemmle) 1097.
— -perforation (Buschmann) 689.
— — (Süssmann) 473.
— -perforationen (Joseph) 297.
— präkanzeröse Verletzungen (Findley) 616.
— -Prolaps (Población) 1448.
— — (Solms) 313.
— — Watkinsche Interpositions-Operation (Brady) 1382.
— Regeneration der Schleimhaut (Schmidt) 1207.
— regionäre Nervenblockierung (Cooke) 382.
— Retroposition (Grath) 380.
— Ringbildungen (Fink) 1207.
— Röntgenuntersuchung nach Injektion von Lipiodol (Cotte u. Bertrand) 1137.
— Rückwärtsverlagerung während Schwangerschaft und Wochenbett (Danforth u. Galloway) 1107.
— ruptur (Haberda) 204.
— — (Knight) 124.
— — (Lackner) 379.
— — (Scheffzek) 854.
— — (Sherrill) 617.
— — (Strache) 333.
— — (Wetterwald) 473.
— — nach Kaiserschnitt (Heffermann) 262.
— — spontane (Vogel) 558.
— — während der Geburt (Lederer) 823.
— -rupturen mit Blasenriß (Hagenbusch) 344.
— Sarkom (Geisler) 645.
— -scheidentamponade (Beruti) 688.
— -schleimhaut im Eileiter (Novak) 1318.
— — heterotope Wucherungen (Waegeli) 1138.
— -schleimhäute, Fibrillengehalt (Wermbter) 689.
— -Schleimhauthyperplasie, ovarielle (Babes) 1170.
— Schleimhautpolypen (Beuttner) 888.
— -sonde (Pfeilstricker) 824.

Uterus, Spontanruptur (Eastman) 616.
— — (Schugt) 557.
— -steine (Esser) 1028.
— submuköses Myom im puerperalen (Schmidt) 1061.
— -Suspension (Abell) 734.
— supravaginale Amputation (Zubrzycki) 1347.
— -tamponade (Müller) 1170.
— — (Wiemer) 301.
— Therapie der Retroflexio (Marzetti) 1312.
— Behandlung der Retroversio (Fedriani) 30.
— Therapie der Verlagerung durch gavanischen Strom (Breuer) 1212.
— Behandlung während der Schwangerschaft (Browne) 486.
— Tuberkulose (Schmidt) 473.
— Ueberpflanzung bei Tieren (Kakuschkin u. Bykow) 106.
— Ulcus rodens (Schönholz) 1098.
— unkomplizierte Retrodeviation (Brooke-Bland) 1002.
— unteres Segement in Schwangerschaft und Geburt (Schmidt) 641.
— Untersuchungen am isolierten Schweine (Seel) 853.
— Verlagerungen (Pistuddi) 657.
— -verletzungen (Reiprich) 558.
— Verletzungen der Cervix uteri (Williams) 1176.
— Wachstumsteigerung durch Gravidenserum (Trivifio) 1433.
— Wirkung des Hypophysenextrakt 221.
— -zerreißungen (Kurtz) 345.
— -zyste (Pribram) 1098.
— Cervix-Metritis, Therapie mit Hochfrequenz (Flandrin u. Schil) 611.
Uterus- und Vaginakeime, Virulenzprüfung (Pribram) 312.
— Cervix, Schanker (Cron) 501.
— Myom (Chrestipher) 661.
Uvalysat (Isaak) **507.**
Uvea-Erkrankungen (Bielschowsky) 754.
Uveitis, tuberkulöse (v. Hippel) 1437.

Vagina, angioplastische Geschwülste (Seitz) 250.
— elastisches Gewebe (Speiser) 953.
— Flora im Kindes- und Pubertätsalter (Socken) 340.
— Fremdkörper (Stöber) 556.
— künstliche durch Dannmylastik (Pascalis) 1346.
Vaginales Operieren (Pfeilstricker) 688.
— der Schwangeren, Immunität durch Filtrate von Streptokokken (Robertson) 692.
— Spülungen am Ende der Gravidität (Schwarzkopf) 343.
— Steinbildung (Brayne) 216.
— Therapie des Fluor (Alexander) 641.
— Tuberkulose (Whartod) 76.
— Verdopplung (Bartlett) 763.
Vaginalstriktur durch Kaiserschnitt (Fottenham) 36.
Vaginalstethoskop (Falls) 501.
Vaginalpapillom der Hündin (Lipschütz) 651.
Vaginalsekret (Harris u. Brown) 616.
— Neugeborener, Reaktion (Kienlin) 473.
Vaginalspekulum (v. Wachenfeldt) 1169.
Vaginalkeime Virulenz (Louros) 243, 425.
Vaginal-Elektrode für Diathermie (Marselos) 926.
Vaginalbazillen (Tateyama) 106.
Vaginalbazillus Döderbinscher (Lash u. Kaplan) 495.
Vaginalbildung, künstliche nach Baldwin (Rabinowitsch) 824.
Vaginaler Calculus (Murray) 351.
Vaginaldouche (Mesker) 1348.
Vagotomie, Veränderungen des Gasaustausches und des Blutchemismus (Cokkalis u. Nissen) 854.
Vagotonie (Nielsen) 693.
Vagus, Durchschneidung des linken (Kern) 379.
— -herz (Frey) 296.
Vagus- oder Karotis-Druckversuch (Ortner) **546.**
Vagus und Magengeschwüre (Loeper u. Marchal) 363.
— -herz im Kindesalter (Doxiades) 1402.
— -reizung (Hofmann) 604.
— Reizung des afferenten (Tashiro) 1319.
— Sympathicustherapie (Glaser) 11.
— -Sympathicuswirkung (Ludlum u. Macdonald) 371.
— -tumor (Sekiguchi, Shigecki u. Takeo Oije) 1302.
— Uebererregbarkeit (Luithlen u. Monitor) 336.
— und Ulcus ventriculi (Bocca) 365.
Vakzination, s. a. Pocken.
— Kontraindikation (Mader) 884.
— lokale (Besredko) 552.
— und Paralyse (Arnold u. Kopp) 1264.
— — — (Schükry u. Kerim) 643.
— gegen Pocken (Scamman u. Dudley) 1213.
Vakzinale Allergie (Gins) 758.
Vakzine, autogene Mischungsvakzine (Hagens) 252.
— BGG (Weill, Hallée, Wischert u. Turpin) 365.
Vakzine von Calmette und Guérin (Salazar) 31.
— -diagnostik (Castorina) 1416.
— encephalitis (Lucksch) 26.
— — (Warschauer) 105.
— — (Winkler) 413.
— -herpes experimentelle (Naeoeli) 214.
— -Injektionen bei Neugeborenen und Säuglingen (Bocchini) 1415.
— kombinierte (Zoeller u. Ramon) 694.
— Prophylaxe und Therapie (Lechirgham) 654.
— -serum gegen postvakzinale Encephalitis (Bastiaanse) 927.
— -therapie (Finkelstein) 331.
— — bei Aktinomykose (Indod) 1414.
— — akuter Darmkatarrhe (Böhm) 1403.
— — bei Asthma bronchiale (Pondmann) 609.
— — bei Infektionskrankheiten (Hilgermann) 643.
— — bei Orbitalentzündungen (Segelken) 824.
— — des Ulcus molle-Bubonen (Jeanselme, Jansion u. Diot) 219.
— — des weichen Schankers (Pautrier) 114.
— -virus (Walthard) 1029.
— — Nachweis im Blute (Hoen, Tschertkow u. Zipp) 1199.
— und Zona vaccinalis (Chatelier) 35.
— zweitägige (Paschen) 851.
Vakzinola an der Bindehaut des Auges (Cronstedt) 1070.
Valentin-Messer (Miller) 79.
Valofin (Niendorf) 104.
Valsalvascher Versuch am gesunden Herzen **(Engelbrecht) 779.**
Valvula Banhini, Funktionen (W. Odermatt) 559.
— — (Harrenstein) 690.
Vanadium bei Syphilis (Freund) 978.
Vaquez (Muazakanow) 271.
— Morbus, Röntgentherapie (Milani) 1275.
— Pathogenese des Morbus Vaquez (Zadek) 947.
Variationsforschung (Rautmann) 330, 411.
Varizen (Meisen) 793.
— Blutuntersuchungen (Lasch u. Billich) 1424.
— Folgezustände (v. Meisen) 28.
— Injektionsbehandlung (Kaj Alshup) 561.
— — (Alstrap) 653.
— — (Douthwaite) 1136.
— — (Jensen) 170.
— — (Lunöe) 610.
— Injektionstherapie (Horn) 1307.
— kongenitale, der Angularvene (Schwartz) 828.
— künstliche Thrombosierung varikös entarteter Beinvenen (Hirsch) 1339.
— Behandlung **(Kottmaier) 151.**
— — mit Injektionen einer konzentrierten Kochsalzlösung (Lomhold u. Genner) 990.
— unblutige Behandlung (Noher) 684.
— des weiblichen Beckens (Emge) 221.
Variko-atönischer Symptomenkomplex (Schlunk) 920.
Variköses Geschwür (Bertwistle) 351.
— — (Knox) 175.
Varikoser Komplex, Bedeutung regionärer Stoffwechselstörungen (Grossmann) 946.
Variköse Venen, Behandlung mit Injektion (Alexander) 859.
Varikozele (Kristensen) 1070.
Variola, s. Pocken.
— -immunität (Hammerschmidt) 108.
Variolosis (Frégonneau) 203.
Varixknoten der vena epigastrica superficialis (Hughson) 441.
Varizellen, s. Windpocken.
— (Nelken) 556.
— und Herpes Zoster (Lipschütz) 1057.
— — — — (Woolfson, Smith u. Distin) 655.
— — — — Aetiologie (Cozzolino) 1173.
— -rash (Gironcoli) 1174.
— und Zoster (Delmas) 368.
— — — (Landa u. Silberstein) 414.
— zosteriforme (Ziel) 819.
Varizen, Actiologie (Gangier) 1447.
Varolsbrücke, Haemorrhagie (Cramford) 859.
— Schädigung (Cardie) 488.
Vas deferens (Boeminghaus) 424.
— — hämatogene Infektionen (Belfield) 74.
Vasokonstriktorischer Effekt im Blute beim infektiösen Fieber (Euler) 1167.
Vasomotorischer Reflex, optisch ausgelöster (Kraupa-Runk) 792.
Vasomotorenzentrum (Starling) 215.
Vasomotorische Konstitution (Schagan)645.
Vegetabilien, Retention im Magen (Bryan) 998.
Vegetative Asymmetrien (Serejski, Frumkin u. Kaplinsky) 951.
— — bei endokrinen Krankheiten (Serejski, Frumkin u. Kaplinsky) 1365.

Vegetative Gifte (Baráth) 639.
Vegetatives Nervensystem, s. Nervensystem.
— — (Glaser) 818.
— — amphotrope Wirkung von Medikamenten (Barath) 895.
— — Ausschaltung am Kreislauf (Ganter) 686.
— — und Immunität (Belák, Sághy u. Cseresznyés) 1362.
— — Ohnmacht, Kollaps u. Schock (Coenen) 156, 203.
— — (Pletnew) 553.
— — und Magensekretion (Pokras u. Michelson) 1025.
Vegetative Reaktionen bei psychischen Vorgängen (v. Wyss) 1306.
— Steuerung (Müller) 156.
— — von Haut- und Lebergewebe (Müller) 203.
Vegetatives System im frühen Kindesalter, Labilität (Blumenthal u. Doxiades) 24.
— — pharmakologische Tests (Marinesio u. Sager) 612.
Veitstanz simultaner und Rheumatismus (Pfaundler) 725.
Vena cava inferior, Unterbindung (Pfaff) 661.
— jugularis interna, Resektion (Portmann) 1379.
— — Unterbindung der Sinurthrombose (Undritz) 69.
Venenentzündung im Wochenebtt (Kermauner) 558.
Venenepithelisierung (Reschke) 309.
Venenpuls bei Lungentuberkulose (Sergiewsky) 1363.
— positiver zentrifugaler (Middleton) 434.
— -zeichner, Ohmscher (Ohm) 1020.
Venensteine (Culligan) 444.
Venöses System (Zadik) 1296.
Ventilation in Fabriken (Winslow) 118.
Ventrikel, s. Herz.
Ventrikuläre Anarchie (Clerc u. Lévy) 994, 998.
Ventriculus bilocularis (Halbertsma) 350.
Ventriculi-carcinoma (Harst) 610.
Ventrikeldilatation, akute (Arbeselius) 653.
Ventriculi duodeni, Kalzium u. Kalium im Blutserum (Steinitz) 1025.
— Frequenz u. Lokalisation des Ulcus pepticum ventriculi (Lehmann) 1168.
— Genese u. Therapie des Ulcus (Alkan) 1024.
Ventrikelpunktionen (Gregory) 655.
Ventriculi, Störung im Säurebasengleichgewicht des Organismus bei Ulcus ventriculi (Balint) 1166.
Ventrikelsyndrome (Rosenfeld) 422.
Ventriculi, Ulcus (Pfitzner) 1019.
— — über Fieber bei — (Kroner) 1197.
— — im Kindesalter (Paus) 1273.
— — medikamentöse Beeinflussung der Azidität (Schüle) 722.
— — palliative Resektion beim — (Flörcken) 1266.
— — Pathogenese u. Therapie (Korbsch) 687 .
— — rotundum (Schindler) 1233.
— — Säurebasengleichgewicht (Popper) 1029.
Veramon (Bürgi) 721, 1095.
— (Nagel) 331.
— (Siegel) 204.
— -Mißbrauch (Beilke) 1198.
Verbandstoff (Keimfreiheit (Walter) 1206.
Verbrecher, Intelligenz (Grierson u. Rixon) 929.
— Körperbau an geisteskranken und gesunden — (v. Rhoden) 607.
— Psychopathologie (Raecke) 1331.
Verbrennungen (Schneider) 103.
— (Schreiner) 103, 1440.
Verbrennung, Kontraktionsnarbe (Bouvier) 649.
Verchromungsanlagen, Arbeiterschutz (Förster) 1101.
Verdauung, Bericht der Gesellschaft für Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten (Wolffenstein) **1154.**
Verdauungsinsuffizienz, idiopathische (Mader) 329.
Verdauungsleukozytose (Michailow) 923.
— bei akuten Infektionskrankheiten (Torday) 203.
— bei Konstitutionsanomalien (Tur) 165.
Verdauungsstörung chronische (Brown, Courtney, Davis u. Lachlan) 179.
Verdauungstrakt, s. Magendarmkanal.
Vererbung (Creno) 993.
— (Mühlbach) 1454.
einer vorzeitigen Entwicklung des Gesclechtstriebes (Polland) 1194.
— -sfragen (Weitz) 234.
— -lehre (Meisenheimer) 1215.
Verfolgungswahn bei Blinden (Banus) 690.
— chronischer (Langfeldt) 1133.
Vergiftungen, akute (Lichtwitz) 64.
— gewerbliche (Kulkow) 1027.
— — (Zangger) 412.
— durch Schuhputzmittel (Muehlberger) 75.
Verjüngung, künstliche (Voronoff) 1216.
Verjüngungskunst von Zarathustra bis Steinach (v. Borosini) 900.
Verjüngungsverfahren (Zikel) 619.
Verkalkung des subkutanen Gewebes (Wilems u. Derby) **375.**
Verkürzungsreflex (Valentini) 654.
Vernes Flockungsmethode (Baylis, Sheplar u. Neal) **964.**
Veronal-Phenazetin (Käer u. Loewei) 1021.
Veronalvergiftung (Ajazzi-Mancini) 1377.
Veronalvergiftungen (Reiche) 1332.
Verrucae vulgares u. Condylomata acuminata (Brandes) **23.**
Verrucosis generalisata (Hoffmann) 1068.
Versorgungsansprüche des Arztes in beamteter Stellung **(Frankfurter) 750.**
Verstopfung, s. Obstipation.
— durch maligne Neubildung (Rankin) 617.
Versuchsschulen (Junge) 885.
Verteilungsleukocytose (Mirkin u. Rachlin) 819.
Vertigo cerebellaris posttraumatica (Chr. Gram) **561.**
Vertikalnystagmus (Perkins) 1111.
Verwachsungen, s. Adhäsionen.
Verwandtenehe, Zeugungswert (Marcuse) 1230.
Vesikalretention, intermittierende (Stewart) 1383.
Vesiculäratmen (Winkler) 339.
Vesiculitis seminalis (Wesson) 446.
Vesikulographie mit jodiertem Oel (Belfield u. Rolnick) **1075.**
Vestibularapparat, Bedeutung bei der Aviation (Leiri) **1237.**
— Drehschwachreizprüfung (Grahe) 1207.
Vestibularisausfall, einseitiger (Minnigerode) 1099.
Vestibularuntersuchung (Winter) 112.
Veterinärmedizinische Röntgenkunde, Lehrbuch (Henkels) **1042.**
Vibeta (Schiller) **549.**
Vibrationsmassage (Dremo) **321.**
Vibrio cholerae, anaerobe Züchtung (Hirsch) 684.
Vichy (Monod) 491.
Vierlingsgeburten (Häfeli) 345.
Vierte Krankheit (Hochsinger) 249.
— — Scarlatinella (Hochsinger) 302.
Vincentsche Angina (Burns) 1352.
— — u. Wismutbehandlung (Dainville u. Clercy) 256.
Vipern, Serumtherapie der Bisse (Kraus) 686, 1265.
Virulenz (Skajaa) 1071.
— -bestimmung (Bublitschenko) 312.
— u. cheomtherapeutische Wirkung (Kroó) 721.
— -probe (Fuß) 312.
— -proben (Gilbert u. Owen) 79.
— -probe von Ruge u. Philipps (Bumm) 1267.
— -prüfungen von Cervix u. Scheidenkeimen (Pribram) **312.**
Virusforschung (Kraus) 546.
Virus, ultravisibles im Zentralnervensystem (Pette) 1123.
Visceroptose bei Frauen (Bonney) 1134.
Viscum album (Maie) 604.
Viskosimeter für Blut und Serum (Wiemer) 1334.
Viskosimetrische Methoden (Franklin) 216.
— Untersuchungen am Liquor cerebrospinalis (Levinsohn u. Serby) 318.
Vitalfarbstoffe, Retention (Petroff) 1434.
Vitalkapazität bei Hyperthyreoidismus (Rabinovitch) 374.
Vitamin, s. a. Vitaminosen.
Vitamine (Scheunert) 821.
— (Stepp) 1119.
— (Wolfer) 414.
— Adsorption unter dem Einfluß von Eisenhydroxydsol (Jaydel und Funk) 1310.
— -A, Farbenreaktionen (Rosenheim u. Webster) 1310.
— u. allergische Tuberkulinreaktionen (Galli) 358.
— antiskorbutisches (Medes) 933.
— — u. ultraviolette Strahlen (Eggleton u. Harris) 171.
— u. Bakterien (Kollath) 602.
— Bedeutung für Wachstum und Entwicklung (Aron) 640.
— -B-Extrakte (Collum u. Kruse) 494.
— biologische Probe auf fettlösliches — (Chick) 1310.
— B in der Zitronenschale (Willimott) 1310.
— Einfluß auf die Heilung von Knochenbrüchen (Israel u. Fränkel) 202.
— — ultravioletten Lichtes auf die antirachitischen Eigenschaften (Dutcher u. Kruger) 1245.
— in der Ernährung der kleinen Kinder (Hernandez Briz) 930.
— fettlösliche (Drummond) 355.
— — (Poulsson) 245.
— — (Smith u. Chick) 1310.
— -Forschungen (Poulssen) 1306.
— -forschung (Stepp) 1052.
— -frage **(Neter) 907.**
— Gehalt der Eier bie Aufbewahrung nach chinesischer Art (Tso) 1310.
-gehalt der Frauenmilch (Frank) 412.
— (Meyer u. Nassau) 63.

Vitamine, Gruppe-A, Bedeutung (Wendt) 63.
— Herstellung vitaminreicher Suppen und Speisen **(P. Ziegelroth) 54.**
u. Kalkstoffwechsel (Loew) **1387.**
-gehalt des Lebertrans (Holmes) 38.
Licht u. A-Stoffe (Block) 252.
— -gehalt der Nahrung (Landé) 919.
— Photo-Aktivität einiger Oele (Rekling) 1306.
— -Problem bei Rachitis (Kohl, Geffcken u. Richter) 1407.
— Rachitis eine gemischte (B + C) — Avitaminose? (Schmitt) 340.
— im Verlaufe des Diabetes (Wohl) 1281.
u. Vitaminmangelkrankheiten (Frank) 1196.
wasserlösliche, wachstumsfördernde u. antineuritische Substanzen (Hange u. Carrick) 1245.
Vitaminose, experimentelle (Paffrath u. Schloßmann) 1065.
— u. Knochenbruchheilung (Israel) 404.
Vita sexualis (Nemes-Nagy) 802.
Vitiligo (Lévy-Fränkel, Guillaume u. Juster) 256.
— (Riviere) 381.
— (Simon u. Michon) 827.
— hereditäre (Polak) 1339.
Vivocall (Kreche) 416.
Volkmannsche Krankheit (Sénèque) 364.
Vollbad, Wirkung des kalten — (Kroetz) 1363.
Vollsalz (Sepp) 1296.
Volvulus des Coeoums (Grham) 441.
— der Flexura sigmoidea (Alksuis u. Muzeneck) 309.
— kongenitaler (Valkanyi) 361.
Vorderarmknochen, angeborene Verwachsung (Mouchet u. Lelen) 256.
Vorderkammerblutung (Hamann) 210.
Vorfalloperation u. Gebärfähigkeit (Vogt) 162.
Vorhof, Erregungsfortpflanzung vom Sinusknoten (Rothberger und Scherf) 167.
— -flattern (Bishop) 797.
— — beim Kinde (Poguton u. Wyllic) 992.
— -flimmern, s. a. Herzfehler.
— — (Bloch) 790.
— — (Jones) 1135.
— — (Mosler u. Sachs) 883.
— — nach elektrischem Trauma (Jacksch-Wartenhorst u. Rihl) 604.
— -kontraktion (Ken Kure u. Kaneko) 917.
— -systolen (Schellong) 415.
— Tumor im rechten (Giegler) 1019.
Vriessche Mutationstheorie (Naegeli) 856.
Vulvae acutum, Ulcus (Delbanco) 1271.
Vulva, Carcinom (Crisholm) 656.
— Ekzem als Indikation für Kaiserschnitt (Liepmann) 342.
— Esthiomene (Milian u. Lafourcade) 256.
— Haemangioma (van Dongen) 481.
— Krompechersches Carcinom (Temesvary) 689.
— malignes Melanom (Goforth) 1319.
— Oedem als Indikation für Kaiserschnitt (Gertler) 342.
— Sarkom (Garbien) 1347.
— solitäre Vaccine-Infektion (Joachimoits) 1437.
— Syphilom (Stein) 178.
— tubuläres Hidradenom (Hoeck) 1236.
Vulvitische Kinder als Diphtheriebazillenträger (Szarka) 1341.
Vulvovaginitis, s. a. Gonorrhoe.
— gonorrhoica infantum (Vogt) 414.
— bei Kindern (Sherman u. Norton) 1385.
— — in Krankenpflegeanstalten (Pipping) 1237.
— bei Säuglingen und Kleinkindern (Williams) 616.

Wabige Synechien im vorderen Abschnitt des Auges (Bonnefon) 980.
Wachsrekonstruktionen (v. Wartenfeld) 483.
Wachtstumsabweichungen bei Kindern (Lowman) 446.
Wachstum von Berliner Kindern (Schwéers u. Freudenberg) 1297.
— u. Ernährung (Ostorne u. Mendel) 1245.
— Förderung des Knochen- durch Injektion von Knochenextrakt (Zawisch) 1339.
— -geschwindigkeit der Bakterien (Jensen) 205.
— -hemmungen im Kindesalter (Rosenstern) 1095.
— der Kinder (Hiden) 41.
— im Kindesalter (Schlesinger) 1051.
— -kurven (Crozier) 1245.
— der Neugeborenen (Lambolez) 365.
— junger Ratten (Vollmer) 472.
— der Schulkinder (Wolff) 1297.
— schwachsinniger Kinder (Rosenblueth) 24.
— -störungen infolge örtlicher Beeinflussung der Epiphysenknorpel (Reschke) 953.
— — (Stettner) 66.
— — u. Knochenerkrankungen von Störungen der inneren Sekretion (Maß) 1077.
Wachstumsstörungen, ultraviolett. Licht z. Abwehr v. — (Viana) 1345.
— -widerstände, mechanische (Maaß) 687.
— Wirkung des ultravioletten Lichtes (Spolverini) 1345.
— von Gewebszellen unter erhöhtem Sauerstoffdruck (Fischer und Bach-Andersen) 253.
Wadenbein, Bruch des Griffelfortsatzes (Perrin u. Labry) 1074.
— -köpfchen, Luxation (Bani) 489.
Wadenschwäche, orthostatische supra-malleoläre Zyanose (Delater) 1211.
Wahnbildungen, paraphrene (Bürger) 886.
Walderholungsstätte im Stadtwald von Frankfurt a. M. (Wirth) 605.
Walthersche Brommethode (Walter) 919.
Wampenbildung (Creite) 953.
Wanderfürsorge (Fischer-Deflog) 1297.
Wanderschule (Cacace) 930.
Wange, doppelter Primäraffekt (Jost u. Lanzenberg) 614.
Wangen, Hautkrankheiten an der Innenwand (Jadassohn) 329.
Warburgsche Methode (Loeser) 103.
Wärme s. a. Kalorimetrie.
Wärmehaushalt bei Dysfunktion der Blutdrüsen (Boenheim) 820.
Wärmelähmung (Mansfeld u. Hecht) 686.
Wärmeresistenz (Vilioen) 1317.
Wärmeschirm (Allina) 823.
Wärmestrahlung der Haut, autogene Umstellung (Schultz) 640.
Wärmewirtschaft (Aschof) 1021.
Warzenfortsatz, Entzündung der mittleren tiefen Zellenräume (Bilancioni u. Traina) 359.
— — (Neumann) 1029.
— Röntgenographie (Richter) 418.
Wäscheschleudern, Gummitreibriemen (Voges) 1021.
Waschfrauen-Nägel (Sylvest) 1307.
Was Eltern wissen müßten (v. Scheven) 900.
Wasser, Anreicherung bei toxischer Ernährungsstörung des Säuglings (Nassan) 412.
— -ausscheidung, extrarenale u. renale (Seyderhelm u. Goldberg) 553.
— -bäder, elektrische (Loewenthal) 1233.
Wasserbilanz u. Blutzuckerspiegel (Adamek, Driak und Starlinger) 825.
— -haushalt (Marx) 22.
— — (Marx) 202.
— — (Tashiro) 336.
— — (Asher) 1152, (Siebeck) 1152, (Rominger) 1152.
— — (Pick) 1155, (Lichtwitz) 1155.
— — (Marx) 1234.
— — Bedeutng des Pankreas **(Jankowsky) 540.**
— — Beeinflussung des Kochsalzhaushaltes durch perorale Zuckerbelastung und durch Adrenalin (Meyer, Risch u. Wohlenberg) 724.
— — bei Tuberkulose (Meyer-Bisch) 718.
— orthostatische Retention (Sevderhelm u. Goldberg) 851.
Wasserkrebs (Rasskin-Brande) 1412.
Wassermannsche Reaktion (Beinhauer) 1145.
— — (Belding) 1145.
— — (Brandt, Guth und Müller) 201, 1433.
— — (Dold u. Groß) 723.
— — (Ecker) 79.
— — (Frenti) 827.
— — (Gutfeld) 334.
— — (Leiboff) 933.
— — (Mitchell) 1348.
— — (Panofsky) 23.
— — (Pfanner) 174.
— — (Pieper) 63.
— — (Rubinstein) 113.
— — (C. Schuler) 26.
— — bei Augenerkrankungen (Rabitsch) 312.
— — bei der behandelten Frühsyphilis (Moore u. Kemp) 830.
— — bei der Geburt (Boas u. Grammeltoff) 646.
— — bei internen Erkrankungen (Lindlau) 1233.
— — bei Kaninchensyphilis (Wakerlin u. Carroll) 495.
— — — (Herrold) 495.
— — bei paretischer Neurosyphilis (W. C. Menninger u. K. A. Menninger) 78.
— — bei schwangeren Frauen (Belding) 443.
— — bei Ulcus gangraenosum (Vollmer) 888.
— — Halbmikromethode (Nohlen u. Ball) 1065.
— — in der luetischen Milch (Hackemann) 547.
— — in Exsudaten u. Transsudaten (Pansini) 216.
— — in geschütteltem Serum (Pfanner) 1277.
— — inkomplette (Lawrence) 964.
— — am Liquor (Zange) 650.
— — lokale (Kitchevatz) 764.
— — nach Milchinjektionen (Kirschenblatt u. Nariunjan) 851.
— — Schwangerer (Belding) 443.

Wassermannsche Reaktion u. Wismut (Sidlick) 1145.
— — unter Verwendung überschüssigen Ambozeptors (Cummer und Lyne) 443.
Wassermannstudien (Ishii) 503.
Wassermannuntersuchung (Gilbert u. Langworthy) 503.
Wasserröhrenkessel (Ter-Pogosianz) 1412.
Wasserschierling, Vergiftung (Gompertz) 1315.
Wasserstoff, Einfluß auf das Wachstum von Kaulquappen (Scheer) 1332.
— -elektrode (Garrison, Nicholas u. Pasternack) 1075.
— — (Schmitt) 757, 821.
— -ionenbestimmung im Harn (Loessi) 423.
— -ionenkonzentration (Pineussen) 853.
— — des Blutes bei atrophischen und dyspeptischen Säuglingen (v. Bokay) 107.
— — im Kapillarblut (Martin u. Lepper) 1310.
— — elektrometrische u. kalorimetrische Bestimmung (Lepper und Martin) 1310.
— — bei der Entzündung (Rohde) 1405.
— — im Organismus (Löffler) 244.
— — und Glykose im Blut (Roche) 1410.
— — Puffermischung für das alkalische Bereich bei der Bestimmung der (Atkins u. Pautin) 1310.
— — in Nährboden (Culyer) 1036.
— — (Jennet) 264.
— — u. Schmerzempfindung (v. Gaza u. Brandi) 752.
— — und Wundheilung (Nather u. Jalcowitz) 647.
Wasserstoffsuperoxyd, Einfluß (Dienst) 1025.
Wasserstoffwechsel (Andrews) 318, 570, 896.
— (Falta) 303.
— (Rancken) 483.
— — Dehydrationsfieber (Andrews) 765.
— in der Schwangerschaft (Runge u. Kessler) 161.
— — und Lebervenensperre (Lenaz) 330.
— und Nierenfunktion (Gigon) 214.
Wassertherapie (Gioseffi) 563.
Wasser- und Konzentrationsversuch, Serumeiweißgehalt (Lasch) 424.
— -verlust bei Ernährungsstörungen (Mitschell u. Jonas) 77.
— -versuch bei Hypertonie (Hubert) 304.
— -versuche am Säugling bei konzentrierter Ernährung (Baumecker und Schoenthal) 24.
— — (Hirsch) 984.
— -wechsel und Buttermilch (Röckemann) 725.
— — zentrale Regulation (Molitor u. Pick) 418.
Weber (Lavermicocca) 253.
Wechselatmung Bretschneidersche (Lahmann) 305.
Wechselfieber, Heilung (Ebstein) 722.
— in Castilien (Jimenez) 930.
Wechselinhalation (Malten) 820.
Weeksche Conjunctivitis (Marin Amat) 30.
Wehenbeginn (Kross) 378.
Wehenerregung (Gauss) 312.
— künstliche (Schäffzek) 1098.
Wehenschmerzen (Gellert) 558.
Wehenschwäche (Conrad) 388.
Weibliche Entwicklungsantriebe (Sellheim) 1337.
Weichbrodt, Proben (Goria) 892.
Weil-Felixsche Reaktion (Gilbert u. Colemann) 259.
Weil-Kafkasche Reaktion (Faccone) 1416.
Weilsche Krankheit (Adamski) 947.
— — (Enneking) 429.
— — ohne Ikterus (Lampe) 759.
— — (Reiter) 413.
— — (Uhlenhuth u. Großmann) 752, 753.
— — (Burton-Fanning u. Cleveland) 857.
— — (van Gelder) 989.
— — (Schüffner u. Sieburgh) 1403.
— — s. a. Ikterus infectiosus.
Weißer Fluß (Nijhoff) 1030.
Weißsche Reaktion bei der Tuberkulose im Kindesalter (Giaume) 1173.
Weizenkleie, Protein (Murphy u. Breese) 866.
Weizenöl, laktationsfördernder Faktor (Sure) 866.
Wellenform und Wirksamkeit (Chamberlain u. Newell) 437.
Weltkrieg und Wiener Arbeiter (Hauck) 1101.
Wendung, Schwierigkeiten (Demelin) 1416.
Wendungen auf dem Fuß (Barney) 378.
Weninger 174 (Dührssen) 1025.
Werk u. Wirkung (Much) 1453.
Werlhofsche Krankheit (Goldman) 1444.
Westsche Operation (Wegner) 642.
Wettlauf, Kreislaufsystem (Brandeis) 1060.
— Gewichtsverlust (Moog u. Schwieder) 1402.
Whitman-Rekonstruktionsoperation am Hüftgelenk (Cooperman) 82.
Wiesbadener Thermalquellen, Gelenkkrankheiten (Einstoß u. Hirsch) 414.
Wilsonsches Symptomenbild (Spielmeyer) 420.
Wilsonsche Krankheit (Seletzky) 1204.
— — (Dawidenkow) 1234.
Wimpern, abnormes Längenwachstum bei Ueberfunktion der Nebennieren (Reitter) 1268.
Windpocken und Herpes Zoster (Wilson u. Mitschener-Little) 486.
— s. a. Varizellen.
Wirbelfrakturen nach leichtem Trauma (Püschel) 1302.
Wirbel, Anomalien (Hanson) 793.
— -brüche, Enderfolge (Haumann) 396.
— -kanal, extradurale Blutung (Reid u. Kennedy) 36.
— -körper Kompressionsbrüche (Schießl) 301.
— Querfortsatzbrüche (Schießl) 578.
— -säule, Anomalien (Andersen) 608.
— — Diagnose der Erkrankungen (Sinding-Larsen) 1341.
— — Entwicklung (Hanson) 1307.
— — Gelenkentzündungen (Valtancoli) 488.
— — kongenitale Mißbildung (Buckell) 171.
— — konservative Behandlung (Ganvain) 36.
— — laterale Verbiegung durch Muskelspasmus (Carty) 1349.
— — Mißbildung (Moppert) 479.
— -säulendeformitäten (Winkler) 475.
— -säulendistorsionen (Adams) 76.
— -säulenentzündung tuberkulöse, Albersche Operation (Ciaccia) 253.
— -säulen-Tuberkulose (Sevier) 118.
— -säule, operative Richtigstellung (Goidlestone) 36.
— — Osteomyelitis (Bast) 341.
— — Röntgendiagnostik (Peiper) 245.
— — sagittale und frontale Verkrümmungen (M. Dubois) 26.
— — Totalluxationsfraktur (Hargseth) 483.
— — tuberkulöse Erkrankung (Dyke) 36.
— — und Rückenmark, Sanduhr-Geschwülste (Borchardt) 412.
— — Versteifung (Czunft) 1342.
— -tuberkulose, ankylosierende Operation (Ely) 731.
— zentrales osteoplastisches Sarkom (Breitländer) 608.
Wismutabszesse (Gouin u. Allanie) 258.
— (Sabouraud) 368.
Wismut, Einfluß auf das Blutbild luetischer Kinder (v. Tüdös und v. Kiss) 250.
— als Diureticum (Pavlovic) 685.
— Nachweis in den Organen (Christeller) 546.
— -depot (Lorlat-Jacob u. Roberti) 257.
— -Diasporal (Portmann) 166.
— -embolie, arterielle (Vicolau) 34.
— -karbonat, arterielle Embolie, intramukuläre Injektion (Barthélémy) 764.
— -injektionen bei Schuppenflechte (Michailow) 167.
— Gangrän nach arterieller Injektion (Gougerot u. Quénu) 1417.
— im Harn (Hill) 172.
— -intoxikation (Fischer) 348.
— Nierenschädigung (Dietel) 1271.
— hydroxydinjektionen (Lacapère u. Galliot) 258.
— — (Lortat-Jacob u. Roberti) 256.
— hydroinjektion intramuskuläre (Aubry) 368.
— — arterielle Embolie des Oberschenkels nach intramuskulärer (Sézary) 1278.
— Nierenschädigung (Walter Lichtenberg) 559.
— -oxyd, Ausscheidung (Lafay u. Ferrand) 113.
— -präparat (Feldmann) 764.
— -retention (Pinard u. Rabut) 257.
— -salze, diuretische Wirkung (Robitschek) 819.
— -saum, rapide Behandlung (Fargin-Fayolles) 112.
— — (Rothman u. Kurz) 602.
— -schmierkuren (Giemsa) 202.
— tonische Wirkung (Belgodère) 116.
— -behandlung (Fouquet u. Machtou) 219.
— — (Vadel) 348.
— — während der Schwangerschaft (Bizard u. Jolivet) 257.
— — antisyphilitische, während der Schwangerschaft (Bizard und Jolivet) 566.
— bei Syphilis (Mendes da Costa u. Papegaaij) 609.
— in der antisyphilitischen Therapie (Ayres jr.) 1179.
— in der Syphilisbehandlung (Barthelemy) 617.
— -Therapie lumbale bei Tabes (Lafora) 1173.
— — Prostitution (Rottmann) 1093.
— — umzureichende (Petrosino) 1105.
— und Wassermann-Reaktion (Sidlick) 1145.
— Verarbeitung, Wirkung und Ausscheidung (Stephan) 1063.
— -verbindung, Einfluß auf die Spirochaeta pallida (Kadisch) 348.
— -verbindungen, Toxität (Gordonoff) 651.

Wismutverbindungen, unlösliche, intramuskuläre Injektionen (Barthélémy) 116.
— -vergiftung (Mussick) 760.
— — (Resnik) 659.
Wochenbettfieber, s. a. Puerperalfieber.
— (Lash u. Kaplan) 75.
— (Bessesen) 959.
— (Essmann) 1237.
— (Sahler) 1097.
Wochenbett, Schock (Bailey u. Driscoll) 501.
Wunddiphtherie (Seiferth) 855.
Wundverbände, durchsichtige, aseptische (Altkaufer) 1347.
Wurzeln, sensible Fasern der vorderen (Meyer) 1267.
Wurmkrankheit (Cederberg) 925.
— chirurgische Komplikationen (Zambelli) 826.
Wohlfahrtspflegegesetz, sächsisches (Thiele) 335.
Wohlfahrtspflege, Organisation in Deutschland (v. Holbeck) 273.
— öffentliche (Martin) 994.
Wohnungen, Siedlungen und Gartenstädte in Holland und England (Kampfmeyer) 1003.
Wohnungselend (Aust) 885.
— deutsches (Aust) 821.
Wohnungsnot und Volksgesundheit (Aust) 469.
Wohnungs- und Bettennot (Albers) 683.
— — — (Engel) 683.
Wolhynisches Fieber (Tempka) 1444.
Wolfsmilch (Guggenheim) 1437.
Woodsche Lampe (Meyer u. Saldmann) 257.
Wundantiseptika Prüfungsmethoden **(Braun) 291.**
Wundbehandlung (Berkenbusch) 333.
— (Clairmont) 1403.
—(Ritter u. Klingenfuß) 244.
— (Schück) 1433.
Wundinfektion, Prophylaxe und Behandlung (Meyer) 446.
Wurmeierzählungsmethoden (Stoll u. Hausherr) 494.
Wurmfortsatz bei gynäkologischen Operationen (Statham) 654.
— karzinoide Gewächse (Lewis) 434.
— s. a. Appendix.
Wut in Wien 1913—1923, Schutzimpfungsanstalt (Schweinsburg) 108.
— s. a. Tollwut und Rabies.

Xantho-erythrodermia perstans (Lortat, Fernet u. Haye) 35.
Xanthom (Grütz) 347.
— -zellenbildung in Mammae (Lobeck) 986.
Xanthomatosis bulbi (Busacca u. Tattoni) 252.
Xanthoproteinkolometrie bei Krankheiten (Becher u. Hermann) 822.
Xanthoproteinreaktion (v. Lemesic u. Jovanovic) 65.
Xanthoproteinwert, Bestimmung (Grömer) 1436.
X-Beine, Schienenbehandlung (Port) 333.
— künstliche Fugenlösung (Annovazzi) 254.
Xeroderma pigmentosum (Martenstein u. Bobowitsch) 347.

Yale-Universität, ärztlicher Unterrichtsplan (Stockard) 697.
Yatren (Schneider) 721.
— (Jochmann) 1203.
— Bronchialasthma (Hintze) 1443.
— -Kasein (Wimmer) **737.**
— — (Voelcker) 823.
Youngsche Operation (Bugbee) 267.
— perineale Prostatektomie (Hinman) 1179.

Zahnärztliche Stationen an Krankenhäusern (Frohmann) 1022.
Zähne, Allgemeinerkrankungen (Spanier) 304.
— und Augen (Walter) 221.
— berufliche und gewerbliche Veränderungen (Kraus) 1101.
— chirurgische Extraktion (L. Monier) 565.
Zahn, Entzündungen an der Wurzelhaut, Röntgentherapie (Pordes) 1153.
— -extraktionen (Wolf) 478.
— -extraktion (Gallestrup) 482.
— — (Melchior) 482.
— -füllungen (Flury) 722.
— in der Kieferhöhle (Bernstein) 1099.
— -Infektionen, Beziehungen zu Systemerkrankungen (Haden) 797.
— -Infektion, periapicale (Haden) 733.
— — — (Thama) 578.
— -keimentzündung sequestrierende (Bäumler) 207.
— -mangel, vollkommener Broc) 110.
Zähne, Persistenz retinierter Weisheitszähne (Durand) 730.
Zahnpulver, Schmerzempfindlichkeit (Heinroth) 1021.
Zähne, Sensibilitätsprüfung (Spreng) 690.
— Strepto-Enterokokkeninfektionen (Lesbre u. Granclaude) 1073.
Zahnveränderungen als Sepsisquelle (Rodway) 484.
— bei Lues congenita (Pflüger) 167.
Zahnveränderung bei Zomularkatarakt (Schilling) 1100.
Zahnzysten, Operation (Loebell) 988.
Zahnen (Blum u. Mellion) 430.
Zange, Achsenzugzangenhandgriff (Bill) 124.
— am Steiß (Hermstein) 106.
— Entwicklung des hochstehenden Kopfes (Lantnéjol) 657.
— hohe und Kaiserschnitt (Calmann) 342.
— Modifikation (Ferguson) 655.
— neue (Zweifel) 1090.
Zangenfrequenz und Mortalität (v. Thurn-Rumbach) 343.
Zangen für Knochentraktion (Thorndike) 120.
— -geburten (Johannsen) 473.
— — (Klaften u. Bodnar) 344.
— -modell von Kjelland (Walthard) 556.
— — (Zweifel) 473.
Zehe, Autotransplantation, für den Verlust eines Fingers (Fuld) 569.
Zeitpotenzierung (Gordonoff) 203, 297.
Zeitreizversuche (Blumenfeldt) 336.
Zelle, individuelles Verhalten (Lehmann) 917.
— — — (Heubner) 1165.
— — — (Handvovsky) 1332.
Zellenlehre der Peritonealflüssigkeit (Vogt) 425.
Zellkern, oxychromatische Veränderungen (Luger u. Landa) 415.
Zellphysiologie (Rernikoff) 1244.
Zellteilung (Legrand) 1032.
Zelltheorie (Rich) 1349.
Zelluidfingerling (Kulenkampff) 979.
Zellulare Entwicklungsmechanik (Weill) 313.
Zelluläre Abwehrkräfte (Breinl) 886.
Zelluloid als alloplastisches Material (Jancke) 952.
Zellvermehrung, die für die — nötigen Substanzen (Carrel u. Baker) 1244.
Zellzytoplasma von Blättern (Chibnall u. Grover) 1310.
Zentralnervensystem, Erschöpfung bei den Schulkindern (Huber-Gritz) 1242.
— — bei Studierenden (Huber-Gritz) 1443.
— Fettbefunde bei Neugeborenen (Berberich) 244.
— metastatisches Karzinom (Hilpert) 607.
— Verfettung (Schwartz) 339.
Zentralrupturen (Sachs) 688.
Zentren, Gegenreaktion (Pötzl) 1204.
Zentrozyten (Lipschütz) 1100.
Zerstückelung des lebenden Kindes (Gonzales) 1173, 1448.
Zeugen, psychologische Begutachtung jugendlicher — in Sexualprozessen (Stern) 1196, (Moll) 1196, (Hellwig) 1196.
Zeugenschaft **(v. Schnizer) 945.**
Zeugnisse, unrichtige ärztliche (Odin) 885.
Zeugungsunlust und Präventivverkehr in der Ehe (Marcuse) 1231.
Zeugungswert der Verwandtenehe (Marcuse) 1230.
Ziegenimmunserum (Tunicliff u. Hoyne) 207.
Ziegenmilch als Säuglingsnahrung (Korach) 753.
— -anämie (de Rudder) 547.
— — (Glanzmann) 250.
Ziegenmilch s. Milch.
Ziegenpeter s. Parotitis epidem.
Ziehkinder, Fürsorge gegen tubberkulöse Erkrankungen (Schoedel) 206.
Ziliarkörper, Hämangiome (Heine) 311.
— Syphilom (Rosenstein) 759.
Ziliarnervenschleifen intrasklerale (Axenfeld) 210.
Zinkarbeiter, Berufskrankheit (Cord u. Friedländer) 659.
Zinn, Behandlung der Furunkel und Kordeola (Levy) 851.
— Wirkung (Handovsky) 755.
Zirbeldrüse s. Epiphyse.
Zisternenpunktion (Garkawi) 1403.
Zitronensäurevollmilch (Weissenberg) 854.
Zitronenschale, Gehalt an Vitamin B (Willimott) 1310.
Zittern akutes cerebrales der kleinen Kinder (Wieland) 349.
— erbliches (Minor) 158.
— faszikuläres (Drszchowski) 1347.
Zoekum, Lymphzyste (Flick) 819.
Zonulafasern, Verkupferung (Jess) 477.
Zonulalamelle, Ablösung (Weil u. Vele) 1447.
Zoster und Varizellen (Landa u. Silberstein) 414.
— — — -virus (Hoffmann) 684.
Zucker s. a. Blutzucker, Glykaemie, Glykose.
Zuckerarten, bakteriologischer Nachweis im Harn (Klein u. Soliterman) 720.
Zuckerausschüttung nach Insulin (Müller u. Petersen) 416.
Zucker, Ausschüttung nach Insulin (Fornet u. Christensen) 643.
Zuckerbäcker, chronische Nagelentzündung (Schmidt) 1274.
Zucker zur Beschleunigung der Geburt (Rucker) 371.
— -bestimmung (Behre u. Muhlberg) 933.
— -bestimmungen in Frauenmilch (Bruhns) 305.
— -bestimmung im Liquor (Nüna) 158.

Zucker, Blut und Liquor während der Gravidität (Hellmuth) 1207.
— im mütterlichen foetalen Blut (Hellmuth) 425.
— Einfluß der Korrelation der Nährstoffe auf die Resorption (Nassau und Schaferstein) 340.
— -gaben, parenterale (Hadenfeldt) 1233.
— -gehalt (Levinson) 264.
— — der Cerebospinalflüssigkeit (Stowe) 373.
— -gußdarm (Schrödl) 979.
— -kranke Kinder poliklinische Behandlung (Priesel u. Wagner) 1095.
— — Ernährung (Silbermann) 1113.
— im Liquor (Aronowitsch) 886.
— -regulation bei Schwangeren (Labbe u. Chevki) 693.
— -röhrchen von Russell (Hall u. Lacy) 207.
— -stoffwechsel bei der Dehydration (Andrews) 896.
— — in der Schwangerschaft (Schmidt) 1089.
— in der Therapie der Nierenkrankheiten (Cervenka) 1281.
— -toleranzbestimmungen (Hirst u. Long) 700.
— -toleranz-Probe (Hartmann u. Bolliger) 117.
— Urinreaktion (van Bemmel) 429.
— -verteilung im Plasma und in den roten Blutkörperchen (Ege und Hansen) 1133.
Zunge, Aktinomykosis (Lumnitzer) 1274.
— Belag (Levinger) 641.
— chronischer Abszeß (Baggio) 217.
— Haemangioma cavernosum (Baumgartner) 72.
— hypertrophische papillomatöse Tuberkulose (Jeanselme und Burnier) 494.
— Carcinom (Channing C. Simmons, M. D.) 580.
— Leptothrix-Mykose (Roedelius u. Brack) 687.
— Papillom (Zagni) 1277.
— Rhabdomyon (Rütz) 819.
— Ulcus molle (Montpellier) 614.
— weicher Schanker (Ravaut u. Ducourtioux) 219.
Zungenabszeß (Barlow) 38.
Zungenbasis. Carcinom (Berthoud) 479.
Zungenkrebs (Schreiner u. Brown) 1039.
— (Schreiner) 1407.
— Radiumtherapie (Regoud) 336.
Zungenphänomen Heidenhainsches (Schäffer u. Licht) 155.
Zungensarkom (Cirillo) 1376.
Zungentonsille (Della Cioppa) 357.
Zungenwurzelgegend Infektion (Dabney) 75.
Zwangserkrankung, chronische, systematisierende (Jahrreiss) 1026.
Zwangsgreifen (Schuster u. Pinéas) 422.
Zwangsneurose (Klein) 951.
— Pathogenese (Inglessis) 422.
Zwangsvorstellungen (Herzig) 791.
— im Verlauf der Schizophrenie (Jahrreiss) 1204.
Zweikampf, ärztliche Hilfe **(Lustig) 1293.**
Zwerchfell (Bilancioni) 1276.
— Abnomitäten des rechten (Reiser) 1196.
— -abriß (Ovator) 423.
— -bewegung, paradoxe (Dünner u. Mecklenburg) 822.
— Eventration (Reifenstein) 78.
— beim künstlichen Pneumothorax (Russi) 1376.
— Funktionsfähigkeit (Parodi) 1142.
— -hernie (Bridges u. Fawcett) 355.
— — (Pankoast u. Boles) 1451.
— — der Kardia des Magens (Friedenwald u. Feldman) 79.
— — Tod unter der Geburt durch traumatische (Granzow) 1090.
— -hochstand (Andersen) 418.
— — rechtsseitiger als Entbindungslähmung (Landsberger) 545.
— -lähmung (Fornet) 338.
— — (Jessen) 1363.
— — operative (Ruhemann) 206.
— — bei der Behandlung der einseitigen Lungentuberkulose (Roith) 1205.
— -Läsionen (Jenkinson) 862.
— normale Variationen, pathologische Verhältnisse (Leon Theodore Lewald, M. D.) 579.
— -tic, postencephalitischer (Gamble, Pepper u. Muller) 220.
Zwergwuchs (Hurwitz) 413.
— renaler (Lathrop) 1451.
Zwillinge (Waardenburg) 759.
— Behandlung verhakter (Gehse) 689.
Zwillingsbiologie (Meierowsky) 1297.
Zwillinge, eineiige (Beckershaus) 824.
— — (Rossier) 888.
— Eineiigkeit (Waardenburg) 1332.
— — oder Zweieiigkeit (Wagner) 1089.
— Größendifferenzen (Brandess) 164.
— Hautkrankheiten (Clarke u. Stibbens) 800.
— monamniotische (Bihler) 689.
Zwillingsabort (Schneider) 558.
Zwillingsforschung (Mayer-List u. Hübener) 65.
— vererbungsbiologische (Verschner) 1059.
Zwillings-Pathologie (Stransky) 250.
— (Siegl) 823.
— (Lottig) 1297.
Zwischenhirn (Greving) 392.
— Funktion (Grevius) 70.
— in der Pathogenese der Dystrophia adiposo-genitalis **(Kraus) 415.**
— und Sexualität (Leschke) 1159.
Zwischenkiefer, Bedeutung für die **kongenital-syphilitischen Zahn**veränderungen (Buschke u. Langer) 203.
Zwitter, weiblicher (Löwenstein) 165.
— s. Hermaphroditismus.
Zyankalium, kutane Schädigung (Raestrup) 1101.
Zyklischer Formenkreis (Dattner) 1365.
Zyklodialyse (Kreutzfeldt) 824.
Zyklushormon (Loewe, Lange u. Faure) 331.
Zyste, endothorakale (Eigler) 1267.
— multilokuläre tubo-ovarielle (Secor) 1281.
— paraurethraler Entstehung (Ottow) 688.
— retraperitoneale (Cornioley) 169.
Zystein, optische Aktivität (Andrews) 866.
— -Zystin, reversible Oxydation-Reduktionssysteme **(Kendall und** Nord) 1245.
Zystektomie, Neubildung der Gallenblase (Citron) 1094.
Zysten-Mamma (Askanazy) 72.
Zystenniere (F. Herzog) 24.
— (Bitschai) 348.
— angeborene (Blum) 1132.
— Diagnose (Grauhan) 953.
Zysterna cerebello-medullaris (Marko) 1342.
Zysternenpunktion (Baumann) 334.
— **(Blum) 147.**
— (Fölsch) 1094.
— plötzlicher Tod (Reuter) 1305.
Zysticerkus zellulosae (Priest) 1071.
— intraokularis (Carsten) 312.
— rakemosus (Verga u. Dazzi) 360.
Zystin, kolorimetrische Bestimmung (Looney) 1245.
Zystinurie (Mörner) 1070.
Zystitis, Aenderung der Harnreaktion bei Behandlung der akuten primären (Blaustein) 582.
— (Marchionini) 1408.
— gangränosa im Wochenbett (Karlin) 688.
— — dissecans (Lemperg) 688.
— infektiöse (Briggs) 444.
— tuberkulosa, Therapie (Minder) 1341.
— Ursachen und Therapie (Jahr) 853.
— ein Mikroorganismus bei spezifisch infektiöser — bei Kühen (Jones u. Little) 1244.
— Therapie (Caspar u. Zeltner) 722.
— Behandlung (Casper) 1101.
Zystogramm (Coutts) 1319.
Zystographie (Pascual) 930.
Zystopyelitis Therapie (Trendtel) 820.
— durch Pseudodiphtheriebazillen (Frisch) 1132.
Zystoradiographie (Ottow) 688.
Zystoskop (Kidd) 172.
— (Greenberg) 858.
— (Sternberg) 1407.
Zystoskopie (Rothschild) 427.
— (Blum) 546.
— (Schwartz) 797.
— (Goldstein) 1075.
— aseptische (Vogel) 427.
— gynäkologische (Sternberg) 476.
Zystokopische Entfernung eines Harnleitersteines (Cecil) 858.
Zystozele (Johnson) 501.
— Mayo-Operation (Masson) 1382.

LIBRARY
RECEIVED
FEB 12 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH. Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 1 — BERLIN, DEN 15. JANUAR 1926 — 44. JAHRGANG

4

Gelonida
Aluminii subacetici No. I zu 0,5 u. 1,0
Originalsch. mit 20 Stck
Klinikpack zu 500 Stck.
(basisches Aluminiumacetat mit ca 10% Aluminiumsulfat)
das bekannte völlig ungiftige Präparat gegen
Oxyuriasis
Seit 15 Jahren als
zuverlässiges Wurmmittel
bewährt
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Euchinin

wirksames Chininpräparat, fast geschmackfrei, bewährt bei **Malaria** und **Keuchhusten.**

Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co., G. m. b. H.
Frankfurt a. M.

Hydrochinin

hydrochloric.

wirksamstes Präparat bei **Malaria,** neutral und sehr leicht löslich, innerlich und zur intramuskulären Injektion.

Optochin

basic.

Spezifikum gegen kruppöse und katarrhalische **Pneumonie.**

1,0 pro die

Optochin hydrochlor.

intralumbale Behandlung der **epidemischen** und **Pneumokokken-Meningitis.**

In der Augenheilkunde ist

Optochin hydrochlor.

Spezificum gegen Pneumokokken-Infektion.

Indikationen Ulcus corneae serpens, Dakryocystitis, Conjunctivitis, Lichtscheu, Prophylaxe vor Operationen.

Eucupin

basic.

zur Behandlung u. Verhütung der **Grippe-Pneumonie.**

1,2 pro die

Vuzin

bihydrochloric.

Pantherapeutisches **Flächen-** und **Tiefenantiseptikum.**

Eucupin-Suppositorien

Daueranaesthesie und Desinfektion bei **Haemorrhoiden, Fissura ani.**

Literatur und Proben auf Wunsch.

Sanatogen

Seit 25 Jahren bewährt als zuverlässiges **Tonikum und Roborans** in allen Fällen, die einer schnellen und nachhaltigen **Kräftigung des Organismus** bedürfen. Kassenpackungen zu 50 und 100 g.

Kalzan

(Calcium — natrium — lactat), Kalkpräparat nach den Professoren Emmerich und Loew mit experimentell bewiesener sehr guter **Kalkretention.** Verbilligte Kassenpackungen zu 45 Tabletten.

Cystopurin

(Hexamethylentetramin + Natriumacetat), bewährtes zuverlässiges Harndesinfiziens. Vollkommen reizlos gegenüber Nieren und Verdauungsapparat, daher auch in höherer Dosierung besonders geeignet zur **Dauerbehandlung.**

Formamint

sicheres Desinfiziens für Mund und Rachen. Zu Therapie und Prophylaxe. Bequemer im Gebrauch und nachhaltiger in der Wirkung als Gurgelungen. Kassenkleinpackung als Röhrchen mit 20 Tabletten.

Duploferrin

(Eisennucleinat — Natriumcitrat — Albumose), Eisenpräparat von hervorragender Bekömmlichkeit besonders gegenüber Magen und Zähnen — und **zuverlässigster Wirkung.** Verbilligte Kassenpackungen zu 50 Tabletten.

Jodomenin

(Jodwismuteiweiß), Jodpräparat von milder und doch sicherer Jodwirkung, ohne Jodüberschwemmung des Körpers, daher **kein Jodismus.** Besonders für die Kinderpraxis.

Von vielen Kassen zugelassen — Literatur und Muster kostenlos und unverbindlich.

Bauer & Cie., Sanatogenwerke **Johann A. Wülfing,** Chem. Fabrik
Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.

Dr. med. R. Freise, Assistent der Klinik: Die Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung der Insulintherapie . . 1

Aus der II. Inneren Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg. (Dirig. Arzt: Prof. Dr. F. Glaser.)

Prof. Dr. F. Glaser: Der heutige Standpunkt der Vagus- und Sympathicustherapie 11

Aus dem Bakteriologischen Laboratorium des Städt. Krankenhauses Moabit.

Lydia Rabinowitsch-Kempner: Ueber neuere Streptokokkenuntersuchungen 18

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1925, Nr. 49 22
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1925, 87. Bd., 4. bis 6. Heft 23
Dermatologische Wochenschrift 1925, Nr. 45—48 . . 28
Zeitschrift für Urologie 1925, Nr. 11 24
Zeitschrift für Kinderheilkunde 1925, 40. Bd., 3. Heft 24
Zeitschrift für Tuberkulose 1925, 43. Bd., 6. Heft . . 24
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1925, 62. Bd., Heft 1/2 25
Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 1925, 13 Bd., Heft 1 25
Schweiz. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 38—44 26
Hygiea 1925, 87. Bd., Nr. 16—20 27
Ugeskrift for Laeger 1925, Nr. 40—47 27
Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1925, Nr. 11 . . 29
Hospitalstidende 1925, Nr. 33—42 29
Finska Läkaresällskapets Handlingar 1925, 57. Bd., November 30
El Siglo Medico, Madrid 1925, 72. Bd., Nr. 3723—3746 30
Paris Medical 1925, Nr. 23—29 31
Revue Neurologique 1925, 32. Bd., Nr. 5 34
Annales des Maladies Veneriennes 1925, Nr. 3—5 . . 34
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1925, Nr. 2 35
Johns Hopkins Hospital Bulletin 1925, November . . 36
British medical Journal 1925, Nr. 3384—3386 . . . 36
The Boston medical and surgical Journal 1925, Nr. 3 bis 10 37
Medical journal and Record 1925, Nr. 9—12 39

Buchbesprechungen 42

Mitteilungen 42

Therapeutische Mitteilungen:

Professor A. Bickel, Berlin: Staatlich Oeynhausener Salz-Seifencreme 43

(Aus dem Institut zur unentgeltlichen ambulatorischen Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in Mantua.)

Dr. Visioli, Direktor des Institutes: Catamin bei Behandlung der Krätze 43

Recvalysatum
Bürger

Rad. recentis valerianae Dialysatum.

Souveränes Beruhigungs- und Einschläferungsmittel mit der Vollwirkung der frischen Baldrianwurzel. Hat einen unverfänglichen Namen und keinen Baldriangeruch und -geschmack.

Dosis:
3mal täglich 20—30 Tropfen,
zur Einschläferung: 30—40 Tropfen vor dem Schlafengehen.

Handelsformen:
Tropfgläser zu 15, 30 und 60 ccm.

Literatur und Proben kostenlos

Vertreter für Rumänien: Jacob Avner, Bucarest, 15. Strada Gentila.

Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode a. H.

Orgakliman

das polyhormonale Kombinationsmittel
gegen
klimakterische Beschwerden jeder Art
alle Ausfallserscheinungen
Kastrationsbeschwerden
(postoperative, nach Röntgenbestrahlung etc.)

*

Mit besten Erfolgen angewandt
bei ovarieller Dysfunktion,
bei Dysmenorrhoe, Amenorrhoe,
Oligomenorrhoe usw.

*

Literatur: Deutsche Med. Woch. 1925, Nr. 41
Dr. med. Wilhelm Nußbaum, etc.

Dr. Laboschin Act.-Ges., Berlin NW 21
Chemische Fabrik // Abt. Organo-Therapie.

Löflund's

Malz-Extrakte

Seit 60 Jahren bewährt als Nährpräparat, **die Vitamine des Gerstenmalzes enthaltend**, für Kinder, Kranke und Genesende. Als Erleichterungsmittel bei Husten und Katarrhen erprobt.

Malz-Extrakt rein

und mit Zusätzen von **Chinin-Eisen, Eisen, Jod-Eisen, Kalk** und **Lebertran.**

Malz-Suppen-Extrakt

nach Prof. Dr. Keller, zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge.

Nähr-Maltose

als Beigabe zu Eiweißmilch, bewährte Kohlenhydrat-Nahrung (Prof. Dr. Finkelstein und Dr. L. Meyer).

Malz-Extrakt-Husten-Bonbons

unerreicht in Wohlgeschmack und lösender Wirkung.

Ed. Löflund & Co. G.m.b.H. Grunbach b. Stuttgart
Gegründet 1865.

Zwei wichtige Präparate:

Salluen

das **neuartige** Antilueticum

Adsorptionsverbindung von Wismut und Arsen für alle Stadien der Lues. Intravenös und intramuskulär anwendbar. Schachteln zu 1, 16 und 50 Ampullen

*

Aurolumbal

das **bewährte** Goldsol zur Liquordiagnostik

Gebrauchsfertige Lösung von stets gleicher Beschaffenheit und speziell für Liquor abgestimmten Wirkungsgrades. Flaschen zu 1/3, 1 und 2 Liter

*

Literatur u. Proben kostenlos

Imhausen & Co., Chem. Fabrik
Witten-Ruhr

Bekämpfung und Heilung der

Syphilis mit Quéryserum

Hervorragend bewährt nicht nur bei frischer Lues, sondern auch **ganz besonders bei Tabes, Paralyse, Lähmungen, Herzsyphilis, Aortenerweiterung, Sehnervenschwund usw. sowie erbliche Belastungen.**

Spez. syphilitisches Serum! Im Auslande s. Jahr. glänz. bewährt!
Nur einmalige Kur! — Anwendung schmerz- u. gefahrlos!
Kl. Literatur etc. gr. u. fr. — Originalwerk in deutsch leihweise frk.

Generalvertretung und Depot für Deutschland:
R. B. Müller, Berlin SW. 61, Blücherstraße 23

Aclavagin

das zuverlässige lokale Spezifikum gegen

Fluor albus

Muster und Literatur durch:
Karl Horn & Co. A.-G., Frankfurt a. M.

STOVARSOL

(Acetyl-oxy-amino-phenyl-arsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Speziticum gegen Amoebendysenterie

Weitere Indikationen: Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0.25 und mit 28 Tabletten à 0.25, Klinikpackung mit 100 gr in Tabletten à 0.25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 36, Kaufmannshaus. Tel.-Adr.: „Stovarsol"-Hamburg.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 1 15. JANUAR 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.

Die Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung der Insulintherapie.

Von

Dr. med. R. FREISE, Assistent der Klinik.

Allgemein nimmt man heute an, daß sich der kindliche Diabetes von dem des Erwachsenen nicht wesentlich unterscheidet. Handelt es sich dabei um den echten Pankreasdiabetes, so mag dies bezüglich der Aetiologie der Krankheit zutreffen. Andererseits ist aber die weit ungünstigere Prognose des kindlichen Diabetes bekannt. Die Erfahrung lehrt: je jünger das Individuum, das von einem Diabetes betroffen wird, um so schlechter die Aussicht auf Erhaltung des Lebens. Während man im allgemeinen bei einem jüngeren Kinde auch unter Innehaltung strengster Diät nur selten imstande war, das Koma über zwei Jahre hinaus aufzuhalten, hatte man bei den Kindern in der Pubertät oder solchen, die ihr nahestanden, bereits bessere Aussichten, das Leben über längere Jahre hinaus zu erhalten. Von diabetischen Kindern, die das 20. Lebensjahr erreicht haben, sind jedoch nur wenige Fälle bekannt geworden, so daß der Satz v. Noordens: „der kindliche Diabetes kennt keinen Pardon" voll zu Recht bestand. Der ungünstige Verlauf der Krankheit im Kindesalter läßt darauf schließen, daß beim kindlichen Diabetes die Stoffwechselvorgänge — zum mindesten quantitativ — anders ablaufen als beim Erwachsenen, worauf auch bei der Therapie besondere Rücksicht zu nehmen ist.

Durch die Einführung des Insulins in die Diabetes-Behandlung ist ein wesentlicher Umschwung in der Prognose sowie in der Therapie der Krankheit beim Kind wie beim Erwachsenen eingetreten. Der Diabetes mellitus ist eine relativ seltene Erkrankung des Kindesalters, so daß die Erfahrungen mit Insulin beim Kind sich auf weniger Fälle erstrecke als beim Erwachsenen. Wir verfügen über 10 Diabetesfälle, bei denen wir Gelegenheit hatten, in den letzten beiden Jahren Insulin anzuwenden. Diese Kinder stehen dauernd bis heute in unserer klinischen oder ambulanten Behandlung. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, unsere Erfahrungen, die wir mit Insulin an diabetischen Kindern gemacht haben, mitzuteilen und, soweit dies heute bereits möglich ist, eine Reihe von Grundsätzen für die Behandlung aufzustellen, die für den Praktiker nützlich erscheinen.

Bevor ich zu dem praktischen Teil der Ernährungs- und Insulintherapie des kindlichen Diabetes komme, sei es mir gestattet, ohne weitschweifend auf die Theorien des Diabetes und des Insulins einzugehen, die Stoffwechselvorgänge des diabetischen kindlichen Organismus soweit zu skizzieren, wie sie zum Verständnis der Ernährungs- und der Insulintherapie notwendig sind.

Ueber das Wesen des Diabetes mellitus stehen sich bis heute noch vor allem zwei Anschauungen gegenüber. Einige Autoren nehmen an, daß es sich um eine erhöhte Zuckerbildung und -ausschwemmung in der Leber aus Körpersubstanz (Eiweiß und Fett) handelt, daß also der diabetische Organismus genau soviel Zucker verbrennt wie der normale, nur daß die Glykoseproduktion gesteigert ist. Andere Forscher, und diese sind wohl die meisten, glauben, daß der Organismus den zugeführten bezw. den aus Körpereiweiß und Fett gebildeten Zucker nicht oder nur ungenügend, oder nicht schnell genug zu assimilieren vermag. Dadurch kommt es zu einer Anhäufung des Zuckers im Blute, die, wenn sie eine gewisse Schwelle erreicht hat, zur Glykoseausscheidung im Harn führt. Diese Schwelle ist bei den einzelnen Individuen verschieden, als mittlere Zahl wird 0,15% angenommen.

Die Ausscheidung von Zucker im Harn hat zur Folge, daß dem Körper wesentliche Bestandteile seiner energetischen Nahrung unausgenützt verloren gehen. Nicht selten findet man sogar eine negative Kohlehydratbilanz, d. h. es wird mehr Zucker ausgeschieden, als Kohlehydrate in der Kost zugeführt wurden. Es wird also auch ein Teil des Nahrungseiweißes, vielleicht auch des Nahrungsfettes und eigene Körpersubstanz in Glykose verwandelt und als solche durch die Nieren ausgeschieden. Durch Zufuhr größerer Mengen Kohlehydrate können wir beim Diabetes diesen Zustand nur verschlechtern, durch Einschränken derselben ihn verbessern. Es gab eine Periode, in der man glaubte, durch reichliche Eiweißgaben in der Nahrung die Kohlehydrate als Kalorienträger ersetzen zu können. Dies war jedoch ein Trugschluß. Heute ist sichergestellt, daß der menschliche Organismus aus Eiweiß Zucker zu bilden vermag, und daß große Eiweißdosen beim Diabetiker zu erhöhter Zuckerausscheidung im Harne führen. Die Erfolge einer solchen Ernährungstherapie waren deshalb auch denkbar schlechte, eine Erfahrung, die den Aerzten im allgemeinen noch zu wenig bekannt zu sein scheint.

Die Stoffwechselstörung im Diabetes mellitus erstreckt sich jedoch keineswegs nur auf den Kohlehydratstoffwechsel. Sie zieht noch weitere Vorgänge des Stoffwechsels in Mitleidenschaft. Es ist bekannt, daß der Mensch nicht ohne Kohlehydratzufuhr leben kann. Läßt man einen Menschen hungern, oder entzieht man ihm in der Nahrung die Kohlehydrate, so führt diese einseitige Ernährung neben anderen Erscheinungen auch zur Azetonurie, d. h. es werden Azetonkörper (Azeton, Azetessigsäure, β-Oxybuttersäure) im Harn und Azeton auch in der Atemluft ausgeschieden. Ueber die Herkunft dieser Körper, die aller Wahrscheinlichkeit nach nur in der Leber gebildet werden, herrscht noch keine völlige Einigkeit bei den verschiedenen Forschern, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben. Nur soviel steht fest, daß die Kohlehydrate als Quelle der Azetonkörper nicht in Frage kommen, denn diese können eine Hungerazetonurie beim Gesunden stets zum Schwinden bringen und die Azetonurie anderen Ursprungs, so bei Diabetes mellitus wenigstens, günstig beeinflussen. Die Kohlehydrate wirken also der Ketokörperbildung entgegen, oder, wie man sich neuerdings ausdrückt, sie wirken antiketogen.

Anders verhält es sich mit dem Fett. Durch reichliche Fetternährung kann man bei unzureichender Kohlehydratzufuhr beim Menschen eine Azetonurie herbeiführen. Und zwar kann es als sicher gelten, daß es der Fettsäureanteil der Neutralfette ist, der beim Abbau durch β-Oxydation die Azetessigsäure bildet, welche ihrerseits wiederum die Muttersubstanz für die β-Oxybuttersäure und des Azetons ist. Ob die Azetessigsäure ein direktes Spaltprodukt der Fettsäuren ist oder erst aus diesen synthetisch gebildet wird, kann hier nicht erörtert werden. Erwähnt sei nur, daß man auch die Ketokörper als Produkte einer mißlungenen Zuckersynthese aus Fett auffaßt. Es ist sichergestellt, daß nur Fettsäuren mit gerader Kohlenstoffzahl Ketokörperbildner sind, diejenigen dagegen mit ungeraden Kohlenstoffatomen solche Eigenschaften nicht aufweisen. Man hat auch versucht, Diabetiker mit Fetten, dessen Fettsäuren ungerade Anzahl von Kohlenstoffatomen enthalten, zu ernähren, jedoch weisen die bisherigen Präparate noch einen so schlechten Geschmack auf, daß sie von den Patienten verweigert werden. Der Glyzerinanteil des Fettes ist kein Azetonbildner, im Gegenteil, dieser hat, wie die Kohlehydrate, antiketogene Eigenschaften.

Aehnlich verhält es sich mit dem Eiweiß. Von der Tatsache, daß aus Eiweiß Zucker gebildet werden kann, wurde soeben gesprochen. Dieser Zucker vermag ebenso wie der als Kohlehydrat zugeführte antiketogen zu wirken. Und in der Tat hat man gesehen, daß hohe Eiweißdosen eine bestehende Ketonurie günstig beeinflussen können. Andererseits gibt es aber auch eine Reihe von Eiweißspaltprodukten, wie gewisse Aminosäuren, welche die Ketokörperbildung begünstigen. Einen noch weitergehenden Einfluß auf die Ketokörperbildung schreibt Falta den Eiweißkörpern zu. Er meint, daß das Eiweiß der „Agent provocateur“ für die Ketokörperbildung ist, daß man einem Patienten große Fettportionen gestatten könne, wenn man hierbei nur die Eiweißgaben dabei möglichst klein hält. Diese Auffassung hat sich bei unseren Kindern jedoch nicht bestätigen lassen. Eher scheint es uns, daß die individuellen Verschiedenheiten der Kinder hierbei eine große Rolle spielen. Im allgemeinen haben wir gesehen, daß die Eiweißkörper eher eine antiketogene Eigenschaft bei der Ernährung des Diabetikers zeigen. Wenn wir trotzdem für kleine Eiweißdosen eintreten, so geschieht es deshalb, weil wir einmal den Zuckerhaushalt damit schonen, sodann, weil wir individuelle Verschiedenheiten bezüglich der Empfindlichkeit für Eiweiß bei unseren diabetischen Kindern gesehen haben. Berechtigt halten wir uns zu dieser minimalen Eiweißkost, da wir durch Untersuchungen feststellen konnten, daß der kindliche Organismus auch beim Diabetes mit sehr geringen Mengen Eiweiß in der Nahrung seinen Bedarf decken kann.

Soeben haben wir von Körpern gesprochen, die die Ketokörperbildung im Organismus fördern (Fette, gewisse Aminosäuren) und von solchen, die dieselbe hemmen (Kohlehydrate, Aminosäuren). Nun ist die Auffassung sehr verbreitet: „das Fett verbrennt im Feuer der Kohlehydrate“. Ob dieser Satz völlig berechtigt ist, erscheint zweifelhaft, und seine absolute Richtigkeit mag dahingestellt bleiben. Sicher ist nur soviel, daß ein Organismus, dem keine Kohlehydrate zugeführt werden, zur Ketonurie neigt, und daß bei ihm reichliche Fettmengen in der Nahrung dieselbe fördern. Aehnlich liegt es beim Diabetiker, der wohl über genügend Kohlehydrate im Organismus verfügt, diese aber nicht in genügendem Maße als antiketogen wirkendes Agens verwerten kann. Die Vorgänge hierbei sind noch keineswegs völlig aufgeklärt. Einige Forscher nehmen an, daß es nicht der Zucker selbst ist, sondern daß es intermediäre Spaltprodukte desselben sind, welche die Ketokörperbildung hintanhalten; diese werden aber beim Diabetiker, wegen seines Unvermögens den Zucker normalerweise abzubauen, nicht oder in zu geringem Maße gebildet. Andere glauben, daß nur in einer glykogenfreien Leber Azetonkörper gebildet werden können. Die Leber des Diabetikers ist bekanntlich sehr arm an Glykogen, es fehlt ihr die Fähigkeit Glykogen aufzubauen und zu speichern, deshalb besteht die Neigung zur Ketokörperbildung. Sei dem wie es sei, für die praktische Ernährungslehre können wir aus diesen Vorgängen nur den Schluß ziehen, daß allein die im Organismus umgesetzten Kohlehydratmengen antiketogene Eigenschaften entfalten. Diese Verhältnisse haben aber für die diätetische Behandlung des Diabetikers die größte Bedeutung, nämlich insofern, als in der Nahrung das Verhältnis der ketogen und antiketogen wirkenden Stoffe berücksichtigt werden muß.

Weiter noch greift die primäre Störung im Kohlehydratstoffwechsel des Diabetikers in andere Stoffwechselvorgänge ein. Der Salz- und Wasserhaushalt des diabetischen Organismus ist stets mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen. Abgesehen von den großen Harnmengen, die wahrscheinlich eine Folge des gesteigerten Transportes an Glykose durch die Niere ist, ist der Wasser- und Salzhaushalt noch weiter beeinträchtigt. Das diabetische Kind zeigt auch oft klinische Symptome, die dafür sprechen, nämlich schlaffen Turgor, trockene Haut. Die Kinder sind meist hydrolabil, d. h. die Schwankungen in der Wasseraufnahme und -Abgabe, die in den Körpergewichtszahlen der täglichen Wägungen deutlich zum Ausdruck kommen, sind oft enorm große usw. Die Erklärung hierfür ist nicht ohne weiteres leicht. Nach unseren Beobachtungen müssen wir mit Oehme annehmen, daß wahrscheinlich die Ursache hierfür in der Azidosis des Diabetikers zu suchen ist. Es ist bekannt, daß diabetische Kinder eine erhöhte Ausscheidung von Ammoniak haben. Dieses Ammoniak ist an die ausgeschiedenen, im Organismus unverbrennbaren organischen Säuren (Ketosäuren) gebunden. Ebenso beschlagnahmen diese Säuren aber auch den Alkalibestand des Körpers. Es kommt zu einer mehr oder weniger reichlichen Ausschwemmung von Alkalien, vor allem des Natriums und Kaliums, so daß der Organismus an diesen Substanzen verarmt. Deutlich kommt dies zum Ausdruck in der Erniedrigung der Kohlensäurekapazität des Blutes. Daß eine solche Verschiebung des Kationenverhältnisses einen großen Einfluß auf die Wasserbindungsfähigkeit des Organismus hat, ist nichts Neues. Wir konnten immer wieder beobachten, daß das Körpergewicht der Kinder erst dann anfing zu steigen, wenn die Azidose verschwand oder nachließ, während wir beim Wiederauftreten von Ketokörpern im Harn sehr häufig eine größere oder geringere Wasserausschwemmung auftreten sahen.

Vom Insulin nur wenige Worte. Nachdem die kanadischen Forscher Banting und Best eine Methode auszuarbeiten vermochten, aus den Langerhansschen Inseln des Pankreas ein Präparat zu isolieren, das keine schädlichen Nebenwirkungen auf den Organismus mehr aufwies, wie frühere Präparate deutscher Forscher, ist uns für die Diabetestherapie ein unschätzbares Mittel zur Unterstützung der diätetischen Behandlung des Diabetikers an die Hand gegeben. Die auffallendste Wirkung des Insulins besteht darin, daß es den Blutzuckerspiegel herunter zu drücken vermag, was zur Folge hat, daß die Glykosurie beim Diabetiker mehr oder weniger gehemmt wird oder aufhört. Ueber den Mechanismus dieser Insulinwirkung herrscht heute noch keineswegs Einigkeit, so daß wir auf eine Diskussion hierüber verzichten wollen und nur die klinisch wichtigen Wirkungen beim Kinde mit Diabetes berücksichtigen werden.

Die Insulinbehandlung beim Diabetes ist eine Substitutionstherapie. Das dem kindlichen Diabetiker fehlende oder, richtiger gesagt, in nicht genügender Menge zur Verfügung stehende innere Sekret des Inselapparates des Pankreas wird ihm in dem aus Tierpankreas hergestelltem Hormon zugeführt.

Die primäre Wirkung des Insulins ist zweifellos die auf den Kohlehydratstoffwechsel. Das Hauptsymptom der Wirkung ist, wie eben gesagt, die Erniedrigung des Blutzuckerspiegels. Der diabetische Organismus vermag nun unter Insulinwirkung wieder in reicherem Maße oder sogar vollständig die ihm zugeführten Kohlehydrate zu assimilieren. Glykogen wird wieder in der Leber gespeichert und die sekundären Erscheinungen, wie die der Azetonurie und der Störung im Wassersalzhaushalt gehen zurück oder verschwinden. Wir möchten diese Wirkungen als sekundäre auffassen. Sei es nun, daß der Organismus jetzt wieder die Fähigkeit gewonnen hat, Glykogen in reicherem Maße zu bilden und zu speichern, oder sei es, daß er wieder imstande ist, die Kohlehydrate normalerweise abzubauen, beides kann die Azetonkörperbildung im rückgängigen Sinne beeinflussen. Das Aufhören der Azidoseerscheinungen hat wiederum auf den Wasser- und Salzhaushalt einen günstigen Einfluß. Die pathologische Kationenverschiebung im Organismus hört auf. Soviel zunächst über den Stoffwechsel des kindlichen Diabetes und die Insulinwirkung. Auf Einzelfragen soll noch später im Zusammenhang mit der Ernährungstherapie eingegangen werden.

Die Behandlung des kindlichen Diabetes verträgt kein schematisches Handeln. Dies gilt für den kindlichen Diabetes wohl noch mehr als für den des Erwachsenen. Gewisse Grundsätze aber lassen sich wie bei der Ernährungstherapie des ernährungsgestörten Säuglings nicht entbehren. Für den kindlichen Diabetes gilt, wie für den des Erwachsenen, als oberster Grundsatz für die diätetische Behandlung „so knapp wie möglich". Allerdings bedarf es für das Kind des Zusatzes: „So reichlich wie nötig, um das Gedeihen des Kindes zu gewährleisten." Wir verstehen unter dem Gedeihen eines Kindes normales Längen- und Körpergewichtswachstum bei körperlichem und psychischem Wohlbefinden, bei Verschwinden der diabetischen Symptome, in erster Linie der Glykosurie und Azetonurie, sowie Polyurie, Polyphagie, Polydipsie und der weiteren Symptome, wie der schlaffen Hautdecken, der trockenen Haut usw.

Eine Norm für den Kalorienbedarf, welche für jedes Kind angebracht wäre, gibt es wohl kaum. Benedict und Talbot geben folgende Zahlen an:

Kalorienbedarf nach Benedict und Talbot
(pro kg Körpergewicht):

1. Jahr	104	Kalorien
2. „	102	„
3. „	102	„
4. „	94	„
5. „	88	„
6. „	80	„
7. „	80	„
8. „	80	„
9. „	76	„
10. „	74	„
11. „	70	„
12. „	68	„
14. „	66	„

Nach unseren Erfahrungen wird man keinen großen Fehler begehen, wenn man für ein junges Kind zunächst 40—50 Kalorien, für ein älteres Kind 30—40 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht ansetzt und dann je nach der Besserung des Stoffwechsels und dem Gedeihen des Kindes die Kalorienzufuhr erhöht oder erniedrigt.

Wie verteilt man nun die Kalorienmengen auf Eiweiß, Fett und Kohlehydrate? Bezüglich des Eiweißes in der Kost erinnern wir uns an das oben Gesagte, nämlich an die Tatsache, daß der menschliche Organismus aus Eiweiß Zucker zu bilden vermag, und daß der kindliche diabetische Organismus, wenn er in leidliche Stoffwechselbahnen geleitet ist, mit sehr geringen Mengen Eiweiß auskommt. Wir werden deshalb das Eiweiß in der Nahrung stark einschränken. Nach unseren Erfahrungen kommt man mit sehr kleinen Mengen, nämlich mit 0,2 g pro Kilogramm Körpergewicht aus. Diese genügen, um das Wachstum und Gedeihen der Kinder zu gewährleisten. Doch ist es oft schwer, bei einem so niedrigen Eiweißwert in der Kost die Mahlzeiten abwechselungsreich genug zu gestalten. Eine Nahrung mit so geringem Eiweißwert läuft meist auf eine fast rein vegetabilische Ernährung hinaus. Deshalb erheischt es häufig der Wunsch des Patienten mit dem Eiweiß vorübergehend über diese Werte hinauszugehen, was man auch ohne Schaden tun kann, wenn es sich nicht um eiweißempfindliche Patienten handelt. Wir würden jedoch nicht empfehlen, über 0,6 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht hinauszugehen. Hält man sich an den Grundsatz dieser prinzipiell knappen Eiweißkost, so bedarf das Eiweiß bei der Verteilung der ketogen und antiketogen wirkenden Stoffe in der Kost keiner besonderen Aufmerksamkeit mehr.

Anders verhält es sich mit dem Fett. Dem Fett selbst wird kein elektiver Einfluß auf den Kohlehydratstoffwechsel zugeschrieben. Es ist deshalb notwendig, den Hauptteil des Kalorienbedarfes mit Fett zu decken. Die Fettgaben sind aber wieder insofern begrenzt, als die Fette Ketokörperbildner sind und in einer gewissen Relation zu den gleichzeitig eingeführten und assimilierten Kohlehydraten stehen müssen, um nicht ketoplastisch zu wirken. Diese Relation ist nun nicht bei allen Kindern die gleiche. Es gibt Kinder, die bei mäßigen Kohlehydrat große Fettmengen vertragen können, ohne mit Ketokörperausscheidung zu reagieren, und solche, die bei kleinen Mengen Fett eine Azetonausscheidung zeigen. Zweifelsohne gibt es auch eine Toleranzsteigerung für das Fett. Wir konnten häufig beobachten, daß Kinder im Anfang bei der Einstellung auf die Diät sehr schlecht auf Fett reagierten, während sie nach einiger Zeit, nachdem der Stoffwechsel sich gebessert hatte, sei es durch reine Diät oder mit Hilfe von Insulin, erhebliche Mengen von Fett vertrugen. So haben wir gesehen, daß einige Kinder, bei denen im Anfang eine Azetonurie auftrat, auch wenn nur ebenso viel Fett wie Kohlehydrate (in Gewicht ausgedrückt) verabreicht wurde, später die 3—4fache Menge von Fett anstandslos vertrugen, ohne die Erscheinungen der Azetonurie aufzuweisen.

Die von den Amerikanern Shaffer, Wilder und Winter angegebenen Formeln für die Verteilung des Eiweißes, des Fettes und der Kohlehydrate in der Kost des erwachsenen Diabetikers haben sich bei unseren Kindern nicht bewährt. Das individuelle Verhalten der Fettverträglichkeit bei den Kindern ist viel zu verschieden. Nur bei wenigen Kindern und bei diesen auch nur bei guter Stoffwechsellage ist es möglich, im Verhältnis zu den Kohlehydraten, Fettmengen zu geben, wie sie sich aus diesen Formeln errechnen lassen.

Hier scheint ein hauptsächlicher Unterschied des kindlichen Diabetes gegenüber dem des Erwachsenen vorzuliegen. Bekannt ist es, daß der kindliche Organismus überhaupt leichter zur Azetonurie neigt als der des Erwachsenen, und diese Eigentümlichkeit tritt beim Diabetes besonders in Erscheinung.

Das individuelle Verhalten des Kindes gegenüber den Fettgaben zwingt uns auch die Toleranz für dieselben ebenso wie für Kohlehydrate bei jedem Kinde zu beachten und zu prüfen, wie sich diese Verträglichkeit für Fett im Laufe der Behandlung ändert. Als Maß der Fettverträglichkeit nehmen wir die Azetonkörperausscheidung an. Handelt es sich um ein Kind, welches eine schlechte Toleranz für Kohlehydrate zeigt, so werden wir versuchen, mit den Fettgaben einerseits so hoch zu gehen, daß der Kalorienbedarf gedeckt ist, andererseits kurz vor der Azetonurie damit Halt machen. Jedoch empfehlen wir nicht, bei einer guten Fettoleranz über das Kalorienbedürfnis mit dem Fett hinauszugehen.

Als erster Anhaltspunkt bei der Einstellung eines diabetischen Kindes in die Diät mag folgendes dienen: Man soll versuchen, ⅘ der Kalorien, die nach Abzug der auf das Eiweiß entfallenden Kalorien bleiben, mit Fett und ⅕ mit Kohlehydraten zu bestreiten. Im Gewichtsmaß ausgedrückt, würde dies bedeuten: es soll etwa doppelt soviel Fett gegeben werden, als Kohlehydrate umgesetzt werden. Unter den umgesetzten Kohlehydraten verstehen wir die zugeführten nach Abzug der durch den Harn ausgeschiedenen. Reagiert das Kind bei dieser Korrelation mit Ketokörperausscheidung, so müssen wir entweder die Fettportionen herabsetzen oder mehr Kohlehydrate geben. Letzteres wird uns aber oft durch die geringe Toleranz für diese nicht erlaubt sein.

Unter der Kohlehydrattoleranz verstehen wir das Maß von Kohlehydraten, das von dem Kinde assimiliert wird, also die Menge, die keine Glykosurie mehr zur Folge hat. Richtiger wäre zu fordern, daß sie keine Schwankungen des Blutzuckerspiegels über die Norm veranlaßt. Häufig bekommen wir Kinder in die Behandlung, die eine negative Bilanz bezüglich der Kohlehydrate aufweisen, d. h. sie scheiden mehr Glykose im Harn aus als den Kohlehydraten entspricht, die sie aufgenommen hatten. Meist verändert sich das Bild sofort, wenn wir die Kohlehydrate in der Nahrung einschränken, und wir bekommen dann eine größere oder geringere positive Kohlehydratbilanz. Bei der Prüfung der Toleranz für Kohlehydrate durch Einschränkung derselben in der Nahrung soll aber Maß gehalten werden, um nicht der Ketokörperbildung im Organismus zu sehr Vorschub zu leisten. Das gleiche gilt für die Einschränkung der Kohlehydrate bei dem Versuch, die Toleranz zu heben. Immer muß man daran denken, daß beim Einschränken der Kohlehydrate in der Nahrung auch gleichfalls die Toleranz für Fett mit berücksichtigt werden muß. Tun wir dies, so kommen wir aber leicht zu einer unterkalorischen Ernährung. Hier ist dann die Anwendung von Insulin indiziert. Wollen wir trotzdem zunächst auf das Insulin zu verzichten versuchen, so müssen wir fordern, daß nicht zu fettreiche Mahlzeiten bei einer kohlehydratarmen Kost verordnet werden.

Wir verzichten schon seit langem auf die genaue Feststellung der Assimilierbarkeit für Kohlehydrate. Wir begnügen uns z. B. damit, zu bestimmen, daß die Toleranz für Kohlehydrate bei 60 g Fett und 10 g Eiweiß unter 30 g liegt, denn bei einer so stark herabgesetzten Toleranz greifen wir mit Insulin sofort ein. In der Klinik steht uns hier noch die Blutzuckerbestimmung zur Verfügung, die, im Nüchternzustand des Patienten ausgeführt, noch ein weit klareres Bild von der Lage des Zuckerstoffwechsels zu geben vermag.

Die Einschränkung der Kohlehydrate in der Nahrung bessert bekanntlich die Toleranz für dieselben beim Diabetiker. Handelt es sich um einen Patienten, der mit einer relativ guten Toleranz für Kohlehydrate und Fett in unsere Behandlung kommt, so können wir versuchen, rein diätetisch das Kind behandeln. Bleibt die Azetonausscheidung niedrig und zeigt die Glykosurie in den ersten Tagen bereits ein deutliches Absinken unter einer kohlehydratarmen Kost, so können wir ohne Gefahr zunächst bei einer rein diätetischen Behandlung bleiben. Die Grundsätze für eine solche Behandlung des leichten Diabetikers würden etwa folgende sein: Einschränkung der Kohlehydrate und des Fettes bei kleinen Eiweißgaben. Wird der Bedarf an energetischen Nahrungsmitteln auch einige Zeit nicht voll befriedigt, so muß man dies eine Zeitlang mit in Kauf nehmen. Beim wirklich leichten Diabetes wird man bald auf eine genügend kalorienreiche Kostform kommen. Ein praktischer Umstand wird uns bei einer knappen Diät beim Kinde Schwierigkeiten machen. Die meisten diabetischen Kinder sind bei der Einlieferung ausgesprochene Polyphagen. Dieser Umstand ist jedoch durch reichliche Gemüsegaben zu bekämpfen. Wir geben in diesen Fällen die stark zellulosehaltigen, wasserreichen Blattgemüse, wie Kohl jeder Art, sowie Kohlrabi, Sauerkraut, Spargel, Spinat usw. An dieser Stelle sei bereits gesagt, daß wir das Gemüse auch als Fettträger bei der doch immerhin recht fettreichen Kost des Diabetikers nötig haben. Die Polydipsie stark zu bekämpfen durch Verweigerung von Getränken halten wir für nicht notwendig, denn sobald sich die Stoffwechsellage ändert, wird das Bedürfnis der großen Wasseraufnahme der Kinder auch kleiner bzw. verschwindet ganz. Nur wenige Kinder folgen der Gewohnheit und äußern weiter ein großes Flüssigkeitsbedürfnis. Bei einem normalen spezifischen Gewicht des Harns soll dieser Angewohnheit der Kinder entgegengetreten werden. Aehnliches gilt bezüglich der Polyphagie. Auch hier beobachtet man häufig, daß bei kalorisch ausreichender Kost, also bei gebesserter Stoffwechsellage, die Kinder, die an das große Volumen ihrer

Kost sich gewöhnt hatten, das Verlangen nach großen Gemüsemengen behalten. Hier muß wieder erzieherisch eingegriffen und nur soviel Gemüse gestattet werden, wie zur Aufnahme des Fettes notwendig ist. Daß dies möglich ist, haben uns zahlreiche Beobachtungen erwiesen.

Nur selten wird man so leichte Fälle von kindlichem Diabetes in die Behandlung bekommen, daß es gelingt, sie in kurzer Zeit durch rein diätetische Maßnahmen zum Verschwinden der Glykosurie sowie der Ketokörperausscheidung und bei psychischem Wohlbefinden zum Gedeihen zu bringen.

Es scheint uns, daß der kindliche Diabetes nicht immer gleich mit voller Stärke auftritt. Vielmehr konnten wir beobachten, daß Kinder, die frühzeitig, also kurz nachdem die ersten Symptome des Diabetes bei ihnen aufgetreten waren, auch leichtere Symptome zeigten als die Kinder, die durch keine oder fälschliche Behandlung während längerer Zeit in ihrer Stoffwechsellage verschlechtert worden waren. Die falsche Behandlung, die aus den Anamnesen unserer Kinder zu entnehmen ist, bestand einmal darin, daß die Kinder mit Diabetikerpräparaten ernährt worden waren, nämlich daß den Kindern erlaubt wurde, Diabetikerbrot in unbeschränktem Maß zu essen. Auch Diabetikerschokolade gehörte oft zur täglichen Kost. Zweifelsohne ist hierbei nicht berücksichtigt, daß viele solcher Präparate wohl arm an ausnützbaren Kohlehydraten sind, wobei ein großer Prozentsatz aus Zellulose besteht, aber reich an Eiweiß sind. Andererseits wurden Kinder mit Insulin behandelt, aber ohne jede Einhaltung einer Diät. Die Kinder bekamen täglich Insulin oder jeden zweiten Tag; es wurde ihnen dabei aber gar keine Beschränkung bezüglich der Nahrung auferlegt. Solche Methoden sind grundfalsch. *Ohne Diätetik läßt sich auch von einer Insulinbehandlung kein guter und dauernder Erfolg erwarten.* Wir möchten deshalb, bevor wir die Behandlung mit Insulin besprechen, ganz deutlich unsere Auffassung dahin kundtun, daß die *diätetische Behandlung des kindlichen Diabetes nach wie vor im Vordergrund jeder Therapie* steht und das Insulin nur als allerdings unschätzbares Adjuvans angewendet wird. Nur durch sachgemäße Einstellung des diabetischen Kindes auf die diätetische und Insulinbehandlung lassen sich gute Erfolge erzielen. Das Insulin erleichtert uns dann die Durchführung der Behandlung des jugendlichen Diabetikers ganz außerordentlich.

Die Dosierung des Insulins hängt einmal von der Lage des Stoffwechsels ab, d. h. von der jeweilig bestehenden Toleranz des Organismus für Kohlehydrate, sodann muß sie mit der gleichzeitig verabreichten Kohlehydratmenge in der Nahrung in Einklang gebracht werden.

Die beste Auskunft über die zurzeit bestehende Stoffwechsellage gibt uns der Blutzuckerwert an, und es wäre wünschenswert, diesen immer als Kontrolle bei der Insulindosierung, vor allem bei der Einstellung auf Insulin zu kennen. So lange der Blutzuckerspiegel weit über der Normalschwelle ist, gibt aber auch die Glykosurie genügend Auskunft, so daß eine vorsichtig eingeleitete Insulinbehandlung auch auf diese alleinfußend unbedenklich erfolgen kann. Nur wird es dabei nötig sein, zunächst kleinere Dosen Insulin anzuwenden und dieselben allmählich zu steigern, was natürlich einen Zeitverlust bedeutet.

Als ungefährer Anhaltspunkt kann uns folgende Richtschnur dienen: bei gleichbleibender Kost wird auf je 3 bis 4 g ausgeschiedener Glykose im Harn zunächst je eine Insulineinheit injiziert. Treten dabei bereits hypoglykämische Erscheinungen auf, so versucht man zunächst diese zu bekämpfen und reduziert dann in Zukunft die Insulinmenge oder erhöht die Kohlehydratgaben in der Nahrung. Im allgemeinen haben wir von 20 Einheiten pro die bei der Einstellung eines Diabetikers nie solche Erscheinungen auftreten sehen. Besteht die Glykosurie weiter fort, so erhöht man die Insulindosis um 5 bis 10 Einheiten pro Tag, oder, wenn dies opportun erscheint, d. h. wenn die Kohlehydratmengen sehr reichlich bemessen waren und keine Azetonurie bestand, kann man die Kohlehydrate in der Kost reduzieren. Meist wird man jedoch genötigt sein, zunächst die Insulinmengen weiter zu erhöhen. Bleibt die Glykosurie nach einigen Tagen noch stark, so darf man auch täglich um 10 bis 20 Einheiten hinaufgehen. Ist gleichfalls die Azetonurie beträchtlich, so wird man auch die Kohlehydratgaben in der Kost vermehren. Nach unseren Erfahrungen hebt sich die Toleranz bei großen Insulindosen aber oft sehr schnell, und es erscheint deshalb ratsam, nach Aufhören der Glykosurie, wenn hohe Insulindosen (40 bis 80 Einheiten) gegeben waren, diese zu drosseln, um nicht vom Auftreten hypoglykämischer Erscheinungen überrascht zu werden.

Nach unseren Erfahrungen sollte nicht mit dem Insulin zu sehr gespart werden. Eine Gewöhnung an Insulin haben wir bislang noch nicht beobachten können, im Gegenteil erscheinen uns die Erfolge in bezug auf die Toleranz nach einer nicht zu knappen Insulindosierung besser als die nach einer vorsichtigen. Die Befürchtung, daß man von höheren Dosen Insulin nicht wieder herunterkommt, hat sich bei uns nie bestätigt. Dies gilt auch von der Dauerbehandlung mit Insulin. Die nur mit kleinen Dosen von Insulin behandelten Fälle oder die nur periodenweise behandelten haben nicht die Erfolge bezüglich der Toleranzsteigerung resp. der Erhaltung der Toleranz aufzuweisen als die, welche ständig unter unserer Kontrolle mit reichlicheren Dosen behandelt wurden. Wenn wir annehmen wollen, daß man die Pankreasfunktion mit Insulingaben schonen kann und sie damit zur Erholung und besseren Tätigkeit zu bringen vermag, so muß man auch den Schluß ziehen, daß man bereits bei erhöhtem Blutzuckerspiegel, auch wenn keine Glykosurie besteht, mit Insulin eingreifen resp. die Dosis erhöhen muß. Denn ein erhöhter Blutzuckerspiegel deutet bereits auf eine Minderfunktion des Inselapparates hin. Deshalb soll das Insulin schon dann angewendet werden, wenn der Blutzuckerspiegel übernormale Werte aufweist. Wir müssen nach einer Schonung des Inselapparates streben. Unsere heutige Forderung geht deshalb soweit, daß man auf das Insulin nur dann bei der Behandlung des kindlichen Diabetikers verzichten soll, wenn bei ausreichender kalorischer Ernährung die Schwankungen im Blutzuckerspiegel nicht über das Normale hinausgehen und keine Ketokörperausscheidung besteht. Ist dies mit rein diätetischer Behandlung nicht zu erreichen, so wird durch Anwendung von Insulin, das schrittweise in der Dosis erhöht wird, soweit gegangen, bis das gewünschte Ziel erreicht ist. Das Insulin wird nicht ausgesetzt oder heruntergesetzt, bevor es nicht der gebesserte Stoffwechsel erlaubt.

Vom gesunden Inselapparat des Pankreas ist anzunehmen, daß er sein inneres Sekret je nach dem augenblicklichen Bedarf des Organismus in die Blutbahn ergießt, ähnlich wie wir es von anderen Drüsen kennen. Auch wissen wir aus Versuchen, daß beim Gesunden ein experimentell erzeugter erhöhter oder erniedrigter Blutzuckerwert in Kürze wieder ausgeglichen wird.

Durch künstliche Zufuhr von Insulin läßt sich ein solcher Idealzustand aber nur dann annähernd erreichen, wenn wir die richtigen Relationen zwischen zugeführtem Insulin und Kohlehydraten anwenden, und diese auch zeitlich im optimalen Verhältnis aufeinander wirken lassen. Die quantitativen Verhältnisse müssen für jeden Einzelfall erprobt werden, wie soeben beschrieben wurde. Für die zeitlichen Verhältnisse sind die individuellen Verschiedenheiten nicht so groß. Die Wirkung des Insulins beginnt sofort, erreicht aber erst nach einer gewissen Zeit ihre Höhe. Mit diesem Augenblick muß die Resorption der Kohlehydrate zusammentreffen. Empirisch ist festgestellt, daß es günstig ist, eine halbe Stunde nach der Insulininjektion die Mahlzeiten zu verabfolgen. Bisweilen kann man beobachten, daß die Kinder bereits 15 bis 20 Minuten nach der Injektion hypoglykämische Erscheinungen bekommen. Wir möchten annehmen, daß es sich hierbei weniger um eine schneller eintretende Wirksamkeit des Insulins handelt, als darum, daß das Insulin bereits einen recht niedrigen Blutzuckerspiegel angetroffen hat, und daß auf diese Weise auch schon eine beginnende Wirksamkeit des Insulins diese Erscheinungen zur Folge hatte. Man wird in solchen Fällen also darauf Rücksicht nehmen müssen, indem man entweder die vorausgegangene Dosierung von Insulin verringert oder die Mahlzeit früher gibt.

Jeder Mahlzeit, die nennenswerte Mengen an Kohlehydraten enthält, sollte also eine Insulininjektion vorausgehen. Bei den hier ortsüblichen 5 Mahlzeiten erscheint eine 5malige subkutane Injektion jedoch wenig angebracht, jedenfalls nicht auf die Dauer. Wir sind deshalb so vorgegangen, daß wir den Diabetikern prinzipiell nur 3 Mahlzeiten am Tage verabreichten, was auch immer gelang. Die Mahlzeiten waren früh um 7, mittags um ½1 und abends um 6 Uhr. Bei den schweren Fällen wurde die tägliche Gesamtkost in drei gleichen Teilen verabreicht und die Insulindosis gleichmäßig auf diese verteilt. Zumal im Anfang der Insulinbehandlung hat sich dieses System gut bewährt. Später nach Besserung der Stoffwechsellage wurde von der dreimaligen Injektion Abstand genommen. Die Kinder erhielten dann morgens, wo nachweisbar keine Wirkung des am Vortage injizierten Insulins mehr vorhanden ist, eine kohlehydratarme Gemüsemahlzeit; auf die Mittags- und Abendmahlzeit wurden dann die Kohlehydrate verteilt und vor diesen Mahlzeiten Insulin gegeben. Bei leichteren Fällen oder bei solchen mit weitgehend gebesserter Toleranz können wir auch mit einer einmaligen Injektion auskommen. In solchen Fällen müssen die Kohlehydrate vorwiegend auf die ihr nachfolgende Mahlzeit eingeteilt werden. Durch mehrmalige periodenweise ausgeführte Zucker- und Azetonproben im Harn sowie auch durch Blutzuckerbestimmungen am gleichen Tage wird dann geprüft, ob sich dieser Modus bewährt. — Von dem Versuch, nur jeden zweiten Tag Insulin zu verabreichen, — dies galt natürlich nur für leichte Fälle unter entsprechender Verteilung der Kohlehydrate — haben wir wieder Abstand genommen.

Es hat sich im Laufe der Zeit herausgestellt, daß Kinder, die vom Insulin abgesetzt werden können, also leichte Fälle, sich Monate hindurch in guter Stoffwechsellage halten können, dann aber durch einen Infekt oder auch durch Diätfehler in ihrer Toleranz mehr oder weniger schwer geschädigt werden. Hier ist es am Platze, nicht mit zu geringen Dosen Insulin einzugreifen. Manchmal sieht man nur Azetonkörperausscheidung auftreten ohne Glykosurie, dann ist es geboten, neben dem Insulin auch entsprechend mehr Kohlehydrate zu geben. Es ist sichergestellt, daß man bei Infekten mit viel größeren Dosen eingreifen muß, wenn man Erfolg haben will.

Intermittierende Insulinbehandlung bei Kindern anzuwenden, welche nur unter einer sehr knappen, für den Bedarf unzureichenden Diät ohne Insulin zucker- und azetonfrei bleiben, scheint nicht ratsam zu sein. Kinder, die ohne Insulin nicht in guter Stoffwechsellage zu halten sind, auch wenn Infekte oder Diätfehler vermieden werden, bedürfen einer Dauerbehandlung mit Insulin. Ohne dieses kann man irreparable Toleranzerniedrigung eintreten sehen.

Die Dosierung im Koma ist ebenfalls nicht zu schematisieren. Grundsätzlich sind jedoch weit höhere Dosen als bei der Dauerbehandlung anzuwenden. Im Koma wie im präkomatösen Stadium ist vor Mengen von 50 bis 100 Einheiten auch beim Kinde keineswegs zurückzuschrecken. Um eine schnellere Wirkung des Insulins zu erreichen, kann man im komatösen Stadium dasselbe auch intravenös injizieren. Wir sind so vorgegangen, daß wir mit 30 Einheiten angefangen haben und die Wirkung auf den Blutzuckerspiegel, ebenso die Zucker- und Azetonausscheidung verfolgten. Gingen diese nur wenig zurück, so wurde mit weiteren, evtl. höheren Dosen eingegriffen, bis eine deutliche Wirkung eintrat. Gleichzeitig kann man auch subkutane Injektionen von 4,5prozentiger Glykoselösung mit gutem Erfolg anwenden, wenn der azidotische Zustand nicht bereits soweit fortgeschritten ist, daß die subkutan oder intramuskulär injizierten Mengen nicht mehr resorbiert werden. Für die Praxis möchten wir immer beim Koma zur gleichzeitigen reichlichen Zufuhr von Zucker raten, zumal wenn keine Möglichkeit vorliegt, Blutzuckerkontrollen vorzunehmen. Das gleiche gilt vom Natriumbikarbonat. Es handelt sich beim Koma nicht darum, zunächst die Blutzuckererhöhung und die damit verbundene Glukosurie zu bekämpfen. Dies ist eine spätere Sorge. Hauptsache bleibt bei der Behandlung des Komas, energisch der Ketosis entgegen zu treten. Deshalb soll in solchen Fällen lieber etwas mehr Insulin angewendet und dabei gleichzeitig Glykose zugeführt werden, um der Gefahr einer Hypoglykämie vorzubeugen. In kurzen Worten wiederholt, möchten wir für die Praxis bei der Behandlung des Komas folgende Grundsätze aufstellen: hohe Insulindosen 30 bis 40 werden mehrmals täglich, evtl. unter Steigerung derselben in Zwischenräumen von 3 bis 4 Stunden je nach dem Blutzuckerwert oder der Zucker- und Azetonausscheidung im Harn unter gleichzeitigen Gaben von Kohlehydraten sowie von Natrium bic. verabfolgt, bis eine deutliche Wirkung auf Blutzuckerspiegel, Glykosurie und Ketonurie zu sehen ist. Sodann wird mit dem Insulin heruntergegangen, ebenso mit den Kohlehydraten, und das Kind wird auf Dauerbehandlung eingestellt, wie oben beschrieben wurde. Die Gefahr quoad vitam beim kindlichen Diabetes besteht in der Ketose, die im Koma am höchsten ist. Wir bekämpfen diese also in erster Linie und benutzen im Koma die Blutzuckerspiegelbestimmung und die Harnproben nur als Kontrolle für die Insulinwirkung und Dosierung desselben. Wenn wir, abgesehen vom Koma, auf den Zuckerhaushalt den größten Wert legen, so geschieht dies deshalb, weil die diabetische Azidose durch eine mangelhafte Assimilationsfähigkeit für Kohlehydrate im Organismus zustandekommt. Dies ist die primäre Schädigung.

Das Koma ist zwar zeitlich der schwerste und gefährvollste Zustand beim diabetischen Kinde. Keineswegs braucht aber ein Kind, das durch einen Infekt oder durch Diätfehler oder Mangel an Behandlung in ein Koma geraten ist, nach Ueberwindung desselben immer zu den in ihrer Stoffwechsellage am schwersten geschädigten Kindern auf die Dauer zu gehören. Wir haben ein Kind in Behandlung, das vor 2 Jahren in schwerem Koma zu uns eingeliefert wurde, welches heute mit 5 E. Insuiln eine recht gute Toleranz zeigt und sehr gut gediehen ist. Ueberhaupt kann die Schwere eines Diabetes beim Kinde niemals nach einer einmaligen Stoffwechseluntersuchung, und mag diese auch noch so sorgfältig ausgeführt sein, beurteilt werden. Erst im Laufe der Behandlung wird es sich herausstellen, ob das Kind leicht oder schwer zuckerfrei und azetonfrei zu bekommen ist, ob eine rein diätetische Behandlung genügt, oder ob größere oder kleinere Mengen von Insulin zur Erhaltung notwendig sind. Ferner, und dies scheint uns noch wesentlicher, ob ein Kind größere oder geringere Neigung zur Azidose zeigt. Eine Erfahrungstatsache bleibt jedoch bestehen, daß je jünger ein Kind ist, um so schwerer ist der Diabetes und die Neigung zur Azidose. Ferner ist es wesentlich, wann das Kind in Behandlung kommt. Ist dies kurz nach Auftreten der ersten Symptome der Fall, wo die pathologischen Veränderungen des Inselapparates noch nicht soweit fortgeschritten sind, gelingt es viel leichter, eine günstige Stoffwechsellage herzustellen als bei Kindern, die durch Fehlen zweckmäßiger oder durch falsche Behandlung bereits großen Schaden erlitten haben.

Die Erfolge der Diabetesbehandlung sind im Vorhergehenden schon mehrmals besprochen worden. Am eklatantesten sind die Wirkungen auf das komatöse, noch erfolgreicher auf das präkomatöse Stadium. Der Zustand des Komas, der vor der Insulinaera als hoffnungslos galt, ist heute immerhin in der Mehrzahl der Fälle durch Insulin zu überwinden. Es würde zu weit führen, hier auf unsere Krankengeschichten einzugehen, nur summarisch können wir berichten, daß die Kinder, die dauernd in unserer klinischen oder ambulanten Behandlung standen, sich in einem recht guten körperlichen und geistigen Zustand befinden. Sie zeigen ein normales Körper- und Längenwachstum und sind in ihrem psychischen Wohlbefinden in keiner Weise beeinträchtigt. Sie unterscheiden sich von den stoffwechselgesunden Kindern äußerlich garnicht. Nur ein Kind, das unserer Behandlung und Kontrolle wider unseren Rat wegen mangelnder Einsicht der Eltern entzogen wurde, ist den Weg gegangen, den wir den Eltern voraussagten, daß es im Koma oder gar nicht wieder eingeliefert würde. Bei den von uns in dauernder Behandlung und Kontrolle stehenden Kindern ist jedoch bei keinem bis heute eine nachweisbare Toleranzerniedrigung eingetreten. Die Aussicht auf die Erhaltung des Lebens der kindlichen Diabetiker hängt weitgehend von der Erziehung der Kinder und der Eltern ab. Auf diese Erfahrungstatsache wies Czerny vor der Insulinaera immer wieder bei der Vorstellung solcher Kinder hin, und sie bleibt auch fernerhin voll zurecht bestehen. Zeigten die Eltern Einsicht und ließen es an Mühe nicht fehlen, unsere Anordnungen zu Hause durchzuführen, so konnten wir uns auf gelegentliche Kontrolle des Stoffwechsels beschränken. Den in dieser Behandlung stehenden Kindern geht es ausnahmslos gut; einige davon stehen fast 2 Jahre in unserer Behandlung. Von den Kindern dagegen, deren Eltern teils wegen des guten Aussehens der Kinder den notwendigen Forderungen nicht nachkommen und es auch an der nötigen Aufsicht fehlen lassen, ist uns ein Kind im Koma verloren gegangen. Die Abhängigkeit des Zuckerhaushalts von zerebralen Funktionen kann klinisch ebenfalls in Erscheinung treten. Manchmal sieht man nach psychischen Eindrücken freudiger wie trauriger Art beim diabetischen Kinde Zucker im Harn auftreten, das bereits längere Zeit zucker- und azetonfrei war. Versuche, die darauf hinausgingen, zu untersuchen, ob solche Symptome durch Insulin beeinflußbar sind, haben zu keinem eindeutigen Resultat geführt. Jedenfalls ist es nicht notwendig, therapeutisch hier einzugreifen.

Wie steht es nun mit den Gefahren bei der Insulinbehandlung des diabetischen Kindes? Bekanntlich kommt es beim Sinken des Blutzuckerspiegels weit unter die Norm zu einem Komplex von Erscheinungen, die klinisch als hypoglykämische Reaktion bezeichnet wird. Die Blutzuckerschwelle, bei der solche Erscheinungen auftreten, ist individuell verschieden. Beim Säugling, der bekanntlich durch Kohlehydratentziehung ohne Insulin leicht einen stark erniedrigten Blutzuckerspiegel aufweisen kann, sind solche Erscheinungen selbst bei Werten von 0,04 mg % nicht beobachtet worden, wohl aber nach Insulingaben. Vielleicht spielen sich bei der alimentären und bei der durch Insulinwirkung hervorgerufenen Hypoglykämie überhaupt verschiedene Stoffwechselvorgänge ab. Bei unseren Kindern (das jüngste war 5 J. alt) mit Diabetes mellitus lagen die Blutzuckerwerte bei leichten klinischen hypoglykämischen Symptomen zwischen 0,054% und 0,071%. Beim Erwachsenen wird der Wert in den meisten Fällen als 0,04% angegeben. Eine Fülle von Untersuchungen liegen am Tier vor, auf die wir jedoch nicht näher eingehen wollen. Hier sollen nur die rein praktischen Fragen erörtert werden: wie erkennt man eine hypoglykämische Reaktion, wie behandelt man sie und wie beugt man dem Wiederauftreten vor? Zur ersten Frage ist hervorzuheben, daß das klinische Bild einer hypoglykämischen Reaktion sehr viel Aehnlichkeit mit dem des diabetischen Komas haben kann. Es ist deshalb wichtig, zunächst zu wissen, wann man eine solche Reaktion seitens des Organismus zu erwarten hat. Die Hypoglykämie beruht beim kindlichen Diabetes immer auf zu hohen Insulingaben, resp. zu niedriger Kohlehydratzufuhr in der Kost. Oder sie liegt daran, daß Insulin und Kohlehydrate so gegeben wurden, daß sie zeitlich nicht optimal aufeinander wirken konnten. Am ehesten müßte man deshalb auf eine hypoglykämische Reaktion bei der Einstellung des Kindes auf Insulin gefaßt sein. Dennoch haben wir in den ersten Tagen bei der Einstellung, wobei wir häufig mit 20 bis 30 Einheiten pro Tag begonnen haben, nie eine hypoglykämische Reaktion beobachten können, was darin seinen Grund hatte, daß die vorher falsch oder unbehandelt hereinkommenden Kinder einen sehr hohen Blutzuckerspiegel aufwiesen. Sinkt dieser aber nach den ersten Tagen unter der Behandlung ab, und erhöht man nicht jetzt die Kohlehydrate oder schränkt die Insulinzufuhr ein, also bringt man nicht Kohlehydratzufuhr und Insulindosis in das richtige Verhältnis, so rückt die Gefahr der hypoglykämischen Reaktion näher. Eine gewisse Vorsicht ist dann geboten, wenn die Gly-

Datum	ccm Harnmenge	Spez. Gewicht	Reaktion	Zucker in %	g Zucker (gesamt)	g Aceton	Acetessigsäure	Blutzucker in mg %	Kost	g Eiweiß pro kg Körpergewicht	g Eiweiß (gesamt)	g Fett	g Kohlehydrate	Kalorien	g Flüssigkeitsmenge	g Gewicht der Gesamtnahrung	g Insulin	kg Körpergewicht	Bemerkungen
16. X. 1925									800 g Blattgemüse (Weißkohl) 50 g Kartoffelpüree 75 g Butter 1000 g Malzkaffee 60 g Brot	0,17	3,5	63,3	46,3	788	1000	1935	2×10 E.	21,2	Starke Zucker- und Azetonausscheidung; deshalb sofortige Insulinbehandlung bei der Aufnahme. unverändert, deshalb erhöhte Insulindosen, bei Zulage von Kohlehydraten und Reduzierung des Fettes für den nächsten Tag.
	1220	1032	sauer	4 %	48,8	1,9	+	0,310	—										
17. X. 1925									800 g Gemüse (Weißkohl) 50 g Kartoffeln 70 g Brot 50 g Butter 720 g Malzkaffee	0,14	4,9	42,9	50,8	620,6	720	1710	2×20 E.	20,2	Sehr mäßiges Nachlassen der Zucker- und Azetonausscheidung bei verdoppelten Insulindosen; deshalb weitere Erhöhung des Insulins. Einschränkung des Fettes wird wegen der Gefahr zu starker kalorischer Unterernährung nicht verordnet, aber höhere Kohlehydratdosen. Hebung des Appetits!
	960	1028	sauer	4 %	38,4	1,6	+	—	—										
18. X. 1925									1200 g Gemüse (Pfefferlinge) 50 g Kartoffeln 80 g Butter 80 g Brot 520 g Malzkaffee.	0,26	5,3	43,0	59,6	658,4	520	1900	2×25 E.	20,2	Deutliche Wirkung auf Zucker- Bei 20 E. bleibt der Zustand fast und Azetonausscheidung, aber keineswegs sistierend. Deshalb dreimalige Insulinapplikation unter Prüfung der Ausscheidungsverhältnisse in Teilportionen bei gleichzeitiger Erhöhung des Insulins, bei etwa gleichbleibender Kost.
	640	1024	sauer	2 %	12,8	0,7	+	—	—										
19. X. 1925									wie am Vortage (als Gemüse Spinat)										
7—12 h 12— 5 h 5— 7 h	280 320 260	1020	sauer	3 % 3,5 % Sp	8,4 11,2 —	0,35 0,11 —	+ + —	0,19		0,26	5,3	43	59,6	658,4	520	1900	8 h 20 E. 12 h 20 E. 5 h 20 E.	20,35	In den ersten 10 Stunden beträchtliche Zucker- und Azetonausscheidung. Die Insulindosen werden vor den großen Mahlzeiten erhöht und dem heutigen Harnbefunde entsprechend verteilt.
20. X 1925									wie am Vortage (als Gemüse grüne Bohnen)										
7—12 h 12— 5 h 5— 7 h	400 350 250	1024	sauer	1,5 0,5 0,8	6,0 1,75 2,0	— — —	- — —			0 25	5,3	43	59,6	658,4	500	1880	8 h 25 E. 12 h 25 E. 5 h 15 E.	21,2	Zuckerausscheidung wesentlich nachgelassen. Azeton nicht mehr nachweisbar. Deshalb wird die Insulindosis nochmals erhöht. Das Fett wird absichtlich nicht erhöht. Auffallend ist die Körper-Gewichtszunahme nach Aufhören der Azetonurie.
21. X. 1925									wie am Vortage (als Gemüse Grünkohl)										Zucker- und Azetonausscheidung sind verschwunden. Die kalorische Ernährung soll jedoch erhöht werden, deshalb wird für kurze Zeit die Insulindosis und damit auch die Kohlehydratmengen, ebenso das Fett erhöht.
	800	1029	sauer	—	—	—	—		—	0,24	5,3	43	59,6	658,4	500	1880	3 · 25 E.	22,3	
22. X. 1925									1200 g Gemüse (Sauerkraut) 80 g Brot 100 g Kartoffeln 80 g Butter										Harn frei von Zucker und Azeton. Es wird nichts geändert.
	6 0	1021	sauer	—	—	—	—		—	0,3	6,8	69,2	68,8	940,0	450	1910	1 · 25 E. 1 · 30 E. 1 · 30 E.	22,45	

23. X. 1925	900	1015	sauer	—	—	—	—	0,058	wie am Vortage (Gemüse Kohlrabi) außerdem werden beim Auftreten leichter hypoglykämischer Erscheinungen 40 g Brot extra gegeben	0,34	7,6	69,4	88	1026,8	450	1950	1 · 25 E 1 · 30 E 1 · 30 E	22,6	Es machen sich die ersten hypoglykämischen Erscheinungen geltend. Durch sofortige Gabe von 40 g Brot verschwinden diese sofort. Die Insulindosierung wird herabgesetzt.
24. X. 1925	700	1018	sauer	Sp.	—	—	—		dieselbe Kost mit der Zulage von 40 g Brot —	0,34	7,6	69,4	88	1026,8	450	1950	3 · 25 E	22,65	Die Zulage von Kohlehydraten und das Herabgehen des Insulins haben eine ganz leichte Glykosurie zur Folge gehabt. Die Kohlehydrate werden für den folgenden Tag herabgesetzt.
25. X. 1925	920	1011	sauer	—	—	—	—		1200 g Gemüse (grüne Bohnen) 100 g Brot 100 g Kartoffeln 80 g Butter —	0,35	7,8	69,3	78,4	983,2	400	1880	3 · 25 E	22,45	Kein Anlaß zur Aenderung in der Insulin- und Kohlehydratdosierung. Es wird versucht Fett zuzulegen.
26 X. 1925	560	1010	sauer	—	—	—	—		1200 g Gemüse (Weißkohl) 100 g Brot 100 g Kartoffeln 90 g Butter —	0,34	7,8	77,5	78,5	1059,6	400	1890	3 · 25 E	22,70	Es wird versucht mit dem Insulin herunterzugehen bei gleicher Kohlehydratmenge in der Nahrung.
27 X. 1925	710	1014	sauer	—	—	—	—		dasselbe (d. Gemüse wird täglich geändert)	0,34	7,8	77,5	78,5	1059,6	400	1890	3 · 20 E	22,70	Die Herabsetzung des Insulins wird gut vertragen. Es wird deshalb langsam weiter abgebaut.
28.—29. X. 1925									dasselbe								3 · 20 E	22,90	Insulindosis bleibt bestehen.
				—	—	—	—			„	„	„	„	„	„	„	2×25 E	23,0	Insulinmenge wird weiter herabgesetzt, da der Blutzucker sehr tief ist. Hypoglykämische Erscheinungen bestehen jedoch nicht.
30. X. 1925	1000	1010	sauer	—	—	—	—		dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	2 · 25 E	23,0	Keine Aenderung notwendig.
31. X. 1925	900	1015	sauer	—	—	—	—	0,059	dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	2×25 E	23,2	Wegen tiefen Blutzuckerspiegel weitere Herabsetzung des Insulins.
1.—8 XI 25				—	—	—	—		dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	2×15 E	23,2—23,8	Keine Aenderung notwendig.
9 XI. 1925	1200	1007	sauer	—	—	—	—	0,07	dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	2×15 E	23,9	Bei völligem Wohlbefinden und negativem Harnbefund wird versucht mit dem Insulin herunterzugehen.
10.—14. XI. 1925				—	—	—	—		dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	2×8 E	23,9—24,1	Bei völligem Wohlbefinden und negativem Harnbefund wird versucht mit dem Insulin herunterzugehen.
15. XI. 1925	1380	1010	sauer	—	—	—	—		dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	1×5 E	24,2	
16 XI. 1925	500	1011	sauer	—	—	—	—	0,09	dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	1×5 E	24,2	Bei 5 Einheiten ist der Blutzuckerwert normal; es wird deshalb vom Insulin abgesetzt.
17.—20. XI. 1925				—	—	—	—		dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	—	24,2—24,5	
21. XI 1925	1000	1009	sauer	—	—	—	—	0,10	dasselbe	„	„	„	„	„	„	„	—	24,5	Der Blutzuckerwert ist ohne Insulin normal geblieben. Das Kind ist bis heute 12. Dez. 1925 zucker- und azetonfrei ohne Insulin.

kosurie nach Einstellung auf Insulin aufgehört hat.

Aehnlich verhält es sich beim Infekt der Kinder. Hier ist man wegen der immer verschlechterten Kohlehydrat- und Fettoleranz zu höheren Dosierungen resp. zum Neueingreifen mit Insulin gezwungen. Wie bereits oben gesagt, darf man hier zunächst ruhig große Dosen anwenden. Nur bedarf es beim Abklingen des Infektes großer Aufmerksamkeit auf den Blutzuckerspiegel resp. den Harnzucker, um rechtzeitig mit Insulingaben herunter zu gehen, resp. diese abzusetzen.

Schließlich ist uns noch ab und zu aufgefallen, daß Kinder, die bereits längere Zeit bei gleicher Diät und gleichbleibenden Insulindosen gehalten wurden, wider unser Erwarten meist 4—5 Stunden nach den Insulingaben und nach der Mahlzeit Zeichen einer hypoglykämischen Reaktion zeigten. Hierfür möchten wir die allmähliche Besserung der Stoffwechsellage im Sinne einer Funktionshebung des Inselapparates verantwortlich machen, denn stets konnten wir diese Erscheinungen durch Herabgehen mit Insulin oder durch Erhöhung der Kohlehydrate in der Kost sofort bekämpfen.

Unter welchem klinischen Bilde treten solche Erscheinungen auf? Wir hatten Gelegenheit im Laufe der beiden Jahre viele solcher Zustände zu beobachten. Bei jüngeren Kindern (5 und 6 Jahre) traten die Symptome so auf, daß das Kind anfing mürrisch zu werden, ohne daß ein eigentlicher Grund hierfür vorlag, und ohne daß es bei dem Kinde Gewohnheit wäre. Es wurde unfolgsam usw. Dieser Zustand bestand etwa 10 Minuten, dann konnte man sehen, daß das Kind beim Gehen taumelte, es traten Innervationsstörungen der Augenmuskeln auf. Wenige Minuten später verlangte das Kind zu sitzen, ließ den Kopf auf den Tisch fallen und wurde müde. Wieder einige Minuten später reagierte das Kind nur schlecht auf Fragen, die man ihm stellte. Es wird benommen und schläft fest ein. Aeltere Kinder klagen über Hunger- und Hitzegefühl. Einige geraten ins Schwitzen und werden ebenfalls müde. Sie können aber, abgesehen von dem Hitze- und Hungergefühl, keine näheren Angaben über ihr Befinden machen. Auch einen schweren Fall konnten wir beobachten, der dadurch zustande kam, daß nach Einverleibung von 30 E. Insulin das Kind aus der Klinik geholt wurde und durch Mißverständnis seitens der Eltern dem Kinde keine Nahrung verabreicht wurde. In den ersten Stunden fühlte sich das Kind nach Angaben der Eltern noch wohl, drei Stunden nach der Insulinapplikation bemerkten sie dann, daß das Kind müde wurde, über Mattigkeit klagte und profuse Schweißausbrüche bekam. Es wurde deshalb ins Bett gelegt, wo es einschlief. Eine Stunde später fanden die Eltern das Kind in schweren tonisch-klonischen Krämpfen bei völliger Bewußtlosigkeit im Bette vor. Nach etwa einer Stunde wurde uns das Kind in die Klinik eingeliefert im Zustande tiefster Benommenheit, mit tonischer Starre der gesamten Muskulatur, starker Hautblässe und sehr beschleunigtem Puls. Die Wäsche war von Schweiß durchtränkt. Die Zufuhr von Zuckerlösung war wegen der Kiefersperre und der tiefen Benommenheit nicht möglich. Es wurde deshalb zur intravenösen Injektion von zunächst 20 ccm einer 4,5%igen Traubenzuckerlösung gegriffen. Der Erfolg war frappant. Die Starre ließ innerhalb von höchstens zwei Minuten soweit nach, daß nun auch Zuckerlösung per os verabreicht werden konnte. Nach weiteren drei Minuten hatte sich das Kind so erholt, daß das Bewußtsein völlig zurückgekehrt war und von der Starre nichts mehr beobachtet werden konnte. Die Laune des Kindes hatte nicht gelitten, nur die Müdigkeit, die wohl auf den Krampfzustand zurückzuführen ist, hielt noch einige Stunden an. Am anderen Tage war weder an dem psychischen noch körperlichen Verhalten des Kindes etwas Abnormes zu bemerken. Dieser Fall darf nicht abschreckend wirken, denn er beruhte auf Fehlern, die vermieden werden konnten. Andererseits beweist auch diese Beobachtung, daß durch Glykosezufuhr selbst schwere Zustände der Hypoglykämie in kürzester Zeit repariert werden können. Andere Autoren empfehlen Adrenalininjektionen, die ebenfalls sehr erfolgreich sein sollen. Bei höherer Dosierung halte ich solche Zwischenfälle nach unseren bisherigen Erfahrungen für unmöglich, wenn gleichzeitig genügend Kohlehydrate zugeführt werden. Wir heben dies ganz besonders aus dem Grunde hervor, weil wir Blutzuckerbestimmungen, deren wir uns bedient haben und deren Wert für die Klinik nicht unterschätzt werden soll, zur Kontrolle der Insulindosierung für nicht absolut notwendig halten und stimmen in dieser Richtung mit den Angaben Minkowskis vollkommen überein.

Die leichten Fälle von hypoglykämischer Reaktion, die wir soeben beschrieben haben, wurden mit ½ Glas Himbeerwasser (ca. 10 g Rohrzuckergehalt) oder einer halben Apfelsine (ohne Zucker) mit dem Erfolg behandelt, daß die Erscheinungen innerhalb von etwa 10 Minuten restlos verschwanden. Nachhaltende Wirkungen einer hypoglykämischen Reaktion haben wir nie beobachten können.

Schließlich noch eine Frage: Kann man durch Aenderung der Insulinmarke in die Gefahr kommen überzudosieren? Wir haben im letzten Jahre mit verschiedenen Fabrikaten gearbeitet und halten die heutige Standardisierung für so gut, daß man ernste Ueberdosierungen jedenfalls nicht zu befürchten hat. Die Wirksamkeit der wässerigen Lösung des Insulins läßt bekanntlich im Laufe der Zeit nach. Wir verwenden z. Z. das „Insulin Kahlbaum", welches trocken aufbewahrt wird und erst vor dem Gebrauch gelöst wird.

Auf Seite 8 und 9 soll noch ein Ernährungsschema als Auszug unserer Krankengeschichten wiedergegeben werden. Es handelt sich in dem Falle um einen 5½ jährigen diabetischen Jungen, der einige Monate nach Auftreten der ersten Symptome in unsere Behandlung kam.

Die Einführung des Insulins in die Therapie des kindlichen Diabetes hat das Los dieser Kinder gebessert. Die Behandlung ist dankbarer geworden. Sie ist auch leichter durchzuführen, aber deshalb nicht einfacher. Zu der Sorgfalt, die auf die Diaetetik nach wie vor gelegt werden muß, tritt noch die Anwendung des Insulins hinzu. Zwei Jahre lang haben wir gute Erfolge bei einer solchen kombinierten Behandlung gesehen; ob das Insulin das Schicksal der kindlichen Diabetiker auch auf die Dauer zu ändern vermag, muß die Zukunft lehren. Berechtigte Hoffnungen dazu können wir aber nur bei einer kunstgerechten Diaetetik und Anwendung des Insulins haben, und wenn es uns gelingt — dies scheint mir der schwierigste Punkt zu sein — die Eltern und Kinder zur Einsicht und Durchführung der gebotenen Maßnahmen zu bewegen.

Aus der II. Inneren Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg. (Dirig. Arzt: Prof. Dr. F. Glaser.)

Der heutige Standpunkt der Vagus- und Sympathicustherapie.

Von

Prof. Dr. F. GLASER.

Nach den neueren Forschungen besitzt das vegetative Nervensystem, dessen Hauptnerven der Vagus und Sympathicus sind, einen lenkenden Einfluß auf die Atmung, die Herztätigkeit, den Blutdruck, die Blutverteilung, den Wasser- und Stofftransport, die Oxydationen, die Elektrolytverteilung, die Wärmebildung und reguliert dadurch die wichtigsten Funktionen des menschlichen Organismus. In den Zentren des vegetativen Nervensystems, die besonders im Zwischenhirn und im Höhlengrau des 3. Ventrikels liegen, kommen nach L. R. Müller[1]) die Stimmungen zustande, von denen in kritischen Fällen nach E. Opitz[2]) häufig das Ueberwinden schwerer Krankheitszustände abhängt. Auch nach dem Urteile erfahrenster anderer Aerzte, wie z. B. Krehl[3]) „steigern Mut und Kraftgefühl ebenso sicher den Infektionsschutz, wie traurige Stimmung und Mutlosigkeit ihn herabsetzen". Eine wie große Rolle bei den akuten Infektionskrankheiten das vegetative Nervensystem spielt, werden wir aus den folgenden Betrachtungen ersehen. Die Bekämpfung des Fiebers fällt deswegen in das Gebiet der Vagus- und Sympathicustherapie, weil nach neueren Forschungen dasselbe als eine vegetative Neurose zu bezeichnen ist. Auf Grund der Experimente der Krehlschen Schule[4]) können wir annehmen, daß die Bakterientoxine eine Erregung der vegetativen Ganglienzellen im Zwischenhirn (Tuber cinereum) hervorrufen; diese Erregungszustände laufen über thermoregulatorische Bahnen des Rückenmarkes bis zum 7. und 8. Cervikalsegment, um von hier über die Nervenwurzeln c_7 bis d_2 zum Sympathicus zu ziehen. Wahrscheinlich führt auch der Vagus Fasern für die hier in Betracht kommenden Vorgänge. Der Stoffwechsel aller Organe wird durch diese Erregungen erhöht und besonders ist es von Freund[5]a) u. Plaut[5]b) für die Leber und Muskeln festgestellt, daß die erregenden Einwirkungen in vegetativen Nerven verlaufen, die mit der Arterie ziehen. Im allgemeinen herrschen im Fieber die sympathikotonischen Erregungen vor; dafür spricht die Beschleunigung der Herztätigkeit durch Acceleransreizung, das Versiegen des dünnflüssigen Chordaspeichels und das Austrocknen der Mundhöhle. Die Hemmung der Magensaftsekretion durch Sympathicuserregung bedingt wohl teilweise die Appetitlosigkeit, und infolge verminderter Darmbewegung tritt durch Sympathicusreizung häufig Obstipation auf. Mit diesen Anschauungen stimmen meine[6]) zahlreichen Untersuchungen bezüglich des Serumkalkgehalts im Fieber überein, durch die ich beweisen konnte, daß in 57.6% der Fälle Serumkalkschwankungen sich nachweisen lassen, die in der größten Zahl der Fälle für sympathikotonische Erregungen sprechen. Durch Mittel aus der Antipyreticagruppe (Antipyrin, Pyramidon usw.) wird einerseits die Erregbarkeit des sympathikotonischen Wärmezentrums im Tuber cinereum herabgesetzt (Schmiedeberg nennt diese Mittel Fiebernarkotica), andererseits werden die im Fieber infolge Sympathicusreizung kontrahierten Hautgefäße durch parasympathische Erregung erweitert. Die kritischen Entfieberungen, die häufig bei Infektionskrankheiten (z. B. Erysipel, Typhus, Scharlach) durch unspezifische Proteinkörpertherapie erzielt werden, beruhen nach meinen[7]) Untersuchungen zum Teil auf Tonusschwankungen im vegetativen Nervensystem. Nach Injektion von Reizkörpern (Aolan, Collargol) entstehen häufig sofort Reizungen im Vagusgebiet, die ich durch vagotonische Leukopenien nachweisen konnte. Diese Tonusschwankungen bewirken eine bessere Blutdurchströmung der die Antikörper beherbergenden Organe (Knochen, Milz, Lymphdrüsen); die Immunstoffe werden in die Zirkulation gebracht und führen so durch Unschädlichmachen der Bakterienproteine zur Beruhigung des Wärmezentrums und Temperaturabfall. Die kritische Entfieberung erscheint in dieser Beleuchtung als ein Reizzustand im Vagus. Auf die im Fieber bestandene sympathikotonische Erregung folgt jetzt eine Tonussteigerung im Vagusgebiet. Für letzteren Zustand spricht, abgesehen vom Temperaturabfall (Reizung des Kühlzentrums [H. H. Meyer[8]]), die Bradycardie und die Schweißbildung. Eine der Hauptgefahren bei den akuten Infektionskrankheiten stellt die Lähmung des Vasomotorenzentrums dar; letzteres repräsentiert eins der wichtigsten Zentren des vegetativen Nervensystems. Das Hauptvasomotorenzentrum liegt in der Medulla oblongata und reguliert von da über untergeordnete spinale Zentren auf dem Wege des Vagus und Sympathicus den Kontraktionszustand der Gefäße. Besonders beim Typhus abdominalis, Flecktyphus, Pneumonie, schweren Scharlachfällen usw. beruht die Herzschwäche nach den berühmten Untersuchungen von Romberg und Paeßler auf einer Lähmung der Vasomotoren. Letztere wird durch die Toxine der betreffenden Krankheitserreger verursacht und erstreckt sich besonders auf das Splanchnicusgebiet. Als direkte Erregungsmittel der Vasomotorenzentren sind zu bezeichnen: Campher, Hexeton und auch Coffein. Da das Strychnin gerade auf das Splanchnicusgebiet verengernd wirkt, so kann dasselbe bei derartigen Collapszuständen bis zu großen Dosen von 5—10 mg subkutan (mehrmals täglich) empfohlen werden. — Wenn wir gegen Vergiftungen von Wurst, Schinken, Pökelfleisch und Gemüsekonserven (Botulismus) das von Kempner[9]) angegebene antitoxische Serum anwenden, so treiben wir insofern eine Vagus- und Sympathicustherapie, als das Botulismusgift mit zahlreichen Ganglienzellen chemische Verbindungen eingeht; durch Fixation des Giftes an die vegetativen Occumolotoriuskerne tritt Pupillenerweiterung ein. Die Trockenheit der Mundhöhle weist auf eine Lähmung der Chorda tympani hin. — Besonders bei den schweren Formen der Grippe handelt es sich darum, die Störungen des vegetativen Herznervenmuskelapparates zu bekämpfen; wird doch letzterer resp. der Herzmuskel durch das Grippegift häufig geschädigt; nach Eichhorst[10]) müssen wir neben einem bradycardischen (häufigste Form), einem tachycardischen und einem extrasystolischen auch ein cardioneuralgisches Influenzaherz annehmen. Gegen diese bedrohlichen Herzerscheinungen haben sich mir in der schweren Grippeepidemie 1919 bis 1920 besonders intravenöse Strophantin-Injektionen (⅓ mg) oder intramuskuläre Digalen-Injektionen dreimal täglich 1 ccm bewährt, durch die wir infolge der vagusartigen diastolischen Wirkung eine Verlängerung der Diastole und durch sympathische Herzerregung eine Verstärkung der Systole nach Gottlieb[11]) hervorbringen. — Auch die Behandlung der Encephalitis epidemica hängt mit dem autonomen Nervensystem eng zusammen; finden sich doch die für die Schlafkrankheit charakteristischen Lymphocyteninfiltrationen um die kleinen Gefäße, die Gefäßwandveränderungen und Gliawucherungen in der

Gegend der vegetativen Zentralorgane, in der grauen Substanz des Hirnstamms und der Stammganglien. Die Schlafsucht entsteht dadurch, daß diese Veränderungen in der Gegend des vegetativen Schlafzentrums, das sich in der hinteren Wand des dritten Ventrikels befindet, eintreten; wahrscheinlich kommt der physiologische Schlaf nach Economo[12]) von dieser Gegend aus durch Aenderung der Vascularisation des Hirns, nervöser Hemmung der Hirnfunktionen und einer hormonalen Beeinflussung zustande. Bei der Encephalitis epidemica tritt eine pathologische Steigerung dieser physiologischen Funktion ein. Sowohl nach den Erfahrungen Billigheimers[13]) auf der v. Bergmannschen Klinik, als auch nach meinen eigenen wirken gut bei der Encephalitis epidemica Einreibungen von 5 g Ung. ciner; wir können uns vorstellen, daß die oben geschilderten anatomischen Veränderungen besonders die Lymphocyteninfiltrationen ähnlich wie bei der Lues durch die resorptiven Wirkungen des Quecksilbers zum Verschwinden gebracht werden. Auch die Symptome des Spätstadiums der Encephalitis epidemica weisen auf eine Beteiligung des vegetativen Nervensystems hin. Der erhöhte Tonus der Muskulatur beim Parkinsonismus hängt deswegen mit einer krankhaften autonomen Innervation zusammen, weil nach den Untersuchungen von F. H. Lewy[14]) die Muskeltonusregulation von einem vegetativen hypothalamischen Zentrum aus reguliert wird, das wahrscheinlich noch einem übergeordneten Zentrum im Striatum seine Lenkung verdankt. Wenn Billigheimer[15]) mit täglichen intravenösen Injektionen von 10 ccm einer 10%igen Chlorcalciumlösung die betreffenden Patienten im hohen Grade von ihrer motorischen Starre befreite, so waren die dadurch hervorgerufenen Sympathicusreizungen von Nutzen; steht doch E. Frank[16]) auf dem Standpunkt, daß der Parkinsonismus auf Erregungszuständen des parasympathischen Nervensystems beruht. Der durch Vaguserregungen erzeugte lästige Speichelfluß ist günstig mittels Dosen von ½ mg Atropin dreimal täglich zu bekämpfen. — Nach U. Friedemann[17]) soll es bei der postdiphtherischen Herzschwäche zum Nachlassen des sympathisch bedingten Herzmuskeltonus infolge Sympathicuslähmung kommen und so die akute Herzerweiterung erfolgen. Die von Friedemann beobachtete gute Wirkung intracardialer Adrenalininjektionen könnte diese Theorie stützen. — Bei der Bazillenruhr kommen nach A. Schittenhelm[18]) charakteristische spastische Kontraktionen des Dickdarms vor, welche nach der Annahme von Usener[19]) auf eine toxische Vaguserregung zurückgeführt werden. Mir haben sich in diesen Fällen am besten subkutane Injektionen von drei- bis viermal täglich 0,5 mg Atropin bewährt; auch Stuhlzäpfchen mit 0,05 Extrakt Belladonnae helfen zuweilen. — Das Choleraendotoxin und die durch pathologische Stoffwechselveränderungen auftretende Azidose kann zu Gefäßerweiterungen im Splanchnicusgebiet führen und so zur Herzmuskelschwäche beitragen. Intravenöse Kochsalzinjektionen (½ l + Zusatz von 1 mg Adrenalin während 2 bis 3 Stunden nach Lichtwitz infundiert) bringen durch Sympathicusreizung häufig die gefährliche Bauchgefäßerweiterung wieder zum Rückgang. — Beim Keuchhustenanfall kommt der Husten durch Reizung des wahrscheinlich überempfindlichen Vagus und des Nervus laryngeus dadurch zustande, daß es zuerst zu einer tiefen Inspiration und Glottisverschluß kommt und dann die Erregung zentripetalwärts durch sensible Vagusäste auf das Hustenzentrum in der Medulla oblongata übertragen wird; von da wird die Erregung auf die motorischen Nerven für die Exspirationsmuskeln geleitet und so die Glottis explosiv gesprengt. Nach meinen Erfahrungen wirkt beim Keuchhusten häufig gut das den Vagustonus schwächende Atropin, das im Säuglingsalter zu $^1/_{10}$ mg, bei kleinen Kindern zu $^2/_{10}$ bis $^3/_{10}$ mg, bei Schulkindern zu $^3/_{10}$ bis $^5/_{10}$ mg zu verordnen ist. — Auch die Erkältung hängt von Einwirkungen des autonomen Nervensystems ab; sie entsteht unter dessen Vermittlung reflektorisch über sensitiv vegetative Reflexe und kommt dadurch zustande, daß z. B. beim Schnupfen reflektorisch durch Kälteeinwirkung eine Hyperämie und Hypersekretion der Nasenschleimhaut sich ausbildet. Wenn wir durch Abhärtung (kalte Waschungen, Gewöhnung an kalte Luft) das Auftreten dieser sensitiv vegetativen Reflexe verhüten, so haben wir eine Vagus-Sympathicustherapie sicherlich getrieben. — Die gleichen Gifte, die in kleinen Gaben, wie wir oben sahen, das Tuber cinereum erregen und Fieber dadurch erzeugen, verursachen in großen Gaben Collaps und damit den Tod. Der Vorgang spielt nach Krehl[20]) am Krankenbett eine große Rolle. Besonders die Wärmeabgabe und der Kreislauf fallen und mit dem Versagen dieser wichtigsten Zentren des autonomen Systems bricht nach Krehl der Organismus zusammen. Wenn wir in solchen Fällen durch zentral das Vasomotorenzentrum reizende Mittel wie Campfer — Coffein — Alkoholgaben, durch Sympathicus reizende Pharmaka wie Adrenalininjektionen, durch das vegetative Herznervensystem erregende Medikamente wie Digalen, Strophantin den Collaps bekämpfen, so haben wir Mittel angewandt, die dem Tonus des unwillkürlichen Nervensystems zur normalen Regulation wieder verhelfen. — Nach F. A. Hoffmann[21]) stellt das Asthma bronchiale eine Neurose im Gebiet der Respirationsnerven dar, welche in Anfällen von Atemnot mit eigentümlicher Sekretion und Lungenblähung einhergeht. Auf das Bronchokonstriktorenzentrum, das sich infolge angeborener bezw. vererbbarer Anomalie in einem abnormen Zustande befindet, können mannigfaltige Einflüsse in der Weise einwirken, daß es zum Bronchialasthmaanfall kommt. So kann von der Gehirnrinde (Angstzustände), durch innersekretorische Störungen, durch Anomalien der Nase, des Rachens, Magens, Darms, des Uterus und durch Würmer und schließlich durch Allergene (Milch, Eier, Fleisch, Weizenmehl, Tierhaare, Federn, Ipecacuanha, Antipyrin, Ursolfarbstoff[22]) das Bronchokonstriktorenzentrum so erregt werden, daß der Vagus in einen abnormen Reizzustand versetzt wird; letzterer führt zu Bronchialmuskelspasmen und fluxionär-sekretorischen Erscheinungen. Diese abnormen Vaguserregungen sind daher auf mannigfaltigste Weise zu behandeln: Psychotherapie, innersekretorische Maßnahmen, Behandlung von Körperanomalien und schließlich die Berücksichtigung anaphylaktischer Faktoren sind in Erwägung zu ziehen. Das Fortlassen gewisser als spezifisch wirksam erkannter tierischer oder pflanzlicher Eiweißstoffe aus der Nahrung oder das Meiden ihrer Inhalation (Pferdeschuppen, Federn), das Vermeiden der in der Luft schwebenden miasmatischen Substanzen (Storm van Leeuwen[23]) sind dabei zu berücksichtigen. Auch die Kümmellsche[24]) Sympathektomie nützt nach meinen Ausführungen[25]) besonders bei den Fällen, wo das Bronchokonstriktorenzentrum durch zentripetal leitende Sympathicusfasern immer wieder erregt wird und so zu abnormen Vagusreizungen Veranlassung gibt. Gegen schwere Anfälle von Bronchialasthma wirkt am besten symptomatisch Adrenalin, das den Sympathicus reizt und damit die Bronchiolen erweitert und Asthmolysin, ein Präparat, das Adrenalin

+ Pituitrin enthält. Bei leichteren Fällen wirkt 0,2 Coffein deswegen, weil es den Bronchialmuskelkrampf nach den Versuchen von Pahl lösen kann. Ich[26]) selber habe außerdem gegen die vagotonischen Bronchialmuskelkrämpfe intramuskuläre Injektionen von 10 ccm Kuhmilch empfohlen, weil das dabei auftretende Fieber einen sympathikotonischen Zustand hervorruft und so die Vaguserregungen beseitigt. Dies stimmt mit den Erfahrungen der alten Aerzte überein, die schon sagten: „Febris tollit spasmum." (Morawitz[27]). — Die Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und „vegetativem Nervensystem" sind besonders von E. Guth[28]) in neuerer Zeit studiert worden; Käding[29]) faßt die Kenntnisse in dieser Beziehung jetzt so zusammen: bei den produktiven cirrhotischen Tuberkulosen ist die Erregbarkeit des Sympathicus noch erhalten, während sie bei den exsudativen Formen, besonders im vorgeschrittenen Stadium bedeutend herabgesetzt ist. Bei der spezifischen Perkutanbehandlung der Tuberkulose nach Petruschky[40]), die in Einreibung von Tuberkulinlösungen in die intakte Haut besteht, spielen reflektorische, vagotonische Gefäßerweiterungen am Krankheitsherd, die durch Erregung des vegetativen Hautnervensystems entstehen, sicherlich eine Rolle. Es wäre sonst gar nicht zu verstehen, wie so bei der Petruschkyschen Kur durch stärkste Tuberkulinverdünnung von 1 : 25000 schon Wirkungen zu erzielen sind. 1—2 Tropfen einer derartigen Lösung, die in die unversehrte Haut eingerieben werden, können nach meinen Erfahrungen zu starken Reaktionen Veranlassung geben. Infolge der schon von Moro[31]) angenommenen spezifisch-nervösen Allergie der Haut wird bei Tuberkulösen durch derartige homöopathische Lösungen das vegetative Hautnervensystem erregt, so daß reflektorisch am Krankheitsherd vagotonische Gefäßerweiterungen entstehen, die im Sinne einer Bierschen Heilhyperämie wirken. Auch Petruschky[32]) selber hatte die Vorstellung, daß das vegetative Nervensystem bei seiner Kur eine Rolle spielt und verglich: „das Wirken des sympathischen Nervensystems mit dem eines sorgsamen Hausverwalters, welcher das Blut zur rechten Zeit an die rechte Stelle führt." Aufregungszustände können bei Tuberkulösen zu vagotonischen Gefäßerweiterungen am Krankheitsherde vermehrter Tuberkulinresorption und so zur Temperatursteigerung Veranlassung geben. Die Verhütung derartiger Vorgänge fällt demnach auch in die Vagus- und Sympathicustherapie. — Obwohl wir noch lange nicht so weit sind, alle pathologischen Wirkungen des Vagus und Sympathicus auf das Herz zu übersehen, können doch schon therapeutisch wertvolle Betrachtungen über die Bedeutung des Vagus und Sympathicus für die Herztherapie angestellt werden. Bei Ausschluß organischer Herzerkrankungen und Hypertonien können Extrasystolen, Ueberleitungsstörungen und Vorhofsflimmern durch Reizung extracardialer Nerven erzeugt werden. Sinusarythmien und besonders respiratorische Arythmien beruhen auf wechselnden Erregungszustand des Nervus vagus. Derartige Personen sind nicht als Herzkranke zu behandeln. Da in der Ruhe Vaguseinflüsse besonders hervortreten, ist nach A. Hoffmann[33]) Beschäftigungstherapie neben Atropinordination einzuleiten. Bei nervösen Extrasystolikern ist Ruhe nicht am Platze. im Gegenteil sind Körperbewegungen nützlich. Die Vagusübererregbarkeit bei Extrasystolikern kann durch Nikotinmißbrauch, Nervosität, sexuelle Exsesse. abnorme Magentätigkeit wie Achylie. Superazidität bedingt sein: Bekämpfung dieser Zustände setzt die Vaguserregbarkeit herab und damit die Extrasystolen. Die auf Superazidität beruhende vagotonische Bradycardie wird durch Beseitigung der Hyperazidität gebessert. Anfälle von sympathikotonischem Herzjagen können nach A. Hoffmann durch Druck auf den rechten oder linken Vagus häufig beendigt werden. Die durch nervöse Vagusreizung beim Herzblock hervorgerufene Leitungsstörung gelingt es mittels Atropins und dadurch erfolgter Ausscheidung des Vaguseinflusses zu beseitigen. — Die wichtigen therapeutischen Beziehungen zwischen Magen und Herz (Rosenbachs digestive Reflexneurose; Roemhelds[34]) gastrocardialer Symptomenkomplex) werden durch neuere Experimente auf dem Gebiete der vegetativen Physiologie in schönster Weise beleuchtet; gelang es doch H. I. Hamburger[35]) experimentell durch den im Herzen erzielten Vagusstoff im Magen verstärkte Peristaltik hervorzurufen. Auch bei Lebererkrankungen ist die Herztätigkeit zu überwachen, das lehren interessante Untersuchungen von L. Asher[36]); das innere Sekret der Leber fördert nach diesem Forscher die Tätigkeit des Herzsympathicus. Ueberlebende Herzen schlugen in Nährlösungen stärker und rascher, wenn letztere durch die Leber durchgeleitet wurden. — Auch bei Angina pectoris sind therapeutische Erfolge. besonders von Brüning[37]) durch Sympathektomie erzielt worden. Ich[38]) habe versucht, diese Besserungen durch Annahme einer zentripetalen schmerzleitenden Sympathicusbahn zu erklären, durch deren chirurgische Entfernung die im Herzen auftretenden schmerzhaften Sensationen nicht mehr zum Bewußtsein kommen. — Die genuine Hypertonie, d. h. jene Blutdrucksteigerung, die nicht auf Nierenschrumpfung beruht, ist wahrscheinlich rein funktionell durch eine abnorme Einstellung des Vasomotorentonus bedingt, dessen Regulation jedoch noch unbekannt ist. Diese vegetative Neurose ist zuerst am besten mit Bettruhe zu behandeln, bei der wir im Krankenhause häufig auffallendes Absinken des Blutdruckes beobachten konnten. An diese Schonung schließt sich nach Siebeck[39]) wie bei der Behandlung Herzkranker schwedische Uebungsgymnastik und Spazierengehen an, die durch Erweiterung der Muskelgefäße wohl desgleichen dem hohen Blutdruck entgegenwirken. Kylin[40]). der den einfachen Hochdruck als eine Art Vagotonie auffaßt und dabei einen zu geringen Blutkalkgehalt feststellt, empfiehlt dreimal täglich 1 g Calciumchlorid und 0.35 mg Atropin. Nach Matthes[41]) ist Calciumdiuretin ein sehr brauchbares Präparat bei dieser Therapie. Hautgefäßerweiternd und damit blutdrucksenkend wirken die natürlichen kohlensauren Bäder, die bei manchem Hypertoniker gut anschlagen. — Bei der Arteriosclerose spielen, abgesehen von Anomalien des Stoffwechsels infektiöse Prozesse und der Einfluß der Gefäßnerven eine Rolle. M. Staemmler[42]) führt auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen die Arteriosclerose zum Teil auf chronisch entzündliche Prozesse der sympathischen Ganglien zurück, die zu abnormen Blutdruckschwankungen führen. ein Faktor. dessen Bedeutung für die Entstehung der Arteriosklerose allgemein anerkannt wird. Da nach Ansicht Staemmlers infektiöse und toxische Prozesse im Körper zur Schädigung des sympathischen Nervensystems führen, würde die Prophylaxe der Arteriosklerose in dieser Beleuchtung in möglichster Fernhaltung, besonders von Staphylo-, Strepto- und Pneumokokken-Infektionen zu bestehen haben. Auf die Beziehungen zwischen Gefäßnerven und Entstehung der Arteriosklerose hat neuerdings W. Frey[43]) aufmerksam gemacht. Allzu starke oder häufige Innervierungen können auf diesem

Wege wohl zu einer Hyperplasie der Gefäßwand führen und so zu arteriosklerotischen Veränderungen Veranlassung geben. Diese Erregungszustände im vegetativen Nervensystem der Blutgefäße sind am besten durch geistige und körperliche Ruhe zu verhindern. Entfernung von den häuslichen Sorgen durch Erholungskuren in waldreicher Gegend, Brom- und Baldrianpräparate spielen seit alters her bei dieser Therapie eine Rolle. — Die früheren Anschauungen, daß Vagusreizung, bezw. Sympathicuslähmung Kontraktion der Cardia, Sympathicusreizung wie Vaguslähmung Erweiterung der Cardia hervorbringen, werden durch die neueren Experimente von Klee[44]) an decerebrierten Katzen wieder unsicher gemacht; nach diesem Forscher verlaufen beim Magenbrechreflex die die Cardia öffnenden Bahnen im Vagus; jedenfalls sind die komplizierten Cardiareflexe noch immer nicht klar zu übersehen, die das eigenartige Krankheitsbild des Cardiospasmus und der idiopathischen Oesophagusdilatation hervorrufen. E. Rosenthal[45]) hat neuerdings Erfolge bei diesem Leiden mittels Injektionen von ¼ bis ½ ccm Adrenalin und 0,04 Papaverin erzielt; ich kann mich diesen Anschauungen anschließen und empfehle auf Grund meiner Erfahrungen beim Cardiospasmus dringend zu dreimal täglich ausgeführten Papaverininjektionen (0,03 g). — Der Appetit kommt bekanntlich durch Entstehung des Appetitsaftes zustande, der nach den Untersuchungen von G. R. Heyer[46]) auf der Frdr. Müllerschen Klinik in München mit Vaguserregungen eng verknüpft ist. Bei Suggestion mit Genuß aufgenommener Nahrungsmittel erzeugte dieser Forscher Magensaftsekretion, die er nicht allein durch Einflößen von Furcht und Schrecken, sondern auch durch Atropindarreichung infolge Vagusblockade zum Versiegen brachte. Für den Arzt ergibt sich die Forderung, bei Appetitlosigkeit auch auf die Aeußerlichkeiten der Nahrungsaufnahme zu achten. Unruhe, Erregungen, Weiterarbeiten an Tagesgeschäften während der Mahlzeiten sind schädlich; dagegen werden die Ablenkungen des Alltäglichen wie das besondere Eßzimmer, ein schön gedeckter Tisch günstig den Vagus beeinflussen, so daß der Appetitsaft, der nach Pawlow für die weitere Abwickelung der Magen- und Pankreassekretion unentbehrlich ist, ungehemmt fließen kann. Nach meinen eingehenden Untersuchungen[47]) geht dieser psychische Magensaft mit alimentären Leukocytosen und Leukopenien einher, die von Tonusschwankungen des vegetativen Nervensystems abhängig und der Ausdruck von Gefäßreflexen sind. — Der intermittierende Magensaftfluß kann genuin durch Vagusreizung nach Eppinger und Heß entstehen; in solchen Fällen erscheint 0.01 Papaverin + ½ mg Atropin bezw. Adrenalin zur Herabsetzung des Vagustonus am Platze. Die rein neurogene Hyperchlorydrie ist eine seltene Erkrankung. Strümpells Beobachtungen, nach denen die Fälle von Supersekretion mit den bekannten Symptomen von Schweißhand, Schweißfuß, vermehrter Speichelbildung auf eine Stufe zu stellen sind, weisen auf Vagusreizung hin. Atropin, bezw. Belladonna wirken in dieser Beziehung vagusdämpfend. — Nicht allzu selten kommen Erhöhungen der Salzsäureabscheidung mit Magengeschwürbildungen vor, die nach Harts[48]) grundlegenden Untersuchungen reflektorisch vom zentralen oder peripheren Nervensystem ausgelöst, von Störungen der Blutzirkulation der Magenschleimhaut abhängen (Ischämie und sekundärer fluxionärer Hyperämie). Solche reflektorischen Nervenreize können nach den Beobachtungen von Hart auch vom Gehirn aus entstehen; Rössle[49]) leitet die nervös-reflektorischen Reize hauptsächlich von Narbenbildungen (Appendix!) her. Die wichtige Frage, wie die reflektorischen Nervenreize wirken, kann verschieden beantwortet werden. Entweder können vagotonische Spasmen der Muscularis propria oder der Muscularis mucosae zu Gefäßabklemmungen und dadurch zu Schädigungen der Magenschleimhaut führen oder man nimmt mit Hart sympathikotonische Spasmen kleinster Gefäße an. Neben diesen reflektorischen Nervenreizen müssen außerdem stets begünstigende Momente vorhanden sein, die zur Geschwürsbildung führen, wie Herz- und Gefäßkrankheiten, nervöse Konstitution und Disposition. Letztere hat v. Bergmann[50]) besonders auf eine Dysharmonie des vegetativen Nervensystems bezogen, konnte er doch in seinen grundlegenden Untersuchungen bei Ulcuskranken sowohl Vagus- wie Sympathicusübererregbarkeit konstatieren. — Wenden wir bei Magengeschwürskranken heiße oder kalte Umschläge an, so werden wir mittels sensitiv-vegetativer Reflexe die Erregungen im vegetativen Magennervensystem dämpfen. Es ist klar, daß die häufig beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür angewandten Mittel wie Atropin oder Belladonna ihre vagusdämpfende Wirkung ausüben. — Das Cholin stellt nach den Untersuchungen von R. Magnus[51]) und le Heux[52]) das physiologische Erregungsmittel des Auerbachschen Plexus im Magen-Darmkanal dar; diese Ganglien bewirken die automatischen Bewegungen des Verdauungsschlauches. Bei postoperativen Magenatonien und bei Chloroformlähmung, Laparotomiefolgen, Peritonitis — hier ist nach R. Magnus die Cholinempfindlichkeit des Auerbachschen Plexus herabgesetzt — kann eine Erhöhung des Cholinspiegels durch Cholininfusionen (600 mg Cholinchlorid zu ¼% in physiologischer Kochsalzlösung in etwa 17 Minuten intravenös zu infundieren) die normalen Bewegungen wieder auslösen (Klee und Großmann[52]a). — Das Erbrechen wird häufig durch Atropin günstig beeinflußt. Wir müssen uns klar machen, daß wir dabei deswegen auf den Vagus einwirken, weil nach den Untersuchungen von Klee[53]) beim Brechreflex als afferenter (= zentripetaler) Schenkel der Vagus, als efferente (= zentrifugale) Bahn der Sympathicus benutzt wird; geschlossen wird dieser Reflex im vegetativen Kerngebiet des verlängerten Markes. — Die vagotonische Colica mucosa kann, abgesehen durch Atropin- und Adrenalineinläufen (30 Tropfen auf 1 l Kochsalzlösung) nach Jehn[54]) auch durch seelische Behandlung infolge Vagus- und Sympathicusbeeinflussung geheilt werden. — Auf vagotonische Darmleiden macht Robert Blum[55]) aus der Bergmannschen Klinik aufmerksam, der ruhrartige Rectalblutungen auf vasomotorische Erkrankungen des Dickdarms zurückführt; rectoskopisch ist dies Krankheitsbild charakterisiert durch geschwollene hyperämische Schleimhaut mit oberflächlichen Geschwüren. Auf Darreichung von Atropin- und Adrenalineinläufen trat schnelle Besserung ein. — Auch die Lehre vom vegetativen Nervensystem der Leber ist durch wichtige Forschungen erweitert worden, die therapeutisch auszunutzen sind. Nach den Mitteilungen von Pick und Mautner[56]) sind in den abführenden Lebervenen starke Muskelringe zu finden, die als Sperrvorrichtung wirken; dieselben werden durch Schockgifte wie Histamin und Pepton, auch durch hypotonische Lösungen infolge Vagusreizung geschlossen. Zu öffnen sind sie durch Sympathicusreize und Diuretica der Purinreihe (Diuretin, Theocin). Letztere wirken nach dieser gut fundierten Anschauung in der Weise, daß sie die vagotonische Lebervenenmuskelsperre lösen, den Wassergehalt des Blutes erhöhen und dadurch zur vermehrten Urinausscheidung Veranlassung geben. Die diuretische Wirkung der Quecksilbersalze, besonders des Novasurols wird von Pollitzer[57]) auf Sprengung dieser Lebervenensperren zurückgeführt. Auch die gute harntreibende Wirkung von Salyrgan (1 ccm intramusculär) die ich auf meiner Abteilung gesehen habe, muß auf diese Weise erklärt werden. Aus den interessanten Untersuchungen Mautners geht hervor, daß die Leberfunktion unter Kontrolle des autonomen Nervensystems steht; und für Zucker, Eiweiß, Harnsäure und Wasser hat sich ergeben, daß der Sympathicus bezw. das Adrenalin eine Ausschüttung aus der Leber veranlaßt. — Auch die neuere Gallenblasenphysiologie, die auf die Bedeutung des vegetativen Nervensystems hinweist, ist für das therapeutische Denken fruchtbar gewesen. Die Westphalschen Forschungen[58]) ergaben, daß schwache Vagusreize infolge Gallenblasenkontraktion und Sphinkteröffnung zur Entleerung von Galle in den Darm führen; starke Vagusreize verursachen dagegen Gallenblasenkontraktionen mit starkem Sphinkterverschluß. Sympathicuserregungen bringen eine Erschlaffung der Gallenblase mit zugleich eintretendem Verschluß des Sphinkter an der Vaterschen Papille hervor. Die alte Lehre, daß die Entstehung der Gallensteine auf Infektion Disposition und Stauung beruhe, läßt sich jetzt auf ein reizbareres vegetatives Nervensystem der Gallenblase zurückführen. Bei Reizungen der Gallenblasenschleimhaut durch Steine- oder Entzündungen bildet sich nach Westphal infolge starker Vaguserregung die hypertonische Gallenstauungsblase aus; die atonische Gallenstauungsblase entsteht durch Sympathicusreizung bei Erschlaffung der Gallenblasenmuskulatur und Sphinkterverschluß. Bei den vagalen Formen der Gallenblasenkoliken nützt nach Westphal das Atropin; bei den sympathikotonischen Formen (atonischen Zuständen der Gallenwegmuskulatur) ist es dagegen angebracht, den Expulsionsmotor durch Verordnung von Magnesium sulfuricum, Karlsbader Salz und Oelen anzuregen. — Auf wichtige vegetative Reflexe hat besonders v. Bergmann[59]) aufmerksam gemacht, die von der Gallenblase ausgehen und jedem Therapeuten von hoher Wichtigkeit sind. So kann von einer Cholecystitis ein vagotroper Gastrospasmus sich ausbilden. Auch die Obstipation bei Gallenblasenerkrankungen, die sich bis zum Ileus steigern kann, deutet v. Bergmann als viscero-visceralen Reflex, der demgemäß behandelt werden muß. Nach diesem Autor treten bei Gallenblasenaffektionen vegetativ-sensible Reflexe auf, die für die Therapie äußerst wichtig sind: so kann eine reflektorische Reizung des Trigeminuskerns mit Headschen Kopfzonen auftreten; vom visceralen Vaguskern finden bei Gallensteinkoliken Irradiationen in den Vestibulariskern statt, die den „Vertigo e vesica fellea laesa“ erzeugen. Da bei Gallenblasenerkrankungen häufig die schmerzhaften Irradiationen das Grundleiden verdecken, so ist es wichtig, diese vegetativ-sensiblen Reflexe zu kennen; denn nur die Behandlung der Gallensteinerkrankungen wird in solchen Fällen diese lästigen sensitiv-vegetativen Erscheinungen beseitigen. Auch Anazidität des Magens kann reflektorisch von einer Gallensteinerkrankung erzeugt werden und ist demgemäß zu behandeln. — Die Beziehungen der Nierenfunktion zum vegetativen Nervensystem sind durch die Experimente von Asher[60]) und seiner Schule weiter erforscht worden; außerdem wurde von Smirnow nachgewiesen, daß die Nierennerven in die Nierenzellen eindringen, als echte sekretorische Nerven nach Asher aufzufassen sind; besonders scheint der Vagus die Nierensekretion im fördernden Sinne zu beeinflussen. Die Glomeruli werden nach E. P. Pick[61]) in ähnlicher Weise wie die Kapillaren eine autonome Innervation besitzen. Dazu kommt noch, daß ähnlich wie Krogh bei den Kapillaren fand, auch hier arbeitende und ruhende Glomerulikörperchen abwechseln; unter dem Einfluß der Diuretica werden viel mehr Glomeruli durchblutet als im ruhenden Zustande; eine für das therapeutische Denken bemerkenswerte Beobachtung. Die lebensbedrohende Anurie bei Glomerulonephritis wird von Volhard[62]) auf eine Störung der Nierendurchblutung zurückgeführt, die funktionell durch Gefäßkrampf bedingt ist. G. Ricker[63]) denkt dabei an abnorme Erregungszustände der Strombahnnerven. Auch Volhard[64]) muß letzterem Moment eine Bedeutung zuschreiben, da er sich von einer Splanchnicusanästhesie einen eventuellen Erfolg verspricht. Die gute Wirkung der Dekapsulation bei derartigen Anurien führt Volhard auf die Wirkung der Enthülsung im Sinne unspezifischer Reiztherapie zurück; erzielen doch tiefe Schnitte in der Lendengegend ebenso gute Erfolge bei Anurien wie die Kapselspaltung selber. Da bei jeder Operation nach Volhard und Kürten im Blute ähnliche Veränderungen wie bei Proteinkörpertherapie auftreten, so glaubt Volhard die Operationserfolge der Dekapsulation im Sinne der unspezifischen Reizkörpertherapie erklären zu können. Letztere wirkt nach meinen Untersuchungen auch erregend auf das parasympathische System und würde demnach nervöse Gefäßverengerungen lösen können. — Auf dem Umwege über die Vasomotoren scheint im jugendlichen Alter der Grad der orthotischen Albuminurie nach M. Bürger[65]) von psychischen Einflüssen abhängig zu sein, die therapeutisch zu berücksichtigen sind. — Die Harnblase wird reflektorisch durch den parasympathischen Nervus pelvicus geöffnet und durch den sympathischen Nervus hypogastricus geschlossen. Die kindliche Enuresis nocturna scheint häufig auf Reizzuständen des die Blase entleerenden parasympathischen Nervus pelvicus zu beruhen, weil nach den Untersuchungen von Doxiades und Hamburger[66]) nach Atropin das Einnässen verschwindet. Im Gegensatz dazu können nervöse Harnretentionen durch Vagusreizung infolge Pilocarpingaben (2—3 mal täglich ⅓ bis ½ cg) gebessert werden. — Nach M. Franke[67]) tritt im allgemeinen während der Menstruation ein Steigen des Tonus im erweiterten Vagusgebiet und ein Sinken desselben im Sympathicusabschnitt auf: menstruelle Hyperazidität, Salivation, Schweiße, Herzarythmie, Blutwallungen, sogar Asthmaanfälle, Colica mucosa, Herzneurose können sich ausbilden. Gegen diese Vagotonia intermittens menstrualis hat Dresel[68]) mit Erfolg Atropin angewandt. Auch neuere Untersuchungen weisen auf Erregungszustände im vegetativen Nervensystem während der Menstruation hin, so die von Heilig[69]) nachgewiesene Hyperglykämie, die wahrscheinlich durch vegetative Reflexe entsteht und die während der Menstruation auftretende verminderte Wasserausscheidung, die auf Vagusreizung infolge Lebervenensperre sich ausbildet. Noch ganz unaufgeklärt ist die allen Klinikern bekannte Tatsache, daß während der Menstruation der weibliche Körper bei bestehenden Infektionskrankheiten großen Gefahren ausgesetzt ist. Diese auch für die Therapie wichtige Tatsache wird durch die Forschungen von Heilig und Hoff[70]) schön beleuchtet, die zeigen konnten, daß in den ersten drei Tagen der Regel eine bedeutende Erhöhung der Permeabilität des Plexus chorioideus der Meningen auftritt und damit eine Verschlechterung ihrer Schutzfunktion. Ich vermute, daß diese veränderte Plexussekretion mit der menstruellen Vagotonie in Zusammenhang zu bringen ist, konnten doch Ascher, Abelin und Scheinfinkel[71]) an dem Beispiel der Speicheldrüsen durch wichtige Untersuchungen die Abhängigkeit der Gewebspermeabilität von der sympathischen Innervation nachweisen. Ich gebe während der Menstruationszeit bei allen Krankheitszuständen Atropin, um den Erregungszustand des parasympathischen Anteils des vegetativen Nervensystems zu beruhigen (dreimal 5 Tropfen einer $^1/_{1000}$ Lösung). — Abgesehen von der mechanischen und ovariellen Dysmenorrhoe wird von Novak[72]) besonders eine vagotonische Dysmenorrhoe deswegen angenommen, weil er bei vagotonischen Wöchnerinnen mit puerperaler Bradykardie und Arythmie in der Anamnese starke dysmenorrhoische Beschwerden fand. Novak empfahl dagegen Atropinpillen bzw. Suppositoren. Von dieser Verordnung nahm man jedoch wegen angeblich großer Gefahr der Herz- und Atemstörung Abstand, und Quack[73]) empfiehlt als antispasmodisches Mittel gegen Dysmenorrhoe dreimal täglich 20 Tropfen einer alkoholischen Benzylbenzoatlösung (Livanol) in Wasser (Anfang 3 Tage vor der Regel bis zum Ende der Blutung). — Bei der Behandlung des Diabetes mellitus spielt das vegetative Nervensystem in manchen Beziehungen eine Rolle. Die Eiweißempfindlichkeit der Diabetiker wird von Rosenberg[74]) auf vegetative Reflexe zurückgeführt, die sich besonders beim abnorm erregbaren autonomen Nervensystem einstellen und sich durch schnellen Anstieg des Blutzuckerspiegels nach Fleischgenuß kundgeben. Bekanntlich soll der Eiweißgehalt der Kost bei erwachsenen Diabetikern allerhöchstens 1 g pro Kilo Körpergewicht betragen. Vielleicht spielen auch bei der Insulinwirkung Vaguserregungen eine Rolle; kommt doch E. Grafe[75]) zu der wichtigen Feststellung, daß das Insulin im weitesten Maße auch für die Glykogenolyse und Proteolyse der Leber ein Antagonist des Adrenalins ist; außerdem zeigten Rosenthal[76]) und Citron[77]), daß das Insulin im Gegensatz zu Adrenalin temperaturherabsetzund wirkt, schließlich fand Citron eine vaguserregende Wirkung am Froschherzen, da er mittels Insulins eine verlangsamte Aktion und diastolischen Stillstand an diesem Organ beobachtete. E. F. Müller[77a]) kommt auf Grund schöner Versuche zu dem Schluß, daß die Blutzucker herabsetzende Wirkung des Insulins auf dem Wege über das vegetative Nervensystem durch Steigerung der glykogenbildenden Funktion der Leber zustande kommt; konnte er doch die Wirkung des intrakutan injizierten Insulins durch Atropingaben aufheben. Daß nervöse Erregungszustände beim Zuckerkranken die Glykosurie steigern, beweist folgende Erfahrung: Wenn an der Börse die Kurse fallen, steigt der Zuckergehalt im Urin. In diesen Fällen haben wir uns vorzustellen, daß sympathikotonische Erregungen zu Adrenalinausschwemmung und vermehrter Glykosurie führten. Auch die Dünnerschen[78]) Beobachtungen bezüglich die Glykosurie erzeugenden Wirkung des Phloridzins zeigen, daß alle therapeutischen Grundsätze, welche Schonung und Kräftigung des Nervensystems in den Vordergrund der Behandlung des Zuckerkranken rücken und zur Herabsetzung der Glykosurie beitragen, wissenschaftlich begründet sind. — Brugsch[79]) hat auf Grund seines „Harnsäurestichs" in der Medulla oblongata dem vegetativen Nervensystem bei der Entstehung der Gicht eine Rolle zugeschoben. Umber[80]) sprach zuerst von vagotonischen Reizzuständen, wie Urticaria, bei Arthritis urica. Wenn wir bei unseren therapeutischen Maßnahmen den Gichtiker vor Aufregungszuständen bewahren, so können wir manchen Gichtanfall vermeiden, wissen wir doch, daß gichtigen Manifestationen häufig psychische Erregungszustände vorhergehen. Dresel[81]) macht außerdem auf Gichtkranke mit sympathischer Uebererregbarkeit aufmerksam, die basedowoide, diabetische bzw. hypertonische Symptomenkomplexe aufweisen. Das sympathicuslähmende Mittel Colchicin wäre bei dieser letzten Gruppe von Gichtfällen ebenso angebracht wie das nach der Untersuchung von Ullmann[82]) den Sympathicus erregende Atophan. — Die Mastfettsucht entsteht nach Umber[83]) wahrscheinlich durch ein falsches Hungergefühl, das er als Dysorexie bezeichnet. Letztere muß als eine gesteigerte Funktion des Hungerzentrums, das im Zwischenhirn in der Wandung des 3. Ventrikels liegt (L. R. Müller[84]), aufgefaßt werden. Das Gefühl der Sättigung kommt nach L. R. Müller dadurch zustande, daß in das Blut aufgenommene Nahrungsstoffe die Erregungszustände des Hungerzentrums dämpfen. Gerade die hohen Kalorienträger spielen, wie Umber richtig hervorhebt, bei der Dysorexie der Fettleibigen eine wichtige Rolle, und es handelt sich bei Entfettungskuren darum, diese anerzogene Neigung für Süßigkeiten und Fette in der Kost zu meiden. — Bei der Basedowschen Krankheit, die von Goldscheider[85]) als Neurose des vegetativen Nervensystems mit endokrinen, resp. thyreoiden Reizzuständen bezeichnet wird, muß therapeutisch besonders auf geistige Beruhigung Rücksicht genommen werden; konnte doch Kohts[86]) über Basedowerkrankungen aus der Straßburger Klinik berichten, die er ätiologisch mit Sicherheit auf den Schreck über das Bombardement im Jahre 1870 zurückführte. Außerdem ist bei diesen Kranken eine eiweißarme laktovegetabile Kost in Form von Mastkuren deswegen am Platze, weil Abelin[87]) bewies, daß Eiweiß Erregungszustände im vegetativen Nervensystem hervorruft. Die beim Morbus Basedow so häufig bestehende Thymushyperplasie kann durch Vagusreizung zu abnormen Blutdrucksenkungen führen, werden doch die hypothetischen Thymushormone als Vaguserreger angesprochen. Leschke[88]) empfiehlt mit Recht Tinktura belladonnae 15 Tropfen, bezw. 1 mg Atropin eine Stunde vor der Narkose in solchen Fällen als Vaguslähmer zu geben, um plötzlichen Operationstodesfällen vorzubeugen. In der Thymusdrüse von unter plötzlichem Herzcollaps Verstorbenen, bei denen ein ausgesprochener Status thymico lymphaticus bestand, konnten Svehla und Hart vagusreizende blutdrucksenkende Substanzen nachweisen. Es empfiehlt sich daher, auch in diesen Fällen das vagusdämpfende Atropin anzuwenden. — Die Herzdilatation beim Myxödem wird von H. Zondek[89]) auf ein neuro-hypotonisches Herz zurückgeführt, bei der infolge Vaguserregung (= Vagusherz) eine Tonusverminderung der Kammermuskulatur entsteht. Die Erfolge der Thyreoidinkur werden zum Teil wohl auf Sympathicuserregungen beruhen, kann doch das Basedowherz als Träger aller Merkmale der Sympathicusneurose angesehen werden (H. Zondek). — Die geniale Eppinger- und Heßsche Lehre[90]) der Vagotonie und Sympathikotonie besteht nach meinen Beobachtungen zu Recht, und ich möchte mit Dresel nichts als unberechtigter halten, als aus dem Vorkommen der allgemeinen sog. Uebererregbarkeit das Krankheitsbild der Vagotonie abzulehnen. Bei dieser funktionellen Neurose, die mehr oder weniger verknüpft ist mit Symptomen wie Speichel- und Tränenfluß, starker Schweißsekretion, vasomotorischen Erscheinungen, Bradycardien, Arythmien, Neigungen zu Bronchialasthma, Speiseröhren- und Magenspasmen, verstärkter Salzsäureabscheidung, verstärkten Magen-Darmbewegungen nützt häufig eine Atropin-Kalkkur. Ich[91]) habe bei diesen Kranken oft auffallende Serumkalkschwankungen nachweisen können, die bei nervengesunden Personen nicht zu konstatieren sind. Diese Serumkalkschwankungen entstehen wahrscheinlich dadurch, daß bei Sympathicuserregungen die Calciumionen nach den Orten der Nervenerregung geleitet und dadurch dem Blute entzogen werden (Kraus und S. G. Zondek[92]). Vaguserregungen würden im Gegensatz dazu den Serumkalkspiegel erhöhen. In zahlreichen Hypnoseversuchen gelang es mir, besonders bei Vagotonikern durch suggestive Beruhigung den Serumkalkspiegel herabzusetzen; es werden dadurch Anhaltspunkte dafür gegeben, wieso es uns gelingt, durch suggestive Beruhigung funktionelle Organstörungen zu beseitigen. Wir können uns vorstellen, daß durch die bei Hypmosen beobachteten Kalkschwankungen eine Ca-Abwanderung in die Gewebe stattfindet. Am Herzen führt so eine Erhöhung des Calciumgehaltes nach Zondek und Kraus zu einer Verstärkung der Systole. Da am Magen Calcium lähmend, Kalium erregend wirkt, so ist die Möglichkeit gegeben, daß durch veränderten Ionengehalt der die Magenmuskulatur umspülenden Salzlösung verstärkte oder verminderte Peristaltik sich geltend macht. Die Forschungen von H. Zondek und Reiter[93]) zeigen, daß Schilddrüsenwirkung durch Calciumzusatz gehemmt wird (Kaulquappenversuche); die Möglichkeit besteht daher, daß Calciumionenvermehrung an den Herzzellen zu einer verminderten Schilddrüsenwirkung daselbst führt und so thyreotoxische Herzbeschwerden eventuell zu beeinflussen sind. Legen wir uns jetzt die Frage vor, welche Zellveränderungen die von uns beobachteten Ionenverschiebungen zur Folge haben können. Nach den Untersuchungen von F. Kraus und S. G. Zondek führt ein Calciumübergewicht an der Zellmembran zur Abdissoziation von H-Ionen, die eine lokale Azidosis hervorruft; tritt dagegen Ca aus den Geweben in das Blut über, so daß ein Kaliumübergewicht an der Zellmembran sich ausbildet, so erfolgt eine Abdissoziation von OH-Ionen. Infolge Aenderung der H-Ionenzahl verschieben sich die elektrischen Ladungsverhältnisse der Zellkolloide; jetzt können Wasserverschiebungen an der Zelle sich ausbilden, die den Quellungs- und Dispersitätsgrad der Zelle verändern; Vorgänge, die zu einer veränderten Funktion der Zelle führen. Wenn wir durch unser gesamtes Rüstzeug der Beruhigungstherapie wie Suggestivbehandlung, hydrotherapeutische Maßnahmen und die beruhigenden Arzneimittel zu starke Erregungszustände im vegetativen Nervensystem auf das richtige Maß zurückführen, so haben wir nach meinen Anschauungen und Untersuchungen Zellulartherapie im kolloid-chemischen Sinne angewandt.

LITERATUR:

1. L. R. MUELLER: Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 80.
2. E. OPITZ: Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 3.
3. KREHL: Path. Physiologie. 1918. S. 17.
4. KREHL'sche Schule: Zeitschr. f. Biologie. Bd. 56; Arch. für exp. Path. Bd. 69, 70, 72.
5a. FREUND: Arch. f. exp. Path. Bd. 72.
5b. PLAUT: Zeitschr. f. Biologie. Bd. 76.
6. F. GLASER: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 46.
7. F. GLASER: Med. Klinik 1922, Nr. 22.
8. H. H. MEYER: Im Meyer-Gottlieb 1921. S. 523.
9. KEMPNER: Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheit. Bd. 26 u. 27.
10. EICHHORST: Korrespond. Bl. f. Schweizer Aerzte 1919. S. 225.
11. GOTTLIEB: Im Meyer-Gottlieb: Lehrb. d. exp. Pharmakologie 1925.
12. ECONOMO: Kongr. f. inn. Med. 1923.
13. BILLIGHEIMER: Ther. d. Gegenw. 1925. H. 10.
14. F. H. LEWY: Klin. Wschr. 1923, Nr. 5.
15. BILLIGHEIMER: l. c.
16. E. FRANK: Dtsch. med. Wschr. 1921, Nr. 6 u. 7.
17. U. FRIEDEMANN: Dtsch. med. Wschr. 1920, S. 1134 und 1921, S. 1581.
18. A. SCHITTENHELM: Im Bergmann-Staehelin: „Die Ruhr."
19. USENER: cit. nach Schittenhelm.
20. KREHL: Im Krehl-Marchand, Bd. 4. Abt. I.
21. F. A. HOFFMANN: Die Krankheiten der Bronchien. Nothnagels Handbuch.
22. CURSCHMANN: Münch. med. Wschr. 1921.
23. STORM VAN LEEUWEN: Ther. d. Gegenw. 1924, Nr. 3.
24. KUEMMELL: Klin. Wschr. 1923, Nr. 40.
25. F. GLASER: Med. Klin. 1924, Nr. 15.
26. F. GLASER: Ther. d. Gegenw. 1924, Nr. 5.
27. MORAWITZ: Im Kraus-Brugsch. Bd. 3.
28. E. GUTH: Beiträge z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 54 u. 55.
29. KAEDING: Münch. med. Wschr. 1924, Nr. 8.
30. PETRUSCHKY: Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 34. S. 657 u. „Die spezif. Percutanbehandlung ...." Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1921.
31. MORO: Münch. med. Wschr. 1908, Nr. 39.
32. PETRUSCHKY: l. c.
33. A. HOFFMANN: Lehrbuch d. Herzkrankheiten. Wiesbaden, Verlag Bergmann 1920.
34. ROEMHELD: Kongr. f. inn. Med. 1924. S. 203.
35. H. I. HAMBURGER: Klin. Wschr. 1923, Nr. 28.
36. L. ASHER: Klin. Wschr. 1925. S. 90.
37. BRUENING: Klin. Wschr. 1923, Nr. 17 u. 50.
38. F. GLASER: Med. Klin. 1924, Nr. 15.
39. SIEBECK: Klin. Wschr. 1925, Nr. 5.
40. KYLIN: Hypertoniekrankheiten. Stockholm 1923.
41. MATTHES: Med. Klin. 1925, Nr. 7 u. 8.
42. M. STAEMMLER: Ther. d. Gegenw. 1922, Nr. 10.
43. W. FREY: Münch. med. Wschr. 1925.
44. KLEE: Klin. Wschr. 1924, Nr. 19.
45. E. ROSENTHAL: Ther. d. Gegenw. 1924, Nr. 8.
46. G. R. HEYER: Ther. d. Gegenw. 1921, Nr. 8.
47. F. GLASER: Münch. med. Wschr. 1924, Nr. 21 u. Med. Klin. 1924, Nr. 16.
48. HART: Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chirurg. Bd. 31.
49. ROESSLE: cit. nach Hart.
50. v. BERGMANN: Münch. med. Wschr. 1913, Nr. 4 und Berliner klin. Wschr. 1918, Nr. 27.
51. R. MAGNUS: Münch. med. Wschr. 1925, Nr. 7.
52. Le HEUX: cit. nach Magnus.
52a. KLEE u. GROSSMANN: Münch. med. Wschr. 1925, Nr. 7
53. KLEE: Klin. Wschr. 1924, Nr. 19.
54. JEHN: Dtsch. med. Wschr. 1924, Nr. 18.
55. R. BLUM: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 100.
56. PICK u. MAUTNER: Klin. Wschr. 1924, Nr. 51 u. 52.
57. POLLITZER: Klin. Wschr. 1924, Nr. 13 u. 36.
58. WESTPHAL: Klin. Wschr. 1924, Nr. 14.
59. v. BERGMANN: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1923. Nr. 3.
60. ASHER: Dtsch. med. Wschr. 1915, Nr. 34.
61. E. P. PICK: Aus den international. Wiener Fortbildungs-Vorträgen. Verlag Springer 1924: „Ueber den Wasserhaushalt."
62. VOLHARD: Klin. Wschr. 1925, Nr. 4.
63. G. RICKER: Pathologie als Naturwissenschaft. 1924. Berlin. Verlag Springer.
64. VOLHARD: l. c.
65. M. BUERGER: Patholog.-physiolog. Propädeutik 1924. S. 323.
66. DOXIADES u. HAMBURGER: Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 21.
67. M. FRANKE: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 84.

68. DRESEL: Im Kraus-Brugsch. Bd. 10.
69. HEILIG: Klin. Wschr. 1924, Nr. 14.
70. HEILIG u. HOFF: Klin. Wschr. 1924, Nr. 25 u. 45.
71. ASHER, ABELIN u. SCHEINFINKEL: Klin. Wschr. 1924. Nr. 20.
72. NOVAK: Wiener klin. Wschr. 1913, Nr. 50.
73. QUACK: Med. Klin. 1923.
74. ROSENBERG: Klin. Wschr. Jahrg. 2, Nr. 20.
75. E. GRAFE: Verhandlungen d. deutsch. Gesellschaft für innere Med. 1925. S. 314.
76. ROSENTHAL, LICHT u. FREUND: Arch. f. exp. Path. und Pharmak. Bd. 103.
77. CITRON: Med. Klin. 1924, Nr. 39.
77a. E. F. MUELLER: Münch. med. Wschr. 1924, Nr. 25 und 1925, Nr. 26 u. 27.
78. DUENNER: Ther. d. Gegenw. 1924, Nr. 9.
79. BRUGSCH: Med. Klin. 1913, Nr. 1.
80. UMBER: Dtsch. med. Wschr. 1921, Nr. 9.
81. DRESEL: Im Kraus-Brugsch, Bd. 10.
82. ULLMANN: Zeitschr. f. exp. Med. Bd. 32.
83. UMBER: Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten. Berlin 1925. Verlag Urban & Schwarzenberg.
84. L. R. MUELLER: „Die Lebensnerven." Berlin 1924. Verlag Springer.
85. GOLDSCHEIDER: Dtsch. med. Wschr. 1923, Nr. 11 u. 12
86. KOHTS: Berliner klin. Wschr. 1873. S. 277.
87. ABELIN: Klin. Wschr. 1923, Nr. 49.
88. LESCHKE: Die wechselseitigen Beziehungen d. inner Sekretion. In Albusammlung.
89. H. ZONDEK: Die Erkrankungen d. endokrin. Drüsen Berlin 1923, Verlag Springer.
90. EPPINGER u. HESS: Zeitschr. f. klin. Med. 1909.
91. F. GLASER: Med. Klin. 1924, Nr. 36.
92. KRAUS u. S. G. ZONDEK: Klin. Wschr. 1922, Nr. 36
93. H. ZONDEK u. REITER: Klin. Wschr. 1923, Nr. 29.

Aus dem Bakteriologischen Laboratorium
des Städt. Krankenhauses Moabit.

Ueber neuere Streptokokkenuntersuchungen.[1])

Von

LYDIA RABINOWITSCH-KEMPNER.

Bei der großen Bedeutung der Streptokokken für die Aetiologie der Infektionskrankheiten und bei dem Wandel unserer Anschauungen über diesen Mikroorganismus, sei es mir gestattet, Ihnen heute einiges über meine eigenen Beobachtungen auf diesem Gebiete sowie über die Versuche anderer Autoren zu berichten, um Ihnen ein Bild über den derzeitigen Stand der Streptokokkenforschung zu entwerfen. Der von Rosenbach zuerst aus „phlegmonösen" Eiterungen reingezüchtete Mikroorganismus wurde allgemein als Streptococcus pyogenes bezeichnet. Er wurde als Erreger schwerer eitriger Prozesse, als die Ursache von schweren Gelenkentzündungen, akuter Endokarditis, schwerer enteritischer und anderer Erscheinungen angesehen. Auch der zuerst als besondere Art aufgefaßte Streptococcus des Erysipels wurde auf Grund eingehender Forschungen als identisch mit dem als Streptococcus pyogenes bezeichneten befunden. Da einerseits die Streptokokken als spezifische Erreger zahlreicher Erkrankungen aufgefaßt wurden, andererseits man sie auch in der gesunden Mundhöhle, auf den Tonsillen, auf der Haut usw. häufig nachweisen konnte, erhob sich frühzeitig die Frage, ob es etwa verschiedene Arten von Streptokokken gäbe. Es liegt darüber bereits eine umfangreiche Literatur von ausgezeichneten Autoren schon aus den 90er Jahren vor. Ich nenne Ihnen nur v. Lingelsheim, Behring und Knorr. Gestützt auf die Untersuchungen des morphologischen Verhaltens dieser Keime, sowie auf die Prüfung des Wachstums und der Virulenz der Stämme verschiedener Provenienz unterschieden diese Autoren zwischen Streptococcus longus und Streptococcus brevis, also je nachdem, ob die von den einzelnen Kokken gebildeten Ketten lang oder kurz waren. Nur dem Streptococcus longus sollten krankheitserregende Eigenschaften zukommen. Nach Behring soll sogar eine gewisse Beziehung zwischen dem Virulenzgrad und dem Aussehen der Kultur bestehen. Diese Auffassung Behrings wurden allerdings nicht allgemein geteilt, da Arbeiten verschiedener Autoren — besonders auch die von Aronson — ergaben, daß die kürzere oder längere Kettenbildung keine konstante Eigenschaft der einzelnen Stämme darstellt, sondern von der Zusammensetzung des Nährbodens abhängig sei. Wir wissen heute allgemein, daß man die im direkten Abstrich als einzelne Kokken oder als ganz kurze Ketten (aus 2—3 Gliedern) erscheinenden Keime in dazu geeignetem Nährboden, wie z. B. in Zuckerbouillon, nach 24 stündiger Bebrütung bei 37° C zu schönen langen Ketten entwickelt finden kann.

Auch die Eigenschaft Gifte zu bilden, wurde als Unterscheidungsmerkmal der Streptokokken herangezogen. Schon die älteren Arbeiten von Besredka, Marmorek, Boer, Aronson, Schlesinger u. a. gaben darüber Aufschluß, bekundeten aber im allgemeinen, daß diese Eigenschaft für die Beurteilung der einzelnen Stämme nicht maßgebend sein könne. Es erwies sich, daß Streptokokken auch für Laboratoriumstiere, besonders für Mäuse und Kaninchen zwar pathogen sind, doch zeigen verschiedene Kulturen eine ganz verschiedene Virulenz. Nach subkutaner Verimpfung auch kleiner Mengen sehr virulenter Streptokokkenstämme gehen Mäuse und Kaninchen nach 3—4—8 Tagen zugrunde. Man findet zuweilen Eiterung an der Impfstelle und eine durch Streptokokken veranlaßte Septikämie; die Milz ist vergrößert. Ist die Virulenz geringer, so wird die Krankheitsdauer verlängert und es treten zuweilen Eiterherde in den Organen auf. Morgenroth hat besonders darauf hingewiesen, daß bei subkutaner Verimpfung an Mäusen einer Reihe von Streptokokkenstämmen die Eigenschaft zukommt, Phlegmonen hervorzurufen. Bei seinen chemotherapeutischen Versuchen hat Morgenroth häufig von dieser Virulenzeigenschaft Gebrauch gemacht. Daß hohe Virulenz der einzelnen Stämme für den Menschen nicht immer übereinstimmt mit der Virulenz an Versuchstieren, sei hier betont. Die größte Steigerung der Virulenz unter dem Einfluß wiederholter Menschenpassagen sehen wir bei den Streptokokken, die in früheren Jahrhunderten allgemein in den chirurgischen Kliniken und Gebäranstalten künstlich zu maximal virulenten Erregern ausgedehnter Kontaktepidemien herangezüchtet wurden. Es haben verschiedene Autoren versucht, den Mangel an Uebereinstimmung zwischen Menschen- und Versuchstiervirulenz durch andere Reaktionen zu ersetzen.

Die biochemischen Eigenschaften der untersuchten Streptokokken ließen keinerlei Beziehungen zu ihrer Virulenz erkennen. Vergleichende Untersuchungen über die Lebensdauer virulenter und nicht virulenter Streptokokken ergaben, daß die virulenten im destillierten Wasser 2—6 Tage, die avirulenten 10—32 Tage am Leben bleiben. Die Fähigkeit der Stämme, Säure zu bilden (es handelt sich um Milchsäure, Essigsäure und Spuren von Ameisensäure), kann nicht differentialdiagnostisch verwertet werden, da sie nicht konstant ist.

---

[1] Vortrag, gehalten am 12. November 1925 am wissenschaftlichen Abend des Krankenhauses Moabit.

Auch die Tatsache, daß der Sauerstoffbedarf der Stämme ein verschiedener ist — wir haben streng anaërob wachsende Streptokokkenkulturen, ferner solche, die nur anaërob (ohne Sauerstoff) wachsen, und solche, die sowohl aërob wie anaërob wachsen — macht eine auf diese Eigenschaft beruhende Differenzierung unmöglich. Daß bestimmte Streptokokkenstämme sich nur in der Abwesenheit von Sauerstoff entwickeln, darauf hat bereits 1895 Krönig hingewiesen. Natvig hat 1905 diesen Streptokokken seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ferner hat 1910 Schottmüller den anaëroben Streptococcus in einer Anzahl von Fällen beobachtet und als Streptococcus putridus beschrieben. Auch in seinen neueren Arbeiten weist Schottmüller immer wieder auf den Befund von Streptokokken hin, die ohne Sauerstoff wachsen. Aus dem Laboratorium von Weinberg in Paris ist neuerdings eine Arbeit über anaërobe Streptokokken von Prévot erschienen, die besonders die Wachstumseigenschaften der anaëroben Streptokokken berücksichtigt, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen. Eine größere Reihe von Untersuchungen liegt über die Agglutination der Streptokokken vor. Ich erwähne nur die älteren Arbeiten von: van de Velde, Fritz Meyer, Aronson, Neufeld, v. Lingelsheim u. a. Von einer systematischen Benutzung dieser Reaktion zur Erkennung der Streptokokkenerkrankungen (im Sinne der Widalschen Reaktion bei Typhus) kann keine Rede sein. Auch der Komplement Ablenkung kommt bei Streptokokken-Infektionen keine praktische Bedeutung zu.

In neuerer Zeit haben zuerst Karl Ruge und dann Philip versucht, die bakterizide Eigenschaft des Blutes zur Virulenzprobe zu verwenden. Die Virulenzprobe, die von Ruge für die Scheidesekretstreptokokken aufgestellt worden ist, geht von der Beobachtung aus, daß sich virulente Streptokokken im Eigenblut vermehren, avirulente dagegen nicht. Die Vermehrungsfähigkeit zeigt also die Infektiosität des Keimes an. Bei der Ruge-Probe wird etwa 1½ ccm defibriniertes Blut der Patientin mit 2—3 Platinösen ihres Scheidensekrets vermischt, aus der Mischung Ausstrichpräparat und hängender Tropfen (mit Paraffin umrandet) angefertigt und letzterer unter dem heizbaren Mikroskop einige Stunden lang beobachtet, indem nach Durchmusterung des Präparates eine Streptokokken enthaltende Stelle eingestellt wird. Eine schnelle Kokkenvermehrung spricht nach Ruge für eine schlechte Prognose; fehlt dagegen die Vermehrung oder tritt sie erst nach 4 oder 5 Stunden ein, so handelt es sich um prognostisch günstige Fälle. Bei der Philip-Probe ist das Prinzip dasselbe wie bei der Ruge-Probe, nur werden zu verschiedenen Zeiten aus dem Blutscheidensekret-Gemisch Platten angefertigt. Nach 24 Stunden zeigen die angelegten Platten an, ob die Keime eine Zunahme oder Abnahme erfahren haben. Eine Zunahme der Keime (pos. Philip) ist prognostisch ungünstig, eine Abnahme günstig. Meine Schüler, Radice und Gambetti, haben in meinem Laboratorium, gemeinsam mit der chirurgischen Abteilung unseres Krankenhauses (Joseph und Sachs), eine Reihe Untersuchungen zu dieser Frage angestellt. Wenn wir auch bei unseren Untersuchungen — vom praktischen Standpunkt aus beurteilt — manche Versager zu verzeichnen hatten, so mußten wir doch sowohl die Ruge- wie die Philip-Probe als einen Fortschritt bezeichnen. Die letztere Probe wird von mir für praktische Zwecke empfehlenswerter als die erste befunden. Allerdings gibt es auch hier Versager, denn es gibt zwischen den virulenten und avirulenten Keimen auch Uebergänge. Ferner versagt die Probe anscheinend bei Mischinfektionen; auch hängt die Schwere der Allgemeininfektion doch wohl nicht allein von der Virulenz der Keime ab, sondern auch von dem Sitz der Infektion und somit von der Ausbreitungsmöglichkeit.

Bei dem großen Streptokokkenmaterial unseres Krankenhauses, es sei hier nur kurz erwähnt, daß wir in den letzten 3 Jahren an Blutmaterial von 424 Patienten mit der klinischen Diagnose Sepsis oder Endokarditis lenta 760 Untersuchungen ausgeführt haben, bot sich günstige Gelegenheit, eine größere Anzahl Streptokokkenstämme einer eingehenden vergleichenden Prüfung zu unterziehen.

Ich will Sie hier nicht langweilen mit der Aufzählung all der Befunde bei einzelnen Stämmen. Nur auf eine Eigenschaft der Streptokokkenstämme will ich näher eingehen.

Schottmüller hat die Streptokokken eingeteilt, je nach ihrer Fähigkeit rote Blutkörperchen aufzulösen in hämolytische und nicht hämolytische. Außerdem bezeichnet er den auf der Blutplatte grün wachsenden Streptococcus als Streptococcus viridans.

Hämolyse der Keime kann geprüft werden, indem man zu je etwa 18 Stunden alten Bouillonkulturen frisch gewaschene (von Serum befreite) rote Blutkörperchen vom Menschen oder Tier zusetzt oder indem man Blutagarplatten mit den in Frage kommenden Stämmen impft. In den Bouillonröhrchen lösen die Streptokokken — wenn es sich um stark hämolytische Stämme handelt — die Blutkörperchen mitunter schon in kurzer Zeit auf (½ Stunde oder 1 Stunde). Auf den Blutagarplatten erscheinen die hämolytischen Stämme als braune oder grüne Kolonien mit einem hellen Hof. Th. Smith und Brown unterscheiden zwei Typen hämolytischer Streptokokkenstämme. Der eine bildet vollständig durchsichtige Höfe auf der Blutplatte, der andere grüne Höfe. Bei Zusatz von defibriniertem Blut zu 18 stündigen Bouillonkulturen rufen beide Typen die gleiche Hämolyse hervor.

Schottmüller hält die hämolytischen Streptokokken für virulent und die nicht hämolytischen für avirulent. Den grün wachsenden, keine Hämolyse bildenden Streptococcus viridans hält er für den Erreger der Endokarditis lenta.

Was die letzte Annahme betrifft, so möchte ich gleich Stahl bemerken, daß das Dogma der ätiologischen Einheitlichkeit der Endokarditis lenta fallen gelassen werden muß. Ich habe bei Endokarditis aus dem Blut in einer Anzahl von Fällen den Streptococcus viridans isolieren können, in anderen Fällen waren es aber hämolytische Streptokokken, die als die spezifischen Erreger angesehen werden mußten. Auch Staphylococcus aureus (hämolytisch) wurde bei Endokarditisfällen im Blut nachgewiesen. Ob man mit Jungmann annehmen muß, daß bei der Endokarditis die ursprüngliche Infektion durch hämolytische Streptokokken verursacht wird und diese später durch die Abwehrkräfte des Organismus in den Streptococcus viridans umgewandelt werden, darauf will ich noch später zurückkommen.

An der Hand von zahlreichen Streptokokkenstämmen verschiedenster Provenienz habe ich im Laufe der Jahre Beobachtungen über die Variabilität ihrer hämolytischen Eigenschaften anstellen können. Bei der Weiterzüchtung auf künstlichen Nährböden habe ich Generationen hindurch mitunter wahrgenommen, daß der Stamm seiner hämolytischen Eigenschaften verlustig ging; auf Blutplatten geimpft, bildete er nicht mehr die charakteristischen weißen oder grünen Höfe, sondern zeigte nur die grüne Entwicklungsform. Es sei hier bemerkt, daß Schottmüller nicht jeden grün auf der Blutplatte wachsenden Streptokokkenstamm als viridans bezeichnet. Der echte Viridans soll dadurch von den grün wachsenden Streptokokken unterschieden werden, daß er, in Blutserum verimpft, bei 24 stündigem Aufenthalt im Brutschrank weiter wächst, ohne vernichtet zu werden. Daß Streptokokkenstämme ihrer hämolytischen Eigenschaften verlustig gingen, konnte ich nicht nur bei der Weiterzüchtung feststellen, sondern auch am chirurgischen Material habe ich mitunter die Beobachtung gemacht, daß im Verlauf der Erkrankung, zumal auch unter Anwendung chemotherapeutischer Mittel, die zuerst Hämolyse verursachenden Stämme später diese Eigenschaft eingebüßt haben. Auch im Mäuseversuch konnte ich des öfteren dies feststellen. Bei intraperitonealer Verimpfung von kleinen Mengen flüssiger Streptokokkenkulturen konnten aus den Organen der zu verschiedenen Zeiten getöteten Mäuse zum Teil hämolytische, zum Teil nicht mehr hämolytische, sondern grün wachsende Stämme gewonnen werden. Die Zunahme der Vergrünung auf Kosten der Hämolyse ging meist Hand in Hand mit einer Abnahme der Virulenz der betreffenden Stämme. Auf derselben Platte nimmt man mitunter sogar neben hämolytischen die grün wachsenden Kolonien wahr. Eine Rückwanderung der bereits grün gewordenen Form in die hämolytische habe ich nicht beobachtet.

Kuczynski und Wolff haben umfangreiche Untersuchungen an Mäusen angestellt, um die Durchseuchungsresistenz und den Ablauf der Infektion mit schwach virulenten Streptokokken unter mannigfachster Variation der Versuchsbedingungen zu prüfen. Unter bestimmten Voraussetzungen gelang es ihnen auch, aus hämolytischen Streptokokken im Tierversuch Viridanskeime zur Entstehung zu bringen. So äußern diese Autoren die Ueberzeugung, daß im menschlichen Körper, der mit den gewöhnlichen Streptokokken infiziert ist, der Viridans gewissermaßen als Standortsvarietät bei einem bestimmten Verhältnis der Resistenzkräfte zur Aggressivität der Keime entsteht.

Schottmüller behauptet entgegen der soeben geäußerten Annahmen, daß er niemals bei den Wundinfektionen, der Domäne des Streptococcus hämolyt. eine Umwandlung des genannten Keimes in die Viridansform hat feststellen können, so wenig wie er bei einer Erkrankung, die ursprünglich durch den Streptococcus viridans erzeugt war, im weiteren Verlauf den hämolytischen Streptococcus nachweisen konnte.

Wenn auch über die Variabilität der Streptokokken seit Jahren verschiedenerseits Beobachtungen gemacht worden sind, so sind wir imstande, heute ein abschließendes Urteil über diese wichtige Frage zu fällen, nur dank den hervorragenden Arbeiten des uns leider so früh entrissenen Julius Morgenroth. Lagen bereits schon früher eine Reihe Arbeiten über diese Frage von ihm und seinen Schülern vor, so ist diesen die Krone gesetzt durch seinen wissenschaftlichen Nachlaß. Ein letzthin erschienenes Heft der Zeitschrift für Immunitätsforschung vereinigt Arbeiten, die den dahingegangenen Forscher im Laufe seines letzten Lebensjahres hauptsächlich beschäftigt haben. Und wenn ich heute an dem wissenschaftlichen Abend, an dem ich den Vorsitz zu führen den Vorzug habe, gerade das Streptokokkenthema zur Diskussion stelle, so geschieht dies nicht zu mindestens, um denjenigen von Ihnen, die der bakteriologischen Forschung ferner stehen, den Geist des großen Biologen Julius Morgenroth — wenn auch nur aus einem engen Winkel seiner großen Tätigkeit — näher zu führen.

Es handelt sich bei den von Morgenroth gemeinsam mit seinen Mitarbeitern Schnitzer, Berger, Lewy und Jakub angestellten Versuchen um in großem Stil angelegte systematische Untersuchungen über das Problem der therapeutischen Biologie der Mikroorganismen. Die Bedeutung, die Morgenroth diesen Versuchen zuerkannte, lag in der Möglichkeit, auf diesem Wege die Wirkung chemotherapeutischer Heilmittel biologisch zu analysieren. Seine Arbeiten enthalten aber nicht nur chemotherapeutische Versuche, sondern bringen auch eine Fülle hochinteressanter Beiträge zur Frage der Spezifität der Erreger. Gestatten Sie mir in kurzen Zügen einiges über die Ergebnisse der Morgenrothschen Forschungen zu berichten.

Die Untersuchungen Morgenroths beziehen sich sowohl auf Pneumo- als auch auf Streptokokken. Sie wissen, daß der Pneumococcus bis vor kurzem von uns Bakteriologen als der spezifische Erreger der Pneumonie, als eine scharf charakterisierte Bakterienart angesehen wurde. Schon vor Morgenroth wurden ab und zu Beobachtungen mitgeteilt (Kruse, Pansini), die auf nahe verwandtschaftliche Beziehungen der Pneumo- und Streptokokken schließen ließen. Die Versuche Morgenroths und seiner Schüler haben in einwandsfreier Weise ergeben, daß der Pneumo- und Streptococcus als verschiedene Erscheinungsformen eines und desselben Erregers identisch sind. Es ist den Autoren gelungen, mit einer gewissen Regelmäßigkeit eine Modifizierung der Pneumokokken herbeizuführen. Die Pneumokokken verloren ihre charakteristischen Merkmale und ließen sich nicht mehr von grünen Streptokokken unterscheiden.

Die Umwandlung der Pneumokokken geschah, indem diese in bestimmte Verdünnungen von Optochin und Hefe oder Optochin und Tierkohle gebracht wurden. Eine Vorbehandlung von Hefe oder Tierkohle allein vermochte zunächst keinerlei Veränderungen des Ausgangsstammes hinsichtlich der den typischen Pneumokokken eigenen Besonderheiten (Virulenz und Galleempfindlichkeit) zu zeitigen. Dagegen wurde durch Vorbehandlung mit Hefe und Einwirkung von Optochin das Verhalten des Ausgangsstammes ein völlig abweichendes vom ursprünglichen, er näherte sich immer mehr dem typischen Verhalten von Streptokokken. Die Vorbehandlung mit Hefe oder Tierkohle (2—3 stündige Hefe- oder Tierkohleeinwirkung) hatte also den Pneumokokkenstamm in einen Zustand übergeführt, der dadurch gekennzeichnet war, daß er bei Erhaltensein aller Pneumokokkeneigenschaften unter dem Einfluß von Optochin in einen hämolytischen Streptococcus übergeht. Eine weitere Modifikation wird durch die Umzüchtung des hämolytischen Streptococcus in den Streptococcus viridans erzielt. Es wurden von Morgenroth im ganzen 29 Versuche an 15 verschiedenen Pneumokokkenstämmen angestellt und dabei 22 mal, d. h. in 75% die Modifikationen erzielt. Siebenmal entstand aus dem Pneumococcus erst ein hämolytischer Streptococcus und dann der vergrünende Typus, während dreimal die Zwischenform ausblieb und direkt die Endform auftrat.

So hat Morgenroth bewiesen, daß Pneumokokken und Streptokokken nur verschiedene Erscheinungsformen eines Genotypus sind.

Selten nur sind Rückschläge der modifizierten Pneumokokkenstämme wahrzunehmen, in einzelnen

Fällen sollen solche von Kuczynski und Wolff beobachtet worden sein.

Ich habe vor kurzem aus einem Fall von Meningitis, der tödlich verlaufen ist, einen Pneumokokkenstamm isoliert, der kulturell alle Uebergänge zu echten Streptokokken zeigte. Der isolierte Pneumokokkenstamm hatte die Eigenschaft auch beim Verimpfen auf Mäuse allmählich immer zahlreichere hämolytische Streptokokken abzuspalten. Diese reingezüchteten Streptokokken wandelten sich ihrerseits im Verlauf der weiteren Versuche in nicht hämolytische Streptokokken um.

Bei der Verwendung von Rivanol bei Streptokokken hat Morgenroth gefunden, daß die virulenzabschwächende Komponente des Rivanols in ihrer Wirkung der abtötenden vorausgeht wie beim Optochin. So hat er auch beim Rivanol festgestellt, daß dieses die abtötende Wirkung zu entfalten imstande ist, wenn das gebundene Rivanol an Stelle des gelösten tritt.

Die Bindung des Rivanols an rote Blutkörperchen vermag die antiseptische Wirksamkeit des Rivanols im Reagenzglas weitgehend zu verändern. Es kommt nicht unmittelbar zur Keimtötung, sondern dieser voran geht eine Umwandlung der hämolytischen Streptokokken in vergrünende. Die nicht hämolytischen, grünen Streptokokken sind ja die in der Virulenz abgeschwächten, so geht die virulenzabschwächende Komponente des Rivanols in ihrer Wirkung der abtötenden voraus.

Zwecks Bindung des Rivanols an Erythrocyten wurde zu einer Suspension gewaschener roter Blutkörperchen eine Rivanollösung von 1 : 100 oder 1 : 1000 zugesetzt, und zwar bis auf das ursprüngliche Blutvolumen. Die somit hergestellte Rivanolblutlösung wurde nach einhalbstündigem Aufenthalt im Brutschrank wiederholentlich (meist dreimal) gewaschen und dann ihre bakterizide Fähigkeit auf hämolytische Streptokokken im Reagenzglas und Tierversuch geprüft.

Morgenroth, Schnitzer und Berger haben gezeigt, daß von dem an die roten Blutkörperchen gebundenen Rivanol durch Waschen nur ein ganz kleiner Teil abgegeben wird, so daß der Anteil des Rivanols in der Zwischenflüssigkeit nur gering ist und somit nur das an die roten Blutkörperchen gebundene Rivanol in Betracht kommt. Dieses an rote Blutkörperchen gebundene Rivanol befördert, wie an langen Versuchsreihen von Morgenroth gezeigt wurde, in vitro und in vivo die Vergrünung der Streptokokken. Die Streptokokken verlieren also ihre hämolytischen Eigenschaften und werden in ein avirulentes Stadium überführt, das somit immer leichter therapeutischen Einflüssen zugänglich wird.

Auch eine Suspension von Hefe und Rivanollösung oder von Hautpulver und Rivanollösung (1 Stunde bei 37° C, dann zentrifugiert, Sediment dreimal mit Aqua dest. waschen) übt dieselbe Wirkung wie gebundene Blutkörperchen aus, verwandelt die hämolytischen Streptokokken in vergrünende. Die Vergrünung, welche die Streptokokken bei langdauernder Fortzüchtung spontan erleiden, wird unter dem Einfluß des Antiseptikums gewissermaßen überstürzt.

Wenn Morgenroth bei seinen chemotherapeutischen Versuchen auch feststellen mußte, daß die Fülle der Gegenreaktionen bei den Pneumo- und Streptokokken und ihre ungeahnten Wandlungsfähigkeiten eine zunächst große Erschwerung für den therapeutischen Fortschritt darstellt, so boten die von ihm gewonnenen Ergebnisse, ganz abgesehen von der Therapie, die Lösung einer Reihe nicht zu gering einzuschätzenden biologischen Erkenntnisse.

Ich hoffe, daß es mir gelungen ist, Ihnen in großen Zügen die Hauptergebnisse der Morgenrothschen Streptokokkenarbeiten auseinanderzusetzen. Gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit noch einige Minuten in Anspruch zu nehmen. Ich möchte meine Ausführungen über Streptokokken nicht abschließen, ohne einer Reihe neuester amerikanischer Arbeiten zu gedenken, und zwar der Arbeiten über Scharlach. Der Erreger dieser Infektionskrankheit hat bereits in der frühesten bakteriologischen Aera die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gelenkt. So hat Löffler schon 1884 die Ansicht ausgesprochen, daß den Streptokokken eine ätiologische Bedeutung bei dieser Erkrankung nicht abzusprechen sei. 1902 hat Moser ein Streptokokkenserum für Scharlach empfohlen, ferner wurden von den russischen Gelehrten Savchenko (1905) und Gabritschewsky (1907) auch ein antitoxisches Serum gegen Scharlach empfohlen und angewandt. Eine große Reihe anderer Forscher sahen die Anwesenheit von Streptokokken bei Scharlach als Sekundärinfektionen an und sprachen ihnen eine spezifische Bedeutung ab. Zahlreiche Erreger: Bakterien und Protozoen — mikroskopisch sichtbare und unsichtbare — wurden beim Scharlach von verschiedenster Seite beschrieben. Die Kürze der Zeit verbietet mir, näher auf all diese Untersuchungen einzugehen. Im allgemeinen sei nur gesagt, daß die Literatur über den Scharlacherreger, so reich sie in den 90er Jahren auch war, später verhältnismäßig nur wenig Arbeiten aufweist. Das Interesse war für jahrelang erlahmt, bis vor kurzem amerikanische Forscher die Frage wieder aufgenommen haben.

So groß und so bahnbrechend die Arbeiten unseres großen Meisters Robert Koch auf dem Gebiete der ätiologischen Erforschung der Infektionskrankheiten auch waren, so folgte doch natürlicherweise nach einer Flut großartiger Entdeckungen ein kleiner Stillstand. Die Einführung der künstlichen Züchtungsmethoden durch Pasteur und Koch waren Großtaten. Doch zeigte die weitere Forschung, daß unsere bakteriologischen Untersuchungsmethoden immer noch nicht fein genug sind. Den Amerikanern gebührt das Verdienst, in den letzten Jahren auf diesem Gebiet viel geleistet zu haben.

Dank den feineren Untersuchungsmethoden, dank groß angelegter Versuchsreihen ist es den Amerikanern — vor allem dem Ehepaar Dick — gelungen, den Beweis zu erbringen, daß die Streptokokken die spezifischen Erreger des Scharlachs sind. Aus dem Rachen von Scharlachkranken haben Dicks Streptokokken isoliert, die — auf geeigneten Nährböden gezüchtet — starke Gifte zu produzieren vermochten. Diese Gifte konnten, in den Rachen gesunder Menschen injiziert, in einer Reihe von Fällen typische Scharlacherkrankungen hervorrufen. In anderen Fällen zeitigten sie nur eine leichtere oder schwerere Angina, die mit der Scharlacherkrankung für identisch gehalten wurde. Das Ehepaar Dick hat außerdem gleich der Schickschen Reaktion bei Diphtherie einen Dicktest für die Scharlachempfänglichkeit angegeben. Spritzt man intrakutan 0,1—0,2 ccm der Verdünnung von etwa 1 : 1000 eines Filtrates von Kulturen hämolytischer Scharlach-Streptokokken, so erhält man bei positiver Reaktion nach 6—24 Stunden eine Rötung und Entzündung an der Injektionsstelle. Eine positive Reaktion tritt nur bei den Menschen auf, die keinen Scharlachschutz besitzen oder in den ersten drei Tagen der Krankheit. Eine negative Reaktion läßt auf eine Immunität gegen Scharlach schließen, zeigt an, daß der Betreffende bereits einen Scharlach überstanden hat.

Mischt man das Filtrat, also das spezifische Toxin mit Scharlachrekonvaleszentenserum, so bleibt auch bei nicht immunen Individuen eine Reaktion aus.

Den Amerikanern (Dicks, Zingher, Dochez u. a.) ist es gelungen, nicht nur den Beweis der spezifischen Bedeutung der Streptokokken bei der Scharlacherkrankung zu erbringen und die Scharlachgifte darzustellen, die ja die schweren toxischen Erscheinungen dieser Krankheit bedingen, es ist ihnen auch gelungen, anschließend an die Arbeiten von Moser, Savschenko und Gabritschewsky, mit diesen Giften bei Tieren Gegengifte zu erzeugen. Groß angelegte Versuche, wie sie wohl nur in Amerika durchführbar sind, haben den hohen therapeutischen Wert der von ihnen hergestellten Scharlach-Antitoxine erwiesen.

Bei uns gebührt Ulrich Friedemann das Verdienst, diese Versuche und Angaben der Amerikaner nachgeprüft zu haben. Er konnte sie vollauf bestätigen.

Noch weitere Arbeiten auf dem Gebiete der Scharlachforschungen werden ergeben, ob es wirklich auch nur die Streptokokken und ihre Gifte sind, die die Scharlacherkrankung zeitigen. Nicht völlig ausgeschlossen wäre ja, daß vergesellschaftet mit den Streptokokken auch noch ganz kleine unsichtbare Keime (Microbes invisibles der Franzosen) vorhanden sind, die ihre verheerende Wirkung mit ausüben. Auch könnten noch vergesellschaftet mit den Streptokokken Parasiten dieser Streptokokken (im Sinne Heurelles — Microbes des Microbes) sein, die bei der Scharlacherkrankung beteiligt sind.

Ich hoffe, Ihnen mit all diesen Ausführungen wenigstens ein paar Andeutungen gemacht zu haben, in welcher Richtung sich für uns Bakteriologen die Forschungen über auch nur ein kleines Gebiet, wie die Streptokokken, zurzeit bewegen. Doch will ich vor Ihnen, die Sie klinisch-praktische Gesichtspunkte haben, nicht die Beurteilung des zu interessierenden verlieren.

Ich habe häufig z. B. feststellen können, daß das mir von Ihnen übermittelte Sputum von klinischen Pneumoniefällen (besonders wenn die Fälle bereits im Abklingen sich befanden) keine Pneumokokken aufwiesen, sondern zahlreiche Streptokokken. Ich habe beobachtet, daß die beim Beginn der Peritonitis aufgetretenen Pneumokokken im weiteren Verlauf der Erkrankung, besonders in günstig verlaufenden Fällen, vermutlich unter dem Einfluß therapeutischer Mittel, als Streptokokken sichtbar waren.

So müssen wir — glaube ich — gestützt auf die obigen Erkenntnisse, den biologischen Veränderungen des Erregers im Krankheitsverlauf und Ablauf insbesondere bei der Krisis ein größeres Interesse entgegen bringen. Es wäre auch zu prüfen, ob die von Klemperer im Blutserum genesener Pneumoniker nachgewiesenen tierimmunisierenden Stoffe ihre Wirkung nicht nur Pneumokokken, sondern auch Streptokokken Infektionen der Streptokokken-Nachinfektionen gegenüber auszuüben vermöchten. Auch der Frage der Mischinfektionen bei der Pneumonie und Streptokokken-Nachkrankheiten nach Pneumokokkeninfektion sollte erneute Aufmerksamkeit geschenkt werden. Nicht Hinzutreten neuer Keime, wie wir es früher angenommen haben, sondern die Umwandlung der innerhalb des erkrankten Organismus vorhandener wird zu berücksichtigen und näher in all ihren Erscheinungen zu erforschen sein.

Nicht zu vergessen allerdings wäre bei all diesen Untersuchungen dasjenige Moment, für welches Schottmüller die Bezeichnung „Virulenzverhältnis" eingeführt hat. Mit dieser Bezeichnung will Schottmüller zum Ausdruck bringen, daß bei einer Infektion nicht nur die Virulenz des Krankheitserregers, sondern auch die Widerstandsfähigkeit des infizierten Menschen für den Verlauf der Krankheit in speziellem Fall von maßgebender Bedeutung ist. Also zum Studium des Erregers und seines Verhaltens zum befallenen Organismus mögen sich Kliniker und Bakteriologen wieder einmal vereinen.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 49, 3. 12. 1925.

HARTMANN: Aufgaben, Ziele und Wege der allgemeinen Biologie.
KLEINSCHMIDT: Ueber die Dicksche Reaktion.
BERBERICH: Der arcus lipoides des Trommelfells.
JUELICH: Ueber den Uebergang von endogenen und exogenen Farbstoffen aus dem mütterlichen Blut in das Fruchtwasser bei akuter gelber Leberatrophie.
MARX: Untersuchungen über den Wasserhaushalt.
LEHMANN und TAMMANN: Transplantation und Vitalspeicherung.
ECKSTEIN und PAFFRATH: Rachitis und Konstitution.
• HOFFMANN und PESCH: Untersuchungen über den Wert der Coliagglutination für die klinische Diagnose der Coliinfektionen.
HINSELMANN: Resistenzprüfungen der Haut von Schwangeren.
HOLTMANN: Ueber die Bedeutung des Lobelin-Ingelheim in der Chirurgie bei Narkose-Apnöe und Kollapszuständen.
• SCHAEFER: Klinische Erfahrungen mit dem neuen Arsenpräparat „Albert 102".
REWALD: Ueber die Wichtigkeit der Lipoidstoffe und ihre Beziehungen zum Haushalt der Zelle.
FUCHS: Ueber eine chemische Diagnose maligner Tumoren.
LIECHTI: Zur Beeinflussung von bioelektrischen Potentialdifferenzen durch die Röntgenstrahlen.
DEMME: Ueber den Nachweis und die Haltbarkeit von Typhusbakterien in Sauermilch, Kefir und Yoghurt.
IHM: Beitrag zur Kenntnis der Feerschen Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde.
LICHTWITZ: Die Arzneitherapie der Funktionsanomalien der glatten Muskulatur.
MANDL: Die Anwendungsbreite der paravertebralen Injektion.
SEYDERHEIM und LAMPE: Ueber neuere Ergebnisse der Blutmengenforschung aus der amerikanischen Literatur.

HOFFMANN und PESCH: **Untersuchungen über den Wert der Coliagglutination für die klinische Diagnose der Coliinfektionen.** Agglutinationsproben mit Seren von Menschen, bei denen eine Infektion mit Colibakterien — primär oder sekundär — seit längerer Zeit bestand, und ebenso von Gesunden oder von Kranken ohne Coliinfektion einerseits und dem eigenen oder einem fremden Colistamm andererseits zeigten, daß ein positiver Ausfall der Reaktion viel mehr von der verschieden starken Agglutinierbarkeit des betreffenden Colistammes, als von dem Gehalt des untersuchten Krankenserums an Coliagglutininen abhängig ist. Demnach kommt der Coliagglutination eine praktische Bedeutung für die klinische Diagnose von Coliinfektionen nicht zu.

SCHAEFER: **Klinische Erfahrungen mit dem neuen Arsenpräparat „Albert 102".** Es sind noch nicht genügend Fälle von ausschließlicher Behandlung von floriden Syphilitikern mit „Albert 102" beobachtet, um ein abschließendes Urteil zu gewinnen. Aus kombinierter Behandlung mit Wismut u. a. läßt sich kein klares Bild über die Wirksamkeit des neuen Mittels darstellen. „Albert 102" ist in seiner Handhabung einfach und verändert sich auch in Lösung bei längerem Stehen an der Luft äußerlich erkennbar nicht. Auf Spirochäten wirkt „Albert 102" inkonstant. Die Beeinflussung der Seroreaktion durch das Präparat ist unsicher und unvollkommen. Nebenwirkungen kommen auch bei „Albert 102" vor; besonders bemerkenswert sind sympathikotonische Erscheinungen während und kurz nach der Injektion, sowie ausgedehntere Dermatitiden von anscheinend benignem Charakter.

ARNOLD HIRSCH, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

87. Band, 4. bis 6. Heft, November 1925.

A. PANZEL: Untersuchungen über das Vergleichen von Gewichten bei Gesunden und Kranken.
K. HANSEN und W. RECH: Beziehungen des Kleinhirns zu den Eigenreflexen.
N. A. POPOW: Beiträge zur Symptomatologie der Kleinhirn- und Labyrintherkrankungen.
JOHANN SUSMANN GALANT: Reflex, Automatismus, Instinkt.
* W. G. SILLEVIS SMITT und S. T. BOK: Lipiodol bei der röntgenologischen Untersuchung des Rückenmarkes und seiner Häute.
* LADISLAUS BENEDEK und FRANZ KULCSAR: Einseitiges Erhaltensein des Patellarreflexes bei Tabes dorsalis infolge vorausgegangener und geheilter Hemiplegie.
D. TRIANTHAPHYLLOS: Die pathologische Physiologie der fibrillären Zuckungen.
* W. W. SELETZKY: Eine neue Stelle für die Auslösung des Mendel-Bechterewschen Reflexes.

W. G. SILLEVIS SMITT und S. T. BOK: **Lipiodol bei der röntgenologischen Untersuchung des Rückenmarkes und seiner Häute.** Die Lipiodolprobe besteht bekanntlich in der Injektion von Jodöl in den Duralkanal, wo es sich als sehr beweglich erweist und infolge seines hohen spezifischen Gewichtes bis auf den tiefsten erreichbaren Punkt sinkt. Es läßt sich nun verfolgen, ob der ganze Duralkanal vom Schädel bis zum Kreuzbein das Lipiodol durchläßt, in welchem Falle das Röntgenbild es am untersten Ende des Duralkanals zeigt, oder ob sich vielleicht irgendwo ein den Kanal verengender oder gar abschließender Prozeß (Tumor) befindet, in welchem Falle das Lipiodol an dieser Stelle liegen bleibt („Arrêt"). Das Röntgenbild zeigt dann das Lipiodol an dieser abnormen Stelle. In zwei Fällen der Verff. vermochte das Lipiodolverfahren durch den Nachweis eines Arrêts den chirurgischen Eingriff zu bestimmen. Man braucht das Lipiodol nicht mittels Subokzipitalpunktion einzuführen, es kann ebenso gut lumbal injiziert werden. Jeder negative Lipiodolbefund ist mittels Lipiodolpassage in entgegengesetzter Richtung zu kontrollieren. Jedes Lipiodolarrêt soll sowohl ventro-dorsal wie auch quer photographiert werden, zwecks eventueller Aussage über intra- oder extraduralen Sitz und über die Oberfläche des Prozesses. Multiple Dauerfixationen können die Diagnose Meningitis adhaesiva unterstützen.

BENEDEK, LADISLAUS und KULCSAR, FRANZ: **Einseitiges Erhaltensein des Patellarreflexes bei Tabes dorsalis infolge vorausgegangener und geheilter Hemiplegie.** Bei einem Tabiker hatte vor 15 Jahren eine Hemiplegia dextra infolge Endarteriitis syphilitica (3 Jahre vorher syphilitische Infektion) stattgefunden. Diese Hemiplegie ist bis auf Reflexsteigerung und einige spastische Reflexe (Babinski, Oppenheim, Mendel-Bechterew) völlig geheilt. Jetzt zeigt sich eine Tabes incipiens mit rechts lebhaftem Patellar- und Achillesreflex, während diese Reflexe links erloschen sind.

SELETZKI, W. W.: **Eine neue Stelle für die Auslösung des Mendel-Bechterewschen Reflexes.** Der Mendel-Bechterewsche Reflex besteht darin, daß beim Beklopfen des lateralen Teils des Fußrückens (an Basis oder Mitte des 3. und 4. Metatarsalknochens) bei Gesunden regelmäßig eine Dorsalflexion, bei Kranken mit Pyramidenbahnläsion aber eine Plantarflexion der 2. bis 5. Zehe stattfindet. Bei einem Patienten mit rechtsseitiger Hemiplegie gelang es dem Verf., von der üblichen Stelle aus einen schwach ausgesprochenen Mendel-Bechterew auszulösen; letzterer wurde aber weit deutlicher beim Beklopfen der Außenseite des Oberschenkels 6 cm oberhalb der Patella, ferner auch 10—12 cm oberhalb der Patella.

KURT MENDEL, Berlin

Dermatologische Wochenschrift.

Nr. 45, 7. November 1925.

PANOFSKY: Vergleichende Untersuchungen über einige Methoden des serologischen Luesnachweises (Wassermannsche Reaktion, Sternsche Modifikation, Sachs-Georgi und Meinickesche Trübungsreaktion).
* BRANDES: Ueber die Beziehungen zwischen den Verrucae vulgares und den Condylomata acuminata.

BRANDES: **Ueber die Beziehungen zwischen den Verrucae vulgares und den Condylomata acuminata.** Klinische Beobachtungen sprechen in Uebereinstimmung mit experimentellen Untersuchungen und dem histologischen Befunde dafür, daß es sich bei Verrucae vulgares und Condylomata acuminata um Erkrankungen handelt, die als Ursache ein gemeinsames Virus haben.

Nr. 46, 14. November 1925.

* RILLE: Ueber ein eigenartiges (tuberkulöses) Granuloma subinguinale.
MARTINI: Die Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung auf die Haut.
* AGRONIK: Zwei Fälle von Hautleishmaniosis.
* DOSTROVSKY: Zum Wesen und zur Behandlung des Ulcus rodens.
RAJKA: Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem.

RILLE: **Ueber ein eigenartiges (tuberkulöses) Granuloma subinguinale.** Bei einer 20jährigen Syphilitikerin rechts handbreit unter dem Poupartschen Bande eine seit dem 3. Lebensjahre bestehende, quer verlaufende und leistenartig vorspringende Wucherung von drusig papillärem Aufbau, zerklüftet, nässend, übelriechendes Sekret absondernd. Histologische Untersuchung ergibt unzweifelhafte Tuberkulose. Diese Form von Hauttuberkulose ist noch nicht beschrieben.

AGRONIK: **Zwei Fälle von Hautleishmaniosis.** Von im ganzen 20 beobachteten Fällen werden zwei näher besprochen. In dem einen fand sich eine außerordentlich lange Inkubationszeit von ungefähr einem Jahre; in dem anderen entwickelten sich erst nach Verlassen der endemischen Gegend nach Verletzungen an den Ellbogen Orientbeulen. Es wäre möglich, daß die Leishmania tropica einen Hautparasiten darstellt, dessen Eindringen in die Tiefe des Koriums durch Traumen begünstigt wird. In beiden und noch einem dritten Falle fand sich partiell-positive Wassermann- und Sachs-Georgi-Reaktion.

DOSTROVSKY: **Zum Wesen und zur Behandlung des Ulcus rodens.** Das Ulcus rodens ist charakterisiert durch seinen langsamen Verlauf, die relative Seltenheit von Metastasen und die Neigung zu spontaner Heilung: Epithelisierung und narbige Heilung auf der einen Seite, fortschreitende Zerstörung und Weiterkriechen auf der anderen. Es liegt in der Neubildung selbst ein wichtiger Faktor zur Heilung auf dem Wege über eine chronische Entzündung; das muß die Behandlung unterstützen. Der Zweck wurde durch Kohlensäure-Vereisung erzielt, wobei eine Reaktion entsprechend einer Verbrennung I. bis II. Grades genügt. Die Methode kommt in Fällen in Frage, bei denen chirurgische Behandlung nicht angängig ist.

Nr. 47, 21. November 1925.

* FABRY: Zur Diagnose und Behandlung des Lupus erythematosus.
GRUETZ: Ueber eine eigenartige Form von Sporotrichose mit Befund von Sporotrichon Gougeroti.
* MINAMI: Ueber die Vorbeugung der Salvarsanschäden.

FABRY: **Zur Diagnose und Behandlung des Lupus erythematosus.** Es gibt Lupus erythematosusartige Syphilide, was aus der guten Reaktion derartiger Fälle auf Salvarsan hervorgeht. Der echte Lupus erythematosus discoides in alter Form reagiert ausgezeichnet auf Krysolgan, schon in minimalen Dosen, in denen das Verfahren ungefährlich ist.

MINAMI: **Ueber die Vorbeugung der Salvarsanschäden.** Die zweckmäßigste Methode, um Salvarsanschäden vorzubeugen, ist die Salvarsaninjektion in Eigenserum.

Nr. 48, 28. November 1925.

* BENDER: Aolan bei Ekzem nach Pruritus, besonders nach Pruritus vulvae.
* JORDAN: Zur Statistik der syphilitischen Osteoperiostosis.
WEGNER: Die Grundgedanken eines neuen deutschen Strafgesetzbuches und die Bekämpfung der Prostitution.
* LANDT: Ein neues, sehr einfaches Koagulationsendoskop für die vordere Harnröhre.

BENDER: **Aolan bei Ekzem nach Pruritus, besonders nach Pruritus vulvae.** In 7 Fällen von sekundären Ekzemen im Gefolge von primärem Pruritus gaben intrakutane Aolan-Injektionen, mehrmals 1 ccm, allerdings in Verbindung mit mannigfaltigen anderweitigen therapeutischen Maßnahmen, gute Erfolge.

JORDAN: **Zur Statistik der syphilitischen Osteoperiostosis.** Das Vorkommen von Knochenerkrankungen war häufig, und zwar seltener bei Erbsyphilis als bei erworbener, hier besonders bei Syphilis ignorata. Ueberwiegend war nur ein Knochen betroffen, am häufigsten die Tibiae, dann Stirn-, dann übrige Schädelknochen usw. Hauptursache ist unzureichende Behandlung. Rezidive sind häufig.

LANDT: **Ein neues, sehr einfaches Koagulationsendoskop für die vordere Harnröhre.** Gewöhnliches Nitzesches Untersuchungsendoskop, dessen Linse durchbohrt ist, so daß eine dünne Koagulationssonde hindurchgeführt werden kann. Vorteil ist, daß weder Wasserspülung noch Luftfüllung erforderlich. ERNST LEVIN, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

November 1925. Nr. 11.

G. v. IIIYES: Ueber die Niereninsuffizienz bei Prostatahypertrophie.
H. PICARD: Ueber Ureterimplantation im Colon sigmoideum bei mechanisch bedingter Urämie.
W. SAUPE: Ueber die Anwendung von Krappwurzelpulver bei Blasenbeschwerden und Katarrhen der Harnwege.
E. EBSTEIN: Einige Bemerkungen zur Geschichte des Katheters.
F. HERZOG: Zur Diagnose der Cystenniere.
Ch. PERRIER: Die Heilung der Lithiasis im untersten Ureterabschnitt.
E. WOSSIDLO: Anatomisches und Kasuistisches über Nierentumoren.
v. LICHTENBERG: Lumbale Laparotomie.
STUTZIN: Tumor und Nephritis.
L. CASPER: Beitrag zur essentiellen Nierenblutung.
BITSCHAI: Spontane (infektiöse) Gangrän an Scrotum und Penis.
LIEDNER: Zur Operation von Doppelnieren.
HECKENBACH: Strikturen des vesikalen Ureterendes.
ZONDECK (Bemerkung): Die chirurgische Behandlung der Nephritis.

G. v. ILLYES: **Ueber die Niereninsuffizienz bei Prostatahypertrophie.** Durch den großen Residualharn des Prostatikers erfolgt Aufstauung in den ableitenden Harnwegen und Niereninsuffizienz. Großes Durstgefühl, anhaltendes Trockenheitsgefühl im Rachen, klebrig belegte Zunge, bitterer Mundgeschmack, Appetitlosigkeit, Ekelgefühl gegenüber festen Speisen, besonders Fleisch, sind deren Haupterscheinungen. Die Harnmenge ist meist vermehrt, der Urin selbst stark diluiert, hell und dünn — sofern er nicht infiziert ist — sowie chemisch und mikroskopisch ohne Befund. Daher werden die Nieren vielfach für gesund gehalten und Magen-Darmleiden angenommen. Die Operabilität (Prostatektomie) ist von der Nierenfunktion abhängig. Auch bei ungenügender Nierenfunktion kann die Operation gut verlaufen, wenn keine Komplikationen erfolgen. Aber schon leichte Bronchopneumonien können das labile Gleichgewicht stören und Urämie hervorrufen. Daher ist die Indikationsstellung zum chirurgischen Eingriff oft sehr schwer.

W. SAUPE: **Ueber die Anwendung von Krappwurzelpulver.** Die innerliche Gabe von Krappwurzelpulver (Pulv. radic. rubiae tinctor excorticat.) erzeugt eine rasche und kräftige Säuerung des Harns. Man gibt zwei- bis dreimal täglich 2 g und es wird während dieser Zeit wenig Flüssigkeit und saure Kost (Fleisch, Cerealien) verabreicht. Nach drei Tagen wird durch dreimal täglich 3 g Natrium bicarbon. eine alkalische Reaktion erzeugt. Der Praktiker erkennt den sauren Krappwurzelharn an seiner zeisiggelben, den neutralen Harn an der weizenstrohgelben und den alkalischen Harn an der rubinroten Farbe. Der Farbenübergang ist allmählich. In den meisten Fällen erfolgte rasche Klärung des Urins und Abnahme der Beschwerden.

E. LEHMANN, Berlin.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

40. Band, 3. Heft. 1925.

BLUMENBERG: C-Vitamingehalt der Kuhmilch.
NOBEL und SCHOENBERGER: Masernprophylaxe nach Caronia.
BAUMECKER und SCHOENTHAL: Wasserversuche am Säugling bei konzentrierter Ernährung.
KRETSCHMER: Familiäre, idiopathische Polycythämie im Kindesalter.
BLUMENTHAL und DOXIADES: Labilität des vegetativen Systems im frühen Kindesalter.
DOXIADES: Antagonistische Muskelverdickungskurven beim Kinde.
FINKELSTEIN und SCHUELER: Die Bedeutung der Kuhmilchmolke für die Entstehung akuter diarrhoischer Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.
ROSENBLUETH: Längen- und Massenwachstum schwachsinniger Kinder.
de RUDDER: Zweimalige Masern.
WAGNER und WIMBERGER: Einfluß von Lebertranverfütterung an Milchkühe auf den Vitamingehalt der Milch.

E. NOBEL und M. SCHOENBERGER (Kinderklinik Wien): **Masernprophylaxe nach Caronia.** Nur wenige Forscher haben sich bisher in Deutschland mit der Nachprüfung der Befunde Caronias über Aetiologie und Prophylaxe der Masern beschäftigt. Die meisten deutschen Autoren nehmen einen ablehnenden Standpunkt ein. Verf. interessierte nicht so sehr die Nachprüfung der von Caronia behaupteten Entdeckung des Masernerregers, sondern mehr die Frage, ob es möglich sei, mit dem von Caronia bereiteten Impfstoff gegen Masern Immunität zu erzeugen. Verf. fassen ihre Beobachtungen dahin zusammen, daß durch die prophylaktische Injektion von 2 ccm Caronia-Masernvaccine nicht alle Kinder vor einer Erkrankung an Masern geschützt werden. Namentlich machen Mischinfektionen recht oft die Masernprophylaxe unwirksam. Jedoch schützt frühzeitig durchgeführte Masernprophylaxe nach Caronia mit großer Wahrscheinlichkeit vor Masern. Die Frage, ob es sich um einen spezifischen oder unspezifischen Schutz handelt, können Verf. auf Grund ihrer bisherigen Beobachtungen nicht mit Sicherheit beantworten. Auch halten sie die Spezifität der Cutanreaktion mit dem Filtrat der Caroniaschen Kulturen nicht für erwiesen.

A. ROSENBLUETH (Kinderklinik Wien): **Längen- und Massenwachstum schwachsinniger Kinder.** Schwachsinnige Kinder bleiben ganz bedeutend im Längenwachstum zurück. Knaben und Mädchen zeigen dabei dieselben Verhältnisse.

POGORSCHELSKY, Berlin.

Zeitschrift für Tuberkulose.

43, H. 6, November 1925.

BRAEUNING-Stettin: Einige Fälle von Erkrankungen an Tuberkulose infolge von Dienstbeschädigung bei der Behandlung und Pflege Tuberkulöser.
WIESSNER-Pappenheim: Ueber schmerzhafte Muskelkrämpfe im Bereiche Thorakalnerven bei Lungen- und Pleuratuberkulose.
EBSTEIN-Kiew (Rußland): Ueber Dauer- und Endresultate bei der Pneumothoraxbehandlung der chronischen Lungentuberkulose.
v. KOVÁTS-Szeged (Ungarn): Das Boquet-Nègresche Antigen in der Therapie der Lungentuberkulose.
GROSSMANN-Berlin: Ueber den prognostischen Wert der Urochromogenreaktion bei chirurgischer Tuberkulose.
KAESCHER - Kaiserslautern: Die kombinierte Kieselsäure-Kalziumtherapie der Tuberkulose.

EBSTEIN-Kiew (Rußland): **Ueber Dauer- und Endresultate bei der Pneumothoraxbehandlung der chronischen Lungentuberkulose.** Statistisches Material über 200 Pneumothoraxfälle im Laufe der letzten 10 Jahre. In Betracht gezogen werden nur solche Fälle, denen der Pneumothorax vor wenigstens zwei Jahren angelegt worden ist. Völlig bezw. teilweise arbeitsfähig sind 17%, eine auffallend geringe Zahl, wofür Verf. die schlechte soziale Lage seiner Patienten und die im Vergleich zu den westlichen Kulturländern geringer ausgebildete Technik des Pneumothoraxverfahrens in Rußland verantwortlich machen zu sollen glaubt. (Nach allgemeiner klin. Erfahrung beträgt die Heilungsziffer bei Behandlung mit künstl. Pneumothorax durchschnittlich 40%. Ref.)

v. KOVATS - Szeged (Ungarn): **Das Boquet - Nègresche Antigen in der Therapie der Lungentuberkulose.** Verf. hält das B. N. A. für ein wertvolles Spezificum, das wegen Fehlen jeglicher Reaktionen auch ambulant gegeben werden kann. Insbesondere bei vorgeschritteneren Erkrankungen sei es den andern spezif. Mitteln überlegen.

GROSSMANN-Berlin: **Ueber den prognostischen Wert der Urochromogenreaktion bei chirurgischer Tuberkulose.** Der bei wiederholter Untersuchung positive Ausfall der Weißschen Permanganatreaktion im Harn ist ein in jedem Falle prognostisch ernst zu wertendes Symptom.

ZWERG, Berlin.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

62, H. 1/2, 3. November 1925.

Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Vereinigung Deutscher Lungenheilanstaltsärzte und der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte, Danzig, Sitzung vom 24.—27. Mai 1925.
WINSE-Landeshut: Die Verwendung der Gymnastik in ihren verschiedenen Formen als Heilturnen in der Tuberkulosebehandlung.
WALDER - Schömberg: Bedeutung der Liegekur in der Tuberkulosebehandlung.
SCHULTES-Grabowsee: Berufsarbeit nach Heilverfahren.
* PETRUSCHKY-Danzig: Ueber Mischansteckung bei Tuberkulose.
* SCHROEDER-Schömberg: Die Bedeutung der neuen Erkenntnisse über die Vitamine für die Verhütung und Behandlung der Tuberkulose.
* ALEXANDER - Agra: Praktische Heilung der Lungentuberkulose und klinischer Befund.
STEINMEYER-Görbersdorf: Lungentuberkulose als Kriegsdienstfolge.
* RITTER-Geesthacht: Die Diagnose und Prognose der Kaverne.
SCHMINCKE-Tübingen: Die sekundäre Tuberkulose vom Standpunkt der patholog. Anatomie.
* LIEBERMEISTER - Düren: Das Sekundärstadium der Tuberkulose vom klinischen Standpunkt.
STOCK-Tübingen: Die Tuberkulose in der Augenheilkunde.
SCHOENFELD-Greifswald: Sekundäre Hauttuberkulose.

PETRUSCHKY - Danzig: **Ueber Mischansteckung bei Tuberkulose.** Ein häufiges Vorkommnis ist das Hinzutreten einer banalen infektiösen Erkrankung zu einer bestehenden Tuberkulose. Durch diese „sekundäre Mischansteckung" mit Schnupfen, Bronchitis, Influenza ist der Tuberkulöse sehr gefährdet. Eine bis dahin gutartige produktive Tuberkulose wird fieberhaft, exsudativ. Wiederholte banale Infektionen untergraben die Widerstandsfähigkeit des Kranken mehr und mehr und besiegeln schließlich sein Schicksal. Der Nachweis der sekundären Mischansteckung wird durch bakteriologische und kulturelle Sputumuntersuchung erbracht. Am häufigsten finden sich — neben Tuberkelbazillen — Strepto-, Pneumo-, Diplococcus catarrh. Wichtig ist die Prophylaxe. Tuberkulöse sind von Menschen mit akuten Erkältungskrankheiten fernzuhalten. Therapeutisch empfiehlt sich die perkutane Anwendung des Linimentum anticatarrhale, eines Sammelliniment der genannten Erreger.

SCHROEDER-SCHOEMBERG: **Die Bedeutung der neuen Erkenntnisse.** Verfasser führt die — in letzter Zeit überschätzte — Bedeutung der Vitamine für den Verlauf der Tuberkulose auf das richtige Maß zurück. Vitaminarme Ernährung während des Krieges ist keineswegs allein die Ursache der Tuberkulosezunahme. Tierexperimentell ist bei vitaminarmer Nahrung nur ein geringfügiger Einfluß auf den Charakter und die Progredienz der Tuberkulose festzustellen. Vitaminreiche Kost ist für den Tuberkulösen und Tuberkulose-Bedrohten zweckmäßig. Ein geeignetes Präparat ist Promonta.

ALEXANDER-Agra: **Praktische Heilung der Lungentuberkulose und klinischer Befund.** Vortragender betont mit Recht die großen Schwierigkeiten bei der verantwortungsvollen Beurteilung der Ausheilung der Tuberkulose. Es geht nicht an, Kranke als geheilt zu bezeichnen, denen es am Abschluß einer Kur subjektiv gut geht. Zeigen sich jedoch mindestens 2 Jahre hindurch keinerlei Zeichen von Aktivität, so kann der Betreffende als klinisch geheilt gelten. Das Röntgenbild leistet zur Feststellung der Heilung nur wenig, dagegen sind die modernen Laboratoriumsmethoden (Blutsenkung, Hämogramm, Serumreaktionen) Hilfsmittel von großer Bedeutung. Jede einzelne Untersuchung darf nur ein Glied in der klinischen Gesamtbeurteilung sein.

RITTER-Geesthacht: **Die Diagnose und Prognose der Kaverne.** Kavernen bei Lungentuberkulose sind viel häufiger, als man nach der Untersuchung annehmen möchte. Die physikalische Kavernendiagnostik ist der röntgenologischen überlegen. Die infauste Prognose der kavernösen Lungentuberkulose besteht nicht zu Recht, es kommen bei konservativer Behandlung Fälle geheilter Kavernen in jedem Klima vor. Die Entstehung der Kavernen ist durch rechtzeitige Heilstättenbehandlung zu verhüten.

LIEBERMEISTER - Düren: **Das Sekundärstadium der Tuberkulose vom klinischen Standpunkt.** In interessanten Ausführungen versucht Vortragender die grundlegende Rankesche 3-Stadien-Klassifizierung der Tuberkulose hinsichtlich des umstrittenen Sekundärstadiums zu präzisieren. Pleuritis, Peritonitis, Meningitis und Miliartuberkulose sind nicht durchweg sekundäre Manifestationen, sie können als akuter Schub in jedem Stadium auftreten. Es gibt sequestrierende Knochen-, verkäsende Lymphdrüsen-Tuberkulosen, die ins Tertiärstadium, geschlossene Spitzenaffektionen, exsudative Lungeninfiltrierungen, die ins Sekundärstadium gehören. Das Sekundärstadium umfaßt Tuberkulosen, welche, ohne in Verkäsung und Zerfall überzugehen, unter meist geringfügiger Narbenbildung ausheilen können. Es stellt nicht nur patholanatomisch, sondern auch in prognostischer und therapeutischer Hinsicht ein einheitliches Ganzes dar. Sekundäre Tuberkulosen sind prognostisch weit günstiger als tertiäre, therapeutisch ist das Sekundärstadium die Domäne des Tuberkulins. ZWERG, Berlin.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

13. Band, 1. Heft 1925.

* GEORG BOENNINGHAUS: Meningitis serosa ac. nach otitischer Labyrinthitis unter dem Bilde eines Kleinhirnabszesses verlaufend, Heilung durch Spaltung der Kleinhirndura. Nachfolgende Entwicklung einer Meningocele in dem Gehörgang, wahrscheinlich aus der abgeschlossenen seitlichen Ponszisterne heraus.
* EMIL FROESCHELS: Ueber die Sing- und Sprechatmung bei akuter Laryngitis.
R. BLEYL: Stirnhirnabszeß im Gefolge otogener Sinusthrombose.
* W. TONNDORF: Röntgenschädigung des Kehlkopfes.
HANS LEICHER: Fortschritte in der Lichtbehandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.
* KARL MENZEL: Primäre akute stinkende Kieferhöhleneiterungen.
* A. LAUTENSCHLAEGER: Hypophysenoperation.
H. MARX: Epiglottislähmung.
KARL HELLMANN: Stumpfe Verletzung des Kehlkopfes durch Strangulation
KARL STAMM: Hyperkeratosis circumscripta laryngis.
WILHELM STERNBERG: Oesophagoskopie und Gastroskopie.
* BRUNO KISCH: Zur Frage der Knorpelleitung.
* W. TONNDORF: Bemerkungen zum Problem der Knorpelleitung.
FRITZ BOCK: Facialislähmung durch Anästhesierung der Ohrmuschel mittels Novocaininjektion.

GEORG BOENNINGHAUS: **Meningitis serosa ac. nach otitischer Labyrinthitis unter dem Bilde eines Kleinhirnabszesses verlaufend, Heilung durch Spaltung der Kleinhirndura. Nachfolgende Entwicklung einer Meningocele in dem Gehörgang, wahrscheinlich aus der abgeschlossenen seitlichen Ponszisterne heraus.** Sehr interessante Beobachtung, daß nach erfolgter Labyrinthoperation und späterem Umschlag des Nystagmus zur ohrkranken Seite kein Kleinhirnabszeß vorzuliegen braucht. Es bestanden lediglich entzündliche Verklebungen der Meningenblätter, die nach Monaten zur Ausbildung einer Meningocele führten.

EMIL FROESCHELS: **Ueber die Sing- und Sprechatmung bei akuter Laryngitis.** Graphische Darstellungen sekundärer Atemstörungen wie bei funktioneller Aphonie in Gestalt verzögerten Singens und Sprechens und vermehrter Inspirationen bei akuter Laryngitis.

W. TONNDORF: **Röntgenschädigung des Kehlkopfes.** Tonndorf weist auf die Gefahren hin, die durch das Fehlen eines exakten Normalmaßes bei der Röntgendosierung entstehen. Die Schwankungen in der Dosierung der Einheitsdosis an den verschiedenen Instituten betragen zuweilen das Zehnfache. Bei der Bestrahlung des Kehlkopfes und der angrenzenden Gebiete zeigen sich bei fehlerhafter Anwendung teleangiektatische Veränderungen auch auf den Stimmbändern. Es kann dann eine bleibende Schwäche der Stimme restieren.

HANS LEICHER: **Fortschritte in der Lichtbehandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.** In der ausführlichen und nicht nur für den Spezialisten wertvollen Arbeit bringt Leicher eine Fülle von Anregungen. Durchweg hält er daran fest, daß auch bei den gewöhnlichen Lichtbestrahlungen eine exakte Dosierung Vorbedingung ist. Die individuelle H. E. D. stellt er jeweils durch eine Vorbestrahlung fest. Der Dahlfeld-Leichersche Meßapparat scheint zur Anzeige der Haut-Lichtempfindlichkeit geeignet. Die biologische Wirkung der Lichtstrahlen auf den gesunden und kranken Organismus sucht Leicher durch experimentelle Versuche über den Kalkspiegel usw. zu beweisen. Er empfiehlt, was besonderer Beachtung wert ist, ultraviolette Bestrahlung zur Stillung parenchymatöser Blutungen und prophylaktisch bei Diabetes, wenn

Operationen indiziert sind. Im allgemeinen verspricht sich Leicher mehr von Gesamtbestrahlungen des Körpers als von lokaler Strahlenapplikation, auch bei tuberkulösen Erkrankungen. Das Studium der gewissenhaften und reichhaltigen Originalarbeit ist auch jedem Praktiker zu empfehlen, zumal einwandfrei aus ihr hervorgeht, daß die wahllose Strahlenapplikation gefährlich sein kann und eine exakte Behandlung am ehesten in Lichtinstituten gewährleistet sein dürfte — ein Schritt weiter, um die „Lichtreklame" der Aerzteschilder zu reduzieren.

KARL MENZEL: **Primäre akute stinkende Kieferhöhleneiterungen.** Menzel weist pathologisch-anatomisch nach, daß stinkende Kieferhöhleneiterungen auch akut auftreten können. Die Art der Erkrankung legt dem Praktiker zuerst den Gedanken an eine Influenza-Grippe nahe. Differentialdiagnostisch wichtig ist das stürmische Einsetzen hoher Temperaturen mit Schüttelfrost und starke Schmerzhaftigkeit der Wangen und Zähne. Der jauchige Ausfluß aus der Nase braucht erst nach längerem Intervall einzusetzen. Die Erkrankung kann durch nekrotisierendes Uebergreifen auf den Knochen gefährlichen Charakter annehmen.

A. LAUTENSCHLAEGER: **Hypophysenoperation.** Angabe über eine neue Operationsmethode: Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, Mobilisation der lateralen Nasenwand an ihrer hinteren Begrenzung wie bei der Ozaenaoperation und nachfolgende Eröffnung von Siebbein und Keilbeinhöhle. Bei Verdrängung des hinteren Septumabschnittes zur anderen Seite hin liegt dann das Operationsterrain an der Schädelbasis frei.

BRUNO KISCH: **Zur Frage der Knorpelleitung.** W. TONNDORF: **Bemerkungen zum Problem der Knorpelleitung.** In praktischer Hinsicht darf angenommen werden, daß Prüfungen mittels der Knorpelleitung kein unbedingtes Erfordernis zur Vervollständigung unserer klinischen Diagnosen bedeuten. Die physikalischen Versuche an sich bedürfen noch weiteren Ausbaues. ERICH ROSENBAUM, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschr.

Nr. 38.

- • WASER und OTTO: Die Gefährlichkeit der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft in der Sprechstunde.
- E. FRICKER: Weitere Untersuchungen über den Einfluß von Bromkalium und Jodkalium auf die diastatische Wirkung des menschlichen Mundspeichels.
- M. DUBOIS: Prinzipielle Fragen aus der Pathologie und Therapie der sagittalen und frontalen Verkrümmungen der Wirbelsäule.
- A. FOREL: L'hérédité alcoolique.
- L. ZOPPIUS: Un cas d'intoxication aiguë par le Somnifère, suivi de guérison.

B. WASER und R. OTTO (Zürich): **Die Gefährlichkeit der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft in der Sprechstunde.** Die Vornahme einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bietet nur in einer aseptischen Anlage eines Krankenhauses die nötige Gewähr dafür, daß der Eingriff auf ein Gefahrminimum nicht nur der Patientin, sondern auch dem Arzt gegenüber beschränkt wird. Die Vornahme dieser Operation außerhalb einer aseptischen Anlage eines Krankenhauses ist für die Patientin gefährlich. Sie versetzt aber auch den Arzt in die Gefahr, eventuell wegen strafbar fahrlässiger Unterlassung mit dem Strafrichter in Konflikt zu kommen.

Nr. 39.

- W. LUTZ: Ueber die Beziehungen zwischen Stoffwechsel und Hautkrankheiten.
- • DUBOIS: Prinzipielle Fragen aus der Pathologie und Therapie der sagittalen und frontalen Verkrümmungen der Wirbelsäule (Schluß).
- THOMAS: La pression artérielle chez l'enfant de 7 à 14 ans l'état normal et dans quelques états pathologiques.
- LUCKSCH: Ueber Vaccineencephalitis.

M. DUBOIS: **Prinzipielle Fragen aus der Pathologie und Therapie der sagittalen und frontalen Verkrümmungen der Wirbelsäule.** Eine pathologische Verkrümmung der Wirbelsäule ist nicht als statische Deformität zu betrachten, sondern als Exponent eines in seinem Gleichgewichte verschobenen elastischen Systems, das aus passiven und aus aktiven Kräften zusammengesetzt ist und fast den ganzen Bewegungsapparat einschließt. Dieses System ist beim Kinde bis über die Pubertät hinaus in Entwicklung begriffen, so daß unter den aktiven Kräften auch das Wachstum zu berücksichtigen ist. Auch intrauterin kann durch Verschiebung von Automatismen, durch Dissoziation der Wachstumskraft, auch ohne bestimmte exogene Ursache ein dynamischer Quotient resultieren, dessen morphologischen Ausdruck wir als Rückgratverkrümmung bezeichnen. In ähnlicher Weise können exogene Faktoren das elastische Gleichgewicht verschieben, so daß trotz einer ätiologischen Vielheit eine gewisse pathogenetische Einheitlichkeit resultiert. Entsprechend ist die Therapie ein kinematisches Problem, das die Schaffung aktiver Kompensationen, oft unter Zuhilfenahme der Wachstumskräfte, zum Ziele hat.

Nr. 40.

- R. SCHERB: Zur Entstehungsweise und Behandlung des Hallux valgus.
- SCHLITTLER: Die Bestimmung der Hörweite mittels des Gehörmessers
- • C. SCHULER: Vergleichende Untersuchungen mit der Wassermannschen Reaktion, den Flockungsreaktionen nach Sachs-Georgi und Dold und der Meineckeschen Trübngsreaktion.
- H. BRANTMAY: Un nouvel appareil pour demonstrations obstétricales.

CLARA SCHULER: **Vergleichende Untersuchungen mit der Wassermannschen Reaktion, den Flockungsreaktionen nach Sachs-Georgi und Dold und der Meineckeschen Trübungsreaktion.** Die Methode von Bordet—Wassermann gibt die größte Zahl von positiven Resultaten in Fällen von sicherer Lues und gleichzeitig die geringste Zahl von unspezifischen Reaktionen bei Kontrollfällen. Die günstigsten Resultate mit den Ausflockungsmethoden hat die Sachs-Georgi-Methode gegeben. In Uebereinstimmung mit anderen Untersuchern wird festgestellt, daß sie augenblicklich die beste Kontrollmethode für die Wa. R. ist. Die S.-G.-R. gibt manchmal bei der Tuberkulose, bei Arthritiden und Enteritiden unspezifische Ausfälle, jedoch weit weniger als die zwei anderen Methoden. Diese haben nur den fraglichen Vorteil der frühzeitigen Ablesung. Die Beurteilung ist aber für beide Reaktionen auch für den Geübten nicht einfach; in nicht eindeutig positiven Fällen kann sie sogar große Schwierigkeiten machen. Diese Methoden dürfen nicht dem praktischen Arzt überlassen werden.

Dringend ist davor zu warnen, irgendeines der Verfahren außerhalb des Laboratoriums anzuwenden. Bei jeder Serumreaktion ist nicht nur eine große Erfahrung notwendig, sondern das gleichzeitige Arbeiten mit einer größeren Anzahl von Seren.

Eine gewisse Zentralisation erscheint für die Luesreaktion unbedingt angezeigt. Für das Laboratorium ist die Ausführung der einen oder anderen Flockungsreaktion als Ergänzung neben der Wa. R. empfehlenswert. Dadurch können Fälle, die nach Wa. negativ reagieren und eine positive Flockungsreaktion ergeben, eventuell nach Provokation weiter verfolgt und doch noch als Lues erkannt werden. Namentlich in derartigen Fällen ist aber Vorsicht am Platze.

Nr. 41.

- H. E. SIGERIST: Die Rolle der Schweiz in der Entwicklung der Medizin.
- • W. TOBLER: Die Bekämpfung der Tuberkulose im frühen Kindesalter.
- • W. ISLER: Die chirurgische Behandlung der Basedowstruma.

W. TOBLER (Bern): **Die Bekämpfung der Tuberkulose im frühen Kindesalter.** Solange wir die Tuberkulose nicht völlig ausrotten können, solange scheint im allgemeinen die tuberkulöse Infektion im späten Kindesalter das kleinste der möglichen Uebel zu sein. Unbedingt müssen wir daher versuchen, das kleine Kind vor Tuberkulose zu schützen.

In bezug auf das kleine Kind müssen wir prinzipiell alle Lungentuberkulösen für ansteckend ansehen, nicht nur diejenigen, bei welchen man Tuberkelbazillen hat nachweisen können. Auch die sogenannte geheilte Lungentuberkulose ist dem Kinde oft noch gefährlich genug! Im allgemeinen wird der Gesundheitszustand des Pflege- und Erziehungspersonals noch viel zu wenig überwacht.

Leider müssen wir zugeben, daß keine der bisher am Tier geprüften Immunisationsmethoden nach jeder Richtung soweit erprobt ist, daß wir sie beim Menschen ohne Gefahr und mit Sicherheit des Erfolges anwenden könnten. Aber die erzielten

Versuchsresultate berechtigen doch zu der Hoffnung, daß es bald gelingen werde, den Kampf gegen die Tuberkulose des frühen Kindesalters auf dem Wege der künstlichen Immunisation wirksamer zu führen als bisher.

W. ISLER (Frauenfeld): **Die chirurgische Behandlung der Basedowstruma.** Bei der Basedowstruma ist die Gefäßunterbindung in Lokalanästhesie die Operation der Wahl, weil ihr Operationsrisiko unvergleichlich viel kleiner ist als dasjenige bei der Resektion. Sie führt — wenn auch in etwas längerer Zeit — doch zum Ziel, ganz abgesehen davon, daß sie das durch die Beschaffenheit der Basedowstruma gegebene operative Verfahren darstellt. Die Allgemeinnarkose beim Basedowkranken ist zu gefährlich, um sie zu verwenden; selbst mit Rücksicht auf psychische Momente soll sie unterbleiben.

Nr. 42.

VOGT: Demonstrationen zu Verbesserungen in der Technik der Staroperation.
F. OERI: Zur physikalischen Diagnose der Lungentuberkulose.
* J. E. WOLFF: L'anaphylaxie alimentaire en clinique.
R. DOERR und C. HALLAUER: Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Antigenfunktionen der Zell-Lipoide.
A. GIGON: Beitrag zur Kenntnis der Insulinwirkung.

I. E. WOLF: **Die alimentäre Anaphylaxie in der Klinik.** Bei 8 Kranken mit Urticaria, Quinkeschem Oedem, gastrointestinalen Störungen, Asthma bronchiale und Migräne konnte mit Hilfe der digestiven Hämoclasie die anaphylaktische Natur der Krankheitserscheinungen klargestellt werden. Zweimal fand sich eine Intoleranz gegenüber Eiweiß, dreimal eine solche gegen verschiedene Fleischsorten. Immer handelte es sich um stickstoffhaltige Substanzen tierischer Herkunft.

Die Desensibilation erfolgte teils durch orale Darreichung steigender Dosen der schädlichen Substanz, teils durch intravenöse Injektionen einer Peptonlösung. Hierzu wurde das Casein-Pepton von Hoffmann-La Roche verwandt, das durch chemische Aufspaltung des Caseins entsteht.

Gerade was das Studium der gastro-intestinalen Störungen anlangt, wünscht Verf. der Widalschen Methode ausgedehntere Verwendung als bisher. Sehr oft wird man dann den anaphylaktischen Ursprung der krankhaften Erscheinungen aufdecken können.

Nr. 43.

G. BAER: Die Röntgenuntersuchung bei Unfallpatienten.
E. WIELAND: Die neue Beobachtungsstation im Basler Kinderspital und ihre Lehren.
O. FELLNER: Bemerkungen zu der Arbeit von Faust: Ueber weibliche Sexualhormone.

Nr. 44.

R. BING: Ueber lokale Muskelspasmen und Tics nebst Bemerkungen zur Revision des Begriffes der „Psychogenie".
G. BAER: Die Röntgenuntersuchung bei Unfallpatienten (Schluß).
E. BLEULER: Hystero-Epilepsie.

HELD, Berlin.

Hygiea.

87, 16, 31. August 1925.

K. PETREN: Bernhard Naunyn.
BERTEL FRYKBERG: Ein Fall von Myelom mit Urämie (Fortsetzung).

87, 17, September 1925.

EMIL ZANDER: Langdauernder totaler Herzblock (Adams-Stokes-Symptomenkomplex) mit voller Arbeitsfähigkeit.
* BERTEL FRYKBERG: Ein Fall von Myelom mit Urämie (Schluß).

BERTEL FRYKBERG: **Ein Fall von Myelom mit Urämie.** Bertel Frykberg beschreibt hier einen Fall von Myelom und Urämie durch Nephritis. Myelome saßen im ersten Lumbalwirbel in den Rippen und auch in der Nierenkapsel, der nephritischen Niere und der Leber fanden sich Myelomzellen. Ein direkter Zusammenhang mit dem Knochenmyelom des ersten Lumbalwirbels war hier nicht nachzuweisen, so daß man von Metastasen in Leber und Niere sprechen muß. Im Verlauf traten Rücken-Brustschmerzen, Anämie und nicht charakteristisches Fieber hervor. Die Blutveränderung zeigte starke Anämie mit hohem Hämoglobinindex, relativer Lymphocytose, Myelocyten und Normoblasten. Sie wird als eine toxische angesehen. Der Zusammenhang der Myelombildung mit Leukämien und Aleukämien ist nicht zu bestreiten, doch betrachtet der Verfasser die Myelome mehr als maligne Tumoren wie als eine Systemerkrankung. Pathognomisch doch nicht konstant ist dabei die Bence-Jonessche Albumosurie, die mit und ohne einfache Albuminurie und Nephritis vorkommt, aber auch fehlen kann. Die Entstehung dieses Eiweißkörpers wird in die Niere verlegt und durch bestimmte toxische Stoffe von den Myelomen aus erklärt.

87, 18, 30. Sept. 1925.

CARL HESSER: Bruchstücke aus den Forschungen der letzten 100 Jahre über die Funktion des Kleinhirns.

87, 19, 15. Okt. 1925.

* HARALD OEHNELL: Beitrag zur Frage der Prognose und Therapie der Achylia gastrica.

HARALD OEHNELL: **Beitrag zur Frage der Prognose und Therapie der Achylia gastrica.** Harald Oehnell hebt die Schwierigkeit der Feststellung der Aetiologie und Pathogenese der Achylie hervor. Es können bei ihrer ersten Diagnose keinerlei Momente gefunden werden, die prognostisch von Bedeutung sind. Jüngere Personen können leichter und schneller geheilt werden. Die Kongo-Reaktionen wurden bei *22,3%* positiv trotz bestehender Achylie. Auch das Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni können sich bei einem Patienten mit Achylie trotz der Behandlung entwickeln. Daher sind kontrollierende Sonden-Untersuchungen bei Achylie angebracht.

87, 20, 31. Okt. 1925.

* IVAN SYK: Die theoretische Frage und das graphische Resultat in dem Streite, ob die Tonsillen notwendig sind oder nicht.

IVAN SYK: **Die theoretische Frage und das praktische Resultat in dem Streite, ob die Tonsillen notwendig sind oder nicht.** Ivan Syk erörtert den Nutzen und Schaden der Tonsillen und kommt zu dem Schlusse, daß der Organismus sie gut entbehren kann und daß sie mehr schaden als nutzen als Giftfänger und Atmungsstörer. Ihre Abwehrwirkung ist gering und irgendeine bedeutende endokrine Wirkung kommt ihnen ihrem ganzen Bau und ihrer Entwickelung nach nicht zu. 1500 tonsillotomierte Patienten konnten zum Teil noch untersucht werden. Ueber 80% ging es wesentlich besser auch in bezug auf Asthma, Ohrleiden, Infektionen aller Art.

S. KALISCHER, Schlachtensee-Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 40, 1. Oktober 1925.

* CHIRSTEN LUNDSGAARD und SVEND AAGE HOLBOELL: Untersuchungen über das Vorkommen von Glukosen im Blut im freien oder gebundenen Zustand.

CHRISTEN LUNDSGAARD und SVEN AAGE HOLLBOELL: **Untersuchungen über das Vorkommen von Glukosen im Blut im freien und gebundenen Zustand.** Lundsgaard und Hollböll untersuchten das Vorkommen von Glukosen im Blut, frei und gebunden. Die Diffusion durch Kollodium-Membranen erwies sich gleich für Glukosen im normalen Blut wie bei Patienten mit Diabetes mellitus. Die Diffusion der Glukosen ist langsamer bei dem Blut als bei reinen Auflösungen. Glukose, die dem Blut zugesetzt wird, passiert die Kollodium-Membranen ebenso wie die im Blut vorhandene Glukose. Glukose kann im Blut normaler Menschen wie von Diabetikern frei, krystalloid und in diffundierbarer Form auftreten.

Nr. 41, 8. Oktober 1925.

CHRISTEN LUNDSGAARD und SV. AAGE HOLBOELL: Untersuchungen über die Umbildung des Leberglykogens in Glukose in vitro.
O. JERSILD: Genitalgangrän behandelt mit Neosalvarsan.
E. BAY-SCHMIDT: Schicks-Reaktion in Grönland.
HJ. KAERN: Einige Bemerkungen über Brod-Analysen.

Nr. 42, 15. Oktober 1925.

• CHRISTEN LUNDSGAARD und SVEND AAGE HOLBOELL: Untersuchungen über die Wirkungen des Lebergewebes und Insulins auf Glukose in vitro.
AXEL BERGGBIAERG: Zwei Fälle von Colitis suppurativa, mit Autovaccine behandelt.
ERIK HOLM: Ein Fall von Epiglottis tumefaciens.

CHRISTEN LUNDSGAARD und SVEND AAGE HOLLBOELL: **Untersuchungen über die Wirkungen des Lebergewebes und Insulins auf Glukose in vitro.** Lundsgaard und Hollböll kommen hier zu dem Resultate, daß die Rolle der Leber im Kohlehydratstoffwechsel dient als Ablagerungsdepot für Glukose in Form von Glykogen. Doch hat die Leber keine direkte Bedeutung für die Verbrennung der Glukose im Organismus.

Nr. 43, 22. Oktober 1925.

HANS HECKSCHER: Ueber atypische Exantheme.
V. MEISEN: Injektionsbehandlung der Varicen und deren Folgezustände (Ekzem, Ulcus cruris [Fortsetzung]).
ANTON MAGELSSEN: Genius epidemicus in Kopenhagen.
IB FREMHEN: Eine Methode, gewisse Blutkrankheiten mit Hilfe eines doppelten Ausstrichpräparates zu bestimmen.
H. S. BILEMANN: Ein Fall von tödlich verlaufener paroxysmaler Hypersekretion.
A. G. LAURITZEN: Mediastinales und subkutanes Emphysem während der Austreibungsperiode.

Nr. 44, 29. Oktober 1925.

KNUD FABER: Sanocrysin als Chemotherapeutikum.
• O. HELMS: Ein Versuch der Behandlung der Lungentuberkulose mit Metallsalzen nach Walblums Methode.
JOHS. FRANDSEN: Die Wirkungen des Sanocrysins auf die Nieren gesunder Kaninchen.
• SVEND LOMHOLT: Die Zirkulation des Goldes bei der Sanocrysinbehandlung.
V. MEISEN: Die Injektionsbehandlung der Varicen und deren Folgezustände (Schluß).

O. HELMS: **Ein Versuch der Behandlung der Lungentuberkulose mit Metallsalzen nach Walblums Methode.** O. Helms empfiehlt hier wiederum das Mangansalz als das beste Metallsalz zur Behandlung der Lungentuberkulose, es wirkt besser als das früher von ihm angewandte Goldsalz „Krysolgan". Auch die Anwendung kleiner Dosen, wie bei Sanocrysin, beruht auf demselben chemotherapeutischen Prinzip.

SVEND LOMHOLT: **Die Zirkulation des Goldes bei der Sanocrysinbehandlung.** Nach intravenösen Sanocrysin-Injektionen wird das Gold in allen untersuchten Organen abgelagert, am meisten in den Nieren, in der Leber kaum halb soviel wie in einer einzigen Niere. Herz und Lunge enthalten minimale Spuren. Der Darm und besonders der Dickdarm enthalten größere Mengen. Im Blut findet man nach einer Woche minimale Spuren. In der ersten Woche wird ⅔ des Goldes im Urin, ⅓ in den Faeces ausgeschieden. In den ersten Tagen wird viel ungespaltenes Sanocrysin durch die Niere ausgeschieden. Das Gold spaltet sich meist schnell vom Sanocrysin ab und wird dann wie andere Metalle, Blei, Quecksilber, Bismut, ausgeschieden. Sanocrysin kann daher ebenso toxisch wirken wie die anderen schweren Metalle, daher sind Anhäufungen und Akkumulationen des Mittels zu verhüten.

Nr. 45, 5. November 1925.

AUGUST WIMMER: Der chronische Morphinismus und dessen gerichtsärztliche psychiatrische Bedeutung (Fortsetzung).
• E. HAUCH: Ueber Beckenneuralgien bei gynäkologischen Leiden.
B. PONTOPPIDAN: Ueber Argentum nitricum als Antigonorrhoicum.
AUGUST KROGH: Die zweite internationale Konferenz zur biologischen Standardisierung der medizinischen Mittel.

E. HAUCH: **Ueber Beckenneuralgien bei gynäkologischen Leiden.** Hauch hebt die Wichtigkeit der Beckenneuralgien bei gynäkologischen Leiden, besonders bei Salpingitis, Oophoritis, Parametritis hervor. Diese Neuralgien liegen im Gebiete des Nv. obturat. pudendus. Auch bei Uterusverlagerungen und Deviationen treten sie auf und nehmen meist während der Menstruation zu, ebenso bei Erkältungen. Taubheitsgefühl und neuralgische Schmerzen schwinden erst nach der zweckmäßigen gynäkologischen Behandlung (Bettruhe, lokale Wärme, Sitzbäder, Diathermie usw.).

Nr. 46, 12. November 1925.

• AUGUST WIMMER: Der chronische Morphinismus und die gerichtliche psychiatrische Bedeutung desselben (Schluß).
RAHBECK OSTERGAARD: Asthma bronchiale, behandelt mit Tuberkulininjektionen.
• VILH. RIEMKE: Ueber die Sterilität der Insulinpräparate.
HUMPHRY ROLLESTON: Einige Betrachtungen über endokrine Therapie (Uebersetzung aus dem Englischen).
A. BRENS: Kasuistischer Beitrag zum Verhalten des Erythema nodosum zur Tuberkulose.

AUGUST WIMMER: **Der chronische Morphinismus und die gerichtliche psychiatrische Bedeutung desselben (Schluß).** August Wimmer betrachtet hier die rechtlichen und gerichtsärztlichen Fragen des Psychiaters bei chronischen Morphinisten. Die meisten Morphinisten sind Psychopathen mit seelischem und körperlichem Mangel an normalem Tonus und Widerstandskraft. Der Morphiumrausch ist mehr intellektuell kontemplativ, er reizt nicht das Sexualleben wie der Alkoholrausch. Die Morphiumsucht setzt oft die Kraft der ethisch-moralischen Motive und Willensenergie herab, sie kann zu Rauschzuständen mit partieller Erinnerungslosigkeit führen. Dann kommen die Abstinenzzustände, die durch paranoide Ideen, Hallucinationen, sexuelle Hyperästhesie, zu kriminellen Handlungen führen können. Der chronische Morphinismus kann zu moralischen Defekten führen. Diagnostisch wichtig sind die Entziehungserscheinungen bei Isolierung oder Haft. Die Gesetzübertretungen moralisch degenerierter, chronischer Morphinisten sind bald Rezeptfälschungen, Betrügereien, Diebstähle, bald schwerere Verbrechen, Brandstiftungen, sexuelle Perversitäten, Kindesmord. Bei der Entscheidung über die Zurechnungsfähigkeit von Morphinisten ist vor allem der Grad der körperlichen und seelischen Verfallsstörungen in Betracht zu ziehen, dann die Frage, ob die Handlung nach großen Dosen im Morphiumrausch oder in der Abstinenzzeit vorgenommen ist. Dann können accessorische Momente (Affekte, Alkoholmißbrauch) mitspielen, Komplikationen mit Kokainmißbrauch, Fieber, Abstinenz, Delirien. Jedenfalls ist den Morphinisten kein Freibrief zu geben für alle Delikte, sondern in jedem einzelnen Falle die Person, Handlung genau zu prüfen. Wie bei chronischen Alkoholisten kommt bei gerichtlich-psychiatrischen Fragen die Zwangsinternierung, Zwangsentziehung und Kräftigung zu gesunder Arbeit in geschlossenen Abteilungen in Frage. Zivilrechtlich (Erstattungspflicht, Ehescheidung, Entmündigung) sind die Gesichtspunkte bei chronischen Morphinisten die gleichen wie bei Alkoholisten. Da es sich oft um verantwortliche Stellungen handelt, sind die Erkrankten (häufig Aerzte, Apotheker, Krankenschwestern) unter Umständen ihres Amtes zu entheben. Auch das Jus practicandi ist deshalb Aerzten mitunter abzusprechen, schon nur, um vor Rückfällen zu schützen.

VILH. RIEMKE: **Ueber die Sterilität der Insulinpräparate.** Vilh. Riemke lenkt hier die Aufmerksamkeit auf das sterile Verhalten der Insulinpräparate. Nicht selten machen die Injektionen Abszeßbildungen, die wiederum zur Erhöhung des Zuckergehalts und Acidose führen. Die Incision erwirkt meist Eiter und fast immer Infektionskeime und Bakterien. Die Infektion kann verschiedene Ursachen haben. Verschiedene Tabletten Insulin („Leo", „Novo", „Medinalco"), auch Ampullen Insulin wurden genau auf ihre Sterilität untersucht. Die Tabletten erwiesen sich in 50% der Fälle als nicht steril (Bouillonkultur), während die gelösten Präparate (Ampullen) stets bakterienfrei waren. Es sind daher nur flüssige Insulinpräparate zu verwenden.

Nr. 47, 19. November 1925.

V. BIE: Die Behandlung der Tuberkulose mit Sanocrysin.
HARALD HAUSBERG: Ueber Goldablagerung bei Sanocrysinbehandlung.
POUL KUEHNEL: Nachuntersuchung von 20 mit Sanocrysin behandelten Fällen von Tuberkulose.
G. E. PERMIN: Sanocrysinbehandlung mit kleinen Anfangsdosen.
• ROBERT EHRSTROEM: Einige Betrachtungen über die Prognose der Hypertonie.

ROBERT EHRSTROEM: **Einige Betrachtungen über die Prognose der Hypertonie.** Robert Ehrström betrachtete die Fälle von Hypertonie hinsichtlich ihrer Prognose und kommt zu dem Schluß, daß man in seltensten Fällen von Hypertonie unterscheiden kann, ob es sich um progressive Fälle handelt oder nicht. Die Lebensdauer eines Menschen ist nicht nach der Erhöhung des Blutdrucks zu beurteilen, wenn er auch um die 60 Jahre herum eine große Rolle als Todesursache spielt, was für Lebensversicherungen von Wichtigkeit ist. Man sollte vom 40. Jahre ab alle Versicherten auf ihren Blutdruck untersuchen und dann statistisch die Lebensdauer feststellen. Dabei ist die hypochondrische Verwertung der Messung bei den Patienten zu bekämpfen sowie die Ansicht, daß erhöhter Blutdruck immer ein Zeichen oder Vorbote der Arteriosklerose sein müsse. Der Verfasser hat 300 Patienten untersucht und zum Teil nachuntersucht. Was auf eine nicht ungünstige Prognose hinweist für die Hypertoniker ist der Umstand, daß die Hypertoniker durchschnittlich 20 Jahre noch leben nach der Feststellung der Hypertonie (etwa im 40. Lebensjahre). In diesen Jahren besteht gewissermaßen ein Krankheitsstillstand. Man kann dazu rechnen, daß der Zustand der Hypertonie etwa 10 Jahre latent besteht, ehe die ersten subjektiven Störungen auftreten und Feststellungen gemacht werden. Der Verlauf zieht sich in der Hälfte der Fälle 20 bis 40 Jahre hin, selbst bei einem Blutdruck bis zu 200 mm Hg. Prognostisch wichtig ist das Auftreten in jungen Jahren, der Zustand des Herzens, der Nieren, die Schwere des subjektiven Befindens.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 11, November 1925.

* EYRIN DAHL: Beitrag zum Studium des Mammakarzinoms.
INGOLF SCHIOETZ: Weitere Erfahrungen um Holths tangentiale Sklerektomie bei Glaukom.
HARALD GJESSING: Fortgesetzte Untersuchungen über die Resultate einzelner Glaukomoperationen.
* H. FR. HARBITZ: Akute haemorrhagische Nephritis nach Appendektomie.
C. WINGARD: Ein Fall von Selbsterdrosselung.
KIRSTEN UTHEIM TORLIND: Eine häufige Ursache der Dyspepsie bei Brustkindern.
A. DE BENTE und JOERGEN JOERGENSEN: Todesfälle an Lungentuberkulose in Oslo unter den eingewanderten und eingeborenen Individuen.

EYRIN DAHL: **Beitrag zum Studium des Mammacarcinoms.** Dahl kommt in seinem Beitrag zum Studium des Mammacarcinoms zu dem Schlusse, daß in den meisten Fällen die Prognose davon abhängt, ob und wie weit die Drüsen beteiligt sind. Bei 83 von 101 Patienten wurde die Radikaloperation vorgenommen. 2,4% von diesen starben kurz nach der Operation. In 71,43% traten Rezidive vor Ablauf von drei Jahren ein, in der Haut, den Axillardrüsen, Supraclaviculardrüsen und anderen Organen (Lunge, Leber, Wirbelsäule). Nur 34,94% blieb 3 Jahre nach der Operation frei. In 2 von ihnen trat ein Rezidiv am Sternum noch nach 3 Jahren ein. Daß bei jungen Frauen die Bösartigkeit eine größere sei, bestätigte sich nicht. 70,83% der Fälle, die vor Beteiligung der Drüsen operiert wurden, waren nach 3 Jahren und 66,67% noch nach 5 Jahren ohne Rezidiv.

H. FR. HARBITZ: **Akute haemorrhagische Nephritis nach Appendectomie.** Harbitz beobachtete bei 2 Mädchen von 10 und 13 Jahren eine akute haemorrhagische Nephritis nach einer Appendectomie ohne Fieber noch subjektive Erscheinungen, und zwar in einem Falle schon 2 Tage nach der Operation. In beiden Fällen wurden Bazillen (coli?) im Urin gefunden. Die Nephritis ist auf eine zufällige Infektion der Urinorgane durch die Operation und Bettlage erfolgt und ging in Heilung aus.

S. KALISCHER, Schlachtensee-Berlin.

Hospitalstidende.

Nr. 33, 20. August 1925.

A. HECHT-JOHANSEN und E. WARBURG: Ueber die medikamentöse Behandlung infektiöser Leiden der Urinwege (Fortsetzung).
HOLGER MATHIESEN: Ein Fall von Osteochondritis dissecans.

Nr. 34, 27. August 1925.

* A. HECHT-JOHANSEN und E. WARBURG: Ueber die medikamentöse Behandlung infektiöser Leiden der Urinwege (Schluß).
H. J. BING, H. HECKSCHER und J. JESSEN: Ueber den Gehalt des Blutes an Fett und Cholesterin bei artifizieller Nephrose der Kaninchen.

H. HECHT-JOHANSEN und E. WARBURG: **Ueber die medikamentöse Behandlung infektiöser Leiden der Urinwege** (Schluß). Die Verfasser stellten Versuche an über die medikamentöse Behandlung der Leiden der Urinwege infektiöser Natur in 21 Fällen, darunter 18 mit Colipyurie. Es wurde eine Säurebehandlung eingeleitet mit Hilfe von Kalzium- oder Ammoniumchlorid und auch Hexamethylentetramin und Salol. 4 Fälle zeigten keine Besserung, 5 wurden völlig symptomfrei und 12 wurden nicht nur symptomfrei, sondern zeigten auch sterilen Urin.

Nr. 35, 3. September 1925.

C. W. WUERTZEN: 49 Fälle von Lungentuberkulose, die mit Sanocrysin in Dosen von 0,5 g und darunter behandelt wurden. (Günstige Erfolge.)
VIGGO ESKELUND: Einige Nierenfunktionsuntersuchungen bei Prostatahypertrophie.

Nr. 36, 10. September 1925.

VIGGO ESKELUND: Fortsetzung des letztgenannten Themas.
CHRISTEN LUNDSGAARD und SVEND AAGE HOLBOELL: Untersuchungen über die Standardisierung und Justierung der Colloidmembranen (Fortsetzung).

Nr. 37, 17. September 1925.

CHRISTEN LUNDSGAARD und SVEND AAGE HOLBOELL: Fortsetzung des obigen Themas.
IB. FRENSHEN: Praktische Erfahrungen über die Senkungsreaktion der Blutkörperchen.

Nr. 38, 24. September 1925.

* JENS FOGEL: Pikrinsäure als Hautdesinfiziens — Pikrinsäure-Dermatitis.
Joh. V. ANDERSEN: Ueber die konservative und operative Behandlung von nicht-tuberkulöser Salpingitis auf Basis von 500 im Reichshospital und in Prof. Rorsings Privatklinik behandelter Fälle.

JENS FOGEL: **Pikrinsäure als Hautdesinfiziens — Pikrinsäure-Dermatitis.** Der Verf. erzielte durch die Anwendung einer 5proz. alkoholischen Pikrinlösung in 52 Fällen als Hautdesinfiziens vor der Operation meist eine Heilung per primam. In 4 von diesen Fällen entstand eine lokale Pikrinsäure-Dermatitis, welche in einem Falle in eine universelle Dermatitis toxischer Natur überging.

Nr. 39, 1. Oktober 1925.

J. STEIN und JASLOEV: Ueber Temperaturreaktionen bei kleinen Sanocrysindosen.
* JES JESSEN: Neue Untersuchungen über Chromnephritis.
SVEN KIAER: Mercurochrome 220, seine bakteriziden Eigenschaften und Brauchbarkeit in Kliniken (Fortsetzung).

JES JESSEN: **Neue Untersuchungen über Chromnephritis.** Der Verf. stellte Tierversuche mit Chrom an und fand, daß die Nierenveränderungen danach eine bestimmte Lokalisation in den Nieren tubuli zeigten, während an den Glomeruli keine Veränderungen festgestellt werden konnten. Läßt man die Tiere einige Monate nach der Chromfütterung in Ruhe, so entwickelten sich um die Tubuli contorti und Glomeruli Bindegewebswucherung und Lymphocyten-Infiltrate.

Nr. 40, 8. Oktober 1925.

* SVEN KIAER: Mercurochrome 220 (Fortsetzung).
JOHS. IPSEN: Messungen der Hauttemperatur bei chirurgischen Leiden.

SVEN KIAER: **Mercurochrome 220** (Fortsetzung). Der Verf. sieht in Mercurochrome 220 (hergestellt in Baltimore von Hynson, Westcott & Dunning) ein zufriedenstellendes Wunddesinfiziens; auch eignet es sich für die Behandlung der Infektion der Urinwege.

Nr. 41, 15. Oktober 1925.

JOHS. IPSEN: Messungen der Hauttemperatur bei chirurgischen Leiden (Fortsetzung).

Nr. 42, 22. Oktober 1925.

* L. OESTERGAARD CHRISTENSEN: Ueber das Verhalten zwischen Blutfett und Serumprotein bei Diabetes.
AAGE KRISTJANSEN: Ueber Lymphogranulomatose inguinalis subacuta (Uebersichtsartikel).

L. OESTERGAARD CHRISTENSEN: **Ueber das Verhalten zwischen Blutfett und Serumprotein bei Diabetes.** Der Verf. stellte fest, daß selbst eine bedeutende Vermehrung der im Serum enthaltenen Eiweißmengenprozente bei Diabetes keine Verminderung der Blutfettmenge bewirkt, wie auch eine bedeutende Verminderung des Serumeiweißes keine Vermehrung des Fettgehalts des Blutes zur Folge hat.

S. KALISCHER, Schlachtensee-Berlin.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

57, November 1925.

CEDERCREUTZ: Sind innersekretorische Störungen auf kongenitalluetischer Grundlage als Ursache der Hutchinsonschen Trias aufzufassen?
EHRSTROEM: Prognose der Hypertonie.
• LINDBERG: Zur Kenntnis des Purinstoffwechsels. Fall von Urticaria mit flüchtigen Oedemen.
GRIPENBERG: Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Lungentuberkulösen mit künstlichem Pneumothorax.
GROENHOLM, SANDBACKA, STENROS und YLAENKOE: Stoffwechsel beim Tanzen.
HJELK: Behandlung der postoperativen Harnverhaltung.
(Sämtliche Arbeiten erscheinen auch in deutscher Sprache.)

LINDBERG: **Zur Kenntnis des Purinstoffwechsels. Fall von Urticaria mit flüchtigen Oedemen.** Zufuhr von Nucleinsäure verursachte deutliche Exacerbation der Urticaria und der flüchtigen Oedeme. Möglicherweise spielen Produkte des Purinstoffwechsels unter den ätiologischen Momenten der Urticaria eine Rolle.

El Siglo Medico, Madrid.

72, Nr. 3723, 18. April 1925.

• VALLE Y ALDEHALDE: Neuralgie und Neuritis als Folge von Carcinom.
C. CALLEJA: Aitherapie.
• C. JUARROS: Liegt im Kleinhirnwurm ein Zentrum des statischen Gleichgewichts?
• W. H. HOFFMANN: Pathologische Anatomie des gelben Fiebers.
P. GONZALEZ DEL RIO: Dakryocystorhinostomie.

VALLE Y ALDEHALDE: **Neuralgie und Neuritis als Folge von Carcinom.** Verfasser berichtet ausführlich über drei Fälle mit Carcinom der Lunge — das nur bei dem ersten vor Auftreten der neuralgischen Erscheinungen diagnostiziert war —, bei denen einige Monate ante exitum starke Schmerzen auftraten im Gebiete des Iliofemoralis, des Brachialis und der Intercostalnerven, die auf keine Medikation sich besserten. Verfasser nimmt an, daß diese Neuritiden auf einer Intoxication durch Zerfallsprodukte des Carcinom beruhen und rät, an diese Ursache zu denken, wenn Patienten in den 50er Jahren an Neuritiden unklarer Genese erkranken.

C. JUARROS: **Liegt im Kleinhirnwurm ein Zentrum des statischen Gleichgewichts?** Student von 17 Jahren erkrankt an Kopfschmerzen, Erbrechen, Augenstörung und vor allem Gleichgewichtsstörungen; beim Gehen starkes Abweichen nach links, Gang sehr breitbeinig, Unvermögen ruhig zu stehen. Die Operation ergab einen haselnußgroßen Tumor in der linken Kleinhirnhemisphäre und nicht, wie wegen der vorherrschenden Gleichgewichtsstörungen erwartet wurde, im Kleinhirnwurm.

W. H. HOFFMANN: **Pathologische Anatomie des gelben Fiebers.** Verfasser hat bei 30 ad exitum gekommenen Fällen folgende Untersuchungsergebnisse gezeitigt: 1. Es handelt sich um eine Phagocytose der roten Blutkörperchen in Milz, Leber und Lymphdrüsen; Vorkommen von Kalkcylindern in der Niere, hyaline Degeneration der quergestreiften und des Herzmuskels und Infiltration der Peyerschen Plaques. 2. Diese Schädigungen entsprechen fast genau den bei der Weilschen Krankheit gefundenen. 3. Es gehört also das gelbe Fieber — genau wie die übrigen Leptospirillosen — zur Gruppe der hämorrhagischen Septikämien und der auftretende Ikterus ist hämatogen, verursacht durch die Resorption des Hämoglobins der zerstörten roten Blutkörperchen. 4. Die Kalkcylinder in der Niere bilden ein neues sehr wichtiges Diagnostikum.

72, Nr. 3724, 25. April 1925.

D. A. VALLEJO HAGERA: Die Hypnose als Hilfsmittel zur Erkennung von simulierten Krankheitserscheinungen.
H. POINDECKER: Die Behandlung der Tuberkulose mit Sanocrysin in Dänemark.
G. R. GONZALO: Methoden zur Messung der Kraft des Myokards.
J. u. S. RATERA: Röntgentherapie der Lungentuberkulose.

72, Nr. 3725, 2. Mai 1925.

G. R. GONZALO: Angina pectoris.
J. u. S. RATERA: Röntgentherapie der Lungentuberkulose.

72, Nr. 3726, 9. Mai 1925.

• A. P. MARTIN: Ein Nierenstein bei einem fünfjährigen Kinde.
CIRUELA: Medizinische Sprache.
MUNOZ DEL CASTILLO: Langsame biologische Wirkungen der Radioaktivität.

A. P. MARTIN: **Ein Nierenstein bei einem fünfjährigen Kinde.** Im Asyl erkrankt ein Kind an doppelseitiger Ophthalmie und erblindet, bald darauf klagt es über Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; da im Urin Eiweiß und Eiter gefunden wird, wird es längere Zeit einer Milchdiät unterzogen, ohne irgendwelchen Erfolg. Die Durchleuchtung ergab einen Nierenstein. Dieser wurde operativ entfernt, es war ein flacher Phosphatstein; seine Konstitution aus Kalksalzen spricht dafür, daß er auf Grund einer Infektion mit anschließender Sedimentation gebildet ist. Aus der Literatur ist bekannt, daß solche Steine mit Zahneiterungen auftreten, daher nimmt Verfasser an, daß hier die Ophthalmie die Verursachung der Steinbildung gewesen ist.

72, Nr. 3728, 23. Mai 1925.

F. SANZ: Einige eugenische Bemerkungen über das Sexualproblem.
• G. R. GONZALO: Durch Malaria bedingte Hämophilie und Anämie.
CARRASCO: Hirnabszeß, vom Ohre ausgehend.
E. SEGOVIANO: Ein Fall von Tetanus, durch Serum geheilt

GONZALO: **Durch Malaria bedingte Hämophilie und Anämie.** Mann von 33 Jahren, aus Bluterfamilie, seit seinem 2. Lebensjahr an Malaria erkrankt: in letzter Zeit mehrfach unstillbares Nasenbluten. Blutstatus: rote Blutkörperchen: 2 500 000, weiße 5000, Hämoglobin 40%. Leukocytenformel: Lymphocyten 10%, Mononucleäre 6%, Neutrophile 84%, Eosinophile 0%, Basophile 0%. Es besteht Anisocytose, Poikilocytose und Polychromatophilie. Die Magenuntersuchung ergab eine Verminderung der Magensäure. — Es wurde nun eine an Eisen reiche Nahrung und Injektionen von Chinin, Natrium-Kakodylat und Magnesium gegeben. Nach 25 Tagen ergab der Blutstatus folgendes: Rote Blutkörperchen 3 200 00, weiße 6400, Hämoglobin 60%. Leukocytenformel unverändert, ebenso waren dieselben pathologischen Befunde an den roten Blutkörperchen vorhanden. — Gegen die starken Nasenblutungen wurde eine intravenöse Injektion von 20 ccm 30 proz. Natriumcitrat gemacht. Die Malariaanfälle werden seltener und von geringerer Intensität und hören schließlich ganz auf, ebenso wie die Nasenblutungen. Nach weiteren vier Wochen war der Blutstatus folgender: Rote Blutkörperchen 3 800 000, weiße 7900, Hämoglobin 75%. Leukocytenformel: Lymphocyten 22%, Mononucleäre 8%, Neutrophile 70%, Eosinophile 0%, Basophile 0%. Die pathologischen Formen der roten Blutkörperchen sind geringer geworden.

72, Nr. 3729, 30. Mai 1925.

A. MORALES: Hyperpyrexie.
P. L. MARCOS: Inspiration und Unterbewußtsein.
F. HUERTAS DEL CAMPILLO: Verrückte, die es nicht zu sein scheinen.
• M. GUILLEN: Die Lepra in Spanien.

M. GUILLEN: **Die Lepra in Spanien.** Da in Spanien noch ausgebreitete Lepraherde bestehen, tritt Verfasser — Vorsteher des einzigen spanischen Leprösenheimes zu Fontilles — dafür ein, daß noch weitere Heime geschaffen werden und vor allem, daß ein Gesetz erlassen wird zur zwangsweisen Internierung der Leprösen, um so die Herde zum Erlöschen zu bringen.

72, Nr. 3730, 6. Juni 1925.

GIMENO: Charles Mayo.
MANZANEQUE: Hydrothermalbehandlung.
S. FEDRIANI: Behandlung der Retroversio uteri.

72, Nr. 3731, 13. Juni 1925.

A. MORALES: Doppelte und dreifache Amputation.
MARIN AMAT: Weeksche Conjunctivitis bei einem Alkoholiker.
• SAINZ DE AJA: Infektionen bei Ekzem und Ekzem bei Pyodermie.
J. u. S. RATERA: Radiodiagnostik bei Lungentuberkulose.

SAINZ De AJA: **Infektionen bei Ekzem und Ekzem bei Pyodermie.** Verfasser sah gute Erfolge bei der Behandlung von Infektionen der ekzematösen Haut, wenn er den Salben, die zur Abheilung des Ekzems verwandt wurden, 10% Vioform zusetzte.

72, Nr. 3732, 20. Juni 1925.

BLANC Y FORTACIN: Unfälle bei der Arbeit.
G. R. GONZALO: Beitrag zur Kontraktionsfähigkeit des Herzmuskels.
J. u. S. RATERA: Radiodiagnostik bei Lungentuberkulose.

72, Nr. 3733, 27. Juni 1925.

J. GOJANES: Die Sterblichkeit infolge Carcinom während der ersten 20 Jahre des Jahrhunderts in Spanien.
S. LARREGLA: Hämatologische Untersuchungen bei 30 Malariafällen.
*M. F. FRESNO: Bemerkungen zu einer Milzbranderkrankung.
J. u. S. RATERA: Radiodiagnostik bei Lungentuberkulose.

M. F. FRESNO: **Bemerkungen zu einer Milzbranderkrankung.** Im Anschluß an einen ausführlich mitgeteilten Fall hält Autor für die sicherste Methode der Heilung: tiefe Cauterisation der Pustula maligna, vom Zentrum aus mehrere Strahlen mit dem Thermokauter einbrennen und umspritzen des Oedems des öfteren mit einer Jodlösung; er hat bis 2,3 g metallisches Jod pro die injiziert, ohne Intoxicationserscheinungen zu erhalten.

72, Nr. 3734, 4. Juli 1925.

C. JUARROS: Beitrag zum Studium der erblichen Kleinhirnataxie.
LEVADITI: Stovarsol in der Prophylaxe und Therapie der Syphilis und anderer Spirillenerkrankungen.
J. GOYANES: Die Sterblichkeit infolge Carcinom während der ersten 20 Jahre des Jahrhunderts in Spanien.

72, Nr. 3735, 11. Juli 1925.

PESEK Y CERVERA: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Therapie.
G. R. GONZALO: Herzklopfen und Tachykardie.
LEVADITI: Stovarsol in der Prophylaxe und Therapie der Syphilis und anderer Spirillenerkrankungen.

72, Nr. 3736, 18. Juli 1925.

F. R. PARTEARROYO: Glanduläre Reaktionen bei Maltafieber.
G. R. GONZALO: Intestinale Störungen bei Herzinsuffizienz.
SLOCKER: Heilung einer Fractur.
BIER: Was sollen wir von der Homoeopathie halten?

72, Nr. 3737, 25. Juli 1925.

D. A. ESPINA Y CAPO: Die Technik der Elektrokardiographie.
CARRASCO: Betrachtung über die Harnblase.
BIER: Was sollen wir von der Homoeopathie halten?

72, Nr. 3738, 1. August 1925.

P. MARTIN: Abszeß der Prostata, durch Pneumokokken verursacht.
GONZALO: Intravenöse Kalziumtherapie.
A. MILLA: Klinische Bemerkungen zu einigen 30 selbst beobachteten Milzbrandfällen.
F. PALENZUELA: Das neugeborene Kind.

72, Nr. 3739, 8. August 1925.

A. CASTRESANA: Intraorbitaltumor.
D. S. MOMMENEN JORRO: Bericht über mit Radium behandelte Uteruskarzinome.

72, Nr. 3740, 15. August 1925.

G. PITTALUGA: Der soziale Kampf gegen die Malaria.
G. R. GONZALO: Herzkranke.
J. M. PUELLES Y RINZ: Lokalisationsplan, um die Lage von Fremdkörpern im Gehirn festzulegen.
D. S. MOMMENEN JORRO: Bericht über mit Radium behandelte Uteruskarzinome.

72, Nr. 3741, 22. August 1925.

G. MARANON: Pathologie und Hygiene der Emotion.
*E. ZAPATERO: Riß der Tuba Fallopii, 3 Jahre später bei einer Laparotomie entdeckt.
D. S. MOMMENEN JORRO: Bericht über mit Radium behandelte Uteruskarzinome.

E. ZAPATERO: **Riß der Tuba Fallopii, 3 Jahre später bei einer Laparotomie entdeckt.** Eine Frau von 31 Jahren erkrankt plötzlich unter typisch appendicitischen Erscheinungen, die in wenigen Tagen abklingen. Einige Monate später ein weiterer Anfall. Nach einigen Tagen Nachlassen der Erscheinungen. Die nun angestellte Laparotomie ergibt große Blutcoagula in der Bauchhöhle, die aus einem Riß der rechten Tube stammen. Die nähere Exploration ergibt, daß Pat. 3 Jahre zuvor, als die Nachgeburt manuell gelöst wurde, einen heftigen Schmerz, „wie wenn die Eingeweide zerrissen", verspürt hätte. Drei Wochen später, als sie beim Bettenmachen eine Matratze hob, hätte sie gleichfalls einen heftigen Schmerz verspürt. Von da ab sei die Periode unregelmäßig gewesen, manchmal hätte sie mehrere Wochen Blut verloren und sei seither auch steril geblieben. — Verf. nimmt an, daß bei der manuellen Lösung der Nachgeburt eine Schädigung der Tube stattgehabt hätte, die dann bei dem Heben der Matratze vollends eingerissen sei.

72, Nr. 3742, 29. August 1925.

D. J. VILLA: Osteom des Radius.
G. MARANON: Pathologie und Hygiene der Emotion.
F. PALENZUELA: Das Brustkind.

72, Nr. 3743, 5. September 1925.

V. AZA: Antiseptische Tamponade bei Uteruskarzinom.
M. G. FRESNO: Moderne Anschauungen über die Behandlung mit Citraten.
S. GOYANES: San Martin und sein Werk.

72, Nr. 3744, 12. September 1925.

A. MORALES: Bluttransfusion bei 2 Amputierten.
G. R. GONZALO: Tachykardie in der Konvaleszenz.
D. A. OLLER: Wiederherstellungschirurgie.
J. GOYANES: San Martin und sein Werk.

72, Nr. 3745, 19. September 1925.

M. M. SALAZAR: Die Vaccine von Calmette und Guérin.
J. PETSCHEN Y KUHR: Proteïntherapie der Adnexerkrankungen.
V. RIBON: Das Sehen ohne Augen.
D. A. OLLER: Wiederherstellungschirurgie.
J. GOYANES: San Martin und sein Werk.

72, Nr. 3746, 26. September 1925.

M. SANAZAR: Sanitäre Organisation in England.
VALDES LAMBEA: Ueber den Mineralstoffwechsel bei der Tuberkulose.
M. M. SALAZAR: Die Vaccine von Calmette und Guérin.
J. PETSCHEN Y KUHR: Proteïntherapie der Adnexerkrankungen.
*A. LA PUENTE E IBARRA: Amaurose und ihre Heilung.
V. RIBON: Verstimmung um einen Halbton durch Riß des linken Trommelfelles und disharmonisches Doppelhören.

A. LA PUENTE E IBARRA: **Amaurose und ihre Heilung.** Eine Frau von 23 Jahren erblindet in kurzer Zeit, ohne ersichtliche Ursachen. Nachdem sie bei vielen Aerzten gewesen ist, kommt sie zum Verfasser dieser Arbeit, der — wie es sich aus seinem Bericht ergibt — Anhänger des „Naturheilverfahrens" ist und, ein Mann in den siebziger Jahren, von „den neuen Behandlungsmethoden" nicht viel hält. Er ersieht nun aus der Anamnese, daß Patientin einige Monate, ehe die Erblindung eintrat, an einem Herpes facialis gelitten hat, der bald unter einer Behandlung mit Schwefelsalbe abheilte! Hierin sieht nun der Verfasser die Ursache der Erkrankung: das Gift, das den Herpes verursachte, ist „nach innen geschlagen" und hat sich am Chiasma festgesetzt!! Deshalb sah er es als seine Aufgabe an, dieses Gift aus dem Körper herauszutreiben. Er verordnete daraufhin Milchzucker, täglich 1 g, und nach 20 Tagen Milchzucker in Alkohol gelöst, zweimal täglich 15 Tropfen! Und siehe da, die Patientin bekam daraufhin wieder einen Herpes facialis — und ward in kurzer Zeit sehend!!

LURJE, Frankfurt a. M.

Paris Medical.

Nr. 23, 6. Juni 1925.

DOPTER: Jahresübersicht über die infektiösen Krankheiten.
TROISIER: Die klinischen Formen des gewöhnlichen Ikterus.
ZOELLER: Streptokokkentoxin und Dicksche Reaktion.
*DE LAVERGNE und FLORENTIN: Prophylaktische Wirkung des Rekonvaleszentenserums bei Mumps.
RUBENTHALER: Latente Leberamöbiose.
*FONTANEL: Adrenalin bei den foudroyanten Formen der Meningococcie.

DE LAVERGNE und FLORENTIN: **Prophylaktische Wirkung des Rekonvaleszentenserums bei Mumps.** Man kann durch Injektion von Rekonvaleszentenserum praktisch Mumps verhüten. Mißerfolge sind selten bei richtiger Auswahl der Geber: am besten am 25. bis 30. Tage nach Beendigung der Krankheit. Eine Verallgemeinerung der Methode ist nicht möglich aus zwingenden Gründen, weil man nicht genügend Ampullen bekommen kann.

FONTANEL: **Adrenalin bei den foudroyanten Formen der Meningococcie.** Ausgehend von dem Befunde bei 3 Fällen (hämorrhagische Läsionen der Nebennierenkapseln mit Zerstörung der Mark- und Rindensubstanz) empfiehlt der Verfasser in solchen Fällen nach dem Vorgang der Engländer Mac Lagan, Edin und Cooke hohe Dosen von Adrenalin, 20 Tropfen 1 : 1000 intravenös oder 10 Tropfen, dann aber alle 4 Stunden wiederholen.

Nr. 24, 13. Juni 1925.

SONNE: Einige physiologische Effekte der Lichtbestrahlungen.
LERI und LINOSSIER: Die osteogenen multiplen Exostosen und ihre Systematisation.

Nr. 25, 20. Juni 1925.

HOUDARD: Jahresübersicht über die Gynäkologie.
FAURE: Ovarialcysten und Radiotherapie.
ROUVILLE: Betrachtungen über Chorioepitheliome.
PRINCETEAU: Collumkrebs mit polypösem Beginn.
DE CARRERA: Die Geburtshilfe 1925.
FRUHINDHOLZ: Der therapeutische Abort.
• RIVIERE: Behandlung des Puerperalfiebers durch As-Salze.
• LELOUP: Behandlung des Puerperalfiebers durch spezifische Serotherapie.

RIVIERE: **Behandlung des Puerperalfiebers durch As-Salze.** As-Salze sind bei der puerperalen Infektion die Methode der Wahl, selbst bei nicht Syphilitischen. Am praktischsten subkutane Injektion von 0,12 Sulfarsenol, am übernächsten Tage wiederholt, bis zu 5—6 Injektionen, in manchen Fällen sogar 0,18. Bei von vornherein schweren Fällen oder wenn man erst spät zu einem Fall kommt, empfiehlt sich sogar intravenöse Injektion. Die Medikation scheint einen sehr günstigen Einfluß auf die Phlegmasia alba dolens zu haben, kürzt sie ab und verhindert beträchtlich die Fern- und Spätsymptome.

LELOUP: **Behandlung des Puerperalfiebers durch spezifische Serotherapie.** Die präventive Antistreptokokkenvakzination hat prophylaktische Bedeutung. Curativ ist sie bei veralteten Fällen ungenügend und muß hier der Injektion von Blut von Vakzinierten weichen. — Diese neue Methode gibt folgende Resultate: Bei der akuten Infektion wirkt sie wie Rekonvaleszentenserum, ist dagegen machtlos in schweren Fällen und in der Endperiode. Vor dem septikämischen Stadium angewandt, ist sie eine wirksame Waffe, wenn sie früh genug gebraucht wird bei gleichzeitiger Uterustamponade mit dem Filtrat der Bouillon von Streptokokkenkulturen.

Nr. 26, 27. Juni 1925.

LEVADITI: Neue Untersuchungen über die Aetiologie der epidemischen Encephalitis und ihren Beziehungen zum Herpes.
FONTANEL: Inkubation bei der Meningococcie.

Nr. 27, 4. Juli 1925.

LEREBOUILLET: Die Herz- und Gefäßkrankheiten 1925.
VAQUEZ: Intermittiererdes Hinken und seine Behandlung.
• LAUBRY und WALSER: Myocardveränderungen und funktionelles Insuffizienzsyndrom.
LIAN und CORNEAU: Die Behandlung der tuberkulösen Pericarditis mit serofibrinösem Erguß.
BORDET: Entwicklung der Herzdilatation nach der Radioskopie.

LAUBRY und WALSER: **Myocardveränderungen und funktionelles Insuffizienzsyndrom.** Bei Herzinsuffizienz denkt man immer an ein Zirkulationshindernis als Ursache, das die Adaptationsfähigkeit des Herzens vermindert und so zur Insuffizienz führt. So bei Klappenläsionen, Wandveränderungen der Aorta, Hypertension usw.

Aber auch Myocardläsionen können die kontraktile Energie des Herzens und seine Arbeit schädigen. Bei der Autopsie findet man aber gewöhnlich nichts.

Es gibt nun reine Fälle bei jungen Individuen, bei denen die Anamnese ebenfalls nichts ergibt. Zahlreicher sind aber die Fälle bei älteren, wo Infektionen und Intoxicationen den Boden vorbereiten und die Widerstandsfähigkeit des Herzens vermindern.

Reine Formen: Ein klinisch primäres Syndrom mit gewöhnlich rapider Entwicklung. Der klinische Beginn ist manchmal brüsk, brutal in scheinbar voller Gesundheit, bald ein akutes Lungenoedem, bald ein fataler Angina pectoris-Anfall.

In der Regel beginnt die Affektion schleichend, Anstrengungsdyspnoe, schmerzhafte Palpitationen, ungewohnte Müdigkeit, Mißverhältnis zwischen der relativen Gutartigkeit der funktionellen Störungen und der Schwere der Auskultationsphänomene.

Das wichtigste und konstanteste ist das Galoppgeräusch, von beträchtlichem Werte bei einer alten Klappenläsion oder einer alten Hypertension, besonders wertvoll, wenn es als isoliertes Zeichen einer latenten Herzinsuffizienz auftritt. Die Regel bei der Myocardie ist es ein diagnostischer Markstein und enthüllt die Bedeutung der dumpfen Töne der funktionellen Insuffizienzgeräusche.

In den initialen Perioden handelt es sich fast immer um eine Mitralinsuffizienz. Wenn nun die Entwicklung nicht unterbrochen wird, trifft man oft funktionelle diastolische Geräusche an der Aorta und an der Pulmonalis, die ein großes prognostisches und diagnostisches Interesse haben. Ihr Ursprung ist im Myocard. Sie haben Beziehung zu einer Ausdehnung oder Hypotonie des Infundibulum. Ihr Auftreten beweist, daß der Tonus des Herzmuskels unheilbar getroffen ist: eine üble Prognose. Der rapide Puls bleibt regelmäßig, und gerade diese Abwesenheit von Rhythmusstörungen ist ein Charakteristikum der Myocardie. Der arterielle Druck ist manchmal erhöht, öfter in der Nähe des Normalen, im allgemeinen gesenkt. Das Volumen des Herzens ist vergrößert, bald Dilatation, bald Hypertrophie, auch mit Dilatation. Der Herznachlaß macht im weiteren Verlaufe Fortschritte: das Galoppgeräusch verändert sich, es wird meso- oder protodiastolisch, manchmal wird es auch weniger rein, in beiden Fällen ein übles Zeichen. Allmählich treten die Zeichen der venösen Stase auf: die Oedeme erreichen niemals ein beträchtliches Volumen, Ascites, Hydrothorax fehlen oder sind gering, passive Kongestion der Lungenbasen, Vergrößerung der Leber sind inkonstant, mäßig, aber unaufhaltsamer Fortschritt; Behandlung bessert weder vorübergehend noch teilweise. In wenigen Monaten, selbst Wochen kann so ein vorher gesunder robuster Organismus alle diese Etappen bis zum Exitus durchmachen. Nur selten trügerische Remissionen.

Häufiger sind die protrahierten Formen mit schleichender Entwicklung während Jahren. Manchmal entdeckt man hier die Präliminarien in einer permanenten Tachykardie oder einer kardialen Instabilität als pathologische Manifestation einer konstitutionellen oder erworbenen Erregbarkeit. In diesen protrahierten Formen ist die Myocardie nur der letzte Ausdruck einer ununterbrochenen Kette, ausgehend von neurotonischen Manifestationen, anscheinend gutartig, endigend in einer irreduktibelen Entartung.

Beide Formen haben verschiedene Ursachen: Bei der rapiden dominieren hypotonische Einflüsse, zirkulatorische Bedingungen und eine kongenitale Debilität des Herzens. Bei der protrahierten eine Neurotonie, die durch wiederholte Erregungen schließlich konstant zu einer ungeordneten Herztätigkeit führt.

Hiervon zu trennen sind die Formen, die nicht isoliert mit Klappenläsionen, Hypertension und mit gewissen Infektionen und Intoxicationen verbunden sind. Es gibt selbst komplizierte Klappenerkrankungen, denen sich das Herz ohne weiteres adaptiert und andere, die definitiv das Herzgleichgewicht zu stören scheinen, bei denen das Myocard, in seiner Funktion getroffen, den Zerfall beschleunigt. Aehnlich ist es mit der Hypertension. Auch gewisse Infektionskrankheiten sind durch Herzstörungen charakterisiert, die man als akute Myocarditis etikettiert, so bei Rheumatismus, Typhus, Diphtherie. Sie weichen einer tonischen Behandlung, und man hat den Eindruck, als ob durch Toxine funktionelle Störungen auf dem Wege der Nervenendigungen der Tonus oder die Kontraktilität des Herzens beeinflußt würden, daß es sich also gar nicht um eigentliche Myocardläsionen handelt. Auch Syphilis und Alkohol beeinflussen die tonische Funktion der Herzfaser.

Man kann also die Myocardie definieren als Veränderung der Tonizität und Kontraktilität des Herzens infolge komplizierter oder isolierter Störungen des Nervensystems, quantitativer oder qualitativer Störungen der Myocardvascularisation und endokriner Störungen. Mit dem Ausdruck Tonizität ist die Gesamtheit der Bedingungen gemeint, die die Adaptationsfähigkeit des Herzmuskels schaffen.

Hinsichtlich der Bedeutung des Nervensystems sei nur an die Funktionen des Vagus, Sympathicus und Depressor cordis erinnert.

Hinsichtlich der Ernährung: Das Myocard hat die Aufgabe, außer seiner dauernden Adaptation und seinen sozusagen peripheren Leistungen unter dem Druck verschiedener physiologischer Faktoren die lokale Zirkulation zu regeln. Jedes Hindernis dort führt zu einer Meiopragie: die Erschöpfung der Reservekraft des Herzens, seien es anatomische oder vasomotorische Störungen zu einem Mißverhältnis zwischen der Arbeit und dem Grade der Vascularisation. So sind z. B. auch die funktionellen Störungen bei Anämie zu erklären. Aber außer den quantitativen Störungen kommen qualitative (Blutbeschaffenheit) in Frage.

Die Beziehungen der inneren Drüsen zur Myocardie sind noch keineswegs ganz geklärt: Die Wirkungen des Ovariums sind aus den Erscheinungen der Menopause bekannt, ebenso die der Nebenniere und der Thyreoidea, letztere besonders bei Basedow. Es ist noch keineswegs geklärt ob nicht das Herz selbst endokrine Fuinktion hat.

Aetiologie: die großen Epochen des Geschlechtslebens. Das nicht seltene Auftreten der Myocardie in der Pubertät, Menopause, Schwangerschaft lassen die Hypothese zu, ob nicht ein neurokardialer Apparat besteht, der einer wirklichen Blutdrüse gleicht und Beziehungen zu den anderen inneren Drüsen hat. Heredität: gewisse Myocarde scheinen von Beginn an zum Schiffbruch bestimmt zu sein. Erregungen: wenn häufig, spielen sie neben den anderen Faktoren eine wichtige Rolle. Ueberanstrengungen sind ebenfalls eine auslösende Ursache, außer den physischen und psychischen namentlich die, die den Sympathicus betreffen, also sexuelle Ausschweifungen.

Nr. 28, 11. Juli 1925.

FRAIKIN: Pathogene Studie über die abdominale Gleichgewichtsstörung.
DAYRAS: Ueber eine kleine Epidemie von Cerebrospinalmeningitis in einer Kinderpension.
IZARD: Rückfälle bei Cerebrospinalmeningitis.
FELDSTEIN: Die Aspiration der Nasenflügel und ihre Behandlung.

FRAIKIN: **Pathogene Studie über die abdominale Gleichgewichtsstörung.** Man versteht unter abdominaler Gleichgewichtsstörung die Gesamtheit funktioneller und physikalischer Symptome durch Störungen in der Statik der Abdominalorgane. Und zwar unterscheidet man eine solche Störung mit Insuffizienz der Muskelwände der Bauchhöhle und ausgesprochener Ptose der Organe und eine solche ohne manifeste Insuffizienz der Wände mit totaler und partieller Ptose und Störungen der Zirkulation und Innervation.

Physiologisch hält die Bauchwand nicht allein die Organe im Abdomen zusammen, dazu kommt noch die sehr wichtige Aufgabe des Peritoneums, sozusagen eines richtigen Kleiderhakens, das Diaphragma mit seinen Erweiterungsbewegungen und das Beckendiaphragma und die Masse der Iliopsoas. Man darf sich also bei der parietalen Insuffizienz nicht allein mit der funktionellen Aktivität der vorderen Bauchwand begnügen. Die die Bauchhöhle begrenzenden Muskelwände haben die Aufgabe, die abdominale Statik zu erhalten, die Massage und Dekongestion der Organe zu bewerkstelligen. Wird diese Aufgabe durch Defizienz der Wände nicht erfüllt, so hat man nicht nur eine funktionelle muskuläre, sondern auch eine abdominale Insuffizienz.

Das Abdomen fühlt nun den Nachlaß der Muskel viel früher als der Muskel selbst: bei Beginn des Muskelnachlasses werden die Organe in ihrer Statik und Funktion gestört; diese Störungen haben die Vorhand und schließlich wird das Nervensystem mit hereingezogen durch das dreifache Phänomen der Intoxication, des Zuges der ptotischen Organe auf die Nervenfasern und der Ermüdung; so kommt es zu einem Krankheitsgefühl und einer Hyperexzitabilität, die ihrerseits wieder die funktionelle Aktivität der Eingeweide stört. Hierdurch wird das Nervensystem erschöpft. Dadurch Schmerzen, dadurch vorübergehende aber ganz erhebliche Erregung durch schwache Dosen von Arzneimitteln, eine mehr depressive als tonifizierende Wirkung. Dies muß man bei der Therapie beachten.

Der intraabdominale Druck ist die Resultante aus dem Druck des äußeren Knochen-Muskelsacks und dem Druck des inneren Sackes, der durch den Verdauungskanal dargestellt ist. Regelung dieses durch ein Zentralnervensystem unabhängig vom Willen, in der Hauptsache Frage eines unbewußten dauernden Muskeltonus. Dazu kommt noch der atmosphärische Druck von außen nach innen und der Druck der Intestinalgase von innen nach außen. Der Verdauungsschlauch wechselt nun dauernd je nach seinem Inhalt. Von Wichtigkeit ist dabei noch die intraabdominale Zirkulation. Bei Störung Stase. Von ihr hängt die Absorption, Elimination und die Vitalität der Eingeweide ab. Auch die der Leber. Ebenso die funktionelle und vasomotorische Innervation des Bauches. Endlich sind die von der Vena cava inferior abhängigen Genitourinalorgane betroffen, bei denen außerdem noch der Faktor der Senkung mitspielt.

Der Bauch ist also das Laboratorium, wo Assimilation und Elimination vor sich gehen, der Herd, in dem die menschliche Küche bereitet wird, außerdem aber Blutreservoir, gleichsam ein abdominales Herz; dort geht in der Hauptsache das aktive Leben vor sich.

Man kann also nicht ohne weiteres die oben als letztere beschriebene abdominale Gleichgewichtsstörung mit der visceralen und parietalen Ptose identifizieren. Es kann ferner außer der anatomischen Gleichgewichtsstörung noch eine nervöse, zirkulatorische, parietale bestehen, und zwar in ihren Anfängen lange vor der anatomischen. Diese letzteren sind abhängig von Zuständen in der Leber, habitueller Konstipation, schlechter Nahrungshygiene, Mangel an Bewegung, allgemeinen neuropathischen Störungen, sogar von Atem- oder allgemeinen Zirkulationsstörungen.

Diese abdominalen Störungen können sehr weit reichen: das Diaphragma ist ebenso gut ein Bauch- wie ein Thoraxmuskel und es bestehen enge statische und dynamische, mechanische und funktionelle Beziehungen zwischen respiratorischen, abdominalen und zirkulatorischen Funktionen.

Während die erste Form einfach eine primäre muskuläre Insuffizienz der Bauchwand darstellt, ist die andere weniger bekannt und geht aus von einer funktionellen Störung eines Eingeweides, meist der Leber. Sie geht im Gegensatz zur ersteren von innen nach außen.

Es kommt also infolge der primären visceralen Gleichgewichtsstörung zu zwei Folgen, einmal einer funktionellen Leberstörung und dann zu einer chronischen Konstipation. Aber außer zu weitgehenden Verlagerungen einzelner Darmteile und selbst des Magens kommt es mit der Zeit auch zu Kaliberveränderungen einzelner Darmteile, besonders des Colon; kurz, so kompliziert wie die Verlagerungen und ihre Folgen sein können, so kompliziert ist auch die Diagnose.

Diese Störungen kommen sehr häufig, 80% beim weiblichen Geschlecht, vor, bei Männern mit sitzender Lebensweise in etwa 20%. Die Schwangerschaft mag bei Frauen eine Rolle spielen, viel aber auch die Lebensweise. Endlich kommt es auch bei Hepatikern und Arthritikern vor.

Die anatomischen Störungen sind also kurz folgende: der Dünndarm zieht am Mesenterium, dieses drückt das Duodenum gegen die Wirbelsäule und verhindert so das Fortschreiten des Darminhaltes, dadurch sinkt schließlich auch das Colon. Der Speisebrei bleibt länger im Magen und im Duodenum: sekundäre Fermentationen, Autointoxication. Der Zug reizt auch die entsprechenden Nerven, reflektorische Störungen in den Nervenplexus, funktionelle Störungen, allgemeine Nervenstörungen: Autointoxication.

Nr. 29, 18. Juli 1925.

MOUCHET und ROEDERER: Chirurgie und Orthopädie der Kinder 1925.
FROELICH: Die akuten Arthritiden der Säuglinge, ihre Spätfolgen.
ROCHER: Einige Ideen zur modernen Orthopädie.
CADENAT: Ueber dentomaxilläre Mißbildungen.
ROEDERER: Zur Frage der Behandlung der Knochendeformationen bei Rachitis.

FROELICH: **Die akuten Arthritiden der Säuglinge, ihre Spätfolgen.** Bei Kindern bis zu 2 Jahren kommt es nach Pneumokokkenaffektionen der Lunge nicht selten zu Gelenkeiterungen, meist in der Hüfte, dann in den Knien (wo sie übrigens sehr häufig auch tuberkulös sind) und in den Schultern. Beschreibung zweier solcher Fälle. Im ersten kam es zu einer totalen Elimination beider Oberschenkelköpfe mit Resorption und Abstoßung der Pfanne in kleinen Sequestern; beim anderen bestand auf der einen Seite eine akute Pneumokokkenarthritis, auf der anderen eine chronische tuberkulöse Arthritis. Behandlung: wie bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation.

v. SCHNIZER.

Revue Neurologique.

32, Nr. 5, November 1925.

G. MARINESCO: Beitrag zur Histochemie und Pathogenese der amyotrophischen Lateralsklerose.
* GABRIELLE LEVY: Röntgenbehandlung und -diagnostik der Hirntumoren.

GABRIELLE LEVY: **Röntgenbehandlung und -diagnostik der Hirntumoren.** Bei Hirntumoren kann man röntgenologisch Veränderungen am Schädel, am Türkensattel, am Felsenbein, am Meatus auditorius internus, an den Canaliculi semicirculares oder an den Foramina optica finden. Das Röntgenbild deckt ferner zuweilen Kalkeinschlüsse im Tumor selbst auf, besonders bei Tumoren der Meningen und der Plexus chorioidei. Auch bei zystischen und vasculären Tumoren kommen Verkalkungen vor. Des weiteren sind zu erwähnen: Knocheneinschlüsse in Tumoren, die röntgenologisch dargestellt werden. Bei der Ventrikulographie hilft das Röntgenbild mit. Betreffs der Anwendung der Röntgentherapie bei Hirntumoren ist folgendes zu merken: Besteht kein Symptom von erhöhtem Hirndruck oder zum mindesten keine Stauungspapille, so ist die Röntgenbestrahlung indiziert, und zwar zunächst mit kleinen Dosen. Erscheint im Laufe dieser Behandlung die Stauungspapille, so muß man die Dosis verringern und eventuell die Behandlung einstellen. Gehen nach Lumbalpunktion die alarmierenden Symptome nicht schnell zurück, so ist sofortige Dekompressivtrepanation erforderlich, die schwere Zwischenfälle verhüten soll und gestatten wird, späterhin die Röntgenbehandlung wieder aufzunehmen. Besteht das Syndrom von erhöhtem Hirndruck oder Stauungspapille, ist insbesondere der Opticus bedroht, so ist die Dekompressivtrepanation und spätere Röntgenbestrahlung vonnöten. Bestehen Zeichen, welche eine Lokalisation des Hirntumors gestatten, so ist die Röntgenbestrahlung selbstverständlich auf den Tumor zu richten; bestehen solche nicht, so ist der Schädel in toto zu bestrahlen. In gewissen Fällen ist ein zum Teil enukleierter Tumor oder sogar die Gegend des völlig entfernten Tumors zu bestrahlen durch Radium und Röntgenstrahlen. Stets ist bei den bestrahlten sowie operierten Tumoren ein Rezidiv zu befürchten, das dann einer Röntgenbestrahlung zu unterwerfen ist. Die vorsichtig angewandte Röntgenbehandlung der nicht operablen Hirntumoren ist gefahrlos und zeigt sich in gewissen Fällen wirksam. KURT MENDEL (Berlin).

Annales des Maladies Veneriennes.

Nr. 3, 1925.

H. GOUGEROT: Syphilitische cyanotische Gummen und Ulcerationen.
H. GOUGEROT: Cyanotische Ulcerationen der Syphilitiker.
* A. BOUTELIER: Die Dyschromien nach Salvarsanbehandlung.

A. BOUTELIER: **Die Dyschromien nach Salvarsanbehandlung.** Es sind zu unterscheiden: 1. solche Pigmentierungen, die nach einer allgemeinen Erythrodermie auftreten; 2. solche, die an und für sich das Hauptphänomen bilden. Im ersten Falle ist die Erythrodermie die wichtigste Erscheinung, die Pigmentstörungen nur eine indirekte Folge, die mit der As-Intoxication keinen Zusammenhang mehr hat.

Alle möglichen anderen Erythrodermien haben Pigmentierungen zur Folge.

Nach As-Behandlung sind diffuse, allgemeine Melanodermien häufig beobachtet worden. Hypochromie hat bisher nur Buschke gesehen, der die Möglichkeit eines gewöhnlichen Leucoderma colli wegen Fehlens einer Pigmentvermehrung der Umgebung ausschloß. Der echten As-Melanose gehen gewöhnlich entzündliche Erscheinungen der Haut voraus. Meist folgen dann Pigmentflecke. generalisierte Pigmentierungen sind selten. Wird die Salvarsanbehandlung fortgesetzt, so erfolgt ein neuer Ausbruch, oft an denselben Stellen, diese gehören dann zu den fixen Exanthemen. Experimentell lassen sich diese Exanthemplaques durch Einreiben von Salvarsan auf die Haut hervorrufen. Der Autor bringt einen eigenen Fall und bespricht dann die noch dunklen Entstehungsmöglichkeiten. Kommt dem Arsenobenzolkern oder der Phenolfunktion die pigmentierende Wirkung zu? Welche Rolle spielt die Sensibilisierung? Die diesbezüglichen Theorien werden erörtert. Es sei auch möglich, daß das Arsenobenzol ähnliche Wirkungen hat wie die Oxydasen.

Nr. 4, 1925.

LUIGI PAIS: Vergleich zwischen Floculations- und Trübungsreaktionen in der Serodiagnostik der Syphilis. Ihre Empfindlichkeit in therapeutischer Beziehung.

Nr. 5, 1925.

* S. NICOLAU: Livedoartige, gangränöse Dermatitis nach intramuskulären Injektionen bei Syphilis. Ueber einen Fall von arterieller Wismutembolie.
* B. SAAD: Die gemischte Behandlung der Arthritis blennorrhagica.
* SPARACIO: Beitrag zur Erörterung über die objektiven und serologischen Abweichungen der Syphilis.
* H. GOUGEROT: Syphilitische lipomatöse Gummen. Vollständige Resorption der perigummösen Lipomatose.

S. NICOLAU: **Livedoartige, gangränöse Dermatitis nach intramuskulären Injektionen bei Syphilis. Ueber einen Fall von arterieller Wismutembolie.** Die Literatur der lokalen Embolien nach Injektionen wird besprochen, ein eigener Fall, der nach intraglutäaler Einspritzung einer 10 proz. Wismutoxyjodgallat-Lösung die im Titel angegebenen Krankheitserscheinungen zeigte, geschildert. Die einander entsprechenden Ereignisse, je nachdem es sich um lösliche oder unlösliche Hg- oder Bi-Verbindungen handelt, die unbeabsichtigt in eine Arterie hineingebracht werden, miteinander verglichen, zeigen weit schwerere Folgeerscheinungen nach löslichen Präparaten; von diesen machen wieder die löslichen Hg-Verbindungen schwerer Läsionen als die entsprechenden Bi-Verbindungen. Harmlosere Folgen hat das Eindringen von unlöslichen Hg-Präparaten; die unlöslichen Bi-Verbindungen in eine Arterie gebracht, verlaufen noch am besten. Die Versuche des Autors gaben für diese klinisch schon bekannten Tatsachen die entsprechende Bestätigung. Am fatalsten ist das Eindringen eines nichtkolloidalen Antisyphilitikums in eine Vene, was bekanntlich eine Lungenembolie zur Folge hat. Das in eine Arterie gelangte Präparat macht dagegen lokale Erscheinungen. Dies Ereignis ist aber sehr wohl vermeidbar durch genügend ausgiebige Aspiration nach Einstechen der Kanüle.

B. SAAD: **Die gemischte Behandlung der Arthritis blennorrhagica.** Es gibt keine spezifische Behandlung der Arthritis gon., ebenso wenig wie es eine spezifische Wirkung auf akute Go. der Harnröhre gibt. Die große Zahl der gerühmten und bald wieder aufgegebenen Heilmittel der letzten 4 Jahre beweist es. Aus der verschiedenartigen Reaktionsfähigkeit der Gelenksentzündung einerseits und der Verschiedenartigkeit der angewandten Medikamente andererseits ergibt sich die Unmöglichkeit, Erfolg oder Mißerfolg einer Behandlungsmethode vorauszusagen. Der Autor hat versucht, durch Kombination mehrerer Behandlungsmethoden eine möglichst frühe Restitutio ad integrum zu erzielen. Es handelte sich um eine 10jährige Afrikanerin, die am 20. Tage einer Uretral-Go. eine Arthritis des rechten Kniegelenks bekam, bei dessen Punktion sich 10 ccm einer sero-purulenten Flüssigkeit entleerten. Die intramuskuläre Einspritzung dieses Punktates war die erste therapeutische Maßnahme, woran sich 2. Lokalapplikation von Ichthyolsalben, kombiniert mit Sulfur praecipit. und Kampfer und Collargol schloß; 3. wurden abwechselnd folgende Injektionen gemacht: 100 ccm Meningokokkenserum subkutan in fünf Dosen à 20 ccm, 7 Einspritzungen von Sulfarsenol (das französische Sulfoxylsalvarsan), ferner 12 Einspritzungen von Neo-Omegon (eine Go.-Vaccine der Firma Poulenc Frères). Außerdem Bäder mit Kal. permangan., sowie Salol und Urotropin innerlich. Am 4. Tage sank das Fieber, das Gelenk schwoll ab, die Schmerzen besserten sich, es trat eine immer deutlicher werdende Quadriceps-Atrophie auf, am 9. Tage Serumkrankheit, die mit Kalk und Schwefel gebessert wurde, vom 13. Tage ab konnte das Kniegelenk wieder bewegt werden. Der Autor zieht keinerlei Schlüsse, rät aber eine derartige gemischte Behandlung an, die sich jedoch elastisch und ohne Schematismus abändern läßt.

SPARACIO: **Beitrag zur Erörterung über die objektiven und serologischen Abweichungen der Syphilis.** Mitteilung eines Falles einer sehr eigenartigen Lokalisation der zu Beginn des Sekundärstadiums auftretenden Roseola: Diese bestand aus papulösen Elementen, die ausschließlich den Rücken und die

Streckseite der Extremitäten einnahmen. Sonst war der Körper völlig frei. Es bestand ferner deutliche Polyadenitis. Besonders merkwürdig war die beständig negative Reaktion nach Wassermann und Meinecke in voller Sekundärperiode und auch nach mehrfachen Reaktivierungsversuchen.

Hieraus ergibt sich wiederum, daß nie aus den Laboratoriumsresultaten allein die Diagnose Syphilis aufgebaut werden darf.

Ein Grund für dieses regelwidrige Verhalten war nicht erkennbar.

H. GOUGEROT: **Syphilitische lipomatöse Gummen. Vollständige Resorption der perigummösen Lipomatose.** Diese Gummen, vom Autor bereits beschrieben, beginnen als Knötchen, die sich konglomerieren und um die herum sich eine reaktive Lipomatosis ausbildet, womit die Möglichkeit einer Verwechslung mit diffusem Lipom gegeben ist. Krankengeschichte eines Mannes, der von einer Infektion nichts wußte und seit 3 Jahren hinten am Thorax eine enorme schmerzlose Fettmasse von der Größe zweier Fäuste mit sich herumtrug. Es war bereits eine Eröffnung im Umfange von mehreren Zentimetern erfolgt und es bestanden 8 ulcerierte Gummen, die durch die Palpation nur schwer von der Fettmasse isoliert werden konnten. Schnelle Heilung nach 4,65 g von „914" in 20 Tagen. Die lipomatöse Masse wurde etwa in 5 Monaten resorbiert. Diese Resorption beweist, daß es sich wirklich um eine perigummöse, syphilitische Reaktion handelt und nicht um ein banales Lipom, auf das die Syphilis später Gummen gesetzt hatte. Der Autor erwähnt noch einen Parallelfall, der aus einem anderen Grunde interessant ist, ein am Ende einer Neosalvarsankur auftretendes As-Erythem, das zu einer Erythrodermie wurde und auf Eigenblutbehandlung schnell zurück ging, war von einem überraschenden negativen Ausfall der Serumreaktion gefolgt, die vorher stark positiv gewesen war. Hierdurch schien zunächst „das deutsche Märchen" von der Heilung der Syphilis durch As-Erythrodermie bestätigt zu werden. Aber nach einer Behandlungspause von 3½ Monaten war die Wa.R. wieder positiv und behält die positive Tendenz mit einigen Schwankungen auch noch nach 5 Wismutkuren. Die Salvarsandermatitis heilt also nicht die Syphilis, sie hat nur einen vorübergehenden trügerischen Einfluß auf die Wa.R., von dem man sich nicht beeinflussen lassen darf. (Der Fall scheint Referenten nur zu beweisen, daß Hautreize und besonders Fieber einen vorübergehenden günstigen Einfluß auf die Wa.R. haben können. Wer einmal eine Salvarsandermatitis gehabt hat, steht im übrigen schlechter da als vorher, denn nun hat er eine Intoleranz gegen Medikamente überhaupt, und es ist oft nicht mehr möglich, ihm die Antisyphilitika in genügender Menge einzuverleiben. Daß aber das Salvarsan weder durch seine therapeutischen noch durch seine toxischen Qualitäten die Syphilis heilt, wissen wir leider lange.) K. HEYMANN, Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 2, Februar 1925.

* L. BIZARD: Behandlung der Alopecia areata mit Ultraviolettbestrahlung.
JEANSELME und BURNIER: Risenlichenification.
JEANSELME und BURNIER: Lichen nitidus.
JAKOB LORTAT, FERNET und HAYE: Ueber einen Fall von Parapsoriasis en plaques vom Typ Xantho-erythrodermia perstans.
JAKOB LORTAT und BOUTELIER: Multiple späterschienene Angiome mit Raynaudscher Krankheit und wenig ausgesprochener Sclerodermie.
LOUSTE, THIBAUT, CAILLIAU: Erythematöse pigmentierte atrophische Affektionen von areolärem Typ auf Gesicht und Hals, von makulösem Typ am Nacken und den Unterarmen (Poikilodermie).
* LOUSTE und LOUET: Ein Fall von Pseudohermaphroditismus.
* LOUSTE, CAILLIAU und DARQUIER: Recklinghausensche Krankheit und Akromegalie.
* MILIAN, SAUPHAR und MARCERON: Akanthosis nigricans.
* MILIAN und SOLENTE: Kraterförmige Tumoren der Glutäen, Ausbreitung eines Mastdarmepithelioms.
MILIAN: Das akneförmige Syphilid, auch miliares lichenoides Syphilid genannt, ist eine syphilitisch-tuberkulöse Symbiose.
* ANDRE LERI und BARTHELEMY: Osteom des Schädels und Syphilis.
ANDRE LERI: Recklinghausensche Krankheit der Knochen und Syphilis.
* L. BIZARD und L. JOLIVET: Kann eine Frau, die von jeder spezifischen Erscheinung frei ist, aber einen starkpositiven Wa. zeigt, ansteckend sein?
* QUEYRAT: Aortenverbreiterung und Serumreaktion.
JEANSELME: Ueber die Gefahr, als einziges Kriterium für die Heilung der Syphilis die Laboratoriumsresultate gelten zu lassen.
GOUIN: Behandlung des Lichen planus mit Röntgentherapie des Sympathicus (Regio dorsalis und sacro-lumbalis).
E. BODIN: Reinoculation mit Pustula maligna, 18 Monate nach der ersten Infektion. Heilung mit Anthraxserum.
JAUSION, DIOT und VOUREXACIS: Ausgesprochene Liquorlymphocytose in einem Fall von Erythema nodosum.
CH. AUDRY: Schädel und Tibien von Pagetscher Krankheit ergriffen, Induration der Corpora cavernosa Albuminurie usw. bei einem vielleicht hereditären Syphilitiker.
L. CHATELIER: Vaccine und Zona vaccinalis in dem der Impfstelle entsprechenden Hautgebiet.

L. BIZARD: **Behandlung der Alopecia areata mit Ultraviolettbestrahlung.** Guter Erfolg bei 9 Kranken. Die Heilung trat in 4 bis 6 Monaten ein (also in derselben Zeit wie mit jeder anderen Therapie oder spontan).

LOUSTE und LOUET: **Ein Fall von Pseudohermaphroditismus.** Der vorgestellte Fall betrifft eine 42jährige Person, im Standesamtsregister als Mädchen eingetragen, die wegen eines weichen Schankers zur Aufnahme kam. Wa. negativ. Aeußerlich macht sie einen weiblichen Eindruck: lange Haare, breites Becken, normale Entwicklung von Achsel- und Schamhaaren, keinen Bart. Schultern von kräftiger Muskulatur, Hüften wenig vorspringend, Brüste klein. Hände und Füße sehr groß. Gesichtsausdruck ziemlich sprechend, aber fein. Keine tiefe Stimmlage. Dagegen nähern sich die äußeren Genitalien viel mehr dem männlichen Typ. Es besteht ein clitorisartiger 3 bis 4 cm hervorspringender Penis, der sich beim Coitus um das doppelte erigiert. Er ist bedeckt von einer weiten beweglichen Hülle, einem echten Präputium. Das Ganze erinnert an den Penis eines 10jährigen Knaben. Bei der Palpation fühlt man gut entwickelte Corpora cavernosa. Kein Orificium am Ende der Eichel, sondern eine 4 bis 5 cm lange Raphe geht an der Unterseite entlang bis zu der linsengroßen Uretralöffnung. Das Präputium setzt sich nach unten in zwei kleine seitliche Falten fort, die die Raphe umgeben und mit ihr eine Art Frenulum bilden. Die Falten entsprechen den kleinen Lippen. Die großen Lippen sind stark gefaltet und pigmentiert, ähnlich dem Scrotum, sie entspringen vom Mons veneris, umgeben den clitorisartigen Penis und konvergieren breit unter ihm am Damm, vereinigen sich dann in der Raphe. Hoden sind in dem scrotumähnlichen Gebilde nicht zu finden, auch nicht im Leistenkanal. Keine Vagina. Rectal fühlt man weder Uterus noch Ovarien. Die Kranke hatte nie Menses, auch nicht per uretram. Beim Orgasmus ejaculiert sie eine kleine Menge schleimiger Flüssigkeit, die keine Spermatozoen ergibt. Psychisch bemerkenswert ist die Neigung der Patientin von Kindheit an, zu männlichen Spielen von großer Wildheit, „ein Junge sei an ihr verloren gegangen". Jetzt ist sie Mechaniker. Sie gibt zu, sich zum weiblichen Geschlecht hingezogen zu fühlen. Angeblich sollen zwei Schwestern von ihr die gleichen Mißbildungen haben.

Cl. Simon erklärt in der Diskussion, daß es sich in solchen Fällen um Männer handelt, denn es existiert das einzige Geschlechtsmerkmal, das eine Determination gestattet, nämlich Hoden. In solchen Fällen findet man die Hoden entweder in den seitlichen Partien des sog. Scrotums oder im Leistenkanal, im letzteren Falle werden keine Spermatozoen gebildet.

Anmerkung des Referenten: Die Diagnose ist nicht geklärt. Zuweilen sind in solchen Fällen die Hoden in vivo nicht aufzufinden, können aber bei Operationen oder Sektionen nachgewiesen werden. Fehlen die Hoden wirklich, wie es Louste und Louet annehmen, dann mußten sie ihren Fall als Hermaphroditismus neutralis bezeichnen, sind sie dagegen vorhanden, wie Simon anzunehmen scheint, weil Ejaculations- und Erektionsfähigkeit besteht, so verdient der Fall die Bezeichnung: Pseudohermaphroditismus masculinus.

LOUSTE, CAILLIAU und DARQUIER: **Recklinghausensche Krankheit und Akromegalie.** Der Kranke zeigte in seiner ersten Krankheitsperiode eine dauernde Pigmentierung, zwischen 20 und 30 Jahren Akromegalie. Um 50 herum brach die Neurofibromatose bei ihm aus. Es besteht ein Tumor der Sella turcica. Die histologische Untersuchung der Hauttumoren ergab überwiegend Neurogliagewebe. Die Hauterkrankung schien in direktem Zusammenhang mit der Akromegalie zu stehen, die offenbar durch einen neurofibromatösen Tumor der Sella turcica zum Ausbruch kam.

MILIAN, SAUPHAR und MARCERON: **Akanthosis nigricans.** Der von Darier zum ersten Male erwiesene Zusammenhang dieser Erkrankung mit Abdominalkarzinom wird durch den Fall einer jungen Frau mit frambösiformen Schwellungen der Genitalgegend und krebszellenhaltigen Cervicaldrüsen aufs neue illustriert. Jede Akanthosis nigricans ist sofort zu laparatomieren.

MILIAN und SOLENTE: **Kraterförmige Tumoren mit Ulcerationen der Glutealgegend, hervorgerufen durch ein Mastdarmepitheliom.** Es handelte sich um riesige, kopfgroße Tumoren, deren Ursprung ein Cylinderzellen-Epitheliom im Rectum war.

ANDRE LERI und BARTHELEMY: **Osteom des Schädels und Syphilis.** Ein Osteom des Schädels machte seit 1916 trotz verschiedenartigster Therapie Fortschritte, führte durch seinen Sitz in der linken Orbita zum Exophthalmus und verlieh dem jetzt 52 jährigen Kranken ein sehr sonderbares Aussehen. Die Röntgentherapie, bei Osteosarkomen so wirksam, war ergebnislos. Schließlich dachten die Autoren an Syphilis, fanden aber keinen Anhaltspunkt dafür. As sollte wegen seiner antibazillären Wirkung nicht gegeben werden, auf Wismuttherapie schmolz das Osteom sehr schnell ein. Jetzt erfahren die Autoren auch nachträglich, daß schon 1916 ein Augenarzt an Lues gedacht und damals eine Hg-Kur eingeleitet hat, die völlig wirkungslos geblieben war; damals war sogar bald nach der Kur eine enorme Vergrößerung erfolgt. Die Autoren bezweifeln es, ob die histologische Untersuchung imstande gewesen wäre, die Aetiologie zu klären. Sie halten es für möglich, daß auch die Endotheliome im Schädel in Wahrheit nichts anderes sind, als stark wuchernde gummöse Osteitiden.

L. BIZARD und L. JOLIVET: **Kann eine Frau, die von jeder spezifischen Erscheinung frei ist, aber einen stark positiven Wassermann zeigt, ansteckend sein?** Es handelt sich um ein 29 jähriges Bordellmädchen, das seit 3 Jahren ihrem Beruf nachgeht und in dieser Zeit wöchentlich von den Autoren eingehend untersucht wurde. Sie nehmen an, daß das Mädchen in den 3 Kontrolljahren mindestens mit 10000 Männern Geschlechtsverkehr gehabt hat, sie fanden bei ihr weder Trunksucht, noch Abusus nicotini, noch Ausfluß oder irgendein Anzeichen für eine venerische Erkrankung. Eine besondere Sorgfalt verwendete das Mädchen auf prophylaktische Maßnahmen, sie war von extremer Sauberkeit. Nun lief aber eine Anzeige bei der Polizei dahingehend ein, daß ein junger Mann, der nie einen anderen Verkehr als mit dem erwähnten Mädchen gehabt hatte, sich bei dieser einen Schanker von einwandfreier syphilitischer Genese geholt hatte. Die jetzt wiederholte Untersuchung ergab bei dem Mädchen das Fehlen jedes wahrnehmbaren Zeichens für Syphilis, jedoch einen wiederholt positiven Wa. Die Autoren erörtern in anregender Weise die verschiedenen sich ergebenden Ansteckungsmöglichkeiten, die im Original nachgelesen werden sollten und meinen schließlich, daß im Hinblick auf die sehr zahlreichen zweifelhaften Reaktionen bei Prostituierten und bei Ehefrauen von Luetikern möglicherweise ein Zustand von Halbinfektion angenommen werden müsse. Auch der Umstand, daß diejenigen Frauen, die in den ersten Jahren ihrer Prostitution der syphilitischen Infektion entgehen, ihr vielfach später überhaupt entgehen, spräche dafür.

In der Diskussion meint Simon, daß die Infektion durch das Blut von sekundären Syphilitikern erwiesen sei, dagegen sei damit noch keineswegs die Infektiosität des Blutes, weil es nach Wa. positiv reagiert, erwiesen oder auch nur wahrscheinlich.

Nach langer Diskussion wird die im Thema aufgeworfene Frage in positivem Sinne beantwortet: Eine erscheinungsfreie Frau mit pos. oder neg. Wa. kann unter Umständen anstecken, die Infektiosität des Blutes ist nicht zweifelhaft.

QUEYRAT: **Aortenaneurysma und Serumreaktion.** Einem 45 jährigen Kranken mit Aortitis, Hypertrophia cordis, Aorteninsuffiziens und -stenose sowie beginnendem Aneurysma waren im ganzen folgende Wa.-Resultate mitgeteilt worden:

August 1921: völlig negativ.
Juli 1924: leicht verdächtig.
August 1924: völlig negativ.
November 1924: positiv.

Unglücklicherweise unterließ der Kranke auf das erste günstige Ergebnis hin drei Jahre hindurch jede Behandlung, wodurch sich sein Zustand wesentlich verschlechterte. Nach Sigmuth (ein Schwefel-Wismutpräparat) wesentliche Besserung. Das Laboratorium sollte nie dem Kranken direkte Mitteilung machen, vor allem sich jeden Urteils über den Gesamtbefund und die daraus zu ziehenden Konsequenzen enthalten.

K. HEYMANN, Berlin.

Johns Hopkins Hospital Bulletin.

November 1925.

° RIENHOFF: Histologische Veränderungen der Schilddrüse bei Basedow nach Jodmedikation.
BIRKHANG: Studien zur Biologie des Streptococcus erysipel. III. Experimentelle Erzeugung von Erysipel bei Kaninchen. Nachweis der Schutzwirkung von Erysipelimmunserum.
SEIDLIN: Kongenitales Duodenalseptum mit Behinderung der Darmpassage.
KOONTZ: Kongenitale Lungencysten.

RIENHOFF: **Histologische Veränderungen der Schilddrüse bei Basedow nach Jodmedikation.** Joddarreichung macht die für Basedow charakteristischen histologischen Veränderungen rückgängig und führt eine Aufspeicherung von neuem Kolloid herbei. Klinische Besserung und Herabsetzung des Grundumsatzes gehen der Wandlung des histologischen Bildes parallel.

British medical Journal.

Nr. 3384, 7. November 1925.

BLAND-SUTTON: Ueber die Unterbindung.
GRAHAM: Chemotherapie der umschriebenen Eiterung. (Vergleich zwischen Acriflavin und Borsäure.)
Verhandlung der Britischen medizinischen Gesellschaft (Gynäkologische Abteilung) über die Behandlung des inoperablen Carcinoms der weiblichen Beckenorgane.
HEYMAN: Strahlenbehandlung.
COLES: Zur Statistik und Behandlung.
DONALDSON: Organisation eines Krebsüberwachungsdienstes.
FORDSDIKE: Radiumbehandlung bei vorgeschrittenen Fällen von Cervixcarcinom.
HARE: Cardio-vaskuläre Symptome bei normalen Schwangeren.
MOORE: Argyll-Robertsons Phänomen auf nichtluetischer Grundlage.
SHELTON: Behandlung der Sprue mit Calcium lact. und Nebenschilddrüsentabletten.
HENDERSON: Züchtung von Typhusbazillen aus Gallensteinen.
BERNSTEIN: Insulin und Verfütterung von rohem Pankreas.

Nr. 3385, 14. November 1925.

Jahresversammlung der Britischen medizinischen Gesellschaft. (Verhandlung der Chirurgischen Abteilung über das Magencarcinom.)
WHEELER: Diagnostische Methoden.
SPRIGGS: Klinische Symptome und Frühdiagnose.
HURST: Röntgenologische und chemische Diagnostik.
STEWART: Zur Pathologie. Beziehungen zwischen Carcinom und Ulcus.
Abteilung für Oto-, Rhino- und Laryngologie. (Verhandlung über die Berufsschädigungen von Hals, Nase und Kehlkopf.
WESTMACOTT: Berufskrankheiten und Arbeiterschutzgesetzgebung.
GRIMWADE: Verhütung der Ertaubung durch Geschützabfeuern bei der Flotte.
RANKEN: Erkrankungen bei Fliegern.
RODGER: Ertaubung durch Lärm während der Arbeit.
WATSON-WILLIAMS: Diagnostische Eröffnung der Nasennebenhöhlen.
MUVIHEAD LITTLE: Neue Methode zur Befestigung von Beinprothesen.
BAILDON: Ileus durch Gallensteine.
TOTTENHAM: Vaginalstriktur und Kaiserschnitt.
FLYNN: „Neurasthenische“ Neuralgie.
AITKEN: Magentetanie mit tödlichem Ausgang.
O'CONNOR: Rückenschmerz nach Operationen.

Nr. 3386, 21. November 1925.

KEITH: Das Wesen der körperlichen Unzulänglichkeit des Menschen.
CATHCART: Regelung der Carrel-Dakinschen Wundbehandlung durch Uhrwerk.
DYKE: Diagnostische Laboratoriumsmethoden in der Praxis.
Jahresversammlung der Britischen medizinischen Gesellschaft. (Verhandlung der orthopädischen Abteilung über die tuberkulöse Erkrankung der Wirbelsäule.)
GANVAIN: Konservative Behandlung.
GOIDLESTONE: Operative Ruhigstellung der Wirbelsäule.
OLLERENSCHAW: Beobachtungen über die Osgood-Schlattersche Krankheit.
REID und KENNEDY: Extradurale Blutung im Wirbelkanal.
HOULTON: Mehrfache ausgetragene Schwangerschaft in einem Uterus bicornis, bicollis.
RUSSEL: Nierendecapsulation bei akuter Nephritis mit Anurie.
HENDERSON: Strangulation durch die Nabelschnur.

BIBERFELD, Berlin.

The Boston medical and surgical Journal.

Nr. 3, 15. Januar 1925.

* O'BRIEN: Epilepsie oder Hysterie.
* GUDGER: Ein neues Purgativ.

O'BRIEN: **Epilepsie oder Hysterie.** Am 1. Januar betrug die Zahl der Männer vom 1. Distrikt des U. S. Veteranenbüros, die Epilepsie hatten, 616, dazu kamen 51, die noch eine Psychose dazu hatten, und 805 Hysteriker.

Hinsichtlich der Hysterie ist die Definition von Janet zu erwähnen: eine Kontraktion des Bewußtseinsfeldes, die es dem Kranken nicht ermöglicht, eine Anzahl von Eindrücken aufzunehmen und zu verarbeiten. Unbewußte und unterbewußte Einbildung spielen einen wesentlichen Teil in der Produktion hysterischer Phänomene. Des Verfassers Erfahrungen sind folgende: verschiedene Faktoren spielen bei Krämpfen und Bewußtseinsstörungen mit; der Arzt, der solche Fälle behandelt, kann namentlich in den Details seiner Exploration und Untersuchung nicht sorgfältig genug sein. Unterschiede in der Diagnose und Behandlung, dazu, wenn man einem Patienten sagt, er habe Epilepsie, wenn er keine hat, hindern nur einen Erfolg und ganz besonders unter Veteranen. Schrecken und kraniocerebrale Traumen sind die vorherrschenden erregenden Ursachen; manche Convulsionen werden anscheinend auch durch Infektion und Inoculation hervorgerufen, aber nur bei Individuen, die einen konstitutionellen Defekt haben. Phenobarbital und die Bromide machen einen Patienten weniger convulsiv und hoffnungsvoller und haben bei einer kleinen Anzahl Heilung gebracht. Dosis: individuell verschieden. Solche Mittel dürfen aber das weitere Interesse für den Patienten nicht miteinschläfern. Mehr und mehr wird eine Erziehung zu geistiger Hygiene nötig und zu einer gesunden und vernünftigen Nachkommenschaft, Heredität und Umgebung tragen sehr viel zur Entwicklung einer convulsiven Gewohnheit bei. Schmerzen, Hunger und Furcht können ebenso wie Erschöpfung zu körperlichen Veränderungen führen. Es ist töricht, über die Diagnose, ob Epilepsie oder Hysterie, zu streiten, wenn die Prognose schlecht ist. Zweifellos ist dies in der Privatpraxis anders, wo unter den gleichen Aussichten das krankhafte Selbstmitleid nicht so ermutigt wird. Tyrannische, übererregte Eltern, besonders wenn sie noch Alkoholiker sind, sind für das Nervensystem ihrer Kinder gerade so störend und toxisch, wie Furchtzustände durch Granatexplosionen bei unseren Soldaten während des Weltkrieges. Unter diesen Umständen ist das Leben von der Konzeption bis zum Ende ein ständiges Kriegführen. Die Eltern sind dabei die höheren Offiziere der Kinder, sie gehören auch dazu erzogen; nur so kann man die Bildung der Gewohnheit oder Neigung zu Nervosität, Convulsionen und Bewußtlosigkeit vorbeugen.

GUDGER: **Ein neues Purgativ.** Das Oel wird aus Ruvettusarten gewonnen, die im Mittelmeer, Ostindien und im Pazific usw. vorkommen und dessen Fleisch Diarrhoe verursacht. Das wirksame Prinzip ist noch nicht festgestellt.

Nr. 4, 22. Januar 1925.

CHUTE: Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen Harnsteinen und verkalkten Abdominaldrüsen.
* CHUTE: Urethraler Prolaps bei Frauen deutet auf Blasenkrankheit.
* WILLIAMS: Einige Beobachtungen über die Glykosurie in der Schwangerschaft.

CHUTE: **Urethraler Prolaps bei Frauen deutet auf Blasenkrankheit.** An der Hand dreier Fälle führt Verfasser aus, daß geringfügige Prolapse der Urethra oder Karunkel stets eine sorgfältige Cystoskopie erfordern. In allen 3 Fällen steckte eine maligne Neubildung der Blase dahinter.

WILLIAMS: **Einige Beobachtungen über die Glykosurie in der Schwangerschaft.** Unter 500 Schwangeren zeigte der Urin in 13% während der Schwangerschaft manchmal Zucker, häufiger bei Primiparis. Bei ihnen schien es mit dem Alter zuzunehmen. Gewöhnlich in der 2. Hälfte der Schwangerschaft. Immer Glukose, während Laktose in der Stillperiode gefunden wird. Diese Glykosurie ist physiologisch und verschwindet nach der Geburt. Renalen Ursprungs, keine Vermehrung des Blutzuckers. Deshalb auch kein Diabetes. Ursache: die normale Hypertrophie des hinteren Lappens der Hypophysis während der Schwangerschaft. Pathologisch auch bei Tumoren dort.

Nr. 5, 29. Januar 1925.

COURTNEY: Die Bedeutungslosigkeit der Psychoanalyse als wissenschaftliche Auffassung.
PRATT: Allgemeine Aspekte in der Psychiatrie.
* WINSLOW: Industrielle Tuberkulose.
MELVER, BENEDIKT und CLINE: Gasauftreibung des Magens und der Därme.
* IRWIN: Erkrankung der akzessorischen nasalen Sinus bei Kindern.
PALFREY: Punktion des Abdomens.

WINSLOW: **Industrielle Tuberkulose.** Eine der wichtigsten Formen der industriellen Tuberkulose ist die durch Staubeinatmung. Die Herkunft dieses Staubes kommt aus trockenen Gegenden durch den Wind, von vulkanischen Eruptionen — die Krakatauwolke hat einige Jahre lang die Erde umwandert — und dann von den 200 Millionen Meteoriten, die täglich auf die Erde fliegen. Die Zahl der Staubpartikelchen beträgt nach einem Regen auf dem Lande 10 000 im Kubikfuß (= 0,01 mg), 23 000 vor einem Stadtgebäude, 118 000 auf der Straße davor und in einer Schleiferei 159 779 000 (= 7,805 mg).

Hinsichtlich des atmosphärischen Staubes hat man wenig Erfahrung; Kohlen- und Zementstaub begünstigen in beträchtlichen Mengen Bronchitis und Pneumonie, vermindern aber die Empfänglichkeit für Tuberkulose im Gegensatz zum Kieselstaub, der durch seinen Reiz zu fibrotischen Veränderungen in der Lunge führt. Das Endresultat ist bekannt. So hat die Stadt Barre, das Zentrum des Granitdistrikts, in einer zehn Jahrperiode eine Todesrate von mehr als 250% mehr, als die des Staates Vermont im ganzen beträgt. In einer Schleiferei in Connecticut betrug die Tuberkulosesterblichkeit bei den Schleifern über 1180% gegenüber der ihrer Kameraden, die dem Kieselstaub nicht ausgesetzt waren. 17 pro mille starben jedes Jahr von den ersteren als direkte Folge der industriellen Tuberkulose. Und in dieser Schleiferei war ein anderes Schleifverfahren eingeführt. In den südafrikanischen Minen eliminiert eine Sprengvorrichtung über 90% des Staubes und in einer Schleiferei konnte durch das Exhaustiorsystem der Staubgehalt auf 200 000 Partikel im Kubikfuß gehalten werden, während eine geringe Störung im Apparat ein Ansteigen auf 800 000 verursachte. In einer Sandgebläsekammer, wo die Luft 60 880 000 Partikel enthielt, konnte ein Respirator die Zahl auf 4 549 000 vermindern und bei frischer Luftzufuhr auf 156 000.

Aufgabe: Feststellung der Betriebe, wo Staubschädigungen vorliegen, des Staubgehaltes dieser Luft und Schutzmaßnahmen.

Interessant ist, was Agricola 1556 über Metallminen schrieb: Einige Minen sind so trocken, daß Wasser völlig fehlt und daß die Arbeiter durch den aufgewirbelten Staub beim Schürfen schwer geschädigt werden; er dringt in die Luftwege, macht Schwierigkeiten beim Atmen und die Krankheit, die die Griechen Asthma nennen. Hat der Staub corrosive Eigenschaften, so frißt er die Lungen weg und pflanzt Schwindsucht in den Körper, daher gibt es in den Minen der Karpathenberge Frauen, die 7 Gatten hatten, die alle an der schrecklichen Schwindsucht früh starben.

IRWIN: **Erkrankung der akzessorischen nasalen Sinus bei Kindern.** Der Maxillarsinus kommt gewöhnlich nicht vor dem 8., oft erst im 12. Jahre in Beziehung zum unteren Nasengang. Ein oder mehrere Ostia gehen vom Maxillarsinus ins Infundibulum ethmoidale. Ein wirklicher Frontalsinus entsteht erst 6—12 Monate nach der Geburt. Der Sphenoidalsinus kommt schon früh in innige Beziehung zu den ophthalmischen und Maxillarnerven. Dies erklärt die Trigeminusneuralgie bei Kindern, schon im 2. oder 3. Jahre. Anatomisch und topographisch hat man zwei Arten von Sinus: 1. solche, die sich in den mittleren Gang entleeren, nämlich den Frontalsinus, das Antrum, die vorderen, mittleren und Agger nasi-Zellen, und 2., die in die olfactorische Fissur sich öffnen, die hinteren Ethmoid- und Sphenoidzellen.

Prädisponierende Faktoren zur Sinusitis sind das Klima, dann die Ernährung, besonders Mangel an Vitaminen. Lokal prädisponiert: jede Störung der Drainage und Ventilation, jeder Zustand, der in den betreffenden Schleimhäuten Stasis oder Kongestion verursacht und virulente und zahlreiche Bakterien in und um die Nase. In die erste Gruppe gehören Adenoide, septische Deviation, Fremdkörper; in die zweite schlechte hygienische Zustände, reizende Gase und Dämpfe, Hausmittel und andere Kuren; in die dritte Tonsillitis, Influenza, Erkältungen, akute Exantheme, Bronchitis, Pneumonie, Otitis media, Heufieber usw.

Direkte Aetiologie: die Sinus können in gesundem Zustande Keime austreiben oder vernichten und sind infolgedessen steril. Die Organismen können nun in den mucösen Häuten Fuß fassen durch primäre Masseninvasion von Bakterien, Trauma oder Fremdkörper, Erkältung und verminderte Widerstandskraft, Ausdehnung der Entzündung von Nachbargeweben oder Sinus her.

Verfasser hat in sicheren Fällen die Hauptklagen der Kinder ihrer Häufigkeit nach zusammengestellt; es sind: behinderte Nasen- und Mundatmung, starke Sekretion oder übler Atemgeruch, Schielen, mangelnde Sehschärfe, Kopfschmerzen, Ohrenlaufen, Taubheit, Schwellung des Nackens, Halsweh, Bronchitis von längerer Dauer, Neigung zu Erkältung, Nasenbluten.

Folgende Punkte lassen Sinusitis vermuten oder sind pathognomisch: 1. Aufhören der Kopfschmerzen mit dem Einsetzen freier Nasenentleerung; 2. marginale Blepharitis mit cornealen Ulceris, excoriierten Oberlippen und Nasenfluß; 3. Oedem der Augenlider durch den Druck auf die Gefäße; 4. lokales Kopfweh beim Maxillarsinus — oberes Antrum: oberes Mastoid oder Superciliarrand; Frontalsinus: Stirne, im akuteren Stadium Superciliargegend; Ethmoid: coronal oder parietal; Sphenoid: coronal, parietal oder occipital; 5. Empfindlichkeit über den Sinus; 6. purulenter Nasenfluß; 7. klare, gallertähnliche Massen aus der Nase; 8. Nackendrüsen; 9. Polypen, nicht gewöhnlich; 10. atrophische Rhinitis; 11. gewisse Krankheiten legen die Nachforschung besonders nahe, so Erysipel, Asthma, Lungenabszeß, Bronchiektasie, akute und chronische Arthritis, Herzläsionen, Nephritis, Neuritis, Hornhautgeschwür, marginale Blepharitis, Taubheit.

Nr. 6, 5. Februar 1925.

* DUGGAN: Fortschritt der akuten Appendicitis im Boston City Hospital von 1880 bis heute.
* GOTTLIEB: Befriedigende Methode der Untersuchung der Faeces auf gastro-intestinale Parasiteneier.
GOODMAN: Haarverlust durch gewöhnliche Ursachen.
EMERSON: Orthodontie und schlechte Ernährung.

DUGGAN: **Fortschritt der akuten Appendicitis im Boston City Hospital von 1880 bis heute.** 1895/96: 82 Fälle mit 20% Mortalität, 1921/22: 913 Fälle mit 3% Mortalität.

GOTTLIEB: **Befriedigende Methode der Untersuchung der Faeces auf gastro-intestinale Parasiteneier.** Die direkte Schmiermethode leitet oft irre und ist diagnostisch wertlos, wenn negativ. Die empfehlenswerteste Methode ist die mit Aether: etwa 30 g Faeces gründlich mischen mit 60 g Wasser und durch 3 Gazelagen filtrieren; 30 g dieses Filtrates werden mit 30 g Aether 3 Minuten gründlich geschüttelt und dann am besten die Nacht über stehen gelassen. Dann wird das Aetherlager zentrifugiert mikroskopiert.

Nr. 7, 12. Februar 1925.

SISE: Aethylen.
BERKELEY: Therapeutischer Gebrauch der Parathyreoiddrüse.
BERNSTEIN: Epidemische Encephalitis, hemiplegische Form.
HOLMES: Studien über den Vitaminegehalt des Lebertrans.
MAC DONALD: Behandlung einiger gewöhnlicher Hautkrankheiten des Gesichts.
RICHARDS: Bericht über 500 Tonsillektomien und ihre Beziehungen zur Coagulationszeit zu Hämorrhagien.
* CUTLER: Mesenterialdefekte als Ursache intestinaler Obstruktion.

CUTLER: **Mesenterialdefekte als Ursache intestinaler Obstruktion.** An der Hand eines Falles intestinaler Obstruktion bei einem Kinde infolge Mesenterialdefekts wird ausgeführt, daß dies gar nicht so selten sei, aber leicht als Appendicitis diagnostiziert werde. Meist kongenital, selten durch ein Trauma, ist es noch nicht geklärt, welche Rolle die Entzündung dabei spielt.

Nr. 8, 19. Februar 1925.

SMITH: Röntgen in der Urologie.
GRUND: Behandlung der Syphilis mit Wismut.
GOLDBERG: Die intraspinale Anwendung von Gentianaviolett.
JOHNSON: Merkurochrom gegen weibliche Gonorrhoe.
BARLOW: Zungenabszeß.

Nr. 9, 26. Februar 1925.

HOMANS: Operative Behandlung des Ulcus varicosum.
* ROBEY: Wichtigkeit und Bedeutungslosigkeit des Geräusches.
LEVINE und WILMAERS: Der Wert des Chinidins bei Auricularfibrillation.
LEECH: Digitalis und regulärer Rhythmus.

ROBEY: **Wichtigkeit und Bedeutungslosigkeit des Geräusches.** Die Charakteristika der funktionellen Geräusche sind nach Cabot: gewöhnlich systolisch sind sie maximal über der Pulmonalklappe, sind nach allen Richtungen hin fortgeleitet und können über dem Mitral- oder Aortenbezirk manchmal intensiver gehört werden als über dem Pulmonalbezirk. Dabei besteht keine Herzvergrößerung, keine Akzentuation des 2. Pulmonaltons. Sind am Ende der Inspiration oft lauter. Werden gewöhnlich über einem ganz begrenzten Bezirk gehört; es gibt aber Ausnahmen. Sie sind viel variabler in ihrem Charakter als die organischen Geräusche. Man nimmt an, daß sie bei anämischen Patienten vorkommen: bei schweren Anämien fehlen sie aber. Sind aber oft vorhanden bei robusten und gesunden Individuen.

Organische Geräusche nehmen einen bestimmten Bezirk am Herzen ein. Systolische werden oft auf die großen Halsgefäße übertragen; man findet Veränderungen in den zweiten Tönen und gewöhnlich Herzvergrößerung mit Zeichen von Stase in anderen Organen. Sie sind selten über der Pulmonalis am lautesten und relativ wenig beeinflußt von Respiration, Lage und Tätigkeit.

Die beste Unterscheidungsmöglichkeit ist eine gründliche Anamnese, Beobachtung und die Untersuchung anderer Organe und der Zirkulation. Eine ausgesprochene Infektion, eine Tonsillitis in der Anamnese geben bei einem systolischen Mitralgeräusch den Ausschlag. Gelegentliches Nasenbluten, eine Arhythmie sollten bei einer jugendlichen Person mit systolischem Mitralgeräusch eine Mitralstenose nahe legen.

Funktionelle diastolische Geräusche sind sehr selten. Am häufigsten bei Zuständen tiefer Anämie (25% Hb.) oder bei Hypertension. Diastolische Geräusche bei Mitralstenose und Aortenregurgitation können gewöhnlich durch ihre Zeit in der Herzphase und durch den Charakter der Pulsationen der peripheren Gefäße unterschieden werden. Das diastolische Geräusch der Mitralstenose wird gewöhnlich nur über einem sehr kleinen Bezirk der Mitralarea gehört. Der 2. Ton folgt gewöhnlich deutlich hörbar, ihm folgt nach einer gewissen Zeit das diastolische Geräusch. Das diastolische Geräusch der Aortenregurgitation wird gewöhnlich links vom Sternum gehört, ist blasend und verdunkelt den 2. Ton mit einem Rollen. Großer, schneller Puls (Corrigan); bei der Mitralstenose: kleiner, wenig gespannter Puls, Arhythmie ist bei Mitralstenose gewöhnlich, selten bei Aorteninsuffizienz. Analog Auricularfibrillation.

Cardiorespiratorische Geräusche werden gewöhnlich längs des linken Herzrandes und an der Spitze gehört. Gewöhnlich systolisch, manchmal auch diastolisch. Wechseln mit Lage und Respiration. Besonders stark während der Inspiration. Meist aber nicht immer völliges Verschwinden, wenn der Atem angehalten wird. Wenn nämlich Adhäsionen zwischen Pericard und Pleura die Ursache sind, so bringt das Geräusch das Herz hervor, auch wenn die Lunge still steht. Alles, was die Respiration vermehrt, verstärkt auch das Geräusch, während organische Geräusche hierdurch nicht beeinflußt werden. Druck auf den Brustkorb über dem Geräusch: Verminderung; organische werden hierdurch nicht beeinflußt.

Das cardiorespiratorische Geräusch ist von subjektiven und objektiven Symptomen nicht begleitet und ohne Bedeutung.

Geräusch der Tricuspidalinsufficienz: systolisch; dazu gehört aber systolische Venenpulsation in den Jugulares und in der Leber, intensive Cyanose, Ascites und Oedem der Beine. Vielleicht Dämpfung der rechten Vorkammer neben dem rechten Sternalrand. Aortenstenose: sehr intensives systolisches Geräusch im Bereich der Aortenklappe; braucht nicht auf die Halsgefäße übertragen zu sein. In diesem Falle kann man die Diagnose aus dem Geräusch allein stellen.

Sowohl bei der Aorten- wie bei der Mitralstenose kann eine Insufficiens gleichzeitig vorliegen.

Nr. 10, 5. März 1925.

* DEAVER: Das akute nicht traumatische Abdomen.
MC CLURE: Studien über Leberfunktion.

DEAVER: **Das akute nicht traumatische Abdomen.** Akutes Abdomen = plötzliches Einsetzen von akuten Leibschmerzen, mit Nausea und Erbrechen vor- und auch nachher, Empfindlichkeit und Rigidität über dem ganzen Abdomen, am ausgesprochendsten über der Schmerzarea, die den Sitz der Läsion suggeriert, mit und ohne Depression oder Schock. Nach einigen Stunden wird daraus Peritonitis. Man kann deshalb den Chirurgen nie zu früh rufen und die wichtigsten Fragen sind, ob und wann zu operieren. Die Hauptursachen des Todes sind: verzögerte Operation, Peritonitis und durch letztere verzögerte Diagnose.

Hauptursachen: in erster Linie Appendicitis, dann akute Cholecystitis und als geschlossenes Drittes die akute Affektionen des inneren weiblichen Genitals, die aber durch die innere manuelle Untersuchung sehr leicht festzustellen sind.

Ueber die Iliopectineallinie kommen in Frage: akute Appendicitis, akute Gallenblasenerkrankungen, akute Obstruktion, die aus chronischer entsteht, perforiertes Duodenal- und Magenulcus, akute Pankreatitis mit fokaler oder massiver Blutung, Mesenterialthrombose, perforiertes Ulcus des Dünn- oder Dickdarms, akute tuberkulöse Peritonitis und primäre Pneumokokkenperitonitis.

Akute Appendicitis: die Diagnose wird schwerer, wenn der Appendix im Becken liegt oder hinter dem Coecum oder Colon oder außen vom Colon. Im ersteren Falle bilaterale Empfindlichkeit beim Palpieren, Blasenreizung und Unfähigkeit, die Blase ganz zu leeren. Differentialdiagnose: Entzündung der Fallopschen Tuben. Die Anamnese und die manuelle Palpation sind sehr wichtig. Unsere Sinne, der Grad der Empfindlichkeit und Rigidität und der gesunde Menschenverstand sind hierbei wertvoller als die Leukocytenzählung. Bei Kindern ist Erwachsenen gegenüber der einzige Unterschied, daß Kinder schwere Operationen nicht so gut aushalten (auch das Alter nicht) und einen schwereren postoperativen Schock bekommen, dafür erholen sie sich aber auch rascher. Differentialdiagnose: Pneumonie, Intussusception. Zweifel eigentlich nur bei der terminalen Entzündung eines hochgeschlagenen Appendix. Dann kann man auch an Cholecystitis, Pyelitis, subakut perforiertes Duodenalulcus, Ureterenentzündung, akute hämatogene Entzündung der rechten Niere denken.

Hauptpunkte bei der Differenzierung der akuten Gallenblasenentzündung und der Appendicitis: Anamnese, Palpation, ausgesprochene gastrische Symptome bei der ersteren; bei dieser schmerzt auch tiefes Atmen und Husten.

An Pyelitis denkt man immer bei rechtsseitigen Schmerzen bei Graviden. Bei renaler Infektion schwere Prostation, Schüttelfröste, akute Schmerzen, Fieber, äußerst empfindliche Niere.

Ist die Peritonitis einmal da, so ist die Diagnose oft unmöglich. Akute Diverticulitis des Colon pelvicum: Anamnese ergibt Anfälle von Diarrhoe und Konstipation, mit und ohne Flatus, Schleim und Blut im Stuhl, frühzeitig Schmerzen im Hypogastrium.

Bei akuter intestinaler Obstruktion sind vor allem Hernien zu berücksichtigen. Hauptsymptome: akute intermittierende Leibschmerzen, Nausea, Erbrechen, wogenförmige Hyperperistaltik, abdominale Empfindlichkeit, keine Flatus. Einlauf keine Besserung, aber mehr Schmerzen und verzögert die Operation. Oft Adhäsionen durch alte Operationen als Ursache, deshalb genaue Information darüber.

Perforiertes Ulcus: plötzlich einsetzender, äußerst heftiger Schmerz, sofort bretthарte Rigidität, Einnehmen einer typischen Lage durch den Patienten, die er bei Veränderungen beibehält.

Akute Pankreatitis: nach dem mittleren Alter, gewöhnlich bei Fetten, plötzlicher, äußerst heftiger Schmerz, auf die linke Schulter bezogen mit unmittelbarem tiefem Schock, Cyanose, rapider Puls, dauerndes Erbrechen, Rigidität, epigastrische Empfindlichkeit, thorakales Atmen. Oft geht eine Gallenblasendyspepsie voraus, geringer Ikterus.

Mesenterialthrombose: Diagnose unsicher.

Tuberkulöse Peritonitis: plötzlich, heftig mit den akutesten Symptomen, leicht mit Ileus oder Appendicitis verwechselt.

Typhusperforation: immer mit heftigen Schmerzen vereinigt, dagegen bei nicht perforativer Typhusperitonitis fast keine Schmerzen. Pneumokokkenperitonitis gleicht in ihren Erscheinungen so der Appendicitisperitonitis, daß die Diagnose erst bei der Operation gestellt wird. v. SCHNIZER.

Medical journal and Record.

Nr. 9, 6. Mai 1925.

* BRANDT: Intrakraniale Hämorrhagien beim Neugeborenen.
SORESI: Korrekte Auffassung des Empyems.
* SMITH: Effusionen ins Kniegelenk.
ROBINSON: Vasomotorische Rhinitis.
WOOD: Purulente Pericarditis in der Kindheit.
GROSSMAN: Die Osgood-Schlatter-Krankheit.
TAPIE: Blutende Brustwarze.
HAFERMAN: Diagnose akuter Gehirnzustände.
* Anhang: SNOW: Diathermie.

BRANDT: **Intrakraniale Hämorrhagien beim Neugeborenen.** Intrakraniale Läsionen kommen im Verlauf normaler und abnormer Geburten vor, nahezu bei der Hälfte aller totgeborenen oder in den ersten Tagen nach der Geburt gestorbenen Kinder. Aber nur in der Hälfte dieser Fälle ist dies die Todesursache. Bei der anderen Hälfte stellen es gelegentliche Befunde dar. In einer großen Zahl werden aber solche Fälle völlig übersehen. Deshalb genaue Beobachtung während der ersten Lebenstage.

SMITH: **Effusionen ins Kniegelenk.** Der volkstümliche Ausdruck Kniewasser hat auch bei den Aerzten Unklarheit hinterlassen. Die Flüssigkeit im Kniegelenk kann serös, purulent, blutig sein oder in den Maschen einer oedematösen Synovialmembran enthalten sein. Serös infolge eines Traumas oder einer Infektion vom Blut aus oder durch Reizung infolge ungewöhnlicher Anstrengung. Eiter immer durch Infektion eines pathogenen Organismus nach Trauma oder durch innere Infektion. Blut am häufigsten durch ein schweres Trauma, dann durch Infektion mit einem hämolytischen Organismus oder durch Hämophilie. Der Pneumococcus und verwandte Arten befallen zeitweise das Kniegelenk: seröse Ansammlung, seltener Eiter, keine Rötung, keine Schwellung, wenigstens nicht wesentlich, keine Temperaturerhöhung: Ausdehnung der Synovialtaschen, manchmal beider Gelenke. Druckschmerz durch die Spannung. Gonococcus: Eiteransammlung in der Gelenkhöhle im Gegensatz zu anderen Infektionen, wenn bei diesen nicht ein Trauma vorliegt. Tuberkulose: wenn nicht auf die anderen Strukturen des Gelenks ausgedehnt, erst seröse Ansammlung, die, wenn nicht rasch entfernt, durch Mischinfektion eiterig wird. Solche Ausschwitzungen kommen immer wieder, solange nicht die erkrankte Synovialmembran entfernt ist. Wenn nach einem Unfall das Knie schwer geschädigt ist ohne penetrierende Wunde und es erfolgt unmittelbare Füllung des Knies oder innerhalb 24 Stunden, so liegt immer eine Hämorrhagie des Knies vor. Wird nun das Blut nicht prompt entfernt, so kommt es entweder zu einer sekundären Infektion mit Abszeß, rapider Organisation des Blutgerinnsels mit Adhäsionen oder chronischer Gelenkläsion mit langer Konvaleszenz oder dauernder Schädigung des Gelenks. Hämophilie wird leicht diagnostiziert durch die Anamnese. Seröse Flüssigkeit wird am besten aspiriert am äußeren Rande der Quadricepssehne unter der Patella; keine antiseptische Flüssigkeit nachinjizieren.

SNOW: **Diathermie.** Verf. empfiehlt die Diathermie bei akuter und chronischer Bronchitis; bei letzterer 1 bis 2 Monate lang. Bei Pneumonie ist die Behandlung besonders erfolgreich, wenn sie nach dem 3. Tage appliziert wird. Die Fälle enden hier durch Lysis, nicht wie sonst bei Pneumonie mit Krisis. Wird die Behandlung im ersten Stadium vorgenommen, so ist die Mortalität gering. In 67 so behandelten Fällen betrug die Mortalität 19% gegen 42% in den Kontrollfällen. Die Diathermie ist keine Kontraindikation bei Anwendung anderer Heilmaßnahmen, macht sie aber überflüssig. Die zunehmende Phagocytose und die Hyperämie im ersten Stadium ist hier ein wichtiger Faktor: die Schüttelfröste und die pleuritischen Schmerzen werden abgekürzt. Auch im zweiten Stadium Erfolg, nur ist im vorgeschrittenen Falle, wenn Zeichen von Herzschwäche sich zeigen, zu empfehlen wegen eventueller Gefahr vermehrter Cyanose vorsichtig zu sein, alle 4—6 Stunden 15—20 Minuten. Er empfiehlt sie bei allen akuten Lungenprozessen, selbst in der Phthise.

Nr. 10, 20. Mai 1925.

LUDLUM und MC DONALD: Der Mechanismus der Krankheit.
MICHELONI: Spirochätosis Riverensis.
DURHAM: Intraperitoneale Implantation des Cervixcarcinoms.
• KNOPF: Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie der Tuberkulose.
BRIDGES: Einfacher Kunstgriff bei Thoraxaspiration.
HABERMAN: Diagnose akuter Gehirnzustände.
FEINBLATT: Metastatisches Carcinom der Pleura.
RIND und MYERSON: Quecksilbervergiftung durch Absorption von der Vagina.
• Anhang: CROOKSHANK: Der morphologische Faktor bei Rheumatismus und anderen Gelenkaffektionen.
• CRUIKSHANK: Proteinschock bei der Behandlung der rheumatischen Arthritis.
• COOMB: Der Verlauf der rheumatischen Herzaffektion.

KNOPF: **Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie der Tuberkulose.** Crofton führt aus: Der Tuberkulöse neigt dazu in einer primitiven, instinktiven Art zu reagieren, auf seine Impulse zu handeln, getrieben durch seine ungezügelten Erregungen, ausgeliefert seinem undisziplinierten Willen. Weigel: Die notwendige Entsagung und das sorgfältige Leben bedingen beim Tuberkulösen eine chronisch invalide Reaktion, die an eine Neurose grenzt, wenn sie sie nicht hervorruft. Noch weiter geht Saxe: Die fundamentalen Faktoren der psychischen Aufmachung des typischen Consumptiven sind der Verlust der Selbstkontrolle, ein brutaler Egoismus und die Fähigkeit zur Suggestion, Erregung und Reizbarkeit und die Tendenz zu einer rapiden nervösen und psychischen Ermüdung. Auch Fishberg betont den Egoismus. Dem tritt Knopf scharf entgegen, und aus der großen Zahl der entgegengesetzten Auffassung von Autoritäten, die er anführt, sei nur Osler erwähnt: Die unglücklichen Opfer der Tuberkulose sind über dem Durchschnitt in ihrem mentalen und moralischen Charakter. Besonders betone ich, daß der Tuberkulöse keineswegs zu Egoismus oder zu Verdrehung seiner ethischen Perceptionen geneigt ist. Natürlich gibt es unter den Tuberkulösen wie in jeder anderen chronischen Krankheit kongenitale oder erworbene Psychopathen. Dies ist aber Ausnahme, nicht Regel. Natürlich lullt sich der Tuberkulöse in den Glauben, es sei nichts mit seiner Krankheit und er fürchtet sich vor der bestimmten Diagnose, und wenn sie nur physikalisch gestellt ist, zweifelt er noch bis zum Bazillennachweis. Die Mitteilung der Diagnose ist eine Frage des Taktes, und röntgen beruhigt eher den Patienten als es ihn erregt, weil er aus den vielen latenten Läsionen sieht, daß das Leiden heilen kann. Die Aufnahme der Diagnose hängt ab vom Temperament, von der sozialen und finanziellen Lage. Oft wird die Situation durch den Wunsch nach Heirat oder Mutterschaft kompliziert. Hier muß der Arzt eben geübter Psychoanalist sein. Der terminale Optimismus hinsichtlich der Heilung, hervorgerufen durch die konstante anästhesierende Produktion von Tuberkulin, darf nicht gestört werden. Er muß aber vor außergewöhnlichen körperlichen Anstrengungen gewarnt werden. Er kann auch ruhig angehalten werden, sein Testament zu machen: noch niemand ist lediglich deswegen gestorben. Viel hilft eine Psychose oder Psychoneurose zu verhüten ein taktvoller Arzt mit entsprechend zweckmäßigen Einrichtungen. Bei der Anamnese sollte nicht zu viel Nachdruck auf die Familiengeschichte gelegt werden; Betonung, daß der Verlust eines nahen Verwandten an Tuberkulose noch nicht bedeutet, daß die übrige Familie dem auch verfällt. Hämoptyse ist eine Phase der Krankheit, die noch keineswegs die Aussichten auf Heilung vernichtet. Bei sorgfältiger Behandlung des Sputums besteht keine Gefahr der Uebertragung; die Umgebung sollte vor Phthisiophobie gewarnt werden. Nichts macht den Kranken elender als wie ein Leprakranker behandelt zu werden.

Prognose: hoffnungsvoll, keine Zeitbestimmung. Kummer und Angst sind die größten Hindernisse der Heilung, besonders bei Armen, wo oft die finanziellen Sorgen eine große Rolle spielen. Und hier kann der Arzt viel helfen; direkte Frage an den Patienten, was ihn bekümmert. Man wundert sich oft über die günstige psychologische Aenderung des Kranken: diese Phase der Psychologie des Tuberkulösen ist unendlich viel wichtiger. Bücher, Ruhe, Konversation sollen ihn von seiner Krankheit ablenken. Bei Depression diaphragmatische Atmung, die Konzentration verlangt und zugleich einen Heileffekt ausübt. Auch bei Schlaflosigkeit, die gerade bei Tuberkulösen infolge geistiger Uebertätigkeit oder zu intensiver Introspektion nicht selten ist, von großem Vorteil. Selbst den Husten kann er so kontrollieren und schließlich nur husten, wenn er expektorieren muß. Die Anorexie ist oft psychisch und auch hier psychisch zu behandeln. Schmerzen sind oft individuell sehr verschieden. Disput über ihre Möglichkeit ist verfehlt. Ihren nervösen Ursprung in Vordergrund stellen, eventuell Arzneimittel, ruhige Atmung, Ruhe überhaupt, eventuell bei religiös Veranlagten Beihilfe des Geistlichen.

CROOKSHANK: **Der morphologische Faktor bei Rheumatismus und anderen Gelenkaffektionen.** Die Theorie vom Locus minoris resistentiae heißt eigentlich mit anderen Worten: der schwächste Teil muß die Spannung aushalten. Darin liegt eigentlich eine petitio principii, denn wir nehmen eigentlich den Teil, der bricht, von vornherein als schwächsten an. Also die Teile, die am leichtesten affiziert werden, sind vom morphologischen vergleichenden Standpunkt aus betrachtet, ausgesprochen inferior, also weniger entwickelt, reversionären Charakters oder verharren im embryonischen oder infantilen Zustand. Der morphologische Charakter ist oft der beste Fingerzeig für die funktionelle Organisation. Nun kann man oft einen direkten Aufschluß über die von Krankheiten am meisten affizierten Teile nicht erhalten, wohl aber geben ihn die in Wechselbeziehung stehenden Strukturen. So haben Kinder mit akuter Mastoiditis schlecht entwickelte Luftzellen. Tatsächlich nähert sich ein Glied oder ein äußerer Teil, je weniger sie dem griechischen Ideal entsprechen, dem Maßstabe der primitiven Rassen oder dem der anthropiden Affen. Bei starker Inanspruchnahme brechen dann die in Beziehung dazu stehenden Organe zusammen. Dies weiß schließlich jeder Mechaniker: wenn gewisse Teile einer komplizierten Struktur hinsichtlich Form und Funktion unter dem Durchschnitt sind, versagen sie früher und sind wahrscheinlich von schlechtem Material.

Die praktische Anwendung auf Rheumatismus und Gelenkaffektionen: zunächst 2 Klassen von Inferiorität, die allgemeine Neigung zur Infektion oder zum metabolischen Irrtum und die besondere Neigung gewisser Strukturen, bei Infektion, metabolischem Irrtum, mechanischer Anstrengung usw. zu versagen. Man hat erkannt, daß Personen, die zu akutem Rheumatismus neigen, einen gewissen anthropologischen Typ aufweisen, und die Franzosen nehmen sogar eine arthritische Diathese an. Auch die Neigung zu Hautaffektionen bei diesen Personen ist hier zu erwähnen. All dies ist eigentlich nur die Generalisation einer allgemeinen Erfahrung: hier bietet das lacunare System — der lymphatische und der seröse Komplex — gewissen Infektionen gegenüber weniger Widerstand als normal. Und tatsächlich hat Dr. Draper nachgewiesen, daß Kinder mit Rheumatismus in Spitälern und Arthritiker in Bädern einander gleichen.

Diese Erkenntnis der Beziehung zwischen morphologischer Inferiorität und Neigung zu Gelenkerkrankungen ist ein Führer in der Prognose und in der Therapie und hat eine gewisse erzieherische Bedeutung.

Hier sind zunächst zwei Punkte zu erwähnen: einmal ist diese Inferiorität schon bei Anlage des Knorpels angedeutet und besteht in der Regel schon vor der völligen Ausbildung des Knochens; die Knorpel- und fibrösen Gewebe sind an sich als Material schon inferior, hypoplastisch, sind es aber auch hinsichtlich der Modellierung. Manchmal besteht auch eine Knochenhypoplasie, wie bei jungen rheumatoiden Frauen. Und die Knochenhyperplasie bei Erwachsenen und Alten, manchmal auch bei Jungen, ist eine wohlbeabsichtigte, aber unwirksame Kompensation, die wie so manchmal zu weit geht.

Dann liegt in manchen Fällen eine regressive Gewebshypoplasie unter trophischen Einflüssen vor, wie bei der tabischen Arthropathie, und diese trophischen Einflüsse sind klarer und aktiver bei den unentwickelten und regressiven Zellenstaten, wie beim Kind und beim Greis.

Beim normalen Erwachsenen besteht eine größere lokale Autonomie, bei ihm wird nicht das Ganze mitaffiziert wie beim Kind und beim Greis. Beide haben eine Neigung, die Affektion zu generalisieren. Speziell: die lange, knochige Hand entspricht den nicht mongolischen primitiven Rassen und pathologisch der hyperpituitären Hand en large und die kurze, plumpe Hand den mongolischen Rassen und der Hand en petit. Dann kommt die normale Hand der weißen Rasse. Nun findet man gerade hier nicht selten den hypoplastischen Mongolentyp, und zwar meist bei Rheumatikern. Ferner die Pleonostenose familiale Léris, eine kongenitale Mißbildung mit kompensatorischer Hyperostose, zugleich pathologisch und atavistisch. Meist bei Osteoarthritis. Auch bei der sogenannten Arthritis deformans der Hüfte hat man es nach Calot mit einer mehr weniger deformierten Hüfte und einem unvollständigen Acetabulum zu tun. Das Hüftgelenk und der Oberschenkelknochen bietet in mehr als einem Sinn ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Mensch und Affen; letzterem ähnelt der Mongolentyp, und wo die embryonale Entwicklung oder die im Kindesalter dahin geht infolge eines „gestörten Gedächtnisses" nach Butler, sieht man im weiteren Verlauf recht oft rheumatische Veränderungen. Auch die Sacralisation des 5. Lendenwirbels hat Bedeutung für rheumatoide Affektionen: Abnormitäten der lumbosakralen Spina sind Organinferioritäten im Sinne Adlers, Beweise für eine skelettale und cerebrospinale Inferiorität, somit für eine psychologische Inferiorität und vielleicht auch für eine trophische.

Krankheit ist die Funktion zweier Variabeln, des Bodens und der Saat des Organismus und der Umwelt. Organische Krankheit ist die Wirkung einer Beziehung, nicht die Ursache.

CRUIKSHANK: **Proteinschock bei der Behandlung der rheumatischen Arthritis.** Das Wesentliche der Proteinschockreaktion besteht in vermehrter Aktivität gewisser Teile des defensiven Körpermechanismus, deshalb ist es ein Mittel, die nichtspezifische Immunität bei der Behandlung von obskuren Infektionen, wie rheumatischer Arthritis, zu vermehren. Intramuskulär mit Pepton 0,3—0,6 g, zunehmend bis 1 g, 4—5 Injektionen in wöchentlichen Intervallen. Vor allem bessert und beschleunigt diese immerhin noch in den Kinderschuhen steckende Methode die klinischen Erscheinungen.

COMBS: **Der Verlauf der rheumatischen Herzaffektion.** Der Verlauf der rheumatischen Herzaffektion ist von Anfang bis zum Ende der eines infektiösen Prozesses und insofern vergleichbar der Lungentuberkulose und der cerebrospinalen Syphilis. Unsere wesentliche Beeinflussung besteht in der Prophylaxe. Behandlung kann den Prozeß hinziehen und aufhalten, aber keine restitutio erreichen.

Nr. 11, 3. Juni 1925.

SHUMWAY: Chronische CO-Vergiftung.
SCHEPPEGRELL: Heufieberpollen in höheren Luftregionen.
KAHN und GROTHAUS: Pollensensibilität.
LEWELLYN: Endokrine und Rheumatismus.
EIDEKSBERG: Milch parenteral bei Arthritis.
STEWART: Spätfolgen von Mandeloperationen.
BAAR: Indikanämie.
LEBER: Periodische physikalische Untersuchungen für Aerzte.

Nr. 12, 17. Juni 1925.

BILLING und MATHEWS: Gewebsfibrinogen und Blutgerinnungszeit.
° TAYLOR: Rücken- und Dorsalstrukturen vom Standpunkt des Inneren.
BLAUSTEIN: Vergleichung der Nierenfunktion vor und nach der Prostatektomie.
° HIDEN: Wachstum und Entwicklung der Kinder.
POWERS: Das Kaffeesyndrom.
LEWELLYN: Endokrine und Rheumatismus.
° Anhang: VISHER: Chronisch reizbares Colon.

TAYLOR: **Rücken- und Dorsalstrukturen vom Standpunkt des Inneren.** Schmerzen im Rücken oder Empfindlichkeit dort bei tiefer Palpation sind ein vierfaches Phänomen von tonischem Spasmus der Paravertebralmuskel und ihrer Assertionen, klinisch eine Fibromyositis, eines gereizten oder erschöpften Metamerenzentrums, einer peripheren Läsion oder Reizquelle und damit eine Reflexstörung und endlich einer Störung des metabolischen Gleichgewichts. Wenn man es sich zum Grundsatz macht, den Rücken in allen Fällen wie etwa das Herz zu untersuchen, so wird man viele Fälle finden mit latentem Schmerz, latenter Empfindlichkeit. Diese Schmerzen werden am meisten falsch interpretiert, sie haben vielfach die Eigentümlichkeit, sekundäre Schmerzen zu übertönen; sind besonders häufig im späteren Alter.

Vor allem sind dabei zu beachten Krampfzustände in den Streckmuskeln und ihre Folgen, die entweder in den Muskeln selbst sitzen können, in vielen Fällen aber durch ein gereiztes Eingeweide dorthin reflektiert sind. Sie verschwinden oft, wenn durch die Lage Erschlaffung der Muskel eintritt. Beispiel: Flatulenz steht oft in enger Beziehung zu Schwankungen im Blutdruck. Die vasomotorischen und visceromotorischen Verhältnisse spielen dabei eine wichtige Rolle. Man wird bei eingehender Palpation des in erschlafftem Zustand auf dem Bauch liegenden Patienten sehr wohl Spannungen, selbst Rigiditäten längs der Vertebralachse finden; auch der Patient fühlt dann einen dumpfen, manchmal scharfen Schmerz, und zwar immer an diesen Stellen. Bei wechselndem Druck (Massage. Der Ref.) läßt dieser Schmerz in kurzer Zeit nach.

HIDEN: **Wachstum und Entwicklung der Kinder.** Der einfache Kropf kommt wohl im allgemeinen durch Jodarmut in der Nahrung; aber letztere muß nicht immer zu Kropf führen. Und gerade die Fälle, die unbedingt Jod brauchen, haben meist keine ausgesprochenen Anzeichen hierfür. Es sind dies oft Fälle mit cervikaler Adenitis, die der Spezialist gerne auf infizierte Mandeln, Adenoide und chronischen Nasenrachenkatarrh zurückführt und zu Unrecht die Tonsillektomie vorschlägt, während das ganze Bild sehr rasch auf Jodkalziumtherapie weicht. Wichtig ist es nun, diese Fälle zu eruieren, folgendes zu beachten: immer auf Cervikaldrüsenschwellung achten; ein Teil dieser Kinder wird tuberkulös sein und eine andere Behandlung benötigen; wohlgenährte, fast dicke Kinder mit wächsernem, dickem Gesicht und schläfrigem inaktivem Charakter, unter Umständen mit unregelmäßigem, verhältnismäßig langsamem Herzschlag; schwache, träge Kinder mit hartnäckiger Obstipation und aufgetriebenem Leib; Kinder mit retrahierten Augen, geschlitzten Lidspalten, wenig lebhaft, trockener Haut, glanzlosem Haar. Die Form der Finger und der Zähne, namentlich Rinnen in den Schneidezähnen. 2 bis 3 dieser Symptome berechtigen die Jodmedikation einzuleiten.

VISHER: **Chronisch reizbares Colon.** Schließt manche Fälle von spastischer Konstipation, chronischer Colitis, nervöser Diarrhoe, intestinaler und gastrischer Neurosen ein. Ziemlich häufig, besonders bei neuropsychiatrischen Fällen. Pathologisch: spastische Kontraktion des Colon, sonst nichts. Aetiologie: vermehrte Reizbarkeit des Auerbachschen Plexus, manchmal vielleicht erblich, Klystiere, Abführmittel, chronische Obstruktion, diätetische Unregelmäßigkeiten, schwächende Krankheiten, chronische Appendicitis und Cholecystitis, urethrale Pathologie. Hierher gehören also Ptosis, peritoneale Adhäsionen, Beckentumoren, Schwangerschaft, Aufnahme zu großer Mengen grober, gebratener, schlecht gekochter Nahrung, dann Tuberkulose, namentlich der Lungen, Nephritis, Diabetes, Ca., chronische Appendicitis, andere Infektionsherde, z. B. Mandeln. Man hat sie auch nach extensiven Operationen am Magen beobachtet; bei Achylie, in manchen Fällen werden nur die Proteinstoffe, in anderen die Kohlehydrate nicht verdaut. Neuerdings ist sie auch bei Ureterstriktur beschrieben worden. Uebermüdungen, Schrecken, Menstruation, Erkältungen, Bronchitis als auslösende Faktoren.

Verlauf: chronisch mit langen Remissionen, manche von der Wiege bis zum Grabe begleitend.

Symptome: dreierlei, solche, die das Colon selbst betreffen, reflektorische von anderen Organen und Absorption toxischer Substanzen. Also zunächst diffuse abdominale Störungen, sogar Schmerzen mit Diarrhoe, meist über der splenischen Flexur, nach der Defäkation besser, abnorme Flatulenz, intestinale Krämpfe, oft vor dem Stuhlgang, Tenesmus, das Gefühl unvollständiger Entleerung. Dann Drucksymptome, wie Palpitation, Dyspnoe, Angina.

Die Hauptsymptome sind gastrische: Sodbrennen, Neigung zu Aufstoßen, Unbehagen und Fülle auch nach kleinem Mahl. Der Hunger vergeht oft schon nach ein paar Bissen. Nausea, seltener Erbrechen während der diarrhoischen Attacke. Manche Kranken stellen die Diagnose Dyspepsie oder chronische Magenentzündung selbst. Hauptsymptome der toxischen

Absorption: Kopfschmerzen, allgemeines Unbehagen, Neuralgie, Arthralgie, Myalgie, präcordiale Schmerzen, Urticaria, Akne u. a. Hautaffektionen, Retinitis, Tachykardie, leichte Ermüdbarkeit, Energieverlust, Schlaflosigkeit, neurotische und neurasthenische Symptome. Physikalisch findet man eine subikterische schmutzige Haut, belegte Zunge, üblen Atem. Empfindlichkeit über dem ganzen Abdomen, oft nur über dem Colon und Empfindlichkeit der Abdominalplexus. Oft spastische Kontraktion über dem Colon, Empfindlichkeit der Nervenstränge. Blut- und Magenanalyse normal, auch Hyper- oder Hypoazidität. Röntgen nichts Pathologisches. Langsame Entleerung des Colon, oft Spastizität. Stuhl: wechselnd, hart, klein oder wässerig mit Schleim, in schweren Fällen oft normal. Gewöhnlich kein Eiter, kein Blut. Sauer beim fermentativen Typ, alkalisch beim putrefaktiven.

Diagnose nur schwierig, weil leicht schwere Zustände maskiert werden können, wie Appendicitis, Cholecystitis, Ca. des Magens oder Darms, ulcerative Colitis, intestinale Obstruktion, perniciöse Anämie, Ureterstriktur, Lungentuberkulose. Atonische Konstipation: kein abdominelles Unbehagen, keine Toxämie, große geformte Stühle, keine Diarrhoe; Röntgen: eher Dilatation. Muköse Colitis: große Massen dicken Schleims periodisch; dieselbe Behandlung.

Behandlung: oft ist chirurgische Behandlung nötig, z. B. Appendektomie, dann aber innere Behandlung, deren Vernachlässigung eben die Mißerfolge zeitigt.

Dann Beseitigung der anderen ätiologischen Faktoren: es gibt mehr Laxantiomanen als Morphiomanen. Deshalb möglichst wenig Kathartica verschreiben. Diätetische Irrtümer: Fett ist recht schädlich, besonders gebratenes Schweinefleisch, Wurst. Am wenigsten noch Butter und vegetabilisches Oel. Das in Fett eingehüllte Material wird im Colon von Bakterien angegangen; es entstehen reizende Fettsäuren, deren Neutralisation und Verseifung im Colon unmöglich ist. Die Kohlehydrate und Proteine fallen den fermentativen und putrefaktiven Bakterien anheim: CO_2, SH_2 usw., Indol, Skatol, Histamin. Hierdurch entweder Diarrhoe oder Autointoxikation. Aehnliches gilt von den zellulosehaltigen Vegetabilien, wenn sie nicht genügend gekocht sind. Bei Früchten kommt es ganz darauf an, ob sie verstopfen oder laxieren, ob die Haut mit verschluckt wird, ob sie fein verteilt werden bezüglich ihres Fleisches, je nach dem Stadium, das vorliegt: Verstopfung oder Durchfall.

Bei Diarrhoe: Bettruhe, trockene Wärme auf den Bauch, blande Diät. Fermentativ: Kohlehydratfrei; putrefaktiv: Proteinfrei. Medikamente nur palliativ: selten Kalziumphosphat und Kalziumkarbonat, Wismutsubnitrat ana, 1—2 Teelöffel voll alle 4 Stunden. Eventuell Atropin gegen Spasmen. Kein Opium oder Tannin, manchmal Hypnotica, Brom, Codein in neurotischen Fällen, aber kurz. v. SCHNIZER.

Buchbesprechungen.

Dr. O. L. Forel: **Die Psychologie der Neurosen.** (La Psychologie des Névroses.) Verlag Kundig, Genf. — Preis: Frcs. 4,—. — Verf. wendet sich mit dem vorliegenden Werk „an die, welche suchen", d. h. an alle diejenigen, die sich bemühen, das Labyrinth der psychologischen Wirrnisse zu durchdringen und dabei leiden. Diesem Zwecke wird Verf. vollauf gerecht. Er ordnet die schwierige Materie in übersichtlicher Weise und berücksichtigt besonders die normale Psychologie in ihrer Beziehung zu den Psychosen, bezw. ihre Abweichung davon. Das Seelenleben der Jugendlichen wird ausführlicher als sonst üblich betrachtet, die Lehre Freuds, noch immer das Stiefkind der Psychiatrie, in aller Kürze mit ebensoviel Klarheit wie Verständnis behandelt, wobei betont wird, wie man anfangs glaubte, daß in Frankreich die Psychoanalyse nun Eingang finden würde, während sie gerade in den letzten Jahren dort eine ungeheure Anhängerschaft und Verbreitung gewonnen hat. Vor allem wird aber die Frage der Therapie eingehender als sonst behandelt, wobei Verf., wie es seiner mehr psychologischen Orientiertheit entspricht, alle die Behandlungsmethoden genauer würdigt, die auf psychologischen Grundlagen aufgebaut sind wie die therapeutischen Hypnosen, Suggestionen, Analysen und die sogenannten extra-medikalen Methoden der Christian Science, der Wunderheilungen und der moralischen und persuatorischen Beeinflussungen, so daß das Buch eine wertvolle und höchst willkommene Ergänzung der bekannten und gebräuchlichen Werke der klassischen Psychiatrie bildet. Haber.

Paul Cohnheim: **Die Enterie (enterogene Neurasthenie), ihr Wesen und ihre Behandlung.** Halle 1924. Verlag von Carl Marhold. 29 S. 1,20 M. — Definition: Die „Enterie" umfaßt alle von einem chronisch erkrankten Darm ausgehenden örtlichen und allgemeinen reflektorischen Krankheitssymptome, die im wesentlichen vasomotorischer Natur sind. Sie ist stets eine sekundäre Erkrankung. Manche Symptome der Enterie sind reflektorisch, manche durch Resorption von Giften zu erklären, die sich bei abnormer Darmgärung bilden. Ein labiles Nervensystem ist Vorbedingung. Alle mit Stagnation pathologischen Kotes einhergehenden Darmaffektionen führen bei neuropathisch veranlagten Individuen zur Enterie. Nächst den örtlichen Erscheinungen seitens des Magendarmkanals finden sich solche am Herzen und am ganzen Zirkulationsapparat: Oppressionsgefühle in der Herzgegend, Dyspnoe, Herzklopfen, Blutdrucksteigerung, Wallungen, Kopfkongestionen, Ohrensausen, Dermographie usw. Dazu kommen Störungen des Allgemeinbefindens. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Sklerose der großen Gefäße, Appendicitis larvata, peritonitische Verwachsungen nach Traumen, Bauchoperationen, Unterleibs- und Blinddarmentzündungen usw. Die Bekämpfung der Enterie muß mit der Therapie der Magendarmaffektion beginnen, die Behandlung muß weiterhin sich gegen das labile Nervensystem richten, also: 1. Gasbildung durch Darreichung einer passenden Diät beschränken (keine Zellulose, demnach kein Kohl, keine Hülsenfrüchte, Rettich, Schwarzbrot, Kürbis, Gurken, Birnen, Preißel-, Stachel-, Johannisbeeren; keine Nahrung, die den Darm chemisch oder physikalisch reizt wie essigsaure Speisen und Getränke, saures Obst, kaltes Kompott, eiskalte Speisen und Getränke. Erlaubt sind alle Fleisch- und Fischspeisen, Fette, Butter, Oel, Palmin, Margarine, Zucker, Eier, Weißbrot, Zwieback, Keks, Tee, Schokolade usw. Empfohlen wird eine Schokoladenkur: früh nüchtern und abends vor dem Schlafengehen je 30 g Schokolade, dazu ein Glas kaltes Wasser, außerdem je 20 g 15 Minuten vor dem Mittag- und Abendessen, zusammen also 100 g. Diese Kur ist gut gegen Obstipatio spatica oder primäre Kolitis mit Spasmen; 2. die pathologischen Gärungsprodukte unschädlich machen und eliminieren (Tierkohle, Magnesia, Kalzium, Resorcinum resublimatum, Karminativa, Hefepräparate, Einläufe von Oel oder Paraffin; 3. die Kolitis behandeln (Trinkkuren); 4. den Status nervosus bessern (Sanatorium, Brom, Opium, Baldrian, Recvalysat usw.). Prognose im allgemeinen günstig. Kurt Mendel (Berlin).

Mitteilungen.

Frankfurt a. M. Das Universitätsinstitut für physikalische Grundlagen der Medizin, Frankfurt a. Main, Weigertstraße 3 (Direktor: Professor Dr. Fr. Dessauer), beabsichtigt vom 30. Januar bis 11. Februar 1296 einen kombinierten Röntgentiefentherapie- und Diagnostikkurs im Diakonenkrankenhaus zu Duisburg und vom 13.—22. Februar 1926 einen Diagnostikkurs im Elisabethenkrankenhaus zu Essen a. d. Ruhr abzuhalten.

Anmeldungen und Anfragen sind zu richten entweder an das Institut oder für den Kurs in Duisburg an das Büro des Diakonenkrankenhauses bzw. für den Kurs in Essen an das Elisabethenkrankenhaus (Oberarzt Dr. Clemens). Anmeldungen werden möglichst frühzeitig erbeten.

Das Honorar für den kombinierten Kurs in Duisburg beträgt 70 M. (bzw. 40 M. für diejenigen, die diesen Kurs zum zweiten Male mitmachen). Für Essen 55 M.

Therapeutische Mitteilungen.

Staatlich Oeynhausener Salz-Seifencreme.

Von

Professor A. BICKEL, Berlin.

Die Herstellung medizinischer und kosmetischer Präparate aus den Salzen der Mineralquellen ist schon lange üblich. Wohl mit das älteste Zeugnis für solche Quellindustrie sind die „Pilae Mattiacae“, die aus dem roten Sinter des Wiesbadener Kochbrunnens hergestellt und viel nach dem alten Rom der Kaiserzeit exportiert wurden. Durch ihren Gebrauch wollten die Damen der römischen Aristokratie ihrem schwarzen Haare jenen rotblonden Schimmer verleihen, den das Haar der germanischen Frauen hatte. Ihre Haarfarbe war damals die große Mode in der römischen Kapitale. Martial hat dieses älteste Produkt deutscher Quellindustrie, von dem wir Kenntnis haben, in einem Epigramm besungen. In einer Uebersetzung lautet es:

„Willst Du das grauende Haar zu neuem Glanze Dir färben,
Mattische Kugeln wohlan, biete ich, Kahle, Dir dar.“

Mit der Heilwirkung der Wiesbadener Quellen hatte dieses rein kosmetischen Zwecken dienende Erzeugnis nichts zu tun. Die Rückstände abgedampfter Mineralwässer, die sogenannten Quellsalze, stellen heute vielfach bedeutende Exportartikel dar. Aber diese Quellsalze finden auch häufig weitere Verarbeitung, als Zusätze zu Bonbons, Seifen, Salben u. a. m. Hierzu gehört auch der neuerdings zur Fabrikation gelangende Staatlich Oeynhausener Salz-Seifencreme „Dolisol“. Er soll die Oeynhausener Kur bei rheumatischen und verwandten Affektionen in der Weise unterstützen, daß mit ihm lokale Einreibungen der Haut über den erkrankten Körperteilen vorgenommen werden. In diesem Creme ist das Oeynhausener Salz in äußerst feiner Verteilung in überfetteter Seife als Grundsubstanz enthalten, die mit einem Zusatz von Ol. Gaultheriae versehen ist.

Der Oeynhausener Salz-Seifencreme, der mir zum Zwecke der experimentellen Prüfung seiner hyperämisierenden Wirkung übersandt worden war, hat bereits durch Kionka eine eingehende pharmakologische Untersuchung erfahren. Insbesondere konnte Kionka den Nachweis führen, daß die Grundmasse dieses Seifencremes nach Fortlassung des Oeynhausener Salzes nicht im Entferntesten die exzitierende Wirkung auf die Hautgefäße ausübt, wie es die gleiche Masse in Verbindung mit dem Oeynhausener Salz tut. Ich selbst habe einige Versuche in gleicher Richtung, in der die Kionkaschen Versuche liegen, vorgenommen.

Die Versuchsanordnung war derart, daß die beiden Ohren einiger Kaninchen auf den gleichen Flächen rasiert wurden. Dann wurden die Tiere einige Tage sich selbst überlassen, damit die durch das Rasieren gesetzte Reizung abklänge. Als das erfolgt war, wurde bei jedem Versuch bei einem Tier das eine Ohr ½ Minute mit Oeynhausener Creme, das andere Ohr aber mit gewöhnlicher Vaseline gleichmäßig unter leichtem Aufstreichen eingerieben. In allen Versuchen an verschiedenen Tieren zeigte sich nun folgendes: An dem mit Oeynhausener Salz-Creme behandelten Ohre war nach 5 Minuten eine starke Hyperämie entstanden, bei der die Blutgefäße stark hervortraten. Das mit Vaseline behandelte Ohr blieb im Gegensatz zu jenem nach einer flüchtigen Rötung in unmittelbarem Anschluß an die Einreibung blaß. Bei dem mit Oeynhausener Creme behandelten Ohre nahm auch nach Beendigung der Einreibung die Hyperämie zunächst noch weiter zu. Etwa 30 Minuten nach der Einreibung hatte der hyperämische Zustand seinen Höhepunkt erreicht, dann klang die Erscheinung ab, aber auch noch nach einer Stunde war ein Unterschied zwischen diesem Ohr und dem anderen hinsichtlich der Rötung vorhanden. Alle meine Versuche verliefen bei den verschiedenen Kaninchen in fast absolut identischer Weise.

Aus meinen Beobachtungen ergibt sich, daß der Staatlich Oeynhausener Salz-Seifencreme bei seiner Einreibung in die Haut eine aktive Hyperämie erzeugt, die von längerer Dauer ist, und aus der sich die Zweckmäßigkeit der Anwendung dieses Cremes bei allen lokalen Erkrankungen, zu deren Heilung eine Hyperämie erwünscht ist, ergibt.

(Aus dem Institut zur unentgeltlichen ambulatorischen Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in Mantua.)

Catamin bei Behandlung der Krätze.

Von

Dr. VISIOLI, Direktor des Institutes.

Wenn auch die Behandlung der Krätze im allgemeinen keine Schwierigkeiten bietet, da uns seit alters her eine ganze Reihe geeigneter Mittel, wie Schwefel, Styrax, Perubalsam usw. zur Verfügung stehen, so ist es doch oft schwierig, ein Mittel zu finden, welches die Krätze in kurzer Zeit heilt, ohne Hautreizungen zu verursachen und insbesondere die empfindliche Haut der Kinder, wenn sie von Sekundärinfektionen befallen ist, zu schädigen. Auch toxische Nebenwirkungen wie Nierenreizungen, sind leider häufig eine unangenehme Begleiterscheinung der oben erwähnten Medikamente.

Von den zahlreichen modernen Mitteln, die allen Ansprüchen nach Angabe der herstellenden Firmen genügen sollen, habe ich ausgiebige Versuche mit der von der Firma J. D. Riedel A.-G Berlin-Britz hergestellten Schwefelsalbe Catamin angestellt. Das Catamin enthält zwar nur 5% Schwefel, jedoch ist die milbentötende Wirkung infolge der äußerst feinen Verteilung des Schwefels und der damit erreichten großen Oberflächenwirkung eine ganz hervorragende. Das Catamin enthält außerdem noch 10% Zinkoxyd und als Salbengrundlage Vaseline, so daß es eine farb- und geruchlose Salbe darstellt, deren Konsistenz die Einreibung außerordentlich angenehm macht. Catamin ist in Tuben zu 55 g und Töpfen zu 130 g im Handel. Ueber die gute Wirkung und die zahlreichen glänzenden Erfolge ist in der Fachpresse bereits eine reichhaltige Literatur erschienen und ich möchte besonders die Arbeiten von Kiess: „Rationelle Behandlung der Krätze“ (Universitätsklinik Leipzig) und von Dr. Schirren, Assistent der Lassarschen Klinik in Berlin, erwähnen. Die von den genannten Autoren erzielten günstigen Erfolge mit Catamin veranlassen mich, auch in dem von mir geleiteten Institut zur unentgeltlichen ambulatorischen Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten in Mantua, das Catamin anzuwenden. Die Zahl der Krätzekranken in diesem Institut ist außerordentlich groß. Behandelt wurden wenige Fälle mit einfacher Krätze und hauptsächlich solche Krätzekranken, die eitrige oder entzündliche Sekundärerscheinungen als Folge von Kratzeffekten, langer Krankheitsdauer und Unsauberkeit boten, auch Fälle, bei denen eine vorhergegangene Behandlung mit anderen Krätzemitteln Hautreizungen oder impetiginöse Ekzeme verursacht hatten. Die Mehrzahl der Behandelten waren Kinder, da man bei diesen die Verträglichkeit eines Mittels am besten feststellen kann. Es waren im ganzen 44 Fälle, die mit Catamin behandelt wurden, darunter 34 Kinder und von diesen 10 Säuglinge, die übrigen waren Erwachsene, davon 6 Frauen und 4 Männer. 7 von den Kindern boten das Bild einer einfachen Krätze, die anderen 27 hatten außerdem Sekundärerscheinungen, wie Pyodermien, Furunkulose, Impetigo, sogenannte Kratzeffekte, Dermatitis usw. Auch bei anderen Dermatosen parasitärer Natur wurde in 12 Fällen das Catamin angewandt.

Die Behandlung wurde von den Patienten nach folgender Vorschrift zu Hause ausgeführt: Bei Kindern wurde am ersten Abend eine Einreibung von 5 bis 10 Minuten Dauer mit besonderer Berücksichtigung der Prädilektionsstellen vorgenommen, am folgenden Morgen und Abend eine zweite und dritte Einreibung und am Morgen des dritten Tages eine vierte Einreibung. Am Abend des dritten Tages ließ ich ein Reinigungsbad nehmen und Leib- und Bettwäsche wechseln. Der Gesamtverbrauch für eine solche Kur war 55 g Catamin. Bei Erwachsenen ließ ich an drei aufeinanderfolgenden Abenden je eine Einreibung machen und am Morgen des vierten Tages ein Reinigungsbad nehmen und Wäsche wechseln. In diesem Falle war der Gesamtverbrauch etwa 130 g Catamin.

Bei der Hälfte aller Fälle ließ ich vor Beginn der Krätzekur ein warmes Bad mit Seifenwaschung vorausgehen. In der kalten Jahreszeit wurde das Catamin vor der Einreibung etwas angewärmt.

Von den mit Sekundärerscheinungen befallenen Patienten machte ich drei Gruppenunterschiede:

1. Gruppe: Scabies und Pyodermie, davon 6 Fälle mit Impetigo, bei dem Catamin rasch auf die vorhandenen Eiterpusteln einwirkte, ohne daß eine sonstige besondere Behandlung des impetiginösen Ausschlages notwendig war. Drei Fälle hatten neben der Scabies eine ausgedehnte Furunkulose, zum Teil mit tiefen Abszessen. Ein Fall zeigte infolge starker Kratzeffekte eine Lymphangitis und Lymphadenitis, die zunächst mit feuchten Umschlägen behandelt wurden. Die anschließende Behandlung mit Catamin brachte einen vollen Erfolg in kürzester Zeit. Auch zwei Fälle von eitriger Folliculitis wurden durch Catamin schnell gebessert.

2. Gruppe: Scabies und Ekzem. Im ganzen wurden 10 Fälle behandelt, von denen vier ein intertriginöses Ekzem an den Achselhöhlen und Gesäßfalten zeigten, das besonders heftige Schmerzen und Brennen verursachte. Das Catamin rief selbst bei diesen Fällen keinerlei Reizungen hervor und beschleunigte den Heilverlauf außerordentlich. Die anderen Fälle zeigten ausgedehnte Hautreizungen durch vorangegangene Behandlung mit Schwefelsalbe und auch diese vertrugen das Catamin anstandslos.

3. Gruppe: Es handelt sich um 5 Fälle, bei denen die Vielgestaltigkeit der Sekundär-Erscheinungen eine bestimmte Klassifizierung nicht zuließ; es waren neben Kratzeffekten Impetigopusteln, Furunkel, ekzematöse Veränderungen, oberflächliche Erosionen und tiefe Abszesse vorhanden. Trotz der schweren Hauterscheinungen wurde auch von diesen kleinen Patienten das Catamin sehr gut vertragen.

Die 10 Fälle von Erwachsenen mit Scabies hatten ebenfalls namentlich eitrig-entzündliche Sekundär-Erscheinungen, die durchweg unter Catamin in kürzester Zeit heilten.

Die Eltern der Kinder waren meist hocherfreut und berichteten einstimmig, daß die Einreibungen von den Kleinen ohne die geringsten Klagen und ohne Reizerscheinungen vertragen wurden. Die Kinder beruhigen sich schnell, das Jucken ließ nach und bereits in der ersten Nacht hatten die Kinder einen ruhigen Schlaf.

In den Fällen, wo eine einfache Krätze ohne Komplikationen vorlag, genügte meist zur völligen Heilung eine Tube Catamin zu 55 g, bei Erwachsenen ein Topf mit 130 g. In den besonders hartnäckigen Fällen verbrauchten die Kinder etwa 100 g, die Erwachsenen 150 g. Sämtliche Kranke wurden über einen Monat nachkontrolliert und in keinem Fall trat ein Rückfall der Erkrankung auf. Auch das bei anderen Mitteln häufig beobachtete postscabiöse Jucken wurde niemals beobachtet. Die Catamin-Behandlung zeigte auch in all den Fällen, wo vor der Behandlung kein warmes Bad verabfolgt wurde, vollen Erfolg, sodaß ich diese Maßnahme für überflüssig halte. Die regelmäßig während der Behandlung durchgeführte Urinkontrolle ergab stets einen normalen Befund, ja in einigen Fällen, wo Albuminurie schon vorher vorhanden war, verschwand diese in der Zeit der Catamin-Behandlung rasch.

Bei der Behandlung anderer Dermatosen zeigte ebenfalls das Catamin ganz vorzügliche Resultate, besonders bei parasitären Erkrankungen wie Acariasis, Pityriasis versicolor und Phthiriasis. Auch bei Furunkulose und Akne halte ich Catamin für angezeigt. In einen Fall von impetiginöser Sykosis des Bartes konnte ich in 3 Tagen mit Catamin allein eine vollkommene Heilung erzielen.

Jedenfalls kann man sagen, daß bei allen Dermatosen, bei denen überhaupt Schwefel angezeigt ist, das Catamin an erster Stelle wegen seines hervorragenden Erfolges angewandt zu werden verdient. Zusammenfassend möchte ich betonen, daß Catamin eine ganz vorzügliche Krätzesalbe darstellt, die auf Grund ihrer idealen Wirkung, namentlich in der Kinderpraxis, verdient, eine Vorzugsstellung unter den modernen Krätzemitteln einzunehmen. Dazu kommt, daß die Behandlung mit Catamin außerordentlich billig ist, da sich auch bei schwersten Formen eine Nachbehandlung mit anderen Salben oder Puder, die man bei vielen Krätzemitteln nicht entbehren kann, vollkommen erübrigt.

LIBRARY
RECEIVED
FEB 26 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 2,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 2 BERLIN, DEN 31. JANUAR 1926 44. JAHRGANG

4

Calcium-Diuretin (Knoll)

(Theobromin.-Calcium salicylic.)

gutverträgliches

Herz- und Gefäßmittel,
Diuretikum.

Vorzüge gegenüber Theobromin.-natr. salicylic.

Nicht laugenhaft schmeckend, *da die Kalkkomponente an Stelle des Natrons bei Theobrom.-natr. salicylic. getreten ist.*

Gute Verträglichkeit. *Calcium-Diuretin durchläuft den Magen größtenteils ungelöst und gelangt erst im Darm zur Lösung und Resorption.*

Zuverlässigste Wirkung. *Der Theobromingehalt beträgt stets ca. 48 %.*

Rp. Calcium-Diuretin-Tabl. zu 0,5 g.

Originalpackung mit 20 Stück (M 1.65)
» » 10 » (» –.90)
*Für Anstalten **Spitalpackungen** zu ermäßigtem Preise.*

Dosierung wie bei Theobromin.-natr. salicylic.

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl.
0,5 Calcium-Diuretin + 0,1 Kal. jodat.
Nach Prof. *S. Askanazy*, Königsberg i. Pr.
ausgezeichnet bewährt
bei **stenokardischen** und
asthmatischen Zuständen.
Rp. Originalpackung mit 20 Tabl. M 2.—
» » 10 » » 1.10
3 mal täglich 1 Tabl. nach dem Essen.

*Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. in O.-P. dürfen auch **in der Kassenpraxis** verschrieben werden, da sich ihre Verordnung billiger stellt als eine ähnliche rezepturmäßig verschriebene Arzneikombination.*

KNOLL
KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein.

Versuchsmengen gern zur Verfügung.

Literatur und Proben
auf Wunsch

Literatur und Proben
auf Wunsch

Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co., G. m. b. H.
Frankfurt am Main-Süd 10

EUCHININ wirksames Chininfabrikat, fast geschmackfrei, bewährt bei **Malaria** und **Keuchhusten.**

EUCUPIN basic. zur Behandlung und Verhütung der **Grippe-Pneumonie** 1,2 g pro die.

EUNATROL ist ein bekanntes Cholagogum, welches die Gallenabsonderung steigert, die Leberzellen anregt und als spezifisches, schmerzlinderndes und die Gallensteine austreibendes Mittel bei **Gallensteinkolik** und katarrhalischem **Ikterus** Verwendung findet.

EUSTENIN (Theobrominnatrium-Jodnatrium). Erprobtes Mittel gegen **Arteriosklerose, Angina pectoris** und **Aortenaneurysma.** Sehr empfehlenswert für alle Fälle, wo eine Verbindung der Jodbehandlung mit Theobromin wünschenswert erscheint.

Ein wirksames Präparat bei **Malaria,** neutral und sehr leicht löslich, innerlich und zur intramuskulären Injektion ist

HYDROCHININ
hydrochloric.

VALIDOL und VALIDOL CAMPHORAT. Bewährte Tonika bei **Herzbeschwerden** verschied. Art. Dosis: 5—10 Tropfen auf Zucker.

OPTOCHIN basic. Spezifikum gegen kruppöse und katarrhalische **Pneumonie.** 1,0 g pro die.

OPTOCHIN hydrochlor. Intralumbale Behandlung der epidemischen und **Pneumokokken-Meningitis.**

OPTOCHIN hydrochlor. ist in der **Augenheilkunde** Spezifikum gegen **Pneumokokken-Infektion.** Indikationen: **Ulcus corneae serpens, Dakryocystitis,** Conjunctivitis, Lichtscheu, **Prophylaxe vor Operationen.**

4

Gelonida
Aluminii subacetici No. I zu 0,5 u. 1,0
Originalsch. mit 20 Stck.
Klinikpack zu 500 Stck.
(basisches Aluminiumacetat mit ca 10% Aluminiumsulfat)
das bekannte völlig ungiftige Präparat gegen
Oxyuriasis
Seit 15 Jahren als
zuverlässiges Wurmmittel
bewährt
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Gewerbemedizinalrat Dr. Gerbis, preuß. Landesgewerbearzt: Meldepflichtige Berufskrankheiten . 45
Prof. Laubenheimer, Mitglied des Staatsinstitutes für experimentelle Therapie, Frankfurt a. M.: Ueber neuere Methoden zur Serodiagnose der Syphilis 50
Prof. H. Strauß, Berlin: Diagnostik und Therapie der Fistula gastro-colica 53
Dr. P. Ziegelroth: Ueber Vitamine und eine einfache Art, besonders vitaminreiche Suppen und Speisen herzustellen 54
Dr. Jean Kottmaier, Mainz: Röntgenfortschritte in Diagnostik und Therapie 57

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1925, Nr. 50—52 63
Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 49—51 . 65
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1925, Nr. 21—22 66
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1925, H. 1 u. 2 67
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Heft 1 67
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, H. 6 68
Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, H. 2 . . 69
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1925, Heft 1 u. 2 70
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, H. 1 71
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Heft 3/4 . . . 71
Schweiz. Med. Wochenschrift Nr. 45-46 72
Acta Medica Scandinavica 1925, Heft 5-6 73
Journal of the American Medical Association, Chicago 74
The American Journal of the Medical Sciences, 1925, **169**, Nr. 2—6, **170**, Nr. 1—2 77
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Nr. 1 79
Medical Journal and Record, 1925, Nr. 1—4 80

Buchbesprechungen 84

Jodocalcit-Tabletten *Die bekömmliche Jod-Calciumdarreichung*
Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

FÜR ZUCKERKRANKE
FORNET INSULIN PILLEN
IN ALLEN APOTHEKEN
SAARBRUECKEN 1
INSTITUT FUR MIKROBIOLOGIE

KRIPKE

Guajacetin: Tuberkulose, seit 40 Jahren bewährt. 25, 50, 100 Tabletten.
Migrol: Neuralgie, Migräne, Erkältung, 10 Tabletten à 0,5
Quiesan: Mildes Hypnotikum, ohne jede Nachwirkung. 10 Tabletten à 0,5 g.
Eumattan: Salbengrundlage v. hoh. Wasseraufn. ($500^0/_0$).
Rheumamattan: Salizylsalbe, durchdringt die Haut u. beeinflußt den Krankheitsherd.
Adjuvan: ung. ciner. sapon., abwaschbar, daher saubere Injunktionskur. Graduierte Röhre.
Ophtalmin - Augenstabtube mit $1^0/_0$ und $2^0/_0$ gelber Augensalbe. Originalpackung.
Franguiose - Dragées: Abführmittel. Orig.-Pack. 20 St.
Reinstes Chloräthyl (unter Kontrolle von Dr. Arthur Speier). 15, 30, 50, 100 g in Röhren und Standflaschen.

In Kassenpackungen vorrätig:
Rheumamattan
Adjuvan
Ophtalminaugenstabtube
Eston-Kinderpuder
Eston-Schweißpuder
Eston-Vaseline
Mattan, Zink-Mattan
Schwefel Watten
Zinkschwefel-Mattan
Chem. Fabrik Kripke, Dr. Speier & Co., Berlin

Orgakliman

das polyhormonale Kombinationsmittel
gegen
klimakterische Beschwerden jeder Art
alle Ausfallserscheinungen
Kastrationsbeschwerden
(postoperative, nach Röntgenbestrahlung etc.)

*

Mit besten Erfolgen angewandt
bei ovarieller Dysfunktion,
bei Dysmenorrhoe, Amenorrhoe,
Oligomenorrhoe usw.

*

Literatur: Deutsche Med. Woch. 1925, Nr. 41
Dr. med. Wilhelm Nußbaum, etc.

Dr. Laboschin Act.-Ges., Berlin NW 21
Chemische Fabrik // Abt. Organo-Therapie.

Löflund's

Malz-Extrakte

Seit 60 Jahren bewährt als Nährpräparat, **die Vitamine des Gerstenmalzes enthaltend**, für Kinder, Kranke und Genesende. Als Erleichterungsmittel bei Husten und Katarrhen erprobt.

Malz-Extrakt rein

und mit Zusätzen von **Chinin-Eisen, Eisen, Jod-Eisen, Kalk** und **Lebertran.**

Malz-Suppen-Extrakt

nach Prof. Dr. Keller, zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge.

Nähr-Maltose

als Beigabe zu Eiweißmilch, bewährte Kohlenhydrat-Nahrung (Prof. Dr. Finkelstein und Dr. L. Meyer).

Malz-Extrakt-Husten-Bonbons

unerreicht in Wohlgeschmack und lösender Wirkung.

Ed. Löflund & Co. G.m.b.H. Grunbach b. Stuttgart

Gegründet 1865.

Zwei wichtige Präparate:

Salluen

das **neuartige** Antilueticum

Adsorptionsverbindung von Wismut und Arsen für alle Stadien der Lues. Intravenös und intramuskulär anwendbar. Schachteln zu 1, 16 und 50 Ampullen

Aurolumbal

das **bewährte** Goldsol zur Liquordiagnostik

Gebrauchsfertige Lösung von stets gleicher Beschaffenheit und speziell für Liquor abgestimmten Wirkungsgrades. Flaschen zu $1/2$, 1 und 2 Liter

Literatur u. Proben kostenlos

Imhausen & Co., Chem. Fabrik
Witten-Ruhr

Bekämpfung und Heilung der

Syphilis mit Quéryserum

Hervorragend bewährt nicht nur bei frischer Lues, sondern auch **ganz besonders bei Tabes, Paralyse, Lähmungen, Herzsyphilis, Aortenerweiterung, Sehnervenschwund usw. sowie erbliche Belastungen.**

Spez. syphilitisches Serum! Im Auslande s. Jahr. glänz. bewährt!
Nur einmalige Kur! — Anwendung schmerz- u. gefahrlos!
Kl. Literatur etc. gr. u. fr. — Originalwerk in deutsch leihweise frk.

Generalvertretung und Depot für Deutschland:
R. B. Müller, Berlin SW. 61, Blücherstraße 23

Aclavagin

das zuverlässige lokale Spezifikum gegen

Fluor albus

Muster und Literatur durch:
Karl Horn & Co. A.-G., Frankfurt a. M.

STOVARSOL

(Acetyl-oxy-amino-phenyl-arsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues
(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Spezificum gegen Amoebendysenterie

Weitere Indikationen: Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen
Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0.25 und mit 28 Tabletten à 0.25, Klinikpackung mit 100 gr in Tabletten à 0.25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 36, Kaufmannshaus. Tel.-Adr.: „Stovarsol“-Hamburg.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 2
31. JANUAR 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Meldepflichtige Berufskrankheiten

Von
Gewerbemedizinalrat Dr. GERBIS,
preußischer Landesgewerbearzt.

Mit der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 12. Mai 1925 wurde zum ersten Male von der im § 547 der Reichsversicherungsordnung gegebenen Befugnis Gebrauch gemacht, die Bestimmungen der Reichsunfallversicherung auch auf gewerbliche Berufskrankheiten auszudehnen. Andere Kulturländer hatten schon seit Jahrzehnten einen mehr oder minder umfassenden Entschädigungsanspruch für jene Arbeiter geschaffen, die durch chronische gewerbliche Schädigungen in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt waren. Das Deutsche Reich hatte vor jenen Ländern seine wohlausgebaute Reichsversicherung für den Krankheits-, Unfalls- und Invaliditätsfall voraus, dennoch war seit langem auch bei uns die Gerechtigkeitsforderung erhoben und grundsätzlich anerkannt worden, daß Erwerbsminderung durch gewerbliche Erkrankungen nicht schlechter gestellt sein dürfte, als solche durch gewerbliche Unfälle. Lediglich die Schwierigkeiten, einer derartigen Gleichstellung gesetzgeberische Unterlagen zu schaffen, die der unsicheren Diagnostik Rechnung trugen und nicht zu maßlosen und untragbaren Ansprüchen führten, haben die bisherige Verzögerung bedingt. Erschwerend kam nach dem Kriege die Lage der deutschen Industrie hinzu und die daraus sich ergebende Notwendigkeit, mit neuen sozialen Lasten zurückzuhalten. Es verdient jedoch hervorgehoben zu werden, daß gerade die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, die doch die höchste Belastung aus einer solchen Erweiterung befürchten mußte, zuerst und allein sich mit der Entschädigung gewerblicher Erkrankungen einverstanden erklärte. Vorsicht bei dem ersten Schritt auf einem neuen Wege der sozialen Gesetzgebung war durchaus erforderlich und ist in der Verordnung gewahrt worden.

Die Verordnung des Reichsarbeitsministers stellt eine begrenzte Zahl gewerblicher Berufskrankheiten versicherungsrechtlich den gewerblichen Unfallserkrankungen gleich. Es sind hierunter zunächst drei gewerbliche Erkrankungen, die örtlich nach der beeinflussenden Industrie begrenzt und an Zahl nicht bedeutend sind: der Schneeberger Lungentumor, der Glasmacherstar und die Wurmkrankheit der Bergleute. Der *Schneeberger Lungentumor* kommt nur in Frage für Bergleute, die in der Gegend von Schneeberg im oberen Erzgebirge im Freistaat Sachsen durch einige Jahre in den dortigen Kobalt-Nickel-Wismut-Arsen-Gruben gearbeitet haben. Es entwickelt sich eine Pneumokoniose, dann ein Carcinom, meist ausgehend von der Bifurcation, das unter Kachexie zum Tode führt. Als Ursache der Carcinombildung vermutet man neuerdings radioaktive Strahlungen, die in den gefährdeten Gruben sehr reichlich vorhanden sind, während man früher neben der mechanischen Reizung durch das harte und spitzige Erz Arsenwirkung anschuldigte. Voraussetzung für Anerkennung einer Pneumokoniose oder eines Lungencarcinoms als gewerbliche Erkrankung ist also der Nachweis, daß der Erkrankte genügend lange Zeit in einer der bezeichneten Gruben gearbeitet hat. Andere solche Erkrankungen fallen nicht unter die Verordnung, auch nicht, wenn anzunehmen ist, daß sie durch gewerbliche Einflüsse entstanden seien. — *Augenstar* als Berufskrankheit wird nur anerkannt *bei Glasmachern*, die Jahre hindurch an den Schmelzöfen der Glashütten gearbeitet und sich so der Strahlung der Glasschmelzmasse ausgesetzt haben. Je häufiger der Glasmacher dem Ofen Glas zu entnehmen und in den Ofen zu schauen hat, desto leichter wird sich bei ihm der Star entwickeln, daher findet man Hohlglasmacher, die kleine Gegenstände blasen (Becher, Gläser, Zylinder, Flacons und Flaschen, Schalen usw.) mehr gefährdet, als die Verfertiger großer Hohlglasgegenstände (Ballons) oder als die Tafelglasmacher. Ob der Glasmacherstar durch ultraviolette Strahlen (Schantz und Stockhausen) oder durch ultrarote Strahlen (Vogt-Zürich) erzeugt wird, ist noch umstritten, daß aber die Strahlung Ursache der Starbildung ist, geht daraus hervor, daß Glasmacher weit häufiger und im früheren Lebensalter erkranken als andere Berufstätige. Im allgemeinen ist typisch, daß der Glasmacherstar mit einer Trübung am hinteren Linsenpole beginnt, die etwa der Größe des Sehloches entspricht und sich bei Anwendung eines Mydriatikums im durchfallenden Lichte als dunkle, scharf begrenzte Scheibe zeigt (in den Richtlinien steht „schwarzer Ring“), meist zunächst auf dem vorwiegend dem Feuer zugewandten Auge. Es ist festzuhalten, daß für Starerkrankungen nur Glashütten (Glasberufsgenossenschaft) haftpflichtig sind. Starerkrankungen bei anderen Ofen- und Feuerarbeitern fallen also nicht unter die Verordnung. — Die *Wurmkrankheit der Bergleute* ist dank der großartigen Bekämpfung im Ruhrkohlengebiete fast geschwunden. Erreger ist das Anchylostomum duodenale, aus dessen mit dem Stuhlgang entleerten Eiern sich Larven entwickeln, die durch die gesunde Haut des Menschen eindringen und im Darm zu geschlechtsreifen Würmchen werden, die an der Darmschleimhaut schmarotzen und zu schweren Anämien führen. Die Entwicklung der Larven ist an tropisches Klima gebunden, in Deutschland also nur in warmen und feuchten tiefen Kohlenbergwerken möglich oder in tiefen Tunnels. Heute ist im Ruhrkohlenbezirk seit mehr als 10 Jahren kein Fall schwererer Anämie mehr aufgetreten, und die Zahl der Wurmträger unter den Bergleuten wird auf höchstens 0,7% geschätzt.

An Erkrankungen der Haut werden von der neuen Verordnung erfaßt: 1. die Hautkrebse durch Einwirkung von Ruß, Pech, Teer, Paraffin, Anthrazen und ähnlichen Stoffen, die sich also bei der Steinkohlenbrikettierung (Pech als Bindemittel) und bei sonstigen Arbeiten mit jenen Stoffen entwickeln können, wenn die reizenden Stoffe als Staub, Schmutz oder Dunst die Haut der Arbeiter treffen. Die Carcinome entstehen oft auf der Basis chronischer Ekzeme, oft auch aus anfangs gutartigen Hautwarzen; Prädilectionssitz ist die Haut des Gesichts und des Hodensackes. Die Erfahrung lehrt, daß regelmäßige Hautreinigung nach der Arbeit weitgehenden Schutz gewährt; 2. die Erkrankungen durch Röntgenstrahlen, sowohl chronische Ekzeme, als auch Geschwüre und Carcinome. Der in der Verordnung enthaltene Zusatz „und andere strahlende Energie" ist durch die Richtlinien, von denen noch gesprochen wird, eingeschränkt worden auf Radium und radioaktive Substanzen. Auch diese Erkrankungen werden nur entschädigt, wenn der Arbeitgeber zu einer Berufsgenossenschaft als dem Träger der Unfallversicherung gehört, also nur bei Arbeitern in Fabriken zur Herstellung von Röntgenröhren oder von radioaktiven Präparaten, nicht dagegen bei dem Personal der Krankenanstalten usw.

Die praktisch wichtigsten gewerblichen Berufskrankheiten der neuen Verordnung sind die Allgemeinerkrankungen durch eine Anzahl gewerblicher Gifte: Blei, Quecksilber, Phosphor, Arsen und — mit Ausnahme des Phosphors — deren Verbindungen, ferner durch Benzol und dessen Homologe, durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe und durch Schwefelkohlenstoff. Die Verordnung stellt im § 11 das Recht des Reichsarbeitsministers fest, unter den möglichen Erkrankungen durch die genannten Stoffe eine Reihe von Krankheitszuständen zu bezeichnen, die allein meldepflichtig sind und Entschädigungsansprüche begründen. Diese Richtlinien sind unter dem 6. August 1925 erlassen worden. Die durch die Richtlinien gegebenen Einschränkungen sind wichtig, der meldende Arzt muß in Spalte 13 des Meldeformulars nicht etwa nur die Angabe „Bleivergiftung" machen, sondern den vorliegenden Zustand, z. B. „Bleikolik" oder „Bleianämie" benennen. Liegt keiner der in den Richtlinien benannten Krankheitszustände vor, handelt es sich beispielsweise um einen Abortus bei einer Bleiarbeiterin, die zwar Zeichen der Bleieinwirkung aufweist (Bleisaum u. a. m.), aber keinen der aufgeführten Krankheitszustände, so ist eine solche Meldung überflüssig, da sie nicht Entschädigungsansprüche begründet, und braucht vom Versicherungsträger nicht honoriert zu werden.

Bei der Arbeit mit metallischem Blei und mit Bleilegierungen und -farben ist die Gefährdung bedingt durch bleihaltigen Staub, Bleirauch und Verschmutzung der Hände, des Essens, der Zigarre usw. Für die gewerbliche Vergiftung ist die Einatmung von Blei die wichtigste Quelle der Erkrankungen, hinter der die Aufnahme mit Nahrungsmitteln durch deren Verunreinigung zweifellos zurücktritt. Gefährdend sind also vorwiegend jene Arbeitsarten, bei denen ein flugfähiger Staub entsteht, so die Poliererei und Abschmirgelung verbleiter oder bleierner Gegenstände, die Einatmung von Bleioxyden, wie sie bei allen Erhitzungsprozessen (Schmelzen, Löten, Schweißen, Gießen) in besonders reichlicher Menge auftreten, die Hantierung mit den von der Oberfläche des geschmolzenen Bleies abgeschöpften Bleioxyden, der sogenannten „Krätze", und in größtem Umfange die Einatmung von Bleirauch, wie er infolge hoher Erhitzung des bleihaltigen Materials bei der Bearbeitung mit dem Sauerstoff-Wasserstoffgebläse oder dem Sauerstoff-Acetylengebläse auftritt. Derartige Gefährdungen haben sich bei Bleilötern, die im Apparatebau oder in Reparaturwerkstätten für die chemische Industrie tätig sind, in Abwrackbetrieben, wenn mit dem bezeichneten Schneidbrenner verbleite oder mit Bleifarben gestrichene Eisenteile zu durchschneiden sind, endlich bei Verbleiungen nach dem Schoopschen Spritzverfahren gezeigt, bei dem ein Bleidraht durch die Wasserstoff-Sauerstoff-Flamme geschmolzen und das geschmolzene Blei gleichzeitig auf die zu verbleienden Flächen gespritzt wird. In Schriftgießereien sind Leute gefährdet, die mit Bleioxyden hantieren, sonst tritt gerade in polygraphischen Betrieben, wenn sie neuzeitlichen Anforderungen entsprechen, und das zu gießende Blei nicht unnötig hoch erhitzt wird, die Bleikrankheit viel seltener auf, als früher angenommen wurde. Auch bei der Herstellung von Bleifarben ist es der Staub, der hauptsächlich zu Erkrankungen Anlaß gibt, bei der Verwendung der Farben gilt das gleiche. So ist der Anstreicher, der mit Oelbleiweiß anstreicht, hierdurch nicht gefährdet, wohl aber durch die Einatmung bleihaltigen Staubes, wenn der untere Anstrich mit Sand- oder Glaspapier abgeschliffen wird.

Das Blei wird als Staub oder Rauch von der Mundhöhle und der Nasenhöhle aufgenommen, setzt sich im Schleim oder Speichel fest und wird dann entleert oder verschluckt, zu einem anderen Teile eingeatmet. Es kann also vom Magendarmkanal aus und ebenso von den Lungenalveolen, zum Teil vielleicht auch von der Nasenschleimhaut aus resorbiert werden. Im letzteren Falle gelangt es unmittelbar in den Kreislauf, im ersteren Falle passiert es das Leberfilter, das den Bleistrom verteilt und verzögert, aber auch als Bleidepot wirkt. Die Wirkungen des Bleis erstrecken sich auf das Knochenmark als Blutbildungsstätte, auf die Arterien, die Nerven, wahrscheinlich auch auf den Gesamtstoffwechsel in dem Sinne, daß der Abbau des Muskelhämoglobins (Myohämoglobins) beschleunigt und verstärkt wird. Ausgeschieden wird Blei durch Darm und Nieren. Die vier Kardinalsymptome der Bleierkrankung sind Bleisaum, basophil gekörnte rote Blutkörperchen, Bleikolorit und vermehrte Ausscheidung von Porphyrin im Harne (Hämatoporphyrin oder nach Schumm und Hans Fischer: Coproporphyrin).

Als Erkrankungszustände durch Blei, welche zu Entschädigungsansprüchen berechtigen, sind in den Richtlinien verzeichnet die akuteren und chronisch-arteriosklerotischen Hirnerkrankungen (Encephalopathia saturnina), die hypertonische Nierensklerose (Bleischrumpfniere), periphere Nervenlähmungen, die Bleiarthralgie (Bleigicht), die Bleikolik mit ihren Begleit- und Folgezuständen und die Bleianämie. Wie das Blei durch Gefäßwirkungen Spasmen und Blutaustritte hervorrufen kann, die Reiz- und Ausfallserscheinungen bedingen, so kann es durch chronisch endarteriitische und angiosklerotische Prozesse Dauerzustände schaffen, wie sie im ersteren Falle vorübergehend auftreten, also Krämpfe epileptoider Form, Hemi- und Monoplegien und Paresen spastischer Art mit Steigerung der Sehnenreflexe und Babinskyschem Zeichen, Amaurose, Hemianopsie, Aphasie, komatöse Zustände. Hierher gehören auch für die akuteren Formen psychische Störungen im Sinne der hallucinatorischen Verwirrtheit, stupuröse und Erregungszustände, Delirien, bei den chronisch-arteriosklerotischen Formen mehr depressive Zustände, Gedächtnisschwäche, Intelligenzstörungen. Die akuteren Gehirnerkrankungen sind meist von anderen akuteren Störungen, besonders Koliken, begleitet, während bei den chronischen Zuständen fast stets eine gleichzeitige Nierensklerose durch die starke Blutdruckerhöhung angezeigt wird. Vorläufer der peripheren Nervenlähmungen, die vorwiegend die Strecker der Arbeitshand betreffen und ohne sensible Störungen verlaufen, sind Muskelschwächen, die sich in verringerter Ueberstreckung der befallenen Hand, verminderter Kraft in den Streckern gegenüber passiven Bewegungen und deren schnellerer Ermüdbarkeit beim einschlägigen Versuche zeigen. Der Reiz des Bleis auf die blutbildenden Funktionen des Knochenmarks führt zur Ausschwemmung von degenerativ-regenerativen Formen der Erythrocyten, die bei der Färbung Kerne oder Kernreste in Gestalt von basophilen Tüpfelungen bzw. Polychromasie aufweisen. Basophile Granula treten in den Erythrocyten auf, ehe eine nachweisbare Hämoglobin- oder Erythrocytenverminderung eingetreten ist, deuten also auf unmittelbare Reizung des Knochenmarks. Wird der Reiz sehr stark, so kann eine Lähmung der Erythropoiese eintreten; hierdurch erkläre ich die Tatsache, daß gerade im schwersten Stadium der Vergiftung die basophilen Körnelungen der Erythrocyten vermißt werden. Geht die Lähmung zurück, dann treten sie reichlich auf und verschwinden ganz allmählich mit fortschreitender Genesung. Die Bleianämie muß eine gewisse Erheblichkeit haben, sie muß mit anderen Zeichen der Bleieinwirkung verbunden sein, es müssen andere Quellen der sekundären Anämie nicht nachweisbar sein.

Gewerbliche Erkrankungen durch Quecksilber treten vorwiegend dort auf, wo Quecksilberdampf oder quecksilberhaltiger Staub eingeatmet wird. Die Resorption geschieht von den Schleimhäuten des Verdauungskanals und der Atemwege aus, aber auch durch die gesunde und besonders die entzündete und verletzte Haut.

Da Quecksilber schon bei Zimmerwärme nennenswert verdampft, genügt verstreutes Quecksilber in den Fugen der Zimmerdiele, um chronische Vergiftung zu erzeugen. Unlängst erkrankte ernstlich an Mercurialismus ein leitender Industrieller; die Ursache fand man schließlich, als er den Aufenthalt in seinem Arbeitszimmer als verschlimmernd empfand, bei einer gründlichen Säuberung des Zimmers: unter einem großen Schranke stand eine offene Schale voll Quecksilber, das offenbar jemand aus dem Laboratorium hatte entwenden wollen, aber bei drohender Ueberraschung an jenem Platze abstellte, ohne später die Möglichkeit des Abholens zu finden.

Wo Quecksilber verschüttet wird oder gar verdampft (Herstellung von Thermometern, Barometern, Manometern, Aräometern, von Unterbrechern und Gleichrichtern in der Elektrotechnik, chemische und physikalische Laboratorien, Vakuumerzeugung in der Röntgenröhren- und Glühlampenindustrie, Quecksilberlampen, ebenso bei der Sammlung und Reinigung verschütteten, verschmutzten und abgefallenen Quecksilbers), ist die Möglichkeit chronischer Vergiftung gegeben. Das gleiche gilt von den Amalgamierungsprozessen zur Gewinnung und Rückgewinnung von Gold, Silber, Zinn, Zink usw., in der Elektrolyse des Kochsalzes (Natriumamalgam) in einigen Fabriken, in der Feuervergoldung und -versilberung, in der zahnärztlichen Technik, früher im ausgedehnten Maße bei der Herstellung von Quecksilberspiegeln, die jetzt durch Silberspiegel verdrängt sind. Bei der Auflösung von Quecksilber in Salpetersäure, der Herstellung und Verarbeitung von Knallquecksilber, bei der Explosion von Knallquecksilber (auch beim Zimmerstutzenschießen!), bei der Beizung der für die Haarhuterzeugung gebrauchten Hasen- und Kaninchenfelle mit Quecksilbernitrat und bei der Bearbeitung der gebeizten Haare (rupfen, scheren, blasen, fachen, filzen, walken) kann gewerbliche Hg-Vergiftung durch Staub oder Dampf eintreten. Die Haarhutindustrie verursacht in Deutschland zurzeit die meisten gewerblichen Hg-Erkrankungen chronischer Form, da das Quecksilbernitrat zum Teile durch den Schwefel des Haares (Keratin) zu metallischem Hg reduziert wird, das dann besonders bei der Dampfbehandlung mit dem Wasserdampf in die Atmungsorgane gelangt. Auch in der Metallindustrie (Stahlätzen) und Akkumulatorenherstellung werden gelegentlich Quecksilberamalgame verwendet. Die Quecksilbersalze dienen zu medizinischen Zwecken, zur Konservierung des Holzes (Telegraphenmasten, Eisenbahnschwellen) durch die sog. Kyanisierung, zu dauerhaften Anstrichfarben, Schiffsbodenfarben, Zinnober, zu Saatbeizen, und für verschiedene chemische Zwecke. Erhitzung der Quecksilbersalze läßt Hg-Dämpfe auftreten, so z. B. bei der Zerlegung gestrichener Eisenteile mit dem Schneidbrenner.

Die akute Quecksilbervergiftung äußert sich in heftigen lokalen Reizerscheinungen (Magen bzw. Bronchien), Darmgeschwüren mit Blutungen, Nierenerkrankungen mit unter Umständen mehrtägiger Anurie, Eiweiß- und Blutharnen und mit schwerer Stomatitis, Speichelfluß, Alveolarpyorrhoe, ja Kieferknochennekrose, Mund-, Zungen- und Rachengeschwüren. Bei der subakuten und subchronischen Form treten die Erscheinungen des Nervensystems mehr hervor, bei der ganz chronischen Vergiftung ist bisweilen Stomatitis leichteren Grades vorhanden, während im übrigen nur das Nervensystem befallen ist. Am Nervensystem äußert sich der Mercurialismus als Erethismus und als Tremor mercurialis; diese beiden Formen sind auch in den Richtlinien als entschädigungspflichtig anerkannt, daneben unter Umständen noch die Stomatitis. Der Erethismus mercurialis ist eine psychische Erkrankung, die eine eigenartige Verbindung von Schüchternheit und erhöhter Reizbarkeit darstellt. Schon früh tritt das Gefühl der körperlichen und intellektuellen Insuffizienz, besonders Abnahme der Merkfähigkeit, auf, unruhiger Schlaf bei ständigem Müdigkeitsgefühl, Kopfschmerz und unregelmäßige Zuckungen, die besonders durch leichteste Erregungen hervorgerufen werden, aber auch im Schlafe auftreten. Der Tremor ist anfangs ein sehr feinschlägiger und frequenter Tremor der Finger, der sich am besten bei der Schriftprobe mit Tinte erkennen läßt und durch Beobachten, Ansprechen usw. verstärkt wird. Später setzt sich an Stelle des feinen Tremors ein grobes Schütteln, das auf Arme, Beine, Kopf und Rumpf übergreifen kann. In mittleren Fällen wird ein deutlicher Initialtremor beobachtet. Mit dem Tremor ist bei gleichzeitigem Erethismus, wie es meist der Fall ist, das Auftreten ausfahrender unkoordinierter Bewegungen verbunden. Schließlich bildet sich eine ausgesprochene Kachexie aus, jedoch pflegen Appetitlosigkeit und Gewichtsverminderungen schon früh einzusetzen.

Gewerbliche Vergiftungen durch Phosphor sind nach der Verordnung nur solche durch gelben Phosphor, die in Phosphorfabriken (in Deutschland nur eine) und bei der Verarbeitung gelben Phosphors in chemischen Fabriken, zur Herstellung von Phosphorkupfer, von Zündstreifen für Grubenlampen, neuerdings wieder für Rattengift (Zangger) auftreten können. Als Erkrankungszustände werden in den Richtlinien die Phosphornekrose der Kieferknochen und Spontanfracturen der langen Röhrenknochen angegeben. Die Kiefernekrose ist ein Symptom der chronischen Phosphorschädigung, das erst nach Infektion, meist von den Zähnen aus, auftritt, unter dem Bilde der Zahnwurzelentzündung mit reißenden Schmerzen beginnt, sich mit Fistelbildungen und Periostitis fortsetzt und mit der Bildung der sog. Totenlade am Unterkiefer zum Stillstande kommt, die aus einem nekrotischen Knochenstücke inmitten periostal neugebildeten Knochens besteht. Die Fälle sind jetzt, da die Verwendung gelben Phosphors für Zündhölzchenfabrikation verboten ist, sehr selten. Erkrankung der Oberkieferknochen kann auf benachbarte Knochen der Schädelbasis übergreifen.

Als gewerbliche Vergiftungen durch Arsen und seine Verbindungen werden in den Richtlinien anerkannt die peripher-neuritische Erkrankung, die meist symmetrisch auftritt und heftige Schmerzen verursacht und außerdem chronische Darm- und Magenerscheinungen, beide, wenn sonstige Anzeichen des chronischen Arsenismus neben der Berufsanamnese für gewerblichen Ursprung sprechen. Als Zeichen des Arsenismus gelten Hyperkeratosen der Hohlhand- und Fußsohlenflächen, herpetiforme Hautaffektionen und Pigmentierungen der Arsenmelanose, die der Pigmentierung des Morbus Addisoni ähnelt, aber nicht auf den Schleimhäuten auftritt.

Die Magen- und Darmerscheinungen sind beim chronischen Arsenismus nicht charakteristisch, aber ihre Verbindung mit Reizerscheinungen der Mund- und Rachenhöhle (Trockenheit, schlaffes, blutendes Zahnfleisch, oberflächliche Schleimhautgeschwüre), chronischem Bindehautkatarrh, Rhinitis und Bronchitis führt doch zum Verdachte der As-Einwirkung, zumal wenn Mattigkeit, Anämie, Hautausschläge (auch an den Genitalien) und wechselnde Schmerzen im ganzen Körper für Allgemeinerkrankung sprechen. Die neuritischen Erscheinungen steigen oft zentripetal auf, die Heilung erfolgt langsam. Herpes zoster intercostalis oder Herpes zoster ophthalmicus kann durch As bedingt sein. Muskellähmungen bevorzugen die Strecker, zeigen in schwereren Fällen Entartungsreaktion.

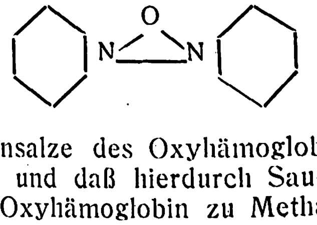
Chronische gewerbliche Arsenvergiftungen können auftreten bei der Förderung und Verhütung arsenhaltiger Erze (Scherbenkobalt, Arsenkies, Zink-, Eisen-, Bleierze), in der Glasfabrikation, die As_2O_3 zum Läutern und Entfärben des Glases benutzt, bei der Herstellung und Verwendung von Arsenfarben (Schweinfurter und viele andere Grüne, Realgar = Rauschrot, Auripigment = Rauschgelb) zur Färbung von Kreide, Lichten, Tapeten, Buntpapier, Zeugdruck und Zeugfärberei, künstlichen Blumen, ferner in der Schädlingsbekämpfung, der Metallindustrie und Galvanotechnik.

Erkrankungen durch Arsenwasserstoff sind als Unfälle zu bewerten, chronische Schädigungen durch mehrfache Unfälle dieser Art kommen vor.

Chronische gewerbliche Benzolvergiftungen sind selten bei der Herstellung, viel häufiger bei der Verwendung des Benzols und seiner Homologen (Toluol = Methylbenzol, Xylol = Dimethylbenzol). Rohbenzol ist giftiger als Reinbenzol. Eintrittspforten sind besonders die Atmungsorgane, selten die Haut. Benzol und Homologe werden verwendet in der Teerfarbenindustrie, in Färbereien und Reinigungsanstalten, zur Extraktion von Fetten, zur Auflösung von Kautschuk (auch als Klebemittel), Asphalt, Harzen, Farben und Lacken zu Anstrichen, viel für Rostschutzmittel. Frauen sind besonders empfindlich gegen Benzol. Das Benzol ist ein ausgesprochenes Leukotoxin, das primär die weißen, sekundär auch die roten Blutkörperchen schwinden macht, anscheinend auch Verfettung der Gefäßendothelien erzeugt. Es bildet sich eine zunehmende Anämie aus, die durch Leukopenie charakterisiert ist; später treten Blutungen in der Haut und den Schleimhäuten auf. Blutungen aus Nase, Zahnfleisch, Darm und Genitalien (als verstärkte Menstrualblutungen oder als aperiodische Blutungen) verursachen Kräfteverfall; in der therapeutischen Verwendung des Benzols gegen Leukämie (v. Koranyi) zeigte sich in einigen Fällen, daß mit dem Aufhören der Benzolzufuhr der eingeleitete Zerfall weißer Blutkörperchen nicht zum Stillstande kam, sondern unaufhaltsam bis zum Tode unter skorbutartigen Blutungen führte, auch in der industriellen Verwendung von Benzollösungen sind mehrfache tödliche Erkrankungen unter den gleichen Erscheinungen beobachtet worden. Wichtig ist es demnach für den Arzt, bei Anämien nach der Beschäftigungsart zu fragen (da Benzol nicht unangenehm riecht und nicht reizt, wird es oft für ungiftig gehalten), durch ein Blutausstrichpräparat auf Leukopenie zu fahnden und gegebenenfalls frühzeitigen Arbeitswechsel bzw. Arbeitsausschluß zu bewirken.

Akute Benzolvergiftungen sind Unfälle. Das Benzol wirkt als Narkotikum, ein Rausch- oder Erregungsstadium geht voraus. Die sichtbaren Schleimhäute sind auffallend hellrot, die Ausatmungsluft riecht nach Benzol.

Chronische gewerbliche Vergiftungen durch die Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe entstehen durch Einatmung der Dämpfe, des Staubes oder durch Eindringen der genannten Körper, auch fester Körper, durch die unverletzte Haut. Die praktisch wichtigsten Nitroverbindungen sind: Nitrobenzol (Mirbanöl = unechtes Bittermandelöl), Dinitrobenzol, Dinitrotoluol, Trinitrotoluol, Dinitronaphthalin, Tetranitronaphthalin, Trinitroanisol, Trinitrophenol (Pikrinsäure). An Amidoverbindungen sind hier zu nennen: das Anilin, die Toluidine, Xylidine, Cumidine, Anisidine, Diamine, Phenylhydrazin, Benzidin, Naphthylamin, von Nitro-Amidoverbindungen das Paranitroanilin. Trinitroanisol macht heftige Hautentzündungen mit starkem Jucken, das Trinitrophenol färbt Haut und Haare gelb oder grünlich-gelb, macht Hautreizungen und in einigen Fällen Magen-Darmstörungen, das Paraphenylendiamin erzeugt in seiner Verarbeitung als Pelzfarbe bei empfindlichen Leuten ein echtes anaphylaktisches Asthma. Diese drei Erkrankungsformen sind aber nicht entschädigungs- und meldepflichtig. Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe haben gemeinsam, daß sie zur Methämoglobinbildung führen. Nach Heubner ist der Vorgang hierbei so, daß sich sowohl aus Nitrobenzol ($C_6H_5NO_2$) durch Reduktion, als auch aus Anilin (Amidobenzol = $C_6H_5NH_2$) durch Oxydation das stark methämoglobinbildende Phenylhydroxylamin (C_6H_5NHOH) bildet, dessen Oxdation zu Azooxybenzol



durch die Eisensalze des Oxyhämoglobins katalytisch angefacht wird, und daß hierdurch Sauerstoff aktiviert wird, der das Oxyhämoglobin zu Methämoglobin oxydiert. Alle anderen Nitro- und Amidoverbindungen, die im Körper oxydiert bzw. reduziert werden, haben prinzipiell die gleiche Wirkung wie die genannten Monoverbindungen, zeigen jedoch Gradabweichungen, die durch die Stellung der Substituenten zueinander (Ortho-, Meta- oder Paraverbindungen) bedingt sind, ferner durch die Zahl der Nitrogruppen, durch Chlorierung u. a. m. Die Vergiftungen äußern sich vorwiegend in Cyanose, zuerst der Fingernägel und Ohrläppchen, später auch der Lippen; bei akuten Vergiftungen kann eine intensive Blaufärbung aller Schleimhäute, ja des ganzen Körpers auftreten, wobei das Blut ganz dunkel und dickflüssig wird. Bei Einwirkung von Nitroverbindungen tritt neben der Cyanose ein Ikterus auf, zunächst besonders an den Skleren, später unter Umständen in großer Ausdehnung. In einigen Fällen wurde auch bei chronischer Erkrankung eine Leberschrumpfung und -insuffizienz beobachtet, die bei akutem Verlaufe unter dem Bilde der akuten gelben Leberatrophie ablief. In den Richtlinien sind als chronische gewerbliche Vergiftungen die Anämie und die erwähnten Lebererkrankungen anerkannt, ferner bei langdauernder Einwirkung von Amidoverbindungen Tumoren der Harnblase, selten auch der Harnleiter und des Nierenbeckens, nicht aber der Prostata. Es kann sich auch eine hämorrhagische Cystitis entwickeln, häufiger ist das Auftreten von gutartigen oder zunächst gutartigen Papillomen und die primäre oder sekundäre Entstehung von Carcinomen und Sarkomen. Zwischen der Arbeit und den ersten Erscheinungen der Blasentumoren können Jahre liegen. Die Anämieformen der chronischen Schädigung, der stets mehr oder minder leichte Intoxikationen vorangehen, zeigen entweder mehr den anämischen oder den chlorotischen Typus; in der Genesung nach akuten Vergiftungen können Bilder ähnlich denen der perniziösen Anämie auftreten.

Das Nitrobenzol wird in großen Mengen hergestellt als Ausgangsprodukt der Anilinfabrikation, die höher nitrierten Benzole usw. für Sprengstoffherstellung. Pikrinsäure auch als Färbemittel, Mirbanöl zur Parfümierung als Ersatz des echten Bittermandelöls (Benzaldehyd). Die Verwendung ist um so gefährlicher, je weniger Unternehmer und Arbeiter über die Giftigkeit der Substanzen unterrichtet sind, also in gutgeleiteten chemischen Fabriken am geringsten, in Winkelbetrieben der Seifenpulver-, Likör-, Schuhcremefabrikation am größten. Die Gefährdung der Harnorgane durch Amidoverbindungen ist durch neue technische Maßnahmen wesentlich verringert. Sehr wichtig ist die Möglichkeit, daß auch feste Körper der hier behandelten Stoffe durch die unverletzte Haut dringen.

Gewerbliche Vergiftungen durch Schwefelkohlenstoff können überall auftreten, wo dieses leicht verdampfende Gift verwendet wird. Es dient zur Extraktion von Phosphor, Jod, Schwefel, von Fetten und Lipoiden, zur Auflösung und Vulkanisierung von Kautschuk und in der Kunstseidenindustrie (Viskoseverfahren), endlich bei der Schädlingsbekämpfung. So finden wir Schwefelkohlenstoffgefährdung in Gasanstalten (Extraktion des Schwefels aus der Gasreinigungsmasse), in der Montanwachsindustrie, zur Reinigung von Paraffin, Stearin, Wachs, bei der Extraktion von Fetten aus Nüssen, Knochen, Fettabfällen, Olivenpreßkuchen, Wolle usw., endlich natürlich auch bei der Fabrikation des CS_2 selbst. Ich fand in Schuhfabriken auch zum Kleben von Schuhteilen eine Gummilösung mit reichlich CS_2-Gehalt in Verwendung. Die Vulkanisierung mit Schwefelkohlenstoff ist die sogenannte Kaltvulkanisierung, bei der die (dünnwandigen) Gummigegenstände durch Schwefelkohlenstoff gezogen werden oder mit der Flüssigkeit bestrichen werden (imprägnierte, gummierte Stoffe), in anderen Fällen werden die Gegenstände einer verdampfenden Lösung von Chlorschwefel in Schwefelkohlenstoff ausgesetzt oder es wird nur mit Chlorschwefel in geheizten Kammern oder Schränken vulkanisiert.

Da der Schwefelkohlenstoff ein vorzügliches Lösungsmittel für Fette und Lipoide ist, ist er auch ein Nervengift. Er löst das Hautfett auf, dringt an die Hautnervenendigungen und kann wegen seiner besonderen Affinität zur Nervensubstanz zentripetal fortschreitende Nervendegeneration verursachen. Gefährlicher noch ist die Einatmung für zentrales und peripheres Nervensystem. Reizbarkeit, Aufgeregtheit, Neigung zu dummen Streichen, Erhöhung der sexuellen Libido, maniakalische Erregungen bis zu Tobsuchtsanfällen kommen vor. Der Erregung folgt die Lähmung: Abspannung, depressive Hemmung, Gedächtnisschwäche, Stumpfsinn, lallende Sprache, Erlöschen aller geistigen Fähigkeiten. Derartige Geistesstörungen werden anerkannt, wenn ihnen prämonitorische Symptome (Stirn- und Schläfenkopfschmerz, Schwindelgefühl) vorangegangen sind, wenn sie erstmalig nach der Einwirkung von CS_2 auftreten, wenn Anhaltspunkte für eine andersartige Entstehung der Geistesstörung nicht vorhanden sind, und der ganze Verlauf für Entstehung durch CS_2 spricht. Es kommen durch CS_2-Vergiftung auch Neurosen vor, die völlig der Hysterie oder Neurasthenie entsprechen. Da sie aber nicht ihrer Ursache nach erkennbar sind, werden sie nach den Richtlinien nur anerkannt, wenn gleichzeitig Zeichen der organischen Nervenschädigung vorliegen. Solche organischen Schädigungen werden auch ohne begleitende Neurosen anerkannt. Sie sind peripher-neuritische Störungen und besonders Störungen der Pupillenreaktion von der einfachen Trägheit bis zum völligen Verschwinden der Lichtreaktion. Weite Pupillen sind bei CS_2-Arbeitern ein ernstes Warnungszeichen. Auch Auge und Nervus opticus können erkranken (Amblyopie, Störungen des Farbensinns, Gesichtsfeldeinschränkungen, retinale Gefäßveränderungen, Chorioiditis). Am peripheren Nervensystem werden neuritische Paresen besonders betont, die als Polyneuritis mit Beteiligung des Facialis, Ulnaris, Peronäus, Cruralis auftreten können, mit Schmerzen und Muskelatrophie einhergehen. Je nach dem Sitze der Läsion können die Reflexe gesteigert sein oder erlöschen. Hartnäckige Tachykardie kommt nicht selten zur Beobachtung, ist aber in den Richtlinien nicht anerkannt. Ein Stadium der Allgemeinstörungen mit Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit, besonders der Beine, Appetitlosigkeit, Schlafsucht geht voraus. Die Empfindlichkeit gegen CS_2 ist sehr verschieden. Kurz sei also wiederholt, daß die Richtlinien nur zwei Formen der Erkrankung entschädigt wissen wollen: die psychischen Erkrankungen und nervöse Erkrankungen mit Zeichen der organischen Nervenläsion.

Nach der Verordnung vom 12. Mai 1925, die am 1. Juli 1925 in Kraft trat, ist jeder Arzt, der einen Kranken wegen eines Leidens behandelt, das in Verordnung und Richtlinien genannt ist, verpflichtet, den Krankheitsfall unverzüglich dem Versicherungsamte anzuzeigen, das für den Sitz der vermutlich ursächlichen Fabrikation zuständig ist. Die Anzeige hat auf einem grünen Formblatt zu erfolgen, das kostenlos von den Versicherungsämtern bezogen werden kann. Der Arzt hat Anspruch auf Honorar für seine Meldung, ebenso für Portoauslagen. Da die Meldung durch den Arzt die Grundlage für die Rechtsansprüche des Erkrankten bedeutet, kann ein Arzt, der die vorgeschriebene Meldung nicht rechtzeitig erstattet, von dem Versicherungsamte mit Geldstrafe belegt werden, gegen die er Einspruch beim zuständigen Oberversicherungsamte erheben kann, das endgültig entscheidet. Auf die Notwendigkeit, nur die in den Richtlinien angeführten Krankheitszustände zu melden und den vorliegenden Zustand in Ziffer 13 des Formblattes zu bezeichnen, wurde bereits hingewiesen. Die ärztliche Meldung stützt sich auf den klinischen Befund und auf die Angaben, die der Erkrankte über seine Arbeitsweise macht, also auf eine wissenschaftlich begründete Vermutung hinsichtlich der Aetiologie. Den Beweis des ursächlichen Zusammenhanges soll das Versicherungsamt durch weitere Erhebungen versuchen. Hierzu steht ihm ein in Gewerbekrankheiten besonders erfahrener Arzt zur Seite, der den Kranken nochmals zu untersuchen hat. Verneint das Versicherungsamt den ursächlichen Zusammenhang und lehnt die Berufsgenossenschaft daraufhin die Ansprüche ab, so hat der Kranke das Einspruchsrecht nach den Vorschriften der Reichsunfallversicherung. Wichtig ist die Feststellung des Erkrankungstages, da dieser dem Unfalltage für die Berechnung der Fristen usw. gleichgesetzt ist. Als Beginn der Erkrankung gilt der Zeitpunkt, an dem objektiv die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung oder die Erwerbsunfähigkeit einsetzte.

Viele Kranke kommen mit bestimmten Angaben einer bestimmten gewerblichen Schädigung zum Arzte. Der Arzt wird sich dann besonders sorgfältig die Einwirkungsart des angeschuldigten Giftes schildern lassen müssen und darf nur melden, wenn er tatsächlich die Zeichen der gewerblichen Erkrankungszustände gemäß Richtlinien findet. Andere Kranke wissen von der gewerblichen Schädigung nichts oder melden sich wegen interkurrenter Krankheiten beim Arzte. Wenn sich dann im Verlaufe der Behandlung der Verdacht einer gewerblichen Dauerschädigung ergibt, so muß der Arzt sich dessen bewußt sein, daß die Wahrung der Ansprüche des Geschädigten von der ärztlichen Meldung abhängt. Sorgfältige Aufzeichnungen über Befund und Angaben des Erkrankten sind hierbei unerläßlich, da von ihnen für die spätere Aufklärung und Entschädigung sehr viel abhängen kann.

Eine wichtige Bestimmung der neuen Verordnung ist noch zu nennen: Die Berufsgenossenschaft kann neben den gesetzlichen Renten einem Geschädigten eine Uebergangsrente gewähren, wenn zu befürchten ist, daß bei Fortsetzung seiner Berufsarbeit eine gewerbliche Erkrankung entstehen, wiederentstehen oder sich verschlimmern könnte. Hierfür kommen wohl nur gelernte, qualifizierte Arbeiter in Frage, die bisher wegen des zu befürchtenden Einnahmeausfalls den Uebergang in einen anderen gleichwertigen Beruf nicht wagen konnten. Es wird Sache des Arztes sein, in geeigneten Fällen den Antrag auf Gewährung einer Uebergangsrente zu stellen und zu begründen. Es ist aber festzuhalten, daß die Berufsgenossenschaft nur berechtigt ist, eine solche Rente zu gewähren; sie ist nicht dazu verpflichtet und kann auch nicht durch Urteilsspruch dazu gezwungen werden.

Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Erkrankungen stellt den Arzt vor neue und oft recht schwierige Aufgaben. Wie bei der Unfallversicherung selbst werden auch hierfür die Aerzte sich erst heranbilden müssen. In einem Industriestaate kann überhaupt der Arzt auch den Anforderungen der täglichen Praxis nicht mehr gerecht werden, wenn er nicht die exogenen Krankheitsursachen aus der industriellen Arbeit einigermaßen kennt.

Mit der neuen Verordnung, deren Erweiterung auf andere gewerbliche Erkrankungen bereits jetzt angestrebt wird, wächst der Arzt mehr und mehr in eine öffentlich-rechtliche Stellung hinein, die sein Ansehen und seine Geltung in der Oeffentlichkeit stärken und befestigen wird, er wird auch mehr und mehr Berater und Gesundheitslehrer seiner arbeitenden Kranken werden können. Mit Freude können wir die Hoffnung aussprechen, daß der deutsche Arzt sich auch diesen neuen Aufgaben vollauf gewachsen zeigen wird.

Ueber neuere Methoden zur Serodiagnose der Syphilis.

Von

Prof. LAUBENHEIMER,
Mitglied des Staatsinstitutes für experimentelle Therapie,
Frankfurt a. M.

Die im Jahre 1906 von Wassermann, Neißer und Bruck angegebene, heute kurz als Wassermannsche Reaktion (Wa. R.) bezeichnete serodiagnostische Methode der Syphilis kam bis 1917 als praktisch verwertbare Reaktion allein in Betracht. Auch bis heute, fast 20 Jahre nach Einführung der Wa. R., verfügen wir noch über keine Methode, welche die Wa. R. vollständig zu verdrängen geeignet erscheint. Die Wa. R. gilt auch heute noch als Standardmethode, die für die Wertbemessung neuerer Verfahren den Maßstab abgibt.

Wenn trotz der allgemein anerkannten Brauchbarkeit der Wa. R. zur Serodiagnose der Syphilis schon bald nach ihrem Bekanntwerden zahlreiche Versuche einsetzten, auf anderem Wege als durch die Komplementablenkung die Lues serologisch zu diagnostizieren, so war hierbei vor allem der Wunsch maßgebend, die komplizierte Technik der Wa. R., die zahlreiche Fehlerquellen in sich birgt und nur in der Hand eines geübten Serologen in eigens dazu eingerichteten Laboratorien zuverlässige Resultate ergibt, durch eine einfachere und auch billigere Methodik zu ersetzen bzw. zu ergänzen.

Aus diesem Bestreben heraus entstanden die Präzipitations- und Flockungs-Reaktionen zum Luesnachweis, die man in Labilitäts- und Lipoidbindungs-Reaktionen trennen kann. Die Labilitätsreaktionen, welche die durch Syphilis bedingte erhöhte Labilität der Serumglobuline sinnfällig zum Ausdruck zu bringen versuchen, bedienen sich hierzu verschiedener Eiweißfällungsmittel (dest. Wasser, Salpetersäure, Milchsäure, Alkohol, Formalin usw.). Auch die Blutkörperchen-Senkungsbeschleunigung ist zu den Labilitätsreaktionen zu rechnen.

So interessante Einblicke in die Globulinveränderung des luetischen Serums auch alle diese Versuche ermöglicht haben, so führten sie bisher dennoch nicht zu einer praktisch brauchbaren Reaktion. Größerer Erfolg war in dieser Hinsicht den Lipoidbindungsreaktionen beschieden, bei denen ein Lipoidextrakt meist aus Herzmuskel mit dem Serum des Kranken in Reaktion tritt, ein Vorgang, der ja auch der Wa. R. zugrunde liegt. Der Unterschied zwischen dem Wesen der Wa. R. und den neueren Lipoidbindungsreaktionen (Trübungs- und Flockungsmethoden) ist demnach kein prinzipieller, sondern es wird nur ein verschiedener Dispersitätsgrad der kolloidalen Systeme direkt zur Anschauung gebracht und zur Diagnose herangezogen.

Bei der Wa. R. ist die unter Einwirkung des Lipoidextraktes entstehende Vergrößerung des Dispersitätsgrades der Serumglobuline sehr fein und dem Auge nicht sichtbar, aber doch schon genügend ausgebildet, um Komplement zu binden (Komplementinaktivierung). Die Trübungsreaktionen zeigen, eben in Form einer makroskopisch sichtbaren Trübung, eine weitergehende Phase der Dispersitätsvergröberung an. Die Flockungsreaktionen bringen das Endstadium des mit allen Uebergängen ablaufenden Vorgangs als Flocken zu sinnfälligem Ausdruck.

Meinicke gebührt das Verdienst, mit seiner „Kochsalzmethode" als erster eine praktisch brauchbare Flockungsreaktion zur Syphilisdiagnose angegeben zu haben (1917), die er sehr bald in seiner 3. Modifikation (D. M.) wesentlich verbesserte und die sich bei zahlreichen Nachprüfungen durchaus bewährte. Die für die Ausflockung nötige größere Reaktionsfähigkeit des Extraktes erreichte Meinicke einerseits durch Anwendung eines „Pferdeherzätherrestextraktes" und andererseits durch eine Erhöhung des Kochsalzgehaltes auf 2%.

Zur Bereitung des Extraktes wird gemahlenes Pferdeherzmuskelpulver zuerst mit Aether ausgezogen, der Aether abfiltriert und der zurückbleibende Organbrei getrocknet. Erst dieser Rückstand wird mit 96 prozentigem Alkohol digeriert und liefert nach Filtration den konzentrierten Extrakt, der dann noch weiter mit Alkohol in auszuprobierender Menge zu verdünnen ist. Der nunmehr gebrauchsfertige Extrakt wird mit der halben Menge dest. Wassers verdünnt, ½ Stunde stehen lassen und mit der siebenfachen Menge 2 prozentiger Kochsalzlösung gemischt. Zu je 0,2 ccm inaktiviertem Serum fügt man 0,8 ccm Extraktverdünnung hinzu, schüttelt gut um und läßt die Röhrchen bei 37° bis zum nächsten Tage stehen. Die positiven Sera zeigen nach dieser Zeit deutliche Flockenbildung, die negativen nicht.

Die D. M. Meinickes ist also eine „einzeitige Methode", da die Reaktion durch einzeitiges Zugeben des fertig gemischten Extraktes abläuft, ebenso wie die jetzt zu besprechende Flockungsmethode von Sachs-Georgi. Diese beiden Forscher erzielten die erforderliche größere Flockungsbereitschaft der Extrakte durch das von Sachs eingeführte Prinzip der Cholesterinierung der alkoholischen Organextrakte (Rinderherzextrakte), wodurch es durch Verdünnen mit physiologischer Kochsalzlösung möglich wurde, eine Extraktsuspension zu erhalten, die mit positiven Seren eine deutliche Flockenbildung hervorruft. Die Verdünnung des Extraktes erfolgt dabei nach Sachs und Georgi zweizeitig.

Zu einem Teil cholesterinierten Extrakt wird 1 Teil physiologischer Kochsalzlösung rasch hinzugegeben, und durch kurzes Umschwenken gemischt. Nach 10—20 Sekunden erfolgt die weitere rasche Zugabe von 4 Teilen Kochsalzlösung (sechsfache Verdünnnug). 0,5 ccm dieser Extraktverdünnung werden mit 1 ccm fünffach verdünntem inaktiviertem Patientenserum gemischt. Nach 24 stündigem Aufenthalt im Brutschrank erfolgt Ablesung auf Flockenbildung am besten mit Hilfe des Agglutinoskops.

Bei dem Zusammentreffen von Luesserum und lipoidhaltigen Extrakten findet ein Präzipitationsvorgang statt, der von der makroskopisch unsichtbaren Dispersitätsvergröberung der Teilchen bei der Wa. R. über ein Trübungsstadium bis zur groben Ausflockung kontinuierlich abläuft. Dold stellte die Extrakte so ein, daß er den Vorgang in seinem ganzen Verlauf makroskopisch sichtbar machen und sowohl das Stadium der Trübung wie das der Flockung bei demselben Serum verfolgen konnte. Da in der von Dold angegebenen Form die meisten positiven Sera sich schon in dem Trübungsstadium (nach 4 Stunden bei 37°) als solche dokumentieren, kann die Trübungsreaktion von Dold als Schnellreaktion bezeichnet werden. Ein gewisser Prozentsatz der Sera ergibt allerdings bei der Trübungsablesung zweifelhafte Befunde, die durch die Spätablesung auf Flockenbildung nach 24 Stunden ergänzt werden müssen (Trübungs-Flockungsreaktion).

Als Extrakt benutzt Dold ein nach dem Vorgang von Sachs und Georgi in geeigneter Weise cholesterinierten Rinderherzextrakt, der im Verhältnis von 1 : 10 mit physiologischer Kochsalzlösung einzeitig verdünnt wird. Hiervon werden 2 ccm zu 0,4 ccm des unverdünnten inaktivierten Patientenserums hinzugegeben, die Mischung wird etwas durchgeschüttelt. Als Kontrolle für den Grad der Trübung benutzt Dold die von ihm gefundene Eigenschaft des Formalins, den Präzipitationsvorgang zu verhindern. Diese Formalinkontrolle besteht aus einem Röhrchen mit 0,4 ccm des zu untersuchenden Serums, denen 2 Tropfen einer 1 + 2 mit Kochsalzlösung verdünnten Formalinlösung hinzugefügt werden, bevor die Extraktverdünnung eingefüllt wird.

Meinicke griff das Doldsche Prinzip der Frühablesung im Trübungsstadium auf und verbesserte und vereinfachte die Methode zu der heute als Meinicke-Trübungsreaktion bekannten Reaktion (M. T. R.). An Stelle der von ihm zuerst ebenfalls benutzten cholesterinierten Extrakte führte Meinicke später als Verstärkungsmittel Tolubalsam ein, den er seinem Pferdeherzätherrestextrakt (s. o.) in geeigneter Menge zusetzte. Die Verdünnung der Extrakte erfolgt mit 3 prozentiger Kochsalzlösung, die Sera kommen aktiv zur Verwendung. Die Reaktion verläuft bei Zimmertemperatur und die Trübung der positiven Sera ist schon nach 1 Stunde ablesbar. Mit der M. T. R. ist eine Methode gegeben, die an Schnelligkeit der Ausführung und an Einfachheit der Technik kaum noch verbesserungsfähig erscheint. Bei stark positiven Seren setzt die charakteristische Trübung meist schon nach wenigen Minuten ein, und nach 1 Stunde sind die allermeisten positiven Fälle als solche deutlich abzulesen. Es bleibt aber ein, wenn auch kleiner Prozentsatz von Seren übrig, bei denen die Trübungsreaktion wesentlich langsamer verläuft und die als solche schwer zu erkennen ist, während nach längerer Zeit eine mehr oder minder deutliche Sedimentierung in Erscheinung tritt. Es handelt sich hierbei meist um Fälle, die in der Wa. R. zweifelhaft reagieren oder auch gar nicht zum Ausdruck kommen, vor allem Fälle von Lues latens und von in der Behandlung stehenden Luetikern. Ferner vermag die Ablesung der Trübung allein kein eindeutiges Bild bei Seren zu geben, die an und für sich schon trübe sind, z. B. bei chylösen Seren. In solchen Fällen vermag die Ablesung der Sedimentierung nach Verlauf von etwa 24 Stunden die Diagnose in wertvoller Weise zu ergänzen. Das bei positiven Seren sich bildende Sediment lagert sich in ganz charakteristischer Weise als sandiger Niederschlag in der Kuppe der Röhrchen ab, worauf Elkeles zuerst hingewiesen hat, während bei negativen Seren und bei unspezifischen Trübungen die Sedimentierung ausbleibt.

Wir haben uns in über ein Jahr fortgesetzten Untersuchungen an vielen Tausend Sera überzeugt, daß die Kuppenablesung nach Elkeles eine sehr wertvolle Ergänzung der Trübungsablesung bedeutet und die Sicherheit der Diagnose wesentlich erhöht. Einen weiteren Vorteil der Kuppenablesung erblicken wir darin, daß sie die Formalinkontrolle nach Dold, die Meinicke auch für seine M. T. R. empfohlen hat, überflüssig macht, da unspezifische Trübungen nicht zur Sedimentierung neigen und daher als solche leicht zu erkennen sind. Der Fortfall der Formalinkontrolle bedeutet aber eine wesentliche Ersparnis an Material und Zeitaufwand. Den Umstand, daß die Kuppenablesung erst nach 24 Stunden ein Ergebnis liefert, können wir nicht als schwerwiegenden Nachteil auffassen, da sie nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle (etwa 5%) ein von der Trübung abweichendes, dieses berichtigendes Ergebnis liefert, während die Diagnose der übrigen 95% schon durch die Trübungsablesung gesichert erscheint. Auf jeden Fall kann die Verzögerung der Beurteilung den hohen Wert der Kuppenablesung für die Sicherung der Diagnose in zweifelhaften Fällen nicht beeinträchtigen.

Einen weiteren Ausbau erfuhr die M. T. R. durch Ausarbeitung einer „Mikromethode“ von Dohnal. Meinicke selbst hat dann dieser Meinicke-Mikromethode folgende Form gegeben:

> Da die Extraktverdünnungen mit 3 prozentiger Kochsalzlösung zu schnell nachtrüben, um eine größere Reihe von mikroskopischen Präparaten damit herstellen zu können, werden die Extraktverdünnungen dadurch „stabilisiert“, daß der Kochsalzlösung eine ganz geringe Menge von Soda hinzugefügt wird, wie das Meinicke übrigens auch für die Makromethode empfiehlt. Der geringe Sodagehalt verhindert eine zu schnelle Nachtrübung des verdünnten Extraktes. Das richtige Mischungsverhältnis zwischen Serum und Extraktverdünnung wird mit geeichten Platinösen auf einem Objektträger vorgenommen und die Mischung entweder zu einem hängenden Tropfen oder zu einem Dunkelfeldpräparat verarbeitet. Nach 1 Stunde bei Zimmertemperatur kann das Ergebnis unter dem Mikroskop abgelesen werden. Im hängenden Tropfen zeigt sich bei positiven Seren ein der Agglutination ähnliches Bild, indem sich Konglomerate bilden, die sich nach dem Tropfenpol zu ansammeln und sich schließlich vollständig sedimentieren, wodurch eine Spätablesung analog der Kuppenablesung nach Elkeles möglich ist. Im Dunkelfeldpräparat zeigen sich bei negativen Seren feinste, tanzende, helleuchtende Pünktchen, die sich bei positiven Seren zu größeren Häufchen zusammenballen und dann zur Ruhe kommen.

Auch diese Mikroablesung der M. T. R. hat sich in der Praxis bewährt und sie wird da mit Vorteil angewandt werden können, wo, wie bei Kindern, nur kleinste Blutmengen zu erhalten sind.

Das gleiche Ziel wie die M. T. R. Meinickes, Einfachheit der Technik und schnelle Ablesbarkeit, verfolgt die neuerdings von Sachs, Klopstock und Ohashi angegebene Benzocholreaktion:

> In ähnlicher Weise wie Meinicke mit Tolubalsam erzielen die genannten Autoren eine größere Flockungsbereitschaft des Antigens, indem sie zu cholesteriniertem Rinderherzextrakt, wie er zu der Sachs-Georgi-Reaktion verwandt wird, eine alkoholische Lösung von Benzoeharz vor Gebrauch hinzufügen. Dieser Benzoe-Cholesterin-Herzextrakt wird mit 19 Teilen physiologischer Kochsalzlösung rasch verdünnt und 0,5 ccm dieser Verdünnung zu 0,1 ccm inaktiviertem Patientenserum hinzugegeben. Nach 10 Minuten langem Schütteln im Schüttelapparat und ½ stündigem Verweilen im Brutschrank zeigen die positiven Sera eine starke Ausflockung, die bei negativen Sera fehlt oder bei Lupenbetrachtung nur angedeutet ist.

Auch diese neue Schnellreaktion hat sich bei Nachuntersuchungen bewährt und scheint in bezug auf Sicherheit des Ergebnisses der Sachs-Georgi-Reaktion nicht nachzustehen.

Im vorstehenden sind nur diejenigen Reaktionen zur Serodiagnose der Syphilis angeführt worden, die sich in der Praxis bewährt haben und in Deutschland zumeist zur Anwendung gelangen. Es erübrigt sich, hier auf die zahlreichen anderen Methoden und Modifikationen, die angegeben sind, näher einzugehen, und es bleibt nur noch die Frage zu erörtern, ob eine der beschriebenen Reaktionen den anderen derart überlegen ist, daß sie allein den Vorzug verdient. Dazu ist folgendes zu sagen: Die Flockungsreaktionen von Sachs und seinen Mitarbeitern und die Trübungsreaktion von Meinicke sind an Einfachheit der Technik und an Billigkeit der Wassermannschen Reaktion weit überlegen. Als weiterer Vorzug kommt für die M. T. R. und die Benzocholreaktion die Schnelligkeit des Ergebnisses in Betracht. Diese Vorteile würden jedoch eine Bevorzugung vor der Wa. R. nicht rechtfertigen, wenn sie dieser an Sicherheit des Resultates wesentlich nachständen. Die Erfahrung aus vielen Tausenden von Untersuchungen hat nun gezeigt, daß sowohl die Sachs-Georgi-Reaktion wie die M. T. R. zum mindesten als sehr wertvolle Ergänzungsreaktionen der Wa. R. zu betrachten sind. Ueberaus interessant und lehrreich sind in dieser Beziehung vergleichende Untersuchungen mit denselben Sera, die auf Veranlassung der Hygienekommission des Völkerbundes 1923 in Kopenhagen von namhaften Serologen Deutschlands, Oesterreichs, Dänemarks, Englands, Frankreichs, Belgiens und Polens ausgeführt wurden. Die Erfahrungen der Konferenz lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen:

1. Die Wa. R. ist auch heute noch als Standardmethode anzusehen. Sie ergab bei Lues die meisten positiven Resultate. Unspezifische Reaktionen traten nur sehr selten auf.
2. Die Flockungsreaktion von Sachs-Georgi und die Trübungsreaktion (M. T. R.) von Meinicke sind in bezug auf ihre Leistungen etwa gleichzustellen. Die Konferenz empfiehlt, diese beiden Reaktionen, besonders wegen ihrer einfachen Technik, in Verbindung mit der Wa. R. auszuführen.
3. Alle Methoden des serologischen Luesnachweises sollen nur in besonders dafür eingerichteten Laboratorien und von erfahrenen Untersuchern ausgeführt werden, um Fehlergebnisse möglichst zu vermeiden.

Zu diesen Schlußfolgerungen der Konferenz ist noch zu bemerken, daß, wie weitere Erfahrungen gezeigt haben, namentlich die M. T. R. besonders bei Lues latens und bei behandelten Fällen eine größere Reaktionsbreite als die Wa. R. zeigt, also mehr positive Fälle angibt. Fehlresultate durch unspezifische Reaktionen, zu denen die M. T. R. vielleicht etwas mehr neigt als die Wa. R., können durch die Kuppenablesung nach Elkeles auf ein Minimum reduziert werden.

Flockungs- und Trübungsreaktionen ergänzen also die Wa. R. in bester Weise und erhöhen die Sicherheit der serologischen Diagnose wesentlich.

Es sollte daher nicht nur in zweifelhaften Fällen, sondern namentlich auch bei Erstuntersuchungen und bei besonders wichtigen Entscheidungen (Blutspender, Ammen, forensische Untersuchungen usw.) neben der Wa. R. stets noch die Ausführung einer der genannten Flockungs- oder Trübungsreaktionen verlangt werden, wozu dann aber mindestens 6 ccm Blut der Untersuchungsstelle einzusenden sind. Ist eine Lues durch die serologische Untersuchung einmal festgesetllt, so genügen im allgemeinen zur Kontrolle der Wirksamkeit der eingeleiteten Kur die einfach auszuführenden und daher billigen Untersuchungsmethoden nach Sachs-Georgi und Meinicke, die dann von Zeit zu Zeit, namentlich vor Abschluß der Behandlung, noch einmal durch die Wassermannsche Reaktion mit den genannten beiden zusammen ausgeführt, ergänzt werden können.

Daß die Wa.R. nur in eigens dazu eingerichteten Laboratorien mit serologisch gut geschultem Personal vorgenommen werden kann, ist bei der komplizierten Technik dieser Reaktion ohne weiteres einleuchtend. Aber auch die wesentlich einfacheren Flockungs- und Trübungsreaktionen, bei deren Ausarbeitung zum Teil der Wunsch mit maßgebend war, die Technik so einfach zu gestalten, daß sie auch von dem Praktiker ausgeführt werden könnten, erfordern große Sachkenntnis in der Serologie, ohne die sie unter Umständen verhängnisvolle Fehlerquellen in sich bergen. Auch diese anscheinend so einfachen Methoden müssen daher Speziallaboratorien vorbehalten bleiben.

Für das Ergebnis ist aber nicht nur die sachverständige Ausführung der Reaktionen und der Beurteilung des Resultates von ausschlaggebender Bedeutung, sondern auch die sachgemäße Entnahme des Blutes und dessen Einsendung an die Untersuchungsstelle. Vor allem muß darauf geachtet werden, daß die Spritze zur Blutentnahme absolut sauber und frei von anhaftenden Chemikalien ist und daß volle Sterilität gewahrt wird. Die Erfüllung dieser Forderung wird durch ein neues Instrument zur Blutentnahme, die „Venüle“ der Behring-Werke, Marburg a. d. Lahn, außerordentlich erleichtert.

Die Venüle besteht aus einem evakuierten Glasröhrchen von etwa 8 ccm Fassungsvermögen, das mit einem hohlen Gummistopfen luftdicht verschlossen ist. Durch den Gummistopfen geht eine winkelig abgebogene Kapillare, deren offenes Ende an die Hohlwand desselben angepreßt und dadurch verschlossen ist. Nach außen endet die Glaskapillare in eine Kanüle, über die wieder eine Glaskapillare angeschmolzen ist. Der ganze Apparat ist steril. Zur Blutentnahme wird die Glaskapillare am Ansatz der Kanüle oberhalb der kugelförmigen Verdickung mit der beigegebenen Feile angeritzt und abgebrochen. Die Kanüle kann nun in die Vene eingeführt werden. Liegt die Kanüle richtig in der Vene, so tritt in den kurzen Röhrchenteil zwischen kugelförmiger Verdickung und Gummi venöses Blut ein. Man übt nun auf den Ampullenteil mit der rechten Hand einen genügend starken Druck in der Weise aus, daß das von Ampullen- und Kanülenteil gebildete Knie stärker gebeugt wird. Auf diese Weise wird das Ventil geöffnet und das Blut fließt in gleichmäßigem Strome in die Ampulle ein, die man aus den oben angegebenen Gründen nahezu vollaufen läßt, um eine genügende Blutmenge zu bekommen. Nach Herausziehen der Kanüle schließt sich das Ventil selbsttätig. Die Nadel wird nun nach Anfeilen der Kapillare zwischen Nadel und Gummi abgebrochen. Genaue Gebrauchsanweisung ist jeder Venüle beigegeben.

Die Vorteile dieser neuen Blutentnahmeapparate für den Arzt sind offensichtlich. Der Arzt hat jederzeit ein gebrauchsfertiges, keimfreies Instrument zur Blutentnahme zur Hand. Das lästige Sterilisieren der Spritzen, das Verstopfen derselben mit geronnenem Blut und das schwierige Reinigen fallen fort. Der Arzt ist sicher, daß er die Blutentnahme aseptisch ausführt und steriles und mit Chemikalien nicht verunreinigtes Blut zur Untersuchung einschickt. Das Auslaufen der Röhrchen durch ein Lockern des Verschlusses während des Transportes ist ausgeschlossen.

Diagnostik und Therapie der Fistula gastro-colica.

Von

Prof. H. STRAUSS, Berlin.

Die Fistula gastro-colica ist in der Mehrzahl der Fälle die Folge einer vorangegangenen Gastroenterostomie und nur selten die Folge einer geschwürig zerfallenen Neubildung. Vom praktischen Standpunkt interessieren die ersteren Fälle mehr als die letzteren. In neuerer Zeit haben sich die postoperativ entstandenen Fälle von Fistula gastro-colica gemehrt und es sind auch Fortschritte in der Erkennung und Behandlung dieser höchst unangenehmen Komplikation von Magenoperationen gewonnen worden. Die postoperative Fistula gastro-colica ist in den letzten beiden Jahrzehnten deshalb häufiger geworden, weil in dieser Zeit Magenkranke häufiger als früher operiert wurden. Nach Rankin und Mayo zählte man 1921 schon 34 Fälle von postoperativer Fistula gastro-colica. Ich selbst habe in den letzten 7 Jahren allein sieben Fälle von postoperativer Fistula gastro-colica diagnostizieren können und bin überzeugt, daß die Fistula gastro-colica auch anderwärts häufiger gefunden werden würde, wenn genauer auf den wohl charakterisierten Symptomenkomplex dieser Erkrankung geachtet würde. Nach ihrer Entstehung unterscheiden wir direkte und indirekte Gastro-Colonfisteln. Die Letzteren kommen dadurch zustande, daß zunächst eine Fistula gastro-jejunalis und dann eine Fistula jejuno-colica entstanden ist.

Die Symptomatologie der Gastro-Colonfisteln ist vor allem durch Fettdiarrhoen charakterisiert, die ohne Ikterus und ohne Zeichen einhergehen, welche auf eine Pankreaserkrankung hinweisen. Bei genauer Untersuchung des Stuhls findet man auch noch sonstige Ausnutzungsdefekte. Ferner ist für die Erkennung der Fälle wichtig, daß der Urin meist einen hohen Indikangehalt darbietet, allerdings nur, wenn die Nahrung die entsprechenden Mengen von Eiweiß enthält. Die Mehrzahl der Patienten zeigt Unterernährung. Diese kann unter Umständen solche Grade erreichen, daß es, wie in zweien meiner Fälle, zu Hungerödemen kommen kann. Von den subjektiven Symptomen ist besonders beachtenswert das faulige Aufstoßen, welches durch den Uebertritt von Coloninhalt in den Magen entsteht. Nicht immer kommt es aber dabei zu Koterbrechen. Wenn es jedoch zu diesem kommt, so ist für die Differentialdiagnose von Bedeutung, daß der Patient dabei keinerlei Auftreibung des Leibes und auch keinerlei sonstige Symptome von Ileus zeigt. Bei höheren Graden von fauligem Aufstoßen kann man allerdings durch Magenausspülungen nicht selten kotigen Inhalt aus dem Magen entfernen. Wiederholt habe ich die Diagnose auch dadurch gesichert, daß ich Kohle- oder Carminaufschwemmungen in den Dickdarm einführte und nach einer viertel- bis halbstündigen Beckenhochlagerung durch Magenausspülung die Anwesenheit von Kohle oder Carmin — man kann auch Milch oder eine irgendwie gefärbte Flüssigkeit für diesen Zweck benutzen — im Magen nachweisen konnte. Die Röntgenuntersuchung ergibt als wichtigstes Symptom einen auffällig raschen Uebertritt des Baryumbreis in den Dickdarm, wobei der Dünndarm gar nicht oder nur mangelhaft gefüllt ist. Auch durch Klysma kann man unter Umständen den baldigen Uebertritt der zugeführten Testflüssigkeit vom Dickdarm in den Magen röntgenologisch feststellen. Der direkte röntgenologische Nachweis der Kommunikation ist aber nicht immer leicht zu führen, weil, wie bereits bemerkt ist, eine große Anzahl der Fisteln indirekt sind.

Als Beispiel gebe ich einen Auszug aus der Krankengeschichte meines zuletzt beobachteten Falles.

Patient, 41 Jahre alt, hatte 1907 zum ersten Male Magenbeschwerden, die sich in Schmerzen, besonders im rechten Oberbauch, Erbrechen und Teerstuhl äußerten. Nach 6 Jahren hatte er Hungerschmerzen, saures Aufstoßen, Erbrechen. Er ließ sich deshalb operieren. Die Operation zeigte eine Geschwürnarbe im Duodenum. Anlegung einer Gastroduodenostomie. Patient ist hierauf 6 Jahre lang fast beschwerdefrei. 1919 treten wieder Bluterbrechen und Teerstühle auf sowie Schmerzen im rechten Oberbauch. 1923 fauliger Geschmack im Munde. Das Erbrochene wurde bald stinkend. Sehr häufige Diarrhoen (bis 16 mal tägl.), massig, hellgelb, schaumig, stark stinkend, mit vielen unverdauten groben Speiseresten. Seit 1923 besteht dieser Zustand fast unverändert. Patient hat nur wenig Beschwerden, zuletzt aber 20 Pfund abgenommen.

Objektiver Befund: Mäßig guter Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B. Milz und Leber nicht vergrößert. Im Urin: Alb. und Sacch. negativ. Indican stark vermehrt. Abdomen etwas aufgetrieben. Ausheberung nach Probefrühstück: freie HCl 21. Gesamtac. 34. Kohleeinlauf (1 Eßlöffel auf ½ Ltr. Wasser) bei gleichzeitiger Dauersondierung des Magens. 10 Minuten nach dem Einlauf erscheinen Kohlepartikelchen im Ausgeheberten.

Stuhlgang: ca. 10 mal täglich, hellgelb, breiig, glänzend, stark sauer, gärend, mit reichlich unverdauten Speiseresten. Mikroskopisch: reichlich Fetttropfen und -schollen, mit Nilblausulfat blaue Färbung annehmend. Wenige Stärkekörner. Mäßig viel Muskelfasern. Mehrfach wird durch den Magenschlauch foetide riechendes Material aus dem Magen gewonnen.

Röntgenologisch: Pylorus durchgängig, doch geht die Hauptmasse des Breies durch die Gastroenterostomieöffnung. Sehr bald füllt sich auch das Colon descendens. Nach vier Stunden ist bereits Röntgenstuhl entleert.

Patient erhält zarte calorienreiche Diät. Da er während derselben nicht abnimmt, so kann er sich vorerst nicht zu einer Operation entschließen.

Der Verlauf der postoperativen Fistula gastrocolica ist ein außerordentlich variabler. Neben rapid zur Kachexie führenden Fällen gibt es solche, welche jahrelang trotz Vorhandenseins der Fistel in guter Verfassung bleiben und sogar temporär an Gewicht zunehmen. So bestand bei dem hier erwähnten Fall die Krankheit schon seit über zwei Jahren und der Patient war trotzdem in so guter Verfassung, daß er die ihm vorgeschlagene Operation ablehnte. Es werden sogar einzelne Fälle von sehr langer Dauer und direkt von angeblicher Heilung mitgeteilt. In Fällen dieser Art dürfte m. E. die Geringfügigkeit der Folgeerscheinungen wesentlich dadurch bedingt sein, daß durch Adhäsionen Verschiebungen der Oeffnungen zustande kamen, so daß die Fistel durch Kompression einer oder beider Oeffnungen mehr oder weniger geschlossen wird.

Wenn schwere Folgeerscheinungen da sind, muß stets die Frage eines gegen die Fistel gerichteten operativen Eingriffs erwogen werden. Allerdings wird man in den Fällen, in welchen die Ernährungsstörung nicht sehr hochgradig ist, nicht ohne weiteres zu einem operativen Eingriff schreiten, weil eine Radikaloperation unter Umständen recht gefährlich sein kann. Denn umfangreiche Resektionen, wie sie mit Lösung zahlreicher Adhäsionen für die Behandlung solcher Zustände notwendig sind, stellen große Ansprüche an die Widerstandskraft der Patienten. Bei sehr heruntergekommenen Patienten wird man sich allerdings gelegentlich mit der Ablösung der in Frage kommenden Magen-Darmteile und Deckung des Defektes mit Netzteilen begnügen. Dies Verfahren ist allerdings nicht radikal. Immerhin sind nach einer Statistik von Bolton und Trotter von 27 Operierten 21 geheilt worden. Bei schweren Fällen von Fistula gastro-colica wird man allerdings die Operation nicht umgehen können, weil die Prognose der betr. Fälle mit Rücksicht auf die progressive Ernährungsstörung mit lebensbedrohender Kachexie (Hungerödeme!) eine überaus ernste ist.

Aus Dr. Ziegelroths Sanatorium, Krummhübel.

Ueber Vitamine und eine einfache Art, besonders vitaminreiche Suppen und Speisen herzustellen.

Von

Dr. P. ZIEGELROTH.

Das Wort „Vitamine“ ist zum ersten Male im Jahre 1912 geprägt worden von dem amerikanischen Forscher Casimir Funk (Columbia-Universität New-York). Das grundlegende Buch von C. Funk: „Die Vitamine“ ist in erster Auflage im Jahre 1913 erschienen. Heute gibt bereits eine fast unübersehbare Literatur (erschöpfende Zusammenstellung siehe Funk l. c. 3. Auflage 1925) Kunde von der beherrschenden Stellung der Lehre von den Vitaminen. Das staatliche Nahrungsmittel- und Gesundheitsamt des Deutschen Reiches gibt bereits Richtlinien heraus für die Beurteilung der Nahrungsmittel gerade im Hinblick auf die Vitamine („Unsere Lebensmittel vom Standpunkte der Vitaminforschung“ von Geh. Rat Prof. Dr. Juckenack, Berlin 1923). Aus der fast unübersehbaren Fülle von Einzelheiten, welche die Vitaminliteratur darbietet, schält sich das Eine als vollkommen sichergestellt heraus: daß eine Nahrung, die arm ist an Vitaminen, minderwertig ist und allerlei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen im Gefolge hat, daß eine Nahrung, die frei ist von Vitaminen, keine wirkliche Nahrung mehr ist, sondern Menschen und Tiere dem Siechtum, dem Tod überliefert. Unter dem Namen „Avitaminosen“ hat man die Gesundheitsstörungen und Krankheiten zusammengefaßt, welche auf Vitaminmangel beruhen. In erster Linie Skorbut, Beriberi, Pellagra, Rachitis, Möller-Barlowsche Krankheit usw. Außer diesen sogenannten klassischen und scharf umschriebenen Avitaminosen erzeugt Mangel an Vitaminen eine ganze Reihe von mehr oder minder schweren Störungen im Stoffwechsel, im Nervenleben, in der Konstitution, die nicht so scharf charakterisiert sind. Auch die Mehlnährschäden (Keller) und die Keratomalacie (Czerny, Keller) gehören hierher. Auch die Zuckerkrankheit kann bis zu einem gewissen Grade als Avitaminose aufgefaßt werden (siehe Ziegelroth: Zur Prophylaxe und Therapie der Acidose, Deutsche med. Wochenschrift 1925, Nr. 35).

In einer zusammenfassenden Arbeit über Vitamine und Avitaminosen gibt Prof. Bickel die Ergebnisse seiner experimentellen Arbeiten bekannt (Med. Klinik 1925, 17. Juli). Er stellt fest, daß ohne Vitamine ernährte Hunde trotz reichlicher Zufuhr von Eiweiß, Kohlehydraten, Fetten und Salzen, trotz bester Resorption, trotz eifrigsten Fressens rapide abmagern und an innerem Hunger zugrunde gehen. Bickel sagt: „Diese Tiere leben in einem Ueberfluß, die einzelnen Körperzellen schwimmen in einer Fülle ohne gleichen, und trotzdem zeigen diese Tiere alle Erscheinungen, die der Hunger erzeugt.“

Eiweiß, Kohlehydrate, Fette, Salze sind letzten Endes sowenig imstande die Ernährung sicher zu stellen, wie Kohlenstoff, Wasserstoff, Sauerstoff, Stickstoff, Schwefel, Eisen usw. für sich Nährwert haben. Eine Synthese der Nahrung aus jenen Elementarstoffen, von der manche träumen, muß schon daran scheitern, daß in der Reihe der bekannten Bestandteile der Nahrung eben noch ein „Etwas“ fehlt, das die Gesamtheit jener Stoffe erst zum Nahrungsmittel macht.

Das, was fehlt, nennt man eben mit Funk: Vitamine (Abderhalden, Stepp u. a.). Gewiß ist die ganze Vitaminfrage noch weit davon entfernt, restlos geklärt zu sein. Auch die Einteilung der Vitamine nach ihrer Löslichkeit in Wasser, Fett, Alkohol bringt nicht weiter. Ebensowenig die meist übliche Einteilung in Vitamin-A oder antirachitisches, Vitamin-B oder antineuritisches bzw. Anti-Beriberi-Vitamin, in Vitamin-C oder antiskorbutisches und Vitamin-D oder antikachektisches Vitamin, um anzudeuten, daß das Fehlen der einzelnen Arten von Vitaminen besondere Ausfallserscheinungen, besondere Avitaminosen erzeugt. Man könnte das ganze Alphabet zu Hilfe nehmen, ohne die überragende Bedeutung der Vitamine für den normalen Ablauf des Lebens, des Stoffwechsels und der Ernährung zu erschöpfen.

Um so wichtiger ist es, für eine möglichst vitaminreiche Nahrung Sorge zu tragen. Die künstlichen Vitaminpräparate des Handels sind meist von zweifelhaftem Wert. Es gibt aber ein einfaches Mittel, unsere Nahrung mit Vitaminen anzureichern. Es beruht auf der experimentell und durch Erfahrung der Geflügelzüchter festgestellte Tatsache, daß keimende Körnerfrüchte besonders reich an Vitaminen sind. In trockenem Zustande sind die Körner der Getreide- und Hülsenfrüchte arm an Vitaminen. Namentlich das Vitamin-C, das sogenannte antiskorbutische Vitamin, das zu der Blutbildung in engen Beziehungen steht, wird überhaupt erst durch den Keimungsprozeß gebildet. Aus keimender Körnerfrucht kann man also besonders vitaminreiche Nahrung erhalten. Am besten eignen sich hierzu die Hülsenfrüchte. Küchentechnisch macht das keine Schwierigkeiten. Man läßt die Körner über Nacht, wie es auch sonst vor dem Kochen der Hülsenfrüchte üblich ist, in der warmen Küche in Wasser von etwa 20° C stehen. Nach 12 Stunden sind die Körner genügend gequollen (Quellreife) und haben ihr Gewicht durch Wasseraufnahme ungefähr verdoppelt. Die gequollenen Körner schüttet man auf ein Sieb, damit das überschüssige Wasser ablaufen kann und läßt sie in der milden Küchentemperatur, gegen Staub geschützt, 24 Stunden stehen. Der Keimungsprozeß setzt sofort ein. Am besten ist es, die Verhältnisse in der Erde bei der Keimung möglichst nachzuahmen, d. h. für mäßige Feuchtigkeit, Wärme und etwas Lüftung zu sorgen. Deshalb schüttelt man dann und wann die Körner im Siebe, bedeckt sie mit einem feuchten Lappen oder schüttet etwas laues Wasser darauf. Nach etwa 24—36 Stunden sind die Keimfortsätze deutlich zutage getreten, ein Zeichen, daß die Keimung in vollem Gange und die Vitaminbildung auf der Höhe ist (s. Abbildung). Die auf diese Weise zur Keimung gebrachten Körner werden in der auch sonst in der Küche üblichen Weise zu Suppen, Breien, Gebäck usw. verarbeitet. Bei den Hülsenfrüchten kommt aber noch hinzu, daß sie auf der einen Seite außerordentlich großen Nährwert haben, auf der anderen Seite aber vielfach schwer verdaulich und schwer assimilierbar sind. Diesem Uebelstande hilft die Keimung ab, durch welche Verdaulichkeit und Assimilierbarkeit wesentlich erhöht werden, so daß gekeimte Hülsenfrüchte ein außerordentlich wertvolles, vitaminreiches, gut assimilierbares Nahrungsmittel darstellen. Es ist gut, sich daran zu erinnern, daß z. B. erhalten sind in:

Erbsen in Keimung.

100 g weiße Bohnen:
25 g Eiweiß, 1,7 g Fett, 48 g Kohlehydrate
Zusammen: 318 Kalorien.
100 g Fleisch (i. Mittel):
22 g Eiweiß, 13 g Fett, 0 g Kohlehydrate
Zusammen: 220 Kalorien.

Noch einen großen Vorteil bietet das Keimverfahren: die in frischer Keimung befindlichen Körner kochen sehr schnell weich. Dadurch wird zu langes Kochen, das ähnlich wie das Sterilisieren der Milch ungünstig auf den Vitamingehalt einwirkt, vermieden.

Außer den vitaminreichen Suppen, Breien und Gebäck kann man auch sogenannte vegetarische Schnitten besonders aus gekeimten Erbsen und Bohnen machen nach einem Rezept, wie es sich in unserer Sanatoriumsküche seit Jahren bewährt hat. Die gekeimten Körner werden mit etwas Wurzelgemüse in nicht zuviel Wasser zum Kochen angesetzt. Nach dem Weichwerden schlägt man alles durch ein Sieb, es muß einen dicken Brei geben und fügt etwas aufgeweichte und ausgedrückte Semmel hinzu (5% der Masse). Dazu etwas in Butter geröstete Zwiebel, etwas Suppenwürze, fein gewiegte Petersilie. Statt der Semmel kann man auch Kartoffelbrei oder Gemüsebrei nehmen. Auch fein gewiegte Pilze eignen sich vortrefflich als Beigabe. Aus dieser Masse formt man Schnitten, etwa zwiebackgroß, die man in geriebener Semmel wälzt und in heißer Butter, Fett und dgl. schnell ausbäckt. Diese Schnitten können an Wohlgeschmack, Nährwert und Bekömmlichkeit mit den besten Fleischspeisen wetteifern, an Vitamingehalt sind sie ihnen weit überlegen (siehe Kochbuch aus Dr. Ziegelroths Sanatorium).

Die Körner und Hülsenfrüchte haben weiter den großen Vorteil, daß sie in trockenem Zustande unbegrenzt haltbar sind und auf relativ engem Raume erhebliche Mengen von Nährstoffen aufzuspeichern erlauben. Es ist das die natürlichste und beste Konserve. Aber während bei den übrigen Konserven eben durch den Konservierungsprozeß (langes Erhitzen, Darren usw.) die Vitamine zum großen Teil und unwiderbringlich erheblich vermindert, ja zerstört sind, befinden sich die Vitamine in den trockenen Körnern in einer Art von Scheintod, aus dem sie durch die Keimung zu kräftigstem Leben geweckt werden. Bei schwieriger Lebensmittelversorgung, auf Segelschiffen mit ungewöhnlich langer Fahrt, bei Seenot, in belagerten Festungen, kurz überall, wo die Fristung des Lebens nur durch Konserven möglich und deshalb üble Avitaminosen drohen, kann die Erschließung dieser Vitaminquellen durch Keimung viel Gutes stiften.

Weiter ist hier von Bedeutung, daß das Rösten der gekeimten Körner (Mälzung) die Vitamine nicht zerstört (siehe Juckenack u. a.). Ferner hat Prof. Grafe (siehe Therapie der Gegenwart Januar 1924: „Diabetestherapie mit stark gerösteten Kohlehydraten") nachgewiesen, daß der Röstungsprozeß die Kohlehydrate in eine Modifikation überführt, die sie auch für Diabetiker leicht assimilierbar macht, und zwar durch Karamelierung. Es empfiehlt sich deshalb, für Zuckerkranke die gekeimten Körner zu rösten und zu mahlen, wie es beim Kaffee üblich ist. Auf diese Weise erhält man ein vitaminreiches, nahrhaftes Pulver oder Mehl, mit welchem man in die Kost der Diabetiker weitere Abwechselung bringen kann. Auch ein kaffeeähnliches vitaminreiches Getränk, das allerdings nicht jedem Gaumen zusagt, kann auf diese Weise gewonnen werden.

Zur Prophylaxe der Avitaminosen ist noch zu sagen, daß die meisten der gebräuchlichen Nahrungsmittel im natürlichen Zustande genügende Mengen von Vitaminen enthalten. Hier aber ist es gerade die Kultur mit ihren sogenannten Fortschritten, welche vielfach künstlich die Nahrungsmittel der Vitamine beraubt, so daß die Avitaminosen oft als Kulturkrankheit in die Erscheinung treten. Man denke an die Milch. Sie stellt im natürlichen Zustand ein vollkommenes Nahrungsmittel dar, das auch alle Vitamine in vollendeter Mischung und Menge enthält. Schon das Kochen der Milch vermindert den Vitamingehalt, und sehr langes Kochen, das noch viel geübte Sterilisieren der Milch im Soxhletapparat z. B. zerstört die Vitamine vollständig. Mit solcher Milch ernährte Säuglinge erkranken oft an schweren skorbutischen Erscheinungen — Möller-Barlowsche Krankheit. Rohe Milch, rohe Fruchtsäfte sind hier die besten Heilmittel. Schon im Jahre 1881 hat Lunin in der Zeitschrift für physikalische Chemie, Band 5, in seiner Arbeit über die Bedeutung der anorganischen Salze für die Ernährung den Satz aufgestellt, daß die Milch außer den bekannten Bestandteilen noch andere unbekannte lebenswichtige Substanzen enthält. Chemisch lassen sich die Unterschiede zwischen stark gekochter und roher Milch nicht feststellen. Bemerkenswert ist, daß rohe Milch ein vorzüglicher Nährboden ist für die Milchsäurebazillen, die in gekochter Milch nicht gut fortkommen. Man kocht die Milch in der Hauptsache, um etwaige Krankheitskeime zu vernichten, sie zu sterilisieren. Das beste Mittel aber hierfür ist die kräftige Entwicklung des Milchsäurebazillus in der rohen Milch, der alle anderen Keime vernichtet. Der Vitamingehalt aber der Milch wird dabei nicht verändert, so daß die saure Milch ein ebenso nahrhaftes wie bekömmliches und vitaminreiches Nahrungsmittel ist.

Bei den Reis und Mais essenden Völkern hat die kulturelle Verfeinerung der Nahrung zu bösen Avitaminosen geführt (Beriberi, Pellagra). Die Vitamine sitzen besonders in den Rindenschichten der Körner. Das Polieren des Reis', das Schälen des Mais' vermindert den Vitamingehalt ganz erheblich. Die Reis- und Maiskleie ist dafür um so reicher an Vitaminen und schon lange als Heilmittel gegen diese Avitaminosen bekannt. Bei uns ist es der hochentwickelten Müllereitechnik gelungen, ein Mehl auf den Markt zu bringen, das zwar wunderschön und blendend weiß aussieht, das aber seine wertvollsten Vitamine mehr oder weniger verloren hat, die dann um so reichlicher in der Kleie, d. h. in den Abfällen enthalten sind. Erfreulicherweise macht sich allmählich ein Umschwung, das Streben bemerkbar, auch die hohen Nährwerte der Schalenteile, insbesondere der Kleie bei der Mehlbereitung zu erhalten. Aehnlich ist es den Zuckerfabriken leider gelungen, aus der an sich wertvollen Zuckerrübe ein Produkt zu liefern, das eigentlich nur noch als chemisch reines Kohlehydrat anzusprechen und seiner Vitamine beraubt ist. Kuchen aus feinem Weizenmehl und weißem Zucker ist demnach ganz besonders vitaminarm. Es gibt aber eine gute Korrektur, und zwar durch die Hefe. Die Hefe mit ihrem kräftigen Keimungs- und Sprossungsdrang ist als besonders vitaminreich seit langem bekannt. Leider sucht auch hier der „Fortschritt“ die altbewährte vitaminreiche Hefe durch das völlig vitaminfreie Backpulver zu ersetzen, was unter allen Umständen zu verwerfen ist.

Vielleicht darf ich hier noch daran erinnern, daß die günstige Wirkung der Hefe bei der Furunkulose sehr dafür spricht, auch die Furunkulose als Avitaminose anzusprechen. Die ätiologischen Beziehungen aber zwischen der Zuckerkrankheit und der Furunkulose sind ja bekannt.

Die unerschöpflichste Quelle aber von Vitaminen sind alle Gemüse- und Obstsorten und Salate, besonders alles, was unverändert in rohem Zustande genossen werden kann. Allen Seefahrern ist bekannt, wie die schwersten skorbutischen Erscheinungen, entstanden durch Pökelfleisch und Konserven, nahezu zauberhaft verschwinden durch den Genuß von frischen Früchten und Fruchtsäften. Auf den hohen Vitamingehalt der Tomaten, der Gurken, Mohrrüben, Rettiche und Radieschen und ihrer Säfte, besonders im rohen Zustande, sei hier noch hingewiesen.[1]) Das deutsche Obst, der deutsche Apfel, alles Beerenobst ist außerordentlich vitaminreich und sollte in viel größerem Umfange als bisher angebaut werden, um als billiges Volksnahrungsmittel speziell für unsere Kinder auf den Markt zu kommen. Die Bananen, die leider immer noch massenhaft importiert werden, sind besonders vitaminarm, vielleicht weil sie als außerordentlich leicht verderblich, völlig unreif zum Versand kommen müssen. Jeder Apfel ist da bei weitem wertvoller. Auch Apfelsinen und Zitronen sind sehr vitaminreich. Jede vernünftig geführte Küche sollte statt des wertlosen und oft sehr schädlichen Essigs immer nur Zitronensaft verwenden, insbesondere für die Salate. Auch die Gemüse sind fast alle sehr vitaminreich. Einfaches Kochen vermindert ihren Vitamingehalt erfreulicherweise nicht erheblich. Wohl aber die immer noch weit verbreitete Unsitte des „Abgießens“. Die meisten Vitamine in den Gemüsen sind in Wasser löslich und wandern deshalb zusammen mit den löslichen Mineralstoffen beim Abgießen in die Gosse. Küchentechnisch muß an dem Grundsatz festgehalten werden, daß das Gemüse nach gründlicher Reinigung in wenig Wasser gedünstet wird, so daß es mit seinem ganzen Gehalt an löslichen Vitaminen und Mineralsalzen als wertvoller und unentbehrlicher Bestandteil jeder Mahlzeit auf den Tisch kommt. Leider werden in den Gemüsekonservenfabriken ungeheuer viel wertvolle Vitamine zerstört. Es wird nötig sein, daß unsere Konservenfabriken sich hier gründlich umstellen und die Bestrebungen mancher Konservenfabriken sind auf diesem Gebiete besonders zu begrüßen (Vakuumverfahren).

Erfreulicherweise ist auch die Kartoffel, die ja bei uns in Deutschland mit ein Hauptnahrungsmittel unseres Volkes bildet und außerordentlich gut auf deutschem Boden gedeiht, sehr vitaminreich. Funk sagt (l. c. S. 263): daß die Stellung der Kartoffel als Schutzmittel gegen Avitaminosen insbesondere gegen Skorbut vollständig sichergestellt ist. Als während des Krieges in England der Kartoffelmangel sich bemerkbar machte, nahmen die Avitaminosen, in erster Linie Skorbut, stark zu. Im British Med. Journ. Juli 1917 wird auf diese Zunahme von Skorbut und Purpura rheumatica infolge von Kartoffelmangel eindringlich hingewiesen. Es wird festgestellt, daß Reis und Brot keinen Ersatz bieten.

---

[1]) Frische Butter ist vitaminreicher als die durch starke Erhitzung gewonnenen Fette, wie Schmalz, Margarine usw. Honig ist vitaminreicher als Sirup, rohe Eier vitaminreicher als gekochte usw.

Zum Schluß möchte ich noch daran erinnern, daß in neuerer Zeit außerordentlich bemerkenswerte Beziehungen zwischen den Vitaminen und Avitaminosen zu den ultravioletten Strahlen entdeckt worden sind. In der Münchener Medizinischen Wochenschrift vom 14. Dezember 1923 hat Andersen den Nachweis erbracht, daß die Zuckerkrankheit durch ultraviolette Strahlen günstig beeinflußt wird. Er konnte zeigen, daß das ultraviolette Licht der elektrischen Höhensonne den Blutzucker bei Diabetikern erheblich vermindert. Aber die häufigste und klarste Avitaminose bei uns im Kindesalter ist die Rachitis. Seit Kassowitz hat man den Lebertran als Spezifikum gegen die Avitaminosen schätzen gelernt. Heute weiß man, daß der hohe Gehalt des Lebertrans an Vitaminen, besonders an Vitamin-A, dessen antirachitische Wirkung bedingt. Nun hat es sich herausgestellt, daß die Wirkung des Lebertrans bei Rachitis durch ultraviolettes Licht wesentlich unterstützt wird. Ultraviolette Strahlen wirken auf den menschlichen und tierischen Organismus ähnlich wie die Vitamine. Mehr noch: vitaminarme Nahrung mit ultraviolettem Lichte bestrahlt, wirkt wie vitaminreiche. Auch beim Tierexperiment konnte man zeigen, daß vitaminfrei ernährte Ratten nicht an Avitaminose zugrunde gingen, wenn sie selbst oder ihre Nahrung ultraviolett bestrahlt wurden (siehe Hess: „Ueber die antirachitische Wirkung der ultravioletten Strahlen“, Ztrbl. für Kinderheilkunde 1925, Band 39, Heft 4, und György: „Ueber die Wirkung der bestrahlten Milch bei Rachitis“, Klinische Wochenschrift 1925, 33).

Die Wirkung dieser Bestrahlungen würde darauf hinweisen, daß es sich bei den Vitaminen nicht sowohl um einen chemischen als vielmehr um einen energetischen Faktor in der Ernährung handelt, so daß man die Vitamine bis zu einem gewissen Grade als den Hauptträger der vitalen Energie bezeichnen könnte.

Nachtrag bei der Korrektur.

Einen weiteren ungemein wertvollen Beitrag zur Lösung der Vitaminfrage bringt Prof. Beumer aus der Prof. Stoeltznerschen Universitätskinderklinik Königsberg i. Pr. mit seiner Arbeit: „Das Rachitisproblem und die Wirkung der ultravioletten Strahlen“ (Münchener Medizin. Wochenschrift 1925, Nr. 38). Beumer sagt ausdrücklich: „Licht und Lebertran besitzen die gleichen Fähigkeiten zur Rachitisheilung.“ Unter dem Einfluß des Lichtes, insbesondere der ultravioletten Strahlen, findet nach Beumer eine Synthese der Vitamine statt, so daß die Lichtbehandlung der Rachitis einer regelrechten Kausaltherapie entsprechen würde. Als den Träger der geheimnisvollen Vitaminerzeugung im Organismus sieht man das Cholesterin an. In diesem Cholesterin des Hautfettes würden sich demnach unter dem Einfluß der Bestrahlung diejenigen Stoffe (Vitamine) bilden, welche die Skelettentwicklung beim Kinde regulieren. Auch hierin darf man eine weitere Bestätigung der energetischen Natur der Vitamine erblicken. Damit würde die Auffassung eines Helmholtz, Brücke und anderer von dem Wesen der Nahrung überhaupt wieder in den Vordergrund der Ernährungsphysiologie gerückt: die Nahrung als Träger der Sonnenenergie, als latente Sonnenkraft, die durch den Stoffwechsel im Organismus wieder in lebendige Kraft umgewandelt wird.

Röntgenfortschritte in Diagnostik und Therapie.

Von

Dr. JEAN KOTTMAIER, Mainz.

Die diagnostische Anwendung der Röntgenstrahlen hat in der letzten Zeit Fortschritte zu verzeichnen, welche von bleibender Dauer, Marksteine in historischer Entwicklung bedeuten. Der unbestrittendste, ungefährlichste ist eine Verbesserung der Aufnahmetechnik: die Potter-Bucky-Blende. Sie ermöglicht die röntgenographische Darstellung von Körperteilen, z. B. des Beckens, des mittleren Teiles der Brustwirbelsäule in einer Vollendung, wie sie mit den früheren einfachen Aufnahmen auch bei bester Apparatur nie zu erzielen waren. Die unter Anwendung der Potter-Bucky-Blende gefertigten Röntgenogramme fördern nicht nur das diagnostische Vermögen bei dem schwierigen Kapitel der Hüftgelenkserkrankungen, sondern ermöglichen bisweilen z. B. auch Klagen über Rückenschmerzen als Ausdruck einer Arthritis deformans auf eine vielleicht bereits jahrelang zurückliegende traumatische Einwirkung zurückzuführen.

Die Potter-Bucky-Blende bezweckt die Abblendung der Sekundärstrahlen, wie sie beim Durchtritt des Röntgenlichts besonders durch dicke Körpermassen ausgelöst werden. Indem jeder dieser Strahlen von seinem Ausgangspunkt aus bei der Durchleuchtung und dem Röntgenbild ein Bild auf dem Leuchtschirm bzw. der Platte zustande bringt, entsteht eine sich bei dickeren Objekten bis zur Undeutlichkeit steigernde Verschwommenheit. Seit Jahren benutzt deshalb der Röntgenologe eine netzförmige Anordnung von Bleilamellen, die parallel und gleichlaufend mit dem Strahlengang der Röhre, zwischen Objekt und Schirm bzw. Platte geschaltet, wenigstens einem Teil der Sekundärstrahlen durch seitliche Abblendung die Möglichkeit nimmt bis zum Leuchtschirm bezw. der Platte zu gelangen. Erst so wurde die Beobachtung der Magenperistaltik u. ä. richtig ermöglicht, indem Uebersichtsbeobachtungen bzw. Aufnahmen durchführbar waren. Diese Bucky-Blende zeichnete sich aber immer als feines quadratisches Netz ab, und es ist leicht zu verstehen, daß es eher am Leuchtschirm möglich war, Feinheiten, so weit das Auge sie zu fassen vermag, welche aber die Ueberschneidungen dieses Netzwerkes nicht selten verdeckten, durch Verschiebung von Röhre oder Objekt eher zur Darstellung zu bringen, als unter den gleichen Umständen erwünschte Projektionen auf die Platte zu erhalten, welche so öfter gerade an etwas Zufälliges gebunden waren.

Das Wesentlich-Neue der Potter-Bucky-Blende liegt in dem Gedanken, durch Bewegung der Bleilamellenanordnung während der Zeit der Aufnahme nicht nur ihre störende Darstellung zu verhindern, sondern auch noch so die Abblendung der Sekundärstrahlung zu verstärken. Demzufolge bewegt sich ein System von etwa 50, dem Strahlengang der Röntgenröhre gleichgerichteter Bleistreifen in abstufbarer Zeit, parallel zu einer muldenförmigen Lagerungsfläche zwischen Objekt und Platte.

Ein Nachteil dieser Blende ist die Verlängerung der Expositionszeit auf etwa das Zweifache, so daß sie zur größeren Klarheit bei sich bewegenden Organen (Herz, Magen) sicher zunächst nichts beitragen kann. —

Einen weiteren, ganz bedeutenden Erfolg hat die Röntgendiagnostik mit einem Verfahren zur regelmäßigeren Darstellung der Gallenblase errungen.

Wir wissen, wie es relativ selten möglich war, auf Grund des Röntgenbildes etwas direkt Positives über den Zustand der Gallenblase auszusagen, weil es nur selten gelang, die Zeugen bestehender oder bestandener Entzündungen darzustellen — die Gallensteine — und insbesondere, weil sich die Gallenblase weder in ihrer normalen Form noch in ihren pathologischen Veränderungen anders als höchst selten bei der Röntgenuntersuchung zu erkennen gab. Nur wenn die Gallensteine genügend kalkhaltig waren, wurden sie unter günstigen, niemals sicher reproduzierbaren Bedingungen als rundliche Schatten, ringförmige Aufhellungen u. a. auf der Platte sichtbar. Selten, daß die Darmaufblähung durch Kontrasterhöhung ein besser verwertbares Röntgenbild erlaubte. Für gewöhnlich waren wir immer weit mehr auf die indirekten Zeichen, wie adhäsive Verziehung des hoch stehenden Magens, beschleunigte Entleerung usw. angewiesen, Symptome, welche keineswegs immer eindeutig sind. Wohl trat ein erster Wandel mit der Einführung des Pneumoperitonäums ein, welches, indem es durch vermehrten Gasgehalt die Kontrastmöglichkeit steigerte und zugleich die Organe von einander drängte, dem solideren Inhalt der Gallenblase gegenüber dem künstlich eingeführten Gas erlaubte, oft ihrer Form entsprechend, zur Darstellung zu kommen.

Allein dieses Verfahren war nicht nur mit einer gewissen Gefahr verbunden, es durfte bei entzündlichen Prozessen nicht zur Anwendung kommen, vielmehr vermochte es auch nicht die Schwierigkeiten der Deutung tumorartiger Gebilde, wie sie im Gefolge meist chronischer Entzündungen im rechten Oberbauch zur röntgenologischen Darstellung gelangen, immer befriedigend zu lösen.

Es war klar, am meisten konnte wohl erzielt werden, wenn es gelang, die Gallenblase ähnlich wie den Magendarm mit einem Kontrastmittel zu füllen. So galt es Stoffe ausfindig zu machen, welche mit der Galle ausgeschieden, im Reservoir der Gallenblase gespeichert, den Röntgenstrahlen gegenüber schattenbildend wirken. Als solche wurden uns aus den Vereinigten Staaten das Natriumsalz des Tetrabromphenolphthaleins bezw. des Tetrajodphenolphthaleins bekannt, welche, entsprechend ihrem Halogengehalt, die Röntgenstrahlen stark absorbieren. Da sich die Absorptionskraft der Elemente gegen Röntgenstrahlen in dem Sinne abhängig erweist, daß mit steigendem Atomgewicht die Absorption von Röntgenstrahlen in der vierten Potenz wächst, so läßt sich aus dem Atomgewicht von Brom und Jod ableiten, daß das Jod eine etwa fünfmal stärkere Röntgenstrahlenabsorption besitzt, als das Brom. Zurzeit scheint es trotzdem bis auf weiteres ratsamer, das bromhaltige Präparat wegen seiner geringeren Nebenwirkungen zu verwenden. Diese scheinen nicht immer vermeidbar zu sein. Uebelsein, Erbrechen, Blutdrucksenkung traten an größerem Material stark bei 7%, schwächer bei 18% in Erscheinung. Die Verwendung reiner, in braunen Flaschen verpackter Präparate, verlangsamte, über 10 Minuten sich erstreckende Injektion, 0,5 bis 1,0 Adrenalin intramuskulär vermeiden häufig die Blutdrucksenkung bzw. beseitigen sie prompt. Die Technik ist im einzelnen zurzeit folgende: 4,5 (bis 5,0) g Tetrabromphenolphthalein (Merck) werden in 35 bis 40 ccm destilliertem Wasser gelöst, filtriert und im kochenden Wasserbad auf die Dauer von 15 bis 20 Minuten erhitzt. (Es scheint sehr wünschenswert, diese Notwendigkeit wegen der wahrscheinlich damit verbundenen Bildung giftig wirkender Zersetzungsprodukte möglichst bald entbehren zu können.) Wiegt der Patient weniger als 75 kg, so muß die Menge des Präparates verringert werden. Dem zu Untersuchenden wird das Präparat, geteilt in zwei Hälften intravenös im Abstand von ½ Stunde gegeben. Der Patient wird auf die rechte Bauchseite gelagert, er erhält während der nächsten 48 Stunden, so lange er wacht, alle 3 Stunden 2 g Natrium bicarbonicum. Das Abendessen soll eiweißfrei sein. Es werden Serienaufnahmen nach 4, 8, 24 und 32 Stunden gemacht. Die normale Gallenblase gibt nach 3½ bis 5 Stunden einen Schatten, nach 16 bis 24 Stunden wird er intensiver, aber als Ausdruck der Elastizität der Gallenblase kleiner. Nach 48 Stunden erscheint die Gallenblase leer. Tritt die Gallenblase, auf diese Weise untersucht, überhaupt nicht in Erscheinung, so ist denkbar, daß sie mit normaler Galle gefüllt, das Kontrastmittel nicht in sich speichert. Man hat deshalb zur vorherigen Entleerung eine Einspritzung von Pituglandol, welches ja die Gallenblase zur Kontraktion und Entleerung bringt, gemacht. Weiter hat sich gezeigt, daß es sich häufig um entzündliche Vorgänge im Ductus cysticus handelt, wenn die Gallenblase nach dieser Methode von Graham, Cole und Copher nicht darstellbar ist; öfter durch einen radiären Cholesterinstein hervorgerufen. Gallensteine machen sich als negative (meist Cholesterinsteine) oder positive Schatten (mit dem Farbstoff getränkte Kalksteine) bemerkbar. Diese Imbibition der Kalksteine mit dem Farbstoff ist analog dem Verhalten gewisser Nierensteine, die erst dann hervortreten, wenn das an sie herangebrachte Kollargol wieder abgeflossen ist, nachdem sich die Konkremente damit getränkt haben. Die pathologische Gallenblase gibt sich an dem weniger intensiven Schatten und durch ihren Mangel normaler Elastizität zu erkennen.

Die Cholezystographie ist indiziert: 1. Vor jeder „Probelaparotomie". Sie kann den Zystikusverschluß nachweisen, besonders in den Initialstadien der Cholelithiasis, wo die Patienten meist mehr über Magensymptome klagen. 2. Sie kann die pathologische Form der Gallenblase — geringe Schattenintensität, starre Fixierung — darstellen, wie sie bei Entzündungen ohne Steine aber evtl. mit typischen Gallenblasenkoliken einhergeht. 3. Kann sie differentialdiagnostisch durch Darstellung einer normalen Gallenblase bei Schmerzen, welche vielleicht von einem Pylorus- oder Duodenalulcus, einer Appendizitis oder Pankreatitis ausgehen, wertvoll werden. 4. Sie vermag die Differentialdiagnose gegen Nierensteine zu erleichtern.

Es ist sicher, daß die Methode heute bereits Wertvolles leistet, und es ist gewiß, daß sie weiter ausgeprobt in Zukunft noch mehr zu bieten vermag, besonders, wenn sie sich weniger gefährlich, weniger unangenehm gestalten läßt. Versuche, die intravenöse Injektion des Konstrastmittels durch perorale oder rektale Darreichung eines geeigneten Präparates zu ersetzen, sind bereits im Gange.

Einen wichtigen Schritt zu weiterer Erkenntnis machten die Franzosen mit der unmittelbaren Einführung jodhaltiger Präparate — Lipiodol — in die Bronchien und den Rückenmarkskanal. In gleicher Weise ist das 40prozentige Jodipin-Merck verwendbar.

Das einfachste und mildeste Verfahren zur Darstellung des Bronchialbaums ist nach Anästhesierung des Kehlkopfs den Patienten die Jodipinlösung trinken zu lassen. Die zur Füllung nötige Menge wird vor dem Leuchtschirm bestimmt, um eine unnötig große Jodeinführung zu vermeiden. Auch scheint es zweckmäßig, durch Darreichung eines Jodpräparates vor derartigen Untersuchungen eine allfallsige Jodidiosynkrasie festzustellen. Sonst wurden außer einer gewissen Atemnot hie und da Temperatursteigerungen beobachtet. Das Präparat wird in den nächsten Stunden ohne weiteres ausgehustet, und bisweilen war gar ein günstiger therapeutischer Einfluß des Jodpräparates auf die in Frage kommenden Lungenleiden zu bemerken.

Zur Darstellung von Bronchialfisteln bei Empyem, Bronchektasien im untersten Teil der Lunge ist das Verfahren recht geeignet.

Die Tatsache, daß weder durch die anfangs allein geübte subglottische Injektion des Kontrastmittels noch durch die beschriebene Methode der Darreichung das Kontrastmittel trotz geeigneter Lagerung nicht zweckmäßig an die gewünschten Stellen gelangt, hat dazu geführt, die Applikationsmethode zu verändern. So haben Lenk und Haslinger eine Hohlsonde in den gewünschten Lappen eingeführt und durch sie die Teile so gefüllt, welche ihnen untersuchungsbedürftig schienen. Ein Vorteil dieser Methode ist auch, daß die Menge des Jodpräparates meist kleiner gehalten werden kann.

Es ist möglich, daß durch eine zu tiefe Anästhesierung der Bronchialschleimhaut das Jodkontrastmittel in die kleineren Bronchien, ja in die Alveolen eindringt. Dort bleibt es dann Wochen und Monate liegen; trotz starken Hustens wird es nicht zutage gefördert. Das allmähliche Verschwinden des Kontrastmittels erfolgt durch Resorption. Immerhin ist ein solcher Zustand nicht ganz unbedenklich, weil er zur Fremdkörperpneumonie führen kann. Interessant ist noch, daß bei der Instillation kleiner Kontrastmittelmengen eine Ansammlung an den Lappenspalten entgegen auch der Schwerkraft stattfindet. Wir begegnen hier der Tatsache, welche sich auch bei der Pneumonie zu erkennen gibt, daß die Lappenränder offensichtlich wegen ihrer günstigen Verbindung mit der Außenwelt und ihrer besonders starken Ventilation zu derartigen Infiltrationen besonders disponiert sind. Auch über ein bisher unbekanntes physiologisches Phänomen, die Peristaltik der Trachea und der Bronchien hat uns das neue Verfahren unterrichtet. So konnte man beobachten, wie die Ringe stellenweise dichter aneinander rücken, während sie oberhalb und unterhalb dieser Stelle auseinanderweichen. Dabei wird die Trachea an den Stellen der größeren Dichte der Ringe enger. Schließlich ließen sich an gewissen Stellen der Trachea Krümmungen erkennen, welche allmählich wellenartig nach oben liefen.

Auch die Diagnose der Rückenmarkstumoren hat durch die Einbringung der Jodpräparate in den Rückenmarkskanal gewonnen. Das Jodipin wird dann auf seiner Wanderung von der Cisterna cerebello-medullaris, wo es durch Suboccipitalstich in einer Menge von höchstens 2,0 ccm deponiert wird, nach abwärts von Tumoren, wenn sie nicht sehr klein sind, in einem charakteristischen „Stopp“ aufgehalten, ebenso wie Markkompressionen anderer Aetiologie, Spätschädigungen durch Adhäsionen nach Wirbelfrakturen, amyotrophische Lateralsklerose, Syringomyelie, Meningitis adhäsiva, multiple Sklerose unter diesen Kautelen zur Darstellung auf der Platte kommen. In dem Bericht über die Tagung der Süd- und Westdeutschen Röntgengesellschaft ist diese Art der Myelographie weitergehend berücksichtigt (siehe Peiper-Frankfurt a. M.).

Schließlich sollen noch die enzephalographischen Studien erwähnt werden, welche bei lumbaler bezw. suboccipitaler Lufteinblasung nach Entleerung von etwa 10 ccm Liquor durch Kontrasterhöhung in den Ventrikeln ermöglicht werden. So gewinnt man Bilder der verschiedenen Formen von Hydrozephalus, Lues congenita, Atrophia cerebri congenita, zerebraler Kinderlähmung, Hemiplegie, Epilepsie, Tumoren und Pseudotumoren, Encephalitis epidemica, traumatischen Hirnaffektionen. Praktisch besonders wichtig kann die Methode differentialdiagnostisch zwischen meningealen und cerebralen Blutungen, ferner bei der Beurteilung von Spätschäden, insbesondere nach Kriegsverletzungen werden. Auch bei der progressiven Paralyse kann die Enzephalographie eine wichtige Rolle spielen. Die Enzephalographie soll stets das letzte Glied in der neurologischen Untersuchung sein. Sie ist sicher nie ungefährlich und bei Verdacht auf raumbeengende Prozesse in der hinteren Schädelgrube kontraindiziert, da eine plötzliche, ventilartige Verlegung des Foramen Magendii, wie sie bei solchen Fällen leicht vorkommt, wenn dem Liquor durch die Lumbalpunktion Abfluß verschafft wird, plötzlichen Tod herbeiführen kann. Ohne leichte Zerreißungen von Ependym- und Piahäutchen scheint es bei keiner derartigen Untersuchung abzugehen. Bei Punktion der Zysterne, welche nicht immer leicht ist, werden 80 bis 100 ccm Liquor ohne Schaden ersetzt. Freilich ist dann die Nachschickung von 20 bis 40 ccm Luft nötig, wenn sich herausstellt, daß die Hohlräume nicht genügend gefüllt sind, wodurch es zu Täuschungen kommen kann. Es hat sich gezeigt, daß Sauerstoffüllung weniger Beschwerden verursacht, als atmosphärische Luft, deren Stickstoff wahrscheinlich chemisch-physikalisch einen weniger indifferenten Reiz auf das zarte Gewebe ausübt.

Auf therapeutischem Gebiet wurde Günstiges von den Röntgenstrahlen berichtet bei Adnexentzündungen gonorrhoischer und unklarer Genese. (Die Röntgenbehandlung tuberkulöser Erkrankung der Adnexe gehört bereits bekanntlich zum gesicherteren Bestand.) Wir wissen, daß die Menstruation auf derartige Erkrankungen ungünstig einwirkt. Besonders als dann die Idee von der Möglichkeit vorübergehender Sterilisierung durch Röntgenstrahlen auftauchte, lag es nahe, diese in solchen Fällen zu verwenden. Wenn auch diese Garantie der Wiederkehr der Menses nicht übernommen werden kann — falls die Adnexitis tatsächlich beiderseits eine Röntgenbehandlung erfordern sollte — so dürfte es doch manche Fälle geben, wo, bevor man operative Eingriffe vornimmt, die heilende Kastration mit Röntgenstrahlen immer noch das kleinere Uebel darstellt. Die einseitige Kastration zur Heilung einer einseitigen Adnexitis zu verwenden, scheint mir hingegen, wenn wir mit sonstigen konservativen Verfahren nicht weiter kommen, recht rationell, weil wir ja so die Fruchtbarkeit der Frau nicht für immer (sondern höchstens nur vorübergehend) beeinträchtigen. —

Die Beobachtung, daß bei Bestrahlungen der Parotisgegend eine Trockenheit im Mund entsteht, welche auf Versiegen der Speichelsekretion beruht, zeigte, daß die Speicheldrüsen recht röntgenempfindlich sind. Diese Tatsache fand ihre praktische Auswertung bei Parotisfisteln, welche bekanntlich häufig deshalb nicht zur

Ausheilung zu bringen sind, weil die Speichelsekretion nicht zu unterdrücken ist. Der Speichelfluß besonders bei Mahlzeiten macht diese Kranken gesellschaftsunfähig, überhaupt ist das Leiden mit seinen Ekzemen und Entzündungen außerordentlich lästig. Häufig genügt in solchen Fällen eine Bestrahlung, die aber individuell gestaltet werden muß, wenn sich in der (zarten) Gesichtshaut etwa bereits entzündliche Vorgänge abspielen: Man wird im gegebenen Falle die Dosis von 70% der HED (unter Schwerfilter) auf 2 oder mehr Sitzungen mit größeren Intervallen verteilen. Eine solche Bestrahlungsweise verbaut auch nicht den Weg der chirurgischen Abhilfe, wenn sie sich wirklich als notwendig noch erweisen sollte.

Nochmals sei auf die ausgezeichnete Wirkung der Röntgenstrahlen bei den adenoiden Vegetationen hingewiesen. Gute Erfolge ließen sich so auch bei Diphtheriebazillenträgern erzielen, wie aus den Vereinigten Staaten gemeldet wird, wo die Röntgenstrahlen bei der Mehrzahl dieser Drüsenerkrankungen das Messer verdrängt haben.

Sehr Gutes wird wieder von der Röntgenbehandlung des Keuchhustens berichtet. So gelang es Pincherle-Triest, 54 Fälle mehr oder weniger, stets aber im Sinne einer unzweifelhaften Besserung zu beeinflussen. Er bestrahlte am ersten Tag Sternum und obere Brustpartien (offene Blende, 10 cm Durchmesser, 3 H unter 3 mm Al, 28 bis 32 cm FHA, 27 cm F-Str.). Die Zahl der Anfälle nahm anfangs häufig zu, ihre Intensität wurde stärker. Zwei Tage später wurde unter den gleichen Bedingungen die obere Rückenpartie bestrahlt. Bei kleinen Kindern wurde die Dosis auf 2 H reduziert. Meist macht sich dann bereits einen Tag nach der zweiten Bestrahlung eine Abnahme der Anfälle und ihrer Schwere bemerkbar, das Erbrechen schwindet, der Appetit meldet sich wieder. Eine dritte Bestrahlung wiederholt die Dosen der zweiten, manchmal in etwas verringertem Maße, auf die Rückenpartie, wenn der Erfolg deutlich in Erscheinung getreten war; andernfalls wird das Sternum bestrahlt, in gleicher Weise wie bei der ersten Bestrahlung. Eine vierte Bestrahlung war selten nötig.

Das Röntgenbild des Thoraxinhaltes, wie es sich bei Pertussis zeigt, gibt die Erklärung dieser therapeutischen Wirksamkeit der Röntgenstrahlen. Vor allem fällt die starke Hiluszeichnung auf, wozu in komplizierten Fällen neben ringförmigen Gebilden (entzündete hypertrophisch gewordene Bronchien im Querschnitt) noch gruppenweise auftretende, herdförmige Gewebsverdichtungen besonders in den mittleren, dem Herzrand anliegenden Teilen der Unterlappen hinzukommen. Auch fand sich bisweilen eine Verbreiterung des Mediastinums im oberen Teile und zwar immer nach rechts, als Ausdruck mediastinaler Pleuritis. Wir kennen die Wirkung der Röntgenstrahlen kleiner Dosis auf entzündliche Prozesse, besonders aber ihre Eigenschaft des starken Einflusses auf die Lymphdrüsen, vornehmlich wenn es sich wie beim Keuchhusten um entzündliche Drüsen des Hilus handelt. Ihr Reiz auf den Vagus ist wohl vor allem für die Paroxysmen anzuschuldigen. Fällt er weg, so dürfte dem Wesentlichsten des Keuchhustens die Grundlage genommen sein.

Während wir mit ganzem Verständnis den eindrucksvollen Auswirkungen raumbeengender Prozesse im Thorax auf die Atmungsorgane gegenüberstehen, während wir ganz beherrscht sind von den Erscheinungen der Atemnot, wie sie verstärkt durch Vaguskompression sich unserer Beobachtung aufdrängen, machen wir uns nur selten eine Vorstellung von den Folgen, welche derartige Erkrankungen auf die zentralen Kreislauforgane nicht nur in funktioneller Hinsicht sondern auch in gestaltender sowohl auf diese wie auch auf die Lungen, ja den ganzen Habitus ausüben können. Die Latenz dieser Entwicklungshemmungen, die Möglichkeit die funktionell in Erscheinung tretende Kreislaufinsuffizienz bequemerweise meist mit der Digitalis beseitigen zu können, stellen wohl die Gründe zur Erklärung dieser Sonderbarkeit dar, nicht aber auch zu ihrer Rechtfertigung. Es widerstreitet medizinischen Grundsätzen nicht immer und überall, wo es möglich ist, ätiologische Therapie zu treiben und die Tatsache, daß wir unvermögend sind, immer nach diesen Grundsätzen zu handeln, ist für den denkenden Arzt allzu oft eine Quelle seelischer Bedrückung, als daß wir nicht jede Gelegenheit wahrnehmen sollen, wo es uns gelingt, durch Erkenntnis der Zusammenhänge den Quell des Leidens möglichst nahe an seinem Ursprung zu verstopfen. Glücklicherweise besitzen wir in den Röntgenstrahlen ein Mittel, welches uns gestattet, bei den raumbeengenden Prozessen im Thorax, gutartiger Aetiologie, fast immer ursächlich zu wirken. Substernale Strumen, Thymushyperplasie und Vergrößerung der Bronchialdrüsen können alle mehr oder weniger intensiv auf das Herz und die zentralen Gefäße einwirken. Bewußt möchte ich nur die rein mechanische Komponente erörtern, die, wenn sie auch nicht in jedem Falle die wichtigste darstellt, den Vorzug der Eindeutigkeit hat und dabei den Wirkungen unserer Röntgenbestrahlungen mit am schnellsten erliegt.

Die Erkennung dieser Zustände ist vermittels Perkussion und Röntgenuntersuchung meist nicht schwer, wenn es auch Fälle gibt, wo eine ins Einzelne gehende Aufhellung der Verhältnisse großen Hemmungen begegnet. Auch die Röntgenuntersuchung führt nicht immer zu eindeutigen Ergebnissen. Sie kann es schon deshalb nicht immer, weil bereits die Anschauungen über die Entstehung des normalen Hilusschattens divergieren, so daß der Boden, worauf sich die Uebergänge vom normalen zum pathologischen Geschehen allmählich und unmerklich abspielen, meist ehe wir vor den sich manifestierenden klinisch-pathologischen Symptomenkomplex stehen, auch für die Röntgendiagnostik unsicheres Neuland ist. Am ehesten möchte ich mich noch der Meinung Groedels anschließen, wonach jedes Gewebe der Lunge, auch das der zugehörigen normalen, nicht vergrößerten Lymphdrüsen einen Schatten werfen kann. Die intensiveren Schatten im Röntgenbild entstehen danach durch Schattensummation verschiedener Gebilde oder durch Ueberkreuzung von Bronchien und Gefäßen usw. Die Grundfrage, sind denn überhaupt die Bronchialdrüsen röntgenologisch darstellbar, scheint insoweit geklärt, daß normale Drüsen nicht einzeln zur Anschauung gebracht werden können, was bei ihrer geringen Größe — sie sind linsen- bis erbsengroß — und ihrer meist versteckten Lage nicht verwunderlich ist. Dazu scheint aber die chemische Zusammensetzung der Drüsen normalerweise oder bei mehr akuten Grundkrankheiten der zugehörigen Organe eine Rolle zu spielen, welche nicht im Sinne einer Kontraststeigerung beim Durchgang der Röntgenstrahlen liegt. Wenn wir daher nach einiger Zeit im Anschluß an zahlreiche infektiöse Erkrankungen, wie Grippe, Influenza, Pneumonie, Lues, Masern, Keuchhusten usw. Drüsenschatten konstatieren, welche vielleicht bei früheren Röntgenuntersuchungen nicht zu sehen waren, so ist damit noch nicht bewiesen, daß diese Lungenaffektionen in ihren akuteren Stadien nicht auch von Drüsenschwellungen begleitet wären. Es besteht eben immer noch die Möglichkeit, daß diese nicht zugleich auch mit einer Aenderung der chemischen Zusammensetzung einhergehen, welche eine andere Schattenbildung wie die des akut erkrankten umgebenden Gewebes erlaubte. Andererseits kann man begreifen, daß das ursprünglich von der Erkrankung akut befallene Organ keine röntgenologisch erkennbare Spuren mehr aufweist, wenn die zugehörigen Lymphdrüsen sie noch lange bewahren, wodurch es evtl. erst ermöglicht wird, sie in ihren Veränderungen auf der Platte zur Darstellung zu bringen. Die Schwierigkeiten können durch das Bestehen einer Hyperämie im Hilusgebiet, etwa als Folge kardialer Stauung, ungemein groß, geradezu unübersteiglich werden, wenn es sich darum handelt, eine markische Schwellung bronchopulmonaler Lymphdrüsen in einem so gleichmäßig verschatteten Gebiet erkennen zu wollen.

Im einzelnen dokumentieren sich die substernalen Strumen, die Thymus persistans der Erwachsenen in einer großen Zahl der Fälle auf dem Röntgenbild, in anderen Fällen wieder nicht. Läßt dann wie häufig bei diesen Kranken auch die Perkussion im Unklaren, so sind wir auf Vermutungen, wie sie durch Drucksymptome z. B. auf die obere Hohlvene (Venenzeichnung) — auf den Vagus (Reizhusten, Erbrechen) — den Sympathikus (Erweiterung der Pupille der erkrankten Seite, halbseitiges Schwitzen) — auf den Recurrens (Heiserkeit infolge Stimmbandlähmung) angewiesen.

Meist aber finden wir doch Anomalien bei der Perkussion, insbesondere parasternal im zweiten rechten und linken Interkostalraum. Bei den praktisch am meisten in Frage kommenden Bronchialdrüsen lassen sich diese Dämpfungen ein oder beiderseits parallel dem Sternum verlaufend nach abwärts bis zur Leberdämpfung oder bis zur Herzdämpfung verfolgen, welche sie dann etwa in der Höhe der vierten Rippe so schneidet, daß eine lateral-konkave zur Herzspitze ziehende Linie entsteht. Bei Dilatatio cordis werden die Verhältnisse freilich weniger klar, wenn auch die abnorme Dämpfung im zweiten linken Interkostalraum immer verdächtig bleibt. Die Röntgenuntersuchung gibt uns durch Darstellung vergrößerter Lymphdrüsen häufig Klarheit, während sich frischgeschwollene nicht indurierte Drüsen meist bloß aus der Intensität und Breite des Hilusschattens erraten lassen. Differentialdiagnostisch bietet die Röntgenuntersuchung meist noch die Möglichkeit der Unterscheidung retrosternaler Strumen von Bronchialdrüsen, indem der Schattenumriß bei diesen oben wieder medianwärts umbiegt, während z. B. ein großer rechter Lappen jener den Aortenschatten in seinem Bogen nach links und unten drückt. Schließlich käme noch vor Anwendung der Röntgentherapie die Entscheidung in Frage, ob wir nicht etwa einem bösartigen Hilustumor gegenüberstehen. Diese sind meist charakteristisch begrenzt, von unregelmäßigen Konturen und wachsen strahlig und fächerförmig in das helle Lungengewebe hinein. Doch bleiben bei diesen Deutungsversuchen immerhin Zweifel, welche aber meist der sonstige klinische Befund zu lösen imstande ist. Auch dürfte der Zustand rein entzündlicher Schwellung der Mediastinaldrüsen, wie er zu Anfang bei Geschwülsten auftritt, sich in seinen mechanischen Wirkungen auf den Kreislauf von ähnlichen Wirkungen gutartiger Tumoren gar bald durch die eindeutigeren Zeichen der Tumorinvasion in die Blutbahn zu erkennen geben. Von vornherein spricht die relative Seltenheit der Hilusblastome im Zweifelsfall für Gutartigkeit des Prozesses. Daß trotzdem klinisch viel mehr von dem Zusammenhang zwischen malignen Tumoren des Mediastinums und den Kreislaufstörungen die Rede ist, als von mechanischen Beeinflussungen des Herzens und der großen Gefäße und als von jenen durch gutartige, länger oder kürzer dauernde Vergrößerung drüsiger Nachbarorgane, scheint nur wieder verständlich, weil im Falle der Malignität die Kompressionsfolgen am Kreislauf sich steigernd im Laufe der Beobachtung eindrucksvoller gestalten, während sie bei den benignen Thoraxtumoren uncharakteristisch und wechselvoll meist erst dann bemerkt werden, wenn die Aufmerksamkeit auch auf sie gerichtet wird. Die Auskultationsphänomene sind nur in den wenigen Fällen charakteristisch, wo eine Aenderung der Körperhaltung eine Steigerung der von dem Tumor bewirkten Verengerung der großen Gefäße und damit das Auftreten von Geräuschen herbeiführt, bzw. ihre Verstärkung erzielt. Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit gegen Herzgeräusche als Folge von Klappenfehlern scheint nicht zu bestehen.

Die pathologisch-physiologischen Vorgänge, welche sich unter mechanischen Hemmungen von Tumoren auf die Zirkulation an den Gefäßen zunächst abspielen, machen verständlich, wie es zu ausgesprochenen Insuffizienzerscheinungen und in letzter Linie zu gewissen Bildungsanomalien des gesamten Habitus kommen kann. Wir müssen eine Beeinflussung des Blutstroms am meisten dort erwarten, wo der ihn erzeugende Druck am geringsten ist: in den zum Herzen führenden Gefäßen. In diesem Sinne kann z. B. eine Beschränkung der Blutzufuhr zum rechten Herzen, wie sie durch Druck auf die V. cava sup. zustande kommt, große Bedeutung erlangen. Diese Verminderung der unmittelbaren Blutzufuhr zum rechten Herzen und der Abfluß des Blutes zum Stromgebiet der V. cava inf. durch die kommunizierende Verbindung der V. azygos haben schließlich zur Folge, daß dem rechten Herzen in der Zeiteinheit eine verminderte Blutmenge gegen die Norm zugeführt wird. Denn es ist klar, daß das Blut, welches seinen Weg zur Entlastung des Stromgebietes der V. cava sup. durch die V. azygos nimmt, der Stromrichtung der V. cava inf. entgegengesetzt strebt und dadurch deren Entleerung verzögert, so daß das Blut nicht in normaler Weise aus den Organen der unteren Körperhälfte abfließen und zum Herzen gelangen kann. So läßt sich eine Reihe klinischer Symptome leicht verstehen, worüber gerade solche asthenische Patienten häufig klagen: Stuhlträgheit infolge Hyperämie und Superazidität des Magens, Appetitlosigkeit, kalte Füße durch zu langes Verweilen des Blutes im venösen System der abhängigen Körperteile usw. Zu Stauungserscheinungen im Gebiet der V. cava sup.: Gedunsenheit des Kopfes, Schwellung der Halsvenen, bläulich verfärbten Lippen, Venenzeichnung auf der Brust kommt es dann besonders, wenn die die Stromgebiete der beiden Hauptvenen verbindende V. azygos mit Klappen ausnahmsweise versehen ist, welche dem Abfluß aus der V. cava sup. entgegenstehen. Auf alle Fälle wird durch Druck auf eine der beiden großen Hohlvenen die zum rechten Herzen strömende Blutmenge vermindert, die Muskulatur dieses Herzabschnittes erfährt beim wachsenden Organismus — und um solchen handelt es sich ja praktisch bei der Drüsentuberkulose zumeist — nicht jenes physiologisch-proportionale Maß der Ausbildung, das ihm nach der Anlage des Ganzen planmäßig zukäme, wodurch häufig die Bildungsanomalie des asthenischen Habitus entstehen mag. Denn es ist einleuchtend, daß auch die Lunge unter dieser mangelhaften Blutzufuhr nicht in normaler, den Bedürfnissen des Gesamtorganismus entsprechender Weise entfaltet wird. Der Brustkorb, in Weite und Tiefe ganz von den Organen, welche er umschließt, und ihrer Funktion abhängig, ist bei diesem Habitus nicht viel mehr als der äußere Ausdruck in seinem Inneren sich abspielender Hemmungen. Nächst den Hohlvenen ist es die Arteria pulmonalis, welche am meisten durch äußere mechanische Einwirkungen gefährdet ist, da der Blutdruck in ihr — Experimente am Pferd haben dies auch für den Menschen wahrscheinlich gemacht — nur einen Bruchteil jenes beträgt, wie er im großen Kreislauf herrscht. Ist das rechte Herz durch ständige, mangelhafte Füllung nicht allzu ungeübt, so gelingt es ihm wohl durch Hypertrophie des Stromhindernisses Herr zu werden, immerhin scheint aber unter solchen Umständen doch bei einiger Dauer des Zustandes die Möglichkeit der Insuffizienz dieses an sich schon muskelschwachen Herzteils näher gerückt. Es dürfte sonach nicht selten sein, daß auf diese Weise bereits in frühester Jugend und im Kindesalter der Grund zu einer allgemeinen Minderwertigkeit gelegt wird, welche das betreffende Individuum den Anforderungen des täglichen Lebens zu früh erliegen läßt, indem der kleine Kreislauf diesen nur unter vorzeitigem Verbrauch seiner meist geringen Reservekräfte genügen kann. Insbesondere muß auch die in der Entwicklung zurückgebliebene Lunge an einer größeren Krankheitsbereitschaft, an einer geringeren Restitutionskraft leiden.

Es schien mir Zeit, die Aufmerksamkeit auf so fundamentale Vorgänge hinzulenken (Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten: Beiträge zur Tuberkulose) um so mehr, als sich aus dieser Erkenntnis praktisch-therapeutische Forderungen ergeben, deren insbesondere frühzeitige Befolgung für viele Patienten ungemein segensreich für ihr ganzes Leben sein kann, deren Ignorierung in seiner Jugend öfter ein nicht mehr gutzumachender Fehler ist. Aus dem Dargelegten geht ferner hervor, daß wir auch bei Kranken im reiferen Alter, wenn wir vor einer Herzinsuffizienz stehen, deren Aetiologie wir in allen Teilen häufig gar nicht mehr von Grund aus analysieren können, unser Augenmerk auf das etwaige Vorhandensein raumbeengender Prozesse im Thorax und ihren deletären Einfluß auf den Kreislauf richten sollen, weil uns die Hoffnung winkt, selbst bei ständigen Rezidiven, durch Beseitigung wenigstens einer ursächlichen Komponente die Herzarbeit zu erleichtern, den Anforderungen zu genügen oder wenigstens das Leben des Patienten zu verlängern, indem wir die Wirkung der Röntgenstrahlen, welche sie, wenn auch nicht immer im gleichen Grade, auf die gutartigen raumbeengenden Prozesse im Thorax ausüben, nützen.

Noch vor wenig Jahren kannte man in Fällen retrosternaler Strumen oder bei hypoplastischer Thymus als Heilmittel einzig das Messer, während gutartige intrathorakale Lymphdrüsenvergrößerungen überhaupt nur wegen ihrer meist tuberkulösen Natur Beachtung fanden, in ihren Beziehungen zum Kreislauf aber nicht gewertet wurden. Heute wird man bei der Struma retrosternalis, wenn die Kompressionserscheinungen recht drängend sind, noch die Strumektomie ausführen, andernfalls ist der Versuch der Röntgentiefenbehandlung am Platz. Insbesondere gilt dies auch für den Basedow und ohne Einschränkung für die Struma maligna, wo die traurigen chirurgischen Resultate weit hinter den Erfolgen der Röntgenbehandlung zurückstehen. In Amerika sieht man die chirurgische Behandlung des Basedow, welche ja noch immer mit einer Operationsmortalität von 5% belastet ist, als kontraindiziert an, wenn der Grundumsatz, also der Energieumsatz bei vollkommener Muskelruhe und im nüchternen Zustand, um mehr wie 60% erhöht ist. Damit ist die absolute Indikation zur Röntgenbehandlung (obturierender) Basedowstrumen gegeben. Die erforderliche Dosis von 60—70% der Hauteinheitsdosis wird während etwa 14 Tagen in zweitägigen Teildosen unter Schwerfilter verabfolgt, während bei weniger gesteigertem Grundumsatz die Röntgenbehandlung durch Erhöhung der Einzeldosis mehr individuell zusammengedrängt werden kann. Die Resultate der Röntgenbehandlung des Basedow erfahren eine außerordentliche Verbesserung, wenn gleichzeitig auch die Thymus mitbehandelt wird. Die Bedenken, welche bisher wegen eventuell nachfolgender Verwachsungen und Erschwerung notwendig werdender Operationen erhoben wurden, erwiesen sich nicht als hinreichend begründet, indem solche Kapselveränderungen auch bei solchen Strumen vorkamen, welche nie bestrahlt worden waren.

Noch weniger umstritten ist die Röntgentherapie bei der allerdings ziemlich seltenen Hyperplasie der Thymus. Auch beim Säugling muß die Röntgentiefentherapie als Methode der Wahl bezeichnet werden angesichts einer Operationsmortalität von 30%! Einzig die Frühreaktion kann ihre glänzenden Resultate trüben. Allein sie läßt sich bei der hohen Radiosensibilität der hyperplastischen Thymus unbeschadet des Zieles schneller Entlastung vermeiden, wenn die Röntgendosis von 40% (oberflächlich gemessen) der HED auf zwei bis drei Tage verteilt wird. Die Rückbildung des vergrößerten Organs setzt bereits wenige Stunden nach der ersten Teildosis ein. Es gehört zur einwandfreien Technik, daß sie besonders beim Säugling das durchstrahlte Volumen zur Gesamtmasse des kindlichen Organismus in ein richtiges Verhältnis setzt. Dementsprechend wird das Einfallsfeld auf 6 : 8 cm beschränkt werden müssen. Ferner ist darauf zu achten, daß wegen der Möglichkeit einer Entwicklungshemmung der weiblichen Brustdrüse auf jeden Fall die Brustwarzen, wovon ja die Entwicklung ausgeht, außerhalb des Strahlenbereiches bleiben. So läßt sich Gefahrlosigkeit der Therapie bei voller Wirksamkeit bei nur wenig Leiden so sicher verbinden, wie bei der Röntgenbehandlung der Thymushyperplasie. Trotzdem wird man nicht warten, bis die Erstickungsanfälle einen hohen Grad angenommen haben, sondern bei Zeiten eine mehr oder weniger systematische Hyperplasie der greifbaren Lymphdrüsen und insbesondere eine Vergrößerung der Zungenfollikel im Rachen als Hinweise auf eine wahrscheinliche Vergrößerung der Thymus ansehen. Auch wird man sich der häufig luetischen Aetiologie dieser Anomalie erinnern. Der „Stridor thymicus“, die geräuschvolle Atmung am Schlusse des Inspiriums, die nach Erregung verstärkt auftritt und in ausgesprochenen Fällen mit inspiratorischen Einziehungen oberhalb und unterhalb des Brustbeins einhergeht, die Wassermannsche Reaktion werden die augenblicklichen und die ätiologischen Verhältnisse klären. Beim Säugling gewährt so gut wie immer das Röntgenbild mit seinem kappenartigen Schatten über dem Herzen den besten Einblick. Bei der Thymus persistans des Erwachsenen gilt röntgentherapeutisch Analoges.

Als praktisch wichtigste, weitaus häufigste Ursache mechanischer Blutstauung in den großen Gefäßen des Thorax ist die Bronchialdrüsenschwellung anzusehen. Im Grunde beruht sie meist auf Tuberkulose primärer oder sekundärer Art. Für sich allein, oft jedoch im Verein mit toxischen und mischinfektiösen Schädigungen bewirkt sie dann jene Vergrößerung der Bronchialdrüsen, die sich auch für den Kreislauf zu einem mechanischen Hindernis auswachsen können.

Die Schwierigkeiten diagnostischer Unterscheidung derartiger Lymphome von leukämischer, vor allem aber pseudoleukämischer Bronchialdrüsenerkrankung können öfter unüberwindlich ohne längere Beobachtung sein. Allein für die Frage der Anwendung der Röntgenstrahlen ist diese Ungewißheit nicht von wesentlich ausschlaggebender Bedeutung. Denn auch bei den leukämischen Erkrankungen ist ja die Röntgentherapie unsere stärkste Waffe. Einzig die Bestrahlungstechnik wird man in solchen Zweifelsfällen sehr vorsichtig und beobachtend gestalten. Ueber den Wert der Röntgenbehandlung tuberkulöser Lymphdrüsen etwas zu sagen, ist heute wohl überflüssig geworden. Auch wenn wir annehmen, daß derartige mechanisch hemmende Drüsenschwellungen häufig als Resultat primärer und sekundärer Schädigungen anzusehen sind, wie z. B. beim Asthma bronchiale, so bestehen auch in solchen Fällen keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Anwendung der Röntgenstrahlen, denn wir wissen schon lange, daß sie richtig dosiert, auch dabei eine oft ungemein heilsame Wirkung ausüben, ähnlich der, welche sie in der Therapie chirurgischer Entzündungen und Infektionskrankheiten gerade jetzt wieder in den Vordergrund des Interesses gerückt hat. Aber alle die ätiologischen Möglichkeiten der Bronchialdrüsenvergrößerung mahnen zur vorsichtigen Dosierung des Röntgenlichtes unter genauer Beobachtung des Einzelfalles. Besonders wird vor den Bestrahlungen die Temperatur, rektal gemessen, über Tage hin zu kontrollieren sein, und es versteht sich von selbst, daß bei höheren Temperaturen Röntgenbestrahlungen auch der Hilusgegend nicht ohne weiteres vorgenommen werden dürfen. Doch gibt es auch derartige Kranke, wo es nach längerer Beobachtung ohne Risiko möglich ist, ½ HED unter ½ mm Zinkfilter einzustrahlen, welche Dosis häufig genügt, eine hinreichende Rückbildung derartiger Bronchialdrüsen zu bewirken. In manchen Fällen ist eine so abgekürzte Behandlungsmöglichkeit im Sinne ökonomischer Forderungen. Insbesondere bei Kindern erweist sich die anfängliche Röntgentiefenbehandlung nach mehrtägiger diagnostisch-prognostischer Orientierung als derart vorteilhaft für den weiteren Verlauf auch des Lungenleidens, daß man unbedingt auch diese Chance beachten sollte. Ganz abgesehen von den reaktiven Wirkungen, welche durch die Strahlenbehandlung des tuberkulösen Gewebes ausgelöst werden, wird eben die Wiederherstellung der normalen Blutversorgung der Lunge, durch Beseitigung mechanischer Hemmungen heilend auf einen evtl. Lungenprozeß wirken. Es wurde bereits betont, daß das durchstrahlte Gewebe voluminös in richtigem Verhältnis zur Gesamtmasse des Organismus stehen muß, ein Umstand, der besonders beim Kinde beachtet werden muß. So wird nur der Röntgentherapeut, welcher zugleich als guter Arzt jedem Schema abhold, rein individuell möglichst vorsichtig die Heilung versucht, gute Erfolge haben. Es ist klar, daß ein so differentes Mittel, wie die Röntgenstrahlen besonders bei Kindern leicht zu hoch aber nicht leicht zu gering dosiert werden kann.

Beim Erwachsenen wird man gewöhnlich nicht über ein Drittel der HED unter ½ mm Zinkfilter, 30 cm FHA und einem Einfallsfeld von 10 : 15 cm hinausgehen. Natürlich wird man die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung bei der Direktion und Abgrenzung der Strahlen verwerten, so daß die Mitbestrahlung benachbarten Gewebes auf ein Mindestmaß beschränkt wird. Bei reaktionslosem Verlauf, bzw. nach Ablauf der Reaktion kann 8 Tage später die gleiche Dosis vom Rücken gegeben werden. Oefter ist der Erfolg geradezu verblüffend. Es gelingt so ohne weiteres in vielen Fällen das dilatatierte Herz wieder zu normaler Größe und Leistung zu bringen, welche sich in zahlreichen Kontrollfällen über Monate hielten, obgleich diese Patienten früher innerhalb so langer Zeiträume nicht ohne Digitalis zu halten waren.

Ich glaube gezeigt zu haben, daß in der Therapie gutartiger raumbeengender Tumoren, wie sie als Thymushyperplasie, Thymus persistans, Struma retrosternalis besonders aber als vergrößerte Hilusdrüsen hemmend auf die Entwicklung des Herzens und seine Tätigkeit sowie die Entfaltung von Lunge und Thorax beim Jugendlichen wirken können, die Röntgentiefenbehandlung einen besonderen Platz verdient. Sie vermag durch Verkleinerung dieser Tumoren mechanische Hindernisse des Blutstroms, wie sie besonders im Lungenkreislauf auftreten, zu beseitigen.

Zum Schlusse dieser Uebersicht sei noch einer Anregung gedacht, die sich vielleicht noch in der Therapie der tuberkulösen Meningitis Geltung verschaffen wird. In der Prager Deutschen Klinik wurde entsprechend der Auffassung, daß der größte Teil der tuberkulösen Meningitis plexogenen Ursprungs ist, der Plexus chorioideus mit Röntgenstrahlen behandelt, und wie es scheint, in günstiger Weise beeinflußt. Meines Erachtens sind die dort angewandten Dosen noch zu hoch, während die theoretische Grundlage dieses Vorgehens als durchaus konsequente Fortentwicklung unseres Wissens und unserer Erfahrungen über die Tuberkulose anderer Körpergebiete anzusehen ist.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 50, 10. Dezember 1925.

Der Perkussion der normalen und pathologischen Aorta. Elias.

* Ueber den Vitamingehalt der Frauenmilch. Meyer und Nassau.

* Weitere Beiträge zur Isohämagglutination (mit Eklampsiebefunden. Schneider.

Ein Versuch, das Zustandekommen der oligodynamischen Wirkung zu erklären. Voigt.

Ueber den Einfluß von Proteinkörperinjektionen auf den Stoffwechsel des Alkaptonurikers. Baar und Freud.

Studien über das Vorkommen und die Bedeutung der A-Vitamingruppe. Wendt.

Ueber den Einfluß der Ultraviolett-Lichtbestrahlung auf die Acidität des Magensaftes. Keller und Loeb.

Zur Behandlung septischer Erkrankungen, speziell der Endocarditis lenta mittels vaccinierten Humanserums und Autovaccine. Stahl und Nagell.

* Haut-, Kapillar- und Sekretions-Beobachtungen bei Diabetes mellitus. Jürgensen und Noorden.

Ueber den Stoffwechsel menschlicher Tumorzellen. Warburg.

Zur Frage der aktiven Diphtherieimmunisierung. Opitz.

Erwiderung. Kochmann.

Nachweis des Hypophysensekretes im Liquor der menschlichen Cisterna cerebello-medullaris. Jánossy und Horváth.

* Ueber die Oberflächenspannung von Transsudaten und Exsudaten. Adlersberg und Sternberg.

Hämagglutination als Fehlerquelle bei der Wassermannschen Reaktion. Pieper.

Die Klinik des Lävulose-Diabetes als Beweis einer isolierten Schädigung der Fructogen-bildenden Funktion der Leber. Steinberg und Elberg.
° Oekonomische Therapie der Epilepsie. Weygandt.
Die Fortbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten. Chajes.
Soziale Probleme der Psychotherapie. Eliasberg.

Ueber den Vitamingehalt der Frauenmilch. Das Ergebnis der Meerschweinchenversuche bestätigt die klinische Erfahrung, daß dem Säugling in der natürlichen Ernährung auch im Angebot an antiskorbutischen Vitaminen eine vollkommene Nahrung zur Verfügung steht. Die Brauchbarkeit des Meerschweinchenversuchs für die Prüfung eines Nahrungsmittels auf seinen antiskorbutischen Wert scheint durch das Ergebnis der Versuche endgültig bewiesen.

Weitere Beiträge zur Isohämagglutination (mit Eklampsiebefunden). Die Blutgruppenzugehörigkeit ist ein konstantes Charakteristikum eines jeden Menschen. Große körperliche Leistungen verändern die Gruppenzugehörigkeit nicht. Die Ausbildung und das Vorkommen der Bluttypen ist bei den Rassen und Völkern verschieden, was sich in der wechselnden Größe des „biochemischen Rassenindex“ zeigt.

Diejenigen Fälle von Eklampsie, deren Blutgruppen bestimmt werden konnten, zeigten eine Gruppenverschiedenheit im Blute zwischen Mutter und Kind. Bei gruppengleicher Zugehörigkeit von Mutter und Kind konnte niemals der Befund einer Toxikose erhoben werden. Es erscheint deshalb die Gruppenverschiedenheit zwischen Mutter und Kind, die heterospezifische Schwangerschaft, wobei serologisch Mutter und Kind keine biologische Einheit darstellen, als eine Ursache oder Disposition zur Schwangerschaftstoxikose.

Haut-, Kapillar- und Sekretions-Beobachtungen bei Diabetes mellitus. Subkutane Insulininjektionen führen zu einer Beschleunigung der Kapillarströmung der Haut. Die Insulinwirkung klingt nach 4—6 Stunden ab und macht einer Stromverlangsamung unter Erweiterung der Kapillaren Platz. Sichere Anhaltspunkte für Oedembildung waren durch Kapillaruntersuchung nicht zu gewinnen. Die Haut-(Schweißdrüsen-)Sekretionsprüfungen weisen für das Frühstadium des Diabetes auf Uebererregbarkeit (Hypersekretion) hin, die beim Fortschreiten der Erkrankung in Untererregbarkeit (Hyposekretion) übergeht.

Ueber die Oberflächenspannung von Transsudaten und Exsudaten. Die Verfasser halten die Bestimmung der Oberflächenspannung für eine klinisch brauchbare Methode zur Differenzierung von Transsudaten und Exsudaten. Als Grenzwert darf wohl eine Oberflächenspannung von 870 gelten. Werte über 870 sprechen für Transsudat, unter 870 für Exsudat.

Oekonomische Therapie der Epilepsie. Im wesentlichen kommt es zwecks ökonomischer Therapie auf folgende Punkte an: Sorgfältige Differenzierung der Diagnose; wenn möglich, ätiologische Behandlung; bei genuiner Epilepsie energische medikamentöse und diätetische Behandlung, möglichst zunächst in klinischer Art, später lange ambulant fortgesetzt. Bei unaufhaltsamem Leiden mit Demenz Unterbringung in bescheidenem Anstaltsmilieu; Vermeidung von Polypragmasie.

Nr. 51, 17. Dezember 1925.

Ueber die operative Behandlung der Angina pectoris. Goldscheider.
° Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Faber.
° Ueber die Bedeutung des Carotin für den tierischen Organismus. Goebel und Stern.
° Zur Differentialdiagnose der unkomplizierten Hyperacidität und des Ulcus duodeni mit Hilfe der fraktionierten Magenausheberung. Tiefensee.
Kritisches zur Mikrosedimetrie. Gragert.
° Ueber Tetanus puerperalis nach kriminellem Abort. Schneider.
Apparat zur graphischen Registrierung des Sauerstoffverbrauchs und der Kohlensäureproduktion. Dethloff.
Bemerkungen zur Arbeit von Dethloff. Leschke.
Respirationsumsatz-Untersuchungen bei Lungentuberkulose und deren Bedeutung. Róth.
Versuche zur Entgiftung des Thalliums. Buschke und Peiser.
Ueber Darstellung des Ovarialhormons in wäßriger Lösung. Zondek und Brahn.
Milzgröße bei Methämoglobinbildung. Frey.
Zur Frage der Beeinflussung der Insulinwirkung durch Elektrolyte. Abelin und Goldener.
Zur Kenntnis der nekrotisierenden Form der Hautdiphtherie. Meyer.
° Erfahrungen mit alten und neuen Schlafmitteln. Dreyfus.
Die ersten Stufen des biochemischen Kohlenhydratabbaus. Gottschalk.
° Das Normale in der Medizin. Hauptmann.
Ueber blutdrucksenkende Wirkung von Radiumbädern und Radiumemanation. Müller.
Erfahrungen mit Desitinsalbe bei Behandlung von Ulcera cruris Lauerbach.

Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Die klinische Untersuchung wie die Röntgenbilder zeigen im großen und ganzen, daß man in kurzer Zeit mit Sanocrysin das erreichen kann, was sonst häufig nur durch eine längere Sanatoriumsbehandlung zu erzielen ist: Rückgang der eigentlichen tuberkulosen Gewebsveränderungen, sowohl der exsudativen als auch der produktiven, sowie Entwicklung fibrösen Narbengewebes. Aber sowohl Arzt wie Patient brauchen eine längere Zeit, um bei richtiger Individualisierung den größtmöglichen Nutzeffekt zu erreichen. Bei einem Material von 274 Patienten, die mit Sanocrysin behandelt wurden, besserten sich 52% in auffallender Weise.

Ueber die Bedeutung des Carotins für den tierischen Organismus. Die mühsamen und vielseitigen Versuche der Verfasser ergaben, daß das Carotin keinerlei physiologische Wirkung im Organismus entfaltet.

Zur Differentialdiagnose der unkomplizierten Hyperacidität und des Ulcus duodeni mit Hilfe der fraktionierten Magenausheberung. Die Aufstellung von Sekretions- und Aciditätskurven durch die fraktionierte Magenausheberung bietet, wie die Versuche des Verfassers zeigen, wichtige differentialdiagnostische Anhaltspunkte durch den Vergleich mit normalen und bereits klinisch gesicherten Fällen.

Ueber Tetanus puerperalis nach kriminellem Abort. Zwei Fälle nahmen letalen Ausgang, der eine trotz der intensiven antitoxischen Serumbehandlung, der zweite trotz Serumbehandlung und Totalexstirpation. Die bakteriologische Untersuchung ergab Mischinfektion von Gasbrandbazillen und Streptokokken in der Kultur, ohne daß Tetanus gezüchtet werden konnte. Die biologischen Bedingungen an dem puerperalen Uterus sind für den Tetanusbazillus besonders günstige, so daß die Therapie bei ausgebrochener Erkrankung von äußerst geringem Erfolg ist.

Erfahrungen mit alten und neuen Schlafmitteln. Der Autor gibt an Hand eingehender pharmakotherapeutischer Bemerkungen zu fast allen bekannten Schlafmitteln dem Arzt die Möglichkeit, für jeden Fall das passende Schlafmittel auszuwählen, wobei sehr wichtige Gesichtspunkte für diese Wahl in Kürze, aber großer Prägnanz, auseinandergesetzt werden.

Ueber das Normale in der Medizin. Der Verfasser sieht in dem Rautmannschen Verfahren zur graphischen Darstellung zahlenmäßiger Massenbeobachtungen einen großen Gewinn, das der ungleich umständlicheren Kollektivmaßlehre als gleichberechtigt und ergänzend zur Seite gestellt werden kann. Dabei ist die größere Anschaulichkeit des Verfahrens besonders wertvoll.

Nr. 52, 24. Dezember 1925.

Der heutige Stand den Neurosen-Lehre. Klarfeld.
° Ueber nervöse Dyspepsien. Curschmann.
° Das Hormon der Nebenschilddrüsen. Schulten.
° Ueber augendruckerniedrigende Mittel beim Glaukom. Wolff und de Jongh.
° Ueber perkutane Reizkörperbehandlung. Seeliger und Herrmann.
° Zum anatomischen Bilde der mit Novoprotin behandelten Magen- und Darmgeschwüre. Gohrbandt.
Diabetesbehandlung mit und ohne Insulin. Lauritzen.
° Qualitätsnormalien für Röntgenstrahlen. Seemann.
° Nadelelektroden bei Aufnahme der Herzaktionsströme. Weber.
Zur Frage des Cholesterinstoffwechsels. Huebschmann.
° Die galvanische Muskelerregbarkeit bei Epilepsie. Hopmann.
Ueber die oligodynamische Wirkung unseres Silberpulvers. Ruete.
° Idiopathische Stenongang-Dilatation. Bársony.
Ueber Differentialdiagnose und Therapie akuter Vergiftungen. Lichtwitz.
Die soziale Bedeutung der offenen Fürsorge für Geisteskranke und Psychopathen. Roemer.

Ueber nervöse Dyspepsien. Der Verfasser weist auf die übliche Gedankenlosigkeit bei der Betrachtung der Organneurosen hin und gibt in Kürze einen Ueberblick, welch bedeutende Rolle bei den Neurosen einer organischen Wurzel eventuell zukommen kann, mag sie nun im Bereiche des vegetativen Nervensystems der endokrinen Drüsen oder anderer pathologischer nicht leicht faßbarer Vorgänge liegen. Auch die psychischen Wurzeln der Neurosen kann man durch sorgfältiges Studium aufdecken. Aus allem ergeben sich für die Therapie ungeheuer wichtige Gesichtspunkte.

Das Hormon der Nebenschilddrüsen. Nach den Untersuchungen von Hanson, Beermann, Collip u. a. gelingt es, durch Salzsäureextraktion aus den Epithelkörperchen ein im Sinne der Hormonwirkung des Organs wirksames Extrakt herzustellen, was der Verfasser durch eigene Versuche bestätigt.

Ueber augendruckerniedrigende Mittel beim Glaukom. Mittels Antitonon (intravenös) läßt sich beim spontanen Glaukom des Kaninchens der Augendruck 2—3 Tage erniedrigen. Dies gelingt auch mit subkonjunktivalen Einspritzungen von Ketobase und R. Suprarenin nach C. Hamburger.

Ueber perkutane Reizkörperbehandlung. Die Versuche der Verfasser zeigen, daß sämtliche Vorgänge im Körper, wie sie von der Einverleibung von Yatren, Novoprotin, Caseosan und anderen unspezifischen Eiweißpräparaten auf subkutanem, intramuskulärem oder intravenösem Wege bekannt sind, auch auf die Verabreichung durch die unverletzte Haut hin eintreten. Zur Prüfung der perkutanen Anwendungweise wurde eine Zusammensetzung von Casein, Bakterieneiweiß und ätherischen Oelen (Dermaprotin), wie sie von Giesemann angegeben wurde, benutzt. Es zeigte sich eine Leukopenie mit nachfolgender Leukocytose, eine Verschiebung des weißen Blutbildes und eine mit der Leukocytose Hand in Hand gehende Aenderung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Ferner ließ sich feststellen, daß die Blutgerinnung beeinflußt und daß die bakterientötende Kraft des Serums gesteigert wird. Schließlich konnte gezeigt werden, daß am Krankheitsherd selbst eine Steigerung der entzündlichen Veränderungen im Sinne einer Abwehrmaßnahme eintritt.

Im ganzen geht aus den beschriebenen Untersuchungen hervor, daß unspezifische Eiweißkörper in Verbindung mit ätherischen Oelen (Dermaprotin) durch die unversehrte Haut aufgenommen werden und die gleichen Leistungssteigerungen hervorrufen, wie man sie nach subkutanen, intramuskulären oder intravenösen Einspritzungen solcher Körper zu sehen gewohnt ist. Die Umsetzungen im Körper bei dieser Anwendungsform verlaufen im ganzen viel milder, so daß anaphylaktische Erscheinungen nicht so leicht auftreten können. Die Verfasser werden daher diese Art der Reizkörperbehandlung in gegebenen Fällen bevorzugen.

Zum anatomischen Bilde der mit Novoprotin behandelten Magen- und Darmgeschwüre. Der Verfasser gibt in Ergänzung seiner früheren Mitteilungen weitere drei Fälle bekannt, in denen nach Novoprotinbehandlung die Ulcera klinisch symptomlos geworden waren, anatomisch aber ohne besondere Heilungstendenz fortbestanden. Der Verfasser verlangt, daß auch eine anatomische Heilung anzustreben und bei der Bewertung der verschiedenen Therapien zu berücksichtigen ist.

Qualitätsnormalien für Röntgenstrahlen. Der Verfasser hält es für erforderlich, daß bei der Bewertung der Strahlenqualität die Begriffe der Halbwertschicht und des Absorptionskoeffizienten der spektro-analytischen Betrachtung weichen müssen. Der Verfasser hat schon 1919 einen Normalspektrographen konstruiert, der heute in allen namhaften Forschungsinstituten zum unentbehrlichen Bestande gehört.

Nadelelektroden bei Aufnahme der Herzaktionsströme. Der Verfasser zeigt, daß bei den gewöhnlichen Arten der Ableitung man mit Nadelelektroden keineswegs ein unentstelltes Elektrokardiogramm aufnehmen kann. Den einzigen Vorteil ihrer Anwendung sieht er bei der thorakalen Ableitung, bei der die P-Zacke besonders deutlich hervortritt. Mit Nadelelektroden schafft man sich bei thorakaler Ableitung die sonst fehlende Möglichkeit, bei späteren Nachuntersuchungen genau die gleichen Ableitungspunkte zu treffen.

Die galvanische Muskelerregbarkeit bei Epilepsie. Im allgemeinen weichen die bei Epileptikern in den Tagen vor und nach dem Anfall gefundenen Werte nicht in einer bestimmten Richtung von der normalen Breite ab. Bei E. R. trat jedoch im Status epilepticus eine Steigerung der indirekten galvanischen Muskelerregbarkeit ein, welche in diesem Zusammenhang auf eine Alkalose der Gewebe hinweist. Beschreibung eines Falles mit ähnlichen Verhältnissen bei spontan auftretender Epilepsie.

Idiopathische Stenongang-Dilatation. Es gibt eine Erkrankung des Stenonganges: die idiopathische Stenongang-Dilatation. Sie äußert sich in anfallsweise auftretenden Parotis-Anschwellungen, die nach einer Massage unter reichlicher Speichelentleerung zurückgehen; dabei ist der Stenongang erweitert, die Stenonöffnung gut durchgängig.

Arnold Hirsch (Berlin).

Münchener medizinische Wochenschrift.

Nr. 49, 4. Dezember 1925.

Von Lipoiden und ihrer biologischen Bedeutung. Much.
Senkungsgeschwindigkeit und Erythrocytenresistenz im syphilitischen Blute. Brill.
Ueber die kongenitalluetische Aorteninsuffizienz beim Kind und beim Erwachsenen zur Frage der germinativen (spermatischen) Uebertragung der Lues. Hausmann.
Zur Technik der klinischen Gasstoffwechseluntersuchung. Knipping.
Ernährungsversuche mit Silomilch. Oertel und Kieferle.
Der Einfluß sportlicher Arbeit auf den Körperhaushalt. Schenk.
Cardiazol. Hinrichs.
Ein Beitrag zum Skoliosenproblem. Fraenkel.
Ludwig Lichtheim. Neisser.

Nr. 50, 11. Dezember 1925.

Therapeutische Erweichung von Narbengewebe. Stoeltzner.
Ueber ein neues Narbenerweichungsmittel. Stoye.
Zur Frage über das Geschlechtshormon von Manoilow bei einigen endokrinen Erkrankungen. Gopow.
Ueber die heterotopen endometrioiden Wucherungen (Fibroadenomatosis). Steichele.
Zur Xanthoproteinreaktion. v. Lemesic und Jovanovic.
Ueber psychisch bedingte Inkontinenz im Spielalter. Ochsenius.
Von Lipoiden und ihrer biologischen Bedeutung. Much.
Ueber die kongenitalluetische Aorteninsuffizienz beim Kind und beim Erwachsenen zur Frage der germinativen (spermatischen) Uebertragung der Lues. Hausmann.
Cholecystitis typhosa in klinischer, pathologisch-anatomischer und epidemiologischer Beziehung. Schottmüller und Fraenkel.
Die embolische Striatumapoplexie. Schwartz und Goldstein.
Zur Angina pectoris ohne anatomische Grundlage. Kohn.
Ueber Milbenbefunde im Stuhl. Hieronymi.

Cholecystitis typhosa in klinischer, pathologisch-anatomischer und epidemiologischer Beziehung. Bei Kranken mit ausgesprochener Cholecystitis typhosa kommen für die Entscheidung der Frage nach der operativen Entfernung der Gallenblase rein klinische Gesichtspunkte in Betracht. Der Umstand, daß Typhusbazillen die Entzündung veranlassen, darf keine ausschlaggebende Rolle spielen. Bei einem großen Teil der als Typhusbazillenausscheider bezeichneten Personen erfolgt die Ausscheidung nicht durch die Gallenblase, sondern durch die intrahepatischen Gallengänge. Die Exstirpation der Gallenblase bei Typhusbazillenausscheidern — welche keine krankhaften Erscheinungen seitens der Gallenblase darbieten — ist unnötig und unzulässig.

Nr. 51, 18. Dezember 1925.

Ueber die Rolle des Kochsalzes in der Diät des Hyperaciden. Weitz und Kießling.
Die gebundenen und freien Aminosäuren des entweißten Blutes bei Krankheiten, insbesondere bei Leukämie. Becher und Hermann.
Zur Theorie und Praxis der Homöopathie auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen. Richter.
Die Kapillarmikroskopie in ihrer Bedeutung zur Zwillingsforschung, zugleich ein Beitrag zur idiotypischen Bedingtheit des vegetativen Gefäßsyndroms. Mayer-List und Hübener.
Eine chemische Blutreaktion zur Rassenbestimmung beim Menschen. Manoiloff.
Erfahrung mit der Chloroformatmung beim Sinken der kindlichen Herztöne. Willkomm.
Die Kalzium-Siliziumtherapie der Tuberkulose, die Therapie der Wahl für die ambulante Praxis. Strahlmann.
Die Redekunst und ihr psychotherapeutischer Wert. Keller-Reymond.
Brustlehne. Schede.
Die Bedeutung der quantitativen Urobilinbestimmung für die Diagnose der Cirrhosis hepatis. Adler.

Herzmuskelveränderungen bei Leuchtgasvergiftung. Gürich.
° Spirochätenbefunde bei mit Malaria behandelten Paralytikern. Forster.
Ueber die isolierte Abrißfraktur der Malleolus lateralis tibiae ant. Geldmacher.

Spirochätenbefund bei mit Malaria behandelten Paralytikern. Die Untersuchung der durch Hirnpunktion vor und nach der Malariakur bei Paralytikern gewonnenen Hirnbestandteile ergibt keinen Anhalt dafür, daß die Malariabehandlung den pathologisch-anatomischen Prozeß der Paralyse in therapeutisch günstigem Sinne beeinflußt. Spirochäten sind auch nach der Kur nachzuweisen.

Biberfeld (Berlin).

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

22, Nr. 21, 1. November 1925.

° Wachstumsstörungen. Stettner.
° Welche Fälle von kindlicher Tuberkulose sollen der Heilstättenbehandlung zugeführt werden. Klare.
Harnröhrenstrikturen. Jahr.
° Eigenblutbehandlung. Kaum.

Wachstumsstörungen. In jeder Altersstufe entspricht einem bestimmten Entwicklungsgrad eine bestimmte Wachstumsstufe normalerweise. In pathologischen Fällen besteht jedoch eine Divergenz der beiden Prozesse. Verf. unterscheidet Wachstumsbeschleunigung und Wachstumsverlangsamung, die entweder vom Gewebe oder von den innersekretorischen Organen oder vom Nervensystem ausgeht. Die Möglichkeit, die ontogenetischen Störungen zu erkennen, gehört zu den wichtigsten Gebieten des ärztlichen Könnens. In vielen Fällen genügt schon die Ermittlung von Körperlänge und Gewicht und ein Vergleich mit normalen Massen. Wachstum und Entwicklung spiegeln das körperliche Geschehen, welches sich im Organismus ereignet, wieder und unser Wissen, daß zurzeit noch in bezug auf die Entwicklungsgeschichte des Menschen mit dem Augenblick abschließt, an dem der Mensch ein selbständiges Leben beginnt, muß versuchen, in dieses unbekannte Gebiet weiter vorzudringen, welche für die diagnostische Arbeit des Arztes größte Bedeutung besitzt.

Welche Fälle von kindlicher Tuberkulose sollen der Heilstättenbehandlung zugeführt werden? Es wird zurzeit noch viel zu oft die Diagnose „Hilus-Drüsen-Tuberkulose“ gestellt, da man häufig die tuberkulöse Infektion mit tuberkulöser Erkrankung gleich setzt. Es gibt im Kindesalter nur eine sehr kleine Zahl der behandlungsbedürftigen Tuberkulosen, und die Frage, ob ein krankes Kind für die Heilstättenbehandlung in Frage kommt, wird viel zu häufig bejaht. Wir haben leider in Deutschland nur wenig Kinderheilstätten mit verfügbaren Betten und es ist von größter Wichtigkeit, daß eine richtige Auswahl der behandlungsbedürftigen Kinder getroffen wird. In die Heilstätten gehören nur folgende Erkrankungen:

1. Die seltenen Formen der aktiven Bronchialdrüsen-Tuberkulose mit klinisch- und röntgenologisch-einwandfreiem Befund.
2. Die sekundäre Lungentuberkulose, die prognostisch günstig ist.
3. Die wenigen gutartigen Formen der tertiären Lungentuberkulose.
4. Alle Formen der Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulose im Frühstadium.
5. Die Hauttuberkulose.

Eigenblutbehandlung. Die Eigenblutbehandlung kann als Reiztherapie Hervorragendes leisten. Im Gegensatz zu der Behandlung mit unspezifischen Reizmitteln gewährt die Eigenblutbehandlung dieselben, oft sogar bessere Erfolge, das Mittel ist aber stets vorhanden, die Kostenfrage entfällt. Man kann das Eigenblut in verschiedenen Modifikationen und entweder intrakutan, subkutan, intramuskulär, intravenös und in Kombination dieser vier Arten verwenden. Verf. behandelt verschiedene Fälle von Gonorrhoe, Tuberkulose, Gelenkrheumatismus mit bestem Erfolg. Je stärker die Reaktion ist, um so hervorragender der Erfolg. Je früher man nach Beginn der Erkrankung die Eigenbluttherapie beginnt, um so stärker ist die Wirkung. Dieses Mittel verdient daher mehr als es bisher der Fall ist, auch vom praktischen Arzt in einschlägigen Fällen verwendet zu werden.

22, Nr. 22, 15. November 1925.

° Lues und Gravidität. Hornung.
Physikalische Behandlungsmethoden in der Chirurgie. Klapp.
° Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Blutdrüsen für die tägliche Praxis. Boenheim.

Lues und Gravidität. Die Frage der Uebertragung der Syphilis von den Eltern auf das Kind, bildet den Kernpunkt des Problems „Lues und Gravidität“. Es ist zweifelsfrei, daß eine Vererbung tatsächlich stattfindet. Es entstehen nun folgende Fragen:

1. Ist jedes Kind kranker Eltern unbedingt syphilitisch oder können gesunde Kinder von kranken Eltern abstammen?
2. Stammt die Krankheit von der Mutter oder vom Vater?
3. Kann eine gesunde Mutter ein krankes Kind zur Welt bringen, so daß also der Vater bei der Zeugung zwar das neu entstehende Wesen infiziert, die Mutter aber nicht.

Gerade der zuletzt genannte Fall wurde häufig in der Praxis erlebt. Ja, es geschah sogar, daß eine Mutter ihr vom Vater infiziertes Kind nähren konnte, ohne selbst zu erkranken, so daß man annehmen mußte, daß die Mutter gegen die Lues immun geworden sei (Colles Gesetz). Eine andere Möglichkeit: kranke Mutter, gesundes Kind wurde von Profeta so erklärt, daß von der kranken Mutter ein immunisierender Stoff auf das gesunde Kind übergeht.

Erst seit den zwei bedeutenden Entdeckungen, nämlich der Auffindung der Spirochäte und der Entdeckung der Wa.R., mußten die bisherigen Anschauungen revidiert werden. Es ist heute erwiesen, daß eine spermatische Uebertragung unmöglich ist, da 1. das gegenseitige Größenverhältnis zwischen Spirochäte und Spermatozoon dagegen spricht und 2. selbst, wenn eine derartige Uebertragung möglich wäre, das befruchtete Ei sich unmöglich weiter entwickeln kann, wenn ein so großer Krankheitskeim von ihm beherbergt wird. Dagegen ist auf Grund zahlreicher Untersuchungen festgestellt, daß die Spirochäte die Plazenta durchdringen kann. Mit der Entdeckung der Spirochäte ist daher die Theorie der Infektion des Kindes vom Vater zugunsten der mütterlichen Uebertragung sehr erschüttert worden. Auch die Wa.R. hat in diesem Sinne unsere Anschauungen beeinflußt. Zunächst stellte sich heraus, daß der größte Teil der nach Colles Gesetz für gesund gehaltene Mütter positiv reagierten. Diese Mütter beherbergen zweifellos einen Spirochätenherd in Gestalt des Kindes, von dem sie nur durch die Plazenta geschieden ist. Die positive Wa.R. zeigt nach der heutigen Auffassung nicht Immunität gegen Syphilis, sondern Vorhandensein von Spirochäten an. Es besteht jedoch die Möglichkeit, daß die Substanzen, die die Hämolyse hemmen, vom kranken Foetus durch die Plazenta in das Blut der Mutter gelangen. Die Untersuchung der Neugeborenen hat nun folgendes ergeben: Das Auftreten der Reagine in kindlichem Blut geht oft so langsam vor sich, daß die Kinder mit allen Zeichen der Erkrankung eine negative Wa.R. zeigen und erst später positiv werden. Umgekehrt haben serologisch gesunde Kinder oft schon Zeichen von Erkrankung aufgewiesen. Diese Tatsachen beweisen ziemlich sicher, daß die Reagine des mütterlichen Bluts nicht vom Kinde stammen, sondern im Organismus der Mutter entstanden sind. Für die Erkrankung der Mutter ist ferner charakteristisch, daß die Frucht in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft häufig abstirbt, was außerordentlich gegen eine Infektion vom Vater spricht. Denn wenn das Ei bei der Befruchtung infiziert wäre, so müßte ein derartig erkrankter Organismus zum mindesten die Frucht frühzeitig zum Absterben bringen und nicht erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Dagegen bereitet die Vorstellung keine Schwierigkeiten, daß die Spirochäte längere Zeit braucht, um vom mütterlichen Blut durch die Plazenta zum Foetus zu gelangen und ihn zum Absterben zu bringen.

Die neuesten Forschungen haben daher eine völlige Wandlung unserer Anschauungen herbeigeführt. Wir müssen den väterlichen Infektionsmodus fallen lassen und annehmen, daß die Mutter eines kranken Kindes, auch wenn sie keine Erscheinungen hat, krank ist und sekundär das Kind infiziert. Die Syphilis ist daher nicht hereditär, sondern kongenital. Wenn es auch noch zurzeit einige Unklarheiten gibt, z. B. die einer exakten Diagnose der Infektion der Mutter und des Kindes, so steht die moderne Lehre der mütterlichen Uebertragung der Krankheit doch auf festen Füßen. Der Nachweis der Knochenveränderungen durch das Röntgenbild sowie die stark beschleunigte Senkung der roten Blutkörperchen bei den Neugeborenen, hat die Diagnose der Lues verfeinert. Auch die positive Wa. R. im kindlichen Blut hat Beweiskraft. Hingegen können wir das vom mütterlichen Blut noch nicht sagen, da das Schwangeren-Blut infolge des gestörten Lipoidstoffwechsels verschieden reagiert.

Die Behandlung der Mutter ist in jedem Stadium der Erkrankung und in jedem Monat der Schwangerschaft im Interesse von Mutter und Kind unbedingt vorzunehmen. Hier müssen Geburtshelfer und Syphilodologen auch weiterhin sich gegenseitig unterstützen und fördern.

Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Blutdrüsen für die tägliche Praxis. Die Behandlung von Krankheiten der endokrinen Drüsen ist in den letzten Jahren intensiv aufgenommen worden. Die Mitteilungen über die gute Wirkung von Organpräparaten nehmen immer mehr zu. Es ist notwendig, schon in gesunden Tagen die entsprechenden Krankheitstypen zu erkennen, da bei ausgebildeten Krankheiten die Therapie meistens zu spät kommt. Das klinische Beispiel ist die Erkrankung der Schilddrüse, die besonders bei Frauen durch ihre Beziehungen zu den Keimdrüsen eine große Rolle spielt. Oft werden sogenannte Herzneurosen und Magenstörungen lange unter falschem Namen behandelt, bis eine Erkrankung der Schilddrüsen erkannt wird und die rationelle Organtherapie die Beschwerden beseitigt. Verf. sah besonders gute Erfolge bei Verwendung von Jothymin, einer Kombination von Jod und Thymusdrüse. Bei einer Unterfunktion der Schilddrüse sieht man häufig Stuhlverstopfung, Erkrankung der Nebenschilddrüsen spielen eine wichtige Rolle bei der Rachitis. Es werden weiter besprochen Erkrankungen der Thymusdrüse, des Pankreas, der Hypophyse, sowie der Nebennieren. Schließlich werden noch die weiblichen sowie die männlichen Keimdrüsenstörungen kurz erwähnt. Es ist notwendig, daß der Arzt bei der Diagnose endokriner Erkrankungen nicht nur nach den klasssichen Symptomen sucht, sondern auch die große Mannigfaltigkeit zwischen den schweren Erkrankungen und den physiologischen Typen erkennt.

Kosminski (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

88, 1. u. 2. H., Dezember 1925.

* Ueber Narkolepsie. Paul Matzdorff.
* Erfahrungen mit Lipiodol bei Rückenmarkserkrankungen. Ign. Oljenick.
* Inversion des Babinski-Phänomens und seine Entstehungsbedingungen. B. Mankowsky und W. Beder.

Ueber die Korrelation der tiefen Reflexe an den unteren Extremitäten. L. Tschlenow.

* Ein Fall von Hirntumor unter dem Bilde einer epidemischen Enzephalitis. A. Rabinowitsch.
* Geschwulst des Mittelhirns. M. Neiding.

Ueber Narkolepsie. Mitteilung eines Falles mit kurz dauernden Anfällen von Schlafsucht, affektivem Tonusverlust („Lachschlag“) und deutlichem Abbau von Hirnrinde und Schilddrüsensubstanz. Die narkoleptischen und die physiologischen Schlafzustände sind zweifellos identisch. Charakteristisch für die Narkolepsie ist die gesteigerte Schlafbereitschaft. Bei Narkoleptischen ist wohl der Thalamus besonders empfindlich. Die letzte Ursache des Leidens ist aber zu suchen in endokrinen Störungen; welche Drüse dabei hauptsächlich in Betracht kommt, kann noch nicht entschieden werden. Es gibt auch abortive bezw. atypische Fälle von Narkolepsie. Die Narkolepsie stellt nicht nur ein Symptom dar, sondern ist — ebenso wie z. B. die Basedowsche Krankheit — als eine selbständige (endokrin bedingte) Neurose aufzufassen. Therapeutisch sollte die Schilddrüsenmedikation stets versucht werden; daneben Psychotherapie.

Erfahrungen mit Lipiodol bei Rückenmarkserkrankungen. 3 Fälle des Verfassers zeigen die großen Vorteile der Lipiodoldiagnostik. In jedem Falle soll nicht nur die untere Grenze des raumbeengenden Prozesses, sondern auch die obere Grenze (durch Occipitaleinspritzung des Lipiodol) festgestellt werden.

Inversion des Babinski-Phänomens und seine Entstehungsbedingungen. Bei denselben Kranken ist das Babinskische Zeichen in Rückenlage öfters auszulösen als in Bauchlage (Guillain und Barré, Boveri, Bychowski). Die Untersuchungen der Verff. beziehen sich auf 84 Kranke mit positivem Babinski und führten zu folgenden Schlüssen: Die Umkehrung im Ablauf des Babinskischen Zeichens (Dorsalflexion wird zur Plantarflexion) hängt nicht mit der Orientierung des Kranken im Raum, sondern mit der Verkürzung der unteren Extremität, besonders mit der Beugung im Kniegelenk, zusammen. Die Beugung der Zehen plantarwärts (an Stelle des Babinskischen Reflexes) bei flexierter unterer Extremität hängt ab von den reflektorischen, propriozeptiv bedingten Umgruppierungen des Muskeltonus.

Ein Fall von Hirntumor unter dem Bilde einer epidemischen Enzephalitis. Der Fall verlief völlig wie eine Enzephalitis lethargica, die Autopsie ergab aber ein Gliosarkom in den Basalganglien, insbesondere im rechten Thalamus. Nicht der Charakter des Hirnprozesses, sondern die Lokalisation des Prozesses ist von Bedeutung. In diesem Sinne ist die epidemische Enzephalitis im Verhältnis zur Symptomatologie nicht spezifisch: jeder Prozeß, welcher in dem Gebiete, das hauptsächlich von der Enzephalitis betroffen wird, stattfindet, kann dieselben allgemeinen Hirnsymptome (Schlafsucht, psychische Veränderungen, trophische, sekretorische, vasomotorische, extrapyramidale Symptome usw.) auslösen.

Geschwulst des Mittelhirns. Mitteilung eines Falles, der als Vierhügeltumor diagnostiziert wurde und bei dem die Autopsie ein Gliom ergab, welches den Vierhügel einnimmt und sich weiter fortpflanzt, einerseits auf den Hirnschenkelfuß und andererseits durch das vordere Marksegel auf das Kleinhirn übergeht. Ophthalmoplegie, Taubheit, Erblindung, Ataxie, Erweiterung des Meatus auditorius internus, sehr starke Atrophie des Knochenschädeldaches waren im vorliegenden Falle die hervorstechendsten Symptome. Die Atrophie der Schädelknochen ist teils auf erhöhten intrakraniellen Druck, teils auf eine Stoffwechselstörung des Knochens (Störung im Kalkstoffwechsel durch Dysfunktion gewisser Hirnteile [Regio subthalamica?]) zurückzuführen.

Kurt Mendel (Berlin).

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

60, Heft 1, November 1925.

* Die röntgenologische Darstellung von Rückenmarkstumoren mit Jodipin. Kurt Albrecht.
* Ein Arbeitsversuch bei Hirnverletzten. A. Kutzinski u. R. Heinrich.
* Die Suggerierung von Sensibilitätsstörungen als Hilfsmittel in der Behandlung anderer psychogener Störungen. M. Inglessis.
* Nietzsches Krankheit. E. Benda.

Die röntgenologische Darstellung von Rückenmarkstumoren mit Jodipin. Bei 16 Fällen wurde Jodipin in den Rückenmarkskanal injiziert, und zwar nur bei solchen, wo es sich um die Differentialdiagnose: extramedullärer Tumor oder intramedullärer Prozeß, bzw. um die Höhendiagnose des Tumors handelte. Es ergab sich, daß es tatsächlich gelingt, im Rückenmarkskanal mit dieser Methode raumbeschränkende Prozesse darzustellen, daß die Myelographie großen Wert für die chirurgische Behandlung besitzt und daß wir mit derselben eins der wertvollsten Hilfsmittel in der Diagnostik der Rückenmarkstumoren haben. Das eingespritzte Jod wird kolossal langsam resorbiert, das Oel fällt in der Rückenmarkshöhle einem Umwandlungsprozeß anheim, es wird organisiert und myelinisiert. Häufig sind mehr oder weniger heftige Reizerscheinungen nach der Jodipininjektion vorhanden, besonders beim Vorliegen eines Rückenmarkstumors. Das Jodipin scheint besser verträglich als das von den Franzosen angewandte Lipiodol. Findet das Jodipin kein Hindernis im Rückenmarkskanal, so sinkt es schon in der ersten halben Stunde bis in das Ende des Duralsackes (zwischen 5. Lumbal- und 1. Sakralwirbel) hinab, dort eine charakteristische Figur bildend, ähnlich einer Rübe oder einem mit der Spitze nach unten gekehrten Kegel.

Ein Arbeitsversuch bei Hirnverletzten. Versuche an 241 Patienten der Sonderabteilung für Hirnverletzte des Versorgungskrankenhauses in Königsberg. Die Normalen zeichnen sich durch die größte Stückzahl, d. h. durch die größte Anzahl der in einer Stunde hergestellten Werkstücke, aus; ferner durch eine qualitativ gute Arbeit, durch spontane Ordnung und Genauigkeit. Patienten mit Knochendefekt weisen durchweg quantitativ und qualitativ bessere Leistungen auf als die Gruppe ohne Defekt, ausgenommen auf dem Gebiete des Rechnens. Verletzte mit Pulsation leisten mehr als solche ohne Pulsation. Die Stirnhirnverletzten heben sich scharf von den anderen Gruppen ab, insbesondere bieten sie im Rechnen das schlechteste Ergebnis. Bei den Zentralverletzten tritt die pathologische Ermüdungskurve besonders häufig auf. Die Temporalverletzten zeichnen sich durch eine gute Stückzahl und hohe spontane Qualität aus, versagen aber bei der Hebebückarbeit. Die Parietalverletzten haben eine noch höhere Stückzahl und die beste Qualität der Arbeit. Die Psychogenen haben bei allen Untersuchungen und in jeder Hinsicht außerordentlich abfallende Resultate.

Die Suggerierung von Sensibilitätsstörungen als Hilfsmittel in der Behandlung anderer psychogener Störungen. Gelegentlich ist eine zielbewußte Suggerierung von Empfindungsstörungen vorteilhaft für die Therapie der übrigen funktionellen Symptome, weil gerade die Sensibilitätsstörungen — insbesondere Anästhesie und Analgesie — oft leichter auszutreiben sind als andere Störungen. Sobald uns aber gelingt, bei einem psychogen Erkrankten ein Symptom zu beseitigen, gestaltet sich die Beseitigung anderer psychogener Erscheinungen viel einfacher.

Nietzsches Krankheit. Anfangs Meningitis luica, dann cerebrale Lues, die Ende 1888 in eine Paralyse überging. Letztere machte endgültig jedem geistigen Dasein ein Ende. Dazu kam langwieriger Chloralmißbrauch.

Kurt Mendel (Berlin).

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

33, Heft 6.

* Pathologisch-anatomische Grundanschauungen zur Lehre von den chronischen Gelenkleiden. Beneke.
* Osteoporose. Kienböck.

Röntgenuntersuchung operierter Schläfenbeine. Deutsch u. Mayer.
Differential-diagnostische Erwägungen bei ausgedehnten destruktiven Prozessen am Schläfenbein an Hand eines seltenen Falles von fast völliger Destruktion der Pyramide durch ein Cholesteatom. E. G. Meyer.

* Die Varietäten der Sella turcica. Goldhammer-Schüller.
* Klinische Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen. Aßmann.

Die Gallenblasen-Zwölffingerdarmfistel im Röntgenbilde. Hans Havlicek.
Selten großes pleuraadhärentes Oesophagusdivertikel und seine operative Behandlung. R. Reinicke.
Arthropathia psoriatica. D. G. Rochlin u. Klaudia Schirmunsky.
Ueber einige Eigentümlichkeiten der konstitutionellen Beschaffenheit der mit Schuppenflechte behafteten Kranken. D. G. Rochlin, Klaudia Schirmunsky und Nina Kotschneff.
Zur Frage vom biologischen Einfluß der Röntgenstrahlen. G. Rochlin und Emilie Gleichgewicht.
Ueber die Zuverlässigkeit der Zeiteinstellung bei den Belichtungsuhren. Heinrich Chantraine.

Pathologisch-anatomische Grundanschauungen zur Lehre von den chronischen Gelenkleiden. B. geht aus von der funktionellen Struktur der skeletogenen Gewebearten und ihren metaplastischen Fähigkeiten. Die Interzellularsubstanzen sind die Produkte der Immunitätsreaktion der Zellen gegen Reibung, Zerrung und Stoß. Form und Anordnung der Zellen sind von den Gewebsspannungen und der Wachstumsneigung abhängig. Die Altersveränderungen beruhen zum Teil auf Funktionsausfall. Die normale Form der Gelenke wird durch bestimmte, anhaltend ausgeübte mechanische Anforderungen erhalten. Eine Ueber- oder Unterschreitung derselben bewirkt Aktivitätsanbildung bezw. Inaktivitätsschwund. Diese Vorgänge sind maßgebend für die Gelenkveränderungen bei chronischer Arthritis (nach B. „Arthronose"). Die Gelenkgewebe können thermisch, aktinisch, chemisch und mechanisch geschädigt werden. Die Schädigung kann sich als Erregung (Zellenvermehrung, Vermehrung der Interzellularsubstanzen, Exsudate) Lähmung oder Nekrose geltend machen. Auf die Schädigung folgen Reparationsprozesse, die von der Reaktionsfähigkeit des Körpers und von der während der Reparation einsetzenden Beanspruchung abhängen. Die praktisch häufigsten Schädigungen sind die mechanischen, sowohl als akute Verletzungen als auch in Form der chronischen Einwirkung. Bei den chemischen Störungen stehen die abnormen Ausscheidungen von Stoffwechselprodukten im Vordergrund (Gichtkristalle, Kalk, Ochronose, Amyloid). Ferner gehören hierher die abnorme Sekretion der Synovia unter der Wirkung nervöser Uebererregung, und die Ausscheidung fremder chemischer Substanzen (Bakteriengifte). In diesen Fällen entsteht zuerst das Bild der Entzündung, die unmerklich in das Stadium der Reparation übergeht. Ferner sind zu berücksichtigen konstitutionelle Momente (z. B. Klimakterium) allgemeine Infektion, chronische Intoxikationen, die in der Hauptsache von Blut und Lymphe aus auf das Gelenk einwirken. Die Wirkung tritt in allen Fällen an Gelenken mit geringen Excursionen am stärksten hervor.

Ueber Osteoporose. Die Osteoporose (Knochenatrophie) kommt zustande durch Destruktion mittels Freßzellen (Osteoklasten). Eine eigentliche Osteolyse (Decalcination) kommt nicht vor. Es handelt sich vielmehr bei den kalklosen Knochengeweben um neugebildetes, noch nicht verkalktes osteoides Gewebe. K. unterscheidet die einfache oder echte Osteoporose von der krankhaften unechten Osteoporose. Die erstere Form kann chronisch auftreten (bei Versteifung, Lähmung, Arthritis, Senium, Cachexie) oder akut (schmerzhafte Verletzungen, Entzündungen, rasch entstandene Lähmung). In diesen Fällen zeigt das Röntgenbild Aufhellungen in der Spongiosa, während die Diaphyse besonders dunkel erscheint. Ursache: Inaktivität und dadurch hervorgerufene Stauung im Blutkreislauf (allenfalls auch parainflammatorische Atrophie). Zur krankhaften Osteoporose gehören die trophisch-dyskrasischen, die entzündlichen und die geschwulstartigen Erkrankungen. In die erste Gruppe fällt zunächst die Rachitis und die Osteomalazie, beide ausgezeichnet durch starke Zerstörung des Knochengewebes und hochgradige Verkalkungshemmung des neugebildeten osteoiden Gewebes, häufig Belastungsdeformitäten und unvollständige Brüche, in seltenen Fällen können diese Erkrankungen zur Bildung von multiplen Riesenzellengeschwülsten und Cysten führen. Bei der echten Osteopsathyrose der Jugendlichen und Erwachsenen sind viele, manchmal alle Knochen des Skelettes porotisch und brüchig, aber nicht in so starkem Maße. Die Ostitis deformans Paget (solitäre und generalisierte Form) führt zu einer Porose mit abnormer Weitmaschigkeit der spongiösen Teile, Verdickung der Rinden und auch der Knochenbälkchen. Ferner findet sich eine Auflockerung der Diaphysenrinde, auch kalklose Außenschichten, gelegentlich kleine atrophische Cysten. Infolgedessen ist der Knochen plump mit leichten Verbiegungen. Bemerkenswert ist der gute Allgemeinzustand und der geringe Grad der Beschwerden. Zuweilen schließen sich bösartige Neubildungen (Rundzellensarkome) an. Auch hier, wie bei den vorhergenannten Erkrankungen häufig Spontanfrakturen, welche gelegentlich zu stärkeren Verschiebungen und weit ausgedehnten Erweichungen (Massenumbau) führen, besonders bei zu langer Ruhigstellung. Die Barlowsche Krankheit ist röntgenologisch gekennzeichnet durch die Trümmerfeldzonen an den Epiphysengrenzen, ferner subperiostale Haematome, die später verknöchern. Symptomatisch findet sich die Osteoporose ferner bei Akromegalie, Arthropathie (Tabes, Syringomyelie), den verschiedenen Formen der chronischen Arthritis, besonders auch der Spondylitis. Die entzündliche Osteoporose (Ostitis, Osteomyelitis, Karies) wird angeregt durch entzündliches Granulationsgewebe. Im weiteren Verlauf Verkäsung, Eiterung, Abszeßbildung, Nekrosen, Sequestierung und auch Fistelbildung. Sekundär: reaktive Sklerose. Bei der Tuberkulose steht die Zertrümmerung des Knochens im Vordergrund, geringe Neubildung von Knochengewebe. Bei den einfachen eitrigen Affektionen multiple Herde und rasche reaktive Neubildung, gelegentlich Massennekrose mit Totenlade und Fistelbildung. Bei der Syphilis zahlreiche kleine Herde, außerordentlich starke Neubildung, Sklerose. Bei Lupus pernio der Knochen multiple Cysten. Bei der infektiösen Arthritis, besonders der gonorrhoischen, hochgradige verschwommene Aufhellung der Gelenkfläche, ohne tief greifende Zerstörung. Von den Tumoren führen die gutartigen Osteome und kartilaginären Exostosen nur zu geringfügiger Porose. Die Chondrome, die sich im Röntgenbild als Aufhellungen (häufig mit Kalkschatten) markieren, sind langsam wachsende Geschwülste, die schließlich bösartig werden und Metastasen bilden. Eine Sonderstellung nimmt die Ostitis fibrosa cystica ein. Es handelt sich hierbei um eine Dysplasie mit Bildung von fibrösen Wucherungen und expansiven Knochencysten. Häufig Spontanfrakturen. Lokalisation vorwiegend an den Schaftenden der langen Röhrenknochen. Gutartiger Verlauf. Die bösartigen Tumoren führen zu diffusen Wucherungen mit Knochenzerstörungen. Bereits frühzeitig Metastasen. Ueberwiegend bei Kindern und Jugendlichen, seltener bei Erwachsenen. Hauptformen: Periostale Sarkome (Rund- und Spindelzellen) und Chondrosarkome.

Die Angiome, Endotheliome und Myelome führen ebenfalls zu diffusen Zerstörungsherden. Bei allen Formen sind Spontanfrakturen sehr häufig. Geschwulstmetastasen finden sich vorwiegend in der Wirbelsäule und an den Rippen. Alle Uebergänge von rein osteolytischen bis zu rein osteopoetischen Formen.

Die Varietäten der Sella turcica. Die Beschreibung verschiedener Varietäten, insbesondere des abnorm langen Dorsum-Sellae und von Knochenspangen zwischen dem Processus clinoideus ant. und post., sowie ant. und med. Es handelt sich um eine Varietät und nicht um ein pathologisches Gebilde.

Klinische Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen. Einteilung in nicht entzündliche und entzündliche Gelenkerkrankungen. Die Osteoarthrosis deformans (Arthritis deformans) wird erklärt durch Abnutzung des Knorpels, dann des Knochens und reaktive Knorpel- und Knochenneubildung mit Formveränderungen. Entstehung bei verstärkter Inanspruchnahme und nach Traumen, ferner insbesondere beim Altern an den Teilen, die großer Belastung ausgesetzt sind (Hüftgelenk und Knie), ebenso an der Wirbelsäule. Der Gelenkspalt bleibt erhalten. Bewegung im Gelenk selbst bei hochgradigen Verunstaltungen möglich. Die Osteoarthrosis juvenilis, besonders die Perthessche Erkrankung des Hüftgelenks, wird erklärt durch subchondrale Nekrose der knöchernen Epiphysen, Infraktionen und sekundären Veränderungen wie bei der gewöhnlichen Osteoarthrosis deformans. Letzte Ursache unklar, vermutlich liegt eine durch Entwicklungsstörung verursachte verminderte Widerstandsfähigkeit der Epiphyse zugrunde. Dasselbe gilt von der Köhlerschen Erkrankung des Os naviculare pedis und des zweiten Mittelfußknochens sowie der Schlatterschen Erkrankung der Tibiaapophyse. Zusammenhang mit endokrinen Störungen ist bei allen diesen Erkrankungen als sicher anzunehmen.

Die Osteoarthrosis neuropathica bei Tabes und Syringomyelie wird erklärt durch Störung der Schmerzempfindung und zum Teil auch des Lagesinnes. Besondere trophoneurotische Einflüsse für die Gelenke sind nicht nachgewiesen. Bei der Haemophilie entstehen Gelenkerkrankungen ähnlich der O. deformans. Für die Arthritis urica sind charakteristisch die rundlichen Defekte in den Gelenkpartien der Knochen (Destruktion durch Ablagerung der harnsauren Salze, besonders an den subchondralen Partien) Ankylose selten. Bei den entzündlichen Gelenkerkrankungen, den eigentlichen Arthritiden, greift die Erkrankung zuerst an der Synovialis an. Knorpelveränderung erst sekundär. Fibrinreiches Exsudat; Ausgang in Kapselschrumpfung und Ankylosen (Synostose). Stellungsanomalien im Gegensatz zu den eigentlichen Formveränderungen bei Osteoarthritis deformans. In der Regel werden zahlreiche Gelenke ergriffen. Entstehung entweder als sekundäre Polyarthritis im Anschluß an akuten Gelenkrheumatismus (positive Streptokokkenbefunde), oder als primär chronische Polyarthritis. Diese Form beginnt am häufigsten an den Fingergelenken. Die Erkrankung ist als entzündliche Erkrankung aufzufassen, obwohl eine endokrine Komponente häufig vorhanden ist. Eine chronische Gelenkerkrankung auf rein endokriner Grundlage (Umbers „Periarthritis destruens“ und Munks „Arthritis ulcerosa sicca“ erkennt A. nicht an). Bei den Gelenkerkrankungen der Wirbelsäule ist streng zu unterscheiden zwischen der Spondylosis deformans, die zur Verschmälerung des Zwischenwirbelspalts, Verschmälerung der Wirbelkörper und breiten Zackenbildungen an den Wirbeln führt (Beschwerden relativ gering) und der Spondylitis ankylopoetica (Strümpell - Bechterew), die an den Zwischenwirbelgelenken ihren Ausgang nimmt, zur Ankylosierung der Gelenke und völligen Versteifung der Wirbelsäule führt. Hierbei häufig Lungentuberkulose infolge der Thoraxstarre. Gelegentlich traumatische Entstehung.

Kirschmann.

Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

13, 2. Heft. 1925.

* Beiträge zur Anatomie der Stimmlippen. Hajek.
Zur Röntgenbestrahlung der Ohrtube. K. Amersbach u. V. Wucherpfennig.
Beitrag zur Röntgenographie der Nasennebenhöhlen. Helmuth Richter.
* Ueber den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis bei experimenteller Sinusthrombose. W. Undritz.
* Erfahrungen mit 150 endonasalen Dacryocystostomien. F. Bockstein.
Schleimhaut und Knorpelveränderungen bei der Rhinitis sicca anterior. A. Esch.
* Anatomische Begründung der Zugänge zum Bulbus venae jugularis. A. Feiermann.
Ueber Nystagmographie während der Drehung. G. I. Grünberg.
* Bemerkungen zur Radikaloperation nach Bárány. Ludwig Soyka.
* Wie steht das Tonsillenproblem heute im Lichte der Praxis? Teilweise als Bemerkungen zum Sammelreferat v. Gordons im Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Theodor v. Liebermann.
* Schwere psychische Störungen bei Nasennebenhöhleneiterung. Ludwig Soyka.

Beiträge zur Anatomie der Stimmlippen. Künstlich erzeugtes Oedem der Stimmbänder, wie es auch am Lebenden beobachtet wird, breitet sich nach oben und nach unten hin nur bis zur Grenze des Ueberganges von Platten- in Flimmerepithel aus. Auch die Polypen und polypösen Verdickungen der Stimmbänder sind ein Produkt der Entzündung dieser streng begrenzten subepithelialen Gewebsschicht mit sekundären Veränderungen in diesem ödematösen Gewebe. Vitale Stimmbandödeme können durch Skarifikationen beseitigt werden.

Ueber den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis bei experimenteller Sinusthrombose. U. kommt infolge seiner tierexperimentellen Studien zu folgenden Analogieschlüssen beim Menschen: Die Thrombose ist als Schutzvorrichtung bei entzündlichen Prozessen in der Umgebung des Sinus anzusehen. Der Thrombus als Schutzwall hat ausgesprochene Tendenz zur Selbstheilung und Organisation. Bei akuter Sinusthrombose ist daher von einer Unterbindung der Vena jugularis abzusehen. Der Sinus ist lediglich weit freizulegen, und alles Krankhafte aus der Umgebung zu entfernen, um Nachschübe zu verhindern. Zeigt bei Allgemeinerscheinungen der Thrombus Neigung zu Zerfall, so muß er bis zu seinen gesunden Enden ausgeräumt werden. Auch bei der chronischen Otitis mit pyämischen Erscheinungen ist die Unterbindung der Jugularis wenig aussichtsvoll, da die Erreger noch andere Wege zum Einbruch in den Körper offen haben. Sie ist für Fälle zu reservieren, wo die Phlebitis auf die Jugularis selbst übergreift oder der Bulbus nach unten drainiert werden muß. Die frühzeitige Operation und Entfernung des Primärherdes bleibt die Hauptsache.“ Der Formulierung des Verfassers kann völlig zugestimmt werden. Bei fraglichem Symptomkomplex ist es besser, öfter zu früh, als einmal zu spät eingegriffen zu haben.

Erfahrungen mit 150 endonasalen Dacryocystostomien. Bockstein füllt den Tränennasenkanal von den Puncta lacr. aus mit Wismutbrei und fertigt Röntgenbilder an. Der Wert dieser strikt durchgeführten Methode ist zu diagnostischen wie operativen Zwecken unverkennbar. Das Verfahren ist wert, Gemeingut aller Aerzte zu werden, die sich mit der Therapie an den Tränenwegen befassen.

Anatomische Begründung der Zugänge zum Bulbus venae jugularis. Nach zahlreichen anatomischen Messungen kommt Feiermann zu dem Resultat, daß die Variationen der einzelnen Schädeltypen zu verschieden sind, um zahlenmäßig Maße zur Auffindung des Foramen jugulare normieren zu können. Die anatomische Topographie gibt der Grunertschen Bulbusoperation vor den übrigen Methoden den Vorzug. Mit einigen anatomischen Daten und zahlreichen guten Abbildungen vervollständigt er die Grunertsche Methode.

Bemerkungen zur Radikaloperation nach Bárány. Der bemerkenswerteste Unterschied der Báránwritten Ohr-Radikaloperation gegenüber der gewöhnlichen Methode ist der, daß B. keine Gehörgangsplastik am Schluß der Operation ausführt, sondern den Gehörgangsschlauch in situ beläßt und die Wundhöhle tamponiert. Soyka will diese Methode reserviert wissen für Radikaloperationen bei Kindern, sowie für Eiterungen mit Sinus- und Hirnkomplikationen. Besonders für letztere Fälle erscheint die Methode besonders geeignet, da das Uebersichtsbild durch den üblichen Lappen nicht verkleinert wird.

Wie steht das Tonsillenproblem heute im Lichte der Praxis? v. Liebermann kommt in seiner sehr ruhigen, vornehm-sachlichen Kritik der Gordonschen Arbeit zu praktisch sehr wichtigen und gut begründeten Schlüssen: Die Tatsache, daß in Amerika so zahlreich Tonsillectomien vorgenommen werden, ist unmöglich auf rein finanzielle Gründe zurückzuführen. Eine Operationsmethode kann sich nur dann dauernder Beliebtheit erfreuen, wenn sie auch etwas leistet. Eine amerikanische Statistik über 52 Fälle beweist, was eine gut ausgeführte Tonsillectomie wert ist. Prinzipiell unschädlich ist die Tonsillectomie ebensowenig wie jede andere Operation. Zufälle können eintreten, da wir in nächster Nähe infizierten Gewebes arbeiten. Die Tonsillectomie ändert ebensowenig wie die Adenotomie und die Appendectomie etwas an der Funktion des adenoiden Apparates. Die noch sehr strittige Funktion desselben ist auch bei der Fragestellung höchst unmaßgeblich, ob erkranktes Gewebe zu entfernen ist oder nicht. Schlitzungen und Pinselungen in dem infizierten Gewebe sind höchst riskante Maßnahmen und daher nicht anzuwenden. Entweder Gurgelungen oder Operation. Und zwar dann auch wirklich vollständiges Ausschälen des Tonsillennestes im Gesunden. Auf die Operationsmethode, die den Praktiker weniger interessiert, geht v. L. dann noch näher ein und bekämpft die Methoden Gordons. Dem Allgemeinpraktiker ist die vorzügliche Arbeit Liebermanns dringend zur Durchsicht zu empfehlen. Sie führt ihn aus dem Wust ungeklärter Probleme heraus auf das Gleis der praktischen Erfahrung. Und die besagt, daß wir in Deutschland einen viel zu großen Horror gerade vor dieser Operation haben, die so reichlich Segen stiften kann, und mit der der Operateur wie bei jeder anderen Operation auch in Einzelfällen Unglück hat. Ganz besonders müssen wir in unserem verarmten Lande uns aber hüten, alles gleich auf Finanzspekulationen zurückzuführen, was draußen anders ist. Wir kommen sonst zu leicht in den Verdacht aus purem Neid zu widersprechen.

Schwere psychische Störungen bei Nasennebenhöhleneiterung. Der Fall scheint mir in der Anamnese nicht einwandfrei genug, um seine interessanten Einzelheiten besprechen zu können. Vielleicht handelt es sich doch um eine Kombination zufälligen Charakters zwischen echter Psychose und Nebenhöhleneiterung.

Erich Rosenbaum (Berlin).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

99, 1. u. 2. Heft. 2. November 1925.

Halbseitige Mikroencephalie durch degenerative Atrophie infolge Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Möller-Barlowscher Krankheit. H. Stroh.
° Beitrag zur Kenntnis und Entstehung rhythmisch-iterierender Hyperkinesen im Verlaufe organischer Gehirnerkrankungen. H. Zingerle.
° Ein Beitrag zur Lehre von der hereditären spastischen Spinalparalyse. R. Specht.
° Zur Differentialdiagnostik der multiplen Sklerose. E. Wexberg.
Ueber auffallende Kraft- und Gewandtheitsleistungen bei Epilepsie. Vollard.
° Ueber Hungerempfindung. A. M. Grünstein.
Zur pathologischen Anatomie der Metencephalitis chronica mit psychischen Störungen. H. A. Wilckens.
Atypische Formen der akuten Encephalitis epidemica. Nebst Bemerkungen über die Lokalisation der Encephalitis epidemica und ihre Beziehungen zur Paralyse. W. Weimann.
Ein Fall von progressiver Paralyse mit einer ungewöhnlichen Reaktion auf die Malariabehandlung. R. Markuszewicz.
Beiträge zur Anatomie des Zwischenhirns und seiner Funktion. IV. Ueber den Regulationsmechanismus der vegetativen Zentren in der Zwischenhirnbasis auf Grund cytoarchitektonischer und fasersystematischer Untersuchungen. R. Grevius.
° Die Aetiologie der epidemischen Encephalitis. F. Jahnel.
Psychopathogenetische Probleme betreffend die Veränderungen der Psychik bei Kindern infolge von epidemischer Encephalitis. M. P. Andreew.
Ueber Querschnittsläsionen des Rückenmarks infolge von extravertebralen Tumoren. I. L. Ja. Pines.
Ein Fall von umschriebener Halluzinose und vom Gehirnmechanismus der Halluzination. Miessl v. Mayendorf.
Phanodorm in der Anstaltspraxis. J. Lackerbauer.

Beitrag zur Kenntnis und Entstehung rhythmisch-iterierender Hyperkinesen im Verlaufe organischer Gehirnerkrankungen. Durch organische Hirnerkrankungen ausgelöste Hyperkinesen können zwei Komponenten enthalten. Einmal Auslösung einfacher oder zusammengesetzter Muskelbewegungen durch Enthemmung. Dann aber auch durch Freiwerden von elementaren, rhythmischen oder iterierenden Grunderscheinungen der nervösen Zentralorgane.

Ein Beitrag zur Lehre von der hereditären spastischen Spinalparalyse. Eine Familie, in der bei 11 Personen verteilt über drei Generationen bei dominantem, nicht geschlechtsgebundenem Vererbungsmodus das Symptomenbild der spastischen Spinalparalyse auftrat.

Zur Differentialdiagnostik der multiplen Sklerose. Die multiple Sklerose ist wegen ihrer sehr wechselvollen Symptomatologie oft eine Verlegenheitsdiagnose. Zweifelsfälle müssen im Interesse der klinischen Forschung katamnestisch im Auge behalten werden. So hat sich unter 11 Fällen mit der anfänglichen Vermutungsdiagnose m. S. nur in 7 Fällen diese Diagnose aufrechterhalten lassen. Reflexie der Bauchdecken ist diagnostisch äußerst wichtig, aber nicht immer entscheidend.

Ueber Hungerempfindung. Mitteilung von zwei Fällen (Schädelbasisbruch und Encephalitis epidemica), in denen Polydipsie verbunden mit Ekelgefühl vor festen Speisen in Beziehung gebracht werden, zu vermuteten Schädigungen des Tuber cinereum. Verf. sieht hier die Möglichkeit des neurogenen (zentralen) Entstehens von Appetitstörungen bei verschiedenen Erkrankungen.

Die Aetiologie der epidemischen Encephalitis. Kritisches Referat über die bisherigen bakteriologischen Ergebnisse. Es stehen sich drei Forschergruppen gegenüber, die jeweils ein anderes charakterisiertes Encephalitisvirus gefunden zu haben glauben. Hirschfeld, Löwe, Strauß in New York, Doerr, Levaditi in Basel und Paris, Kling, Davide und Siljenquist in Schweden. Bestenfalls hat eine der Gruppen, oder gar keine recht. Nach ausführlicher Darlegung der möglichen Fehlerquellen kommt J. zu dem Schluß, daß trotz eifrigen Bemühens der Encephalitiserreger noch nicht gefunden ist, daß aber andererseits durch die bisherigen Forschungen die Wege bei einer eventuellen späteren Epidemie für einen endgültigen Erfolg geebnet sind.

Panse (Berlin).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

76, Heft 1. 28. November 1925.

Jubiläums-Versammlung (50.) der südwest-deutschen Neurologen und Psychiater am 6. u. 7. Juni 1925 in Baden-Baden.

* Ein halbes Jahrhundert Neurologie. Nonne.
* Einige Aufgaben der Nervenanatomie und ihre Behandlung in den letzten 50 Jahren. Wallenberg.
* Forschungsrichtungen in der Histopathologie des Nervensystems während der letzten 50 Jahre. Spielmeyer.
* 50 Jahre Psychiatrie. Bumke.
* Ueber die Beziehungen der Neurologie zur inneren Medizin. L. R. Müller.

Die Frage der kombinierten Psychosen. Gaupp.
Altes und Neues über die Plastizität des Nervensystems. Bethe.
Das Symptom, seine Entstehung und Bedeutung für unsere Auffassung vom Bau und von der Funktion des Nervensystems. Goldstein.
Experiment und Experimentator in der Neuropathologie. Steiner.
Der Begriff der Struktur in der Psychologie. Gruhle.
Psychiatrische Wege zur Charakterologie. Pringhom

* Der Kampf gegen die progressive Paralyse. Weygandt.

Ein halbes Jahrhundert Neurologie. — Einige Aufgaben der Nervenanatomie und ihre Behandlung in den letzten 50 Jahren. — Forschungsrichtungen in der Histopathologie des Nervensystems während der letzten 50 Jahre. — 50 Jahre Psychiatrie. Ausgezeichnete Uebersichtsreferate mit einer gedrängten Fülle von Einzelheiten und Tatsachenmaterial. Deshalb lassen sich die äußerst instruktiven Berichte hier leider nicht referieren.

Ueber die Beziehungen der Neurologie zur inneren Medizin. Der Teil der Neurologie, der an die Psychiatrie angrenzt, muß ohne weiteres als ein zur Psychiatrie gehöriges Sonderfach angesprochen werden. Nicht aber von den Arbeitsgebieten der inneren Medizin zu trennen ist die Lehre von den Erkrankungen der peripheren Nerven, der Fasersysteme und Ganglienzellgruppen im Rückenmark und Gehirn. Hier greifen der Bereich der inneren Medizin und Neurologie ständig ineinander über, der Nurneurologe kann hier auf internen Rat und internes Wissen nicht verzichten. Besonders fruchtbar wird die Zusammenarbeit beim bisher noch vernachlässigten Studium der Innervation der inneren Organe sein.

Der Kampf gegen die progressive Paralyse. Dem Stadium der naiven Therapie bei der progressiven Paralyse bis zum Beginn der achtziger Jahre folgte das Stadium des therapeutischen Nihilismus, das erst nach Einführung der Malariatherapie durch v. Wagner-Jauregg im Jahre 1917 einem Stadium der rationellen Therapie endgültig wich, nachdem allerdings schon eine ganze Reihe von verschiedenen therapeutischen Versuchen mit Temperaturerhöhungen (Haarseil, Brechweinsteinsalbe, Tuberkulin und vereinzelt sogar Malaria und Recurrens) vorausgegangen waren. Von neun in Wien 1917 mit Malaria geimpften Paralytikern bestehen 3 Vollremissionen jetzt bereits 7—8 Jahre. Man überimpft zweckmäßig mehrere ccm Venenblut eines in der Malariabehandlung befindlichen Paralytikers subkutan oder intravenös. Die Behandlung ist nur in der Klinik durchzuführen. Zu benutzen ist ein Tertianastamm. Man läßt im allgemeinen 8 bis 10 Fieberanfälle eintreten und kupiert sie dann durch Chinin mit Sicherheit. Die Uebertragungsgefahr durch Anophelen ist sehr gering, bisher nicht sicher beobachtet. Bei schwerem Ikterus rasche Kupierung. Als Maßstab für den Grad der Besserung ist die Hebung der sozialen Tauglichkeit anzusehen. Während die Spontanremissionen bei der progressiven Paralyse vor der Einführung der Malariabehandlung auf 4 bis 15% berechnet wurden, sind jetzt etwa 30% voll berufstätig und weitere mindestens 20% unter leichten Defekten wieder tätig (unter 668 Fällen). Heilungsaussichten um so günstiger, je frischer der Fall. Die neurologischen Symptome können weitgehend zurückgehen, die Veränderungen des Liquors gehen in sehr wechselnder Weise zurück. Bei Rekurrensimpfung ähnliche Erfolge wie bei der Malaria, es kommen aber salvarsanresistente Stämme vor. Der Vergleich zwischen der Hoffnungslosigkeit gegenüber der Heilungsaussicht der progressiven Paralyse in früheren Jahren und heute gibt das Recht, hoffnungsfreudig in die Zukunft zu sehen.

Panse (Berlin).

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

62, Heft 3/4.

* Ueber den Wert der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und der Urochromogenreaktion für die Prognose der Lungentuberkulose. Sebi Hakki.
* Ueber das Verhalten von Blutbild, Blutkörperchensenkungsreaktion, Intrakutanreaktion, Tuberkulose Wa. R. im Verlaufe des einzelnen Tuberkulosefalles sowie das Verhalten von Adrenalinreaktion und Kalium-Kalzium-Spiegel im Blutserum. K. Henius, Richert u. Bing.

Die Amyloiddegeneration bei kindlicher Tuberkulose. M. Neumann.

* Kolloidlabilitätsreaktionen bei Tuberkulose. v. Lemešic u. V. Kosanovic.
* Ueber Agglutination von Tuberkelbazillen humanus, bovinus, gallinaceus, Schildkröten- und Fisch-Tbc.-Bazillen mit Serum von gesunden, tuberkulösen und andern kranken Menschen (vorläufige Mitteilung). M. Sliwensky.

Ueber die Unterschiede im pathologisch-anatomischen Bilde primärer Tonsillen- und primärer Lungeninfektion bei der Phthise der Kinder. Camill. Ruf.
Ueber Tuberkulose und Entzündungsazidose. H. Schade u. F. Claussen.

* Kavernendiagnose und -Prognose. K. Lydtin.
* Ueber Hilustuberkulose bei Erwachsenen. Hanns Alexander.
* Ueber Alterstuberkulose. W. Alwens.

Zur Phrenikotomiefrage. Andreas Plenk und Ralph C. Matson.
Beiträge zur Klinik der progressiven Durchseuchungsperiode bei der Tuberkulose. Karl Diehl.

* Zur innerlichen Behandlung der Tuberkulose mit Partigenen. Hermann Jannasch.

Beitrag zur Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. Kretschmer.
Untersuchungen zur Frage des Fettstoffreizes in der Tuberkulosetherapie. F. Mattausch.

* Die Pneumothoraxbehandlung in den Heilstätten Friedrichsheim und Luisenheim in den Jahren 1910—1924. Hans Alvermann.

Ein rettender Kunstgriff bei Luftembolie. Max Gähwyler.

* Diagnostischen und prognostischen Wert der Pirquetschen Tuberkulinhautreaktion bei der Lungentuberkulose des Erwachsenen. K. Stetter.

Zur Forschungsmethodik der epidemischen tuberkulösen Ansteckungsherde. W. A. Sukiennikow.
Zur Bewertung von Perkussionsbefunden des Brustkrebs bei Lungentuberkulose. V. Vorobiew.

* Das Tuberkuloseproblem bei den Juden. U. Haltrecht.

Ein Fall von Bronchiolitis tuberkulosa. Friedrich Feyrter.

* Auffallende, schwere Blutbildveränderungen bei kindlicher Bronchialdrüsentuberkulose. Otto Wiese und Ludwig Hindersin.

Herdreaktion der Lunge nach einer Röntgenbestrahlung des Kehlkopfes. Hellmuth Feist.
Ein seltener Fall totaler Dextrokardie auf nicht tuberkulöser Basis. Tegtmeier.
Ein Fall von hochgradiger aktiver Bronchialdrüsentuberkulose und Paratrachealdrüsentuberkulose bei einem 16jährigen Kind. Kurt Nüssel.
Ueber eine typische Form isolierter tuberkulöser Lungenherde im klinischen Beginn der Erkrankung. Karl Dietl.

Ueber den Wert der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit usw. Die Urochromogenreaktion gibt besser als die Senkungsreaktion Aufschluß über die Prognose des Falles. Bei Nierenerkrankungen, besonders Amyloid, ist die Urochromogenreaktion negativ.

Ueber das Verhalten von Blutbild, Blutkörperchensenkungsreaktion, Intrakutanreaktion, Tuberkulose Wa. R. im Verlaufe des einzelnen Tuberkulosefalles sowie das Verhalten von Adrenalinreaktion und Kalium-Kalzium-Spiegel im Blutserum. Wenngleich die genannten Reaktionen nicht in jedem Falle ein dem klinischen oder autoptischen Befund entsprechendes Resultat ergeben, so ist doch die Ermittlung des haemoklinischen Status und die Beobachtung der Schwankungen im Gleichgewicht des vegetativen Nervensystems für die Beurteilung vieler Tuberkulosefälle von großem Wert. Besondere Bedeutung hat eine eingehende haematologische Untersuchung für die Frühdiagnostik.

Kolloidlabilitätsreaktionen bei Tuberkulose. Verff. untersuchten das Verhalten der Senkungsreaktion, der Argent. nitric., Matéfyschen und Dárangischen Reaktion. Die erste Stelle gebührt der Senkungsreaktion, da sie an Reaktionsbreite und Feinheit der Abstufung die übrigen Kolloidlabilitätsreaktionen übertrifft. Auffallend günstig wird die Matéfysche Reaktion beurteilt, sie versagte nur in 6% bei sicherer Tuberkulose. Absolute Zahlenangaben fehlen leider. (Nach eigener Erfahrung versagt die Matéfysche Reaktion bei offener Lungentuberkulose in rund ⅕ der Fälle. Ref.)

Ueber Agglutination von Tuberkelbazillen humanus, bovinus, gallinaceus, Schildkröten- und Fisch-Tuberkulose-Bazillen mit Serum von gesunden, tuberkulösen und andern kranken Menschen. Kurze Mitteilung einer neuen, anscheinend streng spezifischen Agglutinationsprobe im Serum.

Kavernendiagnose und -Prognose. Von größerer Bedeutung als die Kaverne selbst ist hinsichtlich der Prognose die anatomische Form der Lungentuberkulose, bei der es zur Einschmelzung gekommen ist. Ein exsudativ-kavernöser Prozeß hat eine viel schlechtere Prognose als eine kavernöse Cirrhose mit beträchtlicher Bindegewebsbildung.

Ueber Hilustuberkulose bei Erwachsenen. Unter Hilustuberkulose ist eine Form der Tuberkulose mit den hauptsächlichsten physikalischen Symptomen im Hilusgebiet zu verstehen. Das anatomische Substrat der Hilustuberkulose sind sowohl Drüsen- wie auch Lungenveränderungen in unmittelbarer Nachbarschaft des Hilus. Von der Hilustuberkulose ist zu unterscheiden die meist in den äußeren Partien des mittleren Lungenfeldes lokalisierte Mittelfeldtuberkulose.

Ueber Alterstuberkulose. Das Krankheitsbild der Alterstuberkulose ist gekennzeichnet durch den mit Verdauungsstörungen einhergehenden, häufig sehr erheblichen Marasmus und die geringe Tendenz zu Temperatursteigerungen. Diagnostisch wichtig ist bei der Unsicherheit der Perkussions- und Auskultationsbefunde die Röntgenuntersuchung, die Bestimmung des weißen Blutbilds und der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten. Ein auffallend niedriger Blutdruck findet sich nahezu konstant bei der Altersphthise. Auf Grund der Sektionsbefunde ist anzunehmen, daß die im Alter in Erscheinung tretenden Tuberkulosen mit evtl. jahrzehntelang zurückliegenden Prozessen in Zusammenhang zu bringen sind. Unter den pathologisch-anatomischen Formen dominiert die cirrhotisch-kavernöse Lungentuberkulose.

Zur innerlichen Behandlung der Tuberkulose mit Partigenen. Verfasser, welcher rund 300 Kranke mit M. Tb. R. innerlich behandelt hat, weist nachdrücklich auf die Ungefährlichkeit dieser Behandlungsform hin. Ueberängstlichkeit bei ambulanter innerlicher Partigenbehandlung ist nicht am Platze.

Die Pneumothoraxbehandlung in den Heilstätten Friedrichsheim und Luisenheim in den Jahren 1910—1924. Statistischer Bericht über 714 Patienten, denen in den Jahren 1910 bis 1924 der künstliche Pneumothorax vorgeschlagen wurde. 163 Kranke lehnten den Eingriff ab, in 182 Fällen war die Anlegung technisch nicht möglich (infolge Verwachsung beider Pleurablätter). Besonderen Wert erhält die Arbeit durch den Vergleich der Fälle mit Pneumothoraxbehandlung mit denjenigen ohne eine solche Behandlung. Es ergibt sich bemerkenswerterweise kein wesentlicher Unterschied. Unter den mit Pneumothorax behandelten Fällen sind 8% mehr Arbeitsfähige, jedoch ist die Sterblichkeitsziffer bei den Männern mit Collapsbehandlung sogar um 3,5% höher als bei denjenigen ohne Pneumothoraxbehandlung. Die schlechte soziale Lage der aus der Heilstättenkur sofort wieder in anstrengende Berufsarbeit zurückkehrenden Pneumothoraxpatienten erklärt die geringen Erfolge. Im Einzelfall ist der künstliche Pneumothorax trotzdem ein nicht selten lebensrettend wirkendes Behandlungsverfahren.

Diagnostischer und prognostischer Wert der Pirquetschen Tuberkulinhautreaktion bei der Lungentuberkulose des Erwachsenen. Zur Entscheidung der Frage, ob eine tuberkulöse Erkrankung vorliegt oder nicht, ist die Pirquetsche Hautprobe beim Erwachsenen nicht zu verwerten. Prognostisch günstig ist der stark positive Ausfall der Probe. Der negative Pirquet beim Erwachsenen kommt vor als „negative Anergie" bei Schwerkranken mit darniederliegenden Abwehrkräften, oder als „positive Anergie" nach Tuberkulinkuren mit höheren Dosen.

Das Tuberkuloseproblem bei den Juden. Auf Grund umfangreichen Materials, dessen Erörterung im Rahmen dieses Referats nicht möglich ist, führt Verfasser den Nachweis, daß die Tuberkulose bei den Juden während des Krieges und in der Nachkriegszeit in erschreckendem Maße zugenommen hat. Auffallend ist besonders die hohe Zahl der tuberkulösen jüdischen Kinder. Ursächliche Faktoren sind die elenden Wohnungsverhältnisse, die mannigfaltigen Entbehrungen und Umwälzungen, die der Krieg — besonders für die Juden in Polen und Rußland — mit sich brachte.

Auffallende, schwere Blutbildveränderungen bei kindlicher Bronchialdrüsentuberkulose. Kasuistische Mitteilung eines interessanten Falles von ausgedehnter verkäsender Bronchialdrüsentuberkulose mit geringfügigen physikalischen und röntgenologischen Befund. Das Blutbild mit 39% Myeloblasten und Myelocythen und schweren Veränderungen der roten Blutzellen ließ ernstlich an myeloische Leukämie denken. Die autoptisch gefundene verkäsende Bronchialdrüsentuberkulose mit geringfügigem physikalischen und als extreme Linksverschiebung im Sinne von Arneth-Schilling auf. Verff. meinen nicht mit Unrecht, daß manche unklare „Leukämie" eine ähnliche Aetiologie haben kann. **Zwerg (Dresden).**

Schweiz. Med. Wochenschr.

Nr. 45.

Die Cysten-Mamma (Morbus Reclus) und ihr latenter Zustand. **M. Askanazy.**.
Grundsätzliches zur Balneologie. K. Spiro.
* Subduraler Tumor auf dem Lumbosakralmark. Lipiodolbild. **Operation.** Heilung. O. Veraguth.
Du mécanisme du pouls paradoxal dans la péricardite a épauchement et de l'influence de la ponction du péricarde. **M. Roch und Ed. Frommel.**
Zur Kenntnis des Haemangioma cavernosum linguae. **H. Baumgartner.**

Subduraler Tumor auf dem Lumbosakralmark, Lipiodolbild, Operation, Heilung. Die hier mitgeteilte Krankengeschichte beansprucht einiges Interesse, weil sie den Nutzen eines neuzeitlichen diagnostischen Hilfsmittels ins Licht setzt.

Abgesehen von der topischen kann das Lipiodol (steriles Nelkenöl mit 0,60 cg Jod in 1 ccm Oel) auch oft die Artdiagnose einer Rückenmarksaffektion erleichtern. Insbesondere ist an die Differentialdiagnose zwischen Raumbeschränkung und spinaler Form der multiplen Sklerose zu erinnern, sodann auch an diejenige zwischen Querschnittsmyelitis und Tumor. Künftig werden sicherlich alle unklaren Fälle, bei denen bisher zur Probelaminektomie geraten werden mußte, vorerst durch Kontrastbilder untersucht werden. Nicht jeder raumbeschränkende Herd im Spinalkanal gibt jedoch ein beweisendes Lipiodolbild. Vor allem dann nicht, wenn ein paraspinaler, sub- oder epiduraler Tumor noch so klein ist, daß er immerhin den Durchtritt der Kontrastmasse erlaubt. Die klinische Beobachtung bleibt also neben dem Kontrastverfahren in ihrem ganzen Wert bestehen und wird nur durch dasselbe in wünschenswerter Weise bereichert und ergänzt.

Nr. 46.

* Kuhmilchbedarf und Ernährung des Säuglings und Kleinkindes. E. Feer.
Allgemeine Gesichtspunkte über Anämien, deren Entstehung und Einteilung. Naegeli.
* Klimatologie des Hochgebirges. C. Dorno.
Die verschiedenen Formen der endokrinen und cerebralen Fettsucht. A. Ostwald.
Zur Kenntnis der Thermen von Baden. (Schweiz.) J. Markwalder.

Kuhmilchbedarf und Ernährung des Säuglings und Kleinkindes. Verf. kam in den letzten 20—25 Jahren zu der Ueberzeugung, daß 600 g Kuhmilch im Tag das Maximum darstellen, das ein gesunder Säugling braucht. Die Ergänzung des Nahrungsbedarfs geschieht durch geeignete Beikost.

Im Stoffwechsel hat man oft gefunden, daß Vollmilchernährung oder sonst große Milchmengen eine Verarmung des Organismus an Eisen, Kalk und Alkalien bewirken. Vor allem zeigt sich dies bei den Säuglingen mit Milchnährschaden, die oft nur 3—400 g Milch vertragen, dagegen ein großes Bedürfnis nach Kohlehydraten besitzen. Mit 500 g Kuhmilch im Tage erhält ein Säugling noch wesentlich mehr an Salzen und Eiweiß, als ein gleichaltriges Brustkind in 1 l Frauenmilch; die Fettmenge beträgt allerdings nur die Hälfte.

Die milchknappe Diät hat nur einen Nachteil: sie erfordert mehr Ueberlegung und Mühe. Die notwendige Beikost verlangt eine besondere Zubereitung und Verabreichung mit dem Löffel, die umständlicher ist als das Reichen der Flasche. Die gesundheitlichen Vorteile sind aber in die Augen springend.

Klimatologie des Hochgebirges. Der verminderte Luftdruck ist das, wodurch sich dieses Klima von allen anderen

Klimatypen spezifisch unterscheidet. Der Sauerstoffhunger, den man intuitiv als verbunden mit der Luftverdünnung voraussetzte, als man die physiologischen Wirkungen des Hochgebirgsklimas zu studieren begann, besteht nicht nur, sondern er ist, wie Loewy verdienstvoll nachgewiesen hat, das Hauptagens. Daneben dürfte das verminderte Gewicht der Atmosphäre als Ursache vieler physiologischen Wirkungen des Hochgebirgsklimas anzusehen sein.

Eine weitere spezifische und wichtige Eigenschaft ist die Trockenheit der Luft; damit eng verbunden sind die luftelektrischen Verhältnisse: Entsprechend dem geringen Feuchtigkeitsgehalt, aber auch dem dünnen Luftmantel und der durch stärkere Ionisierung größeren Leitfähigkeit der Luft ist das Potentialgefälle geringer; die stärkere Leitfähigkeit wird zum Teil durch die ionisierende Wirkung der stark ultravioletthaltigen Sonnenstrahlung sowie den nachgewiesenen recht bedeutenden radioaktiven Gehalt der Hochgebirgsluft erklärt. Held (Berlin).

Acta Medica Scandinavica.

62, 5—6, 4. Oktober 1925.

* Krebsstatistiken, Krebs und Diät. M. Hindhede (Dänemark).
Glykosurie bei meningealer Blutung. Lyder Nicolaysen (Norwegen).
Pleuritische Ergüsse an mehreren übereinander gelegenen Stellen im künstlichen Pneumothorax. Gunnar Edström (Schweden).
Rückenmarkstumor im Bereiche des fünften und sechsten Cervicalsegments, der vergesellschaftet ist mit Atrophie der kleinen Handmuskeln, Inversion des Radiusreflexes und merkwürdigen Sensibilitätsstörungen, die durch die Kompression bedingt sind. Versuch mit Lipiodol. Nils Ahlen (Schweden).
* Zur exakteren Dosierung des Sanocrysins. Karl Lehotay (Ungarn).
Multiple Tumoren, die in der Muskulatur der Extremitäten verstreut gelegen sind und in ihrem histologischen Bau an Tuberkulose erinnern. Fredrik Sundelin (Schweden).
Ueber die tonischen Labyrinthreflexe auf die Augen beim Kaninchen und über ihre Veränderung im Laufe der Entwicklung. R. Lorente de Nò (Spanien).
* Zur Nosologie der hämorrhagischen Diathesen. Hermann Becks (Deutschland).
* Der kausale Zusammenhang zwischen Lues und Kältehämoglobinurie. Ernst B. Salén (Schweden).
* Zum Mechanismus der bei Kältehämoglobinurie vorkommenden Wassermannschen Reaktion. Ernst B. Salén (Schweden).

Krebsstatistiken, Krebs und Diät. Der Verfasser kommt zu der (recht eigenartigen. Der Referent!) Auffassung, daß wahrscheinlich die Hauptursachen des Krebses mit in der Diät zu suchen seien. Die Irritation des Verdauungsschlauches durch verdorbene, stark gesalzene und gewürzte Speisen, alkoholische Getränke, Tabak kann hierfür verantwortlich gemacht werden; Uebererernährung durch zu schmackhafte oder zu abwechslungsreiche Kost kann Krebs machen; Nahrung, die zu reich ist an tierischem Eiweiß, kann Krebs machen; um keinen Krebs zu bekommen, muß man zu der einfachen Lebensweise unserer Ahnen zurückkehren!!! Durch die Statistik kann man alles beweisen! (Der Referent.)

Zur exakteren Dosierung des Sanocrysins. Man soll eine Sanocrysinkur mit einer dem Individuum angepaßten Intensität durchführen, welche bestimmte Grenzen erreichen, aber nicht überschreiten soll, weil einerseits die Heilungsvorgänge bei einer bestimmten und nicht zu großen Herdreaktion wahrscheinlich die besten sind, andererseits das Ueberschreiten für den Kranken nachteilig oder sogar schädlich sein kann.

Die Wahl der ersten Dose ist äußerst wichtig. Man soll im Anfang nicht gleich größere Reaktionen erzeugen wollen, da man nicht weiß, ob der Kranke eine etwas größere Menge ohne Schaden verträgt. Lieber weniger nützen, aber bestimmt nicht schaden.

Eine Sanocrysininjektion darf nur wiederholt werden, wenn die Reaktion vollständig abgeklungen ist, wenn also Abwehrkräfte wieder vorhanden sind. Darüber gibt die Pirquetsche Kutanreaktion genauen Aufschluß. Nur bei positivem Ausfall derselben darf man weiter Sanocrysin geben.

Ueber die Intoxikation des Organismus gibt das Schillingsche Hämogramm und die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten gute Anhaltspunkte. Letztere besonders in schwereren Fällen. Verschiebt sich das erstere nach links oder steigt die Senkungsgeschwindigkeit und bleibt dauernd höher, so ist die Sanocrysinmedikation zu ändern — jedenfalls zu mildern — eventuell für eine Zeit auszusetzen. Bei der Behandlung ist die Menge des Sputums und der Bazillen in demselben genau zu verfolgen, da es das alleinige und jedenfalls sehr wichtige Zeichen einer Herdreaktion, deren Ablauf evtl. seiner Folgen sein kann.

Das Gewicht ist sorgfältig zu kontrollieren und größere Gewichtsverluste zu vermeiden. Dazu muß man meist größere Intervalle einschieben, wenn nicht mit Verringerung der Dosen der Verlust verhindert wird.

Schwerkranke mit beinahe negativem Pirquet und mit hoher Senkungsgeschwindigkeit sind von der Behandlung auszuschließen.

Wer das Verhalten dieser beiden Reaktionen streng beachtet, wird nach Ansicht des Verfassers keinen Schock erleben und wird selten schaden. Bei Befolgung der genannten Maßregeln ist eine Sanocrysinkur ungefährlich.

Zur Nosologie der hämorrhagischen Diathesen. Von allen hämorrhagischen Diathesen kann die kontinuierliche Thrombopenie als selten bezeichnet werden. Die symptomatische Thrombopenie dagegen, und zwar die Formen als Folge septischer Affektionen, sind weit häufiger. Die Endotheliosis haemorrhagica trat bei Sepsis lenta an Häufigkeit in den Vordergrund, während die anderen Verlaufsformen der essentiellen Thrombopenie sowohl als auch die Hämophilie und die übrigen Angiopathien in den letzten Jahren nur äußerst selten zur Beobachtung kamen.

Die thrombopenischen Purpuraerkrankungen entstehen auf dem Boden einer minderwertigen Konstitution, wobei offenbar für die essentiellen Formen dieser konstitutionelle Faktor so im Vordergrund steht, daß schon die Schädigungen des Alltags zu manifesten Symptomen führen. Bei den symptomatischen Formen tritt er etwas mehr zurück; es bedarf eines weit stärker wirkenden exogenen, fast stets infektiösen Faktors zur Auslösung der hämorrhagischen Erscheinungen.

Außer dieser konstitutionellen Komponente genügen für das Zustandekommen der Hämorrhagien nicht enorme Verminderung oder fast völliges Fehlen der Blutplättchen, wenngleich man sie auch häufig antrifft. Bei den thrombopenischen Formen ist eine allgemeine Schädigung der Gefäßwände, ohne die es nicht zu Blutungen kommen kann, Vorbedingung. Begünstigend wirken in hohem Maße ferner ein Mangel an Blutplättchen, die sonst imstande wären, etwa vorhandene Risse oder andere Schädigungen der Gefäßwand schnell zu verschließen, während die fehlende Retraktilität als Folge des Blutplättchenmangels und die herabgesetzte Viskosität in gleichem Sinne einen Einfluß ausüben.

Für die Erkennung der Gefäßschädigungen bedeutet das Morawitz-Deneksche Verfahren einen Fortschritt. Im übrigen erscheinen als Methoden objektiver Blutuntersuchung zur Klärung der Krankheitsbilder die allgemein gebräuchlichen klinischen Methoden von maßgebender Bedeutung:

1. Die Bestimmung der Gerinnungszeit in der feuchten Kammer.
2. Die Bestimmung der Blutungszeit.
3. Die Thrombocytenzählung.
4. Beobachtung der Retraktion des Blutkuchens.
5. Die bakteriologische Blutuntersuchung.

Der kausale Zusammenhang zwischen Lues und Kältehämoglobinurie. Außer allem Zweifel steht, daß bei der Hauptmasse der bisher bekannten Fälle von (manifester und latenter) Kältehämoglobinurie Luesinfektion dem ersten Auftreten der Krankheit kürzere oder längere Zeit (1 bis 25 Jahre) vorausging oder Lueshereditât vorlag. Es liegen starke Gründe für die Annahme vor, daß die Krankheit als postluetischer Zustand zu betrachten ist, am nächsten mit den meta- oder paraluetischen Affektionen vergleichbar. Eine definitive Bestätigung dafür läßt sich derzeit nicht gewinnen, weil bei einer kleineren Anzahl von Fällen der Krankheit keine genügend eingehende Untersuchung betreffs dieses Punktes ausgeführt worden ist. Es ist deshalb von größter Bedeutung, daß bei künftighin zur Untersuchung kommenden Fällen von Kältehämoglobinurie eine besonders eingehende Erforschung der Anamnese und erschöpfende klinische Untersuchung ausgeführt wird, um das Vorhandensein von Lues nachzuweisen oder auszuschließen.

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, daß die bei Kältehämoglobinurie in der Regel positive Wa. R. bei der Krankheit unabhängig von Lues vorkommen sollte und mithin hier als unspezifisch anzusehen wäre. Die Möglichkeit, daß es sich bei einer ganz geringen Zahl von Fällen der Krankheit so verhielte, kann allerdings nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dürfte aber als im höchsten Grade unwahrscheinlich bezeichnet werden können.

Bei der kleineren Zahl von Kältehämoglobinuriefällen, wo nach Ansicht der betreffenden Verfasser keine Lues vorhanden gewesen oder wo dies zweifelhaft war, konnte kein anderes plausibles ätiologisches Moment deduziert werden. Anhaltspunkte dafür, daß, wie man früher gewöhnlich angenommen hatte, nebst Lues auch andere Infektionskrankheiten als Aetiologie der Kältehämoglobinurie in Betracht kämen, liegen nicht vor.

Zum Mechanismus der bei Kältehämoglobinurie vorkommenden Wassermannschen Reaktion. Die Versuche des Verfassers bezweckten eine Klarlegung der bisher umstrittenen Frage, ob die bei Kältehämoglobinurie in der Regel positive Wa. R. durch den sogenannten Kälteamboceptor bedingt sei.

Der Gehalt der Blutflüssigkeit an Kälteamboceptoren ist ohne Einfluß auf den Wa. R.-Titer; durch Dissoziation in das NaCl-Medium übergeführte Kälteamboceptoren verleihen diesem Medium nicht das Vermögen, bei der Wa. R. positiv zu reagieren. Dies gilt unabhängig davon, ob die zur Wa. R. verwendete Reaktionsflüssigkeit inaktiviert ist oder nicht.

In voller Uebereinstimmung damit steht das oben hervorgehobene Verhalten, daß in einer Anzahl der in der Literatur beschriebenen Kältehämoglobinuriefälle die Blutflüssigkeit bei der Wa. R. ganz negativ reagierte, trotzdem sie eine stark positive Donath-Landsteinersche Hämolysereaktion gab. Im selben Sinne spricht ferner der Umstand, daß die Blutflüssigkeit bei zwei der von dem Verfasser beschriebenen Fällen von Kältehämoglobinurie, bei welchem Cerebrospinallues vorlag, sowohl stark positive Wa. R. als Donath-Landsteinersche Reaktion ergab, während der Lumbalflüssigkeit, die bei Wa. R. gleichfalls stark positiv reagierte, eine Kälteambozeptorfunktion ganz abging. Arnold Hirsch (Berlin).

Journal of the American Medical Association, Chicago.

13. Juni 1925.

Schwingungszahlen der Herz- und Lungengeräusche. R. C. Cabot und H. F. Dodge.
Mechanismus der Sarkomentstehung. A. Carrel.
Tollwut. M. J. Harkins.
* Hyperglykämie bei fehlender Glykosurie bei mit Insulin behandeltem Diabetes. R. H. Major und R. C. Davis.
* Die Schilddrüse in der Schwangerschaft. P. H. Daly und S. Strouse.
Bedeutung der initialen Haemoptyse der Phthisiker. A. F. Robertson.
Lufteinblasung in die Tuba Fallopii. G. L. Moench.
Zwei Todesfälle nach Eingabe von Bariumsalzen. W. D. Mc Nally.
Das Blut bei Purpura variolosa. K. Ikeda.
Röntgentherapie der Hirntumoren. E. B. Towne.
Iod-Oel als Kontrastmittel zur Pyelographie. S. H. Neuswanger.
Kongenitales Lidkolobom. S. R. Gifford.
Hämatogene Infektionen des Vas deferens. W. T. Belfield.
Muskel- und Sehnenrisse. E. L. Gilcreest.

Hyperglykämie bei fehlender Glykosurie bei mit Insulin behandeltem Diabetes. Der Befund einer sehr beträchtlichen Hyperglykämie bei fehlender Zuckerausscheidung wurde bei einer Reihe von Diabetikern, die mit mittleren Insulindosen behandelt wurden, von den Verfassern erhoben. Es handelte sich zum Teil um jugendliche Individuen, bei denen kein Anhaltspunkt für Arteriosklerose oder Nierenerkrankung gefunden werden konnte, die den erhöhten Nierenschwellenwert hätten erklären können. Der Versuch, durch größere Insulindosen den Blutzucker herunterzudrücken, war in einer Reihe von Fällen von einem leichten Insulinschock gefolgt, so daß die weitere Behandlung sich lediglich nach dem Urinbefund, nicht aber nach den Blutzuckerwerten richten mußte. Es wird die Frage aufgeworfen, ob dieser Befund auf eine Dichtung des Nierenfilters zu beziehen sei, oder aber darauf, daß unter dem Einfluß des Insulins der Blutzucker in eine Form verwandelt wird, die Kupfer in gleicher Weise reduziert, aber die Nieren schwerer passiert.

Die Schilddrüse in der Schwangerschaft. Beobachtungen des Verhaltens der Schilddrüse in der Schwangerschaft führen die Verfasser zu dem Schluß, daß die Gravidität durch vermehrte Inanspruchnahme der Schilddrüsentätigkeit, zu einer übermäßigen Belastung des Organs Veranlassung gibt, wodurch der Jodgehalt der Drüse verringert wird; wenn nicht durch Jodzufuhr dieses Defizit ausgeglichen wird, kann es zu einer kompensatorischen Hypertrophie der Thyreoidea unter dem Bilde des Hyperthyreoidismus kommen. Dieser Zustand wird durch Joddarreichung gebessert. Es besteht die Möglichkeit, daß diese Funktionsstörung der Schilddrüse die Grundlage für die so häufige nervöse Unrast gravider Frauen sowie für manche Form von Schwangerschaftstoxikose abgibt.

20. Juni 1925.

Krüppelfürsorge. F. J. Gaenslen.
Klinische und hämatologische Untersuchungen über die Bantische Krankheit. 1. Die Rolle der Blutplättchen mit Bezugnahme auf die Milzexstirpation. N. Rosenthal.
Mercurochrom 220, löslich bei der Behandlung von Urogenitalerkrankungen. F. H. Redewill und L. E. Potter.
Chronischer familiärer und hereditärer Ikterus mit Milzvergrößerung und Lebervergrößerung. W. F. Dutton.
Die Behandlung des Asthma bronchiale. A. H. Rowe.
* Tetanie als Ursache von Konvulsionen bei sehr jungen Kindern. G. F. Powers.
Behandlung der Raynaudschen Krankheit mit Durchtrennung der hinteren Lumbalwurzeln und Ganglionexstirpation und perivaskulärer Sympathektomie an der Iliaca communis. A. W. Adson und G. E. Brown.
* Antirachitische Aktivierung von Nahrungsmitteln und von Cholesterin durch ultraviolette Strahlen. A. F. Heß.
Die Behandlung der Amoebenruhr mit oraler Stovarsolmedikation. F. M. Johns und S. C. Jamison.
Entamoebe coli: eine klinische Studie. J. H. Hall und A. C. Reed.

Tetanie als Ursache von Konvulsionen bei sehr jungen Kindern. Ein Kind, dessen Geburt recht schwierig war und die Anwendung der Zange veranlaßte, erkrankt mit 5 Wochen an Krämpfen, die im wesentlichen unilateral sind. Während zunächst an ein cerebrales Geburtstrauma gedacht wird, ergibt nach 14 tägiger Beobachtung die elektrische Untersuchung eine typische spasmophile Uebererregbarkeit und die Blutuntersuchung eine deutliche Verminderung der Kalkwerte, so daß die Diagnose Tetanie sichergestellt ist. Die entsprechende Behandlung (Lebertran, Heliotherapie) führte zu einem prompten Erfolg. Bei der Wichtigkeit einer richtigen Diagnose für die Einleitung einer oft lebensrettenden Therapie darf in Anbetracht dieser Beobachtung die Tatsache, daß ein Säugling noch nicht die sonst angenommene kritische Altersgrenze von 4 Monaten erreicht hat, nicht zur Ablehnung der Diagnose einer echten Spasmophilie Veranlassung geben.

Antirachitische Aktivierung von Nahrungsmitteln und von Cholesterin durch ultraviolette Strahlen. Die durch frühere Untersuchungen des Verfassers sowie durch Arbeiten von Steenbock und seinen Mitarbeitern festgelegte Tatsache, daß eine große Anzahl von Nahrungsmitteln durch Bestrahlung mit ultravioletten Strahlen antirachitische Fähigkeiten erlangen, hat sich dahin präzisieren lassen, daß die in diesen Fällen in Betracht kommende aktivierte Substanz das in allen tierischen und pflanzlichen Zellen vorhandene Cholesterin bzw. Phytosterin ist. In den vorliegenden Versuchen konnte Verfasser zeigen, daß auf eine an Vitamin arme Kost gesetzte Tiere ebenso wie durch direkte Bestrahlung mit ultravioletten Strahlen auch durch Verfütterung von Haut, die der Bestrahlung ausgesetzt war, vor Rachitis geschützt werden können. Die Epidermis ist sehr reich an Cholesterin, und es erhebt sich die Frage, ob die Heilwirkung der Bestrahlungen nicht auf die Aktivierung des in der Epidermis vorhandenen Cholesterins zu beziehen ist. Da durch übermäßig intensive Bestrahlung das Cholesterin wieder inaktiviert wird, muß bei der Strahlentherapie vor zu starker Dosierung entschieden gewarnt werden; bisher liegt die Dosierung überhaupt noch sehr im argen. Auch grüne Gemüse, die an sich nur eine recht geringe antirachitische Wirksamkeit zeigen, können durch Bestrahlung starke antirachitische Fähigkeiten gewinnen. Allerdings wirkt das in Mohrrüben enthaltene Carotin der

Aktivierung durch Bestrahlung stark entgegen. Durch Bestrahlung aktiviertes Cholesterin verliert in trockenem Zustande oder in wässeriger Suspension schnell seine Aktivität, nicht dagegen in öliger Auflösung.

27. Juni 1925.

Vortäuschung akuter abdomineller Krankheitszustände durch extraabdominelle Erkrankungen. D. Riesman.
Amoebenabszesse der Leber: A. Mc Glannan.
* Ketogene Diät bei Epilepsie. M. G. Peterman.
Hautdiphtherie. S. Warren und L. Sutton jr.
Die pilztötende Wirkung gewisser flüchtiger Oele und Stearoptene. H. T. Myers und C. H. Thienes.
Melanom des Rectums. M. E. Goldblatt.
Vergiftungen durch Schuhputzmittel. C. W. Muehlberger.
Wochenbettfieber. Toxin des Streptococcus haemolyticus. A. F. Lash und B. Kaplan.
Behandlung des Ulcus ventriculi mit duodenaler Ernährung; erforderliche Vorsichtsmaßregeln. A. L. Garbat.
* Verminderung des intrakraniellen Drucks durch intravenöse Injektion von Traubenzucker und hypertonischer Ringerlösung. M. M. Peet.
Vergiftung durch Rhus toxikodendron. G. L. Krause und F. D. Weidman.
Kosmetika. H. E. Miller und L. R. Taussig.

Ketogene Diät bei Epilepsie. Kindliche Epileptiker im Alter zwischen 2 und 14 Jahren wurde auf eine sehr fettreiche, sehr eiweiß- und kohlehydratarme Kost gesetzt, so daß ihr Stoffwechsel deutlich nach der Seite der Acidose hin beeinflußt wurde, was sich im Auftreten von Aceton und Acetessigsäure im Urin dokumentierte. Die Ergebnisse waren sehr befriedigend; von 37 so behandelten Patienten waren 19 bei Niederschrift der Arbeit völlig frei von Anfällen; von diesen 19 Kindern waren 8 anfallsfrei seit einem bis 2½ Jahren, die übrigen 11 seit drei Monaten bis zu einem Jahr. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß Diätfehler, insbesondere vermehrte Kohlehydrataufnahme zu erneuten Anfällen Veranlassung gaben, während Rückkehr zur strengen Kost sofort wieder die Anfälle sistierte. Bei 13 Patienten wurde eine deutliche Besserung in Gestalt einer Verringerung der Zahl und der Schwere der Anfälle erzielt. Die allgemeine körperliche und geistige Entwicklung der Kinder ließ nichts zu wünschen übrig. Die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen scheint durch diese Kostform nicht vermindert zu werden.

Verminderung des intrakraniellen Drucks durch intravenöse Injektion von Traubenzucker und hypertonischer Ringerlösung. Bei dem Versuch durch Flüssigkeitsverschiebung im Organismus vermittels Einführung hypertonischer Salzlösungen auf oralem oder intravenösem Wege muß der zugrunde liegende Zustand genau beachtet werden, da je nach dem Krankheitsbilde verschiedene Methoden in Betracht kommen. Für die langsame Herabsetzung des intrakraniellen Drucks bei fehlenden Schockerscheinungen, ohne Erbrechen und Wasserverlust, genügt meist die orale oder rektale Anwendung von Magnesiumsulfat. Die schnelle Herabsetzung des Hirndrucks bei akuten intrakraniellen Traumen ohne Schockerscheinungen geschieht am besten durch intravenöse Injektion hypertonischer Ringerlösung; nachträglich kann Traubenzucker intravenös gegeben werden, um den Hirndruck auf dem niedrigen Niveau zu halten. Bei Kombination von erhöhtem Druck mit Blutung oder Schockerscheinungen, sowie in den weniger bedrohlichen Fällen, wenn sie mit Erbrechen oder Wasserverarmung einhergehen, ist die intravenöse Injektion hypertonischer Traubenzuckerlösung die Methode der Wahl, zumal sie auch einer drohenden Acidose entgegenwirkt.

11. Juli 1925.

Therapeutische Forschung. P. D. White.
Ueber Kongreßbesuch. M. Feingold.
Raynaudsche Krankheit bei Ulcus ventriculi. J. Friedenwald und W. S. Love.
Drainage bei Infektion der Leber, der Gallenblase und der Gallengänge. A. S. Lobingier.
Gallenfarbstoffwechsel bei Erkrankungen der Gallenwege. G. P. Muller, I. S. Ravdin und E. G. Ravdin.
* Chirurgische Eingriffe bei ikterischen Patienten. E. S. Judd.
Die Verdauung von Bindegewebe. Z. Sagal.
* Die Einwirkung von ultraviolettem Licht auf die Ovarialfollikel und die Hormone der Placenta. E. Allen und M. M. Ellis.
Das Scharlach-Antitoxin nach Dochez. R. H. Graham.
Infektion der Zungenwurzelgegend. V. Dabney.
Vermeidung von Abszessen nach Tonsillenexstirpation unter Lokalanästhesie. W. B. Chamberlin.
Alternierendes Konvergenzschielen. E. L. Goar.
Intranasale Affektionen und Asthma. M. J. Gottlieb.
Vergiftung mit Bleitetraäthyl. R. A. Kehoe.

Chirurgische Eingriffe bei ikterischen Patienten. Die Einführung der van den Berghschen Reaktion auf Bilirubin im Serum bedeutet einen wesentlichen Fortschritt für die Indikationsstellung zu chirurgischen Eingriffen bei ikterischen Patienten; durch den Nachweis eines sogenannten latenten Ikterus (Vorhandensein von Bilirubinämie bei Fehlen von Gewebsikterus) gibt die Reaktion dem Chirurgen ein wichtiges Warnungssignal, da gerade bei diesen Fällen die Gefahr erschwerter Blutstillung vorzuliegen scheint. Die quantitative Bilirubinbestimmung gestattet einen Einblick in den voraussichtlichen Verlauf des Ikterus: bei Rückgang der Bilirubinämie sollte jeder operative Eingriff so lange zurückgestellt werden, bis ein endgültiger Stillstand in dem Bilirubinabfall eingetreten ist. Verfasser weist auf die Wichtigkeit einer genügenden, sorgfältigen Vorbereitung ikterischer Patienten vor einem operativen Eingriff hin. Besonders werden wiederholte intravenöse Kalkinjektionen empfohlen. Bei tief ikterischen Patienten rät Verfasser von der Cholecystektomie ab, zunächst sollen die Gallengänge und die Gallenblase drainiert werden, eventuell muß die Gallenblase später noch exstirpiert werden. Bei postoperativer Gallengangstriktur ist die Hepaticoduodenostomie die Methode der Wahl. Bei sekundären starken Leberveränderungen rät Verfasser zu Stichelungen der Leber, wodurch die Leberfunktion gebessert wurde.

Die Einwirkung von ultraviolettem Licht auf die Ovarialfollikel und die Hormone der Placenta. Durch langdauernde intensive Bestrahlung mit ultraviolettem Licht wird die spezifische wachstumsteigernde Wirkung der Ovarialfollikel- und Placentahormone auf den Genitaltrakt kastrierter Tiere vernichtet. Möglicherweise handelt es sich hierbei um eine oxydative Wirkung der ultravioletten Strahlen (Bildung von Ozon aus dem Luftsauerstoff?).

18. Juli 1925.

Radiumbehandlung des Carcinoms der Cervix uteri. G. G. Ward und L. K. P. Farrar.
Klinische Einteilung der Brigthschen Krankheit. T. Addis.
Läsionen der Extremitäten bei Diabetes mellitus. F. A. Coller und P. L. Marsh.
* Keuchhustenbehandlung mit Röntgenstrahlen. Bericht über 850 Fälle. L. W. Smith, H. I. Bowditch, R. D. Leonard, P. W. Emerson, E. T. Wyman, E. W. Barron, H. Green, E. Hubbard und M. Tennis.
Pharyngo-Oesophageale Divertikel. P. P. Vinson.
Behandlung von Lungenabszessen auf chirurgischem Wege. E. A. Graham.
* Die Punktion der Cisterna magna. Bericht über Erfahrungen im Verlaufe von 5 Jahren. F. G. Ebaugh.
Schlaffe Lähmung. E. L. Hunt und L. H. Cornwall.

Keuchhustenbehandlung mit Röntgenbestrahlung. Auf Grund ihrer an 850 mit Röntgenbestrahlungen behandelten Keuchhustenfällen gewonnenen Erfahrungen kommen Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Der Wert dieser Behandlungsmethode zeigt sich deutlich in einer Verringerung der Zahl und in einer Milderung der Heftigkeit der Paroxysmen sowie in einer Abkürzung der Gesamtdauer der Erkrankung. Die größte Zahl der Erkrankungen wurde bei Kindern unter 7 Jahren beobachtet. Die Mehrzahl der Patienten (499) kam im konvulsiven Stadium in Behandlung. Die deutlichsten Erfolge wurden bei jüngeren Kindern im konvulsiven Stadium erzielt. Eine sichere Erklärung des Wirkungsmechanismus der Strahlenbehandlung konnte bislang nicht gegeben werden; die Verfasser neigen am ehesten zu der Annahme, daß die Schwellung der Hilusdrüsen eine Verringerung erfährt, wodurch dem zum Krampfhusten führenden Reflexmechanismus entgegengearbeitet wird. Eine Schädigung der Thymus oder der Schilddrüse durch die angewandten Dosen konnte in keinem Fall beobachtet werden. Neben der Röntgentherapie wurde in einem Teile der schon im katarrhalen Stadium an der Leukocytose diagnostizierten Fälle eine Vakzinetherapie mit einer Autovakzine durchgeführt.

Bei Einleitung der Vakzinetherapie vor Beginn des konvulsiven Stadiums wird ein sehr günstiger Erfolg erzielt, insofern die Erkrankung abortiv oder jedenfalls sehr milde verläuft. Durch prophylaktische Vakzineinjektionen bei Geschwistern von Keuchhustenkranken konnte bei rechtzeitigem

Beginn der Behandlung der Ausbruch der Krankheit verhindert werden.

Die Punktion der Cisterna magna. Auf Grund reicher im Verlaufe von 5 Jahren gesammelter Erfahrungen gibt Verfasser folgende Indikationen zur Vornahme der Cisternenpunktion an: 1. Zur Diagnose subarachnoidealer Verwachsungen, wie sie nach Meningitis cerebrospinalis vorkommen und zur Blockierung des Subarachnoidalraumes führen; 2. zur Diagnose von Rückenmarkskompression, insbesondere durch Rückenmarkstumoren; 3. zur genauen Lokaldiagnose von Rückenmarkstumoren nach Lipojodolinjektion auf röntgenologischem Wege; 4. zur genauen Feststellung des Sitzes einer Blutung. Diese Zustände erfordern die Kombination der Lumbal- und Cisternenpunktion. Bei genügender Uebung an der Leiche kann die Cisternenpunktion gerade so gut wie die Lumbalpunktion von jedem Aerzte erlernt werden und sollte allmählich Allgemeingut der Praktiker werden, die die betreffenden Fälle viel früher als der Fachneurologe zu Gesicht bekommen. Auch für Anwendung des Meningokokkenserums empfiehlt sich die Injektion in die Cisterna magna, da erfahrungsgemäß bei intralumbaler Injektion das Serum nur in geringer Menge in die oberen Teile des Rückenmarkskanal gelangt.

25. Juli 1925.

Tuberkulose der Vagina. L. R. Whartod.
• Behandlung mit intraperitonealen Neosalvarsaninjektionen. H. N. Sanford.
Elektrischer Cataract. W. S. Franklin und F. C. Cordes.
Mechanismus der Wirbelsäulendistorsionen. Z. B. Adams.
• Der Einfluß von Leberextrakt auf den Blutdruck. R. H. Major.
Messung des oberen geraden Beckendurchmessers mit Hilfe von Röntgenstrahlen. H. Thoms.
Pathologische Lungenveränderungen nach Anwendung von Mercurochrom-220-löslich. H. J. Corper.
• Radiotherapie der tuberkulösen Halslymphome. M. K. Smith und J. G. Hopkins.

Behandlung mit intraperitonealen Neosalvarsaninjektionen. Auf Grund einer größeren Reihe von Vorversuchen an Tieren und einer Serie von 10 mit intraperitonealen Neosalvarsaninjektionen behandelten Kindern mit kongenitaler Syphilis schlagen Verff. diesen Anwendungsmodus für solche Fälle von kongenitaler Lues vor, bei denen die Beschaffenheit der Venen die intravenöse Injektion unmöglich macht und die intramuskuläre Injektion wegen der Infiltratgefahr vermieden werden soll. Die Wirkung tritt allerdings nicht so prompt wie bei der intravenösen Injektion ein, aber immerhin prompt genug, um auch in Fällen, wo schnelle Beseitigung alarmierender Symptome (hämorrhagische Diathese) indiziert ist, den praktischen Anforderungen zu genügen. Als Dosierung für ein Kind von 4,5 kg werden 5 ccm einer Lösung von 0,15 Neosalvarsan in 15 ccm destilliertem Wasser angegeben. Schädliche oder gar gefährliche Nebenwirkungen wurden bei den 10 so behandelten Säuglingen nicht beobachtet.

Der Einfluß von Leberextrakt auf den Blutdruck. Durch intravenöse oder subkutane Injektion eines alkoholischen Leberextraktes, das sich bei der pharmakologischen Prüfung frei von Cholin, Histamin und Pepton erwies, konnte in einer Reihe von Fällen von arteriellem Hochdruck eine Senkung des Blutdruckes um Beträge von 20 bis 70 mm Hg erzielt werden; unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Nach wiederholten Injektionen hielt die Blutdrucksenkung mehrere Tage nach der letzten Einspritzung an. — Vereinzelte Fälle erwiesen sich als refraktär.

Radiotherapie der tuberkulösen Halslymphome. Auf Grund ihrer Erfahrungen an einer Serie von 21 mit Röntgenbestrahlung behandelter Fälle von tuberkulösen Halslymphomen kommen Verff. zu dem Schluß, daß die chirurgische Behandlung dann weiter indiziert erscheint, wenn es sich um eine lokalisierte Gruppe erkrankter Drüsen handelt; wenn auch die Röntgenbestrahlung in diesen Fällen ausgezeichnete Erfolge zeitigt, ist doch mit der Gefahr der Einschmelzung großer harter Drüsen zu rechnen. Bei dieser Sachlage muß die relative Unsicherheit und Langwierigkeit der Strahlenbehandlung gegen die Gefahren der Operation und die Entstellung durch die Narbe abgewogen werden. Bei denjenigen Fällen, in denen die große Ausdehnung der Erkrankung oder das Vorhandensein großer Abszesse einen chirurgischen Eingriff unerwünscht oder praktisch unausführbar erscheinen läßt, kann durch Röntgenbestrahlung völlige Heilung erzielt werden; in dem vorliegenden Material handelte es sich bei drei Vierteln der Fälle um solche Befunde. Auch bei Anwendung der Röntgenbestrahlung muß im Verlaufe derselben öfters zur Punktion der Drüsen und zur Aspiration der käsigen Massen gegriffen werden.

1. August 1925.

• Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase im Kindesalter. L. W. Dean.
Irisprolaps. A. E. Bulson.
Anaphylaktischer Schock und Ausbleiben der Desensibilisierung nach Anwendung von Antipneumokokkenserum. M. A. Blankenhorn.
• Pyelitis bei Neugeborenen. L. W. Sauer.
Neurosyphilis. H. C. Solomon und H. R. Viets.
Der hypothetische Synergismus von Magnesiumsulfat und Morphin. H. Beckman.
• Intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen. C. G. Grulee.
Allergische Zustände im Bereich der Nase und des Halses. G. Piness und H. Miller.
Revision der Pharmakopöe der Vereinigten Staaten. R. A. Hatcher.
Elektrokoagulation und Strahlentherapie bei malignen Geschwülsten des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. G. E. Pfahler.
Beziehungen zwischen dem Kalkgehalt des Liquors und dem Auftreten von Kopfschmerzen nach der Lumbalpunktion. M. Neustaedter, W. W. Hals und A. Tolstoouchow.
Die Anwendung von Antimon und Kaliumtartrat bei Trichinose. J. S. Grove.
Eigenschaften des Linseneiweißes. S. R. Gifford.

Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase im Kindesalter. Die Nebenhöhlen der Nase können schon im frühen Kindesalter chronisch entzündlich erkrankt sein und die Ursache manches unklaren Fiebers abgeben; durch Uebergreifen der Entzündung auf den Knochen sowie durch Fortleitung der Infektion auf dem Lymphwege bis in die Meningen können lebensbedrohliche Zustände sich entwickeln. Auch Arthritiden als Symptom einer schleichenden Allgemeininfektion können ihre Ursache in einer Nebenhöhleneiterung haben. In den meisten Fällen bringt die Entfernung der Adenoiden mit nachfolgender lokalen endonasalen Behandlung die Erkrankung der Nebenhöhlen zur Ausheilung. In hartnäckigen Fällen wurde Gutes von einer Anreicherung der Nahrung mit fettlöslichem Vitamin-A sowie von einer Verbringung des Kindes in ein trockenes, sonniges Klima gesehen. Für die Diagnose, insbesondere zur Entscheidung der Frage, ob bei dem betreffenden Kinde die betreffende Nebenhöhle bereits soweit entwickelt ist, daß mit einer Entzündung derselben zu rechnen ist, ist das Röntgenbild von unschätzbarem Werte.

Pyelitis bei Neugeborenen. Die Nierenbeckenentzündung tritt bei Neugeborenen oft in Schüben auf, so daß bei seltener Urinuntersuchung die Erkrankung leicht übersehen werden kann; sie befällt öfters Knaben als Mädchen. Im Krankheitsbilde stehen die gastro-intestinalen Symptome meist im Vordergrund, in Gestalt von Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall und Meteorismus. Die mikroskopische und kulturelle Urinuntersuchung bei 15 nicht gedeihenden Neugeborenen mit gastro-intestinalen Erscheinungen oder auffallender Cyanose erbrachte bei 14 Fällen den Nachweis von Eiter und Bak. Coli. Bei Fehlen von Komplikationen wurde die Erkrankung durch reichliche Flüssigkeitszufuhr und Alkalisierung des Urins sehr günstig beeinflußt. Verfasser nimmt eine hämatogene Infektion des Nierenbeckens, ausgehend von einer pathologischen Coliflora des Darmes, an.

Intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen. Die verschiedenen bei schweren intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen vorgeschlagenen aktiven therapeutischen Maßnahmen (dekompressive Operation, Fontanellenpunktion, Lumbalpunktion) haben die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt; auf Grund seiner günstigen Erfahrungen bei 2 Fällen, die streng konservativ mit absoluter Ruhe behandelt wurden, warnt Verf. vor jedem aktiven Vorgehen, das in den meisten Fällen mit der Gefahr neuer Blutung verknüpft sei.

Wolff (Hamburg).

The American Journal of the Medical Sciences.

169, Nr. 2, Februar 1925.

SPURLING und LAWRENCE: Die direkte Wirkung der Radiumstrahlen auf die Leukocyten.
FRIEDLAENDER und FOOT: Ein Fall von maligner kleinzelliger Thymusgeschwulst mit akuter lymphatischer Leukämie.
MEULENGRACHT: Der Erblichkeitsfaktor bei der perniciösen Anämie.
COCKE: Chronischer familiärer hämolytischer Ikterus oder Bantische Krankheit?
HARTMANN und GLECKLER: Die Wirkung der Splenektomie bei experimenteller Anämie.
* ZECKWER und GOODELL: Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen.
* KELLY: Ueber Blutzuckerretention bei Carcinom.
MC VICAR: Die klinischen und Laboratoriumsbefunde in manchen Fällen von hochsitzendem Darmverschluß. (Die Rolle des Blutchemismus bei der Diagnose, Prognose und Therapie dieser Krankheit.)
MITCHELL und JONAS: Der Wasserverlust bei Ernährungsstörungen im Kindesalter. (Vergleich von klinischen und Laboratoriumsbefunden.)
LLOYD und WINKELMAN: Ein Fall von akuten posthemiplegischen choreiformen Bewegungen auf der nicht gelähmten Seite; eine Studie über die Stammganglien.
* GATEWOOD: Syphilis der Verdauungsorgane.
* CROHN: Erkrankungen des Auges als Komplikation ulceröser Colitis.
HULSEY und JORDAN: Ueber die Häufigkeit von Pilzerkrankungen der Zehen bei den Studenten der Universität.
PARDEN: Herzkrankheit und abnormes Elektrokardiogramm.

ZECKWER und GOODELL: **Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen.** Die Resultate stimmen mit den in Deutschland gewonnenen überein: beschleunigte Sedimentierung bei Schwangerschaft, malignen Tumoren, Tuberkulose, akuten Entzündungen; Parallelität der Beschleunigung mit dem Grad der Gewebszerstörung; Verwendbarkeit in Verbindung mit anderen Symptomen für die Diagnose und Prognose. Die Methodik entspricht im Prinzip der von Westergren, nur wird ein graduiertes Zentrifugenröhrchen angewandt.

KELLY: **Ueber Blutzuckerretention bei Carcinom.** Der Blutzuckerspiegel ist beim Carcinom zwar allgemein erhöht, wegen der großen individuellen Schwankungen und wegen des Vorkommens bei anderen Krankheiten ist das Symptom aber nicht diagnostisch zu verwerten.

GATEWOOD: **Syphilis der Verdauungsorgane.** Trotz der großen Verbreitung der Syphilis ist Syphilis der Verdauungsorgane selten. Am häufigsten ist die tertiäre Syphilis der Leber, deren Bild sehr wechselnd ist. Selten ist die Pankreassyphilis, die unter diabetischen Symptomen verläuft, die sich im Laufe der Kur bessern. Noch seltener ist Magen- und Darmsyphilis; die wenigen beobachteten Fälle zeigten Geschwürssymptome.

CROHN: **Erkrankungen des Auges als Komplikation ulceröser Colitis.** Es handelt sich um einen nicht ganz typischen geschwürigen Prozeß in der Cornea in Verbindung mit einer Konjunktivitis, der bei unterernährten anämischen Frauen im Verlauf einer ulcerösen Colitis beobachtet worden ist. Die bakteriologische Untersuchung des Darminhalts war negativ. Die Ursache war offenbar Vitaminmangel. Nach entsprechender Behandlung ist Besserung eingetreten.

169, 3. März 1925.

THAYER: Betrachtungen über die Verwertung systolischer Herzgeräusche.
DRAPER, DUNN und SEEGAL: Studien über Konstitution: Beziehungen zwischen Gesichtsform und Krankheit.
* NILES: Angeborene Fixation des Duodenums.
RICHTER: Beobachtungen über den Ferrataschen Hämohistioblasten.
GREER: Bericht über 33 Fälle von Lungenabszeß.
* SCHUYLER CLARK; Radium in der Dermatologie.
HENRY J. BARTEL und M. J. HARKINS: Der Magensaft, sein bakterizider Wert für den Menschen. Mit Experimenten.
* EINHORN; Ueber Pankreascysten.
* SOPER: Die Geschichte des Magnesiumsulfats, mit besonderer Berücksichtigung seiner Verwendung als Cholagogum.
HADEN: Die Beziehung chronischer Infektionsherde zur Niereninfektion.
MELLON, CALDWELL und WINANS: Muttermilch als Ansteckungsquelle bei epidemischem Pemphigus neonatorum. (Impetigo contagiosa bullosa.)
* DRAPER und JOHNSON: Allgemeine Reaktionen auf Infektionen der Mundhöhle.

NILES: **Angeborene Fixation des Duodenums.** Verwachsungen im Bauch sind vielfach ohne bekannte Ursache, ja sogar bei Foeten gefunden worden; man muß annehmen, daß es sich dabei um angeborene Adhäsionen handelt. Am häufigsten sind die zwischen Duodenum und Gallenblase. Die Beschwerden sind Schmerzen, vorwiegend unter dem rechten Rippenbogen oder quälende kleine gastrointestinale Störungen, wie Druckgefühl nach Mahlzeiten, Obstipation, Uebelkeit, oft verbunden mit nervös-psychischen Symptomen. Die Diagnose gründet sich auf die Palpation, die manchmal eine Druckempfindlichkeit rechts neben der Medianlinie in der Mitte zwischen Nabel und Rippenbogen ergibt und auf die Röntgendurchleuchtung. — Meist werden die Beschwerden durch interne Behandlung gebessert; manchmal ist eine Operation nötig.

SCHUYLER CLARK: **Radium in der Dermatologie.** Radium leistet ausgezeichnete Dienste bei Epitheliom, Gefäßnaevus, verschiedenen Arten von Warzen, Leukoplakie der Schleimhäute, Keloiden und seborrhoischen Keratosen, wahrscheinlich auch beim Lupus erythematosus und beim Lupus vulgaris.

EINHORN: **Ueber Pankreascysten.** Die wesentlichen Symptome der Pankreascysten sind Magenschmerzen, Völlegefühl nach Mahlzeiten, zeitweiliges Erbrechen. Objektiv findet sich ein weicher, glatter, oft fluktuierender Tumor im linken Hypochondrium, dessen größte Vorwölbung in der linken Mammillarlinie unter dem Rippenbogen liegt und dessen Perkussionsdämpfung von der Leber und Milz abzugrenzen ist. Die Aussichten der Operation sind gut, ohne Operation ist die Prognose meist ungünstig.

SOPER: **Die Geschichte des Magnesiumsulfats, mit besonderer Berücksichtigung seiner Verwendung als Cholagogum.** Das Magnesiumsulfat ist zuerst als Abführmittel gebraucht worden. Später fand es Verwendung als antiseptisches und entgiftendes Mittel, z. B. in der Wundbehandlung, bei Pneumonie, Chorea, Arsenikvergiftung, Nephritis. Jetzt hat es sein Hauptanwendungsgebiet als Cholagogum bei Gallenstauungen. Die Applikation per os scheint hierbei der mittels Duodenalsonde gleichwertig zu sein; auch im ersteren Falle erreicht das Magnesiumsulfat unverändert das Duodenum.

DRAPER und JOHNSON: **Allgemeine Reaktionen auf Infektionen der Mundhöhle.** Bei Patienten mit Zahninfektion fanden sich kardiovaskuläre, gastrointestinale u. a. Erscheinungen, die auf eine odontogene Allgemeininfektion zurückgeführt werden. In manchen Fällen trat auffallende Besserung im Anschluß an die Zahnbehandlung ein.

169, 4. April 1925.

* FRAZIER: Gesichtsschmerzen, ihre Ursachen und ihre Behandlung.
MINOT und BUCKMAN: Die Blutplättchen bei den Leukämien.
* PEMBERTON: Zusammenfassender Bericht über die Wirkung äußerer Hitze auf den menschlichen Körper.
SOLIS-COHEN und WEISS: Dystrophia adiposo-genitalis mit atypischer Retinitis pigmentosa und Debilität, das Laurence-Biedl-Syndrom. Bericht über vier Fälle in einer Familie.
* DABNEY: Die Bellsche Lähmung; vier Fälle infektiöser Aetiologie.
MC PHEDRAN und WEYL: Automatische Synchronisation der Belichtung mit Röntgenstrahlen.
* MILLER, FELBERBAUM und KRIGEL: Elektrokardiographische Untersuchungen über die Wirkung des Aethers auf das normale Herz der lebenden Katze.
DENTON: Die Pathologie der tödlich verlaufenden Masern.
MC LEAN und von HOFE: Retropharyngeale Lymphadenitis im Säuglings- und frühen Kindesalter.
ELISON: Untersuchungen über Magensaftanalyse.
* JANES: Der Wert der Bluttransfusion im Vergleich zu dem der Bluttonika bei sekundären Anämien.
SMITH: Untersuchungen über Kalzium und Blutgerinnung. (Mit besonderer Berücksichtigung der Verwendung gesalzenen Plasmas für die Bestimmung der Gerinnungszeit.)
BARROW, ARMSTRONG und OLDS: Klinische, pathologische und operative Untersuchungen über den Ikterus-Index.

FRAZIER: **Gesichtsschmerzen, ihre Ursachen und ihre Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der Trigeminus-Neuralgie.** Es werden unterschieden die „große" Trigeminus-Neuralgie und die kleinen „atypischen" Neuralgien. Für die letztere werden sensible Fasern des Facialis und vielleicht auch des Sympathicus verantwortlich gemacht. Für die erstere gibt es nur zwei sicher wirksame Behandlungsmethoden: die Alkoholinjektion und die Radikaloperation.

PEMBERTON: **Zusammenfassender Bericht über die Wirkung der äußeren Hitze auf den menschlichen Körper.** Die

Einwirkung hoher Temperaturen auf den Körper bewirkt eine Beschleunigung des Blutkreislaufs und des Stoffwechsels und eine vermehrte Ausscheidung von Säuren, besonders Kohlensäure, durch die Atemluft, den Schweiß und Urin. Die Folge ist eine erhöhte Alkaleszenz des Blutes, die in extremen Fällen zu Tetanie führen kann. Der Säureverlust erklärt die gute Wirkung der Schwitzkuren bei manchen Formen von Nephritis, bei denen vermehrte Acidität des Blutes besteht. Jedenfalls darf man Hitze nicht kritiklos anwenden, sondern muß sie als ein differentes, unter Umständen nicht ungefährliches Heilmittel betrachten.

DABNEY: **Die Bellsche Lähmung, vier Fälle infektiöser Aetiologie.** In vier Fällen von peripherer Facialislähmung konnte ein Infektionsherd in den Zähnen oder Tonsillen nachgewiesen werden; nach Entfernung des Herdes ging die Lähmung auffallend schneller zurück, als der gewöhnlichen Dauer der Erkrankung entspricht. Es wird angenommen, daß die „rheumatische Facialislähmung“ metastatisch-infektiösen Ursprungs ist und außer der infektiösen Gelegenheitsursache eine „nervöse Diathese“ voraussetzt. Die bei weitem häufigste Lokalisation im Felsenbein läßt sich viel besser mit der infektiösen als mit der meist angenommenen Erkältungsätiologie vereinigen.

MILLER, FELBERBAUM und KRIGEL: **Elektrokardiographische Untersuchungen über die Wirkung des Aethers auf das normale Herz der lebenden Katze.** Die elektrokardiographische Untersuchung von mit Aether narkotisierten Katzen ergab Herzveränderungen, die der Tiefe und Dauer der Narkose parallel gingen. Bei leichter, kurzer Narkose trat im wesentlichen Verlangsamung der Herztätigkeit ein, bei tieferer und länger dauernder Narkose Herzblock, Vorhofflimmern, Extrasystolie. Die Erscheinungen sind in jedem Falle zurückgegangen, wenn die Narkose abgebrochen wurde. Kumulative Wirkungen wurden nicht beobachtet. In vielen Fällen bestand eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Bilde der Digitalisvergiftung.

JANES: **Der Wert der Bluttransfusion im Vergleich zu dem der Bluttonika bei sekundären Anämien.** Bei sekundären Anämien nach Krankheiten wurde durch wiederholte Bluttransfusionen (500 ccm in Abständen von 10 Tagen) eine rasche Regeneration des Blutes erzielt. Dagegen zeigten Eisen- und Arsenpräparate keinen sichtbaren Effekt.

169, Nr. 5, Mai 1925.

• JACKSON: Carcinom und Sarkom des Oesophagus; Beweise für die Notwendigkeit der Frühdiagnose.
GREENBERG: Lungentumoren; klinische Untersuchung von 3 Fällen.
GAGER und PARDEN: Intermittierender vollständiger Herzblock und Kammerstillstand.
• FOSTER: Das Kropfherz.
REIFENSTEIN: Eventration des Zwerchfells; mit Bericht über einen Fall, der den Wert der Bewegungen der Rippenränder für die Diagnose zeigt.
WINKELSTEIN und ASCHNER: Experimentelle Untersuchungen über den Eintritt der Galle ins Duodenum.
GARBAT: Eine neue Methode zur gesonderten Untersuchung der Magensekretion.
PINEY: Die neoplastische Natur der leukämischen Veränderungen.
WELLER: Heterotopie der Nebenniere in Leber und Niere.
WILHELMI: Die primär-meningeale Form der systematisierten Blastomykose.
STOCKES: Primäre Impftuberkulose der Haut mit Metastasen in den regionären Lympknoten.
MELLON und CALDWELL: Weitere Beobachtungen über die Epidemiologie des Pemphigus neonatorum.
MEYERS: Nystagmus: neuro-otologische Untersuchungen betreffs seiner Lokalisation.

JACKSON: **Carcinom und Sarkom des Oesophagus.** Die Mortalität der malignen Tumoren des Oesophagus beträgt zurzeit 100%. Der Grund hierfür ist, daß gewöhnlich die Diagnose zu spät gestellt wird. Eine Frühdiagnose ist nur möglich durch Oesophagoskopie und Röntgenuntersuchung, vor Ausbildung einer Stenose und der sonstigen meist als charakteristisch angenommenen Symptome. Die Bougie-Diagnostik ist nutzlos, weil sie viel zu spät positive Resultate gibt, und gefährlich, weil sie der Perforation sowie der Metastasenbildung Vorschub leistet. An sich ist das Oesophaguscarcinom nicht durch besondere Malignität ausgezeichnet, es bleibt sogar im allgemeinen recht lange lokalisiert. Bei rechtzeitig einsetzender, wenn möglich chirurgischer Behandlung müssen sich die Aussichten wesentlich bessern.

FOSTER: **Das Kropfherz. Die Herzstörungen bei thyreotoxischen Zuständen beruhen auf einer funktionell-kompensatorischen Hypertrophie des Herzens infolge der Ueberlastung des Kreislaufs, die die Folge einer angioneurotischen Gefäßerweiterung ist. Im allgemeinen bestehen keine anatomischen Veränderungen am Herzmuskel; der sogenannte Herztod ist gewöhnlich nicht durch Herzveränderungen verursacht, sondern durch Gefäßlähmung, die ein plötzliches Sinken des diastolischen Blutdrucks und schockähnliche Erscheinungen bewirkt. Der verbreitetste Typ der schweren thyreotoxischen Herzstörungen ist das Vorhofflimmern. Herzblock und Vorhofflattern sind selten und treten nur bei sehr schweren degenerativen Veränderungen des Herzmuskels auf.**

169, Nr. 6, Juni 1925.

MANWARING: Die Wirkung verfrühter Dogmatisierung in der wissenschaftlichen Medizin.
ABBOTT: Ist unsere Kenntnis von der Pneumonie ausreichend, um ihr endemisches und gelegentlich epidemisches Auftreten zu erklären?
• CRAVER: Die Vortäuschung akuter Erkrankungen der Atmungsorgane durch metastatische Lungentumoren.
MOORE: Ueber Funktionsausfall oder Zerstörung des Flimmerepithels beim Bronchialasthma, mit Bemerkungen über bronchoskopische Behandlung.
CHARLTON KNOX: Chronische Mediastinitis.
RAWLS: Primäre tuberkulöse Pericarditis, mit Bericht über einen Fall.
WOLLSTEIN und BARTLETT: Die lymphatische Leukämie im Säuglingsalter, mit Bericht über einen Fall.
MONTGOMERY: Ueber Fußsohlenabdrücke von Neugeborenen.
BERNSTEIN: Der Einfluß der Gallenblase auf die Darmbewegungen.
WINKELSTEIN und ASCHNER: Experimentelle Untersuchungen über die Farbe der Blasen- und Lebergalle.
GLENN RAVDIN: Der klinische Wert der van den Berghschen Probe.
WEIR: Ueber den Thyroxin- und Tryptophan-Gehalt der kranken Schilddrüse und die Jodverbindungen in der getrockneten Schilddrüse.
• EBAUGH: Ueber den Gebrauch von Lipiodal für die Lokalisation von Rückenmarksherden.
FEINBATT: Ueber ein verschiedentlich verwertbares Instrument: für Bluttransfusionen, Hypodermoclysis, intravenöse Infusion, Venaesectio und Entleerung von Flüssigkeiten aus Körperhöhlen.
VANCE: Drei ungewöhnliche Fälle von Schußverletzung des Herzens mit Heilungstendenz.
CLARK und SMITH: Herzblock aus seltener Ursache.
JUDD und BURDEN: Ueber Obstruktionsikterus.

CRAVER: **Die Vortäuschung akuter Erkrankungen der Atmungsorgane durch metastatische Lungentumoren.** Multiple Tumormetastasen der Lunge zeigen manchmal das Bild akuter Erkrankung der Lunge oder Pleura. Die Diagnose ist meist zu stellen, wenn überhaupt an diese Möglichkeit gedacht wird. Sie gründet sich auf die Vorgeschichte — Primärtumor — und das Röntgenbild.

EBAUGH: **Ueber den Gebrauch von Lipiodal für die Lokalisation von Rückenmarksherden.** Die Röntgenuntersuchung nach Injektion von Lipiodal in die Cisterna magna hat sich in 3 Fällen als gutes Hilfsmittel für die Lokaldiagnostik von Rückenmarkstumoren bzw. den Lumbalkanal verengernden Prozessen bewährt. Unangenehme Nebenwirkungen sind nicht eingetreten. Die Beobachtungen werden fortgesetzt.

170, Nr. 1, Juli 1925.

• HATHAWAY: Die Prophylaxe des einfachen Kropfes.
FARLEY: Purpura haemorrhagica (thrombopenische Purpura), mit Bericht über einen splenektomierten Fall.
• MC CAFFERTY und MAC GREGOR: Ueber mit Wismut behandelte Fälle von Wassermannfester Syphilis.
W. C. MENNINGER und K. A. MENNINGER: Die Wassermannreaktion im Blut und Liquor bei paretischer Neurosyphilis, mit Darstellung der Resultate in 166 dauernd klinisch beobachteten Fällen.
LANDON: Ueber ein der akuten lymphatischen Leukämie täuschend ähnliches Krankheitsbild. (Infektiöse Mononucleose, Tuberkulose.)
• MAYERS und HIRSCH: Die Differentialdiagnose der Amoebendysenterie von der sogenannten idiopathischen ulcerösen Colitis.
LIPSCHUETZ: Divertikulose des Duodenums, mit Bericht über einen röntgenologisch untersuchten Fall.
HODGES: Drei Fälle von Tularämie, von denen einer Aehnlichkeit mit Sporotrichose hatte.
EISEN: Ueber maligne Schilddrüsentumoren: Analyse von 7 Fällen mit einer Untersuchung über die Funktion und Struktur der Metastasen.
KRAMER: Die Kottmannsche Reaktion bei Dysthyreoidismus.
MC LEAN und von HOFE: Weitere Untersuchungen über die Cerebrospinalflüssigkeit bei Säuglingen und jungen Kindern.
• RABINOWITZ: Früher Decubitus als diagnostisches Zeichen der Kohlenoxyd-Vergiftung.
MOSES: Ueber primäres Lungencarcinom.
• BALDWIN: Die Bluttransfusion, ihre Gefahren und ihr beschränkter Wert.

HATHAWAY: **Die Prophylaxe des einfachen Kropfes.** Alle kropfverdächtigen Orte sind zu überwachen. In allen verkropften Städten ist das Wasser mit Jodnatrium zu behandeln. In kleinen Orten, die keine eigene Wasserleitung haben, ist jodhaltiges Salz oder jodhaltige Tabletten irgendwelcher Art zu gebrauchen.

MC CAFFERTY und MAC GREGOR: **Ueber mit Wismut behandelte Fälle von Wassermannfester Syphilis.** Bei 25 Patienten, die ohne serologischen Erfolg spezifisch behandelt waren, wurden Wismutkuren vorgenommen: 3 Kuren im Abstand von einem Monat, jede dauerte 8 Wochen, zweimal wöchentlich intramuskuläre Injektion. In *64,7%* war der Wassermann nach 3 Kuren negativ oder zweifelhaft und blieb es ein Jahr und mehr. *22,96%* waren refraktär. *13,8%* waren nach der ersten Kur negativ und wurden dann wieder positiv. Unerwünschte Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet; die Albuminuriegefahr entspricht der beim Quecksilber.

MAYERS und HIRSCH: **Die Differentialdiagnose der Amoebendysenterie von der sogenannten idiopathischen ulcerösen Colitis.** Bei chronischen ulcerösen Darmerkrankungen sollte man immer an die Möglichkeit einer Amoebendysenterie denken und eine bakteriologische Untersuchung vornehmen. Die gewöhnliche Behandlung mit Adstringentien ist nicht indiziert, wenn es sich um eine Amoebeninfektion handelt. Das Rektoskop sollte in ungeklärten Fällen wegen der großen Verletzlichkeit der Gewebe nur mit alleräußersten Vorsichtsmaßregeln angewandt werden. Die Behandlung der beschriebenen Fälle war vorwiegend diätetisch, daneben wurde „Emetinhydrochlorid" intramuskulär gegeben.

RABINOWITZ: **Früher Dekubitus als diagnostisches Zeichen der Kohlenoxydvergiftung.** In 3 Fällen von Kohlenoxydvergiftung wurde das Auftreten von Druckgeschwüren nach weniger als 48 Stunden beobachtet. Verfasser hält das Symptom für charakteristisch und in unklaren Fällen von Coma differentialdiagnostisch verwertbar. Die Erscheinung wird darauf zurückgeführt, daß bei der infolge der Vergiftung allgemein verminderten Gewebsatmung die für den Dekubitus disponierten Stellen besonders schlecht ernährt werden.

BALDWIN: **Die Bluttransfusion, ihre Gefahren und ihr beschränkter Wert.** Nach Ansicht des Verfassers werden Bluttransfusionen viel zu häufig ausgeführt. Im allgemeinen überwiegen die Gefahren der Transfusion ihren Nutzen, z. B. bei akuter und chronischer Sepsis, bei Verbrennungen, bei perniciöser Anämie. Bei chronischer Sepsis und bei Verbrennungen ist sie höchstens von Nutzen für die Besserung der Anämie, falls diese das Krankheitsbild beherrscht. Im Prinzip sollte die Indikation auf akute Blutverluste beschränkt werden, z. B. nach manchen Operationen und nach Tubenruptur bei Extrauteringravidität. Hier ist sie, ebenso wie bei den gelegentlich vorkommenden Hämorrhagien der Neugeborenen, wirklich imstande etwas zu leisten.

170, Nr. 2, August 1925.

MILLER: Ueber den klinischen Wert des Ephedrins, mit einem Bericht über seine Wirkung in bestimmten Fällen.
JOHNSON: Hundert Cholecystektomien.
GIFFIN und HOLLOWAY: Ein Rückblick auf 28 mit Splenektomie behandelte Fälle von Purpura haemorrhagica.
* RIECKER: Klinische Untersuchungen über Chinidinbehandlung.
HOFFMANN: Experimentelle Entzündung und Geschwürsbildung in Magen und Duodenum.
CROHN und ROSENBERG: Das sigmoidoskopische Bild der chronischen ulcerösen (nichtspezifischen) Colitis.
MAJOR: Ueber die Möglichkeit einer Beziehung zwischen Guanidin und hohem Blutdruck.
* BROWN und ADSON: Kalorimetrische Untersuchungen an den Extremitäten nach Durchschneidung von Aesten und Exstirpation von Ganglien im Lumbalgebiet des Sympathicus.
NATHANSON: Die Erkrankung der Coronararterien.
* HARRAR: Die rektale Aether-Analgesie bei der Entbindung.
FRIEDENWALD und FELDMAN: Ueber einen interessanten Typ von Zwerchfellhernie der Kardia des Magens durch den Hiatusoesophagus.
* JACKSON: Jod-Hyperthyreoidismus.

RIECKER: **Klinische Untersuchungen über Chinidinbehandlung.** Verfasser hat 52 Fälle von Vorhofflimmern mit Chinidin behandelt; in 41 Fällen hat er einen normalen Herzrhythmus erreicht. Es wurde Chinidin. sulfur. in Einzeldosen von durchschnittlich 0,4 mg evtl. bis zu 0,8 mg, alle 4 Stunden, Tag und Nacht, gegeben. Während der Behandlung liegt der Patient im Bett und wird sorgfältig beobachtet; Aufregungen sind nach Möglichkeit fernzuhalten. Falls frische Embolien, überhaupt irgendwelche Dekompensationserscheinungen bestehen, muß vor der Chinidinkur mit Digitalis behandelt werden; die Herzfrequenz ist auf 60—80 zu bringen. Bei Ueberempfindlichkeit gegen Chininpräparate ist die Behandlung natürlich kontraindiziert.

BROWN und ADSON: **Kalorimetrische Untersuchungen an den Extremitäten nach Durchschneidung von Aesten und Exstirpation von Ganglien im Lumbalgebiet und Sympathicus.** Bei 5 Patienten mit spastischer Paraplegie, bei denen zwecks Tonusverminderung die Entfernung des 2., 3. und 4. Lumbalganglions und Durchschneidung der entsprechenden Aeste vorgenommen wurde, sind exakte kalorimetrische Messungen vor und nach der Operation bei gleichbleibender Zimmertemperatur und Fehlen von Bewegung ausgeführt worden. Es ergab sich, daß die Temperatur und Wärmeproduktion nach der Operation um 1,4°—7,5° C erhöht war, und zwar nicht an allen Stellen des Beines gleichmäßig. In 2 Fällen fehlte die Fähigkeit, an den Beinen zu schwitzen.

HARRAR: **Die rektale Aether-Analgesie bei der Entbindung.** Die rektale Aetheranwendung bezweckt keine vollständige Bewußtlosigkeit, sondern eine Erleichterung des schmerzhaftesten Teils der Entbindung. Angefangen wird damit erst, wenn die Wehentätigkeit in vollem Gange ist (mindestens alle 5 Minuten Wehen von 40 Sekunden Dauer); bei Erstgebärenden möglichst erst, nachdem der Muttermund für wenigstens zwei Finger durchgängig ist. Kontraindiziert ist die Methode bei Wehenschwäche. Die Gefahr für das Kind ist bei weitem geringer als beim Scopolamindämmerschlaf.

JACKSON: **Jod-Hyperthyreoidismus.** Infolge der in letzter Zeit beliebten Jodbehandlung und -prophylaxe des einfachen Kropfes sind wiederholt basedowähnliche Krankheitsbilder aufgetreten. Selbst kleinste Joddosen können bei manchen Personen mit adenomatösem Kropf Erscheinungen von Hyperthyreoidismus provozieren, die unter Umständen den Charakter einer schweren Krankheit annehmen, ja sogar zum Tode führen können. Erwachsene sind noch mehr gefährdet als Kinder. Unbedingt erforderlich ist daher eine exakte Dosierung und sorgfältige, fortlaufende ärztliche Beobachtung.

Seligmann, Berlin.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

9, Oktober 1925, Nr. 1.

Magenuntersuchungen. Larimore.
Die Levinson-Probe und andere Laboratoriumsstudien über die tuberkulöse Meningitis. Pons und Fletcher.
Wirkung des Histamins auf die Magensekretion. Gompertz und Vorhaus.
Vergleich der intrakutanen mit der subkutanen Insulininjektion bei Adrenalinanwesenheit. Müller und Corbitt.
Der Mechanismus der primären Blutdrucksenkung nach Adrenalininjektion. Love.
Beziehungen zwischen Empfindlichkeit von Meerschweinchen zu der Exaktheit der Virulenzproben. Gilbert und Owen.
Wechselbeziehungen zwischen Klinik und Laboratorium. Crowell.
• Die Senkungsreaktion als diagnostisches und prognostisches Hilfsmittel. Frosch.
Vergleichende Untersuchungen über die Kohner Komplementbindungsreaktion bei Syphilis mit Seren vor und nach der Vernichtung der Schafsbluthämolysine. Uchida.
Reizbarkeitsänderungen der Frau während des menstruellen Zyklus. Tuttle.
• Bericht über einen sehr schweren Fall von jugendlichem Coma diabeticum, erfolgreich behandelt mit Insulin und Bluttransfusion. Feinblatt und Sherman.
Quantitative Blutzuckerbestimmung mittels einer Mikro-Folin-Wu-Methodik. Byrd.
Eine einfache und empfindliche Modifikation der Wa. R. Ecker.
Feststellung bakterieller Gasbildung in festen Medien. Dutton und Rutherford.
Eine Elektrode zur Messung des Hautpotentials. Alvarez, Freedlander und Clark.
Neue Anwendung des Valentin-Messers. Miller.
Verfahren zur Klärung trüber Urine zur Phenolsulfophthaleinprobe. Hewitt.
Verfahren zur Färbung elastischer Fasern. Thuringer.
Herzblock. Wolley.
Krebs und filtrierbares Virus. Vaughan.

Die Senkungsreaktion als diagnostisches und prognostisches Hilfsmittel. Tabellarische Zusammenstellung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten bei den verschiedensten Erkrankungen. Methodik: Linzenmeier. Keine neuen Gesichtspunkte.

Bericht über einen sehr schweren Fall von jugendlichem Coma diabeticum, erfolgreich behandelt mit Insulin und Bluttransfusion. Es handelt sich um einen 10 Jahre alten, früher bereits mit Insulin behandelten Knaben, der mit schwerem diabetischen Coma und hochgradiger Acidose in das Krankenhaus eingeliefert wurde. Große Insulindosen (110 Einheiten innerhalb 3 Stunden) hatten nur geringen Einfluß. Dagegen wurde der Zustand des Patienten durch eine intravenöse Bluttransfusion von 250 ccm erheblich und augenblicklich gebessert. Wegen dieser günstigen Wirkung wurde sechs Stunden später eine zweite Bluttransfusion von wieder 250 ccm vorgenommen, deren Effekt geradezu verblüffend war. Der Knabe erholte sich rasch, wurde nach 5 Tagen entlassen und stellte sich nach Ablauf von fast 3 Monaten wieder vor. Er fühlte sich bei entsprechender Diät völlig wohl, hatte an Gewicht zugenommen und besuchte regelmäßig die Schule. — Die Behandlung des Coma diabeticum mit Bluttransfusionen wurde schon vielfach geübt, jedoch fast stets ohne Erfolg. Die Verff. führen den eklatanten Erfolg in dem beschriebenen Fall auf die Kombinationstherapie: Insulin + Transfusion zurück.

Walter Goldstein (Berlin).

Medical Journal and Record.

Nr. 1, 1. Juli 1925.

Die neue Chirurgie. Kelly.
Elektrokoagulation in der Chirurgie. Mc Fee.
Digestive Symptome bei Krankheiten der Abdominalgefäße. Held.
Asthma mit Pneumothorax. Spivacke.
Klinische und Röntgenbetrachtungen des Duodenalulcus. Diamond.
Frühzeitige Operationen bei Gallenblasenerkrankungen. Blahd.
Psychosen nach chirurgischen Operationen. Soresi.
Anhang: Chronische Prostatitis. Holloway.

Digestive Symptome bei Krankheiten der Abdominalgefäße. Die Verteilung des Blutes hängt von der Funktion ab, so braucht ein maximal arbeitender Muskel siebenmal so viel Blut wie ein ruhender. Die Verteilung im Körper wird automatisch reguliert durch die Splanchnicusnerven. Hier können nun Innervationsstörungen oder organische Veränderungen der Gefäße störend wirken. Im ersteren Falle liegt eine Angioneurose vor, im letzteren eine Angiosklerose. Bei den anatomischen Veränderungen der Arteriosklerose spielen zwei Prozesse eine Rolle, ein hyperplastischer und ein degenerativer. Beide stehen in Beziehungen zueinander, und bald in der Intima, bald in der Media herrscht der eine oder der andere Prozeß vor, unter Umständen beide an derselben Arterie. Bei der einfachen Hypertonie steht der hyperplastische Prozeß im Vordergrund.

Die Arteriosklerose des Intestinaltraktes kann sehr früh im Leben vorkommen. Ursachen: indirekt die funktionellen Anforderungen an die Blutgefäße, die in der aufsteigenden Periode des Lebens hyperplastischen, in der absteigenden degenerativen Charakters mehr sind. Dies kommt beim einen früher, beim anderen später. Auch mechanische Faktoren spielen eine Rolle: allgemeine und lokale Vermehrung des Blutdrucks kann früh Arteriosklerose verursachen. Allgemeine Vermehrung des Blutdrucks führt zu allgemeiner Sklerose. Jeder bekommt seine Arteriosklerose dort, wo der meiste Druck herrscht. Bei den direkten Ursachen spielt der Vasomotorenapparat eine wichtige Rolle. Dabei steht im Vordergrund die Konstitution. So ist der Status lymphaticus durch Hypoplasie der Organe und Drüsenvergrößerung charakterisiert mit vorherrschender Vasomotorendilatation und niederem Blutdruck. Der Status hypoplasticus weist enge Gefäße ohne Vergrößerung des Thymus oder der Drüsen auf, eine Tendenz zu spastischer Kontraktion der Blutgefäße, die unter Umständen zu arteriosklerotischen Veränderungen führt.

Ueberempfindlichkeit des Vasomotorenapparates entsteht durch chronische Infektion (Syphilis), fokale Infektion (Zähne, Mandeln), Intoxikationen (Blei, Nikotin, Alkohol), Stoffwechselstörungen (Diabetes, Gicht), psychische Traumen, endokrine Störungen und damit verbundene Instabilität des vegetativen Nervensystems. Auch durch Veränderungen in den Elektrolyten. Die Bedeutung des Diabetes hinsichtlich der Gefäßveränderungen wird durch seine häufige Vergesellschaftung mit Thromboangiitis obliterans, Gangrän, Coronar-Thrombose und Spasmus am besten illustriert. Auch kann im späten Leben die allgemeine Arteriosklerose mit Veränderungen der kleinsten Pankreasgefäße einen Diabetes als Folge der Degeneration der Langerhansschen Inseln verursachen. Ferner spielen die Nebennieren eine wichtige Rolle in gewissen Fällen von Arteriosklerose. Ebenso die Entzündung der Sympathicusganglien (Angina pectoris und abdominalis vasomotorica) durch Infektionen und Intoxikationen. Auch Spasmophilie soll eine gewisse Bedeutung bei der Vasoconstriction haben.

Man hat also in dem ganzen Bilde zunächst eine Angioneurose meist durch psychische Einflüsse verursacht vor sich, später dann dauernde Veränderungen, eine Angiosklerose.

Das Hauptkontingent stellen Unterentwickelte, dann der apoplektische Typ, Fettleibige mit Plethora abdominalis (hereditär, konstitutionell oder erworben, sitzende Lebensweise, Ueberessen). Bei beiden Typen sind nicht alle Grade der Arteriosklerose gleichmäßig überall im Körper ausgebildet.

Symptome: beim hypoplastischen Typ sind die Symptome zu flüchtig, um darauf eine Diagnose aufzubauen. Die gewöhnlichen Klagen sind Fülle im Epigastrium nach den Mahlzeiten, Nausea, kapriziöser Appetit, Widerwillen vor Nahrung, mit der Zeit Abmagerung. Blutdruck: 140—160, bei nervöser Erregung über 180. Bei Ruhe fällt er um 20—30. Bindet man drei Extremitäten ab und nimmt den Blutdruck in der noch freien, so findet man bei ihnen eine Zunahme um 50—60, bei Normalen in diesem Falle nur um 10—5. Auf diesem Wege entsteht auch das Magenulcus.

Die gastro-intestinalen Symptome der Plethoriker kommen erst im angiosklerotischen Stadium. Liegt Arteriosklerose der Abdominalaorta vor: Unbehagen durch die dauernde Pulsation, Druckempfindlichkeit über und links neben der Abdominalaorta, die sich auch nach hinten erstreckt. Größerer Druck in den unteren Arterien als in denen der oberen Extremitäten. Liegt als Ursache der Sklerose Syphilis vor: epigastrische Schmerzen, nach beiden Seiten ausstrahlend, wieder verschwindend, wenn der Kranke sitzt oder liegt; bei dem seltenen Aortenaneurysma: periodische, kolikartige Anfälle. Schmerz: brennend, ziehend, Tag und Nacht, neuralgisch, 15 Minuten lang bis zu 2 Stunden. Manchmal 1—2 Stunden, besonders nach kopiösen Mahlzeiten und dann ein Magen- oder Duodenalulcus vortäuschend. Manchmal Verengerung der Abdominalaorta und dann diffuse Leibschmerzen und Pulsationen im ganzen Abdomen und ein blasendes Geräusch über allen Gefäßen des Abdomens; die schnurartigen Gefäße sind empfindlich; Meteorismus, weil die Gase nicht resorbiert werden. Nahrungsaufnahme wegen der Schmerzen oft minimal, Abmagerung, beträchtliche Anämie, die namentlich noch dadurch, daß der Kranke im mittleren Alter ist, mit Anacidität, leicht den Verdacht auf einen malignen Tumor erweckt. Solange die Arteriosklerose nicht auf die digestiven Organe ausgebreitet ist, nimmt der Kranke nicht ab und erscheint gesund. Sind die arteriosklerotischen Veränderungen auf die Gefäße der Magenschleimhaut beschränkt: dauernder Druck und Schmerz im oberen Abdomen, unabhängig von der Mahlzeit, aber verschlimmert durch Nahrungsaufnahme. Nausea, Appetit- und Gewichtsverlust. Gefäßruptur in die Därme. Charakteristikum: häufiges Auftreten und rasche Wiederherstellung. Im Gegensatz zum Ca des Magens, zu den Varizen des Oesophagus und Magens bei Lebercirrhose und den gastrischen Hämorrhagien bei Thrombophlebitis der Milz- und Lebergefäße. Außerdem periodische Anfälle, ausstrahlend seitlich und lumbal, mit Collaps und Meteorismus.

Klinische und Röntgenbetrachtungen des Duodenalulcus. Duodenalulcus ist eine durch konstitutionelle Störungen bedingte Krankheit bei Individuen, die Stigmata ihrer Inferiorität darbieten als Resultat einer vermehrten Reizbarkeit oder Inbalanz im autonomen Nervensystem mit gestörter Kalziumionen-Mobilisation. Das wichtigste Symptom ist der Schmerz: große Regelmäßigkeit und Pünktlichkeit; Spätschmerzen 2 bis

4 Stunden nach der Mahlzeit; Hunger-Nachtschmerzen; prompte Besserung durch Nahrung, Trinken oder Alkali. Besserung durch die Lage; Sitz rechts von der Medianlinie. Die Folge der Ereignisse beim Duodenalgeschwür ist nach Moynihan: Schmerz, Nahrung, Besserung, Schmerz im dauernden Zyklus; beim Magengeschwür: Nahrung, Schmerz, Besserung. Weiteres Charakteristikum: periodisches Wiederauftreten, gewöhnlich im frühen Frühling oder im späten Herbst. Dann liegt nämlich eine vermehrte Reizbarkeit des vegetativen Nervensystems vor.

Blutungen: in Fällen einer gastrischen Hämorrhagie denke zuerst an alle anderen Zustände, zuletzt an ein Ulcus pepticum. Wir wissen jetzt, daß Toxämien und alle Formen von Infektionen, so Gallenblasenerkrankung und Appendicitis, gewöhnliche ätiologische Faktoren gastrischer Hämorrhagien sind, nicht zu erwähnen gastrische Varicen und Gastritiden. Das Vorhandensein schwarzer Stühle ohne vorherige Einnahme von Wismut- oder Eisenpräparaten deuten auf eine aktive Duodenalblutung. Erbrechen in irgendeiner Form liegt immer vor, es ist nie schmerzlos, besonders in den letzten Stadien, wenn eine Stenose vorhanden ist. Darnach stets Besserung.

Physikalische Untersuchung bietet nichts Pathognomonisches. Auch die chemische Untersuchung nicht. Okkultes Blut nur, wenn 3 Tage fleischfrei und genaue Untersuchung. Beim Röntgen ist zu unterscheiden zwischen Nische, Narbe und spastischer Kontraktur.

Frühzeitige Operationen bei Gallenblasenerkrankungen. Bei der Cholecystitis ist Infektion das Wesentliche, die Steine sind erst sekundär, Choledocholithiasis ist eine Komplikationen der Cholecystitis und in der Mehrzahl der Fälle zu verhüten. Operation gleich im ersten Anfall, da Zuwarten Komplikationen zeitigt.

Psychosen nach chirurgischen Operationen. Die postoperative Psychosis ist eine klinische Einheit, bei der Puls, Temperatur, Respiration und alle anderen Funktionen beim Einsetzen der psychischen Symptome normal sind. Auf diesem letzteren Punkte beruht die Diagnose. Die Operation an sich spielt dabei keine Rolle, auch das Anästhetikum nicht; eine Infektion kommt auch nicht in Frage. Es handelt sich dabei um Gewöhnung an gewisse Genußmittel (Kaffee usw.), die vor und nach der Operation etwa wegfallen. Hier sind Stimulantien am Platz, am besten Strychnin, ferner eingehende Untersuchung vor der Operation, an welche Arzneimittel usw. der Patient gewöhnt ist.

Chronische Prostatitis. Die Prostata ist bei vielen Männern infiziert, die keine Gonorrhoe überstanden haben und diese Infektion ist verantwortlich für viele lokale und allgemeine Symptome und für fokale Zustände. Diese Prostatitis ist meist latent und erst nach wiederholter Untersuchung der Prostataflüssigkeit zu diagnostizieren. Und zwar durch provokative Stimulation. Man unterscheidet drei Gruppen von Symptomen: urinale, sexuale und allgemeine. Also häufiges brennendes Harnlassen, Nokturie, schwacher Strahl, trüber Urin, Drang, Hämaturie, Unbehagen in der Urethra. Sie kommen oft einzeln vor. Dazu kommen frühzeitige Ejaculation, Hodenneuralgie, morgendlicher Tropfen, leichte Erektionen, Impotenz, Epididymitis, Prostatorrhoe, rektale Störungen, Schmerzen in der Glans, Pruritis ani, Priapismus usw. Zu den entfernteren allgemeinen Klagen gehören: Melancholie, gelegentlich Selbstmord, Arthritis in den Hüften, Knien, im Rücken, Polyarthritis, Sacroiliacalschmerzen, neuromuskuläre Schmerzen, auch in den oberen Gliedern, Ischias, unbestimmte Leibschmerzen.

Nr. 2, 15. Juli 1925.

Operationen in Stadien. Bancroft.
Stenz als Modell bei Ohroperationen. de River.
Chronische Prostatitis (Fortsetzung). Hollowey.
Bilaterale Gynäkomastie. Durrance.
* Diathermie bei Beckeninfektionen. Cherry.
* Symptome bei Erkrankungen der Bauchgefäße. Held.
Situs inversus. Cahan.
Cholecystographie. Einhorn.
* Anhang: Derkums Methode der Behandlung der Neurosyphilis. Kerlin.

Diathermie bei Beckeninfektionen. Bei Beckeninfektionen gonorrhoischen Ursprungs die Methode der Wahl. Abdominopelvische Schmerzen werden meist sofort gebessert. Verschwinden oder Reduktion der pelvischen Massen in 61%. Heilung oder Besserung der Endocervicitis in 90%, dadurch Reinfektion der Adnexe verhindernd. Als präoperative Behandlung sehr zu empfehlen. Dadurch raschere Konvaleszenz. Nach Geburten und Aborten nicht zu empfehlen.

Symptome bei Erkrankungen der Bauchgefäße. Die Symptome können manchmal so schwer sein, daß man an ein perforiertes Ulcus, eine hämorrhagische Pankreatitis denkt und die Diagnose ist oft nicht möglich. Sie sind aber immer vorübergehend und vasodilatierende Heilmittel, wie Diuretin oder Nitroglyzerin, wirken oft Wunder. In den meisten Fällen ist der Schmerz das häufigste, periodisch, diffus über das ganze Abdomen, lancinierend, in Anfällen, mehrere am Tage oder mit wochenlangen Pausen, nicht selten in der Nacht. Die Kranken schieben die Anfälle oft auf Erschöpfung, psychisches Trauma, schweres Essen. Meteorismus, Hochstand des Zwerchfells mit Dyspnoe, Palpitation, raschem Puls. Rückenlage oft nicht möglich.

Obliteration der Mesenterialgefäße ist selten. Meist bei gleichzeitiger Syphilis. Kurz nach der Obliteration erhöhte Tätigkeit der Peristaltik durch Erregung der motorischen Nerven: Diarrhoe, später spastische Kontraktur und obstinate Konstipation. Bei der Diarrhoe schwere Schmerzen und Erbrechen. Plötzlicher Einsatz mit Kolikschmerzen und Nausea. Singultus und Erbrechen sind die üblichen Frühsymptome. Blutige Stühle in 50%. Collaps. Die ersten Symptome gleichen denen der intestinalen Obstruktion durch Strangulation; hier jedoch rote bis schwarze Stühle. Collaps 12—24 Stunden nach der Obliteration. Nicht so selten trifft man auch das Quinckesche angioneurotische Oedem.

Derkums Methode der Behandlung der Neurosyphilis. Neosalvarsan mit spinaler Drainage unterstützt durch Hg intraspinal und intravenös gibt befriedigende Resultate. Hat man hiermit keinen Erfolg: wöchentliche intramuskuläre Injektionen von Wismutkaliumtartrat mit Butyn so lange, bis Wa. —. Analyse der Spinalflüssigkeit 3—6 Monate nachher.

Nr. 3, 5. August 1925.

* Psychologische Faktoren beim Hyperthyreoidismus. Lewis.
Carcinom des Sigmoidcolon. Menninger.
Prolaps der weiblichen Urethra. Jacoby.
Behandlung der chronischen Suppurationen, besonders der Knochen. Thorek.
Letzte Ursache der meisten Apoplexien. Reilly.
* Anhang: Ueber die Diagnose und Symptome der Hüftgelenkstuberkulose. Coe.

Psychologische Faktoren beim Hyperthyreoidismus. Die Frage des Hyperthyreoidismus steht heute so: es gibt keine allgemein angenommene Theorie über den exophthalmischen Kropf; es ist eine vielseitige Krankheit, die nicht völlig abhängig ist von einem Uebermaß der Thyreoideasekretion. Er tritt nicht spontan in infrahumanen Formen auf, noch hat man die Krankheit experimentell darstellen können. Phylogenetisch hat die Thyreoidea einmal als Uterus in primitiven Formen funktioniert. Bestimmte Thyreoideareste oder ovariale Formen kommen als Neoplasmen im Thyreoideagewebe vor. Uterusatrophie mit Sterilität kommt leicht bei Hyperthyreoidie vor. Die Krankheit ist bei Kindern vor der Reife der Geschlechtsorgane selten, kommt besonders bei Frauen in allen präklimakterischen Stadien vor, selten nach dem Klimakterium. Emotionelle Faktoren spielen in der Entstehung der Symptome eine wichtige Rolle; vielleicht bestimmen manche unbewußten Motive manche pathognomonischen Bilder. Deshalb kann man den reinen Hyperthyreoidismus als ein mit emotionellen und sexuellen Entwicklungsstörungen eng verbundenes Produkt und wahrscheinlich als eine besondere konstitutionelle Aufmachung auffassen.

Um sich nun korrekt dem Problem zu nähern, ist folgendes zu beachten: 1. Chemische Nachforschungen bezüglich des autonomen Nervensystems, des Basalstoffwechsels und der Kohlehydrattoleranz. Und zwar in jedem Falle. 2. Das physiologische Niveau muß sorgfältig erforscht werden und systematisch hinsichtlich: a) gastro-intestinaler Störungen, b) cardialer Unregelmäßigkeiten, c) der Feststellung des Exophthalmus, d) weiterer Zeichen von seiten der Augen, Weite der Lidspalten, Pupillen, e) hinsichtlich Zittern und toxischer Extremitätengeräusche, f) hinsichtlich der Schweißdrüsen, Temperatur, Zustand der peripheren Zirkulation, besonders der Extremitäten, g) Größe und Spannung in der Thyreoidea, h) Reflexe, i) Feststellung von Lians Zeichen: Reiben des Halses ergibt bei manchen Neurotikern Rötung der Haut; bei Hyperthyreoidismus ist diese Rötung rasch dicht neben der Thyreoidea mit scharfen Rändern sichtbar; oft auch spontan bei erregter Unterhaltung. 3. Vom psychologischen Standpunkt aus lassen sich folgende mentale Zustände feststellen: a) intensive emotionelle Schwankungen, periodisch, kurz, durchs ganze Leben, aber mit bestimmten Depressionen und Erregungen, b) das Liebesleben ist inkonstant mit häufigen Zusammenstößen mit dem Liebesobjekt, c) unerklärliche Angstzustände hinsichtlich großer Plätze und Volksmengen, d) unberechenbares Verhalten bei festlichen Gelegenheiten und formalen Situationen, e) unerklärlicher intensiver und aktiver Haß gegen gewisse Leute und Tiere, f) häufige und oft ernste Mißverständnisse mit Familienangehörigen, g) schreckhafte, häufig inceste Träume, h) nächtliche Angstanfälle mit Pseudoasthma, Pseudoangina, Tachykardie, Betäubung und großer Furcht, i) als Kinder im präthyreoiden Stadium äußerst sensitiv und selbstbewußt mit übertriebenem Gefühl der Inferiorität, das oft als Sadismus ausgelegt wird; besonders schmerzvoll ist die Erinnerung an herabsetzende Vorgänge auch im Spaß hinsichtlich ihrer Physiognomie, j) infantile Geburtsphantasien im Unterbewußtsein, k) frühe sexuelle Traumen spielen in der Pathogenese eine wichtige Rolle.

Also: 1. Angstzustände sind universale Emotionen, die allen Tieren gemeinsam sind, ein Mechanismus des Selbstschutzes, eine phylogenetische Flucht, die tief in phyletischer Vergangenheit ruht. 2. Alle Symptome, chemische, physiologische, psychologische sind exakte Duplikate dieser Furcht. 3. Der exophthalmische Kropf ist ein Spezialtyp des Hyperthyreoidismus, sozusagen strukturalisierte Furcht. Der konstante Strom der Erregungen hat seine Kanäle in der Struktur und in den Funktionen dieses Gewebes endgültig abgeschnitten. Auch die Augensymptome sind Furchtzeichen: Vergrößerung des Blickes in die Umgebung, um die Gefahr früher bemerken und fliehen zu können. 4. Der exophthalmische Kropf ist Folge einer spezifischen psychologischen Situation. Andere Formen des Hyperthyreoidismus und des Kropfes entstehen wahrscheinlich nicht auf diesem Wege. 5. Besonders bei Mädchen spielt der Vaterkomplex und Incest eine gewisse Rolle. 6. Hierdurch (Impregnationsgedanke) kommt es auch zur Schwellung der Thyreoidea. 7. Der exophthalmische Kropf ist eine aggravierte Form der Angstneurose, eine strukturalisierte Furcht auf symbolischem Boden, durch eine besondere pathogene Situation veranlaßt (Unterdrückung der Vater-Imprägnationsphantasie und Autokratismus und aktiven sexuellen Unterdrückungen), ein Mechanismus, der sich bei thyrotrophen Individuen wegen der phylogenetischen Vorgeschichte im Thyreoideasegment ausdrückt. Unter 15 Frauen weist ein Mann dieses Syndrom auf. Bei diesen liegt dann derselbe Mechanismus vor.

Ueber die Diagnose und Symptome der Hüftgelenkstuberkulose. Verf. schreibt: Die gewöhnlichen Symptome sind Hinken, Muskelspasmus, Schmerzen, typische Haltung, Atrophie und Schwellung. Zuerst gewöhnlich Hinken ohne Schmerzen intermittierend, oft nur leichte Steifigkeit morgens nach dem Aufstehen, später sicher wieder verlierend und während des Tages nicht bemerkt. Muskelspasmus: Tendenz, das Gelenk vor Mißhelligkeiten zu bewahren, Gehen auf den Zehen, nicht laufen; dann Vermeidung von Druck, Stehen auf dem anderen Bein mit auswärts gedrehtem leicht abduziertem Bein; infolge der Beckenneigung scheinbare Verlängerung. Mit dem Fortschreiten der Krankheit nimmt der Spasmus zu und wird schließlich konstant, so daß die Beweglichkeit des Gelenkes erheblich eingeschränkt ist. Dieser Spasmus ist diagnostisch sehr wichtig und sein Reflexcharakter ist auch ein Index für die Erfolge der Behandlung.

Der Schmerz ist früh nicht so ausgesprochen, wenn auch gelegentlich erheblich. Meist unten innen am Oberschenkel über dem Knie. So konstant und charakteristisch, daß ein einseitiger Schmerz beim Kinde am Knie stets als ernst aufgefaßt werden sollte, bis das Gegenteil bewiesen. Er ist auch die Ursache der typischen Nachtschreie plötzlich kurz nach dem Einschlafen infolge abnormer Reizbarkeit der Muskel, ohne zu erwachen. Durch die spastische Kontraktion und damit Festlegung der Hüfte hört er sofort auf. Aeltere Kranke vergleichen ihn auch mit einem schweren Schlag auf die Hüfte.

Haltung: im Frühstadium allmählich zunehmender Grad von Beugung, Abduktion und Rotation nach außen, später, mit dem Widerstand der Antagonisten, Beugung und Abduktion. Atrophie schon recht früh und ausgesprochen. Schwellung schon früh, erkennbar bei tiefer Palpation des Femurkopfes von vorn durch die entzündliche Reaktion der periartikulären Gewebe. Oft besteht auch eine sichtbare Veränderung der Glutäalfalten.

Diagnose: gewöhnlich kommt der Patient wegen des Hinkens, das von den Eltern zunächst nur vereinzelt beobachtet wurde, oft mehrmals vorübergehend am Tage. Sonst völlig negative Anamnese, manchmal vorher eine leichte Mandel- oder Drüsenaffektion. Puls und Temperatur normal, auch in den Intervallen. Aspekt im allgemeinen der eines gesunden, kräftigen, wohlgenährten Kindes. Auf dem Tisch bemerkt man aber fast immer die leichte Verdickung des Femurkopfes und bei Beugung in der Hüfte im rechten Winkel die Behinderung der Auswärtsbewegung durch die Muskelkontraktion. Ebenso der Rotation. Vielleicht noch eine leichte Atrophie. Röntgen in diesem Stadium: absolut normal. Blutbild gewöhnlich normal. v. Pirquet unter 4 Jahren ist von Wert und ein negativer bei älteren eine gute Indikation, daß der Zustand nicht tuberkulös ist. In vorgeschritteneren Fällen sind Hinken und Schmerzen ausgesprochener, dazu kommen die Nachtschreie, allgemeines Unwohlsein, Appetitverlust, gelegentlich Fieber, Verlust der Farbe, stationäres oder fallendes Gewicht. Periartikuläre Schwellung und Druckschmerz, Atrophie usw. Dann auch positiver Röntgenbefund.

Nr. 4, 19. August 1925.

Wiederherstellung bei inoperablem weichen Gaumen. Sheehan.
° Blutchemie und ultraviolette Strahlen bei Tuberkulose. Davis.
Behandlung der Schenkelfraktur. Whitman.
Whitman-Rekonstruktionsoperation am Hüftgelenk. Cooperman.
° Hanots Cirrhose. Murray.
Besserung der Morbidität und Mortalität an Diphtherie. Lewis
Hypophysistyp des Kopfwehs. Harrower.
Mastoidoperation. Friedman und Greenfield.
° Anhang: Dentalinfektion und Herzunregelmäßigkeiten. Smith. — Diastolischer Druck. Robertson. — Herzhypertrophie. Reid. — Herzgeräusche. Epstein.

Blutchemie und ultraviolette Strahlen bei Tuberkulose. Hinsichtlich der wahrscheinlichen Wirkung der ultravioletten Strahlen auf den Blutchemismus ist zu sagen: in den meisten Fällen haben die Strahlen die Tendenz, den Kalziumgehalt des Blutes zu vermehren. Dauert die Exposition eine beträchtliche Länge, ausgesprochene Verdickung, Pigmentation und Schuppung der Haut. In solchen Fällen hat der Hb-Gehalt der Haut gewöhnlich abgenommen, aber die Erythrocyten steigen an Zahl, so daß die Balanz der physiologischen Funktion des Blutes eingehalten wird. Pigmentation: Deposita in der Haut vom Hb; sie und die Verdickung ist eine natürliche Abwehrreaktion gegen die Veränderung des Blutchemismus durch die Strahlen. Außerdem nimmt infolge der Exposition die Coagulationszeit ab: durch die Zunahme des Kalziumgehaltes. Dies ist von Bedeutung in Fällen, die eine Operation erfordern oder mit Hämoptyse. Strahlendes Licht und Hitze sollte vor und nach der Bestrahlung vermieden werden, weil besonders letztere die allgemeine und Lymph-Zirkulation anregt und Metastasen propagiert, außerdem hat die Tendenz schützende Adhäsionen zu lösen. Die Behandlung tuberkulöser Höhlen durch wassergekühlte Quarzlampen ergibt geringere Erfolge als die allgemeine Applikation, weil die Krankheit hier mehr konstitutionell als lokal ist. Bei oberflächlichen Geschwüren kommt diese Behandlung mehr in Frage. Vorsicht bei Heliotherapie und Unterscheidung dieser von der Freiluftbehandlung.

Im vorgeschrittenen Alter bei kardiovaskulären Veränderungen und Hypertension ist Vorsicht am Platze: vorher Feststellung des Kalziumgehaltes (10,5—11,5 mg pro 100 ccm Blut ist normal). Ultraviolette Strahlen sind erfolgreich in Fällen von Acidosis, wo die normale Alkalibasis nach der negativen Seite hin gestört ist. Die Lymphocyten werden durch die ultravioletten Strahlen im allgemeinen nicht vermehrt, manchmal individuell; Tuberkulöse haben immer unabhängig von der Bestrahlung Leukocytose.

Natrium und Harnsäure sind im Blute gewöhnlich hoch, dies kommt aber von der Inaktivität als einem Teil der Behandlung bei Tuberkulösen, von dem verminderten Stoffwechsel, nicht von den Strahlen.

Die Veränderungen des Blutchemismus kommen auf zwei Wegen zustande: einmal durch Absorption von Radioaktivität durch die roten Blutzellen, Weiterleitung und dadurch Stimulation der Hormone und 2. durch ihren Einfluß auf die Nervenenden der Haut- — Sympathicus — Reflexe. In beiden Fällen kommt eher Beeinflussung physiologischer Prozesse in Frage als direkte Beeinflussung des Blutes. Analog der Wirkung der Strahlen auf das Chlorophyll. — Demonstration dieser Ausführungen an 15 Fällen.

Hanots Cirrhose. Die Aetiologie von Hanots Cirrhose ist dunkel: am häufigsten bei jungen Männern unter 35, seltener bei Kindern; Heredität und Alkohol kommen nicht in Frage. Vergrößerung der Leber, der Milz, jahrelange Gelbsucht und unregelmäßiges Fieber, gefärbte Stühle, dunkler Harn. Allmählich milde gastro-intestinale Störungen, gefolgt von leichtem schmerzlosen Ikterus. Oft intensives Hautjucken. Diarrhoe abwechselnd mit Konstipation. Selten. Demonstration eines Falles.

Diff. Diagnose: Laennecs Cirrhose: Leber oft normal, oft vergrößert, im mittleren Alter oder später. Manchmal spielt Alkoholismus eine ätiologische Rolle, manchmal aber auch eine andere unbekannte Infektion, die die Leber schädigt. Manchmal leichter Ikterus, nie stark wie bei Hanot. Später Ascites. Solange die nicht seltene Komplikation mit Tuberkulose usw., kein Fieber.

Syphilis: Wa. Stein im Ductus communis: plötzlicher Einsatz mit Schmerzen; selten ist langdauernder Ikterus; die Milz wird sehr selten groß. In 40% der Fälle zeigt Röntgen die Steine. Schwieriger kann die Diagnose werden bei Ductusobstruktion durch Pankreasneubildung, wo ¼ der Fälle keinen Ikterus zeigt; rapider Zerfall, rapid zunehmende Gelbsucht, Glykosurie, fettige Stühle, vergrößerte Gallenblase unter Umständen. Katarrhalischer Ikterus, auch nach Vergiftungen: Anamnese. Leberatrophie, keine Milzvergrößerung. Malaria: dieses Bild in unseren Gegenden selten. Banti: nur in Spätstadien zu verwechseln; dann Gelbsucht mit Cirrhosis, aber dann auch Ascites und in der Anamnese wiederholte Hämatemese. Leberkrebs: Leber knotig, bei Hanot ganz weich oder leicht unregelmäßig; sonst nicht schwer. Familiärer hämolytischer Ikterus: acholurisch, kein Jucken, in 60% Gallensteine; die Leute sind mehr gelb als krank. Behandlung aussichtslos, ebenso wie die Prognose; etwa 15 Monate bis 9 Jahre, dann zunehmende Kachexie und Gelbsucht, Stupor, Konvulsionen seltener, Hämorrhagien.

Dentalinfektion und Herzunregelmäßigkeiten. Herzunregelmäßigkeiten verschwinden nach Entfernung peridentaler Abszesse, wobei Röntgen eine wertvolle Hilfe ist. Aber nicht immer. Besonders tritt prämature Systole dabei auf.

Diastolischer Druck. Bei Normalen beobachtet man bei Anstrengung ein Sinken des diastolischen Drucks während der Anstrengung (30 mal in der Minute auf einen Stuhl steigen) und ein Steigen am Ende der Uebung. Fälle, die dieses Anstrengungssyndrom ohne objektive Zeichen einer Herzerkrankung zeigen, lassen bei Erschöpfung eine sinkende Pulsrate erkennen, während sich der Blutdruck hält. Möglicherweise durch Erschöpfung des Sympathicus. Fälle mit Herzvergrößerung, Arteriosklerose oder anderen Zuständen eines kranken Myocards zeigen bei Erschöpfung Fall des systolischen und des Pulsdrucks und dauernd rapiden und zunehmenden Puls. Man steht hier vor Neuland. Ist das Anstrengungssyndrom eine spezifische Ermüdungsreaktion oder bloß frühzeitiges Auftreten einer normalen Reaktion?

Herzhypertrophie. Herzhypertrophie war lange befriedigend erklärt durch eine Ueberanstrengung des Herzens; nachdem aber die Erfahrung gelehrt, daß normale Herzen auch bei trainierten Athleten nicht hypertrophieren, während hypertrophische Veränderungen gewöhnlich bei kranken Herzen mit oder ohne erhöhten Blutdruck vorkommen, war man an dieser Erklärung doch etwas irre. Bei Betrachtung der Physiologie hinsichtlich des Wachstums der Skelettmuskel sah man, daß der letztere absolut abhängig ist von der Verbindung des Muskels mit dem Zentralnervensystem. Trophische Einflüsse liefern die motorischen Nerven, die Blutversorgung ist von sekundärer Bedeutung. Also mag Hypertrophie des Herzmuskels durch Reize vom Nerven her entstehen, meist wahrscheinlich vom Sympathicus. Das primäre Ziel des Herzens, eine genügende Menge Bluts dorthin zu treiben, wo es gebraucht wird, nämlich in das Kapillargebiet der Peripherie. Ist dort nicht genügend Blut vorhanden für die Gewebe, so kommen gewisse Zirkulationsausgleiche zustande, lokale und reflektorische in bezug auf einen Reflexnervenmechanismus, der zurück zum Herzen geht. Werden nun diese Reflexreize ziemlich häufig wiederholt, so sind sie die wesentliche Ursache der Vergrößerung.

Herzgeräusche. Man kann die Herzgeräusche in 3 Kategorien teilen: intra- und extracardiale und in cardiale. Nach ihrem Ursprung.

Intracardiale Gruppe: durch Erkrankung der inneren Herzteile, Endocard, Klappen und verwandter Strukturen verursacht durch Störung der normalen Passage des Blutes von Kammer zu Kammer oder zur Lunge oder zum Körper hin. Und zwar durch einen obstruktiven oder sonst unvollständigen Klappenmechanismus. Resultat: je nach dem Klappendefekt und seiner Art, nach ihrer Periode, Ausbreitung und nach der Herzkraft, verschiedene Geräusche. Sie sind die häufigsten und haben gewisse Charakteristica, die sie als intracardial ausweisen. Ihr Ursprung ist immer ein Klappenbezirk; sie haben einen bestimmten Uebertragungsweg und können mit jeder Phase der Herztöne zusammenfallen, sich mit ihnen vermischend oder sie ganz verdeckend mit eigener musikalischer Qualität und Stärke.

Cardiale Gruppe: all die durch strukturelle Abnormitäten, pathologische Veränderungen oder physiologische Störungen des Myocards. Erstere sind hauptsächlich kongenital, im frühen Leben, an der Basis, von bizarrem Charakter und manchmal mit Cyanose, Verdickung der Finger und Polycythämie verbunden.

Pathologische Veränderungen des Myocards entzündlicher oder degenerativer Art geben Anlaß zu Geräuschen. Durch unvollständigen Schluß einer Klappe oder durch unebenes rauhes Ostium. In Verbindung mit einer geschwächten oder sklerosierten Herzwandung. Gewöhnlich in der Mitral- oder Aortenregion gehört, von begrenztem Gebiet, entfernt, gleichmäßig intensiv, ohne Kraft und musikalischer Qualität gewöhnlich mit Arhythmie verbunden. Physiologische Herzstörungen verursachen häufig Geräusche. Sie sind aber nicht das Resultat einer Erkrankung des Myocards, sondern Dysfunktion physiologischer Herzmechanismen. Dies sind 5: Reizproduktion, Erregbarkeit, Leitung, Kontraktilität und Tonus. Mangel an Tonus produziert etwas geräuschähnliches. Cardiale Hypotonie kann kongenitalen Ursprungs sein oder durch Unterernährung, Anämie, Herzermüdung, Hypoadrenie, ungenügende Nervversorgung oder febrile Einflüsse zustandekommen. Kongenitale Hypotonie entsteht durch kongenitale Verkürzung der Muskelfasern, und in jedem Herz ist die Kontraktion um so stärker, je länger die Muskelfaser ist. In jedem atonisch geschwächten Herz verursacht der plötzliche intraventrikuläre Stoß durch die Systole eine unverhältnismäßige Streckung, dadurch eine schwache Kontraktion mit abnormer vibratorischer Bewegung und einem weichen systolischen Geräusch. Dies ist das fälschlich funktionell, akzidentell, hämisch, anorganisch genannte Geräusch, das besser myatonisch genannt wird. Seine Diagnose beruht auf den häufigen Veränderungen in Qualität und Stärke, auftretend und verschwindend mit seinem ätiologischen Faktor. Gewöhnlich wird es im Mitral- oder Pulmonalbezirk gehört als weiches Blasen.

Extracardiale Gruppe: alle Töne usw., die durch das Pericard und seine Beziehungen zum Herz, Pleura, Mediastinum und die pericardiosternalen Ligamente zustande kommen.

Können ohne Herzläsion und ohne Störung der Zirkulation vorhanden sein. Sind oft von intracardialen und cardialen Geräuschen nicht zu unterscheiden. Die ersten, die pericardiocardialen, hört man am besten an der Herzbasis, manchmal am linken Sternalrand oder an der Spitze, oberflächlich, schabend gleichbleibend. Halten Schritt mit Diastole und Systole, sind aber nicht genau synchron. Pericardiopleurale: am besten längs der Spitze oder des linken Sternalrandes gehört. Blasender, unregelmäßig reibendes Geräusch, unbeeinflußt durch die Herztätigkeit, wohl aber durch die respiratorischen Bewegungen. v. Schnizer.

Buchbesprechungen.

Emil Reimann: **Zur Psychoanalyse.** Verlag Urban und Schwarzenberg. 2. Auflage. Preis 2,70 M. — Das vorliegende Buch des Wiener Psychiaters gehört zu den wenig erfreulichen Schriften, die eine sogenannte objektive Stellung zur Psychoanalyse einzunehmen vorgeben, die aber in der Tat unter diesem Deckmantel eine Reihe von Angriffen und Herabsetzungen vorbringen, bei denen von Objektivität keine Rede sein kann. Was dabei den Psychoanalytiker vielfach befremdet, ist eine Kette von Mißverständnissen, aus denen hervorgeht, daß Verf. die ganze Lehre Freuds nur unvollständig beherrscht und daher kaum imstande sein dürfte, Dinge wirklich objektiv kritisch zu beurteilen, zu deren Verständnis gründliches Studium und vollste Sachkenntnis erforderlich ist. So gewinnt man den Eindruck, als ob Verf. mit den in Laienkreisen üblichen Schlagwörtern und Einwänden arbeitet, die im einzelnen zu widerlegen sich nicht verlohnt, weil die Beteiligten sich längst darüber geeinigt haben, so u. a. das Beispiel von der Cyklothymie, die in der Depression zum Analytiker kommt, nach drei Monaten umschlägt und nun als „Erfolg" der Analyse gebucht werde. Schätzt Verf. bei solcher Annahme den von ihm angeblich so hochverehrten Freud als Psychiater so tief ein, daß er sich diesen Einwand nicht selbst machen würde? Ganz abgesehen davon, daß dem Patienten vor allem geholfen werden muß und ihm mit dem therapeutischen Nihilismus nicht gedient ist, dürfte wohl Verf. ebenfalls bekannt sein, daß dieses post hoc, nicht propter hoc für neun Zehntel aller Therapien gilt.

Trotzdem Verf. die Psychoanalyse in ihren Grundelementen angreift und ihre Berechtigung und Bedeutung zu widerlegen sucht, bemüht er sich andererseits, das Verdienst Freuds hervorzuheben und seine Genialität gebührend einzuschätzen, weiß aber vielleicht selbst nicht, wie weit er sich dabei vom Wege wahrer Objektivität entfernt hat.

Dr. Haber.

Gotthold Mamlock: **Arzt und Patient.** Herausgegeben unter amtlicher Mitwirkung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung. Verlag Max Marcus-Willenberg G. m. b. H., Berlin SW. 68. — Ein Wartezimmeralbum, das schon äußerlich den Vorteil hat, daß es ein großes Format und fest gebunden ist. Es bietet also der oft zu beobachtenden nervösen Zerstörungswut genügenden Widerstand und ist zu groß, um unbemerkt aus dem Wartezimmer entführt werden zu können. Diese Vorsicht wird notwendig sein, weil der Inhalt des Buches sicherlich bei den Kranken Interesse finden wird, so daß dieser oder jener wohl den Wunsch haben dürfte, es dauernd zu besitzen. Bekannte und gewandte Autoren sagen dem wartenden Kranken allerlei für seine Gesundheit nützliche Dinge, so daß er in der richtigen Stimmung und gut vorbereitet das Ordinationszimmer des Arztes betritt.

B. Naunyn: **Die organischen Wurzeln der Lautsprache des Menschen.** Verlag I. F. Bergmann. 1925. — In dieser kurzen Studie geht der kürzlich verstorbene Meister auf die biologischen und phylogenetischen Entwicklungsfragen der menschlichen Lautsprache näher ein. Mit besonderem Bezug auf die Arbeiten Wundts hält er daran fest, daß auch das menschliche Kind ein Stadium der tierischen Echosprache — Loquazität nennt er es — durchmache, ehe es zur sinnvollen Entwickelung der Sprache kommt. Das ungefüge und verworfene Nachplappern der Kinder ist uns ja allen bekannt. In ganz besonders engen Zusammenhang bringt N. die Sprachentwicklung der Vögel mit der unsrigen. Er verweist dabei auf die bekannte menschliche Sprachimitation der Papageien und ist der Ansicht, daß bei den Vögeln wohl die anatomischen Vorbedingungen für eine Sprache gegeben sind. Daß keine Sprachleistungen der höheren Vögel zu erwarten sind, erklärt er aus dem Mangel eines höher entwickelten Großhirns und der dadurch verminderten Intelligenz. Daher bleiben die Vögel in ihrer Sprache in dem Durchgangsstadium kindlicher Loquazität stecken. Des weiteren betont N. die phylogenetische Verwandtschaft von Gleichgewichtssinn und Gehörapparat bei Menschen und Vögeln, denen als einzigen Lebewesen der aufrechte Gang gemeinsam ist. Da dieser einen ganz besonders hoch differenzierten Gleichgewichtsapparat beansprucht, so ist bei Vögeln und Menschen auch das mit ihm eng verbundene Hörorgan dementsprechend fein entwickelt. Die akustischen Fähigkeiten der Vögel im Treffen ganz bestimmter Töne sind unbestritten. Infolge der weiter differenzierten Großhirnpartien konnte die menschliche Lautentwickelung sich über den Gesang der Vögel zur Sprache fortbilden. In weiteren Betrachtungen geht N. dann noch auf die Beziehungen der Sprache zu den einzelnen Hirnpartien, zum Rhythmus und dem Geselligkeitsleben der Menschen ein.

Das trockene Gebiet entwickelungsgeschichtlicher Forschung hat Naunyn in dieser Studie meisterhaft behandelt. In einzelnen kleinen Worten, die hier und da eingestreut sind, offenbart sich seine große Liebe zur medizinischen Wissenschaft und sein noch größeres menschliches Herz.

Die Durchsicht der kleinen Schrift — das Heft umfaßt nur 42 Seiten — sei allen wärmstens empfohlen.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Fischer-Defoy, Frankfurt a. M.: **Leitfaden durch die soziale Gesundheitsfürsorge und ihre Einrichtungen.** Verlag Gesundheitswacht, München, 1925. 3,— RM. — Das vorliegende Buch soll ein Leitfaden sein, der jedem, der sich für die soziale Gesundheitsfürsorge interessiert, einen Begriff über ihre Einrichtungen und Aufgaben vermittelt. Alle Fürsorgezweige sind abgehandelt: Die Fürsorge für die einzelnen Lebensalter (Ungeborene, Säugling usw.), die Fürsorge für Kranke, für Sieche und die Allgemeinfürsorge, die Ernährung, Bekleidung und Wohnung betrifft. Der Stoff ist klar und leicht verständlich dargestellt und übersichtlich angeordnet, so daß jeder, der etwas nachschlagen möchte, sich leicht zurechtfindet. Es ist ein wertvolles Lehrbuch für die sozialhygienischen Frauenschulen, für die Schwestern und Fürsorgerinnen. Für den Arzt — nicht nur für den Sozialhygieniker — ist es ein wertvolles Nachschlagebuch, wenn er sich schnell über ein Gebiet der Gesundheitsfürsorge orientieren will. Die Ausstattung ist gut und zweckentsprechend. Dem Büchlein ist weite Verbreitung zu wünschen.

P. Heymann, Berlin.

M. Frederick, M. D. Allen: **Treatment of kidney diseases and high blood pressure.** (Die Behandlung der Nieren-Krankheiten und des hohen Blutdruckes.) Verlag: The physiatric Institute, Morristown. Großoktav, 210 S. — In dem hier vorliegenden ersten Teil des praktischen Handbuches für Aerzte und Patienten wird geradezu klassisch unter Berücksichtigungen der neuesten Forschungen im In- und Auslande (Deutschland wird dabei nicht vergessen) eine eingehende Schilderung gegeben von allem, was theoretisch und praktisch über das Thema zu sagen ist. Besonders die Kapitel über den Eiweiß- und Salzstoffwechsel sowie über die Laboratoriumsmethoden der Urin- und Blutuntersuchungen sind sehr lesenswert, wenn auch manche Methode in Deutschland nicht im Gebrauche ist. Die Grundzüge der Diät werden eingehend geschildert, die Kochrezepte sind zahlreich und vergessen nicht die Leckerbissen, durch die man den Kranken die Diät erträglicher und angenehm gestalten kann. Dann folgen eine Anzahl detaillierter Tagesmenüs, bei denen allerdings die englische Einteilung der Mahlzeiten zugrunde gelegt ist. Das Werk verdient eine Uebersetzung ins Deutsche.

Arnold Hirsch, Berlin.

LIBRARY
RECEIVED
MAR 5 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen 2 mal monatlich; sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 2,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 3 BERLIN, DEN 15. FEBRUAR 1926 44. JAHRGANG

1

Bei
Erkältungskrankheiten
mit besonderem Befallensein der

oberen Luftwege:
Pyrenol
Expektorans und Sedativum
(Stimulans für das Herz)
In der Nebenwirkung mildes Antipyreticum, Antirheumatikum und Antineuralgikum, daher wirksamstes Mittel gegen Grippe, wenn diese mit erschwerter Expektoration verbunden ist und ausreichende Dosen gegeben werden.
(3-4 mal täglich 2 Tabletten zu 0,5.)
Rp. 20 Pyrenol-Tabletten Gödecke Original*)
(Pyrenol, nach besonderem Fabrikationsverfahren hergestelltes Reaktionsprodukt von Siambenzoesäure-Thymol (2%) mit gleichen Teilen von Natr. salicyl. und Natr. benzoat.)

Muskeln und Gelenke:
Gelonida antineuralgica
(Cod. phosph. 0,01, Acetylsal., Phenac. āā 0,25)
deren Bestandteile nach der Professor Treupelschen Kombinationstheorie den Krankheitsherd gleichzeitig von mehreren Seiten angreifen, um die Wirkung der einzelnen Komponenten zu potenzieren nicht nur zu kumulieren.
Indikationen: Grippe, namentlich wenn sie mit trockenem, quälendem schlafstörenden Hustenreiz verbunden ist, Pneumonie, Rheumatismus, Ischias, Neuralgien schwerster und verschiedener Art.
(3-4 mal täglich 1-2 Tabletten.)
Rp. 10 oder 20 Gelonida antineuralgica Original*)

*) Wir bitten, stets das Wort Original hinzuzufügen, da Ersatzpräparate von unkontrollierbarer Zusammensetzung und Wirkung existieren

Von den meisten Kassen zugelassen. — Den Herren Aerzten stehen Proben u. Literatur zu Diensten.

Gödecke & Co. Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Aleuthan-Ingelheim

Kombination von Papaverin. hydr. und Pyrazolon. dimethylphenil. zur wirksamen Bekämpfung dysmenorrhoischer Beschwerden.

Orig.-Gläser mit 25, 50 und 100 Tabletten

C. H. BOEHRINGER SOHN, HAMBURG 5

Sanatogen

Seit 25 Jahren bewährt als zuverlässiges **Tonikum und Roborans** in allen Fällen, die einer schnellen und nachhaltigen **Kräftigung des Organismus** bedürfen. Kassenpackungen zu 50 und 100 g.

Kalzan

(Calcium — natrium — lactat), Kalkpräparat nach den Professoren Emmerich und Loew mit experimentell bewiesener sehr guter **Kalkretention.** Verbilligte Kassenpackungen zu 45 Tabletten.

Cystopurin

(Hexamethylentetramin + Natriumacetat), bewährtes zuverlässiges Harndesinfiziens. Vollkommen reizlos gegenüber Nieren und Verdauungsapparat, daher auch in höherer Dosierung besonders geeignet zur **Dauerbehandlung.**

Formamint

sicheres Desinfiziens für Mund und Rachen. Zu Therapie und Prophylaxe. Bequemer im Gebrauch und nachhaltiger in der Wirkung als Gurgelungen. Kassenkleinpackung als Röhrchen mit 20 Tabletten.

Duploferrin

(Eisennucleinat — Natriumcitrat — Albumose), Eisenpräparat von hervorragender Bekömmlichkeit besonders gegenüber Magen und Zähnen — und **zuverlässigster Wirkung.** Verbilligte Kassenpackungen zu 50 Tabletten.

Jodomenin

(Jodwismuteiweiß), Jodpräparat von milder und doch sicherer Jodwirkung, ohne Jodüberschwemmung des Körpers, daher **kein Jodismus.** Besonders für die Kinderpraxis.

Von vielen Kassen zugelassen — Literatur und Muster kostenlos und unverbindlich.

Bauer & Cie., Sanatogenwerke Johann A. Wülfing, Chem. Fabrik
Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. med. Kurt Brünnecke, leitender Arzt der Hamburgischen Kinderheilstätte in Sülzhayn: Die Wichtigkeit sowie die Technik der spezifischen Diagnostik und der spezifischen Therapie der okkulten Tuberkulose im Kindesalter 85

Oberarzt Dr. Ernst Andersen, Kiel: Die Bedeutung der Ernährung für die Therapie 93

Dr. Erwin Wexberg, Wien: Der heutige Stand unserer klinischen Kenntnisse von der multiplen Sklerose 95

Dr. Walter Pfaffenholz, Düsseldorf: Zur Reaktion des Blutes auf Reizkörpertherapie 101

Dr. Robert Kuhn, Frauenarzt, Baden-Baden: Zu den Mitteln zur Wiederbelebung Neugeborener . . 102

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer, Heidelberg: Moderne medizinische Probleme bei Plato 102

Laufende medizinische Literatur:

Medizinische Klinik 1925, Nr. 32 bis 44 103

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1925 **71,** Heft 3 bis 4 106

Jahrbuch für Kinderheilkunde 1925, **110.** Band, Heft 1/2, 3/4 107

Seuchenbekämpfung 1925, Heft 1/2, 3/4, 5 108

Schweizer Medizinische Wochenschrift 1925, Nr. 48 bis 53 109

Rivista ospedaliera 1925, **16,** Nr. 13 bis 18 110

Revue d'Orthopédie, Paris 1925 **32.** Band, Heft 1 . . 110

Paris médical 1925, Nr. 30 bis 39 110

Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie 1925, Nr. 3 bis 5 113

Réunion dermatologique de Strasbourg 115

Annales des Maladies Vénériennes 1925, **20,** Nr. 6 bis 8 115

Journal of the American Medical Association 1925, **85,** Nr. 7 bis 13 117

The Boston Medical and Surgical Journal 1925, Nr. 11 bis 26 118

Medical Journal and Record 1925, Nr. 5 bis 6 . . . 122

American Journal of Obstetrics and Gynecology . . 124

Buchbesprechungen 126

Mitteilungen:

Rundfrage 126

Therapeutische Mitteilungen:

San.-Rat Otto Schmidt, München: Wie sind Allgemeinreaktionen und Herdreaktionen bei Anwendung von Novantimeristem (Schmidt) zu beurteilen . 127

Tampovagan

Kugeln composit. resorbens hydroxycyanat. ichthyolic. reargon nutritiv. gonocid. Urethra Stäbchen

Protargol 2%
Acid. lact. 5%
Zinc. sulfocarbol. 5%

Die Tampovagan-Therapie in der Gynäkologischen Praxis

Bei fast allen Krankenkassen zugelassen. — Literatur und Proben unter Bezugnahme auf diese Zeitschrift kostenlos.

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte

BERLIN N 39 · TELEFON: AMT MOABIT 1665 · TEGELER STRASSE 14

PROTASIN

Milcheiweisspräparat zur parenteralen Reizkörpertherapie
Proben u. Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim

Löflund's

Malz-Extrakte

Seit 60 Jahren bewährt als Nährpräparat, **die Vitamine des Gerstenmalzes enthaltend**, für Kinder, Kranke und Genesende. Als Erleichterungsmittel bei Husten und Katarrhen erprobt.

Malz-Extrakt rein

und mit Zusätzen von **Chinin-Eisen, Eisen, Jod-Eisen, Kalk** und **Lebertran.**

Malz-Suppen-Extrakt

nach Prof. Dr. Keller, zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge.

Nähr-Maltose

als Beigabe zu Eiweißmilch, bewährte Kohlenhydrat-Nahrung (Prof. Dr. Finkelstein und Dr. L. Meyer).

Malz-Extrakt-Husten-Bonbons

unerreicht in Wohlgeschmack und lösender Wirkung.

Ed. Löflund & Co. G.m.b.H. Grunbach b. Stuttgart
Gegründet 1865.

Homefa
GLOBULI VAGINALES

die führende wirtschaftliche Vaginaltherapie

Muster und Literatur kostenlos durch:

Karl Horn & Co., A.-G., Frankfurt a. M.

KONGRESSE UND KURSE

(* bedeutet Kongresse.)

28. Februar bis 6. März: 3. Kurs über Erblichkeitsforschung und Sozialhygiene, Dresden.

1.—3. März: Fortbildungskurs über Erkrankungen des Säuglings- und Kindesalters mit Einschluß des Fürsorgewesens in Marburg.

1.—8. März: Sportärztl. Fortbildungskurs a. d. Feldberg.

8.—20. März: Kursus für Chirurgie und Orthopädie mit Einschluß wichtiger Kapitel der Gynäkologie, Dresden.

21.—27. März: Fortbildungskurs für rheinische Tuberkulose-Fürsorgeärzte in der Heilstätte Hohenhonnef.

März: Internationale Fortbildungskurse in Berlin, gemeinsam veranstaltet vom Kaiserin-Friedrich-Haus und der Dozentenvereinigung. Auskunft und Programme durch die Geschäftsstelle des Dozenten-Vereins für ärztliche Ferienkurse, Berlin NW 6, Luisenplatz 2-4.

* 7.—10. April: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Berlin.

* 7.—10. April: 41. Balneologen-Kongreß, Aachen.

* 12.—14. April: Deutsche Pathologische Gesellschaft, Freiburg.

* 12.—15. April: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden.

12.—16. April: Lehrgang über Gewerbekrankheiten, Düsseldorf.

* 17.—19. April: I. Allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie, Baden-Baden.

19. April: Dreimonatiger Sozialhygienischer Kurs für Kreisarzt-, Kreiskommunalarzt- und Schularztanwärter, Düsseldorf.

17. Mai: Sechswöchiger Kurs über Gewerbemedizin und Gewerbehygiene, Düsseldorf.

19.—24. Mai: Fortbildungskurs auf dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, Würzburg.

* 20.—22. Mai: Gesellschaft deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, Hamburg.

* 23.—26. Juni: Deutscher Aerztetag, Eisenach.

28. Juni: Fünftägiger Kurs über Begutachtung, Düsseldorf.

5. Juli: Fünftägiger Kurs über Bevölkerungspolitik und Vererbungslehre, Düsseldorf.

12.—16. Juli: Lehrgang über Gewerbekrankheiten, Düsseldorf.

* 3.—6. August: Internationaler Physiologenkongreß, Stockholm.

* 30. September bis 2. Oktober: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Wien.

* September 1927, 2. Hälfte: 5. Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.

STOVARSOL
(Acetyl-oxy-amino-phenyl-arsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues
(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Spezificum gegen Amoebendysenterie

Weitere Indikationen: Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen
Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr in Tabletten à 0,25
Literatur auf Anfrage.
Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 36, Kaufmannshaus. Tel.-Adr.: „Stovarsol"-Hamburg.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 3 15. FEBRUAR 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Die Wichtigkeit sowie die Technik der spezifischen Diagnostik und der spezifischen Therapie der okkulten Tuberkulose im Kindesalter.

Von
Dr. med. KURT BRÜNECKE,
leitender Arzt der Hamburgischen Kinderheilstätte
in Sülzhayn.

Wenn wir von der okkulten Tuberkulose im Kindesalter sprechen, so verstehen wir hierunter in erster Linie die Bronchialdrüsentuberkulose des Kindes, weil sie das Hauptkontingent der kindlichen, okkulten Tuberkuloseerkrankungen stellt. Weiterhin fallen unter diesen Begriff die tuberkulösen Erkrankungen der Mesenterialdrüsen. In der Tat werden die Mesenterialdrüsen des Kindes wohl viel seltener als die Bronchialdrüsen von der Tuberkulose befallen. Immerhin dürfte die Zahl der tuberkulösen, okkulten Mesenterialdrüsenerkrankungen größer sein, als viele Aerzte anzunehmen geneigt sind. Diese irrtümliche Auffassung scheint mir in folgendem ihren Grund zu haben: noch immer ist es in weiten ärztlichen Kreisen gang und gäbe, die Vorstellungen, die wir von der Tuberkulose der Erwachsenen gewonnen haben, ohne weiteres auf die Tuberkulose im Kindesalter zu übertragen. Die Tuberkulose der Erwachsenen repräsentiert sich uns in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als die tertiäre (Ranke) Tuberkulose der Lungen. Nun ist es noch viel zu wenig Allgemeingut ärztlichen Wissens geworden, daß die echte, tertiäre Lungentuberkulose im Kindesalter glücklicherweise ein verhältnismäßig recht seltenes Vorkommnis ist und infolgedessen wendet sich das Interesse des untersuchenden Arztes bei einem tuberkuloseverdächtigem Kinde nur allzu häufig fast ausschließlich der Untersuchung des Thorax zu. Rechtfertigt hierbei der Untersuchungsbefund den anfänglichen Verdacht auf eine Lungentuberkulose nicht, so werden die Hilus und Bronchialdrüsen für die Krankheitserscheinungen oft ohne weiteres verantwortlich gemacht und die übrigen Regionen werden bei der diagnostischen Ueberlegung vernachlässigt.

Die Nomenklatur hat während der letzten Jahre gerade in der Tuberkuloseforschung ganz besonders reichliche Blüten getrieben; für die Klarheit der einzelnen Begriffe ist dieses ganz gewiß nicht von Vorteil gewesen.

„Aktiv, inaktiv, behandlungsbedürftig, nicht behandlungsbedürftig, latent, manifest, okkult“ — alle diese Bezeichnungen sowie ihre Kombinationen, also z. B.: „manifest — aktiv“, durchschwirren die Literatur. Das wäre an sich nun gar nicht so schlimm, ja im Charakter und Wesen der Tuberkulose liegt es sogar als notwendig bedingt, daß wir für den klinischen Gebrauch über zahlreiche Kennworte verfügen. Die Verwirrung kommt aber dadurch zustande, daß in der Tuberkuloseforschung die verschiedenen Autoren mit den genannten Kennworten bezw. mit deren Kombinationen keineswegs immer die gleichen Vorstellungen verbinden.

Deshalb müssen wir uns notwendigerweise zunächst mit der Frage beschäftigen, was wir unter einer „okkulten Tuberkulose“ denn überhaupt zu verstehen haben. Okkult bedeutet verborgen. Unter einer okkulten Tuberkulose verstehen wir demzufolge eine Tuberkulose, die sich bei den üblichen klinischen Untersuchungsmethoden dem direkten Nachweise, der Wahrnehmung durch unsere Sinne entzieht. Eine Lungentuberkulose, auch wenn sie inaktiv = latent = nicht behandlungsbedürftig ist, werden wir, sofern sie räumlich nur einigermaßen ausgedehnt ist, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch die Perkussion und die Auskultation oder mit Hilfe der Röntgenographie unserer Sinneswahrnehmung zugänglich machen können. Entsprechend liegen die Verhältnisse bei der Tuberkulose der Knochen und Gelenke sowie bei den tuberkulösen Lymphomen der Halsgegend. All diese genannten Tuberkuloseformen sind „manifeste“ gleich „offenbare“ Tuberkulosen. Manifest, weil sie für unsere Sinne mehr oder weniger sich offenbar machen lassen. „Manifest“ kann also ebensogut eine aktive = behandlungsbedürftige wie eine inaktive = latente = nicht behandlungsbedürftige Tuberkulose sein. Im Gegensatz hierzu stehen also, wie oben auseinandergesetzt, die okkulten Tuberkulosen.

Ebenso wie die manifesten Tuberkulosen gliedern auch die okkulten sich in zwei Gruppen: die aktiven okkulten sowie die inaktiven okkulten Tuberkulosen.

Für die weiteren Ausführungen wollen wir im übrigen von vornherein an folgendem festhalten: aktiv und behandlungsbedürftig sind ebenso gleiche Begriffe wie inaktiv, ruhend, latent und nicht behandlungsbedürftig.

Es erhebt sich jetzt die Frage, ob die Bronchialdrüsen und die Mesenterialdrüsentuberkulosen denn auch wirklich okkulte Tuberkulosen in dem vorhin dargelegtem Sinne sind. Nur unter dieser Voraussetzung kann ja für ihre Feststellung eine besondere Untersuchungsmethode, eben die spezifische Tuberkulindiagnostik, ihre Berechtigung haben.

Gibt uns eine genaue *klinische Untersuchung* der Brust und Bauchorgane darüber Aufschluß, ob die Bronchial- bezw. die Mesenterialdrüsen eines Kindes von Tuberkulose befallen sind, ob sie darüber hinaus an einer aktiven Tuberkulose erkrankt sind? Für die allermeisten Fälle wird man diese Frage verneinen müssen. Hören wir ein Kind während der

Untersuchung husten, oder wird uns von den Angehörigen über einen seit längerer Zeit bestehenden Husten berichtet, so ist dieses Symptom fast regelmäßig nur im Kleinkindesalter — also bei Kindern bis zum vierten Lebensjahr — für die Diagnose einer aktiven Bronchialtuberkulose verwertbar, ja, fast regelmäßig sogar nur bis zu diesem Lebensalter vorhanden. Solcher Husten, der klingend und krampfartig ist, der sich aber vom Keuchhusten durch das Fehlen der weithintönenden, „ziehenden" Inspiration sowie durch das Auswerfen von zähem und glasigem Schleim gegen Ende des Hustenanfalles unterscheidet, ist mechanisch bedingt. Er kommt zustande, wenn die tuberkulös erkrankten und auf diese Weise vergrößerten Drüsen durch Druck zu einer Kompression von großen Bronchien führen, oder wenn durch diesen Druck der nervus recurrens sowie das Hustenzentrum an der Bifurcatio tracheae gereizt werden. Um diese mechanischen Vorbedingungen zu erfüllen, müssen aber die erkrankten Drüsen nicht nur absolut eine beträchtliche Größe erreichen, sondern ihre Größe muß außerdem in einem Mißverhältnis zu der frühjugendlichen Kleinheit der Organe stehen.

Nur bis zum Alter von rund 4 Jahren pflegen jedoch die tuberkulösen Drüsentumoren im Brustraume von wirklich erheblicher Größe zu sein; von diesem Lebensalter an setzt meistens ihre Rückbildung im Sinne einer Verkleinerung ein.

Die soeben besprochenen Verhältnisse bedingen, daß auch die Perkussion des Thorax uns über eine Drüsentuberkulose in demselben nur wenig wird sagen können. Um vergrößerte Lymphdrüsen durch die Perkussion nachweisen zu können, sind Größenverhältnisse der Drüsen erforderlich, die nach dem vierten Lebensjahre gleichfalls nur selten gegeben sind. Immerhin darf die Perkussion bei keiner derartigen klinischen Untersuchung nun etwa vernachlässigt werden. Der anatomischen Lage der Drüsen zufolge müssen wir hierbei unsere Aufmerksamkeit besonders folgenden Stellen zuwenden:

1. der Regio parasternalis sinistra (zwischen clavicula und oberer Herzgrenze),
2. der Gegend über dem oberen Teile des sternum selbst,
3. der Gegend rechts neben dem Sternum, doch hier etwas tiefer als auf der linken Seite.

Der Wirbelsäulenperkussion, die dem Nachweise vergrößerter retrotrachealer Drüsen sowie der vergrößerten Bifurkationsdrüsen dienen soll, vermag ich persönlich keinen erheblichen Wert beizumessen, wenn ich auch nicht ganz abstreiten will, daß sie bei immer wiederholter, sorgfältigster Uebung ab und zu geeignet sein mag, eine Diagnose zu fördern. Ebenso halte ich Dämpfungen in den Interscapularräumen, falls sie nicht wirklich ausgeprägt sind, für ein heikles Ding. Leichte Skoliose, geringe Haltungsanomalien, kleine Verkrümmungen der Rippen oder ungleichmäßig entwickelte Muskulatur führen uns hier öfter, als man denkt, in die Irre. Auch die Auskultation fördert unsere Diagnose kaum. Wenn wir von dem oben besprochenen Reizhusten der Kleinkinder absehen, so gehören Bronchitiden mit Rasselgeräuschen nicht zum Krankheitsbilde einer kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose. Bei dieser Feststellung ist allerdings einer warnenden Einschränkung zu gedenken: selbstverständlich kann ein Kind, bei dem wir auf eine tuberkulöse Bronchialdrüsenerkrankung fahnden, gelegentlich auch an einer in der Hilusgegend lokalisierten tuberkulösen Lungenerkrankung leiden, die ihrerseits zu Rasselgeräuschen führt.

Eine förmliche Speziallliteratur ist nun seit einigen Jahren über das d'Espinesche Zeichen entstanden. Rufen wir uns darum seine Technik und sein angebliches Wesen, wie ich es auch an anderer Stelle beschrieben habe, kurz ins Gedächtnis zurück:

> „Läßt man ein Kind eine zweckmäßige Zahl flüstern (deutsch: neunundneunzig; französisch: trente et un) und auskultiert man gleichzeitig die stark nach vorn gebeugte Wirbelsäule, so hört man bei verschlossenem anderen Ohr die geflüsterte Zahl mit trachealem Beiklang durch das Stethoskop bei gesunden Kindern mit normalen Drüsen in den ersten Lebensjahren bis zum siebenten Halswirbel, im 8. bis 11. Jahr hört man dies noch über dem ersten Brustwirbel, im 12. Jahre hört man es bis zum zweiten Brustwirbel und bei Kindern über 12 Jahren vernimmt man das Zeichen bis zum dritten Brustwirbel. Bei kranken Kindern mit vergrößerten Drüsen rücken diese Grenzen deutlich nach abwärts, gegebenenfalls bis zum siebenten Brustwirbel und zwar deswegen, weil die vor der Trachea gelegenen Drüsen die Luftröhre gegen die Wirbelsäule drücken, wodurch die Schalleitung durch die Wirbelsäule erleichtert wird."

Nur klein ist die Zahl der Autoren, die auch heute noch von dem Werte dieses d'Espineschen Zeichens überzeugt sind. Ich selbst glaube mich nach vielen, ernsten Bemühungen von seiner Wertlosigkeit überzeugt zu haben und prüfe es deshalb nicht mehr. Auf dem Tuberkulose-Kongreß in Koburg habe ich dieser Anschauung besonderen Ausdruck verliehen und fand mit ihr in den weitesten Kreisen völlige Zustimmung.

Ist es uns nun aber tatsächlich gelungen, durch die bisher besprochenen Untersuchungsmethoden eine Vergrößerung der Bronchialdrüsen festzustellen, so sind wir deshalb keineswegs etwa ohne weiteres berechtigt, als deren Aetiologie eine Tuberkulose anzunehmen. Vielmehr müssen wir, zumal die so nachgewiesene Vergrößerung vermutlich eine beträchtliche sein wird, unbedingt in differentialdiagnostischer Hinsicht an einen Thymus persistens, an leukaemische Tumoren oder an maligne Tumoren, die vom Mediastinum ausgehen, denken.

Wenden wir uns nunmehr der Röntgenuntersuchung zu, so steht deren Wichtigkeit für das vorliegende Gebiet außer jedem Zweifel. Man muß sich aber bei der okkulten Bronchialdrüsentuberkulose sehr davor hüten, ihren Wert zu überschätzen. Erstens sei man sich darüber klar, daß die einfache Durchleuchtung nur in vereinzelten Fällen genügen wird. Eine gute Aufnahme ist erforderlich und nach Möglichkeit auch eine solche im Querdurchmesser, damit man auf diese Weise die gegebenenfalls bei der dorso-ventralen Aufnahme vom Mittelschatten verdeckten Drüsen zu Gesicht bekommt. Zweitens wird man einwandfreie, halbkugelig dem Mittelschatten aufsitzende, große Schatten nicht allzu oft sehen; am meisten noch, wie das aus den obigen Schilderungen fast ohne weiteres hervorgeht, bei Kleinkindern. Bei den weniger großen Schattenbildungen wird sich nun zwar in vielen Fällen recht sicher sagen lassen, daß den dichten, kreisförmigen Schatten verkalkte oder verkäste tuberkulöse Drüsen zugrunde liegen, doch sieht man bei weitem nicht regelmäßig derartige kreisförmige Schattenflecke. Mindestens ebenso oft muß es außerdem durchaus fraglich bleiben, ob überhaupt eine Vergrößerung des Hilusschattens vorliegt. Nach meinen Erfahrungen ist man mit der Diagnose einer Hilusschattenvergrößerung oder -verbreiterung viel zu oft bei der Hand. Schließlich wird auch bei weitem nicht genügend oft daran gedacht, daß Masern, Keuchhusten und Grippe zu chronischen Drüsenschwellungen im Brustraume führen können, die im Röntgenbilde den tuberkulösen Drüsenschwellungen vollkommen zu gleichen vermögen. Man muß es also vermeiden, in unvorsichtiger Weise aus der descriptiv-quantitativen Röntgendiagnose eine Qualitätsdiagnose machen zu wollen.

Wir kommen zur rein klinischen Untersuchung der Bauchorgane. Hier handelt es sich vor allem um die Inspektion und um die Palpation.

Bei jüngeren Kindern stellt eine leichte, allgemeine Auftreibung des Bauches ein zu häufiges Vorkommnis dar, um aus diesem Symptom weitgehende Schlüsse ziehen zu dürfen. Andererseits begegnen wir bei Laparotomien oft einwandfrei aktiven tuberkulösen Mesenterialdrüsenprozessen, deren Träger jegliche Auftreibung der Bauchgegend vermissen ließen. Große, tastbare Drüsenpakete kommen selbstverständlich vor, doch pflegen sie derart mit anderen einwandfreien Symptomen verknüpft zu sein, daß man in solchen Fällen eigentlich schon nicht mehr eine okkulte sondern eine manifeste Tuberkulose vor sich hat.

Wer aber viele Kinder an sich als Arzt hat vorüberziehen sehen, der wird wissen, wie sich gerade im Laufe der letzten Jahre die Zahl der Fälle gemehrt hat, bei denen es den anerkanntesten Klinikern nicht gelang, die Frage zu lösen, ob es sich um eine Appendicitis chronica bezw. subchronica oder um eine okkulte Drüsentuberkulose in der Gegend der Ileocökalklappe handelte. Die Lokalsymptome beider Erkrankungen können einander äußerst ähnlich sein, Fieber kann hier wie dort fehlen.

Die klinische Untersuchung und der Röntgenbefund führen uns also zu der Erkenntnis, daß die Bronchialdrüsen- und die Mesenterialdrüsen-Tuberkulose der Kinder tatsächlich bei einer sehr großen Zahl von Fällen eine okkulte Tuberkulose ist; oft werden wir zwar auf Grund dieser Untersuchungsmethoden den mehr oder weniger dringenden Verdacht aussprechen können, daß die vermutete Tuberkulose vorliegt, mindestens ebenso oft werden wir aber ein diagnostisches non liquet aussprechen müssen.

Bevor wir jedoch zu der Ueberzeugung gelangen, daß diese okkulten Kindertuberkulosen für ihre diagnostische Erforschung der spezifischen Tuberkulindiagnostik wirklich bedürfen, müssen wir jede Umschau erschöpfen, um zu sehen, ob wir nicht noch auf anderem Wege diese okkulten Tuberkulosen für unsere Sinne manifest machen können.

So gelangen wir zu den allgemeinen Symptomen, die uns derartig verdächtige Kinder entweder unter der klinischen Beobachtung oder nach den Berichten ihrer Angehörigen bieten.

Ich beginne hier mit den Nachtschweißen: Die Nachtschweiße ihrer Kinder ängstigen die Eltern erfahrungsgemäß sehr häufig. Die Eltern wissen ja oft, daß erwachsene Lungenkranke an Nachtschweißen leiden und glauben in ihrer Angst, auch die Nachtschweiße der Kinder seien ein Anzeichen der Tuberkulose. Leider ist dieser irrtümliche Glaube auch in Aerztekreisen noch immer weit verbreitet. Gewiß, ein tuberkulosekrankes Kind kann an Nachtschweißen leiden, aber es geht deswegen trotzdem bestwillig nicht an, auf die Tatsache, daß ein vielleicht elendes Kind an Nachtschweißen leidet, die Diagnose einer Tuberkuloseerkrankung bei diesem Kinde aufzubauen. Wir müssen vielmehr daran festhalten, daß nächtliches Schwitzen bei Kindern physiologischerweise vorkommt und deswegen also mit einer Tuberkulose in keinerlei Zusammenhang zu stehen braucht.

Gar zu häufig wird bei Kindern eine Diagnose auf Tuberkulose auch lediglich auf das allgemein-klinische Bild gegründet, das über kürzere oder längere Zeit hin beobachtet wird. Hier sind es das blasse Aussehen, der Rückgang des Körpergewichtes, der Appetitmangel sowie die Unlust zu Spiel und Arbeit, die den Eltern Sorge bereiten und die bei dem Arzt den Verdacht auf eine in ihrer Lokalisation nicht feststellbare (okkulte) Tuberkuloseerkrankung erwecken, ja den Verdacht zur Gewißheit verdichten, wenn sich etwa einige vergrößerte Halsdrüsen palpieren lassen.

Es ist ohne weiteres zuzugeben: solchen Kindern müssen wir unsere ganz besondere Aufmerksamkeit zuwenden, denn natürlich können die genannten Symptome sehr wohl in einer okkulten Tuberkulose ihren Grund haben. Wer aber sorgfältige Tuberkulindiagnostik zu treiben gewohnt ist, der wird sich bald davor hüten, derartige Zustandsbilder als einigermaßen beweisend für das Bestehen einer okkulten Tuberkuloseerkrankung zu betrachten. Diese Zustandsbilder brauchen, wie die Erfahrung lehrt, in dieser Hinsicht gar nichts zu beweisen.

Ein ganz anderes Aussehen bekommt hingegen das Bild, wenn bei verdächtigen Kindern beispielsweise Hornhautinfiltrate, Phlyktänen oder ein Skrophuloderma bestehen, aber das sind doch schon wieder keine reinen Fälle einer „okkulten" Tuberkulose. Fast noch schwerwiegender ist aber die Tatsache, daß auf der anderen Seite ein blühendes Aussehen von Kindern, die sich bei nicht ganz sorgfältiger Beobachtung auch als frisch und gesund zu offenbaren scheinen, keine Bürgschaft dafür leistet, daß sie nicht doch an einer okkulten, behandlungsbedürftigen Tuberkulose leiden.

Nach beiden Richtungen verfüge ich in dieser Beziehung — wie wohl die meisten Kliniker — über eine Beobachtung von sehr vielen Fällen, bei denen die spezifische Diagnostik zu den überraschendsten Ergebnissen führte.

Von sehr großer Bedeutung ist eine genaue und über längere Zeit hin ausgedehnte Kontrolle der Körpertemperatur.

Hierbei ist zu bedenken: Eine aktive Lungentuberkulose, die anatomisch wie biologisch verhältnismäßig gutartigen Charakters ist, kann bekanntlich lange Zeit hindurch fieberlos verlaufen. Ebenso steht es bei der okkulten Drüsentuberkulose der Kinder. Wenn wir also bei einem elenden oder sonstwie suspekten Kinde den Verdacht hegen, daß es an einer okkulten Tuberkuloseerkrankung leidet, so dürfen wir keinesfalls etwa diesen Verdacht deswegen fallen lassen, weil seine Körpertemperatur sich bei mehrmaligen Messungen am Tag über längere Zeit hin als normal erweist. Fast ebensowenig würde es jedoch angängig sein, bei klinisch allgemeinhin verdächtigen Kindern darum eine okkulte Tuberkuloseerkrankung anzunehmen, weil sie mehr oder weniger erhöhte Temperaturen haben. Hier können sehr viele andere Ursachen ihre Hand im Spiele haben; genannt seien an dieser Stelle nur die Mandelpfröpfe, die chronischen Entzündungen des Nasen-Rachenraumes, die chronische Pyelitis, sowie krankhafte Veränderungen am Endokard und schließlich die habituelle Hyperthermie der Kinder.

Und wie steht es mit den in der letzten Zeit so eifrig studierten serologischen Reaktionen, mit der Senkungsbeschleunigung der roten Blutkörperchen und mit der qualitativen Auszählung des weißen Blutbildes?

Diese Reaktionen sind technisch ja verhältnismäßig einfach und erfordern keine besonders großen laboratoriellen Einrichtungen. Immerhin beanspruchen sie aber doch mehr Zeit und Mühewaltung als daß der Praktiker, der einen großen Wirkungskreis allein zu versehen hat, sie regelmäßig zur Anwendung bringen könnte.

Und leisten diese Methoden wirklich Genügendes, um sich auf sie bei der Diagnostik der okkulten Tuberkulose im Kindesalter verlassen zu können?

Ich kann mich nicht dazu entschließen, diese Frage uneingeschränkt zu bejahen. Gehen wir zunächst kurz auf die Blutsenkungsreaktion und auf die einfachen serologischen Labilitätsreaktionen ein; von den letzteren ist zurzeit am beliebtesten die Globulinausflockung mit 0,5‰ Aluminiumsulfatlösung bei Zimmertemperatur nach Matèfy; eine im Prinzip gleichartige Reaktion ist ferner von Mündel angegeben. — Die roten Blutkörperchen im Senkungsröhrchen sinken dann rascher als normal nach unten, im Serum kommt es dann zu Eiweißausflockungen durch ein Metallsalz, wenn die Globulinkomponente gegenüber dem Albumin vermehrt ist. Da dieses bei sehr vielen pathologischen Zuständen, ja auch bei physiologischen Geschehnissen (Gravidität und Menstruation) vorkommt, so können bekanntlich alle diese Reaktionen nicht für eine bestimmte Erkrankung spezifisch sein. Ihr positiver Ausfall wird immerhin dann einen diagnostischen Verdacht wesentlich verstärken, wenn sich andere Erkrankungen ausschließen lassen. Abgesehen hiervon mehren sich die Beobachtungen, die schon bei sicherer, tertiärer Lungentuberkulose immer und immer wieder einen negativen Ausfall dieser Reaktionen aufweisen.

Im Laboratorium unserer Heilstätte werden zwar regelmäßig beide Reaktionen angestellt. Ich persönlich kann mich aber bei sachlich-ruhiger Kritik von ihrem Wert für die Diagnostik der okkulten Kindertuberkulose noch durchaus nicht überzeugen; vor allen Dingen ist mir die Zahl der negativ ausfallenden Reaktionen und derjenigen, die Grenzwerte zeigen, — also keine, oder doch keine einwandfrei als pathologisch zu deutende Beschleunigung der Senkung, keine sichtbare Ausflockung im Serum — doch zu erheblich. Jedenfalls würde ich es nie verantworten mögen, auf Grund einer negativen Senkungs- und Matèfy-Probe eine okkulte, kindliche Tuberkuloseerkrankung auszuschließen. Die Serum-Diagnostik nach Fornet hat ganz kläglich versagt; sie war ein Versuch, der kaum wert ist, der Geschichte anzugehören.

In der Diagnostik und Prognostik der Lungentuberkulose ist mit der, nach Bedarf wiederholten qualitativen Auszählung des weißen Blutbildes bei einiger Uebung eine ganze Menge anzufangen. Leider wäre es ein Irrtum, wenn man für die okkulte Tuberkulose im Kindesalter die gleichen Anschauungen und Erfahrungen zugrunde legen wollte. Vor allem steht dem im Wege, daß die Kinder überhaupt heutzutage im allgemeinen auffallend hohe Lymphocytenwerte aufzuweisen scheinen. Auch hohe Werte für die Eosinophilen werden häufig gefunden, ohne daß sich immer gleich sagen ließe, woher das kommt und womit dies zusammenhängt. Es wäre eine sehr dankbare Aufgabe, wenn in großen Reihenuntersuchungen an gesunden Kindern unter den verschiedensten Außenbedingungen für alle in Frage kommenden Lebensjahre erneut ein genaues Studium des weißen Blutbildes erfolgte.

Ich glaube, im Vorangehenden überzeugend gezeigt zu haben, daß die Diagnose der okkulten Tuberkulose im Kindesalter ein ungemein schwieriges Problem bedeutet, das sich zwar zuweilen mit Hilfe der bisher angedeuteten Methoden lösen läßt, das aber für die große Mehrzahl der Fälle eine besondere Untersuchungsmethode notwendig macht. Und diese Untersuchungsmethode ist die spezifische Tuberkulindiagnostik!

Erst wenn weiteste ärztliche Kreise von dieser Notwendigkeit durchdrungen sein werden, vor allem aber erst dann, wenn dieser Erkenntnis auch die Tat folgen wird, werden wir in der Erkennung und in der Behandlung der okkulten Kindertuberkulose die bisher noch immer fehlenden Fortschritte machen!

Wenn ich nun im folgenden eine Darstellung der spezifischen Tuberkulindiagnostik für unsere Fragestellung gebe, so kann ich dabei selbstverständlich unmöglich auch nur annähernd auf alle Arbeiten und Ansichten eingehen, die sich mit diesem Gebiete beschäftigen. Ich muß mich vielmehr darauf beschränken, feststehende Tatsachen zu berichten, die von führenden Autoren anerkannt werden, vor allem halte ich es aber für mein Recht und für meine Pflicht, das zu schildern, was sich mir persönlich im Laufe der Jahre bei reichlicher Beschäftigung mit diesem Thema an zweckmäßigen Richtlinien ergeben hat.

Rufen wir uns ins Gedächtnis zurück, daß wir die okkulten inaktiven = nicht behandlungsbedürftigen = ruhenden und die okkulten aktiven = behandlungsbedürftigen Tuberkulosen zu unterscheiden haben.

Ein Kind kann elend, dürftig und tuberkuloseinfiziert sein, aber seine Tuberkulose als solche braucht sich deswegen nicht in einer behandlungsbedürftigen Phase zu befinden. Daß wir trotzdem deswegen bemüht sein müssen, ein solches Kind in einen möglichst glänzenden Allgemeinzustand zu versetzen, um ein aktiv werden seiner Tuberkulose zu verhindern, ist eine andere Sache. Ein Kind kann sich in blühendem Allgemeinzustand befinden und trotzdem an einer aktiven Tuberkulose leiden. Daß wir, ungeachtet den blühenden Allgemeinzustand, die aktive Tuberkulose solcher Kinder sorgfältig behandeln müssen, um eventuelle spätere Meningitis, Knochen- und Gelenktuberkulose oder die tertiäre Tuberkulose der Lungen zu verhindern, ist eine Selbstverständlichkeit.

Mit Hilfe der Tuberkulindiagnostik können und müssen wir zunächst die Frage beantworten: ist ein uns vorgestelltes, verdächtiges Kind überhaupt wirklich mit Tuberkulose infiziert.

Diese Frage läßt sich mit unbedingter Sicherheit bejahen oder verneinen, wenn wir unter Zuhilfenahme der intrakutanen Alttuberkulin-Hautquaddel-Diagnostik an sie herantreten. Technik: von dem käuflichen, unverdünnten Alttuberkulin (Meister, Lucius und Brüning) stellt man sich eine Lösung von 1 : 1000 her. Als Verdünnungsflüssigkeit wird 0,5% Karbolsäurelösung benutzt. Hat man nur selten Gelegenheit, die Quaddelprobe auszuführen, so geschieht das Verdünnen einfach in der Spritze, sonst in einem braunen Fläschchen mit Glasstöpsel. Nun injiziert man — natürlich unter aseptischen Kautelen — in eine straff gespannte Hautfalte des Oberarmes oder Oberschenkels, indem eine kaum mittelstarke Kanüle tangential und so flach etwa 4 bis 5 mm weit eingestochen wird, daß man das eingeführte Kanülenende von außen durch die Haut sieht, von der genannten Lösung 1 : 1000 soviel, bis eine weiße Quaddel von 6—7 mm im Durchmesser entsteht. Bei einiger Uebung braucht man hierfür nicht mehr als

0,1 ccm. „Abgelesen“ wird diese „Intrakutanquaddel“ nach 24 und nach 48 Stunden. Der unverkennbar positive Ausfall, der also eine stattgehabte Tuberkuloseinfektion zweifellos beweist, besteht in einer roten, erhabenen Quaddel, die zuweilen Kokardenbildung zeigt oder von einem großen, roten Hof umgeben ist. Der Durchmesser der Quaddel schwankt zwischen 7 und 30 bis 40 mm. Nicht alle tuberkuloseinfizierten Kinder reagieren aber auf die Lösung von 1 : 1000 positiv; nach meinen persönlichen Erfahrungen würde die ledigliche Anwendung der Lösung 1 : 1000 zu einem Fehlergebnis in 13,4% aller Fälle führen. Reagiert also ein verdächtiges Kind auf die Hautquaddel von 1 : 1000 Alttuberkulin negativ, so muß eine zweite Quaddel und zwar diesmal mit der Lösung 1 : 100 angelegt werden. Fällt jetzt der Versuch positiv aus, so ist eben nunmehr der Beweis der Tuberkuloseinfektion erbracht, fällt er abermals negativ aus, so muß schließlich noch eine dritte Quaddel — Technik und Ablesen stets wie bei der Lösung 1 : 1000 — gesetzt werden, denn auch die Lösung 1 : 100 führt noch in 6,9% der Fälle zu Fehlresultaten.

Positiver Ausfall der Quaddelprobe mit der Lösung 1 : 10 beweist wiederum das Bestehen einer Tuberkuloseinfektion. Der negative Ausfall einer Quaddelprobe mit einer Alttuberkulin (A. T.) -Lösung von 1 : 10 beweist mit Sicherheit, daß überhaupt keine Tuberkuloseinfektion vorliegt.

Der Vollständigkeit halber sei daran erinnert, daß während und kurz nach der Masernkrankheit die Hautempfindlichkeit gegen Tuberkulin erloschen zu sein pflegt. Wenn es irgendwie möglich ist, so empfehle ich zur Lösung der Frage, ob ein Kind tuberkuloseinfiziert ist oder nicht, die soeben beschriebene, intrakutane A. T. Diagnostik. Bei richtigem Vorgehen verbindet sie die Vorteile der völligen Zuverlässigkeit und der gänzlichen Ungefährlichkeit. Aeußere Gründe werden uns allerdings in der Praxis leider dazu nötigen, für manche Fälle auf sie zu verzichten. Zu diesen Gründen gehört auch die ja hinlänglich bekannte Abneigung der Eltern gegen „das Spritzen“. Mit den Kindern selbst pflegt man keine Schwierigkeiten zu haben; die Kleinen überzeugen sich leicht, daß „es fast gar nicht weh tut“. Hin und wieder setze ich wohl auch zur Ueberwindung etwaiger Angst im Beisein einer größeren Reihe von Kindern mit leerer Karbollösung auf meinen eigenen Arm eine ordentliche Quaddel. Jedenfalls haben mir viele Kinder gesagt, „ein Pirquet“ sei viel unangenehmer als eine Intrakutaninjektion.

Da ich die Technik des Original-Pirquet als bekannt voraussetzen darf, so kann ich mich auf die Bemerkung beschränken, daß dieses Verfahren nach meiner Berechnung in 28,3% der Fälle versagt. Die Ergebnisse bessern sich allerdings, wenn man bei negativem Ausfall des Pirquet ihn nach 8 Tagen wiederholt, aber auch dann steht er an Zuverlässigkeit selbst einer Intrakutanquaddel mit der Lösung 1 : 1000 noch immer nach.

Aehnlich behelfsmäßig sind die Resultate, die wir mit Einreibungen der verschiedenen „Tuberkulin“-Salben zu erzielen vermögen. Aber, wie gesagt, zuweilen werden wir uns mit einem solchen Verfahren begnügen müssen. Man mache es sich aber wenigstens zur Regel, die Einreibung stets nach 8 Tagen zu wiederholen, wenn sie das erste Mal zu keinem Resultat führte. Die Technik ist einfach: auf einem mit Aether gründlich abgeriebenen, kleinhandtellergroßen Bezirk der Brust oder des Bauches wird mit der Fingerkuppe eine reichlich über linsengroße Menge der betreffenden Salbe tüchtig eingerieben, wozu man ungefähr eine Minute verwendet. Der positive Ausfall zeigt sich im Auftreten kleiner, roter, zuweilen stark entzündlicher Knötchen im Verlaufe von 24 bis 48 Stunden. Gar nicht selten kommt es zu räumlich ganz gewaltig ausgedehnten Reaktionen, die hoch entzündlich aussehen. Ich möchte nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß auf den Laien solche Reaktionen oft viel erschreckender wirken können, als eine selbst große Intrakutanquaddel; derartige Reaktionen halten häufig recht lange an und verursachen mitunter einen starken Juckreiz. Mir persönlich stehen größere Erfahrungen zur Verfügung mit:

1. Deyckes M. Tb. R. Salbe (Versager in 48,9% der Fälle).
2. Moros diagnostischer Salbe (Versager in 34,8% der Fälle).
3. Moros Ektebin (Versager in 28,3% der Fälle).

Schließlich müssen wir noch der diagnostischen Ponndorf-Impfung gedenken. Ich möchte sie bezüglich der Zuverlässigkeit mit dem Original-Pirquet auf eine Stufe stellen. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß bei dem kleinen, sogenannten diagnostischen Ponndorf zuweilen einfache Wundreaktionen fälschlicherweise für echte, positive Tuberkulinreaktionen gehalten werden.

So glaube ich, dargetan zu haben, daß alle die zuletzt beschriebenen Verfahren nur als Notbehelf in Betracht kommen dürfen, wenn wir aus irgend einem bestimmten Anlaß auf die erschöpfenden, sicheren Intrakutanproben verzichten müssen.

Haben wir nun festgestellt, daß ein verdächtiges Kind tatsächlich tuberkuloseinfiziert ist, d. h. einen okkulten Tuberkuloseherd in sich birgt, so heißt es weiter die Frage beantworten: bedarf dieser Herd einer auf ihn gerichteten Behandlung, ist er aktiv oder ist er ruhend. Auf diese Fragen erhalten wir durch die Hautdiagnostik keinerlei zuverlässige Antwort! Leider ist es unmöglich, an dieser Stelle auseinanderzusetzen, warum das so ist. Die Erörterung dieser Frage würde uns in die verwickelsten Seitenwege des gesamten Tuberkuloseproblemes führen und würde einen Raum beanspruchen, der hier nicht zur Verfügung stehen kann. So muß ich mich darauf beschränken, lediglich die anerkannte Tatsache festzustellen. Ich knüpfe hieran die weitere Feststellung, daß es uns aber mit Hilfe der subkutanen A. T. Diagnostik so sicher wie mit keiner anderen Methode gelingt, die Frage zu lösen, ob eine okkulte Tuberkulose im Kindesalter behandlungsbedürftig ist.

Wie wir im weiteren Verlaufe der Ausführungen sehen werden, stellt diese subkutane Methode ein Verfahren dar, das Diagnostik und Therapie in höchst zweckmäßiger Weise kombiniert.

Folgende Einstellung ist zum Verständnis notwendig: Bringt man mittels subkutaner Injektion ein „Tuberkulinpräparat“ in den Körperkreislauf eines Tuberkulosekranken, so setzt man hiermit einen „spezifischen Reiz“. Dieser spezifische Reiz führt in den Tuberkuloseherden des Patienten dann zu einer Herdreaktion, wenn die Menge des injizierten „Tuberkulines“ und die Aktivität des fraglichen Herdes in einem bestimmten Verhältnis zueinander stehen.

Auf die Erörterung der verschiedenen Theorien, warum die winzigen Tuberkulinmengen an den tuberkulösen Krankheitsherd heran gelangen und weswegen sie dort zu einer Reaktion führen, muß an dieser Stelle verzichtet werden.

Erreicht die Herdreaktion ein gewisses Minimum an Ausmaß, so dokumentiert sie sich, auch falls sie sich in sonst völlig unnachweisbaren Herden abspielt, durch Erhöhung der Körpertemperatur.

Den Reiz auf das Temperaturzentrum üben hierbei aller Wahrscheinlichkeit nach Abbauprodukte aus, die während der Herdreaktion infolge des Zerfalles von Zellen entstehen. Durch diesen Zellzerfall wird aber ein weiterer Reiz im Gewebe des tuberkulösen Herdes selbst gebildet; er regt das Granulationsgewebe zur Umbildung in Bindegewebe an.

Bindegewebsumbildung des tuberkulösen Herdes ist aber das Ziel unseres therapeutischen Handelns. Zweckmäßig ausgelöste Herdreaktionen, durch richtig dosierte Tuberkulininjektionen werden demzufolge die Heilung eines tuberkulösen Herdes fördern. Die Betonung hat hierbei auf den Worten „zweckmäßig ausgelöst" und „richtig dosiert" zu liegen.

Bevor ich weitergehe, sei nachdrücklichst betont, daß das, was ich hier zunächst im allgemeinen auseinandersetze und dann im speziellen auf die okkulte Tuberkulose im Kindesalter zuschneiden werde, unter keinen Umständen etwa schematisch auf die Lungentuberkulose des Erwachsenen übertragen werden darf. In erster Linie stehen dem die sehr weitgehenden Unterschiede des anatomischen Substrates der tertiären Lungentuberkulose und der okkulten Kindertuberkulose entgegen.

Abgesehen von den wenigen, vielleicht sichergestellten Fällen sogenannter biologischer Heilung verträgt kein tuberkuloseinfizierter Organismus beliebige Tuberkulinmengen anstandslos.

Wenn aber, wie wir oben sahen, Aktivität des tuberkulösen Herdes, Auslösung einer Herdreaktion in ihm und Menge des für diese Auslösung notwendigen Tuberkulins in einem gegenseitigen Verhältnis stehen, so ergibt sich folgendes von selbst:

1. Je aktiver der Herd, desto leichter entsteht in ihm eine Herdreaktion, desto kleiner ist die zu ihrer Auslösung notwendige Tuberkulinmenge.
2. Verträgt ein tuberkuloseinfizierter Organismus, ohne eine Herdreaktion zu bekommen, eine Tuberkulinmenge von bestimmter, durch Erfahrung festgestellter Größe, so ist die Tuberkulose des Patienten als klinisch geheilt, latent, nicht behandlungsbedürftig zu bezeichnen.
3. Durch spezifische Reizbehandlung wird es bei richtigem Vorgehen gelingen können, aktive Herde in inaktive umzuwandeln.

Nachdem ich nochmals die Erinnerung einflechte, daß hier nur von der spezifischen Subkutandiagnostik und Therapie der okkulten Kindertuberkulose die Rede ist, beschreibe ich die Technik und die Beurteilung der Befunde.

Als erste Vorbedingung muß endlich allseits und unter allen Umständen die Forderung erfüllt werden, daß keine fertigen Tuberkulinampullen verwendet werden dürfen. Tuberkulin in starken Verdünnungen hält sich nur recht kurze Zeit. Kauft man aus der Apotheke fertige Tuberkulinampullen, so läuft man immer die sehr ernste Gefahr, zunächst lediglich Scheininjektionen vorzunehmen, um dann plötzlich und zum Schaden des Kranken unvermittelt große Tuberkulinmengen zu spritzen. Also fort mit diesen Ampullen, die nur dazu geeignet sind, Unheil anzustiften. Dazu kommt, daß es doch wirklich sehr einfach ist, sich in der oben dargestellten Weise die nötigen Lösungen selbst herzustellen.

Einem tuberkuloseinfizierten Kinde, bei dem man den Verdacht der Behandlungsbedürftigkeit, der Aktivität seiner okkulten Krankheitsherde hegt, injiziere man, aber nur wenn eine Beobachtung von mindestens 3 Tagen zeigt, daß es sicher fieberfrei ist, am ersten Tage als Anfangsdosis 0,0001 A. T. = 1 Teilstrich von Lösung III.

Lösung I: 1 Teilstrich reines Tuberkulin und 9 Teilstriche 0,5% Karbolwasser; hiervon 1 Teilstrich = 0,01.

Lösung II: 1 Teilstrich von Lösung I und 9 Teilstriche 0,5% Karbolwasser; hiervon 1 Teilstrich = 0,001.

Lösung III: 1 Teilstrich von Lösung II und 9 Teilstriche 0,5% Karbolwasser; hiervon 1 Teilstrich = 0,0001 usw.

Die Injektion soll nicht später als morgens um 10 Uhr vorgenommen werden. Bleibt hiernach im Laufe der nächsten 48 Stunden jeder Temperaturanstieg, wobei alle zwei Stunden gemessen werden muß, aus, so injiziere man am fünften Tage von der Lösung III 5 Teilstriche = 0,0005 A. T. Beobachtung und Messung der Körpertemperatur wie nach der ersten Injektion. Ließ sich wiederum ein Anstieg der Körpertemperatur nicht nachweisen, so erfolgt am 10. Tage die Injektion von 1 Teilstrich der Lösung II = 0,001 A. T. Tritt auch nach dieser Reizdosis keine Zacke in der Temperaturkurve auf, so werden am 15. Tage 0,005 A. T. = 5 Teilstriche der Lösung II gespritzt. Läßt auch diese Gabe eine Temperaturreaktion vermissen, so wird am 20. Tage die Schlußdosis gegeben und zwar gibt man von der Lösung I = 1 Teilstrich = 0,01 A. T.

Vorausgesetzt daß auch diese Menge von A. T. (0,01) innerhalb der für eine Tuberkulingewöhnung sehr kurzen Zeit von 20 Tagen zu keiner Herdreaktion führt, die so intensiv ist, daß sie eine Temperaturreaktion im Gefolge hat, dürfen wir — auf Grund der sehr großen und kritisch gesichteten Erfahrungen — sagen: es handelt sich um eine okkulte Tuberkulose, die als solche gegenwärtig ruhig, latent, inaktiv, nicht behandlungsbedürftig ist (Engel). Ob der Allgemeinzustand des Kindes behandelt und gekräftigt werden muß, damit nicht etwa ein Zusammenbruch der allgemeinen Körperkräfte zu einem Zusammenbruch des Durchseuchungswiderstandes gegenüber der Tuberkulose führt, ist eine andere Frage, die gesonderter Beantwortung bedarf. Zur Technik der Fiebermessung und sonstigen Beobachtung sei bemerkt: am Injektionstage selbst messe man nach Möglichkeit nochmals am Abend gegen 9 Uhr, damit man ja keine Zacke übersieht; aus dem gleichen Grunde ist das sorgsame Messen am Tage nach der Injektion nötig. Nach meinen Beobachtungen treten die Fieberreaktionen bei den okkulten Drüsentuberkulosen der Kinder in 33% aller Fälle nicht am ersten sondern am zweiten Tage auf. Uebersieht man aber eine Herdreaktion, indem man das sie verratende Symptom, die Temperaturreaktion übersieht, so gerät man in die peinliche Gefahr, durch die nächste Injektion eine unerwünscht starke Herdreaktion mit zuweilen unübersehbaren Folgen, also einen „Tuberkulinschaden" auszulösen. Bedauerlicherweise muß es zugegeben werden: auch heutzutage ist die Zahl dieser „Tuberkulinschäden", deren Entstehen eine culpa medici zugrunde liegt, noch eine beträchtliche.

Sollte nun im Gegensatz zu dem soeben beschriebenen Ausbleiben jeglicher Herdreaktionen im Verlaufe der fünf Probeinjektionen eine Temperatursteigerung eintreten, so dürfen wir sagen, daß der okkulte Herd behandlungsbedürftig ist.

Früher stand ich persönlich auf dem Standpunkte, daß für mich erst dann die Aktivität erwiesen sei, wenn nicht nur auf eine einmalige Injektion von einer der 5 Probespritzen ein Temperaturanstieg erfolgte, sondern wenn ein solcher auch nach Wiederholung der gleichen Injektion abermals eintrat.

Auf Grund ausgedehnter, weiterer Erfahrung möchte ich heute diese soeben genannte und an anderer Stelle ausführlicher veröffentlichte Auffassung für die Praxis nicht mehr empfehlen. Vielmehr rate ich dazu, schon einen Fieberanstieg im Verlaufe der fünf Tuberkulin-Probeinjektionen als Zeichen der Aktivität des okkulten Tuberkuloseprozesses anzusehen; mit dieser Einstellung zu dem Problem wird man jedenfalls diagnostische Fehlschlüsse, durch die man seinen Patienten schaden könnte, vermeiden.

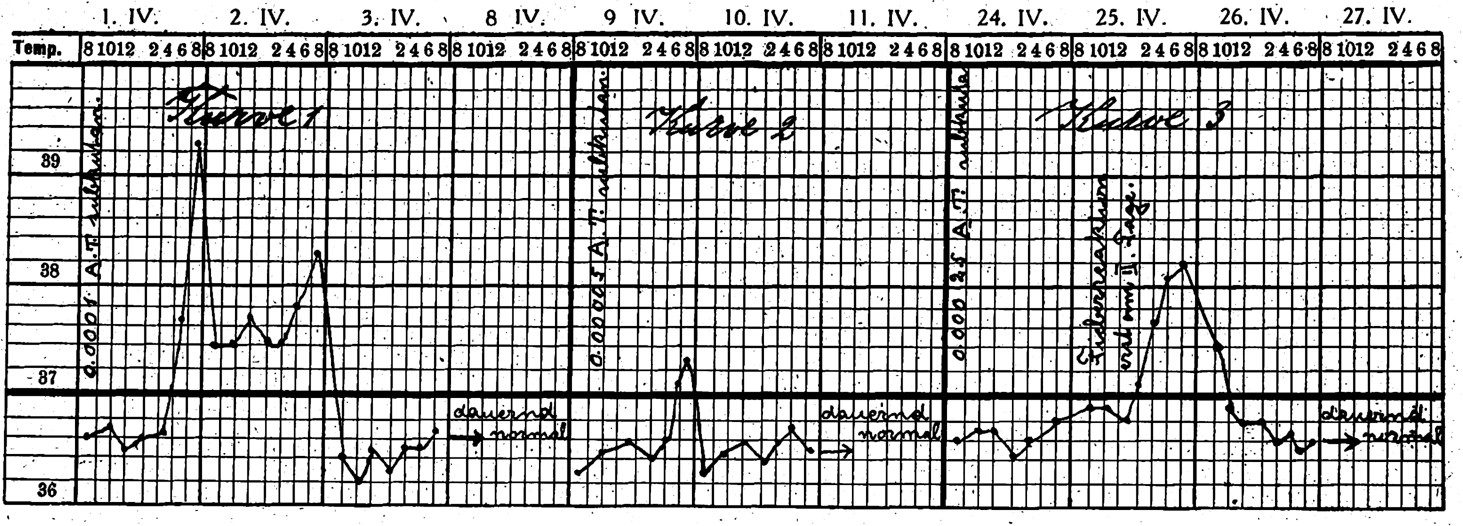
Theoretischer Ueberlegung zufolge werden wir uns folgendes sagen dürfen: je näher die Dosis, welche zu dem Fieberanstieg führt, in der Nachbarschaft von der Enddosis 0.01 liegt und je niedriger und kürzer anhaltend der Anstieg ist, um so geringfügiger wird die Aktivität sein, am geringsten wenn erst 0,01 selbst etwa zu einer gerade angedeuteten, subfebrilen Zacke führt. Auf der anderen Seite wird bei entsprechend erheblicher Aktivität schon die Injektion von 0,0001 eine sehr hohe Temperatur herbeizuführen vermögen, die dann erst nach mehreren Tagen zur Norm zurückkehrt.

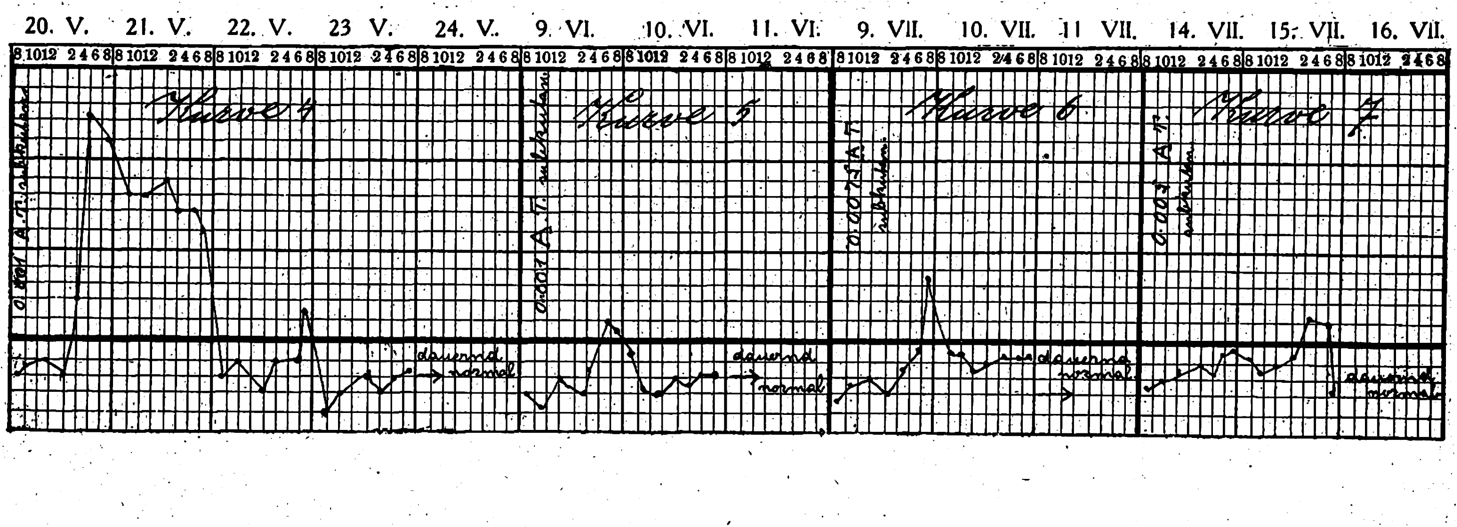
Ein wirklich tuberkulosekrankes Kind ist am besten in einer klinisch eingerichteten und ärztlich entsprechend geleiteten Heilstätte untergebracht. Wir wollen uns durchaus fernhalten von jenem Fanatismus, der lediglich mit Hilfe der spezifischen Reizbehandlung die Tuberkulose heilen zu können glaubt. Das Ideal wird nach meinem Dafürhalten stets eine Vereinigung von hygienisch-diätetischer, speziell auf solche Kinder zugeschnittener Heilstättenbehandlung mit der spezifischen Reizbehandlung bleiben. Läßt sich aber eine Heilstättenkur nicht ermöglichen, so wird man gerade in den Kreisen der Unbemittelten mit sachgemäß durchgeführten, ambulanten spezifischen Kuren unendlich viel Segen stiften können.

Trat nach irgend einer Injektion Fieber ein, so muß man die nächste Dosis so wählen, daß vermutlich nicht abermals Fieber eintreten wird, das heißt, man muß mit der Dosis zurückgehen. Sichere und zuverlässige Tuberkulintherapie kann man nicht allein aus Büchern lernen, die vielfältige Unterweisung am Krankenbett muß sich dem Studium der Literatur zugesellen. Immerhin will ich den Gang des Verfahrens für einen Fall möglichst genau zu schildern versuchen, wobei wohl ein solcher Typ am nützlichsten sein wird, der bei Eintritt in die Behandlung sich als hochaktiv = äußerst behandlungsbedürftig erweist und bei dem dieser Beweis fernerhin auch dadurch erhärtet wird, daß es sehr langer Zeit bedarf, um bei dem Kranken eine anstandslose Toleranz gegenüber der Injektion von 0,01 A. T. zu erreichen.

Diese soeben genannte Toleranz ist von mir mit der Bezeichnung „relativ positive Anergie“ belegt worden.

Weiterhin werde ich bei dieser Schilderung ein recht vorsichtiges, tastendes Arbeiten beschreiben, denn sie soll einen Modus darstellen, den ein in der Allgemeinpraxis stehender Arzt unbedingt wagen darf.





Kind E. M., 11 Jahre, Vermutungsdiagnose: okkulte, behandlungsbedürftige Bronchialdrüsentuberkulose. Die seit 7 Tagen genau verfolgte Temperaturkurve verlief stets normal.

1.4.: 9 Uhr morgens 0,0001 A. T. subkutan, darauf Temperaturverlauf wie auf nebenstehender Kurve 1, außerdem am 1. abends Kopfschmerz und einmal Erbrechen. Einstichstelle stark gerötet und infiltriert.

9.4.: 9 Uhr morgens 0,00005 A. T. subkutan; den Temperaturverlauf zeigt Kurve 2, leichte Rötung der Einstichstelle, keine Allgemeinerscheinungen.

13.4.: 9 Uhr morgens 0,00005 A. T. subkutan; keinerlei nachweisbare Reaktion.

17.4.: 9 Uhr morgens 0,000075 A. T. subkutan; keinerlei nachweisbare Reaktion.

21.4.: 9 Uhr morgens 0,0001 A. T. subkutan; keinerlei nachweisbare Reaktion.

24.4.: 9 Uhr morgens 0,00025 A. T. subkutan; Temperaturverlauf siehe Kurve 3, mäßiger Kopfschmerz, leichte Infiltration der Stichstelle.

1.5.: 9 Uhr morgens 0,0001 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

5.5.: 9 Uhr morgens 0,00025 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

10.5.: 9 Uhr morgens 0,0005 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

15.5.: 9 Uhr morgens 0,00075 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

20.5.: 9 Uhr morgens 0,001 A. T.; Temperaturverlauf siehe Kurve 4, starke Infiltration der Stichstelle, Kopfschmerz und Uebelkeit, Schwindelgefühl.

30.5.: 9 Uhr morgens 0,0005 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

4.6.: 9 Uhr morgens 0,00075 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

9.6.: 9 Uhr morgens 0,001 A. T.; siehe Kurve 5.

14.6.: 9 Uhr morgens 0,001 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

19.6.: 9 Uhr morgens 0,0015 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

24.6.: 9 Uhr morgens 0,0025 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

29.6.: 9 Uhr morgens 0,005 A. T.; starke Infiltration der Stichstelle und Kopfschmerzen, Appetitmangel, keine Temperaturerhöhung.

4.7.: 9 Uhr morgens 0,005 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

9.7.: 9 Uhr morgens 0,0075 A. T.; keine Allgemeinerscheinungen, Rötung und Schwellung der Einstichstelle, Temperaturverlauf aus Kurve 6 ersichtlich.

14.7.: 9 Uhr morgens 0,005 A. T.; leichte Rötung der Einstichstelle, keine Allgemeinerscheinungen, siehe jedoch Temperaturkurve 7.

19.7.: 9 Uhr morgens 0,005 A. T.; keinerlei Reaktion.

29.7.: 9 Uhr morgens 0.01 A. T.; keinerlei nachweisbare Reaktion.

Der Allgemeinzustand des Kindes ist glänzend. Trotz der zum Teil erheblichen Temperaturzacken und deutlichen Allgemeinerscheinungen ist es in den 4 Monaten, während der es spezifisch behandelt wurde, 2 cm gewachsen, sein Gewicht hat sich um 4,7 kg erhöht, der Haemoglobingehalt seines Blutes um 5% vermehrt. Von weiteren spezifischen Reizungen kann nunmehr bei der okkulten Tuberkulose im Kindesalter abgesehen werden. Wir glauben uns zu der Annahme berechtigt, daß die Herde jetzt genügend weit auf dem Wege zur Heilung gefördert sind, um ohne die Unterstützung spezifischer, von außen zugeführter Reize von selbst weiterzukommen.

Aus einem flüchtigen Ueberlesen der Beschreibung dieses Falles wird sich kaum viel lernen lassen. Wer sich aber mit Zeit, Ruhe und Interesse in sie versenkt, der wird aus ihr alles Notwendige auch für jeden anderen Fall herauslesen können. Besonders achte man:

1. auf die Zwischenräume, die je nach dem Injektionserfolge zwischen die einzelnen Einspritzungen gelegt sind,
2. auf den Rückgang in den Dosierungen, der in Abhängigkeit steht zu der Höhe und Dauer der Fieberreaktion.

In einer Heilstätte läßt sich diese Methode so gut wie immer ohne Schwierigkeiten durchführen. Draußen in der Praxis wird man zuweilen nicht umhin können, von ihr Abstand nehmen zu müssen, erfordert sie doch zum mindesten Verständnis bei den Angehörigen für exakte Temperaturmessungen sowie die Möglichkeit, daß die Kinder am Injektionstage und am Tage darauf unter guter Beobachtung liegen, ja gegebenen Falles zu Bette liegen.

Schließlich wird man nur allzuoft durch die besorgten Eltern irritiert werden und man muß da wohl doch für diese Sorge Verständnis haben, denn mit ihren hohen Temperaturzacken und mit ihren Allgemeinerscheinungen machen die Kinder wirklich gar nicht selten einen recht „kranken Eindruck".

Ich halte es für die Pflicht des Arztes, zunächst den Versuch zu machen, die eben beschriebene subkutane A. T.-Therapie bei einer okkulten, behandlungsbedürftigen Tuberkulose im Kindesalter durchzuführen.

Sieht er, daß ihm dies aus irgendwelchen äußeren Gründen unmöglich ist und hat er andererseits durch Beobachtung einer Fieberreaktion — die Abneigung der Eltern gegen das Spritzen pflegt meist erst dann ernstlich sich bemerkbar zu machen, wenn die Spritzen deutliche Symptome zeitigen — im Verlaufe der probatorischen Injektionen festgestellt, daß es sich um eine behandlungsbedürftige okkulte Tuberkulose handelt, so muß er zu spezifischen Methoden greifen, die zu weniger deutlichen Herdreaktionen zu führen pflegen.

Ich gedenke hier der Einreibungen mit dem linim. tubercul. compos. Petruschky. Eine genaue Anleitung ist jeder Packung beigegeben. Bei den Fällen, um die es sich hier handelt, rate ich, mit der Stärke 1 : 150 zu beginnen, danach auf 1 : 25 überzugehen und mit 1 : 5 zu enden. Nach achtwöchentlicher Pause wird die Kur wiederholt. Für die ambulante Behandlung kann ich das Präparat warm empfehlen. Wichtig ist, darauf zu achten, daß die Apotheker die richtigen Dosen-Stärken abgeben und daß wirklich gründlich eingerieben wird.

Mit dem M. Tb. R. von Deycke und Much kann man ambulant sehr bequem eine spezifische Behandlung der okkulten Kindertuberkulose durchführen, doch ist es mir zweifelhaft, ob anbetrachts des anatomischen Substrates die mit dieser Methode gesetzten spezifischen Reize hinreichend sind. Technik: täglich eine Spritze, fertig käufliche Verdünnungen (Hersteller Kalle) von 1 : 100 000 Millionen bis 1 : 1 Million. Von jeder Verdünnung wird steigend gespritzt: 0,1, 0.15, 0.25, 0.45, 0.7.

Ueber das Tebeprotin Toenissen besitze ich persönlich keine größeren klinischen Erfahrungen. Der immun-biologische Weg, den man bei seiner Anwendung geht, ist gewiß ein neuer, der praktische Erfolg ist nicht anders als der, den andere spezifische Reizverfahren bei der Tuberkulose erzielen.

Gerühmt werden von mancher Seite die Einreibungen mit Moros Ektebin-Salbe. Eine Anleitung zur Technik liegt jeder Packung bei. Wie ich schon im diagnostischen Teile der vorliegenden Arbeit erwähnte, kann das Ektebin zu gewaltigen Lokalreaktionen führen; darüber hinaus kann es aber auch Allgemeinerscheinungen und Fieber als Symptome kräftiger Herdreaktionen in seinem Gefolge haben. Ich persönlich vermeide es im allgemeinen, mit Ektebin zu behandeln.

Die Zahl der spezifischen Präparate ist so ungeheuer groß, daß ich davon absehen muß, an dieser

Stelle noch auf weitere irgendwie näher einzugehen. Mir selbst stehen größere Erfahrungen mit noch so manchem Präparate zur Verfügung, besonders mit dem Tuberkulin-Rosenbach, der sensibilisierten Bazillenemulsion, dem albumosefreien Alttuberkulin. Will man nach Ponndorf behandeln, so kann ich nicht dringend genug dazu raten, von der Originalmethode abzusehen und folgende, auf der Direktorialabteilung des Eppendorfer Krankenhauses in Hamburg (Prof. L. Brauer) ausgearbeitete Modifikation anzuwenden. 1. Impfung: Impffeld 1 qcm in kleine Quadrate eingeteilt, siehe Abbildung, Menge des Impfstoffes = 1 Tropfen A. T. Ich impfe nicht öfter als alle 14 Tage. Bei Ausbleiben von Allgemein- und Fieberreaktion folgt auf I die Impfung II = 2 qcm und 2 Tropfen A. T., sodann III = 3 qcm und 3 Tropfen A. T., darauf IV = 2 Impffelder von je 2 qcm mit je 2 Tropfen und schließlich VI = 2 Impffelder von je 3 qcm mit je 3 Tropfen; Temperaturmessungen usw. müssen genau so exakt erfolgen wie bei der subkutanen A. T. Behandlung. Aus kosmetischen Gründen impfe ich stets auf der Streckseite des Oberschenkels. Bei Eintritt mäßigen Fiebers wiederhole ich die gleiche Impfung so oft, bis sie fieberlos verläuft. Erfolgt eine heftige Fieberreaktion, so gehe ich zur nächst kleineren Impfung zurück, also z. B. von Impfung IV auf Impfung III. Bei der Impfung I nehme ich diesen Rückgang so vor, daß ich die Größe des Impffeldes von 1 qcm beibehalte, aber ich verdünne in der Spritze eine kleine Menge reines A. T. mit 0,5% Karbolsäurewasser und benutze hiervon ein Tropfen = 50% A. T.

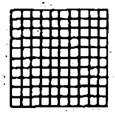


Abbildung des Impffeldes.
Impffeld zu 1 qcm.

Die frische Impfung bedecke ich grundsätzlich mit einem sterilen Verbändchen.

Ich schließe meine Ausführungen in der Hoffnung, daß sie dazu beitragen werden, so manchen Kollegen von der Wichtigkeit der spezifischen Diagnostik und der spezifischen Therapie der okkulten Tuberkulose im Kindesalter zu überzeugen. Sollte es mir darüber hinaus gelungen sein, den Leser mit der Technik so weit vertraut zu machen, daß er die frisch gewonnene Ueberzeugung nun auch bei allen fraglichen Fällen freudig und ohne Bedenken in die Tat umsetzt, dann ist der Zweck meiner Arbeit erfüllt.

Aus der Städtischen Krankenanstalt Kiel.
(Dirig. Arzt: Prof. Dr. G. Hoppe-Seyler.)

Die Bedeutung der Ernährung für die Therapie.

Von

Oberarzt Dr. ERNST ANDERSEN

Vortrag, gehalten auf der Mitgliederversammlung des Vereins Schleswig-Holsteinischer Aerzte in Kiel (21. Juni 1925).

Vor Jahren machte ich die Beobachtung, daß sich unter einem interkurrenten schweren Erysipel ein Lupus zurückbildete. Bei Durchsicht der Literatur darüber fand sich nun, daß nicht nur Lupus, sondern auch andere Hautkrankheiten wie Ekzeme, Akne, Psoriasis, luische Unterschenkelgeschwüre außer nach Erysipelen auch nach Pneumonien, Typhus, Scharlach, Gelenkrheumatismus, also nach akuten interkurrenten Infektionskrankheiten, verschwinden. Ferner sah man Narbenkeloide, Lymphome, Schleimpolypen, lymphatische Leukämien, Gonorrhoen und besonders auch Karzinome und Sarkome sich dabei zurückbilden und sogar ausheilen.

Es sind ja sicher einige unter Ihnen, die derartige Beobachtungen schon selbst gemacht haben. Da die bisher darüber aufgestellten Theorien und die auf Grund dieser angestellten Versuche nicht befriedigten, ging ich der Ursache nach.

Ich kam nun bei meinen Untersuchungen auf den Gedanken, daß die bei den oben genannten akuten Infektionskrankheiten stattfindende Verschiebung des Säure-Basengleichgewichts nach der sauren Seite hin, die Acidose also, und die damit in Zusammenhang stehenden sehr wichtigen Veränderungen und Verschiebungen des Eiweiß-, Zucker-, Lipoid-, Wasser- und Mineralstoffwechsels die Ursache sein könnten. Ich habe mich für meine Beweisführung in der Hauptsache auf den Mineralstoffwechsel beschränkt. Bei diesen Infektionskrankheiten finden wir z. B. eine Acidose im Blut, eine Retention von Natrium und Chlor im Körper, die sich fast bis zum völligen Fehlen im Urin steigern kann, und eine Ausschwemmung von Kalium durch den Urin, der nach Fr. Müller die drei- bis siebenfache Menge des normalen Gehaltes an Kalium enthält. Außerdem ist auch eine Retention von Magnesium und eine Ausschwemmung von Kalzium vorhanden. Daß die Acidose in dem entzündeten Gebiet besonders hoch ist, zeigte Schade. Krauß und ich stellten in dem vom Erysipel befallenen Gebiet eine Vermehrung des Chlors fast auf das Doppelte des Normalen fest. Das Chlor war aber nicht in den Gewebsäften; denn in Erysipelblasen fand sich etwa der gleiche Chlorgehalt wie im Blut. Es muß demnach, wahrscheinlich an Eiweiß gebunden, in den Zellen liegen. Wie chlorgierig die entzündeten Zellen sind, geht daraus hervor, daß ich bei frischen Erysipelen im Blut wesentlich niedrigere Chlorwerte als beim gesunden Menschen fand, und daß mit dem Urin kaum Chlor ausgeschieden wurde. Aehnliche Verschiebungen erleiden natürlich auch die Kationen. Die Acidose und Transmineralisation ist demnach in dem primär von der Infektion betroffenen Gewebe besonders stark. Die gleiche Veränderung wird aber auch in schon vorher im Körper vorhandenem pathologischem Gewebe, das ja labiler ist, wie das normale, also im chronisch-entzündlichen Gewebe, im Karzinom und Sarkom, bei interkurrenten Infektionskrankheiten eintreten. So sehen wir häufig chronische Appendicitis bei Adnexentzündungen akut werden usw. Nun ist in jedem stark acidotischen Gewebe ein reichlicher Zellzerfall vorhanden und besonders werden die Karzinom- und Sarkomzellen bei genügend hoher und lang genug anhaltender Acidose zugrunde gehen. Andererseits erleben wir bei mäßiger Acidose ein schnelleres Wachstum, wie ich selbst beobachten konnte. Tumoren mit schnellem Wachstum und großer Malignität, die nach Watermann einen hohen Gehalt an Kalium und einen niedrigen an Kalzium haben, werden infolge der Kalziumarmut leichter zugrunde gehen, wie langsam wachsende, kalziumreiche. Es besteht hier m. E. außerdem ein Antagonismus zwischen Kalzium und Chlor.

In chronisch entzündlichen Prozessen ist nun im Gegensatz zu den akuten Entzündungen die Verschiebung der Wasserstoffionenkonzentration nach der sauren Seite nur gering. Die Zellen sind relativ kalziumreich und zeigen keine große Wachstumsneigung. Kommt es in einem chronisch entzündlichen Gebiet zu einer mäßig starken Acidose, so werden die Zellen durch die Chloreinwanderung eine Wachstumsbeschleunigung erfahren, die Wunde wird heilen; ist die Acidose zu stark, wird ein weiterer Zerfall eintreten.

Für mich erhob sich nun die Frage: Wie können wir diese Acidose im Körper künstlich herbeiführen. Es gibt da verschiedene Möglichkeiten. So bewirken die Proteinkörper und Röntgenstrahlen, die bei allen oben genannten Krankheiten ja auch in ausgedehntem Maße angewandt werden, Veränderungen in dem oben angegebenen Sinne, aber nur für Stunden, dann tritt im Anschluß an die kurze Acidose eine länger dauernde Alkalose auf. Neuerdings verwendet man unter anderem zur Erzeugung der Acidose viel das Ammonchlorid. Hierdurch setzen wir aber bei größeren Dosen eine Demineralisation, indem alle Basen besonders aber Natrium und Kalium ausgeschwemmt werden, während der Körper das Bestreben zeigt mit Kalzium und Magnesium möglichst zu sparen. Es kommt zur subakuten Säurevergiftung. Auch wirkt das Ammonchlorid reizend auf die Nieren.

Ich kam, angeregt durch eine Arbeit von Luithlen, auf den Hafer. Bei Haferkost, die wir infolge Ueberwiegens der Anionen als saure Kost bezeichnen können, fand er, daß in der Aufnahme das Natrium und Magnesium, in der Ausscheidung das Kalzium und Kalium überwog. Ich selbst stellte eine Retention von Chlor fest. Es kommt zu einer mäßigen Acidose. Der Körper befindet sich dabei im Basenaequivalentgleichgewicht. Es handelt sich also um eine Transmineralisation. Aehnliches gilt auch für die übrigen Cerealien, jedoch erscheint mir der Hafer am geeignetsten.

Vergleichen wir nun den Mineralstoffwechsel bei Haferkost mit dem bei den akuten Infektionskrankheiten vorhandenen, so sehen wir, daß beide gleichsinnig verlaufen. Wir sind also imstande, mit der Haferkost ähnliche Zustände im Körper zu erzeugen, wie sie die Pneumonie, das Erysipel usw. schafft, und wie wir sie bei Proteinkörperinjektionen und bei Röntgenbestrahlungen in der acidotischen Phase treffen. Der Vorteil der Haferkost gegenüber den beiden letzteren ist nun der, daß wir es damit in der Hand haben, die Acidose im Körper für längere Zeit aufrecht zu erhalten. Mit alkalischer Kost, die eine Mineralisation bewirkt, können wir dagegen die alkalotische Phase nachahmen.

Ich habe im allgemeinen der Billigkeit halber etwa 200—300 g Hafergrütze in Wasser oder Bouillon gekocht und nach Geschmack gesalzen auf 5 Portionen verteilt gegeben, dazu etwas Butter und Fleisch, morgens und abends ein Stück Brot und außerdem zu jeder Portion eine Kochsalzextrazulage (in Oblaten), um dadurch je nach der verabreichten Menge die Acidose zu verstärken. Bei Fällen, die man auch sonst mit Proteinkörpern behandelt hätte, habe ich diese Behandlung zur Hilfe genommen, die ja eine zeitweilige Verstärkung der vorhandenen Acidose bewirkt, ohne daß anschließend infolge der weiteren Darreichung von Hafer die Alkalose in der üblichen Stärke auftritt. Jedoch sind nach etwa 4—5 Tagen Haferkost bereits wesentlich kleinere Dosen wirksam. Selbstverständlich kann man auch jede andere saure Kost verwenden.

Ich möchte hier kurz einige so behandelte Fälle anführen:

Mehrere Fälle von ausgedehntem Ulcus cruris, die nach längerer Behandlung in der üblichen Weise keine Heilungstendenz zeigten, heilten auf Haferkochsalzdiät in wenigen Wochen ab. Am vierten Tag der Kur sahen die vorher torpiden Geschwüre frisch aus und es setzte bereits eine lebhafte Epithelialisierung vom Rande her ein. In gleicher Weise verhielt sich eine wochenlang erfolglos behandelte Brandwunde. Durch Umschläge mit essigsaurer Tonerde läßt sich die Wirkung noch verstärken.

Ein Patient mit einem seit einem Jahre bestehenden etwa 3 Mark-Stück großem phagedänischen Schanker, der während der ganzen Zeit mit allen in Frage kommenden Mitteln erfolglos behandelt worden war, bekam, nachdem er auch von uns zwei Monate ohne Erfolg behandelt war, etwa 14 Tage lang Hafer-Kochsalzkost. Das Ulcus war 6 Wochen nach Beginn der Kur völlig abgeheilt. Am vierten Tag der Kur zeigte das torpide Geschwür akute Reaktionen, stärkeres Nässen und eine Hyperämie der sonst livide verfärbten Schleimhaut, auch sah man bereits beginnende Epithelialisierung und in der Mitte des Geschwürs Bildung von Fleischwärzchen. Am 5., 10. und 15. Tag der Kur bekam der Patient außerdem kleine Milchmengen intramuskulär.

Ein Patient mit derber schmerzhafter Induration eines Nebenhodens, die auf eine vor Jahren aquirierte Gonorrhoe zurückzuführen war, wurde, um einen akuten gut beeinflußbaren Prozeß zu schaffen, mit Hafer-Kochsalzkost behandelt. Am 4. Tag wird die chronische Epididymitis akut und zeigt starke Rötung und Schwellung. Am 7. Tag Milchinjektion. Im Abstrich fanden sich nun reichlich Gonokokken. Dann klangen die Erscheinungen ab und die Epididymitis wurde völlig reaktionslos.

Versuche, die Gonorrhoe dadurch zur Heilung zu bringen, daß man durch die Kost das Scheidensekret stark sauer machte, mißlangen. Es trat auf die Kost bei den meisten Fällen ein sehr starker Ausfluß mit Vermehrung der Gonokokken auf. Nach Injektion von Milch fanden sich in den Abstrichen weder Gonokokken noch Epithelien, sondern nur Detritus. Es war also durch die starke Säurung eine Zerstörung eingetreten, doch traten einige Tage später wieder Gonokokken auf, wenn auch bei manchen Fällen nur vereinzelt extrazelluläre. Vielleicht gelingt es hier, durch stärkere Säurung mit Kalziumchlorid oder mit kurzdauernden mittleren Dosen von Ammonchlorid in Verbindung mit Haferkost und Milchinjektionen die Gonorrhoe rasch zur Heilung zu bringen. Sicher ist aber die Hafer-Kochsalzkost ein gutes Provokationsmittel.

Ein Fall von chronischer universeller Psoriasis mit schweren deformierenden Gelenkveränderungen, der vor der Hafer-Kochsalzkur etwa 26 g Schuppen täglich verlor, bekam in etwa 8 Tagen eine glatte Haut und blieb 8 Wochen recidivfrei, während dies nach der sonstigen Behandlung höchstens 14 Tage der Fall war. Gleichzeitig flackerten aber mit der Kur infolge der Säurung die Gelenkveränderungen auf. Auch sonst sahen wir bei subakuten und chronischen Gelenkerkrankungen ein Akutwerden. Die Fälle waren dadurch der Salicyltherapie wieder mit Erfolg zugängig. Auch bei Ekzemen und Akne vulgaris sah ich gute Erfolge.

Ein Patient, der wegen einer anderen Erkrankung morgens und abends Hafer-Kochsalzkost bekam, erzählte mir nach Beendigung der Kur spontan, daß seine seit etwa 10 Jahren bestehende chronische Rhinitis seit der Kur wesentlich gebessert sei.

Da man ja häufig bei akuten Infektionskrankheiten Blutdrucksenkungen sieht, versuchte ich auch mit unserer Kost Blutdruckerniedrigung zu erzielen.

Ein Patient mit benigner Sklerose, der mit einem Blutdruck von 195 mm Hg eingeliefert wurde, bekam nach 14 tägigem Aufenthalt im Krankenhaus Haferkochsalzkost. Der Blutdruck war im Beginn der Kur 187 mm Hg, hatte sich also nicht wesentlich geändert. Im Verlauf der Kur sank der Blutdruck von Tag zu Tag bis auf 142 mm Hg, stieg aber nach Beendigung der Kur langsam wieder bis auf 175 mm Hg an. Der Patient fühlte sich während und nach der Kur, wie er spontan angab, wesentlich wohler. Ein zweiter Fall verlief ähnlich. Versuche, die bei sekundärer Schrumpfniere zur Kontrolle vorgenommen wurden, brachten, wie zu erwarten war, keine Senkung des Blutdrucks.

Ein weiterer sehr interessanter Fall betraf eine chronische Gicht mit schweren Veränderungen an Händen und Füßen und schwerer Schrumpfniere. Auf Atophan tritt keine wesentliche vermehrte Harnsäureausscheidung durch die Nieren auf. Der Patient hatte seit Jahren trotz der gewöhnlichen Krankenhauskost keine akuten Anfälle mehr. Auf reine Hafer-Kochsalzkost, die, wie zu erwarten, keine wesentlich vermehrte Harnsäureausscheidung brachte, trat am 4. Tag eine akute Entzündung sämtlicher befallenen Gelenke auf, aus denen die Harnsäure sich in großen Mengen nach Durchbruch der Haut entleerte. Dieser Fall ist deswegen besonders bemerkenswert, weil ja Hafer eine purinfreie Kost ist. Ein zweiter Gichtfall mit mäßiger Beteiligung der Niere, der im akuten Anfall eingeliefert wurde, klang auf Hafer-Kochsalzkost sehr schnell ab.

Auch zur Behandlung chronischer Bronchitiden und Bronchiektasen und anderer Krankheiten wird sich die Kost infolge ihrer sekretionsfördernden Wirkung sehr gut eignen.

Will man nun aus dem Verschwinden von Tumoren infolge der bei den akuten Infektionskrankheiten auftretenden Acidose die Lehre ziehen, so muß man versuchen, besonders im Karzinomherd eine langdauernde möglichst hohe Acidose zu erzeugen. Erreichen läßt sich dies durch Verabreichung von Haferkochsalzdiät, wobei man die Kochsalzzulage infolge der Chlorarmut des karzinomkranken Körpers ziemlich hoch wählen muß und durch nach 4 Tagen beginnende tägliche Bestrahlung des Tumors, indem man von möglichst vielen Feldern aus im Laufe von etwa 10 Tagen die erforderliche Röntgenstrahlenmenge an den Tumor bringt. Die Bestrahlung bewirkt ja auch eine Acidose, verstärkt also die durch Hafer-Kochsalzdiät bewirkte Säurung.

Bei Gangrän und den rapide fortschreitenden exsudativen Tuberkulosen, die in den erkrankten Lungenpartien, wie Hoff an unserer Anstalt an der Wasserstoffionenkonzentration des Sputums nachweisen konnte, schon eine ziemlich hohe Acidose aufweisen, bei rasch wachsenden Tumoren, die einer Behandlung nicht zugängig sind, sowie bei Exsudaten und Neigung zu Oedemen, wird man dagegen mit vorwiegend alkalischer, Kalzium-Ansatz bewirkender Kost, wie Blatt- und Wurzelgemüsen, Kartoffeln, Obst usw. versuchen, den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Hier würde Hafer-Kochsalz-Kost natürlich beschleunigend auf den Prozeß wirken.

Wir müssen demnach in der Therapie außer der arzneilichen Behandlung in höherem Maße, als das bisher geschehen ist, auch der Kost unsere Aufmerksamkeit schenken, da wir durch richtig gewählte Nahrung wesentlich zur Abkürzung vieler Krankheiten beitragen, andererseits aber durch ungeeignete Kost schaden können. Ferner kommt der Kost auch eine wesentliche Rolle bei der Verhütung von Krankheiten zu.

Der heutige Stand unserer klinischen Kenntnisse von der multiplen Sklerose.

Von

Dr. ERWIN WEXBERG, Wien.

Nur wer die außerordentlichen Schwierigkeiten der pathologisch-anatomischen und klinisch-serologischen Forschung gerade auf dem Gebiete der organischen Erkrankungen des Nervensystems aus eigener Erfahrung kennt, wird es verstehen, daß unsere Kenntnisse von einer der häufigsten Affektionen des Gehirns und Rückenmarks, der multiplen Sklerose, auch heute noch durchaus unvollständig sind. Und dies trotz reichlichen klinischen und anatomischen Materials, trotz einer vorgeschrittenen und von Jahr zu Jahr weiter fortschreitenden Untersuchungstechnik in Klinik und Laboratorium, trotz heißen Bemühens der Fachwissenschaft aller Länder, die keines der zahlreichen sich hier bietenden Probleme unbearbeitet läßt.

Naturgemäß konzentriert sich das Hauptinteresse der Forschung auf die Frage der Aetiologie der multiplen Sklerose. Diesbezüglich standen sich bis vor kurzer Zeit zwei Lehrmeinungen gegenüber, von denen jede gleich starke Argumente, gleich gewichtige Vertreter für sich in Anspruch nehmen konnte: die Lehre von der endogenen und die von der exogenen Entstehung. Ohne daß wirklich entscheidende Befunde dafür als bestimmend angeführt werden könnten, hat sich die Meinung der maßgebenden Neurologen im letzten Jahrzehnt so sehr zugunsten der exogenen Genese ausgesprochen, daß die Differenz der Anschauungen in diesem Punkte heute fast schon als beseitigt gelten kann. Insbesondere waren es die Kuhn-Steinerschen Spirochätenbefunde im Gehirn von mit Patienten-Liquor geimpften Versuchstieren, die der alten Vermutung von der infektiösen Aetiologie der multiplen Sklerose ein beträchtliches Maß an Wahrscheinlichkeit verliehen. Ueber diese bakteriologischen Befunde sind nun freilich die Akten noch lange nicht geschlossen. Sie wurden von einer Reihe von Beobachtern bestätigt, während eine noch größere Zahl von Nachuntersuchungen ein negatives Ergebnis hatte. Wenn sich gleichwohl die Theorie von der infektiösen Entstehung der disseminierten Sklerose immer mehr befestigen konnte, so geschah dies deshalb, weil neuere Befunde der pathologischen Anatomie und der Serologie in diese Richtung zu weisen schienen.

Was die pathologische Anatomie anbelangt, so hat sich die frühere Annahme, daß es sich bei der multiplen Sklerose stets nur um Degeneration der Markscheiden bei erhaltenen Achsenzylindern handle, als unhaltbar erwiesen. Wir wissen heute, daß neben diesem für die Erkrankung allerdings noch immer typischen Befund Infiltrate von entzündlichem Charakter durchaus nicht zu den Ausnahmen gehören. Insbesondere in Fällen von akuter multipler Sklerose fanden sich histologische Bilder, die von denen einer Encephalitis kaum mehr zu unterscheiden waren. Nun ist es ja zweifellos, daß der anatomische Begriff der Entzündung gerade im Bereiche des Zentralnervensystems durchaus nicht über jeden Zweifel hinaus definierbar ist, daß hier Entzündung und Degeneration nicht ohne weiteres streng zu trennen sind. Gleichwohl fällt es schwer, ein Krankheitsbild, das mit lymphocytären, vielfach perivaskulär angeordneten Infiltraten einhergeht, als degenerativ und nicht als entzündlich zu betrachten. Mit der Annahme des primär myelo-encephalitischen Charakters der Erkrankung gewinnt aber die Annahme eines organisierten Erregers beträchtlich an Wahrscheinlichkeit.

Serologisch erwiesen sich die Ergebnisse der Liquoruntersuchung bei der multiplen Sklerose als bedeutsam, nicht nur was ihre Diagnose, sondern auch was die Aetiologie anbelangt. Wenn auch rund die Hälfte aller Fälle einen durchaus normalen Liquorbefund aufweist, so findet man doch in der andern

Hälfte mäßige Eiweiß-, Globulin- und Zellvermehrungen, vor allem aber einen positiven Ausfall der kolloidalen Goldsolreaktion, der qualitativ mit der für Lues charakteristischen Kurven (Lueszacke oder Paralysezacke) übereinstimmt. Es ist bemerkenswert, daß man diesen Ausfall der Goldsolreaktion bisher mit einiger Regelmäßigkeit nur bei Lues und bei multipler Sklerose gefunden hat. Hier zeigt sich also eine serologische Beziehung zwischen zwei ätiologisch zwar sicher grundverschiedenen Erkrankungen, die jedoch, wie wir später noch darlegen wollen, klinisch manchmal zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten Anlaß geben. Diese Liquorbefunde sind nun vielleicht das stärkste Argument für die infektiöse Entstehung der multiplen Sklerose. Ueber den Erreger wissen wir freilich noch gar nichts. Während in Deutschland noch vielfach an der hypothetischen Kuhn-Steinerschen Spirochäte festgehalten wird, neigen französische Autoren in neuerer Zeit mehr zur Annahme eines filtrierbaren Virus.

Die Symptomatologie der multiplen Sklerose ist vielleicht die vielgestaltigste unter allen klinischen Bildern der Neurologie. Wer sich etwa an die Charcotsche klassische Trias — Intentionstremor, spastische Parese und skandierende Sprache — halten wollte, würde die Diagnose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle verfehlen. Man findet sie nämlich, wie neuere Statistiken zeigen, nicht einmal in 10% der Fälle. Wir kennen wohl Kardinalsymptome dieses Leidens, wissen aber, daß die Frequenz keines derselben wesentlich über 50% hinausgeht. Nur ein Symptom — die Areflexie der Bauchdecken — ist annähernd konstant. Doch schwanken auch hier die statistischen Angaben über die Häufigkeit des Zeichens zwischen 56 und 95%. Dies ist gewiß vor allem darauf zurückzuführen, daß das Ergebnis der Statistik ganz verschieden ausfallen muß, je nachdem man es mit beginnenden oder vorgeschrittenen Fällen zu tun hat.

Von typischen Krankheitszeichen im Bereiche der Hirnnerven ist vor allem der Nystagmus zu erwähnen. Die Angaben über die Häufigkeit seines Vorkommens bei der multiplen Sklerose schwanken zwischen 45 und 80%. Als besonders charakteristisch für dieses Leiden gilt der horizontal-rotatorische undulierende Nystagmus; doch kommen andere Formen desselben fast ebenso oft vor. — Sehr häufig, aber fast immer nur zeitweise vorhanden, sind Augenmuskelparesen. Anamnestische Angaben über vorübergehendes Doppeltsehen in früheren Jahren müssen immer den Verdacht auf multiple Sklerose erwecken. Das Doppeltsehen dauert gewöhnlich nur wenige Tage oder Wochen, manchmal selbst nur Stunden. Ebenso vorübergehend tritt im Beginn des Leidens zuweilen plötzliche — einseitige oder beiderseitige — Erblindung auf. Sie ist natürlich zu der für multiple Sklerose recht charakteristischen Sehnervenerkrankung in Beziehung zu setzen, die sich ophthalmoskopisch als Abblassung der temporalen Papillenhälften äußert. Doch ist hervorzuheben, daß gerade bei der multiplen Sklerose selbst vorgeschrittene Veränderungen des Sehnervenkopfes ohne jede Sehstörung oder mit so geringfügigen Störungen einhergehen können, daß sie dem Kranken selbst gar nicht bewußt sind und erst bei eingehender Untersuchung festgestellt werden — etwa ein zentrales Skotom für bestimmte Farben. Gerade mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit des subjektiven Funktionsausfalls ist nun die Tatsache von Bedeutung, daß die Ophthalmologen in neuerer Zeit mit der Diagnose einer temporalen Abblassung immer zurückhaltender werden. Es hat sich gezeigt, daß eine gewisse relative Blässe der temporalen Papillenhälfte auch unter durchaus physiologischen Verhältnissen vorkommt, ganz abgesehen davon, daß die sogenannte physiologische Excavation der Papille vom ungeübten Untersucher leicht mit der temporalen Abblassung verwechselt werden kann. Der Ophthalmologe unterscheidet also heute sehr vorsichtig zwischen einer noch in den Grenzen der Norm befindlichen und einer sicher pathologischen temporalen Abblassung.

Außer den Augensymptomen, die unter den der multiplen Sklerose zukommenden Hirnnervenerscheinungen zweifellos diagnostisch die wichtigsten sind, sind zunächst Facialisparesen zu erwähnen. Auch sie treten nicht selten, wie die Augenmuskellähmungen, prämonitorisch im ersten Beginn des Leidens auf, werden da gewöhnlich für rheumatisch bedingt gehalten und verschwinden meist spurlos. Eine Facialislähmung, die fast ebenso plötzlich verschwindet wie sie gekommen ist, muß eben deshalb schon den Verdacht auf multiple Sklerose erwecken; denn wir kennen ja den oft sehr langsamen, auf viele Monate sich erstreckenden Verlauf schwerer Facialislähmungen rheumatischer Natur. — Als Dauersymptom finden sich dagegen später leichte Differenzen in der Innervation beider Gesichtshälften, die offenbar zentraler — supranucleärer — Natur und beim Sprechen und Lachen oft ausgesprochener sind als beim Zähnezeigen.

Zu den Späterscheinungen im Bereiche der Hirnnerven gehört vor allem die Sprachstörung. Man bezeichnet die Sprache bei der multiplen Sklerose bekanntlich als skandierend und meint damit die für das Leiden recht charakteristische Verlangsamung und eigenartige Betonung der Wortfolgen. Was ihre Pathologie anbelangt, so ist sie zweifellos auf Herde im Bereiche jener Bahnen zurückzuführen, die vom motorischen Sprachzentrum in der Hirnrinde zum verlängerten Mark führen. Inwieweit die Verbindungen mit den Stammganglien daran beteiligt sind, ist noch unbekannt. Jedenfalls ist die der multiplen Sklerose zukommende Sprachstörung von der Aphasie durch corticale Herde, von der dysarthrischen Störung der progressiven Paralyse und auch von der verwaschenen Sprache der Bulbär- und Pseudobulbärparalyse wohl zu unterscheiden. Doch kommen gelegentlich auch Sprachstörungen von anderem Typus vor. So sah ich einen Fall von multipler Sklerose mit anfallsweise auftretender kompletter Aphasie, die sich jeweils innerhalb eines Tages zurückbildete. Die Analogie zu den plötzlichen Verlusten des Sehvermögens, von denen oben die Rede war, liegt auf der Hand. Offenbar handelt es sich da und dort um akute Schübe von enzephalitischem Charakter, also mit herdförmigen infiltrativen Veränderungen, die vollkommen rückbildungsfähig sind.

Die Symptome des Zwangslachens und Zwangsweinens sind in ausgebildeten Fällen von multipler Sklerose sehr gewöhnlich. Sie kommen außer bei diesem Leiden noch bei der meist auf multiplen Enzephalomalacien beruhenden Pseudobulbärparalyse vor, also einer ebenfalls multilokulären Erkrankung des Gehirns. Man lokalisierte das Symptom früher im Bereich der corticobulbären Verbindungen des Facialiszentrums. Heute, wo wir durch die Erfahrungen bei der Enzephalitis lethargica die nahen Beziehungen der Stammganglien zur Mimik kennengelernt haben, müssen wir wohl auch bei den Erscheinungen des Zwangslachens und Zwangsweinens, die als Reizerscheinung oder als Enthemmung der mimischen Funktion aufzufassen sind, an extrapyramidale Lokalisationen denken.

Die oberen Extremitäten zeigen in typischen Fällen von multipler Sklerose die Erscheinungen des Intentionstremors oder — seltener — der Ataxie. Die Tatsache, daß auf diese beiden Störungen in der gleichen Weise untersucht wird, darf nicht zu ihrer Verwechslung verleiten. Gerät der Finger beim Finger-Nasenversuch kurz vor dem Ziel ins Zittern oder Wackeln, so handelt es sich um Intentionstremor; verfehlt er deutlich das Ziel, ohne zu zittern, so ist dies Ataxie. Der Intentionstremor geht immer auf einen cerebralen Herd zurück, während die Ataxie sowohl auf spinale als auch auf cerebrale Lokalisation bezogen werden kann. Praktisch bedeutsam ist die Unterscheidung deshalb, weil die Ataxie ein sehr vieldeutiges Symptom ist, während ein sicherer Intentionstremor mit großer Wahrscheinlichkeit für multiple Sklerose spricht. Allerdings ist zuzugeben, daß die beiden Symptome bei geringfügiger Ausprägung kaum auseinanderzuhalten sind. Die Unterscheidung wird in den meisten Fällen dann gelingen, wenn man sich nicht auf einmalige Untersuchung beschränkt, sondern immer wieder prüft. Bei dem überaus schwankenden Verlauf der multiplen Sklerose wird man so früher oder später einen Augenblick erhaschen, wo der Intentionstremor ganz unzweifelhaft ist. Der einmalige sichere Befund besagt aber mehr als alle unsicheren Ergebnisse früherer Untersuchungen. — Die subjektiv empfundene Ungeschicklichkeit der Hände bei multipler Sklerose beruht übrigens nicht immer bloß auf Intentionstremor oder Ataxie, sondern nicht selten auch auf der Erscheinung der Adiadokokinese, die gewöhnlich als Kleinhirnsymptom aufgefaßt wird. Man prüft sie, indem man den Patienten auffordert, mit der Hand rasch wiederholte, gleichartige Bewegungen, wie etwa die Bewegung des Nageleinschlagens mit dem Hammer oder des Zuschraubens eines Wasserhahns, zu machen. Bei bestehender Adiadokokinese sind diese Bewegungen auffallend verlangsamt. Ich fand das Symptom, entgegen den Beobachtungen anderer Autoren, bei der multiplen Sklerose recht häufig. — Eine weitere Ursache der funktionellen Unsicherheit in den Händen stellen Sensibilitätsstörungen dar. Eine leichte Hypästhesie der Fingerspitzen, verbunden mit einem subjektiven Vertaubungsgefühl, ist auch in beginnenden Fällen oft und andauernd nachweisbar. Seltener sind Störungen der Tiefensensibilität und des Lagegefühls, die, wenn vorhanden, natürlich die Gebrauchsfähigkeit der Hände auch ganz wesentlich beeinträchtigen.

Die spastische Parese pflegt im Bereiche der oberen Extremitäten erst relativ spät in die Erscheinung zu treten. Aber man findet meist schon frühzeitig Differenzen der groben Kraft zwischen rechts und links, die oft nur mit dem Dynamometer nachweisbar sind. Auf der Seite der geringeren Kraftentfaltung pflegen dann auch die tiefen Reflexe gesteigert zu sein.

Dagegen findet man in den unteren Extremitäten gewöhnlich auch schon im Beginne der Erkrankung die ersten Anzeichen der spastischen Parese. Hier ist hingegen der Intentionstremor, von vorgeschrittenen Fällen abgesehen, selten deutlich nachweisbar und die zweifellos oft vorhandene Ataxie äußert sich weit weniger beim Kniehackenversuch als beim Gehen. Der etwas breitbeinige, spastisch-ataktische Gang läßt die Vermutungsdiagnose einer multiplen Sklerose nicht selten schon auf den ersten Blick stellen. Ist die Erkrankung weiter fortgeschritten, so macht sich auch wieder beim Gehen das dem Intentionstremor entsprechende grobe Wackeln, das auch den Rumpf ergreift, so deutlich bemerkbar, daß damit allein schon die Erkennung des Leidens fast gesichert ist. — Die Reflexe der unteren Extremitäten entsprechen der spastischen Parese: man findet Steigerung der Sehnenreflexe bis zum Klonus, Herabsetzung oder Fehlen des Fußsohlenstreichreflexes, positives Babinskisches Phänomen. Praktisch wird sich in beginnenden Fällen die Untersuchung auf das Babinskische Zeichen stets als das Wichtigste erweisen. Steigerung der Sehnenreflexe, ja selbst Patellar- und Fußklonus sind nämlich nicht immer mit Sicherheit als organische Zeichen zu erkennen. Nur wenn deutliche Differenzen zwischen rechts und links vorhanden sind, sind Zweifel ausgeschlossen. Das Babinskische Phänomen aber läßt unter allen Umständen mit Sicherheit auf eine Läsion der Pyramidenbahn schließen. Es spielt, obwohl es noch zahlreiche differentialdiagnostische Möglichkeiten offen läßt, bei der multiplen Sklerose die Rolle eines Kardinalsymptoms. Fehlt es, so wird die Diagnose selten ganz zweifellos sein. Daher gilt auch hier, was oben vom Intentionstremor gesagt wurde, als Regel: sorgfältige und nicht nur einmalige, sondern immer wiederholte Untersuchung! Alle Symptome schwanken bei der multiplen Sklerose mehr als bei jeder anderen Erkrankung. Nach wochenlanger Beobachtung kann plötzlich einmal das Babinskische Zeichen nachweisbar sein und damit die Diagnose entscheiden, auch wenn es etwa am nächsten Tage wieder fehlt. Die Feinheiten der Untersuchung und der Beurteilung in Fällen, wo die Dorsalflexion der großen Zehe unsicher, nur angedeutet oder einer Fluchtbewegung ähnlich ist, lassen sich kaum beschreiben und müssen in der Praxis erlernt werden. Zur Unterstützung in zweifelhaften Fällen dienen die anderen pathologischen Reflexe dieser Region — Oppenheim, Mendel-Bechterew, Gordon, Rossolimo —, von denen freilich keiner die praktische Bedeutung des Babinskischen Zeichens besitzt. Neuere Beobachtungen wollen wissen, daß in Fällen mit nicht deutlichem Babinski die Dorsalflexion der großen Zehe manchmal unzweifelhaft wird, wenn man gleichzeitig den Babinskischen und den Oppenheimschen Reflex — kräftiges Bestreichen der Tibiakante — prüft.

Die fast pathognomonische Bedeutung des Fehlens der Bauchdeckenreflexe haben wir eingangs schon erwähnt. Auch dieses stellt ein Kardinalsymptom dar und ist diagnostisch so wichtig, daß immer wieder darauf geprüft werden soll.

In beginnenden Fällen nicht allzuhäufig, in fortgeschrittenen fast regelmäßig, findet sich das Rombergsche Zeichen. Insbesondere beobachtet man bei Augen-Fußschluß gelegentlich das für die multiple Sklerose so charakteristische Wackeln des Rumpfes und des Kopfes.

Zu den typischen, wenn auch nicht konstanten Symptomen gehören auch Blasen- und Mastdarm-Störungen. Leichtes Pressen beim Urinieren, imperativer Harn- oder Stuhldrang, leichte Incontinentia urinae et alvi finden sich auch in beginnenden Fällen. Auch hier fällt die der multiplen Sklerose im Ganzen zukommende Inkonstanz der Erscheinungen in die Augen. Erst im Endstadium der Erkrankung pflegen sich schwere und andauernde Sphinkterlähmungen auszubilden.

Schließlich muß auf die wenig gewürdigten, aber sehr häufigen psychischen Begleiterscheinungen des Leidens hingewiesen werden. Als erstes Anzeichen einer organischen Demenz findet sich oft schon frühzeitig eine auffallend mit der Lage des Kranken kontrastierende Euphorie, ein unzerstörbarer Optimismus, selbst Witzelsucht, die wie Galgenhumor anmutet. Später pflegt sich dann die Demenz deutlicher zu akzentuieren, erreicht aber selten höhere Grade.

Neben diesen typischen Symptomen, mit denen heute auch der Praktiker wohl vertraut ist, richtet sich aber das Augenmerk in steigendem Maße auf jene Erscheinungen, die, obwohl für das Leiden nicht charakteristisch, doch durchaus nicht selten sind. Man muß geradezu sagen, daß kein neurologisches Symptom bei der multiplen Sklerose absolut ausgeschlossen ist. Da sind zunächst die sensiblen Erscheinungen anzuführen. Die frühere Annahme, daß das Krankheitsbild der multiplen Sklerose ausschließlich motorischer Natur sei, hat sich längst als unzutreffend erwiesen. Sensibilitätsstörungen finden sich tatsächlich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Nur sind sie oft — durchaus nicht immer — geringfügig und vor allem überaus wechselnd an Ausdehnung und Intensität. Sehr oft beschränken sie sich auf die Fingerspitzen. In manchen Fällen sind sie streng halbseitig abgegrenzt, in anderen zeigen sie segmentalen Typus, nicht ganz selten von einem bestimmten Rückenmarkssegment nach abwärts, so daß man an eine Querschnittsläsion des Rückenmarks denkt. Auffällig oft fanden wir die anatomisch schwer zu erklärende Tatsache, daß bei bestehender spastischer Paraparese die Sensibilitätsstörung auf der Seite der stärkeren Lähmung stärker ausgesprochen oder nur auf dieser Seite vorhanden war. Doch kommt auch das Umgekehrte — Brown-Séquardscher Lähmungstypus — vor. Von den verschiedenen Empfindungsqualitäten kann jede betroffen sein. Der Typus der dissoziierten Empfindungsstörung — Herabsetzung des Schmerz- und Temperatursinns bei erhaltener Tastempfindung — ist gar nicht selten. Auch die Tiefensensibilität ist oft deutlich gestört. — Als subjektive Empfindungsstörung kommen neben den Parästhesien, die in beginnenden Fällen fast nie fehlen, ausgesprochene Schmerzen viel häufiger vor, als vielfach angenommen wird. Sie haben oft neuralgischen oder auch rheumatoiden Charakter, werden aber nicht selten ganz nach Art der blitzartigen, lanzinierenden Schmerzen beschrieben, wie sie der Tabes zukommen. Es gibt Fälle von multipler Sklerose, in denen die Schmerzen geradezu im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen.

Im Bereiche der Sinnesorgane ist neben den Sehstörungen, von denen schon oben die Rede war, auch auf die weniger bekannten Erscheinungen im Bereiche des Acusticus hinzuweisen. Diese beruhen auf einer otologisch nachweisbaren Erkrankung des inneren Gehörapparats, die nichts für das Leiden Charakteristisches aufweist. Von seiten des Vestibularis sind die häufigen Schwindelerscheinungen hervorzuheben.

Nicht ganz selten findet sich bei der multiplen Sklerose eine Muskelatrophie, die am häufigsten im Bereiche der kleinen Handmuskeln lokalisiert und nicht sehr hochgradig, manchmal sehr ausgesprochen sich auf die gesamte Extremitätenmuskulatur erstreckt und dann die Diagnose nicht unbeträchtlich erschwert.

Weiter muß auf eine tabiforme Abart der multiplen Sklerose hingewiesen werden, die durch Hypotonie und Ataxie der unteren Extremitäten bei fehlenden Sehnenreflexen — aber gewöhnlich mit positivem Babinski — gekennzeichnet ist.

Schließlich sind unter den nicht ganz häufigen Symptomen Hirndruckerscheinungen in Form von Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen — zuweilen nur bei Lagewechsel — und bulbäre Erscheinungen zu erwähnen. Wenn die ersteren mit einem positiven Röntgenbefund in Form von vertieften Gefäßfurchen usw. oder — was allerdings sehr selten ist — mit Stauungspapille verbunden sind, kann die Unterscheidung von Hirntumor außerordentlich schwierig werden.

Was den Verlauf des Leidens anbelangt, so kann der Typus des schubweisen Fortschreitens mit häufigen Remissionen als bekannt vorausgesetzt werden. Doch sind abweichende Verlaufsarten durchaus nicht selten. Vor allem darf man nicht vergessen, daß im Beginn des Leidens die Remission bis zur vollständigen Restitutio ad integrum gehen und viele Jahre, ja selbst mehr als ein Jahrzehnt anhalten kann. Weiter sind Fälle mit langsam progredientem Verlauf ohne Remissionen keine Seltenheit. Schließlich ist auf das Vorkommen der akuten multiplen Sklerose hinzuweisen, die mit Fieber und unter stürmischen Erscheinungen innerhalb weniger Tage zu einem ganz schweren Krankheitsbild führt, das entweder mit dem tödlichen Ausgang oder mit einer oft sehr weitgehenden Remission seinen Abschluß findet. Derartige akute Verlaufsformen können sich auch ohne ersichtliche Ursache in ein chronisches Krankheitsbild einschieben. So beobachtete ich einen Fall von multipler Sklerose, bei dem das seit mehreren Jahren bestehende Leiden zu leichtem Intentionstremor der oberen Extremitäten, geringer Schwäche der Beine und kaum angedeuteten Blasenstörungen geführt hatte. Plötzlich setzte eine rechtsseitige Lähmung mit schwerer Sprachstörung vom Typus der Aphasie ein, die sich innerhalb weniger Stunden zu vollkommener Hemiplegie mit Bewußtlosigkeit entwickelte. Gleichzeitig traten gehäufte epileptische Anfälle auf und nach einem Status epilepticus von zwölftägiger Dauer, während dessen die Patientin das Bewußtsein nicht wieder erlangte, trat der Exitus ein. Wer von dem Verlauf des Leidens bis zu dem akuten Schub nichts wußte, konnte in diesem Falle gar nicht auf den Gedanken kommen, daß es sich um multiple Sklerose handle.

Ein stürmischer Verlauf wie in dem geschilderten Fall gehört allerdings zu den Seltenheiten. Der typische Ausgang des Leidens ist der in schwerstes chronisches Siechtum mit fortschreitenden Lähmungen, die im letzten Stadium durchaus das Bild einer Querschnittsmyelitis — komplette Paraplegie mit Blasen- und Mastdarmlähmung und schwerer Sensibilitätsstörung — annehmen können.

Die multiple Sklerose beginnt bekanntlich gewöhnlich im jugendlichen bis mittleren Lebensalter, etwa zwischen dem 18. und 36. Lebensjahre. Doch darf nicht vergessen werden, daß, wie gerade neuere Beobachtungen zeigen, ihr Auftreten im Kindesalter, selbst in der ersten Kindheit, zwar selten, aber zweifellos beobachtet ist, und daß andererseits Fälle von Erkrankung jenseits des 40. Jahres noch nicht selten, solche im 6. Dezennium zweifellos festgestellt sind. Wir sahen sogar einen Fall von Erkrankung jenseits des 60. Jahres, bei dem wir, trotz des Fehlens einer anatomischen Bestätigung, kaum eine andere Diagnose als die einer multiplen Sklerose stellen konnten. Was die Fälle von Erkrankung in höherem Alter anbelangt, so scheint aus meinem Material hervorzugehen, daß sie fast immer durch einen langsam progredienten, nicht schubweisen Verlauf ohne Remissionen und durch stärkere Schmerzen gekennzeichnet sind. Daß das Leiden bei höherem Alter nicht zu Remissionen neigt, ist mit Rücksicht auf die geringere Regenerationsfähigkeit des alternden Gewebes wohl verständlich.

Das wichtigste und schwierigste Kapitel in der Klinik der multiplen Sklerose ist das der *Diagnose*. In Anbetracht des proteusartigen Krankheitsbildes genügt es tatsächlich hier nicht, wie bei vielen anderen Erkrankungen, die wichtigsten Symptome zu kennen, um die Diagnose nicht zu verfehlen. Was es uns ermöglicht, dieses Leiden mit relativ geringen Fehlergrenzen zu erkennen und von anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems zu unterscheiden, ist immer nur die Feststellung bestimmter *Symptomengruppierungen* bei eingehender Berücksichtigung der *Verlaufsform*. Bezüglich der Symptomengruppierung darf nicht vergessen werden, daß dem treffend gewählten Namen *multiple* Sklerose entsprechend für die sichere Annahme dieser Diagnose der Nachweis einer Mehrzahl von Herden erforderlich ist. In der Regel wird diese Bedingung dadurch gegeben sein, daß sicher spinale und sicher cerebrale Symptome nebeneinander nachweisbar sind. Also etwa spastische Paraparese, Intentionstremor der oberen Extremitäten, Nystagmus und temporale Abblassung der Papillen. Hier muß jedoch hervorgehoben werden, daß der Nystagmus nicht als eindeutiges cerebrales Symptom und überhaupt nicht als Lokalsymptom gelten kann, da er z. B. bei Rückenmarkstumoren — vermutlich infolge von Liquorrückstauung — nicht ganz selten ist. Augenmuskellähmungen sind wesentlich zuverlässiger, selbst wenn sie nur anamnestisch erhoben werden.

Haben wir es mit einem rein cerebralen oder rein spinalen Krankheitsbild zu tun, so ist damit die Annahme einer multiplen Sklerose noch nicht unwahrscheinlich geworden. Nur daß auch in diesen Fällen, und gerade in diesen, eine Mehrheit von Herden unbedingt nachgewiesen werden muß. Besonders schwierig wird dies bei rein cerebralen Symptomenbildern sein, in vielen Fällen ergibt sich die Diagnose hier erst per exclusionem und unter Berücksichtigung des Verlaufs. Leichter fällt der Nachweis der Multilokularität im Bereiche des Rückenmarks, wo sich die Lokalisation sensibler Ausfallserscheinungen in bestimmten Segmenten gewöhnlich mit Sicherheit durchführen läßt.

Die Diagnose einer multiplen Sklerose ist immer gewagt, wenn wir es mit einem Fall ohne temporale Abblassung, ohne Intentionstremor und ohne Areflexie der Bauchdecken zu tun haben. Aber jedes dieser Symptome läßt, wenn es zweifellos vorhanden und wenn es mit einem anderweitigen cerebrospinalen Symptom vergesellschaftet ist, die Diagnose einer multiplen Sklerose in den Vordergrund treten. Minder zuverlässig ist das *Babinski*sche Zeichen: fehlt es, so wird die Diagnose einer multiplen Sklerose oft gerade deshalb zweifelhaft bleiben. Sein Vorhandensein aber besagt nur, daß eine Störung im Verlaufe der Pyramidenbahnen vorliegt, nicht aber, welcher Natur diese ist. Wird uns daneben über eine etwa vorausgegangene Augenmuskelparese mit Doppeltsehen berichtet, so engt sich der Kreis der Möglichkeiten wieder ein und die multiple Sklerose gewinnt — besonders wenn der *Babinski* auf beiden Seiten vorhanden ist — an Wahrscheinlichkeit. Gelegentlich kann der Liquorbefund, wenn er die obenerwähnten Kennzeichen aufweist, die Diagnose stützen. Keinesfalls aber werden wir in solch zweifelhaften Fällen ohne eingehendste Berücksichtigung des *Verlaufs* die Diagnose stellen können. Diesbezüglich ist das *prämonitorische Auftreten von Augensymptomen* als besonders bedeutsam und charakteristisch hervorzuheben. Wir erfahren etwa in der Anamnese, daß der Patient vor vielen Jahren durch einige Wochen an Doppeltsehen litt. Der Arzt habe damals eine rheumatische Augenmuskellähmung festgestellt. Derartige Augenmuskellähmungen sind immer suspekt. Oft, vielleicht sogar in der Mehrzahl der Fälle, stellen sie den ersten Schub einer multiplen Sklerose dar. Auch Facialislähmungen können in dieser Weise als Frühsymptome auftreten. Nicht minder charakteristisch sind Berichte über vorübergehende Erblindung in früheren Jahren. Je mehr uns anamnestische Angaben solcher Art den Verdacht einer multiplen Sklerose näherrücken, desto eher werden wir auf eine sonst erforderliche Vollständigkeit des Symptomenbildes verzichten können. Im allgemeinen verstärkt sich gerade in neuerer Zeit der Eindruck, daß multiple Sklerose *zu häufig* diagnostiziert wird. Gerade jetzt, wo wir die Annahme eines spezifischen Erregers dieser Erkrankung als fast gesichert betrachten, darf die multiple Sklerose nicht mehr, wie es so oft der Fall ist, als Verlegenheitsdiagnose dienen. Katamnestische Verfolgung solcher in Ermangelung besseren Wissens als multiple Sklerose eingereichter Fälle ergibt manchmal absonderliche Ueberraschungen.

Von den typischen Fällen abgesehen, werden eingehende *differentialdiagnostische* Erwägungen nicht zu umgehen sein. Diesbezüglich ist vor allem die *Lues* zu erwähnen. Ihre Unterscheidung von der multiplen Sklerose ist uns heute, wo wir einen spezifischen Erreger der letzteren annehmen, wichtiger als zu einer Zeit, da manche Forscher unter der Vielheit der für die multiple Sklerose in Betracht kommenden Aetiologien auch eine luetische Genese für möglich hielten. Nun ist es außer Zweifel, daß es Fälle von Lues cerebrospinalis gibt, die von der multiplen Sklerose nicht zu unterscheiden sind. Die Lues des Zentralnervensystems, ebenfalls eine multilokuläre Erkrankung, kann ganz gut im einzelnen Fall ähnliche Lokalisationen aufweisen wie die multiple Sklerose und infolgedessen dieselben Symptome machen. Was nun das klinische Bild anlangt, so ist eine strenge Trennung unmöglich. Wir können nur einzelne Symptome aufzählen, die wesentlich häufiger bei der einen, und solche, die vorwiegend bei der anderen Erkrankung auftreten. Hier sind vor allem Pupillenerscheinungen zu erwähnen. Leichtere Pupillenanomalien — Differenz der Weite, Entrundung, trägere oder unausgiebige Reaktion auf Licht oder Konvergenz — habe ich wohl auch bei der multiplen Sklerose viel häufiger gefunden, als man gemeinhin annimmt. Ausgesprochene Pupillenstarre, reflektorische (*Argyll-Robertson*) oder absolute, ist jedoch bei der multiplen Sklerose nur in ganz vereinzelten Fällen beobachtet. Ihr Vorhandensein spricht mit großer Sicherheit für Lues. Blasen- und Mastdarmstörungen pflegen bei der cerebrospinalen Lues konstanter und intensiver zu sein als bei der multiplen Sklerose. Dauernde schwere Augenmuskellähmungen sind ebenfalls bei der Lues häufiger. Dagegen sind Areflexie der Bauchdecken und skandierende Sprache, wohl auch starker Intentionstremor und das charakteristische Wackeln des Kopfes und Rumpfes, wie man es bei vorgeschrittenen Fällen findet, bei der multiplen Sklerose häufiger. Natürlich spricht ein positiver Wassermann in

Blut und Liquor, besonders im letzteren, sowie starke Eiweiß-, Globulin- und Zellvermehrung im Liquor, für Lues und gegen multiple Sklerose. Doch dürfen wir nicht vergessen, daß gelegentlich auch ein Luetiker, dessen Nervensystem nicht luetisch erkrankt ist, an einer multiplen Sklerose erkranken kann. Wie wir heute wissen, gehört ein positiver Liquorbefund zu den regelmäßigen Erscheinungen der sekundären Latenz bei der Lues. Wenn in dieser Zeit zufällig die ersten Symptome einer multiplen Sklerose auftreten, wird man leicht geneigt sein, sie fälschlich auf die Lues zu beziehen. Das sind Fälle, wo eine sichere Diagnose oft überhaupt nicht zu stellen ist.

Von sonstigen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen sind vor allem Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks zu erwähnen. Trotz der für die multiple Sklerose geforderten Multiplizität der Herde ergeben sich immer wieder Fälle, wo die Entscheidung sehr schwer fällt. Multiple Sklerose kann unter dem Bilde eines Hirntumors, ein Hirntumor — etwa bei pontiner Lokalisation — unter dem Bild einer multiplen Sklerose verlaufen. Dasselbe gilt für Rückenmarkstumoren. Was den Hirntumor anbelangt, so wird zu berücksichtigen sein, daß ausgesprochene Hirndruckerscheinungen, insbesondere Stauungspapille, bei der multiplen Sklerose äußerst selten sind. Ferner ist der Verlauf bei beiden Erkrankungen in charakteristischer Weise verschieden. Ausgesprochene Remissionen von langer Dauer sind beim Hirntumor recht selten. Bei den Rückenmarkstumoren wird der entscheidende Wert auf den Nachweis der Querschnittsläsion zu legen sein. Der ziemlich rasch progrediente Verlauf der meisten Rückenmarkstumoren fällt ins Gewicht. Schließlich ist das Ergebnis der Lumbalpunktion und der Röntgenaufnahme heutzutage ergänzt durch den Befund der Lipiodolprobe, gewöhnlich ausschlaggebend: das Froinsche Syndrom: Eiweißvermehrung ohne Zellvermehrung im Liquor, Xanthochromie des Liquors und das Queckenstedtsche Zeichen (fehlende Drucksteigerung des Liquors bei Kompression der Halsvenen) entscheiden eindeutig für den Tumor. Ihr Fehlen schließt ihn allerdings nicht aus.

Bei Erkrankungen jenseits des 40. Jahres bereitet in manchen Fällen die Unterscheidung von vaskulären Gehirnerkrankungen einige Schwierigkeit. Multiple Erweichungsherde durch arteriosklerotischen Gefäßverschluß können das Bild einer multiplen Sklerose vortäuschen. Haben wir es bei nachweisbar vorhandener Arteriosklerose mit einem rein cerebralen Krankheitsbild zu tun, das sich im Auschluß an einen oder mehrere Insulte entwickelt hat, so werden wir eher für die vaskuläre Entstehung entscheiden. — Ferner muß auf die Möglichkeit einer Verwechslung mit Syringomyelie und mit amyotrophischer Lateralsklerose hingewiesen werden. Eine dauernd progrediente dissoziierte Sensibilitätsstörung wird früher oder später für Syringomyelie, hochgradige Muskelatrophie für amyotrophische Lateralsklerose entscheiden. Eine neue differentialdiagnostische Schwierigkeit hat sich schließlich in den letzten Jahren durch das Auftreten der Encephalitis lethargica ergeben, die zuweilen an multiple Sklerose erinnernde Folgezustände zurücklassen kann. Doch wird hier eine sorgfältige Anamnese doch meist Anhaltspunkte für das vorausgegangene akute Stadium mit Schlafsucht und Myoklonie zutage fördern. Hier darf nicht vergessen werden, daß passagere Außenmuskelparesen und Sehstörungen beiden Erkrankungen zukommen.

Keine Schwierigkeiten mehr sollte die Unterscheidung zwischen multipler Sklerose und Hysterie bereiten. Wenn auch zugegeben werden muß, daß beginnende Fälle von multipler Sklerose zuweilen Symptome aufweisen, die an funktionelle Erkrankungen erinnern — merkwürdig inkonstante Gangstörungen, vollkommene Erblindung, die einige Tage anhält und ebenso plötzlich wieder verschwindet, wie sie gekommen ist u. dgl. —, so steht es doch außer Zweifel, daß bei gründlicher neurologischer Untersuchung in jedem Fall von beginnender multipler Sklerose objektive Zeichen zu finden sind, die eine Fehldiagnose ausschließen. Man muß nur richtig untersuchen und das Ergebnis richtig bewerten können. Ein positiver Babinski oder fehlende Bauchdeckenreflexe sind Symptome, die von vornherein die Diagnose einer multiplen Sklerose nahelegen, wenn gleichzeitig über Gang- oder Sehstörungen geklagt wird. Für den erfahrenen Arzt ergeben sich aber schon aus der Art der subjektiven Beschwerden deutliche Fingerzeige auf die organische oder funktionelle Natur des Leidens. Macht man es sich aber zur Regel, in keinem Fall ohne eingehende und wiederholte Untersuchung die Diagnose zu stellen, dann sind Verwechslungen so schwerwiegender Art gewiß ausgeschlossen.

Bezüglich der Prognose des Leidens sind wir leider noch immer nicht in der Lage, im einzelnen Fall zu entscheiden, ob ein benigner oder ein bösartiger Verlauf zu erwarten ist. Zweifellos gibt es abortive Fälle von multipler Sklerose, bei denen es nach den ersten Schüben und Remissionen zu jahrelanger Latenz kommt, und dieser Stillstand kann so lange dauern, daß der Patient eine weitere Verschlechterung nicht mehr erlebt. Man kann in solchen Fällen, wenn man will, von Heilung sprechen. Aber wir haben keinerlei Anhaltspunkt, um im konkreten Fall zu entscheiden, ob wir es mit einem abortiven Fall dieser Art zu tun haben; selbst wenn eine Remission 10 Jahre und noch länger dauert, sind neue Schübe durchaus nicht ausgeschlossen. Einen kleinen prognostischen Behelf verdanken wir den Liquoruntersuchungen von H. Müller: es scheint, daß Fälle von multipler Sklerose mit ausgesprochen positivem Liquorbefund (Eiweiß- und Zellvermehrung und Goldsolzacke) mehr zu Remissionen neigen als andere, insofern also prognostisch günstiger zu beurteilen sind. Freilich bedeutet dies nicht mehr als eine gewisse Beruhigung für die nächste Zeit. Denn jeder Fall kann später wieder progredient werden.

Was die Therapie der multiplen Sklerose anbelangt, so muß gesagt werden, daß wir noch immer keine wirklich wirksame Behandlung kennen. Seitdem man die infektiöse Aetiologie als feststehend betrachtet, ist naturgemäß eine gewisse Wendung in den Behandlungsmethoden eingetreten. Mit Rücksicht auf die hypothetischen Spirochätenbefunde lag es nahe, das Rüstzeug der antiluetischen Behandlung in den Dienst der Bekämpfung dieses Leidens zu stellen. Insbesondere schienen Versuche mit Salvarsanpräparaten um so aussichtsreicher, als man ja schon lange von der Arsenbehandlung Gutes gesehen zu haben glaubte. Die Erfolge entsprechen nicht ganz den Hoffnungen. Wenn man gleichwohl an der Salvarsantherapie der multiplen Sklerose festhält, so beruht die Indikation zweifellos mehr auf theoretischen Ueberlegungen als auf praktischen Erfolgen. Besserungen unter Salvarsanbehandlung sieht man natürlich bei beginnenden Fällen in großer Zahl. Aber bei der bekannten Neigung des Leidens zu weitgehenden Spontanremissionen wirken diese Erfolge nicht überzeugend. Erst großes statistisches Material könnte hier als beweisend betrachtet werden. Dieser Einwand gilt naturgemäß für alle anderen Behandlungsmethoden in gleichem Maße. Da ist vor allem die parenterale Eiweißtherapie zu erwähnen, die mit Präparaten verschiedener Art — Vaccineurin, Staphylokokkenvaccine, Typhusvaccine usw. — in der neueren Therapie der multiplen Sklerose eine bedeutende Rolle spielt. Die Erfolge sind auch hier durchaus nicht eindeutig. Gleichwohl ist diese Behandlung, eventuell kombiniert mit Salvarsan in kleinen Dosen, heute noch als die bestbegründete medikamentöse Therapie zu bezeichnen. Auch Quecksilber scheint manchmal günstig zu wirken. Vielfach werden Fibrolysininjektionen angewendet. In symptomatischem Sinne, um die Spasmen zu mildern, wurde in neuerer Zeit Kalziumchlorid intravenös empfohlen. Die Wagnersche Malariabehandlung der progressiven Paralyse wurde — mit unsicheren Erfolgen — auch bei der multiplen Sklerose versucht. — Die physikalische Therapie besteht nach wie vor in vorsichtiger Massage und Gymnastik, leichter Faradisation, faradischen und galvanischen Vierzellenbädern und — besonders bei ausgesprochenen Spasmen — einfachen lauen Bädern. Man kann mit diesen einfachen Mitteln zweifellos ebensoviel erreichen wie mit den kompliziertesten modernen Prozeduren. All diese Behandlungen sind sicher symptomatisch von Nutzen, wenn man sich auch dauernde Erfolge davon nicht versprechen darf. — In beginnenden Fällen sieht man manchmal auffallende Besserung vom Gebrauch radioaktiver Thermalbäder (Gastein, Wildbad, Ragaz).

Bei den trostlosen, ganz vorgeschrittenen Fällen mit schwerster Paraplegie, Blasen- und Mastdarmlähmung usw. beschränkt sich die Behandlung naturgemäß auf sorgfältige Pflege. Doch muß hier darauf hingewiesen werden, daß man gerade in diesen schwersten, dauernd bettlägerigen Fällen auf einem bisher wenig begangenen Wege zuweilen Gutes erreichen kann: mit Hilfe orthopädischer Maßnahmen. Operative Eingriffe irgend welcher Art kommen natürlich nicht in Betracht. Versuche, die Spasmen der unteren Extremitäten durch Resektion der hinteren Wurzeln (Foerstersche Operation) zu beeinflussen, sind mehrfach übel ausgegangen. Aber zuweilen gelingt es durch orthopädische Behelfe verschiedener Art, Patienten, die schon lange bettlägerig waren und jede Hoffnung auf Besserung schon aufgegeben haben, wenigstens notdürftig auf die Beine zu bringen. Was das für einen gelähmten Kranken bedeutet, wenn er wenigstens innerhalb der Wohnung ohne fremde Unterstützung vom Bett zum Tisch oder auch ins andere Zimmer gehen kann, muß nicht erst hervorgehoben werden. Bei richtiger Auswahl der Fälle und der orthopädischen Behelfe kann man so auch auf diesem trostlosen Gebiete manch kleine Genugtuung erleben.

Aus dem Marienhospital Düsseldorf.

Zur Reaktion des Blutes auf Reizkörper-Therapie.

Von

Dr. WALTER PAFFENHOLZ, Assistenz-Arzt.

Zugleich mit der Einführung der unspezifischen Eiweißkörpertherapie entspann sich ein lebhafter Streit über die Wirkung der Proteinkörper auf die einzelnen Organfunktionen. Speziell über den Einfluß der parenteralen Milchzufuhr auf die Blutzusammensetzung sind in den letzten Jahren zahlreiche Ergebnisse und Erklärungen veröffentlicht worden, die ein buntes Bild von Widersprüchen zeigen.

Während nach Eiweißinjektionen von einem Teil der Autoren eine Leukozytose beobachtet wurde, fanden andere eine Leukopenie mit gleichzeitiger Abnahme der neutrophilen Leukozyten. Bezüglich der Erythrozyten wurden sowohl quantitative als auch qualitative Veränderungen beschrieben, von anderer Seite keine, oder nur quantitative Veränderungen. Daraufhin wurde hier bei 20 Patienten das Blutbild nach Eiweißinjektionen beobachtet. Zunächst stellten wir vor der Injektion die Leukozyten- und Erythrozytenzahl fest. Dann wurden eine Stunde nach der Einspritzung die Leukozyten, zwei Tage später die weißen und roten Blutkörperchen nachgezählt. Die Patienten blieben nüchtern bis zur Blutentnahme. Injiziert wurde bei 10 Patienten Protasin (5 ccm intramuskulär), bei den übrigen sterilisierte Milch (5 ccm intramuskulär). Es handelt sich größtenteils um Fälle von chronisch-rheumatischen Gelenkaffektionen, in zwei Fällen um ein chronisches Ekzem, in einem Falle um eine gonorrhoische Hodenentzündung.

Die Ergebnisse bei Protasin waren folgende:

Eine Stunde nach der Einspritzung wurde bei sieben Patienten eine Leukopenie, bei den übrigen drei eine Leukozytose beobachtet. Die Verminderung der Leukozyten bewegte sich zwischen 200—1600, die Vermehrung zwischen 200—500.

Zwei Tage nach der Injektion fand sich in acht Fällen eine Leukopenie, in den übrigen zwei eine Leukozytose. Die Leukopenie betrug 300—1800, die Leukozytose 200—900.

Eine nennenswerte Aenderung der Erythrozytenzahl konnte nicht festgestellt werden; in 6 Fällen trat eine Vermehrung um durchschnittlich 300 000 auf.

Nach Milchinjektion ergab sich fast dasselbe Bild:

Eine Stunde nach der Einspritzung war bei neun Patienten eine Leukopenie zu beobachten, nur in einem Falle eine Leukozytose.

Die Höhe der Leukopenie lag zwischen 300—1500, die Leukozytose betrug 100.

Zwei Tage nach der Injektion erhielten wir in sieben Fällen eine Leukopenie, in zwei Fällen eine Leukozytose, in einem Falle keine Veränderung. Die Verminderung der Leukozyten schwankte zwischen 400—1700, die Vermehrung zwischen 400—1000.

Bezüglich der Erythrozyten konnte bei 6 Patienten eine durchschnittliche Vermehrung von 500 000 festgestellt werden, in den übrigen Fällen handelte es sich nur um geringe Verschiebungen der Erythrozytenzahl vom Ausgangswerte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wir eine nennenswerte Vermehrung der Erythrozyten am zweiten Tage nur in wenigen Fällen fanden, dagegen eine deutliche Verminderung der Leukozyten in den meisten Fällen, sowohl eine Stunde, als auch zwei Tage nach der Injektion. In der Auswirkung auf das Blutbild ergab Milch keine größeren Unterschiede gegenüber dem Protasin. Ferner konnten wir feststellen, daß das Alter des Patienten keinen Einfluß hatte auf die Reaktion des Blutbildes nach Eiweißinjektion.

Die Frage, wodurch es in den meisten Fällen zu einer Herabsetzung der Leukozytenzahl kommt, läßt sich wohl kaum mit Sicherheit beantworten. In letzter Zeit wurde die Rolle des vegetativen Nervensystems bei dem Leukozytensturz hervorgehoben.

Bekanntlich nimmt die Reaktionsfähigkeit des Sympathicus und Parasympathicus mit zunehmendem Alter ab. Man müßte also bei älteren Leuten eine weniger starke Herabsetzung der Leukozytenzahl erwarten, als bei den jüngeren. Wir haben deswegen Patienten verschiedenen Alters (zwischen 20—60 Jahren) beobachtet, konnten aber keine Unterschiede bezüglich der Blutreaktion bei jüngeren und älteren Leuten feststellen. Bekannt ist außerdem die nach verschiedenen Eiweißpräparaten auftretende Temperaturerhöhung als Ausdruck einer Sympathicusreizung. In den oben angeführten Fällen fand sich nach Protasininjektion keine Fieberreaktion, während nach Milcheinspritzungen durchweg leichte Temperaturerhöhungen bis 38 ° auftraten. Es kommt also nach Milch zu einer stärkeren Sympathicuserregung, die sich auch in der Auswirkung auf das Blutbild bemerkbar machen müßte, falls das vegetative Nervensystem für den Leukozytensturz verantwortlich zu machen wäre. Dagegen zeigen die oben angegebenen Zahlen, daß die Resultate bezüglich der Leukozytenveränderungen bei Protasin und Milch fast gleichwertig sind, wenigstens keine gröberen Unterschiede entsprechend der verschiedenen Fieberreaktion ergeben.

Immerhin wäre die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß es sich bei den Leukozytenveränderungen lediglich um eine Blutverschiebung handelt, vielleicht auf chemotaktischem Wege entsprechend den örtlichen Herdreaktionen, die nach Eiweißinjektionen aufzutreten pflegen.

Zu den Mitteln zur Wiederbelebung Neugeborener.

Von

Dr. ROBERT KUHN, Frauenarzt in Baden-Baden.

Die Praxis kennt die Schultzeschen Schwingungen, sie kennt auch die Publikationen der letzten Jahre, wodurch infolge Schultzescher Schwingungen öfter Leberzerreißungen mit tödlicher Blutung gesehen wurden, sie macht statt dessen vermutlich das ruckweise Emporheben des auf dem Kopfe stehenden Kindes und das Senken, also sozusagen die gleichen Bewegungen, aber unter Ausschaltung der zentrifugalen Kraft, die gerade der „Schwingung" innewohnt. Durch das Emporhalten des Kindes und das Schütteln soll der Schleim ohnedies herauskommen. Hierüber hat Baumm geschrieben.

Drei andere Dinge aber sind es, die nicht übersehen werden sollen, der Trachealkatheterismus, die Lufteinblasung und unter Umständen, aber wohl nur für den kühnen und unternehmungslustigen Aeskulapjünger, die intrakardiale Adrenalininjektion.

Der Trachealkatheter soll vom Geburtshelfer stets mitgeführt werden. Kritzler hat empfohlen, den weichen Katheter durch einen halbsteifen Ureterenkatheter beim Einführen zu verstärken, er empfahl weiter, zuerst den Zeigefinger einzuführen und auf die Speiseröhre zu legen, dann unter dem Zeigefinger mit dem Katheter die vor der Speiseröhre liegende Luftröhre aufzusuchen. Die Speiseröhre ist so durch den eingeführten Zeigefinger geschützt und gedeckt.

Ist nun der Schleim entfernt, die Atmung aber weder durch die ruckweisen Emporhebungen und -Senkungen (Ersatz der Schultzeschen Schwingungen) noch durch Beklopfen, Hautreize, heißes Bad mit kalten Uebergießungen in Gang zu bringen, so versuche man das Einblasen von Luft, direkt von Mund zu Mund. Im Wöchnerinnenheim Lucina, Wien, wurden auf diese Weise unter etwa 15 000 Geburten 40 asphyktische Neugeborene gerettet. Um zu vermeiden, daß aus kranken Lungen Luft eingeblasen wird, blase man nur die Luft ein, die man im Munde eingesaugt hat, also nicht die eigentliche Exspirationsluft. Der Rhythmus des Ein- und Ausatmens wird dadurch erzielt, daß man abwechselnd Luft einbläst und mit der Hand dann wieder den kindlichen Thorax komprimiert, um Exspiration zu erzielen. Von einzelnen Kliniken sind schöne Erfolge berichtet worden. Um einen direkten Kontakt zu vermeiden, kann man einige Gazekompressen zwischen den Mund des Kindes und des Arztes legen.

Vor der Injektion von Adrenalin ins Herz scheut die Praxis wohl zurück. Insbesondere von Koch-Riga ist aber wiederholt darüber berichtet und die Methode empfohlen worden. Es werden 0,5 ccm der Höchster Suprareninampulle, welche 1 ccm 1 : 1000 Suprarenin enthält, injiziert; 2 cm links v. Sternum, in den IV. Interkostalraum.

Auch hier ist der Erfolg zuweilen verblüffend. Allerdings muß dazu die Lungenatmung noch gesondert in Gang gebracht werden durch die üblichen Schüttelungen, Hautreize, unter Umständen Lobelininjektion.

Literatur:

Kritzler: Dt. m. W. 1923, Nr. 1.
Crile: Surg., Gyn. and Obst. Vol. 35.
Schütt: Zentrbl. f. Gyn. 1924, Nr. 10.
Koch: Zentrbl. f. Gyn. 1924, Nr. 41.

Moderne medizinische Probleme bei Plato.*)

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

In Platos Republik findet der Arzt viel Gelegenheit sich der Hygiene, der Körperübung, der Lebenshaltung und der Diät seiner Mitbürger zu widmen.

Pythagoras war Vegetarier, eine Ernährungsweise, die nicht nur in Aegypten und Asien, sondern auch an den nördlichen Küsten des Mittelmeers allgemein üblich war. Damit waren verschiedene mystische Anschauungen verknüpft; dies und die Rigidität einer gleichmäßigen Religion erlaubten hierin wenig Abwechslung. Hinsichtlich Lebensführung und Diät hat nun Plato zweifellos das meiste seiner Lehre aus den damaligen Volksgewohnheiten geschöpft, nicht direkt aus Pythagoras, obgleich manches seiner Lehre dahin weist. Aber er glaubte wie Pythagoras, wenn jeder nach dem Rezepte seiner Republik leben würde, die Aerzte nicht so sehr nötig wären. Ein Echo davon findet man im Papyrus Ebers und in den vier Krankheiten des Hippokrates, worin die Aetiologie aller Krankheiten der Ernährung zugeschrieben wird. Er kannte eben die Variabilität des Menschen hinsichtlich der Ernährung nicht. Sein Menu bestand aus Gerste, Weizen, Oliven, Käse, Zwiebeln, Erbsen, Bohnen, Feigen, Nüsse und Beeren. Bohnen waren trotz Pythagoras nicht Tabu. Wo Sokrates seinen Käse herbekommen wollte ohne Rindvieh, ist nicht ganz klar; er sagt aber, wenn man in einem Staate Hirten haben müsse und das Volk Fleisch essen müsse, daß man dann Aerzte viel eher nötig hätte. Zugvieh für die Landwirtschaft hielt er für nötig. Land für Weiden war deshalb erwünscht. Fleisch und Imperialismus, Kämpfe, ärztliche Behandlung und in der Jugend an Krankheiten sterben, statt im Alter, dies schienen die Mißstände zu sein, denen er in seiner Republik durch Ernährungsvorschriften ausweichen wollte. Er hatte Grund gegen Exzesse aller Art zu kämpfen, gegen syrakukanische Diners und athenische Zuckerbäcker, gegen Zügellosigkeit und Luxus. Nehmen diese überhand in einem Staate, so füllen sich die Sprechzimmer der Aerzte und Advokaten; diese kommen zu Ansehen und finden bei den Bürgern einer Stadt großes Interesse. Wir finden hier hygienische und soziale Probleme, die unseren ziemlich gleichen. Plato steht mit diesen seinen Anschauungen nicht allein. Als Staatsmann, allerdings theoretisch und unfruchtbar, hat er hier die amerikanische Doktrin vorausgenommen, daß wenn eine Republik lebensfähig sein will, das moralische und geistige Training den Höchstpunkt bei den führenden Klassen erreicht haben muß. Platos Republik war im wesentlichen eine Oligarchie. Die moderne Regierungsform speziell die amerikanische — von Deutschland ist hier nicht die Rede — ist eine Demokratie. Die Herrschenden sollen so gesund, weise und moralisch wie möglich sein und Erziehung wird so das wichtigste Problem des Staates. Aber wie nicht alle Arten von Nahrung für alle Menschen passen, so ist es auch mit der Erziehung und manche Jugend bekommt überhaupt keine Erziehung oder eine recht schlechte.

---

*) Nach Wright, Medical journal and record 1925/2.

Plato als Oligarch besteht mit unseren modernen Demokraten darauf, daß auch die Frauen eine gute Erziehung im Interesse des Staates besonders als Mütter bekommen. Er ist speziell der Ansicht, daß die Medizin eine der Künste sei, in denen sich Frauen auszeichnen können. Er wird hierbei der allgemeinen Anschauung seiner Zeit nicht fern gestanden haben. Wir wissen allerdings zu wenig über das Leben der damaligen Frauen. Die Hetären deuten aber auf eine Emanzipation bei der damaligen Frau hin.

Wir vergessen nur immer wieder diese Lehren von den wechselnden Beziehungen der Dinge und der Sinne zu einander — niemand kann zweimal in denselben Fluß steigen. Die Erfahrung leitet oft irre und Voraussicht ist schwierig. Welche Bedeutung hat für uns die Kenntnis des zur Erhaltung notwendigen Kalorienbetrags für den Gesunden, wenn die Bedürfnisse des Kranken von 1000 nicht meßbaren Faktoren abhängen. Prothagoras sagt, der Mensch ist das Maß aller Dinge, aber nicht der Mensch der Masse, sondern der individuelle Mensch.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 32, 7. August 1925.

Ueber das Asthma bronchiale. F. Klewitz (Königsberg).
Grundlegende Vorgänge der Wirbeltierentwicklung und ihre Beziehungen zur Mißbildungslehre. O. Grosser (Prag).
Beiträge zu den Verbrennungen. K. Schreiner (Prag).
Zur Nosologie und Therapie der Dercumschen Krankheit. W. Jülich (Hamburg).
Beitrag zur Statistik und Klinik debiler Kinder. F. Weiß (Prag).
Zur Frage der unspezifischen Reaktion auf Tuberkulin. G. Singer (Wien).
Heilung eines ungewöhnlich schweren Falles von Pruritus ani durch Reargon. F. Bönnig (Düsseldorf).
Pseudoneurasthenia intermittens. H. Klein (Belgrad).
* Die Behandlung der multiplen Sklerose mit Antimosan. K. Delius (Göttingen).
Die Kolistämme der perniciösen Anämie. F. Lucksch (Prag).
Ueber die Einwirkung von Pyridin und Cyanwasserstoff auf Blutfarbstoff. R. Zeyneck (Prag).
* Ueber ein Linderungsmittel für Krebskranke. A. Lewandowski (Berlin).
Behandlung der Seborrhoea capitis mit Sulfur Physiol. K. Weiskopf Kladno.

Die Behandlung der multiplen Sklerose mit Antimosan. Auf Grund der Auffassung, daß die multiple Sklerose eine Spirochätenerkrankung ist, bei der sich schon die Salvarsantherapie als wirksam erwiesen hat, wurde vom Verf. das Antimon angewandt und zwar als Antimosan, von der Firma Heyden herausgebracht, in der das Sb dreiwertig ist. Dieses hat sich als ungleich wirksamer erwiesen als das fünfwertige. Behandelt wurden 13 Fälle, bei denen so häufig Besserung eintrat, daß die Annahme einer Wirksamkeit des Präparates durchaus gerechtfertigt erscheint, besonders auch bei alten, längere Zeit stationär gebliebenen Fällen mit Lähmungen und Kontrakturen. Gegeben wurden dreimal wöchentlich Injektionen von 0,1 steigend bis 0,4, im ganzen 12—16 Spritzen, bei den letzten wieder etwas abwärts gehend. Verf. glaubt aus seinen Erfolgen die Hoffnung einer kausalen Therapie an die Antimonbehandlung knüpfen zu können.

Ueber ein Linderungsmittel für Krebskranke. Als ein brauchbares Mittel, die Schmerzen und sonstigen Beschwerden sowie den Körperverfall erheblich zu beeinflussen, erwies sich dem Verf. das Gedurol, das von Dr. Fragner, Neudeck bei Karlsbad, zusammengesetzt worden ist und aus Hexamethylentetramin benzoicum, ferner pyrophosphoricum, Calcium bromatum, Antipyrin, Coffein salic., ätherischen Oelen, Tonica und Amara besteht. Behandelt wurden nur inoperable oder schon operierte Fälle, bei denen ziemlich rasch nach Gebrauch die günstige Wirkung auf Schmerzempfindlichkeit, Appetit, Verdauung, Kräftezustand zeigte; in einigen Fällen wurde sogar Rückgang der Geschwulstbildung beobachtet. Gegeben wurde dreimal täglich 1 Eßlöffel der fertigen Lösung bzw. wurden Spülungen mit einer Verdünnung von 1 Eßlöffel auf ½ l Wasser gemacht. Bei Carcinoma mammae wurden Pinselungen der Haut mit Gedurol und Jodtinktur mit gutem Erfolg angewandt.

Nr. 33, 14. August 1925.

Leukämie. Wilhelm (Danzig).
* Vergleichende Intrakutanimpfungen mit Alttuberkulin und unspezifischen Reizkörpern. F. Schmid (Gries) und E. Weidinger (Wien).
Insulinbehandlung des Diabetes. H. Gündell (Bonn).
Agranulocytose. W. David (Beriln).
* Beiträge zu den Verbrennungen. K. Schneider (Graz).
Anwendung der Linserschen Mischspritze in der Behandlung der Nervenlues und die Neosalvarsan-Modenol-Mischspritze. L. Benedek und E. Thurzó (Debrecen).
Häufigkeit des Bronchialkrebses. H. Holzer (Prag).
Glykolyse von überlebendem menschlichem Scheidengewebe sowie Beziehungen zwischen Gewebsglykolyse und Konstitution mittels der Warburgschen Methode. A. Loeser (Berlin).
Gruppenspezifische Isoopsonine (Isohämotropine) im menschlichen Serum. F. Schiff (Berlin).

Vergleichende Intrakutanimpfungen mit Alttuberkulin und unspezifischen Reizkörpern. Verff. halten durch ihre Versuche für einwandfrei erwiesen, daß die unspezifischen Präparate, gleichviel ob bakteriellen oder nichttierischen, pflanzlichen oder chemischen Ursprungs, Reaktionen auszulösen vermögen, die an Intensität und Größe denen des Alttuberkulins gleichkommen. Notwendig dazu ist nur, die entsprechenden Konzentrationsstärken herzustellen, was in den meisten Fällen keine Schwierigkeiten bietet. Zu erwähnen ist dabei, daß die Maximalreaktionen bei den unspezifischen Körpern viel früher auftreten als jene des Alttuberkulins.

Beiträge zu den Verbrennungen. Verf. gibt folgende therapeutischen Anweisungen bei schweren Formen von Verbrennungen: keine herzschädigenden Narkotika, also auch kein Morphium. Halbwegs brauchbare Notverbände ruhig liegen lassen, um durch Wechsel die Patienten nicht unnütz zu erregen. Sofort nach der Einlieferung Kochsalz- oder Ringerinfusionen bis höchstens 500 ccm mit ½—1 mg Adrenalin subkutan; am ersten Tag in bedrohlichen Fällen eventuell wiederholen, sonst erst jeden zweiten Tag. Sofort nach der Einlieferung mit der Digitalis- plus Theobromintherapie einsetzen, in kleinen Einzeldosen bis 0,50 Tagesmenge, 2—3 Tage lang. Dann herabgehen auf 0,2—0,1 pro die, um mit etwa 3 g 14 Tage auszukommen. Bei Erbrechen Digalen intravenös oder subkutan. Bäder, besonders das Wasserbad, sind anfangs bei drohender Gefahr zu unterlassen. Selbstverständlich flüssige, reizlose Diät und gute Darmentleerung durch Klysmen.

Nr. 34, 21. August 1925.

Die klinische Bedeutung der Erblichkeitslehre. Fr. Meggerdorfer (Hamburg).
• Schlaf und Schlafzentrum. H. Haenel (Dresden).
Einfluß der Ca- und K-Ionen auf die Insulinwirkung. E. Rylin (Schweden).
Strahlentherapie der oberen Luftwege. L. Haas (Wien).
Die Blutverschiebung während der Tiefenbestrahlung — ein dosimetrischer Faktor. J. Kottmaier (Mainz).
Ein kasuistischer Beitrag zur diabetischen Phthise. E. Schönberger (Wien).
Stovarsol. M. Oppenheim (Wien).
Ueber den Singultus epidemicus. Nüssenbaum und Gurwitsch (Haifa).
Die Dysenteriebehandlung. E. A. Mueller (Tel el Kebir).
Der Kolistamm 88 von Gildemeister und Herzberg. O. Bail (Prag).
Ueber Cibalgin. G. Flatau (Berlin).

Schlaf und Schlafzentrum. Die interessanten Beobachtungen, die sich im wesentlichen mit denen anderer Forscher decken und vorwiegend der Encephalitis lethargica zu verdanken sind, lassen das Bestehen eines Schlafzentrums als sicher erwiesen erscheinen, und zwar ist es der Thalamus opticus, die subthalamischen Kerne und das Höhlengrau, wo die zentrale Regulierung der Schlaffunktion stattfindet. Das Wachbewußtsein, das an die Rindenzellen gebunden ist, würde im Zustande der Indifferenz bleiben, wenn es nicht erst seinerseits Innervationsimpulse empfinge, die eben von jenem Zentrum ausgehen und deren Absinken bzw. Fehlen den Schlaf herbeiführt. Danach sei es sogar richtiger, statt von einem Schlafzentrum besser von einem Wachzentrum zu sprechen. Die Quelle, aus der wiederum das Schlafzentrum seine Impulse erhält, seine Funktion auszuüben oder einzustellen, sei wohl letzten Endes im endokrinen System, speziell in der Thyreoidea zu suchen.

Nr. 35, 28. August 1925.

Die spezifische Behandlung der Tuberkulose, besonders durch den praktischen Arzt. H. Trunk (Oberschaar in Schlesien).
• Leberfunktionsprüfung. H. Kähler (Hamburg).
Die operative Verbesserung des unzulänglichen Pneumothorax. H. Ulrici (Berlin).
• Röntgenbestrahlung von subakuten und chronischen Schweißdrüsenabszessen der Achselhöhle. A. Rütz (Berlin).
Bedeutung des Blutbildes für die Differentialdiagnose der Meningitisformen im Säuglings- und Kindesalter. F. Heissen (Dortmund).
Röntgenstrahlenwirkung und Tumorbildung. C. Schönhof (Prag).
Entstehung des runden Magengeschwürs. L. Jarno (Budapest).
Fall von Leuchtgasvergiftung durch Kunstdünger. H. Fuchs (Holitz, Böhmen).
Traumatischer oder chirurgischer Scharlach. L. Iserinac (Larcavac, Bosnien).
Cemachsche Solluxlampe. M. Kaufmann (Berlin).
Insulininhalation. E. Silten (Berlin).
Die histologischen Befunde bei einem Fall von hämolytischem Ikterus. W. Dick (Prag).

Leberfunktionsprüfung. Bei allen Lebererkrankungen mit Parenchymschädigungen ist die Blutzuckerregulation erheblich gestört und kehrt langsamer als die klinischen Erscheinungen zur Norm zurück. Verf. gibt der Galaktose den Vorzug vor der Laevuloseprobe, da sie einfacher und brauchbarer ist. Zur Differentialdiagnose der beiden Hauptformen des Ikterus ist die Methode unerläßlich, ebenso ist fast bei allen Lebercirrhosen trotz geringer Zuckerausscheidung der Ablauf der glykämischen Reaktion verlängert. Gegeben werden morgens nüchtern 40 g Galaktose (Kahlbaum) in Tee oder schwarzen Kaffee, die Nüchternwerte der nächsten 1½ Stunden halbstündlich untersucht, wobei bei Lebergesunden der Ausgangswert in der Regel nach 1 Stunde wieder erreicht wurde.

Röntgenbestrahlung von subakuten und chronischen Schweißdrüsenabszessen der Achselhöhle. Die kombinierte, d. h. chirurgische + Strahlenbehandlung der akuten, subakuten und chronischen eitrigen Schweißdrüsenentzündung der Achselhöhle wird als Methode der Wahl bezeichnet. Die Röntgenbestrahlung bewirkt eine Steigerung der Entzündung, welche die Heilung beschleunigt, dabei findet sich mikroskopisch eine Hyperplasie von Bindegewebe, wodurch die Organisation des pyogen infizierten Gewebes begünstigt wird. An den Drüsen selbst wurde nach Applikation der Verödungsdosis (1 HED) histologisch keine Atrophie beobachtet, während der klinische Befund für eine Verödung spricht, die demnach biologischer Natur ist.

Nr. 36, 4. September 1925.

Lebensalter und Lebensnerven. F. Glaser (Berlin).
• Blutgruppenforschung. W. Dölter (Heidelberg).
Simultane Therapie. A. Strasser (Wien).
Bockscher Nachweis der Hormone im Blute. G. Peritz (Berlin).
Allergie als Leitmotiv der Gonorrhoetherapie. S. Jessner (Königsberg).
Die vegetativen und die somatischen Funktionsänderungen der Organe als Ursachen von Konstitutionsanomalien. L. Borchardt (Königsberg).
Gleichzeitig doppelseitiger Entspannungs-Pneumothorax bei Lungentuberkulose. W. Samson (Berlin).
• Röntgenstrahlenwirkung und Tumorbildung. C. Schönhof (Prag).
Ueber das Kolloid der Schilddrüse im Kindesalter. M. Frank (Prag).

Blutgruppenforschung. Ueber das hochinteressante Gebiet der Blutgruppen und ihrer Zusammenhänge berichtet Verf. über seine experimentellen Forschungen und hatte folgende Resultate: Es gibt beim Menschen 4 Blutgruppen, in denen zwei Rezeptoren A und B anzunehmen sind. Diese können einzeln oder kombiniert vorkommen oder ganz fehlen. Der Nachweis wird durch wechselseitige Agglutination oder Hämolyse geführt, dabei darf eine Iso-Agglutination nicht mit Geldrollenbildung oder Autoagglutination verwechselt werden. Die Blutgruppen vererben sich nach den Mendelschen Regeln, wobei A und B dominant sind. Die Blutgruppendiagnostik kann gerichtlich zur Feststellung der Vaterschaft heute noch nicht verwertet werden, jedoch kann sie zur Identifizierung von Blutflecken erfolgreich angewendet werden. Inkongruenz der Blutgruppen hat bei der Bluttransfusion von Mensch zu Mensch bisweilen schädliche Folgen; die 4 Gruppen finden sich bei allen Völkern, jedoch prozentual verschieden verteilt vor. Eine teilweise Verwandtschaft zwischen menschlichen und gewissen tierischen Rezeptoren ist festgestellt.

Röntgenstrahlenwirkung und Tumorbildung. Verf. kommt auf Grund ausgedehnter Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß man von einem gynäkologischen Röntgentumor im Sinne der Hauttumoren durch Bestrahlung nicht sprechen kann, so wenig wie die nach Bestrahlung zuweilen an den Genitalorganen auftretenden Neubildungen eine Wirkung im Sinne der Schaffung einer Krebsdisposition bedeuten. Vor der Röntgenbestrahlung wegen Uterusblutungen, sofern sie nicht einwandsfrei typische Myomblutungen sind, ist eine Probeausschabung der Uterushöhle, und zwar Collum und Corpus getrennt vorzunehmen. Röntgenbestrahlte Kranke sind mehrere Jahre hindurch nachzukontrollieren.

Nr. 38, 18. September 1925.

Der Wert der Reflexe für die Diagnose. R. Henneberg (Berlin).
• Die Jodbehandlung der Hyperthyreosen. Biedl und Redisch (Prag).
Sparsame und doch sachgemäße ärztliche Behandlung der Leber- und Gallenkranken. Th. Brugsch (Berlin).
Thrombopenische Purpura bei akuter Sepsis mit leukopenischem und lymphatischem Blutbild. F. Reiche (Hamburg).
Revision der Magenpathologie. Th. Bársony (Budapest).
Einfluß der kongenitalen Lues auf den Verlauf der Säuglingstuberkulose. B. Epstein (Prag).
Hereditärer Tremor. A. Rosen (Berlin).
• Frühdiagnose und Frühbehandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. H. Hilgenreiner (Prag).
Blutkohle als Mittel gegen Morphiumidiosynkrasie. J. Rechnitzer (Ruma).
Neue Methode des Tuberkelbazillennachweises im Liquor cerebrospinalis. P. Wichels (Göttingen).
Die Behandlung der Ulcera mollia mit Andriol-Uran. Wechselmann und Lademann.
Ueber Valofin und Valofinsirup. M. Niendorf (Berlin).

Die Jodbehandlung der Hyperthyreosen. Es ist streng zu unterscheiden zwischen Fällen von erstem Basedow, wo spezifische konstitutionelle Zeichen vorhanden sind und die hyperthyreotischen Symptome mit oder sogar vor dem Auftreten der Struma in Erscheinung traten, und zwischen jenen Fällen von Hyperthyreosen, wo schon längst vor deren Bemerkbarwerden eine Struma bestand. Hier fehlen die konstitutionellen Merkmale. Bei den ersterwähnten Fällen ist die Jodbehandlung berechtigt, bei den letzteren wird nicht nur keine Besserung, sondern eine Verschlechterung im Sinne des Basedow erzielt. Als Dosis wird empfohlen: 15 gtt. Lugollösung mit Jodnatrium pro die, d. h. 70 g Jod in 8—12 Tagesperioden mit 3—5 tägigen Pausen. Das Verhalten von Gewicht, Grundumsatz und Pulsfrequenz sind ausreichende Kriterien für den Zustand des Hyperthyreotikers. Das Blutbild ändert sich folgendermaßen: Abnahme der Lymphocyten, Steigerung der Polynucleären, Absinken der Monocyten nach anfänglicher Steigerung.

Frühdiagnose und Frühbehandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Die für den Praktiker wichtigen Ergebnisse der Erfahrungen vom Verf. sind folgende: Jede angeborene Hüftanomalie ist so früh wie möglich der Behandlung zuzuführen; je früher, desto einfacher der Eingriff, desto kürzer die Retentionsperiode und desto besser die Prognose infolge der besseren Ausbildungsmöglichkeit von Kopf und Pfanne. Zur Retention des reponierten Schenkelkopfes bedient man sich am besten der vom Verf. angegebenen praktischen und einfach herzustellenden Pappschiene, die auch eine ambulatorische Behandlung ermöglicht. Beim Säugling empfiehlt sich auch bei einseitiger Luxation prinzipiell rechtwinkelige Abduktionsstellung beider Oberschenkel.

Nr. 39, 25. September 1925.

Zunahme des Morbus Basedow und von Thyreosen in Wien nebst Bemerkungen über die Jodtherapie obiger Syndrome. J. Wiesel (Wien).
Die Heilquellen als Arzneimittel. Wiechowski (Prag).
Umfrage über die chirurgische Behandlung des Mastdarmkrebses. Nordmann, Enderlen, Schmieden, Körte, Lexer.
* Insulinbehandlung des Morbus Basedowii. Richter (Berlin).
* Mastkuren mit Insulin bei Nichtdiabetischen. B. Bauer und W. Nyiri (Wien).
Ueber die einfach katarrhalische und die croupöse Form der Darmveränderung beim Paratyphus abdominalis. L. Pick (Berlin).
Einfluß der äußeren Eisapplikation auf die Magensekretion. L. v. Friedrich.
Nephrosen bei Gelenkerkrankungen. B. Ehrmann und H. Taterka.
Erfahrungen mit Salabrose. J. Kerb und C. Schilling (Freiburg).
Uebertragung des Herpes virus auf die Maus. A. Luger und F. Erdstein.
Cylotropin bei Infektion der Harnwege. B. Neukirch (Berlin).
Grotan und Sagrotan. Bonne (Adendorf bei Lüneburg).
Einzelne Kapitel der Hauttherapie. F. Pinkus (Berlin).

Insulinbehandlung des Morbus Basedowii. Die vom Verf. vorgeschlagene Therapie der Insulinbehandlung bei Basedow gründet sich auf die Wechselwirkung von Pankreas und Schilddrüse in dem Sinne, daß bei Hyperthyreosis die spezifische Tätigkeit des Pankreas gehemmt wird. Durch eine zufällige Beobachtung eines günstigen Erfolges angeregt, wurden eine Anzahl von Basedowfällen ambulant mit kleinen Insulindosen behandelt (genaue Angaben fehlen), wobei namentlich die motorische Unruhe, die Feuchtigkeit der Haut, sowie die Struma selbst erheblich abnahmen, während das Gewicht anstieg. Verf. erinnert auch an die therapeutische Wirkung des Insulins bei hydrolabilen und dystrophischen Säuglingen sowie beim Erbrechen der Schwangeren, woraus hervorgeht, daß das Insulin ein Heilmittel darstellt, das weit über seine „spezifische" Wirksamkeit hinaus anzuwenden ist.

Mastkuren mit Insulin bei Nichtdiabetikern. Durch die Beobachtung angeregt, daß bei Nichtdiabetikern durch Insulinkuren sich eine auffallende Appentenzsteigerung zeigte, die sich auf die Hypoglykämie zurückführen ließ, wandte Verf. die Insulintherapie als Mastkur bei Fällen von Asthenie und Unterernährung verschiedenster Ursache mit überaus günstigem Erfolg an. Die Insulinmastkur zeigt sich allen anderen Methoden bei weitem überlegen und führt in kürzester Zeit zu Resultaten, die sonst gar nicht oder mit größter Mühe in viel längerer Zeit erreicht werden konnte und vor allem dauernd anhielt, auch wenn die Kur beendet war. Man beginnt mit 10 Einheiten, am nächsten Tage 20—30, am dritten Tage 40 Einheiten, je 20 vor dem Mittag- und Abendessen, wobei für reichlichere Kohlehydratzufuhr zu sorgen ist, d. h. zwei- bis dreimal soviel wie Insulineinheiten. In der zweiten Woche werden 60 Einheiten, je 20 um 9 Uhr, 12 Uhr, 6 Uhr gegeben bei einer Diät von 60 Kal. pro Kilogramm Körpergewicht, wobei die Hälfte durch Kohlehydrate gedeckt wird. Die Gewichtszunahme betrug durchschnittlich 2 kg pro Woche bei relativer Bettruhe und leichter Bewegung.

Nr. 40, 2. Oktober 1925.

Diagnose und Therapie der Pankreaserkrankungen. K. Isaak-Krieger (Berlin).
Die Bedeutung der Kolloidchemie für medizinische Probleme. B. Stern (Breslau).
Umfrage über die chirurgische Behandlung des Mastdarmkrebses. Küttner (Breslau) und Kirschner (Königsberg).
* Röntgentherapie des Asthma bronchiale. A. Müller (Rostock).
Ersatzpräparate für Adrenalin und ihre Bedeutung für die Glaukombehandlung. C. Hamburger (Berlin).
Behandlung einer schweren Röntgenverbrennung der Hände mit Radium und Doramadsalbe. J. Fabry (Dortmund).
Erfolgreiche Behandlung einer an schwerer progressiver Paralyse erkrankten Schwangeren mit Impfmalaria. B. Unger (Berlin).
Serumkrankheit. H. Zeiss (Moskau).
Die generalisierten Affektionen des histiozytären Zellensystems (Histiozytomatosen). E. Epstein (Wien).
15 Jahre Digistrophantherapie. A. Bickel (Berlin).
Intravenöse Ekzembehandlung mit Bromglykose. W. Löwenfeld (Wien).
Tuberkulose der oberen Luftwege als Dienstbeschädigung anerkannt. v. Schnizer (Heidelberg).

Röntgentherapie des Asthma bronchiale. Verf. berichtet über 22 Fälle von schwerem Asthma bronchiale, die mit auffallend günstigem Erfolge bestrahlt worden sind. Die Besserung zeigte sich in der Abnahme der Eosinophilen bis zu normalen Werten, in der Erzielung dünnflüssigeren und vermehrten Sputums und vor allem im Nachlassen der Anfälle an Schwere und Zahl. Bestrahlt wurden Lungenwurzel und Milz vom Sternum und Rücken her mit ½ HED, im Verlauf von 5—6 Tagen immer nach Abklingen des Röntgenkaters, Wiederholung nach 3 Wochen, im ganzen 3—4 Serien. Der Angriffspunkt der Strahlen liegt nach Ansicht des Verf. nicht in einem einzelnen Organ, sondern im strömenden Blut, in dem Zufallsprodukte entstehen, die spezifisch auf die asthmatische Reaktionsbereitschaft des Kranken einwirken.

Nr. 41, 9. Oktober 1925.

Ausgedehnte Abtragung einer Kleinhirnhemisphäre. H. Schloffer (Prag).
Der Jakob-Schloffersche Fall von Kleinhirnresektion. O. Pötzl (Prag).
Diagnose und Therapie der Pankreaserkrankungen. C. Isaac-Krieger (Berlin).
* Die akute rheumatische Polyarthritis als Streptokokkenkrankheit. G. Singer Wien.
Umfrage über die chirurgische Behandlung des Mastdarmkrebses. Schloffer (Prag), Gulcke (Jena) und Rohde (Düsseldorf).
Behandlung des Diabetes insipidus mit Hodenextrakt. H. Rothmann (Berlin).
* Diagnostischer Wert verschiedener Tuberkulinproben in der schulärztlichen Tätigkeit. Klein (Essen).
Ist die Magensekretion durch die Therapie beeinflußbar. E. Kolta und Z. Benkovics (Budapest).
Fiebertherapie bei der gefahrdrohenden Lungenblutung. H. Großfeld (Szcawnica).
Frühdiagnose der Appendicitis. Rapp (Biberach).
* Behandlung des Hordeolum und Chalazion mit dem Wassermannschen Histoplast. Snoy (Duneyken).
Die Vaccine-Encephalitis. Warschauer (Berlin).
Die generalisierten Affektionen des histiozytären Zellensystems (Histiozytomatosen). E. Epstein (Wien).
Novogosan, ein neues Balsamikum. Jähnke (Berlin).
Zur Frage der Beschleunigung des Todes durch Unfallsfolgen. W. Brandis (Berlin).

Die akute rheumatische Polyarthritis als Streptokokkenkrankheit. Verf., der seit 30 Jahren über die Aetiologie der Polyarthritis arbeitet und schon 1898 Streptokokken im infiltrierten periartikulären Gewebe nachweisen konnte, hatte jetzt Gelegenheit, fünf Fälle von Polyarthritis und zwei von Chorea rheumatica post morbem kulturell und histologisch zu verarbeiten. Dabei fand sich in verschiedenen Geweben, wie Niere, Peritoneum, Klappenauflagerungen, Tonsille, periartikuläres Gewebe der Streptococcus pyogenes, in dem einen Fall von Chorea der gelbe Traubencoccus. Im Zusammenhang damit stehe entschieden die spezifische Salizylwirkung und die antiseptische Therapie mit Trypaflavin und Argoflavin, die, in großen Dosen, vom Verf. mit sehr gutem Erfolg angewendet worden ist.

Diagnostischer Wert verschiedener Tuberkulinproben in der schulärztlichen Tätigkeit. Verf. gibt der Hamburgerschen Perkutanreaktion vor den anderen Tuberkulinproben in der schulärztlichen Praxis den Vorzug. Er benutzt die von Hamburger angegebene Salbe, die durch Einengung von gewöhnlichem Alttuberkulin bis zur Gewichtskonstanz gewonnen wird und in Tuben zu 2 g im Handel ist (Hirschapotheke Frankfurt a. M.). Ein pfefferkorngroßes Stück Salbe wird eine halbe Minute lang unter leichtem Druck in die Haut über dem Sternum eingerieben, worauf bei positiver Reaktion nach 2—3 Tagen eine mehr oder weniger starke Follikulitis an der Applikationsstelle auftritt, die mehrere Wochen bestehen bleibt. Vorherige Entfettung ist notwendig. Ein besonderer Vorzug vor der Monoprobe besteht in der saubereren Handhabung, die eine Beschmutzung der Wäsche vermeidet.

Behandlung des Hordeolum und Chalazion mit dem Wassermannschen Histoplast. Verf. hat das Histoplast zur Behandlung des Hordeolum und des Chalazion mit großem Erfolg benutzt. Er gründet die Therapie darauf, daß ein Hordeolum als Furunkel zu betrachten und zu behandeln ist. Rückbildung oder Durchbruch nach außen wird auch beim Chalazion erreicht, wobei ein halbkreisförmiges Stück mit der geraden

Seite an den Zilien befestigt wird, in der Art, daß die Befestigung auf der dem Lidrand abgewendeten Seite erfolgt. Nach 1—3 Tagen erfolgt Entleerung oder evtl. Auflegen eines zweiten Pflasters, das so lange liegen bleibt, bis es von selbst abfällt. Reinigen mit Alkohol. Schorf nicht entfernen.

Nr. 43, 23. Oktober 1925.

Die Afterschrunde (Fissura ani) und ihre Behandlung. F. Pels Leusden (Greifswald).
Untersuchung des Grundumsatzes in der ärztlichen Praxis. W. Arnoldi (Berlin).
Topovaccinotherapie und ihre praktische Bedeutung für die Chirurgie. J. Citron und H. Picard (Berlin).
Behandlung der idiopathischen Choledochuscyste. Robert Pamperl (Prag).
Hämoglobinresistenz bei Anämien. Th. Wönpel (Rostock).
Kongenitaler Varix des Sinus longitudinalis inferior. A. M. Marx (Prag).
Diagnose von Erkrankungen des Interlobärspaltes auf Grund des charakteristischen Brustschmerzes. F. Deutsch (Wien).
Die tiefsitzenden Peritonsillarabszesse. W. Haardt (Wien).
Ein „Mundhöhlengeräusch“, ausgehend von der Art. subclavia. B. Cohn (Berlin).
Serologische Luesdiagnose im Dunkelfeldmikroskop. W. E. Hilgers und K. Kötzing (Königsberg).
• Trockeninsulin Kahlbaum. J. Preuss und A. Jacoby (Berlin).

Trockeninsulin Kahlbaum. Die so verschiedenartigen und vorher nicht abzusehenden Wirkungen der meist angewandten Insulinpräparate sind nach Ansicht der Verff. möglicherweise zum Teil auf den Umstand zu setzen, daß das gelöste Insulin durch Liegen seine Wirksamkeit verliert und dann in verhältnismäßig hohen Dosen zugeführt werden muß, um den Effekt einer Einheit, den hypoglykämischen Schock, zu erzielen. Diesem Uebelstand hilft das Kahlbaumsche Trockeninsulin ab, das in neuester Zeit sich pulverisiert im Flaschenhals befindet und bei Bedarf durch Druck auf die darüberliegende Gummikappe in die sich darunter befindliche sterile Lösungsflüssigkeit fällt. Verff. haben sich, zunächst im Tierexperiment, davon überzeugt, daß die Wirkung des Trockeninsulins dem aller anderen Präparate wesentlich überlegen ist. Es empfiehlt sich also mit Rücksicht darauf, von vornherein kleinere Dosen zu injizieren.

Nr. 44, 30. Oktober 1925.

Hygiene des Ohres. E. Ruttin (Wien).
Pneumokokkenperitonitis. G. Wolfsohn (Berlin).
• Die Agranulocytose. W. Schultz und L. Jacobowitz (Charl.-Westend).
Die choleretische Beeinflussung des peripheren Blutbildes. O. A. Rösler (Graz).
Geburtsschädigung und Pathologie des frühesten Kindesalters. A. Wiechers (Frankfurt a. Main).
Fall von Epidermolysis bullosa congenita. R. Menzel (Linz).
Hospitalismus der Säuglinge. L. Bytsch (Baku).
Qualitative Zelluntersuchungen der Rückenmarksflüssigkeit nach chemischen Reizungen. H. Krey (Greifswald).
• Ueber die Wirkungsweise des Neostrontan (Tosse), besonders bei Schmerzzuständen. K. Löwenberg (Hamburg).

Die Agranulocytose. Verff. bringen an Hand von 5 Fällen, die zur Sektion gelangt sind, noch einmal den Beweis, daß es sich bei der Agranulocytose um ein klinisch einheitliches, sich typisch wiederholendes Krankheitsbild handelt, das auch durch die pathologisch-anatomischen und histologischen Befunde sich aus der Reihe ähnlicher Erkrankungen heraushebt. Gekennzeichnet ist sie vor allem durch schwere Veränderungen im Knochenmark, vorwiegend zellarmes Mark, in dem besonders die eigentlichen granulierten Zellen fehlen, während der Erythrocytenapparat niemals ernstlich geschädigt ist. Auch in der Milz fehlen die Granulocyten vollständig. Bakteriologisch ergaben sich keine einheitlichen Resultate, zuweilen fanden sich Diphtheriebazillen, Pneumokokken, Kolibazillen. Verff. schließen in bezug auf die Aetiologie, daß die charakteristische Widerstandsunfähigkeit der Gewebe, die offenbar den Nekrosen zugrunde liegt, mit dem Ausfall eines hormonalen Faktors vom Knochenmark aus zusammenhängt.

Ueber die Wirkungsweise des Neostrontan (Tosse), besonders bei Schmerzzuständen. Das „Neostrontan-Tosse“ hat sich besonders bei rheumatischen, arthritischen und neuralgischen Schmerzen bewährt, ebenso wirkt er beruhigend bei seelischen und körperlichen Erregungszuständen und Hyperkinesen funktioneller und organischer Natur ohne Spuren irgendwelcher Nebenerscheinungen zu hinterlassen. Auch bei prä- und postoperativen Schmerzen dürfte sich Neostrontan ohne ein anderes Narkotikum von prompter Wirkung zeigen.

Haber (Berlin).

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

71, Heft 3-4, November 1925.

• Retroflexio uteri gravidi invarcerata mit komplizierender letaler Intoxikation. G. H. Schneider.
• Zange am Steiß. A. Hermstein.
• Behandlung der Mastitis mit dem Bardenheuerschen Schnitt. L. Seitz.
• Vaginalbazillen. R. Tateyama.
• Prophylaktische Immunisierung gegen die puerperale Streptokokken-Blutinfektion. N. C. Louros.
• Metastatische Ophthalmie nach Abortus febrilis. W. Lüttge.
• Schlammbehandlung bei chronischen entzündlichen Prozessen der weiblichen Genitalsphäre. W. Butomo.
• Klappspiegel für die schonende Ausführung von intrauterinen Eingriffen und vaginalen Operationen. H. Sellheim.
• Umwandlung von Uterusmyomen in Sarkome. von Küttner.
• Versuch von Uterusüberpflanzung bei Tieren. Kakuschkin und Bykow.
• Behandlung von Unterleibsentzündungen mit kleinen Röntgenlichtdosen. O. Bott.

Retroflexio uteri gravidi incarcerata mit komplizierender letaler Intoxikation. Kasuistischer Beitrag zur Pathologie der Einklemmung der schwangeren Gebärmutter bei gleichzeitiger Knickung. Es handelt sich um eine Patientin mit einer konstitutionellen Schwäche des Urogenitalsystems. Infolge Nichterkennens der Schwangerschaft kommt es zu einer tiefgreifenden Schädigung der Blasenschleimhaut und zu einer so erheblichen Stauung des Urins, daß der Reststickstoff um das Achtfache erhöht wird. Zugleich tritt eine sehr erhebliche Leberschädigung infolge toxischer Wirkung auf, trotzdem die sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft und Entleerung des Uterus möglich ist. Der Sektionsbefund beweist, daß der Exitus durch toxische Schädigungen erfolgte. Es muß bei Beginn der Schwangerschaft und Auftreten von Blasenbeschwerden stets sofort an die Möglichkeit einer Einklemmung gedacht werden.

Zange am Steiß. In der neueren Literatur werden die Zangen am Steiß entweder abgelehnt oder gar nicht erwähnt. Trotzdem gibt es Fälle, bei denen besonders das Modell der Kjellandschen Zange erfolgreich angewendet werden kann. Wenn bei Beckenendlage die Hüftbreite in der Beckenhöhle oder auf dem Beckenboden im queren Durchmesser stehen bleibt, so muß man diese Anomalie entsprechend dem tiefen Querstand bei Kopflage als pathologisch bezeichnen. In diesem Falle ist die Rotation die erste Aufgabe und erst dann kommt die Extraktion in Frage. Die bisherigen Instrumente eignen sich zur Rotation kaum, dagegen kann man die Kjelland-Zange, die vom Verf. hauptsächlich als Rotationszange erdacht wurde, auch bei Steißlage mit Erfolg anwenden.

Behandlung der Mastitis mit dem Bardenheuerschen Schnitt. Bei Mastitis genügen in den meisten Fällen radiäre Inzessionen, bei Fortschreiten der Entzündung sind jedoch Wiederholungen der Einschnitte nicht zu vermeiden, was zu entstellenden Narben führt. Ferner gibt es Prozesse, die tief in der Brustdrüse oder hinter derselben liegen. Bei diesen Prozessen ist der bogenförmige Schnitt am unteren Rande der Mamma außerordentlich wirkungsvoll. Man kann die ganze Brust zurückklappen und selbst tief sitzende Abszesse frei legen, wodurch eine schnellere Heilung erzielt wird. Die Narbe ist später durch die überhängende Brust völlig verdeckt.

Vaginalbazillen. Verf. untersucht kranke und gesunde Schwangere auf das Verhalten der Vaginalbazillen. In den ersten beiden Monaten der Schwangerschaft findet man bei 90% der gesunden Frauen die Bazillen in größerer Zahl. Sie nehmen bei fortschreitender Schwangerschaft ab, so daß im fünften Monat nur noch 50%, im siebenten Monat nur noch 25% und in den letzten Monaten fast 0% Bazillen noch aufzuweisen sind. In der Scheide kranker Frauen kommt der Reinlichkeitsgrad I nicht vor. Durch die Menstruation wird der Reinlichkeitsgrad kaum beeinflußt. Pathologische Amenorrhoe zeigt stets einen niedrigen Reinheitsgrad. Verf. kommt auf Grund eingehender Untersuchung zu dem Schluß, daß die Feststellung des Reinlichkeitsgrades I bei Ausbleiben der Regel als Zeichen einer bestehenden Schwangerschaft verwertet werden kann. Bei der Differentialdiagnose zwischen Bauchhöhlenschwangerschaft und Adnextumor wird man bei reichlichem Vorhandensein der Bazillen zur ersteren Diagnose neigen.

Prophylaktische Immunisierung gegen die puerperale Streptokokken-Blutinfektion. Schon seit langer Zeit ist man bemüht, gegen die Infektion der Schwangeren therapeutische und prophylaktische Impfungen vorzunehmen. Verfasser hat Immunisierungen vorgenommen, und zwar lediglich gegen die Infektion des Blutes. Es ist kein Beweis gegen die Immunisierung, wenn Streptokokken im Blut gefunden werden, solange das Wachstum im Blut nicht festgestellt ist. Wenn dies nicht der Fall ist, liegt keine Sepsis vor. Um den Erfolg der Immunisierung zu beweisen, muß nachgewiesen werden, daß keine prophylaktisch immunisierte Frau an Streptokokkenblutinfektion erkrankt. Es kommen für die Immunisierung zwei Gruppen in Frage:

1. Schwangere, die schon vor der Geburt zur Beobachtung gelangen;
2. die sich unmittelbar vor oder in der Geburt befinden.

Die ersteren werden zwei bis drei Wochen vor der Geburt und einige Tage darauf nochmals immunisiert. Es muß dabei darauf geachtet werden, daß die zweite Einspritzung nicht unmittelbar vor der Geburt stattfindet, um die negative Phase zu vermeiden. Die große Mehrheit der Fälle sind jedoch vor der Geburt öfters untersucht. Es besteht eine erhöhte Infektionsgefahr, so daß hier die simultane Immunisierung notwendig wird. Es wurden in der Klinik sämtliche Frauen, die sich in erhöhter Infektionsgefahr befanden, auf diese Weise immunisiert. Es ergibt sich, daß unter 682 geimpften Patienten kein rechtzeitig immunisierter Fall verloren ging und das bei drei Fällen, deren Blut bereits infiziert war und die schwere klinische Erscheinungen zeigten, die Streptokokken nach der Immunisierung abgetötet wurden. Gegen die Ausbreitung der Infektion im Gewebe war die Immunisierung ohne Erfolg.

Metastatische Ophthalmie nach Abortus febrilis. Nach einem fieberhaften Abort entsteht auf metastatischem Wege eine Ophthalmie, die zur Abheilung gelangt. Es besteht die Möglichkeit, daß die Infektionskeime auf dem Blutwege in die engen Augenkapillaren gelangen und dort einen metastatischen Abszeß bilden oder aber, daß eine septische Embolie durch ein offenes Foramen ovale zustande kommt.

Schlammbehandlung bei chronischen entzündlichen Prozessen der weiblichen Genitalsphäre. Die Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen erzielt auch heute noch unbefriedigende Resultate, nur die Diathermie hat Erfolge bis zu 60% zu verzeichnen. Der Mißerfolg beruht auf der Tatsache, daß die im Becken gelegenen Organe der Wärmewirkung schwer zugängig sind. In der Schwangerschaft wird nun häufig beobachtet, daß selbst bei schweren Veränderungen erhebliche Besserungen auftreten. Es ist also wünschenswert, Maßnahmen, die eine der Schwangerschaft entsprechende Hyperämie herbeiführen, anzuwenden. Die Behandlung mit Schlamm, der entweder durch die Sonnenwärme oder künstlich durch Dampf erhitzt wird, ist nach den Erfahrungen des Verf. geeignet, auch schwere chronische Erkrankungen zu heilen oder erheblich zu bessern. Es wird durch Anwendung des Schlammes eine Herdreaktion erzielt, wobei das Auftreten der Schmerzen zur Beurteilung des Erfolges nicht als ein zuverlässiges Zeichen der Besserung gehalten werden darf. Die Intensität der Herdreaktion ist bei den verschiedenen Prozessen verschieden, bei Adnexerkrankungen braucht sie nur gering zu sein, bei Narbenprozessen im Becken muß sie stärker sein. Die Dauer einer Kur beträgt etwa 6 Wochen.

Klappspiegel für die schonende Ausführung von intrauterinen Eingriffen und vaginalen Operationen. Angabe eines neuen Spekulums, das bei kleinen Eingriffen, besonders bei der Tubendurchblasung empfohlen wird, da das Instrument in zusammengeklapptem Zustande eingeführt wird und daher die Patientin weniger belästigt.

Umwandlung von Uterusmyomen in Sarkome. Es handelt sich um einen Fall von Uterusmyom, der unter der Diagnose einer Ovarialcyste zur Behandlung kam, welche angeblich in der letzten Zeit erheblich gewachsen war. Bei der Operation ergab sich ein nekrotisch verflüssigtes Myom mit sarkomatöser Degeneration. Diese Umwandlung scheint nach Meinung des Verf. nicht so selten zu sein, weshalb auch bei der Bestrahlung der Myome größere Vorsicht und Auswahl der Fälle Platz greifen muß.

Versuch von Uterusüberpflanzung bei Tieren. Es werden Versuche an zwei Schafen ausgeführt, bei denen der Uterus des einen Schafes an die Stelle des Organs des anderen Tieres überpflanzt wird und umgekehrt. Während das eine Tier schon sehr bald zugrunde ging und sich keinerlei Zeichen von Lebenskraft des überpflanzten Organs zeigten, lebte das andere Tier noch 81 Stunden und wies Symptome einer beginnenden Regeneration auf.

Behandlung von Unterleibsentzündungen mit kleinen Röntgenlichtdosen. Nachdem in der Literatur gute Erfolge mit der Röntgenbestrahlung bei Anwendung kleiner Dosen entzündlicher Erkrankungen beschrieben wurden, hat Verf. dieses Verfahren in 60 Fällen ausprobiert. Besonders die sehr zahlreichen gonorrhoischen Erkrankungen wurden mit Röntgenstrahlen behandelt und zeigten keine Beeinflussung durch die Bestrahlung. Nur in wenigen Fällen konnte eine Abkürzung der Erkrankung erzielt werden. Bei den nichtgonorrhoischen Erkrankungen, die aber die Minderheit darstellten, konnten einige Fälle von Parametritis günstig beeinflußt werden, so daß eine schnellere Einschmelzung durch die Bestrahlung auftrat. Mehrere Fälle von chronischer Parametritis wurden ebenfalls erfolglos bestrahlt.

Verf. kommt zu dem Resultat, daß die Erfolge zum größten Teil ausgeblieben sind, die Behandlungsdauer wurde kaum abgekürzt, nur in wenigen Fällen zeigte sich ein günstigerer Verlauf. Hauptsächlich bei den gonorrhoischen Erkrankungen, die den größten Prozentsatz aller Erkrankungen darstellen, versagen die Röntgenstrahlen fast vollkommen. Hieraus erklärt sich auch der Erfolg anderer Autoren, da diese offenbar hauptsächlich nichtgonorrhoische Erkrankungen bestrahlt haben, bei denen ja auch nach Angabe des Verf. die Erfolge günstiger sind. Kosminski (Berlin).

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

110. Band, 1925, Heft 1/2.

Parazentese, Antrotomie und Radikaloperation im Kindesalter. Brühl.
* Zur Oedemfrage. Genuine Nephrose und idiopathisches Oedem. Fanconi.
* Behandlung des Typhus abdominalis mittels der Vakzine von Caronia. Tüdös.
Wasserstoffionenkonzentration des Blutes bei atrophischen und dyspeptischen Säuglingen. Z. v. Bokay.
* Behandlung der Pyelocystitiden des Kindesalters mittels Autovakzine. Z. v. Bokay.
* Pathologie und Therapie der Pyelocystitis im Kindesalter. Went.
* Trockenmilch als Säuglingsnahrung. Schoedel.

Zur Oedemfrage. Genuine Nephrose und idiopathisches Oedem. An der Hand eines Falles von genuiner Nephrose mit aufgepfropfter Pneumokokken-Peritonitis, die nach Abscedierung in den Darm eine Heilung der Nephrose brachte, und eines weiteren Falles von sogenanntem idiopathischem Oedem werden auf Grund der Urin- und Blutbefunde die ursächlichen Momente der Störung im Wasserhaushalt als extrarenal, in der Volhardschen Vorniere gelegen, angesehen.

Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mittels der Vakzine von Caronia. Es wurden insgesamt 19 Fälle mit einbis zweimaligen intravenösen Injektionen der Originalvakzine mit befriedigendem Resultat behandelt.

Ueber die Behandlung der Pyelocystitiden des Kindesalters mittels Autovakzine. Es wurden 7 Fälle von Pyelocystitis im Alter von ¾ Jahren bis 2½ Jahren, nachdem sämtliche Behandlungsmethoden versagt hatten, mit konzentrierter, nicht zu sehr abgeschwächter Autovakzine (nicht gewaschen) in kurzer Zeit geheilt. In 5 Fällen waren Kolibazillen die Erreger, bei je einem Fall Bac. lactis aerog. bzw. Diplococ. pyelogenes ureae (Rovsing). Die Vakzine wurde subkutan in Dosen verabfolgt, die eine starke Allgemeinreaktion (Fieber, Schüttelfrost) zur Folge hatten. Gleichzeitig traten Lokalreaktionen in Gestalt von oft länger bestehenden Infiltraten auf. In der Regel genügten 2—3 Injektionen, in 2—3 tägigen Intervallen verabfolgt, zur prompten Heilung.

Pathologie und Therapie der Pyelocystitis im Kindesalter. Went stellte die von v. Bokay klinisch verwendete Autovakzine in der Weise her, daß acht Schrägagarkulturen des betreffenden, mittels Endoplatten reingezüchteten Kolibazillenstammes in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung suspendiert wurden. Nach Abtötung und Konservierung enthielt der so gewonnene Impfstoff 2,5 Milliarden Keime pro Kubikzentimeter. Davon wurden 1—2,5 ccm mit einem Gehalt von 2,5—6,5 Milliarden Keimen in steigenden Dosen im Abstand von 2 Tagen subkutan gespritzt.

Trockenmilch als Säuglingsnahrung. Bei gleichzeitiger Zufütterung genügender Vitaminmengen kann Trockenmilch ohne Schaden zur Säuglingsernährung verwendet werden.

110. Band, 1925, Heft 3/4.

Studien über die Anaërobier des Säuglingsdarms. Kleinschmidt.
• Herzbeutelverwachsungen und Kardiolyse im Kindesalter. Schaefer.
NH₃-Ausscheidung beim Säugling. Klinke.
Sporadischer Kretinismus. Thoenes.
Entstehung der Bifidusvegetation. Adam.
• Pathogenese des Herterschen Infantilismus. Freise und Jahr.

Herzbeutelverwachsungen und Kardiolyse im Kindesalter. Bei Herzbeutelverwachsung kann mit Hilfe der von Brauer angegebenen Kardiolyse eine Erleichterung der Herzarbeit erzielt werden; dadurch gelang es, in mehreren Fällen Kinder mit Herzbeutelverwachsungen so lange über lebensbedrohliche Perioden zu erhalten, bis der Vorgang der spontanen Schwartenrückbildung vollendet war.

Pathogenese des Herterschen Infantilismus. Eine klinische und experimentelle Studie. Eingehende Stoffwechselbilanzversuche an 2 Fällen von Herterschem Infantilismus ergaben eine äußerst mangelhafte Ausnutzung von Fett, Kohlehydraten und Salzen, eine mittelmäßige des Eiweißes, bedingt durch eine klinisch und röntgenologisch festgestellte, stark beschleunigte Peristaltik des Magendünndarms und der proximalen Abschnitte des Kolons. Nach Ruhigstellung durch Opium gelang es, die Ausnutzung um 50—80% zu erhöhen. Auf Grund dieser Befunde wird das von Herter beschriebene Krankheitsbild aufgefaßt als eine vegetative Neurose und letztere wiederum als eine Teilerscheinung eines konstitutionell minderwertigen Nervensystems. Zur Behandlung derartiger Fälle wird eine intermittierende Opiumkur empfohlen, mit deren Hilfe die Kinder über besonders schwere Perioden hinweggebracht werden können. Jahr.

Seuchenbekämpfung.

1925, Heft 1/2.

Immunität bei experimentellen Tumoren. Joannovic.
• Serodiagnostische Reaktionen beim Krebs. Watermann.
• Neue epidemiologische Untersuchungen über Meningokokkeninfektion. Thomsen.
Wertbemessung des Meningokokkenserums. Bächer.
• Spezifische Serumbehandlung der epidemischen Genickstarre. Lehndorff.
• Ueber die neue Schutzimpfung Behrings gegen Diphtherie. Kraus.
Neuere Ergebnisse der Pestepidemiologie. Manteufel.
Ueber Bazillenträger. Vas.
• Einige neuere Versuche zur Immunisierung gegen Tuberkulose. Liebermann.
• Diagnose der Tuberkulose mittels der Komplementbindungsreaktion. Suess.
Das Tuberkulomucin. Weleminski.
Vorschläge zur Schutzimpfung gegen Hundswut. Kraus.
Ueber die Nomenklatur der sogenannten Paratyphusgruppe und die von ihnen verursachten Krankheiten in Hinblick auf Fleischvergiftung und Fleischbeschau. Januschke.

Serodiagnostische Reaktionen beim Krebs. Aufzählung der bekannten Reaktionen. Eine ideale Methode existiert noch nicht. Nützlich kann die Meiostagminreaktion mit ihren Modifikationen sein. Daneben werden die Reaktionen nach Freund-Kaminer und Botello empfohlen.

Neue epidemiologische Untersuchungen über die Meningokokkeninfektion. Verf. betrachtet die epidemische Genickstarre nur als eine metastatische Lokalisation einer primären Blutinfektion mit Meningokokken. Diese primäre Blutinfektion führt nicht immer zur Meningitis. Es wurden bei einer Meningitisepidemie auf einem Schiffe 12 Fälle einer fieberhaften Krankheit beobachtet, die zuerst als Influenza aufgefaßt wurde. Beginn mit Fieber und Katarrh des Nasenrachens, gleichzeitig fleck- und papelförmige Exantheme, besonders an Streckseiten der Extremitäten. Meningokokken konnten in einigen Fällen aus Blut und Effloreszenzen gezüchtet werden. Diese Form der Erkrankung verlief günstig.

Spezifische Serumbehandlung der epidemischen Genickstarre. Bericht der bisher bekannten Ergebnisse. Keine neuen Gesichtspunkte.

Ueber die neue Schutzimpfung nach Behring gegen Diphtherie. Verf. hält nach den in Baden vorgekommenen Vergiftungen das Behringsche Toxin-Antitoxingemisch noch für ungeeignet zur Zulassung für die Praxis.

Einige neuere Versuche zur Immunisierung gegen Tuberkulose. Es werden die Schutzimpfungen von Ferran, Arima, Aoyama und Ohnawa, Calmette und Shiga besprochen. Ferran verwendet zur Immunisierung den „nicht säurefesten" Bazillus α, eine „Vorstufe" des Tuberkelbazillus. Arima, Aoyama und Ohnawa immunisieren mit Tuberkelbazillen, die durch Saponine von ihrem Wachsmantel befreit sind. Calmette nimmt Bazillen vom Typus bovinus, die in Ochsengalle einen Virulenzverlust erfahren haben. Shiga injiziert Tuberkelbazillen, die durch Züchten in Farbstofflösungen avirulent geworden sind. Die Erfolge der Schutzimpfungsmethoden scheinen ermutigend. Sie müssen im frühesten Lebensalter ausgeführt werden.

Diagnose der Tuberkulose mittels der Komplementbindungsreaktion. Es sind zwar im Serum Tuberkulöser sicher spezifische komplementbindende Substanzen vorhanden, die bekannten Methoden sind aber noch nicht verläßlich genug, um allen Forderungen zu entsprechen.

1925, Heft 3/4.

• Aetiologie und Vakzinetherapie der Ozaena. Hofer.
• Die bakterio-serologische Diagnose des Rhinoskleroms. Kabelik.
Ueber Variolaimmunität. Hammerschmidt.
Einiges über Bluttransfusion und Hämotest. Moritsch.
Die pathologische Anatomie der Encephalitis epidemica. Lucksch.
Ueber Bakteriophagie und die Möglichkeit ihrer therapeutischen Verwertung. Zdanski.
Ikterus und Infektion. Landa.
Das Leukocytenbild bei Infektionskrankheiten. Spengler.
Milzbrandinfizierte Rasierpinsel. Thomsen.
Ueber Geflügelspirochätose in Oesterreich. Gerlach.

Aetiologie und Vakzinetherapie der Ozaena. Autor hat die Untersuchungen Perez' nachgeprüft und hält den Coccobacillus foetidus ozaenae Perez für den Erreger der Ozaenae. Die Vakzinetherapie hat nur Aussicht auf Erfolg in frischen Fällen, wo noch keine Atrophie der Nasenschleimhaut eingetreten ist.

Die bakterio-serologische Diagnose des Rhinoskleroms. Die klinische Diagnose des Rhinoskleroms kann am besten bakteriologisch-kulturell, dann serologisch und histologisch bestätigt werden. Therapeutische Empfehlung von 5—8 ccm einer 1 proz. Lösung von Brechweinstein i. o. und Neotrépol.

1925, Heft 5.

• Zur Desinfektion der Tuberkelbazillen im Auswurf. Jölter.
Eine Aktivmethode der Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose. Gellner.
Der Schweinerotlauf beim Menschen und seine Behandlung mit Schweinerotlaufserum. Gerlach.
Bericht über die Tätigkeit der Staatlichen Schutzimpfungsanstalt gegen Wut in Wien 1913—1923. Schweinsburg.
Die Bewertung des d'Hérelleschen Phänomens. Seiffert.
Die pathologisch-anatomische Diagnose der infektiösen Anämie der Pferde. Ziegler.
Mitteilung über die Tätigkeit der Station für Tierseuchendiagnostik an der Staatl. Tierimpfstoffgewinnanstalt in Mödling bei Wien im Jahre 1924. Gerlach.
Giovanni Battista Grassi (1854—1925).

Zur Desinfektion der Tuberkelbazillen im Auswurf. Verf. empfiehlt die Desinfektion des Sputums mit 5 proz. Lösungen von Alka-Lysol, Parmetol und Chloramin.

Henning (Berlin).

Schweizer Medizinische Wochenschrift.

Nr. 48, 1925.

- * Hypochlorämie bei Sublimatvergiftung. F. Heim.
- * Beitrag zur Frage der Röntgenreizbestrahlung der Ovarien. Mennet.
- * Klinische Untersuchungen über die Genese der Neuritis nervi optici mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur multiplen Sklerose. E. Friedinger.
- Die alimentäre Hämoklasie bei Prurigo und ihre klinische Bedeutung. W. Brack.

Hypochlorämie bei Sublimatvergiftung. Die Hypochlorämie, die nur durch wenig Gifte erzeugt wird, ist eine regelmäßige Begleiterscheinung der Sublimatvergiftung. — Man braucht nicht gerade eine spezifische Eigentümlichkeit des Sublimats anzunehmen, um diese Chlorverarmung des Bluts zu erklären; die Tatsache, daß es in kürzester Zeit eine gemischte Form von Nephritis hervorruft, analog derjenigen, die man bei Urämischen mit Oedemen antrifft, legt Zeugnis ab für diese Hypochlorämie. Unter dem Einfluß des Sublimats hat die Niere die Fähigkeit verloren, einen gehobenen Grenzwert für Chlorüre aufrecht zu erhalten. — Die Wirkungsweise kann man sich so vorstellen, daß die Durchgängigkeit der Gefäßwände für Chlorüre erhöht ist oder auch, daß sich die physikochemische Beschaffenheit des Blutes ändert im Sinne einer Modifikation der quantitativen und qualitativen Zusammensetzung der Kolloide.

Beitrag zur Frage der Röntgenreizbestrahlung der Ovarien. Es erscheint nicht zweifelhaft, daß hin und wieder die mangelhafte Funktion des Genitalapparats durch die Bestrahlung so vollständig hergestellt wird, daß es zur Heilung einer primären oder sekundären Sterilität kommt. Die hier mitgeteilten drei Fälle können als Bestätigung dieser Auffassung verwertet werden. Für eine Röntgenwirkung spricht hier der Umstand, daß die Konzeption unmittelbar auf die Bestrahlung folgte, außerdem aber auch, daß es sich nicht um einen Einzelfall handelt, sondern um drei gleichartige Fälle aus einem relativ kleinen Material. Jedenfalls berechtigen die bisher gemachten Erfahrungen neben anderen Behandlungsmethoden in Zukunft mehr als bisher auch die Röntgenbestrahlung zu versuchen in Fällen von mangelhafter Funktion der Genitalorgane, insbesondere bei Zuständen von Sterilität. Je nach dem Grade der funktionellen und anatomischen Minderwertigkeit der Genitalorgane ist die Strahlenmenge individuell verschieden zu bemessen. Immerhin darf nicht verschwiegen werden, daß die Ovarial-Schwachbestrahlung nicht ganz gefahrlos ist, daher ist größte Vorsicht geboten.

Klinische Untersuchungen über die Genese der Neuritis nervi optici mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur multiplen Sklerose. Eine Neuritis nervi optici intraocularis oder retrobulbaris, deren Aetiologie nicht geklärt werden kann, muß die Aufmerksamkeit des Augenarztes auf das Nervensystem hinlenken. Aber er darf sich nicht damit zufrieden geben, daß wahrscheinlich nach längerer oder kürzerer Zeit das Auftreten einer multiplen Sklerose die jetzt bestehende Neuritis erklären wird. Dieser Ausgang ist nicht so häufig, wie bis jetzt angenommen wurde. Vielmehr haben die Befunde der Züricher Augenklinik es wahrscheinlich gemacht, daß eine tuberkulöse bzw. tuberkulo-toxische Ursache in einer nicht geringen Zahl in Betracht kommt. Die Prognose braucht in derartigen Fällen gar nicht infaust zu sein.

Nr. 49, 1925.

- * Röntgenologische Studien am Säuglingsmagen. Hotz.
- Zur Klinik und Pathogenese der Röntgenspätschädigungen der Haut. G. Miescher:
- Zur Technik der Dold-Reaktion. H. Dold.

Röntgenologische Studien am Säuglingsmagen. Der Säuglingsmagen erscheint ceteris paribus im Röntgenbild um so größer, je größer das Volumen der Mahlzeit und je geringer die Konsistenz. Die Größenunterschiede des Magens können schon bei ein und demselben Kinde unter normalen und pathologischen Verhältnissen bedeutend sein. Das gilt bis zu einem gewissen Maße auch von seiner Form. Bei den nervösen Brechern, den Ruminanten und den Kindern mit Pylorusstenose finden wir große Magen mit großer Luftblase. Gelingt es uns, was meist der Fall ist, durch Eindickung der Nahrung, Verminderung ihres Volumens den Magen zu verkleinern, so verschwindet meist auch die Funktionsstörung. Die Tatsache, daß die Erscheinungen der Pylorusstenose meist bei Brustkindern auftreten, ist wohl zum Teil darauf zurückzuführen, daß diese Kinder, namentlich bei schwergehender Brust, oft besonders viel Luft schlucken. Ein röntgenologisch häufig nachweisbares Symptom der Pylorusstenose ist eine gut sichtbare, hochgradige Verdickung der Magenwand.

Nr. 50, 1925.

- * Die moderne Therapie des Uteruscarcinoms. P. Hussy.
- Ueber die Wirkung der Kontusionen auf den lebenden Körper. Rusca.
- Ueber einige Ernährungsfragen und über die Ernährungsverhältnisse in Bern. J. Abelin und J. Waldsburger.
- Elementarbemerkungen über das acido-basische Gleichgewicht des Blutes. R. Feißly.

Die moderne Therapie des Uteruscarcinoms. Die Röntgenbehandlung des Carcinoms hat ein Fiasko erlitten. Dagegen scheint die Radiumbestrahlung in der Carcinomtherapie einen Fortschritt zu bedeuten. Es sind damit schon langdauernde Heilungen erzielt worden; zum mindesten ist der palliative Erfolg ein glänzender. Sicher ist es aber noch keineswegs, daß die Radiumtherapie der Operation überlegen ist. Die leicht operablen Fälle sollen der Operation unterworfen werden; ist der Tumor so vorgeschritten, daß ein Eingriff bedenklich erscheint, dann soll man zum Radium greifen. Vor- und Nachbestrahlungen sind nicht unbedingt notwendig, immerhin verspricht die Nachbestrahlung einen gewissen Erfolg. Die Kombination von Radium- und Röntgenbestrahlung ist zu unterlassen. Sero- und Chemotherapie haben bis jetzt versagt, aber es ist doch nicht ausgeschlossen, daß bei dieser Behandlung das letzte Wort liegt.

Nr. 51, 1925.

- Zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Kanton Basel-Stadt in den Jahren 1881 und 1920/21. P. Vollenweider.
- * Zur Behandlung der Perforationsperitonitis. W. Isler.

Zur Behandlung der Perforationsperitonitis. Nach Erprobung der verschiedensten, bei der Behandlung der Perforationsperitonitis empfohlenen Verfahren hat sich die Spülung nach vorher erfolgter Beckentieflagerung und beidseitiger Drainage des Douglas nach oben als die sicherste Methode erwiesen unter der Bedingung, daß durch Beibehaltung dieser Lage jede rückläufige Bewegung von Spülflüssigkeit und Sekret vermieden wird. Die Beseitigung des Eiters geschieht nicht mehr durch Spülung der ganzen Abdominalhöhle, der Abfluß des Sekrets erfolgt vielmehr spontan — bei entsprechender Lagerung des Kranken — nach der tiefsten Stelle im kleinen Becken, von wo es durch reichliche Spülung ohne große Gefahr einer Reinfektion schwer zugänglicher und schwer drainierbarer Teile des Abdomens entfernt werden kann.

Nr. 52, 1925.

- Ueber das Wesen und die Bedeutung des Fiebers. R. Isenschmid.
- Ueber Fieber. W. Löffler.
- * Fieber und Tuberkulose. M. Jaquerod.

Fieber und Tuberkulose. Die Ursache des Fiebers ist vor allem der Bazillus; trifft die Erkrankung ein Individuum im nichtallergischen Stadium ohne voraufgegangene Infektion, so fehlt die spezifische Resistenz, und es kommt zu ausgiebigen Temperaturerhöhungen. Unabhängig von dieser spezifischen Resistenz existieren im Organismus auch Faktoren nichtspezifischer Resistenz; man kann sie auch „natürliche Immunität" nennen; sie ist bald ein lokales Phänomen, je nach der Natur der Gewebe, in denen sich der Bazillus ansiedelt, bald ein allgemeines Phänomen, dank der physiologischen Widerstandskraft des Organismus. Die meisten Formen von chirurgischer Tuberkulose sind afebril, weil sie sich in Geweben abspielen, die für die Wirkung der Bazillen wenig zugänglich sind. Die Bekämpfung des tuberkulösen Fiebers geschieht vor allem durch die Ernährung. An erster Stelle steht hierbei das Fleisch (insbesondere das rohe) und der Lebertran, aber auch andere Fette. — Antipyretica soll man immer mit großer Vorsicht verwenden und stets daran denken, daß die Hyperthermie ja ein Ausdruck des Kampfes zwischen Organismus und Bazillus ist und man daher die Bildung von Abwehrkräften durch Unterdrückung des Fiebers nicht gewaltsam hindern soll.

Nr. 53, 1925.

° Zur Behandlung der spastischen Pylorusstenose des Säuglings. W. Tobler.
Die psychisch bedingten Leiden im weiblichen Genitale. H. Meyer-Ruegg. Ruegg.
Ueber Grundumsatzbestimmungen. W. Steiner.
° Ein mit Chinidin behandelter Fall von paroxysmaler Tachykardie. M. Gilbert.
Winterkurorte und Wintersport in der Schweiz. W. Knoll.

Zur Behandlung der spastischen Pylorusstenose des Säuglings. Durch genaue quantitative Kontrolle über das Erbrechen, aber auch durch den Nachweis des sehr günstigen Einflusses auf das Allgemeinbefinden der Patienten wird an Hand von vier, zum Teil sehr schweren Fällen von spastischer Pylorusstenose neuerdings der exakte Beweis erbracht dafür, daß die Diathermie, in richtiger Dosierung, ein sehr wirksames Hilfsmittel ist gegen die spastische Pylorusstenose des Säuglings.

Ein mit Chinidin behandelter Fall von paroxysmaler Tachykardie. In dem hier veröffentlichten Falle wurde eine paroxysmale Tachykardie, die schon chronisch geworden war, durch Chinidin (in Verbindung mit Digitalis) geheilt. Die Darreichung des Heilmittels erfolgte in progressiv absteigenden Dosen bis zur völligen Stabilisierung eines normalen Herzrhythmus. Danach setzte eine Erhaltungstherapie ein (kleine Dosen von Chinidin mit kleinen Dosen von Digitalis abwechselnd) zur Verhütung neuer Krisen. Held.

Rivista ospedaliera.

16, Nr. 13, 15. Juli 1925.

° Ein Fall von syphilitischer Lungensklerose. A. Nasali.

Ein Fall von syphilitischer Lungensklerose. Die Lungensyphilis war früher nur ein Zufallsbefund auf dem Sektionstisch. In den letzten 10 Jahren hat sich die Kenntnis der in vivo diagnostizierten Fälle bedeutend vermehrt. Die Aufmerksamkeit der Praktiker muß sich auf diese Form der Lues richten, da ihre Lokalisation zur Verwechslung mit Tuberkulose führt. In dem hier mitgeteilten Fall führte die Fieberlosigkeit und das Fehlen von Tuberkelbazillen im Auswurf bei einem ausgedehnten auskultatorischen Befund dazu, die Wassermann-Reaktion anzustellen. Im Gegensatz zu anderen veröffentlichten Fällen war hier keine Hämoptyse zu verzeichnen. — Unter antisyphilitischer Behandlung ließ die Menge des sehr reichlichen Auswurfs rasch nach; das Röntgenbild zeigte Aufhellung der erkrankten Infiltrationszone. Auch das subjektive Befinden wies eine Besserung auf insofern, als der Husten fast völlig verschwand und damit auch ein peinliches Gefühl der Schwere über der rechten Schulter.

16, Nr. 14, 31. Juli 1925.

Die respiratorische Funktion bei Ozaenakranken. S. Romano.
Ueber einen Fall von Chorionepitheliom des Testikels. F. Ranucci.

16, Nr. 15—16, 15.—31. August 1925.

° Die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. G. Fieri.

Die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. Die chirurgische Intervention bei der Angina pectoris ist gerechtfertigt insofern, als sie den Schmerz erfolgreich bekämpft; sie hat also vorwiegend palliativen Charakter. Die Resektion des Sympathicus, die von Jonnesco und seinen Nachahmern geübt wird, ist nicht ratsam wegen der groben Schäden, die sie dem cardiovasculären Regulierapparat zufügt. Auch die chirurgische Inangriffnahme des N. recurrens ist zu verwerfen wegen der Inkonstanz und der anatomischen Variabilität der Nerven. — Damit das Problem gelöst werde, ist es nötig, daß Anatomen, Physiologen und Chirurgen dabei beitragen, den Ablauf der cardiovasculären Sensibilitätswege schärfer zu präzisieren, um so den idealen Operationstypus zu finden, d. h. den Typ, der in geeigneter und ausreichender Weise die sensiblen Fasern durchschneidet und dabei den motorischen Fasern und den regulatorischen Zentren den kleinstmöglichen Schaden zufügt.

16, Nr. 17, 15. September 1925.

° Hereditäre Lues und Chorea minor. M. Sirolli.

Hereditäre Lues und Chorea minor. Die erbliche Syphilis ist als ein den Organismus schwächender Faktor anzusehen, der besonders das Nervensystem angreift. In Fällen, wo Lues hereditaria und Chorea nebeneinander bestehen, wird letztere Erkrankung durch das Vorhandensein der Lues kompliziert. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bleibt nach wie vor Rheumatismus als ätiologisches Moment der Chorea bestehen.

16, Nr. 18, 30. September 1925.

Drei Fälle von Epitheliom des Penis. C. Calef.
Oesophagus-Divertikel. U. Bani.

Held (Berlin).

Revue d'Orthopédie, Paris.

32. Band, Heft 1, Januar 1925.

Die kongenitale Luxation der Kniescheibe. Estor.
Beitrag zum Studium der Spondylolisthesis. Desfosses und Colleu.
° Behandlung der angeborenen Kniescheibenverrenkung nach außen. Xoudis.
° Anatomisches Präparat einer drei Jahre alten nach Albee operierten Wirbelsäule. Allenbach.
Ein Fall vollkommenen Zahnmangels. Broc.
Mehrfache Mißbildungen von Händen und Füßen. Desnoyers.
° Ein Fall von ischämischer Muskelkontraktur, behandelt durch den modifizierten Quengelapparat. Massabuau und Guibal.

Behandlung der angeborenen Kniescheibenverrenkung nach außen. Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden, die sich zum Teil am Knochen, zum Teil am Band- und Sehnenapparat abspielen, wird eine Operation von Mouchet beschrieben. Ein oberhalb des Kniegelenkspaltes bogenförmig verlaufender Schnitt legt die vordere und die Seitenfläche des Femur frei. Gleichzeitig gestattet er auch den Zugang zur Tuberositas tibiae. Das Kniescheibenband wird an seiner falschen seitlichen Ansatzstelle so losgelöst, daß ein Stück des Knochens mit abgeschlagen wird. Darauf wird der ganze sehnige Apparat mitsamt der darin liegenden Kniescheibe natürlich unter Eröffnung der Gelenkkapsel bis ins Muskelgebiet hinein freigelegt. Die freie Sehne wird mitsamt der Kniescheibe durch ein in der Medianebene der Gelenkkapsel liegendes Knopfloch von innen nach außen durchgeführt und nach Längsspaltung von Kapsel und Periost der Tibia an normaler Stelle aufgeheftet.

Anatomisches Präparat einer drei Jahre alten nach Albee operierten Wirbelsäule. Allenbach weist nach, daß der Span kräftig und gut erhalten bleibt und sich weder nach Umfang noch nach Dichte vermindert. Die Verschmelzung mit den Wirbeln ist vollkommen, so daß er eine vollständige Ankylose der Wirbelsäule hervorzurufen imstande ist. Seine knöcherne Widerstandskraft ist in diesem Falle groß genug gewesen, um die Wirbelsäule trotz der Zerstörung verschiedener Wirbelkörper gerade zu erhalten.

Ein Fall von ischämischer Muskelkontraktur, behandelt durch den modifizierten Quengelapparat. Die Verfasser haben das Mommsensche Quengelverfahren dermaßen ausgenützt, daß sie die auf einer volaren Schiene liegende Hand gegen zwei mit der Schiene verbundene volar und dorsal von der Hand verlaufende Eisenringe anschlingen können. Dabei werden die Endglieder der Finger, die in stark gebeugter Stellung standen, an den oberen Ring hinaufgequengelt, während die Grundglieder volarwärts, also an den unteren Ring herangedreht werden. Der im Bilde festgehaltene Erfolg zeigt wirklich eine sehr schöne Streckung der sämtlichen Finger. Debrunner (Zürich).

Paris médical.

Nr. 30, 25. Juli 1925.

Was muß man unter geschlossener Lungentuberkulose verstehen? Die aktive und nicht evolutive Tuberkulose. Sergent und Turpin.
Sterilisation des Trinkwassers. Techoueyres.

Der anatomische Ausdruck geschlossene Tuberkulose bedeutet klinisch eine immer aktive, obgleich nicht evolutive Tuberkulose. Sergent.

Nr. 31, 1. August 1925.

Die Urologie 1925. Dossot.
* Die Frühdiagnose des Nierenkrebses. Legueu und Fey.
* Die kleinen schmerzhaften Hydronephrosen. Marsan.
* Die schweren und latenten Läsionen der Niere. Pillet.
* Latente Nierensteine. Lepoutre.

Aufgeschobene und dringende Prostatektomien. Pasteau.

Die Frühdiagnose des Nierenkrebses. Der Nierenkrebs präsentiert sich unter drei klassischen Formen: als Tumor, als Tumor mit Hämaturie und mit Hämaturie allein. Praktisch eigentlich nur in den beiden Formen als Tumor und als Hämaturie. Da nun hinsichtlich der ersten Form die normale Niere überhaupt nicht zu fühlen ist, so liegt der Fall, wenn einmal ein Tumor gefühlt wird, schon ernst, weil schon Metastasen in den perirenalen Lymphgefäßen und Venen anzunehmen sind. Hat nun Schmerz die Existenz des Tumors entdecken lassen, so liegt der Fall noch schlimmer, weil, wie bei allen Krebsen, der Schmerz erst im vorgerückteren Stadium kommt. Nach klassischen Anschauungen tritt der Schmerz als erstes Symptom in 45% der Fälle auf, d. h. 45% entwickeln sich absolut latent. Also: liegt einmal ein Tumor vor, so ist die Mehrzahl dieser Fälle inoperabel und von den operabeln erfahren die meisten ein rapides Rezidiv.

Liegt nur Hämaturie vor, so ist sie wohl zeitlich die erste Erscheinung; dies hindert aber nicht, daß sie beinahe immer ein Spätsymptom ist, denn in vielen Fällen besteht dann schon ein Tumor. Es gibt allerdings recht frühzeitige Formen, die heilen können. Da erhebt sich aber das schwere Problem: wenn sich bei einem Individuum zwischen 35 und 45 eine Blutung einstellt, soll man bei gutem Allgemeinzustand, bei negativem Palpationsbefund, negativer Funktionsprobe allein daraufhin operieren, vielleicht unnütz? Oder soll man bis zur 2. Hämaturie warten? Vielleicht kommt keine mehr und dann ist die beste Zeit verstrichen.

Hier leitet nun die charakteristische Form der Hämaturie bei Neubildungen: sie ist abundant, kann den Urin fast schwarz färben und zeigt wurmförmige und andere Blutgerinnsel renalen Ursprungs; sie ist indolent, keine Kolik, keine Schmerzen, nichts ließ sie vermuten; sie ist spontan, beim Erwachen, in der Nacht, ohne jede provozierende Ursache. Sie ist intermittierend und kapriziös: morgens Blut, dann normale Minctio, dann plötzlich wieder Blut; dies ist pathognomonisch. Sie ist endlich einseitig.

Eine solche Hämaturie kann nicht tuberkulös sein: hier ist der Urin trübe, das vesikale Syndrom ausgesprochen; auch nicht durch Lithiasis bedingt: schmerzhaft, provoziert, selten abundant. Und einen Blasentumor schließt die Cystoskopie aus. Nur zwei Krankheiten könnten in Betracht kommen: das prostatische Adenom; hier kann vor der Dysurie oder der Retention eine große totale, spontane und schmerzlose Hämaturie auftreten; sie ist kongestiven Ursprungs, meist bei großer Prostata und oft begleitet von einer akuten Retention. Dann die hämaturische Nephritis. Sie sind gewöhnlich bilateral, zeigen nur ausnahmsweise Blutgerinnsel, haben aber sonst alle obigen Eigenschaften. Aber man muß mit dieser Diagnose vorsichtig sein; sie hat vor der Cystoskopie Papillome der Blase und manches andere verdeckt.

Ferner kommen aber außer gründlicher Palpation die Feststellung einer Varicocele in Frage. Sie ist bedingt durch die typische Dilatation des perirenalen Venensystems, prognostisch ein übles Zeichen, gleichzeitig mit der lymphatischen und venösen Ausbreitung des Krebses. Dann die Radiographie, die, um einen Stein auszuschließen, bei Hämaturie immer gemacht werden sollte. Kontur und Volumveränderungen lassen hier bei scharfen Aufnahmen einen Krebs vermuten.

Die kleinen schmerzhaften Hydronephrosen. Das einzige Symptom der kleinen schmerzhaften Hydronephrosen ist der Schmerz, ein unbestimmtes Gefühl der Schwere über den falschen Rippen, schwer zu beschreiben, Druck, Spannung, bald vorn, bald hinten, besonders am Ende des Tages und nach Mahlzeiten. Besonders Frauen vertragen keinerlei Schnürung. Anstrengung, Gehen, Erschütterung verstärken das Gefühl. Bettruhe lindert und die Patienten kommen schließlich so weit, jeder Forderung des sozialen Lebens sich zu entziehen, sie beschäftigen sich nur mit sich; Appetitlosigkeit, Konstipation durch die erzwungene Ruhe, schlechter Schlaf, Kopfschmerzen, Abmagerung, allgemeine Nervosität, Reizbarkeit, Interesselosigkeit sind die Folgen. Paroxystische Anfälle, die eine Nierenkolik vortäuschen können. Sitz in der Lendengrube, aber auch im Epigastrium. Unerträglicher, längs des Ureters ins Scrotum oder in die großen Lippen ausstrahlender Schmerz mit Blässe, Schweißen, kalten Extremitäten, Erbrechen, zwei- bis dreimal täglich. Nur Morphium lindert dann. 2—3 Tage lang und dann Intervalle von 14 Tagen bis zu 6 Monaten. Urin normal, im Anfall vielleicht etwas weniger, später wieder mehr. Manchmal auch Pollakiurie und nur mikroskopisch nachweisbare Hämaturie. Im Intervall inkonstante renouretrale Schmerzpunkte, jedoch scheint der Costolumbalpunkt ziemlich konstant zu sein. Bei beiderseitiger Hydronephrose wechselnd und stärker. So kann es jahrelang fortgehen, der Allgemeinzustand ändert sich nur langsam. Irgendeine interkurrente Infektion zu einer vorübergehenden Pyelonephritis oder zu einer dauernden, es kann auch zu einer Besserung kommen, aber plötzlich treten einmal schwere Zustände auf, die Insuffizienz kommt. Die Diagnose ist recht schwer, oft unmöglich, namentlich wenn rechts, weil man hier zunächst an den Appendix denkt. Aber hier kommt das Erbrechen erst eine und mehr Stunden nach dem Schmerzanfall, bei der Nephralgie gleichzeitig mit dem Anfall. Dann können noch Salpingitiden, besonders chronische, und Nierenstein ähnliche Erscheinungen machen. Hier hilft die Katheterisation und Röntgen sehr viel. Eine Nephrektomie ist oft ziemlich unnütz, weil man nie weiß, wie die andere Niere aussieht. Therapie: lediglich Morphium.

Die schweren und latenten Läsionen der Niere. Eine schleichende und einseitige Nierenläsion kann unbemerkt verlaufen; eine brüske Ausschaltung einer Niere durch eine massive Infektion oder einen groben Infarkt kann dagegen einen typhusähnlichen Zustand heraufbeschwören.

Unter die schmerzlos bis zu einer gewissen fortgeschrittenen Periode verlaufenden Nieren- und Blasenerkrankungen gehören: zunächst die latente Nierentuberkulose. Besonders leicht ist hier bei ungenauer Untersuchung die Pyurie mikroskopisch und chemisch zu übersehen. Eine etwa verordnete Milchkur demineralisiert den Kranken, steigert die Polyurie und die an sich schon reduzierte Blasenfunktion; die Blase, die für eine tuberkulöse Inokulation dann sensibilisiert, ist das beste Reaktiv auf die Nierentuberkulose: häufiges Urinieren, Dysurie, Pyurie. Dazu kein Schmerz, keine Nierenvergrößerung. Man kann das Paradoxon aufstellen: nichts gleicht klinisch einer gesunden Niere mehr als eine tuberkulöse. Dann die Nierensteine. Oft findet man, wenn man darauf achtet, nur einen leicht opaleszierenden Harn. Und ist dann sehr überrascht, einen großen Stein zu finden. Hier gilt die Regel der Urologen: großer Stein — keine Anamnese; kleiner Stein — schwere Anamnese. Sehr viele Nierensteine bleiben latent bis zum Beginn des Dramas der Infektion. Dasselbe gilt von den Nierenkrebsen. Es bleibt in diesen Fällen lediglich die allerdings oft trügerische Inanspruchnahme der Ausstrahlungen: renovesikaler Reflex mit lebhaften Schmerzpropagationen, mehr im Niveau der Blase als der kranken Niere; ureterouretraler Reflex: ein solcher Kranker ist Träger eines Steines im Lendenteil des Ureters und leidet dann nur im Ureter, besonders bei Urinieren.

Aber auch in der Blase dieselben Erscheinungen: eine vorgeschrittene Tuberkulose, ein infiltrierter Tumor, indolente Polypen, Steine bleiben oft lange latent, bis die Hämaturie den Kranken erschreckt. Das Auftreten der Schmerzen kommt immer gleichzeitig mit der Infektion, was klinisch sehr wichtig ist.

Allgemein: leicht trübe Urine ohne allzugroße Häufigkeit verlangen Röntgenforschung nach einem Korallenstein; gegen das Ende hin schmerzhafte Mictio mit leicht rosigen Flecken im Hemde, besonders bei der Frau, erfordern Fahnden nach einer Nierentuberkulose.

Latente Nierensteine. Die Mehrzahl der Steine werden erkannt, wenn man daran denkt, daß jeder Pyuriker, jeder Hämaturiker steinverdächtigt ist und geröntgt werden muß, daß die Existenz eines Steines im Ureter, in der Blase, in der Niere die Untersuchung der anderen Harnwege nach latenten Steinen erfordert, daß sich der Stein nicht immer da findet, wo die klinischen Symptome es annehmen lassen, und daß die Radiographie der Harnwege stets total sein muß, beide Nieren und Ureteren und die Blase.

Nr. 32, 8. August 1925.

Muß man die chronische Appendicitis operieren? Brunon.
Spermatorrhoe. Chavigny.
Existiert die biologische Reaktivation der Bordet-Wassermannschen Reaktion? Petges.
* Wirkung der Diathermie bei den chronischen Uretritiden. Roucayrol.
Hypersensibilität gegen Stovarsol. Izar.
Ein seltener Fall von Kniescheibenbruch. Zagni.
Der Arzt, der glaubt, es gäbe eine innere Behandlung der chronischen Appendicitis, hat sich ködern lassen. Brunon.

Wirkung der Diathermie bei den chronischen Uretritiden. Die Diathermie hat die Fähigkeit, eine starke Polynucleose durch Vermittlung des Gonococcus oder seines Toxins hervorzurufen; sie tötet also nicht den Gonococcus und die anderen Bakterien, sondern sie ermöglicht eine ausgiebige Phagocytose und dadurch reinigt sie die Urethra. Wenn man also im Verlauf einer Diathermiebehandlung noch Gonokokken und Polynucleäre findet, so muß man die Behandlung fortsetzen, weil es noch Bakterien zu entgiften gibt. Trifft man nur noch Gonokokken und keine Polynucleäre, so muß man einige Zeit abwarten, denn dann sind die Gonokokken nicht mehr toxisch und die natürliche Verteidigung reicht aus, sie zu eliminieren. Erst wenn sie wieder in größerer Mehrzahl auftreten, ist anzunehmen, daß sie resistent sind und die Behandlung wieder zu beginnen. Natürlich ist neben Diathermie zu dilatieren. Sind aber nur noch Polynucleäre vorhanden, so muß man in der Behandlung fortfahren, denn dann sind zweifellos noch Bakterien vorhanden, die noch reizen. Die Diathermie ist in dieser Hinsicht also auch ein diagnostisch wichtiges Hilfsmittel.

Nr. 33, 15. August 1925.

Kauterisation der Adhärenzen bei der Behandlung des künstlichen Pneumothorax bei der Lungentuberkulose. Jacoaeus.
Ultraviolettbäder. Dausset.
* Seekrankheit und Vagosympathicus. Bohec.
Tuberkulöse Meningo-Encephalitis. Rubenthaler.

Seekrankheit und Vagosympathicus. Die Seekrankheit ist ein Kapitel der vagosympathischen Pathologie. Der Zustand des neurovegetativen Gleichgewichts, der den klinischen Ausdruck des kolloidoklasischen Schocks erleichtert, ist die Vagotonie, Ursache oder Begleitung der Sensibilisation; umgekehrt, die Uebererregbarkeit des großen Sympathicus begleitet oder ruft Insensibilisation hervor; es ist ein Verteidigungszustand oder Unempfindlichkeit gegen Schock. Der kolloidoklasische Schock erscheint also nur bei Vagotonikern, und man kann schließen, daß die Antianaphylaxie oder Antikolloidoklasie darin besteht, Vagotoniker in Sympathikotoniker umzuwandeln. Diese Kenntnis, Sympathikotonie folgend auf eine Vagotonie, erklärt durch die Unempfindlichkeit gegenüber dem anaphylaktischen Schock gewisse Phänomene: die Unterdrückung des Asthma, der Migräne usw. und auch die Heilung der Seekrankheit. Man findet denselben Zustand der Hypervagotonie (= Hypovagotonie) beim Serum-Petonschock usw. und in der Mehrzahl der Fälle von Seekrankheit. Sie ist die Manifestation eines anaphylaktischen oder anaphylaktoiden Zustandes, der im Verlauf einer Hypervagotonie auftritt. Es gibt aber auch ähnlich, wie beim Asthma, eine hypersympathikotonische Form, ebenso wie es auch beim Basedow vagotonische Formen gibt.

Es empfiehlt sich, hier kurz die drei in Frage kommenden Formen zu rekapitulieren; es gibt aber keine reinen Formen.

Vagotonie: blasse Individuen mit kalten cyanotischen Händen, leichten lokalen oder allgemeinen Schweißen, retrosternale Behinderung, pseudoasthmatische Zustände, wiederholte Anginen, Hydrorrhoea nasalis, Bradycardie, mit Extrasystolen und Irregularität, besonders nach den Mahlzeiten, Hypotension. Gastrische Hypersekretion, Aerophygie, Sialophagie, Konstipation mit diarrhoischen Anfällen, häufiges Urinieren, Insuffizienz der Thyreoidea und Nebennieren. Normaler oder verstärkter oculocardialer Reflex. Starke Reaktion auf Pilocarpin und Atropin.

Sympathikotonie: frische Farbe, vorspringende Augen, weite Pupillen, große vasomotorische Mobilität, leichtes Zittern, Schlaflosigkeit, warme trockene Haut ohne Schweiße, häufig Gänsehaut und Dermographie, Hitzewellen, Abmagerung, gastrische Dilatation und Atonie, Tachycardie, soläre Krisen. Leichte Hypertension mit normalem Minimum, leicht erhöhte Temperatur, oculocardialer Reflex = 0, Reaktion auf Adrenalin. Erinnert immer an eine Störung der Thyreoideafunktion.

Amphotonie: richtige Neuropathen mit Dominanz eines der vorigen beiden. Hitzewellen, Palpitationen, präcordiale Schmerzen mit dem Typ des Angor: Sympathicus, langsame Verdauung, Somnolenz, Pseudoasthma: Vagus. Abwechselnd Röte und Blässe, bei den geringsten Ursachen Schamröte, instabler Puls, leichtes Zittern, kurz Uebererregung des ganzen vegetativen Nervensystems.

Darauf hingehende oscillometrische Untersuchungen haben nun folgendes ergeben: im Initialstadium liegt bei der gewöhnlichen hypervagotonischen Seekrankheit eine arterielle Hypotension vor, es folgt eine Sympathikotonie im Höhestadium, die die Heilung einleitet. Dann wieder Ansteigen des Druckes. Rationell behandelt, dauert dieser Zustand nicht mehr wie 3 Tage. Die hypersympathikotonische Form dagegen zeigt in allen Phasen einen erhöhten Druck, Agitation, Kopfschmerzen, Atemnot, Insomnie. Hier hilft Geneserin, während bei der vorigen Form Atropin und Adrenalin das Gegebene ist. Geneserin gibt auch bei Hyperthyreoidie Erfolge. Bei pathologisch Hypertendierten existiert die Seekrankheit kaum.

Nr. 34, 22. August 1925.

Urinstörungen bei Reitern durch Lockerungen des Pubis und Beckenluxationen. Maisonet.
Eosinophilie im Liquor im Verlaufe einer Cerebrospinalmeningitis. Izard.

Nr. 35, 29. August 1925.

Beitrag zur Diagnose der multiplen Tumoren des Rückenmarks. Cestan.
* Einige Fälle von Petzetakis Bronchoamoebiase und ihr Röntgenbild. Yaloussis.
Verbesserungen hinsichtlich des künstlichen Pneumothorax. Baillet.

Einige Fälle von Petzetakis Bronchoamoebiase und ihr Röntgenbild. Die Bronchoamoebiase wird sehr häufig wie Castellanis Spirochätenbronchitis für Tuberkulose gehalten, obgleich da das Röntgenbild fast nichts ergibt, was auf Tuberkulose deutet.

Nr. 36, 5. September 1925.

Mydriasis und Akkommodationslähmung durch Atropin. Terrien.
* Hornhautschrammen. Cantonnet.
Irrtümer bei der Vestibularuntersuchung. Winter.
* Klinische Bedeutung der Schleimhautpolypen der Fossae nasales. Cornet.
Rapide Behandlung des Wismutsaumes. Fargin-Fayolles.

Hornhautschrammen. Zur Erkennung kleiner Hornhautkratzer, was oft nicht leicht ist, wird Einträuflung von Fluorescin (Fluorescin 0,2, Natriumkarbonat 0,35, gekochtes destilliertes Wasser 10,0) ins Auge empfohlen; nach einer Minute macht es die Verletzung sichtbar. Auch bei Hornhautgeschwüren ist es in dieser Hinsicht zu verwenden. Gegen die Schmerzen 1 proz. Novocain und außerdem zweimal täglich 2 Tropfen Atropin (Atrop. sulf. 0,05, Aqua 10,0). Außerdem warme Kompressen; ein Antiseptikum ist selten notwendig, außer wenn der Patient eine chronische Tränenaffektion hat, weil sich hierdurch leicht ein sekundäres Geschwür entwickeln kann.

Klinische Bedeutung der Schleimhautpolypen der Fossae nasales. Am häufigsten die multiplen bilateralen Polypen. Hier hilft endgültig die Curettage des Ethmoids, sie beseitigt die chronische Infektion der Schleimhaut des mittleren Nasenganges endgültig. Man muß auch, namentlich in Fällen mit Deformation, bei relativ jungen an die deformierende, rezidivierende und an die syphilitische Form denken. Sie endet mit einer nekrotisierenden Ethmoiditis und ist zu trennen von den initialen und sekundären Formen der Syphilis, sowie von der gummatösen Form.

Die einseitigen multiplen Polypen sind meist der Ausdruck einer maxillären Sinusitis; deswegen gibt auch die Drahtschlinge allein so häufig keinen Erfolg. Röntgen gibt hier oft Aufschluß. Bei älteren Leuten muß man hier noch an einen malignen Tumor, meist ein Cylinderepitheliom der Fossae nasalis denken, besonders bei wiederholter Epistaxis. Man muß auch daran denken, daß bei Aelteren solche Tumoren leicht einen malignen Tumor maskieren können und deshalb in allen Fällen zu entfernen sind.

Die solitären vorderen Polypen gehen gern gleichfalls vom Sinus maxillaris oder frontalis aus, ebenso wie die hinteren solitären, die aber auch vom Nasopharynx ausgehen können.

Nr. 37, 12. September 1925.

Mentale Automatismen und chronische hallucinatorische Delirien. Levy-Valensi.
Infektiöse Aetiologie gewisser Mastitiden beim Menschen. Bressot.

Nr. 38, 19. September 1925.

* Die pathologischen und epidemiologischen Folgen der Grippeanergie. Dopter und Jausion.
* Die therapeutische Wirkung eines neuen Wismutsalzes (Emmysol) auf die Syphilis. Mateescu.

Die pathologischen und epidemiologischen Folgen der Grippeanergie. Auf die Grippe können sich die verschiedensten Krankheiten aufpfropfen: Tuberkulose, verschiedene Mischinfektionen, die zu Pleuritis, Pneumonie, Lungenödem usw. Anlaß geben können, die Castellanische Bronchialspirochätose, die Meningitis cerebrospinalis, die epidemische Encephalitis und sogar die Lungenpest. Diese Anergie, die den verschiedensten Keimen sozusagen das Bett macht, ist keineswegs elektiv; es kann sich auch um einen Zustand der Asthenis handeln, der für die Entwicklung sekundärer Infektionen besonders günstig ist. Und zwar hat diese mit dem Eintritt der Keime in den Organismus schon statt, wie das frühe Auftreten der Pneumopathien beweist. Sie erhöht sozusagen die Virulenz der Keime, die sie akkreditiert. Diese manchmal einfach saprophytischen Mikroben bekommen so eine geborgte Epidemizität. Sie entwickeln sich auf eigene Rechnung und vergrößern so die ursprüngliche Epidemiewelle. Vielleicht mag die Ursache dieser Anergie in der physischen und mentalen Depression liegen, die auf die Influenza folgt. Nach den Erfahrungen der Epidemie 1918, die häufig eine Nebenniereninsuffizienz zeigte, könnte man annehmen, daß es sich um brutale endokrine Schädigung handelt. Man weiß es noch nicht. Aber man muß die sekundären Infektionen mit allen Mitteln zu verhindern suchen.

Die therapeutische Wirkung eines neuen Wismutsalzes (Emmysol) auf die Syphilis. Ein nicht näher beschriebenes Subnitroarsenwismutsalz, das nur Vorzüge und keine Nachteile hat.

Nr. 39, 26. September 1925.

Heilung der Kriegspseudarthrosen des Unterkiefers durch Knochentransplantation. Rouvillois.
Physiotherapie bei den Affektionen der Atemwege. Rosenthal.
Opotherapie bei der Sterilität der Frau. Pouget.

v. Schnizer (Heidelberg).

Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Nr. 3, März 1925.

Technik der Liquoruntersuchung. Ueber den Wert der Wassermannschen Reaktion. Rubinstein.
Zu der Mitteilung von Bizard und Jolivet. Milian.
Ein Fall von autochthoner Lepra mutilans. Hudelo und Kourilsky.
Disseminierte Boecksche Lupoide. Hudelo und Rabut.
Schaumannsche Lymphogranulomatose (Lupus pernio) in anormaler Form. Hudelo, Montlaur und Leforestier.
Riesenform von Lichen planus annularis. Milian.
Erythematöse atrophische Poikilodermie. Milian und Périn.
Gemeinsames Bestehen von Sporotrichose und Tuberkulose. Sporotrichotisches Scrofuloderma und papulo-nekrotische Sporotrichotosen. Gougerot und Jausion.
* Erythematös-schuppige Eruption in peripilärer Anordnung nach Salvarsanbehandlung bei einem Hereditärsyphilitischen. M. Boutelier.
Postelephantiastische Teleangiektasie und Eosinophilie. André Léri.
* Ausscheidung des Wismutoxyds. Lafay und Ferrand.
* Syphilitische Sekundärerscheinungen inmitten der Wismutkur. Cl. Simon und Bralez.
* Ein neuer Fall gleichzeitigen Bestehens von syphilitischen Haut- und Nervenerscheinungen. Cl. Simon und Thiollat.
Tertiärsyphilitisches Erythem. L. Danel.

Erythematös-schuppige Eruption in peripilärer Anordnung nach Salvarsanbehandlung bei einem Hereditärsyphilitischen. Bei einem 7½ jährigen Knaben, der wegen einer Lungen-Rippenfellentzündung in der Klinik war, fiel eine olympische Stirn und Hutchinsonsche Zähne auf, der Wa. war positiv, worauf eine Neosalvarsantherapie begonnen wurde. Nach der sechsten Injektion (0,3) brach unter intensivem Jucken eine lebhaft rote, von peripilären gruppierten Papeln gebildete Eruption aus, die sich über Rücken, Thorax und Abdomen erstreckte und von Tränenfluß begleitet war. Es wurde nichts destoweniger eine siebente Einspritzung gemacht, worauf eine Verschlimmerung zu folgendem Zustand eintrat: zahlreiche erythematös-schuppige Flecke von 1 bis 2 Frankstückgröße, umgeben von einem Saum von peripilären Elementen. Außerdem entstanden auf den Extremitäten psoriasiforme Elemente. Die Affektion hatte große Aehnlichkeit mit lichenoiden Syphiliden, jedoch entscheidet sich der Autor für die Auffassung einer toxischen Eruption. Bei der Vorstellung besteht diese Affektion bereits mehr als 3 Wochen, ohne den Eindruck zu erwecken, daß sie sich schnell zurückbilden würde. (Die Wiederholung einer Neosalvarsaninjektion trotz bereits ausgebrochenem toxischem Erythem ist entweder Zeichen einer tiefen Unkenntnis oder einer großen Rücksichtslosigkeit gegenüber dem Kranken. Anm. des Referenten.)

Ausscheidung des Wismutoxyds. Die Untersuchung über die Ausscheidung des Wismuts durch den Urin haben bisher sehr verschiedene Resultate geliefert, was 1. von der verwandten Methode und 2. von ihren Anwendungsbedingungen kommt. Die fast von allen Untersuchern benutzte Léger-Aubrysche Methode eignet sich nicht für chemisch-physiologische Untersuchungen, sie ist nicht imstande, die in der Syphilistherapie oft nachzuweisenden minimalen Spuren (Mikrogramm) aufzudecken, Spuren, deren Nachweis in einer sehr variablen Urinmenge fast unmöglich ist. Die aus diesem Vorgehen resultierenden Fehlerquellen werden von den Autoren im einzelnen nachgewiesen, sie empfehlen dagegen die spektographische Nachweismethode nach Fabre und Cheramy. Was nun das zu injizierende Salz betrifft, so sind die Autoren der Ansicht, daß das Wismuthydroxyd vorzuziehen ist, und zwar aus folgenden Gründen: Hoher Wismutgehalt, langsame Assimilation, progressive Ausscheidung unter weitgehender Schonung für die Nieren, beste Verträglichkeit sowohl lokal als auch für den Gesamtorganismus.

Syphilitische Sekundärerscheinungen inmitten der Wismutkur. In der Quecksilberära sah man sehr häufig während der Kur neue Erscheinungen auftreten; als dann die Salvarsankuren am meisten angewendet wurden, ereignete sich das viel seltener, jedoch haben Hudelo und Rabut 13 derartige Fälle sammeln können (bei uns unter anderen die Klinik Buschke). Daß es auch wismutresistente Fälle gibt, beweisen 3 Krankengeschichten der Autoren. — In der Diskussion meinen Queyrat und Bory, daß die Behandlung ungenügend war.

Ein neuer Fall gleichzeitigen Bestehens von syphilitischen Haut- und Nervenerscheinungen. Es handelt sich um tuberosquamöses Syphilid, Leucoplacia buccalis bei gleichzeitig bestehender spastischer Paraplegie, Typ. Erb. Die Hautaffektion heilt schnell auf Treparsol, wodurch den Autoren die syphitische Natur dieser Erkrankung erwiesen scheint. Auch spräche ein derartiges Zusammentreffen gegen die Theorie von zwei verschiedenen syphilitischen Virusarten (dermotrop und neurotrop) von Levaditi.

Nr. 4, April 1925.

* Conjugale Syphilis, bei der Frau als „Forme fruste" verlaufend. A. Galliot.
* Berufsschanker der Conjunctiva bei einem Arzt. Clément Simon.
* Ueber occulte Syphilis bei der Frau. Zur Kenntnis von Keimträgerinnen. Louis Bory.

Conjugale Syphilis, bei der Frau als „Forme fruste" verlaufend. Es gibt bei der Frau eine Forme fruste der Syphilis, die durch völliges Fehlen von Primär- und Sekundärerscheinungen, völlige, auch serologische Latenz, fehlende Kontagiosität für den Mann ausgezeichnet ist, dagegen von verderblichstem Einfluß auf das Kind zu sein pflegt, das entweder in utero abstirbt oder zu früh geboren wird oder mit

Lues congenitalis behaftet ist. — In der Diskussion meint Queyrat, daß wir für diese Fälle einen abnormen Ansteckungsmodus annehmen müssen, der uns bis heute noch unbekannt ist. Sabouraud hält es für wahrscheinlich, daß in den Ausscheidungsflüssigkeiten alter Syphilitiker sich abgeschwächte infektiöse Stoffe befinden, die bei der Frau eine unsichtbare und immunisierende Infektion erzeugen, etwa nach Art von Vaccins. Von der Feststellung derartiger Verhältnisse erwartet er die dereinstige Entdeckung der Vaccinetherapie der Syphilis. P. Chevallier glaubt, daß die Stärke der Infektion ausschlaggebend für den Verlauf ist in dem Sinne, daß eine große Menge von inoculierten Spirochäten eine floride, aktive Syphilis des Partners zur Folge haben, daß dagegen einige wenige übertragene Spirochäten nur eine latente, benigne Syphilis nach sich ziehen. (Latenz und Benignität sind manchmal, aber nicht immer identisch, wie der spätere Verlauf von anfänglich sehr benignen Syphilisfällen beweist. Anm. des Ref.)

Berufsschanker der Conjunctiva bei einem Arzt. Schanker der Conjunctiva sind nicht selten, sie entstehen oft durch Bemühungen, Fremdkörper zu entfernen, was manchmal durch Auslecken oder mit Hilfe eines noch feuchten Endes einer Zigarette geschieht. Selten dagegen vollzieht sich die Infektion durch Eindringen von Speicheltröpfchen eines Luetikers aus der Entfernung in das Auge. In dem Falle des Autors handelte es sich um einen Kollegen, der einen Luetiker mit frischen Plaques muqueuses untersuchte, wobei der Kranke mit einem Hustenstoß offenbar Spirochäten in das Auge des Arztes praktiziert hat, ohne daß der Bedauernswerte es gemerkt hätte. Vorschlag, daß die Aerzte bei der Untersuchung derartiger Kranker breite Brillen tragen mögen.

Ueber occulte Syphilis bei der Frau. Zur Kenntnis von Keimträgerinnen. Gibt es bei der Frau eine occulte ansteckende Syphilis, die bei genauer klinischer Beobachtung nicht feststellbar ist und was ergibt sich hieraus für die praktische Prostituiertenkontrolle? Hat diese symptomlose Syphilis eine spezielle Entstehungsweise und einen anormalen Beginn, der sich aus der anatomischen und physiologischen Anlage des weiblichen Geschlechtsapparats ergibt und ist hierdurch die Ansteckung des Mannes durch eine scheinbar völlig syphilisfreie Frau möglich? Die erste Frage erscheint dem Autor in einer Zeit, da wir bei verschiedenen Krankheiten die Tatsache der Keimträger absolut sicher kennen, fast veraltet. Für den Mechanismus der Ansteckung ist nicht die Läsion selbst, sondern das Vorhandensein des Erregers an sich wichtig; sie kann sich überall da vollziehen, wo der Erreger in voller Virulenz hingelangt und einen günstigen Nährboden findet. Der Syphilitiker, der unbehandelt ist, scheidet mit allen seinen Ausführungsstoffen Spirochäten aus und kann infolgedessen ansteckend sein. Gynäkologische Prostituiertenkontrolle ist ungenügend, sie macht am Collum uterinum halt; was sich auf der Uterusschleimhaut abspielt, ignorieren wir vollkommen. Der Autor fordert obligatorische Wa.R. der Prostituierten. Die positiven Ausfälle bei noch nie Behandelten müssen eine sofortige prophylaktische Behandlung nach sich ziehen. Diese Frauen zu internieren wäre übertrieben, denn sie sind nicht besonders ansteckungsgefährlich. Nur die durch eine notwendigerweise an der Oberfläche haften bleibende gynäkologische Untersuchung erweckte Pseudosicherheit ist das Gefährliche. Daß es bisher noch nicht gelungen ist, Syphilisspirochäten auf eine Cylinderschleimhaut experimentell zu inoculieren oder durch Ueberimpfung ins Blut oder ins Peritoneum haften zu lassen, widerspricht keineswegs der großen Wahrscheinlichkeit, daß sich unter natürlichen Bedingungen die Infektion der Frau sehr häufig durch die Uterusschleimhaut oder die Tuben vollzieht. Da das Sperma infektiös sein kann, so ist es auch imstande auf zweierlei Weise die Infektion zu vollziehen, entweder finden die Spirochäten des Spermas in der Vaginalschleimhaut eine Erosion, es kommt zum Primäraffekt, Sekundärerscheinungen und dem gewöhnlichen Ablauf der Infektion oder die Spirochäten dringen in Uterus und Tuben, wo sie lange virulent liegen bleiben können, oder sie dringen gar bis ins Peritoneum vor, wo die bakteriziden Eigenschaften der Peritonealflüssigkeit sie entweder abtöten oder nur abschwächen, so daß es zu einer sehr milden Infektion oder sogar einer echten Pasteurschen Immunisierung kommt. Eine dritte Möglichkeit wäre, daß sie, ähnlich wie die Spermatozoen, in der Gegend der Tube liegen bleiben, um schließlich in das Ovulum einzudringen, wo sie einen idealen Nährboden finden. Diese Hypothesen erklären alle Eventualitäten der occulten Syphilis bei der Frau, die sogenannte konzeptionelle Syphilis miteinbegriffen, die man wohl unbegründeterweise neuerdings ad acta gelegt hat. Während man bei der Prophylaxe aller anderen Infektionskrankheiten den Keimträgern die größte Aufmerksamkeit geschenkt hat, vernachlässigt man die Frau als Keimträgerin bei der Syphilis vollkommen. Mit Hilfe dieser Hypothese erklären sich die seltsamen Infektionen durch scheinbar gesunde Prostituierte. Sie erklären ferner, daß klinisch und serologisch lebenslänglich syphilisfreie Frauen so häufig nicht imstande sind, die Schwangerschaft zu Ende zu führen oder eine Anzahl von syphilitischen Kindern gebären (parovariale oder tubare Spirochätenherde, die jedesmal das Ovulum infizieren), sie erklären ferner, die Regeln von Colles und Profeta und endlich die verschiedenen Grade von Immunität der Frau gegenüber der Syphilis, aus der eine vollkommene Immunität entstehen kann, wobei die Krankheit bei ihr so oft einen occulten, latenten, unausgesprochenen Charakter erhält, der das Erstaunen aller Untersucher erregt.

Zusammenfassung: Es gibt zwei Arten der Syphilisinfektion bei der Frau: 1. Die Inoculation in die Haut, worauf wie beim Manne Primäraffekt, Generalisierung und die gewöhnliche Form der Syphilis folgt, oder 2. die direkte Inoculation ins Innere durch den menstruierenden Uterus oder das Peritoneum, worauf Fehlen des Primäraffekts und häufige Latenz erfolgt. Hieran schließt sich die Infektion der Mutter durch den ex patre infizierten Foetus als Ausnahme, die aber von den größten Syphilisforschern als sicher angenommen wurde und die mit den serologischen Resultaten nicht im Widerspruch steht. — Die Frau, besonders die Prostituierte, kann Spirochätenträgerin sein und so die Syphilis verbreiten (seltener) oder sie auch auf ihr Kind übertragen (häufiger).

In der Diskussion erklärt Ravaut als schönstes Beispiel occulter Syphilis die Syphilis der dritten Generation, wobei die latente Mutter als Zwischenglied dient. (Mit der Auffassung von Ravaut steht der Fund von Spirochäten im Cervicalkanal in der Jadassohnschen Klinik im Einklang, nur faßte man dies dort als einen versteckten Primäraffekt auf, während Bory an eine erscheinungsfreie Ansiedlung von Spirochäten glaubt. Anm. des Referenten.)

Nr. 5, Mai 1925.

Die Vaccinetherapie des weichen Schankers. Pautrier.
Zum kolloidalen Jod. Lafay.
Die Behandlung zweier Fälle von Sykosis mit intradermaler Vaccine. J. Meyer.
• Bromoderma tuberosum vegetans. Hudelo und Chabrun.
Angiokeratome vom Typ Mibelli. Hudelo, Caillaud und Chabrun.
Familiäre und hereditäre Pityriasis rubra pilaris. Jeanselme und Burnier.
• Generalisierter Favus. Louste und Leclerc.
Lupus pernio, Lymphogranulomatosis cutis vom Typ Schaumann. Louste, Caillaud und Leclerc.
Ein Fall von scheinbar schankriformer genitaler Erythroplasie mit Epithelioma. Louste, Caillaud und Marassi.
Eine pemphigoide Erkrankung. Boucher.
• Reaktivierung der Syphilis mit Arsen, ihr Wert in der Diagnose, Prognose und Therapie, besonders zu Beginn des Schankers. Gastou und Pontoizeau.
• Eine kleine Epidemie von Pityriasis rosea Gibert. P. Chevalier.
Hals-Kiemengangfistel. Burnier und Rejsek.
Postelephantiastische Lymphangiektasien der Damm-Hodensackgegend; vorübergehende Eosinophilie. A. Léri und Layani.

Bromoderma tuberosum vegetans. Die Erscheinungen des 28 Monate alten Kindes bestanden seit 5 Wochen. Das Kind hatte früher über Kopfschmerzen geklagt, weshalb ihm von einem Arzt eine ziemlich intensive Bromkur verschrieben wurde, allabendlich 1 g (!) Brom in Form von Sedobroltabletten, außerdem im Laufe des Tages noch 1—4 Teelöffel einer Brommedizin. Eine Woche nach Beginn der Behandlung erschien eine uncharakteristische Affektion am Nacken, die aber wieder verschwand. Bald darauf kam es zu einer Aussaat von papillomatösen Elementen im Gesicht und den unteren Gliedmaßen, trotz Absetzen der Brommedikation vergrößerten und vermehrten sich die Erscheinungen noch. Schließlich erfolgte auf Applikation von gelber Quecksilbersalbe Besserung. Das Wichtige an der Mitteilung ist die Schwierigkeit, bei einem Kinde zur Diagnose zu kommen, wenn exakte anamnestische Informationen nicht zu bekommen sind. Mit vegetierenden Syphiliden und vegetierenden Tuberkuliden besteht nur eine entfernte Aehnlichkeit. Die Eruptionen nach Jodgebrauch sind stets mehr oder minder bullös, oft purpuraähnlich. Pyogene Trichophytien sind mehr lokalisiert. Die Elementarläsion der Bromide ist die vom entzündlichen Hof umgebene folliculäre Pustel, wenn diese konfluieren, ergeben sich trichophytieähnliche vegetierende Scheiben.

Generalisierter Favus. Es handelte sich um ein 18 jähriges korsisches Mädchen mit Zeichen von congenitaler Syphilis. Der Favus begann am behaarten Kopf, der rasch von dicken gelben Krusten übersät wurde. Haarausfall. Erst in Paris erfolgte eine Generalisierung über Rumpf, Arme und Beine, wo dicke Scheiben mit typischem Scutula festgestellt wurden. Der Allgemeinzustand der Kranken war dabei zufriedenstellend. Die Autoren suchten die Ursache dieser immerhin seltenen Ausbreitung zu ergründen und fanden eine deutliche Hyperglykämie.

Reaktivierung der Syphilis mit Arsen, ihr Wert in der Diagnose, Prognose und Therapie, besonders zu Beginn des Schankers. Nimmt man die As-Behandlung früher negativierter Luetiker wieder auf, so erfolgt häufig der bekannte Umschlag der Reaktion ins Positive, der im Lauf der Kur wieder vergeht. Diese Methode biologischer Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion hat diagnostischen Wert, dient zur Kontrolle der therapeutischen Wirksamkeit und als Beweis für die Heilung. Ihre Einschätzung ist allerdings bei den verschiedenen Syphilidologen eine sehr verschiedene.

Die Autoren untersuchten die Frage nach folgenden beiden Gesichtspunkten: 1. Kommt es bei alten Syphilitikern durch die Behandlung zu einer positiven Schwankung? 2. Kommt es bei früher unbehandelten, aber jetzt suspecten (für Syphilis) Personen zu einer positiven Reaktion? Die Serumreaktionen wurden nach mehreren Methoden, auch nach der Verneschen Flockungsmethode gemacht, 10 Tage, 20 Tage, 3 Wochen und sogar 1—3 Monate nach 2 Injektionen à 0,15 und à 0,3 in 7 Tagen Zwischenraum.

Es ergab sich, daß von 95 venerischen Kranken vier Kategorien existieren 24 weiche Schanker mit Ducreybazillen und ohne Spirochätenbefund, 23 harte Schanker mit Spirochäten, 19 Ulcera mixta, von denen 15 Ducreybazillen, aber keine Spirochäten hatten, und 4 Ducrey und Spirochäten hatten, 19 suspecte oder zweifelhafte Ulcerationen ohne Ducrey oder Spirochätenbefund.

Die Reaktivierung hatte folgende Ergebnisse:

Von 24 bakteriologisch bestätigten weichen Schankern hatten 20 keine Reaktivierung, 4 dagegen einen positiven Wa. Von den 23 harten Schankern mit Spirochätenbefund zeigten 13 keine Reaktivierung und 10 Reaktivierung.

Das Fehlen der positiven Schwankung käme daher, daß diese Personen noch im seronegativen Stadium der Syphilis behandelt worden seien (Abortivbehandlung). Von den 19 gemischten Schankern, bei denen viermal Spirochäten gefunden waren, kam es achtzehnmal zu keiner positiven Schwankung, einmal dagegen wohl. Bei 19 suspecten Ulcerationen trat fünfzehnmal keine Reaktivierung auf, viermal kam es zur positiven Schwankung. In Summa hat in 58 Fällen, in denen der Beweis eines syphilitischen Schankers durch Spirochätenbefund nicht hat erbracht werden können, die Reaktivierungsmethode die Existenz von Syphilis ergeben (?). Von 20 Kranken mit harmlosen Affektionen wurden zwei reaktiviert (!).

Die scheinbar widersprechenden Resultate anderer Autoren werden durch die verschiedenen verwandten Methoden und die verschiedene Technik erklärt. (Anmerkung des Referenten: Solange noch nicht erwiesen ist, ob nicht durch Salvarsanbehandlung auch bei gesunden Personen eine positive Schwankung auftreten kann, scheint die Methode für sich allein verwendet sehr bedenklich. Die Wa.R. ist nicht spezifisch, aus ihr allein kann keinesfalls die Diagnose Lues gestellt werden, die Autoren hatten selbst bei 20 nichtvenerischen Kranken 10% positive Schwankungen).

Eine kleine Epidemie von Pityriasis rosea Gibert. Der Autor hält diese Affektion für eine Saisonkrankheit, deren Kontagiosität minimal ist. Indessen kommt es doch gelegentlich zu Uebertragungen, für die Broq den Floh verantwortlich gemacht hat.

Eine junge noch syphilisfreie Prostituierte bat um Krankenhausaufnahme, weil sie ihre Pityriasis für eine Roseola hielt; zwei andere Mädchen aus demselben Lupanar wiesen die gleiche Erkrankung auf, bestanden aber, da sie bereits syphilitisch waren und ihre Affektion für luetisch hielten, auf einer neuen Kur, die sie auch trotz richtiger Diagnose erhielten. Die Incubation scheint etwa 15—20 Tage zu betragen.

K. Heymann (Berlin).

Réunion dermatologique de Strasbourg.

Ueber Dyskeratose, besonders bei Pagetscher Krankheit. J. Darier.
Betrachtungen zur Pagetschen Krankheit. P. Masson.
Betrachtungen zur Dyskeratose und zu der Gruppe der dyskeratotisch genannten Krankheiten. Pautrier und Levy.
An der Mamma entstandene Pagetsche Krankheit. P. Hickel.
Ein Fall von Lupuscarcinom. J. Roederer und M. Metzger.
Ausgedehntes Epithelioma ulcerosum et terebrans des Gesichts von histologisch rein basocellulärem Charakter. Pautrier und Levy.
Ein Fall von erythematöser Anetodermie. G. Weill.
Die Rolle der Lymphe in der Pathologie der Hautkrankheiten. Samberger.
* Durch Insulin geheiltes Unterschenkelgeschwür bei einer Kranken mit normalem Blutzuckergehalt. Pautrier, Ambard, Schmid und Levy.
Spät beginnender Urticaria pigmentosa. Pautrier.
Exfoliative Erythrodermie, gefolgt von einem akuten allgemeinen Psoriasisausbruch nach einer Psoriasisbehandlung mit Acetylarsan. Pautrier.

Durch Insulin geheiltes Unterschenkelgeschwür bei einer Kranken mit normalem Blutzuckergehalt. Die Autoren berichteten schon über einen Fall von Heilung eines Unterschenkelgeschwürs bei bestehendem Diabetes durch Insulin. Auch jetzt verfügen sie über einen ähnlichen Fall, auf dem zwei auf Grund des varicösen Symptomenkomplexes und Diabetes entstandene Ulcera auf Insulintherapie zur Heilung kamen, nachdem alle anderen Methoden versagt hatten. Hier bestand nur Glykämie, keine Glykosurie. Immerhin erschien es möglich, daß dem Insulin außerdem noch eine reine gewebebildende Wirkung zukommt, was nur durch Eintritt einer Wirkung bei fehlendem Diabetes bewiesen werden konnte. Zu diesem Versuch wurde ein Ulcus einer 48 jährigen Frau, das seit 6 Jahren therapieresistent gewesen war, mit Insulin behandelt, nachdem vorher das Fehlen von Blut- und Harnzucker festgestellt worden war. Nach 9 Tagen war völlige Ueberhäutung erzielt nach einer Insulinbehandlung von zweimal täglich ½ ccm einer Lösung von 20 Einheiten. Hypothese: Das Insulin besitzt außer seiner antiglykämischen Wirkung noch einen Einfluß auf die feinsten Ernährungsvorgänge der Zellen. — Es handelt sich hier um die erste Beobachtung einer Insulinwirkung, ohne daß ein Diabetes vorlag.

K. Heymann.

Annales des Maladies Vénériennes.

20. Jahrgang. Nr. 6, Juni 1925.

* Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung und der Lumbalkontrolle. 1. Wird durch die Frühbehandlungen die Rolle der Immunität ungestraft vernachlässigt? 2. Welchen Einfluß üben die verschiedenen Behandlungsmethoden auf den Liquor aus? 3. Welches ist der Wert der Targowlaschen Reaktion? J. Bernard und G. Ruelle.
* Die Spermakultur und die Behandlung mit Autovaccine in der Diagnose und der Therapie der chronischen Gonorrhoe. B. Valvèrde.
* Syphilitischer Schanker der Fossa supraspinalis. L. Danel.

Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung und der Lumbalkontrolle. Die ersten beiden Teile dieser Arbeit hat Referent bereits ausführlich in dieser Zeitschrift in dem Artikel: Neue Wege der Luestherapie, Nr. ... besprochen. Im dritten Abschnitt werfen die Autoren die Frage nach dem Wert der Targowlaschen Reaktion auf. Sie untersuchten 200 Liquores und fanden, daß diese Reaktion eine große Genauigkeit der Resultate zeigt (7% Irrtümer), daß sie in einigen Fällen genauer ist, als der Bordet-Wassermann, daß diese Empfindlichkeit besonders in Fällen nervöser Syphilis mit Ausnahme der Tabes und Paralyse zeigt und daß sie bei 9 Fällen von „quaternärer" Lues fehlte.

Die Spermakultur und die Behandlung mit Autovaccine in der Diagnose und der Therapie der chronischen Gonorrhoe. Da die Samenblasen und der hintere Teil der Uretra der Sitz des Leidens sind, muß man, um Sicherheit bezüglich eingetretener Heilung zu bekommen, ein Kulturverfahren mit der Flüssigkeit einleiten, die die gesamte Lokalisationsbahn der Gonokokken durchläuft, mit dem Sperma. Diese Untersuchungsflüssigkeit ist dem Uretralsekret bei weitem vorzuziehen. Außerdem wird durch die Erektion und Ejaculation mit Hilfe der Kontraktilität der hierbei funktionierenden Muskeln nicht nur die Entleerung von Samenblasen und Prostata, sondern auch von Uretral- und Parauretraldrüsen herbeigeführt. Auch ist es erwiesen, daß man tiefe Lokalisationen der Gonokokken mit Hilfe des Kulturverfahrens aufdecken kann, auch wenn von Seiten der Harnröhre keine Erscheinungen vorliegen. Das Verfahren des Autors ist folgendes: An zwei Tagen hintereinander erhält der Kranke eine Dilatation der Harnröhre und eine Massage der Prostata, sowie alkoholische Getränke, alsdann wird im Laboratorium eine sorgfältige Waschung der Hände und Genitalien gemacht, worauf der Kranke sein Sperma in eine sterile Petrischale ejaculiert. Diese wird in dem Brutschrank bei 37 Grad 15 Minuten aufbewahrt, und dann auf Ascitesgelose und Blutgelose verimpft. Falls die Kulturen angehen, wird eine Autovaccine hergestellt. Verfasser behandelte so 12 Fälle von chronischer Uretritis, die alle eine klassische Behandlung hinter sich hatten, aber ihr gonokokkenfreies Bonjourtröpfchen nicht los werden konnten. Die Spermakultur ergab in 11 Fällen Staphylokokken, gemeinschaftlich mit Enterokokken oder Pseudo-diphtheriebazillen, im 12. Fall fand sich bei der zweiten Kultur der Gonococcus. Therapeutisch hatte der Autor einige Besserungen, die aber nicht definitiv waren, mithin 100% Mißerfolge. Der Autor steht sehr im Gegensatz zu einer Anzahl anderer Autoren, deren diagnostische Prozentzahl wesentlich günstiger waren, allerdings hatte auch Janet 100% Mißerfolge. Auch über den therapeutischen Wert herrscht noch keine Einigkeit.

Syphilitischer Schanker der Fossa supraspinalis. Primäraffekte am Thorax sind, ausgenommen die Brustwarzenschanker der nährenden Frau, wahre Seltenheiten. Da sie sehr oft nicht diagnostiziert werden, bietet ihr Studium ein gewisses Interesse. Es wird ein Fall mitgeteilt, bei dem offenbar eine chronische Akne mit ihren zahlreichen Pusteln eine Inokulation der Spirochäten begünstigt hatte.

20. Jahrgang. Nr. 7, Juli 1925.

- Icterus syphiliticus in der seronegativen Phase. S. Serateanu und M. Blumental.
- Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der vereinigten sozialistischen Sowjetrepublik. S. Bagotzky.
- Tonische Wirkung des Wismuts. G. Belgodère.
- Ergebnisbericht: Latente kongenitale Syphilis aufgeweckt und aufgedeckt durch die Schwangerschaft. Récamier.

Ikterus syphiliticus in der seronegativen Phase. Die Autoren besprechen zunächst die in der Literatur figurierenden Fälle von Icterus syphiliticus während der seronegativen Phase der Krankheit und geben dann folgende persönliche Beobachtung wieder: Ein 26 jähriger Mann bekam am 5. Oktober einen weichen Schanker, der in 10 Tagen nach Inzision der Bubonen und lokaler Aetzung geheilt war, die Schankernarbe wandelte sich am 1. November in einen Primäraffekt um, worauf schon am 6. November Icterus auftrat. Am 27. November war der Wassermann schwach positiv, am 5. Dezember trat eine papulöse Sekundäreruption auf. Bei einer Mischinfektion, wie hier, gibt das Datum des Auftretens des weichen Schankers einen guten Anhaltspunkt für das Datum der syphilitischen Infektion. Der Ikterus hat demnach etwa am 32. Tage nach der Ansteckung eingesetzt, er kennzeichnete sich als gutartiger, kartarrhalischer Retentionsikterus. Die Frage, ob es sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, oder ob eine kausale Beziehung zwischen Ikterus und Syphilis besteht, beantworten die Autoren dahin, daß, bei dem Fehlen jeglicher Lebererkrankung in der Anamnese und bei dem Fehlen jeder anderen Aetiologie überhaupt, der Fall als syphilitischer Ikterus anzusehen ist, was durch den Erfolg der Neosalvarsanbehandlung bestätigt wurde. Die Autoren versuchen, auf Grund der bisher bekannten Fälle eine Krankheitsbeschreibung zu geben, aus der eine leichte Verspätung des Auftretens der Wa.R. und ein etwas früher einsetzender Beginn der Sekundärsymptome bemerkenswert ist.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der vereinigten sozialistischen Sowjetrepublik. Der Kampf gegen die venerischen Krankheiten darf sich nicht ausschließlich auf der ärztlichen Behandlung, er muß sich ganz besonders auf sozialen Maßnahmen aufbauen. Die extragenitale Syphilisinfektion spielte in Rußland bisher wegen des Fehlens jeder hygienischen Erziehung eine enorme Rolle. Durch Welt- und Bürgerkrieg war die venerische Ziffer noch größer geworden. Das zaristische Rußland hat die Bestrebungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht gestützt. Immerhin war es nach manchen Schwierigkeiten 1914 gelungen, eine allrussische Liga zu diesem Zwecke zu gründen. Vom Weltkrieg weggefegt, lebte sie 1917 wieder auf, es gelang eine Konzentrierung aller Kräfte zu einer venerologischen Sektion des Volkskommissariats für die öffentliche Gesundheit. Die Hauptschwierigkeiten, der Mangel an Arbeitskräften und Geld wurden behoben, überall wurden öffentliche Beratungs- und Behandlungsstellen, sogenannte Dispensaires, gegründet. Methodisch werden Schulkinder, Arbeiter, Soldaten zu vielen Tausenden untersucht, unterrichtet, aufgeklärt, in den Grundzügen der Hygiene unterwiesen, dies alles unter Berücksichtigung der neuen sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen. Die krank Befundenen werden nicht nur behandelt, sondern man studiert auch die besonderen Maßnahmen, die in jedem Einzelfalle am zweckmäßigsten die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern imstande sind.

Auch das Theater wird in den Dienst der Aufklärung gestellt. Es folgt eine Beschreibung der Organisation und der Aufgaben der Dipensaires und des eigens geschaffenen venerologischen Staatsinstituts in Moskau, welches eine klinische, experimentelle und soziale Abteilung hat. Die Bekämpfung der Prostitution wird von einem Zentralrat geleitet. Seine Aufgaben sind: Bekämpfung der ökonomischen Abhängigkeit der Frau, Schutz und Stütze für alleinstehende Mütter, qualitative Förderung der weiblichen Arbeit, Schaffung von Arbeitshäusern. Ferner juristische Gleichstellung der Frau, Aufhebung des Begriffs „uneheliche Kinder" usw. Ferner Kampf gegen alle Bestrebungen, die die Prostitution begünstigen, Zuhälter, Bordellbesitzer usw. Ferner Organisierung einer kostenfreien Behandlung Venerischer in den Dispensaires.

Tonische Wirkung des Wismuts. Eine Reihe persönlicher Beobachtungen werden mitgeteilt, in denen durch die Wismutkur eine sehr günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden, Schwinden rheumatischer Beschwerden, ja, sogar von Selbstmordgedanken erzielt wurde.

Latente kongenitale Syphilis aufgeweckt und aufgedeckt durch die Schwangerschaft. Vier Frauen, zwischen 20 und 28 Jahren, ohne wahrnehmbare Merkmale hereditärer Syphilis waren vollkommen gesund bis jede von ihnen ein gesundes Kind gebar. Danach machten sich bei ihnen allerlei nervöse Störungen, Migräne, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und Launen geltend. Dazu kamen tolle Einfälle, Haus und Gatten zu verlassen, Gedächtnisabnahme, Ermüdbarkeit. Der Autor dachte sofort an Syphilis. (!) Die Untersuchung der Ehegatten war negativ. Die betreffenden Väter der vier Frauen aber waren sämtlich luesverdächtig gewesen. Der Autor schließt aus der positiven Serumreaktion, dem klinisch ungeklärten Krankheitsbild, dem guten Erfolg der spezifischen Behandlung, daß Lues im Spiel ist. Vielleicht handelt es sich um Meningitis, eher aber um einen pluriglandulären Komplex. Bemerkenswert ist, daß durch die Schwangerschaft der Prozeß akut geworden ist.

20. Jahrgang. Nr. 8, August 1925.

- Beitrag zur Frage der Priorität des Dr. Rosenblum in der neuen Behandlungsmethode der progressiven Paralyse. M. Ikhtemann.
- Resultate von 500, mit Hilfe der kolloidalen Benzoereaktion untersuchten Seren. A. Starobinsky.
- Lokale Störungen nach intramuskulären Injektionen von unlöslichen Wismutverbindungen in öliger Suspension. R. Barthélémy.
- Gonorrhoe und Hypochondrie. R. Benon.

Beitrag zur Frage der Priorität des Dr. Rosenblum in der neuen Behandlungsmethode der progressiven Paralyse. Das Verdienst, fieberhafte Erkrankungen zur Behandlung der Psychosen erstmalig versucht zu haben, gebührt A. Rosenblum (Odessa), der im Jahre 1876 zuerst auf russisch im „Hospital municipal d'Odessa" über seine von 1864—1874 erworbenen Erfahrungen berichtet. Er wandte viermal Malaria-, sechsmal Typhus abd.-, zehnmal Rekurrensinokulationen bei Psychosen an. Eine im Archiv für Psychiatrie und Nervenkr. X. 1879 veröffentlichte Arbeit von Oks ist nur die deutsche Uebersetzung der Arbeit von Rosenblum. Dieser Forscher wagte indes nicht, zuzugeben, daß es sich um künstliche Inokulationen handelte, doch ist nach einer Notiz von Oks über eine diesbezügliche persönliche Mitteilung des Autors darüber kein Zweifel möglich. Rosenblum behandelte im ganzen 32 für unheilbar gehaltene Psychosen und erzielte 21 Wiederherstellungen, 3 Besserungen, 8 Fälle blieben unverändert. Es folgt eine Bibliographie des Autors, der wegen des Geheimnisses, das seine Untersuchungen umgab, nichts unternahm (als im Jahre 1900 v. Wagner-Jauregg Behandlungsversuche mit Malariainfektionen machte) um seine Priorität zu verteidigen.

Resultate von 500 mit Hilfe der kolloidalen Benzoereaktion untersuchten Seren. Der Autor machte Paralleluntersuchungen von 500 Seren nach Wassermann und mit der kolloidalen Benzoereaktion und fand übereinstimmende Ergebnisse in 86,9%, nicht übereinstimmende in 13,1% der Fälle. Bei 11 syphilisverdächtigen Kranken, deren Wa. negativ war, war die Benzoereaktion stark positiv. Diese Fälle setzten sich zusammen aus: Fehlende Reflexe und Pupillarungleichheit, Hepatitis mit zahlreichen Aborten, Lungenödem und Aortitis usw. Der Verfasser ist dazu übergegangen, die Wa. stets durch die Benzoereaktion zu ergänzen und zu kontrollieren.

Lokale Störungen nach intramuskulären Injektionen von unlöslichen Wismutverbindungen in öliger Suspension. Die Berichte über die im Titel wiedergegebenen Störungen mehren sich und zwar aus folgenden Gründen: Häufigere Anwendung, technische Fehler, Qualität des Präparates, Beschaffenheit des Muskelgewebes, in das die Injektion gemacht wird. Klinisch können die Erscheinungen an der Injektionsstelle folgendermaßen eingeteilt werden: Sklerotische Umwandlung des Muskels, das knotige Infiltrat, die ölige Cyste, der Abszeß und die Embolie. Die Schilderung der einzelnen Fälle muß im Original nachgelesen werden. Der Injektion hat eine Aspiration mit leerer Spritze voranzugehen, die einwandfreie Technik wird genau geschildert. Das ölige Exzipiens muß frei von mineralischem Fett sein. Es darf auch nicht zu viel von ihm injiziert werden, das Wismut muß leicht, fein verteilt und homogen sein. Man soll sich auch über den Zustand der Muskulatur, besonders in den Fällen, die schon viele Kuren hinter sich haben, vorher orientieren, mit der Injektionsstelle wechseln und nicht öfter als zweimal pro Woche einspritzen.

Gonorrhoe und Hypochondrie. Die gonorrhoische Infektion kann sich mit nervösen und geistigen Störungen komplizieren, unter denen die Melancholie besonders häufig ist, was durch entsprechende Krankengeschichten illustriert wird.

K. Heymann (Berlin).

Journal of the American Medical Association.

85, Nr. 7, 15. August 1925.

Das Kind im vorschulpflichtigen Alter. E. J. Huenekens.
Drei nationale hygienische Probleme. O. Dowling.
Hyperemesis gravidarum. P. Titus.
Neurosyphilis und Salvarsanbehandlung. J. M. Wolfsohn und C. Leiva.
Gesundheit vom sozialhygienischen Gesichtspunkt. J. A. Ferrel.
* Die Lumbalflüssigkeit des Neugeborenen. M. H. Roberts.
Unterschätzung guter Erfolge in der Behandlung geistiger Erkrankungen. E. D. Bond.
Haemangiome des Kniegelenks. J. T. O'Ferrail.
Blutzuckerwerte bei Marathonläufern, mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe der Hypoglykämie. B. Gordon, L. A. Kohn, S. A. Levine, M. Matton, W. de M. Scriver und W. B. Whiting.
Nachweis des weiblichen Sexualhormons im strömenden Blut. R. T. Frank, M. L. Frank, R. G. Gustavson und W. W. Weyerts.
Tonische Halsreflexe bei tuberkulöser Meningitis im Kindesalter. I. S. Wechsler.
Agranulozytotische Angina. J. A. Moore und H. S. Wieder.
Interne Behandlung von Hypophysentumoren. I. H. Pardee.

Die Lumbalflüssigkeit der Neugeborenen. Auf Grund seiner Untersuchungen am Liquor von 423 Neugeborenen (der schwarzen Rasse) kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Xanthochromie (Gelbfärbung durch Bilirubin) im Liquor des Neugeborenen ist als physiologisch zu betrachten und steht in keinerlei Beziehung zu Blutungen oder anderen pathologischen Zuständen im Zentralnervensystem. Intrakranielle Hämorrhagien beim Neugeborenen bilden auch bei normalem, unkompliziertem Geburtsverlauf ein recht häufiges Vorkommnis, das nur in schweren Fällen zu manifesten Symptomen führt. Die Mortalität ist eine recht hohe; bei den letal endenden Fällen tritt der Exitus sehr bald nach der Geburt auf; die übrigen Fälle bleiben zum allergrößten Teil von Nachwirkungen der intrakraniellen Blutung verschont.

85, Nr. 8. 22. August 1925.

Ausbildung in Röntgenologie. P. M. Hickey.
Unterricht der Assistenten in Urologie. W. C. Quinby.
Industrielle Hygiene unter nicht-ärztlicher Oberaufsicht. E. R. Hayhurst.
Ophthalmologen und Optiker. J. M. Patton.
Epidemiologische Methoden. D. M. Griswold.
Experimenteller hoher Darmverschluß. M. Portis.
* Die Verwendung von Alkohol in der ärztlichen Praxis. R. I. Lee.

Die Anwendung des Alkohols in der ärztlichen Praxis. Bei kritischer Berücksichtigung seiner eigenen klinischen Erfahrungen hält Verfasser die Anwendung des Alkohols nur dann für indiziert, wenn es sich darum handelt eine gewisse Euphorie zu erzielen, durch welche wiederum die darniederliegende Nahrungsaufnahme gebessert wird. Solche Indikation ist nicht selten bei älteren Leuten in der Rekonvaleszenz nach grippösen Infektionen oder im Anschluß an operative Eingriffe gegeben. Die früher oft geübte Darreichung großer Alkoholdosen bei akuten Infektionskrankheiten entbehrt jeder Grundlage.

85, Nr. 9. 29. August 1925.

Sauerstoffmangel bei Gesunden und Kranken. Ch. W. Greene.
Tuberkulin: chemische Zusammensetzung des aktiven Prinzips und die Natur der Tuberkulin-Reaktion. Long und Seibert.
Die Kurve der anorganischen Blutphosphate während der Zuckertoleranz-Probe. Hartmann u. Bolliger.
Die Verhütung von Rachitis. M. M. Eliot.
Chirurgische Behandlung der Tuberkulose: extrapleurale Thorakoplastik. E. Archibald.
Allgemeine Verbreitung des Stillens in einer Gemeinde. F. H. Richardson.
Die Beziehung der Tuberkulose zur Fistula ani. Fansler.
Die nicht-chirurgische Behandlung des Ulcus pepticum. J. Smithies.

85, Nr. 10. 5. September 1925.

Urologische Probleme des praktischen Arztes, des Chirurgen und des Internisten. R. V. Day.
* Sehstörungen infolge von Digitalis. H. B. Sprague, P. D. White und J. F. Kellogg.
Kachektische Peritonitis bei ernährungsgestörten Säuglingen. J. A. Foote.
Die Psychiatrische Klinik im allgemeinen Krankenhause. I. J. Sands.
Pest. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. B. J. Lloyd.
Die Diagnose der Blindheit. E. Jackson.
Knisterrasseln bei Lungentuberkulose. E. H. Bruns.

Sehstörungen infolge von Digitalis. Nach einer Uebersicht über die in der deutschen und französischen Literatur niedergelegten Erfahrungen, berichten Verff. über sieben eigene Beobachtungen von Sehstörungen nach Ueberdosierung von Digitalis. Die Fälle boten die Erscheinungen einer toxischen Amblyopie mit nebelhaftem Sehen, Flimmerskotomen und deutlicher Störung des Farbensehens (Xanthopsie und Chloropsie). Auch Akkomodationsstörungen wurden beobachtet. In zwei Fällen gingen die Augenstörungen den gastro-intestinalen und kardialen toxischen Wirkungen voraus; in zwei weiteren Fällen traten die Sehstörungen zugleich mit Nausea und Erbrechen auf. Offenbar sind solche Störungen nicht gar so selten, wie angenommen wird und verdienen weitere Beachtung.

85, Nr. 11. 12. September 1925.

Unbekannte determinierende Faktoren bei Erkrankungen des Nervensystems. E. G. Zabriskie.
Heliotherapie mit besonderer Berücksichtigung der Wirbelsäulentuberkulose. C. E. Sevier.
Ausscheidung von Neutralrot durch den Magen. P. B. Davidson, E. Willcox und C. D. Haagensen.
Die diuretische Wirkung von Chlorammonium und Novasurol bei Nephritis mit Oedemen. N. M. Keith, C. W. Barrier und M. Whelan.
Schlechte Operationsrisiken; die Mitarbeit des Laboratoriums bei der Vorbereitung von Patienten zur Operation und bei der postoperativen Behandlung. W. Thalhimer. Abdominalchirurgie bei Diabetikern. D. F. Jones, L. S. Mckittrick und H. F. Root.
Verringerung des Operationsrisikos bei gastrointestinalen Zuständen. T. G. Orr und R. L. Haden.
• Beeinflußt Röntgenbestrahlung den Verlauf des Keuchhustens? H. K. Faber u. H. P. Strubble.
Vergiftung mit Bleitetraäthyl. C. Norris und A. O. Gettler.
• Glykogenolytische Wirkung des Insulins. E. F. Müller und W. F. Petersen.

Röntgentherapie des Keuchhustens. Von zwei Reihen von Keuchhustenfällen, deren jede 22 Kinder umfaßte, wurde die eine mit Antipyrin, die andere mit Röntgenbestrahlungen behandelt, und zwar wurde die Auswahl nur so getroffen, daß in der Reihenfolge der Aufnahmen abwechselnd je ein Kind dem einen bezw. dem anderen Behandlungsverfahren unterworfen wurde. Es zeigte sich, daß von den Fällen der Röntgenserie eine geringere Anzahl in den ersten Wochen zu keuchen aufhörte und eine größere Zahl noch bis in die späteren Wochen mit typischen Anfällen hustete als in der mit Antipyrin behandelten Kontrollserie. Mithin scheint die Röntgenbehandlung des Keuchhustens ohne nennenswerten günstigen Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung zu sein.

Die glykogenolytische Wirkung des Insulins. Bei der Frage nach dem Angriffspunkt und dem Wirkungsmechanismus des Insulins sind nach den Versuchen der Verff. zwei verschiedene Tatsachen auseinander zu halten: das Insulin entfaltet auf dem Wege über die parasympathischen Nerven eine zur Glykogenbildung führende Wirkung auf die Leber, die am deutlichsten bei intrakutaner Injektion nachweisbar wird und solange anhält als in der Haut ein Insulindepot vorhanden ist; dagegen bewirkt das in den Kreislauf übertretende Insulin als Hormon eine zur Zuckermobilisation aus dem Leberglykogen führende Verarmung der Gewebe an Glukose. Bei fortlaufenden Blutzuckerbestimmungen kann eine initiale Erhöhung des Blutzuckergehalts nach subkutaner Insulininjektion nachgewiesen werden. Bei Ausschaltung der Leber nach Mann und Magath bleibt diese zuckermobilisierende Wirkung des Insulins aus. Die Interferenz der beiden beschriebenen Wirkungen erklärt zum großen Teil die ganz verschiedenen Formen der Blutzuckerkurven bei verschiedenen Versuchstieren sowie beim diabetischen Menschen.

85, Nr. 12, 19. September 1925.

Nichtperforierte Ulcera des Endileums eine Appendicitis vortäuschend. J. S. Horsley.
Lungentuberkulose; protrahierte Ruhe und Resorption von Infiltraten. G. B. Webb.
Haematemese. C. Jackson, G. Tucker, L. H. Clerf, R. M. Lukens und W. F. Moore.
Syphilitische Elephantiasis des Skrotums. C. H. Marshall.
Ursachen der Magensaftsekretion. A. C. Ivy.
Die schlechten Risiken in der Chirurgie der Beckenorgane. J. G. Clark.
• Beeinträchtigte Leberfunktion. W. Walters und W. J. Mayo.
Die Bedeutung organisierter Chirurgie bei schlechten Operationsrisiken. F. H. Lahey.
Lumbaldrainage. Ihre Bedeutung bei der Frühbehandlung der Poliomyelitis. J. C. Montgomery und W. C. C. Coole.
Behandlung der Sepsis mit Gentianaviolett und Mercurochrom - 220. W. D. Gatch, H. M. Trusler und J. E. Owen.
Die Resistenz normaler menschlicher Erythrozyten gegenüber hypotonischer Kochsalzlösung. C. D. Leake und H. Pratt.

Beeinträchtigte Leberfunktion. Im Mittelpunkt der bei beeinträchtigter Leberfunktion auftretenden Stoffwechselstörungen steht die Störung des Kohlehydratstoffwechsels, die ihrerseits zu einem abnormen Eiweißzerfall mit Anhäufung von Eiweißabbauprodukten im Blute sowie zu einem abnormen Fettstoffwechsel mit Neigung zu Acidose Veranlassung gibt. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend ist in erster Linie die intravenöse Zufuhr von Traubenzuckerlösung bei chirurgischen Fällen mit Störungen der Leberfunktionen indiziert, ferner muß für sehr reichliche Wasserzufuhr gesorgt werden, um der Niere die Ausscheidung der abnormen Stoffwechselprodukte zu ermöglichen. Bei cholämischen Zuständen ist zur Erhöhung der Blutgerinnungsfähigkeit von intravenösen Kalkinjektionen Gebrauch zu machen.

85, Nr. 13. 26. September 1925.

Die Beziehung der Proktologie zu anderen Spezialitäten. R. W. Jackson.
Die Bengalrot-Probe zur Prüfung der Leberfunktion. W. J. Kerr, G. D. Delprat, N. N. Epstein und M. Duniewitz.
Hernia diaphragmatica. C. A. Hedblom.
• Cholecystographie. Orale Einverleibung des Tetrajodphenolphthalein-Natriums. E. A. Graham, W. H. Cole, S. Moore und G. H. Copher.
Livedoreticularis. C. M. Williams und H. Goodman.
Bilaterale lumbale Sympathektomie bei der Behandlung der malignen Hypertonie. L. G. Rowntree und A. W. Adson.
Radiumnekrose. F. L. Hoffmann.
Die Vitalkapazität der Lungen bei der Pneumonie. J. H. Arnett.
Ventilation in Fabriken und industrielle Tuberkulose. C. E. A. Winslow.

Cholecystographie. Auch bei oraler Darreichung des Tetrajodphenolphthalein-Natriums gelingt es brauchbare Darstellungen der Gallenblase auf dem Röntgenbilde zu erzielen. Im allgemeinen wurde die Dose von 5,0 für einen erwachsenen Mann gegeben. Bei Mißlingen der Aufnahme nach oraler Darreichung muß die intravenöse Applikation, wie sie in früheren Veröffentlichungen angegeben wurde, angewandt werden. Der Gallenblasenschatten bei oraler Darreichung des Kontrastmittels ist etwas weniger dicht als bei intravenöser Injektion.

Wolff (Hamburg).

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 11, 12. März 1925.

Eine objektive Bestimmung der fehlenden Gonaden beim Manne. Rowe.
• Kritische Studie der endokrinen Therapie bei fehlenden Gonaden beim Manne. Lawrence.

Kritische Studie der endokrinen Therapie bei fehlenden Gonaden beim Manne. Das klinische Bild, das durch Ablation oder Depression der endokrinen Funktion der Gonaden beim Manne entsteht, ist nicht konstant. Wahrscheinlich vom Alter abhängig. Eunuchoide Zustände sind häufig durch sekundären Ausfall der Gonaden bedingt als Folge einer anderen endokrinen Dysfunktion, besonders der Hypophysis. Die Behandlung mit Hodenextrakt oder Implantation ergibt keine guten Resultate, deshalb vor Organotherapie sorgfältige Untersuchung, welche andere endokrine Dysfunktion vorliegt. Ist solche Behandlung am Platze, dann kommt die Implantation menschlicher Hodensubstanz in Frage. Die Behandlung des Seniums, der Epilepsie, Dementia praecox oder allgemeiner Asthenie ist unlogisch und nicht gerechtfertigt. Es liegt kein Beweis vor, daß der Gebrauch von Hodenextrakt in Tablettenform beim Menschen irgendeinen Erfolg erzielt. Erst wenn objektiv der Ausfall der Gonadentätigkeit und der Wert der Therapie objektiv bewiesen ist, kommt endokrine Therapie in Frage, und zwar heute nur bei Kastration und gewissen eunuchoiden Zuständen.

Nr. 12, 19. März 1925.

Möglichkeiten des Insulin in der allgemeinen Praxis. Fitz.
Studien über den Mechanismus der ußeren Pancreassekretion. Mc Clure.
Alter als ein Faktor der Diabetesmortalität. Thomson.
Hyperbilirubinämie bei Krankheiten des Gallentraktes. Fallon.
Klinische Anwendung neuer Studien bei Gelbsucht. Harvey.

Nr. 13, 26, März 1925.

Rachitis. Garland.
Saure Milch als Kindernahrung. Green.
Das potenziell unterernährte Kind. Kimberly.
Gefundene Zustände bei 1000 Fällen von Tonsillektomie und Adenotomie. Arkin.

Nr. 14, 2. April 1925.

Rückenschmerzen durch Industrie und Krankheit. Sever.
• Das endokrine Element bei der Arthritis. Thompson.
Behandlung gewisser Lungenzustände. Whittemore.
Folgen einer Gelenk- und Sehnenverletzung der Hand. Goddu.
• Abdominale Krisen bei Migräne. Buchanan.

Das endokrine Element bei der Arthritis. Manche Typen von Arthritis sind nicht notwendig Krankheitseinheiten, sondern Symptome einer endokrinen Dysfunktion. Die größte Zahl der chronischen Fälle sind infektiös; eine geringe Zahl kann durch Erschöpfung, dauernde Nervenaffektionen oder Angst entstehen und diese Ursachen können die endokrine Balanz stören: Arthritis. Gelenksymptome gehören im allgemeinen nicht zu den Erscheinungen der endokrinen Dysfunktion, aber in manchen Fällen besteht zum mindesten Koinzidenz.

Die isotrophischen Formen repräsentieren die primären Residuen infektiöser Herde; sie bleiben entweder ohne Veränderungen am Knochen oder sie gehen in den hypertrophischen Typ über oder in den atrophischen; im letzteren Falle kann endokrine Dysfunktion entweder als unmittelbares causales Agens oder als komplementäres Phänomen nachgewiesen werden.. Die Fälle der atrophischen Gruppe bieten deutliche Zeichen endokriner Funktion. Manchmal, aber nicht in allen Fällen, in der Form der Hyper- oder Dysthyreoidie. Hypertrophischer Typ: Anzeichen endokriner Hypofunktion, scheinbar der der Thyreoidea mit niederem Grundstoffwechsel, langsamem Puls, niederem Blutdruck und niederem Tonus. Diese Fälle sind einer endokrinen Therapie zugänglich.

Abdominale Krisen bei Migräne. An der Hand zweier Fälle wird ausgeführt, daß Migräne einen biologischen Zustand beim Menschen darstellt, der nach dem Mendelschen Gesetz übertragen wird. Die springenden Punkte sind paroxysmale Schmerzattacken, gewöhnlich im Kopf, ein- oder beiderseitig, aber auch im Abdomen vorkommend mit Nausea, Erbrechen, psychischen und visuellen Störungen und manchen vagen somatischen Empfindungen; es kann eine oder alle Sensationen anfallsweise vorkommen. Die Affektion fängt im frühen Leben an und endigt gewöhnlich während der vierten Dekade. Diese abdominalen Krisen sind selten, aber man muß daran denken. Der cephale Typ ist nicht gewöhnlich und man darf nicht jedes Kopfweh als Migräne auffassen.

Nr. 15, 9. April 1925.

Einige Gründe für obligatorische Impfung. Pierce.
* Frühdiagnose des Colonkrebses. Homans.
* Duodenaldivertikel. Butler und Ritvo.
Intracarotideninjektionen bei der Behandlung der allgemeinen Paralyse. Halloran.

Frühdiagnose des Colonkrebses. Die Schwierigkeit der Diagnose liegt lediglich darin, daß wir den Krebs vermuten. Gründliche Anamnese. Gefahrsignale wie bei anderen Krankheiten, die uns in Fleisch und Blut übergegangen sind, gibt es hier allerdings nicht, wie das häufige Urinlassen in der Jugend als suggestive Evidenz einer Nierentuberkulose, Schwäche und Parästhesie in Händen und Füßen bei perniciöser Anämie usw. Denn dieser Kranke gibt selten Symptome kund, die den Krebs suggerieren, weil sie gewöhnlich zu allgemein sind und zu selten berücksichtigt werden. Er klagt höchstens über ein mildes Bauchweh, sagt aber nie, daß es ohne Beziehung zum Essen sei; es sei ein leichter dumpfer Schmerz im unteren Abdomen, oder ein ungewöhnliches Gefühl, er sagt auch nicht, daß es auftritt, wenn er 24 Stunden keinen Stuhl hatte und daß dem dann häufig für 1—2 Tage leichte Stühle folgen. Er vergißt auch gewöhnlich, daß ein ähnlicher Zustand vielleicht einige Wochen vorausging. Nach alledem ist es irgend etwas Unklares, das seiner Gesundheit fehlt und ihn zum Arzt bringt.

Insbesondere sind die Symptome für ein rechtseitiges Coloncarcinom Symptome suggestiv für eine subakute Appendicitis, die anfallsweise auftritt, aber mit ziemlich unklaren konstitutionellen und lokalen Zeichen. Möglicherweise lokale Empfindlichkeit und ziemlich wahrscheinlich, da solche Tumoren leicht bluten, mit einer ziemlichen Anämie.

Colon transversum: Anfälle von Krämpfen und Kolik im unteren Abdomen, manchmal mit Erbrechen, meist mit Verstopfung, aber frei von Konstipation und Beschwerden in den Intervallen.

Colon descendens und Sigmoidflexur: milde Anfälle von Gasauftreibung und Krämpfen im unteren Abdomen, manchmal aber nicht notwendig, mit mäßiger Verstopfung; manchmal auch Sensationen von Bewegung direkt zu dem obstruierenden Punkt hin, endend mit Besserung, wenn Gurgeln und Flatus auftreten. Oder aber stetig zunehmende Konstipation bis zur Obstruktion.

Rectosigmoid: ähnlich, mehr zur Konstipation neigend, mit Tenesmus und Blut im Stuhl.

Im allgemeinen: Gegenwart von Blut grob oder mikroskopisch in und auf den Stühlen mit anfallsweisen Diarrhoen und Gewichtsabnahme.

Duodenaldivertikel. Sie sind nicht selten Ursache schwerer abdominaler Störungen. Kongenital oder erworben, gewöhnlich in der zweiten Hälfte des Duodenums (sie können an jeder Stelle dort vorkommen), kann er das ganze Leben bestehen, ohne Anlaß zu Symptomen zu geben. Oft ernste Symptome entstehen durch Zurückhaltung von Nahrung oder Fremdkörpern, Entzündung des Sackes und seiner Umgebung, durch dessen Ausdehnung. Die klinische Diagnose ist wegen Unbestimmtheit und Verschiedenheit der Symptome unmöglich. Nur durch Röntgen. Bei ernsten Symptomen chirurgische Behandlung, sonst überhaupt keine. Man findet sie im allgemeinen viel häufiger, als man vermutet und muß deshalb in allen dunklen Fällen daran denken.

Symptome: im rechten oberen Quadranten unter dem Bilde eines Ulcus, von Gallensteinen, Pankreatitis, mit leichten bis kolikartigen Schmerzen. Der Schmerz tritt oft nach dem Essen auf, bessert sich durch Nahrung oder Alkali. Lange Intervalle, Sodbrennen, saurer Magen, Aufstoßen, Nausea, selten Erbrechen. Oft ausgesprochene Konstipation, die schwer zu erklären. Appetit- und Gewichtsverlust, geringer Erfolg von Diät.

Nr. 16, 16. April 1925.

* Abszeß des Frontallappens nach Eiterung des Frontalsinus. Jessaman.
Kniegelenksdestruktion operativ mit Erfolg behandelt. Goddu.
Fremdkörper im Oesophagus. Day.
Vitale Funktionsstudien. Greene u. a.

Abszeß des Frontallappens nach Eiterung des Frontalsinus. An der Hand eines Falles wird ausgeführt, daß Abszesse im Frontallappen relativ selten sind, die Mortalität der schwierigen Frühdiagnose wegen sehr hoch; das häufigste Symptom ist wahrscheinlich dauerndes Kopfweh und sein Fortbestehen nach Drainage der infizierten Sinus ist verdächtigt. Die Temperatur wird erst mit dem Auftreten der Meningitis hoch. Neuritis optica ist selten. Konvulsionen oder Lähmung bei Infektion der accessorischen Nasensinus ist für eine intracraniale Komplikation beweisend und erfordert Aufmerksamkeit.

Nr. 17, 23. April 1925.

* Gewisse Aspekte des Lungenabszesses. Lord.
Nervenreflexe, die die Zirkulation beeinflussen. Reid.
Mortalität der intestinalen Obstruktion. Tuttle.
Ungewöhnliche Kuieverletzung. Goddu.

Gewisse Aspekte des Lungenabszésses. Material 227 Fälle. Aetiologie: Tonsillektomie in 49 Fällen, davon bei 6 Entfernung der Adenoide und bei 2 Nasenoperation. Zahnextraktion in 21, Krebs der Zunge, Wange oder Lippe in je 1, Drainage eines peritonsillaren Abszesses und Nasenoperationen allein in je 2, Adenoidektomie in 1 Falle; 18 nach Operationen unter allgemeinem Anästhetikum, Inhalation eines Fremdkörpers in 8, Schwefelsäuredämpfe in 2 Fällen. Influenza und Tonsillitis begannen den Prozeß in 3 bzw. in 1 Falle. Aktinomykose, Nasenbeinbruch und Perforation eines Hühnerknochens in Trachea und Oesophagus bei je 1 Falle. In 76 Fällen schleichender Einsatz aus unbekannter Ursache. Stürmischer Einsatz deutet auf Pneumonie, obgleich diese Diagnose recht schwer ist. In 8 Fällen Bakterienmetastase mit und ohne Embolie und in 2 Ausdehnung von pleuraler und abdominaler Eiterung. Einsatz oft schleichend, mit allmählich zunehmendem Husten und Expektoration, sonst eigentlich nichts Pathognomonisches. Zunehmende Schmerzen bei tiefem Atem und Husten. Dyspnoe prominiert nicht. 5 Kardinalsymptome: Husten und explosive Expektoration. Die periodische Evacuation von großen Mengen Eiters, mehrmals täglich mit verhältnismäßigem Fehlen des Hustens und der Expektoration in den Intervallen. Dann fauler Atem und Sputum. Ihre Abwesenheit schließt einen Lungenabszeß nicht aus. Ferner elastisches Gewebe im Sputum, jedoch nicht immer bei freier Bahn. Dann am häufigsten umschriebene Dämpfung. Und endlich Röntgen. Negativer Befund schließt einen Abszeß nicht aus. Exploratorische Punktion eines uneröffneten Thorax ist unnötig und gefährlich. Mortalität 75%. Heilung ohne Operation in etwa 10%. Von 117 operierten Fällen starben 56.

Nr. 18, 30. April 1925.

Zangen für Knochentraktion. Thorndike.
Ein Fall von Ellbogenfraktur. Goddu.
Eine Inzision bei bilateraler Hernie. Bearse.
Ein Fall von Paraphenyldiamindermatitis. Jacoby.

Nr. 19, 7. Mai 1925.

* Arterielle Hypertension. Reid.
Gelbsehen bei Digitalisvergiftung. Jackson.
* Pyelonephritis. Crosbie.
Intraabdominelle Diagnose von Gallenblasenkrankheit. Bearse.
Ossifikation der Peronealsehne. Goddu.
Bleistearatvergiftung in der Gummiindustrie. Cronin.

Arterielle Hypertension. Es gibt drei scharf genug unterschiedene Gruppen von Zuständen der Art: die chronische vasculäre Hypertension, Allbutts Hyperplesie, Arteriosklerose, dann die chronische Hypertension bei Diabetes und die chronische Hypertension bei Nephritis. Man muß jedoch scharf davon trennen die senile, unfreiwillige Arteriosklerose, bei der hoher Blutdruck kein Krankheitsbild ist. Praktisch haben alle über 60 Alten Arteriosklerose, oft ausgesprochen aber meist keinen erhöhten Blutdruck dabei. Möglicherweise kommen Hypertension und die sklerotischen Veränderungen von derselben Ursache, oder der erhöhte Blutdruck produziert die Gefäßveränderungen. Nach Moschowitz bringt die Hypertension anatomische Veränderungen. Denn 1. findet man Sklerose dort im Gefäßsystem, wo es den meisten Druck auszuhalten hat, also an Bifurcationen oder an engen Stellen; 2. ebenso bei der kongenitalen Stenose am Isthmus der Aorta immer am proximalen Teil; auch bei der Pulmonalstenose; 3. keine Veränderungen in einer durch Poliomyelitis gelähmten Extremität, wenn sie in der gesunden vorlagen; 4. das Endocard im linken Vorhof ist exzessiv verdickt bei Mitralstenose; 5. Verdickungen des Endocards usw. im linken Ventrikel bei Hypertension; 6. gewöhnlich ist die Sklerose in den Gefäßen am meisten ausgesprochen, die durch Muskelgewebe nicht gestützt sind, Aorta usw., gegenüber den Gefäßen in den Extremitäten; 7. experimentelle Produktion von Sklerose durch Druck; 8. Arteriosklerose in den Lungengefäßen entsteht nur bei vermehrten intrapulmonärem Druck, also bei Emphysem und Mitralstenose usw. Im allgemeinen: Nierenläsionen folgen eher, als sie dem erhöhten Blutdruck, als sie ihm vorausgehen.

Man hat ferner für die Entstehung der arteriellen Hypertension hohe Proteindiät verantwortlich gemacht; neuere Forschungen bestätigen dies keineswegs eindeutig. Auch nicht hinsichtlich des hohen $NaCl_2$-Gehaltes der Nahrung nicht. Toxine: ebenfalls noch nicht genau festgestellt. Heredität: nach Moschowitz ist der wirkliche Grund, daß die Sklerose in Familien auftritt, der, daß die Individuen derselben Umgebung ausgesetzt sind. Andere sprechen von einer hypertensiven Diathese: reizbares Herz in der Jugend, cyanotische Hände. Die Rasse: praktisch ist der Druck unter denselben Bedingungen in der ganzen Welt derselbe. Wesentlich ist die Diät, besonders die Menge des Fleisches.

Normaler Blutdruck: Arteriosklerose und Nephritis sind Komplikationen, nicht Ursachen. Der systolische Druck hängt vom Herzen ab, der diastolische vom peripheren Widerstand. Die Höhe des Blutdrucks ist teils automatisch, teils reflektorisch bedingt. Es sind hauptsächlich zwei antagonistische Mechanismen, ein cardioinhibitorischer und ein cardioacceleratorischer Nervenmechanismus; beide wirken unter gewöhnlichen Bedingungen durch die algebraische Summation ihrer Tätigkeit am besten für den Organismus. Der erste schützt das Herz vor Ueberanstrengung und gibt der Herzmuskulatur genügend Zeit zu ihrer metabolischen Restauration. Der zweite hält eine gewisse Höhe des Druckes, die die Interessen des Organismus am besten wahrt.

Die Blutdruckbeziehungen sind nicht immer dieselben. Foster nimmt 3 Gruppen an: 1. Elevation der systolischen und diastolischen Phase; 2. Elevation der systolischen Phase bei normaler oder leicht elevierter diastolischer; 3. Elevation der diastolischen Phase allein. Es sind also zwei Faktoren, die abnorme Elevationen hervorbringen, einmal vermehrter peripherer Widerstand durch Vasokonstriktion, primär induziert vom Zentralnervensystem. Und zweitens vermehrte Förderung durch das Herz. Die vermehrt vor allem den systolischen und erst sekundär den diastolischen. Man hat also hier die zweite Gruppe. In der ersten Gruppe hat man eine Kombination der beiden Faktoren. Hypertension ist also schließlich Ausdruck einer abnormen Tätigkeit des Vagus oder Sympathicus oder beider. Die Ursache dieser Störungen ist eine mangelhafte Diät an Kalzium, dem gewöhnlichen Fehler der Diät der zivilisierten Rassen.

Pyelonephritis. Diese hat in einer sonst normalen Niere die Tendenz zu heilen, solange sie nicht durch den Tuberkelbazillus verursacht ist. Auch bei leichten Attacken empfiehlt sich ein Pyelogramm. Kommen solche Attacken bei sonst normalen Nieren vor, so ist nach einer fokalen Infektion zu forschen, pulpalose Zähne, Tonsillen, intestinale Stase. Schmerz ist kein konstantes und zuverlässiges Symptom; eine Pyelonephritis kann sich in einer abnormen Niere bei einem Stein oder einem geknickten Ureter entwickeln und die ganze Niere zerstören, ohne jeden lokalen Schmerz. Jeder Fall von Pyelonephritis sollte bei geschwundenen Symptomen stets durch Sediment kontrolliert werden: finden sich Erythrocyten oder Leukocyten, dann Pyelogramm. Dies verrät stets, das dort etwas in Unordnung ist.

Nr. 20, 14. Mai 1925.

Vorläufiger Bericht über Dochez's Scarlatinaantitoxin. Thenebe.
Die Konvaleszenz in der Armee. Bryant.
Bronchialdrüsentuberkulose. Hawes und Friedman.
* Chronische Bronchitis. Otis.
* Erkältung. Rice.
Ungewöhnliche Fremdkörper. Walker.
Verteilung des Insulin. Kelley.
Elimination des Coma diabeticum in Massachusetts. Joslin.

Chronische Bronchitis. Wenn ein bronchitischer Husten mehr wie 5—6 Wochen dauert, so ist man berechtigt, ihn als chronisch zu betrachten oder als Symptom einer anderen Krankheit. Bei manchen Krankheiten ist Bronchitis natürlich nur eins der Symptome, bei Masern, Influenza, Typhus, Syphilis, auch bei älteren Personen mit Veränderungen des Herzens, der Nieren oder Lungen. In beiden Fällen kann sie aber so in den Vordergrund treten, daß sie besonderer Behandlung bedarf. Die chronische Bronchitis kann besonders bei älteren Leuten ferner eine Tuberkulose verdecken, was besonders Kindern gegenüber sehr gefährlich ist. Babcock nimmt zwei Kategorien an: Fälle, die durch spezifische pathogene Organismen entstehen und lediglich Rückfälle einer gewöhnlichen Tracheobronchitis schleichender Form, also eine nichtspezifische Entzündung der Luftwege. Für die erste Kategorie soll eine leichte Schallverkürzung an der Basis einer Lunge und stellenweise mittelblasiges Rasseln charakteristisch sein. Feuchtes Rasseln an der Basis findet man auch bei Bronchiektasie, aber hier sind die Symptome verschieden und Röntgen gibt ein typisches Bild.

Zur zweiten Kategorie gehören die Fälle älterer Leute mit degenerativen Veränderungen oder solche, die konstant Feuchtigkeit ausgesetzt sind oder plötzlichen Temperaturwechseln, wie Köche oder Wascharbeiter. Ferner kommen Staub und reizende Dämpfe in Frage. Solche Fälle müssen mit großer Sorgfalt behandelt werden, denn unter Umständen kann sich eine Tuberkulose daraus entwickeln. Jeder längere Huster dieser Kategorie erfordert genaue physikalische und Sputumuntersuchung.

Die Diagnose einer chronischen Bronchitis ist nicht schwer, aber die ätiologischen Antezedentien und die unterliegenden Ursachen müssen eruiert werden. Emphysem ist praktisch immer dabei, denn man kann nicht monatelang husten, ohne die Lungenelastizität zu schädigen. Hierdurch kommt es auch zu Dyspnoe; mit der Zeit leidet auch der Herzmuskel, eine zweite Ursache für die Dyspnoe durch die Dilatation des rechten Ventrikels.

Bronchitis kann aber auch das führende Symptom sein von intrathorakalen Tumoren ohne lokale Zeichen, nur mit

Rasseln, von Fremdkörpern in den Luftwegen, Pneumonokoniose, chronischem Empyem, Aortenaneurysma, arthritischen oder gichtischen Zuständen.

Erkältung. Diese beginnt häufig als nicht infektiöse Hyperämie durch thermische Veränderungen oder Einatmung äußerer Reizstoffe und kann dann kupiert werden. Später kommt eine richtige Entzündung und Infektion zustande, die Erkältung wird ein infektiöser Prozeß und als solcher auf andere übertragbar. Hier ist Vorbeugen mit inneren und chirurgischen Mitteln von großem Wert: Beseitigung oder Verhütung der Entzündung der accessorischen Nasensinus, Entfernung kranker Mandeln und Adenoide.

Nr. 21, 21. Mai 1925.

Pathologie des exophthalmischen Kropfes. Cattell.
Neubildungen am Ende des Gallen- und Pancreasganges. Springer.
Glykose bei Kinderkrankheiten. Talbot.
Kongenitale Tumoren der Maxilla. Cutler und Rock.

Nr. 22, 28. Mai 1925.

Physiologische Wirkung der Bestrahlung. Bovie.
Uteroplacentare Apoplexie. Phaneuf.
Das U. S. Veteranenbüro und die invaliden alten Soldaten. Green.
* Gallensteinileus. Moore.
Behandlung der Skoliose. Ayers.

Gallensteinileus. Akute Symptome setzen gewöhnlich allmählich ein, sind ähnlich der Obstruktion aus anderen Ursachen, aber weniger schwer. Gallensteinobstruktion ist praktisch ohne Ausnahme eine Obturation, keine Strangulation. Bei 52 Fällen Courvoisiers wurden 4 im Duodenum, 4 im Jejunum, 40 im Ileum, 2 im Appendix und 2 im Colon gefunden. Zusammenfassung der charakteristischen Symptome: eine Frau über dem mittleren Lebensalter, die selten in der Anamnese eine Erkrankung im rechten oberen Quadranten ergibt, aber oft Indigestion mit abwechselnden Attacken chronischer Konstipation und Diarrhoe; schließlich milde Obstruktionsanfälle, die sich spontan oder durch Laxantien bessern und eventuell endigen in einer akuten Obstruktion. Diese Schlußattacke setzt allmählich ein, die Winde gehen noch in den Anfangsstadien, dann kommt komplette Obstruktion mit Nausea, Erbrechen und rekurrierenden Kolikanfällen. In seltenen Fällen kann der Stein durch die Vagina oder die Bauchdecken gefühlt werden. Behandlung: chirurgisch. Prognose in den meisten Fällen schlecht: schwache alte Frauen, die im letzten toxämischen Stadium kommen; die mechanische Besserung der Obstruktion ist einfach, aber die Bekämpfung der Toxämie ist oft hoffnungslos. Murphy: sie sterben wenigstens gebessert von der Obstruktion. Mortalität: 50—100%. Man muß sich von den sogenannten klassischen Symptomen frei machen: fäkales Erbrechen, sichtbare Peristaltik und Auftreibung, und muß mehr Wert auf die Frühsymptome legen: Leibschmerzen, Erbrechen und Konstipation.

Nr. 23, 4. Juni 1925.

* Klinische Bedeutung neuerer Studien über die Kapillaren. Boas.
Chirurgische Indikationen während der inneren Behandlung des Magenulcus. Jordan.

Klinische Bedeutung neuerer Studien über die Capillaren. Sie sind vom physiologischen Gesichtspunkt aus das Herz der Zirkulation. Das Herz ist die Pumpe, die das Blut in Bewegung erhält, die Arterien sind elastische Reservoirs und Schläuche, die die durch die Herzkontraktion erzeugte Energie fortleiten und den Blutlauf während der Diastole erhalten; in den Capillaren ist die vitale Funktion der Zirkulation vollendet. Hier findet der Wechsel zwischen Blut und Geweben statt und Störungen im Blutlauf dort führen zu Krankheit, so bei Herznachlaß chronische passive Kongestion und dadurch mangelhafte Funktion. Deshalb ist der Blutkreislauf in den Capillaren der Maßstab für die Wirksamkeit der Zirkulation. Die Capillaren sind nicht bloß passive Leiter des Blutes, passive Membranen durch die Gase, Nahrung und Abfall von und zu den Geweben dringen, sondern sie haben mit Herz, Arterien und Venen Anteil an der Dynamik und Regulation der Zirkulation.

Die Capillaren besitzen die Fähigkeit der aktiven Kontraktion und Dilatation, stehen unter Kontrolle des Zentralnervensystems und antworten auf gewisse Reize mit Kontraktion und sind wahrscheinlich auch durch gewisse innere Drüsen beeinflußt.

Man macht sich die beste Vorstellung von der Bedeutung dieses wechselnden Strombetts durch die Angaben Kroghs, wonach sich im gereizten Muskel 195 Capillaren pro qmm, im nicht gereizten 5 Capillaren sind; im Zwerchfell 2500 pro qmm. Und man versteht seine Bedeutung am besten durch die Tatsache, daß beim Schock die wesentliche Störung die paralytische Dilatation der Capillaren ist. Der Kranke verblutet sich sozusagen in seine Capillaren und hat nicht genügend Blut für das Herz und die Arterien. Neuere Studien legen nahe, daß die toxische Capillarenlähmung verantwortlich ist für die Zirkulationsstörungen bei manchen Infektionen, wie Pneumonie und Peritonitis. Hierher fallen vielleicht auch die geringeren Zirkulationsstörungen, wie man sie oft noch lange nach akuten Infektionskrankheiten trifft. So: Palpitation, präcordiale Schmerzen, Anstrengungsdyspnoe, rapider Puls und verschiedene vasomotorische Störungen. Wofür man häufig eine Myocarditis geltend machte. Ebenso gehört hierher die vasomotorische Ataxie. Ferner die im Kriege beobachtete neurozirkulatorische Asthenie. All diese Zustände entstehen durch den Tonusverlust der Capillaren.

Weniger geklärt sind noch die Verhältnisse bei der abnormen Capillarenkonstriktion. Der normale Capillarendruck entspricht 30 mm Hg. Die Verhältnisse bei Hypertension sowie bei Nierenerkrankungen sind noch nicht ganz geklärt.

Nr. 24, 11. Juni 1925.

* Psychotherapie als praktische Maßnahme außerhalb der Klinik. Peck.
Physiologie des Brustkorbes. Stewart.
* Postoperative Acidose. Clifton und Landry.

Psychotherapie als praktische Maßnahme außerhalb der Klinik. Psychotherapie kommt in Frage bei Psychoneurosen, bei dem familiären neurasthenischen Syndrom, Angstzuständen gewissen Formen der Hysterie, Zwangsneurosen, leichten Depressionen. 3 Gesichtspunkte: Suggestion, Persuasion und die verschiedenen Typen der mentalen Analyse, einschließlich der Psychoanalyse. Je nachdem eine Kombination dieser drei Methoden. Hydrotherapie gelegentlich, wo Depression im Vordergrund steht. Voraussetzung, daß kein organisches Leiden vorliegt. Selbstverständlich spielt das soziale und Bildungsniveau bei der Auswahl eine wesentliche Rolle. Bei keiner körperlichen oder geistigen Störung ist diese Art Psychotherapie neben der anderen Behandlung von Nachteil. Und zwar gerade beim Internen und allgemeinen Praktiker.

Postoperative Acidose. Die verschiedenen Faktoren der Azidose: 1. Präoperative Purgation, entfernt das Hormon Sekretin, wodurch eine abnorme, intensive Digestion stattfindet und dann durch den gestörten Fettstoffwechsel Säurekörper im Ueberfluß entstehen. 2. Aehnliches gilt vom Erbrechen, besonders bei Kindern und 3. von der Erschöpfung (Glykogenaufbrauch); 4. von Infektionen, besonders Pneumonie; 5. Asphyxie, bes. während der Anästhesie; 6. Toxämie, nicht selten bei chronischer Appendicitis mit Konstipation und Ptosis; 7. die Operation selbst, namentlich solche im Abdomen.

Nr. 25, 18. Juni 1925.

* Krebs und Sonne. Bryant.
Magen- und Duodenalgeschwür verschieden behandelt. Greene.
Verdaulichkeit von Oleomargarine. Holmes.

Krebs und Sonne. Nach Barker ist Krebs eine Krankheit der Zivilisation; die Art der Zubereitung und Aufbewahrung der Nahrung spielt eine wesentliche Rolle dabei; es kommt dadurch zu einer chronischen Reizvergiftung, die lange Jahre hindurch sich entwickelt; außerdem werden die den Geweben Resistenz verleihenden Vitamine zerstört. Die Prodrome dauern Dekaden: deshalb eine Krankheit des Alters. Abgesehen davon, daß fast alle Nahrungsmittel überkocht werden usw., werden sie selten frisch oder richtiger roh, wie sie die meisten Vitamine bieten, genossen. Sie werden durch Herstellung und Behandlung entvitaminisiert. Ferner gehen Zivilisation und Konstipation Hand in Hand. Beide sind dem Primitiven nicht bekannt. Hier bestehen insofern Beziehungen, als manche Autoren die Konstipation als hauptsächliches kausatives Agens ansehen. Dadurch chronische Vergiftung durch Autointoxikation und Absorption; deshalb ein Drittel aller Krebse im Verdauungskanal. Purgantien reizen dabei nur noch mehr.

Die Sonne spielt in der Prophylaxe und Behandlung eine große Rolle. Der Primitive, der nackt geht, hat keinen Krebs; der Zivilisierte schaltet die Sonne aus und beraubt sich so eines der wichtigsten natürlichen Schutzmittel. Wie in anderen Krankheiten, so hat besonders beim Krebs die Natur ihr Verteidigungswerk eingestellt. In gesunden Geweben setzt sich kein Krebs fest; steht geht eine Schwächung der Gewebsresistenz voraus.

Vorbeugung lediglich durch Rückkehr zu einem einfachen, biologischen Leben. Weniger zivilisierte, mehr frische lebende Zellen als Nahrung die Vitamine beibringen. Also durch eine neue Hygiene alle Körperzellen widerstandsfähig, jung und gesund erhalten.

Nr. 26, 25. Juni 1925.

Neuere Methoden der intravenösen Therapie bei Septikämie otitischen Ursprungs. Porter.
Magenkrankheiten. Nuys.
O-Verbrauch bei Dementia präcox. Whittehorn und Tillotson.

v. Schnizer (Heidelberg).

Medical Journal and Record.

Nr. 5, 2. September 1925.

Einige Ursachen des Alterns. Thewlis.
Nasale Deformitäten durch Knochentransplantationen gebessert. Carter.
* Postoperative Parotitis. Novak und Antupit.
Priapismus von 45 Tagen Dauer. Wilson.
Tonsillektomie auf dem Lande. Hulbert.
Rekonstruktion ankylosierter Gelenke. Campbell.
Mastoidoperationen. Friedman.
* Anhang: Aninlinfarben im Studium und in der Behandlung gastro-intestinaler Störungen. Satterlee. — Gastro-intestinale Manifestationen bei Nahrungsallergie. Andresen. —

Postoperative Parotitis. Verhältnismäßig selten wird Parotitis, öfter nach Abdominaloperationen, besonders solchen wegen Magenkrebs, aber auch nach Beckenoperationen beobachtet. Es gibt zwei Erklärungen dafür — unter den ziemlich vielen sonstigen Hypothesen — einmal hämatogene Infektion oder durch den Stensonschen Gang aufsteigend. Am meisten wird wohl schlechte Mundhygiene, Karies der Zähne die Ursache sein. Von ihnen gelangt die Infektion auf dem Lymphwege wohl nach der Drüse, zumal da deren Oeffnung den oft kariösen Molaren gegenüber liegt. Zwei Formen, die nichtsuppurative und suppurative. Die erstere ist weniger ernst: vom 3. bis 8. Tag nach der Operation tritt gewöhnlich unter mäßigem Fieber Schmerzen und Schwellung in einer Parotis auf; ist auch die andere betroffen, so entwickelt sich bald das Bild des Mumps. Die Haut darüber wird rot, dick, aber keine Fluktuation. Allgemeinbefund gut, Schluckbeschwerden. Nach wenigen Tagen Besserung; es bleibt noch eine Induration für einige Tage.

Der suppurative Typ: bei Patienten, die präoperativ in vorzüglichem Allgemeinzustand waren, gewöhnlich ernster mit einem Schüttelfrost beginnend; enorme Schwellung, rote durchscheinende, oedematöse Haut, hohe Leukocytose. Fluktuation meist sehr spät, da der Eiter tief sitzt; septisches Fieber, rapider Puls, Prostation. Mortalität: allgemein 30%, jedoch spielt der persönliche Faktor des Patienten und der Zustand vor der Operation eine große Rolle dabei. Prophylaxe: Verhütung der Austrocknung des Mundes, Mundhygiene.

Anilinfarben im Studium und in der Behandlung gastro-intestinaler Störungen. Verfasser gibt eine Uebersicht einer 3jährigen Erfahrung am New Jersey State Hospital in Trenton bezüglich Acriviolett und Acriflavin. Beide Farben haben in Lösung penetrierende, antiseptische und nichttoxische Eigenschaften. Acriviolett ist besonders als Antiseptikum für das Colon untersucht worden, namentlich als präliminare Maßnahme für Colonresektionen. Weniger reizend ist das Acriflavin, besonders das neutrale, aber es hat geringere keimtötende Wirkung.

Anwendungsweise: Konzentration 1 : 25 000 bis 1 : 35 000. Zunächst ein Seifenklistier. Dann Einführung von 1—2 Quart warmer, wässeriger Lösung der Farbe 1 : 35 000 ins Colon. Die Lösung wird etwa 20 Minuten gehalten und dann, wenn möglich, ausgetrieben. Dies wird täglich vorgenommen oder weniger, je nach dem Fall. Allmähliche Steigerung der Konzentration bis zur Toleranz, die bei einigen bis zu 1 : 10 000 geht. Es ist nicht ausgeschlossen, daß man in der Praxis noch eine größere Konzentration mit der Zeit anwenden kann. Wünscht man die ganze Gram-negative Flora des Darms zu zerstören, so kann man Lösungen 1 : 6000 von neutralem Acriflavin anwenden. Per os mit entsprechenden Kapseln. Jedoch ist diese Methode noch nicht ausprobiert. Demonstration von 7 Fällen.

Gastro-intestinale Manifestationen bei Nahrungsallergie. Sensibilisierung oder Allergie ist eng verbunden mit dem Problem der Immunität und Anaphylaxie hinsichtlich des Prinzips und der Manifestationen. Solange die Körpergewebe einen Antikörper, wahrscheinlich ein Gewebsenzym produzieren können, um manche Proteine zu zerstören oder umzuändern, so daß sie nicht als Gewebsgift wirken, ist das Individuum immun gegen dieses Protein. Werden aber manche Gewebe für dieses Protein sensibilisiert, so affiziert es diese Gewebe entweder durch eine nicht entzündliche Reaktion (Hyperämie), im Falle es sich um ein nicht lebendes Protein handelt, oder durch eine entzündliche Reaktion, im Falle es sich um ein lebendes Protein, Bakterien handelt. Hingegen eine schwere allergische Reaktion entspricht einer anaphylaktischen und Proteindesensibilisation gibt dieselben Resultate wie aktive Immunisation.

Bei einer Infektion ist es bis jetzt noch nicht ganz klar, ob Antikörper in irgendeinem Körpergewebe entstehen oder ob jedes besondere getrennte Gewebe seine eigenen Antikörper produziert. Das letztere scheint das Wahrscheinlichere zu sein, weil gewisse Bakterien eine Vorliebe für gewisse Gewebe haben. Bei der Allergie ist diese Selektivität schon längst bekannt: verschiedene Gewebe sind gegen verschiedene Proteine verschieden sensitiv. So können Pollen auf der Nasenschleimhaut Heufieber, auf der Bronchialschleimhaut Asthma hervorrufen. Der Mechanismus der Allergie ist so wenig klar wie der der Immunität. Man hat aufgespaltene Proteine, Derivate (wie Histamin) als Ursache angenommen in Verbindung mit den endokrinen System (Parathyreoidea) und mit dem Kalkstoffwechsel. Neuere Forschungen sprechen dafür, daß man einen hereditären Zustand vor sich hat, übertragen nach Mendel. Aber es handelt sich bei den verschiedenen Familienmitgliedern nicht immer notwendig um dieselben Erscheinungen.

Die gastro-intestinalen Manifestationen kommen auf zwei Wegen zustande: einmal durch direkte Reizung durch das Protein im Darmlumen und dann als Teil einer allgemeinen allergischen Reaktion durch das absorbierte Protein. Zu den ersteren Erscheinungen gehören Erbrechen und Diarrhoe und all die unbestimmten Gefühle bis zu den schweren, Gallen- oder Nierenkolik oder intestinale Obstruktion vortäuschenden Spasmen. Zu den allgemeinen Reaktionen gehören alle die Hauterscheinungen, wie Purpura, Oedem, Urticaria, die auch auf der Gastro-intestinalschleimhaut vorkommen können. Hierher gehören Kopfweh, Husten, Nervenschmerzen, Hauteruptionen nach Fleischgenuß.

Die Diagnose ist oft recht schwer. Durch das ganze Rüstzeug der Medizin muß ein organisches Leiden ausgeschlossen werden; Allergie kann auch gleichzeitig mit organischen Läsionen auftreten und der Reiz und verminderte Widerstand der Gewebe durch allergische Reaktionen kann bei Entstehung gastro-intestinaler Infektionen und Neubildung ein wichtiger Faktor sein. Ebenso die Empfänglichkeit für gewisse Bakterien. Nahe gelegt wird die Diagnose, wenn andere Familienmitglieder andere Allergiemanifestationen aufweisen oder wenn solche beim selben Individuum in früherer Zeit bestanden.

Symptome: hauptsächlich zwei Formen: mucosal und neuromuskulär.

Schleimhautreaktionen: von der Hyperämie bis zum angioneurotischen Oedem gibt es Symptome, wie Gefühl der

Fülle, Aerophagie bis zur Obstruktion durch die Schwellung. Auch im Munde und im Pharynx kommen angioneurotische Oedeme vor, die leicht auf den Larynx übergreifen können. Auf der Anal- und Rektalscheimhaut kommen Reaktionen vor, die einer Proktitis gleichen und durch Infektionen leicht ulcerativen Charakter annehmen können. Oft Pruritus ani. Gelegentlich Hämorrhagien.

Neuromuskuläre Reaktionen: Spasmen im Larynx, Pharynx, Oesophagus, oft durch Operationen nicht gebessert, auch am Magen, am Pylorus, im Verlaufe des Colon — peristaltische Unruhe, Koliken und Appendicitis vortäuschend. Oft vergeblich operiert. Oder rückläufige Peristaltik, epigastrische Fülle, Sodbrennen, Regurgitation, Erbrechen, Diarrhoen. Das Charakteristische des Allergischen dabei ist das Auftreten in unregelmäßigen Intervallen, sonst nicht zu erklären, möglicherweise mit Aenderung in den diätetischen Gewohnheiten, kurz den Anfällen, andere allergische Manifestationen. Oder wenn sie besonders bei sonst geregeltem Leben namentlich in der Nahrung an bestimmten Wochentagen auftreten. Endlich die Beobachtung, daß gewisse Nahrungsmittel in großen Quantitäten, wie Milch z. B., Durchfall verursachen, in kleinen Quantitäten in gewissen Speisen, aber dann Sodbrennen und Leibweh, dessen wahre Ursache gewöhnlich verkannt wird. Manche Patienten sind sehr gut genährt, andere stark abgemagert, so daß man maligne Geschwülste vermuten könnte. Organische Läsionen können ja daneben bestehen. Blut während der Anfälle: Eosinophilie und eosinophile polynucleäre Zellen in den Stühlen, im Schleim. Achylie. Röntgen: kein organischer Befund, Hypermotilität, Spasmen. Zur Feststellung zwei Wege: entweder 3 Tage Wasser- (und Reis-) Diät und suchen nach den Nahrungsmitteln oder volle und möglichst abwechslungsreiche Diät; bei dauernden täglichen Reaktionen Suchen bei den gewöhnlichen Nahrungsmitteln. Dann die intradermalen Injektionen. Therapie: im Anfall wirkt Adrenalinchlorid 1 : 1000, 10—15 Tropfen, sublingual oder intramuskulär rapid; Hypophysis soll länger wirken, dann Kalziumsalze (bis zu 8 g), verstärkt die Wirkung des Adrenalins. Letzteres muß gut in Wasser gelöst sein. Auch Atropin und Belladonna. Desensibilisation: oral oder subkutan zunehmende Dosen der betreffenden Nahrungsmittelproteine. Nichtspezifische Methode: intravenöse Injektionen von 2,5 ccm einer 5 proz. Peptonlösung. Endokrine Drüsen: Parathyreoidea, Hypophysis, Adrenalin, besonders mit Kalziumlaktat (dreimal täglich 8 g).

Nr. 6, 16. September 1925.

• Thoraxschmerzen. Swetlow.
° Nichtspezifische Proteintherapie in allergischen Zuständen. Spangler.
• Tryparsamid gegen Syphilis. Menninger.
Pankreasfunktionsproben. Bassler und Raymonds.
* Anhang: Medikolegale und soziologische Aspekte der epidemischen Encephalitis. Potts. — Aetiologie der epileptiformen Konvulsionen. Nielsen. — Angstneurosen und verwandte Zustände. Tracy.

Thoraxschmerzen. Sie können hinsichtlich ihrer Entstehung als a) ausstrahlend bezeichnet werden bei Coronarerkrankung, Aortenläsionen, Milzaffektionen, Magenerkrankungen, Duodenalulcus; b) meningeale Schmerzen durch Wurzelreizung, durch Neubildungen (extramedullär, Sarkom, intramedullär, Gliosis), durch Infektion (Tabes, aufsteigende infektiöse Meningomyelitis), degenerativ (multiple Sklerose); c) vom Knochen ausgehend, besonders vom Wirbel, Neubildungen (Sarkom primär, Carcinom sekundär), oder Infektion (Spondylitis deformans oder tuberkulöse Caries). Klinisch muß man zwischen neuritischen und Wurzelschmerzen unterscheiden.

Nichtspezifische Proteintherapie in allergischen Zuständen. Neuerdings rechnet man unter die allergischen Krankheiten manche Diathesen und Systemstörungen unklaren Ursprungs, Rheumatismus, Gicht, Arthritis, Ekzem und manche Proteinintoxikationen, Störungen durch Menstruation und Schwangerschaft, dann Urticaria, Heufieber und Asthma, Migräne und idiopathische Epilepsie. Außer Milch, Pepton usw. kommt auch Crotalin in Frage, wobei die Höhe der eosinophilen Zellen hinsichtlich der Dosierung leitet.

Tryparsamid gegen Syphilis. Die Anwendung des Tryparsamids beruht weniger auf seiner spirochätiziden Eigenschaft, als auf seinem Vermögen, die Nervengewebe zu durchdringen. Von Vorteil bei Nervensyphilis, besonders allgemeiner Paralyse, ist es wirkungslos bei primärer und sekundärer Syphilis, und tertiärer, wo das Nervensystem nicht affiziert ist.

Gewöhnlich wird geraten: 2—3 g Dosen, in 10 ccm sterilen Wassers aufgelöst, intravenös, einmal in der Woche, für einen Lauf von 8—12 Dosen. Ruheperiode von 1—3 Monaten. Dann unter Umständen wieder. Nachteil: Sehstörungen relativ selten und bei großer Vorsicht nicht dauernd.

Medicolegale und soziologische Aspekte der epidemischen Encephalitis. Zunächst die Lethargie. Anscheinend im Stupor kann der Patient leicht daraus erweckt werden und ist dann oft geistig klar und regsam. Sie ist oft besser, als wenn eine gesunde Person aus dem Schlaf erwacht. Vor allem lassen solche Patienten oft erstaunen, wie genau sie ihre Umgebung hinsichtlich ihrer Gespräche klar beurteilen, wenn sie erweckt sind. Dann Delirium, Stupor und geistige Klarheit können alternieren. Ich war ohne Bewußtsein in der Nacht, aber Wahrnehmungen zugänglich am Tage, sagt ein Patient. Kann ein solcher ein Testament machen? Manche zweifellos. Man kann die Folgen in drei Klassen einteilen: 1. ein direkter akuter, wohlerkannter Anfall; 2. ein nicht erkannter akuter Anfall, und 3. Entwicklung der Symptome ziemliche Zeit nach dem Anfall. Und gerade 2 und 3 lassen leicht Irrtümer in der Diagnose zu. Wichtig ist, daß subakute Fälle vorkommen mit schleichendem Einsatz, den Symptomen einer milden Influenza, bei der der Patient weder ins Bett geht noch einen Arzt konsultiert. Später können sich dann bei einigen typische Attacken entwickeln, bei anderen nach langen Perioden manche der Folgen. Ebenso wichtig ist es, daß typische Fälle anscheinend geheilt, anscheinend nach einigen Jahren Symptome entwickeln. Die Schwere oder Leichtigkeit des Falles steht in gar keiner Beziehung zu den Folgen. Ein Fall kam in Spitalbehandlung wegen Rückenschmerzen, die als Nephrolithiasis diagnostiziert wurden. Andere Fälle wurden als Appendicitis diagnostiziert und operiert und erst die Sektion zeigte die Encephalitis.

Die mentalen Folgen variieren von Gedächtnis- und Schlafstörungen (oft abnorme Schläfrigkeit während des Tages und Schlaflosigkeit nachts) bis zum völligen Defekt. Besonders Kinder neigen zu mentalen Störungen. Bei ihnen kommt es zu totaler Veränderung im Charakter und in der Disposition mit hyperkinetischen Zuständen, gewissen Eigentümlichkeiten, emotioneller Labilität, sexueller Frühreife, allgemeiner Unverbesserlichkeit und mentalen Defekten. Gerade solche, die anscheinend völlig geheilt sind, insbesondere somatisch, zeigen nicht selten später abnormes Verhalten, Planlosigkeit, impulsive motorische Akte, Reizbarkeit, Störungen in der Aufmerksamkeit, Zerstreutheit, Schlaflosigkeit, intensiven Erotismus. Manche von ihnen, die vorher gut, kommen mit dem Gesetz wegen Diebstahl und sexuellen Vergehen in Konflikt. Bei Erwachsenen kommt es nicht so häufig zu Seltsamkeiten wie bei Kindern. Andere Zustände, die zu diagnostischen Irrtümern führen, sind hypomanische Zustände, besonders mit großer Loquazität verbunden, Korsakoffs Psychose, paranoide Zustände, Selbstmord und Mordimpulse und ähnliche Symptome, wie bei der progressiven Paralyse. Auch die physikalischen Symptome können der letzteren völlig gleichen.

Langdauernde neurasthenische Zustände sind nicht selten. Ein bis zwei Jahre nach der anscheinenden Heilung. Gewöhnliche Klagen: verminderte Arbeitskraft, Störungen im Gedächtnis, in der Auffassung, im Willen und Charakterveränderungen. Namentlich junge Leute werden lässig und faul, können nicht aus dem Bett kommen. In einem solchen Fall bei einem 20 jährigen trat 1 Jahr nach dem akuten Anfall dies auf, 4 Jahre nachher Parkinson. Auch morbide Impulse und Phobien sind berichtet.

Physikalische Symptome, die bestehen bleiben, besonders in leichten oder nicht beachteten Fällen, werden nicht selten für Syphilis oder Hysterie genommen. Hierher gehören besonders Diplopie, ungleiche Pupillen oder unregelmäßige, exzentrische, mangelnde Licht-, Akkommodations- oder Konvergensreaktion, Argyll-Robertson und Ptosis. Typisch ist der aufwärts gerichtete Blick. Epileptische Konvulsionen sind nicht selten. Sie werden namentlich bei Pupillenstörungen leicht als Syphilis aufgefaßt. Endlich Respirationsstörungen, rasche Atmung anfallsweise, wie dies nicht selten bei Hysterie vorkommt.

Aetiologie der epileptiformen Konvulsionen. Analyse von 210 Fällen. Und zwar auf folgender Basis: Die epileptiforme Konvulsion ist ein Symptom, kann es sein bei einem funktionellen oder organischen Krankheitskomplex oder dem einheitlichen Bild der idiopathischen Epilepsie. Als symptomatisch wurden solche Fälle bezeichnet, in denen eine Ursache der Konvulsionen als einzige Ursache erkannt wurde, idiopathisch, in welchen keine solche Ursache erkannt wurde.

Ursachen: allgemeine cerebrale Pathologie: Erschütterung, Encephalitis, Idiotie, Insolation, interstitielle Lues, multiple Sklerose, Myoclonus, Paralyse. Lokale cerebrale Pathologie: Abszeß, Arteriosklerose, Hämorrhagie, Hydrocephalus, Meningitis, Erweichung, Trauma, Tumor. Toxämie: As, CO, Diabetes, Eklampsie, Influenza, Rabies, Rheumatismus, Strychnin, Syphilis, Thyreoitoxikose, Urämie. Funktionell: Kompulsionsneurose, Dementia praecox, Hysterie. Endokrine: Hypopituitarismus, Thymuserkrankungen und Exstirpation, Parathyreoideaerkrankungen und Exstirpation. Cardiovaskulär: Adam-Stokes. Grenzgebiete: Affekt, Epilepsie nach Bratz, Migräne, Narkolepsie, vagale und vasovagale Attacken. Experimentell: corticale Stimulation, Decerebration, Toxämie.

Kein Alter ist ausgenommen. Die Kurve hinsichtlich der ersten Konvulsion zeigt 3 Gipfel, 20, 30—35 und 50. Die Kurve der symptomatischen Konvulsion läuft völlig parallel mit der der idiopathischen Epilepsie. Das männliche Geschlecht prädominiert in den idiopathischen Fällen im Verhältnis 60 : 40, in den symptomatischen Fällen 66 : 34. Letzteres wohl durch das häufigere Vorkommen von Arteriosklerose und Toxämien bei Männern. Konstipation ist ein ausgesprochener Faktor, prädisponierend und excitierend oder anders Epilepsie produziert Konstipation. Der Grundstoffwechsel ist etwas niedriger als normal. Migränekopfweh existiert mit Epilepsie zusammen in etwa 12% der Fälle. Kleine Sella, verdickte hintere Klinoidalfortsätze kommen in etwa 39% der Fälle von idiopathischen Konvulsionen vor. In etwa 28% der symptomatischen Konvulsionen. Hinsichtlich des Blutzuckers, des Blutdruckes, des Hb, der differentiellen Blutzählung ist kein Unterschied vom Normalen. Demnach scheinen die Symptomatiker potentielle Epileptiker zu sein, die auf eine erregende Ursache warten. Ist dies der Fall, dann ist die Ursache der symptomatischen Konvulsion bloß der excitierende Faktor.

Angstneurosen und verwandte Zustände, Phobien, Transferthysterie usw. haben alle eine eng begrenzte Aetiologie und die meisten haben ihren Ursprung in sexuellen Indiskretionen und Unbefriedigungen. Sie sind streng zu unterscheiden von der Hysterie einerseits und Neurasthenie andererseits als intermediäre Prozesse. Die Symptomkomplexe dieser Zustände sind praktisch dieselben, bloß mit leichten Veränderungen in der mentalen Reaktion und durchlaufen die ganze Tonleiter vom physikalischen durch das sensorische zum mentalen. Sie sind bestimmte Einheiten, die wohl bestimmte Symptomkomplexe mit Hysterie und Neurasthenie gemeinsam haben, aber nicht in dieses Gebiet gehören. Die Behandlung ist eher prophylaktisch als curativ und ist das größte und am meisten versprechendste Feld der mentalen Medizin. Sie ist in allen Fällen die gleiche, vorausgesetzt, daß man den Kernkomplex erreicht hat. v. Schnizer.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Mai 1925.

* Gangrän der Extremitäten nach gynäkologischen Operationen und im Kindbett mit Bemerkungen zur Embolektomie. A. Stein, New York.
Ein neuer Achsenzugzangenhandgriff bei der Zange mit Blattlöffeln. A. H. Bill, Cleveland.
* Kombinierte Radiumtherapie und Operation bei Karzinom des Uterus. W. T. Dannreuther, New York.
Histologische Veränderungen des Uteruskarzinoms bei Radiumbehandlung. P. Klemperer, New York.
Ovarientransplantation. I. Kross, New York.
Endresultate der Emmet - Baldwin - Operation bei Vorfall. G. Gibson, Brooklyn.
* Biophysikalische Erklärung des Krebses. George W. Crile, Cleveland.
Behandlung des inoperablen Zervixkarzinoms mit bestimmten Dosen von X-Strahlen und Radium auf Grundlage mikroskopischer Untersuchungen. H. Schmitz, Chicago.
Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. U. V. Portmann, Cleveland.
* Radium bei der Behandlung des Zervixkarzinoms. Th. E. Jones, Cleveland.
Neue Meßmethode zur Bestimmung des Beckeneingangs mittels Röntgenstrahlen. H. Thims, New Haven.
Insulin und Glukosebehandlung bei Erbrechen Schwangerer. Thalheimer, Milwaukee.
Drei Typen von pathologischem Ureter mit ungewöhnlichem klinischem Bilde. E. H. Richardson, Baltimore.
Pseudocartilagocyste des Ovars. Wm. E. Darnall, Atlantic City.
Uterusruptur mit Bericht von zwei Fällen, Heilung nach Hysterektomie. J. Knight Quigley-Rochester.
Kurze Nabelschnur als Geburtsstörung. Th. W. Adams, Portland.
Neue Uteruskanüle bei der Rubinprobe. E. Gladstone, New York.

Abteilung für mütterliche Wohlfahrtspflege.

* Vorkehrungen für mütterliche Pflege in den Vereinigten Staaten. Von Carolyn C. Can Blarcom, New York.
* Bestrebungen in New York zur Reduktion der mütterlichen Sterblichkeit. Florence Mc Kay, Albany.

Gangrän der Extremitäten nach gynäkologischen Operationen und im Kindbett mit Bemerkungen zur Embolektomie. Die Gangrän von Extremitäten, Verstopfung von Hauptgefäßen eines Gliedes können sowohl nach Abort als im Puerperium wie auch nach Operationen eintreten. Ursache ist septische Endocarditis, auch sekundäre Infektion von entzündeten Venen aus, sowie Thrombose. Das klinische Bild zeigt leichte Temperatursteigerung infolge der Infektion, Schmerzen, einen geröteten Bezirk über dem Fuße, Schwellung und dann nach einiger Zeit die Anzeichen der Gangrän. Die Gangrän tritt nicht ein, wenn sich ein Kollateralkreislauf bildet. Die einzige Möglichkeit, die Amputation zu vermeiden, besteht in der Embolektomie, wofür Lokalisierung des Embolus die Voraussetzung ist. Bei Gangrän des Fußes ist der Embolus in der Poplitea zu suchen, bei Gangrän des oberen Drittels des Unterschenkels im unteren Teil der Femoralis. Die Operation besteht in Bloßlegen der Arterie, Abklemmen, Inzision über dem Embolus oder seitlich davon. Einzelheiten der Operation sind im Original nachzulesen. Die zur Naht verwendete Seide soll nicht mit Paraffin, sondern mit Natriumcitrat präpariert sein. Von Verf. ebenso wie von Schmitz in der Diskussion wird eine zweite Inzision peripher vom Orte der Embolie angelegt, um mittels eines feinen Katheters alles embolische Material herauszuspülen. Wichtig ist möglichst frühzeitige Operation.

Kombinierte Radiumtherapie und Operation beim Karzinom des Uterus. Die hohe primäre Mortalität der abdominalen und vaginalen radikalen Operationen bei Karzinom des Uterus und die niedrigen Prozentsätze der fünfjährigen Heilung haben den Anstoß zur Ausarbeitung der Strahlenmethode gegeben. Da die Meinungen sehr auseinandergehen, verläßt sich der einzelne meist auf seine eigenen Erfahrungen. 1917 beschrieb Ewing grundlegend die Wirkungen der Gammastrahlen des Radiums folgendermaßen:

Drei bis fünf Tage nach Anwendung von 300 mg Radiumemanation in Platintube im Zervixkanal erfolgt Hyperämie des Gewebes, Exsudation von Lymphozyten und polymorphkernigen Leukozyten und Schwellen der Zellen, in der zweiten Woche sind die Kerne der Zellen vergrößert, hyperchromatisch. Hydropische Vakuolen erscheinen im Zystoplasma, Riesenzellen verschmelzen. In der dritten Woche sind viele Zellen durch Lymphozyten und proliferierendes Gewebe zertrümmert. Andere scheinen einer Verflüssigungsnekrose zu unterliegen. Von der vierten zur fünften Woche sind pyknotische Kernfragmente oder gelegentlich Riesenzellen sichtbar oder es sind überhaupt keine Kerne sichtbar. Die Leukozyten sind in Ueberzahl da, die Kapillaren proliferieren, es bildet sich Granulationsgewebe, das die Tumorzellnester aushöhlt. Schließlich wächst Epithel über die entblößte Oberfläche und vollendet die Reparation. Der Vorgang ist sonach kurz zusammengefaßt der einer bald nach Radiumeinlegung auftretenden aktiven Hyperämie, dann Erscheinen mitotischer Zellen, vier- bis siebenmal so zahlreich als bei normalen Zellen, Erkranken der Krebszellen, Fibrose, welche das maligne Wachstum zerstört und ersetzt. Daraus erklärt sich vorübergehende Vermehrung der Blutung unmittelbar nach Radiumeinlegung infolge der Hyperämie und es erklärt sich, warum die Operation nach Radiumeinlegung nicht zu bald erfolgen darf. Daher sollen Operationen frühestens drei Wochen nach Radiumeinlegung vorgenommen werden. Pat. mit hohem Reststickstoff, Anämie, sehr geschädigter Nierenfunktion sollen nicht bestrahlt werden. Verf. empfiehlt präoperative Bestrahlung, weil einzelne Fälle schon durch diese allein geheilt werden, besonders die vom Zylinderzellentypus, weil ferner auch bei epidermoidem Typ in weitem Umfang fibroides Gewebe auftritt, weil ferner Grenzfälle teilweise in operative umgewandelt werden, und weil die Zellen, die nicht zerstört werden, wenigstens krank gemacht werden, weil die Blutung eingeschränkt wird und Zeit zur Vorbereitung auf die Operation gewonnen wird, weil infolge der Nekrobiose der Zellen die Operation nicht so radikal gemacht werden muß wie die klassische Wertheimsche Operation. Die Vorbestrahlung hat manche enttäuscht infolge vermehrter Blutung, postoperativer Peritonitis oder Sklerose des Parametriums. Das erstere kommt daher, daß die Operation zu rasch nach Radiumeinlage gemacht wurde, ebenso das zweite Ereignis, das dritte kann vermieden werden, indem man vaginale Radiumapplikation vermeidet. Verf. hält Nadeln, die Radiumsalz enthalten, den Emanationsnadeln für überlegen. Mäßige häufigere Dosen sind für präoperative Bestrahlung besser als eine massive Dosis, weil ausgedehntere Rundzelleninfiltration erreicht und das Bindegewebe stärker stimuliert wird. Eine Abbildung zeigt einen Schnitt der Zervix mit sehr starker Verdickung, dadurch Kompression der Blutgefäße infolge Proliferation des Bindegewebes nach einer Vollbehandlung mit Radium. Es konnten keine Spuren von Karzinom in den verschiedenen Schnitten gefunden werden. Verf. hat jeweils 6 Platinnadeln mit 5 mg in die erkrankte Area gestoßen. Fig. 2 gibt die Anwendung der 6 Radiumnadeln in der Zervix. Jede. Pat. kann wenigstens diese geringe Dosis sofort ohne weitere Untersuchung vertragen. Exzision unter gleichzeitiger Radiumeinlegung verringert die Gefahr der Ausdehnung des Karzinoms. Durch die Nadeln wird ein homogenes Kreuzfeuer bewirkt. Die Blutung wird dadurch durchschnittlich in 5 Tagen gestillt. Die Nadeln werden 24 Stunden in situ belassen = 720 mg-Stunden. Diese Dosis bewirkt nicht notwendigerweise eine Menopause, wenn sich nachher das Wachstum als benign herausstellt. Auf der anderen Seite genügt die Dosis, den Prozeß einstweilen zu bremsen, während die Pat. untersucht wird. Sobald Blut und Nieren untersucht und annähernd normal gefunden, wird eine Tube mit 50 mg Radium in den oberen Teil des Uteruscavums eingelegt und 24 Stunden belassen. Einige Tage später wird eine gleiche Tube nur etwa in die mittlere Partie des Uteruscavums eingeführt (das erste Mal wurde die Tube tief bis zum Fundus eingeführt), ebenfalls 24 Stunden. Dann in die Zervix, ebenfalls 24 Stunden. Entlassung auf 4—5 Wochen. Dann wieder 24stündige Einlegung in die Zervix. Dann zeigt sich meist eine Erholung. Der Uterus ist beweglicher und scheint atrophisch. Da die Zervix durch wiederholtes Einlegen obstruiert werden kann, soll zuerst mit Einlage in den Uterusfundus begonnen werden. Die Blase ist fortgesetzt durch Dauerkatheter leer zu halten. Verf. verwendet für komplette präoperative Behandlung 5520 mg-Stunden. Dadurch wird die Dosis auf eine ziemlich lange Periode verteilt. Vaginal wird Radium nur angewendet, wo nicht operiert wird. Es hat sich bei den histologischen Untersuchungen der Schnitte gezeigt, daß es weniger die Dosis als die Radiosensibilität ist, welche die Reaktion des Gewebes bestimmt. Doch bleiben manchmal gewisse Arten von Zellen übrig. Man kann daher nie sicher sein, ob alle Zellen vernichtet sind, und dies spricht zugunsten der Operation. Die Nachbestrahlung kann auf Stellen wirken, die erst nach der Operation den Strahlen leicht zugänglich werden, während vorher eine Filterung durch den Uterus eintrat, so bei vielen Stellen der Parametrien. Abschließend erklärt Verf., daß infolge Zusammenwirkens von Bestrahlung und Operation die Panhysterektomie genüge. Nach Operation werden, wenn die Wunden der Vagina geschlossen sind, von ihm 50 oder 100 mg Radium in Blei gegen die Parametrien gerichtet in die Vagina auf 24 Stunden eingeführt = 2400 mg-Stunden. Drei Monate später wird dies wiederholt. Nach weiteren drei Monaten ist die Vagina meist derart atrophisch, daß sie das Radiumröhrchen nicht mehr aufnimmt. Dann werden 100 mg Radium äußerlich oder X-Strahlen angewendet, dies wird drei Monate später sowie alle 6 Monate im zweiten und dritten Jahre nach der Operation wiederholt.

Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. Verf. bespricht 166 Fälle von Zervixkarzinom der Cleveland Klinik, die in den letzten 4½ Jahren behandelt wurden. Davon wurden 29 operiert, 17 operiert und bestrahlt, 129 nur bestrahlt. Tab. I betrifft 9 Fälle, welche 4½ Jahre zurückliegen. Durchschnittliche Dauer der Symptome 7½ Monate (von 2 bis 12 Monaten höchstens dauerten die Symptome bis zum Eintritt der Patientinnen in die Klinik). 4 Fälle, Gruppe III = Parametrien und Vagina sind befallen. 5 Fälle der Gruppe II = entweder Parametrien oder Vagina sind ergriffen. Von den 9 sind 3 = 33% noch lebend; zur Zeit des Berichtes lebt eine Patientin 52 Monate, die anderen beiden je 48 Monate. Tab. II zeigt eine Serie von 18 Fällen, die vor 3 oder mehr Jahren bestrahlt wurden. Das Durchschnittsalter war 51 Jahre, die Durchschnittsdauer der Symptome 12 Monate. 9 von Gruppe III, 4 von Gruppe II, 2 von Gruppe I. In drei Fällen Adenokarzinom, sonst Markschwammzellenkarzinom. Von den 18 Pat. sind 4 = 22% lebend und frei von Symptomen am Ende von 3 Jahren. Hier ist also der Durchschnittssatz der Ueberlebenden geringer als in Tabelle I bei den, die vier Jahre geheilt sind (33%). Erklärung: Bei den Patientinnen der Tabelle II war die Durchschnittsdauer der Symptome 12 Monate, ferner waren in Tab. II drei hoffnungslose Fälle. Tabelle III zeigt 20 Fälle, die 1922 behandelt wurden. Durchschnittsalter 47 J., Durchschnittsdauer der Symptome 9 Monate. 3 in Gruppe I, 3 in Gruppe II, 9 in Gruppe III und 5 in Gruppe IV, Markschwamm in 17 Fällen, Adenokarzinom in 3 Fällen. 8 Patientinnen = 40% auf 20 Fälle leben noch, durchschnittlich 26 Monate nach Bestrahlung, 6 tot, 6 nicht nachkontrollierbar. Tab. IV gibt Durchschnittsresultate von 42 Fällen, die vor weniger als zwei Jahren behandelt worden sind. Durchschnittsalter 52 Jahre. Durchschnittsdauer der Symptome 11 Monate. 11 Fälle in Gruppe IV, 13 in Gruppe III, 12 in Gruppe II, 6 in Gruppe I. Davon leben 26 = 60% (auf 42 Fälle). Alle diese Fälle wurden mit tiefen X-Strahlen behandelt, es wird sich nun zeigen, ob diese Fälle bessere Resultate geben als die, wo Radium allein angewendet wurde (also bei den bis jetzt auf 4 und 5 Jahre beobachteten Resultaten). Tabelle V betrifft die Statistiken von Professor Heymann-Stockholm. Bei ihm blieben 28—32% der Fälle, die 1914, 1915 und 1918 behandelt worden waren, frei von Symptomen auf 5 oder mehr Jahre. Daß 1916 und 1917 schlechtere Resultate erzielt wurden, führt Heymann darauf zurück, daß infolge seiner guten Erfolge die Patientinnen seines Instituts zu zahlreich wurden, daher die Dosierung etwas verringert wurde, auch habe er zu viel Probeexzisionen gemacht. Tabelle VI gibt die Resultate von 8 Fällen, wo Rezidiv auf Hysterektomie folgte, in 4 Fällen bei Karzinom des Fundus, in 4 bei Karzinom der Zervix. In 6 dieser 8 Fälle war die Lebensdauer nach Bestrahlung 8½ Monate, bei den beiden andern leben die Patienten noch, eine 18 Monate, die andere 4 Monate seit Behandlung. Tab. VII gibt Resultate einer Serie von 7 Fällen, wo Hysterektomie mit Percykauterisation und Radium angewendet wurde, 6 von den 7 Patienten sind tot. Die überlebende Patientin wurde 3 Monate beobachtet, schwand dann aus der Kontrolle. Deshalb wurde Operation + Radium bei Uteruskarzinom aufgegeben. Zusammenfassend sagt Verf.: 33% der Fälle, die 4 oder mehr Jahre zurückliegen, 22% der vor 3 oder mehr Jahren behandelten, 40% der vor 2 oder mehr Jahren behandelten, 60% der vor weniger als 2 Jahren behandelten sind noch rezidivfrei. Diese Resultate berechtigen zur Fortsetzung der Radiumbehandlung des Zervixkarzinoms.

Vorkehrungen für mütterliche Pflege in den Vereinigten Staaten. Es ist zu erörtern: die mütterliche Sterblichkeit, die Verteilung derselben auf die verschiedenen Nationalitäten, die Mittel der Bekämpfung, Spitäler, Organisationen außerhalb der staatlichen, Pflegerinnen und Hebammen. Hinsichtlich der Mortalität ist das Ergebnis noch trübe, unter 22 Ländern haben nur 2, Belgien und Chile, eine höhere mütterliche Sterblichkeit. Auf 1000 Geburten kommen 1915 6,1, 1916: 6,2, 1917: 6,6, 1918: 9,2, 1919: 7,4, 1920: 8, 1921: 6,8, 1922: 6,6, 1923: 6,7 mütterliche Todesfälle. 1921 starben im ganzen 18 280 Mütter d. h. auf je 147 geborene Kinder kam eine gestorbene Mutter.

Etwa 30% der Bevölkerung Nordamerikas sind fremd. Man rechnet: etwa 10,4 Millionen Neger, 10,4 Millionen Deutsche und Oesterreicher, 4 Millionen Iren, 3,8 Millionen Russen, 3,3 Millionen Italiener. 80% der New Yorker Bevölkerung ist fremden Ursprungs, so rechnet man für New York 18% Deutsche und Oesterreicher, 17,5% Russen, 14% Italiener, 11% Iren. Dagegen sind in London 95% der Bevölkerung Engländer. Die Mortalität unter den fremdländischen Frauen ist größer als die unter den eingeborenen. In den Städten ist eine wachsende Tendenz, zur Entbindung in Kliniken zu gehen. In 36 der großen Städte wurden 56% der Entbindungen in Kliniken gemacht. In St. Francisco 85%, in Minneapolis 62%, in Washington 56%. Erst allmählich begann die Sorge für die werdenden Mütter. 1919 wurden durch die Washington und Regional Conferences über Kinderpflege Maßnahmen zum Schutze der Mütter festgesetzt. Ein großer Teil der pränatalen Pflege geschieht durch die Brooklyn Maternity Center Association. Es besteht ein Mothercraft Club, der für freie Pflege in Krankenhäusern und Unterricht sorgt. Es wird ein geringes Mitgliedsgeld erhoben und es werden in Zusammenwirken mit dem Brooklyner Institut für Künste und Wissenschaften Vorträge über mütterliche und Kindespflege gehalten. 1921 kam der Sheppard Towner Act „für Förderung der Wohlfahrt und Hygiene von Mutter und Kind“ heraus, ein Gesetz, das durch das Federal Children Bureau erreicht worden war. Es wurde dadurch ein Anstoß gegeben, den werdenden Müttern, die nicht in Privatpflege von Aerzten waren, pränatale Pflege und Unterkommen zu gewähren. 1923 waren schon 41 Staaten unter diesem Gesetz durch öffentliche Bureaus tätig. Die Methode besteht darin, das öffentliche Interesse auf die Angelegenheit zu lenken und es dazu zu bringen, daß durch örtliche Mittel die pränatale Pflege erreicht wird. In 36 Staaten sind Gesundheitskonferenzen für Kinder, in 31 für Mütter. Die mütterliche Pflege wird immer noch nicht so hoch geschätzt als die des Kindes. Die nationale Organisation für öffentliche Krankenpflege hat 1923 206 freiwillige Bureaus unterhalten, von denen jedes mehr als drei Pflegerinnen unterhält, die in 196 Gemeinden und 41 Staaten pränatale Pflege versehen. Die Frage der Hebammen liegt in Amerika ganz im Argen. Es besteht ein Zustand, der in Europa unverständlich wäre. In Alabama z. B. sind 1500 Hebammen bei 60% der Geburten, in Georgia 5000 bei nur 20% der Geburten, in New Orleans dagegen werden 80% der Geburten durch die Hebammen gemeldet. Es gibt nur ganz wenige Hebammenschulen. In 9 von den 48 Staaten werden die Hebammen nicht examiniert oder registriert, noch weniger besteht eine Tendenz, sie zu unterrichten. Es sind noch zu wenige gute Aerzte da und zu viele schlechte, welche Geburtshilfe treiben, ferner zu wenige Pflegerinnen und gut ausgebildete Hebammen.

Bestrebungen in New York zur Reduktion der mütterlichen Sterblichkeit. Es werden die mütterlichen Gesundheitsklubs gefördert. In diesen wird durch Pflegerinnen Unterricht erteilt. Die Richtlinien sind durch die Maternity Center Association gegeben. Es wird jede Frau willkommen geheißen, die sich für die Fragen interessiert, auch wenn sie nicht schwanger ist. Es gibt auch einen ländlichen Muttergesundheitsklub, mittels desselben wurden mehr als 13 000 Mütter erreicht und 3841 erhielten persönlich Instruktion. Es wurden ferner hygienische Kurse für die Pflegerinnen eingerichtet und zwar in 37 Bezirken von New York, wobei 713 Pflegerinnen Unterricht erhielten. Es sind ferner pränatale Konsultationen eingerichtet, wo ein Geburtshelfer und zwei Pflegerinnen Auskunft geben. Es werden dann die Bestrebungen noch weiterhin bezüglich Hebammen, finanzieller Unterlagen usw. ausgeführt.

Robert Kuhn (Baden-Baden)

Buchbesprechungen.

E. Runge, Berlin: **Die Gynäkologie des praktischen Arztes.** 2. verbesserte Auflage, mit 60 Abbildungen im Text. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1925. — Schon ein Jahr nach Erscheinen der 1. Auflage liegt bereits die zweite verbesserte Auflage dieses Büchleins vor, das in den Kreisen der praktischen Aerzte, für die es hauptsächlich geschrieben ist, sich sehr eingebürgert hat. Verfasser bespricht in Form eines Colloquiums an der Hand von 164 gynäkologischen Fällen die häufigsten weiblichen Genitalerkrankungen, die in der Praxis zur Behandlung kommen, und führt damit die Materie dem Praktiker von einer andern Seite her vor als dies bisher geschah. Die Disposition des ganzen Materials erfolgte nicht sehr sehr nach den einzelnen Organen usw. der weiblichen Geschlechtsteile, sondern hauptsächlich nach den Symptomen, bzw. nach den Klagen der Patientinnen, wie sie in den Sprechstunden geäußert werden. Die Fälle, die vom Verfasser beschrieben werden, sind sehr prägnant und daher außerordentlich geeignet zur Belehrung des Praktikers. Großer Wert wurde auf die Therapie gelegt und auf die Schilderung mancher kleinen praktischen Handgriffe usw., die man meistens in den größeren Lehrbüchern nicht findet. Gegenüber der ersten Auflage ist eine Reihe Abbildungen durch instruktivere ersetzt worden. Das Buch kann daher von neuem dem praktischen Arzt zur raschen und klaren Orientierung, wie er sich bei den einzelnen Klagen und Erkrankungen gynäkologischer Art verhalten soll, aufs wärmste empfohlen werden.

Rudolf Katz (Berlin).

Mitteilungen.

Rundfrage.

Eine Befragung sämtlicher holländischer Aerzte darüber, wo ihre Asthma-Patienten bei Ortswechsel sich gut und wo sie sich schlecht fühlten, hat zu interessanten Ergebnissen geführt, die auf den Einfluß bestimmter klimatischer Faktoren auf dieses Leiden ziemlich zwingende Schlüsse erlauben. Es hat sich dabei gezeigt, daß nur große Zahlen in der Regel zu einem solchen Ergebnis führen, und daß die kleinen Zahlen, über welche der einzelne Praktiker gewöhnlich verfügt, meist keine einheitliche klimatische Wirkung erkennen lassen, so daß einzelne holländische Kollegen zunächst dieser Enquête, die doch schließlich erfolgreich war, sehr pessimistisch gegenüberstanden. Es sei dies vorausgeschickt zur Begründung meiner Bitte an sämtliche Kollegen, soweit sie über derartige asthmatische Patienten verfügen, mir anzugeben, an welchen Orten dieselben sich besser und an welchen sie sich schlechter fühlten und zwar nach folgendem Schema, das ich mir erlauben werde zur besseren Erläuterung hier mit zwei Beispielen auszufüllen.

Name des Patienten	Wohnort	Besser in	Schlechter in
Z. B.: 1) August Müller	Berlin	Potsdam	Heringsdorf
2) Fritz Schulze	Berlin	Heringsdorf Leipzig Breslau	Spreewald Magdeburg Andreasberg im Harz

Im Interesse der Forschung ist eine möglichst rege Beteiligung (wie in Holland) zu wünschen.

Medizinalrat Dr. Grimm, Bad Reichenhall (Oberbayern).

Therapeutische Mitteilungen.

Wie sind Allgemeinreaktionen und Herdreaktionen bei Anwendung von Novantimeristem (Schmidt) zu beurteilen?

Von

San.-Rat Dr. OTTO SCHMIDT, München.

Die schon seit Jahrzehnten umstrittene parasitäre Theorie der malignen Tumoren scheint in neuester Zeit ihre Wiedergeburt zu erleben. Es soll heute nicht meine Aufgabe sein, meiner Theorie das Wort zu reden, da ich vor dem Abschluß einer größeren Arbeit stehe, die den Beweis für die Richtigkeit meiner Krebstheorie erbringen soll und die ich in nächster Zeit der Oeffentlichkeit übergeben werde. Auch will ich nicht der Nachprüfung meiner Versuche, die zurzeit in einer deutschen Universität im Gange sind, vorgreifen.

Dem Kliniker und praktischen Arzt werden die Fragen: Ist durch die Anwendung meiner isopathischen Therapie bei inoperablen Karzinomen und Sarkomen noch eine Wirkung zu erzielen? Wie habe ich mich bei Durchführung derselben zu verhalten? Auf welche Weise erziele ich die besten Erfolge? weit mehr interessieren, als die Frage, ob er mit einem bereits anerkannten oder noch umstrittenen Erreger der Krankheit arbeitet. Unser aller Ziel und der Endzweck jeder Behandlung ist doch schließlich, den Kranken zu helfen, sie zu heilen und, wo dieses Ziel nicht mehr erreichbar ist, alles zu tun, die Leiden der Kranken auf das höchstmöglichste Maß herabzusetzen. Beobachtungen, die ich sowohl in Kliniken wie auch bei praktischen Aerzten, die mit meiner Vaccine (Novantimeristem) arbeiten, machen konnte, zeigen mir, daß in einer großen Zahl aller Fälle mit viel zu großen Dosen gearbeitet wird. Ich habe in meinen früheren Abhandlungen schon wiederholt darauf hingewiesen, daß oft schon kleinste Dosen 0,000001 ccm meiner Parasitenaufschwemmung genügen, bei Karzinom- und Sarkomkranken stärkere Reaktionen auszulösen, daß aber diese Reaktionen bei Einverleibung einer 2000fach größeren Dosis bei Gesunden ausbleiben. Beim Arbeiten mit so kleinen Dosen kann die Spezifität der Reaktion wohl nicht abgestritten werden. Ich werde später in Beispielen darauf zurückkommen.

Daß gerade Schwerkranke oft auf die Zufuhr kleinster Gaben von Antigenen am stärksten reagieren, scheint oft nicht berücksichtigt zu werden; es wäre sonst nicht zu erklären, daß immer wieder versucht wird, in vorgeschrittenen Fällen durch ein rasches Vorgehen mit großen Dosen meiner Vaccine, einen Erfolg zu erzwingen. Ja ich sah sogar wie in solchen Fällen, wo Herd- oder Allgemeinreaktionen oder beide zusammen auftraten, in die Reaktion hineingespritzt wurde. Ein solches Vorgehen widerspricht natürlich allen bei einer Vaccination gemachten Erfahrungen! Man muß sich über die biologischen Vorgänge in der Zelle klar sein, um erkennen zu können, daß gerade der kleine Reiz, also eine minimale Menge der Antigene oft genügt, die Zellen in höchste Abwehrbereitschaft zu setzen. Eine Ueberdosierung lähmt jedoch die Abwehrbereitschaft der Zelle; sie kann sie sogar derart schädigen, daß sie der Fähigkeit, Schutzstoffe zu bilden, gänzlich beraubt wird. Wo es sich um einen spezifischen Reiz gehandelt hat, antwortet die Zelle auf diesen mit der Bildung von spezifischen Schutzstoffen. Die Wirkung eines spezifischen Reizes wird meiner Ansicht nach zunächst nur in einer Reaktion der erkrankten Partien bestehen (Herdreaktion!), ohne daß dabei eine Allgemeinreaktion, wie sie das Wesen des unspezifischen Reizes ist, auftritt. Bei der Allgemeinreaktion werden notwendigerweise mit der allgemeinen Aktivierung auch die erkrankten Partien mit ergriffen. Läuft neben der Herdreaktion auch eine Allgemeinreaktion einher, so muß dies beim Arbeiten mit spezifisch wirkenden Mitteln so aufgefaßt werden, daß der Schwellenwert bereits erreicht oder sogar schon überschritten worden ist. Die Dosierung ist dann schon so groß gewählt worden, daß neben ihrer spezifischen Wirkung auch schon das unspezifische Moment zur Auswirkung gekommen ist. Dies muß für den Immunisator ein Warnungssignal bedeuten, daß weitere Steigerung der Antigenmenge bereits eine stärkere Schädigung der Zelle hervorrufen muß. Die Schädigung der Zelle kann jedoch soweit gehen, daß das gestörte Gleichgewicht nicht wieder herzustellen ist (Lähmung oder Zelltod!) und die Zelle für den weiteren Prozeß als schutzstoffbildende Komponente ausscheidet. Auch die feinsten und kleinsten Gaben wirken dann keineswegs mehr schwach. Nur ein Aussetzen der Zufuhr weiterer Antigene für mehrere Wochen und dann Wiederaufnahme der Injektionen mit kleinsten Dosen kann die Zelle, nachdem sie die Gleichgewichtsstörung überwunden hat, wieder zur Bildung von spezifischen Immunstoffen anregen. Wie geringe Reize noch eine spezifische Antwort im Sinne von Immunkörperbildung äußern können, hat Friedberger für Typhusbazillen gezeigt.

Bei einer chronischen Erkrankung und um diese handelt es sich bei den malignen Tumoren, ist stets mit kleinsten Reizen, d. h. mit schwächsten Verdünnungen zu beginnen und nur dann, wenn Reaktionen ausbleiben, schneller zu steigen, um den Schwellenwert zu erreichen. Sobald die Reizschwelle erreicht ist, ein Zustand, der bei genauen Messungen und genauester Beobachtung der Kranken und bei Berücksichtigung auch der Herdreaktionen (ziehende, bohrende, oft auch stechende Schmerzen in den Tumoren, Anschwellung und Rötung des Tumors, vermehrte Sekretion, leichte Blutungen), nicht unerkannt bleiben kann, muß der Immunisator bei weiteren Injektionen vorsichtig tastend in die Höhe gehen. Man läßt die Reaktion stets gänzlich abklingen und wiederholt dann die letzte Dosis. Steigt die Temperatur über 37,8° oder tritt wieder eine Herdreaktion auf, so gehe man, wenn trotz des Verharrens auf derselben Dosis sich die Reaktionen mehrmals wiederholen, auf die Hälfte der vorhergehenden Dosis zurück und verharre auf dieser, bis keine Reaktion mehr auftritt; dann taste man sich langsam wieder an die Reizschwelle heran. Wer es versteht mit der Dosis knapp unter der Reizschwelle zu balanzieren, wird den größten Ueberschuß an immunisatorischen Kräften aus der Zelle herausholen.

Bei Bestimmung der Antigenmenge (hier Novantimeristem) darf nicht schematisiert werden. Was für den einen Kranken ein geringer spezifischer Reiz ist, kann für einen anderen schon ein großer bedeuten! Nur durch tastendes Vorgehen in der Dosierung und Beobachtung des kranken Herdes und der allgemeinen Erscheinungen, ist eine Beurteilung für die weitere Dosierung möglich. Der Angelpunkt der Vaccinetherapie liegt in der Anwendung der Dosen, die die biologischen Kräfte anregen und verstärken, nicht aber lähmen oder aufheben. Wie verhalte ich mich nun, wenn auf die zur Anwendung gekommene Dosis jegliche Antwort der Zelle ausbleibt? Man verdoppele die vorhergehende Dosis, warte einige Tage ab unter genauen Beobachtungen des Kranken. Bleibt die Antwort in Form einer Allgemeinreaktion oder Herdreaktion aus, so scheue man sich nicht, nochmals das Doppelte der letzten Antigenmenge zu geben. Meist tritt dann entweder eine Allgemein- oder Herdreaktion ein. Man lasse dieselbe abklingen und pausiere mindestens 8—10 Tage, da gerade in diesem Intervall sich der Allgemeinzustand der Kranken wesentlich hebt. Bleibt dagegen auch auf diesen zweiten kräftigen Stoß die Reaktion noch aus, so versuche man sie nicht weiter zu erzwingen, sondern gehe wieder langsam, jedoch mit längeren Zwischenräumen vor. Ich weise noch ausdrücklich darauf hin, daß eine Wirkung auch eintreten kann, ohne daß sichtbare Reaktionen nachweisbar sind. Hierfür sprechen zahlreiche Heilungen bei reaktionslosem Verlauf des Krankheitsprozesses.

Weiter ist zu berücksichtigen, daß klinische Heilungen eintreten können, ohne daß die Tumoren gänzlich zum Verschwinden gebracht sind. Gerade Carcinome, die stark mit Bindegewebe durchsetzt sind, lassen oft einen kleinen Rest zurück, der nur noch aus Narben- und Bindegewebe besteht. Wiederholte Untersuchungen solcher restlichen Tumoren haben diese meine Ansicht nur bestätigt. So ist z. B. bei Osteo-Sarkomen häufig beobachtet worden, daß die Tumoren nur um ein Geringes an ihrer Größe nach Abschluß der Kur verloren hatten, daß aber die durch den Druck der Tumoren verursachten Beschwerden verschwanden, der Allgemeinzustand der Kranken sich derart besserte, daß die Kranken sich vollkommen gesund fühlten. In diesen Fällen hilft sich der Körper oft durch Phagocytose noch selbst. Eine operative Entfernung der restlichen Tumoren ist nicht immer möglich, der Tumor kann aber ohne die Gefahr eines Wiederaufflackerns des Krankheitsprozesses ruhig an seinem Ort belassen werden. Es ist dringend geboten, hier lange Zeit nachzubehandeln.

Es soll jedoch mit obigem nicht gesagt sein, daß die Anwendung meiner spezifischen Vaccinationstherapie bei allen malignen Tumoren zum Ziele führen muß. Versagen muß sie bei zu sehr geschwächtem Körper, zu weit vorgeschrittener Zerstörung lebenswichtiger Organe, bei schwerer Kachexie. Zweifelhaft wird der Erfolg bei ausnahmsloser Schematisierung des Verfahrens.

Soll eine Immunisierung an Kranken, die an einer chronischen Erkrankung leiden, mit Erfolg durchgeführt werden, so ist eine Individualisierung und genaue Beobachtung des zu Immunisierenden bezüglich des Verlaufes der örtlichen und allgemeinen Reaktionen, des Körpergewichtes und der Temperaturen notwendig.

Die Dosierung der Antigene sowie die Intervalle der Injektionen müssen durch Erfahrungen und Beobachtungen genau von Fall zu Fall bestimmt werden. Die Vaccinationstherapie muß also äußerst individuell sein.

Ich habe mich, bevor ich auf die spezifische Reaktion mit Novantimeristem[1]) näher eingehe, mit Absicht bei den Reaktionen im allgemeinen länger aufgehalten, da nicht nur den febrilen Reaktionen, sondern auch, und dies insbesondere bei meiner spezifischen Therapie, den Herdreaktionen noch viel zu wenig Beachtung beim Arbeiten mit meiner Vaccine Novantimeristem geschenkt wird. So ist es zum Beispiel unerläßlich, will man die Vorgänge im Körper des Kranken genau beobachten, dreimal täglich anal zu messen und eine Temperaturkurve anzulegen. Die Kranken sind immer wieder über ihre eigenen Beobachtungen ganz besonders in bezug auf die Schmerzen in den erkrankten Teilen 6—8 Stunden nach der Injektion auszufragen. Eine Herdreaktion, die meist unter den Symptomen eines entzündlichen Prozesses verläuft, muß nicht bei geschlossenen Tumoren immer eine starke Rötung und Anschwellung des Tumors zur Folge haben, es muß nicht bei offenen Carcinomen stets eine erhöhte Sekretion eintreten, die Reaktion kann sich auch durch ziehende, bohrende und stechende Schmerzen äußern. „Es arbeitet im Tumor" ist eine Aeußerung, die ich wiederholt bei meinen Kranken einige Stunden nach der Injektion gehört habe! Diese Symptome dürfen unter keinen Umständen übersehen werden, will man für die nächste Injektion die richtige Dosis auswählen. Ich wiederhole nochmals, daß jede Reaktion erst abgeklungen sein muß, bevor eine neue Vaccinegabe verabreicht wird. Das Hineinspritzen selbst in schwächere Reaktionen ist für den Verlauf der Kur ungünstig und kann, wie schon wiederholt bemerkt, sehr schnell zum Ueberschreiten des Schwellenwertes führen. Es ist mir in den letzten Jahren wiederholt aufgefallen, daß eine Anzahl Kollegen ganz überraschend gute Erfolge bei allen behandelten Fällen, in schwersten Fällen zumindest auffallende Besserung erzielt hatten, stets typische Herdreaktionen sahen usw. Das Krankenmaterial war nicht besser oder schlechter als anderswo; das Präparat dasselbe! Der Grund kann hierfür nur im Verstehen der biologischen Vorgänge während der Vaccination und in der individuellen Einstellung der Behandlung liegen.

Fortschritte — Wie sind Allgemeinreaktionen usw. 4

Nachstehende Temperaturkurven sollen die spezifischen Reaktionen veranschaulichen. In den beiden Fällen handelt es sich um Bildung von Knoten in der weiblichen Brust, die als krebsverdächtig anzusprechen waren. Beim ersten Falle trat nach Injektion kleinster Dosen des Novantimeristem eine lebhafte Allgemeinreaktion auf, beim zweiten Fall blieb dieselbe trotz Anwendung der zehnfach höheren Dosis vollständig aus.

Auf Grund der verschiedenen Ausfälle der Proben wurde im ersten Fall die Diagnose Carcinom gestellt und die Operation vorgenommen, der zweite Fall für nicht carcinomatös erklärt und von jeder Operation abgesehen. Die mikroskopische Untersuchung im ersten Falle ergab ein schlauchförmiges Carcinom mit teilweisem Uebergang in Scirrhus. Die zweite Patientin ist nach der Probe gesund geblieben.

Nachfolgend führe ich noch die beiden Fälle zur besseren Veranschaulichung der Kurven ausführlich an:

Fall I: Frau B. aus K., 59 Jahre, multipar., bemerkte vor etwa 3—4 Monaten ein kleines Knötchen in der rechten Brust. Durch das Fehlen von Schmerzen wurde Patientin in Sicherheit gewiegt und sah sich erst jetzt durch das rasche Wachstum der Geschwulst veranlaßt, den Arzt zu konsultieren.

Befund: Allgemeiner Ernährungszustand mäßig gut; keine Schmerzen. In der oberen Hälfte der rechten Mamma ist die Haut in Größe eines Zweimarkstückes etwas gerunzelt, leicht gerötet und nach innen gezogen; die Mitte der Einsenkung nimmt eine flache, mandelförmige Hervorwölbung ein. Diese Hervorwölbung und die eingezogene Haut ist mit einer derben, darunter liegenden Masse unverschieblich verbunden, die von links nach rechts 8, von oben nach unten 5½, im Bereich der größten Tiefe annähernd 2½ cm mißt; die Infiltration, die zwischen ihrer Basis und der Brustwarze noch etwa 1½ cm gesundes Gewebe übrig läßt, ist auf der Fascie gut verschieblich. Vergrößerte Drüsen sind weder in der Supra- und Infraklavikulargrube noch in der Achselhöhle distinkt abzugrenzen, doch fühlt sich an letzterer Stelle der ganze Inhalt resistenter an, als in der entsprechenden Höhle der anderen Seite.

---

[1]) Das Novantimeristem und Matusem wird von der „Wolfgang Schmidt Serumwerk A.-G.", München 9, hergestellt.

Beginn der Probeimpfung am 26. Oktober mit Novantimeristem mit 0,000001 g unter die Haut des Rückens; die Einspritzung wird in den nächsten drei Tagen täglich wiederholt und das Novantimeristem in größeren Mengen gegeben: am zweiten Tage 0,000005 g, am dritten Tage 0,00001 g und am vierten Tage 0,00001 g. Erst auf diese Dosis, die vormittags injiziert worden war, setzte die Reaktion ein; die Temperatur stieg mittags auf 37,5 (Achselhöhlenmessung), abends auf 38,2. Am folgenden Tage wurde wiederum 0,00001 g injiziert, worauf die Temperatur abends auf 38,9 in die Höhe ging. Gleichzeitig hatte die lokale Reaktion die größte Intensität erreicht; es bestanden spontane Schmerzen in der rechten Brust, die Haut war im ganzen Bereich der Infiltration stark gerötet, druckempfindlich und von teigiger Beschaffenheit. Die Ausmessungen der infiltrierten Partie ergaben jetzt: von links nach rechts 10½, von oben nach unten 8 und im größten Tiefendurchmesser schätzungsweise 4 cm.

Fall II: Fräulein K. K. aus K. entdeckte vor kurzem zufällig bei der Toilette eine Anschwellung in der linken Brust; seit zwei Wochen tritt zeitweilig in derselben schmerzhaftes Ziehen auf. Befund: Im unteren äußeren Quadranten der linken Brustdrüse ist ein eiförmiger, glatter Knoten zu fühlen, der weder mit der Haut noch der Unterlage verwachsen und leicht nach allen Richtungen hin verschieblich ist. Seine Länge beträgt annähernd 3, seine Dicke 2½ cm. Druckempfindlichkeit besteht nicht. Die benachbarten Lymphdrüsen sind nicht fühlbar.

Die diagnostischen Injektionen mit Novantimeristem begannen am 12. November mit Verabreichung von 0,000001 g unter die Haut des Rückens; am 13. November 0,00001 g, am 14. November 0,00005 g und am 15. November 0,0001 g. Da keine Reaktion irgendwelcher Art auftritt, wird die Dosis nach eintägiger Pause auf 0,0005 g erhöht und unter die Haut der erkrankten Brustdrüse, in der Nähe des Knotens, eingespritzt. Keine lokale oder allgemeine Reaktion. Nach weiterer Pause von einem Tag werden am 18. November 0,001 g wieder in der Nähe des Knotens injiziert, ohne daß an diesem eine Veränderung auftritt und ohne Temperaturerhöhung zu bewirken. Auf Grund dieses Verhaltens wurde die Diagnose auf eine nichtmaligne Affektion gestellt und von jedem Eingriff abgesehen. Die Kranke ist auch die nächsten Jahre gesund geblieben, der Knoten änderte weder seine Größe noch seine Konsistenz.

Vergleichen wir die beiden Temperaturkurven, so finden wir bei der Carcinomkranken schon nach Einverleibung von 0,0001 g einen Temperaturanstieg auf 38,2, der nach der gleichen Gabe am folgenden Tage sich auf 38,9 erhöht. Die Patientin mit dem gutartigen Tumor zeigt bei derselben Dosis keine Erhöhung, ja sogar ein Sinken der Temperatur auf 36,0; die später in Zwischenräumen von wenigen Tagen injizierten fünf- und zehnfach höheren Quantitäten beeinflussen die Kurve überhaupt nicht.

Mit dem Anstieg des Fiebers am vierten Tage beginnt bei dem Carcinomfalle auch die lokale Reaktion, um am fünften Tage ihre Akme zu erreichen; am siebenten Tage sind bereits alle Erscheinungen wieder zurückgegangen. Der gutartige Knoten im zweiten Falle bleibt dagegen unverändert; weder seine Größe noch seine Konsistenz zeigen Abweichungen gegen früher und niemals ist Schmerzhaftigkeit auf Druck zu konstatieren.

Wie ich an anderer Stelle eingehend ausgeführt habe, können die beiden diagnostischen Impfungen — hier, wie auch bei Tuberkulin und Mallein — auftretenden lokalen Reaktionen nur als gegen den Krankheitsherd wachgerufene Abwehrbestrebungen des Organismus betrachtet werden. Die von mir in einer meiner Arbeiten beigebrachten photographischen Abbildungen von Schnitten während des sich abspielenden Reaktionsprozesses exstirpierter Drüsen sprechen eine nur eindeutige Sprache. Man hat eingewendet, daß die im Bilde veranschaulichte Nekrose und bindegewebige Regeneration auch in nicht beeinflußten carcinomatösen Drüsen gefunden wird. Ich bestreite nicht, daß dies für große, ältere Drüsen zutrifft; in meinem Falle handelt es sich aber um erbsengroße Drüsen, bei denen der Beginn der carcinomatösen Infiltration kaum drei Wochen zurücklag. Sie wurden entdeckt, als sie eben, kaum stecknadelkopfgroß, fühlbar waren, und ihr Wachstum wurde sorgfältig verfolgt und kontrolliert. Exstirpiert wurden sie, als sie uns für die vorzunehmenden mikroskopischen Untersuchungen genügend Material zu liefern schienen. So hinfällig ist die Krebszelle denn doch nicht, so schlecht nicht die Ernährung im Zentrum eines erbsengroßen Krebsherdes, daß schon drei Wochen nach der Entstehung spontan ausgedehnte Nekrosen eintreten. Gewiß sind Nekrose und Bindegewebsneubildung Vorgänge, die in jeder Krebsgeschwulst beobachtet werden; es sind die gewohnten Wege, die der Organismus einschlägt, um den entstandenen Schaden zu reparieren. Wenn die künstlich hervorgerufene Reaktion Reparationsvorgänge im Gefolge hat, so kann sich dieser Prozeß selbstverständlich nur in den Bahnen bewegen, in denen auch die im natürlichen Verlauf der Dinge eintretenden Ausschaltungsbestrebungen vor sich gehen; nur haben wir es im ersteren Falle in der Hand, zu einer uns geeignet dünkenden Zeit und in einer uns gut dünkenden Ausdehnung diesen Prozeß hervorzurufen und zu unterhalten.

Es kann aber auch das Fieber ausbleiben, statt dessen aber eine Herdreaktion auftreten. Gerade bei der therapeutischen Anwendung der Vaccine werden in fast jedem Fall schwächere oder stärkere Herdreaktionen, die keinesfalls immer von einem Temperaturanstieg begleitet sein müssen, auftreten. Sehen wir uns folgende zwei Fälle an:

Pfarrer M., 60 Jahre alt. Kindskopfgroßer Tumor vom Periost des Darmbeines ausgehend. Inoperables Sarkom. Es wurden 0,2 ccm (0,00002 g) Novantimeristem gegeben. Es folgten dann mit eintägigen Pausen derselben Stärke „c" 0,4—0,6—0,8—1,0—0,8 ccm. Auf die sechste Injektion setzte eine stürmische Herdreaktion ein. Der Tumor vergrößerte sich und ist von prall elastischer Konsistenz. Vermehrte Schmerzen. Die Einspritzungen werden darauf ausgesetzt. Nach Abklingen der Reaktion ist der Tumor kaum mehr palpabel, der vorher als harte Masse die Bauchdecke hervortrieb. Es ist nur noch eine weiche elastische Masse abtastbar. Bei Abklingen der Reaktion sehr starke Vermehrung des Urins. Höchsttemperatur 37,5° C.

Trotz der heftigen Reaktion, die zu einer fast vollständigen Verflüssigung des Tumors führte, wurde nur ein geringer Temperaturanstieg beobachtet. Der Reaktion folgte ein sehr gehobenes Allgemeinbefinden mit vollständiger Schmerzlosigkeit.

Frau M. P., 60 Jahre alt, Magen-, Darm- und Bauchdeckencarcinom. Tumor fast die ganze linke Bauchseite ausfüllend. Durchbruch durch die Bauchdecke. Die Novantimeristemkur war bis zu Ende der Stärke „e" 5,0 ccm Novantimeristem (0,0025 g), also etwa 2½ Monate bei völlig fieberfreiem Verlauf und gebessertem Allgemeinbefinden durchgeführt worden! Ende der Stärke „e" setzte plötzlich unerwartet eine sehr heftige Herdreaktion ein. Entleerung großer Carcinommassen mit ganzen Stücken durch Mund. After und Bauchdecke. Zeitweilig große Schmerzen. Höchsttemperatur 37° C. Einige Tage nach dieser heftigen Reaktion ist die Tumormasse auf Faustgröße zurückgegangen. Die Kranke erholte sich von dieser schweren Reaktion nach einigen Tagen wieder.

In beiden Fällen kam die stürmische Herdreaktion angeblich ganz überraschend. Erwünscht sind derartige Reaktionen nicht, da sie recht bedrohliche Formen annehmen können und auch der Allgemeinzustand unter diesen heftigen Erscheinungen leidet. Dabei besteht noch die Gefahr schwerer Schädigungen durch zu schnelle Resorption der Eiweißzerfallprodukte aus den Tumoren. Diese explosivartig erfolgten Herdreaktionen sind äußerst selten und müssen, wenn irgend möglich, vermieden werden. Sie hätten meines Erachtens nach auch in diesen beiden Fällen verhütet werden können, wenn die Kranken den Arzt auf die Vorgänge in den Tumoren aufmerksam gemacht hätten. Hier hätte ohne Zweifel einige Tage vorher mit der Zufuhr weiterer Antigene aufgehört werden müssen.

Ich habe mit Absicht diese beiden Fälle angeführt, um zu zeigen, daß heftige Herdreaktionen auftreten können, ohne von einem Temperaturanstieg begleitet zu sein, denn in dem ersten Fall war die Höchsttemperatur 37,6° C, im zweiten Fall sogar nur 37° C. Ein rechtzeitiges Aussetzen der Einspritzungen hätte die Reaktion jedenfalls stark abgemildert.

Die von mir oft gemachte Beobachtung, daß gerade die jüngsten Ausläufer der Geschwulst und frische Metastasen nach den Impfungen die lebhafteste Reaktion und rasche Rückbildung zeigen, legte es mir nahe, einmal den Versuch zu machen, einen unzweifelhaft carcinomatösen Herd nicht operativ, sondern nur durch methodisch ausgeführte Injektionen meines Novantimeristem zur Heilung zu bringen. Dies konnte einwandfrei so ausgeführt werden, daß bei der Exstirpation eines Carcinoms ein kleiner peripherer Herd zurückgelassen wurde, mit anderen Worten, daß an einer Stelle der Schnitt nicht ins gesunde, sondern ins carcinomatös infiltrierte Gewebe fiel. Ich war mir der Verantwortung, die ich bei diesem Vorgehen auf mich nahm, voll bewußt, doch konnte dieselbe auf ein Minimum reduziert werden, wenn ein Fall ausgewählt wurde, bei welchem sich ein nach der Operation eintretendes Rezidiv sofort erkennen und durch einen zweiten Eingriff beseitigen ließ, bevor es weiteren Schaden angerichtet hatte.

Der Fall B. aus K. eignete sich wie kein anderer für das Verfahren, um so mehr, als nach der zu diagnostischen Zwecken hervorgerufenen Reaktion die Resistenz in der Achselhöhle der kranken Seite völlig geschwunden war. Die Patientin wurde von der Art des Vorgehens verständigt und stimmte dem Vorschlage zu.

Operation am 14. November. Die auf der Geschwulst unverschiebliche Hautpartie wird durch einen Ovalärschnitt knapp umschnitten und die oberen zwei Drittel der Brustdrüse, die krebsig infiltriert waren, ausgeschält. Der trennende Schnitt fiel nach unten in das Drüsengewebe und zeigte makroskopisch noch unzweideutig Erkrankung. Die Heilung erfolgte nach tiefgreifender Naht per priman und konnte Patientin am fünften Tage, nach Entfernung der Suturen, entlassen werden.

Beginn der kurativen Injektionen am sechsten Tage nach der Operation mit 0,001 g Novantimeristem. Bei täglichen Injektionen folgen dann 0,002 g, 0,003 g und 0,005 g. Nach einer siebentägigen Pause 0,0075 g, nach einer viertägigen Pause 0,01 g, nach einer dreitägigen Pause 0,0125 g. Keine lokale Reaktion, keine Temperatursteigerung. Drei Wochen Pause. Die Untersuchung zeigt nach der dreiwöchentlichen Pause unterhalb der Narbe, in dem zurückgelassenen Brustdrüsenrest, eine unregelmäßige Infiltration von etwa 1,5 : 2,5 cm Größe. Keine Rötung der Haut, keine Empfindlichkeit auf Druck; die Temperatur ist nicht erhöht. Es war beabsichtigt, die Injektionen nach der dreiwöchentlichen Pause wieder energisch aufzunehmen, doch erschien Patientin, die wegen einer rheumatischen Affektion längere Zeit das Bett hüten mußte, erst wieder nach Ablauf eines Monats nach der letzten Untersuchung in der Sprechstunde.

Befund: unterhalb der Narbe liegt eine walnußgroße, länglichovale, glatte Geschwulst von praller Konsistenz. Die Haut über ihr läßt sich nur schwer, die Geschwulst selbst auf der darunterliegenden Fascie leicht verschieben. Keine Druckempfindlichkeit, keine Hautröte, kein Fieber. Die genaueste Untersuchung ergibt nirgendwo eine Drüsenmetastase. Dieser letztere Umstand macht mir Mut, noch kurze Zeit einen Versuch mit den Einspritzungen zu machen, bevor ich zur Operation schreite. Ich nahm die Injektionen mit 0,005 g Novantimeristem wieder auf und lasse mit viertägigen Pausen 0,0075 g, 0,01 und 0,01 g folgen. Die pralle Spannung der Geschwulst hat zu diesem Zeitpunkte schon bedeutend nachgelassen und außerdem ist eine Verkleinerung um ein Drittel eingetreten, während die äußere Haut etwas nach innen eingestülpt erscheint. Der Schwund des Tumors macht von da an rasche Fortschritte und ist nach 4 Monaten vollendet; an seinem früheren Sitze ist die Haut tief nach einwärts gezogen. In dieser Zeit gebe ich noch an Novantimeristem, nachdem ich wieder eine Pause von 14 Tagen gemacht hatte, in Zwischenräumen von 14 Tagen 0,0125 g, 0,015 g und 0,02 g.

Es muß dahingestellt bleiben, ob die Geschwulst, welche 4 bis 6 Wochen nach der Operation in dem zurückgelassenen Drüsengewebe auftrat, carcinomatös war, denn es kann sich auch um eine kystische Bildung infolge Austritts von Milch aus den durchschnittenen Drüsengängen gehandelt haben. Hiervon aber ganz abgesehen, kann es keinem Zweifel unterliegen, daß das absichtlich zurückgelassene Krebsgewebe unter der Einwirkung weniger Injektionen geschwungen ist und eine Immunität geschaffen wurde, die bis jetzt — drei Jahre nach der Operation — den Eintritt eines Rezidives verhindert hat.

Bei dem nachfolgenden Fall, einem Rezidiv von Brustdrüsenkrebs, kann ich mich kürzer fassen. Eine Operation schien dem behandelnden Chirurgen bei der äußerst geschwächten Patientin nicht mehr opportun; der Eingriff mußte, wenn er irgendwelchen Dauererfolg haben sollte, in der Exstirpation der alten Narbe, der Entfernung des Pektoralis nebst Infraklavikulardrüsen und der Ausräumung der Achselhöhle bestehen, war also ohne Narkose nicht durchführbar. Von dieser mußte aber aus gleich zu erwähnenden Gründen abgesehen werden und wurde ich gebeten, einen Versuch mit Novantimeristeminjektionen zu machen.

Frau E. M. aus W., ist 55 Jahre alt und hat mehrmals geboren. Operiert wurde sie vor Jahren von Emmet in New York wegen eines Kystoms des linken und später noch einmal in Deutschland wegen einer gleichen Geschwulst des rechten Eierstocks. Während der beiden Narkosen jedesmal schwerer, stundenlang anhaltender Kollaps. Zwei Jahre nach der zweiten Operation wurde ein ausgedehnter Scirrhus der rechten Brust festgestellt (später durch mikroskopische Untersuchung bestätigt) und bald nachher zur Operation geschritten. Es war beabsichtigt gewesen, einen sehr ausgedehnten Eingriff mit Ausräumung aller benachbarten Drüsen vorzunehmen, doch mußte man von dessen Durchführung absehen und sich auf die Amputation der Mamma beschränken, weil sofort beim ersten Schnitt ein schwerer Kollaps eintrat. Selbst die relativ kleine und einfache Operation konnte nur mühselig beendet werden. Die Kranke erwachte erst nach Stunden aus der Narkose und schwebte lange in Lebensgefahr. Beginn des lokalen Rezidivs (in der Narbe) 2 Monate nach dem letzten Eingriff.

Befund am 28. Januar. Aeußerst schwächliche Dame ohne Krebskachexie. Auf der rechten Brustseite, in der Höhe der Mammilla, eine querverlaufende Narbe, an deren medianem Ende sich eine warzenähnliche, stark erbsengroße Effloreszenz erhebt, die einem Infiltrat aufsitzt, das in der Größe von 2 : 2,5 cm die normal gefärbte Haut einnimmt. 2 cm von dieser ersten Effloreszenz, nach dem Brustbein zu, eine zweite, fast gleich große, aber weichere und heller gefärbte Warze. Am lateralen Ende der Operationsnarbe findet sich eine zweite flache Infiltration von etwa Zweimarkstückgröße, auf der Fascie beweglich aufliegend. Erkrankte Drüsen sind weder in den Schlüsselbeingruben noch in der Achselhöhle mit Sicherheit nachweisbar.

Bei dem schlechten Allgemeinzustande wird von einer diagnostischen Impfung abgesehen; die Anfangsdosis und die tägliche Steigerung der therapeutischen Injektionen wird so gewählt, daß Temperaturerhöhungen möglichst vermieden werden. Die Behandlung begann mit einer Dosis Novantimeristem von 0,000001 g, um allmählich ansteigend nach zwei Monaten die Größe von 0,0045 g zu erreichen. Unangenehme Erscheinungen traten nur bei der ersten Einspritzung auf, wobei Patientin, nach dem Einstoßen der Nadel, schon vor dem Eintritt der Flüssigkeit in das Gewebe, einen schweren Kollaps mit starker Cyanose bekam. Die lokale Reaktion — ohne Temperaturerhöhung — begann nach der achten Injektion, die 0,0002 g Novantimeristem betrug. Beide Infiltrate, das am medianen und das am lateralen Ende der Narbe gelegene, schwollen etwas an, während die Haut darüber sich rötete und auf Berührung empfindlich wurde. Am intensivsten reagierte die erbsengroße Warze auf der mediangelegenen Infiltration; sie sah hochrot, wie entzündet aus und war etwa um das Doppelte ihrer sonstigen Masse vergrößert. Die ganzen Erscheinungen fielen um so mehr auf, als die zweite, nach dem Brustbein zu gelegene Warze gar keine Veränderung zeigte, sondern klein, weich und hellfarbig blieb. Am folgenden Tage, trotz Schutzverband, kleine Blutung aus der im Reaktionsstadium befindlichen Warze; am dritten Tage nach Beginn der Reaktion trocknet sie vollständig ein und wird klinghart, um am fünften Tage unter Zurücklassung einer stecknadelkopfgroßen Geschwürsfläche, die 24 Stunden später vernarbt ist, abzufallen. Die carcinomatösen Infiltrate wurden nach dem Aufhören der reaktiven Entzündung an den Rändern merklich schärfer und im ganzen flacher; sie schwanden fast unmerklich dahin, und war bereits nach einem Monat keine Spur von ihnen mehr nachzuweisen. Da ich aber die bis dahin verbrauchten Mengen der Reinkultur nicht für genügend hielt, eine hohe Immunität hervorzurufen, wurden die Injektionen noch fortgesetzt. Patientin wurde nach 2½ monatlicher Kur geheilt entlassen und befindet sich jetzt drei Jahre nach Beginn der Behandlung, laut brieflicher Mitteilung des Hausarztes und Operateurs, völlig wohl und frei von Rezidiven.

Zur Illustrierung meines Vorgehens bei der Behandlung diene folgende Aufstellung.

Es wurde von mir Vaccine Novantimeristem gegeben:

den 29. Januar = 0,000001 g
„ 30. „ = 0,000005 „
„ 1. Februar = 0,00001 „
„ 2. „ = 0,00005 „
„ 3. „ = 0,00006 „
„ 4. „ = 0,00008 „
„ 5. „ = 0,0001 „
„ 6. „ = 0,0002 „
„ 8. „ = 0,0004 „
„ 9. „ = 0,0006 „
„ 11. „ = 0,0008 „
„ 12. „ = 0,001 „
„ 13. „ = 0,0012 „
„ 15. „ = 0,0014 „
„ 16. „ = 0,0016 „
„ 17. „ = 0,0028 „
„ 18. „ = 0,002 „
„ 19. „ = 0,0022 „
„ 20. „ = 0 0024 „
den 22. Februar = 0,002 g
„ 23. „ = 0,00225 „
„ 24. „ = 0,0025 „
„ 26. „ = 0,00275 „
„ 29. „ = 0,0028 „
„ 1. März = 0,003 „
„ 2. „ = 0,0035 „
„ 3. „ = 0,00375 „
„ 5. „ = 0,00375 „
„ 7. „ = 0,0038 „
„ 11. „ = 0,004 „
„ 14. „ = 0,0045 „
„ 17. „ = 0,001 „
„ 18. „ = 0,0015 „
„ 21. „ = 0,002 „
„ 23. „ = 0,0022 „
„ 25. „ = 0,0024 „
„ 28. „ = 0,0026 „
„ 4. April = 0,003 „

Der nächste und letzte Fall, welchen ich diesmal noch in den Bereich meiner Betrachtungen einbeziehen will, repräsentiert einen ganz anderen Typus: den der bereits kachektischen Kranken. Er unterscheidet sich von den vorhergehenden auch insofern, als die Heilung noch nicht, wie bei diesen (nach einer rezidivfreien Zeit von 3 bzw. 2¾ Jahren), als einwandfrei hingestellt werden kann. Doch ist immerhin die Wahrscheinlichkeit, daß dies Ziel erreicht ist, eine sehr hohe; von einer durch die Behandlung erzielten eklatanten Besserung und einem schon viele Monate anhaltendem Stillstand des Leidens kann man ohne Einschränkung sprechen.

Frau K. aus B., 54 Jahre alt, wurde Ende Mai wegen eines Carcinoms der rechten Mamma operiert. Bald nach der Operation soll eine bedeutende Schwellung des entsprechenden Armes aufgetreten sein, die aber nach einigen Wochen wieder zurückging. Im Oktober wurde eine erneute Zunahme des Umfanges des rechten Armes mit zeitweise starken Schmerzen und dabei ein Rückgang der Ernährung beobachtet. Die Untersuchung ergab ein wegen seines Sitzes inoperables Rezidiv in der Axilla. Ueberweisung an mich zur versuchsweisen Behandlung mit Vaccine.

Befund am 10. Oktober: Anämische und in der Ernährung sehr heruntergekommene Frau. Die starke Abmagerung, die vor der Operation eine sehr bedeutende war (Gewichtsabnahme 40 Pfund), war nach derselben einer mäßigen Gewichtszunahme gewichen, setzte aber jetzt seit einigen Wochen wieder sehr stark ein, was vor allem dem unüberwindlichen Widerwillen gegen Fleischnahrung, überhaupt gegen jede andere Nahrung als Milch, zugeschrieben wird.

Bei der Untersuchung fällt zuerst eine Verschiedenheit des Umfanges der beiden Unterarme auf. Während der linke im oberen Drittel 20 cm mißt, beträgt der Umfang des rechten, an derselben Stelle gemessen, 26 cm. Eine Schwellung der rechten Hand oder des rechten Oberarmes kann nicht konstatiert werden. Die Operationsnarbe ist, entsprechend der fettarmen Haut der Kranken, soweit sie dem Brustkorb gespannt aufliegt, in die Breite gezogen und sehr dünn. Auf diesen Umstand mag es zurückzuführen sein, daß sich in der Mitte der Narbe ein kleines Geschwür von Fünfpfennigstückgröße gebildet hat, das schmierigen Belag zeigt. Die Narbe ist bis zu der durch den Pektoralis gebildeten Falte weich und auf der Unterlage verschieblich; hinter diesem Punkte liegt sie der Unterlage fest auf und ihr Ende ist tief in die Axillargrube hineingezogen. Direkt hinter dem Rande des Pektoralis ist ein bohnengroßes, knorpelhartes Geschwülstchen zu fühlen, das auf dem Rippenrand, wie aus ihm hervorgewachsen, fest aufsitzt und in das Narbengewebe übergehend, dieses fest an die Rippe heftet. Einen Zentimeter vor und mehrere hinter dem Knötchen besteht eine diffuse Infiltration der Narbenränder bis in die Tiefe der Achselhöhle hinabgehend. Diagnose: Inoperables Carcinomrezidiv in der Narbe der Achselhöhle. Nach diesem Befund unterlag es keinem Zweifel, daß die Stauung im Arm durch den Druck des Rezidivs auf die Armvene hervorgerufen wurde, doch war nicht auszuschließen, daß die Infiltration sich schon auf die Gefäßwand erstreckte. Auch davon abgesehen stand fest, daß die Stauungserscheinungen schon nach wenigen Wochen eine bedrohliche Höhe erreichen mußten und eine Rettung nur möglich war, wenn es gelang, den Prozeß in ganz kurzer Zeit zum Stillstand zu bringen. Ich entschloß mich, das sonst von mir geübte Verfahren derart zu modifizieren, daß ich sofort mit einer starken Dosis begann und das Quantum der injizierten Reinkultur jedesmal bedeutend erhöhte, zwischen je zwei Einspritzungen aber eine längere Pause eintreten ließ. Da die auswärts wohnende Patientin ambulant behandelt wurde, konnte eine Kontrolle der lokal auftretenden Reaktion nicht ausgeübt werden; die reaktive Temperatursteigerung (Mundmessung) ist in der nachfolgenden Tabelle aufgezeichnet. Es wurde injiziert unter die Haut des Rückens:

den 11. Nov. = 0,00025 g
„ 14. „ = 0,002 „
„ 21. „ = 0,008 „ T. (abds.) 38,2° C
„ 22. „ = — „ T. (mgs.) 37,3° C, (abds.) 38,5° C
„ 24. „ = 0,002 „ T. (abds.) 36,8° C

den 1. Dez. = 0,004 g
„ 5. „ = 0,004 „
„ 9. „ = 0,0075 „ T. (abds.) 38,1° C
„ 10. „ = — „ T. (abds.) 38,7° C
„ 11. „ = — „ T. (abds.) 36,8° C
„ 13. „ = 0,0075 „ T. (abds.) 38,1° C
„ 14. „ = — „ T. (mgs.) 38,7° C, (abds.) 37,3° C
„ 16. „ = 0,01 „ T. (abds.) 39,5° C
„ 17. „ = — „ T. (mgs.) 37,6° C, (abds.) 36,8° C
„ 23. „ = 0,015 „ T. normal.

Status am 23. Dezember, sechs Wochen nach Beginn der Behandlung; das bohnengroße Knötchen zeigt eine geringfügige Vergrößerung, dagegen ist die diffuse Infiltration zum Stillstand gekommen. Der größte Umfang des rechten Unterarmes beträgt 24 cm, ist also um 2 cm zurückgegangen. Das Körpergewicht hat um vier Pfund zugenommen und das Allgemeinbefinden ist vorzüglich; Patientin hat immer Hunger und ißt alle ihr vorgesetzten Speisen, auch Fleisch, mit dem größten Appetit.

Fortsetzung der Injektionen nach einer 10tägigen Pause am 2. Januar. Erste Dosis 0,01 g Novantimeristem. Es folgen dann am 9. Januar 0,025 g und am 16. Januar 0,05 g. Die Einverleibung dieser beiden letzten Dosen verursachte lebhaften, doch nur kurz dauernden Schmerz an der Injektionsstelle. Bei 0,05 g blieb eine auf Druck empfindliche Verdickung unter der Haut zurück, die im Verlauf der nächsten 14 Tage allmählich zunahm und nach etwa drei Wochen deutliche Fluktuation zeigte. Eine Temperatursteigerung will Patientin seit dem Tage der Injektion nicht gehabt haben. Spontan bestand Schmerz bei Bewegungen des Armes der betreffenden (linken) Seite, die Haut über der Geschwulst war nur geringfügig gerötet, doch druckempfindlich. Bei der Eröffnung des Abszesses entleerten sich etwa 50 g Eiter; sofort mit demselben beschickte Kontrollröhrchen blieben steril genau so, wie die schon früher aus dem verwendeten Präparat angelegten Kulturen.

Die nächste Einspritzung wurde am 22. Februar mit nur 0,025 g eines frisch bezogenen Präparates aus einer anderen Herstellungsreihe der herstellenden Firma bezogen und von mir noch insbesondere auf Keimfreiheit geprüft. Das Präparat war vollkommen steril, es erfolgte aber wieder bei fieberlosem Verlauf Abszedierung. Dasselbe Schicksal hatte eine dritte, mit einer gleichstarken Dosis 5 Wochen später gemachte Injektion.

Das Sterilbleiben der Kontrollkulturen und der Umstand, daß andere Kranke, die mit kleineren Mengen Novantimeristem aus denselben Herstellungsserien behandelt worden waren, am Orte der Applikation nicht die geringsten entzündlichen Erscheinungen darboten, läßt wohl den Schluß zu, daß die verwendete Menge an der Bildung des Abszesses schuld, daß bei 0,025 g Reinkultur das Maximum der Resorptionsfähigkeit des carcinomatös erkrankten Organismus erreicht ist. Ob damit auch die Immunisierung abgeschlossen, einer weiteren Ausbreitung des Carcinoms Einhalt getan ist, muß die Erfahrung noch lehren. Einstweilen konnte ich in diesem Falle konstatieren, daß der Prozeß seit Ende Dezember nicht die geringsten Fortschritte gemacht hatte.

Der neun Monate nach Beginn der Behandlung mit Novantimeristem und elf Monate nach Auftreten des Rezidivs erhobene Status ist folgender:

Das Körpergewicht der Kranken hat in den verflossenen neun Monaten um 14 Pfund zugenommen; das kachektische Aussehen ist völlig verschwunden und hat einer frischen Farbe Platz gemacht. Alle Körperfunktionen sind geregelt, Appetit und Schlaf lassen nichts zu wünschen übrig; es besteht weder Schmerz noch Ermüdung, und Lebenslust und Schaffensfreudigkeit ist bei der Patientin wieder eingekehrt. Was den Lokalbefund anbetrifft, so ist zuerst zu bemerken, daß der Umfang des Armes auf 24 cm stehen geblieben ist gegenüber 20 cm des gesunden Armes (Druck der Narbe auf die Armvene). Das der Rippe in der Achselhöhle aufsitzende Knötchen hat die Größe beibehalten, welche es bei der Befundaufnahme Ende Dezember vorigen Jahres aufwies; es ist knorpelhart und geht in eine harte, 1½ cm lange und etwa 1 cm breite Narbenmasse über, die als Rest und Effekt des früher hier vorhandenen Infiltrates resultiert. Wie ich, die Besprechung des Falles einleitend, schon erwähnte, betrachte ich das Resultat noch nicht als Heilung und behalte mir vor, darüber nach Verlauf eines weiteren Jahres ein Urteil zu fällen. Immerhin liegt zum wenigsten ein gänzlicher Stillstand vor, und das bedeutet bei der Inoperabilität und völligen Aussichtslosigkeit der Erkrankung nach unseren sonstigen Begriffen, verbunden mit dem vortrefflichen Allgemeinbefinden einen glänzenden Erfolg.

Diesen günstig verlaufenen Fällen stehen eine größere Zahl nicht geheilter gegenüber. Ich bemerke aber, daß diese letzteren alle in einem weiter vorgerückten Stadium zur Behandlung kamen; alle waren Rezidive nach bereits ein- oder mehrmals vorausgegangener Operation und alle waren inoperable Rezidive, weil die mit meiner Therapie erzielten günstigen Resultate bei mir den Grundsatz, daß jede maligne Erkrankung, handele es sich um Primärgeschwulst oder Rezidiv, operativ anzugreifen ist, sofern noch Hoffnung auf dauernde Wiederherstellung vorhanden, in keiner Weise erschüttert haben. Bleiben doch auch dann leider noch genug Kranke übrig, bei denen ein Versuch mit der Novantimeristembehandlung gemacht werden kann, denn es gehen doch von allen Operierten immer noch 80% und mehr früher oder später an zum Schluß inoperablen Rezidiven zugrunde. Wie ich an anderen Stellen bereits ausgeführt habe, liegt der Zeitpunkt zur Betätigung einer nicht operativen, immunisierenden Therapie in den ersten Wochen nach der operativen Entfernung der malignen Geschwulst. Denn ob wir Anhänger der parasitären oder nichtparasitären Theorie der Entstehung dieser Geschwülste sind, ob wir die schrankenlos wuchernde Zelle durch zytolytisches oder den Parasiten durch bakterizides Serum vernichten wollen, so ist von einem Verfahren, von dem — sagen wir einmal empirisch — festgestellt ist, daß es hemmende und zerstörende Wirkungen derart ausübt, dann am meisten zu erwarten, wenn es diese Wirkungen nur gegen wenige Zellen oder parasitische Keime zu entfalten braucht.

Auf das kombinierte passive und aktive Immunisierungsverfahren, also auf die Anwendung von Immunserum (Matusem) und meiner Vaccine (Novantimeristem) zusammen, werde ich in einer meiner nächsten Arbeiten ausführlich eingehen. Nach meinen bisherigen Erfahrungen dürfte aber die gleichzeitige passive Immunisierung in den meisten Fällen indiziert sein, denn ich sah schon auf 2 bis 3 größere Serumgaben bei meist reaktionslosem Verlauf eine auffallende Besserung des Allgemeinzustandes, gänzliches Verschwinden der Schmerzen, Erweichung, oft sogar eine ganz erhebliche Verkleinerung der Tumoren. Es muß aber stets an die passive Immunisierung die aktive Immunisierung angeschlossen werden, die die Hauptarbeit zu leisten hat. Auch bei operierten Kranken halte ich es für zweckmäßig, gleich nach der Operation einige Serumdosen zu geben und dann die aktive Immunisierung (Schnellimmunisierung) durchzuführen.

48.8
F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 951 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 4 BERLIN, DEN 28. FEBRUAR 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
MAR 23 1926
U.S. Department of Agriculture

Gegen Uebersäuerung des Magens!

Otreon

Tetramethoxybenzylisochinolin. hydr., Bism. carb., Magnes. carb., Corp. spum.

Schaumkörper-Therapie

mit ihrer gleichmässig hochpotenzierten Oberflächenwirkung

Die Übertragung unserer bewährten Schaumkörpertherapie auf die Magenhöhle bringt zwei wesentlich neue, physikalisch-chemische Gesichtspunkte in die Bekämpfung abnormer Säuerungsvorgänge:

1. *Der kolloide Schaum bewirkt bei maximaler Oberflächenentwicklung ein gleichmäßiges und zuverlässiges Eindringen des in ihm suspendierten therapeutischen Agens in alle Buchten und Falten der Magenhöhle.*
2. *Der kolloide Schaum läßt die in feinste Bläschen dispergierte Kohlensäure nur allmählich entweichen und vermeidet so die Ueberladung des Magens und alle anderen unangenehmen Nebenwirkungen, z. B. Druckgefühl, Aufstoßen etc. etc.*

Ein besonderer Vorteil der großen Oberflächenentwicklung des Otreon ist es, daß durch minimale Dosen des Pharmakons erreicht wird: volle Bindung der überschüssigen Säure, Herabsetzung der Säureproduktion und Beseitigung schmerzhafter Zustände und quälender Sensationen.

Handelspackung: Schachtel mit 40 Tabletten zu 0,25 g.

Proben und Literatur auf Wunsch.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN.

Wohlschmeckende, vitaminreiche
LEBERTRAN-KRAFTNAHRUNG:

Maltosellol

hergestellt aus reinstem Lofotenlebertran mit Zusatz von Malzextrakt, Kakao und Lecithin.
Erhöhter Nährwert!
Kein störender Trangeschmack!
Durch MALTOSELLOL allein erreicht man die Durchführung einer Lebertrankur, die sonst gewöhnlich vorzeitig abgebrochen wird.

GEHE & CO., A.-G. Gehe DRESDEN-N.

Optochin hydrochloricum
empfohlen zur intralumbalen Behandlung der
Epidemischen und Pneumokokken-
Meningitis.

Aus der **Literatur** seien erwähnt: Wolff und Lehmann, Deutsche Med. Wochenschrift 1913, Nr. 51. — Loewe und Meyer, Berliner Klinische Wochenschrift 1915, Nr. 39. — Friedemann, Berliner Klinische Wochenschrift 1916, Nr. 16 und 1922, Nr. 21. — Lippmann, Berliner Klinische Wochenschrift 1917, Nr. 32 — Rosenow, Deutsche Med Wochenschrift 1920, Nr 1 und Klinische Wochenschrift 1922, Nr. 26. — Bardachzi, Medizinische Klinik 1920, Nr 5. — Leschke, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1920, Nr. 20 und Berliner Klinische Wochenschrift 1921, Nr. 52. — Cordua, Berliner Klinische Wochenschrift 1921, Nr. 45. — Blühdorn, Medizinische Klinik 1922, Nr. 19. — Schack, Münchener Medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 43. — Henning, Medizinische Klinik 1924, Nr. 52. — Meyer, Therapie der Gegenwart 1925, Nr. 4. — Steinbrink, Therapie der Gegenwart 1925, Nr. 4. — Wolff, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1925, Nr. 27.

Literatur und Proben
auf Wunsch.

Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co., G.m.b.H.
Frankfurt am Main-Süd 10

Literatur und Proben
auf Wunsch.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Universitäts-Frauenklinik Königsberg. (Direktor: Prof. Dr. Zangemeister.)

Priv.-Doz. Dr. H. Naujoks: Die praktische Bedeutung der zeitlich begrenzten Sterilisierung der Frau . . . 133

Priv.-Doz. Dr. A. Meesmann, 1. Assistent an der Univ.-Augenklinik in der Charité Berlin: Die klinische Bedeutung der Mikroskopie des lebenden Auges an der Gullstrandschen Spaltlampe . . . 137

Aus dem Diakonissenhaus Henriettenstift Hannover, chir. Abt. Chefarzt: Prof. Oehler.

Dr. Max Baumann, 1. Assistenzarzt: Die Gefahren bei chirurgischen Eingriffen und ihre Bekämpfung . . . 142

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln. (Direktor: Prof. Aschaffenbrug.)

Dr. Kurt Blum: Ueber die Zisternenpunktion . . 147

Dr. Elsa Kottmaier, Fachärztin für Hautleiden, Mainz: Varizenbehandlung in der Praxis . . . 151

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkrankheiten, Baden-Baden. (Leit. Arzt: Dr. H. Malten.)

Dr. Hans Malten: Das Licht-Pigment . . . 153

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 1 . . . 155
Münchener med. Wochenschrift 1925, Nr. 52, 1926, Nr. 1 . . . 156
Medizinische Klinik 1926, Nr. 1 . . . 156
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1925, Nr. 23 . . 156
Zeitschrift für die gesamte phys. Therapie, **31**, Heft 1 157
Zeitschrift für Tuberkulose, **44**, Heft 1 . . . 157
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1925, **99**, Heft 3 u. 4 . . . 158
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1925, **60**, Heft 2, 1926, Heft 3/4 . . . 158
Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage, **47**, Heft 1 . . . 159
Zeitschrift für Urologie, **19**, Heft 12 . . . 160
Zeitschrift für Urologie, Beiheft . . . 160
Archiv für Gynäkologie 1925, **126**, Heft 1 . . . 161
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1925, **89**, Heft 1 . . . 162
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1925, **71**, Heft 5/6 . . . 164
Zeitschrift für Kinderheilkunde 1925, **40**, Heft 4 . . . 164
Jahrbuch für Kinderheilkunde 1925, **111**, Heft 1/2 . . 165
Archiv für Kinderheilkunde 1925, **76**, Heft 4 . . . 165
Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene **1925**, Heft 11, 12 . . . 165
Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege, **2**, Heft 1/2 . . . 166
Dermatologische Wochenschrift, 1925, **81**, Nr. 49-51 . 166
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1925, **149**, H. 3 167
Wiener klinische Wochenschrift 1925, Nr. 49, 50 . . 167
Schweizer Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 1 . 168
Rev. médic. de la Suisse Romande 1925, **45**, Nr. 11-13 168
Finska Läkaresällskapets Handlingar 1925, **67** . . . 169
Acta Medica Scandinavica 1925 . . . 169
Hospitalstidende 1925, Nr. 43-46 . . . 170
Ugeskrift for Laeger 1925, Nr. 48-50 . . . 170
Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1925, Nr. 12, 1926, Nr. 1 . . . 170
Hygiea 1925, Heft 21-24 . . . 171
British medic. Journal 1925 . . . 171
The Lancet 1925, **2**, Nr. 23-24 . . . 172
El Siglo médica Madrid 1925, **72**, Nr. 3747—3755 . . 173
Il Policlinico, Sez. prat. 1925, Nr. 49-52 . . . 173
La Riforma médica 1925, Nr. 49-52 . . . 174
Revue d'Orthopédie, Paris 1924, **31**, Heft 5 . . . 174
Journal of the American Medical Association, Chicago 1925 . . . 175
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine 1925, Vol. XI, Nr. 2 . . . 175
The Boston Medical and Surgical Journal 1925, Nr. 1—14 . . . 176
Surgery, Gynecology and Obstetrics 1925, **41**, Nr. 3 178
American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis . . . 178
American Journal of Diseases of Children 1925, **30**, Nr. 5 . . . 179

Buchbesprechungen . . . 180

Mitteilungen . . . 180

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Heinz Schmeidler, Berlin, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten: Zur Frage der internen Aknebehandlung . . . 181

San.-Rat Dr. Otto Günther, München: Arzneischaum-Therapie bei Hyperacidität . . . 181

Besondere Beilage

der Firma **Knoll A.-G., Ludwigshafen a. Rh.,** betr. **BROMURAL (Knoll).**

Primulatum fluid.

Perextraktivprodukt aus Viola+Primula zur Ausschaltung der ausländischen Drogen Senega und Ipecacuanha mit erhöhter expektorierender Wirkung.

Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern.

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22

NITROSCLERAN

Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.

Subkutan, intravenös und oral.

— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

Silicol

Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen Lungenkrankheiten,
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphor** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

KÜNSTLICHE
HÖHEN
SONNE
„ORIGINAL HANAU"

Ultraviolett-Bestrahlungen
mit der Quarzlampe
„Künstliche Höhensonne" — Original Hanau

Unsere Fabrikmarke „Original Hanau" verbürgt höchste technische Leistung und sichere therapeutische Erfolge, die durch bis jetzt über 1400 Publikationen und zahlreiche Lehrbücher belegt sind.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Gleichstrom nur G.-M. 165.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Wechselstrom nur G.-M. 385.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Gleichstrom nur G.-M. 190.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Wechselstrom nur G.-M. 410.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bequeme Ratenzahlung nur innerhalb Deutschlands.

Verlangen Sie unseren neuen Hauptprospekt nebst neuen Preisblättern // Bitte nennen Sie Stromart und Spannung.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839.

Bei Grippe

sind als rasch und zuverlässig wirkende Mittel zu empfehlen

J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN

Salipyrin
und
Neohexal

Salipyrin: Rollen mit 10 u. 20 Tabl. 0,5 g, Rollen mit 20 Tabl. 0,1 g
Neohexal: Röhren mit 10 und 20 Tabl. 0,5 g, Trockenampulle 1,0 g

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 4 28. FEBRUAR 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg
(Direktor: Professor Dr. Zangemeister).

Die praktische Bedeutung der zeitlich begrenzten Sterilisierung der Frau.

Von

Priv.-Doz. Dr. H. NAUJOKS.

Der Aufforderung der Redaktion dieser Zeitschrift, einen kurzen Aufsatz über den Stand der Frage der temporären Sterilisierung zu schreiben, komme ich gern nach, erstens weil gerade in letzter Zeit recht viel mit dem Begriff operiert wird und manche stark differierenden Meinungen dabei zum Vorschein kommen, und zweitens, weil ich aus Anfragen, Unterhaltungen, Mitteilungen den Eindruck erhalten habe, daß die „temporäre Sterilisierung“ sich allzu schnell in der Allgemeinmedizin festgesetzt hat, daß der Praktiker das äußerst schwierige Problem schon für gelöst hält und schwerwiegende Konsequenzen daraus zieht.

Gerade die auf den ersten Blick bestechende Röntgensterilisierung ist durchaus noch nicht soweit ausgearbeitet und entwickelt, daß man — vielleicht sogar unter primitiven technischen Bedingungen — zu einer weitgehenden praktischen Anwendung schreiten könnte.

So war ich z. B. höchst erstaunt, ja entsetzt, als ich — schon mehrfach! — erfuhr, daß junge Frauen aus bisweilen recht vager Indikation heraus (mehrere Kinder, Nervosität, allgemeine Körperschwäche) bestrahlt worden waren und die strikte Angabe erhalten hatten, sie würden jetzt 2, andere 3 Jahre vor jeder Schwangerschaft sicher sein, danach träten die Perioden wieder wie früher auf und sie könnten erneut schwanger werden oder — wenn sie wollten — sich auch noch einmal eine solche Erholungszeit gönnen.

Von irgendwelchen Beschwerden nach der Bestrahlung, von einer Unsicherheit der ihnen gemachten Zeitangabe, von Bedenken und Gefahren war ihnen nichts gesagt worden. Wenn die Patientinnen meinen Rat noch vor dem Eingriff erbaten, so habe ich mich ausführlich über das Für und Wider ausgelassen, habe ihnen genauestens die Schwierigkeiten und Unsicherheiten, die heute noch der Methode anhaften, auseinandergelegt und ihnen selbst die Entscheidung überlassen. Erfuhr ich von der ausgeführten Bestrahlung erst nachträglich, so behielt ich mein Erstaunen über den Optimismus und die Verantwortungsfreudigkeit der Kollegen wohlweislich für mich und bat die Frauen nur, mich über ihr Befinden und das weitere Ergehen auf dem Laufenden zu erhalten.

So bedeutend und wertvoll das Problem der temporären Sterilisierung auch ist, für so wichtig und notwendig ich den weiteren Ausbau, die Vervollkommnung des Gedankens halte, so gefährlich und bedenklich erscheint mir andererseits ein zu früher Uebergang in die allgemeine Therapie, nicht nur wegen der Gefahr laxerer Indikationsstellung, sondern vor allem wegen der schwierigen Methodik. Das Fehlen einer exakten kritischen Beobachtung, einer klinischen Kontrolle bringt uns erstens keinen Schritt weiter und kann andererseits bei Fehlschlägen die Patienten gefährden, uns das Vertrauen unserer Klientel schnell rauben und so der ganzen Idee kolossal schaden, sie eventuell zum Untergang verdammen.

Im folgenden will ich nun einige Indikationen für die temporäre Sterilisierung nennen, die Methoden, die Wege ihrer Ausführung darlegen und zum Schluß die Bedeutung für die Praxis erörtern. Wir werden dabei feststellen, wie unklar und diffizil das ganze Problem ist, daß es eben noch ein „Problem“ ist, dem wohl großes wissenschaftliches Interesse zukommt, das aber für die Einführung in die Praxis noch nicht reif ist, das hierzu noch mancher Klärung und Einigung bedarf.

Die Berechtigung zur Vornahme einer nur zeitweiligen Konzeptionsausschaltung liegt sowohl auf medizinischem, wie auch auf ethischem und bevölkerungspolitischem Gebiet.

Sie findet medizinisch ihre Begründung in der Tatsache, daß eine ganze Reihe von Krankheiten, die zurzeit eine Schwangerschaft verbieten, einer solchen Besserung oder gar Ausheilung fähig sind, daß später wieder ohne Schaden der Gestationsprozeß durchgemacht werden kann.

Natürlich kommen für diese Maßnahmen, solange die Methoden der temporären Sterilisierung noch nicht aller Gefahren entkleidet, zum mindesten unsicher und wenig erprobt sind, nur vereinzelte Krankheiten, und von diesen wiederum nur besondere Stadien in Betracht; doch wird dies Verfahren mit zunehmender Sicherheit und Exaktheit immer mehr Fälle in sein Anwendungsbereich ziehen und die rohe verstümmelnde Dauersterilisation immer mehr zurückdrängen.

Und gerade nach dieser Richtung hin soll das neue Verfahren sein Indikationsgebiet erweitern, damit wird es sich auch unzweifelhaft einen ethischen Wert und eine bevölkerungspolitische Bedeutung erringen.

Bei mancher Krankheit, die eine gewisse Hoffnung auf Besserung bietet, wird jetzt das reversible Verfahren mit seiner Möglichkeit der Restitution Patientin und Arzt erheblich mehr befriedigen, manch ein Kind, dessen Existenz früher bei der Methode der Dauersterilisierung von vornherein ausgeschlossen war, wird jetzt noch gewonnen werden und zu einem gesunden Glied des Staates heranwachsen können.

Die Aufstellung medizinischer Indikationen für das Verfahren der temporären Sterilisierung hat ihre großen Schwierigkeiten, solange dieses noch in der Entwicklung begriffen ist.

Es soll sich darum im folgenden auch nicht um eine lückenlose Indikationslehre, um feste Leitsätze handeln, sondern ich will nur eine Reihe von Beispielen geben, bei denen eine zeitweilige Konzeptionsausschaltung berechtigt und begründet erscheint.

An erster Stelle steht hier ohne Zweifel die Lungentuberkulose, die mit ihrem verschiedenen und oft recht überraschenden Verlauf immer wieder den Wunsch nach einem rückgängig zu machenden Verfahren auftauchen läßt. Sie ist die häufigste Erkrankung, bei der der Internist die Intervention des Geburtshelfers verlangt, bei der andererseits der Gynäkologe auf das Urteil des internen Mediziners angewiesen ist.

Haben wir bei einer jungen Frau wegen Lungentuberkulose die Schwangerschaft unterbrechen müssen, so fällt uns fast stets auch die Aufgabe zu, sie vorläufig vor weiteren Graviditäten zu schützen, wollen wir nicht die günstige Wirkung des künstlichen Abortes illusorisch machen, denn bei der erhöhten Libido und der großen Fertilität der Tuberkulösen ist mit einer neuen Schwangerschaft in Kürze zu rechnen.

Die Dauersterilisierung kann bei einer jungen, kinderlosen Frau höchst ungünstig auf die Psyche wirken; wir werden sie daher, wenn irgend möglich, vermeiden. Vor allem aber sprechen die Fälle sehr für die temporäre Sterilisierung, in denen nach dem Abortus arteficialis eine derartige Besserung oder Heilung der Tuberkulose eintrat, daß später Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ohne Schaden durchgemacht wurden (Winter, Schuhmacher, Lehmann).

Schweitzer sah sogar 1—3 rechtzeitige Geburten nach längere Zeit zurückliegender künstlicher Unterbrechung wegen manifester Tuberkulose, ohne daß ein Aufflackern der Erkrankung bemerkt worden wäre.

Welche Formen, welche Stadien eignen sich nun voraussichtlich für das Verfahren der temporären Konzeptionsausschaltung?

Die Zusammenstellung der Resultate der künstlichen Aborte und der Nachuntersuchungen führt zu folgender Formulierung: Jedem künstlichen Abort wegen Lungentuberkulose soll die Sterilisierung folgen, und zwar in der reversiblen Form

a) bei der manifesten Tuberkulose jüngerer Frauen im ersten Turbanstadium, wenn durch die äußeren Verhältnisse eine Aussicht auf rationelle Behandlung und wesentliche Besserung gegeben ist;

b) bei weiter fortgeschrittenen Fällen nur dann, wenn der ausdrückliche Wunsch oder ganz besondere Umstände der Dauersterilisierung entgegenstehen, und dazu der Eingriff leicht und gefahrlos durchzuführen ist.

Wenn bei einer größeren Anzahl von Kranken unser Verfahren auch unnütz eingeschlagen sein sollte, wenn die erhoffte Besserung auch ausbleibt, so haben wir keinesfalls geschadet. Wir haben dem Zustande der Mutter voll Rechnung getragen und doch bei einer Reihe von Kindern die Möglichkeit der Existenz nicht von vornherein ausgeschaltet.

Ueber Herzkrankheiten, welche eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft notwendig gemacht hatten, nach einigen Jahren aber spontan oder durch sachgemäße Therapie sich soweit besserten, daß dem Herzen ohne größere Gefahr wieder eine Gravidität zugemutet werden konnte, berichten eine ganze Reihe von Autoren (Fellner, Benthin, Nelius, Frey).

Brauchbare Zahlenangaben oder gar größere Statistiken über einen solchen Verlauf konnte ich nicht auffinden, so daß man für unsere Fragestellung lediglich auf die internistische Prognosenstellung angewiesen ist, die bei Komplikation mit dem Gestationsprozeß allerdings immer wieder einmal Ueberraschungen bietet.

Danach wäre die temporäre Sterilisierung an einen künstlichen Abort anzuschließen:

1. wenn bei einem Klappenfehler leichtere Kompensationsstörungen in mehreren Schwangerschaften aufgetreten sind und die Fertilität eine große ist;
2. bei ernsteren Dekompensationserscheinungen, wenn die medikamentöse Beeinflussung auffallend gut gelingt und die Nebenumstände besonders günstig liegen;
3. bei einzelnen Fällen von Endokarditis, die nach Frey bei genügend langer Ruhezeit vollkommen abheilen kann.

Von weiteren Erkrankungen, die aber eine erheblich geringere Rolle spielen, wären zu erwähnen die wiederholte Hyperemesis, rezidivierende Schwangerschaftspsychosen, mittelschwere Fälle von Basedow, schwerste Fälle von Pyelitis u. a.

Eine Reihe von Genitalerkrankungen, wie Myome, gonorrhoische Pyosalpingen, rekurrierende Adnexentzündungen, werden vielfach mit vollem Recht und bestem Erfolg der sog. temporären Strahlenkastration unterworfen; diese Anzeigen berücksichtige ich hier aber überhaupt nicht, da es sich hierbei nicht um eine eigentliche Sterilisierung im Sinne der Vermeidung des Gestationsprozesses handelt, sondern vielmehr um die Bekämpfung von Blutungen, um die Unterdrückung der Menstruationswelle, die mit unserem Thema direkt nichts zu tun hat. Und von einer temporären Sterilisierung zu sprechen bei einer an sich sterilen Frau (Gonorrhoe, Tuberkulose) — wie es neuerdings mehrfach geschieht, erscheint mir nicht sonderlich logisch.

Die nicht medizinischen Anzeigen spielen für unsere Fragestellung kaum eine Rolle.

Eugenetische Indikationen können bei dem Stande unserer heutigen Kenntnisse von der Vererbung als Grundlage für therapeutisches Handeln, speziell für temporär-sterilisierende Maßnahmen keinesfalls herangezogen werden.

Soziale Momente in reiner Form dürfen keinerlei Bedeutung haben, doch müssen diese Faktoren bei der Prognose einer Lungentuberkulose, bei den Auswirkungen eines Herzfehlers durchaus Berücksichtigung finden, denn von ihnen hängt ja weitgehend die Weiterentwicklung, der Verlauf einer Krankheit ab, deren exakte Beurteilung die Grundlage für unsere ganzen Bestrebungen ist.

Gerade bei den zeitweilig-sterilisierenden Maßnahmen, die bei weiterem Ausbau der Methode vielleicht sehr schnell sich allgemeine Beliebtheit erwerben könnten, muß dringend vor laxer Auffassung, vor Lockerung der Indikationsumgrenzung gewarnt werden. Nicht Gesetzgeber und Strafrichter sollen hier die Hüter der ärztlichen Ethik sein, sondern sorgfältige kritische Beobachtung, Ehrlichkeit, Gewissenhaftigkeit können allein die Richtschnur für unser Handeln geben.

Dieser Versuch einer Anzeigestellung für die temporäre Sterilisierung hat gezeigt, daß in einer gewissen, wenn auch vorläufig nicht allzu großen Reihe von Krankheitsfällen ein Verfahren mit reversiblem Charakter erwünscht wäre. Wie steht es nun mit den tatsächlich vorhandenen Methoden? Haben wir wirklich Mittel und Wege, einer Frau die Konzeptionsfähigkeit für eine bestimmte Zeit ohne Schaden für ihr sonstiges Befinden auszuschalten?

Auf zwei ganz verschiedenen Wegen ist es möglich, dieses Ziel zu erreichen:

a) durch operative Maßnahmen,
b) durch strahlentherapeutische Eingriffe.

Aus der deutschen Literatur und den in ihr vorhandenen Referaten habe ich 25 verschiedene Operationsverfahren zusammenstellen können, die alle eine willkürlich abzugrenzende Unfruchtbarkeit bezwecken. Sie spielen sich meist an den Tuben oder an den Ovarien, nur selten am Uterus ab. Die Einzelheiten und technischen Unterschiede zu erörtern, würde viel zu weit führen. Das Prinzip fast aller dieser Maßnahmen besteht darin, die natürliche Verbindung zwischen Eierstock und Uterushöhle zu unterbrechen, um sie später durch einen neuen Eingriff wiederherzustellen.

Der erste Zweck wird dadurch erreicht, daß die Tube unterbunden, durchschnitten, reseciert oder dislociert und versenkt wird oder schließlich dadurch, daß das Ovarium verlagert und vergraben wird, damit die Eier nicht aus der abgedeckten Höhle heraus in die freie Bauchhöhle gelangen können.

Die Wiederherstellung des alten Zustandes ist dann in der Weise geplant, daß die lädierte Tube wieder geöffnet und durchgängig gemacht wird, bzw. der Eierstock ausgegraben und an seinen alten Platz zurückverlagert wird.

Bei diesen Methoden sind Versager in größerer Zahl schon bei dem ersten Akt der Operation bekannt geworden, d. h. es trat mehr oder weniger schnell nach dem Eingriff eine unerwünschte und schädliche Schwangerschaft ein. Der zweite Eingriff, der die Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit zum Ziele hat, ist nach den Aufzeichnungen der Literatur überhaupt erst zweimal vorgenommen worden, einmal mit unbekanntem, einmal mit gutem Resultat.

Den einzigen einwandfreien Erfolg hat van de Velde mit der intraperitonealen Versenkung der Eierstöcke und späteren Befreiung aus ihrem Versteck erzielt.

So sehen wir, daß die zahlreichen, vielfach sorgfältig durchdachten Operationsverfahren nicht voll befriedigen; sie sind technisch zum größten Teile sehr kompliziert, in ihrem Effekt durchaus nicht zuverlässig und erfordern vor allem einen zweimaligen Eingriff mit allen möglichen Gefahren und Unbequemlichkeiten.

Der zweite Weg, auf dem man zu einer zeitweiligen Aufhebung der Konzeptionsfähigkeit kommen kann, die Bestrahlung der Eierstöcke, ist nun schon theoretisch nicht so fest fundiert und macht praktisch, in seiner exakten Verfolgung noch die allergrößten Schwierigkeiten.

Die therapeutischen Maßnahmen gehen von der klinischen Tatsache aus, daß mehrfach nach Ovarial-Bestrahlung die Perioden nur eine Zeitlang, ein paar Monate oder auch einige Jahre ausblieben, um dann wieder in normaler Stärke und normalem Abstande aufzutreten. Aus dieser Beobachtung schloß man auf eine verschiedene Sensibilität der Follikel den Strahlen gegenüber, und zwar in der Weise, daß die älteren reifenden Follikel erheblich weniger resistent sind als die jungen Primordialfollikel, die bei einer bestimmten Strahlendosis ungeschädigt bleiben, nachreifen und nach einigen Monaten oder Jahren wieder normale Menstruationen auslösen.

Ob der Vorgang sich wirklich so einfach restlos erklären läßt, mag zunächst dahingestellt bleiben. Jedenfalls trägt diese Hypothese unseren klinischen Beobachtungen sehr gut Rechnung.

Die therapeutischen Konsequenzen führen nun dahin, den Eierstöcken eine Strahlendosis zu applizieren, die nur so viel Follikel ausschaltet, wie der gewünschten Amenorrhoe- und Sterilitätsdauer entsprechen. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen auf der Hand: kurze, ambulant und sehr bequem durchzuführende Behandlung, die bei gutem Instrumentarium 1—1½ Stunden dauert, keine Belästigung, keine Gefährdung der Patientin, kein Krankenlager, keine größeren Kosten.

Wie steht es aber nun mit der Kehrseite? Tritt die Unfruchtbarkeit sicher und prompt ein? Wann hört sie auf? Sind keine Schädigungen zu erwarten?

Solche und ähnliche Fragen muß man sich natürlich angesichts dieses neuen, noch nicht völlig geklärten, beinahe etwas geheimnisvoll anmutenden Verfahrens mit vollem Recht vorlegen.

Zur objektiven Würdigung der Strahlensterilisierung wollen wir die Bedenken und Befürchtungen, die Nachteile und Unsicherheiten der Methode systematisch ordnen und kritisch besprechen.

Zunächst soll nur von den Röntgenstrahlen die Rede sein.

1. Der Schutz vor Gravidität, die Sterilität setzt meist nicht prompt ein, sondern die Perioden treten nach der Bestrahlung vielfach noch einmal, bisweilen auch mehrfach auf.

Weigand beobachtete bei 10 Frauen keine, bei 20 Frauen eine, bei 36 Frauen zwei, bei 11 Frauen drei und bei 5 Frauen sogar vier Menstruationen nach der Bestrahlung.

Die Erklärung ist wohl darin zu suchen, daß die vollkommen ausgereiften Follikel (ähnlich d. Primordialfollikeln) resistenter sind als die reifenden Follikel (Kadisch, Weigand u. a.).

In diesen ersten 2, 3, 4 Monaten kann die Frau, die schon auf den Strahlenschutz traute, sehr wohl von einer unerwünschten und gefährlichen Schwangerschaft überrascht werden.

2. Die Dauer der Konzeptionsunfähigkeit können wir auch nicht exakt regulieren, erstens weil wir die Sensibilitätsunterschiede der einzelnen Follikel nicht kennen, zweitens weil überhaupt die genaue Dosisbemessung in der Strahlentherapie noch immer die größten Schwierigkeiten macht. Wir beobachten eine Amenorrhoe von 3, 4 Monaten, aber auch solche von 3 bis 4 Jahren; eine sichere Vermeidung der Dauersterilisierung können wir einer Frau, besonders jenseits der 35 Jahre auch nicht versprechen. Die Spanne zwischen der Dosis, die eine Sterilität für wenige Monate macht und jener, die eine irreparable Unfruchtbarkeit zur Folge hat, ist recht kurz; sie kann exakt erfaßt und beachtet werden nur bei ganz besonders wertvollem Instrumentarium, den modernsten Meßapparaten und sorgfältigsten theoretischen Berechnungen. Die Arbeiten der Würzburger Klinik haben in diesem Punkte eine erhebliche Klärung und Förderung gebracht. — Von einer zeitlichen Regulierung der Dauer der Unfruchtbarkeit in der röntgenologischen Allgemeinpraxis kann aber heute noch gar nicht die Rede sein; und vor derartigen Versprechungen den Patienten gegenüber ist direkt zu warnen.

3. Die subjektiven Beschwerden, die sogenannten Ausfalls- oder Kastrationserscheinungen der bestrahlten Frauen werden m. E. vielfach zu hoch bewertet. Ich habe speziell nach dieser Richtung hin Untersuchungen

an dem Material unserer Klinik angestellt, deren Ergebnisse ich kurz dahin zusammenfassen möchte:

Die vasomotorischen Störungen (Wallungen, Herzklopfen, Schweißausbrüche) traten noch am meisten in Erscheinung, sie zeigen sich schon wenige Wochen nach der wirksamen Bestrahlung bei fast allen Patienten, halten in zum Teil recht quälender Intensität mehrere Monate an, um dann erst etwas abzuklingen, und mit dem Einsetzen der ersten Menstruation vollkommen zu schwinden.

Trophische Störungen am Genitalapparat, Fettansatz und andere somatischen Veränderungen werden nicht regelmäßig festgestellt, sind dann auch nicht allzu sehr ausgesprochen, stehen bisweilen nur in unsicherem Zusammenhang mit der Bestrahlung.

Der Einfluß der Ovarialbestrahlung auf die Psyche und das Sexualleben ist nicht groß; nur bei an sich schon psychisch labilen Personen tritt eine stärkere Alteration auf, während bei der nervengesunden Frau die Veränderung ganz geringfügig ist; die vita sexualis wurde im allgemeinen nicht besonders gestört, allerdings gaben einige Frauen eine gewisse Herabsetzung der Libido an.

4. Mit dem letzten Vorwurf gegen die temporäre Röntgensterilisierung, der Keimschädigung, müssen wir uns ein wenig eingehender befassen, weil dieser Gegenstand gerade jetzt — auch auf dem letzten Gynäkologenkongreß — sehr lebhaft diskutiert wird, und weil mit seiner Entscheidung die ganze Frage der Ovarialbestrahlung junger Frauen steht und fällt.

Die theoretischen Bedenken sind darin begründet, daß eine Bestrahlungsdosis, die eine ganze Anzahl von Follikeln vernichten soll und auch vernichtet, doch sehr wohl auch andere, etwas weniger empfindliche lädieren könnte, so daß diese nun eine krankhafte Weiterentwicklung durchmachen und schließlich nach der Befruchtung zu Mißbildungen oder Kümmerformen führen.

Diese rein theoretischen Befürchtungen erhielten zunächst neue Nahrung, als mehrere Fälle von Fruchtschädigung beschrieben wurden, z. B. Microcephalie, Wachstumshemmungen, Augenstörungen nach direkter Bestrahlung eines in utero sich entwickelnden Foetus.

Während diese „Fruchtschädigung" durch mehrere einwandfreie Beobachtungen in positivem Sinne entschieden ist, tobt um die Existenz der „Keimschädigung" die zustande kommt durch Alteration des unbefruchteten Eies, ein bisweilen recht temperamentvoll geführter Kampf.

Eine recht große Anzahl von Forschern hat versucht, diese Frage mit Hilfe des Tierexperimentes zu klären, beträchtliches Material ist zusammengetragen, leider sind die Ergebnisse nicht absolut einheitlich.

Die Bestrahlung von Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen führte teils zu Sterilität, teils zu einer gewissen Häufung von Aborten (Okintschitz, Trillmich, v. Seuffert). Unterberger experimentierte an Schmetterlingen und fand ausgesprochene Wachstumshemmungen nach Bestrahlung der Eier. Driessen konnte histologisch Entwicklungsstörungen an der Plazenta des Kaninchens nach Bestrahlung nachweisen; auch die neuesten Untersuchungen von Martius an weißen Mäusen sprechen für eine Schädigung der Nachkommenschaft keimbestrahlter Muttertiere.

Andererseits sah Nürnberger bei 400 bestrahlten Mäusen niemals eine Schädigung der Nachkommenschaft. Bevor noch diese Tierversuche ein endgültiges Resultat zeitigen konnten, waren — meist durchaus unbeabsichtigt — Bestrahlungserfolge beim Menschen nur von begrenzter Dauer gewesen, und man hatte Gelegenheit, Kinder röntgenbestrahlter Mütter zu beobachten. Auch hier war ein einheitliches Ergebnis zunächst nicht herauszulesen.

Werner sah gelegentlich kleine unterentwickelte Kinder und führte die Veränderungen auf die Bestrahlung zurück.

Schmitt, Flaskamp stellten eine große Reihe normaler Schwangerschaften mit gut entwickelten Kindern zusammen.

Ich habe zwei Kinder nach temporärer Sterilisierung der Mutter in Beobachtung (von 8 und 1 Jahr), die sich bisher vollkommen normal entwickeln.

Auf dem Wiener Gynäkologenkongreß teilte neuerdings Gummert einen ausgesprochenen Fall von Mongolismus mit und brachte ihn mit der der Gravidität vorangegangenen Strahlenamenorrhoe in Zusammenhang. Seynsche fügt dazu zwei weitere interessante Fälle, in denen von zwei Vätern, die 4 bezw. 16 Jahre im Röntgenlaboratorium tätig waren, mongoloide bezw. imbezille Nachkommen gezeugt wurden.

Wenn wir diese Beobachtungen auch noch nicht als strikten, unumstößlichen Beweis für die Existenz einer Keimschädigung ansehen, so kann man doch an solchen Tatsachen — besonders wenn sie sich mehren sollten — nicht mehr achtlos vorübergehen.

Sollten die weiteren Forschungen tatsächlich die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit von Alterationen der Eifollikel ohne Zerstörung der Befruchtungsfähigkeit erweisen, dann käme damit nicht nur die temporäre Röntgensterilisierung, sondern überhaupt jede Strahlenbehandlung geschlechtsreifer Frauen, die die Konzeptionsfähigkeit nicht für immer zerstört, zu Fall.

Die Radiumtherapie unterscheidet sich wohl in ihrer technischen Durchführung (intrauterine Einlage, Dosierungsmöglichkeit usw.) wesentlich von der Röntgenbestrahlung, doch nicht in ihrer prinzipiellen Einwirkung auf den Organismus; die eben geäußerten Bedenken haben auch hier ihre Gültigkeit.

Die Versuche temporärer Sterilisierung durch subkutane Spermainjektionen, durch Transplantation der Ovarien trächtiger Weibchen sind über den Rahmen des Tierexperimentes noch nicht hinausgekommen und vorläufig für die menschliche Therapie bedeutungslos.

Das Ergebnis meiner Ausführungen über Indikationen und Methoden der temporären Sterilisierung in der heute möglichen Form beweist, daß dieses Verfahren für die Praxis vorläufig eine höchst untergeordnete Rolle spielt.

Nur eine relativ kleine Zahl von Krankheiten kommt bei strikter Anzeigestellung für eine solche zeitweilige Konzeptionsausschaltung in Frage, wenn man die Sterilisierung exakt definiert als Ausschaltung des Gestationsprozesses und nicht noch dazu rechnet die Lähmung des Eierstockes zur Verminderung des menstruellen Blutaffluxes.

Die operativen Verfahren sind technisch recht kompliziert und erheischen einen zweimaligen Eingriff bei einer doch schon an und für sich kranken Frau. Bei weiterem Ausbau der Methode ist aber wohl in Zukunft eine häufigere Anwendung zu erwarten.

Die Strahlensterilisierung wankt zurzeit in ihren Grundfesten; die Dosierung ist enorm schwierig und wird in der Praxis anscheinend in ihrer Bedeutung durchaus unterschätzt. Ob die Industrie imstande sein wird, so präzise Instrumente und Meßapparate, wie wir sie hier brauchen, zu bauen, erscheint recht unsicher.

Die Frage der Keimschädigung, die für das ganze Problem entscheidend ist, bleibt in der Schwebe; jede Beobachtung darüber ist von allergrößtem Wert.

Sowohl Patientin wie Arzt müssen davor gewarnt werden, sich ohne zwingende Notwendigkeit, ohne sorgfältigste Ueberlegung mit dem Verfahren der temporären Sterilisierung zu befassen.

Fehlschläge, unerwartete Folgeerscheinungen können beiden Teilen schwere Enttäuschung bringen und unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen.

Die temporäre Sterilisierung ist der weitestgehenden klinischen Beachtung und wissenschaftlichen Erforschung wert; für die Einführung in die Praxis aber ist sie noch nicht reif.

Die klinische Bedeutung der Mikroskopie des lebenden Auges an der Gullstrandschen Spaltlampe.

Von
Privatdozent Dr. A. MEESMANN,
1. Assistent an der Univ.-Augenklinik in der Charité Berlin.

Mit der Spaltlampe hat Gullstrand der Augenheilkunde ein Untersuchungsinstrument von überragender Bedeutung geschenkt. Die Skepsis, die bei der Allgemeinheit der Ophthalmologen gegenüber dem anfangs übertrieben erscheinenden Enthusiasmus einzelner Untersucher einsetzte, hat sich längst bei vielen, die sich ernstlich mit ihr beschäftigten, in das Gegenteil verwandelt. Eine Reihe namhafter Ophthalmologen setzt heute die Bedeutung der Spaltlampe dem Augenspiegel gleich und wenn sie nicht schon jetzt in der Hand eines jeden Augenarztes ist, so liegt das in erster Linie an rein materiellen Gründen. Dazu kommt die nicht ganz leicht zu erlernende Technik, deren Beherrschung ohne persönliche Anleitung nur unter besonders günstigen äußeren Bedingungen zu erreichen sein dürfte.

Die Spaltlampe stellt die extremste Steigerung der „fokalen Beleuchtung" dar. Diese betrifft sowohl die Helligkeit als auch die scharfe fokale Abbildung der Lichtquelle in den Geweben des Auges, auf Grund deren eine Beobachtung im binokulären Mikroskop bei stärkeren Vergrößerungen möglich wird, die eine Grenze an der Unruhe des Objektes den physiologischen Oscillationen des Bulbus finden. Wenn auch Vergrößerungen über 100fach möglich sind, so hat sich doch bald als die praktisch brauchbarste die 10—20fache herausgestellt. Nur unter besonderen Bedingungen kann man darüber hinausgehen.

Ihren Namen verdankt die Spaltlampe einem besonderen Beleuchtungsprinzip. Es wird bei ihr nicht die ursprüngliche Lichtquelle zur Beleuchtung benutzt, sondern ihr in einer Spaltblende scharf abgebildetes, umgekehrtes, reelles Bild. Seit längerer Zeit hat man diese Anordnung modifiziert, und zwar wird heute der von Köhler in die Mikrophotographie eingeführte Strahlengang angewandt. Durch weitere Annäherung der Lichtquelle an den Kondensor wird die Abbildung des Leuchtfadens von der Spaltblende weiter augenwärts in die Ebene der eigentlichen Beleuchtungslinse verlegt. In deren Brennebene erscheint dann ein scharf begrenztes, ebenfalls umgekehrtes Bild des Spaltes. Der Spalt ist rechteckig, infolgedessen ist der Fokus des Lichtbüschels ein Prisma, das z. B. bei Einstellung auf die Hornhaut aus dieser ebenfalls ein scharf begrenztes Prisma herausschneidet. Bei der Köhlerschen Anordnung ist es frei von Rändern und homogen beleuchtet. Anstatt des rechteckigen Spaltes kann für bestimmte Zwecke ein kreisförmiger verwendet werden. Es ergibt sich daraus ein cylindrischer Fokus des Lichtbüschels, dessen Anwendung gelegentlich von Vorteil ist.

Der Firma Zeiss, Jena, und insbesondere ihrem wissenschaftlichen Mitarbeiter, Prof. Henker, gebührt das Verdienst, ein gut durchkonstruiertes Modell der Spaltlampe herausgebracht zu haben, das einer prinzipiellen Verbesserung kaum mehr zugänglich sein dürfte. Die gesamte Beleuchtungseinrichtung ist auf einen Arm montiert, der mittels Höhenverstellung und schwenkbarem Doppelarm von allen Seiten bequem an das zu untersuchende Auge herangeführt werden kann. Als Lichtquelle dient eine 50kerzige Nitralampe, deren 1 cm lange Leuchtspirale senkrecht steht. Sie ist in eine cylindrische Hülse eingebaut, die gleichzeitig den Kondensator von + 23 dptr enthält, auf dessen anderer Seite sich als Begrenzung der Hülse der Spalt befindet. Der ebenfalls senkrecht stehende Spalt hat eine Größe von etwa 10 : 1 mm und kann durch eine besondere Schraubvorrichtung auf maximal etwa 0,05 mm verengert werden. Am augenwärts gerichteten Ende des Beleuchtungsarmes befindet sich eine Konvexlinse von 7 cm Brennweite, die durch einen Zahntrieb zur genaueren Fokussierung des Lichtbüschels verschoben werden kann.

Die Apparatur erlaubt eine Reihe verschiedener Beleuchtungsmethoden, von denen nur die praktisch wichtigsten kurz erwähnt seien. Zunächst die Beobachtung im direkten Licht, das man sowohl diffus als auch fokal einstellen kann. Letztere Einstellung ist naturgemäß die am meisten benutzte. Sie läßt sich für alle Teile des Auges ohne weiteres ausführen. Zu ihr gehört auch die Untersuchung im verengerten Büschel. Am zweitwichtigsten ist die Beobachtung im durchfallenden Licht oder negativen Hellfeld (Koeppe). Will man z. B. die Hornhaut in dieser Weise untersuchen, so stellt man das Lichtbüschel auf die Iris ein und beobachtet nun die Hornhaut vor dem leuchtenden Iristeil. Eine Abart der direkten Beleuchtung ist der sog. Spiegelbezirk (Vogt), der an spiegelnden Grenzflächen auftritt. Er besteht in der Einstellung auf den direkten Reflex, in dem z. B. das Endothel der Hornhaut und auch Linsenteile Einzelheiten von erstaunlicher Feinheit erkennen lassen. Als letzte Methode sei das indirekte Licht erwähnt. Stellt man das Licht z. B. auf die Hornhaut ein, so wird die betreffende Stelle infolge ihrer inneren Reflexion selbstleuchtend. Es werden dadurch auch seitlich davon gelegene Abschnitte erleuchtet, die man in diesem „indirekten" Licht untersuchen kann.

Ein besonders wesentlicher Vorteil der Spaltlampe, dessen Erkenntnis wir Vogt verdanken, ist die Tiefenlokalisation im direkten Licht. Schickt man das fokale Lichtbüschel z. B. durch die Hornhaut, so entsteht der erwähnte scharf begrenzte prismatische Ausschnitt, bestehend aus je einem Rechteck auf der Vorder- und Rückfläche der Hornhaut, die durch seitliche Rechtecke untereinander verbunden sind. Verengt man das Büschel maximal, so wird das der Hornhautvorder- und -rückfläche angehörige Rechteck immer schmaler, um schließlich zu einer Linie zu werden. Es bleibt dann gewissermaßen nur ein Rechteck übrig.

das diese beiden Linien miteinander verbindet. In dieser optischen Schnittebene ist eine exakte Tiefenschätzung möglich. Die Methode läßt sich in gleicher Weise für vordere Kammer, Linse und Glaskörper anwenden. Man kann in der beschriebenen Weise die einzelnen Augenmedien gewissermaßen Schicht für Schicht im optischen Schnitt untersuchen. Infolge des starken Kontrastes zwischen den in der Schnittebene des Lichtes aufleuchtenden Einzelheiten zu der fast vollkommen dunklen Umgebung gelingen Beobachtungen von einer Feinheit, wie sie auf keine andere Weise möglich sind. Besonders exakt tritt die Tiefenlage der einzelnen in der optischen Schnittebene liegenden Teile zueinander hervor.

Die Einführung der Spaltlampe in die Augenheilkunde veranlaßte sehr bald eine Fülle von neuen Beobachtungen. Namentlich sind es zwei Forscher, deren Namen für immer mit der Geschichte der Spaltlampenmikroskopie verbunden bleiben werden. Es ist das Verdienst Leonhard Koeppes, als erster die Bedeutung der Spaltlampe für die Klinik erfaßt zu haben. Seine Beobachtungen betreffen das gesamte Auge, einschließlich des Augenhintergrundes. Wesentliche Verbesserungen des Instrumentariums wurden von ihm angegeben und das schwierige Problem der Untersuchung des Kammerwinkels und des Augenhintergrundes durch Errechnung entsprechender Kontaktgläser gelöst. Daneben verdanken wir Alfred Vogt (Zürich) eine eingehende systematische Erforschung des Gesamtgebietes. Besonders hervorzuheben sind seine Studien der angeborenen und erworbenen Linsenveränderungen, die unsere Kenntnisse wesentlich erweitert haben und eindeutig die Ueberlegenheit der Mikroskopie am Lebenden an der Spaltlampe über die histologisch-anatomische Untersuchung der Linse erkennen lassen.

Die Mikroskopie der lebenden Bindehaut hat nur untergeordnete klinische Bedeutung. Zweifellos hat sie eine Menge neuer theoretisch interessanter Tatsachen zutage gefördert, in der Praxis kommt man aber nur selten dazu, bei Bindehauterkrankungen eine Diagnose auf Grund der Spaltlampenuntersuchung zu ändern. Am ehesten kommen noch kleine Tumoren in Frage, die auf Gefäße, Pigmentation usw. untersucht werden können. Interessant sind auch die normalen und pathologischen Pigmentationen am Limbus corneae. Es hat sich herausgestellt, daß das Bild der anomalen Pigmentation bei Morbus Addisoni, Arsenmelanose u. a. (Meesmann, Ascher) vollkommen den normalen Bildern bei dunklen Rassen entspricht, so daß der diagnostische Wert solcher perilimbärer Pigmentringe für die Allgemeinmedizin ein sehr geringer ist. Eine Ausnahme macht die Endothelpigmentation der Hornhaut (Kayser, Fleischer) bei der Pseudosklerose. Bemerkenswerte anatomische Einzelheiten (Epithelkerne, Nerven usw.) lassen sich in der Bindehaut und ähnlich in der Hornhaut durch intravitale Färbung (Knüsel) zur Darstellung bringen.

Die normale Hornhaut ist als kolloidales Gewebe keineswegs optisch leer, sondern im direkten Spaltlampenlicht erscheint sie infolge der inneren Reflexion (Tyndallphänomen) grauweißlich getrübt. Bei stärkerer Vergrößerung erkennt man in der Substantia propria eine feine Zeichnung, die sich aus einem punkt- oder sternförmigen Netzwerk zusammensetzt, in dem man die Saftlücken oder die fixen Hornhautzellen zu sehen hat. Das Epithel der Hornhaut läßt sich nicht besonders abgrenzen, es erscheint homogen und strukturlos. Das gleiche gilt von der Bowmanschen Membran. Dagegen ist das Endothel der Rückfläche im Spiegelbezirk deutlich zu erkennen. Es erscheint als feines Mosaik, aus sechseckigen Feldern zusammengesetzt, die sich leuchtend gelb von dunklem Untergrund abheben. Außerdem sieht man in jedem Falle die normalen Hornhautnerven, die vom Limbus aus eintreten und in den oberflächlichen und mittleren Schichten liegen. Die Sichtbarkeit der Nerven ist individuell sehr verschieden und nimmt unter pathologischen Verhältnissen oft hochgradig zu, als Zeichen einer Neuritis und Perineuritis.

Aus der Fülle der pathologischen Hornhautbilder seien nur einige erwähnt, die den praktischen Wert der Spaltlampenmikroskopie demonstrieren mögen. Bei der Erosio corneae sieht man außer dem Defekt im Epithel und evtl. tieferer Schichten nur ein geringgradiges Oedem des Epithels der nächsten Umgebung, und zwar im negativen Hellfeld. Besteht eine Infektion, die zunächst mit keinem anderen Mittel nachweisbar ist, so dehnt sich das Epithelödem in die weitere Umgebung aus. Gleichzeitig tritt in den oberflächlichsten Hornhautschichten die Zeichnung der „Saftlücken“ deutlicher hervor. Unter Ueberspringen der mittleren Hornhautschichten, die zunächst unverändert erscheinen, kommen vereinzelte Descemetfalten hinzu, die sehr bald über das eigentliche Gebiet der Verletzung hinausgehen. Ein solches Bild braucht nicht immer der Ausdruck einer schweren Infektion zu sein, trübt aber die Prognose wesentlich. Bei weiterem Fortschreiten sieht man oft nach wenigen Stunden ein Oedem des Epithels der ganzen Hornhautoberfläche, starke Vermehrung der Descemetfalten, also eine Zunahme aller Erscheinungen. Erst jetzt trüben sich auch die „Saftlücken“ der mittleren Hornhautschichten. Während sich so das akute Bild einer mit virulenten Bakterien oder Kokken infizierten Hornhauterosion, also ein Ulcus corneae oder Infiltrat entwickelt, kann man ein wesentlich anderes Bild bei täglicher Beobachtung ebenfalls an der Spaltlampe entstehen sehen, das sich in selteneren Fällen an eine Erosio corneae anschließt. Es ist die Keratitis disciformis, die ähnlich beginnt wie die vorher geschilderte Veränderung. Es kommt aber sehr bald zu einer ausgesprochenen Mitbeteiligung gerade der mittleren Parenchymschichten, die sich zunehmend trüben. Gleichzeitig verdicken sich diese Teile, so daß sich die Hornhauthinterfläche kammerwärts vorbuckelt. Im verengten Büschel kann man derartige Dicken- und Formveränderungen der Hornhaut mit einer Genauigkeit feststellen, wie sie bisher keine andere Methode erlaubte.

Nicht selten ist bei solchen Verletzungen die Frage offen, ob es sich um eine Perforation der Hornhaut und Eindringen eines Fremdkörpers in das Innere des Auges handelt. Auch hier ist die Tiefenlokalisation von besonderem Wert. Ist die Hornhaut durchbohrt, so findet man typische Veränderungen der Descement, die im Spiegelbezirk einen oder mehrere Risse erkennen läßt, neben radiär gestellten Fältelungen.

Die Ursache geringgradiger perikornealer Injektion ist oft nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Die Spaltlampe bringt ausnahmslos eine exakte Diagnose. So findet man gelegentlich das Bild der Keratitis epithelialis punktata gleichzeitig mit geringer Konjunktivitis oder auch ohne die letztere. Sie besteht in feinsten punktförmigen Trübungen des Epithels der zentralen Teile, die oft nur wenige Tage bestehen bleiben, aber zu Rezidiven neigen. Auch beginnende Keratitis parenchymatosa kann man frühzeitig erkennen. Typisch ist hierbei, daß nicht nur eine Verdeutlichung der Saftlückenzeichnung besteht, sondern eine mehr diffuse Trübung der tieferen Schichten, wahrscheinlich als Ausdruck dafür, daß auch schon im Beginn die Hornhautlamellen mitbeteiligt sind. Ebenso läßt sich an der Spaltlampe schon frühzeitig die Keratitis interstitialis gegen andere Hornhautentzündungen abgrenzen, so gegen die sekundäre parenchymatöse Keratitis bei Iridocyklitis usw. Die echte parenchymatöse Entzündung der Hornhaut ist zu Beginn auf die Hornhaut beschränkt. Eigentliche Entzündungen der Iris und des Ciliarkörpers können anfangs fehlen und treten erst im weiteren Verlaufe ein. Auch die seltene tuberkulöse Keratitis dürfte sich meist gegenüber der parenchymatösen abgrenzen lassen, ebenso früh und sicher die sklerosierende Keratitis. Die Kenntnis seltenerer Hornhautveränderungen, die Keratitis uratica, die mannigfachen Degenerationen u. a. ist durch die Spaltlampe gefördert worden, auch das Bild des Herpes corneae, dessen rezidivierende Form eigenartige Narben hinterläßt, die an der Spaltlampe mit nichts anderem verwechselt werden können. Hierher gehört auch die Keratitis bullosa, die den Typ des lokalisierten Hornhautödems darstellt.

Reste und Narben abgelaufener Hornhautentzündungen und Verletzungen lassen an der Spaltlampe zeitlebens eine sichere Diagnose ihres Ursprungs zu. Jede Hornhautmakula ist genau in bezug auf ihre Tiefenlage zu lokalisieren. Erwähnt seien noch die Reste tiefer Gefäße, z. B. nach überstandener Keratitis interstitialis, die auch dann stets nachzuweisen sind, wenn die Hornhaut scheinbar wieder völlig aufgehellt ist. Sie erscheinen als feinste helle Linien, oft besonders gut im negativen Hellfeld zu sehen und führen fast stets noch Blut. Die Diagnose einer früheren Keratitis interstitialis ist auch in Fällen möglich, bei denen das Hornhautmikroskop mit einfacher diffuser Beleuchtung versagt.

Aus der Fülle der sonstigen an der Spaltlampe erforschten, klinisch und theoretisch interessanten Krankheitsbilder sei noch auf den Keratokonus hingewiesen. Die Vorwölbung der Hornhaut, die Abplattung und Verdünnung der Kegelspitze sind im verengten Büschel genau zu erkennen. Dazu kommen typische Veränderungen im Parenchym der mittleren und tieferen Schichten, auffallende Verdeutlichung der Nervenfasern, Bowmanrisse und der Fleischersche Pigmentring, der etwa an der Basis des Kegels in den tieferen Epithelschichten liegt. Diese Veränderungen sind schon zu Beginn der Krankheit so ausgeprägt, daß sie eine sichere Frühdiagnose erlauben, schon bevor andere Symptome auffällig entwickelt sind.

Sehr wertvoll hat sich für die klinische Beurteilung intraokularer Erkrankungen die Untersuchung der vorderen Kammer an der Spaltlampe erwiesen. Ihr normaler Inhalt, das Kammerwasser, stellt bei einem Eiweißgehalt von unter 0,02% eine praktisch kolloidfreie Kristalloidlösung dar. Infolgedessen erscheint die normale vordere Kammer optisch leer. Gleich hier sei erwähnt, daß als wahrscheinliche senile Veränderung mehr oder weniger reichliche Pigmentbeschläge in den zentralen Hornhautpartien auftreten ziemlich typische Endothelveränderungen der mittleren Hornhautpartien, die zunächst in feinsten, schwer sichtbaren punktförmigen Auflagerungen bestehen. Unter gleichmäßig konzentrischem Fortschreiten kommen dann echte auch im Spiegelbezirk sichtbare Endothelveränderungen hinzu und bei schweren Fällen sogar eine Beteiligung des Epithels in Form von intraepithelialer Vakuolenbildung. Dieses ganze nur bei älteren Personen auftretende Krankheitsbild ist in bezug auf seine anatomische Grundlage und Aetiologie durchaus unklar. Graves denkt an ein durch senile Veränderung des Endothels bedingtes Eindringen von Kammerwasser in die Hornhautsubstanz. Die genaue Kenntnis dieses Krankheitsbildes, die wir nur der Spaltlampenmikroskopie verdanken, ist von praktisch großer Bedeutung für die Beurteilung beginnender Iridocyklitis. Während bei der geschilderten Erkrankung zellige Elemente im Kammerwasser nicht beobachtet werden, kommt eine Iridocyklitis, und mag sie noch so geringgradig sein, ohne Trübungen und punktförmige Elemente im Kammerwasser nicht vor. Dabei kann bei beginnenden, und das gleiche gilt auch von abheilenden Fällen, die Eiweißvermehrung im Kammerwasser geringgradig sein. Unter diesen Umständen sieht man die Wärmeströmung in der vorderen Kammer. Vor der Iris steigen die einzelnen punktförmigen Elemente nach oben, während sie sich in den vorderen Kammerteilen infolge der Abkühlung an der Hornhaut nach unten senken. Die für Beschlägebildung an der Hornhautrückfläche charakteristische Ehrlich-Türksche Linie findet hierdurch ihre Erklärung. Mit zunehmendem Eiweißgehalt des Kammerwassers nimmt die Schnelligkeit der Strömung immer mehr ab, um bei einem Eiweißgehalt von über 2%, wie wiederholte eigene Messungen ergaben, völlig zum Stillstand zu kommen.

Eine genauere Analyse der einzelnen punktförmigen Elemente ist auch bei starker Vergrößerung nur in geringem Grade möglich. Immerhin sind die geschilderten Veränderungen für die Beurteilung beginnender Iridocyklitis von größtem Wert. Es sei hierbei nur auf die sympathische Ophthalmie hingewiesen. Es ist Vogt recht zu geben, der schon vor Jahren auf Grund von Spaltlampenbeobachtungen darauf hinwies, daß es eine sympathische Reizung ohne echte, wenn auch vorübergehende entzündliche Erkrankung der Iris und des Ciliarkörpers nicht gibt. Den gleichen Wert hat die Spaltlampenuntersuchung des Kammerinhaltes für die Beurteilung des Verlaufes der Iridocyklitis jeglicher Form und Aetiologie.

Zum pathologischen Kammerinhalt sind auch die Beschläge auf der Rückfläche der Hornhaut zu rechnen. Die Spaltlampe erlaubt auch hier eine wesentlich genauere Analyse der einzelnen Elemente als irgendeine andere Methode. Alle Unterscheidungsmerkmale, die sich hieraus hinsichtlich der einzelnen Erkrankungsformen ergeben, sind wesentlich exakter festzulegen. Trotzdem ist die Feststellung nicht zu umgehen, daß in bezug auf die ätiologische Diagnose die Untersuchungsmethoden der Allgemeinmedizin ihren unbedingten Wert behalten haben.

Das gleiche gilt von der Iris. Auch hier ist es von klinisch größter Bedeutung, daß beginnende entzündliche Veränderungen schon zu einer Zeit genau erkannt werden können, wenn alle anderen Untersuchungsmethoden noch völlig versagen. Hyperämie von gefäßhaltigen Trabekeln ist bei sorgfältiger Untersuchung nicht zu übersehen. Häufig findet man als erstes Zeichen bei der frischen Iritis eine Exsudation am Pupillarsaum, und zwar sowohl in seinem epithelialen wie stromalen Anteil. Sie bestehen aus kleinsten, glasigen durchscheinenden Knötchen, die meist multipel auftreten. Die Deutung dieser Veränderungen stößt auf einige Schwierigkeiten. Jedenfalls ist daran festzuhalten, daß sie, wie auch Koeppe, Schieck und Vogt von vornherein erkannt haben, keineswegs für eine Iritis bestimmter Aetiologie charakteristisch sind. Wenn sie auch bei Tuberkulose am häufigsten sind und entsprechend häufig bei der ganz gleich aussehenden sympathischen Ophthalmie, so kommen sie doch in genau der gleichen Form bei Iritiden luetischer und anderer Aetiologie vor. Wenn die Spaltlampe zweifellos eine genauere Unterscheidung der einzelnen Irisveränderungen ermöglicht, so ist sie doch von wesentlich größerem Wert für die Frühdiagnose als für die Aufdeckung einer bestimmten Aetiologie. Das spricht aber keineswegs zu ungunsten der Methode, sondern ist auf die bekannte, bei Hintergrundsveränderungen ebenfalls häufig auffallende Tatsache zurückzuführen, daß ein bestimmtes Gewebe auf Reize verschiedener Art in klinisch ähnlicher Weise reagieren kann. Sympathische Ophthalmie und tuberkulöse Iridocyklitis sind ja sogar histologisch anatomisch nicht zu trennen. Selbstverständlich gibt es Krankheitsbilder, z. B. disseminierte Tuberkulose der Iris, die dem erfahrenen Kliniker keinerlei Schwierigkeiten hinsichtlich der ätiologischen Beurteilungen machen werden.

Die große Fülle von neuen Erkenntnissen, die uns die Spaltlampe hinsichtlich der normalen Beschaffenheit der Iris, angeborener Anomalien und pathologischer Veränderungen gebracht hat und deren genaue Erkenntnis für den Ophthalmologen unbedingt erforderlich ist, können im einzelnen in dieser Zusammenfassung unmöglich berücksichtigt werden. Vielleicht ist noch zu erwähnen, daß Reste der Pupillarmembran bei etwa 60% aller Augen festzustellen sind. Besonders bemerkenswert sind die sternchenförmigen Reste auf der vorderen Linsenkapsel, die in genau der gleichen Art auch im Verlauf einer Iritis entstehen können, so daß eine Unterscheidung unter Umständen unmöglich werden kann.

Eine besondere Art der Pigmentzerstreuung auf der Irisvorderfläche und im Irisstroma fand Koeppe beim Glaukom und vermutete hierbei einen ursächlichen Zusammenhang. Man findet allerdings diese anomale Pigmentation bei vielen Glaukomfällen, sie fehlt aber auch bei ungefähr ebensovielen und kommt häufig ohne Glaukom vor. Die Auffassung des Glaukoms als Folge einer Pigmentverstreuung im Irisstroma und Kammerwinkel, die außer von Koeppe noch von einigen anderen Ophthalmologen vertreten wird, dürfte des überzeugenden Beweises entbehren. Vielmehr Wahrscheinlichkeit hat die Ansicht, daß es sich um sekundäre Veränderungen handelt.

Das Studium der Linse an der Spaltlampe hat unsere Kenntnisse vom normalen Aufbau dieses Organes den angeborenen und erworbenen Veränderungen ganz wesentlich gefördert. Auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie der Linse war in den letzten Jahrzehnten eine völlige Stagnation eingetreten. Die großen technischen Schwierigkeiten in der Verarbeitung älterer Linsen zu brauchbaren mikroskopischen Schnitten war die Hauptsache hierfür. Leichenerscheinungen, bestehend in Flüssigkeitsansammlung unter der Kapsel und in den Nähten u. a., wurden vielfach für krankhafte Veränderungen gehalten, während wirklich vorhandene intravitale Veränderungen durch die Konservierung zum Verschwinden gebracht werden. Das gilt vor allem von den Wasserspalten und Myelintröpfchen.

Das Gesamtgebiet der Mikroskopie der lebenden Linse ist durch die Arbeiten Vogts erforscht. Er zeigte, daß im optischen Schnitt innerhalb der Linse hellere Streifen auftreten, die sog. Diskontinuitätszonen. Die wichtigsten dieser Linien sind der vordere und hintere Kapselstreifen, der eine scharfe Abgrenzung der Linse gegen Kammer und Glaskörper erlaubt. Weiter nach innen liegt mit einem kleineren Krümmungsradius die Alterskernoberfläche, die in der Pubertätszeit deutlicher wird, aber schon beim Kind vorhanden ist, ohne daß mit absoluter Sicherheit die Identität mit der Alterskernoberfläche beim Erwachsenen nachzuweisen wäre. Nach dem 35. Lebensjahre wird die Alterskernoberfläche zunehmend höckerig, ohne daß die Durchsichtigkeit der Linse abnimmt. Im Inneren der Linse werden noch die Embryonalkernstreifen sichtbar mit ihren Embryonalnähten, dem vorderen aufrechten und hinteren umgekehrten Y. Bei geeigneter Beleuchtungsrichtung entsteht auf der vorderen und hinteren Kapsel eine charakteristische Chagrinierung. Unter dem vorderen Chagrin erscheinen die vorderen Rindennähte, die sehr verschiedene Gestalt haben und axial nicht punktförmig, sondern in wechselnder, liniärer Form sich vereinigen.

Pathologische Veränderungen der Linse äußern sich in Flüssigkeitsansammlungen und in Trübungen. Etwa vom 60. Lebensjahre an fehlen Trübungen in keiner Linse. Vereinzelte Trübungen finden sich aber in einer großen Zahl von Fällen auch schon bei Jugendlichen, und zwar besonders in den zentralen Teilen als angeborene, stationäre Stare, die auch im Alter nicht zunehmen. Der häufigste Typ ist die vordere axiale Embryonalkatarakt (Vogt), deren Entstehung in den zweiten bis dritten Embryonalmonat zu verlegen ist. Sie findet sich etwa bei 25% aller Menschen.

Die hauptsächlichsten Altersstartypen, die vielfach miteinander kombiniert vorkommen, sind 1. die Wasserspalten. Sie lassen sich im verengten Büschel genau lokalisieren und liegen nicht, wie v. Heß annahm, ausnahmslos direkt unter der Kapsel, sondern kommen in allen Schichten der Rinde vor. Besonders bevorzugt sind die Nahtsysteme und die tieferen Rindenteile. Ihr Inhalt ist zunächst optisch leer, bald treten Trübungen durch Myelintröpfchen auf, aus denen die bekannten Speichen entstehen. Auseinandergezogene Linsenfasern durchqueren nicht selten die Wasserspalten, eine Beobachtung, die auf einen gewissen Druck innerhalb der Spalten schließen läßt; 2. durch Wasseraufnahme entsteht, wie Vogt an Macerationsversuchen zeigen konnte, die häufig als senile Veränderungen gefundene „lamelläre Zerklüftung“, d. h. ein paralleles feinstreifiges Auseinanderweichen der Linsenfasern. Die häufigste Form ist die konzentrische lamelläre Zerklüftung, doch kommen auch wesentlich andere Verlaufsrichtungen vor; 3. subkapsuläre Vakuolenbildungen unter der vorderen Kapsel fehlen fast in keinem Stadium des Altersstares. Im Reifestadium ist oft die vordere Linse unterhalb der Kapsel in ganzer Ausdehnung mit kleinsten Myelintröpfchen enthaltenden Vakuolen übersät; 4. als schalenförmige hintere Katarakt hat Vogt eine krustenartige, kristallinisch glänzende Trübungsschicht parallel zur hinteren Kapsel beschrieben; 5. eine typische Alterskatarakt ist auch die diffuse Staubtrübung und die periphere konzentrische Schichttrübung. Erstere beginnt meist in den tieferen peripheren Rindenschichten, axial fortschreitend. Die periphere Schichttrübung liegt ebenfalls in den tieferen und mittleren

Rindenschichten, axialwärts meist in Form spitzer Keile, mit scharfer Grenze gegen die durchsichtigen Linsenteile aufhörend; 6. der Kernstar beginnt als gleichmäßige diffuse Trübung des Embryonalkernes, dessen zentrales Intervall zunächst noch sichtbar ist. Die Trübung rückt allmählich nach vorn und hinten vor, ohne die vordere Alterskernoberfläche vollständig zu erreichen, dessen Oberflächenstreifen sichtbar bleibt. Infolge der harten Beschaffenheit des Kernes kommt es nur zu einem feinen, staubförmigen Zerfall der Linsenmassen, so daß Einzelheiten nicht sichtbar werden. Häufig ist Gelbfärbung des Kernes, die sich bis zum Burgunderrot steigern kann; 7. als letzte Form sei die Katarakta coronaria angeführt. Sie war bisher unter dem Namen Katarakta coerulea, viridis oder punktata bekannt und findet sich nach den Untersuchungen Vogts bei mindestens 25% aller Menschen. Sie beginnt in der Peripherie in der Gegend der Kernoberfläche als dünnste Schicht in Form einzelner staubförmiger Trübungen. Als optisches Kontrastphänomen zur gelben Eigenfarbe der Linse ist die blaue Farbe im direkten Licht von Vogt gedeutet worden. Dichte Trübungen verlieren die blaue Farbe und werden weiß. Die Katarakta coronaria findet sich vollentwickelt jenseits des Pubertätsalters, selten vorher. Nur in einzelnen Fällen kommt es später zu Totalstar.

Die vielfache Kombination der geschilderten Kataraktformen, bei denen noch die Katarakta zonularis, deren Untersuchung an der Spaltlampe nicht wesentlich Neues gebracht hat, zu erwähnen ist, läßt das Bild des Altersstares im einzelnen oft recht kompliziert erscheinen. Vogt kommt aber zu der Ueberzeugung, daß keine der Veränderungen Veranlassung gibt, eine exogene Ursache für die Starentstehung anzunehmen. Die Katarakt bei Diabetes, Tetanie und anderen Allgemeinerkrankungen hat an der Spaltlampe keine so deutliche besondere Form, daß man hieraus in jedem Falle einen ätiologischen Schluß ziehen könnte. Dagegen ist die eigentliche Katarakta complikata sehr wohl charakterisiert. Vogt hat auch hier die prinzipiellen Unterschiede festgelegt. Beginn am hinteren Pol, sagittales Fortschreiten, oft unter Ueberspringen der axialen Kernpartien auf den Embryonalkern übergreifend, lassen die Malignität dieser Kataraktform erkennen. Peripherwärts schreitet der komplizierte Star entlang den Nähten mit unscharfer Begrenzung fort, im Gegensatz zur senilen hinteren Katarakt, die meist parallel dem anatomischen Aufbau der Linse erfolgt, mit scharfer Grenze gegen das normale Linsengewebe. Aehnlich liegen auch die Verhältnisse bei der Kat. traumatica. Die klinische Bedeutung dieser Tatsache ist ohne weiteres einleuchtend. Allerdings kann ein einfacher Kernstar und andere senile Formen auch bei intraokularen Erkrankungen auftreten, so bei hochgradiger Myopie, chronischer Iridocyklitis u. a.

Die Beurteilung des Nachstares an der Spaltlampe erlaubt uns, die schonendste und wirksamste Operationsmethode zu wählen.

Auch der Glaskörper ist der Spaltlampenmikroskopie, wenigstens in seinem vorderen Drittel, gut zugängig. Das normale Bild (Ergellet, Koeppe, Vogt u. a.) ist sehr wechselvoll und zeigt eigenartige lamelläre faserige Schichttrübung, deren Deutung im einzelnen noch manches Problematische hat. Besonders durch die ultramikroskopische Untersuchung Baurmanns sind wir gezwungen, den Glaskörper als ein rein hydrophiles Kolloid aufzufassen, in dem keinerlei mikroskopisch sichtbare Gewebsstrukturen vorkommen, wie sie nach histologisch mikroskopischen Befunden angenommen wurden. Letztere sind nach Baurmann Gerinnungsfiguren durch die Konservierungsflüssigkeit. Nun erscheint aber der Glaskörper an der Spaltlampe optisch nicht homogen, sondern zeigt die erwähnten Schichten, zwischen denen dunklere Zonen liegen. Mit zunehmender Helligkeit der Lampe (Bogenlicht) verlieren diese Zonen immer mehr ihre optische Leerheit. Trotzdem bleibt eine gewisse Diskrepanz zwischen Baurmanns ultramikroskopischen Befunden und dem Spaltlampenergebnis.

Vom klinischen Gesichtspunkte ist die Untersuchung des Glaskörpers wertvoll bei beginnender Katarakt (Comberg), um Verflüssigung nachzuweisen, durch welche die Operationsmethode eine besondere Modifikation erfahren kann. Bei intraokularen Blutungen sind oft die Blutmassen im Glaskörper nachweisbar, ebenso punktförmige Einlagerungen bei Entzündungen usw. Glaskörperprolaps in die vordere Kammer bei Kontusio bulbi, mit und ohne nachweisbare Subluxation der Linse, nach Star und Nachstaroperationen u. a. sind mit keinem anderen Mittel nachweisbar, als mit der Spaltlampe. Kleine Prolapse können auch hier leicht übersehen werden, wenn man nicht für genügend helles Licht Sorge trägt.

Im Alter und bei pathologischen Zuständen, besonders bei hochgradiger Myopie, läßt sich der Glaskörperzerfall leicht nachweisen. Er wird dabei zunehmend optisch leer. Die schaukelnde Bewegung des normalen Glaskörpers geht in gleitende bis strömende über. Bei höchsten Graden der Verflüssigung schwimmen geschrumpfte Reste des kolloidalen Glaskörperanteiles in optisch vollkommen leerer Flüssigkeit. Meist in den zentralen Teilen beginnend, bleibt eine periphere Zone und die vordere Grenzschicht des Glaskörpers oft lange erhalten. Bei Ablatio retinae im Verlauf hoher Kurzsichtigkeit haben sich keinerlei strangartige Bildungen im Glaskörper nachweisen lassen, so daß der Leber-Nordensonschen Retraktionstheorie eine wichtige Stütze genommen ist.

Wenig Eingang in die praktische Augenheilkunde hat bisher die Untersuchung des Augenhintergrundes an der Spaltlampe gefunden, zum Teil deswegen, weil sie die Anschaffung eines besonderen Augenmikroskopes nach Koeppe, mit einem Objektiv und dem Okularansatz Bitumi nach Siedentopf verlangt. Unter Anwendung des Koeppeschen Kontaktglases kann man den Augenhintergrund bei Vergrößerungen bis zu 70fach untersuchen. Während bei jeder anderen Ophthalmoskopie ein diffuses Licht angewandt wird, wird an der Spaltlampe nur ein kleiner rechteckiger Ausschnitt fokal beleuchtet. Es kommt dadurch neben der direkten auch die indirekte Beleuchtung in Anwendung, der man gewisse Vorteile nicht ableugnen kann. Es haben sich eine Reihe theoretisch interessanter Befunde ergeben (Koeppe, Schieck, Meesmann). Klinisch kommen Differentialdiagnosen bei beginnenden Veränderungen an der Papille, feinste Makulaerkrankungen, kleinste Tumoren u. a. in Frage, welche die Methode auch dem Praktiker wertvoll erscheinen lassen, wenn auch in wesentlich geringerem Grade als die Mikroskopie des vorderen Bulbusdrittels. Eine besondere Einschränkung erfährt die Methode dadurch, daß sie bei Myopie über

— 5,0 D unmöglich und bei Astigmatismus der Hornhaut und geringgradigen Trübungen der brechenden Medien sehr erheblich erschwert wird.

Aus dem Diakonissenhaus Henriettenstift Hannover, chir. Abt.
Chefarzt: Prof. Oehler.

Die Gefahren bei chirurgischen Eingriffen und ihre Bekämpfung[1]).

Von

Dr. MAX BAUMANN, 1. Assistenzarzt.

Der Entschluß zu einem chirurgischen Eingriff ist für den Kranken meist nicht leicht zu fassen und für den Arzt sehr verantwortungsvoll. Sicher gibt es viele Erkrankungen, bei denen die Sachlage klar liegt, — wenn die Krankheit selbst unmittelbar das Leben bedroht. Hier wird es dem Arzt nicht allzu schwer fallen, zur Operation zu raten. Die Krankheit ist eben gefährlicher als der Eingriff, es besteht eine absolute Anzeige. Bei einer schweren Blutung, dem Durchbruch eines Bauchorgans in die Bauchhöhle, bei einer Brucheinklemmung oder Darmverschluß gibt es zumeist auch von seiten des Kranken kein Zaudern.

Sieht man sich aber eine chirurgische Abteilung an, so überwiegen wohl doch die Eingriffe bei Krankheiten, die selbst nicht unmittelbar lebensbedrohend sind. Hier kommt vor dem Wagen das Wägen. Welche Gefahren nimmt nun Kranker und Arzt in Kauf, wenn sie sich zu einem blutigen Eingriff entschließen und welche Mittel haben wir, ihnen zu begegnen?

Jeder größere chirurgische Eingriff stellt in erster Linie erhöhte Anforderungen an das Herz- und Gefäßsystem. Ist es nun möglich, die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels vor einer Operation einwandfrei zu prüfen und zu entscheiden, wieviel ihm zugemutet werden kann. Leider muß man heute noch diese Frage verneinen. Gewiß ist es nicht schwer, ein krankes Herz zu beurteilen, wenn sinnfällige Zeichen ungenügender Funktion vorliegen: Dekompensation, Stauung, Oedeme der Unterschenkel, Stauungsleber, -niere, -bronchitis u. ä. Kein Arzt wird solch einem Kranken einen größeren Eingriff zumuten. Dagegen ist es eine bekannte Erfahrung, daß Kranke mit kompensiertem Herzfehler auch größere Eingriffe oft auffallend gut aushalten. Leider finden sich aber nicht allzu selten Kranke, bei denen das Herz zuvor bei eingehender Untersuchung keine krankhafte Veränderung aufwies. Herzgröße, Herztöne, Blutdruck zeigen nichts Auffallendes. Und doch verlöschen sie am zweiten, dritten oder vierten Tag nach der Operation: Das Herz war eben doch den erhöhten Anforderungen der Narkose, des Blutverlusts, der psychischen Erregung nicht gewachsen. Bei der Obduktion ist keinerlei krankhafter Befund zu erheben. Die Narkose ist sicher oft ein wesentlicher, schädigender Faktor; besonders ist das Chloroform ein Gift für das Herz ebenso wie für Leber und Nieren. Es ist deshalb auch fast ganz vom Aether verdrängt, wenn es auch ab und zu noch nicht ganz entbehrt werden kann. — Aber auch bei Eingriffen, die völlig in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, muß man solche Unfälle durch Herztod erleben.

In neuerer Zeit ist versucht worden, die Leistungsfähigkeit des Herzens vor chirurgischen Eingriffen zu prüfen mit Hilfe des Diureseversuchs nach Kaufmann, der in der inneren Medizin schon länger geübt wird. Die praktische Ausführung ist sehr einfach: Man gibt den Kranken morgens nüchtern alle Stunde zu trinken und mißt stündlich die Urinmenge. Zunächst wird 3 bis 4 Stunden in horizontaler Lage gemessen. Dann wird das untere Bettende 25 cm höher gestellt und wieder der Urin nach Menge und spezifischem Gewicht bestimmt. Es zeigt sich nun, daß Gesunde und schwer Herzkranke mit Dekompensation keinen Unterschied in der Urinausscheidung zeigen, gleichgültig, ob man bei gewöhnlicher Horizontallage oder bei hochgestelltem Bettende mißt, d. h. beim Gesunden arbeitet das Herz unter beiden Umständen gut, beim Kranken beide Male gleich schlecht. Von Interesse ist nun die Feststellung, daß bei manchen Untersuchten schon diese geringe Erleichterung im Rückfluß des Blutes genügt, um eine vermehrte Diurese hervorzurufen. Das sind die Kranken mit sog. latentem Oedem, d. h. funktionell schlechtem Herzen. Frey hat an der Königsberger chirurgischen Klinik größere Untersuchungsreihen durchgeführt und glaubt mit dieser Methode die Operationsmortalität herabgesetzt zu haben. Ob wir dadurch in der längst gesuchten funktionellen Herzdiagnostik weiter kommen werden, müssen erst viele Untersuchungsreihen beweisen. Unsere eigenen Befunde sind noch nicht so zahlreich, daß wir uns ein Urteil bilden könnten.

Zu den erschütterndsten Ereignissen, die nach einem chirurgischen Eingriff auftreten, gehört die Embolie der Lungenarterie. Unerwartet und tückisch überfällt sie den Kranken, wenn er alle Gefahren glücklich überstanden glaubt und schaudernd und machtlos steht der Arzt diesem Schicksalsschlag gegenüber. Wie ein Blitz aus heiterem Himmel schlägt sie den Kranken nieder. Gewöhnlich tritt das unheilvolle Geschehnis am dritten bis zehnten Tag nach der Operation ein. Eine unbedeutende Körperanstrengung — besonders oft erlebt man es nach dem Gebrauch des Beckens — geht gewöhnlich voran. Der Kranke klagt über einen heftigen Stich in der Herzgegend, laut jammernd sinkt er zurück. Das Gesicht wird blaß-cyanotisch, Schweiß bricht aus, die Atmung wird schnarchend, rasch und oberflächlich, der Puls jagend, klein und weich. So rafft oft in wenigen Minuten der Tod diese Kranken hin. Meist zieht sich aber der Kampf einige Zeit, ¼ bis ½ Stunde hin, dessen machtloser Zeuge man ist. Gewöhnlich sind es Eingriffe der unteren Körperhälfte, und zwar überwiegend Laparotomien, die davon betroffen werden. Ganz vereinzelt nur wurde die Lungenembolie nach Kropf- oder Mammaoperationen beobachtet. Daß sie auch vorkommt, ohne daß irgend ein Eingriff voranging, ist bekannt; nach Geburten oder Frakturen kommt sie ebenfalls vor. Sie kommt so zustande, daß aus thrombotischen Venen des Beckens oder der Oberschenkel sich ein Gerinnsel löst und in den rechten Vorhof angesaugt wird. Wahrscheinlich vergrößert es sich durch Anlagerung auf diesem Wege, wandert in den rechten Ventrikel und wird von hier in die Lungenschlagader geschleudert. Hier bleibt es meist an der Teilungsstelle als reitender Embolus stecken und verursacht das schwere klinische Bild. Am häufigsten nach gynäkologischen Operationen, wie z. B. der Entfernung des myomatösen Uterus, wo die weitverzweigten Venengeflechte Anlaß zur Thrombenbildung geben, bleibt jedoch fast kein chirurgischer Eingriff der unteren Körperhälfte, wie Brüche, Blinddarmoperationen u. a. gänzlich davon verschont. Selbst nach einer einfachen Patellarnaht haben wir eine tödliche Embolie erlebt.

---

[1]) Nach einem am 25. November 1925 im Aerztlichen Verein Hannover gehaltenen Vortrag.

Wir hatten in jüngster Zeit den Eindruck, als ob sich dieses Ereignis gehäuft hätte und zählen seit Januar bereits 10 Fälle. Bei etwa 1000 größeren Eingriffen im Jahr würde dies einer Häufigkeit von 1% entsprechen. Kleinere Embolien sind noch viel häufiger zu beobachten. Die Kranken klagen plötzlich über Stiche über der Brust hinten unten. Man findet dann hier etwa einen handbreithohen Dämpfungsbezirk; Knistern oder Reiben und blutiges Sputum ein bis drei Tage später sichert die Diagnose. Diese leichteren Anfälle können sich mehrfach wiederholen, gehen aber meist glimpflich vorüber. Bei den oft als Rippenfellreizung oder -entzündung angesprochenen postoperativen Störungen handelt es sich wohl stets um derartige kleinere Lungenembolie. Man streitet sich darüber, ob Infektion, Veränderung der Gefäßwand oder die Stromverlangsamung durch postoperative Herz- und Gefäßschädigungen als Ursache anzuschuldigen sind. Wir neigen mehr dazu, daß es sich um eine verlangsamte Blutbewegung aus den herzfernen Bezirken handelt, eine unvermeidliche Folge der Schwächung der Herzpumpkraft durch den operativen Eingriff.

Immer wieder muß man sich fragen, ob es denn nicht möglich ist, dieses Gespenst, das hinter jeder Operation steht, zu bannen. Man hat den Rückfluß zu erleichtern versucht durch frühzeitiges Bewegen der Beine, den sogenannten Spaziergang im Bett, man hat das Fußende hochgestellt, Digitalis gegeben und dadurch vielleicht erreicht, daß die Embolien seltener werden. Doch gibt es bis heute noch kein sicheres Mittel, um sie ganz zu vermeiden.

Die Trendelenburgsche Operation die den Embolus nach Freilegung des Herzens aus der Arterie herausholt, ist ja heute, nachdem sie von Kirschner, Königsberg, zum ersten Mal mit dem Erfolge endgültiger Heilung ausgeführt wurde, mehr als ein bloßes Experiment und in manchen Fällen indiziert. Bei der Schwere des Eingriffs, der an sich schon das Leben bedroht, ist zunächst noch wenig Aussicht, daß dadurch diese Geißel der Chirurgie ihren Schrecken verliert. Davon, daß die technische Ausführung des Eingriffs nicht allzu schwierig ist, haben wir uns selbst in einem Fall überzeugt: Es gelang in kurzer Zeit, den Embolus mit der Kornzange zu fassen und aus der Lungenarterie, wo er als reitender Embolus saß, herauszuziehen. Die Kranke war schon moribund, Puls und Atmung am Erlöschen, als sie nochmals für kurze Zeit auflebte. Bei der Kranken Kirschners hatte es sich um eine kräftige jugendliche Patientin gehandelt, die am dritten Tag nach einer Schenkelbruchoperation beim Hochsetzen eine schwere Embolie bekam. Der greise Erfinder der Operationsmethode konnte noch persönlich den Erfolg seiner kühnen und genialen Idee verwirklicht sehen. Die Luftembolie tritt während der Operation selbst in den Gefahrbereich, ist aber viel seltener und leichter zu vermeiden, als die eben beschriebene. Wenn größere Venenstämme angeschnitten werden, so besteht die Möglichkeit, daß unter schlürfendem Geräusch Luft angesaugt wird. Bemerkt man die Gefahr nicht sogleich und verschließt die Oeffnung, so kann es ebenfalls zu katastrophalen Herzstörungen kommen. Sauerbruch verwendet den Ueberdruckapparat. Wir haben in den vergangenen sechs Jahren einen derartigen Fall nie beobachtet. Zur Einschwemmung von Fett-Tröpfchen in die Lunge und ins Gehirn kommt es bei der Fettembolie. Bei orthopädischen Operationen, besonders wenn auf atrophischem, d. h. fetthaltigem Knochen gemeißelt wird, kommt es zur Verletzung der venösen Bluträume im Knochenmark. Werden nun größere Mengen von Fett in den Kreislauf eingeschwemmt, so kann es zu bedrohlichen Erscheinungen kommen. Sie sind dadurch bedingt, daß Fettkügelchen die Kapillaren der Lunge oder nach Passieren des kleinen Kreislaufs, die des Gehirns verstopfen. Im ersteren Fall kommt es zur pulmonalen Form mit Atemnot und Cyanose, im letzteren zur cerebralen mit Bewußtlosigkeit und Krämpfen. Es ist anzunehmen, daß es bei jeder Knochenoperation und auch bei jeder Fraktur zu einer wenn auch geringen und klinisch nicht bemerkbaren Fett-Tröpfcheneinschwemmung kommt. Die massige Form ist zum Glück selten und läßt sich wohl meist durch nicht allzu brüskes Vorgehen, besonders heftige Meißelschläge, vermeiden. Gaugele empfiehlt in ernsteren Fällen angelegentlich intravenöse Kochsalzinfusion. Dadurch, daß der vermehrte Flüssigkeitsstrom die Fett-Tropfen durch die Kapillaren treibt, glaubt er lebensrettende Wirkung erzielt zu haben.

Neben dem Herz- und Gefäßsystem sind es besonders die Lungen, die durch chirurgische Eingriffe, hauptsächlich Laparotomien, gefährdet werden. Die frisch Operierten vermeiden es, tief zu atmen, und die Lungen zu durchlüften, weil die Zerrung der Wundränder Schmerzen macht. Dazu kommt oft noch die Schädigung der Bronchialschleimhaut durch den Narkoseäther. Es kommt dann leicht zu bronchopneumonischen Herden, hervorgerufen durch Aspiration von Speichel und Schleim; bei alten Leuten fürchtet man besonders die Hypostase, und als dritte Ursache ist die embolische Form anzuführen. Durch die örtliche Betäubung vermeidet man wohl den Reiz auf die Schleimhäute, aber die schlechte Durchlüftung der unteren Lungenpartien schaltet man dadurch nicht aus. Die Hypostasen alter Leute werden durch Frühaufstehen schon am ersten Tag nach der Operation hintangehalten. Die medikamentöse Therapie ist ebenfalls von Nutzen. So wenden wir grundsätzlich schon vorbeugend Afenilinjektionen an. Auch Eigenblutinjektionen führen oft zum Abfall von bronchitisch oder bronchopneumonisch bedingtem Fieber.

Im Anschluß an die Herz- und Lungenschädigungen müssen die durch die Betäubung, Narkose sowohl wie örtliche Anästhesie, bedingten Komplikationen erwähnt werden.

Ein Schreckgespenst ist hier, zum Glück kommt es nur selten vor, der Narkosetod, ein Ereignis, das schon nach den ersten Tropfen eintreten kann und nicht etwa durch Ueberdosierung bedingt ist. Wir haben dieses Ereignis bei den vielen tausenden Narkosen vor Jahren einmal erleben müssen, bei einem technisch fehlerlos ausgeführten Chloräthylrausch, nach den ersten Tropfen, noch vor dem geplanten Eingriff, einer Mastitisinzision. Der Grund liegt oft in einer Thymuspersistenz, ein Zustand, den man vorher nicht zu erkennen vermag.

Die Gefahren der Inhalationsnarkose sind i. ü. desto geringer, je kürzer sie dauert und je weniger Aether verbraucht wird. Durch vorherige Injektion von Morphium, etwa 1 Stunde vor dem Eingriff, erreicht man hier sehr viel. Atropin gleichzeitig gegeben, setzt die Schleimsekretion herab und verhindert dadurch Aspiration, Bronchitis, Pneumonie. Scopolamin macht einen sehr guten Dämmerschlaf, der in oft erstaunlicher Weise die Erinnerung an die Operation auslöscht. Durch die Gefahr der Atemlähmung hat es aber seine Beliebtheit eingebüßt und wird von uns nicht mehr verwendet. Die zentrale Atemlähmung beobachtet man sonst ab und zu, besonders bei Operationen in der hinteren Schädelgrube und nach Lumbalanästhesien. Man hat in neuerer Zeit das Lobelin, ein Alkaloid, als spezifisches Reizmittel des Atemzentrums empfohlen; es soll zusammen mit der künstlichen Atmung in mehreren Fällen lebensrettend gewirkt haben. Vielleicht ist es möglich, namentlich wenn bei darniederliegendem Kreislauf die subkutane Injektion zu langsam resorbiert wird, dieses Mittel mit Hilfe der Zisternenpunktion direkt an das Zentrum in der Medulla heranzubringen.

In jüngster Zeit ist viel die Rede von einer sogenannten ungefährlichen Narkose mit Narcylen, dem Acetylen der Fahrradlampen. Schädigungen von Lunge und Herz sind dabei nicht beobachtet, und vielleicht ist diese Methode berufen, alle anderen Betäubungsverfahren, auch die örtliche, zu verdrängen. Es haften ihr aber heute noch einige Mängel, wie umständliche und teure Apparatur, Feuergefährlichkeit und ungenügende Entspannung der Bauchdecken an.

Die Gefahren der Narkose haben besonders in Deutschland zu einem weitgehenden Ausbau der örtlichen Betäubung geführt. Die Operationsmortalität hat dadurch einen wesentlichen Rückgang erfahren. Und doch ist nicht zu übersehen, daß auch hier Gefahren vorhanden sind, da das Injektionsmittel, die Novocain-S.-Lösung, keineswegs ungiftig ist, besonders wenn es rasch in den Kreislauf aufgenommen wird. Die versehentliche intravenöse Injektion ist daher besonders zu vermeiden, da ihr mehrere anders nicht erklärbare Exitusse zugeschrieben werden müssen. Die ungefährlichste Methode bleibt wohl auf jeden Fall die oberflächliche Infiltration des Operationsgebietes. Fast alle tiefen und Leitungsanästhesien mit Novocain sind mit Todesfällen belastet. So beschreibt Förster sehr anschaulich eine Strumektomie bei einem 20jährigen Bauernmädchen bei der Leitungsanästhesie und Umspritzung nach Härtel gemacht war: „Ich hatte gerade den Kragenschnitt angelegt, war im Begriff, den Hautlappen nach oben abzulösen, als ziemlich plötzlich die Atmung und der Puls aussetzten. Luftembolie ausgeschlossen, da die beiden Mittelvenen nicht sonderlich groß und vor der Durchschneidung doppelt unterbunden waren. Leichenblasses Aussehen, große, starre Pupillen — scheinbar exitus letalis! Sofort eingeleitete künstliche Atmung, rhythmisches Vorziehen der Zunge, Herzmassage von der Magengrube aus und starkes Beklopfen der Herzgegend — Injektionen aller Art — alles vergebens! Qualvolle Minuten, wie sie kein Dante schildern und sich ausdenken kann!! — Es ist ja alles umsonst, das Leben dahin!! — Doch halt, um nichts unversucht zu lassen, 1 ccm Suprareninlösung intracardial!! Ich weiß nicht einmal, ob ich in den linken Ventrikel hineingelangte oder in seine Muskulatur — ich nahm eine lange Hohlnadel, wie sie mir vor der Leitungsanästhesie noch zur Hand war — und, o Wunder: das Herz begann zu arbeiten.“ (Zit. n. Bachlechner Er. d. Ch. u. O., Bd. 16, 1923.)

Außer dieser Mitteilung von Förster finden sich in der Literatur etwa 25 Fälle von dauernder Wiederbelebung des Herzens durch intrakardiale Injektion, darunter achmal bei Narkosestillstand. Bachlechner empfiehlt auf Grund von Obduktionsbefunden und der Literatur folgende Technik: Man sticht im 4. I. R. ganz am Sternum ein, um die Mammaria interna und die Pleura zu vermeiden. Man wählt am besten den oberen Rippenrand der fünften Rippe; in 3½ bis 5 cm Tiefe, je nach dem Fettpolster, ist man im rechten Ventrikel. Man saugt nun Blut an und injiziert. Als Injektionsflüssigkeit hat Suprarenin (1 ccm der üblichen Lösung) die besten Erfolge zu verzeichnen. Vorbedingung des Erfolges ist, daß die Injektion spätestens 15 Minuten nach dem Herzstillstand erfolgt, da das Gehirn gegen Anämie außerordentlich empfindlich ist und später nicht mehr zu beleben ist.

Von den zentralen Anästhesien spielt die Lumbalanästhesie besonders auch bei gynäkologischen Eingriffen eine große Rolle. Die einfache Technik, die bei einiger Uebung fast immer gelingt, die völlige Anästhesie der ganzen unteren Körperhälfte und gute Erschlaffung der Bauchdecken haben ihr viel Freunde verschafft. Doch ist sie keineswegs frei von Komplikationen, wenn man auch den Eindruck hat, daß man sie im Laufe der Zeit nur besser zu vermeiden gelernt hat. Eine besondere Gefahr bildet die Möglichkeit, daß das Novokain, das heute zumeist verwendet wird, zu hoch innerhalb des Duralsacks nach oben steigt. Man hat dabei letale Lähmungen des Atemzentrums beobachtet und bleibende Lähmung des Abducens. Starke Kopfschmerzen sind ebenfalls ab und zu eine unangenehme Folge dieser Anästhesie. Obwohl man im Lauf der Zeit gelernt hat, durch richtige Dosierung und Technik die fatalen Nebenwirkungen herabzusetzen, hat sich die L. A. bei den Chirurgen nicht überall durchgesetzt, und wo andere ungefährliche Anästhesien, wie z. B. die Infiltrationsanästhesie, ausreichen, wird man sie besser vermeiden. Die Gynäkologen, die diese Möglichkeit nicht haben, machen von ihr häufigeren Gebrauch.

Für zahlreiche Eingriffe, insbesondere für Laparotomien hat sich als gebräuchliches Verfahren folgendes herausgebildet: Morphium-Atropin-Vorbereitung, Infiltration der Bauchdecken. Handelt es sich nun um vernünftige Kranke und ist der Operationsplan klar, wie z. B. bei einer Magenresektion, so wird die Kappissche Splanchnicusanästhesie in der Braunschen Modifikation hinzugefügt. Sind die Kranken sehr erregt, so bekommen sie jetzt noch Narkose, die meist rasch eintritt, da die vorherige Mo-gabe das Erregungsstadium abkürzt. Zu der Braunschen Modifikation der Sympathikusanästhesie wäre noch zu sagen, daß wir einmal dabei eine unangenehme Verletzung des Choledochus erlebt haben, vielleicht ein Grund, wieder zu der Kappisschen Originalmethode zurückkehren.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt im Verlauf eines chirurgischen Eingriffs ist der Heilverlauf der Wunde. Ist es nun so, daß uns die Asepsis ein Gefühl absoluter Sicherheit zu geben vermag? Man kann i. a. dies bejahen. Schwere Infektionen im Anschluß an eine an sich aseptische Operation gehören zu den größten Seltenheiten. Ich kann mich in den letzten sechs Jahren nur an einen Fall schwerer Wundinfektion im Anschluß an eine Hernienoperation erinnern, die den Heilverlauf erheblich verlängerte. Instrumente und Verbandstoffe lassen sich leicht und sicher sterilisieren. Bleibt nur noch die Haut des Kranken und die Hand des Chirurgen. Die Haut des Operationsfelds wird wohl allgemein mit Alkohol und Jodanstrich oder ähnliches vorbehandelt. Sie beherbergt i. a. nur harmlose Bakterien. Franz erwähnt in seinem neuen gynäkologischen Operationskurs, daß er auch ohne jede Hautdesinfektion gleich gute Heilresultate erreicht hat.

Die Händedesinfektion wird nach Fürbringer mit Bürste, Seife und heißem Wasser durchgeführt. Ein besonders sicheres aseptisches Gewissen bekommt man aber erst durch die Gummihandschuhe. Seitdem wir sie wieder grundsätzlich bei jedem Eingriff verwenden, gehört eine glatte Wundheilung zu den Selbstverständlichkeiten.

Eine Störung im Wundverlauf, von der man in den letzten Jahren, besonders nach dem Kriege, häufiger gelesen hat und die wir auch mehrfach beobachtet haben, ist die Wunddiphtherie, die Infektion der Wunden mit dem Neisserschen Diphtheriebazillus. Es handelt sich gewöhnlich um an sich schon infizierte Wunden, deren Granulation dann ein eigenartiges Aussehen annimmt. Oft sieht man glasigen Wundgrund, ab und zu auch Pseudomembranen, wie bei der Rachendiphtherie, die beim Abziehen bluten und die Wunde wie beschneit erscheinen lassen. Typisch ist auch die seröse nicht eitrige Sekretion und die schlechte Neigung zur Heilung. Im Abstrich findet sich der Neißersche Diphtheriebazillus, manchmal in Reinkultur, meist zusammen mit Strepto- oder Staphylokokken. Daß es sich dabei um echte Diphtheriebazillen handelt, wird u. a. dadurch bewiesen, daß des öfteren typische postdiphtheritische Lähmungen auftreten. Auch wir hatten Gelegenheit, bei einer Kranken Akkommodationsstörungen — die Kranke konnte plötzlich Druckschrift nicht mehr erkennen — sowie Peroneus- und Radialislähmungen zu beobachten. Auch Gaumensegel- und Schlucklähmungen, Herz- und Nierenschädigungen wurden mehrfach gesehen. Es ist wichtig, an diese Komplikation bei verdächtiger Wunde zu denken. Lokale Behandlung ist meist ohne Einfluß. Dagegen sind hohe Serumgaben wirksam, die auch wiederholt ohne Anaphylaxiegefahr gegeben werden können. (Uhlhorn, Lübeck.)

Eine Wundinfektion, die uns aus den ersten Kriegsjahren noch in unvergeßlicher Erinnerung ist, ist die mit Tetanuskeimen. Daß bei Operationen früherer Kriegsverletzungen, die auch jetzt immer noch vorkommen, z. B. Geschoßentfernung, stets die vorbeugende Tetanusantitoxininjektion gegeben werden muß, ist bekannt. Verschiedentlich ist von tödlichem Starrkrampf im Anschluß an solche Eingriffe berichtet, selbst wenn die eigentliche Infektion mehrere Jahre zurücklag, ein Umstand, der sich aus der ungemeinen Lebenszähigkeit der Sporen erklärt, die aus nicht recht erklärlicher Ursache bei einem erneuten Eingriff wieder virulent werden.

Zum Schluß ist noch einer Wundkomplikation zu gedenken, die hin und wieder sich an operative Eingriffe anschließt, die Fistelbildung. Am häufigsten tritt sie wohl in Erscheinung im Anschluß an die Operation des Pleuraempyems, wo der starre Wundhohlraum das Zusammenlegen der Wundhöhle vorfindet und oft große Eingriffe (Thorakoplastik) erforderlich macht.

Bekannt ist der Grundsatz, daß kalte Abszesse nicht inzidiert werden dürfen, da sich sonst eine sehr fatale Fistelbildung anschließt.

An periproktische Abszesse schließt sich häufig die Ausbildung einer Analfistel, die einen chirurgischen Eingriff nötig macht.

Ab und an sind auch versenkte Seidenfäden schuld an der Fistelbildung. Man soll deshalb in der Tiefe besser nur das resorbierbare Catgut verwenden, besonders bei unsicherer Asepsis. Um vor unangenehmen Enttäuschungen sicher zu sein, muß man bei der Anzeigestellung vor Operationen auf den allgemeinen Körperzustand, die Konstitution, Rücksicht nehmen. Sehr dicke Leute eignen sich schlecht zum Operieren. Herz- und Lungenkomplikationen sind hier besonders zu befürchten und deshalb größere Eingriffe besser zu unterlassen. — Frauen sind etwas widerstandsfähiger und halten i. a. mehr aus als Männer.

Der Diabetes, der früher ein Nolimetangere für chirurgische Therapie war, hat durch das Insulin etwas von seinem Schrecken verloren. Bei einem Patienten, der mit einem Nackenkarbunkel auf die Abteilung kam und bei dem sich noch vor dem chirurgischen Eingriff ein Coma ausbildete, ist es durch hohe Insulindosen bis 200 E. im Tag gelungen, den äußerst bedrohlichen Zustand so zu bessern, daß er unbeschadet dem nicht ganz unerheblichen Eingriff unterzogen werden konnte.

Bei Posatoren, die gewöhnlich sich durch Alkoholgeruch verraten, muß man zur Vermeidung des Deliriums an vorherige nicht zu knappe Alkoholdosen denken.

Wenn bisher von den Gefahren die Rede war, die bei allen chirurgischen Eingriffen eintreten können, so muß noch in kurzem auf die Komplikationen eingegangen werden, die in der Eigenart besonderer Operationen begründet sind.

Die Eingriffe am Schädel bieten mehrfache Besonderheiten. Bei der Eröffnung der Schädelhöhle macht die Lokalisation von Tumoren oft erhebliche Schwierigkeiten. Beim Operieren in der hinteren Schädelgrube, bei Kleinhirnoperationen kommt es leicht zu schweren Atemstörungen durch Druck auf die Medulla. Narkose erhöht die Gefahr. Wir haben in einem Fall erst nach fast einstündlicher künstlicher Atmung die spontane Atmung bei einem solchen Patienten in Gang bringen können. Auch muß man sich vor Verletzung der Sinusse hüten wegen der Gefahr der Blutung und der der Luftembolie. Clairmont berichtet über einen Todesfall infolge von Luftembolie, bei der Trepanation eines Alkoholikers mit der Dahlgrenschen Zange trat Luft in die abnorm erweiterten pacchionalen Granulationen. Sehr ausgesprochene stürmische Erscheinungen. Cl. macht den Vorschlag, auch in solchen Fällen die Trendelenburgsche Operation zu versuchen.

Besondere Komplikationen bieten die Strumaoperationen und in erster Linie die Rekurrenslähmung und die Tetanie. Wir haben bei unseren zahlreichen Strumaoperationen nur einen Fall von bleibender Rekurrensschädigung erlebt und nie Tetanie. Bei klaren Wundverhältnissen ist eine Verletzung der Rekurrens i. a. wohl stets zu vermeiden. Die Gefahr ist eher möglich, wenn etwa die untere Schilddrüsenarterie beim Vorwälzen der Struma abreißt und durch die plötzliche Blutüberschwemmung die Orientierung nicht mehr möglich ist. Der Ausbruch von Tetanie nach einer Strumenoperation ist meist eine sehr peinliche Sache. Sind alle Epithelkörperchen entfernt oder geschädigt worden, so kommt es zum Tode, da es fast nie gelingt, fremde Epithelkörperchen zum Einheilen zu bringen. Dieses Ereignis ist allerdings extrem selten, da bei der jetzt üblichen Technik sich Schädigungen fast mit Sicherheit vermeiden lassen. Eine ebenfalls wenig erfreuliche Ueberraschung nach Kropfoperation ist das Rezidiv, das früher ab und zu vorkam. Maier berichtet z. B. aus Innsbruck, 10% aller Strumenoperationen seien bei Rezidiven nötig geworden. Die heute geübte Technik bei der grundsätzlich nach Unterbindung aller vier Arterien aus beiden Lappen reseziert wird, vermeidet dieses Ereignis. Gleichzeitig wird dadurch der Rekurrens und die Epithelkörperchen am sichersten geschont, da man die hintere Wand dabei stehen läßt. Auch ist empfohlen worden, den oberen Pol nicht allzusehr hervorzuheben, da an dessen Rückwand gewöhnlich ein besonders großes Epithelkörperchen sitzt. Gelegentliche Schädigungen des Nervus recurrens haben wir beobachtet. Es hat sich dabei aber stets nur um reversible Läsionen gehandelt, da nach einigen Wochen die Heiserkeit wieder verschwand. Die örtliche Betäubung ist hier besonders wertvoll, weil man die Kranken nun zwischendurch zum Sprechen auffordern kann. Das ausgesprochene Bild der *Tetanie* mit einer Krampfbereitschaft der Muskeln, der Geburtshelferstellung der Hände usw. konnten wir nach einer Magenoperation beobachten, ein Ereignis, daß allerdings außerordentlich selten ist. Kalkzufuhr wirkt günstig. Kurz muß auch hier nochmals der Gefahr der *Luftembolie* Erwähnung getan werden, die bei der Strumenoperation wohl am häufigsten vorkommt, und zwar am ehesten beim unbeaufsichtigten Verletzten der Vena jugularis interna. Ein schlürfendes Geräusch, ein Angstschrei des Kranken und rascher Tod ist oft die Folge. Wir haben dieses Ereignis nie beobachtet. In einem Fall kam es am dritten Tag bei einer Kropfoperierten plötzlich zum Exitus, als der Streifen gezogen wurde. Vielleicht war die Ursache dieses tragischen Ereignisses eine Luftembolie.

Bei der häufigsten Operation, der *Rippenresektion* bei Pleuraempyem besteht die Gefahr, daß ein tuberkulöses Empyem nicht als solches erkannt und mit Rippenresektion behandelt wird. Meist folgt darauf Mischinfektion und tödlicher Ausgang. Es empfiehlt sich daher stets, den Patienten durch Probepunktion auf Bakterien zu untersuchen. Steriles, dünnflüssiges Exsudat ist stets auf Tuberkulose verdächtig.

Die *Bauchhöhlen*operationen, die zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen überhaupt gehören, bieten ebenfalls häufig genug Anlaß zu den verschiedensten Zwischenfällen.

Ein Ereignis, das besonders auch in der Vorstellung der Laien eine große Rolle spielt, ist die Zurücklassung von *Fremdkörpern*. Wir hatten zwar zum Glück nie Gelegenheit, dieses peinliche Ereignis erleben zu müssen. Aber man muß wohl zugeben, daß das Verschwinden eines Tupfers, namentlich bei schlechter Narkose, wenn der Kranke dauernd preßt, oder beim plötzlichen Auftreten einer Blutung mal eintreten kann. Bei ruhigem Operieren, Anschlingen aller Kompressen und Fernhalten von ungestielten Tupfern von dem Operationsfeld läßt sich dieses Ereignis fast mit Sicherheit vermeiden.

Das *Aufplatzen* der *Bauchwunde* ist ebenfalls ein Ereignis, das man hin und wieder erlebt. Bei Peritonitis und starker Blähung der Därme haben wir dieses Ereignis nur ganz selten einmal erlebt. Daß es so selten vorkommt, schreiben wir dem Umstand zu, daß wir grundsätzlich jede größere Laparotomiewunde mit Drahtnähten verschließen, die 14 Tage liegen bleiben.

Eine Komplikation, die wir vor einigen Jahren gehäuft im Anschluß an Laparotomien beobachten konnten, war der *Singultus*. Diese an sich zunächst harmlos aussehende Erscheinung kann, wenn sie sich über Tage erstreckt, zu einer schlimmen Qual für die Kranken werden. Besonders häufig trat dieses Symptom nach Laparotomien in der Oberbauchgegend auf, in der Nähe des Zwerchfells und der großen Ganglien, ohne daß sich die Ursache einwandfrei hätte feststellen lassen. Zumeist gelingt es durch Maßnahmen, wie Einführen des Magenschlauchs, Druck auf den Larynx oder den Verlauf des Phrenicus das lästige Aufstoßen zu beseitigen. Ein Fall jedoch ist mir in bleibender Erinnerung geblieben. Es handelte sich um einen Kranken, der wegen Ulcus ventriculi eine G. E. bekommen hatte. Es schloß sich einige Tage später ein außerordentlich schwerer Singultus an, der trotz doppelseitiger Phrenicusexairese nicht schwand und der den Kranken so sehr zur Verzweiflung brachte, daß er Suicid beging.

Außer den bisher angeführten Komplikationen im *unmittelbaren* Anschluß an die Laparotomie kann es im weiteren Verlauf noch zu *Spätfolgen* kommen, die die Freude über eine an sich gelungene Bauchoperation erheblich herabsetzen können. Hier sind in erster Linie die *Verwachsungen* zu nennen.

Die Ursachen dieses mißlichen Ereignisses sind verschiedener Natur, meist wohl Entzündungsherde, außerdem Blutungen, Verletzungen oder andere Schädigungen des Peritonealendothels. Durch Zerrung, Knickung und die Peristaltik kommt es zum Darmverschluß. Besonders häufig konnten wir und andere Ileusfälle beobachten, die im Anschluß an gynäkologische Operationen besonders an den Adnexen zur Ausbildung kamen.

Die Appendicitis kann namentlich bei Abszeßbildung ebenfalls zu postoperativem Ileus durch Verwachsung und Strangbildung führen. Doch kann man immerhin hunderte von Appendiciten operieren, ehe man einen derartigen Zwischenfall zu sehen bekommt.

Abgesehen von den Fällen, wo es zum Ileus kommt, wird im allgemeinen die Diagnose Verwachsungen sicher zu häufig gestellt. Bei negativem Befund hilft man sich mit dieser Aushilfsdiagnose. Oft handelt es sich um asthenische junge Mädchen oder Frauen, die sich mehrmals daraufhin den Bauch aufschneiden lassen. Zur Vermeidung dieser Adhäsionen wird man bei der Laparotomie alle Stümpfe sorgfältig decken, Tampons aufs nötigste beschränken und dafür sorgen, daß der Darm nach dem Eingriff möglichst bald wieder in Gang kommt.

Die *postoperative Bruchbildung* ist eine Komplikation, nach der man auch oft von Laien gefragt wird. Die Umstände, unter denen man damit rechnet, sind: Wundinfektion z. B. bei Blinddarmabszessen und bei unvermeidlicher Drainage und Tamponade der Bauchwunde. Doch braucht trotz dieser Umstände, die meist in der Natur der Krankheit liegen, nicht immer ein Bruch zu entstehen. Meist entstehen derartige Hernien schon wenige Wochen nach der Operation. Nach einem Jahr braucht man im allgemeinen damit nicht mehr zu rechnen. Man hat gelernt, durch entsprechende Schnittführung, z. B. den Wechselschnitt und Pararectalschnitt bei der Epityphlitis diese Komplikation zu vermeiden. Es empfiehlt sich zur Vorbeugung eines Bauchbruchs, besonders bei dicken Frauen, deren Bauchdecken durch Geburten schlaff geworden sind, mehrere Monate nach einer Laparotomie eine gut sitzende elastische *Leibbinde* tragen zu lassen. Im übrigen empfiehlt es sich, postoperative Brüche operativ zu beseitigen, da der Eingriff im Verhältnis zur Belästigung des Betroffenen ein sehr geringer ist.

Zieht man aus dem Gesagten das Fazit, so hat man zweifellos den Eindruck, daß die Chirurgie in den kurzen Jahrzehnten ihres Aufschwungs manches schmerzliche Lehrgeld hat zahlen müssen. Und auch heute noch sind wir noch lange nicht so weit, daß wir gegen jedes unerwartete Mißgeschick gefeit sind. Als Erben der großartigsten Entwicklungsperiode in der Geschichte unseres Fachs ist es unsere Aufgabe, deren Errungenschaften auszubauen. Immer erneut erfüllt uns aber Bewunderung für die großen Meister, die trotz Rückschlägen und niederdrückender Mißerfolge das stolze Gebäude der modernen Chirurgie errichtet haben.

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Köln
(Direktor: Prof. Aschaffenburg).

Ueber die Zisternenpunktion[1]).

Von
KURT BLUM.

Unter Zisternenpunktion oder Subokzipitalpunktion versteht man die Punktion der Cisterna cerebellomedullaris von der Subokzipitalgegend aus zum Zwecke der Gewinnung von Liquor cerebrospinalis oder zur Ausführung anderer Eingriffe am Liquorsystem.

Die Methode hat schon eine längere Geschichte. Nonne berichtet, daß bereits Quinke die Punktion der Cisterna cerebello-medullaris erwogen, den Eingriff aber als zu gefährlich abgelehnt habe. Empfohlen hat ihn wohl zuerst Obregia; er nannte ihn „Rachicentèse sous-occipitale“ und hielt ihn für geeignet, um bei infektiösen Erkrankungen des Gehirns den Liquor möglichst aus der Nähe des Krankheitsherdes zu erhalten. Eden hat (mündl. Mitteilung, zitiert nach Wartenberg) schon 1918 nach vorheriger Erfahrung mit Subokzipitalstich (s. u.), nachdem sich Liquoransammlungen nach außen bildeten und punktiert werden konnten, die Subokzipitalpunktion mehrfach ausgeführt, zuerst in einem Falle eitriger Meningitis nach Schädelverletzung. In 2 Fällen wurden auch Tetanusantitoxineinspritzungen der Punktion angeschlossen. Zu diagnostischen Zwecken am Menschen wurde die Zisternenpunktion von Wegeforth, Ayer und Essick (1919) in Amerika eingeführt und besonders von Ayer als Methode ausgebaut. In Deutschland hat Eskuchen — unabhängig von den Amerikanern — die Zisternenpunktion gefunden und die Grundlagen zu ihrer Anwendung gelegt. Ferner haben sich Nonne, Wartenberg, Hartwig und Stahl in Deutschland und Sicard in Frankreich um ihre Einführung verdient gemacht.

Als Vorläufer der Zisternenpunktion müssen die „chirurgischen“ Eingriffe angesehen werden, mit denen man sich zum Zwecke der Druckentlastung des Gehirns Zugang zu der Cisterna cerebello-medullaris verschafft hat. Auf Westenhoefers Anregung wurde zur Behandlung der eitrigen Meningitis und des chronischen Pyo- und Hydrocephalus das Ligamentum atlanto-occipitale eingeschnitten und durch diese Inzision die Zisterne nach außen drainiert. Aehnlich gingen Cushing und Hayens (zitiert nach Nonne) vor. Payr hat 1916 die Eröffnung der Cisterna cerebello-medullaris bei Meningitis serosa acuta traumatica mit gutem Erfolg gemacht und betont den Wert der Operation für die Behandlung der umschriebenen chronischen serösen Meningitiden überhaupt (Wartenberg). Anton und Schmieden haben diesen Eingriff weiter ausgebaut und mit dem Namen „Subokzipitalstich“ belegt. Als solcher hat die Methode in der Behandlung der intrakraniellen Liquorstauung Eingang gefunden (Eden, Schloffer, Scheele, Schmieden und Scheele, Auerbach, Wideroe). Auch Weigeldt hat sich bei seinen Liquorstudien des „chirurgischen“ Subokzipitalstiches bedient.

Bei Tieren ist die occipto-atlantoide Punktion seit langem üblich, da die Lumbalpunktion hier meist nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten gelingt. Es mag genügen, auf die einschlägigen Arbeiten von Dixon und Halliburton, Weed, Plaut, Kasahara und Pette hinzuweisen.

Was die anatomischen Verhältnisse betrifft, so darf daran erinnert werden, daß die Cisterna cerebellomedullaris dadurch entsteht, daß die Spinnwebenhaut in den Winkel zwischen Unterfläche des Kleinhirns und Medulla oblongata nicht eindringt, sondern sich darüber hinweg spannt. So entsteht eine liquorgefüllte subarachnoidale Höhle, deren größter Durchmesser ungefähr in Höhe des Foramen occipitale magnum gelegen ist und beim Erwachsenen 1½—2 cm mißt. Die Zisterne ist begrenzt oben vom Unterwurm des Kleinhirns und der Tela chorioidea des vierten Ventrikels, vorn von der Medulla oblongata, hinten unten von der Membrana atlanto-occipitalis bzw. den ihr anliegenden Hirnhautteilen. Aufwärts kommuniziert sie durch das Foramen Magendie mit dem vierten Ventrikel, abwärts mit dem Subarachnoidalraum des Rückenmarkes.

Es kommt also darauf an, unter Durchstechung der Membrana atlanto-occipitalis da in die Zisterne einzudringen, wo sie ihre größte Tiefe hat. Vorher hat die Nadel Haut, Ligamentum nuchae und die Nackenmuskulatur zu passieren. Ueber die Tiefe bis zur Membrana atlanto-occipitalis lassen sich nur ganz ungefähre Angaben machen; als Durchschnitt werden 5 cm angegeben, doch sind bei mageren Personen 3—4, bei fetten oder muskulösen 7—8 cm gemessen worden. Wir selbst erreichten einmal bei einer mageren weiblichen Person die Zisterne bereits in 2½ cm Tiefe. Viel wichtiger ist die Kenntnis der Skelettverhältnisse. Man fühlt bei jedem Menschen die Protuberantia occipitalis externa, man fühlt auch den Prozessus spinosus des Epistropheus. Dagegen ist das Tuberculum posterius des Atlas nur gelegentlich bei ganz mageren Personen palpabel.

Die Technik läßt sich aus Beschreibungen allein nicht lernen. Genaue Orientierung an anatomischen Präparaten zur Gewinnung räumlicher Vorstellungen und Uebungen an Leichen sind unentbehrlich, wobei bemerkt sei, daß die Punktion an Leichen wegen der fehlenden Gewebsspannung keineswegs besonders leicht ist. Es ist sicher auch wünschenswert, zunächst zuzusehen, wie eine kundige Hand die Punktion ausführt[2]).

Als Nadel benutzt man die gebräuchlichen Lumbalpunktionsnadeln, wobei man auch bei der Zisternenpunktion auf dünne Nadeln Wert legen muß. Dünne Nadeln kann man — darauf hat Kulenkampff aufmerksam gemacht — in ihrer Lage nicht wesentlich ändern, sondern muß sie zum Zwecke der Lageänderung zurückziehen und aufs Neue einführen. Dünne Nadeln machen es also unmöglich, bei eingestochener Nadel Richtungskorrekturen vorzunehmen. Wenn auch die Tiefe, in der die Nadelspitze sich befindet, keine zuverlässige Orientierung gibt, so ist es doch wünschenswert, zu wissen, wie weit die Nadelspitze von der Haut entfernt ist. Man hat deshalb vorgeschlagen, 5 cm von der Nadelspitze entfernt Markierungen anzubringen. Nonne benutzt ein rundes Korkplättchen, andere Autoren haben ihre Nadeln geritzt; von uns stets gebraucht und von Fried und Osann beschrieben sind kleine, festschraubbare Metallzylinder, die man auf die Nadel schiebt. Diese haben gegenüber den anderen Markierungen den Vorteil, daß sie z. B. bei Kopfbewegungen des Patienten ein weiteres Eindringen der Nadel verhindern. Eine geritzte Nadel wird auch leichter abbrechen.

---

[1]) Nach einem Vortrag in der Wissenschaftlich-Medizinischen Gesellschaft an der Universität Köln am 4. Dez. 1925.

[2]) Verf. lernte die Methode an der Nonneschen Klinik.

Es ist im allgemeinen nicht notwendig, die Gegend des Einstiches zu anästhesieren; dadurch wird sogar die Orientierung in der Tiefe erschwert. Auch Chloräthylrausch ist nur bei ganz unruhigen Kranken notwendig. Empfindlichen Leuten wird man vorher Morphium geben. Einen Hautschnitt macht, soviel wir sehen, nur Osann.

Viel erörtert wird in der Literatur die Frage, ob man im Liegen oder im Sitzen punktieren soll. Sitzende Stellung erleichtert die Orientierung, hat aber den Nachteil, daß im Sitzen im allgemeinen der Liquor aspiriert werden muß, da dann in der Zisterne „negativer Druck“ herrscht. Im Liegen fließt der Liquor heraus wie bei der Lumbalpunktion. Im übrigen kommt es darauf an, zu welchem Zweck man die Zisternenpunktion ausführt. Will man Aufschluß über die „lokale“ Liquorbeschaffenheit haben, so wird man im Sitzen punktieren. Handelt es sich aber um die Frage der Blockierung des spinalen Subarachnoidalraumes, so ist die Punktion im Liegen erfolgreicher (Eskuchen). Die Kranken ziehen im allgemeinen die Punktion im Sitzen vor. Die Gegend der Einstichstelle ist — auch zur besseren Orientierung — zu rasieren; desinfiziert wird wie bei der Lumbalpunktion. Der Kopf wird leicht gebeugt gehalten, damit sich die Membrana atlanto-occipitalis anspannt.

Das Wesentlichste der Technik ist aber die Frage, wie man sich über die Lage und den Weg der Nadel orientiert und „dunkles Arbeiten in der Nähe lebenswichtiger Zentren“ vermeidet. Ayer legt den Daumen auf den Epistropheusdorn, sticht oberhalb ein und folgt einer Richtung, die durch die Linie äußerer Gehörgang—Glabella gegeben ist, wobei man gut tut, lieber etwas höher als tiefer zu zielen. Sicard begnügt sich damit, „die Protuberantia occipitalis externa zu markieren und die Nadel langsam unterhalb einzuführen, und zwar in die leichte Vertiefung, die durch den atlanto-occipitalen Winkel gebildet wird“. Eskuchen palpiert von der Protuberantia occipitalis hart am Knochen nach abwärts bis zu der Stelle, wo der Finger durch das Ligamentum nuchae vom Knochen abgedrängt wird; außerdem sucht er den Epistropheusdorn auf und sticht in der Mitte zwischen diesen beiden Punkten ein in Richtung auf das vermutliche Ende der Hinterhauptsschuppe. „Fühlt man den Knochen mit der Nadelspitze, so tastet man sich, indem man den Nadelgriff etwas anhebt, an ihm zum Foramen hin entlang. Die Abbruchstelle der Hinterhauptsschuppe in das Foramen magnum ist der Orientierungspunkt bei der Punktion.“ Wartenberg benutzt den Dornfortsatz des Epistropheus als Nadelstütze, gibt der Nadel die Richtung schräg nach oben gegen den Hinterhauptsknochen, tastet sich dann mit der Nadel am Knochen entlang bis zum Foramen magnum und durchsticht die Membrana atlanto-occipitalis an der Anheftungsstelle am Knochen. „Die Richtung der Nadel am Ende einer gelungenen Punktion ist dann die, daß die ideelle Verlängerung der Nadel die Verbindung beider Augenbrauen oder 2—3 cm oberhalb treffen würde. Zieht man diese Linie an Abbildungen von Medianschnitten des Kopfes, so sieht man, daß sie die Cisterna cerebello-medullaris in ihrer größten Tiefe schneidet, und erweist sich somit als die gegebene für die Richtung der Punktionsnadel.“ F. Krause hat in einem Falle bei großer Unruhe des etwas benommenen und nicht zu narkotisierenden Kranken statt des in dauernder Bewegung befindlichen Schädelknochens den hinteren Atlasbogen als Wegweiser benutzt. Uns hat sich das Vorgehen von Eskuchen am meisten bewährt. Rein quantitative Orientierung nach der Tiefe ist ungenügend und unter allen Umständen zu verwerfen. Dagegen gibt die Orientierung am Occiput genügende Sicherheit über die Lage der Nadelspitze. Die Richtungslinie außen am Schädel ist wertvoll, genügt aber allein nicht. Geht man zu tief ein, so läuft man Gefahr, mit der Nadel zwischen Atlas und Epistropheus durchzukommen. Kulenkampff und Bescht haben auf Röntgenbildern diese Abweichung der Nadel beobachtet. Immerhin ist der Widerstand, den man am Atlas fühlt, ein anderer, weniger starrer, als der, den das Occiput der Nadel entgegensetzt.

Die Durchbohrung der Membrana atlanto-occipitalis und der Hirnhäute ist schwieriger und dauert länger als die Durchbohrung der entsprechenden Gewebsschichten bei der Lumbalpunktion. Meist, aber keineswegs immer spürt man das Durchstechen der Membran und das Eindringen in die Zisterne am Nachlassen des Widerstandes wie bei der Lumbalpunktion. Auch steht die Nadel fest und läßt sich nicht hin und her bewegen, wenn sie in der Zisterne ist. Im Liegen entleert sich dann spontan Liquor; punktiert man im Sitzen, so wird man — wenn man nicht sicher ist — zur Probe aspirieren. Führt man die Nadel — wie das bei Tiefenpunktion üblich ist — ohne Mandrin ein, so kann man auch zur Prüfung der Durchgängigkeit etwas sterile Flüssigkeit injizieren (Kulenkampff und Sicard).

Jedenfalls soll man, wenn man die Membran durchstoßen hat, mit der Nadelspitze nicht weiter als ½ cm in die Tiefe gehen. Wenn die Nadel nur ½ cm weit in der Zisterne steckt, kann — wie Ayer an Leichengefrierschnitten gezeigt hat — auch bei Bewegungen des Kopfes nichts passieren.

Man soll auch bei der Zisternenpunktion den Liquor möglichst langsam entleeren. Nach der Punktion müssen die Kranken ebenso liegen wie nach der Lumbalpunktion. Eskuchen selbst warnt davor, die Zisternenpunktion ambulant zu machen, wie überhaupt der Eingriff nur im Krankenhause von geübter Hand ausgeführt werden sollte.

Denn es darf nicht verschwiegen werden, daß die Zisternenpunktion wegen der Nähe lebenswichtiger Zentren große Gefahren mit sich bringt, wenn man nicht kunstgerecht und behutsam vorgeht. Und alle die vielen technischen Einzelvorschriften, die in der Literatur niedergelegt sind, zielen ja nur darauf ab, diesen Gefahren zu begegnen. Verletzungen der Medulla sind, wenn man lege artis den Eingriff ausführt und ihn nicht forciert, nicht zu befürchten. Verletzungen des Kleinhirns sind nur denkbar, wenn man erheblich von der Mittellinie abweicht oder das Kleinhirn bei Hirndruck in das Foramen hineingepreßt ist. Einreißen der Membrana atlanto-occipitalis kommt bei Verwendung scharfer Nadeln nicht vor. Kleine Läsionen des occipitalen Periosts sind ohne Bedeutung. Die Gefahr der Blutung ist auch nicht sehr groß, wenn man in der Sagittalebene bleibt. Auf dem Wege zur Dura liegen keine größeren Gefäße. Dura und Arachnoidea sind gefäßarm; zudem verlaufen kleine subarachnoidale Blutungen symptomlos. Wohl können Anomalien im Verlauf des Sinus occipitalis und der Plexus venosi vertebrales interni zu unangenehmen Blutungen führen. Die Arteria cerebelli posterior inferior wurde in einem Falle von Nonne (abnormer Verlauf, erhebliche Erweiterung und Wandveränderung bei einem 75 Jahre alten Arteriosklerotiker) angestochen, ein Ereignis, das zu einer tödlichen Blutung führte. Unangenehm ist auch, wenn einem bei der Zisternenpunktion eine Nadel abbricht.

Auch sonst ist in der Literatur (Ayer, Pfister, Stahl, Eskuchen, Jánossy, Simons) von Zwischenfällen berichtet worden, die teils auf Verletzungen der Medulla oblongata, teils auf Blutungen bezogen werden mußten. Simons sah nach einer kunstgerecht ausgeführten Zisternenpunktion noch nach 5 Wochen Geschmacksstörungen und Sensibilitätsstörungen im Bereich des 2. Cervicalsegmentes. Wir selbst haben bei 170 Punktionen keinen derartigen Zwischenfall erlebt. Nur brach einmal eine Nadel ab, die mit chirurgischer Hilfe herausgenommen werden mußte.

Als Vorteil der Zisternenpunktion wird vor allem ihre bessere Verträglichkeit gerühmt. Alle Berichte über die Methode und unsere eigene Erfahrung stimmen darin überein, daß die von der Lumbalpunktion her bekannten Beschwerden (Kopfschmerzen, Erbrechen, Uebelkeit, Schwindel, Ohrensausen, Nackensteifigkeit usw.) nach der Zisternenpunktion nur ganz vereinzelt beobachtet werden. Die Ursachen des Meningismus sieht man ja heute in Hypersekretion des Liquors, Hyperämie des Gehirns und seiner Häute, aseptischem Reizzustand der Meningen und Stichkanaldrainage. Wartenberg meint, daß die Widerstände gegen das Nachsickern des Liquors aus dem Duraloch in der Subokzipitalgegend größer sind. Andererseits sei in der Zisterne beim sitzenden Kranken negativer Druck; man solle deshalb die Patienten nach der Punktion besser im Bett sitzen lassen.

Als Vorzug der Zisternenpunktion muß weiterhin genannt werden, daß es bei ihr gegenüber der Lumbalpunktion seltener zu artefiziellen Blutbeimischungen kommt. Auch das ist immer bestätigt worden. Auf die Gefäßverhältnisse in der Gegend der Punktionsstelle wurde schon hingewiesen. Demgegenüber sind die venösen Plexus um die Cauda equina sehr reichlich.

Drittens haben Eskuchen und Hartwich wahrscheinlich gemacht, daß man — wenn man den Kopf nach hinten neigt oder reichlich Liquor entnimmt — bei der Zisternenpunktion Ventrikelliquor gewonnen werden kann. Auch soll die Encephalographie vermittelst der Zisternenpunktion mit weniger Luft bessere Bilder geben als die lumbale Lufteinblasung (Nonne, Wartenberg, Eskuchen, Stahl).

Bevor wir auf die Indikationen zur Zisternenpunktion eingehen, müssen noch einige anatomische Verhältnisse erwähnt werden, die den Eingriff unmöglich machen. Es handelt sich hier einmal um Bildungsanomalien am Atlas, Synostose der Atlas-Hinterhauptsgelenke, Verlötung des Atlas mit dem Hinterhaupt und Verknöcherung der Membrana atlanto-occipitalis, alles Veränderungen, die in das große Gebiet der Wirbelassimilation gehören. Aber auch Erkrankungen, wie die chronisch ankylosierende Wirbelsäulenversteifung, die Osteoarthritis deformans sowie rheumatische und tuberkulöse Prozesse (Malum suboccipitale) können zu Veränderungen des Knochen- und Bandapparates führen, die die Zisternenpunktion unmöglich machen (Nonne, Anton, Foerster). Baumann fand, daß ein abnorm tief herabreichendes Occiput das Einstechen der Nadel durch die Membrana atlanto-occipitalis unmöglich machen kann.

Wenn wir von Indikationsstellung zur Anwendung der Zisternenpunktion reden, so ist damit gleich gesagt, daß wir mit Eskuchen und der Mehrzahl der Autoren in der Zisternenpunktion keinen Ersatz für die Lumbalpunktion sehen, sondern eine Methode, die neben und mit der Lumbalpunktion benutzt werden soll.

Man wird sie also zunächst überall da anwenden dürfen, wo die Lumbalpunktion unmöglich ist oder kein genügendes Resultat ergeben hat. Wir nennen hier Wirbelsäulenanomalien, Fälle, bei denen die Lagerung zur Lumbalpunktion unmöglich ist (z. B. dyspnoische Kranke), Verwachsungen und raumbeschränkende Prozesse in der Lumbalgegend, Hautaffektionen, Decubitus, Peripachymeningitis und endlich jene seltenen Fälle von „Punctio sicca“, wo selbst bei aller Erfahrung und einwandfreier Technik aus schwer erklärbaren Gründen die Lumbalpunktion keinen Liquor ergibt. Auch bei diagnostisch nicht verwertbarem Lumbalpunktat (Blutbeimengung) wird man es begrüßen, noch eine andere Möglichkeit der Liquorgewinnung zu haben.

In Kombination mit der Lumbalpunktion hat sich die Zisternenpunktion als wertvoll erwiesen zum Nachweis von Absperrungen (Block) des spinalen Subarachnoidalraumes. Wenn auch hier die allgemeinen und lokalen klinischen Symptome die Grundlage jeglicher Diagnostik bilden, so gibt es doch Fälle, in denen z. B. allein aus den neurologischen Symptomen die Differentialdiagnose zwischen Myelitis und raumbeschränkendem Prozeß nicht mit Sicherheit gestellt werden kann (Pinéas). Es sind ferner Fälle beobachtet, bei denen die Höhendiagnose wegen der schwankenden Symptome im Bereich der oberen Grenze auf Grund der klinischen Untersuchung auch sehr erfahrenen Diagnostikern nicht gelang; es handelt sich hier um die Liquorstauungen oberhalb von Geschwülsten und sonstigen raumbeschränkenden Prozessen im Wirbelkanal, vor allem aber um die Meningitis serosa chronica, für die das Unbestimmte, Schwankende der oberen Grenze ja charakteristisch ist (F. Krause). Ohne auf Einzelheiten einzugehen, soll hier nur gesagt werden, daß wir heute mit Hilfe der kombinierten Zisternen- und Lumbalpunktion auch in relativ frühen Stadien Störungen der Liquorpassage mit Sicherheit nachweisen können, und zwar einmal durch den Nachweis einer Druckdifferenz zwischen zisternalem und lumbalem Liquor im Liegen und Nachweis eines unterschiedlichen Verhaltens beider Liquorsäulen beim Queckenstaedtschen Versuch und bei Druckänderung durch Ablassen von Liquor; zweitens durch die verschiedene Beschaffenheit des zisternalen und lumbalen Liquors in chemischer Hinsicht und drittens durch das Fehlen von Luft- und Farbstoffübertritt von der lumbalen zur zisternalen Punktionsstelle. Endlich wurde es möglich, bei raumbeschränkenden Prozessen im Wirbelkanal die Höhendiagnose zu sichern durch Injektion von Stoffen (Lipjodol, Jodipin), die bei der Röntgenaufnahme Schatten geben (Sicard, Ayer, Eskuchen, Wartenberg, Stahl, Peter u. a.).

Sehr wichtig war die Frage, ob die Zisternenpunktion bei Hirntumoren ohne Gefahr ausführbar sei. Ayer hält den Eingriff bei allen Hirntumoren, die mit Druckerscheinungen einhergehen, für kontraindiziert. Wartenberg scheint die Zisternenpunktion nur bei Tumoren der hinteren Schädelgrube gefährlich. Die Gefahren seien jedenfalls geringer als bei der Lumbalpunktion. Einmal sei es vielleicht doch möglich, mittels Zisternenpunktion selbst bei gesteigertem Hirndruck Liquor aus den Ventrikeln zu gewinnen und dadurch dem gefahrbringenden Ueberwiegen des Ventrikeldrucks über den Lumbaldruck entgegen zu arbeiten;

auch falle die Stichkanaldrainage fort, die durch die kontinuierliche Saugwirkung bei der Lumbalpunktion die Medulla in das Hinterhauptsloch hereinziehe und dadurch nach Stunden zum Tode führe. Nonne hat unter seinem zuerst veröffentlichten Material 13 Fälle von Tumor cerebri und cerebelli; bei keinem der Fälle sah er schädliche Folgen. Jánossy hat bei 2 Fällen von Hirntumor ohne Beschwerden die Zisterne punktiert, rät aber doch, bei unbekanntem Sitz vorsichtig zu sein. Eskuchen hat sich über die Anwendung der Zisternenpunktion bei Hirngeschwülsten immer zurückhaltend ausgesprochen; neuerdings warnt er davor, besonders bei Tumoren der hinteren Schädelgrube (Dislokation der Zisterne, Gefahr der Gefäß- und Kleinhirnverletzung). Von sonstigen Kontraindikationen erwähnen wir noch: Obliteration der Zisterne durch Adhäsionen (Ayer), Hauterkrankungen der Nackengegend (Furunkulose) und Gefahr der hysterischen Fixierung bei Unfallkranken. Daß hier der „Kopfstich" (wie einer der Kranken Wartenbergs sich ausdrückte) noch bedenklicher ist als der „Lendenstich", leuchtet ohne weiteres ein. Andererseits gelingt es gelegentlich, das Einverständnis zur Zisternenpunktion zu bekommen, wo die Kranken die Lumbalpunktion ablehnten, weil sie damit einmal schlechte Erfahrungen (Meningismus) gemacht hatten.

Weiter als die diagnostischen wird man die therapeutischen Indikationen stellen dürfen. Vor allem in der Behandlung der eitrigen Meningitis wird man nicht davor zurückschrecken, subokzipital ausgiebige Liquorentnahmen, Seruminjektionen und evt. (durch gleichzeitige Lumbalpunktion) Spülungen zu machen. Ueber Erfolge bei dieser Behandlung ist mehrfach berichtet worden (Hartwich, Wulff). Ueberhaupt sind Liquorentnahmen vermittels der Zisternenpunktion ausgiebiger und wirksamer, weil sie in der Nähe der Hauptbildungsstätten des Liquors erfolgen (Wartenberg). Deshalb hat die Zisternenpunktion auch Bedeutung für die Dercumsche „Liquordrainage" vollends, wenn man sie zur Verstärkung der meningealen Reizung mit Lufteinblasung kombiniert. Es gelingt so, den Uebertritt von Medikamenten aus der Blutbahn in den Liquor wesentlich zu vermehren. Auch Salvarsan und salvarsaniertes Serum wird hier besser vertragen (Pfister, Jánossy) als lumbal in der Nähe der empfindlichen Cauda equina. Weiterhin ist vorgeschlagen worden, bei Tetanus, Eklampsie und spinaler Kinderlähmung die gebräuchlichen Medikamente, vor allem Tetanusantitoxin, in die Zisterne einzuspritzen. Jánossy applizierte in einem Falle schwerster akuter Morphiumvergiftung zisternal Lobelin mit lebensrettendem Erfolg, während Coffein, Strychnin, Adrenalin und Atropin gegenüber anderen Anwendungsweisen keine wesentlich bessere Wirkung erkennen ließen.

Endlich hat die Anwendnug der Zisternenpunktion dazu beigetragen, unsere Kenntnisse von der Physiologie des Liquor cerebrospinalis wesentlich zu erweitern. Vor allem ist die Frage der Zellsedimentierung und der Liquordynamik durch die Zisternenpunktion gefördert worden (Eskuchen, Ayer, Hartwich, Stahl), ohne allerdings zu definitiven Ergebnissen zu führen. Deshalb soll in diesem Rahmen auf Einzelheiten nicht eingegangen werden.

Zusammenfassend wird man sagen dürfen, daß die Zisternenpunktion als Methode sich neben und mit der Lumbalpunktion halten wird. Man wird sich ihrer bedienen im Sinne von F. Krause, der einmal im Hinblick auf die Zisternenpunktion sagte, daß die Einfachheit eines Eingriffes niemals zu dessen übertriebener und nicht streng durch die Erkrankung geforderter Anwendung Anlaß geben dürfe. Aber auch der vorsichtige Arzt wird nicht davor zurückschrecken, die Zisternenpunktion anzuwenden, wenn er damit Diagnose und Therapie ernstlich fördern kann.

Literatur:

Albrecht: Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 8. Juni 1925. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925, Bd. 41, S. 921. — Diskussion: Peiper, Pineas, Simons, F. Krause.

Anton und Schmieden: Zentralbl. f. Chir. 1917, Bd. 193, S. 10.

Anton: 15. Jahresvers. d. Gesellsch. Deutscher Nervenärzte in Kassel. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925, Bd. 41, S. 698. — Diskussion: Nonne, Foerster.

Ayer: Arch. of Neurol. and Psych. 1919, Bd. 2, S. 158; 1920, Bd. 4, S. 529; 1922, Bd. 7, S. 38; 1923, Bd. 10, S. 420.

Ayer: Transact. of the Amer. neurol. assoc.. 47. ann. meet.. Atlantic city, 1921, S. 273.

Ayer: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1923, Bd. 81, S. 358.

Ayer: Journ. of bone and joint surg. 1923, Bd. 5, S. 18.

Baumann: Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1926. Im Druck.

Becht: Med. Klinik 1925, Nr. 11, S. 399.

Cushing und Ayer: Arch. of Neurol. and Psych. 1923, Bd. 10, S. 167.

Dixon und Halliburton: Journ. of Physiol. 1913, Bd. 47, S. 215.

Eden: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1918, Nr. 51.

Eskuchen: Klinische Wochenschr. 1923, Nr. 40, S. 1830; 1924, Nr. 41, S. 1851; 1925, Nr. 18, S. 870.

Fried: Münch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 52, S. 1821.

Hartwich: Münch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 28, S. 935. Zentralbl. f. inn. Med. 1924, Nr. 24, S. 466. — Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1925, Bd. 85, S. 21.

Jánossy: Med. Klinik 1925, Nr. 2 und Nr. 27.

Kasahara: Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 41, S. 1889.

F. Krause: Operative Therapie der Nervenkrankheiten in Curschmann-Kramers Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1925.

Kulenkampff: Zentralbl. f. Chir. 1925, Nr. 16, S. 861.

E. Mueller: Die Subokzipitalpunktion in Mohr-Staehelins Handbuch der inneren Medizin, Bd. V, 1. Teil. Berlin 1925.

Nonne: Med. Klinik 1924, Nr. 27.

Obregia: Encéphale 1921, S. 92.

Osann: Deutsche med. Wochenschr. 1925, Nr. 43, S. 1783.

Peter: Med. Klinik 1925, Nr. 19.

Pette: Klin. Wochenschr. 1925, Nr. 27.

Pfister: Münch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 19, S. 603.

Plaut: Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1921, Bd. 66, S. 69.

Scheele: Therapeut. Halbmonatsh. 1921, Bd. 35, S. 528.

Schmieden und Scheele: Med. Klinik 1921, Nr. 14, S. 401.

Schloffer: Med. Klinik 1918, S. 1245.

Sicard, Parof und Laplane: La presse médicale 1923, Nr. 85.

Solomon, Thompson und Pfeiffer: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1920, Bd. 79, S. 1014.

Stahl: Zentralbl. f. inn. Med. 1924, Nr. 31, S. 617. — Klin. Wochenschr. 1924, Nr. 38.

Wartenberg: Med. Klinik 1924, Nr. 20, S. 665. — Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925, Bd. 94, S. 585.

Weed: Journ. of med. research. 1914, Bd. 31, S. 21.

Wegeforth, Ayer und Essick: Amer. journ. of med. scienes 1919, Bd. 157, S. 789.

Weigeldt: Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerbrospinalis. Jena 1923. — Med. Gesellschaft Leipzig, 21. 7. 25. Klin. Wochenschr. 1925, Nr. 43, S. 2084.

Westenhöfer: Schlesische Aerztekorrespondenz 1905, Nr. 19. — Berl. klin. Wochenschr. 1906, Nr. 39. — Münch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 48, S. 1687.

Westenhöfer und Mühsam: Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 51, S. 1574.

Wulff: Ugeskrift f. laeger 1925, Nr. 21, S. 500. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925, Bd. 41, S. 809.

Varizenbehandlung in der Praxis.

Von

Dr. ELSA KOTTMAIER,

Fachärztin für Hautleiden, Mainz.

Der variköse Symptomenkomplex, wie er sich als Folge der Blutstauung in den unteren Extremitäten meist mit den Jahren herausbildet, gehörte häufig nicht nur zu den Plagen des Hausarztes, sondern war auch sehr geeignet, die Geduld des Dermatologen zu erschöpfen. Die Erweiterung der Saftspalten durch Ueberfüllung mit der sich stauenden Gewebsflüssigkeit geht im Anfang des Prozesses mit einer gewissen Neigung zu Gewebshypertrophien, aber schließlich doch auch mit einer Lockerung der Zellelemente einher. Der Boden zu Dermatitiden wird so bereitet. Ihr äußerer Anlaß wird durch Traumen des täglichen Lebens, vielmehr aber durch Kratzen und Jucken von seiten des Patienten geschaffen, die wieder in Spannungen und Reiz der feinsten Nervenendchen ihre innere Ursache haben. Ist aber einmal die Haut der schützenden Epidermisdecke beraubt, so ist es klar, daß die übermäßige Gewebsspannung für die Zeit der Dauer der Blutstauung sich durch diesen traumatischen Defekt in ständigem Abfluß der überflüssigen Gewebssäfte entlastet. Wie groß eine derartige Tendenz sein kann, sehen wir ja an ihrer praktischen Ausnutzung, welche Curschmann bereits vor Jahrzehnten beim Oedem der Herzinsuffizienz mit Einführung seiner Hauttroikarte in die Therapie erfolgreich anwandte. Aber gerade diese praktische Imitation lehrte uns immer wieder, wie vulnerabel die Haut unter Stauungsverhältnissen ist: das Auftreten von Erysipel war bei dieser Entlastungstherapie eine häufige Begleiterscheinung, welche sich auch durch die peinlichste Asepsis nicht immer vermeiden ließ. Dazu scheint mir nach hydrostatischen Gesetzen der einmal geschaffene Defekt eine rasche Vergrößerung zu erleiden, welche anscheinend ohne weiteres in einem gewissen Verhältnis zu dem pathologisch gesteigerten Gewebsdruck der Haut steht. Ferner ist es Tatsache, daß wenn erst einmal ein Ekzemherd manifest wurde, damit zugleich die Disposition zum Ekzemrezidiv und seinen Folgen ganz wesentlich erhöht wird. Zur Erklärung hat man einen vom primären Ekzemherd ausgehenden Reiz auf das Zentralnervensystem bezw. Teile desselben, die vasomotorischen Zentralorgane, angesprochen. Es ist nur zu verständlich, daß auf einem solchen Boden sich hartnäckig ständig rezidivierende Hautleiden, besonders das am meisten gefürchtete Ulcus cruris, entwickeln. Aus diesen Umständen heraus begreift es sich leicht, wie jede Therapie, welche nicht genügend ursächlich, sondern mehr äußerlich, nach den üblichen Regeln dermatologischer Symptomatik eingestellt war, versagen mußte, solange sie nicht ihr Hauptaugenmerk auf die Beseitigung der chronisch-venösen Stauung richtete. — Es soll an dieser Stelle noch besonders erwähnt werden, daß beim spezifischen Ulcus cruris, wie es nach Zerfall eines Gummas entsteht, natürlich auch der andere ätiologische Faktor, die Syphilis, durch geeignete Behandlung beseitigt sein muß, ehe Heilung zu erwarten ist. Bekanntlich zeichnet sich das syphilitische Geschwür durch seinen Sitz vornehmlich über der Tibia, seine nierenförmige Gestalt, seine scharfen, wie mit dem Locheisen ausgestanzten Ränder und seinen speckigen Grund vor dem Ulcus cruris ekzematosum aus, welches mehr die Gegend der traumatisch stärker belasteten inneren Malleolen bevorzugt. —

Zwar hat man immer einen gewissen Wert auf die Beseitigung der Blutstauung gelegt, die man durch Hochlagerung im Bett und Kompressionsverbände zu erreichen suchte, aber es ist klar, daß derartige Maßnahmen sich kaum länger als für die Dauer ihrer Anwendung auswirkten. Eine ätiologische Therapie vermochte tatsächlich bis vor kurzem nur die Chirurgie in all den Fällen zu bringen, wo das ganze Rüstzeug mehr oder weniger komplizierter, mehr oder minder kostspieliger dermatologischer Behandlungsverfahren oft über viele Jahre schließlich vergebens angewandt worden war. So erklärt sich die Eigentümlichkeit, daß die Chirurgie in ihrer Rolle als Deus ex machina ohne weiteres Fälle von Ulcus cruris in ihre meist etwas radikale Behandlungsweise nahm. Es gab bisher im wesentlichen drei Methoden zur chirurgischen Beseitigung der varikösen Blutstauungen, aber alle waren nicht frei von Nachteilen. Ging man nach Trendelenburg vor und unterband die Vena saphena, der man an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel ein 4—5 cm langes Stück exzidierte, so war man auf die Fälle mit positivem Trendelenburgischen Phänomen beschränkt. Aber selbst dann blieben Mißerfolge nicht aus. Ging man nach Madelung vor und exstirpierte nach Unterbindung der Vena saphena die gesamten hauptsächlich dilatierten Venenstränge, oder bediente man sich der Spiralschnittmethode von Rindfleisch, so mußte der Patient nicht nur ein längeres schmerzhaftes Krankenlager in Kauf nehmen, sondern man riskierte eventuell noch durch den plötzlichen Eingriff in die bisherigen Zirkulationsverhältnisse zunächst chronisch ödematöse Veränderungen der Unterschenkelhaut, welche der Entwicklung des Ulcus cruris nur förderlich sein konnten. Es war sonach mehr wie bloße Scheu vor dem Messer, wenn nicht allzu viele Kranke den Weg der Heilung von Krampfaderleiden und deren Begleiterscheinungen auf diese Weise suchten und fanden. Eine grundlegende Wandlung in der Varizenbehandlung stellten die Versuche Linsers dar, die er vor beiläufig zehn Jahren unternahm. Es war klar, gelang es den pathologisch gewordenen Blutweg der Krampfadern auf andere Weise als durch Exstirpation auszuschalten, so war für die Zirkulationsverhältnisse der unteren Extremität das gleiche erreicht wie mit dieser. Zu dem Zwecke ahmte er die Vorgänge nach, welche zur Thrombosierung führten, dabei galt es selbstverständlich deren Gefahren für den Patienten zu vermeiden. Die Hintanhaltung der Emboliegefahr muß der wahre Prüfstein jeder Methode zur Verödung sein. Die Rolle, welche bei der „Venenthrombose“ die Keime spielen, indem sie durch Verletzung der Intima erst die Blutgerinnung auslösen, mußte von dem Therapeutikum übernommen werden. Mit anderen Worten, es galt nicht eine lose verstopfende Koagulation herbeizuführen, sondern eine solide Organisation des entstandenen Thrombus von der Venenintima aus. Diese bedingende Intimaschädigung zu erreichen, konnte natürlich nur die Aufgabe eines aseptischen Verfahrens sein. Denn wir kennen keine Keime irgendwelcher Art, deren Anwesenheit neben der nur allmählich fortschreitenden Intimaschädigung nicht auch zugleich mit Zersetzungsvorgängen in den Thromben und damit Emboliegefahr einherginge. Um das Ziel, eine rasche und energische Intimaschädigung zu erreichen, welche die Vorbedingung eines Abscheidungsthrombus und seiner festen Organisation ist, konnte man den Versuch mit mehr chemisch oder mehr physikalisch wirkenden Agentien unternehmen. Auch hier war es Linser, welcher zuerst ein taugliches Mittel, das Sublimat, also ein mehr chemisches Agens, angab. Sultan, welcher z. B. mit 10%iger Karbolsäurelösung arbeitet, muß zuvor wegen der Emboliegefahr die Vena saphena unterbinden und durchschneiden, ein Verfahren, das in seiner mangelnden Einfachheit noch den chirurgischen Ideenkreis verrät. H. Matheis (Graz) injiziert isotonische Jodlösung (nach Pregl) in die leicht gestaute Vene. Beide Autoren bedienen sich dann eines komprimierenden Verbandes und verordnen dazu noch 8 bezw. 1—2 Tage strenge Bettruhe. Abgesehen von der Umständlichkeit dieser Verfahren und der dabei erforderlichen Bettruhe ist das letztere, vielleicht infolge der Isotonie der verwendeten Pregllösung, wegen der darnach aufgetretenen, selbst tödlichen Embolien nicht ungefährlich. Demgegenüber waren die Sublimatinjektionen Linsers bei weitem die einfachste und sicherste Methode zur Verödung der Varizen. Die in ihnen herrschende krankhaft verlangsamte Zirkulation machte, bei stärkster lokaler Wirkung, die Allgemeinwirkung zu einer harmlosen. Immerhin kam es doch manchmal zu unangenehmen Folgeerscheinungen am Darm, den Nieren, im Mund oder zu lokalen Quecksilberdermatitiden an den Injektionsstellen. Das Ersatzmittel des Sublimates, Alkohol, führte auch bei einwandfreier Technik recht häufig zu Periphlebitiden, die ebenso wie die Injektionen selbst recht schmerzhaft sein können. Die einfachste Lösung des Problems der aseptischen Venenverödung fand K. Linser-Dresden durch die Anwendung einer 15—20%igen Kochsalzlösung, welche in gleicher Weise wie die Alkoholbehandlung auf die Venenintima durch Wasserentziehung schädigend wirkt. Erst so wurde die Venenverödung bei Krampfadern zu einem unschädlichen, bequemen und erfolgreichen Verfahren gemacht. Die Belastung des Organismus mit der größeren Kochsalzmenge scheint nur bei bestehender Nieren- oder Kreislaufinsuffizienz bedenklicher. An sich bewirken bekanntlich intravenöse Injektionen hypertonischer Lösungen nicht ohne weiteres Schädigungen der Intima, sonst würden wir häufiger bei der Salvarsanbehandlung in Verlegenheit kommen. Die Verwendung einer hochkonzentrierten Lösung in Verbindung mit einer besonderen Technik, welche die viel länger dauernde, innigere Berührung des Mittels mit der Venenintima garantiert, sind es, welche den Erfolg der Behandlung der Varizen mit intravenösen Kochsalzinjektionen nach Linser verbürgen. Die Kochsalzlösung wird in einer Konzentration von 20% in einer Menge bis zu 10 ccm für eine Vene verwendet. Schützt man die Lösung vor Verdunstung, so ist sie unbegrenzt haltbar und verwendbar, weil sie kraft ihrer hohen Konzentration ein unbrauchbarer Boden für die Bakterienflora ist. In letzter Zeit hat die Firma Woelm eine Ampullenpackung des Mittels in gleicher Konzentrationshöhe zu je 5 und 10 ccm unter dem Namen „Nathion“ in den Handel gebracht. Die Technik der Einspritzung in die Vene unterscheidet sich nur wenig von jener der Salvarsanbehandlung. Eine mit der Lösung gefüllte 10 ccm Rekord- oder Luerspritze mit dünner Nadel wird in die variköse Erweiterung des horizontal liegenden Schenkels eingestochen. Man muß nun vollkommen gewiß sein, daß die Nadel im Venenlumen liegt, was man am zweckmäßigsten durch leichtes Ansaugen von ein wenig Blut feststellt. Sollte die Eröffnung des Venenlumens auf diese Weise voraussichtlich Schwierigkeiten machen, so wird man zur Stauung seine Zuflucht nehmen. Die Stauung wird so weit getrieben, daß die Arteria dorsalis pedis eben noch voll pulsierend fühlbar ist. Die Krampfadern treten so stärker hervor und sind leichter zu treffen. Das Bein wird nun vertikal hoch gehoben, wobei ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet sein muß, daß die Nadelspitze nicht etwa bei dieser Exkursion die Venenwand durchsteche. Die eventuelle Stauung wird gelöst, dem Abfluß des Blutes wird Zeit gelassen. Zu seiner Förderung kann man durch leichte zentralwärtsgerichtete Massagestriche beitragen. Nun wird der Schenkel wieder in die horizontale Lage zurückgebracht und der Spritzeninhalt entleert. Seinen Abfluß nach dem Körper kann man verzögern, wenn man proximal von der Injektionsstelle auf die Vene drückt. Hierdurch kommt eine längerdauernde Einwirkung des Verödungsmittels auf die Intima zustande. Das nächste, was wir meistens beobachten können, ist ein Kollaps der behandelten Vene und bei fast allen Patienten wenige Augenblicke später ein Krampf in der Wadenmuskulatur, der manchmal bis in den Fuß ausstrahlt. Dabei treten, entsprechend der subjektiven Empfindlichkeit, mehr oder weniger heftige Schmerzen auf, während die Injektion des Mittels selbst unmittelbar nicht schmerzhaft ist. Man muß bei hypersensiblen Patienten eventuell mit reflektorischen Abwehrbewegungen rechnen, wodurch die Nadel vorzeitig aus der Vene gleiten könnte. Dies ist insofern unangenehm, als dann aus dem Stichkanal eine Nachblutung und Austritt der hypertonischen Lösung in das umgebende Gewebe stattfinden kann. Man riskiert so selbstverständlich schmerzhafte Nekrosen, wenn man etwa nicht in der Lage ist, die Nadel für einige Minuten nach der Injektion liegen zu lassen. Durch Einführung des Varicophtins der Sächsischen Serumwerke, welches in einer Ampulle von 10 ccm Kochsalzlösung ein „bezugscheinfreies“ Anästhetikum enthält, soll auch dieser an sich für die Mehrzahl der Patienten geringen Schmerzhaftigkeit vorgebeugt werden. Einige Minuten nach der Behandlung kann man die Patienten ohne jedes Risiko ihre tägliche Beschäftigung wieder aufnehmen lassen. Im Laufe der nächsten Wochen erfolgt dann eine solide Thrombosierung der Krampfadern. Mehr wie zwei oder drei Venen sollten wegen der immerhin nötigen Umstellung des Kreislaufes der Extremität und der großen Kochsalzzufuhr in einer Sitzung nicht vorgenommen werden. Das Linsersche Verfahren ist hinreichend erprobt, um die Krampfaderbehandlung rationell zu gestalten und sie aus den Händen des Chirurgen in die des Dermatologen und auch des praktischen Arztes zu legen. Ja, es scheint sogar, als ob nach den letzten Erfahrungen die Methode auch eine Wandlung in der Behandlung entzündlicher Krampfadern herbeizuführen geeignet wäre.

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- u. Stoffwechselkrankheiten, Baden-Baden. (Leit. Arzt: Dr. H. Malten.)

Das Licht-Pigment.

Von

HANS MALTEN.

Das am meisten umstrittene Problem der Lichttherapie ist die Frage nach der Bedeutung des Lichtpigmentes. Während es von der einen Seite (Rollier, Dorno, Schanz, Vulpius u. a.) als notwendige Bedingung des therapeutischen Erfolges angesehen wird, sprechen andere Autoren (Rost, Bach, Huldschinsky u. a.) ihm jede Bedeutung für die Heilwirkung ab, ja betrachten es sogar als Hindernis in der Lichtbehandlung.

In diese Gegensätze, deren Beantwortung von ausschlaggebender Bedeutung für die praktische Anwendung der Lichttherapie, vor allem für die Wahl der zweckmäßigsten Lichtquellen, ist, Klarheit zu bringen, ist nicht leicht. Wie vielfach im biologischen Geschehen, umfaßt das Problem des Pigmentes mehrere Teilfragen, die gesondert zu beantworten sind. Auf deren Vermengung beruhen größtenteils die Differenzen in den Anschauungen über den Wert des Lichtpigmentes. Diese Teilfragen betreffen vor allem 3 Punkte:

a) Wie entsteht das Pigment?
b) Welches ist seine lokale Bedeutung für die Haut?
c) Welches ist seine Bedeutung für die sekundären Lichtwirkungen?

a) Die biochemische Entstehung des Pigmentes aus der Dopabase durch einen fermentativen Oxydationsprozeß in den Epithelzellen kann durch die Untersuchungen Blochs als gesichert gelten. Offen ist dagegen noch die Frage nach der biologischen Genese dieses Farbstoffes, d. h. nach den Faktoren, die den Pigmentbildungsvorgang in der Haut auslösen. Um hier Klarheit zu schaffen, ist eine Teilung der Pigmentbildung in zwei Formen notwendig. Denn einerseits ist jeder Mensch je nach Rasse (Neger!) und Konstitution allgemein und daneben noch örtlich (Achselhöhlen, Genitale) verschieden pigmentiert, unabhängig von der Lichtwirkung. Andererseits erzeugt neben einer Reihe sonstiger Hautreize das Licht eine Zunahme des Pigmentes, welche nach Aufhören der Ursache wieder auf den ursprünglichen Stand zurückgeht. Es ist daher zu unterscheiden zwischen:

1. fixem, konstitutionellen Pigment und
2. labilen, photogenem Pigment.

Maßgebend für die Stärke der Pigmentbildung ist nicht die Menge der Dopabase, sondern in erster Linie die des oxydierenden Fermentes, der Dopaoxydase. Die fixe Pigmentierung ist daher abhängig von dem konstitutionell und örtlich verschiedenen Gehalt der Epithelzellen an Oxydase. Letztere fehlt in der albinotischen Haut und in den Schleimhäuten, weshalb diese nicht pigmentieren können. Daraus geht hervor, daß die Fermentbildung örtlich an die Hautzellen gebunden, die Oxydase also ein lokales Zellprodukt ist. Für die stärkere Pigmentierung unter Reiz- und Strahlenwirkung kommen daher zwei Möglichkeiten in Betracht: Vermehrung der Oxydase und Aktivierung des Oxydationsprozesses.

Die Vermehrung der Oxydase dürfte im wesentlichen in Betracht kommen bei den sog. Reizpigmenten, d. h. wenn ein unspezifischer Reiz eine Steigerung des Zellstoffwechsels hervorruft. Dahin gehört die Pigmentbildung durch dauernden Druck (Bruchband!), in der Umgebung von Entzündungen (Psoriasisnarben) und durch hautreizende Mittel (Senföl, Kölnisches Wasser, Wechselduschen). Sonst werden wohl immer beide Wirkungen nebeneinander hergehen, so bei der Pigmentierung auf Hitzeanwendung (Dampf- u. Heißluftbäder, Kataplasmen), Röntgenstrahlen und vor allem auf Lichtbehandlung.

Bei dem Lichtpigment, dem intensivsten, das wir kennen, erhebt sich die Frage, welche Komponente der Lichtstrahlung (Wärme oder kurzwellige chemische Strahlung) für die Farbstoffbildung ausschlaggebend ist. Jedoch ist diese Frage nicht eindeutig zu beantworten. Denn jeder dieser beiden Faktoren kann für sich allein Pigmentierung bewirken. So ist bekannt, daß die Strahlung der Quarzlampe, die hauptsächlich aus chemisch wirksamen Licht besteht, eine deutliche Pigmentierung hinterläßt. Ebenso vermag aber auch Wärme allein dieselbe Wirkung auszuüben (Kisch). Weitaus die stärkste Farbstoffbildung erzeugen dagegen solche Strahlungen, die beide Anteile, Wärme und chemische Wirkung, vereinigen, also das Licht der natürlichen Sonne und Kohlenbogenlampen. Die überlegene Pigmentwirkung dieser Kombination ergibt sich besonders deutlich daraus, daß es mit kurzwelligem Lichte allein nicht möglich ist, eine durch Sonnenbäder erzielte intensive Pigmentation zu erhalten, ebensowenig, wie durch alleinige Wärmeanwendung.

Daraus erhellt, daß weder die Ansicht von Bach und Jesionek, die in der kurzwelligen Strahlung den Pigmentbildner sehen, noch diejenige von Kisch, der die Pigmentation allein auf die Wärme zurückführt, zutrifft. Vielmehr können beide Faktoren Pigment erzeugen, die stärkste Wirkung wird aber zweifellos durch ihre Kombination erzielt. Dabei brauchen sie nicht in quantitativ gleichem Maße vorhanden zu sein. Vielmehr genügt schon eine sehr geringe Menge chemisch wirksamer Strahlen, um eine intensive Pigmentbildung auszulösen, wenn sie mit kräftiger Wärmestrahlung vereinigt ist. Die Verhältnisse liegen hierbei wesentlich anders, als beim Erythem, welches allein von der kurzwelligen Strahlung des Ultraviolett erzeugt wird. So erzeugt durch Fensterglas filtriertes Licht, dem jede Erythemwirkung fehlt, noch kräftige Pigmentierung (Jüngling). Auch Kisch hat sehr intensive Hautbräunungen mit Lichtquellen erhalten, deren Strahlung wohl reich an Wärme, aber arm an kurzwelligem Lichte war. Bedingung für die maximale Pigmentwirkung ist daher eine Strahlung mit einem Minimalgehalt an kurzwelligem Lichte und mit möglichst großer Wärmeintensität. Ganz darf aber der chemisch wirksame Spektralteil nicht fehlen, da er zur Auslösung des Pigmentationsprozesses notwendig ist.

b) Die Frage nach der biologischen Bedeutung des Pigmentes für die Haut selbst ist viel diskutiert worden. Da es ein Reaktionsprodukt auf die Lichtstrahlung ist, lag es nahe, in ihm zugleich eine Schutzeinrichtung zu sehen. Da schon bald beobachtet worden war, daß die Bestrahlung mit kurzwelligem, erythemerzeugenden Lichte eine Immunität hinterläßt (Gewöhnung der Haut an Licht), die mit wiederholter Anwendung zunimmt, so galt das Pigment zunächst als Träger dieser Immunität. Dabei sollte der sich bildende Farbstoff, der sich haubenartig vor dem Kern der Epithelzellen ablagert, die Zellen gegen die Strahlenwirkung schützen und so das wiederholte Auftreten des Erythems verhindern. Die nach Aussetzen der Bestrahlung bald wiederkehrende Erythembereitschaft der Haut war nach dieser Ansicht durch die Resorption des Pigmentes bedingt

(„Depigmentierungspause“ n. Rost). Das Pigment galt somit als Schutz gegen die Erythemwirkung.

Dieser Ansicht hat zuerst Kisch wiedersprochen, der in Zusammenhang mit seiner Pigmenttheorie darauf hinwies, daß das Pigment ein Schutzmittel gegen Wärme sei. Durch seine dunkle Farbe erleichtert es die Wärmeabgabe durch Strahlung und schützt den Körper gegen Ueberhitzung in heißen Klimaten. (Tropenfestigkeit stärker pigmentierter Rassen.) Ferner verhindert das Pigment das Tieferdringen der Lichtstrahlen und zerstreut dieselben. So sieht Coglievina in den Epheliden, die er stets um die Wärmepunkte der Haut lokalisiert fand, eine Schutzeinrichtung der nervösen Endorgane gegen Wärmestrahlung. Eine wesentliche Stütze fand die Annahme einer Beziehung zwischen Pigment und Wärme durch die Feststellung, daß die Erythemimmunität unabhängig von der Pigmentation ist. Diese Tatsache bewies zuerst Perthes durch Untersuchungen über den zeitlichen Verlauf beider Erscheinungen. Ergänzend dazu konnte Verf. zeigen, daß auch pigmentlose Epithelien (Conjunktiven) eine ebensolche Immunität gegen erythemerzeugende Strahlen gewinnen, wie die pigmentierende Haut. Schließlich scheint auch die oben erwähnte Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Pigmentbildung für einen Zusammenhang zu sprechen. Ganz geklärt ist diese Frage aber noch nicht. Nach dem jetzigen Stande der Anschauungen dürfte das Pigment ein Schutz der Haut gegen die Wärmestrahlen und das Licht des sichtbaren Spektrums sein.

c) Neben den lokalen Hautwirkungen (Erythem und Pigmentation) übt die Lichtanwendung auch auf den Gesamtorganismus eine Reihe von Einflüssen aus. Dieselben werden nicht durch das Licht selbst erzeugt, da dieses in der Haut völlig absorbiert wird, sondern kommen indirekt durch Vermittlung der primären Hautwirkungen zustande. Man bezeichnet sie daher als sekundäre, indirekte Lichtwirkungen. Sie umfassen (mit der therapeutischen Anwendung) folgende Punkte:

1. Senkung des Blutzuckerspiegels (Diabetes).
2. Förderung des Fettstoffwechsels (Adipositas, Fettmangel).
3. Förderung des Eiweißansatzes (Abmagerung).
4. Besserung der Kalk- und Phosphorbilanz (Rachitis, Tetanie).
5. Vermehrung von Hämoglobin und Erytrocyten (Anämie).
6. Anregung der Lymphocytose (Chron. Krankheiten, Tuberkulose).
7. Senkung des Blutdruckes (Präsklerot. Hypertonie).
8. Steigerung d. nervösen Funktionen (Neurasthenie).
9. Vermehrung der Antikörperbildung in der Haut (Tuberkulose).

An diesen Zusammenhang zwischen primären und sekundären Lichtwirkungen schließen sich die schwierigsten Fragen an: 1. Ist das Erythem oder das Pigment Ausgangspunkt der Sekundärwirkungen? 2. Wie kommt die Wirkungsübertragung zwischen Haut und Gesamtorganismus zustande?

Zu 1.: Die Erfahrung lehrt, daß sowohl Erythem wie Pigment sekundäre Wirkungen nach sich ziehen. So sah Rothmann die Senkung des Blutzuckerspiegels und Blutdruckes nur im Erythemstadium auftreten und mit beginnender Pigmentation verschwinden. Auch die Wirkungen auf den Nahrungs- und Mineralstoffwechsel (Yoshiue, Wiener, Lasch, Scheer, Salomon) sowie auf das weiße Blutbild (Koenigsfeld) sind bei dem wenig pigmentierenden Licht der Quarzlampe deutlich nachweisbar, desgleichen die Steigerung der Heilungstendenz bei Tuberkulose und der anregende Einfluß auf geistige und körperliche Leistungsfähigkeit. Demgegenüber ist die Wirkung der pigmentbildenden Strahlen (Sonne, Kohlenbogenlampe) prinzipiell gleichartig. Außer allem Zweifel steht aber fest, daß die Pigmentation eine wesentliche Verstärkung der sekundären Wirkungen bedingt. Darin liegt auch die Ueberlegenheit der natürlichen Sonne gegenüber den meisten Kunstlichtquellen. Das gilt von allen oben genannten Punkten, besonders aber bezüglich des fördernden Einflusses auf das rote Blutbild (5) und der Heilwirkung bei Tuberkulose (6 u. 9). Vor allem in letzterem Falle scheint der therapeutische Erfolg an die Pigmentation gekoppelt zu sein. So ist bekannt, daß die Tuberkulose bei rotblonden, kaum pigmentierenden Personen besonders ungünstig verläuft, während andererseits die rasch und intensiv pigmentierenden Angehörigen der jüdischen Rasse relativ selten an dieser Infektion erkranken. Ferner konnte Verf. beobachten, daß selbst tief brünette Schwerkranke bei intensiver Sonnenbehandlung manchmal keinerlei Pigmentierung zeigten. Diese Fälle verliefen ausnahmslos letal. Auch sind die Heilerfolge der Sanatorien im Winter trotz Bestrahlung mit der wenig Pigment erzeugenden Quarzlampe meist erheblich schlechter, als im Sommer, wo die Sonne zur Verfügung steht. Ebenso ergab ein Vergleichsversuch des Verf. an rachitischen Kindern, daß der Quarzlampe zwar eine deutliche Heilwirkung auf diese Krankheit zukommt, daß dieselbe aber durch die Wirkung der stark pigmentierenden Sonnenstrahlung weit übertroffen wird. Auch konnte Verf. in Selbstversuchen beobachten, daß — abweichend von Hasselbach — die Steigerung der nervösen und körperlichen Leistungsfähigkeit am ausgesprochendsten ist bei starker Pigmentierung, während im Erythemstadium mehr die unangenehmen Reizerscheinungen (Schlaflosigkeit usw.) hervortreten. Schließlich zeigte Andersen, daß die Senkung des Blutzuckerspiegels nicht unbedingt an das Erythem gebunden ist, sondern auch von der stark pigmentbildenden Strahlung der Kohlenbogenlampe erzeugt wird.

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich der Schluß, daß die sekundären Lichtwirkungen zwar auch ohne Pigmentation nach alleiniger Erythembestrahlung auftreten, daß aber das Pigment sie erheblich verstärkt und dadurch einen therapeutisch sehr wichtigen Faktor bedeutet.

Zu 2.: Es fragt sich nun, wie die aktivierende Wirkung des Pigmentes sich in die Theorien von der Uebertragung der Lichtwirkung einfügt. Als wichtigste Tatsache ist dabei festzuhalten, daß nur das labile, photogene Pigment biologisch wirksam ist. Damit entfällt der immer wiederholte Einwand gegen die therapeutische Bedeutung des Pigmentes, daß der reichlich pigmentierte Neger trotzdem gegenüber Tuberkulose sehr anfällig ist. Das fixe Negerpigment ist inaktiv und wirkungslos. Nur dem durch Licht erzeugten und durch Resorption ausbleichenden Pigment kommt eine aktive Wirkung zu. Wie kommt diese aber zustande?

Rollier, der als erster für den Wert des Pigmentes eintrat, sieht in den Pigmentkörnchen gewissermaßen Lichtakkumulatoren, die die aufgenommene Strahlung nach ihrer Resorption in den Kreislauf wieder abgeben und dadurch die Sekundärwirkungen hervorbringen. So gut diese Annahme mit der Tatsache übereinstimmt, daß nur das labile, resorbierbare Pigment wirksam ist, so fehlen ihr doch alle Unterlagen, da eine derartige Aufspeicherung von Licht durch das Pigment unbewiesen ist. Eher könnte man daran denken, daß das resorbierte Pigment als chemische Körper, etwa als eine Art Ferment, wirkt. Gegen beide Ansichten spricht jedoch, daß die Sekundärwirkungen auch ganz ohne Pigment eintreten, wenn auch in geringerem Ausmaße. Es darf daher als sicher gelten, daß die Wirkungsübertragung unabhängig vom Farbstoff vor sich geht. Als Wege hierfür kommen in Betracht: Die Erregung der Nervenapparate der Haut und die Fortleitung des Reizes über das vegetative Nervensystem. So sieht Rothman in der Senkung des Blutzuckers und Blutdruckes eine photogene Herabsetzung des Sympathikustonus auf diesem Wege. Für die Mehrzahl der Sekundärwirkungen ist jedoch eine Steigerung und Beeinflussung der inneren Sekretion der Hautepithelzellen anzunehmen, deren Produkte auf dem Blutwege den Erfolgsorganen zugeführt werden. Ob es sich dabei um unspezifische Stoffe nach Art der Eiweiß-Reizkörper, oder um physiologische Substanzen nach Art der Hormone und Fermente handelt, ist noch eine offene Frage. Höchstwahrscheinlich kommen alle diese Faktoren in Betracht. Wie aber wirkt das Pigment dabei mit?

Da die Sekundärwirkungen durch den Farbstoff verstärkt werden, so kommt ihm lediglich eine aktivierende Rolle auf den Prozeß zu. Daß Pigmente solche Wirkungen haben können, ist schon länger bekannt. So kommt die Photosynthese im Pflanzenblatt nur in Gegenwart von Chlorophyll zustande. Dieses Pigment ermöglicht erst die Lichtwirkung auf die Ausgangsstoffe der Zuckerbildung, es wirkt als sog. Lichtkatalysator. Daß diese Eigenschaft, Lichtwirkungen zu vermitteln, auch den melanotischen Pigmenten zukommt, zeigte Hertel für das Irispigment. Diese Auffassung des Pigmentes als Lichtkatalysator erklärt auch befriedigend seine Rolle für die Sekundärwirkungen. Danach werden durch seine Anwesenheit die vom Lichte allein viel schwächer ausgelösten Vorgänge der Hormon- und Fermentbildung aktiviert und somit indirekt die Sekundärwirkungen verstärkt. Daß das labile, photogene Pigment allein diesen fördernden Einfluß auf die Zellvorgänge ausübt, erklärt sich damit, daß es eine gegenüber dem fixen Pigment reaktionsfähigere Modifikation sein dürfte, wie ja auch aus seiner leichteren Resorbierbarkeit hervorgeht. Das Wesen der Aktivierung besteht wahrscheinlich darin, daß das Pigment einerseits intermediäre, reversible Verbindungen eingeht (katalytische Wirkung), andererseits durch sein Absorptionsvermögen gegenüber längerwelligem Lichte auch dieses zur Wirkung bringt, mithin eine vollständigere Ausnützung der Gesamtstrahlung ermöglicht. Aus diesen Gründen ist das Pigment eine bedeutende Unterstützung der therapeutischen Lichtwirkung und daher eine wesentliche Bedingung des Heilerfolges.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 1, 1. Januar 1926.

Ueber den Begriff „Reizstoff". Heubner.
Die einzeläugigen Gesichtsfelder und ihre Vertretung in den beiden Lagen der verdoppelten inneren Körnerschicht der Sehrinde. Kleist.
* Die optimale Insulinverteilung in der Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus. Priesel und Wagner.
Die Leberfunktionsprüfung mit Tetrachlorphenolphthalein. Franke.
* Die Röntgentherapie der postoperativen Pneumonie. Fried.
Zur Kenntnis des Sexualcharakters des Kopfhaarkleides. Buschke und Gumpert.
Ueber roseola infantum (Exanthema subitum). Mittelstaedt.
Ueber erweiterte Indikation zur intrasinösen Bluttransfusion im Säuglingsalter. Schmitt.
* Progressive Paralyse und Mesaortitis syphilitica. Coenen.
Ein vereinfachter Respirationsapparat. Hellwig.
Erwiderung. Schadow.
Die Wirkungsmechanismen der lokalen Kreislaufstörungen. Ricker.
Zwei verschiedene Typen des Phänomens bei der spezifischen Antigen-Antikörper-Reaktion durch monogene Antieiweiß-Sera und homologe antigene in vitro. Friedberger und Ikeda.
Die elektrischen Erscheinungen der Acetyl-Cholincontractur des Kaltblütermuskels. Schäffer und Lioht.
Ueber das Heidenhainsche Zungenphänomen und seine elektrischen Begleiterscheinungen. Schäffer und Licht.
Serologische Untersuchungen an syphilitischen Zwillingen. v. Gutfeld.
Die Diagnose der beginnenden Tuberkulose. Neumann.
Die Selbstmorde in Deutschland nach dem Kriege. Freudenberg.
Tinct. Strophanti bei chronischer Herzinsuffizienz. Pletnew.
Prüfung des Eiweißgehaltes von Punktionsflüssigkeiten. Kleeberg.

Die optimale Insulinverteilung in der Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus. Die Zuckerausscheidungskurve im Stundenversuch bei Diabetikern hat sowohl bei insulinbehandelten als auch bei insulinfreien Fällen eine nächtliche, bis in die Morgenstunden andauernde Zuckerausscheidung ergeben, die im Laufe des Vormittags abklingt. Dreistündliche Blutzuckeruntersuchungen haben gezeigt, daß der Einfluß einer kohlenhydrathaltigen Morgenmahlzeit auf den Blutzucker in der Regel ein beträchtlicherer ist als der einer ebensolchen Mittagsmahlzeit. Die optimale Methode der Insulinverteilung stellen zwei in zwölfstündigem Intervall gegebene Injektionen dar, von denen die zweite etwas niedriger zu dosieren ist. Entsprechend der erwähnten morgendlichen Zuckerausscheidung ist die Morgeninjektion spätestens um 7 oder 8 Uhr früh zu geben. In allerschwersten Fällen hat sich die Verteilung der Tagesinsulindosis auf drei in sechsstündigem Intervall gegebene Dosen dem Prinzip der Zweiinjektionsbehandlung überlegen erwiesen. Eine theoretisch wohlbegründete, entsprechend dem nächtlichen Blutzuckeranstieg um Mitternacht zu verabreichende Insulininjektion, wie sie von amerikanischer Seite empfohlen wird, ist wegen der damit verbundenen Störung der Nachtruhe der Patienten nicht zu empfehlen. Eine große Einzelinjektion in der Mitte des Tages ist unzweckmäßig wegen der Eigentümlichkeit des Insulins, daß die großen Dosen nicht einfach Multipla der kleinen sind. Diese Regeln gelten nur für ein maximal gereinigtes und absolut verläßliches Insulin (z. B. Insulin „Wellcome"). Für andere Präparate mit weniger lang vorhaltender Wirkung dürften andere Regeln gelten und wahrscheinlich wiederholte Injektionen kleinerer Dosen die optimale Behandlung darstellen. Bezüglich der Assimilation der Kohlenhydrate, also der eigentlichen antidiabetischen Wirkung eines Insulins, stellt jene Behandlungsart die optimale dar, bei der der Blutzucker möglichst nahe der Norm ist. Da die Zuckerausscheidung auch bei hohen Blutzuckerwerten negativ, die Toleranzbreite also eine relativ große sein kann, ist die Prüfung des Urins auf Zucker nur ein angenähertes Maß der diabetischen Stoffwechsellage. Die Zuckerausscheidung hängt, von der Toleranzbreite, der antidiabetische Wert eines Behandlungsverfahrens von der Annäherung des Blutzuckers an die Norm ab.

Die Röntgentherapie der postoperativen Pneumonie. Der Verfasser bestrahlte zuerst nur Reste von Pneumonien, die sich viele Tage nicht lösen wollten, später bestrahlte er im akuten Stadium der vollentwickelten Pneumonie. Die Erfolge waren bezüglich des Wohlbefindens der Patienten, der Lösung und des weiteren klinischen Verlaufs überraschend günstige. Der Verfasser ist jetzt dazu übergegangen, auch im Initialstadium zu bestrahlen, da er damit lebensbedrohliche Zustände sicher verhüten zu können glaubt.

Progressive Paralyse und Mesaortitis syphilitica. Der Verfasser weist auf die starke Zunahme der syphilitischen Aortenveränderungen bei Paralyse in den letzten Jahren gegenüber den Vorkriegsjahren hin. Zu bedenken ist dabei, daß die Vorkriegsfälle noch nicht in die Salvarsanära fallen. Ob wirklich das Salvarsan als solches oder eine biologische Virulenzänderung der Spirochäten hierfür verantwortlich zu machen ist, läßt der Verfasser unentschieden.

Arnold Hirsch (Berlin).

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 52, 25. Dezember 1925.

Die diagnostische Bedeutung des Endothelsymptomes. Stephan.
Feersche Krankheit (Neurose des vegetativen Systems). Müller.
Die anatomische Grundlage der Irisfarbe. Münch.
Zur Dyspepsiebehandlung der Säuglinge mit konzentriertem Reisschleim. Wieczorek.
Ueber Schlafstörungen im Kindesalter. Hartmann.
Zur Technik des „sauberen“ Porro. Hinselmann.
Die Einrenkung der Unterkieferverrenkung in örtlicher Betäubung. Kulenkampff.
Anaphylaxie bei Omnadinanwendung. Ochsenius.
Ausstoßung eines in die Blase eingedrungenen Fremdkörpers durch deren Wandung. Berger.
Aktivität oder Passivität bei beginnender Gonorrhoe? Schmidt.
Ueber Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Eigeneiweißvakzine. Hecht.

Nr. 1, 1. Januar 1926.

Ohnmacht, Kollaps und Schock in ihren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem. Coenen.
Ueber das Zellnetz im lockeren Bindegewebe und seine Stellung zum reticulo-endothelialen Stoffwechselsystem. v. Möllendorff.
* Ueber Mastkuren mit Insulin. Vogt.
Ueber eine gemeinsame vegetative Steuerung von Haut und Lebergebiet. Müller.
Ueber eine Urikooxydase des Blutes und die wahren Werte der Blutharnsäure. Flatow.
Ueber die lymphatische und monozytäre Reaktion des Blutes bei Infektionen. Wichels u. Barner.
Ueber die diagnostische Bewertung der Reaktion des Scheidensekretes bei der weiblichen Zervixgonorrhoe. Volkmann.
Wie sind aphasische Sprachstörungen nach Schlaganfällen auf Grund des BGB. zu beurteilen? Eliasberg.
Untersuchungen über das Vorkommen von Jod im menschlichen und tierischen Organismus. Maurer u. Dietz.
Mein Gastroskop. Korbsch.
Erschwerung der Röntgendiagnostik der Lungen nach operativen Eingriffen im Bereich der Brustwand. Brunner.
Cibalgin, ein Morphium sparendes Mittel. Auen.

Ueber Mastkuren mit Insulin. Durch zweimal tägliche Einspritzung von Insulin Schering (von 20 auf 60 Einheiten steigend) während einer dreiwöchigen Kur wurden auffällige Steigerung des Appetits und schnelle Gewichtszunahme erzielt. Strenge Bettruhe und eine besondere Diät sind nicht notwendig. Die Insulinkur ist den reinen Diätkuren durch den sicheren und lang anhaltenden, raschen Erfolg überlegen. Fieberhafte Lokal- und Allgemeinerkrankungen verbieten die Insulinmastkur. Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 1, 2. Januar 1926.

Das konstitutionelle Asthma. R. Schmidt.
Das klinische Bild, Erkennung und Behandlung der Pyelitis. L. Casper.
* Zur Pathogenese und vergleichenden Pathologie des Magengeschwürs. C. Hirsch.
Umfrage über die Behandlung der Syphilis. Jesionek, Pinkus, Stern.
Das Panzerherz. H. Schlesinger.
Die kongenitale Syphilis. R. Fischl.
* Zur röntgenologischen Darstellung der Gallenblase. W. Baetzner.
Ueber die Behandlung von Juckreiz mit Milzsaft. J. K. Mayr.
Ueber septische Infektionen. E. Singer.
Zum Begriff der Berufsunfähigkeit nach § 30 des Angestelltenversicherungsgesetzes. H. Engel.
* Zur Behandlung schmerzhafter Muskel- und Gelenkaffektionen. J. Misgeld.
Perkutane Jodtherapie mit Isapogen. H. W. Peters.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe.
Physikalische Therapie. A. Laqueur.

Zur Pathogenese und vergleichenden Pathologie des Magengeschwürs. Die Erfahrungen im Weltkrieg, wonach ebensoviel Soldaten wie Zivilisten am Magengeschwür erkrankten, lehrt, daß einseitige und schlecht zubereitete Kost eine wichtige Rolle spielt, ferner, daß ein besonderer Status nervosus nicht vorliegen kann, da sich gerade die Patienten im Gegensatz zu den Neurotikern in der Latenzzeit durchaus wie Gesunde benehmen. Erosion und Ulkus haben sicher verschiedene Ursachen; für das Chronischwerden der Geschwüre scheint eine Neigung zu Spasmen eine gewisse, auch experimentell gestützte Bedeutung zu haben.

Zur röntgenologischen Darstellung der Gallenblase. Die Durchleuchtung der Gallenblase ist technisch ein Fortschritt, klinisch ist sie, was Diagnose und Prognose betrifft, nur von bedingtem Wert. Ausschlaggebend sind eigentlich nur intensive Schattenbilder, da solche immer nur bei gesunder Gallenblase erzielt werden, ebenso ist ein negatives Bild, wo jeglicher Gallenblasenschatten fehlt, diagnostisch für Verschluß beweisend, da die farbstoffhaltige Galle nicht in die Blase eintreten kann, aber es können auch negative Bilder bei gesunder Blase durch Spasmen hervorgerufen durch andersartige intestinale Erkrankungen entstehen. Daß die Zwischenstufen mit schwachen, unklaren Schattenbildern erst recht nicht beweisend sind, ist selbstverständlich. Klarheit bringt in solchen Fällen häufig die Serienaufnahme von drei aufeinanderfolgenden Aufnahmen, zeigen diese immer dieselbe krankhafte Form, so ist die Diagnose so gut wie sicher. Die besten Bilder regelt die Jodsalzinjektion, aber auch die orale Darreichung von Bromsalz, 0,1 g auf 1 kg Körpergewicht, aber nicht über 7,5 g, genügt und ist auch für den praktischen Arzt anwendbar; Durchleuchtung nach 10, 12 und 14 Stunden.

Zur Behandlung schmerzhafter Muskel- und Gelenkaffektionen. Verf. hat 210 Fälle mit Saldermin, das aus Solanum, Papaverin, Menthol und ätherischen Oelen besteht, behandelt und ausgezeichnete Erfolge darnach gesehen, die somit diejenigen von Blumenfeld und Schall bestätigen. Das Saldermin wird massageförmig eingerieben, evtl. nach einer vorangegangenen Lichtbügelbehandlung, da durch Hyperämie eine bessere Resorption erzielt wird.

Haber.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Nr. 23, 1. Dezember 1925.

Die Chagaskrankheit. Fischer.
* Richtlinien der Diätetik bei Magen- und Darmkrankheiten. J. Boas.
Die symptomatische Bedeutung des Schwindels. R. Leidler.
* Die chronische Influenza. G. Zülzer.
* Neuere Anschauungen über die Pathogenese des Bronchialasthma und seine Behandlung. M. Gutstein.

Diätetik bei Magen- und Darmkrankheiten. Bei der Diätetik der Magen- und Darmkrankheiten spielt nicht nur die Nahrungszufuhr, sondern auch die Nahrungsausschaltung eine wichtige Rolle. Bei letzterer muß für die Flüssigkeitszufuhr der rektale Weg beschritten werden. Die Ausschaltung kommt vor allem bei akuten Fällen in Frage, während bei chronischen die aktive Therapie in den Vordergrund tritt. Vorbedingung für letztere ist, wie überall, die gut begründete Diagnose, wobei zwei Fehlerquellen zu beachten sind, die auch bei der Therapie eine Rolle spielen. Es werden zu häufig bloße Funktionsanomalien in den Vordergrund gerückt, während sie tatsächlich eine nebensächliche Bedeutung haben. Ferner wird zu wenig auf die endokrinen Störungen und ihre Zusammenhänge mit dem Magendarmkanal geachtet. Wenn die Diagnose feststeht, kann man entweder allein durch Ernährungsbehandlung oder aber durch eine solche, kombiniert mit medikamentöser Behandlung auf den Patienten einwirken, wobei Verf. mehr auf ersteres Verfahren Wert legt. Bei der Beurteilung der Nahrungsmittel ist die Frage der leicht oder schwer verdaulichen besonders bei Laien ein beliebtes Thema. Tatsächlich gibt es durch alle möglichen Einflüsse sehr viel Variationen und ein Urteil über die Verdaulichkeit eines Nahrungsmittels ist oft sehr schwer abzugeben. Als Grundlage für die Ernährungstechnik muß man die Stoffwechselphysiologie heranziehen. Man unterscheidet den Grundumsatz, worunter man den Umsatz des in jeder Beziehung ruhenden Menschen versteht. Er beträgt bei Männern durchschnittlich 26,5, bei Frauen 25,0 Kalorien pro Kilogramm und man hat gefunden, daß er bei Männern zwischen 1000 und 2000 und bei Frauen zwischen 1000 und 1700 Kalorien schwankt. Der Grundumsatz kann gesteigert oder herabgesetzt werden. Besonders wichtig ist Steigerung durch Muskelarbeit, die je nach Art der Beschäftigung zwischen 2200 und 5000 Kalorien schwanken kann.

Für den Nahrungsbedarf ist ferner wichtig die Kenntnis der in den einzelnen Stoffen enthaltenen Kalorien, wobei bekanntlich die drei Hauptstoffe: Eiweiß, Kohlehydrate und

Fette als wichtigste Stoffe in Frage kommen. Bei der Ernährung Magendarmkranker müssen 5 Punkte berücksichtigt werden:

1. Die quantitative Wirkung der Diät.
2. Die qualitative Wirkung.
3. Die heilende Wirkung.
4. Die Strategie.
5. Die Zubereitung.

Es muß unsere Aufgabe sein, der Abmagerung mit allen Mitteln entgegenzuwirken. Verf. geht nunmehr auf die verschiedenen Behandlungsmethoden der psychogenen sowie organischen Magendarmstörungen ein. Die Kalorienberechnung muß unbedingt angewendet werden und für die wichtigsten Nahrungsmittel dem Arzt bekannt sein. In qualitativer Hinsicht muß man in vielen Fällen die bisher gewöhnte Schonungstherapie verlassen und mehr die Uebungstherapie anwenden. Z. B. ist die breiförmige Diät in vielen Fällen angezeigt, in anderen wieder keineswegs nützlich. Besonders wichtig ist die Strategie der Diät, die in eine Vorkur, Mittelkur und Nachkur einzuteilen ist. Die Vorschriften sind am besten im Original nachzulesen, jedenfalls haben wir auf dem Gebiete der rationellen Ernährungstherapie in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte gemacht.

Die chronische Influenza. Es gibt kaum ein Gebiet der Krankheitslehre, in dem die chronische Influenza als Aetiologie nicht eine wichtige Rolle spielt. Das gilt besonders für die innere Medizin. Die heute so häufig beobachteten Gallenleiden und Herzmuskelerkrankungen sind sicher in der überwiegenden Zahl der Fälle als Folgen der chronischen Influenza zu betrachten. Besonders wichtig sind hierbei die Temperaturerhöhungen, die häufig als subfebrile Temperaturen besonders nach Bewegungen auftreten, bei Frauen auch oft gelegentlich der Periode. Als weiteres Zeichen ist die Influenzazunge mit Schwellung der vorderen Papillen zu erwähnen. Ferner Verschiebung der Neutrophilen nach links neben einer Vermehrung der Lymphozyten. Die häufigsten Beschwerden der Patienten sind Neuralgien und Herzmuskelschwäche. Auch Lungenerkrankungen, die oft mit Tuberkulose verwechselt werden, sind Folgen der chronischen Influenza. Besonders wichtig ist der Encephalitis lethargica. Die Annahme, daß ein einmaliges Ueberstehen einer Influenza Immunität schafft, trifft nicht zu. Therapeutisch empfiehlt Verfasser eine Mischung von Antipyrin, Chinin und Natrium Salicylicum, wodurch die Temperaturen herabgesetzt werden, jedoch ist die medikamentöse Therapie nur ein Notbehelf. Zur völligen Heilung ist ein Klimawechsel notwendig, bei Vermeidung jeder Erkältungsmöglichkeit. Da die Grippeepidemie scheinbar noch immer nicht im Schwinden ist, muß die chronische Influenza das besondere Interesse des Arztes beanspruchen.

Pathogenese des Bronchialasthma und seine Behandlung. Nach der Meinung vieler Kliniker ist das Bronchialasthma eine Reflexneurose des Vagus. Sie ist an bestimmte Jahreszeiten und Gegenden gebunden und tritt häufig nach bestimmten Nahrungsmitteln, nach Berührung mit bestimmten tierischen Hautabsonderungen sowie in Verbindung mit gewissen Drogen auf. Die psychische Theorie scheint nicht hinreichend begründet. Neuerdings faßt man diese Erkrankung als eine Erscheinung der Ueberempfindlichkeit auf, die man als Idiosynkrasie bezeichnet. Es gibt bestimmte Substanzen, sogenannte Allergene, die Asthma erzeugen können.

Es ist in Amerika gelungen bei einer großen Zahl von Asthmatikern derartige Stoffe herzustellen. Eine Kombination von Asthma und Tuberkulose, die bisher bestritten wurde, wird nach Erfahrung des Verf. bisweilen doch beobachtet. Auf Grund der Asthmagenese ist es nun wichtig, die Aetiologie zu ermitteln, wobei man nach den bisher bekannten Allergenen fahnden muß. Findet man diese nicht, so bleibt nur die symptomische Behandlung übrig, die in den bisher bekannten Mitteln von Atropin, Adrenalin, Jod und Morphium besteht.

Besonderer Wert wird auf die Kalziumbehandlung gelegt. Als neuestes Mittel wird Livonal empfohlen, mit dem Verf. sehr gute Erfolge hatte. Kosminski.

Zeitschrift für die gesamte phys. Therapie.

31, 1. Heft.

- * Ueber den biologischen Reizbegriff und seine Bedeutung für die Therapie. A. Goldscheider.
- * Beitrag zur Kohlenbogenlichttherapie der Rachitis. Kurt Huldschinsky (Berl. Univ.-Kinderklinik).
- * Zur Elektrotherapie der Herzkrankheiten. Zoltán Rausch (III. med. Kl. Budapest).
- * Ueber die Einwirkung der Diathermie auf die Emigration der Leukocyten in der Mundhöhle. L. Korowitzky und M. Jassinovsky (Univ.-Klinik Odessa).

Ueber den biologischen Reizbegriff und seine Bedeutung für die Therapie. Die Lebensvorgänge beim gesunden wie kranken Organismus beruhen auf der Reizbarkeit der Zellen und sind daher beherrscht von den Beziehungen von Reiz zu Reaktion. Letztere wird nicht bloß durch Stärke und Art des Reizes bedingt, sondern vor allem durch die Beschaffenheit des Organismus selbst. Die reaktiven Vorgänge verbreiten sich weithin über den Körper und können eine komplizierte Kette bilden; sie werden oft bestimmt durch vorhandene Ueberempfindlichkeiten. Die Krankheit stellt einen komplizierten Reaktionsvorgang auf schädliche Reize dar, der im allgemeinen von dem teleologischen Grundgesetz beherrscht wird. Die Therapie besteht zum großen Teil in der Zufuhr von Reizen, die nützliche Reaktionen auslösen sollen. Auch dieSymptome sind zum Teil Reizreaktionen.

Beitrag zur Kohlenbogenlichttherapie der Rachitis. Ein Fall schwerster Rachitis bei einem 4½ monatigen Säugling wurde bei reiner Milchnahrung ohne jede andere Medikation im Winter zur schnellsten Ausheilung gebracht, die Resultate durch Phosphorbestimmung und Röntgenbild bestätigt. Als Lichtquelle diente eine 3500 kerzige Jupiterlampe von 6 Amp., es wurde in 22 Tagen 15 mal je 15 Min. bei 40 resp. 36 cm Abstand, insgesamt also 3¾ Stunden bestrahlt. Langwelliges Ultraviolett ist auch in verhältnismäßig schwachen Mengen gegen Rachitis wirksam.

Zur Elektrotherapie der Herzkrankheiten. Aus der Arbeit geht hervor, daß sich die Faradisation des Herzens in gewissen Fällen verschiedener Herzleiden als eine sehr dankbare Behandlungsmethode erweist, die besonders bei mit Dilatation einhergehenden Herzleiden sowohl subjektiv wie objektiv eine Besserung herbeizuführen imstande ist. Die Wirkung kommt wahrscheinlich nicht direkt durch Reizung der Herzmuskulatur zustande, da eine meßbare Verkleinerung des Herzens gleich nach der Behandlung nicht zu bemerken ist, sondern höchstwahrscheinlich durch Reizung der Vasomotoren der Herzgefäße, woraus eine bessere Durchblutung des Herzens und so eine Steigerung der Herzarbeit resultiert.

Ueber die Einwirkung der Diathermie auf die Emigration der Leukocyten in der Mundhöhle. a) Bei der lokalen Diathermie entsteht ein starker Anstieg der Intensität der Leukocytenemigration in der Mundhöhle. b) Der Mangel einer derartigen Erhöhung der Intensität der Emigration bei Anwendung einfacher thermischer Prozeduren (heiße Spülungen, Thermophore) ist durch die dabei nur oberflächlich wirkende Durchwärmung zu erklären. Im Gegensatz dazu entsteht bei der Diathermie eine tiefe und diffuse Durchwärmung und dadurch eine Aenderung der Blutzirkulation im ganzen zwischen den Elektroden befindlichen Bezirk. c) Es stellte sich heraus, daß auch bei der allgemeinen Diathermie eine nicht geringere Steigerung der Emigration statt hat. Es ist klar, daß diese unerwartete Tatsache vorläufig keine gebührende Erklärung bekommen kann. Sie steht augenscheinlich im Zusammenhang mit den Aenderungen im Blutkreislaufe allgemeinen Charakters, die dabei beobachtet werden (Erweiterung der peripheren Gefäße).

L. Katz.

Zeitschrift für Tuberkulose.

44, Heft 1.

- Zur Seifenbehandlung der Tuberkulose. Kurt Brünecke.
- * Rückbildungsfähige Formen der sekundären Lungentuberkulose (Infiltrie-

* Beziehungen zwischen Tuberkulose und Kurzsichtigkeit. Georg Hirsch.
* Zur Frage der Unterscheidung zwischen aktiver und inaktiver Tuberkulose. Hubert Kotzerke.
Komplementbildung bei Tuberkulose. Max Pinner.
* Bemerkungen zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. E. Rüscher.
Die Tuberkulosesterblichkeit im Freistaat Sachsen. F. A. Weber.

Rückbildungsfähige Formen der sekundären Lungentuberkulose (Infiltrierungen) bei Erwachsenen. Verf. beschreibt eine Anzahl von Fällen mit insbesondere röntgenologisch nachweisbaren Lungeninfiltraten, welche zumeist schnell und ohne Veränderungen zu hinterlassen verschwanden.. Der Nachweis, daß es sich in jedem dieser Fälle überhaupt um ein spezifisch tuberkulöses Infiltrat handelt, wird nicht erbracht. Einige der mitgeteilten Fälle hält Ref. für banale Bronchopneumonien. Lediglich aus dem allgemeinen klinischen Bild und aus dem Nachweis einer Ansteckungsquelle in der Umgebung des Erkrankten wird die tuberkulöse Aetiologie eruiert.

Beziehungen zwischen Tuberkulose und Kurzsichtigkeit. Myopiefrequenz- und Tuberkulosemortalitätskurve verlaufen parallel. Verf. hält damit die schon früher von ihm behauptete tuberkulöse Natur der Kurzsichtigkeit für erwiesen!

Zur Frage der Unterscheidung zwischen aktiver und inaktiver Tuberkulose. Grafe-Rostock hatte angegeben, daß es möglich sei, aus Aenderungen der Senkungsreaktion nach unterschwelligen Tuberkulineinspritzungen die aktive von der inaktiven Tuberkulose zu trennen. Auf Grund einer Nachprüfung des Verfahrens an etwa 100 Fällen Ablehnung.

Bemerkungen zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. In der Arbeit, welche im ganzen nichts neues enthält, wird der die Behandlungszeit nicht selten wesentlich abkürzenden chirurgischen Behandlung das Wort geredet.

Zwerg (Dresden).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

99, 28. November 1925, Heft 3 u. 4.

Zur Vererbung der Huntingtonschen Chorea. C. S. Freund.
Die akute allgemeine Ataxie von Leyden-Westphalschen Typus in Verbindung mit den Epidemien der letzten Jahre in Rußland. A. M. Koschewnikow.
Selbstverstümmelung und Selbstbeschädigung. E. Trömner.
* Die Lokalkontusionsneurose. W. M. Bechterew u. M. G. Schumkow.
Zur Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen. E. Leyser.
* Ueber den diagnostischen Wert der Lipiodolmyelographie. Bau-Prussak.
Ueber die Ursachen der so häufigen Rückfälligkeit nach der Morphiumentwöhnung. E. David.
Beiträge zur Klinik der chronischen epidemischen Encephalitis. 1. Extrapyramidale Anfälle. 2. Extrapyramidaler Mutismus. 3. Zentrale Parästhesien. 4. Encephalitis epidemica bei einem Schizophrenen. M. Gurewitsch und R. Tkatschew.
* Organtherapie bei hypophysären Störungen. M. H. Göring.
Hemianopsie bei Encephalitis epidemica. Z. Bychowski.
Bemerkung über die Myelographie mittels Lipiodol und Jodipin. Fedor Krause.
Bemerkungen zu A. Picks: Lokalisatorische Tendenzen in der Aphasielehre. S. E. Henschen.
* Ein Fall von Ikterus gravis nebst Exanthem nach Salvarsanbehandlung. G. Höglund.
Erfahrungen über die Anwendung eines neuen Schlafmittels „Prolongal“ bei psychischen Erkrankungen. H. Mehner.
Bestimmung sensibler Hirnzentren durch lokale Strychninreizung bei Katzen. L. Arinstein.
Wesen und Erfassung des Schizophrenen. Kurt Schneider.
Studien über die Permeabilität der Meningen. III. Mitteilung. Die Permeabilität bei den Psychosen des Rückbildungsalters. Fr. K. Walter.
Bedeutung und Beurteilung der Chlor- und Zuckerbestimmung im Liquor. P. Nüna.
Ueber das erbliche Zittern. L. Minor.
Die Abortpsychose (Galant). Susmann Johann Galant.

Die Lokalkontusionsneurose. Die Verff. haben sich bemüht, objektive neurologische Symptome nach geringfügigen peripheren Quetschungen mit nachfolgenden neurotischen Beschwerden zu finden. Sie stützen sich dabei ausschließlich auf ältere Literatur. Die jetzt in der neurologischen Literatur Westeuropas ganz allgemein anerkannte Auffassung der Neurosen nach Trauma als psychopathische Reaktionen auf der Grundlage von Wunschvorstellungen und Hoffnungen (Entschädigung) ist den Verff. offenbar nicht bekannt, wird wenigstens nicht erwähnt. Die gefundenen Sensibilitätsstörungen und Beschwerden, die als objektiv anerkannt werden, imponieren als rein hysterisch.

Ueber den diagnostischen Wert der Lipiodolmyelographie. An Hand von 22 Fällen (mit nur wenigen, aber guten Abbildungen) wird die gute Brauchbarkeit — besonders bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten — und gute Verträglichkeit der Myelographie mit Lipiodol bei raumbeschränkenden Prozessen im Wirbelkanal dargestellt. Nach der Beschreibung scheint das Lipiodol weniger gut vertragen worden zu sein als das Jodipin, mit dem andere Verfasser nur sehr geringe Beschwerden erlebten. Doch wurden auch hier nie Dauerschädigungen festgestellt.

Organtherapie bei hypophysären Störungen. Bei hypophysärem Zwerg- und Fettwuchs und bei hypophysärer Migräne wurden mit Gaben von Hypophysis cerebri (Merck) gewisse Erfolge erzielt. Als wenig beeinflußbar erwies sich die hypophysäre Fettsucht.

Ein Fall von Icterus gravis nebst Exanthem nach Salvarsanbehandlung. Bei einer Patientin mit multipler Sklerose (keine Lues, auch serologisch nicht!) tritt nach der vierten Salvarsaninjektion das bedrohliche Krankheitsbild der akuten Leberatrophie mit schwerem Icterus und ausgedehnten Hautblutungen auf, mit Ausgang in Heilung (der Lebererkrankung) in einigen Monaten. Während in den bisher veröffentlichten Fällen von Salvarsanikterus die Lues als mitwirkendes Agens nicht einwandfrei ausgeschaltet werden konnte, scheint hier ein Fall von wirklichem „Salvarsan“-Ikterus vorzuliegen.

Panse (Berlin).

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

60, Dezember 1925, Heft 2.

* Die vegetative Neurose in ihren Beziehungen zu psychischen Störungen. M. Rosenfeld.
Plethora, Meteorismus und Psyche. M. Löwy.
* Zur Pathogenese der akralen Haut- und Nervenerkrankungen. E. Leyser.
* Ueber Sprach- und Schreibpulsion. H. Pineas.
Probleme des Mongolismus im Zusammenhang mit der Lehre über die innere Sekretion in der Psychiatrie. M. Sereiski.

Die vegetative Neurose in ihren Beziehungen zu psychischen Störungen. Die vegetative Neurose stellt eine Erkrankung oder eine Funktionsabänderung bestimmter nervöser Systeme dar. Diese Funktionsabänderungen können bedingt sein: 1. durch innersekretorische Störungen, durch Infektionen und Intoxikationen; 2. können sie bei organischen und sogen. funktionellen endogenen Psychosen dadurch in Erscheinung treten, daß der betreffende Erkrankungsprozeß die zentralen Zentren der Systeme dauernd oder vorübergehend in Mitleidenschaft zieht; 3. die vegetative Neurose stellt ferner ein wichtiges Glied in der Kette von Vorgängen dar, die zu den epileptischen Bewußtseinsstörungen, zu Ohnmachten und zu psychogen bedingten psychischen Störungen führen; 4. sie scheint aber schließlich in einer Reihe von Fällen ein für sich bestehender primärer Vorgang zu sein. Das vegetative System, obwohl im engsten Zusammenhange mit den übrigen Nervensystemen, zeigt doch eine gewisse Selbständigkeit bezüglich seiner Entwicklung, welche im Laufe des Lebens Schwankungen durchmacht; und ferner erlebt sie eine Rückbildung, welche in manchen Fällen das erste Zeichen des Präseniums darstellt, während alle anderen Organe und auch das übrige Zentralnervensystem noch keinerlei Funktionsstörungen und Zeichen der Rückbildung erkennen lassen.

Zur Pathogenese der akralen Haut- und Nervenerkrankungen. Für die Mehrzahl der Fälle der sogen. Trophoneurosen, für die Raynaudsche Krankheit, die Sklerodermie usw., wird eine inkretorische Genese angenommen. Verf. beobachtete nun einen 46jährigen Mann, bei dem sich im Verlauf von 9 Jahren eine zuerst einseitige Rötung und Schwellung der Haut der rechten Hand und des rechten Unterarmes im Anschluß an den Kriegsdienst entwickelte, die dann auf den linken Ellenbogen übergriff. Dabei besteht in genauer Uebereinstimmung mit der Hautveränderung eine Aufhebung der Empfindlichkeit für alle Qualitäten. Die Hautveränderung selbst ist ausgezeichnet durch das Nebeneinander entzündlicher und atrophischer Vorgänge, die dünne und knittrige Beschaffenheit der blaurot verfärbten Haut an manchen Stellen, daneben die knotigen Effloreszenzen und die Schwellung des Gewebes an anderen Stellen, besonders an der Hand. Diagnose: Akrodermatitis chronica atrophicans. Verf. hält das Leiden im vorliegenden Falle für psychogen bedingt, und zwar sowohl die Empfindungslähmung wie auch die Hautveränderung.

Ueber Sprach- und Schreibpulsion. In einem Falle von postencephalitischem Parkinsonismus zeigte sich „Sprachpulsion“ (die Geschwindigkeit des Sprechens wird plötzlich enorm gesteigert, die Sprache wird leiser und undeutlicher, und schließlich hört man nur noch ein verwaschenes „Gemurmel“). Es handelt sich hierbei letzten Endes um Störungen der Koordination. Desgleichen bestand „Schreibpulsion“: Pat. gab an, sie werde leicht „kribblig“ und müsse dann schneller schreiben. Auch sonstige „Trieb“besonderheiten lagen bei der Patientin vor.

60, Januar 1926. Heft 3/4.

* Beeinflussung der Hemiplegie eines Aphasikers durch den Sprachunterricht. O. Pötzl.
* Ueber Konstitutionsuntersuchungen an Epileptischen. W. Gründler.

Zur Frage der Ermüdbarkeit bei statischen Leistungen. E. Levinger.

* Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. G. E. Ssucharewa.

Beeinflussung der Hemiplegie eines Aphasikers durch den Sprachunterricht. In einem Falle von rechtsseitiger Hemiplegie mit motorischer Aphasie wurde 1½ Jahre lang der Sprachunterricht fortgesetzt; er erzielte neben einer Wiederherstellung des (silbenweise vor sich gehenden) Nachsprechens und zugleich mit den ersten Anfängen einer erneuten Wortfindung einen besonderen Einfluß auf die Hemiplegie, und zwar bezüglich der Bewegungsfähigkeit und der Verringerung der Spasmen im hemiplegischen rechten Arm. Die Wirkung des Sprachunterrichts auf die Zentren erschien nicht nur als eine Anregung der vikariierenden Leistung der rechten Hemisphäre, sondern auch als eine besondere Beeinflussung der noch vorhandenen Reste der linkshirnigen Sprachregion.

Ueber Konstitutionsuntersuchungen an Epileptischen. Beobachtungen an 80 Fällen von genuiner Epilepsie. Es überwiegen bei weitem (62½%) die von Kretschmer und fast allen bisherigen Untersuchern für die schizophrenen Psychosen als vorherrschend gefundenen Körperbautypen der Asthenischen und Athletischen sowie deren Mischform. Bei den epileptischen Männern fiel — im Vergleich zu Schizophrenen — ein verhältnismäßig häufiges Auftreten der ausgesprochen femininen Schamhaarbegrenzung auf. Im ganzen kann man den Schluß ziehen, daß die genuine Epilepsie sich vorwiegend auf dem Boden einer schizothymen Charakterveranlagung entwickelt oder — vorsichtiger ausgedrückt — daß die schizothyme Temperamentsanlage bei Epileptikern häufiger zu erwarten ist als die zyklothyme. Daher so oft schizophrene Symptome (katatonieforme Erregungsattacken, Stuporzustände, Iterieren, Stereotypien u. a.) bei epileptischen Geistesgestörten.

Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. Es existiert eine Psychopathiengruppe, deren klinisches Bild gewisse gemeinsame Züge mit der Schizophrenie aufweist, welche jedoch ihrer Pathogenese nach sich wesentlich von der Schizophrenie unterscheiden. Wahrscheinlich entstehen die schizoiden Psychopathien auf dem Boden einer angeborenen Unzulänglichkeit derjenigen Systeme, welche auch bei der Schizophrenie (hier aber unter dem Einflusse anderer Faktoren) affiziert werden. Kurt Mendel.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage.

47, 1. Heft.

* Beitrag zur Kenntnis der vorderen Stützpunkte des Fußes, sowie des Fußwinkels beim Stehen und Gehen. Gunnar Frostell.
* Ein Beitrag zur Aetiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes Josef Wolf.
* Zur Behandlung der Radialislähmung mit Sehnenverpflanzung. Bastos Ansart
* Tragfähigkeit des Fußskelettes und ihre Bedeutung für die Entstehung des Plattfußes. Hermann Meyer.
* Ueber multiple kartilaginäre Exostosen. Ingolf Bückmann.
* Spontanheilung der angeborenen Hüftluxation. H. Krukenberg.
* Die Bedeutung und Behandlung der Hüftbeugekontraktur nach Poliomyelitis Max Lange.
* Ueber die Verwendbarkeit der Blutkörperchensenkungsprobe im Bereiche der Orthopädie. Hans Knorr und Hermann Watermann.
* Die Anwendung des Gegentuberhaltes bei orthopädischen Erkrankungen. Hellmut Eckhardt.

Beitrag zur Kenntnis der vorderen Stützpunkte des Fußes, sowie des Fußwinkels beim Stehen und Gehen. Vergleichender Bericht über die Arbeiten anderer Autoren. Eigene Untersuchungen an 54 Versuchspersonen mit einwandfrei normalen Füßen. Ergebnis: Die Druckpunkte liegen im wesentlichen auf Capit. met. II u. III, erst darnach I u. V. Der Fuß verhält sich nicht wie eine feste Stützplatte oder ein Grundstein, deren Rolle in verschiedenen Belastungssituationen und ein Uebergang von einer zur anderen beurteilt werden kann, sondern ist ein außerordentlich komplizierter Mechanismus, der gleichzeitig als Stütz- und Lokomotionsorgan dient, und dessen Belastungsverhältnisse ständig, auch bei geringen Haltungsveränderungen, wesentlich wechseln. „Für das Verständnis der Belastungseinwirkungen auf den Fuß ist deshalb vor allem die Erweiterung unserer Kenntnisse über die wechselnde Art der Stützfunktion in mehreren verschiedenen den vorderen Fußabschnitt oft beträchtlich anstrengenderen Situationen notwendig.“

Ein Beitrag zur Aetiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes. Nach Untersuchungen von W. an menschlichen Embryonen verschiedenen Alters hinsichtlich Form und Lage der Skapula besteht die Ansicht von Kirmisson zu Recht, den Schulterblatthochstand als Folge eines Ausbleibens des Descensus scapulae anzusehen.

Zur Behandlung der Radialislähmung mit Sehnenverpflanzung. Verf. berichtet über 21 Fälle von Radialislähmungen, welche durch Sehnenverpflanzung geheilt und vollarbeitsfähig wurden.

Tragfähigkeit des Fußskelettes und ihre Bedeutung für die Entstehung des Plattfußes. Belastungsversuche an frisch amputierten Füßen ergaben, daß im Durchschnitt mit Gewichten von 40—70 Pfund innerhalb weniger Stunden eine Abflachung des Fußgewölbes eintritt. Da Sehnen und Bänder in den ersten 24 Stunden nach dem Tode wohl kaum Veränderungen in ihrer Widerstandsfähigkeit erleiden, die Wirkung der Muskulatur aber ausgefallen ist, so sind die Bänder gezwungen, die Körperlast auf sich zu nehmen und geben bei längerer Einwirkung dieser Last allmählich nach. Diese Tatsache zeigt, wie gefährlich längeres Stehen für jeden Fuß auch mit erhaltener Muskulatur ist. Notwendig ist eine zweckentsprechende Entlastung durch ein „bewußtes Stehen“ Verlegen des Körpergewichts von einem Fuß auf den andern durch Vor- und Seitwärtsneigen des Körpers.

Ueber multiple kartilaginäre Exostosen. Ein Fall von multipler kartilaginärer Exostosenbildung, der besonders durch die Bevorzugung der einen Körperhälfte charakterisiert ist und Veränderungen der Knochenstruktur aufweist, die dem chondrodystrophischen Typus ähneln. Die Genese fand keine Klärung.

Spontanheilung der angeborenen Hüftluxation. Verf. beschreibt drei Fälle von Spontanheilung einseitiger Hüftluxationen (Kinder unter vollendetem zweiten Lebensjahr), welche insofern zu einem abwartenden Verhalten berechtigten, als die Luxation bei ihnen keine vollständige war. Die Betrachtung der Röntgenbilder ergab eine Hypoplasie des Pfannendachs kombiniert mit Subluxation des Schenkelkopfes. Therapeutisch genügte in diesen Fällen eine starke Sohlenerhöhung für das gesunde Bein. Wird von der operativen Einrenkung Abstand genommen, so darf dies nur als ein Versuch, dem Kinde die Operation zu ersparen, bezeichnet werden. Dauernde Röntgenkontrolle. (Ref. warnt vor zu langer Ausdehnung dieser Therapie.)

Die Bedeutung und Behandlung der Hüftbeugekontraktur nach Poliomyelitis. Eine Hüftbeugekontraktur entsteht durch Störung des Muskelgleichgewichts und kann weiterhin durch mechanische Momente verstärkt werden. Sie wird zur Ursache der Gehunfähigkeit dadurch, daß beim Nachhintennehmen des Rumpfes die Schwerpunktslinie hinter die Achse des Kniegelenks zu liegen kommt. Das Langeschen Verfahren (subperiostale Ablösung der Spinamuskeln mit Wiedervereinigung der Knorpel-Knochenteile durch lose Naht) erweist sich allen Verfahren gegenüber, die bisher zur Beseitigung der Hüftbeugekontraktur angewandt wurden, überlegen und wird vom Verf. als Methode der Wahl bezeichnet. Neben sicherer Beseitigung der Deformität ist aktive Beugung im Hüftgelenk möglich und außerdem der geschonte Tensor fasciae und Sartorius evtl. als Ersatz für den Quadriceps verwendbar.

Ueber die Verwendbarkeit der Blutkörperchensenkungsprobe im Bereiche der Orthopädie. Die nach der Methode Linzenmaier angestellten Versuche haben ergeben, daß die Blutkörperchensenkungsprobe eine wesentliche Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel vor allem zur Erkennung der Knochen- und Gelenkstuberkulose darstellt. Senkungszeiten unter 100 Minuten erhärten bei Ausschluß anderer senkungsbeschleunigender Krankheiten die Diagnose Tuberkulose.

Die Anwendung des Gegentuberhaltes bei orthopädischen Erkrankungen. Beschreibung der Konstruktion des Gegentuberhaltes an entlastenden Apparaten mit Tubersitz. Die Anwendung des Gegentuberhaltes ist indiziert bei allen Erkrankungen des Hüftgelenkes, welche zur Adduktionskontraktur neigen als prophylaktische Maßnahme und bei positivem Trendelenburgschen Phänomen.

Stimming (Berlin).

Zeitschrift für Urologie.

19, Heft 12.

* Ueber einen Fall von ungewöhnlich großem Nierenstein. Willy Hofmann (Frankfurt a. M.)
* Ein Fall von Syphilis der Samenblase. Franz Keve (Budapest).
* Gonorrhoetherapie mit Targesin. Hans Lippert (Köln).

Ueber einen Fall von ungewöhnlich großem Nierenstein. Es handelt sich um einen Stein aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia, der 10 cm lang war und dessen größter Umfang 18 cm betrug. Er war 200 g schwer und wurde erst 10 Jahre nach dem Auftreten der ersten Beschwerden diagnostiziert.

Ein Fall von Syphilis der Samenblase. Nach einleitenden Ausführungen über die noch in einigen Punkten umstrittene Anatomie und Physiologie der Samenblase bringt Verfasser einen Fall von Lues, bei dem die Diagnose ex juvantibus gestellt wurde. Er betraf einen 40 jährigen Schlosser, der über Erschwerung des Harnlassens klagte und schließlich eine komplette Retention bekam. Rectal fand sich eine weich elastische Konsistenz des linken Prostatalappens und der Samenblase. Als der Dauerkatheter keine wesentliche Besserung brachte und sich überdies an der Stirn eine verdächtige Narbe fand, wurde das Blut untersucht und stark positiv befunden. Unter antiluetischer Kur trat eine rasche Besserung ein.

Gonorrhoetherapie mit Targesin. Durch zwei Momente zeichnet sich das Targesin von den anderen Mitteln aus: 1. durch seine Reizlosigkeit auch zu hohen Konzentrationen (Verf. hat es in Lösungen bis zu 10% verwandt), seine gute Verträglichkeit sowie seine prompte zuverlässige Wirkung; 2. durch die Seltenheit der Komplikationen, die nach Behandlung mit Targesin auftraten. Im allgemeinen gab Verf. das Mittel 1—3%ig. Von 41 Fällen wurden 7 erfolgreich abortiv geheilt. Weibliche Gonorrhoen wurden nicht behandelt, da sie als Prüfungsobjekt zu ungeeignet erschienen.

Zeitschrift für Urologie.

Beiheft: Wildunger Vorträge 1925 über Urologie und Stoffwechselkrankheiten.

° Ueber die Behandlung der Nierenkranken. F. Volhard.
Zur pathologischen Anatomie der doppelseitigen, hämatogenen, degenerativen und entzündlichen Nierenerkrankungen. M. Versé.
Die Bedeutung des Röntgenbildes in der Urologie. Eugen Joseph.
° Ueber die Grundlagen und den jetzigen Stand der Säurealkaliausscheidungsprobe zur Funktionsdiagnose kranker Nieren. Ed. Rehn.
° Nierenchirurgie und Nierenfunktion. Ed. Rehn.
° Neoplasmen der Harnorgane, ihre Diagnose und Therapie. F. Suter.
Die Koliinfektion der Harnwege. F. Suter.
Die Behandlung der Gicht und gichtigen Diathesen. F. Gudzent.
Die Behandlung der Zuckerkrankheit. F. Gudzent.

Ueber die Behandlung der Nierenkranken. Bei der Behandlung der Nierenleiden müssen wir als Prinzip nicht die möglichste Schonung des Organs fordern, sondern die Therapie ist davon abhängig, was im speziellen Falle in der Niere sich abspielt und welche Gefahren drohen. Unter diesen Gesichtspunkten erörtert Volhard in fesselnder Weise einige wesentliche Kapitel an Hand seines Einteilungsschemas der Nierenkrankheiten in solche ohne Störung der Glomeruli-durchblutung und solche mit ihnen.

Bei den infektiösen Herdnephritiden hängen Prognose und Therapie von dem Grundleiden ab. Die Behandlung der akuten und chronischen Degenerationen richtet sich zunächst symptomatisch gegen den Hydrops. Einschränkung der Wasser- und Kochsalzzufuhr, da sie die Wassersucht steigern, eiweißreiche Nahrung ist am Platze, auch Pfeffer und Senf dürfen gereicht werden, desgl. Obst in mäßigen Mengen; kontraindiziert erscheint die Milch, nicht hingegen die Sahne. Als Salzersatz gebe man ameisensaures Natrium. Diuretisch verordne man Harnstoff in großen Dosen (30 bis zu 80 g pro die), evtl. Schilddrüsensubstanz und Novasurol. Als Gefahr droht die Pneumokokkenperitonitis.

Die mit den typischen Symptomen der Haematurie, Wassersucht und Blutdrucksteigerung einhergehende akute diffuse Glumerulonephritis erweist sich funktionell als Verschluß der praeglomerulären Gefäße. Gefahren drohen vor allem vom überlasteten Herzen und durch Krampfurämie infolge Hirnoedems, seltener ist ein Nierentod aber bedeutungsvoll bleibt, daß das Nierenleiden oft nicht ausheilt und zu Niereninsuffizienz und sekundärer Schrumpfniere führt. Die Therapie sucht daher in erster Linie Entlastung des Kreislaufs durch Aderlaß sowie Hunger- und Durstkur. Die Indikationen für die Decapsulation und für den Versuch des Wasserstoßes werden kurz erörtert.

Auch bei der Nephrosklerose ist eine Gefährdung durch Versagen von Herz und Gefäßen zu befürchten. Die Behandlung bei dem roten und blassen Hochdruck werden skizziert. Bei der Niereninsuffizienz wird eine kochsalzarme, eiweißarme Kost empfohlen und bei der Retention aromatischer Stoffe fleischfreie vegetabile Diät. Der Vortrag, der eine Fülle von Anregungen bietet, eignet sich dadurch kaum für ein kurzes Referat und ist am besten im Original zu studieren.

Ueber die Grundlagen und den jetzigen Stand der Säurealkaliausscheidungsprobe zur Funktionsdiagnose kranker Nieren. Als Regulierungsorgan für die Isotonie und Isoionie des Blutserums hat die Niere für konstantes Gleichgewicht im Verhältnis der Na K- und Ca Mg-Ionen zu sorgen sowie die Säuren im gelösten Zustande aus dem Blute zu eliminieren. Schwankungen in der Isotonie und Isoionie müssen sich daher sofort am Urin ablesen lassen. Hierauf beruht im Prinzip die Säurealkaliausscheidungsprobe, daß man das Blut einmal stark ansäuert und dann alkalisiert, wobei man die Wasserstoffionenkonzentration (pH) mit Hilfe des Michaelisschen Apparates verfolgt. Die Versuche wurden früh nüchtern ausgeführt. Die Säuerung wurde durch Darreichung von verdünnter HCl erreicht, auf die die gesunde Niere nach 30 Minuten mit vermehrter Säureabgabe reagiert, während zur Alkalisierung 50 ccm 4% Natriumbicarbonatlösung intravenös gespritzt wurden. Die Fehlerquellen der Methode werden angegeben. Wenn sie vermieden werden, reagiert die gesunde Niere auf diese Prüfung in konstant gesetzmäßiger Weise. Die Schnelligkeit des Umschlages aus der sauren in die alkalische Reaktion (Neutralpunkt pH = 6.8) erweist die Elastizität der Niere. Leichte Nierenerkrankung ist durch zeitlich verzögerten Umschlag bei erhaltener Funktionsbreite charakterisiert. Schwere Funktionsstörung und damit ernste Nierenerkrankung wird an dem Unvermögen Säuren bezw. Alkalien zu elimieren erkannt oder am Zustand der Nierenstarre, d. i. Aufhebung der Säure- und Alkaliausscheidung mit konstanter Einstellung des Urins am Neutralpunkt.“

Topisch haben die Untersuchungen an 400 Fällen folgendes gezeigt: 1. bei tubulären Veränderungen ist die Säureausscheidung völlig aufgehoben, die Alkalientfernung erhalten, die Funktionsbreite eingeschränkt. 2. bei glomerulären Leiden findet sich saurer Urin mit ebenfalls herabgesetzter Funktionsbreite; 3. bei kombinierten tubulo-glomerulären Schädigungen wird Nierenstarre angetroffen. Das Tierexperiment kann mit herangezogen werden zur Erklärung dieser Erscheinungen. Die Ergebnisse der Klinik bei Nierentuberkulose, Tumor, Hydronephrose, Nephrolithiasis, Pyelitis, Vagotonie und Sympathicotonie werden geschildert. Die Methode der Säurealkaliausscheidungsprüfung hat sich hierbei klinisch bewährt und neue Forschungsgrundlagen und Möglichkeiten gezeitigt.

Nierenchirurgie und Nierenfunktion. Bei dem verantwortungsvollen Eingriff, den jede Nierenoperation darstellt, müssen wir schärfste Indikationsstellung und genaueste funktionelle Diagnostik fordern. Aus dem großen Kapitel der chirurgischen Nierenkrankheiten greift der Autor einige Abschnitte heraus. Die Therapie der Nierentuberkulose durch Nephrektomie ist unbefriedigend. Wir müssen eine schonendere Behandlung mit Erhaltung eines funktionstüchtigen Organes anstreben.

Beim Hypernephrom ist die Exstirpation des Organs die Methode der Wahl. Die Resultate aber lassen insofern zu wünschen übrig, als häufiger als ohne Operation Metastasen danach auftreten. Daher muß eine möglichst schonende Entfernung der Niere gefordert werden, wobei auf frühzeitige Abklemmung der Vena renalis und evtl. der Vena cava Wert gelegt werden muß, um zu verhüten, daß Tumorpartikel in den Kreislauf gelangen. Besteht ein Geschwulstthrombus bis in die Hohlvene, so muß sie evtl. partiell reseziert werden.

Zu den funktionserhaltenden Operationen gehört die Nephrotomie, die am besten in der Zondeckschen Ebene oder mit dem Marwedelschen Querschnitt ausgeführt wird, da hierbei eine Ausheilung ohne wesentlichen Verlust funktionstüchtigen Gewebe erzielt wird.

Sehr gefürchtet ist jedoch die Nachblutung, die häufig auftritt und verschiedene Ursachen haben kann. Man vermeidet sie durch richtige Schnittführung, sorgfältige Anlagerung und Naht der Wundflächen, Vermeidung von Urinstauung durch Einlegen eines dicken Ureterkatheters durch die Wunde und das Nierenbecken bis vor zur Blase, sowie durch Anheftung der Niere mit dem unteren Pol am Rand der letzten Rippe.

Neoplasmen der Harnorgane, ihre Diagnose und Therapie. In übersichtlicher Weise erörtert der Verfasser die Haupterscheinungen der Tumoren des Urogenitaltractus mit Berücksichtigung der Diagnosenpräzisierung soweit sie dem Praktiker mit Hilfe der Anamnese, des klinischen Befundes der zwei und drei Gläserproben und des Mikroskopes möglich ist. Es folgt die Schilderung der spezialistischen Untersuchungsmethoden, die zur Lokalisation der Geschwulst führen. Die Operationsmöglichkeiten und Aussichten der renalen Neubildungen und die Behandlungen der Blasenpapillome und -karzinome wird erörtert. Ein Fortschritt ist besonders auf dem Gebiete der endovesikalen Therapie des Blasenpapilloms zu verzeichnen. Hier hat sich die Thermocoagulation seit mehr als 10 Jahren bewährt.

E. Lehmann (Berlin).

Archiv für Gynäkologie.

126, 1925. Heft 1.

Eine Knorpelinsel im Fundus uteri. Neumann.
Ueber Riesenzellen bei Uteruscarcinom. Schiller.
* Ovarialtätigkeit, Kalium-Kalziumgehalt des Blutserums und vegetatives System. Schultze.
Beitrag zur Physiologie des Wasserstoffwechsels in der Schwangerschaft. Runge und Keßler.
Ergebnisse aus den Untersuchungen und Nachuntersuchungen der Fälle von Schnittentbindung. Klaften und Bodnar.
Sitz der Placenta, Uterusform und die geburtsmechanische Bedeutung von Placenta und Nabelschnur. Demme.
Studien über die Wirkung von Jodthyreogobulin auf die Diurese und den Stoffwechsel bei Schwangeren. Mahnert.
Untersuchungen über die Vermehrung der Blutmenge in der Schwangerschaft. Bohnen und Borrmann.
* Die schmerzlose Geburt in Hypnose. Franke.
* Die Kreislaufänderung durch Klimakterium und Kastration, besonders bei Myom. E. Straßmann.
Autovaccine und multivalente Mischvaccinetherapie der ascendierten Gonorrhoe des Weibes. Schumacher und Kliewe.
* Sperma und künstliche Befruchtung bei Mensch und Tier. Mettenleiter.

Ovarialtätigkeit, Kalium-Kalziumgehalt des Blutserums und vegetatives System. Während durch den physiologischen Ausfall der Ovarialfunktion im Alter im Gesamtorganismus keine Veränderungen erzeugt werden, nachdem der Körper eine neue Regulierung erreicht hat, geht der Fortfall der Follikelreifung im geschlechtskräftigen in der Mehrzahl der Fälle mit deutlichen Veränderungen des Kalium-Kalzium-Verhältnisses im Blut einher, die im Sinne eines erhöhten Vagustonus zu deuten sind. Dieselbe Verschiebung, die sich im normalen Menstruationszyklus zurzeit des Zugrundegehens des Sympathicus tonisierenden Corpus luteum als ein kurzdauernder Ausschlag zu Gunsten der Vaguserregbarkeit zeigt, besteht bei einem Teil der jugendlichen amenorrhoischen Frauen als ein Dauerzustand. Der Verf. kommt jedenfalls zu dem Resultat, daß sich gewisse Beziehungen zwsichen der Ovarialtätigkeit und dem Kalium-Kalziumgehalt des Blutes zeigen lassen, die für eine Wirkung des Corpus luteum im Sinne einer sympathisch wirkenden Drüse sprechen. Durch den Fortfall der Corpus luteum-Wirkung kann für kürzere oder längere Zeit, je nach dem Zustand des übrigen endokrinen Apparates eine erhöhte Vaguserregbarkeit eintreten. Besonders bei den Amenorrhoen jugendlicher Personen läßt sich dieser Zustand häufig aus dem Verhältnis der Ca- und K-Ionen im Blut erweisen.

Die schmerzlose Geburt in Hypnose. Verf. schildert nach einigen grundsätzlichen Bemerkungen zur Berechtigung der Hypnose-Geburt eingehend die Technik. Nach gründlicher hypnotischer Vorbereitung muß die eigentliche hypnotische Sitzung folgende Stadien durchlaufen: Einschläfern, Katalepsie, Anaesthesie, Halluzinationen, Aufwecken, Feststellen des Erinnerungsvermögens. Bei Wiederaufwachen, bezw. bei zu spätem Beginn der Hypnose, wird die Narkohypnose nach Hallauer ergänzend verwandt. Bei guter Hypnose gelingt es ⅘ aller Gebärenden mit völliger Amnesie zu entbinden. Die Erfolge sind aber, wie Verf. zugibt, von äußeren Umständen so weit abhängig, daß „der Hypnotiseur den Erfolg seines Werkes eigentlich niemals sicher in der Hand hat“.

Die Kreislaufänderung durch Klimakterium und Kastration, besonders bei Myom. Ausführliche Untersuchungen an 140 Patientinnen der Berliner Universitäts-Frauenklinik († Bumm), die sich aus Myomkranken und anderen Kranken sich zusammensetzten, und deren Behandlung teils in Radikaloperation, teils in konservativer Operation, teils in Röntgenbestrahlung bestand. Alle so entstandenen Gruppen wurden vor, während und nach der Behandlung genau auf Blutdruck und Herzgröße geprüft. Verf. faßt die Ergebnisse, die für die Fragen des Blutdruckes im natürlichen und künstlichen Klimakterium und beim Myomleiden, sowie besonders für das Problem des „Myomherzens“ von großer Bedeutung sind, folgendermaßen zusammen:

A. Die Kreislaufänderung durch das natürliche Klimakterium: 1. Der Blutdruck wird um durchschnittlich 20 mm Hg erhöht; in vielen Fällen sehr viel stärker, in anderen weniger stark. 2. Diese Blutdrucksteigerung führt bei 15—20% aller Klimakterischen zu Vergrößerung des Herzens, die als primäre Hypertrophie mit eventuell sekundärer Dilatation aufzufassen ist. 3. Für diese charakteristischen klimaktorischen Kreislaufänderungen werden die Bezeichnungen „klimakterischer Blutdruck“ und „klimakterisches Herz“ vorgeschlagen.

B. Die Kreislaufänderung durch das Myomleiden: 1. Der Einfluß des Myomleidens auf Herz und Gefäße wurde bisher nicht einwandfrei festgestellt, weil der Einfluß der Blutungen und des Klimakteriums bei der Beurteilung nicht ausgeschaltet wurde. 2. Der Blutdruck nicht stark blutender Myomkranker ist im Durchschnitt 20 mm Hg höher, als der andern Frauen; in vielen Fällen beträchtlich mehr. Er beträgt bei den menstruierten Myomkranken durchschnittlich 140 gegenüber 120 mm Hg, bei den klimakterischen 160 gegenüber 140 mm Hg, d. h. die Myomkranken haben bereits vor Eintritt in die Menopause denselben Blutdruck wie andere Frauen im Klimakterium. 3. Die häufigen starken Blutungen bei Myom senken den Blutdruck. Dieser Einfluß ist nur scheinbar ein günstiger, denn zu der innersekretorischen Störung kommt noch die Schädigung infolge der Haemorrhagien. 4. 40% aller Myomkranken haben krankhaft vergrößerte Herzen, eine Folge des erhöhten Blutdrucks. 5. Von den menstruierten Myomkranken haben 36% vergrößerte Herzen gegenüber 18% bei anderen Frauen. Von den klimakterischen Myomkranken haben 50% vergrößerte Herzen gegenüber 38% bei andern Klimakterischen, d. h. die Myomkranken haben bereits vor Eintritt in die Menopause etwa den gleichen Prozentsatz an Herzvergrößerungen, wie andere Frauen im Klimakterium. 6. Die Blutungen sind nicht die Ursache der Herzvergrößerung. Denn 36% der stark blutenden, 46% der nicht stark blutenden Myomkranken weisen Herzvergrößerungen auf. Da letztere auch den höheren Blutdruck haben, ist dieser als hauptsächliche Ursache der Herzvergrößerung anzusprechen. 7. Die Größe des Myoms hat für die Kreislaufveränderungen keine Bedeutung. Die Blutungen sind etwas häufiger bei kleinen Myomen zu finden. 8. Die Myomentfernung durch Enukleation ruft keine Blutdruckänderung hervor, ein Beweis, daß die Geschwulst selbst nicht unmittelbar hypertonisch wirkt. 9. Die Tatsache, daß bei Stillegung der Ovarien durch Röntgenstrahlen das Myom schwindet, und die Tatsache, daß die Kreislaufveränderungen bei Myom denen im Klimakterium ganz ähnlich sind, weisen darauf hin, daß das Myomleiden eine Folge ovarieller Störungen ist. Im Gegensatz zu der klimakterischen Funktion kann man hier von einer Dysfunktion des Ovariums sprechen, die sowohl hypertonisch auf den Kreislauf wirkt, als auch den Uterus zu pathologischer Muskelknotenbildung anregt. 10. In diesem Sinne ist der Begriff „Myomherz“ voll aufrecht zu erhalten und durch den Begriff „Myomblutdruck“ zu ergänzen.

C. Die Kreislaufänderung durch das künstliche Klimakterium: I. Die akute Wirkung der Kastrationsmethoden: 1. Die akute Wirkung der operativen Kastration: Nach allen Operationen erfolgt eine Blutdrucksenkung, die am 8.—10. Tage ihren tiefsten Punkt erreicht. Dieser Blutdruckverlust beträgt fast 0 bei konservativen Operationen, steigt auf 11 mm Hg bei Myomenukleationen und schließlich auf 19 bis 21 mm Hg bei Totalexstirpationen des Uterus mit Entfernung der Adnexe. 2. Die akute Wirkung der Ovarialdosis. Nach allen Bestrahlungen erfolgt eine Blutdrucksenkung, die systolisch nach der zweiten Sitzung, diastolisch nach der letzten Sitzung ihren tiefsten Punkt erreicht. Der systolische Blutdruckverlust beträgt bei den Kurzbestrahlungen 3 mm Hg, bei der Ovarialdosis 19 mm Hg.

II. Die Dauerwirkung der operativen Kastration auf den Kreislauf: 1. Bei menstruierten Frauen bewirkt die operative Kastration eine durchschnittliche Erhöhung des Blutdrucks systolisch um 32 mm Hg, diastolisch um 15 mm Hg. 2. Bei klimakterischen Frauen bewirkt die operative Kastration keine Aenderung des Blutdruckes. 3. Die durchschnittliche Blutdrucksteigerung durch operative Kastration bei menstruierten Frauen ist etwa 15 mm Hg größer, als die durch das natürliche Klimakterium. 4. Bei konservativen Operationen — der Uterus und mindestens ein Eierstock verbleiben im Körper — erfolgt keine Blutdruckänderung.

III. Die Dauerwirkung der Röntgenmenopause: 1. Die Röntgenamenorrhoe nach Ovarialdosis bewirkt weder bei Menstruierten noch bei Klimakterischen eine Blutdrucksteigerung, ein Zeichen, daß die innere Sekretion des Ovarium ungestört bleibt. 2. Die Kurzbestrahlungen haben ebenfalls keine Nachwirkung auf den Blutdruck. 3. Die Tiefenbestrahlungsserien bei bösartigen Geschwülsten allein erreichen bei der Amenorrhoe eine starke Blutdrucksteigerung, ein Zeichen, daß hier auch die innere Sekretion der Ovarien stillgelegt ist. Nur hier ist der Ausdruck „Röntgenkastration“ berechtigt. Therapeutische Schlußfolgerungen: 1. Für Klimakterische bringt weder die operative Entfernung der Eierstöcke, noch die Stillegung durch Bestrahlung eine Blutdrucksteigerung bezw. Herzbelastung. 2. Für Menstruierte bedeutet die Entfernung der Ovarien eine dauernde starke Blutdruckerhöhung und dementsprechende Herzbelastung. Die Röntgenmenopause dagegen erhöht den Blutdruck nicht und läßt das Herz ungestört. 3. Bei Myomkranken, deren Herz und Kreislauf besonderer Berücksichtigung bedarf, ist, solange außer Blutungen keine Beschwerden oder Komplikationen bestehen, die Röntgenbestrahlung die Methode der Wahl.

Sperma und künstliche Befruchtung bei Mensch und Tier. Die Lebensfähigkeit der Spermatozoen von Tier und Mensch würde unter verschiedenen Versuchsbedingungen und bei Verwendung verschiedener Medien geprüft. Dabei ergab sich folgendes: Es wurde bestätigt, daß die physiologische Bewegungsdauer innerhalb der gleichen Art großen Schwankungen unterworfen ist. Die Ansicht Iwanoffs vom günstigen Einfluß der Kälte besteht zu Recht. Bei Brutschrank- oder Zimmerwärme hören die Bewegungen eher auf. Gewisse Stoffe wirken auf die Samenfäden bewegungserhaltend, sie verlängern ihr Leben über die gewöhnliche Dauer außerhalb des Körpers. Andere Stoffe besitzen die Fähigkeit, bei ruhenden Spermatozoen gleich dem Prostatasekret Beweglichkeit auszulösen. Sie fördern auch schon vorhandene Bewegungen, erhalten sie aber in viel geringerem Maße als die spezifisch konservierenden Flüssigkeiten. Am günstigsten ist für die Erhaltung der Lebensdauer eine Lösung, die beide Arten von Stoffen enthält. 1. Erhaltende Flüssigkeiten sind: Ringersche Lösung (abgeändert), Blutserum, besonders artgleiches, Hühnereiweiß, Hühnereidotter. 2. Erregende Stoffe sind: Vor allem 5prozentiger Traubenzucker, schlechter 0,7% Na Cl-Lösung, schwach Ringersche Flüssigkeit (abgeändert). — Die gefundenen Resultate können für die künstliche Befruchtung nutzbar gemacht werden. Beim Menschen scheint es zweckmäßig, das Nebenhodenpunktat nicht nach Rohleders Vorschlag mit dem schwer zu erhaltenden fremden Prostatasekret, sondern mit 5prozentiger Traubenzuckerlösung zu mischen. Wenn die mikroskopische Untersuchung vor und nach der Vermischung bewegliche Samenfäden ergibt, erfolgt die intrauterine Einspritzung. Beim Tier haben die als zweckmäßig erprobten Verdünnungsverfahren nationalökonomischen Wert entsprechend der Ersparnis an Zeit und Zuchtmaterial. Auch bietet sich die Möglichkeit des Transportes von wertvollem Material, wenn sich die Bedeutung der gefundenen künstlichen Flüssigkeiten für die Lebenderhaltung der Spermatozoen auch in praxi für die künstliche Tierbefruchtung bewähren sollte. — Beim Menschen sind Versuche in der oben angedeuteten Weise (Nebenhodenprodukt + 5prozentiger Traubenzuckerlösung) im Gange.

Rudolf Katz, Berlin.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

89, 1925, 1. Heft.

Untersuchungen über den Acetonkörpergehalt des Blutes während der Schwangerschaft und seine Beziehungen zur physiologischen Schwangerschaftsacidose. Bokelmann, Bock und Rother.
* Die Ueberlegenheit der erweiterten konservativen Myomoperation über die Radikaloperation und Röntgenkastration. Aschner.
Ueber das Verhalten des Gallenfarbstoffes und der Gallensäure im Blute Schwangerer und Gebärender. Sisstrunk.
Menotoxie oder Menstruationszustand. Gengenbach.
* Ueber den Harnsäuregehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Bokelmann und Rother.
Die Episiotomie. van Tongeren.
* Zur Frage der Spermaimmunität. L. Bodnar und Kamniker.
* Ueber Graviditas interstitialis. Schmitt.
* Vorfalloperation und Gebärfähigkeit. Vogt.
Ueber Teleangiektasien bei Neugeborenen. Hagenbuch.
* Untersuchungen über den Einfluß der Menstruation auf den Gasstoffwechsel der Frau. Lanz.

Die Ueberlegenheit der erweiterten konservativen Myomoperation über die Radikaloperation und Röntgenkastration. Verfasser berichtet über die Behandlung von Metropathien und über 47 konservative Myomfälle. Im Gegensatz zu den heute noch allgemein üblichen Ansichten über die Behandlungen dieser Erkrankungen hat er die Indikationsstellung für die konservativen Myomoperationen (Enukleation und Resektion) in bezug auf das Lebensalter, sowie die Zahl und Größe der Tumoren weiter ausgedehnt. Nach seiner Ansicht gebietet die Erkenntnis von der großen gesundheitlichen Bedeutung einer bis zum natürlichen Klimakterium erhaltenen Menstruation, bei gutartigen Genitalleiden, von Radikaloperationen und Röntgenkastrationen, wenn irgend möglich, Abstand zu nehmen und sie durch konservative Maßnahmen zu ersetzen. Die Grenze für die konservierenden Operationen muß vom 35. bzw. 38. Lebensjahre aufwärts bis zur natürlichen Menopause, zum 45.—50. Lebensjahr verlegt werden. In bezug auf Morbidität und Mortalität ist die abdominale, konservative Operation viel sicherer als die vaginale. Durch exakte Blutstillung und Vernähung, durch sorgfältige Uebernähung und Ueberdeckung der Uterusnaht mit Blasenperitoneum und nötigenfalls Aufnähung des Colon sigmoideum wird die Sicherung vor unerwünschten Komplikationen erzielt. Die erhaltenden Enukleationen und Resektionen sind nicht gefährlicher als die Radikaloperationen. Unter 47 abdominalen kein Todesfall. Vorübergehende Resorptionstemperaturen, weniger sonstige postoperative Morbidität (Thrombose usw.) Gelegentliche Rezidive sind nicht zu vermeiden, fallen aber nicht ins Gewicht gegenüber den Vorteilen der Erhaltung der Menstruation. Die Strahlenbehandlung der Myome wird sehr eingeschränkt, nur noch bei sehr ausgebluteten Frauen mit schlechtem Allgemeinzustand und nach der Menopause. Die sogenannte Metropathia haemorrhagica (auch die Pubertätsblutungen und klimakterischen Blutungen) lassen sich in den meisten Fällen schon durch indirekte Allgemeinbehandlung (Behandlung des Plätschermagens, Regelung des Stoffwechsels, der Verdauung und der Zirkulation) heilen. Neben Bettruhe und Stypticis empfiehlt Autor noch den Aderlaß, der deplethorisch bei der als häufige Ursache atypischer Uterusblutungen vorkommenden Vollblütigkeit, als auch bei der lokalen Stauungshyperämie im kleinen Becken wirkt. Außerdem wirkt er derivierend und, so paradox es klingt, oft unmittelbar und nachhaltig blutstillend bei Blutungen der verschiedensten Organe und bei uterinen Blutungen. Bei der Metropathia haemorrhagica kommt schließlich die Ausschabung in Betracht und selten partielle Uterusresektionen. Die Uterusexstirpation bzw. supravaginale Amputation oder Röntgenkastration sind bei der Metr. haem. und ähnlichen atypischen Blutungen so gut wie immer entbehrlich und für das Allgemeinbefinden schädlich. Die Zerstörung der menstruellen Blutausscheidung durch Uterusexstirpation bzw. supravaginale Amputation oder Röntgenkastration (auch Radiumkastration) führt keineswegs bloß zu den oft als belanglos und vorübergehend angesehenen sogenannten Ausfallserscheinungen, sondern zieht häufig schwere, oft lebenslänglich andauernde und lebensverkürzende Allgemeinkrankheiten nach sich. (Hypertonie, vorzeitige Arteriosklerose, Gicht, Nervenkrankheiten, Psychosen, Apoplexie usw.)

Ueber den Harnsäuregehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Die nach dem kolorimetrischen Verfahren von Folin und Wu ausgeführten Analysen ergaben, daß die Durchschnittswerte in der Schwangerschaft noch nicht annähernd die Grenze der Normalwerte für die Bluttharnsäure erreichten (2,74 mg gegen 4,2—4,5 mg). Unter zwei Fällen unkomplizierter Albuminurie wies einer erhöhte Harnsäuremenge auf, bei 7 Eklampsien war der Harnsäuregehalt regelmäßig gesteigert, einmal bis 14,50 mg%. Die Anzahl und Schwere der voraufgegangenen Anfälle spielen dabei keine Rolle, nur die Schwere der klinisch faßbaren Krankheitserscheinungen.

Zur Frage der Spermaimmunität. Dem Serum von Virgines, Graviden verschiedenen Stadiums der Schwangerschaft, Frauen geschlechtsreifen Alters, auch jenseits der Menopause und mit verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen wurden Spermatozoen zugesetzt (nicht von dem Ehegatten herrührend). Es zeigten sich nach dem Verweilen im Brutschrank nach einigen Stunden große individuelle Schwankungen in der Beweglichkeitshemmung, die auf Anwesenheit von Immunstoffen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit schließen lassen; vorläufig liegt aber nicht die Möglichkeit vor, bei Sterilität die Diagnose „Spermaimmunität" im Einzelfalle auf serologischem Wege zu stellen.

Ueber Graviditas interstitialis, ein Beitrag zur Kenntnis ihrer Aetiologie. S. beschreibt genauer zwei Fälle von interstitieller Schwangerschaft im vierten Monat. In beiden Fällen war doppelte bzw. einseitige Tubenwinkeladenomyome vorhanden, die als Entstehungsursache der abnormen Schwangerschaften in Frage kommen. Diese mit der Tube in unmittelbarer Verbindung stehenden Labyrinthe von Hohlräumen und Gängen bilden natürlich für das durchwandernde Ei große Gefahren und können zur „Eifalle" werden. Wenn auch nicht mit Bestimmtheit behauptet werden kann, daß diese Anomalien auch wirklich die Ansiedlung des Eies verursacht haben, so besteht aber immerhin für eine solche Annahme eine große Wahrscheinlichkeit, zumal andere ätiologische Momente nicht gefunden werden konnten.

Vorfalloperation und Gebärfähigkeit. V. vergleicht die Geburtsfähigkeit nach den früher üblichen Hegarschen Dammplastiken und nach den neueren Methoden mit Levatornaht und gibt genauere Zahlen über die Geburten nach der Operation usw. Er ist der Meinung, daß auch bei Frauen in fortpflanzungsfähigem Alter die operative Beseitigung eines Vorfalls erlaubt ist. Die gleichzeitige Sterilisierung wird vernünftigerweise abgelehnt. Die Vorfalloperation wird nur vaginal ausgeführt in Form der Colporrhaphia anterior mit Naht der Blase und des Septum vesico-vaginale und in der Kolpoperineoplastik mit Naht des Musculus levator ani, auf die Lage des Uterus wird keine Rücksicht genommen, antefixierende Uterusoperationen nicht angeschlossen. Die Kohabitationen, Konzeptionen und die Schwangerschaft erfahren keine Komplikationen, wenn darauf geachtet wird, daß die Einführung eines Fingers in die Scheide nach der Operation noch glatt möglich ist, der Scheidenschluß also nicht zu eng ausgeführt wird. Die Geburt ist dabei auf natürlichem Wege möglich, ohne Mutter und Kind ernstlich zu gefährden. Es ist natürlich am besten, die Frau womöglich in derselben Klinik, in der sie operiert wurde, zu entbinden. Zur Schonung der Narbe und Prophylaxe eines Rezidivs wird bei Schädellage empfohlen, die Zange am rotierten Kopf anzulegen mit gleichzeitiger medianer Inzision der Narbe und sofortigem Wiederaufbau des Dammes.

Untersuchungen über den Einfluß der Menstruation auf den Gasstoffwechsel der Frau. L. untersuchte den Sauerstoffverbrauch (Gaswechsel) bei etwa 11 Frauen mit dem registrierenden Respirationsapparat von Krogh-Liebesny. Am Tage vorher wurde keine Eiweißkost genommen, die Untersuchungen wurden nüchtern ausgeführt ohne vorherige Anstrengung. Dabei zeigte sich, daß eine Konstanz der Kalorienwerte bei der Frau selten ist. Bei den während einer ganzen Menstruationsperiode vorgenommenen Bestimmungen — 4 bis 5 Bestimmungen: eine im Anfange des Intervalls (19. bis 12. Tag seit Beginn der Blutung); die zweite im Prämenstruum (etwa 22.—23. Tag); die dritte, wennmöglich am Tag vor der Blutung (28. Tag); die vierte während der menstruellen Blutung (z. B. 3.—4. Tag) — zeigte sich fast überall die Tendenz des Stoffwechsels, gegen die Menses zu anzusteigen. Am höchsten sind die Werte im Prämenstruum und eventuell in den ersten Tagen der menstruellen Blutung, dann aber fällt die Höhe des Stoffwechsels rasch ab und erreicht den tiefsten Punkt im Postmenstruum und im Anfang des Intervalls. Beim Hyperthyreoidismus ist zwar der Stoffwechsel immer erhöht, aber vor der Menstruation ist der Ausschlag am stärksten. Das Corpus luteum verursacht den Stoffwechselimpuls, es ist am wahrscheinlichsten, daß der gelbe Körper einen Reiz auf die Schilddrüse, den exquisiten Stoffwechselregulator, ausübt, da ja auch oft eine Volumenzunahme der letzteren vor den Menses zu konstatieren ist. Es besteht ein deutlicher Parallelismus zwischen den Entwicklungskurven des Corpus luteum und dem Menstruationszyklus (Gaswechsel). Während bei gesunden, d. h. nicht behandlungsbedürftigen Frauen oft ein bestimmter Einfluß der Menstruation auf den Stoffwechsel festgestellt werden kann, findet man nach den Untersuchungen L.

bei kranken Frauen eine sehr deutliche Beeinflussung. Schon Leichtkranke, z. B. Tuberkulöse im Anfangsstadium oder in Abheilung, ferner innere Kranke mit Störungen im System der inneren Sekretion und des vegetativen Nervensystems zeigen deutliche menstruelle Schwankungen.

Rudolf Katz (Berlin).

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

71, Dezember 1925, Heft 5/6.

- * Größendifferenzen bei Zwillingen und ihre Entstehungsursachen. Brandess.
- Psychotherapie. Braun.
- * Vom Ovarium unabhängige retrouterine Teerzysten. Franque.
- Spontandrehung von Adnexen. Beuthner.
- * Statistisches und Kritisches zu den Ergebnissen der Behandlung weiblicher Sterilität. Schwarz.
- Primäres Tubenkarzinom. Schlaak.
- * Differentialdiagnose der Appendicitis. König.
- * Die Diagnose der Appendicitis. Landertz.
- * Die Diagnose und Differentialdiagnose der Appendicitis bei Frauen. Fink.
- Zur Frage des „Offenbar unmöglich" aus dem § 1717 des BGB. H. Gummert.

Größendifferenzen bei Zwillingen und ihre Entstehungsursachen. Wenn man die Unterschiede in der Körperlänge bei neugeborenen Kindern vergleichen will, hat man bei der Beurteilung von Zwillingskindern hierzu die beste Möglichkeit. Dabei stellt sich heraus, daß es weniger auf konstitutionelle Momente, als auf rein äußere und zufällig bedingte ankommt. Es wurden die Beziehungen des Gewichtes der Kinder, der Größe und des Gewichtes der Plazenta und der Länge der Nabelschnur zur Körperlänge untersucht. Blutungen infolge Plazentalösung oder tiefem Sitz der Plazenta, krankhafte Veränderungen derselben und Knotenbildung in der Nabelschnur sind die häufigsten Ursachen, die die Körperlänge beeinflussen. Geringe Unterschiede können auch durch konstitutionell vererbte Eigenschaften bedingt sein. Wenig Einfluß hat die Beschaffenheit der Nabelschnur sowie Größe und Gewicht der Plazenta.

Vom Ovarium unabhängige retrouterine Teerzysten. Es wird ein Fall von Uterusmyom geschildert mit Verwachsungen der Adnexe, bei deren Operation ein zystisches Gebilde im Douglas mit teerartigem Blutinhalt gefunden wurden. Nach der Sampsonschen Theorie handelt es sich um gestautes Menstrualblut, das durch die Tube unter Mitnahme von Uterus-Epithel in die Bauchhöhle gelangte und dort zur selbständigen größeren zystischen Bildung führte.

Behandlung weiblicher Sterilität. Trotz der großen Zunahme der Fehlgeburten gibt es noch eine große Zahl von Frauen, die den Arzt wegen Sterilität aufsuchen. Eine Abhängigkeit von der allgemeinen wirtschaftlichen Lage ließ sich, wie man annehmen sollte, nicht feststellen. Bei einem Drittel aller kinderlosen Ehen trägt der Mann die Schuld, in einem weiteren Drittel ist die Frau durch Schuld des Mannes erkrankt und nur im letzten Drittel ist die Frau der allein schuldige Teil. Man kann eine Ehe im allgemeinen als steril bezeichnen, wenn nach Ablauf des zweiten Ehejahres kein Kind gezeugt worden ist. Verf. untersucht Fälle mit normalem Genitalbefund, mit Hypoplasie und mit Retroflexio mobilis. Die Resultate der verschiedenen Sterilisationsoperationen sind recht bescheiden. Am günstigsten wirkt die Alexander Adamsche Operation. Auch bei normalem Befund ist der Erfolg nicht zu leugnen. Es muß trotz der geringen Erfolge doch alles versucht werden, um möglichst günstige Bedingungen für eine vielleicht noch eintretende Konzeption zu schaffen.

Differentialdiagnose der Appendizitis. Die Diagnose Blinddarmentzündung wird heute viel zu häufig gestellt und daher oft die Operation kritiklos ausgeführt. Diese Tatsache beruht:

1. auf unserer geringen Kenntnis von der Bedingung des Wurmfortsatzes.
2. auf der relativ leichten Technik der Operation in den meisten Fällen.
3. auf der Schwierigkeit der Diagnose.

Diese ist zwar in typischen Fällen einfach, meist jedoch muß man bei der Diagnosestellung sehr vorsichtig sein. Dies gilt besonders für die chronische Appendizitis. Differentialdiagnostisch sind vor allem die Erkrankungen des weiblichen Genitales wichtig. Weitere Erkrankungen, mit denen häufig die Blinddarmentzündung verwechselt wird: das Magengeschwür, die Geschwulst des Zökoms, der Ileus, Gallensteinanfälle, Pankreasnekrose, Erkrankungen des Harnapparates und hier besonders die Pyelitis. Auch interne Erkrankungen, wie besonders die Pneumonie geben Anlaß zu Verwechslungen. Man muß also bei Stellung der Diagnose außerordentlich vorsichtig vorgehen, damit unnötig ausgeführte Operationen vermieden werden.

Die Diagnose der Appendizitis. Zusammenstellung der wichtigsten Symptome der Appendizitis unter besonderem Hinweis auf die Wichtigkeit des Blutbildes bezüglich der Prognose. Die Vermehrung der Leukozyten und die Beteiligung der Neutrophilen verdient hierbei Beachtung. Diese Symptome sind oft ein empfindlicheres Zeichen als der Anstieg der Temperatur, besonders bei akuter Erkrankung. Bei chronischer Appendizitis ist die Röntgendiagnose von großem Wert, besonders wenn der Wurmfortsatz sich füllt und trotz Abführmittel Reste des Kontrastbreies enthält. Die Mehrzahl der Fälle betreffen das zweite und dritte Jahrzehnt. Der Erreger ist auch heute noch nicht festgestellt.

Die Diagnose und Differentialdiagnose der Appendizitis bei Frauen. Um die Diagnose Blinddarmentzündung bei der Frau richtigstellen zu können, muß der Arzt die bimanuelle Untersuchung beherrschen, da sehr häufig Verwechslungen mit Erkrankungen besonders der rechten Adnexe vorkommen. Die Prüfung des Reinlichkeitsgrades des Scheidensekretes sowie der Senkungsgeschwindigkeit soll differentialdiagnostischen Wert haben, kommt jedoch nur für die Klinik in Frage. Besonders wichtig ist die Diagnose der Appendizitis während der Schwangerschaft, die mit weiteren Vorrücken derselben oft sehr schwierig ist. Die genaue Kenntnis aller Veränderungen der weiblichen Beckenorgane sichert dem Gynäkologen bei der Diagnose der Appendizitis einen wichtigen Platz.

Kosminski (Berlin).

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

40., 1925, 4. Heft.

- * Die Intradermoreaktion mit Scharlach- und Maserntoxin nach Caronia. Hecht.
- * Proteinkörpertherapie. Tur.
- Schwankungen der Fermentativenergie im Harn. Tur.
- Bettnässen und die Rolle der Träume. Weissenberg.
- Aktivieren Masern die Tuberkulose. Beisken.
- Pathologische Strukturveränderungen an den Leukozyten bei den akuten Durchfallserkrankungen. Heissen.
- Endokarditis im frühen Kindesalter. Geiger.
- Immunität bei Tuberkulose. Nikolajew.
- Statistische Untersuchungen über Lues congenita. Orel.
- Eiweißmilch—Buttermehlnahrung. Ochsenius.

Die Intradermoreaktionen mit Scharlach- und Maserntoxin nach Caronia. Auf Grund der Untersuchungen von Di Cristina, Caronia und Sindoni über den Scharlacherreger empfiehlt De Villa zur Feststellung der Empfänglichkeit oder Nichtempfänglichkeit zu Scharlach, ähnlich wie bei der Schickschen Reaktion die Anstellung von Intradermoreaktionen mit einer keimreichen, durch 0,5prozentigen Phenolzusatz inaktivierten Kulturflüssigkeit. Die vom Verf. angestellte Nachprüfung ergab, daß die Intradermoreaktion mit dem Caroniaschen Scharlachtoxin sich nicht zur Differentialdiagnose zwischen Scharlach und anderen Erkrankungen eignet, da sie auch im späteren Scharlachverlauf — wo man eigentlich keine Reaktion erwarten dürfte — positiv ausfallen kann. Ebenso positiv können Kinder reagieren, die bereits Scharlach durchgemacht haben, so daß also der Ausfall der Scharlachtoxinreaktion nicht in dem Sinne zu verwerten ist, daß nur die positiv reagierenden Kinder zu immunisieren sind, während dies bei den negativ reagierenden Kindern nicht notwendig ist. Ein ähnlich negatives Ergebnis zeitigten die vom Verfasser angestellten Untersuchungen mit Caroniaschem Maserntoxin. Nach Meinung des Referenten sind jedoch die Akten über diese Frage noch nicht geschlossen.

Es fehlt noch an der längeren Beobachtungszeit an einem großen Material. Pogorschelsky (Berlin).

Die Proteinkörpertherapie und ihre Wirkung auf den Organismus des Kindes und der Versuchstiere. So erfreulich es ist, wenn in einer Zeit, wo die Proteinkörpertherapie eine dominierende Rolle in der Medizin spielt, klinisch-experimentelle Untersuchungen mit der Absicht angestellt werden, kritisch an die Frage der Bedeutung der Eiweißkörpertherapie heranzugehen, so bedauerlich ist es, wenn solche Untersuchungen an einem zu kleinen Material angestellt werden. Verf. hat an 21 Kindern — 14 Säuglinge, 7 ältere Kinder — mit den verschiedensten Erkrankungen unspezifische Proteinkörpertherapie mit Kuhmilch, Frauenmilch und Pferdeserum angewendet. Auf Grund seiner Ergebnisse an seinem nach Meinung des Referenten zur Klärung dieser so wichtigen Frage — sowohl qualitativ als auch quantitativ — unzureichenden Material kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Nur in verhältnismäßig wenigen Fällen hat die Proteinkörpertherapie einen guten Einfluß, in den meisten Fällen zeitigt sie nur einen unbestimmten Effekt. Verf. erzielte die besten Erfolge bei Hypotrophikern. Ganz ungeeignet sind nach Turs Meinung die Athreptiker. In den Fällen von positiver Wirkung der Proteinkörpertherapie zeigt sich schon nach 1—2 Injektionen ein guter Effekt. Verf. hat bei seinem Material nach Milch- und Seruminjektionen niemals einen von anderen Autoren beschriebenen euphorischen Zustand bemerkt. Nach Meinung des Verf. führt die Proteinkörpertherapie besonders in erfolgreichen Fällen zu einer gewissen Blutverjüngung. In klinisch erfolgreichen Fällen wachsen unter dem Einfluß der Eiweißsubstanzinjektionen an: Katalase, Lipase, Estherase und autolytische Serumfermente. Nach Annahme des Verfassers — die allerdings noch der Bestätigung bedarf — ist die Besserung des Allgemeinbefindens unter dem Einfluß der Proteinkörpertherapie auf die dabei eintretende Verstärkung der Zellfermente zurückzuführen. Pogorschelsky (Berlin).

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

111., 1925, Heft 1/2.

Magensaftsekretion und Verabreichung von Extraktivstofflösungen als Probefrühstück. Iwanoff und Sawschinsky.
Sekretionstätigkeit des Magens der Säuglinge. Wolowik.
Blutbild und Verdauungsleukozytose bei Konstitutionsanomalien. Tur.
• Pathogenese und Therapie der Idiotia mongoliana. Vas.
Aetiologie der akuten toxischen Gastroenteritis bei Säuglingen. Jörgensen.
• Intestinaler Infantilismus. Göttche.
• Gastrektasie im Kindesalter. Bogen und Schmiemann.
Verabreichung von Pankreas bei Verdauungsstörungen. Leitner
Genese und Klinik der Porenkephalie. Kikuth.

Pathogenese und Therapie der Idiotia mongoliana. Der Mongole ist nach Untersuchungen an 8 Fällen Vagotoniker, pathogenetisch scheint eine pluriglanduläre Störung eine Rolle zu spielen (Nebenniere, Keimdrüse im Verein mit einer Dysfunktion von Schilddrüse und Hypophyse). Als Therapie wurde ein kombiniertes Präparat aus dem Extrakt der genannten Drüsen versucht mit dem Erfolg, daß bei den länger beobachteten Fällen geistig wie körperlich ein gewisser Fortschritt zu konstatieren war.

Intestinaler Infantilismus. Mitteilung von zwei Fällen, in denen eine Dysenterie das Zustandsbild eines Herterschen I. zur Folge hatte.

Gastrektasie im Kindesalter. Gastrektasie ist eine im Kindesalter häufiger vorkommende Erkrankung, beruhend auf einer mechanisch-funktionellen Insuffizienz der Magenmuskulatur und wird meist durch eine in Quantität und Qualität ungeeignete Nahrung hervorgerufen. Die Erkennung des Krankheitsbildes ist unschwer aus dem Tiefstand der großen Kurvatur zu ermitteln. Prompte Heilung nach Beseitigung der schädigenden Momente und Verordnung einer zweckmäßigen Diät: Herabsetzung der Zahl der Mahlzeiten, leicht verdauliche Kohlehydrate in Breiform, Einschränkung von Fett und Eiweiß. Jahr.

Archiv für Kinderheilkunde.

76., 1925, 4. Heft.

Psychologie des Pubertätsalters. Spranger.
Tuberkulin gegen Keuchhusten. Stuhl.
Körperliche Entwicklung des Kindes in der Pubertät. Aron.
Stoffwechsel des normalen Säuglings. Ellinghaus, Müller und Stendel.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege u. soziale Hygiene.

11., 1925.

• Neuere amerikanische Wege der hygienischen Volkserziehung. Burgerstein.
Ein Jahr Reichsjugendwohlfahrtsgesetz. Weinberg.
Ueber Muskelentspannung. Hirschlaff und Kemsies.
Die Maulsche Turnschule. Brossmer.
Kann ein weiblicher Zwitter in eine Mädchenschule eingereiht werden? Löwenstein.
Schulgesundheitspflege und Schulgesundheitsstatistik. Paetsch.

12., 1925.

• Neuere amerikanische Wege der hygienischen Volkserziehung. Burgerstein.
• Das Problem der Fürsorgeerziehung. Rosenhaupt.
Gegen die Halbheit. Künzel.
Der Bezirksarzt als Schularzt in ländlichen Bezirken. Daxenberger.

Neuere amerikanische Wege der hygienischen Volkserziehung. Erziehung zur Hygiene kann man im Kindesalter besonders nicht durch Unterricht erreichen. Durch das Vorbild einer sympathischen Persönlichkeit, durch tätige Gewöhnung, durch Erwecken des Interesses und des Ehrgeizes kann man etwas erreichen. In Amerika ist diese Art der Erziehung weit verbreitet und großzügig aufgezogen. Die Belehrung erfolgt bei den Kleinen durch Märchen. Für die Größeren gibt es Ehrenabzeichen, die die Kinder tragen, die sich am saubersten und gesundheitsmäßigsten führen. Es gibt Gesundheitsklubs und Gesundheitsinspektoren, die aus den Reihen der Kinder gewählt, in den Klassen aufpassen. Besondere Beachtung wird dem Körpergewicht der Kinder geschenkt. Die Untergewichtigen werden genau klinisch beobachtet (es hat mancherorts eine Ernährungsklinik gegeben), und fünf Ursachen dafür unterschieden: Physische Defekte, Mangel an häuslicher Kontrolle, Uebermüdung, schlechte Ernährungsgebräuche, sonstige schlechte Gebräuche. Jetzt werden diese Kinder in sog. Ernährungsklassen zusammengetan, in denen sie körperlich soweit nötig behandelt, genau beobachtet und beaufsichtigt werden. Auch die Eltern werden mit herangezogen. Die Kinder werden möglichst monatlich gemessen, und gewogen, die Gewichte in in den Klassen aufgehängte Tabellen eingetragen. Auch hier werden die besten Kinder ausgezeichnet.

Das Problem der Fürsorgeerziehung. Das Problem ist leicht gelöst bei solchen Kindern, die seelisch und moralisch vollwertig, das Opfer ihres Milieus sind. Sie entwickeln sich in jeder geordneten Umgebung normal und eine Anstaltsbehandlung ist unnötig. Die Erziehung von leichteren Psychopathen auch von solchen mit leichteren Intelligenzdefekten ist in einer geeigneten Anstalt nicht allzu schwer. Sehr große Schwierigkeiten machen die schweren Psychopathen, die jugendlichen Verbrecher und Vagabunden, Epileptiker, die für empfängliche Mitzöglinge ein psychischer Ansteckungsherd werden können. Es wäre am zweckmäßigsten, die Kinder zunächst in eine Beobachtungsstation zu nehmen, und sie dann nach der Schwere der Fälle getrennt in eigens dazu bestimmten Anstalten aufzunehmen. Eine solche Spezialisierung der Anstalten bietet große Schwierigkeiten, da die Anstalten meist religiös konfessionellen Charakter tragen. Die Berufsausbildung der Jugendlichen innerhalb der Anstalten ist zu einseitig auf die Landwirtschaft eingestellt. Das Handwerk müßte mehr gepflegt werden, ebenso müßte eine Möglichkeit der Vorbildung für den kaufmännischen Beruf gegeben sein. Die Erfolge der Anstaltserziehung sind bei den männlichen Zöglingen besser als bei der weiblichen, sie betragen etwa 70% Dauererfolge bei den männlichen Zöglingen. Eine längere Anstaltsverwahrung über die Mündigkeit hinaus ist in vielen Fällen bei beiden Geschlechtern notwendig und sollte bald gesetzlich festgelegt werden. P. Heymann (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

2. Jahrg. Heft 1/2.

* Indikationsstellung und Berechtigung des künstlichen Abortes. Sarwey.
* Die nationalbiologische Bedeutung der Abtreibungen und ihre Bekämpfung. Winkler.
* Strafwürdigkeit der Fruchtabtreibung. Wachenfeld.
Gesundheitliche Ruhrschäden. Keiner.
* Die erste deutsche Krankenhausabteilung für Gewerbekranke. Baader.

Indikationsstellung und Berechtigung des künstlichen Abortes. Verf., Frauenarzt, stellt drei Leitsätze auf: 1. keine Krankheit gibt an und für sich die Indikation zum künstlichen Abort, entscheidend ist Verlauf und Schwere der Krankheit. 2. Unbedingte Voraussetzung für die Unterbrechung ist gegenwärtige oder zukünftige Lebensgefahr oder schwere Gesundheitsschädigung und eine sicher zu erwartende Besserung der Krankheit durch die Unterbrechung. 3. Die Indikation muß von zwei Aerzten gemeinsam festgelegt werden, und zwar von einem Facharzt für Geburtshilfe und einem Facharzt für die vorliegende Krankheit. Zuziehung eines beamteten Arztes oder Juristen wird abgelehnt. Dagegen wird gefordert, daß die Operation von einem Facharzt in einer Klinik ausgeführt werden muß. Die eugenetische und die soziale Indikation wird abgelehnt, bei letzterer steht Verf. auf dem etwas anfechtbaren Standpunkt, daß den Arzt nur der kranke Mensch nicht aber familiärer Notstand etwas angehe. Für das neue Strafgesetzbuch schlägt Verf. die Aufnahme folgenden Satzes vor: „Der aus medizinisch-wissenschaftlich anerkannten Indikationen vom approbierten Arzt zur Rettung der Mutter aus Gefahr für Leben oder Gesundheit nach allen Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene künstliche Abort ist straffrei.“

Die Notzuchtsindikation wird anerkannt, unter der Voraussetzung, daß Notzucht objektiv nachgewiesen werden kann.

Die nationalbiologische Bedeutung der Abtreibung und ihre Bekämpfung. Hier kommt der Hygieniker zu Wort. Vor dem Kriege waren in Deutschland 28 Geburten auf 1000 Einwohner, der Krieg brachte eine Geburtenverminderung von 3,6 Millionen Geburten, jetzt haben wir nach einem vorübergehenden Anstieg 1918 20 Geburten auf 1000 Einwohner. Der Grund liegt nicht in verminderten Eheschließungen, sondern zum großen Teil in der Zunahme der Aborte. Auf drei Geburten kommen etwa zwei Aborte. Infolge von Abtreibungen sterben jährlich 6—10 000 Frauen, das bedeutet einen Kapitalverlust von etwa 200 Millionen Mark jährlich. Das Hauptmotiv zur Abtreibung ist wirtschaftliche Not. Nach einer Krankenkassenstatistik hatten verheiratete, versicherungsberechtigte Schwangere 30 mal häufiger Fehlgeburten als die ledigen, und zwar überwiegen Vielkindermütter. Völlige Freigabe der Abtreibung lehnt Verf. ab. Das wichtigste Mittel zur Bekämpfung der Abtreibung ist eine vernünftige Sozialpolitik (Ermöglichung der Frühehe, Schutz kinderreicher Familien). Soziale Indikationen zur Vorbeuge vor schweren Gefahren für Leben und Gesundheit will Verf. gelten lassen unter der Voraussetzung, daß jede nicht ärztliche Abtreibung strengstens bestraft wird, daß für die Aerzte das Zwangskonsiliarsystem eingeführt wird, und daß jeder künstliche Abort meldepflichtig wird. Die eugenetische Indikation lehnt er ab, eine Notzuchtsindikation will er unter gewissen Voraussetzungen gelten lassen.

Strafwürdigkeit der Fruchtabtreibung. Als dritter wird der Jurist gehört. Der neue Entwurf hat folgenden eindeutigen Paragraphen: „Eine Frau, die ihre Frucht im Mutterleibe oder durch Abtreibung tötet, oder die Tötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis bestraft. Ebenso wird ein anderer bestraft, der eine Frucht im Mutterleibe oder durch Abtreibung tötet.“ Die einschneidenste Aenderung des Entwurfes liegt in der Strafe. Aus der Zuchthausstrafe ist Gefängnis geworden. Die Abtreibung fällt unter die Vergehen und es sind mildernde Umstände mit weitgehender Strafherabsetzung vorgesehen. Das Recht zur Bestrafung der Abtreibung gibt zunächst das Interesse an dem Bestand des Staates und die Rücksicht auf die Volksgesundheit. Aus diesen Gründen ist eine Freigabe der Abtreibung in der ersten Zeit der Schwangerschaft unmöglich, ebenso die Straflosigkeit der Mutter, wenn sie selbst abtreibt. Der Arzt darf nie abtreiben, wohl aus streng umrissenen medizinischen Indikationen unterbrechen. Außermedizinische Indikationen lehnt Verf. ab. Den Heilkundigen und Pfuschern muß die Abtreibung gleichgültig unter welchen Umständen strenger als bisher verboten werden.

Die erste deutsche Krankenhausabteilung für Gewerbekranke. Im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin-Lichtenberg ist eine Abteilung für Gewerbekranke geschaffen worden. Sie ist mit allen modernen Untersuchungsmitteln ausgestattet, und soll dazu dienen, einmal Gewerbekranke sachgemäß zu behandeln, dann diese Krankheiten zu erforschen, und sozialhygienisch interessierten Aerzten eine Ausbildungsmöglichkeit zu geben. Die klinische Beobachtung ist bei der neuerdings eingeführten Unfallentschädigung bei gewerblichen Erkrankungen wichtig. Der Abteilung ist eine Beratungsstelle für Gewerbeschäden mit zunächst zwei Sprechstunden wöchentlich angegliedert, in der Kranke auf Ueberweisung eines Arztes untersucht und beraten werden.

P. Heymann (Berlin).

Dermatologische Wochenschrift.

81, Nr. 49, 5. Dezember 1925.

* Zur Klinik der Lepriden. Ein Fall von Lichen leprosus. N. A. Tscherrogubow und N. F. Pawlow.
Weitere Beiträge zur Ueberempfindlichkeit der Haut (Schluß). E. Lehner und E. Rajka.
* Erfahrungen mit Wismut-Diasporal. F. W. Portmann.

Zur Klinik der Lepriden. Ein Fall von Lichen leprosus. Das Besondere des Falles liegt in dem Auftreten eines profusen miliar-papulösen Ausschlages von nicht entzündlichem Charakter, der bei der mikroskopischen Untersuchung massenhafte Bazillen und von ihnen abhängige Veränderungen der Haut zeigte. Sie entsprechen den durch die Spirochaeta pallida beim Lichen syphiliticus hervorgerufenen, also um ein echtes Leprid. Die Erscheinungen waren nur bei genauer Betrachtung wahrnehmbar.

Erfahrungen mit Wismut-Diasporal. Kolloidales Wismuthydroxyd, von dem wöchentlich zweimal 50 bis 100 mg intravenös, im ganzen 10 bis 14 Einspritzungen verabfolgt wurden. Es traten keinerlei Nebenerscheinungen auf, Syphiliserscheinungen und WR wurden sehr gut beeinflußt. Ein zweites, von der Firma hergestelltes Präparat (klare, gelbliche Flüssigkeit an Stelle milchig-weißer Emulsion) beeinflußte die klinischen Erscheinungen in gleicher, dagegen die WR in viel geringerem Maße. Es erzeugte ferner infolge seines erhöhten Dispersionsgrades starke Zahnschmerzen.

Nr. 50, 12. Dezember 1925.

Ueber eigentümliche, die harnsauren Salze absorbierende Gebilde in den menschlichen Schweißdrüsenzellen. N. Melczer.
* Ein Beitrag zur Erysipelbehandlung mit Streptoyatren. Karl Bleyer.
Das Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis (Schluß folgt). Hans Ritter und Oskar Morsbach.
* Ueber eine neue Anordnung der Syphilisbehandlung. Paul von der Porten.
* Buccotean. Peter Nathan.

Ein Beitrag zur Erysipelbehandlung mit Streptoyatren. Sehr günstige Erfolge, doch muß die Dosierung eine genügende sein. Sofort intravenös 0,5 bis 1,0 bis 1,5 ccm Streptoyatren Stärke IV je nach Alter und allgemeinem Kräftezustand, jedoch unabhängig von Höhe des Fiebers und Pulses oder Ausdehnung und Sitz des Erysipels.

Ueber eine neue Anordnung der Syphilisbehandlung. Die intermittierende Behandlung muß durch eine kontinuierliche ersetzt werden. Frische Fälle werden durch eine viermonatige starke Kur geheilt. Beginn mit Salvarsan (Männer Dos. V oder VI, Frauen Dos. IV), dann abwechselnd Salvarsan Dos. IV (bzw. Frauen Dos. III) und Hg. Salicyl. und zur Verstärkung von dessen Wirkung monatlich einmal Merzinol (7 Teilstriche der Zielerschen Spritze).

Buccotean. Gute Erfolge bei Krankheiten des Urogenitalsystems (besonders Erkrankungen des Nierenbeckens und der Blase), gynäkologischen Erkrankungen und als Adjuvans in den verschiedenen Stadien der Gonorrhoe.

Nr. 51, 19. Dezember 1925.

* Ueber die Behandlung der Schuppenflechte mit Wismutinjektionen. S. Michailow.
* Das Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis (Schluß). Hans Ritter und Oskar Morsbach.
Zur Geschichte der frühmittelalterlichen Syphilis. Philipp Hildebrand.

Ueber die Behandlung der Schuppenflechte mit Wismutinjektionen. Bei 25 Fällen einmal Verschlimmerung, im übrigen Wirkung, die anscheinend eine sensibilisierende ist. In zwei Fällen frischer Psoriasis vollkommener Schwund ohne Anwendung sonstiger Mittel.

Das Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis. Die Beeinflussung des Verlaufes der Syphilis durch eine Salvarsan- oder Quecksilberdermatitis konnte an 9 eigenen Fällen schwerer Sekundärlues bestätigt werden. Es spricht alles dafür, daß es sich um eine Einwirkung im Sinne eines unspezifischen Heilfaktors handelt, die jedoch, wie die meist früher oder später eintretenden Rezidive zeigen, meist nur von relativ kurzer Dauer ist.

Ernst Levin, Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

149, 3. Heft, 1925.

Ueber eine ungewöhnliche Komplikation bei Molluscum contagiosum. Zadik und Wohlwill.
* Die Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Antoni.
* Untersuchungen über den Stoffwechsel Ichthyotischer. Mit Beiträgen zur Klinik der Ichthyosis vulgaris. Siemens.
Oidiomykosis pustulosa miliaris disseminata corporis et unguium. Klopstock.
Pathologisch-histologische Studien über die elastischen Fasern der menschlichen Haut. Ohno.
* Die Zahnveränderungen bei der Lues congenita. Pflüger.
* Die Pathogenese der Blastomykosen. Prochàzka.
* Ueber die Behandlung der akuten Ekzeme mit Röntgenstrahlen. Bormann.
Ueber das Verhalten der Haut nach quaddelerzeugenden Einwirkungen bei vollständiger Unterbrechung des Blutkreislaufes. Rajka.
* Die Lues der Sinnesorgane (Auge und Ohr). Sommer.
* Acne urticata. Breit.
* Beiträge zur Kenntnis der Cutis verticis gyrata und über die Cutis verticis gyrata „latens". Merenlender.
Zur Frage der spezifischen Wirkung der Antisyphilitika, insbesondere des Salvarsans. Tryb.
Die Staphylokokken bei Acne vulgaris. Goldschmidt.
* Zur Pathogenese der Salvarsandermatitis. Rosenthal.
Ueber das Verhalten des vegetativen Nervensystems bei Ekzematikern. Luerssen und Lange.
Untersuchungen über den Salvarsaneffekt. Krantz.
* Beiträge zu den Ergebnissen der Liquoruntersuchung bei Syphilis. Förtig.
* Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Striae cutis distensae (atrophicae). Kogoj.

Ueber eine ungewöhnliche Komplikation bei Molluscum contagiosum. Die an der Backe gelegene Geschwulst, die durch mehrfaches Aufstechen mechanisch gereizt war, war mit harten, druckempfindlichen Lymphdrüsen am Unterkieferwinkel und unter dem Kinn kompliziert. Sie erweckte den Verdacht einer malignen Neubildung und wurde exstirpiert. Die Deutung des histologischen Bildes war sehr schwierig infolge ungewöhnlich hochgradiger und ungewöhnlich gearteter sekundärer entzündlicher Veränderungen.

Die Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Sie ist möglich auf Grund angeblich charakteristischer, gangartig erscheinender Veränderungen der Kerne der Leukozyten und verminderter Färbbarkeit; es handelt sich um toxische Veränderungen.

Untersuchungen über den Stoffwechsel Ichthyotischer. Mit Beiträgen zur Klinik der Ichthyosis vulgaris. Die Ichthyosis ist im allgemeinen nicht durch Hypofunktion der Schilddrüse bedingt, da sich bei 14 Ichthyotikern in keinem Falle eine Herabsetzung des Standardstoffwechsels fand. Bei Ichthyosis vulgaris sind Gesicht und Hände, einschließlich der Handflächen häufig mit ergriffen; Mitteilung atypischer Einzelbefunde.

Die Zahnveränderungen bei der Lues congenita. Schmelzhypoplasien sind nicht für Lues congenita charakteristisch. Hingegen muß die Hutchinsonsche Halbmond- und Schraubenzieherform (am bleibenden Gebiß) trotz der gegen sie erhobenen Einwendungen immer noch als typisch gelten. Außerdem Veränderungen an den ersten Molaren, die als „Knospenform" bezeichnet werden (größter Durchmesser im Bereiche des Zahnhalses, nicht wie normal in dem der Kauhöcker; diese dicht nebeneinander liegend).

Die Pathogenese der Blastomykosen. Die auffallende Tatsache, daß Blastomykosen meist im Anschlusse an Unfälle bei Feld- und Gartenarbeit auftreten, führte zu der Feststellung, daß Hefen auf den meisten Feldfrüchten, besonders Zuckerrüben vorkommen; diese Hefen besitzen eine besonders große Vitalität. Zur Erkrankung des Organismus ist eine Herabsetzung seiner Widerstandsfähigkeit oder eine Steigerung der Pathogenität der Blastomyzeten erforderlich.

Ueber die Behandlung der akuten Ekzeme mit Röntgenstrahlen. Auch das akute Ekzem kann der Behandlung mit Röntgenstrahlen unterworfen werden. Mittelweiche Röhren, keine Filterung, geringe Fokusdistanz.

Die Lues der Sinnesorgane (Auge und Ohr). In zahlreichen Kombinationen finden sich gleichzeitig Erkrankungen an Auge und Ohr, die großenteils typisch für Lues sind.

Acne urticata. Auf neurotischer Grundlage beruhende und demgemäß zu behandelnde Hauterkrankung. Primär Jucken, dann Quaddelbildung der Bläschen oder, nach deren Zerstörung, bräunlicher Schorf folgen kann. Abblassen unter Zurücklassung pigmentierter Hautatrophie, die sich allmählich zurückbildet. Der histologische Befund (Papillarkörpernekrose) ist nicht charakteristisch. Differentialdiagnose von akuter und chronischer Urtikaria in erster Linie auf Grund des klinischen Bildes.

Beiträge zur Kenntnis der cutis verticis gyrata und über die cutis verticis gyrata „latens". Bei der Entstehung scheinen Traumen ein wesentliches Moment zu bilden. Bei zahlreichen Personen läßt sich an der vergrößerten Kopfhaut durch seitlichen Druck ein der cutis verticis gyrata ähnliches Bild hervorrufen; bei 4% der untersuchten Personen bestand Faltenbildung auch ohne Druck und es entstand mit diesem das typische Bild der cutis verticis gyrata. Diese Fälle werden als cutis verticis gyrata latens bezeichnet.

Zur Pathogenese der Salvarsandermatitis. Wahrscheinlich liegt die Ursache in einer nach Einführung des Salvarsans im Organismus entstehende, noch unbekannte Substanz, die sich nicht bei sämtlichen Personen bildet.

Beiträge zu den Ergebnissen der Liquoruntersuchung bei Syphilis. Die Lumbalpunktion ist indiziert, sobald nervöse Symptome auftreten, ohne solche wenigstens dann, wenn mit der Behandlung aufgehört werden soll, was nur geschehen kann, wenn der Liquor negativ ist. Ferner zur Feststellung der Heilung, am besten 2 bis 6 Wochen nach Salvarsanprovokation.

Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Striae cutis distensae (atrophicae). Außer der Distension, die übrigens gar nicht immer vorhanden ist, muß auf ein Autotoxin als wirklichen Grund gefahndet werden.

Ernst Levin, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 49, 3. Dezember 1925.

Ueber die Erregungsfortpflanzung vom Sinusknoten auf den Vorhof. Rothberger und Scherf.
Ein Beitrag zur Frage der Agranulozytose unter Berücksichtigung der Therapie. In einem Fall war Bluttransfusion erfolglos. Pfab.
* Unterschenkelamputation bei Spontangangrän. Eisenklam.
* Der Begriff der regionären Muskeldepression und ihre Rolle in der Magenpathologie. Bársony.
Traumatisch-anämisch-nekrotischer Leberinfarkt nach subkutaner Leberruptur. Steiger.

* Amöbenerkrankungen der Harnwege und Amöbencystitis. Petzetakis.
Behandlung des Asthmas. Hofbauer.

Unterschenkelamputation bei Spontangangrän. Unterschenkelamputation genügt häufig bei seniler und präseniler Gangrän bei Einhaltung einer bestimmten Indikationsstellung und Technik.

Der Begriff der regionären Muskeldepression und ihre Rolle in der Magenpathologie. In der Umgebung von Entzündungsprozessen entsteht neben einer gesteigerten Muskelkontraktion auch eine gesteigerte Muskelerschlaffung (regionäre Muskeldepression). Diese ist die Ursache der motorischen Insuffizienz des Magens in Fällen von Magengeschwür ohne Pylorusverengung.

Amöbenerkrankungen der Harnwege und Amöbenzystitis. Diese kommen auch ohne Amöbenruhr vor. Nachweis der Amöben im nativen Harnsediment. Therapie: Emetin.

Nr. 50, 10. Dezember 1925.

Ueber die neueste Krebsforschung in London. Nather.
* Ueber den Effekt der chemischen Sympathikusausschaltung der Hodenarterien. Doppler.
Röntgenbestrahlung bei Anurie und Oligourie. Besonders bei akuten und subakuten Nephritiden zu versuchen. Sahler.
Elektrizitätsspuren an Tieren und Pflanzen. Schneider.
Zur Diagnose des subkutanen Intestinalprolapses. Schnitzler.
Ueber Stovarsolverabreichung an nichtluetische, schlecht gedeihende Säuglinge. Tezner.

Ueber den Effekt der chemischen Sympathikusausschaltung der Hodenarterien. Durch Phenolpinselung der Hodenarterien aktive Hyperämisierung des Hodens. Erfolge bei Impotenz, Senium praecox, Hodenschädigungen.

Pick, Wien.

Schweizer Medizinische Wochenschrift.

Nr. 1, 1926.

Ueber die Auffassung des Blutes als Sekret und ihre Bedeutung für die Antikörpertherapie und die Vererbungslehre. H. Sahli.
* Zur Behandlung der akuten Appendicitis. G. Hotz.
* Die geburtshilflichen Untersuchungsmethoden. G. Guggisberg.
* Multiple wiederholte, nichtpurulente Mikroembolie bei Endocarditis ulcerosa lenta. H. U. Gloor und M. Gilbert.

Zur Behandlung der akuten Appendicitis. Die Aussichten zu einer Besserung der Appendicitismortalität erkennt Verf. in folgenden Grundsätzen:

1. Das Publikum muß in vermehrtem Maße auf die Gefahren einer plötzlich einsetzenden schmerzhaften Unterleibserkrankung angewiesen werden.
2. In Aerztekreisen ist nachdrücklich festzuhalten an der Frühoperation.

Die Appendicitis kann besonders dann verkannt werden, wenn sich die Entzündung nach dem Douglasschen Raum hin entwickelt. In diesem Falle versagen die klassischen Symptome, und an ihre Stelle treten Tenesmen und Diarrhoen, welche eine Enteritis vortäuschen, wenn die Untersuchung per rectum unterlassen wird. In keinem Falle von akuter, besonders fieberhafter Darmstörung ist die Rectaluntersuchung zu versäumen.

Zugunsten der à-froid-Operationen spricht die Statistik des Verf., die unter 1220 Operationen im anfallsfreien Zustand nicht einen Verlust aufweist; eine eindeutige Mahnung für alle diejenigen Kranken, die nach leichter Appendicitis ohne Operation genesen sind, nach eigner Wahl der zeitlichen und örtlichen Bedingungen ein Risiko los zu werden, dessen Tragweite im akuten Zustand auch heut noch nicht leicht genommen werden darf.

Die geburtshilflichen Untersuchungsmethoden. Es ist erwiesen, daß die vaginale Untersuchung Vulvabakterien in die oberen Geburtswege verschleppen kann. Deshalb ist diese Untersuchungsmethode auf ein Minimum zu beschränken und am besten durch die Rektal-Methode zu ersetzen. Die vaginale Untersuchung sub partu ist für die Hebamme zu verbieten. Jede normale Geburt läßt sich durch die rektale Untersuchung leiten, jede pathologische erkennen. Ist die Hebamme über den Rektalbefund nicht im Klaren, so hat sie einen Arzt zuzuziehen.

Der Arzt soll in folgenden Fällen vaginal untersuchen:

1. Wenn bis zum Niederkunftstermin noch zwei Monate vergehen.
2. Wenn die rektale Untersuchung keinen klaren Befund ergibt.
3. Vor jedem vaginalen Eingriff.

Studierende und Hebammen müssen in der Rektaluntersuchung in ausgedehntem Maß geschult werden.

Multiple wiederholte nichtpurulente Mikroembolie bei der Endocarditis ulcerosa lenta. Die Thromboendocarditis lenta, die im vorliegenden Falle durch den Streptococcus haemolyticus verursacht wurde, kann sich komplizieren durch zahllose mikroskopische Embolien in verschiedenen Organen, deren Funktion trotz der Aenderung ihrer histologischen Struktur nicht ernstlich gestört zu sein braucht. Diese Komplikation braucht sich aber während der Erkrankung gar nicht bemerkbar zu machen.

Das Vorkommen eines pathogenen Agens in der thromboendocarditischen Masse muß nicht unbedingt metastatische Abszesse in den Gebieten, wo losgelöste Partikel zugrunde gehen, zur Folge haben. Andererseits können diese mikroembolischen Partikel — unabhängig von dem Grade ihrer Infektiosität — ganz kleine nekrotische Herde verursachen, die bei nachfolgender Resorption zu einer Gewebsbildung führen, die sich durch eine Menge kleiner Narben kennzeichnet.

Held.

Rev. médic. de la Suisse Romande.

Jahrg. 45, Nr. 11. 25. September 1925.

Die Pigmentation der kachektischen und die provozierte Pigmentation. M. Roch und S. Katzenelbogen.
* Die perforierten Ulcera des Magens und des Dünndarms. S. Couendet.

Die perforierten Ulcera des Magens und des Dünndarms. Das perforierte Magen- bezw. Duodenalulcus kommt in jedem Lebensalter vor. In ungefähr 13% aller Fälle fehlen Antecedentien von Seiten des Magens völlig.

Kardinalsymptome für die Diagnose des perforierten Ulcus sind: a) ein subjectives: der wie von einem Dolchstoß herrührende Schmerz; b) ein objektives: die brettartige Resistenz im Epigastrium.

Sind diese beiden Symptome nicht mehr typisch, so sind diagnostische Irrtümer unvermeidlich. Wir gruppieren diese Irrtümer unter drei Gesichtspunkten: 1. Chirurgische, d. h. Verwechslung mit einer anderen chirurgischen Bauchaffektion, die ebenfalls einen Eingriff dringend erheischt; insofern ist der Irrtum für den Kranken kaum bedeutungsvoll. 2. Klinische, d. h. ein anderes Leiden täuscht ein Ulcus vor. Gewisse Fälle von Pneumonie oder Pleuritis diaphragmatica scheinen hierbei eine Differenzierung sehr zu erschweren. 3. Am verhängnisvollsten sind die Irrtümer, die zu einer Operationsenthaltung führen, denn sie berauben den Kranken derjenigen operativen Hilfe, ohne die er rettungslos verloren ist.

Im Zweifelsfalle ist hier wie auch sonst in der Bauchchirurgie, der Eingriff das Gebotene.

Die Periode der Remission, die dem Schock folgt und der Peritonitis vorausgeht, rechtfertigt ein mehrstündiges Abwarten.

Die Naht der Perforationsstelle ist fast immer leicht ausführbar. Die Gastroenterostomie scheint in allen den Fällen angezeigt, wo das Ulcus nahe am Pylorus sitzt, oder wo der pyloroduodenale Abschnitt durch die Perforationsnaht sehr verkürzt wird. Die Resektion muß Ausnahmefällen vorbehalten bleiben.

Das häufige Vorkommen multipler Ulcera, sowie die Möglichkeit einer wiederholten Perforation, machen es dem Operateur zur Pflicht, Magen und Dünndarm auch nach Feststellung der ersten Perforationsstelle genauestens zu revidieren.

Held.

Jahrg. 45, Nr. 12. 25. Oktober 1925.

2 Fälle von künstlichem, unvollständigem Pneumothorax. C. Sillig und M. Bothézat.
Beitrag zum Studium der retroperitonealen Cysten. C. Cornioley.
Spätresultate der perilunaren Luxation des Handgelenks. M. Monnard.

Jahrg. 45, Nr. 13. 25. November 1925.

Die radiologische Erforschung der Luftwege durch intratracheale Injektion von Lipiodol. F. Guyot.
Erythrodermie, Ikterus nach Acetylarsaninjektionen. A. Lassueur.
Krebs des Corpus uteri und Radium. R. Chapins.
Die Pathologie der primären Syphilis. J. Golay.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

67, Dezember 1925

Messung der Desadaptation mit Tschernings photometrischen Gläsern. H. U. Möller. (Erscheint in der Acta Ophthalmologica.)
Der Blutdruck des Menschen bei psychischer Excitation. Carl Tigerstedt. (Erscheint im Skandin. Arch. f. Physiol.)
Pathologisch-anatomische und klinische Studien über die primären, von der Nasenkavität und angrenzenden Nebenhöhlen ausgehenden Papillome und Karzinome. A. Saxén. (Ist in den Arbeiten aus dem Pathologischen Institut der Univers. Helsingfors erschienen.)
Zur Kenntnis der Innervation der Augenmuskeln bei den Nystagmusbewegungen, insbesondere bei einseitigen horizontalem Nystagmus. Heinonen.

Acta Medica Scandinavica.

4. Dezember 1925.

• Die Standardisierung von Hämoglobinometern durch das Refraktometer. H. C. Gram (Dänemark).
Geschwulst des Ganglion Gasseri. E. Gjertz und Sven Hellerström (Schweden).
• Das pallidale Syndrom. F. Leiri (Finnland).
• Untersuchungen über die gutartige Glykosurie und den Diabetes mellitus. J. E. Holst (Dänemark).
• Klinische Studien über die Herzarbeit während der Ruhe. 1. Blutstrom und Blutdruck bei Morbus Basedowi. 2. Der Einfluß der Aenderungen im Hämoglobingehalt auf den Blutstrom. 3. Der Blutstrom in Fällen von erhöhtem arteriellen Druck mit Beobachtungen über den Einfluß der Schwangerschaft auf den Blutstrom. G. Liljestrand und N. Stenström (Schweden).
Ein Fall von spontaner schmerzhafter Porphyrie mit Erscheinungen von seiten des Nervensystems nebst einem kurzen Ueberblick über die Frage der Porphyrie. E. Melkersson (Schweden).
Die Untersuchung von Bronchialerkrankungen mittels der Jodpräparation (Jodumbrin und Lipiodol). P. Flemming Moller und R. von Magnus (Dänemark).
Ueber posturale Reflexe. F. Leiri (Finnland).

Die Standardisierung von Hämoglobinometern durch das Refraktometer. Der Hämoglobinprozentgehalt (Haldane) eines gegebenen Blutes kann durch das Refraktometer bestimmt werden, wenn gebraucht wird 1. eine 0,8 prozentige Kochsalzlösung (R_1), 2. eine 0,8 prozentige Kochsalzlösung unter Hinzufügung von 0,14% Saponinum purissimum (Merck) (R_2), 3. die oben schwimmende Schicht einer Lösung von 1 ccm Blut + 5 ccm der oben genannten Salzlösung (R_3) und 4. die oben schwimmende Schicht einer Lösung von 1 ccm Blut + 5 ccm der genannten Salz-Saponin-Lösung (R_4).

Die Gleichung zur Bestimmung des Hämoglobinprozentgehaltes aus den Refraktionswerten der vier Indices lautet:

$$(R_4 - R_3 - k_2) \,.\, k_1 = \text{Hb in \% (Haldane)}$$

k_2 bedeutet $(R_2 - R_1)$. , und ist eine Konstante für alle Serien, bei welchen dieselben Lösungen gebraucht werden. k_1 hat nach empirischer Berechnung = 21500 zu sein.

Das pallidale Syndrom. Der Verfasser beschreibt für die Störungen im Bereiche des Corpus pallidum und seiner Umgebung ein Syndrom, das bestimmt wird durch Muskelrigidität, Hypokinetik und Zittern. Das extrapyramidale Syndrom sowie die Möglichkeiten der chirurgischen Behandlung des pallidalen Syndroms werden ausführlich beschrieben. Für die Pathologie der Paralysis agitans sind die Ausführungen des Verfassers über die Innervation der motorischen Zentren und die Kleinhirninnervation für die Intentionsbewegungen von hoher Bedeutung.

Untersuchungen über die gutartige Glycosurie und den Diabetes mellitus. Durch die fortgesetzte Beobachtung von Fällen, in denen Glycosurie einmal festgestellt werden konnte, will der Verfasser die Frage klären, wie erfahrungsgemäß der Verlauf und die Unterscheidung der benignen Glycosurie und des Diabetes mellitus bestimmt werden kann

Es wurden ca. 150 von der Lebensversicherung wegen Glycosurie zurückgewiesene Personen beobachtet, und es zeigte sich nach einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 5—16 Jahren, daß nur in etwa 30% ein Diabetes bestand, und daß der Rest der Fälle als gutartige Glycosurien betrachtet werden konnte. Fälle von Diabetes, der zufällig zur Entdeckung kommt, nehmen für gewöhnlich einen außerordnetlich günstigen Verlauf. Die nichtdiabetischen Glycosurien lassen sich in drei Hauptgruppen einteilen: Glycosurie mit cyclischer Hyperglycämie, renal bedingte und Uebergangsfälle. Eine weitere Zahl Fälle war nicht exakt zu klassifizieren.

Die gebräuchlichen Methoden, funktionelle Glycosurie festzustellen, sind nicht zweckmäßig, weil sie nicht gestatten zwischen Diabetes und benigner Glycosurie zu unterscheiden; deshalb soll in jedem nicht ganz schnell vorübergehenden Fall von Glycosurie der Blutzucker geprüft werden.

Wenn der nüchterne Blutzuckerwert normal ist, ist die Glycosurie zurückgewiesene Personen beobachtet, und es Untersuchung die einzig richtige und gestattet frühzeitig die Diagnose zu sichern und die Prognose zu bestimmen.

Klinische Studien über die Herzarbeit während der Ruhe. 1. Blutstrom und Blutdruck beim Morbus Basedow. Das Minutenvolumen des Herzens während der Ruhe wurde an 7 weiblichen und 3 männlichen gesunden Personen sowie 8 weiblichen und 3 männlichen Basedowkranken bestimmt. Eine erhebliche Zunahme des Minutenvolumens wurde bei den kranken Personen gefunden, bei den Frauen durchschnittlich um 80%, bei den Männern bis 100%. Der Sauerstoffverbrauch des Blutes war etwas niedriger als normal, so daß zu dem erhöhtem Metabolismus noch andere für den vermehrten Blutstrom verantwortliche Faktoren hinzukommen. Der systolische Blutdruck der Patienten war etwas erhöht, der diastolische Druck kaum. Die beträchtliche Mehrarbeit des Herzens durch das erhöhte Minutenvolumen und den erhöhten Druck scheint eine wichtige Rolle für die Entwicklung der Symptome beim Basedow zu spielen, die sich in einer Ueberanstrengung des Herzens dokumentieren.

2. Der Einfluß der Aenderungen im Hämoglobingehalt auf den Blutstrom. Ein Vergleich zwischen fünf Patienten, deren vier an Anämie, einer an Polycythämie litten, und normalen Individuen zeigte ein Anwachsen des Grundumsatzes bei der Anämie und ein nur geringes Anwachsen bei der Polycythämie. In den Geweben findet während der Ruhe ein höherer Sauerstoffverbrauch statt, während der Sauerstoffgehalt des Blutes niedriger ist. Das macht die anämiekranken Patienten unfähig, den Verbrennungsprozeß während der Ruhe aufrecht zu erhalten, ohne gleichzeitig den Blutstrom und die Herzarbeit zu vergrößern. Bei der Polycythämie war das Minutenvolumen des Herzens während der Ruhe zweifellos kleiner als normal.

3. Der Blutstrom bei erhöhtem arteriellen Druck mit Beobachtungen über den Einfluß der Schwangerschaft auf den Blutstrom.

Es wurden 5 Hypertoniker beobachtet mit einem Maximaldruck von 137 bis 224 mm Hg. und Fälle von chronischer Nephritis. Alle hatten einen um im Mittel 17% erhöhten Grundumsatz. Der Sauerstoffverbrauch aus dem Blut war etwas niedriger als normal, so daß das Minutenvolumen des Herzens im Mittel um 26% erhöht wurde.

Ein Fall von chronischer Nephritis wurde während der Schwangerschaft und nach der Entbindung beobachtet. Die Geburt erwirkte eine Erhöhung des Grundumsatzes um 11%, der Sauerstoffverbrauch vom Blute war etwas erhöht, so daß das Minutenvolumen von 6 auf 4,9 l sank.

Arnold Hirsch (Berlin).

Hospitalstidende.

Nr. 43, 23. Oktober 1925.

* Ueber Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (Schluß). Aage Kristiansen.

Ueber Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta. Die Beobachtungen wie Untersuchungen Aages Kristiansens lehren, daß die Auffassung der inguinalen Lymphogranulomatose als eigener Krankheitsbegriff anzuzweifeln sei, zumal der bakteriologische Beweis dafür noch nicht erbracht ist. Ein Zusammenhang derselben mit dem weichen Schanker existiert nicht. Die Identität der inguinalen Lymphogranulomatose mit den sogenannten klimatischen Bubonen scheint wahrscheinlich.

Nr. 44. 5. November 1925.

* Röntgenbehandlung des Ekzems. Svend Lomholt.
* Imbecillität als Indikation der tubären Sterilisation. Ekkert Petersen.

Röntgenbehandlung des Ekzems. Lomholt spricht der Röntgenbestrahlung des Ekzems weder eine definitiv heilende noch längere Zeit Immunität erzeugende Wirkung zu. Die Wirkung ist symptomatisch temporär und schwindet in 6 bis 7 Wochen. Rezidive sind sehr häufig. Besonders der Juckreiz wird günstig beeinflußt und während des Abklingens des Ekzems nach der Röntgenbestrahlung soll die dermatologische Behandlung einsetzen. Unfiltrierte Strahlen mittelharter Qualität wurden angewandt in kleinen ungefährlichen Dosen. Einige Bestrahlungen sollen nur vorgenommen werden, dann soll eine Pause von mindestens 5 Wochen eintreten.

Imbecillität als Indikation der tubären Sterilisation. Petersen hält die Sterilisation unbedingt erforderlich bei imbecillen Frauen, die eine Geburt nach der anderen haben, und zum Teil kranke und schwachbegabte Kinder zur Welt bringen. Diese Kranken sind oft nicht fähig, selbst über die Notwendigkeit und Erlaubnis zur Sterilisation zu urteilen.

Nr. 45. 12. November 1925.

Ueber Anomalien der Ureterenmündung. Erik Holm.

Nr. 46, 19. November 1925.

* Ein Fall von Hirnblutung bei Eklampsie. Gammeltoff
* Glykosurie-Schwelle bei Diabetikern und Graviden. Knud Faber.

Ein Fall von Hirnblutung bei Eklampsie. Gammeltoft beschreibt 10 Fälle von Hirnblutung bei Eklampsie. Unter 65 Sektionen von Eklampsie fand Schmerl 58 mal kleinere Blutungen und Erweichungen im Gehirn, die jedoch keinen hohen Grad erreichten und für den tödlichen Ausgang nicht verantwortlich gemacht werden konnten. In 24 Fällen Eklampsie mit Hirnuntersuchungen zeigten 9 stärkere Blutungen und 4 mehr Oedem oder leichte kleinere Blutungen. Die meisten Frauen waren 30—40 Jahre alt, 5 waren Erstgebärende. Der Blutdruck war in einigen Fällen 220—240 mm. Der Blutdruck und seine Steigerung sind nach G's. Ansicht ein besseres Zeichen für bevorstehende Eklampsie als die Menge des Albumens im Urin. Wo der Blutdruck ständig steigt, der Aderlaß erfolglos ist, soll man aktiv eingreifen.

Glykosurie-Schwelle bei Diabetikern und Graviden. Faber beobachtete vielfach eine Erniedrigung der Blutzuckermenge während der Gravidität. Diese Hypoglykämie schwand nach der Geburt. Die Schwelle war oft vor der Entbindung unter 132 um nach derselben in einigen Monaten auf 150—190 zu steigen. Diese Senkung während der Gravidität ist eine vorübergehende. Die Schwelle der Glykosurie ist bei jedem Menschen konstitutionell eine eigene, aber konstante.

——————— Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 48. 26. November 1925.

Ueber Blutungen bei der Geburt. Paul Morville.
Ueber Gerolamo Fracastoso als Arzt und Dichter. J. W. S. Johnsson.
Schlafkrankheit (Encephalitis) und Geistesschwäche). K. Winther.
Asthmabehandlung. A. Hecht-Johannsen.
Betrachtungen über endokrine Therapie (Fortsetzung). Sir Humphry Rolleston.

Nr. 49. 3. Dezember 1925.

* Untersuchungen über die Verteilung der Glukosen zwischen Plasma und roten Blutkörperchen bei normalen Menschen und bei Diabetes mellitus. S. Holböll und E. Fock.
Die Pathogenese des Ikterus (Fortsetzung). E. Meulengracht.
Ein Fall von Gonokokkensepsis, behandelt mit Gonoyatren. Tingmor Petersen.
Injektionsbehandlung der Varicen. Georg Jensen.

Untersuchungen über die Verteilung der Glukosen zwischen Plasma und roten Blutkörperchen bei normalen Menschen und bei Diabetes mellitus. Bei dem Versuch in vitro konnten Holböll und Fock feststellen, daß die Glukose zwischen Blutkörperchen und Plasma sich verteilt in einem Verhältnis von ca. 70 : 100. Das entspricht dem Verhalten zwischen den Größen des Wassergehalts in den Blutkörperchen und Plasma. Dies Verhalten bedeutet ein Gleichgewichtszustand der Verteilung der Glukose. Bei Normalen wie bei Diabetikern fanden sich die Glukosen im Blut so verteilt, wie es dem Versuch in vitro entspricht. Gibt man Glukosen ein, so findet man nach 1—3 Stunden sowohl bei Normalen wie bei Diabetikern einen höheren Wert in dem Verteilungsverhalten. Die Glukoseabgabe in das Plasma geschieht durch die Gewebskapillaren und die Nierenkapillaren.

Nr. 50. 10. Dezember 1925.

* Fortgesetzte Untersuchungen über das Vorkommen von Glukosen im freien und gebundenen Zustande im Blute des Menschen. Chr. Lundsgaard und Sv. Aage Holböll.
* Die Pathogenese des Ikterus. E. Meulengracht.
Ueber die Konservierung der Novocain-Suprarenin-Lösungen. L. E. Walbaum.
Injektionsbehandlung der Varicen. V. Meisen.

Fortgesetzte Untersuchungen über das Vorkommen von Glukosen im freien und gebundenen Zustand im Blute des Menschen. Lundsgaard und Holböll sehen es als erwiesen an, daß die Blutkörperchen im zuckerfreien Plasma ihre Glukose abgeben. Die Glukosen können den Blutkörperchen entzogen werden durch Dialyse des gesamten Blutes. Bei Hypoglykämie findet eine Uebereinstimmung des Glukosegehalts im Plasma und den Blutkörperchen statt. Der gesamte Glukosegehalt in den roten Blutkörperchen des Menschen findet sich in freiem diffusiblen Zustand. Die Serie Hausens und Eges von den gebundenen Glukosemengen in den Blutkörperchen ist unhaltbar.

Die Pathogenese des Ikterus. Meulengracht kommt zum Resultate, daß der Gallenfarbstoff von den Leberzellen gebildet wird. Ikterus entsteht meist dadurch, daß die exsekretorische Funktion nachläßt auf Grund der Erkrankung der Leberzellen, d. h. auf Grund einer Hepatitis oder Hepatose. M. unterscheidet den mechanischen Ikterus (Cholelithiasis, Cholangitis, Tumoren) den funktionellen Ikterus (Hepatitis catarrhalis oder epidemica, Weills Krankheit, Infektionskrankheiten, Lebercirrhose, Intoxikationen usw.), endlich den hyperhämolytischen Ikterus (hereditär oder erworben, Perniciöse Anämie, paroxysmale Hämoglobinurie usw.).

——————— Kalischer.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 12, Dezember 1925.

Tetanie nach Operation der Thyreoideadrüse. N. H. Brodersen.
Ueber die Resultate der chirurgischen Behandlung des Magenkrebses. F. S. Hanssen.
Beitrag zur Wirkung der Gastro-Enterostomie. Knud Nicolaysen.
Duodenalgeschwür. Knud Nicolaysen.
Interne oder chirurgische Behandlung der blutenden Magenwunden. Jörgen H. Berner.
Neue Versuche in der Behandlung der Paralyse. H. A. Chr. Dedichen.
Ein Fall von Eunuchoidismus (Dystrophia adiposo-genitalis. René R. Jörgensen.

Nr. 1, Januar 1926.

Menorrhagien und Metorrhagien bei Jungfrauen. Harald Natrig.
* Erythema nodosum und Lungentuberkulose. C. Hambro.
Wie findet man den Genius epidemicus, VIII. Gichtfieber (Rheumatismus). Anton Magelssen.
Chorioidealsarkom mit Durchbruch der Sklera. S. Holth.
* Ein Fall von Magensyphilis. Sofus Wideröe.
* Ein Fall von Magen-Volvulus. Nils Helsingen.

Erythema nodosum und Lungentuberkulose. Von 600 Patienten, die wegen Lungenleiden untersucht wurden, konnte bei 174 keine Tuberkulose nachgewiesen werden; alle diese 174 hatten nie Erythema nodosum. Von den 426 sicher Tuberkulosen hatten dagegen 38 Erythema nodosum in ihrer Vorgeschichte. Das Erythema nodosum ist oft Vorläufer der Lungentuberkulose, während es nach ihrem Ausbruch selten vorkommt. Ebenso wie die Pleuritis kann das Erythema nodosum das erste Zeichen sein. 13 von den 38 Fällen mit Erythema in der Anamnese waren recht schwere Fälle. Die Lungentuberkulose oder Pleuritis folgt gewöhnlich unmittelbar oder ½ Jahr nach dem Auftreten des Erythema nodosum.

Ein Fall von Magensyphilis. Wideröe beschreibt einen Fall, der 6 Magengeschwüre hatte, eine Gastroenterostomie und Enteroanästomose durchgemacht hatte und 3½ Jahre später ein syphilitisches Gumma am rechten Bein zeigte. Für die Diagnose der Magensyphilis kommen in Betracht die Wassermannsche Reaktion, das charakteristische Röntgenbild, Cachexie, Anämie, Besserung nach spezifischer Behandlung. Man unterscheidet eine syphilitische Gastritis, diffuse gummöse Infiltration, gummöse Plaques mit Bildern von Geschwüren, Narbenbildungen, fibröse Hyperplasie mit Schrumpfung (Cirrhose). Tumoren sind nicht vorhanden oder fühlbar. Die Behandlung soll weniger operativ (auch bei Blutungen) sein als antisyphilitisch und konservativ. Die Prognose der nicht behandelten Fälle ist ungünstig.

Ein Fall von Magen-Volvulus. Ein 60 jähriger Mann litt seit 10—12 Jahren an Anfällen von heftigen Schmerzen im Epigastrium, Nausea, Erbrechen, Auftreibung des Leibes. Man nahm einen Ileus an und operierte und fand einen Volvulus ventriculi organo-axialis anterior supra-colicus. Die Ventrikelwand war papierdünn. Die Sonde konnte auch jetzt nur bis 45 cm heruntergeführt werden. Der Ventrikel wurde punktiert, wobei Gase und 2 Liter dünnflüssiger Inhalt entleert wurde. Dann ließ sich die Detorsion leicht ausführen, die vorher nicht möglich war. Der Krankheitsverlauf war dann günstig. Die Diagnose Volvulus ventriculi ist zu stellen aus den Schwierigkeiten beim Schlucken, Brechneigung, Sitz der Spannung und Ausdehnung, Plätschern im Epigastrium und dem Resultat der Sonden-Untersuchung.

S. Kalischer.

Hygiea.

15. November 1925, Heft 21.

* Eine für den Praktiker geeignete Blutzucker - Mikro - Methode. Nicolai Johannsen.
250 transvesicale Prostatectomien bei Prostatahypertrophie (Fortsetzung). Ernst Tengwall.

Eine für den Praktiker geeignete Blutzucker-Mikro-Methode. Johannsen prüfte und empfiehlt hier die von Becher und Herrmann (Münchener Med. Wochenschrift Nr. 42, 1924) beschriebene einfach und rasch ausführbare Mikromethode zur Schätzung der Höhe des Blutzuckers, die sich im wesentlichen auf Jaffes Kreatininprobe stützt.

30. November 1925, Heft 22.

* Zwei Fälle von verkalktem Hirntumor mit Ausgang in relative Heilung. Ernst Melkerssen.
250 transvesicale Prostatectomien bei Prostatahypertrophie (Schluß). Ernst Tengwall.

Zwei Fälle von verkalktem Hirntumor mit Ausgang in relative Heilung. Melkerssen teilt zwei Fälle von verkalkten Hirntumoren mit röntgenologischer Untersuchung und günstigen Ausgang mit. Während im zweiten Falle mit Wahrscheinlichkeit eine ausgeheilte Meningo-Encephalitis tuberculosa den Herd oder Tumor bildete, war der erste Fall zweifelhaft; es war ein Schatten über der linken Kleinhirnhälfte sichtbar und die Erscheinungen (Schwindel, Nystagmus, linksseitige Ataxie) konnten eventuell auch durch eine multiple Sklerose gedeutet werden.

15. Dezember 1925, Heft 23.

* Ueber den Wert der Sauerstoffbehandlung bei den akuten Infektionen der Luftwege der Kinder. Nicolai Johannsen.

Ueber den Wert der Sauerstoffbehandlung bei den akuten Infektionen der Luftwege der Kinder. Johannsen sieht in dem Sauerstoff ein kräftiges Anregungsmittel bei akuten schweren Lungenaffektionen des Kindes. Besonders wo die Lungenventilation erschwert ist, bei den cyanotischen Typen, Bronchitis mit stenosierendem Charakter, bei Schwäche, rachitischen Thorax wirkte es heilsam. Man soll keine zu kleinen Dosen geben, etwa 2—5 ccm pro Tag.

31. Dezember 1925, Heft 24.

Die Salerner Schule und das berühmte Heilsregimen: Regimen Sanitatis Salerni. Ein Kulturbild aus der medizinischen Welt des Mittelalters. Ludwig Wolff.

S. Kalischer.

British medic. Journal.

28. November 1925.

Erfolgreicher Fall von Embolektomie (Arteria brachialis). Jefferson.
Nasenplastik mit Knorpeltransplantation. Watson-William.
Ultraviolette Strahlen und das antiskorbutische Vitamin. Eggleton und Harris.
Cystische Erweiterung des Ductus choledochus. Hill und Ramsay.
Hämorrhoidenbehandlung mit Galvanokaustik. Whitcombe.
Britisch medizinische Gesellschaft: Verhandlung der chirurg. Abteilung über den akuten Darmverschluß.
Behandlung des primären akuten Ileus. Taylor
Wichtigkeit der Frühdiagnose und der Frühoperation. Hadley.
Die verschiedenen Formen des Ileus. Wilkie.
Ileusoperation an Bord. Oriel.
Operation einer Extrauteringravidität. Gillies.
Adrenalin bei vasoneurotischen Symptomen (Urticaria). Keith.
Kolloidales Silber bei Sepsis post abortum. Fine.
Kongenitaler Verschluß im Anfangsteil des Duodenum. Ralston.
Passagere Erblindung nach Hirnerschütterung. Anderton.

5. Dezember 1925.

Symptome und Erscheinungen bei akuten abdominellen Affektionen der Kinder. Adams.
Cholecystographie (Bericht über 53 durch Operation kontrollierte Fälle) Wilkie und Illingsworth.
Mischgeschwulst des Hodens. Webb-Johnson.
Aderlaß und Bluttransfusion bei Kohlenoxydvergiftung. Gordon-Watson
Britisch medizinische Gesellschaft: Verhandlung der Abteilung für innere Medizin über den Nutzen und Schaden der therapeutischen Anwendung von Präparaten innersekretorischer Organe.
Die Organotherapie. Langdon-Brown.
Organpräparate und Substitutionstherapie. Swale Vincent.
Thyreoidin und Hypophysin bei Fettsucht. Gardiner Hill.
Transplantation endokriner Drüsen. Walker.
Nebenschilddrüsen und Kalziumstoffwechsel. Vines.
Organotherapie in der Klinik. Langmead.
Demonstrationen zur Divertikulosis des Darmtraktus.
Amaurose durch Chinin. Plummer.
Erysipelbehandlung mit intramuskulärer Blutinjektion. Pines.
Spannungsgefühl an den großen Schamlippen als Frühsymptome der Schwangerschaft. Tomb.
Malariabehandlung der Tabes dorsalis. Rowstron.

12. Dezember 1925.

Diagnose und Behandlung der Milzvergrößerung im Kindesalter. Rolleston.
Die Auswertung von Insulin-Präparaten, ein Vergleich zwischen Auswertung im Laboratorium und im klinischen Gebrauch.
Einleitung. Dale.
Die biologische Prüfung von Insulinpräparaten im Vergleich zum Standardpräparat. Marks.
Klinische Versuche mit Insulinpräparaten. Harrison und Lawrence.
Rechts- und Linkshändigkeit bei prähistorischen Menschen. Elliot und Smith.
Britisch medizinische Gesellschaft: Verhandlung der Abteilung für Laryngo-, Oto- und Rhinologie über die operative Behandlung der chronischen Mittelohreiterung und über chronische Mittelohrtaubheit (Otosklerose ausgenommen).
Ascariden in den Gallenwegen. Brayne.
Kongenitale Mißbildung der Wirbelsäule. Buckell.
* Rektale Narkose. Laurie.
Nahtmaterial der Serosa und Ulcus pepticum. O'Conor.

Rektale Narkose. Nachdem zur Vorbereitung ein Klysma von ca. 30 ccm Ol. oliv. gegeben wurde, wird ein Gemisch von ca. 150 ccm Aether und 60 ccm Ol. oliv. mit einem Katheter innerhalb 20 Minuten per rectum zugeführt. Nach einer halben Stunde kann jede Operation ausgeführt werden. Kurzer Bericht über 125 Fälle (Hysterektomie, Gastroenterostomien usw.)

Biberfeld.

The Lancet.

2, Nr. 23, 5. Dezember 1925.

Fürsorge für das ungeborene Kind. Eden.
Dreifache Punktion: lumbare, suboccipitale und ventrikuläre. Purves-Stewart.
Diabetes und Operation. Leyton.
Ein multiples elektrisches Stethoskop. Hoskin.
Ein Fall von Ikterus ohne Cholurie mit Gallensteinen. Gleave und Platt.
Ein Fall von Ruptur einer Extrauteringravidität. Knowles.

2, Nr. 24, 12. Dezember 1925.

Vorlesung über Hodgkins Lymphogranulom. Rolleston.
Fürsorge für das ungeborene Kind (Fortsetzung). Eden.
Das Verhalten des Diabetikers gegen Glukose im Blutkreislauf. Pemberton und Curmingham.
Ein Fall von Verkalkung der Pleura. Young.
* Kultivierung der Spirochäte des Rattenbißfiebers. Jockes.
* Ein Fall von Psoriasis, Isolierung von Monilia. Sanders.

Kultivierung der Spirochäte des Rattenbißfiebers. Es gelang Verfasser zum ersten Male in einwandfreier Weise die von Futaki gefundene Spirochäte des Rattenbißfiebers zu kultivieren. Bei seinen Untersuchungen erwiesen sich 25% der wilden Ratten Londons als infiziert. Nach vielen vergeblichen Versuchen erzielte er Wachstum auf einem gewöhnlichen eingedickten Pferdeserum, das mit 10 ccm von Vervorts Nährboden bei einem pH-Gehalt von 7,2 überschüttet war. Der letztere besteht aus 1 g Pepton, 3 ccm Normalphosphorsäure, 900 ccm Aq. dest. Aërobes Wachstum nach 24stündigem Verweilen im Thermostaten bei 37°. Bis zu 34 Unterkulturen gelangen diese zum Teil auch auf 1% Glukose-Bouillon mit etwas defibriniertem Kaninchenblut. In einigen Kulturen waren die Spirillen noch nach 3 Wochen lebend und beweglich. In allen Kulturen fand sich neben den Spirillen noch ein coliförmiger Bazillus. Ob es sich um obligatorische Symbiose handelt, ist noch ungewiß. Im Filtrat durch Chamberland L 2 Filter fanden sich Spirillen, aber nie jene Bazillen, die jedoch wieder in Unterkulturen jener Filtrate gefunden wurden.

Ein Fall von Psoriasis, Isolierung von Monilia. Der Fall ist interessant durch die enge Assoziation von Streptokokken und Monilien in Mund und Hautschuppen. Streptokokken finden sich auch im Darm und im Urin zusammen mit B. coli. Starke rheumatische Schmerzen besserten sich nach Sterilisierung des Harns durch längere Urotropinbehandlung und nach mehreren Dosen von polyvalentem Antistreptokokkenserum und verschwanden nach weiterer Behandlung mit entgifteter Vaccine, die aus den von Hautschuppen isolierten Streptokokken hergestellt war. Gleichzeitig trat eine merkliche Reaktion der Hautoberfläche mit günstiger Wirkung auf die seit 5 Jahren bestehende Psoriasis ein.

2., Nr. 25, 19. Dezember 1925.

Vorlesung über die Herzkraft und seine Messung. Henderson.
Das klinische Bild ischämischer Nekrose des Herzmuskels. Gibson.
* Radiumbehandlung von Lupus der Nase und der oberen Luftwege. Wharry.
Rekordfall einer Blutkrise. Somerford.
Quantitative Bestimmung kleiner Mengen Wismut im Harn. Hill.
Kurze Mitteilung über ein neues Cystoskop für Diathermiebehandlung von Blasentumoren. Kidd.

Radiumbehandlung von Lupus der Nase und der oberen Luftwege. Bei leichten, wenig ausgedehnten und leicht zugänglichen Erkrankungen ist Galvanokaustik eine gute Heilmethode, setzt aber meist starkes, immobilisierendes Narbengewebe. Von den vier Typen des Lupus waren die Granulationen, die Vegetationen und die Tumorbildung besonders günstig, die Ulcerationen in geringerem Grade durch Radium beeinflußt. Nach zweijährigen Beobachtungen hält Verf. die Radiumbehandlung für eine jeder anderen Therapie überlegene Methode. Aphonie und Verunstaltung des Gesichts sind in den meisten Fällen vermeidbar. Kurze Sitzungen von 4—5 Stunden an 3, 4 oder 5 aufeinanderfolgenden Tagen, Wiederholung nach 6—8wöchentlichen Pausen, in sehr schweren Fällen bis zu 6 Serien in 1 Jahr und länger. Keine Schmerzen oder Unbequemlichkeiten. Die Röhren oder Platten werden ohne oder besonders im Rachen und weichen Gaumen mit Kokain in Stellung gebracht. Larynxbehandlung von außen. Durch stimulierende Dosen wird die Bildung von Fibroblasten beschleunigt, das entstehende Narbengewebe ist weich und geschmeidig; hier und da kommt es garnicht zu Narbengewebe. Unsichtbare Knötchen treten durch die Behandlung in Erscheinung. Die Wirkung der Strahlen ist selektiv, die Tuberkelbazillen werden in ihrer Vitalität geschwächt. Die Reaktion ist nach 8—14 Tagen auf ihrem Höhepunkt, nach weiteren 14 Tagen beginnt das Stadium der Heilung. Am wertvollsten ist die Wiederherstellung der Funktion, besonders bei den Larynxfällen. Die Technik ist folgende: Bei zugänglichen Partien Befestigung der Glastuben mit 25 mg Radiumsalz, gefiltert mit 1 mm Silber, das nur 1,18% der harten destruktiven β-Strahlen, aber 15½% der wohltätigen γ-Strahlen passieren läßt, und mit Gummi bedeckt; dieselben bleiben 2—6 Stunden in Position. Frühfälle am Gaumen werden mit voller Stärke (10 mg pro qcm) ungefildert, nur mit einer Gummilage bedeckt, eine Stunde lang, chronische Fälle am Gaumen mit halber Stärke (5 mg pro qcm) mit 0,1 mm Blei gefiltert mit einer Gummilage für 1—1½ Stunden behandelt; in derselben Weise Erkrankungen am Zahnfleisch und Mundschleimhaut. Bei Larynxbehandlung Platten von halber Stärke, mit 2 mm Blei gefiltert (also reine γ-Strahlung) mit Gummilage; 2—3 solcher Platten mit 40—80 mg des Salzes werden äußerlich befestigt, also 100—200 mg in jeder fünfstündigen Sitzung, drei- bis fünfmalige Wiederholungen. Nie wurde Nekrose der Larynxknorpel beobachtet. Die stark reizenden sekundären Strahlen werden durch 0,2 mm Aluminiumlage ausgeschaltet. Eine größere Anzahl ausführlicher Krankengeschichten.

2., Nr. 26, 26. Dezember 1925.

Vorlesung über Herzkraft und seine Messung (Fortsetzung). Henderson.
* Eine klinische Studie über die Dickprobe. Joë.
Die Dickprobe in einem Fieberhospital. Gilrock.
Einige mit der Dickprobe verbundene Probleme. O'Brien und Okell.
* Das Verhalten der Leber bei der epidemischen Encephalitis. O'Flynn und Critchley.
Die Vermeidung von Schmerzen nach der Tonsillektomie. Stevenson.

Eine klinische Probe über die Dickprobe. Die Wahl des Toxins ist wichtig. Durch Filtrate verschiedener Streptokokkenstämme und durch dieselben Filtrate in verschiedenen Verdünnungen fallen die Reaktionen sehr verschieden aus. Verf. wählte zu seinen Versuchen ein Toxin 1 : 1000, die intrakutane Probedosis betrug 0,1 ccm, die Reaktionen wurden am besten nach 8 und 24 Stunden abgelesen. Scharlach in den ersten fünf Tagen gab 95,15%, vom 31.—35. Tage nur noch 4,76% positive Resultate. Unter 634 scharlachfreien Personen fiel der höchste Prozentsatz positiver Reaktionen (60%) auf das 3. bis 4. Lebensjahr, dann folgten die Jahrgänge 2 bis 3, 1 bis 2 und 4 bis 5 mit 55 bis 60%. Bei früher Scharlacherkrankten 88,15% negative Resultate. Von 15 Patienten, die später an Scharlach erkrankten, hatten 14 zuvor positive, einer ein negatives Resultat. Von 27 Fällen wurde in 25 ein Parallelismus zwischen Dickprobe und Schultz-Charltons Phänomen gefunden. Von 3 antitoxischen Sera erzeugte eines in Verdünnung bis 1 : 10, ein zweites bis 1 : 200 das Auslöschphänomen, das dritte verhielt sich in verschiedenen Fällen ungleichartig. Ein antitoxisches Serum 1 : 5 war im Stande, die Wirkung der zu allen Proben benutzten Filtrate zu neutralisieren. Bei passiven Immunisierungsversuchen mit 2 antitoxischen Sera zeigte sich das eine in Dosen von 5, 10 und 20 ccm (intramuskulär) unwirksam, das zweite hatte in 10 ccm Dosis Erfolg (Dauer der Immunisierung in 23 Fällen 4 bis 11 Tage).

Das Verhalten der Leber bei der epidemischen Encephalitis. Ueber Erkrankung der Leber wird hier und da bei der Paralysis agitans und der Wilsonschen Krankheit berichtet. Aehnliche Befunde bei der epidemischen Encephalitis bringen vor allem italienische Aerzte. Verff. untersuchten histologisch 2 Fälle, die zur Autopsie kamen und keine Leberschädigungen zeigten und klinisch ein Material von 34 Fällen, meistens Beispiele des Parkinsonschen Symptomenkomplexes, also Spätformen. Als Lebensfunktionsproben bedienten sie sich der Harnuntersuchung auf Gallensalze und -Pigmente, der Widalschen hämoklasischen Krise, der Reaktion v. d. Berghs, der Lävulosekurve und der Rogerschen Probe (Untersuchung auf Glykuronsäure im Harn nach 5 g Kampfer). Bis auf die

Widalsche Probe, deren Wert sehr bestritten wird, fast durchweg normale Resultate. Es waren also weder klinische, noch histologische, noch biologische Beweise für die Beteiligung der Leber gegeben, es bestand jedoch in vielen Fällen eine geringe Vermehrung des Blutzuckers, niemals Glykosurie. In Anbetracht dessen, daß die Leberfunktion normal gefunden wurde, Harnanalysen, Blutdruck und Nierenfunktionsproben nicht für eine Nierenstörung sprachen, ist die Hyperglykämie auf eine Beteiligung des Sympathikus am Krankheitsprozeß zurückzuführen. Rontal.

El Siglo médico Madrid.

72, Nr. 3747, 3. Oktober 1925.

Ein Fall von Magenkrebs mit Hyperchlorhydrie. Carro, Santiago
Der Mineralstoffwechsel bei den Tuberkulösen. J. V. Lambea.
Herzklappenfehler. G. R. Gonzalo.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.

72, Nr. 3748, 10. Oktober 1925.

Vom Ohr ausgehende Meningitis mit subakutem Verlauf. J. M. Barajas y de Velches.
Chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. R. Luis y Yagüe.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.

72, Nr. 3749, 17. Oktober 1925.

Konservierende Chirurgie bei Augenerkrankungen. B. Castresana.
Mangelhafte Blutzirkulation. G. R. Gonzalo.
Praktischer Wert der Neurovaccine. E. Gallerdo.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.

72, Nr. 3751, 31. Oktober 1925.

* Das ultraviolette Licht in der Kindertherapie. C. Sainz de los Terreros.
Mein Aufenthalt in Wien und Paris. A. P. Martin.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.
Praktischer Wert der Neurovaccine. E. Gallerdo.

Das ultraviolette Licht in der Kindertherapie. Verfasser berichtet in einem Paediater-Kongreß zu Zaragoza über seine Erfolge in der Behandlung von Rachitis, Skrofulose und Knochentuberkulose bei Kindern, mit künstlicher Höhensonne — eine Medikation, die bisher in Spanien noch fast gar nicht angewandt worden ist.

72, Nr. 3752, 7. November 1925.

* Sicherung der Mutterschaft. Parache.
Die Prophylaxe der Tuberkulose vom Gesichtspunkt der Ansteckung und der Vererbung. M. Gil-Casares.
Die Erziehung des Kindes und ihre Beziehung zu den Erkrankungen. L. G. Esteban.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.
Praktischer Wert der Neurovaccine. E. Gallerdo.
Aufklärung hinsichtlich der Behandlung des pulsierenden Exophthalmus mit intravenösen Injektionen von gelatinisiertem Serum. F. F. Balbuena.

Sicherung der Mutterschaft. Im Anschluß an ein vor kurzem erlassenes Gesetz, das bezahlten Arbeiterinnen, die nach der Geburt eines Kindes vierzehn Tage mit der Arbeit aussetzen, eine Beihilfe von 50 Peseten zusichert, fordert Verfasser noch weitergehende Maßnahmen, zur Unterstützung der Mütter, Wochenbeihilfen, Säuglingshäuser usw.

72, Nr. 3753, 14. November 1925.

Arbeitsunfall und Berufskrankheit. A. Oller.
Ueber die intravenösen Injektionen von gelatinisiertem Serum bei pulsierendem Exophthalmus. M. Márquez.
Die Prophylaxe der Tuberkulose vom Gesichtspunkt der Ansteckung und der Vererbung. M. Gil-Casares.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.
Praktischer Wert der Neurovaccine. E. Gallerdo.

72, Nr. 3754, 21. November 1925.

Röntgenbehandlung bei Basedow. J. u. S. Ratera.
Arbeitsunfall und Berufskrankheit. A. Oller.
Ansteckung und Vererbung bei Lungentuberkulose. R. V. Bermúdez de Castro.
Proteintherapie der Adnexerkrankungen. J. Petschen y Kutz.
Die Erziehung des Kindes und ihre Beziehung zu den Erkrankungen. L. G. Esteban.

72, Nr. 3755, 28. November 1925.

* Chemotherapeutische Versuche bei Behandlung von malignen Geschwülsten. J. Fortacin.
Röntgenbehandlung bei Basedow. J. u. S. Ratera.
Eine Bemerkung über die T-Zacke des Electrocardiogramms. Gonzales.
Rheumatismus und Gicht. Anaya.
* Ein Fall von Pruritis, mit Kalziumchlorür und Harnstoff behandelt. D. Barrio de Medina.

Chemotherapeutische Versuche bei Behandlung von malignen Geschwülsten. Verfasser sah gute Erfolge bei inoperablen Tumoren durch intravenöse Injektionen von Rubidium-Salzen. Die Geschwülste wurden kleiner, der Allgemeinzustand hob sich merklich. Verfasser betont aber ausdrücklich, daß eine vollkommene Heilung nicht erzielt werden konnte, da nach einiger Zeit die Schrumpfung der Geschwulst aufhörte und nicht mehr durch weitere Rubidiumgaben beeinflußt wurde — wenn auch andererseits keine Metastasenbildung eintrat.

Ein Fall von generalisiertem Pruritus, mit Kalziumchlorür und Harnstoff behandelt. Bei einer Patientin, die seit 9 Monaten an generalisiertem Pruritus litt und die bisher erfolglos behandelt war, trat vollständige Heilung ein nach sechs Injektionen von je 10 ccm Afenil. Lurje.

Il Policlinico. Sez. prat.

Nr. 49, 7. Dezember 1925.

* Wirkung von Natrium chloratum auf den Bakteriophagen. Alessandrini.
Heilung einiger Fälle von progressiver Paralyse durch Malariaimpfung. Cortesi.
Ein Fall von kongenitalem Sarkom. Castellana.

Wirkung von Natrium chloratum auf den Bakteriophagen. Die Versuche über die lytische Wirkung eines Antityphus-Bakteriophagen stellte Verf. fest, daß nach Ersatz der Bouillon durch physiologische Lösung der lytische Quotient sich nach 24 Stunden im Thermostaten, von 9 auf 7, nach weiteren 5 Tagen auf 4 und schließlich auf 0 verringerte. Weitere Versuche mit einem Antidysenterie- und einem Anticoli-Bakteriophagen ergaben ähnliche Resultate. Fügt man zur Kochsalzlösung kleinste Mengen von Calcium carbonicum (0,004%), so wird die zerstörende Wirkung des Kochsalzes etwas gehemmt. In destilliertem Wasser und besser noch in gewöhnlichem Trinkwasser bleibt die lytische Aktivität des Bakteriophagen unverändert. Im Hinblick auf die wohlbekannte frische Wirkung des NaCl auf Bakterien sprechen die obigen Versuchsresultate mehr für die Mikroben- als für die chemische Natur des lytischen Prinzips.

Nr. 50, 14. Dezember 1925.

* Heilungsversuch der Leukämie durch Impfung von mit Plasmodium vivax infiziertem Blut. Lucherini.
Die Franckeschen Linien als diagnostisches Hilfsmittel bei der Lungentuberkulose. Costa.
* Neues differentialdiagnostisches Zeichen bei akuten schmerzhaften Affektionen des Abdomens. Mondolfo.
Mikroskopische Diagnose der Tollwut. Pinzani.
Ein Fall von Purpura nach Sulfoarsenol. Feluco.

Heilungsversuch der Leukämie durch Impfung von mit Plasmodium vivax infiziertem Blut. Im Hinblick auf eine konstant auftretende neutrophile Leukopenie bei Malariainfektion, auf die, wenn auch nur vorübergehende Veränderung des Blutbildes der Leukämie bei Komplikation mit Infektionsprozessen und bei der Schwere und ungünstigen Prognose der leukämischen Erkrankungen machte Verf. in einem Falle subakuter Leukämie, die bei der schnellen Entwicklung eine sehr ungünstige Prognose darbot, den Versuch mit Malariaimpfung. Vor der Behandlung Febris continua, starke Anämie, Oedeme, Ulceration der Gingiva, Lymphdrüsenschwellungen, Leber- und starke Milzvergrößerung, 1½ Millionen rote Blutkörperchen mit Anisocytose und Poikilocytose, 250 000 Leukocyten mit 73% myeloblastischen Elementen, Hb 24%. Nach subkutaner Impfung mit 3 ccm Tertianablut am 12. Tage erster Anfall. Nach 12 Malariaanfällen Unterdrückung der Malaria. Das Blutbild zeigte 4400 Leukocyten, fast durchweg reife Formen, 1 200 000 rote Blutkörperchen, 18% Hb. 45 Tage nach dem letzten Malariaanfall 6100 Leukocyten, 4 400 000 rote Blutkörperchen, Hb 52. Besserung aller andern Symptome. Interessant war die Abnahme der Splenomegalie um mehr als die Hälfte. Verf. will zu weiteren Versuchen mit dieser Therapie anregen.

Neues differentialdiagnostisches Zeichen bei akuten schmerzhaften Affektionen des Abdomens. Bei der Appendicitis beobachtet man auf dem Höhepunkt des Schmerzanfalls eine Abschwächung bis zum vollkommenen Verschwinden, bisweilen auch nur einen rascheren Ablauf des Abdominalreflexes über der rechten fossa iliaca. Der Reflex ist durchschnittlich nach 3—5 Tagen bei der einfachen entzündlichen Infiltration wieder normal. Bei der Cholelithiasis, der Nephrolithiasis, bei Schmerzanfällen infolge Ulcus duodenale ereignet sich das Gleiche mit dem oberen rechten Abdominalreflex. Bei den Koliken der linken Abdominalseite findet sich dasselbe Phänomen links. Bei diffusen, schmerzhaften Affektionen besteht kein Unterschied im Verhalten der beiderseitigen Reflexe. Dieses Zeichen fand Verf. bei 78% aller einseitigen schmerzhaften Erkrankungen, so daß es infolge dieser Häufigkeit zur Differentialdiagnose brauchbar ist.

Nr. 51, 21. Dezember 1925.

Die mit der Perkussion kombinierte Auskultation bei der Diagnose der Frakturen. Vigevani.
Die frühzeitige Heilung der Tuberkulose und der „organischen Schwäche" in praktischer Beziehung. Breccia.
Klinischer Beitrag zur Heilung des Tetanus mit der Baccellischen Methode. Famiglietti.

Nr. 52, 28. Dezember 1925.

Inhaltsverzeichnis.

Rontal.

La Riforma medica.

Nr. 49, 7. Dezember 1925.

Ueber das Auftreten von Krebs bei Cholecystitis calcolosa. Giordano.
* Herpes zoster und Varicellen. Die Eigenbluttherapie beim Zoster. Maderna.
Beitrag zur chirurgischen Heilung der Lungentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der extrapleuralen Thorakoplastik. Rièppè.

Herpes Zoster und Varicellen. Die Eigenbluttherapie beim Zoster. Bericht über eine kleine Zoster-Epidemie in einer mit dem Verf. im gleichen Hause wohnenden Familie; im unmittelbaren Anschluß erkrankte ein eigenes Kind an Varicellen. Noch typischer verlief ein anderer Fall. Er behandelte das Dienstmädchen einer befreundeten Familie an Herpes Zoster cervicalis, nach 12 Tagen erschienen die 16 bezw. 14 jährigen Söhne derselben Familie mit einem intercostalen bezw. sacrolumbalen Zoster. Um die gleiche Zeit erkrankte ein anderes Kind des Verf., das seit zwei Monaten nicht mehr die Kinderschule besucht hatte, aber sich täglich mehrere Stunden im Hause jener mit Zoster infizierten Familie aufhielt, an Varicellen. Die Beziehungen zwischen beiden Krankheiten in diesen Fällen können kaum auf Zufall beruhen, immerhin ist das letzte Wort über die Aetiologie des Zoster noch nicht gesprochen. Eine Uebertragung auf die Haut des Erkrankten oder anderer Menschen ergab negative, Uebertragung auf die Cornea von Versuchstieren nicht eindeutige Resultate. Versuche über die spezifische Wirkung unendlichen Materials auf das Nervensystem von Tieren sind noch unvollkommen. Großen Erfolg hatte in allen obigen Fällen die in Frankreich bereits viel geübte Eigenbluttherapie. Schon nach der ersten Injektion von 4—5 ccm Blut trat eine rasche Besserung ein, besonders verschwanden die heftigen neuralgischen Schmerzen nach einer mehrstündigen Steigerung. Drei Injektionen genügten meistens, um alle Symptome zur Heilung zu bringen.

Nr. 50, 14. Dezember 1925.

Lambliase und Cholecystitis. Pappalardo.
* Die präsymptomatische Phase der progressiven Paralyse. Pellacani.
* Die Möglichkeit der Benutzung des Blutkoagulums bei der Wassermann-Reaktion. Pfanner.

Die praesymptomatische Phase der progressiven Paralyse. Nach ausführlicher Schilderung des außerordentlich vielgestaltigen Bildes der Periode, die den typischen somatischen und psychischen Symptomen der Paralyse vorangeht, kommt Verf. zu dem Schluß, daß sie zu Unrecht als das praesymptomatische Stadium bezeichnet wird. Sie ist vielmehr als initiales Stadium der Paralyse aufzufassen. Die anatomisch-pathologischen Merkmale sind schon vorhanden, und so besteht ein ausgesprochen spezifisches Verhalten der humoralen Reaktionen besonders des Liquor, unabhängig von dem des Blutes. Die vier Typen der Reaktionen sind gerade in ihrer Gesamtheit fast spezifisch für die Paralyse: Lymphocytose ohne Polynukleäre, aber mit Plasmazellen, Hyperalbuminose mit Globulinen, intensive Wa R. auch mit minimalen Mengen Liquors und die paralytische Form der kolloidalen Reaktionen. Auch vom therapeutischen Standpunkt aus ist die Prognose ernst. Die jüngsten Hoffnungen der neuen Malariabehandlung knüpfen sich besonders an diese initialen paralytischen Formen. Das wirkliche präparalytische Stadium ist nach Verf. die meningeale Phase der cerebrospinalen Syphilis, in 10—15% der Vorläufer der späteren Parenchymerkrankungen, oft latent mit geringsten oder gar keinen Symptomen verlaufend, von jahre- und jahrzehntelanger Dauer, aber heilbar auch mit den gewöhnlichen Syphilismitteln, vorausgesetzt, daß sie entdeckt wird. Das Mittel dazu ist die Untersuchung des Liquors. So besteht Verf. auf der Wichtigkeit häufiger Liquoruntersuchungen auch bei anscheinend geheilten Syphilitikern mit negativer Wa R. des Blutes.

Die Möglichkeit der Benutzung des Blutkoagulums bei der Wassermann-Reaktion. Eine warme Empfehlung der im Falle ungenügender Serummengen von Dold kürzlich vorgeschlagenen Benutzung des Blutkoagulums zur WR. dem durch Zusatz eines gleichen Volumens physiologischer Lösung unter vorsichtigem Umrühren mit einem Glasstäbchen das in ihm enthaltene Serum entzogen wird. Die ½ Stunde bei 56° im Warmbad inaktivierte Flüssigkeit wird zentrifugiert. Verf. legt Wert darauf, bei nicht zu übermäßiger Geschwindigkeit 15 Minuten lang zu zentrifugieren. Seine Resultate stimmen mit denen der gewöhnlichen Serumuntersuchung weitgehend überein. Auch zu forensischen Zwecken kann das Verfahren von Nutzen sein.

Nr. 52, 28. Dezember 1925.

Beitrag zum Studium der Unterentwicklung. Galluppi.
Die Meltzer-Lyonsche Probe. Marcovich und Monti.

Nr. 52, 21. Dezember 1925.

Register.

Rontal.

Revue d'Orthopédie, Paris.

31, Heft 5, September 1924.

* Vererbte Coxa valga in Begleitung arthritischer und ossifikatorischer Störungen. Nové-Josserand.
Ueber den angeborenen knöchernen Schiefhals. Le Fort und Ingelrans.
Angeborener teilweiser Tibiadefekt, Gabelhand. Lagrot.
* Die Spitalprothese (Behelfsprothese). Grimault.

Vererbte Coxa valga in Begleitung arthritischer und ossifikatorischer Störungen. Der Verfasser beobachtete zwei Fälle dieser Erkrankung bei Vater und Sohn. Die Begleitumstände lassen ihm den Schluß gerechtfertigt erscheinen, daß gewisse angeborene Skelettanomalien die Grundlage geben könnten für Deformierungen, die man als Erscheinungen der Spätrachitis zu deuten gewöhnt war.

Die Spitalprothese. Der Zweck der Spitalprothese ist darin zu suchen, den Amputierten so rasch wie möglich den Vorteil einer mechanischen Behandlung zukommen zu lassen. Diese Behandlung besteht beim Beinamputierten im Gehen, beim Armamputierten im Heben von Gewichten. Sie läßt sich nur durchführen mit Hilfe von Prothesen. Dadurch werden sowohl die Atrophien der Stumpfmuskeln als auch die psychische Einstellung der Verletzten in jeder Hinsicht günstig beeinflußt. Mit Recht betont der Verfasser, daß man die drohenden Beschwerden einer Unfallneurose am besten dadurch bekämpft, dem Verstümmelten möglichst frühzeitig, ehe die depressive Phase einsetzen kann, die Bewegungsfreiheit in weitgehendem Umfange wiedergibt.

Da die Behelfsprothese nur vorübergehend Anwendung finden soll, muß sie einfach, leicht und billig gebaut werden. Es werden einige Typen kurz besprochen, die sich der Gipsmodelle als Fixierungshülse bedienen. Eine Anzahl von Abbildungen, die im Schlußheft (6) des Jahrgangs folgen, erläutern die lesenswerte Arbeit. Debrunner.

Journal of the American Medical Association, Chicago.

3. Oktober 1925.

Beginnender Hypothyreoidismus. W. H. Higgins.
Basedowsche Krankheit und vegetatives Nervensystem. H. T. Hyman und L. Kessel.
Heizungshygiene. T. Hubbard.
* Röntgenbehandlung des Bronchialasthmas und der chronischen Bronchitis. I. Gerber.
Physikalische Therapie. M. Fishbein.
Der Verdauungstraktus und die endokrinen Drüsen. B. C. Lockwood.
Typhusbazillenträger. S. W. Welch, S. A. Dehler und L. C. Havens.
Immunität bei Carcinom. F. C. Wood.
Epitheliome und die chronischen varikösen Geschwüre. L. C. Knox.
Der Hund als Krankheitsüberträger. M. Joannides und W. A. Riley.
Steine im Nierenbecken. Nichtoperative Entfernung mit Hilfe des Cystoskops. B. Lewis.

Röntgenbehandlung des Bronchialasthmas und der chronischen Bronchitis. Manche Fälle von Asthma bronchiale, die auf die verschiedensten Behandlungsverfahren hin unbeeinflußt geblieben waren, bei denen auch die desensibilisierende Behandlung gänzlich erfolglos war, konnten durch Röntgenbestrahlung in ganz auffallender Weise gebessert werden. Verfasser, der die an solchen Berichten reiche deutsche Literatur eingehend verwertet, hat die Bestrahlungen des Mediastinums mit der Milzbestrahlung kombiniert und mit dieser Methode sehr gute Ergebnisse erzielt. Auch bei der chronischen Bronchitis im Kindesalter hat er durch Bestrahlung des Mediastinums (ohne Milzbestrahlung) deutliche Besserungen erreicht.

10. Oktober 1925.

Dysfunktion der Hypophyse. C. H. Frazier und F. C. Grant.
Nachweis lokaler Kompression als Indikation zur Laminektomie bei akuter Verletzung des Rückenmarks. C. C. Coleman.
Diathermie bei Gelenkverletzungen. F. W. Ewerhardt.
* Das normale Sexualleben amerikanischer Frauen. R. L. Dickinson.
Chronisch vernarbende Perinephritis. V. J. O'Connor.
Harnrückfluß aus der Blase. D. N. Eisendrath, H. Katz und J. M. Glasser.
Röntgendiagnostik und Röntgentherapie der Thymushypertrophie. T. A. Groover, A. C. Christie, E. A. Merritt und F. O. Coe.
Bildung eines Tränensacks. R. A. Fenton.
Bildung eines Magengeschwürs auf der Basis lokaler Allergie. A. C. Ivy und P. F. Shapiro.
Samenblasen syphilitischer Patienten. E. R. Saleeby.

Das durchschnittliche Sexualleben amerikanischer Frauen. Auf keinem Gebiete der Physiologie herrschen mangels genauer Kenntnisse der normalen Verhältnisse so viele Vorurteile und falsche Anschauungen wie auf dem Gebiete des Sexuallebens; um diesem Zustande zu begegnen, wurde vom Verfasser in Zusammenarbeit mit einer Reihe für diese Fragen sich interessierender wissenschaftlicher Gesellschaften durch Rundfragen bei Studentinnen, bei verheirateten Frauen der gebildeten Stände, durch klinische Untersuchungen versucht, an einem großen Material einwandfreies Zahlenmaterial zu beschaffen. In der vorliegenden Arbeit handelt es sich im wesentlichen um die Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchungen, die durch Frl. K. B. Davis für das „Bureau of social Hygiene" vorgenommen wurden. Im Rahmen eines Referates lassen sich Einzelheiten nicht wiedergeben; Interessenten sei das Studium des Originals dringend empfohlen. Aus der Fülle der Tatsachen wird vom Verfasser selbst die aus den anonymen Antworten auf die versandten Fragebogen sich ergebende Häufigkeit der Onanie beim weiblichen Geschlecht hervorgehoben; die Zahlen geben dem Verfasser Veranlassung, den Autoerotismus der Frau, soweit er nicht im Uebermaß betrieben wird, als „normale Sexualerfahrung" zu bezeichnen; ferner ergibt sich die für die prophylaktische Erziehung bedeutsame Tatsache, daß in 42% der Fälle von Onanie der Beginn in die Zeit zwischen dem 5. und 11. Lebensjahr fällt, so daß die Aufklärung schon sehr frühzeitig einzusetzen hätte; die Behandlung mit Strafen erscheint bei einer als nahezu physiologisch zu bezeichnenden Unsitte nicht angebracht. Schädliche Folgen scheinen sich, jedenfalls für das subjektive Befinden der betreffenden Mädchen und Frauen nicht entwickelt zu haben. Auch für die Frage nach der normalen Beschaffenheit des Hymens und des Introitus vaginae werden interessante Tatsachen auf Grund eines sehr großen Materials angeführt.

Wolff, Hamburg.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XI, November 1925, Nr. 2.

Wert der „Leukocytenzerstörbarkeitsprobe" in der Prognose der Pneumonie. C. A. Pons und E. P. Ward.
Die Einrichtung des Stoffwechsellaboratoriums. W. H. Stoner.
Experimentelle und klinische Beobachtungen über Wirkung und therapeutische Anwendung der Aethylisopropylbarbitursäure. D. E. Jackson und L. A. Lurie.
Einwirkung der Hitze auf den als Wassermann-Antigen verwandten Herzextrakt. S. L. Leiboff.
Katalasewirkung der Mundschleimhaut. T. Sollmann und R. L. Howard.
* Potenzierung der Novocainlösungen. W. R. Meeker.
Wirkung der in Edgewood, Arsenal, Maryland üblichen Chlorbehandlung auf die Leukocyten. M. Allen.
Angabe eines Käfigs zum Zwecke der Stickstoff- und Ketonkörperstoffwechseluntersuchungen an kleinen Tieren. H. Levine und A. H. Smith.
Die Pharmakologie einiger Paraaminobenzolverbindungen. H. Mc. Guigan, S. J. Cohen, W. J. R. Heinekamp.
Anästhesierende Wirksamkeit, bestimmt durch konjunktivale Applikation des Mittels am Kaninchen. S. J. Cohen.
Standardisieuung der Lokalanästhetika mittels Applikation auf den Froschischiadicus. L. W. Schulz.
* Zeitliche Beziehungen zwischen Eintritt der Leitungsunterbrechung sensibler und motorischer Fasern eines Nerven durch verschiedene Lokalanästhetika, geprüft am Froschischiadicus. O. V. Pawlisch.
Gebrauch eines Saugapparates für blutende Kaninchen. C. M. Anderson.
Improvisierung einiger gewöhnlicher Laboratoriumsuntersuchungen. J. P. Quigley und W. C. Heath.
Ersatz für die Reibekugel zum Gebrauch der Blutdruckapparate nach Kolls und Erlanger. L. S. Kubie
Inokulation fester Stoffe bei Tieren. G. H. Hausmann.
Einfacher Vorschlag zur Beschleunigung der Filtration durch Berkefeldfilter. F. A. Stanbuck.
Trocknen und Reinigen der Injektionskanülen. W. M. Brunet.
Blutbild und Leukocyten bei Tuberkulose. G. B. Webb.

Potenzierung der Novocainlösungen. Der Verf. warnt auf Grund ausgedehnter experimenteller Untersuchungen (Frosch, Kaninchen, Mensch) davor, die tierexperimentellen Ergebnisse ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen. Bei der Wirksamkeitsbestimmung der Anästhetica sollte das Tierexperiment nur vorausgeschickt werden zur Orientierung über die toxische Allgemein- und Lokalwirkung des Mittels, während die anästhesierende Kraft am Menschen selbst geprüft werden muß. Um die Wirkung der Novocainlösung zu steigern, wurden ihr eine Reihe Substanzen zugesetzt. Praktische Bedeutung haben nur $NaHCO_3$ und $KHCO_3$. Diese Alkalien wirken hauptsächlich, indem sie das Gewebe für das Lokalanästhetikum leichter durchdringlich machen. Dabei ist zu beachten, daß Kaliumsalze selbst auch leichte anästhesierende Eigenschaften haben. Eine Novocain-Alkali-Karbonatlösung ist als Oberflächenanästhetikum der Schleimhäute dem Kokain fast gleichwertig, während zur Infiltrationsanästhesie die Novocain-Adrenalinlösung in jeder Beziehung die beste ist.

Zeitliche Beziehungen zwischen Eintritt der Leitungsunterbrechung sensibler und motorischer Fasern eines Nerven durch verschiedene Lokalanästhetiker, geprüft am Froschischiadicus. Bei allen gebräuchlichen Lokalanästheticis (Ausnahme: Apothesin) tritt die Leitungsunterbrechung zuerst in den sensiblen und dann in den motorischen Fasern ein. Die Ursache für die größere Resistenz der motorischen Bahnen ist nicht sicher bekannt. Auch Hitze und Austrocknung gegenüber sind die sensiblen Fasern empfindlicher als die motorischen.

Walter Goldstein, Berlin.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 1, 2. Juli 1925.

* Einige ungewöhnliche Fälle von akuter Appendicitis. Pavlo.
Prophylaxe und der allgemeine Praktiker. Wilinsky.

Einige ungewöhnliche Fälle von akuter Appendicitis. An der Hand von 7 Fällen wird ausgeführt, daß man bei pathologischen Zuständen im Abdomen, besonders wenn Symptome und die Anamnese des Falles nicht als bestimmte klinische Einheit imponieren, stets an den Appendix denken soll. Ist dieser ausgeschlossen, so kommen als nächste stille Ursache die Nieren in Frage. Hier darf man sich durch fehlenden Urinbefund nicht irreführen lassen, zumal da letzterer oft auch bei schweren pathologischen Nierenzuständen negativ ist. Lokaler Schmerz und Empfindlichkeit bei Nierenzuständen haben wenig Bedeutung und leiten oft irre.

Nr. 2, 9. Juli 1925.

Röntgendiagnose bei akzessorischen Nasensinus-Erkrankungen. Grier.

Nr. 3, 16. Juli 1925.

Indikationen für Chinidinsulfat bei Herzstörungen. Sprague.
* Aetiologie des Aborts. Macomber.

Aetiologie des Aborts. Ursachen können sein defektives Keimplasma von väterlicher oder mütterlicher Seite, mechanisch oder Folgen der Ernährung.

Nr. 4, 23. Juli 1925.

* Mißbrauch von Katharticis und Laxativen. Dewis.
* Die Vitalkapazität der Lungen mit Bezug auf die klinische Medizin. Arnett.
Gebrauch der Quarzlampe bei Psoriasis. Swartz.
* Palpation des Mastoids als physikalisches Zeichen bei der Diagnose der akuten Mastoiditis. Prenn.

Mißbrauch von Katharticis und Laxativen. Es ist gefährlich Kathartica bei akuten oder schmerzhaften Zuständen im Abdomen zu verschreiben; auch nicht vor Operationen; fehlerhaft, sie bei Konstipation zu geben.

Die Vitalkapazität der Lungen mit Bezug auf die klinische Medizin. Reduktion der Vitalkapazität findet man stets bei Herzdekompensation, partiell oder ganz infolge erhöhten Drucks in den Lungengefäßen. Dieser Reduktion entspricht in diesen Fällen auch die Dyspnoe. Bei der sogenannten neurozirkulatorischen Asthenie, dem Anstrengungssyndrom keine wesentliche Verminderung. Ein Standard für Gesunde ist bis jetzt nicht ermittelt. Namentlich spielt dabei das Alter eine größere Rolle als sonst bekannte andere Faktoren im Alter, wie Größe, Gewicht. Immerhin können auf diese Weise die geringen Veränderungen, die bei Herz- und Lungenerkrankungen auftreten, verdunkelt werden. Deshalb ist bei Herz- und Lungenkrankheiten im Beginn wenig von diesen Kapazitätsmessungen zu erwarten. Anders wenn die Messungen regelmäßig bei Gesunden vorgenommen werden und sie in krankem Zustand Abweichungen erweisen. Auch bei Leuten mit intrathorakalen Erkrankungen ergeben Abweichungen wertvolle Hinweise. Wenn bei Pneumonie nach der Krisis die Kapazität nicht rapid steigt, so ist das ein Zeichen einer Komplikation. Ebenso von Wert nach Empyemoperationen.

Palpation des Mastoids als physikalisches Zeichen bei der Diagnose der akuten Mastoiditis. Für gewöhnlich ist das Mastoid konisch, rauh; wenn ein Mittelohrabszeß in die Mastoidzellen tritt, so gibt es je nach Grad und Ausdehnung eine Ostitis und Periostitis und deren physikalisches Ergebnis: Verdickung, Abrundung und Glättung des Knochens, was einfach durch Palpation festzustellen ist.

Nr. 6, 6. August 1925.

* Hypertension und Langlebigkeit. Frost.
* Einfluß der Lage auf die Vitalkapazität und die Supplementärluft bei Gesunden und Kranken mit großer Milz. Hunter.
Chromaffiner Zelltumor des adrenalen Marks (Paragangliom). Zeckwer.
* Infektiöse Granulome von abszedierten Zähnen. Daland.
Typhusfieber. Dameshek.

Hypertension und Langlebigkeit. Die essentielle systolische Hypertension ist verbunden mit einer bestimmten Zunahme der Mortalität proportionell der Druckzunahme; die Mortalität ist besonders Folge der Entwicklung von Zirkulations- und Nierenerkrankungen. Prophylaxe in dieser Hinsicht ist besonders angezeigt, zumal da das heutige Leben immer schwieriger rationell zu gestalten ist; abnorme geistige Anstrengungen, die Außerachtlassung der Hygiene, das Mißverhältnis zwischen Ruhe, Arbeit und Erholung, all dies schädigt die Zirkulation. Hierauf sind die meisten essentiellen Fälle zurückzuführen.

Einfluß der Lage auf die Vitalkapazität und die Supplementärluft bei Gesunden und Kranken mit großer Milz. Bei normalen Personen ist nicht nur die Vitalkapazität, sondern im Verhältnis auch die Supplementär- und Residualluft größer im Sitzen, als im Liegen. Eine große Milz läßt wohl die Supplementärluft abnehmen, aber nicht notwendig die Vitalkapazität.

Infektiöse Granulome von abszedierten Zähnen. Apikale Abszesse können leicht mit Karzinom verwechselt werden.

Nr. 7, 13. August 1925.

Arzneimittel bei Herzkrankheiten. White.
Schwesternprobleme. Worcester.

Nr. 8, 20. August 1925.

* Klinische Spirographie. Mudd.

Klinische Spirographie. Der Atmungstyp bei Asthmatikern zeigt eine Verlängerung der Exspirationsphase; das Exspirations-Inspirationsverhältnis bei Bronchialasthma war 1,5:2,1; bei Normalen 1,3 : 1,5. Adrenalin erleichtert das Atmen bei Asthma; das Atemvolum ist beträchtlich vermehrt, das Exspirations-Inspirationsverhältnis vermindert. Jedoch war die Wirkung des Adrenalin in schweren Fällen weniger ausgesprochen als in leichten. Atropin ist weniger wirksam als Adrenalin. Sauerstoff ist von fraglichem Wert.

Nr. 9, 27. August 1925.

* Syphilis der Aorta und des Herzens. Smith.
* Dogmen hinsichtlich der Behandlung der Neurosyphilis. Solomon.
Syphilis und Schwangerschaft — pränatale Fürsorge. de Normandie.
Beobachtungen über kongenitale Syphilis. Sylvester.

Syphilis der Aorta und Herz. Salvarsan ist bei der Behandlung der cardiovasculären Syphilis wertvoll; Hg und J sind unerläßlich. Und zwar immer erst einige Wochen JK und Hg und nach eingehendem Studium des klinischen Bildes Salvarsan und die initiale Dose kleiner als gewöhnlich. Wenn ertragen, dann wiederholte Anwendung. As ist gefährlich und die Gefahr nimmt zu je nach der Größe der Dose und der Ausdehnung der Läsion. Gerade hier spielt Erfahrung und richtiges Urteil eine große Rolle, weil viele Faktoren zu berücksichtigen sind: Alter, Zustand der Nieren, Grad der Arteriosklerose, evtl. Dekompensation. In Fällen mit ausgesprochener Niereninsuffizienz mag Salvarsan sicherer sein als Hg. Man darf dabei nie vergessen, daß der Kranke ein geschädigtes Herz hat und daß die allgemeine Behandlung des Falles hinsichtlich Ruhe, Digitalis usw. für die Lebensdauer ebenso wichtig ist, wie die der Syphilis selbst. Gelegentlich kommen allerdings Fälle vor, wo die intensive Behandlung der Syphilis selbst mit As erstes Prinzip sein kann.

Dogmen hinsichtlich der Behandlung der Neurosyphilis. In jedem Fall von Neurosyphilis zunächst Untersuchung der Spinalflüssigkeit; das Zentralnervensystem wird gewöhnlich im Stadium der Generalisation affiziert, meist asymptomatisch, aber oft hier zuerst sich ankündigend. Oft lange vor aktiven Symptomen. Nun besteht keine Beziehung zwischen Blutwassermann und Befund der Cerebrospinalflüssigkeit, ersterer kann negativ sein, obgleich letzterer stark positiv ist. Der Blut-Wa. scheidet deshalb bei dieser Frage aus. Die verschiedenen Fälle der Neurosyphilis reagieren sehr verschieden auf die Behandlung. Die Meningealsyphilis im allgemeinen am günstigsten. Die tabische Neurosyphilis weniger günstig. Der paralytische Typ ist am wenigsten befriedigend. In Frage kommen bei der Behandlung: intravenöse und intramuskuläre Anwendung von Salvarsan und seiner Derivate; intraspinale, intracisternale und intraventrikuläre Seruminjektionen und Malaria und Rückfallfieber J, Hg und Bi sind dabei Adjuvantien. Dabei ist nicht zu vergessen, daß die klinische Besserung oft nur temporär ist, daß immer die Cerebrospinalflüssigkeit zu kontrollieren ist. Bessert sich diese dann wirkliche Besserung. Malaria und Rückfallfieber ist schonender und weist weniger Todesfälle auf.

Nr. 10, 3. September 1925.

Pocken in den Vereinigten Staaten und die Maßregeln dagegen. Draper.
• Wichtigkeit der Frühbehandlung der Tuberkulose. Joress.
Intermittierende ventrikuläre Fibrillation mit kompletter Heilung. Haines und Willius.

Wichtigkeit der Frühbehandlung der Tuberkulose. Keine andere schwere Krankheit ist so heilbar, wenn früh behandelt und so tödlich, wenn ihrem Fortschreiten nichts in den Weg gelegt wird. Dabei enorm teuer; die Staaten wenden dafür jährlich zwischen 300 Millionen und ½ Milliarde Dollar auf. Und gerade das wichtigste Lebensalter liefert die Todeskandidaten: zwischen 18 und 33. Da die wichtigste Phase die Frühbehandlung ist, trägt der allgemeine Praktiker die Hauptverantwortung. Und hier kommt dann im wesentlichen die Sanatoriumsbehandlung in Frage; dort sollte der Patient zuerst hinkommen nicht zuletzt. Dort empfängt er die richtige Behandlung und die Anweisung, wie er sein späteres Leben einzurichten hat. Besonders gefährlich ist der einfache Rat aufs Land zu gehen; dort werden die wichtigen hygienischen Vorschriften keineswegs so befolgt, wie es sein sollte; namentlich der Rat, möglichst viel Milch und Eier gibt oft Anlaß zu Indigestionen; auch der Ermüdungsfaktor spielt gewöhnlich eine recht schädliche Rolle. Bestenfalls sind die Resultate vorübergehende. Noch etwas anderes; ein tuberkulöser Prozeß strebt oft automatisch darnach, sich zu beruhigen und dies ist die unglücklichste Phase, denn hinter dieser scheinbaren Besserung besteht ein latentes Fortschreiten. Man nimmt an, daß von allen hospitalisierten Patienten mit Tuberkulose nur 3% das 15. Jahr überleben, nachdem sie das Sanatorium verlassen haben. Diese Statistik schließt allerdings alle Stadien der Krankheit ein. Grund: nicht genügend lange gründliche Behandlung. Oft Schuld des Laien, der eine Behandlung nicht für nötig hält.

Recht interessant ist der englische Bericht vom Frinley Sanatorium von 1904—1915. Von 3057 Patienten wurde die größere Mehrzahl als schlimmer entlassen und starb zur Hälfte innerhalb des ersten Jahres. 79% der männlichen Patienten und 89% der weiblichen, die im beginnenden Stadium aufgenommen wurden, überlebten 5 Jahre. Nach 10 Jahren waren noch 65 bezw. 85% da. Von den mäßig fortgeschrittenen Fällen bei der Aufnahme waren nach 5 Jahren noch 56% und nach 10 Jahren noch 38% am Leben bei den Männern; bei Frauen 67 und 49%. Von denen die als schlimmer entlassen wurden, waren 93% am Ende von 13 Jahren tot und 58% davon kamen im ersten Jahr nach der Entlassung vor.

Nr. 11 10. September 1925.

Jod beim Kropf. Lahey.
Beobachtungen bei 1000 Appendektomien. Field.
Endresultate bei Kompressionen der Spina. Rogers.
Dochez's Scharlachantitoxin. Thenebe.
• Gasbazillusinfektion bei perforiertem Magenulcus. Dayton.

Gasbazillusinfektion bei perforiertem Magenulcus. An der Hand eines Falles führt Verf. aus, daß Gasbazillen besonders Bac. Welchii, in Verbindung mit manchen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes beobachtet werden. Solange sie nicht zu Organen gelangen, die schon aus anderen Gründen Gewebsschädigungen aufweisen, verursachen sie keine Schädigung; ist dies aber der Fall, dann rufen sie die Symptome hervor, die für das betr. Organ typisch sind, z. B. können sie eine Gallensteinkolik vortäuschen bezw. hervorrufen. Durch die Gallenblase und die Leber gelangen sie nun in den Blutstrom, geben dort eine positive Blutkultur ohne Gassymptome zu zeitigen. Manche Stämme sind ja auch in großen Dosen nicht pathogen. Gelegentlich eröffnen nun Operationen an der Gallenblase neue Infektionswege und Gewebe mit reduzierten Abwehrverhältnissen, die ein Medium für ihr Gedeihen bilden. Invasion des Blutes durch intestinale Bazillen ist selten. Kann aber von Magen- oder Typhusulzerationen aus vorkommen, Metastasen mit Gasbildung veranlassen und schwere Toxämie. Die Anwesenheit großer Mengen von B. Welchii im Darm von perniziösen Anämikern legt nahe, daß auch geringe Toxinproduktion nicht unwesentlich ist, bes. die hämolytische Wirkung des Toxins. Bei Appendicitis kommen Gasbazillen gar nicht so selten vor, besonders beim gangränösen Appendix.

Nr. 12, 17. September 1925.

Häufigkeit der bilateralen Nierentuberkulose. Barney und Jones.
Thorakoplastik bei vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberkulose. Whittemore.
• Unvermeidliche Schädigung nach Kropf. Coller.
• Intestinale Obstruktion bei einem Kinde durch Mesenterialcyste mit Volvulus. Cutler und Merriam.

Unvermeidliche Schädigung nach Kropf. Der endemische Kropf besteht aus kolloiden und adenomatösen Elementen; im frühen Leben herrscht das erstere vor, nach 25 das letztere. Diese Veränderungen sind progressiv und konstant und zeitigen mit der Zeit Symptome. Hyperthyreoidismus durch endemischen Kropf findet man zunehmend vom letzten Teil der 3. bis zur 5. und 6. Dekade und zuletzt hat ihn ein Drittel der Fälle. Ausgesprochene cardiovasculäre Veränderungen treten auf in etwa ein Viertel der Fälle mit Hpyerthyreoidismus und in einigen Fällen mit normalem Stoffwechselbefund. Der endemische Kropf ist eine präcanceröse Läsion mit malignen Neigungen in etwa 3%. Er kann geringe mentale, aber immerhin störende Veränderungen hervorrufen und bei Psychopathen Abnormitäten mentaler Natur. Gerade wegen der progressiven Natur deshalb möglichst frühe Entfernung der adematösen Kröpfe zur Behinderung der großen Morbidität, besonders dann, wenn innere Mittel wirkungslos bleiben. Immer nach 25 anzuraten.

Intestinale Obstruktion bei einem Kinde durch Mesenterialcyste mit Volvulus. Beschreibung eines Falles, 3½ Monate alt, bei dem die Sektion eine große Mesenterialcyste von etwa 4 Zoll unter dem Duodenum ergab, vollkommenen Volvulus des Mesenteriums, Thrombose der mesenterialen Blutgefäße, Gangrän des Gastrointestinaltraktes vom Duodenum bis zum Rectum.

Nr. 13, 24. September 1925.

Echinococcuscyste der Milz. Boyd.

Nr. 14, 1. Oktober 1925.

• Urämie bei akuter glomerulärer Nephritis. Blackfan und Hamilton.

Urämie bei akuter glomerulärer Nephritis. Bei der akuten glomerulären Nephritis ist Urämie durch Kopfschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen, Delirium oder Koma und Krämpfe bei Kindern charakterisiert. Stets geht Steigen des arteriellen Drucks voraus mit sichtbarem aber nicht notwendig ausgesprochenem Oedem voraus; ein verläßliches Anzeichen für nahende Urämie. Intrakraniale Spannung durch Oedem ist wahrscheinlich die Ursache dieser Symptome. Diese Annahme wird bestätigt durch Autopsiebefunde und Besserung des Zustandes durch eine Behandlung, die die Abnahme des Oedems bezweckt. Die arterielle Hypertension ist wahrscheinlich das Resultat eines vermehrten intrakraniellen Drucks. Wirksam hat sich gezeigt die intravenöse Injektion einer 1%igen Magnesiumsulfatlösung mit hohen Dosen Salz per os und per Rectum. Wiederholung der Injektion alle 12—24 Stunden bis der Blutdruck sinkt, und die cerebralen Symptome nachlassen; mit Lumbalpunktion Vorsicht, wegen Gefahr der Incarceration des ödematösen Gehirns ins Foramen magnum. Hier ist der Ausdruck Urämie irreführend.

v. Schnizer.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

41, Nr. 3, September 1925.

Endoskopie des Abdomen, Abdominoskopie; vorläufige Mitteilung mit Zusammenstellung der Literatur und einer Beschreibung der Technik. Oskar E. Nadeau, B. S., M. D., F. A. C. S., und Otto F. Kampmeier, B. A., Ph. D., M. D., Chikago.
* Diabetes bei chirurgischen Patienten mit besonderer Berücksichtigung des Insulins. Louis Baumann, M. D., New York.
Weitere Beobachtungen über die Wirkung der duodenobiliaren Drainage an der freigelegten Gallenblase. Daniel I. Silvermann, M. D., und Leon J. Menville, M. D., New Orleans.
* Frakturen am unteren Radiusende. Ralph M. Carter, A. B., M. D., F. A. C. S., Green Bay Wisconsin.
Klinische und chirurgische Gesichtspunkte bei Nierenneubildungen. Abraham Hyman, M. D., F. A. C. S., New York.
Nichtkarzinomatöse Geschwülste des Magens. Karl A. Meyer, M. D., F. A. C. S., und William A. Brams, M. D., Chikago.
* Kongenitale Speichelfistel am Hals. Richard R. Smith, M. D., F. A. C. S., und William R. Torgerson, M. D., Grand Rapids (Michigan).
Syphilis in Beziehung zur Schwangerschaft. Joseph N. Nathanson, M. D., C. M., Ottawa (Ontario).
* Milzruptur, mit Bericht eines ungewöhnlichen Falles. Theron S. Jackson, M. D., Cleveland (Ohio).
Degeneration von Uterus-Fibromyomen. Lindon Seed, M. D., Rochester (Minnesota).
Weitere Erfahrungen über den Brustkrebs. Byron B. Davis, M. D., F. A. C. S., Omaha (Nebraska).
Ueber die bei 125 fortlaufenden Fällen von Kopfverletzungen angewandte Behandlung. J. Calvin Weaver, M. D., Atlanta (Georgia).

Diabetes bei chirurgischen Patienten mit besonderer Berücksichtigung des Insulin. Der diabetische Patient mit chirurgischen Komplikationen erfordert mehr medizinische Aufmerksamkeit als ein Patient ohne dieselben. Eine besondere Diätvorschrift wird sehr häufig nicht allein mit Rücksicht auf die Zusammensetzung, sondern auch unter Beobachtung des körperlichen Zustandes und der Verdauung vorgeschlagen. Das ist besonders an den Tagen, welche einer Operation folgen, wichtig oder bei Zutritt von Fieber. Die Insulin-Darreichung muß sehr häufig wegen der raschen Entwickelung von Hyperglycaemie und Acidose gewechselt werden und trotz allem ist nach einer Operation das Digitalis oft dazu angetan, die Zirkulation zu erhöhen, so daß auch in dem ausgeschiedenen Urin Aceton und Harnstoff oft in großer Menge mit abgeht. Verf. schildert an vier Stellen die gute Vorbereitung durch Insulin zur Operation. Die chirurgischen Komplikationen des Diabetes können in 2 Hauptgruppen eingeteilt werden:

1. Die mehr oder minder charakteristischen im Gefolge der Krankheit auftretenden Erscheinungen; dazu gehört der Karbunkel und die Gangrän.
2. Ausschließlich durch Unfall hervorgerufene Komplikationen.

Zahlreiche Tabellen, in denen die genaue Kontrolle der Insulin-Einheiten und des Zuckergehaltes im Urin und Blut zu erheben ist, vervollständigen die sehr lesenswerte und leichtverständliche Arbeit.

Frakturen am unteren Radiusende. Ueber Frakturen am unteren Speichenende berichtet Carter aus Wisconsin und er teilt die Spitzenverlängerungen des unteren Radiusendes in drei Gruppen ein:

1. Epiphysen-Lösung.
2. Inkomplette Frakturen oder Fissuren.
3. Komplette Frakturen.

Verf. will sich in vorliegender Arbeit nur mit Gruppe 3 befassen, wobei er zunächst den genauen Sitz der sogenannten typischen Radiusfraktur topographisch-anatomisch erklärt, und er kommt zu dem Schlusse, daß die Frakturen des unteren Radiusendes die häufigsten sind, mit denen der Praktiker zu rechnen hat und daß sie meistenteils nicht die Sorge erfahren, deren sie bedürfen, was zur Folge unbefriedigende Endresultate hat. Diese Endresultate können bei mehr Aufmerksamkeit während der Behandlung und nach der Behandlung wenigstens verbessert werden. Naturgemäß verlangt Verf. eine genaue Kenntnis der Anatomie und des Mechanismus; eine operative Behandlung ist im allgemeinen nur bei alten, schlecht behandelten oder ganz unbehandelten Fällen angebracht.

Kongenitale Speichelfistel am Hals. Ueber eine kongenitale Speichelfistel am Halse berichten Smith und Torgerson, denen es nicht möglich war, in der Fülle der Literatur der letzten zwanzig Jahre einen solchen Fall, wie den in ihrer Arbeit beschriebenen, zu finden. Der Patient, eine junge Frau von 18 Jahren, hatte den Fistelgang seit der Geburt ohne jede Infektion oder Schwellung. Thyroglossale Duktus werden gewöhnlich bei der Geburt geschlossen. Als weiterer Beweis für die Echtheit der Fistel wird die Geschichte der dauernden Sekretion angeführt, die auftrat, wenn die Patientin aß oder an Essen dachte. Zwei sehr gut gelungene Mikrophotographien vervollständigen diese Mitteilung, welche wohl eine der seltensten sein dürfte, die geschrieben worden sind.

Milzruptur, mit Bericht eines ungewöhnlichen Falles. Ueber Milzruptur und anschließend daran einen ungewöhnlichen Fall berichtet Jackson, Cleveland. Die genaue Krankengeschichte des berücksichtigten Falles läßt erkennen, daß besondere Umstände die Ungewöhnlichkeit des Falles hervorgerufen haben und es ist sehr bewundernswert, daß die Patientin am Leben geblieben ist; Verf. schreibt zum Schlusse, daß die immer operative Behandlung der Milzruptur nur zwischen zwei Gebieten liegt, nämlich entweder wendet man die Splenektomie an oder man versucht mit der Naht auszukommen. Eine bloße Tamponade ist unbedingt zu verwerfen.

Hofbauer (Berlin).

American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis.

* Perforierende Ovarialzysten (Sampson) mit Invasion der Blasenwand. Bericht über 2 Fälle. Keene.
Adenome endometritischen Ursprungs bei Laparotomienarben nach Incision des graviden Uterus. Heaney.
Adenomyom der Abdominalwand. Danforth.
Weitere Berichte über Syphilom der Vulva mit Bericht über einen neuen Fall. Stein.
Spontane intrauterine Amputationen. Latta.
* Heterotopisches oder disloziertes endometritisches Gewebe. Sampson.
Beziehungen zwischen den ektopischen Adenomyomen und der Funktion des Ovars. Graves.
Inversion des Uterus nach Geburt. Mason.
Adenomyosis uteri. Frankl.
Malignes Neoplasma des Ovars. Norris und Vogt.
* Pantopon-Scopolamin-Halbnarkose bei der Geburt. Carter.
Eine neue Erklärung für das Auftreten der Eklampsie in der Gravidität. Elwyn.
* Behandlung der Nabelschnur durch kurze Abbindung und Gebrauch einer Klemme. Dicks.
Ein Fall von Inguinalhernie, kompliziert durch Hernie des Ovars und der Tuben. Rowley.
Ein Fall von Uterus didelplis. Malcolm.
Eine neue Methode der Abdominalpalpation. Mc Cormick.
Spontanruptur eines Ovarialsarkoms. Koster.
* Ueberblick über die geburtshilfliche Klinik von Johns Hopkins Hospital im Jahre 1924 und ein Schema für rasche Katalogisierung. Stone und Sisson.

Perforierende Ovarialzysten (Sampson) mit Invasion der Blasenwand. Bericht über zwei Fälle. Verf. beschreibt zwei Fälle von endometritischer Zyste des Ovars, welche ein Beleg für die Lehre Sampsons sind. Es ist die Blasenwand dabei befallen, was sich zystoskopisch feststellen ließ. Es handelte sich um eine 40 jährige Nullipara, die in den letzten 3 Jahren verstärkte Periode, seit einem Jahre Dysmenorrhoe, sowie Schmerzen in der Blase mit Tenesmen hatte. Vaginale Untersuchung ergibt myomatösen Uterus von der Größe einer Dreimonatsgravidität. J. G. Clark machte supravaginale Amputation, Entfernung beider Ovarien und Appendektomie. Auch der zweite Fall zeigte in ähnlicher Weise Befallensein der Blase in sekundärer Weise, im Anschluß an endometritische Zyste des Ovars. Die Operation war erfolgreich, obwohl das erkrankte Stück Blasenwand nicht mit entfernt wurde.

Heterotopisches oder disloziertes endometritisches Gewebe. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Ebenso wie das endometritische Karzinom die Uteruswand befällt, so macht dies zuweilen das benigne endometritische Gewebe. Ebenso wie bei der Karzinomoperation kann der Operateur das Operationsfeld mit gutartigem endometritischem Gewebe infizieren. Wie Karzinom, befällt auch das endometritische

Gewebe die Lymphbahnen. Es scheint, daß die Invasion und Dissemination des benignen endometritischen Gewebes dieselben Kanüle benützt wie das Karzinom.

Pantopon - Scopolamin - Halbnarkose während der Geburt. Etwa 20 000 Frauen sterben jährlich in den U. S. A. im Kindbett, unzählige werden mehr oder weniger invalide. Jede Gebärende hat Anspruch auf Verbesserung dieser Zustände, ferner auch auf Linderung ihrer Schmerzen, aber dieses letztere Verlangen kann nur bei völliger Sicherheit für Mutter und Kind befriedigt werden. Hinsichtlich Scopolamin-Morphin- oder besser Scopolamin-Pantopon-Halbnarkose liegen Berichte über 75 000 Fälle vor, es ergibt sich, daß die Methode nicht nur unschädlich für Mutter und Kind ist, sondern sogar sehr vorteilhaft für beide. Krebs und Wilson (St. Louis) haben über die Serie des 2. Tausend berichtet unter Anwendung von Scopolamin-Morphin-Hyoscin. Wakefield hat mehrere tausend Fälle selbst geleitet, er betont aber, daß man fähig sein muß, sich mit dem einen Fall mehrere Stunden zu beschäftigen und die andere Arbeit beiseite zu lassen. Die Methode ist besonders angebracht bei Frauen, die infolge schwerer früherer Geburten in Furcht sind, ferner bei verlängerter Eröffnungsperiode oder wenn durch tiefe Schnittentbindung eine Narbe in der Zervix ist. Nervöse Erschöpfung ist eine der häufigsten Ursachen der Atonie. Aus etwa 200 Arbeiten geht hervor, daß die Methode die Kräfte der Gebärenden schont. Verf. verwendet Pantopon statt Morphin. Die toxische Dosis des Scopolamins verursacht Erweiterung der Pupillen, niederen Puls, Erniedrigung des Blutdrucks, Cheyne - Stokessches Atmen, Delirium mit Gesichts- und Gehörhalluzinationen. Verf. leitet den Dämmerschlaaf ein, wnen bei der I-para die Zervix zweifingerdurchlässig ist und die Wehen stark und regelmäßig sind (beim Krönig-Hauss-Opitzschen Dämmerschlaf geschieht die Einleitung, wenn die Zervix Fünfmarkstückgroß ist. Ref.), bei der Multipara, sobald die Wehen stark und regelmäßig sind. Die Patientin wird rasiert, gewaschen, mit sterilen Tüchern bedeckt. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, die Pat. während der Geburt im Bett zu halten. Zur Einleitung $\frac{1}{6}$ grain Pantopon (= 0,02 g) und $^{1}/_{200}$ grain Scopolamin = 0,0003 g zur Einleitung. 45 Minuten später ebenso viel Scopolamin, dann ebenso viel oder die Hälfte je nach der individuellen Empfindlichkeit und den Fortschritten der Geburt. Bei langsamerer Austreibung wird auch in größeren Intervallen injiziert. Wakefield schreibt anschaulich: Wenn die Pat. mit aufmerksamem Blick, wie ein erwachendes Kind, um sich sieht und sich bemüht, ihr Bewußtsein wieder zu erlangen, ist die Zeit für eine weitere Injektion gekommen. Verf. berichtet über 21 eigene Fälle, 18 davon erfolgreich. Bei 3 war die Geburt schon zu weit vorgeschritten. Bei einem Kind stiegen die Herztöne von 140 auf 190, als der Kopf das Perineum erreichte, Verf. machte sofort Zange. Er hat in diesem Fall 15 mal auskultiert. Es sei daran erinnert, daß die Amerikaner alle das selbsthaltende Kopfstethoskop, das in Deutschland von Sellheim empfohlen wurde, benutzen. Verf. nahm an, daß die Nabelschnur zu kurz sei, sie war in der Tat um den Hals geschlungen und mußte vor völliger Extraktion des Kindes durchschnitten werden. Für diejenigen, welche an eine größere Kindersterblichkeit durch den Dämmerschlaf glauben, gibt Verf. folgende Statistiken: 1919 Sterblichkeit der Kinder in den U. S. A. 8,6%, 1921 in New York 7,1%, in Johns Hopkins Univ.-Klinik 7%. Siemons-California hatte 5% in 1922, Chikago berichtet 8,9%, Opitz 3,75%, Polak in 1000 Fällen 7,6%. Alle diese Fälle ohne Dämmerschlaf oder sonstige Narkose entbunden. Dagegen bei Scopolamin - Morphindämmerung Polak 2,1%, van Hoosen 2,3%, Mosher 2,8%, Opitz 2,1%, Wakefield 1,7%, Gauss 1,7%. Das Kind macht keine verfrühten Inspirationsversuche im Uterus, daher aspiriert es keine Flüssigkeit, was die Hauptursache der Asphyxie ist. Verf. berichtet dann im einzelnen auch über einen in einem geräuschvollen Boardinghaus ausgeführten Fall.

Behandlung der Nabelschnur durch kurze Abbindung und Gebrauch einer Klemme. Die Infektionen des Nabels sind nicht so selten, es sollte darauf mehr geachtet werden. Allgemein übliche Methode. Die Nabelschnur wird 1—2 Zoll vom Abdomen entfernt ligiert, neuere Methoden bestehen in Benutzung einer Klemme und kurzer Ligierung. Wenn man die Autoren bis 1891 zurückverfolgt, findet man bessere Resultate bei Abschneiden auf 2—3 cm als auf 5—6 cm. Ahlfeld empfahl die Kürzung des Stumpfes so weit als irgend möglich. Verf. fand, daß bei langer, 10—12 Tage nicht abfallender Nabelschnur immer eine Infektion vorhanden war. Technik des Verf.: Nachdem die Umgebung der Nabelschnur sowie diese selbst mit schwacher Jodlösung bestrichen sind und nach Aufhören der Pulsation, legt er eine Martinezklemme in der Längsachse des Körpers so nahe wie möglich an die Haut. Die Branchen der Klemme sind langsam zu schließen, damit die Schnur nicht zerrissen wird. Darauf ein Alkoholläppchen einige Minuten zum Austrocknen. Darauf wird die ganze Stelle unter Einschluß der Klemme mit Gaze bedeckt. 24 Stunden später wird die Klemme entfernt und das periphere Nabelschnurstück abgetrennt oder man überläßt es dem Abfallen, das in einigen Tagen erfolgt. Das Kind wird mehrere Tage geölt und gewaschen, aber nicht gebadet, bis die Wunde völlig verheilt ist. Diese Klemme schützt vor Abrutschen einer Ligatur, und infolge des der Haut so nahen Abklemmens geschieht das Abfallen sehr rasch, so daß die Infektionsmöglichkeiten sehr reduziert sind.

Ueberblick über die geburtshilfliche Klinik von Johns Hopkins Hospital im Jahre 1924 und ein Schema für rasche Katalogisierung. Es wurden Karten nach den verschiedensten Gesichtspunkten angefertigt, z. B. Wochenüberblickskarte: Reife Geburten, operiert; Frühgeburten, spontan, Frühgeburten, operiert, Spontanaborte, operierte Aborte usw. Enge Becken, Typus, Behandlung, Ergebnisse, bezüglich Operation: Typus, Indikation, Ergebnis, Antepartum-Hämorrhagien: Diagnose, Behandlung, Resultat, Postpartumhämorrhagie nach den gleichen Gesichtspunkten. Aehnlich Ueberblick über die Einleitung der Fehlgeburten und Frühgeburten, wobei auffällt, daß die Pituitrin-Oel-Chinin-Methode mit 38 Fällen gegenüber Bougie: 18 Fälle und Ballon 7 Fälle, überwiegt. allerdings hatte sie nur in 79% der Fälle Erfolg.

Robert Kuhn (Baden-Baden).

American Journal of Diseases of Children.

30, 5, November 25.

* Aetiologie der chronischen Verdauungsstörung. Brown, Courtney, Davis und Mac Lachlan.
Tetanie als Ursache von Konvulsionen bei Keuchhusten. Powers.
Dyspepsie bei Brustkindern. Toverud.
Phosphatgehalt des Blutes bei Neugeborenen. Riesenfeld, Handelman und Rose.
* Intraperitoneale Transfusion von Citratblut. Sansby.
Urobilinausscheidung bei Kindern mit Anämie. Merritt.
Extreme Leukozytose bei Keuchhusten. Seitz.
Kohlehydratstoffwechsel beim normalen Kinde. Tisdall, Drake und Brown.
Craniotabes. Moore und Dennis.
Gummatöse Osteoperiostitis des Schädels bei kongenitaler Syphilis. Dunham.

Aetiologie der chronischen Verdauungsstörung. Das Vorherrschen der Bifidusflora beim Herterschen Infantilismus fanden Verfasser bestätigt. In den Stühlen wurden auffallend hohe Ammoniakwerte gefunden. Die aus dem Stuhl gezüchteten sporentragenden Bazillen sind stark proteolytisch wirksam, können aber bei der Weiterzüchtung ihre biologischen Eigenschaften ändern. Wurden Ratten mit solchen Kulturen gefüttert, so gediehen sie bei Milchnahrung nicht, während durch Zufuhr von saurer Milch die Wachstumsstörung behoben wird. Wird Streptococcus lacticus (Micrococcus ovalis) in Form einer Milchkultur verabreicht (z. B. Eiweißmilch), so überwiegen bald diese Bazillen in der Darmflora. Während die Bifidusgruppe sich als starker Ammoniakbildner zeigte, konnte eine solche beim Streptococcus lacticus nicht beobachtet werden.

Schiff.

Intraperitonale Transfusion von Zitratblut. Als Maßstab für die Knochenmarksfunktion gilt die Anzahl der Erythrozyten mit substancia reticulo-filamentosa. Diese sind bei erhöhter Tätigkeit vermehrt, bei verminderten Anforderungen herabgesetzt. Nach intravenöser Blutzufuhr fand Robertson eine erhebliche Abnahme dieser retikulären Erythrozyten. Dasselbe kann man beobachten, wenn man Kaninchen Zitratblut intraperitoneal zuführt. Die Wirkungsweise beider Arten von Blutübertragung ist also dieselbe.

Opitz, Berlin.

Buchbesprechungen.

Czerny u. Keller: **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** II. Band, I. Teil. Verlag F. Deuticke, Leipzig-Wien. Preis 18 Gm. — In rascher Folge ist auf den ersten Band, den ich früher referierte, nun die erste Abteilung des II. Bandes dieses Werkes erschienen. Sie umfaßt die Ernährungsstörungen im Kindesalter. Die Gliederung des Stoffes ist außerordentlich übersichtlich und didaktisch einprägsam vorgenommen, die Behandlung des Stoffs über jedes Lob erhaben. Ich wiederhole noch einmal, was ich schon bei der Besprechung des ersten Bandes sagte, daß dieses Werk nicht nur dem Spezialisten gilt, sondern daß es auch in die Bibliothek jedes Arztes notwendig gehört, der allgemeine Praxis treibt. Es ist ein Niederschlag reichster Erfahrung und tiefschürfender wissenschaftlicher Arbeit. Die zahlreichen Literaturhinweise machen es auch dem Forschenden zu einem wertvollen Rüstzeug.

Prof. A. Bickel (Berlin).

Dr. G. Fenner: **Tropenkrankheiten.** Verlag Dr. Willmar Schwabe, Leipzig, 1925. Verfasser macht den Versuch einer Darstellung der wichtigsten Tropenkrankheiten und ihrer Behandlung mittels der Homöopathie. Im Vorwort entschuldigt er sich, daß häufig „auf die sehr oft notwendige Behandlung durch erfahrene Aerzte hingewiesen werden muß“. Die Verantwortung, beispielsweise die Pest der Laienbehandlung zu empfehlen, möchte er nicht auf sich nehmen. Alsdann werden einige Symptome der Tropenkrankheiten, soweit sie der Laie verstehen kann, aufgezählt. Im Notfall, wenn kein Arzt vorhanden ist, soll der Laie behandeln (!), für den das Buch bestimmt zu sein scheint. Daß dieser ohne den Arzt gar nicht in der Lage ist, die Diagnose zu stellen, eine Tatsache, die das Buch überflüssig macht, stört nicht weiter. Was wird nun verordnet? In schweren Fällen von Erythema solare unter anderm Alkoholaufschläge und Cantharidentinktur (!), das Ulcus tropicum mit Echinacea, Silicea, Natr. sulfur., Arsen, Hydrastis und Silicea in homöopathischen Dosen, Jodoform sei zu vermeiden. Bei Malaria wird Chinin gegeben. Eine große Rolle spielen homöopathische Arsendosen bei fast allen Tropenkrankheiten, die Gefahr, durch zu kleine Arsendosen eine Festigung der Erreger zu erzielen, wird also heraufbeschworen. Wie anders als wohl sonst in Menschenköpfen..!

K. Heymann (Berlin).

Dr. med. et phil. Arthur Kronfeld: **Sexualpsychopathologie.** Franz Deuticke, 1925. Mit 44 Seiten Literaturverzeichnis 134 S. 3,60 M. — Eine sprachlich und sachlich ausgezeichnete, vielfältig mit einleuchtender Kritik ausgestattete Uebersicht über den modernen wissenschaftlichen Status Sexualpsychopathologie. Die Kapitelüberschriften sind: Geschlechtstrieb und Persönlichkeit (worin auch des Freudschen Libidobegriffes ausführlich gedacht wird), Die konstitutionellen Faktoren der Sexualität, Sexuelle Perversionen, Sexuelle Neurosen. Als Perversionen führt Kronfeld an: die Onanie, die gesteigerte Libido, den Exhibitionismus, den Sadismus, den Masochismus, die Homosexualität, den Narzismus und Transvestitismus, die Pädophilie, Gerontophilie, Zoophilie, den Fetischismus. Von den Sexualneurosen nennt Kronfeld die Zwangs- und die Angstzustände. Ich darf hinzufügen, daß alle Neurosen Perversionen und alle Perversionen Neurosen sind, und daß die von Kronfeld angeführten Perversionen zu den Zwangsneurosen gehören. Auch die Homosexualität, über deren „Wesen“ noch immer keine Klarheit herrscht, wie sich aus dem interessanten Abschnitt des bespr. Buches wiederum ergibt; bisher haben hier sämtliche Forscher übersehen, daß der Mann auch weibliche, das Weib auch männliche Genitalien hat und daß die „Präfunktion“ des einen oder des andern Systems (s. mein Werk „Die Entdeckung der Seele“) sich im sog. homosexuellen bezw. heterosexuellen Verhalten ausdrückt; der Wechsel in der Präfunktion ist physiologisch; die pathologische Homosexualität liegt dann vor, wenn die weiblichen Genitalsysteme des Mannes und die männlichen des Weibes „zurückgeblieben“ und bei der Pubertät auf dieser infantilen Entwicklungsstufe hypertrophiert sind.

Hans Lungwitz.

Die Heilkunde in der Geschichte und Kunst. Der im vorigen Jahre zum ersten Male erschienene, von Dr. med. O. Rosenthal, Berlin, bearbeitete Wand-Abreißkalender für Aerzte liegt uns im zweiten Jahrgange für 1926 vor. Der Kalender, der den Zweck hat, dem an wissenschaftlichen und künstlerischen Leben anteilnehmenden Arzt die Grenzgebiete der Heilkunde mit der Kunst und Kulturgeschichte in wohlgelungenen Reproduktionen vor Augen zu führen, erfüllt diese Aufgabe im vollen Maße. Die 157 gut ausgewählten und auf Kunstdruckpapier ausgezeichnet reproduzierten Blätter bieten immer wieder Anregung und Genuß, zumal der begleitende Text sich nicht wie beim ersten Jahrgange auf der Rückseite, sondern unter dem Bilde der Vorderseite befindet. Der Kalender ist bei der Idra-Verlangsanstalt G. m. b. H., Berlin-Britz, erschienen und im Buchhandel für 3,— M. ausschließlich Porto erhältlich.

Mitteilungen.

Im Anschluß an den Wiesbadener Kongreß für Innere Medizin findet vom 17.—19. April 1926 in Baden-Baden der Erste allgemeine ärztliche Kongreß für Psychotherapie statt.

Referate:

Psycho-Therapie u. Psychiatrie: Kehrer-Münster, Schilder-Wien.

Psycho-Therapie u. Innere Medizin: Hansen-Heidelberg, O. Schwarz-Wien, v. Weizsaecker-Heidelberg.

Psycho-Therapie u. Gynäkologie: A. Mayer-Tübingen, Walthard-Zürich i. Gemeinsch. mit Hans W. Maier-Zürich.

Psycho-Therapie u. Kinderheilkunde: Gött-Bonn, Husler-München.

Psycho-Therapie u. Psychologie u. Psychopathologie: Allers-Wien, Ranschburg-Budapest, Sommer-Gießen, Walter Jaensch-Frankfurt.

Psycho-Therapie, Kurpfuscherei, Kassenwesen: Grünthal-Berlin, Seif-München.

Ausbildungsfragen: Hahn-Baden-Baden, Kronfeld-Berlin, Simmel-Berlin, Stekel-Wien.

Unfall-Neurose: Eliasberg-München, Klaesi-Basel.

Leitsätze zu den Referaten ab 1. März gegen Voreinsendung einer Gebühr von 1,— M., sowie alle wissenschaftlichen Anfragen: Dr. med. et phil. Eliasberg, Nervenarzt, München-Großhesselohe. Anmeldung zur Teilnahme (Teilnehmergebühr 5,— M.) an: Dr. med. Benno Hahn, Nervenarzt, Baden-Baden, Maria Viktoriastr. 6.

Therapeutische Mitteilungen.

Zur Frage der internen Aknebehandlung.

Von Dr. med. Heinz Schmeidler, Berlin.
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Eins der undankbarsten Gebiete in der Dermatologie ist ohne Zweifel die Aknebehandlung. Trotz differenziertester Lokalbehandlung sind Rezidive nur allzu häufig. Zum Teil sind die schlechten therapeutischen Erfolge wohl darauf zurückzuführen, daß bei der Behandlung oft zu wenig Wert auf Beachtung begleitender — vielleicht sogar kausaler — interner Umstände gelegt wird. —

Der Zusammenhang zwischen Akne und Pubertät ist oft betont worden, ohne daß eine dementsprechende Organtherapie (Hoden- und Ovarialpräparate) bedeutende Besserung der Heilerfolge gebracht hätte.

Dagegen pflegen die Resultate, besonders in bezug auf Dauerheilung, erheblich günstiger auszufallen, wenn man begleitenden Störungen seitens des Magen-Darmtractus in der Therapie mehr Rechnung trägt. In einem sehr erheblichen Prozentsatz aller chronischen Fälle von Akne vulgaris, seborrhoica und acuminata findet man bei genauer Prüfung Anzeichen von hartnäckiger Obstipation, meist atonischer Art. Oft genug ist diese Obstipation eine larvierte, d. h. trotz täglicher Defäkation ist die Verweildauer der Kotmassen im Darm eine sehr hohe, wie die Kontrolle der Wismutbreipassage vor dem Röntgenschirm zu zeigen pflegt. Erst wenn diese Probe negativ verläuft, ist man berechtigt, intestinale Ursachen ausschließen zu können. Auf der anderen Seite findet sich bei Patienten mit hartnäckiger Akne oft eine, wenn auch geringe Erhöhung des Blutzuckerspiegels, ohne manifeste diabetische Symptome, was auf Stoffwechselstörungen hinweist. Damit findet die Theorie der endokrinen Aknegenese eine Stütze, wenn auch in anderer Hinsicht als bisher angenommen wurde.

Von diesen Erfahrungen aus ausgehend, legte ich das Schwergewicht der Aknebehandlung, neben einer milden Lokaltherapie, auf Beseitigung der internen Ursachen und erreichte damit, daß der Prozentsatz der Rezidive um mehr als 50% zurückging und Dauerheilungen bei 18—22 jährigen Personen beiderlei Geschlechts, die doch erfahrungsgemäß das stärkste Kontingent der Aknekranken stellen, durchaus die Regel, Rezidive dagegen die Ausnahme bildeten. Die Eigenart meiner Praxis brachte es mit sich, daß mir zu Beobachtungszwecken weibliche Personen zur Verfügung standen, die aus Gründen der Eitelkeit naturgemäß sehr unter den Entstellungen, die eine Akne des Gesichts und des Rückens mit sich bringt, litten und infolgedessen außerordentlich gewissenhaft in der Befolgung meiner Anordnungen waren, so daß mir die Durchführung einer rationellen Therapie wesentlich erleichtert war.

Neben entsprechender vegetabilischer oder kohlehydratarmer Diät leistete mir die Verwendung lebender Hefen gute Dienste, deren Fermente tonisierend auf die glatte Muskulatur des Darms wirken und somit einer atonischen Obstipation entgegenarbeiten. Ich gab zu diesem Zwecke dreimal täglich einen Teelöffel des Präparates Biozyme, das mir die Chemische Fabrik Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M., zur Verfügung gestellt hatte. Dieses Präparat besteht fast nur aus lebenden fermentreichen auf besonderen Nährsalzen gezüchteten Hefezellen. Zur Unterstützung dieser Fermenttherapie, ließ ich nach den Mahlzeiten dreimal täglich zwei Tabletten Pankreon-Rhenania nehmen, welche Kombination durchaus befriedigende Erfolge brachte. Auf der Suche nach einer Vereinfachung der Therapie, stieß ich auf das ebenfalls von der gleichen Firma hergestellte Fermocyl, das die beiden erwähnten Komponenten, lebende Hefen und Pankreasfermente, in sich vereinigt, und somit die medikamentöse Therapie wesentlich vereinfacht. Da dieses Präparat schon viele Jahre bei Diabetes gegeben wird und nach Angabe verschiedener Autoren bei leichteren und mittelschweren Fällen gute Erfolge zeitigte, kam mir der Gedanke, daß es doch wahrscheinlich bei Fällen mit erhöhtem Blutzuckerspiegel ebenso, wie auch bei Fällen mit Obstipation verwendbar sein müsse. Diese Vermutung wurde durch die Erfolge bestätigt. Seit langer Zeit behandle ich nun solche Fälle von hartnäckiger Akne, neben den entsprechenden Diätverordnungen, mit Gaben von dreimal täglich zwei Fermocyltabletten mit außerordentlich günstigem Resultate. Um ein klares Bild über den Wert der genannten Therapie zu erlangen, habe ich bei 30 Fällen, die mir zum Teil liebenswürdigerweise von einigen Kollegen überwiesen worden sind, in der ersten Woche des Monats November 1925, mit der erwähnten Behandlung begonnen und diese zum Teil bis zu acht Wochen durchgeführt. Von diesen 30 Patienten erwiesen sich nur vier in der Behandlung als refraktär. Ein besonders eklatanter Erfolg war die Behandlung eines 20 jährigen Berliner Mannequins, die eine derart empfindliche Epidermis hat, daß jede Lichttherapie kontraindiziert war. Auch monatelang durchgeführte Salbenbehandlung war erfolglos. Dagegen war schon nach dreiwöchentiger Fermocylbehandlung die Akne fast völlig geschwunden und hat sich auch bisher innerhalb zweier Monate kein Rezidiv gezeigt. Wer Gelegenheit hat zu sehen, wie gerade Frauen unter ihrer Akne zu leiden pflegen, wird diesen zwar nicht neuen, aber doch selten angewandten Weg zur Behandlung der Akne gern beschreiten. — Von einer Veröffentlichung der weiteren in meinem Besitz befindlichen Krankengeschichten nehme ich Abstand, weil sie sich inhaltlich mit den oben geschilderten Resultaten decken.

Zusammenfassung: Bei der Aetiologie der Akne spielen Verdauungsstörungen, insbesondere atonische Obstipationen und Erhöhungen des Blutzuckerspiegels, eine äußerst wichtige Rolle. Therapeutisch empfiehlt sich dementsprechend neben milder Lokalbehandlung und Diätregelung die Gabe von einer Kombination von Biocyme und Pankreon, oder einfacher, das beide Komponenten enthaltende Fermocyl.

Literatur:

Ginsburg: Fortschritte der Medizin 1916, Heft 19.
Arnheim: Therapie d. Gegenwart, Sept. 1916.
Bickel: Biochem. Zeitschrift 146, 5/6.
Hilferich: Zentralbl. f. inn. Medizin 1918, Nr. 4.
v. Noorden: Deutsche Praxis, 1901, Nr. 1.
Brugsch: Therapie d. Gegenwart 1907, Nr. 2.
Gigon: Zeitschr. f. Klin. Medizin 1907 Bd. 3.
Buttersack: Berl. Klin. Wochenschr. 1921, Nr. 24 u. a. m.

Arzneischaum-Therapie bei Hyperacidität.

In letzter Zeit hatte ich wiederholt Gelegenheit, Uebersäuerungszustände des Magens mit einem Präparat zu behandeln, das, auf Schaumkörpertherapie beruhend, einen neuen Gesichtspunkt in die Therapie dieser vielverbreiteten Krankheitserscheinung bringt.

Die Erfolge sind derart erfreulich, daß es mir Pflicht erscheint, sie einer breiten Oeffentlichkeit mit der Anregung bekannt zu geben, meine Ergebnisse nachzuprüfen.

In „Otreon"*) werden durch einen mit Eigenbewegung ausgestatteten Schaum Alkali und Alkaloide in feinster Dispersion und größter Oberflächenwirkung in Kontakt mit der sauren Magenschleimhaut gebracht, wodurch sie ihre optimale Wirkung entfalten. Die säuretilgenden, sekretionsvermindernden und analgesierenden Eigenschaften des Schaumkörpers werden durch die Papaverinkomponente in wirksamer Weise unterstützt.

Die Wirksamkeit des „Otreon" konnte ich bei konstitutionellem Hängemagen, anämisch übersäuertem Magen und Ulcerationen auf angioneurotischer Basis objektiv mit bestem Erfolg feststellen und zwar sowohl in prophylaktischer, wie symptomatischer Beziehung.

Frau Pf., 57 Jahre alt, schwachknochig, schmaler Habitus, anämisch, lokalisierte Druckschmerzen, gesteigert nach vollem Magen. Ptotischer Magen. Klinisch und röntgenologisch Ulcerationen an der kleinen Curvatur. Nach Ulcus-Diät und Darreichung von 3×3, später 2×3 Tabletten Otreon nach dem Essen Schmerzen bald gebessert, später behoben.

Frl. Fn., 17 Jahre alt, anämisch, 60% Hgb. Bei leerem Magen im ganzen Bereich desselben Schmerzen, die sich nach Nahrungsaufnahme bessern. Spastische Obstipation infolge Uebersäuerung. Auf Verabfolgung von 3×2 Tabletten täglich, Speiseordnung, Vermeidung von Uebersäuerung der Kost, Beseitigung der Uebersäuerung und spastischen Obstipation in Bälde.

G. L., 57 Jahre alt, ektatischer Magen infolge von Pylorus-Stenose nach ausgeheiltem Pylorusulcus, zeigt starke Uebersäuerung. Succurrhoe, öfter kopiöses Erbrechen. 3×3 Tabletten Otreon täglich auf leeren Magen vor dem Essen, bessern wesentlich.

Weitere Fälle von Hyperacidität und spastischer Obstipation als Begleiterscheinung wurden durch „Otreon" in Verbindung mit anacider Diät wesentlich gebessert. Die Darreichung der Tabletten vor oder nach dem Essen richtet sich nach den Beschwerden, die beim Ulcus sich durch Nahrungsaufnahme steigern, bei unkomplizierter Hyperacidität (ohne Ulcus) jedoch bei leerem Magen auftreten.

Nach den vorliegenden Erfahrungen bedeutet „Otreon" eine wertvolle Bereicherung der bei den erwähnten Krankheitsbildern geübten Medikation.

Sanitätsrat Dr. Otto Günther, München.

---

*) Otreon kommt in Packungen von 40 Tabletten zu 0,25 durch das Luitpold-Werk, München, in den Handel.

Therapeutische Notizen.

Septamid-Streupulver.

Streupulver mit 10% Septamid. Septamid ist Chloramin-Magnesium (p-Toluolsulfonchloramid-Magnesium). Von dem als starkes, praktisch ungiftiges Antiseptikum und Desodorans bekannten Chloramin-Heyden (p-Toluolsulfonchloramid-Natrium) unterscheidet sich das Magnesiumsalz durch seine schwerere und langsamere Löslichkeit. Septamid wirkt wie Chloramin-Heyden durch nascierenden Sauerstoff. Daneben geht eine langsame kontinuierliche Abspaltung von geringen Mengen Chlor einher. Die antiseptische Wirkung des Septamid entspricht der des Chloramin-Heyden. Septamid ist daher ganz besonders geeignet für solche Fälle, in denen eine langsame, aber lange anhaltende Abspaltung der wirksamen Agentien erwünscht ist und eignet sich daher besonders zur Trockenbehandlung in Form eines Streupulvers. Septamid-Streupulver ist leicht und unaufdringlich parfümiert. Es findet Verwendung zur Behandlung von Wunden, Abszessen, Ulcerationen, bewährt sich bei chronischen Mittelohreiterungen und hat sich bei Hyperhidrosis in Form von allgemeinen Einpuderungen des Körpers wie auch zum Einstreuen in die Fußbekleidung recht brauchbar erwiesen. Günstig lauten auch die Urteile über seine Verwendung zur Trockenbehandlung des Fluor albus. — Packungen: Streudosen mit 50 g Inhalt, Beutel (zum Nachfüllen) mit 50 g Inhalt. — Herstellerin: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

Calorose.

Die Beobachtungen Kafflers über gute Wirkung intravenöser Calorose-Infusionen bei Parenchymschädigung der Leber (Hepatose) werden durch Jacoby aus dem Städtischen Krankenhause Berlin-Wilmersdorf bestätigt (D. m. W. 1926, Nr. 2). Er behandelte mehrere Fälle von Leberinsuffizienz und Ikterus mit Calorose-Infusionen, teils allein, teils — bei schwererem Krankheitszustand — in Kombination mit Insulin und berichtet über gute Heilerfolge. Es ergaben sich nicht etwa nur vorübergehende Beeinflussungen des Krankheitszustands; vielmehr wurden die Schädigungen tatsächlich repariert. Calorose ist — wenigstens bei nicht zu intensiver Leberschädigung — nicht bloß ein symptomatisches Linderungsmittel, sondern ein wahres Heilmittel und kann zur Anwendung nur dringend empfohlen werden, zumal es öfters das gefährdete Leben zu retten vermag.

Bismogenol.

An der Prager Dermatologischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. Šamberger) wurden die französischen Wismutpräparate 1922/23 durch das deutsche Bismogenol (Tosse) verdrängt. Letzteres erwies sich als ebenso wirksam, doch weit weniger giftig. So berichtet Kolliner im Prakt. Arzt 1926, Nr. 3. Auszüge von Krankengeschichten veranschaulichen die treffliche Heilung von Syphilitikern durch Bismogenol bei Nichtauftreten von Nebenwirkungen. Auf Grund der Erfahrungen in Klinik und Praxis urteilt Verf.: „Die in allen Stadien der Syphilis gleichmäßig gute Heilwirkung des Bismogenol, im Verein mit seiner Verträglichkeit und bequemen Anwendungsweise, machen das Bismogenol zu einem für jeden Praktiker in Stadt und Land empfehlenswerten Syphilisheilmittel."

Strontisal.

Die Wirkung der Salicylsäure wird durch Kombination mit Strontium, wie solche im Strontisal (Marienfelde) vorliegt, wesentlich verstärkt. Nach Kayser (M. Kl. 1925, Nr. 5) ist der therapeutische Effekt des Strontisal demjenigen der Salicylsäure und anderer Medikamente überlegen. Man wendet Strontisal bei allen rheumatischen, gichtischen und neuralgischen Erkrankungen mit Erfolg an. In leichten Fällen genügt die perorale Darreichung der Tabletten, bei schweren Zuständen treten intravenöse Injektionen hinzu. Ihr schmerzstillender und heilender Effekt ist ausgezeichnet.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

LIBRAR
RECEIVED
APR 21 1926
U. S. Department of Agricult

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 5 BERLIN, DEN 15. MAERZ 1926 44. JAHRGANG

Bei allen Erkältungskrankheiten, Neuralgien, Pneumonie, Grippe, Dysmenorrhoe:

Gelonida antineuralgica,

deren Bestandteile
(Cod. ph. 0,01 Phenac.-Acetylsalic āā 0,25)
nach der Professor Treupelschen Kombinationstheorie den Krankheitsherd gleichzeitig von mehreren Seiten angreifen, um die Wirkungen der einzelnen Komponenten zu potenzieren, nicht nur zu kumulieren

Rp.: 1 Originalschachtel zu 10 oder 20 Stück, Klinikpackung 100 Stück
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Zur Behandlung der
Herzneurosen
(„Herzschmerzen“ alle Formen der Gefässkrämpfe, Herzmuskelstörungen, Angina pektoris, Coronarsklerose):

Corydalon

fast spezifisch wirkendes Kombinationspräparat nach Prof. Dr. G. Treupel
(Extr. Belladonnae 0,01, Phenacetin 0,3, Coffein-Natriumbenzoat 0,2, der Gehalt an Coffein pur. = 0,09.)

Dauerwirkung ohne unerwünschte Nebenwirkungen
Schmerzstillend, krampflösend und gefässerweiternd

Bei Coronarsklerose mit 3× täglich 1 Tablette beginnen, dann 3× täglich 2 Tabletten so lange, bis die Krampfbereitschaft dauernd beseitigt ist. Jn sonstigen Fällen wird gewöhnlich 3× täglich 1 Tablette ausreichen. Bei Erregungszuständen, die mit Schlaflosigkeit einhergehen, lasse man wegen der Coffeinkomponente die letzte Tagesdosis mehrere Stunden vor dem Schlafengehen nehmen.

Rp. 1 Originalschachtel 20 Stück zu 0,5 — Klinikpackung zu 250 Stück.
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos.
Von vielen Krankenkassen zugelassen.

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Herr Doktor!

Sind Sie reich genug,
um zu Fuß gehen zu können?
Zeit ist Geld!

DER KLEINE Pluto

Fabrikat der Automobilfabrik Zella-Mehlis
(vorm. Ehrhardt-Werke)

ist sparsam und billig im Gebrauch,
kommt schnell und leicht auf Touren,
ist sehr wendig, daher für den Stadtverkehr
ebenso geeignet, wie für Fahrten über Land.

Grösste Stabilität!

Sieger 1924-25 in über 50 Autorennen

Der kleine Pluto 4/24 PS
wird in folgender fabrikmässiger Ausführung geliefert:

1. Sport- oder Touren-Zweisitzer	4 400.- Mk.
2. Viersitzer-Phaeton	5 500.- „
3. Stadt-Coupee, Zweisitzer	5 350.- „
4. Cabriolett, zweisitzig	6 650.- „
5. Innensteuer-Limousine, viersitzig	6 000.- „
6. Lieferwagen, 350 kg Tragfähigkeit	4 900.- „
7. Droschke, 5/28 PS n. pol. Vorschrift	7 800.- „

mit Licht, Anlasser, Ballonbereifung 5 fach.,
Vierradbremse auf Wunsch.

Die Leser der „Fortschritte der Medizin" erhalten auf diese Originalpreise einen Nachlass von 5 Proz.

Anfragen sind zu richten unter Bezugnahme auf dieses Blatt an

Nordflug Automobil u. Flugzeugwerke A.-G.
Berlin W 35, Flottwellstr. 2
Telefon: Kurfürst 5465

Ausstellung:
Berlin-Charlottenburg
Bismarckstr. 97

Wir machen noch besonders auf die heutige redaktionelle Mitteilung über den kleinen Pluto aufmerksam.

Zwei wichtige Präparate:

Salluen
das **neuartige** Antilueticum

Adsorptionsverbindung von Wismut und Arsen für alle Stadien der Lues. Intravenös und intramuskulär anwendbar. Schachteln zu 1, 16 und 50 Ampullen

*

Aurolumbal
das **bewährte** Goldsol zur Liquordiagnostik

Gebrauchsfertige Lösung von stets gleicher Beschaffenheit und speziell für Liquor abgestimmten Wirkungsgrades. Flaschen zu $^1/_3$, 1 und 2 Liter

*

Literatur u. Proben kostenlos

Imhausen & Co., Chem. Fabrik
Witten-Ruhr

Asthma-Felsol

bei allen grossen Krankenkassen-Verbänden zugelassen

Neueste Referate:

„Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde", Bd. VI, Heft 9 (1925).
„Neue Arzneimittel, ihre Zusammensetzung, Wirkung und Anwendung", dritte verbesserte Auflage (Berlin und Leipzig) 1925, von Professor Dr. med. C. Bachem, Dozent der Pharmakologie an der Universität zu Bonn.

Literatur und Proben gratis
durch die

Roland-Aktien-Gesellschaft / Essen
Chemisch-Pharmazeutische Fabrik :: Holsterhauser Str. Nr. 53

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. Schlapper, Chefarzt der Brehmerschen Heilanstalten: Die Chemotherapie der Lungentuberkulose 183

Aus der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Allerheiligen zu Breslau. (Primärarzt Prof. Dr. Ercklentz.)

Dr. Ulrich Steinberg: Ueber das Ulcus ventriculi und duodeni, zugleich ein Beitrag zur Gerhardtschen Argentum-nitricum-Therapie 185

Aus dem Viktoria-Luise-Haus (Säuglings- und Kleinkinderkrankenhaus) Braunschweig.

Dr. A. Reiche, Leiter der Anstalt: Bluttransfusionen im Kindesalter 188

Dr. Birkholz, Annaberg i. Erzgeb.: Weshalb soll die chirurgische Ausschälung der Gaumenmandeln nie ambulant vorgenommen werden? 191

(Landesanstalt Arnsdorf i. Sa. Direktor: Obermedizinalrat Dr. Schlegel.)

Dr. Carl Schneider: Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Encephalitis epidemica . . . 193

Dr. Erich David, Kiel: Ueber die Pathogenese des Morphinismus und des manisch-melancholischen Irreseins, sowie über die Therapie beider Erkrankungen 198

Dr. J. Frankfurter: Die Verantwortlichkeit der Krankenanstalten 200

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 2, 3 201
Medizinische Klinik 1926, Nr. 2 u. 3 202
Münchener Medizin. Wochenschrift 1926, Nr. 2, 3 . . 203
Wiener klin. Wochenschrift 1925 Nr. 51, 52, 1926 Nr. 1, 2 203
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1925, Nr. 24 . . 204
Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie, 1925, **110,** Heft 3-4, 1926 110, Heft 5-6 204
Reichsgesundheitsblatt 1926, **1,** Nr. 1 204
Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten 1925, **105,** Heft 2, 3-4 205
Zeitschrift für Tuberkulose, **44,** Heft 2 u. 3 205
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1925, **62,** Heft 5 206
Archiv für Verdauungskrankheiten 1925, **36,** Heft 3-4 207
Archiv für Kinderheilkunde 1925, **77,** Heft 1-2 . . . 207
Journal of Infectious Diseases 1926, **38,** Nr. 1 . . . 207
Zeitschrift f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie, **99,** Heft 5 208
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1926, **89,** Heft 4-6 208
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, **76,** Heft 2 208
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, **34,** Heft 1-2 209
Zeitschrift für Augenheilkunde 1925 210
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1925 . . 210
Zeitschrift für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde 1926, **13,** Heft 3 211
Zeitschrift für Urologie 1926, **20,** Heft 1 213
Dermatologische Wochenschrift, 1925 Nr. 52, 1926 Nr. 1, 2 213
Schweiz. Med. Wochenschrift Nr. 2 214
Revue medic. de la Suisse Romande 1925, **45,** Nr. 13 215
Finska Läkaresällskapets Handlingar 1926, **68** . . . 215
British Medical Journal 1925 215
La Riforma medica 1926, Nr. 1-4 216
Il Policlinico Sez. med. 1925, Nr. 11, 12 217
Revue d'Orthopédie, Paris 1925, **32,** Heft 2 217
Revue neurologique 1926, Nr. 1 218
Annales des Maladies vénériennes 1925, Nr. 11 . . . 218
Bull. de la soc. Franc. de Dermatologie et de Syphiligraphie 1925, Nr. 6 219
Journal of the American Medical Association, Chicago 1925 220

Buchbesprechungen 222

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. G. Zickgraf, Bremerhaven: Ueber anorganische Reiztherapie bei der Tuberkulose . . . 223
Dr. v. Lebinski, Breslau: Erfahrungen mit Cardiazol-Knoll 225
Dr med. Schede, Kinderarzt in Nordhausen, leitender Arzt des Säuglingsheims des Vaterländischen Frauenvereins zu Nordhausen: Desitin-Salbe (Wund- und Brandsalbe) in der Kinderheilkunde . 225
Dr. med. Planer, Berlin: Ein neues Grippemittel 226

BESONDERE BEILAGEN:

Der Firma **KNOLL A.-G.,** Ludwigshafen a Rh., über **„BROMURAL“.**

Der Firma **Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft,** Radebeul - Dresden, über **„SALIT“** und **„COFFETYLIN“.**

IMPOTENZ

Muiracithin ist eine Kombination des bekannten Nerventonikums Lecithin mit dem nervenanregenden Extrakte der Muira puama (Brasilien), deren die Sexualsphäre anregende und auf den Gesamtorganismus als Stimulans wirkende Eigenschaft bei den Eingeborenen von altersher geschätzt wurde. Muiracithin ist vorwiegend indiziert bei nervösen Depressionszuständen, besonders der Sexualsphäre, bei beiden Geschlechtern.

Pharmakologisch ist Muiracithin geprüft worden von Prof. Nevinny, Innsbruck, klinisch u. a. von: Geheimrat Professor Dr. A. Eulenburg, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Posner, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Senator und Dr. Popper, Berlin / Professor Dr. Redlich, Wien / Dr. L. Steinsberg, Franzensbad / Professor Dr. Rabow, Lausanne / Professor Dr. Kolomoizew, Kasan.

Muiracithin wird in steigenden Dosen ordiniert, dreimal täglich 3—4 Pillen. Originalflacons zu 50 und 100 Pillen in allen Apotheken.

Muiracithin

Versuchsmengen u. Literatur kostenlos.

SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin-Friedenau.

KÜNSTLICHE
HÖHEN
SONNE
„ORIGINAL HANAU"

Ultraviolett-Bestrahlungen
mit der Quarzlampe
„Künstliche Höhensonne" — **Original Hanau**

Unsere Fabrikmarke „Original Hanau" verbürgt höchste technische Leistung und sichere therapeutische Erfolge, die durch bis jetzt über 1400 Publikationen und zahlreiche Lehrbücher belegt sind.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Gleichstrom nur G.-M. 165.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Wechselstrom nur G.-M. 385 —, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Gleichstrom nur G-M. 190.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Wechselstrom nur G.-M. 410 —, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bequeme Ratenzahlung nur innerhalb Deutschlands.

Verlangen Sie unseren neuen Hauptprospekt nebst neuen Preisblättern // Bitte nennen Sie Stromart und Spannung.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839.

STOVARSOL
(Acetyl-oxy-amino-phenyl-arsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues
(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Spezificum gegen Amoebendysenterie

Weitere Indikationen: Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen
Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0.25 und mit 28 Tabletten à 0.25, Klinikpackung mit 100 gr in Tabletten à 0.25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: **Theodor Traulsen, Hamburg 36,** Kaufmannshaus. Tel.-Adr.: „Stovarsol" Hamburg.

Levurinose „Blaes"
das altbewährte **Dauerhefe**-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.
Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.
Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.
Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.
Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 5 15. MAERZ 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Die Chemotherapie der Lungentuberkulose.

Von
Dr. SCHLAPPER,
Chefarzt der Brehmerschen Heilanstalten.

Die Chemotherapie der Lungentuberkulose ging ursprünglich von dem Gedanken aus, durch ein oral oder per injectionem zu gebendes Medikament die Tuberkelbazillen im Organismus unschädlich zu machen, analog dem Neosalvarsan bei der Lues, dem Chinin bei der Malaria. Der Gedanke ist — theoretisch genommen — so bestechend, daß er schon seit der Zeit die ärztliche Gedankenwelt beherrscht hat, seit der man überhaupt von einer planmäßigen Therapie der Tuberkulose reden kann.

Die anatomisch-pathologische Forschung zerstörte aber sehr bald den oben geschilderten Traum. Man konnte nachweisen, daß das tuberkulöse Granulationsgewebe nahezu völlig frei von Gefäßen ist. Wie soll dann ein Medikament in wirksamer Dosis an einen Krankheitsherd gelangen, wenn keine Gefäße vorhanden sind und der Krankheitserreger in praxi an den Krankheitsherd gebunden ist?

Man konnte zwar in vitro nachweisen, daß die Tuberkelbazillen durch Zusatz verschiedener, unten noch näher zu behandelnder chemischer Mittel in ihrem Wachstum gehindert werden, aber der alte Traum einer Chemotherapie im wahren Sinne des Wortes mußte fallen gelassen werden.

Wir müssen heute als allgemein anerkannt betonen, daß die vielen, vielen Mittel, mit denen die chemische Industrie besonders in letzter Zeit den Markt überschwemmt, letzten Endes nichts anderes erreichen können als eine Unterstützung der Vernarbung der Krankheitsherde.

Wir müssen uns aber darüber klar werden, daß letzten Endes jede Therapie der Lungentuberkulose, sei sie hygienisch-diätetisch, spezifisch oder operativ, als ihr Endziel die Vernarbung der Krankheitsherde zu erreichen sucht. Insofern wäre es natürlich verkehrt, den Mitteln, die ich jetzt des Näheren besprechen möchte, ihre Wirksamkeit abzusprechen, aber eine Chemotherapie im eigentlichen Sinne stellen sie alle nicht dar. Inwieweit und ob das Sanocrysin davon eine Ausnahme macht, werde ich am Schluß näher erörtern.

Das älteste und am meisten bekannte hierher gehörige Medikament ist das Kreosot, welches bereits 1830 verordnet wurde. Die ersten Kreosotpräparate wurden aus Steinkohlenteer hergestellt und hatten häufig Vergiftungserscheinungen zur Folge, bis man dazu überging, Kreosot aus Buchenholz zu gewinnen.

Ueber den therapeutischen Wert des Kreosots und seiner Ersatzpräparate (Guajakol, Kreosotan u. a.) gehen die Meinungen sehr weit auseinander, im allgemeinen kann man aber sagen, daß die Anhängerzahl in stetem Abnehmen begriffen ist. Wenn man auch dem Kreosot eine gewisse günstige Wirkung auf Gärungen im Magen-Darmkanal und Begleitbronchitiden nicht absprechen kann, scheitert die Darreichung meist an der schlechten Bekömmlichkeit. Die dem Kreosot nachgerühmte Steigerung des Appetits habe ich nicht in einem einzigen Falle beobachten können, vielmehr erlebte ich nach Kreosot-Lebertran u. a. wegen des Geschmacks und Geruchs sehr häufig Erbrechen und Widerwillen auch gegen andere Speisen. Die angenehmste Form der Darreichung wird durch das Rezept von Penzoldt gewährt: Kreosot 15, Tinct. Gent. 30, Spirit. vin. rect. 250, vin Xerens. ad. 1000 M. D. S., dreimal täglich 1 Eßlöffel.

Weiterhin ist sehr zu beachten, daß für alle Kreosotpräparate Nierenaffektionen eine absolute Kontraindikation darstellen und auch bei gesunder Niere der Urin dauernd kontrolliert werden muß.

Mit wenig Worten können wir die Behandlung mit Zimtsäure abtun, die auf Landerer zurückgeht.

Diese Therapie verdankt ihre Entstehung den günstigen Erfahrungen, die Landerer mit Perubalsam bei Fällen chirurgischer Tuberkulose erlebte. Er übertrug die Wirksamkeit auf die Lungentuberkulose und versuchte, durch eine intravenös einverleibte Perubalsam-Emulsion eine Leukocytose der Lunge herbeizuführen. Wegen der technischen Schwierigkeit der Herstellung empfahl Landerer dann ein Natronsalz der Zimtsäure, das Hetol, das aber die Hoffnungen nicht erfüllte, die darauf gesetzt wurden. Erst in jüngster Zeit ist wieder ein oral zu gebendes Zimtsäurepräparat auf den Markt gekommen, das Elbon. Wir konnten uns in großer Versuchsreihe nicht von der Wirksamkeit dieses Mittels überzeugen, mußten es vielmehr in den meisten Fällen wegen eintretender Magen-Darmstörungen absetzen.

Wesentlich günstigere, häufig sogar glänzende Erfolge sehen wir dagegen von Kalk- und Kieselsäurepräparaten.

Die theoretische Grundlage bildet die bei Lungentuberkulose einwandfrei nachgewiesene Demineralisation, die in der Lunge Platz greift. Manche Forscher schlagen den Wert von Kalk- und Kieselsäure nicht sehr hoch an, während jedoch die Mehrzahl von der günstigen Wirkung überzeugt ist.

Besonders die Kieselsäure ist von namhaften Gelehrten (Rößle, Kobert) eingehend bearbeitet, so daß es sich lohnt, darauf etwas näher einzugehen.

Die Kieselsäure gehört unserem Arzneischatz schon sehr lange an, geriet aber, nachdem sie im 19. Jahrhundert so ziemlich bei allen Krankheiten empfohlen wurde, in Vergessenheit, so daß sich kein geringerer als

Schulz um die „Wiedergeburt“ verdient machen mußte. In der Volksmedizin war Kieselsäure schon seit erdenklichen Zeit bekannt und wurde in Form von Tee bei Lungentuberkulose verabreicht. Diese Erfahrung mußte Kobert machen, der einst einen Schwerkranken als ungeeignet aus der Behandlung entließ. Er glaubte seinen Patienten längst tot, als sich dieser ihm eines Tages vergnügt vorstellte und einen Tee vorzeigte, dem er seine Heilung verdanke. Kobert stellte in dem Tee kieselsäurehaltige Kräuter fest und gründete darauf — rein empirisch — eine Kieselsäuretherapie der Lungentuberkulose. Einen ähnlichen Weg gingen Rhoden und von Weißmayr, die Natrium silicicum-haltiges Wasser verordneten. Bis dahin war die Wirksamkeit der Kieselsäure empirisch erwiesen, aber es fehlte die exakte theoretische Grundlage. Rößle kommt das Verdienst zu, diese in ausgezeichneter Weise geliefert zu haben. Rößle beobachtete in seiner Eigenschaft als Pathologe in Jena, daß bei den vom Thüringer Wald zur Sektion kommenden Leichen relativ wenig Lungentuberkulose. und wenn, dann vorwiegend die produktive Form nachzuweisen war. Es stellte sich heraus, daß es sich im vorliegenden Falle um Porzellanarbeiter handelte, die einer dauernden feinen Kieselsäurestaubbildung ausgesetzt sind. Diese Kieselsäureaufnahme wirkt der bei Lungentuberkulose beobachteten Demineralisation entgegen. Von diesen praktischen Ergebnissen ausgehend, erforschte Rößle experimentell die Wirkung der Kieselsäure ganz genau und kam dabei zu folgenden Ergebnissen: 1. Bei der Tuberkulose geht eine Verarmung des Organismus an Kieselsäure vor sich; 2. das Lungengewebe ist — verhältnismäßig — stark kieselsäurehaltig; 3. die Kieselsäure wird resorbiert und auf dem Wege durch das Blut im Lungengewebe aufgespeichert; 4. durch die Kieselsäuremedikation wird eine hervorragende leukotaktische Wirkung erzeugt.

Aus diesen Sätzen eines objektiven Pathologen dürfte zur Genüge hervorgehen, daß die Kieselsäure wirklich in der Lage ist, durch ihre „Mineralisation“ und ihre Leukotaxis den Vernarbungsprozeß bei der Tuberkulose ganz wesentlich zu unterstützen.

Auf Grund persönlicher Erfahrungen möchten wir noch empfehlen, Kalk und Kieselsäure wechselweise zu verabfolgen, wir glauben, dabei eine sehr günstige gegenseitig potenzierende Wirkung festgestellt zu haben.

Die Erkenntnis von der Bedeutung des Kalks und der Kieselsäure hatte als unmittelbare Folge, daß der Markt mit einer großen Anzahl von Präparaten überschwemmt wurde. Von den Kalkpräparaten verwenden wir Kalzan, von Kieselsäure Phosphosilin (Goda-Breslau). Gerade bei Kieselsäure kann man bei ungenügender Vorsicht in der Auswahl der Präparate unangenehme Magenstörungen erleben, die aber bei Phosphosil durch seine Bindung an Glyzerin vollkommen ausgeschlossen sind. Ferner wirkt der ganz geringe Phosphorgehalt des Präparates als Katalysator für einen besseren Niederschlag der Kieselsäure. Ferner ist Phosphosil billig und bei den Schlesischen Kassen zugelassen. Von den im Anfang gegebenen Tees ist man wegen der ungenauen Dosierung und wegen der unbequemen Anwendungsweise wieder abgekommen.

Die Kampferdarreichung ist gerade in den letzten Jahren wieder etwas mehr zu Ehren gekommen, nachdem man im Hexeton ein Präparat von sehr bequemer Anwendungsweise besitzt. Die alte Darreichung mit Oleum camphoratum scheiterte wohl zumeist an dem Widerstand der Patienten, denn Kampfer muß, um wirksam zu sein, längere Zeit gegeben werden, und häufige Injektionen mit Oel sind sehr schmerzhaft.

Wie haben wir uns nun die Kampferwirkung vorzustellen? Zunächst ist unverkennbar eine günstige Beeinflussung des Herzens und des Pulses, daraus resultiert eine bessere Durchblutung der Lunge. Gerade in den schweren Fällen, in denen die Herzkraft durch toxische Einflüsse erlahmt, ist Hexeton das Medikament der Wahl.

Außerdem hat sich Kampfer in manchen Fällen langdauernder Hämoptoën bewährt, in denen alle anderen bekannten Mittel versagten.

Ganz kurz möchte ich die Jodpräparate besprechen, die auch zeitweise das Anrecht für sich erhoben, spezifische Tuberkulosemittel zu sein. Wir können wohl sagen, daß sich diese Hoffnungen nicht erfüllt haben. Es soll die gute Wirkung von Jodkali, Jodglidine, Oleojodin (Klopfer-Dresden) in keiner Weise verkannt werden, aber alle Jodverbindungen kann man nur als symptomatische Mittel bezeichnen, sie verbessern die Expektoration, aber damit ist ihre Wirksamkeit erschöpft. Dabei ist einer mitunter auftretenden ungünstigen Einwirkung auf den Magen-Darmkanal ganz besondere Beachtung zu schenken.

Ermutigt durch die angeblichen Erfolge von Strauß bei Lupus, kam Linden auf den Gedanken, die Lungentuberkulose mit Kupfer zu behandeln. Linden hat ihre Behauptung, wonach Kupfer eine spezifische Wirkung auf den Tuberkelbazillus oder das tuberkulöse Gewebe haben soll, nicht beweisen können. Namhafte Forscher (A. Meyer, Schröder, Carper u. a.) haben die Kupferpräparate sowohl beim Menschen als auch im Tierversuch eingehend nachgeprüft und sind zu vollkommener Ablehnung gekommen. Die von Bayer hergestellten Präparate sind entweder schwer zu schlucken oder machen bei der Einspritzung erhebliche Schmerzen. Ferner konnte in keinem Falle eine günstige Wirkung auf den tuberkulösen Herd beobachtet werden. Außerdem sahen Schröder und Curschmann häufig Nierenreizung und 2 Fälle echter Nephritis. Es muß also gegenüber Kupferpräparaten sehr zu Vorsicht gemahnt werden.

Zum Schlusse möchte ich etwas eingehender die Goldtherapie besprechen, da sie besonders in letzter Zeit durch das Sanocrysin die Gemüter etwas erregt hat.

Bereits Robert Koch und Behring fanden, daß Goldsalze in einer Verdünnung von 1—2 Millionen das Wachstum der Tuberkelbazillen hemmt. Diesen Ueberlegungen entsprang das „Goldzyan“ (Aurum-Kalium cyanatum), welches von Bruck und Glück empfohlen, von den meisten aber bald schroff abgelehnt wurde, da es ein schweres Kapillargift ist. Goldzyan hat zwar nachgewiesenermaßen eine elektive Wirkung auf tuberkulöses Gewebe und bringt dieses zur Nekrose. Es muß aber jede Wirkung auf den Tuberkelbazillus und jede Tendenz zur Demarkation oder Narbenbildung abgesprochen werden. Es kann aber kein Mensch behaupten, daß ein Zerfall tuberkulösen Gewebes ohne gleichzeitige Anregung der Narbenbildung oder Demarkation dem Körper irgendwelchen Nutzen bringt.

Spieß und Fledt arbeiteten nun ein Goldpräparat aus, dem die giftigen Stoffe des Goldzyans fehlen, das Aurokantan.

Das Mittel wurde in der Frankfurter Klinik als ungiftig und wirksam erprobt, auch Schröder konnte sich von der günstigen Wirkung überzeugen.

Um ein noch ungiftigeres Präparat zu haben, hat Fledt statt des Aurokantan das Natriumsalz einer Amino-auro-phenol-carbonsäure eingeführt, d. i. das Krysolgan.

Krysolgan ist fünfmal weniger giftig als Aurokantan, es hat eine ganz besonders in die Augen springende Wirkung bei infiltrativer Kehlkopftuberkulose. Es empfiehlt sich jedoch, bei schon vorhandenen Nierenschädigungen sehr vorsichtig in der Dosierung zu sein, wie überhaupt während der Krysolganbehandlung eine dauernde Urinkontrolle nötig ist.

Das in neuester Zeit gebrachte Triphal hat gegenüber dem Krysolgan nicht den geringsten Vorteil.

Als vor etwa 1½ Jahren die Kunde von Moellgaards Erfindung das Sanocrysin bekannt wurde, da horchte die wissenschaftliche Welt und noch mehr — die Laienwelt auf. Besonders die Zeitungen konnten es sich nicht nehmen lassen, in hochtönenden Reden vom Ende der Tuberkulose zu faseln. Ich erlebte es, daß Patienten in meine Sprechstunde kamen mit der Forderung, mit Sanocrysin gespritzt zu werden. Als Unterlagen wurden die entsprechenden Zeitungsausschnitte mitgebracht.

Wir wollen nun in möglichst gedrängter Form versuchen, uns über die Behandlung mit Sanocrysin klar zu werden, vor allem die Frage zu klären, ob Sanocrysin etwas prinzipiell Neues gegenüber Goldpräparaten darstellt.

Moellgaard hat sein Mittel nicht allgemein freigegeben, nur ein bestimmtes Komitee ist in jedem Lande in der Lage, die entsprechenden Versuche an Mensch und Tier anzustellen. Ich kann daher im folgenden mich nur auf die Literatur, nicht aber auf eigene Erfahrungen stützen.

Bei der Lektüre von Moellgaards Werk drängt sich dem Leser geradezu der Eindruck auf, daß es sich beim Sanocrysin um etwas ganz Neues in der Goldbehandlung handle. Es ist unzweifelhaft mit Protokollen belegt, daß schwer infizierte Kälber mit Sanocrysin vollkommen geheilt wurden. Die Erfahrungen beim Menschen konnten jedoch nicht in dem Maße befriedigen. Deist hat in seiner jüngst erschienenen Arbeit mit Recht darauf hingewiesen, daß in Moellgaards Lehrbuch nicht ein Fall beschrieben wurde, in welchem ein spontan erkranktes Tier geheilt worden wäre. Die Behandlungsversuche an angeblich spontan erkrankten Affen halten der Kritik nicht stand, da die Sektionsprotokolle fehlen.

Das wollen wir vorweg nehmen, Moellgaard ist der Ueberzeugung, daß es sich beim Sanocrysin um eine echte Chemotherapie handelt, d. h. er glaubt, daß Sanocrysin die Tuberkelbazillen im Organismus auflösen kann. Es werden nun nach seiner Ansicht die Endotoxine der Tuberkelbazillen frei, die Folge ist ein Tuberkulinschock, dem er im Sinne der passiven Immunisierung mit einem Serum entgegentritt, das er von Tieren gewonnen hat, die mit abgetöteten humanen und bovinen Bazillen vorbehandelt sind.

Sehr bemerkenswert sind die Versuche Deists, der folgendermaßen vorging: Er infizierte Kaninchen mit so geringen Dosen, daß nur eine chronische Erkrankung erfolgen konnte, und spritzte den einen Teil mit der Infektion, den anderen 14 Tage nachher mit Sanocrysin. Es war dabei besonders der Gedanke maßgebend, daß das Sanocrysin besonders im ersten Falle wirken müßte, in welchem die Tuberkelbazillen doch noch im Blute kreisen und keine Gelegenheit gehabt haben, sich in der Lunge oder in einem anderen Organ festzusetzen. Die Ergebnisse waren, um das gleich zu betonen, völlig negativ. Zunächst konnte in keinem Falle ein Tuberkulinschock festgestellt werden, außerdem stellte Deist Sektionsbefunde fest, die auf eine direkte Goldschädigung des Gewebes deuten lassen, z. B. Leukocytenhaufen in Herz und Niere als Zeichen chronischer Entzündung u. a. Weiterhin erkrankten beide Gruppen an genau der gleich schweren Tuberkulose, im Gegenteil hatten die Kaninchen der ersten Gruppe eine kürzere Lebensdauer als die zweiten. Es mag nicht unerwähnt bleiben, daß die nicht mit Sanocrysin gespritzten Kontrolltiere eine längere Lebensdauer hatten. Nun könnte man das letztere ja so erklären, daß die gleich mit Infektion gespritzten Tiere durch das Sanocrysin eine Gewebsschädigung erlitten hätten und somit den Tuberkelbazillen im Sinne des Locus minoris resistentiae bessere Gelegenheit zur Ansiedelung geboten worden sei. Mit dieser Ueberlegung fällt aber die Bedeutung des Sanocrysin als eines wirklichen Chemotherapeutikums.

Nur zu leicht kann man aber die Wirkung des Sanocrysin auf schon vorhandenes tuberkulöses Granulationsgewebe im Sinne der alten Goldwirkung erklären durch eine günstige Beeinflussung der Bindegewebsbildung.

Ich fasse meine gesamten Ausführungen folgendermaßen zusammen:

Eine Chemotherapie im wirklichen Sinne des Wortes gibt es bisher noch nicht. Auch für das Sanocrysin müßte diese Eigenschaft erst noch erwiesen werden. Mit den bisher erschienenen „sogenannten" chemotherapeutischen Mitteln können wir aber die Bindegewebsbildung im tuberkulösen Granulationsgewebe sehr wirksam unterstützen. Sehr gute Erfahrungen wurden mit Kalk-Kieselsäure und Goldpräparaten gemacht, während alle anderen der Kritik nicht standhalten können.

Das aber muß — trotzdem es selbstverständlich ist — noch betont werden, daß die Chemotherapie allein einen Tuberkulösen nicht gesund machen kann, die Allgemeinbehandlung darf dabei keinesfalls vernachlässigt werden.

Aus der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Allerheiligen zu Breslau.
(Primärarzt Prof. Dr. Ercklentz.)

Ueber das Ulcus ventriculi und duodeni, zugleich ein Beitrag zur Gerhardtschen Argentum-nitricum-Therapie.

Von

ULRICH STEINBERG.

Die Literatur der letzten Jahre zeigt eine verwirrende Anzahl von Anschauungen über das Wesen der peptischen Affektionen; ich will daher im folgenden die Ergebnisse der Forschungen kurz zusammenfassen und bespreche hier Ulcus ventriculi und duodeni gemeinsam. Haben uns ja Moynihans (15), Harts (12), Grubers und Holzweissigs Arbeiten gezeigt, daß die Uebereinstimmung im Vorkommen, Verhalten und in der Pathogenese beider Geschwürsarten in jeder Hinsicht eine weitgehende ist.

Es sind immer mehr konstitutionelle Momente beim Ulcus in den Vordergrund gerückt worden. So fanden unter anderen Spiegel, Jul. Bauer, Westphal, Strauß (21) und Bernhard bis zu 25% eine hereditär-familiäre Disposition. Dabei scheint sich die vererbte Minderwertigkeit vorzugsweise auf den nervösen Apparat (das vegetative System) zu erstrecken. Otfried Müller (16) stellte bei seinen kapillarmikroskopischen Untersuchungen eine „vasoneurotische Diathese" bei Ulcuskranken fest, worunter er anatomische und funktionelle Anomalien des periphersten Gefäßsystems versteht (spastische Engen, aneurysmatische Erweiterungen, Wanddurchlässigkeit).

Weiter wurde habituell eine Praevalenz asthenischer Momente gefunden, Tscherning (22) nennt den unter seinen Patienten vertretenen Haupttyp eine Legierung des asthenischen Typus mit athletischen (und pyknischen) Elementen, auch Zisa (23) stellte die Vorherrschaft des Habitus mikrosplanchnicus bei seinen Kranken fest. Das Zusammentreffen der angedeuteten endogenen Faktoren ließ den Begriff der „Ulcuskrankheit“ prägen. Das Ulcus ist das lokalisierte Symptom dieser degenerativen Konstitutionsanomalie.

v. Bergmanns (9) spasmogene Theorie der Ulcusentstehung schließt sich diesen Gedankengängen eng an; sie zeigt uns die Auswirkung der neuropathischen Konstitution am Digestionstrakt. Danach findet die „Stigmatisierung im vegetativen Nervensystem“ am Magen ihren Ausdruck in übererregter Drüsen- und Muskelfunktion. Spastische Zustände führen durch Abklemmung der zuführenden Gefäße zu lokaler Ischämie und lassen die peptische Kraft des Magensaftes an den von der Ernährung ausgeschalteten Schleimhautpartien wirksam werden: das Ulcus entsteht. In der spastischen Disposition liegt auch die Ursache für das Chronischwerden der Geschwüre, als nämlich immer neue Spasmen das Ulcus nicht ausheilen lassen. Aschoff (3) macht für die Chronizität des Geschwürs lokalanatomische und funktionelle Faktoren verantwortlich. Die Praedilektionsstelle der Ulcera an der kleinen Curvatur ist erklärlich durch die dort bestehende straffe Längsspannung der Mucosa, welche Defekte offen hält, und durch den besonders starken mechanischen Reiz der Ingesta an der Magenstraße. Berlet (9) hat auch gezeigt, daß die Blutzufuhr zur Pars pylorica, zum Pylorus und zur kleinen Curvatur und Magenstraße schlechter ist als zu den übrigen Abschnitten des Magens.

Es ist also nicht nur eine einzige Theorie, welche uns die Pathogenese in allen Fällen erklärt, wir müssen auch immer andere Momente beachten, wie dies v. Bergmann betont hat; jedoch dürfte die neurotische Komponente in der Mehrzahl der Fälle nicht abzulehnen sein.

Rössle (19) nennt das Ulcus die „Zweite Krankheit“ und sieht als deren Ursache andere Leiden an. Solche Quellaffektionen sind u. a. Appendicitis und ähnliche entzündliche Prozesse in der Bauchhöhle, welche auf reflektorischem Wege Magendarmspasmen, dadurch Erosionen und Ulcera erzeugen. Hierfür ist jedoch wieder eine neuropathische Konstitution erforderlich.

Ich darf weiter an die infektiös-toxische Aetiologie erinnern. Es sind Geschwüre nach lokaler Infektion (z. B. Fadenpilze, Tuberkelbazillen) beobachtet worden, wie auch solche nach haematogener Verschleppung der Erreger (Streptokokken- und Pneumokokkeninfektionen, Ruhr, Typhus, Lues). Ulcera nach schwerer Hautverbrennung sind vielleicht auch sekundär septisch embolischen Ursprungs. Toxisch scheint das Magengeschwür bei chronischer Nephritis bedingt zu sein.

Bei den Chirurgen hat auch die Theorie der embolischen Gefäßverstopfung als Ursache für das Ulcus viel Anhang gefunden. Nach v. Eiselsberg sollen nach Operationen — besonders nach Netz- und Mesenteriumunterbindungen — Geschwüre im Magendarm dadurch entstehen, daß Unterbindungspfröpfe retrograd auf dem Arterienwege die Magenschleimhautgefäße verstopfen und Erosionen erzeugen. — Ich muß hier auch erwähnen, daß endarteriitische bezw. arteriosklerotische Gefäßverengerungen zum Ulcus führen können und für dessen Chronischwerden von großer Bedeutung sind.

Da nach Virchow Geschwüre auch aus kleinsten confluierenden Erosionen hervorgehen können, sind als deren Entstehungsbedingungen chemische, thermische, mechanische u. a. Reizwirkungen zu nennen. Exzesse im Trinken und Essen (Alkohol, Gewürze), Heiß- und Schnellessen, chronische Druckwirkung auf den Magen (Leibriemen, Rockbund u. a.) sind beschuldigt worden. Auch heftige Traumen (Fall, stumpfe Gewalteinwirkungen auf den Magen) können zum Substanzverlust der Magenschleimhaut, mithin zum Ulcus führen.

In der Symptomatologie des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs ist unter den subjektiven Zeichen der Schmerz das prägnanteste. Er tritt mit großer Regelmäßigkeit nach dem Essen auf, beginnt meist im Epigastrium und strahlt nach allen Seiten, besonders gern linksseitig nach den Schultern zu aus, sogenannte Schmerzen stellen sich bei cardianalen Geschwüren bald, bei Duodenalulcus andererseits erst spät nach der Nahrungsaufnahme ein (Nacht- und Hungerschmerz). Doch sind auch Abweichungen davon häufig. — Man denkt sich u. a. den Schmerz zeitlich mit einem Krampf der Magenmuskulatur zusammenfallend (Reynolds (18). Interessante Probleme sind auch Latenz und Periodizität der Ulcusschmerzen, ich kann hier aber nicht näher auf diese Fragen eingehen, muß daher auf meine Dissertation (Breslau 1925) verweisen, wo auch ausführlichere Literaturangaben zu finden sind.

Als zweites wichtiges Symptom vermissen wir selten das Erbrechen, das meist auf der Höhe des Schmerzanfalles eintritt. Nach Boas (10) soll es beim Duodenalulcus im Gegensatz zum Magengeschwür selten vorkommen.

Beide Symptome weisen auf die Wichtigkeit der Anamnese hin, welche bei Ulcuskranken besonders sorgfältig erhoben werden muß. So erscheinen v. Bergmann auch die subjektiven Säurebeschwerden des Patienten fast wesentlicher als der objektive Nachweis einer Aziditätserhöhung. Diese Hyperchlorhydrie ist aber keineswegs charakteristisch für das Magengeschwür, wir müssen das auf Grund unserer Befunde ganz besonders hervorheben. Wir sehen neben normalen Salzsäurewerten zahlenmäßig auch Sub- und Anazidität beim Ulcus sehr häufig. An unserer Abteilung bestand bei 122 Fällen von Ulcus ventriculi bzw. duodeni nach Probefrühstück titrimetrisch bestimmt

16 mal Superazidität,
35 „ normaler Salzsäuregehalt,
41 „ Subazidität und sogar
30 „ Anazidität.

Die Obstipation, welche sehr oft das Ulcus begleitet, fügt sich in das Bild der spastischen Diathese ein; von anderen subjektiven Symptomen nenne ich noch die Störungen des Appetits und Beschwerden durch Aufstoßen.

Als wichtiges objektives Zeichen des Geschwürs finden wir häufig die lokalisierte Klopf- und Druckempfindlichkeit des Magens oder Duodenums. Dabei hat uns die Mendelsche Untersuchungsmethode („Klopfdruck“ mittels Perkussionshammers) sehr gute Dienste erwiesen. Außer dem epigastrischen und duodenalen ist noch der dorsale (Boas) Druckpunkt anzuführen.

Auch die Abmagerung ist uns bei differentialdiagnostischen Erwägungen gegenüber Magenneurose ein wertvolles Symptom.

Von den occulten Magen- und Duodenalblutungen möchte ich kurz sagen, daß ein negativer Blutbefund das Ulcus durchaus nicht ausschließt, der positive meist bei

Berücksichtigung des Röntgenbefundes den willkommenen „Schlußstein der Diagnose“ bildet (Boas).

Die Röntgenologie gehört in moderner Zeit zum unerläßlichen diagnostischen Rüstzeug beim nichtblutenden Ulcus. Sie ist besonders in den letzten Jahren ausgebaut worden, und ihr Aufschwung knüpft sich an die Namen Holzknecht, Haudek (13), Akerlund (1) und Cole. Wir unterscheiden direkte und indirekte Röntgensymptome; die Kombination beider Methoden gibt die besten Resultate und muß daher unter allen Umständen durchgeführt werden. Es ist mir nicht möglich, hier die große Zahl der röntgenologischen Zeichen für das Ulcus ventriculi und duodeni vollständig anzuführen, ich muß daher wieder auf meine Dissertation verweisen, wo ich aus Gründen der morphologischen Zusammengehörigkeit mit Altschul (2) übereinstimmend in „Extrapylorische Magengeschwüre“ und in „Geschwüre des Magenausganges“ eingeteilt habe, wobei ich unter letzteren Ulcus pylori, pyloro-duodenale und reines Ulcus duodeni verstehe.

Für die extrapylorischen Magengeschwüre nenne ich hier als wichtigste indirekte Symptome den lokalen Spasmus, die Verzögerung der Magenmotilität und den im Magenschatten lokalisierten Druckpunkt. Als direktes Zeichen ist die Nische mit oder ohne Gasblase für Ulcus fast pathognomonisch, neben ihr kommen der organische Sanduhr- und der Kaskadenmagen vor.

Als indirektes Symptom ist allen Geschwüren des Magenausganges gemeinsam die tiefgreifende segmentierende Peristaltik eigen. Daneben sind es Störungen der Motilität, die wir bemerken, eine erhöhte Motilität beim Duodenalulcus auf der einen Seite, auf der anderen Seite eine verzögerte Motilität, je mehr das Ulcus in die Pars antri des Magens hineinreicht (beim Ulcus pylori, unter dem wir Ulcera ohne Beteiligung des Duodenums verstehen, gegebenenfalls aber mit Uebergreifen auf die Pars pylorica ventriculi). Als wichtigste direkte Zeichen der Magenausgangsgeschwüre kennen wir die Nische, den Defekt (Cole) — besser Einbuchtung oder Einziehung (Haudek) —, die Retraktion und die Divertikelbildung.

Bei der internen Behandlung des Ulcus pflegen diätetische Maßnahmen mit medikamentösen verbunden zu werden. Beim blutenden Geschwür gehen wir nach den Grundsätzen von Leube und Lenhartz vor. Sonst geben wir gleich flüssig-breiige Kost und gehen allmählich zu gröberen Speisen über, wobei wir bei Hyperazidität Kohlehydrate, bei Sub- und Anazidität Eiweiß bevorzugen. In allen Fällen verordnen wir reichlich Fett bzw. Sahne. Von Medikamenten lassen uns die Behandlungserfolge an unserer Abteilung die Gerhardtsche Argentum-nitricum-Therapie in den Vordergrund stellen, obwohl wir auch andere Heilmittel (Eumydrin, Novoprotin, Alkalien) angewandt haben. Als Vor- und Nachkur bedienen wir uns gern des Eskalins oder Neutralons.

Die Anschauungen über die Wirkungsweise des Höllensteins sind nicht einheitliche. Einmal wurde eine Salzsäure neutralisierende Wirkung angenommen (Gerhardt (11), dann wieder eine Salzsäure steigernde (Baibakoff (5), Kaufmann). Saxl und Strisower (20) sehen das wirksame Prinzip im AgCl, welches im Magen aus dem Silbernitrat überwiegend entstehen soll. Kelling (14) ist nun in einer neueren Arbeit zu dem Ergebnis gekommen, daß Höllensteinlösung in medizinischer Dosis ein starkes Reizmittel ist und am Magen eine arterielle Hyperämie hervorruft, von der er sich bei einer Patientin, welche eine Magenfistel nach Kader trug, cystoskopisch überzeugen konnte. Es scheint uns diese aktive Hyperämie auch für die narbigen Geschwüre wertvoll zu sein, sind es doch nach August Bier gerade chronisch entzündliche Prozesse, für die die arterielle Hyperämie besonders zur Behandlung geeignet ist. Auch zeigte sich uns die schmerzlindernde Wirkung des Silbernitrats oft außerordentlich schnell. Die in meiner Dissertation abgebildeten Röntgenskizzen erläutern unsere Erfolge mit der Höllensteintherapie.

Wir geben das Silbernitrat in Lösung, 0,25 über 0,3 steigernd bis 0,4 auf je 120,0 Aqua destillata (3—4 mal täglich 1 Eßlöffel vor der Mahlzeit). Daneben verabfolgen wir Eumydrininjektionen geringerer Dosis, wenn es die Lage des Falles erfordert, z. B. bei heftigen schmerzhaften Magendarmspasmen. Man verordne die Höllensteinlösung nicht länger als etwa 6 Wochen wegen Gefahr der Argyrose, auch ist bekannt, daß durch den Höllenstein leicht Diarrhöen entstehen. Andere schädliche Nebenwirkungen entstehen nicht.

Ich will nun kurz die Ergebnisse unserer Behandlungsweise darlegen. Es ist dabei die Unterlage des Röntgenbefundes unerläßlich geworden, seit Oehnell (17) als erster die Rückbildungsfähigkeit der Ulcusnische durch die Therapie festgestellt hat. Doch muß hier bemerkt werden, daß die überraschend schnelle Heilung eines großen Defektes daran denken läßt, daß die primäre Nische mitunter, durch einen zirkulären Spasmus der Magenwand an ihrer Peripherie, tiefer erscheint, als es dem anatomischen Befunde entspricht. Aus demselben Grund können wir auch in manchen Fällen eine vorübergehende Verschlechterung des Röntgenbefundes trotz energischer Behandlung beobachten. Es ergab also an unserer Abteilung die Nachuntersuchung von 100 mit $AgNO_3$ behandelten Fällen (1919—1925)

1. eine röntgenologische Heilung in 32 Fällen,
2. eine röntgenologische Besserung in 22 Fällen,
3. keine röntgenologische Besserung in 11 Fällen,

wobei ich bemerken muß, daß in 35 Fällen die Kontrolldurchleuchtung fehlte, gewiß zum großen Teil zuungunsten von 1 und 2.

Dem stehen aus derselben Untersuchungsreihe gegenüber

4. 71% klinisch geheilte,
5. 21% klinisch gebesserte und
6. 8% klinisch nicht gebesserte Fälle.

(Auch bei 5 und 6, außer einem Falle, occulte Blutungen negativ.) Von den klinisch nicht gebesserten Fällen starb 1 Pat. an Magenblutung, 3 Pat. zeigten ausgesprochene neurasthenische Beschwerden und 1 Pat. mußte aus disziplinarischen Gründen entlassen werden.

Zur Erläuterung der röntgenologischen Heilung will ich hier kurz die Röntgenbefunde eines Falles anführen:

Nr. 7469. Pat. Sch. B., 42 Jahre, Ehefrau. Beginn der Magenbeschwerden 7 Wochen nach einer Fehlgeburt. ½ Jahr darauf Behandlung mit $AgNO_3$ vom 8.—16. Juni, mit Eskalin vom 16.—22. Juni. — Röntgenologischer Befund vor Beginn der Therapie: Sanduhrmagen. Bei Drehung der Patientin sieht man in Höhe der Einschnürung an der hinteren Magenwand ein dem Magen breit aufsitzendes, bohnengroßes Divertikel. Kein umschriebener Druckpunkt. Nach 3 Stunden noch Bodenbelag im Magen. Nische leer. Baryum im Ileum.

Röngenologischer Befund nach Beendigung der Behandlung: Hakenmagen. An der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel der großen Curvatur tiefe, glattbegrenzte Einschnürung, die dauernd bestehen bleibt. Kleine Curvatur und hintere Magenwand glatt begrenzt. Keine Nische. Normale Peristaltik und Antrumperistaltik. Bulbus duodeni etwas weit.

Patientin wird bei Wohlbefinden und nach einer Gewichtszunahme von 5,1 kg entlassen.

Unsere Erfolge der internen Therapie des Magen- und Duodenalgeschwürs lassen uns die Operationsindikation eng stellen. Ist doch der operative Eingriff ein erheblicher, zumal in neuerer Zeit mit Recht die Resektion der Gastroenterostomie vorgezogen wird. Der Hauptnachteil der Resektion ist aber die höhere operative Mortalität (4,5 bis 10,5%). Ehe wir daher dem Patienten sich einem solch gefährlichen Eingriff zu unterziehen raten, stellen wir im Vertrauen auf die Erfolge unserer Behandlungsweise die Indikation zum operativen Eingriff absolut nur bei hartnäckiger Pylorusstenose, bei ausgeprägtem Ulcus callosum perforatum, sowie Mißerfolg bei konsequenter, energischer interner Therapie.

Literatur:

1. Akerlund, Ake: Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1923, Band 36, Seite 577.
2. Altschul, Walter: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1924, Band 31, Seite 640.
3. Aschoff: Deutsche medizinische Wochenschrift 1912. Nr. 11.
4. Baibakoff: Archiv für Verdauungskrankheiten 1906. Heft 12, Seite 54.
5. v. Bergmann, G.: Münchener medizinische Wochenschrift 1913, Seite 169.
6. v. Bergmann, G.: Berliner klinische Wochenschrift 1918, Nr. 22 und 23.
7. v. Bergmann, G.: Hundertjahrfeier Deutscher Naturforscher. Leipzig 1922.
8. v. Bergmann, G.: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. 36. Kongreß. 1924.
9. Berlet, Karl: Frankfurter Zeitschrift für Pathologie 1924, Band 30, Seite 472.
10. Boas, I.: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Thieme, Leipzig 1925, 8. und 9. Aufl.
11. Gerhardt: Deutsche medizinische Wochenschrift 1888. Nr. 18, Seite 351.
12. Hart, Karl: Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1919, Band 31.
13. Haudek, M.: Jahrhundertfeier Deutscher Naturforscher und Aerzte. Leipzig 1922.
14. Kelling, G.: Archiv für Verdauungskrankheiten 1919, Band 25, Heft 6.
15. Moynihan, Berkeley: Das Ulcus duodeni. Th. Steinkopf, Leipzig 1913.
16. Müller, Otfried: Münchener medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 18.
17. Oehnell, Harald: Acta medic. scandinavic. Stockholm 1919, Vol. 52.
18. Reynolds, Lawrence and Mc Clure, C. W.: Arch. of internat. med. 1922, Band 29, Nr. 1.
19. Rössle: Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1912, Band 25, Heft 4.
20. Saxl, Paul und Strisower, R.: Medizinische Klinik 1923, Seite 457.
21. Strauß, H.: Therapie der Gegenwart 1922, Heft 12.
22. Tscherning: Arch. für Verdauungskrankheiten 1923, Band 31.
23. Zisa, S.: Arch. di pathol. e clin. med. 1924, Band 3, Heft 45.

Aus dem Viktoria-Luise-Haus (Säuglings- und Kleinkinderkrankenhaus) Braunschweig.

Bluttransfusionen im Kindesalter.*)

Von
Dr. A. REICHE, Leiter der Anstalt.

In der letzten Sitzung ist Ihnen in einem Vortrage Mitteilung gemacht worden über die verschiedenen Blutgruppen beim Menschen und über die Bedeutung und den Wert der Feststellung, zu welcher Blutgruppe das Blut des einzelnen Menschen gehört. Von besonderem Wert ist diese Feststellung nun aber für die Bluttransfusion. Gerade ein großer Teil der Mißerfolge und der üblen Zufälle bei dieser Behandlungsmethode wird durch die Untersuchungen über die Blutgruppen erklärt. Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion gehören gewissermaßen zusammen, und der Erfolg jeder Transfusion kann zunichte gemacht werden, wenn durch das Unterlassen der Blutgruppenbestimmung unangenehme Zufälle (wie Gerinnung pp. des Blutes) eintreten.

Ich bin daher gern der Aufforderung des Herrn Vorsitzenden nachgekommen und habe es übernommen, Ihnen im Anschluß an die Ausführung über die Blutgruppen das Wichtigste über die Bluttransfusion zu sagen. Da ich aber persönliche Erfahrung über diese Behandlungsmethode nur in der Kinderheilkunde habe, so kann ich Ihnen auch nur berichten über ihre Anwendung im Kindesalter.

Die Behandlungsmethode ist an sich schon uralt, sie ist dann aber bei uns etwas in Vergessenheit geraten. während sie in Amerika schon vor und während des Krieges in zahlreicher Weise angewendet worden ist. Nach dem Kriege hat man sich ihrer auch bei uns wieder erinnert und heute findet sie sowohl in zweckmäßiger als auch zum Teil in unzweckmäßiger Weise Anwendung.

Es ist mir im Verlaufe des kurzen Vortrages nicht möglich, auf die große vorliegende Literatur einzugehen. Ich kann nur verweisen auf die Referate von Opitz und Morawitz, gehalten auf der letzten Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Karlsbad 1925 und auf die denselben folgende Besprechung.

Während man beim Erwachsenen versuchen kann, das Blut mittels besonderer Vorrichtung direkt vom Spender zum Empfänger überzuleiten, findet im Kindesalter eigentlich nur die indirekte Transfusion Verwendung. Das Blut des Spenders wird entweder defibriniert und dann dem Säugling eingespritzt oder man setzt zur Gerinnungsvermeidung Natr. Citr. zu. Letztere Methode hat den Vorteil, daß die Erythrocyten selbst möglichst wenig verändert werden und daß jede unnötige Sterilitätsgefährdung vermieden wird. Das mit Natr. Citr. vermischte Blut kann man sofort nach Entnahme transfundieren, was im allgemeinen mit defibriniertem Blute wegen etwaiger toxischer Erscheinungen nicht geschehen soll. Man verwendet eine 2,5%ige Natr. Citr. Lösung. Von dieser Lösung kann man ohne Schaden für den Körper ein Zehntel der durch Aderlaß gewonnenen Blutmenge hinzusetzen. Ich selbst habe bei diesem Vorgehen allerdings öfter die Gerinnung des Blutes nicht vermeiden können. Halte es aber nicht für ausgeschlossen, daß hier Mangel an Technik vorgelegen hat.

Daß die Wahl des Spenders wichtig ist, habe ich schon eingangs erwähnt. Es ist notwendig, daß die Prüfung mit dem Testserum vorgenommen wird, gegebenenfalls bei Fehlen eines solchen Serums genügt es, eine Agglutinationsprüfung anzustellen und im Anschluß daran vor der eigentlichen Haupttransfusion eine intravenöse Vorinjektion von 10—20 ccm Blut vorauszuschicken. Die Menge von 10 ccm hat sich praktisch als notwendig erwiesen, weniger zu injizieren ist nicht zweckmäßig. Die Frage, ob Verwandtenblut besser vertragen wird als Fremdenblut ist nicht bestimmt zu bejahen, wenn es auch aus persönlichen Gründen zweckmäßiger sein kann, Verwandtenblut zu nehmen.

---

*) Anm.: Nach einem im ärztlichen Kreisverein Braunschweig gehaltenen Vortrage.

Als Methode der Injektion kommt für den Kinderarzt nur die intravenöse oder die intraperitoneale in Frage. Die Einspritzung in die Muskulatur ist nicht als Transfusion zu werten, sie könnte nur als Reizkörpertherapie in Frage kommen.

Bei der intraperitonealen Injektion muß man damit rechnen, daß die Resorption doch längere Zeit dauert. Für diese Art der Anwendung zieht Opitz auch defibriniertes Blut vor, da er vom Citratblut Verwachsungen infolge nachträglicher Koagulation befürchtet.

Ich selbst bevorzuge die intravenöse Injektion. Geeignet ist jede gut sichtbare und erreichbare Vene, in erster Linie beim größeren Kinde eine Schädelvene. Dagegen wird von der Benutzung der Vena jugularis abgeraten, da es dabei zur Ueberladung des rechten Vorhofes kommen kann. Beim Säugling gelingt die Transfusion am besten in den Sinus long. Die Benutzung dieses Gefäßes ist zwar nicht ungefährlich, ich habe aber fast alle meine Bluttransfusionen in den Sinus hinein gemacht, ohne unangenehme Zufälle zu erleben.

Die Transfusion geschieht mittels der 10 oder 20 ccm Rekordspritze oder in den Sinus mit Hilfe einer mit Gummischlauch und Trichter armierten Nadel.

Mit diesem einfachen Instrumentarium kann man schnell auch größere Mengen Blut transfundieren. Am zweckmäßigsten ist es, vor der Transfusion größerer Mengen eine Einspritzung von 10—20 ccm vorzunehmen und wenn das Kind diese Menge gut vertragen hat, dann am nächsten Tag 50—150 ccm einzuspritzen. Die Menge richtet sich nach der Größe des Kindes und dem Zustand des Leidens. So muß man besonders bei Pneumonie oder Kreislaufstörung vorsichtig vorgehen, während bei reinen Anämien gleich größere Mengen transfundiert werden können. Opitz hat im allgemeinen bis zu ⅙ bis ¼ derb Gesamtblutmenge des Empfängers transfundiert. Ich selbst bin über 125 ccm nicht hinausgegangen. Im Kindesalter ist es ratsamer, die übertragenen Blutmengen nicht nach ccm, sondern nach der per ccm Empfängerblut zugeführten Anzahl der roten Blutkörperchen zu berechnen. Nach Halbertsma kann man durch Zufuhr von 15 ccm Blut per kg Körpergewicht die Erythrocytenzahl per ccm um 1 000 000 steigern.

Temperatursteigerungen im Verlauf der Bluttransfusion sehen wir bei Kindern fast stets, besonders wenn größere Mengen, über 75 ccm, transfundiert werden. Durch vorbeugende Anwendung von Pyramidon (0.1) kann man sie aber sehr einschränken.

Ungefährlich ist die Transfusion auf jeden Fall nicht. Gefährdet sind in erster Linie, die an Pneumonie erkrankten Kinder. Bei der Mehrzahl der kleinen Patienten aber beobachtet man gleich nach der Transfusion, oft auch schon während derselben eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens. Todesfälle im Anschluß an Transfusion kommen bei sorgfältiger Technik und Auswahl der Fälle kaum vor. Die Uebertragungsmöglichkeit von Krankheiten durch Spenderblut muß durch sorgfältige Untersuchungen des Spenders ausgeschlossen werden.

Krankheiten, die in erster Linie für die Behandlung mit Transfusion in Frage kommen, sind die Anämien, sowohl die reinen Blutungsanämien als auch besonders die alimentären.

Die ersteren kommen verhältnismäßig selten vor. In erster Linie kommen in Frage die schweren Formen der hämorrhagischen Diathese, die Melaena neonatorum und die Haemophilie. Gerade bei letzterer Erkrankung wird der gute Erfolg der Transfusion gerühmt. Ich selbst muß aber doch zur Vorsicht mahnen. Ich habe nach einer Transfusion in eine Armvene beim 3 jährigen Knaben, der schon zwei Tage aus einer Schnittwunde an der Zunge blutete, eine so schwere Nachblutung aus dieser Vene erlebt, daß ich nach erfolglosem Unterbindungsversuch nur durch Verödung des ganzen Gewebes und des Gefäßes mittels Paquelin das Kind vor der Verblutung retten konnte. Ich habe dann intramuskuläre Injektion vom Blut gemacht ohne wesentlichen Erfolg, denn ½ Jahr nach der Behandlung erlitt das Kind durch Fall beim Spiel eine so schwere Gewebsblutung am Hals, daß Gefahr der Erstickung bestand.

Das Hauptgebiet der Transfusionen ist im Kindesalter die alimentäre und infektiöse Anämie. Von den alimentären kommen in erster Linie in Frage die schweren Anämien bei Milchnährschaden und die Ziegenmilch-Anämien. Ich will hier nicht eingehen auf die Frage, ob es sich bei beiden Formen der Anämie um ein und dieselbe Schädigung handelt, oder ob sie verschiedene Krankheiten darstellen. Meine besten Erfolge sind bei Ziegenmilchanämien erzielt worden.

Aber bei den alimentären Anämien ist zu warnen vor zu schnellem Entschluß zur Transfusion. Gerade bei dieser Störung bessert sich der Zustand oft überraschend schnell nach entsprechender Regelung der Kost. Wenn aber die Zahl der Erythrocyten unter 1,5—2 Millionen und das Hgbl. auf 30% und darunter gesunken ist, dann erscheint eine Transfusion durchaus indiziert. Sie kann direkt lebensrettend wirken.

1. G. B. 1½ Jahr alt, Gewicht 7,4 kg, aufgenommen 30. November 1923 wegen schwerster Anämie (Ziegenmilch), sehr schlechter Allgemeinzustand. Hgbl. 10%, Erythrocyten 500 000, Leucoc. 15 500. 5. Dezember Beginn der Behandlung mit Bluttransfusion. 6. Dezember 10 ccm, 7. Dezember 75 ccm, 11. Dezember 100 ccm, 18. Dezember 80 ccm; Blutbefund am 29. Dezember Hgbl. 47%, Erythr. 2,6 Millionen, Leucoc. 11 000. Da am 4. Januar 1924 Blutbefund schlechter war, Hgbl. 37%, Erythr. 1,6 Millionen, wird nochmals Blut transfundiert, am 4. Januar 50 ccm, 12. Januar 80 ccm, 20. Januar 80 ccm, danach Blutbefund am 25. Januar Hgbl. 65%, Erythr. 5,2 Millionen, am 18. Februar Hgbl. 80%, Erythr. 4,4 Millionen. G. wird als geheilt entlassen. Nachuntersuchung 15. November 1925. G. hat sich zu einem gesunden, kräftigen Kinde entwickelt.

2. J. O. 4½ Monat alt, Gewicht 4 kg, aufgenommen am 8. August 1925 wegen schwerster Anämie (Ziegenmilch), sehr schlechter Allgemeinzustand. Hgbl. 8%, Erythr. 820 000, Leucoc. 28 000. Nach sieben Transfusionen am 8. August 10 ccm, 9. August 15 ccm, 10. August 35 ccm, 12. August 50 ccm, 16. August 75 ccm, 22. August 85 ccm, 11. September 120 ccm. Besserung des Blutbefundes, 20. Oktober Hgbl. 75%, Erythr. 4,8 Millionen, Leucoc. 13 000. Nachbehandlung mit Arsen wird schlecht vertragen. November 1925 Spasmophilie, anschließend Verschlimmerung der Anämie, 12. Dezember Pneumonie, 19. Dezember Exit. Sect. schwere Anämie, Milztumor, Sideroris der Leber, Verfettung des Myocard, Pneumonie.

3. H. B. 8½ Monat alt, Gewicht 5,4 kg, 7. September 1925 aufgenommen wegen schwerer Anämie und Atrophie. Blutbefund Hgbl. 30%, Erythr. 1,3 Millionen, Leucoc. 8 000. Nach vier Transfusionen 13. September 10 ccm, 16. September 60 ccm, 20. September 80 ccm, 27. September 105 ccm. Heilung. Blutbefund 22. Oktober Hgbl. 90%, Erythr. 5,65 Millionen, Leucoc. 9 000. 15. November als geheilt entlassen.

4. R. H. 10 Monat alt, Gewicht 6,8 kg, 5. November aufgenommen wegen Bronchopneumonie, Ot. med. und Anämie. Blutbefund Hgbl. 20%, Erythr. 1,2 Millionen, Leucoc. 6 000. Nach drei Transfusionen 15. November 10 ccm, 17. November 60 ccm, 26. November 120 ccm. Blutbefund 1. Dezember und 24. Dezember Hgbl. 70%, Erythr. 4,4 Millionen, Leucoc. 8 500.

Ebenso ist die Bluttransfusion indiziert, wenn man auch bei geringen Anämien durch die sonstige Behandlung keine hinreichenden Erfolge erzielt, oder wenn gleichzeitig bestehende Infektion ungünstig auf den Allgemeinzustand und den Blutbefund einwirken. Bei den infektiösen Anämien soll man nach den Erfahrungen von Klotz und Opitz auch schon bei nicht so hochgradiger Blutveränderung zur Transfusion seine Zuflucht nehmen.

5. H. Oe. 7 Monat alt, Gewicht 5,8 kg, aufgenommen am 27. Juli 1924 wegen recidivierender Grippe, Rachitis und Anämie (Ziegenmilch), Blutbefund Hgbl. 35%, Erythr. 2,2 Millionen, Leucoc. 5500. Nach drei Transfusionen am 30. Juli 10 ccm, 3. August 45 ccm, 9. August 80 ccm, Blutbefund 19. August Hgbl. 68%, Erythr. 4,6 Millionen, Leucoc. 17500, am 8. September nach schwerer Dyspepsie Hgbl. 80%, 8. September als gebessert entlassen.

6. S. W. 7 Monat alt, Gewicht 5,6 kg, aufgenommen am 21. Dezember 1923 wegen Lues congen. und Anämie; Hgbl. 25%, Erythr. 1,5 Millionen, Leucoc. 30000. Behandlung neben antiluetischer Kur fünf Bluttransfusionen, 27. Dezember 10 ccm, 29. Dezember 25 ccm, 4. Januar 40 ccm, 12. Januar 40 ccm, 23. Januar 50 ccm. Blutbefund 29. Januar Hgbl. 68%, Erythr. 3,5 Millionen.

Die Amerikaner dehnen das Indikationsgebiet viel weiter aus. Es gibt wohl kaum eine Infektionskrankheit oder nur mit Anämie einhergehende Ernährungsstörung, bei der sie diese Behandlungsmethode nicht anwenden. Wir sind vorsichtiger und kritischer in der Indikationsstellung, wenn wir auch versuchen, bei anderen Erkrankungen sowohl des Blutsystems als auch solchen, deren Genese noch nicht vollkommen geklärt ist, Erfolge zu erzielen. So wird z. B. der gute Einfluß einer Transfusion bei der Erythrodermia desquamativa gerühmt. Ich selbst habe in einem Fall, der jeder anderen Behandlung trotzte, durch Transfusion von 30 ccm Blut schnelle Besserung erzielen können.

Ueber den Einfluß der Bluttransfusion bei anderen Erkrankungen des Blutsystems; wie bei perniziöser Anämie und bei Leukämie der verschiedensten Form, herrscht noch keine einheitliche Ansicht. Morawitz und andere empfehlen sie wärmstens bei der perniziösen Anämie. Bei der Leukämie sind uns aus der Literatur keine wesentlichen Erfolge bekannt. Ich selbst habe Transfusionen bei lymphatischer Leukämie erfolglos versucht.

Zum Schluß möchte ich es nicht unterlassen und zur Vorsicht mahnen, falls beim Kinde eine Pneumonie besteht oder auch nur der Verdacht einer solchen.

G. L. aufgen. 20. 1. 25 wegen Pyelitis und Anämie. Gew. 7050 Hgbl. 50% Erythrocyten 2,3 Mill. — 2. 2. Pneumonie, 3. 2. I. Transf. 10 ccm wird gut vertragen. — 4. 2. II. Transf. 55 ccm, 6 St. p. Transf. Exit. unter Zeichen der Herzinsuffizienz.

Wie wirkt nun das transfundierte Blut? Handelt es sich bei der Einspritzung von Blut nur um eine Reizung der blutbildenden Organe oder tritt eine direkte Ergänzung des Empfängerblutes durch das Spenderblut auf? Diese Frage ist auch heute noch nicht vollkommen geklärt. Heute stehen sowohl die Kinderärzte in ihrer Mehrzahl als auch eine große Anzahl von Internen auf dem Standpunkt, daß wir es nicht nur mit einer Reiztherapie zu tun haben, sondern in erster Linie mit einer Substitutionstherapie. Auch Morawitz hat in Karlsbad erklärt, daß er seine Ansicht, daß die Bluttransfusion nur im Sinne einer Knochenmarksreizung wirke, heute nicht mehr aufrecht erhalten kann. Es ist in seiner Klinik gelungen, künstliche Polycythämien durch Bluttransfusion zu erzeugen. Morawitz selbst berichtet, daß er in dem Blute eines an schwerer Anämie erkrankten Menschen noch acht Tage nach der Transfusion von Blut der Tochter im mikroskopischen Präparat mit Sicherheit die farbstoffreichen roten Blutkörperchen der Tochter von den blassen des Vaters unterscheiden konnte. Zahlreiche amerikanische Forscher, die mit der Methode der Gruppen-Agglutination arbeiten, glaubten noch nach vielen Tagen transfundierte Erythrocyten im Blut der an perniziöser Anämie erkrankten Patienten nachgewiesen zu haben. Die Untersuchungen am Kinde, über die besonders Opitz berichtet hat, sprechen durchaus im Sinne einer Substitution. Die durch die Zufuhr von roten Blutkörperchen erhöhte Menge derselben und der erhöhte Hämoglobingehalt, hält sich in vielen Fällen nicht nur über Tage, sondern auch über Wochen auf demselben Stande. Es kommt aber nicht zu einer weiteren Erhöhung, das wird erst durch eine abermalige Transfusion erreicht.

Auch Torii*) konnte mit Hilfe der Agglutination feststellen, daß die transfundierten Erythrocyten einen Monat und länger im kreisenden Blut bleiben. Auch das Verhalten der vital färbbaren Erythrocyten spricht nach Toriis Untersuchung für die Lebensfähigkeit und Funktionstüchtigkeit der überpflanzten Erythrocyten.

Ferner beobachtet man, daß das Vorkommen sogenannter unreifer Blutzellen, die ja auf eine stark gesteigerte Tätigkeit des blutbildenden Systems hindeuten, an Zahl erheblich abnehmen nach jeder Transfusion. Auch Reizwirkungen im System der weißen Blutkörperchen gehen häufig nach Transfusion zurück. Ferner sprechen Stoffwechseluntersuchungen über den Stickstoffwechsel dafür, daß das transfundierte Blut im Körper zurückgehalten wird.

Wir müssen auch annehmen, daß in vielen Fällen von Bluterkrankungen des Kindesalters reine Reizwirkungen des Knochenmarks nur Schaden stiften können, da dasselbe an sich schon in einem Zustande gesteigerter Reizwirkung sich befindet. Es ist nicht ausgeschlossen, daß wir durch eine Behandlung, die gewisser Weise auf eine Entlastung oder teilweise Ruhigstellung der erkrankten und krankheitsgereizten Organe beruht, eher Heilung erzielen können, als durch immer wiederkehrende und wiederholte Anwendung neuer Reize.

So möchte ich zusammenfassend sagen, daß die Bluttransfusion im Kindesalter in erster Linie direkt als Substitutionstherapie und in zweiter Linie erst als Reiztherapie wirkt. Daneben kommt noch in Frage, daß ja eine Zufuhr von Bausteinen von roten Blutkörperchen, ferner von Flüssigkeit gegeben wird und daß durch diese Zufuhr, sowohl ein Einfluß auf den Blutdruck ausgeübt wird, wie auch auf die allgemeine Widerstandsfähigkeit und Leistungssteigerung des kindlichen Organismus. Auf jeden Fall haben wir in der Methode der Bluttransfusion eine Behandlungsart, die in vielen schweren Erkrankungen des Kindesalters sehr viel Nutzen stiften kann und durch die noch manches Kind, das an sich schon verloren ist, wird gerettet werden können. Aber auch beim Erwachsenen werden wir durch diese Behandlungsmethode viel erreichen können, wenn wir allerdings auch wohl nicht so weit gehen dürfen, wie die Amerikaner, die bei einer großen Anzahl von Erkrankungen die Unterlassung einer Bluttransfusion für einen Kunstfehler halten.

---

*) Torii, Takeo: Experimentelles und Klinisches über die Bluttransfusion. Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Kyushu, Fukuoka. Bd. 7, S. 137—294, 1923.

Weshalb soll die chirurgische Ausschälung der Gaumenmandeln nie ambulant vorgenommen werden?

Von

Dr. BIRKHOLZ, Annaberg i. Erzgeb.

Seit 1900 wird bekanntlich in Nordamerika gegen die 3 Mandeln des lymphatischen Schlundringes eine Art von heiligem Kriege geführt, und zwar mit allen Waffen. Vor etwa 10 Jahren griff er auch auf Europa über: Seit 1910 ist zu den altgeübten Verfahren der Tonsillenkappung das der Totalresektion, speziell beim Erwachsenen, in Aufnahme gekommen und breitet sich von Jahr zu Jahr mehr aus. Ist es auch in Deutschland infolge einer viel vorsichtigeren Indikationsstellung auf der Basis der Physiologie und Pathologie der Mandel im Rahmen des Gesamtorganismus noch nicht soweit gekommen, daß von einem einzigen Halsoperateur jährlich mehrere Tausend Exstirpationen vorgenommen und statistisch verwendet werden, so kommen immerhin jährlich in den Kliniken und Spezialabteilungen der größeren Krankenhäuser doch wohl einige Hundert von Mandeloperationen zur Ausführung. Zahlenmäßig nicht zu erfassen ist endlich bei uns die Gruppe von Tonsilleneingriffen, von denen sich neben der Adenotonsillotomie die Enucleation der Gaumenmandeln zunehmender Beliebtheit erfreut, die in der täglichen Praxis der Spezialisten gemacht werden.

Es muß nun hier mit aller Deutlichkeit nochmals betont werden, daß — von der viel weiteren Indikationsstellung der Amerikaner abgesehen — der Kampf gegen die Tonsillen dort und neuerdings auch in England wesentlich anders organisiert ist als bei uns. Aus den amerikanischen Berichten geht hervor, daß nicht nur die Tonsillektomien bei Erwachsenen, sondern auch die Adenotonsillotomien an Kindern — die übrigens zum großen Teil mit den Adenotonsillektomien (Methode von Sluder) unserer Nomenklatur identisch sind — fast ausschließlich, und zwar nicht nur in den Großstädten, sondern auch auf dem flachen Lande, unter klinischen Kautelen vorgenommen werden. Dies geschieht nun nicht allein deshalb, weil im allgemeinen noch heute in Amerika dabei Narkose vor örtl. Betäubung bevorzugt wird, sondern weil man grundsätzlich vor diesen Eingriffen gründliche, auch allgemeine Voruntersuchung, u. a. Blutgerinnungsbestimmung, für erforderlich hält und nach ihnen auf genaue Beobachtung und Vorbeugung von Komplikationen und üble Folgen Wert legt. Hierauf gründet sich die Tatsache, daß bei den serienweise erfolgenden Operationen Zwischenfälle und unglückliche Ausgänge äußerst selten sind und sie daher als harmlos hingestellt und aufgefaßt werden: berichten doch Autoren, daß sich das Publikum zur Tonsillektomie in Amerika geradezu drängt. In England haben wir seit einigen Jahren dieselben Verhältnisse: 1922 hat die Royal Society of medicine, London, Section of otology, eine Resolution angenommen, wonach die fachärztlich zur Adenotonsillektomie ausgewählten Kranken, besonders die Schulkinder, nach der Operation noch 48 Std. Spitalpflege genießen, weitere 48 Stunden zu Hause ärztlich, dann durch ausgebildete Krankenschwestern überwacht werden; diese Richtlinien sind bis ins einzelne ausgearbeitet. Daß ihre Einhaltung tatsächlich gute Erfolge verbürgt, geht aus einer Mitteilung von Kerr über 3000 Fälle hervor. In Frankreich scheinen sich Bestrebungen, den genannten Operationen wieder das klinische Gepräge zu geben, das sie Ende 19. Jahrhunderts besaßen, nicht in dem Maße durchgesetzt zu haben (s. Baldenweck).

Erstaunlicherweise liegen die Verhältnisse in Deutschland ganz anders. Erstaunlich deshalb, weil die deutsch-amerikanisch-englischen Zustände darin soziologisch sehr verwandt sind, daß alle 3 Staaten im wesentlichen Industriestaaten, die Bevölkerung Arbeiterbevölkerung ist; unverständlicher gegenüber den englischen Verhältnissen noch dadurch, daß wir sogar eine ältere soziale Krankenzwangsversicherung besitzen. Tatsache ist, daß sowohl die einfache Verkleinerung der 3 Mandeln bei Kindern — bei solchen die Gaumenmandeln total zu enucleieren, hat sich bei uns im Gegensatz zu Oesterreich auch durch Einführung der Sluderschen Technik nicht eingebürgert — als auch die regelrechte Aushülsung der Gaumentonsillen mit oder ohne der „Kapsel“ bei uns oft ambulant vorgenommen wird. Die an sich berechtigte Forderung, auch Adenotonsillotomien nur klinisch vorzunehmen, ist, wie ich bereits 1923 ausführte, mit unseren wirtschaftlichen Verhältnissen leider nicht vereinbar, nicht einmal unter Zuhilfenahme der Krankenversicherungsträger, welche auf größtmögliche Ersparnisse ausgehen. Andererseits hat die deutsche Statistik auch erwiesen, daß die nächstliegende Gefahr aller Racheneingriffe, die Blutung in den ersten 24 St., bei rite und caute ausgeführter Operation sehr gering ist (erheblich nur in höchstens 4‰ aller Fälle). So ist denn das Kompromiß der Polikliniken und der täglichen Praxis des Spezialarztes hier einigermaßen entschuldbar.

Wie steht es aber mit der Mandelausschälung? Es liegt auf der Hand, daß deren Gefahren, der Breite und Tiefe des Eingriffes und der topischen Anatomie entsprechend, erheblich größer sind als die der einfachen Absetzung. Diese Auffassung ist es in der Hauptsache gewesen, die die uferlose Tonsillektomie der Amerikaner bei uns nicht hat Anklang finden lassen. Die Gefahren der Tonsillektomie beruhen fast ausschließlich auf Blutungsmöglichkeiten. Wir wollen mit anderen Autoren zwischen umschriebenen und diffusen (parenchymatösen) Blutungen unterscheiden; erfolgen können störende oder gefährliche Blutungen inter operationem oder als Spätblutung; solche, die in den ersten 24 Stunden danach auftreten und auf einfache Thrombenlösung zurückzuführen sind, nennen wir frühe, solche, die in den späteren Tagen bis zu 10 Tagen sich einstellen, beruhend auf nekrotischen Prozessen bei Abstoßung des obligaten Wundbelages, späte Nachblutungen. Die inter operationem auftretenden Blutungen sind bei regelrechter Anwendung lokaler Gewebsinfiltration mit Suprareninlösung umschrieben, d. h. sie erfolgen aus abnorm liegenden, abnorm weiten oder besonders starren Aesten der A. pharyngea ascendens, aus der A. tonsillaris oder aus Gaumenbogenvenen (speziell bei übermäßiger Verletzung des vord. Gaumenbogens). Gegen diese Blutungen wird und muß jeder Operateur, sei es, daß er an ihrem Auftreten schuldig ist oder nicht, chirurgisch einschreiten können: Eine Unterbindung des spritzenden Gefäßes, evtl. auch die Gaumenbogennaht über einem Tampon dürfte schnell helfen. Für die z. T. auf Blutabnormität beruhenden primären parenchymatösen Hämorrhagien (von den auf Hämophilie beruhenden will ich nicht sprechen) genügt in der Regel Kompression mit Tupfern oder Instrumenten mit oder ohne Kombination mit Hämostypticis (H_2O_2, Clauden, Gelatine).

Die Primärblutung bedingt also nicht die Gefahr der Tonsillenausschälung, denn sie ist leicht zu stillen. Und doch sind letzten Endes anscheinend die meisten technischen Modifikationen zur Tonsillektomie nur dazu angegeben, um sie zu vermeiden. Hierher gehört die Streitfrage, ob intra- oder extrakapsuläres Vorgehen unblutiger verläuft. Nicht zuletzt entstammt auch die Einführung der Elektrokoagulation und der Strahlenbehandlung in die Mandelchirurgie dem Wunsch, die operative Blutung zu meiden.

Dagegen ist die postoperative Blutung ungleich unangenehmer und gefährlicher. Alle Methoden, die zur Vermeidung der Primärblutung ersonnen wurden, dienen natürlich außerdem dazu, die Gefahr der Spätblutung zu verringern. Soweit sie lediglich in operativen Kunstgriffen liegen, wird man ihren absoluten Wert bezweifeln dürfen, und es ist mir persönlich einigermaßen unverständlich, wie nicht nur in der älteren Literatur, sondern jetzt noch (s. Brunzlow) die Angabe wiederkehrt, etwa durch Stieltorsion, durch scharfes, anstatt des quetschenden Durchtrennen des Hilus, könne die Nachblutungsgefahr so vollkommen vermieden werden, daß die Nachbehandlung von vornherein ambulant unbedenklich vorgenommen werden könne. Um die für nichtklinische Behandlung nötige absolute Garantie hinsichtlich des Nichtnachblutens geben zu können, ist freilich noch die prophylaktische Gaumenbogennaht empfohlen worden (Lautenschläger, Killian, Piffl, Fabry u. a.). Die Sicherheit des Verfahrens leuchtet ohne weiteres ein, auf der andern Seite halte ich dafür, daß diese Naht in allen Fällen eine erhebliche Verlängerung der an sich doch sehr kurzen Operationszeit von wenigen Minuten bedingt (wie es z. B. auch durch die Naht bei facialer Kieferhöhleneröffnung geschieht), besonders wenn man Nadeln legt. Die späten Nachblutungen können naturgemäß durch keines der erwähnten Verfahren mit Sicherheit verhütet werden. Bei allen „ambulanten Methoden“ muß mit ihnen gerechnet werden. Glücklicherweise gehören sie zu den seltensten Vorkommnissen.

Es wäre nun gut und schön, wenn sich der Grundsatz allgemein eingebürgert hätte, eine ambulante Tonsillektomie nie ohne prophylaktische Gaumenbogennaht nach gleich welchem System vorzunehmen. Dem ist aber offenbar nicht so. Die Naht wird nur von ganz wenigen geübt, eine große Zahl von Fachkollegen, die entweder nicht in der Lage sind, in einer Klinik zu operieren, oder solche, die durch Sprechstundenoperation Ersparnisse für ihre Klientel oder die betreffende Krankenkasse zu machen gedenken, operiert aber ambulant, entläßt dann die Patienten mit Anweisungen nach Hause und läßt dann die entstandene Schleimhautwunde offen und per granulationem heilen nach möglichst gründlicher Versorgung der primären Wundblutung. In die wissenschaftliche Literatur hat sich meines Wissens die Empfehlung, nach dieser oder jener Sondertechnik ambulant und ohne strenge Nachblutungsverhütung vorzugehen, nur zweimal vorgewagt, 1916 seitens Müller-Lehe und jetzt seitens Brunzlow. In der Lehrbuchsliteratur und allen Veröffentlichungen erfahrener Autoren wird dagegen allseitig (Denker, Brünings, Hajek, Glas, Finder, Hirsch, Claus, Knick, Körner) darauf hingewiesen, daß die Tonsillektomie klinisch auszuführen sei, wobei im einzelnen eine sehr differente klinische Beobachtungszeit nach der Operation verlangt wird (Minimum 24 Stunden, Maximum 10 Tage). Ich kann mir nicht denken, daß diejenigen Praktiker, die, wie es Müller und Brunzlow darstellen — nebenbei bemerkt: die Einzelheiten der Technik dieser Autoren ist diametral entgegengesetzt, hier extra-, da intrakapsulär, hier radikales, da unvollständiges Vorgehen, hier scharfes, da stumpfes Abtrennen vom Hilus, und doch kommen beide Autoren zum Schluß besonderer Harmlosigkeit der Technik und ihrer Folgen —, vorgehen, es darauf ankommen lassen wollen, das zu erleben, wodurch die älteren Autoren zu ihrem vorsichtigen Standpunkt gelangten, daß sie etwa bei Nacht und Nebel zu ihrem Operierten in irgend einem Vorstadthause wegen schwerer Nachblutung gerufen werden, wo ihnen die bescheidenste Möglichkeit zu einer aussichtsreichen sekundären Blutstillung fehlt. Wer sich nicht, wie Fabry und auch ich, während seiner Assistentenzeit gelegentlich recht unangenehme, vereinzelt sogar lebensbedrohende Nachblutungen auch nach regelrecht ausgeführter Tonsillektomie erlebt zu haben entsinnt, der möge die beiden folgenden Fälle zur Kenntnis nehmen, die ich in etwa 5 Jahren unter einer Zahl von etwa 100 mit sehr strenger Indikation ausgeführten klinisch behandelten Mandelausschälungen sah.

1. 1922. Fall Schw.: Patient suchte mich auf wegen dauernder weißer Flecke auf den beiden vergrößerten Tonsillen. Die mikroskopisch gestützte Diagnose lautete auf Hyperkeratose der Mandellakunen. Eingeleitete Behandlung bestehend aus regelmäßigem Ausdrücken, Pinseln der Lakunen mit Jod, war ohne wesentlichen Erfolg. Zur Operation riet ich wegen der Harmlosigkeit des Leidens nicht. Gelegentlich einer Reise suchte Patient nun einen Spezialisten in D. auf, der die sofortige Mandelausschälung riet und in der Sprechstunde sich anschickte, in der üblichen Einspritzungsanästhesie die Mandeln zu exstirpieren; die Operation mußte aber abgebrochen werden wegen starker Blutung und Patient mußte nun in ein Krankenhaus gelegt werden, in dem er einige Tage blieb. Nach wenigen Wochen kam er zu mir mit der Bitte, die Operation zu vollenden. Obwohl der Befund unverändert war, gab ich der Bitte statt unter der Bedingung der Krankenhausaufnahme, ohne die ich nie tonsillektomiere. Die Operation gelang auf beiden Seiten unter Infiltrationsanästhesie glatt und spielend nach der Technik von Trautmann (die die Vorgängerin der Müllerschen Technik ist), die ich zu bevorzugen pflege. Bei Schluß der Operation ergab sorgfältiges Absuchen der Höhle unter Anwendung von Wasserstoffsuperoxydtamponade Fehlen jeden Blutpunktes. Nach fünf Stunden werde ich alarmiert, weil es blutet: profuse parenchymatöse Blutung beiderseits. Auf Spülen mit Wasserstoffsuperoxyd, Einlage von claudengetränkten Tupfern und intramuskulärer Claudenspritze sowie nächtlich fortgesetzte Gaben von Clauden per os stand die Blutung dauernd.

2. 1926. Fall Wied: Hyperplasie der l. Tonsille, die der Sitz dauernder Beschwerden und öfterer Schwellungen ist, während die r. Mandel sehr klein ist. Auf Wunsch des Patienten wird die große, tief in den Gaumenbögen liegende, harte und adhärente Tonsille exhäriert (21. 1. 26). Die Ausschälung (nach Denker) gestaltet sich infolge harter Bindegewebsstränge am oberen Pol recht schwierig, besonders wegen einer sogenannten „hohen Zunge“, verläuft aber sonst unblutig und radikal. Die Nachschau ergibt, daß keine Blutung mehr aus dem (hier wegen Reißens der Brünings-

schen Schlinge mit der Hoopmannschen Schere abgetragenen) Mandelstumpf erfolgt. Trotz der üblichen Nachbehandlung mit absoluter Bettruhe in Kopfhochlagerung und Eiskravatte Alarm nach 3 Stunden wegen starker Blutung. Diese wird wieder durch Spülen mit Wasserstoffsuperoxyd, Aufdrücken von Claudentampons und intramuskuläre Injektion von Claudenemulsion endgültig, da rein parenchymatös, zum Stehen gebracht.

Trage ich bei diesen beiden unangenehmen Erlebnissen nach, daß es sich um durchaus kräftige, blühende Männer ohne nachweisbare Erkrankungen von Blut und Kreislauf handelt, daß die jeweils angewendete Technik einwandfrei war und anatomisch zu vollem Erfolge führte, so wird wohl auch der größte Zweifler zu der Ueberzeugung kommen, daß trotz allem hier und da bei Tonsillektomie Nachblutungen im Frühstadium vorkommen können, und daß diese ein aktives Eingreifen verlangen, wie es im Krankenhause leicht geschehen kann, im Privathause aber ungleich diffiziler und besonders schwer unter den heute in der täglichen Praxis gar nicht so seltenen ungünstigen sozialhygienischen Verhältnissen ist. Meine eigenen Erfahrungen und — daran zweifele ich nicht —, die Erfahrung aller der Operateure, die es sich zur Gewohnheit gemacht haben, nicht nur die eigenen Erfolge, sondern auch unangenehme Erfahrungen gewissenhaft zu registrieren, wird mir bestätigen, daß in Kliniken und Krankenhäusern derartige Fälle nicht zu den Seltenheiten gehören. Alle Experten werden mit mir Bestrebungen skeptisch gegenüberstehen, welche allein aus ökonomischen und scheinsozialen Gründen postoperative, unter Umständen erhebliche Erschwerungen in Kauf nehmen und andern auferlegen, wo doch heute an jedem bedeutenden Ort die Möglichkeit für den Facharzt besteht, seine Fälle stationär zu behandeln. Ich möchte noch weiter gehen: die von mir als absolut sichere Präventivmaßnahmen gegen postoperative Blutung bezeichnete Gaumenbögennaht, die übrigens auch nach eigener Erfahrung für den Patienten durchaus nicht eine besondere Annehmlichkeit bedeutet, kann sicher leicht entbehrt werden, wenn man seine Operierten grundsätzlich klinisch nachbehandelt bezw. nachbeobachten läßt. Soviel wird jeder Privatpatient, soviel jede Krankenkasse aufbringen können, daß den Operierten ein Krankenhausaufenthalt von einigen, sagen wir im Durchschnitt drei Tagen, zugestanden wird. Was z. B. in England, dessen Sozialversicherung es seit dem Kriege durch die progressive Arbeitslosigkeit es auch nicht leicht haben wird, möglich ist, sollte bei uns durchaus die Regel bilden: Es ist eine falsche Oekonomie, wegen einiger Tage Krankenhausaufenthalt Regeln zu vernachlässigen, die die Erfahrung einer ganzen Aerztegeneration aufgestellt hat.

Benutzte Literatur:

Amerikanische und englische Veröffentlichungen seit 1918 nach Referaten des Internat. Zentralblattes f. Ohrenheilk. usw. und des Zentralblattes für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (ab 1922). Besonders wichtige ausl. Arbeiten: Martin, G.: Komplikationen im Gefolge von Tonsillenentfernung; Uebersicht über 14 950 operierte Fälle (Journ. of laryng. a. otology, Bd. 37/1922 (engl). — Peck, W.: Prakt. Gesichtspunkte bei der Tonsillektomie (Illinois med. Journ., Bd. 41/1922 (amerik.). — Kaiser, A.: Der Einfluß der Tonsillektomie auf den Gesundheitszustand von 5000 Kindern (Journ. of the Americ. medical association, Bd. 68/1922). — Love Kerr: Tonsillektomie in Schulkliniken (J. of lar. a. otology, Bd. 39/1924 (engl.). — Love Kerr: Primärblutung bei Tonsilladenoidektomie (ebenda). — Angell, E.: Einwirkung der Adenotonsillektomie auf die geistige Entwicklung des Kindes (Arch. of neur. a. psych., Bd. 13/1925 (amerik.). — Tonsillen- und Adenoidoperationen. Resolution der otol. Sektion der Kgl. med. Gesellschaft, London 20. Januar 1922 (Proc. of the roy. soc. of med., Bd. 25/1922 (engl.). — Deutsche Literatur: Außer den bekannten Lehrbüchern von Körner, Denker-Brünings, Knick und dem Referat von Kümmel (Verh. der Ges. deutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte 1923) ff. Arbeiten: Glas, E.: Wiener klin. Woch. 14/1919. Finder: Deutsche med. Woch. 20/1920 und 15/1923. Lautenschläger, A.: Zeitschr. f. Hals-, Nasen-, Ohrenh., Bd. 5/1923. Killian, G.: Therapie der Gegenwart 1919. Hirsch, C.: Klin. Wochenschrift 46/1923. Hajek, M.: Wiener med. Wochenschr. 1/1924. Fabry, F.: Zeitschr. f. Hals-, Nasen-, Ohrenh., Bd. 7/1924. Trautmann: Münch. med. Woch. 40/1913. Müller (Lehe): Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 99/1916. Claus: Zeitschr. spez. Chirurgie des Ohres usw., Bd. II, 2. Teil, S. 203. Brunzlow: Zur Behandlung der chron. Tonsillitis. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1/1926, S. 20.

(Landesanstalt Arnsdorf i. Sa. Direktor: Obermedizinalrat Dr. Schlegel.)

Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Encephalitis epidemica.

Von

Dr. CARL SCHNEIDER.

Die Encephalitis epidemica stellt den Arzt zurzeit vor vier praktische Aufgaben:

1. Die Erkennung und Behandlung der noch sporadisch auftretenden Neuerkrankungen.
2. Die Mitwirkung an der Prophylaxe der Krankheit.
3. Die Mitwirkung an den sozialen Aufgaben gegenüber den zahlreichen Folgezuständen bezw. chronischen Verlaufsformen der Krankheit und
4. die Sammlung ohne oder mit Defekt geheilter, nicht allzuweit zurückliegender Erkrankungsfälle und die Propagierung der Blutabgabe unter ihnen zum Zwecke der Rekonvaleszentenserumgewinnung.

Es fragt sich, was sich nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse zu diesen Aufgaben sagen läßt und wieweit praktische Maßnahmen begründet werden können, wobei ich ausdrücklich alle die Symptomatologie und Klinik betreffenden Probleme von der Darstellung ausschließe.

I.

Die Encephalitis epidemica ist eine mit entzündlichen und toxischen Erscheinungen einhergehende akut oder chronisch ablaufende Allgemeinerkrankung des menschlichen Organismus, (ihre Erzeugung im Tierversuch ist noch nicht gelungen), deren praktisch bedeutsamste Eigentümlichkeit das vorzugsweise Befallenwerden des Hirnstamms ist. Von klinischen Symptomen weisen Fieber, häufig Leukozytose im Blut, Exantheme, die mit dem genius epidemicus et loci wechselnde Neigung zu Herpes (wie er vor allem in Wien 1918-1919 beobachtet wurde (Hoff (1) auf die Allgemeinbeteiligung des Organismus. Auch pathologisch-anatomisch fanden sich bei genauerer Untersuchung perivaskuläre lymphozytäre Infiltrate an inneren Organen (Herz, Pankreas, Milz, Leber, Speicheldrüsen u. a. (Balo (2), Szymanowsky-Zylberlast (3). Die krankmachende Schädlichkeit kreist schon nach diesen pathologisch-anatomischen Beobachtungen wahrscheinlich im Blute. In gleichem Sinne sprechen die gelegentlichen intrauterinen Uebertragungen der Krankheit auf die Foeten bei Erkrankung der Mutter (Marinesco u. a.).

Daß es sich um eine Infektionskrankheit durch Eindringen eines organisierten Erregers handelt, darf wohl als ziemlich sicher angenommen werden, obschon der Nachweis des Erregers trotz intensiver Bemühungen in allen Ländern nicht gelungen ist. Eine Zeitlang schien es, als ob die von Levaditi und Doerr und ihren Mitarbeitern aus Herpesblasen isolierten, im Kaninchenversuch Encephalitis erzeugenden, filtrierbaren glyzerinfesten Erreger auch als die Erzeuger der menschlichen Encephalitis anzusprechen seien. Doch ist die Bedeutung dieser an sich außerordentlich interessanten Beobachtungen, für die Pathogenese der menschlichen Encephalitis epidemica recht gesunken, seitdem Bastai nach intralumbaler Einspritzung der betreffenden Erreger am Menschen keine Encephalitis auftreten sah. Ebensowenig wie der Nachweis des Erregers, ist die Schaffung serologischer Reaktionen geglückt, obwohl sie gerade von besonderer praktischer Bedeutung wären. Trotzdem geht die Theorie der infektiösen Entstehung der Encephalitis epidemica kaum fehl. Die Tatsache, daß das Rekonvaleszentenserum an akut und subakut Kranken ziemlich sicher therapeutische Wirkungen entfaltet (vor allem Stern (4), wie sie nach sonst keiner anderen Therapie der Krankheit eintreten, weist nach allem, was wir wissen, auf die Existenz von Immunstoffen im Blut Rekonvaleszenter hin. Und deren Bildung beziehen wir mit größter Wahrscheinlichkeit auch bei der Encephalitis epidemica auf die Einwirkung eines organisierten Erregers. Die Entscheidung aber, ob es sich um eine kontagiöse Erkrankung handelt, bereitet — wie man im Hinblick auf die praktische Bedeutung dieser Frage wohl sagen kann, leider — gewisse Schwierigkeiten. Sicher ist, daß direkte oder indirekte Uebertragung nur selten beobachtet wurde. Uebertragungen in Krankenhäusern sind trotz Unterlassung aller Schutzmaßregeln nicht vorgekommen, an der psychiatrischen Klinik in Wien kam 1916-1923 unter 900 Fällen kein Kontaktfall zur Beobachtung (Hoff (1). Es läge daher die Annahme nahe, daß die Encephalitis epidemica unter die nichtkontagiösen Infektionen, vielleicht durch einen ubiquitären Erreger, einzureihen sei, etwa analog der Pneumokokkenpneumonie. Doch dürfte durch eine derartige Vermutung das pandemische Auftreten in den letzten Jahren nur schwer und nur unter Zuhilfenahme wenig wahrscheinlicher Hilfshypothesen zu erklären sein. Außerdem liegen schon eine ganze Reihe von Beobachtungen sicherer Kontaktfälle vor (Stiefler, Taddei, Bessemanns und Boeckel, Guillain, Fife u. a.) und schließlich lassen sich auch die unzweifelhaften epidemiologischen Analogien zwischen Encephalitis epidemica einer-, Poliomyelitis anterior und Meningitis epidemica andererseits als Stützen für die Annahme heranziehen, daß die Encephalitis epidemica eine kontagiöse Erkrankung ist (Netter u. a.). Allen drei ist schleichender Epidemiebeginn, zeitweiliges Erlöschen, sprunghafte Ausbreitung, Fehlen der Krankenhausepidemien gemeinsam. Bei der Encephalitis epidemica handelt es sich um ein Kontagion, dessen Ausbreitung wohl fast ausschließlich von Mensch zu Mensch, in der Regel wohl durch Aufnahme des mit Nasenrachensekret und Speichel ausgeschiedenen Virus in Mund und Nase, auf dem Wege der Tröpfchen- und Schmierinfektion, selten durch Gebrauchsgegenstände, niemals durch Nahrungsmittel, Wasser oder tierische Zwischenträger erfolgt (Kling (5), Zeiner-Henriksen (6). Die Erreger sind nicht obligat pathogen, sondern zum Ausbruch der Erkrankung ist bei der Encephalitis epidemica wie bei der Meningitis epidemica offenbar eine besondere Disposition erforderlich, deren Natur zurzeit noch unbekannt ist. Weder lymphatische, exsudative Konstitution, noch nervöse Veranlagung oder Belastung mit Nervenkrankheiten, noch der Körperbau sind von Einfluß (Stern und Grote (7). Daß Aufnahme des Virus ohne Erkrankung vorkommt, ist ganz sicher; derartige gesundbleibende Individuen können als Keimträger die Krankheit übertragen (Bessemanns und Boeckel (18). Das erklärt die Eigentümlichkeit der epidemiologischen Ausbreitungsweise bei der Encephalitis epidemica ebenso wie bei der Meningitis epidemica. Als Ansteckungsquellen kommen weiterhin noch Abortivformen (Facialisparesen, Meningismuszustände, vielleicht auch ticartige und grippeähnliche Erkrankungen in Frage, deren Zugehörigkeit nur selten (gleichzeitige Augensymptome) erkennbar sein wird. Auch die chronisch Kranken können noch infektiös sein: z. B. in einer Beobachtung Guillains erkrankt in einem Siechenhaus ein Patient, der sich, weil er selbst bewegungsunfähig ist, von einem parkinsonistischen Encephalitischen dauernd die Zigarette anrauchen läßt. Zur Uebertragung der Krankheit gehört offenbar auch besonders inniger Kontakt wie schon aus dem erwähnten Fall hervorgeht (dazu eine Beobachtung von Taddei: Mutter infiziert sich durch Küssen, Benutzung gleichen Geschirrs und Bettes am eignen Kind). Daher betreffen die Kontaktfälle öfters Schulen, Soldaten der gleichen Gruppe u. ä. Die geringe Kontagiosität dürfte wahrscheinlich ferner damit zusammenhängen, daß nur wenig Gelegenheit zur Ausscheidung des Virus besteht (keine Katarrhe, keine Durchfälle usw.) und möglicherweise analog wie bei der Poliomyelitis anterior das Virus überhaupt nur in eng begrenzten Zeiten (Beginn der akuten Schübe, akute Exacerbationen chronischer Fälle) ausgeschieden wird. Doch sind diese beiden Vermutungen noch nicht sicher bewiesen.

Möglicherweise spielt beim Erwerb der Erkrankung neben dem konstitutionellen noch ein dispositioneller jahreszeitlicher Faktor eine Rolle. Wenigstens wird das durch die ausgesprochene Häufung der Encephalitis epidemica in den Wintermonaten (Dezember bis März-April) nahegelegt. Ob aber dieser jahreszeitliche Faktor in Kälteschäden oder äußeren Lebensbedingungen (nahes Zusammenrücken in den Wohnungen oder dgl.) zu suchen ist, ist völlig unklar. Jedenfalls ergibt sich aus dem Zusammenhalt aller dieser zum größten Teil durch direkte Beobachtung gestützten Momente eine ungezwungene Erklärung für die geringe Kontagiosität der Erkrankung.

Wir dürfen also mit ziemlicher Sicherheit annehmen, daß die Encephalitis epidemica eine kontagiöse Erkrankung ist und daraus ergibt sich meines Erachtens zwangsläufig die Notwendigkeit prophylaktischen Vorgehens. Solange hierfür noch keine amtlichen Regeln vorliegen, sollte der Arzt doch unter allen Umständen auf weitgehende Absperrung des Kranken während der akuten Phase dringen, da von diesem doch immer neue Keimträger ausgehen können, wenn er auch die nicht veranlagte Umgebung nicht direkt gefährdet; und der Arzt sollte zur Durchführung der laufenden Desinfektion aller Gebrauchsgegenstände und Objekte anhalten. Auf die allgemeine amtliche Prophylaxe der Encephalitis epidemica kann ich hier nicht näher eingehen. Sie ist m. E. entsprechend den Grundsätzen der Seuchenbekämpfung überhaupt zu gestalten mit allen für die Aufgaben des Arztes sich ergebenden Konsequenzen.

II.

Nach der Pandemie des Jahres 1920 in der, wie fast in der ganzen Welt so auch in Deutschland eine „regenfallartige" (Hoff), gleichmäßig streuende Ausbreitung der E. e. erfolgte, ist die Erkrankungsziffer rasch abgesunken. In Deutschland haben wir seit 1922 im Gegensatz zu anderen Ländern keine größeren Epidemien mehr erlebt. Dagegen kommt wohl auch bei uns überall die Krankheit noch sporadisch vor. Sichergestellt ist das sporadische Auftreten der Encephalitis epidemica in einer etwa der Meningitis epidemica gleichen Häufigkeit, für Baden 1923. In Hannover hat Schlesinger (10) 1924 sporadische Fälle beobachtet, ich selbst kenne einen Fall aus dem August 1925 in Arnsdorf, welches bisher verschont war und weiß von einzelnen Erkrankungen aus Leipzig. Der Arzt hat also noch immer mit der Encephalitis epidemica in seiner Praxis zu rechnen, sie hat sich anscheinend eingenistet, und es fragt sich, in welchen Verlaufsformen sie auftritt. Es ist ja eine Eigentümlichkeit der Encephalitis epidemica gewesen, daß sie im Verlauf der Epidemien mehrfach ihre Erscheinungsform gewechselt hat, 1916-17 vorwiegend ophtalmoplegisch-lethargisch, 1920 häufiger hyperkinesisch-delirante Zustandsbilder machte. Leider existieren nur wenige Mitteilungen über die klinischen Verlaufsformen der Neuerkrankungen in der letzten Zeit. Die Fälle, von denen ich weiß, zeigten die lethargische Form mit Uebergang in Parkinsonismus, auch mehrere Fälle Schlesingers (10) aus dem Jahre 1924 verliefen mit diesen Erscheinungen. Ein anderer Fall Schlesingers bot ein delirantes Zustandsbild im akuten Stadium, wieder mit Uebergang in das akinetische Syndrom. Ob auch die hyperkinetischen choreiformen und myoklonischen Verlaufsformen bei den Neuerkrankungen noch beobachtet worden sind, muß ich offen lassen. Ueber das neuerliche Auftreten abortiver Formen ist mir nichts bekannt geworden.

Weitaus häufiger bekommt man die verschiedenartigen Folgezustände aus den Epidemiejahren zu Gesicht und unter diesen stehen die Parkinsonismen an erster Stelle. Nach den vorhandenen Statistiken kann man annehmen, daß etwa 40% der Fälle als chronische Parkinsonismen verlaufen. Der Häufigkeit nach geordnet folgen: die monosymptomatischen Restzustände (Augenmuskellähmungen, Pupillenstörungen, lokalisierte Hyperkinesen, Tiks, athetoide Formen), die pseudopsychopathischen Zustandsbilder der Jugendlichen und die sehr seltenen chronischen allgemein hyperkinetischen Zustände (Torsionsspasmusähnliche Fälle, generalisierte Myoklonien). Unter allen in den letzten zwei Jahren in Arnsdorf zur Beobachtung gekommenen postencephalitischen Zustandsbildern befand sich nur eine chronische allgemeine Hyperkinese.

Auf die Symptomatologie aller dieser Zustände einzugehen, darf ich hier unterlassen. Nur einen Gesichtspunkt von praktischer Bedeutung möchte ich noch hervorheben. Angesichts des Wertes der Rekonvaleszentenserumtherapie ist es notwendig zwischen den Heilungen, bei den Folgezuständen: den Defektheilungen und den chronischen eventuell progressiv verlaufenden Formen sicher unterscheiden zu können. Zu den chronischen Krankheitsformen der Encephalitis epidemica gehören die seltenen Hyperkinesen, von denen nach manchen Erfahrungen die myoklonischen Formen vielleicht als besonders ungünstig auch quoad vitam anzusehen sind, die parkinsonistischen Verläufe und die Pseudopsychopathien der Jugendlichen. Die Parkinsonismen sind fast ausnahmslos auch progressiv. Wie oft bei diesen Fällen das Leiden zum wirklichen Stillstand kommt, ist noch unentschieden. Vorläufig wird man bis zum sicheren Beweise des Gegenteils jeden postencephalitischen Parkinsonismus als noch in fortschreitender, wenn auch mitunter sehr langsamer jahrelang dauernder Entwicklung befindlich ansehen müssen. Recht häufig treten schubweise Exacerbationen auf und in der Regel führt das Leiden zu immer schwereren Versteifungen, gelegentlich zu eigentümlichen Verkrümmungen nicht nur in der typischen Flexionshaltung, sondern auch nach der Seite oder zu Torsionen um die Längsachse und in nicht wenigen Fällen unter zunehmendem Marasmus oder durch interkurrente Erkrankungen zum Tode. In solchen Fällen sind auch, z. B. von Jakob (11) noch frische entzündliche Veränderungen an den Stammganglien gefunden worden.

Anscheinend nicht ganz so ungünstig ist die Prognose bei den jugendlichen Pseudopsychopathien. In einzelnen Fällen sind doch z. B. zuletzt von Thiele (12) Besserungen beobachtet worden, in denen die Neigung zu Dranghandlungen und die unüberwindliche Unrast dieser Kranken allmählich nachgelassen hat. Andere Fälle sind wenigstens stationär geblieben und werden anscheinend mit zunehmendem Alter und größerer Reife auch wenigstens zu leichter Arbeit fähig. Nicht allzuselten aber auch geht der Unruhezustand allmählich in ein typisches parkinsonistisches Zustandsbild über. Immerhin wird bei der Frage der Serumgewinnung und in Fürsorgefragen zunächst auch die postencephalitische Pseudopsychopathie nicht als Restzustand nach abgelaufener Grundkrankheit gelten können.

Stationär bleiben in der Regel die monosymptomatischen Defektzustände, und wenn man hier in längeren Zeiträumen keine neuen Symptome oder gar Besserung subjektiver Beschwerden beim Einzelfall hat beobachten können, so wird man ruhig von Defektheilungen sprechen dürfen. Solche Individuen kommen neben den vollen Heilungen als Serumspender mit in Frage, ja, da sie vielleicht häufiger vorkommen als die klinischen Vollheilungen sogar mit als Hauptkontingent der Serumspender.

III.

Die Differentialdiagnose der Encephalitis epidemica hat, wenn sie für Encephalitis epidemica entscheidend sein soll, entsprechend dem Wesen der Krankheit den Nachweis zu führen, daß es sich um eine mit Hirnstammsymptomen einhergehende bezw. einhergegangene Infektionskrankheit handelt. Dementsprechend gewinnen die Augenmuskellähmungen, die akinetischen, hyperkinetischen Syndrome und die charakteristischen, in keinem Falle fehlenden Schlafstörungen (langandauernde Schlafsucht oder durch kein Mittel bekämpfbare bis zu Monaten anhaltende Schlaflosigkeit) die man, trotzdem ihre Genese unklar ist, zurzeit mindesten aus didaktischen Gründen den Hirnstammsymptomen an die Seite stellen darf, besondere Bedeutung für die Diagnose. Die Augenmuskellähmungen können alle inneren und äußeren Augenmuskeln einzeln oder zu mehreren befallen und zeigen in den akuten Zuständen

das charakteristische Merkmal besonderer Flüchtigkeit.
Sehr häufig werden nacheinander verschiedene Muskeln
betroffen. Erst in den Defektzuständen findet man
dauernde Lähmungen der befallenen Muskeln. Ganz
besonders wichtig ist der Nachweis derartiger Lähmun-
gen in den ambulanten Encephalitis epidemica-Fällen.
Ist Lues auszuschließen, so sollte man dann in erster
Linie mit an Encephalitis epidemica denken. Nicht
minder wichtig ist der anamnestische Nachweis abge-
klungener Augenmuskellähmungen von Fieber und
Schlafstörungen für die Diagnose der oft erst nach
1—3 jährigem Intervall einsetzenden Spätfolgen.

Die Differentialdiagnose der einzelnen Zustands-
und Verlaufsformen hat neben diesen allgemeinen noch
folgende spezielle Gesichtspunkte zu berücksichtigen,
welche ich der Raumersparnis halber nur in Schlag-
worten und für einige der wichtigeren Krankheiten an-
geben möchte:

1. Die lethargische und meningitische Form der Encephalitis epidemica: Zu verwechseln mit tuberkulöser Meningitis und Typhus. Nach Stern spricht für tuberkulöser Meningitis der Liquorbefund (Spinnwebsgerinnsel) Augenspiegelbefund (Choreoidealtuberkel) und längerdauernde Integrität der Psyche bei Vorhandensein deutlicher meningitischer Erscheinungen. Die Augenmuskelparesen helfen hier diagnostisch nicht immer weiter, sie gehören ja bekanntlich mit zum typischen Bilde der tuberkulosen Meningitis, doch sind sie bei Meningitis tbc. meist viel konstanter.

Gegen Typhus spricht im Beginn die Leukozytose im Blut bei Encephalitis epidemica und die typische Schlafsucht, die allerdings nicht allzu häufig ist (nach Stern ca. 40% aller Fälle), und wohl auch die rasche Entwicklung psychischer Störungen und die Liquoruntersuchung (Eiweiß-, Zell-, Zuckervermehrung, Eßkuchen). Nach einigen Tagen dürfte die Typhusdiagnose immer sicherzustellen sein (bakteriologisch! serologisch!).

2. Delirante Formen: sonstige Infektionsdelirien und Delirium tremens.

Bei den deliranten Encephalitiden fehlen häufig Augenmuskelparesen, dafür sind sie meist hyperkinetisch. Die Diagnose kann sehr schwer sein. Auch in Kliniken kommen hierin Fehldiagnosen vor. Neben dem Nachweis der pathogenen Schädlichkeit in der Anamnese oder den sonstigen körperlichen Erkrankungen und der Liquoruntersuchung kommen noch folgende von Hoff (1) betonte Merkmale gegenüber Delirium tremens in Frage: keine Schweißausbrüche, stets vorhandene muskuläre Zuckungen, bulbäre Sprache.

3. Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica: alle Lebensalter, selten typisches Pillendrehen, rel. rasche Entwicklung des typischen Syndroms. Augen an Starre oft beteiligt, fast niemals Demenz.	a) Wilsonsche Krankheit: Jugendliche, häufig Tremor bei Intentionen, familiär, oft zunehmend. Sprache mehr bulbär und dysarthrisch, häufig schwere Charakterveränderungen. Häufig Demenz. b) Paralysis agitans: nur im höheren Alter (selten vor 40 Jahr) sehr schleichende Entwicklung des typ. Syndroms. Augen fast immer unbeteiligt.
4. Pseudopsychopathien: häufig leichteste Züge des Parkinsonsyndroms (Salbengesicht usw.). Sprache meist näselnd. Sprachpropulsion. Persönlichkeitsfremder, motivloser Drang, „leere“, planlose Unarten.	Psychopathische Entwicklungen: keinerlei neurologische Zeichen, in sich geschlossene abartige Persönlichkeiten, abartige Motive.
5. Enceph. Polypnoe, Schnauftiks, Hustentiks udgl.: scheinbar auffallend indolent gegen die Symptome, fast immer Abulie und Denkverlangsamung.	analoge hysterische bezw. psychogene Phänomene: hysterische Persönlichkeiten. Nachweis der psychogenen Reaktion.
6. Postencephalitische Spätfolgen: ansprechbar, nur verlangsamt. Rigor, Flexionshaltung, Fehlen der Mitbewegungen.	psychotische, besonders schizophrene Zustände: Negativismus, Autismus, Denkstörungen (Zerfahrenheit usw.), Manieren, niemals echter Rigor, auch nicht bei kataleptischen Stuporen (nur gelegentlich im Liegen vom Kissen abgehobener Kopf).

IV.

Stern hat, wie schon mehrfach, so auch neuerdings (4) wieder betont, daß wir durchaus nicht der Encephalitis epidemica völlig machtlos gegenüberstehen. Im Gegenteil, seine und anderer Beobachter Ergebnisse nötigen unbedingt zur Anwendung der ein- und auch mehrmaligen subkutanen oder intramuskulären Injektion von Rekonvaleszentenserum. Stern (4) empfiehlt Dosen von 20, 50 bis 80 ccm ev. wiederholt. Zur Serumtherapie eignen sich in erster Linie akute und subakute Fälle, auch bei beginnendem Parkinsonismus von bereits mehrmonatiger Dauer sieht man noch ganz überraschende Erfolge. Bei chronischen Parkinsonismen sind die Erfolge unsicher, doch kommen auch hier zweifellose Besserungen vor, über die die Patienten ganz glücklich sind. Man kann sich Stern bei seiner Empfehlung dieser theoretisch und praktisch wohlbegründeten Therapie nur anschließen.

Sie hat leider mit zwei Schwierigkeiten zu kämpfen

1. dem Serummangel im geeigneten Augenblick,
2. der Notwendigkeit eines gewissen technischen Apparats und einer Uebung im serologischen Arbeiten, über die der Praktiker nicht immer verfügt.

So glaube ich, daß die Serumtherapie in größerem Maßstab nur an Krankenhäusern mit Laboratorien durchgeführt werden kann, solange nicht irgendwie von irgendeiner Stelle gebrauchsfertiges Serum an den Praktiker abgegeben werden kann. Trotzdem ist die Mitwirkung des praktischen Arztes auch zu dieser Therapie heute unentbehrlich. Denn er soll die Encephalitis-epidemica-Kranken ev. rechtzeitig einem Krankenhaus überweisen und durch Propaganda der Blutabgabe unter den Heilungen die Krankenanstalten seines Bezirks zum Vorrätighalten von Serum in den Stand setzen. Nach den vorhin gegebenen Tatsachen kommen als Serumspender nur Vollheilungen oder Defektheilungen in Betracht. Parkinsonismen und andere chronische Verlaufsformen sind auszuschließen. Nach Stern's Beobachtungen ist der mutmaßliche Gehalt des Rekonvaleszentenserums am größten bis wenige Monate nach der Heilung bezw. dem Uebergang in den Defekt. Doch ist auch (eigene Beobachtung) mitunter das Serum schon seit mehreren Jahren abgelaufener Fälle noch voll wirksam.

Wo die Serumtherapie nicht ausführbar ist, haben sich in den akuten Phasen Trypaflavininjektionen (intravenös 10—20 ccm 2—3 mal tägl.) als gut wirksam erwiesen. Die Pregl-Lösung gibt wohl keine sicheren Erfolge. Die chronischen Formen bessern sich manchmal auf Arsenzufuhr (am besten nach franz. Vorschlägen Natrium kakodylicum in der Dosierung von Groß & Metaxas (14): 25 g Na. kakodyl. in 50 ccm Ag. redestillata. Jeden 2. Tag eine Injektion intravenös mit 0,5 ccm beginnend, um 0,25—0,5 ccm pro Injektion bis 2 ccm steigend. Nach dreimaliger Wiederholung der Höchstgabe wieder fallend. Durchschnittlich 15 Injektionen. In 14tägigen Intervallen neue gleiche Perioden bei Einhaltung roborierender Diät. Im übrigen stellen die chronischen, insbesondere parkinsonistischen Formen das Hauptkontingent für die symptomatische Behandlung mit Skopolamin oder Atropin, für die ambulante Praxis bei nicht suicidalen Kranken am besten in Pillenform, wobei man berücksichtigen muß, daß peroral etwas höhere Gaben nötig sind als subkutan. Man schiebe immer von Zeit zu Zeit Pausen ein.

Die Parkinsonismen soll man, wenn irgend möglich, zu regelmäßiger, nicht zu schwerer Tätigkeit anhalten. Diese hat unzweifelhaft einen günstigen Einfluß, wenn auch natürlich nur durch Verhütung sekundärer Folgen (Kontrakturen) und Gewöhnungen. Leider scheitert man in der Praxis noch oft daran, daß die öffentlichen Fürsorgemaßnahmen für die Postencephalitiker nicht ausgebaut sind, und man daher den noch zu leichter Arbeit fähigen Kranken nur in seltenen Ausnahmefällen entsprechende Beschäftigung verschaffen kann. Jedenfalls soll man nicht zu früh zur Unterbringung in Anstalten raten, wenn es sich um Erwachsene handelt. Anders liegt es meines Erachtens bei Kindern und Jugendlichen. Die pseudopsychopathischen Formen bedürfen immer der Anstaltsunterbringung (auch der häufigen Erotisierung wegen) und bei den Parkinsonismen der Kinder kann man von ihr meines Erachtens nur absehen, wenn unter günstigen äußeren Bedingungen Pflege, Erziehung und Unterricht auch bei Belassung in der Familie möglich sind. Die postencephalitischen Zustände führen nur in seltenen Ausnahmefällen zu Demenz, die sonst fast immer durch die Verlangsamung aller seelischen Leistungen nur vorgetäuscht wird. Daher hat bei Kindern auch zweckmäßiger Unterricht durch geeignete Lehrkräfte günstige Erfolge aufzuweisen. Wo, wie für Sachsen in Chemnitz-Altendorf auf Betreiben von Heinecke (13) Stationen für postencephalitische Kinder eingerichtet sind, kann zu deren ausgiebiger Benutzung nur dringend geraten werden. Sonst droht für die Kinder intellektueller Stillstand und sehr häufig auch körperliche Verschlimmerung durch Kontrakturen. Psychotische Komplikationen (maniforme und die häufigeren depressiven Zustände, letztere oft reaktiv entstanden und suicidal!) sollen stets zur Anstaltsunterbringung veranlassen.

V.

Für die Begutachtung lassen sich an Hand der in der Literatur niedergelegten und eigner Erfahrungen folgende Regeln aufstellen (Villinger (14), Beyer (16), Dietrich (17), die Arbeit von Stern (18) ist mir leider bisher nicht zugänglich gewesen):

1. In forensischer Beziehung kommen hauptsächlich zivilrechtliche Fragestellungen vor, und naturgemäß nur bei chronischen Zuständen. Kann der Kranke seine Angelegenheiten nicht besorgen, so kommt man in der Regel mit Pflegschaft aus. Ueber andere zivilrechtliche Fragestellungen besitze ich keine Erfahrungen. Gelegentlich kommt die Anwendung der §§ 104 und 105 BGB in Frage. Schwerere Parkinsonismen sind meines Erachtens nicht voll geschäftsfähig, können ev. in schwierigen Situationen überrumpelt werden oder versagen. In solchen Fällen würde wohl auch Entmündigung wegen Geistesschwäche nötig sein. Allgemein gültige Regeln lassen sich kaum aufstellen.

2. Ein Zusammenhang zwischen Kriegsdienst und Encephalitis epidemica, Unfall und Encephalitis epidemica ist in der Regel abzulehnen. Auch Alkoholabusas und psychische Traumen begünstigen den Ausbruch der Encephalitis epidemica nicht. Zusammenhang darf wohl nur dann angenommen werden, wenn unmittelbarer zeitlicher Kontakt und keine Epidemie vorliegt.

3. Hinsichtlich der Invalidisierung postencephalitisch Kranker kann man mit Beyer folgende Gruppierung vornehmen.

Invalidität liegt vor: bei schweren psychischen Alterationen (psychotische z. B. depressive Formen, Abulie, Schlafumkehr). Parkinsonismen höheren Grades, allgemeine Hyperkinesen.

Erwerbsminderungen, deren Prozentsatz sich nach Art der Symptome und des Berufes richtet (z. B. ein Feinmechaniker mit Abduzensparese nach Encephalitis epidemica bedarf einer anderen Bewertung der Erwerbsminderung als ein Holzfäller mit dem gleichen Defekt usw.): bei monosymptomatischen Defektheilungen Augenmuskellähmungen lokalisierten Hyper- und Akinesen.

Literatur.

1. Hoff: H. Schubert für Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 43.
2. Balo: Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie, Bd. 30.
3. Sczymanowski-Zylberlast: Zit.
4. Stern: Med. Klinik 1924 1924, XX. Jahrg., Heft 30.
5. Kling: Ref. Zentralblatt f. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 33, 135.
6. Zeiner-Henriksen: Referat Zentralblatt f. ges. Neurol. u. Psych. 33, 204.
7. Stern und Grote: Arch. für Psychiatrie, Bd. 75.
8. Bessemann und Boeckel: Ref. Zentralblatt f. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 30, 74.
9. Guillain: Ref. Zentralblatt f. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 40, H. 11/12, S. 674.
10. Schlesinger: Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., Bd. 57.
11. Jakob: Vortrag. Ref. Zentrlbalatt f. ges. Neurol. und Psych., Bd. 40, H. 13/14, S. 782.
12. Thiele: Vortrag. Ref. Zentralblatt f. ges. Neurol. und Psych., Bd. 42, H. 3/4, S. 239.
13. Stern: Die Enceph. epid. Monophasie. Springer 1922.
14. Groß u. Metaxas: Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. 43.
15. Villinger: Münch. med. Woch. 68, S. 913; 1 61.
16. Beyer: Vortrag. Ref. Zentralblatt f. ges. Neurol. und Psych., Bd. 29, 424.
17. Stern: Anl. f. Psychiatrie, Bd. 73.

Ueber die Pathogenese des Morphinismus und des manisch-melancholischen Irreseins, sowie über die Therapie beider Erkrankungen.

Von

Dr. ERICH DAVID, Kiel.

Trotzdem die Psychiatrie als ein Teilgebiet der Medizin ein naturwissenschaftliches Fach ist, wurde man bis vor kurzem mit größtem Mißtrauen empfangen, wenn man an die bisher alleinseligmachende Psychologie mit Fragestellungen aus der Biologie der Zelle oder mit dem Begriff Stoffumsatz oder Reaktionsfähigkeit der Zelle herantrat und merkwürdigerweise noch weniger von Seiten der Psychologen, als von Seiten der Psychiater. Noch gar nicht lange ist es her, daß man zu der zweckmäßigen Annahme gelangte, mit biologischer und psychologischer Betrachtungsweise gleichzeitig an ein psychiatrisches Problem heranzugehen. Bis dahin behauptete man stets, der Biologe solle sich auf seine biologische Forschungsrichtung, der Psychologe auf seine psychologische Betrachtungsweise beschränken. Beide sollten ihre eigenen Wege gehen, weil sonst nur Halbheiten herausschauten. Es kann wohl kaum einem Zweifel unterliegen, daß die frühere Vernachlässigung biologischer Betrachtungsweise ein enorm großer Fehler war und daß die Wiedergutmachung dieser Unterlassungssünde für die Wissenschaft ein bedeutender Fortschritt war und vor allem in Zukunft noch recht vielversprechend sein dürfte.

Einen besonders großen Schritt vorwärts machte die Psychiatrie vor kurzer Zeit, als man mit der Erforschung des vegetativen Systems vorwärts kam und so die Pathogenese verschiedener Erkrankungen auf Schädigungen der vegetativen Regulationszentrale in den lokalen Ganglien des Zwischenhirns zurückführen konnte.

Vor allem ist es das manisch-melancholische Irresein, dessen Pathogenese als Schädigung der basalen Ganglien des Zwischenhirns zu betrachten ist. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft müssen wir annehmen, daß es sich beim manisch-melancholischen Irresein biologisch um eine Labilität in den den Stoffwechsel regulierenden vegetativen Zentren des Zwischenhirns handelt, die ohne erkennbaren äußeren Anlaß aus dem Gleichgewicht geraten und nach der den Biotonus fördernden oder hemmenden Richtung hin übermäßig funktionskräftig arbeiten. Bei der Melancholie haben wir ein Ueberwiegen des Sympathikustonus unter gleichzeitiger Herabsetzung des Parasympathikustonus, bei der Manie einen gesteigerten Parasympathikus- und gleichzeitig verminderten Sympathikustonus. Bei den manisch-melancholischen Mischzuständen aber ist die balanzierende vegetative Zentrale ganz aus dem Gleichgewicht gebracht, Sympathikus- und Parasympathikustonus wirken gänzlich durcheinander, vollkommen ungeordnet.

Niemals wurde bei endogenen Psychosen im Stoffwechsel trotz der Störung von Assimilation und Dissimilation eine Schädigung der nervösen Elemente in dem Sinne auftretend angenommen, daß es zu einer Vergiftung ähnlich der durch toxische Stoffwechselprodukte oder andere echte Gifte kommt, und damit zu einer schweren Beeinträchtigung des Zellebens, zu einer Bewußtseinstrübung. Ganz seltene Fälle dieser Art hatte man allerdings kennen gelernt, das wäre aber natürlich bei den gewaltigen und schweren Störungen im Stoffwechselumsatz nicht zu verwundern. Oder man müßte bei den eigentlich deliranten Formen denken an eine angeboren spezifische Schwäche des Gehirns oder an eine angeboren fehlende Abwicklung im Stoffwechselablauf, etwa im Sinne der deliranten Aeußerungsform Kraepelins, also einer gleichzeitig bestehenden besonders gearteten Partialkonstitution, vielleicht derselben Partialkonstitution, die einen symptomatisch Erkrankten immer wieder und nur am deliranten Symptomenkomplex erkranken läßt.

Und doch gibt es eine, durch ein von außen zugeführtes Gift hervorgerufene Krankheit, den Morphinismus, dessen Pathogenese ebenfalls auf eine Schädigung der basalen Ganglien des Zwischenhirns zurückzuführen ist und die infolgedessen in fast eben derselben Weise verläuft, wie das manisch-melancholische Irresein.

Bei den manisch-melancholischen Psychosen und beim Morphinismus liegt der Angriffspunkt der Schädigung an derselben Stelle — beide Krankheiten besitzen dieselbe Pathogenese — und da kann es uns natürlich nicht Wunder nehmen, wenn die Veränderungen auf körperlichem und psychischem Gebiet bei diesen Zuständen ganz ähnlich sind. Die drei Stadien des Morphinismus sind direkt den drei Phasen des manisch-melancholischen Irreseins zu vergleichen, nur daß bei letzterem die psychischen Störungen, beim Morphinismus dagegen die körperlichen mehr in den Vordergrund treten.

Wir haben ja beim Morphinismus, wie bereits in verschiedenen früheren Arbeiten*) auseinandergesetzt, drei Stadien auseinander zu halten:

1. Das Stadium der Gewöhnung,
2. das Stadium der akuten Entziehungserscheinungen und
3. das Stadium der Rekonvaleszens.

Im ersten Stadium sehen wir im großen Ganzen ein Darniederliegen des gesamten Biotonus, der die Folge eines gesteigerten Sympathikus ist und sich körperlich äußert in einer Hemmung des gesamten Magen-Darm-Kanals und sämtlicher Drüsen-Sekretionen, in vollkommener Appetitlosigkeit, Verstopfung, Verminderung der Urinmenge, Impotenz, in einer Erweiterung der Bronchiden in einer Vasokonstriktion, in gesteigerter Körpertemperatur, trophischen Störungen der Haut, der Zähne und der Nägel, in einer gesteigerten Durstempfindung und allem zufolge in einem enormen Gewichtsabfall. Das sind alles Erscheinungen eines gesteigerten Sympathikus- und eines verminderten Parasympathikustonus. Demgegenüber darf freilich nicht geleugnet werden, daß die Pupillenverengerung und die Herzverlangsamung die Folgen eines gesteigerten Parasympathikus sind. Psychisch geht mit der Verminderung des Biotonus ein Tiefstand der Vitalgefühle einher. Melancholische Stimmung, verlangsamter Gedankenablauf, Verminderung der Vigilität der Aufmerksamkeit, große Willensschwäche, demzufolge Stockung des Betätigungstriebes beherrschen das Bild.

Es ist wohl kaum der Erwähnung nötig, daß die entsprechende Phase des manisch-melancholischen Irreseins, der Melancholie, bei der es sich pathogenetisch ebenfalls um einen erhöhten Sympathikus- und dementsprechend verminderten Parasymphatikustonus handelt, fast genau dasselbe Bild zeigt, und zwar sowohl psychisch wie körperlich, nur daß bei der Morphiumgewöhnung mehr die körperlichen, bei der Melancholie mehr die psychischen Störungen in Erscheinung treten. Auch hier bei der Melancholie geht mit der Verminderung des Biotonus der Tiefstand der Vitalgefühle einher, die Verneinung des Lebens, der verlangsamte Gedankenablauf, das Stocken des Betätigungstriebes, das Sinken der Aufmerksamkeit. Und im ganzen Organismus die körperliche Erschlaffung.

---

*) E. David: Ueber Morphinismus. Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych. Bd. 89, Heft 4-5, 1924. — E. David: Angstaffekt und vegetatives Nervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych. Bd. 91, Heft 1-2, 1924. — E. David: Fortschritte der Medizin: Ueber das Wesen und die Behandlung des Morphinismus. Jahrg. 43, Nr. 11, 1925. — E. David: Ueber die Ursachen der so häufigen Rückfälligkeit und der Morphiumentwöhnung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. Bd. 99, H. 3-4, 1924.

Das zweite Stadium des Morphinismus, das Stadium der akuten Entziehungserscheinungen, zeichnet sich durch eine Revolution im gesamten vegetativen System aus. Wärme- und Kältegefühle wechseln ab, nicht zu stillendes Erbrechen tritt auf, profuse Durchfälle, spontan einsetzendes Schwitzen, Gähn- und Nießzwang, unregelmäßige Herztätigkeit, Polyurie und Salivation. Man hat den Eindruck, daß hier der Parasympathikus mit aller Wucht das Uebergewicht zu erlangen sucht, ohne daß der Sympathikus der verlorenen Balance sofort mit einem verminderten Tonus antworten kann. Dem entspricht auch das psychische Bild. Die Stimmung bleibt melancholisch. Dagegen macht die im ersten Stadium vorhandene Hemmung im Denken einer regelrechten Ideenflucht Platz. Die Gedanken jagen unaufhörlich im Kopf herum, das Bewußtsein des Nichtordnen- und Nichtausdenken-Könnens belästigt arg. Die Konzentrationsfähigkeit ist bedeutend herabgesetzt. Die ungeheure Unruhe wird von den Patienten sehr qualvoll empfunden.

Auf die Aehnlichkeit dieses zweiten Stadiums mit den manisch-melancholischen Mischzuständen brauche ich wohl nur hinzuweisen. Die verschiedenartigsten Mischzustände, von einer Melancholia agitata bis zum manischen Stupor finden wir alle in den so vielseitigen Bildern bei Morphiumentziehungen wieder.

Erst ganz allmählich geht das zweite Stadium des Morphinismus ins dritte über, wo wir dann deutlich den Einfluß eines erhöhten Parasympathikus und eines herabgesetzten Sympathikus verfolgen können. Polyphagie, Priapismus, Schwitzen, Durchfälle, Polyurie sind zu beobachten. Der ganze Biotonus ist erhöht, daher eine gewaltige Gewichtszunahme. Die Welt erscheint auf einmal in einem ganz anderen Lichte, es besteht wieder Freude am Leben, an der Natur, überhaupt an allem, wofür vorher kein Interesse mehr vorhanden war. Das Selbstgefühl ist gehoben, die Patienten überschätzen ihre Widerstandskraft. Das ideenflüchtige Denken bleibt lange Zeit bestehen, nach Wochen ist der Patient noch nicht fähig, geregelt und konzentriert zu arbeiten.

Ebenso sind bei der manischen Phase des manisch-melancholischen Irreseins die körperlichen Erscheinungen fast dieselben, — der gesamte Organismus befindet sich in Spannung —, dann aber erscheint ebenso die quantitative Seite des Seelenlebens, Tempo und Intensität, vermehrt. Wir sehen zunächst auf dem Gebiete des Gefühlslebens ein undefinierbares Wohlbehagen, ein Gefühl kraftvollster Lebensfülle, unüberwindbarer Kraft, unbezähmbaren Lebenswillens, auf assoziativem Gebiet eine zunehmende Erleichterung und Beschleunigung des Gedankenablaufes, ein Zuströmen von Assoziationen aller Art, auf dem Gebiet des Willenslebens einen unwiderstehlichen Drang nach Betätigung, nach Lebensäußerung, nach Beschäftigung und auf dem Gebiete des Wahrnehmens eine gesteigerte Ansprechbarkeit für alle nur möglichen Sinneseindrücke, eine Vermehrung der Vigilität der Aufmerksamkeit.

Wir konnten also pathogenetisch beide Erkrankungen, sowohl den Morphinismus, als auch das manisch-melancholische Irresein, als Schädigung einer und derselben Gehirnzentrale feststellen — das eine Mal war die Schädigung zwar exogen, während sie das andere Mal endogen war. — Infolgedessen kann es uns auch nicht Wunder nehmen, wenn trotzdem in beiden Fällen die Störungen fast dieselben sind. Nur das ist besonders zu betonen, daß beim Morphinismus mehr die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen, während die psychischen nicht so deutlich in Erscheinung treten, beim manisch-melancholischen Irresein dagegen gerade die psychischen Störungen am auffälligsten sind, die körperlichen aber nicht so hervorstechend. Dennoch aber sind in beiden Fällen sowohl die körperlichen, als auch die psychischen Erscheinungen vorhanden und zwar sind sie bei beiden Krankheiten ganz dieselben, wenn es auch im ersten Stadium des Morphinismus psychisch niemals bis zum vollkommenen Stupor kommt, andererseits bei der Melancholie niemals zu den gewaltigen körperlichen Hemmungen wie im ersten Stadium des Morphinismus, oder bei der Manie niemals zu der so oft explosiven Hypertonie wie im dritten Stadium des Morphinismus, in welch letzterem andererseits die einzelnen Hirnelemente niemals mit demselben Hochdruck arbeiten, wie bei der Manie.

Für Psyche und Soma müssen also in der vegetativen Regulationszentrale zwei besondere Zentren bestehen, die eng miteinander verbunden sind, sodaß also die eine Schädigung imstande ist, mehr den psychischen als den körperlichen Tonus zu verändern, während eine andere Noxe wieder mehr den Körper als die Psyche zu beeinflussen imstande ist. Trotzdem aber wirkt die Tonus-Veränderung immer auf beide Teile zusammen, nur daß einer von ihnen eben besonders stark beeinflußt wird.

Nach diesen Ausführungen über die Pathogenese des Morphinismus und des manisch-melancholischen Irreseins und über die körperlichen und psychischen Symptome bei beiden Erkrankungen scheint es nunmehr an der Zeit, für die Therapie einige Schlüsse daraus zu ziehen.

Für die Therapie des Morphinismus kommt ja zunächst in erster Linie das Stadium der akuten Entziehungserscheinungen in Betracht. Während aber all die bisherigen Mittel nur dazu dienten, die so überaus großen Beschwerden der Patienten zu lindern, war die Wissenschaft bisher nicht imstande, sie ganz zu beseitigen. Erst jetzt, nachdem wir die Pathogenese des Morphinismus als eine exogen hervorgerufene Schädigung der basalen Ganglien des Zwischenhirns kennen gelernt haben, ist es uns möglich geworden, ein solches Mittel zu finden. Und zwar mußte unser Bestreben dahin gerichtet sein, stark parasympathisch wirkende Stoffe ausfindig zu machen, die die qualvolle Uebergangszeit der akuten Entziehungserscheinungen, die unter Umständen 14 Tage dauern kann, möglichst verkürzen und so als spezifisches Mittel gegen die Beschwerden bei Morphium-Entziehungen gelten können. Derartige Stoffe sind vor allem das Cholin, dann aber auch verschiedene innersekretorische Drüsen, wie Schilddrüse oder Hoden bezw. Eierstöcke, ferner auch K-Jonen. Vor allem bei Cholinderivaten sind bereits an der Münchener psychiatrischen Klinik, wie auch an verschiedenen anderen Orten Versuche unternommen worden, die sämtlich für die Richtigkeit unserer Pathogenese und ihrer Folgerungen sprechen und in fast allen Fällen die so fürchterlichen Beschwerden beinahe vollkommen beseitigten. Ein vorzügliches Präparat*), das alle die oben aufgeführten parasympathisch wirkenden Stoffe enthält, wird seit kurzer Zeit von der pharmazeutischen Fabrik Lecinwerk Dr. Ernst Laves, Inh. Prof. Dr. E. Laves, Hannover, hergestellt und ist wohl das ideale Mittel gegen die so qualvollen Beschwerden bei Morphium-Entziehungen zu betrachten. Die bisher mit diesem Präparat angestellten Versuche fielen äußerst günstig aus.

Ganz ebenso liegen die Verhältnisse bei der Melancholie. Da haben wir ja den erhöhten Sympathikus- und herabgesetzten Parasympathikustonus und auch da wird unser Bestreben dahin gerichtet sein müssen, durch stark parasympathisch wirkende Mittel dem erhöhten Sympathikus entgegenzutreten. Und auch in diesen Fällen eignen sich die vom Lecinwerk, Inhaber Prof. Dr. E. Laves, Hannover, hergestellten Präparate Gynormon bzw. Anermon, wie die bisher angestellten Versuche ergaben, am besten.

Damit sind wir in der Therapie einen gewaltigen Schritt vorwärts gekommen. Wir haben endlich ein Mittel gefunden, das sowohl spezifisch gegen Melancholie wie gegen die so furchtbar quälenden Entziehungsbeschwerden zu verwenden ist.

Die Verantwortlichkeit der Krankenanstalten.

Von

Dr. J. FRANKFURTER.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Geisteskrankheit die geschlechtliche Liebe nicht ausschließt. Es ist daher von Sozialhygienikern und Aerzten vielfach die Frage erörtert worden, ob es nicht der Allgemeinheit zum großen Schaden gereiche, wenn Kinder von Geisteskranken gezeugt werden. Vom rassenhygienischen Standpunkt der Aufzucht ist dies gewiß zu bejahen. Es mögen sich auch Einwände finden, besonders auf medizinischem Gebiete, daß Geisteskrankheiten eine Folge früherer Selbstbefriedigung sein können, und dagegensprechen.

Man mag den einen oder anderen Standpunkt einnehmen, so ist es von Wichtigkeit, sich die Frage vorzulegen, wer denn die Folgen, die daraus entspringen können, zu tragen hat. In der Ehe ist es der Mann, der alimentationspflichtig ist und bleibt, auch als Geisteskranker. Anders gestaltet es sich, wenn der Kranke sich in einer Heil- oder Pflegeanstalt befindet. Hier wird es sich lediglich um außerehelichen Verkehr handeln. Darf die Anstalt diesen dulden, oder trägt sie die Verantwortung dafür?

Da dieser Fall vorgekommen ist, und die Gerichte darüber entscheiden mußten, will ich ihn im folgenden erörtern.

Ein für geisteskrank Erklärter und Entmündigter wurde gegen Entgelt in einer Heilanstalt aufgenommen. Dort verkehrte er wiederholt geschlechtlich mit seiner Pflegerin und wurde als Vater des von ihr geborenen, unehelichen Kindes zur Zahlung der Unterhaltsgelder für dasselbe rechtskräftig verurteilt. Nun verlangte er von der Heilanstalt wegen schuldhafter Verletzung ihrer Obhut- und Fürsorgepflicht den ganzen Schaden ersetzt, der ihm durch die Zeugung des Kindes entstanden ist.

Es ist richtig, daß die Anstalt für ein Verschulden ihrer Angestellten in der gleichen Weise einzustehen hat wie für eigenes und daher durch den Aufnahmevertrag dem Kranken verpflichtet ist, für alle dadurch verursachten Vermögensnachteile aufzukommen. Ebenso ist sie vertraglich gebunden, ihm neben Gewährung von Wohnung, Kost und ärztlicher Behandlung die Obhut und Fürsorge angedeihen zu lassen, die objektiv und subjektiv erforderlich ist. Ferner muß sie darauf achten, eine angemessene und geordnete Lebensführung zu ermöglichen, ihn vor falschen, zur Schädigung seiner Person oder seines Vermögens geeigneten Schritten zu bewahren und vor gefährlichen Einflüssen und Eindrücken zu schützen. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß der an hochgradiger Geistes- und Willensschwäche Leidende leicht fremden Einflüssen unterliegt und bei ihm mit einem Mangel an moralischer Kraft und den zur Zügelung des Geschlechtstriebes notwendigen seelischen Hemmungen zu rechnen ist. Die Anstalt hat daher durch sachgemäße Ueberwachung und sonstige Maßregeln zu verhindern, daß ein außerehelicher Verkehr stattfindet, der den Schutzbefohlenen in seiner Gesundheit schwer schädigen und — wie im vorliegenden Falle — große Vermögensnachteile zur Folge haben kann. Um dieser bezeichneten Obhut- und Fürsorgepflicht gerecht zu werden, bedient sich die Anstalt außer den Aerzten noch des Pflegepersonals, wie Wärter und Wärterinnen, die die Kranken zu beaufsichtigen und teils nach Weisung, teils nach eigenem Ermessen auf ihr Tun und Lassen einzuwirken und alles zu verhüten haben, was den Patienten irgendwie von Schaden sein könnte. Eine grobe Verletzung der dienstlichen Obliegenheiten und somit auch der ihnen von der Anstalt übertragenen Beaufsichtigungspflichten begeht das Personal, wenn es den Geschlechtsverkehr der Kranken duldet oder sogar selbst daran beteiligt ist. Die intimen Beziehungen der Wärterin im vorliegenden Falle stellen sich dar als ein Verstoß der übernommenen Dienstpflichten gegenüber ihrem Auftraggeber und dies steht im engeren und inneren Zusammenhange mit dem Vertragsverhältnis der Parteien. Die Anstalt hat daher das Verschulden ihres Personals nach § 278 BGB. zu vertreten.

In diesem Zusammenhange liegt die Frage nahe, ob nicht der Geisteskranke den Schaden selbst mitverschuldet hat und daher denselben mittragen muß. Darüber haben die Gerichte verschieden entschieden. Hat der Geistesschwache zur Zeit der Tat sich in einem Zustande der Willensfreiheit und freien Willensbestimmung befunden, so ist er gemäß § 827 BGB. dafür verantwortlich. Beruft er sich auf seine Unzurechnungsfähigkeit — wie im gegebenen Falle — so muß er sie beweisen. Der bloße Hinweis auf die Entmündigung genügt nicht allein, denn auch der Geisteskranke kann unerlaubte Handlungen im Rechtssinne begehen und ist dafür verantwortlich. Hat er sich also zurzeit des Geschlechtsverkehrs mit der Wärterin in einem die freie Willensbestimmung nicht ausschließenden Schwachsinn befunden, dann liegt nach § 254 BGB. ein Mitverschulden vor und hat den daraus entstehenden Schaden mitzutragen. So auch das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 2. Dezember 1906 (III. 170/06) und eine neuere vom 22. Febr. 1924 (III. 259/24).

---

*) Gynormon (Frauen), Anermon (Männer).

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 2, 8. Januar 1926.

Die Bedeutung der Messung des Grundumsatzes. Liebesny.
Ueber das Splanchno-Peripherie-Gleichgewicht der Gefäßpermeabilität und seine klinische Bedeutung. Müller und Petersen.
* Ueber Insulin-Mastbehandlung im Kindesalter. Priesel und Wagner.
* Versuche an Meerschweinchen über die Beziehungen zwischen Skorbut und chronischer Tuberkulose. Heymann.
Ueber die angebliche blutbildende Wirkung des Germaniumdioxyds. Keil.
Jodreaktion der Blutplättchen, Spindelzellen und Knochenmarksgebilde. Rokay.
Bemerkungen zur Rablschen Methode des histologischen Kalknachweises. Freudenberg.
Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase bei oraler Darreichung des Kontrastmittels. Rachwalsky.
Zur Technik der bakteriologischen Untersuchung von proteushaltigem Material. Schuback.
* Zur Erzeugung der positiven Wassermann-Reaktion durch kombinierte Injektion von Lipoiden und Schweineserum. Brandt, Guth und Müller.
Zur Frage der Tuberkulinanwendung per os. Rebay.
Zur Stoffwechselpathologie des Pylorospasmus. Vollmer und Serebrijski.
Beiträge zur Kenntnis der entgiftenden Wirkung des Traubenzuckers bei Guanidin-Vergiftung. Bakucz.
Die Prophylaxe der angeborenen Syphilis. Boas.
Neue chemische und physikalische Studien zum Mineral-, insbesondere zum Eisenstoffwechsel. Oppenheimer.
Messen des Kapillardrucks mit dem Kapillartonometer. Raijka.

Ueber Insulin-Mastbehandlung im Kindesalter. Mastbehandlung im Kindesalter bei Anorexie ohne nachweisbare Ursachen, bei Anorexie im Gefolge von Anämie, Tuberkulose usw. kann durch Insulininjektionen erfolgreich unterstützt werden, auf dem Wege der Appetitanregung durch Hypoglykämie. Im Säuglingsalter ist wegen der größeren Gefahr von Hypoglykämien intravenöse Zufuhr hochkonzentrierter Zuckerlösungen mit gleichzeitiger Insulindarreichung der oralen Zuckerzufuhr vorzuziehen. Brechende Kinder sind für die Behandlung ungeeignet; hier käme auch intravenöse Zuckerzufuhr in Frage. In einem Falle von Herterschem Infantilismus war der Erfolg einer kombinierten Insulinmastbehandlung zweifelhaft. (Deutlicher Körpergewichtsansatz bei geringer Appetitsteigerung.)

Versuche an Meerschweinchen über die Beziehungen zwischen Skorbut und chronischer Tuberkulose. Die Beziehungen zwischen Skorbut und Infektionskrankheiten sind oft besprochen worden. Vielfach nimmt man an, daß der Mangel an dem skorbutverhütenden C-Vitamin die Empfänglichkeit für manche Infektionskrankheiten erhöhe, während durch reichliche Zufuhr, z. B. in Form von Zitronen- oder Mohrrübensaft, ihre Verhütung, ja sogar Heilung erzielt werden kann. Der Verfasser betrachtete zunächst die experimentelle Bearbeitung der Beziehungen zwischen der Tuberkulose und der C-Avitaminose als wichtigste Aufgabe. Die Meerschweinchen, die nicht an flüssige Nahrung gewöhnt sind, decken ihren Wasserhaushalt aus dem Frischfutter (Mohrrüben usw.). Wird das Frischfutter fortgelassen, so lernen die Tiere in 1—2 Tagen ein ihnen dargereichtes Ersatzmittel in Form von verdünntem Zitronensaft anzunehmen. Füttert man nur die Tiere lediglich mit Heu, Hafer und Wasser, so werden sie krank. Es ergibt sich eine typische Gewichtskurve mit einem zunächst 3—4 Tage anhaltenden Gewichtsstillstand, darauf folgend eine geringe tägliche Gewichtszunahme bis zum 10. oder 11. Versuchstage. Vom 11. oder 12. Tage ab werden die bis dahin munteren Tiere sichtlich stiller, schonen die Hinterbeine, fressen weniger und gelangen in ein Stadium der proterminalen Gewichtsabnahme. Dieses dauert 3—4 Tage, worauf ein täglicher Gewichtssturz von 10—20 g eintritt. Unter den Erscheinungen der Freßunlust und der Gliederschwäche kommt der Allgemeinzustand der Tiere enorm herunter, bis am 18. oder 23. Tage unter Krämpfen der Tod eintritt. Bei der Sektion fallen Blutungen unter der Haut und in der Muskulatur auf, namentlich an den hinteren Extremitäten. Es besteht eine ungewöhnliche Knochenbrüchigkeit und es treten schwere Lockerungen der Epi- und Diaphysen auf. Das Mark ist graurötlich und trocken. Die hinteren Prämolarzähne stecken ganz locker in blutgefüllten Alveolen. Den Werdegang der Knochenveränderungen haben Israel und Fränkel im Röntgenbilde ganz auffallend deutlich verfolgen können.

Durch Verabreichung von verdünntem Zitronensaft können diese Erscheinungen der akuten Avitaminose vermieden werden, und es gelingt, den rapiden Verlauf in eine „chronische Avitaminose“ durch entsprechende Verdünnungen des Zitronensaftes umzuwandeln. Dabei ist die Schwere des Krankheitsbildes direkt proportional der Größe der Verdünnung. Die experimentelle chronische Avitaminose kommt den vielfach bei Menschen herrschenden Verhältnissen wesentlich näher als die von anderen Experimentatoren bevorzugte hier zuerst beschriebene Form der Erkrankung.

Um die Beziehungen zwischen der Avitaminose und der Tuberkulose nachzuprüfen und dabei die Tiere recht lange am Leben zu erhalten, wurden minimalste Infektionsdosen von Tuberkelbazillen (0,0001—0,00001 mg) gegeben. Eine Menge von 0,00001 mg enthält nach Zählungen des Verfassers 400 Tuberkelbazillen, die noch zur Infektion ausreichen. Werden Männchen von 200—250 g mit solchen Dosen intraperitoneal infiziert, so hält sich ein Teil der Tiere trotz der Entwicklung äußerst schwerer Organerkrankungen sehr lange am Leben. Es blieben Tiere mit ausgebreiteter Tuberkulose über ¾ Jahre am Leben, was den Verhältnissen der menschlichen chronischen Tuberkulose recht ähnlich ist. Wie beim Menschen merkt man oft lange nichts von dem Leiden, und es ist dann lediglich das Röntgenbild, das über den Krankheitszustand der inneren Organe Aufschluß gibt. Bei den gestorbenen Tieren fielen die mächtig vergrößerten Milzen auf, die als ein von Infarkten und Nekrosen oft völlig eingenommenes Organ die ganze linke Bauchhöhle ausfüllen können und zu tödlichen Rupturen neigen. Daneben finden sich tuberkulöse Veränderungen an Leber, Netz, Mesenterialdrüsen, Leistendrüsen und manchmal auch am Urogenitalapparat. In den Lungen sieht man ausgedehnte, zum Teil konfluierende Tuberkel mit zentraler Verkäsung. Daneben finden sich lufthaltige Bläschen, die an der Oberfläche liegen und Kavernen vortäuschen können. Sie enthalten aber eine Endothelauskleidung und gleichen dem von Orth beschriebenen tuberkulösem Emphysem. Allerdings fanden sich auch vereinzelt echte Kavernen. Diese kann man regelmäßig erzeugen, wenn man die umständliche Inhalationsinfektion wählt.

Von den verschiedenen Möglichkeiten der Verknüpfung von Avitaminose und Tuberkulose wählte der Verfasser die beim Menschen wohl besonders häufige Kombination, daß erst Tuberkuloseinfektion und dann Avitaminose eintritt. Bei einer Verdünnung des Zitronensaftes von 1 : 20 zeigen die Tiere deutliche Skorbuterscheinungen und sterben viel früher als die nicht tuberkulösen Kontrolltiere. Dies kann entweder auf einer Steigerung der tuberkulösen Prozesse durch die Avitaminose oder auf einer Beschleunigung der Avitaminosewirkung durch den tuberkulösen Prozeß, endlich auch auf einer doppelt unheilvollen gegenseitigen Begünstigung beider Erkrankungen beruhen. Eine Beeinflussung der tuberkulösen Prozesse durch die Avitaminose konnte nicht festgestellt werden, wogegen eine Beschleunigung der skorbutischen Erkrankung bei Anwesenheit von Tuberkulose deutlich war.

Zur Erzeugung der positiven Wassermann-Reaktion durch kombinierte Injektion von Lipoiden und Schweineserum. Die Verfasser schließen aus ihren Versuchen, daß die mit Schweineserum oder mit Schweineserumlipoidgemisch behandelten Tiere gerade mit jenen Antigenen, die mit Seren von luetischen Menschen oder Kaninchen besonders stark reagieren, meist schwache oder völlig negative Reaktion zeigten. Bestenfalls fand sich bei diesen Tieren mit solchen „Luesantigenen“ ein ungefähr ebenso starker Ausfall als mit verschiedenen anderen Lipoidantigenen, die wieder — für Lues nicht besonders eingestellt — sich im Luesbindungsversuch als nur schwach oder gar nicht wirksam erwiesen. Diese Feststellungen erschweren es jedenfalls — neben Gründen, die anderenorts diskutiert werden sollen — die Möglichkeit, Lipoidantikörper mit Hilfe von Serumlipoidinjektionen zu erzeugen, als Beweis für die Hypothese anzusehen, daß der Ursprung der Wassermann-Reaktion im Zerfall körpereigenen Gewebes mit konsekutiver Lipoidantikörperbildung zu suchen ist.

Nr. 3, 15. Januar 1926.

- Forschungsrichtungen in der Histopathologie des Nervensystems während der letzten fünfzig Jahre. Spielmeyer.
- • Untersuchungen über den Wasserhaushalt. Marx.
- • Versuche über den Einfluß der Avitaminose auf die Heilung von Knochenbrüchen. Israel und Fränkel.
- • Worauf beruht die geringe biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf einzellige Lebewesen? Schneider.
- Ueber zwei Fälle von Krebs mit Hautmetastasen. Dürbeck.
- • Magensekretion und duodenaler Rückfluß vor und nach der Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mit Novoprotin. Rothschild.
- • Zur Reaktion einer Infusionsflüssigkeit. Endres.
- • Die diagnostische Bedeutung der Kernveränderungen der weißen Blutzellen unter besonderer Berücksichtigung des syphilitischen Blutbildes. Lemke und Streblow.
- Zur Technik der serodiagnostischen „Cancer-Reaktion“ nach Kahn. Skwirsky und Striedter.
- Ueber die Prüfung der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung in der Klinik. Pollitzer.
- Zur Frage des Ovarialhormons. Kochmann
- Die Blutmengenbestimmung (mit Farbstoffmethode) bei Leukämien und anderen Splenomegalien. Greppi.
- Ueber die Veränderlichkeit von Lebensäußerungen bei Corynebakterien. Gundel.
- Behandlungsprinzipien bei der Genital- und Peritonealtuberkulose. Benthin.
- Zum Entwurf eines Gesetzes über uneheliche Kinder und die Annahme an Kindes statt. Nippe.

Untersuchungen über den Wasserhaushalt. Man kann den Wasserhaushalt des Menschen ebenso wie andere vegetative Prozesse durch hypnotische, spezifisch wirksame Suggestionen beeinflussen. Nach Trinksuggestion wurde im Blut eine Verdünnung, die den gleichen typischen Ablauf zeigt wie die, die man nach Flüssigkeitsaufnahme feststellen kann, beobachtet. Zugleich tritt eine lebhafte Diurese mit starker Verdünnung des Harns ein. Dies kann als ein Beweis dafür gelten, daß auch die Austauschvorgänge zwischen Blut und Gewebe cerebral reguliert sind. Man weiß, daß manche Formen von Polydipsie oft stark neurotisch überlagert, wenn nicht überhaupt neurotisch bedingt sind und durch Suggestion günstig beeinflußt werden. Die Versuche des Verfassers zeigten, daß es allein durch hypnotische Suggestion gelingt, eine Aenderung im Wasserhaushalt des Organismus und Diurese mit nachfolgendem Durst zu erzeugen. Die erwähnten Formen von Polydipsie können als eine neurotische Störung der den Wasserhaushalt regulierenden Apparate angesehen werden. Marx glaubt von systematischer Psychotherapie mit Unterstützung durch Hypnose die Heilung erzielen zu können.

Versuche über den Einfluß der Avitaminose auf die Heilung von Knochenbrüchen. Anschließend an die Versuche von Bruno Heimann und in Ergänzung derselben beobachteten die Verfasser, daß eine vollkommene C-Avitaminose die Heilung eines Knochenbruches verhindert. Durch unvollkommene Avitaminose infolge von Verabreichung verdünnter Zitronensäfte wurde beobachtet, daß bei einer Verdünnung von 1 : 30 lediglich die Kallusbildung etwas weniger stark war. Bei einer Verdünnung von 1 : 60 kam es zu einer Pseudarthrose. Bei höheren Verdünnungen wurde die Frakturheilung wesentlich verlangsamt. Ist aber das Wachstum des jungen Gewebes bereits im Zuge, so ist es schwer die Knochenregeneration aufzuhalten. Auf die Dauer allerdings unterliegt der neugeformte Kallus dem zehrenden Aufbrauch des Nährschadens, so daß ein schon geheilter Bruch unter dem Einfluß der unzweckmäßigen Ernährung erneut zusammenbrechen kann. Wird bei vollkommen avitaminotischen Tieren die Heilung vollkommen verhindert, so scheint es, als ob die Macht der Regeneration, sobald sie nur unter günstige Bedingungen kommt, gleichsam in einem Satze das nachholen will, was sie vorher versäumen mußte.

Worauf beruht die geringe biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf einzellige Lebewesen? Der Verfasser kommt auf Grund eingehender Untersuchungen zu dem Schluß, daß einzellige Lebewesen von wesentlich geringerer Strahlenempfindlichkeit sind als höhere Organismen.

Diese Tatsache findet ihre Erklärung darin, daß die einzelne Zelle als Einzellebewesen viel weitgehender unabhängig von ihrer Umgebung ist als die Zelle im Zellverband, und somit der Hauptangriffspunkt der Röntgenstrahlen, daß die Zelle umgebende Medium, für sie von minderer Bedeutung ist. Somit wird die Groedelsche Anschauung bestätigt, daß je höher und differenzierter der Stoffwechsel der Zelle ist, um so höher auch die Strahlensensibilität ist, womit eine Strahlenabsorption durch die Zelle nicht geleugnet werden soll. Nachweisbar jedoch ist nur die Röntgenwirkung auf den Verkehr der Zelle mit ihrer Umgebung.

Magensekretion und duodenaler Rückfluß vor und nach der Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mit Novoprotin. Durch fraktionierte Magenuntersuchung wird festgestellt, daß durch die Novoprotinbehandlung gleichzeitig mit dem Verschwinden der subjektiven Beschwerden sehr oft auch die Magensekretion wieder normalen Verlauf nimmt.

Das Novoprotin hat den Vorteil, daß man es ambulant geben kann, da bei den kleinen Anfangsdosen selten unangenehme Nebenerscheinungen, wie Fieber und Schmerzen, eintreten. Der Appetit hebt sich, die strenge Diät kann meist noch während der Behandlung, wenn die spontane Besserung eintritt, weitgehend gemildert werden. Mit dem Nachlassen der subjektiven Beschwerden stellte sich in mehreren Fällen sehr oft eine erhebliche Gewichtszunahme bis zu 7 kg ein. In den Fällen, in denen anfänglich kein Erfolg zu verzeichnen war, kann man nach einer kleinen Pause unter Zugabe von Chlorkalzium (10 proz. 5 ccm intravenös) erneut eine Novoprotinkur einleiten. Es ist zweckmäßig, eine Kur nicht über 12 Injektionen auszudehnen, da danach Gewichtsabnahme eintreten kann. Die Untersuchungen des Verfassers haben somit ergeben, daß die fraktionierte Untersuchung des Magensaftes mit Bestimmung des duodenalen Rückflusses nach der angegebenen Methodik ein Mittel an die Hand gibt, um den Erfolg der Behandlung objektiv zu kontrollieren.

Zur Reaktion einer Infusionsflüssigkeit. Bei der Zusammensetzung der Infusionsflüssigkeit blieben bisher die experimentell nach starken Blutverlusten nachgewiesenen Aenderungen im Säurebasengleichgewicht und im Ionengehalt des Blutes unberücksichtigt.

Die nach starken Blutverlusten zu beobachteten Verschiebungen des Säurebasengleichgewichts des Blutes nach der sauren Seite werden als Ausdruck eines Regulationsmechanismus angesehen; sie sind also nicht durch eine alkalireiche Infusionsflüssigkeit zu verhindern.

Eine Infusionsflüssigkeit mit einer im Verhältnis zur Blutreaktion mehr oder minder sauren, gegebenenfalls durch weitere Versuche noch zu erprobende Reaktion beeinflußt das dem stark ausgebluteten Organismus noch verbleibende Blut so, daß der in ihm noch vorhandene, an das Hämoglobin gebundene O_2 optimal bei der stark gefährdeten O_2-Versorgung Verwertung findet: Sie wirkt der Gefahr einer stärkeren Erniedrigung der O_2-Spannung des arteriellen Blutes entgegen, sie begünstigt die Dissoziation des Oxyhämoglobins, somit die Abgabe des O_2 vom Blute an's Gewebe.

Die diagnostische Bedeutung der Kernveränderungen der weißen Blutzellen unter besonderer Berücksichtigung des syphilitischen Blutbildes. Im Luetikerblut sind bei stärkster Vergrößerung und besonderen Färbemethoden Kernveränderungen der weißen Blutzellen zu beobachten. Sie sind offenbar bedingt durch Schädigungen des hämatopoetischen Apparates, kommen aber auch bei anderen Erkrankungen vor, weshalb ihnen differential-diagnostischer Wert nicht zukommt.

Arnold Hirsch (Berlin).

Medizinische Klinik.

Nr. 2, 8. Januar 1926.

- Die Hirnpunktion. E. Neißer (Stettin).
- Das konstitutionelle Asthma. R. Schmidt (Prag).
- Die Bedeutung der Psychoanalyse für den Praktiker. R. Traugott (Breslau).
- Umfrage über die chirurgische Behandlung des Mastdarmkrebses. Ewald, Finsterer, Moskowicz-Wien.
- Temporäre Relaxation des Zwerchfells Diaphragma molle. W. Altschul (Prag).
- • Insulin bei chronischen Ernährungsstörungen des Säuglings. O. Tezner und A. Ebel-Wien.
- Untersuchungen über die diagnostische Brauchbarkeit der Atropinprobe des Magens. J. Stranz (Ungarn).
- Ueber die Wirkung der Wismutschmierkuren bei experimenteller Kaninchensyphilis. G. Giemsa (Hamburg).

Psychopathie, Basedow und Herzanfälle nicht als Dienstbeschädigung anerkannt. v. Schnizer (Heidelberg).
Sistomensin und Agomensin in der Therapie unregelmäßiger Blutungen. H. Steiner (Wien).
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe (Wilmersdorf).

Insulin bei chronischen Ernährungsstörungen des Säuglings. Verff. haben 7 Säuglinge mit chronischen Ernährungsstörungen mit Insulin behandelt (2 × 5 bis 3 × 7 Einheiten pro die). Dabei konnte nur in einem Falle eine sichere Gewichtszunahme festgestellt werden, eine wesentliche Steigerung des Appetits trat nicht auf; Hyperglykämie und Wasserretention wurden nicht beobachtet. Auch die Arbeiten mehrerer ausländischer Autoren führen zu ähnlichen Ergebnissen.

Nr. 3, 15. Januar 1926.

Glykolyse, Insulin, Coferment. Th. Brugsch und H. Horsters-Berlin.
Experimentelles über die Zeitpotenzierung. T. Gordonoff (Jena).
Umfrage über die Behandlung der Syphilis (Antworten). Bruhns, Pick, Scholtz.
Insulin und Krankenkassen. P. Mahler (Prag).
Zur Klinik und Therapie der Variolosis. W. Frégonneau (Karlsruhe).
Ueber den Hohlverband des Nabels bei Neugeborenen. R. Zimmermann (Jena).
* Ueber die klinische Bedeutung des Hämogramms in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. R. Köster und Brase-Glücksburg.
Herpesstudien an Hand einer Eigenbeobachtung. Ph. Rezek (Wien).
Untersuchung über die Möglichkeit, Sekretionen der einzelnen Drüsen des tierischen Körpers nach einem von H. Bock angegebenen Verfahren im Blute mikroskopisch zu unterscheiden. M. Berek (Wetzlar).
Die Bedeutung der Goldsolkurve für die Beurteilung des Liquor cerebrospinalis bei der nervensymptomfreien Lues. H. Wendt (Bremen).
Tod bei vorbestehendem Herzklappenfehler nicht als Folge einer Dienstbeschädigung anerkannt. v. Schnizer (Heidelberg).
Phlogetan-Therapie bei Chorea infektiosa. L. Benedek (Debrescen).
Embial, ein neues Wismutpräparat zur Infektionsbehandlung der Syphilis. M. Lewitt (Berlin).
Richtlinien der elektrophysikalischen Behandlungsmethoden für die ärztliche Praxis. B. Berliner, A. Laqueur, E. Tobias-Berlin.

Ueber die klinische Bedeutung des Hämogramms in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Das Hämogramm ist ein oft unentbehrlicher Faktor in diagnostischer und prognostischer Beziehung und ist ausschlaggebend bei der Differentialdiagnose funktioneller und organischer Krankheiten, bei der Indikationsstellung vieler chirurgischer Leiden, bei rechtzeitiger Erkennung von Komplikationen und bei Beurteilung des Erfolges chirurgischer oder interner Therapie. Das Hämogramm ist zuverlässiger als die Temperaturkurven infolge der feineren und prompteren Reaktionsweise und ermöglicht frühzeitiger die Erkennung von Krise und Pseudokrise.

Haber (Berlin).

Münchener Medizin. Wochenschrift.

Nr. 2, 8. Januar 1926.

Ueber Versuche, schwere Formen der Tuberkulose durch diätetische Behandlung zu beeinflussen. Sauerbruch, Hermannsdorfer und Gerson.
Zur Therapie des Magengeschwürs. König.
Experimentelle Studien zur Biologie überlebender Gewebe, insbesondere des überlebenden Karzinomgewebes. Louros.
Ueber atypische Epithelwucherungen und beginnende Karzinome in der senilen Prostata. Neller und Neuburger.
Eine neue erprobte Modifikation der Duodenalsonde. Schlief.
Narzylen und Thermokauter. Wienecke.
Ein einfacher Verband bei Schlüsselbeinbrüchen und Schulterluxationen. Wisotzki.
Ueber die Wirkung des Chologens. Herrmann.
Ueber das Vorkommen von progressiver Paralyse in der Türkei. Schükri.
Die Bedeutung des Zwischenkiefers für die kongenital-luetischen Zahnveränderungen. Buschke und Langer.
Ohnmacht, Kollaps und Schock in ihren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem. Coenen.
Ueber eine gemeinsame vegetative Steuerung von Haut und Lebergewebe. Müller.

Nr. 3, 15. Januar 1926.

Die Prognose der Tuberkulose bei einzelnen Lokalisationen derselben. Bäumler.
* Die Behandlung postoperativer Lungenerkrankungen, insbesondere von Narkosebronchitiden mit kleinen Aethergaben nach Bier. Seidl.
Mechanismus und Technik der aktiven Immunisierung gegen Geschwülste. Mertens.
Veränderungen der Fluoreszenzstrahlung von Oelen durch Quarzlichteinwirkung. Becker.
Drei Thesen zur Neurosenfrage. Loewenthal.
Wachstumhemmung von Lupinen im Otoskleroseserum. Stern.
Zur Therapie des Magengeschwürs. Lehmann.
Die spontane und postoperative Magengeschwürsblutung und ihre Behandlung. Schwarz.
Zur Therapie des Magengeschwürs. König.
Zur Therapie des Magengeschwürs. Morawitz.
Ein wertvolles Hilfsmittel für die Literaturbeschaffung. Arndt.
* Ueber Tuberkulosebehandlung durch diätetische Umstellung im Mineralbestand des Körpers. Hermannsdorfer.

Die Behandlung postoperativer Lungenerkrankungen, insbesondere von Narkosebronchitiden mit kleinen Aethergaben nach Bier. Die intramuskuläre Aetherinjektion ist nach den Erfahrungen der Münchener Universitäts-Frauenklinik für die postoperativen Bronchitiden als Methode der Wahl zu bezeichnen, welche die Bronchitis in kurzer Zeit zur Ausheilung bringt und fast mit Sicherheit die Komplikation der Bronchopneumonie vermeiden läßt.

Ueber Tuberkulosebehandlung durch diätetische Umstellung im Mineralbestand des Körpers. Seit März 1925 wurden auf der Münchener Chirurg. Universitätsklinik 71 Kranke mit Lungen-, Knochen- und Hauttuberkulose nach dem von Gerson angegebenen diätetischem Heilverfahren behandelt. Die Gersonsche Behandlung führte bei 15 Kranken zu sehr eindrucksvollen Besserungen, namentlich bei den dem Auge zugänglichen, tuberkulösen Hautaffektionen. Bei 18 Kranken wurde ein gutes Behandlungsresultat erzielt (erhebliche Gewichtszunahmen). 18 Patienten wurden nicht gebessert; 20 Kranke führten die Ernährungskur nicht durch. Das Besondere der Ernährungsart liegt in Kochsalzentziehung und gleichzeitiger Ueberschwemmung der Körper mit anderen Mineralien, die als Salzgemisch unbekannter Zusammensetzung (Gersons Mineralogen) zugeführt werden. Im übrigen wird in zahlreichen Mahlzeiten eine gemischte Nahrung verabfolgt, in welcher bei hohem Brennwert pflanzliche, rohe, vitaminreiche Bestandteile vorherrschen. Wahrscheinlich führt diese Ernährung durch Herabsetzung der Alkalireserve des Blutes zu einer die Heilung fördernden Säuerung der Körpersäfte.

Biberfeld (Berlin).

Wiener klin. Wochenschrift.

Nr. 51, 17. Dezember 1925.

* Zur Frage des chirurgisch unheilbaren Ulcus. Mandl.
Zur Kenntnis der Spontanruptur der Arteria epigastrica. Blond.
Zur Therapie der Lymphadenosen. Peschic.
Die Bedeutung des Ausbleibens der Verdauungsleukozytose bei akuten Infektionskrankheiten. Torday.
Krampfhusten, ein Symptom des Herzversagens. Wertheimer.
Zur Diagnostik und Therapie der septischen Lungeninfarkte. Herman.
Lumbalpunktion bei Medinalvergiftung. Pewny.

Zur Frage des chirurgisch unheilbaren Ulcus. In vereinzelten Fällen treten nach Ulcusoperationen immer wieder Rezidive auf; manchmal helfen ganz ausgedehnte Resektionen.

Nr. 52, 24. Dezember 1925.

Sanocrysinbehandlung bei Lungentuberkulose. Würtzen.
Ueber die klinische Auswertung von Hypophysenhinterlappenpräparaten. Tauber.
Ueber Ptose und Atonie des Magens. Schütz.
Placenta cervicalis dissecans (Zervixwandplazenta). Heidler.
* Ueber Peptontherapie. Kirch.
Zur Frage der obligatorischen Rattenvertilgung in Oesterreich. Kaiser.

Ueber Peptontherapie. Bei Polyarthritis rheumatica und bei Lungentuberkulose, besonders bei kachektisierenden Formen, gute Erfolge. Verwendet wird Witte-Pepton in Verdünnungen von anfänglich 1 : 1000 bei Polyarthritis, 1 : 10 000 bei Tuberkulose; Injektionen zweimal wöchentlich bis täglich.

Nr. 1, 1. Januar 1926.

Ueber die Hautdrüsen. Schaffer.
Ueber die Syphilis der Gefäße. Sternberg.
Untersuchungen über die Pathogenese des Ulcus ventriculi. Bálint.
Weiterer Beitrag zu den Erfahrungen mit der Preglschen Nierenfunktionsprüfung. Haberer.

Abweichungen im Bau der Schädel-Halsverbindung des Kindes und ihre Bedeutung für die Geburt. Kermanner.
Ernährungsversuche mit Fettbrei. Knoepfelmacher.
Ueber die Wirksamkeit der Hinterlappensubstanz der menschlichen Hypophyse. Lampe.
Entwicklungsphasen und Leistungen der Ohrenheilkunde. H. Neumann.
Mediastinale Prozesse als Ursache tödlicher abdomineller Krankheitsbilder. W. Neumann.
Atonie. Pal.
Zum Kapitel Migräne und Epilepsie. Redlich.
Zum Problem der elektrischen Figuren. Schneider.
Ueber die konstitutionelle und konditionelle Mitbedingtheit postoperativer Vorkommnisse. Schnitzler.
* Die Reizkörpertherapie des Diabetes mellitus. Singer.
Spontane oder violente Uterus ruptur. Haberda.

Die Reizkörpertherapie des Diabetes mellitus. Durch Proteintherapie gute Beeinflussung des Allgemeinzustandes, Steigen der Toleranz, Absinken des Blutzuckers, Besserung von Hautkomplikationen (Ekzem, Phlegmonen, Gangrän usw.) in zahlreichen Fällen. Technik: kleine Dosen von Yatren-Casein, Caseosan oder Novoprotin, anfangs jeden zweiten, später jeden vierten Tag.

Nr. 2, 7. Januar 1926.

Ueber Beziehungen des Hypophysen-Hinterlappens zur Blutdrucksteigerung. (Wirkung von Hypophysen-Extrakten nach intralumbaler Verabreichung.) Leimdörfer.
Kropfprophylaxe durch Vollsalz. Breitner.
„Pneumococcus lanceolatus“ in Blut und Knochenmark bei akuter Leukämie. Burian.
Ueber den Einfluß der Senkung des Sauerstoffspiegels auf den Ablauf tuberkulöser Erkrankungen. Juergensohn.
Zur Frage der Uteruslipome. Preissecker.
Zur Wundbegasungstherapie mit Schwefeldioxyd. Morawek.
Reminiszenzen an die ersten Aethernarkosen. Fischer.

Pick (Wien).

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Nr. 24, 15. Dezember 1925.

* Einteilung und Prognose der Lungentuberkulose. F. Klewitz.
Furunkel und Karbunkelbehandlung. L. Silberstein.
Ekzembehandlung. E. Zurhelle.
* Serumbehandlung und Mortalität der Genickstarre. K. Schmidt.

Einteilung und Prognose der Lungentuberkulose. Die Einteilung der Lungentuberkulose nach dem Grad ihrer Ausbreitungen ist nicht mehr befriedigend. Vielmehr ist diejenige auf pathologisch-anatomischer Grundlage vorzuziehen, wobei hauptsächlich drei Arten zu unterscheiden sind:

1. Exsudative Tuberkulose,
2. produktive,
3. cirrhotische.

Diese Einteilung hat jedoch nur Zweck, wenn die einzelnen Formen klinisch zu erkennen sind, was aber tatsächlich der Fall ist. Prognostisch bietet die exsudative Form die schlechteste, die cirrhotische Form die beste Prognose. Selbstverständlich müssen die wichtigsten Faktoren, wie Fieber, Kräftezustand und Konstitution klinisch bewertet werden, wobei in neuerer Zeit auch die Beurteilung des Blutbildes eine wesentliche Rolle spielt.

Serumbehandlung und Mortalität der Genickstarre. Die Genickstarre ist eine akute Infektionskrankheit, die in früheren Jahren ungeheure Opfer forderte. Die Mortalität betrug bis zu 66⅔%. Besonders merkwürdig bei der Erkrankung ist ihr sprunghaftes Auftreten, wobei offenbar Bazillenträger eine wichtige Rolle spielen. Charakteristisch ist der plötzliche Beginn der Erkrankung, die in einer akuten Entzündung der weichen Gehirn- und Rückenmarkshäute besteht. Die auffallendste Erscheinung ist die Nackensteifigkeit, die der Krankheit den Namen gibt und meist am zweiten oder dritten Tage auftritt. Man muß akut verlaufende Fälle und protrahierte unterscheiden. Erstere führen in 4 bis 6 Tagen zur Entscheidung, letztere können sich mehrere Wochen lang hinziehen. In der Behandlung ist die Serumeinspritzung nach erfolgter Lumbalpunktion am erfolgreichsten, diese muß bisweilen mehrfach wiederholt werden. Es ist so gelungen, die Mortalität auf 30% herabzudrücken. Sehr wichtig ist die Frühbehandlung, jedoch können auch prognostische zweifelhafte Fälle durch längere Behandlung mit Serum in 75% zur Heilung gelangen.

Kosminski (Berlin).

Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie.

110., Heft 3/4, Dezember 1925.

Pharmakol. Analyse der Ephedrinwirkung. Nagel.
Wirkung einiger Lokalanästhetika auf Herz und Darm. Lasch.
Der Stoffwechsel der Leber unter dem Einfluß der Chloroform- und Phosphorvergiftung. Hürthle.
Bleivergiftung und N-Stoffwechsel. Tscherkess.
Veränderungen der Kammertätigkeit des Froschherzens nach Abtrennung von Sinus und Vorhöfen. Rössler.
Einwirkung des Cholins und eines Cholinesters auf den Blutdruck nach Nebennierenausschaltung. Glaubach und Pick.
Angriffspunkt des Insulins. Frank, Nothmann und Wagner.

110., Heft 5/6, 1926.

Methämoglobinbildung. Meier.
Manganovergiftung. Handovsky, Schulz und Staemmler.
Trypanblauanämie. Piwowaroff.
Röntgenstrahlensensibilisierung durch Thoriumsalze. Ellinger und Gans.
Verwertung von Glukoson durch den diabetischen Organismus. Thannhauser und Jenke.
Gefäßwirkung von Arzneimitteln. Gauter.
Wirkung von Hypophysin und Thyreoidin auf die Diurese. Frey.
Ultramikroskopisches Bild der Blutgerinnung. Watanabe.
Pharmakologie komplexer Metallverbindungen vom Typus der Metalliake. Külz.
Cäsiumsalze. Külz und Pauls.
Pinokamphon, Verbanon, Verbenon und Kampfer. Siegel.

Reichsgesundheitsblatt.

1., Nr. 1, 6. Januar 1926.

* Geleitwort: A. Amtlicher Teil. B. Nichtamtlicher Teil.
Das biologische Denken. Christian.
* Lehren, die sich aus den Typhusepidemien der letzten Zeit ergeben. Manteufel.
Zu dem Entwurf eines Gesetzes über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Breger.
* Beiheft: Was lehrt uns die Statistik der Geschlechtskrankheiten.
C. Amtlicher Teil.

Geleitwort: Die neue Zeitschrift erscheint als Fortsetzung der Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts. In den amtlichen Teilen (A und C) werden die Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Nachrichten und Statistiken aus Reich und Ländern abgedruckt. Diese können in unserer Zeitschrift nur soweit referiert werden, als sie für das Interesse des praktischen Arztes von Bedeutung sind. Im nichtamtlichen Teile (B) sollen Fragen erörtert und geklärt werden, die auf gesundheitlichem Gebiete das öffentliche Interesse erregen oder für Wert gehalten werden, von der Oeffentlichkeit beachtet zu werden. In gleicher Weise werden dabei die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung wie der praktischen Erfahrungen berücksichtigt.

Lehren, die sich aus den Typhusepidemien der letzten Zeit ergeben. Der epidemische Charakter der Typhusverbreitung weist darauf hin, daß gemeinsame Ansteckungsquellen in den letzten Jahren mehr in den Vordergrund treten, als es früher in Deutschland der Fall war. Hier tritt neben der Wasserversorgung neuerdings die Milchversorgung stark in den Vordergrund. Da die Bedingungen der Milchversorgung in den einzelnen Gemeinwesen ganz verschieden sind, so sind auch die Ueberwachungsvorschriften entsprechend verschieden auszuarbeiten und zu handhaben. Die Gefahr einer Milchepidemie ist umso größer, je weniger eine Bevölkerung dazu erzogen ist, alle Verbrauchsmilch im eigenen Hause abzukochen. Oeffentliche Warnung und Verbot bezüglich des Genusses von ungekochter Milch verspricht wenig Erfolg. Abkochung in den Milchhandlungen läßt sich nicht durchführen. Vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege ist das Pasteurisieren das Beste. (Beseitigung der Vitamine C und Abtötung der Milchsäurebazillen!) Die Milchhöfe der rheinischen Städte sprechen für Durchführung dieser Maßregel. Die gesetzlichen Bestimmungen, auch die Anzeigepflicht bei Verdacht einer Erkrankung müssen streng durchgeführt werden.

Beiheft: Was lehrt uns die Statistik der Geschlechtskrankheiten? An der Hand zahlreicher Kurven wird nachgewiesen, daß in den letzten Jahren nach einem gewaltigen Anstieg in den ersten Nachkriegsjahren —, jetzt überall ein erfreuliches Sinken der Erkrankungsziffern an Geschlechtskrankheiten festzustellen ist.

1., Nr. 2, 13. Januar 1926.

Nichtamtlicher Teil:
• Eine Statistik des Kropfes in Deutschland. Aschof.
Die Verbote hypnotischer Vorführungen. Hesse.
Zur Frage des Gemeindebestimmungsrechtes. Kraut.

Eine Statistik des Kropfes in Deutschland. Wir besitzen noch keine Kropfstatistik für Deutschland. Kropf und Kropf sind ganz verschiedene Dinge. Unter Kropf versteht man jede ungewöhnliche Schwellung des Halses. Die Bestimmung des Ungewöhnlichen beruht aber von der Gegend ab, in welcher man die statistische Erhebung macht. Man muß erst die Durchschnittsmaße der Schilddrüse in den einzelnen Gegenden kennen. Die gewöhnliche — nicht vergrößerte Schilddrüse — hat in Süddeutschland von der Geburt an bis zum Tode ein viel höheres Durchschnittsgewicht, als in Mittel- und Norddeutschland. Man müßte an verschiedenen Orten die normale Lebenskurve der Schilddrüse bestimmen. Bei der Geburt ist das Gewicht verhältnismäßig hoch, fällt schnell ab, um dann wieder langsam mit dem Körperwachstum anzusteigen. Nach der Pubertät tritt eine langsame Abnahme auf. Es gibt also eine Geburts- und Pubertätsschwellung. Dies muß bei der Statistik beachtet werden. Besondere Beachtung verdient der Knotenkropf, der in der Regel erst im 3. und 5. Jahrzehnt auftritt. Auch die Basedow Schilddrüse erfordert eine besondere Bearbeitung.

Dr. Michaelis (Bitterfeld).

Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten.

105., Heft 2, 9. Nov. 1925.

• Die Typhusmorbidität der männlichen und weiblichen Bevölkerung in Mecklenburg-Schwerin vor und nach dem Weltkriege. Von Dr. K. Scheven.
Versuche über Vererbung der Immunität gegen Pneumokokken. Von Ch. Eguchi.
Eine neue Methode zur Messung der anfänglichen Wachstumsgeschwindigkeit der Bakterien und deren Anwendung bei der Untersuchung der oligodynamischen Wirkung. Von K. A. Jensen.
Die Abwasserverunreinigung im Meerwasser von Kopenhagen und einigen dänischen Seestädten. Von E. Bondo.
Zur Charakteristik der T. A. Subneutralmischung für die aktive Diphtherieimmunisierung. Von A. Glusmann.
Experimentelle Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Immunität und Cholestearinstoffwechsel. Von R. Prigge.
Zur epidemischen Natur der Polyomyelitis anterior: Experimentelle und spontane Uebertragung auf Affen und Meerschweinchen. Von H. Picard.
Versuche über Thermoresistenz. Thermoresistenz in verschiedenen Nährböden. Thermoresistenz von Kulturen verschiedenen Alters. Von S. L. Prskov.
• Beobachtungen an Bazillenträgern im Kriege. E. Bumke.
Zur Histopathologie der experimentellen Polyomyelitis acuta beim Affen und Meerschweinchen. Von H. G. Creutzfeldt.
Ueber die Bedeutung der Tröpfchen- und Staubinfektion bei der Tuberkulose. W. Strauß.
• Ueber eine Anzahl Paralysen, die im Verlauf der antirabischen Behandlung im Pasteurinstitut zu Weltevreden vorkamen. v. d. Hoven u. v. Genderen.
Beobachtungen über das Verhalten des Menschen, besonders seiner Arbeitsfähigkeit, unter verschiedenen thermischen, mit dem Katathermometer gemessenen Bedingungen. I. Mitteilung. Das Verhaltnn der Hauttemperatur und des subjektiven Empfindens bei verschiedenen Katathermometerwerten. B. Heymann u. A. Korff-Petersen.

Die Typhusmorbidität in Mecklenburg vor und nach dem Weltkriege. Die in Mecklenburg-Schwerin seit dem Jahre 1919 beobachtete Abnahme der Typhuserkrankungen bei Männern in mittleren Lebensjahren führt Verf. auf die Typhusschutzimpfung im Kriege zurück. Dieser Impfschutz machte sich noch deutlich im Jahre 1924 bemerkbar.

Beobachtungen an Bazillenträgern im Kriege. Von den Typhusbazillenträgern werden 30—40% Dauerausscheider. Etwas geringer (20—30%) sind die Zahlen bei Paratyphus A und B. Die Typhuserkrankung der Schutzgeimpften verlief leicht und atypisch. Die Widalsche Reaktion bei Schutzgeimpften, die neu an Typhus oder Paratyphus erkranken, besitzt keinen diagnostischen Wert. Beim Paratyphus A setzte die Bazillenausscheidung oft erst Wochen nach Fieberabfall ein, besonders im Urin. Die Agglutinationsprobe beim Paratyphus A fällt in einem Drittel der Fälle negativ aus. Beim Paratyphus B sind wie beim Typhus in den ersten 4 Wochen 25—50% der Fälle serologisch negativ.

Ueber eine Anzahl Paralysen im Verlauf der antirabischen Behandlung. Die im Verlauf der prophylaktischen Lyssabehandlung beobachteten Lähmungen werden im Gegensatz zu Pasteur, Jochmann und Jos. Koch, die diese Paralysen als abortive, durch die Immunisierung abgeschwächte menschliche Lyssa betrachten, als Impflyssa, d. h. als Infektion mit dem lebenden Kaninchenvirus angesehen. Das Kaninchenvirus wurde in 3 von 4 tödlichen Fällen in Gehirn und Rückenmark der Patientin nachgewiesen. Bei 7 Fällen, die an Lähmungen erkrankten, hatte vorher überhaupt kein Biß stattgefunden. Die Lähmungen sind um so häufiger, je intensiver die Behandlung ist.

Heft 3/4.

Ueber die Oberflächenbestimmung von Bakterien mit dem Nephelometer nach Kleissmann. W. Liese.
Experimentelle Untersuchungen über das Gift des Flexnerschen Ruhrbazillus. R. Prigge.
Ueber die Erhöhung der antiseptischen Wirkung des Sublimats in sauren Lösungen. Nagel.
Zur Frage des d'Hérelle-Phaenomens. Karsanowski.
• Beitrag zur experimentellen Begründung der Milzbrandneosalvarsantherapie. Ermilow u. Golotina.
Der Einfluß der Ernte und Speicherung auf Korn, Mehl und Brot. H. Kühl.
• Besteht ein Zusammenhang zwischen der Blutvergiftung der Schlachttiere und der Fleischvergiftung des Menschen! Max Müller.
• Beitrag zur Aetiologie der Endocarditis lenta. Wigand u. Bonn.
Ist die soziale Hygiene eine soziale oder hygienische Wissenschaft? A. Govsejev.
Untersuchungen zur Frage der Tröpfchenverstreuung mittels des d'Hérelleschen Lysats. O. Olsen u. W. Strauß.
Ueber die Verwendung von Staphylokokken bei Desinfektionsversuchen. J. v. Darányi u. D. Buzna.
Ueber xylosevergärende und nicht vergärende Typhusstämme. O. Hartoch, H. Schloßberger u. W. Joffe.
Ueber Versuche bei Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit abgetöteten Tuberkelbazillen. Tuberkulinempfindlichkeit und Immunität zu erzeugen. B. Lange u. R. Freund.
Untersuchungen über die Möglichkeit eines Ueberganges von säurefesten Saprophyten in echte Tuberkelbazillen. S. Zlatogoroff, M. Zechnowitzer u. M. Koschkin.

Beitrag zur experimentellen Begründung der Milzbrandneosalvarsantherapie. Neosalvarsan tötet in Konzentrationen, die den bei therapeutischen Dosen im menschlichen Blut herrschenden entsprechen, sporenfreie Milzbrandbazillen.

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Blutvergiftung der Schlachttiere und der Fleischvergiftung des Menschen? Der alte Lehrsatz, daß die Fleischvergiftung des Menschen aus der Blutvergiftung der Schlachttiere entstehe, kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Septikaemie und Pyaemie der Schlachttiere sind durch Fleischgenuß auf den Menschen nicht übertragbar. Eine Ausnahme machen nur gewisse spezifische Infektionen der Schlachttiere, die beim Menschen dieselbe spezifische Infektion verursachen.

Beitrag zur Aetiologie der Endocarditis lenta. Verff. beschreiben einen Fall von chronischer ulceröser Aortenendocarditis, bei dem intra vitam zweimal Pseudodiphtheriebazillen aus dem Blut gezüchtet wurden. Post mortem wurden im Herzblut und Milz keine Erreger gefunden. Herzklappen bakteriologisch nicht untersucht. Klinisch bot der Fall das Bild der Endocarditis lenta.

Henning (Berlin).

Zeitschrift für Tuberkulose.

44., Heft 2.

Die Tuberkulosesterblichkeit in Chemnitz. Hauffe.
Amtsärztliche Erfahrungen auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung. Reichardt.
Erholungskuren. Margarethe Meißner und M. Rothfeld.

Vorsorge und Fürsorge gegen tuberkulöse Erkrankung der Ziehkinder. Johannes Schoedel.
* Bäder für Tuberkulose. Clemens.
* Ueber kongenitale Tuberkulose. Kochmann.
Die Serodiagnostik der Tuberkulose. H. Hippe.
* Die Behandlung der Tuberkulose mit Röntgenstrahlen. Erich Schilling.

Bäder bei Tuberkulose. Luft-, natürliche und künstliche Lichtbäder, auch Salzbäder und Schmierseifenbehandlung sind von entschiedenem Nutzen bei Tuberkulose, namentlich bei Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose. Alle forcierten heißen oder kalten Badeprozeduren sind für die aktiveren Formen der Tuberkulose abzulehnen.

Ueber kongenitale Tuberkulose. Ein Neugeborenes, das nach der Abnabelung mit der offen tuberkulösen Mutter nicht mehr in Berührung gekommen ist, hat am 26. Lebenstag eine positive Pirquetsche Hautreaktion und am 106. Tag einen röntgenologisch nachweisbaren Lungenherd im rechten Oberlappen in den äußeren Partien. Es muß eine haematogene placentare Infektion angenommen werden. Die Placenta zeigte bei Betrachtung mit dem bloßen Auge keine erkennbaren Tuberkel, mikroskopisch wurde sie nicht untersucht. Bis zum Tage der Publikation hat das Kind 128 Tage gelebt, 1600 g an Gewicht und 10,5 cm an Länge zugenommen. Trotzdem ist die Prognose infaust.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Röntgenstrahlen. Zur Röntgenbehandlung sind nur die schrumpfenden, Neigung zur Spontanheilung zeigenden Formen der Lungentuberkulose geeignet. Bei richtiger Auswahl der Fälle sind die Erfolge besser als bei irgendeiner andern Therapie.

44., Heft 3.

* Pneumothorax bilateralis. J. W. Samson.
Ueber tuberkulöse Ansteckung und Erkrankung im Schulalter. Kreuser.
Die Rolle der sozialen Faktoren in der Tuberkulosemortalität. v. Friedrich.
* Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herztuberkulose. Prof. Stefko.
Zum Nachweis der Lufthaltigkeit der Lungenspitzen. Eduard Ladeck.
* Ueber antepleurale Schwankungen des Manometers bei Anlegung des künstlichen Pneumothorax. Prof. Meerson (Odessa).
* Ueber den Einfluß der Menstruation auf die Temperatur- und Allergieänderungen Tuberkulöser. Gali (Ungarn).

Pneumothorax bilateralis. Bericht über zwei Fälle schwerer, doppelseitiger, produktiv-cirrhotischer Tuberkulose, behandelt mit gleichzeitig doppelseitigem Entspannungspneumothorax. Beide Kranke sind noch in ambulanter Behandlung Der Anfangserfolg ist ein sehr zufriedenstellender. Die Kranken wurden rasch fieberfrei, sie hatten niemals Dyspnoe, weder zu Beginn noch im weiteren Verlauf der Behandlung. 6—8 Wochen nach der Erstanlegung auf der einen folgt die Pneumothoraxanlegung auf der andern Seite, Gasmenge etwa 300 ccm bei der ersten Füllung. Es soll und darf kein Totalkollaps erzielt werden, sondern lediglich ein symptomatischer Entspannungspneumothorax im Sinne Gwerders. Der endopleurale Druck soll sowohl inspiratorisch nie exspiratorisch negativ sein. Bezüglich der Dauer des Intervalls zwischen den einzelnen Nachfüllungen muß man weitgehend individualisieren, man muß sich nach dem Collapszustand der Lungen richten, nach dem eventuellen Auftreten toxischer Symptome wie Fieber, Auswurf, letzten Endes bestimmt der manometrisch gemessene Druck, ob und wann eine Nachfüllung erforderlich ist. Im allgemeinen sind häufige, kleine Nachfüllungen notwendig, Dyspnoe muß unter allen Umständen vermieden werden. Eine genau umgrenzte Indikationsstellung läßt sich noch nicht geben. Besonders aussichtsvoll jedoch erscheint die gleichzeitig doppelseitige Pneumothoraxbehandlung in denjenigen Fällen, bei welchen wegen zunächst einseitiger Erkrankung ein Pneumothorax in der bisher üblichen Weise durchgeführt wurde, in dessen Verlauf aber die bis dahin nicht erkrankte Seite Zeichen einer frischen progredienten Tuberkulose bietet. In diesen Fällen dürfte es sich empfehlen, die Pneumothoraxlunge etwas mehr zur Entfaltung kommen zu lassen und dann einen Entspannungspneumothorax auf der andern Seite anzulegen.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herztuberkulose. Der tuberkulöse Prozeß kann das Pericard, das Myocard und das Endocard befallen. Am häufigsten kommt nach Ansicht der älteren Autoren die tuberkulöse Pericarditis vor. Verf. sah bei 128 tuberkulösen Kinderleichen 10 mal Herztuberkulose. Bei 6 Fällen wurden zum Teil verkäste und zerfallene Epitheloidzellentuberkel im Myocard nachgewiesen. Die Ursache der Vermehrung der tuberkulösen Herzveränderungen (in 8% des sezierten tuberkulösen Materials) bei der heutigen Bevölkerung in Rußland ist zu suchen in der Aenderung der konstitutionellen Besonderheiten des Herzens infolge der Unterernährung, nervösen Einflüssen und der Erschöpfung und Verminderung seiner Widerstandsfähigkeit.

Ueber antepleurale Schwankungen des Manometers bei Anlegung des künstlichen Pneumothorax. Schon bevor die Pneumothoraxnadel mit ihrer Oeffnung sich im freien Pleuraraum befindet, können, bei bloßer Berührung des distalen Nadelendes mit dem parietalen Pleurablatt, synchron den Atembewegungen negative Schwankungen geringen Druckes (— 1, — 3) auftreten, vom Verf. „antepleurale" Schwankungen genannt. Bläst man jetzt Luft ein, so entsteht ein subkutaner Emphysem, es besteht jedoch auch die Gefahr einer Luftembolie. Es ist daher notwendig mit der Nadel tiefer einzugehen, wenn das Manometer antepleurale Schwankungen anzeigt.

Ueber den Einfluß der Menstruation auf die Temperatur- und Allergieänderungen Tuberkulöser. Durch die Menstruation werden weder die Temperatur noch die Hautallergie Tuberkulöser in gesetzmäßiger Weise beeinflußt.

Zwerg (Dresden).

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

62., 5. Heft, 28. Dezember 1925.

Der akzessorische oder Nebenphrenicus beim Tier und seine praktische Bedeutung. Ernst Ruhemann.
Die Verletzbarkeit des Gefäß- und Lymphgefäßsystems bei den verschiedenen Methoden der operativen Zwerchfell-Lähmung. Ernst Ruhemann.
* Die Tuberkulose des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern auf Grund anatomischer Untersuchungen. I. Walter Blumenberg.
Ueber einige Besonderheiten im anatomischen Bild der Tuberkulose bei protrahierter progressiver Durchseuchung. Paul Schürmann.
Ueber eine eigentümliche „Erscheinungsform des mutmaßlichen Superinfektionsherdes" der Lunge bei Tuberkulose. W. Pagel.
* Klinische Beiträge zur Pathogenese der Bronchiektasen. Kurt Brünecke.
* Ueber Prognostik der Lungentuberkulose. A. V. v. Frisch.
* Behandlungsversuche mit dem Mollgaardschen Sanocrysin (experimentelle Studie). Hellmuth Deist.

Die Tuberkulose des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern auf Grund anatomischer Untersuchungen I. Die sehr sorgfältige Arbeit behandelt in dem bisher vorliegenden Abschnitt die Tuberkulose des Kindes- und des Reifungsalters und stützt sich auf insgesamt 761 Leichenbefunde aus den Jahren 1906 bis 1923. Bei den Leichen der Jahre 1922 bis 1923 wurde die Sektion ad hoc gemacht nach folgendem Verfahren: Formalinhärtung der in toto herausgenommenen Hals- und Brustorgane, des Darms- und der Mesenterialdrüsen, Zerlegung in höchstens 3 mm dicke Serienschnitte, makroskopische und mikroskopische Untersuchung. — Im allgemeinen bestätigt der Verfasser die Ergebnisse anderer Untersucher wie Ghon, Ranke. Engel u. a., er bringt jedoch nicht unwesentliche Ergänzungen und Einzelheiten: Der meist solitäre Lungenprimäraffekt ist in fast der Hälfte der Fälle in eine Kaverne umgewandelt, sonst stellt er ein käsig-pneumonisches Infiltrat dar. Die regionären Lymphdrüsen sind im Säuglings- und Kleinkindesalter vollständig verkäst. Bei der Halsdrüsentuberkulose sind immer tuberkulöse Veränderungen im Quellgebiet (Mundschleimhaut, Tonsillen) anzutreffen, eine aufsteigende Infektion von den Hilusdrüsen aus kommt nicht vor. Der Verlauf der Lungentuberkulose beim Säugling und Kleinkind ist fast immer tödlich. (Hiermit setzt sich Verfasser in Widerspruch zu den neueren Ergebnissen namhafter Kliniker.) Es gibt jedoch eine primäre Mesenterialdrüsentuberkulose, zeigte sich doch in den betreffenden Fällen der zugehörige Darmabschnitt auch mikroskopisch unverändert. Die im Säuglingsalter sehr seltene primäre Darmtuberkulose ist im späteren Kindesalter häufig und führt meist zum Tode. Der meist multiple Darmprimäraffekt findet sich mit Vorliebe im unteren Ileum und Coecum. Die häufigste Form der thorakalen Tuberkulose des Reifungsalters (15. bis 20. Lebensjahr) ist die chronische Lungen- und Hilusdrüsentuberkulose.

Klinische Beiträge zur Pathogenese der Bronchiektasien. Die Bronchiektasie des Erwachsenen entsteht — entsprechend der Auffassung Brauers — nicht durch Zugwirkung anhaerenter Pleurablätter, sondern die Krankheit beginnt intrapulmonal meist schon im frühen Kindesalter auf dem Boden bronchopneumonischer Prozesse im Gefolge von Masern, Keuchhusten oder auch Grippe. In ausgesprochenen Fällen ist, selbst bei Kindern, die innerliche und auch Collapsbehandlung mittels des künstlichen Pneumothorax wenig aussichtsvoll. Größere chirurgische Eingriffe, wie sie Brauer auf dem Kongreß für innere Medizin 1925 vorschlug, haben ihre vollste Berechtigung.

Ueber Prognostik der Lungentuberkulose. Verfasser stützt sich in seiner Abhandlung auf 345 Fälle von Tuberkulose, welche durchschnittlich 12 Jahre nach der stationären Behandlung ambulant nachuntersucht wurden. Im allgemeinen entspricht das Nachuntersuchungsergebnis der Prognose, wie sie vor 12 Jahren auf Grund der path.-anatom. Qualitätsdiagnose gestellt worden war: Exsudative Tuberkulosen sind nicht mehr am Leben, von 150 offenen prod.-exsudativen Mischformen leben nur noch vier, hingegen sind von 73 Fällen mit geschlossener cirrhotischer Spitzentuberkulose nur zwei an Lungentuberkulose verstorben. Entscheidend für die Prognose sei neben dem pathol.-anatom. Charakter der Tuberkulose der Sputumbefund. Positiver Bazillenbefund trübe die Prognose ernstlich. Folgende Zahlen beweisen dies in der Tat: von 145 Fällen mit negativem Sputumbefund leben nach 12 Jahren 72, von 183 Fällen mit positivem Sputumbefund nur noch 6.

Behandlungsversuche mit dem Mollgaardschen Sanocrysin (experimentelle Studie). Sich eng an die Vorschriften Mollgaards lehnend, behandelte Verfasser mit dem dänischen Präparat acht künstlich infizierte Kaninchen. Er sah nicht nur keinen therapeutischen Nutzen, sondern konnte sogar in den inneren Organen der Versuchstiere Schädigungen durch die großen Mengen eingeführten Goldes nachweisen. Dem Sanocrysin komme somit durchaus keine Sonderstellung zu, es vermag nicht, wie Mollgaard anfangs meinte, die Tuberkelbazillen im Körper abzutöten. Die großen Reaktionen, über welche dänische Aerzte berichteten, sind ganz gewöhnliche Ueberdosierungsfolgen, man kann sie mit unseren Präparaten (wie Krysolgan, Triphal usw.) genau so auslösen, vorausgesetzt, daß man in demselben Ausmaße überdosiert.

Zwerg (Dresden).

Archiv für Verdauungskrankheiten.

36., Heft 3/4, Dez. 1925.

Entzündliche Genese des Magen-Duodenalgeschwürs. Konjetzny.
Einfluß der Hypophysenextrakte auf den Magen. Schoendube und Kalk.
Cholecystographie. Einhorn, Stewart und Ryan.
Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild. Behrend.
Klinische Diagnose und Röntgenbefund bei Ulcus ventriculi, pylori und duodeni. Ebeling und A. Müller.
Wohin soll man das Magen-Duodenalgeschwür in der Pathologie einreihen? Barsony.

Archiv für Kinderheilkunde.

77., Heft 1/2, 1925.

Analyse der Gewichtskurven von Säuglingen. Stoeltzner.
• Erworbene Dextrokardie bei chronischer Lungentuberkulose des Kindesalters. Meyerstein.
Gas- und Jodstoffwechsel der Pubertätsstruma. Eckstein.
• Vorkommen von Spinnwebgerinnseln bei den Formen der nichttuberkulösen Meningitiden. Post.
Biologie des Oxyuris vermicularis. Langhans.
Kongenitale Lues in der ärztlichen Praxis. Flusser.
Sequestrierende Zahnkeimentzündung im Säuglingsalter. Bäumler.
Behandlung des Ikterus der Neugeborenen. Slobozianu.
Hysteroepilepsie. Galant.
* Erfolgreiche Behandlung tuberkulöser Säuglinge und Kleinkinder mit Tuberkulinhautimpfungen nach Ponndorf. Weißenberg.
Angeborener Schädeldefekt ohne Austritt von Schädelinhalt. Ehrhardt.

Ueber erworbene Dextrokardie bei chronischer Lungentuberkulose des Kindesalters. (Aus der Kinderheilanstalt der Stadt Berlin in Buch.) Mitteilung von drei Fällen von zirrhotischer Lungentuberkulose im Kindesalter, bei denen es durch Schrumpfungsvorgänge in der rechten Lunge zu einer völligen Verlagerung des Herzens und der übrigen Mediastinalorgane gekommen war, ohne daß bemerkenswerterweise stärkere Zirkulationsstörungen auftraten, auch war das Allgemeinbefinden relativ gut.

Ueber das Vorkommen von Spinnwebsgerinnseln bei den Formen der nichttuberkulösen Meningitiden. (Aus dem Hamburger Säuglingsheim.) Auf Grund einiger selbst beobachteter Fälle weist Verf. darauf hin, daß das Auftreten von Spinnwebsgerinnseln im Liquor nicht allein für Meningitis tuberkulosa charakteristisch ist, sondern auch bei anderen Meningitisformen — besonders bei Meningitis epidemica — auftreten kann.

Das Spinnwebsgerinnsel bei Meningitis epidemica ist derber und dicker als das bei Meningitis tuberculosa, außerdem bildet es sich — auffälligerweise — durchschnittlich in etwa zwei Stunden.

Ueber erfolgreiche Behandlung tuberkulöser Säuglinge und Kleinkinder mit Tuberkulinhautimpfungen nach Ponndorf. Verf. berichtet über 40 nach Ponndorf behandelte tuberkulöse Kinder der drei ersten Lebensjahre. Bei Kindern im ersten Stadium (23) betrug die Mortalität 7,7%. Bei 14 Kindern des zweiten Stadiums starben 5 (35,7%). Alle drei Kinder des dritten Stadiums erlagen ihrer Erkrankung. Auf Grund seiner Erfahrungen und guten Erfolge glaubt Verf., daß die kutane Tuberkulinbehandlung nach Ponndorf ein wirksames Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose des frühen Kindesalters ist.

Pogorschelsky (Berlin).

Journal of Infectious Diseases.

38., Nr. 1, Januar 1926.

Studien über Erkrankungen der Atemorgane. XXV. Der Einfluß gewisser Elektrolyte und Nichtelektrolyte auf die Gallelöslichkeit von Pneumokokken. Falk und Yang.
Studien über Erkrankungen der Atemorgane. XXVI. Die Lösung von Pneumokokken durch Falk u. Yang.
Der Mechanismus des doppelten Zuckerröhrchens von Russell. Hall und Lacy.
* Beobachtungen an 6500 Fällen von lobärer Pneumonie im Cook County Hospital, Chikago. Keller.
Die Lebensfähigkeit des B. coli und B. aerogenes im Boden. S. Kinner und Murray.
Die Wirkung von Clostridium histolyticum auf Tyrosin. King u. Hjort.
* Weitere Studien über einen von Masern stammenden Diplokokkus: Verhütung von Masern durch Ziegenimmunserum. Tunicliff und Hoyne.
Morphologische Variationen von Bakterien in der Phase des beschleunigten Wachstums. Henrici.
Beziehungen der Oberflächenspannung zu Bakterienphaenomen. Frobisher.
Kohlensäure als Wachstumsfaktor bei Tuberkelbazillen und andern säurefesten Stäbchen. Rockwell u. Hirschberger.

Beobachtungen an 6500 Fällen von Lobärpneumonie am Cook County Hospital, Chicago. Die Mortalität der Lungenentzündung betrug bei 6531 Fällen 36%. Von den Erkrankten entfiel die größte Gruppe auf das Alter unter 5 Jahren, die kleinste auf das zweite Dezennium. Vom zweiten Dezennium stieg die Morbidität an bis zum 5. Jahrzehnt, wo sie steil abfiel. Die Mortalität war am geringsten für das Alter von 5—9 Jahren. Die meisten Erkrankungen brachten die Monate Januar bis April, die wenigsten der August.

Masernschutz durch Ziegenimmunserum. Verff. haben früher einen filtrierbaren Diplokokkus gezüchtet, den sie in ätiologischer Beziehung zu den Masern bringen. Mit diesem Keim wurden Ziegen immunisiert. Das Ziegenimmunserum schützte Kaninchen gegen eine folgende Injektion mit infektiösem Material von Masern. Menschen wurden durch das Serum ebenso gegen Masern geschützt wie durch Rekonvaleszentenserum, wenn sie am ersten und zweiten Tage nach der Infektion damit behandelt wurden.

Henning (Berlin).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

99., Heft 5.

Hugo Liepmann zum Gedächtnis. M. Isserlin.
Klinische, pathologisch-anatomische und erbbiologische Untersuchungen bei familiärer, diffuser Hirnsklerose im Kindesalter. (Ein Beitrag zur Lehre von den Heredodegenerationen. Mit 14 Textabbildungen.). W. Scholz.
* Ueber den Stoffwechsel beim epileptischen Symptomenkomplex. (Mit 24 Abbildungen.) Max de Crinis.
Zur Pathogenese örtlich elektiver Gehirnveränderungen. (Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser-Wilhelm-Institut) in München.) Mit 9 Textabbildungen. W. Spielmeyer.
Krankheitseinheit und Reaktionsform. G. Ewald.
* Klinische Erfahrungen mit der „Somnifendauernarkose" bei schizophrenen Erkrankungen. K. Schmidt.
Nochmals Stoffwechseluntersuchungen bei Epileptikern. Kurze Bemerkung zu Vollmers „Erwiderung" im Band 98, Heft 1-2 dieser Zeitschrift. Hans Wildermuth.

Ueber den Stoffwechsel beim epileptischen Symptomenkomplex. Auf Grund von umfangreichen Stoffwechseluntersuchungen (Methode Geppert und Zuntz) kommt Verfasser zum Resultat, daß beim epileptischen Organismus Störungen im Eiweißstoffwechsel, Säurebasengleichgewicht usw. entstehen, die praeparoxysmal eine Steigerung erfahren. Der Anfall selbst ist bestrebt, einen Ausgleich dieser Störungen herbeizuführen.

Klinische Erfahrungen mit der „Somnifendauernarkose" bei schizophrenen Erkrankungen. Fast nur Mißerfolge, verhältnismäßig oft ernste Komplikationen (Aspirationspneumonie). Dagegen gutes Sedativum und Hypnoticum von Fall zu Fall.

Panse (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

89., Heft 4/6, Februar 1926.

Anatomischer Befund in 2 Fällen von Steigerung des Grundgelenkreflexes mit gleichzeitigem Zwangsgreifen bei Stirnhirnbalkentumor. Georg Stiefler.
Beiträge zur Anatomie der Hypophyse und ihrer Funktion. R. Greving.
* Der Schmerz als sympathische Erscheinung und seine Stellung zum animalen und vegetativen Nervensystem im allgemeinen. Heinrich Higier.
* Metaluetische Muskelatrophie. F. Kino und A. Strauß.
* Zur Kenntnis der amyotrophischen Spinallues. Tadeusz Falkiewicz.
* Akute diffuse fieberhafte syphilitische Meningo-Encephalo-Myelitiden. M. S. Margulis.
* Myelo-Radiculo-Polyneuritiden bei epidemischer Encephalitis. M. S. Margulis.
* Tumor cerebri, Pleocytosis spinalis und die Eiweißverhältnisse der Spinalflüssigkeit. Jens Christian Smith.
Vergleichende Untersuchung über die Goebelsche Modifikation der Mastixreaktion mit der Normomastixreaktion. Ernst Röhrs.
Ueber den prognostischen Wert der Goldsolreaktion bei Meningitiden. Tadeusz Falkiewicz.
Nachtrag zu meiner Mitteilung über „akute disseminierte Hauthyperalgesie". Friedrich Schultze.

Der Schmerz als sympathische Erscheinung und seine Stellung zum animalen und vegetativen Nervensystem im allgemeinen. Jede Schmerzempfindung und ihre Abkömmlinge (Juck-, Kitzel-, Brenn-, Dehnungs-, Zerrungsgefühl) sowohl an der Haut wie an den Eingeweiden gehören prinzipiell zu den Leistungen des sympathischen Nervensystems. Der Schmerz als solcher gehört ausschließlich der Domäne des sympathisch-autonomen Nervensystems an..

Metaluetische Muskelatrophie. Die spinale progressive Muskelatrophie ist nicht selten kombiniert mit Tabes oder Paralyse in jeder Phase dieser parasyphilitischen Leiden; es ist anzunehmen, daß in der Zukunft mit dem Fortschreiten in dem Auffinden der Spirochäte, in der Ueberimpfung und in der Histopathologie der Nachweis, daß die Metalues auch unter dem Bilde der reinen spinalen progressiven Muskelatrophie auftreten kann, erbracht werden wird.

Zur Kenntnis der amyotrophischen Spinallues. Zwei Fälle werden mitgeteilt. Sie ähneln dem klinischen Bilde der amyotrophischen Lateralsklerose, sind pathologisch-anatomisch meningeal bedingt und beruhen auf Lues. Das Vorkommen solcher amyotrophischer Spinallues ist gar nicht zu selten, sie macht sich gewöhnlich ziemlich spät nach der Infektion bemerkbar, wie die Tabes, die Dauer des Prozesses ist allerdings eine wesentlich kürzere als die des tabischen im allgemeinen, was vielleicht durch die Affektion bulbärer motorischer Nerven zur Genüge erklärt wird.

Akute diffuse fieberhafte syphilitische Meningo-Encephalo-Myelitiden. Neun Fälle von akuter fieberhafter syphilitischer Cerebrospinalmeningitis werden mitgeteilt. Meningeale und lokalisierte Symptomenkomplexe setzen das klinische Bild zusammen. Der pathologische Prozeß nimmt seinen Ausgang von den weichen Hirnhäuten. Die Temperatursteigerung ist wahrscheinlich auf eine Läsion der temperaturregulierenden Zentren im Gebiet des Tuber cinereum und Thalamus opticus beim Uebergang des spezifischen basalen meningealen Prozesses auf diese Hirnteile zurückzuführen. Differentialdiagnostisch kommen vornehmlich die meningealen Formen der epidemischen Encephalitis in Betracht. Sogar eine energische spezifische Behandlung kann dem Auftreten einer akuten diffusen Meningitis bzw. Meningo-Encephalo-Myelitis nicht vorbeugen. Prognose gewöhnlich günstig, abhängig von der Intensität und Verbreitung der Infektion, von der rechtzeitigen Erkennung der Aetiologie der Erkrankung, schnellen Verordnung der spezifischen Behandlung und von der Lokalisation der Infektion. Epileptiforme Anfälle, Status epilepticus oder starke hypertonische Zustände trüben die Prognose. Die Fälle sind einer spezifischen Behandlung leicht zugänglich (am besten endolumbale Infusion von Neosalvarsan, letzteres intravenös mit großen einmaligen Dosen und Injektionen von Hydr. bijod.).

Myelo-Radiculo-Polyneuritiden bei epidemischer Encephalitis. Fünf Fälle von Läsion des peripheren Nervensystems bei epidemischer Encephalitis. „Die Fälle von encephalitischer Myelo-Radiculo-Neuritis sind äußerst wichtig, da sie einerseits Uebergangsformen zu rudimentären Encephalitiden bilden, die sich in Erscheinungen einer Plexitis, Mononeuritis oder Polyneuritis äußern, andererseits machen diese Fälle eine besondere Behandlung dieser rudimentären Formen notwendig, da sich sonst aus ihnen schwere chronische Formen entwickeln können. In den von uns angeführten Fällen führten wir eine Kur mit Urotropin-Electrargol intravenös und eine Streptokokken-Vaccinotherapie durch. Die Resultate waren günstig wie in bezug auf die Hyperkinese, so auch auf den ganzen Prozeß."

Tumor cerebri, Pleocytosis spinalis und die Eiweißverhältnisse der Spinalflüssigkeit. Es handelt sich um 102 lubalpunktierte und bei Operation oder Sektion verifizierte Fälle. Ein regelmäßiger Zusammenhang der Pleocytose bei Hirngeschwulst mit Art des Tumors, mit seinem Sitze, seiner intra- oder extracerebralen Lage, mit Zerfall oder Entzündungsgestaltung konnte nicht festgestellt werden. Bei Diagnosenzweifel zwischen Tumor cerebri und Encephalitis darf die Zellenzahl der Spinalflüssigkeit nicht maßgebend sein. Dagegen bieten die Eiweißverhältnisse differentialdiagnostische Anhaltspunkte: Eiweißvermehrung kommt bei Hirntumoren weit häufiger und meist in bedeutend höherem Grade vor, als bei der chronischen Encephalitis. Hohe Globulin- und Totaleiweißzahlen sprechen für Tumor und gegen Encephalitis.

Kurt Mendel.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

76, Heft 2.

Eine neue Art von Trugwahrnehmungen. Fischer, Siegfried und Walter Welke.
Zur Frage der Hemialgien und Hemimyalgien. W. W. Seletzky.
* Ueber die akute Kommotionspsychose und die Bedeutung der Hirnerschütterung für anderweitige psychische Störungen. A. Hansc.
* Zur Statistik des Morphinismus in der Vor- und Nachkriegszeit. Walter Jacob.
Ueber die Motilitätspsychose. G. Ewald.
Die Bedeutung der experimentalpsychologischen Forschung für die klinische Psychiatrie. Otto Löwenstein.
Ueber einen Fall „Pathologischer Faszination". Hans Schmitz.
Zur Methodik der psychopathologischen Analyse organischer Syndrome. Carl Schneider.
Ein Beitrag zur Krankengeschichte des Heinrich Hansjakob. Mit einer Textabbildung. Friedrich Kanngießer.
* Untersuchungen an Brennspiritustrinkern. Berthold Mueller.
Ueber die Behandlung erregter Geisteskranker mit Hexophannatrium. (Psychiatrisch-neurologische Gesellschaft München. Sitzung v. 9. 7. 25.)

Ueber die akute Kommotionspsychose und die Bedeutung der Hirnerschütterung für anderweitige psychische Störungen. Commotio cerebri kann außer den bekannten Psychosen vom exogenen Reaktionstyp, die sich aus der Bewußtlosigkeit entwickeln und regressiven Verlauf zeigen, psychopathische Charakterveränderungen mit Steigerung individueller Eigenarten und ausgesprochener Stimmungsschwankungen zur Folge haben. Weitere Spätfolgen sind traumatische Epilepsie, Alkoholintoleranz und die sogenannte „Pseudoparalysis traumatica" mit Pupillen- und Sprachstörungen, aber negativem Ausfall der Luesreaktionen. Endogene Psychosen (Stizophrenie, man.-depr. Irresein) können nicht Commotionsfolgen sein.

Zur Statistik des Morphinismus in der Vor- und Nachkriegszeit. Die Häufigkeit des Morphinismus hat nach dem Kriege eine große Steigerung erfahren, auf etwa das Zehnfache der Aufnahmen. Es befinden sich mehr Jugendliche darunter als früher, auch ärmere Gesellschaftsschichten sind (Kriegsverwundungen) davon befallen, im Gegensatz zur Vorkriegszeit. Gute historische Uebersicht über die Entwicklung des Morphinismus.

Untersuchungen an Brennspiritustrinkern. 17 von 318 Trinkern geben Brennspiritusgenuß zu. Der Brennspiritus wurde im Verhältnis 1 : 1 oder 1 : 2 mit Wasser, Kaffee usw. verdünnt. Bis 300 g und wohl auch mehr wurde täglich getrunken. Schwerer Rausch mit starken Nachwirkungen. Bis zu 6,0 g Methylalkoholgehalt, außerdem Fuselöle und Pyridinbasen. Selten Erregungszustände und Wahnideen, meist sehr stumpfes Verhalten. Keine Delirien unter diesen Fällen.

Panse (Berlin).

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

34, Heft 1/2.

• Praktisch-diagnostische Ergebnisse aus dem Studium der Röntgenperistaltik des Magens. Arthur Fraenkel.
Zur Frage der Einführung einer Kontrastsubstanz (Lipidiol) in die Bronchien. F. M. Abramowitsch und S. A. Tichomirow.
Röntgenologische Untersuchungen an Moosen und Farnen. K. Linsbauer.
• Die direkte Röntgendiagnostik der pri- und paranephritischen Eiterungen und die Röntgenuntersuchung der chronischen Perinephritis. V. Revesz.
• Zur Frage der Dosierung von Röntgenstrahlen. Die Standardisierung der Dosismessung. B. Rajewsky.
Verfahren zur Herstellung von Photographien röntgenologischer Beobachtungen. E. Reiser.
Ueber einen Fall von Pleuritis mediastinalis und über den Doppelkontur des Herzschattens im Röntgenbild. L. J. van der Mandele.
• Die Arthropathia psoriatica im Röntgenbilde. G. Nobl u. F. Remenovsky.
Diagnose von Erkrankungen der großen Bronchien, namentlich Bronchostenosen mittels Kontrastfüllung. R. Lenk, F. Haslinger und K. Presser.
Ueber die sekundäre Kathodenstrahlung der gashaltigen und gasfreien Röntgenröhre. B. Walter.
• Multiple Verkalkungen in der Leber und in der Milz (Angiom?). Fr. Polgar und G. Szemzö.
Ueber Panzerherz. C. Friedländer.
Ueber einen Universal-Gleichspannungsapparat für Röntgen-Diagnostik und Therapie. M. Brenzinger, F. Dessauer und E. Lorenz.
Das Duodenum als Mischapparat. W. Bauermeister.
• Das Jontodosimeter. H. Chaoul.
Hilfsmittel zur genauen Einstellung der Röntgenröhren für Meßzwecke und im praktischen Betrieb. W. Fürst.
Schutz der Umgebung der Bestrahlungsfelder bei der Röntgenbehandlung. Leuchtendes Blei. Holzknecht.
Ein fahrbares Untergestell für das Wasserphantom des Siemens-Röntgen-Dosismessers. P. Obladen.

Praktisch-diagnostische Ergebnisse aus dem Studium der Röntgenperistaltik des Magens. Bei der Diagnose des nischenlosen Ulcus ventriculi liefert die Röntgenkinographie wesentliche Resultate. Es werden womöglich 16 Aufnahmen innerhalb 20 Sekunden vorgenommen und von diesen Umrißpausen angefertigt, die übereinander gelegt werden. Auf diese Weise gelingt es, die Peristaltik anschaulich zur Darstellung zu bringen. Für das Magengeschwür ist nun ein Bewegungsdefekt charakteristisch, das Riegelsymptom. An der Stelle des Geschwürs bleibt in einer Länge von etwa 8 mm jede peristaltische Bewegung an der kleinen Curvatur aus. Dieses Symptom kommt dadurch zustande, daß infolge des Ulcusreizes eine segmental begrenzte funktionelle Alteration der Quermuskulatur des Magens hervorgerufen wird. Der Ulcusriegel hat nicht etwa eine anatomische Wandverdickung zur Voraussetzung, es ist kein Ulcus callosum dazu erforderlich, im Gegenteil scheint das Riegelsymptom eher für ein ungedecktes Ulcus zu sprechen, bei dem also die Perforationsgefahr besonders groß ist — im Gegensatz zu der Haudeckschen Nische, die meistens ein Ulcus callosum bzw. ein Ulcus penetrans anzeigt. Bei letzterem ist nach F. die Perforationsgefahr sehr gering, da es sich um ein gedecktes Ulcus handelt. Das Riegelsymptom kann unter Umständen auch bei Durchleuchtungen festgestellt werden, aber nur dann, wenn die Amplitude der Peristaltik an sich groß ist. Besonders wichtig ist auch die gesteigerte Präperistaltik oberhalb des Pylorus. Die Beurteilung muß sich nach den individuellen Verschiedenheiten der peristaltischen Bewegung richten, insbesondere ist ein Vergleich mit der Peristaltik der großen Curvatur wichtig. Ein pathognostisches Symptom ist die Präperistaltik nicht, man findet sie ebenfalls bei Carcinomen. Was die Bedeutung der Kinographie für die Frühdiagnose des Carcinoms anbelangt, so ist festzustellen, daß auch in solchen Fällen, in denen die gewöhnliche Röntgenuntersuchung kein positives Resultat ergibt, die fehlende Peristaltik an einer umschriebenen Stelle der kleinen Curvatur auf eine maligne Neubildung hindeuten kann, jedoch ist dabei zu berücksichtigen, daß selbst solche Fälle bereits inoperabel sein können. Sicher läßt sich die Operabilität natürlich ausschließen, wenn die Infiltration bis hinauf zur Cardia festzustellen ist. Es braucht übrigens die Peristaltik auch bei infiltrierten Magenwänden nicht gänzlich aufgehoben zu sein, schon eine Herabsetzung der Peristaltik der kleinen Curvatur im Verhältnis zu derjenigen der großen Curvatur kann als positives Zeichen gewertet werden. Differential-diagnostisch ist hierbei aber darauf zu achten, daß auch ein kleines Ulcus im Verlauf der kleinen Curvatur imstande ist, die kleine Curvatur in ihrer ganzen Ausdehnung zum peristaltischen Stillstand zu bringen. Die Differential-Diagnose zwischen Ulcus und Carcinom muß also in solchen Fällen auf Grund des übrigen klinischen Untersuchungsbefundes entschieden werden.

Die direkte Röntgendiagnostik der peri- und paranephritischen Eiterungen und die Röntgenuntersuchung der chronischen Perinephritis. Peri- und paranephritische Abszesse sind röntgenologisch direkt nachweisbar und zwar ohne besondere Hilfsmittel. Entweder findet man neben dem Nierenbild einen isolierten rundlichen Schatten, oder häufiger erscheint der Nierenschatten als ganzes vergrößert, dabei unregelmäßig sackförmig configuriert. Die Vergrößerung des Nierenschattens wird aber nicht durch den Abszeß selbst hervorgerufen, sondern durch die Infiltration der Fettkapsel der Niere. Eine sichere Entscheidung zwischen Pyonephrose, peri- und paranephritischem Abszeß ist nicht immer möglich.

Zur Frage der Dosierung von Röntgenstrahlen. Die Standardisierung der Dosismessung. Physikalische Betrachtung, die als ganzes für Referat nicht geeignet ist. Von den einzelnen Ergebnissen ist erwähnenswert: Für die Festlegung des Strahlenergebnisses ist die Angabe der an der Röhre liegenden maximalen Spannung nur bei Gleichspannungsapparaten ausreichend. Bei allen anderen Apparaten müssen diese Angaben durch die Feststellung des Abschwächungskoeffizienten ergänzt werden. Für die Dosierung der Röntgenstrahlen ist das zweckmäßigste Verfahren die Jonisationsmethode, jedoch gibt auch diese keine Angaben über die wahren Energieverhältnisse der zu messenden Strahlenmenge, sondern nur über deren Jonisationswirkung. Da letztere von der Wellenlänge abhängig ist, sind die Angaben jeder Jonisationskammer nur innerhalb einer Wellenlänge miteinander vergleichbar. Bei der in R.-Zahlen ausgedrückten Oberflächendosis muß die Größe des Bestrahlungsfeldes mit angegeben werden, da die H. E. D. auch abhängig ist von der dem Körper einverleibten Gesamtbestrahlungsenergie.

Die Arthropathia psoriatica im Röntgenbilde. Der primäre Sitz der Erkrankug ist im Kapselapparat zu suchen. Frühzeitig tritt eine Knochenatrophie auf. Im weiteren Verlauf kommt es zu rundlichen oder ovalen cystenartigen Aufhellungen des Knochenschattens, die große Aehnlichkeit haben mit dem Befunde bei Arthritis urica, dazu kommen sehr bald destruktive Prozesse an der Oberfläche der Gelenkkörper. Röntgenologisch findet sich eine Verschmälerung des Gelenkspalts als Ausdruck einer Nekrose des Gelenkknorpels. In späteren Stadien findet sich manchmal eine Sklerosierung der vom Knorpel entblößten Knochenoberfläche. Wenn die Destruktion auf den Knochen übergreift, so findet man im Röntgenbilde Arrosionen der Gelenkpartien, die eine große Ausdehnung annehmen können. Insbesondere findet man an den Phalangen nicht selten eine totale Destruktion der Köpfchen. Produktive Veränderungen kommen vor, sind aber bei weitem nicht so hochgardig, wie bei der Arthritis deformans. Gelegentlich beobachtet man auch Ossifikationen an Stelle anderer Gewebe und periostitische Knochenauflagerungen. Im Laufe der Erkrankung kommt es dann zur Ankylosierung, meist in Subluxationsstellung oder zu Kontrakturen infolge einseitiger Schrumpfung der Gelenkkapsel. Klinisch findet man oft Temperatursteigerungen, namentlich im Beginn, was auf den entzündlichen Charakter der psoriatischen Gelenkerkrankung hinweist. Von der sekundär chronischen Polyarthritis unterscheidet sich die A. psoriatica besonders durch die mangelnde Beeeinflußbarkeit durch Salizylpräparate, durch das Fehlen von Herzkomplikationen, durch die geringere Sprunghaftigkeit des Prozesses, durch den Beginn an den kleineren Gelenken. Die A. psoriatica ist unter die Gruppe der primär chronischen Polyarthritis einzureihen. Die schweren Knochenzerstörungen kommen aber häufiger vor als bei den übrigen Formen dieser Gruppe. Männer werden häufiger von der Erkrankung befallen als Frauen.

Multiple Verkalkungen in der Leber und in der Milz. (Angiom?) Bei einer 60jährigen Patientin wurden, ohne daß Anhaltspunkte für Erkrankung der Leber und der Milz bestanden, zahlreiche kleine Kalkschatten in der Milz und in geringerem Maße auch in der Leber gefunden, die als Phlebolithen gedeutet werden. Es handelt sich vermutlich um cavernöse Angiome.

Das Jontodosimeter. Ein direkt zeigendes Dosimeter für Röntgenstrahlen. Ch. konstruierte einen Jontodosimeter, dessen Ablaufszeit durch entsprechende Vergrößerung der Kapazität des Elektrometers soweit vergrößert wird, daß sie der zur Erreichung des H. E. D. notwendigen Zeit entspricht (harte Strahlen, Schwerfilter); dadurch kann die verabfolgte Dosis während der ganzen Bestrahlung kontrolliert werden.

Kirschmann (Berlin).

Zeitschrift für Augenheilkunde.

Dezember 1925.

Die retrobulbäre Alkoholinjektion nach Grüter. Jaensch.
* Die Beeinflussung der Hornhautsensibilität durch Trichloräthylen. Rohrschneider.
* Zur Diagnostik und Prophylaxe des Trachoms. Peters.
Die Differentialdiagnose zwischen der reflektorischen Pupillenstarre und der sogenannten traumatischen reflektorischen Starre. Behr.
Eigenartige Pupillenphänomene bei einem Fall von angeborener Okulomotoriuslähmung. Dohme.
Ueber die Lösung von Konvergenz und Akkommodation. Hofmann.
Indikationen und Resultate der Myektomie des Obliquus inferior. Bielschowsky.
Zur Psychophysik einiger augenärztlicher Untersuchungsmethoden. Brückner.
Ein Beitrag zur Spaltlampenmikroskopie des Auges im ultravioletten Licht. Thiel.
* Die augendrucksteigernde Wirkung verschiedener Muskelaktionen. Comberg.
Zur Histologie der knötchenförmigen Hornhauttrübung. Wirth.
Ueber bakterioskopische Prophylaxe. Kuffler.
Aktinomyces im Polypen des oberen Tränenröhrchens. Wegner.
Ueber Glaukoma simplex als Komplikation peripherer Chorioiditis. Meisner.
Tuberkulinanaphylaxie. Rosenberg.
Bösartige epibulbäre Geschwülste. Waetzold.
Ein Beitrag zur Behandlung der Trichiasis. Ziemssen.
Eine eigenartige Form einer Vorderkammerblutung. Hamann.
Eine neue Röntgenprothese. Comberg.

Die Beeinflussung der Hornhautsensibilität durch Trichloräthylen. In der Neurologie ist die gute Wirkung des Chlorylens bei Trigeminusneuralgien anerkannt. In der Augenheilkunde wurde es namentlich von Hildesheimer empfohlen. Untersuchungen am gesunden Auge, unter Prüfung der Sensibilität der Hornhaut mit den Freyschen Reizhaaren ergaben jedoch, daß in keinem Falle eine Hypästhesie, geschweige denn eine Anästhesie der Hornhaut auftrat.

Zur Diagnostik und Prophylaxe des Trachoms. Peters betont anläßlich einer statistisch angeblich nachgewiesenen Vermehrung des Trachoms in Mecklenburg, daß die neueren Erfahrung seiner seit langem vertretenen Ansicht Recht gegeben haben, nach der zur Entstehung eines Trachomes außer der Infektion eine Disposition notwendig ist. In Mecklenburg sieht man schwere Fälle nur bei nicht einheimischen Schnittern usw. Bei den Einheimischen handelt es sich dagegen um leichte Fälle, die nicht zu Komplikationen führen. In Ostpreußen hat das Trachom erheblich abgenommen, wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer Abnahme der Virulenz des Erregers. Peters wendet sich energisch gegen die immer noch bestehende Anmeldepflicht. Die Infektiosität des Trachoms steht in keinem Verhältnis zu der anderer Infektionskrankheiten. Die Uebertragung wird durch Belehrung der Patienten leicht vermieden. Andererseits dienen die Unannehmlichkeiten, die für den Patienten mit der Anmeldung verknüpft sind, nur dazu, die Patienten vom Arzt fernzuhalten. In der Behandlung des Trachoms gibt es nur einen richtigen, in M. mit Erfolg beschrittenen Weg, das Zusammenarbeiten des Spezialarztes mit den praktischen Aerzten.

Die augendrucksteigernde Wirkung verschiedener Muskelaktionen. Untersucht wurde die drucksteigernde Wirkung der Bauch-Brustpresse und des Orbikularis. Die erzielten Drucksteigerungen waren recht erheblich. Die Ergebnisse sind wichtig für intraokulare Operationen.

Meesmann.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

November-Dezember 1925.

* Theorie und Praxis der Augentuberkulose nach Erfahrungen im Hochgebirge. Werdenberg.
* Ueber die Hautkapillaren bei Keratitis parenchymatosa. Enroth und Hisinger-Jägerskiöld.
Nachweis und Bedeutung meiner „intraskleralen Ziliarnervenschleifen“ am lebenden Menschenauge. Axenfeld.
Beiträge zur Physiologie des Körperlichsehens. Géza v. Vajda.
Bemerkungen zu Géza v. Vajdas „Beiträgen zur Physiologie des Körperlichsehens“. Streiff.
Hornhautastigmatismus, Limbus und Schädelbau. Tron.
Der Einfluß des Lichtes auf das Augenzittern bei der multiplen Sklerose. Ohm.
Beitrag zur pathologischen Anatomie und zur klinischen Diagnose des kavernösen Angioms bei Chorioidea. Mulock Houwer.
Glioma (Neuroblastoma) retinae bei einem 12jährigen Mädchen. Scheel.
Rasches Wachstum eines Limbus-Sarkoms in einem vererbten Naevus im Anschluß an eine Koch-Week-Konjunktivitis. Rosenstein.
Ueber Synchysis nivea seu albescens, nebst einem Beitrag zur Frage über die Entstehung von Glasmembranen im chronisch entzündeten Auge. Janson.
Die Tätowierung mit Goldchlorid. Knapp.
Hornhautfärbung nach Knapp. Pretori.
Ein Fall von nichtulcerierter Initialsklerose an der Bindehaut des Augapfels. Zborowsky.
Typisches Kolobom der Iris und Aderhaut nach oben. Caspar.
Hintere Glaskörperabhebung, Einriß und Trübung in Ringform. Kraupa.
Zur Genese und Literatur der Glaskörpergefäßproliferationen bei Lues und Arteriosklerose. Kraupa.
Bemerkungen zu der Arbeit von Tron: Ueber einige Eigentümlichkeiten des Wundastigmatismus nach der Kataraktextraktion. Krämer.
Tafel zur augenärztlichen Berufsberatung für geistige Berufe. Pichler.
Ausdauer in der Anwendung des Riesenmagneten und ihre Voraussetzung. Paderstein.
Ueber den vorderen äußeren Lederhautschnitt bei Glaukom. Zirm.
Ein Beitrag zur Glaskörperabsaugung. Zirm.
Zur antiglaukomatösen Fisteloperation mit doppelter Lappendeckung. Löwenstein.
Zur Durchschneidung des Nachstars. Levinsohn.
Spätinfektionen nach normal verlaufener Kataraktoperation. Thies.
* Ueber die Beeinflussung der Netzhautfunktion durch Adrenalin. Rothhan.
* Olyptol in der Augenheilkunde. Lachmann.

Theorie und Praxis der Augentuberkulose nach Erfahrungen im Hochgebirge. Werdenberg bringt in einer größeren Monographie eine eingehende Schilderung der Ergebnisse der neueren Tuberkuloseforschung und ihrer Beziehungen zur Augentuberkulose. Die Augentuberkulose ist als metastatische Teilerkrankung einer tuberkulösen Allgemeinerkrankung aufzufassen. Dementsprechend ist Form und Verlauf abhängig vom Immunitätszustand des Gesamtorganismus. Pathologisch-anatomisch sind zwei Hauptformen zu unterscheiden, die gutartige, zur Vernarbung neigende proliferative und die bösartige zur Einschmelzung neigende exsudative. Die Rankesche Einteilung ist nach dem Vorgange Schiecks u. a. auf die Augentuberkulose gut anwendbar. In Gegensatz zu einander stehen die überempfindlichen Formen des sekundären Typus, mit starker Giftüberempfindlichkeit und die früh- oder spätsekundären und bereits tertiären Formen mit geringer Giftempfindlichkeit. Bei der ersten Gruppe ist die Tuberkulintherapie kontraindiziert, bei der zweiten kommt sie dagegen zur Erzeugung einer nützlichen Herd- und Allgemeinreaktion als unterstützender Heilfaktor in Frage. Dem Erfolg der spezifischen Therapie sind Grenzen gesteckt, da die Tuberkulin- ebenso wie die Tuberkuloseimmunität nur relativ sind. Die verschiedene Tuberkuline und die damit erzielten Erfolge sind ausführlich besprochen. Zum Schlusse wird auf den Wert der Hochgebirgskuren hingewiesen. Sie eignen sich für die meisten Augentuberkulosen, besonders auch für die Tuberkulin kontraindizierten Formen, die schweren frühsekundären des Kindesalters.

Ueber die Hautkapillaren bei Keratitis parenchymatosa. Verfasser fanden bei 19 Patienten mit Keratitis parenchymatosa luetica ein anomales Verhalten der Hautkapillaren. Charakteristisch ist eine starke Schlängelung der Kapillaren, reichliche Variationen in der Strömung des Blutes durch die Schlinge und eine bedeutende Labilität der Kapillarwände, mit Schwankungen im Kaliber, Einziehungen und Ausbuchtungen. Diese Erscheinungen auf die Lues allein zurückzuführen, dürfte kaum erlaubt sein, da ähnliche Kapillarveränderungen bei Lues unbekannt sind. Verfasser nehmen vielmehr an, daß außer der syphilitischen Infektion eine abnorme Konstitution zur Entstehung des pathologischen Kapillarbildes notwendig ist. Aehnliche Veränderungen werden in den Kapillarschlingen am Limbus angenommen und schlechte Ernährung der Hornhaut und damit eine leichtere Ansiedlung des Syphilisvirus in der Hornhaut darauf zurückgeführt.

Ueber die Beeinflussung der Netzhautfunktion durch Adrenalin. Bei 100 Versuchspersonen wurde durch Einträufeln von drei Tropfen Adrenalinlösung (1 : 100) keine Veränderung der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes und des Farbensehens hervorgerufen. Dagegen trat in allen Fällen eine erhebliche Verzögerung der Dunkeladaptation auf. Therapeutische Anwendung kommt daher bei Erkrankungen in Frage, die mit Reizerscheinungen der Netzhaut einhergehen, Ablatio, Chorioretinitis usw.

Olyptol in der Augenheilkunde. Lachmann wandte das Terpentinpräparat Olyptol in einer Reihe von Fällen mit Erfolg an, besonders bei Krankheiten, die jeder anderen Behandlung trotzten. So konnten Lid- und Bindehauterkrankungen, hartnäckige Hordeolosis, Keratokonjunktivitis der Kinder und nicht luetische Episkleritis rasch zum Abklingen gebracht werden. Bei Iritis waren die Erfolge geteilt. In einem Fall von Chorioretinitis tbc. sah Verfasser eine auffallende Aufhellung des Glaskörpers und eine Besserung der Sehschärfe. Ueberraschend gut war der Erfolg bei einer rezidivierenden beiderseitigen dichten Glaskörpertrübung eines 22jährigen Patienten. Wochenlang war dieser eben genannte Fall jeder anderen Behandlung refraktär geblieben. Nach 15 Olyptolinjektionen hellte sich der Glaskörper auf, der Visus betrug nach der Behandlung ⅙.

Meesmann.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

13., Heft 3, 1926.

* Ueber das Wesen und die klinische Bedeutung eines nasalen vasomotorischen Reflexphänomens. O. Muck.
Zur Technik der endoskopischen Entfernung größerer Tumoren der Luftröhre und des Kehlkopfes. R. Gumperz.
Langsamer Nystagmus. G. V. Th. Borries.
Ueber die Abtragung der tuberkulös erkrankten Epiglottis. E. Büch.
Blaue Verfärbung der Skleren und Herderkrankung der Labyrinthkapsel. Eduard Gimplinger.
Sensorische Aphasie bei otogenem Extraduralabszeß in der linken mittleren Schädelgrube. E. Büch.
* Die indirekte Besichtigung des Kehlkopfinnenraumes und insbesondere seiner vorderen Anteile bei aus dem Munde des Untersuchten nicht hervorgestreckter Zunge. Eugen Pollak.
* Untersuchungen über die Mastoiditis (Endostitis mastoidea). Wilfried Krainz.
Tuberkulom des mittleren Nasenganges. W. Tonndorf.
* Ueber Leitungsanästhesie des N. maxillaris. Reddingius.
* Ueber Angina agranulocytotica. Ulrich Friedemann.
* Ein Fall von Aspiration einer Zahnprothese in den Kehlkopf. S. Kompanejetz.

Ueber das Wesen und die klinische Bedeutung eines nasalen vasomotorischen Reflexphänomens. Das wesentliche an der Arbeit ist, daß von Muck ein neuer Versuch mitgeteilt wird, der es ermöglicht, diagnostisch vasomotorische Störungen im Kopfgebiet eher und einwandfreier als bisher feststellen zu können. Adrenalinisiert man die Nasenschleimhaut und streicht danach bei einem gesunden Menschen mit einer festen Sonde über dieselbe, so reagiert die betroffene Mucosa mit einer fleckigen oder strichweisen Röte. Bei der Hemicrania sympathicotonica dagegen bleibt dieser nachfolgende vasodilatatorische Reflex aus. Es zeigt sich ein neuer weißer Strich der sondenberührten Stelle. Die adrenalisierte Schleimhaut hat also mit einer weiteren Vasokonstriktion geantwortet. Diese Reaktion auf den Adrenalin-Sondenversuch hin (A. S. V.) ist an keiner anderen Schleimhaut auszulösen. Sehr häufig zeigt sich das Reflexphänomen auf der Seite des Kopfschmerzes. Die Annahme von Gefäßkrämpfen der Gehirnarterien dürfte demnach zu Recht bestehen. Die Hypertonie des Sympathicus soll sich weiter in der Gravidität, bei Epileptikern und bei Spätluikern finden. Ob mit letzter Annahme nicht zu weit gegangen ist, muß die Zukunft erweisen. Der A. S. V. ist als wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose anzusprechen. Referenten ist es mit ihm geglückt, im Laufe der letzten 14 Tage eine Patientin vor einer Retroflexio-Operation zu bewahren und ihre einseitigen Kopfschmerzen auf eine Sympathicushypertonie zurückzuführen. Es sei mir noch gestattet, hier persönlich hinzuzufügen, daß eine weißliche Verfärbung der Nasenmucosa, die vorher nicht behandelt wurde, stets verpflichtet, an solche angiospastischen Zustände zu denken. Auch das Blutbild ist zur Diagnose mit heranzuziehen. (Eosinophilie bei Rhin. vasomot. und Heuschnupfen, Arb. d. Refer. Fol. oto-lar. Bd. 13. H. 3.)

Die indirekte Besichtigung des Kehlkopfinnenraumes und insbesondere seiner vorderen Anteile bei aus dem Munde des Untersuchten nicht hervorgestreckter Zunge. Wir sind gewohnt, nach Untersuchung des Cavum oris und des Epipharynx den Kehlkopf in jedem Falle einer Inspektion zu unterziehen. Der Patient wird dann aufgefordert, sein Taschentuch zu zücken, mit dem er selbst oder der untersuchende Arzt die Zunge hervorzieht. Der Kopf wird nach hinten gebeugt, ein Spiegel an den weichen Gaumen gelegt, und der Einblick in den Kehlkopf ist bei folgender Phonation frei. Das ist die allgemein übliche Methode. Sie ist so allgemein üblich, daß niemand bisher daran dachte, auch mal etwas anderes zu versuchen. Die einfachsten Maßnahmen führen jedoch meist zu den größten Entdeckungen. Und so sind die meisten Fachkollegen wohl auch mehr als erstaunt gewesen, als sie die Arbeit Pollaks lasen, der darlegte, daß die bisherige Methode immerhin etwas umständlich ist, und daß man mit einem einfacheren Vorgang zu demselben, bisweilen sogar zu einem besseren Resultat gelangen kann. P. drückt nur mit einem Spatel die Zunge leicht gegen den Mundboden, legt den Spiegel an den Gaumen und überblickt in gutem Ausmaße den Larynx. Ich habe darauf hin diesen Vorgang selbst nachprobiert und muß sagen, daß ich ganz perplex war. Es läßt sich tatsächlich in den allermeisten Fällen der gesamte Larynx überblicken. Es wird sich daher empfehlen, erst diese einfachere Methode anzuwenden, bevor man auf den alten Türckschen Vorgang zurückgreift.

Untersuchungen über die Mastoiditis (Endostitis mastoidea). Haben wir es in der Arbeit Pollaks mit einem praktisch wichtigen Ergebnis zu tun, so dürfen wir die Untersuchungen Krainz' als einen eminent wichtigen, fundamentalen Fortschritt in der gesamten Ohrpathologie ansehen. Die Arbeit K.'s fußt auf seinen früheren Theorien über die Pneumatisation des Schläfenbeins, die ja auch schon zu einem großen Teil mit den bisher gültigen Anschauungen durch Wittmaack im Widerspruch standen. In seiner jetzigen umfangreichen und durch zahlreiche Präparate erhärteten Besprechung bricht K. mit einem großen Teil der überhaupt gültigen Ansichten über die Entstehung und klinische Bedeutung der Mastoiditis. Die Theorien Scheibes u. a. werden einer gründlichen kritischen Revision unterzogen. Bei der Fülle des vorgebrachten Materials erscheint Ref. daher die neuartige Theorie als erwiesen und gut fundiert. Es mag besonders hervorgehoben werden, daß der schwierige Stoff in eleganter, verständlicher Weise behandelt wurde, wie es überhaupt den Eindruck erweckt, daß wir es in Herrn Krainz mit einer wissenschaftlichen Persönlichkeit zu tun haben, die mit dieser fruchtbaren Arbeit nicht das letzte Mal hat von sich reden gemacht. — Nach sehr eingehender Besprechung der einzelnen Befunde kommt K. zu folgenden Ergebnissen:

Unter „Mastoiditis" ist eine rarefizierende und kondensierende endostitische Erkrankung des Warzenteils zu verstehen, entstanden durch Uebergreifen entzündlicher Drucksteigerung im Gefäßabschnitt auf die pars mastoidea. Sie beginnt in den Gefäßkanälen des Warzenteils. Je nach Zahl der Gefäße und je nach Pneumatisationsgrad erreicht sie mehr oder minder früh das Periost. Klinisch kann sie daher in Erscheinung treten, wenn der rarefizierende Prozeß im Innern bereits weit fortgeschritten ist, denn dieser schreitet vom Zentrum zur Peripherie fort. Ein Durchbruch durch die Decke genügt nie zur Druckentlastung. Es gibt mehr Durchbrüche nach innen (Komplikationen) als solche nach außen. Das Empyem braucht nicht immer vorhanden zu sein. Es ist nicht das ausschlaggebende Merkmal, sondern nur eine komplizierende Begleiterscheinung. Daher ist in Zukunft besser die Diagnose „Mastoiditis" statt Empyem des Warzenteils zu stellen. Die Rarefizierung beginnt gewöhnlich in der vierten Krankheitswoche und ist im Verlauf einer weiteren abgelaufen, ihre Ablaufserscheinungen setzen ebenfalls in der Tiefe ein. Ueberschreitet die Rarefikation nicht die Grenzen des Warzenteils, so braucht sie keine klinischen Erscheinungen zu machen. Die Kondensierung setzt sehr bald nach Rarefikationsbeginn ein. Die pneumatischen Zellumina werden exsudativ oder proliferativ ausgefüllt. Im pneumatischen Endost tritt zahlreiche Faserbildung auf. Das Endost ist keine Mucosa, sondern als Innenperiost der pneumatischen Kammern zu werten. Daher kann Faser-, Binde- und Knochengewebe neu von ihm gebildet werden, was Schleimhaut nicht vermag. Durch die Fasern wird das Exsudat granulationsgewebig durchwachsen und zu endostalem Gewebe. Die Zellen werden endostgewebig erfüllt, die einzelne zum Markraum. So entstehen sekundäre Markräume. Jetzt beginnt die Osteoblastentätigkeit, ungefähr in der fünften Woche, d. h. also gewöhnlich zurzeit der Antrotomie. Kranker Knochen ist hart, brüchig oder morsch, niemals aber weich. Weich ist lediglich der neugebildete Knochen, der noch nicht völlig verkalkt ist. Das bei der Antrotomie immer auffindbare weiche Knochengewebe ist also nicht krank, sondern ein Regenerationsprozeß. Es ist daher nach Möglichkeit zu schonen. Spielt sich in der Knochentiefe ein Prozeß ab, der nicht die Grenzen des Warzenteils überschreitet, so kann diese Mastoiditis latent verlaufen und natürlich gelegentlich auch ohne Operation ausheilen. Die Gewebsveränderungen, die in der Tiefe aber durch die Entzündung gesetzt werden, sind die gleichen wie sonst auch. Daraus resultiert die Möglichkeit sekundärer Sclerosierungsvorgänge im früher ausgedehnt pneumatisierten Schläfenbein. Ein Umstand, der bisher von Wittmaack bestritten wurde, der solche Sclerosierungsvorgänge immer auf embryonal in der Entwicklung gehemmte Pneumatisationsvorgänge zurückführte. Die gehemmt pneumatischen Schläfenbeine sind von der Mastoiditis selten ergriffen, vielleicht infolge der Wegarmut der Gefäße. Die vollständig pneumatisierten erkranken am schwersten und neigen am ehesten zu Komplikationen. Außer dem Strept. mucosus ist zwischen Eitererreger und Schwere der Erkrankung kein bestimmter Zusammenhang zu registrieren. Periostitiden, Durchbrüche und Zerstörungen der Zellstruktur sind in der Minderzahl, Eiteransammlungen nicht immer vorhanden. Klinisch ist an der Bezeichnung „Mastoiditis" festzuhalten, abzulehnen die des „Empyem". Der pathologisch-anatomische Vorgang findet in „Endostitis mastoidea" seinen Ausdruck.

Von besonderer Wichtigkeit für den Allgemein-Praktiker ist: Eine Mastoiditis kann latent verlaufen, kann unerkannt ausheilen. Bei der Operation braucht kein Eiter gefunden zu werden. Die Indikation zur Operation ist auch dann richtig, wenn kein solcher vorhanden ist. Der häufige Hinweis otologischer Operateure auf die Menge weichen, kranken Knochens entspricht nicht pathologisch-anatomischen Tatsachen. Der weiche Knochen ist gesunder, schlecht verkalkter, neugebildeter Knochen, der anzeigt, daß der alte Knochen durch Entzündungen zerstört wurde. Indirekt wird durch Auffinden weichen Knochens, also bei sonst negativem Befunde, der Nachweis berechtigter Operationsindikation gebracht. Die Anfänge der Endostitis sind histologisch an den Knochengefäßen nachweisbar. Ein sonstiger Befund bei der Operation kann fehlen. Die Operation scheint unnötig vorgenommen zu sein. Merkwürdigerweise wird dann der fiebernde Kranke schnell nach der Operation gesund. In solchen Fällen handelt es sich um Beginn der Erkrankung in der Tiefe an den Knochengefäßen evtl. mit sekundärer Beteiligung des äußeren Periostes bei reichlicher Gefäßanordnung zur Oberfläche des Knochens hin.

Ueber Leitungsanästhesie des N. maxillaris. R. hat mit einer zahnärztlich erprobten Leitungsanästhesie gute Erfolge. Um den N. maxillaris zu unterbrechen, geht er neben dem letzten Molaren durch das Foramen palat. majus mit einer Kanüle 3½ cm tief in den Knochenkanal ein und injiziert Novocain in das Ggl. spheno-palat. und in die Umgebung des For. rotundum. Wenn das Auffinden des Eingangs zum Canal. pterygopalatinus tatsächlich, wie beschrieben, so leicht gelingt, so würde es sich um eine bedeutend vereinfachte Methode handeln. Es wird sich empfehlen, die Methode nachzuprobieren.

Ueber Angina agranulocytotica. Ein weiterer Hinweis, wie wichtig Blutuntersuchungen sind. Beobachtet wurden Di-ähnliche Anginen mit Belägen, bei denen es sich um ein ausgesprochenes Fehlen der Neutrophilen im Blutausstrich handelte. Die hochfieberhafte Erkrankung endet stets letal. Eine gleiche Erkrankung mit Ueberwiegen der großen Mononucleären bis zu 80% bei üblicher Leucocytenzahl bietet dagegen eine günstige Prognose.

Ein Fall von Aspiration einer Zahnprothese in den Kehlkopf. Nach Verschlucken einer Zahnplatte wurde die Oesophagotomia externa vorgenommen. Dabei inspirierte der Kranke die Platte in den Larynx. Eine indirekte Spiegeluntersuchung wurde viel zu spät vorgenommen. Die Oesophagotomie ist für solche Fälle nicht zu reservieren. Man kann weit besser mit den Instrumenten zur direkten Entfernung vom Mund aus den Kranken helfen. Eine selbstverständliche, aber von dem behandelnden Chirurgen außer acht gelassene Vorbedingung bei allen derartigen, auch nur verdächtigen, Erscheinungen bleibt natürlich die gewöhnliche Spiegeluntersuchung.

Dr. Erich Rosenbaum (Berlin).

Zeitschrift für Urologie.

20., H. 1, Jan. 9126.

* Ein seltsamer Befund in der hinteren Harnröhre bei Enuresis. Imre Deutsch (Budapest).
* Syphilitische Nierenblutung mit heftigen Funktionsstörungen (Nierengumma). Michael Sirovicza (Budapest).
Gynäkomastie und Hodentumor. G. B. Monaschkin.
Ein Fall von Ureterstein. Ernst Holstein (Berlin).
* Kritische Betrachtungen zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. Robert Zimmermann (Jena).
* Ueber medikamentöse Schädigungen von der Harnröhre aus, mit besonderer Berücksichtigung des Alypins. G. Praetorius (Hannover).
Nutzen und Schaden der Prostatamassage. J. J. Stutzin (Berlin).

Ein seltsamer Befund in der hinteren Harnröhre bei Enuresis. Ein 63jähriger Mann leidet seit acht Jahren an häufigem Urindrang, Incontinenz und Bettnässen. Drei Tage vor der Aufnahme bemerkte er Blut an seiner Wäsche. Die Anamnese enthält Gonorrhoe und Luesverdacht. Der Allgemeinbefund spricht für Tabes (Pupillenstarre — keine Patellar- und Achillesreflexe). Die Cystoskopsie zeigt Balkenblasenbildung, Schrammsches Phaenomen, am rechten Sphincterrand eine bucklige Vorwölbung von der drei Schleimhautfalten zum Colliculus ziehen, der prall gefüllt ist. Distal von ihm bemerkt man eine breite mandelförmige Erhebung, mit punktförmigen, leicht geschlängelten Einlagerungen.

Auffallend war weiterhin, daß die mehrfachen Untersuchungen keinerlei Schmerzen, Harndrang usw. verursachten. Ferner bestand keinerlei Residualharn. Die Diagnose wurde auf metaluetische Blasenkrisen (Crises vesicales) und auf gummöse Infiltration am Colliculus gestellt. Auf Jodmedikation besserte sich der Befund und die Miktionsbeschwerden wurden innerhalb von vier Wochen vollständig beseitigt.

Mit Nachdruck weist der Autor darauf hin, daß hier die richtige Diagnose vor einem überflüssigen chirurgischen Eingriff am Colliculus bewahrt hat.

Syphilitische Nierenblutung mit heftigen Funktionsstörungen (Nierengumma). Bei einem 58jährigen Mann wird wegen rechtseitiger Haematurie die Niere freigelegt. Sie wird decapsuliert und makroskopisch intakt befunden. Recidiv nach zwei Monaten. Bei funktueller Prüfung wird eine deutliche Insufficienz der rechten Niere konstatiert und auch tabische Zeichen am Kranken wahrgenommen. WaR. positiv. Daraufhin wird die Diagnose Nierengumma rechts gestellt. Auf antiluetische Kur klingt die Haematurie ab, am Ende der Kur ist Funktionsstörung rechts behoben. Kein Recidiv im Verlauf der nächsten fünf Monate. Man kann also mit dem modernen urologischen Untersuchungsmethoden die Diagnose in vivo stellen und ohne Nephrectomie das Leiden heilen.

Kritische Betrachtungen zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. Nach ausführlicher Beschreibung der pathologischen Anatomie, der klinischen Symptomatologie, der Untersuchungsmethodik, der Behandlungsarten nebst ihren Erfolgen bringt der Autor eine Uebersicht über 11 Fälle, die in den letzten Jahren an der Jenaer Frauenklinik zur Beobachtung kamen. Zwei Fälle wurden wegen des schlechten Allgemeinzustandes nicht mehr operiert, in allen anderen bis auf einen wurde die Niere entfernt. Operationsmortalität null, eine Kranke ging im Verlaufe eines Jahres an Lungentuberkulose zugrunde, die anderen leben zum Teil nach fünf Jahren und sind gesund. Nur in einem Falle bildete sich eine tuberkulose Schrumpfblase, die auf Behandlung gut wurde.

Auf Grund dieser Ergebnisse hält Zimmermann daran fest, daß die Diagnose Nierentuberkulose Indicationsstellung zur Nephrectomie sei und lehnt die konservative Therapie nach Wossidlo ab. Die Prognose hängt in erster Linie auch von der frühen Diagnosenstellung ab.

Ueber medikamentöse Schädigungen von der Harnröhre aus mit besonderer Berücksichtigung des Alypins. Der Verfasser kommt auf Grund eingehender Kritik der in der Literatur bekannt gewordenen Fälle medikamentöser Vergiftungen von der Urethra aus zu dem Ergebnis, daß es sich hierbei um keine Resorptionsintoxicationen handle, sondern daß die durch intravenöse Injektion zu erklären seien. Es ließ sich zeigen, daß bei den Kranken vorher kleinere oder größere Läsionen der Harnröhre vorhanden gewesen waren. Nach dem anatomischen Bau der Wand, die keine Submucosa hat und bei der sich große Venennetze unmittelbar unter der Schleimhaut befinden, ist diese Annahme zwanglos und plausibel.

Die Ausführungen gipfeln in der Forderung einer dem jeweiligen Fall angepaßten Anaesthesierungstechnik. Verfasser teilt die Patienten in „gefährdete“ und „nicht gefährdete“ ein, wobei unter ersteren solche zu verstehen sind, die in den letzten Tagen operiert worden waren oder eine Urethralblutung hatten. Hier injiciert man in den vordersten Teil der Harnröhre 1—2 ccm Alypin, führt dann einen Mercierkatheter Nr. 6 ein und installiert durch ihn etwas Alypin unter Zurückziehung des Instruments. So kommt die ganze Harnröhrenschleimhaut mit dem Medikament in Berührung, ohne daß es unter Druck hineingespritzt wird.

E. Lehmann (Berlin).

Dermatologische Wochenschrift.

Nr. 52, 26. Dezember 1925.

* Zur Pyotropinbehandlung des Lupus. H. Muchow.
Ueber die Bedeutung der Schnellfärbung der Syphilisspirochäten mit „Spirsil“. J. Zollschan.
* Gonorrhoischer Abszeß im Bizeps bei gleichzeitigem Fehlen von sonstigen gonorrhoischen Erscheinungen. K. Brandes.
Der Erfinder der Homöopathie. Kromayer.

Zur Pyotropinbehandlung des Lupus. Da bei diesem Aetzmittel leicht Schmerzen auftreten, die allerdings durch Kokainisieren sehr in Schranken gehalten werden können, sollen immer nur kleine Partien behandelt werden. Die zu erzielende enorme Leukozytenanlockung kommt nur bei luftdichtem Heftpflasterverbande zustande. Die Wirkung läßt sich besser graduieren als bei Aetzkali und es werden bessere kosmetische Erfolge erzielt. Mehrfache Wiederholung ist in manchen Fällen erforderlich, im ganzen ist jedoch eine so rasche und energische Wirkung bei einfachster Handhabung mit keinem anderen Mittel zu erreichen.

Gonorrhoischer Abszeß im Bizeps bei gleichzeitigem Fehlen von sonstigen gonorrhoischen Erscheinungen. Metastatischer Abszeß im Bizeps, in dessen Eiter sich intrazellulär gelagerte gramnegative Diplokokken von Form und Gestalt der Gonokokken fanden; Komplementablenkung mit Gonokokkenextrakt und Patientenserum positiv. Von einer gonorrhoischen Infektion ist weder anamnestisch noch klinisch etwas nachzuweisen (aus der Harnröhre schleimiges Sekret mit Epithelien, einigen Leukozyten, keine Gonokokken, auf Provokation nicht vermehrt). Doch muß eine voraufgegangene Tripperinfektion angenommen werden, deren Verlauf vielleicht infolge der durch den Abszeß gebildeten Immunkörper so harmlos gewesen ist.

Nr. 1, 2. Januar 1926.

Ueber direkte, mikroskopische Beobachtung von Reagensglas-Pilzkulturen und ihre Verwendungsmöglichkeiten nebst Angabe von neuen Mikroskop-Objekttischklemmen für mykologische Arbeiten. T. Benedek.
* Zur Frage nach dem Mechanismus der Heilwirkung der X-Strahlen bei Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut und nach der Bedeutung der medikamentösen Lokalbehandlung dabei. N. A. Tschernogubow.
* Superinfektion (Ulcus mixtum) bei einem Falle von tertiärer Lues. Kurt Hilbert.
Erfahrungen über Na-Thiosulfat bei Salvarsanschädigungen. (Schluß folgt.) K. Ullmann.
* Ueber die intrakutane Aolanbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. M. Meckel.
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die Prostitutionsverhältnisse in Norwegen. Der neue Gesetzentwurf. Arne Klem.

Zur Frage nach dem Mechanismus der Heilwirkung der X-Strahlen bei Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut und nach der Bedeutung der medikamentösen Lokalbehandlung dabei. Die Wirkung der Röntgenstrahlen besteht in der Entfernung der kranken Haare und in einer sich auf längere Zeit erstreckenden Unterdrückung der Funktion der Haarpapille.

Die gleichen Wirkungen ergaben sich jedoch auch bei mechanischer Epilation. Die Zurückhaltung der toten Haare muß, besonders bei der biologischen Dosimetrie, in Betracht gezogen werden; um ihr vorzubeugen, sollen vor und nach der Bestrahlung bis zur völligen Entfernung der kranken Haare nur schwache, desinfizierende Salben angewendet werden. Später ist energische desinfizierende Lokalbehandlung angezeigt.

Superinfektion (Ulcus mixtum) bei einem Falle von tertiärer Lues. Tertiäre Erscheinungen am Auge, sieben Jahre vor dem am linken kleinen Labium frisch aufgetretenen Ulcus mixtum. Ungefähr ¾ Jahre zuvor positive WaR., zurzeit Perforationen am harten und weichen Gaumen. Gegen Exazerbation eines tertiärluetischen Prozesses spricht die große Menge der nachweisbaren Spirochaeten, gegen Reinfektion im alten Sinne (Neuansteckung nach Heilung der ersten Infektion) die kurze Zeit vor der Neuansteckung noch stark positive WaR.

Ueber die intrakutane Aolanbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Es wurde in mehreren Quaddeln, beginnend mit 0,3 bis zu 0,9 verabfolgt, ohne daß im allgemeinen unangenehme Nebenerscheinungen aufgetreten wären; solche nur bisweilen bei den stärkeren Dosen. Die besten Erfolge bei der chronischen Zervixgonorrhoe, die sämtlich, bis auf zwei Fälle, nach der achten Injektion gonokokkenfrei entlassen. Akute Zervixgonorrhoen waren resistenter, akute und chronische Urethralerkrankungen reagierten überhaupt nicht, ebensowenig eine akute Bartholinitis und zwei akute Adnexitiden. Wiedererkrankung bei 53% der unter Kontrolle stehenden Patientinnen innerhalb von drei Monaten, wobei jedoch ein Teil Neuinfektionen, da dann nur Urethralgonorrhoe. Sicher bessere Erfolge als bei intramuskulärer Proteinkörpertherapie; der Hauptfaktor bei der Wirkung der Intrakutanbehandlung liegt in der biologischen Sonderfunktion der Haut.

Nr. 2, 9. Januar 1926.

Pilzuntersuchungen über das Problem der Gramfärbung. Edv. Gundersen.
° Ueber die Sanocrysinbehandlung der Hauttuberkulose. P. Hansen.
° Die Behandlung der Lues mit der Bismuto-Yatren-Salvarsan-Mischspritze. Lucke.
° Erfahrungen über Na-Thiosulfat bei Salvarsanschädigungen. (Schluß.) K. Ullmann.

Ueber die Sanokrysinbehandlung der Hauttuberkulose. Die vorläufigen Erfahrungen an drei Fällen (Lupus und Tuberkulide) ergaben bei intravenöser Anwendung ausgezeichnete Wirkung auf die Hauttuberkulose. Es muß außer der Affinität zu den Tuberkelbazillen auch eine hochgradige Affinität zu dem tuberkulösen Gewebe angenommen werden. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden.

Die Behandlung der Lues mit der Bismuto-Yatren-Salvarsan-Mischspritze. Die Kombination gibt in der Spritze eine klare Lösung. Gute Wirkung auf besonders vorgeschrittene ulzeröse Erscheinungen und WaR. Die Methode stellt eine „biologisch aktivierte" Therapie dar. Die zur Verwendung kommenden Wismutmengen können verhältnismäßig klein sein. Die unangenehmen Munderscheinungen, die bei intravenöser Wismutbehandlung gewöhnlich auftreten, sind hier gering und durch geeignete Hilfsmittel fast zu vermeiden.

Erfahrungen über Na-Thiosulfat bei Salvarsan-Schädigungen. Es ist wichtig, das Na-Thiosulfat purissimum recrystallisatum Beiersdorf zu verwenden. Neben den im allgemeinen zur Anwendung kommenden intravenösen Einspritzungen können auch intramuskuläre, die nicht schmerzhaft sind, verabfolgt werden; zur Weiterbehandlung eventuelle innere Darreichung (oral oder rektal). Dosierung gewöhnlich 2 g. Die Wirkung beruht auf Fällung der sauerstoffreichen Salze des As; es zersetzt die entsprechenden Metallradikale, reißt sie an sich und entgiftet sie. Aus mehreren Krankengeschichten geht die günstige Wirkung, besonders bei Magen-Darmintoxikationen, Ikterus hervor. Zur Präventivbehandlung oder zur Prophylaxe eignet sich das Mittel nicht.

Nr. 3, 16. Januar 1926.

° Ueber Ureteritis cystica. A. V. Knack.
Zur Kasuistik der tierfellähnlichen Nävi. H. Peiser.
° Ueber Wirksamkeit des natürlich-heißen (vulkanischen) Schlammes bei infausten dermatologischen Fällen. Emanuel Wohlstein.
Nochmals „Der Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie". Conrad Siebert.

Ueber Ureteritis cystica. Die Diagnose ist in vivo stets sehr schwierig, mit den heutigen Untersuchungsmethoden kaum möglich. Während die Erkrankung häufig für das Leben bedeutungslos ist, gab sie in einem Falle die Vorbedingung für die Bildung einer Pyonephrose ab, die das ursächliche Moment für den tödlichen Ausgang bildete.

Ueber Wirksamkeit des natürlich-heißen (vulkanischen) Schlammes bei infausten dermatologischen Fällen. Die Wirkung beruht auf dem mechanischen, chemischen und thermischen Reizeffekt des Schlammes. Es wird über gute Erfolge bei verschiedenartigen Dermatosen berichtet, die auf andere Weise nicht genügend beeinflußt waren. Auch für kosmetische Zwecke wird die Anwendung empfohlen.

Schweiz. Med. Wochenschr.

Nr. 2.

Ueber experimentellen Vakzineherpes. O. Naegeli.
Die multiple Sklerose in der Nordwestschweiz. Rob. Bing und Heinr. Reese.
° Beitrag zur Kenntnis des Wasserstoffwechsels und der Nierenfunktion. A. Gigon.

Beitrag zur Kenntnis des Wasserstoffwechsels und der Nierenfunktionen. Wasserzufuhr erzeugt beim nierengesunden Organismus (Kaninchen, Mensch) deutliche, stundenlang andauernde Veränderungen im Blute: Sinken des Gesamt-Blutstickstoffs, Sinken des Blutkohlenstoffs, Steigerung des Wassergehalts des Blutes, leichte Steigerung des Blutzuckers, Sinken des Blut-PH. Nierenextrakt, Kaninchen subcutan injiziert, erzeugt u. a. eine Säuerung des Blutes, ein deutliches Sinken des Blut-N, eine minimale Steigerung des Blutzuckers, ein Sinken des Blut-C.

Pituglandol erzeugt ein Sinken des Gesamt-C und N des Blutes, eine vorübergehende Steigerung des Wassers. — Es wird auf die medikamentöse Wirkung von Nierensubstanz und von Präparaten aus endrokrinen Drüsen bei Nierenleiden hingewiesen.

Es besteht ein auffallend konstantes Verhältnis zwischen Gesamtblutkohlenstoff und Wassergehalt des Blutes. Dagegen besteht eine weite Unabhängigkeit zwischen Blutstickstoff und Wassergehalt bezw. Trockensubstanz des Blutes.

Nr. 3.

° Ueber Thrombose und Lungenembolie in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis. Th. Wyder.
° Ueber Radiumtherapie der malignen Tumoren in der Otolaryngologie. E. Luscher.

Ueber Thrombose und Lungenembolie in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis. Verf. bespricht die Symptomatologie und die darauf beruhende Diagnose der geburtshilflichen bzw. der gleich bedeutungsvollen postoperativen Thrombosen. Am meisten stößt die Diagnose auf Schwierigkeiten, wenn eine Thrombosierung der Beckenvenen ohne Beteiligung der Extremitätenvenen sich etabliert. Es sind dies grade jene Fälle, bei denen die Betroffenen am meisten durch Embolie gefährdet sind. Als ein für tiefsitzende Schenkel- und Beckenvenenthrombose sprechendes und die Gefahr einer imminenten Lungenembolie nahe legendes Zeichen gilt das deutliche Hervortreten des oberflächlichen Venennetzes der Beine und der Bauchdecken ohne gleichzeitig bestehende Varizen.

Wo ein im Verhältnis zur normalen oder nur wenig gesteigerten Temperatur auffällig in die Höhe gestiegener („gekletterter") Puls vorliegt, ist stets an eine Thrombose, vornehmlich der Beckenvenen, zu denken. Das Pulsphänomen gilt hier, in Ermangelung anderer diagnostischer Symptome, als besonders wertvoll und mahnt zur peinlichst vorsichtigen

Beobachtung und Behandlung. Die prophylaktischen Maßnahmen, wie Frühaufstehen und Bettgymnastik, werden an Wert sehr ungleich eingeschätzt.

Ueber Radiumtherapie der malignen Tumoren in der Otolaryngologie. Jedes operable Karzinom der Schleimhäute der oberen Luft- und Speisewege soll operiert werden, wenn sich die Operation mit einiger Aussicht auf Erfolg ausführen läßt. Die Grenzen der Operabilität können dabei besonders bei Karzinomen des Zungengrundes der Tonsillen, des Epipharynx und Larynxeingangs zugunsten der Radiumtherapie eingeengt werden, da ausgedehnte Operationen an diesen Stellen erfahrungsgemäß eine hohe Mortalität und recht wenig Aussicht auf Dauererfolg haben. Dagegen soll die Radiumtherapie keineswegs die Totalexstirpation des Larynx ersetzen, wenn Lage und Ausdehnung des Tumors eine solche erlauben. Nach wie vor ist bei kleinen Carcinomen die Operation der Radiumtherapie vorzuziehen. Die Anwendung von Radium kommt ferner stets in Betracht, wenn sich während der Operation die radikale Entfernung eines Karzinoms als unmöglich erweist, oder man über deren Gelingen im Zweifel ist. Nebenbei sei erwähnt, daß bei Karzinomen der äußeren Haut die Bestrahlung der Operation vorzuziehen ist.

Ein Erfolg der Radiumtherapie ist auch bei inoperablen Fällen nicht ausgeschlossen. Jedoch ist der Pat. von Anfang an darüber aufzuklären, daß eine Besserung, geschweige denn eine Heilung, oft nicht eintritt; ferner daß eine richtig durchgeführte Radiumtherapie mit Beschwerden verbunden ist und auch gewisse Gefahren mit sich bringt. Trotzdem darf der Arzt ruhig dazu raten, da die Nachteile gegenüber den allfälligen Vorteilen kaum in Betracht kommen, und da es sich um Fälle handelt, bei denen im übrigen nur eine palliative Behandlung möglich ist.

Neben den Karzinomen kommen praktisch noch die Lymphosarkome in Betracht. Hier ist der lokale Erfolg der Bestrahlung sehr günstig und wird auch nicht von der Chirurgie übertroffen. Aber beide Methoden beseitigen nur den lokalen Krankheitsherd und nicht die Möglichkeit des Auftretens in anderen Lymphdrüsengebieten, sodaß die Patienten meist früher oder später an einem entfernten Recidiv zugrunde gehen.

Held (Berlin).

Revue medic. de la Suisse Romande.

45., Nr. 13. 25. Nov. 1925.

* Die radiologische Erforschung der Luftwege durch intratracheale Lipiodolinjektionen. Guyot.
Erythrodermie, Ikterus nach Acetylarsaninjektionen. A. Lassueur.
Der Krebs des Corpus uteri und das Radium. R. Chapuis.
* Die Pathologie der primären Syphilis. J. Golay.

Die radiologische Erforschung der Luftwege durch intratracheale Lipiodolinjektion. Das Lipiodol eröffnet den Forschern der Lungenphysiologie und Pathologie zahlreiche neue Wege. Durch seine Undurchlässigkeit für Röntgenstrahlen gestattet es

a) die Diagnose und Prognose gewisser Lungenaffektionen zu präzisieren,
b) zu gleicher Zeit schätzenswerte therapeutische Resultate zu erzielen,
c) den Wert der verschiedenen intratrachealen Injektionsmethoden zu kontrollieren.

Durch seine chemischen Eigenschaften gestattet es:

a) den Absorptionsmechanismus der Fette durch die Lunge zu studieren,
b) seine Ausscheidung durch die gesunde Lunge mit der der kranken Lunge zu vergleichen und daraus Schlüsse zu ziehen, deren praktische Anwendung einen steigenden Wert gewinnen kann.

Die Pathologie der primären Syphilis. Seitdem man weiß, daß das Primärstadium der Lues das für die Entwicklung der Erkrankung wichtigste ist, ist man von der Notwendigkeit überzeugt, sich genauestens Rechenschaft abzulegen von den Erscheinungen der ersten und zweiten Inkubation.

Ueber drei prinzipielle Punkte, die die Pathologie dieses Zeitabschnitts resumieren, sind sich die Syphilidologen heut noch nicht einig.

1. Beginnt die Syphilis immer mit einem Schanker?
2. Erfolgt die Generalisation auf dem Blutwege oder durch die Lymphbahnen?
3. Ist die Immunität lokal, bevor sie allgemein wird?

Verf. versucht, zur Klärung dieser 3 Fragen beizutragen. Man hat experimentell und unter ganz seltenen Ausnahmeverhältnissen zeigen können, daß die Syphilis sich auch ohne Schanker entwickeln kann; praktisch bleibt jedoch die Tatsache bestehen, daß die Syphilis immer mit einem Primäraffekt einsetzt.

Durch eine Reihe von Argumenten sucht Verf. den Nachweis zu führen, daß zwar Blut- und Lymphwege der Generalisierung in gleicher Weise offenstehen, daß aber die Verbreitung im wesentlichen durch die Lymphbahn erfolgt.

Während die lokale Immunität schon sehr früh einsetzt, ist die allgemeine Immunität im Gegensatz dazu sehr spät da.

Held (Berlin).

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68., Januar 1926.

Die direkten Röntgensymptome bei Ulcus duodeni. G. Jansson.
Ein Fall von Darminvagination, hervorgerufen von einem submukösen Intestinallipom. J. Heinonen.
Ein Fall von luischer Arthritis des Kiefergelenks. H. Baltscheffsky.
C-Produktion des ersten Hungertages. Adlercreutz.
Lamblia intestinalis bei zwei Patienten mit Biermerscher Anämie. Savolin.

British Medical Journal.

19. Dezember 1925.

Britisch med. Gesellschaft: Verhandlung der Abteilung für innere Medizin über Hypertonie.
Einige Gesichtspunkte über die Genese des Hochdrucks. Dawson of Penn.
Die physiologischen Faktoren der Blutdrucksteigerung. (Die Rolle des Vasomotorenzentrums.) Starling.
Vorübergehendes Koma bei Hypertonie. Shaw.
Beziehung zwischen Sterblichkeit und Blutdruckerhöhung. May.
Elektrische Behandlung des Hochdrucks. Humphris.
Klinische Erscheinungen der Hypertonie. Evans.
* Ueber die Atmung in der Narkose. Henderson.
Blutung in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett Bride.
Eigenartige Hautanschwellung in der Schwangerschaft. Lendon.
Argyll-Robertson-Symptom auf nichtluischer Basis. Inman und Lawson.

Ueber die Atmung in der Narkose. Für die Tiefe der Narkose ist lediglich die Konzentration des Betäubungsmittels im Zentralnervensystem maßgebend, welche durch die Konzentration im arteriellen Blut bestimmt wird. Vom Respirationsvolumen und dem Gehalt des Narkotikums in der eingeatmeten Luft hängt wiederum die Blutkonzentration ab. Ueberwachung der Atmung ist somit die Grundlage der Narkose. Durch Gebrauch eines Gemisches von Sauerstoff und CO_2 (5—25%) kann die Atmung einwandfrei geregelt werden und der Verlauf der Narkose beliebig beeinflußt werden. (Rascher Eintritt der Narkose und schnelles Erwachen.) Die Anwendung des CO_2-Gemisches zur Regelung der Atmungstiefe ist weiterhin indiziert bei der Asphysie der Neugeborenen und der Kohlenoxydvergiftung.

26. Dezember 1925.

Rückenschmerzen bei Frauen. Russell Andrews.
Kombinierte Thyreoidin- und Mangantherapie. Ihr Einfluß auf den abnormen Blutdruck. Nott.
Katarrhalisch-eitrige und tuberkulöse Infektionen der tieferen Luftwege. Shaw.
Die Beeinflussung des Kohlehydratstoffwechsels durch perorale Gaben von Pankreaspräparaten. Cainmidge.
Ultraviolette Strahlen in der dermatologischen Praxis. Castle.
Endoskopie des Uterus. Seymour.
Behandlung der Uterusmyome durch Myomektomie. Guiseppi.
Zur Behandlung des Keuchhustens mit Droseratinktur. Williamson.
Rektale Narkose. Wheeler.
Schwangerschaft, kompliziert durch Myome. Rawlins.
Beginn einer Lungentuberkulose im Alter von 77 Jahren. Ford.

Ueber Erfrierungen. Thomson.
Passagere Erblindung nach Gehirnerschütterung. Panning.
Tabes dorsalis in der chirurgischen Praxis. Watson-Jones.
Tuberkulöses Geschwür der Tonsille. Doyle.
Ueber Blässe bei Säuglingen und ungeeignete Kinderwagen. Doreen und John Nixon.

2. Januar 1926.

Ueber den Dickdarmkrebs. Pannett.
Zur Behebung der Frauen- und Säuglingssterblichkeit. Berkeley.
Identifizierung von Schußwaffe und Geschoß. Smith.
* Scharlachbehandlung mit Antitoxinserum. Robb.
Ueber Steinbildung in den Speicheldrüsen. Edington.
Magenkarzinom nach Gastrojejunostomie. Beatson.
Die Lage des Magens bei gesunden Engländern und Amerikanern. Moody.
Verschluß der Cysterna chyli. Fortschreitende Macies und Tod. Wilson.
Kongenitale Pachydermatocele. Sourasky.
Subkutane Injektion von Luminal im Status epilepticus. Knisber.
Steinbildung in der Vagina. Brayne.
Pituitrin zur Bekämpfung der Obstipation nach Morphiumanwendung. Obermer.
Nephritis nach Angina. Peace.

Scharlachbehandlung mit Antitoxinserum. Bericht über glänzende Erfolge an 100 Scharlachfällen, die mit konzentriertem Dochez-Serum sowie mit dem von Parke, Davis & Co. hergestellten Serum erzielt wurden. Intramuskuläre Injektion von 10 ccm des konzentrierten Serums innerhalb von 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung führt — auch bei toxischen Fällen — zum Fieberabfall und zum Verschwinden des Exanthems. Die so behandelten Fälle heilen ohne Komplikationen (nur vereinzelt geringe Halsdrüsenschwellung beobachtet) und können schon am 20. Krankheitstag entlassen werden.

9. Januar 1926.

Aufnahme und Ausscheidung flüchtiger Substanzen durch die Lunge. Henderson.
Die Spannungsänderung der Linsenkapsel während der Naheinstellung und unter Einfluß verschiedener Medikamente. Graves.
Medico-mechanische Therapie der Arthritis. Gordon.
Endresultate der Pneumothoraxbehandlung. Pearson.
Das Wesen und die Anwendung viskosimetrischer und refraktometrischer Methoden. Franklin.
Zur Entwicklung der Steißgeburt mit gestreckten Beinen. Hall und Page.
Fraktur einer Lumbalrippe von bisher unbekanntem Typus. Cumming.
Drehung der Tube. Jefferson.
Lungenödem beim Kind. Kenefick.
Mitralstenose und Lungenblutung. Dalton.
Ungewöhnliche Tibiafraktur (Abriß der Eminentia intercondyloidea). Gilmore.

H. Biberfeld (Berlin).

La Riforma medica.

Nr. 1, 4. Januar 1926.

Die Funktionsprüfung des Respirationsapparates. Boeri.
Die Blasen-Dilharziose in Somaliland. Veneroni.
* Die kolloidale Benzoin-Reaktion im Blutserum. Goidano.
* Ueber die motorischen Nervenendigungen in den Kehlkopfmuskeln. Vorläufige Mitteilung. Tanturri.

Die kolloidale Benzoinreaktion im Blutserum. Die Starobinskische Reaktion ist einfach ausführbar und erfordert nur die technischen Mittel eines bescheidenen serologischen Laboratoriums. Sie gab Verfaser bei 250 Fällen in 88,8% mit der WaR. übereinstimmende Resultate, von ihr abweichend nur in Fällen, wo die WaR. schwach war und spät auftrat. Sie eignet sich also wegen ihrer Spezifität und ihrer einfachen, nur kurze Zeit erfordernden Ausführung zur praktischen Anwendung. Eine Kontrolle durch die WaR. ist jedoch wünschenswert.

Ueber die motorischen Nervenendigungen in den Kehlkopfmuskeln. Die Untersuchungen wurden unter Ramòn Cajal an Mäusen mit der Silberreduktionsmethode ausgeführt, vorzugsweise am Stimmbandmuskel. Die motorischen Endplatten, sehr verschieden an Form und Struktur, sind aus varikösen Verästlungen zusammengesetzt, die verschieden an Zahl mit einem kleinen Ring oder einer Varikosität endigen. Zwischen den Verzweigungen innerhalb der Endplatten existieren keine Anastomosen. Die Faser, aus welcher die Endplatte entsteht, kann ein Kollaterale abgeben, die auf dem gleichen Weg verläuft oder seltener einen getrennten Verlauf zeigt; diese Fasern können nur als einfache Kollaterale gelten. Niemals beobachtet man zwei Endplatten in einer Muskelfaser und nur selten eine große ovale aus zwei kleinen zusammengesetzten Platten, in diesem Falle unterscheidet man aber stets Verbindungsfasern zwischen den beiden letzteren. Mit der Cajalschen Methode gelang es Verfasser nie, irgendeine zweite, faserartige Bildung zu erkennen, die an der Innervation der Muskelfaser teilnimmt und welche für eine doppelte motorische Innervation der gestreiften Muskulatur sprechen könnte.

Nr. 2, 11. Januar 1926.

* Ascites hypogenitalis. Stanganelli.
Ein Fall von spontaner Ruptur der Gallenblase. Bertone.
* Versuch der Abortivheilung unserer gewöhnlichsten Infektionskrankheiten mit aspezifischer Proteintherapie. Vorläufige Mitteilung. Silvestri.

Ascites hypogenitalis. Verfasser unterscheidet mehrere Arten des Ascites, die tuberkulöse Peritonitis des Jünglingsalters, eine idiopathische Peritonitis nichttuberkulöser Natur, die in allen Altersperioden vorkommt und eine abdominale Skrophulose, d. h. eine Ascites mit beträchtlichen retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsenpaketen. Zu diesen fügt er als neue Form einen lymphatischen Ascites auf der Basis einer Unterentwicklung der Genitalien. Dieser Infantilismus der Genitalien beruht auf einen status thymicus mit Insufficienz der Parathyreoidea und der Thyreoidea. Bei diesem Zustand kommt es leicht zu Quinckeschem Oedem, Urticaria, hydropischen Ergüssen, kurz zu allen Krankheitsbildern, die durch eine Reizung des Lymphapparates bedingt sind. Ausführliche Beschreibung des klinischen Symptomenbildes. Verfasser legt Wert auf eine polyhormonale Behandlung mit Vorwiegen der Genital- und Thyreoidea-Extrakte, die ihm gute Resultate gegeben hat.

Versuch der Abortivheilung unserer gewöhnlichsten Infektionskrankheiten mit aspezifischer Proteintherapie. Nach Verfasser werden die üblichen Sera und Vakzine mit Nutzen nur im ersten Stadium der Krankheit, die Stomosine noch in etwas späterem Stadium angewendet, dagegen sind die sehr alten (mehr als 3—5 Jahre) Sera und Vakzine überall dort indiziert, wo die Wirkung des anderen aufhört und sie haben den großen Vorteil, den Kranken nicht schweren allgemeinen und lokalen Reaktionen auszusetzen. Von der Ueberzeugung ausgehend, den der Organismus heterogenen Proteinen gegenüber in derselben Weise reagiert, ob sie bakteriellen oder anderen Ursprungs sind, versuchte er die aspezifische Proteintherapie mit Milch oder seltener mit Milchpräparaten wahllos bei allen vorkommenden Infektionskrankheiten. Von 36 Fällen (akuter Gelenkrheumatismus, Gesichtserysipel, Masern, Typhus, Influenza, Pneumonie) kam es nach leichter vorübergehender Verschlechterung 33 mal zu verblüffend rascher Heilung in 2—4 Tagen. Drei Fälle blieben unbeeinflußt von der Milchtherapie, aber auch von jeder anderen Behandlung.

Nr. 3, 18. Januar 1926.

Postoperative Behandlung der Prostatektomie suprapubica. Taddei.
* Die Wassermann-Reaktion in Exsudaten und Transsudaten. Pansini.
Behandlung der Lungentuberkulose mit dem Ozonapparat „Pneumozon" des Dr. Firpo beim künstlichen Pneumothorax. Da Rin.

Die Wassermann-Reaktion in Exsudaten und Transsudaten. Gleichzeitig im Blute und in Ex- und Transsudaten von 14 Kranken ausgeführte Wassermann-Reaktionen ergaben übereinstimmend negative Resultate bei sechs nicht luetischen Personen, besonders auch in zwei Fällen von Pleuritis bzw. Peritonitis tuberkulöser Natur. Positiv fiel die Reaktion nur in Trans- und Exsudaten syphilitischer Personen aus und zwar in 50 % übereinstimmend mit der positiven Blutreaktion. Niemals konnte er eine positive WaR. in Ergüssen bei negativer Blutreaktion feststellen. Es geht in Abweichung von Untersuchungen früherer Forscher daraus hervor, daß die WaR. in Ergüssen spezifisch ist.

Nr. 4, 25. Januar 1926.

Thyreotoxische und verwandt neurasthenische Zustände. Marcovich.
* Der wiederbelebende Herzstich. Nuzzi.

Der wiederbelebende Herzstich, experimentelle Studie über die intrakardiale Injektion. Nach ausführlichem Referat über die nicht mehr spärliche Literatur bringt Verfasser seine experimentellen Versuche an Hunden mit einer großen Anzahl von Kardiogrammen. Der Herzstich wurde stets gut vertragen und hinterließ, wie die Autopsien ergaben, keine besonderen Spuren. Weder die endo- noch die intrakardiale Injektion konnten das zum vollständigen Stillstand gekommene Herz eines durch massive Choroformnarkose getöteten Tieres beleben, gleichgültig, welches der vielen benutzten Mittel (Coffein, Strophantin, Chlorkalzium, Chlornatrium, Pituitrin, Adrenalin) zur Anwendung kam. Den Vorzug von allen verdient Adrenalin. Auch in kleinen Dosen ($^1/_{10}$ ccm der Lösung 1 : 1000) injiziert, ist es imstande, die Herzfunktion wieder herzustellen, auch wenn das Herz nur noch kleine febrilläre Zuckungen zeigt; fehlen diese, dann ist kein Erfolg mehr zu erwarten. Zwei Kardiogramme zeigen, wie unter der Wirkung des Chloroforms zuerst das Respirations- und dann erst das Zirkulationszentrum erliegt. Mit der intrakardiellen Adrenalininjektion gelingt es, die Herzfunktion zu erhalten, ohne daß die Atmungsfunktion davon berührt wird. Anscheinend hat also bei asphyktischen Zuständen die Herzinjektion nur einen sekundären Wert und kann nur bei gleichzeitiger künstlicher Atmung ihre Wirkung entfalten.

Rontal.

Il Policlinico Sez. med.

Nr. 11, 1. Dezember 1925.

* Studien und Untersuchungen über die Tetanie. Macciotta.
Beitrag zur Kenntnis der spontanen Gangrän der Extremitäten. Venezian.
Pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis des tödlichen Ausganges bei Fremdkörpern des Oesophagus. Stefani.

Studien und Untersuchungen über die Tetanie. Nach totaler Entfernung der Thymusdrüse bei jungen Kaninchen und Hunden entstand keine Tetanie, solange die Nebenschilddrüsen erhalten waren. Dagegen verringerte sich die H-Jonen-Konzentration des Plasma konstant, ebenso die alkalische Reserve des Blutes und in geringerem Grade der Gehalt des Plasmas an Bikarbonat. Konstant und in hohem Maßen steigerte sich die Ausscheidung des Kalkes, im Urin oft ums Doppelte, in den Faeces um ⅓. Noch auffälliger war die starke Steigerung des Gesamtkalks im Blut und von besonderer Bedeutung die wenn auch leichte Steigerung der Kalk-Jonenwerte, das gewöhnliche Verhältnis zwischen Kalk-Jonen und Gesamtkalk 1 : 5 war verloren gegangen. Dagegen verringerte sich der Kalkgehalt in den Geweben, besonders in den Muskeln, Knochen und der Nervensubstanz. Ziemlich parallel dem Verhalten des Kalks ging das des Magnesium. Das Ausbleiben der Tetanie trotz der starken Ca und Mg-Ausscheidung ist sicher auf die Gegenwart und meistens Steigerung der Kalkionen und wahrscheinlich auch des Mg im Blute zurückzuführen; es werden aus den Geweben eben nur die Salze im inaktiven Zustand ausgeschieden. Die bekannte Tetanie erzeugende Wirkung im alkalischen Natriumphosphat erfolgte bei jungen thymektomierten Tieren viel langsamer als bei gesunden Kontrolltieren. Die Entfernung der Nebenschilddrüsen nach vorangegangener Thymektomie führte stets zu tödlich verlaufender Tetanie. Nicht eine mangelhafte Funktion, sondern eher eine Hyperfunktion der Thymusdrüse erzeugt Tetanie, und die Funktionsstörung der Drüse spielt eher eine Rolle in der Pathogenese anderer Formen, die mit Knochenveränderungen, wie Rachitis, einhergehen.

Nr. 12, 15. Dezember 1925.

Die Erkrankungen des colon ascendens bei der Cholecystitis. La Torre.
Ueber retroperitoneale Lipome. Antonioli.
Beitrag zur Kenntnis des chronischen Zungenabscesses. Baggio.
2 Fälle von Hodentuberkulose mit akutem Verlauf. Boni.
Beitrag zum Studium des Blasensarkoms. Bottari.
* Hodentransplantation von Mensch zu Mensch. Leotta.

Hodentransplantation von Mensch zu Mensch. Genau nach der Voronoffschen Technik transplantierte Verf. Stücke eines retinierten Leistenhodens von einem 22jährigen Menschen auf einen 68jährigen arteriosklerotischen, seit zwei Jahren an schweren Blasenstörungen leidenden und jetzt mit vollkommener Harnretention behafteten Mann, der über die Art seiner Operation im Unklaren blieb, um das suggestive Element auszuschließen. Die beiden Operationen kamen gleichzeitig zur Ausführung. In jede Tunica vaginalis wurden je drei Hodenfragmente fixiert. Nach Heilung per primam Entfernung der Dauersonde am 7. Tage. In kürzester Zeit erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens und der körperlichen Kräfte, Verminderung des hohen Blutdrucks, Wiederaufleben der sexuellen Funktion und Wiederherstellung der Blasenfunktion. Nach drei Monaten war, wie die nach 0-Füllung der Blase aufgenommenen Röntgenbilder zeigen, das Volumen der Prostata um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Die guten funktionellen Resultate bestehen jetzt 6 Monate. Besonderes Interesse gewinnt der Fall durch eine genaue histologische Untersuchung der ursprünglich transplantierten und eines 67 Tage später excidierten Hodenfragments. Das letztere hatte gut gehaftet, war reich vaskularisiert und in intimster Verbindung mit dem Gewebe der tunica vaginalis. Gleichzeitig konnte im initialen Stadium ein sehr langsames Absterben und Resorption der Epithelien der Samenkanälchen und Ersatz durch Proliferation des interstitiellen Bindegewebes festgestellt werden, in welchem große Elemente nach Art der Leydigschen Zellen sichtbar waren. Die letzteren darf nunmehr Verf. nicht als funktionierende Drüsenelemente, sondern als Makrophagen auffassen, die sich später in Elemente erwachsenen Bindegewebes umwandeln werden. Die funktionellen Resultate werden also nur temporär sein und solange andauern, bis alle Epithelien resorbiert sind; sie können nur dem Absterben und der Resorption der Samenkanälchen-Epithelien zugeschrieben werden, deren Produkte auf den Organismus wie Hodenhormon wirken. Was diesen Fall besonders von ähnlichen unterscheidet, sind die Resultate der Prostata und Blasenfunktion.

Rontal.

Revue d'Orthopédie, Paris.

32. Heft 2, März 1925.

* Mißbildungen und Subluxationen des Hüftgelenkes. Nové-Josserand.
Die chronischen Knochenabszesse verglichen mit den außerartikulären Knochentuberkulosen. Rendu.
Lufteinblasungen ins Kniegelenk zur Feststellung von Meniscusverletzungen. Chauvin u. Bourde.
Beitrag zum Studium der Spendocoxalgie, sowie der Knochen- und Knochenmarksentzündungen am kleinen Trochanter während der Wachstumsjahre. Vulliet.
Das angeborene Genu recurvatum. Bazert.
Ein Fall von doppelseitiger, angeborener Brachydactylie mit gleichzeitiger Zehenmißbildung. Pircard.
Bruch des Multangulum majus. Solcard.
* Der künstliche Arm. Paloque u. Estor.

Mißbildungen und Subluxationen des Hüftgelenks. Die Abweichungen der Form von den aus normalen Fällen bekannten Grundzügen ist recht häufig. Nicht nur die sogenannte gesunde Seite der einseitig Hüftluxierten zeichnet sich durch Abweichungen ihrer Anlage aus, auch unter wirklich gesunden Verhältnissen finden sich nicht selten Störungen, die ab und zu im Laufe der Entwicklung in Erscheinung treten. Dabei muß man sich aber bewußt bleiben, daß man die Gelenkkonturen nicht mit den Knochenkonturen des Röntgenbildes verwechseln darf. Die Bilder sind stets mit entsprechenden Aufnahmen gesunder Hüften zu vergleichen. Die Grubentiefe der Gelenkpfanne entspricht im Röntgenbild der U-förmigen Schleife. Der untere innere Halswinkel darf den unteren Bogen der U-Schleife nicht übersteigen, da wir sonst auf Subluxation nach oben schließen müssen. Die häufigste Mißbildung der Hüfte ist die Atrophie des Pfannendaches. Anstatt daß sich ihre Verlaufslinie während der ersten sieben Altersjahre in einen Winkel von 20—30° zur Horizontalen einstellt — nur im Alter von 1 Jahr hat er die Ausmasse von 40° —, bildet sie einen Winkel von 30—50° mit der Wagerechten. Gleichzeitig vergrößert sich die Pfanne nach oben und geht ihrer normalen horizontalen Tiefe verlustig. Die Vorbedingungen für ein Ausrutschen des Kopfes nach oben aus seinem Lager sind geschaffen. Wenn trotzdem die klinischen Zeichen des Leidens recht schwankend sich darstellen, so liegt das am Verhalten der Muskulatur, der Bänder, der Gelenkskapsel. Je größeren Widerstand sie gegen eine Verlagerung des Kopfes leisten, umso sicherer wirkt trotz der Fehlanlage der Gang des Kranken. Das erklärt, daß manche Träger schlecht entwickelter Gelenke doch nie zum Hinken kommen oder daß andere nur zeitweise über Beschwerden klagen. Was unser therapeutisches Vorgehen anbetrifft, so fragt es sich, ob wir das an sich harmlose Leiden sich selbst überlassen wollen, oder ob wir zu unseren wenigen tauglichen Hilfsmitteln greifen sollen. Nové-Josserand bejaht den zweiten Teil der Frage. Die Behandlung ist in ihren Grundzügen der Einrenkungsbehandlung der Hüftluxationen entlehnt. Einfache Feststellung in guter Abduktion genügt, muß aber während mindestens 8 Monaten durchgeführt werden.

Es folgen interessante Ausführungen über Mißbildungen und deren Verhalten bei älteren Kindern und Erwachsenen und ihre Beziehungen zur Perthesschen Krankheit. Einen gewissen Zusammenhang der beiden Krankheiten hält er für wahrscheinlich in dem Sinne, wie ihn Delitala für möglich hält: Gewisse Störungen in der Entwicklung der Gelenkknorpel können die Ursache werden von ungenügenden Verknöcherungen, von Prozessen, die wir heute als Osteochondritis juvenilis deformans coxae bezeichnen.

Der künstliche Arm. Aus den Ergebnissen einer Umfrage liessen sich folgende hauptsächliche Angaben zusammenstellen:

1. Zwei Drittel der Armamputierten tragen ihre Prothese nicht, sondern bedienen sich des Stumpfes zur Ausübung ihrer Tätigkeit. Im Gegensatz dazu lassen sich alle Beinamputierten mit Prothesen ausrüsten.
2. Zum Teil ist diese Ablehnung des Kunstarmes durch Gleichgültigkeit und Unkenntnis der Verletzten zu erklären. Zum größeren Teil trägt die Mannigfaltigkeit der zur modernen Industrietätigkeit nötigen Bewegungen die Schuld daran, da die Prothesen den komplizierten Anforderungen nicht genügen. Sodann ist die Prothese zu kompliziert gebaut und oft recht unpraktisch. Es fehlt auch an richtiger Anweisung der Verstümmelten.
3. Was die Amputierten in den Spezialschulen erlernen, zeigt sich in der Praxis als unbrauchbar, weil die Umstellung des Berufes auf einfachere Basis bessere wirtschaftliche Erfolge zeitigt. Sozusagen alle Industriearbeiter und Handwerker haben ihre Beschäftigung aufgegeben und betätigen sich in leichteren Berufen. Nur die Landarbeiter bleiben ihrem Beruf meist treu.
4. Die Prothese wird leichter und einfacher gewünscht, als sie gebaut und ärztlicherseits empfohlen wird. Die Befestigungsweise muß noch umgestaltet und verbessert werden.

Debrunner (Zürich).

Revue neurologique.

Nr. 1. Januar 1926.

* Beitrag zum Studium des Grundstoffwechsels bei Akromegalie. R. Cestan, Marcel Sendrail und H. Lassale.

Die Chromoneuroskopie. Edward Flatau.

* Ueber den klinischen Wert des paradoxen Reflexes. Alfred Gordon.
* Der Kinnhautreflex. Aloysio de Castro.
* Beitrag zum Studium des Fußklonus. Fußklonus pallidalen und pyramidalen Ursprungs. A. Rouquier und D. Couretas.

Beitrag zum Studium des Grundstoffwechsels bei Akromegalie. In dem ersten mitgeteilten Falle von Akromegalie, welcher keine Zeichen von Mitergriffensein der juxtahypophysären Zentren oder Bahnen bot, bestand ein erhöhter Grundstoffwechsel, in dem zweiten Falle, in welchem Polyurie, Glykosurie, Genitalstörungen, Schlafstörungen auf eine gleichzeitige Läsion des Infundibulum (Tuber cinereum) hinwiesen, war der Grundstoffwechsel sehr niedrig. Die Verminderung des Grundstoffwechsels ist auf das Mitergriffensein des Infundibulum zu beziehen: das Tuber cinereum ist eines der wichtigen Ernährungszentren und spielt — ebenso wie die Schilddrüse — eine Rolle bei der Regulation des Grundstoffwechsels; die Reizung der Kerne des 3. Ventrikels durch einen Tumor wie das Hypophysisadenom steigert diese Funktion, während eine zerstörende Läsion eine umgekehrte Reaktion erzeugt.

Ueber den klinischen Wert des paradoxen Reflexes. Gordonscher paradoxer Reflex-Dorsalflexion der Zehen bei Druck auf die Wade, auch wenn dieser Druck nur ein leichter, schmerzloser ist; schon eine laterale Bewegung der Wadenmuskeln kann eine Extension der großen Zehe hervorrufen. Es handelt sich um einen wahren Reflex, nicht um eine etwa durch Schmerz bedingte Abwehrbewegung, zumal das Phänomen auch bei Komatösen nachweisbar ist. Es ist bei Epilepsie vor und nach dem Anfall häufig positiv, hingegen negativ im Intervall; bei Paralyse ist es oft positiv, desgleichen schon im Beginn der Erkrankungen mit Läsion der kortikospinalen Bahnen (Sclerosis multiplex, Lues cerebrospinalis) und hat dann prognostischen und therapeutischen Wert.

Der Kinnhautreflex. Der „lokale Hautreflex des Kinns“ besteht darin, daß bei Reizung der Haut in der Kinngegend mit einer Nadel eine Kontraktion einiger Kinnmuskeln oder der ganzen Kinnmuskulatur auftritt. Es handelt sich um einen nur bei kranken Individuen auftretenden Reflex, er ist viel weniger häufig als der von Marinesco und Radovici beschriebene Palmo-Kinnreflex (Kontraktion der Kinnmuskeln bei Hautreizung der Palma manus). In einem Falle von Linsenkernblutung konnte Verf. 2 Stunden nach dem Schlaganfall beide Reflexe sehr deutlich nachweisen.

Beitrag zum Studium des Fußklonus. Fußklonus pallidalen und pyramidalen Ursprungs. Der Fußklonus ist am häufigsten die Folge einer Pyramidenläsion, er kann aber auch peripherischen (traumatischen) oder funktionellen (hysterischen) Ursprungs sein (Pseudoklonus), schließlich aber auch auf eine pallidäre oder striopallidäre Läsion zurückzuführen sein (bei Parkinsonismus). Letzterer zeigt Schwingungen von großer Amplitude, ist unerschöpfbar, kann durch die willkürliche Muskelkontraktion hervorgerufen werden, ist vergesellschaftet mit einer deutlichen Steigerung der Stellreflexe und verschwindet sofort nach einer Gabe von ½ mmg Skopolamin. Durch letztere Eigentümlichkeiten unterscheidet sich der pallidale vom pyramidalen Fußklonus; im übrigen sind beide einander gleich.

Kurt Mendel.

Annales des Maladies vénériennes.

Nr. 11. November 1925.

* 6 Jahre Therapie mit Novarsenobenzolpräparaten. Laurent.
* Vergleichende Resultate zwischen Wassermann und Meinicke. Kitchewatz.
* Ungewöhnlicher Uebertragungsmodus des Gonococcus. Gonococcie der Haut von intertriginösem Typ. Montpellier.

Kongreßbericht über die hereditäre Syphilis.

Sechs Jahre Therapie mit Novarsenobenzolpräparaten. Der Autor hat in 6 Jahren 2800 Kranke behandelt und 27000 intravenöse Injektionen gemacht. Er gab das Mittel in steigenden Dosen und einmal wöchentlich. Die zahlreichen, sofort eintretenden, zwar bedrohlich aussehenden, aber gut endigenden Zwischenfälle, nitritoide Krise etc. erwähnt er nur, über die Ikterusfälle, die er während des Krieges im Zusammenhang mit der Neosalvarsantherapie beobachtete, gibt er folgende Zahlen: Von 600 Behandelten bekamen 36 Icterus, dieser Prozentsatz sank erheblich nach Kriegsende von 6 auf 1% bis zum Jahre 1921, im vergangenen Jahre erkrankten nur 2 von 1800 an Ikterus. Einer dieser Fälle war sehr schwer und verlief mit einer sehr schmerzhaften 3 Monate dauernden Polyneuritis. Bei drei Bordellmädchen fand sich eine exfoliative Erythrodermie. Ein Tabiker bekam eine schwere Polyneuritis, die als Arsenintoxikation aufgefaßt wird, es bestand vollständige Paraplegie, Sensibilitätsstörungen und nächtliche Paroxysmen. Nach Aufhören jeder Therapie gingen diese Erscheinungen zurück. Bei einer jungen Frau, die nur 0,3 und 0,45 bekommen hatte, traten folgende Erscheinungen ein: Fieber 39,6, Oligurie, Urticaria, am dritten Tage nach der letzten Injektion Krämpfe von tonisch-klonischem Charakter. Trotz der schlimmsten Befürchtungen Heilung. Zwei andere Fälle endeten dagegen tödlich. Der erste hatte nur 0,15 und 0,3 bekommen und klagte zwei Tage später über retrosternale Schmerzen, machte noch einige krampfartige Zuckungen und starb, ehe auch nur der wachhabende Arzt gerufen werden konnte. Die Autopsie ergab eine Fett- und Cirrhoseleber.

Der zweite Fall, Ulcus am Bein und Ulcus der Wange, aber mit gesunden Organen, erhielt ohne Zwischenfall 0,3, 0,45, 0,6; aber 72 Stunden nach 0,75 fällt der Kranke, ohne irgend welche Klagen geäußert zu haben, tot aus dem Bett. Außer einer mäßigen Leber-, Nieren- und Milzhyperämie findet sich bei der Sektion nichts, was den Tod erklären könnte.

Beide Todesfälle blieben also unaufgeklärt. (Da es sich um die meist gebrauchten französischen Salvarsanpräparate handelte und derartige Ereignisse auch bei uns auftreten, zeigt sich immer wieder, daß wir es nicht in der Hand haben, derartige Fälle mit Sicherheit zu vermeiden. Anm. des Referenten.)

Vergleichende Resultate zwischen Wassermann und Meinicke. Die übereinstimmenden Resultate sprechen für die Spezifität der Meinickeschen Reaktion, die man immer parallel mit dem Wa. machen sollte, dadurch wird die Sicherheit eine größere. Bei nicht übereinstimmenden Resultaten ist spezielle Aufmerksamkeit erforderlich. Meinicke ist öfter positiv bei suspekten Fällen als Wa.

Ungewöhnlicher Uebertragungsmodus des Gonococcus. Gonococcie der Haut von intertriginösem Typ. Ein 20jähriger, sehr schüchterner junger Mann, der mit einer frischen Gonorrhoe, Lymphangitis etc. zum Autor kommt, vertraut ihm an, daß er aus Furcht vor Ansteckung und, nachdem er bei einem seiner Freunde eine Gonorrhoe gesehen, nur den Coitus per Axillam ausgeübt hat. Seine übrigen sehr freimütigen Eröffnungen flößen dem Verfasser volles Vertrauen ein. Der jetzige Ausfluß besteht seit 7 Tagen, es finden sich reichliche Gonokokken. Es gelingt eine Gegenüberstellung des Kranken mit seiner Ansteckungsquelle, bei der sich eine Genitalgonorrhoe nicht nachweisen läßt. Dagegen finden sich in den Achselhöhlen und unter den hängenden Brüsten erythematöse squamöse Plaques, die an Parakeratosis psoriasiformis erinnern, und die in der rechten Achselhöhle sehr ausgedehnt sind und sezernieren. Hier breitet sich die Affektion auch auf den rechten Arm aus, ist etwas fissuriert und trägt den Charakter mancher retroaurikulären Ekzeme. Seit 5—6 Jahren bestehen diese Herde, die zuweilen etwas zurückgingen, aber nie ganz verschwanden. Die Sekretion rechts soll erst seit 1½ Monaten bestehen. Die Stelle ist schmerzlos, brennt aber ein wenig.

Auf Grund eines sehr diplomatischen Kreuzverhörs gibt die Kranke an, daß sie seit 4—5 Jahren ihrem Gewerbe nachgeht, und daß in dieser Zeit eine große Anzahl ihrer Klienten sich überreden ließ, sich mit einem Coitus axillaris zu begnügen, besonders diejenigen, die sie selber für krank hielt, und dann diejenigen, die selber zu anderen Spielarten zu schüchtern waren. Sie glaubt, auf diese Weise nie eine Krankheit übertragen und nie eine empfangen zu haben.

Nunmehr wird etwas Sekret aus der rechten Axilla entnommen und dabei auch etwas Epithel abgeschabt. Im Mikroskop zeigt sich zwischen Epidermiszellen und Leucocyten eine massenhafte Microbenflora, Colibazillen und die als „grains de café“ bezeichneten Gonokokken, alle extracellulär in Massen vorhanden und alle morphologischen und färberischen Eigenschaften der Gonokokken aufweisend. Leider war eine weitere Identifizierung durch ein Kulturverfahren nicht möglich, es ist dem Autor aber nicht zweifelhaft, daß es sich um den Neisserschen Gonococcus gehandelt hat, von dem man bisher ein Dasein als Saprophyt auf gesunder oder kranker Haut nicht kannte, der aber möglicherweise auch die Ursache der Umwandlung der einfachen Plaques in eine sezernierende Affektion gewesen sein könnte.

K. Heymann (Berlin).

Bull. de la soc. Franc. de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 6. Juni 1925.

Venerische nicht eiternde Leistendrüsenschwellungen mit vorübergehender Generalisierung zu entfernten Drüsengruppen. (Nicht eiternde extensive Form der Nicolaus-Durandschen Krankheit.) M. Favre.

Uebertragung von Microsporon felineum auf die unbehaarten Teile beim Menschen. Beschreibung der Affektion bei der Katze. Thibierge, Legrain und Lebois.

* Acne papulosa miliaris lupoides. Milian.

Pityriasis rubra pilaris bei einem Tuberkulösen. Milian und Rimé.

Ein Fall von akuter Sclerodermie entstanden in der Rekonvaleszenz einer Chorea. Louste, Caillau und Leclerc.

* Die Wirkung des Insulins auf die Entwicklung der Psoriasis. Ravaut, Bith und Ducourtioux.

* Ueber einen weichen Schanker der Zunge. Ravaut und Ducourtioux.

Seit drei Jahren jährlich recidivierendes Erythem en plaque uniquemit centripetaler Ausdehnung. Hudelon und Lejart.

* Fälle von Intoleranz bei Hg.-cyaratbehandlung. Fouquet und Machtou.

* Hauterscheinungen im Verlauf einer alleinigen oder mit Quecksilber kombinierten Wismutbehandlung. Fouquet und Machtou.

* Ein Fall von schwerer Cystenbildung nach intramuskulären Wismuthydroxydinjektionen. Montlaur.

Lokale Vaccinetherapie des Ulcus molle-Bubonen mit Filtraten von Bakterien, die gemeinsam mit dem Ducreybazillus im Ulcuc vorkommen. Jeanselme, Jausion und Diot.

Gelovaccine? Prinzip, Technik, Vorteile in der Behandlung der Pyodermieen. Jausion und Diot.

* Ein Fall von Phagedänismus nach weichem Schanker. Lepinay.

Acne papulosa miliaris lupoides. Betrachtet man aufmerksam die Papeln bei der Acne rosacea, so findet man einige von mehr gelblichem Farbenton, besonders bei Glasdruck erkennt man die große Aehnlichkeit mit tuberkulösen Knötchen. Der Autor untersuchte systematisch alle diese Fälle, nie fehlten diese kleinen tuberkuloiden Bildungen, die von Stecknadelkopfgröße bis zu der einer Linse schwankten.

Vorstellung eines typischen Falles, 25jährige Frau, deren Affektion sich auf die Nase und beide Wangen ausdehnt, ohne daß irgend eine oberflächliche Krustenbildung sichtbar wäre. Klinisch besteht die größte Aehnlichkeit mit Lupus miliaris.

Nach einer bestimmten Diät, die Fette, Alkohol und starke Gewürze ausschloß, und lokaler Schwefelbehandlung erfolgte Besserung, jedoch persistierten die tuberkuliden Knötchen.

Histologisch fand sich ein konfluierendes Lymphocyteninfiltrat Epitheloid- und Riesenzellen, ganz ähnlich wie bei Lupus vulgaris. Eine Gruppierung um Follikel konnte nicht beobachtet werden.

Eine Injektion von ½mgr. Tuberculin ergab keine focale oder allgemeine Reaktion. Bedenkt man den günstigen Einfluß der Luftbehandlung auf den meist sehr mittelmäßigen Allgemeinzustand des Kranken, so fragt man sich, ob die Acne papulosa miliaris nicht eine Art Tuberkulid ist.

Die Wirkung des Insulins auf die Entwicklung der Psoriasis. Das Insulin bildete bei drei Kranken die psoriatischen Elemente zurück. Nach Unterbrechung von einem Monat bei dem einen und von 11 Tagen bei dem anderen Kranken traten wieder einige Efflorescenzen auf. In dem einen Falle gingen sie nach Wiederaufnahme der Therapie zurück, in dem anderen Falle konnte die Behandlung noch nicht wieder aufgenommen werden. Bei den noch in Behandlung befindlichen Kranken beschränken sich die Autoren auf Mitteilung der Tatsache der Besserung, ohne daß sie sagen können, ob diese temporär, definitiv oder einem Zufall zu verdanken sei. Das Jucken verschwand bei allen drei Kranken rasch. Daher sollte das Insulin auch bei andern juckenden Dermatosen ausprobiert werden. Das Insulin kann also wie andere Medikamente ausschließlich auf internem Wege auf die Entwicklung der Psoriasis einwirken. Die Behandlungsversuche sollen fortgesetzt werden.

Darier bemerkt in der Diskussion, daß es sich hier um ein komplexes Problem handelt. Insulin dürfte nicht nur auf das Pancreas, sondern auf die Wechselwirkung zwischen den einzelnen endokrinen Organen Einfluß haben. Vorschlag, bei jedem Kranken erst auf Urämie, Cholämie, Glycämie, Cholesterinämie usw. zu untersuchen; besteht Pancreas- oder Leberinsufficienz, dann ist man berechtigt, Insulin zu versuchen, nicht aber aufs Geratewohl bei allen Psoriatikern.

Simon macht darauf aufmerksam, daß dem Insulin nicht bloß eine Opotherapie, sondern auch eine Antisepsis zukommt. Es tötet unter bestimmten Bedingungen die Trypanosomen der Naganamaus und die Hühnerspirochäten ab. Seine zuckerlösende Fähigkeit hängt hiermit nicht zusammen.

Lortat-Jacob schlägt vor, nicht so sehr die Glycämie zum Ausgangspunkt der Untersuchungen zu machen, als vielmehr die Lipämie. Er fand bei Psoriasis die Lipämie häufig erhöht, was auch zu Hautpigmentierungen, Xanthochromie usw. führen kann.

Ueber einen weichen Schanker der Zunge. Zwei Tage nach einem Verkehr traten am Frenulum zwei weiche Schanker auf, gleichzeitig bemerkte der Kranke an der Zunge eine kleine Läsion nach der Spitze auf der Facies dorsalis. Form und Größe die einer Linse, scharfer roter Rand, Grund braun. Wäre nicht das Zusammentreffen mit den genitalen Schankern gewesen, man hätte eine Aphthe diagnostiziert. Drüsenschwellungen fehlten, Schmerzhaftigkeit sehr gering. Ducrey am Zungenschanker negativ. Indessen wurden von ihm zwei Reinokulationen am linken Arm, eine vom Genitalschanker am rechten Arm gemacht. Nachdem der Kranke zwei Tage nicht zur Konsultation gekommen war, stellte man bei seiner Rückkehr den tiefulcerösen Charakter der Inoculationen und ihre Tendenz zur Ausbreitung fest, so daß man ihnen schwer Einhalt gebieten konnte. Die Diagnose weicher Schanker war also außer Zweifel, die Uebertragung war durch einen Cunnilingus zustande gekommen.

Der Schanker der Zunge heilte in 10 Tagen ohne jede Behandlung. Der Autor erörtert die Seltenheit und die Gutartigkeit dieser Lokalisation. Man hat dafür die erhöhte Temperatur der Mundhöhle und ihre dauernde Umspülung mit Speichel in Anspruch genommen. Auch hat man eine präexistierende Läsion der Schleimhaut zum Zustandekommen der Infektion für nötig gehalten, auch in diesem Falle bestand eine kleine Verletzung.

Verfasser glaubt, daß die Ducreybazillen wenig Verwandtschaft zu den Schleimhäuten haben, dagegen auf der Haut vorzüglich haften. Diese Tatsache wird hier auch wieder durch die tiefgreifenden und rasch angehenden Inokulationen gestützt, zu dem die Spontanheilung an der Zunge im Gegensatz steht.

In der Diskussion meint Lortat-Jacob, daß der Speichel an sich hemmenden Einfluß auf die Entwicklung des ulcus molle habe.

Simon behauptet, daß der weiche Schanker der Schleimhaut extrem häufig ist, auf der Zunge aber tatsächlich sehr selten. Auch er hält eine antiseptische Eigenschaft des Speichels für wahrscheinlich, bei der Gonorrhoe sehe man niemals die Lokalisation im Munde, weder beim Manne noch bei der Frau, auch nicht bei den Prostituierten.

Hauterscheinungen im Verlauf einer alleinigen oder mit Quecksilber kombinierten Wismutbehandlung. Mehrere Beobachtungen von schuppigen Erythemen nach obiger Behandlung, ohne daß es möglich gewesen wäre, zu sagen, welches der beiden Medikamente verantwortlich zu machen sei. Es wurde ein Jodchinin-Wismutpräparat und eine Hg. cyanatverbindung verwendet (auch das Neosalvarsan scheint nicht immer ausschließbar zu sein). Fast stets brach die Affektion erst am Ende der Kur aus. Stomatitis oder Nierenerscheinungen fehlten. Verfasser glauben an eine weitgehende Gutartigkeit des Wismuts, denn die mitgeteilten Fälle stehen in keinem Verhältnis zu der großen Zahl von Injektionen.

Ein Fall von schwerer Cystenbildung nach intramuskulären Wismuthydroxydinjektionen. Ein Kranker hatte von Januar bis März 1918 intramuskuläre Injektionen von genanntem Präparat erhalten (ölige Suspension), ohne daß während der Kur ein Zwischenfall eingetreten wäre. 72 Tage nach der letzten Einspritzung aber macht sich eine Schwellung der Glutealgegend links bemerkbar, die allmählich einen deutlich entzündlichen Charakter annimmt. Eine tiefe Incision zeigt, daß das Unterhautzellgewebe unversehrt ist. Dagegen findet sich tief in der Muskulatur ein Gemenge von seröser Flüssigkeit, Oleum und Wismutoxyd, und zwar war die Injektionsmenge so verteilt, daß jeder Einspritzung eine mit Flüssigkeit angefüllte Nische entsprach. Ein Fehler in der Asepsis kann unmöglich nach so langer Zeit für die Erscheinungen verantwortlich gemacht werden.

Balzer berichtet hierzu, daß er derartige Cystenbildungen bei Versuchshunden ziemlich häufig gesehen habe, eine Resorption fand dessen ungeachtet statt, denn die Intoxicationserscheinungen waren deutlich.

Lafay weist auf gewisse Schwierigkeiten bei der Präparation dieses Salzes hin, das den Gipfel der Wismuttherapie darstelle. Die Fabrikation sieht sich hier vor ganz neuen Aufgaben, denn früher wurde dasselbe Salz als Kontrastmittel in der Röngenologie gebraucht, wobei es gerade auf Schwere, Dichtigkeit usw. ankam, während man es jetzt als möglichst leichtes, pulverförmiges Mittel brauche, das sich nach der Injektion leicht assimilieren solle. Eine Arzneimittelprüfungskommission beschäftige sich speziell mit dieser Frage. —

Jeanselme berichtet über ein Gummi der Injektionsstelle, das die Resorption der Wismutmengen unmöglich machte.

Simon erinnert an die Vaselinome. Im ganzen bleibt die Frage nach der Ursache, öliges Excipiens oder das Wismuthydroxyd selbst noch offen.

Ein Fall von Phagedänismus nach weichem Schanker. Ein 37jähriger Syphilitiker erkrankte an einen weichen Schanker des Sulcus balano-präputialis, linksseitiger Leistendrüsenschwellung, die nach Heilung des Ulcus zur Perforation kam. Zufällig verletzte sich der Kranke in der Oberschenkelgegend an einer vom Eiter der Bubonen berührten Stelle, woraus sich der Phagedänismus entwickelte. Es handelte sich um multiple serpiginöse Geschwüre, die die ganze Schambein- und Oberschenkelgegend einnahmen und, während der perforierte Bubo abheilte, sich immer weiter ausbreiteten. Im Zentrum kam es zur Narbenbildung, in der Peripherie aber zur Ausbreitung. Es fanden sich Streptobazillen, aber keine fusiformen Bazillen. Eine Inoculation am Arm ist positiv. Die alte Lues des Patienten ist bei der Affektion nicht mit im Spiele, Arsen- und Wismuttherapie sind erfolglos. Alle üblichen antiseptischen Behandlungsmethoden versagten, erst nach wiederholter Eröffnung, Auskratzung, Kauterisationen und Heißluftbehandlung erfolgte Heilung.

Kurt Heymann.

Journal of the American Medical Association, Chicago.

7. November 1925.

Chronische menschliche Amoebiasis. L. M. Boyers, C. A. Kofoid und O. Swezy.

Radikale Drüsenexstirpation bei Krebsmetastasen. A. C. Scott.

Lungengangrän durch Spirochaeten. B. S. Kline und S. S. Berger.

Röntgenbehandlung uteriner Blutungen. W. S. Newcomet.

Antiperistaltik des Duodenums. W. F. Henderson.

Augensymptome bei Schläfenhirntumoren. W. I. Lillie.

Leberphysiologie; der Stand unserer gegenwärtigen Kenntnisse. A. J. Carlson.

* Die physiologisch-chemischen Veränderungen nach totaler Leberexstirpation. F. C. Mann.

Die klinische Anwendung von Leberfunktionsproben. C. H. Greene.

Zusammenarbeit einzelstaatlicher Gesundheitsämter. L. R. Williams.

Der Mechanismus der ödembeseitigenden Wirkung des Adrenalins. J. D. Pilcher.

Der Synergismus von Magnesiumsulfat und Morfin und von Magnesiumsulfat und Aether. J. T. Gwathmey.

Postencephalitischer Zwerchfelltic. C. J. Gamble, O. H. Perry Pepper und G. P. Muller,

Die physiologisch-chemischen Veränderungen nach totaler Leberexstirpation. In diesem zusammenfassenden Vortrage berichtet Mann über die Ergebnisse seiner und seiner Mitarbeiter Versuche mit der von ihm angegebenen Methode der totalen Leberexstirpation. Nach der Operation zeigt sich sofort ein Absinken des Blutzuckers, dem eine Verringerung des Muskelglykogens parallel geht. Bei einem bestimmten Blutzuckerwert treten die typischen Erscheinungen der Hypoglykämie, unter denen das Tier zugrunde geht, wenn ihm nicht Traubenzucker zugeführt wird. Durch Glukosezufuhr wird die Hypoglykämie verhindert und das Leben des Tieres auf viele Stunden verlängert, bis endlich das Tier doch eingeht, und zwar unter einem von dem hypoglykämischen ganz verschiedenen, in seinem Wesen bislang nicht geklärten Symptomenkomplex. Die Wirkung der Glukose auf die hypoglykämischen Erscheinungen erwies sich als spezifisch. Der auf die Leberexstirpation hin sich einstellende Blutzuckerabfall tritt auch bei solchen Tieren auf, die durch eine vorangehende Pankreasexstirpation hyperglykämisch gemacht worden waren. Dagegen bleibt bei leberexstirpierten Hunden die durch Adrenalininjektion, Asphyxie und ähnliche Maßnahmen sonst auszulösende Hyperglykämie aus. Die Muskulatur der unter hypoglykämischen Erscheinungen zugrunde gegangener Tiere weist noch einen recht beträchtlichen Glykogengehalt auf, bei Tieren, denen zur Verhütung des Blutzuckerabfalls Traubenzuckerinfusionen gemacht wurden, zeigt sich eine Vermehrung des Muskelglykogens. Was den Proteinstoffwechsel anlangt, konnte Verfasser zeigen, daß nach der Leberexstirpation die Harnstoffbildung sofort sistiert; die Aminosäuren, die unter normalen Verhältnissen zur Harnstoffsynthese verwendet worden wären, häufen sich im Blute an und werden bei intakter Niere im Urin als solche ausgeschieden. Injizierte Harnsäure wird bei leberexstirpierten Hunden nicht zerstört, sammelt sich in Blut und Geweben an und wird ebenfalls bei ungestörter Nierenfunktion durch den Harn in hoher Konzentration ausgeschieden. In den Geweben und im Blut hepatektomierter Tiere sammelt sich ein gelbes Pigment an, das nach dem Ausfall der chemischen und spektrophotometrischen Untersuchungen als Bilirubin anzusprechen ist, wodurch die extrahepatische Gallenfarbstoffbildung erwiesen sein dürfte.

14. November 1925.

Leukoplakia buccalis. H. Fox.
Einige Probleme aus dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. M. Nicoll.
Kieferhöhlenentzündung. C. W. Waldron.
Pathologische Physiologie der Leber im Hinblick auf Intoxikation und Infektion. E. L. Opie.
Die Bewertung und die Behandlung gestörter Leberfunktion. C. W. McLure, W. L. Mendenhall und M. E. Huntsinger.
° Die therapeutische Bedeutung unblutiger Drainage der Gallenwege. B. B. V. Lyon und W. A. Swalm.
Der Thymus und die Bedeutung seiner Ueberfunktion. L. R. de Buys, E. C. Samuel und E. R. Bowle.
Die Bedeutung des Gesichtsödems bei Myokarderkrankungen. W. H. Resnik und C. S. Keefer.
Rekonvaleszentenserum im Initalstadium der Poliomyelitis. E. B. Shaw, H. E. Thelander und E. C. Fleishner.
Das weibliche Sexualhormon. II. Eine Analyse der kausalen Faktoren der Pubertät. R. T. Frank, H. M. Kingery und R. G. Gustavson.

Die therapeutische Bedeutung der unblutigen Drainage der Gallenblase. Unter der Bezeichnung „unblutige Drainage der Gallenblase" verstehen Verff. die wochenlang für mehrere Stunden täglich vorgenommene Duodenalsondierung unter Einführung von Magnesiumsulfatlösung in den Zwölffingerdarm. Mit dieser nach einem bestimmten Schema durchgeführten Methode wird im Verlaufe einiger Wochen dem Organismus eine sehr große Menge Galle (zwischen 11 und 22 Liter) entnommen, und so eine sehr wesentliche Entlastung durch Entfernung von Krankheitserregern und Entzündungsprodukten bewirkt. Diese Art der Therapie hat sich bei den verschiedensten Erkrankungen der Gallenwege, sowohl zur Vorbereitung zu einer Gallenblasenoperation, wie auch im Anschluß an eine solche zur weiteren Behandlung der noch infizierten Gallenwege und Leber außerordentlich gut bewährt. Auch zur Behandlung des sog. katarrhalischen Ikterus wird die Methode empfohlen, sowie für solche Fälle von Gallenblasenerkrankungen, die aus irgend einem Grunde für die Operation nicht geeignet erscheinen. Ueber dieses engere Gebiet hinaus berichten Verff. über Erfolge bei verschiedenen von ihnen als von den Gallenwegen ausgehenden Toxämien gedeuteten Affektionen (Migräne, Asthma), mit einer konsequent durchgeführten Drainage der Gallenwege.

21. November 1925.

Normale Magenverdauung. M. E. Rehfuß.
Herabgesetzte Fruchtbarkeit des Mannes. D. Macomber.
Prostatitis nicht venerischen Ursprungs. Th. Baker.
Die Fortschritte in der Gonorrhoe-Behandlung im Laufe der letzten 50 Jahre. V. G. Vecki.
Akute aufsteigende Myelitis nach Varizellen. D. P. Waldman.
Diathermie bei Erkrankungen der Mundhöhle. B. C. Corbus.
Subottale Magenresektion. S. P. Reimann.
Chirurgie des Magens und des Duodenums mit besonderer Berücksichtigung der Ulcera. G. W. Crile.
° Spontane Ausheilung des Diabetes. H. J. John.
Extrakt der Nebenschilddrüse bei der Behandlung eines Falles von Tetanie. A. M. Snell.
Haemorrhagieen an der Hirnbasis. M. Packard und E. G. Zabriskie.
Die Wirkung des Hypophysenextraktes auf den Uterus.
Achlothydrie als Vorbote der perniciösen Anämie. M. Sturtevant.

Spontane Ausbreitung des Diabetes. Im Anschluß an vereinzelte in der Literatur beschriebene Heilungen von echtem Diabetes berichtet der Verfasser über zwei eigene diesbezügliche Beobachtungen. In dem ersten Fall handelte es sich um eine Kombination mit typischer Akromegalie; zu Beginn der Beobachtung betrug der Nüchtern-Blutzuckerwert 0,440, die Glukosetoleranzprüfung ergab eine typische diabetische Kurve der hyperglykaemischen Reaktion; es wurde eine mit Insulin kombinierte Diätkur eingeleitet, mit dem Erfolg, daß der Patient nach einem Monat zuckerfrei, trotz Sistierens der Insulininjektionen wurde und drei Monate nach seiner Entlassung bei einer reichlichen Kost, in der nur Zucker und Kuchen vermieden wurden, einen Nüchternblutzuckerwert von 0,105 zeigte; die erneute Feststellung des Verlaufes der Blutzuckerkurve nach Glukosezufuhr ergab normale Verhältnisse. In dem zweiten Fall handelte es sich um eine 37jährige Frau, bei der sechs Wochen vor ihrer Aufnahme in das Krankenhaus von dem behandelnden Arzt ein Blutzuckerwert von 0,280 festgestellt worden war; bei der ersten klinischen Untersuchung ergab sich ein an der Grenze der Norm stehender Blutzuckerwert und ein normaler Verlauf der Blutzuckerkurve nach Glukosezufuhr; die während sechs Wochen durchgeführte strenge Diät ohne Insulininjektionen hatte offensichtlich die funktionelle Störung des Inselapparates vollkommen wieder auszugleichen vermocht. Diese Fälle sind eine Stütze der Anschauung von der Reversibilität der Veränderungen in den Langerhansschen Inseln, wie sie von Copp und Barclay postuliert wurde.

28. November 1925.

Die Hautneurosen, mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. J. V. Klauder.
Die chirurgische Behandlung von Varizen des weiblichen Beckens. L. A. Emge.
° Therapeutische Resultate mit konzentriertem Scharlach-Antitoxin. G. F. Dick und G. H. Dick.
Ist die Arteriosklerose eine hereditäre, konstitutionelle Krankheit? M. A. Mortensa.
Niereninsuffizienz in der Klinik und im Experiment. F. M. Allen, R. Scharf und H. Lundin.
Die Einteilung der chronischen Nephritis. H. A. Christian.
Kostfragen in der Aetiologie der Nephritis. L. H. Newburgh, P. L. Marsh, S. Clarkson und A. C. Curtis.
Autohaemagglutination bei chronischer Leukaemie. H. L. Alexander und L. D. Thompson.
Induzierter Hyperthyreoidismus. O. P. Kimball.
Das Problem der Malignität. A. E. Barclay.
Die ultravioletten Strahlen als Prophylakticum gegen Röntgendermatitis G. M. McKee und G. C. Andrews.
Beziehungen zwischen Zähnen und Augen. W. Walter.
Stuhluntersuchung auf Protozoen. W. S. Thomas und E. A. Baumgartner.
Weitere Untersuchungen über die Dick-Reaktion. P. S. Rosen, P. B. Sadowski und L. A. Korobicina.
Antikörperbildung in der Lunge. W. H. Manwaring, F. I. O'Neill, K. W. Thompson und L. G. Dobson.

Therapeutische Resultate mit konzentriertem Scharlach-Antitoxin. In diesem Vortrage werden die praktischen Ergebnisse der bekannten Arbeiten der Autoren über die Aetiologie, Prophylaxe und Therapie des Scharlachs noch einmal zusammengefaßt. Die ausgedehnten Versuche mit konzentriertem Antitoxin haben gezeigt, daß wir in dem Scharlachserum ein wertvolles Mittel von großer praktischer Bedeutung besitzen. Die wachsende Erfahrung hat vor allem die Notwendigkeit der frühzeitigen Anwendung bewiesen; das Serum soll vor Auftreten von Komplikationen gegeben werden, zu einem Zeitpunkt, wo die Gewebe noch nicht allzu stark geschädigt sind. Bei rechtzeitiger Anwendung in genügender Dosis kürzt das Serum die Dauer der Erkrankung ab und verringert die Zahl der Komplikationen. Die bei gespritzten Patienten beobachteten Todesfälle betrafen mit einer einzigen Ausnahme solche Kranke, bei denen das Serum erst nach sechs bis zehn Krankheitstagen angewandt worden war.

Wolff (Hamburg).

Buchbesprechungen.

Ragnar Berg: **Alltägliche Wunder.** Verlag Emil Pahl, Dresden 1925. — Die kleine, durchaus populär gehaltene Schrift wendet sich nicht so sehr an Aerzte wie an die breite Masse. Sie belehrt über die vernünftige Zusammensetzung der Nahrung, über die Bedeutung der Vitamine, über die Unzweckmäßigkeit sterilisierter und pasteurisierter Nahrungsmittel, über die Wichtigkeit roh genossener Pflanzen bzw. Früchte. Die Faustregel der amerikanischen Forscher H. C. Sherman und L. S. Smith, die in ihrem Buche über die Vitamine die moderne Ernährungslehre bearbeitet haben, lautet: „Gib ein Drittel des Kostgeldes für Milch, ein Drittel für Gemüse und Früchte und erst das letzte Drittel für Fleisch, Fisch, Cerealien, Hülsenfrüchte und Süßigkeiten zusammen aus.“ Mit Rücksicht darauf, daß die in Deutschland produzierte Milch für die Erwachsenen nicht ausreicht, hat Berg obengenannte Regel in folgender Weise umgebaut: Iß siebenmal so viel Kartoffeln als Brot und Hülsenfrüchte und siebenmal so viel Gemüse und Früchte als Eier und Fleisch.

Held.

H. F. R. Günther: **Rassenkunde Europas. 2. Aufl.** I. F. Lehmanns Verlag, München. Preis geheftet 6,— M., geb. 8,— M. — Durch zahlreiche Abbildungen geschmückt, die verschiedenen europäischen Rassen in mustergültiger Sprache schildernd, stellt sich das 225 Seiten starke Buch dem Leserkreise vor. Zu den schon lange bekannten vier Rassen, der großen, blonden, langschädeligen nordischen, der großen schwarzäugigen, kurzschädeligen, langgesichtigen dinarischen, der kleinen untersetzten rundköpfigen Alpinen — oder wie Günther sie nennt „ostischen“ und der kleinen, zierlichen, dunklen Mittelmeerrasse (der „westischen“) ist in neuerer Zeit noch eine fünfte hinzugekommen, die ostbaltische. Bei ihr ist die Körperform der Alpinen mit der hellen Farbe des Norden vereinigt. Ob diese Rasse der wissenschaftlichen Kritik auf die Dauer standhalten wird, scheint dem Referenten noch nicht ganz sicher zu sein.

Die Folgerungen, die aus der Rassenkunde abgeleitet werden müssen, sind ganz besonders in heutiger Zeit so wichtig und greifen so sehr auf das Gebiet der Medizin über, daß es für jeden Arzt zur Pflicht geworden ist, sich wenigstens mit den Grundbegriffen der Rassenkunde vertraut zu machen. Dazu bietet das Günthersche Buch die beste Gelegenheit.

A. Basler, Tübingen.

Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs ohne Gemeindebestimmungsrecht und Trockenlegung. Vom Geheimen Regierungsrat E. Pütter, Direktor des Berliner Krankenhauses Charité und Sanitätsrat Dr. P. Hesse. Das Wesentliche des Inhaltes ist die Ablehnung des Gemeindebestimmungsrechtes und die Kritik an den verschiedenen Abstinenzgruppen. Die Verf. sagen mit Recht, daß ein Gesetzentwurf für Deutschland nicht am Platze sei. Viel wesentlicher als Gesetz und die meist nach konfessionellen Grundsätzen geordneten Abstinenzgruppen ist die Einführung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke, ähnlich wie wir sie in den A.- u. F.-Stellen für Lungenkranke haben. Die Gemeinde ist als Leiterin solcher zu errichtender Stellen oft nicht die geeignete Stelle, da es ungewiß ist, ob der betreffende Dezernent das notwendige Interesse und Wissen und die Zeit für diese Arbeit aufbringt. Auch arbeitet sie meist zu bürokratisch, was besonders vom Uebel sein kann, wenn es sich darum handelt, schnelle und individualisierende Schritte zu unternehmen. Die Verf. sind der Meinung, daß ein Komitee oder ein Verein, welcher außer dem Alkoholismus noch andere Gebiete der Gesundheitsfürsorge umfaßt, die vorteilhafteste Zentrale der Fürsorgestelle für Alkoholkranke wäre. Der Leitstern ist naturgemäß das medizinische und sozial-hygienische Moment, wobei der Vorsitzende des Komitees eine Autorität sein müßte, die diese Fragen beherrscht und als Leiter einer Fürsorgestelle für Alkoholkranke kann nur ein in diesem ihm obliegenden Zweige der Gesundheitsfürsorge völlig bewanderter Arzt in Frage kommen. In den Händen der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke soll die Bekämpfung des Alkoholismus liegen, wobei selbstverständlich die Aufklärungs- und Erziehungsarbeit an dem Publikum, besonders an der Jugend nicht ruhen darf.

Ganz mit Recht betonen die Verfasser, daß eine Trockenlegung schon aus sozialen Gründen wegen der ungeheuren Zunahme an Arbeitslosen nicht in Frage kommt und sie geben auch zu, daß geistige Getränke mit Maß genossen anregend und vorteilhaft wirken können.

Hofbauer (Berlin).

Dr. Wilhelm Fließ: **Der Ablauf des Lebens.** 2. Aufl. Franz Deuticke. 406 S., 10 M. — Auch unter den Kollegen, die die Fließschen Werke nicht gelesen haben, dürfte es bekannt sein, daß Wilhelm Fließ der Begründer der mathematischen Biologie ist. Er hat die Periodizität des Geschehens ins Rechnerische übersetzt und als grundlegende Tatsache gefunden, daß der weiblichen Substanz die Zahl 28 und der männlichen die Zahl 23 zukommt. Ueberall in der Natur weist Fließ diese Periodizität nach: nicht bloß im normalen, sondern auch im pathologischen Ablauf des Lebens. „Die Frage, nach welcher innern Ordnung der Ablauf des Lebens sich vollziehe, ist erwachsen aus der spezielleren, nach welcher zeitlichen Ordnung die Menstruation und der ihr wesensgleiche Entbindungsvorgang eintrete.“ Fließ macht es also dem Leser leicht, zu folgen, indem er von allgemein als periodisch erkannten, ja sogar „Periode“ benannten Vorgängen ausgeht und nun zeigt, wie sich auch da seine Zahlen herausrechnen lassen, wo man dieses periodische Werden und Vergehen noch nicht bemerkt hatte. Auch wird keineswegs die Kenntnis der höheren Mathematik vorausgesetzt: jeder, der rechnen kann, ist in der Lage, in seinem Kreise die Fließschen Daten nachzuprüfen und aufzufinden. Es kann hierbei dahingestellt bleiben, ob sich die 23. und 28 nicht am Ende auf die ungeraden und die geraden Zahlen reduzieren lassen und ob die Zahlen des Weiblichen und des Männlichen (oder die weiblichen und die männlichen Zahlen) nicht in verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Völkern, auch bei verschiedenen Zeitgenossen in der sexuaien „Wertigkeit“ schwanken. Fließ hat unter allen Umständen den wichtigen Nachweis geliefert, daß die 23 und 28 eine ganz besondere Rolle spielen, und er hat eben überhaupt die mathematische Denkweise in die Biologie hineingetragen. Wie weit er seinen Zeitgenossen voraus ist, ergibt sich aus der Tatsache, daß die zweite Auflage erst volle siebzehn Jahre nach der ersten erschienen ist! Dem Verleger gebührt der besondere Dank der wissenschaftlichen Kreise, daß er das bis dahin wenig gangbare Buch neu aufgelegt hat.

Hans Lungwitz.

Therapeutische Mitteilungen.

Ueber anorganische Reiztherapie bei der Tuberkulose.

Von

Dr. med. G. ZICKGRAF, Bremerhaven.

Die unspezifische Reiztherapie mit organischen und anorganischen Mitteln ist in den letzten Jahren zu außerordentlicher Beliebtheit gelangt. Für viele Krankheiten sind heute auch schon spezielle Reizmittel erkannt und angewandt worden. Bei der Tuberkulose sind es vor allem als anorganische Mittel die Salze der Schwermetalle, speziell des Goldes, und das Silicium, die in größerem Umfange angewendet werden, während unter den organischen Reizmitteln unbestritten das Tuberkulin als spezifisches Reizmittel seine Stellung behauptet hat.

Der Streit, ob man anorganische oder organische, und zwar spezifische Reiztherapie bei Tuberkulose treiben soll, ist zurzeit wieder aktuell geworden, und die Anhänger der einen wie der anderen Richtung verfechten ihre Ansichten mit gewichtigen Gründen, die hier nicht wiederholt zu werden brauchen, weil hier die Frage ausschließlich vom praktischen Standpunkt aus erörtert werden soll.

Nach meiner Ansicht, die sich auf 20 Jahre spezifischer und unspezifischer Tuberkulosebehandlung gründet, kann die Antwort auf die Frage, ob spezifische oder unspezifische Therapie nur lauten: spezifische und unspezifische. Wer mit Tuberkulininjektionskuren vertraut ist und ihre Anwendung beherrscht, wird auch in der Praxis dieselbe nicht missen wollen. Es ist aber ohne weiteres zuzugeben, daß in vielen Fällen schon aus äußeren Gründen eine Tuberkulinkur nicht stattfinden kann bei tuberkulösen Patienten.

Es kommt hier, wie so oft in der Praxis, nicht nur auf das Können und Wollen des Arztes an, sondern auf die Begleitumstände. Kann man z. B. einem arbeitsfähigen Handarbeiter eine Tuberkulinkur zumuten? Wohl nur selten. Vielfach ist die Intelligenz nicht hoch genug, um den Arzt zu unterstützen, ihn durch seine Wahrnehmungen über Reaktionserscheinungen aufzuklären, vielfach auch fehlt der gute Wille, sich der Mühe der ständigen Temperaturkontrolle zu unterziehen. Aber selbst dies vorausgesetzt, bleibt immer noch die Gefahr, daß nach einer Injektion, durch unvorhergesehene schwere und schwerste Körperarbeit sowieso schon eine endogene Tuberkulinreaktion ausgelöst, mit der Injektion zusammentreffend eine schwere fieberhafte Reaktion hervorruft, die nicht nur in Fieber, sondern auch in örtlicher Reaktion und örtlicher Verschlimmerung sich zeigt. Passiert das einmal, so ist der Patient, selbst bei genügender Intelligenz und gutem Willen, für immer für die Tuberkulintherapie verloren, und meist nicht nur für diese, sondern für jede andere Injektionsmethode. Vom „Spritzen" mag derselbe dann nichts mehr wissen. Häufig genug wendet er sich von der ärztlichen Behandlung überhaupt ab und gerät in die Hände der Kurpfuscher.

Es gehört schon ein größeres Maß von Menschenkenntnis dazu, Tuberkulosekranke zur Tuberkulinbehandlung auszuwählen und solche Vorkommnisse, wie oben geschildert, zu vermeiden. Es ist deshalb nicht nur der körperliche Zustand des Patienten für eine spezifische Tuberkulosekur zu prüfen, sondern auch die Arbeitsfähigkeit oder Nichtarbeitsfähigkeit, die Art der Arbeit des Patienten muß zur Ueberlegung führen, ob spezifische Therapie angebracht ist, und ob Aussichten bestehen, den betreffenden Patienten über alle Klippen der Tuberkulinbehandlung hinweg zum Endziel der Behandlung führen zu können.

Ohne weiteres wird klar sein, daß bei solcher Art der Auslese der Patienten die Fehlschläge bei Tuberkulinbehandlung wesentlich geringer sein werden als ohne die obigen Ueberlegungen, und daß der Erfolg für die biologische Heilung der Tuberkulose ein guter sein muß.

Aber es wird auch einleuchten, daß in einer größeren Praxis eine große Zahl von Fällen übrig bleibt, die nicht mit Tuberkulin behandelt werden können und dürfen, weil die Wahrscheinlichkeit eines Abspringens während der Kur aus diesem oder jenem Grunde besteht. Für solche Patienten ist eine unspezifische Kur das Gegebene.

Selbstverständlich ist, daß das unspezifische Mittel nicht imstande ist, ähnliche gewollte oder ungewollte Reaktionen wie das Tuberkulin auszulösen oder wie die Goldsalze nekrotischen Zerfall des tuberkulösen Gewebes „Gewebszerfall ohne Heileffekt" zu verursachen. Derartige Mittel müssen ausscheiden. Für solche Patienten kann nur ein verhältnismäßig indifferentes, unspezifisches Mittel angewendet werden.

Unter den Mitteln, die hier in Frage kommen, ist das Silicium, der Kalk und Arsen zu nennen. Vielfach ist es Sache des Geschmacks und der Gewohnheit und weniger der wissenschaftlichen Ueberlegung, welches von diesen Mitteln angewendet wird. Die wissenschaftliche Ueberlegung rät dazu, alle drei Mittel anzuwenden, da jedes seine Vorzüge hat, und sie in keiner Weise antagonistisch wirken.

Ich habe deshalb eine Kombination der drei Mittel mit Freuden begrüßt, die seit dreiviertel Jahren unter dem Namen Tebarsyl (Gehe & Co.) im Handel ist. Tebarsyl, von Strahlmann angegeben, enthält: Arsenkalzium, Phosphorkalzium und Silicium in gebrauchsfertigen Ampullen zur subkutanen bezw. intramuskulären Injektion. Hier kommt der Phosphor als Stimulans für Stoffwechselvorgänge noch hinzu, und somit haben wir vier altbekannte anorganische Stoffe, die eine günstige Beeinflussung des tuberkulösen Organismus gewährleisten. Unliebsame Reaktionserscheinungen können von keinem der vier Komponenten ausgelöst werden. Die Wirkungsweise des Siliciums ist die einer Anreicherung der demineralisierten Lunge mit dem Silicium, das bei der Vernarbung infolge seines Zusammenhangs mit dem Bindegewebe eine so große Rolle spielt. Gleichzeitig wirkt es auf das Hämogramm (Arneth'sches Blutbild) günstig ein. Der Kalkgehalt gleicht die nervöse Uebererregbarkeit, die eine häufige Begleiterscheinung der Tuberkulose ist, aus und steigert die Blutalkaleszenz. Phosphor und Arsen sind altbekannte tonisierende Mittel, die die vitale Energie steigern.

Die Gebrauchsanweisung verlangt, daß fortlaufend innerhalb vierzehn Tagen sechs Injektionen gemacht werden, pro Woche drei, mit je einer Arsenkalzium- und Phosphorkalzium-Mischspritze und eine Siliciumspritze mit Arsenkalzium resp. Phosphorkalzium. An diese Vorschrift habe ich mich nicht streng gehalten. Es ist schon viel, wenn ein ambulanter Kranker zweimal wöchentlich zum Arzt kommt, gar leicht wird ihm ein drittes Mal zu viel, oder äußere Gründe verhindern das Kommen, sodaß aus dem „Zuviel“ oft ein „Garnichtmehr“ wird, und die Gefahr eines Abbruches der Kur besteht. Auch von den schmerzhaften intramuskulären Siliciuminjektionen habe ich abgesehen, und dafür dieselben intravenös gemacht. Auch hier wird die Schonung des Patienten sich belohnt machen durch die Sicherheit, daß die Kur bis zum Ende fortgesetzt wird.

Die intravenöse Siliciumeinspritzung verlangt allerdings eine gewisse Vorsicht. Man verwendet am besten zuerst nur ½ Ampulle (also 0,025 g Silicium), um sich zu vergewissern, daß keine unangenehmen Erscheinungen wie Schwindel und Ohnmachtsgefühl auftreten, was allerdings ja nur vorübergehend ist, aber trotzdem beachtet sein will. Erst wenn die Hälfte der Ampulle gut vertragen wird, steigert man beim zweiten oder dritten Mal die Dosis bis zur ganzen Ampulle.

Ich habe mit dieser unabgestimmten Reiztherapie im Laufe des vorigen Jahres 25 Patienten behandelt und 20 Kuren zu Ende geführt. Es befanden sich darunter alle Stadien der Tuberkulose und alle klinischen Formen, produktive, zirrhotische und auch zwei lokalisierte exsudative Prozesse. Die Diagnose war bei allen durch klinischen, Bazillenfund oder Röntgenbild gesichert.

Ueber die Erfolge habe ich fortlaufende Blutsenkungsgeschwindigkeitsmessungen gemacht. Bekanntlich ist die Blutsenkungsgeschwindigkeit eine der besten objektiven Methoden, in allen Fällen von Lungentuberkulose Besserung und Verschlechterung anzuzeigen. Die Erhöhung der Geschwindigkeit geht mit der Verschlechterung, die Verlangsamung mit der Besserung parallel. Für die 20 durchgemachten Kuren waren die Zahlen der Senkungsgeschwindigkeit:

Stad.	Art der Tuberkulose	B. S. G. vor der Kur	B. S. G. nach 4 Wochen	B. S. G. nach der Kur	Stad.	Art der Tuberkulose	B. S. G. vor der Kur	B. S. G. nach 4 Wochen	B. S. G. nach der Kur
II.	produktiv	160	185	230	I.	cirrhotisch	615	630	690
II.	cirrhotisch	385	360	420	III.	lokal-exsudativ	130	160	225
I.	cirrhotisch	480	490	650	I.	cirrhotisch	400	485	510
II.	produktiv - cirrhotisch	450	510	590	II.	produktiv	350	370	370
III.	produktiv	165	195	405	II.	produktiv - cirrhotisch	195	240	335
II.	cirrhotisch	310	380	510	III.	lokal-exsudativ	90	120	180
II.	produktiv - cirrhotisch	515	530	620	I.	cirrhotisch	425	445	530
I.	cirrhotisch	510	595	625	II.	produktiv - cirrhotisch	200	250	380
II.	cirrhotisch-produktiv	280	390	435	I.	cirrhotisch	580	650	720
II.	produktiv	225	310	460	II.	produktiv	280	280	290

Um eine richtige Einschätzung der Senkungszahlen zu gewinnen, muß dazu noch bemerkt werden, daß es sich ausschließlich um Männer handelt (Normalzahl 600, Grenzwert nach unten 300).

Ich sehe davon ab, Krankengeschichten hier zu veröffentlichen. Als günstige Einwirkung der Injektionskur muß aber doch einiges hervorgehoben werden. Fast ausnahmslos besserten sich subjektive Symptome, wie Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Neigung zu Schweißen, Appetitlosigkeit, innerhalb vier Wochen. Die meisten Patienten gaben spontan nach der zweiten Blutuntersuchung an, daß sie sich wesentlich frischer, wohler, leistungsfähiger fühlten. Nur in einem Falle war wenig subjektiver und objektiver Erfolg zu merken. Obwohl bei diesem die Kur nun schon zwei Monate abgeschlossen ist, zeigt sich keine Besserung, aber auch keine Verschlechterung.

Neben der Tebarsylkur bekamen die Patienten noch ein innerlich zu nehmendes Chlorophyll-Silicium-Präparat, das Mutosan (Fa. Uhlhorn & Co., Biebrich a. Rh.), dessen Chlorophyllgehalt als blutbildend und anregend zu den vier anorganischen Stoffen tretend, den Organismus von noch einer neuen Seite her wirkungsvoll beeinflußte.

Mit dieser Tebarsylkur kann der praktische Arzt ohne jede Gefahr und ohne besonderes Studium seine tuberkulösen Patienten behandeln und hat die Gewißheit, daß die ambulante Behandlung eine wirkungsvolle ist, da sie den Organismus im allgemeinen sowohl kräftigt, aktiviert und speziell auch die Vernarbungsvorgänge in der Lunge anregt und unterhält. Der Angriffspunkt der Tebarsylkur ist eben nicht ein einziger, sondern ein Komplex von Substanzen wirkt von allen Seiten her auf den Körper ein. Das Ziel jeglicher Tuberkulosekur, die Selbstheilung des Organismus herbeizuführen, wird durch das Tebarsyl so vollkommen wie nur möglich erreicht, zumal dann, wenn man, wie ich es getan, die Kur mit dem innerlich einzunehmenden Chlorophyll-Silicium, Mutosan, kombiniert.

Die Einspritzungen mit diesen anorganischen Reizmitteln werden also in all den Fällen, wo Tuberkulin aus irgendwelchen Gründen nicht angebracht ist, oder wo es nicht gelingt, eine biologische Heilung mit Tuberkulin zu erreichen, zu versuchen sein. Ferner wird diese Injektionskur in vielen Fällen geeignet sein, einen geschwächten Organismus erst wieder soweit zu kräftigen, daß eine erfolgreiche Tuberkulinkur angebracht ist. Jedenfalls habe ich das schon in einigen Fällen versucht und war erstaunt über die leichte Verträglichkeit der Tuberkulindosen, die überraschend schnell gesteigert werden konnten, schneller jedenfalls, als ich es nach meinen sonstigen Erfahrungen heraus annehmen mußte.

Ich betrachte die Tebarsylkur als eine wertvolle Bereicherung des „Tuberkulose-Rüstzeugs“ des praktischen Arztes, der sie, ob Anhänger des Tuberkulins oder nicht, entweder ausschließlich oder als Substitut in geeigneten Fällen oder als Vorbereitung für Tuberkulinkuren mit Erfolg benützen wird. Er wird keine Gefahr für seine

Patienten heraufbeschwören durch Ueberdosierung von organischen Reizmitteln und wird auch der Gefahr aus dem Wege gehen, seine Patienten durch Reaktionserscheinungen zu verlieren.

Erfahrungen mit Cardiazol-Knoll.

Von Dr. v. LEBINSKI, Breslau.

Mit Cardiazol der Firma Knoll A.-G., Ludwigshafen a. Rh., wurde der Therapie ein wertvolles Analeptikum zugeführt, das nach meinen Erfahrungen den Campher und seine Ersatzpräparate durch zuverlässige und rasche Wirkung weit übertrifft. Ich möchte aus meinen Erfahrungen zwei interessante Fälle herausgreifen, die die intensivere Wirkung des Cardiazol gegenüber Hexeton besonders deutlich beweisen.

Die Wirkung des Cardiazol scheint nach meinem Ermessen Hexeton zu übertreffen. Ich habe zwei Fälle gesehen, die vorher mit Hexeton behandelt wurden und dann mit Cardiazol. Einmal handelte es sich um ein schweres Coma diabeticum bei einer Sechzehnjährigen. Vor zirka 1½ Jahren bekam diese Patientin im Coma zirka 6—10 Hexetoninjektionen intravenös und intramuskulär im Verlaufe von 24 Stunden neben der nötigen Insulindosis. Vor zirka einer Woche erlebte ich wieder ein Coma bei derselben Patientin. Ich gab ihr nur 1,1 ccm Cardiazol subkutan. Der vorher nicht fühlbare Puls war in zirka 5 Minuten wieder wahrzunehmen und blieb so. Nach einer Stunde gab ich der Patientin noch 1 ccm Cardiazol intramuskulär und konnte nach 24 Stunden später einen relativ guten Puls feststellen, der lediglich nur auf das Konto dieser beiden Cardiazolinjektionen zu schreiben war.

Jedenfalls brauchte ich Patientin nicht andauernd mit Injektionen zu „plagen". Einen anderen Erfolg sah ich bei einem Vitium cordis im Stadium der Dekompensation. Ein 60jähriger Patient cyanotisch Oedeme, Radialispuls kaum zu fühlen, kurz er stand ante exitum, womit er und seine Familienmitglieder gerechnet haben. Eine Injektion Cardiazol intravenös löste eine verblüffende Wirkung aus. In 3 Minuten war der Puls gut gefüllt, die Atmung kräftig, die Cyanose wich und Patient fühlte sich nach zirka 4 Wochen wieder ganz leidlich.

Desitin-Salbe (Wund- und Brandsalbe) in der Kinderheilkunde.

Therapeutische Mitteilung.

Die folgenden kurzen Zeilen mögen dazu dienen, die pädiatrische Welt auf ein neues Salbenerzeugnis aufmerksam zu machen, die Desitinsalbe, hergestellt von der Chemischen Fabrik „Desitin" Aktien-Gesellschaft, Berlin-Tempelhof.

Nach dem Prospekt besteht die Salbe aus: „Zinkoxyd, Neutralwollfett und Vaseline. Dieser Komposition wird in feinster kolloidaler Verteilung ein Derivat zugesetzt, das aus einem Speziallebertran nach eigenem Verfahren durch einen chemischen Prozeß gewonnen wird." Die besondere Form des Lebertranzusatzes mit seinen Vitaminen scheint mir hierbei das Wichtigste und Wirksamste zu sein.

Besonders auf die Salbe aufmerksam gemacht, überwand ich die übliche Skepsis, die man den Tausenden von Neuerscheinungen auf dem Arzneimittelmarkte gegenüber hat, und arbeitete konsequent bei allen vorkommenden Gelegenheiten mit der Desitinsalbe, nicht nur in der Praxis, sondern auch in dem unter meiner Leitung stehenden Säuglingsheim des Vaterländischen Frauenvereins zu Nordhausen (100 Betten).

Dies war Anfang August 1925; nach nunmehriger halbjähriger Anwendung in sehr zahlreichen Fällen habe ich die Einstellung gewonnen, daß ich dieses Mittel nicht mehr entbehren möchte, da ich mit der Salbe in geeigneten Fällen so überraschende, schnelle Heilerfolge, wie kaum je zuvor, erzielt habe.

Ich habe nicht die Möglichkeit, die theoretische Seite der Wirkung (Vitaminresorption, Hyperleukocytose, die nach dem Prospekt festgestellt wurden) nachzuprüfen. An dieser Stelle kommt es mir nur auf die Darstellung der praktischen Verwendbarkeit der Desitinsalbe in unserem Spezialfach an.

I. Das Kreuz aller Pädiater ist der „Intertrigo" und seine schwereren Formen, bis zur Erythrodermie. Noch nie habe ich Intertrigo aller Formen so glatt und schnell heilen sehen, wie mit der Desitinsalbe. Und was mit das Wichtigste war: Die Mütter waren fast durchweg begeistert und wollten das Mittel nicht wieder missen. Versager gab es natürlich auch hier, wenn auch sehr selten. Gegen manche Konstitutionsanomalie ist nun eben kein Kraut gewachsen. Die Salbenschicht liegt fest an, klebt dabei nicht und ist wohl fast undurchlässig.

II. Kopf- und Gesichts-Ekzeme, borkige, nässende und trockene, reagierten zum größten Teil ausgezeichnet, besonders in unserer Anstalt, die sekundär infizierten, wenn der stärkste Entzündungsreiz durch feuchte Verbände beseitigt war. Auch hier gab es natürlich Versager und Rückfälle, der Konstitution entsprechend.

III. Kleine, chronische Ekzemstellen an den verschiedensten Körperstellen, „faule Ecken", Rhagaden, intertriginöse Stellen hinter dem Ohr, zwischen den Zehen, oberflächliche, multiple Furunkel, leichte Pyodermien heilten ganz vorzüglich.

IV. Besonders gut, wie schon vielfältig aus dem chirurgischen Lager berichtet wurde, sind die Erfolge bei Wund- (und Verbrennungs-) Behandlung, sei es primär, sei es sekundär als Nachbehandlung größerer, stark sezernierender Operationswunden. Nächst dem Intertrigo ist der Erfolg hier wohl am frappantesten.

Besonders hervorheben möchte ich die leichte Ablösbarkeit der Verbände von den Wunden, ein Vorteil, der in der Kinderpraxis nicht hoch genug zu bewerten ist. Die Verbände sehen auch bei stark sezernierenden Wunden stets sauber aus; daher sparsamer Verbrauch durch gute Resorptionskraft.

V. Nur bei Impetigo contagiosa habe ich bisher fast immer Mißerfolge gehabt und mußte auf die weiße Präcipitatsalbe zurückgreifen.

Doch erfordert die ambulante Behandlung der Impetigo immer eine gewisse Sorgfalt und Sauberkeit der Mutter, und diese ist eben nicht immer vorhanden, wenn eine Impetigo sich weit ausbreiten konnte. Es würde dies weiter zu prüfen sein.

Man sieht, die Verwendbarkeit ist eine sehr mannigfaltige. Die Salbe ist nicht zu teuer, angenehm und appetitlich im Gebrauch. Ich glaube, daß es sich für die Fachkollegen lohnen wird, die Salbe weiter zu prüfen, ebenso wie eine weitere theoretische, gewiß interessante Untersuchung der Wirkung, eine Angelegenheit der Klinik, zu wünschen wäre.

Dr. med. Schede, Kinderarzt in Nordhausen, leitender Arzt des Säuglingsheims des Vaterländischen Frauenvereins zu Nordhausen.

Ein neues Grippemittel.

Von

Dr. med. PLANER, Berlin.

Bei der Behandlung des Proteus von Grippe ist die eigentliche Mittelwahl bisher sehr erschwert gewesen, als sich ein sogenanntes Specificum gegen die Grippe, wie auch Möller zugibt, nicht findet. Antipyretica, Expektorantia u. ä. einseitig in der Wirkung eingestellten Mittel versagten der Buntheit des Symptomenbildes dieser gefährlichen Krankheit gegenüber. Nach amtlichen Statistiken hat die Grippeepidemie 1918 dreimal soviel Todesopfer als der Weltkrieg in der ganzen Welt gefordert, nämlich 20 Millionen Menschenleben. Die Bemühungen, ein wirklich sicheres und schnellwirkendes Mittel gegen diesen Krankheitskomplex herzustellen, scheiterten an der Ungeklärtheit über die Natur des Erregers, die verschiedenen Sera zeigten nicht das, was man von ihnen verlangte. Es ist deshalb zu begrüßen, daß von biologischen Gesichtspunkten ausgehend unter Berücksichtigung des Gesetzes der energetischen Potenzierung ein Mittel hergestellt wurde, das tatsächlich als Specificum gegen grippöse Erkrankungen mannigfaltiger Art angesprochen werden kann. Das von der Roland A.-G. Essen hergestellte Gordal stellt eine glückliche Verbindung der wirksamen Bestandteile der Bryonia, des Eucalyptus u. a. pflanzlichen Extrakte mit Chinin und Kali jod. in geringen Dosen dar. Ich habe das Mittel, das in Tablettenform auf den Markt kommt, in etwa 20 Fällen erprobt und durchweg überraschend gute Erfolge gesehen.

Besonders hilfreich hat sich Gordal zur Verhütung und im Anfangsstadium der Grippe bewiesen. Dumpfer Kopfschmerz, trockene Nase, Benommenheit, Schläfrigkeit und Gliederschmerzen wurden als Initialsymptome durch Gordal in noch nicht 24 Stunden restlos beseitigt. Fast von allen Patienten wurde außerdem eine gewisse Euphorie empfunden, die anscheinend auf die minimale Chinindosis zurückzuführen ist. 3 Patienten mit ausgesprochener Kopfgrippe bei Fehlen aller anderen katarrhalischen Erscheinungen konnten innerhalb einer Woche wiederhergestellt werden. Als Allgemeinbehandlung wurde Bettruhe, Kopflichtbäder, Wannenbäder mit laukühlen Uebergießungen, Packungen und Diätregelung angewandt. In zwei der genannten Fälle trat nach der 2. oder 3. Dosis Gordal leichte Schweißneigung und Nasenfluß ein, ohne daß durch Wärmebehandlung oder heiße Getränke oder sonstwie darauf hingewirkt wurde. Mit dem Eintritt des Schnupfens und des Schweißausbruchs ließen die Kopfsymptome, als Schwindel, Uebelkeit, Schmerzen, Wasserzusammenlaufen im Munde usw. fast unmittelbar nach. Der dritte Fall, ein Mann in den 40er Jahren, schien an den ersten Tagen keine Reaktion zu zeigen. Bei ihm hatte sich bereits Singultus gezeigt, es bestand eine enorme Schläfrigkeit, der Patient war kaum zu den Untersuchungen wach zu erhalten. Am 6. Tage nach Beginn der Gordal-Medikation ließ die Apathie nach, der Kranke wurde munterer, klagte aber über vermehrten Kopfschmerz, den er bald ins rechte, bald ins linke Auge lokalisierte. Am 8. Tage setzte ein starker Schweißausbruch ein, dem bald ein trockener Husten folgte. Mit dem Eintritt der katarrhalischen Erscheinungen gingen in allen Fällen die bedrohlichen Symptome, die einer Encephalitis nahekamen, sofort zurück.

Bei den häufigeren Fällen von Grippe, die außer der Benommenheit und Arbeitsunlust mit katarrhalischen Erscheinungen der oberen Luftwege einhergehen, hat sich Gordal fast immer als direkt kupierend bewährt. Bei Bronchitis acuta konnte ich außer einer hustenreizlindernden Wirkung gute Expektoration beobachten. Chronische Bronchitiden ohne grippösen Charakter zeigten wenig Besserung, einige Fälle glaubten besser aushusten zu können. Dagegen verhielten sich Pleuritiden, auch chronische, sehr reaktionsfähig. Der Auswurf wurde sehr erleichtert, der Appetit bald wieder herbeigeführt, das Allgemeinbefinden deutlich gebessert. In allen Fällen habe ich durch Gordal eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens und des Kräftezustandes beobachten können. Das Fieber zeigte nicht, wie üblich, den Abfall am 3. Tage zur Norm, um am 4. wieder anzusteigen, sondern stieg meist nach Beginn der Gordal-Medikation auf über 39° C Abendtemperatur, während es sich vorher abends nicht über 38,5° C bewegte. Bei der Pneumonie hatte ich nur einmal Gelegenheit, Gordal zu verwenden. Ich konnte ein rasches Ansteigen der Temperatur, aber auch eine schneller und milder verlaufende Entfieberung beobachten. Gerade bei der Pneumonie war die günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes auffallend.

Die behandelten Patienten habe ich über 6 Monate beobachtet. Ich konnte nur in wenigen Fällen Folgeerscheinungen der Grippe beobachten. Zweimal handelte es sich um Haarausfall, in 5 Fällen um zeitweilig wiederauftretende katarrhalische Affektionen ohne wesentliche Bedeutung. Ich kann unter Berücksichtigung des Verlaufs der Grippe bei unspezifischer Therapie nach meinen Erfahrungen mit Gordal zusammenfassend feststellen, daß unser Arzneischatz um ein wertvolles und zuverlässiges Mittel bei allen grippösen Affektionen bereichert worden ist.

Therapeutische Notizen.

Coffetylin, ein neues Tabletten-Präparat.

Jede Tablette entspricht 0,45 g Acetylin-Heyden und 0,05 g Coffein. Das Mittel zeichnet sich durch gute Verträglichkeit, vor allem des Magens, aus. Es hat sich bereits gut bewährt bei Grippe, Schnupfen und anderen fieberhaften Erkrankungen, nach geistiger Ueberanstrengung und bei Folgeerscheinungen von Alkohol- und Tabakmißbrauch, ferner bei neuralgischen Schmerzen, Kopfschmerzen und vor allem auch bei Migräne. Es scheint, daß Migränefälle, die bisher jeder Therapie getrotzt haben, vielfach auffallend günstig durch Coffetylin beeinflußt werden. Dosis: 1—2 Tabletten ein- bis dreimal am Tage. Packungen: Glasröhren mit 20 Tabl. zu 0,5 g und Papierröllchen (K. P.) mit 10 Tabl. à 0,5 g. Die Kassenpackung des Präparates ist bereits von einer Reihe größerer Krankenkassenverbände für die Verordnung zugelassen worden. — Herstellerin: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

448.8
F77

LIBRARY
RECEIVED
MAY 1926
U.S. Department of Agriculture.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind

NUMMER 6 BERLIN, DEN 31. MAERZ 1926 44. JAHRGANG

Dicodid (Knoll)

(Hydrocodeinon)

Zur **Hustenstillung**

Von geradezu spezifischem Einfluß auf das Hustenzentrum, **auch bei Keuchhusten.**

Verursacht
keine Obstipation

In der
Kassenpraxis
zugelassen

Hauptverb. d. Okk.: A. V. B. Okt. 25, S. 76.
Berlin: A. V. B. 25/26, S. 40.
Bayern: Anl. z. wirtsch. V. 23, S. 35.
Württemberg: A. V. B. März 24, S. 18.
Frankfurt a. M.: V. B. Okt. 24, S. 47.

Peroral: Für Erwachsene bei Husten und leichteren Schmerzen in der Regel 2-3 mal täglich 0,005 g. Bei Tbc. und starken Schmerzen 2-3 mal täglich 0,01 g.

Man verordne:

Tabletten zu 0,01 g: Orig.-P. mit 5 St. (M. -.50); 10 St. (M. 1.—).
zu 0,005 g: Orig.-P. mit 5, 10 u. 20 St. (M. -.40; M. -.80; M. 1.35).

Dicodid-Lösung:
Rp. Dicodid. bitartaric. (Knoll) 0,1 g
Aqu. dest. . . . . 10,0 g
für Erwachsene 3 mal täglich 10 Tropfen (=0,005 Dicodid), Kinder erhalten je nach Alter weniger.

KNOLL
Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Versuchsmengen gern zur Verfügung.

Literatur und Proben
auf Wunsch

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., G. m. b. H.

Frankfurt am Main-Süd 10

Literatur und Proben
auf Wunsch

EUCHININ wirksames Chininfabrikat, fast geschmackfrei, bewährt bei **Malaria** und **Keuchhusten.**

EUCUPIN basic. zur Behandlung und Verhütung der **Grippe-Pneumonie** 1,2 g pro die.

EUNATROL ist ein bekanntes Cholagogum, welches die Gallenabsonderung steigert, die Leberzellen anregt und als spezifisches, schmerzlinderndes und die Gallensteine austreibendes Mittel bei **Gallensteinkolik** und katarrhalischem **Ikterus** Verwendung findet.

EUSTENIN (Theobrominnatrium-Jodnatrium). Erprobtes Mittel gegen **Arteriosklerose, Angina pectoris** und **Aortenaneurysma.** Sehr empfehlenswert für alle Fälle, wo eine Verbindung der Jodbehandlung mit Theobromin wünschenswert erscheint.

Ein
wirksames
Präparat bei

Malaria,

neutral und sehr
leicht löslich,
innerlich und zur
intramuskulären
Injektion ist

HYDROCHININ
hydrochloric.

OPTOCHIN hydrochlor. ist in der **Augenheilkunde** Spezifikum gegen **Pneumokokken-Infektion.** Indikationen: **Ulcus corneae serpens, Dakryocystitis,** Conjunctivitis, Lichtscheu, **Prophylaxe vor Operationen.**

OPTOCHIN hydrochlor. Intralumbale Behandlung der **epidemischen** und **Pneumokokken-Meningitis.**

OPTOCHIN basic. Spezifikum gegen kruppöse und katarrhalische **Pneumonie.** 1,0 g pro die.

VALIDOL und VALIDOL CAMPHORAT. Bewährte Tonika bei **Herzbeschwerden** verschied. Art. Dosis: 5—10 Tropfen auf Zucker.

Quinisal

Chininum bi-salicylosalicylicum

indiziert bei

Schnupfen ▫ Mandelentzündung ▫ Rheumatismus ▫ Neuralgien

Grippe

Dosis:
3—5 mal täglich 0,25—0,5 g
(unzerkaut schlucken)

Original-Packungen:
Röhre mit 10 Tabl. zu 0,25 g
Glas „ 25 „ „ 0,25 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. Albert Niedermeyer, Schönberg (O./L.): Zur Kritik der Rassenhygiene, insbesondere der eugenetischen Indikationen zu ärztlichen Eingriffen 227

Dr. Gotthelf Marcuse, Bad Kudowa: Ueber Indikationen und Dosierung der natürlichen Kohlensäurebäder 236

Dr. S. Kalischer, Nervenarzt: Ueber ein neues Krankheitsbild (Radio-Manie) 238

Generalarzt a. D. Dr. Buttersack, Göttingen: Die Tragödie des Kulturumsturzes 240

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. von Schnizer: Beispiele fachärztlicher Gutachten 241

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 4-6 243

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 1-5 . 245

Medizinische Klinik 1926, Nr. 4, 5 247

Münchener med. Wochenschrift 1926, Nr. 4, 5 . . . 248

Wiener klinische Wochenschrift 1926, Nr. 3-6 . . . 249

Seuchenbekämpfung 1925, Heft 6 249

Monatsschrift für Kinderheilkunde, **31.**, Heft 1-6 . . 249

Jahrbuch für Kinderheilkunde, **61.**, Heft 3/4, 5/6 . . 250

Archiv für Gynäkologie, **126.**, Heft 2 und 3 250

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, **100.**, Heft 1 251

Archiv für Augenheilkunde 1925, **97.**, Heft 1 252

Ugeskrift for Laeger 1925, Nr. 51-53, 1926, Nr. 1 . . 252

Hospitalstidende 1925, Nr. 47-49 252

Hygiea 1926, **88.**, Heft 2 253

El siglo médico, Madrid, 1925, **72.**, Nr. 3756-3759; 1926, **73.**, Nr. 3760 253

Archivio di Ortopedia, **40.**, Heft 3, **41.**, Heft 1, 2 . . . 253

Revue d'Orthopédie, Paris, **31.**, Heft 6, **32.**, Heft 3-5 254

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie 1925, Nr. 7-9 256

Annales de Maladies Vénériennes 1925, Nr. 12 258

The Journal of Infectious Diseases, **37.**, Nr. 5, 6 . . 259

The American Journal of Hygiene 1926, **1.**, Nr. 1 . . 259

Medical Journal and Record 1925, Nr. 7-10 259

The Boston medical and surgical Journal 1925, Nr. 15 bis 27, 1926, Nr. 1-3 261

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine 1925, **11.**, Nr. 3 263

Amer. Journ. of Diseases of Children, **30.**, Dez. 1925 264

American Journal of Ophthalmology, Januar 1926 . . 264

American Journal of Obstetrics and Gynecology 1925, **10.**, Nr. 4-6 264

Surgery, Gynecology and Obstetrics, **41.**, Nr. 5, 6 . . 266

The Journal of Urology 1925, November 267

The Urologic and Cutaneous Review 1926, Nr. 1 . . 268

California and Western Medicine 1925, **23.**, Nr. 11, 12 269

Aus der russischen Literatur 270

Buchbesprechungen 272

Mitteilungen 274

Kongreßnachrichten 274

Therapeutische Mitteilungen:

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Direktor: Prof. Dr. M. Stickel).

Oberarzt Dr. G. Conrad: Klinische Erfahrungen mit Cardiazol 275

Dr. Alfred Hirsch, Chemiker in der chem.-pharm. Fabrik Dr. R. u. Dr. O. Weil, Frankfurt a. M.: Die Güte des Neosalvarsans und der ausländischen synonymen Präparate 275

Dr. med. H. Kiepke, Leipzig, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten: Der Polymorphismus des Syphiliserregers und die darauf aufgebaute Behandlung der Syphilis und ihrer Folgeerscheinungen 277

Dr. Kühnast, Breslau: Ueber die Behandlung von Grippeerkrankungen mit Arcanol 279

Silicol

Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß

gegen **Lungenkrankheiten,**

antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit

gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**

nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat

Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.

Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen

Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

KÜNSTLICHE
HÖHEN
SONNE
„ORIGINAL HANAU"

Ultraviolett-Bestrahlungen

mit der Quarzlampe

„Künstliche Höhensonne" – Original Hanau

Unsere Fabrikmarke „Original Hanau" verbürgt höchste technische Leistung und sichere therapeutische Erfolge, die durch bis jetzt über 1400 Publikationen und zahlreiche Lehrbücher belegt sind.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Gleichstrom nur G.-M. 165.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Wechselstrom nur G.-M. 385.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Gleichstrom nur G.-M. 190.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Wechselstrom nur G.-M. 410.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bequeme Ratenzahlung nur innerhalb Deutschlands.

Verlangen Sie unseren neuen Hauptprospekt nebst neuen Preisblättern // Bitte nennen Sie Stromart und Spannung.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839.

Die beiden Antineuralgica
auf Grundlage der Salicylsäure

Intern:

Acetylin

(Acetylsalicylsäure „Heyden"-Spezialmarke)

Man achte auf den Aufdruck „Heyden" auf jeder Tablette!

Die Acetylin-Tabletten „Heyden" zeichnen sich durch chemische Reinheit und durch leichtes Zerfallen im Wasser aus.

Glas- und Pappröhrchen mit 20 Tabletten zu 0,5 g.

Für Kassenpraxis besonders geeignete billigste Packung:
Papierröllchen mit 10 Tabletten zu 0,5 g.

Extern:

Salit

(Salicylsäurebornylester)

Bewährtes Einreibemittel bei Rheumatosen und Neuralgien.

Salitum purum in Flaschen zu 25 und 100 g.
Salit mit Oel in Flaschen zu 35 und 70 g.

Salit-Creme in Tuben
Bequemste, sauberste u. billigste Anwendungsform.
Originaltuben von ca. 35 g.
Für die Kassenpraxis geeignet.

HEYDEN

Proben und Literatur für die Herren Ärzte kostenfrei.
Chemische Fabrik von Heyden A.-G.
Radebeul-Dresden.

Levurinose „Blaes"
das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 6
31. MAERZ 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Zur Kritik der Rassenhygiene, insbesondere der eugenetischen Indikationen zu ärztlichen Eingriffen.

Von

Dr. ALBERT NIEDERMEYER, Schönberg (O./L.).

I. Allgemeine Begriffslehre.

Um sich ein kritisches Urteil in der Frage der jetzt so viel erörterten „eugenetischen Indikationen" zu ärztlichen Eingriffen (Schwangerschaftsunterbrechung, Sterilisierung) bilden zu können, ist es zunächst erforderlich, sich mit dem Gedankeninhalt der modernen Rassenhygiene vertraut zu machen; ohne deren Kenntnis wird unser Urteil immer subjektiv und unzulänglich bleiben müssen. Es kommt daher zunächst auf eine klare Entwicklung und Erfassung des Begriffes der Rassenhygiene an.

Sofern wir unter Hygiene im allgemeinen die Wissenschaft verstehen, die sich die Erforschung der Ursachen vermeidbarer Schädigungen der Gesundheit und deren Verhütung zum Ziele setzt, ist die Rassenhygiene zweifellos ein Teilgebiet dieser allgemeinen Hygiene. Wenn wir hingegen nach der Definition Flügges das Hauptaugenmerk auf die gewohnheitsmäßige Umgebung des Menschen und deren Einflüsse auf die Gesundheit richten, so werden wir einen gewissen Gegensatz erkennen: Im einen Falle das Ueberwiegen äußerer (exogener) Faktoren, eben der „Umwelt", des „Milieus", im anderen Falle das Uebergewicht innerer (endogener) Momente, speziell der Vererbung.

Ihrem Objekt nach läßt sich die Hygiene auch nach folgenden Gesichtspunkten einteilen:

I. Hygiene des Individuums, Personalhygiene. Ihr Objekt ist der einzelne Mensch.

II. Hygiene von Personenkreisen. Hierzu gehört die Hygiene gewisser unter gleichen Bedingungen lebender Menschengruppen, z. B. Gewerbehygiene, Schulhygiene usw.

Diese Teilgebiete der Hygiene lassen sich mit Recht zusammenfassen unter dem gemeinsamen Gesichtspunkte der sozialen Bedingtheit zur Sozialhygiene. Ihr Objekt ist die jeweils lebende Generation. Sie ist vorwiegend Milieuhygiene; ihre Anschauungsweise ist eine soziologische; ihre Methoden vorwiegend statistische und gipfeln in der Fürsorgetätigkeit als praktischem Ergebnis; Schutz der sozial Schwachen ist ihr Ziel.

In einem gewissen unverkennbaren Gegensatze hierzu steht die Rassenhygiene.

Ihr Objekt ist die kommende Generation. Sie ist eine „Hygiene der erblichen Veranlagung" (Baur-Fischer-Lenz, II. S. 159); sie beschäftigt sich vorwiegend mit Erbfaktoren, also endogenen Momenten, sucht auch hierin prophylaktisch zu wirken, entsprechend der (l. c., S. 158) gegebenen Definition „Hygiene ist die Lehre von den Bedingungen der Erhaltung des Lebens und der Gesundheit". Ihre Anschauungsweise ist vorwiegend biologisch eingestellt; ihr Ziel ist nicht Schutz der Schwachen, sondern Förderung der Starken, ihre praktische Tätigkeit daher nicht Fürsorge, sondern Auslese.

Ueber den Begriff der Rasse bestehen in wissenschaftlich geschulten Kreisen kaum noch Unklarheiten, dafür desto mehr im Laienpublikum. Es ist vielfach eine gewisse Abneigung und Scheu vor diesem Begriffe festzustellen, gleichsam als würde damit schon von vornherein etwas Bestimmtes präjudiziert. Diese vielfach verbreitete Scheu vor der klaren Erkenntnis des Rassebegriffes ist unberechtigt. — Wissenschaftlich durchaus vollauf begründet ist die scharfe Unterscheidung der Begriffe: Staat, Nation und Rasse.

Staat gilt uns als ein politisch-geographischer Begriff.

Nation als eine kulturelle Einheit, von der übergeordneten etymologischen Einheit der Sprachstämme (z. B. Germanen, Romanen, Slawen) ausgehend.

Rasse als eine biologische Einheit, verbunden durch die Gemeinsamkeit der Erbqualitäten.

In der Wirklichkeit finden wir diese Begriffe meist in der Form verkörpert, daß sie einander nicht über- oder nebengeordnet, also streng geschieden sind, sondern sich zueinander verhalten, wie einander schneidende Kreise.

Demjenigen, der sich über die Rassebestandteile der europäischen Völker unterrichten will, kann nicht angelegentlich genug die Lektüre des Buches von Günther empfohlen werden „Rassenkunde des deutschen Volkes" (auch die verkleinerte Ausgabe „Kleine Rassenkunde Europas", J. F. Lehmanns Verlag, München 1925). Nach dem neuesten Stande der Wissenschaft werden unter den Völkern Europas folgende Rasseelemente unterschieden:

die nordische Rasse,
die dinarische Rasse,
die ostische (alpine) Rasse,
die westische (mediterrane) Rasse,
die ostbaltische Rasse

als Hauptbestandteile; als etwas rätselhaftes, vielleicht der Urrasse nahestehendes Element, die finnisch-ugrische Rasse; endlich finden wir gelegentlich mongolide und negride Einschläge.

Die Juden können als einheitliche Rasse kaum mehr angesehen werden, vielmehr sind zwei deutlich voneinander unterscheidbare Elemente unter ihnen festzustellen: die orientalische Rasse, psychisch hochstehend, und die vorderasiatische Rasse, von händlerischer Veranlagung.

Die körperlichen und seelischen Eigentümlichkeiten dieser verschiedenen Rassen sind bei Günther sehr treffend charakterisiert. — Es sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, daß nicht nur die Rassenkunde, sondern neuerdings auch die Konstitutionsforschung sich auch die Erforschung seelischer Eigentümlichkeiten zum Ziel gesetzt hat, so z. B. Kretschmer in seinem Werke „Körperbau und Charakter“.

Man hat es Günther zum Vorwurfe gemacht, daß er zum Teil zu Werturteilen neigt, und alle Entartung der Völker nur auf das Verschwinden der nordischen Rasse zurückführt; so fördere sein Werk aristokratischen Rassehochmut und Rassenhaß, und sein wissenschaftlicher Wert werde dadurch beeinträchtigt. — Ich habe mich von der Berechtigung dieser Vorwürfe nicht überzeugen können. Sein wissenschaftlicher Wert wird trotz bisweilen vorhandener Neigung zu Werturteilen über jeden Zweifel gestellt werden dürfen.

Einer Erwähnung bedarf noch die Frage, wie sich die Begriffe „Rassehygiene“ und „Eugenik“ zueinander verhalten.

Das Wort Eugenik stammt vom Begründer der modernen Rassenhygiene, von Galton. Nach Ploetz fällt es begrifflich mit „Rassenhygiene“ vollständig zusammen; auch Lenz erklärt beide Begriffe für identisch. Nach anderen Autoren, z. B. Grotjahn, wäre die Eugenik als der engere Begriff anzusehen, etwa im Sinne von „Fortpflanzungshygiene“, der „Lehre vom Wohl-Geborenwerden“ (vgl. Temple: „Gaudeant bene nati“!). — Will man diese Unterscheidung noch schärfer erfassen, so käme man zu folgender Gegenüberstellung: Die Rassenhygiene hat die Rasse in ihrer Gesamtheit zum Objekt, die Eugenik das Individuum als Repräsentanten der Rasse, im Hinblick auf seinen Rassewert.

Wenn Schallmayer die Personalhygiene als „Hygiene des Phänotypus“ der Rassenhygiene als einer „Hygiene des Genotypus“ gegenüberstellt, so könnte man auch hier zu einer gleichen Antithese gelangen und die Eugenik als eine Hygiene des Phänotypus in seiner genotypischen Wertigkeit ansprechen.

Schallmayer macht noch einen Unterschied zwischen Eugenik und Euthenik (εὐθηνεία = blühender Zustand), indem er unter letzterer die Fürsorge für das Gedeihen der jeweils vorhandenen Generationen verstanden wissen will.

Unter den Hilfswissenschaften der Rassenhygiene (RH) bedürfen einer Erwähnung:

Demographie und Statistik,
Anthropologie und Ethnologie,
Allgemeine (und spezielle) Pathologie,
Familienforschung (vgl. Kekulé v. Stradonitz, Crzellitzer).
Soziologie und Kriminologie,
Rechtsphilosophie und Rechtspolitik,
Bevölkerungspolitik und Volkswirtschaftslehre,
Psychologie und Philosophie,
Religionsphilosophie und Ethik,
Geschichte.

Von der Geschichte der RH ist allgemein bekannt die rassenhygienische Bedeutung der Gesetzgebung des Lykurg in Sparta, gewisser Stellen in der Staatslehre (Politie) des Platon und des Aristoteles; daß hingegen der vom Christentum verbreitete Geist der caritas die rassehygienischen Gedanken der antiken Welt überwand und bis in die neueste Zeit hinein beherrschend wurde. — Es wird Aufgabe der modernen RH. sein, zu verhüten, in einen verhängnisvollen Gegensatz zur christlichen Lehre zu geraten.

Jedenfalls sehen wir, daß es kaum ein Gebiet der Natur- und Geisteswissenschaften gibt, aus dem nicht die weitverzweigten Wurzeln der RH. geistige Nahrung zögen.

Bis jetzt ist freilich die wichtigste Hilfswissenschaft die Vererbungslehre. Auf dieser baut sich zum größten Teil das Lehrgebäude der RH. in ihrer gegenwärtigen Gestalt auf und es bedarf daher noch eines kurzen Rückblickes auf diese; auf Einzelheiten kann hierbei verzichtet werden, da die Vererbungswissenschaft in ihren Grundzügen wohl geistiger Besitz fast jedes wissenschaftlich denkenden Arztes sein dürfte; es darf auch auf die sehr eingehenden Werke von Haecker, ferner Schallmayer und Baur, Fischer und Lenz verwiesen werden. Nur soviel von grundsätzlichen Erinnerungen.

Die „Entwicklungslehre“, fälschlich auch „Darwinismus“ i. w. S. genannt (vgl. den monströsen „Dayton-Prozeß“!) wird vertreten durch zwei Hauptrichtungen, deren jede ein anderes Erklärungsprinzip für die Entstehung der Arten heranzieht.

1. Die lamarckistische Richtung; sie vertritt das Prinzip der Anpassung, betont daher exogene Faktoren; was durch Anpassung (ein „fortschrittliches“ Prinzip!) erworben ist, wird durch Vererbung (ein „konservatives“ Prinzip!) festgehalten. Anpassung und Vererbung stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander.
2. Die darwinistische Richtung („Darwinismus“ i. e. S., Selektionslehre) erkennt als artbildendes Prinzip allein die Auslese an. Die Rolle, die der Züchter in der künstlichen Zuchtwahl hinsichtlich der Auswahl spielt, spielt in der natürlichen Zuchtwahl der Kampf ums Dasein. — Es gibt keine Vererbung erworbener Eigenschaften. Was als solche angesehen wird, beruht auf Täuschung. Weismann hat dieses Prinzip streng durchgeführt und gelangt so zur Lehre von der „Kontinuität des Keimplasmas“ und zur strengen Unterscheidung zwischen „Soma“ und „Keimplasma“. Es wird schließlich immer ausschließlicher und einseitiger auf rein endogene Faktoren abgestellt.

Daneben besteht noch die Mutationslehre von de Vries, die von der Tatsache des sprunghaften Auftretens spontaner Variationen ausgeht. Diese werden auch als „Idiovariationen“ den durch „Amphimixis“ erzeugten „Mixovariationen“ und den durch rein somatische Veränderung entstandenen „Paravariationen“ gegenübergestellt.

Von großer Bedeutung für die Vererbungswissenschaft wurden die Mendelschen Vererbungsgesetze (besser „Regeln“ genannt!). Sie gehen aus von Versuchen mit relativ einfachen Testobjekten: Erbse (Pisum sativum), Mais (Zea Mays) u. dgl. So werden die verschiedenen Vererbungstypen, der „Pisum-Typ“, „Zea-Typ“ usw. unterschieden, so gelangen wir zu den bekannten Spaltungsregeln, der Unterscheidung dominanter und rezessiver Merkmale. Die Erscheinungen der latenten Vererbung, des Atavismus u. a. finden durch die Mendelschen Regeln befriedigende Erklärung.

Die Vererbungswissenschaft operiert jetzt mit Vorliebe mit folgenden Grundbegriffen:

„Gene“ als letzte Einheiten und Träger der Vererbung bestimmter Eigenschaften; in gleichem Sinne auch das Wort „Determinanten“.

Gameten: die reifen Geschlechtszellen bzw. deren Kerne.

Zygoten: die aus der Vereinigung der Gameten entstandenen Produkte, die befruchtete Zelle bzw. deren Kern.

Homozygoten: Zygoten aus gleichartigen Gameten (wenigstens hinsichtlich bestimmter Anlagen).

Heterozygoten: sofern die Gameten hinsichtlich der entscheidenden Anlage verschieden sind (Hybride), unter diesen wieder zu unterscheiden:

Monohybride: bei Verschiedenheit der Gameten hinsichtlich eines Merkmales.

Di-, Tri-, Polyhybride: bei Verschiedenartigkeit hinsichtlich zweier, dreier . . . zahlreicher Merkmale.

Auch die Bildung des Geschlechts soll den Spaltungsregeln folgen. Die geschlechtsbestimmenden Faktoren sind genau studiert worden an der amerikanischen Obstfliege Drosophila und unserem Stachelbeerspanner (Abraxas), daher Unterscheidung von einem „Drosophila-Typ“ und einem „Abraxas-Typ“. Je nach dem Vorhandensein oder Fehlen der sogenannten „X-Chromosome“ entsteht eine weibliche oder eine männliche Keimanlage. — Zweifellos mutet vieles von diesen Vorstellungen ein wenig symbolisch an, obgleich sie sich ja in der Tat auf biologische Experimente aufbauen. Wir dürfen aber trotzdem nicht vergessen, daß es sich in vielen dieser Fälle um Deutungen handelt, die auch von ihren Anhängern ein nicht unbeträchtliches Maß von Glauben erfordern. Es ist eben auch auf diesem Gebiete noch nicht alles zur eindeutigen Erkenntnis gediehen. — Immerhin werfen die Forschungen über die X-Chromosome ein bedeutsames Licht auf die Frage: Ist die ursprüngliche Keimanlage zweigeschlechtig? (vgl. Schallmayer, bei Placzek) oder von vornherein eingeschlechtig? (so Baur-Fischer-Lenz, I S. 60). Sellheim hat erst kürzlich sich in einer Arbeit etwa in dem Sinne geäußert: „Nicht, weil in der Anlage ein Ovarium entsteht, wird sie zum weiblichen Individuum, sondern weil sie von vornherein weiblich ist, entsteht in ihr ein Ovarium.“*)

Die noch keineswegs abgeschlossenen Forschungen über die X-Chromosome geben wertvolle Erklärungsprinzipien für die Erscheinungen der „geschlechtsgebundenen Vererbung“. So wird nach einem „gynephoren Typus“, bei dem die Frau bloß als Uebermittler der Erbanlage („Conduktor“) in die Erscheinung tritt, die Hämophilie vererbt (vgl. Ernst Zahn: „Die Frauen von Tannó“).

Wenn wir uns die Frage vorlegen, inwieweit die Anwendung der Mendelschen Vererbungsregeln auf den Menschen möglich ist, so müssen wir ohne weiteres zugeben, daß der Mensch im Ganzen der Natur keine Ausnahme macht und im Wesentlichen für ihn die gleichen Gesetze gelten, wie für die übrigen Lebewesen. In der Tat hat man von zahlreichen Krankheitsanlagen festzustellen vermocht, daß sie sich nach den Mendelschen Regeln vererben. Auch die ungünstige Wirkung der Inzucht wird uns verständlich: Nicht nur als Wirkung des bloßen „Ahnenverlustes“, sondern besonders durch die „kumulierende Wirkung“ rezessiver Merkmale, sofern es sich um „Minusvarianten“ handelt.

Nun tritt an uns eine der wichtigsten Fragen der Rassenhygiene heran: Gibt es unbedingt vererbbare Krankheiten und Anlagen? Erfahrungsgemäß darf für viele solche ein außerordentlich hoher Grad von Wahrscheinlichkeit der Vererbung festgestellt werden.

Für das grundsätzliche Verständnis wichtig ist hier die Frage, was man unter Krankheit zu verstehen habe. Die Definition als des „Zustandes eines Organismus an den Grenzen seiner Anpassungsfähigkeit“ (vgl. Lenz, II. S. 156) scheint mir den Begriffsinhalt der Krankheit nicht auszuschöpfen. Krankheit als „Abweichung von der Norm“ zu definieren, stößt auf die Schwierigkeit, der Abgrenzung des Begriffes „normal“. Mit Recht wendet sich Lenz dagegen, etwa „Mittelmäßigkeit zur Norm zu erheben“ (eod., S. 158). — Ich weiß, daß alle Definition hier nur Umschreibung sein kann, auch wenn ich versuchen möchte, für unsere Zwecke die Definition anzunehmen, daß Krankheit die Störung des anatomischen und funktionellen Gleichgewichtes des Organismus bedeutet.

Klarer wird der Begriff der „erblichen Krankheit“ herausgearbeitet (Lenz, S. 160): als solcher, bei deren Zustandekommen erbliche Anlagen die entscheidende Rolle spielen.

Zahlreich sind die Beispiele aus der speziellen Pathologie für erbliche Krankheiten, von denen ich folgende erwähnen will:

Augenleiden: Myopie, Astigmatismus, Albinismus, Strabismus, Megalocornea, Hydrophthalmus, Keratokonus, Mikrophthalmie, Anophthalmie, Kolobombildung, Hemeralopie, Retinitis pigmentosa, Netzhautablösung, idiotypische Neuritis, Glaukom, Schichtstar, endlich Rotgrünblindheit als geschlechtsgebunden = rezessiv vererbbares Leiden[1]).

Ohrenleiden: Otosklerose, Taubstummheit.

Hautleiden: Naevi, Angiome, Neurofibromatose (Recklinghausensche Krankheit), Xeroderma pigmentosum (sehr bösartig!), symmetrische Gangrän (Raynaudsche Krankheit), Epidermolysis bullosa, Ekzem, Psoriasis, Ichthyosis, Onychogryphosis.

Mißbildungen: Polydaktylie, Syndaktylie, Luxatio coxae congenita, Hypospadie, Epispadie, Hasenscharte, Wolfsrachen, Mikrokephalie, Mehrlingsgeburt (atavistische Mißbildung der Eianlage?).

---

*) Im Gegensatz zur früher herrschenden Lehre der Zellularpathologie: „Propter solum ovarium mulier id est, quod est.“

[1]) Es hat kürzlich Ungnad in einem Aufsatze „Erblichheitslehre und Familienrecht“ (Schles. Aerzte-Korr. 1924, Nr. 6) darauf hingewiesen, daß die Kenntnis des Erbganges dieser Krankheit uns zu dem Schlusse zwinge, daß, wenn in einer Familie, in der der Vater nicht rotgrünblind ist, eine rotgrünblinde Tochter geboren wird, Ehebruch der Frau mit einem rotgrünblinden Manne vorliegen müsse; daraus zieht U. die entsprechenden rechtlichen Konsequenzen. — Die Forschungsergebnisse Fetschers sollen hier in keiner Weise angezweifelt werden; ich halte es aber nicht für angängig, aus ihnen so schwerwiegende juristische Konsequenzen zu ziehen, wie Ungnad es tut, ehe der Beweis nicht dahin erbracht ist: nicht nur, daß erfahrungsgemäß das Auftreten von Rotgrünblindheit bei einer Tochter auf die Rotgrünblindheit ihres Vaters zurückzuführen ist, sondern auch, daß sie auf keine andere Weise zustande kommen kann! Es müßte also auch zuvor vollkommen ausgeschlossen sein, daß sie als „Mutation“, als selbständige „Idiovariation“ entstehen kann. Dafür aber fehlt wohl doch noch der völlige Beweis, und somit halte ich gerade für diese hochbedeutsame Rechtsfrage unsere Kenntnis der Entstehung noch nicht für derartig gesichert, daß der Richter daraufhin sein Urteil aufbauen dürfte, ohne vor seinem Gewissen sich eines leichtfertigen Fehlurteils bezichtigen zu müssen.

Konstitutionsanomalien und Diathesen: Exsudative Diathese (? Vf.), Lymphatismus, Rachitis, Spasmophilie, Asthenie, Infantilismus, Nanosomie, Chondrodystrophie, Linkshändigkeit, Situs inversus, Struma und sonstige endokrine Störungen, Arteriosklerose, Hämophilie, Osteopsathyrosis. Stoffwechselstörungen: Gicht, Diabetes, Alkaptonurie (häufig antezipierende Vererbung!), Adipositas, Mongolismus, Tay-Sachssche familiäre amaurotische Idiotie (nur bei jüdischen Kindern!), Gallensteinleiden, Emphysem, Asthma, Ozaena, Heuschnupfen, herabgesetzter Widerstand gegen Infekte, Karzinom und andere Tumoren.

Nervenleiden: Muskeldystrophie, progressive Muskelatrophie, spastische Spinallähmung, cerebellare Ataxie, Paralysis agitans, Myotonie (Thomsensche Krankheit), Chorea Huntingtoni, Enuresis.

Geisteskrankheiten: Idiotie, Schizophrenie, manisch-depressive Seelenstörungen, paranoide Seelenstörungen, amaurotische Idiotie, s. o. Hysterie, Epilepsie (sofern sie Psychosen begründen) u. a. m.

Bekannt sind die Beispiele für die Vererblichkeit außergewöhnlicher Begabungen („Plusvarianten"), so die Musikerfamilie Bach, die Mathematikerfamilie Bernouilli u. a. m.; nicht minder bekannt sind die Beispiele für die Erblichkeit asozialer und verbrecherischer Anlagen („Minusvarianten"), so die Nachkommenschaft der Ada Jukes, der Familien Kallikak, Zero und anderer bekannter Landstreicher- und Verbrecher-„Dynastien".

Nicht ohne Bedeutung ist für uns die Frage, inwiefern exogenen Schädigungen rassehygienische Bedeutung zukommt. Bekannt ist die Lehre Forels von der Keimplasmaschädigung („Blastophthorie") durch Alkohol und Geschlechtskrankheiten; bedeutungsvoll sind die Schädigungen speziell der Keimdrüsen durch Nikotin, insbesondere bei der Frau (vgl. Hofstätter „Die rauchende Frau", Wien 1924). — Endlich neben den Geschlechtskrankheiten auch die durch Abtreibung und deren Folgen hervorgerufenen Frauenleiden. — Da es exogene Schädigungen sind, gehört ihre Betrachtung eigentlich nicht in das Gebiet der Vererbungshygiene. Trotzdem haben sie für die Gesundheit und den rassischen Wert größte Bedeutung. Es frägt sich nur, wie diese Bedeutung bewertet wird. Nicht ohne Erstaunen vermögen wir nun zu hören, daß es gewisse extreme Kreise von Rassehygienikern gibt, die diese Schädigungen als „Selektionsmittel" von höchstem Wert einschätzen insofern, als durch sie alles Minderwertige und Untüchtige ausgemerzt wird. So schreibt Stokkard kürzlich im Amer. Journ. of the Medic. sciences 1924, April, über den Alkohol „als Förderer des Rassewertes" (Ref. Ztrbl. f. Gyn. 1925, Nr. 46). — Es ist dies die gleiche Auffassung, wie sie Tille vertritt, wenn er in den Quartieren des Elends von Ost-London („the darkest England") die „Nationalheilanstalt" von England erblickt, in der alle brüchigen Existenzen dem Untergange verfallen. Es ist das der Standpunkt der Nietzscheschen Moral: „Was fällt, das soll man noch stoßen." „Was mich nicht umbringt, das macht mich stark!"

Wovor nun unbedingt gewarnt werden muß, das ist die Verallgemeinerung dieses gelegentlich sicher hin und wieder berechtigten Standpunktes. Wir müßten sonst in allen hygienischen Maßnahmen, auch in der Seuchenbekämpfung, rassenhygienisch verderbliche Handlungen erblicken!

II. Ziele und Wege der Rassenhygiene.

Nachdem wir so die grundlegenden Begriffe der RH. entwickelt haben, beschäftigen uns nunmehr die Fragen: Ist Rassehygiene (auch „Rassedienst" genannt, siehe Schallmayer) notwendig? Was erstrebt die RH., und mit welchen Mitteln sucht sie ihr Ziel zu erreichen?

Das Hauptziel: Erhaltung und Hochhaltung der Rasse, Schutz vor Entartung und Niedergang anzustreben, werden wir wohl für unbedingt notwendig ansehen müssen und damit die grundsätzliche Wichtigkeit und Notwendigkeit der RH. anerkennen. — Inwieweit ist dieser Gedanke nun durchführbar? — Es entsteht hier die Frage: Ist bei Völkern und Rassen Altern und Tod ebenso unvermeidlich wie beim Einzelmenschen? Die Personalhygiene lehrt uns, daß letzten Endes Altern und Tod zwar unvermeidlich sind, vermeidbar aber die vorzeitig die Lebenskraft erschöpfenden Schädigungen. — Noch weiter erstreckbar ist offenbar die Lebensenergie von Völkern und Rassen. Das Beispiel der Chinesen und Juden beweist dies am deutlichsten, wie selbst unter ungünstigsten Bedingungen — einerseits enorme Uebervölkerung, andererseits Verlust des staatlichen Zusammenhaltes! — auf der einen Seite höchste Anspruchslosigkeit, auf der anderen engstes Zusammengehörigkeitsgefühl es vermocht haben, Rassen in zäher Selbstbehauptung durch die Jahrtausende zu konservieren — ohne merkliche Abnahme an Lebenskraft! Dieses Ziel, die Rasse zu erhalten, sucht die RH. zu erreichen einmal auf positivem Wege: durch Förderung der „Plusvarianten", der rassisch wertvollen Elemente, durch Schaffung günstigster Bedingungen für ihre Fortpflanzung, zum anderen auf negativem Wege: durch Fernhalten von Schädlichkeiten, Ausmerzung der Minusvarianten oder wenigstens Fernhalten derselben von der Fortpflanzung, insbesondere der Minderwertigen und Verbrecher. Ferner durch Fruchtbarkeitsbeschränkung im Sinne einer Qualitätsauslese.

Als Mittel zur Erreichung dieser Zwecke fordert die RH.:

1. Staatliche Unterstützungen der zur Nachzucht wertvollen Rassebestandteile. Sozialhygienische Unterstützungsgesetze, die allen gleichmäßig zugute kommen, werden hingegen schroff abgelehnt. Siemens erblickt in einer solchen Gesetzgebung zur Bekämpfung des Geburtenrückganges die „Erhebung der Kontraselektion zum staatlichen Prinzip!" (Vgl. Lit. Nr. 62.)
2. Rechtsreformen sind anzustreben, insbesondere auf dem Gebiete des Familien- und Erbrechtes. So kann ja z. B. in der Tat das Erbrecht gewisse kontraselektorische Wirkungen haben, indem es gelegentlich dem Mindertüchtigen bessere Bedingungen zum Fortkommen gewährt. Doch darf dies nicht überschätzt werden. Das Erbrecht gehört nun einmal mit zu den Banden der Familie und vermag den Erwerbssinn des Menschen, der — sofern er sich in gutem Sinne betätigt — als kultur- und wertschaffender Faktor nicht unterschätzt werden darf, in edlerer Richtung anzuregen. Es ist gewiß keines der unedelsten Motive unseres Schaffens, wenn wir wünschen, es möchte unseren Kindern einst besser gehen als uns; auch liegt hierin einer der stärksten Antriebe sozialen Aufstieges, der Erneuerung absterbender Kulturschichten — kurz ein gewaltiger Anreiz des individuellen und sozialen Schaffenstriebes!

Eine andere, zum Schlagwort entartete Forderung ist die der „Reform der Familien- und

Sexualordnung". Ausgehend von der Tatsache, daß die schier grenzenlose Zeugungskraft des Mannes in der Einehe nicht genügend ausgenutzt wird, was durch den Frauenüberschuß noch empfindlicher in die Erscheinung tritt, fordern gewisse Kreise (v. Ehrenfels, Hentschel) die Abschaffung der Monogamie und Zulassung der Mehrehe für die Tüchtigen; der von Hentschel („Varuna") begründete Midgardbund sucht, auf diesen Gedanken fußend, „Zuchtsiedelungen" zu schaffen, in denen systematische Menschenzucht betrieben werden soll. — Daß auch gewisse Gedanken der Bodenreform in den Dienst dieser Ideen gestellt werden, sei nur nebenbei erwähnt.

3. Interessant ist die Stellung der RH. zu Sport und Leibesübungen. Man sollte glauben, daß der Gedanke der „Ertüchtigung der Nation" allen Rassenhygienikern höchst willkommen sein müßte. Doch ist dies durchaus nicht durchgängig der Fall. Vielmehr wird manchmal der Wert der Leibesübungen entsprechend der einseitigen Betonung der Erbanlagen gering eingeschätzt (es wird an Stelle allgemeiner Leibesübungen eine Erziehung zum Rassedienst gefordert). Mit Recht kämpft gegen diese Auffassung Kaup in seiner Schrift: „Volkshygiene oder selektive Rassenhygiene?" — Wir werden wohl nicht umhin können, die Förderung der Leibesübungen als eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Zeit anzusehen!

Unbedingt übereinstimmen werden wir hingegen mit der Forderung nach Einschränkung, womöglich voller Beseitigung der Frauenerwerbsarbeit (vgl. Lit. Nr. 31a). Ich glaube, man wird nicht fehlgehen, wenn man in dieser eine der verderblichsten Erscheinungen der Gegenwart erblickt. Es muß sich alles Interesse darauf konzentrieren, die außerhäusliche Arbeit der Frau zu bekämpfen und die Frau ihrer natürlichen Bestimmung wieder zurückzugeben. Daß hierbei mit starken Widerständen gerade von seiten vieler Frauen zu rechnen sein wird, denen die fragwürdigen Errungenschaften der Frauenemanzipation höher stehen als das Wohl der Rasse, muß leider als sicher gelten. Gewiß läßt sich das Rad der Zeit nicht rückwärts drehen, wie Hirsch gegenüber Bornträger argumentiert, aber deswegen müssen doch Irrwege als solche erkannt werden!

Weitere Mittel der RH. sind:

4. Einführung eines Ehezeugnisses und Einrichtung pflichtmäßiger rassen-hygienischer Eheberatung (vgl. hierüber Hirsch „Das ärztliche Heiratszeugnis, Lit. Nr. 31b). — Von Eheverboten dürfte kaum ein Erfolg zu erwarten sein, da sich der außereheliche Verkehr nicht überwachen läßt.

5. Gemeinsam mit der Sozialhygiene werden folgende Forderungen zur Beseitigung exogener Schädlichkeiten erhoben (jedoch nicht von allen Rassehygienikern geteilt!): Bekämpfung des Alkoholismus, der Geschlechtskrankheiten, der Schundliteratur, des Schmutzes im Theater und Kino, des Kokainmißbrauches, sexueller Perversitäten usw.

   Eine Aufhebung der Bestrafung letzterer wäre eine vom rassehygienischen Standpunkt geradezu verderbliche Maßnahme und nicht zu verantworten!

6. Weiters die Zwangsasylierung asozialer und minderwertiger Elemente.

7. Als letztes und schärfstes Mittel: Der neuerdings erst wieder von Boeters aufgegriffene Vorschlag der Sterilisierung Minderwertiger, desgleichen auch die Unterbrechung der Schwangerschaft aus eugenetischer Indikation.

   Gerade im Hinblick auf die so brennend gewordene Frage dieser ärztlichen Eingriffe müssen wir uns besonders eingehend mit dem ganzen Problem der Rassehygiene beschäftigen, um zu einer eigenen Urteilsbildung in dieser schwierigen Frage befähigt zu sein. — Ich will hier nicht das bei früheren Gelegenheiten Gesagte wiederholen (Lit. Nr. 46—52), vielmehr stelle ich anheim, speziell über die rechtliche Seite dieser Fragen dort nachzulesen; ist doch der wichtigste Kronzeuge der von mir vertretenen Auffassung kein anderer als Schallmayer selbst, der S. 425 schreibt:

   > „Solange die Abstammung der meisten Personen so wenig bekannt ist wie gegenwärtig, könnten auch weitgehende Sterilisierungsmaßnahmen nur in sehr bescheidenem Umfange rassehygienischen Erfolg haben . . . . Aber auch davon abgesehen, werden rassehygienische Sterilisierungsgesetze niemals die wichtigste Angelegenheit der Rassehygiene bilden."

   Weiteres hierüber im III. Abschnitt dieser Arbeit.

8. Endlich für gewisse Fälle als äußerstes Auskunftsmittel die „Vernichtung lebensunwerten Lebens" (vgl. hierüber die Schrift von Binding und Hoche). Auch dieses Problem ist natürlich noch höchst umstritten und noch lange nicht spruchreif. — Mir schwebt hier in der Erinnerung ein kleines, sehr lesenswertes Schriftchen von Frau Dr. Imboden-Kaiser, St. Gallen, vor: „Wir sind nicht Herr über Leben und Tod!" Das Schriftchen ist nicht eine hochgelehrte Abhandlung, läßt auch erfreulicherweise jede Frömmelei vermissen, ist aber dafür aus einem warmfühlenden Frauenherzen von echter Religiosität geschrieben. Ich kann seinen Standpunkt nur durchaus teilen.

III. Kritik der Rassenhygiene.

Wenn ich es nun unternehme, auf Grund des Vorstehenden ein kritisches Urteil abzugeben, so bin ich mir dessen wohl bewußt, daß es Anspruch auf Allgemeingültigkeit nicht erheben darf. Vielmehr können wir hier von gewissen subjektiven Bedingtheiten, von unserer persönlichen weltanschaulichen Einstellung nie ganz loskommen. Unter diesem Vorbehalt, daß mein kritisches Urteil nichts weiter geben kann, als die nach redlichem Streben gewonnene persönliche Ueberzeugung, möchte ich dieses wie folgt gestalten:

Wir haben es bei der Rassenhygiene mit einer jungen, aufstrebenden und verheißungsvoll sich entwickelnden Wissenschaft zu tun. Ihre Voraussetzungen, die Ergebnisse der Erblichkeitslehre, sind zwar bis zu einem gewissen erfreulichen Grade wissenschaftlicher Genauigkeit durchgearbeitet, jedoch noch nicht zu der absolut sicheren Exaktheit gediehen, wie wir sie nötig brauchen, um alle aus ihnen abgeleiteten Folgerungen zu stützen. Es ist eben doch ein Unterschied zwischen biologischer Forschung und den sogenannten „exakten Naturwissenschaften"!

So sehen wir, daß die Ergebnisse dieser jungen Wissenschaft zum Teil noch heftig umstritten sind und dieser Streit wird voraussichtlich noch lange die Gemüter beschäftigen. Eines aber darf man jetzt schon sagen: Wenn wir auch nicht alles gutheißen können, was an radikalen Forderungen erhoben wird, so sind es doch äußerst sympathische, hohe Ziele, die die Rassenhygiene sich setzt und ideale Forderungen, die sie aufstellt. Inwieweit sie sich verwirklichen lassen werden, muß die Zukunft lehren. Vorbeigehen kann man aber nicht mehr an den Gedankengängen der RH. und sie womöglich als quantité négligeable abtun. Von der Notwendigkeit eines systematischen Rassedienstes überzeugt, müssen wir uns lediglich hüten vor Kritiklosigkeit und Einseitigkeit, vor den Uebertreibungen, die den gesunden Kern der Lehre diskreditieren. Als krasse Uebertreibung wird uns z. B. die Forderung erscheinen, Männer mit Leistenbrüchen von der Fortpflanzung auszuschließen, weil ihre Anlage sich vererben könnte! (Diese Forderung wurde allen Ernstes erhoben!) Wir müssen fragen: Ist es denn richtig, so einseitig auf ein rein körperliches Merkmal abzustellen?

Damit kommen wir zu einem der für mich subjektiv schwerwiegendsten Einwände gegen die RH. in ihrer heutigen Form: die vorwiegend materialistische Einstellung. Es erscheint so oft der körperliche Wert in den Vordergrund geschoben, der geistige vernachlässigt. Und so wahr auch der Römerspruch stets bleiben wird: „mens sana in corpore sano"!, so behält doch auch, wenigstens für gewisse Fälle, das Wort Schillers seine Geltung: „Es ist der Geist, der sich den Körper baut!" Die hier getadelte materialistische Einstellung äußert sich auch bei der Frage der Gattenwahl. Die „Liebe" als Ehemotiv wird als Ausfluß verwerflicher individualistischer Gesinnung abgelehnt; nur die körperliche Tauglichkeit zur Zucht hätte ausschlaggebenden Wert für die Rasse! Gewiß ist insofern etwas Wahres daran, als bisweilen „Liebe" zu den rassehygienisch denkbar ungünstigsten Verbindungen Anlaß gibt, die von wenig Verantwortungsgefühl gegenüber der Nachkommenschaft zeugen; obendrein pflegen diese Verbindungen sehr häufig höchst unglücklich zu werden, oft gibt da in der Tat die rein zuchtmäßige Abschätzung der Frau hinsichtlich ihrer Mutterqualitäten das bessere und tragfähigere, weil gesündere Fundament. — Wie aber vermögen wir auch nur daran zu denken, die Liebe als Motiv der Gattenwahl auszuschalten und allgemein durch diese zuchtmäßige Abschätzung zu ersetzen? — Hier handelt es sich doch wohl um die gleiche Unterschätzung seelischer Imponderabilien, wie bei der Frage der Einehe! — Ich kann es mir an dieser Stelle nicht versagen, auf eine sehr beachtliche Schrift von Med.-Rat Meyer hinzuweisen: „Die Vernachlässigung der Seelenpflege in der Gegenwart" (Verlag Goerlich, Breslau 1924). Diese Schrift hat leider viel zu wenig Verbreitung gefunden.

Bezeichnend für die materialistische Tendenz ist es, wenn Baur (B.-F.-L., I. S. 39) schreibt, man könne mit einer genügend analysierten Spezies, ähnlich wie der Chemiker, synthetisch und zielbewußt bestimmte gewünschte Eigenschaftskombinationen, d. h. bestimmte neue Rassen herstellen. Nicht die Tatsache ist es, wogegen sich hier die Kritik richtet, sondern die Vergleichung des trotz Tatsachenmaterials noch nicht hinlänglich geklärten biologischen Vorganges mit einem chemischen! — Sofern etwa aus solcher Anschauung kühne Schlüsse auf die Zukunft des Menschen gezogen werden, müssen wir uns an den Homunculus-Traum der alten Chymisten erinnert fühlen. Nun muß freilich selbst der kühnste Traum sich wohl so lange gedulden, bis nach Baurs eigenen Worten die Spezies Mensch genügend analysiert ist. Da dürfte es noch einen weiten Weg bis dahin haben, ehe die Wissenschaft die vollständige Analyse des unendlich differenzierten Menschen vollendet haben wird!

Ich möchte hier daran erinnern, daß O. Hertwig den „Ultra-Darwinianern" den Vorwurf macht, das Gesetz der Arbeitsteilung und Differenzierung nicht genügend zu berücksichtigen; ein Problem, das uns zu den schwierigsten Lebensproblemen, der Frage: „Individualismus oder Kollektivismus?" führt. Die Antithese dieser Begriffe ist eben falsch. Nie wird sich das eine oder das andere Prinzip restlos durchsetzen können, ohne alles Leben zu erdrücken oder alle Gemeinschaftsform zu sprengen. Ein stetiges, immer nach neuem Ausgleich strebendes Ringen dieser Prinzipien zieht sich durch die Weltgeschichte. Auch alle Rechtsordnung dient diesem Ausgleich. — Es ist ein Kampf, fast so gewaltig, wie der ewige Kampf des Guten gegen das Böse — ein Kampf, der das Leben der Menschheit beherrscht und in Wahrheit „König und Vater aller Dinge" (Herakleitos) zu heißen verdient.

Wir verwerfen auf der einen Seite die platte, den biologischen Tatsachen nicht Rechnung tragende reine Milieulehre des Sozialismus, nach der der Mensch nur das Produkt der ihn umgebenden Verhältnisse ist.

Wir können aber auch die reine Vererbungstheorie der RH., wenigstens in ihrer jetzigen Form, nicht annehmen, nach der der Mensch lediglich determiniert wäre durch Erbdeterminanten. Diese Lehre führt ebenfalls zu unhaltbaren Konsequenzen. Wir müssen beiden Faktoren ihr Recht werden lassen. Die Wahrheit liegt in der Mitte, einseitige Betonung nur eines Prinzipes führt zu dessen Ausartung, einer wahren „παρέκβασις" im Sinne des Aristoteles. — Daß das Milieu bisweilen bedeutenden Einfluß haben kann, erleben wir ja tagtäglich. Die einfachste Pflanze lehrt es uns, je nachdem ihr Same auf fruchtbare Erde oder auf Stein fällt: der Ort, wo sie Wurzel geschlagen hat, kann über ihr Schicksal entscheiden! (Die Erbqualitäten werden natürlich bei diesem Beispiel nicht berücksichtigt, dessen Zweck es nur ist, darzutun, daß nicht nur die Vererbung über die Lebensschicksale entscheidet.)

Daneben werden wir uns für den Menschen fragen müssen: Inwieweit vermag der Wille und die sittliche Kraft auf seine Eigenschaften einzuwirken? Ohne ins Gebiet philosophischer Spekulationen uns verirren zu wollen, wird doch wohl zugegeben werden müssen, daß der Streit zwischen der Lehre von der Willensfreiheit und dem Determinismus noch lange nicht damit geendet hat, daß die Willensfreiheitlehre erledigt ist. Noch ist die Philosophie in dieser Beziehung über Kants Kritik nicht hinausgelangt. Wer in der Willensfreiheit ein „Postulat der praktischen Vernunft" erblickt, der darf nicht als unwissenschaftlicher Geist angesehen werden. Ihm aber wird dann vieles unannehmbar erscheinen, was sich als angeblich zwingender Schluß aus den Lehren der Vererbungstheorie ausgibt. — Mit dieser letzteren nun steht und fällt die ganze praktische RH. in ihrer jetzigen Form, insbesondere in ihrem Züchtungsprogramm. „Auslese, Ausmerzung" und wie die Schlagworte heißen, werden sich als geeignete Prinzipien in der Zucht von Tieren stets durchaus bewähren. Vergessen wir aber nicht, daß, wie O. Hertwig so wahr sagt, auf die Vielgestaltigkeit des menschlichen Lebens sich keine Marstallprinzipien anwenden lassen.

Ein Punkt von höchst entscheidender Bedeutung ist ferner der: Wie steht es mit der Prognosestellung bei der Vererbung?

Der Erbgang ist verhältnismäßig einfach und leicht zu berechnen, wo es sich um relativ einfache und wenige Merkmale handelt, die zu berücksichtigen sind, so also bei den Mendelschen Versuchen mit Erbsen und Maispflanzen. Immer komplizierter und unberechenbarer gestaltet er sich hingegen bei zunehmender Zahl gleichzeitig zu berücksichtigender Eigenschaften; nach der Kombinationslehre wächst die Zahl der denkbaren und möglichen Gene-Kombination ins Ungemessene mit zunehmender Heterozygotie und Polyhybridisation.

Eine Prognosestellung ist daher beim Menschen nicht so einfach wie bei den Testobjekten Mendels. Mit Recht sagt daher Martius (bei Placzek S. 96):

„Man male sich das Bild aus, wenn ein Kollegium von Aerzten im Vertrauen auf das Correnssche Erbsenhoroskop . . . ein keimendes Leben zum Tode verurteilt, die Ausführung des Todesurteils dann aus irgendeinem Grunde unterbleibt, und dann ein gesundes Kind zur Welt kommt!"

In ähnlichem Sinne äußert sich auch Schallmayer S. 425 und bei Placzek S. 41—43, auch zit. vom Verfasser, Lit.-Nr. 46.

Von allen denkbaren Kombinationen der Erbeinheiten werden bei jeder Paarung nur wenige verwirklicht, daher ist es sicher, daß der zu erwartende Nachkomme von der fraglichen Eigenschaft freibleiben kann. Damit aber fallen die Forderungen nach eugenetischer Keimvernichtung und Unfruchtbarmachung eigentlich schon in sich zusammen, denn solange keine absolut sichere Prognosenstellung möglich ist, kann die Verantwortung für derartig weittragende Gesetze, wie sie angestrebt werden, nicht übernommen werden.

Nicht ohne gewisse Bedenken werden wir auch die rein selektionistische Einstellung hinnehmen können, die geradezu dogmatisch leugnet, daß noch andere Faktoren als Auslese und Vererbung bestimmend wirken. Demgemäß wird auch als fast alleinige Ursache der Entartung „Kontraselektion" angesehen. Wenn man aber auch nur die Möglichkeit andeutet, daß neben diesen Faktoren auch noch andere im Spiele sein könnten, wird man als „naiver Lamarckist" angesehen; so z. B. Kammerer, der sich bemüht, Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften zu beweisen und damit das Anpassungsprinzip zu retten. Ich enthalte mich ausdrücklich einer persönlichen Stellungnahme zu letzterer Frage, da bei ihrer Schwierigkeit nur der Fachmann dieses Sondergebietes berufen sein kann, sich dazu zu äußern; ich kann es bloß nicht einsehen, warum gerade auf diesem Gebiet der Kampf der Geister so heftig und leidenschaftlich geführt wird: Dem, der sich mit der Erklärung der Tatsachen bloß durch Auslese und Vererbung nicht zufrieden gibt, wird geradezu Feigheit vorgeworfen, als habe er nicht den Mut, der nackten, unerbittlichen Wahrheit ins Gesicht zu sehen.

Zu bedenklichen Konsequenzen führt diese Lehre von der ausschließlichen Erbdetermination auf fast allen Gebieten des Lebens; sie können hier nur andeutungsweise erwähnt werden. So z. B. äußert hinsichtlich des Wertes der Heilkunde Schallmayer S. 151, sie nütze wohl dem Individuum, aber auf Kosten der Rasse. Das gleiche gilt bezüglich aller Hygiene. Hiergegen hat sich mit Recht v. Gruber gewandt in einer Schrift: „Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse?" — Erst kürzlich hat, wie schon erwähnt, Stockard im Alkohol den Förderer des Rassewertes sehen wollen, da dieser die schwächlichen Individuen fortrafft. So wird unter solchen Gesichtspunkten alles als kontraselektorisch angesehen, was an erhaltenden Maßnahmen getroffen wird: alle soziale Fürsorge, Bekämpfung von Seuchen und der Kindersterblichkeit, die Irrenpflege, auch unser Gefängniswesen und die Strafrechtspflege. In vielen dieser Ansichten ist ein großer Teil Wahrheit; leider aber so viel Uebertreibung! Solche ist es doch auch, wenn selbst die moderne Geburtshilfe angeschuldigt wird, den Frauen mit engen Becken die Fortpflanzung und damit die Vererbung dieser fatalen Eigenschaft zu ermöglichen! — Der Krieg wirkt kontraselektorisch, indem er die Tüchtigsten hinwegrafft, die Schwächlinge und Feiglinge konserviert. Daß auch daran viel Wahres ist, hat uns der letzte Krieg gelehrt mit seiner Konservierung von Drückebergern und Deserteuren! Ich glaube übrigens kaum, daß ein ernsthafter Rassehygieniker deswegen Kriegsgegner sein kann, denn Zweck der RH. kann ja nur die Erhaltung und Behauptung der Rasse sein, und dieser dient eben die Wehrhaftigkeit, und wenn es nicht anders geht der Krieg!

Daß alle christliche Liebestätigkeit, die gesamte Caritas, als kontraselektorisch wirkend angesehen wird ergibt sich aus den geschilderten Gedankengängen von selbst.

Und so führt diese Kontraselektionsphobie zu einem wahren Nihilismus, der dem wahren gesunden Kern der RH., wie wir sie brauchen, völlig zuwider läuft. — Nihilismus ist das Ende der Auffassung, daß die Vererbung ein völlig unentrinnbares Fatum darstellt, gegen das doch jede Willensstärke machtlos ist. Nihilismus ist es, wenn z. B. hinsichtlich der Erziehung gesagt wird, die könne nur täuschen, niemals bessern! Und doch müssen wir gerade bei verständiger Würdigung der Lehren der Vererbungswissenschaft den Wert der Erziehung hoch veranschlagen. Freilich mag es schon richtig sein, daß die Erziehung nichts aus dem Menschen herausholt, was nicht schon in ihm steckt; aber es stecken eben in jedem Menschen die verschiedenartigsten Anlagen nebeneinander. Aufgabe der Erziehung wird es daher sein, die guten Anlagen zur Entfaltung zu bringen, die schädlichen niederzuhalten. Oder behauptet etwa ein Mensch von sich, in ihm steckten nur gute Anlagen, in dem anderen nur minderwertige Anlagen?

Nihilismus begegnet uns auch in der verwandten kriminal-anthropologischen Schule Lombrosos mit ihrer Lehre vom geborenen Verbrecher („il delinquente nato"). Ihr Gegenpol, die soziologische Schule, betont hingegen wieder zu einseitig die Einwirkung des Milieus. Beiden gemeinsam ist bloß die streng deterministische Weltanschauung. Bleibt hier kein Plätzchen mehr übrig für einen Rest von Willensfreiheit? (Vgl. hierüber die tiefphilosophische Schrift von Gretener „Die neuen Horizonte im Strafrecht".)

Ein gewisser therapeutischer Nihilismus ist es auch, zu dem in der Medizin die einseitige Uebertreibung der Konstitutionslehre führt.

Ganz anders aber sind die Ergebnisse, zu denen wir gelangen bei kritischer Würdigung der Ergebnisse der Vererbungsforschung. Wir sehen, daß jeder Mensch, auch der mit der vortrefflichsten Aszendenz, nicht nur Plusdeterminanten erbt — denn sonst wäre die Entartung solcher Stämme schwer zu erklären — und selbst der schwerst Belastete nicht nur Minusdeterminanten. Er ist eben ein unendlich mannigfaltiges Gemisch der allerverschiedenartigsten Anlagen, die z. T. in ihm schlummern, ohne daß er sich ihrer bewußt wird. Vielleicht liegt hier ein Teil jener Eigenschaften begründet, die die moderne Psychoanalyse, soweit sie ernste

Wissenschaft und nicht Ausartung ist, zu ergründen gesucht hat: Das Unbewußte, die Erscheinungen der „Verdrängung“, des „Abreagierens“ und der psychoanalytischen „Katharsis“.

Dieser unermeßliche Reichtum an Qualitäten erklärt es uns auch, daß es nicht nur eine Degeneration gibt — gottlob, denn sonst müßte die Menschheit schon restlos entartet sein! —, sondern auch eine Regeneration. Diese einander stets aufs Neue paralysierenden Vorgänge sind ein Teil jener großen, wunderbaren selbsttätigen Regulatoren, mit denen die Natur arbeitet. Daher wird so häufig das Eingreifen des Menschen in die Natur nur geeignet sein, Schaden anstatt Nutzen zu stiften, weil er diese Regulatoren außer acht läßt; nur dort, wo er die Vorgänge völlig klar überschaut, wird sein Eingreifen in die Natur relativ unschädlich bleiben. Im anderen Falle muß er sich davor hüten, Vorsehung zu spielen.

Unser Wissen ist Stückwerk; diese bescheidene Erkenntnis hat uns vor Uebereilungen zu bewahren, die schwer wieder gutzumachen sind. Eindrucksvoll beweist dies ein Fall, den Veit berichtet: Auf seiner Gebärabteilung lag eine chondrodystrophische Zwergin neben einem kerngesunden Landmädchen. Die erstere gebar ein wohlgebildetes Kind, die letztere aber einen toten Anencephalus! Es wird natürlich stets mißlich bleiben, mit Beispielen zu operieren, denn mit krassen, passend gewählten Beispielen glaubt man alles beweisen zu können. So wird ja auch gern von der anderen Seite mit den krassen Fällen Jukes, Kallikak und Zero operiert, um die Notwendigkeit der eugenetischen Unfruchtbarmachung zu beweisen. — Wie steht es nun mit dieser? Ihre rechtliche Unzulässigkeit nach dem geltenden Recht wird in zahlreichen Arbeiten von Ebermayer betont (vgl. ferner Beling, v. Bar, van Calker u. a. m.). — Bezüglich der Strafrechtsform billigt Leonhard (41) die von mir (51) vertretene Auffassung, daß die Rechtmäßigkeit des operativen Eingriffes sich gründen müsse auf folgende Tatbestandsmomente:

1. Vorhandensein eines Heilzweckes (entsprechend der medizinischen Indikation).
2. Einwilligung des Kranken (bisherige Rechtsprechung des Reichsgerichts!).
3. Angemessenheit an die Regeln der ärztlichen Kunst. (Betrifft vor allem die Sorgfalt der Ausführung).

Bei Anerkennung dieser Grundsätze würde auch im kommenden Strafgesetz kein Raum für eugenetische Indikationen sein. Mir erscheinen diese Grundsätze insofern unverzichtbar, weil nur durch sie den Aufgaben der Rechtsordnung Genüge geleistet wird: den gerechten Ausgleich zwischen den Interessen des Einzelnen und denen der Gesamtheit zu schaffen.

Es stehen nun angeblich günstige, für die Sterilisierung sprechende Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten dieser Ansicht gegenüber. Bekanntlich sind die ersten Versuche in dieser Richtung von Dr. Sharp im Gefängnis von Jeffersonville getätigt worden. Warm tritt G. v. Hoffmann in zahlreichen Arbeiten (vgl. auch bei Placzek, 55) dafür ein. Ich vermag aber aus der Schilderung G. v. Hoffmanns beim besten Willen nicht herauszulesen, daß die Erfolge so günstige wären, daß sie uns zur Nachahmung ermutigen sollten.

Ein immer wieder gegen die Sterilisierung aus eugenetischen Gründen erhobener Einwand ist der, daß durch sie möglicherweise auch die Entstehung hochwertiger Nachkommenschaft verhindert werden kann. Es wird mit Vorliebe auf Beispiele verwiesen, wie Schiller, Beethoven, Napoleon, deren Väter zweifellos als Minderwertige der Sterilisierung hätten verfallen müssen, wenn ein derartiges Gesetz gegolten hätte. Dieser Einwand wird bisweilen als völlig bedeutungslos mit einer fast mitleidigen Geste abgetan in dem Sinne: Wie kann bloß ein vernünftiger Mensch solchen Unsinn reden — wegen der paar Genies, die damit vielleicht der Menschheit verloren gingen, könne man doch nicht das ganze Programm der Eugenik preisgeben! — Ich halte es nicht für angängig, diesen Einwand einfach als absurd hinzustellen. Ein einziges wirkliches Genie fördert mehr, als zahllose Entartete zu schaden vermögen! Wie ich auch an anderer Stelle (49) erwähnte, hat ein Strafrechtslehrer von der Bedeutung v. Lilienthals (42) dieses Bedenken für höchst beachtenswert erklärt.

Aber, gesetzt den Fall, man würde sich darüber hinwegsetzen: Glaubt man dann im Ernst, derartige Maßnahmen würden so wirksam sein, daß damit der Strom der Degeneration in merkbarem Maße eingedämmt werden könnte? Oder hat der jüngst verstorbene Psychiater Weber-Chemnitz (70, 71) Recht, wenn er sagt, derartige Versuche muten ihn so an, als würde sich jemand einbilden, er könne dadurch, daß er die Schloßquelle in Donaueschingen mit der Hand zuhielte, verhindern, daß die Donau ins Schwarze Meer fließt! Und dem ist in der Tat so, denn die Degeneration erhält ständig neues Material zugeführt, auch aus anscheinend gesunden Strömen. Gar bald wird man erkennen, daß dieser Hydra stets neue Köpfe nachwachsen werden.

Wie aber können wir dann praktische Eugenik treiben?

Wir dürfen die Frage eben nicht stellen: quantitative oder qualitative Bevölkerungspolitik, sondern Qualität und Quantität muß die Losung sein. Ernste Rassenforscher und Bevölkerungspolitiker vertreten den Standpunkt, daß nur aus einem überreichen Vorrat von Quantität eine wirkliche Qualitätsauslese beim Menschen möglich ist. Grotjahns Ansicht, daß die erste und dringendste Aufgabe der Gegenwart sein müsse, dem Geburtenrückgange zu steuern, schließe ich mich durchaus an, denn dieser stellt jetzt weitaus die größte Gefahr für die Rasse dar! Ist aber der Bestand des Volkstums erst wieder gesichert, dann würde es Aufgabe der Aufklärung sein, allen klar zu machen, daß nicht jeder das Recht hat, kinderreich zu sein! — Das Wort von der „Verpöbelung der Rasse“ durch quantitative Bevölkerungspolitik erscheint mir nicht mehr als ein Schlagwort, das einer genauen Prüfung nicht standhält. — Sittliche Hebung eines Volkes ist die beste Gegenwehr gegen drohende Verpöbelung! Es war das gleiche Volk, das im August 1914 in heiliger Begeisterung ins Feld zog, und das im November 1918 in Zuchtlosigkeit alles verunglimpfte, was ihm vordem heilig war! Die Macht der sittlichen Idee vermochte es zu Helden, ihr Verlust es zum Pöbel zu machen!

Wir geraten an die letzten Probleme der Weltanschauung, wenn wir diesen Fragen eine Stunde stillen Nachdenkens widmen wollen. Die Frage nach dem Zwecke menschlichen Daseins tut sich vor uns auf — und wer vermag auf diese eine befriedigende Antwort zu finden, wenn er die Macht des sittlichen Gedankens nicht als die stärkste im Weltgetriebe gelten lassen will?

Rassenhygiene und Religion — auch dieses Problem bedarf des Nachdenkens. Wenn man sich darauf beruft, daß Männer wie Muckermann, rassehygienische

Gedanken vertreten, so beweist dies nur, daß man sich auch als ernst religiös empfindender Mensch den guten Kern der Ideenwelt der RH. zu eigen machen kann, wenn man sich nur von den einseitigen Uebertreibungen fernhält.

Bescheiden werden wir aber erkennen, daß unser Wissen noch weit davon entfernt ist, die letzten Geheimnisse der Natur zu entschleiern. Das führt uns auf der einen Seite zum demütigen Bekenntnis des Sokrates; darf uns aber auf der anderen Seite nicht hindern, rastlos vorwärts nach neuer Erkenntnis zu streben; eingedenk, daß ernste, wissenschaftlich begründete Rassenhygiene uns Not tut, müssen wir an ihr nach besten Kräften mitarbeiten in dem Sinne: Unser Geschlecht zu erziehen zu höchstem Verantwortungsgefühl gegenüber der kommenden Generation und so, wie wir uns stolz zu des Großen Kurfürsten Wort bekennen: „Bedenke, daß Du ein Deutscher bist“, so wollen wir uns im Hinblick auf den Nachwuchs mahnen:

„Bedenke, daß Du ein Ahnherr bist!“

Literatur.

1. Baur, Fischer und Lenz: Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. J. F. Lehmanns Verlag, München 1923.
2. Beling: Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Vornahme und Unterlassung operativer Eingriffe nach deutschem Strafrecht. In Doederlein-Krönig: Operative Gynäkologie. G. Thieme, Leipzig 1924.
3. Binding und Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Felix Meiner-Verlag, Leipzig 1920.
4. Boeters: Aufruf an die deutsche Aerzteschaft. Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland 1924, Nr. 1297.
5. Boeters: Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen. Wissenschaftl. Beilage der Leipziger Lehrerzeitung 1924, Nr. 28/29.
6. Boeters: Die Berechtigung zu sterilisierenden Operationen. Ztsch. f. ärztl. Fortbildg. 1924, Nr 16.
7. van Calker: Frauenheilkunde und Strafrecht. 1908.
8. Crzellitzer: Methoden der Familienforschung. Ztsch. f. Ethnologie 1909, S. 182.
9. Crzellitzer: Familienforschung. In Grotjahn-Kaup: Handwörterbuch d. soz. Hygiene. Leipzig 1912.
10. Ebermayer: Arzt und Patient in der Rechtsprechung. R. Mosse-Verlag, Berlin 1924.
11. v. Ehrenfels: Zuchtwahl und Monogamie. Pol.-anthr. R., Nov./Dez. 1902.
12. Fetscher: Grundzüge der Erblichkeitslehre. Deutscher Verlag f. Volkswohlfahrt, Dresden 1924.
13. Fetscher: Grundzüge der Rassenhygiene, ebenda.
14. Flügge: Grundriß der Hygiene (8. Aufl., Leipzig 1915).
15. Galton: Eugenics. In Sociological papers 1905; autoris. Uebers. im Arch. f. Rassenh. 1905, H. 5/6, S. 812 ff.
16. Gaupp: Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger. J. Springer, Berlin 1925.
17. Gretener: Die neuen Horizonte im Strafrecht und die Strafgesetzgebung. Union Deutsche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1924.
18. Grotjahn: Soziale Hygiene und Entartungsproblem. In Weyls Handwörterb. d. Hyg., 4. Supplementbd., Jena 1904.
19. Grotjahn: Geburtenrückgang und Geburtenregelung. Berlin 1914.
20. Grotjahn: Soziale Pathologie. Berlin 1923.
21. Grotjahn: Ueber Regeln zur menschlichen Fortpflanzung. In Hirsch (unten, Nr. 31).
22. Grotjahn: Entwurf eines Elternschaftsversicherungsgesetzes nebst Begründung. Arch. f. soz. Hyg. u. Demographie 1925, H. 1, Bd. 1.
23. v. Gruber: Fortpflanzung, Vererbung und Rassenhygiene. München 1911.
24. v. Gruber: Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im deutschen Reich. München 1914.
25. v. Gruber, Rüdin, Lenz u. a.: Handbuch der Rassenhygiene.
26. Günther: Rassenkunde des deutschen Volkes. J. F. Lehmanns-Verlag, München 1924, 6. Aufl.
27. Günther: Kleine Rassenkunde Europas. J. F. Lehmann, München 1924.
28. Hentschel: Varuna. Leipzig 1901.
29. Hertwig, O.: Zur Abwehr des politischen, des sozialen, des ethischen Darwinismus. G. Fischer, Jena 1921.
30. Hirsch, M.: Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhange mit dem Geburtenrückgang. C. Kabitzsch, Würzburg 1914.
31. Hirsch, M.: Aerztliche Heilkunde und Geburtenrückgang. In Monogr. z. Frauenkunde u. Eugenetik, Nr. 4. C. Kabitzsch, 1923.
31a. Hirsch, M.: Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit etc. C. Kabitzsch, Leipzig 1925.
31b. Hirsch, M.: Das ärztliche Heiratszeugnis. Monogr. z. Frauenk. u. Eugenik. C. Kabitzsch, Leipzig 1921.
32. Hirsch, M.: Die Legalisierung des künstl. Aborts im künftigen Strafrecht und die Bedeutung eugenetischer Gesichtspunkte. Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 34, S. 1901.
33. v. Hoffmann: Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. J. F. Lehmann Verlag, München 1913.
34. v. Hoffmann: bei Placzek, Nr. 55.
35. Hofstätter: Die rauchende Frau. Wien 1924.
36. Imboden-Kaiser: Wir sind nicht Herr über Leben und Tod. Zürich 1923.
37. Kammerer: Das Rätsel der Vererbung. Berlin 1925.
38. Kaup: Volkshygiene oder selektive Rassenhygiene. Leipzig 1922.
39. Kaup: Frauenarbeit und Rassenhygiene. Hamburg 1913.
40. Kekulé von Stradonitz: Der deutsche Herold. 1920.
41. Leonhard: Die Stellung des Arztes im neuen Strafgesetzbuchentwurf. Ztsch. f. ärztl. Fortbildg. 1925, Nr. 20.
42. v. Lilienthal: Eugenik und Strafrecht. Ztsch. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft 1918, 39.
43. v. Lilienthal: bei Placzek, Nr. 55.
44. Meyer: Die Vernachlässigung der Seelenpflege in der Gegenwart, unter besonderer Berücksichtigung der modernen Psychoanalyse, Rassen- und Sozialhygiene. F. Goerlich, Breslau 1924.
45. Muckermann: Kind und Volk. 1. Teil: Vererbung und Auslese. 2. Teil: Gestaltung der Lebenslage. — Freiburg i. B. 1921.
46. Niedermeyer: Die Berechtigung zu sterilisierenden Operationen. Ztsch. f. ärztl. Fortbildg. 1924, Nr. 9.
47. Niedermeyer: Die lex Zwickau. Ztsch. f. ärztliche Fortbildg. 1924, Nr. 21.
48. Niedermeyer: Vererbungslehre, Chirurgie und Rechtsprechung. Ostdeutscher Naturwart 1925, Nr. 2.
49. Niedermeyer: Sexualberatungsstellen. In Sexualethik 1925, Nr. 1.
50. Niedermeyer: Schwangerschaftsunterbrechung und Strafrecht. Ztbl. f. Gyn. 1925.
51. Niedermeyer: Aerztliche Eingriffe und Strafrechtsreform. Ztsch. f. ärztl. Fortbildg. 1925, Nr. 15.
52. Niedermeyer: Geburtenrückgang und Sozialgesetzgebung. 1926.
53. Ploetz: Zur Abgrenzung und Einteilung des Begriffes Rassenhygiene. A. f. Rass. 1906, S. 864 ff.
54. Ploetz: Ziele und Aufgaben der Rassenhygiene. — Vierteljahresschr. f. öff. Gesundheitspflege 1910, S. 169 ff.
55. Placzek: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit. Ihre Indikationen, Technik, Rechtslage. G. Thieme, Leipzig 1918.
56. Schallmayer: Vererbung und Auslese. G. Fischer, Jena 1920.
57. Scheidt: Allgemeine Rassenkunde. J. F. Lehmann, München 1925.

58. Sellheim: Das Geheimnis vom Ewig-Weiblichen. 2. Aufl., 1924.
59. Siebert: Der völkische Gehalt der Rassenhygiene. J. F. Lehmann, München 1917.
60. Siemens: Die biologischen Grundlagen der Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik. J. F. Lehmann, München 1917.
61. Siemens: Kritik der Rassenhygiene. Pol.-anthr. Mtsschr. 1916.
62. Siemens: Die Proletarisierung unseres Nachwuchses, eine Gefahr unrassenhygienischer Bevölkerungspolitik. A. f. R., XII., 1916.
63. Stockard: In Amer. journ. of the med. sc. 1924, April. Ref.: Zbl. f. Gyn. 1925, Nr. 46.
64. Strohmayer: Zur Frage der künstlichen Sterilisierung der Frau aus eugenetischer Indikation. D. m. W. 1920, H. 14/15.
65. Strohmayer: in Placzek, Nr. 55.
66. Tille: Ostlondon als Nationalheilanstalt. In Hardens „Zukunft“ 1893, B. V. S. 268.
67. Tille: Von Darwin bis Nietzsche. 1895.
68. Ungnad: Erblichkeitslehre und Familienrecht. Schlesische Aerztekorrespondenz 1924, Nr. 6.
69. Veit: Eugenik und Gynäkologie. D. m. W. 1914, Nr. 9.
70. Weber: Kastration und Sterilisation geistig Minderwertiger. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1924, Bd. XCI, H. 1/2.
71. Weber: Zur Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger. Psych.-neurol. Wochenschr., 25. Jg., 1923/24, Nr. 47/48.
72. Weismann: Vorträge über Deszendenztheorie. Jena 1913.

Ueber Indikationen und Dosierung der natürlichen Kohlensäurebäder.

Von

Dr. GOTTHELF MARCUSE, Bad Kudowa.

Wenn wir die Indikationen und Kontraindikationen eines Heilmittels, sei es physikalischer oder medikamentöser Natur, bestimmen wollen, müssen wir vorher seine Wirkungen auf den kranken Körper kennen; wir können auch sagen, aus den Wirkungen des Heilmittels ergeben sich seine Indikationen von selbst. Die Kohlensäurebäder wirken nun nach zwei Richtungen hin: auf dem Wege über das sensible Neuron reflektorisch auf das Herz, es zu kräftiger Tätigkeit antreibend, andererseits auch auf die peripheren Gefäße, indem sie diese nach anfänglicher Kontraktion erweitern. Dabei fällt sofort die Aehnlichkeit mit der Wirkung der einfachen Hydrotherapie, insbesondere mit dem, was wir hydriatische Reaktion nennen, auf. Tatsächlich fällt die Wirksamkeit der CO_2-Bäder durchaus in den Rahmen der allgemeinen wissenschaftlichen Hydriatik. Mit Hilfe der geistvollen Senator-Frankenhäuserschen Theorie (1) sind wir auch in der Lage, dies ausreichend zu begründen. Die Theorie basiert bekanntlich auf dem verschiedenen Wärmeleitungsvermögen gasförmiger Medien und des Wassers, d. h. also auf der verschiedenen Wärmeempfindung, je nachdem der Körper von Wasser oder von einem gasförmigen Medium umgeben ist. Das Wasser kühler Bäder erscheint uns wesentlich kälter, als die Luft von gleicher Temperatur. Steigt man in ein CO_2-Bad von z. B. 30° C, so erhält man zunächst von dem unter seinem Indifferenzpunkt temperierten Wasser einen Kältereiz; bedeckt sich dann der Körper mit Kohlensäurebläschen und befindet sich demzufolge in einem Kohlensäuregasmantel, so erhält er von dem über seinem Indifferenzpunkt temperierten Kohlensäuregase einen Wärmereiz. Es handelt sich also um eine sogen. wechselwarme Prozedur ohne die brüsken thermischen und mechanischen Reize der sonst in der Hydrotherapie üblichen wechselwarmen Prozeduren, gewissermaßen um eine thermische Einschleichmethode. In ähnlichem Sinne hat Otfried Müller auf Grund komplizierter physiologischer Versuche den Einfluß des CO_2-Bades auf den Kreislauf mit dem eines warmen und kalten Bades zugleich verglichen.

Das CO_2-Bad regt also einerseits das Herz zu kräftigerer Tätigkeit an und erleichtert andererseits die Arbeit desselben durch die Erweiterung der peripheren Gefäßbahnen. Dabei darf aber nicht vergessen werden, daß diese letztere Wirkung erst sekundär eintritt, daß die primäre Wirkung eine Kontraktion der Hautgefäße ist, daß also zunächst das Herz gegen einen vermehrten Widerstand arbeitet. Daraus ergibt sich, daß eine gewisse Herzkraft vorhanden sein muß, wenn wir CO_2-Bäder verabreichen. Ausgebildete Dekompensation mit Dyspnoe auch in der Ruhe, starker Cyanose, ausgebreiteten Oedemen, Stauungserscheinungen in Lungen und Nieren ist selbstverständlich eine absolute Kontraindikation gegen jeden Gebrauch von Bädern. Bei ausgebreiteten Oedemen ist die Anwendung der CO_2-Bäder auch deshalb unangebracht, weil diese ja eine intakte Haut voraussetzt, deren Funktion nicht durch stärkere ödematöse Durchtränkung behindert sein darf. Leichtere Kompensationsstörungen brauchen uns aber von der Verordnung von CO_2-Bädern nicht zurückzuhalten. Diese Fälle sind ja auch meist diejenigen, die uns im Kurort zur Behandlung übergeben werden. Wenn nun hierbei sehr oft gewünscht wird, eine sogenannte milde Kur, d. h. offenbar wärmere Bäder mit geringem Hautreiz, anzuwenden, so sei daran erinnert, daß der Erfolg der Badekur, wie oben auseinandergesetzt, von der Erzielung einer guten Reaktion im hydriatischen Sinne, also von dem Vorhandensein der reaktiven Erweiterung der Hautgefäße abhängt, diese Reaktion aber im allgemeinen um so prompter eintritt, je kälter das Wasser und je größer der Hautreiz ist (2), daß daher der Erfolg dieser milden Kuren oft nicht der gewünschte ist, und daß die Kranken — eine Erfahrung, die wir Badeärzte jeden Tag machen können, — sich nach den kühleren und stärkeren Bädern oft wohler fühlen, als nach den wärmeren und schwächeren. Es versteht sich von selbst, daß wir in jedem Falle zunächst vorsichtig tastend, wie immer in der Hydrotherapie, vorgehen. In welchem Sinne wird nun diese Vorsicht bei der Verordnung der Bäder geübt, oder mit anderen Worten, nach welchen Richtungen bewegt sich die Dosierung der Bäder?

Es sind fünf Gesichtspunkte, die dabei besprochen werden müssen. Zunächst die Stärke der Bäder, d. h. der Gehalt des einzelnen Bades an freier CO_2. Wir besitzen keine exakte Methode, um das Bad genau mit einem bestimmten Gehalt zubereiten zu können. Die angewandten Methoden sind alle ziemlich grob. Meist wird das Quellwasser mit Süßwasser gemischt. Daß dabei, selbst bei großer Aufmerksamkeit des Personals, keine exakte Dosierung zustande kommt, ist klar. Wir brauchen aber auch gar keine Dosierung in dieser Richtung. Die gewünschte Wirkung des Bades hängt doch davon ab, daß der Körper des Badenden mit CO_2-Bläschen bedeckt ist; mehr ist nicht möglich, und weniger vermindert nicht bloß die Wirkung, sondern verändert sie auch. Das Badewasser muß also mit freier CO_2 gesättigt sein, das Quellwasser bedarf keiner Verdünnung, abgesehen von der geringen zur Temperierung des Bades notwendigen (siehe den folgenden Abschnitt).

Wichtiger ist die Temperatur des Bades, die exakt gemessen werden kann. Da je nach der Höhe der Temperatur des Bades der Unterschied zwischen der Temperaturempfindung im Wasser und im CO_2-Medium ein geringerer oder größerer ist, so kann man hier tatsächlich die Wirkung auf den Organismus sehr fein abstufen. Die höheren Temperaturen, etwa am Indifferenzpunkt des Wassers (34°—35° C), wendet man insbesondere dann an, wenn die Nieren beteiligt sind, oder ein Nierenleiden im Vordergrund des Krankheitsbildes steht, da ja die kranken Nieren bekanntlich auf niedere Temperaturen schlecht reagieren. Die verordnete Temperatur wird durch Mischung des Quellwassers mit nachfolgendem nahezu siedend heißem Süßwasser in der Wanne hergestellt, von dem man nur wenig benötigt, da die verordneten Temperaturen sich stets in verhältnismäßig niedriger Höhe bewegen. Siedend heiß muß das zugesetzte Süßwasser sein, damit man, wie gesagt, nur wenig von demselben hinzuzusetzen braucht, vor allem aber, damit die im gewöhnlichen Wasser stets enthaltene atmosphärische Luft, die die freie CO_2 aus dem Badewasser nach oben reißt und dadurch verschlechternd auf das Bad wirkt, aus demselben ausgetrieben ist. Diese Methode ist trotz oder vielleicht gerade wegen ihrer Einfachheit die beste und bei genügender Erfahrung und Aufmerksamkeit des Personals auch die zuverlässigste. Voraussetzung ist das Vorhandensein eines guten Boilers, der die Erhitzung des Süßwassers bis nahezu zur Siedehitze gewährleistet, so daß nur so wenig heißes Wasser zum Quellwasser hinzugesetzt zu werden braucht, daß eine Verdünnung praktisch nicht in Frage kommt. Die Erfahrungen in Kudowa sprechen dafür, daß die Güte des CO_2-Bades durch diesen Zusatz nicht leidet. Die Methode macht alle anderen komplizierteren Methoden überflüssig, und m. E. übertrifft sie dieselben auch, weil nur durch sie eine genaue Herstellung der verordneten Badetemperatur möglich ist. Die sonstigen Methoden, sei es die Pfriemsche (Einleiten von Dampf in die mit kaltem Quellwasser gefüllte Wanne), oder die Rohitscher Methode (Einlegen von glühenden Eisenstücken in die mit Quellwasser gefüllte Wanne, bis das Wasser die gewünschte Temperatur erreicht hat), oder die Schwarzsche Wanne mit doppeltem Boden, in welchem Dampf zirkuliert, oder endlich der von Glax sehr empfohlene Kalorisator von Czernicki (3) (Vorerwärmung des Quellwassers vor seinem Eintritt in die Badewanne in einem eisernen Ballon, in welchem sich ein Schlangenrohr für Dampfzirkulation befindet), haben Nachteile, die sich schon aus der Beschreibung ergeben, vor allem den Nachteil, daß die physikalische Bindung der CO_2 im Quellwasser gelockert wird, und daß eine exakte Temperierung des Bades nicht erreicht wird. Die sog. Thermalquellen, die schon mit einer bestimmten höheren Temperatur aus dem Erdinnern hervorkommen, haben den Nachteil, daß der Therapeut an diese Temperatur gebunden ist; falls er sie variieren will, muß er doch eine der oben genannten Methoden anwenden. Man kann nun mit der Badetemperatur bei genauer Beobachtung des Kranken ziemlich weit, bis 28° oder sogar bis 27° C, heruntergehen. Das typische Wärmegefühl im CO_2-Bade, das nach Ueberwindung des anfänglichen Kältegefühls beim Einsteigen in die Wanne bald eintritt, ist bei den kälteren Bädern meist größer als bei den wärmeren, da der Kontrastreiz (siehe oben) bei den ersteren stärker ist als bei den letzteren.

Der dritte Gesichtspunkt ist die Dauer des einzelnen Bades. Man fängt etwa mit 5 Minuten an und steigt bei den folgenden Bädern, je nach dem Befinden des Kranken, allmählich bis zu 15 oder höchstens 20 Minuten Dauer. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist die Häufigkeit der Bäder, d. h. das Intervall zwischen den einzelnen Bädern. Im allgemeinen wird man jeden zweiten Tag baden lassen, unter Umständen aber auch zwei Tage und mehr auslassen, oder in leichten Fällen und wenn die Zeit drängt, zwei Tage hintereinander baden und den dritten Tag badefrei lassen. Oefter als zwei Tage hintereinander lasse ich grundsätzlich keine Bäder verabreichen. Die Tage zwischen den Bädern werden am besten völliger Ruhe gewidmet. Schließlich ist noch die Gesamtzahl der Bäder von Wichtigkeit. Die durchschnittliche Anzahl der Bäder, die hier nur selten überschritten wird, ist 15; oft wird man mit weniger Bädern auskommen. Eine wesentlich größere Anzahl ist meist nicht ratsam, da sie, besonders bei nervösen Patienten, zu Ueberreiz und damit zu Umkehr der Wirkung führen kann.

Befolgt man diese Regeln der Dosierung, so wird man bei ganz oder leidlich kompensierten Herzkrankheiten stets gute Erfolge erzielen. Die Bedeutung der Kur liegt hier in der Prophylaxe, indem durch die Besserung der Kreislaufverhältnisse und die Kräftigung des Herzens etwaiger Eintritt von Insuffizienz vermieden oder hinausgeschoben wird. Aber auch leichte Insuffizienzen können in günstigem Sinne beeinflußt werden Wir sehen es täglich, wie Dyspnoe, Cyanose, geringe Knöchelödeme schwinden, Arythmien, soweit sie nicht der Ausdruck einer tiefer gehenden Reizleitungsstörung sind, dem regelmäßigen Rhythmus Platz machen oder wenigstens gebessert werden. Die Frage, ob hier mehr die körperliche und seelische Ruhe oder die Bäder wirken, halte ich für müßig. Jedes Heilmittel bedarf zur Entfaltung seiner Wirksamkeit günstiger Bedingungen. Auch Digitalis wird versagen, wenn der Kranke sich nicht sachgemäß verhält und nicht sachgemäß gepflegt wird.

Was die Neurosen des Herzens und der Gefäße anlangt, so werden sie durch die Badekur gebessert werden können, wenn man bei der Dosierung der Bäder auf das labile Nervensystem dieser Patienten Rücksicht nimmt (4).

Ein dankbares Gebiet für die Badebehandlung ist auch die Arteriosklerose, selbst Fälle mit stark erhöhtem Blutdruck. Ich habe in einer 1924 erschienenen Arbeit (5) dargelegt und durch Krankengeschichten begründet, daß der pathologisch erhöhte Blutdruck allein durch die Anwendung der natürlichen CO_2-Bäder herabgesetzt werden kann. Hoher Blutdruck ist, wenn er nicht mit wesentlicher Herzinsuffizienz verbunden ist, keine Kontraindikation gegen den Gebrauch von Bädern. Ist er fixiert, wird er natürlich kaum oder nur wenig herabgesetzt werden können. Trotzdem vertragen diese Patienten die Badekur gut und fühlen sich wohl bei derselben. Handelt es sich um die neurotisch oder thyreogen bedingte, oder auch um die sogenannte essentielle Hypertonie, d. h. eine Hypertonie ohne bekannte Ursache, so werden wir durch die CO_2-Bäder fast stets eine Herabsetzung derselben erzielen können. Jacob (Kudowa) (6) hat in seinen Arbeiten den Standpunkt vertreten, daß das CO_2-Bad im ganzen ein Mittel ist, abnorme Blutdruckswerte dem individuellen normalen Mittelwerte zuzuführen, also zu niedrigen Blutdruck zu erhöhen und pathologisch erhöhten Blutdruck herabzusetzen. Nach meinen Erfahrungen kann ich das bestätigen, wenngleich ich nicht sagen möchte, daß das CO_2-Bad so eine Art von Diagnose ex juvantibus bezüglich des normalen Mitteldrucks des betreffenden Individuums ermöglicht.

In einer anderen Beziehung aber könnte beinahe von einer derartigen Bedeutung der CO_2-Bäder gesprochen werden. Das betrifft die Beseitigung von Stauungsdilatationen des Herzens durch eine längere Badekur, auf die schon Jacob (l. c.) hinweist, und die man immer wieder beobachten kann. Wenn man eine Verbreiterung der Herzdämpfung über die normalen Grenzen hinaus feststellt, so kann man ja nicht genau sagen, was davon Hypertrophie und was Stauungsdilatation ist. Im allgemeinen müssen wir bekanntlich eine Verbreiterung der perkutorischen Herzdämpfung auf Erweiterung der Herzhöhlen beziehen, während wir das Vorhandensein einer Hypertrophie aus anderen Symptomen erschließen (7). Bleibt aber nach einer erfolgreichen Badekur, die ein Einrücken der Herzdämpfungsfigur um einige Zentimeter zur Folge gehabt hat, ein Rest von abnormer Verbreiterung zurück, so kann man mit einem gewissen Recht diese übrigbleibende Verbreiterung auf Hypertrophie beziehen.

Schwierig ist die Beurteilung der Fälle mit Angina pectoris vera. An sich bildet das letztere Symptom keine Kontraindikation gegen den Gebrauch der Bäder. Man wird häufig, aber nicht immer, Besserungen beobachten. Indessen ist auch Verschlechterung nicht ausgeschlossen, und es bedürfen daher gerade diese Patienten genauester ärztlicher Ueberwachung, damit die Kur rechtzeitig abgebrochen werden kann.

Gute Erfolge habe ich schließlich in einer größeren Anzahl von Fällen bei den Insuffizienzerscheinungen gesehen, die nach akuten Infektionskrankheiten infolge der funktionellen Beeinträchtigung des Herzmuskels durch das Krankheitsgift zuweilen zurückbleiben, Erfolge, die nach anfänglichen Schwankungen so offensichtlich waren, daß man eine Heilung annehmen konnte.

Mit wenigen Worten möchte ich noch auf die Dauerwirkung der Badekuren zu sprechen kommen. Bei dem mehr oder weniger chronischen Charakter der hier zur Behandlung kommenden Krankheiten kann es sich natürlich meist nur um eine begrenzte Dauer des Erfolges handeln. Immerhin können wir aus unseren Erfahrungen heraus sagen, daß der Erfolg ein bis zwei Jahre anhält. Ich bekomme häufig Patienten nach einem Jahre oder nach zwei Jahren wieder zu Gesicht, die gleichlautend bekunden, daß der Erfolg der Badekur angehalten hat, daß in der Zwischenzeit dauernd volle Arbeitsfähigkeit vorhanden war und daß erst vor kurzem wieder Beschwerden aufgetreten sind. Das sind Resultate, die unter dem Vorbehalt einer vernünftigen, begrenzten Indikationsstellung geradezu glänzend zu nennen sind. Von einem kritiklosen Enthusiasmus wissen wir uns dabei frei; aber auch für eine übertriebene Skepsis lassen diese zweifelsfreien Beobachtungen keinen Raum.

Literatur:

1. Senator und Frankenhäuser: Zur Kenntnis der Wirkung von Kohlensäure- und anderen gashaltigen Bädern. Therapie der Gegenwart, Januar 1904.
2. Matthes: Lehrbuch d. klin. Hydrotherapie, Seite 93.
3. Glax: Lehrbuch d. Balneotherapie, Bd. I, S. 230.
4. Marcuse: Die physikal. Therapie der Herzneurose. Verhandlungen d. 41. Schlesischen Bädertages 1913.
5. Marcuse: Ueber d. Beeinflussung d. arteriellen Hypertonie durch Kuren mit CO_2-Bädern. Fortschritte der Medizin 1924, Nr. 12.
6. Jacob: Ueber Blutdruck u. Pulswelle des insuffizienten Herzmuskels. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin 1901.
7. Sahli: Lehrbuch d. klin. Untersuchungsmethoden, Bd. I, S. 310

Ueber ein neues Krankheitsbild (Radio-Manie).

Plauderei

Von

Dr. S. KALISCHER, Nervenarzt.

Vor einigen Tagen erschien bei mir nach der Sprechstundenzeit ein guter alter Bekannter, der mir sofort durch sein verändertes Wesen und Aussehen auffiel. Abgespannt, übermüdet, nachlässig in Haltung und Kleidung saß der sonst so frisch aussehende Mann vor mir, zerstreut und unstet. Bald griff er sich nach den Ohren, bald suchte er etwas hinter seinem Stuhl, oder er griff nach seinen Rocktaschen. Dann sah er sich wieder unruhig im Zimmer herum, betrachtete prüfend Decke, Wände, Fenster. Als er endlich stürmisch fragte: „Was sagst du zu dem heutigen Radioprogramm?“, war mir seine ganze Schicksalsschwere und die Diagnose klar auf Grund ähnlicher Beobachtungen aus der jüngsten Zeit. Zur Bestätigung meiner Diagnose kam die Wahrnehmung hinzu, daß seine Ohren eine eigentümliche Stellungsveränderung zeigten, indem die Ohrläppchen sowie die Muscheln wie festgeklebt dicht am Kopfe hafteten, obwohl er doch früher meiner Erinnerung nach immer weit abstehende Ohren hatte. Das war die chronische Form der Radiitis; es gibt auch eine akute Radioneurose mit Kopfschmerz, Kopfdruck, Geräuschempfindlichkeit, Reizbarkeit. Um nun meinem Freunde nicht gleich vor den Kopf zu stoßen, fragte ich zaghaft, was eigentlich seine unruhigen Bewegungen bedeuteten: „Ich vermisse meine Hörer an den Ohren, und da ich sie immer in meiner Rocktasche bei mir trage, fürchte ich, sie zu verlieren; dann muß ich zwangsmäßig in jeder fremden Wohnung mich versichern, ob ein Radio, eine Antenne vorhanden, welcher Apparat, wie die Leitung ist.“ Nach dieser Antwort fuhr er heftig fort: „Ich habe übrigens gar keine Zeit, bin immer in Eile, wollte dich nur einen Moment begrüßen, in einer halben Stunde beginnt nämlich der Fernsender, da muß ich an meinem Apparat sein. Du hast natürlich noch keinen! Ich würde dir raten, dir in deinem Wartezimmer einen solchen aufzustellen, damit deine Patienten während der Wartezeit Radio hören können, das ist gerade bei den Nervösen, Grübelnden ein gutes Ablenkungs-, Zerstreuungs- und Beschäftigungsmittel, doch nein, dann besteht nämlich die Gefahr, daß die Leute geheilt und beruhigt werden, noch ehe sie dein Sprechzimmer betreten. Doch Scherz bei Seite! Wie kannst du nur ohne Radio leben? Meine Frau, die sich lange dagegen wehrte und mich ‚radiosüchtig‘ nannte, ist entzückt, seit ich ihr mitteilte, daß der — die — das — Radio von nächster Woche ab auch unsere Menüs, wie den Waschtag für jede Familie bestimmen und ansagen wird.“ Als er so ununterbrochen sprach, glaubte ich endlich eingreifen und ihm auf den Zahn fühlen zu müssen. Ich begann natürlich zunächst mit der Psychoanalyse und fragte: „Hast du vielleicht seelisch irgend wann einmal ohne dein Wissen und Wollen etwas verschluckt, was unverdaut in dir ruht und zersetzend wirkt? Oder leidest du an einem Traum, einer Erinnerung, einem erotischen Phantasiegebilde oder gar Erlebnis, das dich quält und nur durch den berufenen Facharzt als Ursache deiner Nervosität entdeckt und abgebaut werden kann?" „Nichts von alledem," antwortete er nachdenklich, „ich träume überhaupt nur von den Sachen, die ich durch Radio höre, und erleben brauche ich seitdem gottlob nichts. Der Radio ist mein großes Erlebnis, beschäftigt mich Tag und Nacht und läßt die Wirklichkeit, Gegenwart und das Geschaute mir in traumhafte Ferne wie im Nebel entschwinden. Was mir sonst die Zeitung zuträgt, höre ich hier lebendiger, einfacher, deutlicher; ich brauche keine Bücher zu lesen, kein Konzert, kein Theater zu besuchen, und Geselligkeit und Gesellschaften sind nur hinderliche, unbequeme, störende Ersatzmittel und Surrogate für alles, was mir Radio in meinem warmen Heim spielend bietet. Gibt es ein größeres Bildungsmittel, das schon jetzt beinahe einer Million Menschen Groß-Berlins für etwa 7½ Pfennig pro Tag zugänglich ist? Meine Frau behauptet, ich vernachlässige meinen Beruf — sie — mich — meine Familie, seit ich im Besitze eines Radios bin. Dafür lebe ich höheren Zwecken, bilde mich universell, und meine Interessen und Kenntnisse wachsen täglich ins Unendliche. Jetzt lerne ich zum Beispiel gleichzeitig spielend drei Sprachen (Englisch, Französisch, Esperanto), ½ Stunde zweimal wöchentlich. (Mein Bruder, der neidisch ist, behauptet, das Ende des Unterrichts würde ich vielleicht kaum erleben oder ich würde die Sprachen bei dieser Methode erst kennen, wenn ich alt und grau bin, dafür aber gründlich!) Ich beschäftige mich mit Wissenschaften, deren Namen ich früher kaum kannte und begreife nicht, wie ich früher habe leben können, ohne mehrmals täglich die neuesten Tagesnachrichten, Sportresultate und Wetterberichte zu erfahren. Unter anderem höre ich: Schweinefütterung, Reger, Astronomie, Blumenzucht, Jean Paul, Golfspiel, Düngemittel, Kunstgeschichte, Rohstoffe. Ich erfahre im Vortrag, was in Syrien vorgeht und sehe, wie Radio die größten Welträtsel löst. So bringt er heute einen Vortrag: ‚Wie behandelt der Patient seinen Arzt'? Es wird eben alles auf den Kopf gestellt und bleibt doch sinnig und sinnreich. Von Musik will ich gar nicht sprechen; so reichlich, anregend, vielseitig wird sie geboten, natürlich halte ich seitdem die eigene Ausübung derselben, die mir früher Genuß bereitete, für überflüssig. Einstweilen geht mir ja noch alles wie ein Mühlrad im Kopf herum, aber ich denke, meine Auffassungsfähigkeit und mein Gedächtnis werden sich allmählich, sozusagen akklimatisieren oder radioaktiv werden und imstande sein, so wie Cäsar, mehrere Gegenstände auf einmal zu betreiben und Radio neben der Berufsarbeit und Unterhaltung erfolgreich aufzunehmen; haben wir uns doch schnell an Telephon, elektrisches Licht, Auto, Flugzeuge gewöhnt. Warum sollten hier unsere Sinnesorgane und unsere Nerven versagen?" Während er so dauernd wie ein perpetuierlicher Funksender redete, sah er alle paar Minuten krampfhaft auf seine Uhr, um mir dann auf mein Befragen zu erklären: „Ja, meine Uhr, die ist auch total radio-verdreht, seitdem ich sie mehrmals täglich nach dem Radiospruch der Zeitangabe stelle, sie zeigt seitdem ebenso falsch wie mein Barometer und Thermometer und streikt mitunter völlig. Das Schlimmste aber ist, wenn ich auf der Straße gehe, da ich immer nur nach den Dächern sehe, um Antennen zu suchen und zu zählen, remple ich jeden zweiten Menschen an, bekam neulich eine Ohrfeige und rannte eine sitzende Zeitungsfrau um, die sich ihr Knie verletzte und mich wegen Schadenersatz verklagte. Das wird aber jetzt, so Gott will, anders werden. Ich habe einen Freund, der Ingenieur ist, ich glaube sogar Dr.-Ing., der arbeitet ein Patent und Projekt aus für Miniaturantennen und Empfänger, die man auch unterwegs, so z. B. beim Spazierengehen, auf dem Kopf dauernd tragen kann. Denke dir diesen Fortschritt!" Hier konnte ich es nicht unterlassen, ein wenig zweifelnd mit dem Kopf zu schütteln, meinen Freund abwehrend zu unterbrechen und in meiner Seelenanalyse fortzufahren, indem ich ihn bat, mir doch einmal sachgemäß seinen Tageslauf zu schildern. Wie ein Mühlrad, dem eine neue Wasserwelle zugeführt wird, begann er: „Meine Lebensweise hat sich sehr verändert. Ich gehe im Gegensatz zu früher spät zu Bett, weil Radio bis 12 Uhr arbeitet, und stehe sehr früh auf, um vor dem Radiobeginn alle möglichen Arbeiten und Geschäfte zu erledigen in Eile und Hast natürlich, wie du dir denken kannst. Mein Arzt meinte, davon bekäme man einen hohen Blutdruck; das ist denkbar, aber die süßen Ruhestunden beim Radio senken den Blutdruck unglaublich. Dann suche ich schnell in der Zeitung das tägliche Programm des Radio und stürze in die Stadt, das Nötigste zu erledigen. Leider muß ich öfter, als mir lieb ist, auf die Mietbüros, weil mein Personal und vor allem die Köchin alle paar Tage kündigt; wir können doch nur in den Radiopausen essen und die wechseln häufig. Da gibt es denn Krach auf Krach, und mein Personal ist nur zu beruhigen, wenn ich es mitunter mithören lasse. Na, weißt du, so etwas muß man mit in Kauf nehmen. Man sagt mir übrigens auch, ich selbst sei viel reizbarer und aufgeregter geworden, seitdem ich den ganzen Tag Radio höre. Das kann wohl sein, aber ich bin es wirklich nur, wenn ich kein Radio höre — und zittere, etwas zu versäumen. Radio selbst wirkt faszinierend, hypnotisierend auf mich und übertrifft sogar bei weitem den Couéismus. Es ist ein souveränes Heilmittel für Nervöse, nur gilt es, für jeden die richtige Dosis herauszufinden. Ich persönlich liebe keine homöopathischen Dosen und bevorzuge Radikalkuren. Nur darf man es natürlich nicht übertreiben. Neulich wollten sie mir den Radioapparat pfänden, weil ich aus Mangel an Zeit wiederholt versäumt hatte, meine Steuern zu zahlen. Man wird ja leider so oft gestört bei den schönsten Stellen im Radio; so klingelt die Telephonprüfungsstelle öfter als nötig bei mir Alarm, weil sich angeblich niemand bei uns auf einen Anruf melde und etwas nicht in Ordnung sein müsse. Die meisten meiner Mitbewohner sitzen stets am Apparat, und es scheint mir fast, als ob der Radio bei uns eine kontagiöse oder infektiöse, epidemische Wirkung auf alle ausübt. Durch ihn hat sich meine ganze Weltanschauung geändert. Ich unterscheide jetzt nur zwei Arten von Menschen, und zwar die Radiofreunde, d. h. die bildsamen, entwicklungsfähigen, strebsamen, fortschrittlichen, universellen Persönlichkeiten, und die anderen, die Banausen, die Alltagsmenschen, die sich auf eine einseitige, beschränkende, pedantisch trockene Wissenschaft oder Berufsart einstellen und Radio verschmähen. Ja, es gibt sogar fanatische Radiofeinde, die den Radio als nivellierend, verflachend und kulturhemmend ansehen — ein nicht auffallendes Zeichen unserer Zeit, in der jede Richtung mit Fanatismus betrieben oder bekämpft wird. Radio wirkt auf mich befruchtend, veredelnd, langweilt nicht mit Inflation, hohen Steuern, Teuerung und dergleichen. Nur die oft dauernd mißlichen Börsenberichte des Radio lassen zu wünschen übrig, es scheint, daß er hier noch nicht die richtige Einstellung und Wellenlänge gefunden hat, und hat unser Radioklub „Welle 11“ schon energisch dagegen Einspruch erhoben. Sonst ist Radio wirklich stubenrein. Es ist ja richtig, daß ich mir mitunter wie ein höriger Sklave dieses kleinen Apparates vorkomme, so z. B. wenn ich, wie vom Dämon besessen, durch die Stadt und alle Ausstellungen rase, die Radio empfohlen hat, oder wenn ich die überflüssigsten Dinge unter Schuldenhinterlassung mir anschaffe, nur weil Radio sie warm anpreist. Schleppe ich sie nach Hause, so staune ich selbst über mich, aber ich tröste mich in dem Gedanken, daß andere es noch schlimmer treiben, so die ewigen Wellensucher, die immer nur andere Länder und Städte hören wollen, oder die Radiobastler, die ewig an ihren Apparaten herumarbeiten. Mein Sohn denkt z. B. an nichts anderes und wir bekommen dauernd Ermahnungen von der Schule, daß er seine Schularbeiten nicht anfertigt und in den Stunden heimlich technische Zeichnungen von Radioapparaten macht.“ — Hier mußte ich endlich meinen rede- und radiosüchtigen Freund unterbrechen, indem ich ihn aufforderte, auch mich ein wenig anzuhören. Vielleicht ging sein Mund mit ihm durch, weil er sonst, am Radio sitzend, immer schweigt; daher nun diese Reaktion und Explosion! Ich wies ihn zunächst hin auf das Anstrengende und die unmäßige Anspannung des steten Radiohörens, des Drucks der Kopfhörer, der einseitigen Einstellung eines Sinnesorgans mit Ausschluß der anderen, und versuchte ihn von der Sucht nach diesem künstlichen Betäubungsmittel zu befreien, das doch allmählich die gesunde Willens- und Lebenskraft untergräbt. Durch diese einseitige Hingabe an die künstliche Uebertragung und Vermittelung werde die Empfänglichkeit und Genußfähigkeit für alle natürlichen Eindrücke und Wirkungen der Natur, Kunst und Wissenschaft abgestumpft und verkümmert; der eigene Wille, die selbsttätige Wahl und Kraft, die gesunde körperliche und geistige Entwickelung würden gehemmt, und eine zweckmäßige Zeiteinteilung und gesellige Lebensführung verhindert. Deshalb schlug ich ihm zunächst eine Radio-Entziehungskur vor mit langsamer und allmählicher Ausschaltung des Radiohörens und gleichzeitiger Aufnahme der alten Gewohnheiten und Tätigkeiten nach einem genau vorgeschriebenen Stundenplan, in welchem auch andere Organe als das Gehör allein, ihre Berücksichtigung fanden. Merkwürdigerweise ging mein Freund sofort darauf ein, zumal er wohl selbst dem Radiozauber und -zwang zu entgehen wünschte. „Bist du dann geheilt,“ sagte ich zu ihm, „so kannst du deinen radio-verrückten Leidensgefährten auf den richtigen Weg helfen, und nach des Tages Arbeit und Mühen wird dir der Radio gelegentlich in deinem bequemen Lehnstuhl einen Hochgenuß bereiten — natürlich nur unter Berücksichtigung der individuell für dich erprobten Dosis.“ — — Er wurde schließlich geheilt durch eine langsame Entziehung des Radios und gleichzeitige seelische Aufklärung und Beeinflussung ohne jede Anwendung von biochemischen Mitteln, Coué usw.

Die Tragödie des Kulturumsturzes.

Von

Generalarzt a. D. Dr. BUTTERSACK-Göttingen.

Das Gesetz des Beharrungsvermögens gilt auch im geistigen Gebiet. Seitdem als Reaktion gegen die Naturphilosophie am Anfang des XIX. Jahrhunderts die Losung ausgegeben war: Tatsachen!, nur Tatsachen!, sehen wir die Forscher emsig auf der Jagd nach Einzelfunden. Immer tiefer graben sie, maulwurfgleich, und vergessen darob allzuleicht die Sonne, in deren Licht die Einzelheiten sich zu einem Gesamtbild verbinden.

Nur ganz schüchtern und — weil dem Experiment nicht zugänglich — eines richtigen Forschers nicht ganz würdig, trat das Studium der Massen auf den Plan. Heute kennen wir Experimente auch an Massen. Nur sind sie nicht im Laboratorium angestellt, sondern in der Geschichte; und während von den unzähligen Laboratoriumsexperimenten verhältnismäßig wenige Bedeutung für das praktische Leben gewinnen, berühren die Vorgänge in der Geschichte das Wohl und Wehe jedes einzelnen aufs tiefste.

Spenglers Werk hätte wohl kaum die enorme Wirkung ausgelöst, wenn nicht der Titel: „Untergang des Abendlandes“ in der Brust jedes Denkenden einen mächtigen Widerhall gefunden hätte. Denn die Erkenntnis, daß unsere Kultur ihren Höhepunkt überschritten hat, ist allgemein verbreitet und ebenso der bange Zweifel, wodurch das dräuende Unheil letztlich bedingt und wodurch es vielleicht zu beschwören ist.

Da bringt Lothrop Stoddard*) eine Lösung, die fast noch erschütternder wirkt, als das blinde Verhängnis. Jede Kultur — so ungefähr ist sein Gedankengang — hängt ab von dem Volk, das sie geschaffen hat und trägt, genauer: von der führenden Schicht. Denn das Volk ist keine homogene, sondern eine geschichtete Masse; neben den Oberschichten gibt es indifferente Mittel- und Unterschichten. Es kommt nur darauf an, wer die Führung in der Hand hat.

Nun ist die Kultur immer vielgestaltiger geworden und damit schwieriger zu meistern, und so ergibt sich von selbst, daß die Zahl der zur Führung Fähigen immer kleiner wird. Erschwerend kommt noch hinzu, daß eben die Errungenschaften der Kultur die minderwertigen Unterschichten vor der natürlichen Ausmerzung bewahren und dadurch das Mißverhältnis in der Stärke der Ober- und Unterschichten noch weiter ungünstig verschieben.

Die Unterschichten enthalten zum größten Teil Untermenschen, Erscheinungen, in denen noch der Homo primigenius überwiegt, oder — um moderner zu sprechen — in denen das Vorderhirn in seiner Entwicklung zurückgeblieben ist und wo die Persönlichkeit mehr oder weniger vom Zwischen- und Mittelhirn beherrscht wird. In geringerem Ausmaß sind diese geistigen Anachronismen ja wohl bekannt: von unseren Zeitgenossen gehören bei weitem nicht alle dem Typus 1926 an; viele erscheinen als geistige Nachzügler irgendeiner, oft Jahrhunderte zurückliegender Epoche.

Eben diese atavistische Konstitution des Zentralnervensystems macht alle Erziehungskünste aussichtslos, wie sie Locke, Hume, Rousseau, Stuart Mill und auch heute noch vielen vorschweben. Immerhin reicht der primitive Herdentrieb hin, sie zusammenzuscharen, und dann sind es regelmäßig Enterbte oder Mißgeleitete aus den höheren Schichten, welche sie im Schmelztiegel einer feurigen Beredsamkeit, wie Babeuf, Bakunin, Lenin usw. zu einer Masse zusammenschmelzen, ihnen ihre Ideen suggerieren und sie nach ihrem Belieben verwenden.

Dem Urtrieb der Fortpflanzung zollen die Urmenschen schrankenlos ihren Tribut, während die Wertvolleren eben infolge ihrer höheren Kultur weniger Kinder erzeugen. So ergibt sich die erschreckende Aussicht, daß in etwa 100 Jahren sechsmal mehr Unter- als Obermenschen vorhanden sein werden. Schon heute machen in Amerika die hochbegabten nur noch 13,5%, die Unterbegabten 35% der Bevölkerung aus. Und bereits 30% sind geistig erblich belastet!

---

*) Lothrop Stoddard: Der Kultursturz; die Drohung des Untermenschen. Deutsch von W. Heise. München 1925.

Zu allen Zeiten wurden die Untermenschen von Verblendeten zum Angriff gegen die Kultur geführt und die Parole lautete immer: Verwüstung und Zerstörung! Mit ihr feuerte Portius Telesinus in der Schlacht am collinischen Tor gegen Sulla (82 v. Chr.) an, und mit ihr gaukelten Bakunin, Gorki, Pogany usw. ihrem Gefolge das Paradies auf Erden vor. So stehen auch wir wieder mitten in der Auflehnung der Untermenschen, und während in der inneren und äußeren Politik die subtilsten Fragen mit hochgetriebener Spitzfindigkeit erörtert werden, ziehen die Anarchisten aller Schattierungen — die Syndikalisten in Frankreich, die Industrial Workers of the World in Amerika, die Bolschewisten, Kommunisten usw. — der gesamten bisherigen gesellschaftlichen Ordnung den Boden unter den Füßen weg. Während wir Aerzte mit Aufbietung aller Kraft um die Erhaltung einiger vollwertiger und noch viel mehr minderwertiger Leben ringen, stürzt die ganze Kultur in sich zusammen.

Kein Roman ist so erschütternd wie das von Stoddard entworfene Spiegelbild unserer kranken Zeit. Schlafmützen mögen bitten:

„Meine Blindheit gibt mir wieder
Und den fröhlich dunklen Sinn!“.

Aber die anderen werden mit Kassandra sagen:

„Wissend, schauend, unverwandt
Muß ich mein Geschick vollenden
Fallend in dem fremden Land.“

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Beispiele fachärztlicher Gutachten.

Dienstbeschädigung für Diabetes und Tuberkulose bei I. . . O. . . (Kaufmann) abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. von SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1876 am 2. September geborene I. . . O. . . hat 1896/98 aktiv gedient, ist am 9. August 1914 eingezogen worden, und zwar zunächst beim Landsturminfanterieregiment 115, dann beim Landsturmbataillon Kaiserslautern, kam dann am 7. Dezember 1916 zur Kommandantur Bukarest, von wo er am 28. August 1917 zurückkehrte und während seines Urlaubs am 29. August zur Beobachtung auf Malaria in Lazarettbehandlung kam. Das diesbezügliche Krankenblatt ergibt zunächst gesunde Lungen. Die Beobachtung auf der Malariastation ergab keine Malariaplasmodien, ein Anfall wurde nicht beobachtet, die Milz war nicht zu fühlen. Auch auf Provokation durch Höhensonne und Typhusimpfstoff nicht. Als kriegsverwendungsfähig am 12. November 1917 entlassen. Er wurde dann weiterhin bis zu seiner Entlassung am 21. Dezember 1918 beim Kriegsgefangenenlager G. verwandt und später bei dem gleichnamigen Landsturmbataillon.

1925, im Juni, stellte er Versorgungsantrag wegen Lungenkrankheit, die er auf Erkältungen an der Westfront zurückführt und wegen Malaria. Er bringt einen Zeugen bei, wonach er im Winter 1914/15 an fieberhaftem Bronchialkatarrh ambulant behandelt worden sei, ferner 1916 und 1917 in Bukarest an Malaria, Bronchitis und Darmkatarrh. Unterlagen für diese Erkrankungen finden sich in den Akten nicht.

Die Nachforschung ergab, daß er seit Anfang März 1925 wegen Bronchitis bzw. Lungentuberkulose in Behandlung stand, ebenso im November 1924 8 Tage wegen einer Angina lacunaris. Am 26. Juni 1925 starb er an Lungentuberkulose und Zuckerharnruhr. Nach den Aussagen des behandelnden Arztes bestand letztere seit 2 bis 3 Jahren, also seit 1922. Nach den Aussagen seiner Tochter soll sich der Verstorbene seiner Frau gegenüber geäußert haben, daß bei einer Untersuchung in Rumänien von einem Militärarzt Zucker in geringer Menge bei ihm festgestellt worden sei und zwar 1916 oder 1917.

Die weiteren Nachforschungen haben ergeben, daß er nach seiner Entlassung von 1919 bis 1924 die Arbeit hin und wieder einige Tage wegen Katarrhen der Lunge ausgesetzt hat, daß er aber erst im März 1925 mit Lungentuberkulose in ärztliche Behandlung kam.

Beurteilung:

Man hat im vorliegenden Falle mit folgenden Tatsachen zu rechnen:

1. Nach dem Krankenblatt hinsichtlich der Beobachtung auf Malaria 1917 handelte es sich um einen kräftigen Mann in gutem Ernährungszustand und mit ordentlichem Fettpolster.

2. Eine Malaria ist damals nicht festgestellt worden, auch steht im Krankenblatt: Lungen o. B.

3. Er kam im März 1925 zum ersten Male mit einer Lungentuberkulose und mit Zuckerharnruhr in ärztliche Behandlung. Die letztere reichte nach den Angaben des Arztes 2 bis 3 Jahre zurück, also ins Jahr 1922. Er hustete seit dem Frühjahr 1925.

Ferner bringt er die Zeugenaussage seines früheren Sanitätssergeanten G. bei, wonach er im Winter 1914/15 wegen fieberhaften Bronchialkatarrhs ambulant behandelt worden sei und 1916 und 1917 in Bukarest wegen Malaria, Bronchitis und Darmkatarrh. Derselbe Zeuge sagt aus, daß er 1919 und 1920 über Heiserkeit, Rheumatismus und Atembeschwerden geklagt habe, was sich dann 1925 verschlimmert habe.

Das Bürgermeisteramt sagt aus, daß der Verstorbene von 1919 bis 1924 die Arbeit nur hin und wieder wegen Katarrhs ausgesetzt habe, dauernd ausgesetzt erst seit März 1925 wegen Bronchialkatarrh.

Endlich sagt die Tochter des Vorstorbenen aus, daß er nach seiner Rückkehr aus dem Felde erzählt habe, daß bei ihm in Bukarest Zucker in geringer Menge festgestellt worden sei.

Auf Grund des Vorstehenden sind folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist die Zuckerharnruhr im Felde entstanden oder hat sie schon vorher bestanden und ist durch den Felddienst verschlimmert worden?

2. Ist die Tuberkulose der Lungen im Felde entstanden? Sind die Bronchialkatarrhe während des Kriegsdienstes als Beginn der Tuberkulose aufzufassen und die nach der Entlassung von 1919 bis 1924 aufgetretenen Bronchialkatarrhe als Brückensymptome?

Zunächst ist hierzu zu bemerken, daß es sich bei dem Zuckerbefund im Harn in Bukarest 1916 und 1917 aller Wahrscheinlichkeit nach nur um einen einmaligen und, wie auch der Verstorbene selbst angibt, geringen Zuckerbefund gehandelt haben soll. Es ist jedenfalls sehr fraglich, ob derselbe nicht alimentärer Ursache (Marmelade) war. Jedenfalls berechtigt diese durch Unterlagen nicht gestützte Angabe des Verstorbenen noch nicht zur Diagnose Zuckerharnruhr. Denn wäre dies der Fall gewesen, so wären sicher auch andere Erscheinungen der Zuckerharnruhr in Vordergrund getreten, die zweifellos zu einer Krankmeldung geführt hätten. Der Verstorbene hat aber vom Dezember 1917 bis Kriegsende ohne irgendwelche Beschwerden von dieser Seite in G. beim Landsturmbataillon Dienst getan.

Demnach schaltet dieser Punkt als nicht wahrscheinlich aus, besonders im Hinblick auf die Angaben des behandelnden Arztes, der den Beginn der Zuckerharnruhr ins Jahr 1922 verlegt.

Hinsichtlich der Bronchialkatarrhe: Wie betont, finden sich für die Bronchialkatarrhe während der Kriegszeit keine amtlichen Unterlagen. Es liegt ein gewisser Widerspruch in der Angabe des Zeugen G., wonach es sich um fieberhaften Bronchialkatarrh 1914 und 1915 gehandelt hat und dabei nur ambulante Behandlung. Auffällig ist ferner, daß, falls überhaupt in dieser Zeit, wo der Verstorbene noch bei einem Landsturmbataillon in der Heimat stand, Behandlung stattgefunden hat, hierfür die Unterlagen fehlen, zumal da die Erkrankung an Malaria in dem sonst vollständigen Kriegsstammrollenauszug verzeichnet ist. Ebenso auffällig ist es, daß in der Vorgeschichte des Krankenblattes wegen Beobachtung auf Malaria 1917, die sonst eingehend geführt ist, die Bronchialkatarrhe 1914/15 und die in Bukarest nicht erwähnt sind. Es ist dort lediglich verzeichnet, daß er sich im Juli im Revier in Bukarest gemeldet habe, wahrscheinlich wegen eines Darmkatarrhs. Jedenfalls befand sich aber der Verstorbene, wie das oben genannte Krankenblatt deutlich ergibt, nach seiner Rückkehr von Bukarest in gutem Allgemeinzustand, zeigte keinen krankhaften Lungenbefund und auch keine Malaria.

Demnach ist die Annahme berechtigt, daß der Bronchialkatarrh im Winter 1914/15, falls er überhaupt Behandlung notwendig machte, vollkommen ausgeheilt wurde. Keinesfalls kann er aber der ärztlichen Erfahrung entsprechend als Beginn der Tuberkulose aufgefaßt werden, weil er sonst nicht ausgeheilt wäre und im weiteren Verlaufe der Dienstzeit sicher darauf hindeutende Erscheinungen aufgetreten wären, die Behandlung notwendig gemacht hätten.

Auch hinsichtlich der Bronchialkatarrhe von 1919 bis 1924, die nach den Nachforschungen jeweils nur wenige Tage dauert, kann nicht einwandfrei behauptet werden, daß sie tuberkulöser Natur waren. Denn sonst wären auch hier längere Krankmeldungen oder gar ärztliche Behandlung notwendig gewesen.

Hinsichtlich der Zuckerharnruhr: Die Kriegserfahrungen (v. Schjerning: Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, III. Bd., S. 603) lehren, daß Zuckerkranke, insbesondere Mannschaften, falls schon Zuckerausscheidungen beim Dienstantritt vorlagen, auch im Garnison- und Etappendienst kaum länger als neun Monate aushielten. Die Zuckerharnruhr ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der außer Veränderung in der Tätigkeit der Bauchspeicheldrüsen auch noch solche anderer innerer Drüsen in Fragen kommen, außerdem spielen aber auch noch chronische Reizvorgänge und selbst Infektionskrankheiten eine gewisse ursächliche Rolle. Die beiden letzteren haben aber aktenmäßig bei dem Verstorbenen nicht vorgelegen. Endlich ist auch eine gewisse Anlage in Betracht zu ziehen, insbesondere beim Wohlgenährten, und das war der Verstorbene nach dem Krankenblatt.

Nach diesen Ausführungen ist es also nicht wahrscheinlich, daß die Zuckerharnruhr schon bei der Einstellung bestanden hat, auch nicht, daß sie im Kriege entstanden oder durch den Krieg verschlimmert wurde, denn sonst wäre sie wesentlich früher als 1922, sicherlich schon während des Kriegsdienstes oder kurz darnach festgestellt worden.

Demnach muß die Dienstbeschädigung hierfür als unwahrscheinlich abgelehnt werden.

Die ärztliche Erfahrung lehrt nun weiterhin, daß die Zuckerharnruhr eine ganz besonders ungünstige Einwirkung auf eine Tuberkulose ausübt und unter Umständen deren Verlauf in hohem Grade beschleunigt. Nun können nach den obigen Ausführungen die angeblichen Bronchialkatarrhe im Felde nicht als Beginn der Tuberkulose angesehen werden. Auch nicht die von 1919 bis 1924, die nur zeitweise ganz kurze Unterbrechungen der Arbeit notwendig machten. Da nun die größte Mehrzahl der Menschen selbst bei gutem Allgemeinzustand meist ruhende tuberkulöse Herde aufweist, welche unter besonders hierfür günstigen Einflüssen — und hierzu gehört die Zuckerharnruhr — sich ganz plötzlich, besonders in den Lungen, ausbreiten können; da ferner die Tuberkulose der Lungen mit ihren ersten Manifestationen, welche den Verstorbenen zum Arzte führte, erst im Frühjahr 1925 einsetzte und dann, wie dies bei gleichzeitiger Zuckerharnruhr häufig der Fall ist, rapid zum Tode führte, so ist die Annahme berechtigt, daß die Tuberkulose ihren überaus raschen tödlichen Verlauf dem ihr günstigen Boden der Zuckerharnruhr verdankt, völlig unabhängig von Kriegseinflüssen.

Nach diesen Ausführungen ist also sowohl die Zuckerharnruhr wie die Tuberkulose als Neuerkrankung aufzufassen, die durch den Kriegsdienst weder hervorgerufen, noch beeinflußt oder verschlimmert wurde.

Demnach ist der Zusammenhang zwischen Tod und Dienstbeschädigung als unwahrscheinlich zu betrachten; es liegt vielmehr überhaupt keine Dienstbeschädigung vor.

Dienstbeschädigung bei Tuberkulose und gleichzeitiger progressiver Paralyse bei E. . . F. . . (Buchdrucker) anerkannt.

Vorgeschichte:

Der 1884 geborene E. F. hat 1902-1904 aktiv gedient, wurde im August 1914 eingezogen und kam am 20. Dezember 1914 wegen einer rechtsseitigen Lungenentzündung in Lazarettbehandlung. Nach dem Krankenblatt hat sich die Lösung längere Zeit verzögert, normale Temperatur war erst etwa nach vier Wochen zu verzeichnen. Es hat sich eine rechtsseitige Rippenfellschwarte gebildet. Er wurde am 31. 3. 1915 mit Schonung zum Truppenteil entlassen. Am 8. 5. 1915 wurde er am rechten Unterschenkel verwundet und stand deswegen in Lazarettbehandlung bis zum 2. 8. In diesem Krankenblatt wurde im Verlauf der Behandlung rauhes Atmen über den oberen Partien der linken Lunge und späterhin abgeschwächtes Atmen hinten unten rechts festgestellt. Vom 31. 5. 1916 liegt ein militärärztliches Zeugnis vor, wonach der Verstorbene während seiner aktiven Dienstzeit wegen eines Magenleidens 6 Monate im Lazarett lag; außer den Kinderkrankheiten hat er damals angegeben, mit 14 Jahren eine Hirnhautentzündung gehabt zu haben; seit 1914 verheiratet zu sein; von seinen zwei Kindern sei eines tuberkulös. Aus dem Zeugnis geht hervor, daß er sich am 15. 2. 1916 wegen Magenbeschwerden krank gemeldet hat und am 29. 3. d. J. im Lazarett einen schweren Tobsuchtsanfall bekam, weswegen er der Irrenanstalt in Frankfurt überwiesen wurde. Wassermann positiv. Der Lungenbefund wird als nicht wesentlich bezeichnet.

Krankheitsbezeichnung: Gehirnerweichung; keine Dienstbeschädigung; Erwerbsminderung unter 10%. Ueber den Entlassungstermin ist nichts verzeichnet. Es ist jedoch aus den Akten zu entnehmen, daß er in der obengenannten Irrenanstalt etwa 7 Monate verblieb und daß er 6 Wochen nach seiner Entlassung daraus im Jahre 1917 seine Frau verlassen habe und anscheinend herumgeirrt sei. Seine Frau habe erst 1924 erfahren, daß er gestorben sei.

Für die Angaben der Ehefrau, daß er im Felde verschüttet wurde und nach seiner Rettung 7 Monate in der Irrenklinik in Frankfurt gewesen sei, finden sich in den Akten keine Unterlagen.

Am 26. 10. 1923 wurde er im Städtischen Krankenhaus Friedrichshain in Berlin aufgenommen. Nach dem Krankenblatt ist er 1917 ohne Rente entlassen worden. Im April 1923 habe er einen Zug über der Brust verspürt und dann Blut gespuckt und allmählich haben sich Nachtschweiße, Gewichtsabnahme, Husten und Auswurf eingestellt. Untersuchung und Durchleuchtung ergaben eine ausgedehnte Tuberkulose beider Lungen, eine diffuse Infiltration der Kehlkopf- und Kehldeckelschleimhaut und geschwürigen Zerfall beider Stimmbänder.

Am 27. 11. 1923 ist er gestorben.

Sektionsbefund: beiderseits acinös-nodöse Phthise in allen Lappen mit kleinen Kavernen, Tuberkulose des Kehlkopfs, der Bifurkationsdrüsen, der Mesenterialdrüsen, des Peritoneums, tuberkulöse Darmgeschwüre, Hydropericard, Degeneration des Herzmuskels, Mesaortitis luica?

Beurteilung:

Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß für die Gehirnerweichung eine Dienstbeschädigung nicht vorliegt, auch nicht durch Verschlimmerung, weil sie, wie dies der positive Wassermann ergibt, auf Syphilis beruht und im Kriege weder entstanden ist noch verschlimmert wurde. Allerdings ist deren Beginn nach den Akten nicht festzustellen, was aber für die Beurteilung auch belanglos ist.

Anders liegt die Frage, ob nicht für die Tuberkulose der Lungen Dienstbeschädigung anzunehmen sei.

Der Verlauf der im Dezember 1914 einsetzenden Lungenentzündung, die langsame Lösung, das lange bestehende Fieber, die erhebliche linksseitige Rippenfellschwarte, berechtigen zu der Annahme, daß es sich damals nicht um eine genuine Lungenentzündung gehandelt hat, sondern daß hier ein tuberkulöser Schub vorlag. Diese Annahme wird insbesondere auch dadurch gestützt, daß bei der etwa 2 Monate später stattfindenden Lazarettbehandlung wegen der Verwundung am rechten Oberschenkel über den Lungen noch rauhes Atmen festzustellen war. Jedenfalls war der Prozeß in den Lungen damals noch nicht ganz zur Ruhe gekommen.

Nun ist er nach seiner Entlassung 1917 herumgeirrt und es fehlen alle Unterlagen bis zum April 1923, wo er Blut gehustet hat. Die Aufnahme im Krankenhaus im Oktober 1923 ergab eine weit fortgeschrittene Tuberkulose beider Lungen. Der Sektionsbefund berechtigt zu der Annahme, daß die tuberkulöse Erkrankung zum mindesten schon einige Jahre bestanden hat. Inwieweit die gleichzeitige syphilitische Erkrankung das Fortschreiten der Tuberkulose begünstigt hat, läßt sich heute nicht mehr mit Bestimmtheit sagen, aber es ist bekannt, daß die Syphilis sozusagen der Tuberkulose das Bett bereitet. Trotzdem ist aber daran festzuhalten, daß die Tuberkulose jedenfalls schon Jahre zurückreichte und wenn auch für die Zeit von 1917 bis 1923 Unterlagen für die Behandlung fehlen, so ist dies bei dem Geisteszustand und dem Herumirren des Verstorbenen nicht verwunderlich. Jedoch deutet die Angabe in dem Berliner Krankenblatt, daß er sich, bevor er im Oktober 1923 im Krankenhaus aufgenommen wurde, zeitweise selbst Codein und Mixtura solvens gekauft habe, darauf hin, daß er sich immerhin während seines Herumirrens krank gefühlt hat.

Nach diesen Ausführungen ist der Beginn der Tuberkulose mit aller Wahrscheinlichkeit in das Jahr 1914 zu setzen, wo die lang sich hinziehende Lungen- und Rippenfellentzündung einsetzte.

Aus dem Sektionsbefund geht hervor, daß die Tuberkulose jahrelang zurückreichte; und wenn Brückensymptome bei dem vagierenden Leben der Kräfte auch nicht nachzuweisen sind, so kann man sie erfahrungsgemäß und billigerweise nach dem Verlauf wie nach der Tatsache, daß er sich selbst mit Arzneimitteln versorgte, nicht einfach deshalb ausschließen, weil sie nicht zur Kenntnis gekommen sind und damit ignorieren. Aus diesen Gründen ist man berechtigt einen Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als wahrscheinlich anzunehmen.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 4, 22. Januar 1926.

Wandlungen unserer Anschauungen vom Wesen des Trachoms. Krumbach.

* Studien über intrazelluläre Fermente der Leber, im besondern bei Phosphorvergiftung. Staemmler.

Die Bedeutung der physiologischen Schwankungen in den peripheren Leukozytenzahlen. Müller und Petersen.

* Ueber eine charakteristische Blutzuckerreaktion beim Ulcus ventriculi. Scharpff.

Basedowsche Krankheit und Antithyreoidin. Grawitz.

Glykogenanreicherung als Ziel der Insulinbehandlung. Adlersberg und Porges.

Die biologischen Begleiterscheinungen der Virulenz der Vaginalkeime. Louros.

Ueber die Hormonbehandlung der Chorea minor. Duzár.

* Zur Behandlung der multiplen Sklerose unter besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. Sauer.

Ueber das Auftreten von freiem Phenol im Blut bei Niereninsuffizienz. Becher und Litzner.

Gepuffertes Wasser für die Romanowsky-Giemsa-Färbung. Bálint.

Tetanie und Raynaudsche Krankheit. Margolin.

Ueber allgemeine Therapie bei Tuberkulose. Walder.

Ueber Vererbungsfragen in der menschlichen Pathologie. Weitz.

Studien über intrazelluläre Fermente der Leber, im besonderen bei Phosphorvergiftung. Der Verfasser berichtet, daß unter Einwirkung des Phosphors sich im Reagensglas eine starke Hemmung der Diastasen und eine ebensolche der Oxydasen ergibt. Im Tierversuch wurden die Diastasen leicht gehemmt, die Oxydasen gesteigert.

Ueber eine charakteristische Blutzuckerreaktion beim Ulcus ventriculi. Bei Kranken mit Ulcus ventriculi oder duodeni tritt nach Genuß von 80 g Lävulose in 300 ccm Flüssigkeit eine deutliche Blutzuckersteigerung auf. Es wird darin ein Beweis für eine kapillarschwache, vasolabile Konstitution der Ulcuskranken gesehen. Für die Differentialdiagnose gegenüber Gallenblasenerkrankungen kann die Lävulosebelastung herangezogen werden: eine starke Reaktion spricht für Ulcus, eine fehlende oder ganz geringfügige für eine Gallenblasenerkrankung.

Zur Behandlung der multiplen Sklerose unter besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. Der Verfasser faßt seine Untersuchungen dahingehend zusammen, daß sich mit der Salvarsanbehandlung öfter, wenn auch in beschränktem Maße, eine Besserung objektiver Erscheinungen der Sklerosis multiplex erreichen läßt, als mit der physikalischen Therapie, so daß besonders bei frischen Fällen ein Versuch mit Salvarsanbehandlung angebracht erscheint.

Nr. 5, 29. Januar 1926.

Grundlagen der Chinintherapie. Junkmann und Starkenstein.
* Das Verhalten der Bluteiweißkörper als Spiegel bestimmter krankhafter Vorgänge im menschlichen Organismus. Leendertz.
Die Darmwand als Mitregulator der Wasserstoff-Ionenkonzentration im Organismus. Löffler.
* Ueber die Albuminurie der Neugeborenen. Faerber.
* Die Ergebnisse einer einjährigen Kropfbehandlung in den Pforzheimer Schulen. Lang.
Zur Frage der Infektiositätsdauer bei Masern. Redlich.
* Ueber die „nicht chirurgische duodenale Drainage" der Gallenwege. Rausch.
Blutzuckerstudien bei Lungentuberkulose. (Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von Hecht.) Landau.
Erwiderung. Hecht.
Zur biologischen Strahlenwirkung. Cramer.
Zur Resorptionsbeschleunigung durch Insulin. Koref und Mautner.
Lymphogranulomatose beim Kinde. Gysi.
Ueber den Pylorospasmus. Heile.
Ueber Vererbungsfragen in der menschlichen Pathologie. Weitz.

Das Verhalten der Bluteiweißkörper als Spiegel bestimmter krankhafter Vorgänge im menschlichen Organismus. Es wird eine Methode zur Bestimmung der „Labilglobuline" des Serums angegeben. Dadurch, daß die erhaltenen Werte zum Gesamtproteingehalt des Serums in Beziehung gesetzt werden, wird ein Quotient gebildet, dessen Größe sich in 88 Untersuchungen als gut brauchbarer Maßstab für die Serumlabilität erwies. Die in 47 Fällen gleichzeitig untersuchte Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen wies 7 Versager auf und scheint der Bestimmung des $\frac{\text{„Serumprotein-Quotienten"}}{\text{„Labilglobulin-Quotienten"}}$ überall dort unterlegen zu sein, wo es sich darum handelt, durch Blutuntersuchung einen Maßstab für den Zelleiweißabbau im Körper zu gewinnen.

Ueber die Albuminurie der Neugeborenen. Die Albuminurie der Neugeborenen wird auf Grund klinischer und klinisch experimenteller Beobachtungen als Folge der geringen Flüssigkeitszufuhr in der Nahrung in den ersten Lebenstagen angesehen.

Sie beginnt nach der Geburt und verschwindet erst dann, wenn die Trinkmengen etwa 9—10% des Körpergewichts betragen.

Die Albuminurie der Neugeborenen zeigt Analogien zu der Albuminurie bei Wasserverlusten, zur Dehydratationsalbuminurie.

Die Ergebnisse einer einjährigen Kropfbehandlung in den Pforzheimer Schulen. Die Verfasserin erzielte nach einem Jahre mit Jodkuren durchaus günstige Erfolge. Die Schilddrüsenbreiten sind um fast 1 cm durchschnittlich zurückgegangen. Bei einem größeren Prozentsatz der Kinder ist der Kropf ganz oder fast ganz verschwunden, so daß 1925 60% der 15 jährigen Schüler als kropflos bezeichnet werden können, im Gegensatz zu 1924, wo nur 17% im gleichen Alter eine normale Schilddrüse aufwiesen. Es gibt aber auch schon in der Jugend eine Reihe von Kropfformen, die sich nicht durch Jodkuren beeinflussen lassen. Es wurde in dem Jahre kein einziger Fall von Jodschaden bei den Kindern festgestellt.

Ueber die „nicht chirurgische duodenale Drainage" der Gallenwege. Die duodenale Drainage stellt einen rationellen Eingriff dar, der durch die erzwungene Entleerung der Galle auf die Erkrankung der Gallenwege günstig wirkt. Die günstige Wirkung äußert sich in der raschen Besserung des klinischen Bildes und kommt auch darin zum Ausdruck, daß die Serumbilirubin- wie auch die Cholesterinwerte sinken. Bleibt dieses Sinken aus, ist nach Erfahrung des Verfassers kein Erfolg mehr von der Drainage zu erwarten. Aus dem positiven bzw. negativen Ausfall des Eingriffes ist nicht nur eine prognostische Folgerung zu ziehen, sondern auch vielleicht in diagnostischer Hinsicht etwas zu erhoffen. Die Technik ist einfach, bedarf keiner besonderen Vorrichtungen und ist auch ambulatorisch ausführbar. Unangenehme Nebenwirkungen sind selten: als solche wurden Brechreiz, Erbrechen und Abführen beobachtet. Das Indikationsgebiet erweitert sich nach Rauschs Erfahrung auf die Pankreatitis, die sich einer Cholelithiase bzw. Cholecystitis zugestellt.

Nr. 6, 5. Februar 1926.

Vergleichend-anatomische Betrachtungen über Encephalitis. Joest.
* Besteht ein Zusammenhang zwischen Fettbefunden im Zentralnervensystem neugeborener Menschen und der Markscheidenentwicklung? Berberich.
Ist die Oberflächenspannung des Blutserums eine konstante Größe? Beckmann.
* Zur Frage der Ursache des Coma diabeticum. Lorant.
Die Mehrphasenwirkung der Hormone. Kogan, Kamenew und Mantz.
* Kann das morphologische Blutbild zur Wertbestimmung von Wundbehandlungsmitteln verwendet werden? Ritter und Klingenfuß.
* Die Pleuritis fibrinosa adhaesiva beim künstlichen Pneumothorax. Unverricht.
Ueber die Alkalireserve bei Sportleuten. Full und Herxheimer.
* Ostitis fibrosa generalisata und Osteomalacie-Rachitis in ihren gegenseitigen Beziehungen. Lang.
Ein Tierparasit in der männlichen Urethra. Sternberg.
Der Spontanpneumothorax. Dorendorf.
Die Bestellung von Jugendärzten im Lande Thüringen. Rüdel.

Besteht ein Zusammenhang zwischen Fettbefunden im Zentralnervensystem neugeborener Menschen und der Markscheidenentwicklung? Die normale Markscheidenentwicklung in der Medulla oblongata hat mit einem obligatorischen Vorhandensein von Fettkörnchenzellen nichts zu tun. Verfettungen von Gliazellen in der Medulla oblongata bei Neugeborenen und Säuglingen sind von pathologischer Bedeutung. Die normale Markscheidenentwicklung im ganzen Zentralnervensystem beim Menschen geht in genau derselben Art und Weise vor sich wie im verlängerten Mark, d. h. ohne daß dabei fetthaltigen Zellen irgendwelche physiologische Rolle zukommt. Nach den Untersuchungen von Westphal und Held hat auch die Markscheidenentwicklung im peripheren Nervensystem des Menschen mit fetthaltigen Zellen nichts zu tun.

Zur Frage der Ursache des Coma diabeticum. Es sind verschiedene Fälle des Coma diabeticum beobachtet worden, bei denen keine Ketonkörper nachgewiesen werden konnten. Ketonkörper als auslösendes Agens kommen also nicht in Betracht. Der Verfasser denkt in erster Reihe daran, daß eine Störung im K. H.-Stoffwechsel die Funktion sämtlicher Zellen des Organismus, so auch die des zentralen Nervensystems, beeinflussen muß. Er kommt zu dieser Ansicht durch die beim Coma beobachtete eigenartige Kussmaulsche Atmung, deren Ursache er dort sucht, wo die der Cheyne-Stokeschen Atmung liegt. Die Bewußtseinsstörung ist — vielleicht ausgenommen in den letzten Stunden vor dem Tode — derart, daß sie sozusagen durch alle Eingriffe, die den Blutdruck erhöhen, augenblicklich aufgehoben wird. Der Umstand, daß alle Mittel, die den Blutdruck erhöhen, den soporös-komatösen Zustand aufheben, spricht direkt für eine Kreislaufgenese der Bewußtseinsstörung. Die Bedeutung des Blutzuckers für den Verlauf des Comas sieht der Verfasser in den kompensatorischen Eigenschaften desselben beim Diabetes mellitus. Ein hoher Blutzuckerspiegel ist daher als günstig aufzufassen.

Kann das morphologische Blutbild zur Wertbestimmung von Wundbehandlungsmitteln verwendet werden? Die aseptische wie die infizierte Wunde ergeben bekanntermaßen eine Reaktion im weißen Blutbild. Diese ist aber nicht typisch für eine aseptische oder infizierte Wunde. Auch Aqua destillata und Bakteriengaben geben Blutreaktionen, die sich nicht qualitativ, sondern nur quantitativ voneinander unterscheiden.

In der Blutbildveränderung spiegelt sich nicht ohne weiteres die Natur des Reizes wieder, da man annehmen kann, daß meistens der Reiz erst durch die Vermittlung des Körpers bzw. der Haut-Unterhautgewebe, auf die er wirkt, zum Knochenmark gelangt. Bei allen Reizen, die einen intensiven Gewebsstoffwechsel hervorrufen (aseptische und infizierte

Wunde, Aqua destillata usw.) sind die Blutbilder nur quantitativ verschieden. Es ist aber immerhin möglich, aus der Komposition und dem Verlauf des Blutbildes prognostische Schlüsse zu ziehen und therapeutische Hinweise zu erhalten.

Die Pleuritis fibrinosa adhaesiva beim künstlichen Pneumothorax. Der Verfasser beschreibt diese Form der Pleuritis an Hand von zwei Röntgenbildern. Sie zeichnet sich dadurch aus, daß sie von vornherein mit Adhäsionsbildung vergesellschaftet ist. Die Fibrinausscheidung und Adhäsionsbildung beherrschen das klinische Bild, während die Exsudation ganz in den Hintergrund tritt. Sie kommt fast ausschließlich beim partiellen Pneumothorax zur Beobachtung.

A. Hirsch (Berlin).

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

1926, Nr. 1.

Ueber die pankreatische Eiweißverdauung. Willstätter (München).
* Ueber Injektionstherapie. Hirsch (Bonn).
Ueber das Hormon des östrischen Zyklus. Laqueur, Hart, de Jongh und Wijsenbeek (Amsterdam).
Das fettlösliche Vitamin. Poulsson (Oslo).
Die Stoffwechseluntersuchung in der Diagnostik der „Neurosen". Curschmann (Rostock).
Experimentelle Studien über Syphilis- und Rekurrens-Spirochätose. Kolle (Frankfurt a. M.).
Zur Behandlung des durchgebrochenen Magengeschwürs und zur Jejunostomie. Enderlen (Heidelberg).
Zur Deutung des Ventrikel-Elektrokardiogramms. Franz Hofmann (Berlin).
Theorie und Praxis in der Behandlung des Ulcus corneae serpens. Wessely (München).
* Konstitutionsmischung bei gesunden Ehepaaren. Kretschmar (Tübingen).
Ergebnisse der Röntgendiagnostik der Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks vom Standpunkt der Jodipininjektion. Peiper (Frankfurt a. M.).
Ueber die sogenannte Reversion der Hämolyse. Starlinger (Wien).
Die pharmakologischen Auswertungen von Organpräparaten und ihre Bedeutung für die praktische Therapie. Trendelenburg (Freiburg i. Br.).
Das Herz als Objekt der Therapie bei Nierenkrankheiten. Strauß (Berlin).

Ueber Injektionstherapie. Eine Warnung vor zu häufiger unkritischer Anwendung der intravenösen Injektion. Die Einspritzung selbst von harmlosen Substanzen in die Blutbahn ist niemals ein harmloser Eingriff, denn sie macht grobe physikalische und kolloid-chemische Veränderungen des Blutes. Den experimentellen Forschungen, die gegen die Indifferenz der intravenösen Injektion als solche sprechen, entspricht das wiederholt beobachtete Vorkommen von lebensgefährlichen Zuständen und von Todesfällen unmittelbar nach der Einspritzung. Man sollte im besonderen mit den in letzter Zeit vielfach bei Sepsis angewandten Mitteln — wie Silberpräparaten — deren Nutzen fraglich ist, viel zurückhaltender sein. Die intravenöse Injektion soll reserviert sein für Substanzen von anerkannt hohem Heilwert, bei denen eine andere Applikationsweise nicht möglich ist — z. B. Salvarsan —, und für solche Körper, deren direkte Einbringung in die Blutbahn momentan lebensrettend wirken kann (z. B. Strophantin, wasserlösliche Kampferpräparate).

Konstitutionsmischung bei gesunden Ehepaaren. 170 Ehepaare wurden unter Zugrundelegung der Kretschmarschen Einteilung charakterologisch definiert; dabei ergab sich, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Ehen die beiden Partner einen entgegengesetzten Konstitutionstyp aufwiesen. Am häufigsten war diese Gegensätzlichkeit in den Fällen, wo der eine Ehegatte ausgesprochen hypomanische oder schizoide Züge zeigte, die sich der Grenze des Krankhaften näherten; gleichförmige Ehegatten wurden dagegen hauptsächlich bei den ausgeglichenen Temperamenten der Mittellagen gefunden. Es hat danach den Anschein, daß die Gesetze der erotischen Anziehung dem Ueberhandnehmen der biologischen Extremvarianten im Erbgang entgegenwirken.

Nr. 2.

* Frühbehandlung und Frühheilung der Syphilis. Zieler (Würzburg).
Ueber das Hormon des östrischen Zyklus. Laqueur, Hart, de Jongh und Wijsenbeek.
* Neues zur Therapie des Nierensteins. Kalk und Schöndube.
Ueber unsere Behandlung der Diphtherie in den Jahren 1921—1925. Heckscher (Kopenhagen).
Das Schneiden mit dem elektrischen Funken. Döderlein (München).
Die Fehlgeburt. Hennes (Breslau).
Unsere Erfahrungen mit der Meinicke-Mikroreaktion. Frenz (Dresden).
Betrachtung von Röntgenplatten auf grüner Mattscheibe oder mit grünen Lampen. Henius (Berlin).
Die Insulinzuckerbehandlung der Leberinsuffizienz. Jacoby (Berlin).
* Die Einleitung der Narkose mit Eau de Cologne. Gohrbandt (Berlin).
Mentopin zur Verhütung postoperativer Lungenkomplikationen. Willerding (Berlin).
Eine schwere genitale Blutung aus einem kleinen, nach digitaler Ausräumung zurückgebliebenen Plazentarrest. Mandel (Erfurt).
Lobelin-Ingelheim in der psychiatrischen Praxis. Leibbrand (Berlin).
Opiumvergiftung und Lobelin. Brdiczka (Ratibor).
Zur Frage der Johimbinvergiftung. Lehrmann (Schitomir).
Bemerkung hierzu. Fürbringer (Berlin).
Therapeutische Beeinflussung durch Thymusdrüse. Blum (Mannheim).
Dial als Schlafmittel. Leibbrand (Berlin).
Ueber ein neues Verfahren, die in der Hefezelle enthaltenen Nahrungsstoffe der menschlichen Ernährung dienstbar zu machen. Engel (Berlin).

Frühbehandlung und Frühheilung der Syphilis. Unter Frühbehandlung wird die abgekürzte Behandlung mit einer oder auch mehreren Kuren bei frischen Ansteckungen und bei beginnenden Allgemeinausbrüchen verstanden, unter Abortivbehandlung die mit nur einer Kur bei frischer Infektion, die mit dauernd negativer Seroreaktion verläuft. Voraussetzung dafür ist der Nachweis der Spirochäten. Für die Abortivkur geeignet sind nur Personen mit vollständig gesunden inneren Organen. Das hauptsächliche Heilmittel ist das Salvarsan, das in sehr großen Einzeldosen und in einer Gesamtmenge von 5—7 g Neosalvarsan für Männer, 4—5 g für Frauen gegeben wird. Liegt die Ansteckung länger als 3 Wochen zurück, so wird nach 3—4 Wochen eine zweite, etwas schwächere Kur angeschlossen. Wenn die Ansteckung länger als 4 Wochen zurückliegt, so wird neben dem Salvarsan Quecksilber oder Wismut gegeben; die Erfolge sind in diesen Fällen aber nicht mehr so sicher. Nach der Abortivkur wird die Wa. R. zuerst monatlich, dann in allmählich größer werdenden Pausen angestellt; falls alle negativ ausfallen, wird nach 1½—2 Jahren die Wa. R. mit Salvarsanprovokation geprüft; wenn möglich wird auch die Rückenmarksflüssigkeit untersucht. In Fällen mit Schwellung der Lymphknoten in der Umgebung des Primäraffektes oder positiver Seroreaktion ist eine eigentliche Abortivkur nicht mehr möglich. Eine Frühheilung kann aber auch in solchen Fällen noch erreicht werden, und zwar mit mehreren, in Pausen gegebenen kombinierten Kuren. Eine kräftige Körperkonstitution ist für diese Behandlungen ganz besonders Voraussetzung, und das Bestreben des Arztes muß es sein, durch Regelung der Lebensweise des Patienten die allgemeinen Abwehrkräfte zu haben.

Neues zur Therapie des Nierensteins. Durch Injektion von Hypophysenextrakt (2 ccm Hypophysin) wurden bei Nierensteinen Koliken mit Steinabgang hervorgerufen. Die Beobachtung der hierbei sich abspielenden Schmerzphänomene ließ darauf schließen, daß sich am Harnleitersystem nach Hypophysin-Einspritzung ähnliche Motilitätsphänomene abspielen wie am Magen und den Gallenwegen. Unter Umständen können die Injektionen auch für die Diagnostik von Bedeutung sein.

Die Einleitung der Narkose mit Eau de Cologne. Es wird vorgeschlagen, um die Narkose für den Kranken angenehmer zu machen, zuerst nur Eau de Cologne auf die Maske zu tropfen und dann aus einer zweiten Flasche Aether oder Chloroform zuzugeben. Für kurze Rauschnarkosen wird Chloraethyl mit Eau de Cologne gemischt aufgetropft; eine derartige Mischung wird neuerdings fabrikmäßig hergestellt.

Nr. 3.

* Ueber postanginöse Pyämie. Fraenkel (Hamburg).
Zur Pathogenese der Sekretionsstörungen des Magens. II. Beziehungen zwischen Magen- und Duodenalsaft. Abhängigkeit der sekretorischen Magenfunktion von Leber- und Pankreastätigkeit. Arnoldi u. Schechter (Berlin).
Einiges über die Diagnostik des Magenulcus mit Hilfe der fraktionierten Ausheberung. Rompe (Bochum).
Die Röntgendosierung in der Praxis. Gabriel (Frankfurt a. M.).
Die Beeinflußbarkeit des Blutzuckers beim Kaninchen. 2. Mitteilung. Glukaugmentatoren und Glukodepressoren. Levri und Waldbauer (Budapest).
Pluriglanduläre Veränderungen bei Hypophysentumoren. Szánto (Budapest).

Ueber kongenitale Nabelfisteln und Mißbildungen des Ductus omphalomesentericus. Wollmann (Deutsch-Krone).
Ueber das Erweichungsprinzip in der Glaukombehandlung. Hamburger (Berlin).
Apparatur zur fortlaufenden Messung und graphischen Registrierung der Innentemperatur des menschlichen Darmkanals. van der Reis (Greifswald).
Ueber das Spannungs-Dehnungsdiagramm dès spongiösen Knochens nach Stoßbelastung. Göcke (Dresden).
* Allgemeines über Schwangerschaftsveränderungen und Schwangerschaftsbeschwerden. Aschner (Wien).
Die Geburtsleitung beim engen Becken in der Praxis. Heyn (Kiel).
* Soll man bei Fieber intra partum und im Wochenbett eine Uterusausspülung vornehmen? Zweifel (München).
Die Bedeutung der Gymnastik für die gesunde und kranke Frau. Raboth (Göttingen).

Ueber postanginöse Pyämie. Die postanginöse Pyämie kommt durch direktes Uebergreifen des an den Tonsillen lokalisierten Krankheitsprozesses auf die tonsillaren Venen zustande; nur in Ausnahmefällen erfolgt die Infektion der Blutbahn durch Vermittlung eines aus dem Wurzelgebiet der Tonsillen gespeisten Halslymphknotens. Die Venenaffektion kann sich kontinuierlich bis in die Vena jugularis fortsetzen, kann sich aber auch erst in entfernteren Venengebieten lokalisieren: sie gibt Anlaß zur Bildung metastatischer Abszesse in den Lungen und auch im großen Kreislauf (Nieren, Gelenke). Klinisch manifestiert sich die Infektion der Halsvenen durch spontanen und Druckschmerz der seitlichen Halspartie, der aber nicht regelmäßig vorhanden ist. Als Erreger spielen neben Streptokokken und Pneumokokken besonders Anaerobier eine Rolle. Als Behandlung der Krankheit kommt lediglich die Unterbindung der Vena jugularis in Frage, mit der aber bisher noch keine überzeugenden Erfolge erzielt worden sind.

Allgemeines über Schwangerschaftsveränderungen und Schwangerschaftsbeschwerden. Verfasser führt die während der Schwangerschaft auftretenden Beschwerden auf zwei Grundveränderungen zurück, die „Schwangerschaftsplethora“ und „Schwangerschaftstoxinarium“. So wird z.B. die Hyperemesis auf eine Hyperämie des Magens zurückgeführt, ebenso die Vergrößerung der Schilddrüse, der Leber und Milz auf eine Blutüberfüllung der betreffenden Organe. Die Toxinämie wird u. a. zur Erklärung des Hydrops Gravidarum, als Folge einer Gefäßschädigung, herangezogen. Als therapeutische Grundregeln werden danach betrachtet die Regelung der Zirkulation und Verdauung durch körperliche Bewegung und Diät, und das Suchen nach allgemeinen Ursachen bei Beschwerden einzelner Organe. Bei träger Verdauung sind ab und zu salinische Abführmittel angezeigt. Bei vollblütigen Frauen haben sich zeitweilige Aderlässe — 1—2 mal während der Schwangerschaft — als vorteilhaft erwiesen.

Soll man bei Fieber intra partum und im Wochenbett eine Uterusausspülung vornehmen? Nach den Erfahrungen an der Münchner Universitäts-Frauenklinik ist die Ausspülung des Uterus mit einem milden Antiseptikum unschädlich. Die Spülung wird bei Frauen mit Fieber ausgeführt, das auf eine genitale Infektion zurückzuführen ist, und zwar sofort nach der Geburt. Als Spülmittel kommen Sagrotanlösung, Mea-Jodina-Lösung, Argentum nitr. 1—2 : 1000, Kaliumpermanganatlösung mit Zusatz von 10%igem Acid. acet., u. a. in Fragen. Der positive Erfolg der Spülungen ist naturgemäß schwer zu beurteilen.

Nr. 4.

Ueber die experimentellen Grundlagen der Sanocrysintherapie. Neufeld (Berlin).
* Die klinische Anwendung des Sanocrysins. Kraus, Czerny und Friedemann (Berlin).
Sanocrysinerfahrungen in der Universitätskinderklinik in Berlin. Czerny und Opitz (Berlin).
Behandlungsergebnisse mit Sanocrysin bei Lungentuberkulose. Friedemann, Knersniewski und Deicher (Berlin).
Zur Technik des beschleunigten Tuberkelbazillennachweises durch Tierversuch und Züchtung. Jacobsthal (Hamburg).
Zur Chirurgie der Arteria carotis, insbesondere über die Folgen ihrer Unterbindung für das Gehirn. Brüning (Berlin).
Zur Frage des serologischen Nachweises der Echinokokkeninfektion. Horowitz-Wlassowa (Orenburg).
Warum vermögen schon subtherapeutische Salvarsan- und größere Stovarsoldosen so prompt die Hauterscheinungen der Syphilis therapeutisch zu beeinflussen, nicht aber die Spirochäten? Schumacher (Berlin).
* Die Kneifschmerzhaftigkeit der Bauchhaut als diagnostisches Merkmal. Strecker (Breslau).
Die Druckempfindlichkeit der unteren Bauchpartien. Van den Velden (Berlin).
Zylinderepithelzyste am Penis. Hajós (Budapest).
Zur Gonorrhoediagnose. Cohn und Simon (Berlin).
Skabies- (Sarcoptes minor-) Endemie in einem Säuglingsheim. Levy (Frankfurt a. M.).
Bekommen wir eine Gold-, Platin- oder Cadmiumtherapie der Syphilis? Heymann (Berlin).
Ueber Urgon, ein neues Antihidrotikum. Brusser (Moskau).

Die klinische Anwendung des Sanocrysins. Die Gefahren der Sanocrysinbehandlung sind bei vorsichtiger Anwendung des Mittels zu vermeiden; nachdem dies erwiesen ist, wird eine Prüfung des Mittels auf breiter Basis für erwünscht gehalten, während im Anfang nur aussichtslose Fälle der Behandlung unterworfen wurden. Die ursprünglich angegebene Dosierung wird als zu gefährlich abgelehnt, es werden weit geringere Einzelmengen gegeben, und nach jeder Injektion wird das Abklingen jeglicher Reaktion abgewartet; diese Reaktionen bestehen in Fieber, urtikariellen Exanthemen, Albuminurie, Störung des Allgemeinbefindens; Durchfälle und Koliken zeigen, daß das Mittel nicht vertragen wird, und sind wohl ein Zeichen latenter Darmtuberkulose; außerdem treten Herdreaktionen auf der Lunge auf. Die besten Aussichten scheinen frische exsudative Erkrankungen zu bieten. Voraussetzung für die Behandlung ist völlige Vertrautheit mit dem Verlaufe der Lungentuberkulose und vorläufig die Beobachtung in einer Klinik. Vor ambulanter Behandlung wird gewarnt.

Die Kneifschmerzhaftigkeit der Bauchhaut als diagnostisches Merkmal. Ein heftiger zirkumskripter Druckschmerz und Bauchdeckenspannung kann außer durch intraabdominelle Erkrankungen auch durch Hyperästhesie der Haut infolge einer Neuralgie oder einfachen nervösen Uebererregbarkeit hervorgerufen sein. Die Kneifschmerzhaftigkeit der Bauchhaut ist als Unterscheidungsmerkmal gut zu verwerten: Die Fälle, in denen sie vorhanden war, haben sich stets als harmlos nachträglich bestätigen lassen. Natürlich ist das Symptom nur in Verbindung mit anderen örtlichen und allgemeinen Symptomen zu verwerten.

Nr. 5.

* Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. I. Bonhoeffer (Berlin).
* Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. II. His (Berlin).
* Sanocrysinbehandlung bei Lungentuberkulose. Klemperer (Berlin).
Ueber eine direkt nekrotisierende Form der Hirnsyphilis. Herschmann (Wien).
Praktische Behandlung der Pyodermien. Zieler (Würzburg).
* Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organpräparaten. Pulay (Wien).
Zur Frage der Salbengrundlagen. Unna (Hamburg).
Die Behandlung der Frostbeulen. Hübner (Elberfeld).

Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. I. Es handelt sich bei der sogenannten Unfallneurose nicht um eine Krankheit im eigentlichen Sinne, sondern um eine durch Begehrungsvorstellungen hervorgerufene psychogene Reaktion, für die vorwiegend psychopathische Individuen disponiert sind. Von dieser psychogenen Reaktionsform läßt sich die echte traumatische Hirnschädigung gut abgrenzen, denn diese zeigt ganz bestimmte klinische Bilder, die den auch bei anderen exogenen Schädigungen des Gehirns auftretenden entsprechen: nämlich den amnestischen Symptomenkomplex in seinen quantitativ verschiedenen Abstufungen, und das epileptoide Syndrom, das charakterisiert ist durch Krampfanfälle oder periodische Verstimmungen, gesteigerte Erregbarkeit, Alkoholintoleranz, Schwindelanfälle, periodische Kopfschmerzen; dazu können natürlich Herdsymptome treten. Die Annahme molekulärer Erschütterungseffekte des Gehirns ist durch die klinischen Erfahrungen widerlegt. Die strikte Unterscheidung zwischen traumatischer Neurose und Simulation ist nicht durchzuführen, weil „in den Symptomendarbietungen der traumatischen Neurose überhaupt ein Willensmoment gelegen ist, dessen Bewußtseinseinhelligkeit nur graduell verschieden ist“. Als logische Folge dieser Einsicht ergibt sich, daß auch bei tief unter dem Bewußtsein liegendem Willensmoment ein Rentenverfahren dem Interesse des Betroffenen letzten Endes widerspricht. Der praktische Vorschlag des Verfassers geht darauf hinaus, bei derartigen hysterischen Symptomenkomplexen nach Unfällen Entschädigungsansprüche überhaupt abzulehnen.

Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. II. Ebenso wie Bonchoeffer hält Verfasser die Begehrungsvorstellung für maßgebend für das Zustandekommen der posttraumatischen nervösen Erscheinungen; er nimmt im Gegensatz zu ihm nicht an, daß ihr Auftreten an eine psychopathische Konstitution gebunden ist. Maßgebend für diese Auffassung ist ihm die Erfahrung, insbesondere der Vergleich mit nicht versicherungspflichtigen Unfällen. Es wird, unter Heranziehung der Gesetzgebungen in verschiedenen Ländern, die Frage aufgeworfen, ob bei Unfallneurosen überhaupt eine Entschädigung gegeben werden soll; die Frage der Kapitalabfindung wird in Erwägung gezogen, nicht als Entschädigung, sondern als Heilmittel.

Sanocrysinbehandlung bei Lungentuberkulose. Sanocrysin in Anfangsdosen von 0,1—0,25, mit langsamer Steigerung auf 0,5—1,0, wenn die kleinen Gaben gut vertragen wurden, ist unschädlich; in den von Möllgaard angegebenen Anfangsdosen von 0,5—1,0 ist die Behandlung gefährlich; das Möllgaardsche Serum hat vollkommen versagt. Ueber den Nutzen des Mittels und die Auswahl der geeigneten Fälle liegen noch keine sicheren Erfahrungen vor. Daß das Sanocrysin bakterizid wirkt, ist nicht erwiesen; vermutlich wirkt es auf das erkrankte Gewebe, ebenso wie die anderen Goldpräparate und wohl auch das Tuberkulin.

Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organpräparaten. Die Indikation für die Organotherapie von Hauterkrankungen wird auf Grund von Untersuchungen des Stoffwechsels gestellt. Bei erniedrigtem Grundumsatz wird Hypothyreoidismus angenommen, bei Verminderung der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung eine Dysfunktion der Hypophyse. Auf Grund solcher Zusammenhänge sind u. a. Psoriasis, Ekzeme, Sklerodermien, Haarausfall, auch Alopecia areata, Pruritus mit Erfolg behandelt worden. Auch mit menstruellen Störungen zusammenhängende Hautaffektionen erwiesen sich durch die Gaswechselanalyse als thyreogen oder hypophysär bedingt und sprachen auf entsprechende Behandlung prompt an. Manche Fälle von Ekzem und von chronischem Haarausfall, die sich bei lokaler Therapie nicht besserten, wiesen einen tiefen Wert für Blutkalk auf; sie wurden durch Parathyreoidin gut beeinflußt.

R. Seligmann.

Medizinische Klinik.

Nr. 4, 22. Januar 1926.

Die Behandlung der akuten Osteomyelitis. O. Nordmann (Berlin).
Ueber Salvarsandermatitis. G. Stümpke (Hannover).
Umfrage über die Behandlung der Syphilis. P. Melzer, A. Ruete, H. Stranz.
Zur Begutachtung der Tuberkulose als Unfallsfolge. E. Suess (Wien).
Zur klinischen Analyse des Entwicklungsganges otogener Schläfenbeinerkrankungen. Charousek (Prag).
Zwei Fälle von Tetanus puerperalis nach kriminellen Abort. G. H. Schneider (Frankfurt a. M.).
Ueber die Wirkung des intrazisternös verabreichten Koffeins. J. Janossy (Debreczen).
Ueber relative Sexualität und ihre Bedeutung für das Befruchtungsproblem M. Hartmann (Berlin).
* Die Bedeutung der Goldsolkurve für die Beurteilung des Liquor cerebrospinalis bei der nervensymptomfreien Lues (Schluß). H. Wendt (Hannover).
Apoplexie und Myxödem nicht Folge einer Dienstbeschädigung. v. Schnizer (Heidelberg).
Ueber Medinal zur Injektion. W. Vagedes (Bonn).
Richtlinien der elektrophysikalischen Behandlungsmethoden für die ärztliche Praxis. B. Berliner, A. Laquuer, E. Tobias (Berlin)

Die Bedeutung der Goldsolkurve für die Beurteilung des Liquor cerebrospinalis bei der nervensymptomfreien Lues (Schluß). Die Goldsolreaktion ist ein wertvolles Diagnostikum auch für den Praktiker. Sie ist zuverlässiger als andere Liquorreaktionen, da sie in viel mehr Fällen einen pathologischen Liquor anzeigt, wenn es auch noch nicht möglich ist, durch Aufstellung von charakteristischen Kurventypen verschiedene Formen der Lues cerebrospinalis zu unterscheiden. Ganz weit rechts lokalisierte Kurven gestatten, eine Lues mit großer Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Wertvoll ist die Goldsolreaktion auch als prognostisches Hilfsmittel.

Nr. 5, 29. Januar 1926.

* Syphilis und Unterbrechung der Schwangerschaft. A. Buschke und M. Gumpert (Berlin).
Psychotherapie in der Urologie. J. Stutzin. (Berlin).
Zur Technik und Indikation großer Bluttransfusionen. A. Plehn (Berlin).
* Weitere Erfahrungen mit eiweißarmer Ernährung bei Diabetes. L. K. Grote (Dresden).
Die Desodorisation von Krebsgeschwüren. L. Freund (Wien).
Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks. A. Alfes und K. Eggert (Bremen).
Zur klinischen Analyse des Entwicklungsganges otogener Schläfenbeinerkrankungen. Charousek (Prag).
Zur Begutachtung der Tuberkulose als Unfallsfolge. E. Suess (Wien).
Lipase-Untersuchungen bei Tuberkulösen. F. Rosowsky (Berlin).
Durch Betriebsunfall verschlimmerte Leberatrophie. W. Stoeckenius (Gießen).
Richtlinien der elektrophysikalischen Behandlungsmethoden für die ärztliche Praxis. B. Berliner, A. Laqueur und E. Tobias (Berlin).
Aetiologie, Prophylaxis und Therapie des Scharlachs im Lichte der neueren amerikanischen Forschungen. F. Szirmai (Budapest).

Syphilis und Unterbrechung der Schwangerschaft. Verff. gehen von der Erwägung aus, die gefährdeten Frauen aus den Händen der Kurpfuscher zu befreien, bei denen sie nach dem heutigen Stand der Dinge auf alle Fälle gegen das nötige Entgelt Hilfe finden, d. h. den Abort. Anzustreben wäre vor allem Behandlung und Fürsorge für die syphilitische Mutter; im Einzelfalle ist der Abort in Erwägung zu ziehen, wenn eine intensive regelmäßige Therapie während der Schwangerschaft nicht möglich ist, bei großer sozialer Notlage, beim Bestehen familiärer Nervenlues und selbstverständlich bei Gefahr für das Leben der Mutter. Die Unterbrechung muß möglichst bis zum 3. Monat und in einer öffentlichen Klinik erfolgen. Etwa vorliegende soziale Indikationen (Nahrungssorgen usw.) müssen durch eine Wohlfahrtsbehörde beseitigt werden können. Die Uebertretung dieser Regeln und die Abortierung durch Kurpfuscher ist zu bestrafen.

Weitere Erfahrungen mit eiweißarmer Ernährung bei Diabetes. Verf. bestätigt durch seine Erfahrungen die neueren Ergebnisse der Diabetestherapie. Er lehnt es gänzlich ab, die Toleranzgrenze des Diabetikers darnach festzustellen, bei welcher Kohlehydratzufuhr Zucker im Harn erscheint, sondern nur nach dem Auftreten einer Hyperglykämie. Steigt der Blutzuckergehalt über 120 mg%, so ist die Toleranzgrenze der Kohlehydrat- und Eiweißzufuhr überschritten. Ebenso wichtig wie die Blutzucker- ist die N-Bilanz. Das Ziel der diätetischen Behandlung ist erreicht, wenn bei konstant normalem Blutzucker bei einer Eiweißzufuhr von 0,5 g pro Kilogramm Körpergewicht die N-Bilanz positiv ist. Das Insulin kommt den N-sparenden Tendenzen des Organismus entgegen und kann eine negative in eine positive Stickstoffbildung umwandeln; es darf aber nicht als Deckmantel für Diätsünden angesehen werden. Nach Petren muß die Diät ebenso eingerichtet sein wie ohne Insulin; dieses muß die Diät unterstützen, nicht aber die Diät das Insulin.

Die Desodorisation von Krebsgeschwüren. Nach Angaben des Verf. ist von den Chemikern Lichtenstern und Kafka ein Präparat hergestellt worden, das von der Firma „Allchemin" A.-G. Wien unter dem Namen Putridel (Putrida-deleae) in den Handel gebracht wird. Es besteht aus einer Kombination mehrwertiger Phenole vom Typus der Brenzkatechine mit Aluminiumverbindungen von sauren Naphthalinderivaten und bildet eine sirupartige Flüssigkeit von angenehmen Geruch und unbegrenzter Haltbarkeit, die keine Flecken auf der Haut und der Wäsche der Patienten erzeugt. Es hat eine kräftige und nachhaltige desodorierende Wirkung ohne jede Irritationserscheinungen. Die Anwendung ist einfach: Nach Abspülung mit 3 proz. Borsäure oder H_2O_2-Lösung wird ein der Fläche entsprechend großer Bausch hydrophiler Gaze mit der Flüssigkeit durchtränkt auf die kranke Partie gelegt und in der üblichen Weise mit Binden oder Pflaster an die Umgebung befestigt. Bei täglich zwei- bis dreimaligem Wechsel ist eine vollkommene Desodorisation erreicht. Das Mittel kann auch bei Hyperhidrosis, Ozaena, Ausfluß usw. verdünnt verwendet werden.

Haber.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 4, 22. Januar 1926.

* Erkrankung der Leber bei Syphilis und Syphilisbehandlung und deren Bedeutung für den praktischen Arzt. Zieler.
Die allergischen Zustände während des Syphilisverlaufes. Bergel.
Der Status asthenicus adiposus. Vögeler.
Dauerheilungen von Magenkarzinom. Allgemeine Betrachtungen über den klinischen Verlauf des Karzinoms. Brodnitz.
* Die Bedeutung des Liquor cerebrospinalis für die Pathogenese der Urämie. Becher.
Histologische Befunde in sympathischen Ganglien. Terplan.
Die Behandlung der Erkrankungen der Tränenabflußwege. Sattler.
Lichttherapie, die Therapie der Zukunft? Schmidt.
Zur Technik der Ovarientransplantation. Sippel.
Zur Wiederherstellung der frakturierten Malleolengabel durch die Malleolenpresse. Schneider.
Eine einfache Mikromethode zur Blutzuckerbestimmung. Komm.
Gutachten über Schulturnen. Blencke.

Erkrankung der Leber bei Syphilis und Syphilisbehandlung und deren Bedeutung für den praktischen Arzt. Die häufigste Ursache einer Lebererkrankung bzw. eines Ikterus im Verlauf der Syphilisbehandlung ist die Syphilis selbst. Lebererkrankungen bei Syphilis — ohne Beziehungen zu dieser — sind längst nicht mehr in der Häufigkeit wie noch vor wenigen Jahren anzutreffen. Denn mit dem allmählichen Schwinden der Unterernährung und mancher infektiöser Ursachen (wie vor kurzem überstandene Darmerkrankungen) sind die Momente fortgefallen, welche die Häufung von Lebererkrankungen auch bei Syphilis veranlaßten. Auch der echte Salvarsanikterus durch giftige Salvarsane gehört heute zu den Seltenheiten. Salvarsan allein führt nur bei frischer Allgemeinsyphilis zum „Frühikterus", wenn eine Ueberdosierung stattgefunden hat und so die schon vorhandene Leberschädigung infolge der Syphilis durch die Einwirkung des Salvarsans noch weiter gesteigert wird. Bei diesem „Frühikterus" sind andere Salvarsannebenwirkungen (Dermatitis usw.) vorhanden.

Unbehandelte Frühsyphilis, die von Ikterus begleitet wird, rechtfertigt ohne weiteres die spezifische Behandlung, wenn andere Ursachen für die Gelbsucht auszuschließen sind (Cholelithiasis usw.). Die Behandlung hat mit vorsichtigen Gaben zu erfolgen. Es kann zunächst auf Salvarsan verzichtet werden und nur Quecksilber angewendet werden. Bestehen Zweifel über die Art der Erkrankung, so kann das Verhalten des Bilirubinspiegels unter vorsichtigen Salvarsangaben die Entscheidung liefern. (Derartige Salvarsandosen schädigen auch die anderweitig erkrankte Leber nicht.) Steiles Ansteigen und Abfallen des Bilirubinspiegels im Blut nach provokatorischer Salvarsaninjektion beweisen die syphilitische Natur der Gelbsucht.

Tritt eine Gelbsucht bei behandelter Syphilis einige Wochen oder Monate nach Abschluß einer Kur auf, so kann selbstverständlich ein von der Syphilis unabhängiger Ikterus vorliegen. Ebenso häufig kommt aber die Syphilis selbst in Betracht. Denn die syphilitische Lebererkrankung tritt nicht selten als Monorezidiv (Hepatorezidiv) mit oder ohne sonstige Erscheinungen der syphilitischen Allgemeinerkrankung auf. Zur Sicherung der Diagnose sind deshalb alle Untersuchungsmethoden (Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit und Bilirubinbestimmung) heranzuziehen. Eine vorsichtige Behandlung führt zur Abheilung des spezifischen Ikterus. Beim Hepatorezidiv ist trotz der Behandlung der Uebergang in akute gelbe Leberatrophie möglich. Ohne antisyphilitische Behandlung ist diese Entwicklung entschieden häufiger.

Die Bedeutung des Liquor cerebrospinalis für die Pathogenese der Urämie. Während bei Niereninsuffizienz der retinierte Harnstoff in großen Mengen in den Liquor übertritt, finden sich die Darmfäulnisprodukte (Indikan, Phenole) — selbst bei starker Retention im Blut — nicht im Liquor. Bei echter Urämie treten geringe Mengen dieser aromatischen Darmfäulnisprodukte auch in den Liquor über. Die giftigen Darmfäulnisprodukte sind nach Becher für die Pathogenese der Stoffwechselurämie von kausaler Bedeutung. Durchlässigwerden der Liquorsperre für diese Stoffe führt zum urämischen Koma.

Nr. 5, 29. Januar 1926.

Spezifisches Masernschutzserum am Tier. Degkwitz.
* Erfahrungen mit dem neuen Masern-Tierserum nach Degkwitz. Wiese.
* Ueber Syphilisinfektion mit Leichenmaterial und evtl. Schmarotzertum der Spir. pallida. Hoffmann.
* Ueber Beeinflussung der alimentären Hyperglykämie bei Leberkranken durch Wasserbelastung. Klein und Lang.
Der Einfluß des Atemtypus auf den Organismus der Frau. Hörnicke.
Ueber die Meinicke-Mikroreaktion. Burtscher.
Eine besonders leichte Prothese für Oberschenkelamputierte. Schilcher.
Kurzer Beitrag zur Bekämpfung der Oxyuriasis mit Oxylax. Hase.
Zur Therapie klimakterischer Beschwerden. Zöckler.
Ueber den duodenalen Pylorusreflex. Bársony.
Ueber ein wertvolles Reagens zur Erkennung nicht einwandfreien Neosalvarsans. Hirsch.
Die allergischen Zustände während des Syphilisverlaufes. Bergel.

Erfahrungen mit dem neuen Masern-Tierserum nach Degkwitz. Das neue nach Degkwitz von Schafen gewonnene Masernserum hat sich in der mit 250 Betten belegten Heilanstalt für tuberkulöse Kinder als zuverlässig, schützend und unschädlich erwiesen. Bei rechtzeitiger Injektion (bis zum 5. Inkubationstag) läßt sich der Ausbruch der Masern verhindern. Noch bis zum 7. und 9. Inkubationstag gelingt es, einen abgeschwächten Verlauf ohne ernstere Komplikationen zu erzielen. Die durch späte Seruminjektion erzeugten Morbilli mitigati sind ebenso kontagiös. Bei später Injektion wird die Inkubationszeit bis zum Ausbruch des abortiven Masernexanthems erheblich verlängert. Nach der Masernschutzseruminjektion wurden sowohl bei den gesund gebliebenen Kindern als auch bei den Fällen mit Morbilli mitigati ein Verlust der Allergie oder auch nur eine Abschwächung der Pirquetschen Hauttuberkulinreaktion niemals beobachtet. Es wurde auch niemals eine Verschlechterung der bestehenden tuberkulösen Erkrankung unter Einfluß der Serumprophylaxe festgestellt. Das neue Tierserum bedeutet einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiet der Masernprophylaxe. Die Hauptschwierigkeit, welche sich bisher dem Ausbau dieser Fürsorge entgegenstellte — die Beschaffung ausreichender Mengen menschlichen Rekonvaleszentenserums — erscheint behoben.

Ueber Syphilisinfektion mit Leichenmaterial und evtl. Schmarotzertum der Spir. pallida. Eine postmortale Vermehrung der Spir. pallida scheint nicht nur in mazerierten Foeten und Leichen kongenital-luetischer Kinder, sondern auch in den Leichen Erwachsener häufig einzutreten. Die Virulenz kann in den inneren Organen (sofern keine Eintrocknung eintritt) mehrere Tage lang erhalten bleiben. Bewegungen der Spirochäten können — zumal in den Organen kongenital-syphilitischer Kinder — noch nach mehreren Tagen nachgewiesen werden. Leicheninfektion ist daher ohne weiteres möglich und bisher in 9 absolut sicheren Fällen beschrieben worden. Auf diese Gefahr können Pathologen und Aerzte nicht eindringlich genug hingewiesen werden. — Es ist bisher noch unentschieden, ob die Syphilisspirochäte kurze Zeit als Schmarotzer bestehen kann auf der menschlichen Haut oder Schleimhaut, ohne Syphilis zu erzeugen.

Ueber Beeinflussung der alimentären Hyperglykämie durch Wasserbelastung. Die klinischen Beobachtungen bei Leberkranken, besonders die eigenartige Beeinflussung des Flüssigkeitsaustausches durch das Insulin legen die Annahme nahe, daß die Leberzellen für den intermediären Wasserwechsel bestimmend sind. Es wurde bei diffusen Lebererkrankungen das Verhalten der alimentären Hyperglykämiekurve ohne und mit gleichzeitiger Belastung der wasserregulierenden Funktion untersucht. In den meisten Fällen war ein pathologisch hoher Anstieg der Blutzuckerkurve nach Zufuhr von 100 Glukose feststellbar. Bei gleichzeitiger Belastung mit Glukose und 1500 ccm Wasser stieg die Blutzuckerkurve rascher und steiler an und fiel auch schneller zum Ausgangspunkt wieder ab. Größere Wasserbelastung bewirkt so bei geschädigtem Lebergewebe eine Aenderung der Blutzuckerregulation.

Biberfeld.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 3, 14. Januar 1926.

Ueber Dichloren-Aethernarkosen. Albrecht.
• Ueber den Hydrops articulorum intermittens und seine familiäre Form Schlesinger.
Ein Fall von akuter Myeloblastenleukämie. Adamek und Graßberger.
Die Beschwerden bei gesunder Hufeisenniere und deren Behandlung. Brecher.
Zur internen Therapie der rheumatischen Erkrankungen. Nemetz.
Ueber Stovarsoldarreichung an nicht luetische, schlecht gedeihende Säuglinge. Oppenheim.
Zur Frage der sekundären Behaarung. Olivet.

Ueber den Hydrops articulorum intermittens und seine familiäre Form. Hydrops art. int. ist eine meist in regelmäßigen Intervallen (zwischen wenigen Tagen und einigen Wochen) wiederkehrende Gelenksschwellung ohne entzündliche Erscheinungen. Der Erguß dauert meist einige Tage, ist am häufigsten im Kniegelenk lokalisiert. Schlesinger hält den Hydrops intermittens für eine Abart des Quinckeschen Oedems. Therapeutisch wirkt manchmal Arsen, manchmal Salicylate usw. Schlesinger schlägt vorübergehende Röntgensterilisation vor.

Nr. 4, 21. Januar 1926.

• Zur Klinik der Hypophysentumoren. Hirsch.
Ueber eine erfolgreiche kombinierte Operation wegen einer komplizierten, veralteten Hernia diaphragmatica. Walzel.
Die Anästhesie beim Kleinkind. Erlacher.
Ueber den Verlauf der Impfmalaria. Uras.
Ueber Luesbehandlung der Säuglinge. Widowitz.
Zur Behandlung der postluetischen Erkrankungen der inneren Organe mit Embial. Bauer.
Ueber schlecht essende Kinder. Peyrer.
Die Kinderheilkunde im Dienste der Familienforschung und der Vererbungswissenschaft. Weiss.

Zur Klinik der Hypophysentumoren. Die okuläre Form des Hypophysentumors ist charakterisiert durch Sehstörungen (Herabsetzung der Sehschärfe, Gesichtsfeldseinschränkung, meist in Form der bitemporalen Hemianopsie) ohne auffallende Aenderung des Habitus. Häufig verbunden mit Impotenz, Haarausfall, Schlafsucht, niedriger Körpertemperatur. Sehr oft primäre Sehnervenatrophie, selten Stauungspapille und Neuritis optica. Die Akromegalie wird eingeteilt in eine benigne Form ohne Sehstörungen, meist auch ohne Genitalstörungen, und in eine maligne Form, deren Bösartigkeit hauptsächlich aus den Sehstörungen erschlossen wird. Vergrößerung der Extremitäten, Gesichtsvorsprünge usw. sind bei beiden Formen gleich.

Nr. 5, 28. Januar 1926.

Zur klinischen und Liquordiagnostik der Rückenmarkstumoren. Grosz.
Die Bedeutung der Entzündung für die Verhütung, Entstehung und Behandlung von Krankheiten. Theilhaber.
Zur Kenntnis des weiblichen Axillarorgans beim Menschen. Klaar.
• Unsere Erfahrungen mit der Gwathmeyschen Anästhesierungsmethoden während der Geburt. Schiffmann und Seyfert.
Schädigung durch Lipoiodol als Kontrastmittel bei Lungentuberkulose. Lichtwitz.
Ueber Stovarsolverabreichung an schlecht gedeihende, nicht luetische Säuglinge. Tezner.
Reminiszenzen an die ersten Aethernarkosen. Hirsch.
Eine einfache und sehr billige Beleuchtungsquelle, insbesondere für die vaginale Inspektion. Beck.

Unsere Erfahrungen mit der Gwathmeyschen Anästhesierungsmethode. Technik: 1. subkutan Morphium 0,006 + 2 ccm Magnesiumsulfatlösung, 50 proz.; 2. nach 15—20 Minuten ein Klysma, bestehend aus: Chinin. hydrobromic. 0,6, Alkohol 8,0, Aether 70,0, Ol. oliv. 120,0, vorher Reinigungsklysma. Hohes Einführen des Darmrohres und längeres Zuhalten der Analöffnung ist notwendig. Dauer der Anästhesie 4—5 Stunden, Anästhesierungsbeginn daher erst bei handtellergroßem Muttermund. Bei Wehenschwäche kleine Pituitrindosen.

Nr. 6, 4. Februar 1926.

Ueber die Triebe und über deren Zustandekommen. Müller.
Ueber die sogenannte „Vierte Krankheit“: Scarlatinella. Hochsinger.
Magen-Duodenalgeschwür und Probefrühstück. Bársony.
Ueber die Mathessche Form der Mastitis und über die Prophylaxe der Brustdrüsenentzündung. Preissecker.
Ein Fall von genuiner Pellagra in Kärnten. Matuschka.
Vergiftung und Tod nach einer Wurmkur mit Oleum chenopodii. Suchanka
Zur klinischen und Liquordiagnostik der Rückenmarkstumoren. Grosz
Ueber schlecht essende Kinder. Friedjung.
Behandlung des arteriellen Hochdrucks. Müller-Deham.

Pick (Wien).

Seuchenbekämpfung.

Jahrgang 1925, Heft 6.

• Ueber den gegenwärtigen Stand der Aetiologie und der Prophylaxe des Scharlachs. Zlatogoroff.
• Ueber Scharlach- und Masernprophylaxe nach Caronia. Redlich.
Die Aetiologie des Gelbfiebers. Hoffmann.
Ueber die Möglichkeit einer Schutzimpfung gegen Fleckfieber. Breinl.
Ueber den gegenwärtigen Stand der Aetiologie maligner Tumoren. Kraus.
Der gewerbliche Milzbrand und seine Bekämpfung. Bregina.
Ueber die Lungenseuche des Rindes und den heutigen Stand der Lungenseuchenforschung. Giese.
Der leitende Gedanke in den Werken oder der Grundgedanke im Lebenswerke Paul Ehrlichs. Ascoli.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Aetiologie und der Prophylaxe des Scharlachs. Ablehnung der Streptokokkenaetiologie. Verf. spricht sich für ein filtrierbares Virus aus, das allerdings mit dem haemolytischen Streptokokkus vergesellschaftet zu sein scheint. Die Ergebnisse Caronias scheinen wahrscheinlicher als die neuen amerikanischen Arbeiten (Dick, Dochez) über die Streptokokkenaetiologie.

Ueber Scharlach- und Masernprophylaxe nach Caronia. Caronia glaubt als Erreger des Scharlachs und der Masern je ein filtrierbares Virus gefunden zu haben. Verf. hat in Rom die Immunisierung von Kindern gegen beide Krankheiten mit der Vakzine Caronias gesehen und spricht sich für den Erfolg der Immunisierung aus.

Henning, Berlin.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

31, Heft 1.

• Insulinstudien am Kinde. Freise und Choremis.
Fett und Glykogengehalt der Leber beim Säuglingsdurchfall. Rosenbaum.
Zur Aetiologie der chronischen Pyurie. Courtin.
Saure Milchmischungen in der Säuglingsernährung. Vogt.
Ein neuer tonischer Halsreflex beim Säugling. Tezner.
Die Breslauer Lernanfänger 1920—1924. Samelson.
Ueber Dermatitis exfoliativa neonatorum. Herz.
Bemerkungen zur Behandlung der Lues congenita. Stamm.
Ueber die Ursachen des Repetierens in den Volksschulen. Nitsch.
• Postgrippale Herzdilatation im Kindesalter. Lukacs und Waltner.
Innere Sekretion und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Heim.
Leberfunktionsprüfung bei Säuglingen. Mertz und Rominger.

Insulinstudien am Kinde. I. Insulin und Ketosis. An Hand von Blutzuckerkurven, Kohlensäurekapazität des Blutes und stündlichen Acetonmengenbestimmungen im Urin wird sowohl bei diabetischen Kindern wie bei durch Hunger acetonisierten Kindern gezeigt, daß das Insulin eine direkte Wirkung auf die Ketonurie nicht besitzt. II. Insulin und Infekt. Beim diabetischen Kinde ist der Insulinbedarf während eines fieberhaften Infektes um 50—80% erhöht gegenüber der Insulinmenge, die kurz vorher während einer infektfreien Periode völlig ausreichte, um den Kohlenhydratstoffwechsel im Gleichgewicht zu halten. Derselbe Mehrbedarf an Insulin zeigt sich auch im künstlich hervorgerufenen Fieber (nach Schwefelölinjektionen) beim Kinde mit Diabetes mellitus. Im Gegensatz dazu erzeugt beim Stoffwechselgesunden eine bestimmte Dosis Insulin sowohl beim fieberhaften Infekt wie beim Schwefelölfieber die gleiche Erniedrigung des Blutzuckers wie im fieberfreien Zustand. III. Insulin und Blutzuckerspiegel. Die Blutzuckerkurve nach Insulininjektion beim diabetischen Kind zeigt je nach der Schwere des Falles einen charakteristischen Verlauf: starke Erniedrigung des Blutzuckers oft bis zu hypoglykämischen Werten, nach Abklingen der Insulinwirkung wieder um die alte Höhe, daraus ergibt sich die Regel: je steiler und hemmungsloser das Blutzuckergefälle, desto schwerer der Diabetes. Stoffwechselgesunde dagegen reagieren niemals so stürmisch, wenn sie überhaupt reagieren; Beschreibung von zwei insulinrefraktären Fällen bei zwei völlig gesunden Kindern.

Postgrippale Herzdilatation im Kindesalter. Im Anschluß an eine Grippeepidemie beobachteten die Autoren eine Vergrößerung der percutorisch ermittelten Herzfigur nach rechts und links, die auch im Röntgenbild sich bestätigt fand, parallelgehend mit einem erheblichen Ansteigen der Pulszahl. Nach Bettruhe schwindet diese als postinfektiöse Myocardschwäche gedeutete Dilatation des Herzens innerhalb von zwei Wochen.

31, Heft 2.

Sammelreferat über Hautkrankheiten und Infektionen im Kindesalter. Leiner.
Ueber Epilepsien genitalen Ursprungs. Galant.
Beiträge zum Rachitis-Tetanieproblem. Walther.
* Stillfähigkeit und submamilläre Temperatur. Moll.
Eine Angina mit lymphatischer Reaktion. Nelken.
Ueber Hyperacidität im Säuglingsalter. Török.
Zur Kenntnis des gelblich-blassen Hautcolorits bei den Pyurien der Säuglinge. Last, Fischer und Silber.
Reduktionsindex des Harnes atrophischer Säuglinge. Török.
Ueber den idiomuskulären Reflex im Kindesalter. Kán.
Einfluß vegetativer Nervenerreger auf die Leukozytenzahl gesunder Säuglinge während der Verdauung. Török.
Quarzlichtbehandlung der Säuglingshydrocele. Török.

Stillfähigkeit und submamilläre Temperatur. Unter physiologischen Verhältnissen ist die Temperatur unter der Brustfalte (zwischen Mamma und Thoraxwand) der stillenden Frau eine höhere, als in der Achselhöhle und entspricht fast der im Rectum gemessenen Temperatur. Die erhöhte submamilläre Temperatur ist ein absolutes Kriterium für eine funktionstüchtige Mamma und gewinnt so eine entscheidende Bedeutung für die Stillfähigkeit einer Frau.

31, Heft 3/4.

Verhandlungsbericht der 36. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde Karlsbad 1925. (Siehe Fortschr. d. Med. Nr. 22 und 23 des vorigen Jahrgangs.)

31, Heft 5.

Untersuchungen über die Reaktionszeit im Säuglingsalter. Peiper.
Trypsinstudien, insbesonders bei rachitischen Säuglingen. v. Lukács.
Die hormonale Behandlung der Chorea minor. Dezár.
* Zur Kenntnis der Koplikschen Flecken. Petényi.
Ueber ambulante Insulinbehandlung bei Kindern. Heimann-Trosin und Hirsch-Kauffmann.
* Behandlung der tuberkulösen Meningitis mittels Sauerstoffinsufflation. Klinke.
Ueber Veränderungen der vasomotorischen Innervation bei Masern und ihre Bedeutung bei der Pirquet-Reaktion. Kollár.
Ueber Drüsenfieber. Mündel und Franz.
Konzentrierte Ernährung bei Pylorusspasmus und habituellem Erbrechen. Stamm und Herz.

Zur Kenntnis der koplikschen Flecken. Verfasser beobachtete bei drei Fällen, die sicher keine Masern waren, „Kopliks", die somit ein aspezifisches Symptom darstellen und außer bei Masern auch bei anderen akuten Infekten vorkommen.

Behandlung der tuberkulösen Meningitis mittels Sauerstoffinsufflation. Intralumbale Einblasung von Sauerstoff bei sechs Fällen von tuberkulöser Meningitis blieb ohne jeden Erfolg.

31, Heft 6.

Ueber familiäres Auftreten von Melanosis bulbi. Selter.
* Beiträge zum Problem der Stillschen Krankheit. Reimold und Streber.
Beiträge zur Zwillingspathologie. Stransky.
Die „abwartende" Behandlung diphtherischer Larynx-Stenosen. Burghard.

Beiträge zum Problem der Stillschen Krankheit. Beschreibung von zwei Fällen von sogenannter „Stillscher Krankheit", jener chronisch verlaufenden Gelenkerkrankung des frühen Kindesalters mit der charakteristischen chronisch-entzündlichen Schwellung der Gelenkkapsel und des periarticulären Bindegewebes, Milztumor und generalisierten Schwellungen des lymphatischen Apparates. In einem der Fälle gelang es aus dem Blute in mehrfachen Untersuchungen einen Streptokokkus viridans in Reinkultur zu züchten. Daraus wird gefolgert, daß das Stillsche Krankheitsyndrom durch einen durch den Streptokokkus viridans hervorgerufenen, schleichend verlaufenen Infekt bedingt wird, bei dem das Virus sich jahrelang im Körper hält und sich immer wieder, dem klinischen Verlauf entsprechend, durch neue Exacerbationen manifestiert.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

61, Heft 3/4.

Klinisch und experimentelle Studien über Ziegenmilchanämie und Dystrophie E. Glanzmann.
Muskelhärtemessungen bei Kindern. H. Opitz und H. Isbert.
Ueber Keuchhusten. F. v. Szóntagh.
Zur Intelligenzbestimmung am jungen Kinde. J. Schlesinger.
„Jekorisierte" Milch in der Therapie der Rachitis. P. György.
Hauterscheinungen bei exsudativer Diathese und Anaphylaxie. A. S. Scho'ow.
Ueber den Einfluß des Wismuths auf das Blutbild luetischer Kinder. A. v. Tüdös und P. v. Kiss.
Das Facialisphänomen. J. Stargardter.

Jecorisierte Milch in der Therapie der Rachitis. Nachprüfung des von amerikanischen Autoren eingeführten Verfahrens der Behandlung der Rachitis und Tetanie mit „jecorisierter", d. ist mit Quarzlicht bestrahlter, Milch. Bei 18 Fällen konnte klinisch eine starke Besserung bzw. Heilung erzielt werden, in der gleichen Zeit (3—4 Wochen), wie bei der direkten Bestrahlung der Rachitiker selbst. Parallel der klinischen Besserung verlief die günstige Beeinflussung des gestörten Blutchemismus (Serum Ca- und anorg. P-Gehalt).

61, Heft 5/6.

Congenitale Lues und Reizung. R. Fischl.
Der Beginn der Tuberkulose. B. Epstein.
Die Hirntätigkeit des Neugeborenen. A. Peiper.
Beitrag zur Beurteilung und Behandlung des gastrospastischen Symptomenkomplexes. K. Ochsenius.
Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Aetiologie des Scharlachs und der Masern. F. Szirmai und B. Jacobovics.

Der Beginn der Tuberkulose. (Die Incubation.) Die Incubationszeit der Tuberkulose, das ist die Zeit vom Eintreten der Tuberkelbazillen in den Organismus bis zum Auftreten der Tuberkulinempfindlichkeit (antiallergisches Stadium der Franzosen) schwankt nur innerhalb geringer Grenzen und beträgt bei intrakutaner bzw. subkutaner Prüfung 3—7, bei kutaner 4—10 Wochen, unabhängig vom Alter der infizierten Kinder, wie von der Art des primär infizierten Organs (Lunge, Darm). Klinisch verläuft das Incubationsstadium der Tuberkulose völlig symptomlos.

Jahr.

Archiv für Gynäkologie.

126., Heft 2 und 3.

Einige Angaben über den Stoffwechsel des gesunden und kranken Organismus bei parenteralen Milchinjektionen. W. Butomo.
Zur Kenntnis der Keimbahn des Menschen. S. Kohno.
* Kritik der Schwangerschaftsdauer. Poten und Boetticher.
Ueber spontane und provozierte Ovulation und über Menstruationswellenverschiebung. R. Hofstätter.
Die Bedeutung der chemisch-physikalischen Blutveränderungen und der Blutzuckerbelastungskurve im weiblichen Organismus in und außerhalb der Gestation. (I. Teil: Unter physiologischen Verhältnissen. II. Teil: Die Hyperemesis gravidarum). E. Frey.
Die primären angioplastischen Geschwülste der Vagina bei der Erwachsenen. A. Seitz.
Ueber Adenomyohyperplasie (Adenomyosis) uteri externa und Teercysten des Ovariums. J. Kitai.
Ueber einen Fall von Adenomyosis corporis uteri aus dem heterotopen Epithel eines mit dem Uterus verwachsenen Pseudomucinkystoms. J. Kitai.
Weitere Untersuchungen über den Stoffwechselumsatz bei Graviden. E. Klaften und L. Stecher.
Das tubuläre Adenom des Ovariums und seine Beziehungen zum Hermaphroditismus verus. H. O. Neumann.
* Schleimhautpolyp der weiblichen Harnröhre. H. R. Schmidt.
Ueber Blut- und Lymphgefäßwucherung in der Uterusmuskulatur. Robert Meyer.
Die Diagnose der Eineiigkeit in geburtshilflicher und dermatologischer Betrachtung. H. W. Siemens.
* Ueber die Beziehungen der Ovarialfunktion zum Kalkgehalt des Blutserums. A. Heyn und K. Haase.
Die Geburt in Stirnlage, mit besonderer Berücksichtigung des Austrittsmechanismus. H. Martins.

Ueber accessorische Milchdrüsen und Warzen, insbesondere über milchdrüsenähnliche Bildungen in der Achselhöhle. C. John.

Kritik der Schwangerschaftsdauer. Bei der bisherigen Feststellung kurzfristiger Schwangerschaften ist noch niemals der Versuch gemacht worden, die Angaben der Schwangeren durch objektive Daten über den Beginn der Gravidität nachzuprüfen. Unter 1800 Fällen ermittelten die Verfasser 40, in denen annehmbare Angaben über den Konzeptionstag gemacht wurden, und bei denen bestimmte Kontrollen über die Zuverlässigkeit der Angaben möglich waren. Die einzigen (4) Fälle, in denen der anscheinend zuverlässig angegebene Konzeptionstag eine Schwangerschaftsdauer unter 250 Tagen ergab, hielten weiteren Nachforschungen und Erhebungen nicht stand. Es stellte sich vielmehr jedesmal heraus, daß die Angaben der Schwangeren falsch waren. Auch bei den Schwangeren, die eine über 300 Tage währende Tragzeit durchgemacht haben wollten, ergaben weitere Nachforschungen die Unrichtigkeit der Angaben. Es stellte sich schließlich heraus, daß 20% der Schwangeren falsche Konzeptionsdaten angegeben hatten, und zwar jedesmal dann, wenn bei normal entwickeltem Kinde die Schwangerschaft angeblich weniger als 250 oder mehr als 300 Tage betrug. Im übrigen ergab sich bei 29 Schwangeren mit reifen Kindern im Gegensatz zu den anamnestischen Angaben eine Tragzeit von mindestens 250 Tagen. Beweise für kurzfristige Graviditäten unter 250 Tagen sind also nicht zu erbringen. Auch die Durchsicht der scheinbar beglaubigten Fälle der Literatur hat bei genügender Kritik das gleiche Ergebnis. Das Argument, daß besonders schwere Kinder, wenn sie, wie so häufig, nach normaler Tragzeit geboren werden, im Falle der Verkürzung der Schwangerschaftsdauer mit Normalgewichten geboren werden können, also daß ein solches Kind schon nach 230—240 Tagen die Ausbildung eines normalen Neugeborenen haben könne bzw. müsse, ist nicht stichhaltig. Wenn nämlich bei normaler Schwangerschaftsdauer das Kind im letzten Monat etwa 1000 g zunimmt, so ist es sehr wohl möglich, daß schon bei geringer Verlängerung der Tragzeit über das gewöhnliche Maß sich Riesenkinder ergeben. Ferner ist zu bedenken, daß ungewöhnliche Körpergröße eines Neugeborenen nicht identisch mit Reifezustand ist. Auch die so oft herangezogenen Analogien aus dem Tierreich (Pferde) treffen nicht zu. Die Zahlen für die Tragzeit schwanken auch hier nach unten nicht stärker als beim Menschen, wenn Lebensfähigkeit bzw. Entwicklungsgrad den Beobachtungen zu Grunde gelegt wurden. Die so oft behauptete Inkonstanz der Schwangerschaftsdauer, namentlich die Verkürzung der Tragzeit unter 250 Tagen, ist also bisher nicht beweisbar. Der Sachverständige hat demnach das Recht, für ein reifes Kind die offenbare Unmöglichkeit der Erzeugung auszusprechen, wenn der angebliche Empfängnistermin weniger als 250 Tage vor der Geburt liegt.

Schleimhautpolyp in der weiblichen Harnröhre. Die Deutung der Schleimhautpolypen der Harnröhre hängt eng zusammen mit der Frage von der Bildung ortsfremden Epithels in den Schleimhäuten überhaupt. Verf. bekennt sich zu dem Standpunkt der „indirekten Metaplasie", bei der die „differenzierte Epithelzelle" sich durch Aufgabe ihrer spezifischen Artstruktur in eine undifferenzierte Form zurückbildet und aus dieser Form (in der Harnröhre Cylinderzelle) sich dann durch direkte Differenzierung eine für den Standort heterotope Zelle herausbildet. Analoge Metaplasien treten an der Blasenschleimhaut bei Ectopia vesicae auf. Die obige Deutung der „indirekten Metaplasie" gewinnt an Wahrscheinlichkeit an einem Orte, wo, wie bei der Harnröhrenmündung, Gelegenheit in Epithelverlusten und entzündlichen Reizen reichlich vorhanden sind. Die klinische Bedeutung der Geschwülste ist gering. Bei stärkerem Wachstum veranlassen sie Beschwerden und Entzündungen und tragen die Gefahren bösartiger Umwandlung in sich.

Ueber die Beziehungen der Ovarialfunktion zum Kalkgehalt des Blutserums. Während der Menstruation treten leichte Schwankungen der Ca-Werte im Blut auf, ohne daß eine Gesetzmäßigkeit vorzuliegen scheint. Bei den Fällen von Ovarialinsuffizienz finden wir das Normalniveau überschreitende Ca-Mittelwerte, die um so höher sind, je stärker die Ovarialinsufficienz ist. Die höchsten Durchschnittswerte wurden bei den funktionellen Amenorrhoen gefunden, bei denen eine schwere Störung der generativen Funktion mit einer durch starke Hypoplasie zum Ausdruck kommenden vegetativen Funktionsstörung der Ovarien einher geht. Im Gegensatz hierzu findet nach der vollständigen Ausschaltung der Ovarien (Kastration) ein deutliches Absinken des Ca-Spiegels im Serum statt, der sich bei Frauen im geschlechtsreifen Alter im Laufe eines Jahres ungefähr wieder auf die Normalhöhe erhebt. In der natürlichen Menopause sind die Serumkalkwerte gegenüber der Norm verändert. Für diese Ergebnisse finden wir in der Annahme einer primären Einwirkung lediglich der Ovarien auf den Ca-Spiegel im Blut keine Erklärung, weil die Wirkung der Ovarialinsuffizienz der fehlenden Funktion des Eierstocks entgegengesetzt ist. Schon die Tatsache, daß nach der Kastration die Ca-Werte wieder ansteigen, führt zu dem Schlusse, daß Korrelationen zwischen dem Ovarium und anderen innersekretorischen Drüsen bestehen müssen, die in diesem Falle regulierend wirken können. Hier kommt in erster Linie die Adrenalinwirkung in Betracht. Nach der Kastration im geschlechtsreifen Alter erniedrigen die Hormone der Nebenniere den Blutkalkspiegel, weil das hier antagonistisch wirkende Ovarialhormon fehlt. Im Laufe eines Jahres tritt dann die Regulierung in der Weise ein, daß die nicht kompensierte hormonale Wirkung der Nebennieren nachläßt und ein hormonales Gleichgewicht sich einstellt. Auch sympathische Reizerscheinungen nach der Kastration mit Absinken des Kalkspiegels spielen hinein in die Regulierung, deren Endeffekt ein annähernd normaler Serumkalkspiegel ist. Ob der ursprünglich hohe Serumkalkgehalt bei ovarialinsuffizienten Frauen auf eine vagotonische Stigmatisierung zurückzuführen ist, ist vorläufig unbeweisbar.

Rudolf Katz (Berlin).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

100., Heft 1.

Ueber die Funktion der rechten Hirnhemisphäre im Verhältnis zu der linken, in bezug auf Sprache, Musik und Rechnen. S. E. Henschen.
*Die psychomuskuläre Komponente der Schreckneurose. Sommer.
*Psychiatrische Krankheitseinheiten im Lichte der Genetik. Oskar Vogt.
Psychiatrie — Tropopathologie. V. P. Ossipow.
Zur Klinik der Amentia. P. Ostankow.
*Die topistisch-pathoarchitektonische Forschung in der Psychiatrie. Cécile Vogt.
Eine biologische Deutung des Verhaltens der Reflexe bei Pyramidenbahnerkrankung. Astwazaturow.
*Die Entwicklungsstörung der oberen lateralen Schneidezähne und ihr klinisch-neurologischer Wert. Jakob Ratner.
Syphilitischer Parkinsonismus. M. Pappenheim.
Zur Frage der vegetativen Innervation der quergestreiften Muskulatur Raissa Golant-Ratner.
Das Symptom der Oberlider. A. W. Gerwer.
Ueber die Entstehung der Corpora amylacea im Gehirn im Zusammenhang mit den Kristallisationsprozessen im Zentralnervensystem. L. I. Omorokow.
Ueber die Innervation der Hypophysis cerebri. II. Mitteilung. I. L. Pines.

Die psychomuskuläre Komponente der Schreckneurose. Eigenschilderung und Mitteilung zweier Fälle, in denen nach Schreckerlebnis reflektorische bzw. psychogene Muskelzusammenziehungen auftraten, in deren Effekte sich die zur Zeit des Erlebnisses innegehabten Stellungen und Handlungen widerspiegelten. Verf. legt diesen Erscheinungen offenbar Krankheitswert bei.

Psychiatrische Krankheitseinheiten im Lichte der Genetik. Unter erbbiologischen Gesichtspunkten sieht Verf. Krankheiten, im Spezialfall auch die psychischen Erkrankungen als Genen- und Somavariationen (endogene und exogene Psychosen) an. Große Genen- und Somavariationen führen in der Natur stets zu scharf abgegrenzten Sippen. Solche Sippen sind in der Psychiatrie Krankheitseinheiten.

Die topistisch-pathoarchitektonische Forschung in der Psychiatrie. Die hirnarchitektonische Forschung soll die Grundlage klassifikatorischer Bemühungen in der Psychiatrie bilden. die Schizophrenien sind schon nach den bisherigen Ergebnissen der genannten Forschungsrichtung als Heredodegenerationen angesprochen worden (Kleist). Es wird der Hoffnung Raum gegeben, daß es gelingen wird, z. B. auch die Anatomie des hysterischen Reaktionstypus aufzudecken.

Die Entwicklungsstörung der oberen lateralen Schneidezähne und ihr klinisch-neurologischer Wert. Fehlen und Entwicklungsstörung der oberen lateralen Incisivi werden auf Grund zahlreicher Beobachtungen als schweres Degenerationszeichen angesehen, in naher Beziehung zu Störungen des endokrinen Systems.

Panse (Berlin).

Archiv für Augenheilkunde.

97, H. 1, 1925.

* Beiträge zur physikalischen Chemie oder intraokularen Flüssigkeitswechsels unter normalen und pathologischen Verhältnissen, insbesondere beim Glaukom. Meesmann.

Angeborene Katarakt im Bereich einer atypischen Ansatzstelle der Hyaloidea. Volmer.

Ein neues Operationsverfahren gegen Entropiumtrichiasis. Lyritzas.

* Ueber das Vorkommen der Stauungspapille bei Hypophysentumoren. Harms.

Ueber die Beziehungen zwischen Xanthomatosis bulbi und Hypercholesterinämie. Busacca und Tattoni.

Ueber die Aussichten der Lichttherapie und anderer Behandlungsmethoden beim Hornhautgeschwür, besonders bei Ulcus serpens. Passow.

Keratitis neuropathica superfizialis. Bossuet.

Beiträge zur physikalischen Chemie des intraokularen Flüssigkeitswechsels unter normalen und pathologischen Bedingungen, insbesondere beim Glaukom. Frühere klinische und experimentelle Untersuchungen des Verfassers hatten bestimmte Beziehungen zwischen intraokularer Tension und Wasserstoffionenkonzentration des Kammerwassers ergeben. Mit zunehmender Alkaleszenz des Kammerwassers steigt die Tension, um mit Sinken der Alkaleszenz ebenfalls zu sinken. Der Zusammenhang mit gleichen Aenderungen der aktuellen Reaktion des Blutes war naheliegend und wurde durch entsprechende Untersuchungen bewiesen. Die niedrigsten Druckwerte finden sich bei der Azidose im Coma diabeticum, abnorm niedrige Werte auch bei der Azidose der Schwangeren. Beim primären Glaukom wurden dagegen Werte gefunden, die eine Alkalose wahrscheinlich machen. Die Druckunterschiede unter dem Einfluß der aktuellen Reaktion des Blutes und damit des Kammerwassers erklären sich durch Quellung bzw. Entquellung des Glaskörpers und der Linse. Die klinischen Erscheinungen der verschiedenen Glaukomsymptome stehen in guter Uebereinstimmung mit dieser Auffassung.

Ueber das Vorkommen der Stauungspapille bei Hypophysentumoren. Kritische Durchsicht der Literatur, der 652 Fälle zugrunde liegen. Es geht daraus hervor, daß mit der Verbesserung der ophthalmoskopischen Untersuchungstechnik die Stauungspapillen bei Hypophysentumoren immer seltener werden. Die Stauungspapille ist bei einfachem Hypophysentumor etwas sehr seltenes. Ihr Vorhandensein beweist ziemlich sicher eine Komplikation. Das zeigen auch die Operationsergebnisse. Bei Stauungspapille ist der schnelle letale Ausgang nach der Operation sehr häufig. Die Stauungspapille ist daher als Kontraindikation zur Operation aufzufassen.

Meesmann (Berlin).

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 51, 17. Dezember 1925.

Hyperplasie der Mesenterialdrüsen. Aage Sennels.

* Myxoedema (Hypothyreoidea) post M. Basedowii (Hyperthyreoid) nach excessiver Röntgenbehandlung. Ch. Gram.

Ein Fall von traumat. Charakterveränderung durch Operation geheilt. Georg Clausen.

2 Fälle von Orbitaentzündung durch Zahnerkrankungen. O. Bjerram.

Ein leicht transportabler Formalindesinfektionsapparat mit Gummikatheter. H. Toedegaard.

* Ueber Saugbehandlung der chronischen Tonsillitis. H. Heidemann.

Myxoedema (Hypothyreoidea) post M. Basedowii (Hyperthyreoidea) nach exzessiver Röntgenbehandlung. Gram beschreibt einen Fall von Morbus Basedowii, bei der die energische Behandlung mit Röntgenbestrahlung zu einer Hypofunktion der Thyreoidea und Symptomen des Myxoedems (Adipositas, Schwäche etc.) führte. Durch Thyreoidin-Behandlung wurde eine Besserung erzielt. Exophthalmus und die Struma blieben bestehen.

Ueber Saugebehandlung der chronischen Tonsillitis. Heidemann behandelte 67 Fälle von Tonsillitis chronica mit der Saugebehandlung; namentlich die Fälle, welche zu akuten Exacerbationen leiten, werden günstig beeinflußt, indem die Anfälle seltener und leichter werden. Auch die Pharyngitis schwand meist mit der Abschwellung der Tonsillen und Schließung der Krypten. Die fiberösen Formen der Tonsillitis eignen sich weniger für die Saugebehandlung.

Nr. 52, 24. Dezember 1925.

Licht und A-Stoffe. C. E. Block.

5 Fälle von Nabelsehnenvorfall bei einer Patientin. Niels A. Nielsen.

Nr. 53, 31. Dezember 1925.

Ein operierter Fall einer Hirngeschwulst. Haagen Jessen.

Ein Fall von Bronchitis chronica mit Asthma, behandelt mit autogener Mischungsvaccine. Gunnar Hagens.

* Eine Vereinfachung der lokalanästhesierenden Technik bei der kleinen Chirurgie. Aage Sennels.

Eine Vereinfachung der lokalanaesthesierenden Technik bei der kleinen Chirurgie. Sennels hält die Anwendung der Novocain-Adrenalin-Tabletten, die gelöst und gekocht werden müssen, vor der Injektion für unpraktisch und empfiehlt die Anwendung von Ampullen, und zwar solche, die 2 ccm enthalten einschl. 2% Novocainlösung und solche, die 0,02‰ Lösung von Adrenalin enthalten. Dann kann man in einer 5 ccm Rekordspritze die richtigen Mengen zusammenstellen.

Nr. 1, 7. Januar 1926.

* Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Metallsalzen. N. Lunde.
* Ueber Meningokokkentypen. Martin Kristensen und Otto Moltke.

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Metallsalzen. Lunde teilt hier seine Erfahrungen mit über die Behandlung der Lungentuberkulose mit Metallsalzen, und zwar insbesondere mit Manganchlorid, Berylliumchlorid und Goldchlorid. Man macht 6—20 Injektionen. Berylliumchlorid eignet sich mehr für die schweren Fälle. Man kann mit Manganchlorid beginnen 5 ccm^2 einer 0,025 Lösung und zu Berylliumchlorid übergehen.

Ueber Meningokokkentypen. Kristensen und Moltke glauben, daß der Begriff „Meningokokkentypen" sich wohl eignet für das Auftreten einer ausgeprägt epidemischen Meningitis, aber nicht für die Einteilung der Meningokokken im allgemeinen. Bei dem sporadischen Vorkommen der Meningitis entsteht in serologischer Beziehung eine Verwirrung, in der es unmöglich ist, natürliche Abgrenzungen vorzunehmen. Auch der Typus A. zeigt sich in unbestimmten Grenzen. Bei dem Auftreten mehrerer Meningitisfälle wäre die Möglichkeit vorhanden, eine Unterscheidung von gefährlichen und ungefährlichen Meningokokken vorzunehmen. Bei dieser Untersuchung müßten die Meningokokkenkulturen von den gesunden Trägern wie von allen Kranken untersucht werden. Dazu müßten in großem Umfange die Kulturen der Meningitiskranken dem Serum-Institut zur Verfügung gestellt werden.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hospitalstidende.

Nr. 47, 26. November 1925.

Einige Betrachtungen im Anschluß an den hundertjährigen Geburtstag von Jean-Martin Charcot. Viggo Christiansen.

Nr. 48, 3. Dezember 1925.

* Goldsalze und experimentelle Tuberkulose. Olaf Bang.

Ueber Ekzembehandlung. C. Rasch.

Goldsalze und experimentelle Tuberkulose. Bang konnte durch Versuche am Kalb feststellen, daß Sanocrysin, selbst wenn es im Blut zirkuliert, wenn man Tuberkelbazillen in die Blutbahn spritzt, nicht imstande ist, den Ausbruch von Tuberkulose zu verhindern. Auch nach der stattgehabten Infektion war es ohne jede heilende Wirkung. Weder der Versuch in vitro noch in vivo erwies eine spezifische Wirkung des Sanocrysins bei Tuberkulose. Bei der experimentellen Tuberkulose hatte Sanocrysin bei Kälbern und Kaninchen keinen Heileffekt.

Nr. 49, 10. Dezember 1925.

* Ueber das Wachstum normaler und maligner Gewebszellen unter erhöhtem Dauerstoffdruck. Albert Fischer und E. Bach-Andersen.

Ueber das Wachstum normaler und maligner Gewebszellen unter erhöhtem Sauerstoffdruck. Fischer und Bach-Andersen stellten fest, daß man durch Veränderung des Sauerstoffdrucks die Reaktionstätigkeit und den Stoffwechsel der Gewebszellen ändern kann. Sarkomzellen werden durch eine Druckerhöhung schneller getötet als Bindegewebszellen. Die Höhe der Drucksteigerung wie die Zeitdauer ihrer Anwendung und die betreffenden Grenzwerte für normale und bösartige Zellen konnten festgestellt werden.

Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

88., H. 2, 31. Januar 1926.

* Der Nachweis der Tuberkelbazillen mit Hilfe der Larynxprobe. Hans Silwer und Wilhelm Rasch.
Der Unterricht in der medizinischen Röntgenologie (Fortsetzung). Gösta Förseil.

Der Nachweis der Tuberkelbazillen mit Hilfe der Larynxprobe. Silwer und Rasch untersuchten das vom Larynx entnommene Sekret auf Tuberkelbazillen und fanden, daß von 219 untersuchten Fällen ohne oder mit bazillenfreiem Auswurf in 38 Fällen Tuberkelbazillen gefunden wurden, d. i. 17,4%, im ersten Stadium der Tuberkulose 9,3%, im zweiten 21% und im dritten 34,6%.

S. Kalischer, Schlachtensee.

El siglo médico, Madrid.

72., Nr. 3756, 5. Dezember 1925

Arterielle Spannung. G. R. Gonzalo.
Arbeitsunfall und Berufskrankheit. A. Oller.
* Die syphilitische Aetiologie der Laennecschen Lebercirrhose. J. M. Reholle.

Die syphilitische Aetiologie der Laennecschen Lebercirrhose. Bei 13 Fällen von Laennecscher Lebercirrhose hat Verfasser folgendes gefunden:
1. bei nur 8 bestand ein starker Alkoholabusus, 3 waren mäßige Alkoholiker, 2 waren abstinent. 2. Diese Verteilung stimmt überein mit der, die man bei irgendwelchen anderen Kranken erhält. 3. Bei 10 Fällen war Syphilis vorhanden. 4. Bei 8 Fällen war Syphilis und Alkoholismus gemeinsam; bei 2 Fällen nur Syphilis, bei 2 Fällen nur Alkohol. 5. Die Syphilis wurde durch Wassermann festgestellt; objektiv war sonst keine Syphilis festzustellen. 6. Bei spezisicher Behandlung erfolgte klinische Heilung in 8 Fällen. 7. In den Wassermann-negativen Fällen ergab die spezifische Behandlung keinen Erfolg. 8. Die Wassermann-positiven Fälle, die ad exitum kamen, starben an intercurrenten Erkrankungen. 9. Hieraus folgt, daß also die Aussicht auf Heilung der Erkrankung nicht so schlecht ist, wie allgemein angenommen wird.

72., Nr. 3757, 12. Dezember 1925.

Das Geschlechtsleben in Spanien. Marañen.
Chirurgische Behandlung der schmerzhaften Symptome bei Angina pectoris. Gonzalo.
Betrachtungen über renale Infektion. D. P. Cifuentes.
Intravenöse Injektionen von gelatinisiertem Serum bei pulsierendem Exophthalmus. F. F. Balbuena.

72., Nr. 3758, 19. Dezember 1925.

Neuritis und Ischiatici infolge von intramuskulären Injektionen. G. Lafora.
Sclerosis vascularis. G. R. Gonzalo.
Betrachtungen über venelle Infektion. D. P. Cifuentes.
Die Mineralwässer bei der Syphilisbehandlung. J. G. Viñals.

72., Nr. 3759, 26. Dezember 1925.

Positive und negative Indikationen bei verschiedenen Amputationen. A. Morales.
Spät auftretende Hämorrhagien nach Prostataektomie. T. M. Luque.
Intravenöse Injektionen von gelatinisiertem Serum bei pulsierendem Exophthalmus. H. Márquer.
Das Sehen durch die Haut. A. Rouhier.

73., Nr. 3760, 2. Januar 1926.

Ueber den sogenannten therapeutischen Abort. P. J. Pujiula.
Diagnostik der simulierten Epilepsie. V. Májera.
Die Bekämpfung der Tuberkulose in Spanien. Bermúder de Castro.

Lurje, Frankfurt a. M.

Archivio di Ortopedia.

40, Heft 3.

Verhalten von Fett- und Glykogengehalt im Knorpel nach vorheriger Nervendurchschneidung. Lavermicocca.
* Lendenspondylitis mit Druckerscheinungen im Bereich der Cauda equina. Marconi.
* Vorübergehende Ausrenkung der Gelenkköpfe zur Behandlung von septischen Gelenkentzündungen. Longo.
Mit einer Hand regierbarer Knotenschlinger für Weber. Lavermicocca.
Eine besondere Verletzung der Handwurzelknochen. Anzilotti.
Habituelle Luxation des äußeren Zwischenknorpels am rechten Knie. Faccini.

Lendenspondylitis mit Druckerscheinungen im Bereich der cauda equina. Marconi beschreibt einen Fall von Wirbeltuberkulose, bei dem sich der Eiter anstatt nach vorwärts in die Psoasgegend, nach rückwärts gegen das Rückenmark zu einen Weg bahnte und dabei zu einer Entzündung der Häute führte. Sie äußerte sich in Wurzelsymptomen verschiedener Art, wie sie für Veränderungen in der cauda equina typisch sind.

Vorübergehende Ausrenkung der Gelenkköpfe zur Behandlung von schwer septischen Gelenkinfektionen. Es werden drei Fälle beschrieben (Knie und Fuß), bei denen die entzündlichen, lebensbedrohlichen Erscheinungen nur beseitigt werden konnten durch vollständige und längere Zeit aufrechterhaltene Trennung der Gelenkenden. Das Knie wurde nach Abtragung der unteren vollkommen nekrotischen Femurepiphyse ausgewaschen und die Tibia nach vorn ausgerenkt. Feststellung in Beugestellung. Der Fuß ließ sich vom seitlichen Gelenkschnitt aus nach innen umkippen und im Gipsverband in dieser Stellung festhalten. Auf diese Weise konnte die Amputation umgangen werden. Natürlich bilden sich nach der Reposition Ankylosen aus, die aber bei der Zerstörung der Gelenkknorpel ohnehin zu erwarten waren. Es handelt sich um direkt lebensrettende Operationen, die an Stelle der Amputation mit Erfolg versucht werden dürfen. Die Dauer der Ausrenkung betrug 3—4 Wochen, in welcher Zeit die Infektion abheilen konnte.

41, Heft 1.

Beitrag zur Kenntnis der Kyphoskoliosen durch Neubildungen. Crainz.
* Chondrosarkom des oberen Tibiaendes; Operation und Rezidiv im Wadenbeintransplantat. Alessandri.
Ueber das gewaltsame Redressement der Skoliose. Comisso.
* Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der periarteriellen Sympathektomie auf die Kallusbildung. Mairano.
Angeborene Hilftluxation im Verein mit anderen angeborenen Mißbildungen. Annovazzi.
Anzeigen und Ergebnisse der operativen Verschiebung des großen Rollhügels. Camera.
Juvenile deformierende Arthritis im Ellbogengelenk und in einer Pseudarthrose. Turco.
Die vorübergehende Ausrenkung der Gelenkenden zur Behandlung der akuten Gelenkvereiterung im oberen Sprunggelenk. Camera.
Ueber die Ergebnisse der Albeeschen Operation bei tuberkulöser Wirbelsäulenentzündung. Ciaccia.
* Das orthopädische Schulturnen. Hallauer-Schulthess.
Zur Frage der neubildungsähnlichen tuberkulösen Sehnenscheidenentzündung. Camera.
Das Röntgenbild als Hilfsmittel zur Feststellung der Lebensfähigkeit freier knöcherner Transplantate. Buonsanti.

Beitrag zur funktionellen Behandlung der Muskelschwäche am Bein. Lavermicocca.

Chondrosarkom des oberen Tibiaendes; Operation und Rezidiv im Wadenbeintransplantat. Alessandri veröffentlicht einen sehr interessanten Fall einer Geschwulstbildung: es handelt sich um einen Knorpelsarkom mit vielen osteoiden Einschlüssen, das sich vom oberen Tibiaende aus entwickelte. Durch Entfernung der Geschwulst aus der gesunden Umgebung entstand ein grober knöcherner Defekt, der durch die Ueberpflanzung des unversehrten oberen Wadenbeinendes geschlossen wurde. Ein Jahr nach der gut gelungenen Operation zeigte sich bei der Nachuntersuchung, daß vom Wadenbein aus eine neue Geschwulst in die Umgebung wuchs, die nach röntgenologischer Untersuchung als Sarkom angesprochen werden mußte. Das Bein wurde im Knie abgetragen. Ob es sich um eine lokale Neubildung oder um ein Impfrezidiv handelte, war nicht sicher festzustellen Doch glaubt Alessandri Anhaltspunkte dafür gefunden zu haben, die Geschwulst als echte Fibulageschwulst auffassen zu dürfen.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der periarteriellen Sympathektomie auf die Kallusbildung. Die Untersuchungen ergaben für die Verhältnisse beim Kaninchen eine deutlich erkennbare Vermehrung der knöchernen Regeneration. Dadurch wird die Knochennarbe an sich massiger angelegt, als dies ohne das Vorhandensein der operativen Hyperämie der Fall wäre. Gleichzeitig verkürzt sich die Zeit bis zur eigentlichen Bruchfestigung um Wochen.

Das orthopädische Schulturnen. Der Vertreter der Schulthess'schen Schule in Zürich trat gegen eine Verallgemeinerung der orthopädischen Sonderturnkurse und für eine Vermehrung der gewöhnlichen Turnstunden in der Schule ein. Er befürchtet die Verbreitung kurpfuscherischer Methoden und wendet sich energisch gegen die in Deutschland zurzeit versuchte Lösung der Skoliosenprophylaxe, die mehr und mehr droht, eine Skoliosenbehandlung in Laienhänden zu werden.

41, Heft 2.

* Alte und neue Anweisungen zur Behandlung spastischer Lähmungen; mit besonderer Berücksichtigung der Sympathikotomie. Marconi.
Ueber einen Fall symmetrischer Handwurzelverletzung (Ausrenkung der Handwurzel nach rückwärts hinter das Mondbein). Ciaccia.
Beitrag zur Behandlung der Kniescheibenverrenkung. Camera.
Vollständige oder teilweise Entfernung des Sprungbeins bei Sprungbeinbrüchen. Bartoli.
Die Kalkanlusfrakturen in ihrer Häufigkeit, ihrem eigentümlichen Bruchmechanismus und ihren Ausgängen. Miani.
Experimentelle Studien über die künstliche Fugenlösung beim X-Bein. Annovazzi.
* Ueber Coxa valga und sogenannte Coxa valga luxans. Buonsanti.
* Beitrag zur Rachitisbehandlung mit der Quecksilberquarzlampe. Manfredi

Alte und neue Anweisungen zur Behandlung spastischer Lähmungen, mit besonderer Berücksichtigung der Sympathikotomie. Der Verfasser unterzieht die bisher zur Anwendung gekommenen Behandlungsmethoden einer Kritik. Er kommt zur Ueberzeugung, daß von den verschiedenen Verfahren der Stoffelschen Nervenresektion im motorischen Anteil des Reflexringes zusammen mit gewöhnlichen oder plastischen Verlängerungsoperationen am Muskelsehnenapparat der Vorzug zu geben sei. Dann läßt er für seltene Fälle die Förstersche Operation zu ihrem Rechte kommen und bespricht zum Schluß die Ergebnisse von Royle und Hunter mit der von ihnen vorgeschlagenen Wurzeldurchschneidung im Sympathikusgebiet. Die beiden amerikanischen Autoren haben ihre Erfindung mit großem Optimismus vorgetragen. Marconi glaubt indessen, daß vorläufig an eine Beantwortung der Frage nach einer Wertung des Eingriffes nicht gedacht werden kann. Die theoretische Begründung der Operation steht auf sehr schwanken Füssen, und die Technik ist so schwierig, daß selbst Nachprüfungen an der Leiche nicht immer zu gelingen scheinen. „So verwandelte sich unsere Bewunderung für die Roylesche Statistik (42 günstig operierte Fälle) in Skeptizismus, umsomehr, wenn man die summarische Art und Weise erwägt, mit der über die besagten Fälle berichtet wurde." (Zitiert.)

Ueber Coxa valga und sog. Coxa valga luxans. Die echte und deutlich in jedem Röntgenbilde ohne besondere Meßmethoden sichtbare Coxa valga ist selten. Sie ist als angeborene Mißbildung zu bewerten, folgt also keinen statischen Gesetzen. Die subjektiven Krankheitserscheinungen sind fast immer auf unabhängige Gelenkveränderungen zurückzuführen. Die Behandlung ist vorläufig recht mangelhaft. Die Coxa valga ist nicht Ursache der Kopfluxation nach oben, sondern nur Begleiterscheinung einer gleichzeitigen, angeborenen Pfannenmißbildung.

Beitrag zur Behandlung der Rachitis mit der Quecksilberquarzlampe. Der Verfasser kommt zum Schlusse, daß die ultravioletten Strahlen eine deutliche Heilwirkung besitzen, die alle bisher bekannten Erfahrungen mit anderen Mitteln übertrifft. Er empfiehlt die Bestrahlungen auch als Vorbeugemaßnahmen.

Debrunner, Zürich.

Revue d'Orthopédie, Paris.

31, Heft 6.

Die traumatischen Hüftverrenkungen im Kindesalter. Rendu und Maitreican.
Zur Frage der Knochenplombierung. Technische Einzelheiten. Tillier.
Oberarmfraktur (Kasuistik). Trèves.
* 6. Kongreß der französischen Gesellschaft für Orthopädie.

6. Kongreß der französischen Gesellschaft für Orthopädie. Die drei Hauptreferate behandelten die Fragen der spina bifida occulta, der Behandlung des paralytischen Schultergelenks, sowie die Mortonsche Krankheit. Der ausgezeichnete Vortrag von Mutel über spina bifida occulta verdient Beachtung in weiteren Kreisen.

Mutel kennt drei typische Formen, die auftreten können, erstens als Bild einer normalen Disposition, zweitens als Bild einer Entwicklungsstörung im Wirbelbogen, die durch primäre Mißbildungen des Rückenmarks ausgelöst wird, drittens als Bild reiner primärer knöcherner Entwicklungsstörung. Die unter 1) angeführten Fälle bezeichnet er als Hiatus vertebralis. Sie entsprechen bei Kindern gewöhnlich dem normalen Entwicklungsstadium, dessen Kenntnis vor unliebsamen Verwechslungen schützt. Das Neugeborene zeigt an sämtlichen freien Wirbeln ein knorpeliges Schaltstück in der Gegend der Dornfortsätze, sodaß sich im Röntgenbild eine Spalte von der Länge der Wirbelsäule zeigt. Nach einem Jahr hat sich die Spalte in der unteren Brustregion knöchern geschlossen. Im vierten Altersjahre schließen sich auch die Bögen der oberen Brustabschnitte, der oberen Lenden- und unteren Halswirbel. Man sieht dann nur noch deutliche Spaltbildungen im obersten Halsteil und im Lendenteil am Uebergang zum Kreuzbein. Im zehnten Jahre sind alle Bögen knöchern verschlossen bis auf den Bogen des ersten Kreuzbeinwirbels. Gerade diese Oeffnungen im Uebergangsgebiet werden häufig genug als krankhaft und als Ursache mannigfaltiger unerklärlicher Störungen angesehen, die oft auf psychischem Gebiete liegen. Sogar im 17. Altersjahr fand Mutel noch in den meisten Fällen eine schmale Spalte zwischen den Bogenenden des 1. Kreuzbeinwirbels, die sich erst später ganz schließen konnte. Nun sind gerade in dieser Gegend, die in phylogenetischer Beziehung noch nicht zum Entwicklungsabschluß gekommen ist, Variationen als häufig bekannt geworden. Sakralisation und Lumbalisation der Uebergangswirbel, Asymmetrien, numerische Variationen, ungleichmäßige Verschmelzungen der verschiedenen Knochenkerne verwischen das Bild der Norm. Das gleiche trifft — allerdings in geringerem Grade — für den Atlas zu. Daraus ergeben sich zwei Prädilektionsstellen für persistente Spalten im Sinne einer Disposition im Bereich der gewöhnlichen Variationsbreite. Die normalerweise zuletzt sich schließenden Wirbelbogen sind eben nicht ganz zum Schluß gekommen. Ursache unbekannt; daher setzt man an Stelle des X in die Gleichung das Wort Disposition. Der Hiatus vertebralis hat keine pathologische Bedeutung, wird als Zufallsbefund aus Röntgenbildern gelesen und hat gar keine Beziehungen zu organischen Störungen, die sich am Individuum zeigen könnten.

Die Spalte, die ihren Ursprung aus einer primären Markschädigung nimmt, geht stets mit ganz typischen nervosen Störungen einher. Sie ist nicht an die eben genannten Prädilektionsstellen gebunden, sondern findet sich meist im Uebergangsteil von Hals- zu Brustwirbelsäule und im Lendenabschnitt. Sehr häufig wird sie begleitet von Veränderungen oder geschwulstartigen Verbuckelungen der äußeren Haut. Mutel nennt sie Rachischisis. Als dritte Form der spina bifida bezeichnet Mutel die Bogenfissur, die ohne irgendwelche funktionelle Störungen einhergeht und an beliebigem Ort auftreten kann. Sie stellt eine rein knöcherne Mißbildung dar.

Auf die ausgedehnten Ausführungen des Verfassers über die verschiedenen Erscheinungsformen kann nicht eingegangen werden. Ich bespreche nur kurz die diagnostischen Merkmale und die Angaben über Behandlung, die sich in Mutels Referat exakt zusammengestellt finden. Was den Sitz der Erkrankung anbetrifft, verweise ich auf das vorher Gesagte. Eine wichtige Rolle bei der Deutung der Befunde spielt das Alter der Kranken. Weder die Breite noch die seitlichen Verschiebungen der Spalten aus der Medianebene sind typisch für Rachischisis. Sie variieren auch bei Fissuren. Dagegen finden sich unregelmäßige, von Handwucherungen besetzte Konturen nur bei echter Rachischisis. Im großen ganzen darf man sagen, daß das Röntgenbild allein keinen Aufschluß über die Natur der Spalte zu geben imstande ist. Aeußere Narben, Haarflecke, Pigmentierungen, Hautgeschwülste, druckempfindliche Eindellungen sprechen für Rachischisis. Ferner spricht dafür das Zusammentreffen angeborener oder progressiver Mißbildungen der Extremitäten, wenn sie von trophischen Störungen begleitet sind, mit dem Vorhandensein typischer, röntgenologisch sichtbarer Spalten im Bereich einiger der Mißbildung entsprechender Nervenzentren. In schweren Fällen empfiehlt Mutel die Lipiodolprobe. Eine operative Freilegung der erkrankten Markgegend hält der Verfasser nur selten und nur dann für erlaubt, wenn die Schädigungen spastisch-progressiven Charakter annehmen. Fällt die Lipiodolprobe so aus, daß der Flüssigkeitsspiegel im Röntgenbild sich an einem Hindernis staut, dann darf in solchen Fällen die Laminektomie gemacht, ein mechanisches Hindernis der Markfreiheit beseitigt werden.

Die Arbeit zeigt, daß es viel weniger echte spinae bifidae-Rachischises gibt, als gemeinhin und namentlich in letzter Zeit geglaubt wird, und daß die operative ursächliche Therapie sehr selten in Frage kommt.

Die eifrig benützte Diskussion bestätigt die Darlegungen des Referenten.

Maffei berichtet über die Mortonsche Krankheit, jene schmerzhafte Affektion in den Zwischenverbindungen der Metatarsalköpfchen. Die Resektion eines Köpfchens gibt angeblich stets gute Erfolge, wird aber von vielen Orthopäden (und wohl zumeist mit Recht. d. Ref.) abgelehnt. Am besten erscheinen mechanische Mittel zur Herstellung des vorderen Quergewölbes. Gelingt das durch Verbände oder besonders gebaute Einlagen, so heilt das Leiden stets aus.

32, Nr. 3.

Ausrenkung des Fußes durch Rotation nach außen; klinische anatomische und experimentelle Studie. Mathieu und Larget.
* Die Epiphysen-Erkrankungen des Mittelfußknochens. Moutier.
Ein Fall von Schulterluxation nach unten. Desmarest und Meyer-May.
Epiphysenlösung am unteren Radiusende. Grimault und Leonhardt.
Mißbildung der Elle. Pircard.
Kinematische Prothese. Kunstglieder der oberen Extremität. Lacroit.

Die Epiphysenerkrankungen des Mittelfußknochens. Der Verfasser bespricht das Krankheitsbild, das bei uns unter dem Namen der Köhlerschen Krankheit durch eine Reihe von Veröffentlichungen seit einigen Jahren auch weiteren Kreisen bekannt geworden ist. Die Röntgenographie hat erwiesen, daß die Erkrankung nicht als selten bezeichnet werden darf. Sie befällt meist Menschen zwischen 12 und 18 Jahren und setzt sich am Köpfchen des II. Mittelfußknochens fest. Aus bester Gesundheit heraus erkranken Knaben und Mädchen an Schmerzen im Vorderfuß, die stets deutlich an die Basis der 2. Zehe verlegt werden. Anfänglich vermag der Arzt keinen objektiven Befund zu erheben. Bald stellt sich indessen eine leichte Schwellung des Fußrückens ein, die von zunehmender lokaler Erwärmung der Gewebe begleitet wird. Erst nach Wochen und Monaten nehmen die Schmerzen ab; die Druckempfindlichkeit geht zurück, die Schwellung verschwindet, und zuletzt geht der Zustand in eine subjektive Heilung über. Manchmal finden sich indessen Anzeichen einer Arthritis deformans: Exostosen, Reibegeräusche im Zehengrundgelenk, Hammerstellung der Zehe usw. Die Vorgänge lassen sich im Röntgenbild genau verfolgen. Besonders im Verlauf der zweiten Erkrankungshälfte lassen sich periostitische Auflagerungen auf der distalen Hälfte des Mittelfußknochens erkennen. Das Köpfchen selbst zeigt unregelmäßige Schattendichte und -Begrenzung. Der Epiphysenkern zeigt fleckenartige Aufhellungen. In einem späteren Stadium der Erkrankung, die in ganz leichten Fällen auch ohne Formzerstörung heilen kann, sehen wir den Kopf eingebrochen, abgeplattet, wie zusammengestaucht. Dadurch erscheint der Gelenkspalt verbreitert. Die Diagnose ist auf Grund der klinischen und röntgenologischen Befunde leicht. Bei der histologischen Untersuchung erkennt man die vollständige Nekrose der zerstörten Partien. Die Knorpellage ist unversehrt, höchstens hie und da ein wenig eingesunken über den erweichten Tiefenherden. Was die Entstehungsweise der Erkrankung anbetrifft, so glaubt Moutier an eine Analogie mit der Bildung osteochondritischer Prozesse, auf die bei uns hauptsächlich Axhausen immer wieder hingewiesen hat. Er macht sich auch die Hypothese dieses Forschers zu eigen, der die Ursache in einer larvierten Osteomyelitis, in der Entstehung eines keilförmigen Sequesters durch blande Infektion erkennt.

32, Nr. 4. 1925.

* Ueber die subtrochantere Osteotomie (Bifurkation der Deutschen) zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation. Froelich.
Osteochondritis coxae und Coxa vara. Reviglio und Bellando.
Ueber die traumatische Epiphysenlösung am unteren Tibiaende. Leibovici.
Ein Fall von Köhlerscher Kahnbeinerkrankung bei Kindern. Estor.
Teilweiser Mangel der Ulna (ein Fall). Barret.
Isolierter Bruch des äußeren Knöchels in Verbindung mit Subluxation des Fußes nach hinten. Clavelin.
* Die Mechanotherapie der Skoliose. Devimeux.

Die subtrochantere Osteotomie. (Bifurkation der Deutschen.) Die Behandlug der Wahl bei angebor. Hüftluxation bleibt die unblutige Einrenkung. Veraltete oder sonst nicht einrenkbare Fälle haben ein ziemlich trauriges Los, das durch gewisse operative Eingriffe verbessert werden kann. Zu diesen gehört die quere Durchtrennung des Oberschenkelschaftes dicht unterhalb der Trochanteren, die zum ersten Mal im Jahre 1892 von Kirmisson zur Anwendung gebracht wurde. Froelich tritt lebhaft für die Operation ein, die er indessen nur für Fälle aufgespart wissen will, die sehr schlechte Gehverhältnisse zeigen. Der Eingriff muß stets nach den Weisungen eines Röntgenbildes vorgenommen, die Trennungsebene stets auf die Höhe der Pfanne verlegt werden. Die Ebene liegt damit meist dicht unterhalb des kleinen Rollhügels. Das untere Fragment wird bei Abduktion gegen das Becken gerichtet, wo es möglichst nahe oder in der Pfanne eine Stütze suchen muß, ohne die Verbindung mit dem oberen Fragment aufzugeben. Je weniger die Bruchstücke sich voneinander entfernen, um so besser werden die Erfolge sein. Röntgenkontrolle! Nach der Operation verbessert sich die Lendeneinsattelung. Die Spreizungsfähigkeit der Beine erreicht einen höheren Grad. Die Schmerzen, die auf Zerrungen im N. ischiadicus zurückzuführen sind, verschwinden. Froelich operiert offen. Die Nachteile der Operation bestehen in einer Verkürzung der an sich kürzeren Extremität. Sie schwankt zwischen 2 und 4 cm. Dafür verschwindet aber das weiche „eintauchende“ Hinken, und man hat die Möglichkeit, das Bein durch eine Absatzerhöhung auf die gewünschte Länge zu bringen. Eine Reihe von kurz angeführten Beobachtungen gibt dem Verfasser das Recht, die Methode lebhaft zu empfehlen für die bestimmten Fälle mit starken Beschwerden. Röntgenbilder. (Im Titel und in einer kurzen Aeußerung der Einleitung wird Stellung genommen zu der Tatsache, daß die subtrochantere Osteotomie in Deutschland und Oesterreich neuerdings als Bifurkation (Lorenz) wieder aufgenommen wurde in den therapeutischen Schatz. In der Tat handelt es sich bei den verschiedenen und unter verschiedenen Namen vorgeschlagenen Methoden von Schanz, v. Bayer, Lorenz und anderen stets um die Durchtrennung des Oberschenkelschaftes unterhalb der Rollhügelmasse. Immerhin ist Lorenz mit klarer Ueberlegung darauf ausgegangen, das untere Fragmentende in die Pfanne zu reponieren, ohne es aus dem Zusammenhang mit dem Hals-Kopfteil zu reissen. Dadurch hat er die Unterstützung des Beckens durch zwei Gabelzinken auf gemeinsamem Stiele erreichen wollen, von denen die eine an normaler Stelle ihren Halt findet. Diese klar präzisierte Forderung darf man wohl als Neuerung und Verbesserung der alten Methode Kirmissons betrachten, der ähnliche und gute Ergebnisse durch Zufall erreichen konnte, wenn die untere Zinke statt in die Nähe der Pfanne in die Vertiefung selbst glitt. Im übrigen ist der auch bei uns geführte Streit um Namen und Prioritäten ziemlich bedeutungslos, wenn wir wissen, worauf es ankommt. Aus den Röntgenbildern Froelichs erkennen wir ohne weiteres, daß auch seine Absicht auf eine Einstellung des unteren Fragments in die Pfanne abzielt. So darf man den letzten Schritt weiter gehen und nach dem Vorschlag von Lorenz das untere Ende kunst- und regelrecht einrenken. D. Ref.)

Die Mechanotherapie der Skoliose. In der letzten Zeit liest man viele Arbeiten über Vorschläge zu neuen Wegen, auf denen die Skoliosentherapie ihre Erfolge verbessern könnte. Man hört indessen sehr wenig über die Skoliosenapparate. Der Grund ist zu suchen in der Schwierigkeit der Beschaffung einer kompletten Apparatur. Der Verfasser führt einen relativ einfachen Apparat in Wort und Bild vor, der gestattet, die wesentlichsten Uebungen für verschiedenste Rückgratverbiegungen vorzunehmen.

32, Nr. 5.

* Die angeborene Verwachsung der Vorderarmknochen an ihrem oberen Ende. Mouchet und Leleu.
Ueber die traumatische Ablösung des Condylus humeri. Rendu.
* Beitrag zum Studium der Fersenspornbeschwerden. Patel und Combe.
Anatomisches Ergebnis einer Albeeschen Spanüberpflanzung beim Erwachsenen. Bérard und Creyssel.
Ein Fall von Ostitis typhosa im Schienbein. Oudard.
Wie muß man eine Radialislähmung schienen? Ripert und Roederer.

Die angeborene Verwachsung der Vorderarmknochen an ihrem oberen Ende wird meist doppelseitig und symmetrisch ausgebildet gefunden. Man beobachtet sie häufiger bei Männern als bei Frauen. Für gewöhnlich zeigen sich nur funktionelle Störungen, die oft genug nicht sehr erheblich sind und auch Berufe gestatten, welche an die Kräfte der Arme große Anforderungen stellen. Eher noch stören die Supinationshemmungen die feinere Arbeit. Die Muskulatur der Vorderarme erscheint dünn und zart. Während die Ellbogenbewegungen im Sinne der transkondylären Achse meistens frei sind, zeigt die Supination eine vollständige Behinderung. Die Hand steht in Pronation fest.

Wird die Mißbildung von einer Ausrenkung des Speichenköpfchens begleitet, so zeigen sich sehr oft auch Veränderungen im Knochenverlauf des Vorderarmes und der Hand. Die Diagnose wird durch das Röntgenbild gesichert. Bei der Verbreitung der Krankheit scheint die Erblichkeit eine Rolle zu spielen. Nach Mouchet erkranken besonders viele Juden. Die Verfasser halten eine Operation für angezeigt, wenn die Funktionsbehinderungen als wesentlich störend empfunden werden. Ein typisches Operationsverfahren ist nicht zu finden. Man muß von Fall zu Fall verschieden vorgehen. Empfehlenswert sind die Vorschläge von Maas und Galeazzi, von denen der eine die Radiusspitze reseziert, der andere eine Nearthrose unterhalb der Verwachsungsstelle anlegt.

Beitrag zum Studium der Fersenspornbeschwerden. Während man früher die Fersenschmerzen auf allerlei unklare entzündliche oder andere Prozesse zurückführte, haben die Röntgenaufnahmen gezeigt, daß es sich fast stets um sogenannte Spornbildungen handelt, wenn Kranke über bestimmte Druckschmerzen klagen. Neben den häufigeren Spornbildungen finden wir manchmal auch chronisch-entzündliche Vorgänge im Knochen, die auf Syphilis oder Tuberkulose zurückzuführen wären. Was wir im Röntgenbild als spornartig spitzen Vorsprung erkennen, ist in Wahrheit eine breite Knochenmasse, die uns in seitlicher Betrachtung ihre Konturen als Spitze in Erscheinung treten läßt. Wie Haglund annimmt, handelt es sich bei diesen Exostosen um Reaktionen auf die ständige Zugbeanspruchung der Muskelursprungsstellen. Die Knochenvorsprünge allein geben noch keine Erklärung der Beschwerden. Es treten erst noch Weichteilentzündungen dazu. (Reclus.) Ein wirklicher Schleimbeutel existiert allerdings nur in der Phantasie der Aerzte; indessen reagieren die Fettkissen, die Bändertrabekel und die Subkutis auf die ständigen Reize. Die Erklärung wirkt sich auf die therapeutischen Vorschläge aus. Man soll nicht nur die knöcherne Leiste abtragen, sondern auch die darunter liegenden Weichteile entfernen, soweit sie krank oder entzündlich infiltriert erscheinen.

Debrunner, Zürich.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie.

Nr. 7, Juli 1925.

* Schanker mit negativem Serumbefund nach einer Treparsolbehandlung. Hudelo und Rabut.
* Häufigkeit von Psychopathien bei Tabikern eine progressive Paralyse vortäuschend. Gougerot, Meyer und Weill-Spire.
* Esthiomene der Vulva. Milian und Lafourcade.
* Fehlen des Processus xiphoideus. ein Zeichen hereditärer Lues. Queyrat.
Chronischer Pruritus mit lichenoider Eruption. Hudelo, Cailau und Lejard.
Enormes Osteoma syphiliticum des Schädels. Léri und Machtou.
Serumdiagnostik der Syphilis. Flockung bei Meinicke im nicht erhitzten Serum. Rubinstein und Suarez.
Vincentsche Angina und Wismutbehandlung. Dainville und Clercy.
Ein Fall von Mastitis syphilitica. Fouquet und Machtou.
Untersuchung der Hautzirkulation bei Alopecia areata und Vitiligo. Lévy-Fränkel, Guillaume und Juster.
Tiefe aseptische Abszesse nach Wismuthydroxydinjektionen. Lortat-Jacob und Roberti.
* Erytheme „des neunten Tages“, provoziert durch Treparsol per os. Milian und Lafourcade.
* Der „Acridin-Sonnenstich“ und seine Präventivbehandlung mit Resorcin. Jausion und Marceron.
* Krätze und Erythrasma. Noel.
Ueber einen in Tanger beobachteten Fall Filiarienkrankheit. Decrop und Stier.
Ein Fall von Pustula maligna. Lortat-Jacob und Schmitt.

Schanker mit negativem Serumbefund nach einer Treparsolbehandlung. Krankengeschichte einer jungen Frau, die mit Primäraffekt an der Unterlippe und Drüsenschwellung bei positivem Serumbefund einer oralen Therapie mit der 3-formyl-amino-4-oxyphenylarsinsäure unterzogen worden war (39,25 g, ununterbrochen, innerhalb dreier Monate). Vernarbung und Verschwinden der Drüsen prompt, die Wa. R. nach 3 Methoden untersucht, wurde vor Ablauf von 2 Monaten negativ. Zwei Monate nach dem Ende der willkürlich abgebrochenen Behandlung kommt sie mit einem neuen Primäraffekt, der ein wenig unterhalb des alten vernarbten seinen Sitz hat, Drüsenschwellungen, Spirochäten positiv, Wa. negativ. Die Autoren glauben nicht an eine Reinfektion, sondern an einen Schanker redux, beruhend auf dem Wiederaufleben liegengebliebener Spirochäten in situ bei bestehender Anergie des Organismus, deren Ursache uns unbekannt ist. Der Wa. kann nicht nur bei tertiärer, sondern auch bei sekundärer Septikämie negativ sein. Simon meint, daß man die Möglichkeit einer Reinfektion nicht völlig ausschließen kann, unter anderem deshalb, weil der neue Affekt nicht genau an derselben Stelle sitzt.

Häufigkeit von Psychopathien bei Tabikern, eine progressive Paralyse vortäuschend. Oefter als das Hinzutreten einer Paralyse zur Tabes zeigt sich eine Psychopathie, die einer energischen antisyphilitischen Behandlung weicht. Diese Anomalien sind bei Tabikern häufiger als bei nicht tabischen Syphiliskranken.

Esthiomene der Vulva. Krankenvorstellung einer jungen Frau aus Martinique mit Elephantiasis der großen und kleinen Labien, der Clitoris und papillomatösen Erosionen der Schleimhaut. Hypertrophische, eiternde Drüsen am Kieferwinkel. Neosalvarsan war erfolglos. Die Inoculation des Eiters auf Meerschweinchen ergab bei diesem eine charakteristische Tuberkulose mit Kochschen Bazillen. Eine zweite Ueberimpfung von Material, das den elephantiastischen Bezirken entstammte, verursachte zwar beim Tier eine große Leberschwellung, die für tuberkulös gehalten wurde, die sich aber histologisch nur als Cirrhose identifizieren ließ. Auch die histologische Untersuchung der Papillomatose der Vulva erbrachte nicht den Beweis von Tuberkulose. Trotzdem halten die Autoren auch diese Affektion für tuberkulös.

Fehlen des Processus xiphoideus, ein Zeichen hereditärer Lues. Vorstellung von 3 kongenital-luetischen Kindern, Geschwister und Abkömmlinge eines Vaters, der seine Syphilis nie behandeln lassen wollte und seine Frau gleichfalls infiziert hatte; alle drei bieten außer anderen Stigmata das Zeichen der Axiphoidie, das der Autor seit Jahren für ein einwandfreies diagnostisches Merkmal kongenitaler Lues erklärt hat. Nur bei Kindern von Syphilitikern, die ihr Leiden schon sehr lange haben, vorkommend, gehört es zu den Dystrophien. Seit Jahren fiel es dem Verfasser auf, daß die reine Mitralstenose mit Axiphoidie verbunden ist. Er glaubt auf Grund sehr zahlreicher Nachforschungen, daß die sog. angeborene Mitralstenose ein kongenital-luetisches Stigma ist. Weitere Fälle werden berichtet; das Ergebnis einer Untersuchung in verschiedenen Spitälern gibt dem Verfasser recht. Léri möchte nicht so weit gehen, das Fehlen des Xiphoideus als ein absolut beweisendes Zeichen anzusehen, glaubt aber auch, daß es in vielen Fällen bei Lues congenitalis vorkommt.

Untersuchung der Hautzirkulation bei Alopecia areata und Vitiligo. Die kapillaroskopische Untersuchung ergab bei beiden Krankheiten ein Verschwinden oder Fehlen der kleinsten Kapillaren in den betroffenen Bezirken. Bei Alopecia areata war die Verlangsamung der Zirkulation und die Vasokonstriktion an den Fingern bemerkenswert, sie wird mit Störungen des endokrinen Systems in Zusammenhang gebracht. Daß bei Vitiligo die gleiche Störung der Zirkulation vorkommt, scheint ein Beweis für die Verwandtschaft beider Affektionen zu sein.

Erytheme „des neunten Tages", provoziert durch Treparsol per os. Ebenso wie die intravenös gegebenen Salvarsane hat auch das oral gegebene Treparsol biotropische Eigenschaften gegenüber infektiösen Mikroorganismen. Am neunten Tage der Kur trat in zwei genau beschriebenen Fällen ein den Röteln sehr ähnliches Erythem auf. Wiederholung der Gaben ergibt je nach Zunahme der Immunität eine schwächere Wiederholung des Ausbruchs, bis dieser nach 18 Tagen sich nicht wieder einstellt. Dieser Ausschlag steht sehr im Gegensatz zu den üblichen auf der Toxizität der Arsenobenzole beruhenden Dermatitiden. Beginn schon am neunten Tage, Drüsenschwellungen, infektiöser Charakter, fehlende Eosinophilie. Im Gegensatz dazu treten die gewöhnlichen Arsendermatitiden meist am Ende der Kur auf, es besteht steigende As-Intoleranz, Drüsenschwellungen fehlen. In Zukunft wird man gut tun, in solchen Fällen 15 Tage abzuwarten und dann noch einen Versuch mit dem Mittel zu machen. Wiederholt sich der Ausschlag nicht, dann handelte es sich um ein durch das As-Präparat erwecktes infektiöses Rubeolaexanthem. (In Deutschland hat Kromayer zwei analoge Fälle publiziert, sie jedoch nicht als Rubeola gedeutet, sondern dem Spirocid zur Last gelegt. Anm. des Ref.) — In der Diskussion teilt Flandin einen analogen Fall mit, der sich durch Bindehaut- und Rachenkatarrh, Koplicksche Flecke, Halsdrüsenschwellungen, masernähnlicher Ausschlag und Abschuppung auszeichnete. Fieber 39,8, fiel nach der Eruption ab, also das klassische Bild der Masern.

Der „Acridin-Sonnenstich" und seine Präventivbehandlung mit Resorcin. Intravenöse Injektionen von Acridin zur Behandlung der Gonorrhoe brachte bei 9 Kranken von 11, nachdem sie sich nur kurze Zeit der Sonne ausgesetzt hatten, ein starkes Erythema solare hervor. Innerlich genommenes Resorcin, 0,25 pro Tag, verhütete Rezidive, die sich sonst bei jeder neuen Einspritzung wieder einstellten. Auch juckende Quaddeln, die als Fernwirkung des Lichts auf den sensibilisierten Organismus aufgefaßt werden, wurden dreimal beobachtet.

Krätze und Erythrasma. Ein Fall ungewöhnlicher Lokalisation von Scabies, die nicht wie sonst an ihren Lieblingsstellen saß, sondern der Ausbreitung eines Erythrasmas folgte. In den Achselhöhlen, Schenkelbeugen und Kniekehlen konnten sowohl Krätzemilben wie auch Pilze vom Mikrosporon minutissimum nachgewiesen werden. Letzteres scheint die Ansiedlung der Milben zu erleichtern, die sonst an diesen Stellen nicht nachgewiesen werden können.

Nr. 8.

Anwendung der Woodschen Lampe für die dermatologische Diagnose. Jean Meyer und Saidmann.

Film der reinästhetischen Chirurgie (Kosmetik). R. Passot.

* Epitheliom der Lippe bei einem vor 21 Jahren wegen Krebsrezidiv der Wange operierten Kranken. Hudelo und Rabut.

* Ein Fall von Heilung von Pityriasis rubra pilaris nach Injektion von Tuberkulosevaccin nach Vaudremer. Gougerot.

Progressive Insuffizienz und Atrophie der Speichel- und Schleimhautdrüsen des Mundes, der Bindehäute und zum Teil der Schleimhäute von Nase, Larynx und Vulva. Gougerot.

Chronische, noch unbenannte Alopecie der Occipitalgegend bei einem jungen Mädchen. Gonin.

Hauttumoren der rechten Schläfengegend und der linken Glutealgegend glandulären Ursprungs. Louste, Thibaut und Caillau.

Mycosis fungoides in erythematöser Form, mit ultravioletten Strahlen behandelt. Louste, Marin und Caillau.

Ekzem der Beine, lymphangitischer Tumor des Halses. Milian und Lafourcade.

Lokalisierte bullöse Affektion. Milian und Véran.

* Erythema induratum Bazin Typ Hutchinson. Ueberimpfung in die Vorderaugenkammer des Kaninchens. Knötchen der Cornea und Iritis heilen vollständig. Paraplegie. Tuberkulöses Malum Potti. Jeanselme und Chevalier.

* Vorübergehende spastische *Myopie* nach Salvarsanbehandlung. Dupuy-Dutemps und Périn.

Wismutdepot, Retentionen, Fistelbildungen. Lortat-Jacob und Roberti.

61 Fälle von Wismutretention. Pinard und Rabut.

Serodiagnose bei Gonokokkenaffektionen. Rubinstein.

2 Fälle von scheinbar mit der Menopause verknüpfter Urticaria, gut beeinflußt durch Jodkali. Simon und Binet de Jassonneix.

2 Beobachtungen erfolgloser Wismutbehandlung während der Schwangerschaft. Bizard und Jolivet.

Ein Fall von syphitischer Reinfektion. Lafourcade.

* Ueber Chaulmoograpräparate in der Behandlung der Hauttuberkulose. Fouquet.

Versuch einer Präventivbehandlung der progressiven Paralyse mit Ueberimpfung von Malaria. Notwendigkeit der frühzeitigen Lumbalpunktion. Marie und Chevalier.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion. Lafourcade.

Epitheliom der Lippe bei einem vor 21 Jahren an einem Krebsrezidiv operierten Kranken. Klinisch und histologisch sicheres Epitheliom der Unterlippe bei einem 67 jährigen Manne. Er war vor 21 Jahren operiert worden und bekam nach 4 Monaten ein Rezidiv, das den ganzen Unterkiefer einnahm und für inoperabel gehalten wurde. Dennoch entschloß man sich zur Operation, Ablatio der rechten Wange und eines Drittels der Lippen, sämtlicher Drüsen und eines großen Teils der Mandibula. Plastische Operationen in mehreren Sitzungen folgten. Histologisch handelte es sich um ein tubuläres Pflasterepitheliom, während die jetzige Affektion mehr spinozellulären Charakter trägt, also weniger ein eigentliches Rezidiv, als ein neuer Tumor auf leukoplastischem Grunde ist. Trotz der damals verzweifelten Situation hat der Kranke 21 Jahre beschwerdefrei gelebt.

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris geheilt durch Injektion von Tuberkulosevaccin nach Vaudremer. Heilungen dieser Affektion gehören zu den größten Seltenheiten. Im vorgestellten Falle hatte der Verfasser der Familie der fünfjährigen Kranken gesagt, daß es sich um eine schwere unheilbare Affektion handelte. Trotz Fehlens von Tuberkulose in diesem Falle glaubte der Autor doch fest an die tuberkulöse Aetiologie der Krankheit und gab das oben angegebene Mittel, worauf eine sofortige Rückbildung und Heilung in etwa 16 Tagen erfolgte.

Erythema induratum Bazin vom Typ Hutchinson. Ueberimpfung in die vordere Augenkammer des Kaninchens. Paraplegie. Knötchen der Cornea und Iritis, die vollkommen heilen. Tuberculöses malum Potti. An Stelle des Meerschweinchens, das meist auf Ueberimpfung des Erythema induratum-Materials nicht reagiert, bedienten sich die Verfasser des Kaninchens, dem sie das Material in die vordere Augenkammer spritzten.

Bei einer 23jährigen Stenotypistin fanden sie ein typisches Erythema induratum mit Ulcerationen, denen sie nach bestimmter Technik das Material entnahmen und dem Kaninchen einspritzten. Drei Tage später entzündliche Lokalreaktion, am 4. Tage ein Knötchen, das zur Papel auswächst, und Iritis. Es folgt eine Verwachsung von Cornea und Iris: Uvealtuberkulose. Heilung spontan unter Narbenbildung nach 22 Tagen. Am 40. Tage tritt bei dem Tier eine Lähmung der hinteren Wurzeln auf, worauf es am 43. Tage getötet wird. Das Auge ist normal, aber es finden sich zwei Rückenmarkstumoren in Höhe des 3. und 5. Lumbalwirbels, die in Form von bohnengroßen Abszessen das Mark komprimieren. Der Inhalt ist typisch käsig, die Wirbelkörper sind cariös, massenhafte säurefeste Bazillen, teils isoliert, teils agglutiniert, vervollständigen das Bild. Mit diesem Material geimpfte Tiere sind in 3—8 Tagen gestorben, wie bei septischen Ueberimpfungen. Bei ihnen fand sich keine Tuberkulose. Also Heilung der Eintrittspforte am Auge, aber Fortgang der Infektion auf dem Blutwege unter Respektierung der Drüsen. Experimentelle Reproduktion eines Malum Potti. Beweis der tuberkulösen Aetiologie des Erythema induratum. Möglicherweise hat es sich um bovine Tuberkulose gehandelt, auf die das Kaninchen zu reagieren pflegt.

Vorübergehende spasmische Myopie nach Arsenobenzolbehandlung. Es handelt sich um vorübergehende Accomodationskrämpfe mit Einschränkung der Sehschärfe. Das Salvarsan hat eine ausgesprochene elektive Affinität zum Ciliarmuskel, ohne auf den Sphincter der Pupille zu wirken, obwohl dieser vom gleichen System innerviert wird. Diese dissociative Wirkung vollzieht sich mit keinem der andern konstriktorisch wirkenden Medikamente, Eserin und Pilocarpin wirken alle gleichzeitig auf Accomodation und auf Pupillenkontraktion. In umgekehrten Sinne wirken Diphtherie und Botulismus lähmend auf die Accomodation und lassen die Pupillenkontraktion unbeeinflußt. Die spasmische Myopie ist eine seltene, aber doch nicht ganz vereinzelte Salvarsanvergiftungserscheinung. Man dürfte sie noch häufiger finden, wenn man nach ihr suchen würde. Sie könne leicht verkannt werden oder unbemerkt vorübergehen. Auch ist sie manchmal durch andere Nebenwirkungen verdeckt.

Ueber Chaulmoograpräparate in der Behandlung der Hauttuberkulose. Die penetrierende, anämisierende und Narben bildende Wirkung des Chaulmoograöls wird gelobt. 3 Fälle von Lupus vulgaris, die nach der Scarifikation mit dem Mittel behandelt wurden, sind geheilt, bzw. sehr gebessert worden. Die Autoren glauben an eine direkte Wirkung auf das Lupusknötchen.

Nr. 9.

Ein zweiter Fall von Dermatitis lichenoides purpurosa et pigmentosa. Gougerot und Blum.
2 Fälle von Trichophytie von Trichophyton faviforme. Bodin.
Sycosisähnlicher Schanker am Kinn und der Schleimhaut der Unterlippe. Thibaut und Marin.
Ulcerierter leukämischer Tumor am Vorderarm. Louste, Caillau und Lerond.
*Primäraffekt an der Basis des Daumes. Louste, Braun und Marin.
3 Fälle von Wismutabszessen. Gouin und Allanic.
Ueber die Lokalerscheinungen nach Injektionen von Wismuthydroxyd. Lacapère und Galliot.
Stomatitis vegetans präepitheliomatosa: Rückgang auf Salvarsan. Krebsige Degeneration einer Leukoplacie der Zunge und Tod. Gougerot.
*Ueber die Häufigkeit und die Behandlung des syphilitischen Basedowsyndroms. Schulmann.
*Doppelseitige Mastitis syphilitica bei multipler visceraler Syphilis. Dainville und Clercy.
*Recklinghausensche Krankheit und Syphilis hereditaria. Montpellier.
Vorübergehende Keratosis pilaris nach einem Herpes intercostalis. Jeanselme und Burnier.
Ein Fall von Reinfectio syphilitica. Milian und Lafourcade.
Erythem bei Sklerodermie mit Myopathie und Myasthenie. Milian und Rimé.
Ein Fall von Naevus generalisatus nach chirurgischer Operation. Lortat-Jacob und Legrain.

Primäraffekt in der Basis des Daumens. Der Fall bietet ein zweifaches Interesse: Die irrtümliche Diagnose und die Frage, ob eine Dienstbeschädigung anzunehmen ist.

Ein Tapezierer hatte sich vor 5 Wochen mit einem Hammerschlag an der Facies dorsalis des Daumens verletzt. Es entstand eine Kontusion und eine oberflächliche Wunde harmloser Art. Aber die Wunde heilte nicht auf die verschiedensten lokalen Maßnahmen, breitete sich aus und sezernierte; keine Schmerzen. Der Kranke kam erst in Hospitalbehandlung, als schon eine Roseola bestand. Im Primäraffekt fanden sich keine Spirochäten, offenbar weil schon antiseptische Behandlung stattgefunden hatte. Wa. positiv. — In der Diskussion rechnet Queyrat aus, daß der Kranke im 85. Krankheitstage steht. Fragt man den Kranken, ob er Verkehr gehabt hat, so leugnet er und sagt, daß für ihn als Witwer diese Frage nicht in Betracht käme, auf vielfaches Drängen gibt er aber zu, vor etwa 3 Monaten einen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Auf die bestehende Wunde sind also an diesem Tage Spirochäten inoculiert worden.

Ueber die Häufigkeit und die Behandlung des syphilitischen Basedowsyndroms. Verfasser beruft sich auf eine eigene Statistik von 82 Basedowfällen, von denen 29 sicher syphilitisch und 13 möglicherweise syphilitisch waren, also spielte die Lues in etwa 50% mit hinein. Von den 42 Fällen waren 29 acquiriert, 13 hereditär. Man soll bei Basedow stets an Syphilis denken. In einem Viertel der Fälle erzielte der Autor Heilung, in einem Viertel Besserung höheren Grades, im dritten Viertel leichte Besserung und im Rest keine Veränderung. Tritt im Sekundärstadium der Syphilis ein Exophthalmus auf, der sich auf Neosalvarsan nicht bessert, so ist er nicht von der Lues hervorgebracht. Wismut wird sehr gelobt. Bei cirrhotischen Kröpfen wird Jod empfohlen. — Abadie hält die syphilitische Aetiologie des Basedow für eine Ausnahme. Er entsteht vielmehr durch eine Gefäßerweiterung der Carotiden, sowie ihrer Verzweigungen, die die Thyreoidea versorgen. Diese Theorie der sympathischen Vasodilatation wird durch die guten Erfolge der partiellen Sympathicotomie (Ablatio des Ganglion cervicale superius) bestätigt. Da Vasodilatation vorliegt, hat die Therapie sich der Vasokonstriktoren zu bedienen: Chinin, Ergotin, Adrenalin. Röntgentherapie auf die Thyreoidea ist günstig, weil sie die anormale Vascularisierung ähnlich wie bei Nävi und teleangiektatischen Tumoren herabsetzt.

Doppelseitige Mastitis syphilitica bei multipler visceraler Syphilis. Bei einer 60jährigen Kranken bestand Lungensyphilis und positiver Wa. Nach einer Besserung durch spezifische Therapie stellten sich Symptome von seiten der Mammae ein, wozu sich noch Herzerscheinungen gesellten. Alles geht auf die Arsentherapie zurück.

Recklinghausensche Krankheit und Syphilis hereditaria. Der endocrine Charakter des Morbus Recklinghausen bestätigt sich immer mehr. Verfasser fragt sich, ob eine Imprägnation mit Spirochäten im foetalen Leben eine Rolle spielen könnte. Zwei derartige Fälle anderer Autoren werden mitgeteilt, ein dritter eigener hinzugefügt. Die Kranke selber bietet Prognathismus des Oberkiefers, Tuberculum Carabelli, einseitige Keratitis, reduzierte Intelligenz. Die Mutter hat zahlreiche Epheliden, Sattelnase mit Perforation der Muschel als Ueberbleibsel schwerer nasaler Affektionen, die sie vor 25 Jahren zur Zeit ihrer Schwangerschaft durchgemacht hat. Das dann geborene Kind ist die vorgestellte Kranke.

K. Heymann (Berlin).

Annales de Maladies Vénériennes.

Nr. 12, Dezember 1925.

Die Wasserstoffionenkonzentration im Liquor cerebrospinalis bei den verschiedenen Erscheinungen der Syphilis. Israelson und Krizmau.
*Seltene Lokalisationen von extragenitalen syphilitischen Primäraffekten. Noel.
*Ueber die larvierte kongenitale Syphilis. Bobric.

Seltene Lokalisationen von extragenitalen syphilitischen Primäraffekten. Die Hauptschwierigkeit ist die, an Syphilis zu denken! Leider wird die Diagnose meist erst gestellt, wenn die Sekundärerscheinungen auftreten, eine gleich unliebsame Ueberraschung für Arzt und Patienten. Durch regelmäßig herausgegebene Statistiken könnte man eine größere Kenntnis dieser Verhältnisse unter den Aerzten erzielen. Eine Dissertation von Chabrol, aus dem Hospital St. Louis, umfaßt die Jahre 1914—24 und bezieht sich auf 11 518 Primäraffekte, unter denen 690, also 6% extragenital waren. Hiervon waren 546 am Kopf, 88 an Hals, Rumpf und Gliedmaßen lokalisiert. An der perianalen Gegend und am Anus selbst saßen 56, an der Hand 27. Von den letzteren waren die meisten Berufsschanker; Aerzte, Hebammen usw.

Der Autor fügt drei persönliche Beobachtungen, bei denen er als Consilarius fungierte, hinzu. Der erste Fall bezieht sich auf einen Offizier, der im Sudan einem Neger einen Faustschlag versetzte und sich dabei an den Zähnen verletzte. Damals bestand eine linsengroße Wunde am äußersten Ende des fünften Metacarpalkopfes, links. Die Wunde heilte in einigen Tagen, aber nach 26 Tagen öffnete sie sich und wächst trotz Behandlung mit Jodtinktur bis zu einem 50 Centimesstück. Das Ganze ist etwas eleviert und hart, heilt von selbst in 6—8 Wochen. Aber epitrochleare Drüsen zeigen die Generalisierung der Infektion an, Coryza, Krusten, Halsschmerzen und Dysphagie, Zungenschmerzen, Ausschlag. Erst nach Monaten bekommt der Autor den Kranken zu sehen, findet papulo-crustöse Syphilide etc. Der behandelnde erste Arzt hatte trotz aller dieser Anzeichen nicht an Syphilis gedacht (!) und behandelte auf Acne, Angulus infectiosus, Aphten, Hämorrhoiden.

Der 2. Fall betrifft ein Hindumädchen von 3½ Jahren, die wegen eines Abszesses der rechten Hand ins Hospital kommt. Es fanden sich Spirochäten bei der Kranken und Plaques muqueuses der Vulva bei der Mutter.

Der 3. Fall betrifft einen Schanker der Mamille. Nach einer alten Einteilung unterscheidet man (Fournier): Primäraffekte der Ammen, die der jungen Mütter und die auf erotischem Wege entstandenen. Beim Manne ist er selten. Deshalb veröffentlicht der Autor einen solchen, den er bei einem 23jährigen Kreolen fand; der Kranke hatte erst versucht, die Möglichkeit einer Geschlechtskrankheit aufs lebhafteste abzustreiten.

Ueber die larvierte kongenitale Syphilis. Hereditäre Vorgeschichte und Krankengeschichte von einem 3½jährigen Kinde, das zwar in gutem körperlichen Zustand ist, aber weder geht noch spricht. Eine probeweise vorgenommene intensive antisyphilitische Behandlung änderte nichts. Bei der Mutter ließ sich nichts nachweisen. Der Vater war 13 Jahre vor Eheschließung infiziert und behandelt worden. Sein Wassermann war negativ.

K. Heymann, Berlin.

The Journal of Infectious Diseases.

37, Nr. 5.

Standardisierung von Typhusvakzine. (Zählkammermethode und Drights Methode.) Smith.
Beziehung von Paratyphus B-Infektionen zur Hyperglykaemie bei Kaninchen. Menten und Manning.
Isolierung eines von Bakteriengiften freien Bakteriophagen. Arnold und Weiß.
Die Tätigkeit der ungranulierten Leukozyten des Blutes bei der Bildung des Tuberkels. Maximow.
Die Reaktion von Lungengewebe auf Infektion mit Tuberkelbazillen in vitro. Lang.
Wirkung von Diphtherietoxin auf das Meerschweinchenmyocard. Apfelbach.
Isolierung von Substanzen mit Immuneigenschaften. Locke und Hirsch.
Lebensfähigkeit der Tuberkelbazillen in halbtrockener Umgebung. Caldwell.
Influenzastudien. XX. Identifizierung von Typhus I-Pneumokokkenträgern. Studie über technische Methoden. Sharp und Urbantke.

Lebensfähigkeit der Tuberkelbazillen in halbtrockener Umgebung. Im Sputum enthaltene Tuberkelbazillen, die dem direkten Sonnenlichte ausgesetzt werden, sind viel länger lebensfähig, als man gewöhnlich annimmt. Meerschweinchen, die mit 72 Stunden dem Licht ausgesetzten Sputum infiziert wurden, zeigten ausgedehnte Tuberkulose.

37, Nr. 6.

Studien über Erkrankungen der Atemwege. XXI. Elektrophoretisches Potential und Virulenz von Pneumokokken. (Typ 1, 2, 3 und 4.) Falk, Gussin und Jakobson.
Studien über Erkrankungen der Atemwege. XXII. Einige Beziehungen zwischen Mortalität der lobären Pneumonie und dem elektrophoretischen Potential der Pneumokokken. Falk, Gussin und Jacobson.
Studien über Erkrankungen der Atemwege. XXIII. Elektrophoretisches Potential und Virulenz bei Varianten von Pneumokokken des Typus I. Falk, Gussin und Jakobson.
Studien über Erkrankungen der Atemwege. XXIV. Elektrophoretisches Potential, Virulenz und Serumagglutination mit Einzellkulturen von Varianten des Typus I.-Pneumokokkus. Falk, Gussin und Jakobson.
Die Wirkung der H-Jonen-Konzentration auf gewisse antigene Eigenschaften von Clostridium botulinum. Falk und Powdermaker.
Entgiftung von Bakterienvakzinen durch Formaldehyd. Wherry und Bowen.
Isolierung einer löslichen spezifischen Substanz aus haemolytischen Streptokokken. Hirsch.
Intrauterine Injektion von säurefesten Bazillen bei Meerschweinchen. Yun Chan Sun. Ishii und Loeb.
Die Natur der toxischen Substanzen des Schweinepestbazillus. Ecker und Richardson.
Erzeugung von toxischen Substanzen aus jungen Einzellkulturen von Paratyphus-B-bazillen. Ecker und Megrail.
Antikörperbildung auf große und kleine Dosen von multiplen und einfachen Antigenen und Erzeugung spezifischer Antikörperbildung durch heterologe Antigene. Corrigan.
Eine atypische Weil-Felixsche Reaktion. Gilbert und Colemann.

Henning, Berlin.

The American Journal of Hygiene.

1, Nr. 1. Januar 1926.

Die Messung des Glanzes. Nowakowski.
Biometrische Studie über Kindersterblichkeit in den Vereinigten Staaten nach den Geburtsregistern von 1919—1922. Tewksbury.
Lebenstabelle der verschiedenen Rassen in Hawaii. Hsien W. Kung.
Studie über Gebirgsmalaria in Brasilien. Davis.
Beobachtungen über Endamoeba Blattae. Kudo.
Studie über die Resistenz des Hühnchens gegen den Nematoden Ascaridia perspicillium. Herrick.
Therapeutische Wirkung von Chinin. hydrochloric. und gewisser Chininderivate bei experimentellen Infektionen mit Plasmodium prae. cox. Boyd.

Henning, Berlin.

Medical Journal and Record.

Nr. 7, 7. Oktober 1925.

Diagnostischer Wert der Röntgenuntersuchung der Gallenblase. Barker.
Die Röntgendiagnose des Duodenalulcus. Knapp.
Rhinitis. Daley.
Hängende-Schultern bei Erwachsenen. Wilson.
Der Einfluß physischer Störungen auf das Verhalten. Wile.

Aetiologische Klassifikation. a) Direkt, bakteriell, meist aus der Kokkengruppe. b) Indirekt, abgekürzte Erkältungen, im wesentlichen ein paretischer Zustand der Schleimhaut, das erste Stadium der Entzündung ohne den erregenden Organismus, so bei endokrinen Störungen bei Kindern bei Angstanfällen, Schreien, bei Autotoxämie, mechanischen oder chemischen Reizen, obstruktiven Läsionen wie Septumdeviationen, Muschelhypertrophie und Reflexe von den Augen her. c) Reinfektionen: Ursache chronische Erkältungen, deren Ursache oft in ulceriertem Zahnfleisch, septischen Mandeln, Adenoiden und subakuter Sinusitis liegen.

Klinische und pathologische Klassifikation: 1. Die einfache akute Rhinitis, eine Infektion der Nasenschleimhaut, ganz oder teilweise auch der Sinus. Durch Störungen der lokalen Zirkulation bei Temperaturwechsel (Vasomotoren) mit lokalem Bakterienwachstum auf obstruktiven Läsionen, auch durch Stoffwechselstörungen, bei manchem durch gewisse Gewürze und alkoholische Getränke ganz akut für 1 bis 2 Tage; bei anämischen Kindern mit einer Tendenz zu Rheumatismus können Zucker oder Eiweiß eine starke Abscheidung hervorrufen. Ther. Kokain mit Adrenalin lokal, Irrigationen mit alkalischen Flüssigkeiten, Chinin, heiße Getränke, Dover, Tonica mit Eisen und Strychnin, bei akuten Anfällen Belladonna. 2. Turgeszente Rhinitis: Meist durch Obstruktion durch Schwellung der unteren Muscheln; chirurgische und konstitutionelle Behandlung. 3. Membranöse Rhinitis meist diphtheritisch. 4. Pseudomembranöse Rhinitis: Besser isolieren, wenn auch Diphtheriebazillen nicht gefunden werden; Irrigationen, Tonica. 5. Hypertrophische Rhinitis: Dieselben Faktoren wie bei 1 und 2. Hypertrophie und Hyperplasie der Schleimhaut; chirurgische Behandlung nicht kauterisieren. 6. Hyperplastische Rhinitis: Verdickung der Schleimhaut durch Reizung von Sinussekreten, oft mit 5 verwechselt, oft bei Kontakt der mittleren Muschel mit dem Septum, erzeugt später Polypen. 7. Käsige Rhinitis: Durch Fremdkörper, einseitig, Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Ohrschmerzen, Reflexphänomene. 8. Rhinitis atrophicans: Aetiologie, häufig Lues und Tuberkulose infolge suppurativer Sinusitis. Reichliche Anwendung einer reinen Glyzerinmixtur mit einer 25 prozentigen Glykoselösung, regt das Wachstum des Staphylokokkus albus an zu Ungunsten des Perezbazillus. 9. Suppurative Rhinitis ist lediglich ein Symptom der verschiedenen Sinuseiterungen. Ungewöhnliche Rhinitiden: Die akute Coryza der Neugeborenen, die gonorrhoische Rhinitis, ebenfalls bei Neugeborenen und endlich deren diphtheritische Rhinitis.

Hängende Schultern bei Erwachsenen. Hängende Schultern, d. h. schlechte Haltung bei der Arbeit ist oft Ursache mehr weniger unbestimmter Schmerzen im Hinterhaupt, Schultern, Armen, Händen, auch zwischen den Schultern. Oft sitzt der Schmerz auch in der Trapezius- und Scapularmuskulatur. Druck auf die bursa subcoracoidea ist häufig schmerzhaft. Besonders bei Schreibern, Maschinenschreibern. Behandlung: Bessere Handlung, evtl. durch besondere Schulterhalter.

Nr. 8, 21. Oktober 1925.

Die Wirkung der Konstitution auf prolongierte intestinale Sepsis. Bainbridge.
Fingergeschwülste. Thoeek.
Chronische ulcerative Lungentuberkulose. Dutton.
* Herz und Zirkulation. Nijes.
* Das Nervensystem. Kennedy.
* Der Gastrointestinaltrakt. Chace.

Herz und Zirkulation. Im vergangenen Jahr sind an Herzkrankheiten dreimal so viel Menschen gestorben, als an Tuberkulose, zwei Mal so viel als an Krebs und ½mal so viel als an Pneumonie. Die Hauptursachen von Herzkrankheiten sind allgemeine Infektionen, besonders Rheumatismus und Syphilis. Der Tod ist schließlich nichts anderes, als die Bilanz der im Leben überstandenen Infektionen und Intoxikationen. Weniger wichtig als die Infektionen sind die Gifte Alkohol, Kaffee, Tee und Tabak. Dann kommen schlechte Gewohnheiten, Hygiene usw. und zum Schluß die kongenitalen Defekte, die vielfach vielleicht auch nur Folge von Infektionen sind, während des fötalen Lebens. Von den Infektionen kommen 50 bis 60% Prozent auf Rheumatismus, 15 bis 20% auf Syphilis, 15% auf lokale Infektionen, Zähne, Mandeln, Sunus oder allgemeine Scharlach, Pneumonie, Typhus, Influenza, Diphtherie. Die Frage, ob die rheumatischen Infektionen übertragbar sind, ist noch keineswegs gelöst.

Was sind nun die präklinischen Zeichen einer Herzkrankheit? Gerade bei Aelteren muß man Symptome und subjektive Beschwerden gründlich analysieren, besonders mit Bezug auf Herz und Zirkulation, weil gewisse Symptome beim einen garnichts bedeuten, die beim anderen schon eine ernste Herzaffektion darstellen. Deshalb auch eingehende Anamnese.

Das häufigste Symptom ist eine ungewöhnliche Dyspnoe, die vorher nach Anstrengungen nicht da war, ein Druckgefühl im Brustkorb, manchmal auch schwache Beine nach Anstrengungen. All dies sind Vorläufer des versagenden Herzens. Eines der häufigsten Zeichen des sklerotischen Degenerationstyp ist Druck hinter dem Sternum nach Anstrengung, das später auch in der Ruhe oder nach einer kräftigen Mahlzeit evtl. mit einem leichten trockenen Husten auftritt. Besonders wichtig ist noch, daß diese Nachlaßsymptome nicht sofort auftreten, sondern erst nach Stunden, einem Tage.

Die heftigen Schmerzen der Angina pectoris sind ungewöhnlich, aber milde Schmerzen trifft man nicht selten in den neurozirkulatorischen Fällen; sie sind auch nicht selten Frühmanifestationen ernster Herzaffektionen. Kommt dieser Schmerz nach einer körperlichen Anstrengung oder nach einer kräftigen Mahlzeit — gewöhnlich im Präcordium, aber auch im Epigastrium, am Hals, Nacken und auf Zähne usw. bezogen, oder in den Arm bis ans Handgelenk hin ausstrahlend, ohne Herzschmerzen — so ist er ernster Ueberlegung wert. Cardiales Asthma kommt gewöhnlich in der Nacht, manchmal nach Anstrengungen, täuscht Bronchialasthma vor und kann die erste Indikation einer ernsten Affektion sein. Auch Palpitationen, Ohnmacht, Schwindel, sind Frühsymptome, ebenso Arrhythmien.

Wichtig ist der Spitzenstoß bei der Größenbestimmung des Herzens, die immer nötig. Er ist nicht die Stelle des größten Impulses, sondern die äußerste unterste Stelle, wo der Herzstoß noch fühl- oder sichtbar ist. Bei der Auskultation wichtig ist die Qualität des ersten Tons, die oft bei Erkrankungen des Herzmuskels verloren geht und viel wichtiger ist als Geräusche. Ebenso wichtig ist Röntgen.

Arteriosklerose, besonders der involutionäre Typ, ist keineswegs für gewöhnlich mit Hypertension verbunden. Typisch sind die Befunde am Augenhintergrund und die Schlängelung usw. der Armarterie.

Bei Hypertension empfiehlt es sich immer, den Harn zu untersuchen; die Konzentrationsprobe zeigt eine Nierendegeneration deutlich.

Die Präklinik des Gastrointestinaltrakts. Ausdruck, Farbe des Gesichts (Ikterus) sind sehr wichtig. Breite, rote, stark fissurierte Zunge deutet auf starke Uebersäuerung des Magens, eine stark belegte Zunge auf Magenkatarrh oder Lebercirrhose. Metallischer Geschmack und schwerer Atem legen eine Indikanurie nahe. Oft ist intestinale Toxämie mit Konstipation verquickt: Karminprobe. Sodbrennen ist ein wichtiges klinisches Zeichen für eine Magenerkrankung (Ulcus). Gas im Magen verrät fehlerhafte Gewohnheiten beim Essen, Kopfschmerzen nach Art der bei Migräne deuten auf eine fehlerhafte digestive Funktion. Kapriziöser Appetit ist ein Zeichen, daß der Verdauungstrakt im Unordnung ist. Von besonderer Bedeutung sind Stuhluntersuchungen.

Gastrointestinale Symptome außerhalb des Magens, bei Nephritis Nausea und Appetitverlust, geringe gastrointestinale Symptome findet man bei Herzdekompensation. Auch viele Fälle von Tuberkulose beginnen im Magen, lange vor anderen Zeichen.

Nr. 9, 4. November 1925.

* Neurocirkulatorische Asthenie. Piersol.
Prognose des Krebses. Herly.
Dysenterie, Malaria, intestinale Würmer und andere Tropenkrankheiten. Lake.
Neue klinische Aspekte der Steinachoperation. Benjamin.
Kann ein Leben durch Transplantation eines Organs gerettet werden? Deedera.
Diabetes mellitus, Präventivmaßregeln durch Frühdiagnose. Mosenthal.
* Asthma und präasthmatische Zustände. Cooke.
Prächirurgische Zustände einschließlich Krebs. Pool.

Asthma und präasthmatische Zustände. Gewisse Substanzen verursachen Allergie. Sie kommen in den Körper durch den Respirationstrakt, wie Staubarten, durch die Gastrointestinalschleimhaut, wie Nahrungs- und Arzneimittel, durch die Haut, gewisse Pflanzenprodukte, Arzneimittel und durch chronische Infektionsherde. Die klinischen Manifestationen der Allergie sind gewöhnlich Hauterscheinungen, Urticaria, angioneurotisches Oedem, Ekzem usw.; Erscheinungen von seiten der Schleimhaut des Respirationstraktes, und wenn diese in der Schleimhaut der Bronchien auftreten: Asthma. Im Magendarmkanal gibt es akute Reaktionen, Gastritis, Enteritis, Colitis, aber auch besonders bei Kindern mildere Symptome, Anorexie, Unterernährung, nervöse Reizbarkeit, Schlaflosigkeit. Manchmal sind wie beim periodischen Erbrechen die Erscheinungen auch parxysmal und explosiv. Das wichtigste Symptom ist Asthma, das dazu neigt, chronisch zu werden und zu Komplikationen führen kann, wie chronische

Entzündungen des Bronchialtrakts und paranasale Sinuserkrankungen. Das Asthma, das sich gewöhnlich nach dem 40. Jahre entwickelt, ist gewöhnlich Folge chronischer Infektionsherde der Bronchien, Tonsillen, Zähne, Sinus. Gewöhnlich langsam, viele Anfälle mit Bronchitis. Manche Fälle von chronischer Bronchitis mit Emphysem sind in Wirklichkeit infektives Asthma. Der Schlüssel dazu liegt in der Familiengeschichte, der eigenen Anamnese, in der Erkenntnis, daß wiederkehrende Bronchitis und Erkältungen eine bestimmte Allergie erzeugen und möglicherweise einem Asthma vorausgehen, schließlich in der Nachforschung, bzw. dem Nachweis chronischer Infektionsherde im Respirationstrakt.

Nr. 10, 18. November 1925.

Carcinom des Rectum. Pennington.
° Dyspepsien der Ileocöcalregion. Moolten.
Perniciöse Anämie. Croft.
Postoperative Parotitis. Narat.
Frakturen des unteren Radiusendes. Carter.
Cholecystitis während der Schwangerschaft. Koster.
Ohr, Nase und Hals. Dougherty.
Das Respirationssystem. Miller.

Dyspepsien der Ileocöcalregion. In einem richtiggehenden Intestinaltrakt findet ein Synchronismus zwischen Erschlaffung und Schluß an den beiden Hauptpunkten, dem Pylorus und der Ileocöcalklappe statt. Nun sind im Trakt acht Punkte spezialisierten Nervengewebes: an der Verbindung zwischen Pharynx und Oesophagus, an der kardialen Mündung, am Pylorus neben der Vaterschen Ampulle, an der Duodenojejunalflexion, am ileocöcalen Sphinkter, in der Mitte des Colon transversum, an der Verbindung des Sigmoids und Rektum im Analring. Bayliß hat ferner das Gesetz des Darmes aufgestellt: Stimulation eines Teils führt zu Kontraktion darüber und Relaxation darunter. Dadurch beseitigt die Natur Schaden durch verstärkte Funktion, Hypermotilität, Hypersekretion, Hypertonizität. Verletzung dieses Gesetzes führt zu subjektiven Symptomen. Z. B. Stimulation des Pylorus führt zu Schluß der Ileocöcalklappe und Reizung des Cöcums zu Spasmus des Pylorus. Und so kann auch der Appendix — Appendicitis im weitesten Sinne — Pylorospasmus mit der ganzen folgenden gastrischen Symptomatologie hervorrufen; die Gegenwart einer aktiven Infektion dazu ist gar nicht nötig. Ein alter fibrotischer Appendix, Adhäsionen usw. genügen. Also: Manche Fälle von unregelmäßiger Verdauung, bei der Magen, Duodenum und Gallenapparat frei sind, können durch Appendektomie geheilt werden, auch wenn von seiten des Appendix gar keine Erscheinungen vorliegen.

v. Schnizer

The Boston medical and surgical Journal.

Nr. 15, 6. 10. 25.

Kommentare zur Chirurgie des Magenkarzinoms. Lund.
° Kongenitale Syphilis als Ursache mentaler Defekte. Dayton.
Statistik und Analyse von Fällen. Dayton.
3 ungewöhnliche Fälle. Van Nuys.
Natrium tetrajodophenolphthalein in der Cholecystographie. Wheeler und Bogan.

Kongenitale Syphilis als Ursache mentaler Defekte. Bei 9183 Fällen mentalen Defekts bei Kindern ergaben 5,4% +Wa; bei 16156 Fällen mental gesunder Kinder 4,5% + Wa. Nach dieser Statistik kann man der kongenitalen Syphilis keine große Bedeutung als verursachenden Faktor beimessen. Außerdem sagt ein +Wa nicht ohne weiteres, daß der mentale Defekt durch Lues verursacht ist.

Nr. 16, 15. 10. 1925.

° Glukoseinfusionen mit Insulin in der Chirurgie. Fisher und Mensing.
Beiträge zur Chirurgie der Abdominalhernie. Hoock.
Appendixsteine. Vermooten.
Akute Appendicitis während der Geburt. Barber und Miller.
Bluttransfusion. Herr.

Glukoseinfusionen mit Insulin in der Chirurgie. Glukoseinfusionen mit Insulin vor der Operation akuter abdominaler Zustände mit Acidosis, Shock, dauerndem Erbrechen vermindert das operative Risiko und die Mortalität; auch in Fällen mit Inanition kommt die kräftigende Wirkung vor allem in Frage. Technik: 500—1000 ccm 10—15% Glukose intravenös langsam während 90 Minuten einlaufen lassen, um Herzdilatation zu vermeiden mit Insulin für je 2 g Glukose eine Insulineinheit, und zwar wird die Hälfte subkutan injiziert, wenn ¼ der Glukose eingelaufen ist. Adrenalin parat halten. Jede Harnsekretion untersuchen.

Nr. 17, 22. 10. 1925.

° Erfahrungen mit gewissen industriellen Giften. Boos.
Ein Jahr Endoskopie. Richards.
Die spezifische Behandlung bei kardiovaskulärer Syphilis. Goldberg.
Der Canalis opticus bei Opticusatrophie. White.

Erfahrungen mit gewissen industriellen Giften. Salpetersaure Dämpfe, besonders in der Munitionsfabrikation während des Krieges beobachtet. Wesentliches Prinzip: das saure Gas NO_2. Inhaliert verursacht dieses Gas zunächst Husten, ein Shockgefühl, Schmerzen in der Brust und ein gelbliches Sputum. Plötzlich treten fulminante respiratorische Beschwerden auf mit fatalem Lungenödem. Manchmal vergeht dieses initiale Oedem, und es kommt zu einer Lungenentzündung innerhalb 24—36 Stunden. Frühzeitig kann viel erreicht werden mit Ammoniak, Ammoniumkarbonat unter die Nase gehalten. Die in den Lehrbüchern empfohlene O-Inhalation ist wertlos. Ammoniak hilft auch bei den meisten sauren Dämpfen, Cl, Br, J, S. Bei Cyanwasserstoff ist es wertlos, solange noch Atmung vorhanden ist, künstliche Atmung.

Bei Benzol gibt es kein spezifisches Gegenmittel; hier ist frische Luft und künstliche Atmung das einzige.

Terpentin: Nicht selten bei der Spritzmethode des Farbanstrichs bes. von Firnissen; meist mit Bleivergiftung verwechselt; allmählich zunehmende äußerste Blässe, Nausea, Erbrechen, abdominale Krämpfe und eine Art Neuritis. Die Exkrete enthielten kein Blei, Granulation der roten Blutkörperchen. Diese Vergiftungen kommen mehr im Winter bei geschlossenen Fenstern vor.

Holzgeist bes. im optischen Gewerbe als Reinigungsmittel angewandt, reizt im wesentlichen durch seine Dämpfe die Schleimhäute der Nase und die Bindehäute.

Säure- und Alkaliverbrennungen: Wenn hier das Agens, das der Arbeiter oft nicht kennt, vom Arzt nicht vor der Behandlung festgestellt wird und lediglich der typische Borsalbenverband appliziert wird, so frißt die Säure oder das Alkali weiter, und es kommt zu schweren Erscheinungen u. U. Deshalb in all solchen Fällen zunächst mit Lakmuspapier prüfen, was vorliegt und dann bei Säure mit einer 5% Natriumbikarbonatlösung solange baden und spülen, bis die Reaktion alkalisch ist, bei Alkali mit 3% Essigsäure. Alkaliwunden sind schlimmer wie Säurewunden, weil das Säurealbuminat das weitere Vorwärtsdringen der Säure, weil unlöslich, hindert. Alkaliwunden sind dagegen löslich und hindern das weitere Vordringen nicht. Also gründliches und langes Baden.

Chromsäureverbrennungen, wenn klein und im Anfang, am besten Natriumthiosulfatbäder, in vorgeschritteneren oder stärkeren Fällen Bleiwasser mit Opium. Sehr tiefe Verbrennungen. Besonders in der Leder- und Schuhbranche.

Cyanidlösungen werden besonders von Juwelieren und in der Silberbearbeitung verwandt: lokale Verbrennungen, häufiger ekzemähnlicher Prozeß an Händen, Armen und im Gesicht. Bei weiblichen Arbeitern gerne an der Stirne (beim Wegstreichen des Haares). Hier lediglich essigsaure Waschungen.

Phenol: Hier gibt es Gegenmittel zur Neutralisation. Am besten Alkoholwaschungen.

Bleivergiftungen kommen in der Industrie unter den Schwermetallen häufiger vor als Hg- und As-Vergiftungen Man darf nicht einfach deshalb, weil Blei in den Exkreten ausgeschieden wird, Bleivergiftung annehmen; es müssen die sonstigen typischen Symptome stimmen. Das Hauptorgan der Ausscheidung ist die Leber; also Stimulation durch

Gallensalze und ein gutes Katharticum (Pulv., Liquiritiae). Jk hat auf die Elimination gar keinen Einfluß.

CU- und Zn-Vergiftungen sind in der Industrie selten.

In gewissen Gewerben bekommen manche Arbeiter einen Symptomenkomplex ähnlich dem Heufieber, mit Bronchitis und Asthma. Und zwar durch eine Ueberempfindlichkeit gegen gewisse Proteine, mit denen sie arbeiten, so Müller und Bäcker gegen gewisse Mehle, Lederarbeiter gegen gewisse Ledersorten, Schreiner gegen gewisse Hölzer, Polsterer gegen gewisse Tierhaare, eine richtige Anaphylaxie. Hervorgerufen durch Staub.

Nicht chemisch ist endlich die Furunkulose bei Arbeitern, die viel mit Oelen an Händen und Armen zu tun haben: lediglich mechanisch.

Nr. 18, 29. 10. 1925.

Technik der Messung des Gasstoffwechsels beim Menschen. Benedikt.
Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Heffernan.

Nr. 19, 5. 11. 1925.

Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Gallentrakts. Lahey
Behandlung früher Paronychie. Coues.
Paranoia. Unfall kompliziert durch Geistesstörung. Cronin.

Nr. 20, 12. 11. 1925.

Medizinische Traditionen auf Rhode Island. Keefe.
Ein Fall von Retroperitonealcyste. Barney.

Nr. 21, 19. 11. 1925.

Obstruktion des Ductus communis bei 1000 Operationen an der Gallenblase und den Gallengängen. Truesdale.

Nr. 22, 26. 11. 1925.

Chemische Studien über das Blut bei Pneumonie. Buckman, Adams, Smith und Edwards.

Nr. 23, 3. 12. 1925.

Obstruktiver Ikterus als Faktor chirurgischen Risikos. Bowler.
° Leberstudien. Mc Clure, Huntsinger und Montague.
° Leberstudien, Stimulation des Gallenflusses. Mc Clure, Huntsinger und Mendenhall.
Behandlung gestörter Leberfunktionen. Mc Clure, Huntsinger und Gottlieb.

Leberstudien. Obstruktiver Ikterus vermehrt das chirurgische Risiko. Folgen: Verlust der Leberfunktion, Urämie, postoperative Hämorrhagien. Gewöhnlich liegt eine biliäre Toxämie vor mit Infektion, eine toxische Hepatitis und Nephritis mit Calciumverlust.

Leberstudien, Stimulation des Gallenflusses. Es gibt Kranke mit den Erscheinungen einer Cholecystitis, deren Beschwerden nach einer Cholecystotomie oder Cholecystektomie wiederkehren und andere, die über vage, nicht charakteristische gastrointestinale Symptome klagen. In allen 3 Gruppen weisen sie eine gestörte Leberfunktion auf. Besserung kann hier kommen durch eine intraduodenale Therapie. Deshalb bei allen diesen Kranken Prüfung der Leberfunktion, ebenso bei Ulcus und bei allen, die über dunkle gastrointestinale Beschwerden klagen. Gewöhnlich wird dann statt der „gastrointestinalen Neurose“ die Leber als Ursache festgestellt.

Nr. 24. 10. 12. 1925.

Diabetes, Insulin und Schwangerschaft. Fitz und Murphy.
Sakrale Anästhesie. Ottenheimer.
° Vergiftung mit nitrösen Dämpfen. Boos.
° Die frühzeitige Erkennung der Neurosyphilis und ihre ökonomische Bedeutung. Viets.

Vergiftung mit nitrösen Dämpfen. Die Vergiftung mit Salpeterdämpfen ist, weil schleichend, eine der gefährlichsten Formen der industriellen Intoxikationen. Leichte Fälle können rasch heilen, es können aber auch Arbeiter, die nur kurz ausgesetzt waren, in wenigen Stunden sterben. Man kann nicht im voraus sagen, welche Fälle eine Pneumonie entwickeln werden. Zumal da oft recht kräftige Leute am schwersten mitgenommen werden. Deshalb in allen, auch den leichten Fällen, zweckmäßige Behandlung. Es ist hauptsächlich NO_2, das die Erscheinungen verursacht. Schmerzen im Hals und auf der Brust, heftiger Husten, Kopfweh, Schwindel. Wenn die Dämpfe sehr konzentriert sind, kann es sogar zur Bewußtlosigkeit kommen. Die initialen Symptome sind im allgemeinen leicht, und Husten und Brustschmerzen bessern sich in der frischen Luft, sodaß der Vergiftete zu einer Zeit, wo die Vergiftung erst richtig anfängt, sich verhältnismäßig wohl fühlt. Dies kommt so: NO_2 wird durch die Feuchtigkeit im Respirationstrakt zu HNO_3 und HNO_2, die nicht so reizen wie NO_2, aber langsam zu einem progressiven Lungenödem führen. Dies tritt etwa eine Stunde später auf. Ist das Oedem einmal da, so kommt nur symptomatische Behandlung in Frage. Verfasser erwähnt einen Fall, in dem es sich um Reinigung eines einige Monate außer Gebrauch gewesenen Nitrators handelte, und wobei eine in diesem Sinne verlaufende Vergiftung mit fatalem Ausgang beobachtet wurde. Das beste Neutralisationsmittel der Säuren ist Ammoniak. Entweder eine 2½prozentige Lösung von Ammoniumhydrat oder Aufstellen folgender Lösung: Alkohol 90% 55 Teile, Ammoniumhydrat 10prozentig 22 Teile, Aether 4 Teile, Tinktura aromatica 19 Teile. In leichten Fällen muß die Inhalation zum mindesten eine Stunde dauern, in schweren Bettruhe und 24—36 Stunden inhalieren; ähnlich wenn nach anfänglicher Besserung der Husten wieder auftritt.

Die frühzeitige Erkennung der Neurosyphilis und ihre ökonomische Bedeutung. Die Ausbreitung der Spirochäten im Nervensystem in der 2. Periode ist gewöhnlich leicht und ohne klinische Zeichen. Zunahme der weissen Zellen in der Spinalflüssigkeit. Dauerndes Kopfweh in der Sekundärperiode deutet auf frühzeitige syphilitische Meningitis: Untersuchung der Spinalflüssigkeit. In der vagen Tertiärperiode — 1—30 Jahre — kann die Syphilis jeden Teil des Zentralnervensystems befallen; gewöhnlich werden zuerst die interstitiellen Elemente befallen. Sie haben eine größere Heiltendenz als die Parenchymatösen. Die Frühdiagnose der Neurosyphilis fällt also zusammen mit der Frühdiagnose der interstitiellen Typen der Neurosyphilis. Klassifikation: 1. Vaskuläre cerebrale Syphilis, Apoplexie; 2. Syphilitische akute und chronische basale Meningitis; 3. Syphilitische cerebrospinale Meningitis; 4. cerebrales Gumma; 5. Cerebrale Syphilis; 6. Syphilitische Meningomyelitis; 7. Syphilitische Myelitis; 8. Spinales Gumma; 9. Cerebrospinale Syphilis; 10. Syphilis des Zentralnervensystems. 1. Ist leicht zu erkennen: eine Hemiplegie ist bei einem jugendlichen Erwachsenen immer suggestiv für vaskuläre Syphilis. Die Prognose hängt ganz ab von dem Umfang der residualen Lähmung. Für die akute syphilitische Meningitis ist typisch: schweres Kopfweh, Lähmung kranialer Nerven, ausgesprochene Pleocytose in der Spinalflüssigkeit. Das syphilitische Virus kann, nachdem die Aktivität 10—30 Jahre ausgesetzt hat, primär die wesentlichen parenchymatösen Elemente des Zentralnervensystems befallen. Die Klassifikation dieser Erkrankungen ist folgende: 1. Allgemeine progressive Paralyse, Dementia paralytica. 2. Juvenile Parese. 3. Taboparese. 4. Tabes dorsalis. 5. Tabes optica. Eine Heilung ist hier unmöglich, man kann nur aufhalten. Tryparsamid, Malaria, multiple Sklerose eröffnen hier ein aussichtsvolles Tätigkeitsfeld.

In allen Fällen von Neurosyphilis ist die Lumbalpunktion der Schlüssel zur Diagnose und Prognose. Wa ist in 50% negativ. In den Irrenanstalten des Staates sind etwa 10% der Bevölkerung durch Syphilis. In den neurologischen Abteilungen ¼—⅓ der Fälle.

Nr. 25, 17. 12. 1925.

° Behandlung der Magen- und Duodenalulcera. Emery.
Jodhyperthyreoidismus. Jackson.

Behandlung der Magen- und Duodenalulcera. Von den Behandlungsmethoden gibt die Gastroenterostomie folgende Vorteile: Sie sind die einfachste Methode in 85% der Fälle. Ihre Nachteile: 15% Mißerfolg, 0,7—0,9% Mortalität. Transsektion mit Gastroenterostomie: 97—98% Heilung, aber höhere Mortalität und Spätfolgen. Diätregelung: Leichter Weg zur Besserung, aber keine Hoffnung auf Heilung, Gefahr der Blutung und Perforation. Sippy: Ohne Gefahr für den Patienten am wirksamsten. Aber unbequem.

Nr. 26, 24. 12. 1925.

Was sind und warum finden Gesundheitsuntersuchungen statt. Bigelow.
Therapeutischer Wert der Lumbalpunktionen bei kranialen und intrakranialen Schädigungen. Munro.

Nr. 27, 31. 12. 1925.

Gesäuerte Milch bei der Kinderernährung. Johnson.
Streptokokkeninfektion des vorderen Nasenwinkels. Montgomery und Culver.
* Novasurol bei Ascites durch Lebercirrhose. Anderson.
Ein ungewöhnlicher Fall von Hyperglykämie. Argy.
Interstitielle Schwangerschaft. Troupin.
Rückfällige Oculomotoriuslähmung. Stecher.

Novasurol bei Ascites durch Lebercirrhose. Novasurol ist unter den vorhandenen das wirksamste, wenigst schädlichste und die Niere am wenigsten reizende Mittel gegen Ascites bei Lebercirrhose. Zunächst eine vorläufige Injektion subkutan, um Idiosynkrasie festzustellen, von 0,6 ccm. Liegt letztere nicht vor, dann im Verlaufe des Monats mit 4—6tägigen Intervallen 9 Injektionen, im ganzen 12 ccm. Daneben geringe Flüssigkeitsaufnahme mit 90 Grain (1=0,06) Ammoniumchlorid, das bei Magenstörungen ausgesetzt wird. Achtung auf Merkurialsymptome. Salzarme Kost. Besonders geeignet bei Leuten mit schlechtem Allgemeinzustand, vorgeschrittener Herzerkrankung und Reduktion der Leberfunktion.

Nr. 1, 7. 1. 1926.

* Behandlung der Eklampsie. Berman.

Behandlung der Eklampsie. Dem Patienten in einem dunklen ruhigen Raum mit besonderer Pflegerin werden mit einem geölten Wattepfropfen die Ohren verstopft und die Augen bedeckt, und sofort bei der Aufnahme ¼ Grain Morphium nach Stroganoff (1 Grain = 0,06). Eine Stunde später 30 Grain Chloralhydrat rektal mit 100 ccm Milch; 3 Stunden später ¼ Grain Morphium subkutan; 7 Stunden später 30 Grain Chloralhydrat rektal mit 100 ccm Milch; 13 Stunden später 20 Grain Chloralhydrat mit 100 ccm Milch rektal. Unter Anästhesie physikalische Untersuchung; Harnuntersuchung usw. Im Koma: Patienten auf die linke Seite legen, erhöhtes Fußende des Bettes, Auswischen des Schleims aus dem Munde. Wenn bei Bewußtsein Wasser nach Belieben und ein Katharticum. Keine Störung, bei Untersuchungen Anästhesie. Nach jedem Anfall intravenös $MgSO_4$ 20 ccm, 10%ige Lösung. Während der Krämpfe O. Wird Patient einige Stunden nach dem Anfall unruhig, $MgSO_4$ 10—20 ccm. Werden Flüssigkeiten per os nicht genommen, alle 6 Stunden 1 Ltr. 5%iger Glukoselösung intravenös. Sorgfältige Ueberwachung der Blase. Entbindung erst bei voller Dilatation. Keine Venaesektion ohne den Geburtshelfer. Genaue Ueberwachung der Wirkung des Magnesiumsulfats. Nach der Entbindung sorgfältige Ueberwachung wegen Shocks, alles zur Transfusion bereit halten.

Nr. 2, 14. 1. 1926.

Chronische Nephritis durch X-Strahlen. O'Hare, Altnov, Christian, Calhoun und Sosman.
* Klinische und pathologische Studie über 26 Fälle von Diabetes. Warren.
Differentialdiagnose der lateralen Sinusinfaktion. Tobey.

Klinische und pathologische Studie über 26 Fälle von Diabetes. Es handelt sich um kurzdauernde akute und langdauernde Fälle. Von den 22 Todesfällen dabei waren 10 zu vermeiden; sie erfolgten alle durch Komplikationen. Arteriosklerose in 20 Fällen, Gangrän in 7, Koronarsklerose und Myocarditis in 11, Cholelithiasis und Cholecystitis in 32% der Fälle über 25. In 13 Fällen hyaline Langerhanssche Inseln, in 5 deren Sklerose, in 3 Lymphocyteninfiltration und bei 5 wohl Abnahme aber normal. In allen Fällen waren normale Inseln vorhanden; in 2 Fällen Insulinbehandlung über 5 Monate. Die Inselläsionen hatten den Anschein einer langdauernden toxischen Einwirkung und einer langdauernden Funktionsstörung dadurch. Also: langdauernde Wirkung eines schädigenden Agens oder möglicherweise excessive funktionelle Tätigkeit führen zu einer allmählichen Zerstörung der Inseln und der Acini. Neue Zellen, die den Platz der alten einnehmen, bilden sich; sie werden denselben Schädigungen ausgesetzt und die Produktion neuer Zellen geht fort. Die seltenen Todesfälle an unkompliziertem Diabetes bei dessen langer Dauer lassen annehmen, daß die Inseln immer wieder regeneriert werden. Die ersten zwei Jahre bilden eine Gefahrzone, während der der Kranke besonders vor Koma geschützt werden sollte, der gestörte Kohlehydratstoffwechsel gibt Anlaß zu einem abnormen Fett- oder Proteinstoffwechsel und trägt zu dem häufigen Vorkommen von Gefäßerkrankungen bei Diabetikern bei.

Nr. 3, 21. 1. 1926.

* Klinische Diagnose der Hilustuberkulose. Hawes.
Infantile Otitis media. Drury.

Klinische Diagnose der Hilustuberkulose. Die pathologischen Veränderungen sind von verhältnismäßig geringem oder keinem Interesse im Vergleich zu den klinischen Manifestationen. Anamnese: wichtig ist der Nachweis, daß das Kind der Tuberkulose ausgesetzt war. Häufiger Husten und Erkältungen sprechen weniger wie die Lehrbücher annehmen wollen, für Tuberkulose als für Erkrankungen der Mandeln und Adenoide. Der wichtigste Punkt bei Keuchhusten und Masern ist nicht die Tatsache an sich, sondern die Komplikationen, eine nachfolgende Schwächeperiode oder Husten. Ferner ein zartes Kind ist noch nicht tuberkulös. Die Möglichkeit, daß Halsdrüsen tuberkulös sind, ist genau zu erwägen.

Von Symptomen ist das wichtigste eine unerklärliche Müdigkeit, dann eine Charakteränderung, eine gewisse Reizbarkeit. Husten und Sputum und andere Lungensymptome sind selten. Besteht ein trockener, paroxysmaler Husten ähnlich Keuchhusten, so ist Nachforschung, aber nur diese angezeigt. Schweiße und Brustschmerzen kommen selten in Frage. Fieber ist bei der Hilustuberkulose nicht von großer Bedeutung. Seine Abwesenheit bestätigt aber auch nicht eine negative Diagnose. Dies gilt auch hinsichtlich eines rapiden Pulses. Unterernährung und Untergewicht kann bei der Diagnose ausschlaggebend sein, aber man muß den gesunden Menschenverstand walten lassen und darf sich nicht an eine Durchschnittstabelle binden.

Bei der Brustuntersuchung ist eine parasternale Dämpfung ohne Bedeutung, ebenso eine paravertebrale oder interscapulare. d'Espine oder Eustace Smith ist wertlos, Muskelrigidität ist absolut ohne Wert, ebenso sonstige Dämpfungen, Stimmveränderungen und die Atemgeräusche, verbreiterte Brustvenen sind gewöhnlich da, wenn der Fall auch so zu diagnostizieren ist; ebenso sind alle übrigen Zeichen von Seiten des Brustkorbes ohne Bedeutung. Röntgenstrahlen können niemals zwischen abnormen Hilusschatten die Symptome machen und solchen, die keine machen, unterscheiden, auch nicht, ob diese Schatten durch eine tuberkulöse Infektion bedingt sind, außer wenn verkalkte Drüsen da sind. Also für eine positive Diagnose spricht: die frühere Infektion, eine wirkliche Unterernährung und wirkliches Untergewicht, leichte Ermüdung dauernd zu jeder Zeit und Temperaturveränderungen. Wichtig aber nicht wesentlich sind: positiver Pirquet und beim Röntgen ausgesprochene Hilusveränderungen. Für eine negative Diagnose sprechen: vergrößerte Mandeln und Adenoide, auf die die Symptome bezogen werden können, nur scheinbares Untergewicht, wiederholter negativer Pirquet, bei Abwesenheit von Faktoren, die dies verursachen können. Von Wert, aber nicht wesentlich ist ein negativer Röntgenbefund.

v. Schnizer.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11, Nr. 3, Dezember 1925.

Strychninresistenz der Hühner. W. J. R. Heinekamp.
Die Blutsenkungsprobe in der Diagnose und Prognose der Erkrankungen. Bochner und Wassing.
* Lebertran, kombiniert mit Magnesiumhydroxyd in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Goodrich B. Rhodes.

Stabilitätsuntersuchungen einiger Blutbestandteile bei Tuberkulose. L. R. Jones.
Untersuchungen über kolloidale Goldreaktion mittels auf elektrischem Wege präparierten Goldes. Manheims und Bernhard.
Autoptischer Bericht über zwei Fälle von Thymustod während chirurgischer Eingriffe. J. W. Fisher.
Die Wirkung des Benzylamins auf Kreislauf, glatte Muskulatur und Atmung. Love und Waddell.
Ein Fall von Plattenepitheliom des Magens. Vinson und Broders.
Schicksche Probe und Scharlach. Th. G. Hull.
Die Wasserstoffionenkonzentration als Faktor in der Wassermannschen und Kahnschen Probe. J. H. Jennet.
Die Anwendung lebenden pflanzlichen Gewebes zwecks Erhaltung eines günstigen Gasmilieus für anaerobe Bakterien. Carroll und Hastings.
Antigene Eigenschaften verschiedener Gewebsextrakte in der Kahnschen Probe. Kendrick und Dunham.
Die bakterizide Kraft des Blutes, bestimmt nach der Methode von Heist-Lacy. B. S. Parks.
Der Wert der Azetonbestimmung in der Ausatmungsluft in Verbindung mit der alveolaren Kohlendioxydspannung. P. Roth.
Untersuchungen über Lokalanästhesie. III.: Die Pharmakologie einiger Paraaminobenzolverbindungen. W. J. R. Heinekamp.
Standardisierung einiger neuer Lokalanästhetica nach der Methode von Pittinger. Moxon und Pawlisch.

Lebertran kombiniert mit Magnesiumhydroxyd in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Die Bemühungen, einen tuberkulösen Abszeß durch Entleerung der Höhle und Wiederauffüllung mit irgend einer antiseptischen Flüssigkeit zur Heilung zu bringen, sind so gut wie stets vergeblich. Der Verf. prüfte die diesbezügliche Wirksamkeit vieler Flüssigkeiten in einer Reihe experimenteller Untersuchungen. Am besten bewährte sich der Lebertran, dem der Verf. noch Magnesiumhydroxyd zwecks Alkalisierung hinzusetzte. Die Erfolge mit diesem „alkalisierten Lebertran" bei den verschiedensten Formen tuberkulöser Abszeßbildung waren konstant gut. Zur Erklärung der prompten Wirkung des Lebertrans bespricht der Verf. folgende interessante von Kugelmass und Mc. Quarrie beobachtete Eigenschaft des Lebertrans: Dieser soll nämlich spontan ultraviolette Strahlen aussenden, was auch der Verf. auf photographischem Wege nachgewiesen hat. Spritzt man nun in eine entleerte tuberkulöse Abszeßhöhle Lebertran (zwecks besserer Verträglichkeit alkalisiert), so deponiert man damit direkt an den Erkrankungsherd eine konstante ultraviolette Strahlenquelle.

Walter Goldstein (Berlin).

Amer. Journ. of Diseases of Children.

30, 6, Dezember 1925.

Bedingungsreflexe und Neurosen bei Kindern. Krasnogorski.
Trocken-Frauenmilch als Säuglingsnahrung. Emerson.
Zuckergehalt von Blut und Zerebrospinalflüssigkeit unter verschiedenen Bedingungen. Levinson.
Experimentelle Studien bei Rachitis. Bosányi.
Intrathorakale Tumoren bei Kindern. Dwyer und Helwig.
Blutplättchen-Zählungen bei Kindern. McLean und Caffey.
Der Kohlehydrastoffwechsel des marantischen Kindes. Tisdall, Drake und Brown.
* Der Kohlehydratstoffwechsel bei Durchfall, Infekt und Toxikose. Tisdall, Drake und Brown.
Entwicklung und Lage des Herzens bei Kindern. Ziskin.

Der Kohlenhydratstoffwechsel bei Durchfall, Infektion und Toxikose. Säuglingen mit fieberhaften Infekten und Toxikose wurde pro Kilo Körpergewicht 20 ccm einer 10prozentigen Glykoselösung intravenös bzw. subkutan gespritzt und die Blutzuckerkurve verfolgt. Dabei ergab sich, daß bei den genannten Zuständen der Zucker nicht mit der Geschwindigkeit aus der Blutbahn verschwindet wie beim normalen Säugling. Insulin zeigte therapeutisch keinen günstigen Einfluß. Nur betonen die Verf., daß im Fieber zur Erzielung einer Hypoglykämie wesentlich mehr Insulin notwendig ist, als bei nicht fiebernden Kindern. (S. auch die Arbeit Freise-Choremis. Mon. f. Kdh. Bd. 31, 1925.) Jedenfalls beruht die Kohlenhydratstoffwechselstörung, die bei Infekten, bei Durchfallserkrankungen und der Toxikose beobachtet wird, nicht auf einem primären Mangel an Insulin.

Schiff.

American Journal of Ophthalmology.

Januar 1926.

Anomaler Ausführungsgang der Tränendrüse, verbunden mit anderen angeborenen Anomalien. Ling.
Angeborener Defekt der Abduktion und anderer Augenbewegungen. Gifford.
Pupillarmembran mit Katarakta punktata. Lehrfeld.
* Behandlung der Iridozyklitis mit subkonjunktivaler Injektion von Atropin und Suprarenin. Rodin.
* Orbitalphlegmone nach Hordeolum. Green.
Der Lichtsinn, seine Bedeutung und Prüfung. Merril und Oaks.

Behandlung der Iridozyklitis mit subkonjunktivaler Injektion von Atropin und Suprarenin. Zur Erweiterung der Pupille bei hinteren Synechien ist Suprarenin und Adrenalin subkonjunktival, in manchen Fällen auch dann noch wirksam anzuwenden, wenn Einträuflungen oder Einbringen von kristallinischer Substanz in den Bindehautsack nicht mehr nützen. Vergiftungserscheinungen sind bei richtiger Dosierung leicht zu vermeiden.

Orbitalphlegmone nach Hordeolum. Schwere Orbitalphlegmone nach Hordeolum mit bedrohlichen Erscheinungen. Besserung trat nach wiederholter ausgiebiger Inzision ein. Ausgang in völlige Erblindung durch Sehnervenatrophie.

Meesmann, Berlin.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

10. Nr. 4, Oktober 1925.

* Inguinale Endometriosis. Sampson.
Illustrierte Geschichte der tiefen oder zervikalen Schnittentbindung. De Lee.
* Puerperalinfektion und ihre Behandlung. Polak.
* Einfluß der männlichen Geschlechtsdrüse auf das Weibchen. Kovacs.
Zystische Bildungen von möglicherweise endometritischem Ursprung in der Appendix. Outerbridge.
* Purpura und Gravidität. Rushmore.
* Behandlung der uterinen Fibromyome. Clark und Block.
Gottheiten und Kindbett bei den alten Völkern. Schumann.
Mütterliche Wohlfahrtspflege. Adair.

Inguinale Endometriosis. Endometriumähnliches Gewebe, das sich dystopisch findet, kann in drei Gruppen eingeteilt werden. Bei der ersten Gruppe ist das endometritische Gewebe feststellbar, bei der zweiten kann festgestellt werden, daß es sich nicht um ein endometritisches Gewebe handelt, bei der dritten Gruppe ist die Diagnose ungewiß. Die durch 53 Abbildungen ausgestattete Arbeit des bekannten Verfassers schließt, daß in 8 Fällen von Endometriosis des intraperitonealen Anteiles des Lig. rotundum, sog. Adenomyom des Lig. r., eine ähnliche Invasion anderer Gewebe des Beckens zu finden war. In 4 Fällen war ein endometritisches Hämatom des Ovars vorhanden. Es ist anzunehmen, daß die Metastasierung durch die Lymphgefäße erfolgen kann. Die inguinale Endometriosis kann ferner erfolgen als direkte Ausdehnung oder Metastase entlang den Ligamenta rotunda von peritonealer Endometriosis um den Inguinalring herum, ferner auf Grund direkter Invasion von der Mucosa des Uterus oder der Tube aus unter Ausdehnung auf die Lymphbahnen und Venen. Schließlich auf Grund von Implantation in einen Bruchsack.

Puerperalinfektion und ihre Behandlung. Der führende New Yorker Operateur kommt in seiner kurzen, aber auf größte Erfahrungen gegründeten Arbeit zu folgenden Schlüssen: Man hat von Gentianaviolett, Acriflavin und Mercurochrom angenommen, daß sie die Bakterien zerstören können, ohne das Wirtsgewebe zu schädigen. Um dies festzustellen, muß man die Wirkung dieser chemischen Substanzen auf die roten und weißen Blutzellen, auf die Fragilität der roten Zellen, auf die Koagulation und die phagozytäre Kraft der Leukocyten festzustellen suchen. Ferner ist festzustellen, ob die intravenöse Injektion von solchen Substanzen in einer mit dem Organismus verträglichen Konzentration bakterizid oder bakterienhemmend wirkt und zwar in einer Weise, wie es das normale Blut nicht schon allein tut. Ferner ist festzustellen, welche Wirkung diese Substanzen auf die einzelnen Organe, Leber, Nieren, Lungen, Nerven und Muskeln ausüben. Polak legt dar, daß Acriflavin sowie

Mercurochrom nur eine vorübergehende Leukocytose bewirken können, wenn sie bei Frauen angewendet werden, welche selbst auf die Infektion von sich aus nicht mehr mit Leukocytose reagieren. Eine vorübergehende Leukocytose wird allerdings stets eintreten. Wurden hämolytische Bakterien 3 Stunden lang der Einwirkung einer Konzentration von 1 : 10 000 ausgesetzt, was das Maximum der für den Körper tragbaren Konzentration darstellt, so trat keine bakterizide Wirkung ein, bei größerer Konzentration sah man aber Diarrhöen und Versagen der Urinsekretion; sowie Kollaps. Verf. sah in vielen Fällen bei Patienten mit positiver Blutkultur nach intravenöser Mercurochrominjektion eine deutliche Reaktion, Schüttelfrost, Temperatur- und Pulsanstieg, Dyspnoe, Cyanose. Nach 6—12 Stunden waren keine Bakterien im Blut, nach 24 Stunden waren aber vermehrte Kolonien vorhanden. Die Patienten wurden aber schwerer krank und zeigten in Form von Eiweiß und Zylindern, Diarrhöen, Bauchschmerzen das Bild einer chemischen Intoxikation. Dagegen erwies sich Bluttransfusion zur Bekämpfung der Infektion stets als wirksam. Es muß dabei die Alkalinität des Blutes durch phosphorsaures Natrium, in Proportion von 1 : 1000 der zu transfundierenden Blutmenge beigegeben, erhöht werden, ferner ist vor der Transfusion 0,01 Morphium und 0,0003 Skopolamin zu geben. Das Blut von Empfänger und Spender ist wiederholt zu prüfen.

Einfluß der männlichen Geschlechtsdrüse auf das Weibchen. Bei der Albinoratte kann das Geschlecht durch subkutane Injektionen mit Testesgewebe zum Vorteil des männlichen Geschlechts beeinflußt werden. Die kräftigste Beeinflussung wurde erzielt, wenn die Einpflanzung des Testesgewebes 8 Tage vor der Kopulation erfolgte. Subkutane Injektion von Testesgewebe der gleichen Species bei dem Weibchen bewirkt temporäre Sterilität auf 3—11 Wochen. Die morphologische Struktur des Ovars wird durch die Transplantation von Testesgewebe nicht verändert.

Purpura und Gravidität. Die Durchsicht der Literatur ergibt im ganzen 47 Fälle. In 44 ist Bericht über das spätere Schicksal der Mutter vorhanden. 26 Mütter starben, 16 blieben gesund. Von 42 Kindern ist Bericht vorhanden. 27 Kinder starben, 15 überlebten. Verf. glaubt, daß eine Indikation zur Unterbrechung der Gravidität deshalb nicht gegeben sei, weil die vermehrte Blutungsgefahr bei der Geburt doch kein Ausgleich für das zerstörte Leben der Frucht sei. Es seien aber die größten Sicherheitsmaßnahmen, insbesondere hinsichtlich Vorbereitung der Bluttransfusion bei der Geburt, zu treffen.

Behandlung der uterinen Fibromyome. Die aus der Universität Pennsylvania stammende Arbeit, für die der bekannte Radiologe John G. Clark als Mitverfasser zeichnet, kommt zu folgenden Ergebnissen: Die Radiumbehandlung wird bei gut ausgewählten Fällen mit einmaliger Anwendung 90% Erfolge haben. Mortalität ist 0%. Auch die Mortalität der Operation des unkomplizierten Fibromyoms nähert sich 0%, bei komplizierten Fällen 3%, die Mortalität der ganzen Serie der Klinik variiert zwischen 0,7 und 1,4%. Die Endresultate der Operation sind in etwa 95% befriedigend. Mortalität und Morbidität von Fibromyomen ist auf hinzutretende Komplikationen zurückzuführen. Es wurden 153 Fälle bestrahlt, von 92 Fällen, die weiter kontrolliert werden konnten, zessierten die Menses in 73 Fällen und dauerten an in 19 Fällen. Bei der Operation ging die Tendenz dahin, mehr Myomektomien zu machen und weniger Entfernungen der Adnexe. (Aehnlich haben in Deutschland bzw. Oesterreich Henkel und Aschner die konservative Myomoperation neuerdings empfohlen. Ref.)

10, Nr. 6, Dezember 1925.

* Pyelographische Beobachtungen bei Schwangerschaftspyelitis. Williams.
Hermaphroditismus externus femininus. Bell.
* Uteruskrebs und Strahlenbehandlung. Healy.
Benigne perforierende Duodenalcyste, vom Wolffschen Körper ausgehend. Vogt.
Histologische Beziehung zwischen Menstruation und Ovulation. Novak.
Verzögerte Chloroformintoxikation nach Geburt. Reyston.
Ovarialtumor in der Schwangerschaft mit 6 Fällen. Ingraham.
* Insulin bei Eklampsie. Stander und Duncan.
Eklampsie mit ungewöhnlichem, nichtproteinigem Nitrogen im Blut. Bericht über einen Fall. Mussey.
* Ein neues Instrument zur Behandlung der Endocervicitis. S. di Palma.
106 Fälle von extrauteriner Schwangerschaft. E. Stein.
* Spontanruptur der Nabelschnur. Siddall.
Röntgendiagnose der Anencephalie. Rudolph-Chikago.
Statistische Uebersicht über die Geburtshilfe in Pasadena als Beispiel für die Praxis der Geburtshilfe in den kalifornischen Städten Januar-Dezember 1924. Hibben-Pasadena.
Bemerkungen über die Bedeutung unserer Theorien unter besonderer Bezugnahme auf Geburtshilfe und Gynäkologie. Plaut.
Lymphangiom der Tube. Strong.
Frühgeburt mit überlebendem Kind. Lyon.
Intraligamentäre Schwangerschaft. Kennedy.
Mütter- und Kinderfürsorge in Minnesota. Boynton.

Pyelographische Beobachtungen bei Schwangerschaftspyelitis. Verf. weist darauf hin, daß die Komplikation: Pyelitis und Schwangerschaft zuerst durch Opitz Publikation 1905 allgemein anerkannt wurde. Auf Grund seiner Erfahrungen am Boston City Hospital, wo er jeweils Cystoskopie und wenn nötig Pyelographie vornahm, kommt er zu folgenden Ergebnissen: Die Pyelitis scheint meist nicht durch die Gravidität direkt zu entstehen, sondern in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um einen schon vorher bestehenden Zustand, der sich in der Schwangerschaft verschlimmert. Klinisches Bild: Dilatiertes Becken, unter Umständen auch geknickter Ureter, später Ureterkompression durch den kindlichen Kopf, Urinverhaltung, Coliinfektion, Erholung von den akuten Symptomen, wenn die Ureteren katheterisiert sind oder die Schwangerschaft beendigt ist: die ursprünglichen Bedingungen bestehen aber fort. Mehrere gute Abbildungen von erweiterten Uretern in verschiedenen Schwangerschaftsmonaten.

Uteruskrebs und Strahlenbehandlung. Das Karzinom der Cervix tritt meist im 3., 4. und 5. Jahrzehnt auf und zwar mehr bei Frauen, die schon geboren haben. Da die Ursache des Karzinoms noch nicht bekannt ist, empfiehlt es sich, die prädisponierenden Verletzungen zu beobachten. Daher soll bei chronischer Endocervicitis kauterisiert werden. Korpuskarzinom macht im Gegensatz zum Cervixkarzinom Metastasen an entfernten Orten. In 4 Fällen von Cervixkarzinom war schon nach einmonatlicher Blutung das Parametrium ergriffen. Verf. hatte mit der kontinuierlichen, über ein bis drei Wochen ausgedehnten Radiumbehandlung die besten Erfolge. Die übliche Behandlung besteht in Einführung von gefilterten Kapseln in die Cervix, Bestrahlung der Cervix und der Parametrien von der Vagina aus und in Bestrahlung von außen. Von 1918 bis 1921 wurden von Bailey 375 Fälle behandelt, davon 35 Frühfälle, 52 Grenzfälle und 288 fortgeschrittene Fälle. Von den Frühfällen sind noch 14 = 40%, von den Grenzfällen 14 = 27% und von den fortgeschrittenen Fällen 25 = 8,6% im Januar 1925 lebend. Zusammenfassend hält Verf. auf Grund der vielen Publikationen die Hysterektomie bei Cervixkarzinom nicht mehr für notwendig, zumal sie den vollen Nutzen der Bestrahlung in Frage stellt. Auf der andern Seite ist Operation bei Adenokarzinom des Corpus gerechtfertigt, wenn sie noch möglich ist. Bei supravaginaler Amputation wegen Fibromyoms soll das Präparat während der Operation untersucht werden, bevor man sich dazu entschließt, die Cervix zu belassen.

Insulin bei Eklampsie. Methode des Johns Hopkins Hospitals: Nach Aufnahme Stroganoffbehandlung, Blutprobe und -analyse, Zucker- und CO_2-Werte werden notiert. Zeigen dieselben ein Steigen des Zuckers und Sinken der CO_2-bindenden Kraft, 10 bis 25 Einheiten Insulin, dazu Schutzdosis von Glukose, 2 g Glukose pro Einheit. Es trat jeweils nach Insulin Sinken des Blutzuckers und Steigen des CO_2-bindenden Vermögens ein. Daher ist die Indikation: Coma oder verringertes Bewußtsein und verringertes Kohlensäurebindungsvermögen unter 30 und erhöhter Blutzucker. Der Allgemeinpraktiker kann die Acidose nur nach dem klinischen Befinden beurteilen. Für solche Fälle erscheint es angebracht, prophylaktisch Traubenzucker oder Orangensaft zu geben. Die Anwendung von Insulin bei Eklampsie ergab so ausgezeichnete Resultate, daß die Publikation trotz der geringen Anzahl der Fälle angebracht erschien.

Ein neues Instrument zur Behandlung der Endocervicitis. Die drei zurzeit meist verwendeten Methoden sind medikamentöse Behandlung, Kauterisation, Operation. Medikamentöse Behandlung hilft nur in leichten Fällen. Verf. hat ein Instrument erfunden, daß auf dem Prinzip des Rücklaufs beruht. Das Instrument hat ein konisch zulaufendes Cervixstück, in welchem zwei Röhren, eine zum Einbringen der Spülflüssigkeit, die andere zum Aufsaugen laufen. Das Saugrohr ist mit einer besonderen Saugpumpe verbunden. Das Cervixstück ist durch glockenförmigen Ansatz für die Cervix vor zu tiefem Eindringen geschützt. Zum Spülen wird Dakinlösung, Mercurochrom usw. verwendet. Bei eitrigem Ausfluß Lysollösung 1 : 1000. Nach 10—15 Spülungen heilte meist die Cervicitis.

Spontanruptur der Nabelschnur. In dem einen von Verf. beschriebenen Fall hatte nach fünfstündiger Eröffnungsperiode und Blasenstich der Kopf sich schließlich in Hinterhauptslage eingestellt, trat tiefer, blieb etwa 40 Minuten in der Schamspalte sichtbar und wurde vom Anus aus entwickelt. Die Nabelschnur war nicht um den Hals gewickelt, aber gerissen, während der wenigen Augenblicke bis zur Abklemmung verlor das Kind etwa 50 ccm Blut. Beschreibung eines ähnlichen zweiten Falles. Es kann auch nur ein Riß der Nabelschnur vorliegen und Verblutung bewirken. Derartige Vorkommnisse sind forensisch u. U. bedeutungsvoll.

Robert Kuhn (Baden-Baden).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

Nr. 5.

Strikturen des Ureters. Abknickungen und Anomalien der Insertion. D. N. Eisendrath.
Fraktionelle Unterbindung der Carotis communis bei der Behandlung des pulsierenden Exophthalmus. H. H. Kerr.
* Menstruationsstudien. S. S. Ludlum und E. McDonald.
* Die bronchoskopische Behandlung des Lungenabszesses. M. C. Myerson.
* Apophysitis des Os calcis. Ph. Lewin.
Weitere Beobachtungen zur intracraniellen Haemorrhagie der Neugebornen. W. Sharpe und A. S. Maclaire.
* Die intracraniellen Komplikationen der Infektionen des Sinus posterior. E. B. Fink.
* Eine Entwicklungsanomalie der Patella, die häufig als Fraktur gedeutet wird. John D. Adams und R. D. Leonard.
Hernia inguinalis und operatives Vorgehen. R. Hamilton Russell.
Der persistente oder präformierte Sack bei der schrägen Inguinalhernie. W. Hughson.
* Ein primäres Spindelzellensarkom des Meckelschen Divertikels. G. W. Crile und U. V. Postmann.
* Retroperitoneale Cysten. H. W. Cave.
* Osteitis fibrosa und die hyperostotische Form der Knochensyphilis. S. F. Wilhelm.
Peritonitis ossificans. B. L. Myers.
Fett-Tumoren des Uterus. A. C. Starry.
Eine Studie des intramuralen Teils gesunder und kranker Tuben mit besonderer Berücksichtigung von Sterilitätsfragen. S. H. Geist und M. A. Goldberger.
* Der Wert der Leukocyten-Zählung als diagnostisches Hilfsmittel bei der ektopischen Schwangerschaft. L. K. P. Farrar.
* Duodenalulcus als Komplikation der Lungentuberkulose. J. R. Lisa.
Totale Gastrektomie; Bericht eines Falles von Linitis plastica, bei dem eine vollständige Magenexcision gemacht wurde. M. R. Reid.

Menstruationsstudie. Die Menstruation ist eine Zeit der Vagotonie oder Vagusreizung. Das kann man auf der Röntgenplatte an der Reaktion der glatten Darmmuskulatur nachweisen. Die Welle der Vaguspräponderanz beginnt 8—2 Tage vor der Menstruation, erreicht ihren Höhepunkt während derselben und kehrt 6—8 Tage nach derselben in das Intermenstrualstadium zurück. Unter anderen beruht diese Präponderanz auf einer Kalziumanhäufung im Blute und in den Geweben; das Kalzium wird zur Zeit der Menstruation ausgestoßen. Möglicherweise sind die der Menstruation voraufgehenden Schmerzen auf Darmkrämpfe infolge von Vagusstimulation zurückzuführen. Drogen und Salze, welche diesen Vagusreiz einschränken, lösen auch den Menstruationsschmerz.

Die bronchoskopische Behandlung des Lungenabszesses. Die Bronchoskopie, die eine Heilung auf dem Wege der Arterialisierung, der Irrigation und der Aspiration anstrebt, verdient bei der Behandlung des Lungenabszesses gesteigerte Beachtung. Bei Kindern kommt man ganz ohne Betäubung aus, bei Erwachsenen genügt eine leichte Lokalanästhesie. Die Methode ist frei von allen Schädlichkeiten, sobald sie in den Händen eines geübten Endoskopisten ruht und sollte jedem chirurgischen Eingriff vorausgehen; das Messer wirkt in den meisten Fällen deformierend und ist durchaus nicht frei von Lebensgefahr.

Apophysitis des Os calcis. Apophysitis des Os calcis ist eine Entzündung der kappenartigen Epiphyse der hinteren Partie des Fersenbeins. Das Leiden kommt insbesondere bei Knaben zwischen dem 9. und 13. Lebensjahre vor. Aetiologisch spielen 2 Faktoren eine Rolle: lokales äußeres und besonders inneres Trauma und lokale Zirkulationsstörungen, welche die Epiphyse in einer kritischen Wachstums- und Entwicklungsperiode befallen. Die Behandlung besteht in Ruhigstellung und Befreiung von jedem Gewicht, dazu allgemeine hygienische Maßnahmen. Die Prognose ist ausgezeichnet. Die Erkrankung ist ein Analogon zu Koehlers tarsaler Scaphoiditis, Scheuermanns vertebraler Epiphysitis, besonders aber zu Osgoods tibialer Epiphysitis.

Die intrakraniellen Komplikationen der Infektionen des Sinus posterior. Ein Fall von eitriger posteriorer Ethmoiditis und Sphenoiditis mit ungewöhnlichen intrakraniellen Komplikationen wird beschrieben. Eine so vollkommene Zerstörung des N. optici wie hier ist in der Literatur wohl kaum bekannt.

Klinisch wurde die wahre intrakranielle Pathologie übersehen, weil die Hauptaufmerksamkeit den luetischen Manifestationen zugewandt war. Der einseitige Exophthalmus und die primäre Optikusatrophie hätte an eine cavernöse Sinusthrombose denken lassen müssen, aber der Pat. kam schon moribund ins Krankenhaus, zu einer Zeit, wo die akuten Manifestationen einer nasalen Infektion bereits vergessen waren.

Die knöchernen Sinuswände waren weder makro- noch mikroskopisch luetisch verändert. Das einzige, worin die Syphilis hier eine Rolle spielte, war die Behinderung des Abflusses durch syphilitische Narben im Nasopharynx.

Eine Entwicklungsanomalie der Patella, die häufig als Fraktur gedeutet wird. Kongenitale Anomalien der Patella sind häufiger als im allgemeinen angenommen wird. Im Zweifelsfalle, ob angeborene Anomalie oder Fraktur, wird einzig und allein das Röntgenbild entscheiden. Angeborene Deformitäten sind gewöhnlich bilateral, sie liegen im oberen äußeren Quadranten, was für Frakturen eine seltene Lokalisation ist; auch fehlt naturgemäß bei den angeborenen Anomalien die für Frakturen typische klinische Vorgeschichte.

Ein primäres Spindelzellensarkom des Meckelschen Divertikels. Die verschiedenen pathologischen Zustände, die mit dem Meckelschen Divertikel verquickt sind, wie Entzündung, Ulceration, Perforation, Intussusception, Volvulus, Incarceration, sowie Neubildungen sind von erheblicher klinischer Bedeutung. Leider werden sie aber meist erst bei der Operation selbst oder auf dem Sektionstisch diagnostiziert. In Fällen von unklarer Appendicitis oder von Stuhlverhaltung aus unbekannter Ursache sollte der Operateur immer an die Möglichkeit eines Meckelschen Divertikels denken und die letzten 90 cm des unteren Ileums daraufhin inspizieren. Das Meckelsche Divertikel ähnelt in seiner Struktur dem Appendix, enthält aber mehr Drüsengewebe. Maligne Tumoren des Divertikels gehören zu den größten Seltenheiten.

Retroperitoneale Cysten. Diese Art von Cysten ist selten; jeder solche Fall sollte veröffentlicht und besonders auf seinen Ursprung hin beachtet werden.

Der Stiel einer solchen Cyste oder das benachbarte Gewebe soll makro- und mikroskopisch sowie chemisch genau untersucht werden.

Die interessantesten unter diesen Cysten leiten ihren Ursprung von minimalen Ueberresten des in Entwicklung befindlichen Urogenitaltrakts oder des lymphatischen Systems ab. Die epithelbesetzten stammen von dem ersteren, die nicht epithelbesetzten von dem letzteren ab.

Die Diagnose ist schwierig und wird durch die Symptomatologie nur dürftig unterstützt.

Die Behandlung besteht in ein- oder zweizeitiger Enucleation je nach Größe des Tumors und Verfassung des Pat. Die Prognose ist günstig. Rezidive kommen kaum vor.

Ostitis fibrosa und die hyperostotische Form der Knochensyphilis. Zwischen der hyperostotischen Form der Syphilis der langen Röhrenknochen und der Ostitis fibrosa bestehen große anatomische und klinische Aehnlichkeiten. Grobe morphologische Uebereinstimmungen, wie Deformität, Elongation und Verbiegung und besonders Säbelscheidenform der Tibia finden sich in beiden Formen dieser Knochenaffektion.

Charakteristisch für die hyperostotische Syphilis sind: 1. die ausgeprägte, oft gewaltige Beteiligung des Periosts, 2. die mehr oder weniger vorgeschrittene Verengung und Obliteration der Markhöhle, 3. die sklerotische oder feinporöse Beschaffenheit des neugebildeten Knochengewebes.

Charakteristisch für die senile hyperostotisch-poröse Form der Ostitis fibrosa (Pagets disease) sind: die Abwesenheit einer periostalen Beteiligung, 2. die sehr starke Erweiterung der Markhöhle bis zu den Epiphysen hin, 3. die häufig längsverlaufende Aufsplitterung der Compacta in Lamellen. Die Säbelscheidenform resultiert hier aus einem echten Aufbau und aus einer Verlängerung des Knochens, wogegen es sich bei der syphilitischen Form nur um eine periostale Auflagerung handelt.

Den Fällen von endostealer hyperostotisch-porotischer Form fehlt die periostale Beteiligung völlig; es ist nicht leicht, sie röntgenologisch gegen kongenitale Knochensyphilis abzugrenzen.

Zeigen sich mehr oder weniger gutgeformte Cysten oder einzelne, umschriebene, dichte Herde als Begleiterscheinung einer sich diffus ausbreitenden ostitischen Neubildung, so spricht das zugunsten einer Ostitis fibrosa, aber gegen Lues. In den übrigen zweifelhaften Fällen müssen andere diagnostische Methoden herangezogen werden, um die Diagnose zu sichern.

Der Wert der Leukocytenzählung als diagnostisches Hilfsmittel bei der ektopischen Schwangerschaft. Bei Extrauteringravidität schwankt die Leukocytenzahl je nach dem Blutquantum, das sich in die Bauchhöhle ergossen hat und nach dem Grade der Absorption.

Die Zahl der Leukocyten fällt schnell zur Norm ab, sobald das Blut in der Leibeshöhle absorbiert ist. Unter 150 Fällen war 29 mal der Leukocytenwert normal, wo es sich um eine nichtrupturierte Tubenschwangerschaft ohne freies Blut handelte; desgleichen 43 mal da, wo das Blut der geplatzten Tube eingekapselt war. Der schwankende Leukocytenbefund zugleich mit der mäßigen Temperatursteigerung gestattet die Abgrenzung der Extrauterinschwangerschaft gegen die eitrige Salpingitis mit ihrer gleichbleibenden hohen Leukocytenzahl und den schwankenden Temperaturen. Soll die Leukocytenzählung wirklich diagnostischen Wert besitzen, so muß sie täglich, ja in kritischen Fällen stündlich wiederholt werden und in Verbindung gebracht werden mit der Anamnese und dem klinischen Befund.

Duodenalulcus als Komplikation der Lungentuberkulose. Bei Autopsien findet man, daß sich das Ulcus duodeni mit Lungentuberkulose häufiger als mit anderen Krankheiten kombiniert. Das Ulcus selbst hat jedoch keinen tuberkulösen Charakter.

Diejenige Lungentuberkulose, die sich mit dem Ulcus duodeni verbindet, ist meist chronischer Natur.

Am häufigsten ist das Alter zwischen 25—35 Jahren befallen.

Erhebt man bei Lungenkranken sorgfältige Anamnesen und vertieft dieselben durch Röntgenaufnahmen, so wird die Diagnose „Ulcus duodeni" wahrscheinlich viel häufiger als bisher gestellt werden. Held.

41, Nr. 6, Dezember 1925.

Bemerkungen über die Endo-Aneurismoraphie. Rudolph Matas, M. D., F. A. C. S., New Orleans, Louisiana.
* Eierstocksüberpflanzung. W. Blair Bell, B. S., M. D. (Lond.), F. A. C. S. (Hon.), Liverpool (England).
1000 Operationen bei Magen-, Duodenal- und Jejunal-Geschwüren. Victor Pauchet, M. D., Paris (Frankreich).
* Eine neue und einfache Wiederherstellung von rupturierten oder strikturierten Uretern. L. L. Mc Arthur, M. D., F. A. C. S., Chikago.
Pneumonographie. Louis H. Clerf, M. D., Philadelphia.
Analyse von Wundvereinignug bei 3000 Abdominaloperationen. Byron H. Goff, M. D., F. A. C. S., New York.
Entsteht der Knochen durch Osteoblasten oder von einer Metaplasie des umgebenden Bindegewebes. Dr. med. Carl Rhode, Freiburg (Deutschland).
* Blasenneubildungen, kurze Serie aus der urologischen Abteilung des Victoria-Hospitals. David W. Mac Kenzie, M. D., F. A. C. S., Montreal, Quebec.
Besondere Beobachtungen bei der Technik der Gallenblasenchirurgie. Emile Holman, M. D., F. A. C. S., Cleveland, Ohio.
Die Krebszelle und der Defensivmechanismus der Natur. William Carpenter Mac Carty, M. D., Rochester, Minnesota.
Knochenbildung in der Glandula thyreoidea. M. G. Seelig, M. D., F. A. C. S., St. Louis.
Primäre Pneumokokken-Peritonitis bei Kindern. Albert H. Montgomery, M. D., Chikago.
Klinische Uebersicht über 30 Fälle von nachgewiesener Pleura-Tuberkulose. Willis S. Lemon, M. B. (Tor.), Rochester, Minnesota.
Aneurysma im Scarpaschen Dreieck. R. W. Mc Nealy, M. D., F. A. C. S., und J. L. Spivack, M. D., Chikago.
Ergebnisse der Uterus- und Adnex-Chirurgie. Eugene H. Pool, M. D., F. A. C. S., und E. M. Hawks, M. D., New York.
Der Levator Cervicis uteri. F. G. du Bose, M. D., F. A. C. S., Selam, Alabama.
Rechter Ureter-Verschluß infolge von kurzem Coecal-Mesenterium. Thomas N. Hephurn, A. M., M. D., F. A. C. S., Hartford, Connecticut.
Eine Rippenschere zum Durchtrennen der ersten Rippe bei paravertebraler Thorakoplastik. Howard Lilienthal, M. D., F. A. C. S., New York.
Lebereispackung nach Cholecystektomie bei akuter Cholecystitis. Robert L. Mason, M. D., Boston, Massachusetts.

Eierstocküberpflanzung. In einer sehr kurzen prägnanten Arbeit schildert Bell die Entwicklung der Chirurgie in bezug auf die Gewebsüberpflanzung, von der einfachsten Ueberpflanzung bis zur heutigen feinmechanischen Uebertragung von einzelnen Organen mit ihren Funktionen; insbesondere hier die Ueberpflanzung von Eierstockgewebe. Die Technik, welche Verf. sehr einfach darstellt, bedarf doch genauer theoretischer Kenntnisse sowie reichlicher Erfahrungen aus der Praxis, über die Verf. sicherlich verfügt. Er kommt zu dem Schlusse, daß wenn auch einzelne überkühne Autoren glauben nach Ueberpflanzung von Eierstocksgewebe vollständige Wiederkehr aller Funktionen beobachtet zu haben, doch erst die Zukunft lehren muß, ob dieses den Tatsachen entspricht, was noch langer weiterer Nachprüfung bedarf.

Eine neue und einfache Wiederherstellung von rupturierten oder strikturierten Uretern. Auf Grund von Röntgenaufnahme wurde die Ruptur festgestellt und außerdem ergab die Aufnahme einen Schatten, so daß an einen Nierentumor gedacht werden mußte. In übersichtlicher Beschreibung der Technik wird die Wiederherstellung und die Epithelisation geschildert.

Blasenneubildungen. Verf. gibt eine außerordentlich praktisch eingeteilte Uebersicht der Blasengeschwülste, geordnet nach der Art ihrer Entstehung und ihrer Wirkung. Zusammenfassend muß gesagt werden, daß eine nicht geringe Rolle auch die Wichtigkeit der Erkennung des Blutes im Urin darstellt.

Hofbauer (Berlin).

The Journal of Urology.

November 1925.

* Vergleichende Studie über den Wert gefärbter Ausstriche und Kulturen bei der Diagnose der gonorrhoischen Vulvo-vaginitis. Sarah. A. Scudder.
Destruktive Veränderungen der weiblichen Harnröhre. Arthur B. Cecil.
* Weitere Studien über die Anwendung des Kreatinins zur Nierenfunktionsprüfung. Nelse F. Ockerblad.
* Die Schwierigkeit der Unterscheidung von Steinen der Harnwege und verkalkten Drüsen der Bauchhöhle im Röntgenbild. Arthur L. Chute.
* Doppelseitige Nierensteine. Gilbert J. Thomas.
Die Behandlungsweise der Blasentumoren, insbesondere der inoperablen Fälle. Ernest M. Watson.
Radium und Röntgenstrahlen bei der Behandlung des Prostatasarcoms. Hermon C. Bumpus.
* Natriumthiosulphat bei Mercurichloridvergiftung. Elmer Heß and A. F. Massaro.
Supraprabische Drainage vor Ausführung der Youngschen Operation in ausgewählten Fällen. Henry G. Bugbee.
Fälle von Harnverhaltung infolge von Klappenbildung der hinteren Harnröhre und einer Prostatacyste. Edward L. Keyes.
Die Anaesthesie bei kleinen urologischen Eingriffen. S. W. Moorhead.

Vergleichende Studie über den Wert gefärbter Ausstriche und Kulturen bei der Diagnose der gonorrhoischen Vulvovaginitis. Die Gärungsprobe ist zurzeit die einzige um den Gonokokkus von anderen Gram-negativen Diplokokken zu unterscheiden. Der Gonokokkus, der von Kindern stammt, vergärt Dextrose und gleicht hierin den Stämmen, die von Erwachsenen stammen.

Die Möglichkeit des Ueberwucherns der Gonokokken durch andere Gram-positive Gonokokken muß erst geprüft werden, bevor man einen Fall von Vulvovaginitis als unspezifisch bezeichnet.

In 30 Fällen hat Verfasser keinen Gram negativen Fall gefunden, der mit dem Gonokokkus morphologisch oder kulturell zu verwechseln gewesen wäre.

In 18 negativen Kontrollfällen wurde kein Organismus gefunden, der als Micrococcus catarrhalis hätte angesprochen werden können.

Der Abstrich ist noch immer das zuverlässigste Kriterium der gonorrhoischen Infektion, obwohl die Kulturen regelmäßig positiv sein werden, wenn das Material in akutem Stadium entnommen werden.

Weitere Studien über die Anwendung des Kreatinins zur Nierenfunktionsprüfung. Das Kreatinin ist nach Beobachtungen an über 1000 Fällen dem Phenolsulfophthalein an Wert für die Nierenfunktionsprüfung überlegen, da es feinere Ausschläge gibt. Die Tatsache, daß es ein Endprodukt des Stoffwechsels ist, keine weiteren Veränderungen im Körper erfährt und auch von keinem Organ oder Gewebe aufgespeichert wird, macht es für die funktionelle Untersuchung sehr geeignet. Es wird auch normaler Weise mit dem Blutstrom in den Nieren ausgeschieden. An Hand von acht verschiedenen Fällen, darunter auch Prostataerkrankungen, denen erklärende Kurven beigefügt sind, erläutert Ockerblad seine Erfahrungen. Eine ständig fallende Ausscheidungskurve ist ein Warnungssignal und zeigt gestörte Funktion an. Wir können mit dieser Reaktion uns über die Funktionstüchtigkeit einer Niere noch informieren, wo die Phenolsulfophthaleinprobe keinen Aufschluß mehr gibt. In Fällen von Prostatismus ist sie im Verein mit dem klinischen Bild und dem Blutchemismus von großem Wert.

Die Schwierigkeit der Unterscheidung von Steinen der Harnwege und verkalkten Drüsen der Bauchhöhle im Röntgenbild. Der Verfasser gibt sechs Fälle bekannt, die Schwierigkeiten in der Differential-Diagnose machten. Besonders kann die Deutung des Röntgenbildes erschwert sein, wenn ein positiver Urinbefund zu erheben ist, wir also z. B. eine Pyelitis haben und gleichzeitig den verdächtigen Schatten. Zwei Arten von Lymphdrüsen können unterschieden werden, diejenigen des Netzes und die retroperitonealen. Die ersteren zeichnen sich zumeist durch größere Beweglichkeit aus, wenn man eine Reihe von Durchleuchtungen vornimmt, verändern sie ihre Lage. Auch scheinen die Drüsenschatten oft gefleckter und weniger homogen gleichmäßig. In anderen Fällen wird man zur Unterscheidung Aufnahmen mit dem Kontrastkatheter machen müssen, um zu sehen, ob der Schatten außerhalb der Harnwege liegt. Verdeckt der Schatten die Nierenregion, so kann man zweckmäßig bei tiefer Inspiration aufnehmen, wobei dann oft die Nierenkontur aus der Zone des anderen Schattens heraustritt. Es bestand dann also kein Zusammenhang zwischen ihnen.

Doppelseitige Nierensteine. Verfasser berichtet über zwei ungewöhnliche Fälle von doppelseitigen Nierensteinen. Der erste betraf ein 16 Monate altes Kind, das unter Fiebererscheinungen an Pyurie erkrankt war. Röntgenologisch fanden sich in beiden Nierengegenden Schatten, die ihrer Menge halber nicht sicher als Nierensteine gedeutet wurden. Die später vorgenommene Operation ergab links 14 Steine, von denen einer bereits in den Harnleiter vorgedrungen war; zwei Monate später wurden 6 Steine aus dem rechten Nierenbecken entfernt. Zur selben Zeit aber waren schon wieder zwei Steinschatten links zu sehen, und zehn Monate nach dem zweiten Eingriff fanden sich Calculi in beiden Nierengegenden und fortdauernde Pyurie. Im zweiten Fall handelt es sich um einen 60jährigen Arteriosklerotiker, der mit Haematurie und Dysurie erkrankte. Die genaue urologische Analyse ergab beiderseits Nierensteine und neun Blasentumoren, über deren Natur nichts näheres gesagt wird.

Bei Durchsicht seines gesamten Materials kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß Nierensteine bei Säuglingen und Kindern in 6%, bei Erwachsenen in 12% doppelseitig sind, auch sind doppelseitige Steine in 66% multipel. In beiden Nierenbecken können große Steine symptomlos vorhanden sein. In jedem Fall von Pyurie bei Säuglingen und Kindern sollte an einen ruhenden Nierenstein gedacht werden. Es sollte in jedem derartigen Falle eine eingehende urologische Untersuchung erfolgen einschließlich eines Röntgenbildes des ganzen Harntraktus. Doppelseitige Steine, die multipel oder sehr groß sind, sollten nur im Notfall chirurgisch angegangen werden, da sie zumeist rezidivieren.

Natriumthiosulfat bei Mercurichloridvergiftung. Versuche an Ratten, die intravenös und subkutan Quecksilberchlorid bekamen und mit Natriumthiosulfat behandelt wurden. In einer ersten Versuchsreihe erhielten die Tiere eine tödliche Dosis intravenös und dann 1% Natriumthiosulfat pro Kilo Körpergewicht. Der Reststickstoff stieg rasch an und fiel dann zur Norm ab. Das Kontrolltier starb mit den Zeichen der akuten degenerativen Nephritis, eine zweite früh getötete Ratte zeigte gleichen Befund, das dritte Tier kam durch und lebte noch nach sechs Monaten. Drei weitere Ratten erhielten subkutan 10 ccm der 1% Lösung und Natriumthiosulfat wie oben. Alle drei zeigten nach dem Tode degenerative Nephritis. Diejenigen Ratten, die mehrere Tage hindurch täglich Gift und Gegengift eingespritzt erhielten, wiesen geringere Reststickstoffwerte auf als das Kontrolltier. In einer dritten Serie kam ein Tier bei intravenöser Gabe von Quecksilber und Thiosulfat durch, während ein anderes starb, da das erste Tier sofort nachgespritzt wurde, während das zweite das Antidotum erst 48 Stunden später erhielt.

E. Lehmann.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 1, Januar 1926.

Ueber exogene traumatische Hautsensibilisation. R. White, Lancaster.
* Chininausschlag. Lawrence G. Beinhauer, Pittsburgh.
* Der Einfluß von Einpflanzung von Hodensubstanz auf die Akne. Leo L. Stanley, San Quentin.
Ueber Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der modernen Therapie. William B. Tatum, Brooklyn.
* Betrachtungen über die Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der modernen Therapie. Edward R. Palmer, Louisville.
* Die Technik der intravenösen Injektion. Samuel M. Gellert.
* Die Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus. Albert Goldey, New York.
* Mundinfektion und ihre Beziehung zu nicht chirurgischen Erkrankungen des Uro-Genitalsystems. Elmer Heß, Erie.
Bluterguß der Prostata nach Massage. Charles E. Stolz, Los Angeles.
* Diathermie und Samenproduktion. Monroe E. Greenberger, New York.
Abbildung eines Falles von intraurethralem Schanker bei Hypospadie. Charles S. Levy, Baltimore.
Zur Abortivbehandlung der Primärlues. W. Bruck, Köln.

Chininausschlag. Ein Friseur, der beruflich mit Eau de Quinine hantieren mußte, bekam stets nach innerer wie äußerer Anwendung von Derivaten der Chinarinde einen ekzemartigen Ausschlag beider Handrücken, der nach Aussetzen dieses Mittels spontan in kurzer Zeit abheilte und sonst durch keine andere irritative innere oder äußere Ursache hervorzubringen war.

Der Einfluß von Einpflanzung der Hodensubstanz auf die Akne. St. sah in 82% seiner 36 Fälle von schwerer Akne günstigste Dauererfolge durch Einpflanzung von etwa haselnußgroßen Stücken von Hodensubstanz unter die Bauchhaut. Es wurden samenbereitende Zellen plus Interzellularsubstanz verwendet — Tierart wird nicht genannt — und jede andere gleichzeitige Therapie unterlassen. Die Akne heilte etwa in einem halben Jahre vollkommen ab.

Betrachtungen über die Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der modernen Therapie. Die moderne Syphilistherapie ist aufgebaut auf eine chemische Reaktion des Blutes, von deren Bedeutung eigentlich niemand etwas weiß. Ebenso unsicher ist die Annahme, daß das schwächer oder negativ Werden dieser, der Wa. Reaktion, einen Fortschritt in der Heilung bedeute; somit behandeln diejenigen Aerzte, die ihre Behandlungsweise nach den Ergebnissen der Wa.-Reaktion richten, einzig und allein ein obskures Symptom und nicht den Syphilitiker. Ferner versteht jeder Arzt unter dem sogenannten „dauernden Negativwerden" des Blutes etwas anderes; der eine versteht darunter einen Zeitabschnitt von 6 Monaten, andere einen solchen von 1, 2, 10, 20 Jahren. Es hat vielmehr auf Grund eigener Beobachtungen nach P. die positive Wa.-Reaktion bei einem Patienten, der sonst jahrelang frei von klinischen Symptomen ist, nichts zu sagen, und ein solcher Patient bedarf auch keinerlei Behandlung.

Die Technik der intravenösen Injektion. Für die intravenöse Injektion ist die Ellenbeuge der Ort der Wahl; da aber an beiden Seiten die Venen verschieden gut ausgebildet sind, soll man sich nicht auf eine versteifen, falls die Venen hier nicht günstig erscheinen, ja manchmal sind sogar die Venen am Oberarm, Handrücken, Unterschenkel usw. den Ellenbeugevenen vorzuziehen. Um die Venen besser hervortreten zu lassen, schnürt man oberhalb der Einstichstelle die Extremität ab, am zweckmäßigsten mit der Manschette des Blutdruckapparates. Als Spritze wählt man am besten die Luersche, da sie leichter sterilisierbar als etwa die Rekordspritze ist, und der Eintritt des Blutes bereits beim Eindringen in den Ansatz und nicht erst beim Eindringen in die Spritze wie bei Rekord sichtbar wird; am handlichsten ist eine von 10 ccm Inhalt, evtl. eine solche mit exzentrischem Ansatz. Die Nadel muß so dick sein, daß das durchgesaugte Blut nicht gerinnt, andererseits darf sie nicht zu dick sein, um eine möglichst kleine Oeffnung in der Venenwand zu machen; sie muß unbedingt scharf und spitz sein, worauf nach jedem Sterilisieren zu achten ist. Die Lösung soll steril und gefiltert sein. Die Injektion ist erst auszuführen, wenn man absolut sicher ist, daß die Nadel in der Vene liegt, was durch Eindringen von Blut in die Spritze nach Anziehen des Spritzenstempels festzustellen ist. Tritt trotz aller Vorsichtsmaßregeln eine Infiltration ein, so ist sofort aufzuhören, und eine Massage der Infiltrationsgegend vorzunehmen, um die Flüssigkeitsmenge möglichst zu verteilen und zu verdünnen, und um so möglichst geringe Reaktionserscheinungen hervorzurufen.

Die Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus. Der gonorrhoische Gelenkrheumatismus tritt gewöhnlich in der 2. oder 3. Woche des akuten Trippers auf und befällt hauptsächlich das Kniegelenk; halbmal so häufig setzt er sich in der Hüfte, Wirbelsäule oder Fußgelenk fest, während die anderen Gelenke nur sehr selten ergriffen werden. Da der gonorrhoische Rheumatismus kein besonderes Krankheitsbild, sondern nur eine Komplikation einer gonorrhoischen Posterior darstellt, die mit der Besserung des Grundleidens von selbst heilt, so braucht auch das erkrankte Gelenk gar nicht, sondern nur die Gonorrhoe selber behandelt zu werden. Während also die Gelenke sich selbst überlassen werden, werden täglich Katheterspülungen mit ½% Protargollösung der erkrankten Blase vorgenommen, dazu vorsichtige aber energische Massage der Prostata und der Samenblasen; alle zwei Tage intramuskuläre Go. Vaccineinjektion in steigender Dosis von 500 Millionen zu 1500 Millionen Einheiten. Intern 7½ g tgl. Urotropin und reichlichster Wassergenuß. Mit dieser kombinierten — aber nur mit der kombinierten — Methode hat G. 100% Erfolge.

Mundinfektion und ihre Beziehung zu nicht chirurgischen Erkrankungen des Uro-Genitalsystems. Auf Grund von eigenen Beobachtungen hält es Verfasser für notwendig, in allen Fällen von Nephritis eine gründliche Untersuchung des Mundes, besonders der Zähne und der Tonsillen, vorzunehmen, und etwaige krankhafte Veränderungen zu beseitigen; dies weniger, um die bestehende Nephritis zu heilen, als um Recidiven vorzubeugen. Auch bei Pyelitiden, Prostatitiden, Urethritiden — selbst bei solchen, bei denen in der Anamnese sich eine Go. findet — ist bisweilen eine Fokalinfektion die Ursache der Hartnäckigkeit des Leidens und nicht die Go., was der Erfolg nach Beseitigung dieser Infektionsquelle beweist.

Diathermie und Samenproduktion. Greenberger bestreitet, daß durch die Diathermie eine Schädigung der Spermatozoen eintritt. Bei seinen Patienten fand er stets auch nach mehrfach wiederholten, recht intensiven Durchwärmungen die Spermatozoen äußerst beweglich.

Dr. Bab.

California and Western Medicine.

23, Nr. 11, November 1925.

Kalifornische Liga zur Erhaltung der Volksgesundheit. Wallace I. Terry.
Der medizinische Beruf und das medizinische Reserveoffizierskorps. W. E. Musgrave.
Eröffnungsrede des Präsidenten in der Medizinischen Gesellschaft von Utah. Sol G. Kahn.
Bemerkungen über die Polyomyelitis. George E. Ebright, Charles E. Nixon und Leonard Ely.
* Schiefhals. William Arthur Clark.
Röntgenstrahlen-Tiefentherapie-Einrichtungen in Kalifornien. W. Edward Chamberlain und Robert R. Newell.
Motorische Unterbrechungen am Magen und die Freilegung des Blinddarms. R. C. Shawhan.
* Röntgenstrahlendiagnose von Nierentumoren. Mark Brown.
Suprasymphysärer cervicaler Kaiserschnitt. John Vruwink.
Behandlung von krankhaften Angstzuständen. Samuel D. Ingham.
Mucocele des Frontalsinus, verursacht durch ein Osteom. J. A. Bacher.
* Bluttransfusion. George H. Juilly.
Osteoarthritis, Bericht über einen ungewöhnlichen Fall. A. E. Banks.

Schiefhals. In sehr übersichtlicher Art und Weise schildert Clark seine Erfahrungen über die operativen Erfolge bei Schiefhals. Er führt zunächst die Literatur an und kommt dann zu dem Ergebnis, daß die Operationserfolge bei der sehr großen Zahl seiner Fälle sehr gut sind. Je jünger der Patient ist, umso besser war das Resultat und komplette Korrektur sowie Verschwinden von Gesichtsasymmetrie konnte bei Kindern unter 12 Jahren beobachtet werden. Bei Patienten über 20 Jahren ist ein guter Erfolg schon komplizierter, zuweilen ganz ausgeschlossen. Verfasser hebt zum Schluß besonders hervor, daß es sehr wichtig ist, die gegebenen Bedingungen vor der Operation genau zu prüfen, damit nachher der Patient unter Umständen nicht etwa schlechter daran ist als vorher.

Röntgenstrahlendiagnose von Nierentumoren. Die Röntgenologie ist eine sehr wichtige Hilfe bei der Diagnose der Nierentumoren. An der Hand von vier Krankengeschichten schildert Verfasser, wie mit Hilfe des Röntgenbildes ein Nierentumor festgestellt werden konnte. Bei drei von diesen wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt, im vierten Falle ergab die Sektion die Bestätigung.

Bluttransfusion. Schon lange vor Harveys Entdeckung des Blutkreislaufes haben Aerzte versucht, alte Leute zu verjüngen, indem sie ihnen Blut von jungen und kräftigen Individuen in die Venen injizierten. Die Bluttransfusion ist besonders wirksam bei Patienten, welche an einer ganz akuten Anämie leiden, wie z. B. noch einer Geburt, Magengeschwür usw. Das einzige Blut, welches nützt ist Menschenblut, das denselben Typus zeigt und genauestens geprüft worden ist. Es steht außer jeder Frage, daß die gesamte Bluttransfusion dem mit Natrium citricum versetzten Blut und der damit geübten Methode, weit überlegen ist.

23, Nr. 12, Dezember 1925.

* Glykose-Intoleranz gepaart mit Ekzem. Samuel Ayres, Jr
Der Gebrauch von Acidum lacticum-Vollmilch in der Privatpraxis. James W. Chapman.
Röntgenbestrahlung des Urinartraktus mit Bericht eines Falles von kongenitaler einseitiger Niere.. Francis B. Sheldon.
Gemütsbeeinträchtigung, ihre Wichtigkeit für die praktische Medizin. Charles Lewin Allen.

* Die Korrektur von Flexions-, Abduktions- und Rotations-Deformitäten der unteren Extremitäten, entstanden durch cerebrale Kinderlähmung. Richard H. Pyles.

Metastatisches Testicular - Carcinom mit Einschluß der abdominellen Mediastinal- und Supra - Claviculardrüsen; Behandlung mit Röntgenstrahlen. H. J. Ullmann.

* Frühe rachitische Veränderungen in Femur und Tibia. Halbert W. Chappel.

Einige wichtige Punkte in der Schnellheilung, in der vollkommenen Funktionswiederherstellung und die geringe Mortalität bei suprapubisch prostatektomierten Fällen. Herbert A. Rosenkranz.

Allergische Dermatitis, Bericht über einen durch Kamelhaar verursachten Fall. Albert H. Rowe.

Nützliche Mittel zur Behandlung einiger allgemeiner Verletzungen. Harry M. Wegeforth und Arthur Wegeforth.

Glykose-Intoleranz gepaart mit Ekzem. In einem vorläufigen Bericht, der sich mit den Glykose-Toleranz-Reaktionen beschäftigt, gibt Verfasser eine Uebersicht über 36 konsekutive Fälle mit typischem Ekzem. Die Versuche, welche in zwei Laboratorien angestellt wurden, wurden mit der Folin-Wu kalometrischen Technik ausgeführt. Die in nüchternem Zustande gewonnenen Blutzuckerwerte waren mit Ausnahme von wenigen Fällen in diesen Fällen mit Ekzem nicht absonderlich hoch. In sehr genauer Weise schildert Verfasser die Art der Technik, ihre Ausführung und die Ergebnisse. Von den 30 Fällen, welche einer Kontrolluntersuchung nach drei Stunden unterworfen wurden, waren 40% nicht zum Normalstand zurückgekehrt; zusammenfassend muß die Bedeutung dieser Arbeit besonders hervorgehoben werden.

Extremitätenkorrektur. Die Behandlung von Deformitäten der unteren Extremitäten ist die physiologische Ruhestellung, ohne welche nichts vervollständigt werden kann. Die cerebrale Kinderlähmung, so sagt der Verfasser, ist, wenn die gegenwärtige Kenntnis der primären Pathologie richtig ist, ein unheilbarer Zustand, bei welchem das Gehirn in seiner normalen Entwicklung durch irgend eine Verletzung behindert war, welche entweder teilweise oder gänzlich seine anatomische und physiologische Ganzheit zerstört hat. Die Operation, sei sie noch so präzise ausgeführt, hat doch manchmal reciproke Resultate in den betroffenen Muskeln, welche die cerebrale Kontrolle verloren haben, ergeben. Verfasser meint zum Schlusse, daß ein chirurgischer Eingriff nur dann gerechtfertigt sei, wenn akute strukturelle Deformitäten zu korrigieren sind, welches nicht durch irgendeinen Handgriff in Anästhesie zu erreichen ist.

Frühe rachitische Veränderungen in Femur und Tibia. Wenngleich die Aetiologie der Rachitis noch unbekannt ist und ihre frühen Symptome sehr ungewiß sind, so kann eine frühzeitige Diagnose mit Hilfe von Röntgenstrahlen definitiv gestellt werden. Demzufolge kann dann auch mit der Behandlung vor der Entwicklung von strukturellen Deformitäten begonnen werden und Verfasser zeigt in seiner Arbeit sowie in der anschließenden Diskussion sehr interessante Momente in Art und Erfolg der Behandlung.

Hofbauer, Berlin.

Aus der russischen Literatur.

W. Smotrov: **Experimentelle und klinische Beobachtungen über die Veränderung einiger physikalisch-chemischen Eigenschaften des Blutes.** Russkaja klinika, Bd. 3, Nr. 14. Die Versuche werden an Hunden ausgeführt, bei denen mehrere Male am Tage der Fibrinogen- und Thrombingehalt des Blutes nach der Wohlgemuthschen Methode bestimmt wurde. Ferner wurde die Blutgerinnungszeit im Apparat von Sitkowsky und Jegorow und die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten nach Westgren bestimmt. Darauf wurden die Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse unterbunden. Schon 24 Stunden nach der Operation stieg der Fibrinogengehalt des Blutes um das Doppelte, in den folgenden Tagen um das 4—8fache und kehrte nach 8—10 Tagen zur Norm zurück. Der erhöhte Fibrinogengehalt des Blutes ist nicht durch Fibrinogenzufuhr aus der Leber, sondern durch Strukturveränderungen, die in verschiedenen Organen gefunden wurden, zu erklären. Die Thrombinmenge blieb während der ganzen Zeit unverändert. Die Blutgerinnungszeit wies keine bedeutenden Abweichungen von der Norm auf. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten stieg mit Zunahme des Fibrinogengehalts bis 80—90 und mehr und fiel dann mit der Abnahme des Fibrinogengehalts zur Norm ab. Wurde den Hunden 8 Tage vor der Unterbindung intravenös 25—30 ccm einer Lösung von Ferrum oxyd. saccharatum eingeführt, so stieg anfangs der Fibrinogen- und Thrombingehalt des Blutes um das Doppelte, am Operationstage betrug er 62,5—125. Am 3. Tage nach der Operation begann wieder ein Anstieg, der bis zum 5. Tage, an dem die Hunde getötet wurden, andauerte. Im reticulo-endothelialen Apparat der Tiere war eine deutliche Eisenreaktion vorhanden, in den anderen Organen (Pankreas, Milz, Leber, Nieren, Nebennieren) wurden ebensolche Erscheinungen einer parenchymatösen Degeneration gefunden, wie sonst nach der Unterbindung des Pankreasausführungsganges. Nach Exstirpation der Schilddrüse stieg bei Hunden der Thrombingehalt des Blutes bedeutend an, nach Entfernung der Milz fiel er ab. Der Fibrinogengehalt nahm nach Thyreoidektomie bedeutend zu, nach der Splenektomie fiel er erst, um dann zur Norm zurückzukehren. Bei akuten und chronischen Infektionen, bei parenteraler Eiweißeinführung, bei Nephritis, Amyloid und bösartigen Neubildungen wurde erhöhter Fibrinogengehalt des Blutes gefunden. Beschleunigung und Verlangsamung der Blutgerinnungszeit hängt von der Vergrößerung oder Verminderung des Thrombingehaltes im Blut ab. Das entscheidende Moment für die Beschleunigung der Blutgerinnung bildet somit der Thrombingehalt, wie auch aus den Tierversuchen hervorgeht. Zugleich mit der Vermehrung des Fibrinogens im Blut steigt die Masse des Blutkoagulums. Erhöhung des Fibrinogengehalts im Blut geht häufig mit Beschleunigung der Erythrocytensenkung einher. Die Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit kann aber nicht als Methode zur Beurteilung der Veränderungen in den normalen Wechselbeziehungen zwischen den Kolloiden des Plasmas dienen.

W. Fokin: **Ueber den Zustand des vegetativen Nervensystems bei Magenerkrankungen.** Russkaja klinika, Bd. 3, Nr. 14. Die Beobachtungen wurden an 100 Personen angestellt. Davon waren 6 gesund, obgleich der Verdacht eines Magengeschwürs vorlag, 12 litten an Hyperacidität, 72 an Magen- und Duodenalgeschwür, 10 an Magenkrebs. Bei Hyperacidität war der Vagustonus immer erhöht, während der Befund des sympathischen Systems Schwankungen aufwies. Magen- und Duodenumgeschwür war der Vagustonus in 78% erhöht und der Tonus des Sympathikus in 60% herabgesetzt. Somit war in allen Fällen von Ulcus eine Störung des vegetativen Systems vorhanden. Fehlte sie, so war die klinische Diagnose „Ulcus" nicht richtig, wie Verf. in 6 Fällen, die zur Operation kamen, nachweisen konnte. Bei Magenkrebs wurde Depression des vegetativen Nervensystems, namentlich des Vagus festgestellt. Ein Zusammenhang zwischen Magenerkrankungen und dem vegetativen Nervensystem ist somit vorhanden, und hieraus ergeben sich Richtlinien für die Therapie.

A. Predtetschenskij: **Zur funktionellen Diagnostik der chronischen parenchymatösen Nephritis.** Russkaja klinika, Bd. 3, Nr. 14. Die Untersuchungsmethodik bestand in folgendem: Alle 3 Stunden, tags und nachts, wurde der Harn in fraktionierten Portionen untersucht mit Bestimmung des prozentualen Verhältnisses der Harnmenge zur eingeführten Flüssigkeit, des spezifischen Gewichts und des Prozentsatzes des ausgeschiedenen NaCl in jeder einzelnen Harnportion, Wasserprobe, Mehrbelastung, Gaben von NaCl. Die Untersuchungen führten zu dem Schluß, daß der chronischen parenchymatösen Nephritis stets eine Läsion des Gefäßapparates der Niere zugrunde liegt. Auf dieser Grundlage entwickelt sich das vielgestaltige Bild der vaskulären Glomerulonephritis, die sich in Polyurie, Oligurie, Anurie mit wechselnder NaCl-Ausscheidung äußert. Bei längerer Krankheitsdauer werden die Tubuli mit ergriffen, wobei NaCl-Retention erfolgt. So entwickelt sich aus einer vaskulären Erkrankung eine vaskulo-tubuläre. Die klinisch beobachteten Fälle teilt Verf. in zwei Gruppen. zur ersten Gruppe gehören solche, in denen nur der Nierengefäßapparat erkrankt ist — vaskuläre Nephritis. In diesen Fällen sind die Tubuli nicht erkrankt oder sie erkranken nur nachträglich, wenn die im Blute lange Zeit zurückgehaltenen schädlichen Stoffe eine Schädigung der Tubuli erzeugen. Die zweite Gruppe bilden die Fälle, in denen von Anfang an funktionelle Störungen sowohl des Gefäßapparates wie der Tubuli vorliegen. Die Mehrzahl der chronischen parenchymatösen Nephritiden bildet eine Mischform, wobei sowohl der Gefäßapparat wie die Tubuli erkrankt sind. Hierzu gesellen sich meist Veränderungen von seiten des Herzens. Die Bedeutung und der Nutzen der geschilderten Untersuchungsmethodik mit funktioneller Nierenprüfung besteht darin, daß auf solche Weise ein tieferer Einblick in die Funktion der erkrankten Niere gewonnen und so die Diagnose und namentlich die Prognose sicherer begründet wird.

I. Mnazakanov: **Zur Lehre von der Erythrämie (Morbus Vaquez).** Russkaja klinika, Bd. 4, Nr. 15. Verfasser schildert sehr ausführlich den Verlauf und die klinischen Symptome zweier von ihm beobachteter Fälle von Erythraemie (Polycythaemia rubra), die beide tödlich verliefen. Die Sektion ergab den typischen Befund. Die verschiedenen Theorien über die Krankheitsentstehung werden besprochen und auf die Analogie zwischen der Erythraemie und myeloiden Leukämie hingewiesen. Nach Ablehnung aller besprochenen Theorien spricht sich Verf. dafür aus, daß vermutlich beide Krankheiten infektiösen Ursprungs sind.

M. Woskressenskij: **Beobachtungen über die unmittelbare Wirkung der Sonnenbäder auf den Blutdruck.** Wratschébnoje Djelo, Jahrg. 1925, Nr. 12/14. Die Beobachtungen wurden an leicht Lungenkranken gemacht, die, am Strande liegend, der direkten Wirkung der Sonnenstrahlen ausgesetzt waren. Unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen war meist eine erhöhte Tätigkeit des peripherischen arteriellen Systems nachzuweisen. Der systolische Blutdruck sank, während der diastolische unverändert blieb oder leicht anstieg. Fälle von herabgesetzter Tätigkeit der peripherischen Artérien kamen selten vor. Hierbei zeigt der systolische Blutdruck die Tendenz zum Steigen, bei Abfall des diastolischen. Die Arbeit des zentralen Herzens wird bei Abschwächung der Tätigkeit des peripherischen arteriellen Systems (des peripherischen Herzens) gesteigert. Eine solche Abschwächung der arteriellen Arbeit oder, wie der Verf. sich ausdrückt, der peristaltischen Gefäßwelle wurde vorzugsweise bei Kranken mit stärker ausgesprochener (exsudativer) Lungenerkrankung beobachtet. Die Behandlungserfolge waren aber bei Kranken mit Abschwächung der arteriellen Tätigkeit nicht schlechter als bei solchen mit verstärkter Arterientätigkeit. Kranke, die Sonnenbäder und hohe Lufttemperatur schlecht vertrugen, wiesen eine mangelhafte Funktion der peripherischen Gefäße auf. Personen mit kräftig funktionierenden Gefäßen vertrugen beides.

G. Kovtunowitsch und M. Paltschewskaja: **Versuch der Behandlung entzündlicher Erkrankungen nach Besredka.** Wratschébnoje Djelo Jg. 8, Nr. 12/14. Zur Vaccinetherapie wurden Streptokokken- und Staphylokokkenkulturen angewandt, die auf alkalischer Bouillon gezüchtet und dann entweder filtriert oder 20 Minuten lang auf 100° erhitzt worden waren. Das Filtrat wurde in Form von Umschlägen auf die rasierte Haut appliziert. Von den 17 so behandelten Kranken litten 4 an Osteomyelitis, 3 an Mastitis, 7 an Furunkulose, 1 an subperiostalem Abszeß, 1 an Ulcus cruris mit Thrombophlebitis, 1 an Hämatom nach Herniotomie, das Streptokokken enthielt. In allen Fällen von Furunkulose, Mastitis, Ulcus cruris, Hämatom und subperiostalem Abszeß trat Heilung, bei Osteomyelitis Besserung ein. Die Verff. erklären daher die Vaccinetherapie nach Besredka für eine wirkungsvolle Behandlungsmethode, die den Vorzug hat, daß hierbei kein chirurgischer Eingriff erforderlich ist. Das für den praktischen Arzt schwierige Filtrieren kann durch Erwärmen der Kulturen auf 100° ersetzt werden. Die Anwendung der Umschläge führte nie zu anaphylaktischen Erscheinungen, weshalb die Verff. das Auftreten der Anaphylaxie auf perkutanem Wege für fraglich halten.

N. Shiwago und W. Ljubarskij: **Ueber die Zellreaktion des Organismus auf Einführung von Tuberkelbazillen.** Wratschébnoje Djelo, Jahrg. 1925, Nr. 15/17. Wird in die Bauchhöhle von weißen Mäusen und Meerschweinchen eine bestimmte Menge von Tuberkelbazillen eingespritzt, so bildet sich ein Exsudat, das aus polymorphkernigen Leukocyten, Lymphocyten und großen einkernigen Zellen besteht, welch letztere als typische Makrophagen oder Histiocyten (Aschoff) anzusehen sind. Anfangs herrschen im Exsudat die Lymphocyten vor, die jedoch bald an Zahl abnehmen, während die Zahl der polymorphkernigen Leukocyten zeitweilig und die der Histiocyten ständig stark zunimmt. Die Phagocytose der Tuberkelbazillen geschieht vorzugsweise durch die Histiocyten und (beim Meerschweinchen) z. T. auch durch die polymorphkernigen Leukocyten. Auf die Einführung von säurefesten Saprophyten reagierten weiße Mäuse mit Ansteigen der Zahl der Makrophagen und polymorphkerniger Leukocyten, bei Meerschweinchen bildeten die polymorphkernigen Leukocyten 60—72% der Gesamtzahl der Zellen. Alttuberkulin rief sowohl bei Mäusen wie bei Meerschweinchen mäßige Vermehrung von Makrophagen und starke Zunahme der polymorphkernigen Leukocyten hervor. Verschiedene andere Stoffe (Fette, Lipoide, Eiweiß, Milch, Lecithinemulsion, Oelemulsion, 10 prozentige Zuckerlösung) riefen ebenfalls Exsudatbildung mit zahlreichen Makrophagen und polymorphkernigen Leukocyten hervor, doch waren die Zahlenverhältnisse der Zellen bei den einzelnen Stoffen verschieden. Die Rolle der Lymphocyten hält Verf. für noch nicht aufgeklärt.

I. I. Ljaschtschenko: **Die Veränderungen im Herzen und im Gefäßsystem bei Kohlengrubenarbeitern.** Gigiena truda, Jahrg. 1925, Nr. 5. Mit der Verlängerung der Arbeitsdauer unter Tag steigt die Häufigkeit der Herzerweiterung und der Veränderungen an den Blutgefäßen. Am häufigsten kommen Herzerweiterung und Insuffizienz des cardiovaskulären Systems bei Häuern und Ausschlägern vor. Bei den Kohlengrubenarbeitern werden Erkrankungen des Herzens und der Gefäße früher und häufiger beobachtet als unter der übrigen Bevölkerung desselben Gebiets. Erkrankungen der Kreislauforgane werden bedeutend häufiger unter denjenigen Arbeitern angetroffen, die auf den Bergwerken geboren und aufgewachsen sind, als bei solchen, die aus den Dörfern kommen. Von der Gesamtzahl der an Herz- und Gefäßerkrankungen leidenden Arbeiter waren Kinder von Bauern und auf dem Lande geboren 10%, Kinder von Arbeitern und auf dem Lande geboren 12% und Kinder von Arbeitern und in den Bergwerken geboren 78%. Bei Arbeitern, die in Gasgruben beschäftigt sind, kommen Erkrankungen des Herzens und der Gefäße bedeutend häufiger vor als bei den anderen Arbeitern. Infektiöse Endokarditis wird bei Kohlengrubenarbeitern häufiger beobachtet als bei ihren Familienmitgliedern und unter der Dorfbevölkerung. Die Herzvergrößerung und die Erkrankungen der Gefäße sind wesentlich bedingt durch die Untertagarbeit, die durch Ueberanstrengung des Herzens und des Gefäßsystems zu einer Störung der Hämodynamik sowie des Herz- und Gefäßtonus führt.

M. Schapiro-Aronstamm: **Die Arbeitsbedingungen und der Gesundheitszustand der Arbeiter in der Phosphorindustrie.** Gigiena truda, Jg. 1925, Nr. 5. Der Verf. untersuchte die Arbeiter einer Fabrik, in der Phosphor aus Knochen hergestellt wird. Die Anlage und Einrichtung der Fabrik ist höchst primitiv und die Arbeitsbedingungen derart, daß die Gesundheit der Arbeiter in jeder Hinsicht gefährdet ist. Die Hauptschädlichkeiten bestehen in der Einatmung von Knochenstaub beim Zermahlen der Knochen und von Schwefelsäuredämpfen, die beim Auslaugen der Knochen in den Arbeitsraum dringen, ferner in der niedrigen und ungleichmäßigen Temperatur und in der unbequemen gebeugten

Stellung der Arbeiter beim Mahlen. Außerdem ist der Arbeitsraum meist mit Wasserdampf gesättigt, dem sich auch Phosphordämpfe hinzugesellen, da der Phosphor in offenen Eimern und Kesseln erwärmt wird und die Ventilation ungenügend ist. Phosphorpartikel, die aus den Gefässen verschüttet werden, entzünden sich leicht, und hierdurch entsteht die Gefahr der Verbrennung für die Arbeiter. Ein großer Prozentsatz der Arbeiter leidet an Erkrankungen der Atmungsorgane, der Augen, des Herzens und der Gefäße. Symptome einer chronischen Phosphorvergiftung — Kiefernekrose — wurden nicht beobachtet. Der Zusammenhang anderer Krankheitserscheinungen, wie Verdauungsstörungen, Uebelkeit, Unterernährung, mit der Wirkung des Phosphors ist fraglich.

R. Lurija: **Die klinischen Typen der Malariakranken.** Westnik sowremennoi mediziny, Nr. 3, 1925. Die Klinik der Malaria ist viel weniger erforscht als ihre Parasitologie und Epidemiologie, und namentlich weniger als die Klinik der anderen chronischen Infektionskrankheiten. Die klinischen Erscheinungen der Malaria gehen weit über den Rahmen des gewöhnlich beobachteten Bildes des Fieberparoxysmus hinaus, wie schon aus den zahlreichen und verschiedenartigen pathologisch-anatomischen Veränderungen der Organe und Organsysteme, die von der Malaria betroffen werden, zu erwarten ist. Der mangelhaften klinischen Erforschung entspricht die ungenügende und verworrene Nomenklatur der verschiedenen Formen der Malaria. L. empfiehlt als Einteilungsgrundlage den Zustand der Immunität oder das biologische Prinzip. Bei der Malaria handelt es sich nur um eine partielle Immunität oder um den Zustand einer labilen Infektion. Die Malaria beginnt nicht immer mit einem akuten Fieberanfall; es gibt Fälle von Malaria tertiana, die von Anfang an mit remittierendem Fieber verlaufen. Zuweilen tritt das Fieber hinter der Malariaerkrankung eines Organs ganz zurück. Solche Erkrankungen bezeichnet der Verf. als epimalarische. Unter 291 Malariakranken mit frischer Infektion waren 20,6% ohne Fieber, aber mit Plasmodien im Blut, Urobilinurie, erhöhter Bilirubinämie, Mononukleose. Nach dem Ueberstehen der primären Infektion und erfolgter Behandlung, aber mitunter auch ohne Behandlung, beginnt das zweite Stadium der Malaria, das kompensierte. Es entspricht bis zu einem gewissen Grade dem Zustande, der früher als latente Malaria bezeichnet wurde. Aus dieser Krankengruppe sind aber solche auszuscheiden, die klinisch und biologisch als ganz gesund angesehen werden können, bei denen jedoch im peripherischen Blut leicht Gameten — besonders bei Malaria tropica — nachgewiesen werden, ohne sonstige Malariasymptome. Solche Plasmodienträger kamen häufig zur Beobachtung, seitdem bei allen eintretenden Kranken das Blut auf Plasmodien untersucht wurde. Die Diagnose der kompensierten Malaria beruht auf dem Nachweis einer hartnäckigen und andauernden Mononukleose einer unmotivierten Urobilinurie und (dem Nachweis) von Bilirubin im Blutserum. Die Dekompensierung der Malaria, die leicht durch äußerliche Schädlichkeiten zustande kommt, beginnt mit dem Moment, da infolge der gestörten Partialimmunität die Plasmodien aus dem Ruhezustande zum Wachstum übergehen. Hierbei tritt nicht immer Fieber auf. Unter 615 stationären Kranken wurde bei 480 Fieber beobachtet, 135 waren fieberfrei. Verf. teilt daher die dekompensierte Malaria in eine fieberhafte und fieberlose Form. Unter den fieberhaften unterscheidet er 3 Typen: 1. Rezidive mit cyclischem oder unregelmäßigem Verlauf, 2. rudimentäre Formen mit kaum merklichen Temperaturschwankungen, 3. Fälle mit einzelnen hohen Temperaturanstiegen infolge von zufällig oder künstlich provozierter Malaria. Bei der dekompensierten fieberhaften Malaria gelingt es nicht immer, Plasmodien im peripherischen Blut nachzuweisen. Die fieberlose dekompensierte Malaria verläuft atypisch unter dem Bilde einer chronischen Infektion mit Anämie, Abmagerung, allgemeiner Schwäche, ähnlich der Tuberkulose. Häufig erfolgen hierbei Malariaerkrankungen der Respirations- und Digestionsorgane, Cholecystitis, Nierenerkrankungen, Erkrankungen des peripherischen und zentralen Nervensystems und Psychosen, die sich unter spezifischer Behandlung bessern. Diese epimalarischen Erkrankungen sind streng von Komplikationen der Malaria mit Organerkrankungen anderen Ursprungs, z. B. einer croupösen Pneumonie, Dysenterie u. a. zu unterscheiden. Die dekompensierte Malariaform kann durch Behandlung wieder in die kompensierte übergehen, um nach einiger Zeit durch irgendwelche Schädlichkeiten wieder dekompensiert zu werden. Schließlich kann entweder vollständige Heilung erfolgen oder das letzte, das terminale Stadium eintreten, das durch schwere funktionelle und anatomische Störungen des Zirkulationsapparates, der endokrinen Drüsen und anderer Organe charakterisiert ist. Dies sind die Krankheitszustände, die gewöhnlich als Malariakachexie beschrieben werden, die aber richtiger als epimalarische Erkrankungen bezeichnet werden. Somit unterscheidet der Verf. 5 Stadien: die Inkubation (die 8—9 Monate dauern kann), die primäre Infektion, die kompensierte Form, die dekompensierte und das Terminalstadium. Ferner schildert der Verf. die Verlaufseigentümlichkeiten der Malaria bei gleichzeitiger Infektion mit 2—3 Plasmodiumarten, z. B. tertiana und tropica. Auch in diesem Falle kann eine zeitweilige Kompensation beider Typen erfolgen, bis durch äußere Einflüsse bald der eine, bald der andere Typus dekompensiert wird. Diese Fälle bilden eine besondere Gruppe der gemischten Malariainfektion. Es können aber auch andere Infektionen sich zu der Malaria hinzugesellen, wie Fleckfieber, Typhus abdominalis, Rekurrens u. a. Nach Ablauf der akuten Infektion kann die bisher kompensierte Malaria leicht in die dekompensierte Form übergehen. Die Kombination der Malaria mit chronischen Infektionskrankheiten, wie z. B. Tuberkulose, bedarf noch einer weiteren Beobachtung und Erforschung.

F. Dörbeck, Berlin.

Buchbesprechungen.

Dr. H. A. Adam: **Einführung in die Psychotherapie.** J. F. Bergmann, 123 S., 6,60 M. — Adam hat eine sehr schwierige Aufgabe gemeistert. Der Psychotherapeut weiß, daß er sich auf einem Gebiete bewegt, das den meisten der außerhalb dieses Gebietet tätigen Kollegen beinahe fremdartig anmutet, und daß kurze Berichte nicht allzu viel Aussicht haben, geglaubt oder gar verstanden zu werden. Und nun gar eine Uebersicht über das ganze große Gebiet, die nur Hauptstationen und allenfalls einzelne Verbindungslinien angibt! Man kann es verstehen, daß Verf., wie er einleitend bemerkt, nicht ohne Bedenken an die Arbeit gegangen ist. Um so größer die Genugtuung, daß es ihm gelungen ist, auf 123 Druckseiten nicht nur das eigentliche Thema, die Psychotherapie nach Indikationen und Methodik so abzuhandeln, daß das Buch ein Wegweiser und Ratgeber sowohl für den Allgemeinpraktiker wie den Adepten der Psychotherapie genannt werden muß, sondern obendrein die philosophischen, psychologischen, neurologischen und psychiatrischen Grenzgebiete soweit zu besprechen, daß die Wege, die von diesen Disziplinen aus zur Psychotherapie hinführen, klar kenntlich werden. Das Buch ist im wesentlichen referierend, doch teilt Verf. an vielen Stellen auch seine eigne Ansicht mit. Unter Hinweis auf mein Werk „Die Entdeckung der Seele“ möchte ich bemerken, daß ich die Identifizierung von Bewußtsein und Psyche für einen erkenntnistheoretischen Fehler halte, ferner die Auffassung Verworns von dem Bewußtsein als einen Dissimilationsprozeß im Stoffwechsel von Ganglienzellen der Hirnrinde nicht teilen kann, ebenso wenig die Vorstellung vom Zustandekommen der sog. Hemmungen usw. Verworn hat ebenso wie Wundt, Ziehen u. a. Assoziationspsychologen die Psychologie der Gefühle nicht gekannt. Zum praktischen Teil des Buches möchte ich bemerken, daß ich es nicht wie Verf. für angebracht halte, daß der Allgemeinpraktiker sich mit einzelnen Brocken der Freudschen Psychoanalyse an den Patienten wendet; wer nicht die Analyse methodisch durchführen kann, soll es m. E. ganz unterlassen, dieses Gebiet zu berühren. Im übrigen wäre noch mancherlei zu einzelnen Punkten zu sagen, doch beziehen sich diese Einwände auf die referierten Materialien, nicht auf das

Buch, das, wie gesagt, als Einführung in die Psychotherapie sehr gut gelungen ist. **Hans Lungwitz.**

Dr. O. v. **Holbeck**, Geschäftsführer des „Fünften Wohlfahrtsverbandes“, **Grundzüge der Organisation der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland.** Zweite Veröffentlichung des „Fünften Wohlfahrtsverbandes“. Zunächst wird in der Einteilung die gewöhnliche Einteilung in öffentliche und freie Wohlfahrtspflege defniert. Die Bezeichnung „öffentliche“ Wohlfahrtspflege im Gegensatz zur „freien“ ist nicht zwingend, da auch die freie Wohlfahrtspflege eine „öffentliche“ ist; es wäre vielleicht richtiger, für „öffentlich“ die Bezeichnung „amtlich“ einzuführen und die „nicht amtliche“ als „freie“ Wohlfahrtspfege zu bezeichnen. Es folgt eine Uebersicht über die sieben Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege:

1. Zentralausschuß für die innere Mission der deutschen evangelischen Kirche.
2. Deutscher Charitas-Verband (Charitasverband für das katholische Deutschland).
3. Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden.
4. Deutsches Rotes Kreuz.
5. Fünfter Wohlfahrtsverband.
6. Hauptausschuß für Arbeiterwohlfahrt.
7. Zentraler Wohlfahrtssausschuß der christlichen Arbeiterschaft mit ihren Arbeitsgebieten in den verschiedenen Abteilungen und Kommissionen sowie in den einzelnen Fachverbänden.

Dann schildert der Verfasser die lokalen Verbände und die Reichsfachverbände der freien Wohlfahrtspflege und im Anschluß daran werden die Verbände der deutschen Liga für freie Wohlfahrtspflege aufgezählt und ein Gesamtüberblick über die ganze Organisation gegeben.

Wenn man die vorliegende Schrift genau gelesen hat, so kommt einem klar und deutlich zu Bewußtsein, wieviel Hilfe die freie Wohlfahrtspflege in Deutschland leistet und wie wichtig die freie Wohlfahrtspflege in Deutschland ist; besonders wenn man bedenkt, daß unser Volk nach dem Kriege schwer zu leiden hatte und infolgedessen die freie Wohlfahrtspflege unendlich viel — wenn auch leider noch lange nicht alles — Elend lindern konnte.

Es wäre sehr zu empfehlen, wenn gerade in Aerztekreisen von dieser Schrift Kenntnis genommen würde.

Hofbauer (Berlin).

Prof. Dr. C. G. **Jung**: **Wandlungen und Symbole der Libido.** Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens. 2. Aufl. Franz Deuticke, 1925. 430 S., 7,80 M. — Unveränderter Neudruck der vor 12 Jahren erschienenen ersten Auflage. „Die wirkliche Absicht dieses Buches beschränkt sich auf eine möglichst gründliche Ausarbeitung aller jener geistesgeschichtlichen Faktoren, die in einem unwillkürlichen individuellen Phantasieprodukt zusammenkommen“ (Vorwort). **Jung**, bekanntlich früher Schüler und Mitarbeiter von **Freud**, gibt hier die weit in die Mythologie und Wort-Etymologie hineingeführte Analyse eines Phantasiematerials einer ihm unbekannten jungen Amerikanerin; er meint damit den Beweis zu erbringen, daß „neben den offensichtlichen persönlichen Quellen die schöpferische Phantasie auch über den vergessenen und längst überwucherten primitiven Geist mit seinen eigentümlichen Bildern verfügt, die sich in den Mythologien von allen Zeiten und Völkern ausdrücken“. Jung bringt aber nur den Nachweis, daß sich Phantasien in diesem Sinne **deuten** lassen, daß es bei genügender Kenntnis der Antike möglich ist, zu rezenten Phantasien (und überhaupt zu Gegenwärtigem) zahlreiche Analogien in jener Vergangenheit aufzufinden. Er meint, die Existenz eines „kollektiven Unbewußten, welches in potentia jedem Individuum durch Vererbung mitgegeben sei“ glaubhaft gemacht zu haben, während doch die Auffindung historischer Parallelen eben Historie ist, d. h. Ablauf von gegenwärtigen Begriffsreihen, deren gegenständliche Vorlage wir nicht mehr erleben. Trotzdem ich die Problemstellung und die Deutung der gefundenen Tatsachen nicht für zutreffend halte, habe ich das Werk mit großem Genuß gelesen und bin überzeugt, daß es jedem, der für Entwicklungspsychologie Sinn hat, ebenso ergehen wird und ergangen ist. Die Reichhaltigkeit der Daten, die Gründlichkeit der Forschung, für den Nicht-Eingeweihten die Fülle von Ueberraschungen, nicht zuletzt auch die liebenswürdige Schreibweise des Verf. sind dick zu unterstreichende Vorzüge dieses Werkes. — Was die Ausdehnung des Libidobegriffes bis zur Identität mit „Willen überhaupt“, mit Gott, mit dem „Prinzip“ angeht, so steht Jung meiner Auffassung vom „Trieb“ (Eronenlehre) nach, die ich in meiner „Entdeckung der Seele, Allgemeine Psychobiologie“ dargelegt habe. Gegen die Formulierung aber, daß zahlreiche, komplizierte Funktionen, denen heutzutage Sexualcharakter mit allem Recht aberkannt werden muß, ursprünglich doch nichts weiter als Abspaltungen aus dem allgemeinen Propagationstrieb sind, muß ich den oben skizzierten Einwand erheben; realiter kann man zwar vielleicht poetisch sagen „Im Anfang war der Trieb“, aber ein hundertprozentiges Propagationsurwesen ist durchaus unvorstellbar.

Hans Lungwitz.

Prof. Dr. **Fritz Salzer**: **Augendiagnose und Okkultismus.** 100 S., 2,80 M. — Dr. med. **Heinz Kleeblatt**: **Ueber die Augendiagnose.** 44 S., 2 M. Beide bei Ernst Reinhardt, München. — **Salzer** legt seine Meinung dar, daß „die Augendiagnose oder Iridoskopie als Fossil aus einer längst entschwundenen Epoche der Medizin . . . in unserer Gegenwart herumspukt“, und daß es „unserer aufgeklärten Zeit vorbehalten blieb, ein wahres Triumphgebäude des Wahns auf dieser Basis aufzubauen“. „Vielfache exakte Nachprüfungen haben ergeben, daß die Behauptungen der Augendiagnostiker vollständig unzutreffend sind.“ Die Augendiagnostiker sind Salzer eine Menge Tatsachen und Ueberlegungen vor, aus denen seine Ablehnung der Augendiagnose resultiert.

Demgegenüber tritt der Arzt Dr. **Kleeblatt** für die Augendiagnose ein. Er hält zwar die Diagnosen Felkes für falsch, hat aber im Anschluß an die Erfahrungen, die er als junger Mediziner bei Felke sammeln konnte, die Methode entwickelt und dabei gereinigt, d. h. auf das Maß des wissenschaftlich Haltbaren, aber nun auch zu Haltenden eingeengt. Zunächst betont er, daß die Augendiagnose lediglich ein diagnostisches Hilfsmittel ist, allerdings ein sehr feines, indem sich in Veränderungen der Iris Organstörungen anzeigen, die zu klinischen Symptomen führen, ohne selber als krank am Symptom erkennbar zu sein. Diese Veränderungen der Iris sind nach den Erfahrungen des Verf. und anderer Aerzte spezifisch für bestimmte Organe; diese sind in bestimmten Feldern der Iris vertreten. Die Augendiagnose ermöglicht also die Erkennung des Organs, von dem letzten Endes eine Krankheit ausgeht, und darin liegt ein großer Vorteil dieser Methode.

Hans Lungwitz.

Fortschritte der Sexualwissenschaft und Psychanalyse. Herausgegeben von Dr. **Wilhelm Stekel**, redigiert von Dr. **Anton Mißriegler** und Dr. **Fritz Wittels**. I. Band, 420 S., 11,60 M. Franz Deuticke, 1924.

Zum ersten Male tritt das Jahrbuch der Vereinigung unabhängiger ärztlicher Analytiker vor die Oeffentlichkeit. Diese Vereinigung steht bekanntlich unter der Aegide **Wilhelm Stekels**, eines Freudschülers, der sich von dem orthodoxen Freudianismus abgewandt und eine eigne Schule begründet hat. Im Vorwort hebt Stekel die drei Hauptpunkte hervor, in denen sich seine Methode „Psychanalyse“ zu treiben, von der echten Freudschen „Psychoanalyse“ unterscheidet; es ist klar, daß die orthodoxe Schule diese Formulierungen nicht als „Unterschiede“ gelten lassen wird, die die Gründung einer neuen Schule rechtfertigen (ebenso wenig wie die **Adler**sche oder **Jung**sche Auffassung). Die „intuitive“ Arbeitsweise des Psychanalytikers, die es ihm freistellt, dem Patienten die „wichtigsten Motive“ auf den Kopf zuzusagen, also die „aktive Methode“, muß ich als nicht bedenklich bezeichnen; ohne Intuition kann jemand selbstverständlich weder Psychanalytiker noch Psychoanalytiker noch Arzt überhaupt sein, aber es gehört doch eine besonders hohe intuitive Fähigkeit dazu, abzuwägen, ob nicht die überrumpelnde Mitteilung sog. wichtigster Motive, die noch dazu allesamt sexuell gedeutet werden, in eine Eruption hineinführt. Gerade die Selbstmordfälle unter den Psychoanalytikern (Tausk, Silberer) geben zu denken. Ich persönlich vermag der Deutekunst Stekels, die vielfach dichterische Blüten treibt, nicht überall zu folgen und glaube, daß seine Art zu analysieren, zum guten Teil Suggestion ist. Diese Auffassung finde ich auch in dem vorliegenden Werke bestätigt. Sein einleitender Aufsatz „Die Polyphonie des Denkens“, ein Versuch, die Denkvorgänge allegorisch zu fassen, ist mehr Dichtung als Wissenschaft. Nur ein Beispiel: in den beiden gesperrt gedruckten Sätzen „Wir träumen ohne Unterbrechung. Auch unser waches Leben ist von Träumen begleitet“ sind die Grenzen des wissenschaftlichen Begriffes „Traum“ derart gelockert, daß ich nicht zustimmen kann; der Traum ist kein Wachleben, und das Wachleben ist kein Traum, und rettet man sich in den Terminus „unbewußter Traum“ (was Stekel nicht tut), so verliert man sich erst recht in die deuterische Phraseologie, die wir in der Wissenschaft nicht gebrauchen können, sondern allenfalls als Dichtung passieren lassen. Viel näher der Gegenständlichkeit liegen die folgenden Arbeiten Stekels wie auch der übrigen Autoren Graven, Heberer, Wittels, Sonnenschein, Mießriegler, Gerster, Gutheil, Tremmel, Kaplan, af Geijerstamm, die sich hier im wesentlichen mit dem epileptischen Symptomenkomplex und verwandten Zuständen beschäftigen und über schöne Heilerfolge zu berichten wissen. Auch aus diesen Mitteilungen habe ich den Eindruck, daß Stekel und seine Schule, ohne es zu wissen und selbstverständlich, ohne es zuzugeben, stark mit Suggestion arbeiten — womit ich aber weder ein Lob noch einen Tadel (wie käme ich dazu?), sondern nur meinen Eindruck ausspreche. Mit der Stekelschen Lockerung des klinischen Begriffs „Epilepsie“ (vgl. oben Lockerung des Begriffs „Traum“) kann ich mich nicht einverstanden erklären. Wir wissen alle, daß die Krankheitsbilder, auch die Epilepsie, nicht mit mathematischen Linien abgegrenzt sind; unsere Termini sind Begriffe für ein wechselndes biologisches Geschehen, aber dieses bleibt eben doch innerhalb spezifischer Variationen konstant. Es gibt doch eine Pneumonie, nicht bloß einen pneumonischen Symptomenkomplex, wenn auch jede Pneumonie anders aussieht. So gibt es auch — unbeschadet der Verwandtschaft mit der Hysterie — eine Epilepsie. Sie ist nach meiner psychobiologischen Auffassung (s. „Entdeckung der Seele, Allgemeine Psychobiologie § 108“) eine Haßneurose, ein Infantilismus von Haßsystemen, der entspr. der spezifischen Periodizität aktuell ist als „Anfall“. Auch Stekel und seine Mitarbeiter sind der Ansicht, daß der Haß, wie Stekel sagt, „das treibende Element in der Seele des Epileptikers“ ist, aber der Haß ist keineswegs „das Primäre im Menschen“, der Haßausbruch nicht die „Urreaktion“, vielmehr ist Haß ein sehr zivilisiertes Gefühl, ist schon Neurose. Und indem Stekel weiter sagt, der Anfall entstehe häufig durch die Angst vor der Strafe Gottes, wird die These vom Haß einigermaßen unsicher — oder es werden wieder Begriffe gelockert. Das Werk enthält eine Fülle von klinischen Tatsachen und legt Zeugnis ab von der Gabe scharfer Beobachtung, von dem großen Fleiße und der hohen Menschenliebe auch dieser analytischen Schule.

Hans Lungwitz.

W. Parrisius: **Röntgenbehandlung innerer Krankheiten 1926.** 54 Abb., 234 Seiten, 18 Rm., Hirzel-Leipzig. — Parrisius, Leiter der Röntgenabteilung der medizinischen Universitätsklinik zu Tübingen, hat in einem fleißigen Werk die Anschauungen der in- und ausländischen Literatur, so weit sie für ihn erreichbar war, über die Anwendung der Röntgenstrahlen bei inneren Leiden zusammengestellt. Voraus geht eine physikalisch-technische Einführung, welche das nötige Verständnis für die Vorgänge, welche sich bei der Erzeugung der Röntgenstrahlen abspielen und die Bedingungen, welche diese ermöglichen, auch dem Nichtfachmann in schöner, leicht faßlicher Weise klar machen. Die Tübinger Schule kommt natürlich bei Abhandlung über die Hautreaktion mit der Kapillarmikroskopie zu Wort, welche im Verdachtsfall ebenso wie die einfache probatorische Höhensonnenbestrahlung noch vor der Anwendung von Röntgenstrahlen bei disponierenden Grundkrankheiten, wie Nephritis, Basedow u. a., die warnende Erkenntnis ermöglichen kann, daß derartige Individuen stärker auf Röntgenstrahlen reagieren, wie man das sonst zu sehen gewohnt ist. Verfasser vertritt mit Recht einen sehr vorsichtigen Standpunkt bezüglich Indikation und Dosierung der Röntgenstrahlen, wenn man auch bisweilen den Eindruck hat, als ob gerade im Hinblick auf die Indikationsstellung die Chirurgie in althergebrachter Weise zu sehr bisweilen gegenüber der Röntgenbehandlung bevorzugt würde. Diese Vorsicht macht es auch verständlich, daß der Autor, nach anfänglich enttäuschenden Versuchen, die er z. B. seinerzeit mit der Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose hatte, weitere mit Bruchteilen der ursprünglichen Dosierung nicht mehr unternahm. So trifft man denn häufig auf die Bemerkung des Autors: „Eigene Erfahrungen besitzen wir nicht“, wenn, wie bei Tonsillenhypertrophie oder Magengeschwür, tierexperimentelle Ergebnisse oder vereinzelte Erfahrungen am Menschen, welche etwa bei ungeeigneten Objekten in Erscheinung traten, der Erfolg der Röntgenbehandlung nicht unter allen Umständen im voraus festzustehen schienen. Aber welche Methode entspricht denn so weit gesteckten Forderungen? Warum bei nicht absoluter Indikation des Messers erst dann seine Zuflucht zur Röntgenbehandlung des Ulcus pept. nehmen, wenn dem chirurgischen, doch keineswegs ungefährlichen Eingriff das Rezidiv gefolgt ist? Es ist bedauerlich, daß P. sich kein eignes Urteil mit der Röntgenbehandlung des Ulcus pepticum unter Verabfolgung vielfach unterteilter Dosen, welche später notwendig werdende Operation in keiner Weise beeinträchtigen, gebildet hat. Seiner Infragestellung der Tatsache, daß sich auf diese Art der Röntgenkater so gut wie in allen Fällen vermeiden läßt, kommt sonach nicht die Bedeutung zu, die das vorsichtige Urteil des Autors sonst verdienen würde. Wer schon einmal auf dem Standpunkt steht, „daß jede (?) Röntgenbestrahlung eine irreparable Veränderung hinterläßt“ und daß die „recht gefährlichen Röntgenstrahlen“ erst etwa nach fruchtloser Anwendung konkurrierender Methoden am Platz wären, darf auch tuberkulöse Halsdrüsen nicht mehr mit Röntgenlicht behandeln, so lange es andere Methoden (Lichtbehandlung!) gibt, die auch allein Heilung bewirken können. So wenig es hierbei mit Kanonen nach Spatzen schießen heißt, so berechtigt ist die Röntgenbehandlung in vielen Fällen von Ulcus pept., und zwar um so mehr, als wir am Leichenmaterial lernen mußten, wie 70 bzw. 90% derartiger Erkrankungen im Leben als rein funktionell gedeutet wurden.

Hat so auch der Facharzt grundsätzliche Bedenken, so ist das Werk gleichwohl gerade vornehmlich wegen der Vorsicht der Indikationsstellung ein empfehlenswerter Ratgeber in der Allgemeinpraxis.

J. Kottmaier.

Mitteilungen.

Im Universitätsinstitut für physikalische Grundlagen der Medizin, Frankfurt a. M.-Süd, Weigertstr. 3 (Leiter: Direktor Prof. Dr. Fr. Dessauer) wird vom 19. April bis einschließlich 1. Mai ein Röntgentherapie- und Diagnostikkursus gemeinsam mit hiesigen Kliniken abgehalten werden. Anmeldungen möglichst frühzeitig. Honorar 60 M. (im voraus auf Postscheckkonto 52 764 Fftm.) erbeten. Beginn: 19. April, 10 Uhr morgens.

Der 41. Balneologenkongreß in Bad Aachen findet vom 6. bis 11. April 1926 statt. Zugleich mit dem 41. Balneologenkongreß tagt am 9. April in Bad Aachen der „Standesverein reichsdeutscher Badeärzte“. Weitere Auskünfte erteilt der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft Dr. M. Hirsch, Charlottenburg, Fraunhofer Str. 16 (während der Kongreßtage in Bad Aachen Neues Kurhaus).

Kongreßnachrichten.

I. allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie (17.—19. April in Baden-Baden): Der Antrag auf Fahrpreisermäßigung für Kongreßteilnehmer bei der Reichsbahndirektion hat leider keinen Erfolg gehabt.

Therapeutische Mitteilungen.

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Direktor: Prof. Dr. M. Stickel).

Klinische Erfahrungen mit Cardiazol.

Von
Oberarzt Dr. G. CONRAD.

Mit dem in die Therapie neu eingeführten Cardiazol haben wir ein Mittel in die Hand bekommen, das allen anderen Analepticis bei weitem überlegen ist. Diese Ueberlegenheit leitet sich vor allem von der echten Wasserlöslichkeit der Substanz her, die eine außerordentlich schnelle Resorption zur Folge hat, so daß die Wirkung des subkutan injizierten Präparates schon nach zwei Minuten eintritt, wie wir in vielen unserer Fälle bestätigen konnten. Wir haben in den letzten Monaten Gelegenheit gehabt, auf unserer Abteilung Versuche mit dem Cardiazol, das uns von der Firma Knoll A.-G., Ludwigshafen a. Rh., zur Verfügung gestellt wurde, an über 50 Patienten anzustellen. Zum größten Teile handelte es sich um operierte Fälle, zum kleineren Teil um Frauen, die wegen Sepsis post abortum sine partum mit Herz- und Lungenkomplikationen auf der Abteilung lagen. Vorausschicken möchte ich, daß wir bei subkutaner Injektion niemals die geringste schädliche Nebenwirkung gesehen haben, trotz tagelang angewandter, häufiger Injektionen — eine Kumulation tritt also nicht ein — nur einmal traten nach intravenöser Injektion leichte krampfartige Erscheinungen auf, die aber bald vorübergingen. Deshalb wenden wir jetzt ausschließlich die subkutane Injektion an, zumal bezüglich der Schnelligkeit der Wirkung kaum ein Unterschied besteht zwischen der subkutanen und intravenösen Injektion. In allen unseren Fällen war nach der subkutanen Injektion von Cardiazol eine deutliche Besserung des Pulses zu verzeichnen, sowohl was die Frequenz als auch die Qualität betrifft, ja in einzelnen Fällen war die Wirkung geradezu verblüffend. So trat — um 2 Fälle herauszugreifen — bei einer Patientin, bei der am Ende einer längerdauernden Operation (Wertheim) der Radialispuls überhaupt nicht mehr zu fühlen war, nach subkutaner Injektion von 1 Amp. Cardiazol nach 2 Min. eine schlagartige Erholung des Pulses ein, der auch weiterhin unter zweistündlichen Gaben von Cardiazol regelmäßig und kräftig blieb. Vom 2—4 Tage dreimal täglich 1 Amp. Cardiazol, Puls gut.

In einem anderen Falle handelte es sich um eine ausgeblutete Patientin, die mit einer infizierten Haematocele retrouterina zur Operation kam. Der Puls wurde während der Operation fadenförmig, kaum zu fühlen, sehr beschleunigt, 140 in der Minute, die Atmung oberflächlich. Nach subkutaner Injektion von Cardiazol trat nach 3 Minuten eine deutliche Besserung des Pulses auf, die Atmung wurde tiefer, und unter weiteren Cardiazolgaben fiel der Puls in den nächsten Tagen auf 80—90, war regelmäßig und kräftig. Diese eklatanten Wirkungen sind m. E. nur auf das Cardiazol zurückzuführen, das uns auch in den anderen erwähnten Fällen von größtem Nutzen gewesen ist. Gerade der operativ tätige Arzt wird oft in die Lage kommen, schnell wirkende Herzmittel anwenden zu müssen. (Collapszustände nach länger dauernden Operationen, größere Blutverluste, Narkoseschädigungen usw.) Und hier können wir auf Grund unserer klinischen Erfahrungen das Cardiazol als allen anderen Mitteln überlegen empfehlen.

Wie auch Ruef durch seine Untersuchungen bestätigen konnte, hat man den unbedingten Eindruck, daß dem Mittel eine direkte Wirkung auf das Herz zukommt. Bei längerer Darreichung tritt eine Art Digitalispuls auf, der Puls wird verlangsamt, regelmäßig, das Schlagvolumen nimmt zu und auch der Blutdruck erfährt eine leichte Steigerung; Wirkungen, die wir bei unseren schweren Sepsiskranken nachprüfen konnten. Neben dem Hauptvorzug der schnellen Resorption infolge der Wasserlöslichkeit und dadurch bedingten prompten Wirkung ist die bequeme Applikationsweise und Dosierung ein besonderer Vorzug des Cardiazol. Wie außerdem Hildebrand aus dem pharmakologischen Institut, Düsseldorf, experimentell festgestellt hat, übertrifft das Cardiazol den Campher wesentlich in der Aufhebung von Lähmungs- oder Hemmungsstillständen des Herzens, was bei Chloroformnarkosen von außerordentlicher Wichtigkeit ist.

Schmidt spricht von einem Optimum der pharmakologischen und physikalischen Eigenschaften bei dem Cardiazol.

Ein weiterer Vorzug des Cardiazols, der gerade für die operative Gynäkologie von Bedeutung ist, ist die Tatsache, daß das Cardiazol im Gegensatz zum Campher keine lähmende Wirkung auf die glatte Muskulatur entfaltet, wie experimentell am isolierten Rattendarm nachgewiesen ist (Hildebrand). Deshalb wenden wir jetzt nach gynäkologischen Operationen, bei denen ja bekanntlich die Neigung zu Darmlähmungen besonders groß ist, als Herzmittel das Cardiazol mit besonderer Vorliebe an.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir in dem Cardiazol ein Mittel von überragender analeptischer Wirkung besitzen, das den Campher durch bedeutend schnellere Resorption und günstigere Herzwirkung übertrifft. Wegen seiner bequemen Applikationsweise und Dosierung wird es auch für den praktischen Arzt unentbehrlich sein. Ein Unterschied betreffs der Schnelligkeit der Wirkung zwischen subkutaner und intravenöser Injektion ist kaum festzustellen, weshalb man stets die subkutane Injektion wählen soll. In der operativen Gynäkologie wird es wegen seiner Eigenschaft, nicht lähmend auf die glatte Muskulatur des Darmes zu wirken, eine ganz besondere Anwendung finden.

Die Güte des Neosalvarsans und der ausländischen synonymen Präparate.

Von
Dr. ALFRED HIRSCH,
Chemiker in der chem.-pharm. Fabrik Dr. R. und Dr. O. Weil, Frankfurt a. M.

Das Neosalvarsan wird von den Höchster Farbwerken als ein Produkt in den Handel gebracht, das ca. 60 % Dioxydiaminoarsenobenzolmonomethylensulfoxylat enthält. Diese 60 % Neosalvarsanbase entsprechen einem Gehalt von ca. 20% Arsen. Daß das Neosalvarsan nicht mehr als 60%ig in den Handel kommt, hat einmal seine Ursache in dem Herstellungsverfahren, das andere Mal liegt der Grund in der Instabilität des Produktes, das zwecks Haltbarmachung eines hohen Zusatzes von Stabilisatoren bedarf. Alle Dosierungsberechnungen und klinischen Versuche stützen sich auf ein 60%iges Neosalvarsan.

Die Güte des Neosalvarsans ist durch zwei Faktoren bedingt:

Erstens darf es keine Oxydationsprodukte der Neosalvarsanbase enthalten, da diese das Neosalvarsan in seiner Toxizität so wesentlich erhöhen würden, daß die üblichen Dosierungen mehr oder weniger irrelevant wären, zweitens muß das Präparat 60%ig sein. Variiert der Prozentgehalt nach oben oder nach unten, so werden Ueber- bezw. Unterdosierungen vorkommen, die beide keine Grundlage mehr bilden für ein ärztliches richtiges Handeln.

Da ich mich in meinen früheren Veröffentlichungen ausschließlich mit Neosalvarsan beschäftigt habe, hielt es die Firma Dr. R. u. Dr. O. Weil, Frankfurt a. M. für wichtig, die ausländischen synonymen Präparate zum Vergleich heranzuziehen.

Demzufolge untersuchte ich folgende Präparate:

1. von französischen Präparaten das Nov-Arsenobenzol „Billon“ und das Neoarsenobenzol „Sanar“.
2. von italienischen Präparaten das „Neojacol“.
3. Von Schweizer Präparaten das „Neo-Mesarca“ (Hoffmann-La Roche) und das „Syntharsan“ (La Synthetica, Chiasso).

Es wurden folgende Prüfungsmethoden für die oben erwähnten Merkmale angewandt:

1. die Bestimmung des richtigen Gehaltes an Neosalvarsanbase nach der Methode von D. A. Macallum[1]) durch Titration mit Jod. Die Salvarsanbase wird dabei bis zur Phenylarsinsäure oxydiert. Theoretisch verbraucht demnach 1 g 60%iges Neosalvarsan 154,5 ccm $^1/_{10}$ n. Jodlösung. Aus dem Vergleich der durch Titration gefundenen Werte mit dem errechneten Wert, ergibt sich der Mehr- oder Mindergehalt an Neosalvarsanbase.
2. Die Prüfung auf Oxydationsprodukte (-Toxizitäts-Steigerung) ist so einfach, daß jeder Arzt vor der Injektion sein Präparat daraufhin untersuchen sollte. Das Strontiumchlorid-Harnstoff-Präparat „Strontiuran“ ist als Reagens für anoxydiertes Neosalvarsan beschrieben worden.[2]) Durch Lösen des Neosalvarsans im Strontiuran werden sofort Oxydationsprodukte durch eine Trübung angezeigt und nur bei intakter Beschaffenheit des Präparates bleibt die Lösung klar und zitronengelb gefärbt.

Den Befunden der Strontiuran-Trübungsmethode ist von Kolle und Mitarbeitern[3]) widersprochen worden. Die als Beweis herangeführten Versuche konnten auf chemischem Wege sehr einfach widerlegt werden, da Kolles Annahme, einer unschädlichen Strontiumsalzbildung sich völlig unhaltbar erwies, denn ein nicht durch Oxydation toxisch gewordenes Neosalvarsan gibt niemals eine Trübung mit Strontiuran.

Nachstehende Tabelle ergibt nun zusammengefaßt die Ergebnisse der Untersuchungen über die Güte des Neosalvarsans und der ausländischen synonymen Präparate.

Neosalvarsan		Novarsenobenzol „Billon“		Neoarsenobenzol „Sanar“		Neojacol		Neo-Mesarca		Syntharsan	
Jodzahl	mit Str.	Jodzahl	mit Str.	Jodzahl	mit Str.	Jodzahl	mit Str.	Jodzahl	mit Str.	Jodzahl	mit Str.
157,1	klar	157,0	klar	116,0	klar	118,7	siehe	163,3	klar	184,6	klar
158,0	„	145,0	„	129,7	„	102,4	Text	164,0	„	228,0	„
153,6	„	136,0	„	125,3	„	122,0		168,3	„	194,7	„
153,8	„	134,0	„			126,3		168,3	„	224,7	„
154,6	„					110,0				195,3	„
						121,0					

Eine gute Uebereinstimmung der Jodzahlen untereinander und dem theoretischen Wert am nächsten kommt das Neosalvarsan der Höchster Farbwerke. In ganz geringem Abstande folgt das „Neo-Mesarca“ der Firma Hoffmann-La Roche, Basel, das aber weiter vor dem Neosalvarsan den Vorzug der schnelleren Löslichkeit hat.

Als das nächstfolgende ist das Novarsenobenzol „Billon“ zu bezeichnen. Hier treten unter den Jodzahlen schon größere Differenzen auf und zwar schwanken die Werte zwischen 134 und 157. Dann folgt das Neo-Arsenobenzol „Sanar“. Bei schlechter Uebereinstimmung der Jodzahlen, liegen diese auch noch ziemlich weit von dem theoretischen Werte entfernt.

Das nächste Glied in der Reihe ist das „Syntharsan“ der Firma Synthetica, Chiasso (Schweiz). Die Packungen zeigten eine solche Differenz in den Jodwerten, daß selbst bei genauester Abwägung von 0,3 oder 0,45 g von einer Einverleibung eines auf 60% berechneten Dioxydiaminoarsenobenzolmonomethylensulfoxylat-Gehaltes nicht die Rede sein kann. Der Arzt kann daher niemals wissen, ob ihm die beabsichtigte Menge wirksamer Substanz auch wirklich zur Verfügung stand.

Als letztes folgt das Neo-Jacol italienischer Herkunft. Das Präparat hat eine auffallende, an das Natrium-Salvarsan erinnernde Farbe. Es löst sich ziemlich schlecht in Wasser, wie in Strontiuran. Die Strontiuran-Methode ist hier nicht anzuwenden, da die beiden Hydroxyl-Wasserstoffe der Phenolgruppe ganz oder teilweise durch Natrium ersetzt sind. Die dadurch erzeugte Fällung eines Strontiumsalzes verdeckt, also die Reaktion der Oxydationsprodukte mit dem Strontiuran.

Die obigen Befunde haben gezeigt, wie nötig für den Arzt es ist, die Beschaffenheit der für die Therapie der Lues so wichtigen Präparate genau zu kennen.

Es bedarf keiner besonderen Erwähnung, daß man nicht jede Ampulle vor der Injektion zum zweiten Male biologisch prüfen kann. Ebenso ist es natürlich unmöglich, die immerhin einige chemische Gewandtheit erfordernde und nicht ganz einfache Jodtitration vorzunehmen. Dagegen eignet sich sowohl für das deutsche Präparat, als auch für die schweizer und die französischen Präparate, als Lösungsmittel und Reagens die so einfache Trübungsreaktion mit Hilfe des Strontiurans, zumal die klaren Lösungen ohne weiteres zur Einspritzung geeignet sind. Nicht anwendbar ist diese Methode bei den italienischen Präparaten, da wie oben bereits ausgeführt ist, die Trübungsreaktion verdeckt wird.

---

[1]) D. A. Macallum: Journ. Americ. Chemie, Society Vol. XLIII, 1921, S. 643.

[2]) A. Hirsch: M. m. W. 37, 1925. — A. Hirsch: Pharm. Zeitung Nr. 91, 1925. — Keller: Münch. m. Wochenschrift Nr. 37, 1925.

[3]) Kolle, Bauer, Leupold: Münch. med. Wochenschrift Nr. 48, 1925. — Hirsch: Pharm. Zeitung Nr. 98, 1925. Hirsch: Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1926.

Der Polymorphismus des Syphiliserregers und die darauf aufgebaute Behandlung der Syphilis und ihrer Folgeerkrankungen.

Von
Dr. med. H. KIEPKE, Leipzig.
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Schon Neisser, Fournier und andere Autoritäten haben richtig erkannt, daß nur ein organisches, spezifisches Serum die Syphilis heilen kann. Die Darstellung eines solchen Serums ist jedoch bis heute keinem der bekannten Forscher gelungen, da die Züchtung des von Schaudinn als Spirochäta pallida beschriebenen Erregers bisher nicht möglich war, und auch die Ueberimpfung auf das Tier selten positive Ergebnisse zeitigte. Diese Tatsache berechtigt zu der Frage: ist die Spirochäta pallida mit ihren charakteristischen Windungen, deren Zahl jedoch zwischen 3 und 30 schwankt, tatsächlich der Erreger der Syphilis, oder sollte nicht schon allein die wechselnde Zahl seiner Windungen zum mindesten die Möglichkeit offen lassen, daß seine Form variabel sein könnte?

Und in der Tat ist dieses Dogma bereits stark erschüttert, durch Autoritäten, wie Schereschewsky, Noguchi, Sowade, Meirowski, um nur einige anzuführen, die durch tausende von fast immer fruchtlosen Kulturversuchen ihre Kritik aufbauen.

Schon 1907 erklärte Hallopeau (Berichte der Sitzungen der Biologischen Gesellschaft, Paris, Sitzung vom 21. Dezember 1907 T. L. XIII p. 722): „Man kann sich nicht verhehlen, daß die Entdeckung Schaudinns noch Raum für sehr viele Unklarheiten läßt. Wir haben bereits tausendmal auf die Notwendigkeit hingewiesen, Verwandlungsformen (modifications) des Erregers in seiner Entwicklung innerhalb des Organismus anzunehmen, sie allein könnten die so verschiedenen Auswirkungen (réactions) rechtfertigen, die die verschiedenen Phasen der Krankheit, vom Schanker bis zum Gumma, charakterisieren. Es müssen also notwendigerweise in der Morphologie des Parasiten Modifikationen bestehen, die mit den verschiedenartigsten Krankheitszeichen gleichen Schritt halten."

Und so sind Modificationsformen des Erregers von den verschiedensten Autoren beschrieben worden.

Für Iversen und selbst für Ehrlich dürften immer sich wiederholende Arten des Erregers bestehen, derart, daß die Spirochäten des Schankers nicht dieselben sind, wie die des tertiären Gumma (Münchener Mediz. Wochenschrift Nr. 26, 25. Juni 1912).

Arnheim hat in mehr als 100 Fällen gesehen, daß isolierte und gezüchtete Spirochäten vollständig ihre Windungen verlieren und so Stäbchen gleichen können (Bulletin de l'Institut Pasteur T XII. P. 433, „Zeitschrift für Hygiene" LXXVI p. 40, 1914).

Die „Presse médicale", 9. Aug. 1911 berichtet über Noguchi, der Fadenformen von erheblicher Länge (Mikrophotogramme) beschreibt, die er als „außergewöhnlich lange Formen des Treponema pallid." bezeichnet.

Im „Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte" vom 20. Mai 1911 hat Spengler sporoide Körner beschrieben, die aus den Spirochäten hervorgingen und sich daraufhin durch Verlängerung einzig und allein in Stäbchen verwandelten.

Von den Autoren, die anerkannt haben, daß die Spirochäten vollkommen ihre Spiralform verlieren können, um gewellte oder geradlinige Formen anzunehmen, zitiere ich nur Leurieux u. Geets ("Presse médicale" 29. Aug. 1906) Benda („Presse medic." 5. Sept. 1906), Kraystallowicz u. Siedlecki („Biolog. Ges." Paris, März 1907), Eitner („Münchener Medizin. Wochenschrift", April Nr. 16, p. 770).

In der „Presse médicale" vom 3. Januar 1920 berichtet Mme. Fuchs-Wolfring von Spengler, daß dieser seine Syphilisdiagnose gerade auf die Anwesenheit typischer und atypischer Formen, granulierter und Ovoidformen stützt, und daß man heute nachweisen kann, daß die Spirochäta pallida sich tatsächlich in der Minderheit befindet.

Quéyrat u. Pinard wieder (Soc. Méd. des Hospitaux, Paris 2. IV. 09) haben Stäbchenformen beschrieben, die sie auf einer in Gangrän übergegangenen spezifischen Ulceration fanden.

Gastou berichtet in der „Gesellschaft d. vergl. Pathologie, Paris" vom 20. Dezember 1923, daß zahlreiche Beobachter die Mehrheit der Formen der Spirochäte bekannt gegeben haben, und beschreibt selbst typische, oder normale Formen, atypische, filamentöse Formen, solche von granulierter Degeneration, in Form von aus Punkten bestehenden Ketten, in Stäbchen, Spirillenform usw.

Ferner erklärt Kenigsberg nach dem Bericht des 1. Pan-russischen Kongresses der Venerologie 1924 (Bericht p. 361/364. „Annales des Maladies Vénériennes vom Juni 1925 Nr. 6) sich folgendermaßen: „Der von Schaudinn beschriebene morphologische Charakter der Spirochäta pallida hat keine absolute Geltung. Gewisse Autoren haben Spirochäten mit unregelmäßigen Windungen gesehen, manchmal sogar ohne solche." Kenigsberg kommt zu dem Schluß, „daß der Polymorphismus eine der fundamentalen Charaktereigenschaften der Spirochäte ist, und daß Spirochätenformen bestehen, die wir nicht kennen."

1922 wurden in einer Vortragsreihe in der „Medizinischen Gesellschaft" von Düsseldorf Projektionen von Mikrophotogrammen gezeigt, in denen die Verwandlungsfähigkeit des Syphiliserregers in Form von Spirillen, gewellten und Fadenformen, Stäbchen und sporoiden Körnern dargelegt wurde.

Und endlich beschrieb Siegel im Zoolog. Inst. Berlin im Februar 1905 den Erreger der Syphilis als ein Stäbchen, das sich durch Sporenbildung fortpflanzt, und den er als „Cytorryctes luis" bezeichnet, während Schaudinn, der die Arbeiten Siegels nachkontrollierte, die Spirochätenform fand, die Siegel entgangen war. Ueber diese als Spirochäta pallida beschriebene und als Erreger der Syphilis von Schaudinn bezeichnete Form machte Metschnikoff am 16. Mai 1905 in der „Académie der Wissenschaften" in Paris Mitteilung. Und daher datiert das Dogma von der Spirochäta pallida als dem Erreger der Syphilis.

Zusammengefaßt, haben also die verschiedensten Autoren den Erreger der Syphilis unter verschiedenen Formen beschrieben, ohne daß von offizieller Seite das Wort „Polymorphismus" ausgesprochen wurde.

Ein einziger Forscher allein, es ist der französische Arzt und Bakteriologe Dr. Quéry, Paris, hat bereits am 16. Januar 1905 in Paris bei der „Akademie der Wissenschaften“ seine Theorie des Polymorphismus des Syphiliserregers in versiegeltem Umschlag, gestützt durch ca. 50 Mikrophotographien, niedergelegt. „Stäbchen, die sich durch Sporenbildung fortpflanzen, Fadenformen, mit mehr oder weniger Windungen oder Spiralen.“

Alle diese Formen nehmen in 24 Stunden wieder die Form von Stäbchen an, sobald sie auf den Nährboden, der zu ihrer Isolierung gedient hat, zurückgebracht werden“ („Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène“ vom 5. November 1925 p. 31—36, Sitzung vom 13. Oktober 1925.

Mit diesen — auf besonders modifizierten Nährböden gezüchteten — Kulturen hatte Quéry bereits im September 1904 in Berlin anläßlich des Internationalen Dermatologenkongresses unter Lassars Kontrolle etwa 20 Affen infiziert und bei ihnen typische syphilitische Affekte hervorgerufen. Die Tiere starben sämtlich innerhalb von 3 Monaten. Die davon angefertigten Moulagen wurden dem Hamburger Museum (Dr. Arning) zur Aufbewahrung übergeben. Und diese Affen sind es gewesen, deren Studium Siegel seinen „Cytorryctes luis“ und Schaudinn seine „Spirochäta pallida“ finden ließ. Formen, wie sie von Quéry vorher beschrieben worden sind.

Quéry ist mehrfach mit seiner Theorie an die Oeffentlichkeit getreten, und jetzt, nach seinem Vortrag über den Polymorphismus des Syphiliserregers vor der „Gesellschaft der vergl. Pathologie“ zu Paris (Sitzung vom 13. Oktober 1925) hat der bekannte französische Syphilisforscher und Bakteriologe Dr. Gastou (bereits oben erwähnt), der viele Jahre die Arbeiten Quérys verfolgt hatte, seinerseits in der Tagesordnung zum 8. Dezember 1925, einen Vortrag angekündigt, der wahrscheinlich erst im Januar 1926 stattfinden wird: „Der Polymorphismus des Syphiliserregers.“

Und damit dürfte der Streit um den Syphiliserreger auf seinem Höhepunkt angelangt sein, das Lebenswerk Dr. Quérys seiner offiziellen Anerkennung entgegensehen und ihm das Prioritätsrecht der Entdeckung des Syphiliserregers zugesprochen werden.

Was mich persönlich anbetrifft, so habe ich in den Quéryschen Kulturen sämtliche von ihm beschriebenen Formen lebend gesehen; Quéry hat, als ich vor kurzem zum Studium seiner Arbeiten in Paris weilte, unter meinen Augen diese sämtlichen Formen, sobald er die Kulturen auf den ursprünglichen Nährboden zurückbrachte, binnen 24 bezw. 48 Stunden auf die Form lebender Stäbchen mit ihren Sporen zurückgeführt, und mir die angefertigten mikroskopischen Präparate freundlicherweise überlassen.

Das Quéry-Serum.

Durch Filtrieren seiner Bouillonkulturen injiziert Quéry die so erhaltenen Toxine successive Affen resp. Pferden, in deren Blut sich die spezifischen Antitoxine bilden. Unter peinlichster Beachtung der Asepsis wird nach einiger Zeit dem Tier, nachdem die Blutuntersuchung nach Wassermann + + + + ergeben hat, Blut entzogen und das daraus erhaltene Serum, das ebenso Wa R. + + + + ergibt, in 2 ccm Ampullen gebracht. Die Wa. R. des Tieres ist nach ca. 8 Tagen wieder negativ.

Es handelt sich also, da keinerlei andere Zusätze gemacht werden, um ein absolut reines Tierserum. Dieses Serum findet jetzt bereits seit ca. 20 Jahren seine Verwendung in der Bekämpfung der Syphilis und besonders der metaluetischen Erkrankungen.

Dieses Quéry-Serum hat seine spezifische und heilende Wirkung in vielen tausenden von Fällen bewiesen, wovon unzählige ärztliche Gutachten aus aller Herren Länder Zeugnis ablegen. Was jedoch das wichtigste ist, im Gegensatz zu anderen Behandlungsmethoden, es ist nur eine Kur erforderlich, und zwar von 25 bezw. 30 täglich zu applizierenden Injektionen zu 2 ccm, je nachdem das Körpergewicht des Patienten unter oder über 75 kg beträgt. Eine peinliche Asepsis bei den intramuskulär zu erfolgenden Injektionen ist jedoch unerläßliche Vorbedingung. Irgend eine Kontraindikation für das Serum gibt es nicht, es wird von allen Kranken nicht nur gut vertragen, sondern steigert das allgemeine Wohlbefinden, wie ich selbst während der Kur bei geschwächten Patienten Gewichtszunahmen von 4—8 kg feststellen konnte.

Das Serum ist 1912 von einer, durch das „Journal“ eingesetzten, 9 gliedrigen Aerztekommission nachgeprüft worden, nachdem vorher (1905) die „Akademie der Wissenschaften“ zu Paris, unter einem Vorwand, der auf eine, von einer Zeitung begangene Ungeschicklichkeit zurückzuführen ist, abgelehnt hat, sich mit der Sache zu beschäftigen. Diese Kommission hat die Darstellung des Serums nachgeprüft und seine Heilwirkung anerkannt, aber ein abschließendes Urteil über seine Dauerwirkung der Zeit anheimgegeben.

In ähnlicher Weise sprachen sich viele Kliniken usw. aus.

Nun, die Zeit hat gesprochen! Es sind im Laufe der 20 Jahre keine Rückfälle zu verzeichnen gewesen, wohl aber sind mehrere einwandfreie Fälle von Reinfektion veröffentlicht worden. Eines der noch lebenden Mitglieder der oben erwähnten Kommission, Dr. Berillon, mediz. Inspektor der Irrenanstalten der Seine zu Paris, der im Laufe der Jahre mehrere Gutachten abgegeben hat, wendet das Serum noch heute an.

Ich selbst habe über 70 Fälle mit dem Serum behandelt, in allen Stadien der Syphilis, hauptsächlich aber solche, die bisher alle andern Behandlungsmethoden vergeblich versucht haben, metaluetische Fälle, bei denen jede andere Therapie machtlos war. Und trotz dieses Arbeitens unter den denkbar ungünstigen Bedingungen, — selbst bei Tabes und Paralyse — habe ich Erfolge zu verzeichnen, wie sie mit andern Mitteln unmöglich sind.

Es ist hier nicht der Platz, lange Krankengeschichten anzuführen, ich will daher nur kurz einiges aus meiner eigenen Praxis andeuten, Fälle, wie z. B. restlose Beseitigung von Iridocyclitis und Oculomotoriusparese (unter Kontrolle und mehrmonatlicher Nachkontrolle eines Augenarztes), Heilung tertiärer Ulcerationen, die sich vorher, trotz reichlichster As.-, Hg.- und Bi.-Behandlung nicht veränderten, Wiedererlangung der Gehfähigkeit bei Tabes, mit Beseitigung der lancinierenden Schmerzen, auch bei Eingeweidetabes, Negativwerden des „Romberg“ usw., Heilung von Paralyse mit Beseitigung sämtlicher Symptome und Wiederaufnahme des geistigen Berufes, abgesehen von Heilung frischer Schanker ohne Narbenhinterlassung, sowie sekundärer Erscheinungen.

Wenn auch diese meine eigenen Beobachtungen zum Teil erst ein halbes Jahr zurückliegen, und an und für sich noch keinen Beweis für Dauerheilungen darstellen, so liegen doch genug andere ärztliche Beobachtungen vor, die im Laufe von fast 20 Jahren dieses berichten. Mir persönlich ist ein Tabiker bekannt, der 1921 nur noch mit Mühe die Treppe steigen konnte, und der seit der damals unternommenen Kur frei von sämtlichen Beschwerden ist, und bei dem die Heilung seit dieser Zeit klinisch und serologisch feststeht. Die Besserung setzt oft so überraschend schnell ein, daß man fast wie vor einem Wunder steht.

Die Wassermann-Reaktion geht langsam auf „—“ zurück, manchmal bereits sofort nach der Kur, manchmal auch erst nach einigen Monaten, und bleibt dann negativ. Ich wiederhole, dies sind nicht allein meine eigenen Beobachtungen, sondern sie decken sich vollauf mit all den vielen, im Laufe von fast 20 Jahren veröffentlichten Gutachten. Und Kollegen, die anfangs dem Serum skeptisch gegenüberstanden, haben sich dann bei Beobachtung und Nachkontrollierung von mir behandelter Patienten eines besseren bekehrt.

In der Praxis ist allein der Erfolg maßgebend, und dieser spricht unbedingt zugunsten der Theorie Querys, dem Polymorphismus des Syphiliserregers, der von verschiedenen Forschern bereits beschrieben und anerkannt ist, und der binnen kurzem Allgemeingut der Wissenschaft sein wird.

Ueber die Behandlung von Grippeerkrankungen mit Arcanol.

Von

Dr. KÜHNAST, Breslau.

Gerade in Zeiten, in denen Witterungsumschläge an der Tagesordnung sind, häufen sich im Sprechzimmer des Arztes die Erkältungsfälle, grippeartigen Erkrankungen, Anginen.

Mit Interesse nahm ich daher die Gelegenheit wahr, das mir von der Chemischen Fabrik auf Aktien vorm. E. Schering, Berlin, zur Verfügung gestellte Arcanol auf seine Wirksamkeit zu erproben.

Arcanol besteht nach den Angaben der Firma aus Atophanmethylester und Acidum aetylsalicylicum aa 0,5. Die Tabletten lösen sich in Wasser nicht auf, zerfallen jedoch leicht in eine trinkbare Aufschwemmung.

Die zu erwartende Wirkungsweise des Arcanols dürfte in folgenden Momenten ihre Begründung finden:

Zunächst hat Atophan nicht unerheblich antipyretische Wirkung, die sich z. B. bei Hund und Kaninchen durch subcutane Injektionen von Atophannatriumlösung und darauf folgende Temperatursenkung um einige Grade erweisen läßt.

Bekannt ist fernerhin die antiphlogistische Wirkung des Atophans, die nach Dohrn auf dem Vorhandensein einer Phenylgruppe im Atophanmolekül beruht und in klassischer Weise von Wiechowski und Starkenstein im Kaninchenversuch demonstriert worden ist, indem sie zeigten, daß sich eine durch Senfölinstillation auftretende Chemosis durch Atophangaben vermeiden läßt. Von Interesse ist eine neuere Erklärung der entzündungswidrigen Wirkung des Atophans, die sich aus Experimenten ergibt, die im Pharmakologischen Institut Königsberg gemacht wurden und in einer Arbeit von Käte Fuerst niedergelegt worden sind. Die Verfasserin gelangt zu dem Schluß, daß die antiphlogistische Atophanwirkung durch örtliche Abkühlung und dadurch bedingte geringere Durchblutung der entzündeten Stellen zustande kommt.

Der analgetische Effekt des Atophans, der wohl allgemein bekannt ist und in dem Salicylsäurekombinationspräparat Atophanyl zu bedeutender Auswirkung kommt, dürfte auch in dem vorliegenden Indikationsgebiet des Arcanols eine gewisse Rolle spielen.

Durch die Vereinigung mit Acetylsalicylsäure werden im Arcanol, wie zu vermuten war, die antipyretischen, antiphlogistischen, analgetischen Eigenschaften des Atophans wesentlich verstärkt.

Die in den zur Diskussion stehenden Fällen nicht zu unterschätzende antiseptische Wirkung der Salicylsäure sei der Vollständigkeit halber noch kurz erwähnt.

Die angeführten Erwägungen lassen den Wahrscheinlichkeitsschluß zu, daß das Arcanol ein wirksames Mittel bei Grippe, Angina, Katarrh der oberen Luftwege und allen Symptomen der sogenannten Erkältungskrankheiten sein könne.

Daher versuchte ich das Arcanol bei einer größeren Patientenzahl. Durchweg gelang es, eine baldige Entfieberung und Beseitigung der quälenden Beschwerden zu erreichen und Komplikationen (Otitis media, Bronchopneumonien) zu verhüten.

Einige Krankengeschichten, die aus dem mir vorliegenden Material ohne besondere Auswahl genommen sind und beliebig vermehrt werden könnten, lasse ich hier folgen:

1. E. M., 26 J., Arbeiter, kommt mit Klagen über Kopf- und Rückenschmerzen, allgemeine Mattigkeit und Schwäche. Die Untersuchung des kräftig gebauten Mannes ergibt außer einer erhöhten Körpertemperatur von 38,8° axillar nichts Krankhaftes.

Er erhält Arcanol verordnet und zwar früh und abends je eine Tablette nach der Mahlzeit, ferner stündlich zu wechselnde Packungen mit stubenwarmem Wasser und eine Chloroform-Campher-Einreibung. Nach zwei Tagen ist er völlig wiederhergestellt; die Temperatur war schon am Morgen des zweiten Tages auf 37,3° gesunken und kehrte im Laufe des Tages zur Norm zurück. In gleichem Maße nahmen auch die Beschwerden ab.

2. A. D., 48 J., Näherin: Vor zwei Tagen Beginn der Krankheit mit Kopfschmerzen und Mattigkeit. Heut hochfiebernd, appetitlos, klagt über starke Kreuz- und Rückenschmerzen. Temperatur axillar 39,5°.

Verordnung: dreimal täglich eine Tablette Arcanol, stündlich zu wechselnde Packungen. Nach zwei Tagen fieberfrei, nach vier Tagen arbeitsfähig.

3. P. Sch., 8jähriger Knabe, kommt mit starker Halsentzündung. Die beiden Gaumenmandeln verlegen fast ganz den Zugang zum Schlund, sie klemmen fast die Uvula ein, sind hochrot. Das Kind bekommt nur mühsam durch den Mund Atem. Die Temperatur, rectal gemessen, beträgt 38,9°, der Knabe fühlt sich elend und gibt an, heut einen Schüttelfrost gehabt zu haben. Arcanol wird fünfmal täglich ½ Tablette verordnet, ferner Gurgelwasser. Am nächsten Tage wesentliche Besserung, Temperatur 37,8°, die Schwellung ist zurückgegangen. Nach weiteren drei Tagen ist P. wiederhergestellt.

Aus diesen Krankengeschichten scheint mit Deutlichkeit hervorzugehen, daß Arcanol ein gutes Hilfsmittel ist, Grippe im Beginn zu kupieren, Erkältungskrankheiten in ihrem Verlauf abzukürzen und Komplikationen zu verhindern.

Die infolge der Atophankomponente zuweilen in geringerem Maße auftretenden und rasch verschwindenden Magenbeschwerden lassen sich durch Nachtrinken von reichlich Wasser und Einnehmen von etwas Natr. bicarbonic. leicht beseitigen und können in Anbetracht der guten Wirkung des Arcanols wohl in Kauf genommen werden. Da auch der Preis des Arcanols außerordentlich niedrig ist, ein Moment, das heute große Bedeutung hat, möchte ich das Präparat zur weiteren Nachprüfung empfehlen.

Literatur:

Dr. Lange, Altona: „Ueber Arcanol“, Münch. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 1, S. 45.

Therapeutische Notizen.

Syphilitischer Tumor der Regio pylorica, Karzinom vortäuschend, durch Bismogenol vollständig geheilt.

Dr. Cohn beobachtete einen 38 jährigen Patienten, dessen Magentumor nach Erschöpfung aller diagnostischen Mittel als sicheres, der Operation nicht mehr zugängliches Karzinom angesehen wurde. Dennoch war die Diagnose unrichtig: 15 Bismogenolspritzen, im Mai gegeben, bewirkten bis zum Oktober eine vollständige Heilung, eine „Restitutio ad integrum", wie Cohn sagt (Med. Kl. 1926, Nr. 7). Der Kranke wurde in jeder Beziehung wiederhergestellt, zeigte besten Appetit und holte großen Gewichtsverlust wieder ein. Bemerkenswert ist, daß lediglich Bismogenol die treffliche Heilung bewirkte. Es wurde weder Salvarsan noch Jod gegeben. Bismogenol ist offenbar ein ausgezeichnetes Heilmittel auch der visceralen Tertiärlues.

Ueber Entfettungskuren.

Von Prof. Dr. David, Halle a. S.
(Med. Klin. 1925, Nr. 47.)

Der Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß solche Kuren rein individuell ohne Schematismus durchgeführt werden müssen, sowie daß kaum eine Therapie soviel naturwissenschaftliches Können und Verständnis für individuelle Verschiedenheiten erfordert. Er verschmäht Diätschemata und detaillierte Kostverordnungen. Er warnt vor Hungerkuren, die weder Wissen noch Kunst beanspruchen und bekämpft auch fettlose Diät oder Kohlehydratkuren, da er mit den in Handel befindlichen Hypophysenpräparaten, weil sie meist völlig unwirksam waren, schlechte Erfahrungen machte, hat er von der Frankfurter chemischen Fabrik Dr. R. & Dr. O. Weil ein Präparat herstellen lassen, das alle in Betracht kommenden Hormone enthält. Es wurde kombiniert aus Fucus vesiculosus und ein Plasmaaktivierungsmittel zugefügt, in Tablettenform und als Injektionsmittel unter dem Namen Hormo-Vesculan. Es besitzt die Hormone beider Geschlechter, so daß eine Trennung in masc. und femin. nicht nötig ist.

Strontisal.

Strontisal (Marienfelde), das Strontiumsalz der Salicylsäure, wurde im Allgem. Städt. Krankenhause Nürnberg bei drei Fällen von schwerem, der gewöhnlichen Salicyltherapie wochenlang unzugänglichem Gelenkrheumatismus, intravenös injiziert und bewirkte in relativ kurzer Zeit Beschwerdefreiheit und klinische Heilung. Offenbar unterstützt das anästhesierende Strontium die Salicylwirkung in trefflicher Weise bzw. bringt sie gegebenenfalls überhaupt erst zur Geltung (Droßbach: M. Kl. 1925, Nr. 24).

Bismogenol.

An der Prager Dermatologischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. Samberger) wurden die französischen Wismutpräparate 1922/23 durch das deutsche Bismogenol (Tosse) verdrängt. Letzteres erwies sich als ebenso wirksam, doch weit weniger giftig. So berichtet Kolliker im Prakt. Arzt 1926, Nr. 3. Auszüge von Krankengeschichten veranschaulichen die treffliche Heilung von Syphilitikern durch Bismogenol bei Nichtauftreten von Nebenwirkungen. Auf Grund der Erfahrungen in Klinik und Praxis urteilt Verf.: „Die in allen Stadien der Syphilis gleichmäßig gute Heilwirkung des Bismogenol, im Verein mit seiner Verträglichkeit und bequemen Anwendungsweise, machen das Bismogenol zu einem für jeden Praktiker in Stadt und Land empfehlenswerten Syphilisheilmittel."

Wundbegasung mit Sulfoliquid und Sulfofix.

Infizierte und eiternde Wunden werden zweckmäßig durch Begasung mit Schwefeldioxyd behandelt. Man benutzt dazu das flüssige Sulfoliquid und das Pulver Sulfofix der Chemischen Werke Marienfelde. Beide Präparate entwickeln, in Berührung mit Wunden, Schwefeldioxyd, das in alle Buchten und Taschen eindringt und trefflich desinfiziert und desodoriert. Nach anfänglich vermehrter Sekretion erfolgt meist rasche Verminderung und Seröswerden des Sekrets; Schwellung und Schmerzen gehen zurück, die Wunde reinigt sich und heilt durch Granulation; nekrotisches Gewebe wird abgestoßen. Sulfofix wird wie jedes Wundpulver aufgestreut, Sulfoliquid kommt in feuchten Kompressen und eingeführten Tampons zur Anwendung. Durch einen möglichst luftdicht abschließenden Salbenverband wird die lang andauernde Gaswirkung verstärkt. — Die Wundbegasung hat sich in der kleinen Chirurgie bei aller Art beschmutzten und eiternden Verletzungen, bei Panaritien, Phlegmonen, Karbunkeln, Abszessen, Fisteln, varikösen Unterschenkel- und Dekubitalgeschwüren ausgezeichnet bewährt. Das Verfahren kürzt den Heilungsverlauf ab und kann dem Praktiker angelegentlich empfohlen werden (Liebmann: Der Prakt. Arzt 1925, Nr. 8 u. 9; Senge: Fortschritte der Mediz. 1925, Nr. 13; Morawek: Wiener klin. Wochenschrift 1926, Nr. 2).

Calorose.

Die Beobachtungen Kafflers über gute Wirkung intravenöser Calorose-Infusionen bei Parenchymschädigung der Leber (Hepatose) werden durch Jacoby aus dem Städtischen Krankenhause Berlin-Wilmersdorf bestätigt (D. m. W. 1926, Nr. 2). Er behandelte mehrere Fälle von Leberinsuffizienz und Ikterus mit Calorose-Infusionen, teils allein, teils — bei schwererem Krankheitszustand — in Kombination mit Insulin und berichtet über gute Heilerfolge. Es ergaben sich nicht etwa nur vorübergehende Beeinflussungen des Krankheitszustands; vielmehr wurden die Schädigungen tatsächlich repariert. Calorose ist — wenigstens bei nicht zu intensiver Leberschädigung — nicht bloß ein symptomatisches Linderungsmittel, sondern ein wahres Heilmittel und kann zur Anwendung nur dringend empfohlen werden, zumal es öfters das gefährdete Leben zu retten vermag.

Zur Behandlung von Herzerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung von Herzneurosen.

Von Dr. Willy Schön, Berlin.
(Fortschritte der Medizin, 1925, Nr. 3/4.)

Das neue Präparat „Corydalon" bewirkte in 20 Fällen von Herzneurose nach 2—3 wöchigem Gebrauch ein Sistieren der Beschwerden. Stiche in der Herzgegend hörten auf, die Herzaktion wurde ruhiger, der Puls weniger gespannt. In drei Fällen sank der Blutdruck um 20—35 mm Hg nach Riva-Rocci. 14 Patienten sind nach Monaten noch vollkommen beschwerdefrei geblieben. Bei thyreotoxischen Beschwerden bei Basedowscher Krankheit wurde wesentliche Besserung durch Corydalon erzielt. Anfälle von Angina pektoris auf arteriosklerotischer Grundlage wurden nach Corydalon seltener und weniger stark. Selbst in Fällen von Myodegeneratio cordis mit Stauung wurde der Puls kräftiger und gleichmäßiger. Atemnot geringer und die Diurese sehr gesteigert. Man gibt am besten 4 Tabletten täglich, eine morgens, zwei mittags und die vierte abends gegen 6 Uhr. Die günstige Wirkung des Corydalon (Phenacetin 0,3, Coffein-Natriumbenzoat 0,2 (davon 0,09 Coffein pur.) und Extr. Belladonn. 0,01) beruht erstens auf der erweiternden Wirkung des Coffein auf die Coronargefäße, ferner auf der zentralen Wirkung auf den Herzmuskel. Das Phenacetin wirkt beruhigend und schmerzlindernd. Die dritte Komponente — die Belladonna — wirkt krampfstillend und beruhigend.

Dr. B.

448.8
777

LIBRARY
RECEIVED
MAY 5 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 7 — BERLIN, DEN 15. APRIL 1926 — 44. JAHRGANG

6

Zur Behandlung der

Herzneurosen

(„Herzschmerzen", alle Formen der Gefässkrämpfe, Herzmuskelstörungen, Angina pektoris, Coronarsklerose):

Corydalon

fast spezifisch wirkendes Kombinationspräparat nach Prof. Dr. G. Treupel
(Extr. Belladonnae 0,01, Phenacetin 0,3, Coffein-Natriumbenzoat 0,2, der Gehalt an Coffein pur. = 0,09.)

Dauerwirkung ohne unerwünschte Nebenwirkungen
Schmerzstillend, krampflösend und gefässerweiternd

Bei Coronarsklerose mit 3× täglich 1 Tablette beginnen, dann 3× täglich 2 Tabletten so lange, bis die Krampfbereitschaft dauernd beseitigt ist. In sonstigen Fällen wird gewöhnlich 3× täglich 1 Tablette ausreichen. Bei Erregungszuständen, die mit Schlaflosigkeit einhergehen, lasse man wegen der Coffeinkomponente die letzte Tagesdosis mehrere Stunden vor dem Schlafengehen nehmen.

Rp. 1 Originalschachtel 20 Stück zu 0,5 — Klinikpackungen zu 100 Stück.

Literatur und Proben für Aerzte kostenlos.

Von vielen Krankenkassen zugelassen.

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Herr Doktor!

Sind Sie reich genug, um zu Fuß gehen zu können? Zeit ist Geld!

DER KLEINE Pluto

Fabrikat der Automobilfabrik Zella-Mehlis
(vorm. Ehrhardt-Werke)

ist sparsam und billig im Gebrauch, kommt schnell und leicht auf Touren, ist sehr wendig, daher für den Stadtverkehr ebenso geeignet, wie für Fahrten über Land.

Grösste Stabilität!

Sieger 1924-25 in über 50 Autorennen

Der kleine Pluto 4/24 PS

wird in folgender fabrikmässiger Ausführung geliefert:

1. Sport- oder Touren-Zweisitzer . . .	4 400.- Mk.
2. Viersitzer-Phaeton	5 500.- „
3. Stadt-Coupee, Zweisitzer	5 350.- „
4. Cabriolett, zweisitzig	6 650.- „
5. Innensteuer-Limousine, viersitzig . .	6 000.- „
6. Lieferwagen, 350 kg Tragfähigkeit .	4 900.- „
7. Droschke, 5/28 PS n. pol. Vorschrift.	7 800.- „

mit Licht, Anlasser, Ballonbereifung 5 fach., Vierradbremse auf Wunsch.

Die Leser der „Fortschritte der Medizin“ erhalten auf diese Originalpreise einen Nachlass von 5 Proz.

Anfragen sind zu richten unter Bezugnahme auf dieses Blatt an

Nordflug Automobil u. Flugzeugwerke A.-G.

Berlin W 35, Flottwellstr. 2
Telefon: Kurfürst 5465

Ausstellung:
Berlin-Charlottenburg
Bismarckstr. 97

Löflund's

Malz-Extrakte

Seit 60 Jahren bewährt als Nährpräparat, die Vitamine des Gerstenmalzes enthaltend, für Kinder, Kranke und Genesende. Als Erleichterungsmittel bei Husten und Katarrhen erprobt.

Malz-Extrakt rein

und mit Zusätzen von Chinin-Eisen, Eisen, Jod-Eisen, Kalk und Lebertran.

Malz-Suppen-Extrakt

nach Prof. Dr. Keller, zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge.

Nähr-Maltose

als Beigabe zu Eiweißmilch, bewährte Kohlenhydrat-Nahrung (Prof. Dr. Finkelstein und Dr. L. Meyer).

Malz-Extrakt-Husten-Bonbons

unerreicht in Wohlgeschmack und lösender Wirkung.

Ed. Löflund & Co. G.m.b.H. Grunbach b. Stuttgart
Gegründet 1865.

LEITZ
MIKROSKOPE

für monokularen und binokularen Gebrauch
Mikroskope für Hautkapillar-Untersuchungen
Apparate für Blutuntersuchungen ★ Mikroskopische Nebenapparate ★ Achromaten ★ Apochromaten u. Fluoritsysteme ★ Dunkelfeldkondensoren
Wechselkondensoren für Hell- und Dunkelfeld ★ Lupen u. Lupenmikroskope ★ Mikrotome
Mikrophotographische und Projektionsapparate
★

ERNST LEITZ·WETZLAR
OPTISCHE WERKE
MAN VERLANGE DRUCKSCHRIFT NO·345

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. Johann v. Bokay, o. ö. Univ.-Prof. in Budapest: Ueber die Prophylaxe und Therapie des Scharlachs mittels des Dickschen Verfahrens 281

Aus dem Sanatorium Alleekurhaus, Baden-Baden.
Dr. Benno Hahn: Die Kausalbehandlung der Neurosen und neurotischen Symptome durch Psycho-Katharsis 283

Prof. Dr. I. H. Schultz, Nervenarzt, Spezialarzt für Psychotherapie (Berlin): Aktuelle Fragen der Psychotherapie 285

Prof. H. Braun, Frankfurt a. M.: Die tierexperimentellen Prüfungsmethoden der Wundantiseptika . . 291

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 7-8 296
Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 6-7 297
Medizinische Klinik 1926, Nr. 6-9 298
Münchener med. Wochenschrift 1926, Nr. 6-10 . . . 299
Wiener klinische Wochenschrift 1926, Nr. 7-10 . . . 302
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1926, Nr. 1-2 . . 303
Reichsgesundheitsblatt, 1., Nr. 3-4 304
Archiv f. experiment. Pathol. und Pharmakologie 1926, 111., Heft 1/2, 3/4 304
Zeitschrift für die ges. physik. Therapie 1926, 31., Heft 2-3 304
Deutsches Archiv für klinische Medizin 1926, Heft 5 305
Archiv für Kinderheilkunde 1926, 77., Heft 3 305
Zeitschrift für Tuberkulose, 44., Heft 4 305
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 62., Heft 6 . . . 306
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 100., Heft 2 und 3 307
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1926, 90., Heft 1 bis 3 308
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 76., Heft 3 309
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 193., Heft 3-6 . . 309
Zeitschrift für Urologie 1926, 20., Heft 2 310
Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 14., Heft 1 und 2 310
Zeitschrift für Augenheilkunde 1926, 58., Heft 3 . . . 311
Zentralblatt für Gynäkologie 1926, Nr. 1-5 312
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1926, 72., Heft 1 und 2 313
Dermatologische Wochenschrift 1926, Nr. 5 314
Schweizer Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 9-9 . 314
Ugeskrift for Laeger 1926, Nr. 2-6 315
Hygiea 1926, 88. 316
Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1926, Nr. 2 . . 316
British medical Journal 1926, Nr. 3394 316
Archives of intern. Medic. 1926, Nr. 1-2 317
Johns Hopkins Hospital Bulletin 1926, Nr. 1-2 . . . 319

Buchbesprechungen 320

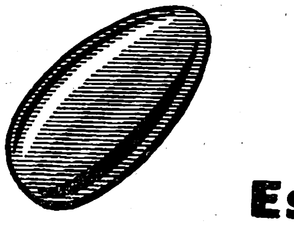
Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Dreuw, Berlin: Ueber wirkliche Vibrationsmassage. Neue Wege und Heilresultate durch eine neue Technik 321

Dr. Alfred Alexander, Berlin: Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea 324

Für die Kassenpraxis!

Ester-Dermasan-Ovula



1/1 Schachtel 3.50 M., Kp. 1.75 M.
„m. Silber": 3.60 M., 1.80 M.

Glycerin-Gelose-Präp. mit Ester-Dermasan, Gärungsmilchsäure, Invert- und Milchzucker, physiolog. Vaginalsalzen.
Resorptiv, Epithel-regenerierend

Fluor, Adnexitis

Ester-Dermasan-Ovula mit Silber: Gonorrhoe, Fluor dubiosus.

Natürl. Größe à 6 g.

Lenicet-Bolus rein, auch mit Zusätzen:
Pulver und Vaginaltabletten.
Milchsäure 3%, Silber 0,5%, Ichthyol 5%, Jod 1%, Peroxyd 5%.

Zur Fluor-Trocken-Therapie

Jod-Dermasan

Jodiertes Ester-Dermasan

Gelenkerkrankungen (auch tuberkulöse)
Ischias, Pleuritis, Struma, Furunkulose, Akne, Perniones.

Salbentopf Mk. 2.—

Literatur und Proben

Dr. R. Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/F. M.

Neu!

Mitilax

Pudding zur Regelung des Stuhlgangs

Die moderne Therapie der chronischen Obstipation

vermeidet die Anwendung sogenannter „Abführmittel“ weil sie nicht physiologisch und nur vorübergehend wirken. Mitilax – ein gebrauchsfertiger, wohlschmeckender Pudding – enthält Paraffinöl in Form einer festen Emulsion. Damit sind die Nachteile der bisherigen Paraffinöl-Therapie (widerlicher Geschmack, Auslaufen aus dem Darm ect.) überwunden! Mitilax wirkt als Stuhlgleitmittel physiologisch

Eine Mitilax-Kur (im allgemeinen 2 Gläser) erzielt

Dauerwirkung selbst bei schwersten Fällen!

Chemische Fabriken
& Joachim Wiernik & Co Akt.-Ges.
Berlin-Waidmannslust

UEGR. 1898 W

Spasmus inspiratorius,

Asthma, Keuchhusten, Angina pectoris werden gewöhnlich durch starkwirkende Mittel bekämpft. Das ungiftige Asthmacid ist frei von jeder schädlichen Nebenwirkung. Es enthält in zweckmäßiger Dosierung Benzylbenzoat, über dessen günstige Wirkung bei den obengenannten Zuständen eine reiche Literatur vorliegt, und Extractum Grindeliae fluid, als antispastisches Mittel und als Spezificum gegen ebendieselben Zustände seit langer Zeit allgemein ordiniert.

Physiologisch und klinisch eingehend geprüft und als zuverlässig befunden von Professor Dr. Boruttau, Berlin / Dr. Vorschulze, Leipzig (Aerztlicher Centralanzeiger 1922, Nr. 10) / Dr. Ebinger, Berlin (Allg. Medicin. Central-Zeitung 1922, Nr. 39).

Erwachsene erhalten 10—20 Tropfen in Wasser oder Milch. Die Dosis kann bei schwersten Anfällen bis auf 40 Tropfen gesteigert werden. Asthmacid ist in Originalflaschen à 20 g Inhalt in allen Apotheken vorrätig.

Asthmacid

Versuchsmengen u
Literatur kostenlos.

**SARSA, chem. pharm.
G. m. b. H., Berlin-Friedenau.**

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

**Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 7 15. APRIL 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Ueber die Prophylaxe und Therapie des Scharlachs mittels des Dickschen Verfahrens.

Von

Dr. JOHANN v. BOKAY, o. ö. Univ.-Prof. in Budapest.

Das Auffinden des Erregers des Scharlachs, sowie die Prophylaxe und die spezifische Behandlung dieser Krankheit bilden schon seit langer Zeit ein ständiges Problem der medizinischen Wissenschaft. Zahlreiche Forscher, Vertreter der Bakteriologie wie der praktischen Medizin widmeten ihre Tätigkeit diesem Ziel, doch führten ihre Resultate bisher nur zu halben Erfolgen, da es keinem gelang, den Erreger des Scharlachs bzw. dessen spezifische Rolle in jeden Zweifel ausschließender Weise zu isolieren und zu identifizieren.

In den Vereinigten Staaten von Nordamerika hatte im Jahre 1913 das Ehepaar George F. Dick und Gladys Henry Dick neuerdings den Faden der Forschung aufgenommen und zwecks Lösung dieser wichtigen Frage sehr umfangreiche und gründliche bakteriologische und immunologische Untersuchungen vorgenommen. Im Laufe ihrer Versuche mußten sie ebenso wie die früheren Forscher feststellen, daß eines der größten Hindernisse diesbezüglich jener Umstand bildet, daß bei keiner einzigen Tierart ein mit der menschlichen Erkrankung in jeder Hinsicht übereinstimmendes typisches Krankheitsbild hervorgerufen werden kann. Infolgedessen verliefen die Versuche einer Ueberimpfung des Scharlachs mittels Blut, Serum, Nasenrachensekret, Schuppen von Scharlachkranken lange Zeit ergebnislos. Die vielen erfolglosen Resultate veranlaßten sie dann zu jener scheinbar grausamen, eigentlich aber doch hochwichtige humane Ziele fördernden Idee, die Versuche an Menschen fortzusetzen. In Amerika, der Heimat der Unternehmungslust, fanden sich schon auf die erste Aufforderung der Dicks Freiwillige, die, ausschließlich von menschenfreundlichen Motiven geleitet, sich diesen gefährlichen Versuchen unterwarfen. Diese für immer namenlos bleibenden Helden waren teils Studenten der Medizin an der Illinois Universität (Chikago), teils Zöglinge der dortigen Nurseschule.

Die Dicks wählten mit großer Sorgfalt jene aus, die sicher noch keinen Scharlach überstanden hatten und wiederholten die bereits erwähnte Reihe ihrer Versuche an diesen. Genau so wie im Tierversuch verliefen auch jetzt die Uebertragungsversuche mittels Blut, Blutserum und Rachensekret ohne Resultat. Endlich gelang es aber doch durch Ueberimpfung eines von einem Scharlachkranken stammenden hämolytischen Streptokokkenstammes bei einer Versuchsperson in ganz eindeutiger Weise einen typischen Scharlach hervorzurufen. Von da an züchteten sie systematisch aus dem Nasen- und Rachensekret der Scharlachkranken die verschiedenen hämolytischen Streptokokkenstämme und schrieben von nun an diesem Mikroorganismus um so mehr eine spezifische Rolle in der Aetiologie dieser Krankheit zu, als schon ihre früheren Untersuchungen ergeben hatten, daß unter den aus dem Nasenrachensekret Scharlachkranker züchtbaren Mikroorganismen dies der einzige Keim ist, der mit dem Serum der Scharlachrekonvaleszenten positive Komplementbindungsreaktionen geben kann. Von diesen Feststellungen und Beobachtungen ausgehend, setzten sie ihre Untersuchungen fort und kamen bald zu dem Resultat, daß der im Rachen von Scharlachkranken stets vorhandene Streptococcus haemolyticus unter gewissen günstigen Umständen, nämlich in bestimmten, aus Bouillon und wenig Blut bestehenden Nährböden ein Toxin bildet. Durch langwierige und wiederholte Versuche konnte festgestellt werden, daß durch die Injektion dieses Toxins die Symptome des Scharlachs hervorgerufen werden können, wodurch sichergestellt wurde, daß die primären Symptome des Scharlachs, also das Fieber, die Allgemeinsymptome, hauptsächlich aber das charakteristische Exanthem, nicht durch die Bakterien, sondern durch die von denselben abgesonderten Toxine erzeugt werden. Diese Erkenntnis bildete, wie wir sehen werden, die sichere Grundlage weiterer wichtiger Resultate. Im Laufe ihrer wieder an Menschen fortgesetzten Versuche stellte es sich heraus, daß bei Scharlach nicht überstandenhabenden Personen die intrakutane Injektion kleiner Mengen des entsprechend verdünnten Toxins an der Injektionsstelle eine charakteristische, typische Lokalreaktion hervorruft. Diese Reaktion besteht aus einer einige Zentimeter großen Rötung und diese Reaktion erwies sich bald von unschätzbar großer praktischer Bedeutung. All jene Personen, bei denen sich diese Reaktion einstellt, also die Reaktion positiv ausfällt, sind für Scharlach empfänglich und können im Falle einer Infektion an Scharlach erkranken; diese Tatsache wurde durch die Dicks ebenfalls im Wege von Uebertragungsversuchen festgelegt. Fernerhin konnten sie feststellen, daß es Individuen gibt, bei denen die Reaktion negativ ausfällt. d. h. es entsteht an der Injektionsstelle keine Rötung. Eine derartige negative Reaktion wird bei Scharlach überstandenen Personen angetroffen; die Erklärung dieser Erscheinung kann darin erblickt werden, daß der Scharlach einmal überstandene Organismus zumindest in der Mehrzahl der Fälle gegenüber einer neuerlichen Infektion immun ist bzw. immun bleibt. Diese negativen Reaktionen führten zu jener Annahme, daß das Blut der Scharlach überstandenen Personen ein Antitoxin enthält, dieses verbleibt lange Zeit im Organismus und macht das in die Haut gebrachte Toxin noch an der Injektionsstelle unwirksam. Dies war um so mehr anzunehmen, als schon frühere Untersuchungen anderer Forscher (Schultz-Charlton) gezeigt hatten, daß das Rekonvaleszentenserum im Falle einer Injektion in die Haut eines Scharlachkranken in der Umgebung der Injektionsstelle ein Verblassen des Ausschlags zur Folge hat; infolge des Ueberstehens des Scharlachs wurde daher in der Tat ein Gegengift gebildet, welches das gewisse Krankheitssymptome hervorrufende Toxin neutralisiert. Auf Grund ihrer erfolgreichen Versuche stellten die Dicks die These auf, daß durch die Injektion des Toxins in die Haut bzw. vermittels der auf diese Injektion auftretenden Reaktion festgestellt werden kann, ob jemand gegenüber Scharlach empfänglich oder aber immun ist. Dieses Verfahren hat in der ärztlichen Praxis Fuß gefaßt und wird unter ihren Namen als Dicksche Reaktion (Dick-Test) bezeichnet. Das Ehepaar Dick blieb bei dieser an und für sich hochbedeutsamen Erkenntnis nicht stehen Nachdem der Organismus der Scharlach überstandenen Personen gegen Scharlach immunisierende Schutzstoffe erzeugt, versuchten sie, ob wohl nicht auch durch die wiederholte Einführung geringer Mengen des Giftes die Produktion dieser Antikörper angeregt werden kann. Durch weitere langwährende Versuche gelang es festzustellen, wie groß jene Giftmenge sein darf, welche im Organismus keine schädliche Wirkung ausübt. Es konnte hierbei sichergestellt werden, daß auch schon diese kleinen, keine Krankheit hervorrufenden Toxinmengen die Bildung von Antitoxinen zur Folge haben. Diese Antitoxine verbleiben lange Zeit im Organismus. Werden nun derartige kleine Toxinmengen wiederholt und in allmählich vergrößerten Dosen injiziert, so entsteht ein ansehnliches Antitoxindepot, welches das betreffende Individuum auch gegenüber ganz großen Giftmengen selbst in dem Fall zu schützen vermag, falls der die Toxine erzeugende Streptococcus haemolyticus selbst in den Organismus gelangt, mit einem Wort auch dann, wenn eine Scharlachinfektion eingetreten wäre. Dieses Verfahren bildet also eine aktive Immunisierung, denn wir versetzten den Organismus durch seine aktive eigene Tätigkeit mittels der durch die kleinen Toxinmengen erzeugten Reaktionen in die Lage, das eingeführte oder im Organismus entstehende Toxin unschädlich zu machen. Ein sicheres Zeichen dieser Immunität besteht darin, daß in der Haut der immunisierten Person das in die Haut gespritzte Toxin keine Reaktion mehr erzeugt, wir bekommen also hier ebenso negative Reaktionen, wie bei jenen Individuen der ersten Serie der Dicks, die Scharlach bereits überstanden hatten. Natürlich erfordert die Berechnung der Größe der ansteigenden Giftmengen, sowie der Stärke des zur Hautreaktion benutzten Toxins große bakteriologische und serologische Schulung. Einen sehr großen Vorteil gegenüber anderen Verfahren bildet aber der Umstand, daß die Immunisierung ganz ungefährlich ist. Die Tendenz der modernen medizinischen Wissenschaft gravitiert immerhin in der Richtung der Prävention und deshalb sind die glücklichen Entdeckungen der Dicks von ungemein großer Bedeutung.

Außer den bereits beschriebenen Versuchen berichten die Dicks auch über erfolgreiche Versuche mit der Herstellung eines Scharlachheilserums, d. h. der Produktion von Antitoxin außerhalb des menschlichen Organismus. Hat sich ein gegenüber Scharlach empfängliches Individuum bereits infiziert, so steht dem betreffenden Organismus quasi keine Zeit mehr zur Verfügung, um eine entsprechende Menge Antitoxin zu produzieren und so durch Bindung des Toxins dessen schädigende Wirkung zu vermeiden. Deshalb müssen wir in diesem Falle zu der bei anderen Infektionskrankheiten bewährten Methode greifen und dem Organismus eine große Menge fertiges Antitoxin zuführen. Wie wir gesehen haben, verfügen Scharlach überstandene oder immunisierte Personen in ihrem Blut über Antitoxin, doch können wir natürlich von einer Person, ohne zu schaden, nicht so viel Blut entnehmen, als zu therapeutischen Zwecken notwendig wäre, und wir müssen deshalb einen anderen Weg einschlagen. Zu Beginn unserer Ausführungen hatten wir erwähnt, daß bei den Tieren Scharlach nur sehr schwer hervorgerufen werden kann. Nachdem aber den Dicks die Herstellung eines Toxins aus den Reinkulturen der Scharlachstreptokokken geglückt war, ergab sich die Frage, ob die Tiere diesem sicher spezifischen Toxin gegenüber sich indifferent verhalten. Die diesbezüglichen Experimente der Dicks zeigten, daß falls Pferde mit ansteigenden Dosen des Toxins geimpft werden, in deren Blut nach einer Zeit ein Antikörper entsteht, der das Scharlachtoxin zu neutralisieren vermag. Daraus ging klar hervor, daß auch Tiere auf das Toxin reagieren, nur können keine derartigen pathologischen Erscheinungen wahrgenommen werden wie bei Menschen. Diese Fähigkeit des tierischen Organismus, Antitoxin zu produzieren, können wir, ebenso wie bei anderen Infektionskrankheiten, z. B. bei Diphtherie, zu therapeutischen Zwecken verwenden. Bekanntlich wurden auch schon bei Scharlach ähnliche Versuche vorgenommen, so z. B. steht schon seit längerer Zeit das Moser-Paltaufsche Streptokokkenserum in Gebrauch, dessen unzweifelhaft günstige Wirkung in Fachkreisen bekannt ist; nachdem aber Moser und Paltauf nicht das aus Scharlachstreptokokkenreinkulturen hergestellte Toxin, sondern verschiedene, aus dem Herzblut der an Scharlach verstorbenen Personen, auf Toxinbildung nicht geprüfte Streptokokkenstämme zur Herstellung ihres Serums benutzt hatten, war auch der Antitoxingehalt ihres Serums ein sehr schwankender und ein sehr mäßiger. Die Dicks konnten mit Hilfe des reinen Toxins ein sehr hochwertiges Serum erzeugen und der Wert desselben erscheint auch dadurch erhöht, daß sie das Serum konzentrieren. Diese Konzentration besteht darin, daß aus dem Serum, das bekanntlich ein Gemisch von verschiedenen Eiweißkörpern enthält, durch gewisse Prozeduren die überflüssigen, ja sogar unter Umständen für den Menschen schädlichen Körper ausgefällt werden. Der menschliche Organismus zeigt nämlich oft gegenüber artfremdem (tierischen) Eiweiß eine erhöhte Empfindlichkeit, und die Einführung einer größeren Menge von artfremdem Eiweiß kann sogar Schaden stiften. Nachdem nun der Antitoxingehalt nur an gewisse Eiweißarten gebunden ist, können die übrigen mit der Antitoxinwirkung in keinem Zusammenhang stehenden Eiweißarten aus dem Serum ohne jedwelche Herabsetzung des therapeutischen Wertes entfernt werden. Auf diese Weise kann ein an Eiweiß armes, aber relativ viel Antitoxin enthaltendes Serum hergestellt werden, welches für den Organismus viel weniger schädlich ist als das nicht konzentrierte, alle Eiweißkörper enthaltende gewöhnliche Serum. Der Vorteil des Dick-Serums gegenüber den bisherigen Scharlachseren ist also ein doppelter: einerseits die Konzentration, andererseits der genau festgelegte Antitoxingehalt infolge der genauen Dosierungsmöglichkeit des zur Serumproduktion verwendeten spezifischen Toxins.

Die eigenen Versuche hatte ich im Juli 1925 in Budapest begonnen; bisher wurde die Hautprobe bei ungefähr **10 000** Personen, hauptsächlich Kindern ausgeführt und die Immunisierung bei nahezu **1000** Kindern beendet. Ueber meine Erfahrungen, die fast vollkommen mit den amerikanischen Erfahrungen übereinstimmen, wird an anderer Stelle eingehend Bericht erstattet werden.

Aus dem Sanatorium Alleekurhaus, Baden-Baden.

Die Kausalbehandlung der Neurosen und neurotischen Symptome durch Psycho-Katharsis.

Von

Dr. BENNO HAHN.

Schon vor dem Kriege war eine allmähliche starke Zunahme der Neurosen nachzuweisen durch den sich immer mehr verschärfenden Kampf ums Dasein und den raschen Verbrauch an Nervenkräften, besonders in den Großstädten.

Daß im Kriege die Zahl der Neurosen weiter stark angewachsen ist, braucht gar nicht diskutiert zu werden. Merkwürdigerweise ist jedoch während des Krieges selbst diese Tatsache gar nicht so klar zum Ausdruck gekommen: Die Hochspannung, in der wir alle uns befanden, hat die neurotischen Symptome überdeckt und erst bei Kriegsende, bei der allgemeinen Entspannung sind die neurotischen Erscheinungen manifest geworden. Wir sehen hier dasselbe Bild wie bei manchen Frontkämpfern, die im Schützengraben kaum nervös schienen, im Ruhequartier jedoch und während des Urlaubs plötzlich alle möglichen nervösen Symptome zeigten.

Dies Versagen beim Nachlassen der Hochspannung zeigt sich namentlich im Verhalten des Bürgertums während der Revolution in seiner, ich möchte sagen, Indolenz, seinem Waffenstrecken der anfangs kleinen Zahl aktiver revolutionärer Elemente gegenüber.

Der Druck durch die Entente nach Friedensschluß, Inflation, Deflation mit allen ihren Folgen haben weiterhin die Schar der Nervösen anschwellen lassen.

Aus den Heeren von Frontkämpfern, aus den Scharen der stillen Kämpfer in der Heimat sind Heere von Neurotikern erstanden und es darf nicht vergessen werden, daß die Grundlage für einen Wiederaufbau, wie er bei uns auf allen Gebieten erstrebt wird, zunächst einmal eine seelische Gesundung zur Voraussetzung hat.

Es ist an der Zeit, daß auch der Arzt, der nicht die Behandlung nervöser und seelischer Leiden sich als Sonderfach gewählt hat, sich über die therapeutischen Möglichkeiten in der Neurosenbehandlung orientiert.

Ich sehe bei der Besprechung dieser therapeutischen Möglichkeiten ab von dem Wert einer ambulanten Behandlung im Heimatort und dem einfachen Ausspannen und Milieuwechsel unter klimatisch günstigen Bedingungen und möchte kurz die Möglichkeiten und den Wert einer Sanatoriumsbehandlung skizzieren, wie sie in den letzten Jahrzehnten als bestes Mittel zur Beseitigung nervöser Erscheinungen gehandhabt wurde.

Die therapeutischen Faktoren bestanden im Klimawechsel, in der Milieuveränderung mit der absoluten Entlastung von den großen und kleinen Sorgen des Tages, in Ablenkung und Zerstreuung. Weiterhin in systematischer körperlicher und geistiger Uebungstherapie, in einer Disziplinierung des Patienten und Regelung seiner Lebensweise, in den anregenden und beruhigenden physikalischen Prozeduren (Bäder, Abreibungen, Massagen, Liegekur, Luft- und Sonnenbäder, Elektrizität). Dann war es vor allem aber die persönliche Einwirkung des Arztes, der je nachdem als Tröster, als Freund und Warner, als Führer und Vorbild auf den nervös Erschöpften einwirkte.

Gewiß sollen die Resultate dieser Bemühungen nicht verkannt werden, gewiß haben viele vor und nach dem Kriege hierdurch ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangt.

Aber oft liegt hier bei den Erfolgen einer derartigen Sanatoriums-Behandlung der therapeutische Akzent an ganz anderer Stelle.

Ich nenne hier das Moment, daß bei einer solchen Kur der Neurotiker als Kranker vom Arzt völlig bestätigt, daß hier nicht mehr vom „Zusammennehmen“, vom „Einspannen der Energie“, vom „Sichgehenlassen“ gesprochen wird. Die Neurose ist hier kein Makel mehr; es wird voll anerkannt, daß der Neurotiker stündlich eine Unmenge von Energie im steten Kampfe mit der Neurose und dem Leben verausgabt, ehe er das zu leisten versucht, was der Nervengesunde spielend meistert. Weiterhin ist der Patient seinem Milieu entrückt und damit seinem aktuellen Konflikt, der während dieses Aufenthaltes sich bisweilen erledigt, bisweilen in räumlicher und zeitlicher Entfernung für den Kranken an Wichtigkeit verliert. Weiter erinnere ich daran, daß auch der Hauptwert der Uebungsbehandlung auf psychischer Seite, auf dem Gebiete der Hochzüchtung des Selbstvertrauens liegt, welches der Patient in dem Kampfe mit den Lebensschwierigkeiten und seiner Neurose mehr oder weniger verloren hat.

Aber den Arzt, der nicht blind die Augen schließt, können diese Erfolge noch nicht befriedigen.

In den weitaus meisten Fällen sind die Erfolge nur temporäre. Die Kranken gehen gebessert, ja symptomfrei zurück in Milieu und Beruf: Aber nach Wochen oder Monaten treten wieder nervöse Erscheinungen, — Rückfälle, Ersatzsymptome oder neue Symptome — auf, und nach einer kürzeren oder längeren Zeitspanne ist eine große Zahl dieser Individuen wieder sanatoriumsreif. Die neurotischen Symptome waren beseitigt, die Neurose, d. h. die falsche Einstellung des Individuums dem Leben mit seinen Schwierigkeiten und Kämpfen gegenüber, blieb unbeeinflußt.

Ebenso wenig konnten die Erfolge der Suggestiv-Behandlung, sei es in Form der Wach-Suggestion und der Suggestiv-Hypnose, auf die Dauer befriedigen, wenn man nicht, wie es J. H. Schultz tut, die analytische Hypnose der Suggestiv-Behandlung einreiht. Die Dauer der posthypnotischen Suggestionswirkung ist ja meist begrenzt; wenn auch nicht verkannt werden kann, daß durch eine Häufung von Hypnosen eine dem Wesen der Persönlichkeit nicht widersprechende Suggestion so tief in das innerste Persönlichkeitsgefüge eindringen kann, daß es sich dauernd einfügt, so gilt dies jedoch sicher nicht für Suggestionen, die dem fixierten pathogenen Mechanismus widersprechen. Der pathogene Mechanismus ist stärker wie die Suggestion, läßt eine Eingliederung derselben in den Kern der Persönlichkeit nicht zu. Deshalb war auch das Bestreben, in Suggestiv-Hypnose den Morphiumsüchtigen das Morphium zu verekeln, von vornherein zu einem Mißerfolg verurteilt.

So wird der psychologisch und psycho-pathologisch geschulte Arzt eher oder später auf den Weg der Kausalbehandlung gedrängt.

Ich muß mir hier versagen, den Wert und die Bedeutung der drei Kausalbehandlungsmethoden, der Freudschen Psychoanalyse, der Adlerschen Individualpsychologie und der Psycho-Katharsis gegeneinander abzuschätzen und möchte mich hier darauf beschränken, auf die theoretischen Voraussetzungen, das Wesen und die Praxis des psycho-kathartischen Verfahrens einzugehen.

Als historische Bemerkung möchte ich vorausschicken, daß die Psycho-Katharsis auf den ersten Studien Freud's fußt, die er im Jahre 1889 in Gemeinschaft mit Breuer veröffentlichte. Das Verfahren wurde von L. Frank weiter ausgebaut. In den letzten Jahren ist es von Frank und mir nach verschiedenen Richtungen hin weiter entwickelt worden. Meine folgenden Ausführungen basieren auf eignen Forschungen und Erfahrungen, die sich mit den Ansichten und Vorstellungen Frank's teils decken, teils wesentlich divergieren.

Zunächst einige grob skizzenhafte Ausführungen über Begriff und Entstehung der Neurose und des neurotischen Symptoms.

Nach den Ergebnissen der Kausalmethoden wurzelt die Neurose einerseits in der Anlage, der individuellen Konstitution, der ungenügenden Equilibrierung der seelischen Apparate, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, andererseits in den Einflüssen der Umwelt, den persönlichen Erfahrungen, den „richtunggebenden" Erlebnissen; das sind Erlebnisse, meist aus frühester Jugend, die infolge der Anlage eine falsche Einstellung des „Ich s" zur Umwelt schaffen oder bedingen.

Diese falsche Einstellung des Gesamtindividuums hat nun eine Unsicherheit der Umwelt, dem Leben gegenüber zur Folge. In dieser Unsicherheit, dieser neurotischen Bereitschaft kann das Individuum Jahre hindurch verharren, bis ein aktueller Konflikt es versagen läßt und es sich in die Neurose rettet, der aktuelle Konflikt die neurotische Bereitschaft zur offenen Neurose umgestaltet. So wird für den Neurotiker das neurotische Symptom zur Waffe, zum Schutz, zum Ausweg. Aber dieser Ausweg ist mit Dornen besät und untergräbt Arbeitsfähigkeit und Lebensfreude.

Nach meinen Anschauungen beruht nun das Wesen der Behandlung in einer Rationalisierung der pathogenen Erlebnisse, sowohl der aktuellen Konflikte wie der richtunggebenden Erlebnisse, die seinerzeit die neurotische Einstellung zur Folge gehabt haben.

Ich folge hierin den Anschauungen Dubois', der in der Rationalisierung den Kernpunkt seines Verfahrens sah, doch konnte Dubois nur Oberflächentherapie treiben, da er die tieferen Zusammenhänge in der Persönlichkeitsentwicklung des Neurotikers nicht überblickte.

Für mich ist die neurotische Einstellung und das neurotische Symptom bedingt durch kritisch nicht verarbeitete Erlebnisse. Durch Wiedererlebenlassen der pathogenen Erlebnisse im Halbschlaf und deren nachträgliche Objektivierung und Distanzierung — nachträgliche kritische Verarbeitung — verschwindet das Symptom und die neurotische Einstellung.

Die Vorbedingung für diese Kausalbehandlung ist also der hypnotische Halbschlaf, der wohl fast ausnahmslos herzustellen ist.

Seine Kennzeichen sind bei völliger körperlicher Entspannung schwere Glieder, Schläfrigkeit, absolute Gedankenfreiheit. Die Suggestibilität ist dem Wachzustand gegenüber erhöht, jedoch fehlt der für die eigentliche Hypnose typische ausschließliche Rapport mit dem Arzt. Der Patient ist jederzeit in der Lage, sich zu erheben, die Augen zu öffnen, vor allem aber jederzeit seine eigene Kritik einzuschalten.

In diesem Zustand ist es ohne weiteres möglich, durch suggestive Anregung auf assoziativem Wege zunächst alle kausalen Erlebnisse für das Symptom wieder bewußt zu machen, sowohl diejenigen, die der Verdrängung anheim gefallen waren, wie diejenigen, die zwar auch im Wachzustand erinnerungsfähig, deren Zusammenhänge mit den neurotischen Symptomen aber nicht mehr bewußt waren. Durch Objektivierung dieser Erlebnisse verblaßt zunächst das Symptom oder verschwindet vollständig.

Die Erlebnisse werden entweder plastisch gesehen (frühere oder noch vorhandene eidetische Veranlagung) oder werden mit einer ganz auffälligen Klarheit in allen Einzelheiten wieder erinnert (Fehlen der eidetischen Anlage).

Beim Auftauchen dieser Erlebnisse wird der Patient sich gleichzeitig über die Einstellung, die falsche Haltung, klar, die im Erlebnismoment zu Aufbau und Bildung des neurotischen Symptoms führte.

Nun folgt der zweite Teil der Behandlung. Durch weitere suggestive Anregung werden alle die Erlebnisse und Vorstellungen eruiert, die die neurotische Einstellung determinierten. Auch diese werden vom Patienten im Halbschlaf mit oder ohne Hilfe des Arztes objektiviert.

Auf diese Weise wird die ganze Persönlichkeit durchforscht, ihr Aufbau und ihre Entwickelung. Im Verlaufe dieser Behandlung pflegen alle neurotischen Symptome zu verschwinden.

Unter Umständen ist es zweckmäßig, diese beiden ersten Abschnitte der Behandlung mit dem sogenannten „erlebnislosen Abreagieren" zu kombinieren, das Frank nach persönlichen Mitteilungen neuerdings als wirksamstes Moment bei der Behandlung anzusehen scheint. Den unverdauten Erlebnissen haftet nach unsern theoretischen Vorstellungen ihr Affekt noch an, und vielfach ein Affektbetrag, der unverhältnismäßig größer ist, wie er dem pathogenen Erlebnis entspricht. Die theoretische Vorstellung geht nun dahin, daß durch Einstellung auf das Symptom im Halbschlaf ohne assoziative Anregung der pathogenen Erlebnisse der Affektbetrag nach und nach abfließt.

Tatsache ist jedenfalls, daß durch ein solches erlebnisloses Abreagieren eine weitgehende Besserung der neurotischen Erscheinungen zu erzielen ist. Die Patienten fühlen sich von mal zu mal freier, entlasteter, erlöster, die neurotischen Symptome verblassen. Daß jedoch durch ein solches Verfahren allein die Neurose beseitigt werden kann, halte ich für ausgeschlossen, da die für den Aufbau nötige Durchforschung der Gesamtpersönlichkeit unterbleibt.

Wenn auf die obige Weise alle pathogenen Erlebnisse, die der aktuellen Konflikte wie der richtunggebenden, durch Distanzierung entgiftet worden sind, und der Patient sich klar geworden ist über die falschen Wege, die er gegangen, über die anderen, die sich ihm jetzt zeigen und die ihn in das gesunde normale Erleben führen, setzt der dritte Teil der Behandlung ein, der pädagogische Teil, die Synthese.

Hier ist ein weites Feld für Suggestiv-Hypnose und Persuation, für systematische Uebungstherapie und Disziplinierung. Hier findet auch die Unterweisung in der Autosuggestion ein großes Betätigungsfeld, hier wird der Arzt, dem die Arbeit durch die affektive Bindung des Patienten an ihn wesentlich erleichtert wird, seine ganze Kunst zeigen können, um die neurotischen Gewöhnungsmechanismen ungangbar zu machen und die neuen Wege einzuschleifen, die in die psychische Gesundheit führen. Die ganze Persönlichkeit muß umgewandelt, muß neu gebildet werden.

Eine schwere Aufgabe, aber eine dankbare Aufgabe. Ein hohes Ziel, aus seelischen Krüppeln und dissozialen Individuen brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zu erziehen. Wenn irgendwo, dann ist der Arzt hier Schöpfer.

Zwei Beispiele mögen den Gang der Behandlung in etwas schematischer Weise illustrieren:

1. 26 jährige Frau, organisch nie krank, vor zwei Jahren plötzliche Herzneurose, Puls zwischen 115—130. Organisch o. B. In der Psych-Anamnese kommt nichts Wesentliches zutage. Seit 3 Jahren verheiratet, Normalehe.

Behandlung im Halbschlaf: Ursachen der Symptome: Vor zwei Jahren lernt sie einen Mann kennen und lieben. Da sie verheiratet und eine „anständige Frau" ist, wird der Gedanke an diesen Mann nach Möglichkeit verdrängt. Auf einem Maskenball versucht er sich ihr zu nähern: „Zwei Seelen wohnen, ach, in ihrer Brust!" Sie ersehnt und fürchtet den Mann; die anständige Frau lehnt ab. Seitdem mäßiges Herzklopfen. Beim sexuellen Verkehr mit dem Gatten kommt ihr der Gedanke an den anderen. Schuldgefühle, volle Ausbildung der Neurose. — Objektivierung. — Nach der Behandlung Puls 84; in den nächsten Tagen zwischen 84—92, subjektiv viel besser.

Daraus sich ergebende Einstellung: Der unlösbare Konflikt zwischen Liebe und Pflicht, Schuldgefühle dem Gatten gegenüber wegen der Liebe zum anderen, dem anderen gegenüber wegen des sexuellen Verkehrs mit dem ungeliebten Gatten lösen Herzklopfen aus. Flucht in die Krankheit (Herzklopfen) als Schutz gegen den matrimoniellen Verkehr.

Determinierende Erlebnisse für diese Einstellung: Unter anderm: 8 Jahre alt, schlechte Note in einer Klassenarbeit. Wie sie nach Hause kommt, ist der Vater glänzender Laune, will mit den Kindern eine Spazierfahrt machen. Konflikt: Entweder Verschweigen der schlechten Note und Wagenfahrt oder Geständnis und keine Wagenfahrt. Bei diesem Konflikt hat sie ungefähr zwei Tage Herzklopfen, das jedoch wieder völlig verschwindet. Herzklopfen infolge von Schuldgefühl (sie verschweigt die schlechte Note), am nächsten Tage benutzt sie dasselbe Herzklopfen, um beim Geständnis als „Herzkranke" zart angefaßt zu werden.

2. 40 jährige Frau, schwächlich, 5 Kinder, großer Haushalt, halb gelähmte Mutter, sehr anspruchsvoller Gatte, kein Dienstmädchen, sondern nur Stundenfrau. Seit 5 Jahren schweres Asthma.

Behandlung im Halbschlaf: Ursachen der Symptome: Der Mann verlangt von ihr, daß sie in seinen Freistunden noch zweistündige Gewaltmärsche mit ihm macht. Die Mutter behauptet, es sei eine Kleinigkeit, die ganze Arbeit ohne Dienstmädchen zu bewältigen.

Daraus sich ergebende neurotische Einstellung: Sie benutzt das Asthma als Schutz gegen die Ueberlastung, sie wird in der weitgehendsten Weise geschont. Gleichzeitig ist das frühere Arbeitstier, die Sklavin, jetzt Mittelpunkt der Familie, was ihr Machtstreben (Adler) befriedigt.

Determinierende Erlebnisse für diese Einstellung: Unter anderm:

a) Als Kind zwischen 6—12 Jahren sieht sie, wie die Mutter eine Migräne simuliert, um mit Erfolg einer unangenehmen Auseinandersetzung mit dem Vater zu entgehen.
b) Sie selbst erwartet Schläge wegen einer Unart und heuchelt starke Kopfschmerzen. Sie entgeht dadurch der Strafe und wird im Gegenteil noch verwöhnt.
c) Sie hat eine Bronchopneumonie mit Atemnot und wird zärtlich von der Familie umsorgt.

Wichtig erscheint mir bezüglich der Technik, daß jede tiefere Hypnose vermieden wird. Wohl tauchen auch hier die pathogenen Erlebnisse auf, aber die eigene Kritik ist nicht vorhanden und die Objektivierung erfolgt suggestiv durch den Arzt. Es ist also in Wirklichkeit eine Suggestion, keine eigene Distanzierung. Der Patient wird auch hier im allgemeinen symptomfrei, aber es treten nach gewisser Zeit wieder Symptome auf, sobald die suggestive Wirkung nachläßt.

Das Indikationsgebiet für die Psycho-Katharsis ist ein sehr großes. Ich zähle kurz auf: Angstneurose, Eifersuchtsneurose, Trotzneurose, die sich in Form von Kleptomanie oder triebhaften Trinkattacken zeigen kann, die Süchte in allen ihren Formen (Morphium, Kokain, Nikotin, Alkohol). Zwangsneurosen, gewisse Perversionen, Homosexualität, dann Organneurosen, wie Herzneurose, psychogene Sprachstörungen, Asthma und nervöse Atemstörungen, Magen- und Darmneurosen, Hautneurosen, nervöse Blasenstörungen, gewisse Formen von Menorrhagien, Vaginismus, Fluor, Frigidität, Orgasmusstörungen, Hyperemesis gravidarum, Impotenz und Ejaculation praecox. Außerdem die ungeheure Menge von psychischer Ueberlagerung von organischen Erkrankungen, wie ich sie z. B. bei der multiplen Sklerose stets sah.

Die Psychotherapie hat sich durch die Einführung der Kausalbehandlung ein großes Gebiet erobert. Sie ist eingedrungen in Gebiete, die bisher den anderen Disziplinen, wie der internen Medizin, der Gynäkologie usw. reserviert schienen.

Und gerade weil sich jetzt in immer größerem Ausmaße die Erkenntnis Bahn bricht, daß viele Erkrankungen und Symptome, die früher als rein organisch angesehen und deshalb auch nach organischen Gesichtspunkten behandelt wurden, psychogen begründet und verursacht sind, muß der Praktiker bei Diagnose, Prognose und Behandlung an diese Möglichkeit zu denken sich gewöhnen.

Aktuelle Fragen der Psychotherapie.

Von

Prof. Dr. I. H. SCHULTZ, Nervenarzt, Spezialarzt
für Psychotherapie (Berlin).

Dem Zusammentreffen verschiedener Umstände ist es zuzuschreiben, daß die Psychotherapie, die systematische seelische Beeinflussung krankhafter Zustände nicht nur seelischer Art, heute mehr Beachtung findet, als vor 20 bis 30 Jahren. Es liegt das einmal in der ganzen Tendenz medizinischen Forschens und Wirkens, vom Einzelproblem organhafter und zellulärer Veränderungen dem Problem des Organismus als Ganzheit sich wieder bewußter zuzuwenden, nachdem rein naturwissenschaftlich mechanistische Einzelforschung uns die unerhörten Errungenschaften beschert hat, ohne die die wissenschaftliche Medizin moderner Forschung undenkbar ist. In demselben Sinne spricht die deutliche Hinwendung der moderneren Biologie zu einem kritischen Vitalismus. Neben diesen allgemeinen Zeitströmungen sind es die Fortschritte theoretisch psychologischer Forschung ebenso sehr, wie die Durchdringung des Neurosenproblems und weitere Strecken der Psychiatrie mit psychologischen Fragestellungen, die hier wegbereitend wirkten. Die Forschungen von Wernicke, Gaupp, Kretschmer, Kehrer u. v. a. über das Problem der Paranoia lassen diese neue Auffassung besonders deutlich erkennen. Selbstverständlich behalten auch auf diesem Gebiet die biologisch fundierte Erb- und Konstitutionsforschung ihr volles Recht; der Schwerpunkt des Interesses liegt aber in allen modernen Arbeiten nach der Richtung, zu ergründen, wie aus verständlichen Gegebenheiten von Persönlichkeit, Schicksal und Umwelt tieferer Einblick in die Entwicklung der wahren Krankheit zu gewinnen ist. Wir erinnern als an einen klassischen Fall nur an die ungeheure Tragödie des Mörders von Degerloch, des unseligen Hauptlehrers Wagner, dessen erschütterndes Schicksal ausführlich 1914 von Gaupp mitgeteilt wurde. Man erinnert sich, daß 1913 der nicht vorbestrafte Hauptlehrer Ernst Wagner in seiner Wohnung seine Frau und seine 4 Kinder ermordete, indem er sie morgens früh im Schlafe überfiel, sich dann wusch, ankleidete, den zur Tat benutzten Dolch ungereinigt liegen ließ, sich dann mit drei Schußwaffen, über 500 Patronen und Eisenkloben versah und mit einem schwarzen Schleier vor dem Gesicht auf Umwegen, wo er sich ganz geordnet benahm, nach Mühlhausen begab, wo er an 4 Stellen Feuer anlegte, 8 Menschen tötete und 12 schwer verwundete. Drei Tage später vernommen, gab W. als Grund seines Handelns, 12 Jahre zurückliegende sittliche Verfehlung an Tieren an. Gaupp gelang es an der Hand langjähriger ausführlicher Tagebuchaufzeichnungen des durchaus wahrheitliebenden und zweifellos über Durchschnitt geistig regen Täters weitgehend psychologisch abzuleiten, wie hier auf erblich degenerativem Boden aus unverarbeiteten Jugendschuldgefühlen heraus das wahnhafte Erlebnis entstand, seine Umgebung wisse von seiner Verfehlung, seine Familie sei hoffnungsloser Entartung preisgegeben, und nur in Kampf und Vernichtung mit roher Gewalt und eigenem Untergang eine Möglichkeit der Lösung.

Endlich waren es die überwältigend deutlichen Massenerfahrungen der Kriegsneurosen, die in weitesten Kreisen psycho-therapeutischen Gesichtspunkten den Weg bahnten. Mußte doch selbst Oppenheim seine lange und zäh verteidigte Position, daß es im Anschluß an Schreck und Unfall Neurosen gäbe, bei denen „funktionelle Veränderungen auf Grund nicht nachweisbarer molukularer Verschiebungen sich etablierten", also eine im Prinzip materialistisch organische Auffassung einseitiger Art endgültig aufgeben, nachdem ihm von verschiedenen Seiten, so von Schröder, Leipzig, von ihm als unheilbar bezeichnete Kranke psychotherapeutisch geheilt wurden. Das soll gewiß nicht als eine Verunglimpfung des ehrwürdigen Andenkens an Hermann Oppenheim aufgefaßt werden; es ist vielmehr wichtig, gerade an einem so hervorragenden Fachvertreter zu zeigen, wie leicht allzu einseitig organisch physiologisches Denken den Blick einengt.

Das ist jetzt in keiner Weise mehr zu fürchten, ja man muß im Gegenteil als Vertreter kritischer therapeutischer Arbeit eher vor dem Gegenteil, vor einem unkritischen psychischen therapeutischen Enthusiasmus warnen. Genau so sehr, wie die Medizin vor 30—50 Jahren in die Irre ging, als ihr nur körperlich Physiologisches wissenschaftlicher Bearbeitung wert schien, sind jetzt leider viele Vertreter der Psychotherapie besonders einseitiger Form zu verurteilen, die allzu häufig „nur psychische" Zusammenhänge sehen wollen und einem psychotherapeutischen Fanatismus huldigen.

Bleuler hat für das hier vorliegende Grundproblem die prägnanteste Formel gefunden, wenn er sagt, daß bei der überwiegenden Mehrzahl krankhafter Erscheinungen nicht darnach zu fragen ist, ob sie psychisch oder physisch begründet sind, sondern inwieweit sie psychogen oder somatogen bedingt sind. Wir können dasselbe Problem auch von der positiven Seite aus formulieren, indem wir, wie ich es in meiner „Seelischen Krankenbehandlung" (3. Aufl., Jena, Fischer 1923) versucht habe, unablässig auf die lebendige Einheit und Ganzheit des Organismus hinweisen, in der bei der großen Mehrzahl der Abläufe die Zusammenhänge, die wir gewohnt sind schematisch als seelisch und körperlich in Gegensatz zu stellen, sich untrennbar miteinander verflechten und gegenseitig konditionieren.

Diese lebendige Einheitsvorstellung des Organismus ist absolut entscheidend für die richtige Einordnung kritischer psychotherapeutischer Arbeit in den Gesamtbereich der Medizin. So aufgefaßt, kann und darf sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle niemals in einem ausschließenden Gegensatze zu körperlichen Behandlungen irgendwelcher Art stehen, auf die sie im Gegenteil kritischer Weise ebensowenig angewiesen ist, wie die somatischen Behandlungsmethoden gegebenenfalls auf psychotherapeutische Ergänzungen und Belebungen. Am besten wird dies an einem praktischen Beispiel deutlich. In den so sehr häufigen Fällen leichter, ängstlicher Unruhe bei Menschen aus nervöser Familie mit leichter Vermehrung der Schilddrüsentätigkeit wird nur sehr ausnahmsweise entweder lediglich eine rein körperliche Behandlung im Sinne von Arsen, Ruhe, Natrium, Phosphoricum, Antithyreoidin (Möbius), Hydro-, Aero- oder Klimato-Therapie oder eine rein seelische Beeinflussung durch Suggestion rationelle Wachpsychotherapie, Psychokatharsis oder Psychoanalyse irgend einer Richtung zu vollem und einigermaßem prompten Erfolge ausreichen; fast immer werden wir Methoden beider Gebiete sinngemäß kombinieren müssen, um gut und mit dauerndem Erfolge weiter zu kommen.

Ganz reine psychogene Erkrankungen sind auch in der psychotherapeutischen Praxis selten, vielleicht seltener, als rein körperliche Erkrankungen in der allgemeinen Praxis, obwohl hier der psychische Faktor leider noch allzu oft zu kurz kommt. Vor allen Dingen muß vor dem Mißverständnis gewarnt werden, als schließe der Nachweis organischer Störungen das Mitwirken psychischer Faktoren aus. Der gewissenhafte moderne Arzt soll sich im allgemeinen nicht damit begnügen, festzustellen, daß etwa ein ulcus duodeni oder eine Angina pectoris vasomotorica vorliege, sondern es ist ihm zu raten, daß er in jedem Falle die Beziehung der ganzen Persönlichkeit des Kranken zum Symptom sich klarzumachen sucht. Die Hauptfragen seien hier kurz genannt:

1. Wie weit können Funktionsstörungen das Bild einer Organläsion ergeben?
2. Erklärt der Organbefund die Beschwerden restlos?
3. Sind die Beschwerden abhängig von nicht physiologischen Umständen, oder stehen sie etwa in Widerspruch zu Grundtatsachen der Physiologie? (z. B. Besserwerden von „Herzmuskelschwäche" durch körperliche Anstrengung!)
4. Kann der Kranke selbst bestimmte seelische Auslösungen angeben?
5. Sind die Beschwerden deutlich an bestimmte Situationen oder Reaktionen rein seelischer Art gebunden, ohne daß es der Kranke vielleicht selber weiß? (Verschwinden von Beschwerden bei Trennung von Angehörigen!)
6. Wie steht der Kranke als Mensch seinem Leiden gegenüber? Beurteilt er es richtig? Hat er Gesundungswillen? Bringt ihm sein Leiden irgend welche Vorteile?
7. Macht der Kranke als ganze Persönlichkeit einen harmonischen ausgeglichenen, vernünftigen und

energischen Eindruck, oder ist sein Verhalten psychopathisch?

Selbstverständlich stellen diese Fragen nur kurze Hinweise dar. Wer aber einmal gelernt hat, in jeder täglichen Arbeit sie sich einigermaßen regelmäßig zu stellen, wird von ihnen sehr vielfach wesentliche Belehrung und praktische Förderung erfahren. Sehr viele Kranke, die sonst dem menschenkundigen Kurpfuscher zulaufen, werden auf diese Weise dem Arzt und sachgemäßer Fürsorge erhalten bleiben.

Allerdings ist ohne weiteres zuzugeben, daß die Mehrzahl psychotherapeutischer Methoden so viel Arbeitszeit verlangt, daß sie für die allgemeine Praxis nicht in Frage kommt. Hierin liegt auch, wie ich schon vielfach hervorgehoben habe, nicht ihre Hauptbedeutung für den Arzt. Sie ist vielmehr darin gegeben, daß, ähnlich wie nur eine gründliche Kenntnis der Physiologie des Kreislaufes sinngemäßes Vorgehen bei der Behandlung von Kreislaufstörungen, gegebenenfalls unter Zuziehung entsprechender spezialärztlicher Institute oder Kollegen Gewähr leistet, so auch die ausreichende Kenntnis der psychotherapeutischen Grundbegriffe und Grundmethoden, die Unterlagen für sachgemäßes Handeln in der Praxis ergeben.

Der wichtigste Zweig der Psychotherapie für den praktischen Arzt ist die sogenannte rationelle Wachpsychotherapie. Liebermeister, Ottomar Rosenbach und vor allen Dingen Paul Dubois haben ihn bewußterweise als methodisch eigenartiges Vorgehen umgrenzt, äußerlich angeregt durch vielerlei unerfreuliche Erscheinungen des unkritischen Hypnotismus vor 50 Jahren. Durch Ranschburg, I. H. Schultz, A. Moll u. a. ist diese Seite der Psychotherapie dann noch weiter entwickelt, namentlich auch durch Einbeziehung experimenteller Methoden bereichert worden. Ihr Grundprinzip ist durchaus einfach. „Die Medizin ist ratio“, wie Dubois sagte. Es ist bei dieser Arbeit die Aufgabe des Arztes, den Kranken unablässig und nachdrücklich aufzuklären, zu belehren und zu vernunftgemäßer Beherrschung seiner selbst zu erziehen, ihm immer wieder an anschaulichen Beispielen klar zu machen, wie weitgehend nicht nur unser subjektives Befinden, sondern auch der objektive Verlauf unserer Organfunktionen (z. B. Darmtätigkeit!) abhängig ist von uns selbst und unserer inneren Einstellung, wie allein die Angst vor der Wiederkehr irgendwelcher Beschwerden diese wieder herauf holen kann, so daß der Kranke mehr und mehr von der Angst vor der Angst eingeschlossen wird und in die „vice nerveuse“, wie Dubois es ausdrückte, sich einspannt. Dieses unablässige sich immer wieder Einprägen seelisch gesundender und stärkender Gedanken erhob Dubois zu einer eigenen Methode, die er als systematische Ueberredung, als „Persuasion“ bezeichnete, ihr Wesen ist in einem ununterbrochenen Einhämmern der wesentlichen Gedanken gegeben.

Wie alle Pfadfinder der Psychotherapie unterlag auch Dubois dem Irrtum in seiner Methode die Psychotherapie an und für sich zu sehen, ähnlich wie es sein geistiger Nachfolger Babinski auf diesem Gebiete tut. Die weitere Entwicklung hat diese Einseitigkeit überwachsen, wir sehen jetzt in der Persuasion, wie in jeder anderen psychotherapeutischen Methode nur ein wesentliches Werkzeug aus dem ganzen Arsenal.

Von den modernen Ergänzungen dieser Arbeitsrichtung sei hier namentlich eine sehr handliche und meiner Ansicht nach, noch nicht genügend in ihrem Wert erkannte Methode genannt, die Anleitung der Patienten zu systematischen Memorierübungen. In ihnen haben wir ein treffliches Mittel der Selbsterziehung sowohl als der Uebung, das bei sehr viel Nervösen außerordentlich gute Dienste leistet.

Der Kranke erhält irgendeinen Gedächtnisstoff, der ihm auch innerlich etwas vermittelt und der nach äußerer Struktur so gebaut ist, daß er sich leicht und ohne Sinnzerstörung in gleiche kleine Teile zerlegen läßt, also einen in Strophen, Paragraphen, kurze Sätze oder dgl. gegliederter Stoff. Der Arzt gibt nun die Anweisung, jeden Tag eine gleiche, anfänglich kleine Menge des Stoffes im ganzen so oft hintereinander durchzulesen, bis fehlerfreie Reproduktion erfolgt und von Tag zu Tag Buch darüber zu führen, wie viel Lesungen zu Erfolgen nötig sind. Natürlich muß jeden Tag ein neuer Stoff gewählt werden. Meist schon nach ziemlich kurzer Zeit kann dann der Kranke in seinen eigenen Aufzeichnungen die erreichten Erfolge feststellen, indem zur Bewältigung desselben Stoffquantums zunehmend weniger Lesungen erforderlich sind. Wie wir aus der experimentellen Psychologie wissen, bleibt (entsprechend dem überall waltenden Einheitsprinzip!) der Fortschritt in keiner Weise auf ein einziges Gebiet beschränkt; die Versuchsperson bemerkt vielmehr sehr bald, auch auf anderen Gedächtnisgebieten und auf anderen seelischen Bereichen eine deutliche Funktionserleichterung. Diese Memoriermethode, wenn man es so nennen darf, ist ihrer außerordentlichen Bequemlichkeit und Einfachheit wegen für die Praxis hervorragend geeignet.

Sicher waren die ganz außerordentlichen Erfolge, die Dubois mit seiner Methode erzielte, nicht lediglich dieser selbst zuzuschreiben, sondern auch vor allen Dingen dem Umstande, daß sie von seiner überaus eindrucksvollen und in scharfgeschliffenen Dialektik außerordentlich begabten Persönlichkeit getragen wurden. Schöne Beispiele seiner Tätigkeit finden sich vor allen Dingen in seinem grundlegenden Werke: „Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung“ (Bern, Franke 1910). Es ergibt sich vor allen Dingen die für die Praxis sehr wichtige Tatsache, daß in geeigneten Fällen eine einzige, energische und verständnisvolle Aussprache, die von echt pädagogischem Geist erfüllt ist, oft langfristige Symptome für immer zum Verschwinden bringen kann. Jeder Arzt sollte hieraus die Anregung nehmen, sich, so weit es die Umstände irgend erlauben, der erzieherischen und aufklärerischen Aufgaben seines Berufes ernstlichst anzunehmen. Auch vernünftige Aufklärungen durch Presse, Vorträge u. dgl. gehört in den ganzen Rahmen dieser Arbeit, ferner auch die Berufsberatung im Sinne der Psychotechnik, bei der man allerdings die Mitwirkung eines Fachmannes kaum wird entbehren können. Wer neue Worte liebt, mag gern im Anschluß an Kahane diese Seite unserer Aufgaben als Psychagogie bezeichnen, wie es neuerdings auch Kronfeld in seinem anregenden Buch über Psychotherapie, medizinische Charakterologie usw. tat. Alle diese der allgemeinen Psychologie nahestehenden Erfahrungen haben gegenüber anderen psychotherapeutischen Methoden den Vorteil unbedingter Gefahrlosigkeit.

Von den Suggestionsmethoden kann dies nur bedingt gesagt werden. Die älteste und am meisten erprobte Methode ist die der Hypnose, über deren Wesen neuerdings Schilder in seinem anregenden Schriftchen Neues brachte (2. Auflage, Springer 1924: „Das Wesen der Hypnose“). Ich konnte 1922 über 100 zum Teil sehr ernsthafte „Gesundheitsschädigungen nach Hypnose“ (Halle Marhold) durch Umfrage und eigene Beobachtung feststellen, als deren Hauptursache sich entweder Fehler der Technik oder namentlich falsche Auswahl der Versuchsperson ergab. Ganz besonders ist vor unvorsichtigen Hypnosen bei Menschen mit ausgesprochener hysterischer Reaktion, sowie namentlich bei solchen Patienten zu warnen, die einen Schub von Schizophrenie hinter sich haben, oder den Eindruck einer nach dieser Richtung hin ernsthaft disponierten Persönlichkeit machen. Schwere psychotische Attacken von bis halbjähriger Dauer sind unter solchen Umständen nicht selten.

Besondere mystische Fähigkeiten braucht der Arzt zum Hypnotisieren nicht zu besitzen; etwas Einfühlungsvermögen, Geduld und genügende Sachkenntnis erlauben es jedem Menschen, einwandfreie Hypnotisierungen durchzuführen. Die Versuchspersonen müssen soweit über sich verfügen können, daß ihnen jene innerste Einwilligung möglich ist, die die Voraussetzung jeder Hypnotisierung darstellen. Säuglinge, Geistesschwache und die meisten Geisteskranken scheiden daher aus; ausgesprochen nervös fahrige und konzentrationsschwache Versuchspersonen können wohl den nötigen Rapport mit dem Arzt herstellen, es fehlt ihnen aber an der Konsequenz der Durchführung, so daß der Verlauf der Arbeit meist unbefriedigend bleibt. Je geschlossener und disziplinierter die Persönlichkeit des Kranken, desto glatter verlaufen die Hypnosen und desto sicherer sind ihre Erfolge.

Hypnotische Experimente an gesunden Versuchspersonen haben schon lange deutlich dargetan, wie weitgehend körperliche Funktionen suggestiven Einflüssen zugänglich sind, Pulsfrequenz plethysmographisch nachweisbare Blutverschiebungen, Spannungs- und Entspannungszustände der glatten Muskulatur, Haut- und Körpertemperatur, ja bis zu einem gewissen Grade auch das so schwierige Gebiet der Trophik erweisen sich als abhängig und erhebliche Umstellungen des Stoffwechsels als darstellbar. So konnte Mohr Diabetiker durch Ruhesuggestionen von Zuckerausscheidungen im Harn befreien und durch entgegengesetzte Suggestionen wieder Glykosurie hervorrufen; Grafe stellte bei hypnotisch gesetzten Affekschwankungen weitgehende Veränderungen des Stoffwechsels fest, Glaser in entsprechenden Versuchen Schwankungen des Blutkalkes. Einwandfreie Beobachtungen von hypnotisch dargestellten Hautgeschwüren liegen schon in ziemlicher Anzahl vor, so von I. H. Schultz und Heller 1909, ebenso Umstellungen des Termins der Periode und Bestimmungen der Gebärzeit bei Frauen. Auch hypnotische Unterbrechung der Schwangerzeit ist sicher beobachtet. Bis in welch feine Einzelheiten gelegentlich suggestiver Einfluß vordringen kann, zeigen neben vielen anderen die schönen Beobachtungen von Georgi über suggestive Abstellungen des psychogalvanischen Phänomens, sowie namentlich die sehr anschaulichen Untersuchungen Heyers. Dieser Autor legte normalen Versuchspersonen in tiefer Hypnose die Magensonde ein und spülte den Magen leer. Wurde dann das Verzehren verschiedener Nahrungsmittel suggeriert, so trat nicht nur Sekretion im allgemeinen, sondern sogar Absonderung eines, dem suggerierten Nahrungsmittel entsprechend zusammengesetzten Saftes ein, wie durch fraktionierte Aushebung nachgewiesen werden konnte. Ein Mitarbeiter Heyers konnte dasselbe für die Gallenabsonderung nachweisen, indem er die Duodenalsonde einlegte.

Der weitreichende Einfluß suggestiver Momente ist durch diese hypnotischen Versuche aufs Neue einwandfrei erwiesen. Das soll den praktischen Arzt aber nicht veranlassen, kritiklos darauflos zu hypnotisieren, sondern ihm mehr als theoretische Unterlage für sein Handeln dienen. Die oben stehenden Resultate sind nur in Ausnahmefällen durch einige wenige Sitzungen zu erreichen. Eine ernsthafte hypnotische Behandlung erfordert vielmehr fast immer eine größere Serie von Sitzungen, die anfangs am besten zweimal täglich veranstaltet werden. Je nach Reaktion des Patienten und der Erfolge geht man dann allmählich mit der Zahl der Sitzungen zurück, so daß auch diese Behandlung, wenn sie ernsthaft durchgeführt wird, recht erhebliche Ansprüche an die Zeit des Arztes stellt.

Zudem ist die ganz einfache primitive Suggestion, wie sie in den oben stehenden Experimenten ausgeübt wurde, für die meisten Fälle der Praxis nicht zureichend. Forel, Hilger, Loewenfeld, Oskar Vogt, Kohnstamm, Moll, I. H. Schultz und v. a. haben seit Jahren darauf hingewiesen, daß in den meisten Fällen die hypnotische Behandlung nur dann optimale Erfolge gewährleistet, wenn sie zu einer allgemein erzieherischen Methode erhoben wird, also etwa einem Alkoholkranken nicht einfach mechanisch das Alkoholverbot eingehämmert, sondern auch in der Hypnose eindringlich nahe gebracht wird, welche Gefahren und Nachteile für ihn und die Umgebung aus der Trinkgewohnheit erwachsen. Bei einem Kinde mit Bettnässen, wo die hypnotische Behandlung wahre Triumphe feiern kann, wird man gleichfalls nicht einfach ein Verbot des Bettnässens aufrichten, sondern psychologischerweise dem Kind auf Wachsuggestionen zu bestimmten Terminen mit dem Befehle kombiniert geben, das Bett zu verlassen und die Blase zu entleeren. Die von allen Psychotherapeuten und den gut beobachtenden Kinderärzten längst erkannte Abhängigkeit typischer Form von abnormer Schlaftiefe hat durch die schönen Untersuchungen von Regelsberger über die alveoläre CO_2-Spannungen jetzt ihre exakte Grundlegung gefunden (Klinische Wochenschrift 1925, S. 2183: „Schlaf und Atmung“). Gerade in solchen einfach kindlichen Fällen genügen oft einige wenige hypnotische Sitzungen, ohne daß ein besonders tief hypnotischer Zustand eintritt.

Heilresultat und Wirkungsdauer sind überhaupt von der Tiefe des hypnotischen Zustandes völlig unabhängig, wie allen kritischen Sachverständigen sattsam bekannt ist.

Ausgesprochene Tiefhypnosen sind nur empfehlenswert, wenn größere chirurgische Eingriffe oder Entbindungen in reiner Hypnose ausgeführt werden sollen, wie sie z. B. in der neuesten kleinen, von Haas (Archiv für klinische Chirurgie 1925, Band 135, Seite 23) veröffentlichten Arbeit zu finden sind. Es erregt sonderbarerweise immer wieder das größte Erstaunen sonst gut gebildeter Aerzte, daß bei geeigneten Versuchspersonen selbst große chirurgische Eingriffe ohne weiteres in rein suggestiver Anästhesie durchgeführt werden können, obwohl derartige Beobachtungen seit über 100 Jahren in größter Zahl und kritischer Beobachtung vorliegen. Eventuell kann für diese Zwecke die Hypnose mit leichter Narkose kombiniert werden, man spricht dann von Hypnonarkose, der Friedländer eine eigene kleine Broschüre gewidmet hat (Stuttgart, Enke 1920), während als Narkohypnose das Vorgehen bezeichnet wird, wenn bei einem Menschen mit Einleitungsschwierigkeiten einer Hypnotisierung dieser Zustand durch Zuhilfenahme narkotischer Mittel erzwungen wird. Jeder Arzt sollte die hypnotische Technik soweit beherrschen, daß er in der Lage ist, den Ablauf der Narkose durch suggestive Beeinflussung zu beschleunigen und zu vertiefen. Es kann dadurch nicht nur an Narkotikum gespart werden, sondern es gelingt auch vielfach den postnarkotischen Beschwerden mit Erfolg entgegen zu treten. Zudem garantiert hypnotische Ruhestellung einen gleichmäßig ruhigen und von Affektschwankungen freien Verlauf der Narkose.

Einzelheiten der hypnotischen Technik können hier naheliegenderweise nicht erörtert werden, es sei dieserhalb auf die zahlreichen guten Darstellungen verwiesen (am eingehendsten vom Verfasser in H. Vogts Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten, Jena 1916, Fischer). Wichtig ist dagegen darauf hinzuweisen, daß das hypnotische Heilverfahren eine ganze Reihe verschiedener Formen entwickelt hat. Die älteste und einfachste ist die Primitiv-Suggestive, bei der den Kranken einfach ein Befehl oder ein Verbot gegeben wird. Eine andere Seite des hypnotischen Zustandes erlaubt eine analytische Psychotherapie. Während im ersten Falle die erhöhte Suggestibilität rein mechanisch benutzt wird, wendet sich die analytische Form an andere Funktionen. Es ist seit langem bekannt, daß es in der Hypnose leicht gelingt, Gedächtnismaterial zu erreichen, das sonst dem Bewußtsein fernliegt. Ohne in dieser hypnotischen Hypermnesie etwas durchaus Charakteristisches und Neuartiges sehen zu wollen, wie es die Enthusiasten der ersten hypnotischen Aera taten, kann man doch von diesem Mechanismus mit gutem Erfolge Gebrauch machen. Wird der Hypnotisierte auf irgendwelche innere Erlebnisse mit der Frage nach ihrer Entstehung eingestellt, so liefert er oft in überraschend kurzer Zeit ein lückenloses Bild, meistens unter Mitbenutzung von Gedächtnismaterial, über das er in gewöhnlichem Zustande nicht frei verfügen konnte. Ein Patient mit nervösem Herzklopfen z. B. vermag oft nicht ohne weiteres die Entstehung seines Leidens anzugeben, ist aber in Hypnose sofort in der Lage, dies zu tun. Die prinzipielle Bedeutung solcher genetischen Studien zuerst klar erkannt zu haben, ist das Verdienst von Oskar Vogt, der auch bereits vor 30 Jahren darüber berichtete, daß es durchaus möglich ist, Versuchspersonen genügenden Bildungsniveaus und entsprechender psychischer Eigenart zur schadlosen Selbstdarstellung hypnotischer Zustände und zu selbständiger Durchführung solcher psychologischer Klärungsarbeiten anzuleiten.

Außerordentlich lehrreich ist in dieser Beziehung eine seiner Beobachtungen. In einem geselligen Kreise befindet sich eine zu Tiefhypnosen sehr gut geeignete Versuchsperson; es wird Obst gegessen; Vogt hypnotisiert die Versuchsperson, läßt sie in Hypnose Obst essen und dabei auf eine Made beißen und weckt sie nach diesen rein suggestiven Erlebnissen. Die Versuchsperson, die vorher mit Appetit Obst gegessen hat, lehnt jetzt dankend ab, sie habe keinen Appetit mehr, sie habe genug usw. Nach etwa einer halben Stunde zu selbsthypnotischer Beobachtung angeleitet, findet sie in kürzester Zeit die Erinnerungen an die Erlebnisse der vorigen Hypnose wieder und nimmt nun ganz zwanglos am weiteren Obstgenuß teil.

Die kleine Beobachtung ist von außerordentlicher prinzipieller Bedeutung. Will man sich einer ausgesprochenen Terminologie bedienen, so bedeutet sie die experimentelle Darstellung eines häufigen Mechanismus der „nervösen Dyspepsie“. In unsrem Zusammenhang ist sie besonders lehrreich als Demonstration für indirekte Nachwirkungen hypnotischer Einflüsse und namentlich auch für die Möglichkeit der Selbstdurchbrechung solcher Abhängigkeiten durch gut geschulte Versuchspersonen. Die nahen Beziehungen zur Psychoanalyse liegen auf der Hand.

Art und Intensität hypnotischer Nachwirkungen sind außerordentlich unberechenbar. Absolut regelmäßige und exakte Erfüllung „posthypnotischer Suggestionen“ ist durchaus die Ausnahme, man sieht vielmehr in der Mehrzahl der Fälle ein wellenförmiges Vordringen der Wirkung, indem kleine Vorwärtsstöße mit Stillständen oder gar kleinen Rückschwankungen abwechseln. Soweit man sich darüber klar ist, das hypnotische Nachwirkungen selbstverständlicherweise den biologischen Grundgesetzen der Uebung und des Gedächtnisses im allerweitesten Sinne folgen müssen, kann man sich hierüber in keiner Weise wundern. Die viel stärker mechanische und schematische Denkart der alten Hypnotisten fand es z. B. verwunderlich, daß so häufig ein posthypnotischer Effekt nicht unmittelbar an die Sitzungen anschließt, sondern erst nach einiger Zeit deutlich wird, eine Eigentümlichkeit, den sie als „Inkubation der Suggestion“ benannten. Die von Moll, Forel, Oskar Vogt u. v. a. erfolgte Einordnung der hypnotischen Abläufe in allgemein psychologische Gesetzmäßigkeiten macht diese Erscheinungen leicht verständlich. Ist doch eine einleitende Latenz auf allen psychologischen Gebieten ein überaus häufiger Befund. Mir ist er darum praktisch von besonderer Bedeutung erschienen, weil, durch ihn beirrt, viele Kollegen vorschnell hypnotische Behandlungen abbrechen und infolge Unterdosierung nichts erreichen.

Außer der eben erwähnten analytischen Hypnotherapie ist noch eine Sonderform hypnotischer Behandlungen zu benennen, die hypnotische Uebungstherapie. Ebenso wie Gedächtnisleistungen sind auch Körper-, Empfindungs- und Gefühlsleistungen bei geeigneten Versuchspersonen erheblicher Steigerungen in der Hypnose fähig. So gelingt es in geeigneten Fällen z. B. die bis auf geringe Reste erloschene, im Wachzustand unverwertbare Tiefensensibilität der Tabiker so erheblich in Hypnose zu wecken, daß erfolgreiche Uebungsbehandlung durchgeführt werden kann, wobei dann durch posthypnotische Suggestionen dafür gesorgt wird, daß möglichst viel von diesem Neuerwerb in den Wachzustand hinüber genommen wird.

Endlich habe ich noch eine vierte Form der Hypnotherapie gekennzeichnet, die ich neben den drei bisher erwähnten: Primitivsuggestive, analytische und Uebungshypnotherapie als Allgemeinhypnotherapie bezeichnet habe. Hierunter verstehen wir jede Art hypnotischer Beeinflussung, namentlich aus dem eingangs erwähnten Gebiet der rationellen Wachtherapie, die in Hypnose vorgenommen wird. Sie stellt die Hypnotherapie im eigentlichen Sinne moderner kritischer Ausübung dar, wie wir sie den modernen Führern der Hypnoseforschung danken. Hier ist eine der wenigen Situationen, die es berechtigt erscheinen lassen, im Verlauf einer längeren Behandlung zu einer ergänzenden einmaligen Hypnotisierung zu greifen. Es ist etwa ein hypochondrisch Depressiver intellektuell völlig von seiner Gesundheit überzeugt, ohne daß es ihm doch gelingt, diese Erkenntnis für sich ganz fruchtbar zu machen. Es ist sozusagen der größte Teil des Feindes schon besiegt, nur eine kleine Nachhut trotzt noch. In solchen und ähnlich gelagerten Fällen kann eine einmalige gründliche hypnotische Behandlung in einer ausgedehnten Sitzung Dauerresultate schaffen.

Am allerwichtigsten aus dem ganzen Gebiet der Suggestion und Hypnose ist für die gesamte ärztliche Tätigkeit die Erkenntnis, wie weit suggestive Einflüsse ärztliche Maßnahmen unterstützen oder aufheben können. Wenn dieser Gesichtspunkt in höherem Maße dauernd allen Kollegen gegenwärtig wäre, würden viel widersprechende Urteile über Heilverfahren unterbleiben. Denn selbstverständlich ist suggestives Wirken nicht an den hypnotischen Zustand an und für sich gebunden.

In neuester Zeit alarmiert das Problem der Autosuggestion die Gemüter. Gutgläubige Laienfanatiker haben die seit Jahren bestehenden Erkenntnisse auf diesem Gebiete mit großer Begeisterung in die Masse geschleudert und vielleicht nur deshalb so viel äußeren Erfolg erzielt, weil alle diese Dinge ärztlich viel zu sehr vernachlässigt wurden. So sind alte Erkenntnisse von Hack Tuke, Bacon, P. E. Levy und ganz besonders von Oskar Vogt ohne irgendwelche geistige Bereicherung laienhaft propagiert worden. Der Arzt muß sich über zwei Punkte prinzipiell klar sein. Wirkliche Autosuggestion hat nichts mit einem Sich-selbst-einreden zu schaffen, ebenso wenig wie die Hypnose, deren Erfahrungen für die Lehre von der Autosuggestion grundlegend waren, mit dem Schlagwort „Einreden“ zu erledigen ist. Der wesentliche Punkt liegt nicht darin, daß ein Patient sich selbst vorplappert, es werde ihm besser, sondern daß er lernt, einen Zustand in sich herzustellen, in dem aus dem flüchtigen Erlebnis des Alltags eine wirkliche und wirksame Suggestion wird. Gewiß ist zuzugeben, daß unter 100 normalen Menschen, je nach Anlage und Mischung, wechselnd hoch ein Prozentsatz sich befindet, bei dem jedes geplapperte Wort eine Suggestion wird. Sehr viel häufiger ist es aber zweifellos, daß erst bestimmte Uebungen notwendig sind, um eine solche innere Bereitschaft herzustellen. Die historische Entwicklung mystischer Versenkung kennzeichnet den Weg, und es ist ebenso unmöglich, derartiges durch Lektüre zu vermitteln, wie irgendeine andere Technik. Oskar Vogts erstaunliche Erfolge beruhten nicht auf einem Selbsteinreden im Sinne von Dubois, einer „Selbstpersuasion“, sondern darauf, daß er seine Versuchspersonen zur Herstellung von Selbsthypnosen anleitet. Diese beiden Punkte, einmal die absolute Notwendigkeit eines autosuggestiven Zustandes als Voraussetzung, zum anderen die Selbstverständlichkeit, daß derartiges nur in einem ganz individualisierenden sachverständig geleiteten Training schadlos und erfolgreich erreicht werden kann, sind für die Beurteilung dieser ganzen Frage entscheidend.

Neben Autosuggestion ist jetzt in weiteren Kreisen das vielgenannteste Wort auf unserem Gebiete die Psychoanalyse. Sie ist historisch ein Abkömmling des Hypnotismus, und zwar jener Seite des Hypnotismus, die wir oben als die analytische gekennzeichnet haben. Die praktische Erfahrung, daß hartnäckige nervöse Symptome verschwinden können, wenn in Hypnose ihr seelischer Ausgang gefunden und die damit verbundene seelische Erregung in hypnotischem Wiedererleben verausgabt wird, führten Breuer und Freud zu einer Sondermethode dieser Art, die sie Psychokatharsis benannten. Ihre Studien über Hysterie (Deuticke, Wien) werden in dieser Hinsicht immer grundlegend bleiben. Der berufenste, jetzt lebende Spezialvertreter ist der Nervenarzt L. Frank in Zürich (Affektstörungen, Springer, Berlin).

Freud, der Begründer der eigentlichen Psychoanalyse macht sich dann von der Benutzung der Hypnose frei. Er stellte die Hypothese auf, daß die in der Psychokatharsis gefundenen krankmachenden, dem Wachbewußtsein fehlenden Erinnerungen deswegen in Vergessenheit sind, weil sie von den Kranken „verdrängt“ sind und im Unbewußten unter Widerstand festgehalten werden. Freud legt entscheidenden Wert auf die Art dieser Erinnerungen; es seien Erlebnisse oder Eindrücke, die für den innersten Kern der Persönlichkeit unvollziehbar und erträglich wirkten und daher im Sinne einer Art von Abwehr fortgestoßen würden. Ihre Beladung mit Affekten bedinge es aber, daß sie aus dem Unterbewußten dauernd wirksam blieben und sich nun in Form von Symptomen oder psychologischen Erscheinungen der verschiedensten Art äußern. Aufgabe des Arztes bei der Psychoanalyse ist es, diesen verdrängten Dingen auf die Spur zu kommen. Die Technik ist dabei rein äußerlich sehr einfach; Freud machte die Erfahrung, daß gerade alles Unwillkürliche und Unabsichtliche dem Einfluß verdrängten Materiales besonders untersteht, so namentlich die kleinen Fehlhandlungen des Alltages. Im Versprechen, Vergreifen, Vergessen usw. ist der Einfluß des Unbewußten im Sinne Freuds besonders leicht zu demonstrieren. Ein Abgeordneter denkt etwa an Dinge, die er für Schweinereien hält, und sagt in seiner Rede, es sind hier Dinge zum Vorschwein gekommen. Eine junge Frau kommt zum Arzte, erklärt in glücklicher Ehe zu leben, aber sehr nervös zu sein (2 Angaben, die nach Freuds Auffassung unvereinbar sind) und spielt während der Unterhaltung, ohne es selbst zu bemerken, mit ihrem Ehering, bis er ihr entgleitet und klingend auf den Tisch fällt, eine kleine „Symptombehandlung“, die ich an einem Tage bei drei Patientinnen beobachten konnte. Die Kranke möchte den Ring los sein, ihr Unbewußtes protestiert gegen die Ehe. Alle derartigen Beobachtungen sind aus der künstlerischen Welt lange bekannt, und von intuitiven Menschen von jeher verstanden worden.

Um möglichst viel derartiges spontanes Material zu bekommen, gibt Freud seinen Patienten die Anweisung, ohne Kritik und Hemmung ihm alles mitzuteilen, was ihnen gerade durch den Kopf geht und unterzeiht dieses „frei assoziierte“ Material analytischer Bearbeitung. Als Hauptzeichen des unbewußten Widerstandes sieht er plötzliche Hemmungen der Aussprache an, die er als ein sich Wehren des Unterbewußten gegen Mitteilungen auffaßt.

Psychoanalyse ist also keine Unterhaltung, sondern Beobachtung frei abströmender Vorstellungen, die nach Ansichts Freuds und seiner Schüler dem unbewußten Widerstand entgegen, aber unbemerkt durch ihn bestimmt, zu den seelischen Hintergründen leiten. In der ersten psychoanalytischen Periode gewann Freud auf diese Weise die Anschauung, daß viele Neurosen Erwachsener auf Gemütserschütterungen sexueller Art in der Kindheit und ihre unbewußten Niederschläge zurückgehen. Später wurde die Bedeutung einzelner Erlebnisse eingeschränkt und mehr die Gefühls- und Triebentwicklung mit all ihren Nöten beachtet. Eine meiner Meinung nach nicht sehr glückliche Terminologie läßt Freud und seine Schüler von Säuglings- und Kleinkindersexualität sprechen. Nach meiner Ansicht wird man den hier vorliegenden Tatbeständen natürlicher gerecht, wenn man von einer Säuglings- und Kinderanimalität spricht, zu der zweifellos das Sexualleben im weiteren Sinne in nahe Beziehungen steht.

Die unbewußten Einstellungen der Psychoanalyse beeinflussen nach Ansicht ihrer Anhänger nicht nur Symptome und Zufälligkeiten, sondern das Lebensverhalten im ganzen. Wir bleiben alle irgendwo das seelisch kämpfende Kind und es kann Kranken außerordentlich viel geleistet werden, wenn man ihnen das unterbewußte Wirken solcher Einstellungen nachweist. Ganz besonders gründlich und erfolgreich hat die Psychoanalyse Freuds das Verhältnis des Einzelnen zu Elternhaus und Familie bearbeitet. Der Nachweis, wie außerordentlich viele Menschen dauernd falsche Einstellungen produzieren, die gar nicht der Wirklichkeit angehören, sondern einfach fixierte Kinderhaltungen sind, ist überaus bedeutsam. Wie in dem oben angeführten Beispiel von Oskar Vogt der Obstekel sofort verschwindet, als die Versuchsperson ihren suggerierten Ursprung erkennt, so schwinden bei gelungenen analytischen Bearbeitungen falsche Funktionseinstellungen, wenn ihr analytischer Untergrund aus Wachbewußtsein gezogen wird.

Das Unbewußte Freuds entscheidet alle Reaktionen, so auch das Verhalten des Kranken in der Behandlung; der Arzt ist nicht der wirkliche Doktor so und so, sondern bald der gefürchtete Vater, die geliebte Mutter, oder sonst ein Stück Kinderwelt des Unbewußten. Dementsprechend stellt sich auch die Gefühlseinlage ein. Affekte, die durchaus nichts mit dem zu behandelnden Arzt zu tun haben, werden auf ihn „übertragen" und die psychologische Bearbeitung eben dieser Uebertragungen bildet gerade in der modernen Psychoanalyse eine wesentliche Aufgabe. Im Verlaufe dieser ganzen Arbeit hat Freud über außerordentlich viele neurosenpsychologischen Probleme Licht und Anregung verbreitet. Es sei nur an seine grundlegenden Traumuntersuchungen erinnert. Eine ernsthafte Psychoanalyse im Sinne Freuds ist eine überaus zeitraubende Angelegenheit. Mindestens mehrere Monate muß der Kranke täglich eine Stunde beim Arzte arbeiten, wenn ein Erfolg erzielt werden soll, es handelt sich also um eine Methode, die nur für die schwersten Fälle und für den dafür spezialisierten Arzt in Frage kommt. Trotzdem kann jeder Arzt von kritischer eingehender Beschäftigung mit dieser Methode viel gewinnen, die ihm manche sonst rätselhafte Situation verständlich macht und Möglichkeiten eröffnet, durch ein mehr indirektes Vorgehen (Umgebungswechsel, Konfliktberatung usw.) vorwärts zu kommen.

Heute ist die Psychoanalyse nicht mehr in der Lehre Freuds beschlossen; Jung, Adler u. a. wiesen darauf hin, daß vielfach nervöse Symptome nicht nur Niederschlag der Vergangenheit sind, sondern oft Sicherungsmaßnahmen gegen aktuelle oder zukünftige Forderungen des individuellen oder des Gemeinschaftslebens.

Stekel gelang es, die überaus langwierige analytische Arbeit in geeigneten Fällen virtuos abzukürzen, ein Verfahren, das aber nur bei langjähriger Erfahrung und besonderer Begabung möglich ist und sicher nur für Fälle bestimmter Lagerung in Frage kommt. Wer sich für den tieferen Gehalt dieser Fragen interessiert, sei auf meine jüngste Darstellung verwiesen: „Die Schicksalsstunde der Psychotherapie", Enke, Stuttgart 1925.

Wenn es durch die vorstehenden Aeußerungen gelungen sein sollte, einige Punkte aus dem modernen Arbeitsgebiet der Psychotherapie zu vermitteln, so würde das namentlich nach der Richtung wünschenswert erscheinen, daß der Eindruck entsteht, wie hier eine junge Disziplin die Einseitigkeiten und Unzulänglichkeiten kritischer Entwicklungsperioden abstreift und sich zu einer sachlichen universellen biologischen Arbeitsrichtung ausgestaltet.

Die tierexperimentellen Prüfungsmethoden der Wundantiseptika.[1])

Von

Prof. H. BRAUN, Frankfurt a. M.

> „Aber die Bahn der Hypothesen ist eine abschüssige. Sind die ersten harmlosen Schritte getan, so fällt die Umkehr schwer und sie wird immer unmöglicher, je weiter man vorgerückt ist. Die leichten Erfolge, welche zu gewinnen sind, überraschen und entzücken zugleich; denn man vergißt, wie geringe Anforderungen man an sich gestellt hat. Sie verführen zur Selbstüberschätzung und zur Selbstbewunderung. Bald fängt man an, sich das Monopol des rationellen Verfahrens zu vindiciren und sich erhaben über Diejenigen zu dünken, welche darauf verzichten, die straffe Logik der Thatsachen mit ‚Gedanken' zu befirnissen."
>
> Geschichte der Medizin von C. A. Wunderlich, 1859, Seite 15.

Antiseptische Wundbehandlung gehört bekanntlich zu den ältesten therapeutischen Maßnahmen. In den Schriften der ältesten medizinischen Schriftsteller, wie z. B. Hippokrates, Galen, wird für die Behandlung der Wunden warmer Wein, Essig und anderes empfohlen.

Aber erst durch die epochemachenden Untersuchungen von Lister ist die Wundantisepsis Allgemeingut der Aerzte geworden. Nachdem dann die Listersche Antisepsis der Asepsis in der operativen Chirurgie gewichen ist, ist das Anwendungsgebiet der Antisepsis ein beschränktes geworden und mit der Zeit ist auch der Glaube an ihre Wirksamkeit bei vielen Chirurgen geschwunden.

So hat diese therapeutische Maßnahme ein Schicksal erfahren, das wir bei vielen anderen Heilmethoden wahrnehmen, daß sie nämlich nach Zeiten enthusiastischer Aufnahme allmählich wieder der Vergessenheit anheimfällt. Der Grund für diese Tatsache liegt darin, daß die klinische Beobachtung häufig keinen definitiven, unumstößlichen Schluß für die Brauchbarkeit einer therapeutischen Maßnahme zuläßt, daß die Sicherheit der Wirksamkeit nicht mit Bestimmtheit behauptet werden kann. Sehr schwierig ist die Beurteilung vor allem deshalb, weil wir häufig nichts darüber aussagen können, wie die Krankheit ohne die eingeleitete Therapie verlaufen wäre, — eine Kontrollprobe, die wir jederzeit im Experiment ausführen können. Dazu kommt, da wir bei der natürlichen Wundinfektionskrankheit niemals Genaueres über die Menge und Virulenz der eingebrachten Keime aussagen können, alles Umstände, die wir im Experiment aufs Genaueste beherrschen.

Man begnügte sich bis jetzt meist bei der Beurteilung der Wundantiseptika mit der Prüfung derselben im Reagenzglas. Man bestimmte die Verdünnung des Desinfektionsmittels, in der es nach Ablauf bestimmter Zeiten die Mikroorganismen abzutöten vermag. So einfach auch solche Versuche ausgeführt werden können, so schwierig ist es, aus ihnen Schlüsse für die Wirksamkeit in der Wunde zu ziehen. Die komplizierten Verhältnisse, die in der Wunde die Wirksamkeit der Mittel beeinflussen, können wir natürlich im Reagenzglas nicht nachahmen.

---

[1]) Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein am 4. 1. 1926.

Die Aufgabe liegt außerdem nicht in der Abtötung der Bakterien, sondern in der Heilung einer infizierten Wunde. Es gibt Wundantiseptika, z. B. Perubalsam, die in der Wunde gut, im Reagenzglas schlecht wirksam sind. Für den Erfolg der Wunddesinfektion ist auch eine Abtötung gar nicht nötig, eine Entwicklungshemmung der Keime in der Wunde genügt oft, um Heilung zu ermöglichen, worauf schon vor vielen Jahren Hans Buchner hingewiesen hatte. Ein sehr wichtiger Faktor bei der Wundheilung ist die Tätigkeit des Wundgewebes, wie schon Paracelsus klar erkannt hatte. Die heilsame Wirkung des Wundgewebes kann aber durch das Antiseptikum ungünstig beeinflußt werden.

Alle die hier kurz angeführten Tatsachen zwingen zu der Aufstellung des Grundsatzes, daß nur die tierexperimentellen Prüfungsmethoden die Grundlage der Bewertung der Wunddesinfektionsmittel bilden können.

Die tierexperimentelle Prüfungsmethode wird nun verschieden sein müssen, je nachdem, was wir von dem Antiseptikum erwarten. Man wird am zweckmäßigsten 4 Grade der Wirksamkeit eines Antiseptikums unterscheiden:

1. Die prophylaktische Wirkung: Das Mittel ist imstande, in die Wunde gebracht, bei nachfolgender Infektion die Krankheit zu verhindern.
2. Präventive Wirkung: Das Desinfektionsmittel ist imstande, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern, wenn es nach erfolgter Infektion in die Wunde gebracht wird.
3. Lokal-therapeutische Wirkung: Das Antiseptikum bringt die bereits ausgebrochene fortschreitende Wundinfektionskrankheit zum Stillstand und zur Heilung.
4. Allgemein-therapeutische Wirkung (chemotherapeutische im Sinne von Ehrlich): Das Arzneimittel ist imstande, der bestehenden Infektion im Wundgewebe, in der Blutbahn und in den Organen Einhalt zu tun und sie zu heilen. Die Einverleibung des Chemotherapeutikums kann an einer der Wunde fernliegenden Stelle subkutan, intramuskulär, intravenös erfolgen.

Ein Stoff, der allgemein-therapeutische Wirkungen besitzt, wird gegebenenfalls auch lokal-therapeutisch, präventiv und prophylaktisch wirken können. Ein lokaltherapeutisch brauchbares Mittel wird auch präventiv und prophylaktisch wirksam sein können, ein präventiv brauchbares Mittel wird auch prophylaktisch wirksam sein. In umgekehrter Reihenfolge muß aber das Gesagte nicht gelten. Das wird in der Klinik und bei der tierexperimentellen Prüfung nicht immer streng beachtet. Ein Mittel kann z. B. eine gute präventive Wirkung zeigen und doch lokal- und allgemeintherapeutisch unbrauchbar sein.

Die einzelnen Gewebsarten des menschlichen und tierischen Organismus sind für die Wirksamkeit der Wundantiseptika von verschiedenem Einfluß, schon deshalb, weil ihre Empfindlichkeiten Schädigungen gegenüber ungleich sind. So kann ein Antiseptikum bei Hautmuskelwunden brauchbar, bei Gelenkwunden unbrauchbar sein. Ebenso ist es von Bedeutung, ob das Wundgewebe lebend oder nekrotisch ist. Ein Wundantiseptikum kann im toten Gewebe versagen, während es im lebenden wirksam ist. Die Giftigkeit für das Gewebe wird sich besonders bemerkbar machen bei der Injektion in das Wundgewebe hinein, während bei der Applikation des Antiseptikums auf die Wundoberfläche die Schädigung ausbleiben kann. Es kann mit andern Worten ein Wundantiseptikum für die Oberflächenwunddesinfektion brauchbar, für die Tiefenantisepsis unbrauchbar sein. Alle diese Tatsachen müssen und können im Tierexperiment geprüft werden. Für die Beurteilung des Wundantiseptikums ist es aber auch wichtig zu wissen, gegen welche Wundinfektionserreger es wirksam und gegen welche es unwirksam ist. Wir dürfen nicht aus der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit einem Mikroorganismus gegenüber ohne weiteres auf eine solche anderen Krankheitserregern gegenüber schließen. Ein ideales Wundantiseptikum wäre ein solches, das aspezifisch, polyvalent, pantherapeutisch wirksam wäre wie die Desinfektionsmittel, die wir z. B. zur Zimmerdesinfektion benützen. Wir müssen immer daran denken, daß die Spezifika nicht Vorteile, wie meist geglaubt wird, sondern Nachteile für die Chemotherapie der Infektionskrankheiten haben.

Lassen sich nun die hier vorgebrachten Forderungen für die Prüfung der Wundantiseptika im Tierexperiment exakt erfüllen?

In seiner berühmten Arbeit aus dem Jahre 1878 über die Aetiologie der Wundinfektionskrankheiten zeigte Robert Koch, daß es möglich ist, bei Hausmäusen, Feldmäusen und bei Kaninchen mit faulenden Flüssigkeiten, in welchen er auch Kettenkokken nachweisen konnte, alle die Wundinfektionskrankheiten zu erzeugen und von Tier zu Tier weiter zu übertragen, die wir bei Menschen kennen: Abszeß, Erysipel, Pyämie und Sepsis. Damit waren also auch die Grundlagen zur tierexperimentellen Prüfung der Wundantiseptika geschaffen worden.

Die ersten exakten Untersuchungen über die Wirkung der Wunddesinfektionsmittel im Tierexperiment stammen aus dem Jahre 1893 von Schimmelbusch. Schimmelbusch untersuchte, ob frisch mit Milzbrandbazillen infizierte Schnittwunden, die er am Schwanz weißer Mäuse angelegt hatte, mit Karbolsäure, Sublimat und anderen damals gebräuchlichen Antisepticis desinfiziert werden können, und zeigte, daß es selbst bei der intensivsten Anwendung dieser Mittel unmöglich war. Die Ursache für das Versagen der Wundantiseptika fand er darin, daß die Milzbrandbakterien in außerordentlich kurzer Zeit aus der Wunde in die Blutbahn gelangen und hier eine allgemeine Sepsis verursachen. Wenn er nämlich den Schwanz der Maus 10 Minuten nach der Infektion weit von der Infektionsstelle entfernt, amputierte, so starb das Tier trotzdem an Milzbrand. Während der kurzen Zeit von 10 Minuten sind also die Krankheitserreger in die Blutbahn gelangt. Selbst wenn es inzwischen gelungen wäre, die Keime in der Wunde abzutöten, war das Tier trotzdem verloren, da der Milzbrandbazillus ein für die Mäuse höchst gefährlicher Septikämieerreger ist. Ganz gleiche Resultate erhielt Schimmelbusch in Versuchen mit einem für Kaninchen hochgradig virulenten Streptokokkenstamm, der bei diesen Tieren in kürzester Zeit Sepsis hervorrief. Das schnelle Eindringen der Mikroorganismen von der Wunde aus in die Blutbahn ist aber nicht nur pathogenen Keimen eigen. In einer besonderen Untersuchung stellten Schimmelbusch und Ricker fest, daß Hefezellen, Pilzsporen, Wurzelbazillen auf die Wunden gebracht, nach einiger Zeit kulturell in den Organen nachzuweisen sind. Diese Untersuchungen Schimmelbuschs wurden vielfach als Beweis dafür angeführt, daß eine Wunddesinfektion zwecklos sein muß.

Die schnelle Resorption der Keime von der Wunde aus ist nicht nur im Tierexperiment sondern auch beim Menschen feststellbar. Schottmüller hat z. B. gezeigt, daß nach Auskratzungen bei septischen Aborten sehr bald die Keime im Blute der Kranken nachweisbar sind, und in den letzten Jahren hat Seifert in der Würzburger chirurgischen Klinik nachgewiesen, daß auch bei einfachen chirurgischen Eingriffen zur Behandlung lokaler infektiöser Prozesse (Panaritien, Phlegmonen, Furunkel) die Bakterien in einem hohen Prozentsatz der Fälle bald nach dem Eingriff in der Blutbahn nachweisbar sind.

Daß die Untersuchungen von Schimmelbusch nicht gegen die Wirksamkeit der Antiseptika angeführt werden dürfen, hat dieser Autor selbst ausdrücklich hervorgehoben. Seine Worte sind aber unbeachtet geblieben. Ich will ihn wörtlich zitieren:

> „Es mag auf den ersten Blick so scheinen, als ob mit dem Beweis schneller Bakterien-Resorption auf frischen Wunden über alle Lokaltherapie derselben der Stab gebrochen sei. Es ist jedoch durchaus nicht so. Die Aufnahme von Keimen wird naturgemäß eine durchaus verschiedene Wirkung haben, je nachdem es sich um pathogene oder um saprophytäre, um hochvirulente oder abgeschwächte handelt. Es ist bekannt, daß Eitererreger und überhaupt Organismen, welche lokal im Körpergewebe vorzüglich proliferieren und schwere Erkrankungen und den Tod durch ihre progressive Wirkung herbeiführen, in gewissen Mengen im Kreislauf schadlos bei den gleichen Tieren eingeführt werden können. Bei septischen hochvirulenten Keimen, bei welchen die Anwesenheit eines Bazillus oder Kokkus genügt, um die tödliche Erkrankung herbeizuführen, da ist, wie Tierversuche gezeigt haben, auch die Aufnahme dieses Keimes in den Blutkreislauf identisch mit dem Exitus des Tieres. Je weniger ein Keim einer bestimmten Bakterienart im Blute eines Tieres Schaden zu stiften vermag, um so weniger bedeutet auch seine Aufnahme."

Wah hier Schimmelbusch vom Tierexperiment sagt, das gilt auch von den menschlichen Infektionen. Manche Mikroorganismen können sich stark im menschlichen Gewebe vermehren und hier große Zerstörungen anrichten, während sie sich innerhalb der Blutbahn gar nicht oder nur unbedeutend vermehren können und von den Abwehrkräften des Blutes und der Gewebe abgetötet werden.

Bei der Bewertung der Schimmelbuschschen Milzbrandversuche muß noch berücksichtigt werden, daß ihnen eine Allgemeingültigkeit nicht zugesprochen werden kann.

Neufeld, Schiemann und ihre Mitarbeiter haben gezeigt, daß man mit Pneumokokken, Hühnercholerabazillen, Streptokokken infizierte Hautmuskelwunden am Rücken der Tiere sehr wohl mit wirksamen Antiseptizis (z. B. Trypaflavin) desinfizieren kann und die Tiere zu retten vermag, wenn die Behandlung der Wunden kurze Zeit nach der Infektion einsetzt.

Allgemein-therapeutisch wirksame Wundantiseptika müssen natürlich auch bei bereits bestehenden septischen Infektionen mit Streptokokken, Milzbrandbazillen usw. erfolgreich sein, und die Versuchsanordnung nach Schimmelbusch und Neufeld und seiner Mitarbeiter ist auch eine geeignete Prüfungsmethode auf die allgemein-therapeutische (chemotherapeutische) Wirksamkeit der Wundantiseptika gegen septische Krankheitserreger.

Leider besitzen wir sicher wirksame Chemotherapeutika gegen die Wundinfektionserreger bis jetzt noch nicht.

Es erhebt sich nun die Frage: Lassen sich lokalisierte Wundinfektionskrankheiten, wie sie beim Menschen vorkommen (Abszesse, Phlegmonen) im Tierexperiment mit Regelmäßigkeit erzeugen?

Diese Frage wurde zum ersten Mal in exakter Weise von Friedrich im Jahre 1898 bearbeitet.

Von der alltäglichen ärztlichen Erfahrung, daß sich die einer Verletzung gelegentlich folgende Infektion zunächst als eine rein örtliche Erkrankung zu erkennen gibt, ausgehend, stellte er sich die Aufgabe, experimentell zu untersuchen:

1. Wie lange bedarf das infektionsverdächtige in die Wunde gelangte Material bis zur Entwicklung der in demselben enthaltenen Keime und damit bis zum wirklichen Ausbruch der bakteriellen Infektion, und
2. Wie lange bleibt die Wundinfektion ein örtlicher Prozeß?

Friedrich schreibt:

> „Will man zunächst möglichst die bei der Wundinfektion (des Menschen) vorliegenden Infektionsbedingungen nachahmen, so muß 1. ein Infektionsmaterial gewählt werden, welches gleichmäßig zur Allgemein-Infektion eines Tierkörpers führt. Es muß 2. dieses Infektionsmaterial nicht den Charakter einer sorgsam gepflegten Reinkultur mit unter Umständen künstlich gesteigerter Virulenz besitzen, darf nicht der Züchtung im Brutofen entstammen, sondern muß noch die Bedingungen, wie sie in der Außenwelt gegeben sind, in sich tragen. 3. muß eine Tierspezies gewählt werden, welche eine gleichmäßige Empfänglichkeit für das betreffende Virus zeigt."

Die erste Voraussetzung Friedrichs ist nicht unbedingt notwendig. Es würde genügen, wenn es uns gelänge, eine örtliche Infektion ohne Allgemein-Infektion zu erzielen, Bedingungen, die wir beim Menschen meistens antreffen. Auch die zweite Bedingung ist zwar für das Nachahmen der natürlichen Prozesse sehr willkommen, ist aber für die Prüfung der Wundantiseptika nicht unbedingt notwendig. Nur die dritte Bedingung muß immer erfüllt sein.

Friedrich wählte für die Infektion Staub und Gartenerde, die nach Untersuchungen von Pasteur und Robert Koch bei Meerschweinchen und Mäusen eine tödliche Wundinfektionskrankheit in erster Linie durch den Bazillus des malignen Oedems, des Gasbrandes und des Tetanusbazillus hervorruft. Er ging folgendermaßen vor:

Durch einen scharfen Hautschnitt wurde der Musculus triceps brachii bei Meerschweinchen freigelegt. In diesen wurde ein Längsschnitt gemacht und Gartenerde oder Treppenstaub eingebracht in der Menge, als auf eine Platinöse von 3 mm Durchmesser aufzuladen ist. Die Muskelwunde wurde darüber durch drei Seitennähte geschlossen, darnach die Hautnaht angelegt. Die Tiere erlagen der Erdinfektion innerhalb 48—73 Stunden, der Staubinfektion durchschnittlich innerhalb 45 Stunden. Die Infektion verlief unter dem Bilde des malignen Oedems. Bereits nach 10—12 Stunden konnten gelegentlich, meist erst um die 16. Stunde Bakterien in inneren Organen nachgewiesen werden. Keines der staub- und erdinfizierten Tiere blieb am Leben. Vereinzelt fielen Tetanustiere dazwischen.

Durch sorgfältige Untersuchung stellte Friedrich fest, daß die Wucherung der Bakterien im Muskelgewebe erst in der 6. bis 8. Stunde beginnt. Das ist also die Inkubationszeit dieser Infektion. Er hatte mit seiner Methode auch einige Desinfektionsmittel untersucht und fordert,

> „daß jedes Desinfektionsmittel tierexperimentell in erschöpfender Weise und womöglich in Beziehung auf die verschiedenen Keimspezies für sich als für Keimgemische einer Prüfung zu unterziehen sei.“

Diese Worte fanden aber nicht den Widerhall, den sie verdient hätten. Nur wenige Autoren haben die Prüfung der Wundantiseptika im Tierexperiment in Angriff genommen (z. B. Suter, Lebsche). Besonders wichtige und umfassende Untersuchungen über Wundantiseptika mit einer modifizierten Friedrichschen Methode hat C. Brunner zum Teil allein, zum Teil mit seinen Mitarbeitern v. Gonzenbach und Ritter ausgeführt. Diese Autoren weisen zunächst auf die methodisch wichtige Tatsache hin, „daß Erde und Erde verschieden ist“. Die Bakterienarten und deren Virulenz ist in den verschiedenen Erdproben nicht die gleiche. Von den pathogenen Keimen können sich in den Erdproben folgende finden: Tetanusbazillen, Bazillen des malignen Oedems, Gasbrandbakterien, Colibazillen, gelegentlich auch Milzbrandbakterien. Nicht nur die Qualität der pathogenen Keime, sondern auch die Quantität schwankt in den Erdproben. Es ist deshalb notwendig, daß von jeder Erdprobe zunächst die mindest tödliche Dosis der Erde bestimmt wird und daß durch bakteriologische Untersuchung die Qualität der Keime festgestellt wird. Dazu kommt, daß auch das die Bakterien umhüllende Medium in den verschiedenen Erdproben in physikalischer und chemischer Hinsicht sehr variabel ist. Für die Wunddesinfektion ist es z. B. von Wichtigkeit, ob die Erde in großen oder kleinen Klümpchen in der Wunde vorhanden ist, ob sie feucht oder trocken ist. Als Versuchstier wurde von C. Brunner ausschließlich das Meerschweinchen gewählt. Die Technik ist die folgende:

> Es wird ein 3—4 cm langer Schnitt am Rücken gemacht, wo die Wunde am saubersten bleibt und Collodiumverbände am wenigsten abgestreift werden. Ein genau abgewogenes, an der Luft getrocknetes Erdquantum wird kräftig in die Wunde eingerieben. Sowohl offene wie geschlossene Wundbehandlung ist möglich.

Mit ihren exakten Untersuchungen haben Brunner und seine Mitarbeiter erwiesen, daß die generelle Behauptung von der Unwirksamkeit der chemischen Antisepsis unrichtig ist und haben zugleich das Dogma widerlegt, daß die Antiseptika eine Prädisposition der Wunden für Infektionen bilden müssen. Sie konnten z. B. in prophylaktischen und präventiven Versuchen die Wirksamkeit von Jodtinktur, Jodalkohol und anderen jodhaltigen Präparaten gegen Erdinfektion erweisen.

Bei der Untersuchung von Trypaflavin, Rivanol und Sinflavin als Wundantiseptikum, die wir gemeinsam mit Fräulein Dr. Goldschmidt vorgenommen hatten, haben wir uns von der ausgezeichneten Brauchbarkeit der Brunnerschen Methode überzeugt. Es handelt sich dabei um eine die natürlichen Verhältnisse in hohem Maße nachahmende schwere Infektion mit einem Gemisch von virulenten, zum Teil toxinbildenden und sporenbildenden Mikroorganismen. Ein Mittel, das imstande ist, diese Infektion günstig zu beeinflussen, muß als brauchbar bezeichnet werden. Wir sind deshalb der Meinung, daß jedes Wundantiseptikum gegen diese Infektion prophylaktisch, präventiv und therapeutisch geprüft werden sollte. Es werden nicht alle Wundantiseptika diese Probe bestehen. Die Methode leidet allerdings auch an Schwierigkeiten, die man berücksichtigen muß. Quantität und Qualität der Erreger ist in verschiedenen Erdproben ungleich und auch die physikalisch-chemische Beschaffenheit der Erde ist different. Daraus ergeben sich für vergleichende Versuche Ungenauigkeiten. Für lokal-therapeutische Versuche ist die Erdinfektion sehr wenig geeignet, da die Allgemeininfektion und der Tod der Tiere relativ bald erfolgen.

Aus der Unwirksamkeit eines Desinfektionsmittels gegen die Erdinfektion darf nicht auf seine Unbrauchbarkeit gegenüber gewöhnlichen Wundinfektionserregern, wie Staphylokokken, Streptokokken geschlossen werden. Wir dürfen uns deshalb bei der Untersuchung eines Wundantiseptikums nicht mit der Brunnerschen Prüfungsmethodik begnügen, sondern müssen auch andere Methoden heranziehen.

Es ist ein besonderes Verdienst von Morgenroth und seiner Mitarbeiter, daß sie Methoden ausarbeiteten, mit Hilfe deren es möglich ist, Wundantiseptika an mit Staphylokokken und Streptokokken infizierten Tieren zu untersuchen. Die Autoren gehen folgendermaßen vor:

> 0,1 oder 0,2 ccm einer Verdünnung der Streptokokken- oder Staphylokokken-Kultur wird einer Maus subkutan am Bauch, möglichst in der Mittellinie, injiziert. Unmittelbar nach der Infektion wird die Infektionsstelle mit wässrigen Lösungen der zu prüfenden Chemikalien von wechselndem Gehalt umspritzt, und zwar wird 1 ccm injiziert. Bei 0,5 ccm ergeben sich Unregelmäßigkeiten in den Versuchsresultaten. Meist werden die Tiere nach 24 Stunden getötet, die Bauchhaut in der Mitte durchtrennt und die freipräparierte Fläche unter starkem Druck mit einem Glasspatel abgestrichen, der dann über die Fläche einer Blutagarplatte geführt wird. Die Beurteilung der Platten erfolgt nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank bei 37°. Bei den unbehandelten oder mit physiologischer Kochsalzlösung gespritzten Kontrolltieren findet sich nach 24 Stunden nach der Infektion eine Eiterung um die Mittellinie im Unterhautbindegewebe, und auf den Platten wächst ein Rasen der infizierenden Mikroorganismen. Für Heilversuche gehen Morgenroth und seine Mitarbeiter so vor, daß sie die Tiere mit stärkeren Verdünnungen der Infektionserreger subkutan injizieren und nach spätestens 18 Stunden mit großen Mengen der antiseptischen Lösung, z. B. mit 3 ccm, umspritzen, diese Behandlung gegebenenfalls wiederholen und die Tiere nach 3—5 Tagen töten und dann durch das Kulturverfahren die Anwesenheit oder Abwesenheit der Erreger feststellen.

Prüft man in dieser Weise z. B. das Rivanol gegenüber der Streptokokken- oder Staphylokokken-Infektion, so stellt man fest, daß diese Eitererreger nach Injektion starker Verdünnungen des Antiseptikums abgetötet werden. Diese Methode prüft also eine wichtige Teilwirkung des Antiseptikums, nämlich die abtötende Fähigkeit unter der Haut. Es wird aber bei dieser Methodik auf ein Gesamtbild der Wirksamkeit des Antiseptikums verzichtet, die Wirksamkeit nicht aus dem Krankheitsablauf, sondern aus dem Ergebnis der kulturellen Untersuchung erschlossen. Die Rolle, welche bereits die wachstumshemmende Wirkung des Antiseptikums für die Heilung spielt, und die das Heilungsvermögen des Wundgewebes steigernde oder vermindernde Fähigkeit des Desinfiziens tritt bei ihr nicht in Erscheinung. Außerdem ist die Versuchsanordnung für die abtötende Wirkung des Antiseptikums unserer Meinung nach, der sich auch Conrad Brunner angeschlossen hat, günstig. Die injizierte Menge der desinfizierenden Lösung ist im Verhältnis zum Infektionsherde viel zu groß. Das subkutane Bindegewebe der Maus ist außerordentlich locker und nicht sehr mächtig, daher die Haut sehr verschieblich. Wird, wie es Morgenroth und seine Mitarbeiter meistens tun, unmittelbar nach der Infektion 1 ccm der antiseptischen Lösung infiltriert, so kommt es zu einer sehr bedeutenden Abhebung der Haut und die Keime sind zum großen Teile sicherlich in der injizierten Flüssigkeit suspendiert, wobei das Antiseptikum auf die Bakterien besser als innerhalb des Gewebes einwirken kann. Ein weiterer Nachteil der Methode ist, daß Streptokokkenstämme, die eine mehrere Tage bestehende und fortschreitende Eiterung verursachen, selten sind. Die gegenteiligen Angaben Schnitzers haben wir bei gewissenhafter Berücksichtigung der Methodik des Morgenrothschen Laboratoriums an 40 vom Menschen gezüchteten Streptokokkenstämmen nicht bestätigen können. Die Mäuse besitzen eine sehr bedeutende natürliche Immunität gegenüber der Streptokokken-Infektion. Die meisten vom Menschen frisch gezüchteten Stämme verursachen bei der Maus nur eine kurze Zeit fortschreitende Eiterung, die meist nach 24 Stunden zum Stillstand kommt, und zur Nekrose des Gewebes und allmählicher Abheilung führt, wie auch Bieling bestätigt.

Histologische Untersuchungen haben uns in Uebereinstimmung mit Gastreich gezeigt, daß die Leukozyten bald den Infektionsherd beherrschen und bekämpfen. Es können deshalb lokal-therapeutische Versuche meist nicht gemacht werden und nur prophylaktische und präventive Versuche sind möglich. Die Virulenz der Streptokokkenstämme ist schwer konstant zu erhalten, was sich bei vergleichenden Untersuchungen störend bemerkbar macht.

Auch gegenüber der Staphylokokken-Infektion besitzen die Mäuse eine beträchtliche natürliche Immunität. Nach der subkutanen Injektion entwickelt sich zunächst eine schnell fortschreitende Eiterung, die meist größere Dimensionen annimmt als die Streptokokken-Phlegmone, die aber ebenfalls nach 24 Stunden zum Stillstand kommt und in Gangrän des Gewebes übergeht, vertrocknet und abheilt. Mit R. Nodake untersuchte ich, um den Faktor „natürliche Immunität" zu studieren, die Wirkung des Rivanols bei Meerschweinchen, Mäusen und Fröschen auf Staphylokokkeninfektionen. Dabei fanden wir, daß das Rivanol bei niederer Temperatur (Eisschrank) bei Fröschen und auch im Reagenzglase versagt. Man sollte der Temperatur der antiseptischen und chemotherapeutischen Lösungen und der Wunde größere Aufmerksamkeit schenken als es meist geschieht. Aus der Desinfektionslehre ist uns die wichtige Rolle der Temperatur für die Abtötung der Keime lange bekannt.

Es muß auch erwähnt werden, daß die kulturelle Untersuchungsmethode nach Morgenroth keine ganz zuverlässige ist. Bei dem bloßen Abstreichen des Gewebes mit einem Glasspatel faßt man nicht alle Keime, die sich im Gewebe befinden. Es empfiehlt sich deshalb, ein Gewebsstückchen herauszuschneiden und dieses auf der Blutplatte gründlich zu verreiben.

Die Morgenrothsche Prüfungsmethodik prüft also eine wichtige Teilwirkung des Desinfektionsmittels. Sie ist aber für die generelle Bewertung der Wunddes-Infektionsmittel nicht ausreichend und kann nur neben anderen Prüfungsmethoden angewendet werden. Sie eignet sich vor allem zur Prüfung der prophylaktischen und präventiven Wirkung der Antiseptika gegenüber Streptokokken und Staphylokokken.

Eine andere Prüfungsmethode der Wundantiseptika gegen Staphylokokken möge noch erwähnt werden. Langer hat gezeigt, daß man durch intrakutane Injektionen von Staphylokokken in die Haut der Meerschweinchen Furunkel erzeugen kann. Es dauert meist mehrere Tage, bevor es zur Abheilung kommt. Die experimentell erzeugten Furunkel können zur Prüfung der Wundantiseptika dienen. Die Methode hat den Vorteil, daß man am gleichen Tier auch die Kontrollproben ausführen kann, indem man einzelne Furunkel entweder unbehandelt läßt oder mit indifferenten Mitteln behandelt. Dadurch fallen individuelle Differenzen im Infektionsablauf weg.

Will man eine reine Wundinfektion beim Tiere erzielen, so wählt man dazu, wie Braun, Feiler und Goldschmidt zeigten und von C. Brunner und v. Gonzenbach, Browning und Gulbransen, von A. Ritter und von seinen Mitarbeitern bestätigt worden ist, am besten die Wundinfektion des Meerschweinchens mit Diphtheriebazillen. Die Tiere erkranken und gehen nach einigen Tagen regelmäßig zugrunde. Der pathologisch-anatomische Befund ist meist ein charakteristischer.

Wir gehen in der Regel so vor, daß wir an der rasierten Bauch- oder Rückenhaut des Meerschweinchens 3 etwa 2 cm lange Parallelschnitte ausführen, die wir mit zwei Querschnitten verbinden, so daß mehrfach klaffende Wunden entstehen. In diese wird die zwei- bis vierfach tödliche Dosis (subkutan ausgewertet) einer in Kochsalzlösung aufgeschwemmten Löfflerserum-Diphtheriekultur aufgetropft und mit der Kuppe eines sterilen Reagenzröhrchens in die Wunde eingerieben.

Man kann die Verhältnisse schwieriger gestalten; kann andere Infektionserreger in Reinkultur in die Wunde bringen, z. B. anaërobe sporenbildende Bakterien der Gasphlegmone, des Tetanus, kann die Wunden mit Klammern verschließen oder vernähen. Neufeld und Reinhardt haben zur Infektion Pneumokokken und Hühnercholerabazillen empfohlen. Diese Autoren machen gegen den Verwendung von Diphtheriebazillen den Einwand, daß antitoxisch wirksame Antiseptika eine Abtötung der Diphtheriebazillen im Tierversuch vortäuschen könnten. Wir haben uns bei der Ausarbeitung der Methode unter Verwendung von Trypaflavin diesen Einwand ebenfalls gemacht, ihn aber mit dem Nachweis der fehlenden antitoxischen Fähigkeit neutraler Akridinpräparate entkräftet. Nur das saure Trypaflavin, wie bekanntlich Säuren überhaupt, schwächt im Reagenzglase das Diphtherietoxin ab. Dieser Einwand entbehrt daher einer Allgemeingültigkeit. Man kann natürlich jedes Antiseptikum auf die antitoxische Wirkung im Tierexperiment mit Diphtherietoxin prüfen. Wirksame antitoxische Chemotherapeutika wären von großer Wichtigkeit! Leider besitzen wir solche noch nicht.

Für die Beurteilung der Wirksamkeit der Mittel ist natürlich das Wesen der zur Prüfung herangezogenen Wundinfektionskrankheit von Bedeutung. Bringt man Diphtheriebazillen in die Wunde und untersucht mikroskopisch das Wundgewebe zu verschiedenen Zeiten, so kann man feststellen, daß die Diphtheriebazillen bis zur 6. Stunde nach der Infektion noch nicht im Wundgewebe nachweisbar sind. Regelmäßig findet man sie daselbst aber 24 Stunden nach der Infektion. Man sieht dann in dem infiltrierten Wundrand nahe der Oberfläche Nester von Diphtheriebazillen. Vereinzelte Herde sitzen auch tiefer im Gewebe. Es handelt sich also um eine oberflächliche Gewebsinfektion. Die im Gewebe wuchernden Mikroorganismen bilden Gift, welches in das benachbarte Gewebe diffundiert und von Lymphe und Blut aufgenommen wird. Die fortschreitende Entzündung bei Wunddiphtherie ist nicht in erster Linie bedingt durch intensives Vordringen der Bakterien in tiefere Schichten, sondern vor allem durch das tiefer eindringende Gift.

Die Vorteile der Diphtheriewundinfektionsmethode sind folgende: Es handelt sich um eine reine Gewebsinfektion ohne Allgemeininfektion, aber mit Allgemeinintoxikation. Die verschiedenen Verfahren der antiseptischen Wundbehandlung sind bei ihr anwendbar: Oberflächen- und Tiefenantisepsis, offene und geschlossene Wundbehandlung. Die bakteriologische Untersuchung der Wunden ist jederzeit durchführbar. Die Beschaffung brauchbarer Diphtheriestämme ist leicht, die Virulenzschwankungen eines und desselben Stammes im Laufe längerer Zeit gering, die Empfänglichkeit der Meerschweinchen eine große, der Sektionsbefund ein charakteristischer. Stets muß aber berücksichtigt werden, daß es sich hier um keine intensive progrediente Bakterieninvasion handelt. Die Methode eignet sich vor allem zur Prüfung der prophylaktischen und präventiven Wirkung der Wundantiseptika.

Dies wären die wichtigsten tierexperimentellen Methoden, die sich zur Prüfung der prophylaktischen, präventiven und allgemein-therapeutischen Wirkung der Antiseptika eignen. Auch lokal-therapeutische Versuche können ausgeführt werden, wenn auch hervorgehoben werden muß, daß wir länger dauernde, fortschreitende, aber lokal bleibende Gewebsinfektionen, wie sie beim Menschen so häufig sind, beim Tier nicht mit der wünschenswerten Regelmäßigkeit erzeugen können. Erwähnt muß noch werden, daß mit der antiseptischen Prüfung auch eine pharmakologische und gewebstoxikologische verknüpft werden muß.

Prüft man nun auf diese Weise die verschiedenen Wundantiseptika, so kann man sich davon überzeugen, daß wir eine Reihe von Desinfektionsmitteln besitzen, die gegen die verschiedenartigsten Wundinfektionserreger prophylaktisch und präventiv eine gute Wirksamkeit zeigen. Es sind das z. B. Jod- und Chlorpräparate und die Akridinderivate. Doch gleichzeitig lehrt uns die tierexperimentelle Prüfung, daß wir in lokal-therapeutischer und allgemein-therapeutischer Hinsicht noch nicht auf der wünschenswerten Höhe sind. Es muß in der Zukunft unsere Aufgabe sein, mit Hilfe der tierexperimentellen Untersuchungsmethoden neue Stoffe ausfindig zu machen, die noch wirksamer sind als die, welche uns jetzt zur Verfügung stehen. Dabei dürfen uns keine Dogmen, keine geistvollen Hypothesen, nur die reine Empirie leiten. Das resigniert auszusprechen, scheint mir dringend nötig zu sein. Der Schöpfer der Chemotherapie Ehrlich hat öfters gesagt, daß zum chemotherapeutischen Arbeiten vier große G gehören: Geld, Geduld, Geschick und Glück. Er hat ein fünftes großes G: Geist, Gedanke ganz unerwähnt gelassen. Ich möchte glauben, daß er das mit Bewußtsein getan hatte. Denn der Chemotherapeut macht meist eine Columbusfahrt. Er steuert nach Indien, in der stillen Hoffnung, unterwegs zufällig Amerika zu entdecken.

Nun erhebt sich die wichtige Frage, ob Tierversuche die Grundlage für das ärztliche Handeln am Krankenbett bilden dürfen. Es hieße doch die Errungenschaften der gesamten modernen Experimentalmedizin zu leugnen, wenn man gerade in der Frage der Antisepsis auf das Tierexperiment verzichten wollte. Wir müssen uns nur vor der Unterschätzung und vor der Ueberschätzung des Tierexperimentes hüten. Gewiß, der Tierversuch ist nur ein Modell, bei dem unmöglich alles berücksichtigt werden kann, was bei der natürlichen Infektion des Menschen eine Rolle spielt. Wir sind aber im Tierexperiment in der Lage, die Verhältnisse beim Menschen soviel wie möglich nachzuahmen und die Versuche durchsichtig und übersichtlich zu gestalten, so daß sie sichere Schlüsse erlauben. Selbstverständlich ist die klinische Erprobung der Richter; sie allein entscheidet über Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit. Aber alles, was am Tier untersucht werden kann, muß zunächst am Tier geprüft werden, bevor man die Mittel am Menschen versucht. Wenn wir die ungeheuere klinische Literatur, die über die Chemotherapie der bakteriellen Infektionskrankheiten besteht, überblicken, so müssen wir gestehen, daß hier das Meiste unsicher ist. Es gibt aber kaum ein Mittel, das für die Behandlung empfohlen worden ist, von dem es nicht in einzelnen Veröffentlichungen hieße, daß es am Menschen gut wirke. Daß dies möglich ist, muß uns verwundern. Wir haben die Verpflichtung, zu verlangen, daß die Mittel, die für die Behandlung der Infektionen am Krankenbett empfohlen werden, zunächst sorgsam und eingehend im Tierexperiment durchforscht sind, wie dies Paul Ehrlich immer forderte.

Denn nur auf diesem Wege kann Nutzen gebracht und Schaden verhütet werden.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 7, 12. Februar 1926.

Das Vagusherz. Prof. Walter Frey.
Ueber die Beziehungen des Gleichgewichtes Cholesterin und Cholesterinester im Blut und Serum zur Leberfunktion. Thannhauser und Schaber.
Die Notwendigkeit der Kohlehydratzufuhr bei der Behandlung des diabetischen Coma mit Insulin. Bucka.
Ueber den Ursprung der Oxalsäure. Piccininni und Lombardi.
Hämoglobinurie und Nephritis bei Neosalvarsan-Wismut-Kur. Munter und Steinitz.
Die Bedeutung der gleichzeitigen Ausführung mehrerer Methoden für den serologischen Luesnachweis. Klopstock und Hilpert.
Das Transplantationsmaterial bei der homöoplastischen Ovarien-Transplantation. Sippel.
Zur Therapie der Röntgenteleangiektasien. Jeßner.
Die eidetische Anlage der Jugendlichen. Leven.
Untersuchungen mit der modifizierten Abderhaldenschen Reaktion nach Lüttge und v. Mertz. Lüttge und v. Mertz.
Erwiderung. Herzfeld, Kretschmer und Wittenberg.
Encephalitis lethargica und spontane Tierencephalitis. Lewy, Fränkel und Kuttner.

Ueber die Zeitpotenzierung. Gordonoff.
Der Spontanpneumothorax. Dorendorf.
Der zentrale Mechanismus der statischen Innervation. Spiegel.
Ueber ein neues Punktions- und Transfusionsinstrument. Marr.

Die Notwendigkeit der Kohlehydratzufuhr bei der Behandlung des diabetischen Coma mit Insulin. In sicheren Fällen von vorgeschrittenem Koma, wo der Patient bei tiefster Atmung ganz ohne Bewußtsein ist, kann ohne Beeinträchtigung der Heilungsmöglichkeit und ohne die Gefahr, daß eine hypoglykämische Reaktion eintritt, in den ersten Stunden, so lange Zucker im Urin auftritt, jegliche Zuckerzufuhr unterbleiben und trotzdem reichlich Insulin injiziert werden. Im klinischen Betriebe, wo eine ständige Kontrolle des Blutzuckers möglich ist, kann oft viele Stunden von einer Zuckerzufuhr abgesehen werden.

Hämoglobinurie und Nephritis bei Neosalvarsan-Wismut-Kur. Während einer Neosalvarsan-Wismut-Kur trat im Anschluß an eine Neosalvarsan-Injektion Hämoglobinurie mit Spasmen in den unteren Extremitäten und wenige Tage nachher eine akute Glomerulonephritis auf, die in kurzer Zeit unter den Zeichen eines urämischen Herztodes zum Exitus führte.

Nr. 8, 19. Februar 1926.

Ueber insulinartige Substanzen. Nothmann.
Chemotherapeutische Versuche mit Gold. Feldt.
Die optimale Insulinverteilung in der Behandlung des kindlichen Diabetes mellitus. Priesel und Wagner.
Das Elektrokardiogramm des Herzens des eben Geborenen vor und nach Einsetzen der Lungenatmung. Doxiades.
Die Grundlagen der Metalues. Dörr.
* Zur Bakteriologie des Duodenums. Olivet.
* Beitrag zur Herpesfrage. Minami und Ehara.
Uterusperforationen. Joseph.
Zur Diagnose der beginnenden Tuberkulose. Jessen.
Ueber den Einfluß kochsalzarmer und kochsalzreicher Ernährung und des Hungers auf die Magensekretion. Hoffmann.
Percutane Elektrosmose oder Iontophorese? Wirz.
Erwiderung. Rein.
Stoffwechsel menschlicher Tumorzellen. Zur Diskussion Bauer, Nyiri und Warburg.
Ueber die Abwanderung intravenös eingeführter Farbstoffe aus dem Blutplasma. Wittgenstein und Krebs.
Ueber die Wirkung des Pyramidons auf die Muskulatur des Darmes. Januschke und Lasch.
Blutgruppenuntersuchungen in einer hämophilen Familie. Kubányi.
Die Heilung der Ozaena auf operativem Wege. Lautenschläger.
Ueber den gegenwärtigen Stand der Versorgung der Pflegekinder in Berlin. Nassau.

Zur Bakteriologie des Duodenums. Bei normaler Magen-Darmfunktion und Galle-Lebertätigkeit ist Magen und Duodenum in der Regel keimfrei, ebenso bei Ulcus-Erkrankungen und bei erhöhten Säurewerten.

Bei vielen Fällen von Sub- und Anacidität finden sich verschiedenartige Keime, denen im allgemeinen keine pathogenetische Bedeutung zukommt, die aber mehr oder weniger alle einmal pathogen werden können (Erkrankungen der Gallenwege).

Das Bact. Coli findet sich so gut wie regelmäßig bei perniziöser Anämie, ferner bei einer größeren Zahl von Gallen-Erkrankungen (Cholecystitis, Cholangitis, Cholangie und vor allem Ikterus catarrhalis), sowie bei akuter Duodenitis und Diarrhoe. Sein Befund stellt bei den genannten Krankheiten zum mindesten ein wichtiges Symptom dar, vielleicht kommt ihm sogar ätiologische Bedeutung zu.

Eine Reihe von positiven Colibefunden muß als eine besondere Gruppe einer schleichenden duodenalen Coliinfektion abgegrenzt werden. Es zeigt sich Appetitmangel, mäßiges Allgemeinbefinden, unbestimmter Druck im Oberbauch. Die üblichen Untersuchungsmethoden ergaben keinen befriedigenden Befund. Ehe bei unklaren Beschwerden von seiten des Oberbauches die Diagnose auf neurasthenische oder psychogene Erkrankung gestellt wird, sollte die Duodenalsondierung vorgenommen werden.

Therapeutisch sind die Coli-Duodenal-Infektionen gut beeinflußbar durch Eingießungen von 20—30 ccm ½—1 prozentige Yatrenlösung in das Duodenum.

Beitrag zur Herpesfrage. Die Verfasser haben das Virus von Herpes febrilis, genitalis und zoster unter anderen Kontrollen auf die Cornea, in den Hoden und in das Gehirn verimpft und durch diese Impfungen eine typische Entzündung gesetzt. Der Hoden des Kaninchens ist bei der experimentellen Forschung der Herpesarten als Impffeld mit an erste Stelle zu setzen. Die Anschwellung und insbesondere die Induration des Hodenparenchyms sind von Bedeutung. Histologisch ist in ihm meist eine Nekrose zu finden. Bei Varizellenimpfung zeigt der Hoden makroskopisch keine Veränderungen, mikroskopisch nur leichte, trübe Schwellung.

Das Virus jeder der drei Herpesarten erzeugt fast gleiche Veränderungen im Hoden, Hirn und in der Hornhaut. Die Verfasser glauben, daß das Virus der drei Herpesarten identisch ist. Außerdem beobachteten sie zwei Patienten, welche Herpes genitalis mit Herpes zoster kombiniert hatten.

Die Verfasser konnten das Virus jeder Herpesart auf verschiedenen Impfwegen 5—6 Passagen hindurch fortzüchten. Das Virus ist sicher im Blute, im Augensekrete, in Hoden- und Hirnemulsion der floriden Manifestationen vorhanden. Bei geimpften Tieren war das Virus im Blute vom 4.—8. Tage nachweisbar.

Das Varizellenvirus ist wahrscheinlich mit dem Zostervirus nicht identisch oder aber nur ein abgeschwächtes Zostervirus, wenn es schon zu der Virusart der Herpeserkrankungen gehören sollte.

A. Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

1926, Nr. 6.

Ueber einen diagnostisch und operativ interessanten Fall von Obliteration des Perikards. Kirschner und Matthes.
* Bericht über den Typhus in Vorpommern 1925. Straub.
Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung und ihr Nachweis mittels alkoholischen Spirochätenextrakts. Klopstock.
* Psychotherapie des Schlafmangels. Schultz.
Ueber das sthenische Coma diabeticum. Lorant.
Beeinflussung des hyperaziden Magensaftes durch neutralisierende Substanzen. Seckbach.
Salvarsanwirkung bei der Rekurrensinfektion weißer Mäuse. Krantz.
Ueber die Unterscheidung sekundärer traumatischer Skoliosen von Skoliosen aus anderer Ursache. Görcke.
Ueber Cardiazol. Kaiser.
Die Heilung eines durch Myokarditis komplizierten Falles von pluriglandulärer Insuffizienz durch Substitutionstherapie. Mittelmann.
Gründe für Besserungen bei Herz- und Blutgefäßkranken durch Badekuren. Lurz.
Große trophische Ulzerationen der Nase und Mundhöhle im Gefolge von Encephalitis lethargica (Parkinsonismus). Hoffmann.
Meine Erfahrungen bei der Behandlung des Lichen ruber mit Neosalvarsan. Novelli.
Cibalgin in der psychiatrischen Praxis. Leibbrand.
* Ueber Oxyurenbehandlung mit Oxylax. Nebert.
Eine vereinfachte Blennorrhoebehandlung. Ochsenius.
Die Verwendung der Elastoplastbinde bei Unterschenkelgeschwüren. Arnsdorf.
* Zur Ringbehandlung der Scheiden- und Gebärmuttersenkung. Meyer.

Bericht über den Typhus in Vorpommern 1925. Im Juli 1925 wütete in verschiedenen Orten Vorpommerns, ganz besonders in Anklam, eine Typhusepidemie mit außerordentlich hoher Mortalitätsziffer. Die Typhusfälle dieser Epidemie sind aber durchaus nicht die einzigen der Gegend, sondern die Städte Vorpommerns sind auch sonst in besonders hohem Grade mit Typhus durchseucht. Auch die Seebäder sind nicht von Typhuserkrankungen verschont geblieben. Die Ursachen dieser gehäuften Erkrankungen und damit der Angriffspunkt für ihre Bekämpfung liegt in den unglaublichen Zuständen dieser Städte inbezug auf Kanalisation, Wasserversorgung und Wohnungshygiene.

Psychotherapie des Schlafmangels. Die nervösen Schlafstörungen sind zweckmäßig nach zwei Gesichtspunkten einzuteilen: einmal danach, ob es sich um eine vorübergehende oder um eine schon seit Jahren bestehende Schlafstörung handelt; zweitens danach, ob der Schlafeintritt oder die Schlafdurchführung gestört ist. Voraussetzung für eine Psychotherapie der Schlafstörung ist, daß die Störung nervös bedingt und nicht die Folge eines organischen Leidens ist. Sie ist zu unterstützen durch allgemeine hygienisch-diätetische evtl. pharmakologische und physikalische Maßnahmen. Die eigentliche Wachpsychotherapie besteht wesentlich in Belehrung, Aufklärung und Anleitung; oft genügt die Herausarbeitung der individuell angepaßten Schlafkurve, die Beseitigung des Vorurteils, daß der Mensch eine bestimmte Anzahl von Stunden Schlaf braucht, durch das sich manche früher Erwachende zur Müdigkeit verpflichtet fühlen. Der Patient muß ferner über den Vorgang des Einschlafens verständigt werden. Er muß belehrt werden, daß man das Schlafen nicht nur verlernen, sondern auch lernen kann. Das komplizierte der Aufgabe liegt darin, daß eine willensmäßig auf den Schlaf gerichtete Einstellung vorhanden sein muß, das Einschlafen selbst aber den vollkommenen Gegensatz zu allem Willensmäßigen, eine „Etablierung absoluter Passivität“ darstellt. Voraussetzung ist die Beseitigung von Affektspannungen; erstrebenswert ist eine nicht affektleere, sondern mit Gefühlen der Lust oder des Behagens verbundene Spannungsfreiheit. Ist durch Wachpsychotherapie das Ziel nicht zu erreichen, so bleibt noch die hypnotische Behandlung; die Sicherheit gegenüber dem Problem des Einschlafens ist häufig in wenig Hypnose-Sitzungen herzustellen; außerdem lernt der Kranke dabei auch insofern das Problem beherrschen, als jedes vernünftige Hypnotisieren eine Analogie zum abendlichen Einschlafen darstellt.

Ueber die Oxyurenbehandlung mit Oxylax. Mit der von Koch ausgearbeiteten Behandlungsmethode der Oxyuriasis durch Erzeugung von Dauerdurchfällen mit dem Jalapenpräparat Oxylax sind sehr gute Erfolge erzielt worden. Die Kinder wurden vollständig von den Würmern befreit, in Fällen mit Allgemeinstörungen trat weitgehende Besserung ein.

Zur Ringbehandlung der Scheiden- und Gebärmuttersenkung. Anstelle der üblichen Hartgummipessare wird ein zusammenlegbares Pessar empfohlen, das nach Einführung in die Scheide selbsttätig federnd auseinanderklappt (hergestellt vom Medizinischen Warenhaus, Berlin, Karlstraße).

Nr. 7.

Ueber den Zeitpunkt der Vornahme operativer Eingriffe bei Krupp und meine Resultate mit der Inkubation bei Kindern unter zwei Jahren. v. Bokay.
Zur Pathogenese der Sekretionsstörungen des Magens. III. Einige Untersuchungen über den Serumfarbstoffgehalt bei Sekretionsstörungen des Magens. Arnoldi und Schechter.
Ueber die Wiederherstellung geschädigter äußerer Organfunktion von Leber und Pankreas durch die kombinierte Insulin-Traubenzucker-Therapie. Grunenberg.
Erfahrungen mit Cardiazol und Hexeton. Lange.
Zur Behandlung der Bronchopneumonie der kleinen Kinder. Hamburger.
Ueber das sthenische Coma diabeticum. (Schluß.) Lorant.
Die Monozythenangina. Kwasniewski und Henning.
Ueber den Stoffwechsel der Erythrozyten im anämischen Blute. Denicke.
Zur ambulanten Behandlung der Frakturen des Oberarmes und des Ellbogengelenkes. Borchardt.
Ueber Fistelbehandlung. Mühsam.
Die Fettembolie. Landois.
Zur Behandlung des Ulcus cruris varicosum. Specht.

Zur Behandlung der Bronchopneumonie der kleinen Kinder. Es ist beobachtet worden, daß das Herumtragen der Kinder günstiger auf den Verlauf der Bronchopneumonie wirkt als das dauernde Imbettliegen. Günstig wirkt auch der Aufenthalt in kühler Luft. Wichtig ist Beruhigung und Schlaf für den Verlauf der Krankheit; zu diesem Zweck werden evtl. Sedativa gegeben (Bromural 0,45—0,9 pro die); der meist erhebliche psychogene Anteil der Atemnot wird dadurch beseitigt. Von diesem Gesichtspunkt aus sind auch Exzitantien nach Möglichkeit zu meiden und nur bei strenger Indikation zu geben. Schließlich wird noch auf die gegebenenfalls nötige antirachitische und Vitamintherapie und die vorwiegend bei Lungenödem indizierte Arteriotomie hingewiesen.

Ueber Fistelbehandlung. Infektiöse Fisteln nicht-spezifischer Aetiologie sind, wenn die Aetzung mit Höllenstein nicht bald zum Ziel führt, bis auf den Grund zu spalten; führt die Fistel zu einer Drüse, so muß die Drüse mit entfernt werden. Vor Auskratzen mit scharfem Löffel wird gewarnt, da in dem infizierten Gewebe leicht Wundrose entstehen kann. Dagegen kommt bei tuberkulösen Drüsenfisteln eine Operation nur in Frage, wenn die Lichtbehandlung völlig versagt hat. Bei aktinomykotischen Fisteln sind im allgemeinen Spaltungen in Verbindung mit innerlicher Jodkalibehandlung angezeigt. Syphilitische Fisteln heilen im Verlaufe der spezifischen Behandlung. Bei durch Fremdkörper verursachten Fisteln ist oft eine operative Entfernung des Fremdkörpers erforderlich; immer ist das bei durch osteomyelitische Sequester hervorgerufenen Knochenfisteln der Fall. Die mit sezernierenden Drüsen in Zusammenhang stehenden Fisteln, die Empyemfisteln, sowie die reine Verbindung eines Hohlorgans mit der äußeren Haut oder eine Verbindung zweier Hohlorgane herstellenden Fisteln, ebenso wie die angeborenen Fisteln, erfordern im allgemeinen eine rein chirurgische Behandlung.

Die Fettembolie. Die meisten Todesfälle an Fettembolie kommen nach Knochenbrüchen vor, dann bei orthopädischen Operationen und bei Osteomyelitis. Am meisten gefährdet sind Menschen zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre; einmal weil die meisten Knochenbrüche in diesem Alter vorkommen, dann weil die Knochen des erwachsenen Menschen Fettmark mit Ueberwiegen der flüssigen Oelsäure enthalten, während das Knochenmark der Kinder lymphatisch und fettarm ist und in größerer Menge feste Fettsäure führt. Bei sämtlichen Knochenbrüchen sind in den Lungenkapillaren Fetttröpfchen nachzuweisen. Zum Krankheitsbilde der Fettembolie kommt es aber nur unter besonderen Bedingungen, nämlich wenn Erkrankungen der Lunge, des Herzens oder Kreislaufsystems vorliegen, oder wenn besonders große Mengen Fett eingeschleppt werden. Eine kadaveröse Fettverschleppung findet, wie durch experimentelle Untersuchungen erwiesen ist, nicht statt, was gerichtsmedizinisch von Bedeutung sein kann. Es wird noch auf die intravenöse Injektion von Oelpräparaten hingewiesen, sie wird als gefährlich abgelehnt. Die klinischen Erscheinungen der Fettembolie sind zuerst Lungenerscheinungen: Dyspnoe und Zyanose, denen Angst und Unruhe vorausgehen, blutiger Auswurf; dann treten Rasselgeräusche und rhonchoröse Atmung als Zeichen des Lungenödems auf. Wenn das Fett die Lungenkapillaren passiert und in den großen Kreislauf kommt, stehen Gehirnerscheinungen im Vordergrunde des klinischen Bildes. Die Patienten werden soporös; allmählich geht dieser Zustand in das komatöse Stadium über, es tritt Cheyne-Stokessches Atmen ein, der Kranke stirbt, ohne die Besinnung wiedererlangt zu haben. Wichtig für die Diagnose ist der Nachweis von Fett im Urin. Für die Prophylaxe ist Ruhe nach Knochenbrüchen, Vermeidung von Gewalt bei der chirurgischen Behandlung von Deformitäten von Bedeutung. Die besterprobte Behandlung der Fettembolie ist ein reichlicher Aderlaß mit folgender subkutaner Kochsalzinfusion, unter gleichzeitiger Anregung der Herztätigkeit durch Analeptika.

Seligmann.

Medizinische Klinik.

Nr. 6, 5. Februar 1926.

Wann ist ein Lungenkranker arbeitsfähig? E. Guth.
Kindliche und jugendliche Psychopathen. Mönkemöller.
Psychotherapie in der Urologie. J. Stutzin.
Antwort zur Umfrage über die Behandlung der Syphilis. M. Oppenheim.
Die Therapie der Syphilis. Scherber.
Diphtherie und Syphilis. F. Reiche.
Ueber den Nachweis peripherer Stoffwechselstörungen. S. Eney.
Das Masernschutzserum nach Degkwitz. W. Kaupe.
Ueber Sequesterbildung im knöchernen äußeren Gehörgang bei chronischer Mittelohreiterung. W. Schramek.
Zur Frage der Parotitis postoperativer, ihrer Aetologie und Pathogenese. Wehmeyer.
Bemerkungen zu meiner Arbeit: Untersuchungen über die Sekretion des Magensaftes. E. Leschke.
Untersuchungen über das Haften der intravenösen Infektion bei der experimentellen Syphilis des Kaninchens. Uhlenhuth und Grossmann.
Die Wandlung der Auffassung des Reichsgerichts von der Bedeutung des Begriffs: „latente, symptomlos gebliebene Syphilis“ für die Eheauflösung, unter besonderer Berücksichtigung einer neuen Entscheidung. J. Heller.

Ueber den Desinfektionswert der gebräuchlichsten Desinfektionsmittel gegenüber nichtsporenbildenden Krankheitskeimen. Gegenbauer.
Richtlinien der elektrophysikalischen Behandlungsmethoden für die ärztliche Praxis. (Schluß.) Berliner, Laqueur und Tobias.

Die Therapie der Syphilis. Nachdem Verf. in klarer und übersichtlicher Weise die wirksamsten Behandlungen der verschiedenen Luesformen und Stadien zusammengestellt hat, kommt er zu dem Ergebnis, daß außer der seronegativen Kur der Malariatherapie als äußerst wirksamer, zum Teil unentbehrlicher Behandlung zu unterwerfen sind, um eine primären Lues alle anderen Stadien neben der spezifischen günstige Beeinflussung des Liquors zu erzielen, auch solche Befunde, die bisher hartnäckig jeder Behandlung getrotzt haben. Verf. geht damit weit über die Grenzen hinaus, die bisher der Malariabehandlung gesetzt waren, da man sie ausschließlich bei Paralyse anwandte und meint, daß bei frühzeitiger Anwendung ein schleichender Prozeß im Zentralnervensystem zur Heilung gebracht werden könnte, um dadurch den Ausbruch der Tabes und Paralyse zu verhindern.

Nr. 7, 12. Februar 1926.

Ueber das Wesen der Atemnot. Goldscheider, Joachimoglu und Rost.
Neuere Ergebnisse auf dem röntgenologischen Gebiet der Oberbauchdiagnostik. R. Gutzeit.
Kindliche und jugendliche Psychopathen. Mönkemöller.
Ueber Insulinbehandlung des Morbus Basedowii. O. Klein.
Kasuistischer Beitrag zur Nervenverletzung nach Blitzschlag G. Hermann.
Aerztliche Hochfrequenzelektrizität als Explosions- und Brandursache. St. Jellinek.
Betrachtungen über die Gonorrhoe des Mannes. L. Balog.
Magensyphilis. B. Cohn.
Zur Infusionsbereitschaft des Praktikers. H. Kritzler.
Ueber eine neue Methode zur Diagnostik der gestörten Pankreasfunktion. C. Papp.
Abbau und Pensionierung. E. Stier.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe.

Nr. 8, 19. Februar 1926.

Ein Beitrag zur Frage: Wieviele Syphilitiker erkranken später an AoritITis? nebst einigen therapeutischen Bemerkungen. C. Bruhus.
Ueber das Wesen der Atemnot. Goldscheider, Joachimoglu und Rost.
Tuberkulose, Kohlehydratstoffwechsel und Diabetes. P. Hecht.
• Die Bedeutung der Keimdrüsenpräparate für die Klinik. Th. Brugsch und H. Rothmann.
Ueber eine lokale Toxikose nach Verletzung mit Kakteenstacheln. J. Löwy.
• Die Funktionsprüfung der Leber mit Tetrachlorphenolphtalein. F. Reiche.
Zur physikalischen Untersuchung der Lungenspitzen. E. Czyhlarz und E. Pick.
Die Ausdrucksbewegungen im Dienste der Psychotherapie. H. Schwerdtner.
Menstruationsstörungen bei Heufieber, eine Studie über anaphylaktisches Genitalen am Uterus. R. Joachimovitz.
Ueber die praktische Bedeutung des Nachweises chininresistenter Lipasen im Blutserum für die Diagnostik der Abdominalerkrankungen. W. Löwenberg und D. Kwilecki.
Strahlenpilzerkrankung der Lungen als Dienstbeschädigung bei einem Eisenbahnbeamten. Ritter.
Zur Behandlung der Hyperaciditätsbeschwerden mit dem Schaumkörper Otreon. Jordan.
Die Bekämpfung der Disposition. L. Gelpke.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe.

Die Bedeutung der Keimdrüsenpräparate für die Klinik. Verff. haben mit dem Eierstockspräparat „Oophorin“ der Firma Freund und Redlich umfassende Beobachtungen und Versuche angestellt, die allgemein sehr günstige Resultate ergaben. Diese werden einmal auf das Mittel selbst bezogen, das ein reines Trockenpräparat der lebensfrischen Keimdrüse ist, andrerseits die Fettfraktion der Drüse darstellt, welche die Wirkung der Trockensubstanz potenziert. Es wurde bei ovarieller Insuffizierung der herabgesetzte Grundumsatz durch die Therapie wesentlich erhöht und die Ausfallserscheinungen zur Norm gebracht. Ebenso wurden in antagonistischer Weise thyreotoxische Symptome behoben, so daß das Mittel auch beim Basedow 1. und 2. Grades regulierend wirkt, indem es den Grundumsatz erniedrigt, die motorische und psychische Unruhe dämpft und die verstärkte Menstruation normal gestaltet. Individualisierung ist notwendig, vor Ueberdosierung ist zu warnen.

Die Funktionsprüfung der Leber mit Tetrachlorphenolphthalein. Die Funktionsprüfung der Leber mit Tetrachlorphenolphthalein hat sich als einfache und scharf reagierende Methode eingeführt. Es werden 250—300 mg in Form des leicht löslichen Dinatriumsalzes injiziert und die nach sechzig Minuten nicht wieder abgegebenen Rückstände in die Gefäßbahn bestimmt. Ausschlaggebend ist nur die positive Reaktion, daher scheiden alle Fälle aus, bei denen Gelbsucht bei entfärbtem Stuhl auf Choledochusverschluß deutet; wichtig dagegen erscheint die Prüfung bei ungenügend zugängigen Leberleiden ohne Gelbsucht wie Tuberkulose, Lymphogranulomatose, Cirrhose, Salvarsanschädigungen, Gallenblasenvereiterungen etc. Mit der viel umständlicheren Prüfung mit Lavulose und Galaktose gehen die Resultate der Tetrachlorphenolphthaleinprobe im wesentlichen Hand in Hand. Die Methode hat den Vorzug der Einfachheit, läßt sich am Krankenbette anstellen und ist unabhängig von der Duodenalsonde.

Nr. 9, 26. Februar 1926.

Ueber Neurodermitis. K. Herxheimer.
Eignungsprüfungen für Arbeiten unter atemerschwerenden Bedingungen. E. Hörnicke und Bruns.
Antworten zur Umfrage über die Behandlung der Syphilis. Kaen, Mucha, Finger, Kagele.
* Trockenmilch als Kindernahrung. A. Czerny.
Die Bedeutung der Leitungsanästhesie für die Behandlung der Frakturen und Luxationen. W. Müller.
• Zur Bewertung der Typhusschutzimpfung. W. Spät.
Ueber einen Fall von Bronzediabetes. F. Hirsch.
Saugmassage im Moorbad. H. Cramer.
• Ergebnisse der Blutsenkungsreaktion bei Lungentuberkulose. W. Lorentz.
Zur Behandlung des Pleuraempyems. E. Mühsam.
Dysimmunität. H. Much.
Weitere Versuche zur Frage der Seruminaktivierung beim serologischen Luesnachweis. Ohashi und F. Sendai.
Lungenblutung und Tod eines chronisch Tuberkulösen, Folge eines Unfalls oder der Krankheit? W. Brandis.
Erfahrungen mit Phanodorm. R. F. Weiß.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe.

Trockenmilch als Kindernahrung. Es darf als erwiesen gelten, daß gesunde und kranke Säuglinge mit Trockenmilch mit bestem und vollkommen gleichem Erfolg ernährt werden können wie mit frischer Milch. Ernährungsschäden, wie sie bei kondensierter oder pasteurisierter oder durch Zusätze haltbar gemachter Milch vorkommen, sind bei Verwendung von Trockenmilch nicht beobachtet worden. Hervorzuheben ist der Vorteil, daß sich durch geringeren Wasserzusatz aus Trockenmilch leicht eine konzentrierte Nahrung herstellen läßt, die bei kranken appetitlosen Kindern verwendet werden kann. Unter Trockenmilch versteht Verf. eine solche, die aus Vollmilch hergestellt worden ist und durch entsprechenden Wasserzusatz wieder zu Vollmilch umgestaltet werden kann. Eine derartige Nahrung stellt die Edelweißmilch der Milchwerke in Kempten im Allgäu her, die in der Kinderklinik der Charité in Berlin verwandt wird.

Zur Bewertung der Typhusschutzimpfung. Ueber den Wert der Typhusschutzimpfung macht Verf. nach seinen Erfahrungen im Weltkrieg interessante Angaben, aus denen hervorgeht, daß in den ersten drei Monaten nach der Impfung einwandfrei eine erhöhte Disposition für die Erkrankung besteht, wahrscheinlich erklärbar durch die Zunahme des Gehaltes an Immunstoffen, die bei aktiver Immunisierung erfahrungsgemäß ungefähr drei Monate anhält. Ferner fällt die Tatsache auf, daß zwar die Erkrankungskurve in der deutschen Armee nach der Schutzimpfung jäh herabsank, daß aber der gleiche jähe Abfall der Typhuszugangskurve im Krieg 1870/71, ebenso im amerikanischen Befreiungskriege (1860-66) ohne Schutzimpfung eintrat, also ein sicherer Beweis für die günstige Wirkung der Typhusschutzimpfung nicht erbracht worden ist.

Haber.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 6, 5. Februar 1926.

Die Druckverhältnisse in den Venen der unteren Extremitäten. Schott.
• Ueber die Behandlung des Emphysems mit partiellem Pneumothorax. Ganter.
Die Bedeutung anaerober Streptokokken für die Aetiologie der akuten septischen Endokarditis. Lehmann.

Photochemische Serumreaktion nach Lange und Heuer in der Gynäkologie. Bültemann.
Ueber die Behandlung der Unterschenkelbrüche durch Sohlenextension. Marzer.
Ueber die Häufigkeit der Gonokokken in den Lochien im Puerperium Kaplan.
Ueber die Adsorption von Gasen und Dämpfen durch verschiedene Kohlenarten. Kakusin.
Eine neue Methode der Phimosenoperation. Dietel.
Ueber neuere Therapeutika in der Dermatologie und Venerologie. Schubert und Baumgartner.
Ueber die Genese der Fetalinklusionen. Budde.
* Eine zweckmäßige Salbenkombination zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren, Karbunkeln und Furunkeln. Schlunk.
* Spezifisches Masernschutzserum vom Tier. Degkwitz.

Ueber die Behandlung des Emphysems mit partiellem Pneumothorax. Durch Anlegung eines partiellen Pneumothorax (300—500 ccm Stickstoff) werden gute Erfolge bei fünf Emphysematikern erzielt. Vermutlich wird eine bessere Ventilation jener Lungenpartien durch den Pneumothorax erzielt, die infolge der mit dem Emphysem verbundenen Thoraxstarre an der Atmung wenig teilnehmen. Der Pneumothorax bewirkt weiterhin eine Verminderung der beim Emphysem vermehrten Residualluft. So wird eine bessere Sauerstoffsättigung des durch die Lunge strömenden Blutes erreicht.

Eine zweckmäßige Salbenkombination zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren, Karbunkeln und Furunkeln. Günstige Heilerfolge mit folgender Salbenkombination: Cupr. jodortho - oxychinolinsulf., Argent. sulf. aa 0,1, Acid boric. Trypaflavin aa 1,0, Balsam. peruv. 10,0, Pasta zinci ad 100,0, die als Philoninsalbe von der chemischen Fabrik Promonta in den Handel gebracht wird.

Spezifisches Masernserum vom Tier. Die akuten infektiösen Erkrankungen des Kleinkindes sind, sofern sie nicht ganz verhütet werden können, in das Schulalter zu verschieben. Erst dann werden sie zu harmlosen Krankheiten, für die sie irrtümlicherweise auch jetzt noch vielfach gehalten werden (Pfaundler). In planmäßiger Arbeit wurde eine Methode der Masernprophylaxe gesucht, welche wirklich die Mortalitätsziffer herabzudrücken vermag. Es gelingt mit parenteraler Injektion vom 2,5—3 ccm Masernrekonvaleszentenserum bis zum vierten Tag der Inkubation den Ausbruch der Erkrankung zu verhüten. Am fünften und sechsten Tag post infektionem müssen 6—7 ccm verwendet werden. Ueber diesen Termin hinaus ist Serumanwendung nutzlos. Das Serum wird zwischen dem siebenten und zehnten Tag nach der Entfieberung von dem Masernpatienten entnommen, da zu dieser Zeit die Konzentration der Antikörper im Blut am größten ist. Zu einer Prophylaxe auf breitester Grundlage konnte diese Methode nicht werden. Den Masernrekonvaleszenten — gewöhnlich Kleinkindern — können keine größeren Blutmengen entzogen werden. In München wurde eine Organisation zur Gewinnung von M. R. S. ins Leben gerufen, durch welche die gefährdetsten Kinder in den Krippen und Säuglingsheimen (Mortalität oft 20% und darüber) geschützt werden konnten. Zum Vorbeugungsmittel für das Gros der Stadtkinder ist das M. R. S. nicht geeignet, weil die notwendigen Serummengen nicht zu beschaffen sind. Eher verwendbar ist die Schutzimpfung mit Erwachsenenblut, die ebenfalls von der Münchener Kinderklinik veröffentlicht wurde. Mit Erwachsenenblut (20—20 ccm Blut sofort nach der Entnahme aus der Vene dem zu schützenden Kind intramuskulär injiziert) gelingt die Verhütung des Masernausbruches zwar nur in zirka 50%. In den anderen Fällen wird die Erkrankung derart abgeschwächt, daß sie kaum noch als Krankheit empfunden wird. (Rudimentäre Erkrankung, leichte Temperatursteigerungen, keine katarrhalischen Erscheinungen.) Diese ambulatorischen Impfmasern sind kontagiös. Sie vermögen wahrscheinlich lebenslang vor der Spontaninfektion zu schützen. Bei rechtzeitiger Injektion (bis zum vierten und fünften Inkubationstag) lassen sich wenigstens absolut sicher die Masern mit dieser Methode abschwächen. Nach dem Mitgeteilten kommt die Anwendung von Erwachsenenblut für die geschlossenen Anstalten nicht in Frage. Hier muß die Weiterverbreitung der Masern nach jedem eingeschleppten Fall völlig unterbunden werden. Die Abschwächung der Erkrankung zu harmlosen Impfmasern verhindert die Ausbreitung keineswegs. Die Masernverhütung in derartigen Anstalten bleibt Domäne des M. R. S. Der Schutz nach völliger Unterdrückung der Krankheit durch M. R. S. ist kürzer wie nach abgeschwächten Masern. Je später in der Inkubationszeit die Injektion von M. R. S. vorgenommen wird, umso länger dauert der Schutz, weil der Charakter der kombinierten Immunisierung mit dem Verstreichen der Inkubationstage immer ausgesprochener wird. (Aktive Bildung von Immunkörpern und passive Immunisierung durch Uebertragung von Schutzstoffen.) So steigt die Schutzfrist von drei Wochen (Seruminjektion kurz vor oder nach der Infektion) auf drei bis vier Monate (bei Serumgabe am sechsten Inkubationstag).

Beide Methoden der Masernprophylaxe befriedigen nicht restlos. Sie sind in ihrer Wirksamkeit auf die Frühinjektion während der ersten vier bis sechs Tage nach der Infektion beschränkt. In den meisten Fällen wird der Arzt nicht gerufen, wenn der Ausschlag kommt, sondern erst wenn er abgeklungen ist und die lebensbedrohliche Masernpneumonie sich eingestellt hat. Für die noch ungemaserten Kinder in der Umgebung kommt dann jede Seruminjektion zu spät.

November 1920 wurden Arbeiten begonnen, um einen Impfstoff für die aktive Masernschutzimpfung oder ein Masernschutzserum vom Tier zu gewinnen. Zur Erreichung dieser Ziele mußte das Masernvirus in irgendwelcher Form gezüchtet werden. Studien über die Morphologie des Masernerregers waren entbehrlich. Als Grundlage dieser Versuche wurde die Erzeugung einer spezifischen Immunität herangezogen, um so die Bedingungen kennen zu lernen, unter denen das so hinfällige Masernvirus am Leben bleibt. Zwei Methoden erwiesen sich als brauchbar. Bei Affen wurde durch Vorbehandlung mit parenteraler Injektion von infektiösem Blut oder Nasen-Rachensekret Masernkranker eine fieberhafte Reaktion hervorgerufen. Nach zehn Tagen schützte das Serum derart vorbehandelter Affen Maserninfizierte vor der Erkrankung. Der zweite Weg war der, daß spezifisch vorbehandelte Menschen wenige Tage später eine knappe Dosis M. R. S. erhielten, welche die zu erwartende Reaktion in eine harmlose, dauernden Schutz gewährende Impferkrankung umwandelte. Das Serum derart Behandelter schützte ebenfalls Maserninfizierte genau so wie das M. R. S. Es gelang somit bei Affen und Menschen eine spezifische Immunität hervorzurufen. Für die Biologie des ultravisiblen Masernerregers ergaben sich auf Grund dieser Prüfungsmethoden folgende Resultate. Als geeigneter Nährboden erwies sich das unveränderte, mit einer gepufferten Lösung verdünnte Plasma möglichst junger, ungemaserter Kinder, welches nach dem Prinzip der Gewebskultur behandelt wurde. Lediglich in diesem nach dem Muster des Blutes gepufferten Milieu gelang es, daß verimpfte Material (bakteriendicht filtriertes Masern-Rachensekret oder geringe Mengen infektiösen Blutes) lebensfähig außerhalb des Körpers zu halten. So konnte infektiöses Virus über sechs bis acht Generationen bei aerobem Wachstum fortgepflanzt werden. Daß wirklich Züchtung und keine Verdünnung des Virus erzielt wurde, beweisen einschlägige Verdünnungsversuche.

Mit so gewonnenem Material wurden bei Kindern harmlose Impferkrankungen hervorgerufen, die für Monate eine Immunität hinterließen. Sie schien zunächst bei der Menge des auf diesem Wege erhältlichen Materials und dessen Harmlosigkeit die Frage der aktiven Schutzimpfung gelöst. Bald ergaben sich Schwierigkeiten in der Konstanterhaltung der Virulenz des Erregers. In der Gewebskultur kam es zu starken Virulenzschwankungen. (Abschwächung mit Schwinden der Immunisierungskraft, Virulenzsteigerung mit unangenehmen Reaktionen.) — Eine andere Methode wurde ausgearbeitet. Schafe wurden mit infektiösem Material als Antigen vorbehandelt, um so das Serum solcher Tiere als Schutzserum zu verwenden. Beim Schaf zeigt sich nach Injektion von Masernvirus bereits nach 24—72 Stunden eine fieberhafte Reaktion, während sie bei Affen und Menschen erst nach 9—12 Tagen auftritt. Das Serum derart vorbehandelter

Schafe schützt Maserninfizierte vor Ausbruch der Erkrankung. Weiterhin ergab sich die auffallende Tatsache, daß Schafserum bei Injektion in den letzten Tagen der Inkubation besser wirkt, als in den ersten Tagen. Der letzte Termin für die Verwendbarkeit des M. R. S. ist bekanntlich der sechste bis siebente Tag nach der Infektion. Wenn schon Erreger in das Blut eingedrungen sind, so ist es gänzlich unwirksam. Die Serumwirkung soll so lange als Block gegen den Erreger wirken, bis der Organismus selbst durch Bildung von Antikörpern den Maserkeim unschädlich macht. Das arteigene M. R. S. wird langsam abgebaut und langsam verwertet, so daß eine Schutzwirkung erst längere Zeit nach der Applikation eintreten kann. Das artfremde Schafserum kann sich nur kurze Zeit im Körper halten. Die Aussicht auf Erfolg wird daher umso besser, je später in der Inkubation es angewendet wird. So ist das Tierserum noch kurz vor Ausbruch des Prodromalfiebers wirksam und zeigt die optimale Wirkung zwischen dem siebenten und zehnten Tag nach der Infektion. So spät injiziert besteht die Aussicht, daß die Immunkörper im Immunserum noch nicht völlig abgebaut sind, ehe die vom Organismus zu stellenden Abwehrkräfte in genügender Konzentration erscheinen.

Für die allgemeine Praxis ist diese Tatsache, daß Tierserum spät in der Inkubation gespritzt werden muß, kein Nachteil. Beim Menschenserum besteht die Gefahr des „zu spät", beim Tierserum des „zu früh". Tierserum wirkt vom siebenten Inkubationstag ab, d. h. es wirkt bei den zu schützenden Kindern von dem Tage ab, an dem das Exanthem der Infektionsquelle drei Tage alt geworden ist. Noch vorsichtiger ist es, erst am vierten oder fünften Exanthemtag der Infektionsquelle zu spritzen, weil die Erfolgschancen mit dem Zuwarten steigen.

Auch nach Tierserum werden typische abgeschwächte Masern beobachtet. Das Serum derart vorbehandelter Kinder schützt ebenfalls in Dosen von 8—10 ccm Maserninfizierte.

Weiterhin gelingt es mit Seruminjektion in der Prodromalzeit oder bei kommendem Exanthem das Entstehen der wesentlichsten Todesursache bei Masern, der Masernbronchopneumonie zu verhindern. Bei schweren Rachitikern, den für die tödliche Pneumonie Prädestinierten, kann so noch während des blühenden Exanthems diese verhängnisvolle Komplikation verhütet werden. Auf Grund reicher Erfahrungen an besonders bedrohten Kindern (improvisiertes Flüchtlingslager im Osten) muß die Anwendung von Tierserum gefordert werden, wenn man beim Ausbruch eines Exanthems zu einem Kind gerufen wird, welches nach Alter und Konstitution von Komplikationen bedroht erscheint. Das Serum wird von den Höchster Farbwerken hergestellt; über die Dosierung unterrichtet die Gebrauchsanweisung.

Die Masernprophylaxe mit Tierserum scheint somit die Lücken auszufüllen, welche in der Masernprophylaxe bei Anwendung von M. R. S. und Erwachsenenblut bestehen bleiben. Nicht hoch genug einzuschätzen ist der Schutz, den das Tierserum dem bereits infizierten Kind vor der Manifestation des Status morbillosus, vor der Pneumonie, bietet.

Nr. 7, 12. Februar 1926.

Die Skrofulose. Jamin.
Die Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses an der Universitäts-Frauenklinik Berlin. Philipp und Gornick.
Zur Züchtung von Gono- und Meningokokken. Hach.
Beitrag zur Frage des Einflusses der Ernährungsart auf den Verlauf von Krankheiten. Hellstern.
Behandlung von Furunkulose des äußeren Gehörganges mit Schwefel nach Bier. v. d. Hütten.
Zur Prophylaxe der Eklampsie. Wieloch.
Die Indikationen zur Anwendung des Ballons von Baumm und die mit diesem Metreurynter erzielten Erfolge. Sztehlo.
Zur Uturustamponade. Wiemer.
Kompressionsbrüche der Wirbelkörper, insbesondere ihre Behandlung mit Gipskorsett. Schießl.
Ein Beitrag zur Kropfbehandlung mit Jod bei Kindern. Heid.
Meine Erfahrungen mit dem Tuberkuloseheilmittel „Angiolymphe". Hartinger.

Die Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses an der Universitäts-Frauenklinik Berlin. Es wird über 1104 Karzinomkranke berichtet, die im Zeitraum 1913 bis 1920 nach den vom Bumm gegebenen Richtlinien behandelt wurden. Bei Berücksichtigung der fünfjährigen Beobachtungsfrist ergibt sich folgendes: Für das Kollumkarzinom ist die Operation die sichere Heilungsmethode, zumal die primäre Operationsmortalität durch genaue bakteriologische Untersuchungen auf das Vorhandensein virulenter Keime vor der Operation gesunken ist. Die Bestrahlung mit Radium steht in ihren Erfolgen nur wenig hinter der operativen Methode zurück.

Das Korpuskarzinom ohne Komplikation ist besser zu operieren. Mit der Bestrahlung wurde bei operablen Fällen nur in 53% Heilung erzielt. Die Resultate bei den Vaginalkrebsen sind bei Operation und Bestrahlung trostlos.

Fast alle Karzinome wurden lediglich mit Radium bestrahlt. Die kombinierte Radium- und Röntgenbestrahlung blieb für Fälle, bei denen mit Radium allein entfernte Krebsnester nicht zu beeinflussen waren.

Behandlung von Furunkulose des äußeren Gehörganges mit Schwefel nach Bier. Durch Darreichung von dreimal täglich 1 Tablette Sulf. jodat 0,1 mg eine halbe Stunde vor dem Essen wurden bei akuten und chronischen Gehörgangs-Furunkulosen zum Teil schlagende und überraschende Erfolge erzielt. Die kleinen Schwefeldosen scheinen besonders bei chronischer Furunkulose außerordentlich wirksam zu sein.

Ein Beitrag zur Kropfbehandlung mit Jod bei Kindern. In der Annahme, daß Jodmangel für das Vorkommen des Kropfes verantwortlich ist, wurden die Schulkinder des Kreises Heppenheim mit Joddarreichung behandelt. Auf kleine Jodgaben hin (0,001 g Jod wöchentlich) verringerte sich der Halsumfang bei Kindern, die eine sichtbare Schilddrüsenvergrößerung aufwiesen. In Kropfgegenden sollte den Kindern systematisch zweimal im Jahre zwei Monate lang 0,001 Jod in Form der Jodtropontabletten verabfolgt werden. Besser wäre die Zuführung von Jod an die Gesamtbevölkerung, etwa in Form des jodierten Kochsalzes, wie es in Oesterreich und der Schweiz bereits geschieht.

Nr. 8, 19. Februar 1926.

Ueber die anatomischen Grundlagen und über die Behandlung der tabischen Sehnervenatrophie. Behr.
Ueber die Wirkung des Sanocrysins. Le Blanc.
Zur Frage der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung. Bahn.
Zur Röntgentherapie der chronischen Gastritis. Korbach.
Ueber den toten Punkt in der Strahlenbehandlung. Thedering.
Klinische Erfahrungen ovarieller Substitutionstherapie mit Ovowop (Ovarnon), einem neuen, biologisch geprüften Ovarialpräparat. Flechtner.
Die Diffusion der Lokalanästhetika. Liesegang.
Ein Fall von Maltafieber in Jena. Weyrauch.
Uebergang von Luminal in die Milch. Frensdorf.
Beiträge zur forensischen Geburtshilfe. Hofmeier.
Ueber Versuche, schwere Formen der Tuberkulose durch diätetische Behandlung zu beeinflussen. Andersen.
Eigenartige, an Spirochäten erinnernde Befunde bei Geflügelkadavern. Demnitz.
Die Skrofulose. Jamin.

Ueber die Wirkung des Sanocrysins. Ein sichtbarer therapeutischer Erfolg des Mittels wurde stets vermißt. (20 Lungentuberkulosen behandelt.) Herdreaktionen oder lokale Aktivierung ruhender Prozesse wurden niemals festgestellt. Die durch das Sanocrysin hervorgerufenen Erscheinungen traten sowohl bei Tuberkulösen, wie bei nicht an Tuberkulose Erkrankten (croup. Pneumonie) auf. Das Auftreten von Reaktionen nach Sanocrysin (Fieber, Konjunktivitis, Rhinitis, Enteritis und starke Albuminurien besonders bei geschädigter Niere) ist kein Beweis dafür, daß dieses Mittel auf den tuberkulösen Prozeß wirksam geworden ist. Die Eigentümlichkeit der auftretenden Symptome läßt diese Erscheinungen mit der Metallvergiftung in Parallele setzen. Wahrscheinlich sind diese Symptome lediglich als Goldvergiftung aufzufassen.

Klinische Erfahrungen ovarieller Substitutionstherapie mit Ovowop (Ovarnon), einem neuen biologisch geprüften Ovarialpräparat. Zondek und Bernhard wiesen nach, daß dieses nach einem besonderen Trocknungsverfahren hergestellte Ovarialpräparat fähig ist, bei einer kastrierten Frau den O_2-Verbrauch um 18% zu steigern. Bei jungen Mädchen und Frauen, bei denen eine länger oder kürzer dauernde, durch Hypofunktion der Ovarien veranlaßte Amenorrhoe bestand, wurde die Menstruation prompt herbeigeführt. Auch die Ausfallserscheinungen nach Kastration, bei klimakterischen Beschwerden und Fällen von Klimakterium präcox ließen sich mit Ovowop-Tabletten sehr günstig beeinflussen.

Nr. 9, 26. Februar 1926.

* Beiträge zur Motilität der Gallenwege. Kalk und Schoendube.
Geschlechtsunterschiede in der Reaktion auf die Ehe. Mayer.
Diphtheriekrankheit bei aktiver Immunität. Haidvogl.
Die begrenzte Anerkennung der Arthritis deformans nach Unfällen. Ewald.
Unerwünschte Nebenwirkungen des Atophan. Schilling.
Ist die horizontale Lagerung der Kranken bei Transporten die richtige? Hügelmann.
Die Luminographie. Stein.
Schlußbemerkungen zu der Frage der Verwendung von Strontiuran als Reagenz auf einwandfreie Beschaffenheit des Neosalvarsans. Kolle. Bauer und Leupold.
Spezifische Masernschutzimpfung vom Tier. Nocht.
* Ueber die anatomischen Grundlagen und über die Behandlung der tabischen Sehnervenatrophie. Behr.
Ueber neuere Gallenblasendiagnostik. Hoesch.
Darmstriktur und perniziöse Anämie. Wiechmann und Zinßer.
Etappenabsetzung bei septischen Gelenkprozessen an der unteren Extrimität. Pekarek.
Ein Beitrag zur Anzeigestellung chirurgischer Eingriffe bei Coma diabeticum. Hesse.

Beiträge zur Motilität der Gallenwege. Nach Injektion von Hypophysin (2 ccm subkutan) tritt nach etwa 25 Minuten beim Normalen infolge Kontraktion der Gallenblase eine ausgesprochene Verdunkelung des ausfließenden Duodenalsaftes auf. Die Ausführung dieser Hypophysinprobe bei 22 Fällen von „Icterus catarrhalis“ ergab, daß die Probe im Stadium des Anstieges und Höhepunktes der Gelbsucht negativ ausfiel. Nach der Art des Umschlages der Reaktion in positiv — wie er im Stadium des Ikterusabklingens auftritt — lassen sich zwei Ikterusgruppen unterscheiden. In der einen Gruppe fand sich ein allmählicher Umschlag im Laufe mehrerer Tage oder Wochen mit langsam ansteigendem Bilirubingehalt und zunehmender Menge Lebergalle. In der zweiten, an Zahl geringeren Gruppe trat der Umschlag ganz plötzlich ein. Es erfolgte ein richtiger Lebergallenfluß mit hohen Bilirubinwerten. Der negative Ausfall der Hypophysinprobe im Stadium des Anstieges und Höhepunktes hängt offenbar mit einer ungenügenden Füllung der Gallenblase während dieser Stadien zusammen. Die Cholecystographie ergab keine Gallenblasenfüllung. Den nach dem Umschlagstempo verschiedenen Gruppen scheinen genetisch verschiedene Ikterusformen zu entsprechen. In den Fällen mit langsamem Umschlag handelt es sich wahrscheinlich um Ikterus durch Destruktion des Lebergewebes. Bei der Gruppe mit raschem Umschlag der Hypophysinprobe ist vielleicht ein Spasmus der kleinsten Gallenwege die Ursache des Ikterus. (Icterus e emotione!)

Ueber die anatomischen Grundlagen und über die Behandlung der tabischen Sehnervenatrophie. Die eigentliche Ursache der tabischen Optionsatrophie liegt in einer Ernährungsstörung der Nervenfasern infolge Sklerosierung des Gliafasernsystems, des Lymphgefäßsystems des Nerven. Diese eigenartige Umwandlung der Lymphgefäße kommt durch dauernde Einwirkung von Spirochätengiften, nach Eintritt einer besonderen Disposition, zustande. Die Erfahrung lehrt, daß keine therapeutischen Maßnahmen (antisyphilitische Mittel, parenterale Reiztherapie, Malariaimpfung) mit Sicherheit einen Stillstand der tabischen Sehnervenerkrankung herbeiführen können; jedoch gar nicht selten lösen derartige Kuren schwere, bis zur Erblindung fortschreitende, Verschlimmerungen aus. Es ist deshalb grundsätzlich von einer aktiven Behandlung der Syphilis bei Bestehen einer derartigen Sehnervenerkrankung abzusehen.

Nr. 10, 5. März 1926.

Zur Behandlung akuter chirurgischer Infektionen und Eiterungen. Kreche.
* Die progressive Paralyse — eine Folge der Schutzpockenimpfung? Plaut und Jahnel.
Deutscher Rhabarber. Fühner.
Die Reflexerregbarkeit von Bauchorganen durch lokale Wärme- und Kälteapplikation. Ruhmann.
Die Bedeutung von späten Exhumierungen und späten Sektionen für die Rechtsprechung in der deutschen Sozialversicherung. Franck.
Schlußdesinfektion. Rimpan.
Die freiwillige periodische ärztliche Beratung in der Lebensversicherung. Kaufmann.
Eine technische Erleichterung bei Lichttherapie (Intervalluhr). Stumpf.

Die progressive Paralyse — eine Folge der Schutzpockenimpfung? Die Entstehung der Paralyse ist trotz des Nachweises ihrer syphilitischen Natur bisher nicht völlig klargelegt. Die lange Inkubation der Paralyse, ihre Bevorzugung kultivierter Völker, ihre Sonderstellung gegenüber der Hirnsyphilis, haben die verschiedensten Theorien entstehen lassen. In jüngster Zeit ist vielfach erwogen worden, ob nicht der schuldige Kulturfaktor in der Schutzpockenimpfung zu suchen sei. Vielleicht würde die durch Impfung bewirkte Umstimmung der Haut irgendwie die Ausbreitung der Spirochäten in der Haut beeinflussen und so die Bildung der gegen die Lues gerichteten Antikörper verhindern? Oder indirekt sei durch die Impfung eine Zunahme der Paralyse bewirkt worden. Die natürliche Blatternkrankheit sei vielleicht imstande, ähnlich wie die Malaria, die Lues günstig zu beeinflussen und dadurch der Paralyse vorzubeugen. Diese Schutzwirkung der Blattern im Sinn der Fiebertherapie könnte den Kontrast der syphilitischen Durchseuchung mancher Völker und der Seltenheit der Paralyse erklären. Durch die Impfung gerate dieser natürliche Heilfaktor in Wegfall. Mit der Einführung der Kuhpockenimpfung durch Jenner im Beginn des 19. Jahrhunderts habe die Paralyse zugenommen.

Kraepelin und Plaut stellten auf einer Forschungsreise nach Amerika Ermittelungen an, über die Beziehungen zwischen Pocken, bzw. Impfung und Paralyse. Es stellte sich heraus, daß die Paralyse in Mexiko unter den Indianern und Mischlingen recht häufig ist, während infolge der laxen Durchführung der Impfgesetze die Pocken sehr verbreitet sind. Die Erkrankung an Blattern vermag zudem nicht, unter allen Umständen vor der Paralyse zu schützen, da mehrmals pockennarbige Paralytiker aufgefunden wurden.

Auf der Insel Kuba kommen keine Pocken vor seit der Einführung der Impfpflicht. Die Syphilis ist besonders unter den Negern auf Kuba sehr verbreitet. Wenn die Vakzination die Entwicklung der Paralyse begünstigen würde, so müßte ein Steigen der Paralyseziffer seit der bereits 23 Jahre zurückliegenden allgemeinen Einführung der Schutzimpfung zu beobachten sein. In Wirklichkeit gehört eine Paralyse zu den Seltenheiten unter den kubanischen Negern. Diese Feststellungen sprechen eindeutig gegen einen Zusammenhang der Syphilis mit Vakzination. Die Behauptung, daß die Paralyse erst nach Einführung der Impfung urplötzlich auftrat und an Verbreitung gewann, ist falsch. Viele Literaturstellen beweisen das Vorkommen der Paralyse in früheren Zeiten (etl. 12. Jahrhundert). Für die Fassung der Hypothese, daß die behauptete Zunahme der Paralyse nicht nur in einem zufälligen, sondern ursächlichen Verhältnis zur allgemeinen Schutzimpfung stehe, können keine Beweise erbracht werden.

Biberfeld (Berlin).

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 7, 11. Februar 1926.

Ueber Wandlungen in der Immunitätswissenschaft und ihre Rückwirkung auf praktische Ziele der Empidemiologie und Prophylaxe. Böhme.
* Physiologische und klinische Bedeutung der äußeren Nase. Hofbauer.
Ueber diffuse luetische Infiltration des Magens. Eisenklam.
Ueber eine schwere, spontan ausgeheilte Pankreasnekrose. Moisescu.
Ueber die sogenannte „Vierte Krankheit“: Scarlatinella. Hochsinger.
Ueber die Verwendung von nichtrostendem Stahl zu ärztlichen Instrumenten. Schapringer.
Die Anästhesie beim Kleinkind. Kazda.
Wann soll die Behandlung des Schielens einsetzen? Meller.
Behandlung der Schmerzen bei Neuralgien. Erben.

Physiologische und klinische Bedeutung der äußeren Nase. Die Einatmungsluft strömt nicht durch den ganzen

Nasenraum ein, sondern nur durch den oberen, schmalen Teil. Ursache dafür ist die horizontale Lage der Nasenlöcher; die Luft muß daher in vertikaler Richtung eindringen. Bei Nasenverletzungen kommt es durch die veränderte Einströmungsrichtung zu Atemstörungen, weshalb Nasenplastiken mit guter Bildung des Nasendachs notwendig sind.

Nr. 8, 18. Februar 1926.

Neue Probleme des Wasserstoffwechsels. Falta.
* Komplizierte Prostatektomien. Schwarz.
* Erfolgreiche Schutzwirkung von chemisch-therapeutischen Substanzen gegen Infektionskrankheiten (im Tierversuch). Saxl, Donath und Kelen.
Die Einwirkung von Atropin und Adrenalin auf das Herz Sporttreibender. Kauf.
Summascil, ein neues Scilla-Cardiacum. Brunner.
Ueber Wandlungen in der Immunitätswissenschaft (Fortsetzung). Böhme.
Ueber schlecht essende Kinder. Peyrer.
Zu welchen Folgekrankheiten führt die chronische Obstipation? Porges.

Komplizierte Prostatektomien. Das wichtigste Kriterium für die Operabilität bildet der Ausfall der Nierenfunktionsprüfung. (Methode: Meist Volhardscher Wasserversuch, manchmal Indigokarminprobe.) Schlechte Nierenfunktion kann bedingt sein durch 1. aseptische Stauung, die durch Drainage meist weitgehend gebessert werden kann, und 2. Infektion, bei deren Bestehen erst durch ausgiebige Blasendrainage zur Prostatektomie vorbereitet werden muß. Andererseits bildet gerade die Infektion des Harntraktes eine strikte Indikation zur Prostatektomie, auch wenn kein Restharn vorhanden ist.

Erfolgreiche Schutzwirkung von chemisch-therapeutischen Substanzen gegen Infektionskrankheiten (im Tierversuch). Kaninchen werden durch intravenöse Vorbehandlung mit Trypaflavin oder Argochrom oder durch orale Verabreichung von Trypaflavin oder Scharlachrot gegen eine sonst tödliche Staphylokokkeninfektion geschützt.

Nr. 9, 25. Februar 1926.

* Fettsucht. Bauer.
Ueber die Ursachen der Akzentuation des diastolischen Herztones. Sihle.
Ueber einen Fall von Thrombose der Arteria lienalis, einhergehend mit Polyglobulie. Blum.
Zur Kasuistik des Naevus sebaceus. Eitner.
Neue Probleme des Wasserstoffwechsels (Fortsetzung). Falta.
Ueber Wandlungen in der Immunitätswissenschaft (Fortsetzung). Böhme.
Die Behandlung der peripheren Facialislähmung. Fuchs.
Ueber Augenverletzungen. Lauber.

Fettsucht. Die einfachste Form der Fettsucht beruht auf einer Bilanzstörung (Mastfettsucht, Faulheitsfettsucht). Ihrer Entstehung wirkt ein Regulationsmechanismus entgegen, bestehend in 1. Gemeingefühlen, die die Nahrungsaufnahme und Arbeitsleistung regulieren und 2. einer Variabilität der Verbrennungsgröße, die von der Funktion des endokrinen Systems, namentlich der Schilddrüse, abhängt. Eine andere Form der Fettsucht beruht auf der Lipophilie der Gewebe, d. i. die regionär verschieden starke Tendenz des subkutanen Gewebes, Fett anzusetzen. Bei der pathologischen universellen Lipophilie besteht oft Wasser- und Salzretention (Hydrolipomatose), charakterisiert durch habituelle Oligurie, ausgesprochen aufgeschwemmtes Aussehen. Therapie: Zunächst Bilanztherapie, wenn diese versagt, Schilddrüsentherapie, bei der es jedoch zu Tachykardie und Uebererregbarkeit ohne Gewichtsabnahme kommen kann. Manchmal wirkt die Verbindung der Schilddrüsenmedikation mit Proteinkörpertherapie. Bei erwiesener Wasser-Salz-Retention Einschränkung von Kochsalz und Wasser, Schwitzprozeduren und besonders Novasurol oder Salyrgan.

Nr. 10, 4. März 1926.

Ueber Angina pectoris. Braun.
Physikalisch-chemische Wirkung der Röntgenstrahlen im Organismus. Lieber.
* Ueber Lueskachexie. Herman.
Magen-Duodenalgeschwür und Probefrühstück. Schütz.
Ueber Wandlungen in der Immunitätswissenschaft (Schluß). Böhme.
Zur therapeutischen Beeinflussung der Lungentuberkulose. Eckhart.
Fluorbehandlung mit Thiosept. Graff.
Die Behandlung der peripheren Facialislähmung. Fuchs.
Die neue Heilanstalt der Krankenkasse der österreichischen Bundesbahnen. Suess.

Ueber Lueskachexie. Hochgradige rapide Abmagerung bei positivem Wassermann ohne sonstige organische Veränderung. Prompter Erfolg der antiluetischen Kur. Verf. nimmt eine gestörte Resorption infolge Erkrankung der Blut- oder Lymphgefäße des Darms an.

Ernst Pick.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Nr. 1, 1. Januar 1926.

* Ueber Wesen und Behandlung der Hypertension des Blutdrucks. Goldscheider.
* Ueber Tuberkuloseformen des höheren Lebensalters. Hecht.
Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch den praktischen Arzt. Portner.
Ueber die Bestimmung des Pepsins im Mageninhalt mittels des Refraktometers. Utz.
* Zur Behandlung der chronischen Tonsillitis. Brunzlow.
Ueber die Behandlung frischer Dammrisse. Gellhans.

Ueber Wesen und Behandlung der Hypertension des Blutdrucks. Blutdruckstörungen können in krankhafter Weise ohne anatomische Gefäßwandveränderungen reflektorisch bedingt sein, und zwar durch gesteigerte Reizbarkeit. Man muß bei Betrachtung der krankhaften Blutdruckerhöhungen vom funktionellen oder anatomischen Standpunkt ausgehen. Erforderlich ist eine genaue Untersuchung der Nieren. Verschiedene Autoren meinen, daß ein Blutdruck über 160 mm hg renal bedingt sei. Hauptsächlich beruht die Blutdruckerhöhung auf Erhöhung der Widerstände der kleinsten Gefäße, und zwar vornehmlich im Stromgebiet des Splanchnikus. Daher führen vorwiegend Unterleibsaffektionen zu Gefäßkrisen. Bei Arteriosklerose beruht die Hypertension auf der Wandveränderung, trotzdem man häufig normale Blutdruckwerte bei dieser Erkrankung findet. Erst wenn die kleinsten Gefäße ergriffen sind, kommt es zur dauernden Erhöhung. Der erhöhte Widerstand verursacht verstärkte Herzarbeit. Andererseits kann vielleicht die Hypertension zur Arteriosklerose führen. Sicheres kann man jedenfalls nicht über die Beziehungen vom Hochdruck zur Sklerose sagen.

Die Grunderscheinung ist die Ueberempfindlichkeit der Gefäßwand, die auf neurogenen oder hämatogenen oder physikalisch-chemischen Veränderungen beruhen kann. Die Rolle der akuten Infektion ist noch nicht geklärt. Es erhebt sich die Frage, ob Hypertonien auf Vermehrung der Blutmenge beruhen können, was nur dann der Fall sein könnte, wenn sich die Gefäßkapazität ihr nicht anpaßt. Der Einfluß der vermehrten Blutmenge scheint noch fragwürdig, ebenso wie die erhöhte Viskosität des Blutes nicht herangezogen werden kann. Große Bedeutung haben die Drüsen mit innerer Sekretion. Man braucht nur an die Adrenalinwirkung zu denken. Die Hormone sind vielleicht imstande, den Sympathikus zu sensibilisieren. Sicher ist die Bedeutung psychischer Erregung für die Entstehung von Dauerhypertension. Auch erbliche Anlage ist erwiesen. Die Frage, ob Störungen im verlängerten Rückenmark dauernde Hypertomie verschulden, bedarf noch weiterer Bearbeitung. Das ganze Problem ist dadurch gekennzeichnet, daß es schwer ist, genaue Beziehungen zu organischen Bedingungen zu finden. Therapeutisch betont der Verf., neben der psychischen Behandlung die Regelung der Lebensweise und der Diät, ferner die Uebungstherapie, Massage und Hydrotherapie. Es wird ferner die klimatische Behandlung und die pharmakologische eingehend besprochen. Wenn es gelingt, einen bisher ansteigenden Blutdruck auf einer bestimmten Höhe zu halten, so bedeutet dies schon einen großen Erfolg. Die außerordentlich klaren Ausführungen verdienen, im Original nachgelesen zu werden.

Ueber Tuberkulosenformen des höheren Lebensalters. Während im allgemeinen die Tuberkulose als eine Erkrankung des jugendlichen Alters gilt, gibt es Typen, die bei zunehmendem Alter besondere Formen annehmen. Die Formen des höheren Lebensalters zeigen bestimmte Besonderheiten. Häufig stehen sie im Zusammenhang mit früher aufgetretenen Prozessen. Gerade im fünften Jahrzehnt tritt die exsudative Form als eine reaktivierte Erkrankung auf. Ferner findet man im höheren Lebensalter bei der zirrhotischen Form sogenannte „Alterskavernen". Im siebenten Jahrzehnt tritt die Miliartuberkulose häufig auf. Eine besonders häufige Form ist die Tuberkulose mit Emphysem. Diese beiden Krankheiten, von denen man früher annahm, daß sie sich ausschließen, sind nach der neuesten Forschung nicht selten vergesellschaftet. Die Senkungsprobe der roten Blutkörperchen gilt als ein feiner Indikator des Zellverfalls und kann differential-diagnostisch sehr wertvoll sein. Häufig beobachtet man im höheren Alter die Pneumokoniosen. Es ist von großer Wichtigkeit, auch bei älteren Kranken frühzeitig die Erkrankungsform zu erkennen, da gerade bei älteren Leuten selten Schwindsucht vermutet wird, und sie für ihre Umgebung, besonders bei schlechten Wohnungsverhältnissen, als Infektionsquelle großen Schaden stiften kann.

Zur Behandlung der chronischen Tonsillitis. Die chronische Tonsillitis ist der Ausgangspunkt vieler allgemeiner Erkrankungen. Daher wird die Tonsillektomie häufig ausgeführt, obwohl sie besonders durch die Gefahr der Nachblutung nicht ungefährlich ist. Verf. empfiehlt daher die Ausspritzung der Mandelbuchten mit verdünnter Lugollösung. In den Fällen, wo sie keinen Erfolg hat, wird die partielle Tonsillektomie ausgeführt, die ohne Verletzung der Kapsel vor sich gehen muß. Hierbei treten Nachblutungen niemals auf. Die Methode legt alle Buchten frei, vermeidet Blutungen und erhält die funktionsfähigen Teile der Tonsille. Die Operation darf nur im Intervall ausgeführt werden.

Nr. 2, 15. Januar 1926.

Die Grundlagen der Kolloidforschung. Bechold.
* Allgemeinerkrankungen der Zähne unter Berücksichtigung der amerikanischen Bewegung. Spanier.
Leitende Gesichtspunkte in der Behandlung der akuten Mittelohrenentzündung. Kobrak.
Die differentialdiagnostische Bewertung der Hypertonie auf Grund des Wasserversuchs. Hubert.

Allgemeinerkrankungen der Zähne unter Berücksichtigung der amerikanischen Bewegung. Schon lange ist bekannt, daß akute Infektionsprozesse durch Erkrankung der Zähne hervorgerufen werden können. Amerikanische Forscher haben gefunden, daß chronisch kranke Zähne Dauerinfektionsherde darstellen und bezeichnen von diesen ausgehende Erkrankungen als orale Sepsis. Gelenkrheumatismus, Nierenerkrankungen, Magengeschwür und andere mehr sollen auf Erkrankung der Zähne zurückgeführt werden können. Die Forscher gehen von der Tatsache aus, daß fast alle Streptokokkenarten verwandt sind und sich durch bestimmte Methoden umwandeln lassen. Ferner wird behauptet, daß die Streptokokken Affinität zu bestimmten Organen haben sollen. Auf diesen beiden Voraussetzungen beruht die Möglichkeit, daß akute Infektionserkrankungen bei anderen Organen hervorgerufen werden können. Die Amerikaner gehen daher bei der Feststellung dieser Leiden so vor, daß sie eine latente Infektionsquelle suchen, wobei sie besonders die Zähne einer gründlichen Untersuchung unterziehen.

Auch in Deutschland sollte diese Methode nachgeprüft werden, da sie viel Bestechendes hat und in der allgemeinen Praxis die Zahnuntersuchung noch sehr vernachlässigt wird.

Dr. Kosminski, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 3.

* Krüppelfürsorge. Bielsalski.
* Gute Fabrikbeleuchtung, eine hygienisch-wirtschaftliche Frage. Holtzmann.

Krüppelfürsorge. Bielsalski erörtert in großen Zügen, was die moderne Krüppelfürsorge leistet, wie sie durch operative und orthopädische Erfolge auf das Seelenleben der Krüppel einwirkt. Aufklärung von der Vermeidbarkeit des Krüppeltums ist notwendig.

Gute Fabrikbeleuchtung, eine hygienisch-wirtschaftliche Frage. Holtzmann faßt kurz zwei seiner früheren Vorträge über dieses Thema zusammen. Durch eine hygienische Verbesserung der Beleuchtung wird die Ermüdungsgrenze des Arbeiters hinausgeschoben, die Arbeit und der Verdienst des Arbeiters wird gesteigert, die Qualität des gelieferten Arbeitsproduktes wird erhöht. Daraus resultiert eine Besserung der sozialen Lage des Arbeiters.

1. Jahrg., Nr. 4.

* Roggenbrot als Volksnahrungsmittel. Schröder.
Die Zunahme der Pocken in England, den Vereinigten Staaten und einigen anderen Ländern im Jahre 1924. Prinzing.

Roggenbrot als Volksnahrungsmittel. Weizenmehl und Roggenmehl können nach Schröders Ausführungen im wesentlichen als chemisch gleich zusammengesetzt angesehen werden. Nur werden die Nährstoffe des Roggenbrotes vom menschlichen Organismus nicht so gut wie die des Weizenbrotes ausgenutzt. Das kann leicht durch Zuführung einer etwas größeren Roggenbrotmenge ausgeglichen werden. Der Vitamingehalt fällt nicht ins Gewicht. Aroma- und Geschmacksstoffe entstehen beim Roggenbrot in größerer Menge. Der jetzt übliche hohe Zusatz von Weizenmehl verschlechtert nur das Roggenbrot. Auch aus wirtschaftlichen Gründen ist dies Brot zu bevorzugen, da Deutschland ein Roggenland ist, während der Weizen zum großen Teile eingeführt werden muß.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Archiv f. experiment. Pathol. und Pharmakologie.

111, 1/2, Februar 1926.

Einfluß der Temperatur auf den Krampfanfall bei Strychninvergiftung. Schlomovitz und Machlis.
Wirkung von Strophantin auf die absolute Kraft des Froschherzens. Geiger und Orosz.
Tetania parathyreopriva und Guanidinvergiftung. Noether.
Versuche über den Uebertritt chemischer Substanzen aus der Gefäßbahn in die Gewebe. Pack.
Die pharmakologischen Eigenschaften des reinen Apokodeins. Krayer.
Pharmakologie des Tetrophans. Hesse.
Einfluß pharmakologisch wirksamer Substanzen auf die isolierte Froschniere. Hartwich.
Rhodanwirkungen am Muskel und gegenseitige Verstärkung von Kontraktursubstanzen. Okagawa.
Krampfstillende Wirkung von Adonis vernalis und Digitalis. Maßlow.
Schwefelwasserstoffvergiftung bei äußerlicher Applikation von elementarem Schwefel in Salbenform. Basch.

111, 3/4, Februar 1926.

Die Abspaltung freier Phosphorsäure aus überlebendem Gehirnbrei und ihre Beeinflussung durch Pharmaka. Stamm.
Antirachitische Wirksamkeit der Lipoide. Stepp und Woenckhaus.
Physiologie und Pathologie der Gallensäuresekretion. Rosenthal, Frhr. v. Falkenhausen und Freund.

Zeitschrift für die ges. physik. Therapie.

31, Heft 2, 1926.

* Ueber die Beeinflussung der Azidität des Mageninhalts durch Diathermie. L. Kauftheil und A. Simó, Wien.
* Die Anwendung der Quarzlampe für Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. D. Pletnew, Moskau.
* Die Reaktion des Blutes auf Moorbehandlung. E. M. Brussilowsky und M. S. Turkeltaub, Odessa.

Ueber die Beeinflussung der Azidität des Magensaftes durch Diathermie. Unter Einwirkung von Diathermie während der Säuresekretion zeigten die Fälle von Ulcus duodeni ein recht bedeutendes Absinken des Säuregehaltes im Mageninhalte. Normalfälle ließen sich gar nicht oder nur unwesentlich beeinflussen, während Fälle von Gastritis, Ulcus ventriculi und Atonie ein wechselndes Verhalten zeigten, wobei jedoch mit wenigen Ausnahmen die Tendenz zur Aziditätsabnahme deutlich hervortrat. Der Säuregehalt des Ausgeheberten wurde sowohl titrimetrisch als auch durch Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration mittels der kalorimetrischen Methode von Michaelis und Müller bestimmt.

Die Anwendung der Quarzlampe zur Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Günstige Resultate bei der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mittels der Quarzlampe, wobei besonders die exsudative Form prompt, die produktive Form weniger eklatant auf Quarzlicht reagierte.

Die Reaktion des Blutes auf Moorbehandlung. 1. Systematische Blutuntersuchungen bei Kranken weisen bestimmte Veränderungen nach, die unter der Einwirkung des balneologischen Heilverfahrens auftreten. 2. Die Veränderungen in der morphologischen Zusammensetzung und den biologischen (biochemischen) Eigenschaften des Blutes können als Merkmal der Reaktion des Organismus auf Moorbehandlung dienen. 3. Die Erythrocyten-S.-R. (Senkungs-Reaktion) gibt der Klinik einige leitende Anweisungen sowohl im Sinne einer biologischen Kontrolle der anzuwendenden Therapie, als auch teilweise in diagnostischer und prognostischer Hinsicht. 4. Es besteht ein bestimmter Parallelismus zwischen verschiedenen Phasen der balneologischen Reaktion und der Senkungsaktion. 5. Zwischen den Veränderungen der morphologischen Zusammensetzung des Blutes und der Senkungs-Reaktions-Schwankungen unter dem Einflusse der Moorbehandlung herrschen bestimmte Wechselbestimmungen.

31, Heft 3, 1926.

* Röntgenbestrahlung des Hautkrebses. Thedering, Oldenburg.

Untersuchungen über die Oberflächenspannung der Kreuznacher Mutterlauge. Ley, Bad Kreuznach.

* Die Bretschneidersche Wechselatmung und ihre klinische Bedeutung. Albert Lahmann.

Röntgenbestrahlung des Hautkrebses. Schilderung des Verfahrens, das sich dem Verf. in fast zwanzigjähriger Strahlenpraxis bewährt hat.

Die Bretschneidersche Wechselatmung und ihre klinische Bedeutung. Im Bretschneiderschen „Wechselatmungsverfahren" haben wir ein physikalisches Heilmittel, welches uns die Möglichkeit gibt, die Schleimhäute der oberen und tieferen Atmungswege zu üben. Irgendwelcher Schaden konnte nie beobachtet werden. Gleichfalls wurden nie Klagen von Patienten gehört, die sich auf das Wechselatmungsverfahren bezogen.

L. Katz.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

Heft 5, Februar 1926.

* Die Wirkung zentral erregender Mittel auf den respiratorischen Stoffwechsel. Schoen und Kaubisch.

Ein bemerkenswerter Fall von Anaemia aplastica. Denecke.

Das Blut bei der Benzinintoxikation. Schustrow und Salistowskaja.

* Zur internen Behandlung des Ulcus ventriculi bezw. duodeni. Steinberg

Zur Entstehung der Spasmen und Schmerzen beim Magengeschwür. Cobet und Gutzeit.

Perniziöse Anämie mit erhaltener Salzsäuresekretion. Taubmann.

Die Wirkung zentral erregender Mittel auf den respiratorischen Stoffwechsel. Durch zentral angreifende Arzneimittel (Coffein, Strychnin, Kampferpräparate, Lobelin) wird ebenso wie die Atmung der respiratorische Gaswechsel erhöht. Beim Normalen beträgt die Steigerung des Grundumsatzes nach Coffein, den Stoffen der Kampfergruppe, Coramin und Cardiazol 15—20%, beim Lobelin infolge starker Erhöhung der Atmungsarbeit 30%. In dieser Beeinflussung der Regulationszentren für den Gaswechsel kommt die zentral erregende Wirkung der Kampferpräparate in wasserlöslicher Form (Camphogen u. Hexeton) und der neuen Mittel Coramin und Cardiazol zum Ausdruck, welche sie zu wertvollen therapeutischen Analeptika macht.

Zur internen Behandlung des Ulcus ventriculi bezw. duodeni. Mit der Gerhardtschen Argentum nitricum-Therapie wurden bei Magengeschwüren bei gleichzeitiger diätetischer Behandlung (breiige Kost) gute Erfolge erzielt. Silbernitrat führt zur aktiven Hyperämie der Magenschleimhaut und wirkt oft außerordentlich schmerzstillend. Erhöhte Schleimsekretion riefen die verwandten Höllensteinlösungen nicht hervor (Ag NO_3 in Lösung, 0,25 steigend auf 0,4 auf 120 ccm Aqua dest., 3—4 tgl. 1 Eßlöffel vor der Mahlzeit. Nicht länger als 6 Wochen geben! Gefahr der Argyrose!) Das Fehlen der Hyperchlorhydrie darf nicht gegen die Diagnose Ulcus verwendet werden. Nach Probefrühstück fand sich bei 122 Ulcuskranken 41mal Subacidität und sogar in 30 Fällen Anazidität.

Biberfeld (Berlin).

Archiv für Kinderheilkunde.

77., 1926, 3. Heft.

Gehalt der Frauen- und Kuhmilch an antiskorbutischen Stoffen. Reyher.

* Fürsorgebehandlung und Therapie der kongenitalen Syphilis. I. Hescheles

Zuckerbestimmungen in Frauenmilch. G. Bruhns.

Fürsorgebehandlung und Therapie der kongenitalen Syphilis. Zur wirksamen Bekämpfung der Lues congenita empfiehlt Verf. eine gut ausgestattete Propaganda, ausreichendes und gut geschultes Fürsorgepersonal, möglichst unentgeltliche Behandlung, tadellos funktionierende Registriertechnik.

Es gilt, in der offenen Fürsorge möglichst rasch und energisch zu behandeln. Den besten Weg sieht Verf. in der von Erich Müller angegebenen kombinierten Neosalvarsan-Quecksilberbehandlung mit möglichst hohen Einzeldosen von Neosalvarsan. Verf. hatte mit dieser Methode sehr gute Erfolge. Er empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die intramuskuläre Injektion von Neosalvarsan, möglichst nicht in die Glutäen, sondern in den Vastus lateralis. Bei exakter Technik hat Verf. nie Abszesse oder Nekrosen beobachtet. Zur Kontrolle der Erfolge der Luestherapie empfiehlt Verf. neben der Wassermannschen Reaktion die Anstellung der Meinickereaktion, die nach den Erfahrungen des Verf. besonders bei den frühen Behandlungsstadien der Lues congenita sich der Wa-R überlegen erweist.

Ferner hält Verf. für die Beurteilung der Erfolge und auch für die Prognose die Untersuchung des Liquors für sehr wichtig. Hier wird — besonders bei jungen Säuglingen — die Anstellung der Goldsolreaktion empfohlen.

Auch an dem Material des Verf. läßt sich die große Bedeutung und der günstige Einfluß einer möglichst frühzeitigen Behandlung der Lues congenita erkennen.

Pogorschelsky (Berlin).

Zeitschrift für Tuberkulose.

44, Heft 4.

* Tuberkulose und Tabakarbeit. Ernestine v. Müller und Prof. Berghaus.
* Indikationen und Ergebnisse der künstlichen Zwerchfellähmung. Gergely.
* Sanocrysin und experimentelle Tuberkulose. Bang.
* Zur Frage der Mischinfektion bei chronischer Lungentuberkulose. J. Abakelia.

Nochmals Bemerkungen zu dem Sanierungsversuch von Petruschky in Hela. Ernst Effler.

* Ueber Erfahrungen mit der Antiforminanreicherung nach Uhlenhut beim Tuberkelbazillennachweis im Auswurf. Werner Mueller.

Ueber den Wert der Mátéfyschen Reaktion bei Lungentuberkulose. Hans Rosenhagen.

Vorschlag zur systematischen Organisation der psychotherapeutischen Beschäftigung der Lungenkranken in Kurorten und Sanatorien. Kollarits.

Tuberkulose und Tabakarbeit. Im badischen Amtsbezirk Schwetzingen (ca. 50 000 Einwohner) war die Tuberkulosesterblichkeit nach der amtlichen Todesursachen-Statistik von jeher sehr hoch, sie stand stets über dem Landesdurchschnitt, war u. a. höher als in der benachbarten Großstadt Mannheim. Je mehr Tabakarbeiter in einer Gemeinde ansässig waren, desto höher war deren Tuberkulose-, Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer. Verff. vertreten den bemerkenswerten Standpunkt, daß Tuberkuloseansteckung durch Staubinfektion sicher auch öfters in der Tabakfabrik vorkomme — zumal auch häufig Kranke mit vorgeschrittener offener Lungentuberkulose noch arbeiten —, daß jedoch die Ansteckung in der Tabakfabrik nicht häufiger erfolge, als in den anderen staubigen Betrieben, in denen tuberkulosekranke Arbeiter durch schlechte wirtschaftliche Verhältnisse gezwungen sind weiter zu arbeiten. Entscheidend für die Häufigkeit der Tuberkulose unter den Tabakarbeitern ist nicht deren ungesunde Beschäftigung in staubiger Luft — dies ist erst sekundär von Bedeutung —, sondern der gesundheitlich und sozial außerordentliche Tiefstand der Arbeiterfamilien, aus denen sich die Tabakarbeiter rekrutieren. Es gehen heute meist nur schwächliche und mit körperlichen Gebrechen behaftete Personen in die Tabakfabrik, weil sie dort noch etwas verdienen können, während sie in andern Betrieben wegen ihrer verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit nicht mehr zu brauchen sind. Angesichts dieser Tatsache ist ein häufiges Vorkommen der Tuberkulose unter den Tabakarbeitern auch ohne die Annahme einer Schädigung der Lungen durch Tabakstaub erklärlich. Ein besonderer Einfluß der Tabakarbeit auf den Verlauf einer bestehenden Tuberkuloseerkrankung scheint nicht zu bestehen. Insbesondere spricht die häufige Feststellung von alten inaktiven tuberkulösen Veränderungen bei Tabakarbeitern gegen eine Einwirkung zum Schlechten. Der Tabakstaub setzt in den Lungen keine röntgenologisch feststellbaren Veränderungen, wie etwa der Steinstaub bei den Steinhauern. Jedoch waren bei Tabakarbeitern nicht selten Bronchitiden festzustellen, bei deren Entstehung der Staub eine Rolle gespielt haben könnte.

Indikationen und Ergebnisse der künstlichen Zwerchfelllähmung. Die Phrenicusexhairese, eine noch junge Operation in der Collapsbehandlung einseitiger Lungentuberkulose, wurde bisher ausgeführt 1. als Testoperation im Sinne Sauerbruchs vor der Thorakoplastik, 2. in Kombination mit einem nicht genügend wirksamen Pneumothorax (Zadek), 3. in seltenen Fällen als selbständiger Eingriff, besonders bei einseitigen Unterlappenprozessen. Verf. möchte die Indikationsstellung erweitert wissen. Als Voroperation vor der Thorakoplastik ist die Phrenicusexhairese in jedem Falle auszuführen, war doch bei 12 von 18 Fällen dieser Art die Wirkung eine so ausgiebige, daß die ursprünglich in Aussicht genommene Plastik nicht mehr erforderlich war. Die Kombination mit Pneumothorax ist sehr wünschenswert. Ein Pneumothorax ist ausgiebiger und viel leichter komplett zu erhalten, wenn vorher eine Phrenicusexhairese angewandt wurde. Viel häufiger als bisher sollte die Phrenicusexhairese als selbständige Operation ausgeführt werden. Bei ganzlappigen Infiltrationen, bei großen, unregelmäßig geformten, gar wandständigen Kavernen oder bei alten cirrhotischen Tuberkulosen ist die Phrenicusoperation als selbständiger Eingriff dem Pneumothorax vorzuziehen. Von insgesamt 100 Fällen sind 51 selbständige Operationen, die übrigen zur Vorbereitung und Ergänzung der Thorakoplastik bezw. des Pneumothorax. Die Erfolge sind außerordentlich zufriedenstellend.

Sanocrysin und experimentelle Tuberkulose. Versuche an künstlich tuberkuloseinfizierten Kälbern veranlaßten Möllgard zu der aufsehenerregenden Mitteilung, daß es ihm gelungen sei, eine sicher tödlich verlaufende Lungentuberkulose mittels Sanocrysin zu heilen. Unter Beachtung der Möllgardschen Versuchsanordnung behandelte Bang 15 künstlich infizierte Kälber mit Sanocrysin. Sein Ergebnis ist ein vollständig negatives, sämtliche behandelten Tiere gingen ebenso wie die nicht behandelten Kontrolltiere an akuter Tuberkulose zugrunde. In einem Teil der Tiere betrugen die verwendeten Dosen von Tuberkelbazillen sogar nur $^1/_{200}$ bzw. $^1/_{500}$ von der kleinsten Dosis, die Möllgard benutzt hatte. Verf. zieht aus seiner experimentellen Sanocrysinnachprüfung den Schluß, daß die von Möllgard zur Infektion benutzten Kulturen abnorm wenig virulent gewesen sind. Tuberkelbazillen von so geringem Virulenzgrad kämen bei spontaner Rindertuberkulose niemals vor. Auch die Behauptung Möllgards, daß Sanocrysin in einer Konzentration von 1 : 100 000 das Wachstum der Tuberkelbazillen verhindere, wird auf Grund eigener Züchtungsversuche widerlegt. Bang sah noch Wachstum in Sanocrysinkonzentration von 1 : 5000, z. T. sogar in noch stärkeren Konzentrationen.

Zur Frage der Mischinfektion bei chronischer Lungentuberkulose. Die Mehrzahl der chronischen Lungentuberkulosen wird von Mischinfektionen begleitet. Für die Diagnose Mischinfektion ist nicht ausreichend der Nachweis von Keimen im Auswurf, er muß auch im Blute erbracht werden. Das Blut wird aus der Armvene in sterile Schüttelkölbchen getan. Aus jeder Blutprobe wird unter Zusatz von 1—3 ccm Blut eine Agarplatte gegossen und sowohl aerobe wie anaerobe Zuckerbouillonkulturen angelegt. Die gewachsenen Keime wurden nach 24, 48 und 72 stündigem Aufenthalt der Blutkulturen im Brutschrank bei 37° durch mikroskopische und weitere kulturelle Untersuchungen genau analysiert. Das vom Patienten in ein steriles Fläschchen entleerte Sputum wurde in Reagensgläsern in physiologischer Kochsalzlösung 12—20 mal gewaschen, um den inneren Sputumkern von dem außen haftenden Bronchial- und Mundschleim zu befreien. Das gewaschene Sputum wird nach Gram und Ziehl-Neelsen gefärbt und außerdem werden von ihm Kulturen auf den verschiedensten Nährboden angelegt. In mehr als der Hälfte der Fälle wurden im Blut Keime nachgewiesen, am häufigsten Staphylococcus aureus, dann Staphylococcus aureus zusammen mit Streptokokken, ferner Staphylococcus albus, Staphylococcus citreus und Streptokokken. Mit wenigen Ausnahmen fand sich bei der positiven Blutaussaat eine Uebereinstimmung mit dem Ergebnis der Sputumuntersuchung. Bei der Anwesenheit von verschiedenen Kokken im Sputum wurde im Blut der Stamm gefunden, welcher im Sputum am üppigsten vertreten war. Am häufigsten konnte Mischinfektion aus Blut und Sputum nachgewiesen werden bei den vorwiegend exsudativen Tuberkulosen (ca. 70%). U. a. hatten 8 Patienten ohne Fieber einen positiven Blutbefund. Das Fieber allein berechtigt somit noch nicht zur Annahme einer Mischinfektion. Keine Form der chronischen Lungentuberkulose schließt die Möglichkeit der Mischinfektion aus.

Ueber Erfahrungen mit der Antiforminanreicherung nach Uhlenhut beim Tuberkelbazillennachweis im Auswurf. Durch das Antiforminverfahren wurde eine Vermehrung der positiven Resultate um 21,8% erzielt. Das Anreicherungsverfahren ist daher als wesentliche Verbesserung der üblichen Sputumuntersuchung beizubehalten, trotz der in letzter Zeit hier und da laut werdenden Stimmen, welche es für unnötig halten.

Zwerg (Dresden).

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

62, Heft 6.

* Tuberkulose und Apathogene. Hans Much.
Weitere Immunitätsstudien an Schweinen. Arthur Haim und Paul Kimmelstiel.
* Ueber Lipoidaktivierung durch Promonta. Arthur Haim.
Beiträge zur gegenseitigen Reizbeeinflussung. Zugleich ein Beitrag zur Biologie der Gemische. A. Haim und Marschak.
Ueber Immunitätsprobleme. P. Kimmelstiel.
* Ueber den biologischen Einfluß apathogener Keime auf den Reaktionsablauf von Tuberkulin und Partigenen. J. E. Wolf.
Hundetuberkulose mit einem nichtzüchtbaren Virus. K. Lanken.
* Die Tuberkulose des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern auf Grund anatomischer Untersuchungen. Walter Blumenberg.
* Fall von Friedländerpneumonie unter dem Bilde einer Lungentuberkulose. Terminale Affektion der Harnwege. Nils Berglund.
Zur Analyse des haemoklinischen Status der Kranken mit chirurgischer Tuberkulose. Schanin und Chreunikow.
* Ueber die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit der menschlichen Galle. Hans Rosenhagen.
Mechanische Rückwirkungen bronchialer Lymphome auf Herz und Lungen. Jean Kottmeier.
Erfahrungen mit einem kombinierten Ameisensäurearsenpräparat in der Behandlung der Lungentuberkulose. Sachs.
Zur spezifischen Cutanbehandlung der Tuberkulose. Arneth.
Zur innerlichen Behandlung der Tuberkulose mit Partigenen. H. Deist.

Tuberkulose und Apathogene. Durch Vor- resp. Nachbehandlung künstlich tuberkulös gemachter Meerschweinchen mit einem bestimmten Apathogenenstamm gelang es Much, die Tiere vor der tödlichen Tuberkulose zu bewahren. Sämtliche Kontrolltiere hatten eine schwere generalisierte Tuberkulose des ganzen Körpers, die Versuchstiere hingegen waren tuberkulosefrei. Much hält seine experimentelle Feststellung für zunächst nicht mehr als eine interessante Meerschweinchenbeobachtung; ob sich dieser oder ein anderer Apathogener für die Schutzimpfung des Menschen eignet, müsse dahingestellt bleiben.

Ueber Lipoidaktivierung durch Promonta. Dem Verf., einem Schüler Muchs, gelang es durch Fütterung mit Promonta, einem Gemisch von unabgestimmten Fett- und Lipoidstoffen, bei Schweinen eine starke Antikörperbildung gegen die der gleichen chemischen Gruppe angehörenden Tuberkulinbazillenpartigene F und N hervorzurufen, die durch intrakutane Prüfung nachgewiesen wurde. Besonders wichtig ist es, daß dies nicht durch die übliche parenterale Einverleibung geschah, sondern durch eine über längere Zeit fortgesetzte Verfütterung. Diese Tatsachen liefern einen neuen Beweis für die Wichtigkeit der Lipoide und Fette im biologischen Geschehen.

Ueber den biologischen Einfluß apathogener Keime auf den Reaktionsablauf von Tuberkulin und Partigenen. In Fortsetzung der von Much entdeckten biologischen Eigentümlichkeiten gewisser apathogener Spaltpilze (vgl. Much: Tuberkulose und Apathogene, dieses Heft) wurde deren Einfluß auf den Ablauf der Tuberkulin- und der Partigenreaktionen durch Quaddelimpfungen am Menschen geprüft. Verwendet wurden drei verschiedene Stämme von Apathogenen, ein sporenbildender Luftkeim und zwei Stämme vom Bac. cytolycus Much einerseits und Alt-Tuberkulin und die Partigene von Reyke-Much in den üblichen Verdünnungen andererseits. Die Versuche wurden so vorgenommen, daß variierende Mengen der apathogenen Spaltpilze in möglichst feiner Aufschwemmung den Tuberkulin- und Partigenlösungen beigemischt wurden. Es ergab sich, daß durch den Zusatz der Keime die Alt-Tuberkulin-Intrakutanreaktion stark abgeschwächt wurde, die Partigenreaktionen hingegen wesentlich stärker ausfielen. In weiteren Versuchsanordnungen wurde der Nachweis geführt, daß es sich bei der Alt-Tuberkulinabschwächung durch Apathogene nicht etwa um einen physikalisch-chemischen Adsorptionsvorgang, wie man meinen könnte, handelt, sondern um einen mit den Lebensäußerungen der Spaltpilze innig verbundenen echten Toxinbindungsprozeß, gelang es doch, diese Toxinbindung nicht nur mit den apathogenen Keimen selbst zu erhalten, sondern auch mit deren Stoffwechselprodukten, den Lysinen.

Die Tuberkulose des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern auf Grund anatomischer Untersuchungen. II. Mitteilung. Die Tuberkulose des mittleren Lebensalters. Auf Grund sehr sorgfältiger Untersuchungen (Methodik vgl. Mitteilung I) an 126 Tuberkulosefällen vom 20. bis zum 60. Lebensjahr kommt Verf. in dem vorliegenden Abschnitt seiner Arbeit zu Ergebnissen und Rückschlüssen, über welche nach Ansicht des Ref. das letzte Wort noch nicht gesprochen ist. Von größtem Interesse dürfte es sein, bald von Ranke, Ghon, Aschoff u. a. ein Wort zu den Ergebnissen Blumenbergs zu hören. Wenn auch zahlreiche Einzelheiten der pathologisch-anatomischen Forschung über die Tuberkulose hier aufs neue bestätigt werden, so die Lokalisation des Primäraffektes, die ausnahmsweise beim Erwachsenen vorkommende Drüsenverkäsung, die außerordentliche Häufigkeit der Kehlkopf- und Darmtuberkulose u. a. m., in den entscheidenden Fragen geht der Verf. seine eigenen Wege, nicht diese suchend, sondern dorthin gedrängt als kritisch abwägender, sich größter Objektivität befleißigender Untersucher. So fand Verf. in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen keine Residuen einer Erstinfektion; der Lungen- und Drüsenbefund ist derselbe wie bei Anwesenheit solcher Residuen. Die thorakalen Lymphdrüsen beteiligen sich, und zwar unabhängig davon, ob eine Kindheitsinfektion durchgemacht ist oder nicht, erst gegen Ende des Lebens an der Tuberkulose (mit Spättuberkeln); die Annahme einer durch Erstinfektion bedingten Drüsen-Immunität ist daher fallen zu lassen. Isolierte tertiäre Phthisen im Sinne Rankes wurden im mittleren Lebensalter niemals beobachtet. Es kommt vielmehr gegen Ende des Lebens zu einer oft erst mikroskopisch nachweisbaren haematogenen Generalisation, die hauptsächlich Leber und Milz betrifft. — Eine ernstliche Erschütterung der Rankeschen Lehre stellen die Sätze dar, in denen die Ausführungen des Verf. gipfeln:

I. „Die Tuberkulose des mittleren Alters ist nicht das 2. oder 3. Stadium einer in der Kindheit entstandenen Tuberkulose, sondern im Rahmen der menschlichen Tuberkulose eine Krankheitsform eigener Art.“

II. „Eine abgelaufene frühere Infektion ist für den Verlauf der Tuberkulose im mittleren Lebensalter bedeutungslos.“

Fall von Friedländerpneumonie unter dem Bilde einer Lungentuberkulose. Das — abgebildete — Röntgenphotogramm zeigt Veränderungen, wie man sie bei der Lungentuberkulose alltäglich zu sehen gewohnt ist: eine konfluierend-fleckige Verschattung des rechten oberen und mittleren Lungenfeldes mit mehreren Kavernen im rechten Spitzenfeld, links unterhalb des Schlüsselbeins einige offenbar frischere Herdschatten. Die Krankheit begann akut mit hohem Fieber unter dem Bilde einer Pneumonie, ging in ein chronisches Stadium mit subfebrilen Temperaturen über und verlief schließlich, nochmals 4 Wochen mit hohen Temperaturen einhergehend, unter dem Bilde einer Sepsis tödlich. Die ganze Krankheitsdauer betrug etwa ½ Jahr. Friedländerbazillen wurden bakteriologisch und durch Tierversuch nachgewiesen. Die Obduktion bestätigte das Freisein von Tuberkulose und stimmte im übrigen mit den klinischen und röntgenologischen Befunden vollständig überein. Das Interessante an dem Fall ist der überaus protrahierte Verlauf, die Entstehung echter, mit bindegewebigen Wänden ausgekleideter Kavernen und damit seine große Aehnlichkeit mit dem klinischen Bilde einer gewöhnlichen Lungentuberkulose.

Ueber die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit der menschlichen Galle. Durch Duodenalsondierung gewonnene Galle wurde auf Meerschweinchen verimpft. In 3 Fällen von 11 fiel der Tierversuch positiv aus. Von den dreien hatte nur einer Tuberkelbazillen im Auswurf. In besonders unklar liegenden Fällen wird man die Methode zur evtl. Klärung der Diagnose heranziehen können. Zwerg.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

100, Heft 2 und 3.

* Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger. Robert Gaupp.
Ueber flächenhafte Rindenerweichungen bei Arteriosklerose der kleinen Rindengefäße. (Mit 7 Textabbildungen.) Friedrich Brinkmann.
* Ueber die Wirkung der Kohlenoxydvergiftung auf das Zentralnervensystem (Mit 13 Textabbildungen.) A. Meyer.
Ueber die Formen der Lyssa beim Menschen. Helena Fedoroff.
Ueber die pathologische Schläfrigkeit und das Schlafzentrum. V. Brailovsky.
Beitrag zur Kasuistik kongenitaler Facialisparesen. Dora Trautmann.
Ueber einen neuen zerebralen Symptomenkomplex: einseitiges (hemiplegisches) akromegalieähnliches Ueberwachstum der Extremitätenenden auf luetischer Basis. (Mit 3 Textabbildungen.) Oskar Fischer.
Zur Frage der Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie. A. Perelmann.
Zur Frage nach einer Psychopathologie der Weltanschauungen. Rudolf Allers.
Untersuchungen über die Blut-Liquor-Passage bei Psychosen. (Mit einer Textabbildung.) Hauptmann.
Ueber „kolloide“, „hyaline“ Degeneration und über „Koagulationsnekrose“ im Gehirn. (Mit 17 Textabbildungen.) E. Sträußler und G. Koskinas.
* Untersuchungen über Remissionen bei progressiver Paralyse, im Besonderen nach Malariabehandlung. (Mit 3 Textabbildungen.) Erich Baender.
Beiträge zu den Methoden der Liquoruntersuchung bei Syphilis. Hermann Förtig.
Erfahrungen mit Juvenal, einem neuen Roborans. Hans Oppenheim.
Zwei Fälle von Hemichorea auf luetischer Basis. Isidor Silbermann.
Untersuchungen über Stoffspeicherung und Stofftransport im Nervensystem. II. Mitteilung. Die drei Gliazellarten und der Eisenstoffwechsel. Von A. Metz. (Mit 6 Textabbildungen.) H. Spatz.
Ueber die Fettspeicherung der drei Gliaarten. (Mit 3 Textabbildungen.) F. Struwe.
Ein Fall von perverser Pupillenreaktion. E. Menninger v. Lerchenthal.
Grundsätzliches zur psychiatrischen Konstitutions- und Erblichkeitsforschung. Eine Erwiderung auf den gleichnamigen Aufsatz von Hermann Hoffmann (Bd. 97 dieser Zeitschrift, S. 541). W. Mayer-Groß.

Bemerkungen zu vorstehender Erwiderung von Mayer-Groß (Heidelberg). H. Hoffmann.
Bemerkungen zu der Arbeit von J. L. Entres: „Genealogische Studien zur Differentialdiagnose zwischen Wilsonscher Krankheit und Huntingtonscher Chorea.“ Bd. 98, Heft 3 und 4 dieser Zeitschrift. Ferdinand Kehrer.

Die Unfruchtbarmachung geistig und sittlich Kranker und Minderwertiger. Während vor dem Krieg das blühende Deutsche Reich dahin wirken mußte, daß der Nachwuchs zahlreich bleibe, ist in den Jahren der Not nach dem Kriege der Druck nach einer gesetzlichen Handhabe ausgesprochen worden, den Volkskörper von „Ballastexistenzen“ reinigen zu können. In Betracht kommt nur die Sterilisation (Tubendurchtrennung bezw. Vasektomie); die Kastration evtl. nur bei rückfälligen Sexualverbrechern. Aus dem aktiveren Amerika und der Schweiz liegen schon recht zahlreiche Erfahrungen vor. In Schweden existieren Eheverbote für gewisse Fälle. Sterilisationsmaßnahmen müßten durchzuführen sein, einmal mit Zustimmung der zu sterilisierenden Person oder ihres Vormundes, dann auch zwangsweise von der staatlichen Behörde angeordnet werden können. Ehe man handelt, müssen die Tatsachen der Vererbung genau studiert werden. Bei Schwerkriminellen mit nachgewiesener Endogenität sollte dem Wunsch nach Sterilisierung kein Hindernis in den Weg gelegt werden. Verbindet sich Schwachsinn mit asozialen Eigenschaften, so Zwangssterilisierung. Auch bei Ehen zweier Schwachsinniger sollte eingegriffen werden können. Bei der Epilepsie kaum Berechtigung zu gesetzlichem Zwang. Aehnlich bei den endogenen Psychosen, wo sich oft erstaunliche Regenerationsfähigkeit in den Familien zeigt. Eine besondere Stellung nimmt dabei das man.-depr. Irresein ein, besonders bei Ehe zweier Kranker und bei nymphomanisch gefärbten Erregungen. Bei den Psychopathen liegen sicher wichtige Anwendungsgebiete der Sterilisation, doch müssen hier die Gesetze der Erblichkeit noch mehr studiert werden, ehe man zu Zwangsmaßregeln greifen kann. Frauen von schweren Säufern sollte man die Möglichkeit wenigstens temporärer Sterilisierung geben. Wegen Geistesschwäche Entmündigte sollten als nicht mehr ehefähig erachtet werden. Erste Bedingung für zweckmäßige Durchführung der Gedankengänge ist die Festigung unseres erbbiologischen Wissens beim Menschen. Es bedarf dann noch gesetzgeberischer Maßnahmen.

Ueber die Wirkung der Kohlenoxydvergiftung auf das Zentralnervensystem. Histologische Untersuchungen mehrerer Fälle. Nekrose, Erweichung und schließlich Organisation. Stets Prozesse zirkulatorischer Genese durch funktionelle Störungen der Gefäße. Stase und qualitative Blutverschlechterung spielen eine Rolle.

Untersuchungen über Remissionen bei progressiver Paralyse, im besonderen nach Malariabehandlung. Durch Malaria ist die Zahl der Remissionen erheblich größer geworden. Zeit des Eintritts, Zahl und Dauer unterscheiden sie vorteilhaft von den Spontanremissionen. Die Wesensgleichheit der klinischen Bilder spricht dafür, daß vielleicht durch die Malaria eine spontane Remissionsneigung nur unterstützt wird.

Pause (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

90., Heft 1 bis 3, Februar 1926.

* Die Bedeutung der Sexualdisposition bei Erkrankungen des Nervensystems. Hans Günther.
* Beitrag zur Symptomatologie des Schläfenlappenabszesses. S. Goldflam.
* Endolumbale Behandlung der Neuro-Syphilis mit Neosalvarsan. M. S. Margulis und D. A. Schamburow.

Kleinhirnsymptome bei Herderkrankungen des Großhirns (Adiadochokinese als Apraxie). Koloman Keller.

* Kann jedermann rechts und links unterscheiden? Curt Elze.

Die Bedeutung der Sexualdisposition bei Erkrankungen des Nervensystems. Die einzelnen Krankheiten werden unter dem Gesichtspunkt der häufigeren Beteiligung des männlichen oder weiblichen Geschlechts an denselben durchgegangen. Bei zahlreichen Erkrankungen des Nervensystems sind Geschlechtsunterschiede der Krankheitsdisposition unverkennbar; im allgemeinen ist das männliche Geschlecht in höherem Grade beteiligt. Einige Nervenkrankheiten zeichnen sich aber durch eine höhere Beteiligung des weiblichen Geschlechts aus. Es scheint auch allerdings wenige Nervenkrankheiten zu geben, bei denen die Sexualität keinen Einfluß auf die Frequenz hat, so die hereditäre Ataxie, hereditäre Myotonie, Katatonie.

Beitrag zur Symptomatologie des Schläfenlappenabszesses. Bei Schläfenlappenabszessen kommt es infolge Druckes seitens des Schläfenlappens auf den 1. Quintusast zu Schmerzen im Gebiete des gleichseitigen 1. Trigeminusastes. In 54% der Fälle fand Verf. Stauungspapille. Aphasie kann beim rechtsseitigen Schläfenlappenabszeß vorkommen, vielleicht infolge Druckwirkung auf das Sprachzentrum im linken Schläfenlappen. Seitens des erweiterten Seitenventrikels dieser Seite (diese Erklärung scheint dem Ref. nicht sehr plausibel, denn die so häufig vorkommende Erweiterung des linken Seitenventrikels macht sonst keine aphasischen Störungen). Epileptische Anfälle kommen bei Schläfenlappenabszessen vor, sie beschränken sich bisweilen auf die gekreuzte Körperseite, können sich aber auch über den ganzen Körper verbreiten. Nach einem Trauma kann die Aphasie bei einem Rechtser mit chronischer linksseitiger Ohreiterung nicht allein einem Schläfenlappenabszesse ihre Entstehung verdanken, sondern auch einer Meningealblutung, die sich besonders in der mittleren Schädelhöhle ansammelt und von hier auf die Sprachzentren einen Druck ausübt. Nicht selten trifft Ohreiterung und Schläfenlappentumor zusammen. Es ist auch möglich (1 Fall des Verf.!), daß nach Entleerung und Heilung des Schläfenlappenabszesses sich unmittelbar darauf ein Tumor an derselben Stelle entwickelt. Die häufigste intrakranielle Komplikation der Mittelohreiterung ist die Meningitis; letztere kann in Ausnahmefällen eine epidemische Zerebrospinalmeningitis oder eine Meningitis tuberculo sein, letztere mit beinahe absolut infauster Prognose.

Endolumbale Behandlung der Neuro-Syphilis mit Neosalvarsan. Beobachtungen an 60 Fällen mit der endolumbalen Salvarsanbehandlung nach Gennerich. Den größten Erfolg gibt die endolumbale Therapie bei beginnenden syphilitischen Meningitiden und Meningorezidiven, die sich 1 bis 2 Jahre nach dem Primäraffekt entwickeln. Fast der gleiche Erfolg wurde erzielt bei späteren Fällen (6 und mehr Jahre nach dem Primäraffekt) von akuten wie auch subakuten syphilitischen Meningitiden. Die endolumbale Therapie ist möglichst früh anzuwenden, ½ bis 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung sind die Resultate gering. Neuritis optica, Stauungspapille, Kopf-, Wurzelschmerzen, Hirnnervenparesen, spinale motorische Ausfallserscheinungen, Spasmen, Blasenstörungen, Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Liquorveränderungen besserten sich oft unter endolumbaler Therapie. Bei der Tabes zeigten sich gleichfalls Besserungen, insbesondere bezüglich beginnender Sehnervenatrophie, gastrischer Kreisen, lanzinierender und Gürtelschmerzen, Blasenstörungen, Ataxie. Die endolumbale Therapie ist fernerhin bei beginnender progressiver Paralyse indiziert. Verff. betrachten die endolumbale Behandlung als eine lokale Einwirkung und kombinieren sie mit intravenösen Neosalvarsaninfusionen und Injektionen von Quecksilber oder Bismut.

Kann jedermann rechts und links unterscheiden? Die Zahl derer, die den Unterschied zwischen rechts und links nicht wissen, ist unerwartet groß: schätzungsweise kann jeder Fünfte bis Sechste ohne weiteres rechts und links nicht unterscheiden, sondern muß erst eine bewußte Ueberlegung darüber anstellen oder er erinnert sich wenigstens noch deutlich aus seiner späteren Jugendzeit, Schwierigkeiten mit der Unterscheidung gehabt zu haben. Vom sicheren Rechtslinksempfinden führen alle Uebergänge über die verschiedenen Grade einer Rechtslinksschwachheit bis zur vollständigen Rechtslinksblindheit. Häufig ist die Unfähigkeit, an einem anderen Menschen und im Raume rechts und links zu unterscheiden. Alle Menschen empfinden als Gegensatz vorn zu hinten, oben zu unten, nicht aber rechts zu links.

Kurt Mendel.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

76., Heft 3.

Zum 80. Geburtstage Ludwig Lichtheims. E. Meyer.
Professor Ludwig Wilhelm Weber †. Grage.
Ueber einige, die unteren Oliven, die Brücke und das Kleinhirn verbindende Bahnen. Vorläufige Mitteilung. (Mit 12 Textabbildungen.) A. Tschernyscheff.
• Zur Klinik und Histopathologie der Alzheimerschen Krankheit. (Mit 8 Textabbildungen.) Paul Hilpert.
Ueber die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens bei einigen Erkrankungen des Gehirns. Encephalitis chronica Paralysis, progressiva, Tumor cerebri. (Mit einer Textabbildung.) M. S. Busik und D. M. Mitnitzky.
Ein Beitrag zur Frage der Leitungsaphasie. Rudolf Grubel.
• Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstypus. W. Jacobi und K. Kolle.
• Ueber das Verhalten des Blutbildes bei Geistes- und Nervenkrankheiten Georg Daiber.
Das posturale und tonische Element in der Synkinese der Lider bei der epidemischen Encephalitis. G. D. Leschtschenko.

Zur Klinik und Histopathologie der Alzheimerschen Krankheit. Die Alzheimersche Krankheit ist klinisch charakterisiert durch eine schon frühzeitig, oft schon im Klimakterium, einsetzende Störungen der zerebralen Funktionen im Sinne einer senilen Demenz. Der Verlauf ist stark progredient, schon im Beginn durch Erregungszustände kompliziert. Besonders treten zerebrale Herderscheinungen (aphasisch-apraktischer Art) ohne apoplektischen Beginn hervor. Histopathologisch finden sich Verfettungserscheinungen und senile Plaques in stärkerem Maße, als dies für die einfache senile Demenz zutrifft. Außerdem findet sich die sog. „Alzheimersche Fibrillenerkrankung“, die für die Alzheimersche Krankheit pathognomonisch ist. Verf. vermutet, daß es sich hier um inkretorisch-toxische mit dem Klimakterium zusammenhängende Erkrankung der Hirnrinde handelt, die zwar zur senilen Demenz Beziehungen hat, von dieser aber aus den angeführten Gründen geschieden werden muß.

Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstypus. Ein Versuch, die zurzeit stark divergierenden Auffassungen über Art und Genese der schizophrenen Erkrankungen unter einen einheitlichen Gesichtspunkt zu bringen, der wenigstens die Aufstellung einer gemeinsamen Arbeitshypothese gestatten würde. Die Schizophrenie ist eine körperliche Erkrankung, die in das Seelenleben eingreift. Die Erforschung der somatischen Grundlagen ist besonders wichtig. Hand in Hand damit muß die Serologie evtl. toxische Substanzen (spez. inkretorischer Art) ausfindig machen, die Phänomenologie uns Wege zur Abgrenzung der psychischen Zustandsbilder weisen.

Ueber das Verhalten des Blutbildes bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Eine einheitliche Methodik und die Heranziehung neuer hämatologischer Arbeitsweisen ist nötig. Im allgemeinen ist die Ausbeute gering. Beim Jugendirresein häufige Vermehrung der Erythrozyten und Lymphozyten, besonders im Beginn. Bei Psychopathen aller Färbungen fand sich sehr häufig Lymphozytose, bei unbehandelten Paralysen niedrige Esinophilenwerte. Panse (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

193, 3.—6. Heft.

Ergebnisse der unblutigen Behandlung medialer Schenkelhalsfrakturen. Portwich.
Ueber den Einfluß der sensiblen Innervation auf den ausgewachsenen Knochen. E. Sulger.
Beziehungen des Nervensystems zur Entzündung und zur Knochendegeneration. Willy Felix.
Ueber Mechanismus und Wert der künstlichen Speiseröhre. Julius Sebestyén.
• Zur Basedowfrage. E. Liek.
Das Krankheitsbild des Morbus Basedowi und die dabei beobachteten pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Schilddrüse und einigen anderen Blutdrüsen. Hans Holzweißig.
Experimentelle Begründung der Bronchostomia transpleuralis. Mit drei Abbildungen. S. Minkin.
• Ueber Peritonitis und Ileus. Leopold Schönbauer.
Weitere Beiträge zur Brucheinklemmung. Carl Ritter.
• Gallensteine und Magensekretion. Johann Loessl.
• Ueber den Einfluß von Kathodenstrahlen auf Bakterien in vitro und in frischen Wunden. C. v. Angerer, W. E. Pauli und E. v. Redwitz.
Bemerkungen zur Konstruktion und Verwendung der Meyer-Schlüterschen Sonde. W. E. Pauli und E. v. Redwitz.
• Die Behandlung der postoperativen Lungenerkrankungen mit intramuskulären Injektionen von Eigenblut. Carl Rausche.
Knochenveränderungen bei Neurofibromatose. Otto Fliegel.
Venenepithelisierung und -Transplantation. Karl Reschke.
• Die Wirkung der periarteriellen Sympathektomie auf den Blutkreislauf. Julius Sebestyén.
• Zur Therapie der Oesophagusverätzungen. J. Alksnis.
Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea. J. Alksnis und Dr. Muzeneek.
Ueber einen Fall von lateralen Halsfisteln. Sofie Müller.
• Ueber Enterolithen. O. Winterstein.
Splenektomie wegen scharfer Achsenverdrehung der Malaria-Milz. N. N. Nasaroff.
Ein Beitrag zur Frage der Totalexstirpation der Harnblase bei Krebs. Th. Messtorff.

Ergebnisse der unblutigen Behandlung medialer Schenkelhalsfrakturen. Die genau den Whitmannschen Vorschriften entsprechende Hüftgipsbehandlung bei medialer Schenkelhalsfraktur ist die Methode der Wahl. Mit der gewöhnlichen Extensionsmethode wird nicht mehr erreicht als mit einfacher Bettruhe und Lagerung zwischen Sandsäcken. Sekundäre Arthritis deformans ist im Anschluß an die Hüftgipsbehandlung nie aufgetreten. Sie kann stets durch genügend lange Ruhigstellung und Entlastung des Hüftgelenkes (wenigstens ½ Jahr) verhütet werden.

Zur Basedowfrage. Obwohl Verf. in der Operation bei Morbus Basedow nicht die ideale Hilfe sieht, müssen wir wohl oder übel bei der Operation als der zurzeit aussichtsreichsten Behandlung des Morbus Basedow bleiben. Der Eingriff muß so ungefährlich wie möglich gestaltet werden. Für einen erfolgreichen Ausgang der Operation müssen folgende 4 Punkte besonders beachtet werden:

1. Die Vorbereitung,
2. die Betäubung (Aethernarkose),
3. nicht kombinierte, sondern einfache und ausgiebige Operation,
4. Nachbehandlung.

Ueber Peritonitis und Ileus. Verf. empfiehlt bei Peritonitis besonders die Spülung des Peritoneums mit salzsaurem Pepsin, nachdem an der Eiselsbergschen Klinik an dem klinischen Material und im Tierexperiment die günstige Beeinflussung der Peritonitis durch Salzsäure-Pepsin festgestellt worden war. Das Pepsin wird von der Firma Kathe in Halle zu 1 g-Dosen mit einer Verdauungskraft von 1 : 3000 geliefert.

Gallensteine und Magensekretion. Die Exstirpation der Gallenblase beeinflußt nicht die Magensäurewerte, denn sie bleiben auch noch Jahre nach der Cholecystectomie vollkommen unverändert. Ebensowenig sind die Magensäurewerte von der Durchgängigkeit oder Undurchgängigkeit der Gallenwege abhängig. Die Magenbeschwerden nach der Operation beruhen meistens auf Anacidität. Die Abnahme der Magensäurewerte ist bei den Gallensteinkranken eher eine primäre als konsekutive Erscheinung. Die Hyp- oder Anacidität bekräftigt neben anderen Symptomen häufig die Diagnose Gallensteinkrankheit.

Ueber den Einfluß von Kathodenstrahlen auf Bakterien in vitro und in frischen Wunden. Die bisherigen Untersuchungen haben gezeigt, daß es gelingt, Bakterien und Sporen in vitro mittels Kathodenstrahlen abzutöten. In vivo gelingt die Abtötung der Bakterien, wenn die Bestrahlung kurz nach der Bakterieninvasion erfolgt. Die Einwirkung der Strahlen auf das Granulationsgewebe ist bei den Versuchen noch nicht erforscht.

Die Behandlung der postoperativen Lungenerkrankungen mit intramuskulären Injektionen von Eigenblut. Nach Erfahrungen und Beobachtungen des Verf. haben wir in der intramuskulären Injektion von Eigenblut ein leicht und jederzeit zu beschaffendes Mittel, um die postoperativen Lungenkomplikationen zu kupieren, oder ihren Verlauf abzukürzen und zu mildern.

Die Wirkung der periarteriellen Sympathectomie auf den Blutkreislauf. Die periarterielle Sympathectomie beeinflußt den Kreislauf der operierten Extremität. Es stellt sich jedoch binnen kurzer Zeit das Gleichgewicht wieder her. Die Ergebnisse der Untersuchungen stehen im Einklange mit den klinischen Erfahrungen.

Zur Therapie der Oesophagusverätzungen. Verf. ist mit Recht ein Vertreter der Frühsondierung bei Oesophagusverätzung. Mit dem Sondieren muß begonnen werden, noch ehe es zu einer Narbenbildung kommen kann.

Ueber Enterolithen. Das Vorkommen von Enterolithen ist verhältnismäßig selten. Sie können, ohne die geringsten Darmstörungen zu verursachen, bestehen, machen gewöhnlich aber doch im Laufe der Zeit Beschwerden, können sogar durch Darmverschluß oder Perforation lebensbedrohliche Zustände hervorrufen. Das therapeutische Vorgehen ist daraufhin zu richten, durch Abführmittel den Stein zum Abgang zu bringen. Gelingt es nicht, so ist die Operation indiziert.

E. Gohrbandt (Berlin).

Zeitschrift für Urologie.

20, 2, Februar 1926.

* Hämaturie bei Hydronephrose. Priv.-Doz. J. Gottlieb.
* Experimentelles und Klinisches vom Tutokain für die Verwendung in der Urologie. Dr. Hans Haebler.
* Zur Diagnose der Blasentumoren. Dr. Rudolf Picker.

Russische urologische Gesellschaft.
Zur Kasuistik einer seltenen Ursache von Harnröhrenblutung. Dr. Rudolf Demel.

Hämaturie bei Hydronephrose. Die Hämaturie bei Hydronephrose ist ein relativ seltenes Symptom. G. bringt zwei einschlägige Fälle, deren Entstehung einmal durch accessorische Gefäße zum unteren Pol, im zweiten Falle möglicherweise durch ein Trauma bedingt wurde.

Die Blutausscheidung kann das einzige Symptom einer Hydronephrose sein. Die exakte Sicherung der Diagnose ist nur durch die Pyelographie möglich. Hervorgerufen wird die Blutung durch Zirkulationsstörungen in der Niere, die durch Knickung oder Kompression der Vena renalis infolge von Senkung des vergrößerten Organs entstehen.

Zur Diagnose der Blasentumoren. Es gelang Picker in einem Falle aus dem Röntgenbild der mit Luft gefüllten Blase die Diagnose eines infiltrierenden Tumors zu stellen. Es fand sich auf der erkrankten linken Seite eine Wandverdickung und ein Unvermögen zur Kontraktion. Die Cystoskopie führte wegen der geringen Kapazität der Blase zu keinem befriedigenden Ergebnis.

Experimentelles und Klinisches vom Tutokain für die Verwendung in der Urologie. Haebler hat experimentell an Kaninchen die Wirkung und Toxicität des Tutokains geprüft und auch klinisch Erfahrungen über das Präparat gesammelt. Es erwies sich ihm als hochwirksames Anaestheticum. Zur Erhöhung von Tiefenwirkung, Gefahrlosigkeit und Wirkungsdauer soll man stets etwas Suprarenin zusetzen. Aus den Tierexperimenten ergibt sich, daß das Tutokain dem Novokain in der Giftwirkung nahe steht und durch den Blutkreislauf rasch entgiftet wird. In der Urologie nimmt man zweckmäßig zur Infiltrationsanaesthesie Lösungen von ⅙—⅛%, zur Schleimhautanaesthesie ½—1% Lösungen. Das Novokain wird insofern von Tutokain übertroffen, als es durch geringe Konzentration größere Gefahrlosigkeit bietet, billiger ist, rascher, tiefer und länger wirkt.

E. Lehmann (Berlin).

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

14, 1. u. 2. Heft.

* Ueber latente Otitis. G. Alexander.
* Zur Bronchographie mittels Larynxkatheters. Oskar Beck und M. Sgalitzer.

Ueber die topographischen Verhältnisse der Fossa sphenomaxillaris und der Fissura pterygopalatina nebst der unteren Orbitalspalte als die technische Basis der Methoden zur retromaxillären Leitungsanästhesie des 2. Trigeminusastes und seiner Anhänge, zugleich ein Versuch, latente Prioritätspolemik zu beenden. Birkholz.
Ein Beitrag zur Pathologie des otogenen Kleinhirnabszesses. Hans Brunner.
Zur Diagnostik des Sinus-pyriformis-Carcinoms. Josef Bumba.
Die vestibuläre Erregbarkeit bei Labyrinthfisteln. Charousek.
Ueber einen ungewöhnlich großen, durch Fremdkörper bedingten Abszeß der hinteren Hypopharynxwand. C. v. Eicken.
Zur Frage der Morphologie und des Wachstums der Kleinhirnabszesse. F. Fremel.

* Zur primären Tuberkulose des Mittelohres. A. Ghon und H. Kudlich.
* Zur Klinik der Peritonsillarabszesse. Gustav Hofer.

Beiträge zur Lehre von den otogenen Schläfenlappenabszessen. Lothar Hofmann.
Zur Kasuistik des Parasigmatismus nasalis. R. Imhofer.

* Gibt es eine seröse Meningitis? F. Kobrak.

Zur Entstehung der Nekrose im menschlichen Hirnanhang. Erik Johannes Kraus.

* Der labyrinthäre Schwindel, ein Frühsymptom der chronischen Kohlenoxydgasvergiftung. Julius Löwy.

Zur Kenntnis der Lärmschädigungen des Ohres. O. Mauthner.

* Ueber Solaesthesin in der Oto-Rhino-Laryngologie. Karl Neumark.

Zur Genese der intralaryngotrachealen Struma. Robert Pamperl.
Zur Diagnostik der Geschwülste des Stirnhirns und der hinteren Schädelgrube. Friedel Pick.

* Ueber sensorische Aphasie im Kindesalter. O. Pötzl.

Zur Klinik und Pathologie der tumorartigen Tuberkulose des Felsenbeins. Erich Ruttin.
Extraktion von Hohlkörpern aus den Bronchien. A. Seiffert.

* Geheilter otogener Kleinhirnabszeß. Ludwig Soyka.

Ueber zwei neurogene Tumoren in der Nasen- und Mundhöhle. K. Terplan und F. Rudofsky.
Ueber egozentrische Lokalisation von Gehörseindrücken. C. Veits.

* Partielle Labyrinthresektionen. O. Voß.

Nachprüfungen über den Ohr-Lidschlagreflex. Cornelius Veits.
Zwei Fälle von Encephalitis lethargica mit sogenannten Otolithensymptomen. Gustav Wotzilka.

* Der Röntgenbefund bei der Mucocele oder Pyocele der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen. Gustav Herrnheiser.
* Beitrag zur Röntgenologie des Gehörorganes. Walter Altschul.
* Experimentelle Untersuchungen über den Innenohrdruck. T. Szász.
* Vorläufige Mitteilung über eine neue Ozaenatherapie. Ludwig Soyka.

Ueber latente Otitis. Bei autoptischen Ohrbefunden von Säuglingen wurden zuerst die ungemein häufigen otitischen Veränderungen vorher als ohrgesund betrachteter Individuen beobachtet. Von einer latenten Otitis media läßt sich natürlich nur dann sprechen, wenn nicht mangels einer Ohruntersuchung, sondern trotz solcher bei dem Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen später bei der Sektion krankhafte Veränderungen aufgedeckt werden konnten. Solche latente Otitiden werden beobachtet bei unterernährten, dyspeptischen Säuglingen, bei tuberkulösen oder luischen Kindern, bei solchen mit adenoiden Vegetationen und eitrigen Affektionen des Nasen-Rachentraktus und der Lunge, bei Kindern mit akuten Allgemeininfektionen, als agonale Veränderung, bei Erwachsenen, die hinfällig und kachektisch sind, bei Diphtherie, Abdominaltyphus und besonders bei Diabetes. Die Entstehungsursache ist immer ein Ansaugen von Rachen- usw. Sekret in die schlecht lufthaltigen Mittelohrräume. Mehr bekannt sind latente Otitiden vom internen Typ, doch wird im Säuglingsalter, wie auch besonders im Senium bei schlaffer und atrophischer Gehörgangshaut und Schwund des subkutanen Fettpolsters nicht allzu selten sogar auch eine furunkulöse externe Otitis übersehen.

Zur Bronchographie mittels Larynxkatheters. Die Verff. berichten über eine Methode, mittels derer es ihnen glückt, bei gleichzeitiger Röntgendurchleuchtung die Verzweigungen und krankhaften Prozesse in den einzelnen Bronchialabschnitten zu plastischer Darstellung zu bringen. Nach Anaesthesierung der Pharynx- und Larynxschleimhaut injizieren sie durch eine feine Silberkanüle, deren Wegführer ein biegsamer Larynxkatheter ist, 40% Jodipin-Merck in die Trachea. Dieses verstopft nicht die zuführenden Bronchialwege, sondern soll nur wie der Schleim an den Wänden haften. Durch geeignete Lagerung bringt sie die einzelnen Bronchialpartien dem Beobachter am Röntgenschirm zu Gesicht. An Menge benötigen sie ca. 15 g Jodipin, das nachträglich teils ausgehustet, teils selbsttätig vom Körper eliminiert wird. Schädliche Folgen sind bisher nicht beobachtet worden. Die Methode kann ambulant durchgeführt werden.

Zur primären Tuberkulose des Mittelohres. Es handelt sich um eine pathologisch-anatomische Arbeit, mit der die Ansicht vertreten wird, daß es eine primäre Tuberkulose des Ohres gibt. Für die Infektion kommt als erster Weg die Tuba auditiva in Betracht. Zuerst ist die Ohrtuberkulose, soweit sie nicht vom äußeren Gehörgang aus ihren Ausgang nimmt, stets muköser Art, um dann später eventuell auf den Knochen überzugreifen.

Zur Klinik der Peritonsillarabszesse. H. weist auf ein von ihm beobachtetes neues Symptom hin, durch das er eine einwandfreie Indikation zur Eröffnung peritonsillärer Abszesse stellen kann. Der Abszeß sei inzidierbar und in zweifelhaften Fällen sicher vorhanden, wenn eine Bewegungseinschränkung des weichen Gaumens bestehe.

Gibt es eine seröse Meningitis? K. wendet sich mit Entschiedenheit gegen die Ueberwertung der reinen Laboratoriumsdiagnosen. Es gibt eine Meningitis serosa, auch wenn der Ausfall der Lumbaluntersuchungen negativ verläuft. Da es sich aber weniger um entzündliche Erscheinungen handelt, so ist der Ausdruck „Meningitis" schlecht gewählt. Klinisch ist in solchen Fällen nur eine Vermehrung des Liquors nachweisbar. Diese Form der Meningitis findet sich bei exsudativ diathetischen, angioneurotischen Individuen, sowie als hypovirulenter Ausdruck eines akuten otitischen Hydrocephalus. Letztere Bezeichnung dürfte dem Krankheitsbild generell eher gerecht werden.

Der labyrinthäre Schwindel, ein Frühsymptom der chronischen Kohlenoxydgasvergiftung. Als Frühsymptom einer CO-Vergiftung zeigt sich eine labyrinthäre Uebererregbarkeit (Schwindel, Nystagmus usw.). Von Interesse ist, daß in der Arbeit noch kurz angedeutet wird, daß gleiche Erscheinungen auch bei der Inhalation anderer Gifte auftreten können. Ref. hält es für eine dankbare Aufgabe, systematisch eine größere Reihe von Narkotiseuren und Operationsschwestern auf ihre Labyrinthempfindlichkeit hin durchzuprüfen. Wer längere Zeit Narkosen gemacht hat, weiß, daß es Tage gibt, an denen er gegen Aether- und Chloroformdämpfe nicht genügend widerstandsfähig ist. Als Therapie kommt längerer Aufenthalt in reiner Landluft in Frage.

Ueber Solaesthesin in der Oto-Rhino-Laryngologie. Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen in der Praxis Solaesthesin zu kurzdauernden Betäubungen. Er geht von dem sehr richtigen Standpunkte aus, daß es eine Gefühlslosigkeit ist, bei jüngeren Kindern eine Adenotomie oder Tonsillotomie ohne jede Narkose vorzunehmen. Die Lokalanästhetika versagen bei diesen Eingriffen. Bromaethyl muß zuviel gebraucht werden, bei Chloraethyl vereisen die Tupfer zu schnell, und auch bei Aether ist oft ein vorzeitiges Erwachen nicht zu vermeiden. Solaesthesin (=Dichlormethan, Chloroform ist Trichlormethan) steht in seiner Wirkung dem Aether nahe, hat eine viel größere Narkosenbreite als die erwähnten Medikamente, schädigt aber angeblich nicht Herz- und Atmungszentrum. Eine Vereisung tritt nicht ein, der Verbrauch sei gering. Das Erwachen aus der Narkose erfolgt langsamer, worin sein großer Vorteil bei kleinen Eingriffen zu suchen ist. Vollnarkose ist äußerst gefährlich, da Excitationsstadium und Gefahrenzone sehr dicht beieinander liegen. Das Excitationsstadium ist also gar nicht herbeizuführen. Tritt es ein, so ist der Rausch sofort abzubrechen.. Bis zum 6. Lebensjahre werden ca. 20—30 gtt. benötigt, bei größeren Kindern 50—60, bei Erwachsenen 80—100. Getropft werden ca. 1½ Tropfen pro Minute. Dann bleiben die Reflexe erhalten bei mittelweiter Pupille, der Muskeltonus ist nur herabgesetzt, die Atmung schnarchend. Angebrochene Flaschen können aufbewahrt und weiter gebraucht werden. Eine weitere Erprobung dieses Mittels dürfte sich nach der vorliegenden Mitteilung empfehlen.

Ueber sensorische Aphasie im Kindesalter. Für den Praktikus wie den Otiater dürfte der kurze Vermerk genügen, daß nicht alle Stummen und Tauben wirklich stumm und taub sind. Bei der Tongehörprüfung kann sich — wie im bearbeiteten Falle — Aufnahmefähigkeit für fast alle Töne erhalten. Es handelt sich dann, wenn der motorische Apparat funktioniert, um eine sensorische Aphasie, bei der die Töne zwar vernommen werden, aber nicht in das Bewußtsein gelangen. In diesem Falle, der vielleicht auf encephalitische Blutungsherde zurückzuführen ist, trat bei typischem Taubstummenunterricht eine ganz bedeutende Besserung der schweren Symptome in sehr kurzer Zeit ein.

Geheilter otogener Kleinhirnabszeß. Unter Berücksichtigung eines einschlägigen Falles kommt S. zu dem Schluß, daß bei vorliegenden Hirnabszessen das Abtragen reichlicher Mengen Hirnsubstanz zur Drainage der Abszesse am zweckmäßigsten sei. Besondere Schädigungen traten bei seinem Fall mit Kleinhirnabszeß danach nicht auf.

Partielle Labyrinthresektionen. Bei Intaktheit der Schnecke und intakraniellen Eiterherden ist eine operative Inangriffnahme des gesamten Labyrinths nicht indiziert. Am besten geht man dem Wege der Entzündungsverbreitung nach und räumt die erkrankten Teile des Labyrinths aus, z.B nur dessen hinteren Anteil. Ein solches Verfahren ist u.a. auch in den Fällen indiziert, in denen wegen Bewußtlosigkeit usw. eine genauere Funktionsprüfung nicht mehr vorgenommen werden kann.

Der Röntgenbefund bei der Mucocele oder Pyelocele der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen. Röntgenbilder sind ein wertvolles Hilfsmittel beim Stellen der oft recht schwierigen Diagnose auf Muco- oder Pyelocele der Stirnhöhle. Aufhellungen und Verdichtungen variieren in den einzelnen Fällen. Besonderes Augenmerk ist bei diesen Erkrankungen den Verdrängungserscheinungen der Nachbarschaftsorgane und evtl. sichtbaren Knochendefekten im Röntgenbild zu schenken.

Beitrag zur Röntgenologie des Gehörorganes. A. gibt eine neue Aufnahmerichtung zur Einstellung eines symmetrischen Bildes beider Gehörorgane an. Der Zentralstrahl tritt 2—3 Querfinger hinter der vorderen Haargrenze ein und beim Foramen occipitale magnum aus.

Experimentelle Untersuchungen über den Innenohrdruck. Mittels einer Kapillarrohranlage mißt S. den Innenohrdruck. Seine Veränderung konnte er bei Blutdruckveränderungen physikalischer, physiologischer und medikamentöser Art beobachten. Für die Innenohrdrucksschwankungen macht er die feinen „Puffergefäße" des Innenohrs verantwortlich.

Vorläufige Mitteilung über eine neue Ozaenatherapie. Soykas freudig bewegte Mitteilung dürfte wohl bald einer großen Enttäuschung Platz machen. Er glaubt, durch Einblasen von Quillajarinde in die Nasenhöhlen die Schleimhaut zur dauernden Sekretion anregen zu können. Dem sei erwidert, daß alle Medikamente durch anfänglichen Reiz eine stärkere Sekretion und bessere Durchblutung hervorrufen können. Die Wirkung läßt aber wieder nach. Mit dem gleichen Erfolg behandele ich zum Beispiel die Nase mit 20% Argentum, das vorsichtig eingerieben wird. Ein Erfolg ist das m.E. aber nicht, sondern nur ein Notbehelf. Ebenso wird es unzählige andere Mittel noch geben, mit denen eine zeitweise Besserung herbeigeführt werden kann. Weit anhaltender dürften schon die operativen Erfolge der Nasenverlängerung zu bewerten sein. Bevor wir die Ursache der Erkrankung noch nicht erforscht haben, dürften diese Methoden im Vordergrund therapeutischen Interesses stehen.

Erich Rosenbaum (Berlin).

Zeitschrift für Augenheilkunde.

58, 3, Januar 1926.

Hämangiome des Ziliarkörpers mit Bemerkungen über Hypertrophie der Ziliarfortsätze. Heine.

Angeborene Bindegewebsmasse hinter der Linse mit Art. hyaloidea pers., ein Gliom vortäuschend. Heine.

Ueber die Bedeutung kleinster homonym-hemianopischer Gesichtsfelddefekte. Wilbrand.

Doppelrefraktion der anscheinend klaren Linse infolge rudimentärer Katarakta fusiformis. Kyrieleis.

• Wassermann-, Meinecke- und Luteinreaktion bei Augenerkrankungen. Rabitsch.
Ueber das Vorkommen des Cysticercus intraokularis in den Kriegsjahren. Carsten.
Einige Bemerkungen über die Skotombildung. Samogloff.

Ueber die Bedeutung kleinster homonym-hemianopischer Gesichtsfelddefekte. Verf. berichtet über einen Nephritiker mit einer Blutung in der Nähe der inneren Kapsel, die eine Verdunkelung der rechten Gesichtsfeldhälften machte und am Perimeter einen absolut kongruenten homonym-hemianopischen Defekt in der Makula der rechten Gesichtsfeldhälften aufwies. Solche Defekte kommen bei kleinen Läsionen der Sehstrahlung vor. Man nimmt an, daß die Blutung einen Druck auf die Sehbahn ausübt, so daß ein Teil der Sehstrahlung in seiner Funktion behindert wird.

Wassermann-, Meinicke- und Luetinreaktion bei Augenerkrankungen. Die Luetinreaktion ist bei negativem Wassermann ein gutes diagnostisches Hilfsmittel, besonders bei tertiärer Lues (Gumma) und bei hereditärer Lues (Keratitis parenchymatosa). Verf. hat im ganzen 143 Fälle untersucht. Bei Tabes und Paralyse versagt die intrakutane Luetinprobe. Zu erforschen wäre noch, ob eine negative Wassermannsche Reaktion nach einer positiven Luetinprobe nicht auch positiv würde. Leider stößt die Erzeugung des Luetins noch auf technische Schwierigkeiten.

Meesmann (Berlin).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 1, 1926.

• Unglücksfall, Fahrlässigkeit und Unfähigkeit in der Geburtshilfe. Sellheim.
• Eine neue Methode zur Wehenerregung. Gauß.
Ueber den Wert der Stückchendiagnose. R. Meyer und Kaufmann.
Geschädigte Nachkommen bei keimbestrahlten Muttertieren. Martius und Franken.
Inwieweit kann man heute aus mikroskopischen Befunden eine Prognose für die Bestrahlung des Uteruscarcinoms stellen? Böhm und E. Zweifel.
Der Lipoidgehalt des Nukleolus der menschlichen Eizelle und seine Beziehung zur Geschlechtsbestimmung. Fels.
Die Metroplastik des Spaltuterus. H. Fuchs.
• Ueber das Rücken- und Seitenstechen bei Adnexentzündungen. Kraul.
Die vorübergehende Mischungscyanose bei Neugeborenen. Traugott.
Zur Frage der Leber- und Nierenbeteiligung bei Schwangerschaft und Eklampsie. Preißecker.
Eklampsie und Kalzium. Günter und F. K. Schultze.

Unglücksfall, Fahrlässigkeit und Unfähigkeit in der Geburtshilfe. An Hand von Schulbeispielen, die er außer als Klinikdirektor in seiner ausgedehnten Gutachtertätigkeit zu sammeln Gelegenheit hatte, bespricht Sellheim die mannigfachen Gefahren, die dem praktischen Geburtshelfer in Ausübung seiner Tätigkeit drohen und ihn eventuell mit dem Strafrichter in Konflikt bringen. Im Kapitel: „Fahrlässigkeit und Unfähigkeit" werden einige grobe Verstöße gegen die geburtshilflichen Behandlungsgrundsätze abgehandelt, die einschlägigen §§ des StrGB. herangezogen und erläutert. Diese für jeden praktisch-geburtshilflich tätigen Arzt außerordentlich wichtige und instruktive Abhandlung wird dringend zum Nachlesen im Original empfohlen.

Eine neue Methode der Wehenerregung. In einem Fall echter Uebertragung und 14 Fällen von verzögertem Weheneintritt (8 Tage über den errechneten Geburtstermin) wandte Gauß einen elektrisch betriebenen Vibrationsschemel zur Wehenerregung an, der nach Art der Zanderschen Vibrationsapparate das Becken der Schwangeren gleichmäßig ca. 5—20 Minuten durchschüttelt. Durch einen von den Bauchdecken her auf den Fundus uteri einwirkenden Vibrationsarm kann die wehenerregende Wirkung noch verstärkt werden. Die mit dem Apparat „Seistes" in der Gaußschen Klinik gemachten Erfahrungen waren fast durchweg günstig. Insbesonders wurde keine Beeinträchtigung des Schwangerschafts- und Geburtsablaufs oder wesentliche Störungen am Allgemeinbefinden der Schwangeren beobachtet.

Ueber das Rücken- und Seitenstechen bei Adnexentzündungen. Es wird das bekannte Fernsymptom der Adnexitis besprochen: Ziehende oder stechende Schmerzen in der Gegend des Rippenbogens, besonders im Rücken in der Höhe der 11. u. 12. Rippe, welche häufig fälschlich auf eine objektiv nicht nachweisbare pleuritische Reizung bezogen werden. Dies Fernsymptom muß nach Art der Headschen Zonen gedeutet werden, da die Kerne des Rückenmarks im Vorderwie im Hinterhorn als sogen. Kernsäulen kollateral miteinander in Verbindung stehen, so daß bei Reizung in einem Segment stets auch das Nachbarsegment mitbetroffen wird. Rein lokale Behandlung dieser in die Gegend des Rippenbogens projizierten Schmerzen mit Jodanstrich, Cingulum, Kreuzwickel usw. ist daher fast stets erfolglos. Lindernd und betäubend wirken dagegen Antipyrin, Pyramidon, Aspirin usw.

Nr. 2, 1926.

Ueber die theoretischen Grundlagen der synergetischen geburtshilflichen Narkose und ihre praktische Bedeutung. Vogt.
Ueber den Ursprung des Pseudomyxoma peritonei und verwandte path. Prozesse (Heterotope Gewebswucherungen). Koerner.
Ueber Granulosazelltumoren der Ovarien, insbesondere bei älteren Frauen. Isbruch.
Die Behandlung ovarieller Blutungen durch Ovarientransplantation. Sippel.
Revision der Adnexe und operative Korrektur der Ovarien bei Störungen der menstruellen Funktion. Hannes.
Nachtrag: Beitrag zur Frage der Metropathia haemorrhagica mittels Ovarienresektion, aus Nr. 40, 1925, Z. f. G. Ergi.
Ueber lebensbedrohliche intraperitoneale Blutungen aus dem Eierstock. P. Klein.
Ein Fall von lebensbedrohlicher Corpus-luteum-Blutung bei gleichzeitig bestehender intrauteriner Gravidität. Dolynskyj und Benzion.

Nr. 3, 1926.

Zur Frage der Virulenz der Streptokokken und die Behandlung des fieberhaften Abortus. Küstner.
Zur kulturellen Virulenzprüfung von Cervix- und Scheidenkeimen und ihre Bedeutung für die postoperative Morbidität und Mortalität. Pribram.
Die Virulenzprobe in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Fuß.
Zur Frage über die Virulenzbestimmung der Bakterien bei Puerperalkrankheiten. Bublitschenko.
• Die Milchsäurebehandlung des Fluors mit Puffergemischen. Naujoks und B. Behrens.
• Die Behandlung der Cervixkatarrhe mit Tierkohle. Geller.
Zur Behandlung des Fluor albus. Puppel.
• Untersuchungen mit „Gonotest". Caffier.
Zur Frage der Milchsäurebildung. Polonsky.

Die Milchsäurebehandlung des Fluors mit Puffergemischen. Die Einbringung von Milchsäure-Puffergemischen in die eine abnorme chemische Reaktion aufweisende Vagina gestattet es, für eine Reihe von Stunden oder Tagen einen konstanten, den Normalwerten entsprechenden Säuregrad in der erkrankten Vagina zu erhalten. Nach dem Naujoks-Behrensschen Verfahren wird einerseits eine Verätzung der Scheidenwandungen durch zu hohe Säuregrade trotz der eingeführten großen Säuremengen, andererseits eine Neutralisierung des Medikaments durch die Alkaleszenz des Scheidensekrets vermieden. Anzuwenden ist die Methode selbstredend nur bei rein vaginalen Fluorfällen mit primär abnormem Aciditätsgrad. Ausgesprochen Kolpitiden, sowie solche Fälle, in denen der vaginale Fluor nur eine Teilerscheinung eines übergeordneten Leidens ist: Tuberkulose, Anämie, Chlorose reagieren schlecht auf die Behandlung. Ausgeschlossen sind solche Fälle, bei denen der Fluor nicht rein vaginalen Ursprungs ist, also beim Vorliegen einer Endometritis, einer Erosio portionis, eines Cervicalkatarrhs. Die besondere Technik der Applikation des von der Firma Boehringer Sohn, Ingelheim, hergestellten Milchsäure-Lactat-Gemischs „Normolaktol" ist im Original nachzulesen.

Die Behandlung der Cervikalkatarrhe mit Tierkohle. Die Gefahr einer Keimverimpfung auf die höher gelegenen Abschnitte des weiblichen Genitaltraktus bei der Behandlung des katarrhalisch erkrankten Cervikalabschnitts ist nicht so groß, daß sie uns von einer gründlichen cervikalen Lokalbehandlung abhalten dürfte. Nur bei positiver Cervixgonorrhoe und gleichzeitig bestehender Adnexentzündung hat Geller von der Cervixbehandlung Abstand genommen. In den bis Hegar 6 dilatierten Cervicalkanal wird mittels eines besonders konstruierten Pulverbläsers einige Gramm, ca. ¼ Teelöffel voll, Tierkohle eingestäubt. Mit dieser Behandlung, die nur einbis zweimal ausgeführt werden soll, hat Verf. bis jetzt bei

10 Fällen von chron. Cervicalkatarrh gute Erfolge gesehen. Diese geringe Anzahl der Fälle gestattet jedoch noch kein abschließendes Urteil über die Brauchbarkeit der angegebenen Methode.

Untersuchungen mit „Gonotest“. Der „Gonotest“, von Danin u. Opitz angegeben, ist ein mit einem roten und einem blauen Lakmuspapierstreifen beklebter Gummifingerling, der, über den explorierenden Finger gezogen, nach kurzem Verweilen in der Vagina, die chemische Reaktion des Scheidensekrets erkennen läßt. Und zwar soll die saure Reaktion unverdächtig in bezug auf das Vorliegen einer Gonorrhoe sein, die neutrale bzw. alkalische Reaktion dagegen mindestens verdächtig, wo nicht beweisend. Caffier hat an einem Material von 200 Fällen mit 282 Untersuchungen diese Behauptungen nachgeprüft und kommt zu dem Resultat, daß der Gonotest keinesfalls als alleiniges und ausschlaggebendes Diagnosticum auf Gonorrhoe zu verwerten sei. Nach C.'s Beobachtungen tritt auch bei andersartigem, go-negativem Fluor in ca. 30% der Fälle eine neutrale bzw. alkalische Reaktion auf. Ferner ist trotz bestehender Gonorrhoe mehrere Tage vor und nach der Menstruation ein Umschlag der sonst alkalischen Reaktion in die saure regelmäßig zu beobachten. Ganz frische Cervix- und reine Urethral-Gonorrhoen entziehen sich bei der Gonotest-Methode der exakten Diagnostizierung. In jedem Fall ist der Befund durch eine mikroskopische Kontrolluntersuchung des Abstrichs nachzuprüfen. So sind der Anwendung des Gonotest, die nur von ärztlicher Seite stattfinden sollte, enge Grenzen gezogen.

Nr. 4, 1926.

Die soziale Indikation in der Gynäkologie. Benthin.
Krebsstatistische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Zeit vor, während und nach dem Kriege. F. Kauffmann.
Lebensalter und Reifegrad des Gebärmutterkrebses. Ballin.
Extrauterine Schwangerschaft bei Portiocarcinom. Batisweiler.
Die Sterilisierung durch Tuberquetschung. Madlener.
• Fehler und Gefahren bei der Pubotomie. Niedermayer.
Resultate der Schauta-Wertheimschen Interposition. Pollack.
Zur Kasuistik der palpatorischen Wahrnehmung kindlicher Herzschläge durch die vordere Bauchwand der Mutter (bei Hydrops Foetus univers.). Fomenko.
Neuralgie des Nervus ileoinguinalis nach Alexander-Adamsscher Operation. Küster.
Ein zweiter, durch Alexander-Adams Operation geheilter Fall eines Recidivs nach Interpositio vesicovaginalis uteri. Paunz.

Fehler und Gefahren der Pubotomie. An Hand von zwei ausführlich mitgeteilten Fällen eigener Beobachtung glaubt Niedermayer das Anwendungsgebiet der Hebosteotomie zugunsten des Kaiserschnitts weiter einschränken zu müssen. Die Blutungen aus dem periurethralen cavernösen Gewebe, aus der Spongiosa des durchgesägten Knochens, die unbefriedigende Beckenfraktur-Behandlung, deren Folgezustände: Pseudarthrosen-Bildung mit Störungen der Statik und des Ganges, endlich die Möglichkeit der Blasenverletzung mit Störung der Kontinenz und die gefürchtete Urininfiltration des praevesicalen Gewebes, das alles sind Gefahren, die auch dem geübten Operateur jederzeit drohen. Die Pubotomie eignet sich daher generell nicht für die praktische Geburtshilfe des Landarztes. Höchstens für Ausnahmefälle mag sie noch indiziert sein, wo der Kaiserschnitt nicht ausführbar ist und alle Voraussetzungen zu klinischer Behandlung gegeben sind. In Konkurrenz tritt die Hebosteotomie lediglich noch mit der Perforation.

Nr. 5, 1926.

Knötchen und Cystchen an der Tube. Schiffmann und Steiner.
Eine Operationsmethode zur Behandlung des schweren Uterusprolapses (Symphyseoventrifixura uteri), zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Prolapses. Solms.
Die Ziele und Grenzen der gynäkologischen Psychotherapie. Liegner.
• Kolostrumsekretion und gynäkologische Erkrankungen. Ballin.
Bemerkungen zum Aufsatz von W. Schmidt: Die Behandlung der beginnenden Mastitis mit lokalen Eigenblutinjektionen. Rubeska.
Zur Frage der Polymastie und Polythelie. S. Theodor.
Berichtigung zu A. Lipschütz Bemerkungen zur Arbeit von Prof. S. Löwe usw. S. Löwe.
Ueber die agglutinationssteigernde Wirkung des Adrenalins und die Schwangerschaftsvagotonie. Varo.
Ueber das Verhalten des Serumeiweißes nach Operationen. Burger.

Kolostrumsekretion bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen. An einer Gesamtzahl von 277 poliklinisch untersuchten Frauen stellt Ballin fest, daß die Kolostrumsekretion als Schwangerschaftsdiagnostikum bis zum 5. Graviditätsmonat nicht eindeutig verwertet werden kann. Frauen, die Geburten oder Fehlgeburten durchgemacht oder sehr lange gestillt haben, können noch jahrelang eine Milch oder Vormilch absondernde Brust aufweisen. Ebenso wird Lactation der Mamma durch entzündliche Vorgänge am weiblichen Genitale angeregt, desgl. durch ovarielle Störungen, Ausfall der Ovarialfunktion oder Beeinträchtigung derselben, besonders im Klimakterium. Bei eingebildeter Schwangerschaft nachgewiesene Mammasekretion beruht vielleicht bei jugendlichen Individuen auf Genital-Aplasie oder Hypoplasie, doch kann ein sicherer Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung nur an einem von vier beobachteten einschlägigen Fällen erbracht werden. Dagegen spielen nach Ansicht des Verf. bei älteren Individuen neben psychischen Einflüssen die klimakterischen Ovarialveränderungen eine große Rolle. Die Arbeit schließt mit der Forderung, in allen Fällen die Mamma gewohnheitsmäßig auf pathologische Sekretion zu untersuchen um genauere Einblicke in den Zusammenhang dieser Erscheinung mit inneren, psychischen und gynäkologischen Erkrankungen zu gewinnen. E. Schwab (Hamburg).

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

72, Januar 1926, Heft 1 u. 2.

• Zur Frage der Sektion und Resorption des Fruchtwassers und ihrer Störungen bei Mißbildungen. H. R. Schmidt.
• Adrenalin-Blutdruckkurve und Schwangerschaftsvagotonie. Eufinger und Heimannsberg.
• Zur Frage der Schwangerschaftsileus. Malfatti.
Zur Frage der Deziduabildung in der graviden Tube. Zimmermann.
Zellulare Entwicklungsmechanik. Weill.
• Beitrag zur Kenntnis der Schädigungen der unteren Genitalabschnitte bei Spontangeburten auf Grund systematischer kolposkopischer Untersuchungen an Wöchnerinnen. Hinselmann.
Quecksilbervergiftung von der Scheide aus. Liegner.
Abmahnende Erfahrungen gegenüber der Sterilisation jüngerer, zumal angeblich tuberkulöser Frauen. Neuwirth.
• Erfahrungen über Clavipurin (Gehe) bei intravenöser Anwendung in der Geburtshilfe. Stachow.
Zur Mutterschaftspflege. Martin.
Röntgenbehandlung akuter und subakuter Entzündungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Rostow.

Zur Frage der Sektion und Resorption des Fruchtwassers und ihrer Störung bei Mißbildung. Die Frage, ob das Fruchtwasser durch den kindlichen Harn gebildet wird, kann heute endgültig verneint werden. Als wesentlicher Ort der normalen Fruchtwasserbildung muß nach den letzten Forschungen des Amion-Epithel und zwar das des plazentaren Teiles angesehen werden. Die Untersuchungen des Verf. bestätigen diese Annahme. Dagegen bringen die Untersuchungen über die Ursache des Hydramnios noch keine Klarheit. Vieles spricht dafür, daß dieses Symptom durch eine fehlende Resorption bei einer vorhandenen Verlegung des oberen Verdauungsabschnittes entstehen kann.

Adrenalin-Blutdruckkurve und Schwangerschaftsvagotonie. Bei den durch die Schwangerschaft hervorgerufenen Veränderungen des weiblichen Organismus bleibt kein Organsystem verschont, dies gilt besonders für das vegetative Nervensystem. Bei der Untersuchung desselben sind besonders die Prüfungen mit dem Adrenalin wertvoll. Die Untersuchungen des Verf. zeigen, daß bei normalen Schwangeren die Blutdruckkurve keine Gesetzmäßigkeit aufweist. In den aufgeführten Kurvebildern zeigt sich nach Einspritzung von Adrenalin, daß die Kurve nicht allein vom vegetativen Nervensystem beeinflußt wird, sondern auch von anderen Faktoren, die durch die Schwangerschaft herbeigeführt werden können. Die Einspritzung des Mittels ist nicht ganz unbedenklich. Manches spricht dafür, daß die Ueberempfindlichkeit gegen dieses Mittel nicht wie bisher angenommen wurde, auf den Ausfall der Ovarialtätigkeit zurückzuführen ist.

Zur Frage des Schwangerschaftsileus. Der Darmverschluß, eine seltene Komplikation der Schwangerschaft ist ätiologisch noch nicht restlos geklärt. Eine rein mechanische Wirkung ist unwahrscheinlich, wofür auch die bereits zu Beginn der Schwangerschaft aufgetretene Darmträgheit spricht. Man muß als auslösendes Moment wohl toxische Stoffe annehmen und den Ileus unter die Schwangerschaftstoxikosen rechnen. Die Therapie besteht immer in der Laparotomie, die möglichst frühzeitig vorgenommen werden muß.

Beitrag zur Kenntnis der Schädigungen der unteren Genitalabschnitte bei Spontangeburten auf Grund systematischer kolposkopischer Untersuchungen an Wöchnerinnen. Die Ergebnisse der Kolposkopie zeigen, daß die meisten Geburtsverletzungen am Muttermund oder Scheideneingang vorkommen. Am Muttermund sind sie nicht so häufig, wie man allgemein annimmt. Nicht selten beobachtet man an der vorderen Muttermundslippe eine Schädigung durch Quetschung. Es ist zweckmäßig, alle Wöchnerinnen vor der Entlassung zu kolposkopieren, da man dann häufig Verletzungen feststellt, die sonst symptomlos verlaufen und erst später Erscheinungen machen.

Erfahrungen über Clavipurin (Gehe) bei intravenöser Anwendung in der Geburtshilfe. Clavipurin wurde vom Verf. mit gutem Erfolg angewendet, besonders da man es intravenös einspritzen kann und damit eine promte Wirkung erzielt. Das Mittel wird besonders bei Atonien für den Praktiker empfohlen. Kosminski (Berlin).

Dermatologische Wochenschrift.

• Zur fokalen intrakutanen Tuberkulinbehandlung des Lupus. Roger Korbsch.
• Unsere Erfahrungen mit Northovan. F. Goldschlag.
Die Ergebnisse der Liquorforschung als Korrektur dermatologisch entstandener Vorstellungen in der Syphilidologie. (Fortsetzung folgt.) Carl Lange.

Zur fokalen intrakutanen Tuberkulinbehandlung des Lupus. Die intrakutane Injektion erzeugt eine lokale Immunität, die es gestattet, nach Abklingen der Reaktion größere Mengen intrakutan zu injizieren, da bei folgender Infiltration der Abbau des Tuberkulins viel rascher verläuft. Die Behandlung, bei der der Rand des Herdes teilweise oder im ganzen intrakutan umspritzt wird, eignet sich besonders für die strafferen und zur Hyperkeratose neigenden Formen des Lupus vulgaris und die Tuberkulosis verrucosa cutis. Nach der entzündlichen Anschwellung erfolgt oft schnelles Abstoßen des Herdes mit kosmetisch schöner Heilung.

Unsere Erfahrungen mit Northovan. Northovan = Natriumnorthovanadinat ist ein Vanadiumpräparat, das sich zur intravenösen Injektion eignet. Es wirkt auf Schleimhauterscheinungen und gummöse Infiltrate, sehr wenig auf die Hauterscheinungen des sekundären Stadiums und die W. R. Reine Northovankuren können nicht empfohlen werden, hingegen kann es in Kombination mit anderen Mitteln, besonders mit Rücksicht auf das Fehlen von Nebenerscheinungen in Betracht kommen, zumal wenn die Nieren besondere Schonung erfordern.

Nr. 5, 30. Januar 1926.

• Ueber die Soormykose der Nägel. W. Engelhardt und W. Brackertz.
Die Ergebnisse der Liquorforschung als Korrektur dermatologisch entstandener Vorstellungen in der Syphilidologie. (Fortsetzung.) Carl Lange.

Ueber die Soormykose der Nägel. Fall von pustulöser Form einer Soormykose der Haut mit Beteiligung der Nägel und ihrer näheren Umgebung. Besserung durch spezifische Autovakzinebehandlung, die jedoch Rezidiv nicht verhinderte. Der als Erreger festgestellte, zur Soorgruppe gehörige Pilz erwies sich für Laboratoriumstiere nur wenig pathogen.

Ernst Levin-Berlin.

Schweizer Medizinische Wochenschrift.

Nr. 4, 30. Januar 1926.

Thrombose und Lungenembolie in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis. Th. Wyder.
• Die Jodbehandlung der Hyperthyreosen. F. Mercke.
Das Keuchhustenbild. E. Ziegler.

Die Jodbehandlung der Hyperthyreosen. Das Jod in Form der Lugolschen Lösung wirkt in der Mehrzahl der Fälle von Hyperthyreosen initial überraschend günstig auf die nervösen und gastro-intestinalen Symptome, auf den Puls und den Grundumsatz.

Diese initiale Jodremission scheint nur in geringem Maße abhängig von der Joddosis. Ihr Optimum tritt nach ungefähr achttägigem Jodgebrauch ein. Diese günstige Wirkung ist nur vorübergehend und schlägt nach Unterbrechung der Jodzufuhr in eine bedeutende Verschlimmerung um.

Eine kurze intensive Jodbehandlung ist ein sehr wertvolles Hilfsmittel für die operative Behandlung der Hyperthyreosen; in der Jodremission ist das Operationsrisiko verringert.

Hat eine Hyperthyreose Jod bekommen, dann soll binnen kurzer Zeit das Schilddrüsengewebe operativ reduziert werden. Je mehr Drüsengewebe zurückbleibt, desto stärker ist beim Abbruch der Jodmedikation das erneute Auftreten der Basedowsymptome.

Es gibt selten Fälle von Hyperthyreosen, bei denen das Jod die günstige initiale Wirkung vermissen läßt oder primär schädigend wirkt. Konservative Jodbehandlungsversuche sollten nur unter genauer Kontrolle des Gesamtumsatzes gemacht werden.

Nr. 5, 6. Februar 1926.

• Ueber die logischen und psychologischen Grundlagen der Therapie. M. Hausmann.
Bemerkungen zu einigen grundsätzlichen Fragen in der Orthopädie. R. Scherb.
Ueber Mammahypertrophie. A. Wolowelsky.
Einige Belege und Betrachtungen zur Verbreitung der Statistik des Krebses (Demographie) mit besonderer Berücksichtigung der schweizerischen Statistik von 1901—1920. A. Renaud.
Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen und der tuberkulösen Infektion auf die Leukocytenformel des Meerschweinchens. A. Epstein.

Ueber die logischen und psychologischen Grundlagen der Therapie. Wir können nicht bestimmend in den Krankheitsverlauf eingreifen, weil auch dem Krankheitsverlauf eine prädestinierte Gesetzmäßigkeit zugrunde liegt. Unsere Aufgabe ist im Krankheitsfall Diagnose- und Prognosestellung; das Amt der ordnenden, beruhigenden und aufklärend wirkenden Drittperson. Die höchste Aufgabe des Mediziners ist, vorbeugend zu wirken, den Krankheitserreger fernzuhalten, exogene Schädlichkeiten der Ernährung und des Genusses (Alkohol, Narkotika, Tabak) zu bekämpfen, allgemeine und individuelle Hygiene zu fördern.

Einerseits haben wir ein Heer von Krankheiten, andererseits ein Arsenal von Agenzien, von denen wir teils eine unzweideutige, teils nur unsichere biologische Wirksamkeit kennen. Aufgabe der Therapie ist es nun, diese beiden Systeme aneinander heranzubringen. Hier setzte nun die ärztliche Kunst ein, das Schöpferisch-Intuitive, die Fähigkeit der Einfühlung und die sich daraus ergebende Klarheit über die Art des Vorgehens. Die größte Gefahr, im Handwerksmäßigen unterzugehen, liegt immer wieder in der Assoziation Krankheitsname — Heilmittel. Die höchststehende Form der Therapie ist die, welche den ätiologischen Faktor erfaßt.

Nr. 6, 13. Februar 1926.

• Die klinische Wertung der Retroflexio uteri mobilis. Meyer-Wirz.
Der erste Entdecker des Davoser Hökenklimas. Dr. Lucius Ruedi. G. A. Wehrli.
Untersuchungen über den Harnamylasegehalt beim gesunden und kranken Menschen. E. Fricker.
Gibt es eine vaccinale Encephalitis beim Menschen? G. Blanc und J. Caminopetros.
Krebsstatistik. (Schluß.) A. Renaud.

Die klinische Wertung der Retroflexio uteri mobilis. Die Richtlinien für das praktische Vorgehen in der Behandlung der Retroflexio uteri mobilis sind folgende:

Das Wichtigste ist wohl die Forderung einer genauen Allgemeinuntersuchung der Retroflexionsträgerinnen und die Berücksichtigung konstitutioneller Erkrankungen.

Sind Symptome vorhanden, die mit Wahrscheinlichkeit auf die Lagestörung zu beziehen sind, so empfiehlt sich das Einlegen eines Probepessars nach erfolgter Aufrichtung. Dann stellen wir durch Kontrolluntersuchungen fest, wie die Lagekorrektur die bestehenden Störungen beeinflußt.

Bei sterilen Frauen, besonders bei Nulliparen, stößt aus anatomischen Gründen die erfolgreiche Pessartherapie auf Schwierigkeiten; hier ist immer operative Behandlung anzuraten.

Bei bestehender Gravidität ist es angezeigt, den retroflektierten Uterus aufzurichten und durch ein Pessar zu fixieren, weil sonst die Möglichkeit einer durch die Retroflexio provozierten Schwangerschaftsunterbrechung besteht.

Im Puerperium ermöglicht das Einlegen eines Pessars eine gute Involution in Normallage.

Die Retroflexio spielt entschieden in der Aetiologie der Sterilität und in der Schwangerschaft eine wichtige Rolle, es darf ihr nicht jede klinische Bedeutung abgesprochen werden.

Nr. 7, 20. Februar 1926.

Ueber die mikroskopischen Untersuchungen des Auswurfs. E. Liebmann.
• Untersuchungen über die Modifikationen des Blutes und Blutserums nach lokaler und intravenöser Applikation von Radiumemanation bei Krebskranken. A. Kotzareff.

Untersuchungen über die Modifikationen des Blutes und Blutserums nach lokaler und intravenöser Applikation von Radiumemanation bei Krebskranken. Lokale und intravenöse Injektionen von Radiumemanation erzeugen keine Veränderungen im Blute, obwohl die Emanation in den Kreislauf gelangt. Günstig beeinflußt wird der Allgemeinzustand und auch Blut und Serum neigen — wenigstens für den Augenblick — dazu, ein normales Gleichgewicht einzunehmen. Der Vorteil der Injektionen besteht also für den Kranken in einer Aufbesserung des Milieus und gleichzeitig in einer Zerstörung der unzugänglichen mikroskopischen Metastasen. In zweiter Linie kommt dann die lokale Zerstörung des Tumors durch Röntgenstrahlen, Radium oder durch das Messer.

Nr. 8, 27. Februar 1926.

• Ist die Probeexcision oder Probecurettage bei Karzinomkranken vorzunehmen oder zu verwerfen? Fritz Ludwig.
• Mit ultraviolettem Licht bestrahlte Milch als Rachitisheilmittel. A. Hottinger.
Allgemeines über die Wirkungsweise der Mineralwässer. Walter Singer.
Genitaltuberkulose und Sterilität. P. Crevoisier.

Ist die Probeexzision oder Probecurettage bei Karzinomkranken vorzunehmen oder zu verwerfen? Auf Grund von klinischen und experimentellen Beobachtungen betrachtet Verf. die Probeexzision wie die Probecurettage bei Karzinomkranken als äußerst gefährliches diagnostisches Hilfsmittel. Sie sollten nur auf die Zweifelsfälle beschränkt bleiben, bei denen die Malignität nicht mit Bestimmtheit angenommen werden kann, in diesen Fällen jedoch nur unmittelbar vor der Radikaloperation.

Mit Hilfe des rasch arbeitenden Gefrierschnittverfahrens sind wir imstande, in einigen Minuten die histologische Diagnose zu stellen und dann unmittelbar die eventuell notwendige Radikaloperation vorzunehmen. Auf diese Weise gelingt es uns, die Gefahren einer Verschleppung des Tumorvirus auf ein Minimum zu beschränken.

Mit ultraviolettem Licht bestrahlte Milch als Rachitisheilmittel. Jecomalt ist unwirksam in 3 Wochen, Phosphorlebertran bessert in 3 Wochen, heilt die Rachitis in 5—6 Wochen. Direkte Körperbestrahlung ist am wirksamsten, sie heilt die Krankheit in 3—4 Wochen.

Der Frauenmilch und der Kuhmilch werden durch Bestrahlung mit ultraviolettem Licht antirachitische Eigenschaften erteilt.

Vier frische, nicht sehr hochgradige Rachitisfälle bei jungen Kindern heilten durch Bestrahlen der genossenen Milch in 2—4 Wochen. Von drei älteren Kindern mit schwerster Rachitis wurde ein Fall in vier Wochen geheilt trotz Kuhmilchüberfütterung und Lichtabschluß, zwei weitere Fälle zeigten nach derselben kurzen Zeit auffallende Besserung.

Anämische Zustände bei Rachitis werden durch die bestrahlte Nahrung nicht beeinflußt, solange die Milchüberfütterung anhält. Trotzdem der Verknöcherungsprozeß fortschreitet, tritt keine Besserung der Knochenmarksfunktion ein.

Nr. 9, 6. März 1926.

• Neuere Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Kohlensäurebäder. St. Hediger.
Haemangioma cavernosum eines Sängerkehlkopfs. H. Raaflaub.
Die Todesfälle der schweizerischen Armee während der Mobilisation 1914—1918. F. Kaufmann.
Ueber die Beziehung des ovariellen Luteingewebes zu uterinen Blutungen. F. Chatillon.

Neuere Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Kohlensäurebäder. Die verschiedene Beurteilung der Kohlensäurebäder beruht in der Hauptsache auf den physikalischen Unterschieden der beiden Badeformen, der natürlichen und künstlichen Bäder.

Die natürlichen Bäder haben einen höheren Kohlensäuregehalt, einen tieferen Indifferenzpunkt und eine mildere Wirkung auf die Gefäße. Sie sind deshalb auch schonender fürs Herz und lassen eine Regulierung des Kreislaufapparates in weiten Grenzen zu. Es ergibt sich daraus, daß die natürlichen Kohlensäurebäder in therapeutischer Hinsicht den künstlichen überlegen sind.

Held.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 2, 14. Januar 1926.

Ueber den fehlenden Antagonismus des experimentellen Hermaphroditismus und der Geschlechtsdrüsen bei erwachsenen Hühnern. Pizard, Sand und Caridwit.
Untersuchungen über die Reduktionsfähigkeit kleiner Mengen der verschiedenen Monosacchariden. S. A. Holböll.
Untersuchungen über die Nierenfunktionen bei sanocrysin-behandelten Patienten. N. Chr. Lunding.
Helmintophobie, Obstipatio chronica, Achylia. Chr. Gram.

Nr. 3, 21. Januar 1926.

Ueber die Lebensgefährlichkeit der Mutterspritzen als Fruchtabtreibungsmittel. A. J. Fog.
Ueber Aetzungen des Magens ohne Verletzung des Oesophagus. Georg Bierling.
• Ueber Vaccination gegen Diphtherie mit Diphtherie-Anatoxin. S. Schmidt.
Ueber die Meningokokkentypen. Ferd. Wolff.

Ueber Vaccination gegen Diphtherie mit Diphtherie-Anatoxin. Verf. weist hier auf die Nachteile der Diphtherietoxin-Antitoxinbehandlung und die Unbeliebtheit dieser Mischung bei Aerzten hin und erinnert an die Mitteilungen französischer Autoren über die Versuche mit aktiver Diphtherie-Immunisierung von Menschen mit Hilfe eines entgifteten Toxins. Ein neues Anatoxin (entgiftetes Toxin) wurde im Seruminstitut in Kopenhagen dargestellt, das selbst in großen Dosen ungiftig ist. Anaphylaktische Reaktionen sind bei diesem Mittel ausgeschlossen, weil es nicht Serum eines artfremden Organismus (Pferd usw.) enthält. Da die antigene Funktion frei und nicht an das anwesende Antitoxin gebunden ist, wird eine kräftige Immunität erzeugt. Das Präparat hält sich bei Stubentemperatur lange konstant in seiner Wirkung. Die giftige Wirkung ist vernichtet und regeneriert sich selbst nicht nach langer Zeit bei niedriger Temperatur.

Nr. 4, 28. Januar 1926.

• Die Aetiologie und Pathogenese der perniciösen Anämie. H. C. Gram.
• Fälle von Gesichts-Erysipel, die durch paraenterale Proteintherapie (Kuhmilch) geheilt wurden. Anton Jensen.

Die Aetiologie und Pathogenese der perniciösen Anämie. Verf. betrachtet die perniciöse Anämie oder besser das perniciöse Leiden (Siechtum) als chronische intermittierende Intoxikation mit Giftstoffen, durch deren Wirkung die Blutzellen und deren Stammzellen im Knochenmark geschädigt werden und vermehrte Hämolyse entsteht; es folgt eine großzellige Regeneration mit Mangel an myelogenen Leukocyten. Dieselben Intoxikationsstoffe schädigen die Schleimhäute des Magens und des Mundes, und oft treten schon lange vor dem Ausbruch der Anämie Gastritis mit Achylie, Glossitis, Papillaratrophie der Zunge auf. Ebenso erzeugt das gleiche Gift eine disseminierte Myelitis, deren Erscheinungen (Parästhesien usw.) schon lange vor dem Ausbruch der Anämie sich zeigen können. Als Giftquelle kommt in Betracht der Inhalt des Dünndarms, Bakterien, Bandwurm usw. Die letzte Ursache der perniciösen Anämie liegt in einer vermehrten Dünndarmflora oder in erhöhter Giftpermeabilität oder in einem gestörten Entgiftungsprozeß. Es gibt eine familiäre Anlage hierzu, wie Erblichkeit der Erkrankung. Eine Achylie kann zur Entstehung der perniciösen beitragen, aber auch durch ihr Gift erzeugt werden. Remissionen sind verschieden zu erklären (Herabsetzung der Giftpermeabilität, erhöhter Entgiftungsprozeß usw.).

Fälle von Gesichtserysipel, die durch paraenterale Proteintherapie (Kuhmilch) geheilt wurden. Verf. berichtet über die Heilung eines Gesichtserysipels durch Injektionen von Milch. Dieselben wurden tief in die Muskulatur der Oberschenkel gemacht mit einer gewöhnlichen Kampfer- oder Venenkanüle. Die gewöhnliche Milch wurde 15 Minuten vorher gekocht. Die Dosis betrug 5—10 ccm. Eine Wiederholung der Injektion war selten nötig. 5 Fälle wurden mit Erfolg behandelt.

Nr. 5, 4. Februar 1926.

6 gleichzeitige Fälle von Kretinismus in Lundby. Aine Christensen.
* Fortgesetzte Untersuchungen über Insulin und den Einfluß des Muskelgewebes auf Glukose in vitro. Chr. Lundsgaard und Sr. Aage Holböll.
Das Verhalten zwischen Probemahlzeit und Probefrühstück. Kraemer-Petersen.
• „Gople"-Vergiftung. Wichmann Matthiessen.

Fortgesetzte Untersuchungen über Insulin und den Einfluß des Muskelgewebes auf Glukose in vitro. Verff. schlagen vor, den wirksamen Stoff oder das wirksame Prinzip im Muskelgewebe „Insulin-Komplement" zu nennen. Diese Substanz kann α-β-Glukose nicht so umbilden, daß diese durch Insulin in Ny-Glykose überführt werden kann. Nur beide Faktoren — Muskelgewebe und Insulin zusammen — sind imstande, α-β-Glukose in Ny-Glukose umzuwandeln.

„Gople"-Vergiftung. Verf. warnt vor der Anwendung des Volksmittels „Gople" gegen Gicht, da er in einem Falle starke Nierenentzündung danach sah. Gople ist ein aus Rußland stammender Pilz, aus dem Tee bereitet wird.

Nr. 6, 11. Februar 1926.

* Die gerichtliche Beurteilung intracranieller Blutungen bei Erwachsenen, die am Kopf durch stumpfe Gewalt verletzt sind. Knut Sand.
Glykosurie und Psychose. Sören Hansen.
Einige Erfahrungen über Atophanylbehandlung. M. Brostland.
Vorläufige Mitteilungen über meine Erfahrung mit Atophanylbehandlung. Liliendahl-Petersen.

Die gerichtliche Beurteilung intracranieller Blutungen bei Erwachsenen, die am Kopf durch stumpfe Gewalt verletzt sind. Verf. stellt bei den traumatischen Schädelverletzungen mit stumpfer Gewalt drei Kategorien auf, die epidurale, dann die subdurale (cephomeningeale) und die intracerebrale auf. Die Blutungen sind oft kombiniert mit anderen Leiden, so mit Alkoholismus, Epilepsie, anderweitigen Körperleiden und Verletzungen, so z. B. mit lang bestehenden Gehirnveränderungen und Geschwülsten, Arteriosklerose usw.

S. Kalischer (Schlachtensee-Berlin).

Hygiea.

88., 15. Januar 1926.

Uebersicht in der medizinischen Radiologie. Gösta Forsell.
Das retikalo-endotheliale System. (Uebersichtsreferat.) Olaf Sandshöm.

S. Kalischer (Schlachtensee-Berlin).

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 2, Februar 1926.

• Die praktische Anwendung und theoretische Grundlage der sogenannten periarteriellen Sympathektomie. Johan Holst.
Chronische Magenschmerzen bei Kindern. Torerut Utheim.
Röntgenbehandlung der Drüsentuberkulose. P. Amundsen.
Sop-Sporenzylinder in einem Falle von Dysurie. Ed. Gundersen.

Die praktische Anwendung und theoretische Grundlage der sogenannten periarteriellen Sympathektomie. In fünf Fällen wurde die Sympathektomie vorgenommen, und zwar in einem Falle von Ulcus cruris, in einem neurotropischen Ulcus, in einem Falle von Angiospasmus. Diese drei Fälle konnten geheilt werden, während zwei andere mit trophischen Geschwüren bei Arteriosklerose nicht beeinflußt wurden. In einem derselben kam es zur Ruptur der Femoralis bei der Operation. Man soll die Sympathektomie nur für schwere Fälle im Auge behalten, wo alle anderen Mittel versagen. Denn Rezidive sind auch bei der Sympathektomie, die oft auch unangenehme Folgen hat, nicht selten. Alle theoretischen Betrachtungen und Schlüsse über die Anatomie und Physiologie des autonomen Nervensystems sind noch mit großer Vorsicht zu beurteilen.

S. Kalischer (Schlachtensee-Berlin).

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68., Februar 1926.

Hereditäre Pseudohämophilie. E. A. v. Willebrand.
• Syphilis und Niere. F. W. Tallqvist.
Zwei Fälle von Enterokystom. A. Gräsbeck.

Syphilis und Niere. Verf. hat 23 Fälle von Nephropathie mit Syphilis in der Anamnese bzw. mit positiver W. R. zusammengestellt. Unter diesen gilt das Hauptinteresse zwei Fällen von akuter luetischer Nephrose bei rezenter Infektion. Eine kombinierte Hg-Salvarsantherapie erzielte in dem einen Falle eine vollständige Heilung, in dem anderen, in welchem der Pat. selbst die Behandlung vorzeitig unterbrach, deutliche Besserung.

Von den übrigen Fällen gehörten 6 dem Typus der chronischen Nephrose an. Da, wo die Affektion noch nicht alten Datums war, wurde teilweise auch in diesen Fällen durch spezifische Therapie eine Besserung des Zustandes herbeigeführt. In sämtlichen Nephrosefällen konnte aus guten Gründen angenommen werden, daß die Lues den ätiologischen Faktor darstellte.

In 9 Fällen bot die Nierenaffektion den Typus der Nephrosklerose dar. Die Infektion war hier durchschnittlich vor 27 Jahren erfolgt. Drei von diesen 9 Fällen waren von der stark progredienten, malignen Art. Da jedoch völlig ähnliche Fälle auch ohne vorhandene Syphilis-Anamnese auftreten, muß es unentschieden bleiben, welche Bedeutung in diesen Fällen der spezifischen Infektion beizumessen ist. Ein Effekt der antiluetischen Therapie konnte nicht nachgewiesen werden; auch war diese nicht konsequent durchführbar.

In den noch übrigen 6 Fällen lag teils eine offenbar auf akzidentelle Ursachen zurückzuführende Nephritis, teils eine chronische Nephropathie vom Typus einer Nephrose mit Beimischung nephritischer Züge vor.

In keinem der 23 Fälle war unzweideutig festzustellen, daß die Lues eine reine nephritische Affektion hervorgerufen hätte.

British medical Journal.

Nr. 3394, 16. Januar 1926.

• Insulinbehandlung des Diabetes. Nizon.
Novasurol und andere Diuretica beim kardialen Hydrops. Lambic.
Beta-Eucainborat. Copeland.
Der Nutzen des Borocain in der Ophthalmologie. Buttler und Gillan.
Borocainborat und Beta-Eucainborat als Anästhetica für die Harnröhre. Coyte.
• Drei Fälle von Mittelohrerkrankungen mit intrakraniellen Komplikationen. Wharry.

- * Die nichtoperative Behandlung der Pylorusstenose beim Säugling. Meagher.
- Das Schicksal der Gallensteinkranken. Monod und Ronzod.
- * Behandlung der Schlafkrankheit. Schofield.
- Zehn Fälle von akuter retrobulbären Optikusneuritis. Heckford.
- * Diathermie in der Behandlung der Retention durch Prostatahypertrophie. Hammond.
- Erysipelheilung durch Eigenbluttransfusion. Nissen Deacon.
- Blasenuterusfistel als Geburtskomplikation. Rubins.
- Appendicitis im Bruchsack. Burne.

Insulinbehandlung des Diabetes. Vor Beginn der Insulinära endigten 66% der Diabetiker im Koma. Fast alle Todesfälle in den ersten Jahren der Erkrankung waren durch Koma bedingt. Praktisch genommen, verhindert Insulin immer den Ausbruch der Koma. Die Komabehandlung selbst wird nach der Campbellschen Methode vorgenommen. Bei Komatösen, welche nicht mit Insulin vorbehandelt waren, werden sofort 100 Einheiten Insulin intravenös gegeben. Die meisten Komapatienten leiden an Wasserverarmung. Flüssigkeit (10% Traubenzuckerlösung intravenös, Normosal oder 5% Traubenzuckerlösung rektal) muß reichlich zugeführt werden. Excitantien (Pituitrin, Aether sowie Digitalis und Coffein per os oder rektal) müssen schon frühzeitig gegeben werden. Mittlere Dosen von Alkali. (15—30 g Natronbikarbonat in 5% Lösung rektal) sind wertvoll, jedoch nicht unbedingt notwendig. Zur Verbrennung der Ketonkörper und zur Wiederherstellung eines regulären Fettstoffwechsels müssen Kohlehydrate (K. H.) reichlichst zugeführt werden. Diese werden durch Gaben von etwa 1 Einheit Insulin auf 1 g Traubenzucker für den Körper verwertbar.

Die Gefahren der Uebierernährung mit Fett bei gleichzeitiger Einschränkung der Kohlehydrate sind noch nicht genügend bekannt. Der Diabetiker muß eine Diät erhalten, welche eine ausreichende Menge Eiweiß und Kalorien enthält. Es sind 1 g Eiweiß und 35 Kalorien für jedes Kilogramm Sollgewicht zu rechnen. Für das Verhältnis von Eiweißmenge in der Nahrung zu den Fett- und K. H.-Gaben ist die Woodyattsche Formel maßgebend. Die gesamte Fettzufuhr soll der Summe des doppelten Betrages der K. H. und der halben Eiweißmenge entsprechen.

Neben der ungeeigneten Diät sind Infektionen am meisten für den Zuckerkranken zu fürchten. Pneumonien, Angina usw. führen oft durch Kreislaufschwäche zum Tode, für welche die Myokardschwäche verantwortlich zu machen ist. Insulin wirkt stimulierend, da es dem Herzmuskel eine bessere Verwertung des Blutzuckers ermöglicht und so seine Arbeitskraft steigert.

Der tuberkulösen Infektion kommt eine größere Bedeutung zu. Sie entwickelt sich oft schleichend und führt häufig erst langsam zum Verfall. Die Diagnose kann schwierig sein, da gewöhnlich alarmierende Symptome, wie Fieber und Hämoptoe fehlen. Zuweilen führt die Tuberkulose ein Ansteigen der K. H.-Toleranz und so eine scheinbare Besserung der Diabetes herbei. Wahrscheinlich läßt die mit der Tuberkulose verbundene Konsureption die Toleranzgrenzen ansteigen. Die Insulinbehandlung ermöglicht es, den tuberkulösen Diabetiker ebenso zu ernähren wie den nur Tuberkulosekranken.

Ausschlaggebend für das Geschick des Zuckerkranken sind oft Lokalinfektionen, die zur Sepsis oder zum Koma führen können. Besonders zu fürchten sind Hautinfektionen (Furunkel, Karbunkel, Ekzeme), für welche die trockene, nicht perspirierende Haut so empfänglich ist. Die diabetische Gangrän ist gewöhnlich Folge einer sich rapide ausbreitenden Hautinfektion, ist seltener entstanden durch plötzlichen Gefäßverschluß. Zur Bekämpfung dieser Hautdisposition ist ausreichende Versorgung mit K. H. (evtl. mit Hilfe von Insulin), sowie prophylaktisch peinlichstes Sauberhalten der Haut erforderlich. Bei entstandener Infektion muß rechtzeitig unter Steigerung der K. H.-Zufuhr Insulin gegeben werden, um den Körper im Widerstand zu kräftigen. — Die Insulintherapie gestattet es, beim Diabetiker mit derselben Aussicht auf Erfolg wie beim Gesunden Operationen vorzunehmen. Koma und Sepsis sind durch planmäßige Insulintherapie vermeidbar. Bei dringlichen Operationen (Appendicitis, eingeklemmte Hernie usw.) sollen vor der Operation bei Fällen mit Glykosurie ohne Azidose 20 Einheiten Insulin gegeben werden. Nach der Operation sind häufige Gaben von Traubenzucker (peroral oder rectal) mit Insulin (1 E auf 1 g Zucker) notwendig, um durch ausreichende K. H. Versorgung den Operationsshock und die Schädigung durch die Narkose zu überwinden. Wenn Zeit bis zur Ausführung der Operation vorhanden ist, so muß eine Vorbehandlung von 2—3 Wochen (ausreichende, ja reichlich bemessene Diät + Insulin) unter Kontrolle des Blutzuckerspiegels vorgenommen werden. Die Vorbereitung mit Hunger oder Unterernährung ist zwecklos und gefährlich. Der Allgemeinzustand muß unter allen Umständen durch angemessene K. H. Diät gehoben werden.

Die Schwangerschaft scheint unter Einwirkung der Insulintherapie jetzt häufiger sich einzustellen. Es gelingt auch jetzt, die Gefahren der Schwangerschaft, der Geburt und des Puerperium durch gesteigerte Insulinzufuhr und entsprechende diätetische Einstellung für Mutter und Kind ziemlich auszuschalten.

Bei den Augenkomplikationen des Diabetes (Star, Retinitis) konnten bisher mit Insulin keine Erfolge erzielt werden.

Drei Fälle von Mittelohrerkrankungen mit intrakraniellen Komplikationen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen von Menschen, die jetzt oder früher an einer Ohrerkrankung gelitten, muß das Ohr als Ausgangspunkt der Neuerkrankung gelten, wenn nicht mit Sicherheit die Diagnose einer andern Erkrankung gestellt werden kann. Es werden drei Fälle von intrakraniellen Folgeerscheinungen mitgeteilt (Kleinhirnabszeß, Sinusvereiterung mit Sepsis und ein Fall von otogener Staphylokokkenmeningitis), bei denen durch Radikaloperation noch günstige Erfolge erzielt wurden, obwohl der chirurgische Eingriff — zum Teil durch Stellung einer falschen Diagnose — erst später vorgenommen werden konnte. Bei der Meningitis bewährten sich Spülungen des Mittelohrs durch Einlaufenlassen von Lockescher Lösung in den Lumbalkanal. Die Flüssigkeit gelangt durch die bei der Operation geschaffene Verbindung aus dem Meningealraum in das Ohrinnere.

Nichtoperative Behandlung der Pylorusstenose bei Säuglingen. Bericht über 22 Fälle, die der Verf. aus dem Material der Finkelsteinschen Abteilung des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin zusammenstellte. Von diesen Säuglingen starben nur 3. Mit Verfütterung von Gemüsebrei wurden keine Erfolge erzielt, obwohl derartige Breie die peristolische Kraft des Magens anregen. Die Atonie des Magens (beträchtliche Nahrungsrückstände) in fortgeschrittenen Fällen ist vermutlich für die Mißerfolge dieser Ernährungsart verantwortlich zu machen. Befriedigende Resultate ergab die Ernährung mit konzentrierten Nahrungsgemischen (konzentrierte Eiweißmilch mit 20% Zucker) in Mengen von 30 ccm in 8—10 Mahlzeiten zugleich mit Darreichung von Atropin (peroral 3—5 mal am Tag 4—9 Tropfen der 1‰ Lösung ¼ Stunde vor der Mahlzeit) zusammen mit Adrenalin (¼ ccm der 1‰ Lösung intrakutan 10 Minuten vor jeder Mahlzeit).

Diathermie in der Behandlung der Retention durch Prostatahypertrophie. Bei Fällen mit Urinretention durch fibröse oder atrophische Prostatadrüsen ist die Elektrocoagulation des stenosierenden Drüsengewebes durch Diathermie auf endourethralem Wege der Prostatektomie vorzuziehen. Sie gibt weit bessere funktionelle Ergebnisse; auch ist die Mortalität nach diesem Eingriff geringer. Die Prostatektomie ist bei großen adenomatös veränderten Drüsen die rende Haut so empfänglich ist. Die diabetische Gangrän ist Methode der Wahl.

Biberfeld (Berlin).

Archives of intern. Medic.

Nr. 1, Januar 1926.

- * Leberschädigung bei der Thyreotoxikose und ihr Nachweis durch Funktionsprüfungen. Youmans, Warfield und Arbor.
- * Hyperglykämie: Physikalische und chemische Untersuchungen am Blut bei Diabetesfällen. Foshay.
- Bemerkenswerte Fälle von Organerkrankungen durch den Typhusbazillus. Landau und Fejgin.

* Die Einwirkung von Herzmuskelerkrankungen auf das Elektrokardiogramm. Master und Pardee.
* Ein Vergleich zwischen der akuten rheumatischen und subakuten bakteriellen Endocarditis. Clawson und Bell.

Wasserstoffwechsel. Andrews.
Traubenzuckerverwertung bei der renalen Glykosurie. Paulin.
Zur Physiologie der Synovialflüssigkeit. Cajori, Crouter und Pemberton.

* Blutzuckerkurven bei Encephalitis epidemica. Kasanin und Grabfield.

Verdauung durch Speichel im menschlichen Magendarmtraktus. Beitrag zur Physiologie der Verdauungssekrete. Bergheim.
Parallelen in der Behandlung von Tuberkulösen und Herzkranken. Howk.
Die Lungenkapazität bei 1000 chirurgischen Patienten. Moersch.
Refraktometrische und viskosimetrische Untersuchungen am Liquor cerebrospinalis. Levinsohn und Serby.

Leberschädigung bei der Thyreotoxikose und ihr Nachweis durch Funktionsprüfungen. Seit langem ist bekannt, daß bei schweren Fällen von Thyreotoxikose (Basedow, Hyperthyreoidismus) eine Leberschädigung eintreten kann und daß das Auftreten von Icterus als prognostisch sehr ungünstig anzusehen ist. Es wurde angenommen, daß die verminderte Kohlehydrattoleranz, die so oft vorhanden ist, eine Folge der Leberschädigung sei. Wie die Funktionsprüfungen der Leber (Phenoltetrachlorphthaleinprobe nach Rosenthal, Lävulosebelastung, Bilirubinbestimmung im Serum) bei 44 derartigen Kranken ergaben, sind Leberschädigungen in einem überraschend hohen Prozentsatz (ca. 50%) nachzuweisen. Ein Zusammenhang zwischen derartigen Leberschädigungen und der Beeinträchtigung der Kohlehydrattoleranz war nicht aufzufinden. Eher scheint die Funktionsstörung der Leber dem Gewichtsverlust während der Krankheit parallel zu gehen. Wahrscheinlich führt die Ueberschwemmung des Blutes mit Schilddrüsensekret zu einer Glykogenverarmung der Leber und vermindert so die Leistungsfähigkeit dieses Organs.

Hyperglykämie: Physikalische und chemische Untersuchungen am Blut bei Diabetesfällen. Bei jungen, unbehandelten Diabetikern finden sich dauernd Anzeichen einer herabgesetzten Blutalkalescenz. Hyperglykämie führt bei derartigen Kranken zur Wasserverarmung von Blut und Gewebe und veranlaßt so Acidose mit Steigerung des Erythrozytenvolums infolge der Aenderung der Wasserstoffionenkonzentration. Oft ist auch eine Chloranreicherung in den roten Blutkörperchen (infolge Chlorabwanderung aus dem Serum) feststellbar. Unter Insulinbehandlung verschwinden diese Anomalien der Wasser- und Chlorverteilung rasch. Bei unbehandelten arteriosklerotischen Diabetikern finden sich keine Anhaltspunkte für eine Verminderung der Blutalkaleszenz (ausgenommen im Koma).

Die Einwirkung von Herzmuskelerkrankungen auf das Elektrokardiogramm. Engere Beziehungen zwischen bestimmten Formen der Aenderung der Ventrikelschwankung im E. K. G. und bestimmten pathologischen Prozessen im Herzmuskel sind nicht feststellbar. Ausgedehnte Fibrosis des Myocards beeinflußt die Ventrikelschwankung in ganz verschiedener Weise (abnorm niedrige Q-, R-, S-Zacke, Verästelung usw.). Lediglich bei Verschluß der linken Kranzarterie scheint eine charakteristische Veränderung vorzukommen. (Negative Finalschwankung mit aufwärts gerichteter Konvexität des R-T. Intervalls.) Für die Form der Ventrikelschwankung ist der Zustand des Myocards maßgebend. So spricht ein normales E. K. G. mit Sicherheit gegen Herzmuskelveränderung.

Ein Vergleich zwischen der akuten rheumatischen und subakuten bakteriellen Endokarditis. Ein typischer Fall von subakuter bakterieller Endocarditis ist klinisch charakterisiert durch septische Temperaturen, ausgesprochenen Herzfehler, Auftreten embolischer Prozesse (Petechien, Milz- und Niereninfarkte, Herdnephritis usw.) sowie durch positive Blutkultur. Hinzu kommt gewöhnlich eine sekundäre Anämie, Milz- und Leberschwellung. Bei der akuten rheumatischen Endokarditis stehen Gelenkerscheinungen und Fieber im Vordergrund. Es bestehen Anzeichen für eine Herzerkrankung, die jedenfalls Tendenz zur Abheilung zeigt (mit und ohne Klappenfehler). Der Uebergang der akuten rheumatischen in die subakute Endoc. kann jedoch so allmählich sich vollziehen, daß eine sichere Diagnose auf Schwierigkeiten stößt. Die Leukocytenzählung bringt für diese Trennung der Krankheitsbilder wenig Entscheidendes. Ausgesprochene sekundäre Anämie spricht für den subakuten Typus. Die Häufigkeit, nach welcher die einzelnen Herzklappen erkranken, ist bei beiden Formen die gleiche. Es kommt zur proliferativen Entzündung der Herzklappe mit konsekutiver Auflagerung von thrombotischem Material. Beim subakuten Typus sind diese Auflagerungen massig und bröckelig (daher die Häufigkeit embolischer Verschleppung derartiger bakterienhaltiger Bröckel). Die patholanatom. Unterschiede sind lediglich quantitativer Art. Der Nachweis von Bakterien im strömenden Blut beweist nicht unbedingt das Vorliegen der subakuten Endocarditis. In 9 von 11 zur Sektion gelangten Fällen von akuter rheumatischer Endocarditis konnten Streptokokkenstämme (überwiegend Streptoc. viridans) isoliert werden. Gewöhnlich wurden die Keime erst nach 10 Tagen der Brutschrankzüchtung entdeckt (37°). In 32 Fällen von subakuter Endoc. wurde 22mal Strept. viridans und 5mal Strept. hämolytic. gefunden. Durch Agglutinationsprüfungen ließen sich die von Endocard. rheumatica und subakuter Endocarditis stammenden Streptokokkenstämme nicht unterscheiden. Durch Injektion von derartigen Stämmen beim Kaninchen konnten Myo- und Endocarditis erzeugt werden, welche den menschlichen Herzveränderungen bei der rheumat. Endoc. glichen. Streptokokken — insbesondere die vergrünenden Stämme — sind mit größter Wahrscheinlichkeit als Erreger der rheumatischen und subakuten Endocarditis anzusprechen.

Blutzuckerkurven bei Encephalitis epidemica. Die Zuckervermehrung im Liquor cerebrospinalis bei der Encephalitis ist auf eine Störung im Kohlehydratstoffwechsel zurückzuführen, wie die Blutzuckerkurven nach Belastung mit Traubenzucker sie erkennen lassen. Diese Störung des Kohlehydratstoffwechsels ist auch im chronischen Stadium dieser Erkrankung (Parkinsonismus usw.) nachzuweisen.

Nr. 2, 15. Februar 1926.

* Das Verhältnis von Albuminurie zum Eiweißbedarf bei der Nephritis. Peters und Bulger.

Methoden und Resultate der Sauerstoffbehandlung bei der Pneumonie. Barach.
Magensaftsekretion beim experimentellen Beriberi des Hundes. Farnum.

* Zur Heilung des Magengeschwürs. Crohn, Weiskopf und Aschner.
* Akute Quecksilberchloridvergiftung. Kohn.
* Nichtorganischer Phophor und Calcium im Blut bei Nephritis. Schmitz, Rohdenburg und Myers.

Akute febrile Anämie; eine neue Krankheit? Brill.
Veränderungen der Respiration, des Kreislaufs und der Blutgerinnungszeit durch Injektionen von Natriumcitrat. Joannides.

* Leberfunktionsprüfung: 1. Entgiftung durch die Leber. Vesell u. Sherwin.
* Paroxysmale Dyspnoe als Symptom der syphilitischen Aortitis. Keefer und Resnik.

Regulation der Leukocytenverteilung durch das autonome Nervensystem. E. F. Müller.
Intracutane Injektion von Salzlösung als Funktionsprüfung bei herzkranken Kindern. Olmsted.
Ausscheidung des Phenolsulfonaphthalein bei Ikterus durch Choledochusverschluß. Abramson.

Das Verhältnis von Albuminurie zum Eiweißbedarf bei der Nephritis. Seitdem bekannt ist, daß bei gewissen Nierenkrankheiten Eiweißabbauprodukte retiniert werden, wird im allgemeinen die Eiweißzufuhr in der Diät sehr eingeschränkt. Durch Herabminderung des Eiweißstoffwechsels soll so eine Schonung des erkrankten Ausscheidungsorgans, der Niere, herbeigeführt werden. Eine lange fortgesetzte Diätkur mit außerordentlich reduziertem Eiweißumsatz — wie sie bei dem chronischen Verlauf der Nierenerkrankungen nötig ist, führt jedoch zu einer Eiweißunterernährung, deren Folgen besonders nach Rückgang der Oedeme offenbar werden. Zudem wird gewöhnlich ein Faktor bei der Festsetzung des Eiweißbedarfes vernachlässigt, der Eiweißverlust durch die Albuminurie. Besonders bei der Nephrose und den Glomerulonephritiden mit nephrotischem Einschlag gehen so große Stickstoffmengen dem Organismus verloren. Die Bestimmung der Gesamtstickstoffausscheidung im Urin gibt daher keinen genügenden Anhalt für die Größe des im Körper umgesetzten Eiweißes. Unter Berücksichtigung des R. N. Gehaltes von Blut und Geweben, der Aenderung des Körpergewichtes durch Oedembildung und

Wasserausschwemmung kann die Bestimmung des Nichteiweißstickstoffes im Urin als Maß für den Eiweißstoffwechsel dienen. Durch vorwiegende Ernährung mit Kohlehydraten und Fett läßt sich der Eiweißumsatz auf 0,5—0,7 g pro kg Körpergewicht herabdrücken. Wenn eine genügende Eiweißmenge zu diesem Minimum hinzugefügt wird, um den Eiweißverlust durch die Albuminurie zu decken, so wird die Eiweißunterernährung vermieden. Die meisten Kranken bei der akuten Nephrose und nephrotischer Glomerulonephritis zeigen schon bei Beginn der Behandlung Merkmale einer vorhergehenden Eiweißunterernährung. Durch weitere Eiweißzulage (mehr als Eiweißminimum und Eiweißverlust mit dem Urin) ist Eiweißansatz zu erzielen. So kann der Eiweißverlust völlig ausgeglichen werden, welcher wahrscheinlich durch erhöhten Eiweißzerfall während des Frühstadiums eintrat.

Zur Heilung des Magengeschwürs. Die Ulcuskrankheit läßt sich in drei Formen gliedern: das akute (meist rasch auf interne Behandlung heilende), das rezidivierende (plötzliches Auftreten klinischer Symptome in verschiedenen, beschwerdefreien Zeitabschnitten) und das chronische Ulcus (schleichender Beginn, dauernd Beschwerden, Aussichten auf Spontanheilung gering). In zwei Fällen von rezidiv. Ulcus wurde die Gastrektomie ausgeführt, nachdem eine mehrwöchige interne Behandlung vorausgegangen war. In einem Falle zeigte die Röntgenaufnahme kurz vor der Operation das Verschwinden der vorher nachgewiesenen Ulcusnische. Bei der Operation fanden sich die Geschwüre schon fast ausgeheilt. (Ausfüllung des Geschwürskraters mit Granulationsgewebe, Ueberwucherung mit Drüsenepithel von der Umgebung her, jedoch Fehlen der Muscularis mucosae.) Die Heilungsdauer ist problematisch. In einem großen Teil der Fälle dürften sich Lokalrezidive einstellen. — Die Tatsache, daß bei der Probelaparotomie sich häufiger — trotz dahingehender Anamnese — keine Spur eines Magengeschwürs finden läßt, ist durch den raschen Rückgang des Ulcus während der Remissionsperiode zu erklären. Oft findet sich bei später wiederholter Operation doch noch ein Ulcus. Besonders nach Blutungen scheint das Ulcus rasch zu verschwinden. Daher die so häufigen negativen Röntgen- und Operationsbefunde nach einer Magenblutung.

Akute Quecksilberchloridvergiftung. In seltenen Fällen kann der Tod schon Stunden nach der Einnahme von Sublimat erfolgen, unter allgemeinen Kollapserscheinungen, ohne daß eine Nierenschädigung manifest wird. Die Leukocytenzählung gibt einen gewissen Anhalt für die Schwere der Vergiftung. Bei Zahlen über 30 000 ist die Prognose infaust. Neben den sonst üblichen Mitteln bei Sublimatvergiftung wird die Anwendung Natriumthiosulfat empfohlen (1,5 g 3 × pro die intravenös), außerdem Zufuhr per os 5 g und rektal (in 0,8% Lösung).

Nichtorganischer Phosphor und Calcium im Blut bei Nephritis. In Fällen chronischer Nephritis mit Muskelübererregbarkeit (Sehnenhüpfen, Krämpfe) ist gewöhnlich eine Phosphorretention mit einer Verminderung des Blutkalks nachzuweisen. Die Anhäufung von Phosphor ist prognostisch ernst zu bewerten. Die leichter nachweisbare Kreatininretention tritt früher ein.

Leberfunktionsprüfung: Entgiftung durch die Leber. Neben den großen Aufgaben, welche die Leber im Stoffwechsel und in der Gallebildung zu erfüllen hat, leistet sie noch Entgiftungsarbeit. Sie verändert die verschiedensten endo- oder exogenen schädlichen Stoffe derart, daß sie dem Körper nicht gefährlich werden können (Hippursäure = Benzoesäure + Glykokoll). Neuberg wies nach, daß die Leber Aminobenzoesäuren durch Kuppelung mit Essigsäure unschädlich macht. Diese Funktion ist an ein gewisses Maß von arbeitendem Lebergewebe gebunden. So läßt sich bei Leberkranken (Leberzirrhosen, Carcinomen des Gallengangs) im Urin eine Verminderung der acetylierten Aminobenzoesäure nach oraler Zufuhr der Säure feststellen.

Paroxysmale Dyspnoe als Symptom der syphilitischen Aortitis. Asthma cardiale findet sich nur bei der mit Aorteninsuffizienz oder Aortenaneurysma kombinierten Aortitis luica. Die paroxysmale Dyspnoe kommt nie bei Aorteninsuffizienz rheumatischen Ursprungs vor. Biberfeld.

Johns Hopkins Hospital Bulletin.

Nr. 1, Januar 1926.

Neuere Fortschritte auf dem Gebiet der inneren Sekretion. Abel.
Ueber die Schutzstoffe im Antipneumokokkenserum. (Die schützende Substanz in den antipneumoc. Sera von Typus I, II u. III.) Felton.
Ueber die Vitalfärbung lebender und toter Leukozyten und Epithelien in der Vagina der Ratte und die Beziehung dieser Zellen zum Ovulationszyclus. Guttmacher.
Bisher unbekannte antirachitische Substanzen. De Bosanyi.
* Das Zustandekommen des Ikterus nach Lungeninfarkten bei Herzkranken. Rich und Resnik.

Das Zustandekommen des Ikterus nach Lungeninfarkten bei Herzkranken. Bekannt ist, daß bei dekompensierten Herzfehlern ein geringer Grad von Ikterus häufig besteht (lediglich Verfärbung der Skleren). Nach Lungeninfarkten tritt plötzlich ein allgemeiner Ikterus auf. Allgemein wird das plötzliche Erscheinen des Gewebsikterus mit vermehrter Bilirubinresorption aus der infarzierten Lunge erklärt. Nach histologischen Untersuchungen kommt es jedoch nicht zu einem starken Abbau der aus den Gefäßen getretenen Erythrozyten, der eine Bilirubinüberschwemmung bewirken könnte. Intramuskuläre Blutinjektionen bei Herzkranken führen niemals zum Ikterus. Vielmehr führt der Lungeninfarkt zu einem Sauerstoffdefizit, welches schädigend einwirkt auf die Leberzellen, welche infolge der chronischen Stauungshyperämie ohnehin unter ungünstigen Umständen zu arbeiten haben. Durch Aufpfropfung dieser neuen Schädigung führt der Infarkt zum allgemeinen Ikterus.

Nr. 2, Februar 1926.

Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Bridgman und Norwood.
Beobachtungen über die Wirkung von Leberextrakten auf die durch Guanidin-Verbindungen hervorgerufene Blutdruckerhöhung. Stoland und Buikstra.
Die experimentelle Erzeugung von ringförmigen Ligamenten, als Beispiel für den Einfluß der Funktion auf die Differenzierung des Bindegewebes. Batson und Zinzinger.
* Ueber die experimentelle vorzeitige Placentarlösung. Hofbauer und Geiling.
* Mit den Symptomen des Keuchhustens verlaufende Infektion eines Kindes mit Bazillus bronchisepticus. Brown.

Ueber die experimentelle vorzeitige Plazentarlösung. Das häufige Vorkommen der vorzeitigen Plazentarlösung bei eklamptischen Frauen, das Auftreten von Albuminurie und der Nachweis degenerativer Nieren- und Leberveränderungen machen es wahrscheinlich, daß toxische Stoffe diese Erkrankung verursachen. Neben der Blutung nach außen oder den Zeichen einer inneren Blutung bilden Shock, heftige Leibschmerzen, die Symptome dieser gefährlichen Schwangerschaftskomplikation. Durch Injektion von sehr verdünnten Histaminlösungen ließen sich bei Katzen und Meerschweinchen ähnliche Erscheinungen hervorrufen. Die anatomischen Veränderungen am Uterus und an den parenchymatösen Organen entsprachen völlig den bei Menschen beobachteten.

Mit den Symptomen des Keuchhustens verlaufene Infektion eines Kindes mit Bazillus bronchisepticus. Durch Spielen mit einem Kaninchen, welches an Diarrhoe und Schnupfen litt, wurde der bei diesen Tieren häufige Bazillus bronchisepticus auf ein kleines Mädchen übertragen und führte zur Entstehung einer Keuchhustenerkrankung. Katarrhalische Entzündungen der oberen Luftwege bei Menschen durch Uebertragung dieses zur Gruppe der hämoglobinophilen Bakterien gehörenden Bazillus sind schon häufiger beschrieben worden. Interessant erscheint, daß die Ansiedlung dieses Bazillus in den Luftwegen zu Keuchhusten führen kann, ein weiteres Moment gegen die alleinige ätiologische Bedeutung des Bordet-Gengouschen Stäbchens. Biberfeld.

Buchbesprechungen.

Prof. A. Gottstein, Prof. Dr. A. Schloßmann und Dr. L. Teleky: **Handbuch der sozialen Hygiene und der Gesundheitsfürsorge.** 6 Bände. I. Band: Grundlagen und Methoden. 1925. Berlin, Verlag von Julius Springer, XII und 511 Seiten mit 37 Abbildungen. Preis 30 M. — Mit dem Erscheinen dieses Werkes wird endlich die Lücke ausgefüllt, die in der sozialen Hygiene fraglos vorhanden war. Wir haben vorzügliche Lehrbücher, wie Grotjahns „Soziale Pathologie“ bezw. Fischers „Grundriß der sozialen Hygiene“. Auch an zahlreichen Monographien hat es nicht gefehlt. Endlich ist noch ein unentbehrliches Nachschlagewerk, wie das Grotjahn-Kaupsche „Handwörterbuch der sozialen Hygiene“ zu erwähnen. Was uns aber bisher gefehlt hat, ist ein ausführliches und systematisches Handbuch der sozialen Hygiene. Nun liegt der I. Band des in sechs umfangreichen Bänden geplanten Unternehmens vor. Bereits die Namen der Herausgeber sowie der Verfasser der Abhandlungen verbürgen die Qualität des Werkes. Hueppe, Weinberg, Prinzing, Grotjahn, um nur einige Fachgelehrten als Mitarbeiter des Handbuches zu erwähnen, belehren uns über die Grundlagen und Methoden auf den verschiedenen Gebieten der sozialen Hygiene. Das Handbuch wird nicht nur als unentbehrliches Hilfsmittel jedes Sozialhygienikers, es wird ein wichtiger Förderer der weiteren Entwicklung der sozialen Hygiene sein.

M. Kantorowicz.

H. Montlaur: **Syphilis acquise.** Les Consultations journalières. Paris. G. Doin & Cie. 1926. — Das Buch behandelt nach Art eines kleinen Compendiums sämtliche Erscheinungen der erworbenen Syphilis, allerdings ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Die gebräuchlichsten Quecksilber-, Salvarsan-, Wismut- und Jodverbindungen, ihre Einführungswege, Wirkungen und Nebenwirkungen, unbeschwert von pharmacologischen und chemischen Einzelheiten, werden kurz zusammengestellt. Zweckmäßig erscheint im klinischen Teil eine kurze, jedem Abschnitt vorangestellte Rubrik: „Anlaß für die Konsultation“, wodurch der Anfänger gleich in die Erfordernisse der Praxis eingeweiht wird.

K. Heymann (Berlin.)

G. Winter, Königsberg: **Der künstliche Abort.** Indikationen, Methoden, Rechtspflege für den geburtshilflichen Praktiker. 126 Seiten, geh. 7,50 M. Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart. — Winter, der bereits 1918 mit seinen Schülern eine Monographie „Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft“ herausgegeben hat, berücksichtigt in der vorliegenden Schrift nicht nur das umfangreiche, seitdem erschienene Schrifttum auf diesem Gebiete, sondern er hat darin auch die Ergebnisse einer Rundfrage, die er bei allen Fachvertretern auf deutschen Hochschulen angestellt hat, für jedes Organleiden bei der Indikationsstellung niedergelegt. Er hat in der lehrbuchmäßig gehaltenen Schrift die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft ausführlich bearbeitet, und übergibt sie dem praktischen Geburtshelfer als Grundlage für seine Entschließungen über die Notwendigkeit eines künstlichen Abortes. Die hier niedergelegten Indikationen hält W. für zeitlich begrenzt, entsprechend dem augenblicklichen Standpunkt der konservativen Therapie der Schwangerschaftskomplikationen, er hofft mit fortschreitender Erfahrung auf einen weiteren starken Abbau der wirklich indizierten Schwangerschaftsunterbrechungen. — W. nimmt in klarer Weise Stellung zu der in letzter Zeit in Wissenschaft und Praxis viel umstrittenen Frage der „sozialen“ und „eugenetischen“ Indikation. Die soziale Indikation als solche wird abgelehnt, da der Arzt nicht die Aufgabe hat, einen materiellen Notstand festzustellen, und weil die allenfalls dafür zuständigen behördlichen Einrichtungen bis jetzt vollständig fehlen und wohl auch voraussichtlich niemals geschaffen werden. Dagegen wird die Mitwirkung sozialer Gründe bei der Aufstellung medizinischer Indikationen bedingt anerkannt. Die eugenetische Indikation fällt „zum mindesten für heute“ noch fort, da die Vererbungswissenschaft für den Menschen heute noch keine Grundlage sieht, welche eine sichere Prognose für das Kind ermöglicht. — Schließlich berührt W. die heutigen Rechtsgrundlagen der ganzen Frage und fordert, daß das neue Strafgesetzbuch einen Paragraphen enthält, durch den der Arzt, welcher den künstlichen Abort nach den Regeln der Wissenschaft — d. h. aus heute wissenschaftlich anerkannten Indikationen — ausführt, straffrei bleibt. Das Buch bildet für den Praktiker einen sehr wertvollen Ratgeber, und wird — wenn auch nicht starre Regeln darin aufgestellt sind — durch die Darlegungen Winters und die jedesmalige Gegenüberstellung der Meinungen von prominenten Gynäkologen an deutschen Hochschulen demselben seine Aufgabe sehr erleichtern, welche Entscheidung er in dem jeweiligen Falle zu treffen hat.

Rudolf Katz (Berlin).

Dr. Georg Wolff, Stadtschularzt in Berlin: **Der Gang der Tuberkulosesterblichkeit und die Industrialisierung Europas.** Eine statistisch-sozialhygienische Untersuchung. Tuberkulose-Bibliothek. Beihefte zur Zeitschrift für Tuberkulose, herausgegeben von Prof. Dr. Lydia Rabinowitsch, 1926, Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, Nr. 23, 172 S. — Die Umwälzung im medizinischen Denken, auf die nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Erscheinung des Friedrich Krausschen Buches „Pathologie der Person“ der Königsberger Kliniker Matthes auf der 36. Tagung der Gesellschaft für innere Medizin hingewiesen hat, daß nämlich im Mittelpunkt der medizinischen Forschung nicht die Krankheit, sondern der Mensch stehen soll, hat ihre Wurzeln in der modernen sozialen Hygiene. Denn viele Jahre zuvor hat Grotjahn darauf hingewiesen, „daß zwischen dem Menschen und der Natur die Kultur steht und diese gebunden ist an die gesellschaftlichen Gebilde, deren Wesen und Zusammenhang uns durch die Anwendung geisteswissenschaftlicher Methoden offenbar werden[1]).

Keine Tatsache beweist die Richtigkeit dieses Denkens in dem Maße, wie der Gang der Tuberkulosesterblichkeit.

Daß Tuberkulose eine soziale Krankheit ist, ist allgemein bekannt. Nun aber schließen sich noch heute viele der Virchow-Hirsch'schen, seinerzeit richtigen Behauptung an, daß Tuberkulose eine Industrialisierungserscheinung sei. Und das ist grundsätzlich falsch, denn man muß die Bezeichnung der Tuberkulose, besonders der Lungentuberkulose, als Proletarierkrankheit nur relativ verstehen. Bringt doch Industrialisierung nicht nur Fabrikstaub und -rauch und sonstige Erscheinungen mit sich, sondern auch großzügige sozialpolitische Reformen, den gewerkschaftlichen Zusammenschluß der Arbeiter, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Hebung der Bevölkerung, sozialhygienische Fürsorge, Aufklärung und viele andere Faktoren, die nur dank der Bereicherung der Nation zu schaffen sind. Das Nationaleinkommen ist aber in Industriestaaten unvergleichlich größer als in überwiegend agrarischen Ländern. Alle diese Faktoren und noch viele andere wiegen die zweifellos vorhandenen Schäden der Industriearbeit reichlich auf. Und in der Tat zeigt ein Vergleich der Tuberkulose-Sterblichkeitsstatistik in den verschiedenen Ländern, daß sie in den Industriestaaten rapider sinkt als in den Agrarländern.

Nicht nur im Hinweis darauf beruht das große Verdienst von Dr. Wolff. Indem Medizinalstatistik mit vielen Fehlerquellen belastet ist, weist er auf diese hin und gibt vorzügliche Ratschläge, wie Fehlerquellen möglichst zu beseitigen und wenigstens zu erkennen sind. Dies macht das Wolffsche Buch für jeden Arzt unentbehrlich.

M. Kantorowicz.

---

[1]) Prof. Dr. Alfred Grotjahn: „Soziale Pathologie“, III. Aufl. 1923. S. 2.

Therapeutische Mitteilungen.

Ueber wirkliche Vibrationsmassage.

Neue Wege und Heilresultate durch eine neue Technik.

Von

Dr. med. DREUW-Berlin.

Eine Steigerung der Heilresultate durch die physikalische Therapie ist vielfach durch Fortschritte der Technik bedingt. In dem Moment, wo es gelingen würde, statt der bisherigen Exzenterbewegung der elektrischen Vibratoren eine wirkliche Vibration, d. h. tatsächliche Schwingungen einer starken Membrane in jeder Dosierung und Regulierung zu erzeugen, oder wo es gelingen würde, eine genaue in der Minute viele tausend Male erfolgende Auf- und Abwärtsbewegung eines Kolbens mit verschiedenen Aufsätzen für die entsprechenden Spezialgebiete der Medizin zu bewirken, müßte die Reizwirkung auf die Zellen in physiologischer, pathologischer und klinischer Hinsicht ganz andere Resultate erzielen als bei der bisherigen Technik.

Wenn es dann noch gelingen würde, mit diesem neuen mechanischen Reiz noch einen thermischen in jeder Abstufung zu kombinieren, ja sogar unter Wasser die neue Technik, so z. B. in der Badewanne anzuwenden, so daß zu dem mechanischen und thermischen noch die chemischen Reize von eventuell dem Wasser inkorporierten Medikamenten hinzukäme, dann würden die verschiedenen durch Vibrationsmassage zu behandelnden Krankheiten einer Beeinflussung unterworfen werden, die nach anderen biologischen und physikalischen Gesetzen und Gesichtspunkten sich gestalten würde.

Die biologischen Wirkungen der Vibrationsmassage, die hauptsächlich in der Erzeugung einer Blutüberfüllung der Haut bestehen, würden durch die Aufeinanderfolge verschiedener Reize eine physikalische Reizsteigerung erfahren.

In einer Monographie über „Die Vibrationsmassage und ihre vielseitige Anwendung (Aufbauverlag, Berlin 1924) schreibt der Verfasser derselben, Sanitätsrat Dr. Breiger, S. 22:

> „In der Tat ist die Vibrationsmassage ungemein viel kräftiger als die Handmassage, und auch die feinen und rasch und vollkommen gleichmäßigen Erschütterungen kann uns die Hand nie nachmachen; sie haben aber für die Anregung der Zelle, also für die direkte Einwirkung auf den Stoffwechsel, einen großen Wert. Freilich kommt es dabei sehr auf den Bau des Apparates an; je feinschlägiger und rascher aufeinanderfolgend die Erschütterungsstöße sind, desto wirksamer wird der Reiz auf die Zelle sein."

Es kommt also bei der Wirkung hauptsächlich auf zwei Momente an: 1. Feinschlägigkeit, 2. rasche Aufeinanderfolge der Erschütterungen.

Unter Vibrationsmassage im strengen Sinne versteht man die durch Schwingungen (Vibration) bewirkte Erschütterung der Haut und der darunter liegenden Organe. Eine solche wurde bisher erzeugt entweder mittels der Kraft der Hand oder der Elektrizität. Die bisherigen gebräuchlichen elektrischen Handvibrationsmassage-Apparate bewirken die Erschütterung meist in der Weise, daß ein kleiner rotierender Elektromotor einen Exzenterkolben bewegt, auf welchem verschiedene Aufsätze aufgeschraubt werden. Das Wort Vibration ist für alle diese elektrischen Apparate eigentlich nicht am Platze. Denn der Kolben und die ihm aufgeschraubten Aufsätze geraten nicht in Vibration, sondern in eine Exzenterbewegung, die ihrerseits eine Erschütterung der Haut bewirkt.

Naturgemäß gibt der kleine Elektromotor (etwa 2000 Umdrehungen in der Minute) häufig Anlaß zu verschiedenen Störungen; er brennt leicht durch, namentlich aber ist das Rasseln eine unangenehme Beigabe. Würde man ihn im Bade anwenden, so tritt durch die Feuchtigkeit sehr leicht Kurzschluß und Gefahr für Leben und Gesundheit ein. Sogar Todesfälle sind durch den elektrischen Strom im Bade schon vorgekommen.

Seit mehr als 15 Jahren habe ich mein Augenmerk auf die technische und klinische Vervollkommnung der Vibrationsmassage gerichtet. Unzählige Versuche sind von mir in dieser Zeit gemacht und viele neukonstruierte Apparate ausprobiert worden, bis es mir vor kurzem gelang, einen Apparat zu konstruieren, der folgende technische Vorzüge hat.

1. Er erzeugt eine wahre Vibration, d. h. eine Schwingung einer Membrane, die so stark gesteigert werden kann, daß sie dem Patienten unerträglich wird, aber andererseits sofort auf ein Minimum der Stärke reduziert werden kann, d. h. jede beliebige Stärke kann ohne weiteres erreicht werden.

2. Die Zahl der Vibrationen schwankt zwischen 3000—6000 und mehr in der Minute. Je schneller die Vibrationen, um so feinschlägiger sind sie. Der Reiz auf die Zelle wird daher um so wirksamer sein.

3. Die Vibration der Membrane kann durch eine geeignete Vorrichtung, ganz im Gegensatz zur elektrisch betriebenen „Vibration", in eine exakte Auf- und Abwärtsbewegung eines Kolbens umgewandelt werden.

Nachdem ich einer Reihe von Professoren der Technischen Hochschule in Berlin dieses System demonstriert hatte, schrieb mir der Direktor des Instituts für technische Physik der Technischen Hochschule, Geh.-Rat Prof. Cranz, daß der Pulsationsapparat das lebhafteste Interesse aller seiner Zuhörer erregt habe und er vielleicht den Apparat zum Gegenstand einer Diplomarbeit für einen Kandidaten machen werde. Diese unterdessen in Angriff genommene Studienarbeit hat bis heute schon insofern ein verblüffendes Resultat ergeben, als in der Tat 3000, ja bis zu 6000 Vibrationsschläge in der Minute filmphotographisch festgehalten wurden. Ich werde auf Einzelheiten dieser Studienarbeit des Cand. ing. Günther, die bereits der Technischen Hochschule zusammen mit den filmphotographischen Aufnahmen der Schwingungen überreicht ist, in einer besonderen Abhandlung noch näher eingehen, bemerke jedoch jetzt schon, daß die Kurven der Vibration um so gleichmäßiger sind, je schneller sie erfolgen. In technischer Hinsicht stellt die neue Vibration den Physiker vor Probleme, die in weiteren Arbeiten der Physiker gelöst werden sollen.

Worin besteht nun die Kraft, die so zahlreiche Vibrationen in der Minute erzeugt und wie ist die Konstruktion des Apparates? Die Kraft ist die in der Wasserleitung verborgene Wasserkraft (1-2-3-4 Atmosphären) und der Apparat selbst ist das soeben abgeschlossene Resultat meiner 1909 begonnenen und systematisch fortgesetzten Studien und Arbeiten, nämlich das fließende Wasser ohne drehenden Motor zur unmittelbaren Arbeitsleistung zu zwingen. Ebenso wie der fließende elektrische Strom mittels des in der elektrischen Klingel befindlichen Wagnerschen Hammers direkt zur Arbeit gezwungen wird, ebenso muß durch meinen Pulsationsapparat das fließende Wasser der Wasserleitung direkt ohne Drehmotor Arbeit leisten.

Figur I, II u. III zeigen die äußere Ansicht des Apparates, Fig. II im Bade. Fig. III zeigt die Verwendung desselben z. B. bei der Sportmassage. Durch den an jeder Wasserleitung (Badezimmer, ärztliches Sprechzimmer usw.) ohne weiteres zu befestigenden dünnen Druckschlauch a wird das Wasser in den etwa fünfmarkstückgroßen hohen Metallkopf b geleitet, auf dem eine etwa 4 mm dicke Gummimembrane c durch Schraubwirkung gespannt wird. Durch den aus 4 Oeffnungen, die sich im Inneren des Hohlzylinders befinden, gegen die Membrane anschlagenden Wasserstrahl wird diese in die Höhe getrieben, sie schwingt dann in der Sekunde 50 bis 100 mal auf- und abwärts, wobei das Wasser stoßweise durch den dicken Abflußschlauch d in die Kanalisation, in das Waschbecken des Arztes oder die Badewanne usw. getrieben wird.

Der Endeffekt ist also der, daß die beinahe handtellergroße und absolut widerstandsfähige dicke Membrane c Arbeit leistet und daß ihre Vibrationen der Haut und den tieferen Organen (Herz, Magen, Darm, Muskeln, Nerven usw.) mitteilt. Durch einen besonders konstruierten Metallaufsatz auf der Membrane c ist es möglich, daß die Membrane einen Kolben tausendemale in der Minute auf- und abwärtstreibt, auf dem dann die entsprechenden feinen und dünnen Aufsätze für ärztliche Zahnfleisch-, Nasen-, Ohren-, Urethral-, Vaginal-, Nerven- und punktförmigen Hautmassagen aufgeschraubt werden.

Das Wasser aus der Wasserleitung berührt demnach nicht etwa die Haut, sondern die in dem Wasserstrome verborgene Kraft wird lediglich dazu benutzt, um eine Vibration einer sehr starken Membrane und durch diese eine Erschütterung der Haut zu erzielen, während das Wasser selbst durch den Abflußschlauch, ohne die Haut zu berühren, in das Wasserbecken zurückfließt. Ein Versagen oder sonstige Unannehmlichkeiten sind daher ausgeschlossen.

Der Massageapparat ist mittels einer besonderen, von mir angegebenen Vorrichtung an jeden Wasserhahn anzubringen und kann daher ohne weiteres benutzt werden. Er gestattet leichte Regulierung der Vibration auf jede gewünschte Stärke, durch größeres oder kleineres Oeffnen des Wasserhahnes. Der teure Rheostat, der nutzlos den Strom vernichtet, fällt daher weg. Er ist völlig gefahrlos; Versagen oder Verletzungen sind ausgeschlossen; er verursacht keine Reparaturen, kein Erhitzen der Lager, keine Geräusche, schließt jede Krankheitsübertragung völlig aus, da die Membrane und ihr Fassungsring auswechselbar und leicht auszukochen und zu desinfizieren sind. Der neue Apparat arbeitet auch unter Wasser in der Badewanne, was bisher unmöglich war. (Unter-Wassermassage.) Wegen seiner Billigkeit, da der teure Motor fehlt, dürfte er die Vibrationsmassage zum Faktor der täglichen Gesundheits- und Schönheitspflege machen, sie sozusagen popularisieren und in Kreise tragen, denen die wohltuende Vibrationsmassage bisher unbekannt war. Der neue, von der Fabrik P. Haberer, Berlin W 30, Neue Winterfeldtstr. 32, hergestellte Apparat dürfte also ein Faktor der Sozialhygiene werden, die Medizinalbehörden, die in Frage kommenden Fachkreise und die Sportwelt stark interessieren!

Bei den elektrischen Handvibratoren bedeuten die kaum zu desinfizierenden Aufsätze und Zacken und Glockenform mit Schwammgewebe in hygienischer Hinsicht geradezu eine große Gefahr, denn sie lassen sich infolge ihrer komplizierten Gummiform nicht desinfizieren und wandern von Gesicht zu Gesicht, von Kopf zu Kopf. Ansteckungen sind daher nicht zu vermeiden. Anders bei der glatten Membrane mit ihrem Metallring. Der letzte wird ausgekocht und liegt für jeden Gebraucher immer keimfrei bereit. Die unzerreißbaren Membranen sind ebenfalls keimfrei zur Hand.

Die Hygiene der Vibrationsmassage beim Arzt, beim Friseur, in der Klinik, im Sanatorium, im Hotel, in der Badeanstalt und in Sportvereinen ist daher voll und ganz garantiert.

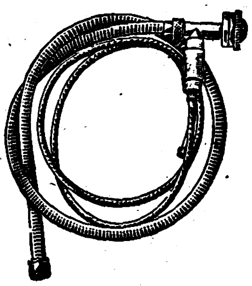
Wenn Prof. Lassar das Wort prägte: „Jedermann wöchentlich ein Bad", dann erfüllt das neue Massagesystem die Forderung: „Jedermann täglich eine Vibrationsmassage" oder „Jedermann während des Badens eine Vibrations-Massage."

Ueber die Bademassage berichtet „Das Sanatorium" wie folgt:

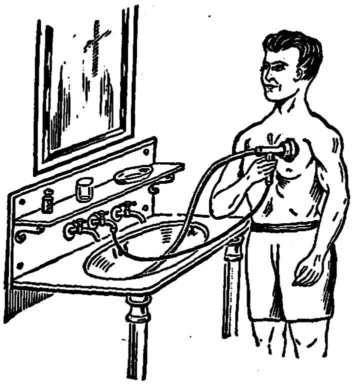
„Eine der wichtigsten Heilwirkungen der Massage ist die Erzeugung von Blutüberfüllung der Haut. Die Heilwirkung der (roten) Blutüberfüllung der Haut ist inzwischen auch von der Medizin anerkannt worden (Prof. Hoffmanns Esophylaxie der Haut). Nun besteht aber ein physiologisches Reizsteigerungsgesetz, das besagt, daß die Aufeinanderfolge zweier verwandter Reize reizsteigernd wirkt. Läßt man einem warmen Wasserbade oder einem Heißluft-, Licht- oder Dampfbade eine Massage folgen, so wird die sich als Blutüberfüllung geltend machende Reaktion stärker sein, als die ohne die vorausgegangene Wärmeanwendung gewesen wäre. Diese Mehrleistung des Körpers erstreckt sich über die ganze Körperoberfläche und hängt mit einer Spannungserhöhung des unwillkürlichen Nervensystems, den Lebensnerven zusammen. Besonders tritt diese Leistungssteigerung in Erscheinung, wenn der zuvor kühle Körper durch ein heißes Bad erwärmt und dann massiert wird. Bei der Anwendung kühler Bäder tritt die durch nachfolgende Massage hervorgerufene Mehrleistung nur dann ein, wenn der Körper vor dem Bade warm war und der Badende sich im Wasser oder im bewegten Wasser badete und sich nicht zu sehr abkühlte. Auf dieser Leistungssteigerung der Körperreaktion beruht der hohe Wert der seither geübten Bademassage."

Die physiologische Reizsteigerung tritt noch mehr in die Erscheinung, wenn man statt nach dem Bade mittels der Unter-Wassermassage während des Badens die Haut und die darunter liegenden Gebilde in Vibration versetzt. Die Wirkung bei allen Neurosen, insbesondere der sexuellen Neurasthenie, bei Herzneurosen sowie bei der Hysterie ist eine eklatante, wenn man entweder die Warm- oder Kaltmassage oder beide kombiniert so anwendet, daß zu dem Reiz des Bades evtl. mit medikamentösen Zusätzen noch die ädaquate Reizsteigerung durch die feinschlägige Erschütterung der Zellen und der dieselben versorgenden Nerven- und Blutgefäße hinzukommt.

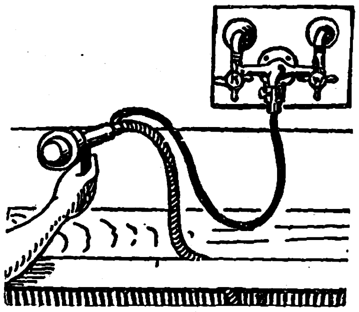
Die desensibilisierende Wirkung auf die Hautnerven mit dem neuen Massageapparat kann man leicht feststellen, wenn man den Daumen oder den Zeigefinger ganz leicht auf die schwingende Membrane auflegt, so daß die Nerven der Fingerspitzen in der Minute etwa 3000 mal in Vibration durch die schwingende Membrane versetzt werden, was bisher unmöglich war. Man wird dann beobachten, daß zunächst eine Art von Pelzigsein in der Fingerspitze sich zeigt und daß dann eine starke Herabsetzung der Sensibilität der Fingerspitzen in die Erscheinung tritt. Hält man die schwingende Membrane an die Schläfe, so wird das Sehen undeutlich, da anscheinend durch die häufige Aufeinanderfolge der Schwingungen (50—70 mal in der Sekunde) die letzteren sich dem Sehnerven-Zentralorgan oder dem Sehnerven selbst mitteilen.



Figur 1.



Figur 2.



Figur 3.

Wenn man auf den Apparat einen Aufsatz aufschraubt, der aus einem vielleicht 3 mm dicken Metallstab mit einer sich darauf befindlichen, vielleicht ½ cm großen Kugel besteht, so kann man sowohl im Inneren der Nase, als auch im Inneren des Ohres, als auch in sonstigen Körperhöhlen, auch in der Harnröhre und in der Mundhöhle Vibrationen ausführen, die von der feinschlägigsten bis zur höchsten Stärke reguliert werden können. Auch eine Uterusmassage und eine Massage des Zervikalkanales ist auf diese Weise bequem zu erreichen, wenn man das oben beschriebene Ansatzstück entsprechend lang macht und ihm eine dementsprechende Form gibt. Heute, nach den Ereignissen des Krieges und der Revolution, tritt namentlich die Sportmassage immer mehr und mehr in den Vordergrund. Ein vereinfachtes und billiges neues System, wie das oben beschriebene, wird daher zur Kräftigung des Körpers, der Haut, der Muskeln und namentlich des Herzens immer mehr und mehr angewandt. Die Einwirkung der von mir erfundenen feinschlägigen Auf- und Abwärtsbewegungen auf die Gefühlsnerven ist eine intensive. Setzt man die Membran oder den federnden Kolben auf den Damm oder in die Sexualgegend, so hat der Patient das Gefühl, als ob ein faradischer Strom ihn träfe. Aehnlich ist das Gefühl bei der Applikation auf andere Hautstellen. Zur Behandlung der sexuellen Neurasthenie setze ich den Apparat, durch den ich heißes Wasser treiben lasse (warme Membran) entweder auf den Damm oder in die Skrotalgegend, hie und da auch auf das Rückenmark in der Gegend des Erektions-Zentralorgans. Bei der Applikation in der Skrotalgegend und in der Dammgegend übertragen sich die Erschütterungen ohne weiteres auf die Prostata, die hintere Harnröhre und den Colliculus seminalis. Gerade auf diese feinen Erschütterungen, die dem Patienten andererseits in suggestiver Hinsicht ein besonderes Gefühl des Vertrauens geben, ist die günstige Beeinflussung bei der Neurasthenie sexualis und überhaupt bei der Neurasthenie zurückzuführen.

Ein großes Feld für die von mir angegebene Massage ist die Impotenz.

Theoretisch und praktisch ist die günstige Beeinflussung auch zu erklären. Denn neben der feinschlägigen Erschütterung und der damit verbundenen reflektorischen Einwirkung auf das Erektionszentralorgan spielt die Resorption von Infiltraten und namentlich auch die physische Beeinflussung des Patienten eine große Rolle. Der Patient fühlt die feinen Vibrationsbewegungen, er fühlt die Wärme, die Kälte oder beides abwechselnd und faßt speziell zu dieser Methode von vornherein eine gewisse Zuversicht. Wenn aber, wie ich später noch betonen werde, bei einer Erkrankung die psychische Beeinflussung neben der physiologischen unbedingt nötig ist, denn gerade bei dem komplizierten Symptomenkomplex der Impotenz.

Ein Gebiet, welches durch die feinschlägige Erschütterung eine neue therapeutische Bereicherung erfährt, ist die Vibrationsmassage der Scheide und der Gebärmutter, namentlich die chronischen Entzündungen derselben und deren Adnexe. Bei der Bleichsucht (Chlorose), der Blutarmut (Anämie) bei Arterienverkalkung (Arteriosklerose) bei bronchialem nervösem Asthma, sowie bei Bronchialkatarrh verwende ich mit Vorliebe die Massage während des Badens, wenn möglich mit warmer oder lauwarmer Membran.

Neurasthenie (Nervenschwäche) sowie nervöse Beschwerden werden mit Kalt-Vibrationsmassage im Bade erfolgreich behandelt, die im übrigen bei chronischer Obstipation (zweckmäßig Warm- und Kalt-Vibration im Bade unter Wasser!).

Ein großes Feld für die Hydrovibration bietet die Behandlung der Herzneurosen und Herzerkrankungen überhaupt wegen der Tiefenwirkung der feinschlägigen Vibration und der damit verbundenen Kalt- oder Heißmassage.

Die Erfolge bei Kopfschmerz sind in vielen Fällen so eklatant, daß meist schon nach 3—5 Minuten der Kaltvibration ein Gefühl der Erleichterung und der Entspannung eintritt. Beinahe alle meine Patienten haben mir diese wohltuende symptomatische Wirkung der kalten vibrierenden Membran bestätigt.

Die Rekonvaleszenzkur nach schweren Erkrankungen wird durch die Kalt- und Warm-Vibration infolge der starken Durchblutung und besseren Ernährung der Zellen, durch Fett und Muskelerneuerung erfolgreich bekämpft.

Da die Vibrationsmassage mit den beschriebenen, für den Gesamtorganismus so wertvollen Eigenschaften noch vor den meisten anderen Behandlungsmethoden den Vorzug besitzt, wohltuend und angenehm und in ihrer Ausführung außerordentlich einfach zu sein, so begreift man, warum gerade diese Behandlungsmethode sich mehr und mehr einbürgert. Aber erst die neue Kalt- und Warm-Vibration, außerhalb und innerhalb des Wassers der Badewanne mit ihrer schnell- und feinschlägigen Erschütterung dürfte berufen sein, immer neue Indikationen der Massage zu erschließen.

Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea.

Von

Dr. ALFRED ALEXANDER, Berlin.

Die Mode der schlanken Linie, welche in letzter Zeit bei uns fast schon zu einer psychischen Erkrankung geworden ist, hat es mit sich gebracht, daß die Frage der Entfettungskuren direkt in den Vordergrund bei den ärztlichen Beratungen getreten ist. Das Verlangen vieler Frauen und Männer, ohne Berufsstörung, ohne Einschränkung des Essens, ohne Betätigung an Umfang und Gewicht anzunehmen, hat zur Folge gehabt, besonders noch durch falsche Auffassung der Fettsucht selbst, daß wahllos Fettsuchtbehandlungen schematisiert, mit oder ohne Arzt, gemacht werden, die zum Teil als Versuch am untauglichen Objekt nicht zum Ziel führen können, zum Teil auch zu Schädigungen geführt haben.

Ich möchte besonders betonen, was auch Mosler[1]) schreibt, daß vor allem Mastfettsucht, oder besser gesagt Freßfettsucht, unbedingt als ein vollständig getrenntes Krankheitsbild von der endokrinen Fettsucht zu scheiden ist, wenn auch manches Mal Uebergänge zwischen beiden bestehen. Reine Mastfettsucht aber wird nie und nimmer ohne starke diätetische Beschränkung, ohne starke Inanspruchnahme der Muskeltätigkeit, d. h. Laufen, Turnen, Massage, Mechano-Therapie, zu beseitigen sein. Es kommt noch dazu, daß aber gerade diese Kranken sehr bequem sind, von ihrem Laster des zu viel Essens und Trinkens nicht lassen wollen, und deswegen, wenn sie noch dazu ohne ärztlichen Rat oder auch bei ärztlicher Kontrolle zu große Mengen Medikamente nehmen, subjektive und objektive Störungen bekommen.

In meiner Arbeit[2]) habe ich schon betont, daß gerade bei der endokrinen pluriglandulären Fettsucht man genau bestimmen muß, welche Drüsen an der Erkrankung schuld sind, und habe vor der wahllosen Anwendung von Entfettungskuren mittels organo-therapeutischer Mittel gewarnt. Wenn Franke[3]) aus denselben Gründen vor der Behandlung mit Thyreoidin und Lipolysin ohne ärztliche Ueberwachung des Patienten warnt, so unterstreicht er gerade das, was ich seinerzeit behauptet habe. Seine Fälle, die er mit der Ueberschrift: „Hyperthyreoidismus nach Gebrauch von Lipolysin" veröffentlicht, sprechen für meine Forderung, da gerade die Fälle, die er notiert, nach meiner Ansicht nicht „Hyperthyreoidismus nach Lipolysinbehandlung" darstellen. Die Ueberschrift hätte besser lauten müssen: „Lipolysinbehandlung bei Hyperthyreoidismus". So zeigt der Fall 1 von Franke bei Verabreichung von Lipolysin typische Erscheinungen von Hyperthyreoidismus, die nach Anwendung von Antithyreoidin sich dann besserten. Dies läßt doch darauf schließen, daß es sich um einen latenten Basedow mit starker Hyperfunktion der Thyreoidea gehandelt hat, wofür auch die in manchen anderen Fällen von Morbus Basedowii beobachtete Ueberempfindlichkeit gegen Jod spricht. Lipolysin war also hier nicht indiziert.

Der im Fall 4 von Franke betonte Wunsch des Patienten, der für die Lipolysinbehandlung ausschlaggebend war, obwohl das Glanzauge und die weiche parenchymatöse Struma von der Behandlung hätten abhalten müssen, zeigen, wie fehlerhaft oft die therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden, wenn sie von den Wünschen der Patienten und nicht von der richtigen Indikationsstellung abhängig gemacht werden. Die Worte Frankes „wie unheilvoll ein Mittel wirken kann, wenn es kritiklos angewendet wird", sind ja nicht nur für diesen Fall, sondern in der ganzen Medizin immer wieder zu unterstreichen. Ich bin gerade auf diese zwei Fälle näher eingegangen, weil in letzter Zeit verschiedene Arbeiten erschienen sind, die gegen die organotherapeutische Behandlung der endokrinen Fettsucht verwertet werden, während sie doch nur deutlich zeigen, daß ein Mittel am untauglichen Objekt unheilvoll wirken kann.

Mosler, der, wie erwähnt, vor der Behandlung bei ungeeigneten Fällen warnt, verlangt, daß ein außerordentlich strenger Maßstab bei der Diagnose „endokrine Fettsucht" angelegt wird. Dieses Verlangen Moslers, das von Krehl, Paul Friedrich Richter u. a. ebenfalls gestellt wird, habe ich ja schon kurz in meiner Arbeit angedeutet, ich möchte es hier noch einmal wiederholen. Es ist auch dem Praktiker leicht, festzustellen, ob eine endokrine oder Mastfettsucht vorliegt, außerdem aber, welche endokrinen Drüsen als Ursache für die Fettsucht in Betracht kommen. Vor allem muß ja immer wieder betont werden, daß bei der endokrinen Fettsucht auch der Wasserstoffwechsel stark gestört ist, daß das Gewebe (nicht nur das Fettgewebe) stark wasserhaltig ist, daß bei Kontrolle des Wasserhaushaltes täglich kleinere oder größere Ausscheidungsverluste an Flüssigkeit festzustellen sind.

Wenn man vor Einleitung einer Entfettungskur Versuche macht dahingehend, daß die entsprechenden einzelnen Inkrete rein oder in Mischung gegeben werden, so kann man in einigen Tagen den Fehler im innersekretorischen Haushalt feststellen.

Man spritzt, nachdem man zweimal 24 Stunden bei normaler Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme die Aufnahme und Ausscheidung von Wasser festgestellt hat, an den nächsten Tagen abwechselnd die verschiedenen innersekretorischen Substanzen wie Ovarial- resp. Testis-, Thyreoid-Substanz (bei nachweislichem Thyreoidismus kann dieser letztere Versuch unterbleiben), Thymus und Hypophysis-Substanz ein. Hat bei ein oder zwei Substanzen eine Wasserausscheidung begonnen, die die Wasseraufnahme übertrifft, so kombiniert man diese Mittel und spritzt diese zusammen ein. Wenn auch hier wieder eine Vermehrung der Wasserausscheidung vorhanden ist, so kann man annehmen, daß hier der Fehler der endokrinen Korrelation liegt. Die genaue wissenschaftliche Untersuchung, die diese etwas rohe, aber dem Praktiker absolut genügende Versuchsanordnung übertrifft, wäre natürlich die von Lahmann in der Münch. Med. Wochenschrift 1925, Nr. 36, Seite 1507, nach Hirsch-Jena angegebene Untersuchung der Abwehrfermente aus dem Blut. Es würde zu weit führen, hier auf diese Arbeit einzugehen, die im Original nachzulesen ist.

Auf Grund meiner Beobachtungen habe ich nun im Laufe des letzten Jahres weitere therapeutische Versuche bei der endokrinen Fettsucht gemacht, um den sogenannten Gefahren der Anwendung von als Entfettungsmittel bezeichneten endokrinen Substanzen sicher aus dem Wege zu gehen. Die Firma Dr. Georg Henning, Berlin, hat mir bereitwilligst die Präparate, die ich zu diesen Versuchszwecken brauchte, zur Verfügung gestellt. Gerade die Fälle der Fettsucht bei

---

[1]) D. M. W. 1925, Nr. 50 p. 1752.

[2]) D. M. W. 1924, Nr. 10 p. 300.

[3]) D. M. W. 1925, Nr. 25 p. 1279.

Patienten, bei welchen latenter Hyperthyreoidismus zu befürchten war, haben nun die Beobachtung ergeben, daß es gelingt, eine Entfettung zu erreichen, ohne schilddrüsenhaltige Stoffe anzuwenden, mithin gerade die angebliche Gefahr zu beseitigen, die nach den Arbeiten der letzten Zeit bei der organo-therapeutischen Behandlung befürchtet wird.

Beobachtungen, daß Patienten, die äußerlich zwar keine Erscheinung einer Thyreo-Toxikose zeigten, auf Präparate, die Schilddrüsen-Substanz enthielten, mit leichteren oder stärkeren Störungen reagierten, wobei als Störung — neben Herzklopfen, Flimmern vor den Augen, Schwindelgefühl, Magen- und Darmstörungen — auch schon eine leichtere oder stärkere Urticaria anzusehen ist, haben mich dazu gebracht, zuerst zu Entfettungskuren nur einzelne Stoffe, wie Ovarial-Extrakt, Testes-Extrakt, Thymus-Extrakt, Hypophysenvorderlappen-Extrakt („Henning") einzuspritzen und innerlich zu geben. Ich möchte hier betonen, daß auch in einem großen Teile von Fällen mit normaler Schilddrüsenfunktion ein thyreoidhaltiges Mittel unangebracht ist, wenn der Versuch zeigt, daß es Hyperthyreoidismus hervorzurufen imstande ist.

In anderen Fällen wurden die oben erwähnten Substanzen kombiniert gegeben, und so erreichte ich in einer größeren Anzahl von Fällen genau dieselbe Gewichtsabnahme, wie ich sie früher mit dem Lipolysin und anderen Schilddrüsenpräparaten erzielt habe.

Diese klinisch-experimentellen Versuche wurden durch die von Prof. Tannhauser anläßlich des letzten ärztlichen Fortbildungskurses in Karlsbad gemachten Mitteilungen bestätigt.

Nach Tannhauser ist die thyreogene Fettsucht seltener als man bisher annahm, dagegen sollte der Hypophyse und den Keimdrüsen häufiger die Ursache bei Fettsucht zuzuschreiben sein. Hierbei kann es sich auch um eine sekundäre thyreogene Ursache der Fettsucht handeln, insofern, als die Hypofunktion beider oben genannten Drüsen sich auf dem Umwege über die Schilddrüse bemerkbar machen kann. Dies würde dann auch die Wirkung der Thymusdrüse erklären, die ich in einigen Fällen sah, bei denen ich allein Thymus-Opton, Thymoglandol oder Thymus „Henning" spritzte und innerlich in Tablettenform gab. In diesen Fällen sah ich ein konstantes Zurückgehen des Gewichtes (in einem Falle innerhalb 6 Wochen um 16 Pfd.), einmal sogar starke Zurückentwicklung eines gleichzeitig vorhandenen Hyperthyreoidismus mit Struma, leichtem Exophthalmus, Tremor manuum. Gerade die Thymus-Substanz scheint nach meinen Beobachtungen nicht nur eine allgemeine Anregung auf das ganze endokrine System auszuüben, sondern auch zum Teil einen Ersatz für den Ausfall der Funktion der endokrinen Drüsen vielleicht über den Weg der Schilddrüse darzustellen.

Die von Tannhauser und auch von Prof. David in Karlsbad betonte Korrelation der verschiedenen endokrinen Drüsen muß bei Behandlung der Fettsucht also immer wieder hervorgehoben und bei der Therapie in allererster Linie berücksichtigt werden.

Die Firma Dr. Henning hat mir zu Versuchszwecken ein Lipolysin hergestellt, das frei von Thyreoidin ist, sonst aber alle anderen Stoffe enthält, die das ursprüngliche Lipolysin charakterisieren. Nach den erwähnten Erfahrungen mit Thymus- und Hypophysenextrakt wurde auf den Gehalt an Hypophysenvorderlappen und Thymus anstatt der ausgefallenen Thyreoidkomponente der Hauptwert gelegt. Ich möchte betonen, daß dem neuen thyreoidfreien Lipolysin zuerst Jod in kleinen Mengen als Aktivierungsmittel beigefügt war, da aber die größere Zahl der Patienten über subjektive Beschwerden klagte, ließ ich die Jodkomponente nachträglich ausfallen.

In Fällen, bei denen der Abbau und die Abnahme zu langsam vor sich gingen, oder gar das Mittel, sei es Original-Lipolysin mit Thyreoidea oder das neue thyreoidfreie Lipolysin, nicht einschlagen wollte, habe ich als Unterstützungsmittel Eiweiß in Form von Aolan, Xifalmilch als Mischspritze gegeben und habe gute und schnellere Resultate erzielt, die auch anhielten nach Aussetzen des Eiweißes und bei weiterer alleiniger Verabreichung von Lipolysin. Schlesinger machte mit dieser Kombination gleich gute Erfahrungen.

Es gibt natürlich Fälle mit schwachem Herzen, bei denen man schon aus Gründen der Entlastung — entfetten muß, und wo man auf Thyreoidsubstanz nicht verzichten kann. Da muß aber von Fall zu Fall die Herzbehandlung ganz individuell eingestellt werden. In einem Teil der Fälle ist oft die Digitalis geradezu kontraindiziert. Es ist mir aufgefallen, daß bei Patienten mit endokriner Fettsucht sehr häufig auf Digitalistherapie eine ausgesprochene Bradykardie einsetzt, die nicht mehr zu beheben ist. Es wirken Coffein- und Theobrominpräparate (besonders gut das Euphyllin) viel besser und sicherer und unterstützen durch Herbeiführung einer starken Harnflut den Erfolg der Entfettungskur. In einer großen Reihe von Fällen der pluriglandulären Fettsucht, bei denen die Symptome von lokalen Oedemen zu beobachten sind, benutze ich als Unterstützungsmittel das Euphyllin.

Ich behalte mir vor, über alle diese Versuche nach ihrem Abschluß eine ausführliche Arbeit zu veröffentlichen, möchte aber schon jetzt mitteilen, daß ich in vielen Fällen von endokriner Fettsucht, bei denen ich wegen eines latenten oder ausgesprochenen Hyperthyreoidismus das normale Lipolysin oder andere thyreoidhaltige Mittel (Leptormon, Thyreoidsubstanz, Horminum Natterer) nicht verwenden konnte, Erfolge erzielte, bei denen innerhalb 10—12 Wochen Gewichtsverluste von 12, 14 und 16 Pfund zu erzielen waren.

Ich verwendete zu diesen Entfettungskuren zuerst neben den Lipolysin sine Thyreoidea-Injektionen reine Ovarial- und Thymussubstanz, in letzterer Zeit die von der Firma Henning hergestellten Lipolysin sine Thyreoideatabletten. Ich gebe zweitägig 1 Injektion und an den Zwischentagen 3—6 Tabletten täglich. Die Erfolge sind, wie oben angegeben, vielversprechend, sodaß ich glaube, daß die Therapie der endokrinen Fettsucht mittels endokriner Präparate bei genauerer Individualisierung der Fälle gefahrlos ist.

Für die Fälle der Fettsucht mit latentem oder ausgesprochenem Hyperthyreoidismus und solche, bei denen die Thyreoidea zwar normal ist, frühere Kuren und Beobachtungen aber eine Neigung zu Hyperfunktion der Schilddrüse befürchten lassen, kommen schilddrüsenhaltige Stoffe überhaupt nicht in Betracht und müssen in solchen Fällen — meist sind es Fälle von genitalen-, hypophysären- oder genito-hypophysären Charakters — Medikamente gegeben werden, die nachweislich frei von Schilddrüse sind.

Ich möchte deshalb zum Schluß noch einmal betonen, daß die Behandlung der endokrinen Fettsucht mit organo-therapeutischen Mitteln in geeigneten Fällen bei Anwendung geeigneter Präparate unbedenklich ist unter ärztlicher Kontrolle und wenn der Arzt genau die Störungen der einzelnen Organe festgestellt hat.

Therapeutische Notizen.

Salit.

Der wirksame Bestandteil des Salit ist der Salicylsäurebornylester, also ein Salicylsäureester von Alkoholen der Kampferreihe. Das im Handel befindliche Einreibemittel Salit enthält etwa 50% Salit. pur., Salitcreme in Tuben enthält 25% Salit. pur. Man kann mit Hilfe des Salit eine allgemeine Salicylsäurewirkung ausüben, ohne den Magen und Darm mit Salicylsäurepräparaten zu belasten. Das ist besonders in den Fällen wichtig, in denen salicylsaures Natron oder selbst Acetylsalicylsäure (Acetylin) innerlich nicht gut vertragen wird. Zu der Salicylsäurewirkung gesellt sich als zweiter Heilfaktor der anregende Einfluß, den Salit-Einreibungen auf die Blutzirkulation ausüben. Auch dieser Einfluß auf den Blutkreislauf trägt zu der ableitenden und entzündungswidrigen Wirkung des Salit bei.

Salit hat sich namentlich bei der Bekämpfung von rheumatischen Erkrankungen ausgezeichnet bewährt. Die verschiedenen Formen des Muskelrheumatismus, Hexenschuß, Schulterschmerz, Gliederreißen usw. waren von jeher ein dankbares Feld für die Salitbehandlung. Selbst außerordentlich heftige Schmerzen wurden in mehreren Tagen behoben.

Packungen: Salit (Salit mit Oel in Spezialpackung); Flaschen zu 35 g und 70 g, Salitcreme in Tuben.

Herstellerin: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

Coffetylin.

ein neues Tabletten-Präparat. Jede Tablette entspricht 0,45 g Acetylin-Heyden und 0,05 g Coffein. Das Mittel zeichnet sich durch gute Verträglichkeit, vor allem von seiten des Magens aus. Es hat sich bereits gut bewährt bei Grippe, Schnupfen und anderen fieberhaften Erkrankungen, nach geistiger Ueberanstrengung und bei Folgeerscheinungen von Alkohol- und Tabakmißbrauch, ferner bei neuralgischen Schmerzen, Kopfschmerzen und vor allem auch bei Migräne. Es scheint, daß Migränefälle, die bisher jeder Therapie getrotzt haben, vielfach auffallend günstig durch Coffetylin beeinflußt werden.

Dosis: 1—2 Tabletten 1—3mal am Tage.

Packungen: Glasröhrchen mit 20 Tabl. zu 0,5 g und Papierröllchen (K. P.) mit 10 Tabl. à 0,5 g.

Die Kassenpackung des Präparates ist bereits von einer Reihe größerer Krankenkassenverbände für die Verordnung zugelassen worden.

Herstellerin: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

Gyneclorina.

Tabletten, die pro Tablette 0,5 g Chloramin-Heyden und einen Riechstoff enthalten, der den schwachen, zuweilen als unangenehm empfundenen Chlorgeruch der Chloramin-Lösungen gut verdeckt. Chloramin-Heyden hat sich als praktisch ungiftiges starkes Antiseptikum, dessen Desinfektionskraft in wässerigen Medien der des Sublimats entspricht, im eiweißhaltigen Medium dem Sublimat an Wirksamkeit überlegen ist und die Kresole um ca. das zwanzigfache an Desinfektionskraft übertrifft, sehr gut bewährt.

Gyneclorina findet Verwendung zur Wundbehandlung, zu Spülungen von Wund- und Körperhöhlen, zur Desinfektion der Hände, gutvernickelter Instrumente sowie von Geräten aus Gummi und Hartgummi. Eine große Bedeutung hat es zur Bekämpfung von Scheidenkatarrhen erlangt. Es wirkt gleichzeitig desodorisierend. Da manchen Patientinnen der schwache Chlorgeruch unsympathisch ist, so hat die Herstellerin auf Grund zahlreicher Anregungen aus Aerztekreisen nunmehr in Gyneclorina ein parfümiertes Präparat in den Verkehr gebracht, das zu hygienischen Spülungen sowie zur Behandlung der Leukorrhoe Verwendung findet.

Für letztere Zwecke genügen im allgemeinen 0,1 proz. Lösungen, d. h. 2 Tabl. auf 1 Ltr. körperwarmen Wassers, aber auch stärkere Konzentrationen, die bei besonders hartnäckigen Fällen angezeigt sind (0,2 — 0,25 proz. Lösungen), werden ohne Reizerscheinungen vertragen. Die meisten Fluorfälle werden sehr rasch beeinflußt.

Packungen: Glasröhrchen zu 25 Tabletten à 0,5 g.

Herstellerin: Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

(Aus der Poliklinik für innere Krankheiten von Prof. Rosin und Dr. Hirsch-Mamroth in Berlin.)

Corydalon, ein neues Mittel gegen Neurosis cordis.

Von Dr. Erwin Adler in Berlin.

Corydalon, ein Kombinationspräparat nach Angaben von Professor Treupel, aus Phenacetin 0,3, Coffein-Natriumbenzoat 0,2 und Extr. Bellad. 0,01 (Herstellerin Chem. Fabrik Gödecke & Co. A.-G., Berlin-Charlottenburg), wurde vom Verfasser in vorgenannter Poliklinik bei 20 Fällen von unkomplizierter einfacher Herzneurose angewandt. Die Dosierung war entweder dreimal täglich eine Tablette oder morgens eine, mittags zwei und abends eine Tablette. Es zeigte sich, daß das Corydalon den üblichen Baldrian- und Brompräparaten überlegen war. Die Beschwerden der Patienten verschwanden im allgemeinen schon nach 2—3wöchiger Behandlung. Irgendeine unangenehme Nebenwirkung wurde nicht beobachtet.

Calorose.

Ueber eine neuartige Ekzemtherapie berichtet Nagell aus der Dermatol. Univers. Klinik Rostock (M. m. W. 1925, Nr. 47). Er injizierte intravenös 10% Natr. bromat. in isotonischer Calorose-Lösung („Ektobrom“ Güstrow) und erreichte damit meist schnelle Beseitigung des Juckreizes, dem bald völlige Heilung des Ausschlags folgte. Akute Prozesse heilten nach wenigen Einspritzungen; ältere rozesse erforderten etwas längere Zeit.

Bismogenol.

Als erstes deutsches Wismutpräparat trat vor 3 Jahren Bismogenol (Tosse) auf den Plan und ist dauernd das führende Präparat geblieben. Wer Bismogenol in seinen guten Eigenschaften richtig erkannt hat, hält ihm die Treue. So berichtet Lennartz, Bonn, in Fortschritte der Therapie 1926, Nr. 2, daß er während der vergangenen 3 Jahre in seiner Spezialpraxis bei mehr als 100 Syphilitikern das Bismogenol für die Behandlungskuren anwandte und stets mit dem Mittel sehr zufrieden war. Bismorgenol ist als oxybenzoesaures Salz eine relativ ungiftige Wismutverbindung und löst daher selten und höchstens geringe Nebenerscheinungen aus. Sein Gehalt an Wismut ist hoch, die Heilwirkung intensiv. Es wurden teils kombinierte Bismogenol-Salvarsankuren, teils reine Bismogenolkuren durchgeführt. Letztere lassen zuverlässig den Nutzen des Wismut erkennen und beweisen die Trefflichkeit des Bismogenol für die klinische und serologische Beeinflussung der Syphilis, was durch einige Krankengeschichten veranschaulicht wird. Zusammenfassend urteilt Verfasser: „Bismogenol ist ein zuverlässiges Wismutpräparat, das . . . imstande ist, die Syphilis schnell zu heilen“ und „Hervorzuheben ist die sehr geringe Toxizität“.

777

LIBRARY
RECEIVED
MAY 22 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2.– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal [illegible] Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 1931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges. [illegible] L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind

NUMMER 8 BERLIN, DEN 30. APRIL 1926 44. JAHRGANG

Bei Kassen zugelassen!

Robural Ges. gesch. a. Wz. Nr. 29817.

enthält alle ernährungsnotwendigen Bestandteile in konzentrierter Form wie: Lecithin und andere Lipoide, Vitamine, Strontium und andere Mineralstoffe, Kohlehydrate usw. und Kakao. Appetitanregendes, leicht resorbierbares **Nähr- und Nervenaufbaupräparat.** Für **Rekonvaleszenz** aller Art das nicht versagende Kräftigungsmittel.

1—2 Teelöffel in Milch, Sahne, Eigelb oder Wasser, ungekocht zu nehmen oder wie Kakao zuzubereiten.
100 g M. 1,10, 250 g M. 2,60, 500 g M. 5,—.

Carbo-Bolusal Carbo sang., Aluminium, Kieselsäure, Bismut, Kalk, Magnesiumsuperoxyd.

Bolusal farblos, kohlefrei.

Pulver und Tabletten

Adsorbierende Antidiarrhoica und Antacida
Diarrhoe, Gärungsdyspepsie, Colitis ulcerosa, Hyperacidität, Ulcus ventriculi, Furunkulose.

Literatur und Proben.

3 mal tägl. 1 Eßlöffel in Tee od. Kakao oder 2—3 Tabletten ¼ Stunde vor der Mahlzeit. Auch clysmatisch.
Pulver: 125 g M. 3,30, 50 g M. 1,60, Kp. (20 g) M. 0,70
Tabletten: 60 Stück à 0,5 g M. 1,40

Dr. R. REISS, **Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,** Berlin NW 87/Fm.

KÜNSTLICHE HÖHENSONNE „ORIGINAL HANAU"

Ultraviolett-Bestrahlungen
mit der Quarzlampe
„Künstliche Höhensonne" — Original Hanau

Unsere Fabrikmarke verbürgt durch 20 jährige Fabrikationserfahrung (Gesamtproduktion über 100 000 Apparate) höchste technische Leistung u. sichere therapeutische Erfolge, belegt durch 1600 Publikationen u. zahlr. Lehrbücher.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Gleichstrom nur G.-M. 165.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Wechselstrom nur G.-M. 385.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Gleichstrom nur G.-M. 190.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Wechselstrom nur G.-M. 410.—, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bequeme Ratenzahlung nur innerhalb Deutschlands.
Verlangen Sie unseren neuen Hauptkatalog nebst neuen Preisblättern // Bitte nennen Sie Stromart und Spannung.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839.

NITROSCLERAN

Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

Herr Doktor!

Sind Sie reich genug,
um zu Fuß gehen zu können?
Zeit ist Geld!

DER KLEINE Pluto

PLUTO

Fabrikat der Automobilfabrik Zella-Mehlis
(vorm. Ehrhardt-Werke)

ist sparsam und billig im Gebrauch, kommt schnell und leicht auf Touren, ist sehr wendig, daher für den Stadtverkehr ebenso geeignet, wie für Fahrten über Land.

Grösste Stabilität!

Sieger 1924-25 in über 50 Autorennen

Der kleine Pluto 4/24 PS

wird in folgender fabrikmässiger Ausführung geliefert:

1. Sport- oder Touren-Zweisitzer . . .	4 400.- Mk.
2. Viersitzer-Phaeton	5 500.- „
3. Stadt-Coupee, Zweisitzer	5 350.- „
4. Cabriolett, zweisitzig	6 650.- „
5. Innensteuer-Limousine, viersitzig . .	6 000.- „
6. Lieferwagen, 350 kg Tragfähigkeit .	4 900.- „
7. Droschke, 5/28 PS n. pol. Vorschrift .	7 800.- „

mit Licht, Anlasser, Ballonbereifung 5 fach., Vierradbremse auf Wunsch.

Die Leser der „Fortschritte der Medizin" erhalten auf diese Originalpreise einen Nachlass von 5 Proz.

Anfragen sind zu richten unter Bezugnahme auf dieses Blatt an

Nordflug Automobil u. Flugzeugwerke A.-G.
Berlin W 35, Flottwellstr. 2
Telefon: Kurfürst 5465

Ausstellung:
Berlin-Charlottenburg
Bismarckstr. 97

Asthma — Felsol

bei allen grossen Krankenkassen-Verbänden zugelassen

Neueste Referate:

„Zentralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde", Bd. VI, Heft 9 (1925).
„Neue Arzneimittel, ihre Zusammensetzung, Wirkung und Anwendung", dritte verbesserte Auflage (Berlin und Leipzig) 1925, von Professor Dr. med. C. Bachem, Dozent der Pharmakologie an der Universität zu Bonn.

Literatur und Proben gratis
durch die

Roland-Aktien-Gesellschaft / Essen
Chemisch-Pharmazeutische Fabrik :: Holsterhauser Str. Nr. 53

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. E. König, chirurgischer Oberarzt des Städt. Krankenhauses Harburg a. E.: Ueber Entwicklung und heutigen Stand der Magengeschwürschirurgie 327

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 9—12 329
Deutsche med. Wochenschrift 1926, Nr. 8 u. 9 . . . 331
Münchener med. Wochenschrift 1926, Nr. 11—14 . . 332
Wiener klinische Wochenschrift 1926, Nr. 11—14 . . 333
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1926, 23, Nr. 3—6 334
Reichsgesundheitsblatt, 1, Nr. 6—11 335
Arch. f. experiment. Pathol. und Pharmakol. 1926, 111, 5. u. 6. Heft 336
Strahlentherapie, 21, Nr. 1 336
Zeitschrift für klinische Medizin 1926, 103, Heft 1 . . 336
Wiener Archiv für innere Medizin 1926, 12, H. 1 u. 2 337
Zeitschrift für Tuberkulose, 44, Heft 5 337
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 63, Heft 1 und 2 338
Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, 100, Heft 4 und 5 339
Zeitschrift für Kinderheilkunde, 40, Nr. 4—6 . . . 339
Jahrbuch für Kinderheilkunde 1926, 62, Heft 1/2 . . 341
Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 1926, Heft 1—4 341
Archiv für klinische Chirurgie, 139, Heft 1 342
Zentralblatt für Gynäkologie 1926, Nr. 6—9 342
Archiv für Gynäkologie, 127, Heft 1—3 343
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 89, 2. und 3. Heft 344
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1926, 72, Heft 3/4, 5/6 345
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1926, Febr./März 346
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1926, 150, Heft 1 347
Dermatologische Wochenschrift 1926, 82, Nr. 6—13 . 347
Zeitschrift für Urologie 1926, März 348
Revue Médicale de la Suisse Romande 1926, Nr. 2, 3 349
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, 70, Nr. 6—9 349
Ugeskrift for Laeger 1926, Nr. 7—9 350
Hygiea 1926, 88, Heft 3, 4 350
Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1926, Nr. 3 . . 351
British medical Journal 1926, Nr. 3395—3402 351
The Lancet 1926, 1, Nr. 1—9 353
El siglo médico, Madrid, 1926, 73, Nr. 3761—3764 . . 357
La Riforma medica 1926, Nr. 5—13 357
Il Policlinico, Sez. prat. 1926, Nr. 1—13 358
Il Policlinico, Sez. med. 1926, Nr. 1—3 360
Il Policlinico, Sez. chir. 1926, Nr. 1—3 360
Paris médicale 1926, Nr. 1—7 361
La Presse Médicale 1926, Nr. 1—17 363
Lyon médical 1926, 24, Nr. 1, 2 365
Biologie Medicale 1926, 24, Nr. 1, 2 365
Revue d'Orthopédie, 42, Heft 6 365
Revue neurologique 1926, 33, Nr. 2 366
Annales d'oculistique 1926, Januar, Februar . . . 366
Annales de Dermatologie et Syphiligraphie 1926, Nr. 1, 2 367
Bulletin de la soc. Franç. de Dermatologie et de syphiligraphie 1926, Nr. 1, 2 368
The American Journal of the Medical Sciences 1926, Nr. 1, 2 370
Medical Journal and Record 1926, Nr. 1—5 370
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine 1926, 11, Nr. 4, 5 373
Boston medical surgical Journal 1926, Nr. 4—10 . . 374
The Journal of Infectious Diseases 1926, 38, Nr. 2 . . 375
American Journ. of Diseases of children 1926, 31, Nr. 1 375
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, 12, 3 375
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1926, 11, Nr. 1 378
Surgery, Gynecology and Obstetrics 1926, 42, Nr. 1, 2 379
American Journal of Ophthalmology 1926, Februar 380
The Journal of Urology 1926, Januar 381
The Urologie and Cutaneous Review 381
California and Western Medicine 1926, 24, Nr. 1 . . 382
The Journal of Oriental Medicine, 3, Nr. 4 382

Buchbesprechungen 382

Therapeutische Mitteilungen:

(Aus der Privatklinik Dr. Hauschild.)

Dr. med. Hautsch: Zur Therapie der Darmerkrankungen 383
Dr. med. Dolf Simons, Facharzt für Haut- und Sexualleiden: Beitrag zur Geschichte der Fluorbehandlung 383
Dr. R. Katz, Berlin: Ueber Eau de Cologne-Narkose 384

Wohnhaus
geeignet für Arzt, besonders Nerven-, Frauen-, Kinderarzt, in Wetzlar billig zu verkaufen. Näheres durch
Pistor, Wetzlar
Römerstraße 17

Silicol
Kolloides **Kieselsäure-Eiweiß**
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin
Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol
Kolloides **Kalk-Eiweiß**-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen
Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

Transannon

Gehe

Zur ſymptomatiſchen
Behandlung der
klimakteriſchen
Hauptſymptome

*

Bohnen

Gehe & Co., A. G., Dresden

Agobilin

Gehe

das ſouveräne Choleretikum

weil es Cholſäurewirkung
entfaltet und als Adjuvans
vorzügliche therapeutiſche
Zuſätze enthält

*

Tabletten

Gehe & Co., A. G., Dresden

Für Praxis und Krankenhaus

Noctal

J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN

Hexal

Das **Schlafmittel Noctal** ist ausgezeichnet durch zuverlässige Wirkung, völlige Unschädlichkeit auch in höheren Dosen und billigen Preis. O. P. Röhre mit 10 Tabletten zu je 0,1 g

Das **Blasenantiseptikum Hexal** übertrifft alle anderen Hexamethylentetramin-Präparate durch rasche Wirkung bei Cystitis und Gonorrhoe. O. P. Röhre mit 20 Tabletten zu je 0,5 g

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag von HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Fernsprecher: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 8 30. APRIL 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Ueber Entwicklung und heutigen Stand der Magengeschwürschirurgie.

Von

Dr. E. KOENIG, chirurgischer Oberarzt
des Städt. Krankenhauses Harburg a. E.

Die erste Beschreibung eines Magengeschwürs an Hand eines Obduktionsbefundes verdanken wir Cruveilhier; sie stammt aus dem Jahre 1830. Das Verdienst, mehr als 50 Jahre später, nämlich 1882, die erste Pylorusresektion wegen Ulcus ausgeführt zu haben, gebührt Billroths Schüler Rydygier in Lemberg. Die damaligen Herausgeber des Centralblattes für Chirurgie, in dem die betreffende Publikation erschienen war, glaubten — bezeichnenderweise — den Titel seiner Veröffentlichung mit dem Zusatz versehen zu sollen: „Hoffentlich auch die letzte!" Diese „Hoffnung" ist bekanntlich nicht in Erfüllung gegangen, wie die schon keineswegs mehr seltene Bekanntgabe großer Operationsserien von vielen Hunderten von Resektionsfällen einzelner Chirurgen — keineswegs nur ganz bestimmter Kliniken — erkennen läßt. Aber ein langer Weg war bis zu diesem Ziele zurückzulegen, und nicht die Resektion ist es gewesen, wie man hiernach annehmen sollte, die unter den chirurgischen Behandlungsarten des Magengeschwürs gleich von vornherein die größte Beachtung gefunden hat und in stetig fortschreitender Entwicklung zu ihrer jetzt, man kann wohl sagen absolut dominierenden Stellung gelangt ist — fast zwei jahrzehntelang vielmehr hat die zuerst von Monastyrski bei gutartiger Pylorusstenose im Jahre 1884 ausgeführte, von Nikoladoni für Ca des Magenpförtners erdachte Gastroenterostomie als „Methode der Wahl" bei der operativen Therapie des Magengeschwürs, seiner Komplikationen und Folgezustände durchaus an erster Stelle gestanden. Es ist das heute, wo die meisten Chirurgen in ihr lediglich eine, wie Krogius es treffend ausgedrückt hat, „Verlegenheits"- oder Notoperation sehen, nur verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, wie einerseits bei dem Stande der operativen Technik der 80 er und 90 er Jahre des vergangenen Jahrhunderts die G. E. als der sehr viel leichter durchführbare und mit einer sehr viel kleineren Mortalität[1]) belastete Eingriff gelten mußte als die Resektion, andererseits erst die Ulcusforschung der letzten Jahrzehnte erkennen gelehrt hat, daß im Gegensatz zu der nur palliativen Methode der G. E. in der Resektion eine geradezu kausale Ulcusbehandlung zu sehen sei. Daß bei einem Leiden, welches noch heute heißumstrittenes Gebiet zwischen Internisten und Chirurgen ist, eine operative Behandlung überhaupt und zunächst nur unter sehr beschränkten Indikationen sich als berechtigt durchzusetzen vermocht hat, sei hier nur gestreift; die heftigen Kämpfe, die noch heute nicht abgeschlossen sind, wenn auch vorläufig der Sieg den Chirurgen sich zuzuneigen scheint, sind allen bekannt.

Doch zurück zur G. E.! Was durfte man von ihr erwarten, was hat sie geleistet? Man erwartete, daß nach Ausschaltung und gewissermaßen Ruhigstellung eines Geschwürs am Pylorus dieses infolge der dadurch gegebenen besseren Heilungsbedingungen, namentlich Wegfall des Reizes des passierenden Speisebreies, rascher zur Vernarbung kommen würde. Man stellte sich vor, daß bei pylorusfernen Geschwüren durch „Dauerdrainage des Magens" und Aenderung des Chemismus infolge Einfließens von Galle und Pankreassaft in jenen im Sinne einer Neutralisierung seines hyperaziden Inhalts („innere Apotheke" — Roux, Schmilinski) ein Zustand geschaffen würde, der für Ausheilung des Geschwürs bessere Aussichten biete; hatte doch von jeher die Hyperazidität des Ulcusmagens bei den Theorien über Geschwürsentstehung eine große Rolle gespielt. Diese Hoffnungen hat die G. E. nur zum Teil erfüllt. Die verhältnismäßig besten Erfolge wurden, wie ohne weiteres einleuchtet, bei Geschwüren in der Nähe des Magenpförtners erzielt, für welche ein, allerdings nur kleiner Teil auch der heutigen Chirurgen noch an der G. E. festhalten will. Aber Enttäuschungen blieben auch hier nicht aus: Geschwüre heilten nicht oder rezidivierten oder es kam zur Bildung neuer Ulcera an anderen Stellen des Magens.

Noch sehr viel weniger befriedigend auf die Dauer waren begreiflicherweise die Ergebnisse der G. E.-Behandlung bei pylorusfernen Geschwüren, insbesondere denen also der kleinen Kurvatur und der Rückwand des Magens, wenn auch nicht in Abrede gestellt werden kann und soll, daß ein Teil der so behandelten Ulcuskranken geheilt oder wesentlich gebessert worden ist. Es zeigte sich, daß die Vorstellungen von der „inneren Apotheke" unzutreffend waren, daß, in der Mehrzahl der Fälle wenigstens, eine Beeinflussung der Säureverhältnisse durch die G. E ausblieb. Es zeigte sich ferner nach Einführung der Röntgenuntersuchungen des Magens, daß bei offenem Pylorus der Mageninhalt meistens gar nicht die G. E.-Oeffnung benutzte, sondern es vorzog, nach wie vor den Pylorus zu passieren, was in der Folge zu der Verbindung eines Pylorusverschlusses bzw. Ausschaltung desselben mit der Anlegung einer G. E. führte (von Eiselsberg), ohne daß jedoch eine wesentliche Verbesserung der Resultate damit erreicht wurde; ja, in einer bestimmten Hinsicht wurden sie dadurch wahrscheinlich noch verschlechtert.

---

[1]) v. Eiselsberg hatte z. B. 1912 noch 18% Mortalität nach Ulcusresektionen!

wovon später die Rede sein soll. Aber nicht nur die relative Erfolglosigkeit, mindestens Unsicherheit der Methode brachte es mit sich, daß sie mehr und mehr Anhänger verlor; es hafteten ihr auch sonst große Mängel an, wie man bald erkennen mußte und wie sie dann seit etwa 20 Jahren in zunehmendem Maße trotz gelegentlichen nachdrücklichsten Eintreten einzelner für sie (Albert Kocher, Chirurgenkongreß 1912) die Resektion wieder mehr und mehr in den Vordergrund treten ließen. Es waren das nicht so sehr Mängel, die in der operativen Technik begründet waren — ihrer (Nahtinsuffizierung, Circulus vitiosus) war man durch Verbesserungen derselben (Braunsche Enteroanastomose als Ergänzung der vorderen G. E., hintere G. E. mit „kürzester“ Schlinge nach v. Hacker-Petersen, G. E.-Ypsiloformis nach Roux usw.) bald Herr geworden —, als vielmehr Nachteile, die eben der Methode als solcher anzuhaften schienen, bestehend in gastro-intestinalen Störungen mannigfacher Art, wie sie in vielen Fällen als Spasmen, Neigung zu Diarrhoen als Folge einer Sturzentleerung des Mageninhalts durch die G. E.-Oeffnung und Dünndarmüberflutung besonders nach Pyloruselimination zur Beobachtung kamen und letzthin zur Aufstellung des Begriffs der „G. E. als Krankheit“ geführt haben, sowie in der Neigung zur Entstehung sogenannter peptischer Geschwüre an der G. E.-Stelle oder dem abführenden Schenkel der zur Anastomose verwandten Dünndarmschlinge, einer sehr fatalen Komplikation, die, auch besonders häufig nach Kombinierung der G. E. mit der Pylorusausschaltung, in Erscheinung getreten ist und zu großen und technisch schwierigen Nachoperationen (v. Haberer) Anlaß gegeben hat, nicht zu reden von den Todesfällen nach Perforation eines Ulcus pepticum in die freie Bauchhöhle.

Es ist klar, daß die Einfachheit der G. E.-Technik ihr zunächst viele und gewichtige Freunde erwerben mußte, und es ist verständlich, daß dieselbe eine Zeitlang gar manchen operationsfreudigen Arzt dazu verführt hat, einen verschwenderischen und nach heutigen Begriffen kritiklosen Gebrauch davon zu machen[2]); es ist aber auch dies mit ein Grund dafür, daß die Beobachtungen über unerwünschte Folgen sich mehr und mehr häuften, und die G. E., welche die „Operation der Wahl“ war, für viele eine Operation der Qual geworden ist — so manche ohne Indikation angelegte G. E. hat später wieder entfernt werden müssen!

So dürfte es erklärlich sein, daß, wie gesagt, die Resektion, der die geschilderten Nachteile der G. E. nicht anhaften, schon um dieser willen mehr und mehr an Boden gewann und heute das Feld vollkommen beherrscht, sei es in Form der Methode nach Billroth I oder II oder der meist nach Reichel-Bier-Polya benannten Modifikation der letzteren, während die eine Zeitlang beliebte Querresektion oder auch Resektion des mittleren Magenabschnittes (Resectio medio gastrica) nach Riedel wieder in Abnahme gekommen ist. Gab sie auch zunächst gute Resultate, erschien sie, insofern durch sie ein in anatomischer Hinsicht geradezu idealer Magen geschaffen wurde, besonders vorteilhaft, so mußte man bald erfahren, daß auch nach dieser Methode Rezidive nicht ausblieben und, wie wir nach dem Stande unseres heutigen Wissens sagen dürfen, nicht ausbleiben konnten, welches mehr vielleicht als durch klinische Untersuchungen, pathologische Anatomie und Experimentalforschung gerade durch die Untersuchung von durch große Resektionen gewonnenen Operationspräparaten in den letzten Jahren gefördert worden ist. Auf die Pathogenese des chronischen Magengeschwürs kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden. Nur soviel sei gesagt, daß heute, wenigstens in Chirurgenkreisen, die Anschauung mehr und mehr Wurzel zu schlagen scheint, daß einer chronischen Gastritis des Pylorusmagens (Konjetzny, Lehmann) und einer dadurch bedingten „Dysfunktion“ desselben (Koennecke) neben einer „vegetativen Neurose“ — „neuro- oder spasmogenes Ulcus“ der G. v. Bergmannschen Schule — die größte Bedeutung zukommt. Es erhellt ohne weiteres, daß durch die Entfernung des zufolge seines pathologischen Zustandes und Funktion hervorragend an der Geschwürsbildung beteiligten Antrum pyloricum nicht nur das Geschwür, sofern es sich im Resektionsbereich befindet, beseitigt wird, sondern auch Rezidive in dem zurückbleibenden, nunmehr völlig oder fast völlig anaziden Magenrest nahezu unmöglich sind, ja, daß auch bei so ungünstiger Lage des Geschwürs, daß es nicht mit reseziert werden konnte — z. B. hoch oben an der Cardia oder tief im Duodenum —, durch die ausgiebige Antrumsresektion (beim Duodenalulcus natürlich nach Billroth II oder einer der verwandten Methoden) günstige Ausheilungsmöglichkeiten geschaffen werden. Noch mehr: Selbst bei der „Ulcuskrankheit ohne Ulcus“, von der man jetzt bei entsprechenden Symptomenkomplex ohne Ulcusbefund bei der Operation spricht, hat die „große Resektion“, um die sich besonders die Wiener Chirurgenschule verdient gemacht hat, oft schlagartig Verschwinden der vorher durch keine Therapie auch nur irgendwie beeinflußten Beschwerden gebracht. Es kann nicht behauptet werden, daß die radikale Operationsmethode bei einem an sich gutartigen Leiden etwas Ideales sei; aber wir haben vorläufig nichts Besseres, und die wirtschaftlichen Verhältnisse sind nicht so, daß jeder lange Zeit auf eine interne Behandlung verwenden, jahraus, jahrein Bäder besuchen, sich schonen und strenge Diät halten kann — das Bedürfnis nach rascher Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Möglichkeit des Lebensgenusses treiben heute mehr Ulcuskranke in die Arme des Chirurgen, als das wohl früher der Fall gewesen ist und zwingen diesem manchmal das Messer in die Hand, wo er früher vielleicht noch abgewartet hätte. Aber auch die geringe postoperative Mortalität (Finsterer 3%) des großen Eingriffs, der, bei guter Technik und evtl. unter Lokalanästhesie ausgeführt, meist auch von schon äußerst geschwächten Kranken überraschend gut vertragen wird, ihr rasches Aufblühen darnach rechtfertigen das in allen Fällen, wo eine sachgemäße und konsequent durchgeführte konservative Behandlung versagt hat, heute bevorzugte radikale Operationsverfahren. Weiteres soll über die Indikationsstellung, die Abgrenzung der chirurgischen gegen die internen Ulcusfälle, hier nicht ausgeführt werden, da dies über die durch das Thema gesteckten Grenzen hinausgehen und womöglich zu einer Polemik führen würde, die nicht beabsichtigt ist.

Der Vollständigkeit halber sei hier noch der Exzision der „Magenstraße“ längs der kleinen Kurvatur gedacht, der für die Lokalisation der Ulcera zweifellos eine gewisse Bedeutung zukommt. Das von Schmieden befürwortete Verfahren scheint im großen und ganzen wenig Anklang gefunden zu haben und bedeutet kaum ernstliche Konkurrenz für die Resektion. Eigene Erfahrungen hierüber fehlen mir.

---

[2]) Es ist das auch verzeihlich, wenn man bedenkt, daß sogar ein so ausgezeichneter und vorsichtiger Chirurg wie Garrè noch 1909 in der II. Auflage des „Penzoldt und Stintzing“ die G. E. bei hartnäckigen „Gastralgien“ ohne sonstigen Befund warm empfiehlt!

Es verbleibt noch über die bei den häufigsten Komplikationen des Ulcus in Betracht kommenden Eingriffe einige Worte zu sagen, also über Operationen bei der abundanten Magenblutung, der Ulcusperforation, der narbigen Pylorusstenose und des Ca auf Ulcusboden. — Was die Blutungen anlangt, so haben bis vor kurzem chirurgische Interventionen den betreffenden Kranken meist wenig Glück gebracht; sie galten demnach für eine Domaine der inneren Behandlung, der es auch meist gelang, die Hämorrhagien zu beherrschen, wenn sie nicht gar zu profus waren. Umstechung des blutenden Gefäßes, sofern es überhaupt zu finden war, Exzision oder Verschorfung des Geschwürs, vorübergehend völlige Ausschaltung des Magens durch Anlegung einer Jejunostomie hingegen ließen, wie gesagt, in bezug auf den Erfolg meistens zu wünschen übrig (Mortalität früher 30—50% gegen 20—40% bei interner Behandlung).

Erst ganz neuerdings scheint sich auch hier das Blättchen zu wenden, seit besonders von Finsterer, auch in diesen Fällen frühzeitig mit Resektion vorgegangen wird, ein Verfahren, das auf Grund der von den Wiener Chirurgen erzielten günstigen Erfolge (nur 5% Mortalität, also nicht viel mehr als bei gewöhnlichen Ulcusresektionen!) auch von Schwarz jüngst empfohlen wurde. Eigene Erfahrungen hierüber stehen mir nicht zu Gebote.

Die Geschwürsperforation macht möglichst sofortige Operation zu einem Gebot ärztlicher Pflicht, wie heute allseitig anerkannt ist. Es ist kaum zu glauben, daß es Zeiten gegeben hat, wo auch hierüber debattiert werden konnte, denn die Verschiedenheit des Ausganges bei abwartender bzw. konservativer Therapie und operativen Vorgehens können nirgends eklatanter sei als hier, wo Eisblase oder Opium fast sicheren Tod und rechtzeitiger chirurgischer Eingriff fast sichere Heilung bedeuten! Wir haben in den letzten beiden Jahren keinen operierten Perforationsfall verloren! Ob man in Fällen dieser Art nur Uebernähung und Deckung auf irgendeine Art oder Exzision des Geschwürs macht, ob man hier eine G. E. — vorausgesetzt, daß es sich um ein Ulcus ad pylorum handelt — hinzufügt oder, was neuerdings auch vielfach befürwortet wird, ebenfalls eine Resektion macht, ist gleichgültig; die Erfolge quoad vitam pflegen, gleichviel in welcher Weise man vorgeht, in den ersten sechs Stunden nach erfolgter Perforation ausgezeichnete, innerhalb der ersten 12 auch noch gute zu sein, während danach von Stunde zu Stunde die Chancen für einen glücklichen Ausgang geringer werden und nach 36 Stunden absolut schlecht sind. — Auch die Narbenstriktur des Pylorus gehört zu den absoluten Indikationen für Ueberweisung des betr. Patienten an den Chirurgen. Sie sind auch heute noch ein beinahe unumstrittenes Anwendungsgebiet der G. E., obwohl auch hier einzelne für Resektion eintreten, und es mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Entstehung eines Ulcus pepticum jejuni in der Tat fraglich ist, ob ihr nicht auch in diesen Fällen bei vorhandener Hyperazidität der Vorzug zu geben ist.

Was das Ulcuscarcinom anlangt, so wird die Häufigkeit seines Vorkommens sehr verschieden beurteilt. Die Angaben der einzelnen Autoren schwanken zwischen 2 und 80%! Das ist nur dadurch zu erklären, daß bei der Häufigkeit des Vorkommens atypischer Epithelwucherungen in den Randpartien chronischer kallöser Ulcera es selbst dem pathologischen Anatomen oft schwer ist, zu sagen, ob Ca vorliegt oder nicht, während makroskopisch sehr viele „Ulcustumoren" eine sichere Entscheidung überhaupt nicht gestatten. Sicher sind solche oft fälschlicherweise für Ca gehalten worden, wie v. Haberer bei Durchsicht alter Operationspräparate der Innsbrucker Klinik überzeugend nachgewiesen hat. Jedenfalls haben statistische Angaben hierüber nur Wert, wenn sie sich auf exakte histo-pathologische Untersuchungen gründen. Nach unserem nicht ganz kleinen genauest pathologisch-anatomisch durchforschtem Material (Prosektor Dr. Zimmermann) möchten wir die Häufigkeit der karzinomatösen Ulcusentartung auf etwa 5—6% veranschlagen. Daß man in allen Fällen, wo Verdacht auf eine solche vorhanden ist, nach den für das Magen-Ca ausgebildeten Grundsätzen, die sich übrigens gar nicht mehr so erheblich von den heute für die Ulcusresektion gültigen unterscheiden, resezieren wird, ist selbstverständlich. Aber — prevention is better than cure — und die beste Prophylaxe gegenüber dem Ca ist nach Payrs bekanntem Wort die Resektion des Ulcusmagens! Auch ein Grund, der dafür spricht, daß man in ihrer Anwendung nicht zu zurückhaltend sein möge!

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 9, 26. Februar 1926.

Bedeutung des Fettes in der Diabetesbehandlung. Grafe.
* Lokalisation von Hautkrankheiten an der Innenwand der Wangen. Jadassohn.
Gehäuftes Auftreten von Infektionspsychosen mit neurologischen und Liquorveränderungen. Herz.
Klinik und Therapie des „allgemeinen verbreiteten" Emphysems. Reimold.
Beeinflussung des erhöhten Blutdruckes durch Kalcium. Loewenstein.
* Therapie der Lues mit „Albert 102 S". Baumgartner.
* Zur Frage des serologischen Luesnachweises mit mehreren Methoden bei Gravidität und Tuberkulose. Klopstock und Hilpert.
Beitrag zur Diagnose der subakuten und chronischen Gastritis mit erhaltener Sekretion. Vandorfy.
* Zur Frage der Behandlung von Pyelitis und Schwangerschaftspyelitis. Schwarz.
Ist in Deutschland der Anbau von indischem Hanf notwendig? Joel.
Histologischer Nachweis löslicher Kalziumverbindungen. Rabl.
Zur Frage nach der Ursache der Haffkrankheit. Wieland.
Zur Frage der Neuronenlehre. Schroeder.
Zur Frage der inneren Sekretion der Sexualdrüsen. Eksjö.
Ueber Fett- und Schilddrüsenwirkung. Abelin.
Aetiologisches und Therapeutisches zur idiopathischen Verdauungsinsuffizienz. Mader.
Aerztliche Eindrücke und Betrachtungen im Anschluß an eine zweite medizinische Studienreise in Mittelasien. Kuczynski.

Lokalisation von Hautkrankheiten an der Innenwand der Wangen. Diverse Hautkrankheiten (Lichen ruber, Erythema exsudativum multiforme, Leucoplacia mucosae oris, Pigmentierungen) kommen in der Region der Wangenschleimhaut, von den Mundwinkeln bis zu den Weisheitszähnen, speziell soweit sie den Zahnreihen gegenüber liegt, wesentlich häufiger vor, als im ganzen übrigen Gebiete der Mundhöhle, abgesehen von den Lippen. Die Bevorzugung dieser Lokalisation ergibt sich aus ontogenetisch-embryologischen Beziehungen dieser Stellen zur Haut. Es handelt sich dabei meist um Hautkrankheiten endogenen Ursprungs.

Therapie der Lues mit „Albert 102 S". Das Verschwinden der Spirochäten nach längstens 72 Stunden, der schnelle Rückgang der klinischen Erscheinungen bei rezenter und tertiärer Lues, die günstige Beeinflussung der Wa. R., die gute Verträglichkeit, räumen dem neuen Arsenobenzol einen beachtenswerten Platz in der antiluetischen Therapie ein.

Der Verfasser hält es bei weiteren Kuren nach seinen Erfahrungen für angezeigt, bei reinen Albertkuren die Einzel- und Gesamtdosierung zu steigern.

Zur Frage des serologischen Luesnachweises mit mehreren Methoden bei Gravidität und Tuberkulose. Die gleichzeitige Ausführung mehrerer Methoden der Serodiagnostik der Syphilis neben der Sicherung und der gegenseitigen Kontrolle der Resultate bietet den Vorteil, daß der positive Reaktionsausfall mehrerer Methoden auch unter den erschwerenden Verhältnissen der Gravidität und der Tuberkulose mit großer Wahrscheinlichkeit das Bestehen einer syphilitischen Infektion annehmen läßt und dadurch die Sicherheit des serologischen Luesnachweises erheblich steigert.

Zur Frage der Behandlung von Pyelitis und Schwangerschaftspyelitis. Der Verfasser warnt vor wahlloser Anwendung des Urotropin, da es oft durch die besonderen Verhältnisse gar nicht zur Wirkung kommen kann. Man muß bei der Therapie der Harninfektionen kausal vorgehen, wobei besonderer Wert auf die einwandfreie Diagnose von Eiter und Bakterien in dem durch Uretherenkatheterismus dem Nierenbecken entnommenen Harn gelegt wird. Bei der Schwangerschaftspyelitis muß vor allem gegen die Harnstauung angegangen werden. Therapeutisch ist der Verfasser mit Israel der Meinung, daß Nierenbeckenspülungen ungefährlich sind und guten Erfolg versprechen. Nach 8—10 Tagen soll bei Fortbestehen der Pyelitis nach erfolgloser konservativer Behandlung diese aufgegeben werden, da sie großen Schaden anrichten kann.

Nr. 10, 5. März 1926.

Pathogenese und Erscheinungsform der Herzneurosen. Matthes.
* Sanocrysinbehandlung der Tuberkulose. Ulrici.
Funktion des Ovariums. Zondek und Aschheim.
Das Optimum der Wasserstoffionenkonzentration (PH) als wichtigster desinfektorischer Faktor bei örtlichen und allgemeinen Infektionen und seine Bedeutung für die Behandlung eitriger Bauchfellentzündungen. Keysser und Ornstein.
Die Verbreitung eidetischer Phänomene und ihnen zugrunde liegender psychophysischer Konstitutionstypen (Reaktionstypen). Jaensch.
Wasserstoffwechsel und Lebervenensperre. Lenaz.
* Melaninausscheidung nach Röntgenbestrahlung von Melanosarkomen. Borak und Driak.
Behandlung der Pneumonie. Daichowski.
Magensekretion und duodenaler Rückfluß vor und nach der Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mit Novoprotin. Friedrich.
Insulinwirkung und Diabetes. Dietrich, Häusler und Loewi.
Die künstliche Hervorrufung der Tuberkulinempfindlichkeit. Gröer, Progulski und Redlich.
Marmorknochenerkrankung. Bernhardt.
Gonorrhöe-Therapie. Oelze.
Planmäßige Verteilung der Aerzte. Hadrich.
Aerztliche Eindrücke und Betrachtungen im Anschlusse an eine zweite medizinische Studienreise in Mittelasien. Kuczynski.

Die Sanocrysinbehandlung der Tuberkulose. Dem Sanocrysin kommt die ihm von Möllgaard zugeschriebene bakteriotrope und bakterizide Eigenschaft in vivo nicht zu. Tuberkelbazillen können auch bei intensiver Lokalbehandlung überleben und nach Monaten zur Bildung von neuen Knötchen Veranlassung geben. Bei der Behandlung Lungenkranker verschwinden die Tuberkelbazillen im Sputum keineswegs mit der Sanocrysinbehandlung und ihren Reaktionen, sondern lange nach Abschluß der Behandlung mit der Rückbildung der Herde und der Reinigung ihrer Sekretionsflächen; im Herd selbst bleiben die Bazillen zweifellos dauernd virulent erhalten.

Die Sanocrysinreaktionen bei Tuberkulösen können demnach nicht als Tuberkulinreaktionen durch die freigewordenen Endotoxine abgetöteter Bazillen gedeutet werden; sie sind Reaktionen kranken, goldüberempfindlichen Gewebes. Zu unterscheiden sind die Herdreaktionen, unzweideutig beim Lupus, ohne Zweifel auch bei der Lungentuberkulose, und die Reaktionen des ektodermalen und endodermalen Deckepithels (einschließlich Nierenepithel), die man nur bei den toxingeschädigten Geweben Schwerkranker sieht. Ob neben dem epithelialen Gewebe auch andere Gewebsarten bei der Sanocrysinreaktion in Mitleidenschaft gezogen werden, läßt sich im klinischen Versuch nicht erkennen. Die Reaktion ist nur scheinbar spezifisch. Gesunde Erwachsene zeigen auf 0,5 g Sanocrysin keinerlei Reaktion, bei Tuberkulösen können die Erscheinungen auf 0,1 g schon sehr heftig sein.

Die Herdreaktion auf Goldanreicherung des tuberkulös erkrankten Gewebes kann therapeutisch erfolgreich ausgenutzt werden, wenn der Herd direkt oder auf dem Blutwege ausreichend mit dem Präparat beschickt werden kann. Bei der Lungentuberkulose kann das lediglich für produktive und vor allem exsudative Herde jüngeren Datums ohne Verkäsung oder mit beginnender Erweichung gelten. Leider kommen die exsudativen Tuberkulosen meist zu spät zur Behandlung. Die Indikation für die Sanocrysinbehandlung ist noch sehr eng umschrieben; die Schwierigkeiten der richtigen Indikationsstellung und die Heftigkeit der Reaktionen macht Krankenhausbehandlung notwendig.

Melaninausscheidung nach Röntgenbestrahlung von Melanosarkomen. Die Röntgenbestrahlung von Melanosarkomknoten führt zu einer innerhalb von 24 bis 48 Stunden einsetzenden und sich über 2 bis 5 Tage erstreckenden Ausscheidung von Melanin, bzw. seiner Vorstufe, des Melanogens. Die Dosis, bei welcher diese Effekte erzielt wurden, betrug 15 H = 125% HED bei 4 mm Aluminium. Dosen von 10 H erwiesen sich als effektlos.

Es scheint eine Beziehung zwischen der Strahlenempfindlichkeit und dem biologischen Charakter gewisser Zellfunktionen in dem Sinne zu bestehen, daß die jeweils biologisch regsamste Funktion zugleich die strahlenempfindlichste darstellt. Erscheinungen seitens anderer normaler Gewebe, wie z. B. der Gefäße, der Schilddrüse, der Schweißdrüsen, bei welchen es ebenfalls leichter ist, durch die Strahlen ihre spezifische biologische Funktion als ihre proliferative Tätigkeit zu beeinflussen, zeigen ebenfalls, daß durch die Röntgenstrahlen nicht immer die generative Zelltätigkeit, sondern bei Erhaltung des Zellebens manchmal auch bloß einzelne Zellfunktionen eine Alteration erfahren können.

Nr. 11, 12. März 1926.

Lipoidnephrose. Kollert.
Ueber Fortzüchtigung von Reinkulturen der Spirochaete pallida, Spirochaete dentium und Spirochaete recurrens. Reiter.
Wesen des Auslöschphänomens. Zlatogoroff u. Derkatsch.
* Die Haut-Lymphdrüsen-Relation bei experimenteller Meerschweinchentuberkulose. Martenstein u. Amster.
Graphische Darstellung fetaler Herztöne. Schwarz.
Bedeutung des Kalziums und Thrombins für die Fibringerinnung. Kaufmann.
Die Forderung der Beachtung chirurgischer und psychiatrisch-neurologischer Gesichtspunkte bei der Beurteilung der sogenannten Commotio cerebri. Ritter.
Hysteriforme Zustandsbilder und ihre diagnostische Bedeutung. Thiele.
Aetiologie der Linsenmäler. Scholl.
Schwimmbad-Conjunctivitis. Fischer.
Einfluß der Glukoseverabreichung auf Teerkarzinomwachstum. Rondoni.
Pharmakologie des Schwefels. Bürgi u. Gordonoff.
Plethopyrosis, die alimentäre Stoffwechselsteigerung als biologische Grundlage der Ernährungstherapie bei Tuberkulose. Helmreich.
Ein Fall von Berufsneurose bei einem Geiger. Allers u. Kern.
Prognose der essentiellen Hypertonie. Ehrström.
Ist der Krebs eine Infektionskrankheit? Teutschländer.

Die Haut-Lymphdrüsen-Relation bei experimenteller Meerschweinchentuberkulose. Wie bei der Lues, so kommt auch bei der Tuberkulose der Haut-Drüsenrelation eine allgemein pathologische Bedeutung zu. Die Intensität der Hauterkrankung und der Drüsenerkrankung steht ausnahmslos bei allen untersuchten Tieren in einer Wechselbeziehung, die sich darin ausdrückt, daß bei Zunahme der Drüsenerkrankung die Hauterscheinungen zurückgehen (seltener in gleicher Ausdehnung verharren) und umgekehrt. Die Drüsen sind im Verlauf der Tuberkulose um so stärker befallen, je unscheinbarer die Hauterscheinungen bei einem Tiere verlaufen. Umgekehrt bleibt der Prozeß an den Drüsen um so weniger intensiv, je stärker ausgebildet bei einem Tier der tuberkulöse Hautprozeß in seiner Gesamtheit ist. Diese Erscheinungen können durch noch weiter zu klärende Hypothesen erläutert werden, wobei zwei Erklärungsmöglichkeiten bestehen: die evtl. zeitlich verschiedene Bildung bezw. Resorption hemmender Stoffe in den Drüsen und die evtl. ebenfalls sehr verschiedene Einschleppung bezw. pathogene Wirkung der Tuberkulose-Bazillen aus dem P. A. in die Drüsen.

Nr. 12, 19. März 1926.

Seekrankheit und Gleichgewichtssinn. Abels.
Klinische Variationsforschung. Rautmann.
* Beziehungen der Ostitis fibrosa zur Osteomalacie und Rachitis. Schmorl.

Milchsäuregehalt des Blutes bei Karzinomkranken. Schumacher.
Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. Steiner u. Steinfeld.
* Der klinische Wert der Hungertherapie bei der Epilepsie der Kinder und der Einfluß einzelner Nahrungsbestandteile auf die Anfälle. Karger.
Aetiologie der Muttermäler. Meirowsky.
Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs. Jaffé.
Flugzeugbeobachtungen über den Pollengehalt der Luft im Frühjahr. Wigand.
Ueber pulsierenden oder konstanten Hochspannungsgleichstrom im Röntgentherapiebetrieb. Jona.
Wesen des Trachoms. Pascheff.
Zentrale Lokalisation cochlearer Reflexe. Spiegel u. Kakeshita.
Verhalten der Diphtherie-Bazillenträger zur Schickschen Reaktion. Meyer
* Tödliche Vergiftung mit Oleum chenopodii. Esser.
Diagnose und Therapie der Amöbendysenterie. Lamberts.
Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Brockmann-Rohne

Beziehungen der Ostitis fibrosa zur Osteomalacie und Rachitis. Die generalisierte Ostitis fibrosa ist als eine selbständige eigenartige Erkrankung des Skeletts anzusprechen, die keine Beziehungen zu florider Rachitis oder florider Osteomalacie hat. Die auf einen Knochen beschränkte Ostitis fibrosa, die nach den Erfahrungen des Verfassers sicher vorkommt, kann von der generalisierten Erkrankung nicht getrennt werden. Morphologisch besteht zwischen ihnen kein Unterschied und zweitens bestehen zwischen beiden fließende Uebergänge.

Ueber die Frage, ob sich die Ostitis fibrosa stets auf der Basis einer abgelaufenen Rachitis oder Osteomalacie entwickelt, wie es von anderen Autoren angenommen wurde, will Schmorl noch kein abschließendes Urteil fällen. Er hat bei den von ihm untersuchten Fällen nur ausnahmsweise Zeichen einer überstandenen Rachitis gefunden.

Der klinische Wert der Hungertherapie bei der Epilepsie der Kinder und der Einfluß einzelner Nahrungsbestandteile auf die Anfälle. Eine Besserung, gemessen an Zahl und Dauer der Anfälle, läßt sich von einer Hungerkur, die eine Woche durchgeführt wird, mit einiger Wahrscheinlichkeit erwarten. Eine Wirkung im Sinne einer Heilung kann der Methode nicht zugesprochen werden. Sie ist daher in den Fällen anzuwenden, in denen durch besonders gehäufte oder besonders schwere Anfälle die Gefahr eines Status epilepticus droht. Sie ist aber auf solche Fälle zu beschränken.

Ist der Status epilepticus erst einmal ausgebrochen, so dürfte diese Behandlung zu spät kommen. Kinder in diesem Stadium wurden ja schon immer einer unfreiwilligen Hungerkur unterworfen, weil sie unernährbar waren, und sie sind trotzdem in diesem Zustande wiederholt zugrunde gegangen.

Tödliche Vergiftung mit Oleum chenopodii. Ein achtjähriger Junge bekommt zehn Tage lang täglich zwei bis dreimal 5 bis 10 Tropfen Chenopodiumöl, insgesamt 8 g. Er erkrankt am 11. Tage und am 13. Tage tritt der Tod unter cerebralen Symptomen ein. Die Obduktion ergibt akutes Lungenemphysem, geringe subakute Entzündung im Ileum, trübe Schwellung von Leber und Nieren, Hyperämie des Hirns und seiner Häute. Sonst kein wesentlicher Befund. Keine sonstige Erkrankung. Histologisch wird als wesentlichstes eine schwere Verfettung von Leber und Nieren, hochgradige Abschilferung der Nierenepithelien, schwere degenerative Endothelveränderungen in Leber und Nieren, fast völliger Schwund der Nebennierenfette und Hyperämie des Hirns festgestellt. Bei den vorhandenen Fetten (auch der Nebennieren), handelt es sich durchweg um Neutralfette. Die anatomischen Veränderungen deuten auf ein reines Parenchymgift hin, was mit der chemischen Zusammensetzung des Oleum Chenopodii (ätherisches saponinhaltiges Oel) gut übereinstimmt. Für Oleum-Chenopodii-Vergiftung charakteristische Veränderungen ließen sich nicht mit Sicherheit feststellen; vielleicht kommen die Endothelveränderungen hier in Frage.

A. Hirsch.

Deutsche med. Wochenschrift.

Nr. 8.

* Ueber Vakzinetherapie im Kindesalter. Finkelstein.
Die Wirksamkeit des Zyklushormons bei peroraler Zuführung. Loewe, Lange und Faure.
* Zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Bericht der Universitätsgruppe Königsberg über ihre Untersuchungen betreffend die Haffkrankheit. Meyer.
Einfluß künstlicher Sauerstoffatmung im Hochgebirge. Stern.
Milz, Retikuloendothel und Entgiftung. Händel und Rosenzweig.
Antisyphilitische Wirkung von Glubinkupfer. Iwasa.
Ist Selbstmordgefahr eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung? Küstner.
Hysterische Sprachlähmung des Gaumensegels nach Diphtherie. Boenninghaus.
Isolierte Fraktur des Os pisiforme. Engel.
Diathermie bei Dysbasia angiosklerotica. Determann.
Die Verwendung von Gyneclorina bei der Behandlung der Scheidenausflüsse. Kaufmann.
Sedacao, ein neues Beruhigungs- und Schlafmittel. Polixa.
Ueber die gute Verträglichkeit des Veramons. Nagel.
Erfahrungen mit Noctal. Wegener.
Ein verbessertes selbsthaltendes geburtshilfliches Spekulum. Kritzler.
Ein neues Blutentnahmeglas. Kantorowicz.

Ueber Vakzinetherapie im Kindesalter. Die Vakzinebehandlung hat bei gewissen akuten entzündlichen Affektionen und prognostisch günstigen Allgemeininfektionen den Verlauf in augenfälliger Weise abgekürzt. Erkrankungen mit zweifelhafter oder schlechter Prognose sind nicht entscheidend beeinflußt worden. Es wird vorsichtigste kritische Beurteilung der Vakzinewirkung verlangt und auf den sehr variablen, bei rein symptomatischer Behandlung oft Ueberraschungen bietenden Verlauf mancher Krankheiten — z. B. Bronchopneumonien, Pyurie — hingewiesen. Keinerlei Wirkungen werden anerkannt bei Ruhr, Keuchhusten, allen schweren Septikämien und eiterbildenden Prozessen. Die intramuskuläre Injektion ist im allgemeinen der intravenösen gleichwertig, außer beim Typhus, wo, wenn überhaupt, nur intravenös etwas erreicht wurde. Die Behandlung mit Autovakzinen und sonstigen spezifischen Vakzinen ist anscheinend der mit unspezifischen Reizkörpern nicht überlegen.

Zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Von 135 behandelten Fällen traten bei 11,8% vollständige Remissionen ein, 14,8% können arbeiten, zeigen aber noch psychische Abweichungen, 25,9% sind gebessert, aber nicht im Beruf, 25,9% sind nicht gebessert. Die Spontanremissionen, denen die Fälle der ersten und zweiten, teilweise auch der dritten Gruppe entsprechen, werden auf 10—17% angegeben; somit wäre bei Malariabehandlung eine bessere Prognose zu stellen als ohne diese.

Nr. 9.

* Provokatorische Erzeugung okkulter Blutungen. Boas.
* Wirkung von Bulbocapnin auf das Zittern. Lewy.
Ueber den Einfluß des Bulbocapninum hydrochloricum auf verschiedene Hyperkinesen. Fleischhacker.
Können Säugetiertumoren durch Filtrate allein erzeugt werden? Rhoda Erdmann.
Ueber Fieber-, insbesondere Malariabehandlung der multiplen Sklerose. Dreyfus und Hanau.
Experimentelle Studien mit Syphilis- und Rekurrensspirochäten. Prigge.
Insulinbehandlung, besonders Dauerresultate. Hagedorn und Holten.
Zur fraktionierten Magenausheberung. Heß.
Allgemeine Endoskopie und Gastroskopie. Sternberg.
Der Wert der Psychotherapie bei Organerkrankungen. Staudacher.
Erfahrungen mit Gardan bei Nervenkrankheiten. Hanse.
* Tuberkulose und Sport im Kindesalter. Schneider.
Behandlung der Obstipation mit Cristolax. Oestreicher.
Diätetische Therapie der chronischen Obstipation. Gewecke.
Behandlung der Oxyuriasis. Silianski.

Ueber provokatorische Erzeugung okkulter Blutungen. Durch intensive lokale Hitzeeinwirkung konnten bei Magen- und Duodenalgeschwüre okkulte Blutungen provoziert werden. Dadurch ließ sich die Diagnose eines Ulcus in Fällen, die bis dahin unklar waren, einwandfrei stellen. Natürlich lassen sich nicht in allen Fällen Blutungen provozieren, z. B. nicht bei alten kallösen Geschwüren; die Methode hat also nur bei positivem Ausfall Wert.

Erfahrungen über die Wirkung von Bulbocapnin auf das Zittern. Bei grob- und mittelschlägigem Tremor der echten Paralysis agitans haben sich subkutane oder intramuskuläre Injektionen von 0,1 g Bulbocapnin, einem Alkaloid der Corydalis cava, gut bewährt. Die Wirkung setzt nach einer Stunde ein und hält sieben Stunden, in manchen Fällen auch mehrere Tage an. Fälle von postencephalitischem Zittern erwiesen sich durchweg als refraktär.

Tuberkulose und Sport im Kindesalter. Versuche mit sportlichen Uebungen wurden bei Kindern angestellt, die tuberkulös infiziert waren, bzw. eine Organtuberkulose durchgemacht hatten, aber zurzeit klinisch keine Symptome von Aktivität zeigten. Als Maßstab für die Verträglichkeit der Belastung diente das Verhalten der Temperatur und der Leukozyten. Letztere zeigten einen Anstieg von 14—73%, durchschnittlich 37,5%; die Temperatur stieg um 0,3—1,6°, durchschnittlich 0,8°. Temperatur- und Leukozytenanstieg gingen nicht parallel. Nach ¾ stündiger Bettruhe waren Temperatur und Leukozyten bei den meisten Kindern fast zur vor den Uebungen festgestellten Zahl gesunken. Nach Ansicht des Verfassers wirken die sportlichen Uebungen günstig im Sinne einer milden Reizbehandlung.

Seligman.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 11, 12. März 1926.

Zum 25 jährigen Bestehen der Uhlenhuthschen Blutuntersuchungsmethode. Hauser.
* Aetiologie und Therapie der chronischen Gelenkerkrankungen. Alwens.
Spirochätenbefunde bei mit Malaria behandelten Paralytikern. Gerstmann.
Die biologische Bedeutung der oligodynamischen Metallwirkung und ihre Beziehung zur Homöopathie. Euschke, Jacobsohn u. Klopstock.
* Ueber diätetische Nährbodenänderung in der Therapie infektiöser Erkrankungen. Finkelstein.
Die Strahlentherapie des Hyperthyreoidismus. Sielmann.
Die Bedeutung der alimentären Leukopenie Widals für die Krebsdiagnose. Rausche.
* Zur Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Jessen.
Ueber Versuche der Tuberkulosebehandlung durch künstliche Anreicherung der Harnsäure im Blut. Padel.
Ueber Subtonin, ein neues blutdrucksenkendes Mittel. Ràcz.
Zur Reposition von Unterkieferluxationen in Lokalanästhesie. Hörzhammer.
Beitrag zur forensischen Geburtshilfe. Hofmeier.
Ein praktischer Neigungsmeßapparat für die Konstitutionsforschung. Mandelstamm.

Aetiologie und Therapie der chronischen Gelenkerkrankungen. Als Ursache der Gelenkerkrankungen spielt auch die Tuberkulose eine Rolle. Die akuten Formen der tuberkulösen Arthritiden sind nur Teilerscheinung der allgemeinen Miliartuberkulose, wobei die multiplen Gelenkschwellungen ganz im Vordergrund der Krankheitsbilder stehen können. Die subakuten Formen zeigen eine Aehnlichkeit mit der Polyarthritis rheumatica (Beginn weniger akut, Salicyl wirkungslos). Es kommt zur Wiederherstellung oder nicht selten zur Ausbildung eines Tumor albus in einem Gelenk. Die chronischen Gelenkerkrankungen können sowohl als Osteoarthrosis deformans wie als Arthritis destruens verlaufen. Neigung zu Schüben mit vorübergehenden Gelenkschwellungen scheinen häufig zu sein. Das Röntgenbild bietet keinen charakteristischen Befund. Für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose kommen folgende Momente in Frage: Vorgeschichte des Kranken mit genauester Untersuchung auf überstandene und vorhandene Drüsen- und Lungenprozesse, der Ausfall der Tuberkulinreaktion und vor allem der Erfolg der eingeleiteten Tuberkulinbehandlung, die zu frappierenden Besserungen führen kann.

Ueber diätetische Nährbodenänderung in der Therapie infektiöser Erkrankungen. Die engen Beziehungen zwischen Infektionsverlauf und Ernährung treten besonders in der Klinik des frühen Kindesalters hervor. Es wird vor allem versucht, durch diätetische Maßnahmen die Abwehrkräfte des Organismus zu steigern (Vitaminzufuhr usw.). Jedoch auch der Weg, durch besondere Ernährungsformen die Gewebe derart zu verändern, daß sie einen ungünstigen Nährboden für die Krankheitserreger abgeben, ist in der Pädiatrie schon wiederholt beschritten worden. Die Czernysche Kost (milchfreie und kochsalzarme Diät) erzielt Erfolge beim nässenden Ekzem der lymphatischen Säuglinge durch Nährbodenveränderung, durch Trockenlegung der Wundflächen. Ein weiteres dankbares Indikationsgebiet ergeben bei älteren Kindern akute Infektionen der Haut und Schleimhäute, bei denen die überreichliche Sekretion oder die ungewöhnliche Hartnäckigkeit gegen äußere Mittel mit dem Habitus der Kranken auf lymphatische Konstitution schließen lassen. Auch bei Anginen (scarlatinös oder diphtheritisch) werden gute Erfolge erzielt, wenn hochgradiges entzündliches Oedem, pharyngealer Stridor und profuse Sekretion aus Nasen und Rachen den konstitutionellen Anteil verraten. Bei den chronischen Störungen, in denen durch salzarme Kost ein allmählicher Umbau erzielt werden soll, ist neben den chronischen, rezidierenden Katarrhen der Lymphatiker auch die torpide Skrophulose zu nennen. In der Kinderheilkunde sind somit seit langem Methoden vorhanden, die sich mit der von Gerson veröffentlichten, erfolgversprechenden Tuberkulosetherapie berühren.

Zur Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Das Sanocrysin ist in seiner vorwiegenden Metallwirkung ein gefährliches Gift, das zu unberechenbaren Reaktionen führen kann. Es scheint vielleicht bei ganz vorsichtiger, einschleichender Dosierung (bis zur Gesamtdosis von 3 g) in einzelnen Fällen, nicht fiebernden, exsudativen Fällen, eine Besserung zu bewirken. Ein Tuberkuloseheilmittel ist es nicht. Das Möllgardsche Serum ist wertlos.

Nr. 12, 19. März 1926.

Die Verantwortlichkeit der Abortbehandlung. Sellheim.
* Zur Symptomatologie der Pericarditis exsudativa. Kamenetzky-Rabinowitsch.
Die Behandlung der Bronchopneumonie im Säuglings- und Kleinkindesalter mit Pneumokokkenserum. Brand und Kochmann.
Experimentelle und klinische Beiträge zur Unterbrechung der motorischen Nervenleitung. Haß u. Winkler.
Die klinische Diagnose der Gastritis chronica. Schindler.
* Nachprüfungen des Kauffmannschen Versuchs. Brucke.
Der künstliche Abort. Bemerkungen zu Winters Arbeit von Döderlein
Targesin in der Chirurgie. Scheuer.
Zur Frage der Dosierung des „Mirion" bei der Behandlung der chronischen Gelenkserkrankungen. Blencke.
Die entgiftende Wirkung des Aderlasses bei Niereninsuffizienz. Becher.

Zur Symptomatologie der Pericarditis exsudativa. Die Diagnose der Herzbeutelentzündung ist oft schwierig zu stellen. Das Reibegeräusch, als das allein pathognostische Zeichen, kann nicht immer beobachtet werden. Es ist unsicher, aus der besonderen Form der Dämpfungsfigur am Herzen auf eine Pericarditis zu schließen. Auch eine stärkere Herzdilatation mit relativer Tricuspidalinsuffizienz entspricht. Durchleuchtung bietet keine absolut sicheren Ergebnisse. Es ist unmöglich, zu entscheiden, ob dem großen Herzschatten eine Pericarditis, ein kombinierter Klappenfehler oder eine Herzdilatation mt relativer Tricuspidalinsuffizienz entspricht. Als neues wichtiges Zeichen erscheint eine vermehrte Verschieblichkeit der Herzdämpfung beim Lagenwechsel des Kranken (besonders beim Beugen des Rumpfes nach rechts oder links), bei Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel, sofern keine Verwachsungen mit Nachbarorganen bestehen. Wenn Herzdämpfung und Herzschatten beim Lagewechsel eine Gestaltsänderung erfahren, ist die Diagnose Pericarditis exsudativa gesichert.

Nachprüfungen des Kauffmannschen Versuches. Latente Oedeme lassen sich durch eine einfache Methode (Ausschwemmung bei Beinhochlagerung durch Besserung der hydrostatischen Verhältnisse) leicht nachweisen. Die Einfachheit der Durchführung ermöglicht es, ohne komplizierte Apparate eine Funktionsprüfung des Kreislaufs vorzunehmen und genau festzustellen, ob eine Herzdekompensation vorliegt oder nicht. Technik: Ab 7 Uhr stündlich 150 ccm Wasser zuführen, um 11 Uhr das untere Bettende hochstellen und noch 2 Stunden weiter trinken lassen! Die stündlichen Urinportionen der Vorperiode (8—11 Uhr) und der Hochlagerungsperiode (11—1 Uhr) und ihr spezifisches Gewicht werden miteinander verglichen. Bei positivem Ergebnis kommt es in der Hochlagerungsperiode zur Mehrausscheidung. Bei Gesunden ständig negatives Ergebnis. Bei Herzkranken wird die Dekompensation durch vermehrte Diurese nach Beinhochlagerung mit Sicherheit angezeigt.

Nr. 13, 26. März 1926.

Schutzpockenimpfung, Syphilisverlauf und Paralyse im Lichte tierexperimenteller Untersuchungen. Plaut u. Jahnel.
* Ueber Dosimetrie in der Röntgentherapie und über ein direktzeigendes Dosimeter. Chaoul.

Die Kombinationstherapie (Sero- und Chemotherapie) des Typhus abdominalis. Hilgermann.
Quantitative Eiweißbestimmung mit Tannin und ihre karzinomdiagnostische Bedeutung. Wigand.
Experimentelle Studien über Embial. Grumach.
Psychokatharsis und Psychoanalyse. Römer.
Beeinflussung der Scheidensekretreaktion durch Gonorrhoe. Wirr und Legène.
Spontane Ruptur der Milz bei Impfmalaria. Bachmann.
Uterusruptur bei Gravidität als Spätfolge der Kaiserschnittoperation. Strache.
Ueber die Bedeutung der Untersuchungen W. Wysokowicz für die Lehre von der Phagozytose und vom retikulo-endothelialen System. Zebrowski, Kuligowski, Makowski u. Komocki.
Die Indikationen zur Anwendung des Ballons von Baumm und die mit diesem Metreurynter erzielten Erfolge. Baumm.
Die Verantwortlichkeit der Abortbehandlung. Sellheim.

Ueber Dosimetrie in der Röntgentherapie und über ein direkt zeigendes Dosimeter. Genaue Kenntnis der verabfolgten Dosis ist unbedingtes Erfordernis jeglicher Therapie. Die Beurteilung der verabreichten Dosis Röntgenstrahlen nach der Erythemreaktion allein ist trügerisch. Die Hauterythemdosis ist nur dann als Einheit verwertbar, wenn sie physikalisch festgelegt ist. Die bisher zu diesem Zweck gebrauchten Meßinstrumente sind entweder ungenau oder zu kompliziert gebaut. Empfehlung eines von Chaoul erfundenen Jontodosimeters, das es ermöglicht, auch die Dosierung fortlaufend während der Behandlung zu überwachen.

Nr. 14, 2. April 1926.

Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.
Zur Kritik und Empfehlung der Payrschen Kehlkopsplastik bei Rekurrenslähmung. Schmieden.
Ueber bedenkliche Nachwirkungen der Narcylenbetäubung. Seifert.
Ueber den parasternalen Buckel. Hamburger.
Die Behandlung des venerischen Granuloms. Thierfelder und Thierfelder-Thillot.
Ueber konservative Furunkel- und Karbunkelbehandlung. Junkermann.
Stenosierendes Bronchialkarzinom mit inspiratorischer Anschwellung der Halsvenen. Nonnenbruch.
Kann man die X-Beine mit Schienenbehandlung heilen? Port.
Zur Wirkung und Nebenwirkung der Angiolymphe bei Hauttuberkulose. Braun.
* Wachstum und Kropf. Pflüger.
Zur Behandlung der Paraphimose. Wikenhausen.
Zur antiseptischen Behandlung der diffusen Peritonitis. Heufelder.
Die Wundbehandlung in der ärztlichen Praxis. Berkenbusch.
Ist der „Status asthenicus adiposus“ ein neuer Konstitutionstyp? Hueck.
Die Verantwortlichkeit der Abortbehandlung. Sellheim.

Wachstum und Kropf. Die bisherigen Anschauungen über die Beeinflussung des Wachstums bei Kropf sind durch Verwechselung von Kropf und Kretinismus erheblich beeinflußt. Es wird allgemein angenommen, daß in den Gebieten mit endemischem Kropf in der Zeit des körperlichen Wachstums die vergrößerte Schilddrüse in ihrer Leistungsfähigkeit herabgemindert ist. Im badischen Kropfgebiet — wo der Kretinismus fehlt — zeigten Jugendliche mit großer Schilddrüse (histologisch gewöhnlich das Bild der Struma diffusa colloides ergebend) keine Verzögerung oder Hemmung im Längenwachstum, wie durch ausgedehnte Schülermessungen erwiesen wurde. Die durchschnittliche Körpergröße war bei den Kindern mit ausgesprochener Schilddrüsenvergrößerung erheblich größer, als bei Gleichaltrigen ohne Veränderung der Thyreoidea. Die jugendliche Schilddrüse in Kropfgebieten scheint sich demnach in Hyperfunktion zu befinden.

Biberfeld (Berlin).

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 11, 11. März 1926.

* Calmettesche Schutzimpfung. Löwenstein.
Ueber die Gefahren der Unterbringung von Erysipelkranken auf inneren Stationen. Redlich und Krasso.
Wirkung der Uterusexstirpation und der künstlichen Menopause. Kraul.
Zur Frage des „chirurgisch unheilbaren“ Ulcus des Magens. Finsterer.
* Pulsation der Bauchaorta. Pick.
Ueber Angina pectoris. (Schluß.) Braun.
Weiterer Beitrag zu den Erfahrungen mit der Preglschen Nierenfunktionsprüfung. Ody.
In welchem Zeitpunkte ist die Kataraktoperation vorzunehmen? Sachs.
* Wann soll der praktische Arzt an Neubildungen in der Mundhöhle denken und welche diagnostischen Hilfsmittel stehen ihm zur Verfügung? Pichler.

Kritischer Beitrag zur Calmetteschen Schutzimpfung. Calmette benutzt als Vakzine einen 13 Jahre alten Stamm vom Typus bovinus, der in 230 Generationen auf Galle-Glyzerinkartoffel-Nährboden abgeschwächt wurde. Von dieser Vakzine verfüttert Calmette innerhalb der ersten neun Lebenstage je dreimal 2 mg durch Einrühren der Bazillen in die Milch. Diese in den ersten Lebenstagen gesetzte Infektion mit avirulenten Erregern soll gegen spätere Infektionen schützen. Löwenstein wendet gegen diese Schutzimpfung ein: 1. Die durch Verfütterung von Tuberkelbazillen gesetzte Infektion wird manchmal erst nach Jahren klinisch manifest; 2. Avirulente Bazillen können im Körper wieder hochvirulent werden; 3. Die meisten Kliniker halten die Infektion für umso gefährlicher, je früher sie erfolgt; 4. Lebend eingeführte Tuberkelbazillen werden durch Stuhl, Urin und Milch wieder ausgeschieden, es käme daher bei großzügiger Durchführung der Impfung zu einer noch größeren Verbreitung der Bazillen. Resümé: Die geimpften Kinder müssen noch mindestens 10 Jahre lang beobachtet werden, bevor die Versuche fortgesetzt werden sollten.

Ueber die Pulsation der Bauchaorta. Eine abnorm stark fühlbare Pulsation der Bauchaorta spricht bei bestehenden Ulcusbeschwerden gegen ein Magenulcus und für eine rein funktionelle Erkrankung.

Wann soll der praktische Arzt an Neubildungen der Mundhöhle denken und welche diagnostischen Hilfsmittel stehen ihm zur Verfügung? Die Frühdiagnose ist wichtig, weil nur die Frühoperation gute Erfolge zeitigt. Die wichtigsten Merkmale des Krebsgeschwüres sind Härte der Bänder und warzige oder höckerige Beschaffenheit des Grundes. Jedes Ulcus, das auf indifferente Behandlung und nach Beseitigung traumatischer Einflüsse nicht in wenigen Tagen heilt, soll als krebsverdächtig angesehen werden. Viele Krebse gehen aus der Leukoplakie hervor, daher hier regelmäßige Beobachtung und Schutz vor gefährlichen Reizen (Tabak) notwendig. Andauernde Schmerzen sind öfters Frühsymptom, besonders beim Krebs der Oberkieferhöhle; kann evtl. durch Röntgendurchleuchtung geklärt werden. Ein wichtiges Symptom für ein Neoplasma in der Tiefe des Alveolarfortsatzes ist die Zahnlockerung ohne Alveolarpyorrhoe.

Nr. 12, 18. März 1926.

Pathogenese und Behandlung der Kurzsichtigkeit und ihrer Folgen. Müller.
Züchtung des Masern- und Scharlachvirus nach Caronia. Tabaki.
Strumafrage. Mezö.
Blasenruptur. Brenner.
Präparat Albert 102. Uras.
Bericht über die Tätigkeit des Psychotherapeutischen Ambulatoriums an der Psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik in Wien in den Jahren 1922—1925. Koperer.
* Ein mächtiges Entfettungsmittel. Bagor.
Welche Bedeutung hat die Tuberkulose für die Iridozyklitis. Meller.

Ein mächtiges Entfettungsmittel. Verfasser empfiehlt das schon von Eppinger zur Entfettung angegebene Novasurol. Wichtig ist guter Zustand der Nieren und das Fehlen einer Idiosynkrasie gegen Novasurol (Gingivitis, Diarrhoen). Technik: Anfangs alle 6 Tage 1cm^3 Novasurol intragluteal, später evtl. 2 cm^3. Gleichzeitig diätetische Behandlung (salz- und wasserarme, leichte Hungerdiät) und regelmäßige körperliche Arbeit. Durchschnittliche Gewichtsabnahme ½ bis 2% des Körpergewichts wöchentlich.

Nr. 13, 25. März 1926.

Röntgentherapie von Hautkrankheiten. Freund.
Impfmalaria. Donath und Heilig.
Jod und Basedow. Borak.
Zur Pathogenität des Bact. lactis aerogenes. Burtscher und Meyer.
Fall von Angioma arteriale racemosum in der Balkengegend. Klimesch.
Der Weg der Einatmungsluft durch die Nase. Kayser.
Geschichte der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft im Rahmen der Geschichte der Laryngologie. Marschik.
Physikalische Therapie endokriner Störungen der männlichen und weiblichen Keimdrüse. Liebesny.

Nr. 14, 1. April 1926.

Die Chagaskrankheit, Kropf und Kretinismus in Südamerika. Kraus
Zur Kenntnis des „Jodbasedow“. Schimak.

Ueber Präparate mit verschleiertem Jodgehalt. Kofler.
* Kombination von Chromodiagnostik der Leber und Cholezystographie. Faltitschek und Krasso.
Nochmals zur Frage des „chirurgisch unheilbaren Ulkus“ des Magens. Mandl.
Die Röntgendarstellung des Cavum uteri und des Tubenlumens. Joachimovits.
Die Wiener Lehrkanzel für allgemeine und experimentelle Pathologie. Fränkel.
Ueber Heuschnupfentherapie. Vollbracht.

Kombination von Chromodiagnostik der Leber und Cholezystographie. Technik: Intravenöse Injektion von 4 g Tetrajodphenolphthaleinnatrium. Nachweis des Farbstoffes im Serum mittels Ringprobe (Rosenthal-Kunst), in normalen Fällen schon nach 15 Minuten negativ. Am nächsten Tage früh nüchtern Röntgenaufnahme der Gallenblase. Diagnostik: Die Farbfunktionsprüfung gibt bessere Resultate als die Galaktoseprobe. Nur bei negativem Ausfall der Funktionsprüfung ist die röntgenologische Nichtdarstellbarkeit der Gallenblase verwertbar als Zeichen ihrer Erkrankung oder des Verschlusses des Ductus cysticus. Bei positivem Ausfall der Funktionsprüfung kann die verzögerte bzw. überhaupt nicht eintretende Gallenblasenfüllung durch eine diffuse Leberzellenschädigung bedingt sein.

Pick (Wien).

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

23, Nr. 3, 1. Februar 1926.

* Nervöse Störungen der Magenfunktion. H. Schur.
Ersatz der Lumbalpunktion durch die Zisternenpunktion. W. Baumann.
Fall von Ptyalismus infolge Reizung des Sympathikus. W. Treuherz.
Der Wert der Wassermannschen Reaktion auf aktive Tuberkulose. Gutfeld.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Ueber nervöse Störungen der Magenfunktion. Zu den wichtigsten Kapiteln der Magenerkrankungen gehören die nervösen Magenstörungen, die schon seit Leube unter dem Begriff nervöse Dyspepsie bekannt sind. In letzter Zeit sind unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete erheblich gefördert worden. Der Verdauungsapparat kann die Verdauung ohne Vermittlung des zentralen Nervensystems vermittels der Auerbachschen und Meisnerschen Plexus besorgen. Es besteht ferner eine Verbindung mit dem zentralen Nervensystem durch die beiden Antagonisten, und zwar den Sympathikus und das sogenannte parasympathische System. Der erstere hemmt die Funktion, das letztere fördert dieselbe. Auch in der Beeinflußbarkeit durch Gifte zeigt sich der Antagonismus. Als Erreger des sympathischen Systems kennen wir das Adrenalin, als Erreger des parasympathischen das Cholin, welche beide im Körper erzeugt werden und deren Gleichgewichtsstörung pathologische Folgen haben kann. Auch die innere Sekretion spielt eine bedeutende Rolle bei Verdauungsstörungen. Vor allem ist die Wirkung der Schilddrüse, der Epithelkörperchen und der Hypophyse zu erwähnen. Bekannt sind die vielen klinischen Beziehungen zwischen Organstörungen und Störungen der Magendarmtätigkeit. Auch die Regulierung durch Lust- und Unlustgefühle zur Nahrungsaufnahme muß beachtet werden. So hängt bekanntlich das Sättigkeitsgefühl nicht von der Menge der Nahrung, sondern dem Kalorienwert ab. Zweifellos wird die Nahrungsaufnahme auch von Organen beeinflußt, die nicht dem Verdauungsapparat angehören. Klinische Erfahrungen zeigen, daß besonders die Leber bei der Verdauung eine große Rolle spielt, bei deren auch leichter Erkrankung schwere Appetitlosigkeit oft im Vordergrund steht. Die Frage, warum so viele Menschen trotz geringer Neigung zu Fettansatz sehr schlechte Esser sind, kann dahin beantwortet werden, daß die Organe der Nahrungsaufnahme von den verbrauchenden Organen die Anregung zur Nahrungsaufnahme empfangen, wobei vor allem die Reservedepots (Leber, Muskeln, Fettpolster) eine wichtige Rolle spielen. Die Meinung, daß bei fehlender organischer Grundlage nervöse Störungen anzunehmen sind, besteht sicherlich nicht mehr zu Recht. Sehr häufig sind psychische Veränderungen die Grundlage. Heftige Gemütsbewegungen können Appetitlosigkeit herbeiführen. Ob neben der psychisch erzeugten Dyspepsie und den innersekretorisch bedingten Störungen auch Beschwerden durch Erkrankung der Magendarmnerven entstehen können, ist nicht sicher zu beantworten. Es gibt jedoch verschiedene Gifte, vor allem das Nikotin, die durch Wirkung auf die Magennerven Störungen hervorrufen können. Ebenso sprechen für diese Möglichkeit die Störungen des vegetativen Nervensystems bei Tabes und Paralyse. Die Sekretion ist sicherlich psychisch beeinflußbar. Man sieht also, wie mannigfaltig die Symptome der nervösen Magenerkrankungen sind. Besonders wichtig sind jene Fälle, bei denen psychische Schäden Verdauungsstörungen bei normalen Individuen hervorrufen. Wir müssen uns abgewöhnen, im Sprachgebrauch von nur nervösen Erkrankungen zu sprechen.

23, Nr. 4, 15. Februar 1926.

* Physiologie und Pathologie des Kalkstoffwechsels. H. Scholz.
Nebenhöhlenerkrankungen. A. Kuttner.
* Die Behandlung der Pyelitis. E. Allard.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Physiologie und Pathologie des Kalkstoffwechsels. Daß der Kalk eines der wichtigsten anorganischen Bestandteile des Körpers ist, ist eine längst bekannte Tatsache. Auf ihm beruht die Wichtigkeit der Milch bei der Ernährung des Säuglings. Die normale Menge des Blutkalkes entspricht einem Wert von etwa 11 mg%. Neben vielen und unspezifischen Effekten gibt es sicher spezifische. Z. B. die Wirkung auf das Herz, auf den Magendarmkanal, auf die Muskulatur, auf die Nieren und andere mehr. Der Antagonismus der Elektrolyse mit seinem ständigen Wechsel bildet eine der wichtigsten Lebensbedingungen. Ebenso wie Kalkschwankungen einen großen Einfluß auf das Nervensystem haben, können auch umgekehrt nervöse Reize auf den Kalkbestand wirken. Kalziumüberschuß unbedingt sympathische Erregung. Von einer spezifischen Störung des Kalkgleichgewichtes kann man sprechen, wenn der Kalkgehalt im Gegensatz zur übrigen Konzentration des Blutes sich verhält. Bei Basedowkranken z. B. beobachtet man ein Sinken des Kalkgehalts im Blut, bei Myxödem eine Steigung. Bei der echten Tetanie kommt es zu einer wirklichen Kalkverarmung, bei der Spasmophilie zu hohen Kalkwerten. Auch die in der Schwangerschaft auftretende Tetanie beruht auf der großen Inanspruchnahme der Kalkvorräte bei meist geringer Zufuhr. Bei der Tuberkulose wird oft Abnahme des Blutkalkes gefunden, bei Hämoptysen auch bisweilen eine Steigerung des Blutkalkes. Die Gründe für diese Schwankungen sind noch nicht aufgedeckt. Wichtig werden die Untersuchungen sein, die den Zusammenhang der Jonen-Konzentration mit den hormonalen Einflüssen aufdecken werden.

Die Behandlung der Pyelitis. Trotzdem die Pyelitis ein typisches Krankheitsbild darstellt, wird der akute Anfall nicht immer richtig erkannt und mit Appendicitis, Pneumonie und vor allen Dingen mit der Zystitis verwechselt. Das klare Aussehen des Urins täuscht oft und nur das Sediment bringt die Aufklärung. Die Entstehung der Pyelitis wird in der Mehrzahl der Fälle auf den Kolibazillus zurückzuführen sein. Sie ist auch die relativ gutartigste Ursache, während Mischinfektionen schwerer zu behandeln sind. Ob die Infektion auf dem Blut- oder Lymphwege oder urogen entsteht, ist noch nicht geklärt. Seitdem man Lymphbahnen zwischen Darm und rechter Niere kennt, ist auch auf diesem Wege eine Infektion nicht unmöglich. Der gewöhnliche Weg wird immer der aufsteigende urogene sein, daher auch die große Häufigkeit der Erkrankung bei Frauen infolge der anatomischen Verhältnisse. Bei der Behandlung steht die Spülung des Nierenbeckens an erster Stelle. Die wochenlange Verordnung von Wildunger Wasser oder Tee, die am häufigsten in der Praxis erteilt wird, führt selten zur Heilung. Auch die Behandlung mit Urotropin allein ist nicht zweckmäßig, da dieses Mittel in viel zu großer Verdünnung durch die Nieren ausgeschieden wird. Ausschlaggebend ist vor allem die Reaktion des Urins, da Urotropin nur bei saurer Reaktion wirkt. Die Säuerung des Urins hemmt auch das Wachstum der Kolibazillen, sodaß eine blande Diät meist nicht mehr am Platze.

sondern eher eine saure Diät von Erfolg ist. Daher strebt die moderne Behandlung mit Cylotropin, eine Kombination des Urotropins mit Salicylsäure, die Säurung des Harnes an. Die Reizkörpertherapie wird ebenfalls dringend empfohlen und zeigt oft verblüffende Erfolge. Schließlich wird auf die lokale Spülbehandlung hingewiesen, wobei oft beobachtet wird, daß allein der Ureterenkatheterismus auch ohne Spülung Heilung herbeiführt. Erst nach Erzielung eines bakterienfreien Urins sollen noch Trinkkuren vorgenommen werden.

23, Nr. 5, 1. März 1926.

* Asthmatische Zustände und anaphylaktische Reaktionen. Arent de Besche.
Die Lues der Nieren. Krieger.
* Pockenschutzimpfung. Oestreicher.
Die plötzlich bedrohlichen Erkrankungen des Bauches. Speck.

Asthmatische Zustände und anaphylaktische Reaktionen. Wie bereits in dieser Zeitschrift von Gutstein geschildert wurde, ist das Asthma nach den modernen Anschauungen eine Art anaphylaktischer Schock, den man besonders bei Menschen beobachtete, die viel mit Pferden zu tun haben und zwar bestand eine Ueberempfindlichkeit von mit Pferdeserum geimpften Menschen. Man schloß daraus, daß auch andere asthmatische Zustände der Ausdruck einer spezifischen Empfindlichkeit gegenüber den Eiweißkörpern seien, welche der Mensch in irgendeiner Form zu sich nimmt. Die Prüfung bestand darin, daß man Kranke dem Einfluß dieser Stoffe entzog und eine Besserung zu beobachten glaubte. Besonders die Augenreaktion gab hier eine gute Handhabe. Eine gewisse familiäre Disposition scheint zu bestehen. Auch gelingt es, aus dem Blut von Pferdeasthmatikern den Zustand auf Tiere zu übertragen. Sogar bei einem Fall von Bluttransfusion gelang eine Uebertragung von Mensch zu Mensch. Die Erfahrungen zeigen, daß es sicher anaphylaktische Asthmaformen gibt, zu denen vor allem das Heuasthma, ferner das von den Ausdünstungen verschiedener Tiere abhängende, und das durch den Genuß von Nahrungsmitteln hervorgerufene Asthma gibt.

Pockenschutzimpfung, ihre Folgezustände und deren Verhütung. Bei dem Unwesen, das noch heute viele Impfgegner treiben, muß man das Publikum über die eventuellen Impfschäden aufklären. An Hand von zwei Fällen, die Verfasser beobachtete, kommt er zu dem Resultat, daß man Kinder so früh wie möglich impfen solle, damit die erste Zahnung, die zu Komplikationen führen kann, nicht mit der Impfung zusammenfällt. Kinder, die an Hautkrankheiten leiden, dürfen nicht geimpft werden. Wichtig ist eine zarte Impftechnik. Mehr wie drei Impfschnitte sind nicht erforderlich. Das Baden während der Impfzeit ist zu unterlassen. Impfschäden können wohl selten vorkommen, nehmen jedoch so gut wie nie gefährliche Formen an. Aufklärung der Mütter ist unbedingt erforderlich, wodurch auch am besten die Impfgegner bekämpft werden.

Nr. 6, 15. März 1926.

Zellfunktion und „Oxydasereaktionen". Katsunuma.
* Ueber salvarsanresistente Syphilis. Jeßner.
Ueber die Behandlung des Bettnässens auf Grund der Typeneinteilung. Puff.

Ueber salvarsanresistente Syphilis. Seit Entdeckung des Salvarsans kennt man die rasche Zurückbildung aller luetischen Erscheinungen. Allmählich lernte man relativ seltene Fälle kennen, die der Behandlung mit Salvarsan trotzten und die man als salvarsanresistent oder refraktär bezeichnete. Eine Einteilung solcher Fälle in verschiedene Gruppen ist noch nicht möglich. Sicher gibt es eine Gruppe, in denen das Salvarsan von vornherein nicht wirkt. Ueber das Auftreten des Rezidivs trotz Salvarsan kann man wegen der verschiedenen Auffassung einer Kur nichts genaues sagen. Häufig findet man bei resistenten Patienten Ausschlag im Gesicht, solche mit spätsekundärem Charakter, auch bei frischer Lues. Oft macht die Diagnose große Schwierigkeiten. Die WaR. ist trotz ausgedehnter Erkrankung negativ. Die Erscheinungen solcher Kranken verschlimmerten sich nach jeder Injektion und es zeigte sich, daß solche Patienten bei früheren Kuren Salvarsan schlecht vertragen haben. Als Ursache kommen drei Faktoren in Frage: 1. Das Salvarsan. 2. Der Organismus. 3. Die Spirochäte. Bei der Güte der jetzigen Präparate fällt die erste Ursache fort. Der Organismus ist sicher zu berücksichtigen, in welcher Weise, ist aber noch nicht zu sagen. Die dritte Ursache bedingt die Frage, ob es salvarsanfeste Spirochätenstämme gibt, wobei die Unmöglichkeit, Kulturen anzulegen, die Beantwortung sehr erschwert. Bekanntlich gibt es verschiedene Variationen. Man spricht von einem dermotropen, einem neurotropen Virus, auch von einer osteotropen Abart könnte man sprechen. Hier ist die Frage wichtig, ob die Spirochäte sich gegen Salvarsan festigen kann, eine Tatsache, die man von anderen Erregern bereits kennt. Für die Tatsache spricht eine Reihe von Fällen, die Verfasser als „Partnerfälle" bezeichnete. Die Entscheidung wird dadurch kompliziert, daß fast alle Fälle kombiniert behandelt werden, und man nicht weiß, ob nicht eine Resistenz gegenüber anderen Mitteln besteht. Solche resistenten Fälle werden jetzt oft mit Wismut behandelt, außerdem versucht man, eine Umstimmung des Körpers durch Fiebertherapie usw. herbeizuführen. Auch die Malariaimpfung hat man in Kliniken erprobt. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die Möglichkeit des Vorkommens salvarsanfester Spirochätenstämme als erwiesen anzusehen ist.

Kosminski.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 6.

Das sächsische Wohlfahrtspflegegesetz vom 28. März 1925 vom Standpunkte der Gesundheitspflege. Thiele.
Branntwein in Schokoladenflaschen. Beythien.
Die werdende Ge-So-Lei. Grunewald.

1. Jahrgang, Nr. 8, 24. Februar 1926.

Die Geschlechtskrankheiten in Bremen. Tjaden.
* Ist eine ständige Ueberwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln notwendig oder genügt die Verfolgung von Beschwerden und Anzeigen aus den Kreisen der Interessenten? Juckenack.

Ist eine ständige Ueberwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln notwendig, oder genügt die Verfolgung von Beschwerden und Anzeigen aus den Kreisen der Interessenten? Da gewisse Bestrebungen dahingehen, die Vorschriften des jetzigen Nahrungsmittelgesetzes zu mildern bzw. zu beseitigen, verlangt Juckenack ihre Beibehaltung und strikte Durchführung.

1. Jahrgang, Nr. 9, 3. März 1926.

Die rasche Wirkung der in den neuen Normativbestimmungen festgelegten Maßnahmen zur Bekämpfung der Tollwut der Hunde. Ein Beispiel aus der letzten Tollwutverseuchung Württembergs. v. Ostertag.
* Zur Frage der Erblichkeit krimineller Anlagen. Fetscher.

Zur Frage der Erblichkeit krimineller Anlagen. Unter Zugrundelegung der erbbiologischen Literatur verlangt Fetscher eine systematische Sammlung aller Daten über kriminelle Familien. Er hat zu diesem Zwecke mit Hilfe des sächsischen Justizministeriums eine erbbiologische Kartei angelegt; welche sicher viel Licht in diese Frage bringen wird.

1. Jahrgang, Nr. 10, 10. März 1926.

Versuche über handelsmäßige Milcherhitzung (Pasteurisierung) in Amerika. Köpke.
Zur Frage des Gemeindebestimmungsrechtes. Zergiebel.
Nochmals Gemeindebestimmungsrecht. Kraut.

1. Jahrgang, Nr. 11, 17. März 1926.

Die Reichsgesundheitswoche. Adam.
* Ueber Selbstmordstatistik. Grunewald.
Wesen und Ursachen der Trunksucht. Flaig.

Ueber Selbstmordstatistik. Grunewald schlägt eine ärztliche Meldepflicht der Selbstmordversuche vor. 1924 sind 8059 Selbstmorde = 20,7 auf 100 000 Lebende gemeldet worden. Die Frauenselbstmorde sind gestiegen; in Hamburg z. B. ist die Zahl der Selbstmordversuche der Frauen mehr als das Doppelte als beim männlichen Geschlechte. Die Ursachen des Selbstmordes sind äußerst verschieden. Die Zahl der eigentlichen Geisteskranken ist verhältnismäßig gering. Eine große Rolle spielt der wirtschaftliche Niedergang. Nach deutschem und österreichischem Rechte ist der Selbstmord straffrei. Rentengewähr an die Hinterbliebenen ist berechtigt, wenn die Tat in einem Zustande einer geistigen Störung erfolgte, oder wenn er in einem direkten oder indirekten Zusammenhange mit einem Betriebsunfall steht.

Michaelis (Bitterfeld).

Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.

111, 5./6. Heft, März 1926.

Wirkung von Gasgemischen. Hofer.
Wirkung der Diuretika auf die isolierte Froschniere. Hartwich.
Aenderungen im Wassergehalte der quergestreiften Muskulatur als Folge der Störungen des Wasserhaushaltes von Kaninchen. Tashiro.
Die Uebererregbarkeit des Vagus als intrakutan ausgelöster Reflex. Luithlen und Molitor.
Der Einfluß des Morphiums auf den Ionengehalt des Blutplasmas. Cloetta und Brauchli.
Sensibilisierende Wirkung der Porphyrine. Kämmerer u. Weisbecker.
Solanazeen als Berauschungsmittel. Führer.
Experimente zur Novasurolwirkung. Noguchi.
Angriffspunkt des Insulins. Lesser.

Strahlentherapie.

21, Nr. 1.

Bedeutung der Röntgenstrahlen für die heutige Naturerkenntnis. A. Sommerfeld.
Zur Analyse der Röntgenstrahlenwirkung auf den Embryo und die embryonalen Gewebe. A. Kiontkowski.
* Die Röntgentherapie und die Organotherapie bei innersekretorischem Erkrankungen. III. Teil: Wechselbeziehungen der Drüsen mit innerer Sekretion im Klimakterium. I. Borak.
* Baktericidie nach Röntgenbestrahlung. C. Fried.
* Radiumtherapie der Zungenkrebse und ihrer sekundären Drüsenerkrankungen. Cl. Regord.
* Beitrag zur experimental-biologischen Strahlenforschung des Krebses. E. Markowits.
* Röntgentherapie des Othaematoms. L. Fenchner u. E. Regeier.
Das Problem der Röntgendosis. L. Heidenbein.
Zur Härte und Intensitätsverteilung gestreuter Röntgenstrahlen. R. Herz.
Das Siemens-Meßgerät und das Gesetz v. Quadrat d. Entfernung. H. Chanheine.
Ueber physiologische Wirkungen der leuchtenden Strahlungen. C. Vaune.
Zur Frage der Strahlungsimmunität. P. Niederhoff.
* Einwirkung ultravioletter Strahlen auf die Blutkatalose. F. Peemöller und H. Franke.
* Fünfzehn Jahre lupusärztlicher Tätigkeit in Oldenburg. Thedeeing.

Die Röntgentherapie und die Organotherapie bei innersekretorischen Erkrankungen, III. Teil: Wechselbeziehungen der Drüsen mit innerer Sekretion im Klimakterium. Die theoretischen Grundlagen der Röntgentherapie der klimakterischen Symptome beruhen auf der Auffassung, daß die klinischen Erscheinungen zwar indirekt durch den Ausfall der Ovarien, unmittelbar aber durch die nach der Funktionseinstellung des Ovariums hyperfunktionierenden übrigen endokrinen Drüsen bedingt sind. Diese Drüsen (Nebenniere, Hypophyse, Schilddrüse) sind dann ungemein empfindlich gegen Röntgenstrahlen, Hyperthyreosen sind im Klimakterium häufig. Die Wallungen sind wahrscheinlich von der Schilddrüse ausgelöst. Schwerste Osteoparästhesien, Blutdrucksteigerung von der Hypophyse, Bestrahlungstechnik. — Hypophyse: 4 kleine Felder (4×9 cm) am Schädel. Strahlenbündel gegen die Sella turcica. Einzeldosis ein Drittel der HED, an der Oberfläche = ein Zehntel an der Hyphophyse. (Zinkfilter.) Schilddrüse zwei analoge Dosen. Zwischen jeder Bestrahlung 4 Tage Pause. Die Röntgentherapie leistet unvergleichlich mehr als die Organotherapie (Ovarial-Tabletten).

Baktericidie nach Röntgenbestrahlung. Während sich Steigerung der Baktericidie des Blutes durch Röntgenstrahlen in kleinen Dosen eindeutig beweisen ließ, gelang dieser Nachweis bezüglich bestrahlten Eiterserums nicht.

Radiumtherapie der Zungenkrebse und ihrer sekundären Drüsenerkrankungen. Während bis zum Jahre 1919 es dem Verfasser nur in einem Falle von 18 Fällen Zungenkarzinom gelang, den lokalen Herd zum Verschwinden zu bringen, ist ihm dies von 1920 bis 1923 (4 Jahre) unter 174 Kranken 81 mal geglückt (46,5%). Dieses glänzende Ergebnis beruht auf der verbesserten Technik. Einmalige Applikation von zahlreichen Radiumnadeln zur kontinuierlichen Bestrahlung mit langer Dauer.

Beitrag zur experimental-biologischen Strahlenforschung des Krebses. Hochempfindlich sind die mitotischen Zellen zur Zeit ihrer lebhaftesten Teilung, amitotische auch zur Zeit ihrer geringsten Vermehrung.

Die Röntgentherapie des Othaematoms. 23 Fälle, davon zwei Mißerfolge. Rückbildung in zwei bis vier Wochen. Dosis: 3 H, durch 4 mm Aluminiumfilter. Die Methode ist den chirurgischen Maßnahmen überlegen. Das Othaematom ist eine Berufskrankheit der Kisten-, Pfosten- und Sackträger, Boxer und Ringer. Alte Fälle mit bereits bestehender Verkümmerung der Ohrmuschel sind für die Röntgentherapie ungeeignet.

Die Einwirkung ultravioletter Strahlen auf die Blutkatalose. Ultraviolette Strahlen zerstören, auch in großen Mengen angewendet, Blutkatalose nicht.

Fünfzehn Jahre lupusärztlicher Tätigkeit in Oldenburg. Die Schuluntersuchungen müssen mit besonderer Wachsamkeit auf die Rhinitis scrophulosa fahnden, denn hier ist der Ausgangspunkt späterer Lupuserkrankung zu suchen.

Schwarz (Wien).

Zeitschrift für klinische Medizin.

103, Heft 1, März 1926.

* System der Anämien. Unter Zugrundelegung praktisch klinischer Gesichtspunkte. Holler.
Ueber die Wirkung thermaler Eingriffe auf die alveolare Kohlensäuretension. Benezur u. Berger.
* Ueber die Behandlung schwerer Fälle von Sepsis und eitriger Meningitis mit künstlichem Abszeß. Jacob u. Werdt.
Ueber Knollenblätterschwammvergiftung. Steinbrinck u. Münch.
Ueber eine Einrichtung für Zeitreizversuche (Chronaxiebestimmungen) für klinische und experimentelle Zwecke. Blumenfeldt.

System der Anämien. Es besteht im erythropoetischen System eine Wechselwirkung zwischen Milz und Knochenmark, indem die Abbaustoffe der Blutzellen in der Milz die Funktion des Knochenmarks vielfach regulieren. Krankhafte Verhältnisse führen zu einer Anderung der physiologischen Korrelation und können so eine Abänderung der physiologischen Erythrozytenkonzentration im strömenden Blut herbeiführen. Bei gesteigerter Knochenmarksfunktion entsteht die Polycythämia vera. Einschränkung der Erythropoese führt zur aplastischen Anämie. Betrifft die Erkrankung die Milz, so besteht bei vermehrter Milzfunktion ein hämolytischer Ikterus, bei Einschränkung der hämolytischen Tätigkeit kann sich eine symptomatische Polyglobulie herausbilden. Die Erkrankungen der Milz setzen gewöhnlich die osmotische Resistenz, den mittleren Durchmesser und den Farbstoffgehalt der Erythrozyten herab. Es kommt zur Bildung von abnormen oder vermehrten Blutzellabbauprodukten in der Milz, die die Erythropoese zur überstürzten Zellbildung anreizen. So kommt es zur Ausschwemmung von funktionell minderwertigen Zellen aus dem Knochenmark (Herabminderung der osmotischen Resistenz und Mikrozytose infolge Sphärischwerden der Zellen). Die Erkrankung des Knochenmarks äußert sich in dem Einsetzen einer hyperchrom megalozytisch-megaloblastischen Erythropoese an der Stelle der Schädigung (herdförmig bei Krebsmetastasen, diffus bei der Biermerschen Anämie). Es ist eine Anämie infolge Versagen des Markes (reiner Typ: die aplastische Anämie infolge fortschreitenden Schwundes des funktionierenden Gewebes) und eine Verbrauchsanämie (z. B. Icterus hämolyticus) zu unterscheiden. Eine Kombination beider ist die perniziöse Anämie, bei welcher eine myelophthisische und hämolytische Komponente vorhanden sind. Letztere ist charakterisiert durch die Erscheinungen vermehrter Hämolyse und überstürzter Knochenmarksfunktion. Der leukopoetische Anteil des Knochenmarks ist an den Erkrankungen des erythroblastischen Gewebes in nur quantitativ verringertem Ausmaß beteiligt. (Hyperleukozytose beim Morbus Vaquez, Leukopenie beim Morbus Biermer.) Die Erkrankungen des hämatopoetischen Apparates sind in der Hauptsache erworben. Bisher fehlen die nötigen Unterlagen für die Rolle konstitutioneller Momente bei diesen Leiden.

Ueber die Behandlung schwerer Fälle von Sepsis und eitriger Meningitis mit künstlichem Abszeß. Es wird über eine Anzahl Fälle von Sepsis (durch Staphylo- und Pneumokokken sowie Kolibazillen) sowie von eitriger Meningitis (epidemica und purulenta) berichtet, in denen eine günstige, vielleicht lebensrettende Wirkung von künstlichen Abszessen beobachtet wurde. Die Abszesse wurden durch subkutane Injektion von 2—3 ccm Terpentinöl in die laterale Oberschenkelseite erzeugt. Es kommt dann am Blutbild zu einer typischen Reaktion (leukocytäre Kampfphase mit folgender lymphozytärer Heilphase). Durch die Terpentininjektion wird künstlich eine Gewebseinschmelzung erzeugt, welche zum Erscheinen von leistungssteigernden Stoffen im Blut führt und so durch Einsatz aller vorhandenen Abwehrkräfte des Organismus die Infektion überwinden läßt. Der günstigste Zeitpunkt für das Anlegen des Abszesses ist gegeben, wenn das akute Stadium der Infektion vorüber ist und die Leukozytenkurve (anfängliche Steigerung der Leukozytenzahl dann Abfall) auf die mangelhafte Reaktion des Körpers hinweist. Schädliche Wirkungen der Abszeßbehandlung wurden nicht gesehen. Niemals wurde Kräfteverfall durch zu intensive oder zu lange dauernde Eiterungen beobachtet. Prognostisch günstig sind jene Fälle, in denen es rasch zur ausgedehnten Rötung und Schwellung, zur deutlichen Fluktuation in 6—8 Tagen an der Injektionsstelle kommt. Gewöhnlich erfolgte dann nach der Inzision prompte Entfieberung.

Biberfeld (Berlin).

Wiener Archiv für innere Medizin.

12, Heft 1, 5. Januar 1926.

* Asthma cardiale. Wassermann.

Asthma cardiale. Verfasser unterscheidet zwei Hauptgruppen von herzasthmatischen Anfällen: 1. Durch Linksinsuffizienz ausgelöstes Asthma, 2. Kleinkreislauf-(Stauungs-) asthma. 1. Beruht auf einer dyspnoisch-anoxämischen Erregung des Zentral-Nervensystems (besonders Medulla oblongata). Subj. Symptome: Unruhe, Angst, Oppression, Erstickungsgefühl. Obj. Symptome: a) maximale stürmische Atemtätigkeit (Reizung des peripheren Atemapparates), b) Bronchokonstriktion, Bradykardie, Pharyngoösophagusspasmen, Stuhldrang, Harndrang (Reizung des vegetativen Nervensystems), c) Blutdrucksteigerung (Reizung des Vasomotoren-Zentrums). Vorkommen: Besonders bei Aorteninsuffizienz und Infarct des linken Herzens. Therapie: Morphium (zuerst tastend kleine Dosen), Sauerstoff, Nitrite. 2. Die Anfälle beruhen auf hochgradiger, besonders pulmonaler und venöser Kreislaufinsuffizienz. Symptome: Hochgradige Zyanose, geringe oder fehlende Blutdruckerhöhung, serienweise Anfälle. Vorkommen: Besonders bei Mitralvitien bzw. Rechtsinsuffizenz. Therapie: Aderlaß, Digitalis, Coffeïn.

12, Heft 2, 10. Februar 1926.

Pathologie des respiratorischen Stoffwechsels. Pollitzer und Stolz.
Ueber den Kalziumgehalt von Blut und Liquor. Depisch.
Schmerzempfindlichkeit des Herzens und der großen Gefäße und ihre Beziehung zur Angina pectoris. Singer.
Arteriitis obliterans mit analogen Veränderungen in den Venen. Cserna.
Ueber einen neuen Blutbestandteil. Leimdörfer.
Größe, Volumen und Form der menschlichen Erythrozyten. Boros.
* Arthritis psoriatica und Psoriasis bei Gelenkserkrankungen. Morgenstern.
* Eine eigenartige Form von epidemischer Meningitis (Meningitis aseptica acuta). Wallgren.
Klinik der akuten Leukämie und akut leukämische Zustände. Rösler
Reizleitungsstörungen im Bündel III. Scherf.
Fall von Polymyositis. Schill.
Habitus phthisicus. Frisch und Eiselsberg.

Arthritis psoriatica und Psoriasis bei Gelenkerkrankungen. Das häufige Zusammentreffen von Psoriasis mit Gelenkerkrankungen ist lange bekannt. Charakteristisch für Arthritis psoriatica ist: a) Psoriasis: Große Intensität und ungewöhnliche Lokalisation, therapeutisch schwer beeinflußbar, häufig Nagelveränderungen, manchmal Pustelbildung. b) Arthritis: Akuter. subakuter oder chronischer Verlauf, mit oder ohne Fieber, meist destruierender Gelenkprozeß mit Ausgang in Kontraktur und Ankylose. Häufig gleichzeitige Attacken des Hand- und Gelenkprozesses, keine Mitbeteiligung des Herzens. Andere Gelenkerkrankungen, die einzeln besprochen werden, müssen ausgeschlossen werden.

Eine eigenartige Form von epidemischer Meningitis. Beobachtung von epidimischem Auftreten eigenartiger Meningitisformen in Schweden und Norwegen, aber auch in Wien vereinzelte Fälle. Meist erkranken Kinder akut mit meningitischen Symptomen. Der Liquor zeigt erhöhten Druck, ist meist klar, Globulin und Zellen (meist typische Lymphozyten) vermehrt, bakteriologisch steril. Kurze Dauer, gute Prognose. Aehnliche Erkrankungen bei Poliomyelitis, Encephalitis, Parotitis, Typhus, Weilscher Krankheit, Lues, Helminthiasis.

Sied (Wien).

Zeitschrift für Tuberkulose.

44, Heft 5.

* Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Zinn.
Die Bedeutung der zytologischen Untersuchung des Sputums für die Diagnose und Prognose der Lungenkrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Engelsmann.
Zur Brauchbarkeit des Löwenstein-Sumiyoshischen Reinzüchtungsverfahrens der Tuberkelbazillen für die Diagnose. Meller.

Ueber die Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Zur Sanocrysinbehandlung eignen sich in erster Linie die schweren, mehr frischen oder wieder aufgeflackerten exsudativen, in zweiter Linie die mehr produktiven Formen der Lungentuberkulose. Gegenanzeigen sind Darmtuberkulose und schwere allgemeine Kachexie. Es empfiehlt sich, mit 0,05 g zu beginnen, wöchentlich eine Injektion zu geben, steigend je nach den Reaktionen um 0,05—0,15 bis zur maximalen Einzelgabe von 1,0 g. Bei diesem Vorgehen ist die Sanocrysinbehandlung unschädlich, die Anwendung des Möllgaardschen Serums ist zu widerraten. Mit Sanocrysin behandelt und eingehend klinisch beobachtet wurden 16 Fälle von zumeist offener, doppelseitiger, schwerer Lungentuberkulose. Während in 4 Fällen gar kein Einfluß der Goldbehandlung zu verzeichnen war und in weiteren 6 Fällen die erzielte Besserung sich im Rahmen des durch die übliche Anstaltsbehandlung Erreichbaren hielt, wird das Ergebnis der Sanocrysinbehandlung in den übrigbleibenden 6 Fällen als günstig bezeichnet. In einem Teil dieser 6 Fälle war ein Rückgang der tuberkulösen Infiltrate und Einsetzen von Schrumpfungsvorgängen röntgenologisch nachweisbar in der verhältnismäßig kurzen Behandlungszeit von 6—8 Wochen. Blutbild und Blutsenkung zeigten gleichfalls die stattgehabte Besserung an, dagegen blieb die Komplementablenkung nach Besredka und nach Wassermann positiv. Auch Tuberkelbazillen waren in den Fällen offener Tuberkulose am Ende der Kur, wenn auch spärlicher, nachweisbar. Ernstere Nierenschädigungen wurden nicht beobachtet, dagegen siebenmal ein Exanthem, davon zwei schwere Spätexantheme mit Stomatitis. In einem Falle kam es zu einer komplizierenden Pleuritis exsudativa. Das Sanocrysin — keineswegs das Heilmittel der Tuberkulose — ist für die Behandlung der Lungentuberkulose in gewissen Fällen ein geeignetes Mittel, das weitere Anwendung und Prüfung verdient. Es sollte zunächst jedoch nur von Fachärzten unter stationärer Beobachtung der Kranken gegeben werden.

Zwerg.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

63., Heft 1.

* Tuberkulose unter Ehegatten. Biemann.
* Die Tuberkulose des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern. Walter Blumenberg.
Spezifität der tuberkulösen Herdreaktion und des nach Allgemeinreaktionen auftretenden Unempfindlichkeitszustandes. Hans Fernbach.
* Indikation und Mechanismus der Zwerchfellähmung. B. Fornet.
* Lokalisation der Tuberkulose. A. Sternberg.
Einfluß der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane auf den Verlauf der Lungentuberkulose. W. J. Roschdestwensky.
Wechselverhältnis zwischen Tuberkulose der Lungen, Knochen und serösen Häute. Rosow und Japolsky.
Verlauf der Lungentuberkulose bei der Tuberkulose der Haut und der Augen. Witkina und Maklakowa.
* Gegenwärtige Beziehungen zwischen der allgemeinen und der örtlichen Immunität. Borok und Pick.
Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Veränderung der innersekretorischen Korrelation. Borok und Mordwinkina.
* Toxämie bei der Lungentuberkulose. A. R. Rosenberg.
Patholog-anatomische Veränderungen in den Hoden bei der Lungentuberkulose. Roschdestwensky.

Tuberkulose unter Ehegatten. Als Beitrag zur Klärung der Frage, ob die tertiäre Lungentuberkulose des Erwachsenen durch exogene Reinfektion oder endo-haematogen entsteht, wurden mehrere hundert Ehegatten ansteckungsfähiger Tuberkulöser untersucht. Es wurde gefunden, daß trotz der wirklichen Gelegenheit zur Ansteckung 85,9% gesund blieben, daß also die natürliche Immunität in den allermeisten Fällen nicht durchbrochen wird. In 4,3% der Fälle fand sich eine Erkrankung an offener Tuberkulose, die nach dem klinischen Bilde als wahrscheinlich exogen entstanden erklärt werden mußte. Frauen erkrankten fast dreimal so oft als Männer. Wenn auch kleinliche Bazillenfurcht bei der starken natürlichen Immunität des Menschen abzulehnen ist, so ist doch auf Grund der gemachten Feststellungen zu fordern, daß gesunde Erwachsene, sei es in der Familie oder in der Krankenpflege, vor zu reichlicher Ansteckungsmöglichkeit zu schützen sind.

Die Tuberkulose des Menschen in den verschiedenen Lebensaltern. In der vorliegenden III. Mitteilung bespricht Verf. die Tuberkulose des Greisenalters (vom 60. Lebensjahre an). Bei im Greisenalter entstandenen Primäraffekten, welche häufig multipel sind, ist eine nur geringe Beteiligung der regionären Drüsen festzustellen. Reinfekte sind auch im höheren Alter meist multipel, sie bevorzugen die medialen Oberlappenabschnitte, nicht wie im mittleren Alter die Lungenspitzen. Die thorakalen Lymphknoten sind bei der Reinfektion im Greisenalter meist frei von frischer oder überständener Tuberkulose. Die weitere Ausbreitung der Lungentuberkulose erfolgt im Greisenalter vorzugsweise intracanaliculär auf dem Wege der Bronchien, die haematogene Dissemination tritt demgegenüber an Bedeutung zurück. Häufig findet man bei Greisen Tuberkulose der serösen Häute, welche meist metastatisch auf dem Lymph- oder Blutwege entsteht. Die sekundäre Kehlkopf- und Darmtuberkulose ist auch im höheren Alter sehr häufig. Wesentlich seltener als in jüngeren Jahren trifft man hingegen Tonsillentuberkulose an. Insgesamt sei zu sagen, daß die Besonderheiten der Alterstuberkulose in keinem Zusammenhange mit immunisatorischen Faktoren stehen, sie sind vielmehr durch das Alter als solches bedingt. In der Ausgangsbetrachtung seiner gesamten umfangreichen Abhandlung kommt Verfasser zu dem Schluß, daß seine anatomischen Untersuchungen — ohne zu dem Zwecke unternommen zu sein — zu einer Nachprüfung der Rankeschen Tuberkuloseklassifizierung geworden seien, und daß sie in den entscheidenden Punkten zu einem ablehnenden Ergebnis geführt hätten. Die pathologisch-anatomische Methode, welche den Nachweis der Beteiligung immunisierender Faktoren am Verlauf der menschlichen Tuberkulose nicht erbringt, habe den Beweis geliefert, daß das Lebensalter des Menschen auf ihn von bedeutendem Einfluß ist.

Indikation und Mechanismus der Zwerchfellähmung. Verfasser beobachtete eine interlobäre Pleuritis und marginale Lungeninfiltration zwischen rechtem Ober- und Mittellappen, welche mit vorübergehender Lähmung des r. Zwerchfells einherging. Die anfangs in Hilushöhe gelegene, horizontal verlaufende Interlobärschwarte trat zurzeit der voll ausgeprägten Zwerchfellähmung, einen Winkel von fast 90° beschreibend, mehrere Intercostalräume höher und verlief schließlich vom r. Hilus fast senkrecht in das r. Spitzenfeld hinein. Nach abgeklungener Phrenicuslähmung befand sie sich wieder als horizontaler Strang in Hilushöhe. Diese Beobachtung beweist die große Bedeutung, welche die künstliche Zwerchfellähmung gerade hinsichtlich der Ruhigstellung der oberen Lungenabschnitte besitzt. Verf. tritt daher auch — wie mehrere andere Autoren in letzter Zeit (Ref.) — für Erweiterung der Indikationsbreite der Phrenicusexairese ein und fordert ihre Anwendung auch bei reinen Oberlappenprozessen.

Lokalisation der Tuberkulose. Gestützt auf seine umfangreichen Erfahrungen als Leiter des Staatsinstituts für Tuberkuloseforschung in Leningrad entwickelt Verf. seine bemerkenswerte Theorie über die Lokalisation der Tuberkulose im menschlichen Körper. Die Tuberkulose zeigt Neigung, sich nicht in einem einzigen Organ, sondern in einer ganzen Organgruppe zu lokalisieren. Diese Lokalisationstendenz ist keine zufällige, sondern wird, wie es scheint, durch gemeinsame embryologische Abstammung der Organe bestimmt. Man findet häufig folgende Organgruppen gemeinsam von der Tuberkulose befallen: Lunge, Kehlkopf, Darm (Entoderm), Drüsen, Knochen, seröse Häute (Mesenchym), Haut und Auge (Ektoderm), Urogenitalapparat (Mesoderm). Die Tuberkulosedisposition ist im Kindesalter am stärksten bei den Bildungen des Mesenchym, nach der Pubertät bei denjenigen des Entoderms. Die Lungentuberkulose, vergesellschaftet mit Tuberkulose anderer Organgruppen, verläuft im allgemeinen auffallend günstig. Besonders ausgesprochen der Fall ist dies bei gleichzeitig bestehender Haut- oder Augentuberkulose. Auch die im Verein mit Tuberkulose der Drüsen, Knochen, serösen Häute und des Urogenitalapparats auftretende Lungentuberkulose ist durch ihren verhältnismäßig gutartigen Charakter und ihren torpiden Verlauf ausgezeichnet.

Gegenseitige Beziehungen zwischen der allgemeinen und der örtlichen Immunität. Durch Einreibungen von Tuberkulinsalben in die Haut bzw. intradermale Injektion von Tuberkulinlösungen in aufsteigender Konzentration gelang es, umschriebene Hautpartien unempfindlich gegen Tuberkulin zu machen. Sowohl die Pirquetsche Hautprobe wie die Intracutanprobe nach Mantoux fielen in dem vorbehandelten Hautbezirk negativ aus. An anderen Hautstellen, auch den unmittelbar benachbarten, war jedoch keine Aenderung, insbesondere keine Abschwächung der Tuberkulinempfindlichkeit festzustellen. Dieses Ergebnis läßt den Versuch, den Menschen mittels künstlicher Erzeugung einer örtlichen Immunität gegen Tuberkulose prophylaktisch zu immunisieren, sehr zweifelhaft erscheinen.

Kaseöse Toxämie bei der Lungentuberkulose. Zwei häufige klinische Typen, die fortschreitende Tuberkulose mit Continuatemperaturen und diejenige mit hektischem Fieber und profusen Nachtschweißen, werden als kaseöse Toxämien angesprochen, d. h. Fieber und Nachtschweiße werden durch Resorption der tuberkulösen kaseösen Massen hervorgerufen. Die Bedeutung der Mischinfektion sei bisher noch nicht genügend bewiesen. Mit dem Extrakt verkäster Lymphknoten gelang es, positive Hautproben anzulegen, somit außer der toxischen auch die antigene Eigenschaft verkästen tuberkulösen Gewebes nachzuweisen. In einigen Fällen enthielt auch das Blut kaseöstuberkulöser Toxämiker die gleichen Zerfallsprodukte. Der Biochemismus der Verkäsung bei der Tuberkulose bedarf noch weiteren eingehenden Studiums.

63., Heft 2.

* Untersuchungen über den primären tuberkulösen Komplex, unter besonderer Berücksichtigung der Reinfektion der Lungen. Hubert Siegen.
Bemerkungen über Versuche einer Beeinflussung der Meerschweinchentuberkulose, gemessen am histologischen Bilde, mit besonderer Berücksichtigung der Kavernenfrage und der Gefäßwandreaktionen „Siegmundschen Intimagranulome. (Beiträge zur Pathohistologie der Meerschweinchentuberkulose, III. Mitteilung.) W. Pagel.
Beitrag zum klinischen Bild der Pneumonokoniose. G. Schellenberg.

• Praktische Erfahrungen über die Phrenicusausschaltung bei Lungentuberkulose. A. Bacmeister.
Die Organisation der Tuberkulosebekämpfung in Groß-Berlin. Brunn.
• Der Wert der räumlichen Vorstellung für die Röntgendiagnose der Lungenerkrankungen. Alfons Wierig.
Ueber die Entstehung des Vesiculäratmens auf Grund der Ergebnisse von Experimentalstudien. Alfons Winkler.
Ueber die Entstehung des Bronchialatmens auf Grund der Ergebnisse von Experimentalstudien. Alfons Winkler.
Der Formenkreis der Tuberkulose. Karl Schuberth.

Untersuchungen über den primären tuberkulösen Komplex unter besonderer Berücksichtigung der Reinfektion der Lungen. Der Primäraffekt ist von evtl. in der Lunge vorhandenen Reinfekten auch mikroskopisch nicht mit Sicherheit zu unterscheiden. Im verkalkten Gewebe des Primäraffektes findet man noch die Elastica-Struktur, ein Beweis für den exsudativen Charakter des frischen primären Infektes. Die den verkalkten Primäraffekt umgebende Kapsel bildet keinen festen Abschluß gegen die Umgebung, so daß eine endogene Reinfektion von einem alten Lungenkalkherd aus wohl möglich ist. Diesem endogenen Weg gegenüber tritt die exogene Reinfektion (Aschoff) an Bedeutung zurück.

Praktische Erfahrungen über die Phrenicusausschaltung bei Lungentuberkulose. 95 Fälle. Keine ernsteren Operationskomplikationen. Bacmeister wendet die Phrenicusexairese an als Voroperation von Thorakoplastik im Sinne Sauerbruchs als selbständigen Eingriff bei einseitigen Unterlappenprozessen, und endlich an Stelle eines indizierten künstl. Pneumothorax in Fällen, wo infolge schlechter sozialer Lage oder auch wegen weiterer Komplikationen wie Herzinsuffizienz, Diabetes usw. die Pneumothoraxbehandlung sehr langwierig und von vornherein wenig aussichtsvoll erscheint. Infolge dieser Indikationserweiterung ist die Zahl der Pneumothoraxfälle in St. Blasien von etwa 18% auf 8% gesunken. Die Phrenicusausschaltung begünstigt durch die Entspannung, Verkleinerung und relative Ruhigstellung der Lunge den Uebergang der exsudativen Tuberkulose in die produktive heilbare Form. Im Anschluß an die Phrenicusexairese als selbständigen Eingriff wurde stets zur weiteren Begünstigung der Vernarbung eine Röntgenbestrahlung eingeleitet. In Verbindung mit der Röntgentherapie hat die Phrenicusausschaltung in einer Reihe von Fällen die langwierige Pneumothoraxbehandlung mit ihren Gefahren zu ersetzen vermocht.

Der Wert der räumlichen Vorstellung für die Röntgendiagnose der Lungenerkrankungen. Um einen Krankheitsherd in der Lunge genau lokalisieren oder auch die Qualitätsdiagnose der Lungentuberkulose (Gräff und Küpferle) exakter stellen zu können, genügt es nicht, die Durchleuchtung und die übliche Sagittalaufnahme zu machen. Dazu ist eine zweite Aufnahme erforderlich, in einer zur ersten senkrecht verlaufenden Ebene, die Frontalaufnahme. (Hierbei steht der Patient mit der seitlichen Brustwand bei erhobenen Armen gegen die Kassette gelehnt.) An 7 Fällen (mit Diapositiven) wird gezeigt, wie nach dem Sagittalbild nicht sicher zu deutende Befunde durch die Frontalaufnahme leicht geklärt werden konnten.

Zwerg.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

100., Heft 4 und 5.

Zwei Doppelfälle von Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels mit und ohne Neurofibromatose. L. Heine.
• Erforschung der Korrelationen zwischen den Typen der Begabung und der Konstitution. G. E. Ssucharewa und S. W. Ossipowa.
Status marmoratus. A. Meyer.
• Die Verbindungen der Area striata (intrahemisphaerale, kommissurale, palliodienzephalische, palliotektale Fasern) bei der Katze und deren funktionelle Bedeutung. S. Poljak.
• Periodische Extremitätenlähmung. Tetsushiro Shinosaki.
Bestimmung der Größe der Sellaprojektion. Ludwig Haas.
Zur pathologischen Anatomie der Subarachnoidal-Blutungen. G. S. Margolin.
Erkenntnistherapie. Hans Lungwitz.
Beeinflussung organischer Störungen durch Suggestion, Hypnose und „Schlafmittelhypnose“. Bernhard Dattner und Emil John.
Die Herausgabe der Krankengeschichten an Behörden. Max Fischer.
Zusammenhänge von Demenz und Konfabulationen. W. Gerson.
• Das Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenie. W. Morgenthaler.
Gibt es einen gemeinsamen Bauplan in den Kernen- und Bahnensystemen der verschiedenen Querschnitte des Neuralrohres? S. T. Bok.
Zur phänomenologischen Psychologie der Einsamkeit. Hans Kunz-Binnungen.
Eine neue Art Spezialzellen des Lobus cinguli und Lobus insulae. C. v. Economo.
Die Verfettungen im Zentralnervensystem Neugeborener. Ph. Schwartz.
Zur Kenntnis der Neuroglia des Groß- und Kleinhirns bei der progressiven Paralyse mit einigen technischen Bemerkungen zur Silberimprägnation des pathologischen Nervengewebes. S. R. Cajal.

Erforschung der Korrelationen zwischen den Typen der Begabung und der Konstitution. Untersuchungen an Kindern unter Zugrundelegung des Kretschmerschen Körperbauschemas und der Ewaldschen Charakterformeln. Die Studie gewährt interessanten Einblick in die modernen russischen Erziehungsprinzipien. Großer Wert wird u. a. auf Interesse für Schauspielkunst, Rhythmik, Politik und soziale Arbeit gelegt. Die Kinder bearbeiten eine eigene Zeitschrift. Motorische, technische und graphische Begabung findet sich häufig bei den Zycloiden und Syntonen, schauspielerische Begabung bei den Hysterischen und reaktiv Labilen. Literarische, produktiv künstlerische und musikalische Begabung bei den Schizoiden.

Periodische Extremitätenlähmung. Gründliche klinische Studie über die in Japan garnicht selten auftretende Erkrankung. Nur für Stunden anhaltende, aber rezidivierende schlaffe Lähmung, bes. der unteren Extremitäten bisher unklarer Aetiologie. Verf. findet nahe Beziehung zu inkretorischen Störungen und leichte Auslösbarkeit durch überreichliche Kohlehydratzufuhr.

Das Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenie. Die alte Auffassung von der Unheilbarkeit der Schizophrenie muß nun endlich verlassen werden. Für Kraepelin war die Frage der Unheilbarkeit der Schizophrenie ein methodischer Hilfsbegriff (vor allem gegenüber dem man.-depr. Irresein). Die Praxis sieht anders aus. Sehr viele Schizophrene heilen völlig aus und arbeiten später wieder sozial vollwertig. Der Hauptwert der Umkehr in der Einstellung wird in der Zuwendung zu aktiver (z. B. Psycho- und Milieu-) Therapie liegen. Es ist Zeit, sich auch in der Psychiatrie aufs Positive einzustellen.

Panse (Berlin).

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

40, Nr. 4.

Die Intradermoreaktionen mit Scharlach- und Maserntoxin nach Caronia. A. F. Hecht.
Die Proteinkörpertherapie und ihre Wirkung auf den Organismus des Kindes und der Versuchstiere. A. F. Tur.
Periodische Schwankungen der Fermentativenergie im Harn einjähriger gesunder oder an verschiedenen Ernährungsstörungen leidender Kinder und das Verhältnis dieser Schwankungen zu verschiedenen Verdauungsphasen. A. F. Tur.
• Ueber das Bettnässen und die Rolle der Träume in seinem Bilde. S. Weissenberg.
Aktivieren Masern die Tuberkulose? W. Beisken.
Ueber pathologische Strukturveränderungen an den Leukocyten bei den akuten Durchfallserkrankungen der Säuglinge F. Heissen.
Ueber Endokarditis im frühen Kindesalter. R. Geiger.
Zur Frage der Immunität bei Tuberkulose. N. M. Nikolajew.
Statistische Untersuchungen bei Lues congenita. H. Orel.
Ueber Eiweißmilch-Buttermehlnahrung. K. Ochsenius.
„Ueber Eiweißmilch-Buttermehlnahrung“. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Ochsenius. H. Pogorschelsky.

Ueber das Bettnässen und die Rolle der Träume in seinem Bilde. Lesenswerte Abhandlung über das alte und immer wieder neue Kapitel des Bettnässens.

In vielen Fällen waren es die Wirrnisse der russischen Revolution mit all ihren Schrecken, die die Kinder zu Bettnässern werden ließen. Daneben vor allem schlechteste häusliche Verhältnisse, Verwaisung, Verwahrlosung, nächtelanges Kampieren auf dem Felde bei Verfolgung, Schreck bei Gefangennahme oder Erschießung der Eltern, und nicht zuletzt die Anwesenheit anderer Bettnässer in der Familie.

Für das Zustandekommen des Bettnässens kommen nach den Erfahrungen des Verfassers vor allem Träume als auslösende Ursache in Frage. Von 112 Bettnässern waren es nur 15, die sich nicht an entsprechende Träume während der Nacht erinnern konnten. Die Träume sind teils recht einfacher Natur, teils haben sie zeitgemäßen Inhalt wie Ueberfälle, Scharmützel und ähnliches, mit entsprechender Angst verknüpftes „Revolutionsbeiwerk“. Die Grundursache des Bettnässens scheint nach Verf. nicht in einer Reizbarkeit der Blase allein, sondern eher in einer solchen der Gehirnrinde zu suchen sein. Therapeutisch käme vor allem Herabsetzung der „gesteigerten Traumbereitschaft“ in Frage. Also vor allem Kampher, der nicht nur die Schlaftiefe vermindert, sondern auch auf die Blase beruhigend einwirkt.

40, Nr. 5.

* Morphologie und Entstehung der geburtstraumatischen Blutungen im Gehirn und Schädel des Neugeborenen. P. Schwartz und L. Fink.
Der Gas- und Jodstoffwechsel bei der Pubertätsstruma. A. Eckstein und E. Mommer.
Jodresorption in der Schilddrüse. A. Eckstein und M. Nuelle.
Die rückbildungsfähigen Lungeninfiltrationen bei der kindlichen Tuberkulose. W. Friedenberg.
Die Bedeutung der trypanociden Wirkung des Blutserums von Säuglingen. E. Neumark und H. Pogorschelsky.
Systematik und Klinik meningoencephaler Krankheitszustände im Kindesalter. J. Brock.
* Ueber den Wert der Dickschen Intrakutanprobe beim Scharlach. K. Kundratitz.
Aetiologie des Erythema nodosum. H. Koch.
Behandlung der akuten diarrhoischen Ernährungsstörungen im ersten Lebensjahr. H. Buschmann.
Vitaminprobleme: I. Ist die Rachitis eine gemischte (B + C-) Avitaminose (Reyher)? W. Schmitt.
Ueber die normale dreigliedrige Melodie des Herzens bei Kindern. L. D. Steinberg.

Morphologie und Entstehung der geburtstraumatischen Blutungen in Gehirn und Schädel des Neugeborenen. (Senckenbergisches Pathol. Inst. der Univ. Frankfurt a. M.). Die mit ausgezeichneten Abbildungen ausgestattete Arbeit ist zu kurzem Referat nicht geeignet. Sie bildet eine Ergänzung der von Schwartz mitgeteilten Untersuchungen über die Erkrankungen des Zentralnervensystems nach traumatischer Geburtsschädigung.

Verff. beschreiben zunächst eingehend das System der Vena magna Galeni und des Sinus long. sup., das sie in Injektionsversuchen mit einem Gemisch von Berlinerblau und Jodgelatine bis in die Einzelheiten studiert haben. Die wichtigste Feststellung scheint Ref. die zu sein, daß die Aeste der Vena magna G. die größte Menge ihrer Verzweigungen in die Marksubstanz der Großhirnhemisphären abgeben, und des weiteren die Tatsache, daß die Injektionsflüssigkeit die Großhirnrinde völlig frei läßt und daß auch die Stammganglien verhältnismäßig recht wenige injizierte Gefäße enthalten.

Was die Einzelheiten der Lokalisation der Blutungen in den verschiedenen Fällen anbetrifft, so müssen sie im Original nachgelesen werden. Allgemein läßt sich nach den Untersuchungen der Verff. sagen, daß intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen in allererster Linie, ja in vielen Fällen ausschließlich an jenen Stellen des Gehirns zu finden sind, die durch Injektionsmassen vom Sinus longitudinalis aus zu erreichen sind. Die intrakraniellen Blutungen Neugeborener hängen mit Blutkreislaufstörungen zusammen, die sich auf das gesamte System des Sinus longit. bezw. der Vena magna G. ausdehnen.

Verff. glauben, daß dieser Befund geeignet ist, das Auffinden einer einheitlichen Erklärung sämtlicher intrakranieller Kreislaufstörungen beim Neugeborenen zu ermöglichen. Sie sehen in der Druckdifferenz, wie sie nach den Untersuchungen von Schwartz nach dem Blasensprung während der Austreibungszeit zwischen Uterusinhalt und Atmosphäre herrscht, die Ursache für das Zustandekommen einer Kreislaufstörung im Gebiet des Sinus longit. und der Vena magna G. Daneben spielen aber auch noch andere Momente, wie z. B. Zerrung, Quetschung usw. eine große Rolle. Die Blutkreislaufstörungen, die im Minderdruckgebiet entstehen, gehen mit typischen Folgeerscheinungen einher. Es sind dies diffuse oder herdförmige Auflockerungsprozesse verschiedenen Grades oder Auflösungsprozesse der Gehirnsubstanz.

Ueber den Wert der Dickschen Intrakutanprobe beim Scharlach. Bei der Prüfung von 272 gesunden Kindern mit der Dickschen Hautprobe reagierten 68,4% positiv, 31,6% negativ. Von 26 Kindern, welche laut Anamnese bereits Scharlach durchgemacht hatten, reagierten 46% noch positiv. Von 36 Kindern der Scharlachabteilung wiesen 5 bereits zu Beginn der Erkrankung eine negative Dicksche Reaktion auf. Von den übrigen 31 waren am Ende der 6. bezw. 8. Rekonvaleszenzwoche nur 11 negativ geworden. Ein Teil zeigte nur eine geringe Abschwächung der Reaktion. Injektion von Scharlachrekonvaleszentenserum war nicht imstande, Dick-positive Kinder negativ zu machen. Scharlachrekonvaleszentenserum, dem Streptokokkentoxin in vitro beigemengt, führte zu einer Abschwächung der die Hautreaktion erzeugenden toxischen Wirkung.

Die Fähigkeit eines Serums, Scharlachexanthem auszulöschen, geht nicht immer mit negativem Dick des betreffenden Individuums einher. Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, daß der Dickschen Probe nicht jene große Bedeutung, Zuverlässigkeit und strenge Spezifität zukommt, wie sie ihr von vielen zugeschrieben wurde. Sie kann nicht als volles Analogon der Schickschen Reaktion gelten.

40, Nr. 6.

Das Verhalten der Körpertemperatur bei Masern zur Zeit der Infektion und während der Inkubation. H. Orel.
Durstschäden bei Brustkindern. H. Hirsch.
* Dermatitis exfoliativa (Ritter) und Erythrodermia desquamativa (Leiner). O. Ullrich.
Ist die Höhensonnenwirkung bei Rachitis von gleichzeitiger Vitaminzufuhr abhängig? H. Vollmer.
Einfluß der Korrelation der Nährstoffe auf die Resorption des Zuckers. E. Nassau und S. Schaferstein.
Kalkgehalt der Frauenmilch. E. Stransky.
Ueber Enkopresis. S. Weissenberg.
* Klinik und Pathogenese der Folgeerscheinungen von epidemischer Encephalitis bei Kindern. L. Kwint.
In der Pubertät entstandener familiärer Ikterus mit Lebercirrhose. H. Bischoff und R. Brühl.
Antirachitische Aktivierung einer rachitogenen Nahrung durch Höhensonnenbestrahlung. J. Serebrijski, H. Vollmer und E. Zadeck.
Die Vaginalflora im Kindes- und Pubertätsalter. G. Socken.

Dermatitis exfoliativa (Ritter) und Erythrodermia desquamativa (Leiner). Verfasser beschreibt zwei Fälle, bei denen nacheinander zuerst Dermatitis exfoliativa dann Erythrodermia desquamativa beobachtet wurden. An der Richtigkeit der Diagnose kann kein Zweifel sein. Die Identität der beiden Erkrankungen lehnt Verf. ab. Er sieht in der Leinerschen Krankheit eine das normale Maß überschreitende Abwehrreaktion der Säuglingshaut, bei der auch der Gesamtorganismus in Mitleidenschaft gezogen ist. Der auslösende Reiz kann verschiedenartig sein, er kann sowohl durch „Autotoxine“ bei einer „Darmstörung“ wie auch durch eine primäre Schädigung der Haut bedingt sein. Zum Zustandekommen der Krankheit gehört ein konstitutionelles Moment, das in einem status seborrhoicus auf dem Boden der exsudativen gesucht werden muß.

Beiträge zur Klinik und Pathogenese der Folgeerscheinungen von epidemischer Encephalitis. Aus den Untersuchungsergebnissen bei 42 Kindern, die im chronischen Stadium der epidemischen Encephalitis untersucht wurden, ist folgendes bemerkenswert: In der Klinik des Residualstadiums der epidemischen Encephalitis tritt das Parkinsonsche Syndrom weit seltener auf als beim Erwachsenen. Als besonders charakteristisch bezeichnet auch Verf. die bekannten Schlafstörungen mit Umkehrung der Schlafformel. Dieselbe wichtige Bedeutung kommt der Aenderung der Persönlichkeit und des Verhaltens der Kinder zu. Es äußert sich besonders in einer Veränderung des Charakters, in antisozialen Tendenzen und häufig in sexueller Aggressivität.

Gelegentlich hypophysäre Dystrophie und Bettnässen als Folgezustand der E. e.

Pathogenetisch sind alle neuropathologischen und psychopathologischen Symptome mit einer Alteration verschiedener Abschnitte der subcorticalen grauen Gebilde des Gehirns verbunden, mit Ausnahme der Intellektstörungen bei älteren postencephalitischen Parkinsonikern, bei deren Zustandekommen auch die höheren Rindenzentren eine Rolle spielen.

Solche Kinder bedürfen staatlicher Fürsorge.

Beck (Tübingen).

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

112, Heft 1/2, März 1926.

Im Leben diagnostizierte lipoidzellige Splenohepatomegalie (Typus Niemann-Pick) bei 17 Monate altem Knaben. E. Schiff.
Entstehung von Harnzylindern bei Säuglingen. A. Feuchtwanger und M. Lederer.
Experimentelle Rachitis. P. György und G. Popovicin.
Experimentelle Rachitis. P. György, M. Jenke und G. Popovicin.
Die Behandlung der Leinerschen desquamativen Erythrodermie mit Mutterblutinjektionen. Z. v. Barabás.
Das Verhalten der Blutplättchen bei Neugeborenen und ganz jungen Kindern. H. v. Farnos.
Ein Fall von Osteomyelitis der Halswirbelsäule mit vorwiegend cerebrospinalen Symptomen. F. Bast.
Hämoglobinresistenz im Säuglingsalter. H. Bischoff und H. Schulte.
* Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der Syphilisbehandlung im Säuglingsalter. E. Pese.
* Aetiologische Studien über den Scharlach. H. Deicher.

Beitrag zur Frage der Syphilisbehandlung im Säuglingsalter. Die Nachuntersuchung von insgesamt nur 45 Fällen von Lues congenita im Alter von 1½—13 Jahren ergab in bezug auf die geistigen Fähigkeiten folgende Ergebnisse: Von 5 Kindern, die nur mit Quecksilber behandelt wurden, war ein Kind geistig minderwertig = 20%.

Von 26 Kindern, die mit Quecksilber und kleinen Salvarsandosen behandelt waren, zeigten 11 = 42,3% psychische Defekte, während von den 14 nach dem Schema von Erich Müller behandelten Kinder 8 = 57,1% geistig minderwertig bezw. Idioten waren. Diese Zahlenunterschiede werden so auffallend befunden, daß daraus der kühne Schluß gezogen wird, die Salvarsanbehandlung erhöht die Gefahr der psychischen Schädigung; es wird daher die Salvarsantherapie zugunsten der Behandlung mit intensiven Quecksilberkuren aufgegeben.

Aetiologische Studien über den Scharlach. Die Nachprüfung der amerikanischen Arbeiten über die Streptokokken als Erreger des Scharlach ergab deren volle Bestätigung. Mit Hilfe eines besonderen Kulturverfahrens gelang es in 100% der Fälle aus dem Tonsillenabstrich Scharlachkranker hämolytische Streptokokken zu züchten. Als Beweis für die Spezifität der so gewonnenen Erreger diente die aus den genannten Stämmen gelungene Gewinnung von Scharlachtoxinen, die sich in 25% von 20 geprüften Stämmen ergab. Mit Hilfe des gekreuzten Immunitätsversuchs konnte nämlich gezeigt werden:

1. daß das „Streptokokkentoxin" durch Scharlachrekonvaleszenten-Serum neutralisiert wird,
2. löst das von Pferden künstlich gewonnene Immunserum das Scharlachexanthem aus,
3. reagieren Scharlachrekonvaleszenten negativ auf die intrakutane Einverleibung des „Scharlachtoxins (Dicktest) während scharlachempfängliche Menschen positiv reagieren. Intrakutane Injektion von 0.2 ccm des 1000 fach verdünnten Toxins ergibt nach 6—8 Stunden eine Rötung der Haut um die Einstichstelle in einer Ausdehnung von 1—5 ccm etwa von der Farbe eines frischen Scharlachexanthems; bei stark positiven Reaktionen werden bräunliche Pigmentierung und Abschoppung beobachtet.

Die praktischen Ergebnisse sind: die Möglichkeit scharlachempfängliche Individuen mit Hilfe der Hautreaktionen zu erkennen, sie prophylaktisch gegen die Erkrankung zu schützen durch aktive Immunisierung mittels Toxinimpfungen in steigenden Dosen; endlich und vor allem aber die therapeutische Anwendung des antitoxischen Heilserums bei Scharlacherkrankten.

Jahr.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soz. Hygiene.

Heft 1, 1926.

Die Säuglingssterblichkeit im Regierungsbezirk Düsseldorf. Scheidt.
* Ueber orthopädisches Schwimmen. Reinheimer.
* Zur Prophylaxe der Wirbelsäulenverkrümmung im Schulunterricht. Hinsche.
Zentralisationsbestrebungen in der Gesundheitsfürsorge. Paetsch.

Ueber orthopädisches Schwimmen. Zum Ausgleich hochsitzender cervicodorsaler Kyphosen ist das symmetrische Brustschwimmen sehr geeignet. Bei stärkerer Lordose ist die Anbringung eines Schwimmgürtels etwas unterhalb des Nabels empfehlenswert. Bei den asymmetrischen Verbiegungen — soweit es sich nicht um schwerste Skoliosen mit Kreislaufstörungen handelt — empfiehlt Verf. die Anbringung einer genügend großen, gut anpaßbaren Schwimmbüchse asymmetrisch zum Rumpf, die eine Drehwirkung im Sinne des Ausgleichs der Skoliose auf die Wirbelsäule ausübt. Solche Gürtel müssen gut angepaßt und in ihrer Wirkung in jedem Falle genau ausprobiert werden, da sie sonst mehr Schaden als Nutzen geben. Verf. empfiehlt die Einführung orthopädischer Schwimmkurse.

Zur Prophylaxe der Wirbelsäulenverkrümmungen im Schulunterricht. Es wird heute sehr viel für die körperliche Ertüchtigung der Jugend getan, es wird aber viel zu wenig auf die kleinen, aber andauernden Schädigungen Rücksicht genommen, die durch ungenügende Schulhaushygiene und durch Unachtsamkeit die Kinder treffen. Einmal müssen die Schulbänke mehr individuell den einzelnen Klassen angepaßt werden — in allen Klassen jährlich einmal auf ihre Zweckmäßigkeit kontrolliert werden —, meist müssen sich die Kinder den Bänken anpassen, was z. B. bei über- oder unterdurchschnittsgroßen Kindern unzuträglich ist. Ein zweiter Faktor, der häufig zu schiefen Ruhehaltungen führt, ist die Lichtquelle. Die Belichtung muß so sein, daß noch die fensterweiten Plätze genügend Licht erhalten. Eine fernere Quelle von schlechten Haltungen bilden Wandtafel, Standort des Lehrers, ferner das Melden. Auch diese Dinge sollten von Seiten der Lehrerschaft mehr als bisher beachtet und solchen Dauerschiefhaltungen z. B. durch häufigen planmäßigen Platzwechsel der Schüler vorgebeugt werden.

Heft 2.

Zur Frage des legalisierten Abortus. Engelsmann.
* Die Freizeit der Jugend. Brossmer.
Ueber die Beurteilung körperlicher Entwicklung Jugendlicher bei Massenuntersuchungen. Heller.
Gesundheitsfürsorge für die vorschulpflichtigen Kinder. Stephan.
* Ueber körperliche Ertüchtigung von Schul- und Nachschuljugend. Reich.

Die Freizeit der Jugend. Verf. setzt sich dafür ein, daß den Jugendlichen, vor allem den berufstätigen Jugendlichen, genügende Freizeiten zu Erholung, Körperausbildung und Weiterbildung eingeräumt werden. Notwendig ist eine gesetzliche Regelung der täglichen Freizeit und jährlich zwei bis drei Wochen Ferien. Eine Lösung dieser Frage muß trotz ungünstiger Wirtschaftsverhältnisse angestrebt werden.

Körperliche Ertüchtigung von Schul- und Nachschuljugend. Schularzt und Turnlehrer müssen enger als bisher zusammenarbeiten. Der Turnlehrer soll nach Möglichkeit an den schulärztlichen Untersuchungen teilnehmen und seine Erfahrungen in den Turnstunden dem Arzt mitteilen. Für die Nachschuljugend ist vor allem die Einführung eines obligatorischen Turnunterrichts in den Fortbildungsschulen erforderlich. Ferner sollen die Jugendlichen über den Wert der Leibesübungen belehrt und zum Eintritt in Turn- und Sportvereine angehalten werden. Diese wiederum müssen zur Vermeidung von unzweckmäßigen Ueberanstrengungen mehr Fühlung mit den Schul- und Sportärzten haben.

Heft 3.

Soziale Hygiene und Volkswirtschaft. Benjamin.
* Die Häufigkeit der Rachitis vor und nach dem Kriege. Lussheimer.
Schularzt und Lungentuberkulose. Ickert.
Kropfvorbeugung in den Schulen. Pflüger.

Die Häufigkeit der Rachitis vor und nach dem Kriege. Es wurden verglichen die Mannheimer Schulanfänger 1913 und 1924. Die Untersuchungen wurden an dem gleichen Material völlig gleichartig vorgenommen, allerdings von anderen Aerzten. Es wurde festgestellt, daß die Gesamtzahl der rachitischen Kinder nach dem Kriege kleiner ist als 1913; daß dagegen die schweren Fälle häufiger geworden sind. Die Arbeit enthält eine Anzahl schöner, interessanter Tabellen.

Heft 4.

* Die sozialhygienische Bedeutung der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten. Chajes.
Ueber Ungeziefer und Ungezieferbekämpfung. Hase.
Der Einfluß der Volkszählung 1925 auf die Statistik der Bevölkerungsbewegung. Peiper.
Grundsätzliches zur gesundheitlichen Bedeutung der Unterrichtszeit. Winkler.
Zentralisationsbestrebungen in der Gesundheitsfürsorge. Bröckerhoff.

Die sozialhygienische Bedeutung der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten. Die Unfallversicherung ist durch diese Verordnung auf gewisse gewerbliche Krankheiten ausgedehnt. Es sind zunächst nur eine bestimmte Anzahl einzeln aufgeführter Schädigungen in die Versicherung einbezogen und dann nur bei regelmäßiger Einwirkung derselben. Hierin liegt ein Mangel des Erlasses. Wichtig ist die pünktliche und lückenlose Meldung der gewerblichen Schädigungen durch die Aerzte. „Ueberflüssige" Meldungen schaden nichts, im Gegenteil, sie weisen auf vielleicht noch unbekannte gewerbliche Schädigungen hin. Beachtenswert ist § 6 der Verordnung, der solchen Versicherten eine Uebergangsrente gewährt, bei denen Wiederauftreten oder Verschlimmerung einer Berufskrankheit zu befürchten ist, wenn sie weiter im Betriebe beschäftigt werden. Hierdurch wird die Möglichkeit eines evtl. Berufswechsels gewährleistet. Für den Arzt ergibt sich auf dem Gebiet der Gewerbekrankheiten ein reiches und dankbares Tätigkeitsfeld.

P. Heymann (Berlin).

Archiv für klinische Chirurgie.

139, Heft 1.

Die experimentelle Erzeugung des Bronchialasthmas und seine operative Beseitigung. W. Braeucker.
* Zur Bakteriologie des Magens und der oberen Darmabschnitte bei chirurgischen Magenerkrankungen (beim Magen-Duodenalulcus, Magenkarzinom usw.). L. Bitter und W. Löhr.
Ueber die schnappende Schulter. Guleke.
* Röntgenbehandlung chirurgischer Tuberkulose. Siedamgrotzky.
Zur chirurgischen Anatomie des juxtaduodenalen Choledochusabschnittes. Felix Fuchs.
* Die Lebensdauer direkt transfundierter Erythrocyten. Hans Wildegans.
Die Zerstörung des Lexerschen Bolzens im Gelenkspalt. Fu-Yin Pan.
Zur Diagnose des gutartigen solitären Magenpapilloms. Fritz Schulte.
Experimentelle Studien zur Magengeschwürsperforation. Julius Vigyazo.
Röntgenbehandlung des „Basalfibroid", typischen Nasenrachenfibrom. Breitländer.
Ueber den feineren Bau der Nerven der großen Extremitätengefäße. Ein Beitrag zur Frage der periarteriellen Sympathektomie. L. Hirsch.
Ein Fall von künstlich erzeugter Chylurie. Clemens Lagemann.
Scheinbar primäres Melanom des Dünndarms. Edith Peritz.

Zur Bakteriologie des Magens und der oberen Darmabschnitte bei chirurgischen Magenerkrankungen. Die Magensalzsäure ist für das Bakterienwachstum im Magen und in den obersten Dünndarmabschnitten von ausschlaggebender Bedeutung. Bei allen salzsauren Magen wurde die obligate harmlose, grampositive Bakterienflora im Magen und obersten Dünndarm gefunden. Fehlte die Salzsäure, so kletterte die Dickdarmflora langsam bis in den obersten Dünndarm hoch und drang bei völlig eingetretener Achlorhydrie bezw. Achylie bis in den Magen vor und wuchs dort hemmungslos. Die Verff. haben den Eindruck gewonnen, daß der im Magensaft angetroffene Säuregrad nicht nur die Bakterienart im Magen und obersten Dünndarm bestimmt, sondern auch proportional seiner Stärke das Bakterienwachstum hintan hält.

Zur Röntgenbehandlung chirurgischer Tuberkulose. Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrung, die sich auf 730 Fälle von chirurgischer Tuberkulose erstreckt, zu folgendem Ergebnis: Für alle Arten der tuberkulösen Lymphome, für die Spina ventosa und für alle tuberkulösen Fisteln nach Operationen ist die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl. Bei der Erkrankung der kleinen spongiösen Knochen und der kleinen Gelenke ist die Röntgenbestrahlung unter Beachtung aller sonstigen chirurgisch-orthopädischen Maßnahmen eine wesentliche Unterstützung im Kampfe gegen die Erkrankung. Große Gelenke, die an Tuberkulose erkrankt sind, werden ohne Erfolg behandelt. Dagegen ist die Bestrahlung resistierender postoperativer Fisteln erfolgversprechend. Die günstige Wirkung der Röntgenbestrahlung sieht Verf. in dem Freiwerden des Tuberkulins, das durch Resorption in den Körper gelangt. So ist es auch zu erklären, daß häufig erst nach Wochen und Monaten eine Ausheilung der Tuberkulose nach Bestrahlung eintritt, bis die immunisatorischen Vorgänge eine gewisse Stärke erreicht haben.

Die Lebensdauer direkt transfundierter Erythrocyten. Die technische Frage der Bluttransfusion ist durch den Apparat von Oehlecker in glücklicher Weise gelöst. Vor der Bluttransfusion sind Prüfung auf Agglutination und Haemolyse von größter Bedeutung. Fremdartiges Blut eignet sich nicht zur direkten Transfusion, nur Blut der gleichen Gattung kommt in Frage. Die transfundierten Erythrocyten erhalten sich im Empfänger mehrere Wochen. Sie werden nicht zu dauernden Bestandteilen des Wirtes, sondern sie fallen, wie alle Zellen, der homoioplastischen Plastik, der Abnutzung und der Erschöpfung anheim. Aber sie zirkulieren in den Gefäßen des Empfängers und verhalten sich zum großen Teil wie das bereits vorhandene Blut, sie beteiligen sich am Gaswechsel und vergrößern die Atemoberfläche.

Gohrbandt (Berlin).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Jahrgang 1926, Nr. 6.

Der Einfluß des Thymusextrakts auf die Uterustätigkeit und dessen praktische Anwendung in der Geburtshilfe. Temesvary.
Geheilter Fall von Hyperthyreoidismus nach operativer Kastration. Khoor.
Heterotrope Decidua in der vorderen Scheidenwand. E. O. Schoch.
Was bedeutet die Blutkörperchensenkungsreaktion für die Gynäkologie? Frommolt und Motiloff.
Brauchbarkeit der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit in der Gynäkologie. Silzer.
Die Bedeutung der Blutsenkungsgeschwindigkeit in der konservativen Therapie der Adnexentzündungen. Cukor.
Milchsäureentwicklung in der lebenden menschlichen Plazenta und im menschlichen Ovar. Loeser.
Gynäkologische Klemmzange für Ureteren, Eileiter, Lig. rotunda und Blutgefäße. Mansfeld.
Tutokain als Lumbalanaestheticum. v. Konrad.
Therapie des fieberhaften Abortus. Clauser.

Nr. 7.

Ueber Grundumsatzbestimmung bei Dysmenorrhoe. Heyn.
Moderne Publizistik. Henkel.
* Hohe Zange und Kaiserschnitt. Calmann.
Ueber Narbenruptur des graviden Uterus nach abdomineller Schnittentbindung. Steinberg.
Gonoblennorrhoe bei Kaiserschnittkind. H. O. Neumann.
Sectio caesarea bei Vulva-Oedem. Gertler.
Vulvaekzem und Placenta praevia als Indikation zum abdominellen Kaiserschnitt. Liepmann.
Extraperitoneale Schnittentbindung nach Kocher'scher Exohysteropexis. Melhuba.
Sektio caesarea in mortua mit lebendem Kind. Noltmann.
Zur Aetiologie der Sarggeburt. Hellendall.
Kaiserschnitt wegen Eklampsie. S. Liebmann.

Hohe Zange und Kaiserschnitt. Während L. Fränkel-Breslau planmäßig beim Vorliegen eines Mißverhältnisses zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken bei Unmöglichkeit der Spontangeburt und gegebener Indikation (Sinken der Herztöne unter 100) die Kiellandsche Zange hoch anlegt und bei Mißerfolg derselben die Schnittentbindung folgen läßt, hat sich Verf. in solchen Fällen in den letzten 1½ Jahren nur zweimal zur Vornahme der Sectio caesarea transperiton. entschließen können, um den Müttern das erwünschte erste Kind zu erhalten. In beiden Fällen wurde nach sechs erfolglosen Traktionen an der Zange diese abgenommen und, da die Herztöne noch deutlich hörbar waren, die suprasymphysäre Schnittentbindung angeschlossen, mit dem Erfolg, daß beidemal ein lebendes, wenn auch tief asphyktisches Kind entwickelt werden konnte. Der Heilverlauf war in beiden Fällen glatt, obwohl im zweiten Fall vor der Schnittentbindung Temperaturerhöhung und Abgang stinkenden Fruchtwassers beobachtet worden war, was den Entschluß zum Eingriff erschwert hatte. Die beiden Fälle beweisen, wieviel ein Kind aushalten kann und wieviel man zu seiner Rettung noch unternehmen und wagen kann. Ehe man sich zur Perforation des lebenden Kindes entschließt, soll man, wenn irgend die Verhältnisse es gestatten, bei Mißerfolg der hohen Zange die Schnittentbindung ausführen.

Sectio caesarea in mortua mit lebendem Kind. Die von Hoehne und Skutsch begründete erweiterte Indikation zur suprasymphysären Schnittentbindung bei Vulva-Oedem zur Vermeidung schwerer Infektionen der Mutter hat in 2 Fällen der Salzburger Frauenklinik zu befriedigenden geburtshilflichen Erfolgen geführt. In einem dritten Fall von hochgradigem Vulva-Oedem kam es im achten Graviditätsmonat zum vorzeitigen Blasensprung und Wehen. Die Geburt mußte den Naturkräften überlassen werden und endigte mit einem Dammriß II. Grades trotz des sehr kleinen Kindes. Zu einer Gangrän oder Infektion des Risses ist es glücklicherweise nicht gekommen. Wenn ein Vulva-Oedem bei Schwangeren auf antiphlogistische Maßnahmen nicht zurückgeht, so darf keinesfalls so lange gewartet werden, bis Gangrän eintritt, weil es dann auch für den Kaiserschnitt zu spät ist. Beim Abwarten eines normalen Geburtsverlaufs sind unkontrollierbare Zerreißungen im Bereich der Vulva und es Dammes nur selten zu vermeiden.

Nr. 8.

Zur bildlichen Darstellung der kindlichen Kopfform. G. Schwarz.
Traumatische intrauterine Verletzung beider Unterarme. Fink.
Verhalten des Pulsvolumens nach der Wehe. Haupt.
Ueber die geburtshilflichen Ersatzhandgriffe. Jentter.
Zangenfrequenz und Gesamtmortalität. v. Thurn-Rumbach.
Verminderte Resistenz gegen Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Atzerodt
* Darmschädigung infolge des Aortenkompressoriums. H. O. Neumann.
* Zur Aetiologie der puerperalen Spätblutungen. Klaften.
Skelettierung eines alten Tubarabortes. E. Kahn.
Ein echter Fall von Missed labour. E. Kahn.

Darmschädigung infolge des Aortenkompressoriums. Trotz der vielfach segensreichen Wirkung des Aortenkompressoriums kann dasselbe doch gelegentlich nicht unbeträchtliche Schädigungen der Pat. bewirken. In einem Falle von atonischer postpartaler Nachblutung war das Haselhorstsche Kompressorium für die Dauer von 15 Minuten angelegt worden. Die Blutung kam zwar prompt dadurch zum Stehen, es resultierte aber außerdem eine Darmparese von 36stündiger Dauer mit recht beträchtlichen Allgemeinerscheinungen: Cyanose, Pulsbeschleunigung, Meteorismus, Urin-, Stuhl- und Windverhaltung, sowie Erbrechen schwarzer Massen. Durch die übliche Behandlung mit Sennatin, Darmrohr, Glycerineinlauf, heißen Umschlägen um den Leib, Pituglandol, Coffein und Kampfer konnten diese Erscheinungen beseitigt werden, doch erinnerten sie lebhaft an den von Schultheiß berichteten Fall von tödlicher Quetschung des Mesenteriums durch das Rissmannsche Kompressorium. Der praktische Geburtshelfer sei sich daher immer bewußt, daß er es nicht mit einem harmlosen Instrument zu tun hat, und daß die Anlegung desselben nur da, wo sie wirklich streng indiziert ist, mit Vorsicht und Ueberlegung erfolgen muß.

Zur Aetiologie der puerperalen Spätblutungen. Die häufigsten Ursachen der puerperalen Blutungen geben bekanntlich retinierte Placentareste und Placentapolypen ab; ferner können postpartale Endometritiden Blutungen hervorrufen, die jedoch gewöhnlich nicht sehr heftig sind. Verf. berichtet über drei Fälle, in welchen retinierte Deciduafetzen zur Blutungsquelle im Spätwochenbett wurden. In jedem Fall handelte es sich um Stückchen der Decidua compacta, die zur Entstehung polypöser Gebilde geführt hatten und die Rückbildung der uteroplacentaren Gefäße verhinderten. Die teilweise bedrohlichen Blutungen traten am 8., am 11. und am 20. Tag p. part. auf. Nach Entfernung der Deciduabröckel kam die Blutung in allen Fällen rasch zum Stehen, es erfolgte prompte Rückbildung des Uterus. In allen drei Fällen handelte es sich um Mehrgebärende, bei denen artifizielle Aborte vorangegangen waren; einmal war auch die Nachgeburtsperiode durch Retentio placentae gestört und der Credésche Handgriff zur Ablösung und Auspressung derselben notwendig gewesen. Sämtliche Fälle waren frei von Syphilis, der der Verf. in der Aetiologie der puerperalen Spätblutungen keine Bedeutung beimißt. Therapeutisch kommt digitale Austastung, heiße Spülungen mit schwachen desinfizierenden Lösungen (Alkohol, Preglsche Lösung), Ergotin oder ähnliche Sekale-Präparate in Betracht. Bekämpfung von Blasen- und Darmatonien. In Fällen, in denen mit Sicherheit die Placenta als vollständig festgestellt wurde, in solchen, in welchen die Blutungsintensität kein sofortiges Eingreifen nötig macht und endlich in solchen Fällen, in welchen streptokokken- und staphylokokkenhaltiges Lochialsekret vorhanden ist, sind konservative Maßnahmen dem aktiven Vorgehen bei weitem vorzuziehen.

Nr. 9.

Die Bedeutung der H. v. Berghschen Probe in der Schwangerschaft, besonders bei Toxikosen. Eufinger und Bader.
Schwangerschaftsreaktionen nach Dienst. W. Vogel.
Beurteilung der erweiterten Abderhaldenschen Reaktion (nach Sellheim). Musa.
* Ein einfaches neues Frühschwangerschaftszeichen. Weissenberg.
Akute Meningoencephalitis im Wochenbett unter dem Bilde der Eklampsie. S. Joseph und Rabau.
Einfluß des Zentrifugenradius auf die Blutkörperchensenkungsreaktion nach Henkel. Herold und Gueffroy.
Wie oft gelingt der serologische Krebsnachweis? Volkmann.
Ist das Zurückbleiben von Deciduaresten stets ein gleichgültiges Ereignis? Rissmann.
Ueber Vaginalspülungen am Ende der Gravidität. Schwarzkopf.
Sublimatvergiftung von der Scheide aus. Magid.
Menstruelle Herpesrezidive. R. Blum.
Abriß des hinteren Scheidengewölbes als Geburtskomplikation bei Hängebauch. Oelschlägel.
Zur Bildung einer künstlichen Scheide aus dem Mastdarm bei Vaginaldefekt. R. Franz.
Das angeborene Fehlen der Vagina und ihre künstliche Herstellung nach der Methode von Amann. Tikanadse.
Eine nach Mori künstlich gebildete Vagina 3 Jahre nach der Operation. Parsamow.
Qualitative und quantitative Analyse in der Anwendung auf weibliche Inkretzubereitung. S. Löwe.

Ein einfaches neues Frühschwangerschaftszeichen. Das Prioritätsrecht für das neuerdings von Lönne angegebene Frühschwangerschaftszeichen (teigig-ödematöse Konsistenz einzelner Teile des junggraviden Uterus im Gegensatz zu anderen Partien, die sich härter anfühlen) nimmt Weissenberg für sich in Anspruch. Das Zeichen ist von der 6. Schwangerschaftswoche ab zu beobachten und ist besonders wertvoll in Fällen von Retroversio — flexio uteri, wo sich der Uterus nur schlecht reponieren läßt. Schwab (Hamburg).

Archiv für Gynäkologie.

127., Heft 1.

Zur Bedeutung der rectalen Untersuchung sub partu für die Prophylaxe puerperaler Wundinfektionen. Th. Koller.
Die Prognose der Funktionsschwäche der Ovarien, mit besonderer Berücksichtigung der Amenorrhoe. R. Hofstätter.
* Die Behandlung der Placentarperiode, mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Entfernung der im Inneren zurückgebliebenen Placentarreste. A. Haba.
Biologie des Liquor cerebrospinalis. 1. Ueber die Abhängigkeit des Liquor cerebrospinalis vom Ovarium. E. Vogt.
Kalkuntersuchungen an Placenta verschiedenen Alters. E. Wehefritz.
Colpodystrophia postclimacterica. Flatau und Herzog.
Sarkom der weiblichen Geschlechtsorgane. J. Gál.
* Ueber den Infektionsweg der Schwangerschaftspyelitis. L. Luchs.
Entstehung des Schwangerschaftsödems. G. Kaboth.
Ein hypernephroides Sarkom im kleinen Becken. Chiffmann und Szamek.
Ein Nabeladenom. Chiffmann und Seyfert.
Ueber einen Fall von kontinuierlichem Einwachsen eines Adenocarcinoma ovarii in einen adenomyotischen Uterus. H. Steiner.
* Ueber den wiederholten Kaiserschnitt. v. Lehoczky-Semmelweiß.
Die Funktion und das Hormon des Ovariums. B. Zondek und S. Aschheim.

Die Behandlung der Placentarperiode, mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Entfernung der im Inneren zurückgebliebenen Placentarreste. Verf. faßt seine reichen Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Die Austastung der Gebärmutterhöhle unmittelbar nach dem Gebären ist nicht als ein derart schwerer Eingriff zu betrachten, wie eine solche im Kindbette; deshalb sollen wir in jedem solchen Falle, wo wir von der Unversehrtheit der Placenta nicht überzeugt sind, austasten und dies auch sogar dann, wenn es sich nachträglich herausstellt, daß dies überflüssig war. Wenn bei im Inneren zurückgebliebenen Placentarteilen im Kindbett Fieber aufgetreten ist, so darf nur auf Grund vitaler Indikation (das Leben gefährdender Blutung) die Austastung vorgenommen werden. In fieberhaften Fällen, wo nicht derartige Blutung zum Eingriffe zwingt, müssen wir trachten, möglichst mit Wehenerregern die spontane Entfernung des zurückgebliebenen Placentarteils zu bewirken, und wenn dies nicht gelingt und das Fieber weiter bestehen bleibt oder Blutung auftritt, so sollen wir die Austastung immer vorsichtig und nur mit dem Finger vornehmen, aber auch dann nur in solchen Fällen, wo die Infektion sich noch nicht auf die Umgebung ausgebreitet hat.

Ueber den Infektionsweg der Schwangerschaftspyelitis. Eine Harnstauung in den oberen Harnwegen ist in den letzten Schwangerschaftsmonaten häufiger, als bisher nachgewiesen wurde. Die durch sie hervorgerufene Ureterdilatation betrifft in mindestens ¾ der Fälle den rechten Ureter, während der linke in nur etwa der Hälfte der Fälle und meist in geringerem Grade mitbeteiligt ist. Mit dem Nachweis einer Ostiuminsuffizienz bei stärkeren Graden der Ureterdilatation ist das Hauptargument gegen die ascendierende Infektion der Schwangerschaftspyelitis widerlegt. Es ist also durchaus möglich, daß die Schwangerschaftspyelitis auf ascendierendem Wege entsteht. Der Ureterenkatheterismus ist nicht nur ein unschädliches diagnostisches Hilfsmittel auch bei der Schwangeren, er hat auch therapeutischen Wert beim Bestehen sog. Ureterschmerzen und prophylaktischen gegen das Auftreten einer Schwangerschaftspyelitis wegen der Beseitigung der für ihr Zustandekommen ausschlaggebenden Stauung. Ganz allgemein läßt sich sagen, daß die Vorbedingung und Gelegenheit zu einer ascendierenden Infektion in den letzten Schwangerschaftsmonaten in weit mehr Fällen gegeben ist, als ihrem tatsächlichen Auftreten entspricht. Die ascendierende Schwangerschaftspyelitis ist somit nur das infektiöse Stadium einer schon zuvor nachweisbaren, durch die Schwangerschaft selbst hervorgerufenen Veränderung.

Ueber den wiederholten Kaiserschnitt. Verf. betont den Standpunkt der Budapester Universitäts-Frauenklinik auf Grund der daselbst gemachten Erfahrungen. Mit der heutigen Technik und Vollkommenheit des Kaiserschnitts können an einer Frau drei Operationen gemacht werden. Im Anschluß an den dritten Kaiserschnitt ist die Sterilisierung berechtigt. Bei Beurteilung dieser Frage soll außer dem Wunsche der Mutter die Zahl der vorherigen Geburten und lebenden Kinder auch berücksichtigt werden. Der Kaiserschnitt soll am passiven Uterinsegment intraperitoneal ausgeführt werden, zum dritten Male am Corpus, verbunden mit der supravaginalen Amputation der Gebärmutter, in nicht reinen Fällen mit Vernähen des Uterusstumpfes zur Bauchwand nach Porro.

127., Heft 2 und 3, Februar 1926.

Beiträge zur Biologie des Neugeborenen. K. Hellmuth.
Trichomonas vaginalis. Schmid und Kamniker.
Bewegungen des muskulösen Rohrs der Fallopischen Tube. F. Kok.
Ovarialgeschwülste im Kindesalter und Pubertes praecox. G. Termeer.
Ueber merkwürdige Untergangsformen ektopischer Graviditäten. Cl. Schoenhof.
* Ueber die Ursachen der zu starken und zu häufigen Regelblutungen. A. Heyn.
Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit beim Karzinom. H. Guthmann und G. H. Schneider.
Ueber Zangengeburten. Klaften und Bodnar.
Ektopisches Endometrium. W. Schiller.
* Ursache der Eileiterschwangerschaft. L. Schoenholz.
Zusammenhang zwischen Blutbild und Prognose beim bestrahlten Gebärmutterkrebs. E. Holl.
Acetonurie während der Schwangerschaft. Ein Beitrag zur Frage der Schwangerschaftsleber und der Notwendigkeit von Diätvorschriften während der Schwangerschaft. H. Kleesattel.
Veränderungen der kolloidalen Plasmastruktur bei puerperalen septischen Erkrankungen. A. Tóth.

Ueber die Ursachen der zu starken und zu häufigen Regelblutungen. Unter etwa 7500 Fällen der Poliklinik der Kieler Universitäts-Frauenklinik fanden sich 285 Fälle mit reinen Menorrhagien = 3,8%, unter diesen waren 171 mit lediglich zu starken und 114 mit zu häufigen Regelblutungen. Als Ursache für die starken Regelblutungen kommen einerseits die Kontraktilität des Uterusmuskels behindernde Faktoren, andererseits vermehrte Hyperämie im Becken in Betracht. Als kontraktionsbehindernde Momente wurden Hyperplasie der Genitalien, Asthenie, vor allem des Uterusmuskels, und Myome gefunden. Die vermehrte Hyperämie im kleinen Becken wurde in 36,3% durch entzündliche Prozesse (Adhäsionen und Stauungsoedeme des Uterus) und in 6,4% der Fälle durch Allgemeinerkrankungen bedingt. Das Bestehen einer Hyperfunktion der Ovarien war in keinem Falle nachzuweisen. Eine Hyperfunktion darf nicht angenommen werden, solange mechanische Ursachen für die Blutungsstärke vorhanden sind. — Die zu häufigen und gewöhnlich verstärkten Blutungen beruhen auf einer Ovarialschwäche infolge frühzeitigen Absterbens des Eies oder mangelhafter Hemmungskraft auf die wachsenden Follikel. Die Ovarialschwäche war primär vorhanden in 18,4% bei Infantilismus, und in 14,9% der Fälle im Präklimakterium. Eine sekundäre Ovarialschwäche war in 47,4% durch entzündliche Veränderungen im Becken, und in 19,3% durch chronische Allgemeinschädigung des Gesamtorganismus bedingt. Nur die Trennung der Menorrhagien in ätiologisch abgegrenzte Gruppen gewährt die Möglichkeit einer rationellen Therapie.

Untersuchungen über die Ursache der Eileiterschwangerschaft. Die anatomischen Studien der Verff. führten zu folgenden Ergebnissen über das Wesen und Werden der Tubargravidität. Die einheitliche Grundlage der tubaren Implantation des Eies stellen Anomalien des schleimhäutigen Tubenrohrs dar in Gestalt von divertikelartigen Schleimhautausstülpungen in die Tubenwand, von Maschenbildungen der Falten und in seltenen Fällen in Gestalt einer Auskleidung des Tubenrohres durch cytogenes Gewebe. Für die Mehrzahl der Fälle kommt ätiologisch die Divertikelbildung in Frage. Diese Anomalien fanden sich in den meisten Fällen in Tuben, die frei waren von entzündlichen Erscheinungen. Die bis jetzt noch verbreitete Ansicht, daß vorausgegangene Entzündungen des Eileiters zumeist die Ursache für die Entstehung von Divertikelbildungen und Maschenbildungen der Schleimhaut, soweit sie in schwangeren Tuben gefunden wurden, abgehen, muß abgelehnt werden. Die eigentliche und letzte Ursache muß vielmehr in Bildungsanomalien der Tube gesucht werden.

Rudolf Katz (Berlin).

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

89, 2. Heft.

Uterusrupturen mit Blasenriß. M. Hagenbuch.
Pathogenese der puerperalen Eklampsie. G. Acconci.
Ueber einen mesenchymalen Mischtumor des Uteruskörpers. Otto Ritter.
Cor kyphoscoliticum und Gestation. H. Heidler.
Die Reinheitsgrade des Scheideninhalts am Ende der Schwangerschaft und ihre prognostische Bedeutung für die Morbidität im Wochenbett. H. O. Neumann.
* Die überragende Bedeutung der Eröffnungsperiode und der Weichteilsschwierigkeiten für Dauer, Schmerzhaftigkeit und Ausgang der Geburt. B. Aschner.
* Appendix und Dysmenorrhoe. G. Burckhard.
Ueber Tentoriumrisse. H. Glatz.
Geschwulstbildung und Tuberkulose am mißbildeten Uterus. Theo Brandeß.
Ueber Urobilinofurie bei normaler und ektopischer Schwangerschaft. W. Schiller und Fr. Ornstein.
Die Menarche bei der niederländischen Bevölkerung. L. Bolk.
Kasuistik der Ovarialgravidität. P. Steinweg.
Ueber die Kiellandsche Prolapsoperation. Sachs.

Die überragende Bedeutung der Eröffnungsperiode und der Weichteilsschwierigkeiten für Dauer, Schmerzhaftigkeit und Ausgang der Geburt. Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen an einem sehr umfangreichen Material, die sich auf viele Jahre erstrecken, zu folgenden Schlüssen: Die überwiegende Mehrzahl von Geburtskomplikationen (lange Dauer, Schmerzhaftigkeit, zögernder Fortgang der Geburt, vorzeitiger Blasensprung, Fieber der Mutter, Asphyxie und Absterben des Kindes während der Geburt) entsteht nicht, wie man lange Zeit geglaubt hat, durch das enge Becken, bezw. den knöchernen Widerstand überhaupt, sondern durch die lange Zeit unterschätzte Rolle der Weichteilsschwierigkeiten, insbesondere durch Verzögerung und Erschwerung der Eröffnungsperiode. Aus der bloßen Betrachtung langdauernder, abnorm schwieriger und schmerzhafter Geburten ergibt sich, daß die Eröffnungsperiode dasjenige ist, was die Kräfte der Kreißenden erschöpft und sie durch oft unerträgliche Schmerzen verzagt macht. Dieselbe soll bei normalem

Verlauf das 3—8 fache der Austreibungszeit an Dauer betragen, beträgt aber oft das 24 fache und darüber. Verf. schlägt daher zur Erleichterung bezw. zur Abkürzung der Eröffnungsperiode, z. B. bei älteren Erstgebärenden, bei vorzeitigem Blasensprung und bei den verschiedensten Anomalien der Wehentätigkeit vor, einzugreifen und hält die seit altersher geübte vorsichtige Dilatation des äußeren Muttermundes mit den Fingern oder der ganzen Hand für die schonendste, in Betracht kommende Methode. Die dabei befürchtete Gefahr der Infektion oder Verletzung läßt sich bei richtigem Vorgehen mit Sicherheit vermeiden. Verfassers Erfahrungen an 364 Geburten sind durchaus günstig. Durch die richtige Anwendung des vorgeschlagenen Verfahrens werden zahlreiche Geburtskomplikationen und operative Eingriffe verhindert bezw. erspart. Weitere Vorteile der richtig angewendeten manuellen Dehnung bei gegebener Indikation sind: Abkürzung der ganzen Geburtsdauer zumindest auf das normale Maß und in Kombination mit geringen Pituitringaben und Aetherrausch, die Annäherung an das Ideal der schmerzlosen Entbindung.

Appendix und Dysmenorrhoe. Die Beobachtung, daß bei der Dysmenorrhoe der Frauen ohne nachweibare Veränderungen an den Adnexen die Druckempfindlichkeit am Mac Burreyschen Punkt fast nie fehlt, führte dazu, einen Zusammenhang zwischen Wurmfortsatz und Dysmenorrhoe anzunehmen, auch die Beobachtung, daß nach der Exstirpation des Processus vermiformis die dysmenorrhoischen Schmerzanfälle aufhören, nachdem schon erfolglose Dilatationen und Ausschabungen vorausgegangen waren. Verf. glaubt folgende Erklärung dafür geben zu sollen. Von den Organen der Bauchhöhle gehen kurze sensible, zentripetal leitende Bahnen nach dem Rückenmark, in welches sie nach Passage der Spinalganglien eintreten. Auf diesen Bahnen kann nun der durch die Erkrankung des Wurmfortsatzes ausgelöste Reiz nach dem Rückenmark fortgeleitet werden und in diesem auf die zentrifugalleitenden Sympathikusfasern überspringen, wodurch er am Ovarium zur Auswirkung kommt. Die Beseitigung des Reizes hebt dann eine Schmerzauslösung von Seiten des Ovarium auf

89, Heft 3.

Ueber die morphologische Zellstruktur des Endometriums. E. Terruhn.
* Ueber die Dyspareunie der Schwangeren. S. Galant.
Der Glykogengehalt des Scheidenepithels, seine diagnostische und therapeutische Bedeutung. E. Schwab.
Ueber Vierlingsgeburten. E. Häfeli.
* Ueber Bluttransfusion in der Gynäkologie. H. Schultheiß.
Ueber Ichthyosis congenita. F. Heiwißbauer.
Die Placenta-praevia Fälle des Wöchnerinnenheims in Karlsruhe in den Jahren 1893—1923. Wagner.
Die Aetiologie der Uteruszerreißungen unter Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse. H. Kurtz.
* Zehn Jahre Eklampsie. N. Westphal.
Ueber Struma ovarii. T. Manasse.
Zur Frage der primären Bauchhöhlenschwangerschaft. L. Schönholz.

Ueber die Dyspareunie der Schwangeren. Fast alle Frauen büßen während der Schwangerschaft allmählich die Wollustempfindungen beim Koitus ein, so daß sie etwa mit dem 6. Monat der Schwangerschaft, meist bedeutend früher, völlig dyspareunisch werden, jede Lust für den Koitus verlieren, denselben unangenehm empfinden und von ihm ganz befreit werden möchten. Die Dyspareunie der Schwangeren beruht auf dem veränderten Haushalt der innersekretorischen Drüsen und ihrer Korrelationen, sowie auf Veränderungen des allgemeinen Stoffwechsels und der Genitalien selbst. Auch das psychische Moment der Angst, daß das Kind im Uterus durch den Koitus geschädigt werden könnte, ist zur Erklärung der Dyspareunie der Schwangeren zu berücksichtigen.

Ueber Bluttransfusionen in der Gynäkologie. Verf. berichtet die Resultate einer kleinen Serie von 9, mittelst Transfusion behandelten, gynäkologischen Blutungsfällen, die aus einem Zeitraume von 7 Jahren stammen. Es handelte sich mit zwei Ausnahmen um submuköse Myome. In dem einen Ausnahmefall lagen Schleimhautpolypen des Korpus und der Cervix, sowie ein mannskopfgroßes Ovarialfibrom vor, im andern Fall war die Ursache der profusen Blutungen eine ausgedehnte Polyposis mucosae uteri. Sämtliche Patientinnen befanden sich in sehr desolatem Zustande mit den Zeichen der schwersten sekundären Anämie, z. T. mit noch bestehender Blutung. Guter Verlauf bei sämtlichen Transfusionen. Ueble Zufälle wurden nie beobachtet, kaum einmal ein leichtes Beklemmungsgefühl. In zwei Fällen trat 20 Minuten bezw. eine Stunde post transfusionen ein Schüttelfrost auf, bei beiden Patientinnen sank die Temperatur schon am folgenden Tage wieder zur Norm. Die Wirkung der Transfusion war stets deutlich und überzeugend an der jeweils rasch zunehmenden Besserung der Gesichtsfarbe zu erkennen. Der Wert der Transfusionen bei den ausgebluteten Myomen liegt nach Ansicht des Verfassers hauptsächlich darin, daß man durch dieselben bei den Patientinnen eine raschere Rekonvaleszenz, die sich sonst, nach Ausschaltung der Blutungsquelle, oft über viele Wochen und Monate hinzieht, erzielen kann und daß man die Frau über die kritische Zeit hinwegbringen und sie der Therapie zuführen kann, die bei submukösen Myomen die sicherste Gewähr bietet, der Myomektomie. Dieselbe kann, wie die Erfahrungen des Verfassers gezeigt haben, nach gelungener Transfusion ohne größeres Risiko vorgenommen werden.

Zehn Jahre Eklampsie. Verfasser kommt nach den Erfahrungen einer 10 jährigen Eklampsiebehandlung im Staatl. Institut für Geburtshilfe in Hamburg zu der einzig wirklichen Erkenntnis, daß die Eklampsie, in sicherem Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehend, nach deren Unterbrechung, wenigstens in einer Reihe von Fällen, abzuklingen pflegt. Aus diesem Grunde war man immer bestrebt, möglichst rasch zu entbinden, ohne aber in jedem Falle die Entbindung zu forzieren. Maßgebend war in erster Linie der Gesamteindruck des Krankheitsbildes, daneben der Ausfall der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden. Bei keiner anderen Krankheit sind die Symptome, der klinische, der pathologisch-anatomische Befund wechselvoller. Nicht das Verhalten des Blutdrucks, weder der quantitative noch qualitative Urinbefund, nicht das Ergebnis der Blutuntersuchungen, noch die Zahl der Anfälle lassen einen nur einigermaßen sicheren Schluß auf die Prognose zu. Zunächst wurde stets versucht, durch die bekannten therapeutischen Maßnahmen (Aderlaß in Verbindung mit Kochsalz- bezw. Traubenzuckerinfusionen und Chloralhydrat, Luminalnatrium intramuskulär, Magnesiumsulfat als Klysma) Einfluß auf das Krankheitsbild zu gewinnen, und wenn möglich, die Entbindung auf natürlichem Wege abzuwarten. Nur wo diese Therapie versagte, wo trotz Aderlaß usw. bedrohliche Symptome weiter bestehen blieben, entschloß man sich zur sofortigen Entleerung des Uterus. Die Mortalität der Mutter betrug 8,5% (16 Todesfälle von 189 Eklampsien), sie ist um so höher, in je früherem Stadium der Schwangerschaft die Eklampsie zum Ausbruch kommt.

Die Sterblichkeitsziffer der Kinder betrug $39 = 20,6\%$. Davon sind allerdings 12 nicht lebensfähige Kinder abzuziehen, so daß sich die Zahl auf $27 = 14,3\%$ reduzierte.

Rudolf Katz (Berlin).

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

72, Februar 1926, Heft 3/4.

* Klinik und Aetiologie der Deflexionslagen. H. Kamniker.
Zur Differentialdiagnose chronischer Adnexentzündung, subchronischer Appendizitis, Gallertkarzinom des Wurmes und Pseudomyxoma peritonnaei. Schneider.
* Ueber die Gefährlichkeit der manuellen Plazentarlösung unter besonderer Berücksichtigung der Aortenkompression. Montag.
Ueber Dysostosis cleidocranialis. Nettesheim.
* Probepunktion der hinteren Douglas bei Extrauteringravidität. Zeitlin.
Der Bardenheuersche Schnitt. Martin.
Intrakardiale Adrenalininjektionen als Hilfsmittel bei Wiederbelebungsversuchen von scheintoten Neugeborenen. Wachenfeldt.
Ein Fall von Phokomelie. Doerffer.
Die Bedeutung der Reinheitsgrade für den Ablauf des Wochenbettes. Broich.
Die Menstrualgiftfrage. Schubert u. Steuding.
Kasuistik und Behandlung der Unfallverletzungen der äußeren Genitalien, der Scheide und der Abdominalwandungen. Raaflaub.
* Klinik der Pyelitis. Puppel.
Versuche mit einem neuartigen Resorbens (Ichthyol — Isapogen). Oppenheim.

Klinik und Aetiologie der Deflexionslagen. Unter 10 333 Geburten, die innerhalb 4 Jahren beobachtet wurden, befanden sich 164 Deflexionslagen, deren häufigste Ursache beim Kinde in Geschwülsten am Halse, abnormer Haltung der kleinen Teile, abnormen Verhalten der Nabelschnur, bei der Mutter Hindernisse im Geburtswege, am Fruchthalter oder außerhalb desselben sein kann. Die Geburtsdauer dauert in Gesichtslage am längsten und beträgt hier durchschnittlich 25 Stunden. Ohne Hinzukommen bedrohlicher Symptome bietet die Deflexionslage keinen Anlaß zu irgendwelchen Eingriffen. Die mütterliche Mortalität beträgt insgesamt 1,8%, die Morbidität 17%. Die kindliche Mortalität 5,16%. Verf. empfiehlt nach seinen Erfahrungen das konservative Verfahren auf das Wärmste.

Ueber die Gefährlichkeit der manuellen Plazentarlösung unter besonderer Berücksichtigung der Aortenkompression. Die manuelle Plazentarlösung ist bei unkomplizierten Fällen eine verhältnismäßig gefahrlose Operation. Nur die Möglichkeit der Embolie bringt Gefahren mit sich. Bei komplizierten Fällen (Fieber, Blutverlust) ist sie nicht ungefährlich. Bei Retentio Placentae wird zuerst die Aortenkompression versucht, bei Nichtaufhören der Blutung erfolgt die sofortige Lösung. Bei Retentio ohne Blutung soll man nach 2 Stunden lösen evtl. nach Anwendung des Gabastonschen Verfahrens. Die Aortenkompression vermindert die Gefahr der Lösung. Verletzungen des Uterus sind nicht zu befürchten.

Probepunktion des hinteren Douglas bei Extrauteringravidität. Die Probepunktion in der Mittellinie ausgeführt, ist ungefährlich. Der Hauptwert besteht darin, daß man eine Laparotomie bei Auffinden von Eiter vermeiden kann. Bei Vorhandensein von Blut in der Bauchhöhle ist das Ergebnis in 90% der Fälle positiv, jedoch darf man die Diagnose nicht ausschließlich auf das Ergebnis der Punktion hin stellen. Bei nicht lebensgefährlichem Zustand der Patientin ist die Probekolpotomie wirkungsvoller. In lebensbedrohenden Fällen muß sofort zur Laparotomie geschritten werden.

Klinik der Pyelitis. Die Ursache der Pyelitis ist am häufigsten der starke Fluor. Dagegen tritt oft bei jahrelang bestehender Zystitis keine Infektion des Nierenbeckens auf. Der Verlauf ist oft ein eminent chronischer. Die Behandlung muß in der Klinik erfolgen und besteht vor allem in Nierenbeckenspülungen. Auch tägliche Blasenspülungen sind ein gutes Unterstützungsmittel. Gute Resultate sah Verf. vom Iodonasin. Auf keinen Fall können wir weder für die Diagnose noch für die Therapie den Ureterenkatheterismus entbehren.

72, März 1926, Band 5/6.

* Zur Frühdiagnose der Gravidität. Dienst.
Was geschieht zur Bekämpfung der Syphilis? Scheffzek.
* Zur Klinik und Histologie der Plazentarpolypen. Rosenstein.
* Ueber Schwangerschaftsileus und verwandte Symptomenkomplexe. Luchs.
Ueber Nachteile und Vorteile der Kiellandzange. Baumm.
Eine Pockenepidemie in einer Entbindungsanstalt. Hoppe.
Zur Aetiologie und Prophylaxe der angeborenen Hüftverrenkung. Krukenberg.
Untersuchungen zur Ermittlung der Streptokokken- und Staphylokokken. Pfalz.
Adenomyosis. Langen.
* Blutung ex ovario oder Extrauteringravidität. Traugott.
Ueber Inkarzeration des myomatösen Uterus. F. Istel.
Heilung einer puerperalen Blasenscheidenfistel durch Einpflanzung der Ureteren in den Darm. Graff.
Scheidenbildung aus der Harnblase. Schmid.

Zur Frühdiagnose der Gravidität. Die neue Graviditätsreaktion beruht auf der Bestimmung des Antithrombins im Blut. Es findet sich im Plasma jedes normalen Blutes, im Serum aber nur an Thrombin gebunden. Die Menge des aus 1 ccm Plasma herzustellenden Antithrombins reicht nur aus, Thrombin von $\frac{1}{12}$ bis $\frac{1}{8}$ des zugehörigen Serums zu binden, bei Schwangeren dagegen steigen die Werte bis auf $\frac{1}{3}$ und mehr. Diese Tatsache benutzt Verf. um die Schwangerschaft frühzeitig feststellen zu können. Verf. hat seine Methode noch vereinfacht, indem er ein Verfahren nach Art der Eiweißbestimmung von Esbach angibt.

Zur Klinik und Histologie der Plazentarpolypen. Die Entstehung der Plazentarpolypen ist auf die unvollkommene Lösung des Chorions vom Uterus zurückzuführen und zwar entweder primär durch bestehende Verhältnisse oder sekundär durch falsche Kunsthilfe. Auf Grund eines Falles nimmt Verf. an, daß bei einer bestehenden Luteinzyste inkretorische Stoffe abgesondert wurden, die die Eiteile befähigten, der Ablösung aus dem Uterus Widerstand zu leisten. Die Gefahr eines Eingriffes besteht darin, daß man durch Blutungen gezwungen werden kann, im infizierten Gewebe zu operieren, so daß in dem vorliegenden Falle die Entfernung des Uterus erforderlich war. Das normale Verfahren bleibt jedoch immer die Auskratzung.

Ueber Schwangerschaftsileus und verwandte Symptomenkomplexe. In den ersten Schwangerschaftsmonaten ist der Darmverschluß eine Seltenheit, während vom vierten Monat ab die Zahl der Fälle zunimmt. Es gibt drei kritische Momente während der Schwangerschaft.

1. Beim Heraustreten des Uterus aus dem kleinen Becken.
2. Beim Eintreten des Kopfes am Schwangerschaftsende.
3. Beim Kleinerwerden des Uterus im Wochenbett.

Außer der rein mechanischen Kompression gibt es sicher eine Schädigung des Darmes auf toxischer Grundlage, wodurch die Triebkraft verringert wird, so daß das Krankheitsbild dem paralytischen Ileus nahe steht. Es gibt jedoch auch ein Ileus bei beweglichem Uterus, der also allein auf toxischer Grundlage beruht. Sicher spielen auch entzündliche infektiöse Prozesse ein wichtige Rolle. Auch wird durch die Schwangerschaft eine Störung der Innervation hervorgerufen, die zu einer Schwächung der Darmbeweglichkeit führt, wodurch es zur Ausdehnung der Darmwand kommt. Es handelt sich beim Schwangerschaftsileus also wahrscheinlich um einen paralytischen und mechanischen Faktor.

Blutung ex ovario oder Extrauteringravidität. Der Eierstock, der physiologisch dauernd Verletzungen seiner Oberfläche erleidet, kann nicht die Ursache bedrohlicher Blutungen sein, obwohl derartige Fälle öfters beschrieben werden. In keinem der veröffentlichten Fälle liegt eine histologische Untersuchung der Tuben vor. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich immer um einen vollendeten Tubarabort, der infolge der raschen Rückbildung der Tube nach Ausstoßung des Eies mikroskopisch nicht erkannt wird. Erst wenn mikroskopisch der Nachweis erbracht ist, daß es sich nicht um einen Tubarabort handelt, darf man die Diagnose Follikelblutung stellen. Dieser Beweis ist bisher nicht erbracht.

Kosminski.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

Februar 1926.

Zur Fundusentartung mit angioider Streifenbildung (Angioid streaks Knapp). Wildi.
* Augenspiegelbefunde bei Migräne. Wegner.
Zur Entstehung der Fuchsschen Narbenaufhellungsstreifen. Metzger.
Limbuspigmentierung neben Kayser-Fleischerschem Ring bei Wilsonscher Krankheit. Pretori.
Beitrag zur Histologie des „entzündlichen Pseudotumors" der Orbita, Birch-Hirschfeld. Schmincke.
Untersuchungen über die spektrale Helligkeitsverteilung bei Protanopen. Samojloff.
Ueber drei familiäre Fälle von Tritanomalie. Hartung.
Zur Kritik von J. Streiff über meine „Beiträge zur Physiologie des Körperlichsehens". v. Vajda.
* Zur Aetiologie des Strabismus convergenz. Wiedersheim.
Ueber inkongruente seitliche Verschiebung der Lider bei seniler Blepharophimose und bei Erschlaffungsprozessen. Velhagen jr.
Targesin in der Augenheilkunde. Hildesheimer.
Zur Literatur des Entropium congenitum. Kraupa.

Augenspiegelbefunde bei Migräne. Bei Migräne mit Sehstörungen überwiegen die Fälle mit normalem Augenhintergrundsbefund. In der Literatur sind aber eine Reihe von Fällen mit positivem, durchaus wechselndem Befund beschrieben. Es fand sich Verengerung der Netzhautarterien, Blutleere der Netzhaut, Pulsation der Art. centralis über das Papillengebiet hinaus, Hyperaemie der Papille, Neuritis, Ablatio retinae u. a.

Eine besondere Rolle spielen vier von Galezowski mitgeteilte Fälle mit Embolie und Thrombose der Zentralgefäße und bleibenden Sehstörungen. Zwei weitere Fälle hat Verf. beobachtet. Im ersteren traten wiederholte erhebliche Sehstörungen bei Migräneanfällen auf. Ausgang in beiderseitige Amaurose durch ausgedehnte Blutungen aus dem Hauptstamm der Centralis retinae durch völlige Thrombosierung rechts, und neuritische Atrophie links. Im zweiten Falle konnte im Anfall einseitig Unterbrechung der Blutsäule in den Arterien und feinste Netzhautblutungen festgestellt werden.

Zur Aetiologie des Strabismus convergens. Verf. bringt eine kurze Uebersicht über unsere Anschauungen der Genese des Schielens. Im Einzelfalle wird die Aetiologie nicht immer völlig zu klären sein. Als innere dispositionelle Ursache sind genannt: in erster Linie mangelhaftes oder fehlendes Fusionsvermögen, abnorme Ruhelage der Muskeln, Refraktionsfehler, angeborene Schwachsichtigkeit und nervöse Disposition. Aeußere Gründe: infektiöse Kinderkrankheiten (Masern), die zu einer toxischen Parese der Divergenz führen können, Trauma, Schreck und erworbene Schwachsichtigkeit. Eine Unterscheidung des periodischen und dauernden Schielens ist für unser therapeutisches Handeln wichtig. Im ersteren Falle bestehen meistens Refraktionsanomalien. Konservative Behandlung führt häufig zum Ziele. Die stationären Schielfälle bedürfen meist einer operativen Geradestellung.

März 1926.

Ueber einige seltene luetische Erkrankungen des Auges. Fuchs.
* Ein Fall von Optikusatrophie bei Myxödem. Avizonis.
Ueber eine dystrophische Endothelveränderung und Pigmentierung der Hornhautrückfläche. Sallmann.
Statistik aller Aufnahmen in die deutschen Blindenanstalten in den Jahren 1919—1924. Hübner.
Zur Erlernung der Spaltlampentechnik. Weber.

Ein Fall von Optikusatrophie bei Myxoedem. A. beschreibt einen sehr seltenen Fall. Bei einem 50jährigen Mann mit ausgesprochenem Myxödem trat eine beiderseitige Optikusatrophie auf. Auf dem rechten noch sehenden Auge bestand eine temporale Hemianopsie. Verf. bringt bei Fehlen einer sonstigen Aetiologie die Atrophie mit dem Myxoedem in ursächlichen Zusammenhang. Er denkt an eine Schädigung der Sehnerven im Bereich des Chiasmas, und zwar durch eine vikariierende Hypertrophie der Hypophyse. In einigen Fällen ähnlicher Art konnte röntgenologisch eine Erweiterung der Sella turcica nachgewiesen werden.

Meesmann.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

150., Heft 1, 1926.

Ueber den Einfluß toxizitätsherabsetzender und desensibilisierender Maßnahmen bei der Salvarsaneinwirkung auf die Spirochäten. Gregorius.
* Herpes zoster und intralumbale Eingriffe. W. Schönfeld.
Pharmakologische Notizen über saponinhaltige Antiluetika. St. K. Mayer.
Tätowierung und Syphilis. Sh. Dohi.
* Beziehungen von Asthma und Ekzem. Philipp Keller und Marchionini.
Sarkoide Geschwülste in einer Familie. Joseph Sellei und Margarethe Berger.
Zur Pathochemie des Pemphigus. Erich Urbach.
Leukomelanodermie bei syphilitischer Erkrankung des vegetativen Nervensystems. Sh. Dohi.
* Untersuchungen über die Ausscheidung der harnsauren Salze durch die Schweißdrüsen. N. Melczer.
Klinisch-dermatologische Studien über die Recklinghausensche Krankheit. Hermann Werner Siemens.
Dermatostomatitis — eine Grippekomplikation. Carl Monçorps.
„Dermatostomatitis“ — keine Grippekomplikation. Baader.
Familiäre Acanthosis nigricans kombiniert mit Fettsucht. Werner Jadassohn.
* Beziehungen zwischen Tuberkulose und Syphilis. Mario Artom.
* Codeinexantheme. Otto Dittrich.
Zur Histologie und Pathogenese des Ulerythema ophryogenes. A. B. Selisky.
Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi. Erich Uhlmann.
Diagnose und Hygiene der Gonorrhoe bei den Juden des Altertums. N. Haltrecht.
Zur Klinik und Histologie des Xanthoms bzw. der anisotropen Verfettung der Haut. O. Grütz.
* Ueber die Möglichkeit einer Sterilisation der Spirochätosen durch Wismutpräparate. I. L. Kritschewsky.
Ueber einige der Acne conglobata ähnliche Fälle. Heinrich Hoffmann.
Ueber Strahlenempfindlichkeit bei Xeroderma pigmentosum. Hans Martenstein und Anna Bobowitsch.
Ein Enanthem als Symptom der Salvarsanintoxikation. Siegmund von Szentkirályi.
* Kontinuierliche Syphilisbehandlung anstatt intermittierender, auf Grund achtjähriger Erfahrung. Johan Almkvist,

Herpes zoster und intralumbale Eingriffe. In drei Fällen konnte mit großer Wahrscheinlichkeit ein intralumbaler Eingriff als Ursache von 9—10 bzw. 29 Tage später aufgetretenem Zoster angenommen werden; der Ursprung liegt dann in der Rückenmarksflüssigkeit. Es bestände dabei eine Analogie zu dem traumatischen Zoster.

Beziehungen von Asthma und Ekzem. Aus der Salicylbindungsfähigkeit ergibt sich die grundlegende allergische Disposition beim spätexsudativen Ekzematoid und seine Verwandtschaft mit dem allergischen Asthma.

Beziehungen zwischen Tuberkulose und Syphilis. Luetiker scheinen häufiger als Normale auf die Pirquetsche Reaktion negativ zu reagieren. Dafür, daß ein kutaner Faktor besteht, spricht, daß bei ausgebreiteten Hauterscheinungen der Prozentsatz der negativen Reaktionen größer ist als ohne solche, und daß bei einer größeren Zahl nach spezifischer Behandlung die negative Reaktion positiv wurde. Da dies jedoch auch bei Fällen von Lues latens eintrat, muß noch ein allgemeiner Faktor existieren.

Codeinexantheme. In einem Falle follikuläre Knötchen, in den anderen juckende Rötungen an Stellen, die vorher Sitz einer Dermatitis gewesen waren.

Ueber die Möglichkeit einer Sterilisation der Spirochätosen durch Wismutpräparate. Eine Sterilisation durch die therapeutischen Gaben der heutigen Wismutpräparate erscheint ausgeschlossen, daher muß zunächst mit Salvarsan behandelt werden, durch das der mit Syphilis infizierte Organismus sterilisiert werden kann.

Kontinuierliche Syphilisbehandlung anstatt intermittierender, auf Grund achtjähriger Erfahrung. Lange, bis zu 14 Monaten fortgesetzte Behandlung, bei der ohne Pausen abwechselnd Serien zu je 1—1½ Monaten von Salvarsan, Wismut bzw. Quecksilber oder allen dreien verabfolgt werden, mit Nachkur von Jodkali. Dabei wurden in vielen Fällen Gewichtszunahmen beobachtet.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

82., Nr. 6, 6. Februar 1926.

Zur primären Hautaspergillose. Roman v. Lesczynski und Roman Epler.
* Die Ergebnisse der Liquorforschung als Korrektur dermatologisch entstandener Vorstellungen in der Syphilidologie. Carl Lange.

Die Ergebnisse der Liquorforschung als Korrektur dermatologisch entstandener Vorstellungen in der Syphilidologie. Die bisherige Anschauungsweise, die den Fehler hat, nur die zirkumskripte, sichtbare Hautsyphilis zugrunde zu legen, die unsichtbare (Lues diffusa) aber außer acht zu lassen, wird klinisch durch die sich durch ihre Ausfallerscheinungen manifestierende Viszerallues korrigiert, was besonders bei der Neurolues geschieht. Wesentlich überlegen ist aber der klinisch-neurologischen Methode die Liquordiagnostik, deren Bedeutung für Diagnose, Prognose, Therapie eingehend dargelegt wird.

82., Nr. 7, 13. Februar 1926.

Fox-Fordycesche Krankheit in Kombination mit Lupus erythematodes bei einer 67 jährigen Frau. R. Hirschfeld.
* Lassen sich durch Sekretfärbungen mit kolloidalen Farbstoffen prognostische Schlüsse auf die Heilungsvorgänge bei der Gonorrhoe ableiten? Julius K. Mayr.
Die Reaktionen der Präzipitation bei Lues. W. G. Aristoff, W. J. Feldmann und S. L. Mariassin.

Lassen sich durch Sekretfärbungen mit kolloidalen Farbstoffen prognostische Schlüsse auf die Heilungsvorgänge bei der Gonorrhoe ableiten? Die Untersuchungen ergaben keine genügend eindeutigen Befunde. Die Ergebnisse gehen mit den sichtbaren Befunden Hand in Hand und machen, ebenso wie diese, mit ihren wechselnden Verhältnissen eine Prognose oft unmöglich.

82., Nr. 8, 20. Februar 1926.

Die peripheren Veränderungen der Haut um die Effloreszenzen der Psoriasis vulgaris und Syphilis corymbosa. D. L. Woronoff.
* Ausgebreitete Kopfhautgangrän nach Entfärbung der Haare mit Wasserstoffsuperoxyd. Karl v. Berde.
* Ein Fall von Wismutintoxikation mit schweren Darmerscheinungen. Otto Fischer.
Ein neuer Tierparasit in der männlichen Urethra. Hugo Sternberg.

Ausgebreitete Kopfhautgangrän nach Entfärbung der Haare mit Wasserstoffsuperoxyd. Nach einer bei einem Friseur vorgenommenen Entfärbungsprozedur stellte sich ein akuter Entzündungsprozeß ein, der zu einer umfangreichen Nekrose führte. Es ist dieses ungewöhnliche Ereignis so zu erklären, daß nach Anwendung der stark konzentrierten Wasserstoffsuperoxydlösung die nicht abgewaschenen und nur mangelhaft getrockneten Haare zusammengeflochten und durch einen engen Hut an die Kopfhaut angepreßt wurden. Es entstand so ein Dunstverband über der anämisierten Haut, wodurch das Absterben der Gewebe bewirkt wurde.

Ein Fall von Wismutintoxikation mit schweren Darmerscheinungen. Wismutkur mit Wismutdiasporal, intravenöse Einspritzungen von 50—100 mg. Nach der 5. Einspritzung schwere mit Geschwürsbildung einhergehende Enteritis, keine Schädigung der Nieren, mäßige Erscheinungen an der Mundschleimhaut. Die fast ausschließliche Lokalisation im Darmkanal mag mit einer zufällig am Tage der Einspritzung vorhanden gewesenen Vermehrung des Schwefelwasserstoffs im Darm zusammenhängen. Dazu kam noch die verhältnismäßig große injizierte Dosis, die also zur Vorsicht bei intravenöser Anwendung mahnt.

82., Nr. 9, 27. Februar 1926.

Zur Aetiologie des Lupus erythematodes. Gustav Stümpke.
* Durch Funktionsstörungen des weiblichen Genitalsystems hervorgerufene Hauterkrankungen. Franz v. Poór.

Durch Funktionsstörungen des weiblichen Genitalsystems hervorgerufene Hauterkrankungen. Bei normaler oder gestörter Menstruation finden sich Erythema multiforme, nodosum, Urtikaria, Herpes labialis und progenitalis, Quinckesches Oedem. In neuerer Zeit wurden als im Zusammenhang mit Störungen des weiblichen Genitalsystems stehend beschrieben: Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica, Dermatosis dysmenorrhoica von erysipeloidem Charakter, Erythrocyanosis cutis symmetrica, Chloasma virginum, Erythroderma angioectasicum circumscriptum, Kraurosis vulvae. Ob es sich ausschließlich um die veränderte Funktion der Ovarien oder dadurch ausgelöste Dysfunktion anderer Drüsen, also eine polyglanduläre Insuffizienz handelt, ist noch nicht sicher. Eine wichtige Rolle spielt auch vielleicht das Cholin, das zurzeit der Menstruation im Blut auf das achtzigfache seiner normalen Menge anwächst.

82., Nr. 10, 6. März 1926.

* Granuloma annulare bei Mutter und Tochter nebst Bemerkungen zur Kasuistik und Therapie der Erkrankung. Fritz Callomon.
Ueber die zelluläre Theorie der Immunität. Fritz Michael Lehmann.
* Die Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Necaron-Ingelheim. Eugen Halász.

Granuloma annulare bei Mutter und Tochter nebst Bemerkungen zur Kasuistik und Therapie der Erkrankung. Typische Erscheinungen bei der Mutter und 9 Jahre später bei der Tochter an zunächst identischen Stellen auftretend. Bei beiden keine Zeichen von Tuberkulose, Pirquet und Ponndorf negativ. Eine spezifische Behandlung des Gr. a. gibt es nicht, es scheint jeder Gewebsreiz (chemischer, thermischer, elektrophysikalischer Art) geeignet, den regressiven Prozeß anzuregen. Die Hauptsache ist, daß überhaupt behandelt wird.

Die Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Necaron-Ingelheim. Necaron ist ein komplexes Silberpräparat, aus gleichen Mengen Silberzyannatrium und Natriumcholat gemischt. In akuten Fällen (1:2000—1:200) Heilung in durchschnittlich vier Wochen, bei Posterior nach 1—2 Spülungen (1:10000—1:2000) klarer Urin.

82., Nr. 11, 13. März 1926.

Allergie und Immunität bei Soorerkrankungen. W. Engelhardt und W. Brackertz.
* Frühbehandlung und Spätbehandlung der Lues. Leonhard Leven.
Einfluß von Wismutverbindungen in vitro auf die Spirochaeta pallida, Spirochaeta dentium und Naganatrypanosomen. E. Kadisch.

Frühbehandlung und Spätbehandlung der Lues. Während für den seronegativen Primäraffekt die Frühbehandlung unbedingt angezeigt ist und im allgemeinen auch Heilung erwarten läßt, scheint, wenn dieser Zeitpunkt vorüber ist, ein anderes Vorgehen zweckmäßiger zu sein. Es muß dann der Ausbau einer immunbiologisch-spezifischen Therapie angestrebt werden. Dieser kommen wir zurzeit am ehesten nahe, wenn wir den Zeitpunkt abwarten, zu dem die Sekundärerscheinungen auf der Höhe sind, und es zur Bildung reichlicher lymphozytärer Infiltrate gekommen ist. In diesem Zeitpunkte einsetzende Quecksilber- oder Wismutbehandlung bringt sie zum Zerfall und führt durch Freiwerden des in ihnen enthaltenen lipolytischen Fermentes zur Auflösung der Lipoidsubstanzen der Spirochaeten. Durch eine nachfolgende Salvarsanbehandlung werden diese dann noch direkt angegriffen.

82., Nr. 12, 20. März 1926.

Histologie und Pathogenese der Creeping disease. N. Melczer.
* Ueber „Transargin“, ein neues wirksames Antigonorrhoikum. Franz Rosenthal und Josef Zeltner.
* „Urgon“, ein neues Antiidrotikum. Karl Lubow.

Ueber „Transargin“, ein neues wirksames Antigonorrhoikum. Transargin ist ein Thioschwefelsäureabkömmling, und zwar handelt es sich, was wesentlich ist, um eine einheitliche chemische Verbindung. Es ist allen anderen Mitteln bei gonorrhoischen Blasenerkrankungen überlegen, und da es ein ausgesprochenes „Tiefenpräparat“ ist, fähig, auch subepithelial gelegene gonorrhoische Prozesse zu beeinflussen.

„Urgon“, ein neues Antiidrotikum. Urgon ist eine antiidrotisch wirkende Mittel enthaltende Trockenpinselung, die auch bei vorhandenen Erosionen und Rhagaden kein Brennen oder Schmerzen hervorruft. Gute Erfolge bei Hyperidrosis pedum und manuum.

82., Nr. 13, 27. März 1926.

Ueber die Kalzium- und Kaliumverteilung in der normalen Haut. Werner Dähn.
* Schwere Stomatitis nach Wismutbehandlung. A. Nadel.

Schwere Stomatitis nach Wismutbehandlung. Auftreten drei Wochen nach Beendigung einer Kur von 16 Einspritzungen von zehnprozentigem Wismut. subsalicyl. in Ol. olivarum. Die schweren Munderscheinungen waren im Anschlusse an eine akute fieberhafte Angina aufgetreten, die den Boden für die Schädigung durch das noch weiter zur Ausscheidung gelangende Wismut abgab.

Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

März 1926.

Angeborene Dilatation und Atonie des Harnleiters. J. Gottlieb.
Ein selbstgefertigter Urinhalter, ein Kuriosum. B. Mueller.
* Ueber die Innervation der Niere mit besonderer Berücksichtigung der Kapselnerven und ihrer Bedeutung für die Dekapsulation. E. Lehmann.
Ein eigentümlicher Fall von Genitaltuberkulose beim Manne. I. Deutsch.
III. Kongreß: Verhandlungen der italienischen urologischen Gesellschaft, Mailand.
Zur Chemie des Tutokains. Thiemann.
Leukoplakie des Nierenbeckens und Ureters. W. Karo.
1. Eiweißsteine, 2. Fremdkörper der Harnblase, 3. Cystenniere. Bitschai.
* Bestrahlung einer operativ vorgelagerten tuberkulösen Niere. Rave.

Ureterknickungen durch periureterische Verwachsungen. Siedner.
Ureterstriktur. Schmutte.
Stein in einem falschen Blasendivertikel. Heckenbach.
Zur Klinik der Nierentuberkulose. Stutzin und Barros.
Zur kongenitalen Nierenatrophie. Stutzin und Libowitz.

Ueber die Innervation der Niere mit besonderer Berücksichtigung der Kapselnerven und ihrer Bedeutung für die Dekapsulation. Neurohistologische Untersuchungen an Menschen und Tiermaterial mit Silberimprägnation nach Schulze-Stöhr. Ergebnis: Die Hauptmenge der Nerven verläuft mit der Arteria renalis zum Nierenhilus. Hier erfolgt ihre Aufspaltung entlang den Gefässen bis zu den Glomeruli. Abzweigungen gehen am Hilus zum Nierenbecken, Ureter und zur Kapsel.

In der Kapsel lassen sich bei Tier und Mensch a) Neurofibrillen in Begleitung der Gefäße, b) selbständige Nervenbündel nachweisen.

Die Dekapsulation der Niere allein bewirkt noch keine Entnervung und stellt an und für sich nur eine unvollständige Sympathectomie der Niere vor. Nur wenn am Hilus die Arteria renalis sympathectoniert wird, kann von einer vollständigen Entnervung auch des Organs gesprochen werden.

Bestrahlung einer operativ vorgelagerten tuberkulösen Niere. Bei einem desolaten Falle von Urogenital-Tuberkulose zeigte sich bei der Operation der Niere, daß sie noch zahlreiches gesundes Gewebe enthielt. Sie wurde daher nicht entfernt, die Abszesse eröffnet, das Organ in die Wunde gelagert und bestrahlt. Er erhielt ⅔ d. H. E. D. Nach dem Tode des Patienten an tuberkulöser Meningitis ergab die histologische Untersuchung außerordentliche Vermehrung des Bindegewebes mit Induration und Schrumpfung. Hier konnte also experimentell der Einfluß der Röntgenstrahlen auf ein tuberkulöses Organ einwandfrei festgestellt werden.

E. Lehmann, Berlin.

Revue Médicale de la Suisse Romande.

Nr. 2, 25. Februar 1926.

Beitrag zur Radiumchirurgie des Collumkarzinoms. L. Aubert.
Die traumatische Uronephrose. Ch. Corniole.
* Die Kontrolle der Hautpigmentierung. Fr. M. Messerli.
Das Röntgenbild bei exsudativer Perikarditis vor und nach der Punktion. Ed. Frommel und Eghiayan.
Subchronische kapilläre Bronchitis bei einem jungen Mann. M. Rock und Ed. Frommel.

Die Kontrolle der Hautpigmentierung. Die Bräunung der Haut durch Sonnenbestrahlung im Hochgebirge, festgestellt durch das Pigmentometer nach Jeanneret, ist für die Behandlung und Prognose der kindlichen Tuberkulose ein wesentliches Symptom. Die Bräunung hängt vor allem vom Hämoglobingehalt des Blutes ab. Je stärker die Bräunung der Haut, desto größer die Widerstandskraft des Kranken und die Heilungstendenz. Noch sicherere Aufschlüsse gibt das langsame oder schnelle Verschwinden der Bräunung, wobei letzteres bei interkurrenten Erkrankungen auftritt, oder nach beendeter Sonnenkur für ein Wiederaufflackern des tuberkulösen Prozesses spricht. Zu- und Abnahme der Bräunung soll wöchentlich mit dem Pigmentometer kontrolliert werden.

Nr. 3, 10. März 1926.

Die spastischen Kinderlähmungen. Jules Comby.
Die Behandlung des Ekzems der Säuglinge. E. Feer.
* Polyarthritis deformans chronica der Kinder auf hereditär syphilitischer Grundlage. P. Noubécourt.
Zur Statistik des Typhus abdominalis. Clemens Pirquet.
Der Einfluß des Kindesalters auf die Genese der alimentären Dystrophien. Georges Mouriquand.
* Das akute cerebrale Zittern der kleinen Kinder. E. Wieland.
* Kondensierte Milch als Nährmittel für kranke Säuglinge. J. Taillens.
Drüsenfieber mit Nierenkomplikationen. P. Gautier.

Polyarthritis deformans chronica der Kinder auf hereditär syphilitischer Grundlage. Zu den Späterkrankungen der hereditären Lues zählte Fournier die Polyarthritis syphilitica des Kindesalters mit Bevorzugung der großen Gelenke und erst konsekutivem Befallen der kleinen Gelenke im Gegensatz zum Gelenkrheumatismus. Diese Einteilung ist nicht aufrecht zu erhalten; beide Krankheiten bieten ganz ähnliche Bilder. Ist tuberkulöse, Streptokokken- und Gonokokkeninfektion auszuschließen, muß man an Lues denken. Der Wassermann ist positiv, die spezifische Behandlung erfolgreich. —

Das akute cerebrale Zittern der kleinen Kinder. Im Anschluß an akute Infektionskrankheiten (Pneumonie, Angina, Darmkatarrh) Auftreten eines den ganzen Körper befallenden Zitterns, beobachtet bei drei Kindern im Alter von 1—4 Jahren. Verlauf: Plötzlicher Beginn, dann höchstens 3—4 Monate, Heilung ohne Folgen. Pathologisch-anatomische Befunde fehlen in Anbetracht des gutartigen Charakters der Krankheit. Es handelt sich um einen feinschlägigen Intentionstremor, der, beim Liegen gering, beim Schlafen völlig aufhört, bei Bewegungen den ganzen Körper befällt. Reflexe normal, kein Nystagmus, kein Babinski, kein Romberg. Lumbalpunktat normal; das Blut zeigt mäßige Lymphocytose. Pirquet und Wassermann negativ. Die Krankheit setzte nach der Entfieberung der Infektionskrankheit ein und verlief, mit einer Ausnahme von subfebrilen Temperaturen, fieberfrei.

Differentialdiagnostischer Unterschied gegen akute Encephalitis mit Zittern (Ziehen) ist das Fehlen der Somnolenz, der spastischen Reflexe, der einseitigen Paresen. Das Krankheitsbild ist noch nicht restlos geklärt. Jedoch scheint die Prognose unbedingt günstig.

Kondensierte Milch als Nährmittel für kranke Säuglinge. Kondensierte gezuckerte Milch von einwandfreier Herkunft (Nestlé) wird in täglichen Dosen von 50—100 g in 4—6 facher Verdünnung mit Wasser auf 6 Mahlzeiten verteilt gegeben. Indikation: Sämtliche, auch schwerste gastrointestinale Störungen, Frühgeburten usw. In Fällen, wo Muttermilch nicht zu beschaffen war, soll die kondensierte Milch vollwertigen Ersatz geleistet haben.

Dr. Cohn, Czempin.

Nederlandsch Tijdschrift vor Geneeskunde.

70. Jahrg., Nr. 6, 6. Februar 1926.

* Fälle von Syphilis mit Fieber. Bottema.
Ein Divertikel in der Flexuraduodenojejunalis. Orbaan.
* Der Wert des Röntgenbildes bei vermutlichem Tod der Frucht während der Schwangerschaft. Van Ebbenhorst Tengbergen.
* Ueber die Geburtseinleitung mit Pituitrin. Tholen.

Fälle von Syphilis mit Fieber. Die Tatsache, daß Syphilis mit Fieber einhergehen kann, wird noch nicht genügend berücksichtigt. Die Wa. R. weist hier den Weg, sie ist wichtiger als die Blutkultur; die oft nicht angeht, und bei der dann die Sektion bisweilen zeigt, daß sie wohl hätte angehen müssen, und die wiederum oft dann wächst, wenn der Patient schon genesen ist. Nach Besprechung der Rolle des Fiebers in typischen Fällen geht Verfasser zu den atypischen über und teilt drei Fälle eigener Beobachtung mit: Ein Patient mit einem Ulcus penis vom Charakter des phagedänischen Geschwürs, das später als durchgebrochenes Gummi gedeutet wird, ein Kranker mit hohem (38—40) Fieber ohne sonstige Anzeichen für Lues und ein Fall mit Roseola bei 4—5 Jahre alter Infektion. Derartige, oft schwer zu deutende Fieberfälle sollen den Arzt stets an Lues erinnern.

Der Wert des Röntgenbildes bei vermutlichem Tod der Frucht während der Schwangerschaft. Der Autor untersuchte 18 diesbezügliche Fälle auf das von Spalding angegebene Symptom, übereinandergeschobene Schädelknochen bei Fruchttod, und kommt zu folgenden Konklusionen:

1. Das Spaldingsche Zeichen ist ein sicheres Symptom für den Tod der Frucht. 2. Es findet sich schon 3 Tage, spätestens aber 60 Tage nach Fruchttod. 3. Es ist bei Schwangerschaften von 28 Wochen oder auch am Ende derselben nachzuweisen. 4. Auch das Auseinanderweichen der Schädelknochen des Fötus ist ein Zeichen für seinen Tod. Es fand sich bisher nur in Fällen, die mindestens seit 8 Tagen abgestorben waren. 5. Bestehen die obigen Zeichen nicht, so läßt sich daraus nicht

schließen, daß das Kind lebt. 6. Das Auffinden einer kleineren Frucht, als aus der Schwangerschaftsdauer zu errechnen, kann die Diagnose „Totes Kind“ stützen. 7. Findet man bei guter Technik keine deutlichen Knochenschatten bei schon weiter geförderter Schwangerschaft, so liegt möglicherweise Fruchttod vor. 8. Handelt es sich um die Frage des Eihautstichs dieser Fälle, so kann das Röntgenbild von großem Nutzen sein.

Ueber die Geburtseinleitung mit Pituitrin. Das Mittel ist nicht nur imstande, schwache Wehen zu verstärken, sondern auch bei fehlenden Wehen nach Blasensprung Wehen eintreten zu lassen. Anstatt der üblichen großen Mengen Pituitrin können schon Teile eines Kubikcm. den gleichen Erfolg haben.

Nr. 7, 13. Februar 1926.

° Aerztliche Untersuchung auf Eignung für die Ehe bei Infantilismus der weiblichen Geschlechtsorgane. Van de Velde.
Der Kreislauf des Blutzuckers und der Mechanismus des Diabetes. Sybrandy.
° Ueber ein Mittel, das imstande ist, den intraocularen Druck zu erniedrigen. De Jongh und Wolff.
Cholesterinbestimmungen in der Klinik. Brandes.
Actinomyceskultur und etwas über die sog. Botryomycose beim Menschen. Rademaker.
Geburt eines Kindes mit Hydrocephalus in Steißlage. Platte.
Zweimal Masern. Van der Heide

Aerztliche Untersuchung auf Eignung für die Ehe bei Infantilismus der weiblichen Geschlechtsorgane. Nächst den künstlichen Eingriffen und der Lues ist der Infantilismus der weiblichen Genitalorgane die häufigste Ursache für Frühgeburt oder Abort. Jedes Mädchen sollte vor Eingehen einer Ehe auf ihre Geeignetheit untersucht werden. Es kann auf diese Weise zur rechtzeitigen Aufdeckung und Behandlung pathologischer Zustände kommen, gegen die Verfasser Ovarialpräparate, Diathermie und Vibrationsmassage empfiehlt.

Ueber ein Mittel, das imstande ist, den intraocularen Druck zu erniedrigen. Die Autoren haben schon früher im Serum von Tieren, die an Krämpfen litten, einen Stoff, das Antitonon, gefunden, der den Druck im Auge herabsetzte. Der Zufall spielte ihnen ein spontanes Glaukom bei einem Kaninchen in die Hände; es ergab sich, daß mit intravenösen Antitonongaben der Druck des glaukomatösen Kaninchenauges in 2—3 Tagen wieder normal wird. Dasselbe Ergebnis hatten sie mit der von Hamburger angegebenen Ketobase des R. Suprarenins, doch hier nur bei subkonjunktivalen Einspritzungen.

Nr. 8., 20. Februar 1926.

Die fünfte Ausgabe der Niederländischen Pharmakopoe. Pikhof.
Radiumbehandlung des Oesophaguskrebses. Wassink.
Pathogenität des Schweinerotlaufbazillus für den Menschen. Postma.
° Tod durch Luftembolie bei Abortus criminalis. Hulst.

Tod durch Luftembolie bei Abortus criminalis. In zwei Fällen war plötzlicher Tod eingetreten, nachdem sich die betreffenden Mädchen selbst mit einer gekauften Spritze Flüssigkeiten in die Gebärmutter eingespritzt und dabei offenbar eins der rechts der Gebärmutter liegenden Gefäße verletzt hatten, wobei Luft in das Gefäß gebracht worden sein muß. Im zweiten Fall fand man das Mädchen tot mit geöffneten Unterkleidern, das Abtreibungsmittel neben ihr. Ob es sich in diesen Fällen um primären Herztod durch Lufteindringen in das Herz handelt, oder ob es erst zur Luftembolie der Lungengefäße und dann zum Herzstillstand kommt, ist noch strittig.

Nr. 9, 27. Februar 1926.

° Psoriasis traumatica nach Neosalvarsanbehandlung. Van der Hoog.
Ventriculus bilocularis. Halbertsma.
Assimilation gegenüber Addition von Formeigenschaften. Bok.
Ueber aufgetriebene Konservenbüchsen. Van Leersum.

Psoriasis traumatica nach Neosalvarsanbehandlung. Nach Wiedergabe der verschiedenen Theorien über die Ursache der Psoriasis teilt der Verfasser eine Beobachtung eines wegen Lues mit 5 g Neosalvarsan behandelten Mädchens mit, das eine sehr schwere As-Erythrodermie durchmachte, und die, nach der Genesung hiervon, eine Psoriasis bekam. Eine Wismuttherapie mit Quinby (Jod-Chinin-Wismut) führte zur Heilung. Man soll Psoriatikern, so meint der Autor, nicht zu hohe Neosalvarsandosen geben. K. Heymann, Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 7, 8. Februar 1926.

Die Behandlung der Diphtherie in den Jahren 1921—1925. Hans Heckscher. (Fortsetzung.)
Ueber den Gebärmutterkrebs. Harald Abrahamsen.
Pergolas Nährsubstrat für Diphtheriebazillen. Aage Nyfeldt.

Nr. 8, 25. Februar 1926.

° Die Resultate der Sanocrysinbehandlung. Knud Secher.
° Ueber die biologische Analyse der Digitalisstoffe. Marie Krogh.
Ueber Diphtheriebehandlung in den Jahren 1921—1925. Hans Heckscher. (Schluß.)
Metallsalzbehandlung mit kleinen Dosen. N. Lunde.
Ueber das Vorkommen von Glaucom und Blindheit in Grönland. P. Börresen.

Die Resultate der Sanocrysinbehandlung. Secher tritt hier aufs neue für die Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose und auch der Fälle ein, die anderen Behandlungsmethoden kaum noch zugänglich sind. Die ganz schweren will er ausgeschlossen sehen. Er berichtet sodann über die neuesten Erfahrungen mit der Sanocrysinbehandlung in Deutschland und England.

Ueber die biologische Analyse der Digitalisstoffe. Krogh untersuchte auf biologischem Wege an Mäusen und Fröschen die qualitativen Unterschiede zwischen den leichtlöslichen Glykosiden des Gitalins und Digitaleins und dem schwer löslichen Glykosid des Digitoxins festzustellen. Digitoxin wird langsamer ausgeschieden als die anderen Glykoside, es wirkte am stärksten auf das Herznervensystem, dann folgt in der Wirkung Gitalin und dann erst Digitalein.

Nr. 9, 4. März 1926.

Ueber die Entwicklung der sexuellen Potentialitäten bei Hühnern. Pézard, Sand, Caridwit.
° Ueber die Cerebrospinalflüssigkeit bei otogenen Hirnabszessen. Robert Lund.
Ueber das Vorkommen von Insulinkompliment in der Muskulatur der warm- und kaltblütigen Tiere. Lundsgaard, Holböll und Gottschalk.
° Die Immunisierung des Morbilli mit Hilfe von Rekonvaleszentenserum. S. Andersen und F. Wulff.
Ueber Diphtheriebazillenträger. C. Stage.

Ueber die Cerebrospinalflüssigkeit bei otogenen Hirnabszessen. Lund konnte im Verlauf des Hirnabszesses verschiedene Phasen durch die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit feststellen. Der Lumbaldruck stieg und fiel im gleichen Verhältnis zu der folgenschweren und im umgekehrten Verhältnis zu der mononuclearen Pleocytose. Die Eiweißvermehrung war eine geringe. Es finden sich bei den otogenen Hirnabszessen im Liquor häufig polybazilläre Formen und auch gelegentlich Kolibazillen. Ein typisches Liquorbild für den otogenen Abszeß gibt es nicht. Meist ist eine Pleocytose dabei (Leukozyten mehr als Lymphozyten); jede Komplikation (Meningitis, Epiduralabszeß, Durchbruch) kann das Liquorbild erheblich verändern.

Die Immunisierung des Morbilli mit Hilfe von Rekonvaleszentenserum. Andersen und Wulff konnten durch die Hilfe des Masernrekonvaleszentenserums erreichen, daß von 91 der Ansteckung ausgesetzten Personen 95% nicht erkrankten. Doch diese Immunität hält nur einige Wochen an, höchstens zwei Monate.

S. Kalischer.

Hygiea.

88, Heft 3, 14. Februar 1926.

F. Klefberg †. Olof Hall.
° 14 Fälle chirurgisch behandelter Splenomegalie. Abraham Tröll.

88, Heft 4, 28. Februar 1926.

Neuplatonismus und Medizin. Ernst Nachmansen.
° 14 Fälle chirurgisch behandelter Splenomegalie. Abraham Tröll.

14 Fälle chirurgisch behandelter Splenomegalie. Tröll operierte 14 Fälle von Splenomegalie und zwar 8 Morbus Banti, 2 mit hämolytischem Ikterus, 1 mit essentieller Thrombopenie, 1 mit Milztuberkulose und 2 mit perniciöser Anämie. In 12 Fällen wurde die Splenektomie, in 2 eine Unterbindung der Gefäße am Hilus der Milz vorgenommen. In keinem Falle trat der Tod unmittelbar infolge der Operation ein. Zufriedenstellend war der Operationserfolg bei der Bantischen Krankheit, dem hämolytischen Ikterus, der essentiellen Thrombopenie. Die Blutveränderungen nach der Operation (Leukozytose, Eosinophilie usw.) haben keine günstige Prognose. Bei der Bantischen Krankheit hängt der Erfolg oft davon ab, in welchem Stadium der Krankheit dieselbe vorgenommen wird. S. Kalischer.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 3, März 1926.

Extrasystole. N. Koppang.
*Eine kleine Chinidinstatistik und -kasuistik. H. Höst.
Gynäkologische Kasuistik. G. Schaaning.
*Rückenmarksdegenerationen bei perniciöser Anämie. Fr. Harbitz.
Der neue Strafgesetzentwurf. H. Dedichen.

Eine kleine Chinidinstatistik und -kasuistik. Höst berichtet über die Chinidin-Behandlung bei 15 Patienten; in der Hälfte der Fälle gelang es, damit die Herztätigkeit zu regulieren. Die Wirkung hörte leider sofort auf, wenn man die Chinidin-Behandlung unterbrach, sodaß es in der Therapie der Herzleiden keine große Rolle spielen kann.

Rückenmarksdegenerationen bei perniciöser Anämie. Harbitz berichtet über Fälle von Rückenmarksveränderungen bei perniciöser Anämie. Da dieselben in ihrer Stärke nie dem Grade der Anämie entsprechen und auch schon vor der Höhe der Anämie als erste Erscheinung auftreten können (meist Paraesthesien, Ataxie, Spasmen), läßt es sich annehmen, daß sowohl die Rückenmarksveränderungen wie die perniciöse Anämie unabhängig von einander durch ein gemeinsames toxisches Agens erzeugt werden. S. Kalischer.

British medical Journal.

Nr. 3395, 23. Januar 1926.

Postencephalitischer Parkinsonismus. Arthur Hall.
Ueber die Divertikel des Darmtraktus. Spriggs und Marxer.
Der Blutnachweis mit Hämochromogenkristallen. Kerr und Mason.
Eine einfache diagnostische Probe bei der progressiven Paralyse. Harris.
Ueber den somatischen Ursprung maligner Erkrankungen. Crowther.
Rectustransplantation beim Bauchbruch. Wardleworth Nuttal.
Behandlung des chronischen varikösen Geschwürs. Bertwistle.
Ueberzählige Mamma. Cruickshank.
*Bösartiger Schilddrüsentumor des Manubrium sterni. Maingot.
Inversio uteri totalis. Hoyte.
Appendicitis als Komplikation bei perforiertem Magenulcus. Diamond.

Bösartiger Schilddrüsentumor des Manubrium sterni. Bei einer 73 jährigen Frau entwickelte sich im Laufe eines Jahres ein großer vom Sternum ausgehender Tumor (histologisch: maligner Schilddrüsentumor), ohne daß ein Zeichen für die maligne Erkrankung der Schilddrüsen selbst gefunden werden konnte.

Nr. 3396. 30. Januar 1926.

*Das Krebsproblem, neue Gesichtspunkte. Cramer.
Die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. Danielopolu.
Ein Fall von Torsion des großen Netzes. Brown.
Eine Methode, die Größe der Prostata zu bestimmen. Fenwick.
Die operative Behandlung des akut perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Evans.
Behandlung der drohenden Gangrän des Armes nach Verletzung der Hauptarterie. Mc Ewan.
Vernunft in der Medizin. Mackey.
*Der prophylaktische Wert des Scharlachantitoxins. Kirkhope.
Novasurol und andere Diuretica beim kardialen Hydrops. Howarth.
Ausbleiben einer sympathischen Ophthalmie. Steele.
Torsion der Tuber Fallopii. Gillies.

Das Krebsproblem, neue Gesichtspunkte. Die experimentellen Ergebnisse von Gye's und Barnard's Forschungen erlauben es, die bisher so widerspruchsvollen Resultate der Krebsforschung in einer erfolgversprechenden Theorie zusammenzufassen. Das ziellose, unaufhaltsame Wachstum entsteht durch Eindringen von dem ultravisiblen Virus in wenige Körperzellen, welches so das maligne Wachstum auslöst. Die vom Virus befallene Zelle behält ihren spezifischen biologischen Charakter, so daß stets dieselbe Zellart entsteht und die Transplantation auf andere Individuen zumeist scheitert. Das Virus an sich kommt bei allen Geschwulstarten und bei allen Arten von Lebewesen vor, ohne selbst pathogen zu sein. Es fehlt daher jegliche Kontagiosität. Das Virus kann nur bei Gegenwart eines biologischen Hilfsfaktors die Erkrankung der Zelle veranlassen. Chronische Reize irgendwelcher Art (Teerpinselung, Röntgenstrahlen, tierische Parasiten) können auslösend wirken, indem sie die Zellen zur Bildung dieses Hilfsfaktors anreizen. Das rasche Fortschreiten der Tumorbildung und die Metastasierung hängt von der Menge des jeweils von den erkrankten Zellen gelieferten Hilfstoffes ab. Manche Tumoren (Roux Hühnertumoren) bilden so reichlich derartige Stoffe, daß sie mit einem zellfreien Filtrat übertragen werden können, welches lediglich das Virus zusammen mit dem auslösenden Agens enthält. Derartige Tumoren wachsen nicht allein durch Zellteilung, sondern durch Umwandlung vorher normaler Zellen unter Einfluß des so reichlich vorhandenen Hilfsfaktors. Die Geschwülste, welche wenig von diesem spezifischen Faktor enthalten, wachsen nur langsam und setzen erst spät Metastasen.

Der prophylaktische Wert des Scharlachantitoxins. Intramuskuläre Injektion von Scharlachserum (hergestellt durch Immunisierung von Pferden mit Dochez' Kulturen von Scharlachstreptokokken) schützte bei geeigneter Dosierung ohne erhebliche Allgemeinreaktion Kinder, die mit Scharlachfällen in Kontakt gekommen waren. Der Schutz hielt zum mindesten 14 Tage an. Durch Einengung des Serum ließ sich die erforderliche Dosis von 10 auf 3 ccm herabmindern.

Nr. 3397, 6. Februar 1926.

Fortschritte der Abdominalchirurgie in den letzten 25 Jahren. Burgeß.
Hodgkinsche Erkrankung beim Menschen und beim Tier. Rolleston.
Kinderlähmung. Gill.
Wirkung von Hypophysenextrakt bei oraler Darreichung. Knaus.
Appendicostomie zur Behebung von Durst und Inanition nach Abdominaloperationen. Crawford.
Technik der Tonsillektomie. Macnal.
Leistenbruch mit rudimentärem Horn eines Uterus bicornis als Bruchinhalt. Monat.
Vaginaler Calculus. Murray.
Aktinomykosis der Appendix. Baron.
Meningeale Apoplexie bei einem Knaben. Simpson.
Akute Appendicitis im Alter. Anderson.
Verknöcherung des Ligamentum coraco-claviculare nach Trauma. Palmer.

Nr. 3398, 13. Februar 1926.

*Ueber die Chirurgie der malignen Pharynxerkrankung. Trotter.
Ueber die Entwicklung der Operation des Genitalprolapses. Fothergill.
Die operative Behandlung von Hernien bei Kindern und Säuglingen. Fullerton.
Obstipation und ihre Bekämpfung im Säuglings- und Kindesalter. Paterson.
Geschichtlicher Rückblick auf die Entwicklung der peroralen Endoskopie. Moore.
Die Aetiologie der Darmdivertikel. Davies-Colley.
Fische als Ursprung bestimmter Coccidien, die als menschliche Darmparasiten beschrieben wurden. Thomson und Robertson.
Zusammenhänge zwischen Fettsucht und Diabetes und der sogenannten lipogenen Diabetes. Parkes Weber.
Hyperglykämie als Ursache von Pruritus vulvae. Mc Pherson.
Vaginaler Calculus. Bristowe.
Kongenitale Hydronephrose beim Neugeborenen. Hunter.
Lungenembolie nach Staroperation. Cresswell.

Ueber die Chirurgie der malignen Pharynxerkrankung. Der Ausgangspunkt der Karzinome des Laryngo-Pharynx ist eindeutig durch das Geschlecht bestimmt. Die hypopharyngealen Geschwülste (postcricoid) kommen nur bei Frauen vor und sogar in relativ frühem Alter. Bei Männern lokalisieren sich die Karzinome in der Nähe des Larynxeinganges (epilaryngeal) und am Oesophagusmund. Gewöhnlich ist bei Beginn der Erkrankung das mittlere Lebensalter überschritten.

Als Ausgangspunkte für die Karzinome des Larynxeinganges kommen die Epiglottis, die ary-epiglottischen Falten, die anliegende Pharynxwand sowie der Sinus pyriformis in Frage. Die von den ersten 3 Stellen ausgehenden Karzinome bieten eine relativ günstige Prognose. Selbst bei schon vorgeschrittenen Fällen lassen sich ohne sehr große operative Eingriffe Dauererfolge erzielen. Die Geschwülste des Sinus piriformis verlaufen lange symptomlos und führen schnell zur Infiltration des Larynx. Ausgedehnte Operationen erweisen sich oft als nutzlos. Zur Frühdiagnose: Bei Männern in mittlerem oder höherem Alter muß jede dauernd im Hals empfundene Sensation (Kitzeln, Fremdkörpergefühl) als ernstes Zeichen angesehen werden. Schmerzen, Schluckstörung und Stimmveränderung sind keine Frühsymptome. Gelegentlich kommt es schon früh zur Schwellung von Halsdrüsen, die nicht karzinomatös sein muß. Ausschlaggebend für die Diagnose ist der laryngoskopische Befund. (Geschwür mit erhabenen Rändern, Fixation der Stellknorpel und Ansammlung von eitrigem Schleim am häufigsten sichtbar.) Bei Frauen entstehen Geschwülste zumeist in dem engen Pharynxteil hinter dem Cricoid. Schluckstörungen evtl. mit Regurgitation, Erstickungsanfälle während der Mahlzeit, chron. Laryngitis mit Heiserkeit durch das Fehlschlucken sind eindringliche Symptome. Drüsenschwellung, Vorwärtsdrängung des Kehlkopfes sind erst in späten Stadien nachzuweisen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung der retroarythenoidalen Region bieten sich verschiedene, vom Entwicklungsstadium der Geschwulst abhängige Bilder. Im Beginn findet sich eine chronische Laryngitis sowie im Pharynx hinter den Arythenoidknorpeln ein dauernd sichtbarer Schleimpfropf, der beim Schlucken nicht verschwindet. Es tritt späterhin ein Oedem über den Stellknorpeln hinzu. Endlich kann an der Vorderwand des Pharynx ein Teil des krebsigen Geschwüres sichtbar werden. Durch Bronchoskopie kann die Diagnose gesichert werden, wenn mit dem Kehlkopfspiegel keine Veränderungen zu ermitteln sind.

Einzelheiten über die chirurgische Behandlung (Pharyngotomia lateralis) sind im Original nachzulesen.

Nr. 3399, 20. Februar 1926.

Die chronischen Gelenkerkrankungen in der Orthopädie. Osgood.
Phrenicusentfernung als Hilfsmittel in der Behandlung der Lungentuberkulose und Bronchiektasen. Davies.
Ausgetragene Ovarialschwangerschaft. Acomb und Candy.
Verschwindende Krankheiten. Flemming.
Prädivertikulärer Status und Divertikulose. Barling.
Der Blutzucker bei einem Fall von Addisonscher Krankheit. Chapman.
Bildung einer Bursa an der Tibia bei Straßenkehrern (Berufsschädigung). Eccles.
Medinalexanthem. Mathew.
Saccharin als Geschmackskorrigens. Preston.

Phrenicusentfernung als Hilfsmittel in der Behandlung der Lungentuberkulose und der Bronchiektasen. Die Phrenicusausschaltung (nur die Exairese der Nerven ist im allgemeinen erfolgversprechend) kann durch Zwerchfellausschaltung in Fällen von isolierter Tuberkulose eines Unterlappens oder bei dort gelegenen Bronchiektasen die Krankheit zur Ausheilung bringen. Besserung läßt sich in den Fällen mit rascher Progredienz (hochfieberhafte, exsudative Formen) durch die so bewirkte Ruhigstellung der Lunge oft bewirken. Besonders dort, wo Pleuraadhäsionen den Lungenkollaps durch Pneumothorax verhindern, leistet die Phrenicusausschaltung gute Dienste. Bei gleichzeitiger Anwendung von Pneumothorax und Phrenicusexairese wird das Gas viel langsamer resorbiert, so daß die Zwischenräume der Nachfüllungen vergrößert werden können. Außerdem läßt sich bei gleichzeitiger Zwerchfellähmung die Lunge mehr zum Kollaps bringen. Transsudate treten nicht so häufig auf. Rein symptomatisch erweist sich oft die therapeutische Zwerchfellähmung als wirkungsvoll. Der trockene, unaufhörliche Reizhusten, der durch Zug von Verwachsungen zwischen Pleura und Zwerchfellkuppe zustande kommt, wird beseitigt. Auch sonst wird der Husten sehr erleichtert, die Expektoration vermehrt und Sekretstagnation mit ihren Gefahren vermieden. Hämoptoe konnte in einigen Fällen durch Phrenicusexairese zum Stillstand gebracht werden.

Die Zwerchfellähmung bildet so neben Pneumothorax und Thorakoplastik eine dritte wertvolle chirurgische Methode, um Lungenkrankheiten zu beeinflussen.

Nr. 3400, 27. Februar 1926.

Ueber gewisse Störungen in der autonomen Innervation des Darmtraktus nach chirurgischen Gesichtspunkten. Fraser.
Radio-Diathermie in der Behandlung inoperabler Geschwülste des oberen Luft- und Ernährungstraktus. Milligan.
Ueber die Wirksamkeit einiger gebräuchlicher Darmantiseptika. Garrod.
Magenschmerzen. Miller.
Nephrektomie beim Kind. Morson.
Natriumchloridbehandlung des Bromismus. Semon.
Operative Behandlung des Kolonkrebses. Holman.
Appendix im Bruchsack. Pirie.
Ein Fall von perniciöser Anämie. Sutton.
Doppelseitiges Aneurysma der Arteria renalis.

Ueber gewisse Störungen in der autonomen Innervation des Darmtraktus nach chirurgischen Gesichtspunkten. Der Oesophagus und der kardiale Magenteil werden nur vom Parasympathicus versorgt, in welchem hemmende und fördernde Impulse geleitet werden. In der pylorischen Magenhälfte besteht nur Sympathicuseinfluß. Vom Pylorus bis zum Sphinkter ileocoecalis wird die Darmbewegung vom Sympathicus gefördert, vom Vagus gehemmt. Bis zum unteren Teil des Colon pelvicum wird der Dickdarm nur vom Sympathicus innerviert. Der übrige Teil des Dickdarms sowie das Rectum werden wiederum vom Sympathicus (hemmend) und Parasympathicus (fördernd) versorgt. Für die Pathologie des autonomen Nervensystems sind die Darmabschnitte von größter Bedeutung, in denen sich die verschieden versorgten Gebiete berühren oder überschneiden — der Pylorus, die Ileocoecalgegend und die unteren Dickdarmbezirke. Bemerkenswert ist das Auftreten der einzelnen Störungen in den verschiedenen Phasen des menschlichen Lebens. Einige Wochen oder Monate nach der Geburt treten Hypertrophien an den mit Sphinktern versehenen Darmteilen auf. Die Pylorusstenose mit Hypertrophie des Sphinkter pylori kommt wahrscheinlich durch das unkoordinierte Zusammenspiel der einzelnen Magenteile zustande. Durch unaufhörliche, vergebliche Muskelarbeit hypertrophieren die nicht zirkulär verlaufenden Muskelzüge am Pylorus. Aehnliche Verhältnisse bestehen am Ileocoecum sowie am Uebergang des Colon pelvicum in das Rektum (Hirschsprungsche Krankheit durch Hypertrophie des O'Beirneschen Sphinkters). In pathogenetischer Hinsicht wichtig ist die Tatsache, daß diese Passagestörungen dort entstehen, wo der Einfluß des Parasympathicus durch den des Sympathicus ersetzt wird. Hypertrophie ist die Folge einer Innervationsstörung; sie entsteht durch unkontrollierte Muskelkontraktionen in einem Darmsegment, in welchem das Vermögen der funktionellen Erschlaffung sich noch nicht herausgebildet hat.

Die zweite Gruppe von derartigen Innervationsstörungen erscheint in der frühen Kindheit. Sie besteht aus unregelmäßiger und anormaler Peristaltik, aus Uebertreibungen der physiologischen Darmbewegungen, welche bei bestimmten mechanischen Bedingungen zu lebensbedrohlichen Störungen führen können. Zwischen erstem und viertem Lebenshalbjahr stellte sich die Invagination ein, die in der überwiegenden Mehrheit der Fälle am unteren Ileum entsteht. Neben den physiologischen Darmbewegungen (Pendelbewegung und Peristaltik) kommt unter gewissen Umständen noch die Rollbewegung zustande. Durch eine starke Kontraktion, die wellenförmig über große, vorher erschlaffte Darmabschnitte hinwegzieht, wird der Darminhalt rasch über weite Strecken fortbewegt. Beim Ueberspringen der Kontraktionswelle vom Ileum auf das Coecum bleibt zuweilen die vorherlaufende Muskelerschlaffung aus (besonders beim Coecum mobile). Dann führt gelegentlich die mächtige Rollbewegung zur Invagination des Ileums in den Dickdarm.

Es folgt dann eine Periode, in welcher derartige Störungen des autonomen Nervensystems am Darmtraktus weniger hervortreten. Erst nach der Pubertät tritt allmählich die Disharmonie im vegetativen Nervensystem unter anderm Bilde in Erscheinung. Spasmen, Atonien, zuweilen beide im bunten Wechsel spielen die Hauptrolle. Die Spasmen mit den durch sie verursachten Schmerzen können die verschiedensten Erkrankungen vortäuschen (Appendicitis, Ulcus ventriculi usw.). Atonie kann durch Aufstauung des Darminhalts gefährlich werden. Die Ursachen dieser Störungen sind unklar.

(Reflektorisch, innersekretorisch bedingt?) Diese funktionellen Störungen werden nach Zurücklegen des zwanzigsten Lebensjahrs in steter Steigerung immer häufiger. Erst die späten Lebensjahrzehnte bleiben verhältnismäßig frei.

Nr. 3401, 6. März 1926.

* Die Pyelographie als diagnostisches Hilfsmittel. Willan.
* Die Behandlung der Anaemia splenica infantum mit Milzexstirpation. Asher und Southam.

Osteomalacie in Kaschmir. Vaughan.
Ueber die Anwendung von kolloidalem Blei in der Krebsbehandlung. Coke und Cook.
Chirurgische Behandlung des Tic douloureux. Mills.

* Erfolgreiche Behandlung der Aktinomykose mit Jodtinktur (in Milch verabreicht). Chitty.

Ruptur eines Aneurysma des linken Nierenarterienastes, eine Schwangerschaftskomplikation. Chisholm.
Experimentelle Passage von Oeocysten von Fisch-Coccidien durch den menschlichen Darmtraktus. Thomson und Robertson.
Drohende Gangrän des Arms nach Verletzung der Hauptarterie. Fullerton.
Septikämie durch Bacillus aertruche (Fleischvergiftung). Solly und Henderson.

Die Pyelographie als diagnostisches Hilfsmittel. Der Nutzen der Pyelographie ist so groß, daß sie nicht nur bei urologischen Fällen, sondern auch bei unklaren abdominellen Krankheitsbildern in Anwendung kommen sollte. Durch Injektion einer sterilen, 13⅓ prozentigen Jodnatriumlösung durch den Uretherenkatheter in den Harnleiter gelingt es, das Nierenbecken mitsamt seinen Verzweigungen, den Kelchen, mit Kontrastflüssigkeit zu füllen. Spannungsgefühl in der Nierengegend zeigt an, daß die Füllung ausreichend ist. Jede Ueberdehnung muß natürlich vermieden werden. Die Deutung des so durch nachherige Röntgenaufnahme gewonnenen Pyelogramms hat folgende grundlegenden Tatsachen zu berücksichtigen. Der feste Teil der Marksubstanz ragt als kegelförmige Erhebung, als Papilla renalis, in das blinde Ende des zugehörigen, schmalen Schlauches, des Nierenkelches hinein. Bei dem normalen Nierenbecken zeigen sich daher die Umrisse der Calyces dritter Ordnung am Ende becherförmig eingedellt. Wenn ein derartiger Nierenkelch durch Flüssigkeit überdehnt ist und die Papilla renalis abgeplattet ist, so erscheint das Schattenbild eines solchen überdehnten Kelches nach außen hin abgerundet und vorspringend. Eine derartige Abrundung der Kelche findet sich bei der Hydro- und Pyonephrose neben der Erweiterung des Nierenbeckens und zeigt an, daß ein Teil der festen Nierensubstanz, die Papillae renales zerstört sind. Das Pyelogramm erlaubt ein sicheres Urteil über die Lage der Niere (Ren mobilis!) sowie über ihre Größe, die durch Ziehen einer Umrißlinie um die zur Darstellung gelangten Hohlräume des Organs bestimmt werden kann. Bei der Tuberkulose der Nieren entstehen oft Zerfallshöhlen, die mit den Abflußwegen in Verbindung stehen. Auf dem Pyelogramm erscheinen dann ganz bizarr gestaltete verlängerte Kelche, die in das Nierenparenchym weit hervordringen. Das Hypernephrom entwickelt sich gewöhnlich von einem Pol der Niere aus und wächst destruierend weiter. Je nach Ausdehnung der Geschwulst läßt das Pyelogramm ein oder zwei normale Hauptkelche mit den Verzweigungen erkennen, während der dritte fehlt. Es sieht aus, als wenn er abgeschnitten wäre. Nierensteine, welche keinen Schatten geben, sind bei der Pyelographie zuweilen zu erkennen, wenn sie einen Schattendefekt bei der Nierenbeckenfüllung bewirken oder durch Beschlag mit der Jodnatriumlösung bei einer späteren Röntgenaufnahme darstellbar wurden. Von großem Wert ist die Pyelographie bei der Klärung der Fälle mit „Essentieller Hämaturie". Erst wenn die röntgenologische Untersuchung der ableitenden Harnwege und das Pyelogramm keine Veränderungen erkennen lassen, wenn der Blutdruck normal ist und der Urin frei von Zylindern und Eiter sich zeigt, erst dann erscheint die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „essentielle Nierenblutung" vorläufig gerechtfertigt. Die Pyelographie ermöglicht es, ziemlich sicher eine maligne Neubildung der Niere bei einer derartigen langanhaltenden, schmerzlosen Nierenblutung auszuschließen.

Die Behandlung der Anämia splenica infantum mit Milzexstirpation. Vorgeschrittene Fälle der bei Kindern in den ersten drei Lebensjahren auftretenden Jacksch-Hayem-Anämie geben eine schlechte Prognose. Bei 3 Kindern wurde die Splenectomie ausgeführt, nachdem die übliche medizinische Behandlung (Arsen- und Eisengaben sowie Bluttransfusionen) versagt hatte. Mit der Milzexstirpation setzte eine rapide Besserung ein. In Monatsfrist stiegen die Werte für Hämoglobin und Erythrozyten um das doppelte, bis zur Norm. Zur Erleichterung der Operation wird die vorherige Röntgenbestrahlung der Milz empfohlen, welche häufig zu einer beträchtlichen Verkleinerung des Organs führt.

Erfolgreiche Behandlung der Aktinomykose mit Jodtinktur. In vier schweren Fällen der Strahlenpilzerkrankung (2 mit Kiefern- und Halsfisteln, 1 mit Ileocoecaltumor, 1 mit Bauchwandphlegmone) die z. T. jahrelang bestanden hatten, wurden in kurzer Zeit mit der Jodbehandlung überraschende Erfolge erzielt (dreimal 5—10 Tropfen Jodtinktur in ½ Glas Milch täglich).

Nr. 3402, 13. März 1926.

Die Ausscheidung des Alkohols im Urin als Maßstab für die Alkoholvergiftung. Southgate und Carter.
Sterblichkeit im Puerperium. Maclean.
Mütterliche Morbidität und Mortalität. Mc Ilroy.

* Die Behandlung schwerer und langanhaltender Uterusblutungen mit Radium. Forsdike.

Die Wichtigkeit der Bence-Jones Eiweißkörper für die Diagnose. Reynolds.
Besondere Form der Appendicitis. Chapman.
Pankreasdarreichung beim Diabetes mellitus. Neve.
Rundzellensarkom des Pankreas bei einem Säugling. Malan.
Ungewöhnliche Lage bei der Geburt. Malan.
Schwangerschaft in einem Uterus didelphys. Macgown.

Die Behandlung schwerer und langanhaltender Uterusblutungen mit Radium. Bericht über 200 Fälle von idiopathischer Uterusblutung. Diese Meno- und Metrorrhagien können sich in jeder Periode der Menarche entwickeln, sie sind in der Pubertätszeit und in der Menopause sowie zwischen 30. und 40. Lebensjahr am häufigsten. Die Diagnose kann nur per exclusionem gestellt werden (Ausschluß jeglicher Neubildung, jeglicher lokalen oder allgemeinen Erkrankung, die zur Uterusblutung führen können). Eine explorative Curettage ist unbedingt erforderlich. Bei diesen Uterusblutungen finden sich zwei Typen des Uterus. Der „systolische" Uterus ist nicht vergrößert, er ist hart und schwer. Bei der Curettage erhält man kaum Gewebe und verspürt ein charakteristisches Raspeln, wenn die Curette über die Uterusinnenwand hinweggleitet. Beim „diastolischen" Uterus hingegen ist eine schwammige Vergrößerung des Organs und Retroversio anzutreffen. Durch Abrasio läßt sich viel verdicktes und ödematöses Gewebe entfernen, das sich rasch wieder regeneriert. Der letzte Typ findet sich bei Multipara, bes. wenn die Zeit der Menopause heranrückt. Die Radiumbestrahlung wurde durchgeführt, wenn lange medizinische Behandlung, Curettage keine Besserung brachten und die Kranken mehrere Tage im Monat wegen der Blutung im Bett zubringen mußten oder wenn schwere Anämie mit ihren Folgen sich eingestellt hatte. Es wurden 100 mg Radiumbromid (umschlossen von 1 mm dicker Bleikapsel, die in 2,3 mm dicke Gummihülle gewickelt wurde) für 24 Stunden in die Uterushöhle eingeführt. Bei Vorhandensein akuter entzündlicher Prozesse im kleinen Becken darf die Bestrahlung nicht vorgenommen werden. Die Vagina wird während der Bestrahlung mit Glycerin getränkten Tupfern ausgestopft. (Schutz von Blase und Rektum vor Verbrennung.) 3 Monate nach der Bestrahlung verschwanden die Uterusblutungen. Nur in verschwindend wenigen Fällen war eine zweite Bestrahlung späterhin notwendig. Biberfeld (Berlin).

The Lancet.

1, Nr. 1, 2. Januar 1926.

Vorlesungen über die sich erweiternden Aufgaben der Medizin. Dawson of Penn.
Einige neue Methoden, Ratschläge und Apparate für Laboratoriumsuntersuchungen. Wright.

* Bestrahlung von Nahrungsmitteln mit ultraviolettem Licht. Mackay und Shaw.
* Ultraviolette Bestrahlung in der Aktivierung von Cholesterin und Nahrungsstoffen. Heß und Weinstock.

Ischaemische Nekrose der Herzwand. Coombs und Hodfield.
Röntgenologisches Studium eines Falles von unvollkommenen Darmverschluß. Candy.
• Borokain, ein neues lokales Anästhetikum. Watson-Williams.
Eine Lungenschiene. Wingfield.
Behandlung zweier Fälle von haemolytischem Ikterus mit Splenektomie. Hannema.
Ein Fall außergewöhnlicher Hyperglykämie ohne Koma. Leech und Thomas.

Bestrahlung von Nahrungsmitteln mit ultraviolettem Licht. Beobachtungen über Wirkung von einer Stunde lang in 1 Fuß Entfernung bestrahlten Nahrungsstoffen auf rachitische Kinder, kontrolliert durch Vergleiche wöchentlicher Röntgenaufnahmen der langen Knochen. Kinder, die 100—150 g bestrahlte Trockenmilch, sei es roh oder 10 Minuten gekocht, oder bestrahlte gesüßte kondensierte Milch erhielten, zeigten Knochenverkalkung wie nach direkter Bestrahlung oder Lebertran. Bestrahltes Weizenmehl in 150 g Dosis war unwirksam, bestrahltes Oel aus Baumwollsamen in 22 g Dosis nur langsam wirksam. Ein Kind mit Tetanie wurde durch bestrahlte Trockenmilch geheilt. Da die bestrahlten Nahrungsmittel sehr lange aktiv bleiben, so steht einer Ausnützung dieser Methoden bei haltbaren Nahrungsmitteln in großem Maßstabe nichts im Wege, vorausgesetzt, daß eine unerwünschte geschäftliche Ausnützung verhindert wird und die Preise niedrig gehalten werden. Die Veränderung des Geschmacks der schon an und für sich wenig schmackhaften Trockenmilch bietet vielleicht bei kleinen Kindern kein allzu großes Hindernis.

Ultraviolette Bestrahlung in der Aktivierung von Cholesterin und Nahrungsstoffen. Inaktive vegetabilische Oele von Baumwoll- und Leinsamen bekommen nach Bestrahlung in sehr dünner Lage antirachitische Eigenschaften und behalten dieselben lange, ebenso Weizen, Lattichblätter, Trockenmilch und Weizenmehl. Ersatz von 5% Mehl in einer rachitiserzeugenden Standardnahrung durch die gleiche Menge, drei Monate zuvor bestrahlte Trockenmilch genügte als Schutz gegen Rachitis. Wie das aktive Prinzip des Lebertrans ist auch das des bestrahlten Oels nur in dem nicht verseifbaren Teil enthalten. Nicht aktiviert werden konnten Chlorophylllösungen, Hb., Sahne, Eigelbphosphate, Glycerin, Gelatine. Das inaktive, aus den Oelen gewonnene Phytosterin ist ebenso wie Cholesterin aktivierbar. Aktiviertes Cholesterin schützte Ratten nicht nur nach täglichen oralen Dosen von 0,1 ccm einer 1 proz. Lösung, sondern auch nach subkutaner Injektion, während subkutan gegebener Lebertran wirkungslos ist. Die Cholesterin aktivierenden Strahlen haben eine Wellenlänge von etwa 300 μμ. Bestrahltes Cholesterin ist gleich wirksam, ob die Rachitis durch P.- oder Ca.-Mangel veranlaßt war. Cholesterin zeigt nach Aktivierung nur geringe Veränderung seines Schmelzpunktes und wechselt nicht seine Farbe. Erst nach 6—8 stündiger Bestrahlung fällt der Schmelzpunkt und es wird gelb, hat aber dann seine Aktivität verloren, kann danach nicht wieder reaktiviert werden. Aktiviert absorbiert es ultraviolette Strahlen in geringerem Grade als nicht aktiviert, was eher für eine chemische als physikalische Natur des Prozesses spricht. Haut enthält nächst dem Gehirn am meisten Cholesterin. Bestrahlte Haut von Menschen und Kälbern in täglichen 1-g-Dosen an Ratten bei phosphorarmer Nahrung verfüttert, schützt diese Tiere vor Rachtitis. Bei diätetischer Anwendung bestrahlter Nahrungsmittel gibt die besten Resultate Trockenmilch. Halbstündiges Kochen veränderte die Aktivität bestrahlten Spinats nicht. Bestrahltes Cholesterin verliert die erworbene Aktivität in trockenem Zustand und in Wasser bald, nicht aber in Oel. Die Beziehungen zwischen Cholesterin und Vitamin sind noch nicht geklärt. Immerhin entspricht die Menge des zur Heilung nötigen Cholesterins etwa der Menge der dafür notwendigen Vitamine.

Borocain, ein neues lokales Anästhetikum. Verf. weist auf die großen Schwierigkeiten hin, die Toxicität und Wirksamkeit eines Anästhetikums experimentell abzuschätzen und stellt hohe Anforderungen für die experimentellen Methoden. Er prüfte die Toxicität des Cocain hydrochlor., des Ethocain hydrochlor. (Novokain) und des Ethocain borat. (Borokain) an Meerschweinchen. Die 3 Drogen verhielten sich in toxischer Beziehung wie 1 (Kokain) : 0,15 (Novokain) : 0,09 (Borokain). Konzentration und Lösung der beiden letzteren waren fast die gleichen, ebenso wie die Toxicität; die geringe scheinbare Differenz ist auf den sehr verschiedenen Alkaloidgehalt (86,6 bzw. 52,9%) zurückzuführen. Die Wirksamkeit der gleichen Drogen beim Menschen — Tierexperimente sind hier viel zu unzuverlässig — gemessen an dem Auftreten einer tiefen, d. h. das Periost einbegreifenden Anästhesie in der Nase und Behandlung der Schleimhautoberfläche, verhielt sich wie 1 : 0,11 : 0,09. Mit einer 20 proz. Borokainlösung wurde eine gute Wirkung in durchschnittlich 586 Sekunden erreicht. Kurzdauerndes Kochen des Borokain ist unschädlich, langes Kochen führt zu Zersetzung. Eine 2 proz. Lösung beginnt am 4. Tage braun zu werden und verliert an Wirksamkeit. Bei Hinzufügen von Adrenalin 1/10000 waren die Röte der Schleimhaut und die Tendenz zu Blutungen auffällig. In einigen Fällen kam es bei 5% Borokain ohne Adrenalin zu starker Kongestion in der Nase. Für die Nase scheint dieses neueste, als ideales Anästhetikum gepriesene Mittel wenig geeignet zu sein.

1., Nr. 3, 16. Januar 1926.

• Differenzierung von Nahrungsmittel vergiftenden Bakterien. Brown, Duncan und Henry.
Eine Analyse von 400 Fällen männlicher Gonorrhoe. Clarkson und Dyer.
• Nichtflüchtige aliphatische Mischungen in der allgemeinen Anästhesie. Lambert.
Herpes Zoster bei spontaner subarachnoidaler Blutung. Adie.
Eine einfache Methode der Tracheotomie. Digby.
• Die Behandlung von Lungentuberkulose mit Sanocrysin. Elliott.
• Akute haemorrhagische Nephritis bei Kindern. Wyllie und Moncrieff.

Differenzierung von Nahrungsmittel vergiftenden Bakterien. Wenn man dazu monospezifische Sera nicht zur Verfügung hat, so sind kulturelle und morphologische Methoden allein verfügbar, die aber bisher versagten. Mit Hilfe der Zuckerarten ließen sich auf diese Weise nur 4 Gruppen unterscheiden, mit Hilfe organischer Salze ist eine viel genauere Unterscheidung möglich. Am meisten Nutzen in dieser Hinsicht brachten die Natriumsalze von Acid. citricum, Acid. tartar., fumar. und mucic. in 1% Peptonwasser. Die Kulturen dieser Salznährböden kommen für 48 Stunden bei 37° in den Thermostaten, und die Zersetzung des Salzes wird dann durch Hinzufügen einer gesättigten Bleiacetatlösung untersucht. Bei Untersuchung von 78 verschiedenen Salmonellastämmen gelang es Wolff in dieser Weise 9 Gruppen deutlich zu unterscheiden. Nur der B. enteritidis (Gärtner) gab unbeständige Resultate. Die frühere Behauptung, eine Unterscheidung des Cholera-Vibrio von choleraähnlichen Bakterien sei auf diese Weise möglich, kann nicht aufrecht erhalten werden.

Nichtflüchtige aliphatische Mischungen in der allgemeinen Anästhesie. Dem Verf. hat sich zum Gebrauch vor der Narkose im Tierversuch eine Mischung von Isopral und Hedonal im Verhältnis 2 : 1 in Olivenöl subkutan oder intramuskulär außerordentlich bewährt. Praktische Versuche am Menschen sind im Gange. Die Kranken kommen vollkommen somnolent ins Operationszimmer, die üblichen Narkosemittel lassen sich in der Menge wesentlich reduzieren, und die Kranken verfallen nach der Operation in einen langen, gesunden Schlaf.

Die Behandlung von Lungentuberkulose mit Sanocrysin. Verf. hat nur in einer kleinen Anzahl von Fällen die Sanocrysinbehandlung erprobt, hat aber in 4 schweren Fällen, die jeder anderen Behandlung trotzten, so außerordentlich schnell eintretende Besserung beobachtet, daß er an ein zufälliges Zusammentreffen nicht glaubt und die Methode der Beachtung für wert hält.

Akute hämorrhagische Nephritis bei Kindern. Verf. unterscheidet zwei Gruppen der akuten Nephritis, die hämorrhagische und die parenchymatöse. Erstere ist viel gutartiger. Hämaturie tritt plötzlich während oder nach einer akuten oder subakuten Infektion des Nasenrachenraums ein und kann einige Tage bis Wochen dauern. Selten Erbrechen oder Kopfschmerzen, höchstens leichte Oedeme, Harnmenge wenig verringert, der Harn enthält viel Blut, und das Eiweiß erklärt sich durch den hohen Grad der Hämaturie. Bisweilen wenige

Cylinder. Keine Blutdrucksteigerung, keine Herzvergrößerung, keine Retinitis. Blutharnstoff selten vermehrt. Meistens tritt in einigen Wochen Heilung ein und selten kommt es zu chronischer Nephritis. In drei Jahren sah Verf. 22 Fälle. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Streptokokkenembolie von einem septischen Herd aus.

1., Nr. 4, 23. Januar 1926.

• Die Behandlung akuter bakterieller Infektionen mit intravenösen Injektionen von Sublimat und Chromquecksilber. Dudgeon.
Bestimmung des Grundstoffwechsels. Hunt.
• Bluttransfusion. Platt.
Ein Bluttransfusionsapparat. Moll.
Erythroedema. Lapage.

Die Behandlung akuter bakterieller Infektionen mit intravenösen Injektionen von Sublimat und Chromquecksilber. Verf. behandelte 330 Fälle mit einem der beiden Mittel oder beiden zugleich, darunter 25 moribunde Kranke, mit im ganzen 47 Todesfällen, einschließlich 6 Fälle maligner Entokarditis. Von 27 Puerperalfieberkranken genasen 22. Er gibt intravenös 5 ccm einer frisch bereiteten Sublimat-Kochsalzlösung 1 : 1250 und wiederholt die Injektion eventuell in 12-24 Stunden. Wenn 4 Injektionen in 3 Tagen keine Besserung hervorrufen, ist eine Fortsetzung unnütz. Er hatte nur einmal eine lokale Thrombose. Heftige Diarrhoen sind nicht unbedingt nachteilig, Stomatitis ist häufig; die gefährlichste Komplikation, Nephritis, sah er nie. Chromquecksilber benutzte er in 150 Fällen nach oder an Stelle von Sublimat mit Erfolg. Eine Dose von 10 ccm einer Salzlösung 1 : 200 sollte nie überschritten werden, bei Wiederholungen Reduzierung auf 1 : 500. Meistens waren 4—5 Injektionen nötig. Schnelle überraschende Wirkungen, wie nach Sublimat, hat man nie. Verhinderung oder Milderung von Schüttelfrösten durch Warmhalten und Aspirin mit heißem Tee.

Bluttransfusion. Die Nachteile der Transfusion mit citriertem Blut bestehen in der Häufigkeit, mit welcher oft milde, bisweilen aber sehr ernste Reaktionen folgen. Verf. empfiehlt die viel einfachere Defibrinierungsmethode, die ihm in 34 Fällen nie eine Reaktion oder die leiseste Temperatursteigerung bei fieberlosen Patienten ergab. Er beschreibt die von ihm vereinfachte Colebrook-Storersche Technik.

1., Nr. 5, 30. Januar 1926.

• Chemotherapie der Syphilis. Levaditi.
Unblutige orthopädische Behandlung. Bristow und Elmstie.
• Wirkung der Pasteurisierung auf die Infektiosität der Milch tuberkulöser Tiere. White.
Ein Fall perniciöser Anämie von aplastischem Typhus mit Phagocyten der roten Blutkörperchen. Whitby und Jackson.
• Die biochemische Wirkung intravenöser Injektion von Tartarus stibiatus. Christopherson und Gloyne.
In England acquirierte Amoebendysenterie. Russel.
30 jährige Beobachtung eines Falles von Syringomyelie. Hedley.

Chemotherapie der Syphilis. Nach Versuchen mit Trepol bei experimenteller Syphilis erfolgt die Lyse der Spirochäten unter der Wirkung unbegrenzt kleiner Bi-Mengen (1—2 μ mg). Girards neue quantitative Methode gestattet den Nachweis von $^1/_{1000}$ mg Bi in den Geweben. Lösliche Bi-Verbindungen werden rasch resorbiert und schnell durch die Nieren ausgeschieden, die eventuell geschädigt werden. Die in den Geweben zur Lösung kommenden unlöslichen Verbindungen und metallischer Bi gehen Protein-Bi-Verbindungen ein, werden als solche langsam ausgeschieden, ohne die Nieren zu schädigen. Lokale degenerative Veränderungen im Muskel sind geringer bei unlöslichen als löslichen Salzen. Das R.E.-System wirkt phagocytisch auf die Bi-Partikel und hilft so zur Bildung eines Bi-Depots. Dieses Depot ist am größten bei unlöslichen Salzen und versorgt während vieler Monate den Körper mit kleinen Bi-Mengen. Stovarsol (27% As, 30% Bi) in Oelsuspension hat eine Heilwirkung bei experimenteller Syphilis, eine Heil- und prophylaktische Wirkung bei Mäuse-Nagana und Geflügelspirillose. Beim Menschen wurde es viel besser vertragen als andere Bi-Präparate und wirkte in Dosen von 2 ccm einer 10 proz. Oelsuspension schnell auf Spirochäten, Symptome und Blutreaktion (Wa. R. stets nach zwölf Injektionen negativ). Gold und Hyposulfitnatrium (Sanocrysin) zeigte in Dosen von 0,01—0,03 g pro Kilo Heilwirkung auf Kaninchensyphilis. Etwas geringere Wirkung zeigte in gleicher Dosis die Verbindung von Platin mit Thiosulfatnatrium. Scheinbar besteht eine Beziehung zwischen den Atomgewichten der Metalle und ihrer Wirkung. Bi (Atomgewicht 208) ist viel wirksamer wie Gold (197), das wieder wirksamer ist als Platin (195). Sanocrysin wirkte bei menschlicher Syphilis sehr gut, aber nur in großen Dosen (1 g), deren Gebrauch durch gefährliche Nebenerscheinungen beschränkt ist.

Wirkung der Pasteurisierung auf die Infektiosität der Milch tuberkulöser Tiere. Versuche mit natürlich infizierter Milch von Kühen mit tuberkulösen Eutern und mit Milch, die durch Tuberkel-Kulturen oder durch käsige Drüsen verunreinigt war. Die Methode der Pasteurisierung bestand in Erhitzung der Milch auf 62½° C, Erhaltung dieser Temperatur für ½ Stunde und schneller Abkühlung (Vorschriften der amerikanischen Regierung für die in den Handel kommende „pasteurisierte Milch"). Die Resultate der Impfung auf Meerschweinchen beweisen, daß Pasteurisierung die Ansteckungsfähigkeit der Milch ausschließt, soweit Tuberkelbazillen in Frage kommen.

Die biochemische Wirkung intravenöser Injektion von Tartarus stibiatus. Patienten erwerben durch häufig wiederholte Injektionen eine Ueberempfindlichkeit gegen nichttoxische Dosen, wahrscheinlich infolge Veränderung des Proteinstoffwechsels. Die Autopsie eines Mannes, der aus Irrtum eine letale Dosis bekommen hatte, ergab degenerative Zerstörung des Leber- und Nierenparenchyms. 2 Kaninchen starben nach einer Dosis von 0,015 g, ein drittes nach 3 Dosen von insgesamt 0,055 g, ein viertes nach 9 Dosen von zusammen 0,25 g am 16. Tage. Ein Schutz durch unmittelbar folgende Injektion von Thiosulfatnatrium kam nicht zustande. Das Tier starb nach einer Gesamtdosis von 0,25 am 23. Tage.

1., Nr. 6, 6. Februar 1926.

Klinische Gesichtspunkte beim einfachen Kropf mit Bemerkungen über seine Ursache. Berry.
• Neue Tatsachen über fett sliche Vitamine. Drummond.
• Tuberkelbazillen in den eces. Sykes.
Die Behandlung der fr en Pottschen Fraktur. Greenslade.
Ein Fall von Zwergfel ie des Magens und Colan transversum. Bridges und Fawcett.
• Eine neue Methode alischer Untersuchung (Ektoskopie). Weiß.
• Einleitung der Gebu ch innere Mittel. Bailey.
Ein Fall von Embolie Coronararterien. Miller.
Ein Fall von Pneumokokken-Peritonitis. Genesung ohne Operation. Ellison, Tidy und Williams.
Hyperästhesie bei Gallenblasenerkrankung. Cope.

Neue Tatsachen über fettlösliche Vitamine. Die beiden Vitamine A und D, das erstere mit wachstumfördernden, das zweite mit antirachitischen Eigenschaften begabt, lassen sich im Lebertran deutlich differenzieren, wie Mc Collum zeigte. Die Existenz eines kürzlich nachgewiesenen Vitamin E, das eine wichtige Rolle bei der Reproduktion spielt, wurde vom Verf. bestätigt. Die natürlichen Fette und Oele bestehen aus 99% wahren Fetten und 1% nicht verseifbaren Substanzen. In letzterem allein sind die gesamten Vitamine enthalten. Versuche des Verf., das Vitamin A zu isolieren: Aus 100 g unverseifbarer aktiver Substanz (aus 10 Kilo Lebertran erhalten) gewann er durch Fällung mit Digitonin 50 g inaktives Cholesterin und 50 g aktive Substanz. Aus letzterer erhielt er durch Destillation bei 1—2 mm Druck 5 g Substanz bei einem Siedepunkt unter 180° C, 10—15 g bei Siedepunkt zwischen 180—200° C, 15—20 g bei Siedepunkt zwischen 220—280° und den Rest bei einem Siedepunkt über 300°. Nur die zweiten 10—15 g, aus ungesättigten hochwertigen Alkoholen bestehend, waren aktiv, stellen aber noch nicht das reine Vitamin A dar. Eine Reindarstellung ist bisher noch nicht gelungen, auch nicht von Takahashi, wie Nachprüfungen ergaben. Die Beimengung von $^1/_{200}$ mg dieses aktiven Bruchteils zu der täglichen vitaminfreien Nahrung einer Ratte genügt, um sie gesund zu erhalten und normales Wachstum zu befördern. Hinsichtlich des Vitamin D ergaben die Untersuchungen, daß die antirachitischen Eigenschaften durch Einwirkung der ultravioletten Strahlen auf den unverseifbaren Bestandteil des

Cholesterin, hervorgerufen werden, daß Cholesterin bzw. Phytosterin die Muttersubstanz der antirachitischen Vitamin ist. Das aktivierte Cholesterin zeigt weder eine Wirkung auf das Wachstum, noch andere Eigenschaften des Vitamin A. Seine chemische Natur ist noch ungeklärt.

Tuberkelbazillen in den Faeces. Untersuchung des Faeces auf Tuberkelbazillen bei 225 lungentuberkulösen Kindern zwischen 2—16 Jahren nebst Kontrollversuchen. Die direkte Methode war bei spärlichen Bazillen unzuverlässig. Von den Konzentrationsmethoden dauert die Untersuchung mit Antiformin zu lange, am empfehlenswertesten ist die Ligrocimethode. Nichtpathogene, säure- und alkoholfeste Bazillen kommen in menschlichen Faeces nicht vor, Tuberkelbazillen wurden in den Faeces gesunder Personen nie gefunden. Bei Bazillenbefund im Sputum ist ihr Nachweis in den Faeces stets möglich, nie werden sie in den Faeces gefunden, wenn sie bei wiederholten Untersuchungen im Sputum nicht zu finden waren. Bei lungentuberkulösen Kindern war ihr Nachweis oft in den Faeces möglich, wenn ein Sputum nicht zu erhalten war, und bei Kindern, die ihr Sputum so häufig verschlucken, ist die Untersuchung der Faeces daher für Diagnose und Prognose von großem Wert. Der Bazillenbefund in den Faeces ist kein Beweis für eine Darmerkrankung. Von den 225 untersuchten Fällen waren 184 nach klinischen Befunden lungentuberkulös; von ihnen zeigten 70 (38,6%) Tuberkelbazillen im Sputum, 85 (46,9%) in den Faeces. Niemals ergaben ohne klinische Zeichen von Lungentuberkulose die Faeces ein positives Resultat. Von 37 Fällen diagnostizierter Fibrose der Lungen führte sechsmal Tuberkelbazillenbefund in den Faeces zu Richtigstellung der Diagnose.

Eine neue Methode physikalischer Untersuchung (Ektoskopie). Verf. versteht darunter eine Methode, die es gestattet, mit dem Auge ohne Berührung des Patienten, aus „Sprechphänomenen" — er unterscheidet ein interkostales, abdominales und lumbales — sichere diagnostische Schlüsse zu ziehen. Die Sprechbewegungen können am Rumpf nur im Beginn der Phonation gesehen werden, der Patient muß daher sehr langsam (in 5—10 Sekunden-Intervallen) nur einzelne Worte oder Silben aussprechen. Am geeignetsten erwies sich das Wort „Kitt". So ließen sich sehr deutlich die unteren Lungengrenzen von Leber und Milz abgrenzen, dementsprechend die untere Grenze eines Pleuraergusses bestimmen, tief unten hinten sehr kleine Pleuraergüsse lokalisieren. Durch das Fehlen des Sprechphänomens bei vergleichenden Beobachtungen ist die Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Magendarmkanals möglich, jede Spur peritonealer Reizung erkennbar und deren Ursache lokalisierbar, die Entzündungen der Adnexe von anderen Beckenerkrankungen unterscheidbar. Auch in der Neurologie leistet die Methode angeblich Gutes. Eingehende technische Details werden gegeben.

Einleitung der Geburt durch innere Mittel. Verwendung von Ricinusöl und Chinin bzw. von Chinin und Pituitrin. Im ersteren Falle gibt Verf. 1 Stunde nach dem Ricinusöl Chinin. sulf. (0,6 mit etwas Acid. sulf. und Glycerin in 15 g Wasser), eine Stunde später ein Clysma, im Intervall von 2, 3 und 4 Stunden Wiederholung der Chinindosis. Die Hauptindikation bilden Fälle von ungewissem Fortschreiten der Geburt, wo mechanische Mittel infolge möglicherweise notwendig werdenden Kaiserschnitts nicht angezeigt sind (Primiparae mit C. D. 10 cm bei beweglichem oder fixiertem Kopf im Beckeneingang oder hoch fixiertem Kopf, Multiparae mit oder ohne Beckenenge bei früheren, schwierigen Geburten). Fernere Indikationen: Trägheit des Uterus, marginale oder laterale Placenta praevia, schwere Schwangerschaftsalbuminurie oder drohende Eklampsie. Stellen sich nach der inneren Behandlung keine Wehen ein, so führt infolge der spezifischen Chininwirkung Bougiebehandlung in 12—24 Stunden zu schnellem Ziel. Eine Folge des Chinineinflusses ist die relative Schmerzlosigkeit der Uteruskontraktionen. Die Erfolge des Pituitrin mit Chinin (halbstündlich, sechmal in ½ ccm Dosen, 5 Stunden nach der letzten Chinindosis) sind weniger zuverlässig als die des Chinin allein. Infolge der unregelmäßigen, spastischen Kontraktionen, die zu Ruptur des unteren Uterussegments führen könnten, beschränkt man den Gebrauch von Pituitrin besser auf die Einleitung unvermeidlicher Aborte bis zum 5. Monat. Verf. konnte in 73% von 78 Fällen nur durch obige innere Mittel die Geburt einleiten.

1., Nr. 7, 13. Februar 1926.

Pseudo-Hermaphroditismus und Hypospadien; ihre chirurgische Behandlung. Edmunds.
Schmerzen in der rechten Fossa iliaca. Carson.
• Morbus coeliacus. Seine Definition und Diagnose. Miller.
Familiäre Telangiektasie. East.
Operationstechnik des Prostatakarzinoms. Morson.
Abszeß und Gangrän der Lunge. Williams.
• Bemerkungen zu 100 Fällen von Skopolamin-Morphiumnarkose bei der Geburt. Plummer.

Morbus coeliacus. Seine Definition und Diagnose. Verf. definiert die in England als „Coeliac disease", bei uns als „Herters intestinaler Infantilismus" bezeichnete Krankheit als eine Verdauungsstörung bei Kindern, die keine Anzeichen von chronischer Erkrankung des Darms oder anderer Bauchorgane zeigen, charakterisiert durch eine dauernde mangelhafte Resorption des Nahrungsfetts mit kopiösen, sehr fettreichen Stühlen, aufgetriebenem Abdomen und Zurückbleiben im Wachstum. Er unterscheidet zwei Formen, den klassischen diarrhoischen und den von ihm selbst zuerst beschriebenen nichtdiarrhoischen Typus. Während die Stühle im ersteren Falle voluminös, farblos, ungeformt sind und einen Fettgehalt von 40—80% der Trockenfaeces, besonders in Form von Fettsäurekristallen, enthalten, sind sie im zweiten Falle weniger kopiös, gefärbt, geformt und enthalten nur 30—50% Fett in Form von Seifen; auch sind alle anderen Symptome milder. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: 1. Diarrhoen rachitischer Kinder, 2. chronische Enteritis (tuberkulöser, dysenterischer Natur infolge von Lamblia, von reizenden Giften, bei Sprue); für diese Krankheitsgruppe will Verf. den Namen „enteritischer Infantilismus" beanspruchen. Die Coeliac disease führt höchstens sekundär zu vorübergehendem Darmkatarrh. 3. Die Pankreas-Fettdiarrhoen mit ihren Butterstühlen (kongenital, erworben, pankreatischer Infantilismus), 4. Chylusverstopfung durch tuberkulöse Mesenterialdrüsen.

Bemerkungen zu 100 Fällen von Skopolamin-Morphiumnarkose bei der Geburt. Primiparae erhalten, sobald die Wehen stark werden, 0,03 g Morphium und ½ mg Hyoscin, Multiparae sofort bei Geburtsbeginn 0,01 g Morphium und ½ mg Hyoscin. Nach 1 Stunde 4/10 mg Hyoscin und in zwei- bis dreistündlichen Intervallen 4/10-1/10 mg Hyoscin je nach der Wirkung. Es soll Amnesie, nie aber Analgesie erreicht werden. Kurz vor dem Ende des 2. Geburtsstadiums Wiederholung einer kleinen Hyoscindosis, um die Fortsetzung des Schlafes nach der Geburt zu sichern. Wasser und Milch wird nach Wunsch gegeben. Konstante Ueberwachung ist nötig. Chloroformnarkose kann jederzeit bei Eingriffen angeschlossen werden. Die Mütter bewahren ihre Kräfte und in unkomplizierten Fällen kann der natürliche Geburtsverlauf ohne Zange viel länger abgewartet werden. Die Durchschnittszeit bis zur Entbindung betrug bei Primiparen 13¼, bei Multiparen 5¼ Stunden (also eher Verkürzung als Verlängerung). Die größte Gesamtmenge Hyoscin betrug 6 mg in 29 Stunden bei Primiparen, 2,8 mg in 8 Stunden bei Multiparen, die Durchschnittsmengen 2,4 bzw. 1,4 mg. Niemals während Geburt und Wochenbett nachteilige Folgen für Mutter und Kind.

1., Nr. 8, 20. Februar 1926.

Behandlungsprinzipien der Krankheiten des Nervensystems. Farguhar Buzzard.
Die Rolle des Mesenteriums bei Magendarmstörungen. Tyrrell Gray.
Herdsepsis als Krankheitsfaktor. Murray.
• Die Behandlung des Ulcus rodens. Hernaman-Johnson.
Ein Fall von akuter letaler Medinalvergiftung. Stolkind.
Unerwartete Todesfälle während der Geburt und im frühen Wochenbett. Wilson und Glynn.

Die Behandlung des Ulcus rodens, besonders im Hinblick auf Rezidive. Radium- und Röntgentherapie, die Methoden der Wahl bei der Behandlung der Plattenzellenepitheliome, auch hinsichtlich der kosmetischen Resultate, schützen nicht gegen die häufigen Rezidive. Der Hauptwert der Strahlenbehandlung liegt nach Verf. in einer Reizung zu normalem Abwehrmechanismus seitens des normalen Gewebes. Lebende Zellen stumpfen jedoch durch zu häufige Wiederholung desselben Reizes ab. Die Gewebe müssen daher durch wechselnde Reize behandelt oder für den ursprünglichen Reiz resensibilisiert werden. Auf Grund dieser Erkenntnis müssen bei einem Rezidiv des Ulcus rodens, wenn harte Röntgen- oder γ-Strahlen nicht mehr wirken, weiche oder ultraviolette Strahlen angewandt werden. Bei Ausbleiben von Besserung innerhalb eines Monats sind die Gewebe durch Kurettage oder Ionisierung mit Zink oder Kupfer zu resensibilisieren und dann von neuem zu bestrahlen. Tritt nach zwei Monaten keine Besserung ein, so kauterisiere man mit Diathermie. Bei sorgfältiger Behandlung jedes Rezidivs in dieser Weise ist chirurgische Hilfe niemals nötig.

1., Nr. 9, 27. Februar 1926.

Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Warrington Yorke
Radium- und Röntgenbehandlung von 15 operablen Mammakarzinomen. Douglas Webster, Thierens und Nicholas.
Die Standardisierung von Tuberkulin und die Präcipitinprobe. Okell und Mitarbeiter.
Diagnose und Behandlung intrathorakaler Neubildungen. Burrel.
Ein Fall von Ruptur der Aorta thoracica. Sheldon und Dyke.
Diverticulitis und ihre chirurgische Behandlung. Lockhart-Mammery.
Glykosurie bei Akromegalie. Hetzel.

Rontal.

El siglo médico, Madrid.

73., Nr. 3761, 9. Januar 1926.

Der therapeutische Abort. V. Aza.
Die Uretroskopie als Diagnostikum und Therapeutikum. A. P. Martin.

73., Nr. 3762, 16. Januar 1926.

Studien über die akute Miliartuberkulose. J. V. Lambea.
Die Uretroskopie als Diagnostikum und Therapeutikum. A. P. Martin.
* Die Diagnose der simulierten Epilepsie. A. V. Majera.

Die Diagnose der simulierten Epilepsie. Epileptische „Anfälle“ sind nicht unbedingt wirklich epileptische, sie können auch simuliert sein. Verfasser verlangt für die Diagnose der echten Epilepsie: Babinski nach dem Anfall, Veränderung der Leukocytenformel; als besonders wichtig erscheint der plötzliche Stimmungswechsel, der nicht simuliert werden kann, ebenso die Dämmerzustände.

73., Nr. 3763, 23. Januar 1926.

Heilung einer doppelseitigen Neuritis optica subakuten Verlaufs durch Oeffnung der Sinus sphaenoidales und der hinteren Etmoidalzellen. M. Amat.
Die Uretroskopie als Diagnostikum und Therapeutikum. A. P. Martin.

73., Nr. 3764, 30. Januar 1926.

Studien über die akute Miliartuberkulose. J. V. Lambea.
Die Erziehung anormaler Kinder. C. Juarrez.

Lurje, Frankfurt a. M.

La Riforma medica.

Nr. 5, 1. Februar 1926.

* Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert der tuberkulösen Serumreaktion mit Besredka- und Wassermann-Antigen. Brovelli.
Schwere Zustände von Serumanaphylaxie trotz antianaphylaktischen Maßnahmen. Cayrel.
Der anastomotische Knopf in der Magendarmchirurgie. Pauchet.

Ueber den diagnostischen und prognostischen Wert der tuberkulösen Serumreaktion mit Besredka- und Wassermann-Antigen. Untersuchung von 189 Sera (Tuberkulöse aller Formen, verschiedene andere Kranke, Luetiker und Gesunde). Die Komplementbindungsreaktion kommt nicht nur durch das Antigen zustande, sondern auch unter dem Einfluß, den die Lipoide im Serum ausüben. Das Wassermann-Antigen ist empfindlicher als das Besredkasche, wahrscheinlich durch die Beimengung des Lecithins zum bazillären Extrakt, denn auch das Lecithin allein gibt mit tuberkulösen Sera Bindungsreaktionen. Die Affinität zu den Lipoiden haben die tuberkulösen Sera mit den luetischen gemeinsam. Obwohl alle Sera Gesunder konstant negative, die Sera verschiedener Tuberkuloseformen zu etwa 40—69% positive Resultate gaben, kann die Reaktion doch nicht als spezifisch bezeichnet werden. Die Besredka- und noch mehr die Wassermann-Reaktion können diagnostisch einen Wert haben als Ergänzung aller anderen physikalischen und Laboratoriumsuntersuchungen, niemals für sich allein, wie die Wa. R. bei der Lues.

Nr. 6, 8. Februar 1926.

Wert und klinische Bedeutung der Untersuchung spezifischer Antikörper bei der Tuberkulose. Margreth.
Ueber Mesenteritis retractilis. Mosti.

Nr. 7, 15. Februar 1926.

* Veränderungen der Glykämie durch Diathermiebehandlung der Schilddrüsengegend. Massa.
Ein Fall von angeborener Ranula suprahyoidea. Beggiato.
* Vorläufige Mitteilung über Heilversuche des menschlichen Krebses mit dem Krebspräparat „Isopatin“. Mori.

Veränderungen der Glykämie durch die Diathermiebehandlung der Schilddrüsengegend. Auf die Reizung der Schilddrüse durch Diathermie bei Kaninchen und bei gesunden Menschen folgte konstant eine Hyperglykämie. Die Diathermiebehandlung der Basedowstruma erzielte Verf. in einigen Fällen Hypo-, in anderen Hyperglykämie. Wahrscheinlich ist das von dem oft entgegengesetzten Verhalten des vegetativen Systems beim Basedow abhängig (sympathicotonische und vagotonische Formen). Aus diesen Befunden geht hervor, daß die Schilddrüse bei der Regulierung des Blutzuckergehalts eine Rolle spielt, und daß der Diathermiestrom funktionelle Veränderungen in Organen innerer Sekretion herbeiführen kann.

Vorläufige Mitteilung über Heilversuche des menschlichen Krebses mit dem Krebspräparat „Isopatin“. Ein Krebsheilmittel mehr! Nach einstweilen vergeblichen Versuchen, aus den von ihm gefundenen, angeblich spezifischen Krebskeimen und aus symbiotischen Pilzformen eine Vakzine herzustellen, extrahierte Verf. aus Mammakrebsen die Lipoide zunächst mit Aethyläther, dann mit anderen Lösungsmitteln, um die toxischen Produkte zu zerstören. So entstand sein Isopatin, das sich in allergrößten Dosen bei Laboratoriumstieren als unschädlich erwies und seit 1917 in verschiedenen Kliniken Italiens erprobt wird. Absolute Unschädlichkeit beim Menschen nach subkutaner und intravenöser Anwendung ist festgestellt. Die günstigsten Wirkungen wurden bei Krebsen innerer Organe erzielt, die Resultate bei Krebsen von Mamma, Haut und Mundhöhle waren unvollkommen! Einer schnellen Besserung des Allgemeinbefindens und dem Verschwinden lokaler Schmerzen folgte oft günstige Wirkung auf den Tumor. Bericht über einige dauernde (z. B. ein seit 6 Jahren geheiltes, vollkommenen obstruierendes Mastdarmkarzinom, das Rezidiv nach einem mit Mesothorium behandelten uterovaginalen Karzinom) und über temporäre Heilungen und bemerkenswerte Besserungen.

Nr. 8, 22. Februar 1926.

* Ueber syphilitischen Diabetes mellitus. Sparacio.
Tuberkulöse Meningitis und Spulwurmerkrankung. Jona.
Vorläufige Mitteilung über die Wichtigkeit der Zungentonsille in der Pathologie des Rachens. Della Cioppa.

Ueber syphilitischen Diabetes mellitus. Bericht über zwei Fälle. In dem einen lag die Infektion 30 Jahre, in dem anderen zwei Monate zurück. In beiden war der Diabetes nach der Infektion entstanden und von anderen syphilitischen Symptomen begleitet. Im ersten Fall keine Besserung nach mehrmonatlicher rigoroser Diät. In beiden verschwanden die syphilitischen Symptome und der Diabetes nach spezifischer Behandlung. Der erste Fall gehört zur Gruppe des von nachweisbaren organischen Erkrankungen unabhängigen syphilitischen Diabetes. Im zweiten Falle bezieht Verf. den Diabetes auf Störungen nervösen Charakters, und zwar durch toxische Reizung des vegetativen Systems, die durch Injektionen von Adrenalin, Atropin und Pilokarpin zur Evidenz bewiesen wurde.

Nr. 9, 1. März 1926.

* Antagonismus zwischen Tuberkulose und Krebs. Centamic und Rezzesi.
Haemokrasische Insuffizienz der Leber. Brugi.

Antagonismus zwischen Tuberkulose und Krebs. Klinische und pathologisch-anatomische Befunde sprechen dafür, daß Krebs und Tuberkulose sich gegenseitig nicht beeinflussen, wenn sie sich nacheinander entwickeln, daß aber das gleichzeitige Bestehen beider Krankheiten in voller Aktivität ausgeschlossen zu sein scheint. Verff. untersuchten den Zusammenhang experimentell und bedienten sich als Versuchsobjekte der Maus und eines fast in 100% bei ihr haftenden Adenokarzinoms. Die Maus ist zwar sehr resistent gegen tuberkulöse Infektion mit menschlichen und Rinderkulturen, mit Emulsion tuberkulöser menschlicher und Meerschweinchenorgane. Mit einer Kultur gelang es aber, eine abortive, lokale, in 3—5 Wochen heilbare Form der Tuberkulose zu erzeugen. Bei Injektion lebender mit Tumoremulsion gemischter Bazillen kam es nie zum Haften der Neubildung. Lebende Bazillen, gleichzeitig mit Tumoremulsion an verschiedenen Stellen (Haut und Peritoneum) injiziert, unterdrückten die Entwicklung des Tumors ganz, oder derselbe begann zu wachsen, sobald die tuberkulöse Affektion zur Heilung kam. Nach Ueberimpfung des Tumors bei schon bestehender tuberkulöser Infektion haftete der Tumor gar nicht, während das Tier für eine spätere Tumorübertragung wieder empfänglich war, oder entwickelte sich spät nach Heilung der Tuberkulose. Bei Injektion der Bazillen in den bereits entwickelten Tumor kam es zu Zerstörung des Tumors durch nekrotische Prozesse, aber entweder zu Rezidiven oder zum Exitus. Durch Hitze getötete Tuberkelbazillen hatten, wie auch immer angewandt, keinen Einfluß auf die Tumorentwicklung; ein wenig wirksamer war das mit Tumoremulsion gemischte Tuberkulin. Daraus geht hervor, daß die antagonistische Wirkung auf dem durch die aktive Tuberkulose erzeugten allergischen Zustand in den Hautzellen beruht, von denen auch das benutzte Adenokarzinom seinen Ursprung nimmt. Verff. bemühen sich, einen für die Maus virulenteren Tuberkulosestamm zu finden, mit dem sich eventuell Heilwirkung auf den schon entwickelten Tumor erzeugen ließe.

Nr. 10, 8. März 1926.

Befund einer Oeffnung im Epiploon gastrocolicum bei einer Kranken mit Gastrostose. Giordano.
Ein Fall sogenannter konstitutioneller Eosinophilie. Cirio.
Ein Fall von exspiratorischer metamorphosierender Atmung mit Betrachtungen über das Zustandekommen des Kienbockschen Phänomens. Mongini.

Nr. 11, 15. März 1926.

Die Grundlagen für Kompensation und Kompensationsstörung bei Herzkrankheiten. Ferrannini.
Beitrag zum Studium der Sodòku. Franchini.
* Ueber diagnostischen und prognostischen Wert der Matèfyschen Reaktion bei der Lungentuberkulose. Olivero.
* Die Larynxtuberkulose in der antituberkulösen Prophylaxe. Della Cioppa.

Ueber diagnostischen und prognostischen Wert der Matèfyschen Reaktion bei der Lungentuberkulose. Die Nachprüfung der Matèfyschen Reaktion (0,2 ccm Serum = 1 ccm einer ½% Aluminiumsulfatlösung in Zimmertemperatur; Flockung innerhalb 15—90 Minuten) bei 75 Lungentuberkulosen verschiedenen Grades und 10 nichttuberkulösen Kranken ergab, daß zweifellos Intensität und Schnelligkeit der Flockung der Schwere des tuberkulösen Prozesses parallel gehen, jedoch war die Reaktion bei beginnenden und latenten Fällen mit unsicheren klinischen Symptomen oft negativ, fast stets positiv bei mehr oder weniger schweren Formen, wo die klinische Diagnose keine Schwierigkeiten bot, und positiv bei nichttuberkulösen Krankheiten, die mit schwerem Kräfteverfall einhergingen. Die Reaktion ist also nicht spezifisch, sondern steht in Beziehungen zu dem Grade des Eiweißzerfalls und zwar zu dem bei erschöpfender Krankheit zunehmenden Globulingehalt des Serums. Sie kommt zustande durch die Wirkung der trivalenten Kationen des Aluminium (daher gleiche Wirkung des Ceriumchlorid), nie durch bivalente Kationen wie z. B. Baryumsalze. Auch prognostisch ist die Reaktion weniger verwendbar, weil zu wenig empfindlich.

Die Larynxtuberkulose in der antituberkulösen Prophylaxe. Kehlkopftuberkulose findet sich bei 20% aller Insassen von Lungensanatorien, bei 30% aller Phthisiker auf dem Sektionstisch. Sie spielt eine große Rolle für die Weiterverbreitung der Tuberkulose und übt stets einen sehr ungünstigen Einfluß auf den Verlauf einer selbst leichten Lungentuberkulose aus. Verfasser mahnt daher dringend zu frühzeitiger laryngoskopischer Untersuchung bei dem geringsten Verdacht, umsomehr als beginnende Kehlkopftuberkulose oft dauernder Besserung, ja Heilung zugänglich ist.

Nr. 12, 22. März 1926.

Der metastatische Prostataabszeß. Taddei.
Solitärzyste der Niere. Santoro.
Die pharmokodynamische Wirkung der Extrakte von Knoblauch auf den Herzgefäßapparat. Sunzeri.
* Ein Fall kongenitaler Malaria. Annecchino.

Ein Fall kongenitaler Malaria. Der identische Parasitenbefund bei Mutter und Kind (zahlreiche Schizonten der Tertiana mit einigen Gameten des Plasmodium vivax), das gleichzeitige Auftreten der Fieberanfälle 48 Stunden post partum sprachen für ein und dasselbe Kontagium. Eine Infektion während des kurzdauernden, physiologischen Partus war durch das Fehlen der Inkubationszeit und von Verletzungen des Neugeborenen ausgeschlossen. Gegen eine Infektion post partum sprach neben dem Fehlen der Inkubationszeit der absolut malariafreie Geburtsort und der Gametenbefund im Blut.

Nr. 13, 29. März 1926.

Gonokokkeninfektion bei einem Mädchen mit anormalen Genitalien. Del Vivo
Ueber das Babinski-Phänomen bei toxischen Zuständen. Pezzotti.

Rontel.

Il Policlinico, Sez. prat.

Nr. 1, 4. Januar 1926.

Die Natur der Syphilis und die modernen Ansichten über dieselbe. Philippson.
* Vitamine und allergische Tuberkulinreaktionen. Galli.
Ueber einen Fall von spontanem Pyopneumothorax. Steiner.
Ueber die Analyse des Acetons mit Hydroxylaminsalzen und die Ueberempfindlichkeit alkalimetrischer Indikatoren. Pittarelli.

Vitamine und allergische Tuberkulinreaktionen. Die Tuberkulin-Allergie ist der Ausdruck einer Abwehrfunktion des Organismus. Wenn Ursachen irgendwelcher Art dazutreten, welche die Widerstandskräfte zu schwächen imstande waren, so beobachtete Verf. auch Aenderungen der Hautreaktion gegen Tuberkulin, aus der Allergie entstand eine Hypoergie oder oft eine negative Anergie. Die Beobachtungen betrafen 35 Kinder von 2—11 Jahren, die Träger eines latenten, sicher diagnostizierten tuberkulösen Herdes waren, auf v. Pirquet positiv reagierten und an Keuchhusten, Masern, Typhus, Kolitis, Scharlach, Grippe oder Ernährungsstörungen erkrankten. Bei allen diesen Kindern stellte er in dem akuten Krankheitsstadium das Verschwinden der Tuberkulin-Allergie fest, sie wiesen negative Pirquet und Mantoux Reaktionen auf. Die Anergie dauerte bei unkomplizierten Masern bis zum Verschwinden des Exanthems, bei Komplikation mit Bronchopneumonie viel länger, beim Keuchhusten oft 60—90 Tage, bei komplizierter Grippe oft noch lange nach der Heilung, bei Typhus und Paratyphus meistens bis zur Genesung, bei Unterernährung verschieden lange. Die Zuführung von Vitaminen ergab nun in allen diesen Fällen, daß die Tuberkulin-Allergie viel früher zurückkehrte, und diese Rückkehr, ganz unabhängig von der Besserung des Allgemeinzustandes, einer Wirkung der Vitamine auf die Zellen zuzuschreiben war, auf deren latente Energie sie einen Reiz ausüben, und deren Fähigkeit zur Abwehr sie reaktivieren.

Nr. 2, 11. Januar 1926.

Der Symptomkomplex der Erkrankungen der Ganglien an der Hirnbasis. Monteleone.
Ueber eitrige Infektionen der Niere. Broglio.
Wert der Nierenfunktionsprüfungen für die Indikation einer Nierenoperation. Ravasini.
Die Meltzer-Lyon-Steppsche Probe liefert wirklich Galle aus der Gallenblase. Trossarelli.

Nr. 3, 18. Januar 1926.

Pathologie des Meckelschen Divertikels. Fronticelli.
* Ueber den gleichzeitig doppelseitigen Pneumothorax. Zuccola.
Gleichzeitig doppelseitiger, künstlicher Pneumothorax. Giani.
Verhalten der Novocain-Formalinreaktion bei einigen infektiösen Krankheiten. Tron.

Ueber den gleichzeitig doppelseitigen Pneumothorax. Verf. führte mit guten Erfolgen die doppelseitige Pneumothoraxtherapie bei 5 leichten und 5 weiter vorgeschrittenen Lungentuberkulosen aus. Die Technik muß je nach der Schwere der Erkrankung und der Aenderung des physikalischen und Röntgenbefundes variiert werden. Er empfiehlt die Behandlung mehr bei Formen mit progressivem und bronchopneumonischem Charakter, als bei ulcerösen, käsigen Formen mit Kavernenbildung. Natürlich dürfen auch hier keine zu ausgedehnten Adhäsionen vorhanden sein, da partieller Druck eher schädlich wirkt. Die Methode ist also auf nicht zu vorgeschrittene Fälle zu beschränken, die unter sorgsamer klinischer und röntgenoskopischer Kontrolle stehen müssen, von welcher Menge des Gases (zwischen 100 und höchstens 250 ccm) und Häufigkeit der Einführung (in den Fällen des Verf. 15—30) abhängt. Bei allmählichem und langsamem Druck wurden nie üble Zufälle von Seiten des Respirations- und Zirkulationsapparates beobachtet, da sich der Organismus einer Existenz mit sehr geringer Respirationsfläche anfassen kann.

Nr. 4, 25. Januar 1926.

* Zwei Fälle von Hypernephroma mit Metastasen. Carusi.
* Die Wege zur größeren Sicherung der Funktion des neuen Pylorus bei der Gastroenterostomie und zum größeren Schutz gegen den circulus vitiosus. Mosti.

Zwei Fälle von Hypernephroma mit Metastasen. Im ersten Falle Metastasen in den Unterlappen beider Lungen und der hintern Wand des linken Ventrikels, im zweiten Falle im Thalamus opticus und in der Leber. Verf. ist der Ansicht von Grawitz, daß es sich um Tumoren der Nebennierenkapseln handelt. Die Symptome, welche beide Kranken darboten, waren solche, die allen malignen Tumoren gemeinsam sind; eine exakte Diagnose in vivo ist daher nicht möglich.

Die Wege zur größeren Sicherung der Funktion des neuen Pylorus bei der Gastroenterostomie und zum größeren Schutz gegen den circulus vitiosus. Verf. empfiehlt als technisch einfachste und für den Erfolg beste Methode die Gastroenterostomia posterior inferior transmesocolica mit Verschluß des Pylorus, wenn dieser durchgängig ist, und einer zuführenden, wenn möglich kurzen Schlinge in vertikaler Richtung. Die isoperistaltische Richtung der anatomischen Schlinge schafft ebenso, wie ihre vertikale Richtung ungünstige Bedingungen für den circulus vitiosus.

Nr. 5, 1. Februar 1926.

Ueber Wirkungsart der abführenden, natürlichen Kochsalzbrunnen bei infektiösen Darmleiden. Sanarelli.
Bemerkungen über einen Fall von Periösophagitis infolge Fremdkörper im Oesophagus. Di Vestea.
Zwei Fälle von Fremdkörperextraktion aus dem Oesophagus. Castagna.
Technik der Konservierung mikroskopischer Mehlpräparate. Marino.

Nr. 6, 8. Februar 1926.

* Die schmerzhaften Spasmen des Abdomens in Beziehung zu Stoffwechselveränderungen. Alessandrini.
Ein Fall von primärer Echinokokkenzyste des Blasen-Mastdarm-Raumes Giaciuto.
Torsion der Gallenblase — Akuter Hydrops. Marinacci.

Die schmerzhaften Spasmen des Abdomens in Beziehung zu Stoffwechselveränderungen. Viele schmerzhafte Abdominalkrisen und diarrhoische Zustände stehen in Beziehung zu Entkalkung des Organismus infolge Veränderungen des intermediären Stoffwechsels. Alle Funktionen der inneren Organe stehen unter dem antagonistischen Einfluß der Ca- und K-Jonen, deren Uberwiegen im ersteren Fall Sympathicotonus, im zweiten Fall Vagotonus bestimmt. Eine Stoffwechselveränderung (vielleicht des Zuckers) kann rapiden Verlust der Kalksalze zur Folge haben. Bei solcher starken Kalkausscheidung oft Befund von oxalsauren Kalkkristallen im Harn während des Anfalls. Eine normale Funktion der Nebenschilddrüse stellt das Innervationsgleichgewicht rasch wieder her. Die spastischen Zustände auf konstitutioneller Basis können eine Colica hepatica, Pyloro- und Kardiospasmen, Reizungssymptome von Colon ascendens oder descendens, Nierensteinkoliken vortäuschen. Die Symptome wechseln von schmerzhafter Spannung bis zu Ileuserscheinungen. Starke Kalkverluste, Hypofunktion der Nebennieren, muskuläre Uebererregbarkeit sind Kriterien, die Diagnose der primären spastischen Formen darf aber erst nach Ausschluß aller anderen organischen Erscheinungen gestellt werden. Die Therapie besteht in Kalkzuführung, am besten durch intravenöse Injektionen, da subkutane oft Nekrosen verursachen (Chlorcalcium 1 g in 5—10 ccm Wasser; in der ersten Woche 3 Injektionen, zwei Wochen lang je 2, vier Wochen lang je 1 Injektion; im Anschluß Calc. lact. 1—2 g per os). Gleichzeitige Belladonnagaben sind zweckmäßig. Diät: Viel Milch, wenig Fleisch wegen der Kalisalze, Vermeidung einiger Gemüse, besonders des Spinats.

Nr. 7, 15. Februar 1926.

Ueber einen Fall von jugendlicher progressiver Paralyse. Fornara.
Ein Fall fieberhafter tertiärer Syphilis. Bacheca.
Luetischer Symptomenkomplex mit Fieber und Meningitis. Monateri.
* Die Reaktion Gaté-Papacostas in Beziehung zu Lues und anderen Krankheiten. Milani.

Die Reaktion Gaté-Papacostas in Beziehung zu Lues und anderen Krankheiten. Inaktivierung des Serums ist für die Reaktion nicht nötig. Das Serum kann auch einige Tage alt sein. Stark positive Sera werden schon nach einer Viertelstunde opalescent, um nach einer weiteren Viertelstunde stark zu gelatinieren. Verfasser bezeichnet diesen Zustand als harte Gelatinierung, während bei schwächerer positiver Reaktion die gelatinöse Masse weicher, weniger resistent ist. Man muß darauf achten, ein gut titriertes Formalin anzuwenden, da die Lösungen des Handels infolge des beigemischten Methylalkohols mit der Zeit an Formaldehydgehalt abnehmen. Bei Prüfung an 200 Sera ergaben sich 42 + G. P. gegen 33 + WaR. Von den ersteren waren 28 in Uebereinstimmung mit der WaR. (85%). Die Methode eignet sich wegen ihrer einfachen Technik, der Leichtigkeit des Ablesens, gut für den praktischen Gebrauch, besonders dort, wo große Laboratorien fehlen.

Nr. 8, 22. Februar 1926.

Anwendung des trockenen Meerschweinchen-Komplements. Spicca.
Der erste mit Radium geheilte Fall äußerer Leishmaniose. Timpano.
* Heteroinfektion mit Pockenlymphe. Testa.
Anchylostomakrankheit in der Provinz Forli. Pantaleoni.

Heteroinfektion mit Pockenlymphe. Infektion der 33 jährigen Mutter, die zwei Pockenimpfungen durchgemacht hatte, durch ihr achtmonatiges Kind etwa 10 Tage nach dessen Impfung. Die Mutter zeigte je eine Pustel am oberen und unteren Augenlidrand mit Uebergreifen auf die benachbarte Haut. Heilung nach 10 Tagen unter Irrigationen mit 4% Borlösung. Die Kornea blieb intakt.

Nr. 9, 1. März 1926.

Der systematische chirurgische Eingriff bei der akuten Appendicitis als absolutes Dogma. Gucci.
Der Kampf gegen die Trichophytie. Alberti.
Ein neuer Apparat für den künstlichen Pneumothorax. Pisani

Nr. 10, 8. März 1926.

Die Entzündung der mittleren tiefen Zellenräume des Warzenfortsatzes und ihr Verlauf. Bilancioni und Traina.
* Ein neuer Fall Kümmellscher traumatischer Spondylitis. Basenghi.
Fraktur des Os scaphoideum des Tarsus. Margottini.

Einige Betrachtungen über Manometerdruck bei der künstlichen Pneumothoraxtherapie. Curti.
Für eine immer rationellere Chininprophylaxe der Malaria. Falcioni.

Ein neuer Fall Kümmellscher traumatischer Spondylitis. Eine Erkrankung alten Datums mit allen charakteristischen Zeichen einer frischen Fraktur ohne Tendenz zur Heilung. Die Schmerzen traten 16 Monate nach Ausgleiten auf einer Treppe auf. Tuberkulöse, syphilitische, rheumatische, arthritische, neuropathische Prozesse waren auszuschließen. Der Röntgenbefund zeigte Wirbelknochenveränderungen als Ausgang eines ostitischen Prozesses, der sich unbemerkt entwickelt hatte und war charakteristisch für die Kümmellsche Spondylitis.

Nr. 11, 15. März 1926.

Klinische Betrachtungen und hämatologische Untersuchungen in einer Familie von Hämophilen. Monteleone.
Duodenale Ernährung. Trossarelli.
Prompte Wirkung des Insulin auf die Acidose bei unveränderter Glykämie und Glykosurie. Sanguinetti.
* Einige Alkaloide der Chinarinde bei der Heilung der Malaria. Ascoli.

Einige Alkaloide der Chinarinde bei der Heilung der Malaria. Im Auftrage des Völkerbundkomitees ausgeführte Untersuchungen unter ziemlich einengenden Vorschriften. Viele der behandelten Kranken litten an maligner Tertiana. Die Dosierung darf, besonders bei den malignen Formen, nicht zu klein sein, und die Dosen müssen schnell aufeinander folgen. Die Resultate in der Dosierung von 1—2½ g pro die waren bei frischer Malaria oder frischen Rezidiven besser als bei älteren Rezidiven. Chinin à 0,5 g in ½—1 stündigen Intervallen war sehr wirksam. In sehr schweren Formen trat Entfieberung erst nach 2—4 Tagen ein. Cinchonin war weniger wirksam, um ⅓—½ größere Dosen waren nötig. Amblyopie und Strangurie traten nicht selten auf. Das zur Untersuchung übergebene Präparat war holländischer Herkunft. Mit einem früher benutzten englischen Präparat hatte Verfasser bessere Erfolge. Chinidin wurde ebenso gut vertragen und war ebenso wirksam wie Chinin, sogar in geringeren Dosen als letzteres. Das zur Untersuchung übergegebene Chinetum, eine holländische Alkaloidmischung, wirkte ebenso gut wie Chinin.

Nr. 12, 22. März 1926.

Vergleich von Quecksilber und Wismut in der Syphilisbehandlung. Philippson.
* Ueber den Gebrauch des Pergamentpapiers in der Chirurgie. Taddei.
Das erythro-leukämische Krankheitsbild bei Säuglingen. Barbera.

Ueber den Gebrauch des Pergamentpapiers in der Chirurgie. Verfasser wendet das Pergamentpapier in seiner chirurgischen Klinik in großem Umfange an und empfiehlt es vor allem dem praktischen Arzt für die kleine Chirurgie in der Sprechstunde und am Krankenbett als nützlich, ja unentbehrlich. Es ist undurchlässig, leicht und sicher trocken und feucht zu sterilisieren und sehr billig. Es eignet sich zur Isolierung des Operationsfeldes unterhalb der sterilisierten Tücher, zur Isolierung der Instrumente und des Verbandsmaterials von den Tischplatten, zur Verhinderung der Beschmutzung der Wäsche bei Verbänden eiternder Wunden oder bei Spülungen, bei Hantierungen und Verbänden am Penis, Mund und Anus. Es ersetzt nicht nur die teuren Mekintosh und sonstigen undurchlässigen Materialien, sondern ist auch leichter ohne Schaden zu sterilisieren, leicht zu fenstern. Auch ist es in Streifen verwendbar bei Hauttransplantationen, um das Haften des Verbandmaterials an der Wunde zu verhindern. Der praktische Arzt kann sein sterilisiertes Material darin einfach transportieren und hat mit einigen Stücken gekochten Pergamentpapiers ein gutes und sicheres Material für direkte und indirekte Isolierung schnell zur Hand.

Nr. 13, 29. März 1926.

Ueber die beste Methode der Bereitung von Serumproben für die individuelle Blutuntersuchung. Badino.
Ueber die motorische Aphasie von Broca gelegentlich eines Schädeltraumas mit Hirnabszeß. Scollo.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. med.

Nr. 1, 1. Januar 1926.

* Ueber Haemoglobinurie bei Malariakranken. Ghiron.
Ueber einen interessanten Fall von Buba Brasiliano. Franchini.
Die reduzierenden Substanzen des Liquor und ihre Beziehungen zu denen des Blutes bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Frosti.
Neue klinische Beobachtungen und technische Details über die Flockungsreaktion Della Volta-Benedetti in luetischen Sera. Della Volta.

Ueber Haemoglobinurie bei Malariakranken. Untersuchungen des Serum von vier an schwerer Haemoglobinurie erkrankten Malariapatienten. Dasselbe zeigte in vitro eine ausgesprochene haemolytische Wirkung auf rote Blutkörperchen, die mit Chinin imprägniert waren und ganz besonders stark auf rote Blutkörperchen von Malariapatienten, die an benigner oder maligner Tertiana erkrankt waren, ob sie unter Chininwirkung standen oder nicht. Für eine starke haemolytische Reaktion sind drei Faktoren nötig: Rote Blutkörperchen eines Malariakranken, Chinin und Serum eines Haemoglobinuriekranken. Bei der Haemoglobinurie ist also ein Haemolysin vorhanden, das durch rote Blutkörperchen, die mit Chinin imprägniert sind und von Malariakranken stammen, deutlich erkennbar gemacht wird. Dieses Haemolysin wirkt in verschiedenen Konzentrationen und kann nach einer gewissen Zeit aus dem Organismus verschwinden, so daß dann seine spezifische Reaktion in vitro negativ wird. Es läßt sich also durch Einwirkung eines Haemoglobinurieserums mit aktivem Haemolysin auf die roten Blutkörperchen eines Patienten eine Malariainfektion feststellen, und mit den roten Blutkörperchen eines unter Chininwirkung stehenden Malariakranken kann man die haemolytischen Eigenschaften des Serums von Kranken erkennbar machen, die einen akuten oder larvierten Anfall von Haemoglobinurie gehabt haben. Fällt nach Ueberstehen eines solchen Anfalls die Reaktion negativ aus, so ist die Chinindarreichung wieder gestattet.

Nr. 2, 1. Februar 1926.

Ueber einen seltenen Fall von Cysticercus racemosus mit Lokalisation im Rückenmark. Verga und Dazzi.
* Beitrag zur Histopathologie der Kindergonorrhoe. Ronchese.
Sammelreferat über Genese, Prophylaxe und Heilung des Krebses. Marchesini.

Beitrag zur Histopathologie der Kindergonorrhoe. Nach Beobachtung von 175 Gonorrhoen kleiner Mädchen in den letzten 14 Jahren ist die Krankheit häufig in der Urethra, im Rektum, der Vagina, der äußeren Oberfläche des Collum, am Orificium, am untersten Abschnitt des Cervixkanals lokalisiert, dagegen kommt es sehr selten zu ascendierender Erkrankung der inneren Genitalien, was einerseits durch das Fehlen der Uterussekretion und den gut verschlossenen Cervixkanal, andererseits vielleicht auch durch die Abwehrkräfte des jugendlichen Organismus zu erklären ist, da der Prozeß auch von der fast stets erkrankten Urethra selten auf die Blase übergreift. Die lange Dauer und die häufigen Rezidive nehmen bei den zahlreichen Lokalisationen und der schweren Zugänglichkeit für therapeutische Mittel nicht Wunder. Durch drei genau untersuchte Fälle, die infolge interkurrenter Krankheiten mehrere Monate nach Auftreten der Infektion zur Autopsie kamen (zahlreiche histologische Bilder), werden obige Beobachtungen gestützt.

Nr. 3, 1. März 1926.

Ueber Veränderungen des retikulo-endothelialen Systems bei verschiedenen Tieren und mit verschiedenen Giften. Guccione.
Einfluß der Milz auf den Stickstoff-Stoffwechsel. Marino.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. chir.

Nr. 1, 15. Januar 1926.

Das Hühneradenom. Calvanico.
Die parabiliären Stenosen. Lagravinese.
* Die Röntgenuntersuchung des Duodenum mittels Einführung opaker Flüssigkeit durch die Einhornsonde. Saraceni, Antonucci und Celiberti.

Die Röntgenuntersuchung des Duodenum mittels Einführung opaker Flüssigkeit durch die Einhornsonde. Die Einführung der Sonde bis zur Mitte der pars descendens duodeni bietet auch bei ulcerösen Prozessen keine besonderen Schwierigkeiten und wird auch bei frischen Blutungen gut vertragen. Um einen Spasmus des Pylorus zu vermeiden, gibt man vorher ein alkalisches Getränk und nimmt die Untersuchung in rechter Seitenlage mit etwas erhöhtem Becken vor. Die Olive übt einen Reiz aus und ruft fast stets einen Spasmus hervor, der jedoch nicht erheblich stört; auch bei der duodenalen Füllung per os beobachtet man in der Mitte der pars descendens eine lokale Hypertonie und eine Entstehung antiperistaltischer Wellen. Die direkte Füllung (50 bis 100 ccm einer wässrigen Bariumsulfatlösung mittels einer Spritze; Röntgenographie in Apnoë sofort danach nach vorangegangener Röntgenoskopie) ergibt für die Morphologie des Duodenums viel bessere Resultate als die alte Methode, da sie leicht abstufbar ist und bis zu voller Entfaltung der Duodenalwände getrieben werden kann; teilweise, ungleichmäßige Ausdehnung erzeugt viel eher Spasmen. Die Untersuchung ergab in zwei Fällen ein normales Duodenum, in drei Fällen paraduodenale Veränderungen, in einem Falle ein Ulcus duodeni. In den ersten fünf Fällen sieht man auf den beigegebenen Röntgenbildern die normalen Umrisse des Duodenum und das Verhalten seiner Peri- und Antiperistaltik erwies sich als normal. Der Sitz des Ulcus duodeni ließ sich genau durch die unvollkommene Entfaltung der Gegend des Bulbus und des ersten absteigenden Duodenalsteils bestimmen. Ein großer Vorteil vor der alten Methode liegt in dem Umstand, daß das Duodenum nirgends durch den Magenschatten verdeckt wird.

Nr. 2, 15. Februar 1926.

Ueber Hautmyome. Angelelli.
Betrachtungen über postoperative Magenulcera. Dogliotti
Ueber Pathogenese sekundärer Magenulcera. Gussio.

Nr. 3, 15. März 1926.

Die Veränderungen des Magenchemismus nach Magenresektionen. Ascoli.
Ein Rektumkarzinom mit Krukenbergschen Siegelringzellen. Di Gioia.
Ueber die Pathogenese der sekundären, postoperativen Magenulcera. Gussio.

Rontal.

Paris médicale.

Nr. 1, 2. Januar 1926.

Die biologische Bedeutung des Kochschen Phänomens. Bezancon und Lelong.
* Präventivbehandlung der Post-partum-Lungentuberkulose. Sergent.
Die morphologischen und pathogenen Veränderungen des Tuberkelbazillus. Arloing, Dufour und Malartre.
Traumatische Adhäsivpleuritiden beim künstlichen Pneumo. Bernard.
* Aetiologie und Pathogenie der Tuberkulosen der zweiten Kindheit. Derbey und Corday.

Präventivbehandlung der Post-partum-Lungentuberkulose. Bei Schwangeren mit evolutiver Lungentuberkulose ist sofort nach der Geburt ein bilateraler Sicherheitspneumo anzulegen. Dies geht ohne Schaden und ohne Zwischenfälle; kann einen sehr guten Erfolg haben, indem dadurch ein beschleunigtes Wiederaufflackern vermieden wird; falls der Prozeß auf einer Lunge weiterschreitet, kann immer noch ein kompletter Pneumo auf dieser Seite angelegt werden. Bei Schwangeren, die früher einwandfrei Tuberkulose aufwiesen, aber zurzeit kein Zeichen des Fortschreitens aufweisen, kann diese Methode unter Umständen ebenfalls von Vorteil sein. Einzige Kontraindikation: Kachexie.

Aetiologie und Pathogenie der Tuberkulosen der zweiten Kindheit. Wenn ein Kind zwischen 5—15 chronische evolutive tuberkulöse Läsionen des Knochens, der Gelenke, der Pleura, des Peritoneums, der Drüsen, der Lunge bietet, so ist ein längerer Kontakt mit einem ansteckungsfähigen Tuberkulösen absolut notwendig; eine zufällige Ansteckung genügt nicht, es sei denn unter Ausnahmezuständen. Und zwar ist das Zusammenleben mit einem Tuberkulösen nötig, dagegen ist die zufällige Infektion durch Kontakt mit einem Tuberkulösen, ebenso wenig wie die unvermeidliche Infektion durch das Straßenvirus, fähig, bei einem Kind selbst der ärmeren Klassen eine chronische, klinisch klare Tuberkulose hervorzurufen. Ferner: hinsichtlich Mortalität und Morbidität besteht eine Proportion: die Kinder unter 5 erkranken im Verhältnis 1 : 2, die Kinder zwischen 5 und 10 im Verhältnis 1 : 3, und die zwischen 10 und 15 im Verhältnis 1 : 4. Ein Erwachsener, der mit einem tuberkulösen Erwachsenen zusammenlebt, wird selbst in etwa 5% der Fälle tuberkulös, d. h. mit der Entwicklung des Körpers wächst die Widerstandsfähigkeit. Oder mit anderen Worten, das Alter der Allergie gibt den Ausschlag. Eine junge Allergie weist weiteren Infektionen gegenüber nur einen schwachen Widerstand auf, eine alte einen nahezu absoluten. Hier kommt also die Bedeutung nicht des Alters des Menschen, sondern des Alters der Tuberkulose in Betracht, oder die frühzeitige Infektion. Da zeigt sich nun hinsichtlich zweier Lokalisationen ein Unterschied, nämlich bei der osteoartikulären Form und bei der Lungentuberkulose des älteren Kindes, und zwar hinsichtlich der Dauer der Latenzperiode. Im letzteren Falle kann sie jahrelang dauern. Dann ist die Tuberkulose des Erwachsenen eigentlich nur das Ende einer langen in der Kindheit begonnenen Krankheit. Der Tuberkulose des größeren Kindes mit chronischer Entwicklung liegt meist eine familiäre Infektion zugrunde; bei den akuten Fällen dagegen, wie der primären tuberkulösen Meningitis, liegt meist eine unerkannt gebliebene, obskure Infektion vor, extrafamiliär. Aehnlich liegt es bei den Negern, wenn sie in zivilisierte Länder kommen. Also warum bekommt ein Kind eine Knochen- oder eine Lungentuberkulose? Die wiederholten und massiven Infektionen, die sich aus dem Zusammenleben mit einem Phthisiker ergeben, sind praktisch notwendig, damit sich die Affektionen entwickeln können; eine zufällige Infektion genügt trotz anderer schwächender Faktoren nicht dazu. Und: eine Knochentuberkulose tritt viel früher nach der Infektion auf als eine Lungentuberkulose und trifft Kinder mit junger Allergie; das Alter der Allergie ist dabei eine der wichtigsten Modifikationen des spezifischen Terrains.

Nr. 2, 9. Januar 1926.

Die Perkussion. Gilbert u. a.
Radiotherapie bei Magenkrebs. Martinez.

Nr. 3, 16. Januar 1926.

Formen und Behandlung der nekrotischen Akne. Sabouraud.
Chlorakne. Nicolas und Pillon.
Der Teer in der Hauttherapie. Gonin.
Eine seltene Form der Dyshydrose. Favre.
Medikamentöse Eruptionen. Milian.

Nr. 4, 23. Januar 1926.

Subkutane Kalkkonkretionen. Thibierge und Weisenbach.
* Behandlung der Phlebitis mit ultravioletten Strahlen. Savini.
Ursprung des kongenitalen Volvulus. Valkanyi.
Zufälle bei der Pleurapunktion. Delbecq.

Behandlung der Phlebitis mit ultravioletten Strahlen. Es handelt sich um einen 26 Jahre alten Mann aus tuberkulöser Familie mit Vegetationen, Colitis und Appendicitis. Zwischen der Appendicitis und den Vegetationen bestehen Beziehungen (Hypertrophie des Lymphgewebes, die auch den Appendix gegen Infektionen weniger widerstandsfähig macht), ebenso zwischen der Colitis und Appendicitis. Nun kommt im Anschluß an die Appendicitis eine Phlegmasia alba dolens in der linken Iliaca. Dort entsteht sie gern auf metastatischem Wege, auch ohne direkte Beziehungen der Vene zum primären Infektionsherd, besonders nach Typhus, Grippe, Variola und Appendicitis. Hier hat sie sich in 3 Schüben entwickelt und trotzte jeder Therapie: 5 Monate Bettruhe, ohne die geringste Besserung. Dann ultraviolette Strahlen: rapide Besserung, besonders auch des entzündlichen Oedems, nach 5 Wochen konnte er wieder gehen. Die Wirkung ist nicht ganz klar. Abgesehen von der stimulierenden Wirkung scheinen die Strahlen doch beim Auftreffen auf die Haut eine längere Welle zu bekommen und dadurch tiefer zu dringen, als man gewöhnlich annimmt. Dann kann man eine gewisse parenterale Eiweißwirkung annehmen durch das interstitielle Oedem, das durch die Hyperämie und die damit verbundene Leukocytenwanderung und die so entstehenden fermentierenden

Oxydationsprodukte entsteht. Auch die Esophylaxie könnte zur Erklärung herangezogen werden. Ferner könnte das entstehende Erythem als Derivans auf die tiefe Zirkulation wirken. Auch ist es möglich, daß die ultravioletten Strahlen ähnlich wie die Sonnenstrahlen nach einigen Stunden gewisse dem Organismus günstige Substanzen bilden, im Gegensatz zu den toxischen Substanzen, die sich bei Verbrennungen bilden. Dann würde noch der Einfluß auf die Hautnerven, auf den P-Ca-Stoffwechsel, auf den Sympathikus und die inneren Drüsen, auf die Haut selbst in Frage kommen. Dieses Verfahren kommt auch für Varicen, und Hämorrhoiden in Betracht.

Nr. 5, 30. Januar 1926.

Ueber den syphilitischen Schanker. Milian.
* Konvulsive Hysterie oder Epilepsie. Rouquier und Vuillaume.
Ein Fall von malignem Lymphocytom des Mediastinum. Liegeois und Foulon.
Ueber mentale Prophylaxe. Rodiet.

Konvulsive Hysterie oder Epilepsie. Wenn auch heute nach der Ansicht der Neurologen und Psychiater eine Verwechslung zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen kaum mehr möglich ist, so gibt es doch nach der Ansicht der meisten militärischen Neuropsychiater Fälle, in denen eine präzise Differentialdiagnose nicht möglich ist. Bei der Epilepsie handelt es sich um eine Ischämie in der Hirnrinde durch eine anatomische Läsion oder irgendeinen Reiz mit aller Wahrscheinlichkeit infolge eines sympathischen Reflexes. Die ausklinkende Ursache ist noch nicht klar. Dem hysterischen Anfall scheinen keine vasomotorischen Phänomene zugrunde zu liegen, keine Blässe im Anfall, keine Narbenläsion. Lediglich die Suggestion, die vom Kranken oder seiner Umgebung ausgeht, auf die sich die einzelnen Teile des klinischen Bildes aufbauen und die es eben vom epileptischen Anfall unterscheiden lassen. Die Aura findet man beim Hysteriker nicht; wohl sagen beide Kranken, daß sie den Anfall kommen fühlen, der Hysteriker aber deshalb, weil er ihn präpariert. Beim Epileptiker absoluter Bewußtseinsverlust; die klonischen und tonischen Konvulsionen fehlen in vielen latenten Fällen. Er beherrscht hier das Bild, tritt plötzlich auf und damit der Anfall. Beim Hysteriker kann das Bewußtsein leicht getrübt sein; er versteht aber alles, was um ihn vorgeht, er schlägt um so mehr um sich, je mehr man ihn hält oder beobachtet: er will krank sein. Das Typische seiner Anfälle ist bekannt, er zieht daraus bewußt oder unbewußt seinen Vorteil; der Epileptiker schämt sich seines Anfalls und will geheilt sein. Beim Hysteriker normale Pupillen; er hütet sich, seine Kleidung zu beschmutzen, weil er ein Egoist ist, seine Sphinkteren lassen nicht nach. Seine Zungenbisse sind recht selten und dann in der Spitze; beim Epileptiker den Molaren entsprechend. Der epileptische Anfall ist kurz, der hysterische kann stundenlang dauern. Auch der Ausgang ist verschieden. Der Epileptiker ist psychisch und physisch müde und erholt sich davon langsam. Der Hysteriker keineswegs, er erhebt sich sofort leicht. Er ißt oder macht sonst etwas. Beim Hysteriker kann man den Anfall durch den elektrischen Strom hervorrufen; beim Epileptiker auch, aber nur, wenn gleichzeitig Hysterie vorliegt.

Bei Hysterikern wie bei Epileptikern kann man nun denselben mentalen Boden finden, den der konstitutionellen Psychopathie und der pathogene Mechanismus vieler solcher Anfälle läßt sich eben nicht genau klassifizieren. Beim Hysterischen kann der moralische Schock, die Widerwärtigkeit des gegebenen Moments den Anfall auslösen, aber dies ist sekundär, es ist der Tropfen, der das Gefäß zum Ueberlaufen bringt. Er präpariert seinen Anfall, aber wenn er ihn hat, glaubt er auch krank zu sein. Er belügt sich selbst, ohne sich davon Rechenschaft zu geben. Dies ist Myotomanie, und die hysterische Konstitution ist eine Varietät der myotomanischen Konstitution. Die Hysteriker, deren konvulsives Syndrom fixiert ist, sind Myotomanen. Dies geht von unverständlichen Uebergängen, von der unbewußten Lüge bis zur bewußten Simulation.

Bei beiden kann man also analoge, wenn nicht identische psychopathisch konstitutionelle Zustände finden, die sich in allen Variationen der Gleichgewichtsstörung zeigen; beim Hysteriker begünstigt sie Anfälle, indem sie unter gewissen Umständen eine abnorme Suggestibilität schafft. Diese Gleichgewichtsstörung bedingt auch das Auftreten der Hyperemotions- oder der Erschöpfungskrise. Sie kann in einer Anzahl von Fällen einem larvierten epileptischen Anfall gleichen, von dem sie kaum zu unterscheiden ist. Bei manchen Epileptikern mit einer cerebralen Läsion kann sie, gelegentlich eines moralischen Schocks, einen mehr weniger charakteristischen epileptischen Anfall hervorrufen, dessen gelegentliche Ursache und zweifellos auch dessen physiologischer Mechanismus (cerebrale Vasokonstriktion) absolut identisch sind mit denen, die die hyperemotive Krise auslösen, das erste Stadium des eigentlichen hysterischen Anfalles.

Nr. 6, 6. Februar 1926.

Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Röntgen. Lars Edling.
* Die Maxillarnekrose bei Beschäftigung mit radioaktiven Körpern. Lacassagne.
Heilung von Sterilität bei Funktionsstörungen des Ovariums durch Radium. Caufman.

Die Maxillarnekrose bei Beschäftigung mit radioaktiven Körpern. Osteomyelitis der Maxilla, analog der Phosphornekrose, kommt vor bei Arbeitern, die jahrelang sich mit Leuchtfarben, radioaktivem Zinksulfat beschäftigen. Zunächst Gingivitis, dann Alveolarpyorrhoe, Zahnschmerzen, Ausfallen der Zähne. Ziehen der Zähne beschleunigt die Entwicklung der Nekrose. Im Oberkiefer Zerstörung des Alveolarrandes langsam progresiv; im Unterkiefer Spontanfrakturen des Corpus. Perforation des Gaumens, Sinusaffektionen. Während dieser Entwicklung von 2—3 Jahren erhebliche Schmerzen. Es gibt leichte Formen, wo Resektionen Heilung bringen können. In schweren Formen sekundäre Sepsis, Kachexie, perniciöse Anämie. Pathogenie: dadurch, daß die Arbeiter beim Bemalen der Uhrplatten den Pinsel im Munde halten und so Farbteile aufnehmen.

Nr. 7, 13. Februar 1926.

Maltafieber. Cayrel.
* Psychologie des Gallensteinkranken. Parturier.
Luxeilsche Duschen und die Hydrotherapie im Hotel Dieu. Dausset und Gerard.
Die Schlafkrankheit in den französischen Kolonien in Afrika. Leger.

Psychologie des Gallensteinkranken. Es sind zwei Zustände neuropathischer Art, die die Entwicklung bei Gallensteinleidenden beherrschen, die Schlaflosigkeit und das besondere Unbehagen nach der Mittagsmahlzeit. Etwa 50% der Biliären mit oder ohne Steine wachen nach einigen Stunden Schlaf spontan oder mit Schmerzen wieder auf. Bei den Schmerzen handelt es sich entweder um eine Spannung im rechten Hypochondrium, auf die früher oder später eine intestinale Kolik folgt, die gewöhnlich mit Diarrhoe, Erleichterung und nachfolgendem Schlaf endet. Oder Brennen und Magenkrampf, was oft mit ein paar Schluck Wasser beseitigt wird (Verdünnung der Magensalzsäure). Oder das Erwachen erfolgt unter leichtem Druck mit einer nervösen Spannung im ganzen Körper. Ein toxischer Zustand durch nicht ganz verarbeitete Nahrungsmittel. Interessant ist der Geisteszustand; der Cholämiker ist überaktiv und ehrgeizig. Gedankenflucht in vertrauten Gebieten, Berufsfragen, Karriere, Zukunft mit Bitterkeit und etwas Verzagtheit. Das Wiedereinschlafen hängt dann von äußeren Zuständen und von inneren ab.

Da spielt der Lärm, die Temperatur, sowohl gegen Kälte wie Hitze eine Rolle, Sturm, das Wetter, die Luft, insbesondere auch Gerüche, nicht genügende Verdunkelung des Schlafzimmers. Oft wird die schlaflose Zeit der Literatur gewidmet. Zu irgendeiner Zeit erfolgt dann das Wiedereinschlafen, das das Gleichgewicht nur dann stört, wenn es nicht lang genug sein kann. Das Erwachen ist fast immer peinlich: gerädert, unlustig, ein dumpfer Schmerz in der Lebergegend, bitterer Geschmack im Munde, Uebelkeit, unter Umständen auch Hunger. Vielfach kommt die eigentliche Arbeitsfähigkeit erst im Laufe des Vormittags, Gedächtnisschwäche, Entschlußunfähigkeit sind die Regel.

Zum Essen wird entweder eine gewisse Nausea mitgebracht, die mit dem Essen verschwindet oder bekannter Heißhunger, der, wenn nicht gestillt, eine Art Schwindel hervorrufen kann. Nach dem Essen macht sich Somnolenz geltend, sympathische Störungen, kalte Extremitäten, Kongestion des

Gesichts, physische Erschöpfung, geistige Unfähigkeit. Auf beides kann ein dumpfer, nicht erfrischender Schlaf folgen. Das Typische ist eben der Antagonismus zweier sich folgender Zustände, eine cerebrale Erregung mit intellektueller Ueberfunktion und Ehrgeiz und eine physische Depression, die dann auch von einer intellektuellen gefolgt wird. Kann sich einer in seinem Beruf darauf einrichten, so kann der Zustand lange bestehen, sonst kommt es zu Nervosität, Abmagerung, Angstgefühlen, sogar Selbstmord.

Therapie: absolute Bettruhe für einige Tage, abendliche warme Bäder, darnach zunächst zur Beruhigung der Blase Suppositorien mit Opium und Antipyrin, später Schlafmittel. Dann Desintoxikation, Sorge für Stuhl; rein vegetarische Nahrung, Natrium salicylicum 0,1—0,25. Endlich Desensibilisation: nach dem vegetarischen Regime langsamer Uebergang zur gemischten Nahrung, keine massiven Mengen Eiweiß; 1—½ Stunde vor dem Essen Pepton 0,1—0,25.

v. Schnizer.

La Presse Médicale.

Nr. 1, 2. Januar 1926.

* Die Spasmophilie: Neue klinische und physio-pathologische Erfahrungen. E. Lesné und R. Torpin.
Exotische Syphilis und Pathogenie der Nerven-Syphilis. A. Sézany.
Die absorbierende Kraft der Pleura. L. Binet.

Die Spasmophilie: Neue klinische und physio-pathologische Erfahrungen. Verff. fanden bei einer Anzahl Fällen von Tetanie eine Verminderung des ionisierten Kalziumgehaltes, hervorgerufen durch die Dysregulation des baso-aciden Gleichgewichtes im Plasma der Kranken. Dieses humorale Syndrom ist analog demjenigen, das Bigwood bei Epilepsie in einer Serie von Fällen gefunden hat. Die Tetanie erscheine demnach als Syndrom neuro-muskulärer Uebererregbarkeit, die an vorübergehende humorale Modifikationen geknüpft ist. Die Untersuchung der Nerven- und Muskelchromaxie deute darauf hin, daß die Veränderungen, die bei diesem Zustand bestehen, mit denen bei vasomotorischen Störungen, Erkältung, flüchtigen Intoxikationen usw. vergleichbar sind.

Nr. 2, 6. Januar 1926.

Vagus und Magengeschwür. M. Loeper und G. Marchal.
Ueber die diuretische Wirkung der Pynola umbellata. H. Bousquet.
Technische Kritik der Cholecystectomie. L. Desgouttes und A. Rigard.
Frakturen des Condylus int. und unvollkommene supracondyläre Frakturen des Humerus beim Kinde. A. Tailhefer.

Nr. 3, 9. Januar 1926.

Der säurebeständige Bazillus ist nur eine Form des Tuberkelparasiten. F. Beranzon und A. Philibert.
* Die Prognose der Lungentuberkulose. L. Pissavy.
Peridiaphysäre Spontanneubildung des 4. Metatarsale. D. Radulesco.
Die Deblockierung und sanitäre Organisation von Laos. S. Abbatucci.

Die Prognose der Lungentuberkulose. Eine Statistik über die Erfolge der Pneumothoraxbehandlung ergibt folgendes Bild:

Sterbefälle nach:	Behandelt:	Nicht behandelt:
3 Jahren	45%	70%
5 Jahren	51%	72%
10 Jahren	71%	94%

Es zeigt sich also, daß die Operation ein gutes Palliativ ist, dessen günstige Wirkung sich aber nach einer gewissen Zeit erschöpft. Verf. kommt wieder zu dem Ergebnis, daß es darauf ankommt, die Krankheit in ihren ersten Anfängen zu erkennen und gründlich zu behandeln, um den Ausbruch einer offenen Tuberkulose zu verhüten.

Nr. 4, 13. Januar 1926.

* Bemerkungen zu der leichten Form von Cholecystitis, genannt Erdbeerblase. P. Lecène und P. Moulonguet.
Dicksche Reaktion und Intrakutanvakzination. Chr. Zoeller.

Bemerkungen zu der leichten Form der Cholecystitis, genannt Erdbeerblase. Die von Mac Carthy zuerst so benannte „Erdbeerblase" zeigt makroskopisch gelbe gestielte Körner auf der Schleimhaut; mikroskopisch subepitheliale Anhäufungen von Lipoidzellen. Diese Läsion ist nach Ansicht von Verff. nicht als prälithiasisches Stadium anzusehen, sondern steht im Zusammenhang mit einer leichteren oder schwereren Infektion der Gallengänge. Eine Analogie bestände bei den infektiösen Salpingitiden, wo sich identische gelbe Körner finden. Was die Therapie betrifft, so kommt in Fällen mit gleichzeitiger Steinbildung oder mit schweren Wandveränderungen die Cholecystectomie in Frage. In leichteren Fällen dagegen ist nur eine Drainage der Gallengänge mittels einer Cholecystostomie angezeigt, um den Hauptherd der Entzündung zu beseitigen. Sollte die indirekte Drainage sich in Zukunft als unwirksam erweisen, so muß die direkte Drainage entweder von außen in T-Form oder von innen durch die Vatersche Papille in das Duodenum gelegt werden.

Nr. 5, 16. Januar 1926.

Klassifikation der Infektionskrankheiten. F. Bezemçon und A. Philibert.
Die Behandlung der bimalleolaren Frakturen durch Klammerung des Malleolus internus. G. Leclerc.
Die chronischen azotämischen Nephritiden ohne arterielle Hypertension. L. Bouchuts und Pierre Ravault.
* Die gegenwärtigen Ideen über die Hysterie. M. Nathan.

Die gegenwärtigen Ideen über die Hysterie. Eine Aenderung in der Auffassung der Hysterie hat sich durch das genauere klinische und histologische Studium der Encephalitis lethargica ergeben, deren Erscheinungen vielfache Analogien zu hysterischen Symptomen darbieten. Der Schlüssel zu diesen Erkrankungen ist im Mittelhirn gefunden worden, in Läsionen des Locus niger, roten Kernes, sowie des übrigen Striatums. Diese autonomen Zentren sind mit den Hemisphären nur durch die kortiko-thalamischen Fasern verbunden. Sind diese unterbrochen oder imbibiert, so ist die kortikale Kontrolle für das Mittelhirn aufgehoben und dieses funktioniert nur noch automatisch. Die hysterischen Störungen wären demnach physiologisch bedingt durch diese „Rindenschwäche" und hervorgerufen durch einen emotionellen Schock, der dem anaphylaktischen zu vergleichen ist. Die Aktion der emotionellen Erregbarkeit auf das vegetative und endokrine System würde also zum Schock im organischen Sinne prädisponieren. Auch die hystero-organischen Symptome bei Intoxikationen wären auf diese Weise zu erklären.

Nr. 6, 20. Januar 1926.

Ueber die Zeichen glandulärer Insuffizienz und Uebererregbarkeit in der pathologischen Physiologie. M. Garnier.
Beitrag zum Studium der Gastrorrhagien unbekannter Ursache: pulsierender Gefäßmagen. H. Delore, H. Comte und K. Labry.
* Ueber die intrakardialen Adrenalininjektionen; Beobachtungen über die vagotrope Wirkung des Adrenalins bei intravenöser Injektion. Petzetakis.
Geburt und Sterblichkeit in Japan. G. Ischok.

Ueber die intrakardialen Adrenalininjektionen; Beobachtungen über die vagotrope Wirkung des Adrenalins bei intravenöser Injektion. Während Eppinger und Hess das Adrenalin bei subkutaner Anwendung als exklusives Excitans des Sympathikus erkannten, das also ein Antagonist des Atropins und Pilocarpins darstellt, ist nach den Erfahrungen des Verf. diese Theorie zu schematisch. Nach Ansicht Morats besteht der Antagonismus nicht zwischen den Substanzen, sondern nur zwischen den nervösen Elementen. Bei intravenöser Anwendung konnte Verf. zeigen, daß das Atropin auf beide Nerven, Vagus und Sympathikus, einwirkt im Sinne einer „stimulatorischen Phase". Ebenso gilt für das Adrenalin in größeren Dosen, intravenös gegeben, daß es eine amphotrope, aber vorwiegend vagotrope Substanz ist, wodurch sich die Verlangsamung und die aurikulo-ventrikulären Störungen erklären lassen. Intrakardiale Injektion sind stets riskant, besonders in hohen Dosen, da es vor allem gilt, die gefährliche vagotrope Phase zu vermeiden, die Verf. als Syncope adrénalinique bezeichnet, wo meist vollständiger Stillstand und Fibrillation eintritt.

Nr. 7, 23. Januar 1926.

Die Diagnose der obliterierenden Thrombose des linken Herzohres. Ch. Aubertin und G. Kimé.

* Die Schulmedizin von der Psychoanalyse. M. Ninovici und J. Westfried.
* Cerebrospinale Meningitiden als meningitische Hämorrhagien. J. Chalier und Mm. Schoen.
Die appendiculäre Fistel. K. Bonneau.
Die soziale Rolle der Chirurgie. Th. Tuffier.

Die Schulmedizin von der Psychoanalyse. Trotz gewisser ihr noch anhaftender Nachteile, die im übrigen auch bei allen Methoden der Schulmedizin zu finden sind, ist die Psychoanalyse als ein wichtiges, zuweilen sogar unentbehrliches Hilfsmittel der „legalen" Medizin anzusehen und ist ebenso wertvoll für den Juristen, Soziologen, Psychologen und Pädagogen. Es ist zu erwarten, daß die Erforschung des Unbewußten strikte, begrenzte und verwendbare Resultate bringen wird, die, bei Vermeidung pansexueller Uebertreibungen, wertvolle Verbesserungen für die Psychiatrie bedeuten werden. Verff. stellen dabei die Forderung, daß der Psychoanalytiker Spezialist sein muß und seine Tätigkeit ausschließlich dieser Domäne zu widmen hat; eine Forderung, die auf nicht genügend Informierte zunächst befremdend wirkt, die aber in der Eigenart der Methode, die besondere Ansprüche an Zeit und Intensität stellt, begründet ist.

Cerebrospinale Meningitiden als meningitische Hämorrhagien. Bei einer meningitischen Hämorrhagie, ganz gleich welcher klinischen Symptomatologie, ist stets sofort eine Untersuchung und Kultur des Liquor cerebrospinalis vorzunehmen, um den Meningokokkus festzustellen. Die Behandlung muß äußerst intensiv sein, da die Hämorrhagie einen hyperämischen Prozeß in Verbindung mit einer schweren Infektion darstellt. So frühzeitig wie möglich Serotherapie in großen Dosen, intravenös sowohl wie intralumbal, zweimal täglich Lumbalpunktion, um den Kranken ständig unter Serumeinfluß zu halten.

Nr. 8, 27. Januar 1926.

Anatomie und Physiologie der sensitiven kardio-vaskulären Bahnen beim Menschen; ihre Wichtigkeit für die Pathogenese und chirurgische Behandlung der Angina pectoris. D. Daniélopolu.
Die Behandlung der Kniegelenkstuberkulose beim Erwachsenen durch subperiostale Inkrustation zweier lateraler Stützen. Dupuy de Fenelle.
* Die anaphylaktische Theorie der Menstruation. H. Vignes.

Die anaphylaktische Theorie der Menstruation. Die Auffassung der Menstruation als anaphylaktische Erscheinung gewinnt durch die Beobachtungen verschiedener Autoren an Bedeutung. Bouché und Hustin haben durch Injektionen von Pferdeserum in den Uterus Blutungen hervorrufen können, ganz analog der normalen Menstruation, und verstärkte Blutungen bei bestehender Menstruation. Dalché hat beobachtet, daß menstruelle oder intermenstruelle Dysmenorrhoe oft von Migräne, Urtikaria oder Asthma begleitet ist und schließt daraus die Möglichkeit, daß beide Erscheinungen den gleichen anaphylaktischen Ursprung haben. Dazu kommt die Beobachtung Hofbauers, daß eine hämoklasische Krise leichter während der prämenstruellen Periode als sonst hervorzurufen ist. Verf. hält demnach für sehr wahrscheinlich, daß der anaphylaktische Schock und die determinierenden Faktoren der Menstruation durch analoge physiologische Mittel angeregt werden, die dem neuro-vegetativen und endokrinen System angehören.

Nr. 9, 30. Januar 1926.

Die Infizierung der Thoraxwand durch die Pleurapunktionen. Tixier und Pollosson.
Die Cryotherapie in der Dermatologie. L. Loutat und P. Legrain.
Pathogenetische und therapeutische Betrachtungen über die Volkmannsche Krankheit. J. Sénèque.
Die Ausbreitung der Tuberkulose in der Welt und besonders in den französischen Kolonien. S. Abbatucci.

Nr. 10, 3. Februar 1926.

Die Technik der generalisierten Rückenmarksanästhesie. Th. Jonnesco.
Die Einhornsche Sondierung in der gastro-duodenalen Pathologie. E. Chabrol, J. L. Lapeyne und F. Laurain.
Sitten und Gewohnheiten der Eskimos. V. Fonbin.

Nr. 11, 6. Februar 1926.

Variation der Cholesterinämie und der Harnstoffausscheidung bei einem Gichtiker unter dem Einfluß einer Reihe von Thonium-Emanationen (Thonon). Cluzet, Piéry, Chevallier und Dubost.
Periarterielle Sympathikektomie. J. M. Vilardell.
Der chronische Rheumatismus auf dem Kongreß in Bath. R. Clément.
Cuba. L. Matté.

Nr. 12, 10. Februar 1926.

Pathogenese der Leberkolik. M. Chiray und L. Pavel.
Bakteriologie und physikalische Chemie. R. Dujarric de la Rivière.
* Die intrakardiale Adrenalininjektion beim anscheinend Totgeborenen. Garipny und P. Mériel.
Die Abortivbehandlung der akuten Blennorrhagie durch intravenöse Injektionen von Glukose. G. Ischok.
Die Anfänge der Organopsychotherapie. Ein Vorläufer: Galenos von Pergamon. R. van der Elst.

Pathogenese der Leberkolik. Das fundamentale und determinierende Element der Leberkolik beruht auf der spasmophilen Kontraktion der Gallenblase unter dem Einfluß einer abnormen Erregung des neuro-vegetativen Systems. Andere Ursachen, Fremdkörper, parietale Infektion, wandernde Steine, können nur begünstigend einwirken, müssen aber durchaus nicht unbedingt vorhanden sein.

Die intrakardiale Adrenalininjektion beim anscheinend Totgeborenen. Verfasser haben bei einem anscheinend toten Neugeborenen mit vollem Erfolg die intrakardiale Adrenalininjektion angewandt. Die Lebensäußerungen, Herzschlag, Seufzen, traten sofort ein. Die Anwendung ist einfach; man geht mit einer langen und feinen Nadel vertikal ein, bis man den Widerstand des Myocards fühlt und das Blut in die Spritze läuft, worauf man 1 ccm der Milligrammlösung Adrenalin einspritzt. Die Technik soll jedem Praktiker zu Gebote stehen.

Nr. 13, 13. Februar 1926.

Neue Untersuchungen über die intravenöse Chemotherapie der Gonokokkenerkrankung; die Reizungsvorgänge in der Therapie. H. Jansion und M. Vanckl.
* Die Insulinbehandlung der Unterernährung bei Nichtdiabetikern. R. Feissly.
Ist die tiefsitzende Anastomose bei der hinteren Gastroenterostomie logisch? G. Audain.

Die Insulinbehandlung der Unterernährung bei Nichtdiabetikern. Die Richtlinien für die Insulinbehandlung Unterernährter sind im wesentlichen nach den Faltaschen Grundsätzen für Ueberernährung aufgestellt, nämlich: 1. Der Organismus muß über ein endokrin normales Pankreas verfügen, um eine Mastkur ertragen zu können, 2. Ueberfunktion des Pankreas hat eine Anhäufung der Fettreserven zur Folge, also eine insulare Fettleibigkeit. Verf. fanden bei sechs geeigneten Fällen von Unterernährung bei Insulinbehandlung eine Wasserretention und dadurch bedingten besseren Turgor der subkutanen Gewebe, ferner eine Vermehrung des plasmatischen P^h im Sinne einer Alkalisation, wie es von zahlreichen Autoren bei Diabetikern beobachtet worden ist. Die Frage bleibt vorläufig noch offen, wie weit ein hormonaler Insulineinfluß antagonistisch auf die wasserentziehende Funktion des Schilddrüsenhormons wirkt, und welcher Zusammenhang zwischen Turgor, Oedem und dem Mechanismus der Fettanreicherung besteht.

Nr. 14, 17. Februar 1926.

* Lipiodolinjektionen als Untersuchungs- und Behandlungsmethode der tuberkulös serösen Häuten. N. Fiessinger und A. Lemaire.
Der Mechanismus des cardialen Rhythmus, Kritik der gegenwärtigen Theorie, neue Auffassung. E. Donzelot.
Komplette uterine Inversion post partum. J. Sarf.
* Einige diuretische Agentien. Ph. Pagniez.
Die Malaria in Syrien einst und jetzt. A. Gemayel.

Lipiodolinjektionen als Untersuchungs- und Behandlungsmethode der Tuberkulose seröser Häute. Lipiodolinjektionen, schwere wie leichte, können bei der Tuberkulose seröser Häute als Untersuchungsmethode von Nutzen sein, besonders bei zystischen Prozessen. Sie dienen ferner als sklerogene Therapie, aber unter der Bedingung, daß die darunter liegenden parenchymatösen Läsionen diskret und nicht fortschreitend sind. Die Indikation dafür, ob eine solche Behandlung angebracht ist, gibt die Fieberkurve, die serienweisen Sputumuntersuchungen, schließlich die klinische und röntgenologische Beobachtung.

Einige diuretische Agentien. Verfasser hat im Novasurol ein besonders wirksames Mittel zur Erzielung einer kräftigen Diurese kennen gelernt, die hauptsächlich als Quecksilberwirkung anzusehen ist, die ja seit langem bekannt ist. Im Novasurol ist es das Quecksilbercyanur, das eine relative und absolute Vermehrung der Chlorurausscheidung im Urin verursacht. Voraus geht eine gewisse Hydrämie, durch refratometrische Serumbestimmungen erwiesen.

Nr. 15, 20. Februar 1926.

Chronische Bronchopneumonie bei einem hereditär syphilitischen Säugling. S. J. de Jong und Lestocquoy.
Einige Betrachtungen über Prostatametastasen bei Staphylokokkenerkrankungen. L. Strominger.
Der gegenwärtige Stand der Frage der filtrierbaren Formen des Tuberkelbazillus. P. Handuroy.
Bemerkungen über die eliminierende Kraft der Speicheldrüsen. L. Binet.

Nr. 16, 24. Februar 1926.

* Die Resultate der Prämunisierung Neugeborener gegen Tuberkulose durch die Vaccine BGG 1921—1926. A. Calmette, C. Guérin, L. Nègre und A. Boquet unter Mitwirkung von B. Weill, Hallée, Wilbert und Turpin.
Ein Arbeitsprogramm der Knochenchirurgie. R. Leriche und A. Policard.
* Peptonschock und parasympathischer Tonus. L. Garrelon und D. Santenoise.

Die Resultate der Prämunisierung Neugeborener gegen Tuberkulose durch die Vaccine BGG, 1921—1926. Die vom Verfasser vorgenommene Prämunisierung tuberkuloseverdächtiger Neugeborener mit BGG hat überaus günstige Resultate ergeben: Mindestens 93% der Kinder, die ohne Prämunisierung sicher der Tuberkulose anheimgefallen wären, konnten durch die Impfung gesund erhalten werden, sodaß Verfasser die Schutzmaßnahme für alle gefährdeten Säuglinge in Vorschlag bringen, natürlich unter Beibehaltung aller hygienischen und sanitären Kautelen. Die Impfung ist in den ersten zehn Lebenstagen vorzunehmen durch bukkale Absorption einer ausreichenden Menge der nicht tuberkulinogenen Kultur, die Verfasser unter dem Namen BGG gefunden und untersucht haben.

Peptonschock und parasympathischer Tonus. Die interessanten Versuche und Beobachtungen, die sich auf mehrere Hundert Fälle erstreckten, zeigten alle den deutlichen Zusammenhang zwischen dem parasympathischen Tonus und der Schockempfindlichkeit, besonders evident bei Psychopathen, bei denen eine starke Störung des Gleichgewichts im neurovegetativen Tonus besteht. Die hier erhaltenen Resultate sind eindeutiger und klarer als bei anderen Kranken.

Nr. 17, 27. Februar 1926.

Die weiteren indirekten Wirkungen der gastrischen Resektionen beim Magenkrebs. H. Hartmann.
Das Adam-Stokesche Syndrom und seine Pathogenie. E. Gérandel und R. Giroux.
Die elektrische Auskultation; Multi- und Teleauskultation. R. Lutembacher.

Haber.

Lyon médical.

Nr. 6, 7. Februar 1926.

Beziehungen zwischen Vagus und Ulcus ventriculi. C. Bocca.

Biologie Medicale.

24. Jahrgang, Nr. 1, Januar 1926.

Die Unterhaltungen zwischen Alpha und Omega. Ueber das Buch. F. Launoy.
* Die Leucopedesis gastrica. L. Loeper und G. Marchal.
Ein Gesetz über das Wachstum der Neugeborenen. R. Lambolez.

Die Leucopedesis gastrica. Die Autoren zeigen, daß es eine physiologische L. g. gibt, die sofort nach der Nahrungsaufnahme einsetzt und eine fermentbildende und schützende Rolle hat. Der nach den verschiedenen Bestandteilen unserer Nahrung einsetzende Leukocytenafflux ist kurvenmäßig bestimmt, und zwar nach Eiweißstoffen, worunter Albumin und Pepton, nach Kohlehydraten, Salzen, Zuckern, Bouillons usw. Der Einfluß des Nervensystems auf die Leukopedese, ihre verdauenden Fähigkeiten, ihr Verhalten nach medikamentösen Gaben, ihre diagnostische Verwertbarkeit wird studiert. Es folgt eine Schilderung des Verhältnisses der L. g. zum Ulcus ventriculi und zu Intoxikationen. Es ergab sich, daß die Giftigkeit einer Eiweiß- und auch einiger anderer toxischer Substanzen zum großen Teil von der L. g. abhängt und umgekehrt proportional dieser Leucopedesis gastrica ist, daß diese Giftigkeit durch künstliche Steigerung der L. g. abgeschwächt und durch ihre künstliche Herabsetzung gesteigert werden kann, daß ferner Pepton, Atropin, Zucker antitoxisch wirken, weil sie leukopedetisch wirken, und daß im Gegenteil das Eserin die Intoxikation erhöht, weil es die Leukopedese herabsetzt.

Nr. 2, Februar 1926.

* Die physikalischen Verfahren zur Erforschung der Lungenfunktion. R. Lambolez.

Die physikalischen Verfahren zur Erforschung der Lungenfunktion. Die Arbeit besteht aus drei Teilen: Der Thorax in statischer und dynamischer Beziehung, die Lungenventilation, ihre Messungsmethoden und Instrumentierungskunde, die respiratorische Kapazität während des Wachstums und im ausgewachsenen Zustande.

K. Heymann-Berlin.

Revue d'Orthopédie.

42., Heft 6.

* Pfannenveränderungen bei der Osteochondritis der Hüfte. Chassard.
Isolierte Brüche der Lendenquerfortsätze. Wiart.
Angeborene Skoliose auf der Grundlage eines Halbwirbels mit verschiedenen begleitenden Mißbildungen im Hals-Brustteil. Massabuau und Guibal.
Fernresultat einer Humerusresektion. Latreille.
* Die Behandlung veralteter Hüftgelenksverrenkungen. Lance.
* Angeborene und durch Lähmung erworbene Klumphand. Rocher.
Drei Fälle von schlotterndem Schulterblatt. Mauclaire.

Pfannenveränderungen bei der Osteochondritis der Hüfte. Meist bemerkt der genaue Beobachter neben den röntgenologisch sichtbaren Veränderungen des Hüftkopfes Unregelmäßigkeiten in der Begrenzungslinie des Pfannendaches und Herde diffuser Atrophie im Darmbein. Dazu gesellen sich häufig Verdickungen des Pfannenbodens, Ischium varum, Kürze und Steilheit des Daches. Chassard führt die Veränderungen auf erworbene Umbildungen zurück.

Die Behandlung veralteter Hüftgelenksverrenkungen. In der großen und lesenswerten Abhandlung versucht Lance einen Ueberblick zu geben über die Wege, auf denen Leute der Orthopädie die Beschwerden veralteter Luxation anzugreifen vermögen. Die sogenannte veraltete Luxation stellt entweder eine Ausrenkung dar, die zwar wohl reponiert, nicht aber auf die Dauer in reponierter Stellung festgehalten werden kann, oder sie ist nach dem Lorenzschen Verfahren überhaupt nicht mehr zu korrigieren. Die Beschwerden, die sich sozusagen immer mit den Jahren einstellen, bestehen in Schmerzen, rascher Ermüdung, im zunehmenden Hinken, in der zwangsweisen Adduktion der Oberschenkel, die zum unangenehmen Hindernis verborgener Funktionen wird und die Sauberhaltung der unteren Körperregionen erschwert.

Was die Behandlung der erwähnten Leidenszeichen anbetrifft, so ist vorerst zu betonen, daß nicht alle alten Hüftluxationen einer Behandlung bedürfen oder ihr zugänglich sind. Gewisse Formen gut abgestützter Luxationen nach vorn und sogar manche doppelseitig gleichmäßig entwickelte hintere Verrenkungen bringen auffallend wenig Beschwerden, so daß mit Vorteil auf irgendwelche Eingriffe verzichtet wird.

Die Unannehmlichkeiten nehmen erst höhere Grade an, wenn der knöcherne Gegenhalt am Becken ganz fehlt, wenn der Trochanterhochstand ungünstige Muskelverhältnisse schafft, wenn die Hebelwirkung der Knochen und die Verkürzung der Beine sich ungünstig auswirken können. Das trifft nun allerdings für die meisten Fälle zu. Hier soll die Behandlung versuchen, günstige Wirkungen zu erzielen. Da der modernen

Orthopädie als Ziel vorschwebt, die Apparate auszuschalten und durch direkte Eingriffe ungünstige Verhältnisse zu bessern, besteht auch auf unserem Gebiet die Absicht, alle mechanische Therapie mehr und mehr einzuschränken, da sie nur in bescheidenem Maße imstande ist zu helfen. Sie ist in den Fällen berechtigt, in denen sich jedes radikalere Vorgehen verbietet. Lance läßt nur schwere Begleiterscheinungen, hohes Alter gelten. Da die Operationen rein palliativen Charakter tragen, ist auch unter ihnen die Auswahl streng zu sichten. Sie dürfen weder lebensgefährlich sein, noch auch bei zufälligem Mißlingen den Zustand verschlechtern. Aus diesem Grunde lehnt er die eigentlichen Gelenksoperationen ab oder schränkt sie auf ganz selten günstige Fälle ein (Hoffasche Pseudarthrosenbildung, blutige Einrenkung usw.). Für vordere Luxationen mit Einrenkungsmöglichkeiten aber schlechtem Pfannenhalt, sieht er in der osteoplastischen Vergrößerung des Pfannendaches den Eingriff der Wahl. (Zur Technik: Vornahme der Operation in Lorenzscher Primärstellung, Fixation in dieser starken Abduktion.) Für obere oder hintere Luxationen, bei denen eine Transposition nach vorn über die Pfanne möglich ist, empfiehlt sich die Sicherung des Kopfes an seiner neuen Stelle durch Auffrischung des Beckens oder plastische Ueberdachung. Dazu können die Glutäen durch Verlagerung des Trochanters nach abwärts in bessere Spannung gebracht werden. Für Ausrenkungen nach hinten, die nicht mehr durch Stellungsverbesserungen behandelt werden können, kämen die Osteotomien unterhalb des Trochanters in Frage (Schanz, Froehlich). Die Lorenzsche Bifurkation wird skeptisch betrachtet.

Angeborene und erworbene Klumphand. Wir unterscheiden zwei Gruppen von Klumphandstellungen, je nachdem die Ursache in einer primären Skelettveränderung oder in einer ursprünglichen Störung des Muskelgleichgewichts zu finden ist. Während zu Anfang die Stellung noch zwangsweise und vorübergehend verbessert werden kann, treten nach und nach die Erscheinungen der fixierten Kontraktur auf. Die Mißbildung entsteht stets durch Abknickung im Bereich des Handgelenks (interkarpaler oder radiokarpaler Anteil).

Besprechung der verschiedenen Formen. Am häufigsten trifft man die angeborene Klumphand bei totalem Radiusdefekt, der fast immer von einer Verbiegung der Ulna begleitet wird, die den Zustand verschlimmert. Eine deutliche Atrophie der Muskeln fehlt nie. Meist sind sie in ihrer Funktion nicht klar voneinander zu unterscheiden, da sie nicht genügend differenziert werden. Die Beweglichkeit der Hand und der Finger hat stets erheblich gelitten. Der erste und oft auch der zweite Fingerstrahl pflegen zu fehlen. Trotzdem lernen die Hände oft recht geschickt zu schreiben, greifen, sich zu regen. Werkzeuge werden seitlich zwischen die Finger geklemmt, da sie selten im Griff umschlossen werden können. Interessant sind die Ausführungen über die Behandlung der angeborenen Klumphand. Sie wechselt je nach der Form, in der die Mißbildung in Erscheinung tritt. Neben der Massage und den Redressionsübungen, die für muskuläre Fälle in frühester Kindheit einen deutlichen Einfluß haben auf die Erhaltung einer guten Stellung, kommen kleine Fixationsschienen zur Anwendung. Aus schlecht gewordener Stellung bringt man die Hand durch etappenweise Aufrichtung in Gips (Hoffa, Redard). Tenotomien werden heute kaum mehr nötig sein. Die Stellungsverbesserung der Hand durch Osteotomie der Ulna hat Hoffa empfohlen. Sie kommt bei starker Verkrümmung der Elle in Betracht, hält indessen die Hand nicht fest, da die Abbiegung im Handgelenk weiterhin möglich bleibt. Aus diesem Grunde wurden verschiedene Gabelungsverfahren ersonnen und ausgeführt, die den Zweck hatten, die Handwurzel in eine am unteren Ellenende gebildete Gabel wie einen Steckling einzupflanzen (Bardenheuer, Mac Curdy, Froelich). Albee übertrug einen Tibiaspan als Gabelzinke. Im großen und ganzen werden wenige angeborene Operationen operiert. Häufiger findet man Angaben über Operationen schlaffer Lähmungen, bei denen natürlich die Sehnenverpflanzung eine besonders wichtige und glückliche Rolle spielt.

Die Apparatbehandlung der schlaffen Klumphand (Radialisschienen) dürfte ziemlich bekannt sein. Das Prinzip der Operation dagegen darf Erwähnung finden. Es sind stets mehrere gelähmte Muskeln durch Anheften eines Kraftspenders zu versorgen. Jones, Mauclaire, Massart, Perthes, Gocht u. a. bevorzugen den Weg um die Vorderarmknochen herum, während die Kraftspender durch das Spatium interosseum durchführen. Um zu wirklich günstigen Erfolgen zu kommen, ist es notwendig, sich einen klaren Operationsplan aufzustellen, dem eine genaue elektrische Untersuchung sämtlicher Vorderarmmuskeln vorausgehen soll. Sehnenteilungen sind stets zu vermeiden. Albee hat eine Versteifung des Handgelenks durch Spanüberbrückung in Dorsalflexion empfohlen.

Was die besondere Indikationsstellung in bezug auf die verschiedenen Behandlungsvorschläge angeht, so wäre zu betonen, daß die Radialisschienen als Dauerbehelfe bei spastischen oder psychogenen Lähmungen nicht empfohlen werden, da sie die Krämpfe vermehren und Schmerzen auslösen können. Im übrigen treten die Apparate überall in Konkurrenz mit blutigen Eingriffen. Bei Schwerarbeitern wird man die Arthrodese des Handgelenkes in Erwägung ziehen, bei Kopf- und Leichtarbeitern eher die Sehnenplastiken vorschlagen.

Debrunner, Zürich.

Revue neurologique.

Jahrgang 33. Nr. 2, Februar 1926.

Nervenzufluß und die verschiedenen Reizungsmodalitäten. L. Bard.
* Ein seltenes Symptom bei dem Syndrom des postencephalitischen Parkinsonismus: die Palilalie. Roberto, Rordorf und Giovanni Cocchiararo.
Anatomisches Studium eines Falles von multiplen Tumoren der Meningen. Miroslav Krivy.

Ein seltenes Symptom bei dem Syndrom des postencephalitischen Parkinsonismus: die Palilalie. Fall von postencephalitischem Parkinsonismus mit Wortwiederholung (Palilalie), die auffallend gebessert wurde durch Vibrationsmassage.

Mendel.

Annales d'oculistique.

Januar 1926.

* Radiumtherapie der malignen Geschwülste der Regio orbito-palpebralis. Regaud, Coutard, Monod und Richard.
Ueber physiologisches Doppeltsehen. Escribano.
Versuche, eine neue optometrische Helligkeitsskala, mit Hilfe eines durchscheinenden Schirmes von bestimmter Helligkeit, nach den neuen Ergebnissen der Photometrie zu konstruieren. Pacalin.

Radiumtherapie der malignen Geschwülste der Regio orbito-palpebralis. Bericht über 75 Fälle. Die Autoren leiten einige bemerkenswerte allgemeine Regeln ab. Ist ein sehfähiges Auge an normaler Stelle vorhanden, so sind bestimmte Vorsichtsmaßregeln notwendig. Die zur Sterilisation eines Neoplasmas notwendige Dosis kann nur einmal angewandt werden. Außer vorübergehenden Reaktionen an den Lidern und der Bindehaut sind weniger die der Netzhaut als der Gefäßmembranen des Auges zu befürchten. Diese äußert sich unter dem Bilde des Glaukomes. Es soll daher nur einmal bestrahlt werden mit starkem Filter und genügend großem Abstand. Intraokulare Tumoren sollten nur bestrahlt werden, wenn sie radiosensibel sind. Am besten scheinen sich die seltenen Kystome der Retina zu eignen. Es ist wahrscheinlich, daß weitere Erfahrung die Indikation zu Enukleation einschränken wird. Die komplette Exenteratio orbitae ist schon heute durch die Bestrahlung wesentlich verdrängt worden. Die Exenteration ist sogar schädlich für eine konsekutive Bestrahlung. Sie beraubt die knöchernen Wände der Orbita ihrer deckenden Gewebsschicht, so daß es leicht nach der Bestrahlung zur Knochennekrose kommt. Man sollte daher auch bei einem lokalen Rezidiv, nach Enukleation, die Exenteration als schädlich Operation vermeiden.

Februar 1926.

Ueber Kontusionsverletzungen der tiefen Membranen des Auges nach Schädel- und Gesichtstrauma. Lagrange.

Ueber ein retrokorneales Trabekelnetz nach Keratitis parenchymatosa luetica. Weill und Jost.
Ueber einen Fall von Neuromyelitis optica mit akuter Entwicklung. Dollfus.
Transitorische spastische Myopie bei Arsenobenzolvergiftung. Dupuy-Dutemps und Perin.
Wärmeanwendung bei Erosionen und Geschwüren der Hornhaut. Dufour.

Meesmann (Berlin).

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

Nr. 1, Januar 1926.

Iconographische Studie der Staphylokokkenpustel und der von ihr sich herleitenden Läsionen. R. Sabouraud.
* Aetiologie der Dermatosen als Grundlage für ihre Klassifikation. M. Krzysztalowicz.
* Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis. Klinische Studie. Robert Bernhardt.
* Ein Fall von vielleicht erworbener zosterartiger Achromie. Esquier.

Aetiologie der Dermatosen als Grundlage für ihre Klassifikation. Der Verfasser schlägt folgende Gruppierung der Hautkrankheiten vor, wobei er sich von der „cause fixe", der beständigen Ursache, leiten läßt:

I. Gruppe: Kongenitale und hereditäre Anomalien, und zwar steht bei den ersten die Struktur der Haut im Vordergrunde, bei den zweiten aber Organfunktion und Chemismus.

II. Gruppe: Hierher gehören die Erscheinungen traumatischer Natur: Physikalische Ursachen (mechanische, thermische, Strahlen) und chemische (medikamentöse, reizende, thermische, durch industrielle Berufe und durch Pflanzen).

III. Gruppe: Hierher gehören die Krankheiten, die unter der Einwirkung biologischer Agentien, also tierischer, pflanzlicher und bakterieller Parasiten entstehen.

IV. Gruppe: Medikamentöse Toxikodermien oder alimentäre Toxikodermien. Hierher gehören die Idiosynkrasien und die allergischen Zustände, die Beziehungen zwischen ihnen und die an sie geknüpften Zustände.

V. Gruppe: Diese setzt sich aus den am wenigsten gut definierten Manifestationen zusammen, Kombinationskrankheiten, zu deren Verständnis es nicht genügt, eine ihrer Ursachen zu kennen, z. B. Autotoxikosen, Avitaminosen, Stoffwechselstörungen wie Diabetes, Fettsucht, Arthritismus (?), Krankheiten des hämatopoetischen Systems, wie Leukämie, Purpura, ferner endokrine Störungen und endlich Störungen des Nervensystems.

VI. Gruppe: Maligne Neubildungen.

Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis. Klinische Studie. Die verschiedenen Theorien über den Ursprung der Psoriasis werden pro et contra erörtert. Um die parasitäre Natur der Krankheit zu beweisen, führt man stets die Wirksamkeit antiparasitärer Medikamente an. Obwohl diese Beobachtung richtig ist, ist gegen sie zu sagen, daß diese Medikamente nicht nur eine antiparasitäre, sondern auch eine mächtige Reduktionswirkung entfalten, daß sie auch bei anderen Hautkrankheiten von bestimmt nicht parasitärer Natur wirken, daß sie bei Psoriasis erst in sehr hoher Konzentration und bei sehr langdauernder Anwendung nützen, daß sie Rezidive nicht verhindern und daß sie unter Umständen sogar eine Verschlimmerung herbeiführen.

Zur Stütze der nervösen Therapie wird angeführt, daß sich bei diesen Kranken gleichzeitig funktionelle nervöse Störungen finden: Reflexstörungen, Neuralgien, Sensibilitätsstörungen, daß man symmetrischen Sitz, Einseitigkeit, Lieblingsstellen der Elemente und Beeinflussung ihres Ausbruchs durch einen Schock beobachtet hat. Aber die pathologische Anatomie läßt im Stich und die nervösen Störungen können überhaupt fehlen.

Am besten fundiert ist die endokrine Theorie, sie gewinnt immer mehr Anhänger. Nacheinander hat man die Schilddrüse, Nebennieren, Hypophysis und Pankreas beschuldigt. Der Autor erörtert ferner die Rolle der Konstitution, gibt einen Vergleich mit den Epheliden, weist auf gleichzeitig bestehende Ichthyosis, Keratosis, Mißbildung der Nägel, Hypertrichosis, Mißbildungen der Mund- und Zungenschleimhaut, Deformationen des Ohrläppchens, mangelhafte Dentition und Skelettdeformationen hin. Ohne sich entscheiden zu können, welcher endokrinen Drüse die Rolle der Sensibilisierung der Haut zufällt, gibt er aus persönlichen Beobachtungen folgende Zahlen: Unterfunktion der Schilddrüse 30%, der Thymusdrüse 21%, der Ovarien 16%, Ueberfunktion der Schilddrüse 12%, der Ovarien 6%.

Ein Fall von vielleicht erworbener zosterartiger Achromie. Bei einem chronisch malariakranken Matrosen fand sich eine gürtelförmige Zone pigmentfreier, ein- bis zwei-francsstückgroßer, unregelmäßig begrenzter Flecke in Höhe des siebenten Dorsalsegments. Außerdem bestand geringe Keratosis pilaris und in der Umgebung diffuse Pigmentierung. Der Autor bringt die Pigmentanomalien mit der Malaria in Zusammenhang, die ja auch ziemlich häufig zu Interkostalneuralgien führt.

Nr. 2, Februar 1926.

* Die verrucöse und hyperkeratotische Form der Mycosis fungoides. Jeanselme und Burnier.
* Historische Notiz über die hyperplastische Infiltration des Rectums mit fibröser Striktur und über die Behauptung der syphilitischen Aetiologie dieser Affektion. O. Jersild.
* „Sandige Haarzunge" mit Monilia. J. Montpellier und A. Catanei.
* Primäraffekt entstanden auf einer Lupusulceration. A. Voina.
Die Behandlung der Pityriasis steatoides mit Teer-Schwefellösung. Juster und Huerre.

Die verrucöse und hyperkeratotische Form der Mycosis fungoides. Mitteilung dreier Krankengeschichten, die das Vorkommen von verrucösen, hornigen Massen an den Extremitäten bei den obigen Affektionen beweisen. Es handelt sich um isolierte oder in Scheiben angeordnete 5 bis 10 mm vorspringende rötlich-braune Inseln, die mit breiten, dichten, polygonalen schalenartigen Schuppen bedeckt sind. Das Ganze hat ein stark durchfurchtes, warziges Aussehen. Es besteht Aehnlichkeit mit Tbc. cutis verrucosa, ichthyosiformen Eryphrodermien und gewissen Naevi, sodaß bei Fehlen jeder anderen Affektion die Diagnose schwierig sein kann. Die bisher beobachteten Fälle zeigten aber stets Erythrodermie oder Tumoren. Behandlung: Röntgenbestrahlung. Arsen ist wegen seiner hyperkeratotischen Wirkung zu vermeiden.

Historische Notiz über die hyperplastische Infiltration des Rectums mit fibröser Striktur und über die Behauptung der syphilitischen Aetiologie dieser Affektion. Hinweis, daß die Annahme, Fournier habe zum ersten Male diese Affektion beschrieben, unzutreffend ist. Schon 1849 hat in Dänemark der Chirurg S. E. Larsen unter dem Titel „Praktische Bemerkungen über Mastdarmstrikturen" 11 Fälle beschrieben, von denen 3 einen tiefen Sitz hatten und von dem Autor richtig als syphilitisch gedeutet wurden. Die Krankheit gehört nach Larsen zu den Tertiärerscheinungen.

„Sandige Haarzunge" mit Monilia. Die Verfasser beschreiben eine bisher noch wenig bekannte Varietät der schwarzen Haarzunge, bei der es ihnen gelang, Fadenpilze von der Art der Monilia zu züchten, die jedoch nicht die Erreger der Krankheit sind.

Primäraffekt, entstanden auf einer Lupusulceration. Seit drei Jahren bestand bei der jetzt 18jährigen Kranken ein Lupus vulgaris exulcerans an der Wange und Nase. Jetzt hebt sich deutlich von den alten Herden ein kreisförmiger, harter auch von der Mundhöhle aus palpabler Primäraffekt ab, der an der Commissur der linken Lippe sitzt. Drüsenschwellungen. Die Diagnose wird durch den positiven Spirochätenbefund bestätigt. Besserung nach Hg.-Behandlung; Lupus vulgaris und tertiäre Syphilis können, wenn sie zusammen bestehen, die größten diagnostischen Schwierigkeiten machen, auch ist es manchmal unmöglich, zu sagen, welcher von beiden Prozessen der primäre ist. Zuweilen kommt es dann zu falscher Behandlung.

K. Heymann, Berlin.

Bulletin de la soc. Franç. de dermatologie et de syphiligraphie.

Nr. 1, 1926.

Intensives, polymorphes, bullöses Erythem. Milian.
Subkutanes fibröses Tuberkulom mit ausgedehnter Fistelbildung. Gougerot.
Ausgedehnte, subkutane, fibröse oder fibrös-bindegewebige Sarcoide. Gougerot.
* Hypoepinephrie und Dysinsulinismus syphilitischen oder hereditärsyphilitischen Ursprungs. Gougerot und Peyre.
* Behandlung des Lupus tuberculosus mit Curettage und nachfolgender Applikation von porphyrisiertem Kal. permang. Bizard u. Marceron.
Pigmentation vom Typ der Riehlschen Melanose bei einem Lokomotivheizer. Lortat-Jacob, Legrain und Cléret.
Exfoliierende Melanodermie. Milian und Lafourcade.
* Ein Fall von subakuter syphilitischer Phlebitis, entstanden während einer Gonorrhoe. Lafourcade.
Ein Fall von kombinierter Tabes bei einer Frau von 24 Jahren. Rimé.
Multiple teleangiectatische Lipome, eine Recklinghausensche Krankheit vortäuschend. Jausion und Grandclaude.
Ein neuer Fall von Fibrosarkomen der Haut. Darier.
* Analyse eines organischen Dépots entnommen einem Abszeß infolge intramuskulärer Wismuthydroxydinjektion. Aubry.
Fataler Fall von bullösen und vegetierenden Jodiden. Danel.
Ein Fall von Angiokeratoma Mibelli. Bertin.
Behandlung des Lupus mit Curettage und Permanganatpulver. Aurégan.

Hypoepinephrie und Dysinsulinismus syphilitischen oder hereditärsyphilitischen Ursprungs. Die pluriglandulären Syndrome sind häufig syphilitischer Natur. Die Hyperfunktion des Pankreas und die Insufficienz der Nebennieren, eine Kombination, auf die die Autoren schon früher aufmerksam gemacht haben, war in zwei Fällen von vier hereditär und einmal acquiriert syphilitisch. Der Syphilisforscher muß diese Zustände kennen. Harris hat gefunden, daß man auch spontan den gleichen Symptomenkomplex beobachten kann, der sich bei Diabetikern, die eine zu hohe Dosis Insulin erhalten haben, einstellt: Spontaner Hyperinsulinismus. Man weiß jetzt, daß Kranke, die man lediglich als Nebennierenpatienten ansah, in Wahrheit „Pluriglanduläre Patienten" sind. Es werden vier derartige Kranke vorgestellt. Der Mechanismus ist noch dunkel. Von den vier sind drei syphilitisch, hiervon zwei hereditär. Einmal hat die Mutter ihren beiden Töchtern und einmal sogar drei Kindern zugleich mit der Syphilis das erwähnte Pankreas-Nebennierensyndrom vererbt. Therapie spezifisch, pluriglandulär und besonders mit Nebennierenextrakten, Diät und Hypophysenextrakt gegen den Hyperinsulinismus.

Behandlung des Lupus tuberculosus mit Curettage und nachfolgender Applikation von porphyrisiertem Kal. Permang. Die Behandlung ist zweizeitig, erstens hat nach einer Reinigung mit Alkohol die Entfernung des gesamten kranken Gewebes mittels der Curette zu erfolgen, wobei die Randpartien besonders sorgfältig zu behandeln sind, zweitens wird die ganze behandelte Gegend mit Kaliumpermanganatpulver dick eingestreut, bis sich eine feste Kruste bildet. Sofort merkt der Operateur eine Hitzebildung an seinen Fingern und den aufsteigenden Dampf an seinen Augen. Die Blutung steht sofort. Die Kaliperm.-Wirkung ist viel schmerzhafter, als die Curettage, daher ist allgemeine oder örtliche Narkose zu empfehlen, auch danach sind die Schmerzen noch stark. Eine Resorption des Kalium perm. findet nicht statt, die Krustenbildung ist günstig, man muß sie von selbst abfallen lassen. 9 Patienten werden vorgestellt. Das Verfahren soll für die ulcerierten Lupusformen reserviert bleiben. Die Erfolge sind gut, die Narbenbildung vorzüglich.

In der Diskussion sagt Abadie, daß die alte Anschauung, daß im Tuberkelbazillus das einzige und typische infektiöse Agens der Tuberkulose zu sehen ist, nach den Arbeiten von Vaudremer und Bezancon nicht mehr haltbar ist. Wir müssen vielmehr annehmen, daß er nur ein besonderes Stadium darstellt, wie wir es in einem bestimmten Augenblick sehen. Junge Kulturen bestehen aus einem Haufen von Kochschen Bazillen, säurefeste, typische Stäbchen in fibrillärer Hülle. Aber je älter diese Kulturen werden, um so größer werden die Veränderungen, die sich an ihnen vollziehen: Formveränderung, ja Abbau der Stäbchen, Sichtbarwerden von granulierten Körperchen im Zelleib und sind die Kulturen älter als 200 Tage, dann findet man nur noch diese Körperchen in freiem Zustande und in unzählbarer Menge. Diese chromophilen Körper sind sowohl Sporen, als auch Keime. Filtrate von alten Kulturen, die tuberkulinfrei sind, haben vaccinierende und kurative Eigenschaften. Durch neuerliche Kultivierung und Tierpassagen kann man aus den chromophilen Körperchen wieder typische virulente, säurefeste Kochsche Bazillen werden lassen. Viele Rätsel der Tuberkuloseforschung werden jetzt klar. Die großen Vorzüge des Vaudremerschen Filtrats in therapeutischer Hinsicht werden auseinandergesetzt.

Ein Fall von subakuter syphilitischer Phlebitis entstanden während einer Gonorrhoe. Akute Phlebitis der Vena saphena interna, Volumenvermehrung der meisten oberflächlichen Venen der Arme und Beine. Neben der Radix penis fand sich ein harter Strang. Fieber 39,2. Zunächst bestand kein Anzeichen für Lues, die Punktion des phlebitischen Bezirkes und Blutüberimpfung auf Kulturen ergab ein negatives Resultat. Der Wa. war stark positiv. Diagnose: Phlebitis syphilitica. Auf Wismuttherapie geht alles zurück und die Temperatur wird normal. Die Phlebitis war das einzige Zeichen einer bisher latenten Lues gewesen. Die gonorrhoische Venenentzündung tritt niemals isoliert, sondern unter dem Bilde der Allgemeininfektion mit Rheumatismus der verschiedensten Gelenke auf.

Analyse eines organischen Depots entnommen einem Abszeß infolge intramuskulärer Wismuthydroxydinjektion. Es fanden sich rund 60% Wasser, 30% Fette, 8% Eiweißstoffe, 3,5% Wismut. Nimmt man an, daß die wirksame Wismuteiweißverbindung, Levaditis Bismoxyl, nur 0,5% Wismut und 99,5% Bi enthält, so war in dem vorliegenden Fall jedenfalls nicht genügend Wismuteiweiß gebildet worden, sondern das Bi blieb als unangegriffene Masse im Muskel liegen. Die Ursache für den Abszeß sieht der Autor in der verwendeten Hydroxydverbindung und nicht im öligen Excipiens. Man habe die Dosierungsvorschriften für das Bi zu sehr denen für das As angeähnelt, es käme weniger auf den Bigehalt einer Verbindung, als auf ihre Löslichkeit an. Leider ist die Chemie des Muskels und seine Fähigkeit injizierte Produkte zu assimilieren noch recht unbekannt.

Nr. 2, Februar 1926.

* Lupusbehandlung mit Antimontrichlorid. von Darier.
Ueber die Wismutabszesse. Sabouraud.
Behandlung des circumscripten Pruritus mit Aconitin-Ionisation. von Louste und Juster.
Bowensche Krankheit am Finger. Milian.
Ein Fall von verruköser nodulärer Keratodermie. Lortat-Jacob und Legrain.
Verborgene Lipomatose oder sogenannte „symmetrische" Lipome der Extremitäten. Léri.
Ein Fall von allgemeiner Karzinomatose. Milian und Lafourcade.
Ein Fall von Mycosis fungoides, von Beginn an tumoral. Louste, Caillau und Thibaut.
Großcircinierte tuberöse Syphilide. Hudelo und Courtin.
* Schaumannsche Lymphogranulomatose. 11 Monate intensive Cacodyltherapie. Hudelo, Montlaur und Leforestier.
Ecchymotische phlyctenuläre Infiltration als Folge einer intraglutealen Injektion von Curalues. Jeanselme, Lévy und Huet.
* Psoriasis und Insulin. Bith und Courtioux.
* Einige Behandlungsresultate mit Insulin bei Psoriatikern. Lortat-Jacob und Legrain.
* Psoriasis und diabetische hereditäre Belastung. Lortat-Jacob.
Beitrag zur bakteriellen Therapie der Ulcus-molle-Bubonen. Nicolas und Lacassagne.
* Syphilis. Ansteckung vor Ausbruch des Primäraffekts. Wirkung der Präventivbehandlung. Galliot.
Ein Fall von Acanthosis nigricans. Archambault.
Ueber die Suspensionen von kolloidalem Jod. Mayoly.
Einige Fälle von konjugaler Syphilis. Bertin.
* Ein neuer Fall von syphilitischer Reinfektion. Lévy und Chomerau-Lamothe.
Schwere Anämie nach Injektionen von Novarsenobenzol. Lévy.
* Monosymptomatisches Syphilisrezidiv nach Stovarsolbehandlung. Audry.
Ueber einen Fall von Lepra in Toulouse. Chatellier und Laurentier.
Serologische Statistik. Gariprey und Chatellier.
Ein Fall von Varizellen und Zoster gleichzeitig bei derselben Person. Delmas.
Die Liquorveränderungen im Laufe der Syphilis bei den algerischen Muselmanen. Raynaud, Lacroix, Béraud und Boutin.
10 Fälle schwerer Syphilis erfolgreich mit Treparsol per os. behandelt. Mercier und Costel.
Beitrag zur Aetiologie der Pityriasis rosea. Mestschersky.

Behandlung des Lupus mit einem elektiv kaustischen Mittel, dem Antimontrichlorid. Unter allen Aetzmitteln ist denjenigen der Vorzug zu geben, die die stärkste Wirkung auf das kranke, die schwächste auf das gesunde Gewebe ausüben. Darier schildert ausführlich seine Methode, die er ursprünglich von Unna in Hamburg gelernt, später aber modifiziert hat. Erst wird die oberflächliche Epithelschicht durch den Thermokauter oder die Kurette zerstört, dann eine mit der grünen Salbe bestrichene Kompresse in der ganzen Ausdehnung des kranken Gewebes aufgelegt und durch Pflasterstreifen befestigt. Nach 8—10 Stunden nimmt der Kranke selbst den Verband ab, wäscht mit warmem Wasser und legt einen neuen Verband von Zinksalbe an. Jede zweite Nacht erneuert er den Antimonsalbenverband, im ganzen fünf- bis sechsmal. Nach 15 Tagen wird er wiederbestellt und der Arzt kontrolliert, ob Fortsetzung nötig oder Heilung eingetreten ist, die zwar manchmal nur eine scheinbare ist, aber sich durch schöne glatte Narben auszeichnet; das ganze Verfahren dauert nur 4—6 Wochen. Bei späteren Rezidiven wird es wiederholt. Ein Hauptvorzug sei der, daß sich der Kranke selbst behandeln kann, ferner die geringe Schmerzhaftigkeit und die Billigkeit. Kontraindiziert ist diese Behandlung bei Sitz an der Nase oder den Lidern usw. Bei ausgedehnten Prozessen ist eine schubweise Behandlung vorzuziehen. Den andern Methoden, Finsen usw. bleiben ihre Indikationen. Ein Fall, der seit 1915 einen Lupus am Ohrläppchen hatte, und der sich seit 10 Jahren einmal wöchentlich in Behandlung begab, wurde nunmehr von Darier nach obiger Methode behandelt und in 6 Wochen scheinbar geheilt. Civatte erklärt, daß Darier zu skrupulös ist, wenn er von scheinbaren Heilungen spricht und teilt einen Fall von Heilung eines handtellergroßen Lupus der Wange mit.

Schaumannsche Lymphogranulomatose. 11 Monate intensive Cacodyltherapie-Resultate. Die von den Autoren vor etwa einem Jahr vorgestellte Kranke ist in geradezu verblüffender Weise gebessert. Schaumann selbst hatte Arsentherapie vorgeschlagen. Novarsenobenzol war wirkungslos, aber das Natrium kakodylicum in hohen Dosen brachte den Erfolg. Es wurden vier Serien von 12 Injektionen, im ganzen 88 g in 11 Monaten einverleibt (intravenös). Pseudotumoren und Lymphdrüsenschwellungen schwanden. Der Allgemeinzustand war ausgezeichnet, 21 kg Gewichtszunahme. Es ist also durchaus nicht gleichgültig, welches As-Präparat man verwendet, auch kommt es nicht auf die absolute As-menge an.

Psoriasis und Insulin. Die Autoren untersuchten, ob ihre mit Insulin behandelten Psoriasisfälle konstante Störungen des Fett-, Kohlehydrat- oder Eiweißstoffwechsels boten, sowie die Funktion gewisser Organe, besonders der Leber. Bei zehn Kranken wurde der Gehalt des Blutes an Zucker, Cholesterin und Ureum festgestellt. Im Urin wurde nach Urobilin, Pigmenten und Gallensäuresalzen, ferner nach dem Coefficienten der Aminosäurelösungsfähigkeit gefahndet. Erst dann begann die Insulinbehandlung, täglich 45 Einheiten, dies 20 Tage bis zwei Monate hindurch. Aeußerliche Behandlung unterblieb. 6 von diesen Kranken hatten eine mangelhafte Leberfunktion, von diesen wieder zwei einen abnorm hohen Blutzuckergehalt. Von obigen 6 Kranken reagierten 4 mit vollständigem Verschwinden der Psoriasisplaques, auftretendes Jucken besserte sich rasch. Zwei von diesen vier Kranken bekamen Rezidive. Das erste Recidiv des ersten Kranken schwand wiederum auf Insulin, aber ein zweites Recidiv blieb unbeeinflußt. Beim zweiten Kranken wurde das Recidiv durch kleine, auseinandergelegte Insulindosen verhindert, sich zu generalisieren, einzelne bestehende Herde verschlimmerten sich jedoch. Beim fünften Kranken ergab sich eine deutliche Besserung bei Beginn. Beim sechsten kein Einfluß. Bei vier Kranken, die frei von Lebersymptomen waren, nur Mißerfolge. Indes wurde ein Kranker in seiner allgemein körperlichen Entwicklung sehr gefördert und ein Kind mit mangelhafter Schilddrüsefunktion wurde erst gebessert, als man zum Insulin Thyreodin hinzufügte. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Alle Wirkungen waren nur vorübergehend.

Einige Behandlungsresultate mit Insulin bei Psoriatikern. Zwei günstige, drei negative Fälle, Hervorheben des häufigen Vorkommens von Diabetes bei Psoriasis, Anregung, die Beziehungen zwischen diesen beiden Krankheiten näher zu untersuchen, damit die Insulintherapie der Psoriasis aus der Empirie herauskommt und feste ätiologische Indikationen findet.

Psoriasis und diabetische hereditäre Belastung. Mitteilung einer Reihe von Blutbefunden bei Psoriatikern. Betrachtungen über die Beziehungen von Diabetes und Syphilis. Insulin modifiziert das diabetische Terrain.

Syphilis. Ansteckung vor Ausbruch des Primäraffekts. Wirkung der Präventivbehandlung. Krankengeschichte eines Mannes, der außer mit seiner Frau noch mit andern verkehrte, und zwar am 30. September mit seiner Frau, am 2. Oktober mit seiner Mätresse. Am 5. Oktober stellte er sich vor mit einem Oedem des Präputiums und einer schwer sichtbaren kleinen Erosion der Urethra. Auf Druck entleert sich schleimiger Eiter, in dem keine Spirochäten, dagegen Ducreybazillen nachgewiesen werden. Am 10. Oktober finden sich aber auch Spirochäten. Eine provokatorische Injektion läßt den Wa. negativ, Hecht schwach positiv. Zwei Tage später ist der Wa. schwach positiv, der Hecht komplett positiv. Arsentherapie. Bei der Mätresse des Kranken fand sich eine negative WaR., es bestanden keine Genitalaffektionen. Sie wird der Präventivbehandlung mit Neoarsenobenzol unterzogen. (6 Injektionen.) Diese Person blieb nunmehr syphilisfrei bei einer klinischen und serologischen Kontrolle von 5 Monaten. Das Datum eines nach ungenügender Präventivbehandlung auftretenden verzögerten Primäraffekts ist maximum 95 Tage! Andererseits wurde die Ehefrau des Kranken am 15. Oktober von einem anderen Arzte untersucht und war noch frei von sichtbaren Affektionen, der Wa. war damals negativ, man leitete keine Präventivbehandlung ein; aber am 20. Dezember war die Roseola und der stark positive Wa. da. — Interessant ist der Ansteckungstermin von 4—5 Tagen vor Schankerausbruch in dem einen Fall, und die Wirksamkeit der Präventivbehandlung im andern. — Queyrat teilt einen Fall mit, bei dem im Jahre 1909 keine Präventivbehandlung gemacht wurde, und der doch syphilisfrei blieb, also wird die Syphilis nicht immer übertragen, so groß das Risiko auch scheinen möge.

Ein neuer Fall von syphilitischer Reinfektion. Der Kranke tritt im April 1923 mit einem Primäraffekt und doppelseitigen Drüsenschwellungen bei noch negativem Wa. in Behandlung. Es wird eine reine Novarsenobenzolbehandlung, 11 g in zwei Kuren von je 10 Injektionen im Laufe eines halben Jahres eingeleitet. Der Wa. bleibt negativ. Keine neue Behandlung. April 1925 kommt er mit einer Sclerose am Penis, einseitiger Leistendrüsenschwellung, Spirochäten, negativem Wa. wieder. Der Primäraffekt besteht seit 10 Tagen. Er hat nur einmal, am 24. Februar, Verkehr gehabt, die betreffende Frau ist im floriden Stadium seit Beginn März.

Monosymptomatisches Syphilisrecidiv nach Stovarsolbehandlung. Ein Mann infiziert sich außerehelich (typischer Primäraffekt, Spirochäten usw.), seine Frau ist seit 8½ Monaten schwanger. Sie erhält eine — gänzlich ungenügende — Präventivbehandlung mit Stovarsol, 6 Tabletten in 2 Tagen, bringt ein gesundes Kind zur Welt, sie selbst wird aber zunächst nicht mehr gesehen. Der Mann wird mit Novarsenobenzol behandelt, nimmt aber nach zwei Spritzen den Verkehr mit seiner Frau wieder auf, bricht auch die Behandlung wieder ab. Beide kommen mit syphilitischen Erscheinungen wieder in die Sprechstunde, der Mann mit Sekundärerscheinungen, die Frau mit einer einzigen krustösen Papel und positivem Wa. Derartige Monorecidive werden aber auch oft nach ungenügender Arsenobenzoltherapie gesehen. Ungenügende Stovarsolbehandlung führt zu den gleichen Konsequenzen wie ungenügende intravenöse Salvarsanbehandlung.

K. Heymann, Berlin.

The American Journal of the Medical Sciences.

Nr. 1, Januar 1926.

Einfluß der inneren Sekretion auf den Stoffwechsel. Cannon.
Die Wirkung von Röntgenbestrahlungen auf die Erythrozytenbildung bei Krebs und Leukämie. Isaacs.
Ueber einen Fall von Diabetes insipidus, kombiniert mit Ostitis fibrosa polycistica. Heard, Schumacher und Gordon.
Die menschliche Cerebrospinalflüssigkeit bei degenerativen System- und Herderkrankungen des Nervensystems. Patten.
Das Elektrokardiogramm des Nervensystems. Patten.
Das Megakolon. Bartle.
* Die Behandlung des Lungenabszesses. Miller und Lambert.
* Ueber Bakterien-Vakzine bei Asthma. Brown.
Ueber den Mechanismus des Gallenflusses von der Leber zum Darm. Winkelstein und Aschner.
Blutdruckherabsetzendes Prinzip im Saft der Wassermelone (Cucurbita citrullus). Barksdale.

Die Behandlung des Lungenabszesses. Die Grundlage der Therapie ist eine längere systematische Ruhebehandlung, mit wiederholten Drainagen. Wertvolle Hilfsdienste leistet oft die Bronchoskopie. Der Nutzen des künstlichen Pneumothorax ist beschränkt. 40—50% der Fälle erfordern chirurgische Behandlung; die Indikation dafür ist sorgfältig zu stellen, sie ist im akuten Stadium im allgemeinen zu vermeiden, darf aber andererseits auch nicht zu lange hinausgezögert werden.

Ueber Bakterien-Vaccinen bei Asthma. Verfasser stellt bei Asthmakranken Kutanreaktionen mit verschiedenen Sorten Nahrungseiweiß, Pollen, Staub, Tierhäuten u. a. und mit Bakterieneiweiß an. Wenn alle Reaktionen negativ ausfallen, werden Kulturen aus dem Sputum, Nasen- und Rachensekret hergestellt und erst diagnostisch, dann therapeutisch angewandt. Von 104 auf diese Art behandelten Fällen wurden 51% geheilt, 39% gebessert, 10% blieben unbeeinflußt.

Nr. 2, Februar 1926.

Kreislaufveränderungen bei der echten Polycythaemie. Brown und Giffin.
Ueber experimentelle Koronarembolie. Hamburger, Priest und Bettmann.
Ueber spontane Herzruptur. Nuzum und Hagen.
* Subakute kombinierte Strangdegeneration des Rückenmarks und perniziöse Anämie. Reese und Beigler.
Die Druckschwankungen im Gallengangsystem. Potter und Mann.
* Die substernale Struma. Fellerbaum und Finnsilver.
* Die Prognose des Kropfes mit Exophthalmus. Read.
* Ueber totale Thyreoidektomie bei der Thyreotoxikose vom exophthalmischen Typ. Gilmau und Kay.
Die diagnostischen Merkmale der chronischen Epithelkörperchen-Insuffizienz, mit besonderer Berücksichtigung des Phosphorgehalts des Bluts. Berman.
Das primäre Lungenkarzinom. Grove und Kramer.

Subakute kombinierte Strangdegeneration des Rückenmarks und perniziöse Anämie. Nach den Beobachtungen der Verfasser bieten 80% der Kranken mit perniziöser Anämie irgendwelche neurologischen Symptome; am häufigsten sind Strangdegenerationen der Hinterstränge und der spinozerebellaren Bahnen. Manchmal treten die neurologischen Erscheinungen vor dem charakteristischen Blutbild auf; diese Fälle sollen prognostisch besonders ungünstig sein. Jedenfalls sollte der Praktiker in nicht ganz klar liegenden neurologischen Fällen auch an die Möglichkeit der perniziösen Anämie denken.

Die substernale Struma. Ein Schatten im oberen Mediastinum, der scharf begrenzt und von der Aorta abzugrenzen ist, ist gewöhnlich eine retrosternale Struma, die viel häufiger vorkommt als meist angenommen wird. Wichtig ist, daß der Schatten sich bei der Atmung mit der Trachea bewegt. Klinische Kennzeichen sind: ein sichtbarer Kropf und Kompressionserscheinungen, oder: Kompressionserscheinungen und thyreotoxische Symptome, oder: Vorhofflimmern und Anzeichen einer Masse hinter dem Manubrium Sterni.

Ueber totale Thyreoidektomie bei der Thyreotoxikose vom exophthalmischen Typ. Vorläufiger Bericht. Ausgehend davon, daß die ganze Schilddrüse krank und das Maß der Sekretion des zurückbleibenden Teils der Drüse nicht zu bestimmen ist, versuchen Verfasser die Entfernung der ganzen Schilddrüse. Der Ausfall wird durch Präparate ausgeglichen, die durch zeitweise vorgenommenen Stoffwechselbestimmungen dosiert werden; manche Patienten bestimmen mit der Zeit gefühlsmäßig die nötige Dosis. Die Erfolge sollen in anscheinend hoffnungslosen Fällen gut gewesen sein. Die Beobachtung erstreckt sich bisher auf 10 Patienten.

N. Seligmann.

Medical Journal and Record.

Nr. 1, 6. Januar 1926.

* Hereditäre Characteristica der Tuberkulösen. Pottenger.
Hautteste mit Suspensionen von Treponema pallida. Patton, Blackford und Smith.
Gonorrhoische Urthritis beim Mann. Pelouze.
Perforation der Gallenblase mit intraperitonealer Blutung. Waters.

Hereditäre Charakteristica der Tuberkulösen. Der adulte Typ der Lungentuberkulose ist ein chronischer, nachdem der Körper seinen ersten Kampf mit der Krankheit im frühen Kindesalter siegreich bestanden hat. Der infantile Typ: akut mit rapidem Verlauf, am charakteristischsten im ersten und zweiten Lebensjahr. Ihn trifft man auch bei primitiven Rassen, wo die Krankheit zum ersten Male auftritt und gelegentlich auch bei uns als akute generalisierte Tuberkulose. Hier besitzt der Patient wenig spezifische Widerstandskraft, deshalb der Charakter einer akuten Infektion.

Das Problem hat zwei Seiten: einmal frühzeitige Diagnose, dann das tuberkulöse Individuum zu verstehen und so zu meistern, daß es seinerseits zur Heilung beiträgt. Chronische Tuberkulose hat eine ausgesprochene Tendenz zur Heilung, sonst wäre sie nicht chronisch; der natürliche Verlauf bei Kindern und ungeschützten Erwachsenen ist ein akuter. Der Grund, warum so viele an Tuberkulose sterben, ist nicht der, daß sie nicht heilen wollen, sondern daß sie wissentlich und unwissentlich ihre Heilung verhindern. Ein sehr wichtiger Faktor dabei ist aber auch die Heredität; die Uebertragungsweise des Bazillus ist wohl in allen Fällen dieselbe, auch wahrscheinlich die sonstigen Bedingungen, nicht aber das, was das Individuum durch das Keimplasma übertragen bekommen hat. Der Tuberkulöse hat nun außer den physischen Besonderheiten auch psychische: es herrscht eine gewisse Furcht vor bei ihnen, die einer Reversion zu kindlichen Zügen gleicht. Es ist aber noch nicht ganz klar, ob diese Furcht ein Produkt der Krankheit ist, oder ob sie angeboren erst durch die Krankheit an die Oberfläche kommt. Nach Mühl ist die Persönlichkeit primär, sie ist aber weit zurückgehend ein Faktor in der Verursachung der Krankheit. Die emotionellen Züge führen zu einem Mißbrauch der Energie, schwächen das Individuum und machen es so empfänglich für die Krankheit. Deshalb muß man den Patienten studieren, besonders seine emotionelle Phase neben seinem körperlichen und endokrinen Bestande.

Nr. 2, 20. Januar 1926.

* Einfluß der oralen Sepsis auf Krankheitsentstehung. Crookshank.
Pneumonie in den letzten 10 Jahren. Moffet.
Verhütung von Scharlach. Small.
Kongenitale Diaphragmahernie. Alpert.
Divertikulosis. Drueck.
Wissenschaftliche Basis der Therapie. Taylor.
Polypoide ulcerative Colitis, vielleicht tuberkulös. Johnson.

Einfluß der oralen Sepsis auf Krankheitsentstehung. Unter oraler Sepsis ist zu verstehen: Caries, Entzündung und Infektionen der Pulpa, periapikale Infektionen und dentale Cysten, Periodontitis (cervicale, gingivale, allgemeine je akut und chronisch). Man kann kurz unterscheiden septische Prozesse, die am Zahnfleischrand beginnen und solche durch periapikale Infektionen. Wenn man die verschiedenen säurebildenden, pyogenen und spezifischen Erreger der dentalen Sepsis Revue passieren läßt, so hat man eigentlich das vor sich, was Mégnin die Fauna der Kadaver nannte. Außer der bakteriologischen Qualität der Sepsis spielt auch die Lage des septischen Herdes eine gewichtige Rolle. So ist es recht verschieden, ob eine gingivale Periodontitis nach außen abläuft oder eine apikale Infektion zu einer reaktiven Osteitis führt. Die Ausbreitung kann also in den Magen und in die Luftwege oder auf dem

Blut- und Lymphwege stattfinden oder beides. Durch Ingestion und Aspiration hauptsächlich kommen zustande: 1. Lokale Affektionen des Mundes und der benachbarten Teile. Abgesehen vom Tic douloureux findet man sekundäre Infektionen und chronische degenerative Prozesse, Affektionen der Mandeln, des Pharynx, der Eustachia, des Mittelohrs, der Parotis, Angina Ludovi, Erysipel, Zungenkrebs, Sinusinfektionen, orbitale Periostitis, Augenstörungen, Neuritis optica, retrobulbäre Neuritis, interstitielle Keratitis, Iritis, Iridocyclitis, Katarakt, Glaukom usw. Selbst zum Mediastinum, zu Lungen und Herz dadurch bestehen Beziehungen. 2. Gastrointestinaltrakt: Ulcus, fermentative Dyspepsie, Dilatation, Affektionen des Duodenums, Gallensteine, Pancreatitis (die schlechten Zähne bei Diabetikern!), chronische Enteritis, Appendicitis, Hämorrhoiden, Krebs. 3. Respirationstrakt: fast sämtliche Formen der Entzündung der oberen Luftwege; Lungenerkrankungen bes. nach Narkosen, Gangrän der Lungen, septische und putride Bronchitis, Streptothrixaffektionen der Lunge. Sicherlich ebnet orale Sepsis auch den Weg für die Tuberkulose, die oft davon aus Mischinfektion wird. Verbindung auch auf dem Lymphwege. Ferner Anämien als Folge von Blutinfektionen. Endlich Myxödem und Gelenkaffektionen.

Nr. 3, 3. Februar 1926.

* Unbegründete Chirurgie bei Ulcus pepticum. Bastedo
Habituelle oder rekurrierende Luxation der Schulter. Thomas.
* Otitis media purulenta acuta. Smith.
Ansichten über das Problem der Anaphylaxie. Pern.
Phantasiemethode bei der Analyse narzistischer Neurosen. Clark.
Divertikulitis. Drueck.
Fall von akuter myeloider Leukämie. Gordon.
* Respiratorische Affektionen in Beziehung zu Gelenktuberkulose. Keller.
Bronchopneumonie, akute Miliartuberkulose vortäuscehnd. Blechschmidt, Perlman und Cohen.
* Apparat für Heliotherapie bei Tuberkulose und anderen Affektionen. Kime.

Unbegründete Chirurgie bei Ulcus pepticum. Die Meinungen hinsichtlich der chirurgischen oder inneren Behandlung des Ulcus sind sehr verschieden: zweifellos sind auf die eine Methode manche Fälle heilbar und auf die andere nicht; trotzdem ist man nicht berechtigt, in vielen Fällen Chirurgie anzuwenden, wo die innere Behandlung das geringere Risiko bietet. Kriterium: Chirurgie ist nur dann berechtigt, wenn ein bestimmter Prozentsatz die Garantie bietet, daß sich der Patient durch die Operation besser befindet, als durch die innere Behandlung. Wenn also das Risiko der Operation geringer ist als das der inneren Behandlung. Also ist in allen gewöhnlichen Fällen von Ulcus die Operation ausgeschlossen. Sie kommt aber in Frage bei Fällen von Perforation oder Penetration im Beginn, bei wiederholten Anfällen kopiöser Blutung, bei obstruktiven Fällen, mit dauernder Pylorusstenose, Uhrglaskonstriktion und obstruktiven Adhäsionen oder in Fällen, wo man wegen schwierigen Umständen oder schwierigen Temperaments eine längere Behandlung nicht durchführen kann. In allen anderen Fällen kommt chirurgische Behandlung in Frage. Man darf auch nicht zögern, sie vorzuschlagen, wenn für einige Wochen Nausea, Schmerzen und Säure bestehen, wenn nach zweckmäßiger Behandlung heftige Rückfälle nach einer symptomfreien Pause kommen. Etwa 50—60% können so intern behandelt werden.

Otitis media purulenta acuta. Speziell für den Praktiker geschrieben, um Mastoiditis zu verhindern. Symptome: das Gefühl der Fülle der affizierten Seite, der Wärme im Kopf; dann noch kein Schmerz, einzelne Stiche ausgenommen, und zwar im affizierten Ohr. Noch normale Temperatur. Steigen der Temperatur und das Gefühl der Fülle sollten Untersuchung des Trommelfells nahelegen. Kurz nach diesen Initialsymptomen findet man Kongestion am Hammerhandgriff und Injektion der Shrapnellschen Membran. Dies suggeriert einen suppurativen Prozeß im Gewölbe, der später ins Antrium übergeht. Einen halben Tag später ist dann die ganze Membrana tensa injiziert. Mit weiterem Fortschritt wölbt sich die Shrapnellsche Membran vor, und dies deutet auf Eiter im Gewölbe. Dann Rötung der Membran, intensive Schmerzen, Schlaflosigkeit, Nachlaß des Schmerzes, Steigen der Temperatur, schlechtes Allgemeinbefinden, Perforation, Besserung. Gewöhnlich ist aber die Perforation zu klein, um dem Eiter Abfluß zu verschaffen, es kommt zum Niederhängen der hinteren oberen Kanalwandung, was immer auf einen schweren suppurativen Prozeß im Gewölbe und auf eine Entzündung in den Mastoidzellen deutet. Dann fehlt auch selten Druckschmerz. Behandlung: Ruhe, Diät, Kathartica. Bettruhe schützt vor allem vor Erkältungen und der Ohrprozeß ist stets sekundär einer Nasopharyngealentzündung. In den ersten zwei Tagen flüssige Diät, aber dann kräftige. Sonst Calomel, Rhabarber oder $MgSO_4$. Im Initialstadium Calomel, nach 4—6 Stunden MGS_4 und alle Stunden ein Pulver von: Codein, Extr. Belladonnae ana 1 Grain (= 0,06), Monbromkampfer, Phenacetin ana 5 Grain. Ja kein Opium. Trockene Wärme. Keine warmen Irrigationen, sondern 5—10prozentiges Carbolglyzerin. Dies schmerzlindernd. Wenn nach 24 Stunden keine Besserung: Spezialist. Die lokale Behandlung hat dann zwei Punkte zu verfolgen: freie Dränage des Tympanum durch Inzision, Trocken- und Freihaltung des äußeren Gehörgangs von Eiter.

Respiratorische Affektionen in Beziehung zu Gelenktuberkulose. Die primären Herde der Knochen- und Gelenktuberkulose sind in den Lymphknoten der Brust, am Hilus, in der Mediastinalregion zu suchen. Deshalb immer Röntgenuntersuchung der Brust bei tuberkulösen Affektionen der Gelenke. Therapeutische Maßnahmen gegen die Knochen sind nur ein Teil der Behandlung. Also Bestrahlung der Brust.

Apparat für Heliotherapie bei Tuberkulose und anderen Affektionen. Verf. beschreibt einen neuen Apparat für Heliotherapie bei Tuberkulose und anderen Affektionen: ein polierter Metallreflektor von 5 Fuß Durchmesser ohne Glas, das die ultravioletten Strahlen ausschaltet und violett gefärbte Zelluloidschirme passiert. So erhält er unter Ausschaltung der Wärmestrahlen ein kaltes Licht, aber doch sehr reich an kurzwelligen Strahlen.

Nr. 4, 17. Februar 1926.

Die Beziehungen zwischen Arzt und Patienten. Einhorn.
* Intrakraniale Hämorrhagie beim Neugeborenen. Maclaire.
Der weiche Gaumen als Stelle für Krankheitszeichen. Neuda.
* Der äußere Respirationsmechanismus bei Unfall und Krankheit. Byrne.
Insektenbisse als Ursache von Herzkrankheiten. Stephens.
Dickdärm und Vagus-Sympathikuswirkung. Ludlum und Macdonald.
Die Zahnbürste. Osborne.
Urologie beim Weibe. Mc Bee.
Zucker zur Beschleunigung der Geburt. Rucker.

Intrakraniale Hämorrhagie beim Neugeborenen. Die Ursache der intrakraniellen Blutung bei Neugeborenen beruht entweder auf einem Trauma durch den Wehenmechanismus, was an sich noch nicht abnorm sein muß. Von Seiten der Mutter können die die Tätigkeit des Uterus, die harten und weichen uterovaginalen Geburtswege daran schuld sein; von Seiten des Fötus das Mißverhältnis in der Größe des Kindes und des Geburtskanals und endlich kann die Placenta als obstruierendes Agens wirken, besonders die prävia. Oder Asphyxie oder ein hämorrhagischer Zustand des Neugeborenen, ein allerdings weit überschätzter Faktor. Oder Syphilis; ebenfalls überschätzt. Oder endlich Pituitrin. Häufigkeit bei 45 boten 4 (= 8 8%) eine initiale Mortalität durch Hämorrhagie. Das häufigste Symptom war krampfhaftes Zucken der Hand, weniger der Füße; Cyanose, schlechte Nahrungsaufnahme, Konvulsionen, ungewöhnliche Schläfrigkeit, Rigidität der Extremitäten, Ikterus, respiratorische Störungen, Zucken am Mund, im Gesicht, Epistaxis, Schreie, Erbrechen, Schaum vor dem Munde. Vorwölbung oder Spannung der Fontanelle ist kein zuverlässiges Zeichen. Als additionelle Zeichen führt Capon noch an: orale Blässe, Nystagmus, okulare Lähmungen, ungleiche Pupillen, Myosis, Ptosis, abwechselndes Schließen und Oeffnen der Augenlider, verstärkte Reflexe, Erektion des Penis, Runzelung der Skrotalhaut u. a.

Weist ein Neugeborenes eines dieser Zeichen oder eine Kombination davon auf, so empfiehlt sich eine Lumbalpunktion zu diagnostischen Zwecken; sie sollte nie während eines Schocks vorgenommen werden; klare Spinalflüssigkeit schließt eine intrakranielle Blutung nie aus. Behandlung häufig wiederholte Punktionen, alle 6—24 Stunden; bleibt das Punktat nach

3 Tagen unverändert: kranielle Drainage. Folgen: ungenügend behandelte Fälle können Anlaß zu spastischer Paralyse mit und ohne mentale Störung, von der einfachen Verlangsamung des Gedankenablaufs bis zur Idiotie mit und ohne Epilepsie geben. Ferner Hydrocephalus.

Der äußere Respirationsmechanismus bei Unfall und Krankheit. Die neueren Untersuchungen Lumsden's lassen 3 Unterabteilungen des Respirationszentrums erkennen: das Keuchzentrum, kaudalwärts von den striae acusticae, das Inspirationszentrum in der Höhe der striae und das Exspirationszentrum in der oberen Brücke. Beim Keuchtyp sind In- und Exspiration von kurzer Dauer mit einer langen postexspiratorischen Ruheperiode. Inspirationstyp: verlängerte Inspirationen, wobei die Inspirationsmuskeln auf der Höhe der Inspiration kontrahiert bleiben und endlich der Typ mit verlängerter Inspiration und Exspiration, wie man ihn nach doppelter Vagotomie beobachtet. Das Keuchzentrum wird gereizt durch O-Mangel, durch Vagotomie; das Inspirationszentrum durch CO_2-Uebermaß und O-Mangel. Starker O-Mangel läßt die tonische Inspiration versagen und führt zu Keuchen. Vagusreiz wirkt depressorisch und verhindert die tonische Inspiration. Das Exspirationszentrum wird gereizt durch CO_2-Uebermaß; O wirkt hier lediglich depressorisch und stört im Uebermaß die Vitalität des Zentrums. Vagusreiz hemmt Ex- und Inspiration. Vagotomie erleichtert und verlängert aktive Exspiration. Von diesen Zentren sind die höheren differenzierteren Mechanismen schädlichen Einflüssen gegenüber weniger widerstandsfähiger, als der primitivere unterste. Sie erliegen zuerst und erholen sich langsamer. In der großen Mehrzahl der Fälle, wo der Tod durch Krankheit erfolgt, erliegt das Respirationszentrum zuerst.

Für den Kliniker ist es eine der wichtigsten Aufgaben, den Beginn der Ermüdung oder des Nachlasses des Exspirationszentrums bei akuten, subakuten Krankheiten oder den Exacerbationen chronischer Zustände zu erkennen. Normal leicht und ruhig; unter Druck verlängerter, aktiver, fast tonischer Exspirationsakt, bei dem der Atem hörbar hervorgestoßen wird und dann plötzlich rasch durch eine übertriebene Inspiration mit erweiterten Nasenlöchern auf Kosten der normalen postexspiratorischen Ruhepause unterbrochen wird. Praktisch kommen die drei Phasen in Frage: vom Beginn der Inspiration bis zum Beginn der Exspiration, vom Beginn der Exspiration bis zum Beginn der Inspiration, die Ruheperiode.

Diagnostisch kommen folgende Zustände in Frage: 1. vermehrter intrakranieller Druck durch Neoplasma, spontane oder traumatische arterielle Hämorrhagie, Gehirnödem, u. U. durch ein mechanisches toxisches oder toxisch-infektiöses Trauma, vermehrte Sekretion oder verminderte Absorption von Liquor. Hier findet man immer eine verlängerte exspiratorische Phase lange vor dem Eintritt der Gefäß- und Augenphänomene. 2. Ebenso bei Erkrankungen des Herzens und der Lungen. 3. Sodann bei Stoffwechselstörungen, besonders Acidosis, wo es immer ominös ist, wenn die Ursache nicht rasch entfernt wird. Bei Urämie und Diabetes oft ein wichtiges Frühzeichen, das bei sonstigen Erkrankungen den Blick darauf lenken sollte. Endlich ein wichtiges Frühzeichen bei Vergiftungen mit Opium, Alkohol, Aether usw. Therapie: O jedenfalls nur verdünnt, besser mechanische Hilfsmittel. Bei Kohlengasvergiftung kommt u. U. CO_2 abwechselnd mit O in Frage. Bei Acidosis Alkali. Bei Hirndruck und progressiver Atemstörung chirurgisches Eingreifen.

Nr. 5, 3. März 1926.

* Klinische Studie über 401 Patienten mit kardiovaskulären Defekten. Perla.
Europäische Schulhygiene u. a. Tracy.
Die Notwendigkeit psychanalytischer Kliniken und Institute in Amerika. Clark.
Jod-Natrium intravenös bei Infektionen und Allergien. Wiltsie.
Diagnose und Behandlung des Heufiebers. Brown.
Tryparsamid gegen Neurosyphilis. O'Leary und Becker.
* Diagnose und Behandlung der Neurosyphilis durch den allgemeinen Praktiker. Pike.
Pathologie der primären Phase der Syphilis. Golay.

Klinische Studie über 401 Patienten mit cardiovasculären Defekten. Syphilis als Ursache einer Klappenerkrankung (Aorta) ist überschätzt. Mitralstenose bei Leuten über 50 ist nicht selten. Klinisch ist die Ursache bei Aelteren oft schwer zu eruieren. Bei Rheumatismus ist der häufigste Klappenfehler die Mitralstenose. Klappenfehler wurden hier bei 35% über 30, bei 17% über 50 festgestellt und 75% mit chronischen Klappenerkrankungen gaben eine positive Anamnese rheumatischer Infektion. Eine palpable Milz, dabei ohne Infarkt oder eine subakute bakterielle Edocarditis ist nicht selten: in 12%. Bei myocardialer Insuffizienz ohne sekundäre Infektion oder Infarkte ist die Temperatur gewöhnlich subnormal. Aurikuläre Fibrillation kommt häufiger bei Mitralstenose als bei anderen Läsionen vor und am meisten in der rheumatischen Gruppe. Die Prognose der Klappenerkrankungen hängt ab vom Fehlen oder Vorliegen einer Infektion, vom Zustand des Myocards, vom Fehlen oder Vorliegen einer Aurikularfibrillation, vom Grad der physikalischen Aktivität des Patienten. Die Lebensdauer vom Beginn an ist am längsten, wenn die Krankheit unter 20 akquiriert wurde, vorausgesetzt, daß der Patient eine frühe Reinfektion überlebte. Bei wohlkompensierten Fällen ist die Prognose im allgmeinen besser als man annimmt. Manche können sehr alt dabei werden.

Diagnose und Behandlung der Neurosyphilis durch den allgemeinen Praktiker. Neurosyphilis ist ein großes, rein medizinisches Problem, dessen Lösung im wesentlichen in der Hand des allgemeinen Praktikers liegt. Denn 25% aller Patienten entwickeln cerebrospinale Läsionen; die Hälfte aller Patienten zeigen während der sekundären Periode vorübergehende oder dauernde Affektionen der Optici oder Akustici; 70—82% von Frühsyphilis weisen Liquorveränderungen auf. Einer von sechs Geisteskranken verdanken ihren Zustand ihrer Lues des Zentralnervensystems. Die ersten Erscheinungen können jederzeit nach der Infektion auftreten, schon wenige Monate nachher.

Klassifikation: 1. Meningovaskuläre Läsionen, ursprünglich im Bindegewebe oder in den Blutgefäßen, sekundär im Parenchym, führen früh zu Funktionsstörungen, später bei falscher oder keiner Behandlung zu Zerstörungen. 2. Parasyphilitische Läsionen, im allgemeinen im kortikalen Parenchym, immer degenerativ, Wallersche Degeneration. Spezifische Therapie ohne Erfolg. Paralyse und Tabes, erworben oder hereditär.

Sehr wichtig ist die prodromale Periode, besonders auch für den Praktiker. Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Arbeitsunlust, allgemeine Störungen, kurz das Bild der Neurasthenie. Solche Patienten haben oft einen langen Therapie- und Leidensweg hinter sich, bis ihr wahrer Zustand erkannt wird.

Das Kopfweh ist oft dumpf, oft bohrend und sehr heftig, inkonstant, intermittierend, häufig nachts schlimmer als am Tag. Lokal beginnend, dann empfindlich bei Perkussion, allmählich den ganzen Kopf befallend, wobei alle Sedative außer Morphium versagen, während Hg und J rasch helfen. Der Schwindel ist oft mit dem Kopfweh verbunden, kürzere oder längere Anfälle, bei geistiger oder körperlicher Anstrengung zunehmend. Oft das einzige Symptom: deshalb bei Leuten in jugendlichem oder mittlerem Alter stets auf Hirnsyphilis verdächtig. Schlafstörung: entweder Schlaflosigkeit oder abnorme Schlafsucht. Beides tritt früh auf; die Schlafsucht kann jederzeit kommen, auch nachts nach vorausgehenden Kopfschmerzen, in deren Anschluß es dann zu einem tiefen stuporösen Schlaf kommt. Dann treten auch mentale Veränderungen auf: dumpf, apathisch, arbeitsunlustig, depressiv, indifferent, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsunfähigkeit. Dann auch neurologische Zeichen, hängendes Augenlid, feiner Tremor, Zucken in den Arm-, Bein-, Mundmuskel; Appetitverlust, Gewichtsabnahme, anämische graublasse Haut. Nach dem Prodromalstadium Zeichen für Menigitis Arteriitis Gumma; dann stehen die neurologischen Zeichen im Vordergrund.

Pupillenungleichheit, langsame Reaktion auf Licht und Akkomodation, Ptosis, Diplopie, Monoplegie, Diplegie, Aphasie vorübergehend, permanent, komplett oder partiell. Epilepsie, Jackson, akute Meningitis oder Tod durch Gefäßruptur oder Thrombose.

Bei der meningovaskulären Syphilis der Spina ist bei der Diagnose zu berücksichtigen, daß alle Fälle früher oder später cerebrale Beteiligung zeigen; zunächst sind wie beim Gehirn die Meningen, Narbenwurzeln und Blutgefäße affiziert sekundär, erst und mehr mechanisch die Chorda. Klinisch: Schmerzen (oft schon früh, intensiv, nächtliche Exacerbationen, meist in den unteren Extremitäten, oft als unerträgliche Rachialgie im Kreuz; durch Affektion der Wurzeln mit Empfindlichkeit längs der Nervenstämme, Herpes, trockener Haut. Außerdem Ameisenlaufen, Taubheit und Kältegefühl an den befallenen Partien). Dann Lähmungen, zunächst zunehmende Reflexerregbarkeit, später myelitische Symptome (Gefühl, Blase, Rectum).

Das Bild des parasyphilitischen Typs hängt ganz von dem betroffenen Teil ab.

Tabes kann sich wenige Monate bis 50 Jahre nach der primären Läsion entwickeln, zu jeder Periode zwischen 15 und 70. Die große Mehrzahl der Fälle tritt jedoch auf zwischen 30 und 45, 5 bis 15 Jahre nach der Infektion. Schmerzen: scharf neuralgisch in den unteren Extremitäten, oft allen anderen Symptomen vorausgehend, oder in den Eingeweiden als Krisen, plötzliche heftige Magenschmerzen in Attacken nach allen Seiten ausstrahlend mit Nausea, Erbrechen und großer Prostation, oft mit wochenlangen unregelmäßigen Pausen, oft weil damit beginnend verkannt und zu ungerechtfertigter Laparotomie führend. Parästhesien: Jucken, Taubheit, Prickeln, Hitze- und Kältewallungen, taktile Störungen, Gefühl eines Handschuhes an der oberen Extremität oder von Gehen auf einem Teppich, Verlust des oberflächlichen Schmerzgefühls, von heiß und kalt. Ataxie: die bekannten Erscheinungen. Erste Klage oft Schwierigkeit beim Treppenhinauf- und herabsteigen. Unsicherheit auf unebnem Boden. Bei Nacht Gehen nur mit Schwierigkeit; bei Tag mit den Augen auf den Beinen oder auf dem Boden zur Ueberwachung der Beine. Romberg. Sehnenreflexe: Verminderung der Patellar- und Achillesreflexe kann auf einer Seite beginnen und so länger bleiben. Argyll-Robertson. Inkontinenz der Blase und Cystitis, mit der Zeit auch des Rectums. Nach 10—15 Jahren bettlägerig stirbt der Patient entweder an interkurrenter Krankheit oder an bulbären, kardialen oder renalen Komplikationen.

Paralyse: Außer dem bekannten Beginn neurologischer Verstärkung oder Verminderung der Patellarreflexe, Pupillen träge auf Licht, ungleich und unregelmäßig, Akkomodationsreflex erhalten, Sprachstörung, Zucken der Mundmuskulatur bei Erregung oder schweren Worten. Bei der Diagnose ist zu bedenken, daß die mentalen Symptome nicht immer Führer sind, oft stehen die motorischen neurologischen Erscheinungen im Vordergrund und die klassischen Zeichen, wie Größenwahn, stehen nicht immer im Vordergrund; sondern ähnlich anderen Psychosen die mentale Verschlimmerung, Emotion usw. Alle diese Erscheinungen können auch hereditär vorkommen. Bei der Diagnose darf nicht irreführen, daß die Infektion nicht bekannt ist, und daß sekundäre Erscheinungen fehlen; die Prodromalsymptome können Monate und selbst jahrelang dauern; Apoplexie vor 40. Epileptiforme Anfälle nach 25 sind in der Mehrzahl der Fälle syphilitischen Ursprungs; das epileptische und choreatische Kind sollte sowohl neurologisch wie serologisch auf Syphilis untersucht werden. Chorea in der Kindheit ist in Wirklichkeit oft juvenile Paralyse. In allen verdächtigen Fällen eingehende neurologische Untersuchung. Schwangerschaft und Wassermann sind Synoyma.

v. Schnizer.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11., Nr. 4, Januar 1926.

* Der diagnostische Wert des Zuckergehaltes der Cerebrospinalflüssigkeit. W. P. Stowe.
Wirkung des Natriumbenzyls („Benzycin") und des Natriumdibenzylphosphates („Benzyphos") auf die Atmung und den Herzkreislaufapparat. Ch. M. Gruber.
Glykolyse und Schwankungen des Blutzuckerspiegels. J. J. Lemann und R. T. Liles.
Therapeutische Farben. I. Mercurochrome-220, löslich. R. W. French.
Polychrome Färbungen. I. Ersatz für Giemsa-Lösung. R. W. French.
Tabellen über die Werte der Oberflächenformel nach du Bois. W. H. Stoner.
Stabilität des Standard-Kahn-Antigens. Kendrick und Jenks.
Aerztliches Besteck zur Serumgewinnung zwecks Dunkelfelduntersuchung bei Verdacht auf Syphilis. W. R. Stokes und C. L. Ewing.
Blutharnsäure. Vergleich der Werte dreier Methoden und die notwendige Technik für die exakte Bestimmung. W. P. Holbrook und H. D. Haskins.
Färbungsmethode für Nervenzellen mit basischen Anilinfarbstoffen. F. Proescher und A. S. Arkush.
Eine Methode zur Blutgruppenbestimmung, zu der nur eine bekannte Gruppe erforderlich ist. W. L. Vogel.
* Milchfieber. J. J. R. Macleod.
Serodiagnose der Syphilis. R. A. Kilduffe.

Der diagnostische Wert des Zuckergehaltes der Cerebrospinalflüssigkeit. Der Verfasser berichtet über das Ergebnis von 122 Liquorzuckeranalysen (nach Folin-Wu) an Gesunden und Kranken. Im Gegensatz zu verschiedenen Autoren sind die als normal angegebenen Werte des Liquorzuckers auffallend hoch. Sie betragen 70—80 mg% im Durchschnitt (Grenzwerte: 60—90 mg%). In den untersuchten Fällen von Neurosyphilis, Encephalitis lethargica und anderen neurologischen und nichtneurologischen Erkrankungen lagen die Werte im Bereich des Normalen. Typische Senkung des Liquorzuckers in diagnostisch verwertbarem Maße findet sich bei meningitischen Prozessen. Die Werte bei tuberkulöser Meningitis liegen durchschnittlich bei 30 mg% (Grenzwerte: 10—50 mg%); extreme Senkung des Liquorzuckerspiegels aber wurde beobachtet bei infektiös eitriger Meningitis (0—25 mg%!). Die Verminderung des Liquorzuckers scheint jedoch nicht durch die Anwesenheit der Leukocyten bedingt zu sein, denn in einigen Fällen von eitriger nichtinfektiöser Meningitis (bei Tumoren usw.) fanden sich normale Werte für den Zuckergehalt des Liquors.

Milchfieber. Eine pankreatektomierte, durch regelmäßige Insulininjektionen künstlich am Leben erhaltene Hündin wurde trächtig. Im Verlaufe der Schwangerschaft blieb die Lage des Kohlenhydratstoffwechsels unverändert. Insbesondere fand die Beobachtung anderer Autoren keine Bestätigung, nämlich daß die Kohlenhydrattoleranz zunähme infolge Uebergehens von fetalem Insulin auf den mütterlichen Organismus. Einen Tag post partum aber erkrankte die Hündin unter dem Bilde des hypoglykämischen Symptomenkomplexes, offenbar infolge des durch Milchzuckerbildung einsetzenden Kohlenhydratentzuges bei beginnender Laktation. In Uebereinstimmung mit Widmark und Carlens (Biochem. Zeitschrift 1924) deutet der Verf. das sogenannte Milchfieber zu oft gemolkener Kühe als hypoglykämischen Zustand (Blutzucker < 0,040%). Die Veterinäre pflegen zur Belebung des Milchfiebers Luft in das Euter der Tiere zu blasen, ein Eingriff, der tatsächlich eine kurzfristige Hyperglykämie zur Folge hat.

11., Nr. 5, Februar 1926.

Einige Beziehungen zwischen der Blutkörperchenzahl im Venen- bzw. Kapillarblut und dem Blutdruck bei Diabetikern. Root, Thompson und White.
Abtrennung einer inneren Sekretion der Nebenschilddrüsen. L. Berman,
Eine Antikomplementreaktion im Blutserum oder Liquor. A. H. Sanford.
Standardisierung der Wassermann-Resultate. A. J. Casselman.
Der gegenwärtige Stand der Komplementbindung nach Kolmer, einer Syphilisreaktion, auf Grund kritischen Vergleichs mit zahlreichen anderen Methoden. R. A. Kilduffe.
Vergleich der Ergebnisse der Kolmer-Wassermann-Methode mit der Kahnschen Präzipitionsreaktion. R. G. Owen und H. E. Cope.
Die Kahnsche Präzipitionsreaktion im Vergleich mit Kolmers Komplementbindungsreaktion. A. S. Giordano.
Klinische Studien über die Kahnsche Präzipitionsreaktion und die Kolmersche Komplementbindungsreaktion. R. L. Kelly.
Die neue Modifikation der Meinicke-Reaktion. A. P. Saunders.
Die Pharmakologie des Benzylalkohols und seiner Ester. Ch. M. Gruber.
* Darmstenose und perniciöse Anämie. R. L. Haden.
Ueber die Verwendung frischen und inaktivierten Serums zur Flockungsreaktion für Syphilis. C. B. Mc Glumphy und W. W. Brandes.
Eine einfache Methode zur Messung der Oberflächenspannungsänderung gewöhnlicher und biologischer Flüssigkeiten. Fl. de Eds.
Untersuchungen über Lokalanästhesie. IV. Die Pharmakologie einiger Paraaminobenzolverbindungen. W. R. Meeker.
Lokale Gewebsreaktionen. W. R. Meeker.
Untersuchungen über Lokalanästhesie. V. Die Toxizität der Paraaminobenzolverbindungen. H. Mc Guigan und G. A. Brough.
Phenolkoeffizient. M. B. Burns und N. Bullock.
Filtrationszylinder und Kulturröhrchen für bakteriologische Arbeiten. E. Ablahadian.

Klinische Elektrokardiographie und neue Fortschritte in der Herzphysiologie. G. R. Herrmann.

Darmstenose und perniciöse Anämie. Mitteilung eines Falles. Zunächst gibt der Verf. eine Uebersicht über sieben von Meulengracht (Arch. f. Verdauungskrankheiten 1921) beschriebene Fälle von perniciöser Anämie bei gleichzeitigem Vorhandensein stenosierender Darmprozesse. Bei dem im Anschluß daran mitgeteilten eigenen Krankheitsfall handelt es sich um eine 64 Jahre alte Frau, bei der im rechten Oberbauch ein handbreiter Tumor fühlbar war. Es bestand eine geringe Atrophie der Zunge. Im Mageninhalt war keine freie HCl nachweisbar. Blutbild: Erythrocyten 1,8 Millionen, Leukocyten 4650, Hämoglobin 51%, Färbeindex 1,36. Außerdem bestand „Makrocytose" und sehr geringe Anisocytose und Poikilocytose. Kernhaltige rote Zellen wurden nicht gefunden. Unter Arsenbehandlung vermehrten sich die Erythrocyten. Tod nach zweimonatlicher Behandlung unter fortschreitender Kachexie und ileusartigen Erscheinungen. Die Sektion ergab einen infiltrierenden Gallenblasenkrebs, infolgedessen es zu komplettem Verschluß der Flexura hepatica des Colons und zur Stenosierung des Duodenums gekommen war. Myeloide Umwandlung des Oberschenkelknochenmarkes.

Der Verf. ist bemüht, unter Hinweis auf die Erythrocytenvermehrung infolge der Arsentherapie das tatsächliche Vorliegen einer echten perniciösen Anämie glaubhaft zu machen, die entstanden sei durch Resorption hämotoxischer Substanzen aus dem stenosierten Darmabschnitt. Er sieht in diesem Falle einen weiteren Beweis für den intestinalen Ursprung der perniciösen Anämie. Bei kritischer Wertung der Krankheitsgeschichte und des Sektionsbefundes erscheint es dem Referenten wahrscheinlicher, daß es sich hier um eine schwere sekundäre Anämie infolge Karzinomkachexie mit perniciosaähnlichem Blutbefund gehandelt hat.

Walter Goldstein (Berlin).

Boston medical surgical Journal.

Nr. 4, 28. Januar 1926.

Das industrielle chirurgische Problem. Sherman.
Ueber Heimbehandlung der Tuberkulose. Pratt.
Die dermatologische Feuerlinie. Macdonald.
* Mechanismus und Behandlung der Angina pectoris. Reid.

Mechanismus und Behandlung der Angina pectoris. Angina pectoris ist ein funktioneller Zustand, wobei funktionell keineswegs nicht vorhanden bedeutet. Gewöhnlich mit 3 Typen von Herzkrankheiten verbunden, nämlich Arteriosklerose, cardiovasculäre (gelegentlich auch andere Infektionen) Syphilis und Hypertension. Eine klinische Einheit, aber nach dem Tode nicht nachzuweisen. Es ist im wesentlichen ein Problem der Adaptation der Zirkulation an Anstrengungen. Dabei findet eine Dilatation der peripheren Blutgefäße statt unter Mitarbeit des Nervensystems, wahrscheinlich reflektorisch durch die Depressorfasern des Vagus. Sie verursacht einen rapiden Blutabfluß vom Herzen weg, dadurch eine Verminderung des Drucks im ersten Teil der Aorta und auch dessen, der zur Eröffnung der Aortenklappen nötig ist. Ein Fehlen dieser Reflexdilatation der peripheren Gefäße ist nun das Wesentliche der Angina. Dies auf die drei Typen bezogen, so findet man bei der Arteriosklerose wenig elastische periphere Gefässe und degenerative Veränderungen im ersten Teil der Aorta und im Myocard. Syphilis: Läsionen in der Aorta und im Herzmuskel. Hypertension: außer denselben Veränderungen ausgesprochene Tendenz zur Konstriktion der kleinen peripheren Gefäße. Die pathologischen Veränderungen der drei Typen verhindern nicht nur den Dilatationsreflex, sondern machen auch die Nervenendplatten sensibler für erhöhten Druck. Und diese beiden Faktoren erregen den Schmerz der Angina. Die üblichen Mittel Amylnitrit usw. erweitern die peripheren Gefäße. Also durch das Fehlen des Dilatationsreflexes Anstieg des Drucks, und zwar plötzlich im ersten Teil der Aorta und im linken Ventrikel, Reiz der lokalen Nervenendplatten und dadurch die Arm- und Schulterschmerzen. Also im wesentlichen Fehlen des Protektivmechanismus der peripheren Reflexdilatation. Behandlung: Nitroglyzerin in Tabletten zu 0,006 unter der Zungenspitze zergehen lassen; so kommt es rascher ins Blut und wirkt in 3—5 Minuten. Ev. 10 Minuten später wiederholt; kann bis zum Beginn des toxischen Effektes gegeben werden. Bei Amylnitrit kann auf das Sinken ein plötzliches Wiederansteigen des Drucks erfolgen. Deshalb bei Hypertension zu vermeiden. Auch Morphium wirkt gut. Elektrische Wärme im Präcordium. Prophylaxe: Vermeidung von Anstrengungen, bes. plötzlichen Erregungen, Erkältung der Haut, Gehen gegen den kalten Wind, Anstrengung beim Stuhl, sexuelle Anstrengungen, spätes und reichliches Essen, Flatulenz. Bei Prostatahypertrophie kann der Anfall durch Ueberfüllung der Blase ausgelöst werden. Es empfiehlt sich, Nitroglyzerin usw. immer bei sich zu führen. Die Verordnung Nitroglyzerin 3mal täglich ist zwecklos, weil die Wirkung kaum eine Stunde anhält. In verzweifelten Fällen Operation. Dann Behandlung der Grundleiden. Gegen Hypertension kalzium- und vitaminreiche Nahrung, Milch und grüne Vegetabilien, Sonnenlicht, zeitweise Kalziumsalze.

Nr. 5, 4. Februar 1926.

Embolische Gangrän der Extremitäten bei Pneumonie. Kiefer, Brigham und Wheeler.
Vitalkapazität bei Hyperthyreoidismus. Ratirovitch.

Nr. 6, 11. Februar 1926.

* Die Tragödie der Zahnextraktion. Blumer.
Beziehung der chirurgischen Lage zu Lungenabszessen nach Tonsillektomie. O'Reilly.

Die Tragödie der Zahnextraktion. Beschreibung zweier Fälle von allgemeiner Sepsis nach Extraktion eines infizierten Zahnes und Drainage eines Wurzelabszesses. Beide Patienten waren bis dahin gesund. Tod in beiden Fällen etwa 6 Wochen nach dem Eingriff. Im 2. Falle Mitralaffektion. Im 3. Falle handelte es sich um eine Zahnextraktion bei chronischer Krankheit: alte und frische retinale Hämorrhagien, Hypertension, Herzhypertrophie, Albuminurie. Im Anschluß daran die hepatische Toxämie einer akuten gelben Leberatrophie. Im 4. Falle wurden wegen Pyorrhoe einige Zähne entfernt bei einem Brightiker, der gleichzeitig ein Prostatakarzinom aufwies. Tod etwa 4 Wochen später. Die verschiedenen Typen einer von einer Zahninfektion ausgehenden fatalen Läsion mögen wie folgt gruppiert werden: direkte Ausdehnung des lokalen Entzündungsprozesses bis zum Mediastinum, Tod durch Toxämie. Metastasen in den Nachbargeweben, wie sie bei Meningitis oder Thrombose der cerebralen Sinus nach Zahnextraktion vorkommen können. Allgemeine Septikämie, akut mit oder ohne Endocarditis, chronisch mit degenerativen Prozessen innerer Organe u. U. sich länger hinziehend mit Abszeßbildung.

Nr. 7, 18. Februar 1926.

* Heliotherapie. Hawes.
* Erythema arthriticum epidemicum. Place, Sutton und Willner.
Irrtümer in der chirurgischen Diagnose. Walker.
Eine leichte Methode, den Grad der Gelbsucht mit Hilfe des Blutserums zu schätzen. Murphy.

Heliotherapie. Sonnenbehandlung ist praktisch in allen Fällen chirurgischer Tuberkulose angezeigt, bei nicht febriler oder nicht aktiver Lungentuberkulose. Natürliches ist besser als künstliches Sonnenlicht. Die Behandlung darf nie die einzige oder wichtigste Methode sein, sondern stets ein Hilfsmittel für Ruhe, frische Luft und allgemeine Hygiene, gute Ernährung. Symptome von zu viel Sonnenlicht — natürlich oder künstlich — sind dieselben wie die der Tuberkulinreaktion, wahrscheinlich aus derselben Ursache, Temperatur- und Pulszunahme, allgemeines Unbehagen, Kopfschmerzen, Schwäche und manchmal Mobilisierung eines tuberkulösen Herdes. Stets Ueberwachung durch einen Arzt, besonders bei Lungenfällen. Sanatorium- oder Spitalbehandlung ist dabei nicht nötig, kann sehr gut zu Hause durchgeführt werden. Aber methodisch nach einem bestimmten Schema.

Erythema arthriticum epidemicum. Vorläufiger Bericht über eine neue Epidemie, die in Haverhill Mass. beobachtet wurde. Etwa 60 Fälle. Plötzlicher Einsatz in schwereren Fällen mit Schüttelfrost, Erbrechen, intensivem Kopfweh, Prostration. Das Erbrechen kann mehr wie 24 Stunden dauern. Das Fieber läßt am 3. oder 4. Tag nach, tritt dann später remittierend wieder auf. Die Eruption kommt vom 1.—3. Tag an den Streckseiten der Extremitäten über den Gelenken, in schwereren Fällen über Schultergürtel und Rumpf. Unregelmäßig, makulopapular, dunkelrot, zunehmend vom 1.—3. Tag, bis zum 7. bleibend und dann oft für zwei Wochen eine leichte Pigmentation hinterlassend. Auf Fußrücken, Zehen und Sohlen leichte Petechien. Häufig Desquamation auf Hand- und Fußrücken. Gewöhnlich am 3. Tag dann Gelenkaffektionen, multipel, in allen großen Gelenken mit Rötung, Schwellung und Erguß, oder negativ, schmerzhaft, für 3—4 Tage und länger. Husten und Bronchopneumonie in zwei Fällen, Rötung der hinteren Rachenwand; in wenigen Fällen Delirium und Stupor; keine Drüsenschwellungen; am Herzen manchmal ein systolisches funktionelles Geräusch; nur in einem Fall Endocarditis und in einem Wiederaufflackern einer alten. Akuter Einsatz mit toxischen Symptomen, morbilliforme Eruptionen mit Tendenz zu Petechien und multiple Arthritis oft schweren Grades. Die Krankheit scheint in die Gruppe der undulierenden Fieber zu gehören und gleicht am meisten dem Maltafieber. Keine Milzschwellung, keine Lymphocytose.

Nr. 8, 25. Februar 1926.

Spontane subarachnoide Hämorrhagie. Richardson.
* Die Anamnese bei Tuberkulose. Jores.
Ureterstein bei einem Kinde. Chamberlin.

Die Anamnese bei Tuberkulose. Bei keiner anderen Krankheit ist die Anamnese so wichtig wie bei der Tuberkulose. Zunächst die Familienanamnese mit der Absicht festzustellen, ob man einen Kontaktfall vor sich hat. Dann die persönliche Anamnese, erst die der Kindheit mit ihren Erkrankungen, Masern, Windpocken, Keuchhusten; prädisponierende Faktoren. Besonders suggestiv sind Drüseneiterungen, spätes Auftreten der Menses mit langdauernder Amenorrhoe und Anämie; in gewisser Beziehung gehört auch das raschwachsende Kind dazu. Dann die Anamnese des erwachsenen Lebensabschnitts. Hier kommt Pneumonie, Herzkrankheit, Typhus, Influenza, Tonsillitis und Pleuritis in Frage besonders als mobilisierender Faktor. Die meisten Fälle von Pleuris, wenn sie nicht mit einer Pneumonie verbunden sind, sind tuberkulös. Besonders wichtig ist hier die verzögerte Rekonvaleszenz. Stiche in der Seite und im Rücken haben oft dieselbe Bedeutung, wie der Unfall bei einer chirurgischen Tuberkulose. Bei Operationen ist eine langdauernde Bronchitis nach der Narkose als reaktivierendes Moment von Bedeutung. Die verschiedenen Körpersysteme sind durchzunehmen. Dabei ist besonders die durch das erkrankte Organ verursachte Toxämie von Bedeutung. Ein typisches Zeichen ist Nervosität; ferner rekurrierende Heiserkeit; dann Dyspnoe, präcordiale Schmerzen, Palpitation, Brustschmerzen, Expektoration und Hämoptyse — bei den drei letzeren sind Mitralaffektionen, Aneurysma, Aortenläsionen, Endo-, Myocarditis auszuschließen; Dyspnoe und Palpitation kommt oft auf Rechnung der tuberkulösen Toxämie; präcordiale Schmerzen deuten auf eine linksseitige Pleuritis. Von Seiten des Verdauungstrakts kommt Appetitverlust (auch kapriziöser oder gefräßiger Appetit), Indigestion, Sodbrennen, saurer Magen sind typisch; ausgesprochene Konstipation abwechselnd mit Diarrhoe beobachtet man oft bei Peritoneal- und Mesenterialdrüsentuberkulose u. U. in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose. Blasenreizung, gelegentliche Hämaturie oder trüber Urin sind für eine Genitourinaltuberkulose verdächtig. Oft ist dann der Fall schon weit vorgeschritten. Cystitis deutet auf eine absteigende Affektion; Hämaturie auf einen aktiven ulcerativen Prozeß, wie Hämoptyse bei Lungentuberkulose. Auch die Feststellung von Lues ist von Bedeutung. Die Lebensgewohnheiten sind ebenfalls von Wichtigkeit. Viel übertrainierte Athleten ohne ärztliche Aufsicht sind tuberkulös. Alkohol als schwächendes Moment. Die Regelmäßigkeit der Arbeit. Endlich der gegenwärtige Zustand. Ermüdung, Kräfteverlust, Abmagerung, häufige Erkältungen, abendliche Steigerungen. Eine jugendliche Person mit Hämoptyse sollte solange auf Tuberkulose behandelt werden, bis das Gegenteil bewiesen ist.

Nr. 9, 4. März 1926.

Der gegenwärtige Stand der Wirkung der Organextrakte auf den Blutdruck. Mc Donald und Burnett.
Aetiologie des kongenitalen Klumpfußes. Bearse.

Nr. 10, 11. März 1926.

Juvenile Straffälligkeit und Bewährungsfrist. Parsons.
Verantwortlichkeit. Myerson.
Beobachtungen eines Mediziners in der Orthopädischen Klinik. Hall.

The Journal of Infectious Diseases.

38, Nr. 2, Februar 1926.

Lebensfähigkeit und Toxicität kleiner Sporenmengen von Bac. botulinus bei verschiedenen Temperaturen. Starin.
Beziehung der Inkubationstemperatur zur Lebensfähigkeit, Wachstumsschnelligkeit und Toxinproduktion des Bac. botulinus in verschiedenen Nährböden. Starin.
* Lungeninfektionen durch den Bazillus Friedländer. Belk.
Die keimtötenden Eigenschaften der Seife. Walker.
Biologische Bedeutung der löslichen spezifischen Substanzen des Pneumococcus. Telton, Lloyd und Bailey.
Einfluß einiger Anaerobierarten auf Botulinustoxin mit besonderer Beziehung auf den Bac. sporogenes. Dack.
Verhalten von Botulinustoxin im Magendarmkanal von Ratten und Meerschweinchen. Dack.
Studien über Krankheiten der Atmungsorgane. 27. Elektrophoretisches Potential-, Säure- und Serumagglutination von Pneumokokken. Falk und Jacobsohn.
Studien über Krankheiten der Atmungsorgane. 28. Die elektrophoretischen Potentiale, die Unlöslichkeit und Serumagglutination von Pneumokokken in Gegenwart von ölsaurem Natrium. Falk und Jacobsohn.
Die spezifischen Präzipitate aus Antipneumokokkenserum und Antikörperlösung mit löslichen spezifischen Substanzen von Pneumokokken. Telton, Lloyd und Bailey.

Lungeninfektionen mit dem Bazillus Friedländer. Bericht über 18 Fälle von Infektion der Lunge mit dem Baz. mucosus. Die Krankheitsdauer variierte zwischen einem Tage und 5½ Monaten. Alle Fälle endigten tödlich. Die Krankheitssymptome waren nicht von denen bei anderen akuten ud chronischen Lungenkrankheiten zu unterscheiden. Mäßige Leukocytose um 15 000 mit 86% Polymorphkernigen in Fällen ohne Mischinfektion. Von den Fällen waren: Terminale lobuläre Pneumonien 9, chronische eitrige Pneumonien 3, primäre Pneumonien, vorwiegend lobär 6. Der Friedländersche Bazillus konnte post mortem in Lunge und meist im Herzblut nachgewiesen werden. Henning, Berlin.

American Journ. of diseases of children.

31, Nr. 1, Januar 1926.

Trocken-Frauenmilch bei der Ernährung Frühgeborener. Emerson u. Smith.
Hämolytische Streptokokken in Pharynx und Tonsillen bei Kindern. Pilot und Tumpeer.
Milzvergrößerung bei Masern. Bleyer.
Kongenitale Herzhypertrophie; ein Fall. Scott und Zeiler.
Verkalkung des subkutanen Gewebes bei einem Kind. Wilens und Derby.
Veränderungen in den antiskorbutischen Eigenschaften der Trockenmilch. Supplee und Dow.
Bronchialasthma bei Kindern und Jugendlichen. Rowe.
Ist die Entwicklung der Carpal-Zentren bei Rachitis verzögert? Goldberger und Mellion.
Chemische Blutbefunde während Konvulsionen bei akuter hämorrhagischer Nephritis. Metcalf und Moriarty.
Diphtherie nach Tonsillektomie. Zingher.
Urticaria bei Kindern. Pilcher.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

12., 3.

* Therapie mit kurzwelligen Röntgenstrahlen. George W. Holmes, M. D., und Richard Dresser, M. D.
* Röntgenbehandlung bei Syringomyelie, Bericht über einen Fall. A. S. Merrill, M. D.
* Strahlenbehandlung des Larynxkarzinoms. Henry K. Pancoast, M. D

* Indikationen für Radium und andere Methoden der Behandlung des Krebses. William H. Schmidt, M. D.
Krebsige Geschwüre des Magens, welche lediglich eine reflektorische duodenale Störung hervorbringen, durch Röntgenogramme nachgewiesen. A. Galambos, M. D.
* Osteopsathyrosis (Osteogenesis imperfecta). Clifton R. Scott, M. D.
Divertikulosis und Divertikulitis des Colons. Charles D. Enfield, M. D., F. A. C. P.
* Chronische Stenose des Duodenums. Nándor Ratkóczi, M. D.,
* Berechnung der Herzfläche beim Mann. Paul C. Hodges, M. D., und J. A. E. Eyster, M. D.

Therapie mit kurzwelligen Röntgenstrahlen. Originell ist die Anordnung der Röntgenröhre in einer Bleikiste, die oben und seitlich je einen Ausschnitt zum Durchtritt der Röntgenstrahlen besitzt, der durch Diaphragmen 10 : 10, 15 : 15, 15 : 20 und 20 : 20 cm für den jeweiligen Bedarf hergerichtet werden kann. Die Entfernung zwischen Röntgenröhrenfokus und dem Patienten beträgt dabei 50 cm. Die Röntgenröhre wird so eingestellt, daß ihr Zentralstrahl mit den senkrechten Verbindungslinien zwischen Mitte der Austrittsfelder der Strahlen aus der Bleikiste und der Röhre 45 Grad beträgt. So ist es möglich, zwei Patienten zugleich zu bestrahlen, wobei natürlich nur die Seitenstrahlen wirksam sind, was jedoch, nach den physikalischen Messungen der Autoren und ihren klinischen Beobachtungen praktisch bedeutungslos ist. 200 KV, 4 MA, 50 cm FHA, 0,5 mm Kupfer und 2 mm AL-Filter geben ein mildes Erythem in 90 Minuten. Wegen der unangenehmen Folgen wird selten mehr wie ½ HED in einer Sitzung verabfolgt und die gleiche Dosis am nächsten oder übernächsten Tage wiederholt. Bei Hodgkinscher Erkrankung beträgt die Einzeldosis neuerdings ⅙ HED.

Röntgenbehandlung bei Syringomyelie, Bericht über einen Fall. 1. Das Syndrom der Syringomyelie ist der Ausdruck von Nervenstörungen infolge Rückenmarksverletzungen ähnlichen Charakters doch verschiedenen Ursprungs; die pathologische Natur kann während des Lebens nicht ermittelt werden. 2. Da einige der Krankheitsfälle wenigstens von neoplastischen Veränderungen herrühren, so können sie günstig durch Röntgenstrahlen beeinflußt werden. 3. Sofern keine andere Behandlungsform den Verlauf oder den Fortschritt des Leidens zu wenden vermag, ist Röntgenbehandlung angezeigt. 4. Die Resultate in einigen Fällen scheinen für diese Theorie zu sprechen.

Strahlenbehandlung des Larynxkarzinoms. Gute Bestrahlungsresultate wurden bei Pflasterepithelkrebs durch Bestrahlung allein in keinem einzigen Falle erzielt; einige sehr erfolgreiche Ergebnisse wurden, durch chirurgisches Vorgehen ergänzt, selbst bei innerlichen Karzinomen erzielt. Pflasterepithelkrebs ist bei der histologischen Struktur des Mutterbodens nicht leicht zu erkennen. Es ist sehr schwer, den Radiumhalter bei indirekter Sicht im Inneren des Kehlkopfes zu lokalisieren. Erschwerend für die Behandlung des inneren Larynxkrebses ist die ständige Bewegung des Larynx für die korrekte Fixierung des Applikators. Man kann die inneren Laryngealkrebse vom Standpunkt der Ausbreitung und der Behandlungsprognose in zwei Gruppen teilen: 1. Jene, wobei die Krankheit an dem vorderen Teil hochsteigt, wo ihr der Knorpel eine zeitlang Widerstand leistet, und wo die Lymphgefäßversorgung gering ist. 2. Jene Fälle, wobei die Geschwulst mehr rückwärts liegt, wobei die Lymphdrainage frei ist und der Geschwulst eine leichte Ausbreitung ermöglicht. Geschwülste des Vorderteils können für längere Zeit als lokale Erkrankung betrachtet werden. Man kann nicht ohne Gefahr eine Perichondritis innerlich bestrahlen, weil man dabei nur erreichen würde, nicht nur eine natürliche Barriere niederzureißen, sondern auch ein günstiges Feld zur Ausbreitung des Karzinoms zu schaffen. Die Laryngofissur ist bei frühzeitiger Erkennung kleiner Geschwülste die Methode der Wahl. Die Wirkung der postoperativen Bestrahlung ist zweifelhaft, sie kann sicher nichts schaden, wenn sie sich in Grenzen hält, die eine Schädigung des Knorpels vermeiden. Bei ausgedehnteren Geschwülsten, welche nicht rückwärts liegen und welche noch nicht nach außen durchgedrungen sind, ist die Laryngektomie angezeigt. Selbst bei Mitbeteiligung der Lymphdrüsen wurden vergleichsweise gute Resultate erzielt. Der Verlust der Stimme ist einer der größten Nachteile; er kann durch Training der Pharyngealmuskulatur bis zur Aussprache des Nötigsten erträglich gemacht werden. Bei ausgedehnter Wucherung an dem hinteren Anteil des Kehlkopfes und bei Durchbruch nach außen, ist die palliative Bestrahlung das Einzige, was nach Laryngotomie übrig bleibt, wenn man sich nicht ausschließlich mit der Laryngotomie begnügen will. Pfahler stellte sich in der Diskussion auf denselben Standpunkt einer Ueberlegenheit chirurgischer Maßnahmen beim Larynxkarzinom. Regaud-Paris berichtet von 12 Fällen, wovon 8 nach 2 Jahren klinisch wohl waren, 4 standen noch in Behandlung, 2 hatten Nekrosen des Larynx, 1 wurde operiert, 1 starb. R. filtrierte mit 2 mm Zink bei 45 cm Funkenstrecke. Bestrahlt wurde täglich so, daß nach 3 Wochen eine Erythemdosis mit Abschuppung erzielt wurde.

Indikationen für Radium und andere Methoden der Behandlung des Krebses. Die ideale Behandlung des Krebses erfordert nicht nur eine genaue Kenntnis der Methoden der Behandlung, sondern auch des einzelnen Krankheitsfalles. Man darf nicht alle Fälle nach einer Lieblingsmethode behandeln, sondern jeden in der für ihn erforderlichen Weise, so daß der Arzt mit allen Verfahren vertraut sein muß. Patient, Tumor und Remedium sind die 3 Faktoren, welche man zur erfolgreichen Behandlung kennen muß. Anamnese und Untersuchung sollen die Widerstandskraft des Patienten, seine Blutbeschaffenheit die toxische Schädigung erkennen lassen, auch muß selbstverständlich genauestens nach Metastasen geforscht werden. Bei geschwächtem Allgemeinzustand ist eine Ueberflutung des Körpers mit Abbauprodukten des Tumors durch die Behandlung zu vermeiden. Wir können lediglich die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers unterstützen in ihrem Kampf gegen das maligne Wachstum. Blutverluste müssen sorgfältig überwacht werden, da die Sache nach einmaligen größeren oder ständigen kleineren Blutungen, wie der Autor sah, öfter danach für den Patienten verspielt war. Unter gewissen Bedingungen sollte man drohenden Blutungen durch Unterbindung der hauptsächlichsten Gefäße zuvorkommen, weil so zugleich auch die Ernährung des Tumors geschädigt wird. Besonders bei Erkrankungen im Munde ist dies Vorgehen wichtig. Was den Tumor betrifft, so zeigt sich die Strahlenbehandlung um so wirksamer, je größer die Differenz zwischen normalem und pathologischem Gewebe ist. Je reifer dieses, je mehr es sich dem normalen nähert, um so gleichmäßiger trifft die Strahlenschädigung beide, so daß ihr nur eine geringe Wirkungsbreite zukommt. Wenn es daher ein Mittel gibt, welches eine Zerstörung des malignen Gewebes bewirkt, ohne das normale zu beeinträchtigen, so ist es bei weitem vorzuziehen. Andere Tumorformen widerstehen der Bestrahlung, so daß es wichtig ist, ihre Natur zu kennen, bevor man sich zu einer Behandlung entschließt. Nicht nur ihre histologischen Elemente, sondern auch den Grad ihrer Reife müssen wir kennen, wenn wir den Fall angemessen behandeln wollen. Mit wachsender Kenntnis und größerem Eifer werden wir bald fähig sein, unsere Neoplasmen zu klassifizieren und wir werden weit genauer in der Behandlung und Prognose sein. Wichtig ist auch, daß eine unvollständige Behandlung — es handelt sich dabei mehr um die chirurgische und die elektrothermische Behandlung als um die Bestrahlung —, dem zurückbleibenden Gewebe durch erhöhte Blutzufuhr ein stärkeres Wachstum ermöglicht, und daß die schnelle Vermehrung der Zellen zur Bildung undifferenzierten malignen Gewebes führt. Als Mittel gegen den Krebs kommen Maßnahmen chirurgischer oder elektrothermischer Art bzw. Radium- und Röntgenstrahlen in Betracht, wobei häufig eines das andere ergänzen muß. Die Chirurgie wurde keinesfalls durch die neueren Methoden verdrängt, auch sind ihr diese nur beim Zervixkarzinom Rivalen, während ihr Feld beim Gastrointestinaltrakt besonders noch unbestritten ist. Es ist ferner nötig, gewisse Neoplasmen, wie die der Blase und der Prostata auszusondern, welche wirksamer behandelt werden können. Es ist auch häufig in Betracht zu ziehen, daß der Chirurgie die Entfernung der großen Tumormassen zukommt, wogegen Bestrahlungen vorausgehen und nachfolgen, wie bei gewissen Brustkanzern. In anderen Fällen, wie beim Rektumkrebs, ist es klug, eine Colostomie zuvor anzulegen oder eine

Gastrostomie damit bei einem Mundleiden oder einer Oesophaguserkrankung die Ernährung während der Behandlung möglich ist. Gewisse Behandlungsdefekte müssen gedeckt werden wie bei vorgeschrittenem Krebs der Lippe oder der Wange. Chirurgische Eingriffe sind vornehmlich bei gewissen anderen Geschwülsten, wie Osteosarkom, myxomatösen Tumoren der Parotisgegend, Entfernung maligner Drüsen nach Bestrahlung und manchen anderen Tumoren, welche so gelagert sind, daß die Bestrahlung wichtiges Gewebe der Umgebung, wie Nebenniere oder Pankreas schädigen würde, erforderlich. Korpuskarzinome werden wahrscheinlich auch besser chirurgisch behandelt. Bezüglich des Radiums ist zu sagen, daß die Diagnose Krebs nicht zugleich eine Indikation für Radium darstellt. Indem das normale Gewebe bei seiner Anwendung ebenfalls leidet, hat es in diesem Sinne aufgehört, das ideale Heilmittel zu sein. Radium ist die Methode der Wahl beim Cervixkarzinom, und seine Resultate selbst in fortgeschrittenen Fällen rechtfertigen seine Wahl vor allen anderen Heilmitteln. Alle zugänglichen Tumoren lymphatischen Gewebes sprechen regelmäßig an. Bei Lymphdrüsenmetastasen ist nach den Erfahrungen des Autors die Radiumeinbringung in die Drüsen kombiniert mit äußerer Radium- oder Röntgenbestrahlung vorzuziehen. Kann man die Drüsen chirurgisch entfernen, so soll es nach vorausgegangener Bestrahlung geschehen. Krebse in nächster Nähe großer Gefäße sollen mit Radium behandelt werden. Beim Brustkrebs verstärken Radiumnadeln die Wirkung der Röntgenstrahlen und beschleunigen die Zerstörung der Geschwulst. Die Röntgenbestrahlung sollte dabei immer in Kombination mit Radium angewandt werden, weil die Röntgenstrahlen nicht tief genug reichen, um die Metastasen in den Lymphgefäßen des Mediastinums und der Axilla zu treffen. Radium ist auch angezeigt beim Prostatakrebs und dem Krebs der Blase, nachdem sie durch die subrapubische Methode zugänglich gemacht wurde. Beim Gliomrezidiv der Orbita ist Radium in Form der Nadelspickung derart wirksam, daß die lokale Affektion vollständig verschwindet. Tonsillenkrebs wird am besten mit Radiumnadeln behandelt, gefolgt von externer Bestrahlung der Drüsen. Die Zahl der Elementstunden muß sorgfältig gewählt werden, um unerwünschte Zerstörung oder Verschorfung herbeizuführen, was häufig eine schwierige Situation des Handelns darstellt. Larynxkrebs und Krebs der Stimmbänder kann ebenfalls mit Radium behandelt werden. Für gewöhnlich werden Radiumelementnadeln benutzt mit einem Inhalt von 1—3 mg, dabei ist es nötig, die Zeit der Einwirkung zu regulieren. Ohne Rücksicht auf den Ort können wir es anwenden, um Gewebe zu schonen, wo dies wie in gewissen vorgeschrittenen Fällen von Lippenkrebs, oder wenn die ganze Wange infiltriert ist, ein wichtiger Faktor ist, ebenso bei Rezidivknoten nach Operationen von Brustkrebs. Die Röntgenstrahlen sind besonders dann indiziert, wenn es sich darum handelt, eine ausgedehntere Strahlenwirkung im Gegensatz zur konzentrierteren des Radiums zu erlangen, auch wenn die Lage des Krankheitsherdes in einiger Entfernung von der Haut ist. Am meisten geeignet ist diese Behandlung wahrscheinlich als Unterstützung anderer Behandlungsweisen. Viele Fälle von Brustkrebs können erfolgreich allein mit Röntgenstrahlen behandelt werden. Sorgfältige Berechnung der Dosis, gute Auswahl der Hautfelder und der Strahlenrichtung sind höchst wichtig. Die Tendenz scheint dahin zu streben, die Dosis zu unterteilen sowohl mit Rücksicht auf den Patienten wie auch das Leiden. Die Drüsenregion des Cervixkrebses, des Krebses des Rektums, der Blase und der Prostata müssen gleichfalls mit Röntgentiefenbestrahlung beeinflußt werden. Jedes tiefsitzende, nicht zugängliche Gewächs, welches nicht mit lebenswichtigem Gewebe vergesellschaftet ist, wie bei den Nebennieren und dem Pankreas, kann mit Röntgentiefentherapie angegangen werden. Lungen- oder Knochenmetastasen sprechen auf Röntgentherapie an. Sarkome werden wegen ihrer großen Ausdehnung und der starken Neigung, zu metastasieren, am besten mit Röntgenstrahlen behandelt, und je nach ihrem Typ antworten sie gewöhnlich sehr rasch. Unglücklicherweise breiten sich die Metastasen meist sehr weit aus, wodurch unsere Erfolge durch die Blutaussaat aufgehoben werden. Was die elektrothermische Methode betrifft, so ist es bedauerlich, daß so viele, welche Krebs behandeln, nicht oder ungenügend mit dieser Methode vertraut sind. Sie ist bei gewissen Typen der Geschwülste und bei gewissen Lokalisationen sehr wirksam. Jedes Basalzellenepitheliom des Gesichtes und der Extremitäten ist praktisch nach des Autors Erfahrung am geeignetsten mit der elektrothermischen Methode zu behandeln. Unter Lokalanästhesie wird die Geschwulst auf einmal zerstört und wegkürettiert. Es entstehen keine Schmerzen, und wenn das normale Gewebe in seiner Lebenskraft nicht herabgesetzt ist, folgt die Heilung sehr schnell. Rückfälle oder Reste, obgleich selten, treten innerhalb 7 bis 10 Tagen in Erscheinung und können leicht durch nochmalige Anwendung der Methode zerstört werden. In gleicher Weise können ausgedehnte Geschwülste, welche die Nase, das Gesicht oder die Orbita umfassen, gänzlich ausgerottet werden, wenn wir alles maligne Gewebe zerstören. Die Behandlung ist nicht länger und die Heilung erfolgt immer rasch. Mit wenig Ausnahmen wird der Lippenkrebs mit der elektrothermischen Methode zerstört und wird das zugehörige Lymphgebiet nebst den Nackendrüsen mit Radium bestrahlt. Bei der Lokalisation im Mund ist die elektrothermische Methode nach dem Gefühl des Autors allen übrigen überlegen. Beim Zungenkrebs, dem Krebs der Wange, der Alveole, des Oberkiefers und des Antrums ist nichts anderes gleich vollendet. Ausgenommen Tonsillenkrebs und gelegentlich Mundbodenkrebs wird Radium, wenn überhaupt, angewandt. In der Mehrzahl sind die Gewächse des Mundes von solcher Struktur, ihre Zellen so differenziert, daß keine Kurzwellenbehandlung von Nutzen ist. Die oberflächliche Radiumbehandlung ist schwierig und kann gefährlich sein, indem sie öfter eine oberflächliche Heilung erzielt und das maligne Gewebe in der Tiefe unbeeinflußt zurückläßt. Radiumnadeln sind in diesem Sinne einzig berechtigt, aber in deser Gegend bestehen gewichtige Bedenken gegen ihre Anwendung. Die Reaktion ist sehr ernst und die Schmerzen bestehen wochenlang, was allein schon den Patienten herunterbringt. Es dauert wochenlang, bis sich der Schorf abstößt, wodurch die Ernährung sehr beeinträchtigt wird. Die entstehende Narbe ist hart, und es ist unmöglich zu sagen, ob alles Krankhafte zerstört ist oder nicht. Mit der elektrothermischen Methode können wir mit absoluter Sicherheit alles krankhafte Gewebe zerstören, ohne dabei das normale Gewebe zu beeinträchtigen. Der Behandlung folgt kein heftiger Schmerz, der Schorf stößt sich in etwa einer Woche ab, und wir können mit Sicherheit sagen, ob alles Krankhafte zerstört ist oder nicht. Blut- oder Lymphgefäße werden dabei nicht geöffnet, so daß keine Gefahr einer Ausbreitung der Krankheit als Folge des Eingriffs besteht. Knochen kann so leicht wie Fleisch zerstört werden, und er stößt sich etwa in 6 Wochen ab, während mit Radium zerstörter Knochen gewöhnlich chirurgisch entfernt werden muß. Die Heilung erfolgt mit weicher, geschmeidiger Narbe, und der einzigen Gefahr, welche zu befürchten ist, der Blutung, kann man durch Unterbindung der hauptsächlichsten Blutgefäße begegnen. Diese Komplikation findet sich meist bei erhöhtem Blutdruck und Arteriosklerose. Natürlich ist diese Behandlung nur für lokale Erkrankung. Sind die Drüsen befallen, so müssen sie natürlich mit Radium oder mit Röntgenstrahlen behandelt werden und der Erfolg hängt von dem Fehlen oder dem Auftreten der Metastasen in letzter Linie ab. Wünscht der Operateur die Kreuzfeuerwirkung des Radiums im Mund zu erhalten, so mag die lokale Erkrankung mit Radium behandelt und etwa eine Woche später durch die elektrothermische Methode zerstört werden, wodurch sich die Radiumreaktion vermeiden läßt. Eine andere wichtige Anwendung der elektrothermischen Methode ist die Zerstörung von Schorfen nach Radiumbehandlung, welche keine Neigung zeigen, sich abzustoßen. Das abgestorbene Gewebe mit seinem indolenten Grunde wird zerstört und wegkürettiert, wonach gesunde Granulationen aufschießen. In ähnlicher Weise kann ein nicht zu großes Röntgengeschwür behandelt werden. Wer jeden Fall nur mit einer der genannten Methoden behandeln wollte, wäre nur halb im Kampf gegen den Krebs ausgerüstet und kann nicht die Resultate erwarten, welcher der Arzt erzielt, welcher eine Kombination der 4 Methoden anwendet.

Beispielsweise ist beim Krebs der Unterlippe das erste die Zerstörung des lokalen Herdes mit der elektrothermischen Methode, gefolgt von Radium- oder Röntgenbehandlung der Drüsen und dem gelegentlichen Gebrauch der Ligatur oder der plastischen Deckung. Krebs der Gebärmutter, des Rektums und der Prostata sollen primär mit Radium behandelt werden, unterstützt von äußerer Röntgenbestrahlung und gelegentlichem chirurgischem Eingriff zwecks Colostomie. In der Diskussion wurde noch darauf hingewiesen, daß Probeexzisionen lieber mit der elektrothermischen Methode zu machen sind als mit dem Messer.

Osteopsathyrosis (Osteogenesis imperfecta). Es handelt sich um eine Krankheit des Knochensystems, welche wahrscheinlich angeboren, durch eine mangelhafte Knochenentwicklung, verbunden mit multiplen Spontanfrakturen, charakteristisch ist. Wegen der starken Frakturneigung kommt in der Kindheit vor allem die englische Krankheit differentialdiagnostisch in Betracht. Aber während diese, so weit wir wissen, nicht angeboren ist und sich durch die flammige und randständige Abgrenzung des Epiphysenendes von der Diaphyse, die periostale Verdickung, die regelmäßigere Biegung und die starke Korrektur auf der konkaven Seite des deformierten Knochen charakterisiert, zeigt die Osteopsathyrosis typisch kurze, plumpe, schwere Röhrenknochen. Die Prognose ist im allgemeinen bei der Osteopsathyrose im allgemeinen schlecht, indem in ernsten Frühfällen die Mortalität annähernd 100% beträgt.

Chronische Stenose des Duodenums. Die chronische Duodenalstenose läßt sich in zwei Gruppen einteilen: beständige und intermittierende Stenosen. Ursachen der ständigen Stenosen sind: Adhäsionen nach Laparotomien, Adhäsionen von Tuberkulose und Peritonitis herrührend, und Stenosen durch Tumoren des Magens, des Pankreas verursacht usw. Ursachen der intermittierenden Stenose sind: bewegliche Tumoren, Druck des Mesenteriums oder der oberen Mesenterialarterie, reflektorischer Spasmus irgendeines Prozesses im Gastrointestinaltrakt. Duodenalstenosen sind nicht sehr selten. Bezüglich der Therapie ist die Röntgenuntersuchung entscheidend. Hat sie ein organisches Leiden festgestellt oder eine motorische Unordnung, beides rechtfertigt nach der Anschauung des Autors den chirurgischen Eingriff.

Berechnung der Herzfläche beim Manne. Für die Messung der Herzsilhouette sind zwei Maße am wichtigsten: die Größe des Herzschattens und der größte Durchmesser. Die Größe der normalen Herzfläche läßt sich mit folgender Formel bestimmen: Die Fläche der normalen Herzgröße im qcm = Alter 0,0204 und Länge, 0,8668 und Gewicht, 0,337 minus die Konstante 63,8049. Wird die Herzfläche 7 qcm größer gefunden, wie der errechnete Wert, so ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 : 3 : 1 eine wirkliche Vergrößerung vorliegend: bei 14 qcm beträgt diese Wahrscheinlichkeit 10 : 1, bei 21 qcm 45 : 1.

Dr. Jean Kottmaier - Mainz.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

11, Nr. 1, Januar 1926.

• Verwendung von Flüssigkeiten zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum. V. Harding und B. van Wyck.
Ein Fall von Ektopie der Eingeweide, Rachischisis, Mißbildung des Sacrum, Pelvisinversion, Hypoplasie des Ductus thoracicus, Agenesie oder Hypoplasie verschiedener Organe des Abdomens und Placenta praevia. R. G. Milss und B. E. Walpert.
• Zangenanwendung im queren Durchmesser für Entbindung bei persistierender occipitoposteriorer Stellung. H. C. Williamson.
Die Leistung des Herzens während der Schwangerschaft. H. J. Stander, E. E. Duncan und W. E. Sisson.
Sterilität - Fertilitätsstudien bei Tieren und ihre Bedeutung für den Menschen. R. L. Dickinson.
Studie über die Ursache des Wehenbeginns mittels Parabiose in der Gravidität. I. Kross.
Aetiologie und Epidemiologie von Impetigo contagiosa neonatorum. D. L. Belding.
• Ausschaltung der Austreibungsperiode bei Beckenendlagen. F. C. Irving und Th. R. Goethals.
• Postoperative Parotitis. Bericht über einen Fall. Th. C. Peightal.
Geburtshilfliche Mortalität. Analyse der Fälle des Lying. In Hospital 1924. M. Rosensohn.
Kongenitale Hernie der Linea alba. H. R. Charlton.
• Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und Erkrankungen der Beckenorgane. Th. H. Cherry.
Desiduale Reaktion bei Adenomyom des rectovaginalen Septums. R. J. White.
Ein Fall von Lösung der Rückenwirbel bei Wendung auf den Fuß und Extraktion. W. R. Barney.

Verwendung von Flüssigkeiten zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum. Haden und Guffey gaben bei Schwangerschaftserbrechen 1500 und 500 ccm einer 3% Natr.-chloratlösung subkutan an zwei aufeinanderfolgenden Tagen drei Tage später 400 ccm Kochsalzlösung. An diesem Tage trat ein auffallender Erfolg der Therapie ein. Die beiden Autoren fanden verminderten Chloridgehalt des Blutes, aber im allgemeinen sieht man keinen niederen Gehalt von Chloriden im Blut von Schwangeren mit Hyperemesis. — Die andere Therapieform ist die mit Insulin. Die Hyperemesis zeigt meist keine Acidose, aber es kann wohl Schwangerschaftserbrechen geben, bei welchem so viele Acetonkörper produziert werden, daß der Gebrauch gerechtfertigt erscheint.

Zangenanwendung im queren Durchmesser für Entbindung bei persistierender occipitoposteriorer Stellung. Die hintere Hinterhauptslage ist ziemlich häufig. Dieselbe bewirkt oft Wehenschwäche vor der endgültigen Rotation, in diesen Fällen soll die Geburt im allgemeinen operativ beendigt werden. Erste Methode: Aeußere manuelle Rotation der Schultern und Heben des Hinterhauptes vorwärts durch vaginale Manipulation. Der Kopf kehrt aber meist in die frühere Position zurück. Die zweite Methode ist die Wendung. Diese kann ausgeführt werden, wenn der Kopf noch nicht im Becken ist. Es muß vorher festgestellt werden, daß das Becken nicht verengt ist, und daß das untere Uterinsegment ungewöhnlich dünn ist. Die dritte Methode besteht in der Anlegung der Zange und Neuanlegung, wenn der Kopf in normale Lage gekommen ist = Scanzonisches Manöver. Dieses wurde durch Bill 1915 modifiziert. Er erhob die Handgriffe nach Anlegung in hinterer Hinterhauptlage bei Iparae selten ist, so ist es besser, ihn in Die vierte Methode wurde von Verf. angegeben. Am besten ist dafür das Elliotsche Zangenmodell. Der Operateur soll vorher das Ohr des Kindes fühlen, um sich über den Stand des Kopfes zu vergewissern. Es wird nun eine Hand so eingeführt, daß das Hinterhaupt in der hohlen Hand ruht. Die Hand soll die Funktion des Levater ani ersetzen. Wenn dies nicht hilft, so wird ein Druck vom Fundus her ausgeübt. Und wenn dies nicht genügt, werden die Zangenlöffel sagittal angelegt, also der eine in der Sacralhöhlung, der andere wird an der Seite des Beckens entlang eingeführt, der Zangengriff gesenkt, und der Zangenlöffel wandert bis unter die Symphyse, also wie bei der Kielandschen Operation. Häufig rotiert der Kopf schon, wenn die Zange geschlossen wird, wo nicht, so ist dann doch nur noch eine leichte Rotation erforderlich. Steht der Kopf in Beckenmitte, so ist oft Episiotomie günstig. Wenn der Kopf hoch steht, ist es besser, ihn zuerst in der ursprünglichen Stellung, hintere Hinterhauptlage, in die Mitte des Beckens zu ziehen und die beschriebene Technik anzuwenden. Steht aber der Kopf schon auf dem Perineum, was bei hinterer Hinterhauptslage bei Iparae selten ist, so ist es besser, ihn in dieser Lage herauszuziehen, als um 180 Grad zu rotieren. Verf. berichtet über 100 nach dieser Methode behandelte Fälle. Der Kopf wird also zuerst manuell aus hinterer Hinterhauptlage in Querlage rotiert und dann werden die Zangenlöffel sagittal angelegt.

Ausschaltung der Austreibungsperiode bei Beckenendlagen. Verf. weist auf die ungünstige Prognose der Beckenendlage für das Kind hin. Zwei instruktive Bilder zeigen, daß bei Kopflage der Nabel noch in der Ebene steht, die zwischen Promontorium und Symphyse gelegt wird, dagegen bei Beckenendlage Nabel und Nabelschnur schon komprimiert werden, wenn das Becken das Perineum erreicht. Die Kompression wird festgestellt durch sorgfältige Kontrolle der kindlichen Herztöne. Die Kompression wird ganz sicher, sobald der Nabel in der Vulva erscheint. Die allgemeine Meinung ist daß das Kind stirbt, wenn vom Erscheinen des Nabels an acht Minuten verstreichen, ohne daß der Kopf geboren wird. Verf. gibt dann eine Statistik der letzten 10 Jahre des Boston Lying In Hospital. 235 Beckenendlagen mit 23 kindlichen Todesfällen = 9,78%. Verf. gibt die Abbildung einer Methode, den nachfolgenden Kopf, falls er mit dem Gesicht nach vorn rotiert ist, zu drehen. Das Kinn wird mit der intravaginal arbeitenden Hand zwischen Zeige und Mittelfinger gefaßt und nach hinten rotiert. Der Zeigefinger wird dann in den Mund des Kindes eingeführt, der Kopf flektiert und in der üblichen Weise entbunden. Eine Vergleichung der Ziffern ergibt, daß die Beckenendlagen eine höhere kindliche Mortalität als irgend eine Entbindungsform bei vorangehendem Kopf haben, mit Ausnahme der hohlen Zange. Daher soll die Umwandlung der Beckenendlage in Kopflage durch äußere Wendung zum mindesten dann versucht werden, wenn die Beckenendlage vor Beginn der Geburtsarbeit oder frühzeitig nach deren Beginn erkannt wird. Verf. tritt für baldige Entbindung nach Eröffnung des Muttermundes ein anstelle des Abwartens der spontanen Geburt, welches die Gefahr der Kompression der Nabelschnur mit sich bringe.

Postoperative Parotitis. Bericht über einen Fall. Verf. beschreibt acht Fälle, von denen einige der Anschaulichkeit halber erwähnt sein sollen: Eine 59jährige Frau erhält 5400 mg Radium wegen Zervixkarzinom, später nochmals 1000, diese Dosis zum dritten Male und dann noch 1500 mg-St. 6 Tage darauf Fieber, Schwellung beider Parotiden, nach kalten Umschlägen in 5 Tagen Genesung. Eine 32jährige Frau wurde wegen Fibromyoms operiert. 1000 g Kochsalzinfusion, darauf Schüttelfrost und Fieber, das wieder abfiel. Am folgenden Tage beiderseitige Parotitis, die in drei Tagen schwindet. Aehnlich einige andere Fälle, die aber z. T. schwerer verliefen, einmal mußte nach drei Wochen inzidiert werden. Die Behandlung: Kalte Umschläge, meist Eis, Mundwaschungen. Manche ziehen Wärmeanwendung vor. Wenn die Entzündung trotzdem zunimmt, muß inzidiert werden, auch bevor Fluktuation auftritt, weil die Parotis von einer festen Kapsel umgeben ist, und sich daher Gangrän rasch entwickeln kann. Von einigen wird Inzision spätestens nach zweimal 24 Stunden empfohlen. Es werden Haut und oberflächliche Fascie durchtrennt und dann die freigelegte Drüse an vielen Stellen punktiert. Direktes Einschneiden in die Drüse kann zu einer Speichelfistel führen. Beim Punktieren muß der N. facialis und der Ductus parotideus vermieden werden. Prophylaxe: Systematische Untersuchung von Mund und Zähnen, da die Infektion von hier ausgeht. Auch nach Operationen soll daher auf Mundpflege geachtet werden.

Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und Erkrankungen der Beckenorgane. Die roten Blutkörperchen sind schwerer als das Plasma und sinken daher unter, wenn man zu dem Blut eine Substanz bringt, welche die Gerinnung aufhebt. Wenn das Plasma nun durch irgend eine Substanz konzentrierter wird, sinken die roten Blutkörperchen langsamer. Wenn der Blutfarbstoff der roten Blutkörperchen geringer wird, so werden die roten Zellen leichter und sinken langsamer zu Boden. Dies zeigt sich bei sekundärer Anämie. Fahräus und Linzenmeier fanden eine Beschleunigung in der Gravidität und suchten dies für die Diagnose zu verwenden. Man hat versucht, Abort, Tubenschwangerschaft, Myom voneinander mit der Methode zu unterscheiden. Verfasser fand aber bei all diesen Erkrankungen ziemlich gleiche Werte, er fand bei Tubengravidität 35—100 Minuten, bei inkomplettem Abort 38—70 Minuten, bei Fibromyom 25—70 Minuten, bei Gravidität 35—70 Minuten. Nach Linzenmeier sieht man akute Infektionen des Abdomens als vorliegend an bei Sedimentierung innerhalb von 30 Minuten oder weniger. Es wird daher in europäischen Kliniken die Operation aufgeschoben, bis die Sedimentierung wieder mindestens 60 Minuten dauert. Im Harlem-Hospital New York geht man bei Adnexerkrankungen folgendermaßen vor: Leukozyten unter 16 000 zeigen milde Infektion der Adnexe an. Was darüber ist, ist akute Infektion. Bei der ersten Gruppe wird operiert, sobald die Temperatur normal ist und einige Tage so bleibt. Bei der zweiten Gruppe wird ein Abfall der Temperatur abgewartet, sowie ein Sinken der Leukozyten auf 16 000 oder darunter. Aber bei gewissen entzündlichen Bedingungen wird nicht gewartet. Unter 628 wegen Adnexerkrankungen operierten Kranken hatten 508 Leukozytenzahlen unter 16 000. Mortalität war 4,1%. Bei 120 Patienten, wo die Leukozytenzahl über 16 000 war, war die Mortalität 16,6%. Verfasser wollte nun feststellen, ob die Sedimentierungsprobe wertvoller ist. Er untersuchte eine Reihe von 71 Patienten, 26 wurden operiert, bei allen war die Senkungsgeschwindigkeit unter 30 Minuten, Leukozytenzahl im Durchschnitt 13 000, kein Todesfall. 29 weitere Patienten hatten 30—60 Minuten Senkungsgeschwindigkeit und Leukozytenzahl durchschnittlich 10 200, kein Todesfall. 16 weitere Patienten mit Adnexerkrankung hatten bei Operation Senkungsgeschwindigkeit 60—120 Minuten, Leukozytenzahl durchschnittlich 10 400. Bei diesen Patienten scheint die Senkungsgeschwindigkeit im Vergleich zur Leukozytenzahl beschleunigt. Verfasser kommt zum Schluß: Die Senkungsgeschwindigkeitsprobe ist einfach und leicht auszuführen. Die Balance im Plasma, welche die Senkungsgeschwindigkeit ändert und beschleunigt, ist leicht zu beeinflussen. Die Probe ist daher sehr empfindlich. Die Senkungsgeschwindigkeit reagiert auf Infektion viel rascher als die Leukozytenzahl. Aber die beschleunigte Senkungsgeschwindigkeit zeigt nicht die Schwere der Infektion an und man kann daraus auf keine dubiöse Prognose schließen. Die Leukozytenzählung bleibt daher zurzeit die verlässigere Probe zur Bestimmung der Zeit des chirurgischen Eingreifens.

Robert Kuhn (Baden-Baden).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

42, Nr. 1, Januar 1926.

* Die Bell-Beuttner-Operation mit Erhaltung oder Verpflanzung der Ovarien. W. Blair Bell, B. S., M. D., F. A. C. S. (Hon.), Liverpool England.
* Chronische Beckeninfektion; Ergebnisse klinischer und bakteriologischer Studien. Arthur H. Curtis, M. D., F. A. C. S., Chikago.
Leberfunktion bei Gesundheit und Krankheit. Charles H. Mayo, M. D., F. A. C. S., Rochester, Minnesota.
Brustkrebs beim Manne. E. Starr Judd, M. D., F. A. C. S., und Harry D. Morse, M. D., Rochester, Minnesota.
Urachus-Tumoren, mit Bericht über 7 Fälle. Fred W. Rankin, M. D., F. A. C. S., Lexington, Kentucky, und Bennett Parker, M. D., Rochester, Minnesota.
Durchschneidung des linken Vagus zur Linderung von Asthma. Richard A. Kern, M. D., Philadelphia.
Ektopische Ureteröffnungen; chirurgische Bedeutung und Behandlung. Edward F. Kilbane, M. D., New York.
Extrauterin-Gravidität bei regelmäßiger Periode. J. M. H. Rowland, M. D., F. A. C. S., Baltimore, Maryland.
Experimentelle Nephrotomie. William James Carson, M. D., Baltimore, Maryland.
Spontanruptur am Oesophagus. T. H. Williams, M. D., C. M., und William Boyd, M. D., M. R. C. P. (Edin.), Winnipeg, Kanada.
Bakteriologie der Glandula thyreoidea bei Kropf. Antonio Cantero, B. A., Rochester, Minnesota.
Allgemeine falsche Auffassungen in der Radiotherapie. Arthur U. Desjardins, M. D., Rochester, Minnesota.
Experimentelle Studie von Uterusruptur. Julius E. Lackner, M. D., F. A. C. S., Chikago.
Einige Bemerkungen über Unterricht und Praxis in der Geburtshilfe. W. George Lee, M. D., Chikago.
Röntgenographische Diagnosenstellungen der Gynäkologie; Pneumoperitoneum. Irving F. Stein, M. D., F. A. C. S., Chikago.
Dermatolyse, ein Rückblick und Bericht über einen Fall. Herman Goodman, M. D., B. S., und Eugene F. Traub, M. D., B. S., New York.
Die Frage der Gastroenterostomie bei Duodenalgeschwüren. George Woolsey, M. D., F. A. C. S., New York.
Fraktur beider Vorderarmknochen, Betrachtung von 200 Fällen. Cecil H. Balgey, M. D., Baltimore, Maryland.
Geplatzte Bauchhöhlenschwangerschaft; Erörterung über Bauchhöhlenschwangerschaft und die einschlägige Literatur. John L. Grove, M. D., Newton, Kansas.
* Chirurgische Behandlung von Magen- und Duodenalgeschwüren. John Douglas, M. D., F. A. C. S., New York.
Resektion von langen Knochen wegen chronischer Osteomyelitis. George I. Baumann, M. D., und Horace E. Campbell, M. D., Cleveland, Ohio.
Congenitaler cystischer Tumor des Canalis neurentericus mit besonderem Hinweis auf seine Histologie und seine pathologische Bedeutung. G. H. Hansmann, M. D., Iowa City, Iowa.

Die Bell-Beuttner-Operation mit Erhaltung oder Verpflanzung der Ovarien. Diese Operation, welche der Autor, nach dem sie benannt ist, mit 7 ganz hervorragenden Bildern selbst beschreibt, hat als oberstes Gesetz die Erhaltung der Genitalfunktionen der Frau, wenngleich die Konzeption unmöglich ist. Sie stellt ein chirurgisches Ideal dar, welches bei allen Operationen, die am weiblichen Genitale notwendig sind, erstrebt werden müßte. Es sind durch die beschriebene Handlungsweise mit Erhaltung oder Transplantation der Ovarien außerordentlich befriedigende Resultate — d. h. 90% Erfolge — zu erzielen, bei einer krankhaften Veränderung, welche für gewöhnlich nur radikalen Maßnahmen unterworfen gewesen ist. Noch etwas bessere als die eben angegebenen Resultate können erzielt werden, wenn es möglich ist, einen Eierstock zu erhalten; dieses aber ist nur in etwa 15% aller Fälle möglich, bei denen die Bell-Beuttner-Operation indiziert ist.

Chronische Becken-Infektion; Ergebnisse klinischer und bakteriologischer Studien. Verf. spricht sich nach eingehender Betrachtung des Fluors, des Endometriums und der fallopischen Tuben für die konservative Behandlung der chronischen Beckeninfektionen aus; denn er sagt, daß eine Operation auf vaginalem Wege bei Patienten mit chronischem purulenten Fluor die verstärkte Möglichkeit einer postoperativen Streptokokken-Pelveoperitonitis herbeiführen kann. Das Endometrium des Corpus uteri ist so ziemlich immer frei von Bakterien. Der supravaginale Kaiserschnitt ist infolgedessen für gewöhnlich eine saubere Operation. Geringe Infektion des Endometriums ist nach diagnostischer Curettage relativ häufig; daher sollte der Kaiserschnitt hauptsächlich zurzeit der Curettage vorgenommen werden, oder es ist zweckmäßig, ihn bis nach dem Abklingen der inflammatorischen Reaktion aufzuschieben. In einem besonders beschriebenen Falle schildert Verf. die konservative Behandlung bei einer Patientin. Eine Operation wurde 4 Jahre nach der Heirat, nach deren Beginn Patientin eine akute Salpingitis bekam, die konservativ behandelt wurde, wegen Adhaesionen und Sterilität vorgenommen. Fünf Monate nach der Operation wurde Pat. schwanger und brachte ein gesundes Kind zur Welt. Zurzeit der Abfassung der Arbeit erwartete Pat. bald ein zweites Kind.

Chirurgische Behandlung von Magen- und Duodenalgeschwüren. Die chirurgische Behandlung von Magen- und Duodenalgeschwüren wird noch immer sehr umstritten, da klinische und chirurgische Behandlung einander bekämpfen. Bei akuten Fällen oder bei akuter Haemorrhagie sollte man zunächst die klinische Behandlung versuchen, um nichts zur Heilung des Pat. unversucht zu lassen. Zur Operation sollte man erst nach Versagen sämtlicher klinischer Hilfsmittel oder bei wiederholten Blutungen schreiten. Auch soll die letztere vorgenommen werden, wenn Pat. von einer ernsten Haemorrhagie befallen ist, oder wenn die Röntgenaufnahme eine Deformität zeigt. Die Operation kann nun in Gastroenterostomie mit oder ohne Exzision sowie den verschiedenen Methoden der Pyroloplastik bestehen; aber nicht immer sind sie ideale Maßnahmen, da sie nicht alle ätiologischen Faktoren des Ulcus ausschalten. Jedenfalls wird sorgfältige Technik, Vorbereitung zur Operation und die Nachbehandlung die Mortalitätsziffer senken und die Zahl der Heilungen ohne Radikaloperation vermehren.

42, Nr. 2, Februar 1926.

Behandlung nach Duodenal- und Magengeschwür-Operationen. George B. Eusterman.
Grundprinzipien der Magen- und Duodenal-Chirurgie, Bericht über 400 Fälle. Donald C. Balfour.
* Hyperthyreoidismus bei Kindern. Robert S. Dinsmore.
Die Sorge um den Kropfpatienten. Robert S. Dinsmore.
Heilung von kardiovaskulären Patienten. Frank H. Lahey und Burton E. Hamilton.
Vorbereitung zur Prostatektomie. Hermon C. Bumpus.
Behandlung des durch Harnverhaltung geschädigten chirurgischen Patienten. Verne C. Hunt.
Physiologische Grundsätze bei der Behandlung der benignen Prostatahypertrophie. Waltman Walters.
Der Gebrauch des Insulin in der Chirurgie und Geburtshilfe. F. N. G. Starr und A. G. Fletcher.
Experimentelle Hydronephrose; arterielle Veränderungen bei der progressiven Hydronephrose bei Kaninchen bei völligem Ureterverschluß. Frank Hinman und Duncan M. Morison.
Anwendung von Diathermie und Quarzlampe zur Erhaltung der Temperatur der Eingeweide zwecks Förderung des Wohlbefindens des Patienten vor und nach Bauchoperationen. G. W. Crile.
* Muskel- und Fasciennaht mit besonderer Berücksichtigung der Herniotomie. A. R. Coontz.
* Nekrose des Corpus luteum während der Schwangerschaft. Dorsey Brannan und Mortimer Cohen.
Das Corpus luteum als Quelle des Follicular-Hormons. Charles G. Johnston und Victor L. Gould.
Retroposition des Uterus, die heutige Auffassung. John F. Mc Grath.
Vergleichende Studie zwischen Bestrahlung und chirurgischer Behandlung bei Uterus-Fibromyomen. Frances A. Ford.
Das Blutkalzium während der Schwangerschaft. Samuel M. Feinberg und Abraham F. Lash.
Cysten der Cartilagines semilunares. 2 Fälle von Cysten des Cartilago semilunaris externus und 1 Fall von Cyste des Cartilago semilunaris internus. Nathaniel Allison und Denis S. O'Connor.
Ueber Frakturen, kurze Zusammenstellung aller in den Jahren 1920 bis 1924 inkl. in der Newell-Klinik behandelten Frakturen. E. Dunbar Newell, Earl R. Campbell und J. March Frere.

Hyperthyreoidismus bei Kindern. Hyperthyreoidismus bei Kindern ist aller Wahrscheinlichkeit nach viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Infolgedessen darf man wohl sicherlich annehmen, daß in Zukunft mehr Fälle berichtet werden, als es bisher der Fall war. Dinsmore berichtet in seiner Arbeit über 48 Fälle bei Kindern unter 14 Jahren. Seiner Meinung nach gibt es so gut wie gar nicht einen akuten Hyperthyreoidismus; denn in fast allen seiner berichteten Fälle handelte es sich um chronisch kranke Patienten. Da ja leider die Aetiologie unbekannt ist, so gibt es keinen Faktor, dem man die Entstehung zuschreiben könnte, trotzdem Verf. in wenigen Fällen nach akuter Infektion Hyperthyreoidismus beobachtet hat.

Muskel- und Fasciennaht mit besonderer Berücksichtigung der Herniotomie. Koontz gibt in seiner Arbeit über Muskel- und Fasziennaht eine besondere Methode an, welche vor allem bei der Leistenbruchoperation von Wichtigkeit ist. Seine Untersuchungen sind nicht nur makroskopisch, d. h. sie sind nicht nur die gesammelten Erfahrungen der nach seiner Methode operierten Fälle, sondern er hat auch mikroskopische Beobachtungen angestellt. Dabei fand er, daß die Vereinigung von Muskel und Fascie vollkommen ist. Die Fasern des Poupartschen Bandes wachsen mit denen des Epi-, Peri- und Endomysium völlig zusammen. Indem Verf. die Ecke des muscl. obliquus int. wegschneidet und so eine rauhe Oberfläche erzeugt, will er eine festere Vereinigung erzielen.

Nekrose des Corpus luteum während der Schwangerschaft. Die Nekrose eines Corpus luteum während der Schwangerschaft ist an und für sich sehr selten und kommt nur bei perniciösem Erbrechen während derselben vor. In der vorliegenden Arbeit wird an Hand von zwei Fällen jedoch geschildert, wie schwere Veränderungen eintreten und welche Gefahren eine solche Nekrose bildet. Die Verf. kommen zu dem Schlusse, daß die Nekrose des Corpus luteum während der Schwangerschaft durch perniciöses Erbrechen hervorgerufen, die gleiche Bedeutung hat wie eine Leber- oder Nierennekrose.

Hofbauer, Berlin.

American Journal of Ophthalmology.

Februar 1926.

Dystrophia epithelialis corneae und ihre Beziehungen zur Dystrophia endothelialis. Gifford.
* Zentrale Netzhautblutung zeitlich mit dem Eintritt der Menses zusammenfallend. Neulen.
Der Akkommodationsmechanismus durch neue experimentelle Daten bewiesen. Obarrio.
Vorarbeiten zu einer diagnostischen Skala für das Gesichtsfeld. Ferree, Rand und Monroe.
Beiderseitiges Netzhautgliom. Rogers.
Retinoskopie mit Zylindern. O'Brien.
* Milchinjektionen bei Augenerkrankungen. Gaston.
Osteom der Orbita. Lebensohn.

Zentrale Netzhautblutung zeitlich mit dem Einsetzen der Menses zusammenfallend. Die Netzhautblutung wurde zum ersten Male zehn Tage nach einer genauen Untersuchung des Auges bei Gelegenheit einer Refraktionsbestimmung festgestellt.

Zwei Jahre später wurde bei der Patientin die gleiche Beobachtung gemacht. Manchmal traten auf dem anderen Auge Anfälle einer tiefen Skleritis mit Trübungen der Hornhaut auf. Alle diese Erscheinungen zeigten eine auffällige Beziehung zur Menstruation, mit deren Einsetzen sie plötzlich aufflackerten.

Milchinjektionen bei Augenerkrankungen. Besonders betont wird die Beziehung zwischen therapeutischem Wert der parenteralen Proteinkörperinjektion und der Allgemeinreaktion. Am besten eignen sich akute entzündliche Erkrankungen des vorderen Bulbusabschnittes, unter diesen vor allem postoperative Infektionen und Verletzungen. Die frische Milch ist den anderen vielfach benutzten Proteinen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gleich zu setzen.

Meesmann (Berlin).

The Journal of Urology.

Januar 1926.

* Klinische Verwendung des Hexylresorcinols in der Urologie. L. Veader und M. Frobisher.
* Das Problem der Sterilisierung des Harntractus. H. H. Young.
Primäre, kongenitale Dilatation des Ureters. I. S. Eisenstaedt.
* Knickungen des Urethers. I. Simons.
Strikturen des Urethers. I. R. Livermore.
Klinische Pathologie des Urethers. R. L. McKiernan.
* Die pathologischen Befunde bei klinisch diagnostizierter Harnleiterstriktur. G. L. Hunner und L. R. Wharton.
* Das klinische Bild von 8 Fällen mit Harnleiterstriktur. G. L. Hunner.

Klinische Verwendung des Hexylresorcinols in der Urologie. Bei der Prüfung des Hexylresorcinols als Harnantiseptikum hatte sich gezeigt, daß 1. seine Wirksamkeit unabhängig von der Reaktion des Urins ist, 2. es auch im alkalischen Harn bakterizid wirkt und 3. Gaben von Natrium bicarbonat seine Wirksamkeit völlig zerstören. Es mußte also die zerstörende Funktion des doppeltkohlensauren Natrons auf einer anderen Eigenschaft als seiner Alkaleszenz beruhen. Nachdem Frobisher in einer früheren Arbeit dargelegt hatte, daß bei einer Herabsetzung der Oberflächenspannung einer Substanz deren bakterizide Eigenschaften wachsen, lag es nahe, diesem Faktor die Schuld zuzuschieben. Es gelang dem Verfasser, zu zeigen, daß tatsächlich das Hexylresorcinol die Oberflächenspannung des Harns herabsetzt, während sie durch Natr. bicarb. erhöht wird. Die durchschnittlichen Höhen der Spannung bei den Autoren sind für den normalen Harn 61,2, für Hexylresorcinol 51,0, für Natr. bicarb. 66,4. Ferner beobachteten sie, daß bei starker Flüssigkeitszufuhr die Oberflächenspannung stieg und nahm daher von stärkerer Wasserzufuhr ab. Man gibt also nach den Autoren dreimal täglich 0,6 Hexylresorcinol per os und vermeidet 1. vieles Trinken und 2. Natr. bicarbonat. Die Dauer der Behandlung, die nicht unterbrochen werden soll, ist verschieden lang. Bakterien der Coligruppe erwiesen sich viel resistenter ihr gegenüber als Kokken.

Das Problem der Sterilisierung des Harntractus. Wir müssen prinzipiell trennen zwischen den Bestrebungen, eine Sterilisierung des Harnapparates vor instrumentellen Untersuchungen und Operationen zu erreichen und denjenigen, einen bereits infizierten Tractus zu heilen. Verfasser bespricht dann die Behandlung der einzelnen Teile des Harnapparates und äußert sich hierbei speziell über seine Erfahrungen mit Mercurochromen. Bei der Behandlung der Prostatitis injiziert man nach Expression des Organs ½ prozentige Lösung in die Urethra posterior, von wo das Mittel in die Gänge der Drüse gelangt und tagelang nachweisbar bleibt. Die Samenblase kann man durch die Sondierung der Ductus ejaculatorii angehen oder nach Belfield ¼ prozentige Lösung des Mittels instillieren. Zu Blasenspülungen verwendet man es 1 : 200 neben Arg. nitric, Meroxyl ¼—1‰, wobei natürlich darauf zu achten ist, daß die Ursache der Entzündung (Nierenleiden, Prostatitis usw.) ebenfalls behandelt werden muß. Nierenbeckenspülungen werden in Stärke von 2% vorgenommen oder mit 1% Silbernitrat, 1‰ Acriflavin, 5% Argyrol, Meroxyl 1%. Zur intravenösen Therapie mit Mercurochrome nimmt man 2—3 mgr. pro kg Körpergewicht. Im allgemeinen hat sich erwiesen, daß es Kokkeninfektionen besser beeinflußt, als die durch Coli bedingten. Nierenreizungen, Temperaturanstiege, die gelegentlich beobachtet wurden, gingen ausnahmslos in kurzer Zeit zurück.

Knickungen des Ureters. Simons empfiehlt zwecks genauerer Feststellung des Harnleiterbildes drei Aufnahmen des Harntraktus mit dem Ureterkatheter vorzunehmen. Die erste ohne Füllung, die zweite mit Füllung von oben her, d. h. bei Vorschiebung des Harnleiterkatheters bis ins Nierenbecken, die dritte mit Füllung von unten her, d. h. bei Zurückziehung des Katheters bis zum Beckenteil des Harnleiters. Es gelingt auf diese Weise Knickungen und Drehungen des Ureters darzustellen, die sonst durch den Katheter ausgeglichen worden wären. Bericht über drei Fälle. Zwei wurden durch Nephropexie geheilt, ein dritter mit Pyelitis erfolgreich mit Nierenbeckenspülungen behandelt.

Die pathologischen Befunde bei klinisch diagnostizierter Harnleiterstriktur. Die Verfasser bringen 8 klinisch und pathologisch-anatomisch genau durchuntersuchte Fälle. Die Materialien wurden zwei Pathologen eingesandt, deren Ergebnisse unabhängig voneinander übereinstimmten. Die Ursachen der Verengerung waren folgende: Kongenitale Veränderungen, Striktur oder Klappe dreimal, Kompression durch Druck umliegender Gewebe dreimal, Striktur mit terminaler Allgemeininfektion des Harntraktus einmal, nicht aufgeklärte Ursache einmal. Die Entstehung der Striktur durch örtliche Infektion bleibt noch problematisch, da nur ein Teil zu seinem Studium geeignet erschien und hier die Deutung des Bildes durch die Urosepsis erschwert war. Die Autoren bringen zahlreiche Abbildungen zur Verdeutlichung ihrer Ausführungen ohne größere Schlüsse aus dem kleinen Material ziehen zu wollen.

Das klinische Bild von 8 Fällen mit Harnleiterstrictur. Hunner erläutert noch näher die Krankheitsverläufe, Differentialdiagnose und die mutmaßliche Aetiologie der in der vorigen Arbeit publizierten Fälle. Einzelne Fälle von Hydronephrose und „essentieller" Haematurie stehen ätiologisch mit der Ureteralstriktur in Zusammenhang. Es muß noch genau erforscht werden, inwieweit die Harnstauung 1. die Nieren rein mechanisch schädigt, 2. durch Toxine bei der örtlichen Infektion.

E. Lehmann (Berlin).

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 2, Februar 1926.

Nicht voll befriedigende Endresultate der suprapubischen Prostatektomie. Ein statistischer Ueberblick. Hugh James Polkey.
Die Behandlung des Blasenkrebses mittels chirurgischer Maßnahmen und durch Coagulation, Radium und Röntgen. Thompson Stevens.
Der dermatologische Kongreß in Dresden vom 13. und 14. September 1925. Carl Ullmann.
Die Heilung der Vitiligo. Joseph Riviere.
Die Diagnose der primären Syphilis. Claude S. Edlemann.
Die Resultate der Nieren- und Ureterensteinoperation. Charles M. Harpster und H. Brown.
Diathermie bei akuter gonorrhoischer Epididymitis; Bericht über 13 Fälle. Monroe Greenberger und Samuel Lubash.

Die Heilung der Vitiligo. Die häufige Kombination von Vitiligo und Nervenerkrankungen aller Art wie Tabes, Psychosen, Neuralgien usw. weist darauf hin, daß bei dieser Störung der Hautpigmentation nervöse Ursachen sehr mitspielen, ja Déjérine will sogar in vitiliginösen Plaques mikroskopisch nachweisbare Veränderungen der nervösen Endapparate nachgewiesen haben. — Die Therapie versagte bisher bei dieser Affektion vollkommen und galt daher als gänzlich aussichtslos. Erst die Höhensonne brachte hierin eine Aenderung. R. konnte mit ihrer Hilfe neben einigen Besserungen drei vollkommene Heilungen erzielen. Zu diesem Resultate sind volle Erythemdosen notwendig, am besten im Verein mit Hochfrequenzbestrahlungen. In geeigneten Fällen empfiehlt es sich, gleichzeitig Leber, Milz und die anderen pigmentbildenden Organe mit Röntgen zu bestrahlen, und evtl. die hepatointestinale Funktion durch Calomel und galleheilende Salicylate anzuregen.

Dr. Bab.

California and Western Medicine.

24, Nr. 1, Januar 1926.

Nervöse Einwirkungen bei der Erzeugung und Behandlung von bestimmten Oedemen und die Rolle des Adrenalins bei Vorbeugungsmaßnahmen bei bestimmten Arzneimitteln. P. J. Hanzlik.
• Leitungs-Anästhesie. C. E. Phillips und Roy H. Johnson.
Kaiserschnitt bei starker Hämorrhagie. Reginald Knight Smith.
Die differenzielle Leukozyten-Zählung bei akuten inflamatorischen Prozessen und ihre chirurgische Wichtigkeit. Newton Evans und Phillips J, Turnel.
• Neue Technik der unmodifizierten Bluttransfusion. Leroy Brooks.
Behandlung des Herpes zoster. Harry P. Jacobson.
Intestinale Protozoen in der allgemeinen Praxis. Alfred C. Reed.
Die antagonistischen Funktionen des Uterus in Beziehung zur regionären Nervenblockierung. Harry Theodore Cooke.
Einige interessante urologische Fälle bei Frauen und Kindern. William E. Stevens.
Cholecystographie, ihr Wert als diagnostische Maßnahme. Walter W. Boardman und Roger B. Mackenzie.
• Syphilis während der Schwangerschaft. Kendal P. Frost.
Verbesserungen und Fortschritte in der Plastik-Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung von Korrekturen von Nasendeformitäten und der Umgebung der Orbita. Paul J. De River.
Typische Behandlung der Lungentuberkulose. Sidney J. Shipman.
Sprachstörungen und -verwirrungen. Mrs. Mabel Farrington Gifford.
Diagnose eines nicht vorhandenen Uretersteins. Edward S. Pomeroy.
Transfusion mit dem Universalspender: Ein Unglücksfall. H. E. Butka.
Primäres Leberkarzinom. Bericht über zwei Fälle. Robert William Langley.

Leitungs-Anästhesie. Leitungs-Anästhesie muß, um von Erfolg begleitet zu sein, sorgfältigst überlegt und ausgeführt werden. Die Vorteile gegenüber der Allgemeinnarkose springen ohne weiteres in die Augen. Wir haben weniger Schockwirkungen, ferner wird die Komplikation von seiten des Atemzentrums stark reduziert und demzufolge ist die Mortalität eine geringere. Aber auch gegenüber der gewöhnlichen Lokalanästhesie ist der Vorteil schon insofern vorhanden, als man eine vollkommenere Anästhesie mit weniger Anästhetikum erreicht. Infolgedessen ist es leichter und schneller möglich, große Gebiete, auch bei abdomineller Arbeit, zu anästhesieren.

Neue Technik der unmodifizierten Bluttransfusion. Um vollkommenen Erfolg zu erlangen, muß man alle Einzelheiten der Technik auf das Genaueste befolgen. Die Mehrheit der führenden Männer, welche sich mit Bluttransfusion beschäftigen, neigt nach Ansicht des Verfassers dazu, daß die Transfusion von unmodifiziertem Blute der des zitrierten Blutes sicher vorzuziehen ist. Verfasser gibt in kurzer Uebersicht die Technik genau an und es muß zugegeben werden, daß sich viel Vorteile erweisen.

Behandlung des Herpes zoster. Jacobsons vorliegende Arbeit basiert auf einer Serie von 12 Herpes zoster-Fällen, welche mit Rotlicht behandelt wurden. Es ist von Wichtigkeit festzustellen, daß in Verbindung mit dieser Behandlung die Erscheinungen nicht nur zum Stillstand kamen, sondern sie verschwanden völlig, wenn die Behandlung frühzeitig eingesetzt hatte. Der Gebrauch des Rotlichtes scheint demnach die Eiterung zu verhindern und vor allen Dingen bewahrt er die Patienten — ohne Rücksicht auf die Schwere des Falles — vor den unangenehmen Zerstörungen in der Tiefe des Gewebes.

Syphilis während der Schwangerschaft. Für gewöhnlich ist die Syphilis, welche bei Frauen während der Schwangerschaft behandelt wird, im latenten Stadium, d. h. es ist kein aktiver Prozeß sichtbar, zuweilen fehlt sogar ein positiver Blutbefund. Die bei dem Verfasser kürzlich eingeführte Sachs-Georgi-Reaktion gibt sehr häufig schon früher einen positiven Befund, als es die Wassermannsche Reaktion imstande ist. Die antiluetische Behandlung soll ausgiebig durchgeführt und bis etwa zwei Wochen vor Ablauf der Schwangerschaft fortgesetzt werden. Im allgemeinen vertragen schwangere Frauen die Behandlung gut. Daß als Herxheimer-Reaktion bekannte Phänomen ist wahrscheinlich für viele der Fehlgeburten ausschlaggebend, welche infolge antiluetischer Behandlung eintreten können. Verfasser meint zum Schluß, daß, wenn die Behandlung frühzeitig genug begonnen hat und während der ganzen Schwangerschaft durchgeführt wurde, die größte Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines vollkommen gesunden Kindes vorhanden ist. **Hofbauer** (Berlin).

The Journal of Oriental Medicine.

3, Nr. 4.

Magensaftsekretion nach Reisschleimprobefrühstück. Nakao.
• Einfluß des Wassers auf die Magensaftsekretion und seine Anwendung zur Magenfunktionsprüfung. Nakao.
Ueber den osmotischen Druck der Spinalflüssigkeit. Kaneko.
Ueber die pharmakologische Beeinflussung der geschädigten Herzstreifen. Shiratori.
• Ueber die Bedeutung der durch die Unterbindung der A. iliaca communis verursachten Glykosurie. Arai.
Typhus und Paratyphus abdominalis bei Kindern in der Mandschurei. Kawashima.
Ueber die Agglutinationskraft des Serums bei Tuberkulosekranken. Yamaguchi.
Ueber die Beckenvenen der japanischen Frauen. Saito.
Rezidive im Verlauf des Scharlachs. Satake.

Einfluß des Wassers auf die Magensaftsekretion und seine Anwendung zur Magenfunktionsprüfung. Das „Wasserprobefrühstück“ ist ebenso brauchbar wie jede andere Probemahlzeit. Der Sekretionsreiz des Wassers auf den Magen ist verhältnismäßig gering. Die normalen Säurewerte des nach einer Stunde ausgeheberten Wasserprobefrühstücks betragen 23,5 (freie HCl) und 30,4 (Gesamtazidität) im Durchschnitt.

Ueber die Bedeutung der durch die Unterbindung der A. iliaca communis verursachten Glykosurie. Verfasser beobachtete bei zwei Patienten mit Unterschenkelgangrän einen Blutzuckergehalt von 0,2%. Am Tage nach der Amputation schwand die Hyperglykämie. Ursache der Blutzuckersteigerung ist die Resorption der Gewebszerfallprodukte. Es gelang dem Verfasser im Tierversuch durch Unterbindung der großen Extremitätengefäße Hyperglykämie und Glykosurie zu erzeugen.

Walter Goldstein (Berlin).

Buchbesprechungen.

Dr. Iwan Bloch: **Die Prostitution.** Louis Marcus-Verlag, Berlin. — Der erste Band dieses Werkes ist bereits im Jahre 1912 erschienen. Nunmehr liegt die erste Hälfte des zweiten Bandes vor. Fleiß und Gründlichkeit des leider zu früh verstorbenen Verfassers sind auch aus seinen anderen Werken bekannt genug; über diese Eigenschaften zusammen mit der Fähigkeit, die Fülle historischer Daten übersichtlich zu ordnen, kurz über den echten Forschergeist, verfügt auch Dr. Georg Löwenstein, der den von Bloch unvollendet zurückgelassenen zweiten Band in der ersten Hälfte fertiggestellt und herausgegeben hat. Wir haben also in dem vorliegenden Werke eine durchweg nach den Originalquellen bearbeitete Darstellung der primitiven, antiken, mittelalterlichen und neuzeitlichen (in der ersten Hälfte des zweiten Bandes bis ins 18. Jahrhundert durchgeführten) Prostitution, eine Darstellung, die ihresgleichen nicht hat. Wer sich in irgendeinem Sinne mit der Prostitution zu befassen hat, kann dieses Werk nicht entbehren.

Bloch sieht in der Prostitution „das Zentralproblem der sexuellen Frage“. Darin kann ich ihm nicht beistimmen: Ich glaube nicht, daß es innerhalb der „sexuellen Frage“ ein Zentralproblem und periphere Probleme gibt und daß die Prostitution in dem ganzen Gebiet der Sexualität eine besonders wichtige Stellung inne hat. Die psychologische Analyse hat gezeigt, daß die Prostitution eine Entwicklungsform der Sexualität ist, die sehr oft in die neurotische Sphäre hineinreicht und dann „primitiven“ Charakter trägt, wie alle neurotischen Verhaltensweisen. Ich sehe in der Prostitution überhaupt kein „Problem“, sondern eine biologische Tatsache, die man nicht, wie Bloch das tut, im ganzen als „letzten sichtbaren Ueberrest primitiver Sexualität“ auffassen kann, der man aber auch nicht eine höhere Bedeutung wie den anderen biologischen Tatsachen der Sexualität beimessen darf. Insbesondere erscheint mir die ursächliche Verknüpfung der Prostitution mit der Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten ein Denkfehler. Das Werk Bloch-Löwensteins ist als Nachschlagewerk, als Handbuch für das historisch-biologische Studium der Prostitution von bewunderungswürdiger Vollendung.

Hans Lungwitz.

Therapeutische Mitteilungen.

(Aus der Privatklinik Dr. Hauschild.)

Zur Therapie der Darmerkrankungen.

Von

Dr. med. HAUTSCH.

Im Jahre 1915 zeigte Affanassief[1]) im Tierversuch, daß man durch Keimarretierung mit gewöhnlichen Kohlepulvern eine Infektion mit virulenten Bakterien verhüten kann. Durch die physikalische Eigenschaft der Kohle eine starke Adsorptionswirkung auf Sekrete und die in ihnen enthaltenen Keime auszuüben, und durch die Wegführung solcher eine Reinigung herbeizuführen, erklärt sich auch der günstige Einfluß von carbo auf Darmaffektionen.

Die Verwendung von Kohlepulver und Bolus alba bewährte sich besonders im Kriege bei akuter und chronischer Ruhr. Jedoch hafteten der Behandlung mit reinen Absorbentien auch nicht unbeträchtliche Nachteile an; vor allem ihre langsame Wirkungsweise und der Widerwille, den der schlechte Geschmack dieser Stoffe bei vielen Patienten hervorruft. Bei der Bolus alba kommt noch hinzu, daß sie, nur in beträchtlichen Mengen genossen, Wirkung zeigt und daß sie dann im Darm durch Verklumpung und Verhärtung verhängnisvolle Störungen in Form von Obstipationen und Koliken hervorrufen kann.

Es lag nun nahe, zur Darstellung eines brauchbaren Darm-Therapeutikums die adsorptive Wirkung der Kohle zu vereinen mit dem desinfizierenden Effekt chemisch wirkender Körper und als Drittes hierzu eine adstringierende Beeinflussung auf die Darmschleimhaut hinzutreten zu lassen. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend schuf die Firma Vial & Uhlmann in Frankfurt am Main das Präparat Carboluphen. Es ist ein ungiftiges reizloses Kondensationsprodukt des Formaldehyds und Phenols mit Carbo medicinalis und Bolus alba. Formaldehyd und Phenol werden bei Anwesenheit von Verdauensfermenten im alkalischen Medium langsam abgespalten. Den sauer reagierenden Magensaft passiert das Präparat unverändert.

Die Wirkung des Präparats ist eine dreifache:

1. eine antiseptische, durch die Phenolkomponente,
2. eine adstringierende durch das abgespaltene Formaldehyd,
3. eine adsorptive infolge seines Gehaltes an Carbo medicinalis und Bolus alba.

Da Carbo und Bolus zugleich über eine beträchtliche styptische Wirkung verfügen, werden etwaige Darmblutungen rasch zum Stehen gebracht. Die Abspaltung des Phenols und Formaldehyds reicht über den Dünndarm hinaus bis in die tieferen Abschnitte des Colons, so daß der Sitz der Darmerkrankung praktisch keine Rolle spielt, soweit eine perorale Behandlung überhaupt in Frage kommt. Da Formaldehyd gerbend auf die Darmschleimhaut wirkt, setzt es ihre Empfindlichkeit gegen bakterielle Toxine und Zersetzungsprodukte des Darminhalts herab.

Diese Wirkungen konnten wir mit gutem Erfolge bei Dysenterie, Paratyphus, Ulcus intestini, Gärungs- und Fäulnisdiarrhoen zur Anwendung bringen, auch bei der Behandlung chronischer Flatulenz leistet es uns sehr gute Dienste.

Zur Behandlung einiger Fälle von Darmtuberkulose wurde Carboluphen ebenfalls herangezogen. In der Mehrzahl der Fälle wirkte es unzweifelhaft beruhigend auf den Darmtraktus, die Verwendung von Opiaten wurde zeitweise völlig entbehrlich, doch vermochte es den infausten Verlauf dieser Infektion natürlich nicht zu ändern. Subjektiv bewirkte es aber starke Linderung und wurde deshalb von den Patienten gern genommen, wie es überhaupt infolge seines leichtherben Geschmackes selten auf Widerstand seitens der Kranken stößt. Es wurden drei bis fünf Eßlöffel täglich in etwas Wasser angerührt, eine Viertelstunde vor den Mahlzeiten eingegeben oder drei bis fünfmal täglich je drei Tabletten verabreicht.

Wenn auch nach erst mehrmonatlicher Anwendung kein abschließendes Urteil gefällt werden darf, so glauben wir doch berechtigt zu sein, das Carboluphen als eine begrüßenswerte Bereicherung des Arzneischatzes in der Darmtherapie den Kollegen zu empfehlen. Besonders in bezug auf seine Verwendbarkeit bei Darmtuberkulose wäre eine Prüfung des Carboluphens an zahlenmäßig größerem Material, als es uns zur Verfügung stand, durchaus wünschenswert.

Zum Schluß möge auch noch hervorgehoben werden, daß sich der Indikationskreis des Carboluphens auch auf Hauterkrankungen erweitern zu lassen scheint, die auf Vorgänge gestörter Darmresorption, also Autointoxikation zurückzuführen sind. Fälle von hartnäckiger Akne und Urticaria, die jeglicher lokaler Behandlung jahrelang trotzten, wurden bei Verabreichung von Carboluphen ohne lokale Behandlung wesentlich gebessert. Bemerkenswert ist ferner, daß Patienten, die auf bestimmte Medikamente (Brom, Antipyrin, Balsamika usw.) mit Störungen der Haut und des Gastro-Intestinaltractus reagieren, die betreffenden Stoffe ohne jegliche Erscheinungen vertragen, wenn man gleichzeitig Carboluphen gibt.

---

[1]) Wiener Klinische Wochenschrift 1915 Nr. 38.

Beitrag zur Geschichte der Fluorbehandlung.

Von Dr. med. DOLF SIMONS.

Facharzt für Haut- und Sexualleiden.

> „Um eine Mittelachse dreht sich jeder Weise, jeder Tor;
> Und alle Weltgeschichte geht ex utero hervor.“

Diese Worte eines längst vergessenen Sängers des 19. Jahrhunderts gelten auch für ein Gebiet, an das der betreffende Autor sicherlich nicht gedacht hatte, nämlich für die Anti- und Asepsis. Denn Ignaz Philipp Semmelweiß ist nicht nur der Entdecker der Ursache und Verhütung des Kindbettfiebers, sondern auch darüber hinaus der Begründer der Anti- und Asepsis. Sanitätsrat Dr. Franz Bruck weist seit vielen Jahren in zahlreichen Veröffentlichungen auf „die unendliche Tragik dieses einzigartigen Forschers hin, der, weil man seine bahnbrechende und so einfache Lehre, so lange er lebte, nicht nachprüfen wollte, der größte Märtyrer wurde, den die Geschichte der Medizin kennt. Das 20 Jahre nach Semmelweiß, im Jahre 1867 von Lister bekanntgegebene Verfahren, bedeutete in Wirklichkeit keinen Fortschritt, sondern blieb hinter der Entdeckung von Semmelweiß weit zurück. Denn Lister bekämpfte in der Hauptsache die Luftinfektion der Wundfläche, und erst später wurde von deutschen Forschern die Methode der Asepsis ausgebaut, im Sinne einer Bekämpfung der Kontaktinfektion, also entsprechend der Idee, welcher Semmelweiß mit größtem Nachdruck sein Leben gewidmet hatte. Die antibakteriellen Methoden vervollkommneten sich also im Laufe der Jahrzehnte in der Hinsicht, daß man das einseitig chemotherapeutische Prinzip der Antisepsis überwandt durch die auf physikalische Gesichtspunkte eingestellte aseptische Handlungsweise. Als eine Errungenschaft der Neuzeit jedoch darf man es bezeichnen, wenn wir als oberstes Prinzip das biologische Denken und Vorgehen auch auf dem Gebiete der antibakteriellen Therapie gelten lassen. Es kommt uns nicht mehr darauf an, möglichst viele Keime abzutöten, die ja doch bei dem rein antiseptischen Verfahren nur gleichzeitig mit den körperlichen Gewebszellen erfolgreich geschädigt werden können, und wir betrachten es nicht als ausreichend, durch strikteste Asepsis die Möglichkeit oder das Fortschreiten der Infektion zu verhindern, — der moderne Mediziner ist bestrebt, das Körpergewebe selbst möglichst in den Zustand zu versetzen, in dem es aus eigener Kraft am besten mit allen Schädlichkeiten fertig werden kann. Diese Methode, die Abwehrkraft des Organismus zu unterstützen, ihm beim Schmieden seiner eigenen Waffen gegen den eindringenden Feind erfolgreich zu helfen, hat abgesehen von der Wundbehandlung besonders auch bei den durch Bakterien bedingten Krankheiten der Schleimhäute Eingang gefunden, und vor allem ist das Wort biologische Vaginaltherapie mit vollem Rechte das Schlagwort der modernen Fluorbehandlung geworden.

Es ist lediglich ein Ausdruck wissenschaftlicher Gerechtigkeit, wenn in diesem Zusammenhange auf die Tampovagantherapie hingewiesen wird, und es ist ein bemerkenswerter Zug in der Geschichte der Medizin, daß die epochenmachenste Erfindung auf dem Gebiete antibakterieller Kampfesweise aus gynäkologischen Gesichtspunkten erwuchs (Semmelweiß: Aetiologie und Prophylaxis des Kindbettfiebers) und daß wiederum der modernste und differenzierteste Ausbau hinsichtlich der bakterienbekämpfenden Maßnahmen der Hauptdomäne des Frauenarztes dienstbar gemacht wurde.

Es ist interessant festzustellen, daß die Methoden der Wundbehandlung und der Fluortherapie analoge Wandlungen durchgemacht haben. So spielte die Chemotherapie auch in der Behandlung der durch Bakterien bedingten Krankheiten der Schleimhäute eine Zeitlang eine einseitige und schädliche Rolle. Wie man zu Zeiten vorherrschender antiseptischer Anschauungen die Wunden mit allen möglichen Desinfektionsflüssigkeiten überschwemmte, so war auch die Scheide in Gefahr zum (um ein Wort Nassauers zu variieren) Tummelplatz chemischer Wasserkünste zu werden. Ueber die Ueberwindung solcher Gefahr sagt Dr. med. Finckh in der Allgemeinen Medizinischen Zentral-Zeitung Nr. 24 Jahrgang 1925: „Heute sind wir von dieser Einseitigkeit wieder abgekommen. Wir gehen in erster Linie darauf aus, durch unsere Behandlung die gestörten physiologischen Verhältnisse wieder herzustellen, den Organismus in seiner Abwehr des Krankhaften nur zu unterstützen und so seine eigenen Abwehrkräfte als stärkste Waffe gegen die Krankheit ins Feld zu führen." Die hier ausgesprochene therapeutische Tendenz hatte Abel realisiert dadurch, daß er das Tampovagan*) in die gynäkologische Praxis einführte und nach strengster objektiver Prüfung den Kollegen empfahl.

Da wir wissen, daß bestimmte pathogene Mikroben nur auf basischem Nährboden wachsen, die normale Flora der Scheidenschleimhäute hingegen in dem physiologisch stets sauren Schleimhautsekret gedeiht, folgte daraus für die Therapie, daß wir die saure Reaktion gegebenenfalls künstlich herstellen müssen, um die normale Flora gegen die pathogene zu begünstigen. Die Stäbchenflora des weiblichen Genitaltraktus gedeiht nur in dem durch milchsaure Gärung bedingten sauer reagierenden Nährboden des Scheidenschleimes im Gegensatz zu dem mehr oder minder pathogenen Kokken, bei deren Vorhandensein der Scheidenschleim basisch oder amphoter reagiert. Tampovagan besteht nun aus einer Grundmasse von Glyzerin-Gelatine, bedeutet also eine pharmakotechnische Erweiterung der Gallertetherapie. Zwecks Ansäuerung des Scheidensekretes sind dieser Grundmasse außer Glykogen und Milchzucker 0,4% Gärungsmilchsäure zugesetzt. Diese Grundform, berechnet auf den einfachen Fluor albus, stellt die normale Symbiose der Scheidenbazillen wieder her durch Schaffung eines adäquaten Nährbodens, der aber den pathogenen Kokken ungünstig ist.

Wenn man solchermaßen den Anforderungen biologischer Gegebenheiten Rechnung getragen hat, dann steht auch wiederum nichts im Wege, der Chemotherapie eine Rolle als Adjuvans anzuweisen. So hat man der Nährsubstratbeigabe der Tampovagankugeln für bestimmte Fälle bewährte Arzneistoffe hinzugesetzt, als da sind: Ichthyol, Protargol, Choleral, Milchsäure, Hydrarg. oxycyanat, eine Komposition von Jodkali, Ichthyol und Chloralhydrat u. a. m.

So reichen sich nun also Biologie und Chemie die Hand zur gemeinsamen Bekämpfung bakterieller Schädlichkeiten. Es wäre interessant, auf die Analogien in der geschichtlichen Entwicklung der Wundbehandlung und der Fluorbehandlung ausführlich einzugehen. In diesen Zeilen möge aber die Andeutung der naturgegebenen Zusammenhänge genügen.

Ueber Eau de Cologne-Narkose.

Die Einleitung der Narkose mit Eau de Cologne, über die schon früher Dreesmann (Centralblatt für Chirurgie 1924, Nr. 29) berichtet hat, empfiehlt von neuem Gohrbandt (Dtsch. mediz. Wochenschrift 1926 Nr. 2). Es ist dies ein immer noch nicht genug bekanntes und angewandtes Mittel, dem Patienten das Einschlafen fast beschwerdelos zu machen und ihm die unangenehme Erinnerung an den Beginn der Narkose zu nehmen. Ganz gleichgültig, welches Narkotikum wir im Anfang zur Narkose benutzen, ob wir die Einleitung mit Chloräthyl oder mit Aether beginnen, ob wir mit Chloroform oder mit Mischnarkose anfangen, jedes dieser Narkotika hat einen sehr unangenehmen, teils widerlichen Geruch, und bedingt anfangs ein recht häufiges Sträuben von Seiten des Patienten. Man gibt nun zunächst mit einer Tropfflasche auf die Narkosenmaske Eau de Cologne und tropft dann aus einer zweiten Flasche Aether oder Chloroform hinzu. Fast ausnahmslos schlafen dann die Patienten, da ja der unangenehme Geruch und auch das Erstickungsgefühl fortfallen, ohne sich zu widersetzen ein. Auch mit dem Chloraethyl verträgt sich Eau de Cologne gut und nimmt demselben vollkommen seinen Nebengeruch. Bei Chloräthyl, das ja meist nur zur Einleitung der Narkose oder zu kurzen Eingriffen verwandt wird, empfiehlt sich eine Dauermischung mit Eau de Cologne.

Genau so wie das Chloräthyl als Narkotikum durch den Zusatz von Eau de Cologne keine Zersetzung erfährt und in seiner Wirkung nicht abgeschwächt wird, so auch als Lokalanästhetikum, ohne dem Patienten durch seinen Geruch irgendwie unangenehm zu sein.

R. Katz (Berlin).

---

*) Tampovagan: Hersteller: Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

LIBRARY
RECEIVED
JUN 1926
U. S. Department of Agriculture

4488
777

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal [illegible] Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind

NUMMER 9 BERLIN, DEN 15. MAI 1926 44. JAHRGANG

4

7

Zur Behandlung von
Herzkrankheiten
kompliziert durch
Empfindlichkeit oder Störungen
im Magendarmtraktus:
(ulceröse Prozesse u dgl.)

Digistrophan-Dragées
(0,05 Digit. – 0,025 Strophanth – 0,015 Novocain Höchst.)

Weitestgehende Vermeidung der Digitalisdyspepsie durch Anästhesierung der Magenschleimhaut nach dem Prinzip von Professor Dr. Fuld (Berlin). Das Digistrophan unterliegt bezüglich Konstanz der Wirkung einer laufenden Nachprüfung durch Universitätsprofessor Dr. Bickel (Berlin)
Rp. 1 Originalschachtel - 20 Stück
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Herr Doktor!

Sind Sie reich genug,
um zu Fuß gehen zu können?
Zeit ist Geld!

DER KLEINE PLUTO

Fabrikat der Automobilfabrik Zella-Mehlis
(vorm. Ehrhardt-Werke)

ist sparsam und billig im Gebrauch,
kommt schnell und leicht auf Touren,
ist sehr wendig, daher für den Stadtverkehr
ebenso geeignet, wie für Fahrten über Land.

Grösste Stabilität!

Sieger 1924-25 in über 50 Autorennen

Der kleine Pluto 4/24 PS
wird in folgender fabrikmässiger Ausführung geliefert:

1. Sport- oder Touren-Zweisitzer	4 400.-	Mk.
2. Viersitzer-Phaeton	5 500.-	„
3. Stadt-Coupee, Zweisitzer	5 350.-	„
4. Cabriolett, zweisitzig	6 650.-	„
5. Innensteuer-Limousine, viersitzig	6 000.-	„
6. Lieferwagen, 350 kg Tragfähigkeit	4 900.-	„
7. Droschke, 5/28 PS n. pol. Vorschrift	7 800.-	„

mit Licht, Anlasser, Ballonbereifung 5 fach.,
Vierradbremse auf Wunsch.

Die Leser der „Fortschritte der Medizin“ erhalten auf diese Originalpreise einen Nachlass von 5 Proz.

Anfragen sind zu richten unter Bezugnahme auf dieses Blatt an

Nordflug Automobil u. Flugzeugwerke A.-G.
Berlin W 35, Flottwellstr. 2
Telefon: Kurfürst 5465

Ausstellung:
Berlin-Charlottenburg
Bismarckstr. 97

Löflund's

Malz-Extrakte

Seit 60 Jahren bewährt als Nährpräparat, **die Vitamine des Gerstenmalzes enthaltend**, für Kinder, Kranke und Genesende. Als Erleichterungsmittel bei Husten und Katarrhen erprobt.

Malz-Extrakt rein

und mit Zusätzen von **Chinin**-Eisen, **Eisen, Jod**-Eisen, **Kalk** und **Lebertran.**

Malz-Suppen-Extrakt

nach Prof. Dr. Keller, zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge.

Nähr-Maltose

als Beigabe zu Eiweißmilch, bewährte Kohlenhydrat-Nahrung (Prof. Dr. Finkelstein und Dr. L. Meyer).

Malz-Extrakt-Husten-Bonbons

unerreicht in Wohlgeschmack und lösender Wirkung.

Ed. Löflund & Co. G. m. b. H. Grunbach b. Stuttgart
Gegründet 1865.

LEITZ
MIKROSKOPE

für monokularen und binokularen Gebrauch
Mikroskope für Hautkapillar-Untersuchungen
Apparate für Blutuntersuchungen ★ Mikroskopische Nebenapparate ★ Achromaten ★ Apochromaten u. Fluoritsysteme ★ Dunkelfeldkondensoren
Wechselkondensoren für Hell- und Dunkelfeld ★ Lupen u. Lupenmikroskope ★ Mikrotome
Mikrophotographische und Projektionsapparate
★

ERNST LEITZ · WETZLAR
OPTISCHE WERKE
MAN VERLANGE DRUCKSCHRIFT NO · 345

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. C. Funck, Köln, Okkulte Dyspepsien 385
Dr. Fritz Laquer, Nymwegen (Holland): Versuche zur Isolierung des Hormons aus dem Epithelkörperchen. Stand der Forschungen und ihre Bedeutung für die Praxis 387
Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abtlg.
des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin
(Direktor: Prof. Dr. M. Stickel).
Oberarzt Dr. Conrad: Die Behandlung der Wehenschwäche . . 388
Dr. Frankfurter, Leipzig: Haftet der Inhaber einer Heil- und Kuranstalt für die eingebrachte Garderobe? 390

Kongreß-Berichte:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesden, 12. bis 15. April 1926 391
50. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin vom 7.—10. April 1926 394
Der Röntgenkongreß 405
Erster Allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden vom 17. bis 19. April 1926 408

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 13-15 411
Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 10-13 412
Medizinische Klinik 1926, Nr. 10-13 414
Münchener med. Wochenschrift 1926, Nr. 15-18 415
Reichsgesundheitsblatt 1926, 1., Nr. 12, 13 416
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 1926, Heft 7, 8 . . . 417
Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 106., Heft 1 . . 418
Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, 112., 1. und 2. Heft 418
Zeitschrift für die gesamte phys. Therapie 1926, 31., Heft 4 418
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 34., Heft 3 . . . 418
Archiv für Kinderheilkunde, 77., 4. Heft 419
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 101. . . . 419
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1926, 90., Heft 4-6, 91., Heft 1-3 421
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1926, 60., Heft 5/6, 61., Heft 1 422
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 195., Heft 1 und 2 423
Archiv für klinische Chirurgie, 139., Heft 2, 3 und 4 424
Archiv für Gynäkologie 1926, 128., Heft 1 und 2 425
Dermatologische Wochenschrift 1926, Nr. 14-18 426
Zeitschrift für Urologie 1926, April 427
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 10-12 427
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, 70., Nr. 10-13. . . 428
Journal of the American Medical Association, Chicago 1926, 86., Nr. 9-13 430
Archives of Internal Medicine 1926, Nr. 3 432
The Journal of Infectious Diseases 1926, 38., Nr. 3 432
John Hopkins Hospital Bulletin 1926, Nr. 3, 4 432
The American Journal of the Medical Sciences 1926, Nr. 3 434
The Journal of Laboroty and Clinical Medicine 1926, 11., Nr. 6-7 434
The Aemrican Journal of Roentgenology and Radium Therapie, 12., 4—6 435
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1926, Vol. XI., Nr. 2 440
Surgery, Gynecology and Obstetrics 1926, 42., Nr. 3 441
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapie, 12.,
Journal of Urology 1926, Februar, März 444
The Urologie and Cutaneous Review 1926, Nr. 3-4 445
California and Western Medicine 1926, 24., Nr. 2, 3 446
The Journal of Oriental Medicine 1926, 4., Nr. 2 447

Buchbesprechungen 447

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. Robert Kuhn, Baden-Baden: Die Fermenttherapie der Zuckerkrankheit im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten mit Diät, Proteinpräparaten und Insulin 449
Dr. Hans Hötzl, Mühlbach im Oberpinzgau: Grippe-Kupierung durch Quinisal 451
Dr. med. Kamprath, Dresden: Ueber die Behandlung funktioneller Sexualleiden mit Organo-Total-Präparaten 452
Dr. med. W. Grossmann, Facharzt für innere Krankheiten in Charlottenburg: „Gastrovit“, ein neues Mittel zur Behandlung der Hyperacidität und Hypersekretion des Magens 453

Therapeutische Notizen 454

Buccosperin

Extr. Bucco, fol. uvae ursi, Acetylsalicyls., Salol, Hexamethylentetramin, Ol. menth., Camphor. monobrom., benzoesaures Papaverin

Gonorrhoe und Komplikat., Cystitis, Pyelitis, Harngrieß,
Wertvolles Adjuvans bei allen **Unterleibsbeschwerden der Frau**
Harnantiseptisch, diuretisch, krampfstillend, sekretionshemmend, anaphrodisierend, Komplikationen verhütend. 1—2 Tabl. 2stündl.

Kupfer-Dermasan

„mit Tiefenwirkung“
Lupus, schmierig belegte Wunden
„mit Oberflächenwirkung“
Zur Epithelisierung (Lupus, Ulc. crur.)

Lenirenin-Zäpfchen
Lenirenin-Belladonna-Zäpfchen

Rasche anaemisierende, anaesthesierende und adstringierende Wirkung bei

Haemorrhoiden, Haemorrhoidalblutungen, Tenesmen, Proktitis, Dysmenorrhoe

Proben und Literatur

Dr. R. Reiss

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

VIBETA

Hochwertige Lecithin-Nerven-Nahrung!
Hervorragendes Nähr- und Kräftigungsmittel!
Wohlschmeckend und leichtverdaulich!

Indikationen:

Nervosität / Neurasthenie / Ermüdungs- und Erschöpfungszustände / Schlaflosigkeit / Unterernährung / Nervöse Magen- und Darmstörungen.

100 Gramm Mk. 2,50
250 „ „ 5,50

3 mal täglich 1–2 Kaffeelöffel in Wasser, Milch, Kakao.

Proben stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Lüttgen & Co., G. m. b. H., Berlin-Steglitz 1.

Apyron

Kerne

Acid. acetylosalic. cum Calc. carb.

(löslich und haltbar).

Apyronkerne bezwecken die Zuführung der Acetylsalicylsäure in einer **leicht löslichen** und daher **schnell resorbierbaren** Form unter **Ausschaltung aller unerwünschten Nebenerscheinungen.**

Ein Kern entspricht 0,25 g Acetylsalicylsäure.

Indikation: besonders Muskel- und Gelenk-Rheumatismus, Neuralgie, Migräne, Lumbago, Dysmenorrhoe, Grippe, Influenza, Pneumonie, Bronchitis, Pleuritis etc.

Dosierung: Im allgemeinen 3 mal täglich 2—4 Kerne. Bei der vollkommenen Reizlosigkeit kann evtl. auch höher dosiert werden.

Aerztemuster zur Verfügung.

Johann A. Wülfing, Berlin SW 48
Friedrichstraße 231.

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 9 15. MAI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Okkulte Dyspepsien.

Von

Dr. C. FUNCK, Köln.

Die heute geradezu aktuelle Forderung einer wirtschaftlichen und doch sachgemäßen Behandlung verleiht dem therapeutischen Faktor „Diät“ wieder besonderen Wert. Nun ist zwar die Kenntnis der Diät bei Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten Allgemeingut geworden; nicht jedoch die Ueberlegung, daß bei einer bedeutenden Anzahl andersartiger innerer Erkrankungen eine als solche meist gar nicht in die Erscheinung tretende, okkulte Dyspepsie besteht und daher auch eine entsprechende Diät eine ganz wesentliche und manchmal ausschlaggebende Rolle in der Therapie spielt.

N. B.: Der „Okkultismus“ ließe sich in den meisten der nachbenannten Fälle leicht aufklären, wenn man, ihn als causa peccans in Erwägung ziehend, ein Probefrühstück, eine makroskopische und mikroskopische Stuhluntersuchung, auch evtl. auf Proteus, des Urins auf Bilirubingehalt oder gar eine funktionelle Röntgenuntersuchung vornähme.

Diät läßt sich in keine Formel pressen. So ist beispielsweise nicht bei jeder Plethora oder Hypertonie das bekannte Schema mit u. a. viel Salat, Obst und Milch anwendbar. Patienten mit schwachem Magendarm, Dyspektiker, werden diese Maßnahmen mit Meteorismus und abdominalen Beschwerden beantworten, die auf Schwindel und Blutdruck höchst ungünstig wirken können. Hier ist eine in der Hauptsache lactovegetabile Diät in der Ausführung indiziert, wie man sie einem Gastroenteritiskranken geben würde und wenn eine solche Diät zu kalorienreich zu sein scheint, so muß dieser Nachteil eben durch quantitative Beschränkung aufgehoben werden.

Dasselbe gilt von der Diät bei Asthma, auch cardialer Provenienz. Hier ist ebenfalls eine grobe vegetarische Diät kontraindiziert. Asthma ist, wie auch die ihm wesensverwandte Migräne, häufig durch okkulte Dysfunktion der Darmschleimhaut bedingt, welche blutfremdes Eiweiß in die Blutbahn übertreten läßt[1]) und andererseits ist naturgemäß bei cardialer Dyspnoe die Stauung der abdominalen Organe von einer verminderten Funktionskraft derselben begleitet. Bei diesen drei Krankheiten, am auffallendsten vielleicht bei Migräne, zeitigt Durchführung einer der etwa vorhandenen okkulten Dyspepsie Rechnung tragenden Diät (s. u.) oft einen Erfolg, den Medikamente kaum erzielen können. Andererseits darf selbstverständlich nicht vergessen werden, daß Asthma und Migräne multipler und durchaus nicht immer dyspeptischer Provenienz sind.

Im einzelnen werden wir bei diesen und ähnlich gelagerten Fällen ungefähr folgende Kost geben: Verboten: Rohe Früchte, Salat, Kohlarten und alle zellulosereichen Gemüse, Grobbrot, Bratkartoffeln, Fleischtunken, Fischkonserven aller Art, Bratfische, Wurst, Käse (außer Quark- und Rahmkäse). Als Brot gibt man Weißbrot, altbacken oder geröstet, als Fett fast ausschließlich Butter. Flüssigkeiten mit mäßiger Beschränkung; kein Bier.

Zu bevorzugen je nach spezieller Indikation sind also: Morgens dünner Tee, falscher Kaffee, altes Weißbrot, Zwieback, Cakes, Kakao, Butter, Suppe wie mittags mit Milch; mittags: Suppen mit Cerealien oder Mehleinlagen (keine Hülsenfrüchtensuppen), möglichst unter Verwendung von Gemüseabkochwasser; keine „kräftige“ Fleischbrühe. Von Fleisch: Kalbfleisch, weich gekochtes Rindfleisch, Geflügel. Keine Schnitzel und ähnliches. Wenig Fleischtunke; gekochter Fisch, Schaumomelette, Rührei, gekochte Kartoffeln, Kartoffelbrei, Reis, Blumenkohl, Kohlrabi, Spargel, Möhren, grüne Erbsen, gekochte Nudeln, Kompott von Aepfeln und Backpflaumen. Reis-, Grieß-, Mondamin-Speisen (keine Fruchtsauce, die mit Milchspeisen säuert, sondern Vanille- und ähnliche Saucen). Als Getränk: wenig Rotwein, selten Weißwein, kein Bier, abends dasselbe, als Aufschnitt kaltes, mageres Fleisch, Ei. Selbstverständlich kann diese für den Rahmen der gewöhnlichen bürgerlichen Küche berechnete Diät erweitert werden. Zu beachten ist, daß ein grober Fehler eine sonst genau durchgeführte Diät illusorisch macht.

Die allergische Bereitschaft des Erfolgorgans spricht, mehr noch als bei der Entstehung digestiven Asthmas, bei der Genese mancher Stoffwechseldermatosen eine wesentliche Rolle. Der Zusammenhang von Strofulus, manchen Ekzemarten, Furunkulose, Urticaria mit Dyspepsie im weitesten Sinne des Wortes ist zu bekannt, um hier näher ausgeführt zu werden; Prurigo bei ikterischen und nichtikterischen Lebererkrankungen gehört in dieselbe Kategorie. Weniger bekannt ist, daß ein großer Prozentsatz der Fälle von Quincke-Oedem und auch Prurigo unbekannter Genese auf die oben skizzierte Diät bei Streichung von jeglichem Tiereiweiß, Fleischextrakt und Bouillon, sowie Einschränkung von Kochsalz überraschend gut reagiert. Selbstverständlich ist, daß bei Subacidität Salzsäure, daß bei der recht häufigen Insuffizienz der Bauchspeicheldrüse ein Pankreaspräparat und zwar, um die Hydrolyse der Stärke nicht zu stören, ein tanninfreies Pankreaspräparat (Pankrofirm) und bei nachweisbarer Lebererkrankung spezielle Medikamente, Salina und entsprechende physikalische Maßnahmen indiziert sind.

Daß Erkrankungen innersekretorischer Drüsen von Dyspepsien, speziell die der Schilddrüse oft von Durchfällen begleitet sind, ist bekannt, weniger jedoch, daß leichte Basedow-Fälle durch eine blande, tiereiweißarme Diät kombiniert mit Pankreasmedikation ganz erheblich gebessert werden können; ich verfüge über zwei Fälle, welche wegen quälender subjektiver Beschwerden sich zur Operation entschlossen hatten und durch ausschließliche diätetische Behandlung durchaus arbeitsfähig wurden. Natürlich muß hier Diät den Durchfällen entsprechend modifiziert werden.

Das ebenfalls bekannte Problem der intestinalen Entstehung der perniziösen Anämie und die diätetische Behandlung dieser Erkrankung ist ein umfangreiches Kapitel für sich, auf das hier nur hingewiesen werden soll.

Ganz cryptogenetisch erscheinen manche Fälle von schwerer Neurasthenie: Bald deprimiert, bald psychoseartig explosiv, ähnlich den Cyklikern; bei oberflächlicher Untersuchung lassen sie auch keine dyspeptischen Anzeichen erkennen. Jedoch reduziert der Urin bei der Trommerschen Probe oft erst nach dem Erkalten mit Grünspanfarbe (Nach-Trommer), was stets auf Leberinsuffizienz weist, Urobilin- und Urobilinogencoiffizient sind erhöht, Fötor und belegte Zunge bestehen vielleicht nur morgens früh, ebenso das bei Leberinsuffizienz häufige Zahnfleischbluten. Zahnfleischerkrankungen zeigen sich ja auch bei funktioneller Ueberbelastung (Gravidität) oder Dysfunktion des Organs (Diabetes). Bei einem großen Prozentsatz dieser nervösen Patienten ist die Gallenblase recht druckempfindlich, wenn man nur genügend tief unter den Rippenbogen palpiert und tief inspirieren läßt und die genauere Anamnese ergibt oft „Magendruck", Aufstoßen, Meteorismus usw. Subjektiv charakteristische Symptome sind die abnorme Müdigkeit morgens nach dem Erwachen, schlechter Schlaf nachts, während tagsüber oft geradezu Schlafsucht besteht bei quälender Unlust, Reizbarkeit und oft paradoxem Heißhunger. Das unbestimmt schmutzige, nicht mehr bläuliche Weiß der Scleren ist bei Tageslicht leicht festzustellen, während eine gewisse, oft unter dem Incarnat durchschimmernde Bronzetönung der Haut zu erkennen und von Sonnenbräunung zu unterscheiden nur dem geübten Auge gelingt. In diesem Falle sind allerdings verblüffende „Augendiagnosen" möglich. Aehnliche Fälle beschreibt neuerdings Lapinsky[2]), jedoch hat schon 1910 Strübe[3]) diesen Symptom-Komplex erkannt und mit Erfolg mit Magenspülungen behandelt und Combe[4]) hat die Erkrankung 1909 als intestinale Autointoxikation beschrieben. Gerade die heute als Folge der Kriegs- und furchtbareren Nachkriegsmißernährung so unverhältnismäßig häufigen larvierten Dyspepsien lassen das Studium des von Wegele deutsch herausgegebenen Werkes[4]) aktuell erscheinen, zumal wir die verschiedenen Formen intestinaler Autointoxikation heute, ausgerüstet mit weitaus exakteren Untersuchungsmethoden, leichter und objektiver nachweisen können.

Ein nicht allgemein bekanntes Symptom von Gallenblasenerkrankung ist die nicht so seltene Pseudoangina pectoris (m. E. wurde der Name vor 25 Jahren in der Leubeschen Klinik creiert). Ich möchte, vorgreifend, diesen Anfall als eine maskierte Gallenkolik definieren. Schon das jugendliche Alter des Patienten und das Auftreten der Anfälle in der Körperruhe unterscheiden sie von der echten Angina, der sie im übrigen an Qual nicht nachsteht. Man findet bei genauerer Untersuchung eine druckempfindliche Gallenblase, hochstehende Magenblase, oft nur schwer hörbares Vitium. Es handelt sich nicht um einen primär vom Herzen ausgehenden Vorgang (cardiaka sind völlig überflüssig), sondern eine Art Reflex der entzündeten Gallenblase oder des Spasmus eines Teiles der Gallenwege auf die Herznerven, vielleicht via nervus Pneumogastrikus.

Man wird nie dankbarere Patienten finden, als diese Pseudoanginösen, die man mit einer leichten Diät, einem Glas heißen Mergentheimer Wasser nüchtern genommen und Kataplasmen auf die Leber von ihren „Herzkrämpfen" erlösen kann, wegen deren sie zwischen Hysterie und Angina, zwischen Psychoanalyse und Herzbad alle Stadien der Therapie durchwanderten. Weniger stürmisch äußert sich der intestino-cardiale Symptomenkomplex in Form einer reinen Tachycardie, welche meist bald nach der Nahrungsaufnahme, oft auch erst nachts oder gegen Morgen bei dem Erwachen auftritt und ebenfalls von Angstzuständen, Schweißen usw. begleitet ist. Ob bei diesen Anfällen, sowie bei während der Verdauungsperiode dyspeptischer auftretenden Arythmien ebenso wie bei der Pseudoangina eine gewisse Unterwertigkeit des Herzens obligat ist, ist wahrscheinlich, jedoch noch nicht bewiesen. Jedenfalls ist eine den Patienten meist ganz verborgene Dyspepsie die auslösende Ursache und die Erscheinung schwindet mit Beseitigung derselben. Warnen möchte ich vor Behandlung larvierter Dyspepsien mit Beteiligung der Leber durch intravenöse Injektionen, welche zu schweren Kollapsen führen kann.

Deutlich dankbar für diätetische Behandlung sind auch manche Epilepsiefälle und es ist nicht so sehr die Salzarmut oder das absolute Fehlen von Tiereiweiß, als vielmehr die Leichtverdaulichkeit der Kost, bei allerdings vorzugsweise lacto-vegetabiler Einstellung, der ausschlaggebende Faktor. Durch eben dieselbe Diät gelang es mir, in drei Fällen von einwandfreiem Menière die Anfälle und Hörstörungen zum Verschwinden zu bringen.

Direkt indiziert und doch oft nicht berücksichtigt ist diese Diät bei Vasomotorenkindern, Pavor nocturnus, Petit Mal und all jenen Zwischenstufen, die wir zwischen Neurasthenie und Epilepsie kennen. In einem Falle, in welchem alle dyspeptischen Symptome fehlten, wurden durch Schweizerkäse und in viel stärkerem Grade durch Camembert heftigste nächtliche Wadenkrämpfe mit experimenteller Sicherheit ausgelöst.

Daß Kopfschmerzen „vom Magen" herrühren können, weiß schon der Laie und der „vertigo a stomacho laeso" ist ein Begriff, an den nur erinnert zu werden braucht. Es ist ebenso naheliegend und wird doch oft praktisch nicht berücksichtigt, daß Hyperemesis der Ausdruck einer Organerkrankung sein kann und in vielen Fällen eine Folge der sich an die Schwangerschaft anschließenden Erkrankung der Gallenwege ist. Soweit noch Nahrungstoleranz besteht, sollten jedenfalls als erste Maßnahmen Diät, Stomachica, warme Spülklistiere u. ä. gegeben werden.

Endlich seien alle jene Krankheiten erwähnt, die man unter Verlegenheitsnamen, wie Dystrophie zusammenfassen kann. Besonders bei Kindern und Jugendlichen, die schwach, unlustig, mit mattem Blick, hängenden Zügen und gelbem Kolorit vor den Arzt treten, wird Eisen per os, werden schwer verdauliche Nährpräparate (wirtschaftliche und doch sachgemäße Behandlung!) die Gastritis oft nur verschlimmern, andererseits eine entsprechende Diät in Stimmung, Hautfarbe und Ernährungszustand eine alle Medikamente übertreffende Wirkung zeitigen. Selbst eine etwa nachweisbare Veränderung einer Lungenspitze ist in vielen Fällen nicht für eine solche körperliche und geistige Depression allein oder vorzugsweise verantwortlich zu machen. Auch dann muß auf eine okkulte Dyspepsie sorgfältig geachtet werden, weil der Laie geneigt ist, auf die Diagnose Lungenspitzenkatarrh fast reflektorisch mit forcierter meist schwer verdaulicher Ernährung zu reagieren und auf diese Weise die dem Lungenkranken so notwendigen Verdauungsorgane vollends ruiniert.

Endlich wird allein die Erinnerung, daß der Begriff Blutarmut keine Diagnose darstellt, sondern in sehr vielen Fällen das Anzeichen noch zu diagnostizierender Grundkrankheiten ist, zur Aufdeckung von verborgenen, erst durch sorgfältigste Anamnese und Untersuchung festzustellenden Dyspepsien und dann auch zu manchen erfreulichen therapeutischen Resultaten führen.

Literatur:

1. Funck: Archiv f. Kd. Kr. 1924, 20, 4.
   Derselbe: Med. Kl. 1924, 41.
2. Lapinsky: M. M. Wochschr. 1925, 37.
3. Strübe: XXX. Kongress f. Innere Med.
4. Combe: Intestinale Autointoxikation. Stuttgart, Enke

Versuche zur Isolierung des Hormons aus dem Epithelkörperchen.

Stand der Forschungen und ihre Bedeutung für die Praxis.

Von

Dr. FRITZ LAQUER, Nymwegen (Holland).

Wer Gelegenheit hat, außerhalb unserer engen Grenzen die schnell voranschreitenden Arbeiten auf dem Gebiete der chemischen Physiologie im allgemeinen und dem der Biochemie der Hormone im besonderen zu verfolgen, der muß mit Bedauern feststellen, daß die deutsche Wissenschaft hier vielfach gegenüber der angelsächsischen ins Hintertreffen geraten ist. Die Ursachen für die günstigere Lage, in der sich besonders Amerika auf diesem oft recht kostspieligen Forschungsgebiete befindet, sind so bekannt daß man sie nicht näher zu beleuchten braucht. Es besteht die Hoffnung, daß mit Besserung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage sich die deutsche Wissenschaft auch auf diesem Gebiete langsam wieder aus ihrem Dornröschenschlaf erhebt.

Wesentlich bedenklicher dürfte jedoch die Beobachtung sein, daß man in Deutschland von den im Ausland erzielten Fortschritten kaum Kenntnis nimmt, nachdem sich die Möglichkeiten, an dem wissenschaftlichen Leben der anderen Nationen teilzunehmen, gegenüber den Kriegs- und Inflationsjahren erheblich gebessert haben. So ist es mir aufgefallen, daß man vielfach noch gar nicht weiß, daß es amerikanischen Forschern kürzlich geglückt ist, wiederum ein wichtiges Hormon aufzufinden und bedeutsame Vorarbeiten für seine Reindarstellung zu leisten. Es handelt sich um das Inkret der Nebenschilddrüsen (Epithelkörperchen). Da diese auch in der medizinischen Praxis eine sehr gewichtige Rolle spielen, erscheint es angebracht, vor einem weiteren Kreise kurz über diese, wie gesagt noch wenig beachteten Arbeiten zu berichten.

1. Biologische Nachweismethoden.

Alle Versuche, die spezifische Stoffe der innersekretorischen Drüsen in, wenn möglich chemisch reiner Form, zu gewinnen, haben zur Voraussetzung, daß es eine Methode gibt, die es gestattet, mit verhältnismäßig einfachen Mitteln nachzuweisen, ob eine aus der betreffenden Drüse gewonnene Lösung das Hormon enthält oder nicht. Je leichter dieser „Standpunkt des Archimedes“ zu gewinnen war, um so schneller gelang es, das gesuchte Hormon zu fassen, wie sich schon bei einer oberflächlichen historischen Betrachtung erkennen läßt, Hätte das Adrenalin nicht die einfache Farbreaktion mit Eisenchlorid gegeben, es wäre sicher nicht das erste Hormon gewesen, dessen Reindarstellung schon vor bald einem Menschenalter gelungen ist. Bei der Schilddrüse war es der Jodgehalt, von dem sich die Erforschung des Thyroxins leiten ließ. Der wesentliche Fortschritt, den die Kanadier bei der auch vorher oft versuchten Isolierung des Pankreashormons erzielten, bestand in ihrer Entdeckung, daß der spezifisch wirksame Stoff der Bauchspeicheldrüse den Blutzucker von Laboratoriumstieren in charakteristischer Weise herabsetzt. Da es einen chemischen Nachweis für das Insulin noch nicht gibt, ist bis heute diese biologische Prüfung die einzig zuverlässige Methode zum Nachweis dieses wichtigen Heilmittels geblieben.

Eine rein biologische Reaktion ist es auch, wie wir sehen werden, die Collip als Leitfaden bei seinen Arbeiten zur Isolierung des Nebenschilddrüsenhormons benutzte, wobei er sich in seinen Gedankengängen offenbar stark beeinflussen ließ von den glücklichen Ueberlegungen, die Banting und Best zur Darstellung des Insulins geführt hatten.

2. Epithelkörperchen und Kalziumstoffwechsel.

Daß die Parathyreoideae eine wichtige Rolle im Salzstoffwechsel des Organismus spielen, ist schon lange bekannt. Viele Störungen, sowohl bei experimenteller oder chirurgischer Ausschaltung der Nebenschilddrüsen, als auch bei dem Krankheitsbilde der Tetanie, das ja allgemein auf ihre Unterfunktion zurückgeführt wird, werden mit Verschiebungen des Ionengleichgewichts im Körper, vor allem im Blute, in Zusammenhang gebracht. Es ist unmöglich, an dieser Stelle die hierüber veröffentlichte Literatur zu berücksichtigen. In Deutschland sind es vor allem Freudenberg und György, welche die Ansicht vertreten, daß mit dem Ausfall der Nebenschilddrüsenfunktion eine Alkalosis eng verbunden ist.

Bei den hier in Betracht kommenden Ionen spielt die Hauptrolle das Kalzium. So viel mir bekannt ist, waren Mc. Callum und Voegtlin die ersten, welche bei der Tetanie auf die starke Herabsetzung des Kalziumspiegels im Blute aufmerksam machten. Während er bei normalen Individuen 9 bis 10 mg pro 100 ccm Blut beträgt, kann er bei der Tetanie auf 3 bis 7 mg abfallen, Unterschiede, die mit den neueren Mikromethoden leicht festzustellen sind. Auch die günstigen Erfolge, die bei dieser Krankheit mit einer systematischen Kalktherapie erzielt worden sind, sprechen für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Tetanie und Kalziumverminderung.

An diese Tatsache knüpfte Collip an. Wenn die Herabsetzung des Kalziumspiegels im Blute bei der Tetanie auf dem spezifischen Ausfall des Nebenschilddrüsenhormons beruht, dann muß Zufügung dieses Hormons bei nebenschilddrüsenlosen Tieren eine Erhöhung des Blutkalkwertes auf seinen normalen Stand herbeiführen. Dies ließ sich in der Tat nachweisen, und somit war die lange gesuchte Methode gegeben, auf die sich weitere Versuche zur Reindarstellung des Hormons stützen konnten. Die gewonnenen Extrakte aus den Epithelkörperchen brauchten immer nur nebenschilddrüsenlosen Tieren — es wurden im allgemeinen Hunde genommen — eingespritzt zu werden, um aus der Untersuchung des Kalziumgehaltes ihres Blutes beurteilen zu können, ob die verwandte Fraktion das betreffende Hormon enthält oder nicht.

3. Chemische Isolierung.

Es kann nicht der Zweck dieser Zeilen sein, jede einzelne Etappe des Weges zu schildern, der immer näher an die gestellte Aufgabe, das Nebenschilddrüsenhormon zu isolieren, heranführte, um so weniger, als sie auch heute noch nicht völlig gelöst ist. Jedenfalls ist der krönende Abschluß aller Arbeiten auf diesem Gebiete, nämlich die Gewinnung eines analysenreinen chemischen Körpers, noch nicht erreicht. Es ist daher zu erwarten, daß die Darstellungsmethoden selbst noch mannigfache Abänderungen und Verbesserungen erfahren werden. Nach der letzten Mitteilung von Collip[1]) wird folgendermaßen verfahren:

Frische, durch Kälte konservierte Epithelkörperchen vom Ochsen werden im kochenden Wasserbade mit fünfprozentiger Salzsäure extrahiert. Im Extrakt werden die Eiweißkörper durch Neutralisieren bei einer bestimmten Wasserstoffionenkonzentration ausgefällt, eine Reinigungsmethode, die öfters wiederholt werden kann. Auch in Azeton konservierte Organe sollen sich zur Darstellung des Hormons noch eignen. Ausführlichere Beschreibungen werden in Aussicht gestellt. Inzwischen sind die amerikanischen Versuche von verschiedenen Seiten bestätigt worden, in allerjüngster Zeit auch in Deutschland von Schulten[2]) aus dem Freiburger pharmakologischen Institut. Der wesentliche Punkt des Darstellungsverfahrens scheint die Extraktion mit verdünnter Salzsäure zu sein, sehr viel mehr ist über die chemischen Grundlagen noch nicht bekannt, bzw. veröffentlicht. Es scheint sich, ähnlich wie beim Insulin, um einen proteinartigen Körper zu handeln, der aussalzbar ist und durch Dialyse weiter gereinigt werden kann. Man gewinnt den Eindruck, daß sich die Forscher auch bei der Darstellung dieses Hormons weitgehend von den Erfahrungen leiten ließen, die man in der neuen Welt bei der Entdeckung des Insulins gewonnen hatte.

4. Physiologische und klinische Wirkungen.

Wie bereits erwähnt, kann der von Collip hergestellte Extrakt bei nebenschilddrüsenlosen Hunden den Ausbruch einer Tetanie verhindern, sowie alle Symptome einer bereits manifesten Tetanie innerhalb weniger Stunden zum Verschwinden bringen. Wird er normalen Hunden verabreicht, so führt er zu einem Anstieg des Kalziumspiegels im Blute, der schließlich in einen Zustand der „Hypercalcaemie“ übergehen kann, wobei Werte von 15—21 mg% beobachtet werden. Dieser Anstieg ist von schweren Allgemeinsymptomen, wie Erbrechen, Durchfällen, allgemeiner Atonie usw. begleitet, die schließlich den Tod herbeiführen können.

Orale Applikation der Lösung ist im allgemeinen wirkungslos, nur bei Hunden, denen die Nebenschilddrüsen exstirpiert worden sind, scheint das Hormon auch vom Magendarmkanal aus eine gewisse Wirkung zu entfalten.

Die Dosierung richtet sich vorläufig noch am besten nach dem Ausgangsmaterial, d. h. es wird angegeben, wie vielen mg frischer Drüse ein ccm des betr. Präparates entspricht. Hiernach soll beim Menschen die Minimaldosis ½—⅓ eines Rinderepithelkörperchens betragen. Neuerdings scheint man sich mit Erfolg um eine biologische Standardisierung zu bemühen. Als Einheit wird hierbei die Dosis angegeben, die bei einem 20 kg schweren Hunde innerhalb 15 Stunden einen Anstieg des Kalziumgehaltes im Blutes um 5 mg hervorruft. Daß auch hier die Standardisierung mit großen Fehlerquellen und Unregelmäßigkeiten der Versuchstiere zu rechnen hat, wird jeder erkennen, der sich bereits mit anderen, mühevollen biologischen Eichungsmethoden abgequält hat, auch wenn es die Autoren nicht besonders betonten. Der Einfluß aller beim Insulin gesammelten Erfahrungen ist auch hier wieder unverkennbar.

Natürlicherweise sind auch schon klinische Versuche unternommen worden, das Hormon therapeutisch zu verwerten. Es wird berichtet, daß gerade bei der Tetanie eine spezifische Wirkung zu erkennen sei. In den letzten amerikanischen Veröffentlichungen[3]) wird auch schon — wie das bei allen neuen Mitteln notwendig zu sein scheint — vor kritikloser Anwendung gewarnt. Vorsicht scheint vor allem wegen der kumulierenden Wirkung der Extrakte geboten, die eine Dauer-Hypercalcaemie mit den oben beschriebenen höchst unangenehmen Erscheinungen verursachen kann. Man wird auch hier weitere Erfahrungen abwarten müssen.

Die Einfachheit der Darstellung und der Prüfung wird voraussichtlich bald an vielen Stellen gestatten, entsprechende Präparate herzustellen und weiter zu prüfen. Leider ist das Ausgangsmaterial bei dieser winzig kleinen Drüse ganz besonders knapp. Auch in diesem Punkte hat es Amerika wieder einmal besser, wo die zentralen Schlachthäuser der großen Fleischexporteure das wertvolle Ausgangsmaterial der Wissenschaft und der Technik in einem ganz anderen Umfange zur Verfügung stellen können, als das in Europa möglich ist.

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung
des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin
(Direktor: Professor M. Stickel).

Die Behandlung der Wehenschwäche.

Von
Oberarzt Dr. CONRAD.

Während die primäre Wehenschwäche im allgemeinen kein zu häufiges Ereignis darstellt, hat der Geburtshelfer doch recht oft mit der sekundären Wehenschwäche zu kämpfen. Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle die sekundäre Wehenschwäche durch Ueberwindung großer Widerstände hervorgerufen wird, z. B. bei engem Becken oder ungünstiger Einstellung des kindlichen Schädels (Stirn-, Gesichtslage usw.) oder bei zu großem kindlichen Kopf im Verhältnis zum mütterlichen Becken, so tritt doch andererseits auch bei vollkommen normalen Verhältnissen oftmals die sekundäre Wehenschwäche auf. Eine große Gefahr besteht außerdem in der postpartalen Atonie, die oftmals zu verzeichnen ist, wenn der Uterus sich zu sehr ermüdet hat.

Dieser Gefahr der sekundären Wehenschwäche mit ihren eventuell verderblichen Folgen hat man von jeher durch Hypophysenpräparate zu begegnen versucht. Die Unbeständigkeit jedoch in der Wirkung der Hypophysenpräparate ist auch heute noch eine Crux für den Geburtshelfer. Das ist zum Teil dadurch begründet, daß der den Uterus erregende Bestandteil des Hinterlappens leicht zersetzlich und leicht adsorbierbar ist. Wie Trendelenburg durch experimentelle Untersuchungen mit den verschiedensten Präparaten festgestellt hat, weicht bei den meisten der im Handel befindlichen Präparate der wirklich vorhandene Gehalt an Hinterlappensubstanz von dem der Deklaration nach zu erwartenden ganz ungeheuerlich ab, z. B.

---

[1]) Journ. of biol. chem. **63.** 395. (1925.)

[2]) Schulten: Klin. Wochenschr. Nr. 52. (1925.)

statt 300 mg nur 3,2 mg und 2,2 mg,
„ 250 mg nur etwas über 3 mg,
„ 200 mg bestenfalls unmeßbare Mengen unter 0,02—0,04 mg,
„ 200 mg nur 1,1 mg und
„ 100 mg gar nichts. (Klinische Wochenschrift 1925, Nr. 1.)

Auch wir haben auf unserer geburtshilflichen Station die Erfahrung machen müssen, daß die verschiedenen Hypophysenpräparate, die wir im Laufe der letzten Jahre angewendet haben — wie Coluitrin, Hypophen, Hypophysin, Physormon — zum Teil hinter der erwarteten Wirkung zurückblieben, zum Teil vollkommen wirkungslos waren. Mit einer gewissen Skepsis gingen wir deshalb auch an das Pituigan heran*), waren aber um so freudiger überrascht, als es gleich bei den ersten Fällen eine hervorragende Wirkung zeigte. Seitdem haben wir das Pituigan in über 100 Fällen angewandt, und niemals haben wir einen Versager erlebt, so daß wir von diesem Mittel geradezu begeistert sind.

Für den prompten Erfolg ist allerdings die richtige Dosierung von Bedeutung. Auf Grund unserer Erfahrungen halten wir folgende Dosierung für am zweckmäßigsten:

Das Pituigan forte, das die doppelte Menge wie das Pituigan enthält, darf vor der Geburt des Kindes überhaupt nicht gegeben werden, weil es leicht eine so stürmische Uteruserregung bewirkt, daß Asphyxie des Kindes eintreten kann, bei Weichteilen (Narbenbildung usw.) oder knöchernen Widerständen und ausgezogenem unteren Uterinsegment die Gefahr der Uterusruptur besteht. Mit richtiger Indikation angewandt — nach der Geburt des Kindes — hat es sich jedoch ganz hervorragend bewährt, wie die weiter unten angeführten Fälle zeigen. Bei einem unserer ersten Versuche, als wir über die genaue Dosierung noch nicht orientiert waren, hatten wir folgenden Fall zu verzeichnen:

Es handelte sich um eine 28 jährige I p. Kind in 2. Stirnlage. Allgemein gleichmäßig verengtes und rachitisch plattes Becken. Kopf macht einen gut konfigurablen und keinen zu großen Eindruck im Verhältnis zum Becken. Nach zweitägiger schwacher und unregelmäßiger Wehentätigkeit ist der Befund folgender: Muttermund fünfmarkstückgroß, Blase gesprungen, Kopf schwer beweglich im B. E. 2. Stirnlage. Am nächsten Morgen wird, da die Wehentätigkeit fast ganz aufgehört hat, eine Ampulle Pituigan gegeben, nach zwei Minuten werden die Wehen kräftig und regelmäßig. Nach drei Stunden ist der Muttermund vollständig, sonst status idem. Da wegen der ungünstigen Einstellung des Kopfes die Geburt trotz guter Wehen keine Fortschritte macht, so wird zwecks Ausgleichs der Deflexionslage in Narkose der Thornsche Handgriff gemacht und es gelingt auch, den Kopf in die Flexionsstellung der normalen Hinterhauptlage zu bringen. Dabei geht mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab und die kindlichen Herztöne sind vorübergehend verlangsamt und unregelmäßig, erholen sich jedoch bald wieder. Da allmählich die Wehen wieder schwach und selten werden (4½ Stunden nach Verabreichung des Pituigan) wird jetzt eine Ampulle Pituigan forte gegeben. Danach schlagartiges Einsetzen regelmäßiger, schnell aufeinanderfolgender, äußerst kräftiger Wehen. Nach 10 Minuten sind die kindlichen Herztöne so stark verlangsamt und unregelmäßig, daß zur Rettung des Kindes sofortige Beendigung der Geburt mittels Forceps angezeigt ist. Durch Kielland-Zange wird — der Kopf hat sich inzwischen wieder in Stirnlage eingestellt, fest im B. E. — stark asphyktisches Mädchen entwickelt; Herztöne sind noch hörbar. Wiederbelebungsversuche erfolglos.

War auch in diesem Falle das Kind durch die lange Geburtsdauer mit vorzeitigem Blasensprung und vor allem durch den Eingriff in Narkose (Thornscher Handgriff) schon etwas geschädigt — Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser, vorübergehend unregelmäßige und verlangsamte Herztöne —, so ist doch wohl anzunehmen, daß durch das Pituigan forte und die dadurch bewirkten stürmischen krampfartigen Wehen eine weitere Schädigung des Kindes eingetreten ist.

Seitdem wir die außerordentlich starke Wirkung des Pituigan forte in diesem Falle gesehen haben, haben wir es niemals mehr vor der Geburt des Kindes gegeben. Dagegen hat es uns bei atonischen Blutungen, auch solchen lebensbedrohlicher Art, und bei Placentarverhaltung ganz hervorragende Dienste geleistet. Betreffs der Placentarverhaltung möchte ich bemerken, daß die günstige Wirkung des Pituigan forte uns bewogen hat, dieses Präparat jetzt auch in der Nachgeburtsperiode zu geben, während wir früher auf Grund schlechter Erfahrungen an eigenen und der in der Literatur niedergelegten Fälle grundsätzlich die Anwendung von Uterustonus erhöhenden Mitteln vor Ausstoßung der Placenta ablehnten. Sollten die bisherigen guten Erfolge mit Pituigan sich hierbei weiterhin bestätigen, so würden wir uns veranlaßt sehen, unseren Standpunkt in dieser Beziehung zu revidieren (cf. Conrad: Ueber die Leitung der Nachgeburtsperiode, Münch. Med. Wochenschrift 1925, Nr. 12).

Fall 1: Frau K. Bei früheren Geburten dreimal manuelle Placentalösung gehabt. Leichte Blutung nach der Geburt des Kindes. Placenta kommt nicht (25 Min. p. p.). Da die Blutung stärker wird, 1 Ampulle Pituigan forte, nach 8 Min. Placenta spontan, vollständig.

Fall 2: Frau B. Starke atonische Blutung. Uterus weich, groß, kontrahiert sich nicht. 1 Amp. Pituigan forte. Nach 6 Min. Uterus gut kontrahiert, Kontraktionszustand hält an, Blutung steht.

Fall 3: Frau R. 20 Jahre. Wegen platt rachitischen Beckens mit Nabelschnurfall sectio cesarea transperitonealis cervicalis. Nach Entwicklung des Kindes und Placenta sehr starke Blutung aus dem sehr weichen Uterus. 1 Ampulle Pituigan forte in die Uterusmuskulatur. Uterus steinhart, Blutung steht.

Auch bei Aborten in hohen Monaten hat das Pituigan forte seine prompte Wirkung gezeigt.

Fall 1: Frau Z., 23 Jahre. Abort im vierten und fünften Monat. Muttermund für einen Finger durchgängig. Portio erhalten. Blutung. 1 Ampulle Pituigan forte, nach 2 Min. kräftige Wehen, nach zwei Stunden Foet und Placenta in toto ausgestoßen.

Fall 2: Frau S. Abortus incipiens 3.—4. Monat. Muttermund für Fingerkuppe eingängig. Blutung. 1 Amp. Pituigan forte. Spontane Auslösung der Frucht in toto nach 2¼ Std.

Fall 3: Frau F. Abortus incompletus im 5. Monat. 1 Ampulle Pituigan forte. Spontane Ausstoßung der Placenta nach 5 Minuten.

Bei den nächsten zehn Fällen gaben wir zur Behebung der sekundären Wehenschwäche nur noch das einfache Pituigan, aber selbst nach einer Ampulle Pituigan traten die Wehen so kräftig und so schnell aufeinanderfolgend auf, daß uns die Wehenpause zu kurz erschien, und damit eine gewisse Gefährdung des Kindes nicht auszuschließen war, namentlich wenn der Kopf noch nicht auf dem Beckenboden stand. Man hatte manchmal das Gefühl, daß man immer mit der ausgekochten Zange daneben stehen müßte, um bei bedrohlicher Asphyxie des Kindes sofort eingreifen zu können. Deshalb gingen wir auf eine halbe Ampulle Pituigan herunter und haben diese Dosierung bei allen weiteren Fällen beibehalten und sie als die beste und zweckmäßigste empfunden. Die Wehen setzen ebenso schnell ein (im Durchschnitt nach zwei bis drei Minuten), sind kräftig und in regelmäßigen normalen Abständen. Die Wirkung dieser halben Ampulle dauert ungefähr 1—1½ Stunden. Lassen dann die Wehen nach, so gibt man noch einmal eine halbe Ampulle, was in den allermeisten Fällen ausreichend gewesen ist. Anderenfalls kann noch ein drittes oder viertes Mal ohne Bedenken eine halbe Ampulle gegeben werden. Man hat es also mit dieser Dosierung in der Hand, die Wehen zu regulieren, und niemals ist uns hierbei ein Kind an Asphyxie gestorben.

---

*) Hersteller: Dr. Georg Henning, Berlin W 35, Kurfürstenstr. 146/147.

Fall 1: Frau St., 35 Jahre. 1. Geburt vor 15 Jahren. Muttermund handtellergroß. Kopf fest im B. E. Sekundäre Wehenschwäche. ½ Ampulle Pituigan, nach 1 Min. Auftreten sehr kräftiger regelmäßiger Wehen, 10 Min. später Geburt eines lebenden Kindes.

Fall 2: Frau W., 26 Jahre. I p. Schwache Wehen seit 28 Stunden. Muttermund handtellergroß. Kopf fest im B. E. Wehen lassen allmählich ganz nach. Kindliche Herztöne verlangsamt. ½ Ampulle Pituigan, danach sehr kräftige Wehen, Herztöne gut. 30 Min. später Geburt eines lebensfrischen Knaben. Placenta folgt nach 15 Min. spontan vollständig.

Fall 3: Frau U., 27 Jahre. II p. 1. Sch.-L. Kopf seit 1½ Stunden während der Wehen sichtbar. Tiefer Querstand, sehr schlechte Wehen. ½ Ampulle Pituigan, nach 8 Min. erste Wehe, nach drei Wehen Geburt eines lebenden Knaben. Placenta 20 Min. später spontan.

Fall 4: Frau P., 34 Jahre. II p. Kopf seit 2½ Stunden sichtbar. Tiefer Querstand, sekundäre Wehenschwäche. Zwei Spritzen Coluitrin erzielen nur eine ganz vorübergehende minimale Besserung der Wehen. Geburt geht nicht vorwärts. Auf Pituigan nach 2 Min. eine kräftige Wehe. Bei der nächsten Wehe (nach 3 Min.) Geburt eines lebensfrischen Knaben.

Fall 5: Frau E., 27 J. I p. ebenfalls tiefer Querstand, Kopf über zwei Stunden sichtbar, Stillstand der Geburt. Nach ½ Ampulle Pituigan Einsetzen kräftiger Wehen, nach ein paar Wehen Geburt eines lebensfrischen Kindes.

Diese angeführten Fälle, die ich aus unserem Material herausgegriffen habe, dürften zur Genüge bewiesen haben, daß wir in dem Pituigan ein souveränes Mittel zur Bekämpfung der Wehenschwäche haben. In der richtigen Dosierung angewendet — Pituigan forte bei atonischen Blutungen, bei Placentarverhaltung eine ganze Ampulle Pituigan eventuell auch Pituigan forte, vor der Geburt des Kindes jedoch am besten nur ½ Ampulle Pituigan, eventuell nach 1 bis 1½ Stunden zu wiederholen, wodurch man die Regulierung der Wehen in der Hand hat — wird man stets eine prompte Wirkung erzielen und manchen operativen Eingriff vermeiden können, der doch namentlich in der Allgemeinpraxis immerhin eine gewisse Infektionsgefahr bildet. Eine Bestätigung der außerordentlich günstigen Wirkung des Pituigan haben wir in der Tatsache zu sehen, daß unsere Zangenfrequenz seit Anwendung dieses Mittels ganz erheblich zurückgegangen ist.

Zum Schluß möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß uns das Pituigan auch nach gynäkologischen Operationen zur Anregung der Darmperistaltik sehr gute Dienste geleistet hat.

Haftet der Inhaber einer Heil- und Kuranstalt für die eingebrachte Garderobe?

Vielfach taucht die Frage auf, wer den Schaden tragen soll, wenn ein Ueberrock im Vorraum eines allgemein zugänglichen Institutes, wie Bank usw., abhanden kommt. Unstreitbar ist das Ablegen eines Kleidungsstückes in diesen Fällen eine reine Bequemlichkeit, und es liegt kein irgendwie gearteter Rechtsgrund vor, den Institutsinhaber Ersatz dafür leisten zu lassen. — Oft ereignet sich eines solche Entwendung in den Vorsälen zu den Ordinations- und Operationsräumen des Arztes, und in Fachkreisen sind vielfach noch Unklarheiten darüber, wer den Verlust trägt — der Patient oder der Arzt. — Nach geltendem Rechte muß das Abhandenkommen der Garderobe auf ein Verschulden des Arztes zurückzuführen sein, um ihn dafür haftbar zu machen. Das wird wohl meistens nicht der Fall sein. Der Umstand, daß die Natur des ärztlichen Betriebes es notgedrungen mit sich bringt, daß Kleider im Vorraum abgelegt werden und abwechselnd hier fremde Personen ein- und ausgehen, begründet für den praktischen Arzt noch keine Rechtspflicht, Vorkehrungen für die Sicherheit der abgelegten Garderobe zu treffen. — Ganz anders, schwieriger und komplizierter gestaltet sich diese Frage bei den Sanatorien. Sehr häufig ist die Meinung vertreten, daß die Heil- und Kuranstalten Kost und Logis den Heilungsuchenden nebst ärztlicher Behandlung und Beratung gewähren — also eine Art Gastwirtsgewerbe mitbetreiben —, daher sei auch für sie die strenge Haftung nach § 701 BGB. maßgebend. Diese Auslegung der Gesetzesbestimmung verkennt jedoch den tieferen Sinn des Paragraphen einerseits, andererseits wiederum auch Zweck und Ziel des Pflichtkreises der Sanatorien. Beide Seiten dieser nicht einheitlich entschiedenen Rechtsfrage werden wir im folgenden kurz skizzieren. Die Norm des § 701 BGB., die eine verschärfte Schadensersatzpflicht für eingebrachte Sachen festsetzt, soll nach dem Willen des Gesetzgebers alle diejenigen treffen, die Gäste zur Beherbung aufnehmen und wo eben diese Leistungen den Hauptinhalt des Gewerbebetriebes darstellen. Dies trifft beim Gastwirt voll und ganz zu. Diese außergewöhnliche Gastwirtshaftung ist schon im römischen Rechte zu finden, wo an Sanatorien bei dieser Frage gar nicht gedacht war. Die Römer haben die Gastwirte für besonders unreelle Leute gehalten und suchten sich durch dieses Sondergesetz vor ihnen zu schützen. — Heute haben wir die nämlichen Bestimmungen aber aus ganz anderem Grunde. In den Gasthöfen besteht durch den lebhaften Verkehr der ein- und ausgehenden Personen, der im Wesen dieses Gewerbes liegt, eine sehr große Gefahr für die Sachen der Gäste, und dieser will die Gesetzesstelle mit Erfolg begegnen. Auf den ersten Blick schon ist zu ersehen, daß das bei dem Betriebe der Heil- und Kuranstalten nur zu einem geringen Teile zutrifft. Damit wollen wir nun zu den eigentlichen Aufgaben derselben übergehen. Der Zweck des Dienstvertrages, den der Patient oder seine Angehörigen mit der Anstalt schließt, ist hauptsächlich auf Heilung bzw. Erholung gerichtet. Dieser Umstand bringt es mit sich, daß der Patient zur besseren und rascheren Erfüllung dieser von der Anstalt übernommenen Pflichten in dieselbe gänzlich aufgenommen wird. Dies geschieht jedoch immer nur unter dem Gesichtspunkte, daß der Kranke bzw. Rekonvaleszente unter ständiger fachmännischer Beobachtung stehen soll. Ja oft ist eine besondere Beherbung und eine spezielle Kostverabreichung des Patienten die einzig mögliche Behandlung desselben und macht dann den ganzen Pflichtkreis der Sanatorien überhaupt aus. — Dabei ist es ohne Belang, ob die Leitung derselben ihre Haupteinnahmen aus Unterkunftsgewährung und Verköstigung hat. Auch die Mitbeherbung von Personal oder der Angehörigen ändert nichts an der Auffassung, daß die Haftungsbestimmungen der §§ 701 ff. BGB. auf Heil- und Kuranstalten aus den erörterten Gründen nicht anzuwenden sind. — Zum Schlusse will ich noch einen derartigen praktischen vor nicht langer Zeit erwähnen, der das Reichsgericht beschäftigte. Einem Kurgast, der sich im Herbste 1922 in ein Sanatorium in Dresden hatte aufnehmen lassen, kam einige Zeit später, während er im Speisesaale sein Mittag einnahm, sein neuer Gehpelz abhanden, den er im Vorraum aufgehängt hatte. Er verlangte nun von der Sanatoriumsverwaltung vollen Schadensersatz nebst Verzugszinsen für das abhandengekommene Kleidungsstück. Das Landesgericht Dresden entsprach der Klage unter dem Gesichtspunkte der §§ 701 ff. BGB. Das Oberlandesgericht daselbst und auch die höchste Gerichtsinstanz konnte sich der Rechtsauffassung der verschärften Haftung der Sanatorien nicht anschließen und wies daher diesen Anspruch zur Gänze ab. — Reichsgerichtsurteil vom 3. November 1925 (VI. 221/25). Fr.

Kongreß-Berichte.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden.

12.—15. April 1926.

Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. Ernst Fränkel,
Assistent der II. medizinischen Klinik der Charité in Berlin.

Der Vorsitzende Päßler (Dresden) eröffnet den Kongreß, dem vorwiegend Themata von praktischer Wichtigkeit für die Krankenbehandlung vorliegen, und erörtert in seiner Begrüßungsrede die Frage der Ausbildung der Medizinstudierenden zu erfolgreicher ärztlicher Tätigkeit. Als Referate für den 1. Tag sind Vorträge über die **moderne Therapie der Neuro-Lues gewählt.** Dabei berichtet Spielmeyer (München) über Versuche der theoretischen Neuro-Luesforschung zur Lösung therapeutischer Probleme. Trotzdem durch Noguchis Entdeckung der Syphilisspirochäten im Zentralnervensystem bei Tabes und Paralyse der Begriff der „Metasyphilis“ als Nachkrankheit nicht mehr berechtigt ist, haben diese durch ihre klinischen, anatomischen und biologischen Erscheinungen eine Sonderstellung innerhalb der Neuro-Lues. Es führt eine Kette von der frühsyphilitischen Meningitis in ununterbrochener Reihe bis zur Paralyse. Auch bei dieser gibt es „formes frustes“ wie bei der Tabes. In Uebereinstimmung mit den klinischen Erfahrungen ist bei der Tabes auch anatomisch die Möglichkeit einer Ausheilung in jedem Stadium nachweisbar (Imperfekte Formen von Nonne). Dagegen ist bei der Paralyse von Alzheimer erkannt, daß auch scheinbar klinisch-stationäre Fälle pathologisch-anatomisch im Fortschreiten begriffen sind. Klinisch-therapeutisch sind Unterschiede zwischen der eigentlichen Neuro-Lues und der Tabes und Paralyse vorhanden. Einer der sehr seltenen stationären Paralysefälle ist von Fr. Schulze beschrieben. Das histologische Bild bei den malariabehandelten Paralysen entspricht nach Sträußler dem bei solchen stationär gewordenen Paralysen. Die entzündlichen Veränderungen dabei entsprechen den bei chronischen, nicht syphilitischen Prozessen, ohne daß es zu einer Umwandlung in spezifisch-syphilitisches Gewebe kommt. Daß man auch spät noch Spirochäten finden kann, spricht nicht gegen die Malariakur. Aus dem anatomischen Bild läßt sich nicht erkennen, welche Momente bei der unspezifischen Behandlung das wirksame Prinzip darstellen. Die Ursache der verschiedenen therapeutischen Beeinflußbarkeit von Paralyse und Tabes gegenüber der Neuro-Lues könnten in einer besonderen Art der Syphiliserreger liegen, da man bei Spirochäten und Trypanosomen eine Neurotropie kennt. Doch kennt man nur eine Früh- und nicht eine Spätneurotropie. Die Theorie, daß bei der Behandlung der Syphilis durch Immunschwäche und schlechte Hautreaktion eine Neurotropie erzeugt würde, ist noch keineswegs bewiesen. Auch die besondere Lokalisation der Erreger vom Moment ihrer Generalisation ab könnte den ins Zentralnervensystem abgewanderten Spirochäten Schutz gegen die Wirkung der antisyphilitischen Mittel gewähren. Deshalb ist die endolumbale Therapie versucht worden. Es ist nicht berechtigt, die Blut-Liquor-Schranke als wesentliches Hindernis gegen den Erfolg dieser Mittel anzunehmen. Auch das Parenchym gewährt keinen stärkeren Schutz als das anderer Organe. Als drittes Moment kämen Besonderheiten des infizierten Individuums in Frage. Von verschiedenen Autoren wird deshalb eine Steigerung der daniederliegenden Abwehrkräfte erstrebt, von Wassermann und Plaut durch Spirochäten, von Steiner durch Rekurrens, von Jahnel durch Framboesie. Man denkt dabei an ein gruppenspezifisches Eingreifen in die Antikörperproduktion. Bisher ist ein Daniederliegen der Abwehrkräfte keineswegs bewiesen. Plaut konnte nachweisen, daß wichtige Blutfunktionen, wie die der Phagozytose, vorhanden sind. Auch histologisch ist die Abwehrschwäche in keiner Weise nachweisbar.

Danach referiert Wagner-Jauregg (Wien) über die moderne Behandlung der Neuro-Lues. Er versteht darunter die Kombination der unspezifischen Behandlung mit der spezifischen. Die unspezifische Behandlung macht sich die Steigerung der natürlichen Abwehrkräfte zum Ziel, die auch mit großer Wahrscheinlichkeit bei der spezifischen Therapie eine Rolle spielt. Bei der Paralyse reichen die spezifischen Mittel nicht zu einer Heilung aus. Die heroischen Methoden der endolumbalen Therapie sind an großem Material nicht durchführbar. Man hatte in sehr seltenen Fällen nach interkurrenten Infektionen Spontanheilungen beobachtet. Deshalb schlug der Referent bereits 1887 Impfungen mit Erysipel und Malaria vor. Dann wurde zuerst 1900 kombinierte Behandlung mit Tuberkulin und Quecksilber, später mit Vakzinen und Proteinkörpern, und schließlich mit Impfmalaria (1917) angeregt. Von unspezifischen Mitteln gelangten Milch und Albumosen, in letzter Zeit auch Phlogetan zur Anwendung, später Produkte von Mikroorganismen und schließlich die lebenden Organismen. Die Impfmalaria ist allen anderen Methoden in der Behandlung der Paralyse überlegen. Doch ist der Erfolg vom Stadium der Paralyse abhängig, so daß die Behandlungserfolge in den stationären Irrenhäusern am schlechtesten sind. Zur Nachbehandlung werden nach der Malariatherapie spezifische Kuren mit 3—5 g Salvarsan empfohlen, wodurch die Heilungsfrequenz von 40,6% auf 66,6% ansteigt, wogegen die Mortalität 18,7 gegen 12% beträgt. Dabei muß man berücksichtigen, daß die ältesten und schwersten Fälle am meisten gefährdet sind. Rezidive nach der Malariatherapie waren um so seltener, je länger die Remission dauerte, nach 2 Jahren außerordentlich selten. Serum und Liquorbefund müssen berücksichtigt werden, brauchen aber nicht der klinischen Besserung parallel zu gehen. Am Material der Klinik wurde unter 34 Fällen einer Serie 24 mal weitgehende Besserung auch im Blut und Liquor festgestellt. Eventuell kann die Kur bei positivem Liquor 1 Jahr nach der Behandlung wiederholt werden. Auch die Paralysegefährdeten, die 10 Jahre nach der Syphilisinfektion noch positiven Befund in Serum und Liquor aufwiesen, wurden prophylaktisch behandelt. Außer der Malaria wurden von Weichbrodt, von Plaut und Steiner Impfungen mit Rekurrens empfohlen, die aber wegen der geringeren Zahl der Fieberanfälle und wegen der durch die Rekurrensimmunität nicht sobald möglichen Wiederholung der Impfung, der Malaria gegenüber keinen Vorteil bieten. Bei der Impfmalaria kommen natürliche Uebertragungen durch Anopheles auf die Umgebung nicht vor, wenn man nur gametenfreie Stämme verwendet. Die natürliche Infektion durch Anophelesstich ist nicht so sehr zu empfehlen, weil die Stämme chininresistent sind.

Die Wirkung der Impfmalaria läßt sich durch Untersuchungen erklären, in denen Jahnel und Weichbrodt im Gehirn von Paralytikern Abtötung von Spirochäten durch hohe Temperaturen nachwiesen. Für solche Wirkungen sprechen Versuche von Hoff und Silberstein über gesteigerte Abwehrreaktionen durch Malaria und Schädigung der Spirochäten durch diese, ferner die Untersuchungen von Schilling über das Blutbild bei der Impfmalaria, von Donath und Heilig über Aminosäuren im Blut und Liquor als Zeichen des Eiweißzerfalls und von Pötzl über das Schwinden der Hämolysinreaktion im Liquor nach Malariatherapie. Bei Paralyse ist eine Reinfektion bisher nicht beobachtet worden. Trotzdem ist eine Umstimmung im Organismus gegenüber der syphilitischen Infektion als sicher anzunehmen. Von großer Wichtigkeit ist der im Organismus nach der Behandlung eintretende Aufbau und seine lange Nachwirkung. Bei der Behandlung der Tabes genügen in vielen Fällen spezifische Kuren, um den Prozeß zum Stillstand zu bringen, doch sind im präataktischen Stadium Malaria- und Rekurrensbehandlung besonders wirksam. Bei der Neuro-Lues ist die Anwendung der Malariabehandlung nicht ohne weiteres zu empfehlen, weil sie noch nicht genügend erprobt ist. Dagegen empfiehlt sie Kyrle für die Behandlung der Fälle von Spätlatenz mit positivem Liquor zur Prophylaxe und in Fällen von Sekundärstadium der Syphilis, die mitunter durch Malaria völlig geheilt wurden, so daß sogar eine Reinfektion beobachtet wurde. Bei der progressiven Paralyse aber ist die Malariatherapie jeder anderen überlegen.

In der Besprechung hebt Nonne einige praktisch wichtige Momente hervor. Bei insgesamt 410 Fällen hat er in 25—30% Heilungen bzw. Remissionen beobachtet. Dabei sah er 8—10% Todesfälle. Die Hauptgefahr erblickt er in der Aortitis luetica. Bei beginnenden Fällen mit Reflexstörungen und positivem Liquorbefund braucht eine Tabes und Paralyse nicht zur Ausbildung zu kommen. Dabei ist Malariaanwendung nicht indiziert. Bei 91 nur mit Malaria behandelten Fällen wurde in 20%, bei 99 kombiniert Behandelten in 40% Heilung beobachtet. Eine früher durchgemachte, echte Malaria schützt dagegen nicht vor Tabes und Paralyse. Die bei der Tabes häufige imperfekte Form gibt es auch bei der Paralyse. Die inkomplette Behandlung der Frühsyphilis ist aber wohl kaum die Ursache für das Auftreten eines schweren Falles. Bei 90 mit Malaria behandelten Tabesfällen wurde häufig eine Erholung nach anfänglicher Exazerbation gesehen, doch keine objektiv nachweisbaren Heilungen. Bei 26 Fällen von Lues cerebrospinalis war die Malariatherapie der spezifischen gleichwertig, sie ist also bei der Paralyse die Methode der Wahl, bei der Tabes unsicher, bei der Neurosyphilis so wirksam wie die spezifische. Die Anwendung der endolumbalen Methode nach Gennerich wird wegen der 3 beobachteten Fälle von Komuslähmung für gefährlich gehalten.

Jahnel hat Paralytiker mit Syphilis reïnjiziert und dadurch die Paralyse gebessert. Blut und Liquor waren negativ, trotzdem keine Hauterscheinungen auftraten. Auch der Umstand, daß der Erreger sich nicht schrankenlos vermehrt, sondern anfallsweise, spricht dafür, daß der Paralytiker Abwehrkräfte in Bewegung setzt. Steiner (Heidelberg) studierte die Immunschwäche am Modell der Rekurrensinfektion und fand dabei eine Persistenz der Spirochäten im Gehirn, Rückenmark und Optikus bei gleichzeitigem Vorhandensein von Immunkörpern im Blut und anderen Organen. Zugleich wurden die Immunstoffe des Blutes unwirksam für das Zentralnervensystem, so daß in der Hirnsubstanz eine abschwächende Wirkung für das Immunserum anzunehmen ist. Sagel (Arnsdorf) behandelte Paralytiker mit lebenden Pallidakulturen, intra- und perkutan. Von 16 Fällen wurden 13 klinisch und biologisch gebessert. Zu Fieberattacken kam es dabei nicht. Hitzenberger (Wien) erkennt nur die Dekompensation des Herzens als Kontraindikation der Behandlung an. In allen Fällen bewirkte sie eine Blutdrucksenkung. Gelegentliche Herzgeräusche gehen wieder vorüber und blieben nur in zwei Fällen wegen Syphilis der Aorta bestehen. Zuelzer (Berlin) hält die Bestimmung der Lebergröße für die sicherste Methode zur Feststellung der Malaria. Droht Gefahr durch Leberinsuffizienz, so kann man diese durch Traubenzuckerinfusion heilen. Das Auftreten der Amidosäuren ist durch die Funktionsstörung der Leber bedingt. Steinfeld (Heidelberg) wies an der Komplementbindung von Liquor und Serum mit Herz- und Hirnextrakten nach, daß die Liquore mit beiden, die Sera nur mit den ersteren reagierten. Die Versuche sprechen für eine autochtone Entstehung der Liquor-Wa.R. aus den Hirnlipoiden bei der Paralyse. Schmidt (Dresden) sah Fieber und gute Wirkungen bei Tabes und Lues cerebri mit 10proz. Natrium nucleinicum, ebenso Erfolge bei Parkinsonismus und multipler Sklerose, Adler (Salzburg) bei einer Demenz nach Grippe mit Polyneuritis. Trömner (Hamburg) versuchte ohne Schaden bei 120 Fällen von sekundärer Syphilis Liquorsanierung. Bei 50 Fällen der Nervenabteilung erlebte er 6 Todesfälle, 16 mal wurde die Behandlung wegen plötzlicher Blutdrucksenkung abgebrochen. Bei Tabes wurde kein Todesfall, aber auch kein sicherer Erfolg gesehen. Jagic (Wien) sah 30 Fälle von Mesaortitis luetica mit Malariabehandlung und hält auch nur die Dekompensation für eine Kontraindikation. Klappenfehler wurden nicht behandelt. Lenzmann (Duisburg) sah nur in Anfangsfällen der Paralyse guten Erfolg der Malariatherapie. Doch beobachtete er einmal Exitus infolge von Schwarzwasserfieber. Deshalb muß bei kontinuierlichem Fieber die Therapie unterbrochen werden. In 59 Fällen von chronischer Gonorrhoe fand er Verschwinden der Gonokokken. Wiechmann (Köln) studierte den Refraktometer und die Viskosität des Serums bei 10 Malariageimpften. Er fand im Fieber Hypoproteinämie und im Anschluß daran Erhöhung des Serumeiweißes. Die Nachwirkung dauerte bis 24 Wochen. In 6 Fällen bestand bis in die Rekonvaleszenz relative Globulinvermehrung. Die absolute Albuminmenge ist meist vermindert bis über die Fieberperiode hinaus. Die Veränderungen gehen nicht dem Wassergehalt parallel. Es bestehen Aenderungen im Gefäßtonus, aber keine nachweisbaren Beziehungen zum therapeutischen Effekt. Hauptmann (Freiburg) behandelte mit Rekurrens, Malaria oder dem Phlogetan von Fischer. Er kombinierte mit Salvarsan, wenn das Fieber auf der Höhe ist. Bei guter Remission sieht man nach der Behandlung Steigerung der Lymphozytose. Dreyfuß (Frankfurt) sah bei 116 Tabesfällen und bei Neurosyphilis keine Dauererfolge, empfiehlt aber die Malaria bei Paralyse. Steinfeld (Heidelberg) berichtet über gelungene Superinfektionsversuche mit Steiner bei Rekurrens im Gehirn von Immunratten. Wittgenstein (Berlin) hat bei endolumbaler Therapie der Nervensyphilis gute Erfolge und nur einmal einen Todesfall und zweimal Konusschädigung gesehen. Hiller fand in Paralysefällen Spaltprodukte im Liquor als Methyl-Natrium nachweisbar. Landgraf empfiehlt Kombination von Salvarsan mit Phlogetan in der Spätlatenz. Spielmeyer (Schlußwort). Der anatomische Befund bei Paralyse läßt das Vorhandensein imperfekter Formen zu. Für die Abwehrschwäche gibt es dagegen keinen endgültigen Beweis. Wagner-Jauregg (Schlußwort). Bei der langsam verlaufenden Tabes, die trotz klinischer Symptome stationär sein kann, wird Malaria nur auf Verlangen gespritzt, und auch dann nur im präataktischen Stadium. Bei der progressiv verlaufenden Paralyse dagegen, die ohnehin zum Tode führt, sucht man methodisch die Gefahren zu verringern: 1. durch intrakutane Impfung einer gametenfreien Tertiana; 2. indem man das Fieber mit 0,2 Chinin pro Tag einige Tage unterdrückt und dann milde verlaufen läßt, und 3. indem man die Malaria nach 3-4 Anfällen mit Chinin heilt, dann die spezifische Kur mit Salvarsan einleitet und später abermals mit Malaria impft. Patienten, die einmal Tropika durchgemacht haben, können nach der Tertianaimpfung ihren Tropikastamm beim Abimpfen weitergeben. Das muß natürlich vermieden werden. Die Paralysefurcht bei positivem Liquorbefund macht oft Behandlung notwendig.

Von weiteren Vorträgen auf neurologischem Gebiet behandelt Greving (Erlangen) das Zwischenhirn, Hypophysensystem und die Lokalisation vegetativer Funktionen, insbesondere den nucleus supraopticus als Zentrum für die Wasserregulation, den nucleus paraventricularis für den Kohlenhydratstoffwechsel, den nucleus tuberi für die Regulation des Wärmehaushaltes. Ein einheitliches Fasersystem verzweigt sich von hier bis in den Hypophysenhinterlappen. Frank (Breslau) verweist auf die Gewinnung eines hochwirksamen Hypophysenhormons aus einer Stelle des Tuber cinerium durch Abel, wogegen sich Greving auf die Untersuchungen von F. H. Lewy beruft, der gleiche Befunde mit der Methode der retrograden Degeneration erhielt. Hiller (München) hält die Kapillarversorgung des Zentralnervensystems für äußerst wichtig für das Verhalten desselben gegenüber Schädigungen. Durch die ungleiche Verteilung der Gefäße am Rückenmark können pseudosystematische Erkrankungen vorgetäuscht werden. Hisch (Köln) konnte erstmalig eine Irradiation autonomer Reflexe beim Depressorreflex nachweisen. Die gegenseitige reziproke Innervation von Sympathikus und Parasympathikus erklärt die unilateral und regional begrenzte Irradiation bei Erwachsenen in pathologischen Fällen. Bremer (München) fand bei Familienuntersuchungen von Syringomyeliekranken Anomalien der gleichen Art, z. B. schlecht heilende Wunden, vasomotorisch-trophische Störungen, dissoziierte Sensibilitätsstörungen, Krümmungstendenz der Finger, besonders ulnarwärts, Trichterbrust, Kyphoskoliose, abstehende Schulterblätter, Mammadifferenzen und Enuresis. Dazu berichtet Störmer über 9 mit Röntgenbestrahlung gebesserte Fälle der Klinik.

Das Referat des 2. Tages wurde von Victor Schilling (Berlin) **über das Blut als klinischen Spiegel somatischer Vorgänge** gehalten. Die Lehre von den großen Blutzellsystemen, den Erythrozyten und den aus drei Systemen entstammenden Granulozyten, Lymphozyten und Monozyten ist heute im allgemeinen anerkannt. Nur die Abstammung der aus dem Retikuloendothel stammenden Monozyten steht noch zur Diskussion. Die verschiedenen Systeme sind nicht nur morphologisch, sondern auch funktionell getrennt, und das Blutbild folgt den Veränderungen des Stammorgans. Während beim normalen Blut fast nur reife Zellen auftreten, lassen sich im pathologischen Blut daher oft bereits aus geringen Abweichungen Schlüsse auf eine histologische Umgestaltung der blutbildenden Organe und auf die funktionelle Belastung ihrer Zellen ziehen. Die „Intrazellularpathologie" sucht durch das Studium der feinsten Zellstruktur diese Kenntnisse ebenso zu erweitern, wie dies die Kolloidchemie für Veränderungen der Blutflüssigkeit ermöglicht. Die Blutkörperchensenkung und andere Instabilitätsreaktionen und die durch peptonartige Stoffe bedingte Leukozytensenkung werden erwähnt. Jedoch muß die Gesamtheit des Geschehens und die Verknüpfung mit den nervösen, vaskulären und hormonalen Regulierungen stets in Betracht gezogen werden. Als Beispiel der Allgemeinregelung wird die Entzündung herangezogen, bei der eine neutrophile Kampfphase, eine monozytäre Abwehrphase und eine lymphozytäre Heilphase unterschieden werden. Letale Fälle kommen aus der ersten Phase nicht heraus. Sehr schön wurden die Phasen während der Impfmalaria und Rekurrens von Sagel beobachtet. So kann man viele Krankheitsprozesse infektiöser und toxischer Art aus dem Blutbild erkennen, wobei für klinische Zwecke im allgemeinen das Hämogramm mit einigen Hilfsmethoden, wie Senkung, Resistenzbestimmung und Kolorimetrie, ausreichen. Der Geübte kann auch aus dem einzelnen Blutpräparat Schlüsse auf die histologischen Veränderungen im Organismus ziehen und aus wiederholten Beobachtungen den biologischen Ablauf der Prozesse im Sinne einer Zellularpathologie beobachten. Dadurch gewinnt er für die symptomatische und prognostische Beurteilung und dadurch auch für das therapeutische Handeln neue Aufschlüsse.

In der Besprechung vertritt Oeller (Leipzig) auf Grund seiner histologischen Untersuchungen bei Immunisierung und Anaphylaxie in der Lunge von Versuchstieren die Auffassung, daß die Leukozyten im Falle eines Bedarfs an Ort und Stelle aus dem Gewebe entstehen und beim Aufhören des Reizes sich wieder zurückbilden können. Neben der Entwicklung auf der Basis der Phylogenese muß man die Möglichkeit annehmen, daß auf besondere Reizformen eine besondere Zellreaktion erfolgt. Müller (Hamburg) weist dem autonomen Nervensystem einen starken Einfluß auf die Leukozytenverteilung zu und findet Leukopenie bei Sympathikuswirkung, Leukozytose durch Parasympathikusreizung. Alwens (Frankfurt a. M.) findet im Rückbildungsalter zwischen 60 und 90 Jahren bei Gesunden einen Rückgang des Hämoglobins und Polyglobulie. Bei Herzinsuffizienz steigen Färbeindex und Polyglobulie. An den Leukozyten ist eine relative und absolute Lymphozytose die Norm. Bei der Alterstuberkulose ist das Blutbild, das auch sonst für Tuberkulose typische. Stahl (Rostock) untersuchte die Blutplättchen und fand bei perniziöser Anämie eine Verminderung, bei Sepsis eine Vermehrung. Beim Typhus ist in der 3. Woche eine Verminderung feststellbar, die man an kleinen hämorrhagischen Höfen in der Umgebung von Injektionsstellen erkennt. Die Riesenblutplättchen sind durch ihre dunkle Färbbarkeit kenntlich. Zadek (Neukölln) demonstriert eine akute Endokarditis mit besonderer Blutreaktion: Es finden sich 60% Lymphoblasten. Hasselmann (Frankfurt a.M.) sah beim Pemphigus vegetans ein unreifes, buntes Blutbild mit relativer Lymphopenie. Berger (Innsbruck) untersuchte den Serumeiweißspiegel bei akuten und chronischen Infekten und fand stets eine Verminderung mit Ausnahme des Fibrinogens. Bei Vermehrung folgt der Zunahme der Zellen erst die der Senkungsgeschwindigkeit und dann der erhöhte Eiweißspiegel. Die Verminderung ließ sich als eine wirkliche, nicht bloß als Verdünnungseffekt nachweisen. Es kommt zu einem Stickstoffstoß im Harn. Petschacher (Innsbruck) wies nach Injektion von Glanduitrin und von Thyreoidin eine Verdünnung des Blutes, aber Ansteigen der Viskosität nach. Es handelt sich wohl um eine Erhöhung des Wasserbindungsvermögens der Eiweißkörper. Nägeli (Zürich) kann aus dem weißen Blutbild eine Leberschädigung erkennen. Wichtig ist die Plättchenpathologie, das Verhalten der Bluteiweißkörper bei Infekten und der Bilirubinspiegel als Bild des Zerfalls von Erythrozyten. Das weiße Blutbild gibt bei zahlreichen Infektionen charakteristische Bilder. Es reagiert aber nur auf mesenchymale Reize, während die ektodermalen Affektionen, wie Herpes, Enzephalitis, Heine-Medinsche Krankheit es kaum verändern. Bei Tumoren führt die Untersuchung der Eiweißkörper weiter. Endocarditis lenta und Lymphogranulom sind am Blutbilde nicht erkennbar. Die Blutuntersuchung bedarf noch des Ausbaus. Vor unkritischer Abwendung des Hämogramms wird gewarnt. Stettner beobachtete beim Kind Rechtsverschiebung und relative Lymphozytose, die eine Alterseinteilung gestatten. Arneth (Münster) hält die Rechtsverschiebung für ebenso wichtig wie die Linksverschiebung. Er verlangt die Beobachtung von Kern und Protoplasma und die Einigung der Untersucher auf sein System. Die Reaktionsphasen von Schilling betrachtet er als Reaktionstypen. Kurschmann (Rostock) berichtet über die Resistenz des Hämoglobins gegen NaOH. Bei perniziöser Anämie erhält man erhöhte Resistenzzahlen. Unter Thyreoidin findet man qualitative und quantitative Veränderungen im Serumeiweiß. Kaufman untersucht den entzündlichen Inhalt von Kantharidenpflasterblasen auf der Haut durch Ausstrich des zentrifugierten Bodensatzes. Dieser ist bei Gesunden gleichartig, während beim Kranken die Entzündungsstellen vom Stadium abhängen, dem Blutbilde aber nicht parallel gehen. Bei Pneumonie fanden sich nur Neutrophile. In der Rekonvaleszenz traten lymphozytäre basophile Zellen auf. Bürger (Kiel) hebt hervor, daß durch die Kapillar-Filterwirkung das Blutbild peripherisch anders erscheint als an der Bildungsstätte. Krömeke (Münster) fand nach Eiweißinjektion oder Röntgenbestrahlung Zunahme der Erythrozyten. Ihre Resistenz war nicht verändert, so daß man sie als alte Zellen ansehen mußte. Es handelt sich wahrscheinlich nur um eine Scheinvermehrung durch veränderte Verteilung. Schilling (Schlußwort). Die Befunde von Oeller beurteilt er anders, da die Zellentstehung mehr Zeit brauchen würde. Auch mit Müllers Anschauung stimmt er wegen der Möglichkeit chemischer Einwirkungen nicht überein und verweist auf die Untersuchungen von Wollheim. Nägelis dynamische Kurven sind nicht identisch mit den Zustandsbildern, die relativen Bilder aber einfacher. Arneth gegenüber wird auf das Verdienst von Ehrlich für die Blutforschung hingewiesen.

Eine weitere Reihe von Vorträgen beschäftigte sich mit der Blutforschung. Seyderhelm (Göttingen) fand bei Injektion alter, mit Kongorot vital gefärbter Leukozyten, daß die Leber die Funktion hat, die toten Leukozyten zu zerstören. Das Kongorot wird dann durch die Galle in den Darm ausgeschieden, wie sich durch Unterbindung der Leber-Gallengänge beweisen ließ. Denecke (Marburg) untersucht das biologische Verhalten reversierter Erythrozyten, die nach Hämolysierung mit destilliertem Wasser durch Behandlung mit hypertonischer Salzlösung ihr Hämoglobin wieder aufgenommen haben. Im Gegensatz zu den Vogelerythrozyten haben die kernlosen Säuger-Blutkörperchenstromata keine Sauerstoffzehrung und bekommen sie nach der Hämoglobinaufnahme wieder. Anämische Erythrozyten enthalten eine von Hämoglobin nicht zu trennende Substanz, die die Atmung unterhält. Neumann (Wien) kann die nicht an Hämoglobin gebundenen Oxydasen und Peroxydasen in hochkonzentrierte, dauerhafte sterile Lösung bringen, und damit beim Hund eine Verschiebung des weißen

Blutbildes erzeugen. Starke Verdünnungen wirken bei virulenten Stämmen von Mäusetyphus verzögernd auf die Infektion. Schott und Lindemann (Köln) überimpften Blut von perniziöser Anämie auf Kaninchen und Meerschweinchen. Nach 24 Stunden sterben die Tiere mit Hämaturie. Die Versuche machen das Auftreten von Isolysinen im Serum wahrscheinlich. Stahl und Bachmann (Rostock) sehen die Wirkung der Transfusion bei perniziöser Anämie in einer Schonung des Knochenmarks, so daß dieses sich danach erholt und die Remission herbeiführt. Deusen (Rostock) führt die spinale Erkrankung bei perniziöser Anämie auf Schädigung durch die Toxine zurück, welche die Gefäßwand passieren. Mit der Permeabilitätsprüfung durch Brom fand er nur geringe Steigerung nach toxischer Schädigung der Kapillaren an Plexus und Meningen. Traugott (Frankfurt a. M.) empfiehlt bei schweren Fällen von Perniziosa durch vorhergehende Atophandarreichung die Arsenstöße wirksamer für Remissionen zu machen. Besprechung: Bürger, Wiechmann, Zadek und Wittgenstein wenden sich zum Teil gegen die Ueberschätzung der Brommethode und des Permeabilitätsquotienten und betonen, daß die Remission ausbleibt, wenn Megaloblasten im Blut sind. Schlußwort: Stahl und Deutsch. Ueber das Thema: Stoffaustausch zwischen Blut und Gewebe sprach Marx, der nachwies, daß schon kleine Flüssigkeitsmengen den Anstoß zur Blutverdünnung geben. Es besteht außerdem Abhängigkeit von der Einstellung des Organismus und von Hautreizen, so daß ein heißes Bad Eindickung und ein kaltes Bad Verdünnung des Blutes in Venen und Kapillaren macht. Beim Trinken im kalten Bad überwiegt der Einfluß des Trinkens. Siebeck (Bonn) glaubt, daß es sich dabei um vitale Prozesse handelt, die aus dem Betriebsstoffwechsel der Zellen stammen. Die Endothelmembran kann durch Narkotika gehemmt werden. Die Vorgänge sind aber stets komplexer Natur. Gabbe (Würzburg) sah nach einseitiger Durchschneidung der Rami communicantes in den davon versorgten Muskeln erhöhten Stofftaustausch zwischen Blut und Gewebe. Im Vergleich mit der anderen Seite ist festzustellen, daß die Muskeln Anteil an der durch Aminosäuren und Harnstoff bedingten Stoffwechselsteigerung haben. Auch einen Einfluß auf den Kohlenhydratstoffwechsel fand Büttner (Würzburg) durch die gleiche Ausschaltung der sympathischen Innervation. Es wurde auf der operierten Seite Milchsäure und Glykogen vermehrt, Laktazidogen vermindert nachgewiesen. Aussprache: Schenk. Oehne (Bonn) fand bei Resorptionsversuchen von Diureticis aus dem Peritonealraum in relativ alkalischem Gebiet schnellere Resorption als in sauren. Umladungsprozesse in der Wand erwiesen sich als wichtig für die Richtung des Diffusionspotenzials. Bei der Beeinflussung dieser elektrokinetischen Vorgänge kommt den Purinkörpern auch eine Membranwirkung zu. Moog (Marburg) untersuchte die Perspiratio insensibilis und fand, daß es sich dabei neben der Perspiration auch um aktive Sekretionsvorgänge handelt. Schwenkenbecher (Marburg) hebt hervor, daß 600 g Wasser am Tag durch die Haut ausgeschieden werden. Bei Oedem steigt die Perspiration nicht. Die allgemeinen Gesetze des Wasserhaushaltes regieren auch die Regulation bei Oedematösen. Hetényi und Pogani (Budapest) sahen durch Gynergen (Ergotamin. tartaricum) die durch perorale Dextrosezufuhr hervorgerufene Mobilisierung des Zuckers gehemmt. Auch der Blutzucker wurde beeinflußt. Meyer-Bisch (Göttingen) untersuchte am pankreaslosen Hund den intermediären Natrium- und Chlorstoffwechsel und fand als Vorzeichen eines drohenden Coma diabeticum Chlorretention im Muskel und Absinken im Urin. Die Retention von Chlor und Natrium im Gewebe führt zu einer Gewebsstarre, die nur durch Natrium bicarbonicum zu lösen ist. Wiechmann (Köln): intravenös einverleibtes Glykokoll verursacht keinerlei Schädigung und verschwindet beim schweren Diabetiker viel später daraus als beim Gesunden. Wahrscheinlich ist bei diesem die Absorptionsfähigkeit des Gewebes für Amino-N. herabgesetzt. Durch Insulin wird sie wieder erhöht. Aussprache: Kisch und Hetényi.

50. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

in Berlin vom 7.—10. April 1926.

Berichterstatter: San.-Rat Dr. Hugo Stettiner-Berlin.

Die diesjährige Jubiläumstagung wurde unter dem Vorsitz von Körte-Berlin mit einer Festsitzung eröffnet, die von musikalischen Vorträgen des Berliner Aerzteorchesters umrahmt war. Die Festrede hielt der Vorsitzende, welcher der Gründung der Gesellschaft im Jahre 1871 auf einen Aufruf von Langenbeck, Simon und Volkmann gedachte. Sie wurde das Forum, in welchem an allen chirurgischen Arbeiten strenge, aber stets sachliche Kritik geübt wurde. Das erste Vierteljahrhundert wurde das Heroenzeitalter der Chirurgie, in welchem dieselbe ihren Siegeszug antrat, der ihr immer neue Gebiete eröffnete. Er gedenkt der Großtaten Deutscher Chirurgen. Das zweite Vierteljahrhundert diente der Vertiefung der Lehren und der Lösung mancher Probleme. Eine Unterbrechung der regelmäßigen Versammlungen brachte der Weltkrieg, der die Deutschen Chirurgen in das Feld führte und sie dort vor zum Teil neue Aufgaben stellte. Er gedachte dabei der Entdeckungen dreier Deutscher, welche zwar nicht Fachchirurgen waren, aber durch ihre Arbeiten dazu beigetragen haben, das Schicksal der Verwundeten bei Freund und Feind zu erleichtern: Behrings Tetanusantitoxin, der Röntgenstrahlen und des weiteren Ausbaus der Listersschen Lehre durch Robert Koch zur keimfreien Operationsmethode und der seinen Arbeiten zu dankenden Verhütung der Wundinfektionen und Epidemien. Erst nach sechsjähriger Pause konnte die Gesellschaft im Jahre 1920 wieder zusammentreten. Vieles hatte sich geändert. Es fehlte an Geld zum Ausbau der wissenschaftlichen Institute. Redner erinnert daran, daß große Arbeiten aus kleinen Instituten hervorgegangen sind, wie die ersten Arbeiten von Rudolf Virchow und Robert Koch. Jeder möge an seinem Platze seine Pflicht tun. Dann wird es auch gelingen, das überkommene Erbe der Deutschen Chirurgie zu bewahren, zum Heile der leidenden Menschheit und zur Ehre des Vaterlandes. Nachdem Bircher-Aarau im Namen der Schweizer Gesellschaft für Chirurgie eine Bronzestatue von v. Haller überreicht und Bauer-Stockholm eine in lateinischer Sprache abgefaßte Urkunde der Schwedischen Gesellschaft für Chirurgie verlesen, und nach Bekanntgabe vieler Gratulationsschreiben und Telegramme auswärtiger und inländischer wissenschaftlicher Gesellschaften, Behörden und Personen, hielt v. Eiselsberg-Wien den ersten Festvortrag über **Probleme der Hirn- und Rückenmarkschirurgie.** Erst die Untersuchungen von Fritsch, Hitzig u. a. machten die Entwickelung derselben möglich. Zu Zeiten v. Bergmanns, des mächtigen Förderers der Hirnchirurgie, wagte man sich kaum an die vordere Zentralwindung. Heute greift das Messer alle Teile des Gehirns an mit Ausnahme des Pons und der Medulla oblongata. Die Hauptsache ist eine richtige und zeitige Diagnosenstellung, die ein inniges Zusammenarbeiten von Neurologen und Chirurgen erfordert. Redner bespricht die einzelnen Symptome, den Kopfschmerz, den Schwindel, die Beschaffenheit des Pulses, seinen Wechsel bei Lageveränderung, die Erscheinungen am N. opticus, die Stauungspapille, die nicht nur diagnostische, sondern auch indikatorische Bedeutung hat. Sie mahnt zum Eingriffe, bevor der Visus merklich gelitten, evtl. durch einen rein druckentlastenden Eingriff. Röntgenbestrahlung des Plexus chorioideus wirkt oft günstig auf sie und andere Allgemeinerscheinungen bei Hirntumoren und Hirndruck. Auch für die Diagnose gibt die Röntgenuntersuchung eine wichtige Ergänzung. Veränderungen der Schädelknochen (Verdickung und Verdünnung), Beschaffenheit der Sella turcica, der Processus phterygoidei werden durch sie festgestellt. Die Enzephalographie hat nicht das gehalten, was man von ihr erwartet. Zur Differentialdiagnose von Hydrozephalus und Hirntumoren ist sie von Wichtigkeit. Für die Lokalbestimmung will Redner sie nicht anwenden, sondern lieber, wenn nötig, eine Probefreilegung des Gehirns machen. Die operativen Resultate der Hirntumoren, über die Redner hauptsächlich berichtet, lassen noch zu wünschen übrig, aber die Vervollkommnung von Diagnose und Technik, welche besonders durch den Amerikaner Cushing gefördert sind, werden auch die Resultate bessern.

Von 161 operierten Gehirntumoren haben 98 die Operation überstanden. Von den letzten 31 Schädeloperationen sind nur drei gestorben. Die Akustikustumoren, bei denen es sich nach den neueren Forschungen meist um gutartige Neurinome handelt, brauchen, um die Operation nicht zu sehr zu erschweren, nicht radikal beseitigt zu werden. Dadurch bessert sich ihre Prognose, die durch die postoperative Röntgenbestrahlung noch weiter gebessert werden kann. Ueberhaupt leistet die Röntgenbestrahlung von Gehirntumoren Gutes, wie in 11 Fällen teilweise durch die Sektion bestätigt werden konnte. Die Lumbalpunktion kann bei Hirntumoren gefährlich sein. Bei den Geschwülsten des Rückenmarks ist sie stets auszuführen, um aus dem Liquordruck, seiner mikroskopischen und chemischen Beschaffenheit Schlüsse ziehen zu können. Von größter Bedeutung ist für die Erkennung der Rückenmarkstumoren die Einspritzung von Lipjodol von der Zisterna suboccipitalis. Jeder krankhafte Prozeß hält das Jodöl auf. Tumoren werden sichtbar, die Deutung von Verletzungen und anderen Veränderungen ermöglicht. Diese beiden Untersuchungsmethoden im Verein mit einer genauen Anamnese, einer Nervenuntersuchung werden die örtliche Diagnose eines Tumors stellen lassen. Bei 89 Tumoren wurden 84 operative Heilungen erzielt. Auch die Dauerresultate waren gute. Inoperable Tumoren sollen mit Röntgenstrahlen behandelt werden, womit gute, in einzelnen Fällen über 2½ Jahre anhaltende Heilungen erzielt wurden. Kurz streift Redner noch die anderen Hirnerkrankungen, die Hirnabszesse, die Jacksonsche und genuine Epilepsie. Während bei der ersteren die Resultate sich bessern, hält er die operative Behandlung der letzteren für wenig aussichtsvoll. Die Exstirpation des Plexus chorioideus ist eine Methode, über welche noch weitere Erfahrungen abzuwarten sind. Jedenfalls berechtigen die günstigen Erfolge bei Rückenmarkstumoren und die 24 Proz. Heilerfolge bei Hirngeschwülsten schon deshalb zu einem weiteren Fortschreiten auf den bisherigen Wegen, wenn man an das traurige Schicksal der nicht operierten Fälle denkt. Frühzeitige Diagnose unter Beachtung jeden Falles von hartnäckigen Kopfschmerzen und damit frühzeitige Zuführung zur Operation sind die zu erstrebenden Ziele.

Im Anschluß hieran seien gleich die weiteren Vorträge aus dem Gebiete der Nervenchirurgie besprochen.

Fedor Krause-Berlin sprach über **operative Behandlung der Epilepsie.** Die Behandlung der Jacksonschen Epilepsie fußt auf der richtigen Erkennung des Herdes, von dem der Krampfanfall ausgeht und seiner operativen Beseitigung. Es bedarf dazu einer genauesten Beobachtung der Anfälle. Oft hat es den Anschein, daß der Krampf in einer der Extremitäten beginnt, aber in Wirklichkeit geht ihm schon eine Augeneinstellung oder eine Kopfdrehung voraus, die nur Sekunden lang dauert und dem Beobachter daher nur zu leicht entgeht. In solchen Fällen würde man einen falschen Weg begehen, wenn man das motorische Zentrum der betreffenden Extremität angreifen wollte. So berichtet er über einen Fall, in welchem bei einem Kinde, das in 6—8 Minuten geboren war, sich später epileptische Krämpfe einstellten. Das Kind wurde im 8. Lebensjahre operiert. Jedem Anfall ging eine äußerste Rechtsdrehung des Auges voran. Es wurde daher ein Herd im Augenbewegungszentrum links vermutet und hier eine subkortikale Zyste gefunden und entfernt mit dem Resultat bisher mehrjährigen Freibleibens von Anfällen. In anderen Fällen gehen dem typischen Anfalle eine Aura von Gesichts-, Gehörs- oder Geruchshalluzinationen voraus. Redner berichtet ferner über einen Fall, in welchem Parästhesien in der einen Hand dem Anfalle vorausgingen, also ein Herd in der hinteren Zentralwindung anzunehmen war. Das 19jähr. Mädchen wurde durch die Operation geheilt und hat seit 7 Jahren keinen Anfall mehr gehabt, während die erwähnten Parästhesien noch öfters auftreten. Er betrachtet diesen Fall als eine Dauerheilung, da er den Anspruch einer 5jährigen Heilung erfüllt. Im Gegensatz zur Jacksonschen Epilepsie hält er im allgemeinen die genuine Epilepsie für kein Objekt der chirurgischen Therapie. Nur wenn die Anfälle mit typischen Lokalsymptomen beginnen, könnte man eingreifen. Aber auch bei der Jacksonschen Epilepsie muß frühzeitig eingegriffen werden, um die erwünschte Heilung zu erzielen. Redner geht dann noch auf einzelne technische Fragen ein.

Smidt-Jena sprach im Anschluß an zwei beobachtete Fälle über **traumatische Spätapoplexie,** die acht Tage bzw. vier Wochen nach dem nicht sehr heftigen Trauma auftraten. Die Erscheinungen begannen nach der Latenzzeit mit psychischen Störungen. Die Autopsie ergab, daß es sich um frische Blutungen in älteren Blutungs- bezw. Erweichungsherden handelte. Redner will einen solchen Zusammenhang höchstens Monate bis 1 Jahr gelten lassen. Es ist nicht einmal notwendig, daß es bei dem Anfalle selbst zu einer Bewußtseinsstörung gekommen ist; auch können Brückensymptome, wie Kopfschmerzen und Schwindel vollkommen fehlen. Jedenfalls müssen sich Zeichen von alten Blutungen bei der Sektion zeigen, die Kranken müssen in einem Lebensalter stehen, in welchem nicht schon durch Gefäßerkrankungen Blutungen zu erwarten sind. Doch sind derartige Fälle, die einer strengen Kritik standhalten, sehr selten.

Heidrich-Breslau berichtet über eine große Anzahl von Nachuntersuchungen von **Kommotionsneurosen,** in denen die Vorgutachter die Beschwerden der Betroffenen als psychogen bezeichnet hatten. Es ist dringend erforderlich, in solchen Fällen durch Bestimmung des Liquordruckes, durch Untersuchung der Liquorflüssigkeit und durch sorgfältige Enzephalographie festzustellen, ob diese nervösen Störungen nicht durch organische Folgeerscheinungen bedingt sind. Luftansammlungen an der Peripherie, Verziehung und Ungleichheit der Ventrikel sprachen in einer großen Anzahl der nachuntersuchten Fälle für das Vorhandensein von Narben- und Strangbildungen auf Grund von Arachnoiditis und anderen Prozessen. Zur Unterstützung der Enzephalographie, die in den 30 Fällen niemals geschadet, mitunter (wahrscheinlich durch Sprengung der Adhäsionen) sogar günstig gewirkt hat, wurde nach Einspritzung einer 10 proz. Jodnatriumlösung die Verzögerung der Resorption festgestellt.

Zur **Klinik der Neurinome** sprach Guleke-Jena. Man kann dieselben in drei Gruppen teilen. Die erste geht von den Gehirnteilen aus. Hierher gehört auch die Mehrzahl der Akustikustumoren. Sie rufen keine anderen Erscheinungen als andere Tumoren hervor. Die zweite Gruppe sitzt am Wirbelkanal, meist neben der Wirbelsäule, mitunter auch intradural. Die Geschwulst geht meist von den hinteren Wurzeln aus und kann neben den Querfortsätzen sanduhrartig in die benachbarten Organe wachsen. Die dritte Gruppe tritt an den peripheren Nerven auf (Ischiadikus, Peroneus). Der verschiedenartige Sitz macht natürlich auch ganz verschiedenartige Symptome. ⅔ fanden sich an den Austrittsstellen der Nerven. Das Neurinom ist vom Neurofibrom schwer abzugrenzen . In dem einen Falle war es mit einer allgemeinen Neurofibrinomatose vergesellschaftet. Auch von den Sarkomen ist es schwer zu trennen, zumal die größeren Geschwülste die Neigung haben, in ihrem Inneren Zysten zu bilden. Im allgemeinen handelt es sich aber um gutartige Geschwülste. Hat man Verdacht auf Sarkom, ist ein radikales Vorgehen erwünscht, z. B. an den peripheren Nerven, wo man sonst sich mit einer Ausschälung des Geschwürs begnügen wird. Bei den Akustikustumoren braucht man die radikale Entfernung nicht zu weit zu treiben. Bei den Rückenmarkstumoren soll man mit der Laminektomie beginnen und von dort aus dann seitlich vorgehen.

In der Aussprache berichtet M. Borchardt-Berlin über neun von ihm operierte Neurinome, von denen drei vom Zentralnervensystem ausgingen. Auch er hebt die von ihm schon lange betonte Tatsache hervor, daß man die Akustikustumoren nicht radikal zu operieren brauche. Bei den Geschwülsten kommen alle Uebergänge vom reinen Neurinom zum Neurofibrom und Fibrosarkom vor. 12% der Tumoren zeigen später maligne Degeneration. Das muß man besonders bei den an den peripheren Nerven zu operierenden Geschwülsten berücksichtigen, und wenn die Ausfallserscheinungen nicht zu groß werden, hier lieber exstirpieren.

Die günstigen Resultate der **operativen Beseitigung postmeningitischer Rückenmarksverwachsungen** zeigte Hohlbaum-Leipzig unter Vorstellung eines einen 18jährigen Mann betreffenden Falles, der wieder gut gehen konnte und normale Muskelkraft besaß.

In einer Demonstration am Lichtbilderabend machte Kulenkampff-Zwickau Bemerkungen zur **Chirurgie des Spinalkanals.** Zur Stillung der Blutung hat er sich mit Vorteil der weichen Stenzmasse bedient. Zur Orientierung bei der Operation empfiehlt er, vor dem Röntgenbild die Eintreibung eines Nagels in einen Dornfortsatz, Anlegung von Haltezügeln, um in der Tiefe besser sehen zu können. Durch das Lipjodol wird die Farbe der Gewebe etwas verändert. Beim Schluß hat er meist auf die Naht der Dura verzichtet und die Muskeln fest zusammengenäht.

Ueber die **Enderfolge der Wirbelbrüche** berichtet Haumann-Bochum auf Grund von 204 in den letzten 5 Jahren beobachteten und einer großen Anzahl begutachteter Brüche. 29% derselben sind Stauchungsbrüche, 71% kommen durch Kohle- oder Steinfall zustande. Bei jedem zweiten Fall pflegt eine totale Querschnittsläsion des Rückenmarks vorzuliegen. Zur Vermeidung von Fehldiagnosen ist eine Röntgenaufnahme in zwei Richtungen erforderlich. Die unkomplizierten Brüche werden meist nur konservativ mit flacher Rückenlage unter Unterschieben eines Keilkissens unter die Bruchstelle behandelt. Es wird kein Gipsbett, kein Stützkorsett angelegt, sondern sobald wie möglich mit medikomechanischer Behandlung begonnen. Halswirbelsäulenbrüche werden mit Glissonscher Schwebe behandelt. Die Prognose ist im ganzen günstig. Es waren erwerbsfähig nach zwei Jahren 24,5%, nach drei Jahren 37,2%, nach fünf Jahren 61,1%, nach sieben Jahren 70% und nach neun Jahren 80%. Die durchschnittliche Krankenhausbehandlung betrug 9,9 Wochen.

In der sich anschließenden Aussprache betonte Fritz König-Würzburg, daß er zur Vermeidung später auftretender Deformitäten den Kranken ein Korsett zu geben pflege und eine derartige frühe Belastung fürchte. — Fedor Krause-Berlin spricht über die starken Schmerzen, die nach Querschnittsverletzung des Rückenmarks in manchen Fällen einzutreten pflegen. Er habe als Mittel dagegen die Durchtrennung des Markes oberhalb der verletzten Stelle mit Paquelin empfohlen. — Henle-Dortmund betont, daß für solche Fälle die Chordotomie genüge, die er in drei Fällen (zwei Fällen von Stumpfneuralgie) mit Erfolg ausgeführt. Er gibt technische Vorschläge, besonders zur Vermeidung der Verletzung der Pyramidenbahnen. — v. Hofmeister-Stuttgart betont, daß man bei den Verletzungen mit anscheinender Querschnittsläsion nicht zu konservativ vorgehen dürfe. In einem von ihm operierten Falle legte er vor drei Jahren die Verletzungsstelle frei, fand einen prall gefüllten Lumbalsack. Nach Durchtrennung des Hindernisses floß der Liquor nach unten ab. In ½ Jahre schwanden Darm- und Blasenlähmung und die Kranke erholte sich. Auch die Lähmung der Beine ist soweit zurückgegangen, daß sie sich auf Krücken fortbewegen kann. — Kümmell-Hamburg hat wegen der großen Schmerzen sich im Felde oft zur Laminektomie entschlossen. Oft handelt es sich gar nicht um eine Durchtrennung des Rückenmarks und die schweren Erscheinungen gehen wieder zurück. Jedenfalls würde er der Laminektomie vor der Durchschneidung des Rückenmarks den Vorzug geben. — Hohlbaum bemerkt auf eine Anfrage von Körte, daß sich die Statistik nur auf Wirbelbrüche ohne Rückenmarksverletzung beziehe. Hier seien sie in der letzten Zeit dazu übergegangen, sie nur sechs Wochen liegen und dann gehen zu lassen und mit Heißluft usw. zu behandeln. Nur in wenigen Fällen hätten sie noch die Henlesche Operation hinzugefügt.

Den zweiten Festvortrag hielt E. Rehn-Düsseldorf über **Chirurgie und Organfunktion.** Organfunktion ist Leben, Krankheit eine Summe von Funktionsstörungen. Der Chirurg muß bestrebt sein, seinen therapeutischen Eingriff zu machen, bevor eine Reihe sekundärer Organstörungen entstanden ist. Er muß daran denken, daß der Eingriff mehr für den Kranken bedeutet, als ein einfacher mechanischer Eingriff. Die Regeneration, die nach einem Eingriffe einsetzt, beschränkt sich nicht auf den Ort desselben, sondern setzt in allen Organen ein. Auch ist jede physische Veränderung mit psychischen verbunden. Der Chirurg darf nicht reiner Techniker sein. Er darf die Allgemeinwirkung des Eingriffes nicht außer acht lassen. Ein jeder reagiert anders auf einen Eingriff. Der Chirurg muß diese Wirkung studieren und etwaige Schäden zu verhüten suchen. Für die Art der Wirkung ist die Konstitution von großer Bedeutung. Der Hypoplastiker und Lymphatiker reagiert derartig, daß jeder Eingriff für ihn eine Gefahr darstellt. Weniger gefährdet ist der Astheniker oder Hypostheniker. Als neuen Typ, der ebenfalls gefährdet ist, nennt Redner den Emboliker. Er ist von blasser Haut, fettleibig, zeigt sich seelischen und körperlichen Anstrengungen nicht gewachsen. Ein Vergleich der Kurven der Blutgerinnung zeigt eine stark gesteigerte Gerinnbarkeit. Weitere Gefahren bilden endokrine Störungen, die wohl zum Teile mit Störungen des vegetativen Nervensystems zusammenhängen. Schwächung des eines der beiden Systeme bildet bei chirurgischen Eingriffen eine erhöhte Gefahr. Soma und Psyche lassen sich nicht trennen. Auch die Psyche muß der Chirurg beeinflussen. Restloses Vertrauen des Kranken zum Arzt begünstigt den Heilungsverlauf. Der Vagotoniker ist ein ungünstiges Objekt für den Chirurgen. Bei ihm ist leichter eine Schockwirkung zu erwarten. Lokalanästhesie ist bei ihm zu vermeiden (Gefahr der Blutdrucksenkung). Er hat nur geringe Narkosenbereitschaft. Durch Afenil kann den Störungen vorgebeugt werden. Es besteht eine größere Empfänglichkeit gegenüber toxischen und infektiösen Einflüssen. Die Narkosengefahr ist nicht zu unterschätzen. Sie kann schwere Stoffwechselstörungen herbeiführen, die sich besonders in der Leber und den Gallengängen äußern. Daher sind chronische Leberkranke durch eine Narkose mehr gefährdet. Im Tierversuch hat Redner die Narkosengefahr zu studieren gesucht. Sie besteht in der Labilität der Vasomotoren. Alkalizufuhr vermindert sie, aber die Alkaleszenz wird durch die Narkose bei Aether und Chloroform gleich herabgesetzt. Am wenigsten ist dies bei dem Narzylen der Fall. Man soll also bestrebt sein, die Explosionsgefahr dieses Narkotikums herabzusetzen. Redner betont, daß es falsch sei, bei bedrohlichen Zuständen wahllos Kochsalzinfusionen zu machen. Auch Traubenzuckerlösungen sind nicht immer am Platze. Bluttransfusionen sind eher angezeigt. Vor jeder Operation soll eine Funktionsprüfung der Organe vorgenommen werden. Für das Herz ist die Kaufmannsche Funktionsprüfung geeignet oder das zehnmalige Aufblasen eines Luftringes. Er hat die Herzaktion während der Operation mittels Elektrokardiogramm geprüft. Der Widerstand hängt von der Beschaffenheit der Herznerven und des Herzmuskels ab. Zu seiner Kräftigung ist die prophylaktische Darreichung von Digitalis erwünscht, das aber nicht wahllos in zu großen Dosen gegeben werden darf. Ebenso sollen Lungen, Nieren und Leber geprüft werden. Zur Prophylaxe von Lungenkrankheiten (kapilläre Bronchitis) ist die Afenileinspritzung geeignet. Kommt es trotzdem zu einer solchen, pflegt sie leichter zu verlaufen. In der Niere kommt es bei jeder Narkose zu Azetonurie, mitunter auch zu vorübergehenden Albuminurien. Für die Niere ist die vom Redner angegebene Alkali-Säureprobe anzustellen. Ebenso ist die Prüfung der Leberfunktion von Wichtigkeit. Chronische Fälle zeigen starke und nachhaltige Störungen. So muß der Chirurg sich immer mehr mit der Physiologie beschäftigen. Er erinnert an seine Lehre von dem Kinon, der Organeinheit von Muskel, Periost und Knochen. Jedes Organ ist ein Teil vom Ganzen. Ueber der Ausbildung der Chirurgie der einzelnen Organe darf nicht das Ganze vergessen werden. Je lebenswichtiger ein Organ ist, desto mehr muß auch der Chirurg bestrebt sein, organerhaltende Chirurgie zu treiben. Ebenso ist bei der Heilung einer Wunde stets der Gesamtstoffwechsel in Betracht zu ziehen. Die richtige Verteilung der Elektrolyten spielt eine große Rolle. Zelleben und Zellfunktion tragen zur Heilung bei, sind aber wieder abhängig von übergeordneten Faktoren. Oft ist hier nicht lokale Behandlung am Platze, sondern allgemeine. Wunden heilen unter saurer Nahrungszufuhr besser als unter alkalischer, wenn auch für eine gewisse Alkalireserve im Körper gesorgt werden muß. Bei der Kolipyelitis fallen Kristalloide in sauren Medien aus, also ist für Alkaleszenz des Harns Sorge zu tragen. Bei einer schlecht granulierenden Wunde bei Diabetes wird eine Lokalbehandlung weniger nützen als eine Insulinzuführung. Nur die physiologische Betrachtung der Zusammenhänge kann die Chirurgie weiterführen.

Haberer-Graz sprach über **Gewebsschonung bei Operationen.** Er betonte die Wichtigkeit dieses Grundsatzes. Blutstillung und Blutsparung durch Präparieren auf anatomischer Grundlage ist dazu erforderlich. Jedes Quetschen durch Wundhaken und Instrumente muß vermieden werden. Die Vorsicht in dieser Beziehung, die bei den Gelenkoperationen Gemeingut aller Chirurgen geworden, muß auch an den Operationen der Bauchhöhle beachtet werden. Redner glaubt, daß dann auch die Adhäsionen seltener werden. Wer die Gewebe schont, hat bessere Wundresultate. Auch Thrombosen sind seltener und damit die Emboliegefahr geringer. Er glaubt, daß ein Teil der postoperativen Lungenkomplikationen auf kleine Embolien zurückzuführen ist. Ebenso wie die Adhäsionen hofft er auch die Narbentumoren durch sorgfältiges Operieren einschränken zu können. Redner regt zum Schlusse an, Fortbildungskurse einzuführen, in welchen der Chirurg sieht, wie ein Spezialchirurg auf einem bestimmten Gebiete operiert.

Kausch bezweifelt, daß sich durch sorgsames Operieren die Bildung von Adhäsionen vermeiden ließe, während Haberer ihre teilweise Entstehung hierauf schiebt, wenn es auch noch andere Ursachen für sie gibt. In schwierigen Tierversuchen hat Haberland-Köln nachgewiesen, daß eine deutliche Abhängigkeit der Entwickelung einer Infektion vom gegenwärtigen Zustande des vegetativen Nervensystems besteht. Er hebt hervor, daß damit auch neue Wege zur Behandlung der Wundinfektion gezeichnet sind.

Zur Behandlung des Milzbrandes durch Blutabriegelung nach Laewen machte Erb-Barmen Mitteilungen. Er hatte Gelegenheit, 2 Kranke zu behandeln. Während er den einen indifferent mit Salbe behandelte, wurde bei dem anderen die Pustula maligna mit 150 ccm Eigenblut umspritzt. Bei dem letzteren war der Heilungsprozeß ein bedeutend schnellerer. Er war bereits nach 4 Wochen voll arbeitsfähig, während bei dem ersteren die Zeit 9 Wochen betrug. E. hat dann auch Tierversuche gemacht, besonders auch in der Hinsicht, ob bei der Eigenbluttherapie auch eine Proteinkörperwirkung in Betracht kommt. Während einiges dafür spricht, ist der Umstand, daß bei nicht völliger Umspritzung die Krankheit weitergeht, ein Gegenbeweis.

Laewen-Marburg betont im Anschluß daran, daß er die Umspritzung nur für bösartige Furunkel im Gesicht und am Nacken empfohlen habe. Nach der Umspritzung mache er aber stets eine Inzision. Außerdem empfiehlt er, da die Wirkung des Hämatoms nach einigen Tagen erschöpft ist, die Tiefenantisepsis nach Klapp anzuschließen.

Ueber den **Phosphorsäuregehalt des Blutes bei Lungenkrankheiten** hat Vorschütz-Hamburg Untersuchungen angestellt und eine Erhöhung desselben bei malignen Lungentumoren festgestellt.

Bauer-Göttingen lenkt die Aufmerksamkeit auf das Auftreten **postoperativer Tetanie,** welche sich nicht nur im Anschluß an Kropfoperationen zeige. So trat in einem Falle, welcher wegen eines Wirbelbruches zu einer Röntgenaufnahme starke Dosen von Rizinusöl bekommen hatte, Tetanie auf, während bei dem gleichen Kranken nach einer Appendikektomie keine tetanischen Erscheinungen sich zeigten. Er meint, daß bei dem Kranken eine Tetaniebereitschaft vorhanden gewesen, die durch das Rizinusöl ausgelöst wurde. Auch nach einer Hämorrhoidaloperation, wie anderen Operationen, vor denen stark mit Rizinusöl abgeführt war, entstand Tetanie. Redner warnt also davor, bei Kropfkranken vor der Operation mit Rizinusöl abführen zu lassen. In einem Falle von postoperativer Tetanie hat er Epithelkörperchen einer Ratte mit dem Erfolg überpflanzt, daß die subjektiven Symptome und die Anfälle zurückgingen.

Im Anschluß daran berichtete v. Eiselsberg-Wien über seine Erfahrungen über Tetanie. Er hat wiederholt Epithelkörperchen vom Kalbe, das in möglichster Nähe des Operationssaales geschlachtet war, überpflanzt. Die Erfolge waren gute, aber vorübergehende. Bei der Parkinsonschen Krankheit sind ebenfalls Erfolge mit Epithelkörperchenüberpflanzung erzielt. Epithelkörperchen vom Menschen hat er fünfmal transplantiert, einmal vom lebenden, viermal vom intra partum gestorbenen Kinde. Auch hier waren die Erfolge immer nur vorübergehende. Ein von ihm vor 12 Jahren operierter Fall zeigt jetzt Erscheinungen einer Tetanie. — Hosemann-Freiburg hält für das einzige wirklich helfende Mittel in schweren Fällen ebenfalls die Transplantation. Eventuell kann man die Epithelkörperchen zerkleinert direkt in die Vene einbringen. In neuerer Zeit ist auch Strontium gegen Tetanie empfohlen. — Kühl-Altona hebt hervor, daß es mehrere Ursachen für die Tetanie gibt. Eine der Ursachen sei auch eine Vergiftung mit einem Endprodukt des Eiweißstoffwechsels im Darm: dem Dimethylguanidin. Bei Kindern soll man Darmtropfeinläufe mit Zusatz von Kalziumpräparaten machen. Der Tod tritt bei Kindern schließlich an Erstickung ein. Ein Mittel hiergegen ist der Kinnschultergriff, welcher nach Untersuchungen das Lumen der Trachea um 1½ cm erweitert und so die Erstickung verhindert. — Hier sei auch der Demonstration von Feldmann-Danzig zur vergleichenden Pathologie des Tieflandkropfes in Danzig gedacht. Er unterscheidet sich sowohl von dem des Hoch- wie dem des Mittelgebirges. Er zeichnet sich durch hohen Kolloidgehalt, lebhafte Proliferation, daher, abgesehen von dem Pubertätskropf, durch häufigen Uebergang zum Basedow aus.

Ueber den **Einfluß der Trachealstenosen auf Herz- und Lungenkreislauf** hat Sulger-Heidelberg Versuche angestellt. Er unterscheidet drei Gruppen: solche, bei denen nur die Exspiration behindert ist (Preßatmen), solche, bei denen nur die Inspiration behindert (Saugatmen), und solche, bei denen beides behindert ist. Man nahm früher allgemein an, daß die Störungen durch einen erhöhten Pulmonalisdruck bedingt seien. Direkte Messungen haben aber gezeigt, daß dies bei keiner der Gruppen der Fall ist. Es findet vielmehr ein erhöhter Zufluß des venösen Blutes zum Herzen zu statt, welches die Ursache der Veränderungen ist.

Einen sinnreichen Apparat zur Registrierung des respiratorischen Stoffwechsels, sowohl des Sauerstoff- wie des Kohlensäureverbrauchs, führte Leschke-Berlin im Film vor.

Ebenfalls am Lichtbildabend zeigte Bräucker-Hamburg an von ihm präparierten Nerven den Verlauf derselben zur Lunge. Er legte dar, wie nur die Nervi bronchialis posteriores zu den feineren Bronchiolen vordringen und daß sie allein die krampfauslösenden Nerven sind. Er zeigt, an welcher Stelle man sie durchschneiden kann.

Auf diesen Untersuchungen fußte der Vortrag von Kümmellsen.-Hamburg über die **Ursachen der Mißerfolge bei der operativen Behandlung des Bronchialasthmas und ihre Beseitigung.** Er betont noch einmal, daß er zur Operation nur denen raten kann, bei denen alle anderen Behandlungsmethoden keinen Erfolg gehabt, die von ihrer Adrenalin- und Morphiumspritze nicht mehr loskommen. Hier hält er den Eingriff für berechtigt. Man hat in den Nerven Veränderungen gefunden, die auch zeigen, daß sie die Ursache der Erkrankung sind. Er hat 50 Proz. Heilungen zu verzeichnen. Um nun die Nacherscheinungen der Nervendurchschneidung an höherer Stelle zu beseitigen, hat er auf Grund der Untersuchungen des Nervenverlaufes in den letzten zwei Fällen die Rami bronchiales posteriores aufgesucht und durchtrennt. Die Operation gestaltet sich etwas schwieriger, ist aber rationeller. Auch Sudeck hat zwei Fälle in gleicher Weise operiert und ist gleich ihm mit den Resultaten zufrieden, da durch sie die unangenehmen Begleiterscheinungen ausgeschaltet sind.

Auch Lengemann-Bremen tritt warm für die Operation des Bronchialasthmas ein. Allerdings soll man die geeigneten Fälle wohl aussuchen. Von 161 Fällen von Asthma kamen nur 27 für die Operation in Betracht. Schwere Schädigungen hat er nicht gesehen. Einen Fall hat er allerdings an Pneumonie verloren; derselbe hatte aber auch vorher eine Lungenentzündung gehabt. Eine Schädigung des Herzens ist in seinen Fällen nicht eingetreten.

Pribram-Berlin: **Operative Behandlung der Mitralstenose.** In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um eine 38jährige Frau, die vor 23 Jahren einen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Es hatte sich eine Mitralstenose entwickelt, die nach autoritativer Beurteilung durch innere Behandlung nicht zu bessern war und ihm zur Operation überwiesen wurde. Nach Resektion der linksseitigen Rippenknorpel wurde das Sternum in der Mitte gespalten und durch Sperrhaken auseinandergezogen. Nach Spaltung des Perikards wurde mit einem Stanzinstrument mit rundem Stiel in den linken Ventrikel eingegangen, der sich fest um das Instrument schloß, so daß keine wesentliche Blutung eintrat. Unter Leitung des Fingers wurde das Instrument gegen die Mitralklappe vorgestoßen und ein dreieckiges Stück aus derselben herausgestanzt. Naht. Die Herzaktion war sofort eine bedeutend bessere, der sehr niedrige Blutdruck stieg auf normale Höhe. Unter Fiebererscheinungen ging jedoch die Kranke am 5. Tage zugrunde. Die Sektion ergab eine rezidivierende Endokarditis an der Aorta und Aortenstenose. Der Fall lehrt, daß man nicht operieren soll, wenn irgendwie die Gefahr eines Rezidivierens der Endokarditis besteht.

In der Aussprache bezweifelte Körte, daß die Umwandlung der Mitralstenose in eine Insuffizienz von so großem Vorteile für die Kranke sein könne. — Schönbauer-Wien hatte Gelegenheit, in Amerika mehrere Herzoperationen zu sehen. Er bezweifelt, daß die Mitralstenose geeignet sei, da der atrophische Muskel die Mehrleistung, die ihm durch die Insuffizienz zuteil wird, nicht leisten kann. Geeigneter sei daher die Aortenstenose, bei der ein hypertrophischer Muskel die Mehrarbeit zu leisten hat.

Eines der Hauptthemen des Kongresses bildete die **Behandlung der eitrigen, freien Bauchfellentzündung.** Der Referent Kirschner-Königsberg stützte sich auf das Material der Königsberger Klinik und auf eine Statistik von 10 000 Fällen aus 23 Kliniken und Krankenhäusern. Er geht kurz auf die verschiedenen Theorien zur Erklärung der Todesfälle ein (Giftwirkung auf die Gefäßzentren — Lähmung der Gefäße in der Bauchhöhle und dadurch bedingte Hemmung des Pfortaderkreislaufes). Ein exakter Beweis für dieselben fehlt noch. Da muß die Statistik ihr Wort sprechen. Sie zeigt u. a. die verschiedene Widerstandsfähigkeit der Lebensalter (hohe Sterblichkeit im frühen Kindesalter bis zum fünften Jahre, dann abfallend bis zum 15. Lebensjahre und wieder allmähliche Zunahme vom fünften Jahrzehnt bis zum Greisenalter). Auch die verschiedenen Konstitutionen sind zu berücksichtigen. Vor allem spielt aber der Zeitpunkt, in welchem die Operation vorgenommen wird, eine große Rolle. Die Mortalität steigt von 24,9% in den ersten 12 Stunden auf 32,4% in der zweiten Hälfte des ersten Tages, auf 45,4% in der Zeit von 25 bis 48 Stunden bis zu 66,6%, wenn die Operation nach 48 Stunden oder später stattgefunden. Hieraus ergibt sich, daß jeder Fall, soweit er überhaupt noch operationsfähig ist, sofort operiert werden soll. Eine Ausnahmestellung nehmen bei sichergestellter Diagnose lediglich die Gonokokken- und Pneumokokkenperitonitis ein. Bei letzterer wird die präoperative Diagnose nur selten zu stellen sein; meist wird sie unter dem Bilde einer Appendizitis zur Operation kommen. Bei der Laparotomie ist größte allgemeine und örtliche Schonung oberster Grundsatz. Das Hauptziel des Eingriffes ist die Beseitigung der Infektionsquelle. Der Bauchdeckenschnitt ist dazu möglichst über dem vermuteten Krankheitsherde, nur in Zweifelsfällen in der Mittellinie und so groß anzulegen, daß Einsicht und Zugang zum Krankheitsherde unbehindert sind. Eine Eventration größerer Darmabschnitte ist möglichst zu vermeiden. Die bei Ileus so wichtige mechanische Entleerung des Darmes bei der Operation oder die primäre Anlegung von Darmfisteln sind zu unterlassen. Ueber die Art der Beseitigung des in der Bauchhöhle angetroffenen Exsudates, ob dieselbe durch Spülung oder trockene Betupfung vorgenommen werden soll, herrscht noch keine völlige Einigkeit. Redner empfiehlt dieselbe bei gleichmäßiger Verteilung über den ganzen Bauchraum und vorhandenen sichtbaren Schmutzteilen durch Spülen mit physiologischer Kochsalzlösung, bei begrenzter Verbreitung durch Tupfen vorzunehmen. Dagegen ist er gegen jede Einführung medikamentöser Stoffe in die Bauchhöhle. Jeder Drainageversuch der freien Bauchhöhle ist wirkungslos und daher zu unterlassen. Gelingt daher die sichere Ausschaltung jedes Infektionsherdes, so ist die Bauchwunde vollständig zu schließen; gelingt es nicht, so ist lediglich der örtlich begrenzte Infektionsherd zu drainieren; er kann gegen die freie Bauchhöhle durch Gaze abgedichtet werden. Auch die Einführung eines Drainrohres in den Douglas und die Rehn-Fowlersche Beckentieflagerung zur mechanischen Verbesserung dieser Drainage hält Redner für zwecklos. Wichtiger ist, daß eine dem Kranken angenehme Lage (meist die horizontale) eingenommen wird. Die Stärkung der allgemeinen Widerstandskraft, des Tonus der Gefäße und der Kapillaren, wie der Herzkraft in der Nachbehandlung ist von großer Wichtigkeit. Kampferpräparate, besonders ihre wahllose Einspritzung haben sich ihm nicht so bewährt, wie Digitalis und Suprarenin. Vor allem erinnerte er an das Morphium als Herzsparmittel. Die Flüssigkeitszufuhr ist durch rektalen und weiterhin intravenösen Tropfeinlauf derart einzustellen, daß eine tägliche Urinmenge von 1—1½ l erzielt wird. Man kann die Kochsalzlösung durch Normosal und Zuckerlösungen ersetzen, wobei es nicht so sehr auf die Kalorienzufuhr ankommt (400 Kalorien genügen). Nach neueren Versuchen kann die Zuckerausnutzung durch gleichzeitige Zuführung von Insulin gehoben werden. Bei Erbrechen leisten periodische Magenspülungen oder die „Trockenlegung des Magens“ durch Dauersonde durch die Nase und Aspiration wertvolle Dienste. Von großer Wichtigkeit ist die Anregung der Darmtätigkeit durch rektale, parenterale und orale Abführmittel und durch örtliche Wärme. Einmal soll sie die im Darm angesammelten Giftstoffe entfernen. Ferner dient sie, wie aus Versuchen von Usadel-Königsberg hervorgeht, über die er in der Aussprache berichtete, zur Fortschaffung des Blutes aus dem Pfortaderkreislauf, in dem es bei Peritonitis und Darmlähmung zur Stagnation kommt. Beim Fortbestehen einer Darmlähmung treten die Enterostomie und multiple perkutane Darmpunktionen in ihre Rechte, von denen Redner in schwersten Fällen noch Besserung gesehen hat. Unter Befolgung dieser Prinzipien ist die Mortalität der Königsberger Klinik in den letzten 30 Jahren von 87,5% auf 30,1% zurückgegangen. Hierzu hat nicht nur die Zunahme der Frühoperation, sondern auch die Verbesserung der Technik beigetragen.

Kirschner hatte bereits in seinem Vortrage erwähnt, daß bezüglich der Indikationsstellung zur Operation sich bei seiner Umfrage im wesentlichen Einmütigkeit ergeben habe; nur Pels-Leusden-Greifswald hatte einen abweichenden Standpunkt eingenommen. — In der Aussprache motivierte Reschke den Standpunkt der Greifswalder Klinik. Von 138 Fällen allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung sind 99 (71%) gestorben. Davon waren operiert 106 mit 80 Todesfällen (75%), während konservativ 32 mit 19 Todesfällen (59%) behandelt wurden, von denen noch 7 moribund eingelieferte Kranke abgehen, so daß die Mortalität sogar nur 46% beträgt. — Auf eine Anfrage Körtes, welcher betont, daß durch diese Anschauungen die ganze Lehre der Frühoperation auf den Kopf gestellt würde, hebt Reschke hervor, daß die Frühoperation auch in der Greifswalder Klinik geübt würde, daß aber bei spät eingelieferten Kranken, denen man eine große Operation nicht mehr zumuten wollte, konservativ vorgegangen sei, und nachdem dies in einer Reihe von Fällen geglückt, zum Prinzip erhoben sei. — Im übrigen ergab die Aussprache in allen größeren Fragen eine ziemlich vollkommene Uebereinstimmung der Ansichten. — Nehrkorn-Elberfeld will als dritte Gruppe neben der Gono- und Pneumokokkenperitonitis auch der der Kleinkinder bis zum zweiten Lebensjahre eine Ausnahmestellung zuerkannt wissen unter Hervorhebung der schlechten Resultate bei operativem Eingreifen und besserer Erfolge bei abwartendem Verhalten, einer Forderung, der Kirschner in seinem Schlußworte nicht beitrat. — Den Mitteilungen von E. Vogt-Tübingen, welcher durch intravenöse Einspritzung von 500 g Normosal mit 4—5 Ampullen Hypophysin in 81 Fällen von postoperativer Peritonitis 22% Heilung erzielte und die günstige Wirkung dieser Einspritzungen, welche eventuell bis zu drei Malen wiederholt wurde, auf den Darm, auf das Gefäßsystem und das Allgemeinbefinden hervorhebt, wurde von Körte einige Skepsis entgegengesetzt. — Orator-Wien hob die günstige Wirkung der intravenösen 30-50 proz. Traubenzuckerlösung, der 20-80 Einheiten Insulin hinzugesetzt wurden, bei postoperativen Schockzuständen hervor. Auch Tierversuche zeigten, daß die Zuckerblockade der inneren Organe durch das Insulin aufgehoben wird. — Stahnke-Würzburg hat über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Resorption aus der Bauchhöhle unter normalen und kranken Einflüssen zahlreiche Tierversuche angestellt, aus denen sich der praktische Schluß ergibt, daß bei Splanchnikusanästhesie in Fällen ohne Peritonitis beschleunigte, bei Vorhandensein einer solchen verlangsamte Resorption eintreten wird. — Einen breiten Raum nahm die Frage der Wahl des Spülmittels in der Aussprache ein. — Keysser-Lichterfelde sprach über kolloidchemische Spülungen. Er hob hervor, daß von dem Standpunkte der Ionenlehre die Kochsalzspülungen unrationell, ja schädlich seien. Es müsse die richtige Wasserstoffionenkonzentration hervorgerufen werden, welche Bakterien töte, ohne das Gewebe zu schädigen. Wunddesinfektionsmittel bei geeigneter Wasserstoffionenkonzentration hätten eine 1000 fache Wirkung, wie er bei Trypaflavin festgestellt habe. Von diesem Standpunkt aus sei auch die Spülflüssigkeit bei Peritonitis zu wählen. — Löhr-Kiel berichtet erneut über seine Untersuchungen der Wirkung der Salzsäure auf die Magen- und Darmflora. Tierversuche an Hunden zeigten, daß Salzsäurespülungen bei Peritonitis Erfolg hatten. Bemerkenswert ist, daß pepsinsaure Salze in diesen Versuchen versagten, während Schönbauer-Wien erneut die günstige Wirkung, die in der Eiselsbergschen Klinik mit ihnen erzielt wurden, hervorheben konnte. Von 164 Fällen, die ohne dies Mittel behandelt wurden, starben 57 (34,7%), dagegen von 110 Fällen, die mit salzsaurem Pepsin behandelt wurden, nur 14 (12,7%), d. h. sie hatten nur ein Drittel der Mortalität der nicht behandelten Fälle. Auch ergab die Obduktion in acht von den Fällen, daß keine Peritonitis mehr vorhanden war. — Die günstige Wirkung von salzsauren Spülungen wird auch von Seeliger-Frankfurt a. M. bestätigt. Nachdem er durch Tierversuche die günstige Wirkung derselben auf Koliperitonitiden festgestellt, hat er die Normal/12 Salzsäurelösung auch in zehn Fällen von Appendixperforation angewandt und gute Resultate erzielt. In einem Falle, der am zehnten Tage nach der Operation an Bronchopneumonie starb, ergab die Sektion die Ausheilung der Bauchfellentzündung. — Pust-Jena hebt die günstige biologische Wirkung der hyptertonischen Kochsalzlösung hervor. Durch sie wird eine Steigerung der Abwehrstoffe hervorgerufen. Der Peritoniker stirbt an einer plötzlichen Ueberflutung mit Toxinen. Ihre Entleerung nach außen ist von großer Wichtigkeit, genügt aber allein nicht. Durch Spülung mit heißer hypertonischer Kochsalzlösung wird nun ein Transsudat erzeugt. Zeigt sich der Verband nach einigen Tagen stark durchtränkt, so ist die Prognose gut. In dem zweiten Stadium, wenn schon Verklebungen vorhanden sind, erreicht man damit nicht das gewünschte Ziel. Redner hat Versuche mit Kieselsäure angestellt, welche in fein pulverisiertem Zustande der Kochsalzlösung zugesetzt wird. Er hatte günstige Erfolge. Außer der keimtötenden Wirkung der Kieselsäure kommt auch die Verzögerung der Resorption durch Verstopfung der Lymphstomata in Betracht. Es handelt sich hierbei um eine biologische Prophylaxe, die bei jeder Laparotomie angezeigt erscheint. — Kuhn-Berlin empfiehlt die Eingießung einer 50-80 proz. Zuckerlösung in die entzündete Bauchhöhle. Er bezeichnet das Verfahren als eine hypertonische Selbstspülung, indem die Zuckerlösung die Resorption in Transsudation umkehrt und neben biologischen auch eine Reihe mechanischer Wirkungen entfaltet, welche günstig auf den Heilungsverlauf wirken. Er empfiehlt den Zusatz von Jodkörpern zu der Lösung. — Demgegenüber betonte Reschke-Greifswald, daß in der dortigen Klinik sich die auf die Zuckerlösung gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt hätten. — Götze-Frankfurt a. M. berichtet über Versuche an Hunden mit peritonealen Infusionen in der Nachbehandlung. Dieselben haben sich auch entsprechend den Erfahrungen am Menschen nicht bewährt. Es kommt dadurch zu Sprengungen von Adhäsionen und Verbreitung der Peritonitis. — Brütt-Hamburg stimmt auch im wesentlichen den Ausführungen Kirschners zu. Die Mortalität ist unter diesen Prinzipien von 100% auf 30 zurückgegangen. Er bevorzugt die Spülung mit hypertonischer Kochsalzlösung, welche auch einen günstigen Einfluß auf die Peristaltik hat. Er hat Salzsäure nicht angewandt, weil er ihre chemische Wirkung auf Magen und Darm fürchtet. Eine sehr gefährliche Form der Peritonitis ist die durch Gasbrandbazillen hervorgerufene, die nicht ganz so selten ist. Charakteristisch ist das hämorrhagische Exsudat von leichenartigem Geruche. Bei Perforation des Magengeschwürs sind nach den Erfahrungen des Eppendorfer Krankenhauses die Resultate bei Resektion nicht schlechter, als bei den mehr konservativen Methoden. Von 25 mit Resektion behandelten Fällen starb nur einer. — Smidt-Jena berichtet, daß bei Peritonitis jede Spülung, ebenso jede Drainage unterlassen wird. Auch bei traumatischer Verletzung des Magen-Darmkanals wird der primäre Verschluß der Bauchhöhle angestrebt. Gespült wird nur bei sichtbarer Anwesenheit von Chymusresten. Bei Kolonverletzungen wird jede Spülung streng vermieden. — Nötzel-Saarbrücken hat bisher noch öfters Kampferöl in die Bauchhöhle gegossen, meint aber, daß nach den vorgetragenen Erfahrungen doch die Salzsäurespülungen versucht werden müssen. Auch er glaubt nicht, daß das Douglasdrain die freie Bauchhöhle drainiert; doch hält er dasselbe für zweckmäßig, um für die ersten 12 Stunden der Spülflüssigkeit Gelegenheit zu geben, abzufließen. Aus diesem Grunde sei er auch ein Freund der Beckentieflage, welche nicht allzu steil zu sein braucht. — Hans-Barmen benutzt die Drainage ebenfalls nicht für die freie Bauchhöhle, sondern zur Ableitung der Infektionsherde. Es genügt mitunter eine Fadendrainage. Die Drains brauchen nicht hohl zu sein (Dreesmannsche Drains). Am wünschenswertesten ist die gute Drainage des Gallenblasenbettes. Hierzu benutzt er die Saugdrainage, die er auch beim Douglas anwendet. — Röpke-Barmen betont den Wert der Frühoperation. Er hatte bei Operation in den ersten 12 Stunden nur 8%, nach 48 Stunden bereits 40% Mortalität. Er wendet sich gegen die These Kirschners, daß die primäre Anlegung von Darmfisteln zu unterlassen sei, unter Hinweis auf einige Fälle, in denen sie ihm Gutes geleistet hat. — Auch Seybert empfiehlt die Anlegung einer Darmfistel in einzelnen Fällen. Er kann ferner den Nutzen der Darmpunktionen empfehlen, während Körte sie für gefährlich hält und nicht anwenden möchte. — Breitner-Wien berichtet über Typhusperforationen, von denen er sieben Fälle beobachtet und operiert hat; er erzielte drei Heilungen. Es kommt auf das Stadium an, in welchem sich der Typhus befindet. — Röpke-Barmen hat im Feld bei einer drohenden Typhusperforation die betreffende Schlinge, als sich die ersten Symptome geltend machten, vorgelagert, so daß die später erfolgende Perforation nach außen stattfand. — Frey-Königsberg hat zur Prophylaxe und Therapie der Darmlähmungen Versuche angestellt. Er suchte festzustellen, ob Abführmittel besser auf einen mäßig gefüllten, als auf einen leeren Darm reagieren. Es ergab sich kein Unterschied, so daß kein Grund vorliegt, unsere Kranken, die wir einer Bauchoperation unterziehen wollen, nicht nach wie vor vor der Operation gut abführen zu lassen. — Im Schlußworte betont Kirschner noch einmal die Einmütigkeit in wesentlichen Punkten, während die Verschiedenheit in anderen ein weiteres Nachgehen der hier angeschnittenen Probleme erforderlich mache.

Von anderen Vorträgen aus der Bauchchirurgie sei zunächst der Untersuchungen von Seiffert-Würzburg über **den Infektionsweg bei eitriger Parotitis,** dem häufigen Begleiter von Operationen am Bauchfell gedacht. Es war noch nicht geklärt, ob dieselbe auf hämatogenem Wege stattfinde oder aus dem Munde stamme. Redner fand eine Zunahme der pathogenen Bakterien im Munde bei Krankheitszuständen. Die Ursache scheint im Muzingehalt zu liegen. Mit der Erkenntnis der stomatogenen Ursache ist auch der Weg für die Prophylaxe gekennzeichnet.

Gohrbandt-Berlin zeigt einen Kranken, dem er erfolgreich einen 44 Pfund schweren **retroperitonealen Tumor** entfernt. Die rechte Niere mußte mit fortgenommen werden, da der Ureter in dem Tumor saß. Schwierigkeiten machte die Lösung von den Gefäßen, bei der schließlich die Vena cava in einer Länge von 6 cm einriß. Sie mußte genäht werden, was dem weiteren Heilungsverlaufe keinen Abbruch tat.

Ueber die **Operabilität von sog. fetalen Inklusionen** sprach M. Budde-Köln unter Vorzeigung eines Präparates, das bei der Sektion gewonnen. Er wendet sich dagegen, daß solche Tumoren stets intraperitoneal, wie Lexer dies angegeben, seien. Der vorgeführte Tumor sei sicher primär retroperitoneal entstanden. Es handelt sich bei derartigen Tumoren um eine Abknospung des Trägers, nicht, wie meist angenommen, um eine Diembryonie.

Ueber die chirurgische Behandlung des nicht resezierbaren Ulcus duodeni sprach Finsterer-Wien. Er hat dazu die Resektion eines großen Teiles des Magens zur Ausschaltung des Ulcus empfohlen. Der Pylorus soll nur dann mitgenommen werden, wenn ein sicherer Verschluß des Duodenums möglich ist. Während unter 72 Fällen mit Zurücklassung des Pylorus nur zwei Todesfälle (2,8%) waren, sind in den Fällen, in welchen der Pförtner mitreseziert wurde, 5 (17%) Todesfälle eingetreten. Auch die Fernresultate sind unabhängig von der Wegnahme des Pylorus. Von 53 derartigen Fällen mit Zurücklassung des Pylorus, deren Operation 2—10 Jahre zurückliegt, sind 47 (88,6%) vollkommen beschwerdefrei. In fünf Fällen mit beweglicher Pars duodeni descendens wurde die termino-laterale Gastroduodenostomie mit gutem Erfolge ausgeführt.

Kelling-Dresden sprach über **vergebliche Appendikektomien.** Er denkt dabei weniger an die üblichen Fehldiagnosen (Kolitis, Adhäsionen, Wanderniere, Gallenleiden, Neuralgien und Typhlophobien) als an Zerrungen, die bei asthenischen Individuen (meist jungen Mädchen) entstehen und durch Erschlaffung der Bauchwand und des Beckenbodens oder Abmagerung herbeigeführt werden. Man soll hier nicht etwa eine Kolopexie machen, sondern Ruhelage. Bandage und Herabsetzung der nervösen Empfindlichkeit durch leichte Narkotika empfehlen.

Kausch-Berlin will den Wurmfortsatz stets entfernen, wenn er nur in seine Nähe kommt (Laparotomien, Hernienoperation u. a.). Auch vor jeder großen und lange dauernden Reise in unkultivierte Länder sollte man sich den Wurmfortsatz fortnehmen lassen. Er empfiehlt dazu möglichst kleine Schnitte, damit die Adhäsionen geringer werden. Er erwähnt dann noch das Bild der Ileozoekalpyämie, das er in letzter Zeit öfters gesehen. Es liegt eine Thrombophlebitis zugrunde, die operativ angegriffen werden sollte.

Zur röntgenologischen Darstellung der Gallenblase empfahl Stegemann-Königsberg die rektale Einverleibung des Kontrastmittels. 6 g des Bromsalzes wurden mit Opium und Belladonna per Klysma gegeben. Zur Bekämpfung der Darmkrampfzustände werden zweckmäßig Klysmen von Gummi und Dermatol gegeben. Redner zeigt eine Reihe wohlgelungener Bilder, die die verschiedene Gestalt und Lage der Gallenblase wiedergaben. Er warnt davor, Blasenbildungen im Darme für Gallensteine zu halten. Ferner zeigte er an Serienbildern die allmähliche Verkleinerung der Gallenblase. Die Methode hat sich als klinisch brauchbar bewährt und ist ungefährlich. In zwei Fällen, in denen die Bilder nicht klar waren, wurde nachträglich die intravenöse Methode gemacht. Sie gab deutliche Bilder.

Auch Orth-Homburg a. Saar machte Mitteilungen über die **praktische Bedeutung der röntgenologischen Darstellung der Gallenblase und -gänge.** Man soll ein Bild bei entzündlichen Vorgängen der Gallenblase machen; sie leistet Gutes für die Differentialdiagnose, zur operativen Indikationsstellung und eröffnet eine Perspektive für physiologische Untersuchungen. Er zeigt zur Erläuterung eine Reihe von Bildern.

Götze-Frankfurt a. M. sprach über die **Prognose und Therapie der hohen Gallengangsstenosen.** Sie geben eine ungünstige Prognose. Versuche zu nähen, führen nicht zum Ziele. Man kann sich durch Verwendung eines Roserschen Läppchens hier helfen, wodurch die zirkuläre Narbe vermieden wird.

Kausch-Berlin würde, wie er in der Aussprache bemerkte, in einem solchen Falle aus dem Darme einen neuen Gallengang bilden.

Den Schluß der Vorträge aus dem Gebiete der Bauchchirurgie bildeten die Mitteilungen v. Wildegans-Berlin über **experimentelle und klinische Untersuchungen bei Cholämie,** die bisher noch ein unklarer Begriff ist. Zur Klarstellung hat er quantitative Bestimmungen des Thrombins und Fibrinogens vorgenommen. Es zeigt sich, daß sowohl der Thrombinspiegel wie der Fibrinogenspiegel im Blute drei Wochen steigt, dann sinkt. Das gleiche gilt von dem Bilirubin und den Gallensäuren, die wir allerdings nicht quantitativ bestimmen können. Die hämorrhagische Diathese tritt erst zu einer Zeit auf, wenn der Spiegel bereits gesenkt ist. Also kann man folgern, daß die Cholämie die Folge einer Leberfunktionsstörung ist. Neben dieser Folgerung weist Redner auf die Wichtigkeit für die Klinik hin, eine exakte Methode zur Bestimmung der Blutgerinnungsfähigkeit in der quantitativen Bestimmung der genannten Stoffe bei Ikterischen zu haben und damit einen Rückschluß auf die Leberfunktion machen zu können.

Das Referat über das zweite Hauptthema hatte Nordmann-Berlin-Schöneberg übernommen. Es behandelte **die Entwickelung der Dickdarmchirurgie in den letzten 25 Jahren.**

Nach einigen historischen Bemerkungen und anatomischen und physiologischen Betrachtungen hob Redner zunächst die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik hervor, welche in einer Zeit bereits schwere Schädigungen aufzudecken ermöglicht, in der das klinische Bild noch eine harmlose Erkrankung vortäuschen kann. Die Röntgenuntersuchung hat auch die bereits früher erhobenen klinischen Erfahrungen bestätigt, daß es neben der normalen Peristaltik auch eine Antiperistaltik gibt, ferner, daß der Dickdarminhalt nicht durch neu geschaffene Anastomosen geht, sondern die physiologische Peristaltik ihn auf den alten Bahnen weiterbefördert. Die Anastomose hat daher nur bei einer undurchgängigen Stenose Zweck. Er wandte sich dann zunächst den kongenitalen Erkrankungen zu. Totale oder partielle Atresien und angeborene Stenosen, von denen man früher annahm, daß sie durch eine fötale Peritonitis zustande kommen, sind, wie Redner unter Hinweis auf die Untersuchungen von Kreuter betonte, Hemmungsbildungen. Der operative Eingriff soll so einfach wie möglich sein (Anlegung einer Darmfistel zentral von der Atresie bzw. von der Stenose). Eine abnorme Dilatation des Zoekums und eine starke Beweglichkeit desselben erfordern keinen chirurgischen Eingriff, da sie ein so häufiges Ergebnis sind, daß man in diesem Zustand nichts Krankhaftes erblicken kann. Nur die Torsion des Zoekums soll so früh wie möglich operativ behandelt werden: bei einem lebensfähigen Darm genügt die Rückdrehung und seine Fixation an normaler Stelle. Bei einer Gangrän muß es im Zusammenhange mit dem Colon ascendens reseziert werden. Die Jacksonsche Membran, die Ligamenta varioformia und der doppelflintenläufige Verlauf der Flexura lienalis sind auf Entwickelungsstörungen im Embryonalleben zurückzuführen. Sie erfordern nur dann einen chirurgischen Eingriff, wenn röntgenologisch einwandsfrei ein Passagehindernis durch sie nachgewiesen wird oder ein Darmverschluß durch sie herbeigeführt ist, was aber sehr selten der Fall zu sein scheint. Es muß dringend davon abgeraten werden, auf Grund unbestimmter Beschwerden zu einer operativen Behandlung dieser Beschwerden zu schreiten oder gar die Resektion des Colon ascendens vorzunehmen. Auch das Megakolon ist ein kongenitales Leiden, öfters mit einer Vergrößerung der Harnblase verbunden. Ausgesprochene Krankheitserscheinungen pflegt es erst dann zu machen, wenn es zu einer Abknickung und zu einem Ventilverschluß der abführenden Schlinge gekommen ist. Die chirurgische Therapie soll sich nach dem Allgemeinzustande, nach dem Alter der Kranken und dem Befunde richten. Zunächst muß eine Entleerung des Megakolon ausgeführt werden. Genügen Einläufe nicht, so ist einer Zoekostomie der Vorzug vor einem Anus praeternaturalis am Megakolon zu geben. Bei unkomplizierten Fällen und leidlichem Allgemeinbefinden der Kranken ist nach genügender Entleerung der Schlinge die einzeitige Resektion die Methode der Wahl; bei kleinen Kindern, bei stärkerer Füllung des Megakolon, bei elenden und geschwächten Personen und beim Volvulus der Flexur verdient die mehrzeitige Resektion den Vorzug. Unter den entzündlichen Erkrankungen des Dickdarms ist die Divertikulitis häufiger, als man bisher angenommen hat (Appendicitis sinistra). Ihre Diagnose ist vermittels des Röntgenbildes möglich. Nicht selten ist der Durchbruch eines Divertikels in die Blase; in solchen Fällen ist die Differentialdiagnose gegenüber dem Karzinom auch röntgenologisch schwer zu stellen. Bei unkomplizierten Fällen ist die einzeitige Resektion, bei komplizierten Fällen der Anus praeternaturalis angezeigt. Die bisher schlechte Prognose kann nur durch eine frühzeitige Diagnose gebessert werden. Isolierte Geschwüre am Kolon sind selten und werden meist erst diagnostiziert, wenn bereits eine Perforationsperitonitis entstanden ist. Die Folge eines Ulcus coli kann eine Darmwandphlegmone sein, deren beste Therapie rechtsseitig in einer einzeitigen, linksseitig in einer mehrzeitigen Resektion besteht. Die postoperative (besonders nach Gastroenterostomien) neurotrophische Kolitis mit profusen Durchfällen ist in erster Linie durch die abnormen Säureverhältnisse des Magens verursacht und daher durch Zuführung von Salzsäure per os zu bekämpfen. Die Art des operativen Eingriffes bei der Colitis chronica nach Versagen diätetischer Maßnahmen hängt von dem Grade und der Schwere der Erkrankung ab. Besser als die Appendikostomie ist die Anlegung einer Witzelschen Schrägfistel im Zoekum, von der aus Spülungen vorgenommen werden, bei gleichzeitiger Erkrankung des Rektums noch die eines Anus praeternaturalis zur getrennten Behandlung beider Darmabschnitte. Bei gesundem Rektum kommt in allerschwersten Fällen die Implantation der untersten Ileumschlinge in die Flexur und die Exstirpation des ganzen Kolons in Betracht. Die Behandlung der erkrankten Fettanhänge des Dickdarms besteht in ihrer Resektion und querer Einstülpung des Darmlumens an dieser Stelle. Von den Geschwülsten denkt Redner zuerst der entzündlichen Pseudotumoren, die von den bösartigen Tumoren schwer abzugrenzen sind und daher nach den Grundsätzen für die malignen Geschwülste zu behandeln sind. Polypen, Lipome und ähnliche gutartige Geschwülste kommen meist erst dann zur Behandlung, wenn sie zur Invagination geführt haben. An das Kolonkarzinom muß bei allen Symptomen der Stuhlträgheit, wie auch bei Durchfällen gedacht werden. So früh wie möglich ist eine Röntgenuntersuchung vorzunehmen. Durch eine frühzeitige Erkenntnis ist die Prognose in den letzten Jahren eine bessere geworden. Negativer Blutbefund im Stuhl bedeutet noch nicht, daß kein Karzinom vorhanden ist. Die Kolonkarzinome bleiben jahrelang stationär, führen selten zu Drüsenmetastasen und sind daher ein dankbares Gebiet der operativen Chirurgie. Bei unkomplizierten Fällen ist die einzeitige Resektion die Methode der Wahl. Beim Karzinom des Zoekums, des Colon ascendens und der Flexura hepatica soll stets das ganze Colon ascendens fortgenommen und eine Anastomose zwischen unterster Ileumschlinge und Querkolon vorgenommen werden. Bei Karzinom der Flexur muß der Dickdarm ausgiebig reseziert werden. In komplizierten Fällen, beim Ileus und bei sehr elenden Menschen ist zunächst eine Zoekostomie bzw. ein Anus praeternaturalis anzulegen; in einer zweiten Sitzung folgt die Resektion und in einer dritten der Verschluß des Anus. Die zweiseitige Resektion ist nur selten und dann im Bereich der linken Körperseite indiziert und nur bei sehr fettleibigen Menschen der einzeitigen vorzuziehen. Ein verschlußfähiger Anus mit plastischen Methoden ist wegen der Infektionsgefahr nicht primär anzulegen. Am geeignetsten ist die Durchziehung des Dickdarms durch den stumpf auseinandergedrängten Musculus rectus. Zum Schluß macht Redner noch einzelne technische Bemerkungen und betont, wie durch Verbesserung der Technik und frühzeitige Diagnose und damit verbundene frühere Zuführung zur Operation sich das operative Resultat dauernd verbessert habe.

Die Aussprache wandte sich zunächst dem Megakolon zu. Brüning-Lichterfelde unterscheidet zwischen Megacolon congenitum, das meist den ganzen Dickdarm ergriffen hat, und Megasigmoideum acquisitum. Bei letzterem kommt man meist mit kleineren Eingriffen aus, während man bei ersterem das ganze Kolon resezieren soll. Er berichtet unter Vorzeigung des Präparates über einen derartigen Fall bei einem 8jährigen Knaben, bei dem er wegen zunehmender Ileuserscheinungen das ganze Kolon reseziert hat. Der Eingriff wurde überstanden, aber der Kranke starb nach vier Wochen an einer Mundbodenphlegmone. — In ähnlichem Sinne spricht sich Steinthal-Stuttgart aus. Auch er hat bei einer 30jährigen Kranken das ganze Kolon in drei Zeiten reseziert. Er betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung und meint, daß es sich in seinem Falle um ein übergroßes, überlanges, kongenital angelegtes Megakolon gehandelt habe. — Dagegen will Anschütz-Kiel die Totalresektion nur für die schwersten Formen anerkennen. — Kleinschmidt-Leipzig hat durch experimentelle Untersuchungen die Ursache des Megakolon zu klären gesucht. Nach Durchschneidung des N. pelvinus trat beim Hunde Dilatation und Obstipation auf. Beim Menschen entspricht demselben ein r. colicus des N. sacralis. In einem Falle von kongenitalem Hirschsprung fehlte dieser Nerv. — Budde-Köln hob hervor, daß die Kreutersche Erklärung für die kongenitalen Stenosen und Atresien nicht mehr allgemein anerkannt werde. Sie hat nur noch für die Duodenalatresien Geltung. Bei denen des Dickdarms nimmt man an, daß sie durch Krankheiten, die sich im intrauterinen Leben abgespielt haben, bedingt seien. Auch wendet er sich gegen die von Nordmann aufgestellte Regel für die operative Behandlung solcher Zustände. Man sollte es doch mit Anastomosenbildung versuchen. — Weiter drehte sich die Aussprache um die Frage der endständigen oder seitlichen Darmvereinigung und um die einzeitige oder zweizeitige Resektion bzw. um die Vorlagerungsmethode. Melzner-Königsberg betonte, daß von vielen Seiten die seitliche bevorzugt wird. Redner hat den Wert der verschiedenen Verbindungen experimentell an Hunden geprüft. Danach ist für die Fortpflanzung der peristaltischen Welle die endständige die beste Art. Die Verbindung End-zu-Seit verdient vor der Seit-zu-Seit den Vorzug. — Keysser-Lichterfelde trat für die einzeitige Resektion ein; nur bei beginnender Peritonitis will er mehrzeitig vorgehen. — Reichel-Chemnitz machte auf den Unterschied zwischen rechts und links aufmerksam. Rechts kann man überwiegend einzeitig resezieren, während links öfters die mehrzeitige Operation in Betracht kommt. — Pendl-Troppau betonte die Wichtigkeit der schnellen Darmentleerung nach Dickdarmoperationen. Unter 43 Resektionen hat er nur zwei Todesfälle zu verzeichnen. Er glaubt diese günstigen Resultate wesentlich dem Rizinusöl zu danken zu haben, das er am Tage nach der Operation verabreicht. — Zu der so wichtigen Darmentleerung vor der Operation, besonders auch bei Megakolon, erinnert Perthes-Tübingen an die subaqualen Darmspülungen, welche ein Einlaufen von 30-40 l ohne Beschwerden gestatten. — Payr-Leipzig empfiehlt den Darmspülapparat von Brosch-v. Aufschnaitter. Er sowohl wie Perthes, Anschütz-Kiel, Reichel-Chemnitz, v. Hofmeister-Stuttgart, Hübener, Finsterer-Wien, v. Beck-Karlsruhe brachten wichtige kasuistische und statistische Beiträge zur Klärung dieser Fragen aus dem Gebiete der Dickdarmchirurgie, die sich im wesentlichen in den Bahnen des Referenten bewegten. — Hartert-Neustrelitz empfiehlt bei unkompliziertem Volvulus der Pleura sigm. die Kolopexie mit Durchziehen eines Aponeurosenstreifens aus dem Externus durch den obersten Teil des Mesosigma von einem zweiten Schnitte und Verankerung in der Bauchhaut. — A. W. Fischer-Frankfurt sprach über Erfolge der chirurgischen Kolitisbehandlung. Er tritt für eine frühzeitige radikale Behandlung ein. Tierversuche haben ihm gezeigt, daß die Regenerationsfähigkeit zwar sehr groß ist, daß aber Narben in der Submukosa den Darm zu einem starren Rohr machen. Da nützt kein Spülen durch eine angelegte Schrägfistel. Da ist die Resektion angezeigt. Eher käme eine Spülung bei gewissen Formen der akuten Kolitis in Betracht. — Orth-Homburg (Saar) hob noch den Wert des Röntgenbildes für die Darmtuberkulose und ihre Ausbreitung hervor, ferner für die Colitis ulcerosa, bei der er gute Bilder ohne Lufteinblasung bekommen hat. — Brewitt-Lübeck spricht über eine neue Methode zum Abschluß eines Anus praeternaturalis, nach der er den mit Haut überzogenen Darm mit einer Pelotte gegen den Rippenbogen drückt. — In seinem Schlußwort betonte Nordmann, daß das erstrebenswerte Ziel ist, die Fälle so früh zur Operation zu bekommen, daß man sie einzeitig ohne Vorlagerung operieren kann.

Sehr bemerkenswerte Mitteilungen machte Schmieden-Frankfurt a. M. über **präkanzeröse Erkrankungen des Darms, insbesondere bei Polyposis.** Er zeigte, daß eine Anzahl von

Polypen charakteristische Vorkrebszellen enthalten und betonte die Wichtigkeit der genauen Untersuchung jedes anscheinend unschuldigen Darmpolypen. Der Stiel eines solchen kann ganz normales Gewebe enthalten und an einer anderen Stelle jene Vorkrebszellen, wie Redner unter Vorführung zahlreicher Bilder zeigt, mit Uebergängen zum echten Krebs und richtigen Krebsnestern. Ferner zeigt er die Verbreitung der Nebenpolypen, welche ein ganz neues Licht auf die Rezidivfrage werfen. Die Polypenbildungen können weit hinauf in den Darm gehen und verlangen eine weitgehende Darmresektion. Ihre Diagnose kann durch das Röntgenbild gestellt werden. Die Röntgentherapie vermag hier nichts zu leisten.

In der Aussprache wurde von vielen Rednern auf die Bedeutung dieser Untersuchungen hingewiesen. Jüngling-Tübingen hat den Stammbaum einer Familie verfolgen können, in der eine große Anzahl entweder an Polyposis oder Krebs des Mastdarms gelitten.

Kurtzahn-Königsberg hat **Selbstversuche mit Krebstransplantation von Mensch zu Mensch** gemacht. Die Resultate ergaben, daß Menschen- und Tierkrebs nicht identifiziert werden dürfen. Er hat sich von drei Mammakarzinomen sofort nach der Operation Krebsgewebe subkutan eingepflanzt. Die Stellen wurden nach sechs Tagen, 14 Tagen und sechs Wochen untersucht. Es waren nur Organisationserscheinungen vorhanden. Therapeutische Versuche mit seinem Serum fielen negativ aus.

Von Wesen und Aufbau des Karzinoms sprach Ritter-Düsseldorf. Er betonte, daß sich die zelluläre Theorie und die Infektionstheorie von der Entstehung des Krebses noch immer ungeklärt und feindlich gegenüberstehen. Er führte eine Anzahl von Umständen an, die der zellulären Theorie entgegenstehen (Riesenzellenbildung, präkanzeröses Stadium, Lymphome, Nekrosenbildung, Gefäßbildung). Merkwürdig ist auch, daß beim Tierversuch aus dem Karzinom ein Sarkom und umgekehrt entstehen kann. So birgt die zelluläre Theorie noch sehr viel Unklarheiten in sich.

In der Aussprache betonte Weinert-Magdeburg die Bedeutung der Gefäße und des Gefäßnervensystems für gesunde und kranke Vorgänge, deren Wirkung er mit dem Milieu vergleicht, in dem ein Kind aufwächst; dasselbe ist imstande, die jenem überkommene Veranlagung in bestimmte Bahnen zu lenken. Die Abriegelung der Gefäßnerven, sei es durch Röntgenstrahlen, sei es auf andere Weise, führe zum Absterben der Krebszellen. Er zeigte an auf eigene Methode gewonnenen, in Paraffin eingebetteten Durchschnitten, wie verbreitet die Krebsknopsen sind, so daß es kaum möglich ist, sie radikal operativ zu entfernen. Aber der große Eingriff der Mammaamputation schädigte das Milieu, die Gefäßnerven in weitem Maße und führe so auch zum Absterben, zu einer gewissen Spontanheilung der weiter entfernt liegenden Krebsknospen. Er sowohl wie Bier-Berlin betonen, daß die gezeigten Präparate die Richtigkeit der von Heidenhain gemachten Untersuchungen über die Verbreitungsweise des Brustkrebses zeigen. — Thiess-Leipzig berichtet über Versuche, die er bauend auf die Organspezifität des Karzinoms durch Einpflanzungen aus Teilen des eigenen Krebses unter die Haut oder durch Einspritzung von Krebseiweiß gemacht hat. Er berichtet über eine Anzahl von Heilungen, die bis zu 1½ Jahren zurückliegen. Ein Blasenkarzinom, ein Hautkrebs sei verschwunden. Die Zahl der Dauerheilungen nach Operationen, die er stets vorausgeschickt hat, war erhöht.

Ueber **Sexualzyklus und Geschwulstwachstum der Mamma** sprach Moskowicz-Wien. Er zeigte in einer Reihe von Bildern die Veränderungen, welche die Brustdrüse in der prämenstruellen, während der Menses und nach derselben durchmacht. Auf diese Weise lassen sich die Entstehung von Zysten, Fibromen und Fibroadenomen erklären. Er bezeichnet die Veränderungen analog den Metropathien als Mastopathie, auf deren Basis das Karzinom entstehen kann.

Ueber eine eigenartige **Entzündung der weiblichen Brust durch diphtheroide Bazillen** berichtete Clairmont-Zürich. Bei einer säugenden Mutter entstand eine Entzündung, welche ein geschwulstartiges Aussehen hatte. Bei der Exstirpation des entzündeten Gebietes wurden Pseudodiphtheriebazillen gefunden, die zunächst als Zufallsbefund gedeutet wurden. Die Entzündung ging aber weiter und auch in dem neuentzündeten Gebiet wurde derselbe Befund erhoben. Nach Diphtherieseruminjektion kam der Prozeß zum Stillstand.

Die Verhandlungen wandten sich nunmehr den **Harn- und Geschlechtsorganen** zu. Frey-München sprach über **Beziehungen zwischen Herzarbeit und Nierentätigkeit.** In langen experimentellen Studien ist es ihm gelungen, einen Stoff zu finden, welcher in kleinsten Mengen eine deutliche Wirkung auf das Herz ausübt. Ueber die chemische Beschaffenheit des Stoffes besteht noch nicht Klarheit. Er gehört nicht zu den Eiweißabbauprodukten. Er wird nicht in der Niere, auch nicht im Blute, sondern wahrscheinlich in den Organen gebildet und kommt von ihnen in das Blut und von dort in die Niere. Er entfaltet eine hormonähnliche Wirkung. Bei Erkrankung der Niere wird er nicht in leichtem Maße wie bei gesunden Nieren ausgeschieden, und es kommt dann zu einer verstärkten Wirkung auf Herz und Blutdruck.

Lehmann-Rostock hat Nachuntersuchungen über die auf dem vorjährigen Kongreß von Pregl-Haberer empfohlene Nierenfunktionsprüfung gemacht. Er empfiehlt eine Verbindung mit dem Volhardschen Wasserversuch in der 3. bis 4. Stunde, eine Modifikation, die von Haberer-Innsbruck dankbar begrüßt wird. — Die Frage, ob die Zystenniere zu den mit Sicherheit diagnostizierbaren Krankheiten gehört, wird von Grauhan-Kiel bejaht. Er weist darauf hin, daß das Röntgenbild durch die Pyelographie die Diagnose früh gestatte. Die auffallend engen Kelche weisen auf die Zystenniere hin. Man kann sogar aus dem Röntgenbilde genau die Größe der Zystenniere feststellen. Dagegen lassen die funktionellen Untersuchungen völlig im Stich. Bezüglich der Therapie betont er die Unrichtigkeit radikalen Vorgehens, während palliative Methoden öfters zum Ziele führen. — Brüning-Lichterfelde zeigte einen Säugling, dem im siebenten Monat eine Niere wegen multipler Nierenabszesse herausgenommen war und bewies damit, daß die Nephrektomie schon in so frühem Lebensalter ohne Schaden für das Kind vorgenommen werden kann.

E. Joseph-Berlin sprach zur **Entfernung tiefsitzender Uretersteine.** Er führte aus, daß es nicht so leicht ist, sich ein Bild zu machen, wie weit bereits die Niere geschädigt ist. Die Nierenschädigung geht nicht immer parallel der Größe der Steine und der Verschließung des Ureters durch sie. Die funktionellen Untersuchungen lassen hier im Stich; denn eine zur Zeit funktionsunfähige Niere kann sich später wieder erholen. Es gibt auch poröse Steine, die trotz ihrer Größe Urin durchlassen. Medikamentöse Mittel sind meist erfolglos, ebenso Oel-Glyzerinspülungen. Mitunter gelingt es mit einer Fischbeinsonde neben den Stein zu kommen und ihn nach vierundzwanzigstündigem Liegenlassen zum Abgehen zu bringen. Meist muß man aber operativ vorgehen, wozu eine eigene Schnittführung erforderlich ist. — Eine Reihe seltener Pyelogramme führte Janke-Berlin am Lichtbilderabend vor.

Ueber die **Entfernung des Prostatakarzinoms auf kombiniertem Wege** sprach Läwen-Marburg. Man soll bei jeder Prostatektomie eine Probeexzision vornehmen und sofort die mikroskopische Feststellung machen, um danach den weiteren Operationsplan zu stellen. Das kombinierte Vorgehen von Damm und Blase ermöglicht in operablen Fällen die Entfernung des Tumors in toto. Von sieben Fällen überstanden vier die Operation. Ein Fall, bei dem gleichzeitig der Mastdarm reseziert werden mußte, ist seit zwei Jahren geheilt.

Zur kystoskopischen Technik wies Joseph-Berlin auf ein von McCarty konstruiertes und empfohlenes Zystoskop hin, das sich ihm mit einigen Modifikationen bewährt hat, das mit einer Spülvorrichtung versehen ist, die bei störenden Blutungen in wenigen Minuten eine klare Zystoskopie ermöglicht.

Ein **Apparat zur einwandsfreien sterilen Aufbewahrung der Uretrenkatheter** wird von A. Rosenburg-Mannheim empfohlen. Durch zweckmäßige Verbindung mit einem zur Aufnahme von Calc. chlor. bestimmten Röhrchen, welches den vorher mit Sublimatlösung desinfizierten Katheter trocknet, und einem zweiten für Formalintabletten bestimmten Behälter wird die sterile Aufbewahrung in gestreckter Stellung des Katheters ermöglicht.

Leuchtende Instrumente nicht nur für den Urologen, sondern auch für den in der Tiefe operierenden Chirurgen und Gynäkologen zeigte Haebler-Berlin. Dieselben haben den Vorzug, daß alle Teile, auch die zuführenden Schnüre und die Lampen auskochbar sind. Die Lampen sind so angebracht, daß durch sie kein störender Schatten entsteht. Sie haben sich, wie Gohrbandt-Berlin ausführt, in einer großen Anzahl von Fällen bewährt.

Eine **neue Narkosenmaske** demonstrierte Kelling-Dresden, welche die ausgeatmeten Gase zum Schutze des Narkotiseurs und der operierenden Aerzte nach außen abführt.

Am Lichtbilderabend zeigte Westhues-Frankfurt a. M. eine **Modifikation der Thierschschen Transplantation.** Der doppelt so dicke, wie gewöhnlich, Thierschsche Lappen wird in parallele Streifen von 3—4 mm Breite geschnitten, und diese werden mit einer dem Dechamps ähnlichem Instrument wellenförmig durch die Granulationen hindurchgeführt. Nach 2—3 Tagen werden die Granulationen entfernt, und es erfolgt nun eine schnelle Ueberhäutung der Wundfläche. Das Verfahren ist nur bei größeren Flächen anwendbar und bildet eine Ergänzung zu den Methoden von Braun und Pels-Leusden.

Es folgten eine Reihe von Vorträgen aus der **plastischen Chirurgie.** Perthes zeigte mehrere Fälle, in denen er nach völligem Defekt der Nase wegen Karzinoms eine **Rhinoplastik mittels Visierlappen** vorgenommen hat. — J. Joseph-Berlin meint, daß man in diesen Fällen mit einer Plastik aus dem Arm oder der Wange ausgekommen wäre. Er zeigte einen Fall, in welchem er zum Ersatz eines Defektes von Nase, Lippen und Oberkiefer nach Schußverletzung eine große Visierlappenplastik vorgenommen. Nicht gelungen war ihm in diesem Falle die Stützung der Nase, da es nicht gelang, durch eine zahnärztliche Prothese diese zu ersetzen. Er würde daher in einem ähnlichen Falle jetzt so vorgehen, wie dies Lexer für das Kinn empfohlen. Er würde einen Tibiaspan als knöcherne Stütze verwenden und ihn an zwei Stellen einkerben. — Block-Witten empfiehlt ein Verfahren zur Deckung des Defektes an der Stelle, an welcher der Visierlappen entnommen. Derselbe wurde durch straff gespannte Seidenfäden mehrfach verkleinert. — Kirschner-Königsberg betont, daß der Stiel bei der Visierlappenplastik so schmal sein kann, daß er nur die Arteria temporalis enthält. Um die Größe des zur Plastik erforderlichen Lappens zu bestimmen, macht er sich in jedem solchen Falle vorher ein Modell.

v. Gaza-Göttingen schlug für die schweren Fälle von **Gaumenspalte,** in denen Sprachstörungen infolge Fehlen des Passavanschen Wulstes bestehen bleiben, eine **Fettgewebstransplantation in den Retropharynx** vor. Der Fettlappen darf nicht zu klein sein und soll in das retropharyngeale Gewebe derartig eingepflanzt werden, daß er die ganze hintere Pharynxwand vorwölbt. Der Zugang zu dem Retropharynx muß von der äußeren Halsseite genommen werden. — Demgegenüber hebt Eckstein-Berlin als einfacheres Verfahren die Einspritzung von Hartparaffin hervor, die sich ihm in einer Anzahl von Fällen bewährt hat und ein Eingriff ist, der ohne Betäubung selbst bei kleineren Kindern vorgenommen werden kann. — Perthes-Tübingen hat zu gleichem Zwecke Rippenknorpel in den Retropharynx transplantiert. Derselbe versagte aber, da er mit dem Kranken nicht mitwuchs; er befürchtet das gleiche mit dem eingespritzten Paraffin. — Bier-Berlin betont bei dieser Gelegenheit, daß man ähnliche Enttäuschungen bei Knochentransplantationen bei Kindern erlebt, während Heidenhain-Worms bei einem 7 jährigen Knaben ein gutes Wachstum des implantierten Knochens konstatieren konnte; es kommt darauf an, daß der Emphysenknorpel erhalten ist. — Bezüglich der Paraffininjektionen betont v. Gaza das ablehnende Verhalten im Schrifttum; die von ihm angegebene Transplantation soll nur für schwerste Fälle in Betracht gezogen werden.

Payr-Leipzig: **Plastiken an den großen Kugelgelenken.** In Betracht kommen Schulter- und Hüftgelenk. Wesentlich ist die Erhaltung des dreiachsigen Muskelspieles. Am Schultergelenk wird dies am besten durch einen bogenförmigen Schnitt um den Deltamuskel erreicht mit Spaltung des Akromion auf der einen und der Klavikula auf der anderen Seite und Umklappung des Ganzen nach unten. Es folgt nun die Formung des Kopfes, Ueberziehung desselben mit einem Faszienlappen und Schluß des Gelenkes, Ruhigstellung auf 5—6 Tage, dann Bewegungen. Am Hüftgelenk wird der Zugang durch Abmeißelung des Trochanter major geschaffen. Es folgt dann auch hier die Neubildung des Kopfes und die Ueberziehung mit Faszie. Streckverband in abduzierter Stellung für vier Wochen. Von 35 Ankylosen des Hüftgelenkes wurden 20 mit Plastik, 15 mit Sattelpseudarthrosenbildung mit 66 Prozent sehr guten und guten Erfolgen behandelt. Sowohl an Schulter wie an Hüfte kommt es sehr oft zu Resorption des neugebildeten Kopfes.

Auch Schanz-Dresden ist, wie er in der Aussprache bemerkte, oft in ähnlicher Weise vorgegangen. Er glaubt, daß die Bildung des Kopfes eine unnötige Arbeitsleistung sei und daß man mit der subtrochanteren Osteotomie zu guten funktionellen Resultaten komme. — Wullstein-Essen hat die Freilegung des Schultergelenks in ähnlicher Weise gemacht wie Payr, wodurch ein guter Zugang zum Schultergelenk geschaffen wird. Er hat, wie dies auch von Payr erwähnt wurde, öfters eine Sattelgelenkpseudarthrose durch intraartikuläre Osteotomie geschaffen. Auch beim Hüftgelenk ist er öfers ohne Kopfbildung mit keilförmiger Osteotomie vorgegangen.

Stanischeff-Sofia sprach über **Nearthrosis genu supracondylica.** Er betonte zunächst die Gefahr der ruhenden Infektion bei allen Gelenkmobilisationen. In einzelnen Fällen hat ihn das Röntgenbild durch eigentümliche Schattenbildung vor einer solchen gewarnt. Zur Bildung eines neuen Kniegelenkes ist er oberhalb des eigentlichen Gelenkes eingegangen und hat nach Abpräparieren der Kniescheibe am proximalen Teile eine Gelenkfläche mit einer Vertiefung, einer Art Pfanne geschaffen, in die eine am distalen Ende geschaffene Erhöhung hineinpaßte, die im Durchschnitte die Form eines Omega hatte. Zwischenlagerung von Faszie, Beginn der Bewegungen nach acht Tagen. Nach 48 Tagen war eine aktive Beugung bis 40 Grad erzielt. Das Röntgenbild zeigte einen guten Gelenkspalt.

Mit diesen Vorträgen hatten sich die Verhandlungen bereits den Gelenken zugewendet, die mit den Knochen und Muskeln den Schluß des Kongresses beschäftigten. Auf dem Lichtbilderabend hatte Konjetzny-Kiel die **Perthes-Köhlersche Krankheit** behandelt und im Röntgenbilde und an Präparaten das Entstehen der subchondralen Nekrosen und die sich allmählich entwickelnden Regenerationsprozesse gezeigt. Er hatte aber auch gezeigt, wie diese Regeneration nicht immer eine vollkommene ist, so daß sich daraus die Entwickelung einer echten Arthritis deformans erklärt, und machte Vorschläge zu ihrer Verhütung.

Lehmann-Rostock zeigte in einer Anzahl von Röntgenbildern die **Entstehung der Gelenkmäuse** und demonstrierte an Präparaten ihren anatomischen Bau. Während des Loslösungsprozesses beginnen schon Regenerationsvorgänge, die zu einem Festwachsen der in Lösung begriffenen Teile führen könne, die aber in dem einen Falle schließlich doch wieder zur Loslösung geführt haben. Es ist eine vollkommene Rekonstruktion möglich, wenn es gelingt, das Gelenk unter Bedingungen zu setzen, in denen nicht dauernd neue Schädlichkeiten einwirken.

Fritz König-Würzburg ist der Frage der **Osteochondritis dissecans** auf experimentellem Wege nachgegangen. Es ist ihm gelungen auf rein embolischem Wege ohne jedes Trauma die Krankheit zu erzeugen, die der beim Menschen beobachteten vollkommen ähnlich ist und im Röntgenbild, wie bei der Besichtigung genau dieselben Bilder gibt. Redner schließt, daß neben direkten und indirekten Traumen auch Gefäßverstopfungen (Embolien) die Ursache der Gelenkmausbildung sein können.

Seeliger-Frankfurt a. M. sprach zur **pathologischen Physiologie der Gelenke und der Gelenkmausbildung.** In der Aetiologie dieser Krankheit spielt ein unbekannter Faktor mit. Er glaubt, daß derselbe in der Beschaffenheit der Synovia zu suchen sei. Sie enthält im gewöhnlichen 97 Prozent flüssige und 3 Prozent feste Bestandteile, letztere in kolloidaler Lösung. Bei Entzündungen steigt der Gehalt an Zellen. Die Reaktion ist alkalisch ($P_2 = 8,4$ Ionen. Bei Arthritis deformans, Arthropathien, freien Gelenkkörpern ist die Alkaleszenz herabgesetzt ($P_2 = 7,8$ Ionen). Es treten Ausflockungen auf, der Koagulationspunkt ist herabgesetzt. Dies erklärt vielleicht die Veränderungen. Durch die Veränderungen der Synovia wird eine Synovitis sicca hergevorrufen, welche zu Veränderungen des Knorpels zu Knorpelnerosen im Sinne Axhausens führen. Im ähnlichen Sinne wirken Fibrinausscheidungen nach traumatischen Blutungen. Durch Tierversuche werden diese Untersuchungen bestätigt. Durch Einspritzung schwerlöslicher Kalksalze wurden bei gleichzeitiger Herabsetzung der Alkaleszenz der Synovia der Arthritis deformans gleiche Erscheinungen hervorgerufen.

In der Aussprache betonte Bier-Berlin, daß er die Bedeutung der Synovia stets betont habe. — Burckhardt-Marburg will die Deutung der Königschen Versuche bezüglich der Entstehung der Gelenkmäuse nicht anerkennen.

Walter Müller-Marburg hat Versuche angestellt zur Aufklärung der **Abhängigkeit des Knochens von der Blutzirkulation.** Er wies eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Zirkulationsstörungen nach, welche dadurch herbeigeführt wird, daß die Interzellularsubstanz nicht mehr das Herantreten der Ernährungsflüssigkeit an den Knochen gestattet. Solche Zustände finden sich bei Exostosen an der Stirn, auch bei einer eigenartigen Erkrankung der Sesambeine. Jedenfalls liegen hier Zustände vor, die vielleicht als Uebergangsformen zu Nekrosen betrachtet werden müssen.

König-Würzburg hob die Bedeutung dieser Untersuchungen hervor und betonte gegenüber Burckhardt noch einmal, daß er als Ursache der Gelenkmäuse verschiedene Ursachen annehme.

A. Israel-Berlin hat die auf dem vergangenen Kongresse bereits kurz erwähnten Versuche über **Avitaminose und Knochenbruchheilung** fortgesetzt. Sie zeigen in deutlicher Weise den Einfluß der vitaminlosen und vitaminarmen Kost auf die Heilung der Knochenbrüche, wie er in einer Reihe von Röntgenbildern an den Versuchstieren zeigte, denen die Rüben entzogen und durch Zitronen in Verdünnungen von 1 : 30, 1 : 60, 1 : 90—1 : 120 ersetzt wurden. Und ebenso wie die Nahrungsänderungen wirkten auch andere Ernährungsstörungen, wie schwere Allgemeininfektionen, Schwangerschaft nachteilig auf die Kallusbildung.

In der Aussprache betonte Bier-Berlin, daß er auch die praktischen Folgerungen aus diesen Versuchen gezogen habe. So ist es ihm gelungen, eine Pseudarthrose, welche allen anderen Maßnahmen trotzte, durch Darreichung von 250 g rohen Mohrrüben, 2 Zitronen und Bienenhonig mit Waben und einige andere Fälle zur Ausheilung zu bringen.

Burckhardt-Magdeburg berichtet über Versuche, die er an Ratten angestellt. Er wollte den Einfluß der **Knochenfunktion auf die Fraktur** feststellen. Er brachte den Knochen zum Erfrieren, überließ ihn seiner Funktion oder nähte ihn ein oder durchschnitt den Nervenplexus. Es zeigten sich keine Unterschiede, abgesehen von einer nach Monaten nach Plexusdurchschneidung auftretenden Knochenatrophie in der Regeneration. Die mechanischen Momente bei dem Knochenbruch wirken nur gestaltend, die Regeneration findet unabhängig von ihnen statt, wobei die Gewebsschädigung einmal hemmend, andererseits aber auch wieder durch Nekrosenbildung anreizend wirkt.

Ueber gute Erfahrungen, die er mit Gips evtl. unter Zusatz von Jodoform zur **Plombierung von Knochenhöhlen** gemacht, berichtet Oehlecker-Hamburg.

W. Block-Witten sprach über **traumatische aseptische Metaphysennekrosen am Radius und ihre Beziehungen zu anderen gelenknahen Knochenerkrankungen.** Er lenkte die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Spongiosa als in den Knochen eingeschalteter Puffervorrichtung zum Auffangen eines Stoßes. Aber neben diesen mechanischen Momenten spielen auch biologische Vorgänge mit, welche durch kolloidchemische Vorgänge zu erklären sind.

E. Bergmann-Berlin zeigte am Lichtbilderabend zwei eigentümliche Fälle von Verkrümmungen der Tibia, die, wie das Röntgenbild bewies, auf **chronische, unbemerkt verlaufende Osteomyelitis** zurückzuführen waren.

Ueber die guten Erfolge, die mit der **primären Naht** der Weichteilwunden **bei komplizierten Frakturen** erzielt wurden, berichtet Koch-Bochum. Nur bei den schwersten Zertrümmerungsbrüchen der unter Tag Arbeitenden wurde sie nicht restlos gemacht. Hier wurde kein fixierender Verband gemacht, sondern Nagelzugextension mit dauernder Berieselung mit Dakinscher Lösung und offener Wundbehandlung. Prinzipiell wurde prophylaktisch Tetanusantitoxin eingespritzt.

Scheffler-Bochum berichtet über die **Behandlung der Unterschenkelfrakturen.** Seit 1918 wird prinzipiell die U-förmige Gipsschiene angewendet, welche sich sehr bewährt hat. Extension wurde nur bei großer Zertrümmerung, bei komplizierten Frakturen zur Einleitung der offenen Wundbehandlung und bei Schrägfrakturen gemacht. Durchschnittliche Dauer bis zur Arbeitsaufnahme betrug 68,6 Tage. Nach 13 Wochen waren erwerbsfähig 12,5 Prozent, nach einem halben Jahr 33,3 Prozent, nach einem dreiviertel Jahr 40,4 Prozent, nach einem Jahr 46,4 Prozent, nach zwei Jahren 85,4 Prozent.

Nußbaum-Bonn sprach über **Muskellänge bei Semiflexion.** Er zeigte an einem sinnreich konstruierten Apparat, daß alle langen Flexoren bei zunehmender Beugung verlängert werden, während der M. rectus femoris verkürzt wird. Dadurch wird das Verdienst Zuppingers um die Verbände in Semiflexion nicht geschmälert, wenn auch die Erklärung für ihre günstige Wirkung eine andere ist.

Ueber den **Wert der Amputation und Exartikulation im Bereich des Fußes** sprach Magnus-Bochum. Er hält den Pirogoff dem Lisfrank und Chopart gegenüber für überlegen. Er benutzt zu dem letzteren die alte Schnittführung ohne Nagel und ohne Drain und läßt die Kranken nach vier Wochen mit Gipshülse aufstehen.

In der Aussprache betont zur Verth-Altona, daß die Pirogoffamputierten oft darüber klagen, daß ihr Gang von Jahr zu Jahr schlechter werde. Es gibt bisher noch keine gute Prothese für den Stumpf nach Pirogoff. Die besten sind die, welche unter dem Stumpf noch ein federndes Gelenk haben. — Wullstein-Essen stimmt mit Magnus darin überein, daß der Lisfrank recht gute Resultate gibt; doch will er den Chopart nicht missen und meint, daß der Pirogoff zwar für den Bergmann geeignet sei, da er am besten mit dem Stelzfuß auftrete, daß aber sonst aus kosmetischen Gründen der Chopart zu bevorzugen sei, wie überhaupt der Kalkaneus die beste Auftrittsmöglichkeit gebe. — Auch Schanz-Dresden will Chopart und Lisfrank nicht missen. Durch Verlagerung der Peroneussehne vor dem Knöchel wird die Fußstellung eine bessere. — Ebenso tritt Kausch-Berlin für den Chopart ein. Die Neigung zu Spitzfußstellung bekämpft er durch Verlängerung der Achillessehne. — Körte-Berlin betont die Wichtigkeit der Primärheilung zur Erlangung eines guten Pirogoffstumpfes. — Magnus betont im Schlußwort den Unterschied zwischen Kriegs- und Friedensverletzten.

Kölliker-Leipzig zeigt einen Kranken mit hoher Oberschenkelamputation, dem er eine **neue Oberschenkelprothese** gebaut, welche den Kranken in einem halb offenen Korbe sitzen läßt. Der Kranke, welcher keine der bisher für ihn gearbeiteten Prothesen vertrug, ist imstande, mit dieser bis zu zwei Stunden zu gehen.

zur Verth-Altona betont im Anschluß daran, daß es falsch sei, Prothesen nach einem bestimmten Typ zu bauen. Sie müssen jedem Fall angepaßt sein.

Zur Aetiologie der Schiefhalserkrankung hebt Schubert-Königsberg folgende vier Punkte hervor: Die Degeneration beschränkt sich nicht auf den Kopfnicker, sondern befällt auch seine Scheide und die benachbarten Muskeln. Sie ist oft mit Schädelasymmetrie und Gesichtsungleichmäßigkeit verbunden. Sie ist erblich und oft mit anderen Mißbildungen zusammen beobachtet. Nach Entfernung des Kopfnickers regeneriert er wieder. Alles läßt sich unschwer erklären, wenn man eine Anomalie des Zentralnervensystems als Ursache annimmt.

Löhr-Kiel hat Untersuchungen über **ischämische Kontraktur** angestellt. Er führt aus, daß primäre Nerven- und Gefäßerkrankung nicht unbedingt zu ihrer Entstehung erforderlich sind. Ein Symptom liegt immer vor, ein subfasziales und subkutanes Hämatom. Eine genaue Untersuchung ergibt nun, daß der Muskel in der Mitte tot ist, an der Peripherie lebt. Versuche an Tieren ergaben, daß sich dort eine Endarteriitis obliterans bildete. Erst ganz allmählich findet eine Regeneration statt. Für die Therapie ergibt sich daraus die Forderung, jene verhängnisvollen Hämatome auszuräumen, dann aber auch mit der medikomechanischen Therapie nicht zu früh aufzuhören.

Zum Ehrenmitgliede wurde Wilhelm Müller-Rostock, zum Vorsitzenden für das Jahr 1927 Küttner-Breslau gewählt.

Der Röntgenkongreß.

Am 11., 12. und 13. April 1926 fand in Berlin unter dem Vorsitz von Haudek die 17. Tagung der Deutschen Röntgen-Gesellschaft statt. Aeußerlich das gewohnte Bild: lebhafte Beteiligung aus aller Herren Länder. Wie immer taten sich die Oesterreicher besonders hervor. Die Aussprachen standen fast durchweg auf erfreulich hohem Niveau — obwohl einige von den „Prominenten" in letzter Stunde abgesagt hatten. Die kluge, verbindliche Art, in der der Vorsitzende seines Amtes waltete, verdient besonders gerühmt zu werden.

Die erste Sitzung brachte eine Aussprache über das Thema: **„Ist die prophylaktische Nachbestrahlung beim Mamma-Karzinom berechtigt?"** Hierzu hielten Jüngling und Holfelder die einleitenden Referate. Jüngling führte etwa folgendes aus:

Während in früheren Jahren die prophylaktische Nachbestrahlung beinahe als eine Selbstverständlichkeit angesehen worden ist, besteht seit etwa fünf Jahren eine vollständige Verwirrung in dieser Frage. Nachdem Perthes durch Vergleich der Statistiken verschiedener deutscher Universitätskliniken festgestellt hat, daß die Prognose des operierten Mamma-Karzinoms sich bei intensiver Nachbestrahlung nicht nur nicht bessert, sondern sogar deutlich verschlechtert, je intensiver die Nachbestrahlung vorgenommen wird, ist die Röntgenbehandlung vielfach völlig in Mißkredit geraten. Nachdem nun aber in fünf Jahren weitere Erfahrungen gesammelt worden sind, ist es an der Zeit, durch vergleichende Statistik noch einmal an dieses wichtige Problem heranzutreten. Für die Beurteilung des Strahlenerfolges ist die Art der statistischen Erfassung von entscheidender Wichtigkeit. Jüngling schlägt eine Modifikation des Steinthalschen Einteilungsschemas vor, indem er besonderen Wert auf den Zustand der Drüsen legt, da nur auf diese Weise eine objektive Beurteilung möglich ist. Es ergeben sich vier Stadien:

Stadium 1. Keinerlei Verwachsungen des auf die Brustdrüsen beschränkten Primärtumors. Drüsen frei von Ca.

Stadium 2. Tumor nicht mehr frei verschieblich. Achseldrüsen vergrößert, aber nicht krebsig durchwachsen.

Stadium 3. Tumor wie bei 2., Achseldrüsen krebsig durchwachsen oder Tumor infiltriert den Pektoralis oder das Corium oder beides bei freien oder krebsig durchwachsenen Drüsen.

Stadium 4. Wie bei 3., außerdem aber noch krebsige Durchwachsung der Infraclaviculardrüsen oder Supraclaviculardrüsen oder Hautmetastasen.

Mit Berücksichtigung dieses Einteilungsschemas und der weiteren von J. aufgestellten Forderungen der statistischen Berechnung wird es möglich sein, auch die Erfahrung der kleineren Kliniken heranzuziehen, deren geringe Frequenz an sich eine prozentuale Berechnung nicht gestattet. Nach diesen Gesichtspunkten ergeben die bisher vorliegenden Statistiken folgende Resultate: Relative Verbesserung in Kiel, Rostock und Basel, relative Verschlechterung in Tübingen. Bei der Betrachtung der absoluten Aenderung (Verbesserung oder Verschlechterung gegenüber dem durchschnittlichen Optimum bei rein operativer Behandlung) ergibt sich bei Berücksichtigung fünfjähriger Heilungsdauer, daß nur Kiel eine absolute Verbesserung aufzuweisen hat, während die Verschlechterung in Tübingen besonders augenfällig ist. Die Unterschiede können, da das Material ungefähr dasselbe war, nur auf die verschiedene Technik zurückgeführt werden. Die in Tübingen zuletzt angewandte Technik bestand darin, daß in Abständen von 4—5 Wochen vier- bis achtmal eine Erythemdosis auf Achselhöhle, Brust- und Supraclaviculargegend gegeben worden ist. Diese Methode ist also zu verwerfen, ebenso wie die an anderen Orten geübte homogene Durchstrahlung des ganzen Ausbreitungsbezirks mit der „Karzinomdosis". In Kiel hingegen wurde mit verteilten mittleren Dosen gearbeitet und der Erfolg gibt den dortigen Röntgenologen Recht. Die Erklärung für den Erfolg der fraktionierten Bestrahlung findet Jüngling in den Eigenschaften der latenten Zelle. Während bei manifesten Karzinomzellen angesichts ihrer größeren Strahlenempfindlichkeit die einmalige Verabreichung einer großen Strahlendosis berechtigt und geboten ist, kommt dieses Verfahren für die latente Karzinomzelle nicht in Betracht. Die latente Zelle zeichnet sich aus einerseits durch eine erheblich geringere Radiosensibilität, andrerseits durch ihre große Kumulationsfähigkeit. Daraus ergibt sich die Forderung, kleinere Dosen anzuwenden, diese aber öfters zu wiederholen. Eine Schädigung des umgebenden Gewebes, insbesondere eine Schädigung des Mediastinums und der Lunge, sowie eine Allgemeinschädigung durch Verabfolgung einer zu großen Raumdosis ist unbedingt zu vermeiden. Ob bei Berücksichtigung dieser Richtlinien die Ergebnisse der operativen Behandlung des Mamma-Karzinoms verbessert werden können, muß erst abgewartet werden. Heute steht die prophylaktische Nachbestrahlung des Mamma-Karzinoms noch immer im Versuchsstadium."

Im Anschluß an Jünglings Referat sprach Holfelder über die Methodik der prophylaktischen Nachbestrahlung. Auch er geht von der Tatsache aus, daß die Ergebnisse der Nachbestrahlung um so schlechter sind, je stärker die Röntgeneinwirkung betrieben wurde. Andererseits sind die Ergebnisse der rein operativen Behandlung durchaus noch nicht so befriedigend, daß man auf eine ergänzende Methode verzichten könnte. Aus frontalen Schnitten durch die erkrankte Brustdrüse ergibt sich, daß Fäden von Karzinomgeweben weit bis in die Peripherie der Brustdrüse und des Pektoralis hineinziehen und daß es selbst bei ganz radikaler Operation, auch bei beginnenden Fällen oft unmöglich ist, alle diese Herde mit zu entfernen, zumal sie bei makroskopischer Betrachtung des lebenden Gewebes nicht als karzinomatös zu erkennen sind. Wenn wir nun durch die Röntgenbestrahlung oft imstande sind, Rezidive und Metastasen zu beseitigen, so kann doch von einer regelmäßigen und einheitlichen Einwirkung nicht gesprochen werden. Damit ist die große Bedeutung der prophylaktischen Nachbestrahlung gekennzeichnet. Um über die zweckmäßigste Methodik Klarheit zu gewinnen, müssen wir den Wirkungsmechanismus der Strahlenbehandlung ins Auge fassen. H. steht auf dem Standpunkt, daß die Strahlenwirkung auf die Karzinomzelle eine direkt schädigende ist. Eine indirekte Reizwirkung auf die Abwehrkräfte des Körpers ist abzulehnen. Allerdings müssen außer der direkten Schädigung der Karzinomzellen durch die Röntgenstrahlen auch Abwehrkräfte des Körpers vorhanden sein, die mit solchen Karzinomzellen fertig werden, die durch die Strahlen nicht genügend beeinflußt worden sind. Was die biologischen Vorgänge bei der Strahlenbehandlung der latenten Karzinomzellen anbelangt, so teilt H. die Ansichten Jünglings. Die Dosis, die insgesamt auf die latente Karzinomzelle appliziert werden muß, um sie hinreichend zu schädigen, gibt H. zu 4—5 Erythemdosen an. Diese Dosis kann selbstverständlich nicht mit einem Mal appliziert werden. Es ist zu empfehlen, halbe Erythemdosen in Abständen von 4—6 Wochen acht- bis zehnmal hintereinander auf das gefährdete Gebiet zur Einwirkung zu bringen. Es muß aber dabei strengstens verhütet werden, daß die Abwehrkräfte des Körpers leiden, mit anderen Worten, daß eine Röntgenvergiftung des Körpers eintritt, die eine große Raumdosis mit sich bringt. Insbesondere ist auch darauf zu achten, daß das Mediastinum geschont wird. Andererseits ist eine gleichmäßige Durchstrahlung des gefährdeten Gebietes erforderlich. Diesen Anforderungen kann nur genügt werden, wenn die Strahlen in tangentialer Richtung appliziert werden. Zur Erzielung einer gleichmäßigen Streustrahlenwirkung wird dabei die Patientin mit Wassersäcken oder Bolus alba oder dergleichen umkleidet. Es wird nun in seitlicher Richtung von beiden Seiten je ein Strahlenkegel appliziert, dessen Zentralstrahl aber außerhalb des Körpers gelegen ist. Hierzu kommt ein Zusatzfeld, das in senkrechter Richtung bestrahlt wird, aber nur mit geringer Dosis. Mit Benutzung seines Felderwählers konnte H. zeigen, daß es mit dieser Methodik möglich ist, die ganzen gefährdeten Partien einschließlich der Oberschlüsselbeingrube und der Achselgrube hinreichend homogen zu durchstrahlen und daß die auf die Lunge entfallenden Strahlenmengen ganz minimal sind. Bei denjenigen Fällen, in denen wegen der Bösartigkeit des Karzinoms oder wegen des fortgeschrittenen Zustandes die Gefahr eines Frührezidivs besonders groß ist, empfiehlt H. dieselbe Flankierungstechnik aber mit größeren Dosen. Wenn manifeste Karzinomzellen zurückgeblieben sind oder ein Frührezidiv bereits eingetreten ist, soll die prophylaktische Flankierungsmethode ergänzt werden durch eine direkte Bestrahlung der erkrankten Stelle mit scharf abgeblendeten Feldern oder durch Radiumbehandlung. Die geschilderte Methodik wird in der Holfelderschen Klinik seit drei Jahren eingehalten und die bisherigen Erfolge sind durchaus ermutigend.

Die Diskussion wurde eingeleitet durch **Anschütz** (Kiel), der bemerkenswerte Erläuterungen zu seiner bekannten Statistik gab. Sehr beachtenswert ist sein Vorschlag, in Zukunft das Ergebnis der Krebstherapie nicht nach der Rezidivfreiheit, sondern nach den Todesfällen zu beurteilen, da nur auf diese Weise eine objektive und sichere Statistik möglich ist. Es müssen dabei alle Todesfälle als Karzinomtod gerechnet werden. A. erläuterte auch sein Einteilungsschema für Mamma-Karzinom, das in einigen Punkten von dem Steinthalschen und auch Jünglingschen Schema abweicht. Die besten Erfolge erzielt A. bei der Gruppe 2a und b. Bei der Gruppe 3 war auch mit der Kieler Methode eine Verschlechterung zu konstatieren. Im ganzen haben sich die Resultate in den letzten Jahren gegenüber der früheren etwas verschlechtert. A. führt das darauf zurück, daß die Methodik der Nachbestrahlung geändert wurde, während früher unter 4 mm Al. bestrahlt wurde, ist A. in den letzten Jahren auch zur Verabfolgung größerer Dosen unter Zn. Filter übergegangen. Die neuen statischen Ergebnisse sprechen aber deutlich zugunsten der alten Methode.

Hans Meyer, der die Kieler Methode begründet hat, erläuterte seine Bestrahlungstechnik: mittelweiche Strahlung, 4 mm Al. Filter, pro Sitzung ¾ H. E. D. 10—12 Bestrahlungen in Intervallen von 1—3 Monaten, Gesamtbestrahlungszeit also etwa zwei Jahre. Bei dieser Technik wurden aber Spätschädigungen und regelmäßig Teleangiektasien beobachtet. Dies gab die Veranlassung zur Aenderung der Technik. Es wurden zuletzt nur neun Bestrahlungen verabfolgt zu je ½ H. E. D. unter Zn. Filter.

Sgalitzer (Wien) zeigte eine Statistik seiner Klinik, die sich allerdings nur auf eine verhältnismäßig kleine Patientenzahl erstreckte. Die Resultate sprachen eindeutig zugunsten der prophylaktischen Nachbestrahlung, auch er tritt für Anwendung kleiner Dosen ein und für fraktionierte Bestrahlung. Die Strahlenempfindlichkeit der Karzinomzelle ist nicht konstant, sondern wechselnd. Bei Anwendung fraktionierter Bestrahlung ist daher die Aussicht, die Karzinomzellen im empfindlichsten Stadium zu treffen, größer als bei einzeitiger Bestrahlung.

Lazarus (Berlin) betont, daß aus biologischen Gründen die Aussichten der Röntgentherapie erheblich besser sind, wenn präoperativ bestrahlt wird. Der Allgemeinzustand der Patientin ist besser und die Karzinomzelle liegt in saft- und blutreicher Umgebung. Die Möglichkeit einer günstigen Reaktion auf die Röntgenstrahlen ist also erheblich besser als nach der Operation.

Penzoldt (Erlangen) empfiehlt, die Nachbestrahlung nicht unmittelbar nach der Operation vorzunehmen, sondern erst etwa 6 Monate später.

Aus der Diskussion konnte man jedenfalls entnehmen, daß die Skepsis gegenüber der prophylaktischen Nachbestrahlung nicht zu weit getrieben werden sollte. Die massiven Dosen haben in der prophylaktischen Nachbestrahlung auf jeden Fall abgewirtschaftet. Der Vorschlag **Holfelders** fand bei den meisten Rednern Beifall. Eine endgültige Beurteilung ist natürlich erst in Jahren möglich, wenn die Forderungen einheitlicher Gesichtspunkte bei der Aufstellung der Statistik sich durchgesetzt haben.

Es folgte eine große Zahl weiterer therapeutischer Vorträge. Leider mußten wegen Zeitmangels die meisten Redner sich so kurz fassen, daß gewiß manches Wertvolle unterging. Auch war für eine ruhige Aussprache nicht genügend Zeit vorhanden. Es ist dies sehr zu bedauern, aber bei der großen Zahl der angemeldeten Vorträge mußte diese Beschränkung schon mit in Kauf genommen werden.

E. G. Mayer (Wien) sprach von seinen Versuchen, die Wirkung der Röntgenstrahlen durch intravenöse hypertonische Dextroselösung zu verstärken. Diese Versuche fußen auf den Forschungen **Warburgs** über die Biologie der Karzinomzelle. Die bisherigen Ergebnisse scheinen sehr günstig zu sein, zumal auch in solchen Fällen Besserung erzielt wurde, die vorher vergeblich mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind. Allerdings ist sowohl die Zahl der behandelten Fälle zu klein, als auch die Beobachtungszeit zu kurz, um ein auch nur einigermaßen abschließendes Urteil zu gestatten. **Staunig** hat ähnliche Versuche unternommen und schließt sich den **Mayer**schen Ausführungen an.

Klienenberger und **Heidenhain** wenden sich dagegen.

Frik (Berlin) berichtet über seine Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Zellstoffwechsel im Anschluß an die **Warburg**schen Forschungen. **Warburg** konnte feststellen, daß im allgemeinen die Glykolyse durch die Gewebsatmung gehemmt wird, bei der Karzinomzelle dagegen, ebenso wie bei embryonalen Geweben, nicht. **Frik** fand nun, daß die Röntgenstrahlen eine hemmende Wirkung auf die Glykolyse haben, die Zellatmung aber nicht beeinflussen. Bei Tumortieren, die vor der Röntgenbestrahlung Dextrose-Injektion erhielten, konnte eine Sensibilierung der Glykolyse festgestellt werden. Es ist möglich, daß diese Untersuchungen praktisch therapeutische Ergebnisse zeitigen werden.

von Wieser (Wien) berichtet über Erfolge bei der Röntgenbestrahlung psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen im Kindesalter. Katatonie, Encephalitis lethargica, Strabismus, Mongoloidismus und andere Entwicklungshemmungen wurden mit Röntgenstrahlen behandelt, und zwar wurde die Schädelbasis, der Thymus und andere endokrine Drüsen bestrahlt. Der Vortragende berichtet über weitgehende Besserung, wie sie sonst bei diesen Krankheiten kaum beobachtet werden. Seine Ausführungen, die an sich geeignet wären, Sensation zu machen, fanden aber keinen großen Nachhall, offenbar, weil sich die meisten Zuhörer einer gewissen Skepsis nicht erwehren konnten. Man wird ausführlichere Aeußerungen des Vortragenden abwarten müssen, um zu seinen Vorschlägen Stellung zu nehmen.

Pordes (Wien) sprach über die Röntgenbehandlung der perimandibulären Phlegmone, wie sie besonders bei dem sogenannten „erschwerten Durchbruch des unteren Weisheitszahnes" auftreten. Es handelt sich bekanntlich um eine lebensgefährliche Erkrankung, da die Gefahr der eitrigen Mediastinitis besteht. P. bestrahlt eine großes Feld vom Jochbogen bis zur Mitte des Halses ein- oder zweimal (2 Holzknecht durch 5 mm Aluminiumfilter). Die Erfolge sind ausgezeichnet, ein chirurgischer Eingriff ist meist unnötig. Die perimandibuläre Phlegmone hat nach P. geradezu als indicatio vitalis zur Röntgenbestrahlung zu gelten.

Schneider (Frankfurt) sprach von seinen mit Groedel unternommenen Versuchen über die hemmende Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gärung der Hefezelle. Es zeigte sich, daß die Wirkung weitgehend abhängig ist von der Umgebung der Zelle. Die Röntgenbestrahlungen beeinflussen die Elektrolyte und wirken im allgemeinen bionegativ auf die Umgebung der Zelle ein. Bei Untersuchungen an Paramecien konnte aber festgestellt werden, daß bei kleinen Dosen (⅕ H. E. D.) ein stimulierender Effekt auftritt (biopositive Wirkung).

Burgheim (Berlin) berichtet über die mit Levy-Dorn ausgeführten Untersuchungen des Cholesterinsspiegels im Blut. Beim Hunde fand sich zwei Stunden nach der Röntgenbestrahlung ein Absinken des Cholesterins, nach 24 Stunden ein Anstieg über den ursprünglichen Wert hinaus und dann ein allmähliches Absinken zur Norm, die erst etwa nach 6 Wochen erreicht wird. Bei Menschen fällt der Röntgenkater mit dem Verschwinden des Cholesterins zusammen. Wenn der Cholesterinabfall gering ist, tritt kein Röntgenkater auf. Bemerkenswert ist nun, daß bei malignen Tumoren der Cholesteringehalt nach Röntgenbestrahlungen sofort ansteigt. Es konnte auch festgestellt werden, daß bei unvollständiger Operation ein Anstieg nach der Röntgenbestrahlung stattfindet, während bei vollständiger Operation (ebenso wie bei gesunden Menschen) sich das Cholesterin vermindert. Wahrscheinlich haben wir demnach in der Untersuchung des Cholesterinspiegels ein sicheres Reagens darauf, ob im Körper ein Karzinom oder Sarkom vorhanden ist.

Dehler (Erlangen) präzisierte unter Demonstration eines einschlägigen Falles den Standpunkt der Erlanger Klinik dahin, daß die Wirkung der Röntgenstrahlen ein lokale sei. „Das Karzinom ist eine lokale Erkrankung und muß lokal behandelt werden“ (unbedingt überzeugend waren aber seine Ausführungen nicht, und es war wohl nur der knappen Zeit zuzuschreiben, daß sie unwidersprochen blieben).

Schließlich seien noch die Ausführungen Zollschans erwähnt, der über Buckys Untersuchungen zur Wirkung der überweichen Röntgenstrahlen berichtete. Mit Röntgenstrahlen, die mit einer Maximalspannung von nur 10 bis 11 Kilowatt unter Benutzung einer besonderen Röhre (Lindemann Fenster) erzeugt werden, kann eine rationelle Strahlentherapie der Haut betrieben werden, bei der die germinative Schicht geschont wird. Atrophie, Narbenbildungen, Teleangiektasien sind ausgeschlossen, ebenso tritt keine Epilation auf. Selbst bei Geschwüren, die schmerzlos verlaufen, erfolgt immer die Restitutio ad integrum. Die Bestrahlung wirkt nicht nur außerordentlich günstig bei zahlreichen Hautleiden, sondern auch bei inneren Krankheiten, wie Ulcus ventriculi, Angina pectoris, Polycythämie u. a. Die überweiche Röntgenstrahlung erzeugt eine Hautreizung mit erhöhter Permeabilität der Gefäße (symphatischer Einfluß auf die Haut). Die Rückwirkung auf die inneren Organe ist wahrscheinlich durch nervöse Beeinflussung zu erklären. Lazarus teilte in der Diskussion mit, daß ähnliche Wirkung auch durch Benutzung von Alpha-Strahlen (Thorium X) zu beobachten sind.

Der zweite Tag war der Röntgendiagnostik gewidmet. Das Hauptthema lautete: **„Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase“.** Hierzu hielten Strauß (Berlin) und Pribram (Berlin) die einleitenden Referate.

Strauß wies darauf hin, daß bisher die Röntgenaufnahmen der Gallenblase nur selten positive Resultate gebracht hatten. Es konnte nur gelegentlich ein kalkhaltiges Konkrement oder ein Empyem festgestellt werden. Bemerkenswerterweise sind die Berichte über positive Befunde bei Gallenblasenerkrankungen in Deutschland erheblich seltener, als z. B. in Amerika, wo bis zu 93,5% der untersuchten Fälle von Gallenblasenerkrankungen einen positiven Befund aufwiesen. Dieser Unterschied ist zum Teil vielleicht auf eine bessere Aufnahmetechnik zurückzuführen, da die Amerikaner dem Bedürfnis zur Sparsamkeit nicht in dem Maße Rechnung zu tragen brauchen, wie das leider bei uns notwendig ist, und sich daher nicht scheuen, zu einer Untersuchung 10 bis 20 Aufnahmen mit wechselnder Härte und verschiedener Expositionszeit zu machen. Sodann ist aber nicht ausgeschlossen, daß die chemische Zusammensetzung der Gallensteine bei den Amerikanern eine andere ist als bei uns. Es ist denkbar, daß der Kalkgehalt der Gallensteine bei den Amerikanern größer ist. Schließlich muß aber noch berücksichtigt werden, daß die Beurteilung einer Röntgenaufnahme gerade bei der Untersuchung der Gallenblase außerordentlich viel Fehlerquellen unterworfen ist. Der wechselnde Gasgehalt und der wechselnde Füllungszustand der Därme kann sehr leicht positive Befunde vortäuschen, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Wenn auch einzelne deutsche Autoren verhältnismäßig hohe Zahlen positiver Befunde angeben, so sind diese in der Hauptsache dadurch gewonnen, daß auch indirekte Symptome als Gallenblasenerkrankungen berücksichtigt worden sind. Eine sichere systematische Untersuchungsmethode war aber die Röntgenographie der Gallenblase bisher nicht. Die Voraussetzungen für die röntgenologische Darstellung der Gallenblase sind sehr ungünstig. Konkremente sind nur dann zu erkennen, wenn die Gallenblase den Leberrand weit überschreitet und die Konkremente hier lokalisiert sind. Weiterhin sind solche Konkremente darstellbar, die mindestens 20% Kalkgehalt haben. Die Gallenblase als solche ist gar nicht oder jedenfalls nicht mit genügender Deutlichkeit abzugrenzen. Nur durch ein Kontrastverfahren ist eine sichere Darstellung der Gallenblase möglich. Das Pneumoperitoneum und die Lufteinblasung in das Colon bieten die Möglichkeit, in vielen Fällen die Gallenblase auf der Röntgenplatte darzustellen, da sie sich dann von der hellen Umgebung abhebt. Fälle von Blasenhydrops, Stauungsblasen u. a. sind auf die Weise zu diagnostizieren, nicht aber Gallensteine. Daher ist der Wert dieses Verfahrens nur sehr bedingt. Dagegen hat der umgekehrte Weg, die Verabreichung von Substanzen, die den Blaseninhalt kontrastreicher macht als ihre Umgebung, zum Erfolg geführt. Graham fand in dem Tetrajodphenolphthalein ein Präparat, das intravenös injiziert, in der Gallenblase ausgeschieden wird und hier konzentriert wird. Der Jodgehalt sichert einen tiefen Kontrastschatten im Röntgenbilde, und die Methode gestattet in 90 bis 100% eine richtige Diagnose. Außerdem liefert sie aber auch wertvolle theoretische Aufschlüsse über die Entstehung und Klassifizierung der Gallensteine.

Im Anschluß daran sprach Pribram über die Untersuchungstechnik und diagnostische Ausbeute der Methode. Das zuverlässigste Verfahren ist die intravenöse Injektion. Das Verfahren ist allerdings ziemlich umständlich, weil das Kontrastmittel langsam einlaufen muß. Die Verträglichkeit des Kontrastmittels ist bei Jodpräparaten verhältnismäßig gut. Es werden nur gelegentlich leichte Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet, dagegen sind Collapse oder Thrombosen sehr selten. Die Uebelkeiten lassen sich durch prophylaktische Atropininjektionen auch meist vermeiden. Die Methode läßt sich auch ambulatorisch durchführen. Das Brompräparat ist dagegen nicht zu empfehlen, weil es viel schlechter verträglich ist (Blutdrucksenkung, Erbrechen, Collapse) und außerdem der Kontrastschatten schlechter ist. Bei Herzkranken und Patienten mit niedrigem Blutdruck ist Vorsicht geboten. Es empfiehlt sich in solchen Fällen prophylaktisch Adrenalin und Coffein zu verabfolgen. Dagegen ist bei Ikterus, Diabetes, Basedow, subakuter gelber Leber-Atrophie die Infusion ohne Schädigung vorgenommen worden. Die orale Verabfolgung von Kapseln, die das Kontrastmittel enthalten, ist natürlich erheblich einfacher und bequemer, aber nicht so zuverlässig wie die intravenöse Methode, insbesondere ist dem fehlenden Blasenbild bei der oralen Verabfolgung keine Bedeutung zuzusprechen. Bei Ikterus soll die orale Methode nicht angewandt werden. Die Nebenerscheinungen sind meistens erträglich, Collapse sind bei der oralen Methode nicht beobachtet worden. Die rektale Methode ist kaum zu empfehlen, das Einbringen des Präparates mit dem Duodenalschlauch kommt praktisch nicht in Betracht. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen konnte P. bemerkenswerte Mitteilungen über das diagnostische Ergebnis machen. Es finden sich nicht selten Gallenblasen, die bis zum 5. Lendenwirbel und noch tiefer herabreichen, und zwar ist das meist bei der konstitutionellen Enteroptose der Fall. Wenn bei der tiefstehenden ausgezogenen Blase die Entleerung erschwert ist, so können Schmerzsymptome eintreten (Cholecystoptose). Die Methode gestattet auch interessante Einblicke in die Physiologie der Gallenblase (Beobachtung der Konzentrationsfähigkeit, Wirkung gewisser Pharmaca und bestimmter Nahrungsmittel). Den stärksten Einfluß auf die Blasenentleerung haben die Fette, in geringerem Maße die Eiweißkörper, während Kohlehydrate ohne Einfluß auf die Entleerung der Gallenblase sind. Die Gallengänge sind nicht regelmäßig dargestellt, meist gelingt aber die Darstellung derselben bei vorheriger Anwendung von Hypophysin, das die Blasenkontraktion anregt. Bezüglich der Leberfunktion lassen sich gewisse Rückschlüsse ziehen, da eine geschädigte Leber zur Ausscheidung des Kontrastmittels längere Zeit benötigt als eine gesunde Leber. Wenn auf dem mit vorschriftsmäßiger Technik vorgenommenen Röntgenbild der Gallenblasenschatten fehlt, so ist daraus zu schließen, daß ein Cysticusverschluß vorliegt. Die Art dieses Verschlusses ist nicht ohne weiteres festzustellen, es kann sich um Steine, Narben, entzündliche Schleimhautschwellung, Kompression von außen u. a. m. handeln. Steine, die in der Blase liegen, erscheinen in der Regel als Aufhellungen, da sie weniger strahlendurchlässig sind als das Kontrastmittel. Bei einer späteren Kontrollaufnahme, bei der die Gallenblase bereits entleert ist, findet man die Steine mit dem Kontrastmittel imprägniert und daher besonders deutlich dargestellt. Gallenblasendivertikel sind meist einwandfrei festzustellen. Eine herabgesetzte Dichtigkeit des Kontrastschattens findet sich bei Empyem der Gallenblase. Bei der Diagnose „pericholecystitische Verwachsungen“ ist darauf zu achten, daß nicht durch eine Verlagerung einer stark beweglichen Gallenblase eine Verziehung vorgetäuscht wird. Es empfiehlt sich, eine gleichzeitige Füllung des Duodenums per os vorzunehmen. Die Verwachsungen zwischen Gallenblase und Duodenum sind dann leicht festzustellen. Adhäsionen sind am Duodenum besser zu sehen als an der Blase. Ist das Blasenbild völlig normal, finden sich aber Verwachsungen mit dem Duodenum, so liegt meist ein Duodenalulcus zugrunde. P. bespricht dann weiter die Möglichkeit von Fehldiagnosen und deren Verhütung.

Die Aussprachen über diese Referate gestalteten sich sehr lebhaft. Das Verfahren wird wohl an den meisten Instituten angewendet und wird als ein erheblicher Fortschritt in der klinischen Diagnostik begrüßt.

Es folgten einige weitere diagnostische Vorträge, von denen ein großer Teil ebenfalls die Cholecystrographie betraf. Es ist nicht möglich, auf sämtliche Vorträge einzugehen. Erwähnt sei noch der Vortrag von Tugendreich (Berlin) über stereoskopische Röntgenbilder des Dickdarms. T. benutzte das Komplementärfarbensystem und konnte eine große Zahl sehr schöner stereoskopischer Röntgenbilder demonstrieren. Die Vorführungen fanden lebhaftes Interesse, doch dürfte das Verfahren für die praktische Röntgenologie vorerst keine allzu große Rolle spielen.

Auf Grund eines großen Beobachtungsmaterials sprach Saupe (Dresden) über die Lungenröntgenbefunde an Steinmetzen aus dem Sächsischen Elbsandsteingebirge. Praktisch wichtig ist unter anderem die Tatsache, daß die Pneumokoniosis ziemlich häufig mit Tuberkulose vergesellschaftet ist.

Zur Diagnose und Therapie des Lymphogranuloms teilte Cramer (Berlin) einen eingehend beobachteten Fall mit. In der anschließenden Diskussion wurde von allen Seiten, besonders von Lazarus betont, daß die Röntgentherapie des Lymphogranuloms individualisiert werden muß. Es sind die kleinsten Dosen zu verabfolgen, die noch einen Effekt haben; eine schnelle Einschmelzung der Geschwulstmassen ist auf jeden Fall zu vermeiden.

Lorey (Hamburg) sprach über Bronchographie und konnte einige sehr interessante Bilder demonstrieren, die vor allem die Schwierigkeiten der Diagnose der Bronchiektasie durch das gewöhnliche Röntgenbild darlegten. In solchen Fällen ist die Bronchographie das überlegene diagnostische Verfahren. L. betonte die Notwendigkeit, die Einfüllung des Kontrastmittels vor dem Durchleuchtungsschirm vorzunehmen. In der Aussprache konnte festgestellt werden, daß das Verfahren schon eine ziemlich weite Verbreitung gefunden hat.

Sgalitzer (Wien) demonstrierte Röntgenbilder, bei denen auch im Oberlappen die Bronchographie vorgenommen wurde.

Schließlich sei noch der Vortrag von Ziegler (Berlin) erwähnt, der eine einfache Methode angab, tiefsitzende Uretersteine von anderen Verschattungen im Becken (Phlebolithen oder Kalkeinlagerungen in Arterien oder dgl.) zu unterscheiden. Uretersteine weisen bei Füllung der Blase eine deutliche Lageveränderung auf.

Der dritte Tag brachte ein sehr wertvolles Referat von Holthusen (Hamburg): **„Ueber die Standardisierung der Röntgendosismessung“.** Für eine kurze Besprechung in diesem Rahmen eignet sich der Vortrag nicht. Ausführliche Besprechung folgt.

Glocker (Stuttgart) sprach über die „internationalen Strahlenschutzbestimmungen“. Er stützte sich vor allem auf die von der Britischen radiologischen Gesellschaft ausgegebenen Richtlinien. Dieses Referat und die weiteren zur Röntgenphysik und Röntgentechnik gehaltenen Vorträge interessieren wohl nur den Fachröntgenologen und sollen daher nicht weiter erörtert werden.

Der letzte Röntgenkongreß hat jedenfalls außerordentlich wertvolle wissenschaftliche Arbeit geleistet. Die eigenartige Stellung der Röntgenologie gegenüber den übrigen medizinischen Fachwissenschaften bringt es mit sich, daß die verschiedensten Gebiete irgendwie Berührung mit der Röntgenologie haben, daß auf der anderen Seite der Röntgenologe genötigt ist, sich auf den meisten übrigen Gebieten der praktischen und theoretischen Medizin auf dem Laufenden zu halten. Sind doch gerade in den letzten Jahren wichtige biologische Arbeiten durch Röntgenologen geleistet worden. Diese Tatsachen fanden in dem letzten Röntgenkongreß ihren sichtbaren Ausdruck. Man kann wohl sagen, daß der Kongreß nicht nur „manchem etwas“ brachte, sondern allen Teilnehmern vieles. Kurt Kirschmann (Berlin).

Erster Allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie

in Baden-Baden vom 17. bis 19. April 1926.

Sitzung vom 17. April 1926.

Eliasberg-München weist in seiner Begrüßungsansprache darauf hin, daß der Kongreß den Zweck habe, die Aerzte auf die Psychotherapie und die durch sie gegebene Möglichkeit der Einwirkung auf krankhaftes seelisches Geschehen hinzuweisen. Die sogenannte kleine Psychotherapie, die die beste Aufgabe des Hausarztes war, wurde durch die Forschungen der letzten Zeit zu einer großen Wissenschaft ausgearbeitet, dessen Verwertung aber nicht mehr ein Vorrecht der begüterten Klassen sein darf, sondern auch den Minderbegüterten zukommen soll.

Sommer-Gießen, der die Versammlung als Präsident begrüßt, führt die Anfänge einer Psychoanalyse auf Moritz, den Freund Goethes zurück. Der Kongreß selbst wird als unbedingte Notwendigkeit begrüßt, sein Ziel soll darin bestehen, einen Zusammenschluß zwischen der psychologisch-analytischen Richtung einerseits und der praktischen Medizin vom psychologischen Gesichtspunkt andererseits herbeizuführen.

Kehrer-Münster: **Psychotherapie und Psychiatrie.** Die psychotherapeutische Behandlung ist ein der medizinischen und chirurgischen Therapie gleichwertiges Verfahren, das bereits im Altertum an den Heilwirkungen der alten Kultstätten nachweisbau ist, die neben den Einwirkungen von Klima und heilkräftigen Mineralquellen in Beeinflussung der Seele durch Vertrauen auf die Gottheit und durch die feierlichen religiösen Handlungen bestanden. Zur Entwicklung der Psychotherapie führten die Erkenntnis der fließenden Uebergänge zwischen geistiger Erkrankung und Gesundheit, die Entdeckung des Konstitutions-Begriffes, die Abkehr von der rein hirnpathologischen Forschungsrichtung, die Wiederentdeckung der Individualität des gesunden wie des kranken Menschen und der Vorstoß in das Land des Unverständlichen (Traumdeutung). Praktisch ist die Psychotherapie so durchzuführen, daß sie die von außen einwirkenden schädlichen Einflüsse auf das Seelenleben auszuschalten trachtet und die von der erkrankten Seele selbst kommenden Einflüsse zu beseitigen sucht. Hervorzuheben ist, daß sie auch bei organisch bedingten Geistesstörungen erfolgreich sein kann. Aufgabe der Psychotherapie ist es, nicht die Krankheitszeichen zu unterdrücken, wie es die Hypnose tut, sondern die Krankheit selbst zu entwurzeln.

Schilder-Wien: **Zur Psychotherapie der Psychosen.** Bedingung für die psychotherapeutische Behandlung des

Geisteskranken ist das Eingehen in dessen Seelenleben. Denn selbst bei schwersten Geistesstörungen fallen die einmal erworbenen geistigen Fähigkeiten nicht aus, sondern werden nur beiseite gedrängt, und der Verstand bleibt auf primitiveren Vorstufen stehen. Die Persönlichkeit bleibt am ehesten nach der Richtung hin erhalten, nach welcher die Triebe am stärksten ausgebildet sind; diese aufzusuchen und zum Wiederaufbau der Persönlichkeit zu benutzen, ist die Aufgabe des Arztes. Es können demnach eigentlich alle Geisteskrankheiten psychotherapeutisch behandelt werden, wovon einige Beispiele (Schizophrenie und Demenzprozesse) gegeben werden. Dabei ist allerdings eine eingehende Beschäftigung mit dem Kranken notwendig, wobei man sich nicht mit der Feststellung begnügen kann, „daß er nicht orientiert ist“, sondern sich zu fragen hat, „wie er orientiert ist“. Eine sehr aussichtsreiche Möglichkeit wird darin gesehen, daß durch Verwendung von verschiedenen das Seelenleben beeinflussenden Medikamenten (Schlafmittel usw.) die Zugänglichkeit des Kranken für psychotherapeutische Beeinflussung erleichtert wird.

Hansen-Heidelberg: **Psychotherapie und innere Medizin.** Nach Erörterung der historischen Entwicklung der psychischen Behandlungsmethoden der inneren Medizin, bei denen besonders Charcot die Beziehung zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen klar erkannt hat, Breuer und Freud durch Aufrichtung eines großartigen Lehrgebäudes die Grundlagen zur heutigen Psychotherapie gegeben haben, bespricht der Vortr. die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten des Verfahrens bei der Behandlung der inneren Krankheiten, warnt aber davor, durch einseitige Ueberschätzung des seelischen Geschehens die körperlichen Erscheinungen und deren sachliche Behandlung zu vernachlässigen. Zugänglich für Psychotherapie sind alle pathologischen Erscheinungen, die Störungen einer Funktion sind, z. B. Störugen der Sekretion und der glatten Muskulatur bei Depressionen, Störungen, die zunächst rein funktionell sind, können bei zu langer Dauer zu organischer Degeneration führen; Angina pectoris oder Asthma können, obgleich psychisch ausgelöst, durch Organschädigungen schließlich zum Tode führen. Wie weit Magenulcus und Gallensteine auf psychische Ursachen zurückzuführen sind, ist noch nicht entschieden. Bei Organdefekten besteht die Aufgabe der Psychotherapie darin, die Verdrängung der Organreste zu heben.

Walthard-Zürich und H. W. Maier-Zürich: **Psychotherapie in der Gynäkologie.** Die Hauptschwierigkeiten sind darauf zurückzuführen, daß die verschiedenen vom weiblichen Genitalapparat ausgehenden körperlichen Erscheinungen wie Blutungen, Schmerzen usw. sowohl organisch wie auch psychisch bedingt sein können. Es ist daher stets notwendig, zunächst eine organische Erkrankung durch sorgfältigste Untersuchung auszuschließen und nur dann eine Psychogenie zu diagnostizieren, wenn die Annahme wirklich gerechtfertigt ist. Zur Behandlung kommen sämtliche Methoden in Betracht, der Therapeut muß sie alle beherrschen: Persuasion, Hypnose, Analyse.

A. Mayer-Tübingen: **Ueber psychogene Entstehung gynäkologischer Symptome.** Es werden die einzelnen Symptome und ihre Psychotherapie aufgezeigt. Am häufigsten treten Blutungen und Ausfluß psychogen auf. Störungen der Menses können bedingt sein durch unlustbetonte Affekte oder durch seelische Dauerstimmungen (Amenorrhoe bei Depression); auch durch Autosuggestion oder durch Hypnose können die Menses beeinflußt werden, wobei hervorzuheben ist, daß in der Hypnose der eigene Wunsch der Pat. für das Gelingen maßgebend ist. Tendenzblutungen können auftreten als Schutz gegen den Mann oder vor dem eigenen Sexualtrieb, auf Grund von Vorstellungen, die ihrerseits auf die Gefäßinervation einwirken. Beim Fluor albus wird hervorgehoben, daß die dabei auftretenden subjektiven Beschwerden von der Einstellung der Frau abhängig sind; die berufstätige Frau mißachtet ihn, die ängstliche hat Schmerzen; die Frau leidet nicht am Fluor selbst, sondern an dem Inhalt, den sie ihm gibt. Fluor kann entstehen durch Vorstellungen sexuellen Inhaltes, durch Schreck, durch Aufregung, als Abwehr. Bei Sterilen ist der Fluor oft willkommen zur Erklärung der Sterilität. Morgendlicher Fluor läßt auf Traumerlebnisse schließen. Häufig tritt er ein nach dem körperlichen Erlebnis der ersten gynäkologischen Untersuchung; deshalb sollte eine Virgo nie vaginal untersucht werden. In allen diesen Fällen ist eine lokale Behandlung absolut kontraindiziert, die Psychotherapie hat einzugreifen. Dysmenorrhoen können primär entstehen auf der Basis kindlicher Analerotik oder auch unsachgemäßer Aufklärung, sekundär unter dem Gefühl des Vernachlässigtwerdens, aus Furcht vor Schaden durch Masturbation; die Schmerzen können als Strafe hingenommen werden oder dadurch entstehen, daß junge Mädchen die Menses aus Ekelgefühl negativ werten; klimakterische Dysmenorrhoen entstehen als Schmerz über vergangene Herrlichkeit. Kreuzschmerzen können indirekt entstehen durch seelische Erschöpfung. Hyperemesis bedeutet Ablehnung des Kindes oder Einstellung gegen den Mann. Auch M. betont die Notwendigkeit des Ausschlusses organischer Erkrankung.

Sitzung vom 18. April 1926.

Sommer-Giessen: **Experimentelle Psychologie und Psychotherapie.** Die auf experimenteller Grundlage beruhende Untersuchung der einfachen psychophysischen Reaktionen zeigt, daß das Problem der Ueberwertigkeit und Unterwertigkeit, das eine Grundlage der Genielehre bildet, viel häufiger, als man annimmt, vorkommt. Bei sehr vielen Menschen sind Anzeichen eines Kleingenies vorhanden (Entwicklung besonderer Geistesanlagen nach einer besonderen Richtung), das oft nur zufällig entdeckt wird, ohne daß der Betreffende sich seiner besonderen Begabung vorher bewußt war; ebenso häufig findet man dann ausgleichend eine Unterwertigkeit der Geistesanlagen nach einer anderen Richtung. Allgemein läßt sich sagen, daß alle Menschen in mancher Beziehung überwertig, in anderer unterwertig sind. Die Anfänge der Individualpsychologie reichen auf das 18. Jahrh. zurück; man kam dann darauf, daß bei bestimmten Reaktionen bestimmt angeborene Reaktionsvorgänge auftauchen. Die Untersuchung der Vorstellungen selbst führte im weiteren Verlauf zur Untersuchung der Vorstellungskomplexe, und die Psychoanalyse ist nichts weiter, als ein Teil dieser Untersuchung. Das Studium der Ausdrucksbewegungen, mit dem sich Vortr. besonders befaßt hat, bezieht sich vor allem auf den Gesichtsausdruck, der gewissermassen als das „Psychologische Urwunder“ bezeichnet werden kann; besonders gibt die Runzelung der Stirn die merkwürdigsten Aufschlüsse über die intellektuellen Vorgänge, die stets stark affektiv sind und deren affektive Komponente in den Stirnbewegungen resultiert. Vortr. hat im Jahre 1894 das Psychogene definiert als Vorstellungskomplexe, die auf den nervösen Apparat in Form funktioneller Störungen übergehen, was besonders für die Beziehungen zwischen Denktätigkeit des Gehirns und die durch sie veranlaßte Muskeltätigkeit von Bedeutung ist. Hier findet nun ein ständiges Wechselspiel zwischen psychischem und physischem statt, indem die Ausdrucksbewegung wieder zurück auf den seelischen Zustand wirkt (Zorn). Praktisch wichtig ist, daß sich die Schreckwirkung häufig nicht auf den durch mechanischen Insult direkt betroffenen Körperteil bezieht, sondern daß irgendein anderer Körperteil in besondere Erregung gerät und auch später besonders erregungsfähig bleibt. Dies führt häufig zu der falschen Annahme der Simulation einer Unfallneurose. Im ganzen ist zu sagen, daß wir uns noch am Anfange befinden, und unser Einblick in den psychophysischen Mechanismus der Vorstellungswirkung noch sehr mangelhaft ist.

R. Allers-Wien: **Die Beziehungen der Psychotherapie zur Psychologie und Psychopathologie.** Die Psychotherapie ist jetzt in ein Stadium getreten, in dem sie nicht mehr bestrebt ist, durch Beseitigung von Einzelsymptomen den Allgemeinzustand zu ändern, sondern das Ganze zu berücksichtigen, und dadurch das Symptom zu beseitigen. Die Methode, nach der dies geschieht, ist nicht so wichtig, wie daß überhaupt psychotherapeutisch vorgegangen wird. Grundaufgabe der Psychotherapie ist das Verstehen des kranken Menschen. Die aus der Kampfeinstellung der einzelnen psychotherapeutischen Schulen gegebene Dogmatisierung muß aufgegeben werden. Die Psychotherapie muß Anschluß suchen an die experimentelle Wissenschaft ebenso wie an die Psychologie und Philosophie.

Sack-Baden-Baden: **Psychotherapie und Hautkrankheiten.** Auf der Haut können einerseits Erscheinungen aus tiefen Lagen des Unterbewußtseins zum Vorschein kommen, andererseits kann sie vom Träger dazu verwandt werden, durch besondere Veränderungen derselben die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich zu ziehen. Das vom Vortr. als solches bezeichnete „Urphänomen", durch Suggestion auf der Haut eine Blase zu erzielen, ist durch zahlreiche exakte Beobachtungen einwandfrei sichergestellt. Hierdurch ist bewiesen, daß die Erscheinungen der Haut durch seelische Vorgänge ausgelöst werden können. Die Diagnose der psychogenen Hauterkrankung muß sich in allen Fällen auf eine sorgfältige Analyse stützen. Die Psychotherapie der Hauterkrankungen ist im allgemeinen sehr einfach, da die Komplexe meist äußerst oberflächlich und daher leicht analysierbar sind; in der Regel genügt symptomatische Behandlung durch Hypnose.

W. Jaensch-Frankfurt-Main: **Psychotherapie und Konstitutionsprobleme.** Die Verschiedenheiten der Körperbeschaffenheit des Menschen, welche auch in den Verschiedenheiten seelischer Antworten auf äußere Ereignisse deutlich werden, müssen vom Psychotherapeuten berücksichtigt werden, da die beiden Grundformen der Körperbeschaffenheit nicht in gleicher Weise auf die psychotherapeutische Behandlung ansprechen. Bei den „Biotypen", deren starke psychophysische Durchdringung („Integration") eine stärkere Einflußnahme psychischer Einwirkungen auf die somatischen Vorgänge und umgekehrt bedingt („B.-Typen"), zeigt sich Psychogenie irgendwelcher auch somatischer Symptome schon bei geringen psychischen Einflüssen, die jedenfalls bei psychophysisch nicht integrierten Biotypen („T.-Typen") noch unwirksam bleiben. Hier sind fast stets somatische Störungen primär im Krankheitsbilde. Durch besondere experimentell psychologische Untersuchungsmethoden lassen sich die zur Psychogenie neigenden „B.-Typen" bestimmen, und zwar weit über den Kreis der echt hysterischen Individuen hinaus. Hier liegt das Gebiet allein genügenden psychotherapeutischen Vorgehens, das bei anderen Typen unwirksam bleiben kann. Mißerfolge sind häufig darin begründet, daß Psychotherapie auf Personen angewandt wird, die dafür psychophysisch nicht geeignet sind. Mittels der „eidetischen" Untersuchungsmethode lassen sich beim B.-Typus psychische Erlebniskomplexe zuweilen direkt subjektiv sichtbar machen: Die Vorstellungsbilder werden in Gesehenes verwandelt.

Husler-München: **Psychotherapie und Kinderheilkunde.** Von einer zentral-einheitlichen Entstehung aller neuro-psychischen Störungen kann beim Kinde keine Rede sein. Wie für die normale kommt auch für die pathologische seelische Gestaltung eines Kindes in erster Linie die angeerbte Konstitution in Betracht, in zweiter Linie Umwelteinflüsse, während die Wirkungen keimschädigender Ursachen noch ganz unklar sind. Daß ein Erlebnis in früher Kindheit zur Ursache für psychopathische oder gar hysterische Konstitution werden kann, ist Hypothese. Vier Indikationsgebiete der Psychotherapie kommen beim Kinde in Betracht: die sogenannten funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, Erziehungsdefekte und kindliche Konflikte aller Art, funktionelle psychische Abwegigkeiten in Begleitung rein-organischer Erkrankungen und endlich die kindlichen Psychosen. Es werden im Einzelnen diese Gruppen erläutert und die zahlreichen monosymptomatischen, episodischen Störungen im Kindesalter und ihre Heilung mit einfachen Mitteln aufgezählt. Vom pädiatrischen Standpunkt aus muß verlangt werden, daß mit einfachsten psychotherapeutischen Mitteln gearbeitet wird, daß keine Uebertreibung der anamnestischen Ausholung erfolgt und daß die Dauer der ärztlichen Einwirkungen möglichst kurz ist; es darf im Kinde kein Krankheitsgefühl durch den Arzt erzeugt werden. Ueber der symptomatischen Behandlung steht als Ziel die Angleichung abwegiger konstitutioneller Seelenverfassung an die Erfordernisse des Lebens, also die Erziehung.

Th. Gött-Bonn: **Psychotherapie und Kinderheilkunde.** Vortr. bespricht die Methodik der Kinderpsychotherapie und teilt sie ein in die große und die kleine Psychotherapie. Nur die letztere ist Sache des kinderärztlichen Praktikers, die große gehört in die Hand des psychotherapeutischen Spezialisten. Die kleine Psychotherapie der täglichen Praxis bedient sich der Ablenkungsmethoden, zu denen auch Milieuwechsel und Isolierung gehören, der Willensbeeinflussung (Gymnastik, Versprechen von Belohnungen) und der suggestiven Verfahren z. B. der larvierten oder persuadierenden Suggestion, evtl. der Ueberrumpelung, der Milieusuggestion, während die Hypnose fast ganz entbehrt werden kann. Von dem Verfahren der großen Psychotherapie ist die Psychoanalyse weniger leistungsfähig (abgesehen von der kathartischen Methode) als die Individualpsychologie, die die Hauptaufgaben der Psychotherapie, aufzubauen und umzuerziehen, zu erfüllen vermag. Ziel dieser Erziehung ist, das Heranbringen des Kindes an die Wirklichkeit, die Stärkung des Selbstvertrauens und Gesundheitsgewissens und die Entwicklung des Verantwortungsgefühls. Der Standpunkt des Kinderarztes kann nur der des vernünftigen Eklektizismus sein.

Grünthal-Berlin: **Kurpfuscherei, Psychotherapie, Kassenwesen.** Der Zulauf zur Kurpfuscherei beruht auf primitiv religiösen Einstellungen, dem Bedürfnis nach Verständlichkeit einer Heilmethode in einfachen, schlagwortartigen Thesen, dem Wissen um das naturgemäß häufige Versagen ärztlicher Kunst und dem Verlangen nach Aussicht auf irgendeine Hoffnung. Die Kurpfuscherei und das Bedürfnis danach kann nicht durch gesetzliche Aufhebung der Kurierfreiheit beseitigt werden. Doch sind die Schäden der Kurierfreiheit besonders in seelischer Hinsicht sehr groß und ein Verbot der Kurpfuscherei, insbesondere der mystischen Heilmethoden, zu fordern. Die inneren Ursachen der Kurpfuscherei werden am wirksamsten durch die ärztliche Homiletik bekämpft. Der ärztliche Beruf muß zu einer traditionellen Instanz für seelische Hilfeleistung werden. In der ärztlichen Ausbildung muß auf die Anwendung der seelischen Behandlung und die Gefahren der Kurpfuscherei viel stärker hingewiesen werden. Den Kassenpatienten ist ein weit größeres Recht auf seelische Behandlung einzuräumen, zumal die frühzeitige sachgemäße Behandlung nervöser Erscheinungen auch für die Kasse von Vorteil ist.

Seif-München: **Psychotherapie und Kurpfuscherei.** Vortr. versucht, eine Psychologie des Kurpfuschers und des nervösen Publikums zu geben und hieraus zu erklären, warum der Nervöse lieber zum Kurpfuscher als zum Arzt geht. Der Kurpfuscher verfügt nicht über die Kenntnis der organischen Zusammenhänge und der klinischen Abläufe, behandelt symptomatisch und schematisch statt individualisierend, wendet sich aber vorzugsweise an das subjektive Krankheitsbild, den kranken, nervösen Menschen, kennt die Menschen, ihre Schwächen, Wünsche und Hoffnungen besser, ermutigt mehr als die Aerzte und verspricht sofort Heilung. Er hat für sich den Vorteil der imponierenden Persönlichkeit, der Sicherheit des Auftretens und der stark anziehenden Gloriole des Wunderdoktors, die er durch Reklame und das Hetzen gegen Wissenschaft und Aerzte verstärkt; alle Erfolge, auch Selbstheilungen gehen auf sein Konto, die Mißerfolge auf das der Umwelt. Der Erfolg ist in der Regel symptomatisch und suggestiv bedingt und erreicht nicht die Wurzel des Uebels. Der entmutigte und unselbständige, Hilfe und Halt suchende Verzweifelte gelangt meist als zu seiner letzten Zuflucht zum Kurpfuscher, der den Kranken nicht als Fall, sondern als Menschen nimmt und ihn besser versteht, wie dieser umgekehrt ihn. Die Aerzte bieten dem nervösen Menschen nicht das Verständnis und die Psychotherapie, die er zur Durchführung und Ueberwindung von Schwierigkeiten, zur mut- und vertrauensvollen Lösung seiner Lebensaufgabe braucht, sie enttäuschen ihn dadurch, daß sie ihm sagen, ihm fehle nichts, oder er bilde sich sein Leiden ein, wodurch seine Not in keiner Weise behoben wird. Endlich macht das heutige Krankenkassenwesen eine richtige Psychotherapie und Heilung des nervösen Menschen unmöglich. Die sozialen Folgen sind eine schwere Belastung und Schädigung des Kranken, seiner nächsten und weiteren Umgebung, der Krankenkassen und des Aerztestandes. Die Kurpfuschereifrage ist für den Arzt nur zu lösen durch eine bessere Ausbildung und Anwendung der Psychotherapie. Dem Arzt ist über der Krankheit der kranke Mensch verloren gegangen; die Heilung des letzteren ist ein Erziehungsproblem. Zur Bewältigung desselben muß die ärztliche Ausbildung ergänzt werden durch eine verstehende und individualisierende Psychologie und Psychotherapie des nervösen Menschen, also durch eine Menschenkunde und Kunst der Menschenbehandlung.

Sitzung vom 19. April 1926.

v. Weizsäcker-Heidelberg: **Psychotherapie und Klinik.** Vortr. formuliert den Unterschied zwischen den sonst in der Medizin verwendeten Methoden und den bei der Psychotherapie gebräuchlichen dahingehend, daß z. B. bei der Behandlung von mit Schmerzen einhergehenden Erkrankungen des Herzens danach gestrebt wird, dieses Organ, das seinem Träger sonst nicht zum Bewußtsein kommt, durch Linderung der Schmerzen wieder in das Reich des Unbewußten zurückzuversetzen, während bei der Psychotherapie grade versucht wird, die im Unterbewußtsein ruhenden Gedanken und Vorstellungen an die Oberfläche zu bringen. Die Psychotherapie ist selbst noch durchaus in der Entwicklung begriffen und muß erst zu einem festen System gelangen.

J. H. Schultz-Berlin: **Die Einigungsbestrebungen in der Psychotherapie.** Die verschiedenen Anschauungen in der Psychotherapie müssen durch Zusammenfassung zu einer gemeinsamen Anschauung kommen, was um so eher möglich ist, als die Unterschiede der verschiedenen Schulen weniger prinzipieller Art, als in der Frage, wie man im gegebenen Falle vorgehen soll, gelegen ist. Vortr. ist der Meinung, daß eine Auslese der Psychotherapeuten je nach der Persönlichkeit des zu behandelnden Kranken stattfinden muß und will insbesondere zwei Typen, den Künstler- und den Denker-Psychotherapeuten, unterscheiden.

J. Klaesi-Basel und Eliasberg-München: **Unfallneurose und Psychotherapie.** Die Psychotherapie ist besonders berufen, die Behandlung der nach Unfällen entstehenden sogenannten Unfall-Neurosen auf eine neue Grundlage zu stellen. Es muß dem Kranken vor allem klar gemacht werden, daß das einseitige Streben nach einer Unfallrente, wenn keine wirkliche Schädigung des Körpers vorliege, ihn im höchsten Masse schädigt und ihn zu einem untauglichen Mitglied der Gesellschaft macht. Durch Berufsberatung ist die Freude an der Arbeit wieder zu erwecken. Gesetzgeber und Wirtschaftsführer müssen Hand in Hand mit den Aerzten arbeiten.

B. Hahn-Baden-Baden: **Die Psychokatharsis als kausale Behandlungsmethode der Neurose.** Die Psychokatharsis wird so durchgeführt, daß im Halbschlaf die Ursachen der nervösen Erscheinungen ausgeforscht, unter Objektivierung durch die eigene Kritik wieder durchgelebt und durch kritische Besprechung entgiftet und beseitigt werden.

E. Simmel-Berlin: **Ueber die Ausbildung des Psychotherapeuten vom Standpunkt der Psychoanalyse.** Als grundlegende Ausbildung für jede Psychotherapie ist die Freudsche Psychoanalyse anzusehen. Die psychoanalytische Ausbildung zum allgemeinen Psychotherapeuten muß geschehen: Praktisch durch eine sachgemäß durchgeführte eigene Analyse von genügender Dauer bei einem Spezialisten und durch theoretische Ausbildung. Die Ausbildung zum Spezialarzt für Psychoanalyse verlangt eine Fachausbildung von mindestens zweijähriger Dauer, bestehend aus eigener Lehranalyse bei einem Fachmann (bei täglicher Behandlung mindestens 6 Monate lang), aus theoretischer Ausbildung und aus klinischer Arbeit als Praktikant am Berliner psychoanalytischen Institut.

W. Stekel-Wien: **Ausbildungsfragen.** Die Stekel-Schule verlangt gründliche Analyse des Kandidaten durch einen erfahrenen Analytiker (etwa 3 Monate), Durchführung von kontrollierten Analysen bei Fortsetzung der eigenen Analyse durch 9 Monate. Mindestens 15—20 Fälle sollen unter ständiger Kontrolle analysiert werden. Es soll täglich eine Stunde Kurs aller Schüler zusammen abgehalten werden, in dem die Analysen gemeinsam besprochen werden können.

W. Misch, Berlin.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 13, 26. März 1926.

* Der Ort der Gallenfarbstoffbildung. Melchior, Rosenthal und Licht.
Ueber exakte und nicht exakte Registrierung des menschlichen Elektrokardiogramms. Schellong.
* Zur Frage der Sekundärstrahlensensibilisierung durch Metalle. Liechti.
* Ueber die pathologische Bakterienansiedlung im Duodenum und ihre ursächlichen Faktoren. Löwenberg.
* Wege und Ziele der klinischen Variationsforschung. Rautmann.
Ueber Nagelerkrankungen in Verbindung mit Ekzema seborrhoicum. Richter.
Der Kalziumgehalt des Liquor cerebrospinalis. Lickint.
Glykogenanreicherung als Ziel der Insulinbehandlung. Molnár.
Ueber Einschlüsse der Erythrocyten bei experimenteller Anämie der Ratten (eine neue Parasystengruppe). Mayer, Borchardt und Kikuth.
Ueber Strahlenwirkung auf lebende Zellen in vitro (Explantationsversuche). Gassul.
Zur Differentialdiagnose der Duodenaldivertikel. Wierig.
Die benignen infektiösen Epitheliome der Haut. Martenstein.
Relationspathologie und Medizin. Honigmann.

Der Ort der Gallenfarbstoffbildung. Die Verfasser halten es für wahrscheinlich, daß innerhalb der Leber der Parenchymzelle die Hauptaufgabe bei der Gallenfarbstoffbildung zufällt. Ob angesichts der Doppelnatur der Leber, angesichts der innigen Durchflechtung von Leber- und Sternzellen eine solche Beweisführung noch zwingender durchgeführt werden kann, ist mehr als fraglich. Für die Klinik dürften diese Detailfragen vorläufig von untergeordneter Bedeutung bleiben. In ihrer Stellungnahme zum Ikterusproblem wird sich jedenfalls die Klinik daran zu orientieren haben, daß das Primat der Gallenfarbstoffbildung auch beim Säugetier der Leber gehört und daß beim Vogel und beim Säuger die Leber im Mittelpunkte der Ikteruspathogenese steht.

Zur Frage der Sekundärstrahlensensibilisierung durch Metalle. Mit blanken Metallen von der Ordnungszahl 30-Zn an aufwärts läßt sich, an makroskopischen Veränderungen beurteilt, eine verstärkende Sekundärstrahlenwirkung auf die Kaninchenhaut (Ohr) deutlich nachweisen. Dabei steigt die Wirkung proportional mit der Ordnungszahl Z der verwendeten Metalle. Bei subkutaner Lagerung von blanken Metallen bleibt jede makroskopisch sichtbare Wirkung auf die Hautoberfläche aus. Durch Einbringen von kolloidalen Metallen, Silber (Elektrargol), Gold (Goldpurpur), kann am Kaninchenhoden keine Dosiserhöhung durch Sekundärstrahlen erreicht werden. Kolloidales Zinnoxyd eignet sich für derartige Versuche nicht. Mit Gutzent, Großmann, Friedrich und Bender ist der Verfasser der Ansicht, daß es aussichtslos ist, auf rein physikalischem Wege durch Sekundärstrahlenwirkung im Gewebe eine Dosiserhöhung, die praktisch verwertbar wäre, erreichen zu wollen. Die theoretische Seite dieses Problems bleibt dagegen stets zu Recht bestehen.

Ueber die pathologische Bakterienansiedlung im Duodenum und ihre ursächlichen Faktoren. Für die Keimarmut des Duodenums kommt die Salzsäure sicherlich nicht als einziger ursächlicher Faktor in Betracht. Ihr Fehlen ist nur das begünstigende, aber nicht auslösende Moment für die Besiedlung des Duodenums mit pathogenen Keimen. Wesentlicher für die Keimarmut dieser Darmteile scheint die in vitro nachgewiesene, unter normalen Verhältnissen stets vorhandene bakterizide Schutzwirkung des Duodenalsaftes zu sein. Bei der peniziösen Anämie konnte der Verfasser fast ausnahmslos ein Fehlen dieser bakteriziden Kräfte nachweisen. Auch bei entzündlichen Erkrankungen der Gallenwege war ein Darniederliegen der bakteriziden Funktion des Duodenalsaftes in einer großen Zahl von Fällen festzustellen. Unter diesen Verhältnissen erscheint ein Aufwärtswandern von Keimen aus den tieferen Darmpartien und ihre Ansiedlung im Duodenum verständlich, womit dann auch die Vorbedingung für einen enterogenen Infekt der Gallenwege gegeben ist.

Wege und Ziele der klinischen Variationsforschung. Der Verfasser prüft die Anwendbarkeit der Kollektivmaßlehre für die klinische Medizin und gibt einen lehrreichen Beitrag zur Frage der Normierung. Für die Erkennung, was normal und was pathologisch ist, wird der Versuch zur Schaffung eines

Normalmaßsystems insofern beitragen, als es dann möglich sein wird, eine ganze Reihe von Maßbegriffen auf dieses System zu beziehen. Trotzdem wird immer ein großer Teil aller Maßangaben in der Medizin relativ bleiben. Die Hauptbedeutung kommt dabei der klinischen Variationsforschung zu, d. h. der Feststellung eines einheitlichen Maßes für die Variabilität der einzelnen Eigenschaften des menschlichen Organismus sowie einer einheitlichen Klassifizierung gewisser wichtiger Verhaltungsweisen. Auch die korrelative Variabilität kann eventuell objektiv dargestellt werden. Die Methoden dazu sind die Reihenvergleiche und die Errechnung durch Korrelationskoeffizienten. Dadurch wird die Erfüllung der Forderung Sigwarts näher gerückt, Einsicht in die Notwendigkeit des Gegebenen in Form eines durchgängigen Kausalzusammenhanges zu erstreben.

Nr. 14, 2. April 1926.

Angina pectoris (Aortalgie und Coronarsklerose). Magnus-Alsleben.
Ueber „organische" Eisenpräparate. Heubner.
Ein Koeffizient für die Organisationshöhe der Großhirnrinde. Economo.
Grundsätzliches zur psychiatrischen Körperbauforschung. Kolle.
Ueber Aenderungen des serologischen Typus bei einem Pneumokokkus. Berger und Engelmann.
° Die Einwirkung des Hungers auf die Alkalireserve im menschlichen Blut. Walinski.
Ueber statische Insuffizienz des jugendlichen Skeletts. Maass.
Ueber den Vitamingehalt der Frauenmilch. Frank.
Zur Behandlung der multiplen Sklerose unter besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. Sauer.
Ueber den Peptidasenhaushalt bei verschiedenen Fieberformen des Kaninchens. Pfeiffer und Standenath.
Experimentelle Untersuchungen über die Ausbreitung der Erregung im epileptischen Anfall. Spiegel und Falkiewicz.
Ein Fall von Hernia diaphragmatica sinistra paraoesophagea. Reich.
Die benignen infektiösen Epitheliome der Haut. Martenstein.
Allgemeine Erfahrungen über die versicherungs-medizinische Behandlung der gewerblichen Vergiftungen, die Aufgaben und Schwierigkeiten. Zangger.
Ein diagnostisches Frühkriterium meningealer Erkrankungen des jungen Kindes. Schlesinger.
Behandlung lanzinierender Schmerzen mit Urotropinlösung. Stein.

Die Einwirkung des Hungers auf die Alkalireserve im menschlichen Blut. Der Verfasser prüfte an 7 Personen den Einfluß des Hungers auf die Alkalireserve im Blut. Von diesen Personen waren 2 gesund und 5 krank. Es ergab sich ein Fallen der Alkalireserve im Blut während der Hungerperiode ungefähr im Verhältnis zur Dauer des Hungerns. Nach dem ersten Hungertage war die Verminderung gering, im Durchschnitt betrug sie etwa 6,8%, nach 48 stündigem Hungern war sie erheblicher, durchschnittlich 18,0%; weniger stark war die Senkung der Alkalireserve am Schluß des dritten und auch des vierten Hungertages. Die Rückkehr der Alkalireserve zu ihrem Ausgangswert erfolgte bereits nach eintägiger kohlehydrathaltiger Kost mit Ausnahme eines Falles, bei welchem die ursprüngliche Höhe der Alkalireserve erst nach etwa 48 stündiger gewöhnlicher Ernährung erreicht wurde. Diese Person hatte allerdings länger gehungert als die anderen, und ihr Urin wies auch einen besonders starken Ausfall der Azetonprobe auf. Das Azeton im Urin verhielt sich entsprechend der Alkalireserve im Blut, aber im umgekehrten Sinne. Bei den beiden gesunden Personen wurde Azeton im Urin nur schwach bzw. nicht sicher nachgewiesen, während bei den kranken Versuchspersonen bereits nach 24 stündigem Hungern Azeton im Urin deutlich in Erscheinung trat. Der Ausfall der Proben deutet darauf hin, daß auch in quantitativer Hinsicht enge Beziehungen zwischen Azeton im Urin und der Alkalireserve im Blut bestehen. Die im Blute gefundenen Alkalireservewerte können als Maßstab des Säuregehaltes im Blut betrachtet werden.

Nr. 15, 9. April 1926.

Dem 50. Deutschen Chirurgenkongreß zum Gruß! Schmieden.
Bemerkungen zu den sogenannten Sanduhr-Geschwülsten des Rückenmarks und der Wirbelsäule. Borchardt.
Die Lipoidtheorie der Narkose im Lichte neuerer Forschungen. Winterstein.
° Wann ist die Magennische ein Karzinomsymptom? Presser.
° Wann muß bei Nieren- oder Uretersteinerkrankung operiert werden? Zondek.
Operative Behandlung der sogenannten Opponenslähmung. Weil.
Ueber die Schmerzbahnen der Extremitätengefäße, zugleich ein Beitrag zur Frage des Vorkommens von afferenten, sensiblen Bahnen im Sympathikus. Hirsch.
Sportschäden am Bewegungsapparat. Baetzner.
Neue Herz-Hormon-Untersuchungen. Haberlandt.
Zur Frage der Organspezifität von Lipoidantikörpern. Brandt, Guth und Müller.
Ueber Duodenaldivertikel. Rave.
Zur operativen Indikationsstellung bei der kryptogenetischen Pneumokokken-Peritonitis der Kinder. Budde.
Zur Chirurgie der Colitis gravis. Klose.
Zur Verteilung der Aerzte in den Vereinigten Staaten. Freudenberg.
Probleme der Geschlechtsumwandlung. Hertwig.

Wann ist die Magennische ein Karzinomsymptom? Der Autor faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen: 1. Symptomatologisch: Die Fälle von Magenkarzinom mit Geschwürskrater, die im Röntgenbilde eine große Nische zeigen, lassen sich in drei Gruppen einteilen: A. Außer der Nische sind bei entsprechender Technik (Untersuchung in Bauch- und Rückenlage) an anderen Stellen des Magens Füllungsdefekte nachweisbar. B. Es ist nur die Nische vorhanden, das übrige Füllungsbild ist intakt. Die Nische selbst aber zeigt unregelmäßige Konfiguration, unscharfe Konturierung oder Füllungsdefekte, welche besonders bei Untersuchungen in Bauch- oder Rückenlage sichtbar werden (Schattenminus im Schattenplus). C. Es ist nur die Nische vorhanden, außer ihr sind am Füllungsbilde des Magens keinerlei Veränderungen nachweisbar. Die Nische selbst hat regelmäßige Form und scharfen Kontur. Die vom Verfasser beschriebenen Fälle gehören der Gruppe A und B. an. — 2. Diagnostisch: Schon der alleinige Befund einer Nische von Kirschengröße und darüber erlaubt mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit den Schluß auf eine maligne Affektion des Magens. Diese Wahrscheinlichkeit erhöht sich, wenn die Nische Unregelmäßigkeiten in ihrer Konfiguration und im Kontur aufweist, sie wird zu einer großen, wenn es gelingt, innerhalb der Nische selbst einen Füllungsdefekt darzustellen, wozu insbesondere Untersuchung in Bauch- und Rückenlage heranzuziehen sind. — 3. Therapeutisch: Auf jeden Fall aber stellt schon der bloße Befund einer großen Nische, wenn keine sonstigen Gegengründe bestehen, eine unbedingte Indikation zur Laparatomie dar.

Wann muß bei Nieren- oder Uretersteinerkrankung operiert werden? Die Operation ist angezeigt: 1. In Fällen von infektiösen Nierensteinerkrankungen, in denen die Niere von zahlreichen Eiterherden durchsetzt oder pyonephrotisch verändert ist; in solchen Fällen ist bei guter Funktion der anderen Niere im allgemeinen die Nephrektomie die Operation der Wahl. — 2. Die allerdings bei Nierensteinen sehr selten vorkommenden lebensgefährlichen Blutungen. Endlich erfordert die kalkulöse Anurie ein aktives Eingreifen. Da die dauernde Beseitigung der Anurie auf cystoskopischem Wege nur ausnahmsweise gelingen dürfte, so wird gewöhnlich bei Steinanurie die Operation notwendig sein. Hierbei ist zu beachten, daß die Operation möglichst bald vorzunehmen ist, da sich mit längerem Warten die Aussicht auf Erfolg verringert.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 10.

Die neueren Arbeiten über parasitäre Entstehung bösartiger Tumoren. Blumenthal (Berlin).
Ueber Fieber-, insbesondere Malariabehandlung der multiplen Sklerose. Dreyfus und Hanau (Frankfurt a. M.).
Zur Kenntnis der trypanoziden Wirkung von „Fericrina 303". Berger (Berlin).
Weitere Mitteilungen zur Tuberkuloseschutzimpfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen. Langer (Charlottenburg).
„Contrastol", ein neues Kontrastmittel für die Darstellung engkalibriger Hohlräume. Dyroff (Erlangen).
° Ueber den regionär-vegetativen Reflex bei Hyperthyreoidismus. Sereiski (Moskau).
Zur Drainage nach Bauchoperationen, speziell Gallenblasenoperation. Pohl (Deutsch-Krone).
Einige Bemerkungen zur Alkalitherapie der Superazidität und des Magengeschwürs. Weigert (Berlin).
Eine Kolloidreaktion zum Nachweis entzündlicher Veränderungen im Liquor cerebrospinalis. Bloch und Rosenfeld (Berlin).
Bau und Funktion der Blutkapillaren. Tannenberg (Frankfurt a. M.).
Die Pathologie der Säuglingsintoxikation. Heim (Pécs).
° Die therapeutische Wasseranreicherung des toxisch gestörten Säuglings. Nassau (Berlin).
° Insulin in der Behandlung der Säuglingstoxikosen. Wagner (Wien).
Ueber besondere Exantheme und Erytheme im Kindesalter. Engel (Dortmund).
Der heutige Stand des Wissens von der Tetanie. Behrendt (Frankfurt am Main).

Ueber den regionär-vegetativen Reflex bei Hyperthyreoidismus. Unter regionär-vegetativen Reflex wird eine regionäre Rötung oder Schweißabsonderung verstanden, die bei Personen mit manifestem oder latentem Hyperthyreoidismus häufig nach Pilocarpin-Injektion auftritt. Der Reflex wird vom Verfasser in symptomenarmen Fällen von Hyperthyreoidismus diagnostisch verwertet.

Die therapeutische Wasseranreicherung des toxisch gestörten Säuglings. Beim toxisch gestörten Säugling besteht eine Verminderung des Wasserbindungsvermögens der Zellen. Für die Bekämpfung der Exsikkation genügt daher nicht die orale und parenterale Zufuhr von großen Flüssigkeitsmengen, denn durch diese werden nur die extrazellulären Wasserreserven aufgefüllt. Eine Anzahl von diätetischen und physikalischen Maßnahmen ist geeignet, die Wiederherstellung der Fähigkeit der erkrankten Zellen zur Wasserbindung zu fördern; dazu gehören intraperitoneale Traubenzuckerinfusionen, Bluttransfusionen, besondere Nahrungsgemische u. a.

Insulin in der Behandlung der Säuglingstoxikosen. Der Mechanismus der Zuckerverbrennung soll die Wasserbindung der Gewebe fördern. Daher wird zur rascheren Behebung der Exsikkose Insulin kombiniert mit Traubenzuckerinfusionen gegeben, und zwar bei Toxikosen und bei chronischen Ernährungsstörungen. Bei akuten Störungen wird diese Behandlung nur in verzweifelten Fällen angewandt.

Nr. 11.

Die experimentellen Grundlagen der biologischen Prüfung und der Heilwertbestimmung der Salvarsanpräparate. Kolle (Frankfurt a. M.).
Zur Analyse der Hautallergie nach kombinierter Impfung mit Tuberkulin und Kuhpockenlymphe. Moro und Keller (Heidelberg).
Die neueren Arbeiten über parasitäre Entstehung bösartiger Tumoren (Schluß). Blumenthal (Berlin).
* Ueber Grundlagen und Aussichten einer Chemotherapie der malignen Geschwülste. Lewin (Berlin).
Zur Frage der Beziehungen zwischen dem Pocken- und dem Herpesvirus. Heymann (Berlin).
Experimentelle Studien über die stumme Infektion und ihre Folgen bei Weilscher Krankheit und bei Nagana. Reiter (Berlin).
* Die epidemische Angina pectoris auf der Embuscade". Kohn (Berlin).
Die Beeinflussung von Tierorganen durch Röntgenbestrahlung. Gabriel (Frankfurt a. M.).
Spätileus durch postoperative Hernienbildung im Ligamentum latum. Zoefgen (Düsseldorf).
Das spontane Bauchdeckencharmatom. Weitz (Linnich).
* Cyanvergiftung durch ein Schuhputzmittel. Ullmann (Berlin).
Asthmabehandlung mit Hypnose. Jacobi (Berlin).
Ein mit „Thyreoid-Dispert" behandelter Fall von echtem Zwergwuchs. Hurwitz (Hamburg).
Ueber Trocken-Presojod (eine neue Form der Preglschen Jodlösung. Schulz (Wiesbaden).
Herpes zoster nach Behandlung mit Analgit. Knotz (Sarajewo).

Ueber Grundlagen und Aussichten einer Chemotherapie der malignen Geschwülste. Der zur Zeit aussichtsreichste Weg für eine chemotherapeutische Beeinflussung der bösartigen Geschwülste scheint die Koppelung spezifisch die Tumorzellen schädigender chemischer Stoffe mit dem tumoraffinen Jod. Erfolgversprechende Versuche wurden mit einer Jod-Cer-Verbindung — Introzid — angestellt.

Die epidemische Angina pectoris auf der „Embuscade". Richtigstellung einer in die Literatur übergegangenen Behauptung von einer angeblich durch Tabak verursachten, auf einem Schiff aufgetretenen epidemischen Angina pectoris. In Wahrheit hat es sich um eine Bleivergiftung gehandelt.

Cyanvergiftung durch ein Schuhputzmittel. Es handelt sich um ein flüssiges Schuhputzmittel für Brokat- und Silberschuhe, das von Whittemore Bros Corporation Boston aus Amerika bei uns eingeführt wird.

Nr. 12.

Antagonismus und Synergismus. Fühner (Bonn).
* Die Differentialdiagnose zwischen Rachensyphilis und einigen anderen ulcero-membranösen Prozessen der Mundhöhle. Plaut (Hamburg).
Zur Frage der Neurolapine und der angeblichen „Vakzine-Enzephalitis". Winkler (Rostock).
* Saure Säuglingsnahrung. Vogt (Münster i. W.).
Klimatische Behandlung der chirurgischen Tuberkulose an der Nordsee. Gundermann (Südstrand-Föhr).
Ueber Kreuzotternbißverletzungen. Werwath (Danzig).
Experimentelle Studien bei Tieren mit Knochenmarkeinspritzungen von Kranken mit Anaemia perniciosa essentialis. Kairiukschtis (Kowno).
* Neuere Ergebnisse in der Behandlung des Ikterus. Rosenberg (Charlottenburg).
* Der heutige Stand der nichtoperativen Behandlung der Cholelithiasis. Schoendube (Frankfurt a. M.).
* Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Anwendung von Obst- und Gemüsekuren. Determann (Wiesbaden).
Die Duodenalspülung. Rabe (Hamburg).

Die Differentialdiagnose zwischen Rachensyphilis und einigen anderen ulcero-membranösen Prozessen der Mundhöhle. Die Unterscheidung der Rachensyphilis von ähnlich aussehenden Prozessen, wie Angina Plaut-Vincent und Diphtherie, ist klinisch allein nicht möglich. Die Anamnese gibt brauchbare Anhaltspunkte; entscheidend ist die Untersuchung des Abstrichs. Da es sich in den Fällen von Syphilis um sekundäre oder tertiäre Syphilis handelt, kann das Resultat der Wa. R. ruhig abgewartet werden. In jedem Falle von Plaut-Vincent-Angina ist die Wa. R. und die Untersuchung auf Diphtheriebazillen wünschenswert.

Saure Säuglingsnahrung. Wenn auch die Wirkungsweise der sauren Nahrung in ihren Einzelheiten noch nicht geklärt ist, so berechtigten die bisherigen Erfahrungen doch, sie in größerem Umfange anzuwenden, als es zur Zeit noch geschieht. Man kann eine größere Sicherheit gegen Infektionen durch die Nahrung von ihr erwarten. Formen der Anwendung sind die Buttermilch, Milchsäuremilch, Essigsäuremilch, saure Buttermehlnahrung, Säurefettmilch u. a.

Neuere Ergebnisse in der Behandlung des Ikterus. Für die Bekämpfung des Ikterus sind drei pathogenetische Vorgänge in Betracht zu ziehen: Gallenstauung, Galleninfektion und degenerative Erkrankung der Leberzelle. Zur Beseitigung der Gallenstauung hat sich am sichersten und stärkstwirkenden das mit der Duodenalsonde eingeführte Magnesiumsulfat bewährt. Von manchen Seiten wird Atophan und Hypophysin empfohlen. Auch Oel und Pfefferminzöl wirkten galletreibend; dagegen hat Verfasser von den Gallensäure enthaltenden Präparaten keine überzeugende Wirkung gesehen. Bei Spasmen sind antispastische Pharmaka angezeigt. Für die Bekämpfung der Galleninfektion kommen Saliformin, Urotropin, Salol, Borovertin, große Salizylsäuredosen in Frage, ferner werden intravenöse Einspritzungen von Choleflavin, Atophanyl, Cylotropin, Choleval empfohlen. Wenn der Ikterus im wesentlichen durch Leberzellendegeneration entstanden ist, hat sich neben der diätetischen Therapie eine Zucker-Insulin-Behandlung bewährt, die eine Glykogenanreicherung der Leberzellen bezweckt; diese soll die Widerstandsfähigkeit der Zelle erhöhen. Wenn durch innere Behandlung nichts erreicht wird, so wird auch bei Leberatrophie die Choledochusdrainage empfohlen.

Der heutige Stand der nichtoperativen Behandlung der Cholelithiasis. Die interne Behandlung der Cholelithiasis ist aktiv — Entleerung des galleabführenden Systems — oder passiv — Ruhigstellung der Gallenwege. Die aktive Behandlung besteht in intraduodenaler Eingießung von Magnesiumsulfat und Hypophysin-Injektionen. Die Indikationen für sie sind heute noch nicht mit Sicherheit zu umgrenzen. Die passive Therapie geschieht durch Wärme, Morphium oder seine Derivate, Atropin. Für die medikamentöse Behandlung im Intervall zwischen den Anfällen ist maßgebend, ob die Stauung oder Infektion im Vordergrunde steht; daneben ist eine individualisierende Diättherapie von Wichtigkeit.

Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Anwendung von Obst- und Gemüsekuren. Das Wesen der Obst-Gemüse-Kur ist eine therapeutische Unterernährung; dazu kommen als positive Eigenschaften der Reichtum von Obst und Gemüse an Vitaminen, Mineralsalzen und Basen. Die Durchführung der Kuren geschieht — obwohl selbst Hungern bis zu zwanzig Tagen bei Gesunden und den meisten Kranken nach neueren Untersuchungen unschädlich ist — zweckmäßigerweise in der Form, daß eine ausschließliche Obst- und Gemüsekost tage- oder periodenweise eingeschaltet wird in eine andere Ernährung, in der Obst, Gemüse und Salate nur überwiegen. Kleine belanglose Zugeständnisse sollten zur besseren Durchführung der Kur gemacht werden, überhaupt ist für Abwechslung zu sorgen. Indikationen sind Fettsucht, Ueberlastung des Herzens und kardiale Stauungen, Gicht, Diabetes, akute Nephritis, sowie Versagen der Nierenfunktionen im Verlaufe einer chronischen Nephritis, essentielle Hypertonie, chronische Dyspepsien. Kontraindiziert sind Obst-Gemüse-Kuren bei zu schneller Magenentleerung bei Achylie, Gastroenterostomie, gastrogenen Diarrhöen usw.

Nr. 13.

* Hellsehen und andere sogenannte okkulte Phänomene in ihrer Beziehung zur Strafrechtspflege. Meyer (Königsberg).
* Die Behandlung der Bilharziosis mit dem Präparat Heyden 661 (Antimosan). Specht (Würzburg).
* Ueber die Beziehungen der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum zu der späteren Tätigkeit der Genitalorgane und besonders zur Sterilität. Vogt (Tübingen).
Die Gelenkkrankheiten und ihre Blutkörperchensenkungsreaktion unter der Einwirkung der Wiesbadener Thermalquellen. Einstoß und Hirsch (Wiesbaden).
Ueber die Arsenbehandlung der Schwerhörigkeit. Wodak (Prag).
Zur Nirvanolbehandlung der Chorea. Matzdorf (Breslau).
* Die Schiefhaltung des Kopfes. Böhm (Berlin).
Besitzt das Möllgaardsche Tuberkuloseserum spezifisch entgiftende Wirkungen? Opitz und Kotzulla.
* Fazialislähmung bei akuter Otitis media. Manasse (Würzburg).
Ueber die Prognose der Skrofulose. Connerth (Hohenlychen).
Compral, ein neues Analgeticum und wirksames Antidysmenorrhoicum. Saenger (München).
Erfahrungen mit Triphal. Schwarz (Bonn).
Ueber Lipojodin. Morell (Berlin).
Ueber die Anwendung von konzentrierter Lösungen von Insulin. Kölle (Kassel).
Zur Anwendung des Sulfurjodatum D 6 bei Furunkulose. Rosenau (Neuzauche, Spreewald).

Hellsehen und andere sogenannte okkulte Phänomen in ihrer Beziehung zur Strafrechtsfolge. Verfasser lehnt jegliche Bedeutung der „okkulten Phänomene" ab; entgegen den verschiedentlich von juristischer Seite gegebenen Anregungen warnt er davor, sich in den Okkultismus zu vertiefen, weil es „ein unbefriedigendes und fruchtloses Bemühen" sein würde. Die Notwendigkeit gerichtlicher Sachverständiger über den Okkultismus wird negiert; nötig werden meist ärztliche Sachverständige, speziell Psychiater sein zur Beurteilung etwaiger nervöser Störungen, z. B. nach Hypnosen, und oft auch zur Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit der Okkultisten und ihrer Medien, da psychopathische Veranlagung bei ihnen eine große Rolle spielt.

Die Behandlung der Bilharziosis mit dem Präparat Heyden 661 (Antimosan). Die in Deutschland selten vorkommende Krankheit wurde bei zwei Aegyptern, die schon mehrere Jahre hier waren und lange unter der Diagnose chronische Nephritis erfolglos behandelt worden sind, durch Nachweis von lebenden Eiern der Bilharzia haematobia im Urin und Stuhl festgestellt. Durch Einspritzungen des Antimon-Präparates Antimosan wurden beide in kurzer Zeit geheilt, ohne daß unerwünschte Nebenerscheinungen auftraten.

Ueber die Beziehungen der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum zu der späteren Tätigkeit der Genitalorgane und besonders zur Sterilität. Bei der Gonorrhoe der kleinen Mädchen sind Urethra, Cervix und Rektum viel häufiger miterkrankt, als im allgemeinen angenommen wird; infolgedessen ist auch das Uebergreifen auf die inneren Geschlechtsorgane und das Bauchfell keine Seltenheit. Die Aszension, die durch die Anatomie des kindlichen Uterus begünstigt wird, kann sofort bei der primären Erkrankung erfolgen, oder die Krankheit wird latent und flackert bei der Menarche wieder auf, oder die Krankheit kann sich unmittelbar aus der Kindheit in die Fortpflanzungsperiode fortsetzen. Die allgemeine Immunität des Körpers spielt neben anderen Umständen eine wesentliche Rolle bei der Ausbreitung der Infektion. Aus der Aszension der Gonorrhoe erklären sich spätere Störungen der Fortpflanzungstätigkeit: durch Erkrankung der Ovarien kann die Eibildung gestört sein; Tubenverklebungen bewirken eine Störung der Eiwanderung, die zur Sterilität oder Extrauteringravidität führt; die Einnistung und Bebrütung des Eies im Uterus kann durch die Folgen einer gonorrhoischen Endometritis gestört werden. Schließlich können noch Verwachsungen der kleinen Labien und Stenosen der Vagina Kohabitationshindernisse erzeugen.

Die Schiefhaltung des Kopfes. Es wird unterschieden zwischen dem symptomatischen und dem angeborenen Schiefkopf; der erstere tritt auf bei Augenmuskellähmungen, bei rheumatischen Affektionen des Halses und Nackens, bei Entzündungen dieser Gegend einschließlich der Ohren, bei Verletzungen und Entzündungen der okzipito-zervikalen Gegend des Skeletts, ferner bei Poliomyelitis oder Läsion des Nervus accessorius — paralytischer Schiefhals — und bei zentraler Nervenerkrankung — spastischer Schiefhals. Bei der angeborenen Schiefstellung von Kopf und Hals stehen sich die Fälle gegenüber, bei denen primär der Kopf, und die, bei denen primär der Hals betroffen ist. Für die Therapie sind im wesentlichen die letzteren von Bedeutung. Praktisch wichtig ist die Einteilung in muskulär und ossal bedingten Tortikollis; nur der rein muskuläre ist der Behandlung zugänglich. Die Aetiologie des muskulären Schiefhalses ist im einzelnen noch nicht geklärt; teils wird ein Geburtstrauma, teils intrauterine pathologische Prozesse oder primär fehlerhafte Anlage als Ursache für die einseitige Verkürzung des M. sternocleidomastoideus angenommen. Bei der ossären Tortikollis handelt es sich anatomisch um asymmetrische Verschmelzungen mehrerer Halswirbel oder des ersten Halswirbels mit dem Hinterhaupt.

Fazialislähmung bei akuter Otitis media. Entgegen der in den meisten Lehrbüchern vertretenen Ansicht, bildet nach den Erfahrungen des Verfassers die Fazialislähmung bei akuter Mittelohreiterung keine Indikation zur Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. Seligmann.

Medizinische Klinik.

Nr. 10, 5. März 1926.

* Spasmophilie. W. Stoelzner (Königsberg).
* Ueber die Pathogenese der Tetanie. H. Beumer (Königsberg).
Muskeltonus und tonische Innervation. J. Pal (Wien).
Die Röntgendiagnose der Lungentuberkulose und der praktische Arzt. W. Olshausen (Schöneberg.)
Isolierte subkutane Pankreasruptur. H. Feist (Prag).
Zur Kenntnis der Syphilis der Hirn- und Rückenmarksnerven. W. Mestiz (Wien).
Hormone und Vitamine und deren Nachweis. L. Wolfer (Salzburg).
Ueber eine seltene kongenitale Hemmungsmißbildung. E. Reiner (Ludenec).
Chininexanthem durch Contrapan. E. Zacharias (Dresden).
Zur Frage der serologischen Beziehungen zwischen Zoster und Varicellen. Landa und Silberstein.
Ist der Eintritt des Todes eines an schwerer Aderverkalkung Leidenden durch einen Armbruch beschleunigt? W. Brandis (Berlin).
Die Behandlung der Gicht mit 1proz. Harnsäurelösung. A. Mahlo (Hamburg).
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe (Wilmersdorf-Berlin).

Spasmophilie. Verf. unterscheidet eine latente Spasmophilie ohne Krämpfe und eine manifeste mit irgendwelchen Krämpfen, Laryngospasmus, epileptiformen oder eklamptischen Anfällen oder Karpopedalspasmen. Unter Tetanie versteht er nur die Fälle mit karpopedalen Dauerspasmen, die also zu den Formen manifester Spasmophilie gehören. Das wichtigste auslösende Moment sei eine fieberhafte Infektion; prophylaktisch soll schematisch allen Säuglingen vom zweiten Lebensmonat an täglich ein Teelöffel Lebertran gegeben werden, der auch als Therapie neben Milchentziehung und Kalk die wichtigste Rolle spielt. Eine etwa später auftretende Epilepsie ist nicht mehr zu fürchten als bei nichtspasmophilen, dagegen tritt häufig im späteren Leben eine funktionelle Minderwertigkeit des Nervensystems hervor.

Ueber die Pathogenese der Tetanie. Die Frage, ob die Insuffizienz der Epithelkörperchen als ätiologischer Faktor der Säuglingstetanie in Frage kommt, ist auch heute noch nicht sicher im bejahenden oder verneinenden Sinne zu beantworten. Als auffallend konstatiert Verf. die Tatsache, daß der latent tetanische Säugling bei Milchdiät im höchsten Grade manifest tetanisch wird, während der parathyreogene Tetaniker bei der gleichen Diät seine Tetanieerscheinungen verliert. Dabei ist jedoch nicht zu vergessen, daß der tetanische Säugling nebenher noch Rachitiker ist und den Kalk der Milch nicht nutzbringend verwerten kann, daher der tetanigenen Wirkung der Milchphosphate ausgesetzt ist. Der parathyreogene Tetaniker ist kein Rachitiker, ihm dient der Kalk der Milch zur Erhöhung des Ca-Blutspiegels und zur Ausgleichung der Phosphatwirkung. Daher Beibehaltung der Milchdiät und große Kalkdosen bei der ersten Gruppe, während die zweite mit kleinen Kalkmengen auskommt. Außerdem versuchte Verf. mit Erfolg, durch Säurezufuhr, Salmiak oder $CaCl_2$, die endogenen Ca-Depots der Knochen zu öffnen; daneben selbstverständlich Lebertran und Höhensonne.

Nr. 11, 12. März 1926.

* Lebensreize und Lebensnerven. F. Glaser (Berlin-Schöneberg)
Der Wert der konservativen Therapie in der Gynäkologie. Benthin (Königsberg).
Oberkiefernekrose als Todesursache bei chronischer Benzolvergiftung. J. Löwy (Prag).
Zur Klinik der Pfortadernekrose. W. Lehmann (Hamburg).
Ein Fall einer tödlichen Kardiaruptur bei einer Kardiospasmusdilatation mittels Starckscher Sonde. V. Maydl (Prag).
* Zur Pathologie und Therapie der Typhusbazillenträger. E. Bersch (Wiesloch).
* Ueber unsere Erfahrungen bei Behandlung der Lungentuberkulose nach dem Perkutanverfahren mit Ektebin - Moro. Gutzmann und Sachse (Teupitz).
Die Behandlung von Uterusblutungen mit Sodalösung. F. Bentzel (Kreuznach).
Ueber oxychromatische Veränderungen am Zellkern. A. Luger und E. Landa (Wien).
Zusammenhang zwischen Lungentuberkulose und Dienstbeschädigung abgelehnt. v. Schnizer (Heidelberg).
Beitrag zur Bromuraltherapie. A. Fortwängler.
Tukisil, ein Bindegewebestützmittel. E. Homberger (Frankfurt a. M.).
Die therapeutischen Erfolge des Nervenarztes. T. Cohn (Berlin).

Lebensreize und Lebensnerven. Verf. nennt das vegetative System die Lebensnerven und versteht unter Lebensreizen diejenigen, die zur Erregung und zum Ablauf der Lebensfunktionen notwendig sind und adäquater Natur sein müssen. Atemzentrum, Vasomotorenzentrum und Vaguszentrum werden durch den Kohlensäuregehalt des Blutes erregt, das Wärmezentrum durch den Wärmegrad, das Zuckerzentrum durch die Blutzuckerschwankungen, das Wasser-Salzzentrum durch den Wasser-Salzgehalt, die nach hypothetischen Eiweiß- und Fettzentren durch den Eiweiß- und Fettgehalt des Blutes erregt. Peripher wirkt auf den Sympathikus Adrenalin, auf den Vagus Cholin. Wie bei der Erregung der markhaltigen Nerven entstehen auch in den Lebensnerven Aktionsströme, die auf kolloid-chemischem Wege zu zellulären Funktionsänderungen führen. Die Beseitigung krankhafter Reizzustände durch Medikamente, namentlich Kalk, wird eingehend besprochen.

Zur Pathologie und Therapie der Typhusbazillenträger. Bei 5 Fällen von Typhusbazillenträgern konnte durch die Entfernung der Gallenblase die Ausscheidung der Typhusbazillen durch den Darm dauernd beseitigt werden. In allen Fällen waren Gallensteine vorhanden. Die Gallenblasen wiesen sämtlich chronisch-entzündliche Wandveränderungen auf. Bei einer, längere Zeit nach der Cholezystektomie verstorbener Typhusbazillenträgern konnte die pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchung verschiedener Organstücke keine Typhusbazillen mehr nachweisen.

Ueber unsere Erfahrungen bei Behandlung der Lungentuberkulose nach dem Perkutanverfahren mit Ektebin-Moro. Verff. haben etwa 300 Fälle mit Ektebin-Moro behandelt und sehr gute, sogar verblüffende Erfolge erzielt, subjektive wie objektive, Verschwinden der Nachtschweiße, des Fiebers, Auswurfs usw. Steigerung der Eß- und Arbeitslust und des Gewichts. Die Patienten konnten fast alle während der Kur arbeiten, darunter z. B. Kesselschmiede. Herdreaktionen sind nie beobachtet worden, obgleich gegenüber Moro die doppelte Salbenmenge verwendet wurde. Die Reaktion zeigte sich in 1—2 Tagen in der Bildung von Knötchen und Bläschen, auch geröteter Haut und erfolgt nur bei bereits bestehender Tuberkulose, mitunter freilich erst nach mehreren Einreibungen. Wie lange die Wirkung anhielt, kann jetzt, nach 2 Jahren, noch nicht gesagt werden, doch ist sie jedenfalls länger dauernd als die der Heilstättenbehandlung, die meist nach kurzer Zeit schwindet, wenn sich der Pat. wieder im alten Milieu befindet.

Nr. 12, 19. März 1926.

Zur Insulinbehandlung des Diabetes. Minkowski (Breslau).
* Ueber cerebrale Krankheitserscheinungen im Verlauf der Kuhpockenimpfung. C. Leiner (Wien).
Aortenlues und Endocarditis lenta. F. Pineles (Wien).
Ueber eine ungewöhnliche Fernwirkung des Erysipels. G. Doberäner (Komotau).
Ueber den Verlauf der Erstgeburt im höheren Lebensalter. K. Jaroschka (Prag).
Ueber die Bedeutung der Dauersondierung für die Sekretionsdiagnostik des Magens. H. Galewski (Berlin).
Tödlicher elektrischer Unfall in einem Röntgenlaboratorium. F. Polgar (Budapest).
95 Schrotkörner im Wurmfortsatz. Sonnenfeld (Berlin).
Bemerkungen zu der Veröffentlichung von Herrn Dr. Kaupe-Worms: Das Masernschutzserum nach Degkwitz. K. Degkwitz (Greifswald).
Schlußwort zur vorstehenden Arbeit. Kaupe (Bonn).
Hämagglutiningehalt des Blutserums Karzinomkranker. F. Schiff (Berlin).
Ueber oxychromatische Veränderungen am Zellkern (Fortsetzung aus Nr. 11). A. Luger und E. Landa (Wien).
Ueber die Behandlung spastischer Symptomenkomplexe der inneren Organe mit Kampfer-Papaverin-Gelatinetten (Knoll). E. Renz (Ulm).
Kurze Mitteillung über Salluen. E. Kretzmer (M.-Gladbach).
Die therapeutischen Erfolge des Nervenarztes (Fortsetzung aus Nr. 11). T. Cohn (Berlin).

Ueber cerebrale Krankheitserscheinungen im Verlauf der Kuhpockenimpfung. Neben den schon früher beobachteten und bekannten Impfschädigungen sind nach den Beobachtungen von Verf. und anderen Autoren (in Holland 34 Fälle in 1½ Jahren) cerebrale Störungen nach der Impfung aufgetreten, die klinisch und histologisch ganz dem Bilde einer Encephalitis acuta entsprechen. Die Krankheit wurde besonders häufig bei älteren Erstimpflingen beobachtet und dürfte im direkten Zusammenhang mit der Impfung stehen. Da die Schädigungen mit der Virulenz der Lymphe zunehmen, ist zu fordern, daß eine gleichmäßige Lymphe von schwacher Virulenz hergestellt wird. Außerdem empfiehlt Verf. die subkutane oder intrakutane Methode anzuwenden.

Nr. 13, 26. März 1926.

Fremdkörper der Luftwege und der Speiseröhre. J. Zange (Graz).
Zur Insulinbehandlung des Diabetes (Schluß). O. Minkowski (Breslau).
Röntgenologische Untersuchungen der gesunden und kranken Harnröhre. E. Langer und C. Wittkowski (Berlin).
Die Rolle des Zwischenhirns in der Pathogenese der Dystrophia adiposogenitalis. E. Kraus (Prag).
Grundsätze für die Blinddarmoperation. Schönstadt (Berlin-Schöneberg).
Die Verwertung des negativen Druckes bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Sondermann-Dieringhausen.
Ein neuer transportabler Pneumothoraxapparat. Neumann (Baden-Baden).
Ueber oxychromatische Veränderungen am Zellkern (Schluß). A. Luger und E. Landa (Wien).
* Ueber eine zweckmäßige Form der Kalkdarreichung. Opitz und Jung (Freiburg).
Die therapeutischen Erfolge des Nervenarztes (Schluß). T. Cohn (Berlin).

Ueber eine zweckmäßige Form der Kalkdarreichung. Die Grundlage der Kalkretention besteht in der normalen Alkaleszenz des Blutes. Ein wirklich wirksames Kalkpräparat muß daher diese herstellen. Verff. fanden in dem Optisal-Dung ein Kalzium-Natrium-Zitrat, bei dem die Zitronensäure im Organismus vollständig zu Wasser und Kohlensäure verbrennt und durch die Entstehung starker Alkalibasen (Kalzium-Natrium) mit der schwachen Kohlensäure die Karbonat-Alkaleszenz herbeiführt. Die Blutuntersuchung ergab eine beträchtliche Steigerung des Kalkgehaltes. Das Präparat ist im Gegensatz zum Kalzan geschmacklos und ist ohne jede Störung auch in der Kinderpraxis gut verträglich. Haber.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 15, 9. April 1926.

Vergleichende Messungen über die Gewöhnung des Atemzentrums an Morphin, Dicodid und Dilandid. Gottlieb.
Aerztliche Erfahrungen mit Dilandid. Krehl.
* Ueber ein neues Morphinderivat Dilandid. Hemmerling.
Ueber Aenderungen der Magenfunktion bei leichten Magenstörungen. Weitz und Vollers.
* Ueber Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale. Storm va nLeeuwen.
Leukozytenzählung auf der Zählplatte. Prym.
Ueber die Blutgruppen der Kölner Bevölkerung. Wiechmann und Paal.
Die Kultur des Tuberkelbazillus zur Diagnose der Tuberkulose. Hohn.
Die Leptospirillosen. Hoffmann.
Ueber die elektrokardiographische Bestimmung des Ausgangspunktes von Vorhofssystolen. Schellong.
Die Pyelographie mit Jodipin. Sigl.
Die Grundlagen meines Perkussionsverfahrens. Schwarzmann.

Ueber ein neues Morphinderivat Dilandid. In Dosen von ½ Zentigramm wirkt dieses Präparat sehr beruhigend auf das

Zentralnervensystem (Aufhebung der Schmerzempfindung, Beruhigung des Atemzentrums). Die Nebenwirkungen und die Angewöhnungsgefahr sind viel geringer als bei den entsprechenden Morphiumdosen. Wie die pharmakologischen Untersuchungen von Gottlieb ergeben, ist die Wirkung des Morphins auf das Atemzentrum des Kaninchens bei täglichen Gaben nach 4 Wochen kaum noch nachweisbar, während der Effekt von Dilandid unverändert bleibt. Die stärkste Wirkung gegen Hustenreiz erzielt die gleichzeitige Darreichung von 0,01 g Morphin und 0,005 g Dilandid, beides subkutan gegeben.

Ueber Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale. Bei vielen Asthmaanfällen ist die unmittelbare Ursache des Auftretens eines Anfalles in der Einwirkung eines exogenen Agens zu erblicken. Substanzen, die für normale Personen ungiftig sind, rufen bei bestimmten Menschen die heftigsten Krankheitserscheinungen hervor. So spielt die Ueberempfindlichkeit gegen Produkte der tierischen Epidermis (Haare, Schuppen usw.), gegen Nährmittel (Eier, gewisse Fisch- und Fleischsorten) und gegen Bakterientoxine in der Asthmaentstehung eine große Rolle. Durch intrakutane Injektionen derartiger Allergene läßt sich die Ueberempfindlichkeit und zuweilen auch das kausale Agens feststellen. Die altbekannte Tatsache, daß Asthmaanfälle nach einer fieberhaften Erkrankung verschwinden, führte zu einer nichtspezifischen Therapie, die in vielen Fällen Erfolg hat (Peptoninjektion, Desensibilisierung mit Bakterienvakzinen und Schwefelölinjektionen). Weitere Fortschritte ergeben sich bei Berücksichtigung der Beobachtung, daß Klima- oder Wohnungswechsel schon zur Beseitigung von Anfällen führten. Es zeigte sich, daß bei den holländischen Asthmatikern das Klima eine große Rolle spielt (Auftreten von Anfällen und größere Asthmahäufigkeit in Gegenden mit Moorboden). Für etwa 50% ist das Asthma eine Klimakrankheit, d. h. Anfälle werden durch Allergene hervorgerufen, die in der Luft schweben. Derartige Allergene können einmal nur in der Außenluft vorkommen oder sie sind an bestimmte Häuser gebunden und entstehen dort im Getreide, im Bettmaterial usw. Es genügt für Kranke, die gegen die gegen die häuslichen Allergene überempfindlich sind, wenn sie in fremder allergenfreier Umgebung schlafen. Für die erste Gruppe von Asthmatikern, bei denen die Außenluft schädlich ist, müssen Kammern gebaut werden, in welche nur die von Allergenen befreite Luft hineindringt. Die Luft wird zu diesem Zweck durch ein langes Rohr, welches 10 m über das Hausdach emporragt, in die Kammer gesogen. Mit dieser einfachen Methode sind viele Kranke arbeitsfähig zu halten, wenn sie lediglich die Nacht im allergenfreien Zimmer verbringen.

Nr. 16, 16. April 1926.

Was die praktische Medizin von der Psychotechnik lernen sollte. Poppelreuter.
Ueber Röntgenbehandlung der Trigeminusneuralgie. Walter und Lax.
Encephalitis epidemica in China. Pfister.
Rhythmische Faradisation. Geigel.
Der hypotonische Symptomenkomplex. Joachim.
Grundsätzliches zur Zangenoperation unter besonderer Berücksichtigung der Kiellandzange und deren Bedeutung für den praktischen Arzt. Frey.
Ein neuer Pleurapunktionsapparat. Weitz.
Rohes Sauerkraut als Volksheilmittel. Hartmann.
Ist das Omnadin bei kruppöser Pneumonie wirksam? Manel.
Ueber Nebenwirkungen bei Triphalbehandlung. Mohrmann.
Ist das Daninsche Hilfsmittel zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe (Gonotest) für die Kontrolluntersuchungen der Prostituierten brauchbar. Pflanz.
Zur Frage der Telegonie. Waldeyer-Hartz.

Nr. 17, 23. April 1926.

Zur Aetiologie der Haffkrankheit. Selter.
Erkältung. Much.
• Zur Diagnose und Therapie der akuten und chronischen Pyelitis. Lehmann.
Zur Technik meiner dritten Lues-Flockungsreaktion: D. M. Meinicke.
• Cholangitis ex ingestis. Daksch-Wartenhorst.
Die Askaridenkur mit Oleum chenopodii bei Erwachsenen. Scharpff und Schneller.
Encephalitis epidemica in China. Pfister.

Zur Diagnose und Therapie der akuten und chronischen Pyelitis. Durch die lokale Behandlung der Blase ist in den meisten Fällen eine therapeutische Wirkung auf das Nierenbecken zu erzielen. Die Keime verschwinden nach Blasenspülungen aus dem Urin, auch dann, wenn durch Ureterenkatheterismus die infektiöse Erkrankung des Nierenbeckens nachgewiesen war. Die Blasenspülungen erfolgen in steigender Konzentration (2, 2½ und 3%) mit Argentum-nitricum-Lösung (Schottmüller). Nach Harnentleerung werden 100 ccm der Lösung langsam in die Harnblase eingespritzt und dort 5 Minuten lang belassen. Bei sehr starken Blasentenesmen muß die Zeit abgekürzt werden. Nur selten sind Gaben von Morphium und Belladonna zur Behebung der Beschwerden nötig. Wenn die Argentumlösung aus der Harnblase abgelaufen ist, wird eine mehrfache Nachspülung mit steriler physiologischer Kochsalzlösung angeschlossen, bis die milchig getrübte Flüssigkeit klar abläuft. Die starken Konzentrationen werden in fast allen Fällen bei ganz langsamer Injektion der Spülflüssigkeit ohne die geringsten Beschwerden vertragen. Die subjektiven Beschwerden der Kranken bessern sich sehr häufig im Anschluß an die erste und zweite Blasenspülung. Der Urin bleibt jedoch noch lange keimhaltig. Um der Rezidivgefahr zu begegnen, müssen die Spülungen längere Zeit fortgeführt werden. Zur Abkürzung der Behandlungsdauer kann vom Facharzt die Nierenbeckenspülung mit hochkonzentrierter Argentumlösung erfolgen, die in 90% der Fälle eine Heilung bewirkt.

Nr. 18, 30. April 1926.

Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.
Ueber Zuckerausschüttung nach Insulin. Müller und Petersen.
Die Phosphatfraktionen des Blutes beim Gesunden und in Krankheitszuständen. Heinelt.
Serologische Beiträge zur Rekurrenstherapie der progressiven Paralyse. Hoff und Horn.
° Ueber eine neue Art zur Auslösung des pathologischen Großzehenphänomens. Clauß.
Ueber Wesen und Behandlung der Myalgia scapularis. Fürstenberg.
Zur neuzeitlichen Begutachtung von Herz- und Gefäßkrankheiten für Lebensversicherungen. Graßmann.
Zur Frühbehandlung des angeborenen Klumpfußes. Staub.
Ein neues Tonsillotom. Hartmann.
Zur Technik der Senkungsreaktion. Adler.
Vivocall, ein neues Blutstillungsmittel. Kreche.
Ueber Argochrombehandlung. Günther.
Beiträge zur forensischen Geburtshilfe. Hofmeier.
Zur Stelzbeinfrage. Pürckhauer.

Ueber eine neue Art zur Auslösung des pathologischen Großzehenphänomens. Bei aktiver Beugung des Kniegelenkes gegen Widerstand (Handauflegen und die Beugung zu hindern suchen!) tritt bei vielen Nervenkranken eine Dorsalflexion der Großzehe des gleichen Beines (seltener gekreuzt) auf. Das Zeichen beweist bei Erwachsenen eine Störung im Verlauf der Pyramidenbahn. Es ist etwas seltener als der Babinskische Reflex, dagegen häufiger als die von Oppenheim und Gordon angegebenen pathologischen Großzehenphänomene.

Biberfeld

Reichsgesundheitsblatt.

Nr. 12, 1. Jahrgang, 24. März 1926.

* Irrenfürsorge und Wissenschaft. Kraepelin.

Irrenfürsorge und Wissenschaft. Entsprechend den Fortschritten der psychiatrischen Wissenschaft ist die Pflege und Fürsorge der Geisteskranken gebessert worden. „Ich mache mich anheischig, die Zahl der den Irrenanstalten zufließenden Geisteskranken binnen absehbarer Zeit um etwa ⅕ zu vermindern, wenn mir das Recht unbeschränkter Eingriffe in die Gesetzgebung zugestanden würde.“ Er hält die Beseitigung des Alkoholismus für notwendig und möglich, wie die Verhältnisse während des Krieges es gezeigt haben. Die Entlastung der Irrenfürsorge, der Krankenkassen usw. würde eine erhebliche sein. Die Bekämpfung der Syphilis als Ursache vieler Geisteskrankheiten ist schwieriger aber von so großer Wichtigkeit, daß sie mit Nachdruck durchgeführt werden muß. Als dritte Hauptursache des Irreseins kommt die Vererbung in Betracht (wissenschaftlich zuverlässige Eheberatung). Sehr wichtig sind ferner gewisse Drüsen und ihre Funktionen für das Entstehen von Geisteskrankheiten (Kretinismus). Die rein wissenschaftliche Erforschung der Geisteskrankheiten muß auf alle Weise vom Staate unterstützt werden. (Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie.) Heranbildung befähigter Forscher ist notwendig, denn die Anstaltsleiter und Professoren sind von ihren Berufspflichten so in Anspruch genommen, daß sie diese Aufgaben nicht noch nebenbei erfüllen können.

Nr. 13, 1. Jahrgang, 31. März 1926.

* Untersuchungen zur Bekämpfung des Kropfes. v. Scheurlen.

Untersuchungen zur Bekämpfung des Kropfes. Eine richtige vorbeugende Kropfbekämpfung hat die schwangeren und die stillenden Mütter, den Säugling, das Kleinkind und das Schulkind sowie das Milchtier zu umfassen.

Der schwangeren und stillenden Mutter sind wöchentlich 3 mgr Jodkali in einer Dosis, etwa am Montag, oder hälftig in 2 Dosen zu geben.

Jod oder Jodkali, der Mutter oder dem Milchtier gegeben, geht rasch in die Milch über und verschwindet aus ihr wieder in 2—3 Tagen. Es erscheint hauptsächlich in anorganischer Form in der Milch, doch ist auch die an Eiweiß gebundene Jodmenge deutlich vermehrt, etwas weniger auch die an Fett gebundene.

Dem Säugling und dem Kleinkind ist neben Milchnahrung frühzeitig Gemüse, insbesondere Spinat, zu reichen. In besonderen Fällen wird auch zum Lebertran zu greifen sein.

Die Kropfprophylaxe mit 3 mgr Jodkali wöchentlich in Tablettenform hat sich beim Schulkind bewährt. Sie ist die ganze Schulzeit über durchzuführen.

Der aus den Zement- und Kalkwerken stammende, als Kalkdünger verkaufte Flugstaub enthält viel Jod und eignet sich zur Jodanreicherung bei unseren Kulturpflanzen.

Dr. Michaelis (Bitterfeld).

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

1926, Heft 7.

Der Erweiterungsbau des Kreiskrankenhauses zu Crossen a. Oder. Schmieden.
Das Katholische Krankenhaus (Philippusstift) in Essen-Borbeck. Pesch.
Gesundheitstechnische Einrichtungen eines Bezirkskrankenhauses. Freund.
* Zur Ausbildung des Irrenpflege-Personals. Kellert.
* Hauspolizei. Waldmann.
Können beauftragte Aerzte der Ambulatorien des Krankenkassenverbandes Berlin zu Mitgliedern des Betriebsrates gewählt werden? Riese.

Zur Ausbildung des Irrenpflege-Personals. Gegenwärtig finden sich bauliche Veränderungen großer psychiatrischer und Nervenkliniken, die sich von Einrichtungen allgemeiner Krankenhäuser vielfach wenig unterscheiden. Die Einfügung der Abteilungen für Malariabehandlung der Paralyse, die Laboratoriumsforschungen, der Apparat für Blutuntersuchungen und Lumbalpunktionen verlangen gut ausgestattete aseptische Räume und allgemein ausgebildetes Pflegepersonal. Deshalb wird von führenden Psychiatern mehr und mehr die Forderung erhoben, daß die Irrenpfleger eine Grundlage der allgemeinen Krankenpflege erwerben und nicht nur die Eignung für ihr Sonderfach aufweisen.

Hauspolizei. Die im Frieden wirksamen Maßnahmen, widerspenstige Krankenhausinsassen, die nicht entlassungsreif sind, zur Ordnung zu zwingen (Bettzwang, Einzelzimmer, flüssige Kost), reichen nicht aus. Besonders trifft das für Geschlechtskrankenabteilungen zu. Unter Umständen kann auf Grund des Reichsstrafgesetzbuches vorgegangen werden. Widerspenstige Geschlechtskranke, die wegen der Allgemeingefährdung nicht entlassen werden können, dürfen auf Veranlassung der Verwaltung durch das Polizeireferat zu polizeilich Eingewiesenen gestempelt werden, eine Maßnahme, welche die Stimmung auf der Abteilung dämpft.

1926, Heft 8.

* Pädagogik bei Kranken. Sioli.
* Aerztliche Erfahrungen mit Freiluftsälen. Schott.
Das Bürgerheim in Naumburg a. S. Hoßfeld.
* Die praktische Ausführung der Bluttransfusion im Krankenhause. Opitz.
* Ueber die Notwendigkeit des Betriebes der physikalischen Therapie in den Krankenanstalten. Grober.
Erfahrungen bei der Versorgung des Tuberkulosekrankenhauses Waldhaus Charlottenburg mit Nahrungsmitteln. Westphal.
* Elternbesuch auf der Kinderstation. Bleisch.

Pädagogik bei Kranken. In der Krankenbehandlung liegt zugleich ein erzieherischer Einfluß. Die wesentlichen seelischen Schwierigkeiten im Erlebnis der Krankheit entstehen aus der Grundpersönlichkeit der Kranken, der Krankheit selbst, der Behandlung, der Umgebung, den Folgen der Krankheit. Bemerkenswert sind die Ausführungen, ein Vortrag an die Schwesternschaft, weil hier der Psychiater die einfachsten menschlich pädagogischen Wege bespricht, ohne die Methoden der schulmäßigen Psychotherapie heranzuziehen.

Aerztliche Erfahrungen mit Freiluftsälen. Verfasser berichtet über eine Modifikation des Krankensaalbaues von Dosquet auf Grund 13jähriger Erfahrung in der Kölner Medizinischen Klinik. Große Fenster erstrecken sich im ganzen Saal vom Fußboden bis zur Decke, können teilweise oder vollkommen geöffnet werden. Das Fußende der Betten befindet sich an der Fensterseite. Zwischen den Einzelbetten sind nicht wie bei Dosquet feste Wände, sondern abwaschbare Vorhänge. Die so improvisierten Einzelzimmer können daher nach Belieben in Allgemeinsäle verwandelt werden, bei Umstellung der Betten wird die Einrichtung des üblichen Krankenraumes mit Mittelgang wiederhergestellt. Das Prinzip der Freiluftbehandlung, die gelegentlich durch teilweises Schließen der großen Fenster gemildert wird, die Forderung der Einzelzimmer bei empfindlichen Patienten, die Möglichkeit der Wiederherstellung des Saales durch Zurückziehen der Vorhänge, — alle notwendigen Gesichtspunkte sind auf diesem Wege erfüllt und haben sich in langer Praxis bewährt.

Die praktische Ausführung der Bluttransfusion im Krankenhause. In kurzer Form wird die Klinik der Bluttransfusion besprochen. Die Hauptmethoden zur Beurteilung geeigneter Spender (Schema von Moß, Dreitropfenmethode von Nürnberger). Für die Durchführung der Transfusion im Krankenhause ist die Organisation der Blutspender wichtig. In Amerika haben die großen Kliniken berufsmäßige Spender zur Verfügung. In Kinderkliniken, wo geringere Mengen genügen, läßt sich das notwendige Blut meist von Pflegern oder Aerzten erhalten. Für die Transfusion bei Erwachsenen empfiehlt sich die direkte Ueberleitung nach Freilegung der Venen mit der Oehleckerschen Apparatur; im Kindesalter ist die Injektion von Citratblut (auf 50 ccm Blut 5ccm einer 2½%igen Natr. citr. Lösung) vorzuziehen, und zwar mit der Rekordspritze. Selbst bei Einhaltung aller Vorsichtsmaßnahmen ist der Eingriff nicht völlig harmlos.

Ueber die Notwendigkeit des Betriebes der physikalischen Therapie in den Krankenanstalten. Die Kenntnis der Aerzteschaft in der physikalischen Therapie ist viel geringer als es die Erfolge auf diesem Gebiet verlangen. Die notwendigen Einrichtungen der Hydro-Mechano-Elektrotherapie für kleinere, mittlere und große Krankenanstalten werden systematisch besprochen. Ebenso die Ausbildungsfrage des Hilfspersonals in den einzelnen Behandlungszweigen. Die Neuanschaffung der Apparate belastet anfangs den Etat sehr stark, die Einnahmen besonders aus der ambulanten Tätigkeit decken später, wie sich rechnerisch zeigen läßt, einen großen Teil der gesamten Betriebskosten der Anstalt.

Elternbesuch auf der Kinderstation. Die klaren Beobachtungen der erfahrenen Säuglingsschwester, die auf mehr als 10jährige Tätigkeit an verschiedenen Anstalten zurückblickt, sollten von jedem Kinderarzt gelesen werden. Manche Tatsache kommt dabei zum Vorschein, welche die Schwester sieht, der Stationsarzt, besonders der jüngere, weder bemerkt noch berücksichtigt. Die verschiedenartige Organisation des Elternbesuches an verschiedenen Anstalten wird besprochen. Es liegt an der Tatkraft und am Takt der Stationsschwester, daß die Schattenseiten des Elternbesuchs nicht überwiegen.

Werner Gottstein (Freiburg).

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.

106., Heft 1.

* Weitere Untersuchungen über die Bedeutung der Staubinfektion bei der Tuberkulose. B. Lange.
Ueber den Abbau der Mikroorganismen in vivo. Schumacher u. Liese.
* Klinischer Beitrag zur Tollwutschutzimpfung und Bericht über einen Fall von atypischer Lyssa. Knack.
Ueber Bakterienzählung und -größenmessung in Aufschwemmungen (insbesondere Vakzinen) mittels des Kleinmannschen Nephelometers. Muntner.
Ueber die Verbreitung des Virus des Epithelioma contagiosum der Tauben im Organismus des Kaninchens. Lusena.
Weiterer Beitrag zur Immunbiologie der Trypanosomen. Zur Kritik des Kreuzinokulationsverfahrens als immunbiologische Methode der Artabgrenzung. Kroó.
Heilversuche an Mäusen mit Goldpräparaten. Schiemann u. Feldt.
Experimentelle Infektionen von Mäusen und Meerschweinchen parenteral und von den natürlichen Eingangspforten aus. I. Mitteilung: Versuche an Mäusen mit Milzbrand und andern Septikämieerregern. Uchida.
Zur biologischen Differenzierung des Serumeiweißes zoologisch nahestehender Spezies durch den passiv-anaphylaktischen Versuch. Schwarzmann.
Weitere Untersuchungen über die Bedeutung des Retikuloendothels für die Immunität. H. Meyer.
Zur Frage der Impflähmungen und der Erfolge bei verschiedenen Methoden der Tollwutschutzimpfung. Boecker.
Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von Boecker. J. Koch.
Die Bildung antiinfektiöser Immunkörper bei hungernden Kaninchen. Bieling.
Die Isolierung von Bakterien im Dunkelfeld: Ein-Zell-Kulturen und Tierimpfung mit einem einzigen Bakterium. Péterfi u. Dámoscher.
Ueber die Fraktionierung des hämolytischen Ambozeptorserums. Laubenheimer und Vollmar.
Erfolgt die Antikörperbildung als Reflex oder nach Resorption des Antigens? H. Cohn.

Weitere Untersuchungen über die Bedeutung der Staubinfektion bei der Tuberkulose. In Fortführung seiner Arbeiten über die Staubinfektion kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Tröpfcheninfektion praktisch bei der Uebertragung der Tuberkulose kaum eine Rolle spielt, wenn er auch die Möglichkeit der Tröpfcheninfektion nicht leugnet. Es wird vielmehr die Ueberzeugung ausgesprochen, daß der Staubinfektion unter den verschiedenen Uebertragungsweisen der menschlichen Tuberkulose eine überragende Bedeutung zugeschrieben werden muß.

Klinischer Beitrag zur Tollwutschutzimpfung und Bericht über einen Fall von atypischer Lyssa. Die Tollwutschutzimpfung ist keine für den Organismus indifferente Methode. Sie verläuft unter den klinischen Erscheinungen einer leichten Infektion zu erheblichen Störungen führt sie nur in seltenen Fällen. Bleibende Schädigungen werden abgesehen vom Krankheitsbilde der atypischen Lyssa nicht beobachtet.

Eine Beurteilung, wie die geimpfte Person die Behandlung vertragen wird, ist nicht möglich. Auch das Blutbild liefert für die Prognose und eine eventuelle Modifikation keine Anhaltspunkte. Die ambulante Wutschutzimpfung sollte nur in Anlehnung an ein Krankenhaus erfolgen. Bei den der Wutschutzimpfung anhaftenden Gefahren ist eine zu weitgehende Dezentralisierung nicht zu befürworten. Die durch die Impfung für den Einzelnen entstehenden sozialen Schwierigkeiten sind durch öffentliche Mittel zu beheben. Bei dem beschriebenen Fall von atypischer Lyssa handelt es sich um eine durch Straßenvirus hervorgerufene Erkrankung, bei der Verf. an einen Einfluß der Schutzimpfung auf den atypischen Verlauf glaubt. Henning (Berlin).

Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie.

112., 1. u. 2. Heft.

Beeinflussung der peripheren Adrenalinwirkung durch Organextrakte. Steppuhn u. Sargin.
Wirkung der Nichtelektrolyte aufs Herz. Mita.
Wirkung der Adstringentien auf die Rattenschwanzsehne. Komiyama.
Blutzuckerherabsetzende Wirkung von Herba urticae dioicae. Adler und Marx.
Phagocytäre Funktionen der Gefäßendothelien. Herzog.
Haltbarkeit wässriger Digitalisextrakte. Hintzelmann und Joachimoglu.
Wirkungen des o-, m- und p-Chlorphenols. Kuroda.
Einfluß des Phosphorsäureions auf den Blut- und Harnzucker des normalen und des diabetischen Organismus. Friedländer und Rosenthal.
Azetylenwirkung. Pulewka.
Wertbestimmung von Secale cornutum. Tschetschulin.
Zentrale Regulation des Wasserwechsels. Molitor und Pick.
Zusammenhang zwischen Blutzerfall und Gallensäureausscheidung. Wislicki.

Zeitschrift für die gesamte phys. Therapie.

31., 1926, Heft 4.

Ueber chronische Ileo-Sacral-Arthritis als Ursache hartnäckiger Kreuzschmerzen. H. Strauß.
Naturheilbehandlung und Kurpfuschertum. Ernst Tobias.
Die Behandlung der Arthritiden und Neuralgien in Bad Pistyan. Géza Lichtenstein.
* Ueber die Wirkung der Schlammtherapie auf die biochemischen Eigenschaften des Blutes (I. Mitteilung: Katalasegehalt im Blute). Alexander Bernstein.

Ueber die Wirkung der Schlammtherapie auf die biochemischen Eigenschaften des Blutes. Bei 74 Patienten wurde vor und nach dem Bade der Katalaseinhalt im Blute (Methode Bach und Lubkowa) bestimmt. Verf. konnte aus seinen Beobachtungen folgende Schlußfolgerungen ziehen:

a) Der Katalasegehalt im Blute bewegt sich nach der einen oder anderen Seite hin.
b) Die Schwankungen der Katalase im Blute überschreiten während der Schlammbehandlung die physiologischen Grenzen meist nicht. L. Katz.

Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen.

34., Heft 3.

* Die Cholezystographie und ihre diagnostische Bedeutung. B. O. Pribam, K. Grunenberg u. O. Strauß.
* Ueber Passagestörungen im Duodenum. A. Bernstein.
Röntgenstudien über die Magenstraße. H. Lossen u. E. Schneider.
* Ueber die Gestalt der Flüssigkeitslinien auf Röntgenplatten erkrankter Nasennebenhöhlen. G. Claus.
Röntgenologische Untersuchungen an Moosen und Farnen (Schluß). K. Linsbauer.
Wert der Röntgenuntersuchung für die Unterscheidung verschiedener Arthritisformen. Kimmerle und Laquer.
Eine vereinfachte Methode zur stereoskopischen Röntgenographie des Warzenfortsatzes, Mittel- und Innenohres. H. Richter.
Ueber Spätschädigungen durch Röntgenbestrahlung des menschlichen Körpers im Entwicklungsalter. A. Wierig.
Ueber den Lungeninfarkt im Röntgenbild. G. Boehm u. O. Kühne.
Hochgradige Verlagerung des Mediastinums beim Säugling infolge kongenitaler Bronchiektasie im linken Oberlappen. E. Burghard.
Zur Verkalkung der Herzmuskelfaser. P. Geipel.
Ueber Röntgenschutzstoffe. H. v. Salis.
Ein Fall von Lungentumor mit ungewöhnlichem Röntgenbefund. O. Dehn.
* Die senilen Schädelveränderungen im Röntgenbild. A. Casati.
Symmetrische Mißbildung beiderseits an Fingern und Zehen bei einem Schizophrenen. G. D. Koehler.
Speiseröhrendivertikel und Duodenalgeschwür bei einem Kranken. G. A. Bokor.
Ueber rechtsseitigen Zwerchfellhochstand. E. Andersen.
Zur Bestrahlungstechnik der Lidkarzinome. W. Alberti.
Nierenabszeß im Röntgenbilde. L. Rothbart.

Die Cholezystographie und ihre diagnostische Bedeutung. Die einzige Methode zur systematischen röntgenologischen Darstellung der Gallenblase und ihrer Erkrankungen ist die Aufnahme nach Kontrastfüllung (Cholezystographie). Voraussetzung für die Füllung der Gallenblase mit dem Kontrastmittel ist erstens eine normale Funktion der Leberzelle, zweitens eine freie Passage der Gallengänge. Die normale Gallenblase ist als scharf gezeichneter Schatten sichtbar. Lage und Größe ist ohne weiteres festzustellen, insbesondere ist auf die Möglichkeit hinzuweisen, durch die Cholezystographie eine Senkblase festzustellen. Bei Gallenkonkrementen sieht man in dem dichteren Kontrastschatten rundliche Aufhellungen, da die Konkremente strahlendurchlässiger sind als das Kontrastmittel. Ist die Gallenblase nicht dargestellt, so deutet das auf einen Zysticusverschluß hin. Bei Empyem findet sich ein schwacher Schatten, der durch den Eiterinhalt bedingt ist und sich in der Intensität deutlich von dem normalen Blasenschatten unterscheiden läßt. Für die Diagnose pericholezystischer Adhäsionen ist gleichzeitige Füllung des Bulbus duodeni durch Kontrastbrei per os zu empfehlen. Um zuverlässige Resultate zu erhalten, ist es erforderlich, das Kontrastmittel intravenös zu injizieren, am empfehlenswertesten ist das Tetrajodphenolphthalein (Merck), da es besser vertragen wird als das Brompräparat und auch einen tieferen Schatten gibt. Am Tage vor der Untersuchung muß der Darm durch Rizinusöl und einen Einlauf gründlich entleert werden, der Patient darf nur Tee und Zwieback bekommen. Abends gegen

6 Uhr wird eine intramuskuläre Injektion von 1—2 ccm Hypophysin zur Entleerung der Gallenblase und 1—2 mmg Atropin zur Ausschaltung der dem Präparat innewohnenden Vaguswirkung vorgenommen. Nach 10 Minuten wird 3—5 g Tetrabromphenolphthalein in einer Lösung von etwa 40 ccm Aqua dest. mittels eines Infusionsapparates bei enger Rekordkanüle intravenös verabfolgt. Die Infusion muß mindestens 15 Minuten dauern. Sechzehn Stunden nach der Injektion wird die Aufnahme vorgenommen. Bei dieser Methodik treten störende Nebenerscheinungen kaum auf, jedenfalls keine schwereren oder gar gefährlichen Zwischenfälle, wie sie früher beobachtet worden sind. Die Methode ist ambulant durchzuführen.

Ueber Passagestörungen im Duodenum. Es gibt Passagestörungen im Duodenum, bei denen der Kontrastbrei erheblich länger das Duodenum ausfüllt als normalerweise und unter Umständen ein vollständiger Ausguß des Duodenallumens erfolgt. Es sind auch peristaltische Bewegungen des Duodenalinhalts zu beobachten und bei der Durchleuchtung nach zwei Stunden findet sich ein mehr oder weniger großer Restschatten in den abhängigen Duodenalpartien. Es ist hieraus nicht ohne weiteres auf eine mechanische Stenose zu schließen, vielmehr wurden wiederholt derartige Bilder beobachtet, ohne daß bei der nachfolgenden Operation irgend ein Hindernis festgestellt werden konnte, jedoch fanden sich meistens periduodenale Verwachsungen. Die Ursache für die Passagestörung muß also funktionell sein (erhöhte Magenmotilität, offenstehender Pylorus, verringerte Peristaltik im Duodenum) mit dem Endresultat einer Atonie.

Ueber die Gestaltung der Flüssigkeitslinien auf Röntgenplatten erkrankter Nasennebenhöhlen. Bei Kieferhöhlenaufnahme (Aufnahme mit vertikaler Kopfhaltung) lassen sich aus der Form einer Kieferhöhlenverschattung Rückschlüsse auf die Art des Krankheitsprozesses ziehen. Ein konkaver Flüssigkeitsspiegel spricht für akut entzündete Nebenhöhle mit serösem Sekret. Eine konvexe Flüssigkeitslinie deutet auf ein schleimiges bzw. schleimigeitriges Sekret (subakute oder chronische Entzündung). Außerdem findet sich eine konvexe Flüssigkeitslinie bei cystischen Polypen.

Die senilen Schädelveränderungen im Röntgenbild. Häufig sind atrophische Veränderungen: muldenförmige Einsenkungen in den Schädelbeinen mit erheblicher Verminderung der Diploe. Im Röntgenbild entsprechende Aufhellungen. Dieselben Veränderungen können auch an anderen Partien eintreten, besonders am Stirnbein und Hinterhauptbein. Auch die Schädelbasis zeigt atrophische Veränderungen, namentlich die Sella turcica. Die Bilder ähneln manchmal denjenigen bei Hypophysentumoren. In der Umgebung der Sella turcica treten häufig streifenförmige Kalkschatten auf, die bei Verkalkung der Arteria carotis interna, der Arteria basilaris sowie der Arteria cerebri media zu beziehen sind. Die Diploekanäle sind häufig erheblich verbreitert. Andererseits findet man als senile Schädelveränderungen Verdichtungen der Innenfläche des Schädels (hyperostosierende Veränderungen). Es können sich wulstartige Prominenzen ausbilden. Bevorzugt ist die Innenfläche des Stirnbeins. Die pneumatischen Räume sind häufig vergrößert, die Pacchionischen Gruben vertieft. Es kommen auch nicht selten leichte Grade der Ostitis deformans Paget vor (senile Osteomalazie). Hierbei können sich erhebliche Formveränderungen des Schädels ausbilden. Die Nähte sind bei den senilen Schädeln meist vollständig obloteriert.

Kirschmann (Berlin).

Archiv für Kinderheilkunde.

77., 4. Heft.

° Kindlicher Spontanpneumothorax. Benjamin.
° Säuglingspyurie. Frank.
Säuglingsstoffwechsel. Müller und Steudel.
Erworbene Striktur des Meatus urethrae externus beim Kleinkinde. Gierthmühlen.
Sachs-Klopstocksche Reaktion zum Nachweis der Lues. Nohlen.
Ein Frühsymptom der Säuglingspneumonie. Burghard.

Kindlicher Spontanpneumothorax. Während beim Erwachsenen der Eintritt eines spontanen Pneumothorax internus, d. h. der Einriß der Lungenoberfläche und der Pleura pulmonalis und der Uebertritt von Luft in den Pleuraspalt als eine meist tödliche Komplikation anzusehen ist, liegen die Verhältnisse beim Kinde viel günstiger. Kinder sind ja wegen der häufigen Aortenerkrankungen zum Auftreten eines Spontanpneumothorax besonders disponiert. Typisch für diese Fälle ist nach den Beobachtungen des Verfassers der gutartige, sterile Spontanpneumothorax. Da der Lungeneinriß meist im gesunden Gewebe, das nicht entzündlich verändert ist, erfolgt, kommt es zur raschen Vernarbung der Rißwunde, der Pneumothorax bleibt steril und wird von der meist wenig veränderten Pleura rasch resorbiert. Jedoch kann eine akute Lebensgefahr in den Fällen entstehen, in denen es zu einem Ventilverschluß und dadurch zum Spannungspneumothorax kommt. Solche Fälle können durch Ablassen des Ueberdruckes — am besten wohl durch Druckausgleich mittels Thorakozentese — noch gerettet werden.

Säuglingspyurie. Noch immer herrscht Unklarheit über das Zustandekommen der Säuglingspyurien. Während dieses so wichtige Problem von den Bearbeitern bisher nur von einem oder höchstens zwei Gesichtspunkten aus studiert wurde, hat Verfasser in einer sehr umfangreichen und sorgfältigen Arbeit sich vom klinischen, bakteriologischen, anatomischen und tierexperimentellen Standpunkt aus bemüht, Klarheit in die bisher ungeklärte Frage des Entstehungsmodus der Säuglingspyurien zu bringen.

Auf Grund seiner Studien kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Im Harn des gesunden Säuglings finden sich nie Bacterium coli oder andere für den Urogenitaltraktus pathogene Bakterien.
2. Bei erkrankten weiblichen Säuglingen kann man öfter aus dem Blaseninneren Reinkulturen von Bacterium coli züchten.
3. Beim fiebernden oder ernährungsgestörten Säugling wird die Besiedlung der Blase durch Colibazillen durch die gesteigerte Azidität des Harns begünstigt.
4. Bei der Colipyurie hat man es stets mit einer primären Erkrankung des Nierenbeckens zu tun.
5. Neben Colipyurien kommen eitrige Erkrankungen der Nieren und der abführenden Harnwege auch durch Streptokokken und Staphylokokken vor. Solche Erkrankungen müssen als Teilerscheinungen einer Sepsis angesehen werden.
6. Beim Säugling konnten durch Staphylokokken oder Streptokokken erzeugte aszendierende Pyelocystitiden nicht beobachtet werden.
7. Bei Kokkenpyurie stets Miterkrankung der Nieren. Mitunter auch Beteiligung der Blase. Bei Colipyurien dagegen stets normale anatomische Nierenbefunde. Dagegen entzündliche Vorgänge im Nierenbecken. Stets auch Blutungen der oberen Schichten der Nierenbeckenschleimhaut.
8. Aehnliche Befunde konnten auch tierexperimentell an Kaninchen erhoben werden. Die Aszension der Colibakterien geht durch das Lumen der Ureteren vor sich.

Bei Colipyurie handelt es sich nach Meinung des Verfassers stets um eine aszendierende Infektion mit primärer Erkrankung der Nierenbecken, bei der die Harnblase miterkrankt sein kann. Bei durch andere Bakterien entstandener Pyurie handelt es sich um eine metastatisch entstandene eitrige Nephritis mit eventueller sekundärer Beteiligung der Nierenbecken und der Blase.

Pogorschelsky (Berlin).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

101.

Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Referat, erstattet auf der Versammlung südwestdeutscher Psychiater am 23. Oktober 1925. Robert Gaupp und Friedrich Mauz.
Die Abschaffung des Strafmaßes. Gustav Aschaffenburg.

Fürsorge für Nervenkranke. Ernst Beyer.
Beitrag zur Histopathologie der Dementia paralytica. L. Boumann.
Die depressiven Psychoneurosen der Erwachsenen und ihre Entstehung aus den Krankheitsbereitschaften des Kindes- und Jugendalters. Walter Gimbal.
* Histologischer Befund bei Morphinismus mit Morphium und Veronalvergiftung. Hans Gerhard Creutzfeldt.
Bemerkungen über den amtlichen Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches. M. H. Göring.
Ueber Ermüdung bei zwangsläufiger Arbeit. (Vorläufige Mitteilung.) Otto Graf.
Ueber die Alzheimersche Krankheit. Eine histopathologisch-klinische Studie. Ernst Grünthal.
Das sog. Gesetz der progressiven Entartung. Hermann Hoffmann.
Sechs Jahre Psychiatrie ohne Anstalt (1919 bis 1925). W. v. Holst.
Psychologie und klinische Psychiatrie. M. Isserlin.
* Ueber die Möglichkeiten und Wege der therapeutischen Beeinflussung von Paralyse und Tabes. F. Jahnel.
Zur Klinik und pathologischen Histologie der Tabespsychosen. A. Jakob.
Ueber die Differenzierung der Liquoreiweißkörper durch Präzipitation. V. Kafka.
Ueber Ehepaare mit affektiven Psychosen und ihre Kinder. Genealogisch-klinische Studie. Eugen Kahn.
Morphinismus und Homosexualität. R. Krauss.
* Lebensalter und Umwelt in ihrer Wirkung auf den Konstitutionstypus. Ernst Kretschmer.
Ueber Melancholie. Johannes Lange.
Untersuchungen über Rhythmik Gesunder und Geisteskranker. Albrecht Langelüddeke.
Gedächtnisstörungen bei krankhaften Veränderungen im Frontalhirn und in der Insula. Henry Marcus.
Zur Frage der Behandlung der Cyclothymien. Wilhelm Mayer.
Ueber einige Abänderungen der Sinnestätigkeit im Meskelinrausch. W. Mayer-Gross und H. Stein.
* Ueber die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. Friedrich Meggendorfer.
Genetisch-dynamische Psychologie versus Nosologie. Adolf Meyer.
Klinischer Beitrag zum Studium der cephalalgischen und hemikranischen Psychosen. G. Mingazzini.
Ueber streifenförmige Erkrankungen der Großhirnrinde bei Arteriosklerose. Karl Neubürger.
Anatomische Beiträge zur Lehre von der Pickschen umschriebenen Großhirnrinden-Atrophie („Picksche Krankheit"). K. Onari und H. Spatz.
Untersuchungen über Trypanocidie, Phagocytose und aktive Immunisierung bei Paralyse nebst einigen Erwägungen. F. Plaut.
Das Delir im Rahmen des manisch-melancholischen Irreseins und des psychiatrischen Systems. Otto Rehm.
Klinische Psychiatrie und psychiatrische Erbbiologie. Ernst Rüdin.
Beitrag zur Klinik der Paralysen mit langsamem Verlauf. T. Schmidt-Kraepelin.
* Das Halluzinieren. P. Schröder.
Zur Frage über Psychosen bei Lepra. Mark Sereyski und J. P. Frumkin.
* Ueber die Behandlung von Paralyse und Tabes vom klinischen Standpunkt aus. F. Sioli.
Zur Pathologie und Pathogenese der Hirnlues und der Paralyse.
Vom Ausdruck der Seele. Wilhelm Specht.
Die anatomische Krankheitsforschung am Beispiel einer Huntingtonschen Chorea mit Wilsonschem Symptomenbild. W. Spielmeyer.
Ueber die Picksche Atrophie. G. Stertz.
Ueber den psychologischen Aufbau der Schizophrenie. Alfred Storch.
Modeströmungen und Kurzschlüsse in der Psychiatrie. Erwin Stranky.
Schlaf und Encephalitis. Ernst Trömmer.
Topistik und psychiatrische Klassifikation. Cécile Vogt.
Psychiatrisch wichtige Tatsachen der zoologisch-botanischen Systematik. Oskar Vogt.
Untersuchung der Auffassungsmöglichkeit bei Gesunden und Kranken. Karl und Luise Weiler.
Die pathologische Plastik des Fürsten Palagonia. W. Weygandt.
* Syphilis und Metasyphilis. Karl Wilmanns und Gabriel Steiner.
Untersuchungen und Betrachtungen über Epilepsie. IV. Mitteilung. 2. Die Schwankungen zur Ausfallzeit. Blutuntersuchungen bei erregten Kranken. O. Wuth.

Histologischer Befund bei Morphinismus mit Morphium und Veronalvergiftung. Nach etwa zweijährigem Mo-Abusus suicid. mit Morphium und Veronal. Klinisch stand die Mo-Vergiftung durchaus im Vordergrund. Exitus durch Atemlähmung. Es fanden sich degenerative Verfettungsprozesse der Rinde, eisenhaltiges Abbaupigment im Striatum und degenerative Verfettung des Ependyms d. Plexus chorioideus. Der chronisch vorwiegend erkrankte Teil ist das Telenkephalon, Anzeichen akuter Veränderungen boten mehr die Zellelemente der Rinde, die Nervenzellen der periventriculären Kerngebiete, besonders des Vaguskerns.

Ueber die Möglichkeiten und Wege der therapeutischen Beeinflussung von Paralyse und Tabes. Gelingt es, die Spirochäten im Körper der Paralytiker und Tabiker abzutöten, so muß ein Stillstand oder Besserung dieser Krankheiten eintreten. Bei Arsenpräparaten müßte es gelingen, Wirksamkeit und Affinität zum Nervensystem in einem Präparat zu vereinigen. Jedoch steht dahin, ob nicht solche Präparate immer den Nachteil der Nervenschädigung aufweisen (Atoxyl!). Die Verfahren direkterer Zufuhr, z. B. intralumbaler Injektion des Salvarsans, lassen Erfolge vermissen. Die geringe Wirksamkeit von Quecksilber, Silber. Jod, Vanadium bei der Paralyse beruht wohl auf zu schwacher Intensität in den zulässigen Dosen. Dieselben Erfahrungen treffen auch für das Wismut zu. Der Einfluß des Sermanins (Bayer 205) auf die Syphilis steht seinem großen trypanociden Vermögen erheblich nach, von aussichtsreicher Verwendung bei Paralyse und Tabes kann deshalb keine Rede sein. Verf. gelang in einem Fall Reinfektion eines intensiv mit Salvarsan vorbehandelten Paralytikers mit Lues. Der Fall blieb stationär, was allerdings eher auf die Salvarsanbehandlung zurückzuführen ist. Die Reinfektion gelingt durchaus nicht immer, die Aussichten dieses Verfahrens deshalb nicht ermutigend. Versuche mit Tramboesieimpfung zeigten, daß die Verwandtschaft der Kämme Trambösie und Lues so groß ist, daß ausgesprochene Immunität bestand. Bei syphilitischen Kaninchen, die im Brutofen auf 45° Körpertemperatur gebracht wurden, verschwanden die Schanker, die Spirochäten wurden unbeweglich. Beim Menschen ist dieser Weg nicht gangbar. Lokale Erwärmung ist nutzlos, da der Blutstrom als Kühlschlange fungiert. Hervorrufen einer Leukocytose erscheint wenig aussichtsreich, da selbst große lokale Leukocytenansammlungen (Meningitis) ohne Einfluß sind. Prophylaktische Malariainfektion kann auch keinen ausreichenden Schutz vor späterer paralytischer oder tabischer Erkrankung gewähren, da eine Reihe von Fällen bekannt ist, wo eine frühere, aber nach der Luesinfektion erworbene Malaria den Ausbruch einer Paralyse nicht verhindern konnte. Mit Recurrensimpfungen sind Erfolge erzielt worden, man hat Recurrensspirochäten nach der Impfung im Liquor, Meningen und Hirn nachweisen können. Es wäre denkbar, daß die Recurrensspirochäte die Spirochaeta pallida verdrängt und deren Lebensbedingungen verschlechtert.

Zur Klinik und pathologischen Histologie der Tabespsychosen. Der Begriff einer Tabespsychose vom anatomischen Standpunkt aus ist zu bejahen. Es finden sich Veränderungen im Großhirn, die unter Berücksichtigung der klinischen Krankheitsentwicklung mit der Tabes in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden müssen. Es sind diffuse Parenchymstörungen und Gefäßwandveränderungen leichter Art, ähnlich denen bei toxischen Erkrankungen. Keine spezifischen und pathognomonischen Veränderungen. Es handelt sich dabei besonders um Psychosen mit Charakterveränderungen, krisenartigen, deliriösen Zuständen, mit paranoischen Wahnbildungen und Sinnestäuschungen.

Lebensalter und Umwelt in ihrer Wirkung auf den Konstitutionstypus. Wenngleich es richtig ist, daß die Körperbautypen pyknisch, asthenisch, athletisch durch Lebensalter und Lebensbedingungen eine gewisse Modellierung erfahren, besteht ihre Differenzierung durchaus zu Recht. Umfaßt man die Körperbautypen vom Abschluß des stärkeren Längenwachstums bis zum Eintritt deutlicherer Rückbildung (18. bis 65. Lj.), so bleiben trotz aller Umwandlungen bestehen: a) konstante Körpermerkmale, wie Größe und Form des Hirnschädels, des Gesichtsskeletts und auch des übrigen Skeletts, besonders der Propertionsverhältnisse. b) Richtungskonstante Merkmale, wie Weichteiltrophile, Körperfülle, Gefäßbild, Behaarung. Beide, a) und b), zeigen einen charakteristischen „Eigensinn" sich durchzusetzen in aller Wechselwirkung mit Umweltreizen.

Ueber die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. Genealogische Durchforschung von 60 Fällen. Die erbliche Disposition ist wahrscheinlich eine notwendige Voraussetzung des Altersschwachsinns. Umwelteinflüsse haben nur beschleunigende Wirkung, besonders der Alkoholmißbrauch. Das Todesalter bei Potatoren lag etwa 12 Jahre früher.

Das Halluzinieren. Die Lehre von den Halluzinationen hat sich auf falschen Wegen entwickelt, weil man sie zu sehr aus dem Rahmen der Symptomenkomplexe, in denen sie vorkommen, herausgerissen hat und weil man die Sinnestäuschungen auf allen Sinnesgebieten gleichgesetzt hat. Symptomenkomplexe mit ausgesprochenen Sinnestäuschungen sind 1. Delirien, 2. die Verbalhalluzinose, 3. die Stimmungsanomalien mit Beziehungswahn, 4. die Halluzinosisphantastica. Die für jeden Komplex charakteristischen Sinnestäuschungen haben verschiedenes Gepräge, verschiedene Bedeutung und Genese, nicht selten sind sie kombiniert. Die Theorie von der Genese der Sinnestäuschungen durch lokale Reize in oder bei den entsprechenden Sinneszentren der Hirnrinde findet in der Klinik keine Stütze.

Ueber die Behandlung von Paralyse und Tabes vom klinischen Standpunkt aus. Auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen mit energischer Salvarsanbehandlung und im wesentlichen aus der Literatur geschöpfter Erfahrungen über die Malariatherapie kommt Verf. zu einer im großen völlig gleichen Wertschätzung beider Behandlungsarten. Der paralytische Krankheitsprozeß ist durch beide Methoden beeinflußbar, die Beeinflussung ist abhängig von Krankheitsdauer und anderen unbekannten Faktoren, man kann die Erfolge noch nicht als Heilung bezeichnen. Bei der Salvarsanbehandlung bedarf es Gesamtdosen bis zu 8,0 g Silbersalvarsan in vorsichtigen Einzeldosen.

Syphilis und Metasyphilis. Wilmanns kommt auf Grund umfassendster geographisch-historisch pathologischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß der unbestreitbare Einfluß der Zivilisation auf die Wandlung der Syphilis und die Entstehung der Metasyphilis auf der Einführung der antiluetischen Behandlung beruhe. Bei den Völkern ohne antiluetische Frühbehandlung behalte die Erkrankung den Charakter, der aus früheren Jahrhunderten bekannt ist (sinnfällige Haut- und Schleimhautausschläge und starkes Befallenwerden der Knochen). Bei den Völkern mit frühzeitiger antiluetischer Behandlung treten die Erkrankungen des Gefäßsystems, der inneren Organe und besonders des Zentralnervensystems in den Vordergrund. Die Wandlung beruht auf einer begrenzt vererbbaren, durch Chemikalien erzeugten Veränderung der biologischen Eigenschaften der Spirochäte, die bei Fortfall der spezifischen Behandlung im Laufe der Zeit wieder zurücktritt. Die Ursachen für die Entstehung der metaluetischen Erkrankungen sind in unzureichenden Immunvorgängen in der Haut, in natürlicher Immunitätsschwäche des Zentralnervensystems und in der Unmöglichkeit zu sehen, die dorthin abgewanderten Erreger mit antiluetischen Mitteln zu erreichen. Keiner kommt auf Grund von Experimenten mit Recurrens zu einer Bestätigung der Wilmannsschen Theorien bezüglich der Immunitätsverhältnisse. Panse, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

90., Heft 4-6, März 1926.

* Wo entsteht der Liquor cerebrospinalis? Fr. K. Walter.
Zur Pathologie des Lidschlusses. (Apraxie des Lidschlusses bei Chorea minor, Unfähigkeit zu dauerndem Lidschluß bei Chorea und Encephalitis.) Paul Schilder.
* Ein Beitrag zur Diagnose der Tumoren des rechten Schläfenlappens bei Rechtshändern. K. Harnisch.
* Beitrag zur Symptomatologie und Lokalisation der Sensibilitätsstörungen vom cerebralen Typus. Hans Taterka.
* Ueber familiäre Spinalerkrankung bei familiärer Biermerscher Anämie. Adolph Liepelt.
* Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse. Rudolf Ackermann.
* Plasmazelluläres Myelom mit multipler, teilweise hämorrhagischer Herd-Myelose der Medulla spinalis. Hans Kreuzer.
Ueber die Wirkung der Physostigmins und Scopolamins am Nervensystem. Konrad Zucker.
Ueber die Paraffinsol-Reaktion von Kafka. Eugen v. Thurzó und Ernst Harsányi.
* Ueber ein Fingerphänomen und seine Bedeutung für die Diagnose der multiplen Sklerose. Boris Doinikow.
* Die Neurologie der Bauchwand (nach Söderbergh) und der spino-iliacale Bauchreflex (Galant). Johann Susmann Galant.
Zur Lehre vom Phantom. Stefan Betlheim.
Der cerebellare Imitationsversuch. Hans Hoff und Paul Schilder.
Zur Kenntnis des cerebellaren Vorbeizeigens. (Vorbeizeigen in verschiedener Richtung in verschiedenen Horizontalebenen. Hans Hoff und Paul Schilder.

Wo entsteht der Liquor cerebrospinalis? Der die Medulla spinalis umspülende Liquor kann nicht aus den Plexus chorioidei stammen, sondern muß aus den an- oder umliegenden Geweben kommen; er ist das Produkt der regulativen Schranke in der ganzen Ausdehnung des Zentralnervensystems einschließlich der Medulla spinalis. Er kann weder seiner Herkunft noch Zusammensetzung nach als eine einheitliche Flüssigkeit aufgefaßt werden, nimmt — wie Quincke schon annahm — „Zuflüsse aus verschiedenen Quellen auf, die wahrscheinlich schon physiologisch verschieden reichlich fließen“ und auch qualitativ verschiedenen Liquor liefern.

Ein Beitrag zur Diagnose der Tumoren des rechten Schläfenlappens bei Rechtshändern. Mitteilung eines Falles von Tumor im mittleren Teil der zweiten Schläfenlappenwindung; Entfernung der Geschwulst durch Operation. Konstante Symptome der Erkrankung des rechten Temporallappens, insbesondere bei Tumorbildung, sind: linksseitige Hemiparese (besonders des Armes) mit leichter Adiadochokinese und motorischer Ungeschicklichkeit. Häufig sind ferner: Babinski links, Parese des linken Fazialis und Hypoglossus, Gleichgewichtsstörungen (taumelnder Gang, Asynergie, oft der Parese vorausgehend), Oculomotoriuslähmungen (Druck an Schädelbasis), Abducenslähmung, in die rechte Schläfengegend lokalisierte Schmerzen. Bei Berücksichtigung des Umstandes, wann und in welcher Reihenfolge diese Ausfallserscheinungen auftreten, kann es gelingen, die richtige Diagnose auf rechtsseitigen Schläfenlappentumor zu stellen.

Beitrag zur Symptomatologie und Lokalisation der Sensibilitätsstörungen vom cerebralen Typus. Der Fall des Verf. halbseitiger Sensibilitätsstörung bot bei der Autopsie eine große Erweichung im rechten Putamen, Claustrum, äußerer und innerer Kapsel, sowie kleine Herde im Nucleus lateralis des rechten Thalamus und im Pons, während die hintere Zentralwindung sich makro- und mikroskopisch völlig unversehrt zeigte. Für die Sensibilitätsstörungen werden die Herde in der inneren Kapsel und im Thalamus verantwortlich gemacht. Die Beobachtung zeigt, daß Sensibilitätsstörungen vom sog. kortikalen Typus auch auf Schädigungen der sensiblen Anteile des Thalamus bzw. der inneren Kapsel zurückgeführt werden können, und daß die Anordnung der sensiblen Bahnen bis abwärts zum Thalamus derjenigen der entsprechenden Rindenfelder entspricht.

Ueber familiäre Spinalerkrankung bei familiärer Biermerscher Anämie. Zwei Beobachtungen; bei der einen wies sowohl Mutter wie Tochter das gleiche Blutleiden (Biermersche Anämie) und das gleiche spinale Syndrom: bei beiden spastisch-ataktische Paraparese mit Pyramidenreflexen, intakte Sensibilität und Blasen-Mastdarmfunktion, völlige Verschonung der oberen Extremitäten. Die andere Beobachtung bezieht sich auf eine familiäre Erkrankung in 3 Generationen: Großvater, Vater und Enkel litten an Biermerscher Anämie, Vater und Sohn außerdem an einer typischen tabiformen Spinalerkrankung.

Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse. Spastische Spinalparalyse bei Mutter und ihren beiden Töchtern. Die Menopause sowie fieberhafte Erkrankungen sind von Einfluß aus Auflösung oder Verschlimmerung des Leidens. Die Fälle zeigen, daß die isolierte Degeneration der Pyramidenseitenbahn auf Grund einer familiären Disposition vorkommt und in klinischer Beziehung ein abgrenzbares Krankheitsbild bietet. Die Heredität ist die spezifische Krankheitsursache des Leidens.

Plasmazelluläres Myelom mit multipler, teilweise hämorrhagischer Herd-Myelose der Medulla spinalis. Fall von Plasmocytom zweier Wirbelkörper und Rippen, der klinisch in zwei Attacken von spinalen Lähmungen verlief. Zwischen beiden Schüben lagen drei Monate. Die Myelome bildeten sich im Gesamtverlaufe einer schon lange vorhanden gewesenen, auf klimakterische Blutverluste zurückzuführenden Anämie. Das Rückenmark zeigte eine multipel herdförmige Degeneration, vornehmlich im weißen Mark (besonders Py.-S. und Hinterstränge), und zwar toxischen Ursprungs, nicht mechanisch bedingt.

Ueber ein Fingerphänomen und seine Bedeutung für die Diagnose der multiplen Sklerose. Legt Pat. in sitzender

Stellung seine im Ellenbogengelenk etwa rechtwinkelig gebeugten Vorderarme auf die Oberschenkel nieder (dabei Vorderarme völlig suppiniert, Finger gestreckt, Daumen abduziert) und wird er aufgefordert, seine Hände eine Weile lang mit geschlossenen Augen in dieser Lage zu behalten, so kann bei verschiedenen pathologischen Prozessen rasch oder allmählich folgendes erfolgen: 1. eine Pronation der Hand (Pronationsphänomen), 2. eine Pronation der Hand mit gleichzeitiger Fingerbeugung in sämtlichen Gelenken und Adduktion des Daumens, oder 3. bloß eine Beugung der Finger mit oder ohne Adduktion des Daumens (Fingerbeugephänomen), oder 4. ein- Hin- und Herbewegen einzelner oder mehrerer Finger und auch der ganzen Hand. Das Fingerbeugephänomen (3) ist besonders häufig bei multipler Sklerose, auch im Anfangsstadium; es ist aufzufassen als das Resultat der eigenartigen Erschöpfbarkeit der motorischen Innervation und der außerordentlichen Ermüdbarkeit der entsprechenden Muskelgruppen.

Die Neurologie der Bauchwand und der spino-iliacale Bauchreflex. Der Reflex wird von der Spina iliaca ausgelöst. Beim Beklopfen der Spina iliaca ant. sup. mit dem Perkussionshammer tritt ein- oder beidseitige Kontraktion der Bauchmuskulatur auf. Der Reflex erwies sich dort gesteigert, wo die Hautreflexe des Bauches herabgesetzt waren oder ganz fehlten; umgekehrt war er oft herabgesetzt oder fehlend, wo die Bauchreflexe besonders lebhaft und ausnahmsweise gesteigert waren. Besonders stark war er, wenn auch alle anderen Periostreflexe gesteigert waren. Der Reflex stellt eine notwendige Ergänzung der Untersuchung der Bauchreflexe dar.

91., Heft 1-3, April 1926.

* Ueber Ventrikelsyndrome. M. Rosenfeld.
* Weitere Beobachtungen über Zwangsgreifen und Nachgreifen und deren Beziehungen zu ähnlichen Bewegungsstörungen. Raul Schuster und Hermann Pineas.
Chlorome der Dura mater mit atypischer Symptomatologie. Heinrich Rothschild.
* Die Hinterstrangstörung bei Friedreichscher Ataxie (und Tabes dorsalis) und ihre Bedeutung für das Zustandekommen ataktischer Erscheinungen. H. Stein.
* Ueber die prognostische Bedeutung primärnegativen Liquors bei Syphilis. Robert Schmidt.

Ueber Ventrikelsyndrome. An der Hand von 6 Beobachtungen geht Verf. der Frage nach, welche nervösen und psychischen Syndrome als Folge eine Aenderung bzw. Steigerung des intraventrikulären Druckes, namentlich im 4. Ventrikel, auftreten. Allen diesen 6 Fällen ist gemeinsam das plötzliche Einsetzen einer schweren Bewußtseinsstörung, die stets innerhalb kurzer Zeit (3—36 Stunden) zum Tode führte. In drei Fällen zeigten sich Anfälle von tonischer Starre der gesamten Körpermuskulatur wie bei der Enthirnungsstarre der Tiere. Symptome von seiten des vegetativen Systems waren nur wenige (Schweißausbrüche, angineurotisches Erythem) zu beobachten. Ein diagnostisch wichtiges Ventrikelsyndrom ist die vestibuläre Areflexie. Bei erheblicher Druckwirkung im 4. Ventrikel kommt gelegentlich eine eigentümliche Kopfhaltung zustande; der Kopf wird nach vorn gestreckt und zur Wirbelsäule gebeugt gehalten. Bei Erkrankungsprozessen, die in der Umgebung des 3. Ventrikels ihre Hauptwirkung entfalten, scheint es zunächst mehr zu den leichteren Graden von Bewußtseinsstörungen zu kommen, zu schlafsüchtigen Zuständen, die nicht mit der Plötzlichkeit einzusetzen brauchen und nicht zum Tode führen wie bei Drucksteigerungen im 4. Ventrikel (Thalamusstörungen bzw. Störungen in den den 3. Ventrikel umgebenden Partien [Schlafzentrum] bei der Narkolepsie).

Weitere Beobachtungen über Zwangsgreifen und Nachgreifen und deren Beziehungen zu ähnlichen Bewegungsstörungen. Bei einer Reihe von Kranken, die in bemerkswert großer Zahl außer den ihnen gemeinsamen Symptomen des Ansaugens, Zwangs- und Nachgreifens klinische Zeichen einer Affektion des extrapyramidalen Systems aufweisen, werden autoptisch Veränderungen in den Basalganglien (Thalamus, Striatum, Pallidum), im Stirnhirn oder in beiden Gebieten gefunden. Dem primitiven, lokalisatorisch vermutlich sehr tiefstehenden (Mittelhirn? Medulla oblongata?) Greifmechanismus superponiert sich das kompliziertere Phänomen des Nachgreifens, in dem als neuer Faktor eine Richtungskomponente auftritt, die fein abgestufte Bewegungen vermittelt, welche aber meist den Patienten nicht zum Bewußtsein kommen. Bei einigen Fällen hat das Zwangs- und Nachgreifen sekundär auch die Psyche affiziert: die Pat. empfinden den Drang, etwas zu ergreifen, leiden darunter und fühlen sich erst durch Befriedigung ihrer Greiftendenz erleichtert. Nicht ein zirkumskripter Herd ruft Zwangs- oder Nachgreifen hervor, es hängt vielmehr von der jeweiligen „Konstellation" ab, d. h. davon, in welchem Umfang die verschiedenen Aggregate der normalen Motilität und die zwischen ihnen verlaufenden Leitungsbahnen betroffen sind — gleichviel durch welchen Prozeß.

Die Hinterstrangstörung bei Friedreichscher Ataxie (und Tabes dorsalis) und ihre Bedeutung für das Zustandekommen ataktischer Erscheinungen. Bei der Friedreichschen Ataxie sind die Qualitäten der Empfindungen meist unverändert, indes zeigt die Untersuchung des Empfindungsablaufs eine wesentliche Abweichung von der Norm. Die Empfindung (Druckempfindung) klingt langsamer als der Norm entsprechend ab, d. h. die Nachdauer der Erregung ist vermehrt. Die Folge dieser Veränderung ist eine Verschmelzung von Empfindungen. Es ist anzunehmen, daß jede Hinterstrangsläsion eine Veränderung des zeitlichen Ablaufs der Erregung zur Folge hat, daß diese Veränderung also bei Friedreichscher Krankheit sowie bei Tabes aufzufinden ist, sofern danach genau gesucht wird.

Ueber die prognostische Bedeutung primärnegativen Liquors bei Syphilis. Von allen Fällen (71), die bei der ersten Untersuchung neurologisch intakt und primär liquornegativ (unter „primär liquornegativ" werden solche Fälle von sicherer Lues verstanden, die entweder überhaupt keine oder seit mindestens fünf Jahren keine spezifische Behandlung durchgemacht haben) befunden wurden, bot kein einziger späterhin krankhafte Erscheinungen am Zentralnervensystem, keiner wurde liquorpositiv. Von allen Fällen (57), die bei der ersten Untersuchung Zeichen einer Lues cerebrospinalis bei primärnegativem Liquor aufgewiesen hatten, zeigte keiner später klare Zeichen einer Progredienz. Von 27 Fällen, die bei der ersten Untersuchung bei primärnegativem Liquor Symptome einer Tabes hatten, ergab nur ein eiziger, mit größter Wahrscheinlichkeit als hereditäre Tabes anzusprechender Fall eine vollentwickelte Tabes, während alle übrigen nur mono- oder oligosymptomatischer Natur waren: von diesen nahmen bei keinem die Erscheinungen an Umfang, bei einigen vielleicht in geringem Maße an Intensität zu. — Die primär liquornegative Lues ist also prognostich im Hinblick auf spätere Nervenlues als ganz außerordentlich günstig anzusehen. Betreffs der Therapie hat aber immer nur der gesamte klinische Befund unser Handeln zu bestimmen. Kurt Mendel (Berlin).

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

60., Heft 5/6, Februar 1926.

Bemerkungen zu der Arbeit von Hauptmann: Verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke bei Schizophrenie. W. Jacobi und K. Kolle.
Studium über die Permeabilität der Meningen. 4. Mitteilung: Die Permeabilität der symptomatischen Psychosen. Fr. K. Walter.
* Die anatomisch-pathologischen Veränderungen bei chronischer epidemischer Encephalitis. Marinescu-Baloi.

Die anatomisch-pathologischen Veränderungen bei chronischer epidemischer Encephalitis. Die Untersuchungen weisen darauf hin, daß für das Entstehen des Parkinson-Syndroms vorzugsweise die Substantia nigra verantwortlich gemacht werden muß. Daneben spielt der Linsenkern, insbesondere der Globus pallidus, eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Parkinson-Syndroms.

61., Heft 1, März 1926.

* Die Bedeutung des nosologischen Sexualdualismus bei Krankheiten des Nervensystems. Hans Günther.
* Beitrag zur Pathogenese der Zwangsneurose. M. Inglessis.
Besondere Formen des Desintegrationsganges. G. D. Leschtschenko.
* Der Korsakowsche Symptomenkomplex ohne polyneuritische Komponente nach Salvarsan-Intoxikation. Eugen Brzezicki.

Die Bedeutung des nosologischen Sexualdualismus bei Krankheiten des Nervensystems. Epilepsie kommt bei Männern doppelt so oft vor als bei Frauen. Der Beginn des Leidens soll bei Mädchen etwas früher bemerkt werden. Die delirante Form der epileptischen Psychosen kommt bei Frauen relativ häufiger vor. Von Hysterie wird das weibliche Geschlecht in überragendem Maße betroffen. Bei hystrischen Männern kommt zuweilen femininer Habitus vor. Apoplexia cerebri betrifft etwas häufiger das männliche Geschlecht (Arteriosklerose, körperliche Anstrengung!). Für Encephalitis epidemica besteht eine ausgesprochene männliche Prädisposition, desgleichen für Paralysis agitans, multiple Sklerose, Tabes (Beginn bei beiden Geschlechtern am häufigsten zwischen 35. und 44. Lebensjahr, auch bezüglich Inkubationszeit oder Wassermann-Reaktion, keine Geschlechtsunterschiede; weit mehr tabische Frauen als Männer wissen nichts von einer Syphiliserkrankung), ferner für Ischias, Muskeldystrophie, progressive Paralyse, Dementia praecox. Trigeminus- und Interkostalneuralgien scheinen etwas häufiger bei Frauen vorzukommen. Für Melancholie zeigt das weibliche Geschlecht eine deutliche Prädisposition. — Man darf die Bedeutung des wichtigen, uns aber zum größten Teil noch unbekannten konstitutionellen Faktors des Sexualdualismus nicht überschätzen. Man kann aber hoffen, daß eine planmäßige Konstitutionsforschung feinere Einzelheiten auf neuropathologischem Gebiete aufdecken wird, welche auf den Sexualdualismus zu beziehen sind und das Wesen der Sexualkonstitution von dieser Seite schärfer beleuchten.

Beitrag zur Pathogenese der Zwangsneurose. Ausführliche Mitteilung eines Falles von Zwangsvorstellungen, der mit übertriebener Gewissenhaftigkeit und überspannter Genauigkeit begann, und zwar während des Dienstes des Pat. auf dem Finanzamt. Den Ausbruch der Zwangsneurose bewirkte die psychische Fixierung früher gehabter Malariaanfälle, von denen er einen Sanitätsunteroffizier hatte sagen hören, daß nach Malaria eine „Schwäche der Nerven“ eintreten könne. An die dauernde intrapsychische Beschäftigung mit der Malaria knüpfte sich das affektive Moment, welches für die Entstehung der Zwangsneurose von Bedeutung war.

Der Korsakowsche Symptomenkomplex ohne polyneuritische Komponente nach Salvarsan-Intoxikation. Bericht über eine 40 jähr. syphilitische Frau, die nach Salvarsaninjektionen zuerst leichte transitorische Intoxikationserscheinungen zeigte; erst nach der vierten Injektion der dritten Kur trat eine bösartige Schädigung des Zentralnervensystems ein, und zwar rückschreitender Erinnerungsverlust von einem Jahre mit Kontabulation, mangelhaftes Orientierungsvermögen. Allmählich tritt Heilung ein. Verf. legt den Korsakoffschen Symptomenkomplet der direkten Giftwirkung des Salvarsans zur Last; es handelt sich wahrscheinlich um einen anaphylaktischen Symptomenkomplex mit einer Reizung des parasympathischen Systems (Erbrechen, Incontinentia urinae et alvi) und Lähmung des Sympathikus bei einem Individuum mit Vagotonie. Anatomisch ist eine Encephalitis haemorrhagica anzunehmen.

Kurt Mendel (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

195., Heft 1 und 2.

* Die chirurgische Behandlung des Gallensteinleidens. Hans Haberer.
Die Wiedergutmachung nach unzweckmäßig ausgeführten Gallenoperationen. Peter Walzel.
* Ideale Cholecystektomie. J. Doberer.
Zur Frakturenbehandlung (intraartikuläre Frakturen). A. Wittek.
Behandlung der subkutanen Frakturen. A. Eiselsberg.
* Insulin in der Chirurgie. Viktor Orator.
* Ueber Eigenblutbehandlung bei septischen Prozessen. Walter Linhart.
Tutokain als Universalmittel zur örtlichen Betäubung. Otto Maier.
Tutokain-Zwischenfälle. Max Tschebull.
Teilweiser Magenvolvulus bei Verlagerung des Magens durch eine Zwerchfellücke. H. Haberer.
Ein Fall von operativ geheiltem Zwerchfellabriß. Viktor Orator.
Ein neuer Behelf zur Empyembehandlung. Ernst Bouvier.
Ein einfaches Spezialinstrumentarium zur Magen-Darm-Chirurgie. Otto Maier.
Vorproben zur Bluttransfusion. Franz Metzler.
Operation der doppelten Lippen, Gaumenspalten. Hans Pichler.
Exogastrisch wachsendes Carcinoma granulomatosum des Magens. J. Knopflach und G. Eichelter.
Ein bemerkenswerter Fall von idopathischer Hautsarkomatose. Jonathan Paul Haberern und Ludwig Karoliny.
Ueber Wasserstoffionenbestimmung im Harn. Ein Beitrag zur Lehre von der Bedeutung der Acidose in der Chirurgie. Johann Loessi.

Die chirurgische Behandlung des Gallensteinleidens. Nach dem Ergebnis des deutschen Chirurgenkongresses vom Jahre 1923 soll das Gallensteinleiden in jungen Jahren frühzeitig operativ behandelt werden. Da die Operationen im akuten Anfall eine schlechtere Prognose geben als die im Intervall ausgeführten, so soll möglichst wenig im akuten Anfall operiert werden. Wenn irgend möglich, läßt man den Anfall abklingen und operiert erst später. Die guten Erfolge bei der Gallensteinoperation sind, abgesehen von der rechtzeitigen Zuweisung der Kranken zur Operation von subtilem und exaktem Arbeiten abhängig. Für die Steinblase ist die Cholecystektomie die Operation der Wahl. Der Cysticusstumpf muß möglichst mit Bauchfell überkleidet werden. Falls keine besonderen Komplikationen vorliegen, kann die Bauchhöhle primär geschlossen werden; sonst muß sie drainiert werden. Das Drain darf nicht zu früh entfernt werden. Die Cholecystotomie ist nur als Notoperation anzuwenden entweder aus anatomischen Gründen oder aus Rücksicht auf den Zustand des Kranken. Die Cholecystendyse ist nur erlaubt bei einer Gallenblase, die für Auge und Palpation normal erscheint, wenn gelegentlich einer aus anderen Gründen ausgeführten Laparatomie die steinhaltige Gallenblase als Nebenbefund angetroffen wird. Da der Choledochusverschluß schwerste Komplikationen im Gefolge haben kann, so ist er sofort zu operieren. Welche Art der Drainage man wählt, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Die unbefriedigenden Dauerresultate hängen häufiger von Steinrezidiven in den tiefen Gallenwegen oder von weiter bestehenden Cholangitiden ab und nur seltener von postoperativen Verwachsungen.

Beitrag zur idealen Cholecystektomie. Die Gallenblase wird sorgfältig aus dem Leberbett ausgelöst und am Anfang des Cysticus, also nicht wie sonst an seiner Einmündungsstelle in den Choledochus, abgebunden und mit dem Thermokauter abgetrennt. Die Fäden, die das Lumen des Cysticus verschließen, bestehen aus Catgut und werden zunächst lang gelassen. Hierauf wird die Hinterwand des Cysticus an der Einmündungsstelle in den Choledochus mit 3 oder 4 feinsten Catgutnähten an das Duodenum fixiert. Nahe der Fixationsstelle werden in die Wand des Duodenums, an das zur Verhütung des Austrittes von Darminhalt Darmklemmen angelegt sind, mit dem Paquelin zwei Löcher gebrannt, durch die die Catgutfäden mit dem Cysticusstumpf hindurchgezogen werden. Eine Lembertnaht faßt darauf Serosa und Muscularis des Duodenums im Bereiche der oberen Oeffnung und vorderen Cysticuswand, so daß der Cysticus sicher fixiert bleibt. Die in die Duodenalwand gebrannten Löcher werden mit Lembertnähten geschlossen. Bei dieser Versorgug des Cysticusstumpfes kann der Bauch primär geschlossen werden.

Insulin in der Chirurgie. Ist bei Diabetikern eine Operation vorzunehmen, so soll durch Insulin der Harn acetonfrei und bis auf Spuren zuckerfrei gemacht werden. Wenn möglich, ist in örtlicher Betäubung zu operieren, um durch eine möglichst kurze Fastenzeit die postoperative Azidose auszuschalten. Abgesehen von der eben erwähnten Indikation wird das Insuli in der Chirurgie als Mastmittel und als intravenöse Isulinglykoseabgaben zur Ernährung von Kachektikern verwandt. Bei inoperablen Leiden (bei Caries, Tumormetastasierung, Sepsis) sind die Insulingaben ohne Erfolg. Die intravenöse Insulinglykoseverabreichung ist erfolgreich gegen die Azidosis infolge Inanition, Schock und post operationem, unwirksam bei Acidosen infolge schwerer Pankreasaffektion und uraemischer Zustände. Ferner scheint bei schweren Basedowkröpfen die Verabreichung von Insulin die Vorbereitungszeit zur Operation abzukürzen, die Genesung nach der Operation zu beschleunigen. Bei schweren Arteriosklerotikern erscheint die Insulintherapie, da sie Blutdruckschwankungen hervorruft, nicht ganz ungefährlich.

Ueber Eigenblutbehandlung bei septischen Prozessen. Die Eigenblutinjektion (20—120 ccm) ruft bei septischen Prozessen Temperatursenkung, Verschwinden von Drüsenschwellungen und Infiltrationen, rasche Abgrenzung und Abstossung nekrotischer Massen bei auffallender Besserung des Allgemeinbefindens hervor. Nur in ganz vereinzelten Fällen blieben die Injektionen ohne Erfolg. Wegen der absoluten Ungefährlichkeit der intramuskulären Injektion des unveränderten Blutes und bei der großen Einfachheit der Beschaffung hält Verf. diese Behandlung überall und jederzeit anwendbar und empfiehlt sie besonders dem praktischen Arzte.

Archiv für klinische Chirurgie.

139., Heft 2 und 3.

* Enterospasmus. Hans Steindl.
Die chirurgische Anatomie des Gallensystems. H. F. O. Haberland.
Der Verschluß innerer Lippenfisteln durch Interposition gestielter Fettlappen. P. Clairmont.
* Ueber die klinische Bedeutung und die pathologische Grundlage der sog. blutenden Mamma". (Pathologische Sekretion aus der Brustwarze.) Sigmund Erdheim.
Postoperative transitorische Albuminurien. Fritz Schulze.
Schwankungen des Serumeiweißgehaltes während des Wasser- und Konzentrationsversuches. C. H. Lasch.
Ueber den seltenen Verlauf einer chronischen Osteomyelitis. Ernst Stahnke.
* Therapie des frei perforierten Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs. H. Naumann.
Die Hauthomoioplastik im Tierexperiment unter besonderer Berücksichtigung in der Parabiose. E. Gohrbandt.
Ueber die Beziehungen der Gallensteine zum Krebs der axtrahepatischen Gallenwege; zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Gallensteinwanderungen und dem Hydrops der Gallenwege. Richard Lotzin.
* Gastroptosenfrage. Viktor Orator.
Veränderungen im Magentrakte nach operativer Aenderung der Reizlage. Hermann Angerer.
Die Topographie des Nervus phrenicus unter abnormen Verhältnissen. Ernst Ruhemann.
* Physiologie des Vas deferens. H. Boeminghaus.
Bildung einer Pseudarthrose bei Dystrophia musculorum progressiva und ihre Heilung. Hermann Walter.
Ileus und Blutzuckersenkung. Andreas Kubanyi.
Klinik der Hufeisennieren. H. Boeminghaus.
Herzschädigung infolge arterio-venösen Aneurysmas. Wilhelm Rieder.
* Zur Strahlenbehandlung der Sarkome. Hermann Hueck.
Tabische Osteoarthropathie der Wirbelsäule mit Spondylolisthesis. Breitländer.
Ueber Spondylitis deformans und Arthritis deformans. A. Schanz.
Samenblasenpathologie. H. Boeminghaus.
Technik der Oesophagoplastik. G. Axhausen.

Enterospasmus. In 4 Fällen von Darmspasmen, bei denen gesteigerte Krampfanfälle das klinische Symptombild beherrscht hatten, ist es Verf. gelungen, an bestimmten Abschnitten der Medulla oblongata krankhafte Strukturveränderungen nachzuweisen, die besonders im dorsalen Vaguskern in dessen Ausstrahlungsgebiet in die Substantia reticularis und in bestimmten Abschnitten der Substantia reticularis selbst lokalisiert waren. Auch in einer weiteren Anzahl von Fällen neurogen-spastischer Erscheinungskomplexe waren nach den klinischen Untersuchungsergebnissen ein ausgeprägtes Ueberwiegen und eine krankhafte Steigerung der Vagusinnervation deutlich zu erkennen. Besonders beim Ulcus pepticum jejuni scheinen neurogene Spasmen bzw. neurogen spastische Bereitschaft eine nicht zu unterschätzende ätiologische Rolle zu spielen.

Ueber die klinische Bedeutung und die pathologische Grundlage der sog. „blutenden Mamma". Die blutende Mamma darf nicht als Krankheit, sondern nur als Symptom sowohl bei benignen als auch bei malignen Brustdrüsentumoren aufgefaßt werden. Das Sekret hat häufig nichts mit Blut zu tun, so daß der Ausdruck blutende Mamma vielfach zu Unrecht gebraucht wird. Das Symptom hat nicht immer die böse Bedeutung, die ihm von vielen Autoren beigelegt wird. Man muß bei der Therapie besonders darauf acht geben, daß man nicht eine verstümmelnde Amputation der Brust mit Ausräumung der Achseldrüsen vornimmt. Man kommt häufig mit einer partiellen Resektion aus. Verf. hat mit der partiellen Resektion sehr befriedigende Spätresultate.

Therapie des frei perforierten Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs. An der Leipziger Klinik wurden mit der konservativ operativen Methode bei frei perforiertem Magen-Zwölffingerdarmgeschwür ausgezeichnete Erfolge erzielt. Postoperative Beschwerden, die vielfach als Symptome eines nicht abgeheilten Ulcusleidens gedeutet wurden, konnten röntgenologisch als durch Adhäsionen bedingt angesprochen werden. Die Adhäsionsbildungen werden durch recht reichliche Spülung der Bauchhöhle und durch drainlosen Verschluß derselben vermieden. Das frei perforierte Ulcus zeigt eine bedeutend bessere Heilungstendenz als das nicht perforierte, wobei die überstandene Perforationsperitonitis als ein beträchtlicher Heilfaktor angesehen werden muß. Es ist nicht zu rechtfertigen, und auch der vitalen Indikation nicht entsprechend, das frei perforierte Ulcus radikal zu resezieren.

Die Hauthomoioplastik im Tierexperiment unter besonderer Berücksichtigung in der Parabiose. Verf. versucht in zahlreichen Tierexperimenten die Frage zu klären, welches Material zur Hautplastik am geeignetsten ist. Die Heteroplastik gelingt in der Tierwelt jedenfalls bei höher entwickelten Wesen nicht. Auch die Homoioplastik gelingt nur in so seltenen Fällen, daß es nicht erfolgreich erscheinen kann, sie beim Menschen anzuwenden. Es gelingt wohl, einen homoioplastisch transplantierten Hautlappen für eine zeitlang auf seinem neuen Wirte zur Anheilung zu bringen. Das Transplantat ist wohl imstande, von seinem neuen Wirte Nährstoffe zu übernehmen, geht aber zugrunde, sowie die ihm eigentümlichen und zu seinem Leben notwendigen Stoffe, die es mit bekommen hat, aufgebraucht sind. Die in der Literatur veröffentlichten Fälle von gelungener Hauthomoioplastik müssen sehr kritisch beurteilt werden, da sie häufig nicht lange genug beobachtet sind. Auch durch die Parabiose lassen sich die Verschiedenheiten des Eiweißes nicht ausgleichen; es scheint eher eine Verschärfung der Gegensätze einzutreten. Die Autoplastik scheint, unter den richtigen Vorbedingungen ausgeführt, fast immer den nötigen Erfolg zu geben.

Gastroptosenfrage. Die Gastroptose an und für sich stellt keinen Grund zur Operation dar. Wohl aber die schwere Gastritis und die Motilitätsstörung, wenn die interne Behandlung ergebnislos bleibt. Die Gastroptose darf aber auch nicht zu einer Kontraindikation werden, einen indizierten Eingriff vorzunehmen.

Physiologie des Vas deferens. Die pharmakologischen Untersuchungen haben gezeigt, daß auch die Samenleiter des Menschen unter dem Einfluß des sympathischen und parasympathischen Nervensystems stehen. Durch ihre Reizung wird eine erregende Wirkung des Samenleiters ausgeübt.

Zur Strahlenbehandlung der Sarkome. Die Erfolge der Bestrahlung haben gezeigt, daß wir danach trachten müssen, auch die Lymphosarkome primär durch Radikaloperation zu beseitigen, da die Wirkung der Röntgenbestrahlung sehr zweifelhaft ist.

139., Heft 4.

Ueber den Einfluß der einseitigen Resektion des oberen Sympathicusstammes (vom Ganglion cerv. I bis Ganglion dors. 1 einschließlich) auf den Zustand der Lunge im Asthmaanfall. Carl Rohde.
* Zur Diagnose und operativen Behandlung von Hypophysistumoren. A. N. Bakulew.
* Resultat der Behandlung der Nierentuberkulose. Anders Westerborn.
Von den Wirbelveränderungen im Falle eines Hämangioms an der Dura spinalis. E. Gold.
Der miederartige Schnürverschluß. E. Gohrbandt.
* Warum versagen die Gastroptoseoperationen? Erich Schneider.
Bluttuntersuchungen an Varicen. C. H. Lasch und H. U. Billich.
Zur Pathogenese des doppelten Darmverschlusses. Gregor Alipow.

Zur Diagnose und operativen Behandlung von Hypophysistumoren. Von einer Geschwulst der Hypophyse allein hängt nicht immer das klinische Bild der Hypophysengeschwulst mit Zerstörung des Türkensattels ab. Die Veränderungen am Türkensattel können sowohl vom direkten Druck der Geschwulst als auch vom erhöhten intrakraniellen Drucke allein abhängig sein. Zur Sicherung der Diagnosenstellung soll die Hirnpneumographie einen wichtigen Platz einnehmen. Man soll nicht nur die Geschwulst feststellen und ihre Größe beurteilen, sondern auch die gut- oder bösartige Natur des Tumors und seine Operabilität aus der Pneumographie beurteilen können. Da die Hypophysengeschwülste sehr zum Durchwachsen über die Grenzen des Türkensattels neigen, soll möglichst frühzeitig operiert werden. Auf intrakraniellem Wege hat man am besten Zutritt zu der Geschwulst und kann so am radikalsten vorgehen. Bei erhöhtem intrakraniellem Drucke ist die vorausgehende Punktion der Stirnkammern unbedingt anzuraten.

Das Resultat der Behandlung der Nierentuberkulose. In den Jahren 1901—1923 sind in der Chirurgischen Klinik zu Upsala 151 Patienten wegen Nierentuberkulose behandelt worden, von denen 121 nephrektomiert wurden. Die Nachuntersuchung der 30 nicht operierten Fälle ergibt folgendes Resultat: Es leben nur noch 4 Patienten mit fortdauernden Harnbeschwerden. So weit die Untersuchungen angestellt werden konnten, lag eine völlige Zerstörung der früher erkrankten Niere vor. Von den 121 Nephrektomierten leben noch 47 ganz symptomfrei. Geringe Beschwerden haben 10, hochgradige Beschwerden 9 Patienten. 43 sind an Tuberkulose oder Nierenkrankheit und 2 an interkurrenten Krankheiten gestorben. 10 Patienten konnten nicht nachuntersucht werden. Aus der Statistik geht einwandfrei hervor, daß wir mit der operativen Behandlung der Nierentuberkulose bedeutend bessere Dauererfolge erzielen können als mit der konservativen. Bei Männern wird die Prognose durch die gleichzeitig recht häufig bestehende Genitaltuberkulose nicht ungünstiger zu stellen sein. Besonders zu berücksichtigen sind dagegen Harnröhrenstrikturen auf tuberkulöser Grundlage. Verf. teilt verschiedene Fälle mit, wo im Anschluß an Cystoskopieren oder Sondieren solcher tuberkulösen Strikturen Miliartuberkulose aufgetreten ist.

Warum versagen die Gastroptoseoperationen? Verf. rät von der Operation wegen Gastroptose ab, da abgesehen von der wichtigen Rolle der psychischen Momente keine Methode der an sie gestellten Forderung genügt. Die einzige Wirkung einer Ptoseoperation, die wir uns denken können, besteht in einer temporären Entlastung, die unter Umständen die Umstimmung des Tonus beschleunigen kann. Gohrbandt.

Archiv für Gynäkologie.

128., Heft 1 und 2, April 1926.

Ueber Bildung und Reifung von Follikeln bei Neugeborenen und Kindern H. Hartmann.
Untersuchungen über die Verteilung des Zuckers im mütterlichen und foetalen Blut. K. Hellmuth.
Ueber das Glykogen in der fetalen Vagina. O. Gragert.
Biologische Studien zur Virulenz der Vaginalkeime. N. C. Louros.
Uterus und Scheide als Quelle des Fluor genitalis (klinische, chemische und bakteriologische Studien). Schröder, Hinrichs und Keßler.
Untersuchungen über das Vorkommen einer insterstitiellen Eierstockdrüse beim Rind im intra- und extraktorinen Leben. M. Ralph.
Postklimaktorische Myomkomplikationen. (Zugleich ein Beitrag zur operativen Myomstatistik.) H. Schultheiß.
Beitrag zur Virulenzprüfung der Streptokokken nach Ruge-Philipp J. Baake.
* Ueber die Wirkung der antiluetischen Behandlung auf den Fetus. L. Kraul und L. Bodnar.
* Mastdarmkrebs und Schwangerschaft. H. Katz und J. Kaspar.
Pigmentstoffwechsel der Leber in der Schwangerschaft. H. Eufinger und C. W. Bader.
Die Indikanaemie und ihre Bedeutung als Nierenfunktionsprobe in der Schwangerschaft. H. Eufinger und C. W. Bader.
Experimentelle Untersuchungen über Tubenbewegungen. v. Mikulicz-Radecki.
* Untersuchungen über die Cytologie der Peritonealflüssigkeit bei gynäkologischen Erkrankungen. E. Vogt.
* Ueber die antisyphilitische Behandlung der Graviden und die Präventivkur der Neugeborenen. E. Klafter.

Ueber die Wirkung der antiluetischen Behandlung auf den Fetus. Sowohl in den Organen als auch im Blute und im Fruchtwasser solcher Früchte, deren Mütter in der Gravidität einer antiluetischen Behandlung unterzogen wurden, kann man Arsen und Wismut nachweisen. Geradeso wie bei der Verhütung von Wundinfektionen zwei Methoden, die Fernhaltung der Bakterien einerseits und die Bekämpfung derselben andererseits zu unterscheiden sind, so hat auch die antenatale Behandlung der kongenitalen Syphilis eine doppelte Wirkungsweise: Verhütung der Infektion der Frucht durch Behandlung der mütterlichen Lues und Bekämpfung einer schon bestehenden luetischen Erkrankung der Frucht selbst. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft spielt die erstere, in der zweiten Hälfte die letztere Komponente die wichtigere Rolle. Nachdem der Beweis erbracht ist, daß Arsen und Wismut auf die Frucht übergehen, ist kein Stadium der Gravidität zu spät für eine antiluetische Behandlung. — Der Uebergang des Neosalvarsans und Wismuts auf den Fetus geschieht nicht durch Diffusion und Osmose, sondern durch eine aktive Tätigkeit der Placenta.

Mastdarmkrebs und Schwangerschaft. Rektumcarcinom und Schwangerschaft sind keine ganz seltene, aber auch keine häufige Kombination, jedenfalls seltener als Uteruscarcinom und Schwangerschaft. Häufiger tritt in einer schon bestehenden Schwangerschaft ein Rektumcarcinom auf, als daß eine Frau mit Rektumcarcinom schwanger wird. Es ist zweifellos, daß die Gravidität eine gewisse Bereitschaft für das Rektumcarcinom zu schaffen vermag. In dieser Hinsicht sind besonders erblich belastete Frauen und solche mit Polyposis recti gefährdet. Aus den Beobachtungen des Verfassers geht weiter hervor, daß die Schwangerschaft in einzelnen Fällen, namentlich bei disponierten Personen, zu rascherem Wachstum des Rektumcarcinoms führen kann. Die Operabilität des Mastdarmcarcinoms war bei den Fällen des Verfassers eine auffallend hohe. Die primären Operationserfolge waren gute, aber auch Dauerheilungen kommen zum mindesten im selben Ausmaß in Fällen von Rektumcarcinom und Schwangerschaft wie in Fällen ohne Schwangerschaft vor. Bei operablen Fällen ist der sakrale Weg die Methode der Wahl. Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist aus operationstechnischen Gründen nach dem vierten Monat der Schwangerschaft anzuraten. — In inoperablen Fällen dominiert das Leben des Kindes, das bis zum normalen Ende der Schwangerschaft zu erhalten ist. Der Ablauf der Geburt ist bei inoperablem Mastdarmkrebs hauptsächlich vom Sitz und der Ausbreitung des Tumors und der Größe des Kindes abhängig. Auch hier häufig Spontangeburten, doch oft Notwendigkeit geburtshilflicher Operationen. In Fällen von Rektumcarcinom, deren Entwicklung und Verlauf sichtlich mit der Schwangerschaft zusammenhing, ist in der postoperativen Zeit die Verhütung der Schwangerschaft ein Gebot der Vorsicht. — Die Prognose der Kombination von Schwangerschaft und Mastdarmkrebs wäre eine bessere, wenn alle Klagen schwangerer Frauen über Mastdarmbeschwerden von den Aerzten durch Rektaluntersuchung auf ihre Ursache gewissenhaft geprüft würden.

Untersuchungen über die Cytologie der Peritonealflüssigkeit bei gynäkologischen Erkrankungen. Das Ergebnis der Untersuchungen des Verfassers, die sich auf 209 Fälle erstrecken, über das cytologische Verhalten der Peritonealflüssigkeit, läßt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: In vier Fällen, welche als normal angesprochen werden mußten, wurden in zirka 30% Lymphozyten und 70% Leukozyten festgestellt. Bei den chronischen Erkrankungen im Bauchraum, wie Adnextumoren, Ovarialtumoren und Myomen, überwiegen gewöhnlich die Lymphozyten mit 50—90%. Bei den Collumcarcinomen war das cytologische Bild nicht verändert. Bei der Bauchfell- und Genitaltuberkulose steigt die Zahl der Lymphozyten auf 68—91% und erreicht damit den höchsten Wert. — Während sich die im Tierexperiment erzeugten chronischen Entzündungen ebenso wie die menschliche Genital- und Peritonealtuberkulose durch eine gesetzmäßige, starke Lymphozytose der Peritonealflüssigkeit auszeichnen, ist das Blut bei diesen Erkrankungen nicht verändert. Die Lymphozyten, die bei diesen Erkrankungen in der Peritonealflüssigkeit in auffallend vermehrter Weise auftreten, können daher nicht aus dem Blute stammen, sie müssen im Peritonealraum selbst entstehen. —

Ueber die antisyphilitische Behandlung der Graviden und die Präventivkur der Neugeborenen. Verfasser räumt auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen der Wismutbehandlung einen wichtigen Platz in der antisyphilitischen Behandlung während der Gravidität ein. Bei Herzaffektionen, bei Neigung zu Salvarsanschäden, ist das Wismut ein wertvolles Ersatzpräparat des Neosalvarsans, zum Wohl für die Mütter, als auch im Interesse der Nachkommenschaft. Bei kardialen Dekompensationsstörungen und bei schweren Nierenschädigungen ist es zweckmäßiger, von einer Wismutbehandlung Abstand zu nehmen. — Sowohl die Hg-Neosalvarsankur, als auch die Wismutneosalvarsankur haben sich bei Graviden als unschädlich und gefahrlos erwiesen, so daß man in allen Fällen von syphilitischer Erkrankung in der Schwangerschaft im Interesse von Mutter und Kind zur Vornahme einer rechtzeitigen und energischen antisyphilitischen Behandlung verpflichtet ist. Auch bei Frauen in den allerletzten Stadien der Schwangerschaft mit latenter Syphilis ist unverzüglich die antiluetische Behandlung einzuleiten. — Alle Kinder, die von Müttern abstammen, die als nicht genügend behandelt anzusehen sind, wurden sofort nach der Entbindung, auch bei Abwesenheit jeglicher Anzeichen von Syphilis, einer einmaligen antisyphilitischen Kur (Präventivkur) unterzogen. Die Kur erstreckte sich auf 12 Wochen und bestand darin, daß täglich in der Milch dreimal 0,01 g Protojoduratum Lydraxpyri verabfolgt wurde, und daß einmal wöchentlich 0,1 g Neosalvarsan tief intragluteal injiziert wurde. Irgendwelche Schädigung allgemeiner Art wurde durch die Präventivbehandlung nicht beobachtet. Die Resultate sind gegenüber der hohen Prozentziffer der an Syphilis erkrankenden Kinder nicht behandelter oder mangelhaft behandelter latent syphilitischer Mütter sehr günstig (von 40 präventiv behandelten Kindern waren 36 frei von syphilitischen Erscheinungen mit negativem Wassermann), sodaß die Präventivkur der Neugeborenen einen Schritt nach vorwärts in den Bestrebungen nach Verbesserung von Lebens- und Gesundheitsaussichten der Nachkommenschaft syphilitischer Eltern bedeutet. —

Rudolf Katz (Berlin).

Dermatologische Wochenschrift.

Nr. 14, 3. April 1926.

Fluoreszenzerscheinungen an der menschlichen Haut. I. Mitteilung. Pityriasis versicolor des behaarten Kopfes. Philipp Keller.
* Ein Fall von toxischer Thrombopenie. Franz Duke.
Symmetrische Gesichtsnaevi als rudimentäre Sinnesorgane. Ernst Sk'arz.
Zur Behandlung der Creeping Disease. Otto Konrad Scholl.
* Ueber das Sulfoxylat-Salvarsan. Julius Grünberg.
Der Wert der Reglementierung im Spiegel der Statistik. Hans Haustein.

Ein Fall von toxischer Thrombopenie. Im Anschluß an eine Salvarsanbehandlung traten Zahnfleischblutungen, zahlreiche Purpuraflecke auf. Blutbefund: sehr wenig Thrombozyten; Sedimentierung 0, Retraktion fast 0, Stauungsversuch +++, größere Petechien, Blutungszeit 8 Minuten. Die vorliegende thrombopenische Purpura (hämorrhagica) findet sich bei den verschiedensten Infektionen, Intoxikationen, Schädigungen des Knochenmarkes durch Röntgenstrahlen usw., hier durch Salvarsan, bei dem andrerseits auch Purpura hämorrhagica ohne Veränderung des Blutbildes infolge von Gefäßschädigung zustande kommt.

Ueber das Sulfoxylat-Salvarsan. Sein Vorzug ist die Bequemlichkeit der Anwendung, Gebrauchsfertigkeit der Lösung, Haltbarkeit, selbst im geöffneten Zustande der Ampulle. Unangenehme Nebenwirkungen sind außerordentlich selten. Die Beeinflussung der Krankheit ist eine gute, Sekundärerscheinungen schwinden langsamer als bei anderen Salvarsanpräparaten, seronegative Frühfälle wurden abortiv geheilt, seropositive erfordern energischere oder wiederholte Behandlung.

Nr. 15, 10. April 1926.

Paul Gerson Unna zu seinem 50jährigen Doktorjubiläum. J. H. Rille.
Ueber E. F. Müllers Untersuchungen zur Biologie der Haut. E. Delbanco.
Acrodermatitis atrophicans Herxheimer oder eine neue Form von Ulerythem. Paul Unna jr. und Ernst Delbanco.
David Grube. J. H. Rille.

Nr. 16, 17. April 1926.

* Beitrag zur Klinik und Histologie des Lichen ruber acuminatus bezw. der Pityriasis rubra pilaris. Wester-Ebbinghaus.
Beiträge zur Kenntnis der Lindenblüten (Flor. Tiliae). E. Deussen.

Beitrag zur Klinik und Histologie des Lichen ruber acuminatus bezw. der Pityriasis rubra pilaris. Klinischer Verlauf und histologischer Befund zeigen, daß es sich nur um Differenzen der Intensität handelt, die zur Trennung der sonst ähnlichen Krankheitsbilder nicht geeignet erscheinen. Von den drei Fällen schien der eine dem neuropathischen, ein anderer dem parasitären Typus anzugehören, Beziehungen zur Tuberkulose konnten nicht festgestellt werden. Da der Höhepunkt der Erkrankung durch das Auftreten einer Erythrodermie gekennzeichnet ist, dem dann allmählig die Rückbildung folgt, soll die Therapie, bei ihrer sonstigen Erfolglosigkeit, darauf hinwirken, ihr Auftreten zu begünstigen (Höhensonnebestrahlungen.

Nr. 17, 24. April 1926.

Ueber ein gemeinsames Vorkommen von Cephalosporium und Trichophyton gypseum. E. Hartmann.
* Ueber die Behandlung rheumatischer Hautkrankheiten mit Cylotropin. Otto Hitschmann.
Kutane Idiosynkrasie und Nervensystem. Erwin Pick.
Ueber Suttonsche Krankheit (Leucoderma acquisitum centrifugum). Roman v. Lesczynski.
* Ueber den Verlauf der nach dem vierten Lebensjahrzehnt erworbenen syphilitischen Infektion. Helmut Stark.

Ueber die Behandlung rheumatischer Hautkrankheiten mit Cylotropin. Unter 16 Fällen von Erythema exsudativum multiforme, 6 Fällen von Erythema nodosum, 3 Fällen von Purpura rheumatica nur in einem der letzteren ein Mißerfolg. Die Abheilung erfolgte in verhältnismäßig kurzer Zeit, Nachschübe traten nicht auf. Verabreicht wurden 1—6 intravenöse Einspritzungen in zwei- bis dreitägigen Intervallen.

Ueber den Verlauf der nach dem vierten Lebensjahrzehnt erworbenen syphilitischen Infektion. Die Primäraffekte zeigten eine Neigung zu tiefgreifenden Ulzerationen mit starken entzündlichen Begleiterscheinungen. Im Sekundärstadium pustulöse und impetiginöse Syphilide, Neigung zur Bildung konfluierender Exantheme. Fünf Neurorezidive, keine Neurolues, dreimal Frühtertiarismus. Die Wirksamkeit der Therapie war die gleiche wie bei der in jüngeren Jahren erworbenen Syphilis.

Nr. 18, 1. Mai 1926.

* Die Lepra ist heilbar. S. Paldrock.
* Zur Brauchbarkeit der Bruckschen Reaktion. Josef Mestschanski.
* Eine sichere Methode der zeitigen Röntgensterilisation beim Manne und der Frau. S. Bormann.

Die Lepra ist heilbar. Die Heilung gelingt durch Behandlung mit Kohlensäureschnee, wobei durch Freiwerden von Antigenen eine aktive Immunisierung eintritt. Die Lepraerreger verlieren dadurch ihre schützende Eiweißhülle, und werden auch für chemische Mittel zugängig; Verbesserung der Erfolge durch Kombination mit Wismutdiasporal.

Zur Brauchbarkeit der Bruckschen Reaktion. Sie kann nur als Ergänzungsreaktion im großen Laboratorium zur Verwendung kommen. Bei Liquoruntersuchungen gibt sie wertvolle Resultate, die auch mit den verfeinerten Methoden der WR nicht immer zu erzielen sind.

Eine sichere Methode der zeitigen Röntgensterilisation beim Manne und der Frau. Die zeitweilige, 5 Monate andauernde Sterilisierung gelang bei der letzteren mit einer Härte von 6—8° (Walter-Benoist) unter 2 mm Aluminium mit einer Dosis von 30—50% HED in zwei Sitzungen mit einer Woche Zwischenzeit für jedes Ovarium besonders. Bei Männern weiche Strahlung von 3° ohne Filter; drei- bis viermal in wöchentlichen Abständen ½—1 H in einem Fokusabstand von 15 cm, im ganzen 60% HED. Danach Sterilität für 5 Monate. Nach der Zeit von 5 Monaten können die Bestrahlungen ohne Schaden wiederholt werden.

Ernst Levin (Berlin).

Zeitschrift für Urologie.

April 1926.

* Chronische gonorrhoische Entzündungen der Cowperschen Drüsen. J. F. Schischow u. N. A. Smirnow.
Die Naht der Ductus deferens. E. Gohrbandt.
* Ein neuer Weg zur Behandlung der Blasenpapillome. R. Born.
Bemerkungen zur Entwicklung der Urologie insbesondere der Cystoskopie seit Max Nitzes Tode. A. Rothschild.
Ueber Divertikelsteine. K. Lion.
* Die Ursachen der Ureteratonie. D. Wedenski.
* Die soliden Geschwülste des Nebenhodens. S. Rubaschow.
Asepsis bei endovesicalen Eingriffen und aseptische Cystoskope. Vogel.
Oskar Stoerk gest. Blum.

Chronische gonorrhoische Entzündungen der Cowperschen Drüsen. Von 204 chronischen Gonorrhoikern des staatlichen venerologischen Institutes in Moskau litten 25 (12½%) an Cowperitis, und zwar war ein Fall akut, die anderen chronisch. Man kann die letzten Fälle klinisch in solche einteilen mit heftigen subjektiven und objektiven Beschwerden, und andere mit geringen bzw. ohne Symptome. Die subjektiven Erscheinungen bestehen in Schmerzen am Damm insbesondere auch beim Stuhlgang und beim Sitzen auf harten Gegenständen. Charakteristisch soll auch ein vermehrter Ausfluß am Abend, d. h. nach Bewegungen sein. Objektiv kann man vielfach Infiltrate an der betreffenden Stelle nachweisen, im Exprimat der Drüse Leukozyten und in sehr vereinzelten Fällen Gonokokken. Man palpiert am besten kombiniert vom Rektum und vom Damm aus. Die Behandlung kann allgemein in Vakzineanwendung bestehen, örtlich in Wärmeapplikation und Massage der Drüse. Sie ist nicht in allen Fällen erfolgreich.

Die Naht des Ductus deferens. Bei einem Manne, der nach einer Urethralplastik eine doppelseitige rezidivierende Epididymitis bekommen hatte, waren die Samenstränge beiderseits unterbunden und durchtrennt worden. Nach zwei Jahren wurden bei ihm die Stümpfe angefrischt und aneinandergenäht nach der Methode von Christian und Sanderson. Drei Wochen nach dem Eingriff waren im Ejakulat lebende Spermatozoen nachweisbar.

Ein neuer Weg zur Behandlung der Blasenpapillome. Mit Hilfe der Aspiration, wie sie nach der Steinzertrümmerung angewandt wird, gelang es dem Autor in zwei Fällen von Zottengewächsen zahlreiche Zotten von Linsen- und Erbsengröße anzusaugen. Es trat keine stärkere Blutung auf, als man sonst nach Papillombehandlung sieht. Den Stiel, bzw. den Zottenrest konnte man dann leicht durch Elektrokoagulation verschorfen. Die Vorteile liegen in der Möglichkeit, auch große multiple Gewächse jetzt endovesical zu behandeln, insbesondere wenn sie sonst der Thermokoagulation schwer zugänglich sind. Auch werden durch sie weder Keime ausgesät noch Impfmetastasen erzeugt.

Die Ursachen der Ureteratonie. Die Atonie des Harnleiters kann durch verschiedene Momente bedingt sein, mechanische und hydrodynamische Faktoren kommen neben entzündlichen und nervösen Ursachen in Frage. Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems können begünstigend wirken, z. B. akute und chronische Myelitiden. Auch die Blasendivertikel spielen eine Rolle bei Entstehung der Atonien, insbesondere, wenn sie die Harnleitermündung beherbergen oder in der Nähe des Ureterostiums gelegen sind. Zur genauen Präzisierung der Diagnose muß man eine Zysto- und Pyelographie vornehmen.

Die soliden Geschwülste des Nebenhodens. Man kann die Nebenhodengeschwülste in drei Gruppen einteilen, und zwar

1. in heterotrope, aus embryonalen Ueberresten stammende Gewächse (Teratome, Teratoide),
2. in Tumoren, die sich hauptsächlich aus dem typischen Nebenhodengewebe zusammensetzen (Karzinome aus dem Epithel der Nebenhodengänge,
3. Geschwülste des lokalen banalen Gewebes (Fibrome, Myome, Angiome).

Im ganzen gehören die Neubildungen der Epididymis zu den Seltenheiten. R. fand in der Literatur nur 18 Fälle.

E. Lehmann (Berlin).

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 10.

Sanocrysin bei Lungentuberkulose. R. Staehelin.
* Neue Beiträge zum Studium der Haemophilie und der Ursachen spontaner Haemorrhagien bei dieser Krankheit. Senkungsgeschwindigkeit. Therapeutische Versuche. A. Collard.
* Das Kasein der Milch (Quark) als ein Diuretikum. Eine Verbesserung der Karellschen Milchkur bei Herzkranken. A. Jarotzky.
Das paradoxe Insulinphänomen. W. Forret u. E. Christensen.

Neue Beiträge zum Studium der Hämophilie und der Ursachen spontaner Hämorrhagien bei dieser Krankheit. Senkungsgeschwindigkeit. Therapeutische Versuche. Bei den beiden vom Verfasser untersuchten Fällen hatte die Senkungsgeschwindigkeit zugenommen und zwar direkt proportional zur Schwere des Falles und zum momentanen Zustand. Eine Beziehung zwischen der Senkungsgeschwindigkeit und der Gerinnbarkeit des Blutes war nicht aufzudecken. Diese beiden Phänomene sind anscheinend unabhängig voneinander. Die Stabilität des Fibrinogens, gemessen an der Leichtigkeit, mit der es durch Hinzufügen des Elektrolyten ausgeflockt werden kann, ist ohne Beziehung zur Gerinnbarkeit, steht aber wahrscheinlich in Verbindung mit der Senkungsgeschwindigkeit. Man kann bei den Hämophilen keinerlei Fragilität oder anormale Durchgängigkeit der Kapillaren entdecken, die artikulare oder subkutane Hämorrhagien zu erklären vermöchte; eine Verminderung der Viscosität des Blutes und der Zahl der Blutplättchen zur Zeit der Blutung kommt ebenfalls ursächlich nicht in Betracht. Die Hämorrhagien der in Frage stehenden Hämophilen wurden eingeleitet und begleitet durch humorale, physiko-chemische Störungen, die ihren Ausdruck in der Vermehrung der Senkungsgeschwindigkeit fanden. Zwischen dem Grad der Verlangsamung der Koagulation und der Hämorrhagie fehlt jede Beziehung. Die Agglutination der Erythrozyten ahmt die Phänomene der Ausflockung und der Präzipitation der Kolloide nach und hängt eng mit elektrischen Ladungen zusammen. Aus therapeutischen Versuchen geht die günstige Wirkung des Emetins und des Pituitrins auf Gelenkblutungen hervor. Die Resultate, die der Verfasser mit Protein-Antigenen erzielte, waren unbefriedigend. Weitere Versuche mit anderen Antigenen sind im Gange.

Das Kasein der Milch (Quark) als ein Diuretikum. Eine Verbesserung der Karellschen Milchkur bei Herzkranken. Die Indikation des Kaseins der Milch ist gegeben:

1. In den schweren Fällen der Herzinsuffizienz, in welchen schon alle Herzmittel und Diuretika keinen günstigen Einfluß ausüben. Der Kranke muß während drei Tagen täglich 600 bis 800 g Quark mit 100 bis 200 g Zucker und 100 g saurer Sahne bekommen. Während dieser drei Tage darf der Kranke keine Flüssigkeit einnehmen.
2. Das Kasein der Milch (Quark) muß im allgemeinen bei den Herzkranken mit Dekompensation statt der Milch in hohem Maße angewendet werden.
3. Das Kasein mit Ausschluß der Flüssigkeitszufuhr ist indiziert in all den Fällen, wo man jetzt zur diuretischen Wirkung die Quecksilberpräparate anwendet.

Als kontraindiziert gilt der Quark in Fällen mit Stickstoffretention im Blute. Man muß in Betracht ziehen, daß viele Fälle von Herzinsuffizienz nichts anderes als die Endstadien der geschrumpften Nieren sind, mit hochgradiger Stickstoffretention im Blut zusammenhängen. Bei diesen Kranken große Dosen Kasein mit Einschränkung der Flüssigkeit zu verordnen, hieße dem Kranken den letzten coup de grâce geben.

Nr. 11.

Eine vereinfachte Methode zur Füllung von Lungenkavernen. A. Josefson.
* Die Psychogenese des Fluor albus und seine Therapie. W. v. Arx.
* Sklerodermie und Roentgenkastration. P. Schwarz.
Beitrag zur Lehre von der Fettembolie. R. Weingarten.
Zur Behandlung des habituellen Nasenblutens. Gallusser.
* Herzstörungen bei Basedowkranken. G. Bickel u. E. Frommel.

Die Psychogenese des Fluor albus und seine Therapie. Die Genitalsekretion gehorcht nicht nur rein vegetativen Reflexen, sondern es können auch cerebrale Erregungen diese Reflexe beeinflussen. Bei einer großen Zahl von Frauen mit

Fluor albus gelang es, eine Korrelation zwischen Gefühlsleben und Sekretion nachzuweisen. Der Fluor albus ist nichts anderes als das körperliche Ersatzkorrelat eines seelischen Konfliktes. Therapeutisch ergibt sich als unbedingte Forderung, bei Frauen mit Fluor albus das Sexualleben genau zu durchforschen. Oft findet man leicht behebbare Störungen wie Coitus interruptus, Ejaculatio präcox usw. beim Manne. Hier ist natürlich entsprechende Aufklärung, Belehrung evtl. Behandlung des Mannes nötig. Eine große Zahl der Patientinnen gehört aber der Neurose an, und es finden sich alle Uebergänge von den leichtesten Formen bis zu den schwersten, den Zwangsneurosen und den Psychosen. Die Erkennung der Neurose ist nicht immer leicht und das Erkennen der tieferen Motive erst recht nicht. Wir müssen immer daran denken, daß der Neurotische seine Geheimnisse nicht preisgibt, wenn man es nicht versteht, sie ihm zu entreißen. Die Behandlung neurotischer Zustände läßt sich nie in einem Schnellbetriebe durchführen. Viele Hindernisse sind zu überwinden; dafür ist aber auch das Endergebnis um so heilkräftiger.

Sklerodermie und Röntgenkastration. Bei einer 43 jährigen Frau, die drei Jahre zuvor wegen klimakterischer Menorrhagie einer Röntgenkastration unterworfen worden war, zeigten sich nunmehr erhebliche Ausfallserscheinungen innersekretorischer, vasomotorischer und psychischer Natur. Im Endstatus labile Herzaktion, Haarausfall, kleinschlägiger Tremor, allgemeine Mattigkeit und Muskelschwäche, Haut auffallend trocken, sklerodermatische Hautveränderungen en plaques, kachektischer Eindruck. Ein therapeutischer Erfolg (Organotherapie) nicht feststellbar. Aus der Aetiologie dieses Falles lassen sich folgende Richtungspunkte in der Entwicklung des Krankheitsbildes herausheben:

1. Disposition, Konstitution.
2. Hypofunktion der Ovarien.
   a) Mitbeteiligung des endokrinen Systems.
   b) Sensibilisierung der Haut.
3. Auslösung dieses latenten Reizungszustandes der Haut durch eine Noxe (toxisch wirkende Zellabbauprodukte infolge der Röntgenstrahlenwirkung).

Das vorliegende Krankheitsbild ist der Ausdruck von Vorgängen im Organismus. Der Mechanismus ihres Zusammenwirkens einerseits und die Entstehung der klinisch erkennbaren Morphae andererseits ist das Resultat von kolloid-chemischen Prozessen, die wir bis heute noch unvollkommen kennen.

Herzstörungen bei Basedowkranken. Trotz der Mannigfaltigkeit der Herzsymptome bei Basedowkranken gelingt es doch, drei klinische Typen aufzustellen, in die sich die meisten Fälle eingruppieren lassen.

1. Typ: Anfangsstadium oder leichte thyreoide Intoxikation, charakterisiert durch eine permanente sinusale Tachykardie, die zwischen 100—150 Schlägen pro Minute schwankt. Perkutorisch und radioskopisch findet man ein wenig verändertes Herz, doch gehört eine leichte Zunahme des Volumens nicht zu den Ausnahmen. Der Blutdruck ist hier etwas herabgesetzt.

2. Typ: Phase tieferer thyreoider Vergiftung. Hier stehen rhythmische Störungen obenan. Die bei diesem Abschnitt der Erkrankung häufigste rhythmische Störung ist die völlige Arythmie infolge von Herzflattern der Herzohren. Diese völlige Arythmie kann paroxystisch, intermittierend oder permanent sein. Als Begleiterscheinungen treten in der Regel Zeichen einer leichten Ueberanstrengung des Herzens auf. Die Hypertrophie des Herzens ist in diesem Stadium sozusagen konstant, es besteht offensichtlich eine Tendenz zur Atonie und Dilatation.

3. Typ: Phase der ausgeprägten Herzinsuffizienz. Hier entwickeln sich rapid die klassischen Zeichen der Asystolie.

Die Prognose der Herzbeschwerden bei Basedowkranken hängt naturgemäß weniger vom Herzen als vom Zustande der Schilddrüse ab. Daher muß die Therapie auch auf diese gerichtet sein. In allen Fällen von wesentlichen Herzstörungen sollte man nicht zögern, entweder zur Bestrahlung der Schilddrüse zu schreiten oder zur operativen Entfernung. Man wird dann selbst in solchen Fällen noch Erfolge erleben, wo das Versagen des Myokards zunächst jede Hoffnung auf Wiederherstellung auszuschließen schien.

Nr. 12.

Ist der Kropf wirklich durch Jodmangel bedingt? Meisel.
Bemerkungen zu der Arbeit von Vogt, Demonstrationen zu Verbesserungen in der Technik der Staroperation. P. Knapp.
Ueber Fliegerneurosen. H. Meier-Müller.
* Beitrag zum Studium der anti-bakteriophagen Sera. E. Urech u. H. Pache.
Ueber unbekannte Gefahren bei der Beschäftigung mit radioaktiven Substanzen. I. P. zum Busch.
* Praktische Erfahrungen mit Coramin „Ciba". R. Straumann

Beitrag zum Studium der anti-bakteriophagen Sera. Die intravenöse Injektion eines bakteriophagen Anti-Flexner oder Anti-Shiga läßt im Serum des Kaninchens Agglutinine erscheinen, sowie eine Sensibilisierung gegenüber dem Flexnerschen bzw. dem Shigaschen Bazillus. Die Agglutination und die Komplementablenkung sind indessen weniger markant als bei den antibakteriellen Sera. Das antibakteriophage Serum besitzt antilytische Eigenschaften gegenüber homologen oder sehr benachbarten Bakteriophagen. Bei einem heterologen Bakteriophagen trat die Wirkung nicht ein.

Praktische Erfahrungen mit Coramin „Ciba". Coramin, ein wasserlösliches, intensiv und prompt wirkendes, genau dosierbares Analeptikum, kommt dem Kampfer in den meisten seiner Eigenschaften gleich, überragt ihn aber in der Anwendbarkeit. Gute Erfolge sah Verfasser bei Pneumonie, akuten und chronischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates, teilweise kombiniert mit Coffein und Digitalispräparaten. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, selbst nicht bei hohen Dosen. Held (Berlin).

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 10, 70. Jahrg., 6. März 1926.

Untersuchung heufiebererregender Pflanzen in und um Utrecht. III. Benjamins, Idzerda und Uttien.
* 15 Jahre Pituitrin in der Geburtshilfe. Muller.
Eine kleine Aenderung in der Nägeleschen Zange als Ausgangszange. Wesselink.
Bluntersuchung bei chronischem Rheumatismus. Van Breemen.
Narkoseäther. Schoorl.
* Netzhautblutungen nach Bluttransfusion. Schaly.

15 Jahre Pituitrin in der Geburtshilfe. Verfasser schildert die Geschichte des Pituitrins und die Versuche, aus ihm den „wirksamen" Bestandteil zu isolieren, als den man nacheinander gewisse Amine, besonders das Histamin, ferner Sulfate anerkannt wissen wollte. Es stellte sich aber heraus, daß ebensowenig wie bei Eierstock und Schilddrüse ein einziger wirksamer Bestandteil im Vordergrunde steht, sondern daß es sich um einen Komplex von Stoffen handeln muß, die gemeinsam die Wirkung der Zusammenziehung glatter Muskelfasern ausüben. Neuerdings hat man besonders in Holland den Extrakt der Glandula pituitaria in vitro und in vivo studiert. Man hängte ein Horn einer tierischen Gebärmutter in Ringersche Lösung und ließ das Resultat auf die berußte Trommel aufschreiben. Das sogenannte Bauchfenster ergab in vivo beim Kaninchen, der Hysterograph bei der gebärenden Frau Anhaltspunkte für die Wirkungsweise des Extrakts. Man weiß jetzt, daß die intravenöse Gabe am raschesten, die subkutane und vor allem die perorale, viel langsamer wirken. Schon eine kleine Dosis wirkt auf den Uterus, dann folgen Speiseröhre, Magen, Blase, Muskulatur der Gefäßwand. Bei Tieren folgt auf die Vasokonstriktion eine bleibende Dilatation. Der Blutdruck wird erhöht, eine Wirkung, die langsamer eintritt und länger anhält, als beim Adrenalin. Die Herztätigkeit wird verstärkt, der kleine Kreislauf bleibt unbeeinflußt. Am interessantesten ist die Wirkung auf die Uterusmuskulatur. Diese zieht sich zusammen, wenn sie vor der Gabe noch unkontrahiert war; bestanden schon mäßige Kontraktionen, so werden diese infolge der Pituitrinwirkung stärker und häufiger, der normale Tonus erhöht sich. Steigert man die Dosis, so kann es zu entgegengesetzten Reaktionen, Hypotonie, Atonie oder zu größeren Pausen zwischen den Kontraktionen kommen. Bei den Gebärenden steht der Uterus auch in der Wehenpause unter Pituitrinwirkung, der Tonus bleibt erhöht, besonders in den ersten 20 Minuten nach der Spritze.

Es folgen die persönlichen Erfahrungen des Verfassers, der mit dem Originalpräparat nach Parke und Davis sehr zufrieden ist.

Netzhautblutungen nach Bluttransfusion. Dreimal wurden nach Bluttransfusionen, die wegen perniziöser oder aplastischer Anämie gemacht waren, Netzhautblutungen beobachtet, die zweimal zu bleibenden Herabsetzungen der Sehschärfe führten; der dritte kam ad exitum und es zeigten sich in den von beiden Augen hergestellten Schnitten im mikroskopischen Bilde zahlreiche Netzhautblutungen, ohne daß Gefäßveränderungen nachweisbar waren.

Fortan wurden alle Kranken vor und nach der Bluttransfusion mit dem Augenspiegel untersucht, von sechs Fällen hatten zwei schon vorher Netzhautblutungen, die sich nach dem Eingriff nicht mehr veränderten, drei waren ohne Blutungen, einer aber, der vor der Transfusion frei war, bekam kurz danach die Blutung.

Möglicherweise seien die Retinablutungen durch die zeitliche Erhöhung des Blutdrucks bei der Transfusion veranlaßt, da ja die Gefäße bei den betreffenden Erkrankungen durchlässiger sein sollen, so daß es also zu Blutungen per diapedesin käme. Indes wäre dann zu erwarten, daß gleichzeitig mit der Transfusion es auch zur Blutung käme, was aber nicht der Fall ist. Vielleicht entstehen die retinalen Blutungen aber an einer höheren Stelle tatsächlich während der Transfusion, werden aber dem Kranken erst später dadurch bemerkbar, daß sie in die Gegend der Macula herabsinken, und nun zu Sehstörungen Veranlassung geben.

Es handelt sich jedenfalls um bedenkliche Komplikationen der Bluttransfusion.

Nr. 11, 13. März 1926.

* Akute Gangrän als Folge von traumatischem Gefäßkrampf. Finaly.
Formassimilation und Fötalisation. Bok.
Die Segmentation von Skelettmuskeln beim Frosch. de Boer.
Urinreaktion auf Zucker. van Bemmel.
* Rhythmische Bewegungen im Traum, als Symbol vom Herzschlag. van Rijnberk.
Ein vierter Fall von Weilscher Krankheit. Enneking.
Ein Fall von auf einen der Samenstränge beschränkter Entzündung als Komplikation bei Tripperinfektion. Boshouwers.

Akutes Gangrän als Folge von traumatischem Gefäßkrampf. Es werden drei Fälle mitgeteilt, die die folgenden Merkmale darboten: Nach einem Trauma war der Puls an der betreffenden Extremität zeitweilig verschwunden, ein Zustand, der sich entweder in proximaler oder distaler Richtung von der verletzten Stelle aus bemerkbar machte, der Prozeß ging mit Hyperalgesie, die zirkulär war und proximal zunahm, einher, zweimal entstand Gangrän und zwar in einem der Fälle in erheblichem Abstand von der Verwundung, alle drei Fälle standen zwischen dem 17. und 20. Jahre. Es handelte sich um einen spastischen Zustand arteriellen Charakters, wohl zu unterscheiden von der venösen Stauung der Raynaudschen Krankheit. Der Zustand ist verwandt mit der multiplen neurotischen Hautgangrän, unterscheidet sich aber von dieser dadurch, daß er auch auf die tieferen Gewebe übergreift. Am wichtigsten ist natürlich die Gangrän, die innerhalb weniger Stunden entstanden war, und für die eine ausreichende Erklärung noch nicht gegeben werden konnte.

Rhythmische Bewegungen im Traum, als Symbol vom Herzschlag. Es ist dem Verfasser aufgefallen, daß er, wenn er auf der linken Seite einschläft, nachts wach wird und den Herzschlag auffallend weit nach links verschoben findet. Es besteht kein Angstgefühl und keine Beklemmung. Oft erinnert er sich dann an einem Traum, in dem rhythmische Bewegungen eine Rolle spielen und der mit einem Angstgefühl schließt, das aber in wachem Zustand nicht bestehen bleibt. Sieben derartige Träume werden mitgeteilt. Der Träumer ist überzeugt, daß die rhythmischen Bewegungen (die übrigens von anderen Autoren wesentlich anders determiniert werden. Anm. des Ref.), etwas mit dem Herzrhythmus zu tun haben, auch sieht er in einigen Träumen eine deutliche Symbolik der Systole und Diastole, der Kammer und Vorkammer, ja, sogar der Herzmuskelwand und des Herzinhalts und wünscht seine Träume als Beitrag zu der Theorie von den somatischen Traumanlassen aufgefaßt zu sehen.

Nr. 12, 20. März 1926.

Ueber das Plasmazellenmyelom. J. Goudsmit.
* Behandlung von Puerperalfieber mit Rivanol. Tjeenk Willink.
Einige Zahlen und Betrachtungen über die Sterblichkeit an Gebärmutter- und Brustdrüsenkrebs in Niederland. Methorst u. Deelman.
* Ein zufälliger Beitrag zur Epidemiologie der Pest. G. Kapsenberg.
Etwas über bazilläre Dysenterie und die Agglutination dabei. W. K. Mertens und G. A. Rademaker.
Magen- und Darmriß mit anfänglich wenig Erscheinungen. H. A. Lampe.

Behandlung von Puerperalfieber mit Rivanol. Besprechung der gesamten Literatur über Prophylaxe und Therapie des Wochenbettfiebers, sowie der durch Morgenroth, Schnizer und Rosenberg inaugurierten Arbeiten mit Rivanol. Es folgen vier eigene Krankengeschichten aus denen die günstige Wirkung des Mittels hervorzugehen scheint. Auffallend war der rasche Fieberabfall bei den Kranken. Gleichzeitige Secale-Gaben trugen das Ihrige dazu bei, durch bessere Kontraktion der Gebärmutter den Abfluß der Lochien zu verbessern und die Involution der Gebärmutter zu befördern. Ueber die Wirkungsweise des Rivanols meint der Autor, daß die von Morgenroth in vitro bewiesene chemische Inangriffnahme der Erreger auch sehr wohl im Organismus stattfinden könnte, denn 200 mg Rivanol seien genügend, um in 24 Ltr. Flüssigkeit eine Entwicklung der Bakterien unmöglich zu machen. Anderseits kommt es zu Leukocytose und somit zu einer vermehrten Tätigkeit der Abwehrkräfte des Organismus. Vielleicht gehört die Zukunft der Rivanol- plus Proteinkörperbehandlung. Schließlich berichtet Verfasser noch über günstige Rivanolwirkung nach Operationen wegen Eierstocksabszessen, Gebärmutterresektionen und Darmresektionen.

Ein zufälliger Beitrag zur Epidemiologie der Pest. Verfasser hatte Gelegenheit, eine in einem an sich sehr sauberen Haushalt plötzlich auftretende Flohplage, zu beobachten. Diese war dadurch zustande gekommen, daß eine bisher in der Dachkammer hausende Rattenfamilie zugrunde gegangen war und die bei ihnen schmarotzenden Flöhe die toten Wirtstiere verlassen hatten. Zu vielen Tausenden brachen die Flöhe in das Zimmer ein, so daß der öffentliche Gesundheitsdienst um Hilfe gebeten werden mußte. Nunmehr wurde festgestellt, daß es sich um den Rattenfloh der gemäßigten Zone handelte, den Ceratophyllus fasciatus und daß dieses Tier, obwohl es in tausenden Exemplaren dazu Gelegenheit gehabt hätte, kein einziges Mal einen Menschen gestochen hatte. Es handelt sich aber hier um eine wichtige, noch ungeklärte epidemiologische Frage, ob natürlich der oben bezeichnete Rattenfloh imstande ist, durch seinen Stich die Rattenpest auf den Menschen zu übertragen. Wenn auch diese Frage naturgemäß vom Autor nicht gelöst werden konnte, so ist doch bewiesen, daß Ceratophyllus fasciatus unter natürlichen Umständen den Menschen nicht zu stechen braucht, während der gefährliche Xenopsylla cheopis den Menschen stets aufs heftigste angreift und, wenn selbst infiziert, auf diesen die Pest überträgt.

Nr. 13, 27. März 1926.

* Ueberpflanzung des musculus pectoralis major zwecks Ersatz des deltoideus oder zur aktiven Verstärkung des Schultergelenks bei habitueller Luxation. Ed. Hustinx.
* Die Frage nach der Aetiologie bösartiger Neubildungen. W. E. Gye.
Ein serologisch abweichender Typhusbazillenstamm. W. K. Mertens.
* Behandlung des Favus mit Petroleum und Petroleumprodukten. M. D. Horst.
* Zwei Fälle von Nephrolithiasis bei Kindern. S. Simons.
Elephantiasis vulvae. J. A. van Dongen.

Ueberpflanzung des musculus pectoralis major zwecks Ersatz des deltoideus oder zur aktiven Verstärkung des Schultergelenks bei habitueller Luxation. Bei Lähmung des Deltoideus ist die Myoplastik mit einem Lappen des Pect. major die Methode der Wahl und steht hoch über der Arthrodese des Schultergelenks, die man als Verstümmlung ansehen muß. Der gelähmte Deltoideus ist völlig zu entfernen, der Muskellappen muß groß genommen werden und ungefähr zwei Drittel des Pect. major umfassen, er muß mehr als 180 Grad um den Gefäßstiel gedreht werden, sodaß die Unterfläche des Lappens nach oben zu liegen kommt. Der Lappen ist so weit wie möglich nach hinten zu bringen, zwecks Naht auf die

Spina scapulae. Diese Myoplastik bedeutet eine aktive Verstärkung der Vorder- und Außenwand des Gelenks und ist allen Methoden überlegen, die nur eine passive Verstärkung erzielen.

Die Frage nach der Aetiologie bösartiger Neubildungen. Ausführlicher, durch Tabellen belegter, zum Referat ungeeigneter Vortrag. Gye kommt zu dem Schluß, daß aus Ratten- und Mäusegeschwülsten sich lebendes Virus erhalten und züchten läßt, und das denselben Platz einnehmen kann, wie das Virus, das in Roux-Geschwulstextrakten vernichtet ist. Seine Versuche beweisen ihm, daß Geschwülste, die so verschieden sind wie Rouxsarkom und Teergeschwulst der Maus, nicht individuell und unabhängig sind, sondern, daß sie in ihrer Entstehungsweise etwas Gemeinsames, eben dies von außen kommende Agens haben, das von Röhrchen auf Röhrchen übertragen werden kann wie eine gewöhnliche Mikrobe.

Behandlung des Favus mit Petroleum und Petroleumprodukten. 30 Fälle von Favus und ein Trichophytiefall wurden mit einem Samboline genannten Petroleumprodukt behandelt und teils geheilt, teils günstig beeinflußt. Die Behandlung erfordert große Sorgfalt und dauert lange; Epilation ist überflüssig auch können Kinder, wenn die Krusten verschwunden sind, ohne Kappe in die Schule geschickt werden, da nun keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht. Ueberhaupt schließt sich der Verfasser an Sabouraud an, der fand, daß der Favus viel häufiger zu Hause, als in der Schule übertragen wird. Der Allgemeinzustand der Kinder muß sorgfältig beachtet werden.

Zwei Fälle von Nephrolithiasis bei Kindern. Empfehlung des Glyzerins, das in einer Mixtur zu gleichen Teilen mit Wasser und mit einem Corrigens (Acid. citric.) per os gegeben werden soll. Wenn es nicht zur Abtreibung des Steines führt, was im Einzelfall schwer beweisbar ist, so wird doch jedenfalls Grieß und Sand weggeräumt, kleinere Steine auch entfernt. K. Heymann (Berlin).

Journal of the American Medical Association, Chicago.

86, Nr. 9, 27. Februar 1926.

Die Organisation des medizinischen Universitäts-Unterrichts. Bevan.
Elektrothermische Methoden in der Behandlung von Neubildungen. Clark.
Hilustuberkulose. Zacks.
* Sauerstoffeinblasung in die Peritonealhöhle bei exsudativer tuberkulöser Peritonitis. Garbat.
Pyelitis bei der Frau. Hundley.
Trichinosis. Bettison.
* Erblichkeit der Peroneusatrophie. Macklin und Bowman.
Zentrale Fraktur des Acetabulum. Boorstein.
* Segmentäre cerebrale Monoplegie vaskulären Ursprungs. Wilson und Winkelman.
Ektopische Schwangerschaft in einer anormalen Tube. Steckbauer.
Ein Radium-Applikator für den Oesophagus. Fitzgibbon.
* Paroxysmale Tachykardie nach Lufteinblasung in die Tuben. Kern.

Sauerstoffeinblasung in die Peritonealhöhle bei exsudativer tuberkulöser Peritonitis. Verfasser gibt der Sauerstoff-Einblasung in die Peritonealhöhle nach Punktion des tuberkulösen Exsudats den Vorzug vor der viel eingreifenderen Laparotomie.

Erblichkeit der Peroneusatrophie. Bericht über eine Familie, die sich in fünf Generationen aus 101 Familienmitgliedern zusammensetzt, von denen nicht weniger als 21 an Peroneusatrophie erkrankt waren. Das männliche und weibliche Geschlecht war in gleicher Weise betroffen. Die Affektion wird auf die Nachkommenschaft nur durch Personen übertragen, welche selbst erkrankt sind. Die Lebensdauer ist in keiner Weise beeinträchtigt.

Segmentäre, cerebrale Monoplegie vaskulären Ursprungs. Bericht über drei Fälle mit cerebraler Monoplegie einer Extremität kostikalen Ursprungs, entstanden durch Gefäßverschluß, Bestätigung der Diagnose in zwei Fälle durch Autopsie. Monoplegien sind organischer Natur (Erkrankung peripherer Nerven, des Gefäßapparats der Extremität, der vorderen Wurzeln und Vorderhörner des Rückenmarks, des Gehirnes) oder funktioneller Natur (Hysterie). Bei Ursprung im Gehirn ist die Erkrankung fast stets in der motorischen Rinde lokalisiert. Die meisten Fälle sind durch Gehirntumoren oder Verletzungen verursacht, die selteneren durch Gehirnverschluß. Akutes Einsetzen spricht eher für letzteren als für Tumor. Langsames, aber stetiges Fortschreiten spricht für Tumor oder Abszeß, Stillstand oder gar Besserung für Gefäßerkrankung.

Paroxysmale Tachykardie nach Lufteinblasung in die Tuben. Etwa eine Stunde nach einer ambulant in üblicher Weise ausgeführten Rubinschen Lufteinblasung in die Tuben, welche die letzteren durchgängig zeigte, setzten lebhafte Schmerzen in der linken Brusthälfte und der linken Seite des Halses ein mit Dyspnoe und hochgradiger Tachykardie (Puls 152). Lungenembolie erschien unwahrscheinlich und Luftansammlung unter dem linken Zwerchfell wurde als Ursache angenommen. Mit Einnahme der horizontalen Lage verschwanden sofort alle alarmierenden Erscheinungen und der Puls ging auf 72 herab. Mit dem Aufrichten nach kurzer Zeit setzten die Beschwerden langsam wieder ein. Nach Resorption der Luft waren alle Störungen beseitigt. Eine so schwere Zirkulationsstörung kann natürlich bei bestehender Myokarditis zu ernsten Folgen führen. CO_2 an Stelle von Luft wird dem vorbeugen, da CO_2 in wenigen Minuten resorbiert wird, während der N der Luft stundenlang unresorbiert bleibt.

86, Nr. 10, 6. März 1926.

Pyelovenöser Rückfluß. Bird und Moise.
Partielle Gastrektomie. Horsley.
* Hexylresorcinol bei Infektion der Harnorgane .Brown.
Behandlung akuter traumatischer Schädel-Hirnverletzungen. Maclaire.
Narcolepsie als gelegentliches, postencephalitisches Symptom. Spiller.
* Migräne mit abdominalem Aequivalent. Blitzsten und Brams.
Die Rolle des Zahnens in der Rachitisdiagnose. Blum und Mellion.
Frakturen am Ellbogengelenk. Ritter und Mitarbeiter.
Retroperitonealer Beckenabszeß beim Mann. Nielsen.
* Ein neuer Nährboden für Gonokokkenkultur. Pelonze und Viteri.
Bestehenbleiben des ductus omphalomesentericus und des Urachus bei demselben Kind. Davis und Niehaus.
Eiterung des Schultergelenks. Barnes.

Hexylresorcinol bei Infektion der Harnorgane. Auf Grund einer Behandlug von 63 Fällen aller Arten von Infektion des Harnapparates Empfehlung dieses Präparats als des besten aller bisher verfügbaren Harnantiseptika. Durchschnittliche Dosis 9—12 Kapseln, deren jede 0,15 g der Droge in Oel enthält, am besten eine Stunde nach dem Essen mit viel Milch. Sehr häufig Magendarmstörungen, aber keine toxische Wirkung. Geringe Flüssigkeitsaufnahme, um starke Konzentration der Droge im Harn zu erreichen. Am besten ist die Wirkung bei Staphylokokken- und Koliinfektion, weniger gut bei Mischinfektionen. Bei Infektionen der Niere, Nieren- und Blasentuberkulose, Infektion von Prostata und Samenbläschen und bei gonorrhoischer Urethritis kann keine Wirkung erwartet werden.

Migräne mit abdominalem Aequivalent. In 32 Fällen typischer Migräne gehörten zum Krankheitsbild periodische Anfälle von heftigen Schmerzen im Epigastrium von ein- bis viertägiger Dauer, die nach dem Verschwinden von Migräneanfällen auftraten und selbst wieder verschwanden, wenn sich die Migräne wieder einstellte. Alle bei der Migräne gewöhnlich vorkommenden Symptome begleiteten auch die Abdominalkrisen. In vier Fällen hatte eine vorangegangene Operation einen negativen Befund ergeben. Bevor man diese abdominalen Krisen als ein Aequivalent der Migräne auffaßt, müssen natürlich außer den lokalen Erkrankungen organische Störungen des Nervensystems oder reflektorische Schmerzen ausgeschlossen werden.

Ein neuer Nährboden für Gonokokkenkultur. Gonokokkenkultur ist bei Verwendung eines guten Nährbodens so leicht, wie die aller anderen Keime. Die besten bisherigen Nährböden waren schwer zu behandeln und zu beschaffen, nicht durch Hitze sterilisierbar, wurden leicht verunreinigt. Um die Keime am Leben zu erhalten, mußten alle zwei bis drei Tage Subkulturen gemacht werden. Der neue Nährboden läßt sich einfach aus leicht zu beschaffenden Bestandteilen herstellen, ist leicht sterilisierbar, erhält sich unbegrenzt, erhält die Kulturen einen Monat lang lebensfähig, gibt fast stets positive Kulturen und unbegrenzte Subkulturen. Herstellung einer sterilisierbaren Grundlösung: Ein Kalbshirn von etwa 500 g wird durch Gaze in 500 ccm Aq. dest. getrieben; nach 24 stündiger Konservierung auf Eis wird es mehrere Male filtriert; Zusatz von ½% Natr. phosphor. und 1% Pepton zu der zurückbleibenden trüben Flüssigkeit. Herstellung des Nährbodens: ein Teil dieser Hirnbouillon auf drei Teile eines 2,5% Agarnährbodens (aus Kalbsbrühe mit 4½% NaCl. und 1% Pepton), die Mischung wird auf ein pH von 7,8 gebracht, die sich nach Sterilisierung auf 7,6 reduziert. Mit einem sterilen Gummikork versehen, hält sich der Nährboden unbegenzt. Die Gonokokken wachsen, welcher Temperatur sie auch vor dem Einbringen in den Thermostaten unterworfen sind. Die Kulturen können ohne Schaden ein bis zwei Tage bei Kälte und Hitze stehen bleiben.

86, Nr. 11, 13. März 1926.

Sonnentherapie in niedrigen Höhen. Freiberg.
Behandlung der Hakenwurmkrankheit schwangerer Frauen mit Tetrachlorkohlenstoff. Insfran.
Kosmetische Dermatologie. Goodman.
Intoleranz des Darms für Kohlehydrate. Kendall.
Ulcus der Blase. Kretschmer.
Elektrodiagnose und Elektrotherapie bei Lähmungen nach Poliomyelitis. Kovacs.
* Hautreaktionen mit dem Filtrat eines Kochschen Tuberkulosestamms. Herrold und Saelhof.
* Direkte Untersuchung von Kehlkopf und Oesophagus in sitzender Stellung bei rückwärtsgebeugtem Rumpf. River.
Akute diffuse Gonokokkenperitonitis bei gonorrhoischer Vulvovaginitis. Gleich.

Hautreaktionen mit dem Filtrat eines Kochschen Tuberkulosestamms. Das Filtrat der viertägigen Kultur eines vor 37 Jahren aus dem Kochschen Institut herübergebrachten, jetzt avirulanten Tuberkulosestammes, in physiologischer Lösung 1 : 50, ergab bei intrakutaner Injektion von 0,1 cc., bei den meisten gesunden Erwachsenen positive, bei wenigen zweifelhafte, nur bei 10% negative Resultate, bei Kindern mit aktiver Tuberkulose jeden Stadius stets negative, bei 14 rekonvaleszenten Kindern nach Scharlach und Diphterie neunmal negative Reaktionen. Bei positiv reagierenden, gesunden Personen ergab eine Mischung gleicher Mengen Bazillenfiltrats und Serum negativ reagierender Tuberkulöser negative Reaktion. Zwei Wochen alte Filtratlösungen gaben negative Resultate, wo man mit frischen Filtratlösungen positive erzielte. Es wird also durch das Wachstum des Bazillenstammes eine Substanz erzeugt, die anders als Tuberkulin wirkt, und bei aktiven tuberkulösen Herden scheinen genug Stoffe erzeugt zu werden, um die toxische Substanz zu neutralisieren.

Direkte Kehlkopf- und Oesophagusspiegelung im Sitzen bei rückwärts gebeugten Rumpf. Der Patient sitzt auf einem niedrigen Schemel ohne Lehne, zu beiden Seiten einen höheren Stuhl als Stütze für die Arme. Der Untersucher steht hinter ihm, den linken Fuß auf die Querleiste des Schemels gestellt mit leicht gebeugtem Knie. Der Patient lehnt seinen Kopf gegen den linken Oberschenkel des Untersuchers, der mit seiner linken Hand das Spekulum einführt und die rechte für nötige Hantierungen frei behält. Die Methode eignet sich für schnelle Untersuchungen ohne Assistenz.

86, Nr. 12, 20. März 1926.

Radikale Phrenokotomie bei Lungentuberkulose. Thearle.
* Eine Palpationsmethode für die Schilddrüsenlappen. Lahey.
Duodenalkur mit Divertikel. Dickey.
Bilharziasis in den Vereinigten Staaten und Kanada. Cutler.
Standardisierung ultravioletter Strahlen. Pohle.
Schilddrüsentherapie bei Dysfunktion der Hypophyse. Wynn.
Transplantation des musculus gracilis bei Harninkontinenz. Deming.
Haematurie und ihre Aetiologie. Eisendrath.
* Kalkgehalt des Blutes bei der Spasmophilie. Griffith.
Endresultate der Tonsillektomie. Harris.
Morphiumhunger und die Reaktion der glatten Muskulatur. Ludlum und Mc Donald.
Wirkungen der subtotalen Gastrektomie auf die Magensekretion. Portis.
Fünf Fälle von Tularämie. Lavon.

Eine Palpationsmethode für Schilddrüsenlappen. Erhöhung des Kinnes, wodurch die Trachea mit dem fixierten Isthmus und natürlich auch den freibeweglichen Seitenlappen nach vorwärts disloziert werden, leichte Rotierung des Kinnes gegen die Seite des zu untersuchenden Lappens, wodurch der Sternokleidomastoideus erschlafft. Mit dem Daumen der einen Hand drückt man gegen die untere seitliche Partie des Schilddrüsenknorpels (nicht gegen die Trachea), wodurch der entgegengesetzte Lappen mit der Trachea seitlich disloziert und prominent wird. Die Finger der anderen Hand greifen nun tief hinter den Sternokleidomastoideus und den Drüsenlappen, während ihr Daumen über die Oberfläche der Drüse hinweg gegen den Muskel greift. Beim Schluckakt fühlt man so deutlich Dicke und Konsistenz, obere und untere Grenze. Die Methode ist besonders wertvoll bei leichter Vergrößerung der Schilddrüse in zweifelhaften Basedowfällen, zur Bestimmung des adenomatösen oder malignen Charakters lokaler Schwellungen.

Kalkgehalt des Blutes bei der Spasmophilie. Bericht über zwei Fälle (elf- bzw. zweimonatliche Negerkinder), bei denen zweifellose Symptome einer Spasmophilie bestanden bei einem Kalkgehalt des Blutes von 8,1 bzw. 9,6 mg%, also innerhalb normaler Grenzen. Wahrscheinlich spielen nur die Kalkionen eine Rolle bei der Entstehung der Spasmophilie. Obwohl bei der Kindertetanie meistens der Kalkgehalt im Blut verringert ist, so kann doch die Diagnose der Spasmophilie nicht durch die Bestimmung des Kalkgehalts allein begründet werden. Ueber die Altersgrenzen der Spasmophilie bestehen große Widersprüche. Nach Verf. können vermehrte mechanische und elektrische Erregbarkeit nach dem frühen Kindheitsalter nicht mehr als beweisend für Spasmophilie angesehen werden. Was die untere Grenze anbetrifft, so bringt Verf. einen Fall von Spasmophilie (5,3 mg Kalkgehalt) bei einem fünfwöchentlichen Negerkind.

86, Nr. 13, 27. März 1926.

Indikation einer Nephrotomie vor einer Ureterorektoneostomie. Hinman.
Subkapitale Fraktur des Schenkelhalses. Whitman.
Eine mikroskopische Fällungsprobe für Syphilis. Klein und Young.
Starke intraperitoneale Blutung infolge Ruptur eines papillären Adenokystoms des Ovarium. Phaneuf.
* Masern-Toxin. Ferry und Fisher.
Phrenikuslähmung beim Neugeborenen. Friedman und Chamberlain.
Cholecystographie. Richter.
* Eisentherapie bei der Anämie der Kinder. Bass und Denzer.
Toxin-Antitoxin. Bauer und Wilmer.
Ist der Bacillus abortus für Menschen pathogen? Huddleson.
Anilinvergiftung durch Schuhputzkrem. Patek.
Wirkung von geistigen Störungen und Erregungszuständen auf die Leukozytenzahl. Mora, Amtman und Hoffman.
* Sputum-Untersuchung bei sogenannter geschlossener Tuberkulose. Szucs.
Eklampsie nach der Gebert eineiiger Drillinge. Cohen.

Masern-Toxin. Verff. isolierten aus dem Blut im Frühstadium der Masern einen kleinen, grampositiven, aeroben, paarweise oder in Ketten angeordneten Streptokokkus, der ein für Masern spezifisches, lösliches Toxin produziert und den sie als Str. morbilli bezeichnen. Art der Isolierung und Herstellung des Toxins werden geschildert. Von 35 Personen ohne Masernvorgeschichte hatten 14 auf eine Intrakutaninjektion von 0,1 ccm einer 1:500 Lösung positive Hautreaktion. 30 durchmaserte Kinder gaben stets negative Resultate, von 30 Erwachsenen mit positiver Masernanamnese reagierten zwei positiv. Von 15 frühen Masernfällen reagierten 7 positiv, von 24 Fällen im späten und im Rekonvaleszentenstadium keiner. Bei empfänglichen Personen ergab das Toxin sowohl in Mischung mit Rekonvaleszentenserum wie auch mit Serum immunisierter Tiere fast stets negative Resultate, während durch Mischung mit Scharlachantitoxin oder normalem Pferdeserum das Toxin nicht neutralisiert wurde. Empfängliche Personen reagierten nicht mehr nach subkutaner Injektion von 10 ccm Rekonvaleszentenserum oder von Serum immunisierter Tiere. Rekonvaleszentenserum agglutinierte eine Suspension des Str. morbilli. 0,1 ccm lebende Bouillonkultur erzeugte bei Kaninchen nach intrakutaner Injektion in zwei Tagen eine Schwellung von 4 cm Durchmesser mit Ausgang in Abszeß, bei einem Kaninchen eine deutliche Röte über Abdomen und

Rücken. Abgetötete Kultur erzeugte dieselben, wesentlich abgeschwächten Reaktionen. Durch Injektion des Toxins bei Pferden und Kaninchen erhielten Verff. ein Serum, mit dem sie das Toxin in vivo und in vitro neutralisieren konnten.

Eisentherapie bei der Anämie der Kinder. Die sekundären Anämien der Kinder sind hinsichtlich ihrer Reaktion auf Eisen nach Aetiologie ud Pathogenese zu unterscheiden. Die Anämien nach Infektionen werden gar nicht durch Eisen beeinflußt. Die Bungesche Eisentheorie findet ihre Anwendung auf die konstitutionellen und die durch fehlerhafte Ernährung hervorgerufenen Anämien. Hier ist das anorganische Eisen in großen Dosen (Verff. geben von Ferr. carbon. saccharat. 2—4 g täglich) von hohem Wert, macht aber deshalb nicht die diätetischen Formen der organischen Eisendarreichung entbehrlich. Im Gegenteil können grüne Vegetabilien, Fleischextrakte, Leber einer durch zu lange Milchdiät leicht entstehenden Anämie vorbeugen.

Sputum-Untersuchung bei sogenannter geschlossener Tuberkulose. Verf. konnte in zwei Fällen akuten bzw. subakuten Stadiums, in denen vier bzw. acht Wochen lang kein Sputum zur Untersuchung erhalten werden konnte, durch eine einfache Technik Tuberkelbazillen nachweisen. Nach Einführung eines Wattebausches bis zur Epiglottis ließ er die Kranken husten und stellte in dem unsichtbaren Material des Wattebausches nach der Ziehl-Neelsenmethode Tuberkelbazillus fest. Die übliche Einteilung in offene und geschlossene Tuberkulosen je nach Vorhandensein oder Fehlen von Sputum besteht also nicht zu Recht. Rontel, München.

Archives of Internal Medicine.

Nr. 3, März 1926.

- * Experimentelle Niereninsuffizienz. Die Wirkung von Eiweißüberernährung bei geschädigter Nierenfunktion auf die Nieren, die Aorta und die Leber. Veränderungen des Blutdrucks und der Konzentration der Stoffwechselschlacken im Blut: I. Untersuchungen bei normaler Diät, II. Experimente mit Eiweißüberernährung. Anderson.
- * Hämatochromatose und chronische Kupfervergiftung. Mallory.
- Primäre Karzinome der Leber. Counseller und Mc Indoe.
- * Die Einwirkung der Leberschädigung auf die Cholecystographie bei Hunden unter Anwendung des Natrium-Tetrajodphenolphtalein. Fried und Whitaher.
- Kohlenoxydvergiftung. Ein Vergleich der gegenwärtigen Behandlungsmethoden. Walton, Eldridge, Allen und Witherspoon, Edgewood.
- Ueber die fermentative Wirksamkeit des Duodenalsaftes nach Einnahme von Pankreatin. Aaron, Wadsworth und Schneider.
- Die Beziehungen zwischen Thrombozyten und hämorrhagischer Diathese. Held.
- Der Wert der Jod-Stärke-Reaktion als Pankreasfunktionsprüfung. Piersol, Bockus und Shay.
- Ueber den Stoffwechsel bei der Kalziumtherapie. Briggs.
- Die Wirksamkeit intravenöser Acriflavin-Injektionen bei der Sepsis. Tenney und Lintz.

Experimentelle Niereninsuffizienz. Die Entfernung von zwei Dritteln des Nierengewebes bedingt beim Kaninchen einen Anstieg des Harnstoff- und Kreatininspiegels im Blut, der entweder langsam zunehmend zum Tode führt oder allmählich zu Normalwerten absinken kann. Beim normalen Tier mit funktionstüchtigen Nieren bewirkt eine lange Zeit fortgesetzte Eiweißüberernährung eine Hypertrophie des Nierengewebes. Bei Tieren mit operativ verkleinertem Nierengewebe bedingt eine derartige Ernährung eine Retention von Stickstoffschlacken im Blut, deren Größe von dem noch funktionierenden Nierenparenchym abhängt. Weder die Reststickstoff- und Kreatininvermehrung, noch einseitige Eiweißüberernährung — selbst über ein Jahr fortgeführt — bei experimentell verkleinertem Nierenparenchym lassen Blutdrucksteigerung und Augenhintergrundsveränderungen zustande kommen. Die Eiweißüberernährung führt lediglich zu ausgesprochenen atherosklerotischen Veränderungen der Aorta, während die kleinen Gefäße freibleiben.

Hämatochromatose und chronische Kupfervergiftung. Kupfer führt durch Auflösung roter Blutkörperchen zur Aufspeicherung von Blutfarbstoff (als Hämofusein) in der Leber und späterhin in anderen parenchymatösen Organen. So entstehen allmählich bei längerer Kupferzufuhr durch übermäßige Pigmentablagerungen Degenerationsprozesse, die in der Leber und Bauchspeicheldrüse zur Pigmentcirrhose führen können. Vermutlich ist der als Bronzediabetes bezeichnete Symptomenkomplex auf dauernde Kupfereinwirkung zu beziehen (Beruf, Aufnahme von Kupfer mit den Speisen usw.). Experimentell gelingt es durch chronische Kupfervergiftung bei Kaninchen die Pigmentcirrhose von Leber und Pankreas sowie die dunkle Hautpigmentierung zu erzeugen.

Die Einwirkung der Leberschädigung auf die Cholecystographie bei Hunden. Die Schattendichte des Natrium-Tetrajodphthalein gegenüber den Röntgenstrahlen ist doppelt so groß als die der entsprechenden, allgemein angewendeten Bromverbindung. Für die Cholecystographie wäre nur die halbe Dosis des Bromsalzes erforderlich, die intravenös oder peroral zugeführt werden kann. Das Sichtbarwerden der Gallenblase nach Anwendung dieser Halogenverbindungen hängt von der Konzentration ab, in welcher diese Stoffe von der Leber durch die Galle ausgeschieden werden. Versuche an Hungen zeigten, daß eine stärkere Leberschädigung (erzeugt durch protrahierte Chloroformnarkose nach mehrtägigem Fasten) die röntgenologische Darstellung der Gallenblase durch Jodphthalein verhindert. Mittlere Grade von Leberschädigung behindern die Cholecystographie keineswegs. Selbst bei schwergeschädigter Leber wurde die Jodverbindung — in größeren Dosen als beim Menschen angewendet — ohne Störung vertragen. Eine leichtere Lebererkrankung des Menschen bildet somit keine Gegenanzeige für die Cholecystographie mit Hilfe der Jodverbindung. Biberfeld.

The Journal of Infectious Diseases.

38., Nr. 3, März 1926.

- Ueber die Natur des löslichen proteolytischen Ferments des Bazillus proteus. Kendall und Keith.
- Chemie der Darmflora von Säuglingen. Kendall, Day und Walker.
- Chemie der Darmflora von künstlich ernährten Kindern. Kendall, Day und Walker.
- Chemie der Darmflora normaler Erwachsener. Kendall, Day und Walker.
- Chemie einer menschlichen Darmflora, die abnorme Mengen von Gasbazillen enthielt. Kendall, Day und Walker.
- Das Schicksal von Typhusbazillen und anderen Keimen in unterbundenen Venen und in der allgemeinen Zirkulation von normalen und immunisierten Kaninchen. Mills und Dack.
- Wirkung einiger Substanzen auf die Praecipitinreaktion. Downs und Goodner.
- Experimentelle Methode zum Studium der Bakterienflora des Magendarmkanals. Arnold.
- Bakterinflora und Wasserstoffionenkonzentration im Duodenum. Arnold und Brody.
- Schweinecholerastudien. Whitting.
- Vergleich von verschiedenen in den Vereinigten Staaten und außerhalb gewonnenen Stämmen von Clostridium chauvoei. Scott.
- * Bakterienflora von Marktaustern. Geiger, Ward und Jacobsohn.

Bakterienflora von Marktaustern. In über 1000 Austern wurden während der letzten Typhusepidemie in Chikago keine Typhusbazillen gefunden. Es wurden indessen einige Mikroorganismen nachgewiesen, die der Paratyphus - Dysenteriegruppe nahe verwandt waren. Eine genaue Differenzierung dieser Keime war mit allen kulturellen und serologischen Methoden nicht möglich. Einige dieser Stämme wurden durch ein hochwertiges Typhusserum bis zu einer Verdünnung von 1 : 400 agglutiniert. Henning (Berlin.)

John Hopkins Hospital Bulletin.

Nr. 3, März 1926.

- * Beobachtungen über die Beziehungen des sympathischen Nervensystems zum Tonus der Sklettmuskeln. Coman.
- Die Chlorome (neuere Literatur und Bericht eines Falles). Braunau.
- Agglutination zwischen mütterlichem und fötalem Blut bei den Schwangerschaftstoxikosen. Allen.
- Der Grundumsatz bei den Schwangerschaftstoxikosen. Stander und Pechham.
- Das Fettbildungsvermögen des Fötus. Wesson.
- * Ueber die prophylaktische und therapeutische Wirksamkeit des Stovarsols bei der experimentellen Kaninchensyphilis. Povle.

Beobachtungen über die Beziehungen des sympathischen Nervensystems zum Tonus der Skelettmuskeln. Ueber die Erhaltung des Muskeltonus durch sympatihsche, an den Muskelfasern endende Nervenverzweigungen ist in den letzten Jahren eine große Literatur entstanden. Ueberraschend sind die zahlreichen, widerspruchsvollen Angaben der einzelnen Autoren und die so verschiedenen Schlußfolgerungen aus denselben Versuchen. Der Nachweis einer doppelten Innervation des quergestreiften Skelettmuskels (durch „motorische" cerebrospinale und sympathische, den Muskeltonus bestimmende Nervenfasern) ist nur dann erbracht, wenn eine der drei folgenden Bedingungen erfüllt ist: Steigerung des Muskeltonus durch Reizung des sympathischen Nervens, Aufhebung Aufhebung des Muskeltonus durch Durchschneiden des sympathischen Nervens bei intaktem cerebrospinalem Nerven und endlich Aufrechterhaltung des Muskeltonus nach Durchschneidung der cerebrospinalen Nerven bei unversehrten sympathischen Nervenfasern. Wie die kritische Durchsicht der bisher vorliegenden Ergebnisse sowie eigene Experimente erkennen lassen, fehlt bisher ein derartig gestützter Beweis für die sympathische Innervierung der Muskelfasern. Der Muskeltonus ist lediglich als ein unter cerebraler Kontrolle stehender Rückenmarksreflex aufzufassen.

Die Chlorome (neuere Literatur und Bericht eines Falles). Diese Erkrankung des hämatopoetischen Apparates stellt nur eine Abart der myeloischen Leukämie dar, bei welcher es zur Ausbildung von grüngefärbten Tumoren kommt. Durch die Vorliebe, welche diese Tumoren für eine Lokalisation am Skelett (insbesonders Schädel, Augen- und Nasennebenhöhlen, Eippen und Wirbelsäule) zeigen, gewinnt das Krankheitsbild der Chlorome ein charakteristisches Gepräge (Exophthalmus, Hirn- und Rückenmarkssymptome, flache Auflagerungen am Schädel usw.). Manchmal wird eine grüne Färbung der Haut oder der Cornea beobachtet. Häufiger ist Grünfärbung des Serum oder der abgesetzten Leukocytenschicht erkennbar. Die Krankheit wird fast nur bei Jugendlichen beobachtet und weist oft aleukämische Stadien auf. Wie die mikroskopische Untersuchung der Organe und der grüngefärbten Tumoren lehrt, handelt es sich immer um eine myelogene Leukämie. Lymphatische Chlorome sind bisher noch nicht sicher festgestellt.

Ueber die prophylaktische und therapeutische Wirksamkeit des Stovarsols bei der experimentellen Kaninchensyphilis. Diese Aminophenylverbindung des fünfwertigen Arsens wurde schon von Ehrlich dargestellt, jedoch auf Grund unbefriedigender Ergebnisse wieder aufgegeben. Seit 1921 wird besonders von Frankreich die Anwendung dieses Präparates bei der menschlichen Syphilis propagiert, wobei besonders auf die prophylaktische Wirkung bei peroraler Medikation hingewiesen wurde. Die Nachprüfungen haben bisher keine einheitlichen Resultate ergeben, so daß genaue Tierversuche von Wert sind. Eine einzige Dosis (0,5 g pro kg), 2 Stunden nach intratestikulärer Spirochätenimpfung bei Kaninchen per os verabfolgt, verhinderte mit Sicherheit das Angehen der Infektion. Spätere Inokulation erwiesen sich dann als wirksam. Schwieriger ist es über den therapeutischen Wert der Verbindung Klarheit zu gewinnen, da sämtliche Tiere unter der Behandlung zugrunde gingen. Rascher Rückgang der syphilitischen Orchitis war jedoch schon nach einmaliger Verabreichung erkennbar. Das Stovarsol stellt ein außerordentlich spirozides Mittel dar. Die geeignete Dosierung muß wegen der großen Intoxikationsgefahr noch herausgearbeitet werden.

Nr. 4, April 1926.

* Die Abwehrmaßnahmen im Parametrium während Geburt und Schwangerschaft. Hofbauer.
* Die Symptome des Coronararterienverschlusses. Hamman.
Ueber die Arteriosklerose der Harngefäße und die Entstehung der Blutdruckerhöhung. Bordley und Baker.

Die Abwehrmaßnahmen im Parametrium während Geburt und Schwangerschaft. Als prophylaktische, biologische Reaktion entwickelt sich bereits während der Schwangerschaft in den Parametrien ein aus Mono- und Klarmatocyten bestehender phagozytärer Gewebsapparat. Unter der Geburt und besonders bei Hinzutreten einer Infektion werden diese Abwehrkräfte sofort verstärkt, um eine lokale Immunität herbeizuführen und um so das außerordentlich für die Infektion prädisponierte Gewebe wirksam zu schützen.

Die Symptome des Coronararterienverschlusses. Ein Verschluß der Coronararterien ist gar nicht so selten, wie die häufigen Befunde von Herzinfarkten bei den Sektionen zeigen. Gewöhnlich ist der Verlegung des Gefäßlumens eine Folge der arteriosklerotischen Wandveränderung, die zur Thrombose geführt hat. In der Mehrzahl der Fälle ist der absteigende Ast der linken Kranzarterie befallen, von welchem die Blutversorgung der Herzspitze abhängt. Die Diagnose wird selten gestellt und doch ist sie nicht schwer, wenn sich bei Verlegung eines größeren Gefäßastes der charakteristische Symptomenkomplex entwickelt.

Das Leitsymptom ist der plötzliche Beginn aller Erscheinungen. Im Vordergrund steht gewöhnlich der wahnsinnige Schmerz, welcher dem bei der Angina pectoris in seiner Art gleicht, jedoch länger anhält (Status anginosus). Besonders häufig — gegenüber dem Angina-pectoris-Anfall — ist die Verlegung des Schmerzes in das Epigastrium, welcher mit Bauchdeckenspannung, Nausea und Erbrechen einhergehen kann. Gewöhnlich wird der Schmerzanfall von tiefem Schock begleitet (Prostration, eigentümlich erdfahler, bleifarbenes Hautkolorit, Schweißausbruch, kleiner Puls mit Absinken des Blutdrucks). Der Blutdruck kann so stark abfallen, daß die Urinsekretion für 1 bis 2 Tage stockt. Als drittes Hauptsymptom ist die auffallende Dyspnoe anzusehen, die mit dem Schmerz einsetzt. Bei dem Verschluß größerer Kranzarterienäste entstehen gewöhnlich Erscheinungen von Herzinsuffizienz, die sich jedoch zurückbilden können (Cyanose, leichtes Lungenödem, Leberschwellung usw.). In gewissem Gegensatz zu diesen deutlichen Anzeichen von Herzinsuffizienz steht der geringe Befund am Herzen selbst. Eine Herzhypertrophie — oder Dilatation fehlt zumeist. Infolge der bestehenden Herzmuskelschwäche sind die Herztöne ganz leise und ist der Spitzenstoß nicht zu tasten. Unregelmäßigkeiten der Herzaktion entwickeln sich gewöhnlich (Extrasystolen, Herzblock, ventrikuläre Tachykardie, Vorhoffflimmern usw.). Je nach der Größe des ausgeschalteten Gefäßes und den zur Verfügung stehenden Gefäßanastomosen kann sich ein Muskelinfarkt entwickeln, der gewöhnlich an der Herzspitze liegt und beide Herzkammern betrifft. Die Infarzierung der Herzmuskulatur führt oft zu einem Tage bis Wochen dauernden Fieber, das von einer Leukocytose begleitet ist. Die Entstehung einer trockenen Perikarditis über dem Infarkt spielt in der Literatur bei der Diagnose der Erkrankung eine große Rolle. Und doch verdient diese Erscheinung nicht eine so hohe Bewertung, da sie zumeist fehlt. Wenn sie vorhanden ist, kann die Diagnose als gesichert angesehen werden (für Stunden anzutreffendes Reibegeräusch an umschriebener Stelle der Herzdämpfung). Viel wichtiger ist das Auftreten von Embolien im großen und kleinen Kreislauf als Folge der Thrombenbildung in den Ventrikeln an den durch Infarzierung geschädigten Endokardstellen.

Kranke, welche den Kranzarterienverschluß nur um Stunden oder wenige Tage überleben, bieten gewöhnlich die geschilderten Erscheinungen in deutlichster Weise, so daß die Diagnose keine Schwierigkeiten macht. Bei weniger schweren Anfällen kann die Herzmuskelschwäche mit ihren Folgen das klinische Bild beherrschen. Besonderer Wert ist immer auf den plötzlichen Beginn der Herzinsuffizienz (mit und ohne Schmerzen) zu legen. Der Vorgeschichte kommt eine große Bedeutung zu (vorhergehende Anfälle von Angina pectoris).

Für die differentielle Diagnose ist vor allem die Unterscheidung von der gewöhnlichen Angina pectoris wichtig. Gewiß kann der typische Schmerzanfall bei der Angina pectoris durch Erkrankung der Kranzarterien ausgelöst werden. Der Verschluß eines kleinen Astes der Kranzarterien kann unter dem Bilde der Angina pectoris sich zeigen. Bei Entwicklung eines Herzmuskelinfarkts durch Verschluß einer größeren Arterie ist jedoch der Schmerz viel größer und anhaltender. Der tiefgehende Schock und gar Fieber mit Leukocytose fehlen bei der Angina pectoris. Von einschneidender Bedeutung kann die Verwechslung des Kranzarterienverschlusses mit akuten abdominellen Affektionen werden (Cholecystitis, perforiertes Magengeschwür, Pankreatitis), wenn die Reizerscheinungen von seiten des Abdomens überwiegen und am Herzen keine auffälligen Veränderungen gefunden werden. Auch hier ist die Diagnose im wesentlichen gegeben, wenn überhaupt an die Möglichkeit der Coronararterienthrombose gedacht wird. Anamnese und Allgemeinbefund bieten fast immer charakteristische Zeichen.

Prognostisch ist kein sicheres Urteil abzugeben. Trotz wiederholter Attacken kann sich die Erkrankung — mit mehr oder minder entwickelter Kreislaufinsuffizienz — über Jahre hinziehen. In therapeutischer Hinsicht ist vor allem wochenlange Ruhe nach einem Anfall im Verein mit ausreichender Digitalisierung zu empfehlen. Biberfeld.

The American Journal of the Medical Sciences.

Nr. 3, März 1926.

Die Mortalität und die Resultate der Splenektomie. Mayo.
Ueber Verwechslung von akuter Leukämie und infektiöser Mononucleose. Mit Bericht über einen Fall von akuter lymphatischer Leukämie mit Remission. Schenck und Pepper.
* Der Einfluß von Ruhe, Schlaf und Arbeit auf die Herztätigkeit. Kanner.
Der positive zentrifugale Venenpuls. Mit einer Methode, ihn festzustellen. Middleton.
Die Raynaudsche Krankheit. Einschränkungen des klassischen Bildes als Richtlinien für die Diagnosenstellung; Bericht über einen Fall mit ausgedehnter Knochenzerstörung. Monahau.
Die Reaktion des normalen menschlichen Magens auf verschiedene Arten von Standardkost. Hawk, Rehfuß und Bergnien.
Einige Gründe für die schlechten Resultate der Magen-Darm-Chirurgie. Boles.
* Ueber die zweckmäßige Einteilung der cerebralen Lähmungen des frühen Kindesalters. Sachs.
* Die beginnende progressive Paralyse. Eine Untersuchung über die frühesten Symptome an 74 Fällen. Bunker.
Ueber Alkoholinjektionen im Nervengewebe zur Schmerzstillung. Swetlow.
Die Nierenfunktion bei Autotransplantation. Ibuka.
Die Nierenfunktion bei Homoiotransplantation. Ibuka.
Urosepsis, kombiniert mit manisch-depressivem Irresein. Kilbaum.

Der Einfluß von Ruhe, Schlaf und Arbeit auf die Herztätigkeit. Nach der Arbeit war die Pulszahl vermehrt, in gleichem Maße war die Dauer der Systole verlängert. Die Leitung elektrischer Reize durch das Hissche Bündel war während der Ruhe verzögert, während der Arbeit beschleunigt; dabei bestand keine Proportionalität zwischen der Leitungszeit und der Dauer der Diastole. Bei Arhythmien war die Zeit zwischen den einzelnen Herzperioden während der Ruhe verlängert, nach der Arbeit verkürzt; nach Digitalisbehandlung verschwundene Extrasystolen kehrten bei Arbeit wieder. Die Form der elektrokardiographischen Wellen blieb unter den verschiedenen Bedingungen unverändert. Ein Einfluß von Alter, Geschlecht und Blutdruck war nicht festzustellen.

Ueber die zweckmäßige Einteilung der zerebralen Lähmungen des frühen Kindesalters. Bei der Diagnostik der Lähmungen ist die genaue Lokalisation praktisch viel weniger wichtig als die Art des Krankheitsprozesses: ob es sich um angeborene oder während der Geburt entstandene Lähmungen oder um die Folgen einer später entstandenen Schädigung — einer Gefäßschädigung oder infektiösen Enzephalitis — handelt.

Die beginnende progressive Paralyse. Als häufigste Frühsymptome fanden sich unter den 74 untersuchten Kranken Charakterveränderungen, und zwar in erster Linie Reizbarkeit, in zweiter Linie eine Veränderung nach der ruhigen Seite hin, ein Zurückgehen der Interessen und der Aktivität. An nächster Stelle als Frühsymptom der Paralyse findet sich Gewichtsverlust; häufig ist auch erhöhtes Schlafbedürfnis. Sprachstörungen, Gedächtnisstörungen, Urteilsstörungen waren nur in wenigen Fällen im Frühstadium der Krankheit vorhanden; ganz selten bestanden rheumatische Beschwerden, Kopfschmerzen, Tremor, Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit, Verdauungs- und Sehstörungen. Seligmann.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11., Nr. 6, März 1926.

Färbungsmethoden für Tuberkelbazillen. H. J. Corper.
Reaktionen der Typhusimpfung. H. J. Nichols und A. P. Hitchens.
Blutkörperchenzählungen in Mississippi. L. S. Lippincott.
Chemische Untersuchungen über Neoarsphenamine. L. Freedman.
* Der Einfluß des Magnesiumsulfates auf die Entleerung der Gallenblase. W. H. Gautt und G. v. Volborth.
Blutzuckerschwankungen nach Insulin. H. J. John.
* Ein Problem der Insulintherapie. W. J. Mallory.
Blutgasanalysen. C. C. Guthrie.
Basisches Fuchsin für Endomedia. R. W. French.
Ein neues Hämoglobinometer. C. E. Roderick
Anilin als Entfärbungsmittel nach Gramfärbung. H. A. Kemp und M. S. Fleisher.
Paraffinringe auf Objektträgern. G. Green.
Bemerkung über die Komplementzerstörung im menschlichen Serum durch Erhitzen. R. A. Kilduffe.
Eine Gaskammer für kurzfristige Versuche. D. C. Walton und C. A. Jones.
Argentaffine Tumoren des Wurmfortsatzes. Was sind die sogenannten karzinoiden Gewächse? D. Lewis.
Ein Ueberblick über den Stand des Scharlachs. R. A. Kilduffe.

Der Einfluß des Magnesiumsulfates auf die Entleerung der Gallenblase. In einer Reihe experimenteller Untersuchungen an Hunden konnte absolut kein Einfluß des Magnesiumsulfates auf die Gallenblasenentleerung festgestellt werden.

Ein Problem der Insulintherapie. Im allgemeinen soll die für einen Diabetiker erforderliche Insulin-Tagesmenge in drei Portionen von den drei Hauptmahlzeiten verabfolgt werden, damit schon im Beginn der Nahrungsresorption der Organismus über die notwendigen Insulinmengen verfügt. Es gibt jedoch Fälle, und von diesen wird in der vorliegenden Arbeit berichtet, die fortlaufend häufigerer kleinerer Insulindosen (auch nachts) bedürfen. So gelang es nicht, bei einem sechsjährigen diabetischen Knaben durch täglich dreimalige Insulininjektionen (Gesamtmenge 64 Einh.) die Glykosurie zu beseitigen und den Nüchternblutzuckerspiegel zu drücken. Trotzdem kam es bei diesem Regime einmal zum hypoglykämischen Anfall. Dagegen sank der Blutzuckerspiegel prompt, die Glykosurie schwand fast völlig und die Insulintagesmenge konnte auf 38 Einheiten reduziert werden, wenn täglich fünf statt drei Injektionen gegeben wurden. Die Kontrolle des Drei-Stunden-Urines ergibt ohne weiteres die im einzelnen Fall erforderliche Zahl der Injektionen.

11., Nr. 7, April 1926.

Untersuchungen über die Bakteriologie des Urins unter Zuhilfenahme des Uretherenkatheterismus. R. A. Keilty.
Untersuchungen über Einbalsamierungsflüssigkeiten mit Bezug auf Obduktionen. J. A. Kolmer.
* Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. H. N. Cooper.
Vorschlag zur Einrichtung eines Einheitskursus für medizinische Laboranten. W. E. King.
Beobachtungen bei Scharlach (Dicksche Probe). F. M. Huntoon, J. A. Murphy und S. H. Craig.
Die biochemische Affinität verschiedener Metalle und Metalloide für Bakterien und organische Gewebe. J. F. Schamberg und H. Brown.
Der Chronograph der Universität Maryland, seine Konstruktion, Vorteile und Verwendung für physiologische und pharmakologische Laboratorien. O. O. Harne.
* Die physiologische Wirkung der elektroionischen Adrenalinanwendung. C. S. Smith und J. B. Brown.
* Eine Apparatur für die elektroionische Adrenalinanwendung. J. B. Brown und C. P. Effler.
Eine Methode zur Untersuchung der Volumenschwankungen der Organe am unverletzten Tier. E. H. Hargis.
Vergleichende Untersuchung der Leberfunktionsprüfungen. A. J. Rubenstone und L. Tuft.
Eine einfache, kombinierte Destillier-Saugapparatur zur Mikrobestimmung des Stickstoffs. R. F. Mc Crackau.
Azetonmethylenblau-Methylenazureosinlösung zum Färben von Blutausstrichen. F. Proescher und A. S. Arkush.
Ein vereinfachter Nährboden zur Züchtung der Entamoeba dysenteriae. Ch. A. Kofoid und E. H. Wagener.

Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Senkungsbeschleunigung findet sich bei allen Erkrankungen, die einhergehen mit degenerativen oder destruktiven Gewebsveränderungen, insbesondere bei akuten Entzündungen, Schwangerschaft, Tuberkulose und bösartigen Neubildungen. Hypercholesterinämie, Vermehrung der Globuline und des Fibrinogens im Blut stehen zur Senkungsbeschleunigung in ursächlicher Beziehung. Der Verf. mißt der Senkungsaktion diagnostische und prognostische Bedeutung bei. Leider wird der Wert der Arbeit dadurch geschmälert, daß der Verf. sich nicht an eine der bewährten Methoden hält, sondern zu seinen Untersuchungen eine „eigene Modifikation" wählt.

Die physiologische Wirkung der elektroionischen Adrenalinanwendung. Ausgehend von der interessanten Tatsache, daß es gelingt, gelöste Alkaloidsalze als Ionen auf dem Wege des elektrischen Stromes durch die intakte Haut ins Körperinnere gelangen zu lassen, studierten die Verfasser die Wirkung des auf diese Weise angewandten Adrenalinchlorids. Die lokale Wirksamkeit ist eklatant, sie zeigt sich in einer ischiämischen Hautzone, die in Form und Größe ganz der aufgelegten Elektrode (= Gaze, getränkt mit 0,3% Adrenalin-Salzsäure vom pH 2 bis 3) entspricht. Der resorptive Effekt, gemessen an der Aenderung des Blutdrucks, ist wechselnd. In der anschließenden Arbeit von Brown und Effler wird eine kleine Apparatur für diese Zwecke beschrieben, bei der durch Umgreifen der Elektroden der Stromkreis geschlossen wird. Dieser Apparat dient zur Behandlung des Bronchialasthmas. Ueber die therapeutischen Ergebnisse dieser Methode werden die Verfasser demnächst berichten.

Walter Goldstein, Berlin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

12., 4.

* Dauerresultate der Radiumbehandlung beim Krebs. Gösta Forseli.
* Verkalkung im Herzen und Pericard. Elliot C. Cutler und Merril C. Sosman.
* Röntgenbefund bei Mitralerkrankung. Julius Ferber.

Ulcerative Pulmonaltuberkulose bei Kindern. Harry L. Farmer.
Multiple Myelome. Bericht über einen Fall. S. B. Whitlock.
Osteochondritis deformans juvenilis — Leggs Krankheit — mit Osteomyelitis des Acetabulums, wahrscheinlich aus tuberkulöser Ursache. Bericht eines Falles. S. C. Davidson.

* Behandlung der Nasenrachenfibrome. Bericht über 32 Fälle. Gordon B. New und Fred A. Figi.
* Die Behandlung der Diphtherienekrosen mit Röntgenbestrahlung. Dalton Kahn.
* Die Behandlung maligner Erkrankungen im Mund. G. W. Grier.
* Intraperitoneale Einpflanzung von radiumemanationshaltigen Glaskapillaren beim Karzinom der Cervix Uteri. Isaac Levin.
* Behandlung von nichtmalignen Erkrankungen des Uterus. George F. Thomas und Walter C. Hill.
* Seitliche Röntgenaufnahme der Lumbosakralregion. Leon T. Lewald.
* Uebersicht der klinischen Resultate nach Bestrahlung von Karzinom der Cervix Uteri. Bernhard F. Schneier.
* Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Ernest Charles Samuel und Eleazar Robinson Bowie.
* Behandlungsresultate des Cervixkarzinoms mit großen Radiumdosen. George Adams Leland.
* Die Radiumbehandlung inoperabler Beckenkarzinome. Albert Soiland.

Dauerresultate der Radiumbehandlung bei Krebs. Praktisch wurde durchgängig Radium mit 2-4 mm Blei gefiltert verwendet, Röntgenstrahlen bei großen Tumoren, bei Drüsenmetastasen und sowohl nach operativer Entfernung des Tumors als auch bei tiefem Sitz. Die Erfahrungen erstrecken sich auf Gesichtskarzinome, Lippenkarzinome und Karzinome der Cervix uteri. 1910-1915 wurden im Radiumhemmet in Stockholm 102 oberflächliche Hauttumoren behandelt. Sie wurden nach kontrolliert 1918 und 1923. 88 Fälle blieben geheilt, 9 hatten sich vorzeitig der Behandlung entzogen. Von 105 tiefergreifenden Tumoren blieben 54 Patienten geheilt, wobei 0 Patienten behandelt wurden. Die klinische Form und der topographische Sitz des Tumors spielen prognostisch eine Rolle. Tumoren, welche infiltrierend auf der Wange, dem Kinn, der Schläfe und der Stirn sitzen, haben eine Dauerheilung von 64,5%, wohingegen Tumoren um das Auge oder dem Ohr eine Heilung von nur 45% aufweisen. Die technischen Schwierigkeiten der Radiumapplikation sind dabei größer, die Tendenz des infiltrierenden Tumors, den Knochen zu befallen, stärker. Bei oberflächlichen Tumoren hat der Sitz nicht diese Bedeutung. Unterlippenkarzinome wurden 1910-1917 66 Fälle behandelt. Auch hier besteht ein großer Unterschied zwischen oberflächlichem und infiltrierendem Krebs. Von 40 oberflächlichen Krebsen blieben 36 geheilt, von 26 infiltrierenden 9. Von diesen 26 Fällen waren 14 inoperabel. 11 Oberlippekarzinome oberflächlicher Art blieben alle geheilt, von 9 tiefergreifenden 3. Die histologische Struktur des Tumors ist von geringer Bedeutung gegenüber dem klinischen Zustand, welcher eigentlich das Endresultat bestimmt. Oberflächliche Tumoren sind in ihrem Heilerfolg fast unabhängig vom Alter und dem Kräftezustand des Patienten. Hingegen fällt bei den infiltrierenden Tumoren mit steigendem Alter die Heilungsziffer. Postoperative Rezidive oberflächlicher Art sprechen ebenso gut auf Radium an wie Primärtumoren derselben Klasse, wogegen tieferreichende Rezidive viel schlechter zu beurteilen sind wie die gleichartigen Primärtumoren, ihre Heilung sinkt etwa auf die Hälfte. Beim Lippenkrebs tritt die Komplikation der Drüsenmetastasen stärker hervor. Von 14 Rezidiven, welche nicht mit Radium behandelt wurden, zeigten 13 ausgedehnte Drüsenmetastasen, während 3 mit Radium behandelte Rezidive davon verschont blieben. Der Autor empfiehlt für manche dieser Fälle die kombinierte Behandlung von chirurgischem Eingriff und Radiumtherapie. Rezidive nach Radiumbehandlung oberflächlicher Tumoren traten in 10% innerhalb meist des ersten Jahres ein; bei den infiltrierenden Tumoren fanden sich Rezidive in ⅙-¼ meist innerhalb der ersten drei Jahre. Rezidive nach Radiumbehandlung von Haut- und Lippenkrebs wurden in 11 von 1 Fällen geheilt. In gleicher Weise wurden von infiltrierenden Krebsen 13 unter 27 durch die wiederholte Radiumbehandlung geheilt. Uteruszervixkarzinome wurden in den Jahren von 1914-1921 505 behandelt. Die ersten fünf Jahre betrugen die inoperablen Fälle 88-97%, die letzten drei Jahre 63-76%. Von diesem Material waren 40,5% der operablen und Grenzfälle nach fünf Jahren noch symptomfrei. Von den inoperablen Fällen, welche nicht dauernd geheilt werden konnten, blieben 20-25% während drei Jahren symptomfrei. Der Autor glaubt, daß nach seiner Schätzung 25-30% aller Uteruskarzinome der Zervix dauernd geheilt werden können, ein Resultat, welches den chirurgischen Resultaten entspricht. In der Regel erscheinen auch hier die Rezidive im ersten Jahre, während Drüsenmetastasen und entferntere Metastasen einige Jahre nach scheinbar voller Gesundheit auftreten. Rezidive nach Operationen und Radiumbehandlung sind beim Zervixkarzinom sehr schlecht durch erneute Radiumbehandlung zu beeinflussen. Lokale Rezidive werden mit Hysterektomie behandelt, wenn die Patienten operationsfähig erscheinen. Sind keine ausgedehnten Drüsenmetastasen vorhanden, so ist die alleinige Radiumbehandlung beim Zervixkarzinom die beste Behandlung im Vergleich zur Röntgenbehandlung allein oder mit der kombinierten Radium-Röntgenbehandlung. Der Autor will diese Meinung auf alle mit Radiumstrahlen erreichbaren malignen Tumoren ausdehnen. Den Hauptgrund erblickt er in der geringen Reichweite der Radiumbestrahlung im Vergleich zu den Beeinträchtigungen, welche bei Röntgentiefentherapie auf die Umgebung und das ganze Individuum ausgeübt werden. Bei der Behandlung von Höhlen, wie Uterus, Blase, Mund und Pharynx hat die Radiumtherapie große Vorteile vor der Röntgentherapie. Außer den genannten Krebsformen scheinen beim Thyreoideakrebs die Resultate am günstigsten zu sein. 1910-1923 wurden 39 solcher Fälle behandelt, und es scheint, daß wenigstens 15% der Fälle, worunter 34 inoperabel waren, geheilt werden können. Der allgemeine Eindruck des Autors ist der, daß in allen anderen Krebsformen — ausgenommen vielleicht den der Ovarien — regelmäßig nur jene geheilt blieben, welche vergleichsweise von begrenzter Größe waren. Wenn aber einmal vollständige Symptomfreiheit erlangt ist, so ist bei gewissen Formen von Karzinom die Heilung eine dauernde. Operationsrezidive sind regelmäßig weniger radiosensibel als die Primärtumoren; Rezidive nach Radiumbehandlung sind noch ungünstiger zu behandeln. Nicht die Radiosensibilität charakteristischer Zellgruppen, sondern die klinische Lage bestimmen den Erfolg. Der radioempfindlichste Tumor hat die geringste Aussicht auf Dauerheilung, wenn eine rasche Generalisation für ihn charakteristisch ist, wie z. B. beim Lymphosarkom. Schnelles Wachstum eines Tumors macht ihn so möglicherweise radiosensibler allein weniger heilbar. Andererseits heilt ein Pflasterzellenkrebs von geringer Radiosensibilität in der Regel dauernd, bei voll befriedigender Technik, wenn er noch lokalisiert ist und auf weichen Boden beschränkt ist. Hohe Radiosensibilität einer beschränkten Geschwulst und gut versorgter Umgebung bietet die besten Heilungsbedingungen. Rezidive nach Radium sind wahrscheinlich weniger neue Tumoren als vielmehr Reste primärer Tumoren, welche übersehen wurden oder welche unauffindbar waren. F. neigt der

Ansicht zu, daß die Radiumtherapie die Tumorzellen so schwäche, daß der normale Mechanismus der Heilkräfte sie zu überwältigen vermag. So ist die Radiumtherapie eine lokale Therapie. Die topographische Lage, z. B. im Pharynx, in der Thyreoidea oder dem Parametrium macht den Tumor geeigneter zur Radiumbehandlung als zur Operation, auch ist eine schlechte Allgemeinverfassung in gewissen Fällen operabler Tumoren eine Indikation zur Radiumbehandlung. Inoperable Fälle sollen mit Radium nur dann behandelt werden, wenn der zu erwartende Erfolg größer ist als mit der Operation. Demnach werden alle Grenzfälle der Zervixkarzinome, wobei die Operation ein großes Risiko einschließt, mit Radium behandelt, ferner die operablen Fälle von Uteruszervixkarzinom und von Karzinom der Thyreoidea. Die Radiotherapie ist weiter angezeigt, wenn es bei der Operation zu verstümmelnden Eingriffen, z. B. des Gesichts käme, wie beim Lippen- oder dem Gesichtskrebs. Schließlich ist die Mehrzahl der Sarkome mit der Ausnahme, wenn eine Amputation etwa in Betracht käme, mit Radium zu behandeln. Verschwindet das Sarkom nicht ganz, so kann der Rest durch Operation beseitigt werden, worauf bestrahlt wird. Postoperative Bestrahlung ist nach Entfernung des Ovarienkrebses angezeigt wie auch nach den meisten Sarkomen. Sie ist auch zulässig beim Uteruskrebs, Brustkrebs und anderen malignen Wucherungen. Die Schwierigkeit besteht darin, die richtige Behandlungsweise auszuwählen.

Verkalkung im Herzen und Pericard. Bei der Schwierigkeit der klinischen Diagnose dieser Erkrankung empfehlen die Autoren Röntgendurchleuchtung und Film, wodurch die Grundlage zur Kardiolyse gegeben wird, welche sich so häufig als sehr nützlich erweist.

Röntgenbefund bei Mitralerkrankung. Die Röntgenuntersuchung ist von großem Wert, wenn einige wichtige Zeichen, wie Akzentuation des zweiten Pulmonaltons oder daß der Impuls bis zur Spitze reicht, den Verdacht auf Mitralerkrankung erwecken. In Fällen wohlcharakterisierter Mitralerkrankung gibt das Bild eine bessere Vorstellung von den anatomischen Veränderungen in ihrer Ausdehnung. Der Ausdehnungsgrad der verschiedenen Kammern, der Pulmonalis und des Konus kommen dem Untersucher so eher vor Augen wie dem Pathologen. In manchen Fällen sind die subjektiven Beschwerden größer als sie nach dem physikalischen Befund zu erwarten wären, weshalb wir oft dazu neigen, sie einer Neurose zuzuschreiben. Der Röntgenbefund einer pulmonalen Kongestion bringt auf einmal die Uebereinstimmung zwischen subjektiver Klage und anatomischer Veränderung. Die Röntgenuntersuchung hat auch prognostischen Wert, indem sie viel besser, wie die Perkussion erlaubt, die Vergrößerung und Erweiterung des Herzens schrittweise zu beobachten. So sind wir imstande, eine genauere Prognose zu stellen und die therapeutischen Maßnahmen zweckmäßiger zu gestalten. Die Röntgenuntersuchung ist bei der Differenzierung der primären Insuffizienz, infolge von Entzündung der Mitralis und der sekundären Insuffizienz, wie sie als Folge der Myodegeneratio und der Dilatation der Ventrikel auftritt, wertvoll. Bei Mitralinsuffizienz sind im allgemeinen die Bogen an der linken Seite des Herzens weniger prominent als bei Mitralstenose, und zwar aus folgenden Gründen: Der Pulmonalbogen ist viel mehr vergrößert und erweitert bei der Mitralstenose; bei der Mitralstenose findet sich oft eine Vergrößerung des linken Herzohrs, die zu dem linken Konus hinzutritt und die Wölbung der Kurve verstärkt; das Fehlen der Hypertrophie des linken Ventrikels bei der Mitralstenose hebt noch das Hervortreten der Konuskurve besonders heraus. Bei Mitralfehlern findet man infolge der Kongestion den Lungenschatten getrübt, während die Steigerung des Blutdrucks in der Lunge durch Erweiterung der Pulmonalarterien eine Verbreiterung des Hilusschattens bewirkt.

Behandlung der Nasenrachenfibrome. Bericht über 32 Fälle. Radium ist die Methode der Wahl bei Fibromen des Nasopharynx. Mit ihrer Anwendung wird die übliche operative Mortalität dieser Fälle ausgeschaltet. In vielen Fällen verschwanden die Tumoren vollständig, in anderen wurden sie während der Periode ihres Wachstums in Schach gehalten.

Die Behandlung der Diphtherienekrosen mit Röntgenbestrahlung. Die Behandlung diphtherischer Nekrosen mit Röntgenstrahlen wurde zuerst Januar 1921 von Witherbee angegeben. Bisher gab es zwei Methoden, dieser Komplikation Herr zu werden: Versuch der lokalen Antisepsis und die Tonsillektomie, wovon schließlich die letztere die Methode der Wahl wurde. Doch besteht dabei immer die Gefahr der Anästhesie, der Hämorrhagie und schließlich die Möglichkeit, daß die Tonsillen überhaupt nicht der Sitz der Diphtherieerreger sind, sondern die Nase und die postnasalen Wege. Es wurde durchaus bestätigt, daß die Einspritzung von Antitoxin den Zustand des Bazillenträgers in keiner Weise beeinflußt. Hingegen bietet die Röntgenbehandlung Heilung in 100%; sie ist dabei vollkommen schmerzlos, bedarf keiner Anästhesie, bietet bei minimalem Zeitaufwand die meiste Bequemlichkeit für den Patienten, und schließlich besteht nicht die geringste Gefahr, wenn die Behandlung von einem kompetenten Röntgenologen durchgeführt wird. Technik 18 cm Funkenstr., 25 cm F-H-A, 3 mm Aluminium-Filter, 5 Milliamp., 4 Min. ergaben etwa ½ HED, die auf jede Tonsillengegend, den Retronasalraum und wenn nötig, auf den Nasenrücken verabfolgt wurde. Häufig genügte so eine Serie, eine zweite wurde nach 10 bis 14 Tagen gegeben. In ganzen wurden auf diese Weise 211 Patienten behandelt, welche, durch Kulturuntersuchungen nachkontrolliert, als geheilt galten, wenn sie dreimal negativ waren.

Die Behandlung maligner Erkrankungen im Mund. Die Mehrzahl der Patienten mit malignen Erkrankungen im Munde stirbt an Metastasen. Deshalb ist die Behandlung dieser Metastasen ein absolut notwendiger Bestandteil des Behandlungsplanes. Der Primärherd muß durchaus im Sinne einer definitiven Idee, mit Bezug auf das, was geleistet werden soll, behandelt werden. Eine zögernde, zeitweilige Behandlung unter Beobachtung der Resultate und ihre unbegrenzte Wiederholung ist unzulässig. Erkrankungen des Alveolarfortsatzes, der Mundschleimhaut des Gaumens oder des Mundbodens werden besser mit Radiumträgern als mit Radiumnadeln behandelt. Ueberdosierung mit diesen verursacht intensive Verschorfung, welche mehr Schlimmes als Gutes bewirkt. Verfasser beginnt, bevor die Primärerkrankung im Mund in Angriff genommen wird, mit der Bestrahlung des Nackens als dem Sitz der evtl. metastasierten Drüsen. 200 KV, 4½ MA, 550 cm F-H-A, 0,5 mm Cu, 1 mm Al-Filter, 10 qucm Hautfeld, 1 HED; werden beide Nackenseiten behandelt, so wird die Dosis so vermindert, daß jede Seite trotzdem nur eine HED. erhält. Sind im Nacken bereits palpable Massen vorhanden, so wird diese Strahlenmenge nach sechs Wochen wiederholt, und zwar so oft, bis die Drüsen verschwunden sind. Sind zu Beginn der Behandlung keine Drüsen nachweisbar, so wird die Strahlenmenge nach acht Wochen erneut gegeben. Beim Epitheliom der Lippe zieht der Autor Röntgenbestrahlung dem Radium vor, weil die Applikation leichter ist, und weil die damit erzielten Resultate gleichmäßig gut waren. Von 48 Fällen wurden 42 mit Röntgenstrahlen behandelt, 40 geheilt, und bei zweien wurde die Behandlung abgebrochen. Radiumnadeln verwendet der Autor nicht mehr, seit er starke Nekrosen im Gefolge der Behandlung und sekundärer Infektion sah, ohne daß der Krebs geheilt war. Deshalb wendet der Verfasser Radiumnadeln im Munde nie an, wenn sich die Erkrankung erfolgreich durch Oberflächenapplikation behandeln läßt. Müssen Radiumnadeln eingeführt werden, wie bei Erkrankung der Tonsillengegend oder der Zunge, so dürfen nicht mehr wie 12,5 mg Nadeln in einem Abstand von 1 cm von einander für 7—9 Stunden appliziert werden. Bei Erkrankungen, welche den Röntgenstrahlen schlecht im Mundinnern zugänglich sind, ist Radium unerläßlich. Kleine wiederholte Dosen machen den Tumor für Bestrahlung selbst bei späterer hoher Dosierung unempfindlich, während andererseits bei der Verwendung der Nadeln die Patienten an den genannten Folgen sterben, ohne Aenderung des malignen Zustandes. Bei Kontaktapplikation mit Radium besteht eher die Möglichkeit einer Unterdosierung, besonders wenn die zur Verfügung stehende Radiummenge klein ist, und der Versuch unternommen wird, den Patienten das Radium selbst gegen die kranke Stelle halten zu lassen. Jetzt filtert der Autor mit 1 mm Messing und mit 2 mm Gummi. Die Einwirkung erfolgt während 12—15 Stunden, das Radium wird dementsprechend in einer für jeden Einzelfall geeigneten Weise fixiert. Während dieser Zeit können Flüssigkeiten durch eine Röhre zugeführt werden. Bedeckt die Erkrankung eine große Fläche, so werden 25 mg Tuben Seite an Seite gelegt, benutzt die ganze Fläche zu decken, oder wenn sie klein ist, genügt eine Tube zu 50 mg. Wird das Radium in Knochen gelegt, so soll man nicht länger wie 12 Stunden behandeln. Bezüglich des Zungenkarzinoms verschlechtert Syphilis die Prognose.

Intraperitoneale Einpflanzung von radiumemanationhaltigen Glaskapillaren beim Karzinom des Cervix uteri. Die Wirkung der Beta-Strahlen ist nur quantitativ von der Wirkung der Gamma-Strahlen verschieden, indem das Verhältnis der Wirkung der Emanation zu der des Radiums wie 100:1 ist. Fünf Millicuries in 10 Kapillaren von Radiumemanation verteilt, zerstören 10 cmm Karzinom. Ein Millicurie Radiumemanation innerhalb des Gewebes bringt die gleiche Wirkung hervor wie 132 Millicuriestunden oberflächlicher Applikation filtrierten Radiums, wenn die Betastrahlen und ihre Sekundärstrahlen ausgeschaltet bleiben. Nun werden die Resultate der Chirurgie sowohl wie die der Bestrahlung schlechter, je mehr der Prozeß in den breiten Mutterbändern, dem Beckenbindegewebe und den regionalen Lymphdrüsen fortgeschritten ist. Daß chirurgische Maßnahmen unter solchen Verhältnissen nur dazu dienen, die Aussaat von Karzinomzellen durch Eröffnung der Blut- und Lymphbahnen zu fördern, ist klar. Andererseits ist der Mangel der heutigen Bestrahlung darin zu suchen, daß die Strahlen nicht in genügender Intensität in all die entfernten Gebiete reichen, welche der Prozeß bereits ergriffen hat. Verfasser legt nun in solchen Fällen Radiumemanationskapillaren mit 0,2—0,7 cm Radiumemanation, durch Kochen oder Jodalkohol sterilisiert, nach Laparotomie durch den Peritonealüberzug in die Tumormasse des Rektums oder des Sigmoids ein. Der Insertion folgt eine schwere Reaktion mit hoher Temperatur für einige Tage, wenn der Tumor ulceriert war. Diese Methode wurde bei Ovarialtumoren, retroperitonealen Tumoren und Hypernephromen reaktionslos angewandt. Die Technik ist jetzt folgende: Ergibt sich nach genauer Untersuchung, daß das Karzinom auf die Cervix und die Scheidenwand beschränkt ist, so werden durch die Vagina die Radiumemanationskapillaren eingelegt, dann folgt eine Serie intensiver Röntgenbestrahlung. Sind bereits die breiten Mutterbänder befallen, und werden fixierte Massen im Becken fühlbar, so wird zunächst eine Laparotomie vorgenommen. In Trendelenburgischer Lage werden die Kapillaren in das karzinomatöse Gewebe der breiten Bänder, des Zwischengewebes von Blase und Uterus, Uterus und Rektum sowie in die regionalen Lymphknoten und auch den supravaginalen Teil der Cervix gelegt. Nach dem Abklingen einer evtl. Reaktion wird intensiv geröntgt. Die Applikation der Nadeln erfolgte in 2—3 Serien, wovon jede 15—19 Kapillaren umfaßte, deren Inhalt je 6,1 bis 8,5 mc betrug. Nach dieser Behandlung ließ sich klaglos die Hysterektomie ausführen, was bei der üblichen Radiumbehandlung nicht ratsam ist.

Behandlung von nichtmalignen Erkrankungen des Uterus. Verfasser ziehen kurzwellige Röntgenbestrahlung der älteren Technik vor wenn es sich um kräftige Patienten handelt. Eine Volldosis kann in kürzerer Zeit, größerer Schonung des darüber liegenden Gewebes und geringeren Belästigungen des Patienten gegeben werden.

Seitliche Röntgenaufnahmen der Lumbosakralregion. Der Lumbosakralwinkel variiert stark bei gesunden Individuen. Bei der Geburt ist er geringer wie im späteren Alter. Die Diagnose einer Lumbosakraldislokation kann niemals mit einer Anteriorposterioraufnahme gemacht werden. Seitliche Aufnahme kann in einem solchen Falle eine Neigung des fünften Lumbalwirbels in Verbindung mit einer praktisch horizontalen ersten sakralen Segmentscheibe zeigen, welche bei der anterior-posterioren Aufnahme eine ausgesprochen verkürzte Darstellung erfährt. Wie schwer auch in Gerichtsfällen das Trauma sein mochte, so sollte man sich immer vor der Annahme hüten, als ob dadurch besondere Abweichungen von den normalen anatomischen Erscheinungen hervorgebracht würden, und kein Fall kann ohne seitliches Röntgenogramm entschieden werden.

Uebersicht der klinischen Resultate nach Bestrahlung von Karzinom der Cervix uteri. Die Bestrahlungsresultate der sog. operablen Fälle sind ebenso gut oder besser wie die chirurgischen Resultate gleichartiger Fälle. In fortgeschritteneren, inoperablen Fällen überstiegen die Resultate der Bestrahlung die Erwartungen, welche man auf die Chirurgie setzen konnte. Die Berichte sind bezüglich Dauerresultaten wenig beweisend, weil die Beobachtungszeit zu kurz ist.

Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Wenig günstige Radiumbehandlungsresultate inoperabler Fälle bezgl. Dauerheilung.

Behandlungsresultate des Cervixkarzinoms mit großen Radiumdosen. Bei den erfolgreichsten Fällen wurden 5000 mc verteilt, 18-19 mc, welche als Kapillaren im Cervixkanale implantiert wurden und 300-800 mc, die in den Uterocervikalkanal für 3-8 Stunden eingelegt wurden. Die einzelnen Kapillaren enthalten 1½-2 mc, nachdem mit den Röhrchen höheren Gehalts leicht Fisteln hervorgerufen wurden. Massive Dosen ungefilterten Radiums sind so wirksam bei der Ausrottung des Cervixkrebses. Das Maximum der Heilwirkung wird dabei durch die unmittelbare Berührung mit dem zu zerstörenden Gewebe erzielt. Massive Radiumdosen haben sich an der Klinik ungefiltert als rascher und weniger angreifend wirksam erwiesen, als intermittierende gefilterte Radiumbehandlung. Die letztere wird nurmehr in solchen Palliativfällen, wo eine oberflächliche Heilung beabsichtigt ist, verwendet. Die Möglichkeit der Fistelbildung ist bei ungefilterter Radiumanwendung nicht größer als bei gefilterter. Unterstützende Maßnahmen, wie Kauterisation und äußere Bestrahlung, besitzen nicht genügend wert, um regelmäßig angewandt zu werden. Die Phlebitis (als Radiumwirkung. Ref.) wird durch langdauernde Kauterisation begünstigt.

Die Radiumbehandlung inoperabler Beckenkarzinome. Bei jeder Applikation werden 50-100 mg mit dem üblichen 0,5 mm Silber- und 1 mm Messingfilter sowie einer Gummihülle von 1 oder 2 mm angewandt. 3000 Milligrammstunden genügen im Minimum zur ersten Wirkung. Gelegentlich wurden unter Zuhilfenahme äußerer Radiumpacks 20 000 Milligrammstunden als Maximum gegeben. Häufig wurde Elektrokoagulation zur Entfernung größerer Tumormassen verwendet. Ist der Krebs noch lokalisiert, so wird Radium verwendet, besteht über diesen Punkt keine Sicherheit, so wird Intensivröntgentherapie mit herangezogen. Auf diese Weise wurden einige hoffnungslose Fälle geheilt und blieben während mehr als fünf Jahren rezidivfrei.

12., 5.

* Röntgenologische Diagnose der Gallenblasenerkrankung vermittels des Natriumsalzes des Tetrabromphenolphtaleins. Russel Carman und Virgil S. Counseller.
* Klinische Studie über einige gewöhnliche anatomische Abnormitäten des Colons von John L. Kantor.
* Einige Anomalien der Niere. Von B. H. Nichols.
* Natur und Differenzierung pleuraler Ringschatten. J. Burns Amberson.
* Magensyphilis mit einer Studie von 10 wahrscheinlichen Fällen. A. S. Merrill.
* Kurze Analyse einiger wichtiger Faktoren der biologischen Strahlenwirkung. Gioacchino Failla.
* Vergleich der französischen mit der deutschen „Erythemdosis“, gemessen mit dem Solomon Jontiquantimeter. Ira I. Kaplan.
* Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Nebenniere. Charles L. Martin, Fred T. Rogers und N. F. Fischer.
* Strahlenbehandlung des Oesophaguskrebses. D. Crosby Greene.
* Strahlen verschiedener Wellenlänge in ihrer Wirkung auf Tumoren. Francis Carter Wood.
* Röntgenstrahlenwirkung auf Hühneraugen. A. Howard Pirie.
* Wellenform und Wirksamkeit. Eine Analyse der Röntgentherapiemaschinen. W. Edward Chamberlain und R. Newell.
* Das Erythem als Einheit bei der Röntgentiefentherapiedosierung. Eugen T. Leddy und James L. Weatherwax.
* Einwände gegen den Gebrauch von Radiumemanation in nackten Tuben, mit klinischen und histologischen Beobachtungen. William L. Clark, J. Douglas Morgan und E. J. Asnis.
* Radium bei Erkrankungen der weiblichen Urethra. Lawrence A. Pomeroy und Frank W. Milward.
* Die Erhaltung normalen Gewebes nach Radiumbehandlung. Douglass W. Montgomery und George D. Culver.

* Radiumbehandlung der Tonsillen. C. Augustus Simpson.
* Die Endresultate der Brustkrebsbehandlung bei chirurgischer, Radium- und Röntgenbehandlung. Henry Schmitz.
Erweiterung der Vv. Diploicae und andere Anomalien an der Hirnschale. Leon T. Lewald.
Multiple Myelome. Willard J. Stone.
* Klinische Diagnose häufiger sakroiliakaler Erkrankungen. Smith-Petersen.
* Uretropyelographie bei der Differentialdiagnose der oberen Harnwege. John D. Lawson.

Röntgenologische Diagnose von Gallenblasenerkrankung vermittels des Natriumsalzes des Tetrabromphenolphthaleins. Die Technik unterschied sich nur unwesentlich von der Originalmethode Grahams. Wird eine Kompression des Ductus hepatopankreaticus vermutet, so wird der Farbstoff nicht angewandt, weil die Reaktionsfolgen sich bei derartigen Patienten als zu stark erweisen. Tritt bereits nach der intravenösen Injektion der ersten Hälfte des Präparats eine Reaktion ein, so wurde die Injektion der zweiten unterlassen, weil sich gezeigt hatte, daß dann bereits mit der geringeren Menge des Farbstoffes Bilder der Gallenblase zu erzielen waren.

Klinische Studie über einige gewöhnliche anatomische Anormalitäten des Kolons. Kongenitale Kolonanomalien waren bisher mehr im Bereich des Anatomen und des Chirurgen. Unter 668 gastrointestinalen Röntgenuntersuchungen fand es sich 62 mal. Unter 100 Obstipierten findet es sich 23 mal. Es kommt häufiger bei sthenischen als asthenischen, mehr bei Männern als bei Frauen vor. Symptome werden durch seine Verschlingung oder Erkrankung oder durch Mißbrauch der Kolonfunktion ausgelöst. Ueberlange Schlingen sind der Passage nicht notwendig hinderlich, aber sie können es werden unter gewissen Umständen lokalisierter Stase oder bei plötzlichem Lagewechsel mit oder ohne Einwirkung des Blutes. Vielleicht ⅖ aller Fälle von überlangem Kolon sind symptomlos. Verstopfung und Blähungen sind die gewöhnlichsten Symptome. Volvulus, der unter Berücksichtigung der Häufigkeit dieser Anomalie selten ist, kommt nur bei weitem Becken vor. Die Diagnose wird durch Röntgenuntersuchung gestellt; die Differentialdiagnose zieht Gallenblasenerkrankung, Appendizitis, Kolonkrebs und Kardiovaskulärerkrankungen in Betracht. Die Therapie hat die Wiederherstellung der Kolonfunktion anzustreben unter Weglassung gewohnheitsmäßigen Gebrauchs von Abführmitteln und Einläufen. Durch Schlüpfrigmachung und Antispasmodicis sollten Spasmen überwunden werden. Chirurgische Eingriffe sind lediglich auf Verschlingungen zu beschränken.

Einige Anomalien der Niere. Nierenerkrankung ist nicht selten durch Anomalien der Lage oder der Form einer oder beider Nieren verursacht; so ist es bei beabsichtigter Nephrektomie von höchster Wichtigkeit, zu bestimmen, ob zwei vollständig voneinander getrennte Nieren vorliegen. Man kann unterscheiden Anomalien der Zahl, worunter man die angeborene Einzelniere, die kongenitale Atrophie, die zusammengewachsenen Nieren und die verdoppelten Nieren rechnen kann; Anomalien der Lage, welche die ektopische und die verlagerte Niere und ihre Verdrehung umschließt, und Anomalien der Form, welche die polycystische Niere umfaßt. Die kongenitale Solitärniere gibt sich nach Einführung der Katheter im Röntgenbild entweder dadurch zu erkennen, daß nur ein Ureter nachweisbar ist, oder daß der Katheter nur eine kleine Strecke in dem einen Ureter vordringt, um zu dem Nierenbecken der anderen Niere zu gehen. Das Pyelogramm zeigt dann auf einer Seite einen normalen Ureter und normale Niere und einen rudimentären Ureter auf der anderen Seite. Die kongenitale Atrophie oder Hypoplasie der Niere gibt sich im Röntgenbild durch den Vergleich der beiden Seiten zu erkennen. Das Pyelogramm bestimmt, ob eine weitere Anomalie des Nierenbeckens vorliegt. Die Hufeisenniere gibt sich auf dem Film ohne weiteres zu erkennen. Wird beim Studium des Pyelogramms die Drehung der Niere ausgeschlossen, so sind nach vorn und abwärts gerichtete Nierenkelche ein verdächtiger Hinweis auf Hufeisenniere. Sie macht die Nephrektomie unmöglich. Vom Standpunkt der Differentialdiagnose ist die Doppelniere vielleicht die wichtigste Anomalie. Der kephale Kelch der Doppelniere bleibt bei der Füllung im Pyelogramm leer. Dieser Kelch stellt eine charakteristische Handelform dar, welche meist direkt nach aufwärts und leicht nach auswärts gerichtet ist. Die Gegenwart dieses Typs fordert zur Untersuchung des kaudalen Kelches auf, da die Möglichkeit einer Verdopplung der Niere nahe liegt. Wurde der kaudale Kelch allein injiziert, fehlt bei normalem Nierenbecken der obere Kelch, so ist dies verdächtig auf Doppelniere. Indessen muß man sich daran erinnern, daß ein meist papillomatöser Tumor den oberen oder unteren Kelch verlegen kann. Hämaturie der verdächtigen Niere, besonders wenn nur ein Ureter Urin leitet, legt die Vermutung eines Tumors nahe. Die Beckenniere ist eine tiefliegende Niere, welche ihr Blut aus der Arteria iliaca erhält, so daß sie eine sehr kurze Art. renalis und einen sehr kurzen Nierenstiel besitzt. Eine tiefliegende Niere, deren Lage durch ein Trauma oder verhinderten Aufstieg bedingt ist, erhält ihr Blut aus der Aorta. Das Becken der Niere, welche durch ein Trauma verlagert ist, zeigt gewöhnlich äußerlich normale Konturen, liegt tief und hat einen geschlungenen Ureter. Die tiefliegende Niere, die in ihrer Entwicklung gehemmt wurde, zeigt ein unentwickeltes Becken und kann mit einer ektopischen Niere verwechselt werden. Pyelogramme anormal liegender Nieren erlauben die Art der Anomalie in den meisten Fällen zu bestimmen. Nierendrehung kann angeboren oder erworben sein. Normalerweise liegt die Niere zwischen der Höhe des 12. Brustwirbels und der des 3. Lendenwirbels mit nach unten und seitwärts gerichteter Längsachse und nach rückwärts und seitwärts gerichteter Querachse. Beim Embryo von 10 mm Länge ist diese normale Lage durch Aufstieg des Nierengewebes mit der Ureterknospe aus dem knöchernen Becken erreicht, dann dreht sich dieb Niere; Hilus und Nierenbecken, welche in anterior-posteriorer Lage waren, nehmen eine Lage ein, wobei das Nierenbecken gegen die Wirbelsäule gerichtet ist. Durch Störung des Aufstiegs wird auch die Drehung der Niere unterbrochen, so daß die Niere in ihrer ursprünglichen anterior-posterioren Lage bleibt. Bei gleichzeitiger Hufeisenniere erreicht ein Pol etwa die normale Höhe. Findet sich auf dem Film ein Nierenbecken in Torsionslage, so weist dies auf die Möglichkeit einer ektopischen oder Hufeisenniere hin. Polycystische Niere. Sie ist selten. Unter 2429 Autopsien waren 10. Ihre Umrisse sind gewöhnlich irregulär, entsprechend den Cysten. Die Pyelographie zeigt auch ein durch diese Cystenbildung beeinträchtigtes Nierenbecken. Auch kann Hydronephrose vorliegen, veranlaßt durch Obstruktion der Cysten. Gelegentlich platzen diese Cysten und die nachfolgende Füllung könnte eine Pyonephrose vortäuschen, allein ein sorgfältiges Studium des irregulären Nierenumrisses vermag die wahre Natur des Leidens für gewöhnlich aufzuklären. Multiple zirkumskripte Herde, wie sie beim Pyelogramm zutage treten, sind fast immer pathognomonisch für polycystische Niere.

Natur und Differenzierung pleuraler Ringschatten. Pleurale Ringschatten entsprechen tatsächlichen Veränderungen und müssen von intrapulmonalen Kavernen unterschieden werden. Die Erkrankung, welche derartige Schatten wirft, besteht meist in einer subakuten oder chronischen lokalen Pleuritis, welche raschen Veränderungen ihrer Ausdehnung unterworfen ist. Sie kann von einer faltigen, grübchenförmigen oder nabelartigen Gestaltung des darunterliegenden Lungengewebes begleitet sein und der so resultierende pleurale Zwischenraum kann eine geringe Menge Flüssigkeit enthalten.

Magensyphilis mit einer Studie von zehn wahrscheinlichen Fällen. Magensyphilis ist selten, wenn auch nicht so selten, wie vermutet. Die Diagnose beruht auf der Anamnese, der positiven WaR. und dem Nachweis eines großen Magengeschwürs, sowie seiner Heilung unter antisyphilitischer Behandlung. Negative Anamnese spricht ebensowenig mit Sicherheit gegen die spezifische Natur eines Magenleidens, wie das Fehlen sonstiger syphilitischer Erscheinungen, wogegen eine positive WaR. bei vorhandenem Magenleiden nicht unbedingt für dessen syphilitische Natur spricht. Diese Möglichkeit muß erwogen werden, wenn es sich um atypische Ulcusfälle oder solche, welche auf die übliche Ulcusbehandlung nicht ansprechen. Die Symptomatologie ist eindrucksvoll und gleicht gutartigem Geschwür mit Bezug auf die chemischen Untersuchungsergebnisse und einem Karzinom mit Bezug auf den Röntgenbefund. Die Anfangssymptome treten unregelmäßig auf und neigen im Verlauf zur Beständigkeit. Schmerz oder Unbehagen gleich nach dem Essen, unbeeinflußbar durch Alkalien verstärkt durch Nahrungsaufnahme und behoben durch Erbrechen. Appetit gut. Im weiteren Verlauf tritt erhebliche Gewichtsabnahme und Kachexie mit Schwäche, wie man sie beim Krebs sieht, auf. Ein palpabler Tumor ist selten. Anacidität oder Achylie ist die Regel. Die Magenverkleinerung ist allgemein shr erhblich. Antispastische Behandlung bringt auch in weiter fortgeschrittenen Fällen große Erleichterung. Die Narbenkontraktionen verschwinden nicht unter dieser Behandlung, so daß chirurgische Maßnahmen bei extremen Veränderungen oder Verengerungen erforderlich sind. Der Schlußbeweis ist schwierig und die voraussichtliche Wahrscheinlichkeit muß als Grund genug angesehen werden, die Wohltat der antisyphilitischen Behandlung dem betreffenden Kranken angedeihen zu lassen. Anatomisch besteht der Krankheitsherd aus multiplen irregulären Geschwüren gummösen Ursprungs mit verdickter Submucosa, narbigen Schrumpfungen, Gefäßveränderungen, perivaskulären Infiltraten und diffuser Infiltration von Leukozyten und Plasmazellen. Der Röntgenbefund ist in seinen Erscheinungen nicht charakteristisch, doch ist er wertvoll bei Lokalisation und Ausdehnung der Erkrankung und sollte in Verbindung mit allen anderen möglichen Erscheinungen benutzt werden, um die wahrscheinliche Diagnose herbeizuführen. Die Darstellung des spezifischen Erregers in den Geweben wäre der Hauptbeweis, allein er kann nicht erwartet werden.

Kurze Analyse einiger wichtiger Faktoren der biologischen Strahlenwirkung. Biologische Untersuchungen müssen notwendig mehr statistischen Charakters sein als die physikalischen. Wenn auch die Mehrzahl der Messungen physikalischer Art auf indirektem Wege gemacht werden, so ist man bei den biologischen Vorgängen fast ausschließlich auf diese Weise angewiesen. Unsere gegenwärtige Technik verdiente fast gänzlich verändert zu werden. Wir gebrauchen so viel Radium, wie möglich, oder Spannung und Strommenge in einer Höhe, wie sie unsere Maschinen liefern können und wir haben danach unsere Behandlung gesteltet. Wenn wir so einige gute Resultate erzielt haben, so war das vielleicht mehr zufällig. Unsere biologischen Kenntnisse über die Wirkung der Strahlen und die Gesetze, welche diese beherrschen sind so begrenzt, daß eine rationelle Basis für die Strahlenbehandlung fast vollständig fehlt. Es kann sein, daß wir bereits die besten Bedingungen genutzt haben, und daß so keine Verbesserung der Resultate möglich ist. Allein wir können dies so lange nicht annehmen, bis wir eine große Anzahl anderer Möglichkeiten versucht haben. Der sicherste und rascheste Weg das Hauptproblem zu lösen, ist intelligentes Experimentieren.

Vergleich der französischen mit der deutschen „Erythemdosis", gemessen mit dem Solomon Jontoquantimeter. Die Radiologen der verschiedenen Länder fanden es äußerst schwer, die deutsche Erythemdosis als biologisches Maß zu reproduzieren. Die Standart Erythemdosis nach Solomon scheint allen Anforderungen zu entsprechen. Sein Jontoquantimeter besteht aus einem Elektroskop, einer Leitungsverbindung und einer Jonisationskammer. Ein Gramm Radiumelement, gefiltert durch 0,5 mm Platin für eine Sekunde auf eine Entfernung von 20 mm wirksam entspricht der Einheit „R", welche eine Entladungswirkung am Elektroskop auslöst, die einer bestimmten Wegstrecke seiner Skala entspricht. Nach Solomon soll so eine unzweideutige Methode eines Vergleichs und der Messung von Röntgenstrahlen erzielt sein, sowie eine internationale Einheit der Röntgenstrahlenenergie. 4000 R sind das Maß des französischen Erythems, womit es etwa dreimal das deutsche Erythem an Stärke übertrifft. Das französische Erythem bewirkt dabei eine Verbrennung zweiten Grades mit nachfolgender Restitutio ad Integrum.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Nebenniere. Direkte schwere Bestrahlung einer isolierten linken Nebenniere nach Entfernung der rechten zeigte am Hunde praktisch während einer Beobachtung von einem Monat keine Symptome, obgleich in der bestrahlten Nebenniere eine deutliche Fibrosis eingetreten war. Die gleiche Menge verursachte Kachexie und Tod, wenn sie auf eine kleine isolierte Darmschlinge appliziert wurde und rief auf den oberen Nierenpol gegeben, deutliche Fibrosis hervor.

Strahlenbehandlung des Oesophaguskarzinoms. Zunächst wird so bald als möglich eine Gastrostomie angelegt, um die Kräfte des Patienten zu erhalten und zu heben, sowie um den Oesophagus zu schonen und zu reinigen. Vermittelst röntgenologischer Untersuchung wurde der Sitz des obturierenden Tumors festgestellt. Diese Kenntnis wird durch die direkte Oesophagoskopie möglichst erweitert und der obere Abschnitt dem Auge erschlossen. Dieser Teil wird mit Radiumnadeln gespickt, die untere unzugängliche Partie wird mit Röntgenstrahlen behandelt. Wegen der Dünnwandigkeit des Oesophagus werden 4—6 Radiumkappillaren von nur 1 cm vermittels eines Troikarts, welcher 1 cm von der Spitze mit einem ovalen Stichblatt versehen ist, in der Richtung der Lumenachse in den sichtbaren Teil der Geschwulst gestochen. Die Röntgenbehandlung wird ein paar Tage nach der Radiumbehandlung begonnen und nach etwa acht Wochen wiederholt.

Strahlen verschiedener Wellenlänge in ihrer Wirkung auf Tumoren. Werden gleiche Mengen Strahlen absorbiert, so ist es praktisch gleichgültig, wie ihre Wellenlänge bezüglich der Wirkung ist. Um aber diese Menge in der Tiefe wirksam werden zu lassen, braucht man kurzwellige Strahlen, um dorthin zu gelangen.

Röntgenstrahlenwirkung auf Hühneraugen. 4 Epilationsdosen (einer Strahlung von 17,5 cm F-Str, 22,5 cm FHA, 4 Min. 40 Sek., 8 M-A ohne Filter) aber lediglich auf das Hühnerauge appliziert, bewirkten in 21 Fällen mit 26 bestrahlten Stellen vollständige Heilung, welche bereits mehr wie ein Jahr zurückliegen. Patienten, welche nicht auf enge Schuhe verzichten wollen, soll man nicht in Behandlung nehmen.

12., 6.

Wellenform und Wirksamkeit: Eine Analyse der Röntgentherapiemaschinen. Röntgentherapiemaschinen hoher Spannung differieren in mehr als dem Doppelten der Strahlenausbeute, selbst wenn Kilovolt, Filter, Distanz und Einfallfläche sowie ide durchstrahlte Masse die gleichen sind. Eine Analyse der Röntgenstrahlenausbeute zweier verschiedener Maschinen zeigt als Hauptgrund große Verschiedenheit der Wellenform.

Das Erythem als Einheit bei der Röntgentiefentherapiedosierung. 1. Die Erythem-(Hauteinheits)dosis ist eine dehnbare, willkürliche, ungenaue Standarteinheit. 2. Eine darauf basierte Dosimetrie hat nur individuellen Wert im Urteil des Röntgenologen. 3. Als Vergleichsbasis benutzt ist sie als Schwellenwert praktisch brauchbarer als zur Kennzeichnung der Intensität. 4. Bei Berichten über eine angewandte Technik sollen, ehe ein Standartmaß geschaffen ist, alle Einzelheiten angegeben werden.

Einwände gegen den Gebrauch von Radiumemanation in nackten Tuben, mit klinischen und histologischen Beobachtungen. Wir wissen, daß eine der Krebsursachen fortgesetzte Bestrahlung ist. Es scheint demnach unsinnig in das Gewebe 10, 20 oder mehr Minuten harte Fremdkörper zu stecken, besonders wenn es sich um Gewebe handelt, welches beträchtliche Bewegungen ausführt, wie die Zunge, die Halsmuskulatur usw. Thoretisch sollen diese Radiumkapillaren in gleichem Abstand voneinander eingepflanzt werden, um eine gleichmäßige Durchstrahlung des Tumors hervorzubringen, praktisch aber ist dies meist unmöglich. Die Glaswand der Röhrchen ist nicht dick genug, genügend Betastrahlen abzufangen, wodurch häufig eine intensive lokale Reaktion entsteht, gefolgt von Nekrose und starken Schmerzen. Sind einmal die Röhrchen eingepflanzt, so verlieren wir jede fernere Kontrolle über sie. Die lange Wirkung der Emanation in den eingepflanzten Kapillaren scheint eine besonders devitalisierende Wirkung auf den Knochen zu haben. Nach den Erfahrungen der Autoren sind immer starke und anhaltende Schmerzen als Begleitsymptome zu konstatieren. Andererseits hat die Verwendung von Metallkapillaren, welche Radium oder Emanation enthalten folgende Vorteile: Die Nadeln bleiben eine bestimmte Zeit, und wenn sie dann herausgezogen werden, bleiben keine reizenden Fremdkörper zurück. Mit Nadeln verschiedener Größe und Länge ist es nicht sehr schwierig, die Emanation oder das Radium in ungefähr gleichmäßiger Weise in dem Gewebe zu verteilen. Die hyperirritierenden Betastrahlen werden abgefiltert, und so wird ihre unerwünschte Wirkung vermieden. Der Zeitfaktor ist unter vollendeter Kontrolle. Knochennekrosen wurden bei diesen Nadeln viel weniger beobachtet; der Schmerz ist sicher geringer.

Radium bei Erkrankungen der weiblichen Urethra. Bei zweien dieser Erkrankungen scheint Radiumbehandlung die Methode der Wahl zu sein: bei den urethralen Karfunkeln, welche sehr häufig sind und beim primären seltenen Urethrakarzinom. Nach Probeexzision in Anästhesie wurden 50 mg Radiumelement, gefiltert mit 0,5 Silber und 1 mm Blei sowie 1 mm Gummi appliziert, dazu soviel 5 mg Stahlemanationsnadeln um die Geschwulst zu durchsetzen und gewöhnlich um den Urethralkanal zu umgeben. Ueber das ganze wird ein Schwamm durch eine Schnürnaht, welche durch die Lippen und den Gummi des Radiumträgers geht, fixiert. Einmalige Behandlung für 3—6 Stunden genügt gewöhnlich. Es kommt zu beträchtlicher Lokalreaktion.

Die Erhaltung normalen Gewebes nach Radiumbehandlung. Lobende Erwähnung der kosmetischen Resultate nach Radium beim Kankroid.

Radiumbehandlung der Tonsillen. Gegenüber der Kauterisation, der Fulguration und anderen Methoden, welche man anwandte, um das lymphatische Gewebe der Tonsillen zu zerstören, sind die Radium- und Röntgenstrahlen weit wirksamer. Nicht jede vergrößerte und infizierte Tonsille ist notwendig ein chirurgisches Objekt. Kontraindikationen wie sie als ernste und verhängnisvolle Blutungen, Halsentzündungen, Lungenabszesse und fatales Oedem für die Chirurgie bestehen, sind der Bestrahlungsbehandlung fremd. Dazu kommt der Zeitverlust und die Spitalsaufnahme als ökonomische Belastung. Weiter besteht die anerkannte Tatsache, daß auch der idealsten und vollständigsten Tonsillektomie Regeneration folgen kann. Bestehen Allgemeinleiden wie kardiovasculäre Erkrankung, Nephritis, Diabetes, Tuberkulose, hoher Blutdruck, Hyperthyreoidismus oder Hämophilie, so ist wieder der chirurgische Eingriff kontraindiziert. Der Autor hält die Radiumbehandlung, wie er sie mit weniger als 30 mg Radium auf eine Fläche von 2 qcm verteilt, anwendet, der Röntgenbestrahlung überlegen. Die Betastrahlen, denen bakterizide Kraft zukommt, werden nur bis zu 2% durch einen Gummiüberzug, der die wirksame Fläche des Radiumträgers deckt, abgefiltert, so daß als Vorteil mehr Betastrahlen wie Gammastrahlen auf die Tonsillen treffen. Die betreffende Tonsille wird mit einer 2%igen Cocainlösung behandelt, der eigenartige Ueberzug hält den Radiumträger fest während 30 Min., der Speichel muß abgesaugt werden. Zwei bis vier Radiumnadeln wurden mit je ¼ Millicürie bei Erwachsenen und Kindern mit empfindlichem Rachen statt der geschilderten Radiumbehandlung verwendet.

Die Endresultate der Brustkrebsbehandlung mit chirurgischen Methoden, Radium und Röntgenstrahlen. 281 mikroskopisch untersuchte Fälle in den Jahren 1914—1921 124 primäre, 157 rezidivierende Fälle, 21,5% waren Nullipare, 78,4% Uni- oder Multipare. 67% gehörten der 5. und 6. Lebensdekade an. Der Prozentsatz der Heilungen ist nach fünf Jahren nicht wesentlich von dem nach drei Jahren unterschieden. Es zeigte sich die kombinierte Behandlung des Messers, der Röntgenstrahlen und des Radiums jeder einzelnen dieser Methoden überlegen.

Klinische Diagnose häufiger sakroiliakaler Erkrankungen. Röntgenologisch nichts Aufschlußbietendes.

Uretropyelographie bei der Differentialdiagnose der oberen Harnwege. 15%iges Natriumbromatum wird durch Ureterenkatheterismus in das Nierenbecken so lange einfließen lassen, bis der Patient über Schmerz klagt. Rasches Einfließen veranlaßt schmerzhafte Spasmen ohne Nierenbeckenfüllung. Stereoskopische Aufnahmen sind gelegentlich wertvoll. Der normale Inhalt eines Nierenbeckens schwankt zwischen 5 bis 14 ccm. Hydronephrose ist wahrscheinlich die häufigste Abnormalität, welche sich gelegentlich der Pyelographie zu erkennen gibt. Sie ist wesentlich das Resultat eines den Urinabfluß hindernden Prozesses. So in einem Fall des Verfassers eine gedrehte Ovarialcyste, welche den Ureter ungefähr 5 cm vor der Einmündung in die Blase mitverschlungen hatte. Ebenso ist Hydronephrose als Folge einer Obstruktion tuberkulöser oder maligner Adnexerkrankung nicht ungewöhnlich, die häufigste Ursache sind aber wahrscheinlich Nierensteine. In einem großen Prozentsatz können die Steine sichtbar gemacht und so die Diagnose gesichert werden. Anomalien der Nierengefäße können im gleichen Sinne wirken. Steine hängen in ihrer Nachweisbarkeit von der chemischen Zusammensetzung ab. Vermittels einer eingeführten Kontrastflüssigkeit gelingt es öfter sie als negative Schattenaussparungen nachzuweisen. Differentialdiagnostisch kommen Gallensteine, Kotsteine und Phlebolithen in Frage. Durch stereoskopische Filme können diese oft in einer anderen Linie als in der der Niere fixiert werden. Von den Tumoren sind Hypernephrome, Sarkome und Karzinome die hauptsächlichsten Nierentumoren, wovon die letzteren relativ selten sind. Das Spinnennierenbecken bei Hypernephrom ist durchaus charakteristisch. Allein es zeigt sich diese Erkrankung nicht immer in dieser Form. Es kommt auf den Sitz des Tumors an, ob ein Karzinom in den Kelchen und dem Becken unregelmäßige Umrisse hervorruft. Im Gegensatz dazu sind die Umrisse beim Hypernephrom weich. Gutartige Tumoren werden meist mit diesem verwechselt. Von den kongenitalen Krankheiten und Anomalien ist die Hufeisenniere die gewöhnlichste. Besteht keine Verbindung der Kelche, und ist der Isthmus eng, so ist diese Anomalie pyelographisch nicht zu erkennen. Die ungewöhnlichste Anomalie ist die Verdopplung des Urethers. Die polycystische Niere ist charakteristisch durch die beträchtliche Vergrößerung der beiden Nieren mit Ausdehnung der beiden großen und kleinen Kelche und der Becken. Gegen die Möglichkeit der Hydronephrose spricht die bogenförmige Gestaltung des Umrisses der Niere.

Dr. Jean Cottmaier (Mainz).

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XI, Nr. 2, Februar 1926.

* Natur der chronischen Appendicitis. A. E. Hertzler.
Inversion des Uterus. L. E. Phaneuf.
* Fünf Arten von chronischer Appendicitis.
* Appendicitis und Gravidität. G. D. Royston und A. O. Fisher.
Prolaps der Placenta. M. P. Rucker.
* Behandlung der Placenta praevia. F. S. Kellog.
Indikationen für Sectio caesarea. B. V. Sweringen.
Hintere Hinterhauptslage. P. W. Toombs.
Physologie und Mechanismus der Austreibung. W. A. Fowler.
* Vorbereitung der äußeren Genitalien für die Entbindung mit Jod-Alkohol. Bericht über 100 Fälle mit bakteriologischen Resultaten. B. Lankford.
* Behandlung des Oedems der Graviditätstoxikosen mit Ammoniumchlorid. R. D. Mussey.
* Intramuskuläre Injektion von Magnesiumsulfat bei Eklampsie. L. Dorsett.
Verhütung von Totgeburten. C. R. Hannah.
Ein Fall von Mesenterialcyste. E. D. Clark.
Abteilung für Mütterfürsorge: Tagung des Komitees Washington, 3. Mai 1925.

Natur der chronischen Appendicitis. Der Autor, der ein Werk über Peritoneum geschrieben, greift die überaus schwierige Frage auf Grund großer klinischer Erfahrung an 2000 exstirpierten Appendices und eigener pathologischer Untersuchungen an den entfernten Organen sowie 1700 Appendices von Personen aller Lebensalter, die nicht mit abdominellen Erscheinungen gestorben sind, auf. Die chronische Appendicitis ist klinisch kaum, ja auch histologisch sehr schwer zu erkennen. Schon die akuten Erscheinungen bereiten zuweilen diagnostische Schwierigkeiten. Verfasser hat zu Beginn seiner

Praxis einen Mann wegen Blinddarm operiert, der am nächsten Tage, wie die Sektion zeigte, an Hämorrhagie aus einem Ulcus ventriculi starb. Seitdem untersucht er bei jeder Appendectomie den Magen. Allerdings kann selbst da noch ein Ulcus leicht der Untersuchung entgehen. Beschwerden im Abdomen können dysmenorrhoisch sein, auch von spastischer Obstipation kommen. Viele Patienten, die wegen chronischer Appendicitis operiert sind, werden deshalb nicht von ihren Beschwerden dauernd befreit (vorübergehend bringt jede Operation Erleichterung der Beschwerden). Genaue Untersuchung jedes Falles wird daher manche Operation, die wegen Annahme chronischer Blinddarmentzündung vorgenommen wird, überflüssig machen.

Fünf Arten von chronischer Appendicitis. Verfasser, der mit Freimut gesteht, daß er in den ersten Jahren seiner Praxis viele falsche Diagnosen auf chronische A. gestellt und überflüssige Appendektomien ausgeführt habe, unterscheidet: 1. Fibrosis der Apppendix, 2. Reizung durch Narbengewebe infolge einer früheren akuten Attacke. Diese Narben schrumpfen wie jedes Narbengewebe. Die dritte Art ist wirklich infektiös, infolge chronischer Mucosaentzündung des benachbarten Coecums oder infolge von Entozoen. Die vierte beruht auf lymphoider Hyperplasie, d. h. pathologischer Zunahme der lymphoiden Elemente der Appendix. Bei den beiden ersten Formen beruht die Reizung auf der Kontraktion des Bindegewebes. Bei der vierten Art handelt es sich meist um lymphatische Diathese. Die fünfte Form beruht auf Störung der Blut- und Lymphstromzirkulation. Schließlich bleiben noch die maligne und die tuberkulöse Erkrankung der Appendix, die oft als chronische Appendicitis gedeutet werden.

Appendicitis in der Gravidität. Die Appendicitis in der Gravidität ist sehr gefährlich, denn sie läßt sich da schwer lokalisieren. Daher soll, sobald der Verdacht darauf besteht, operiert werden. Symptome: Lokalisierter Schmerz, Spannung. Fieber, Erbrechen, Leukozytose können in den ersten Stadien fehlen. (Senkungsreaktion wird leider nicht berücksichtigt. Rf.) Auszuschließen ist Infektion des Urogenitaltrackts, Gasblähung der Intestina, Adnexerkrankung, Varixerkrankung des Ligamentum latum, Gallenblasenerkrankung.

Behandlung der Placenta praevia. Pl. pr. centralis und lateralis sollen durch zervikale Sectio, die marginale durch Metreuryse behandelt werden. Sehr ausgebluteten Patienten soll Ruhe gegönnt, die Blutung durch Tamponade und Druck auf den Uterus kontrolliert und dann Bluttransfusion gemacht werden, falls es rasch geschehen kann, nicht mit Citratblut, sondern direkt. Je nach der Lage des Falles unverzüglich Hysterektomie.

Vorbereitung der äußeren Genitalien für die Entbindung mit Jod-Alkohol. Die äußeren Genitalien und die Innenseite der Oberschenkel, kurz die Partien, welche nicht von sterilen Tüchern bedeckt werden, werden mit 3,5% Jodtinktur bestrichen, nach deren Trocknen wird mit reichlich Alkohol abgerieben, wodurch das Jod teilweise entfernt wird, um die Reizwirkung abzuschwächen. Verfasser erwähnt noch eine Methode von Mayes, welcher 4% Mercurochromlösung anwendet und damit auch die Vagina bestreicht. Doch muß die eine Stunde vor der Entbindung geschehen, während der Jod-Alkohol noch unmittelbar vor derselben anwendbar ist.

Behandlung des Oedems der Graviditätstoxikosen mit Ammoniumchlorid. Wenn das Oedem bei präeklamptischen Toxämien ausgesprochen ist, so ist es ein ernstes Zeichen. Syptome, Kopfschmerz, Schwindel, schließlich eklamptische Konvulsionen. Es fragt sich, ob diese Symptome Ausfluß der Toxine oder eines Hirnödems sind. Erleichterung wird immer geschaffen, wenn das Oedem beseitigt wird. Mittel: Bettruhe, wenig Flüssigkeit, stickstoffarme und salzarme Kost. Aderlaß bei erhöhtem Blutdruck. Oft ist Reinigung des Darmes durch starkes Abführen günstig. Verfasser kommt zum Schluß, daß bei Toxämien oft große Gewichtszunahme infolge der Flüssigkeitsretention besteht, daß die Oedeme aber nicht immer sichtbar sind. Die Therapie ist Ammoniumchlorid peroral, Diät, Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme, Bettruhe. Das Ammoniumchlorid wird in gelatinierten Kapseln gegeben, zuweilen mit Novasurol kombiniert, die Diurese war fast stets prompt.

Intramuskuläre Injektion von Magnesiumsulfat bei Eklampsie. Magnesiumsulfat wurde zuerst 1899 von Meltzner experimentell angewendet, dann von Kohn und Straub gegen tetanische Konvulsionen beim Menschen. 1923 schrieb Smith und Leighton über die Bekämpfung der Konvulsionen bei Eklampsie durch Magnesiumsulfat. Sie berichteten über acht Fälle, wo es bei Tetanus in Verbindung mit Tetanusantitoxin gebraucht wurde. 1923 berichtete Verfasser über zehn Fälle. In der neuen Arbeit legt er 38 Fälle zugrunde. Dieselben wurden ausschließlich mit Magnesiumsulfat behandelt, kein Morphium, Luminal, Chlorat oder Brom. Applikationsform: Tiefe Injektion in die Glutäalmuskulatur. Dosis 15 ccm der 25 prozentigen Lösung, diese Dosis kann nötigenfalls stündlich wiederholt werden, bis zu 100 ccm. Die Ampulle enthält jeweils 15 ccm. Im allgemeinen war es nicht nötig, die Injektionen in so kurzen Zwischenräumen zu wiederholen, man läßt sich durch die Häufigkeit der Konvulsionen leiten. Im Fall des Auftretens von Störungen wird Calciumchlorid als Gegenmittel bereitgehalten, Injektionen intravenös. Die Anwendung war nie notwendig. In allen Fällen, wo die Geburt nicht begonnen, wurde sie mit Metreurynter eingeleitet. Sectio caesarea war nie notwendig, auch besondere Eingriffe zur Beschleunigung und Beendigung der Geburt waren infolge der günstigen Wirkung des Magnesiumsulfats nicht notwendig.

Robert Kuhn, Baden-Baden.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

Bd. 42, Nr. 3, März 1926.

Suppurative Krankheiten der Lunge infolge von eingeatmetem Fremdkörper im Gegensatz zu solchen anderer Aetiologi. Jackson.
Die Mortalität bei wichtigen chirurgischen Krankheiten, speziell Appendizitis. A. Murat Willis.
* Cholelithiasis intrahepatica. E. Starr Judd und Verne G. Burden.
Neue Methode zur Demonstration von Verletzungen des nervus medianus. Dennis Crile.
Splenectomie als therapeutische Maßnahme bei Thrombocytopenia purpura haemorrhagica. Allen O. Whipple.
* Klinische Studie über Nephritis bei Schwangerschaft. Reed Rockwood, Robert D. Mussey und Norman M. Keith.
Volvulus des Coecums. Henry Flack Graham.
Nabelkarzinom sekundär nach Karzinom des Coecums. Jerome R. Head.
Chondrodysplasie. Wallace H. Cole.
Varixknoten der vena epigastrica superficialis; Vortäuschung einer Femoralhernie. Walter Hughson.
Chirurgische Maßnahmen bei akuter Peritonitis. W. M. Thompson.
Die nichtspezifische Antigenwirkung von Spermatozoen auf die Fruchtbarkeit. S. J. Fogelson.
Pancreatitis haemorrhogica acuta; Bericht über einen früheren Fall mit Heilung nach Resektion. Edmund Butler und G. D. Delprat.
Statistik über Knochensarkom. E. A. Codman.
Sekundäre Staphylokokkenmeningitis infolge eines congenitalen Sakralsinus; mit Bemerkungen über die Pathogenese von Sakrokokkygealfisteln Theodore S. Moise.
Hernie im Ligamentum latum vom klinischen Gesichtspunkte. Louis Dunn.

Cholelithiasis intrahepatica. Die Häufigkeit von Gallensteinen in der Gallenblase, ihr selteneres Vorkommen im Ductus hepaticus und ihr fast völliges Fehlen in den inneren Gallengängen hat die Vermutung auftauchen lassen, daß alle Steine in der Gallenblase selbst entstehen. Dem ist jedoch nicht so; denn in der vorliegende Arbeit wird an Hand eines Falles bewiesen, daß der seltene Fall einer Cholelithiasis intrahepatica vorkommen kann. In dem geschilderten Falle hat der Patient keinerlei Beschwerden, insbesondere war keine Gelbsucht vorhanden, auch fehlten jedwede sonstigen klinischen Symptome. Erst die Autopsie ergab das Vorhandensein einer Unmenge kleiner Steine innerhalb der Leber.

Klinische Studie über Nepritis bei Schwangerschaft. Die Literatur von Schwangerschaftstoxikosen zeigt, daß die Ansichten der Geburtshelfer und der Internisten sehr häufig entgegengesetzt sind. An Hand der Einteilung nach Vollard und Fahr wird nun in vorliegender Arbeit ein klinisches Bild gegeben. Viele Toxikosen kommen vor, ohne an sich mit der Schwangerschaft, während welcher sie auftreten, etwas zu tun zu haben. Teilt man nun die Schwangerschaftstoxikosen nach demselben Schema wie Vollard ein, so ergibt sich in bezug auf die Prognose eine Perspektive, was das mütterliche und kindliche Leben anbelangt, und diese ist von großer Wichtigkeit bei eventuellen Entschlüssen in bezug auf Schwangerschaftsunterbrechung. Hofbauer, Berlin.

The American Journal of Syphilis.

9, Nr. 3.

* Die intravenöse Anwendung metallischen Quecksilbers (Mercodel) zur Behandlung der Syphilis. John J. Rothwell und Eduard R. Maloney.
* Klinische Studie über Sulpharsphenamine. I. Wert bei erworbener Syphilis. James C. Fox.
* Klinische Studie über Sulpharsphenamine. II. Sein Wert bei angeborener Syphilis. Ethel C. Dunham.
* Die Nichtinfektiosität des Blutes bei tertiärer Syphilis. William L. Mc. Namara.
Bericht eines Falles frontaler Sinuitis, kompliziert mit Syphilis. George W. Mackenzie.
Klinische und biochemische Studie von Neurosyphilis. Leon H. Cornwall und C. N. Myers.
Quantitative Untersuchung über das Eindringen von Arsen in die Spinalflüssigkeit nach Injektionen mit Tryparsamid. John A. Fordice und C. N. Myers.
Generalisierte Hautsyphilis. Herman Goodman.
Atypische Bulbärparalyse, ein Aneurysma vortäuschend. Harold W. Dana.
* Klinische Studie über 372 Syphilisfälle in einer Periode von 6 Jahren. H. S. Applebaum, Benjamin Levine und J. Edgar Fischer.
* Wundheilung bei Syphilis. William C. Menninger.
* Klinische Routine bei der Syphilisbehandlung. Arthur J. Casselman.
* Hyposulfitnatrium bei der Behandlung alter quecksilberbehandelter und der in den letzten Jahren arsenfesten Syphilisfälle. R. Wernigk.
* Einseitige Handgelenklähmung bei Syphilis. T. P. Murdock.
Eine erprobte graphische Form der Darstellung der Rsultate von Kolmers quantitativer Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. Robert A. Kilduffe.

Die intravenöse Anwendung metallischen Quecksilbers (Mercodel) zur Behandlung der Syphilis. Die Autoren berichteten über intravenöse Quecksilberinjektionen, die sie mit dem Präparat (Mercodel) vom April 1923 bis März 1925 machten. Das Mercodel ist ein von „Seydels Chemical Company" hergestelltes Präparat — ist eine feinverteilte Verreibung mit Glykose, ein blaugraues Pulver, welches mit destilliertem Wasser in einem Mischglas geschüttelt wird. Dann wird die Mischung durch ein Stofffilter in ein geeignetes Glasgefäß gegossen, mit einer Glasspritze aufgesaugt, und mit einer Nadel Nr. 19 (oder noch feiner) in eine passende Vene injiziert. Die Autoren behandelten zuerst Wassermann-resistente Fälle, ohne sichtbare klinische Symptome, wobei die gebräuchliche Behandlung wirkungslos geblieben war. Es handelt sich hier um eine sehr schwere Aufgabe, und die Verfasser geben zu, daß in einigen dieser Fälle ihre Hoffnungen nicht erfüllt wurden. Wenn man auch diese negativen Resultate nicht übersehen will, so hat doch in anderen Fällen die Wassermann Reaktion an Intensität abgenommen, und die Hoffnung belebt sich von neuem, daß in den Wassermann-resistenten Fällen weitere Erfahrung über Menge und Zeit der Dosierung zu einer Lösung dieses Problems führen wird, und daß durch eine steigernde Anreicherung des Patienten mit Mercodel diese Resistenz überwunden wird. Alle Patienten wurden ambulant behandelt, gut kontrolliert und kamen regelmäßig. Bei den von den Fabriken empfohlenen Dosen hinderten Stomatitiden, Gingivititiden und Lockerung der Zähne die Fortsetzung der Kulturen, bei kleineren Dosen schwanden alle diese Störungen. Die ersten Serien umfassen 81 Patienten mit 805 intravenösen Quecksilberinjektionen. Die größte Quantität, die ein Patient erhielt, waren 885 ccm in 43 Injektionen im Laufe von 14½ Monaten. Zusammenfassend sagen die Autoren: 1. Intravenöse Injektionen von Metall-Quecksilber Mercodel geben prompte klinische Resultate bei Syphilis. 2. Ernstere Gefahren bei ihrer Anwendung bestehen nicht. 3. Bei Dosen von 5 ccm kann eine milde Stomatitis auftreten, bei höheren Dosen kann sie höhere Grade erreichen. 4. Bei einwandfreier Technik entstanden keine Venenentzündungen oder Thrombosen. 5. Erscheinungen von Lues I, II und III und zerebrospinaler Lues schwanden beim Gebrauch, auch wenn Mercodel allein angewandt wurde. 6. Resistente, positive WaR. wurde negativ oder verlor an Intensivität. 7. Positive Liquorreaktion wurde negativ mit einer Reduktion von 37 Zellen auf 6 Zellen. 8. Schädigungen von Leber oder Nieren wurde nicht beobachtet. 9. Größere Mengen Quecksilber können ruhig in kürzerer Zeit gegeben werden, wie bei anderen löslichen Quecksilbersalzen. 10. Eine kumulative Wirkung wurde in 22 Monaten bei 805 Injektionen nicht beobachtet. 11. Das Präparat ist ein sicheres, schmerzloses und wertvolles Mittel zur intravenösen Injektion von Quecksilber, welches so gut wie irgend ein anderes die klinischen Erscheinungen zum Verschwinden bringt, ohne Schaden für den Patienten.

Klinische Studie über Sulfarsphenamine. I. Wert bei erworbener Syphilis. Sulfarsphenamin, ein hellgelbes leichtlösliches Pulver enthält 22% Arsen, gegenüber Arsphenamin, das 30% und Neoarsphenamin, das 18—20% enthält. Von letzterem unterscheidet es sich in der chemischen Struktur nur durch die Hinzufügung je eines weiteren Sauerstoffatoms in beiden Seitenketten. Ferner hat es sich als Pulver und in Lösung als haltbarer erwiesen und als weniger toxisch, wie die anderen Glieder der Arsenphenaminreihe. Es wurde intramuskulär oder subkutan in Dosen von 0,6 mg gegeben, ohne irgendeine bemerkenswerte lokale Reaktion, außer in einem besonderen Falle, wo mit Absicht eine 33 prozentige Lösung benutzt wurde. Die intramuskuläre oder subkutane Anwendung des Mittels im Sekundärstadium bewirkt bei Haut- und Schleimhauterscheinungen eine langsamere Rückbildung, wie bei den anderen Arsphenaminen, wenn auch das Endresultat mit bezug auf die Seroreaktion und das Ausbleiben von Rezidiven durchaus gleich ist, wie bei anderen Arsenpräparaten. Bei Patienten mit Neurosyphilis zeigte das Mittel keine Ueberlegenheit, außer in ganz frischen Fällen oder wenn alle anderen Mittel versagt hatten. Bei Wassermann-resistenten Patienten und solchen mit Erkrankung des Herzgefäßsystems war keine besondere Einwirkung des Mittels ersichtlich. In drei Fällen mit Schockreaktionen nach anderen Arsenpräparaten wurde das Mittel mit Nutzen angewandt. Die Art der Einverleibung schien wenig oder gar keinen Einfluß auf das Ausmaß des therapeutischen Effektes zu haben, war aber von großer Wichtigkeit bezüglich der toxischen Reaktion. In dieser Beziehung war die intramuskuläre Injektion die Methode der Wahl. Dermatitis wurde relativ häufig beobachtet, in sechs Fällen bei 678 Injektionen, es ist bedeutsam daß bei 110 intravenösen Injektionen sich drei Fälle ereigneten, während auf 302 intramuskuläre nur ein. Ein im voraus als arsenintolerant bekannter Patient zeigte eine hochgradige Anämie aplastischen Typs aber ohne Purpura nach einer Serie von sieben subkutanen Spritzen von 0,4 mg.

Klinische Studie über Sulfarsphenamine. II. Wert bei angeborener Syphilis. Im Vergleich mit Neoarsphenamin scheint Sulfarsphenamin in der Behandlung kongenitaler Lues folgende Vorteile zu besitzen. 1. Es kann subkutan mit geringen Beschwerden gegeben werden; nach der Injektion geringer Schmerz und leichte Schwellung. Neoarsphenamin dagegen kann nicht subkutan gegeben werden und auch nach der intramuskulären Injektion bleiben oft harte Infiltrate zurück, welche für längere Zeit Beschwerden verursachen. 2. Sulfarsphenamin kann in größeren Dosen und höherer Konzentration gegeben werden, als Neoarsphenamin. 3. Kondylome und Gummen verschwinden schnell, doch kaum rascher als durch Neoarsphenamin. 4. Da nur zwei Patienten mit Syphilis des Zentralnervensystems behandelt wurden, kann kein Schluß auf die Wirksamkeit dieses Mittels auf Erkrankungen dieser Art gezogen werden. 5. Bei resistentem Wassermann scheint es nicht wirksamer zu sein, als das Neoarsphenamin. Möglicherweise ist ein Wechsel von Neoarsphenamin zu Sufarsphenamin günstig. 6. Sulfarsphenamin scheint die kongenitale Syphilis nicht anders zu beeinflussen als Neoarsphenamin. 7. Bei schlecht zugänglichen Venen dicker Kinder bietet die subkutane Methode große Erleichterung.

Die Nichtinfektiosität des Blutes bei tertiärer Syphilis. Bei Malaria- bzw. Uncinariakranken mit schweren sekundären

Anämien wurde auch Blut tertiärer Syphilitiker übertragen. Zehn Nichtsyphilitiker bekamen itravenös Blut von sechs syphilitischen Gebern im letzten Stadium der Krankheit. Vier Fälle erhielten je ein, drei Fälle je zwei und drei Fälle je drei Transfusionen. Bei vier Fällen wurden zwei Geber benutzt, ein Fall erhielt Blut von drei Gebern. Es trat bei allen Anämiefällen eine deutliche Besserung ein. Keiner der Empfänger zeigte irgendwelche klinische Erscheinungen von Syphilis oder positiver WaR. während einer Beobachtungsdauer von 16—26 Wochen. Aus diesen und anderen weniger genau klinische festgestellten Beobachtungen kann man schließen, daß es im allgemeinen gefahrlos ist, Blut von Tertiärsyphilitikern zur Transfusion zu benutzen.

Klinische Studie über 372 Syphilisfälle in einer Periode von sechs Jahren. Die Autoren fassen das Resultat ihrer Untersuchung in folgenden Sätzen zusammen. 1. Syphilis ist eine heilbare Krankheit bei sofortiger und intensiver Behandlung, besonders in Frühfällen. 2. Viele Patienten übersehen die Erscheinungen in den Genitalien, bis ihnen mitgeteilt wird, daß sie Syphilis haben. In diesem Zusammenhang soll gesagt werden, daß mit unserer wachsenden Erkenntnis mit bezug auf die Syphilis, ein großer Prozentsatz der Fälle sich mit Erscheinungen an den Genitalien entweder selbst behandeln oder von Inkompetenten behandelt wird. 3. Allgemeine Aufklärung über Geschlechtskrankheiten nach bestimmter Hinsicht wird die Vorherrschaft dieser Krankheiten brechen. 4. Das Virus wird frühzeitig im ganzen Körper verbreitet, dies erhellt die Tatsache, daß 50% der Fälle mit Primäraffekten eine positive WaR. haben. 5. Bei positiver Anamnese und sorgfältiger klinischer Untersuchung wird man unzweifelhaft noch andere Erscheinungen von Syphilis finden, die mit der WaR. übereinstimmen. 6. Das Dunkelfeld ist das früheste diagnostische Hilfsmittel, und es sollte bei allen zweifelhaften Erscheinungen angewandt und wiederholt werden, wenn es negativ ausgefallen ist. 7. Es besteht ein bemerkenswerter Unterschied in unseren Serien zwischen Männern und Frauen. Wahrscheinlich kommt dies daher, daß a) die Frauen seltener wissen wie die Männer, daß sie Lues haben, b) die Frauen eine größere Abneigung haben, sich in einem Krankenhaus behandeln zu lassen. c) Frauen wahrscheinlich weniger Gelegenheit haben, Syphilis zu erwerben, als Männer. 8. Die klinische Feststellung erfolgt früher als die serologische. 9. Quecksilber kann lange ohne Schaden für die Nieren vertragen werden. Diese Form der Therapie sollte systematisch durch Harnuntersuchung kontrolliert werden.

Wundheilung bei Syphilis. 1. Von 22 Wundfällen mit stark positivem Wassermann zeigten 16 eine schwierige Heilung, die sechs übrigen heilten primär. 2. 14 Fälle waren mehr oder weniger infiziert, fünf davon waren reine Operationswunden. 3. Von vier vorher behandelten Fällen zeigten drei postoperative Heilungsschwierigkeiten. Alle hatten positiven Wassermann. 4. Patienten mit positivem WaR. zur Zeit der Operation können trotz Behandlung nicht risikolos operiert werden, wenn auch die postoperative Heilung klaglos verlaufen kann. 5. Unbeahndelte Fälle von aktiver Syphilis dürften postoperative Schwierigkeiten der Wundheilung erwarten lassen. 6. Die Rolle, welche die Syphilis dabei spielt, ist nicht klar. In einigen Fällen wachsen pyogene Bakterien geringer Virulenz üppig; bei anderen besteht schlechte Heilungstendenz ohne schwere Infektion; in wieder anderen tritt überhaupt keine irgendwie geartete Heilungsschwierigkeit auf. 6. Voroperative Syphilisbehandlung ist wünschenswert und postoperative ist ratsam, obgleich die Wirkung einer solchen Behandlung bei positiv bleibendem Wassermann als Hilfe zur Wundheilung unsicher ist.

Klinische Rutine bei der Syphilisbehandlung. Der Behandlungsplan unterscheidet sich von dem üblichen klinischen Vorgehen darin, daß alle Patienten in einer Klinikstunde mit Sulfarsenamin, später mit Wismut und zum Schluß mit Quecksilber behandelt werden. Jedes dieser Mittel wird allein angewandt und im Wechsel während einer Periode von vier Wochen. Ist der Patient nicht gefährlich infektiös, so wird er in die gerade geübte Behandlung eingereiht. Auf diese Weise werden Zeit und Kraft des dirigierenden Arztes gespart, so daß er mehr Aufmerksamkeit den physikalischen Untersuchungen und der Variation der Behandlung zuwenden kann.

Hyposulfitnatrium bei der Behandlung alter quecksilberbehandelter und der in den letzten Jahren arsenfesten Syphilisfälle. Nicht nur diese sondern alle alten sekundäre und tertiäre Syphilitiker sollten vor Beginn einer Quecksilber- oder Arsenkur eine Hypersulfitnatriumkur durchmachen. Der Autor beginnt mit 3—5 g Hyposulfit intravenös zweimal die Woche und steigt schnell bis 1,0—1,5 ccm. Bisweilen fügt er 2,0—5,0 g Jodnatrium zu dem Hyposulfit und wenn der Blutdruck niedrig ist und der zweite Pulmonalton lauter als der zweite Aortenton ist, oder andere Zeichen von Myocardschwäche gegeben sind, fügt er 2 oder 3 ccm Digalen hinzu, welches im Gegensatz zur allgemeinen Meinung bei intravenösen Darreichung nicht nur ein Herzmuskelstimulans, sondern auch ein allgemeines Muskeltonikum ist.

Einseitige Handgelenklähmung bei Syphilis. Die Literatur über einseitige Handgelenkkontraktur durch Syphilis ist sehr klein. Wahrscheinlich ist diese Grundlage häufiger als man früher geglaubt hat. In allen Fällen von Handkontrakturen sollte an die Möglichkeit von Syphilis gedacht werden.

9., Nr. 4, Oktober 1925.

* Die Behandlung der Organsyphilis mit Wismut. J. H. Musser.
* Neue Richtlinien für die Therapie der Syphilis. Otis S. Warr und L. Carl Sanders.
* Der normale Arsengehalt des Körpers und seine Bedeutung in der gerichtlichen Medizin. C. N. Myers und Leon H. Cornwall.
* Drei Fälle von doppelseitiger Charcotscher Erkrankung des Hüftgelenks. James L. Greene und Francis J. Scully.
* Medikamentös verursachte Hauterscheinungen bei Syphilis. E. William Abramowitz.
* Paroxysmale Hämoglobinurie nach Kältewirkung bei Syphilis. Hugo W. Traub.
Behandlung metasyphilitischer Erkrankungen mit Silbersalvarsan und intravenösen Quecksilberinjektionen. Frank Garai.
Deutung der quantitativen Komplementbindung (Wassermannbericht). Robert A. Kilduffe.
Der Einfluß des Antigens bei der Wassermannreaktion Schwangerer. David L. Belding.
Die Wassermannreaktion bei schwangeren Frauen. David L. Belding.
* Die Wassermannreaktion unter Verwendung überschüssigen Ambozeptors. L. Cummer und Frank B. Lyne.

Die Behandlung der Organsyphilis mit Wismut. Wismut wirkt in bestimmten Fällen von Syphilis besser als Salvarsan. Abgesehen von den Arsenfesten und Arsenhypersensitiven ist das Mittel besonders wertvoll für die Behandlung von Patienten mit vorgeschrittener Organsyphilis. Das Hauptwirkungsfeld für Wismut sind die syphilitischen Erkrankungen des kariovasculären Systems und der Niere.

Neue Richtlinien für die Therapie der Syphilis. Um das Fortschreiten der Syphilis einzuschränken, die heute schon beinahe an der Spitze der Sterblichkeitsliste steht, ist die Forderung des Tages: 1. Das frühe Erkennen der Krankheit. 2. Geeignete Behandlung. 3. Die Unterrichtung der Oeffentlichkeit über die Gefahren, die eine Infektion nach sich zieht. Die Behandlung der Syphiliskranken soll hygienisch, therapeutisch und seelisch sein. Die hygienische Behandlung soll hauptsächlich den Körper vorbereiten und stählen für die Kuren mit den meist recht differenten Mitteln. Die therapeutischen Behandlungsvorschläge bringen nichts Neues. Verfasser betont, daß bei Neurosyphilis zuerst Quecksilber vor der Anwendung des Salvarsans gegeben werden müsse. Die seelische Behandlung hält Verfasser für außerordentlich wertvoll. Die Patienten fühlen sich meist von der menschlichen Gesellschaft ausgestoßen und mancher Selbstmord wäre schon verhütet worden, wenn ihnen in der ersten Zeit der Arzt als beratender und tröstender Freund zur Seite gestanden hätte.

Der normale Arsengehalt des Körpers und seine Bedeutung in der gerichtlichen Medizin. In einer großen Reihe von wahllos herausgegriffenen Fällen zeigt die Analyse, daß Arsen ein normaler Bestandteil des Urines ist. 0,40 mg Arsen auf 100 g Trockensubstanz darf als normaler Wert angesehen werden. Im Blut ist Arsen nicht so regelmäßig zu finden, wie im Urin. Der Arsengehalt soll 0,30 mg auf 100 g Trockensubstanz nicht übersteigen. Auch in den Haaren ist Arsen ein gewöhnlicher Bestandteil. Nur selten findet man Menschen, deren Haar kein Arsen enthält. In der Muttermilch ist kein Arsen enthalten. Wird solches darin gefunden, so ist es durch irgend eine Nahrung oder Medikation eingeführt. In bezug auf die gerichtliche Medizin ist großer Wert auf die Anwesenheit des Marshschen Arsenspiegels zu legen, in allen solchen Fällen, wobei behauptet wird, daß Arsen in krimineller Absicht angewendet wurde. Ohne nachgewiesene Syphilis, ohne Gewißheit, ob und wann das Individuum mit Arsen, in Form von Salvarsan, behandelt wurde, ist es schwer festzustellen, ob Arsenvergiftung die Ursache des Todes war, es sei denn, daß Arsenmengen gefunden wurden, die die oben als normal bezeichneten überschritten.

Drei Fälle von doppelseitiger Charcotscher Erkrankung des Hüftgelenks. 1. Doppelseitige Charcotsche Erkrankung der Hüftgelenke ist relativ unbekannt, wird jedoch nicht so selten gefunden. 2. Man findet sie gewöhnlich im ataktischen Stadium der Tabes dorsalis. 3. In jedem zweifelhaften Falle soll man die Liquoruntersuchung machen, da diese stets positiv ausfällt, auch wenn der Wassermann im Blute negativ war. 4. Charcots Gelenkerkrankung findet man auch bei hereditärer Syphilis.

Medikamentös verursachte Hauterscheinungen bei Syphilis. Neben den syphilitischen Erscheinungen zeigen die Patienten oft Wirkungen von Mitteln, die sie teils gegen die Syphilis, teils gegen Kopfweh, Verstopfung, Schlaflosigkeit usw. eingenommen. Ganz bestimmte medikamentöse Nebenerscheinungen werden durch Arsen, Phenolphthalein und die Antipyrin- und Luminalgruppe hervorgerufen. Hauterscheinungen nach Brom und Jod werden oft mit syphilitischen verwechselt. Der blaue Wismutsaum an Gaumen und Zunge ist eine Warnung vor drohender Stomatitis. Stomatitis, ohne vorherige Warnungszeichen, tritt auf bei Quecksilberbehandlung und wird da oft fälschlich für Syphilis gehalten. Auch generalisierte Hautausschläge werden durch Medikamente erzeugt. Sie gleichen oft den luetischen Exanthemen und können zu schwerer, schuppender Dermatitis führen. Die genaue Kenntnis der durch die Mittel hervorgerufenen lokalen und allgemeinen Erscheinungen, die Vorgeschichte und der positive Ausfall eines Probeversuches mit einer wirksamen Dosis des Mittels dürften die Natur der Schädigung feststellen. Bei Ikterus und schweren Störungen ist eine solche Probe nicht ratsam.

Paroxysmale Hämoglobinurie nach Kälteeinwirkung bei Syphilis. Traub berichtet über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, die bei einem Schwarzen jedesmal mit Fieber, Rücken- und Kopfschmerzen auftrat, wenn er bei kälterem Wetter arbeitete. Diese Hämoglobinurie hatte ihren Grund in einer latenten Syphilis mit stark positivem Wassermann. Kleine Dosen Arsen brachten Besserung der Symptome, erst die Behandlung mit Quecksilber scheint vollständige Heilung bewirkt zu haben.

Die Wassermannreaktion unter Verwendung überschüssigen Amboceptors. Durch die Verwendung von fünf Einheiten hämolytischen Ambozeptors wird dem Haupteinwand begegnet, man verwende ein Antihammelblutsystem, d. h. die Vermittlung wäre der Anwesenheit von unbekannten Mengen nativen Antihammelblutambozeptors im menschlichen Serum zuzuschreiben. Bei der Anwesenheit überschüssigen Ambozeptors ist eine außerordentlich feine Komplementtitration möglich. Folglich ist das hämolytische System unveränderlich genau ausbalanziert. Die Resultate der Komplementtitration sind so deutlich, daß der persönliche Irrtum beim Ablesen auf ein Minimum eingeschränkt ist. Der Gebrauch einer Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen, sensibilisiert wie beschrieben, und das relativ konzentrierte Volumen aller Reagentien beschleunigt den Ablauf der Hämolyse und beschränkt die Zeit, welche zur Ausführung der Reaktion nötig ist, auf ein Minimum. Es ist weniger Komplement erforderlich, wenn zwei Ambozeptoreneinheiten angewandt werden, so daß die Möglichkeit des Dazwischentretens unbekannten fremden Serums vermindert wird. So erhält man bemerkenswert wenig Antikomplementärreaktionen, Resultate mit Sera, die durch Wochen angewandt wurden, ergaben immer dieselben Resultate. Die Ergebnisse, welche mit dieser Methode erzielt wurden, zeigten, daß dieses System empfindlicher ist als die allgemein angewandten Systeme.

Journal of Urology.

Februar 1926.

Die Wirkung harntreibender Mittel auf überpflanzte Nieren. Jackson K. Holloway.
Aetiologie der Steinpyelonephritis. B. H. Hager.
Primäres papilläres Epitheliom des Nierenbeckens mit Bericht über einen Fall. Erward William White und C. Otis Ritch.
* Studie über Autopsiepräparate des Harntraktus. Vergleich zwischen Anatomie, Pathologie und Röntgenologie. Albert E. Goldstein und William J. Carson.
* Venensteine. John M. Culligan.
* Harnrückfluß und Nierenkolik. Bransford Lewis.
Die Wirkung der Durchschneidung beider Sakralnerven auf den intravesikalen Druck. J. Craig Petter.
Kavernöses Hämangiom der Blase. Harry Katz.
* Die infektiöse Cystitis der Frau. W. T. Briggs.

Studie über Autopsiepräparate des Harntraktus. Vergleich zwischen Anatomie, Pathologie und Röntgenologie. Die Verfasser haben in 46 Fällen kurz nach dem Tode den Harntrakturs in toto exstirpiert und röntgenographiert. Es ist für den Urologen und Röntgenologen desselben Objekts zu vergleichen. Es wurden auch Messungen am Harnleiter und Nierenbecken angestellt. Der Durchmesser des normalen Harnleiters beträgt 1,5—7 mm, die Maße des Beckens sind 1,0—0,8 cm mal 3,2 cm. Die Kapazität von Harnleiter, Pyelon und Kelchen schwankt zwischen 5 und 13 ccm; als Durchschnitt ergaben sich 8 ccm. Die im Uretero- und Pyelogramm normalen Harnleiter und Nierenbecken zeigten auch anatomisch keine Veränderungen, während die röntgenologisch veränderten Bilder auch pathologisch anatomisch erkrankt waren. Entzündliche Harnleiterstrikturen fanden sich in vier Fällen (9%) einmal beiderseitig, einmal multipel. Sie wurden auch histologisch bestätigt. Wenn die Kontrastflüssigkeit unter Druck injiziert wurde, so wurde sie bis in die Rinde gepreßt, ohne daß eine besondere Erweiterung von Ureter oder Pyelon erfolgte.

Venensteine. Durch die Entwicklung der Röntgenkunde haben die Venensteine wieder erhöhtes Interesse erfahren, da sie sich nach der Statistik der Mayo Klinik bei Beckenaufnahmen in 38,99% zeigen. Sie sind bei Frauen zwei Drittel mal so häufig, als bei Männern; ihre Größe schwankt zwischen 1 und 10 mm, der Durchmesser ist 4 mm. Hauptsächlich trifft man sie im periprostatischen Plexus bzw. im Uterinplexus an, häufig auch in Milzvenen und Hämangionen. Mikroskopisch sind die Steine sehr gleichartig. Sie setzten sich aus Kalziumkarbonat und phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia (bzw. Kalk) zusammen. Die größeren Konkremente sind oft ossifiziert. Ursprünglich sind die Venensteine Thromben, die ihre Entstehung einer Muskelinsuffizienz der Wand, Stase, Unterernährung, Infektion und Kalzifikation verdanken. Urologisch wichtig ist die Differentialdiagnose zwischen Venen- und Harnleitersteinen. Der Röntgenologe kann zirka 94% richtig diagnostizieren. Zur genauen Feststellung, ob der verdächtige Schatten innerhalb oder außerhalb der Harnwege liegt, soll man die Pyelographie dem Kontrastkatheter vorziehen. Die Phleboliten und Thromben des perivesikalen Plexus können stets Ausgangspunkt der Embolie sein.

Harnrückfluß und Nierenkolik. Durch die experimentellen Arbeiten von Grayes und Davidoff über die Insuffizienz der Harnleitermündungen ist gezeigt worden, daß dieses Vorkommnis sehr häufig ist. Der Verfasser zieht nun die Tatsache des Refluxes in den Ureter zur Erklärung von solchen Nierenkoliken heran, bei denen sich kein Stein nachweisen läßt, hingegen Abflußhindernisse am Blasenhals und der Harnröhre bestehen. Er publiziert zum Beweise drei einschlägige Fälle aus seiner Praxis.

Die infektiöse Zystitis der Frau. Von 250 Fällen, welche über häufigen Harndrang klagten, hatten 90 = 35% bakterielle Zystitis. Unkomplizierte, aber auch einige der komplizierten Fälle reagierten rasch auf die Behandlung. Die häufigste Komplikation war eine Harnröhrenverengerung, welche in etwa 30% der zystitischen Fälle vorkam. Eine Anhiebsdiagnose kann aus Anamnese, physikalischer Untersuchung, Harnanalyse gestellt werden. Die Enddiagnose hängt nicht nur von der subjektiven Besserung ab, sondern es muß ein steriler Urin vorhanden sein.

März 1926.

* Die epidurale Anästhesie bei der perinealen Prostatektomie. E. Clay Shaw.
Der pyelovenöse Rückfluß. Das Schicksal des Phenolsulphophthaleins im normalen Nierenbecken bei abgebundenem Harnleiter. Frank Hinman und Morrell Vecki.
Gonorrhoische Niereninfektion mit Bericht über einen Fall. Adam Kemble.
Die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Drüsen, eine anatomische und histologische Studie. Edwin M. Hirsch.
Eine genaue Methode zur Bestimmung der Ausheilung der männlichen Gonorrhoe. H. Mc. Clure Young.
Ungewöhnliche Blasenobstruktion. W. J. Wallace.
Abschnürung des Penis durch einen eisernen Ring. Vincent Vermooten.

Die epidurale Anästhesie bei der perinealen Prostatektomie. Sehr ausführliche und gründliche Arbeit, der 100 genau beobachtete Fälle von Prostatektomie zugrunde liegen. Die Anatomie und die Technik der Methode werden eingehend beschrieben. Auch wurde experimentell durch epidurale Injektion von Methylenblau bei soeben Verstorbenen festgestellt, wie weit sich die Flüssigkeit im Epiduralraum ausbreitet. Es hat sich dabei ergeben, daß 15—20 ccm einer dreiprozentigen Lösung von Procain am geeignetsten ist. Immerhin war die Anzahl der Fehlergebnisse 17%, doch mußte nur in 11 Fällen allgemeine Narkose angeschlossen werden. Blutdruck und Puls wurden in Abständen von fünf Minuten geprüft. Der systolische Blutdruck zeigt am besten das Allgemeinbefinden des Kranken an. Oft fällt er um 30—50 mm, ohne daß der Zustand des Patienten beeinträchtigt wird. Zweierlei Arten von Reaktionen auf die Injektion wurden beobachtet. Bei dem einen Typus stiegen Puls und Blutdruck rasch und plötzlich an, Erregungs- und konsulsivische Zustände traten auf. Anscheinend erfolgen diese Symptome bei Absorption der Droge in den Kreislauf (2%). Im anderen Falle erfolgt Senkung von Blutdruck und Pulsfrequenz, sowie allgemeine Schwäche. Man muß hier an eine lähmende Wirkung auf den Symphatikus durch das plötzliche Anwachsen der Flüssigkeit im Wirbelkanal denken. Meist jedoch erfolgte keine Reaktion. Die Mortalität betrug 3%, doch erfolgte kein Tod durch die Anästhesie. Die epidurale Injektion ruft eine völlige Erschlaffung der Darmmuskulatur und erleichtert so die Operation. Die postoperativen Komplikationen waren seltener als bei der Narkose. Pneumonie und Urämie traten nicht auf. Nur in einem Falle entwickelte sich eine Herzdekompensation, die jedoch leicht war und sich völlig erholte. Eine Unterstützung des extraduralen Blocks durch intrasakrale Injektion ist unnötig. Schwer nervöse Patienten sollten von der epiduralen Anästhesie ausgeschlossen werden, sofern nicht die Allgemeinnarkose kontraindiziert ist. Gerade bei älteren Patienten mit gestörter Nierenfunktion sollte der epiduralen Betäubung der Vorzug erteilt werden, da das Operationsrisiko vermindert wird. E. Lehmann, Berlin.

The Urologie and Cutaneous Review.

Nr. 3, März 1926.

* Suprapubischer Blasenschnitt. Frank R. Wright, Minneapolis.
Hufeisenniere. Diagnose und konservative Behandlung derselben. C. H Ludowigs, Karlsruhe.
* Affendrüsentransplantation. Scherwood-Dünn, Nizza (Frankreich).
Nachweis von Zucker und Albumen im Urin ohne Reagentien. Barker Smith, London (England).
Ueber die Wichtigkeit der Pyolographie zur Differentialdiagnose urologischer und abdomineller Erkrankungen. Samuel J. Suckoe, Atlanta.
* Die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. Charles Gilbert und Robert D. Gauillard, Paris.
Sieben Fälle syphilitischer Umstimmigkeit. Edward R. Palmer, Louisville.

Suprapubischer Blasenschnitt. Historischer Ueberblick über die Entwicklung des suprapubischen Blasenschnittes. Heute kommt er nur noch zur Verwendung zur Entfernung von Tumoren und Fremdkörpern der Blase, zur Entfernung von Prostataneubildungen, bei Blasenblutungen bzw. Blasenrupturen und schließlich zur Anstellung des retrograden Katheterismus.

Affendrüsentransplantation. Auf Grund von Studien Vownoffs bei Säugetieren — besonders bei Schafen und Kühen pfropfen Scheerwood-Dünn zwecks Verjüngung Stücke der Testikel — nebst Albuginea — eines Affen unter die menschliche Albuginea. Die Methodik der Operation ist aus beigefügten Bildern leicht ersichtlich. Unangenehme Begleiterscheinungen infolge des tierischen Materials traten nie ein, die Erfolge waren stets sehr gut.

Die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. Zur Behandlung der Prostatahypertrophie appliziert G. 90—110% der Erythemdosis auf die Prostata. Diese Dosis wird in sechs Positionen geteilt verabfolgt, und zwar dreimal von vorn, einmal medial und zweimal lateral, und dreimal von hinten ebenso. 8-10 Tage nach der Bestrahlung treten Irritationen der Blase und des Mastdarmes unter der Gestalt von Tenesmen auf. Akute Harnverhaltungen reagieren recht gut auf diese intensiven Bestrahlungen, weniger gut chronische Verhaltungen. Die Erfolge dieser Behandlung sind recht günstig bei den weichen Formen der Prostatahypertrophie, während die harten besser dem chirurgischen Eingriff reserviert bleiben.

Nr. 4, 1926.

* Angeborene Nierendeformitäten und Krankheiten dieses Organs. F. Cathelin, Paris.
* Röntgenbestrahlung bei Adenom der Prostata. E. Legen, Paris.
* Circumcision mittels Kauterisation. Isaac G. Duncan, Memphis.
* Gonorrhoische Arthritis. Bret B. Hurd, Marion.
Die Röntgenbehandlung von Pellagrahauterscheinungen. Gordon B. Underwood, Evansirlle.
Erkrankung des Zentralnervensystems bei einem Falle von Pemphigus vulgaris. Paavo Pirilä, Helsingfors.
Ein Fall von Myxofibrom des Hodens. Augustus Harris, Brooklyn.
Artifizielle Dermatitis. Frank W. Cregor und Frank M. Gastineau, Indianapolis.
* Chronische Indigestion und Syphilis. Albert Crance, New York.
Kariovaskuläre Syphilis trotz genügender Behandlung der primären Infektion. J. Rowan Morrison, Louisville.
* Behandlung der wassermannpositiven Syphilis. Leon B. Cowen, Detroit.
* Kohlensäureschnee in der Dermatologie, mit besonderer Berücksichtigung seiner Anwendung auf die Haut, Schleimhaut und leutischen Leukoplakien. Lortat Jacob, Paris.
„Impetigo“. H. C. L. Lindsay, Vancouver.
* Komplementfixation bei Ulcus molle. Clarence C. Saelhoff, Chikago.

Angeborene Nierendeformitäten und Krankheiten dieses Organs. Cathelin macht darauf aufmerksam, daß kongenitale Anomalien der Niere eine starke Disposition für sogenannte chirurgische Krankheiten derselben, besonders der Tuberkulose, geben.

Röntgenbestrahlung bei Adenom der Prostata. Auf Grund seines großen Materials lehnt L. die Röntgenbehanlung der Prostatahypertrophie ab, da sie nur zur Beseitigung sekundärer Krankheitssymptome mit Erfolg herangezogen werden kann. Auf das Grundübel selber wirkt die Röntgentherapie dagegen gar nicht ein, sondern nur der chirurgische Eingriff kann dieses wirklich bekämpfen.

Circumcision mittels Kauterisation. Bei chancroiden Phimosen empfiehlt Duncan die Circumcision mittels Kauterisation auszuführen. Eine Blutstillung ist hierbei nicht erforderlich, die Wunden werden kaum infiziert, das kosmetische Resultat ist vorzüglich.

Gonorrhoische Arthritis. Sehr gut hat sich die von Dr. Goldey angegebene Methode der Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus bewährt. Diese Behandlung besteht in energischer, regelmäßiger Massage der Prostata — als dem Sitze chronischer Gonokokkeninfektion — nebst Spülungen der Anterior in Verbindung mit subkutaner Injektion höchster Dosen von Gonokokkenvakzin, beginnend mit 500 Millionen Einheiten in rascher Steigerung. Selbst in Fällen, in denen das Röntgenbild des erkrankten Gelenkes eine ungünstige Prognose vermuten ließ, trat völlige Beweglichkeit des Gelenkes wieder ein.

Chronische Indigestion und Syphilis. In allen Fällen von lange sich hinziehenden Beschwerden des Magen-Darmtraktus, besonders von solchen, die mit nervösen Störungen verbunden sind, muß man an Lues denken und die Wa. R. anstellen, denn nicht selten zeigen sich die ersten Störungen eines luetisch erkrankten Zentralnervensystems unter dem Bilde von Magen-Darmstörungen.

Die Prinzipien der Behandlung der wassermannpositiven Lues. Da eine positive Wa. R. stets einen luetischen Herd im Körper anzeigt, selbst wenn keine klinischen Symptome nachzuweisen sind, so muß in jedem Fall sehr energisch gegen diesen vorgegangen werden. Um aber hierbei Erfolge zu haben, darf man sich nicht auf ein Heilmittel, etwa Salvarsan, beschränken, sondern alle zur Verfügung stehenden Mittel, Salvarsan, Bismut, Quecksilber, anwenden, wechseln, kombinieren, sie durch Proteinkörpertherapie unterstützen usw. Auf jeden Fall muß die Therapie, ebenso wie die der Tuberkulose, äußerst aktiv sein.

Kohlensäureschnee in der Dermatologie. Der unter Druck applizierte Kohlensäureschnee bewährt sich bei Naevi, Xanthelasmen der Augenlider, die narbenlos nach etwa dreimal Druckbehandlung verschwinden, bei kleinen Epitheliomen und vor allem bei Leukoplakien, die meist auf Lues zurückzuführen sind, die aber durch eine antiluetische Kur allein nicht zur Rückbildung gebracht werden.

Komplementfixation bei Ulcus molle. Die Komplementfixation zwecks Diagnostik des Ulcus molle ist abzulehnen, denn 1. liefert sie bei sicherem Ulcus molle nur in 58% positive Resultate; 2. ist die Methode unspezifisch, da auch bei Gonorrhoe, Lues und Krankheiten aller Art positive Resultate recht häufig sind.

Bab.

California and Western Medicine.

24., Nr. 2, Februar 1926.

* Prophylaxe und Behandlung von Wundinfektion mit modernen Methoden. K. F. Meyer.
Veränderungen im Blutkalzium nach der Darreichung von Parathyreoidextrakt. James W. Sherrill und E. F. F. Copp.
Bericht über 50 mit Insulin behandelte Fälle von Diabetes. Ben E. Grant.
Colitis ulcerativa chronica. M. S. Woolf.
Laminektomie und Entfernung von Rückenmarkstumoren unter Lokalanästhesie. E. B. Towne.
* Tuberkulöser Coecaltumor. Clarence A. Johnson.
Bedenkliche Operationen und ihre Technik. Frederick A. Rhodes.
Neurosen des Ganglion nasale (Spheno-palatinum nach Meckel). Lawrence K. Gundrum.
Die Rolle des Kaiserschnittes bei der Behandlung der Eklampsie. John C. Irwin.
Leistenbruch und Vesiculitis seminalis durch den Beruf. Miley B. Wesson.

Prophylaxe und Behandlung von Wundinfektion mit modernen Methoden. Noch immer sterben zu viele Leute durch Infektion mit anaeroben Bakterien, und zwar kommt das daher, daß die überwiegende Mehrzahl des Publikums mit solchen Wunden niemals einen Arzt aufsucht. Diese in vielen Fällen sehr traurige Unwissenheit sollte durch wenigstens elementare Kenntnisse ersetzt werden. Verf. stellt sogar fest, daß fünf der Aerzte, welche die von ihm berichteten 148 Fälle behandelten, auch nicht imstande waren, die erforderliche Hilfe zuleisten; dieser Umstand ist natürlich furchtbar. In ganz prägnanter und übersichtlicher Art gibt Meyer nun die Methoden an, nach welchen in seiner Klinik behandelt wird. Diese Methoden sind uns in Deutschland nicht mehr unbekannt aber es ist doch sehr interessant, aus dem Munde eines amerikanischen Kollegen zu hören, wie ehrlich und objektiv er seine Erfahrungen über Patienten und Kollegen mitteilt.

Tuberkulöser Coekaltumor. Man unterscheidet, nach Angabe des Verfassers, zwei Arten von Coekaltuberkulose: 1. die tuberkulöse Ulceration des Coekums, und 2. die hyperphastische Tuberkulose des Coekums. Diese letztere ist in der Ileo-Coekalgegend darum bemerkenswert, weil sie einen Tumor vortäuscht und Stenose verursacht. Die tuberkulöse Infektion greift sowohl die Mucosa wie auch die Submucosa, ja in einzelnen Fällen auch die Subserosa an. Gewöhnlich findet man die tuberkulöse Ulceration des Coekums als Endkomplikation von vorgeschrittener Phthise; chirurgische Maßnahmen versprechen im allgemeinen äußerst geringen Erfolg.

24., Nr. 3, März 1926.

* Prostata-Verstopfung. George G. Reinle.
Die Beziehung von proteinhaltigen Nahrungsmitteln zur Hypertension. Arthur N. Donaldson.
Der Wert von Apfelsinensaft als accessorisches Nahrungsmittel. J. Tracy Melvin.
Renales Gegengewicht. Frank Hinman.
Die Bilharziakrankheit, ihre Heilung durch Brechweinstein. W. B. Palamountain.
Gründe zur Frühbehandlung des Schielens. M. F. Weymann.
* Radiotherapie bei nichtmalignen Bedingungen. Francis Williams.
Magen- und Duodenalgeschwüre. James A. Mattison.
* Bedeutung von Wachstumsabweichungen bei Kindern. C. L. Lowman.
Hautverletzungen als diagnostisches Hilfsmittel in der allgemeinen Medizin. H. J. Templeton.
Virulente chirurgische Infektionen. William H. Barnes.
Lupus erythematodes acutus disseminatus. Fred B. Clark und A. W. Warnock.
* Klinische Gesichtspunkte bei intestinaler Protozoiasis. Andrew Bonthius.
Rachitis. Langley Porter.

Prostataverstopfung. Verf. kommt auf Grund von Umfragen bei den bedeutenden Chirurgen Amerikas zu dem Ergebnis, daß die Mortalität nach Prostatektomie unter Berücksichtigung aller Vorsichtsmaßregeln 3% betrage. Er schildert sehr anschaulich die suprapubische sowohl wie auch die perineale Methode; die letztere kennen wir in Deutschland ja von Voelcker (Halle). Verf. hat merkwürdigerweise auffallend viel renale Störungen gesehen, was er auf den Dauerkatheter zurückführt. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der von ihm operierten Fälle wurde suprapubisch ausgeführt und Verf. bevorzugt diese Methode.

Radiotherapie bei nichtmalignen Bedingungen. In der vorliegenden Arbeit handelt es sich darum, ob es zweckmäßig ist, Radiumbehandlung bei nichtmalignen Bedingungen anzuwenden. Sie ist sicherlich in sehr vielen gutartigen Hautaffektionen, wie Akne, Psoriasis, Prurigo usw. ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel, und wenn sie in Verbindung mit anderen therapeutischen Maßnahmen angewendet wird, kann sie von ganz besonderer Bedeutung sein. Sehr häufig wird sie die Heilung beschleunigen und diese wesentlich dauerhafter machen; ein Ideal, nach dem der behandelnde Arzt naturgemäß strebt.

Bedeutung von Wachstumsabweichungen bei Kindern. Es ist wichtig, zu wissen, daß verschiedene Fehler bei Kindern sehr häufig zu schweren Funktionsstörungen und pathologischen Veränderungen in späteren Jahren führen können. Verf. zählt die wichtigsten Störungen, welche im späteren Alter Komplikationen nach sich ziehen, aus seiner reichen Erfahrung auf, und wir sehen u. a., daß geringe Schädigungen im Fußgelenk später in Form von Müdigkeit, Fußkrämpfen und Neuritis im Hüftgelenk auftreten können. Er fordert daher, daß es sehr wesentlich ist, bei kleinen Kindern ganz genau den Körperbau und Körperwuchs zu untersuchen, um bei Schädigungen, welche beim Säugling vielleicht einfach zu beheben sind, in späteren Jahren nicht erst vor unnötig schwierige Probleme gestellt zu werden.

Klinische Gesichtspunkte bei intestinaler Protozoiasis. Pathogene parasitäre Protozoeninfektion, wie auch bakterielle Infektionen bestehen oft in großem Ausmaße ohne jedwede Symptome. Sehr häufig verursachen sie so milde Erscheinungen, daß diese von dem Patienten gar nicht bemerkt werden, und wiederum sitzen die chronischen und sekundären Symptome so atypisch und undefinierbar weit von dem eigentlichen Sitz der Infektion entfernt, daß die Aetiologie der Aufmerksamkeit des Arztes entwischt. Die Gegenwart pathogener Protozoen oder ihrer Cysten ist der einzige sichere Beweis der Infektion. Infolgedessen wird es häufig vorkommen, daß Patienten als gesund bezeichnet werden, auch wenn sie in Wirklichkeit noch mit intestinalen pathogenen Protozoen behaftet sind.

Hofbauer, Berlin.

The Journal of Oriental Medicine.

4., Nr. 2, Januar 1926.

Die pharmakologische Wirkung des Adrenalins auf die Pupillen eines Kaninchens nach Exstirpation des Ganglion cervic. super. R. Tsukamoto.
* Wirkung des Insulins auf den Eiweißstoffwechsel von mit Schilddrüsensubstanz gefütterten Kaninchen. H. Senega.
Beiträge zum normalen histologischen Bau der Koronararterien. K. Higeda.
Ueber den Grundstoffwechsel bei Beri-Beri. H. Senega und Y. Yasutomi.
Experimentelle Beiträge zur Arteriosklerose (erste Mitteilung). M. Imai.
Ein Fall von Hysterie mit hoher Temperatur. M. Aoki.
Ueber die anästhetische Wirkung des Paranaesins. T. Okanishi.
Ueber den osmotischen Druck der Spinalflüssigkeit. J. Kaneko.
Zum Röntgenbilde der kindlichen Schädel. II. Mitteilung. K. Okashima.

Wirkung des Insulins auf den Eiweißstoffwechsel von mit Schilddrüsensubstanz gefütterten Kaninchen. Es wird der Einfluß des Insulins auf den durch Schilddrüsenfütterung künstlich erhöhten Eiweißumsatz studiert. Aus dem Ergebnis, daß die abnorm hohe Stickstoff- und Schwefelausscheidung auch trotz Insulin bestehen bleibt, wird geschlossen, daß ein Antagonismus zwischen Thyreoidea und Pankreas in bezug auf den Eiweißstoffwechsel nicht besteht.

Walter Goldstein (Berlin).

Buchbesprechungen.

A. Wolff-Eisner: **Handbuch der experimentellen Therapie, Serum- und Chemotherapie.** Mit 4 Tafeln und 65 Textabbildungen. Zweite vermehrte Auflage. XIII und 790 Seiten. J. F. Lehmanns Verlag, München 1926. Preis geh. 35 M., geb. 38 M. — Die erste Auflage des vorliegenden Handbuchs hatte allgemeine Anerkennung gefunden. Die Fortschritte auf dem Gebiete der Serum- und Chemotherapie machten eine Revision und Neubearbeitung notwendig, die durch den Krieg und seine Folgen bedeutend verzögert wurde. Von den Mitarbeitern der ersten Auflage sind inzwischen viele durch den Tod ausgeschieden. Eine Reihe von Kapiteln erscheint daher in neuer Bearbeitung, dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechend. Eine eingehende Besprechung der einzelnen Kapitel würde zu weit führen, zumal Anlage des Werkes und Behandlung des Stoffes dieselben geblieben sind. Es genügt, darauf hinzuweisen, daß jeder Abschnitt von dem Forscher behandelt wird, dessen spezielles Arbeitsgebiet er ist. Der Wert des Buches besteht darin, daß es das einheitliche Ergebnis der Zusammenarbeit von Laboratoriumsforschern und Klinikern darstellt. Daher findet auch der praktische Arzt darin die gewünschte Orientierung über die Fortschritte auf dem Gebiete des jüngsten Zweiges der Therapie und eine Richtschnur für sein Vorgehen am Krankenbett. Möge es recht vielen Aerzten als zuverlässiger Ratgeber dienen.

F. Dörbeck-Berlin.

H. Sattler: **Die bösartigen Geschwülste des Auges.** Verlag Hirzel, Leipzig 1926. — Die umfassende Bearbeitung der bösartigen Geschwülste des Auges stellt eine wesentliche Erweiterung des vom gleichen Verf. bearbeiteten Abschnittes in Zweifel-Payr: „Klinik der bösartigen Geschwülste“ dar. Dabei stand ihm eine reiche klinische und anatomische Erfahrung zur Verfügung, die es ihm ermöglichte, auf allen in Frage kommenden Gebieten Eigenes in großer Fülle beizusteuern. Berücksichtigt sind sämtliche bösartigen Geschwülste des Auges und seiner Adnexe, der Lider, des Sehnerven, der Orbita, des intrakraniellen Sehnerven und die intrakraniellen Metastasen. Besonderer Wert ist auf die wichtige Früh- und Differentialdiagnose gelegt worden. Auch der pathologisch anatomische Teil ist ausführlich bearbeitet. Die instruktiven Abbildungen stammen zum großen Teil von der Hand des Verf. Das Buch wendet sich in erster Linie an den Augenarzt, der es sehr begrüßen wird, da eine ähnliche Zusammenfassung des wichtigen Gebietes bisher fehlte. Aber auch dem Chirurgen und pathologischen Anatomen dürften die vielfältigen Besonderheiten der bösartigen Tumoren des Auges manche Anregung geben.

Meesmann.

Kupferberg (Mainz): **Geburtshilfliche Tagesfragen.** Repertorienverlag, Leipzig 1925. 4,50 M., 112 Seiten. — Das kleine Büchlein enthält eine Zusammenstellung praktisch wichtiger geburtshilflicher Fragen nach dem neuesten Stand der fachärztlichen Wissenschaft und den Erfahrungen, die in der unter Kupferbergs Leitung stehenden Hebammenlehranstalt in Mainz gemacht wurden. Es ist in erster Linie für den Praktiker bestimmt, der sich aus dem Heftchen Rat holen kann, wie er sich in den Fällen gefährlicherer Geburtskomplikationen zu verhalten hat. — In dem Kapitel: „Schmerzlinderung in der Geburt“ empfiehlt Verf. nur bei pathologischem Geburtsschmerz differente Mittel anzuwenden, bei physiologischem Wehenschmerz dagegen zunächst die „natürlichen, ungefährlichen, alterprobten Mittel der ärztlichen Persönlichkeit“ zu versuchen. Sehr zweckmäßig ist die Narkose à la reine, bei der man der Kreißenden die Maske selbst in die Hand geben kann und bei der sie in der Austreibungsperiode bei jeder Preßwehe einige Tropfen Chloroform einatmen kann; der Dämmerschlaf ist nur mit größter Vorsicht und Auswahl anzuwenden. — Im übrigen sind vom Verf. solche Themen behandelt worden, bei denen gerade von dem richtigen Verhalten und der schnellen Entschlußfähigkeit des Arztes die Erhaltung von Menschenleben abhängt (wie enges Becken, Eklampsie, vorliegender Mutterkuchen, Uterusruptur, fieberhafte Fehlgeburten usw.). — Das Buch, das sich durch seine klare und prägnante Darstellung auszeichnet, wird sicherlich in den Kreisen der Praktiker den Anklang finden, den es verdient.

K. Heymann-Berlin.

Dr. Franz Eberhart: **Geburtshilfliches Brevier für Aerzte und Studierende.** Verlag Urban u. Schwarzenberg, Berlin und Wien 1925, 163 Seiten. Preis kart. 3,— M. — Im vorliegenden Büchlein gibt E. auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen aus über 30jähriger Spezialpraxis eine kurze Uebersicht über die wichtigsten geburtshilflichen Vorkommnisse. Es soll natürlich keineswegs die großen Lehrbücher ersetzen, sondern soll lediglich dem jungen Praktiker und dem Arzt, der selten Gelegenheit hat, Geburtshilfe auszuüben, ein praktischer Begleiter in den Stunden langen Wartens bei sich hinziehenden Geburten sein. Die klare und prägnante Form, in der hier das praktisch Wichtige dargestellt wird und in der immer wieder die präzisen Indikationen und Vorschriften klar gelegt werden, unterrichtet aufs schnellste den Praktiker, wie er sich bei den häufigsten Geburtskomplikationen verhalten soll.

Das kleine Buch in Taschengröße wird dem Praktiker sehr gute Dienste leisten.

Rudolf Katz (Berlin).

Johannes Brodauf: **Ei und Geschlecht.** Verlag von Richard A. Giesecke, Dresden. Preis 3,50 M. — Verf. versucht auf statistisch-kritischem Wege dem Probleme von der willkürlichen Geschlechtsbestimmung beim Menschen beizukommen. Er glaubt, den Beweis erbringen zu können, daß die Beziehungen zwischen Reifezustand des Eies und Geschlecht, die im ganzen Tierreich als bestehend angenommen werden können, auch beim Menschen voll zum Ausdruck kommen. „Die Chromosomenforschung des letzten Vierteljahrhunderts hat gezeigt, daß das Geschlecht in seiner Bildung abhängig ist von der Zahl der jeweils im Furchungskern vorhandenen Idiochromosomen. Neben diesem Mechanismus besteht nun noch ein anderer, durch welchen bestimmt wird, durch was für eine Spermiensorte das Ei syngam befruchtet wird oder der metagam regulierend in den Idiochromosomenmechanismus eingreift. Die im Moment der Befruchtung aufeinander wirkenden Keimzellen sind zwar unendlich klein, trotzdem hindert das nicht, sich vorzustellen, daß entsprechend unendlich kleine Differenzen chemisch-physikalischer Kräfte bei der Befruchtung zur Auswirkung kommen. Spricht man dem jungreifen Ei ein selektives, dem überreifen ein korrigierendes Prinzip zu, so konzentriert sich trotz dem Idiochromosomenmechanismus, der seine Geltung voll und ganz behält, die ganze Geschlechtsbestimmung auf das Ei, und der Satz kann aufgestellt werden: Das Geschlecht im Kinde ist eine Funktion des Reifezustandes im Ei! . . . Es scheint durchaus nicht ausgeschlossen, daß durch weiteren Ausbau der zugrunde liegenden Reaktionen einmal die Möglichkeit geschaffen wird, im Blute des Weibes die darin kreisenden Hormone eines blühenden Corpus luteum zu bestimmten Zeiten im menstruellen Zyklus nachzuweisen. Experimentell könnte vielleicht dann festgestellt werden, nach welchem Typus das Weib ovuliert, und es würde damit die Möglichkeit einer willkürlichen Geschlechtsbestimmung in ein weiteres Stadium rücken.

Kurt Mendel.

Magnus Hirschfeld: **Worauf beruht die Homosexualität?** Geschlechtskunde, 11. Kapitel, S. 561 ff. Verlag von J. Püttmann, Stuttgart. — Bei der Homosexualität handelt es sich um eine tiefinnerliche konstitutionelle Anlage". Begründung: 1. der spontane Durchbruch der gleichgeschlechtlichen Empfindung, 2. die bereits im Kinde vorhandene Andersartigkeit, 3. die ungeschlechtliche unterbewußte Strebung des Kindes zum späteren Sexualobjekt, 4. das Ausbleiben der Lust zum und am anderen Geschlecht, 5. der Inhalt der Sexualträume, 6. die Uebereinstimmung zwischen Geschlechtspersönlichkeit und Geschlechtstrieb, 7. die körperbauliche Erkennungsmöglichkeit der Homosexualität, 8. die Unbeeinflußbarkeit der Homosexualität, 9. der Parallelismus in allen Begleiterscheinungen zwischen der Liebe zum andern und gleichen Geschlecht, 10. das familiäre Auftreten der Homosexualität, 11. die örtlich und zeitlich gleichbleibende Ausbreitung der Homosexualität, 12. „per exclusionem" (durch das Ausschließen anderer Gründe). Diese zwölf Hauptpunkte sprechen für das Angeborensein der homosexuellen Veranlagung. Gibt es aber eine sexuelle Konstitution, so gibt es keine homosexuelle Verführung. Kurt Mendel.

Kurt Opitz: **Rechte und Pflichten der Aerzte und Zahnärzte.** Verlag J. Springer, Berlin 1926. — Der durch seine „Prüfungsordnungen" rühmlichst bekannte Autor hat wieder mit der ihm eigenen Gründlichkeit und meisterlichen Klarheit bei größter Knappheit der Form alles das zusammengestellt, was an Bestimmungen in Reichs- und Landrecht, in Verwaltungsvorschriften und in der Rechtsprechung der höchsten Gerichte den Arzt und Zahnarzt betrifft. Er zeigt dabei eine so anerkennenswert hohe und weite Auffassung von dem Pflichtenkreis der Aerzte, wie man sie nur allen Aerzten selbst wünschen möchte. Auch das Verhältnis der Aerzte zu Behörden, zu anderen Personen der die Heilkunde ausübenden Berufe (Hebammen, Zahntechniker usw.) wird fest umrissen. Alle Bestimmungen über die soziale Fürsorge, sparsame Behandlungsweise, Anzeigepflicht, Pflicht zur Hilfeleistung, Facharztbezeichnung usw. werden nicht nur angeführt, sondern an Hand von Beispielen aus der Rechtsprechung für zweifelhafte und Grenzfälle erläutert und für den Nichtjuristen verständlich gemacht. Besonders verdienstvoll ist die Behandlung der Schweigepflicht und des Verkehrs mit den Apotheken. Alles in allem ist hier ein kleines Standardwerk geschaffen, das sicherlich vielen ein guter Ratgeber sein wird, noch mehr aber zum Studium der hier behandelten Fragen anregen wird, deren Kenntnis heute zum eisernen Bestande des Arztes gehören müßte. Arnold Hirsch, Berlin.

Louis Destouches: **La Quinine en thérapeutique.** O. Doin, Paris. 138 Seiten. — Das Chinin verhindert nicht den einzelnen Malariaanfall, es versagt, wenn es im unrechten Augenblick, denn es wird schnell absorbiert und ausgeschieden, und wenn es in ungenügender Dosis gegeben wird, weil nicht alle Hämatozoen im gleichen Stadium ihrer Evolution sind. Der beste therapeutische Zeitpunkt ist theoretisch der, der das Chinin instand setzt, von Beginn des Anfalles an wirksam zu werden. Da man diesen Zeitpunkt aber nicht praktisch bestimmen kann, kam es zu den endlosen Meinungsverschiedenheiten in der Literatur. Heute gibt man das Mittel sofort nach gestellter Diagnose. Die theoretische Dosis soll diejenige sein, die einer Konzentration von 0,04/100 im Blut entspricht, das wäre also eine Tagesdosis von 2 g, doch ist hierbei individuelle Anpassung erforderlich. Die von den verschiedenen Therapeuten vorgeschlagenen Modifikationen der Kur und die Prophylaxe wird besprochen, von Indikationen werden außer der Malaria noch die Enteritis chronica, Pertussis, Asthmaanfall, Diabetes, Basedow, Menièrescher Symptomenkomplex, Wehenschwäche, Dysmenorrhoe, Herz- und Gefäßleiden, Synkope nach Chloroformnarkose erörtert. Aber auch gegen die Gicht und allerlei Hämorrhagien, gegen sämtliche Infektionskrankheiten, Staphylokokken und Streptokokken, gegen Pneumonie, gegen Typhus, Tuberkulose und Krebs hat man das Mittel empfohlen und größtenteils wieder verworfen. In dieser nachdenklich stimmenden Zusammenstellung fehlt die Rolle des Chinins in der Syphilisbekämpfung, von der die Chininsalbenprophylaxe und unter anderem das Jod-Chinin-Wismut Geltung beanspruchen. Eine Schilderung der Verordnungsweise und der verschiedenen Einführungswege beschließt das Buch.

„Deutscher Bäder-Kalender", Ausgabe 1926. Herausgegeben vom Allgemeinen Deutschen Bäderverband, Abt. A. Redigiert von Prof. Dr. Weissbein. Mit einer Einführung von Ministerialdirektor Prof. Dr. Dietrich, Berlin, und einem Vorwort von Generaldirektor Rütten, Bad Neuenahr. Verlag: Bäder- und Verkehrs-Verlag G. m. b. H., Berlin SW 11. — Die vorliegende Neuausgabe 1926 dieses von der Fachpresse und den Behörden als wertvolles Auskunftsmittel empfohlenen Buches enthält wieder eine ganze Anzahl wichtiger Neuerungen. In drei gesonderten Abschnitten ist alles zusammengefaßt, was wissenschaftlich und praktisch über das deutsche Bäderwesen Aufschluß gibt. Der erste Teil enthält u. a. neben einer allgemeinen Aufführung der deutschen Bade- und Kurorte wertvolle Aufsätze aus der Feder anerkannter Fachleute über Kurmittel, Heilanzeigen, Höhenlage, über Badekuren für Angehörige der Krankenkassen, über die Beziehungen zwischen Haus- und Badeärzten, über wissenschaftliche Bäderkunde, die Hygiene in den Kur- und Badeorten, die deutschen Bädervereine, Heilquellen und Brunnenversand usw. Besonders beachtenswert und wesentlich ergänzt ist der Beitrag von Ministerialrat Dr. Bauer, Berlin, über Kuren für Kriegsbeschädigte und Sozialversicherte. Neu aufgenommen ist ein Beitrag über den Sport in den deutschen Bädern und Kurorten von Hauptmann a. D. Schmidt, dem Syndikus des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes. — Der zweite Teil enthält die Heilanstalten in den deutschen Bädern, bearbeitet von San.-Rat Dr. Woelm, Ulbrichshöhe. — Der dritte Teil, bearbeitet vom Reichsverband der deutschen Hotels, gibt über die Hotels in den Bädern und Kurorten Auskunft. Außerdem ist eine übersichtliche Bäderkarte mit einem Verzeichnis der einzelnen Kurorte nach ihrer geographischen Lage beigefügt.

Riedels Mentor 1926 (60. Auflage). — Das praktische Nachschlagewerk für Apotheker und Aerzte. Preis 20 Rm. — Seit dem Jahre 1914 kommt zum ersten Male wieder eine Zusammenstellung des noch in bester Erinnerung befindlichen „Riedels Mentor für Namen, Zusammensetzung, Eigenschaften und Anwendung von Arzneimitteln, Spezialitäten und wichtigeren technischen Produkten" heraus. Entsprechend der Flut neuer Arzneimittel, die in den letzten Jahren auf den Markt gekommen sind, ist die vorliegende 60. Auflage ein stattlicher Band von etwa 1200 Seiten mit über 18 000 Stichworten über alle in Deutschland hergestellten und bekannt gewordenen Präparate. Trotzdem hat das solide, in Halbleder gebundene Buch seine Handlichkeit behalten und, was besonders hervorgehoben sein mag, es stellt in seiner Einheit ein Nachschlagewerk dar, das eine schnelle Uebersicht ermöglicht. Es ist ferner zu begrüßen, daß sowohl ein Verzeichnis der Hersteller als auch ein solches der am häufigsten vorkommenden Fachausdrücke Aufnahme gefunden hat. Die Ausgabe würde noch einen weit größeren Umfang angenommen haben, wenn nicht alle die „Eintagsfliegen", die inzwischen wieder spurlos verschwunden sind, von der Aufnahme ausgeschlossen worden wären. Das Nachschlagewerk ist mit dem 31. Dezember 1925 abgeschlossen worden. — Das Buch wird von der Idra-Verlagsanstalt G. m. b. H., Berlin-Britz, verlegt. Der Preis beträgt 20 Rm. K.

Therapeutische Mitteilungen.

Die Fermenttherapie der Zuckerkrankheit im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten mit Diät, Proteinpräparaten und Insulin.

Von

Dr. ROBERT KUHN, Baden-Baden.

Die Einzelheiten des Stoffwechsels beim Diabetes mellitus sind trotz der Entdeckung von Minkowski und Mehring sowie der Herstellung des Insulins in Toronto noch nicht geklärt. Insbesondere ist die große Frage, ob es sich um primäre Oxydationshemmung oder um vermehrte Zuckerausschüttung handelt, wenn sie auch meist in letzterem Sinn entschieden wird, nicht endgültig gelöst (vgl. Kraus), und es bleibt nach wie vor der Zweifel, ob der Ueberschuß an Traubenzucker im Blut beim Diabetiker von einer primären Hemmung der Verbrennung oder von Ueberproduktion im zuckerkranken Organismus kommt.

Welches sind nun die Richtlinien der derzeitigen Therapie? Praktisch geht das heutige Streben der Therapie dahin, wie Kolisch und Rosenfeld es formulieren, nicht absolute Zuckerfreiheit zu erzielen, sondern die Stoffwechsellage so zu bessern, daß möglichst viele Kohlehydrate bei gleichbleibender Glykosurie ausgenutzt werden, oder — etwas weitergehend — nach Richter, daß eine möglichst geringe Glykosurie bei möglichst guter Ausnutzung der Kohlehydrate erzielt wird.

Das pankreatische Inselsystem muß jedenfalls möglichst vor unnützer Belastung und Abnützung geschont werden. Die „lähmende versagende Skepsis so vieler Aerzte“ muß schwinden, besonders da man es in den Anfangsfällen oft nur mit transitorischer Glykosurie zu tun hat, wo es unendlich wichtig ist, eine Dauerschädigung des Pankreas, also irreparable Schäden, zu verhindern. Die erste praktisch wichtige Forderung, welche Erfolg verheißt, heißt möglichst frühzeitiges Erkennen und diätetisches Eingreifen mit Schonungstherapie.

Hierzu genügt — dies hebt von Noorden hervor — die einfache Untersuchung des Harns auf Eiweiß und Zucker.

Wie aber ist die Stellung des Arztes dem schon länger bestehenden Diabetes gegenüber?

Die Wege des Auf- und Abbaus, die Spaltungen des Eiweißmoleküls und seines Kohlehydratanteils sind so kompliziert, daß wir von rationeller und einfacher übersichtlicher Behandlung noch weit entfernt sind, schon deshalb, weil, wie Umber ausführt, die Berechnung der Wärmemenge aus der Nahrung für den Diabetiker aus eben diesen Gründen der komplizierten Stoffwechselverhältnisse illusorisch ist. Dies wird auch durch Naunyn und Weintraut belegt, welche fanden, daß schwerere Diabetiker oft mit geringerer Nahrung auskommen und zwar wegen Wegfalls der Uebernährung, Reduktion der Eiweißzufuhr und kurgemäßer Anwendung von Kohlehydraten.

Sehr viel hat man von der Proteinkörpertherapie erhofft. Singer hat in einer Anzahl von Fällen befriedigende Erfolge gesehen und eine die Behandlung um Wochen und Monate überdauernde Wirkung erzielt; er nimmt eine Anregung und Beschleunigung des Abbaus an. Die auf sie gesetzten Erwartungen hat die Proteinkörpertherapie aber, sowie auf anderen Gebieten, auch hier bis jetzt nicht erfüllt.

Hat nun das Insulin die Behandlung und insbesondere die hausärztliche Behandlung der Zuckerkrankheit umgestürzt?

v. Noorden formuliert dahin: Die Wirkung des Insulins ist sofort offensichtlich, die der alten Diättherapie vorbeugend, mehr ein Wechsel für die Zukunft und daher nur für den kleinen Kreis von Kennern überzeugend.

Das Insulin ist vermutlich das Hormon, das die Bauchspeicheldrüse dem Zuckerhaushalt zur Verfügung stellt und das den Blutzuckerspiegel des Gesunden reguliert, wodurch der Uebertritt von Zucker in den Harn verhütet wird. Nach v. Noorden soll auf Insulin verzichtet werden, wenn bei mittlerem Eiweißgehalt die Kohlehydrattoleranz etwa 100—110 g Weißbrot übersteigt. Wenn diese Toleranz von 100 g Weißbrot nicht besteht, so soll sie mittels Insulin erstrebt werden. Wir sehen sonach, von welcher Grenze der Toleranz ab der Praktiker mit Insulin beginnen soll. Immerhin hat die Insulintherapie den großen Nachteil der erheblichen Kostspieligkeit und der Unbequemlichkeit täglich mehrmaliger Injektionen.

Sonach sind sowohl die reine Diätbehandlung als die Insulin- und Proteinkörpertherapie nicht voll befriedigend, und in der freien Praxis besteht ein Bedarf nach medikamentöser Therapie. Nun hat man schon lange beobachtet, daß Furunkulose durch Hefeverabreichung namentlich auch bei Diabetikern zum Schwinden gebracht wurde, was dazu führte, Hefepräparate allgemein in die Diabetestherapie einzuführen. Auch an theoretischer Begründung und zwar von klinischer Seite aus hat es nicht gefehlt. Baumgarten hat aus der Hallenser medizinischen Klinik in einer Arbeit, auf die späterhin Lüthje hingewiesen, den Nachweis geführt, daß eine Reihe von Körpern, die als Abbau- oder Oxydationsprodukte des Zuckers anzusehen sind, vom diabetischen Organismus gut verwertet werden, so die Glukon-, die Zucker- und die Schleimsäure. Er folgert daraus, daß das intakte Zuckermolekül vom Stoffwechsel des Diabetikers nicht angegriffen werden kann, und nimmt eine fermentative Spaltung an, welche das Zuckermolekül zuerst auflockern müsse und dadurch dem Sauerstoff zugänglich mache, es soll also an einer fermentativen Tätigkeit beim Diabetiker fehlen. Im Reagenzglas wird nun jedenfalls der Zucker durch die Hefe gespalten. Daher ist die Möglichkeit sehr naheliegend, daß die Hefe auch im lebenden Organismus fermentativ wirkt und zum Abbau des Zuckermoleküls beiträgt. Den Versuchen, mit Hefe die Diättherapie des Diabetes zu unterstützen, ist sonach die wissenschaftliche Basis, insbesondere auch mit Rücksicht auf die Verbrennbarkeit der Glukon-, Zucker- und Schleimsäure im Diabetikerorganismus, welche auch in Krehl-Merings Handbuch (Kraus) erwähnt wird, nicht abzusprechen.

Als ein Präparat des Handels, welches die Hefe in angenehmer Weise zu verordnen gestattet, erscheint insbesonders die Fermocyltablette. An ablehnenden Stimmen findet sich die Arbeit von Lené über Fermentbehandlung des Diabetes. Er hat fünf Fälle mit Diabetylin und einen mit Fermocyltabletten behandelt ohne günstige Erfolge. Dagegen haben Hilfrich, Schnee, Fränkel, Seemann, v. Korczynski, Brugsch mit den Fermocyl-Tabletten gute Erfahrungen gemacht. Allerdings wird man sich an v. Noordens Mahnung halten müssen, die Diät in keiner Weise zu vernachlässigen, da es gerade ein Fehler aller medikamentöser Behandlung ist, den Patienten dazu zu verführen, die Diät im Vertrauen auf irgendein Mittel beiseite zu lassen und so irreparablen Schaden zu bewirken. Von der Auffassung, daß es sich um Fehlen eines Ferments handelt, ausgehend, hat Hilfrich die Fermocyl-Tabletten angewendet. Dieselben bestehen aus Trockenhefe, Pankreaspulver und Natronphosphat. Jede Tablette entspricht etwa 2 g frischer Hefe. Verf. bespricht 5 Fälle eingehend, die er mit Hefetabletten behandelte. Im ersten Fall handelte es sich um einen 63jährigen Gichtiker mit über 5% Zucker. Bei mäßig strenger Diät gelang Herabsetzen auf 3,4%. Bei dreimal täglich zwei Tabletten Fermocyl sank der Zuckergehalt auf 2%, dann auf 1½% und hielt sich in der folgenden Zeit zwischen 1,5 und 3,1% bei steigendem Wohlbefinden. Der zweite Fall betrifft einen 54jährigen Arteriosklerotiker, der seit 9 Jahren an Diabetes leidet, meist zwischen 3,5—7% Zucker ausscheidet. Bei milder Diät und sofortiger Fermocyltherapie sank der Zuckergehalt von 6,5% am ersten Behandlungstage auf 4% am 8. Tag, auf 3,5% am 10. Tag, auf 2,5% am 24. und 2% am 28. Behandlungstag, hielt sich dann so mit Schwankungen bis zum 42. Tag. Weitere Angaben fehlen. Der dritte Fall betrifft einen 65jährigen unterernährten Diabetiker. Hier sank der Zucker von 6,4% am Beginn der Behandlung auf 4% am 7. Behandlungstag, auf 1,5% am 28. Behandlungstag, um sich bis zum 45. Behandlungstag mit Schwankungen auf diesem Prozentsatz bei milder Diät und Fermocyl-Tabletten zu halten. Es wird dann noch ein ähnlicher vierter sowie ein leichterer fünfter, durch mäßig strenge Diät und Fermocyl-Tabletten zuckerfrei gewordener Fall beschrieben.

Aus der inneren Abteilung des Marien-Krankenhauses Frankfurt a. M. (Leitung: Hergenhahn) hat Schnee über Fermenttherapie des Diabetes berichtet. Er nimmt an, daß Haferschleim den Diabetikern deshalb unschädlich sei, weil diejenigen Fermente, welche den Hafer invertieren, ihrer Aufgabe gerecht werden, während andere Fermente, welche gleichfalls Kohlehydrate spalten sollen, fehlen oder nicht zur Geltung kommen. Er hat deshalb während zwei Jahren bei etwa 40 Diabetikern Versuche mit Fermocyl-Tabletten angestellt. Dabei kam er zum Ergebnis, daß in 50% der Fälle mit Sicherheit auf einen den Zuckergehalt des Harns herabsetzenden Einfluß der Fermocyl-Tabletten zu rechnen ist und gleichzeitig die Toleranz für Kohlehydrate gehoben wird. Schnee geht dann noch ausführlicher auf zwei Fälle ein. Der erste betrifft einen 42jährigen Monteur, der nach Amputierung der rechten Zehe der inneren Abteilung überwiesen wurde. Bei Aufnahme 1% Zucker. Nach 8 Tagen Diät 0,8%. Nun dreimal täglich 4 Fermocyl-Tabletten und 100 g Kohlehydrate. Nach 7 Tagen 0,5%, nach weiteren 12 Tagen 0,7%, nach 14 Tagen nur noch Spuren und nach einigen weiteren Tagen Zuckerfreiheit. Bei einem 53jährigen Diabetiker, der bei Aufnahme in die Abteilung 4% Zucker ausschied, wird durch Diät Absinken auf 2%, dann 1,7%, dann 0,4% erzielt, dann bei täglich 100 g Kohlehydraten eine Dauerausscheidung von 1% festgestellt. Nun dreimal täglich 4 Fermocyl-Tabletten bei gleicher Diät, worauf in 8 Tagen nur mehr Spuren von Zucker da sind. Schnee urteilt daher sehr günstig über die Fermocyl-Therapie.

Aus der Poliklinik für innere Krankheiten zu Berlin-Neukölln berichtete A. Fränkel, ebenfalls von der Ansicht ausgehend, daß der Zuckerkranke das nicht aufgelockerte Zuckermolekül nicht verarbeiten könne, aber die Hefe ein zuckerspaltendes Ferment liefern könne. Er beschreibt eingehender folgende Fälle: 36jähriger Beamter, seit 7 Jahren zuckerleidend, anfangs hat er bei 15 g Kohlehydraten pro Mahlzeit und Fermocyl-Tabletten noch Spuren von Zucker, nach 4 Wochen bei 30 g Kohlehydraten pro Mahlzeit keinen Zucker. Die Diät wird beibehalten, die Tabletten werden weggelassen, zweiwöchige Weiterbeobachtung zeigt Zuckerfreiheit. 58jähriger Fabrikant mit 0,5% Zucker; derselbe schied bei 70 g Kohlehydraten 0,2%, bei 50 g nur Spuren aus. Bei Fermocyltherapie waren nach 8 Tagen diese Spuren geschwunden, traten auch bei 15 g Kohlehydraten nicht mehr von neuem auf. 50jährige Frau, die je nach Diät bis 1,5% Zucker ausscheidet. Auch bei ihr hebt sich bei Fermocyl-Tabletten die Toleranz um 15 g Kohlehydrate. Pruritus, Harndrang, Mattigkeit schwinden auf die Tabletten. Ein Ende der Vierziger befindlicher abgemagerter Mann wird trotz kohlehydratfreier Kost nicht zuckerfrei, auch nicht bei Tablettenverabreichung. Derselbe behält trotz Tabletten bei 100 g Kohlehydraten 3—4% Zucker, wird aber schmerzfrei und nimmt an Gewicht zu.

Prof. Korczynski berichtet aus der internen Abteilung des Landesspitals in Sarajewo über Erfolge. Er weist auf die Beobachtung hin, daß bei Diabetikern, die an Furunkulose litten und deshalb Hefepräparate erhielten, die Toleranz für Kohlehydrate stieg. Auch hat er beobachtet, daß die Menge des ausgeschiedenen Zuckers sank, das subjektive Befinden sich besserte, das Durstgefühl, die Trockenheit im Munde und das Schwächegefühl gebessert wurden. Er berichtet im einzelnen über folgende Fälle: 44jähriger Arzt, seit Jahren zuckerleidend, Maximum der Ausscheidung 7%. Nach 5tägiger Fermocyltherapie waren alle Proben negativ. Der Harn blieb dann auch bei weniger strenger Diät, etwas Wein und Bier, zuckerfrei, auch bei zehntägiger Pause im Einnehmen der Hefetabletten. Der Patient gab Verf. auch Bericht über einen Zuckerleidenden, dessen 3% Ausscheidung nach Fermocyl-Tabletten trotz reichlichen Biergenusses fast ganz schwand. 60jährige Arztgattin mit 7,3% Zuckerausscheidung. Fleisch-, Bier-, Butterkost mit 100 g Hafermehl, 500 ccm Karlsbader Wasser, 8 Fermocyl-Tabletten. Nach zwei Tagen nur 1,75% Zucker. Auf Einnahme von Kohlehydraten 5% Zucker. Nach erneuter Diät und Tabletten 1,8% Zucker. 40jähriger Bauer kam mit 8,5% Zucker, schied auf strenge Diät hin noch 0,6% aus, auf Zulage von 100 g Semmeln 5,6%, auf strenge Diät und Fermocyl-Tabletten 0%, auf strenge Diät und 100 g Semmel und 9 Fermocyl-Tabletten 4,5%, auf Haferschleim, Bier, Pepton, Butter, 9 Tabletten 0%. Die Tabletten hatten hier bei 100 g Semmeln als Zulage den Zucker immerhin um 1% herabgedrückt. Der Verf. verweist ebenfalls auf Baumgartens Arbeit, wonach die Abbau- oder Oxydationsprodukte des Zuckers von dem diabetisch erkrankten Organismus verwertet werden können. Auch er erwartet von der Hefe eine Mitwirkung bei diesem Abbau des Zuckermoleküls. Ferner erzielte Korczynski gute Erfolge bei Darmkatarrhen, sowie bei Dermatosen.

Zurückhaltend, aber durchaus nicht ablehnend hat sich 1909 Brugsch geäußert. Es sei sicher, daß in manchen Fällen von leichterem Diabetes durch Dauerhefepräparate die Glykosurie vorübergehend gemindert werde. Er habe sich von diesem Verhalten der Hefe im Tierexperiment beim Pankreasdiabetes des Hundes, wobei er Fermocyl-Tabletten verwendete, überzeugen können. Brugsch konnte damals von den oben erwähnten, erst später erschienenen Arbeiten keine Kenntnis haben.

Ferner hat H. Seemann über einige Fälle berichtet: 63jähriger ehemaliger Postbeamter, seit vier Jahren zuckerleidend; innerhalb eines Monats sank bei folgender Diät: 1 Tasse Kaffee, halbes Milchbrot, zwei Stullen Schmalz zum zweiten Frühstück, mittags ein Teller Suppe mit Fleisch und Bratkartoffeln, nachmittags eine Tasse Kaffee, eine Schmalzstulle, abends zwei Stullen, eine Flasche Bier und Hefebehandlung der Zuckergehalt von 1,2% auf 0,5%.

Bei einem 62jährigen Handschuhmacher gelang es ihm, die Zuckerausscheidung von 0,7% auf 0% in einigen Tagen unter dreimal täglicher Verabreichung von je zwei Fermocyl-Tabletten zu senken, ebenso erzielte er bei einem 59jährigen Mann in einigen Tagen Zuckerfreiheit. Zusammengenommen hatte er in fünf von sieben Fällen gute Erfolge. Da die aufgenommenen Nahrungsmengen nicht angegeben sind, insbesondere auch nicht die Menge der tolerierten Kohlehydrate, ist die Arbeit nicht einwandfrei.

Bemerkenswert bezüglich der offensichtlichen Wirkung der Fermocyl-Tabletten sind die kürzlich erschienenen Beobachtungen von H. Schmeidler. Derselbe hat bei 30 Fällen von hartnäckiger Akne neben entsprechenden Diätverordnungen dreimal täglich zwei Fermocyl-Tabletten mit außerordentlich günstigem Erfolg gegeben. Besonders auffallend war der Fall eines Berliner Mannequins, deren Akne jeder Lichttherapie und Salbenbehandlung schwand. Schmeidler fand bei seinen Aknepatienten öfter den Blutzuckerspiegel erhöht, wenn auch sonst keine manifesten diabetischen Symptome feststellbar waren. Es handelt sich also um Einwirkung des Fermocylpräparates auf alle Fälle mit erhöhtem Blutzuckerspiegel.

Im Hinblick auf diese unbestreitbaren Erfolge ist es zu wünschen, daß recht viele praktische Aerzte, aber auch klinische Institute nochmals zur Frage der Hefetherapie*) Stellung nehmen, zumal ja das Insulin wie auch das geistreiche Grafesche Röstungs- und Karamelisierungsverfahren den Praktiker nicht von der Notwendigkeit befreit haben, nach bequemen, nicht zu teuren und wirkungsvollen Adjuvantia in der Ernährung des Diabetikers zu suchen.

Literatur:

Kraus in Mering-Krehl: Lehrb. d. Münch. Med., 1918, II. Bd. S. 178-179.

Richter: Deutsch. Med. W. Nr. 43, 1920.

v. Noorden u. G. Isaac: Hausärztliche und Insulinbehandlung der Zuckerkrankheit, 1925, Springer.

Singer: Klin. Wochenschr. Nr. 7, 1924 (I. med. Abtlg. d. Rudolfstift, Wien).

Hilfrich: Zentralbl. f. innere Med. Nr. 14, 1918.

Schnee: Dt. med. W. Nr. 46, 1914.

Schmeidler: Fortschr. d. Med. Nr. 4, 1926.

Grippe-Kupierung durch Quinisal.

Von Dr. Hans Hötzl, Mühlbach i. Oberpinzgau.

Durch verschiedene Veröffentlichungen auf die Verwendung des Quinisals bei Grippe aufmerksam geworden, habe ich dies Präparat auch in meiner Praxis angewandt. Quinisal stellt bekanntlich eine Verbindung des Chinins mit dem als Diplosal bezeichneten Salizylsäureester der Salizylsäure dar. Ueber Erfolge des Chinins bei Grippe ist von vielen Seiten in den letzten Jahren berichtet worden, aber auch der Salizylsäure wird ein recht guter Einfluß auf sogenannte Erkältungskrankheiten zugeschrieben. Es war daher naheliegend, da man allmählich wieder eine Kombination von Medikamenten bevorzugt, Chinin und Salizylsäure zusammen anzuwenden. Mir erschien die Kombination, wie sie im Quinisal vorliegt, besonders aus zwei Gründen den Vorzug vor anderen ähnlichen Verbindungen zu verdienen. Erstens ist nämlich der Chiningehalt im Quinisal verhältnismäßig hoch (er beträgt etwa 40%), zweitens zeichnet sich das als Salizylkomponente benutzte Diplosal durch gute Verträglichkeit und lang anhaltende, aber nicht stürmische Wirkung aus.

Allerdings dürfte die ursprünglich für Quinisal angegebene Dosierung etwas zu gering sein, was vielleicht damit zusammenhängt, daß die ersten Erfahrungen in einer Kinderheilstätte gesammelt worden sind. Schon Saphra (Med. Klinik 1925, Nr. 47) gibt an, daß man Erwachsenen etwa 5 bis 8 Tabletten zu je 0,25 g pro die geben soll. Auch ich möchte die Verwendung derartiger größerer Dosen empfehlen. Bedenkt man, daß vom Chinin täglich ¾ bis 1 g gegeben wird, um mit Erfolg die Grippe zu bekämpfen, und berücksichtigt man, daß die Chininwirkung durch das Diplosal noch ergänzt oder sogar gesteigert wird, kommt man ohne weiteres zu der angegebenen Dosierung.

Leider kann ich als praktischer Arzt nicht mit ausführlichen Krankengeschichten, Fieberkurven und klinischen Beobachtungen aufwarten. Da aber die Grippe weniger in Kliniken als im Haus und mehr von praktischen Aerzten als von Spezialisten behandelt wird, glaube ich, daß mein Hinweis auf ein in der Praxis erprobtes Mittel Interesse beanspruchen dürfte. Als typisch für die von mir erzielten Erfolge führe ich die Krankheitsfälle bei mir und meiner Frau an, die ich natürlich besonders genau beobachten konnte. Meine Frau erkrankte eines abends unter Frösteln, Mattigkeit, ziehenden Gliederschmerzen, Kopfschmerzen und einer Temperatur von 37,6°. Bei der im Orte herrschenden Grippeepidemie war damit die Diagnose Grippe gegeben. Pat. bekam im Verlauf einer Stunde 4 Quinisal-Tabletten mit dem Erfolg, daß sie ruhig schlief und am nächsten Morgen völlig beschwerdefrei war und auch weiterhin blieb. — Ich selbst hatte einige Tage vorher einen ähnlichen, nur stärker ausgeprägten Anfall zu überstehen. Ich nahm an 2 Tagen je 2mal 3 Tabletten im Abstand von 2 Stunden. Mit dieser Dosis von im ganzen 12 Tabletten war meine Grippe völlig beseitigt. So könnte ich noch über weitere Fälle berichten, doch glaube ich, daß es genügt, wenn ich mich auf diese beiden beschränke.

Aus eigener Erfahrung kann ich bestätigen, daß Quisinal gut vertragen wird und daß ich nicht die geringsten von seiten des Magens oder anderer Organe herrührenden Beschwerden, z. B. Ohrensausen usw. hatte. Sehr angenehm wurde auch empfunden, daß die Entfieberung ohne Schweißausbruch einherging.

---

*) Hersteller der Fermocyl-Tabletten: Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M.

Über die Behandlung funktioneller Sexualleiden mit Organo-Total-Präparaten.

Von

Dr. med. KAMPRATH, Dresden.

Seit zwei Jahrzehnten etwa hat medizinisches Denken sich von einer dezidiert materialistischen Auffassung der Krankheitsentstehung abgewandt und dem seelischen Faktor weit eher den Primat zuerkannt. Dies verdankt man nicht zuletzt der Forschungsarbeit Freuds, und, bei aller maßlosen Uebertreibung im Lager der Freud-Schule muß man der Psychoanalyse hier ein großes Verdienst zusprechen. Die Frage der Entstehung organischer und funktioneller Leiden auf rein psychischer Basis gewinnt in der Fachforschung immer breiteren Raum.

Für das Verständnis der funktionellen Neurosen in der Genitalsphäre war die neue Einstellung ungemein fruchtbringend. Hier soll keineswegs einer allzu einseitigen psychoanalytischen Behandlung das Wort geredet werden. Im Gegenteil zwingen viele Erfahrungen zur durchaus kritischen Bewertung, warnen vor den Auswüchsen, mahnen zu vorsichtiger Anwendung der Psychoanalyse. Diese Methode wird immer nur ein Hilfsmittel bleiben im Rahmen sonstiger psychotherapeutischer resp. suggestiver Beeinflussung, sowie aller direkten Methoden, vor allem der Organotherapie sexueller Neurosen.

Auf letztere besonders war es abgezielt, als wir von der vielversprechenden neuen Einstellung auf die Psychogenese sprachen. Es wird hier nämlich vielfach ein Moment übersehen, das für die Auffassung der Neurosen von höchster Bedeutung ist. Die Hormone, spezifische Stoffe, die in minimalen Quanten Auswirkungen von gewaltigen Dimensionen zeitigen, entfalten ihre Wirkung gewissermaßen an der Schwelle zwischen zwei Welten, im Grenzgebiet zwischen seelischen Vorgängen und Organfunktionen. Fast scheint es, als seien die Inkrete an der Grenzscheide von Seele und Leib die aktivierenden Vermittler zwischen rein psychischen und somatischen Vorgängen. Ob die Hormone als primum movens die seelischen Funktionen beherrschen, oder ob die Seele an erster Stelle die Inkrete mobilisiert, das ist alles noch problematisch. Gewiß ist es aber, daß die endokrinen Drüsen die regulierenden Faktoren in der Harmonie der Funktionen sind.

Wie sehr dies der Fall ist, dafür spricht in besonderem Maße der wunderbare Mechanismus des Sexualapparats mit dem subtilen Ineinanderarbeiten psychisch-somatischer Funktionen. Was hier die Keimdrüsen bedeuten, das hat die spezifische Organotherapie seit den klassischen Anfängen unter Claude Bernard gelehrt. Mir selbst ist es neuerdings wieder recht klar geworden bei der erfolgreichen Beeinflussung funktioneller Sexualleiden durch Organopräparate (Testitotal und Ootodal). Neben vereinzelten Versagern hatte ich eine Reihe von schönen Erfolgen, die wertvoll genug sind, um eine Publikation zu rechtfertigen. Die negativen Resultate an Fällen mit degenerativen anatomischen Veränderungen beweisen indirekt den Wert der Organotherapie, denn, wo funktionstüchtiges Substrat fehlt, muß natürlich das Inkret versagen. Die erzielten Heilungen aber sind ganz besonders dazu angetan, den innigen Zusammenhang zwischen den Hormonen und dem Seelenleben vor das Auge zu rücken.

Beachtung verdienen in dieser Richtung die Gedankengänge des Sexualforschers R. Marcus Bryce aus den Vereinigten Staaten (siehe Sexualprobleme, März 1926). Bei Betrachtung der Genese der Ejakulatio praecox und ähnlicher funktioneller Leiden betont Bryce mit Nachdruck die intimen Relationen zwischen Reiz, Reizsummation und Psyche. Es ist schon zum Ausdruck gebracht, wenn er sagt, daß das der lebenden Materie innewohnende Gedächtnis zur festen Verankerung von Erlebnis in den subkortikalen Zentren führt. Exzessive onanistische Reize spielen hier wohl die Hauptrolle; aber zahllose andere Momente, besonders im ehelichen Zusammenleben kommen für die Aetiologie der funktionellen Sexualneurosen in Frage. Bryce geht so weit, das unendlich verbreitete Leiden für ein Produkt der Zivilisation anzusehen. Das gilt nicht einmal in einseitiger Weise für die Ejakulatio praecox, es läßt sich cum grano salis ganz allgemein von allen sexuellen Funktionsstörungen sagen.

In puncto Ejakulatio praecox zielt Bryce therapeutisch auf eine Dämpfung der gesteigerten peripheren Reizbarkeit ab. Durch Abstumpfung dieser Reizbarkeit will er die verfrühte Auslösung der Reflexe im lumbalen Ejakulationszentrum hintanhalten. Das klingt theoretisch ganz plausibel, in praxi aber wird es viele Fälle geben, die garnicht eine gesteigerte Sensibilität an der Peripherie aufweisen, vielmehr an einer erhöhten zentralen Reizbarkeit leiden. Meine Erfolge mit Testitotal beweisen, daß es möglich ist, das Erfolgsorgan durch hormonale Beeinflussung zu harmonischer Funktion zu bringen.

Um zunächst von der Ejakulatio praecox zu sprechen, so greife ich aus meinem Material zwei Fälle heraus, die besonders prägnant sind. Zur Behandlung benutzte ich das Testitotal (Hersteller Dr. Laboschin A.-G., Berlin NW 21). In dem einen Falle klagte der 24jährige, sonst kräftige Neurastheniker über Ejakulatio praecox, die er auf frühere exzessive Masturbation zurückführte. Nach dreimal vier Wochen Testitotal-Behandlung erfolgte Besserung. Da Patient über zeitweiligen Erektionsmangel klagte, wurde die Behandlung fortgesetzt. Ein anderer Neurastheniker, 27 Jahre alt, von blühendem Aussehen, merkte nach früherer exzessiver Masturbation und Exzessen, teilweise perverser Art, Nachlassen der Potenz und schließlich Ejakulatio praecox. Nach Testitotal-Behandlung von dreimal vier Wochen wurde die Ejakulation normal, Erektionen stellten sich prompt ein. Nach einer Pause von 14 Tagen noch zweimal vierwöchige Kur, wonach der normale Sexualverkehr dauernd wiederhergestellt war. Der Patient fuhr fort, täglich drei Tabletten zu nehmen.

Von einer suggestiven Beeinflussung kann hier nicht die Rede sein, da Individuen von so ausgiebiger Erfahrung in venere sich kaum durch Suggestionen imponieren lassen.

Noch viel weniger spielt Suggestion eine Rolle bei einem 29jährigen Neurastheniker mit Impotenz, Ejakulatio praecox und Neigung zu sexuellen Parhedonien. Hier waren nämlich Yohimbin, Muiracetin und Testogan vergeblich angewandt worden. Es wurde eine Testitotal-Kur von dreimal 4 Wochen mit achttägigen Pausen durchgeführt, nach Pause von 4 Monaten wieder 6 Wochen Testitotal-Kur mit 14tägiger Pause. Nach der ersten Kur schon hörten die Erektionen auf, die Patient oft beim Radfahren und Reiten bekam. Nach der zweiten Kur war normaler sexueller Verkehr möglich. Die Behandlung wurde fortgesetzt, weil Patient noch zuweilen Erektionen beim Radfahren hatte.

Die bloße Reizung der lumbalen Zentren und Hyperämisierung der Genitalsphäre durch Aphrodisiaka reicht also in therapeutischer Beziehung nicht an die endokrine Substitutionstherapie heran. Hierfür ist noch dieser Fall ein Beleg, bei dem Yohimbin völlig versagte. Es war dies ein 26jähriger Neurastheniker, der über häufige Pollutionen und mangelnde Erektion klagte. Dabei war die Libido exzessiv. Nach zwei Testitotal-Kuren von je 6 Wochen wurden die Erektionen kräftig, der Koitus normal; die neurasthenischen Beschwerden hörten auf.

Stets beobachtete ich bei der Behandlung mit Testitotal neben der Wiederherstellung der Sexualfunktion das Verschwinden der sonstigen neurasthenischen Beschwerden. Der Erfolg kam also wohl nicht lediglich auf Rechnung verstärkter Reize, sondern beruht auf der regulierenden Wirkung der Hormone. Aus meinem Material erwähne ich hier nur noch kurz den Fall eines 26jährigen Ehemanns, der aus Furcht, nicht koitieren zu können, keine Erektion bekam. Dabei hatte er häufige Pollutionen, starke Depression, Schlaflosigkeit. Nach dreimal 6 Wochen Testitotal-Behandlung bedeutende Besserung. Da noch Ejakulatio praecox besteht, wird die Behandlung fortgesetzt. Bei einem 28 Jahre alten Manne bestand seit einem halben Jahre Impotenz; vorübergehende Neigung zu beiden Geschlechtern. Nach dreimal 6 Wochen Testitotal-Kur zunehmende Potenz. Behandlung wird fortgesetzt. Ebenso wurde ein 30 Jahre alter Mann mit Impotenz, Hypochondrie, Masturbation und Spermatorrhoe durch Testitotal äußerst günstig beeinflußt. Die neurasthenischen Beschwerden verschwanden, Erektionen und Potenz wurden normal.

Ganz kurz streifen möchte ich noch zwei meiner Fälle, in denen Testitotal versagte, resp. mangelhaften Erfolg hatte. In dem einen Falle bestand bei dem 44jährigen Alkoholiker Arteriosklerose; völlige Impotenz und Arbeitsunfähigkeit. Wiederholte Testitotalkuren blieben ohne Erfolg. In dem anderen Falle bestand bei dem 52jährigen Arteriosklerotiker zunehmende sexuelle Schwäche. Mehrfache Testitotalkuren blieben ohne Einfluß auf die Allgemeinbeschwerden, besserten aber die sexuelle Schwäche. Ob diese Besserung bei dem schwer leidenden Manne von Dauer ist, bleibt abzuwarten.

Ueber analoge Erfolge verfüge ich auch bei Frauen, die mit Oototal*) behandelt wurden. Wie Testitotal ist auch Oototal ein Organopräparat aus der Totalsubstanz des endokrinen Organs. Es enthält also nicht isolierte Extrakte aus der Keimdrüse, sondern den Gesamtkomplex der Hormone des Eierstocks.

Bei einem 26jährigen Weibe bestanden Reizbarkeit, Depression, erotische Träume, exzessive Masturbation trotz häufigen Sexualverkehrs. Zweimal 6wöchige Oototalkur mit 14tägiger Pause brachte die neurasthenischen Beschwerden zum Verschwinden. Aehnlich lag der Fall bei einer jungen Frau, die vor der Ehe stark masturbiert hatte. Die sexuelle Neurasthenie wurde durch zweimal 6 Wochen Oototalkur beseitigt. Ein Fall von Frigidität bei einer 19jährigen wurde durch Oototal geheilt. Ebenso gut war der Erfolg bei einer 25jährigen Frau, die über Frigidität klagte. Schließlich erwähne ich noch den Fall eines Mädchens von 19 Jahren, die trotz frühzeitigen sexuellen Verkehrs völlig frigide war. blieben, ebenso wiederholte Kuren mit anderen Ovarialpräparaten.

Ueber die Wirkung der Organopräparate bemerke ich allgemein, daß ich stets eine gewisse Latenzperiode beobachten konnte, die sich meist in erotischen Träumen, Erektionen und Pollutionen äußerte.

Nach den vorliegenden Erfahrungen mit der Organotherapie bei sexueller Neurasthenie ist in den meisten Fällen eine Wiederherstellung der Sexualfunktion von der hormonalen Einwirkung zu erwarten. Als höchst wirksam erwiesen sich für diese Therapie Testitotal und Oototal. Mir scheint, daß diese Präparate in der Tat ein Maximum an aktiven Hormonen enthalten. Bezüglich der Erfolge mit Testitotal und Oototal befinde ich mich im Einklange mit den Berichten schwedischer und anderer Kollegen, die hierüber publiziert haben. Ich kann nur dringend nahelegen, die genannten Präparate weiter zu verwenden.

„Gastrovit“, ein neues Mittel zur Behandlung der Hyperacidität und Hypersekretion des Magens.

Von

Dr. med. W. GROSSMANN, Facharzt für innere Krankheiten in Charlottenburg.

Unter dem Namen „Gastrovit“ wird von den Chemischen Fabriken Dr. Joachim Wiernick und Co. Akt.-Ges., Berlin-Waidmannslust, ein neues Neutralisierungsmittel zur Bindung überschüssiger Magensäure herausgebracht.

Gastrovit enthält als wirksamen Bestandteil Magnesiumhydroxyd Mg $(OH)_2$ und kommt in Tablettenform von ½ g, und als Schachtelpulver in den Handel. Es ist völlig geruch- und geschmacklos und ergibt beim Verrühren in Wasser eine leicht milchig getrübte Aufschwemmung. Durch die Verkoppelung von Mg. mit den beiden basischen OH-Gruppen wirkt Gastrovit auf Säuren aller Art stark neutralisierend.

Vor den sonst gebräuchlichen Neutralisationsmitteln hat Gastrovit verschiedene Vorzüge. Gegenüber der Magnesia usta (Magnesiumoxyd) zeichnet es sich durch schnellere Lösbarkeit und damit schnelleren Eintritt der Wirkung aus. Vor den Carbonaten (Magnesium- und Calciumcarbonat) hat es den Vorzug, daß es keine Kohlensäure entwickelt und daher keine Magendehnung, die bei Ulcus wegen Blutungs- und Perforationsgefahr lebensbedrohend werden kann, hervorruft, und auch keinen Zwerchfellhochstand erzeugt, der oft bei Myocardinsufficienz starke Belästigungen hervorruft.

Ich habe Gastrovit in einer Reihe von Fällen von Hypersekretion der verschiedensten Aetiologie angewandt; es waren darunter Fälle von Hypersekretion bei Chlorose, Neuropathie, Gastritis chron. infolge von Nikotin- und Alkoholacusus, Hypersekretion im Gefolge von Morbus Basedow und im Klimakterium und endlich bei Ulcus ventriculi und duodeni.

Um es vorwegzunehmen, kann ich nur sagen, daß ich mit dem Erfolge stets zufrieden war. In allen Fällen trat teils sofort, teils nach sehr kurzer Zeit ein deutliches Nachlassen und Schwinden der lästigen Beschwerden ein. Außer diesem schnellen Schwinden der Beschwerden wurde von den Patienten allgemein die schon erwähnte völlige Geruch- und Geschmacklosigkeit des Mittels angenehm empfunden. Patienten, die das bekannte Leubesche Magenpulver (Na. sulf. Na. phosphor. aa 30,0, Na. bikarb. 40,0) wegen seines Geschmacks verweigerten, nahmen anstandslos das Gastrovit.

Auf den Darmtraktus wirkte Gastrovit, zumal in etwas höheren als bei der Packung angegebenen Dosen, leicht abführend und ohne unangenehme Sensationen, eine Eigenschaft, die wegen der gerade bei Hypersekretion häufig bestehenden Obstipation, sehr erwünscht ist. Auch diese Wirkung wurde von dem Patienten spontan anerkennend hervorgehoben.

---

*) Herstellerin der Organo-Total-Präparate: Dr. Laboschin A.-G., Berlin NW 21.

Des weiteren berichtete mir eine Patientin mit Morb. Basedow im Klimakterium, die seit Wochen wegen starker hypersekretorischer Beschwerden alle möglichen bekannten Neutralisationsmittel mit und ohne Narkotika ohne Erfolg genommen hatte und im Zusammenhang damit an starker Schlaflosigkeit litt, die auch durch Schlafmittel nicht behoben wurde, neben dem prompten Schwinden der Magenbeschwerden nach Gastrovit auch über sofort wieder eintretenden befriedigenden Schlaf, ohne daß ein Schlafmittel noch nötig war.

In Fällen besonders starker Hypersekretion mit besonders quälenden Beschwerden hat es sich als zweckmäßig erwiesen, um den durch den abnormen Säureüberschuß oft darniederliegenden Appetit zu heben, zuerst durch Gastrovitgaben eine Viertelstunde vor der Mahlzeit eine teilweise Neutralisation der Magensäuren und damit eine Besserung des Appetits herbeizuführen und dann durch Gastrovitgaben eine Viertelstunde nach der Mahlzeit die endgültige Neutralisierung zu bewirken. Allerdings trat dann bei dieser verstärkten Dosierung eine leicht abführende Wirkung des Gastrovits auf, die aber, da nicht belästigend, als angenehme Beigabe der Wirkung gern mit in den Kauf genommen wurde.

Was die Dosierung anbetrifft, so empfiehlt es sich im allgemeinen, das Mittel nach den Hauptmahlzeiten zu geben, etwa dreimal täglich eine Tablette oder eine Teelöffelspitze des Pulvers in Wasser aufgeschwemmt. Jedoch kann man diese Dosierung, da das Mittel absolut frei von toxischen Nebenwirkungen ist, auch ohne Bedenken überschreiten, indem man es, wie schon erwähnt, in besonders schweren Fällen auch vor den Mahlzeiten gibt oder auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme je nach Stärke der Beschwerden etwa zwei- bis dreistündlich. Die einzige, oft sogar erwünschte Nebenwirkung dürfte in der Anregung der Darmperistaltik bestehen. Man muß da vollkommen individuell verfahren.

Ein weiterer Vorteil bei der Verordnung des Präparates besteht darin, daß es, da es auch als Schachtelpulver im Handel ist, in jeder gewünschten Weise mit jedem beliebigen anderem Mittel leicht kombiniert werden kann. So erscheint es bereits für Gärungszustände im Darmkanal in Kombination mit Pfefferminz in Tablettenform a 0,5 im Handel. Ebenso ist auch leicht rezepturmäßig, wo eine stärkere Absorption von Gärungsstoffen bei Gärungsdyspepsie gewünscht wird, eine Kombination mit Kohlepräparaten möglich; bei Ulcus ventriculi und duodeni kann man das Mittel zur gleichzeitigen therapeutischen Beeinflussung des Ulcus mit adstringierenden Mitteln wie Bismuthum subnitricum oder Alluminium (Eskalin) kombinieren. Auch mit den sekretionsbeschränkenden und narkotisch wirkenden Alkaloiden wie Codein, Morphin und Belladonna läßt es sich leicht, besonders bei Ulcuschmerzen, gut kombinieren.

Gastrovit ist demnach eine wertvolle Bereicherung der uns zur Verfügung stehenden Neutralisationsmittel. Seine Vorzüge sind, da es völlig geruch- und geschmacklos ist, die angenehme Darreichungsform, die völlige Ungiftigkeit selbst in höheren Dosen, die milde abführende Wirkung und die vielseitige Kombinationsmöglichkeit. Gastrovit scheint mir berufen, eine Lücke in der Behandlung der Hypersekretion auszufüllen.

Therapeutische Notizen.

(Chirurg. Klinik der Universität Freiburg i. Br. Geh. Rat Prof. Dr. E. Lexer.)

Kupfer zur Behandlung schmierig belegter Wunden.

Von Dr. E. Herrmann.

Nr. 3 der „Therapie der Gegenwart“ 1926.

Die Frage, ob die Kupfer-Dermasan-Behandlung (Kupfer-Dermansan mit Oberflächen- und Tiefenwirkung werden hergestellt von der Firma Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87) eine spezifische Therapie gegen tuberkulöse Granulationen darstellt, oder ob sie in gleicher Weise Eignung für die Reinigung unspezifischer, schlecht heilender Wunden besitzt, wirft Dr. E. Herrmann aus der Chirurgischen Klinik der Universität Freiburg i. Br. (Vorstand Geh.-Rat Prof. Dr. E. Lexer) auf.

Zunächst stellt der Verfasser an Hand von Tierversuchen folgende Resultate fest: Kaninchen, denen vermittels Thermokauter stark sezernierende Brandwunden auf dem Rücken beigebracht waren, wurden mit „Kupfer-Dermasan mit Tiefenwirkung“ verbunden. Nach Verlauf von 24 Stunden erfolgte Reinigung der Wunden, nach weiteren 24 Stunden Bildung frischer, kräftiger Granulationen. Nach 5 Tagen wurde zur Applikation von „Kupfer-Dermasan mit Oberflächenwirkung“ geschritten, die nach 8 Tagen glatte Epithelisierung erzielte. Bei Kontrolltieren trat die Heilung erst nach mehreren Wochen ein.

Klinisch wurde „Kupfer-Dermasan mit Tiefenwirkung“ sowohl bei tuberkulösen Ulcerationen, perforierten tuberkulösen Senkungsabszessen, als auch bei unspezifischen, schmierig belegten Wunden nach septischen Operationen zur Anwendung gebracht. Durchgehend stellt Autor bei beiden Wundkategorien außerordentlich günstige und rasche Wundheilung fest. Die nekrotischen Massen stießen sich schnell ab, die tiefen Wundhöhlen füllten sich rasch durch gute, kräftige Granulationen aus. Die Ueberhäutung erfolgte lediglich unter Einwirkung des „Kupfer-Dermasan mit Oberflächenwirkung“. Die Behandlung mit Kupfer-Dermasan verläuft demnach in zwei Phasen: Zur Reinigung und guten Granulationsbildung wird „Kupfer-Dermasan mit Tiefenwirkung“ verwandt, bis die Granulationen das Niveau der übrigen Haut erreicht haben.

Die zweite Phase besteht in der Epithelisierung mit „Kupfer-Dermasan mit Oberflächenwirkung“, da letzterem Mittel lediglich die Eigentümlichkeit der epithelisierenden Wirkung zukommt.

Erfolgt die zweite Phase nicht, so bilden sich überschüssige Granulationen, ohne daß es zur Ueberhäutung selbst kommt.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

LIBRARY
RECEIVED
JUN 26 1926
U. S. Department of Agriculture

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 10 | BERLIN, DEN 31. MAI 1926 | 44. JAHRGANG

Calcium-Diuretin (Knoll)

(Theobromin.-Calcium salicylic.)

Gut verträglich und nicht laugenhaft schmeckend.

Herz- und Gefäßmittel, Diuretikum.

Von zuverlässiger Wirkung bei **Hypertonie,**
Arteriosklerose,
Gefäß-Spasmen,
Angina pectoris.

Rp. Calcium-Diuretin-Tabl. zu 0,5 g.
Originalpackung mit 20 Stück (M 1.65)
» » 10 » (» —.90)
Dosierung wie bei Theobromin.-natr. salicylic.
Für Anstalten ***Spitalpackungen*** *zu ermäßigtem Preise.*

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. (Knoll)

0,5 Calcium-Diuretin + 0,1 Kal. jodat.

Nach Prof. *S. Askanazy*, Königsberg i. Pr.
ausgezeichnet bewährt
bei **stenokardischen** und
asthmatischen Zuständen.

Rp. Originalpackung mit 20 Tabl. M 2.—
» » 10 » » 1.15
3 mal täglich 1 Tabl. nach dem Essen.

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. in O.-P. dürfen auch ***in der Kassenpraxis*** *verschrieben werden, da sich ihre Verordnung billiger stellt als eine ähnliche rezepturmäßig verschriebene Arzneikombination.*

KNOLL
KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein.

Versuchsmengen gern zur Verfügung.

ZUR MINERALISIERUNG DER TUBERKULOSE

Tebarsil

nach Dr. STRAHLMANN

(Injektionspräparat mit Silicium, Calcium, Arsen, Phosphor)

Vorzüge: *Sichere Mineralwirkung — weil parenterale Einverleibung. Zweckmäßig ausgewählte Kombination von Anionen und Kationen. Uebersichtliches und klinisch erprobtes Behandlungsschema in jeder Packung.*

Ausgearbeitet für den Lungenfacharzt und den praktischen Arzt

zur ambulanten Allgemeinbehandlung

MALTOSELLOL

das naturreine, wohlschmeckende Lebertranpräparat mit Kakao-Malzextrakt zur Allgemeinbehandlung der Tuberkulose

LITERATUR:

Strahlmann: Münch. Med. Woch. 1925, Nr. 51.
Aerztl. Rundschau 1925, Nr. 7.
Sauerbruch u. Herrmannsdorfer: Münch. Med. Woch. 1926, Nr. 2 und 3.
Zickgraf: Ztlbl. f. inn. Med. 1925, Nr. 31, 39.
Fortschr. d. Med. 1925, Nr. 5.

GEHE & CO. A.-G. Gehe DRESDEN-N. 6

Optochin hydrochloricum

empfohlen zur intralumbalen Behandlung der

Epidemischen und Pneumokokken-

Meningitis.

Aus der **Literatur** seien erwähnt: Wolff und Lehmann, Deutsche Med. Wochenschrift 1913, Nr. 51. — Loewe und Meyer, Berliner Klinische Wochenschrift 1915, Nr. 39. — Friedemann, Berliner Klinische Wochenschrift 1916, Nr. 16 und 1922, Nr. 21. — Lippmann, Berliner Klinische Wochenschrift 1917, Nr. 32 — Rosenow, Deutsche Med. Wochenschrift 1920, Nr. 1 und Klinische Wochenschrift 1922, Nr. 26. — Bardachzi, Medizinische Klinik 1920, Nr. 5. — Leschke, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1920, Nr. 20 und Berliner Klinische Wochenschrift 1921, Nr. 52. — Cordua, Berliner Klinische Wochenschrift 1921, Nr. 45. — Blühdorn, Medizinische Klinik 1922, Nr. 19. — Schack, Münchener Medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 43. — Henning, Medizinische Klinik 1924, Nr. 52. — Jochmann-Hegler, Lehrbuch der Infektionskrankheiten, II. Aufl., 1924, S. 641, — Meyer, Therapie der Gegenwart 1925, Nr. 4. — Steinbrink, Therapie der Gegenwart 1925, Nr. 4. — Wolff, Deutsche Medizin. Wochenschrift 1925, Nr. 27. — Kaiser, München. Medizin. Wochenschrift 1926, Nr. 11.

Literatur und Proben
auf Wunsch.

Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co., G. m. b. H.

Literatur und Proben
auf Wunsch.

Frankfurt am Main-Süd 10

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. E. Gohrbandt, Privatdozent für Chirurgie: Hautplastikmaterial 455

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bonn. (Direktor: Geh. Rat Otto v. Franqué.)
Prof. Dr. Heinrich Martins: Die Entstehung und Behandlung der gynäkologischen Gebärmutterblutungen 457

Aus der Heilstätte Gottleuba-Sachsen. (Chefarzt: Ober-Med.-Rat Dr. Bartels.)
Dr. H. Zwerg: Die praktische Bedeutung der Blutsenkungsreaktion 464

Dr. Brunzlow, Generaloberarzt a. D., Münster (Westf.): Zur Frage der Gaumenmandelausschälung 466

Dr. med. Max Grünewald, Dortmund: Die „Gesolei“ in Düsseldorf 466

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 16-17 468
Reichsgesundheitsblatt 1926, **1**, Nr. 14, 15 469
Krankheitsforschung 1926, II. Band, Heft 4 469
Zeitschrift für Tuberkulose, **44**, Heft 6, **45**, Heft 1, **63**, Heft 3 469
Die extrapulmonale Tuberkulose 1925, Heft 6, 7 . . 470
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, **76**, Heft 4 472
Zeitschrift für Kinderheilkunde 1926, **41**, 1. u. 2. Heft 472
Zentralblatt für Gynäkologie und Geburtshilfe 1926, **50**, Nr. 10—13 473
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **195**, Heft 3, 4/5 . 474
Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage, **47**, 2. Heft . . . 475
Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, **13**, 4. Heft 475
Zeitschrift für Urologie 1926, April 476
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1926, März, April 476
Zeitschrift für Augenheilkunde 1926, März, April . . 477
Wiener klinische Wochenschrift 1926, Nr. 15-18 . . 478
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 13-17 478
Revue Médicale de la Suisse Romande, 1926, Nr. 4 . 480
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, Nr. 15-19 480
Ugeskrift for Laeger 1926, Nr. 10-15 482
Hygiea 1926, Heft 5-7 483
Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1926, Nr. 4 . . 483
Svenska Läkare sällskapets Handlingar, **51**, 4. Heft . 483
Finska Läkare sällskapets Handlingar, **68**, März 1926 483
Acta Medica Scandinavica 1926, **63**, Nr. 3 483
Acta chirurgica scandinavica, **60**, Nr. 1 u. 2 484
British medic. Journal 1926, Nr. 3403—3407 484
The Lancet 1926, **1**, Nr. 11-16 486
Revista Española de Medicina y Cirurgia 1926, **9**, April 488
Archivo di Ortopedia, **41**, Heft 3, **42**, Heft 1 488
Rivista Ospedaliera, **15**, Nr. 20-24, **16**, Nr. 2 489
Paris médical 1926, Nr. 7-17 490
La Presse Médicale, Paris 1926, Nr. 18-21 492
Revue neurologique 1926, **33**, Nr. 3, 4 492
Revue d'orthopédie 1926, **33**, Heft 1 493
Bulletin de la soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1926, Nr. 3 493
The American Journal of Hygiene 1926, **6**, Nr. 2 und Ergänzungsheft 494
Journal of Infectious Diseases 1926, **38**, Nr. 4 . . . 495
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, **13**, 1-4 495
Surgery, Gynecology and Obstetrics 1926, **42**, Nr. 4 . 501
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1926, **11**, Nr. 3 501
American Journal of Ophthalmology 1926, März . . 502
The American Journal of Syphilis, **10**, 1 503
Aus der russischen Literatur 503

Buchbesprechungen 505

Therapeutische Mitteilungen:

Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Lankwitz. (Prof. G. Zuelzer.)
Dr. Rudolf Treu: Die Behandlung der Grippe mit „Sanivalen“ 506

Dr. A. Durand, prakt. Arzt in Berlin-Friedenau: Erfahrungen eines Praktikers mit Elixir Cigli bei Arteriosklerose und Hypertonie 506

Dr. Isaak, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten: „Uvalysat“, eine Bereicherung des urologischen Arzneischatzes 507

Therapeutische Notizen 508

Silicol
Kolloides **Kieselsäure-**Eiweiß
gegen Lungenkrankheiten,
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin
Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol
Kolloides **Kalk-**Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen
Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

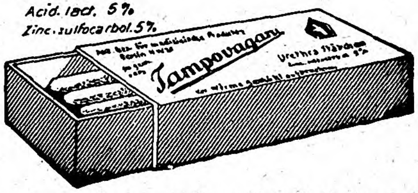
Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

Tampovagan

Kugeln
composit. resorbens hydroxycyanat. ichthyolic. reargon nutritiv. gonocid.

Urethra Stäbchen
Protargol 2%
Acid. lact. 5%
Zinc. sulfocarbol. 5%

Die Tampovagan-Therapie in der Gynäkologischen Praxis



Bei fast allen Krankenkassen zugelassen. — Literatur und Proben unter Bezugnahme auf diese Zeitschrift kostenlos.

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte
BERLIN N 39 · TELEFON: AMT MOABIT 1665 · TEGELER STRASSE 14

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

Arsen-Duploferrin
(Eisennucleinat-Natriumcitrat-Albumose c. Kal. arsenic.)

/ Zuverlässige Wirkung /
Denkbar beste Bekömmlichkeit

Jede Tablette enthält 1 Milligramm arsenige Säure, 6,5 Milligramm Eisen, 5 Milligramm Nucleinsäure.

Indikation: Chlorose, Anämie und alle auf dieser Basis beruhenden Schwächezustände.

Aerzte-Muster und Literatur zur Verfügung

Johann A. Wülfing, Berlin SW 48
Friedrichstraße 231

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 10 31. MAI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Hautplastikmaterial.

Von

Dr. E. GOHRBANDT, Privatdozent für Chirurgie.

Schon seit langem ist man in der Chirurgie bemüht, zugrundegegangenes oder zerstörtes Gewebe des menschlichen Körpers plastisch durch Transplantationen zu ersetzen. Stammt das Material, das zum Ueberpflanzen verwandt wird, von demselben Individuum, so sprechen wir von einer Autoplastik, stammt es von einem artgleichen oder artähnlichen Wesen, so sprechen wir von einer Homoioplastik, stammt es von einem artfremden Wesen, so haben wir die Heteroplastik. Man hat auch versucht, das Wort Alloplastik in die Lehre von den Plastiken miteinzuführen, es aber schließlich doch nur auf den Ersatz von lebendem Gewebe durch totes, fremdartiges Material beschränkt.

Von den ersten Anfängen dieser Plastiken bis fast auf den heutigen Tag ist unter den Forschern ein Streit entstanden, welcher der drei Plastikarten, der Autoplastik, der Homoioplastik oder der Heteroplastik, der Vorzug zu geben ist, welche am meisten Erfolge verspräche.

Die ältesten Berichte, die wir von solchen Plastiken überkommen haben, stammen aus dem 13. Jahrhundert und sind teilweise zu Fabeln ausgeschmückt. So hören wir z. B. aus damaliger Zeit, daß der berühmte Prof. Gasparo Tagliacozza aus Bologna einem angesehenen Brüsseler Bürger eine Nase aus dem Arm eines Lastträgers gemacht habe. Zwischen dieser Nase, die jahrelang bei dem neuen Eigentümer geprangt habe, und ihrem ursprünglichen Besitzer sei ein sympathischer Zusammenhang bestehen geblieben; als z. B. der Lastträger starb, sei auch gleichzeitig dem Brüsseler die Nase abgestorben. Viele andere, teilweise als Spielerei betriebene Versuche stammen aus der Zeit der Hahnenkämpfe, wo man mit Erfolg einen Katzenschwanz und den Flügel eines Kanarienvogels auf einen Hahnenkamm überpflanzt haben will. Aber auch bis auf den heutigen Tag hat man ähnliche Versuche angestellt, und noch in letzter Zeit wurde von englischen Chirurgen die Haut von Hunden, von Italienern die Haut von jungen Hühnchen zur Bedeckung menschlicher Wunden angegeben, die sogar nach gelungener Transplantation den Charakter der menschlichen Haut angenommen haben sollen.

Daß man solchen homoio- und heteroplastischen Transplantationen bis in die neueste Zeit hinein nicht ganz ablehnend gegenüber stand und sie immer wieder und immer wieder erprobte, wird man leicht verstehen können, wenn man die erfolgreichen Transplantationen aus der Pflanzenwelt und aus dem niederen Tierreich in Betracht zieht. In der Botanik kommt es sogar vor, daß die Heteroplastik besser gelingt, als die Auto- oder Homoioplastik, da in der Pflanzenwelt der Transplantation viel größere Möglichkeiten offen stehen, die darin begründet sind, daß es sich meist um Verpflanzungen von Knospen und Teilen mit Knospungsvermögen, also um mit embryonalen Potenzen begabte Partien handelt, die größtenteils schon an und für sich lebensfähig sind. Die Pflanze ist außerdem in ihren einzelnen Teilen unabhängiger von der Form, in der ihr die Nahrung geboten wird, da sie Eiweiß aus anorganischer Substanz aufzubauen imstande ist.

Die aus der niederen Tierwelt als gelungen bezeichneten und beschriebenen Heteroplastiken müssen mit der größten Vorsicht aufgenommen werden. Sie würden sicher einer genauen Nachprüfung nicht standhalten. Die meisten Autoren machen in ihren Arbeiten kaum den Unterschied, ob es sich um Transplantationen von Teilen mit selbständiger Existenz- und Regenerationsfähigkeit handelt oder um Körperteile, die ganz losgelöst nicht für sich allein lebensfähig sind, und stellen damit die Transplantation der Parabiose vollkommen gleich. In der Mehrzahl der Fälle liegt auch nicht eine genügend lange Beobachtungszeit des Transplantates vor. Oft stellt es sich erst nach Wochen und Monaten heraus, daß ein Transplantat wohl von seinem neuen Wirte für eine zeitlang ernährt werden kann, daß es aber nie ein Bestandteil des neuen Wirtes wird und an seinen biologischen Eigenschaften nicht teilnimmt. Daß vorübergehend eine Ernährung des heteroplastischen Materials stattfinden kann und auch wirklich stattfindet, muß unbedingt zugegeben werden. Wie könnte man sonst z. B. bei Hautlappen von Ratten, die man vorübergehend auf Mäuse transplantiert hatte, ohne Schaden noch nach Tagen die Transplantate wieder auf die Mutterböden zurückpflanzen, wie könnten sich heteroplastische Lappen auf dem neuen Wirtstier lange Zeit halten, bevor sie abfallen. Ribbert glaubt diese vorübergehend ausreichende Ernährung des Transplantates durch seinen neuen Wirt so erklären zu können, daß das Transplantat von seinem neuen Wirte nur Wasserstoff und Sauerstoff übernähme und mit diesen so lange auskäme, als die ihm arteigenen und zu seinem Leben notwendigen, von seinem Mutterboden mitbekommenen Nährsubstanzen ausreichten. Ehrlich und Schöne lehnen diese rein schematische Darstellung ab, neigen im großen und ganzen aber doch zu der Ansicht, daß ein Teil des Wirtsnährbodens durch Assimilation für das Transplantat brauchbar gemacht werden könne, daß aber meist der Wirt die für das Transplantat nötigen spezifischen Stoffe nicht besitze und auch nicht produzieren könne.

Erst nach zahlreichen Untersuchungen und Arbeiten von Marchand, Enderlen, Henle, Schöne und Lexer hat man bei der biologischen Verschiedenheit des Zelleiweißes und Serums jedenfalls bei höher entwickelten Tieren und beim Menschen die Brauchbarkeit fremdartigen Materials abgelehnt.

Der Streit zwischen Auto- und Homoioplastik ist dagegen nicht beendet. Noch in der Mitte des vorigen Jahrhunderts sah man es für selbstverständlich an, daß die Homoioplastik der Autoplastik vollkommen gleich zu setzen sei. In einer Anzahl von Arbeiten und Versuchen dieser Zeit scheint die Gleichheit so allgemein anerkannt zu sein, daß in den Aufzeichnungen und Protokollen gar nicht immer erwähnt wird, ob es sich um eine Auto- oder Homoioplastik handelt. Aber auch noch heutzutage wird von bedeutenden deutschen Chirurgen die Haut von frischen Leichen, von Verwandten und anderen Menschen zur Uebertragung empfohlen und verwandt. Man stützte sich bei diesen homoioplastischen Hauttransplantationen hauptsächlich auf Versuche, die zwischen Schwarzen und Weißen angestellt worden waren, um die einzelnen Hautpartien nach der Plastik besser unterscheiden zu können. Wenn man z. B. weiße Haut auf einen Schwarzen überpflanzte, so bildete sich an der Uebergangsstelle eine weiße Haut, die erst nach einer Reihe von Jahren wieder dunkel wurde, und man nahm nun an, daß diese zunächst weiße Haut die angewachsene überpflanzte weiße Haut sei. Erst später hat man diese Versuche als nicht beweisend ablehnen können, da man festgestellt hatte, daß pigmenthaltige Haut durchaus nicht immer wieder pigmenthaltige Haut zu bilden brauchte, ja, daß sie es sogar gar nicht könne, daß Haut, die aus pigmenthaltiger schwarzer Haut hervorgeht, zuerst nicht schwarz, sondern weiß ist. Die bei den Negern an der Transplantationsstelle entstandene weiße Haut konnte also nicht als gelungene Homoiotransplantation angesehen werden. Es ist in letzter Zeit besonders Lexers Verdienst, mit dem ganzen Gewicht seiner Persönlichkeit dafür eingetreten zu sein, daß für die Plastik beim Menschen einzig und allein die Autoplastik in Frage kommt, daß die Homoioplastik nicht gelänge.

Um die Frage der Auto- und Homoioplastik noch einmal von Grund auf zu klären, habe ich bei einer großen Anzahl von Ratten Plastikversuche angestellt. Da es mir unmöglich war, die ganzen Organe auf die Transplantation hin zu untersuchen, so habe ich mich zunächst nur auf die Haut beschränkt und möchte, was ich im folgenden sage, auch nur auf die Haut beziehen. Die Haut wählte ich gerade zur Transplantation, weil die Haut nun einmal das am meisten zur Plastik verwandte Organ ist, weil ferner die Operationstechnik verhältnismäßig einfach ist und das Transplantat am besten beobachtet und beurteilt werden kann. Bloch hält ebenfalls auf Grund seiner Arbeiten die Haut am geeignetsten zur Transplantation, weil sie ganz besonders als Immunitätsorgan aufgefaßt werden muß, in dem die energischste Reaktion stattfindet und die meisten Antikörper gebildet werden.

An wenigstens 300 Ratten habe ich versucht, Haut auszutauschen, von Eltern auf Kinder und umgekehrt, bei Geschwistern untereinander, bei Gleichgeschlechtlichen und Gleichfarbigen und umgekehrt. Nur in ganz vereinzelten Fällen ist es mir gelungen, Hautläppchen von jungen Tieren auf die Eltern und bei Geschwistern untereinander zu übertragen, ob ich die Haut frei überpflanzte, ob ich gestielte Lappen nahm, ob ich Epithelläppchen nach Thiersch oder Braun verwandte oder einen Epithelbrei nach v. Mangold oder Pels-Leusden benutzte; in allen anderen Fällen ist es zu einem Absterben und Abstoßen der überpflanzten Haut gekommen, selbst wenn es zuerst den Anschein erweckte, als wenn sie anheilen wollte. Oft ist noch nach einem halben oder dreiviertel Jahre der Lappen, der sich bis dahin gut gehalten hatte, abgestoßen worden.

Da der Homoioplastik der biochemische Unterschied der Zelle und des Serums entgegensteht und wir als Ursache der Mißerfolge die in der Verschiedenheit des Eiweißes von Spender und Empfänger herrschenden Gegensätze ansehen müssen, hatte man versucht, den Körper des Empfängers durch Vorbehandlung mit dem Serum des Spenders zu immunisieren. Eine Abschwächung der Antikörper war natürlich durch diese Behandlung mit Serum nicht erreicht worden. Im Gegenteil, es kreisten bereits zur Zeit der Transplantation spezifische Abwehrkörper im Blute des Empfängers, die das Anheilen des Transplantates nur erschwerten. Auch die Versuche von Laqua, durch Vorbehandlung des Empfängers mit artfremdem Serum die Antikörperbildung beim Empfänger zu erschöpfen oder jedenfalls so in Anspruch zu nehmen, daß zur Anheilung des Transplantates günstigere Bedingungen geboten würden, schlugen fehl.

Einen letzten Ausweg, unter Umständen die in der Verschiedenheit des Eiweißes vom Empfänger und Spender herrschenden Gegensätze ausgleichen zu können, erblickte ich in der Parabiose, in der Vereinigung zweier Tiere zu einem, obwohl die Berichte aus der Literatur von Sauerbruch und Heyde, von G. Schmidt und Mayeda nicht auf allzu großen Erfolg hoffen ließen. Zu den Parabioseversuchen benutzte ich teilweise die Tiere, an denen ich bereits vorher Plastikversuche vorgenommen hatte, um gerade an diesen Tieren zu ersehen, ob die Plastik nun gelingen würde. Um bei den Parabiosetieren möglichst schnell einen recht umfangreichen Austausch der Körpersäfte herbeizuführen, habe ich mich im allgemeinen nicht damit begnügt, die Tiere nur mit der Haut aneinander zu vereinigen. Fast immer habe ich auch die Bauchhöhle miteröffnet und außer der Haut und der Muskulatur auch das Bauchfell mitvernäht. In einigen Fällen habe ich sogar Gastro-Gastrostomien angelegt und die Tiere tageweise umschichtig fressen lassen. Leider gelingt es nicht immer, Tiere zu Parabiosepaaren zu vereinigen. Selbst wenn wir alle nötigen Vorbedingungen erfüllen, möglichst geschlechtsverschiedene Tiere desselben Wurfes und gleicher Größe zu nehmen, so müssen wir doch damit rechnen, daß es zu einer heterogenen (Hotz) oder zu einer disharmonischen (G. Schmidt) Parabiose kommt, zu einem Zusammenleben, daß nur ganz kurze Zeit dauert, in dem die Parabionten nicht nebeneinander herleben können, ohne daß einer von ihnen zugrunde gerichtet wird. Von 100 Parabiosepaaren habe ich nur 65 zu weiteren Versuchen gebrauchen können. Bei allen diesen Paaren ließ sich nach verhältnismäßig kurzer Zeit nachweisen, daß ein Blutaustausch zwischen beiden Tieren stattfand. Ganz gleich, wie ich nun bei diesen Tieren die Plastik anlegte, frei oder gestielt, vor der Parabiose, im Anfang der Parabiose oder später bei wieder getrennten Tieren, bei Verwandten oder Nichtverwandten, ich habe niemals eine günstige Beeinflussung des Transplantates, geschweige denn ein Anheilen sehen können. Ich habe stets den Eindruck gewonnen, daß die beiden Körper durch die Parabiose so viel in ihrem gegenseitigen Kampfe miteinander zu tun hatten, daß sie sich um das kleine Transplantat gar nicht besonders kümmern konnten.

Wenn ich auch von einer harmonischen oder homogenen Parabiose spreche, so ist es doch nur eine zeitliche Begrenzung. Wir sind nicht imstande, jedenfalls bei höher entwickelten Tieren, aus zwei verschiedenen Lebewesen eine dauernde Einheit zu schaffen, wie es uns die Natur in den siamesischen Zwillingen und anderen Parabiosepaaren vorgemacht hat. Es beginnt sofort ein Kampf zwischen den beiden Einheiten, den wir vielleicht im Anfange nur nicht nachweisen können, und der sich zuerst nur in aller Stille abspielt, der mit der Zeit aber doch so stark wird und so lange anhält, bis einer der Parabionten zugrunde geht. Welches von den Tieren in der Parabiose unterliegen wird, kann man vor oder im Anfang der Parabiose nicht sagen. Es ist durchaus nicht immer das größere und stärkere Tier. Aber selbst wenn es bei längerem Zusammenleben festgestellt werden konnte, blieb es ganz gleich, ob ich die Transplantation von dem schwächern auf das stärkere Tier oder von dem stärkeren auf das schwächere vornahm. Günstig beeinflußt wurde die Transplantation in keinem Falle. Es würde zu weit führen, alle Versuche und Theorien sowie die heut anerkannten Richtlinien hier anzuführen. Die genauere Beschreibung befindet sich im Archiv für klinische Chirurgie, Band 139, Heft 2 und 3.

Wenn ich mir auch wohl bewußt bin, daß wir keineswegs die aus Tierversuchen gemachten Erfahrungen ohne weiteres auf den Menschen übertragen können, so bestehen doch bestimmte Gesetze in der Transplantation, die uns berechtigen, auf die Transplantation beim Menschen Schlüsse zu ziehen. Je höher nämlich ein Organismus entwickelt ist, je weiter differenziert seine Zellen sind, desto schwieriger wird es sein, seine biologischen und biochemischen Eigenarten zu überwinden, desto weniger werden uns homoioplastische Transplantationen gelingen. Mit Transplantationen, die im Tierexperimente nicht anheilen, werden wir auch beim Menschen keinen Erfolg haben.

Wir werden also beim Menschen — und zu diesem Schlusse glaube ich mich auf Grund meiner Untersuchungen berechtigt — bei der homoioplastischen Transplantation nie mit einem Dauererfolg rechnen dürfen.

Bei der Autoplastik dagegen haben wir, wenn sie nach den Regeln der Asepsis und nach den richtigen Vorschriften ausgeführt wird, fast immer den gewünschten Erfolg.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bonn
(Direktor: Geh.-Rat Otto v. Franqué).

Die Entstehung und Behandlung der gynäkologischen Gebärmutterblutungen*).

Von

Prof. Dr. HEINRICH MARTIUS.

Wenn ich heute in Ihrem Kreise über die Entstehung und Behandlung der gynäkologischen Gebärmutterblutungen vortragen darf, so muß ich mir, bei dem großen Umfang des Themas, von vornherein Beschränkungen auferlegen. Ich möchte so vorgehen, daß ich zuerst versuche, Ihnen eine möglichst übersichtliche und vollständige Zusammenstellung aller derjenigen krankhaften Veränderungen zu geben, die als Ursache von Gebärmutterblutungen in Betracht kommen können. Mit der Aufdeckung der Aetiologie ist für viele Blutungen der Behandlungsweg bereits gegeben, und ich werde entweder gar nicht oder nur ganz kurz auf die Therapie derjenigen Erkrankungen einzugehen brauchen, bei denen die Gebärmutterblutungen nur als Symptom zu bewerten sind. Dagegen will ich eine ganz bestimmte Gruppe von uterinen Blutungen, nämlich die ovariell bedingten Blutungsanomalien, herausgreifen, um auf ihre Entstehung und Behandlung näher einzugehen.

Bei der schematischen Uebersicht über die Blutungsursachen möchte ich mich einer Einteilung bedienen, die Sellheim vorgeschlagen hat. Man kann mit Sellheim die „Metropathien“, also die Erkrankungen des Uterus, in Baustörungen und Betriebsstörungen einteilen (Tabelle 1).

Tabelle I.

A. Baustörungen.

Durch Infektion: Endometritis septica, gonorrhoica, tuberculosa.
Durch Retention: Plazentarpolyp, Abortus imminens, incompletus; Subinvolutio deciduae post abortum, post partum; Blasenmole; Extrauteringravidität.
Durch Geschwulstbildung: Polypen, Myome, Karzinome, Sarkome, Chorionepitheliome.

B. Betriebsstörungen.

Psychogene.
Durch Schädlichkeiten in der Lebensweise: Berufsschädigungen, sexuelle Schädigungen.
Durch Störungen in der Blutverteilung:
passive Hyperämie:
Herz-, Lungen-, Nieren- und Lebererkrankungen; Stauungen durch entzündliche und echte Tumoren; Verlagerungen.
aktive Hyperämie:
Arteriosklerotische, essentielle oder klimakterische Hypertonie; entzündliche Hyperämie.
Durch innersekretorische Störungen: Chlorose, thyreotoxische Erscheinungen, Basedow.
Ovarielle Störungen: klimakterische, juvenile Blutungen, Ovarialinsuffizienzen.
Durch konstitutionelle Minderwertigkeiten: Infantilismus, Asthenie, Muskelinsuffizienzen.
Diabetes.
Thrombopenie.

Unter Baustörungen wären diejenigen Erkrankungen der Gebärmutter zu verstehen, bei denen eine lokale Veränderung im Gewebsaufbau des Uterus als Blutungsursache vorhanden ist. Dabei handelt es sich vorwiegend um Metrorrhagien.

Demgegenüber stehen die Betriebsstörungen des Uterus, deren Ursache meist außerhalb des Uterus selbst gelegen ist und bei denen die primäre oder sekundäre Insuffizienz der Gebärmuttermuskulatur eine wichtige Rolle spielt.

Bei dieser Einteilung muß allerdings hervorgehoben werden, daß diejenigen extrauterinen oder sogar extragenitalen Erkrankungen, die zu Blutungen der Gebärmutter als Zeichen einer gestörten Funktion dieses Organs führen, meistens auch bald anatomisch-pathologisch nachweisbare Gewebsveränderungen im Uterus nach sich ziehen. Es ist verständlich, daß gerade ein so empfindliches Organ wie der Uterus, dessen anatomische Beschaffenheit schon physiologischer Weise einem sehr hochgradigen, periodischen Wechsel unterworfen ist, auf die gestörte Funktion so gut wie immer auch mit anatomischen Veränderungen antwortet. Andererseits gehen die Störungen im Gewebsaufbau des Uterus fast immer mit einer Beeinträchtigung seiner regelrechten Funktion einher, so daß also die beiden genannten Gruppen keineswegs scharf gegeneinander abgrenzbar sind. Sie gehen vielmehr in ihren Endresultaten ineinander über und decken sich zum Teil, indem die Baustörungen fast nie ohne Funktionsstörungen und die letzteren fast nie ohne Veränderungen im Bau des Organs vorhanden sind.

---

*) Fortbildungsvortrag, gehalten am 25. November 1925 im Aerzteverein in Neuß.

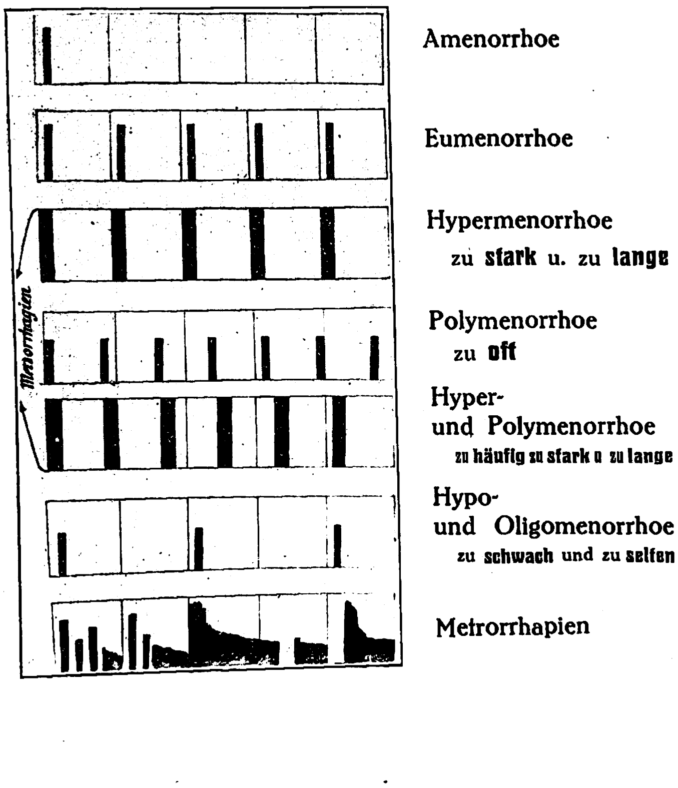
Als typisches Beispiel einer durch eine Funktionsstörung der Eierstöcke hervorgerufenen und durchaus charakteristischen Baustörung der Uterusschleimhaut möchte ich hier schon die cystisch-glanduläre Hyperplasie des Endometriums erwähnen, die unter dem von Pankow eingeführten Namen, der „Metropathia haemorrhagica“ durch die histologischen Untersuchungen von R. Schroeder klar umrissen und festgelegt ist.

Auch die Uterusmyome können nach den neuesten Forschungen hier erwähnt werden, da man auch diese grobanatomischen Baustörungen des Uterus auf eine Dysfunktion des Ovariums zurückzuführen sich für berechtigt hält.

Unter den Betriebsstörungen des Uterus sind auch diejenigen Blutungsursachen einzureihen, bei denen nicht die erworbene und verdorbene (Sellheim) Konstitution des Körpers oder seiner Teile für die Erscheinungen verantwortlich zu machen ist, sondern eine ererbte Minderwertigkeit. Die Betriebsstörungen des Uterus pflegen vorwiegend in Form von Menorrhagien aufzutreten.

Bevor ich auf die Einzelheiten eingehe, möchte ich Ihnen an Hand einer Tabelle (Tabelle II) die jetzt gebräuchlichen Bezeichnungen der Blutungsanomalien vor Augen führen. In der Tabelle sind die verschiedenen Blutungstypen graphisch veranschaulicht. Die normale, regelmäßige, monatliche Periodenblutung kann man als „Eumenorrhoe“ bezeichnen, während für das Ausbleiben der Periode sich allgemein der Ausdruck Amenorrhoe eingebürgert hat. Demgegenüber stehen die verstärkten Blutungen und zwar einmal diejenigen, die noch den Regeltypus bewahrt haben und mit Menorrhagien bezeichnet werden, und zum andern die von der periodischen Wiederkehr unabhängigen, unregelmäßigen Blutungen, die Metrorrhagien.

Tabelle II.



Von den Menorrhagien unterscheiden wir wieder die Hypermenorrhoen, also die zu starken und zu lange andauernden Periodenblutungen, die Polymenorrhoen, also die zu häufigen Periodenblutungen, und schließlich eine Kombination dieser beiden, die Hyper- und Polymenorrhoen.

Die in ihrer Zahl und Stärke herabgesetzten Blutungen werden dementsprechend als Oligo- und Hypomenorrhoen bezeichnet.

Von den Baustörungen des Uterus, die Blutungen verursachen können, sind nun zuerst die Infektionen der Uterusschleimhaut zu nennen, welche bekanntlich durch die verschiedensten Erreger hervorgerufen werden können und die Bezeichnung „Endometritis“ mit Recht tragen. Im übrigen wird der Ausdruck „Endometritis“, wie sich durch die grundlegenden Arbeiten von Hitschmann, Adler, R. Meyer, R. Schroeder u. a. herausgestellt hat, viel zu häufig gebraucht. Viele der früher als krankhaft angesehenen Schleimhautveränderungen haben sich als Stadien der normalen, zyklischen Schleimhautumwandlungen herausgestellt.

Als die häufigsten, echten, infektiösen Endometriden sind die septischen, gonorrhoischen und tuberkulösen zu nennen. Doch ist von allen diesen Endometriden zu sagen, daß sie verhältnismäßig selten isoliert vorkommen und auf das Endometrium beschränkt sind. Das ist noch am häufigsten bei der septischen Infektion der Fall, die auf dem Boden zurückgebliebener Eiteile nach Fehlgeburt oder Geburt oder nach intrauterinen Manipulationen entstanden sind, oder bei den auf dem Boden von zerfallenen Tumoren entstandenen Entzündungen, also bei submucösen Myomen, Karzinomen usw.

Im übrigen bildet die Endometritis meistens nur die Teilerscheinung einer aszendierenden oder deszendierenden Infektion des Genitale überhaupt. Dann ist oft nicht ohne weiteres zu entscheiden, ob die vorhandenen Blutungen auf den Entzündungsprozeß in der Schleimhaut selber zurückzuführen sind, oder nicht vielmehr nur eine Folge der Entzündungshyperämie oder eine Folge der durch die Entzündung gestörten Eierstockfunktion oder auch eine Folge der durch die Entzündung hervorgerufenen Erschlaffung der Uterusmuskulatur darstellen.

Bei der Gonorrhoe und bei der Genitaltuberkulose ist die isolierte Infektion des Endometriums eine Seltenheit. Umgekehrt findet sich bei der Adnextuberkulose in etwa 40% der Fälle auch eine Endometritis tuberculosa, die zu Blutungen führen kann. In seltenen Fällen ist auch bei der weiblichen Gonorrhoe die verstärkte und unregelmäßige Blutung als Ausdruck einer echten Endometritis gonorrhoica das erste Symptom, das die Patientin zum Arzt führt.

Die Behandlung aller dieser entzündlichen Blutungen bilden einen Teil der Entzündungsbehandlung des weib- bildet einen Teil der Entzündungsbehandlung des weib- örterung.

Als zweite Gruppe von Uterusblutungen, deren Ursache auf dem gestörten Bau des Organs selber beruht, sind die Verhaltungen von Eiteilen zu nennen nach Geburt und Fehlgeburt. Ob es sich nun um einen Placentarpolypen, einen Abortus imminens, einen Abortus inkompletus, eine Blasenmole oder um eine sogenannte Endometritis post abortum, also eine Subinvolutio deciduae post abortum, handelt, immer sind es die abnormen Retentionen von Gewebsteilen, welche die Blutungen bedingen.

Auch auf das interessante und praktisch überaus wichtige Kapitel der Abortbehandlung kann hier nicht eingegangen werden. v. Franqué hat kürzlich in einem Fortbildungsvortrag im Bonner Aerzteverein über den jetzigen Stand der Abortbehandlung vorgetragen. Der Vortrag findet sich in der Med. Klinik 1925, Nr. 12, und ich erlaube mir, Sie hier nur darauf hinzuweisen.

Auch die Extrauteringravidität und ihre Behandlung sei hier nur nebenbei erwähnt.

Und schließlich sind als Baustörungen des Uterus, die mit Blutungen einherzugehen pflegen, die Geschwülste zu nennen, gutartiger und bösartiger Natur, Polypen, Myome, Karzinome, Sarkome und das Chorionepitheliom. Bei allen pflegt die Blutung im Vordergrunde der Erkrankung zu stehen. Auf die Behandlung der Myome werde ich weiter unten einzugehen haben. Ueber die Karzinombehandlung möchte ich nur soviel sagen, daß für ihre Erfolge nach wie vor die Frühdiagnose ausschlaggebend ist. Darin hat auch die Strahlentherapie gegenüber früher nicht das geringste geändert. Bei operablen Fällen von Cervixkarzinomen halten wir die Strahlenbehandlung mit Radium- und Röntgenstrahlen nach dem vorliegenden statistischen Material der operativen Behandlung für ebenbürtig. Wir wählen deshalb die Behandlungsart der Cervixkarzinome je nach dem allgemeinen klinischen Befund des Einzelfalles aus. Beim Corpuskarzinom ist die operative Behandlung nach den vorliegenden Statistiken der Strahlenbehandlung überlegen. Doch halten wir uns, nach unsern eigenen Erfahrungen, auch beim Corpuskarzinom für berechtigt, die intrauterine Radiumbehandlung durchzuführen, wenn die Operation aus irgendeinem Grunde kontraindizert oder auch nur bedenklich erscheint. Bei den inoperablen Fällen von Uteruskarzinomen erreicht man durch die Strahlenbehandlung 10 bis 15% fünfjähriger Dauerheilung. Das ist ein Plus gegen früher, das auf jeden Fall zu Gunsten der Strahlentherapie zu buchen ist.

Ein viel mannigfaltigeres Bild als der erste Abschnitt bietet der zweite, nämlich die Funktionsstörungen des Uterus mit und ohne sekundäre Gewebsveränderungen in diesem Organ.

Jeder Reiz körperlicher und psychischer Art kann von dem weiblichen Genitale mit Reaktionen beantwortet werden, die zu Störungen im normalen Ablauf des Periodenzyklus führen.

Zuerst seien die rein psychogenen Menstruationsstörungen erwähnt. Es kann kein Zweifel sein, daß nervöse und psychische Einwirkungen in jeder Phase des Menstruationszyklus fördernd oder hemmend wirken können. Starke Affekte, Schreck, Freude, Angst, Trauer und dergl. wirken allerdings häufiger so, daß eine bestehende Menstruationsblutung plötzlich unterbrochen wird und auch weiterhin ausbleibt. Ich erinnere nur an die „Grossesse nerveuse“ und an die Kriegsamenorrhoen. Die Kriegsamenorrhoen waren sicherlich zum größten Teil rein psychisch bedingt, wenn auch die Unterernährung, die veränderte Lebensweise, die Ueberanstrengung bei der Umgewöhnung an die männliche Berufstätigkeit, also körperliche Einwirkungen, mit im Spiel waren.

Viel seltener sind die Hypermenorrhoen oder sogar Metrorrhagien als rein psychisch bedingt aufzufassen und kommen wohl nur auf der Grundlage einer krankhaft gesteigerten psychischen oder nervösen Reaktionsfähigkeit vor.

In derartigen seltenen Fällen finden sich aber auch dann immer Schleimhautveränderungen mehr oder weniger hohen Grades in Form von Hyperplasien, die ebensogut sekundärer Natur wie auch primär vorhanden sein können, so daß im letzteren Falle die psychische Einwirkung nur als das auslösende Moment für die Blutungsanomalie aufzufassen wäre. Eine Abrasio mucosae wird deshalb grundsätzlich auszuführen sein, ehe man sich mit der Annahme einer psychischen Aetiologie der Blutung begnügt und die Verantwortung einer reinen Psychotherapie übernehmen kann.

Im Anschluß an die psychogenen Uterusblutungen möchte ich diejenigen Menstruationsstörungen zusammenfassen, deren Ursachen auf irgendwelche Schädlichkeiten in der Lebensweise zurückgehen. In dieser Beziehung sind zu nennen Abnormitäten im Sexualverkehr, z. B. der Coitus interruptus, von dem bekannt ist, daß er hochgradige körperliche und auch seelische Schäden zur Folge haben kann, ferner die Dyspareunien (Kehrer), die Masturbation und andere perverse oder übertriebene sexuelle Betätigungen. Hier dürfte der Zusammenhang zwischen den vorhandenen Symptomen und der Schädlichkeit auf nervösem Wege zustandekommen.

Von weiteren ectogenen Schädigungen ist die Ueberanstrengung im Beruf zu nennen, ferner die sitzende Lebensweise im Beruf und dergleichen mehr. Bekannt sind die genitalen Störungen, die man bei Näherinnen findet, besonders wenn zu der Arbeit in schlechter Haltung und in schlechter Luft auch noch die Anstrengung des Maschinennähens hinzukommt. Oft bildet eine chronische Obstipation die Brücke zwischen der unrationellen Lebensweise der Patientin und den genitalen Störungen.

In manchen Fabrikbetrieben können auch direkte lokale Schädigungen der Genitalien durch Gifte, Blei, Phosphor, Arsen, Schwefelkohlenstoff, ferner durch Staub, der ätzende Teilchen enthält, eintreten. Hirsch erwähnt die Endometritis der Tabakarbeiterinnen, die durch den Tabakstaub entsteht.

Das hier angeschnittene Kapitel der Sozialgynäkologie ist kürzlich zum ersten Male als ein besonderer Abschnitt eines Handbuches bearbeitet worden, und zwar im Handbuch der Biologie und Pathologie des Weibes von Halban und Seitz durch Hirsch (Band I, S. 925).

Da die weiblichen Berufskrankheiten gerade hier in dem überwiegend industriellen Teil unseres Landes besonderes Interesse haben mögen, habe ich mir erlaubt, darauf hinzuweisen.

Bei einem großen Teil der genannten Berufsschädigungen der Frauen kann man in der Hyperämie der Beckenorgane die Ursache der genitalen Störungen erkennen.

Damit komme ich auf den Teil der uterinen Blutungen, deren Entstehung in irgendeiner Weise mit Störungen in der Blutverteilung des Körpers zusammenhängt.

Sowohl eine aktive als auch eine passive Hyperämie kann verantwortlich zu machen sein.

Bekannt sind die Menorrhagien bei Herzfehlern, Lungen-, Leber- und Nierenleiden. Ferner nenne ich lokale mechanische Stauungen im Genitale, z. B. durch den Druck echter und entzündlicher Tumoren, Verwachsungen und durch Lageveränderungen des Genitalapparates. Die Uterusblutungen bei Ovarialtumoren können beispielsweise rein mechanisch bedingt sein, wenn sie auch wohl häufiger auf eine gestörte Ovarialfunktion zurückgeführt werden müssen.

Betreffs der Lageveränderungen ist es nicht zweifelhaft, daß eine ausgesprochene Retroflectio uteri, auch wenn sie nicht durch Verwachsungen fixiert ist, Druck- und Stauungsbeschwerden und im Anschluß daran metritische Veränderungen hervorrufen kann, so daß die Aufrichtung der Gebärmutter und die Aufrechterhaltung der normalen Lage durch Ring oder Operation als kausale Therapie der bestehenden Beschwerden anzusehen ist.

Es ist meines Erachtens nicht angängig, diese lokale „mechanistische" Therapie ganz über Bord zu werfen, wenn auch andererseits sicherlich die größte Mehrzahl der Retroflektionsbehandlungen, besonders die Uebertreibungen in der Anwendung der Alexander-Adamschen Operation, zu verwerfen ist. Die Retroflectio uteri wurde früher als Ursache von Blutungen, von Dysmenorrhoen und besonders von Kreuzschmerzen bei weitem überschätzt und wird auch heute noch viel zu häufig als behandlungsbedürftige Ursache der bestehenden Beschwerden angesehen. Es ist von größter Bedeutung, daß mit der Ueberbewertung der Retroflectio uteri und mit der kritiklosen Behandlung derselben zurzeit aufgeräumt wird. Bei weitem am häufigsten sind diejenigen Fälle, bei denen die Rückwärtsverlagerung des Uterus entweder nur einen zufälligen, unwesentlichen Nebenbefund bedeutet oder als ein Teilsymptom einer allgemeinen konstitutionellen Schwäche aufzufassen ist, die ihrerseits für die bestehenden Beschwerden direkt verantwortlich gemacht werden muß. Das Gros der Retroflektionsfälle scheidet deshalb an dieser Stelle aus dem Schema aus und muß in dem letzten Abschnitt, unter den auf einer konstitutionellen Minderwertigkeit beruhenden Menstruationsanomalien rubriziert werden. Die mechanisch durch Stauung bedingten Beschwerden bei manchen Fällen von Retroflectio uteri aber ganz zu bestreiten, geht meines Erachtens zu weit.

Auch die auf einer aktiven Hyperämie des Genitale beruhenden Uterusblutungen sind sehr verschiedener Ursache. Arteriosklerotische Blutdrucksteigerungen und die essentiellen Hypertonien gehören hierher, auch die Veränderungen des Blutdrucks im Klimakterium und im Präklimakterium sind zu erwähnen.

Eine aktive Hyperämie kann auch, wie oben schon erwähnt, bei den Entzündungen im kleinen Becken, welcher Art sie auch sein mögen, häufig als die Ursache für die „entzündlichen Blutungen" anzusprechen sein.

In einer weiteren Gruppe sind die Blutungen zusammengestellt, die auf einer Funktionsstörung im innersekretorischen System beruhen. Hierher gehören die Chlorosen und die thyreotoxischen Blutungsanomalien. Von den innersekretorischen Störungen stehen wieder die ovariellen Blutungen im Vordergrunde des Interesses. Sie sind es, auf die ich noch weiter eingehen möchte.

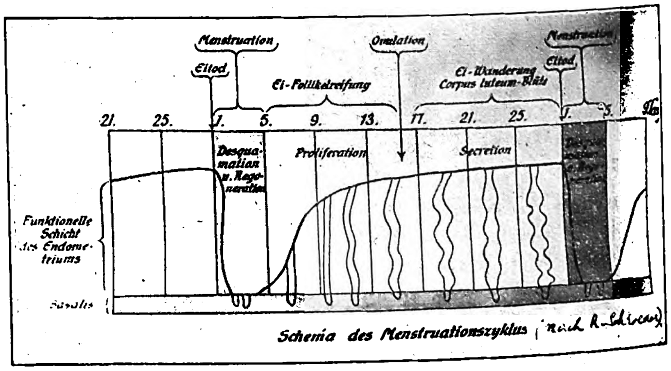
Vervollständigt wird schließlich unser Schema durch die Erwähnung der ererbten konstitutionellen Minderwertigkeiten und Abwegigkeiten, die zu uterinen Blutungen führen können. Hierher gehört in erster Linie der Infantilismus und die Asthenie, wenn sich die allgemeine Muskelschwäche auch auf die Gebärmutter erstreckt. Auch ovarielle Uterusblutungen können, wie wir weiter unten sehen werden, auf einer angeborenen Funktionsschwäche der Eierstöcke, speziell der Eifollikel beruhen.

Hier kann schließlich auch die Zuckerharnruhr eingereiht werden, bei der gelegentlich einmal starke, ja lebensbedrohliche Menorrhagien auftreten, wenn auch die Amenorrhoe eine viel häufigere Begleiterscheinung des Diabetes ist.

Und zuletzt erwähne ich noch die Thrombopenie, eine Blutkrankheit, die zu überaus starken Gebärmutterblutungen führen kann. Auf diese Art der haemorrhagischen Diathese mit noch unklarer Aetiologie, die durch den völligen Mangel oder eine starke Herabsetzung der Blutplättchenzahl charakterisiert ist, ist in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit gerichtet worden. Die Thrombopeniefälle des Weibes gingen bisher meistens unter der Diagnose Haemophilie. Man kann als sicher ansehen, daß eine echte Haemophilie, also eine Konstitutionsanomalie, die sich durch mangelhafte Gerinnungsfähigkeit des Blutes, bei meistens normalem Blutbild äußert, und sich nach den Mendelschen Gesetzen durch die Frauen auf die Männer vererbt, beim weiblichen Geschlecht nie vorkommt. Die veröffentlichten Haemophiliefälle des Weibes dürften als Thrombopeniefälle zu deuten sein.

Bevor ich jetzt auf die ovariell bedingten Blutungsanomalien und ihre Behandlung näher eingehe, muß ich Ihnen zunächst in groben Zügen die Physiologie der Menstruationsvorgänge ins Gedächtnis zurückrufen. Bekanntlich ist die Uterusschleimhaut einem regelmäßigen periodischen Wechsel in ihrer Beschaffenheit unterworfen. Als äußeres erkennbares Zeichen dieses Funktionszyklus ereignet sich alle vier Wochen die Menstruation. Es ist nun längst bekannt, daß der Menstruationszyklus von der Eierstockfunktion gesteuert wird. Das Ovarium ist in der Funktionsgemeinschaft Uterus—Ovarium das übergeordnete Organ. Während nun die alte Pflügersche Theorie, nach der diese Funktionszusammenhänge durch das Nervensystem vermittelt werden, nur noch historisches Interesse besitzt, kann als sicher bewiesen gelten, daß die genannten Beziehungen hormonaler Natur sind. Ich bediene mich der von R. Schroeder angegebenen schematischen Darstellungen, um Ihnen kurz die zyklischen Beziehungen zwischen Eierstock und Menstruation vor Augen zu führen. (Tabelle III).

Tabelle III.



Schema des Menstruationszyklus (nach R. Schroeder)

Das allen übergeordnete Organ ist der heranreifende Eifollikel bzw. das Reifei. Während der für die nächste Ovulation in Betracht kommende Eifollikel heranwächst, gehen in der nach der letzten Menstruation frisch regenerierten Uterusschleimhaut — auf dem Blutwege durch die Eierstockhormone bedingt — charakteristische Veränderungen vor, die histologisch durch Auflockerung des Stromas und Hochschichtung der Scheimhaut etwa auf die vierfache Dicke gekennzeichnet sind. Diese sogenannte Proliferationsphase reicht bis zur Mitte des Intermenstruums, einem Zeitpunkt, in dem sich auch die Ovulation, also die Ausstoßung des Reifeies aus dem Graafschen Follikel, ereignet.

Ihr folgt die zweite, die sogenannte Sekretionsphase, in der die uterinen Drüsenepithelien aufquellen, ihr vorher mittelständiger Kern basalwärts rückt, und die vorher gestreckten Drüsenschläuche sich schlängeln und deutlich sezernieren. In der Zeit dieser prämenstruellen oder prägraviden Umwandlung der Uterusschleimhaut bildet sich in dem entleerten Eifollikel der gelbe Körper aus, der — immer weiter gesteuert durch das ausgestoßene befruchtungsfähige Ei — die innersekretorische Tätigkeit des Eifollikels übernimmt, und zum corpus luteum graviditatis wird, wenn das Ei befruchtet wird. Bleibt die Befruchtung aus, so stirbt das Ei ab, das corpus luteum bildet sich zurück, und die für die Eieinnistung vorbereitete, aber nicht benutzte, hochgeschichtete Uterusschleimhaut wird abgestoßen, was der dritten oder Desquamationsphase entspricht. Bei der Desquamation geht die ganze sogenannte Funktionalis der Uterusschleimhaut verloren. Dabei kommt es zum Einreißen von Gefäßen mit Blutaustritt und Blutungen in das Gewebe. Das Blut wird, vermischt mit Zelltrümmern und Drüsensekret, ausgestoßen. Uebrig bleibt nur die Basalschicht mit kurzen Endstücken der Drüsenschläuche, von denen aus nach Ablauf der Menstruationsblutung sofort wieder die Regeneration und damit ein neuer Menstruationszyklus beginnt.

Desquamation, Regeneration, Proliferation und Sekretion sind also die normalen Phasen in den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut, die nun bei jeder Störung in der Funktion der Eierstöcke, nach den verschiedensten Richtungen hin ebenfalls Störungen erleiden können.

Am besten charakterisiert und klinisch am sichersten geklärt sind diejenigen ovariellen Störungen des Menstruationszyklus, die an das Ende oder an den Anfang der Fortpflanzungsperiode des Weibes fallen; die sogenannten klimakterischen Blutungen und die Pubertätsblutungen.

Die klimakterischen Menorrhagien sind von allen Hypermenorrhoen die häufigsten. Man kann sich ihre Entstehung, ganz allgemein betrachtet, als eine Störung des innersekretorischen Gleichgewichtes im Körper infolge der allmählich erschlaffenden Eierstockfunktion vorstellen. Mit R. Schroeder ist es aber möglich, die klimakterischen Menorrhagien ätiologisch auch noch einer schärferen Deutung zuzuführen, indem man annimmt, daß im Klimakterium noch herangereifte Follikel, die in ihrer Entwicklungsfähigkeit schon beeinträchtigt sind, nicht platzen und nicht zur Ovulation kommen. Der von einem solchen Follikel ausgehende, proliferative Reiz auf die Uterusschleimhaut findet also nicht sein rechtzeitiges Ende, sondern wirkt weiter und führt zu der glandulär-zystischen Hyperplasie der Schleimhaut, die eingangs schon erwähnt wurde, und bei der Schleimhautteile schließlich durch nekrobiotische Prozesse unter Blutungen zugrunde gehen. Das Wesentliche in der Entstehung der klimakterischen Menorrhagien ist also die Follikelpersistenz.

Mit dieser Auffassung ist auch der Weg zur Behandlung schon vorgeschrieben, der logischer Weise auf das Ovarium gerichtet sein muß. Die Ausschaltung der Eierstöcke durch Röntgenstrahlen, also die Abtötung des noch vorhandenen Restes von Eifollikeln, ist deshalb als eine kausal bedingte Therapie anzusehen.

Trotzdem muß die Strahlenbehandlung der Metropathia haemorrhagica im Klimakterium zugunsten der Abrasio mucosae erst die zweite Stelle einnehmen; denn meistens muß eine Ausschabung der Gebärmutter aus diagnostischen Gründen doch vorgenommen werden, und erfahrungsgemäß kommt man oft mit einer sorgfältigen Ausschabung der hyperplastischen Schleimhaut und Aetzung der Uterushöhle vollkommen aus, um die Patientin über die Uebergangszeit des Klimakteriums blutungsfrei hinüber zu bringen. Dann kann man die Bestrahlung ganz sparen. Nur verhältnismäßig selten entschließen wir uns dazu, ohne Abrasio die Ovarialbestrahlung vorzunehmen, wenn bei strengperiodischem Blutungstypus und einwandfreiem Tastbefund eine maligne Degeneration klinisch sicher auszuschließen ist. Eine derartige Bestrahlung kann dann direkt in der Sprechstunde geschehen. Bei unserm Material haben wir uns aber bei 82 Patientinnen in zwei Jahren nur neunmal dazu entschlossen. Bei allen übrigen wurde zunächst eine Ausschabung vorgenommen, mit der wir uns dann oft vorläufig begnügten. Bei 13 von 22 nur abradierten Frauen reichte die Ausschabung jedoch allein nicht aus, so daß späterhin noch eine Bestrahlung ausgeführt werden mußte. Alle Patientinnen wurden geheilt.

Die Ausschabung der Gebärmutter mit mikroskopischer Untersuchung des Curettements muß also als die gebräuchliche Behandlung der klimakterischen Menorrhagien angesehen werden, während die Bestrahlung erst in zweiter Linie in Betracht kommt. Die Ausschaltung der Eierstöcke durch Röntgenstrahlen wird in einer Sitzung ausgeführt und ist an den modernen Apparaten in etwa 40 Minuten erledigt.

Hier mögen einige Worte über die Behandlung der Myomblutungen eingefügt werden. Bei ihnen ist die Ovarialbestrahlung auch kausale Therapie, da das Myomwachstum von der Eierstockfunktion abhängt. Die Ausschaltung der Eierstöcke durch Röntgenstrahlen ist deshalb als die ungefährlichste Methode bei jedem Fall von Myomblutungen in erster Linie in Betracht zu ziehen. Allerdings gibt es zahlreiche Gegenindikationen gegen die Bestrahlung, von denen ich besonders eine nicht ganz einwandfreie und sichere Diagnose und ferner das Alter der Patientin unter 40 Jahren anführen möchte. Dagegen kann man die Möglichkeit einer späteren malignen Degeneration nicht als Gegenindikation anerkennen, da diese Ereignisse, Sarkom oder Karzinombildung, im myomatösen Uterus so selten sind, daß sie zahlenmäßig jedenfalls nicht häufiger vorkommen, als die primäre Operationsmortalität bei der Operation betragen würde.

In unserm Material haben die einfachen, unkomplizierten Myomfälle, die zur Strahlenbehandlung geeignet sind, in den letzten Jahren auffallend abgenommen, so daß jetzt ungefähr nur noch ein Drittel aller Myomfälle zur Bestrahlung und die übrigen zwei Drittel zur Operation kommen. Die Möglichkeit zwischen den beiden Methoden auswählen zu können, bildet einen großen Fortschritt in der Therapie der überhaupt behandlungsbedürftigen Myomfälle.

Die Pubertätsblutungen sind viel seltener, aber auch viel schwerer zu beeinflussen als die klimakterischen Blutungen. Auch sie sind oft als ovariell bedingt aufzufassen, wenn nicht etwa eine Hypoplasie des Uterus als Teilerscheinung einer allgemeinen Konstitutionsschwäche mit mangelhafter Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur den Blutungen direkt zugrunde liegt.

Während bei den klimakterischen Blutungen das Ovarium seine Funktion zu verlieren im Begriff ist, kann man sich bei den ovariell bedingten juvenilen Blutungen vorstellen, daß der Funktionszyklus des Ovariums noch nicht regelrecht in Gang gekommen ist. Auch hier wird die Persistenz eines insuffizienten Follikels, also eine Dysfunktion des Ovariums verantwortlich gemacht.

Diesen Dysfunktionen der Eierstöcke, zu denen auch das von Halban und Köhler beschriebene Corpus luteum persistens als Ursache für Menstruationsstörungen hinzugerechnet werden kann, hat nun R. Schroeder eine andere Gruppe von ovariell bedingten Menstruationsanomalien gegenübergestellt, die von ihm ursächlich auf eine an sich normale, aber ungenügend starke Eierstockfunktion zurückgeführt werden. Es handelt sich bei diesen Ovarialinsuffizienzen klinisch nicht nur um Hypermenorrhoen und Polymenorrhoen, sondern auch um Oligo- und Amenorrhoen, die von R. Schroeder ätiologisch nicht als Gegensätze, sondern alle als auf einer erworbenen oder angeborenen Ovarienschwäche beruhend gedeutet worden sind.

Daß die genannten Blutungsanomalien zusammengehören, geht schon daraus hervor, daß eine Polymenorrhoe in eine Oligomenorrhoe und Amenorrhoe übergehen kann und umgekehrt, und mit ihr abwechselnd in Erscheinung treten kann.

Mit R. Schroeder kann man sich verschiedene Grade der Eierstockinsuffizienz vorstellen.

Der höchste Grad der Eierstockschwäche äußert sich klinisch durch eine dauernde oder vorübergehende Amenorrhoe, in dem entweder überhaupt kein Follikelwachstum stattfindet, oder die Follikel zwar wachsen, aber frühzeitig atretisch werden. Dementsprechend ist auch der hormonale, turgeszierende Reiz der Eierstöcke auf den Uterus herabgesetzt oder kann ganz fehlen, so daß die zyklischen Veränderungen im Uterus ruhen, oder — bei vollständigem Fehlen des turgeszierenden Reizes — das Genitale sogar der Atrophie anheimfällt.

Der nächst geringere Grad von Eierstockinsuffizienz führt nach den Schröderschen Auffassungen zur Oligomenorrhoe und zwar dadurch, daß die Eier zwar zur Reifung und zur Ovulation kommen, daß die Eireifung aber nur spärlich und zögernd geschieht.

Schließlich kann man sich mit R. Schroeder bei einem noch geringeren Grad von Ovarialinsuffizienz vorstellen, daß die Eifollikel zwar heranreifen, das mangelhafte Ei aber frühzeitig abstirbt und damit auch die Corpus-luteum-Funktion mit ihrer hemmenden Wirkung auf die Follikelreifung frühzeitig aufhört. Die Folge ist dann ein schnelleres Tempo in dem Zyklusablauf, also eine Polymenorrhoe. Dabei kann dann wieder durch die gehäuften turgeszierenden Reize auf die Gebärmutter eine chronische Hyperämie des Genitale und als Folge davon Hypermenorrhoe entstehen, also klinisch eine Polyhypermenorrhoe vorhanden sein.

Wir sehen also, daß man allen diesen Blutungsanomalien, Amenorrhoe, Oligomenorrhoe, Polymenorrhoe und Hypermenorrhoe eine im negativen Sinne gestörte Eierstockfunktion zugrunde legen kann.

Wenn ich nun zu der **Behandlung** der ovariell bedingten Hyper- und Polymenorrhoe übergehe, so ist zunächst zu sagen, daß auch hier wieder die Abrasio mucosae im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen steht. Durch die Ausschabung wird die hyperplastische Schleimhaut entfernt, wovon allerdings zunächst höchstens ein vorübergehender Erfolg zu erwarten ist. Es kann aber auch der mit dem intrauterinen Eingriff verbundene, hyperämisierende Reiz auf das Genitale funktionssteigernd nicht nur auf die Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur, sondern vielleicht auch auf die Ovarialtätigkeit selber einwirken, so daß sogar eine Regelung der späteren Menstruationsblutungen die Folge ist. Oft bleibt aber die lokale Therapie erfolglos, und die Ausschabung der hyperplastischen Mucosa hat bei diesen Fällen keinen oder nur einen vorübergehenden Erfolg. Dann tritt neben einer roburierenden Allgemeinbehandlung die medikamentöse Behandlung in ihr Recht.

Von den uteruskontrahierenden Mitteln steht, bei welcher Art von Blutungen es auch sei, das Secale cornutum immer noch an erster Stelle. Von den sehr zahlreichen Medikamenten, die aus dieser Droge hergestellt werden, möchte ich hier besonders das Gynergen erwähnen, da es tatsächlich den älteren Mitteln in seiner Wirksamkeit überlegen zu sein scheint. Das Gynergen-Sandoz ist das weinsaure Salz des Ergotamins, welch letzteres von Stoll als das Hauptalkaloid des Mutterkorns isoliert wurde. Man gibt intramuskulär oder subkutan ½ bis 1 Ampulle einmal oder mehrmals am Tage. Auch die zum innerlichen Gebrauch hergestellten Gynergentabletten haben sich bei uns gut bewährt.

Ich nenne ferner das Ergotin-Merck, das Tenosin-Bayer und das Ergotin-Bombelon.

Erwähnt seien ferner das Liquidrast, das als Ersatz für das Extract. hydrast. canadens. fluidum gegeben wird. Das Liquidrast ist Hydrastinum hydrochlor. syntheticum, das in Tropfen 3 mal täglich 20 bis 30 Tropfen oder in Tabletten verabfolgt wird.

An zweiter Stelle stehen die Organpräparate. In Deutschland ist man in der letzten Zeit gegenüber der spezifischen Wirkung der fabrikmäßig hergestellten Ovarialpräparate sehr skeptisch geworden, seitdem B. Zondek experimentell nachgewiesen hat, daß die meisten im Handel befindlichen Präparate keine hormonalen Bestandteile haben. Nur durch die Implantation von Ovarialgewebe und durch chemisch unveränderte Trockenpräparate ist eine Substitutionstherapie möglich.

Die meisten Eierstockpräparate wirken, wenn überhaupt, als unspezifischer Proteinkörperreiz, und deshalb muß man sie auch, wenn man sich etwas von ihnen versprechen will, parenteral einverleiben. Anders steht es mit den Präparaten anderer inkretorischer Drüsen, z. B. der Schilddrüsensubstanz, dem Adrenalin und auch dem Hypophysin, die als organspezifisch angesehen werden können. Wir machen von den Hypophysininjektionen viel Gebrauch, in dem wir besonders bei den Pubertätsblutungen Hypophysinkuren ausführen. Die Hypophysinlösung wird von den Höchster Farbwerken in Ampullen geliefert. Wir spritzen gewöhnlich etwa 10 Tage lang täglich eine Ampulle intramuskulär ein oder wechseln auch mit Solarsoninjektionen ab.

Auch das Pituglandol ist zu nennen. Das Hypophysin verwenden wir auch gerne in Verbindung mit Kalzium in der Form des Calcophysins von der Firma Freund & Redlich, Berlin, daß außer 10% $CaCl_2$ und Hypophsinenextrakt auch noch Testisextrakt enthält. Das Calcophysin kommt in 3 ccm Ampullen in den Handel. Wir injizieren es intravenös, 1 Ampulle jeden dritten Tag, im ganzen 3 Ampullen.

Auch sonst machen wir von der Kalktherapie weitgehenden Gebrauch, da den Kalziumsalzen außer ihrer herabsetzenden Wirkung auf die Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems eine blutstillende Wirkung nicht abgesprochen werden kann. Am bequemsten in der Verordnung ist das Kalzan Wülfing, 3 mal täglich 1 Tablette über längere Zeit. Während der Blutung verordnen wir auch öfters Calcium lacticum, 2,0 g 3 mal täglich 1 Pulver zu nehmen.

Bei profusen Blutungen kommen ferner die Serumtherapie und intravenöse Injektionen von hypertonischer Kochsalzlösung (10 ccm einer 10%-Lösung) und auch Gelatineinjektionen zur Anwendung.

Von den lokalen Behandlungsmethoden nenne ich außer der Ausschabung und nachfolgenden Aetzung der Gebärmutterhöhle mit Jodtinktur oder Acid. carbol. liquef. die Mengeschen Formalinätzungen. Dazu werden biegsame Hartgummistäbchen benutzt, die mit Watte umwickelt sind. Man wischt mit ihnen die Gebärmutterhöhle mit 25prozentiger Formollösung aus, und wiederholt diese intrauterine Behandlung 3 mal mit 14tägigen Pausen nach der Abrasio.

Weiter erwähne ich Sitzbäder, z. B. in Form von Wechselbädern und die heißen Scheidenspülungen, bei denen man, unter sorgfältiger Schonung der äußeren Haut, bis 50 ° C gehen kann. Anstatt der heißen Spülungen werden neuerdings auch kalte Spülungen mit eisgekühlten Lösungen, beispielsweise mit Wasserstoffsuperoxyd, empfohlen.

Bei allen Vaginalspülungen ist darauf zu achten, daß sie im Liegen und unter geringem Druck ausgeführt werden, so daß die Spülflüssigkeit langsam durchläuft.

Bei sehr starken momentanen Blutungen kann auch die Tamponade mit Clauden nützlich sein.

Alle die erwähnten Mittel kommen natürlich auch bei den nicht ovariellen Blutungen in Betracht. Ich möchte hier erwähnen, daß bei vergrößertem Uterus zu empfehlen ist, aus diagnostischen Gründen von der Austastung der Gebärmutter anstatt der Ausschabung weitgehenden Gebrauch zu machen. Eine genügende Dilatation des Gebärmutterhalses für die digitale Austastung gelingt nach vorheriger Laminariadilatation meist leicht und ermöglicht die sichere Feststellung von Veränderungen, die der Curette leicht entgehen.

Als eine weitere Behandlungsmethode, die wieder bei den juvenilen Blutungen besonders geeignet ist, muß die Milzbestrahlung hervorgehoben werden. Die blutstillende Wirkung der Milzbestrahlung scheint auf dem Zellzerfall der sehr strahlenempfindlichen Milzelemente zu beruhen. Mehr ist darüber noch nicht bekannt. Man kann nach dem vorliegenden Material durch die Milzbestrahlung bei den juvenilen Blutungen in ungefähr 75% der Fälle die Blutung stillen, und in ungefähr 25% der Fälle sogar einen Dauererfolg erzielen. Diese Dauererfolge sind schwer zu deuten und weisen darauf hin, daß irgendwelche spezifischen Zusammenhänge zwischen Milz und Ovarium der blutstillenden und besonders der regelnden Wirkung der Milzbestrahlung zugrunde liegen müssen. Bei den klimakterischen Menorrhagien versagt die Milzbestrahlung meistens.

Wir machen von der Milzbestrahlung, da sie ganz ungefährlich ist, weitgehendsten Gebrauch. Manchmal wird sie mit einer Schilddrüsen- oder auch Leberbestrahlung kombiniert.

Dagegen möchte ich Sie vor der jetzt sehr modernen Anwendung der Ovarialbestrahlung, auch mit schwachen Dosen, bei Frauen, die das Klimakterium noch nicht erreicht haben, ausdrücklich warnen. Das gilt sowohl für die sogenannten Reizbestrahlungen, als auch für die temporäre Sterilisation, für die sehr strenge Indikationen gefordert werden müssen. Wir schätzen die Keimschädigungsgefahr, also die Schädigung der Nachkommenschaft durch eine Keimdrüsenbestrahlung der Mutter vor der Befruchtung auch bei schwächsten Dosen nicht gering ein. Jedenfalls ist noch gar nicht zu übersehen, ob sich nicht späterhin noch, z. B. in der Pubertät, bei der Nachkommenschaft keimbestrahlter Mütter Keimschädigungen im Sinne der Unfruchtbarkeit herausstellen werden. Von uns angestellte Tierversuche an weißen Mäusen sprechen jedenfalls dafür (Franken und Verfasser, Zentralbl. f. Gyn. 1926, Heft 1).

Wir hüten uns prinzipiell davor, die Eierstöcke auch mit den schwächsten Dosen zu bestrahlen, wenn noch mit Nachkommenschaft gerechnet werden muß. Außer der Keimschädigungsgefahr sprechen auch Dosierungsschwierigkeiten gegen die Schwachbestrahlungen der Eierstöcke. Man muß immer gewärtig sein, die insuffizienten Eierstöcke ganz auszuschalten, anstatt ihre Funktion zu regeln. Unter Umständen kommt die Halbseitenkastration mit Röntgenstrahlen nach Pape in Betracht.

Bei starken, unstillbaren Blutungen wird meines Erachtens in Deutschland viel zu wenig von der intrauterinen Radiumbehandlung Gebrauch gemacht, die z. B. bei den Franzosen viel benutzt wird. Man kann die Dosierung und Filterung des intrauterin eingelegten Radiums nach der Lage des Falles abstufen, so daß die Wirkung auf die Uterusschleimhaut beschränkt bleibt oder die Eierstöcke mit beeinflußt werden.

Als operative Maßnahme kommt bei einer palpablen Vergrößerung der Eierstöcke durch die kleinzystische Degeneration und bei einer Corpus-luteum-Zyste, ebenso wie bei allen echten Ovarialtumoren eine Laparotomie in Betracht. Die kleinzystisch degenerierten Ovarien werden reseziert. Thaler (Arch. f. Gyn. 1925, Bd. 120, S. 248) hat bei ovariellen Polymenorrhoen durch Eierstockresektionen gute Erfolge erzielt.

Sie sehen, daß der Behandlungsweg bei den Gebärmutterblutungen durch die Aufdeckung der Aetiologie oft vorgezeichnet ist. Ebenso oft muß es jedoch beim rein symptomatischen Vorgehen bleiben. Jedenfalls sind aber die konservativen Behandlungsmethoden der funktionellen Uterusblutungen schon soweit ausgebaut, daß es bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter nur äußerst selten nötig ist, zu dem Radikalmittel einer verstümmelnden Operation, also der Totalexstirpation oder Teilexstirpation des Uterus, schreiten zu müssen.

Aus der Heilstätte Gottleuba-Sachsen
(Chefarzt: Ober-Med.-Rat Dr. Bartels).

Die praktische Bedeutung der Blutsenkungsreaktion.

Von Dr. H. ZWERG.

Der klinisch arbeitende Arzt hat es von jeher um vieles leichter gehabt, eine anfangs unklar erscheinende Erkrankung allmählich aufzuklären, stehen ihm doch häufig mannigfaltige diagnostische Hilfsmittel zur Verfügung, welche der Praktiker entbehren muß. Um so wichtiger ist es daher für den Praxis ausübenden Arzt, sich wenigstens diejenigen Untersuchungsmethoden zu eigen zu machen, welche, ohne größeren Aufwand an Mitteln und Zeit zu beanspruchen, sich als zuverlässig erwiesen haben. Ein Verfahren, das es verdient hat, in das diagnostische Rüstzeug jedes Arztes eingereiht zu werden, ist die Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten. Die Senkungsreaktion (S. R.) ergibt in der Regel Resultate, mit denen sowohl in diagnostischer wie prognostischer Hinsicht etwas anzufangen ist; sie stellt bis zu einem gewissen Grade ein Kriterium dar des durch die übliche Untersuchung des Kranken gewonnenen Befundes, dabei ist ihre technische Ausführbarkeit die denkbar einfachste; Gründe genug, die Reaktion in weitestem Umfange anzuwenden.

Im Rahmen dieser für den Praktiker bestimmten Abhandlung, welche der Niederschlag eigener praktischer Erfahrung während nahezu dreijähriger Krankenhaustätigkeit ist und das Studium der einschlägigen Literatur zur Grundlage hat, können die — überdies noch nicht zu einem allgemein gültigen Abschluß gelangten — theoretischen Erörterungen über das Phänomen der Blutsedimentierung nur flüchtig gestreift werden. Wer sich über diese Fragen lückenlos informieren will, sei auf die grundlegenden Arbeiten von Fahräus, Linzenmeyer, Höber — um nur die wichtigsten zu nennen — verwiesen. Viel von sich reden gemacht hat die sogen. „Ladungshypothese“ Höbers, welche das Phänomen elektrophysikalisch zu erklären sucht. In neuerer Zeit jedoch wird der Vorgang mehr von kolloidchemischen Gesichtspunkten aus betrachtet. Untersuchungen von Sachs, v. Oettingen, Frisch und Starlinger zeigten, daß Veränderungen in der Kolloidlabilität des Blutserums von größter Wichtigkeit für den Senkungsvorgang sind, fand man doch bei stark beschleunigter Senkung stets auch eine Verschiebung der Serumeiweißfraktionen im Sinne einer Zunahme der Globuline auf Kosten der Albumine. Je mehr die Globuline im Serum überwiegen, desto stärker ist auch die Senkungsbeschleunigung. Größe, Zahl und Beschaffenheit der Erythrocythen selbst gilt demgegenüber nur als ein Faktor von geringerer Bedeutung.

Die Blutsenkungsreaktion, vom Schweden Fahräus am Blute Schwangerer 1916 wieder entdeckt, wird heute im wesentlichen in zwei Modifikationen angewendet, in der Methodik von Linzenmeier und der von Westergreen-Katz. Für die Praxis ist die weit einfachere Technik Linzenmeiers vorzuziehen. Man benötigt das von Linzenmeier angegebene Senkungsgestell mit Glasröhrchen. Eine genau geeichte 1 ccm Spritze wird bis 0,2 mit 5% igem Natr. citric., bis 1,0 mit durch Venenpunktion gewonnenem Blut gefüllt und in das Senkungsröhrchen ausgespritzt. Dieses wird nach kräftigem Schütteln in das Gestell getan und die Zeit notiert. Es empfiehlt sich, mehrere Senkungen auf einmal vorzunehmen. Die Röhrchen müssen senkrecht in dem Gestell hängen, das an einem Erschütterungen nicht ausausgesetzten Platz aufzustellen ist. Je nach dem Grade der Senkungsbeschleunigung beginnen nun die Erythrozyten zu sedimentieren, während sich oben das helle Blutplasma abscheidet. Abgelesen wird der Zeitpunkt, an dem die sich senkende Erythrozytensäule die Marke 18 erreicht hat. Dies sei nach 2½ Stunden der Fall. S. Z. = 2½ Stunden.

Das Ablesen der Röhrchen macht nur geringe Mühe. Man gewöhne sich an, ½ Stunde nach Ansetzen des Versuchs nach den Röhrchen zu sehen. Man kann schon dann aus dem in 30 Minuten zurückgelegten Weg die S. Z. approximativ ermitteln. Das Blutplasma habe eine Höhe von 9 mm, d. h. die Erythrozyten haben in 30 Minuten einen Weg von 9 mm zurückgelegt. Die Marke 18, d. i. ein Weg von 18 mm, werden sie also in 60 Minuten erreicht haben. Man unterlasse es jedoch nicht, den Endwert tatsächlich durch Ablesen festzustellen, die approximative Ermittlung des Endwerts ist ungenau.

Nach Ablauf der Senkung gewahrt man zwischen Serum und Erythrozytensäule eine schmale weiße Scheibe, welche zum größten Teil aus Leukozyten besteht. Man hat aus der Dicke dieser Scheibe, sowie auch aus der Höhe der Erythrozytensäule, in Millimeter abgemessen, Schlüsse ziehen wollen auf die absolute Zahl der weißen und roten Blutzellen (Blumenthal). Praktisch Brauchbares ist dabei bisher noch nicht herausgekommen. Immerhin achte man auf die „Leukozytenscheibe“. Ueberschreitet sie die durchschnittliche Dicke auffällig, so zähle man die Leukozyten mit der Kammer, es liegt meist Leukozytose vor. In einem Fall von myeloischer Leukämie habe ich eine grauweißliche Leukozytensäule von 26 mm Höhe beobachtet. Dem entsprach die absolute Zahl von 846 000. Die Erkrankung war hier somit schon aus der Senkungsreaktion zu diagnostizieren. Aehnlich verhält es sich, was die Erythrozyten betrifft, bei der Polycythämie. Ich habe mehrere Fälle beobachtet, die zunächst durch nichts weiter auffielen, als daß die Senkung überhaupt nicht ablief. Nach 48 Stunden und länger hatten die Erythrozyten einen Weg zurückgelegt von 16 mm in einem, 12 mm in einem anderen Falle. Auch nach Tagen änderte sich nichts mehr an der Höhe der roten Säule. Die Zählung der Roten deckte dann die Fälle als Polycythämie auf. Hier sind die Erythrocythen so stark vermehrt, daß sie, auch stark zusammengeballt, in dem unterhalb des Teilstrichs

18 zur Verfügung stehenden Röhrchenabschnitt nicht ausreichend Platz haben. Folge, die Senkung kann nicht ablaufen. Auch in diesen Fällen hat also die S. R. zur richtigen Diagnose verholfen.

Das Serum ist meist hell und klar. Bei Ikterus ist es gelb infolge seines Bilirubingehalts. Gelegentlich ist es rot verfärbt. Dies weist auf hämolytische Vorgänge hin und regt zur Ergründung der Ursache an. Bei chronischen Nephrosen auf dem Boden von Nierenamyloidosis habe ich gelegentlich milchig getrübtes, chylöses Serum gesehen.

Wer sich von der *großen Bedeutung des Serums* für den Senkungsvorgang (siehe oben) überzeugen will, dem sei folgende kleine „experimentelle Untersuchung“ empfohlen: man nehme zwei Senkungsröhrchen, das Röhrchen A mit normaler, das Röhrchen B mit stark beschleunigter Blutsenkung und hebe aus jedem mittels Pipette oder Spritze das Serum ab. Nun gibt man Serum A zu Blutkörperchen B, Serum B zu Blutkörperchen A und schüttelt beide Röhrchen kräftig durch. Der Senkungsvorgang, der sich jetzt noch einmal abspielt, ergibt ein genau umgekehrtes Resultat: Röhrchen A, vorher normal, zeigt jetzt eine stark beschleunigte, Röhrchen B hingegen eine normale Senkungsgeschwindigkeit. Daneben ergibt sich aus diesem Versuch, daß die S. R. ein reversibler Vorgang ist. Hat man z. B. einmal versäumt, den Endwert eines Röhrchens zum richtigen Zeitpunkt abzulesen, so schüttelt man Serum und Blutkörperchen abermals durch und läßt die Senkung noch einmal ablaufen. Die Zeit, die man jetzt erhält — davon habe ich mich in zahlreichen Versuchen überzeugt — entspricht genau dem zuerst erhaltenen Wert.

Wie verhält sich die Senkungszeit beim Gesunden? Völlig übereinstimmende Werte gibt es leider nicht. *Linzenmeier* gibt für Männerblut 600 Minuten, für Frauenblut 200—350 Minuten als Normalwerte an. Man tut gut, Werte unter vier Stunden bei Frauen, unter sechs Stunden bei Männern als pathologisch anzusehen. Werte über vier resp. sechs Stunden sind natürlich in jedem Falle normal, mögen es nun 6,15 Stunden, 12 Stunden oder gar 24 Stunden sein. Physiologischerweise ist die Senkung beschleunigt während der Menstruation und Gravidität, auch nach größeren Mahlzeiten ist nicht selten eine meist geringfügige Beschleunigung festzustellen. Es empfiehlt sich daher, die S. R. früh nüchtern anzustellen. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die Röhrchen genau vertikal hängen müssen. In nicht senkrecht hängenden Röhrchen läuft die Senkung wesentlich schneller ab.

Nun zur Frage: *Was leistet die Senkungsreaktion?* Sie ist — und darin erblicke ich ihren Hauptwert für die Praxis — ein sehr wertvolles Hilfsmittel bei der oft schwierigen Entscheidung: Liegt hier eine organische Erkrankung vor oder nicht? *Eine beschleunigte Blutsenkungszeit beweist das Vorliegen einer mit Gewebsabbau einhergehenden, d. h. einer organischen Krankheit.* Das ist zweifellos ein großer Gewinn. Ich entsinne mich zahlloser Fälle, in denen durch die übliche Untersuchung ein krankhafter Befund nicht zu erheben war. Die S. Z. jedoch war beschleunigt. Es hat sich immer und in jedem dieser Fälle bei eingehender Untersuchung dann doch eine die beschleunigte S. Z. erklärende organische Ursache auffinden lassen. Ein instruktiver Fall dieser Art sei kurz erörtert: Ein kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand bietet bei Erhebung des Aufnahmestatus keinen greifbaren organischen Befund. Temperatur und Puls sind normal, der Urin o. B. Ich bin geneigt, seine Klagen über „Rückenschmerzen“ für funktionell zu halten. Die am nächsten Morgen vorgenommene S. R. ergibt starke Beschleunigung: 35 Minuten. Die Röntgendurchleuchtung deckt ein in den zentralen Partien der rechten Lunge gelegenes pneumonisches Infiltrat auf, das, anfangs klinisch stumm, erst in den nächsten Wochen physikalisch nachweisbar wird.

Dieser Fall, der nur ein Beispiel aus einer großen Reihe ähnlich liegender ist, zeigt mit aller Deutlichkeit den großen diagnostischen Wert der S. R.

Der umgekehrte Schluß, eine normale Senkungszeit schließt eine organische Erkrankung mit Sicherheit aus, ist jedoch in vollem Umfange nicht zulässig. Es verhält sich hier mit der S. R. wie mit WaR. bei Syphilis. Der positive Wassermann ist beweisend, ein negativer Ausfall schließt eine luetische Infektion keineswegs aus. Im allgemeinen jedoch spricht eine normale S. Z. mit großer Wahrscheinlichkeit gegen das Bestehen einer organischen Krankheit. In solchen Fällen muß man das gesamte klinische Bild im Auge behalten. Findet sich bei eingehender Untersuchung kein krankhafter Organbefund, so bestätigt eben die normale S. Z. das Ergebnis der übrigen körperlichen Untersuchung, sie bildet den Schlußstein im Mosaik der Diagnose, sie sichert objektiv den erhobenen Befund. Keinesfalls jedoch darf eine normale S. Z. an einem sicher nachzuweisenden Befund, beispielsweise einer Bronchopneumonie, irre machen. In solchem Falle muß man es als Faktum hinnehmen, daß die S. R. versagt. Erfreulicherweise ist ein derartiges Vorkommnis nicht häufig, mit 3—5% ist die Zahl der Versager wohl nicht zu niedrig geschätzt.

Die organische Erkrankung, deren Vorliegen eine beschleunigte S. Z. mit Sicherheit beweist, braucht nun durchaus nicht immer sehr ernster Natur zu sein. Bei allen mit Gewebsabbau einhergehenden Prozessen ist die S. Z. in der Regel beschleunigt, bei einer Angina ebenso wie beim Karzinom, bei einer akuten Bronchitis in gleicher Weise wie bei Lungentuberkulose. Es könnte scheinen, daß hierdurch der Wert der S. R. herabgesetzt wird. Dem ist jedoch nicht so. Hier hilft die *wiederholt angestellte* S. R. weiter. Ein anschaulicher Fall möge dies erläutern: Bei einem 19 jährigen jungen Mann, der schon mehrere Wochen hustet, wird eine physikalisch und röntgenologisch leicht nachzuweisende Erkrankung des rechten Unterlappens festgestellt. Er hat Temperaturen um 38 Grad herum, Sputum hat er nicht. Die entscheidende Frage ist: Handelt es sich hier um eine Tuberkulose? Die S. Z. beträgt 25 Min.! Nach acht Tagen beträgt sie 2 Std. 20 Min., nach weiteren sechs Tagen 7 Std. 30 Min.! Dieser rasche Anstieg der S. Z. innerhalb eines Zeitraums, während dessen sich der Befund, insbesondere der röntgenologische, gar nicht geändert hatte — nur die Temperatur war inzwischen normal geworden — macht eine so eminent chronische Krankheit wie die Lungentuberkulose in hohem Grade unwahrscheinlich. Eine nach abermals 14 Tagen vorgenommene Röntgenuntersuchung zeigte dann auch einen wesentlichen Rückgang des Unterlappeninfiltrats, es hatte sich um eine Pneumonie mit auffällig langsamer Lösung gehandelt.

In solchen Fällen, wie dem hier beschriebenen, haben wir also in der wiederholt vorgenommenen S. R. ein sowohl diagnostisch wie prognostisch wertvolles Hilfsmittel. Bei den akuten Infekten wie Angina, Bronchitis, Polyarthritis, Cystis u. ä. pflegt die S. Z. im Anfang oft stark beschleunigt zu sein. Werte von 20—30 Minuten sind gar nicht selten. Sie steigt jedoch entsprechend der Genesung, und nicht selten dieser vorauseilend, rasch an. Ganz anders verhält sie sich bei den chronisch infektiösen Erkrankungen und Tumoren. Hier findet sich nahezu konstant derselbe beschleunigte Wert. Geringfügige Aenderungen, auf die kein entscheidender Wert zu legen ist, kommen auch hier vor. Eine chronische Glomerulonephritis hatte einen Anfangswert von 55 Minuten. Nach vier Wochen betrug die S. Z. 1 Std. 40 Min., bei monatelanger Beobachtung ergab sie immer wieder Werte zwischen ein und zwei Stunden. Bei Lungentuberkulose findet man gleichfalls häufig stark beschleunigte Anfangswerte, nach einigen Wochen Behandlung bekommt man mittlere Zahlen von etwa 1½ bis 2½ Stunden. Um diesen Wert herum pflegt dann die S. Z. mit großer Gleichmäßigkeit zu pendeln, ungeachtet der allgemeinen Erholung, Gewichtszunahme und dergl. Gerade bei den chronisch infektiösen Erkrankungen hat sich die S. R. als ein die Prognose oft geradezu bestimmendes Hilfsmittel bewährt. Sie zeigt viel besser als Temperatur, Puls und Gewichtskurve den wahren Stand der Erkrankung an. Aus der Fülle der dies belegenden Fälle sei auch nur ein markanter hervorgehoben: Ein junges Mädchen, an doppelseitiger kavernöser Lungentuberkulose leidend, Turban III. bdsts., nimmt im Laufe von drei Monaten stationärer Behandlung 7,5 kg zu. Sie ist fieberfrei, sieht blühend aus. Die S. Z. ergibt bei ständiger Kontrolle konstant Werte um 30 Minuten herum. Daraus ist mit Sicherheit der Schluß zu ziehen: Der Allgemeinzustand der Patientin hat sich vorzüglich gehoben, er darf jedoch über die ernste Prognose nicht hinwegtäuschen. Die Lungenerkrankung hat sich gar nicht gebessert, trotz aller Gewichtszunahme, trotz hervorragenden Allgemeinzustandes ist die Prognose absolut schlecht.

Nach diesen Ergebnissen ist es nicht überraschend, daß sich die S. R. als eine nahezu allseitig anerkannte Untersuchungsmethode durchgesetzt hat. Sie hat große Bedeutung erlangt auf nahezu allen Gebieten der inneren Medizin*, auch der Gynäkologie und Chirurgie. Besonderer Wertschätzung erfreut sich die S. R. bei den Lungenärzten. Ueber die Bedeutung der S. R. für dieses Spezialgebiet ist eine Fülle zum Teil recht interessanter Arbeiten erschienen. Eine lesenswerte Abhandlung, welche auch gerade den Bedürfnissen des Praktikers gerecht wird, haben Freund und Henschke in der D. M. W. veröffentlicht. Auch zur Beurteilung des Behandlungserfolges in der Therapie der Lungentuberkulose ist die S. R. als ein Kriterium von besonderer Wichtigkeit vielfach herangezogen worden. Ihren großen Nutzen in dieser Hinsicht habe ich in meiner Arbeit „Zur Goldbehandlung der Lungentuberkulose" erst kürzlich betont.

In der S. R. besitzen wir somit wirklich eine Reaktion von sehr hoch einzuschätzendem Wert. Sie sollte daher noch mehr Beachtung finden, als sie schon gefunden hat, sie sollte eine jedem Arzt geläufige Untersuchungsmethode werden, deren unschätzbare Dienste er sehr bald wird nicht mehr missen wollen.

Literatur:

Fahräus: Biochem. Zeitschr., H. 5 u. 6. — Linzenmeier: Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie 176. — Höber: D. M. W. 1920, Nr. 16. — Sachs: M. M. W. 1921, Nr. 12. — v. Oettingen: Biochem. Ztsch. 118. — Frisch u. Starlinger: Med. Klinik 1921, Nr. 38 u. 39. — Westergreen: Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose, Bd. 46. — Katz: Ztschr. f. Tuberkulose, 35, Heft 2. — Blumenthal: Klin. Wochenschrift 1923, Nr. 1. — Freund u. Henschke: D. M. W. 1924, Nr. 5. — Zwerg: Ther. d. Gegenwart 1925, H. 8.

Zur Frage der Gaumenmandelausschälung.

Von Dr. BRUNZLOW, Generaloberarzt a. D., Münster (Westf.).

In Nr. 5 1926 der „Fortschritte der Medizin" führt Herr Kollege Birkholz einen temperamentvollen Angriff gegen eine Mitteilung aus der ärztlichen Praxis, die ich in Nr. 1 1926 der Ztschrft. f. ärztliche Fortbildung unter dem Titel „Zur Behandlung der chronischen Tonsillitis" veröffentlicht habe. Mein Herr Gegner wähnt, daß ich für ambulantes Operieren Stimmung machen wolle. Er hat mich falsch verstanden. Ich muß ihm zugeben, daß ich an dem Mißverständnis einige Schuld trage, denn ich hätte im drittletzten Absatz richtiger schreiben sollen: „womit ich die Patienten nach Hause schicken kann." Der Lapsus ist mir unterlaufen, weil ich nur die Zulässigkeit ambulanten Operierens als Kennzeichen der Ungefährlichkeit meines Verfahrens hervorheben wollte. In der Tat operiere ich auch möglichst klinisch. Aber man kann das wirklich nicht immer erzwingen. Außerdem schützt Krankenhausaufnahme auch nicht davor, daß nicht der Operateur im Falle einer Nachblutung herangeholt werden muß, weil oft ein Assistenzarzt von genügender Selbständigkeit des Handelns fehlen wird.

Aber mich haben weder die Ausführungen des Herrn Kollegen noch seine zwei Fälle davon überzeugt, daß auch das Verfahren der partiellen intrakapsulären Tonsillektomie nicht vor Nachblutungen schütze. Deshalb wage ich trotz seines Widerspruchs hier nochmals auf meine absichtlich bis ins einzelne geschilderte Methode hinzuweisen. Ihr Kern liegt, ich hatte geglaubt, dies genügend betont zu haben, darin, daß sie den Gefahrpunkt vermeidet, den ich aus anatomischen Erwägungen im unteren Mandelpol sehe. Mir scheint, daß hier die Blutungsgefahr liegt, weil die Arteria tonsillaris von unten her eintritt. Ihn vermeiden heißt die Blutung vermeiden. Wenn meine Erfahrung richtig ist, was nur durch Operieren nach demselben Verfahren erprobt werden kann, so ist damit auch für das klinische Operieren etwas gewonnen.

Zahlreiche Zuschriften von Kollegen haben mir gezeigt, daß mein Wink Beachtung fand. Also habe ich wohl an ein Bedürfnis gerührt. Zweck der Darlegungen aber war, durch Zerstreuung weit verbreiteter Besorgnisse vielen den Entschluß zu dem segensreichen Eingriff zu erleichtern.

Die „Gesolei" in Düsseldorf.

Von Dr. med. MAX GRUENEWALD, Dortmund.

Am 8. Mai 1926 ist mit einem feierlichen Eröffnungsakt die Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge, Leibesübungen, „Gesolei" genannt, der Oeffentlichkeit übergeben worden.

Man kann sich einen Begriff von der Größe des Komplexes und von der Fülle des Gebotenen machen, wenn man hört, daß es sich um 171 Ausstellungsbauten mit 54 offiziellen Ausstellungshallen handelt. Bei Betrachtung eines solchen umfangreichen Werkes ist es natürlich unmöglich, jeder, wenn auch noch so wertvollen Einzelheit eine eingehende Besprechung zu widmen. Nur ein mehrere Tage dauernder Besuch vermag restlos alle Eindrücke zu vermitteln, welche in künstlerischer und wissenschaftlicher Form als Frucht eines Arbeitsjahres dargeboten werden. Die „Gesolei" geht bei ihren Darstellungen davon aus, daß der gesunde Mensch das kostbarste Volksgut ist. Sie stellt deshalb den Menschen und dessen Mit- und Umwelt in den Mittelpunkt ihrer Schau und bringt einfach alles, was mit dem Leben des Menschen zusammenhängt.

---

*) Anmerkung bei der Korrektur: Einstoß und Hirsch haben kürzlich (D. M. W. 1926, Nr. 13) den Wert der S. R. für die Beurteilung chronischer Gelenkerkrankungen hervorgehoben. An unserer Heilstätte werden von Dr. Winkler und mir zur Zeit Untersuchungen über denselben Gegenstand gemacht. Das Ergebnis unserer Untersuchungen wird später in besonderer Abhandlung mitgeteilt werden.

Die älteste Zeit der Medizin und der Naturwissenschaften am Rhein wird durch 14 in künstlerischer Form ausgeführte Modellbilder (Dioramen) gezeigt: Eine Krankenbeschwörung in alter germanischer Vorzeit, die Pflege der Kranken, die Seuchenbekämpfung in den Klöstern, Burgen und Städten des Mittelalters. Es ist bewundernswert, zu sehen, welchen Ausdruck der Künstler in das aus Holz geschnitzte Gesicht der Figuren gelegt hat. Man findet in den Zügen der dargestellten Personen Angst, Freude und Spannung sprechend zum Ausdruck gebracht. Den berühmten rheinischen Naturforschern und Aerzten ist in einem Ehrensaal mit 15 Abteilungen, welche alle großen Namen auf diesem Gebiet von der heiligen Hildegard von Bingen bis auf Wilhelm Konrad Röntgen umfassen, ein geschmackvolles Denkmal gesetzt. Der vorgeschichtliche Mensch findet eine ausgiebige Behandlung. Man sieht Original- und Gipsabgüsse der Bodenbefunde und die naturgroße Nachbildung eines jungsteinzeitlichen Pfahlhauses mit der gesamten Inneneinrichtung. Besondere Beachtung schenkt das Auge der in Lebensgröße wiedergegebenen Figur eines Neandertalmenschen. In charakteristischer Form sind die langen Arme, die fliehende Stirn, die halb vorgebeugte Haltung, die kräftige Mundpartie, welche dem Gesichtsausdruck etwas Tierisches gibt, und die Greifzehe gekennzeichnet.

In der Abteilung „Der Mensch" hat eine Ausstellung des Deutschen Hygienemuseums in Dresden Aufnahme gefunden, welche betitelt ist „Der durchsichtige Mensch". Knochen, Muskeln, Blutkreislauf, Atmungs-, Verdauungs- und Ausscheidungsorgane sind durch ein besonderes Verund die Tätigkeit genau beobachtet werden können. Man sieht unter anderem ein klopfendes Herz und den Lauf des kreisenden Blutes. Eine besondere Hauptgruppe behandelt das für die Volkskraft so außerordentlich wichtige Gebiet der Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. Die statistischen Aufzeichnungen dieser sowie überhaupt aller Gruppen der gesamten Ausstellung sind nicht in der sonst üblichen toten Form einer Kurve gehalten, welche dem Verständnis des Beschauers schwer zugänglich ist, sondern durch künstlerische, bildhafte Darstellung werden die wichtigen Zahlen in leicht faßlicher Form wiedergegeben, so daß sie im Gedächtnis haften bleiben und nicht langweilig, sondern unterhaltend wirken. Z. B. ist die Zahl der Geburten, Eheschließungen und Todesfälle in Deutschland in folgender Form zum Ausdruck gebracht: Aus einem beleuchteten Gehäuse tritt nach einer gewissen Anzahl von Sekunden immer wieder ein Ehepaar heraus oder ein Storch mit einem Neugeborenen im Schnabel oder der knöcherne Tod, um anzudeuten, auf welchen Zeitraum in Deutschland eine Eheschließung, Geburt oder ein Todesfall kommt.

Die Gruppe Luft und Klima, welche zeigt, wie Meteorologen und Mediziner dauernd an der Erforschung der Atmosphäre arbeiten, um die Erfahrungen der Wissenschaft für den Menschen nutzbringend zu verwerten, und die Gruppe „Ernährung", welche zu erkennen gibt, daß im wirtschaftlichen Wohlergehen eines Volkes und für die allgemeine Gesundheit die vernunftgemäße Ernährung ein wichtiger Faktor bedeutet, bilden den Abschluß der Hauptgruppe „Der Mensch".

Das Verständnis für die Pflege von Pflanzen und Tieren und für die Schönheit der Natur soll geweckt werden in der Schau, welche den Menschen in seinen gesundheitlichen Beziehungen zu Pflanzen und Tieren wiedergibt. Dabei ist Beachtung geschenkt: Der Erzeugung der Nahrungsstoffe, den Pflanzenkrankheiten, dem Gemüse- und Obstbau, der landwirtschaftlichen Pflanzenzucht, der Moorkultur und Bodenbearbeitung, der Tierhygiene und den Tierkrankheiten. Besonders interessant ist die Ausstellung Wohnung und Siedlung. Die Wasserversorgung der Städte und die Regulierung von Stromläufen wird eingehend behandelt, die Trinkwasserkontrolle vorgeführt und mit dem prägnanten Wort „Ohne Wasser kein Leben" auf die Wichtigkeit der Wasserfrage für die menschliche Gemeinschaft hingewiesen. Wir sehen die Feuerwehr mit ihren Einrichtungen, Hallen- und Schwimmbäder, die Abfallstoffbeseitigung, Bauwesen und Baumaterial, Straßen- und Straßenbaustoffe sowie speziell Wohnungshygiene (Wohnungsbauförderung, Bodenreform usw.).

Für die werktätige Bevölkerung sind die verschiedenen Formen der Berufskleidung in der Abteilung „Kleidung und Körperpflege" von großem Interesse, da dort gezeigt wird, wie man sich im Beruf durch richtige Bekleidung vor Unfall schützen und durch sachgemäße Kleidung und Körperpflege vor Durchnässung, Staub, Infektion und Giften bewahren kann. Der Krankenversorgung und Krankenbehandlung wird in eingehender Form gedacht. Wir sehen das moderne Krankenhaus der Großstadt mit seinen oft großen Einzelbauten für die Krankheitsgruppen: Innere Krankheiten, chirurgische Krankheiten, ansteckende Krankheiten usw. Die Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sind in einer ausführlichen Schau wiedergegeben. Das Leben und Wirken des Arztes lernen wir im Hause „Der Arzt" kennen, in dessen Eingang die Büste Hartmanns steht, des Schöpfers der ärztlichen Standesorganisation. Von besonderem Interesse ist es, im gleichen Hause die Büste des Dichters Schiller zu finden, welcher bekanntlich Medizin studiert hat. Man sieht das Original eines von Schillers Hand geschriebenen Krankenberichtes und Rezeptes. Die Sondergruppe „Deutsche Bäder und Kurorte" gibt ein Bild von der vielgestaltigen landschaftlichen Schönheit und den küntlerischen Anlagen unserer deutschen Kurorte wieder.

Bei Darstellung der übertragbaren Krankheiten hat das Reichsgesundheitsamt in Berlin besonders mitgewirkt. Wir lernen die einzelnen übertragbaren Krankheiten, wie z. B. Diphtherie, Influenza, Masern, Scharlach, Pocken usw. ihrem Wesen nach kennen und sehen in interessanter bildlicher Form vor Augen geführt, welche Rolle die Insekten bei der Verbreitung von Krankheiten, wie Fleck-, Rückfallfieber, Pest usw. spielen. In der Abteilung Kolonialhygiene und Krankheiten der warmen Länder ist vor allen Dingen der Verdienste des großen deutschen Forschers Robert Koch gedacht. Ein stimmungsvoller Raum ist seinem Andenken gewidmet.

Die Gruppen Arbeits-, Gewerbe-Hygiene und Unfallverhütung sind unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene in Frankfurt a. Main und wiederum des Reichsgesundheitsamtes in Berlin entstanden. Wir sehen die verschiedenen Arten der Eignungsprüfung für die körperliche Arbeit und in einer besonderen Abteilung die Ergebnisse der Ermüdungsforschung. Unfallgefahr, Unfallverhütung und Gewerbekrankheiten sind in vollendeter Form wiedergegeben. Eine große Gruppe der Ausstellung befaßt sich auch mit dem Sanitätsdienst der deutschen Armee im Weltkrieg. Die Grundlagen und der Aufbau der sozialen Fürsorge, die Gesundheitsfürsorge, die Volkskrankheiten, Volksgebrechen und Volksunsitten, Bildungs- und Erziehungsfürsorge, wirtschaftliche Fürsorge und Sozialversicherung geben gemeinsam mit einer Uebersicht über die behördliche und freie Wohlfahrtspflege ein anschauliches Bild von der gewaltigen Arbeit, welche auf diesem Gebiete geleistet wird.

Von großem Interesse für eine beträchtliche Anzahl der Besucher wird das dritte Arbeitsgebiet der großen Ausstellung sein, nämlich die Leibesübungen. Eine der schönsten Hallen ist dieser Gruppe gewidmet. In den Abteilungen Turnen, Leichtathletik, Schwerathletik, Faustkampf, Fechten, Ball- und Rasensport, Gymnastik, Rhythmik und Tanz, Wandern, Radsport, Berg-, Winter-, Wassersport werden die zwischen körperlicher Uebung und Gesundheitspflege so außerordentlich wichtigen Beziehungen gezeigt. Sehenswert sind die in einer großen Ausstellungshalle untergebrachten Flugzeuge. Während der Dauer der Gesolei von Mai bis Oktober sollen ständig zwei Flugzeuge zu Rundflügen vor der Ausstellung in Düsseldorf stationiert bleiben, um den zahlreichen Besuchern Gelegenheit zu geben, das modernste Verkehrsmittel kennen zu lernen.

Der Beziehungen zwischen Sport und Kunst ist in der künstlerischen Gemäldeausstellung besonders gedacht worden. Ueberhaupt gibt diese Gemäldeausstellung Zeugnis von dem ernsten künstlerischen Streben der verschiedenen Richtungen. Neben den durch Prof. Kreis' Hand entstandenen dauernden Ausstellungsbauten ist diese Gemäldeausstellung ein Ausdruck und Beweis des künstlerischen Lebens in Düsseldorf.

Der geistige Schöpfer der gesamten Ausstellung ist Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Schloßmann in Düsseldorf. Er hat als geschäftsführendes Mitglied des Ausstellungsvorstandes in nimmermüder, zielbewußter Arbeit an hervorragender Stelle bei dem Gedeihen des gesamten Werkes mitgewirkt und nach seinen Worten soll das Ausstellungswerk ein Zeichen des Arbeitswillens überhaupt und ein Zeichen der unerschütterlichen Hoffnung auf einen Wiederaufbau Deutschlands sein, ein Sinnbild des Gedankens, den Düsseldorfs berühmtester Sohn, Heinrich Heine, ausgesprochen hat:

„Deutschland hat ewigen Bestand;
Es ist ein kerngesundes Land.“

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 16, 16. April 1926.

Metaluesprobleme. Bostroem.
Die Pathogenese des Asthma bronchiale, insbesondere seine Beziehungen zur Anaphylaxie. Eskuchen.
Ueber Insulin-resistenten Diabetes. Frank.
Die Resultate der Behandlung des Asthma bronchiale im allergenfreien Zimmer. van Leeuwen u. Kremer.
* Wie können wir der Paralyse und Tabes vorbeugen? Hauptmann.
Arbeits-Stoffwechsel bei Basedow. Kisch.
Ueber den minimalen Eiweißverbrauch eines Akromegalen. Krauß.
Die Entstehungsbedingungen der spätluetischen Gefäßerkrankungen. Jungmann u. Hall.
* Ueber den Nachweis latenten Oedems aus dem Verhalten intrakutaner Quaddeln einer Normosallösung. Guggenheimer u. Hirsch.
Zur Stoffwechselpathologie der Gicht. Harpuder u. Spitz.
Erfahrungen mit der Masernprophylaxe durch Tierserum, nach Degkwitz. Mosse.
Blutbefunde nach Entmarkung von Röhrenknochen bei Hunden. Menna ten Doornkaat Koolman.
Ueber die Fällung des kolloiden Goldes durch Eiweißkörper. Uhlenbruck.
„Paralyse-Encephalitis“ beim Kaninchen nach subduraler Injektion von Paralytikerliquor. Plaut.
Reversible exsudative tuberkulöse Erkrankungsprozesse in den Lungen. Herius.
Die funktionelle Diagnostik der endokrinen Erkrankungen. Bernhardt.
Ueber die Abhängigkeit der Leukozytenverteilung vom autonomen Nervensystem. Müller.
Ueber künstliche Mineralwässer. Warburg.
Praktische Erfahrungen mit künstlichem Karlbader Mühlbrunnen aus Warburgschen Tabletten (Schering). Umber.

Wie können wir der Paralyse und Tabes vorbeugen? Keine Unterdrückung der Sekundärerscheinungen (es sei denn, daß wirklich eine restlose Vernichtung der Spirochäten erreicht werden könnte).

Unterstützung der Ausbildung der Sekundärerscheinungen bzw. Herbeiführung solcher durch Einwirkungen auf die Haut und die Bildungsstätten der Lymphozyten. (Verfasser versteht unter Sekundärerscheinungen nicht nur syphilitische Manifestationen an der Haut, sondern überhaupt alle im Blut und den Geweben vor sich gehenden Abwehrmaßnahmen.) Eigenschutz des Körpers und chemische Mittel müssen zusammenwirken, um die Vernichtung der Spirochäten zu erreichen.

Ueber den Nachweis latenten Oedems aus dem Verhalten intrakutaner Quaddeln einer Normosallösung. Eine intrakutan mittels einer Normosallösung angelegte Quaddel verschwindet sehr schnell bei sichtbarem Hautödem und gestattet das Erkennen latenter Oedeme durch den Nachweis einer verkürzten Quaddelzeit. Fortlaufende Untersuchungen mit dieser einfachen Methode an Herz- und Nierenkranken unterrichten über die Verteilung und den Grad der Oedemtendenz und ergeben manche therapeutisch wertvollen Hinweise. Das kürzere Bestehenbleiben der Hautquaddel bei Oedem und latentem Oedem ist durch mechanische Momente bedingt und wird auf schnellere Diffusion der Quaddelflüssigkeit in das gelockerte, mit Oedemflüssigkeit erfüllte Spaltraumsystem des umgebenden Gewebes zurückgeführt.

Nr. 17, 23. April 1926.

Die Regulierung des Säurebasen-Gleichgewichts. Gollwitzer-Meier.
Ueber die Grundlagen des serologischen Zusammenlebens zwischen Mutter und Frucht. Hirßfeld u. Zborowski.
* Versuche über perorale und perkutane Immunisierung. Reiter u. Kurokawa.
Weitere Erfahrungen über Behandlung und Verhütung der Rachitis mit bestrahlter Milch. György.
* Dilatation, aktive Erweiterung oder Hypertrophie des Herzens im Sport? Herxheimer.
Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Wirkung natürlicher Kohlensäurebäder. Hediger.
Ueber das Vorkommen eigenartiger Fasern im zähen Sputum. Herxheimer und Hasselmann.
Ueber den Wert prophylaktischer Maßnahmen bei Masern. Gins.
Jodreaktion der Blutplättchen, Spindelzellen, Knochenmarksgebilde. Stahl.
Erwiderung. von Rokay.
Zur Methodik der Blutzuckerbestimmung. Adler.
Komplementablenkungsversuche mit menschlichen Blutseris und Cholesterin. Moretti.
* Die funktionelle Diagnostik der endokrinen Erkrankungen. Bernhardt.
Fragen der städtischen Milchversorgung. Selter.

Versuche über perorale und perkutane Immunisierung. Es erwies sich, daß sowohl mit Material aus abgetöteten Vollkulturen, wie mit Impfstoffen aus Filtrat dieser Kulturen, ferner aus abgetöteten Vollkulturen, die der Einwirkung von Bakteriophagen unterzogen wurden, auf perkutanem und peroralem Wege, sowie mittels der Hautimpfmethode nach Böhme unter Verwendung lebender Mäusethyphusbazillen sich eine absolute Immunität gegen eine bestimmte Infektionsdosis ausbilden läßt, die zu einer relativen Immunität herabsinkt, wenn die Infektionsdosis gewisse Grenzen überschreitet. Das Entstehen einer Immunität wurde im allgemeinen wesentlich gefördert, wenn die Applikation der abgetöteten Impfstoffe unter Verwendung von Natrium benzoicum erfolgte. Fast durchweg erwies sich der perkutane Weg als geeigneter, zumal er auch die Tiere weniger gefährdete. Zur Prüfung des erreichten Immunitätszustandes ist die perorale Infektionsmethode die gegebene, weil sie den natürlichen Verhältnissen am meisten entspricht und, mittels Schlundsonde ausgeführt, ein ziemlich exaktes Vergleichsarbeiten zuläßt.

Dilatation, aktive Erweiterung oder Hypertrophie des Herzens im Sport? Beim Sportsmann führt jede Mehrbelastung, die zu einer Vergrößerung des Schlagvolumens führt, rasch zu einem Wachstum der Herzmuskelmasse. Diese kann — bei gewissen Sportarten — mit dem Wachstum der Skelettmuskulatur gleichen Schritt halten, bei anderen noch rascher fortschreiten (insbesondere bei Dauersportarten). In vielen Fällen ist bei Sportleuten in gutem Trainingzustand eine Entspannung des Herzmuskels zu konstatieren, die eine größere mittlere Weite der Herzhöhlen zur Folge hat. Diese kann bei Hypertrophie vorhanden sein oder auch fehlen.

Die funktionelle Diagnostik der endokrinen Erkrankungen. Wirklich praktische Bedeutung kommt, nach Ansicht des Verfassers, der funktionellen Diagnostik bisher wohl nur für das Gebiet der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Hypophyse, Nebenniere und Pankreas, in letzter Zeit noch des Ovars zu. Besondere Schwierigkeiten entstehen aus dem häufigen Zusammentreffen von Störungen mehrerer Drüsen. Wirklich nur auf der Störung einer endokrinen Drüse beruhende Krankheitsbilder sind scheinbar seltener, als man zuerst angenommen hatte. Fast stets sind andere Drüsen, sei es primär oder sekundär mitgeschädigt, und die überwiegende Zahl endokriner Krankheitsbilder neigt in das Gebiet pluriglandulärer Erkrankungen mit besonderer Betonung dieser oder jener Drüse. Gerade im Interesse der Analyse dieser Krankheitsbilder müssen weitere Funktionsprüfungen, die für eine Drüse spezifisch sind, angestrebt werden.

Arnold Hirsch (Berlin).

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrg. Nr 14, 8. April 1926.

* Untersuchungen über Blutgruppen beim Menschen. Schütz.
  Versuche über handelsmäßige Milcherhitzung (Pasteurisierung) in Preußen. Seelemann.

Untersuchungen über Blutgruppen beim Menschen. Schütz behandelt das interessante Thema der Hämaglutination und Isohämagglutination bei den Menschen, wodurch man unter den Menschen vier verschiedene, genau charakterisierte Gruppen unterscheiden kann. Diese Gruppenzugehörigkeit ist etwas streng Individuelles, das dem Menschen dauernd verbleibt, sie verebt sich nach dem Mendelschen Gesetz. Diese — relativ einfach ausführbare Probe — kann in Zukunft nicht unerhebliche forensische, chirurgische und rassenbiologische Bedeutung erhalten, wie Verf. des Näheren ausführt.

1. Jahrg., Nr. 15, 14. April 1926.

* Industrie und Tuberkulose. Grunewald.
  Wohnungsnot und Volksgesundheit. Aust.
* Die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten von Oberreg.-Rat Dr. Breger. 3. Beiheft.

Industrie und Tuberkulose. Grunewald zeigt an der Hand statistischer Arbeiten, daß die Tuberkulosesterblichkeit unter der vorzugsweise landwirtschaftlich tätigen Bevölkerung größer zu sein scheint als unter den hauptsächlich industrialisierten. Die Nachteile der Industrialisierung werden durch die Vorteile der modernen Technik und Hygiene aufgewogen.

Die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. 3. Beiheft. Die interessanten, mit Tabelle und Plakatbildern reichlich versehenen Ausführungen Bregers über die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten verdienen im Original gelesen zu werden.

Dr. Michaelis (Bitterfeld).

Krankheitsforschung.

Band II, Heft 4, April 1926.

* Primäre, sekundäre und tertiäre Lungentuberkulose. Tendeloo-Leiden.

Primäre, sekundäre und tertiäre Lungentuberkulose. Die Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Lungentuberkulose ist abzulehnen, da weder der Kliniker noch auch der Anatom die einzelnen Stadien mit Sicherheit von einander zu trennen vermag. Zu Recht besteht nur die Bezeichnung Primärkomplex für den Fall, daß nur ein tuberkulöser Lungenherd und die dazu gehörige Hilusdrüsentuberkulose vorhanden ist. Finden sich jedoch mehrere Herde in der Lunge, so ist die Entscheidung oft schwer, wenn nicht unmöglich, welcher der primäre, d. h. der älteste ist. Die Größe der Herde ist durchaus kein zuverlässiger Maßstab für ihr Alter, relativ kleine Herde können alt, relativ große jedoch frisch sein. Auch der feinere anatomische Bau des Lungenherdes gibt keinen sicheren Hinweis. Der schichtförmige Bau eines Herdes, die „Zonenbildung" der andern Autoren, kommt durch kollaterale Entzündung zustande, er stellt nach Tendeloo kein besonderes Merkmal primärer oder sekundärer Herde dar. Die Unterscheidung sekundärer von tertiärer Tuberkulose stößt sowohl genetisch wie pathologisch-anatomisch auf ähnliche Schwierigkeiten. Es gibt allerdings Fälle, welche sich scheinbar mehr oder weniger in das Schema primärer, sekundärer und tertiärer Lungentuberkulose einzwängen lassen. Solche Fälle lagen eben wahrscheinlich der Aufstellung dieser Schemas zugrunde. Eine Allgemeingültigkeit darf daraus nicht abgeleitet werden.

Zwerg (Dresden).

Zeitschrift für Tuberkulose.

44., Heft 6.

* Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose im Schulkindesalter. Ickert.
  Zur Frage der Sensibilisierung gegen Tuberkulin. Caspari.
* Heilstättenstatistik über die Dauererfolge bei offener Tuberkulose. Wazlimont.
  Ueber Begriffsbestimmung und Begriffsbezeichnung der „offenen" Lungentuberkulose. Winkler.
  Kasuistischer Beitrag zum Thema der Lungenschußverletzungen. Schellenberg.
* Diagnostische und therapeutische Erfahrungen mit den wasserlöslichen Tuberkelbazillenextrakten: Ertuban „Schilling" und Tebeprotin „Toeniessen". Junker und Engel.

Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose im Schulkindesalter. Unter 1313 untersuchten Schulkindern erwiesen sich 56,8% als tuberkuloseinfizert. Die Infektion galt als sichergestellt durch positive Morosche Hautprobe oder durch den Nachweis eines verkalkten Lungenprimäraffektes, welches bei 20,8% der Schulkinder gefunden wurde. Die meisten Primäraffekte lagen — entsprechend allgemeiner Erfahrung — im rechten unteren Lungenfeld. 7% der Kinder hatten eine floride Skrofulose, 1% eine aktive Lungen- oder Bronchialdrüsentuberkulose. Unter 1313 Kindern fand sich nur ein Bazillenhuster. Die Zahl der Erkrankungen an Lungen- oder Bronchialdrüsentuberkulose ist bei den Kindern der Industrieorte höher als bei den Kindern der Landgemeinden.

Heilstättenstatistik über die Dauererfolge bei offener Tuberkulose. Es wurden Nachforschungen angestellt über das weitere Schicksal offen tuberkulöser Frauen, welche in den Jahren 1913, 1919, 1920 und 1921 in der Volksheilstätte München-Gladbach-Helm eine erfolgreiche Kur von mindestens zwei Monaten durchgemacht hatten. Das Urteil über den jetzigen Zustand konnte lediglich aus den von den Patientinnen ausgefüllten Fragebogen, nicht aus einem erneuten Untersuchungsergebnis erschlossen werden. Eine weitere nicht unwesentliche Fehlerquelle der an sich dankenswerten statistischen Arbeit ist in dem Umstand zu erblicken, daß nur ein Teil der Patientinnen noch auffindbar war. Diese Mängel vorausgeschickt, ergab sich für das Jahr 1913 (Zahl der Fälle 69, Antwort erhalten von nur 28!), daß noch fünf Kranke = 17,9% leben. 12,5% Ueberlebende wurden für das

Jahr 1919, 21,7% für 1920, 47,3% für 1921 ermittelt. Die Zahlen rechtfertigen es durchaus, daß auch weiterhin offene Tuberkulöse in die Heilstätten verschickt werden.

Diagnostische und therapeutische Erfahrungen mit den wasserlöslichen Tuberkelbazillenextrakten: Ertuban „Schilling“ und Tebeprotin „Toeniessen“. Die wasserlöslichen Tuberkelbazilleneiweißprodukte, Ertuban und Tebeprotin, sind beide hoch reaktive Präparate, die im tuberkulösen Organismus schon in geringsten Dosen Reaktion erzeugen. Ertuban ist den bisherigen Tuberkulinpräparaten vielleicht insofern vorzuziehen, als es häufig erwünschte, leichte Herdreaktionen auslöst, ohne in jedem Falle Fieber zu machen. Seine Anwendung ist aber, seiner großen Reaktivität wegen, offenbar gefahrvoller. Tebeprotin bietet bei diagnostischer wie therapeutischer Anwendung keine besonderen Vorteile vor den älteren Tuberkulinen.

45., Heft 1.

- * Ueber die Primärinfiltrierung. Redeker.
- Ueber die Erkennung der Tuberkuloseinfektion durch systematisches Studium der Senkungsreaktion. Büchler und Nobel.
- Tuberkulinempfindlichkeit und Tuberkulinwirkung. Selter.
- * Die Tuberkulose in der Schule. Worringen.
- Einwendungen gegen Kurzsichtigkeit und Tuberkulose. Hirsch.
- Untersuchungen über das v. Wassermannsche Tuberkuloseantigen. Pinner.

Ueber die Primärinfiltrierung. Die akuten Erscheinungen der primären tuberkulösen Infektion der Lunge sind in vielen Fällen klinisch wie röntgenologisch zu erfassen, und zwar sowohl die allgemeinen toxischen Symptome wie die klinisch und röntgenologisch nachweisbare, die primäre Haftungsstelle wie das Lymphabflußgebiet umfassende, perifokale Entzündung. Diese wird zweckmäßig „Primärinfiltrierung“ genannt. Die Identifizierung der perifokalen Entzündung als einer Primärinfiltrierung ist, wenn keine epidemiologischen Anhaltspunkte vorhanden sind, oft nach der Röntgenplatte möglich: die dem Hilus kuppelförmig oder dreieckig aufsitzenden, weit in die Lungenfelder hineinreichenden Infiltrate lassen allmählich eine Einschnürung zwischen dem Lungen- und Hiluspol erkennen, es entsteht ein „Stadium der Bipolarität“, welches mit relativer Sicherheit die Diagnose einer Primärinfiltrierung gestattet. Mitteilung mehrerer instruktiver Fälle mit sehr demonstrativen Röntgenphotographien.

Die Tuberkulose in der Schule. Der Hauptfeind unserer schulpflichtigen Jugend ist die Tuberkulose. Die Schule begünstigt die Infektion, da sie durch Ueberbürdung die Gesundheit der Schüler schwächt. Notwendig sind, neben der Verbesserung des Schularztwesens, gründliche Reformen des ganzen Unterrichts, die besonders auf eine körperliche Ertüchtigung der Kinder hinzielen müssen.

63., Heft 3.

- Die Bronchiektasien im Kindesalter. Klare und Reuße-Scheidegg.
- * Die isolierte Tuberkulose der Mesenteriallympldrüsen. Klein-Warschau.
- * Die Frage der sogenannten epituberkulösen Infiltration der Lungen. Schlack-Univ.-Kinderklinik Eppendorf.
- Der Stoffwechsel der Tuberkulose und dessen diätetische Bedeutung. Róth-Budapest.
- Fibrinkugeln im Pneumothoraxraum. Klinkenstein und Belajewa-Moskau.
- Beitrag zur Histogenese des Lebertuberkels. Schleussing-Düsseldorf.
- * Ueber die Füllung der Lungen mit Jodöl. Knipping und Wolfgang Ponndorf-Hamburg-Eppendorf.
- Ueber das gemeinsame Vorkommen von Lungentuberkulose und Ulcus ventriculi. F. Loben.
- * Salvarsan und Lungentuberkulose. W. Landau.
- Zur Therapie des tuberkulösen Spontanpneumothorax. Werner.

Die isolierte Tuberkulose der Mesenteriallymphdrüsen. Dem Autor ist zuzustimmen, daß das Krankheitsbild der Mesenteriallymphdrüsentuberkulose nicht selten verkannt wird. Kühn ist jedoch seine Behauptung, daß die Krankheit „mit Leichtigkeit“ zu diagnostizieren sei. Verf. stellte die Diagnose in bisher über 60 Fällen, wenn neben Leibschmerzen und Erbrechen tastbare Drüsen, selbst noch von der Größe einer Bohne, vorhanden waren. Um diese palpieren zu können, bedürfe es allerdings einer besonderen Geschicklichkeit in der Untersuchung der Bauchhöhle. Von autoptischen Kontrollen ist in der Arbeit nichts erwähnt. Die klinische Diagnose werde gesichert durch den „stark positiven“ Ausfall der Pirquetschen Reaktion (was bekanntermaßen bei gesunden Erwachsenen in reichlich 90% der Fall ist. Ref.).

Die Frage der sogenannten epituberkulösen Infiltration der Lungen. Das epituberkulöse Infiltrat ist eine spezifische Entzündung des Lungengewebes um den eigentlichen tuberkulösen Herd (Hilusdrüse, Lungenherd) herum. Er wird vornehmlich bei Kindern beobachtet, welche gleichzeitig die Zeichen der exsudativen Diathese bieten. Somit bestehen Parallelen zur Skrofulose, welche auf dem Boden derselben Konstitutionsanomalie entsteht. Weitere gemeinsame Eigentümlichkeiten sowohl der epituberkulösen wie der skrofulösen Infiltrate sind ihr Vorkommen im Kindesalter, ihre relative Gutartigkeit, der lange sich hinziehende Verlauf, die Neigung, sich mit chirurgischer Tuberkulose zu verbinden. Die epituberkulösen Lungeninfiltrate sind vollständig rückbildungsfähig, sie gehören in das Sekundärstadium der Rankeschen Einteilung. Sieben einschlägige Fälle werden mitgeteilt.

Ueber die Füllung der Lungen mit Jodöl. 40prozentiges Jodipin, unter Schleimhautanästhesie intratracheal gegeben, ist ein gutes Röntgenkontrastmittel und ermöglicht es, auf andere Weise nicht darstellbare pathologische Hohlräume der Lunge, wie Bronchiektasien, kleine Kavernen sichtbar zu machen. Zu einer diagnostischen Füllung sind etwa 30 bis 40 ccm Jodöl erforderlich. Verff. beschäftigten sich eingehend mit der Frage nach dem Verbleib der auf diese Weise eingeführten großen Jodmengen. Die Jodausscheidung im Harn wurde nach eigener Schnellbestimmungsmethode ermittelt.

Frühere Untersucher hatten gefunden, daß in den ersten Tagen nach der Jodöleinfüllung der größte Teil des Jods mit dem Urin ausgeschieden wurde, und daraus den Schluß gezogen, daß das Oel in der Lunge gut resorbiert werde. Auf Grund ihrer klinischen Beobachtungen an zahlreichen Fällen, welche durch das Tierexperiment — hinsichtlich der Versuchsanordnung muß auf das Original verwiesen werden — überzeugend bestätigt werden, kommen Verff. zu dem Resultat, daß die Jodölresorption der Lunge verschwindend gering ist, daß vielmehr mit den Lungen- und Bronchialsekreten dauernd Jodipin hochgebracht wird und mit dem heruntergeschluckten Speichel in den Magendarmkanal gelangt, wo es nunmehr resorbiert wird. Ernstere Schädigungen durch massige Jodresorption sind nicht zu befürchten. Vorsicht ist geboten bei Hyperthyreoidismus, Nierenfunktionsstörungen und bei Jodidiosynkrasie. Es empfiehlt sich, die Empfindlichkeit für Jod vorher durch kleine Gaben per os zu prüfen. Hyperthyreoidismus muß in zweifelhaften Fällen durch die Gasstoffuntersuchung ausgeschlossen werden.

Salvarsan und Lungentuberkulose. Eine Patientin mit geschlossener, nodös-fibröser Spitzentuberkulose ohne katarrhalische Erscheinungen wird wegen luetischer Infektion von einem halben Jahr, Wa. R. +, mit Silbersalvarsan behandelt. Nach der dritten Injektion von 0,15 g flammt der an sich gutartige Lungenprozeß akut auf: Fieber, Tuberkelbazillen positiv, frische Aussaat im rechten Unterlappen. Weiterer Verlauf mit subfebrilen, manchmal höheren Temperaturen, sich über sechs Monate hinziehend, Bazillen und feuchte Rasselgeräusche stets nachweisbar, Gewichtsabnahme von 6 kg. Erst nach einem Jahre ist der Prozeß wieder völlig zur Ruhe gekommen. Der Fall lehrt, daß selbst bei ganz leichten, klinisch gutartigen Formen von Lungentuberkulose unerwünscht starke Herdreaktionen bei der Salvarsanbehandlung nicht völlig zu vermeiden sind. **Zwerg**-Dresden.

Die extrapulmonale Tuberkulose.

1925, Heft 6.

Männliche Urogenitaltuberkulose.

- * Die Tuberkulose der Harnorgane. Prof. Wildbolz-Bern.
- Einiges über die Genese der männlichen Genitaltuberkulose. L. Sussig.
- * Akute Nebenhodentuberkulose mit vorwiegend tuberkelfreier Entzündung. W. Jadassohn.
- * Pathogenese der Tuberkulose. F. Weleminsky.

Die Tuberkulose der Harnorgane. Sowohl die akute miliare wie die chirurgische Nierentuberkulose entsteht durch hämatogene Infektion. Um die Pathogenese haben sich besonders Pels-Leusden und Zondek verdient gemacht. Letzterer fand Unterschiede in der Gefäßversorgung beider Nieren bei demselben Individuum — Klappenbildung in den Nierenvenen, Einschnürungen an kleinen Arterienästen — und gab damit eine anatomische Erklärung für die Einseitigkeit einer hämatogenen Nierentuberkulose. Pels-Leusden konnte in schönen experimentellen Untersuchungen das vorwiegend einseitige Auftreten hämatogener Nierentuberkulose eingehend begründen. Zum klinischen Bild der akuten miliaren und zu dem der chronischen, meist kavernösen Nierentuberkulose ist nach den neueren Veröffentlichungen noch eine dritte Form hinzugekommen: die sogenannte tuberkulöse Nephritis, eine Tuberkulose der Niere ohne Tuberkelbildung. Mehrere einwandfreie Beobachtungen dieser Art sind in den letzten Jahren mitgeteilt worden. Es fanden sich in diesen Fällen, genau wie bei der chronischen käsig-kavernösen Nierentuberkulose, massenhaft Leukocyten und Tuberkelbazillen im Urin, im anatomischen Nierenpräparat hingegen keine Tuberkel, keine Käseherde, nur scheinbar unspezifische Entzündungen. Eine klinische Unterscheidung dieser seltenen Form von der so häufigen chronischen Nierentuberkulose ist einstweilen noch nicht möglich. Einseitigkeit der Erkrankung vorausgesetzt, wird man also nach wie vor zur frühzeitigen Nephrektomie raten müssen. Konservativ geheilte Nierentuberkulosen gibt es nicht. Mit der Nephrektomie wurden nach Wildbolz 55,7% Dauerheilungen erzielt. Sorgfältigste Prüfung auf Einseitigkeit der Erkrankung ist jedoch erforderlich.

Akute Nebenhodentuberkulose mit vorwiegend tuberkelfreier Entzündung. Unter 97 Fällen von Nebenhodentuberkulose wurde 23 mal ein ganz akuter, stürmischer Beginn mit Fieber, Störung des Allgemeinbefindens und heftigen Schmerzen im Samenstrang und Hoden beobachtet, wie bei einer gonorrhoischen oder banalen Epididymitis. Alle diese Fälle sind sichere Tuberkulosen, sie beweisen, daß der akute Beginn des Prozesses eine Tuberkulose des Nebenhodens nicht ausschließt. Von Interesse ist, daß in nur fünf Fällen Tuberkel histologisch nachweisbar waren — Tuberkelbazillen wurden in jedem Falle gefunden —, in den übrigen waren banale Entzündungserscheinungen so vorherrschend im histologischen Bild ‚daß man sie mit gewissen Einschränkungen zur „Tuberkulose ohne Tuberkel" im Sinne Landouzys rechnen kann. Die Arbeit schließt mit theoretischen Betrachtungen über die Bedingungen, unter welchen nach Ansicht des Verf. diese Tuberkuloseform entsteht.

Pathogenese der Tuberkulose. Auf Grund seiner früheren experimentellen Untersuchungen am Tier sowie gestützt auf die Ergebnisse einiger neuerer Arbeiten, vertritt Weleminsky den Standpunkt, daß — entgegen der herrschenden Auffassung — die menschliche Tuberkulose durch Ansiedlung des Tuberkelbazillus im Verdauungstraktus, meistens der Mundhöhle, entsteht und sich von hier aus auf dem Lymphwege weiter ausbreitet. Im einzelnen sei der Ausbreitungsweg der, daß zunächst die Halslymphdrüsen erkranken, daß von hier die Infektion auf den Lymphbahnen bis zu den Bronchialdrüsen fortschreitet, und daß erst dann, von den Bronchialdrüsen ausgehend, sei es hämatogen oder retrograd lymphogen, die Lunge erkrankt! Die Möglichkeit einer aërogenen Infektion und die Entstehung eines Lungenprimärherdes im Sinne Ghons wird zugegeben, „ob aber dies die gewöhnliche oder überhaupt sehr häufige Eintrittspforte des Tuberkelbazillus in den menschlichen Körper darstellt, erscheint doch zweifelhaft". Ob die sogenannten Flüggeschen Tröpfchen bei der Inhalation tatsächlich bis in die Lungen gelangen, sei gleichfalls keineswegs sicher.

1926, Heft 7.

Kindertuberkulose.

* Bedeutung der Tuberkulose bei Kindern und Jugendlichen. C. Pirquet.
* Die biologischen Grundlagen der Diätotherapie der Tuberkulose. Helmreich.
* Erythema nodosum. H. Koch.
* Ueber spezifische und unspezifische Hautreaktionen in ihrer Beziehung zur Tuberkulose. E. Nobel.

Ueber den semiotischen Wert der extrapulmonalen Tuberkulose für die Beurteilung intrapulmonaler Herde beim Kind. E. Rach.

* Zur Skelett-Tuberkulose im Kindesalter. Wimberger.

Tuberkulose und Diabetes mellitus juvenilis. Wagner.

Bedeutung der Tuberkulose bei Kindern und Jugendlichen. Die durch zahlreiche beigefügte Kurven sehr instruktive Arbeit basiert auf den Zahlen der ausgezeichneten englischen Medizinalstatistik: „The Registrar Generals Statistical Review of England and Wales for the year 1922". Die Tuberkulosemortalitätskurve hat ihr erstes Maximum am Beginn des zweiten Lebensjahres, dann ein Minimum im achten Lebensjahre, sie erhebt sich von hier an bis zum 20. Lebensjahre und fällt danach allmählich ab. Die gefährdeste Zeit ist somit das zweite und das 20. Lebensjahr. Masern und Keuchhusten haben vor dem vierten Lebensjahre mehr Todesfälle zur Folge als die Tuberkulose; Diphtherie und Scharlach hingegen überschreiten die Tuberkulosekurve niemals. Alle vier Krankheiten zusammen werden von dem Berge, den die Tuberkulosemortalitätskurve um das 20. Jahr aufweist, bei weitem überragt. Ueberraschend ist der Vergleich zwischen den Frauen, die an Tuberkulose sterben und jenen, welche an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt zugrunde gehen: einen ganz unbedeutenden Hügel bilden die Gefahren der Schwangerschaft gegenüber dem großen Berge der Tuberkulosesterblichkeit. Im Jahre 1922 stehen 1079 Todesfällen durch die Mutterschaft 19 461 (18 mal so viele) durch Tuberkulose gegenüber.

Die biologischen Grundlagen der Diätotherapie der Tuberkulose. Nach den Untersuchungen des Verf. ist das Auftreten der Luxusverbrennung ein notwendiger Faktor zur Heilung der Tuberkulose. Eine wirksame Ernährungstherapie wird sich nicht nur in der Aufstapelung von Reservesubstanzen zu äußern haben, sondern noch mehr in einer physiologischen Steigerung der Zelltätigkeit und Stoffverbrennungen, deren Ausdruck der Luxuskonsum ist.

Erythema nodosum. Es wurden 48 Fälle im Alter von 2 bis 13 Jahren beobachtet. Aetiologisch ist die Stellung des Erythema nodosum noch strittig: Während ein Teil der Autoren das Erythema nodosum für eine rheumatische, ein anderer für eine Infektionskrankheit sui generis hält oder auch eine nicht einheitliche Genese annimmt, hält Verf. das Erythema nodosum für eine tuberkulöse Erkrankung. Zugunsten dieser Aetiologie sprechen die anamnestischen Daten über die Heredität und Epidemiologie, die gleichzeitig auftretende Exazerbation der Bronchialdrüsentuberkulose, die nachfolgenden tuberkulösen Erkrankungen, sowie endlich die immer zu beobachtende positive Pirquetsche Reaktion, welche beim Erythema nodosum ein charakteristisches Aussehen hat. Sie ist in der Mitte blasig und von zwei mehr oder weniger breiten Ringen umgeben, einem hochroten und infiltrierten inneren und einem blassen roten äußeren Ring, welcher keine Infiltrationserscheinungen zeigt. Dieser äußere Ring tritt nur auf, wenn die Effloreszenz entsteht, sowohl beim ersten wie auch beim Nachschub.

Ueber spezifische und unspezifische Hautreaktionen in ihrer Beziehung zur Tuberkulose. Tuberkulinnegative Kinder reagierten auf intrakutane Einverleibung indifferenter Mittel wie physiologische Kochsalzlösung oder Bouillon auch stets negativ. Infolge der erhöhten Reaktionsfähigkeit des tuberkulös infizierten Organismus fiel hingegen bei tuberkulinpositiven Kindern die Kochsalz- und Bouillon-Intrakutanreaktion in der überwiegenden Mehrzahl gleichfalls positiv aus. Bei kutaner Einverleibung, bei der Pirquetschen Hautprobe ergab nur eine geringe Anzahl der tuberkulinpositiven Kinder positive unspezifische Reaktionen, immerhin ist die Möglichkeit einer Verwechslung mit einer spezifischen Tuberkulinreaktion in dieser beschränkten Anzahl von Fällen somit gegeben. Sehr bedeutungsvoll erscheint eine derartige Verwechslung nicht, da eine unspezifische Reaktion auf die verschiedensten Eiweißkörper nur bei tuberkulinpositiven Kindern anzutreffen ist. Die unspezifische Eiweißkörperreaktion unterscheidet sich von der kutanen Tuberkulinreaktion des weiteren dadurch, daß ihr Höhepunkt schon nach 24 Stunden erreicht bzw. überschritten ist, was bei der Pirquetschen Reaktion erst nach 48 Stunden der Fall ist.

Zur Skelett-Tuberkulose im Kindesalter. Mitteilung von zwei Fällen von primärer Diaphysentuberkulose bei Kindern im Alter von 2½ und 3 Jahren. Die diaphysäre Lokalisation der Tuberkulose in langen Röhrenknochen ist selten. Die Abgrenzung gegen Lues, Osteomyelitis macht mitunter Schwierigkeiten, die Periostitis tuberculosa ist von der luetischen Form oft auch röntgenologisch nicht zu unterscheiden.

Zwerg-Dresden.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

76., Heft 4.

Richard Cassirer †. Erna Ball.
* Motorik, Körperbau und Charakter. M. Gurewitsch.
Psychiatrische Kritik des amtlichen Entwurfes eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches vom Jahre 1925. Heinrich Herschmann.
Experimentalphonetische Untersuchungen über Artikulationsstörungen bei doppelseitiger Facialislähmung. G. Panconcelli-Calzia.
* Ueber die Erneuerung der Heiligenbilder in Rußland. Hermann Goldbladt.
* Ueber die zentrale Wirkung des Kokains und einiger neuer Ersatzpräparate. Arno Offermann.
Körperrotation um die Längsachse bei cerebellarer Erkrankung. Josef Gerstmann.
Vielgestaltigkeit der Beziehungen zwischen weiblicher Genitalfunktion und psychischen Ausnahmezuständen innerhalb einer Sippschaftsgruppe. Curt Rosenthal.
Tagung der mitteldeutschen Psychiater und Neurologen in Jena am 1. November 1925. Boening.

Motorik, Körperbau und Charakter. Im Kretschmerschen Schema der Beziehungen zwischen Körperbau und psychischer Konstitution fehlt die Berücksichtigung der motorischen Funktionen. Diese sind an sich schon Gegenstand psychiatrischer Forschung gewesen. Es sind bekannt 1. der Dupré-sche Typus — die pyramidale Unzulänglichkeit, 2. der Homburgersche Typus — der motorische Infantilismus, 3. der Wallonsche Typus — die zerebellare Unzulänglichkeit, 4. der extrapyramidale Unzulänglichkeitstyp und 5. der von Gurewitsch beschriebene Typ der frontalen Unzulänglichkeit. Alle diese Typen sind am ausgesprochensten im Kindesalter. Zum näheren Studium bedarf es der Heraushebung bestimmter Komponenten der Bewegungshandlungen (Kraft, Muskeltonus, Automatismus, Mitbewegungen, Einstellungsgeschwindigkeit, Rhythmus usw.). Berücksichtigt man die Ergebnisse dieser Analysen, so läßt sich folgende Klassifikation aufstellen: 1. Flüssige, proportionierte, gewandte, exakte Bewegungen — pyknischer Körperbau — zykloider Charakter. 2. Krasse, eckige Bewegungen, weniger gewandt und koordiniert, besonders bei den feinen Bewegungen —athletischer Körperbautypus. 3. Schlaffe, schwache, ungeschickte Bewegungen, gute Handfertigkeit — asthenischer Körperbau — schizoider Charakter. 4. Kindlich graziöse, ungenügend exakte Bewegungen — infantil-graziler Körperbautypus.

Ueber die Erneuerung der Heiligenbilder in Rußland. In den Jahren 1920—1923 herrschte in Rußland, hauptsächlich in der Ukraine und in den Zentralrussischen Gouvernements, eine ausgebreitete psychische Epidemie, ähnlich den religiös gefärbten psychischen Epidemien des Mittelalters (Wiedertäuferbewegung usw.). Aus zahlreichen Dörfern kamen Nachrichten, daß sich die meist in russischen Bauernhaushalten befindlichen meist verblichenen und verstaubten Heiligenbilder „erneuert" hätten, d. h. wieder glänzend und leuchtend geworden seien. Die ganze Gegend wallfahrtete zu einem solchen erneuerten Heiligenbild, zum Teil machten die glücklichen Besitzer gute Geschäfte. Die Kirche trat diesem Treiben im allgemeinen nicht entgegen. Teils handelte es sich um mechanische Reinigung, teils um auto- und heredosuggestiv entstandene Selbsttäuschungen. Die große Ausbreitung ist zu erklären durch den tiefen Bildungsstand der russischen Bauernbevölkerung, durch das bekannte Hervortreten mystischer Strömungen in Zeiten staatlicher Unsicherheit und sozialer Umwälzungen und dadurch, daß die russische Bauernbevölkerung ihre Ablehnung der antikirchlichen Tendenzen des jetzigen russischen Staates zu fanatischem Wunderglauben verdichtet.

Ueber die zentrale Wirkung des Kokains und einiger neuer Ersatzpräparate. Kokain bewirkte bei Gesunden Euphorie, Rededrang, Bewegungsdrang, bei Stuporösen in zwei von fünf Fällen (1 hysterischer und 1 katatoner) Reaktion in Form einer kurzdauernden Lösung des Stupors, Psychopathen (Narcomanen) sprachen nur wenig an. Encephalitiker fühlten sich subjektiv erleichtert, bei den Hyperkinetischen unter ihnen verstärkte sich der Premor. Scharf indizierte therapeutische Anwendung kann empfohlen werden, doch muß die Gewöhnung vermieden werden. Psicain und Putocain sind gute Anästhetika, wirken jedoch nicht euphorisierend, sondern eher dysphorisierend und sind deshalb bei der praktischen Anwendung nicht in der Lage, zur wichtigen Gewöhnung zu führen. Dieser Umstand beweist die große Bedeutung der beiden neuen Anaesthetika.

Panse (Berlin).

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

41., 1926, 1. u. 2. Heft.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Hitze auf den Säugling. Demuth, Edelstein und Putzig.
* Die „Stäupchen", ein Symptom des intrakraniellen Geburtstraumas. Dollinger.
Fortbestehen des fetalen Erregungsablaufes im Herzen während der Kindheit und später. Doxiades.
Der Blutchemismus bei Meerschweinchenskorbut. Edelstein u. Schmal.
* Epilepsiebehandlung. Freudenberg.
Klinik der Rachitis. Klotz.
Seltener Symptomenkomplex (Schädelerweichungen, Exophthalmus, Dystrophia adip. genit., Diabetes insipidus). Kyrklund.
Bedeutung der Superinfektion für den Verlauf der kindlichen Tuberkulose. Langer.
Mikromethode zur Bestimmung der Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit. Langer u. Schmidt.
Hepatischer Infantilismus? Pfaundler.
Die Schwererziehbarkeit des Kindes. Pototzky.
Toxisches oder dynamisches Eiweißfieber? Reiche.
Weißes Blutbild bei Frühgeborenen und Säuglingen. Schmal, Schmidt und Serebrijski.
Eumydrin und Pylorospasmus. Usener.
Wachstum junger Ratten. Vollmer.
Stoffwechselpathologie des Pylorospasmus. Vollmer und Serebrijski.
Eier als Antidiarrhoicum. Ylppö.
Einfluß kleinster Eiweißzulagen auf die Pepsinsekretion. Comberg.
Adenom der Parspylorica beim jungen Säugling. Demnth.
Prognose der kongenitalen Nierentumoren. Sommer.

Die „Stäupchen", ein Symptom des intrakraniellen Geburtstraumas. Im Gegensatz zu Zipperling, der die Stäupchen für eine physiologische Erscheinung hält, deren Ursache durch Zirkulationsstörungen hervorgerufene Reize im Ursprungsgebiet einzelner motorischer Hirnnerven seien, steht Verf. auf dem Standpunkt, daß sie der sichtbare Ausdruck einer unter der Geburt entstandenen Schädigung des Zentralnervensystems seien. Er sieht seine „schon vor Jahren" geäußerte Vermutung bestätigt durch die kürzlich veröffentlichen Untersuchungen von Berberich u. a. die bei Nystagmus, der zu Lebzeiten bestanden hat, Blutungen im Deiterschen Kern und in der Umgebung der Augenmuskelnervenkerne festgestellt haben. Eigene Untersuchungen hierüber fehlen. Zum Bild der Stäupchen gehören dann ferner noch — außer dem Nystagmus — kurzdauernde Kontraktionen des Musk. orbikul., Blepharospasmus, Unlust zum Trinken, besonders an der Brust, ruckweise Bewegungen des Kopfes.

(Sollte sich die Vermutung des Verf. tatsächlich bestätigen, daß diese motorischen Reizerscheinungen auch ein anatomisches Substrat haben, dann dürfte zum mindesten der Name Stäupchen unglücklich gewählt sein. Bei der Fülle dessen, was das Volk als Stäupchen — der Schwabe sagt lieber Gichter — bezeichnet, wird nur statt Klarheit Verwirrung geschaffen. Ref.)

Epilepsiebehandlung. Mitteilung eines schweren Falles von Epilepsie, bei dem die Anfälle eine deutliche Abhängigkeit von der Höhe des Blutchlorspiegels zeigten. Dagegen waren sie unabhängig vom Säurebasenhaushalt als solchen. Bei einem Blutkochsalzgehalt unter 0,50, auf Serum bezogen, kamen keine Anfälle vor. Durch Kombination von Bikarbonatzufuhr und kochsalzarmer Diät kann man den Blutchlorspiegel lange Zeit niedrig halten. Die Chlorionen sind wichtig für das Zustandekommen des epileptischen Anfalls.

Beck (Tübingen).

Zentralblatt für Gynäkologie und Geburtshilfe.

50. Jahrg., Nr. 10, 1926.

Ueber Kapillarbeobachtungen bei Schwangeren. F. Pischzek u. P. Schmidt.
Der Echinokokkus des Ovariums. I. W. Miller.
Zur Frage der Uterusruptur nach cervikaler transperiton. Schnittentbindung. M. Wetterwald.
*Ein neues Zangenmodell. E. Zweifel.
Uterusperforation bei künstlichem Abort mit Herausreißen des Rectum und Sigmoideum. Vorläufige Heilung durch Bildung eines Anus praeternat., endgültige durch Implantation eines Dünndarmstückes. F. Süßmann.
Ein Fall von Chorea gravidarum mit histologischem Befund. Koloman v. Lehoczky-Semmelweis.
Zur geburtshilfl. Rektaluntersuchung in der allgemeinen Praxis. Dipper.
Konstitution und erste Geburt im späteren Alter. R. Remmelts.
*Beiträge zur Prolaps-Aetiologie im Verhältnis zur Konstitution. K. Burger.
Beiträge zur aktuellen Frage der bedrohlichen Erscheinungen bei Anwendung von Lobelin beim Neugeborenen. Hellendall.
Die subvesikale Ligamentverkürzung bei der Retroflexio uteri. A. Werner.

Ein neues Zangenmodell. Aus der Münchener Universitäts-Frauenklinik wird ein neues Zangenmodell beschrieben, das nach Art der Kjelland-Zange eine auffallend geringe Beckenkrümmung und Junctura per contabulationem zeigt. Doch kann letztere mittels einer Schraube in eine Junktura per axin verwandelt werden. Durch Einsetzen eines Zughackens oberhalb der Junktur kann das neue Modell auch als Achsenzugzange Verwendung finden, so daß der Bau der Zange zwar in erster Linie für die Normalstellung im Beckenausgang, außerdem aber besonders für hohen Schräg- und Querstand und Steißlagen im Hochstand geeignet ist. Ueber die praktischen Erfahrungen mit dem neuen Zangenmodell ist noch nicht berichtet.

Beiträge zur Prolaps-Aetiologie im Verhältnis zur Konstitution. Der Gebärmutter-Vorfall ist im allgemeinen seltener als man auf Grund der rein mechanischen Aetiologie (viele Geburten, muskuläre Defekte infolge alter nicht genähter Dammrisse) annehmen sollte. Jedoch auch bei Nulliparen und Virgines sind Prolapse beobachtet worden, bei letzteren durch primäre Insuffizienz der Muskulatur des Beckenbodens, ebenso bei Spina bifida als Folge einer kongenitalen Lähmung der betreffenden Muskelgruppen. Die Wichtigkeit der Konstitution in der Prolapsätiologie darf nicht übersehen werden, besonders bei Frauen, die nicht geboren haben. Doch wird es im Einzelfall oft schwierig sein, infolge mannigfacher Variationen der konstitutionellen Stigmata die betr. Patientin in eine bestimmte Konstitutionsgruppe einzureihen.

Nr. 11.

Portiotuberkulose und ihr Entstehungsmodus. H. R. Schmidt.
Die Reaktion des Vaginalsekrets Neugeborener. H. Kienlin.
Ueber Spontangeburten des Kopfes mit querverlaufender Pfeilnaht. R. Brühl.
100 Zangengeburten in der Landpraxis. Th. Johannsen.
*Ueber die Anwendung minimaler Dosen von Pituitrin und Physormon zur Anregung von Wehen. H. Hoeland.
Beitrag zur Klinik der Corpus-luteum-Blutungen. Hellendall.
Ueber die hormonale Beeinflussung der Milchsekretion. Alexander.
Beitrag zur Frage: Welche Blutmenge kann ein schnellwachsendes Ovarialkystom dem Kreislauf entziehen? Engelbrecht.
Toleranz des gravidem Uterus bei Abortus artefic. am doppelt geschwängerten Uterus septus unicollis. R. Falk.
Ueber die Born-Fraenkel-Schrödersche Menstruationstheorie. R. Groß.
Ein Ovarialstein. H. Jentter.
Zur Hautnaht des frischen Dammrisses mit Michelschen Klammern. P. Silin.

Ueber die Anwendung minimaler Dosen von Physormon und Pituitrin zur Anregung von Wehen. Angeregt durch die Arbeiten von Stein, Eversmann und Calmann über dieses Thema hat Verf. am Material der Breslauer Prov.-Hebammenlehranstalt die Wirkungsweise von Physormon und Pituitrin in kleinsten Dosen: stündlich zwei Tropfen intramuskulär, im ganzen fünf Injektionen, studiert. Da die Physormon-Wirkung nur wenig befriedigte (nur vier prompte Erfolge unter zehn Fällen), auch das Pituitrin in sechs von 26 Fällen von Wehenschwäche ohne erkennbaren Erfolg verabreicht wurde, wurde zur kombinierten Anwendungsform übergegangen. Am besten scheinen sich Physormon-Injektionen von 1 ccm mit zwei Tropfen Pituitrin, nebeneinander herlaufend, zu bewähren. Jedenfalls hat die Prüfung eine bemerkenswerte Ueberlegenheit des englischen Präparats Pituitrin über das deutsche Physormon in seiner Wirksamkeit erwiesen.

Nr. 12.

Zum Problem der luischen Fruchtschädigung. Nürnberger.
Die Möglichkeit des Transports intrauterinen Materials in die Tube. Cordua.
Untersuchungen über den Mechanismus des Eitransports. Novak und Eisinger.
Ueber die Rolle des reticulo-endothelialen Systems während der Schwangerschaft. Benda.
Blutkalk- und Blutphosphorbestimmungen bei normaler und path. Schwangerschaft. Ivanyi, Rodecurt und Linzenmeier.
Eklampsie und Kalzium. Rißmann.
*Zur Behandlung der kindlichen Asphyxie intra partum, unter besonderer Berücksichtigung von Hexeton und Cardiazol. E. Poeck.
Intraperitoneale parenchymatöse Blutung aus dem Uterus einer Gebärenden als Todesursache. C. Kaufmann.
Modelle für den Kampf gegen die Abtreibung. Martin.
Ein Fall von submucösem Myom im Wochenbett. Kamniker.
Ein seltener Fall von Dermoidzyste des Ovarlum mit Darmderivaten. Leibtschik.

Zur Behandlung der kindlichen Asphyxie intra partum, unter besonderer Berücksichtigung von Hexeton u. Cardiazol. In dem Bestreben, das geschwächte, allmählich erlahmende Herz des Kindes bei langer Dauer der Austreibungsperiode anzuregen, gibt Verf. beim Schlechterwerden der kindlichen Herztöne intra partum auf dem Umwege über den mütterlichen Kreislauf Hexeton und neuerdings Cardiazol intravenös. Chloroformnarkosen können insofern vorübergehend zur Belebung der kindlichen Herztätigkeit beitragen, als sie tetanische Zustände am Uterus, zu häufige und zu starke Wehen abschwächen oder aufheben. Im übrigen aber ist von Chloroform eher eine schädigende Einwirkung auf das kindliche Herz zu erwarten. Auch die Einwirkung von Digalen-Injektionen ist nicht zuverlässig genug. Die Anwendung von Sauerstoff-Inhalationen bleibt nur in solchen Fällen aussichtsreich, wo eine Sauerstoff-Verarmung des mütterlichen Bluts infolge Herzfehlers oder einer Gasvergiftung vorliegt.

Hexeton und Cardiazol, teils der Mutter intravenös, teils dem Kind subkutan, unter die Haut des vorliegenden Teils, in der Dosis von 1 ccm injiziert, haben sich dem Verf. gut bewährt und eine, wenn auch nur vorübergehende Besserung der Herztöne für 10—15 Minuten erzielt.

Nr. 13.

Die mediane, tiefe Scheiden-Dammspaltung zur Verhütung des Prolapses. Henkel.
*Der Schuchardt-Schnitt in der Geburtshilfe. A. Rieck.
Bevölkerungsstatistisches zur Lungentuberkulose in der Schwangerschaft. F. Schultze-Rhonhof.
*Gymnastik und Frauenheilkunde. G. Kaboth.
*Aerztliche Untersuchung auf Heiratsfähigkeit und Infantilismus der weiblichen Geschlechtsorgane. van de Velde.
Die vorübergehende Mischcyanose der Neugeborenen. J. Novak.
Zur Kasuistik des Uterus bikornis. Engelbrecht.
Zur Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. E. Maier.
Weitere Erfahrungen mit Somnifen als geburtshilflichem Dämmerschlafmittel. F. Siegert.
Phanodorm, ein gut verträgliches neues Schlafmittel. Wittwer.
Die genitalen Tumoren in der Schwangerschaft und deren Behandlung. I. v. Büben.

Der Schuchardt-Schnitt in der Geburtshilfe. Der Beckenbodenschnitt (Pararektalschnitt) nach Schuchardt erleichtert nicht nur wesentlich den Zugang bei allen vaginalen Operationen am Uterus, besonders bei der vaginalen Uterusexstirpation, sondern er ist auch für den operativen Geburtshelfer ein unentbehrliches Hilfsmittel zur raschen Entleerung des Uterus bei Eklampsie, Steißlagen, primärer Wehenschwäche in der Austreibungsperiode, beim Vorliegen rigider Weichteile bei alten Erstgebärenden, bei mütterlichem Herzfehler, endlich bei inneren Blutungen, z. B. bei Placenta praevia. Die Schnittführung beginnt an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel des Vaginalrohrs in der Medianebene, verläuft, allmählich nach lateral gehend und immer an der Oberfläche bleibend, zum Scheideneingang. Hier wird der Sphincter cunni etwa 2—3 cm links oberhalb der Mitte der hinteren Kommissur durchtrennt. Dann läuft der Schnitt im flachen Bogen um den After herum bis nahe zur Steißbeinspitze. Zur Vermeidung von Verletzung des Rectums wird der Darm mit der linken Hand zur Seite gedrückt und die Messerschneide immer nach außen gehalten. So wird der Levator ani durchtrennt und damit der Geburtskanal um die Hälfte verkürzt und seine Hauptkrümmung beseitigt.

Gymnastik und Frauenheilkunde. Beim heute allgemein verbreiteten Interesse für Sport und Leibesübungen ist der Arzt häufig genötigt, als Berater weiblicher Patienten in der Sprechstunde zu den einzelnen Sportarten und den verschiedenen Gymnastik-Systemen Stellung zu nehmen. Jedes System ist gut und nützlich, wenn es nicht übertrieben, sondern sinngemäß angewandt wird. Die anatomischen Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Körperbau bedingen, daß die Frau nicht wahllos alle Sportarten und Uebungen betreiben kann und soll, die dem Manne zukommen und gesund sind, z. B. bestimmte Uebungen des Geräteturnens. Also: Rücksichtnahme auf den weiblichen Körper in der Gymnastik, auf seine periodischen Störungen durch die Menstruation und auf evtl. vorangegangene Unterleibsleiden und eine bestehende Schwangerschaft. Bei manchen nervös und psychisch bedingten Störungen, gewissen Formen von Fluor albus und Dysmenorrhoe, bei Chlorose und Stauungen bezw. Trägheit der Blutzirkulation, ist in der Gymnastik ein praktischer Heilfaktor zu erblicken.

Aerztliche Untersuchung auf Heiratsfähigkeit und Infantilismus der weiblichen Geschlechtsorgane. Während geringe Grade von Genitalhypoplasie durch die Ehe meist günstig beeinflußt werden, stellt der stärkere Grad des ausgesprochenen genitalen Infantilismus eine Erschwerung, ja oft ein absolutes Hindernis für den normalen Geschlechtsverkehr dar. Verf. verlangt die obligatorische Untersuchung aller heiratsfähigen Mädchen auf den Entwicklungsgrad des Genitale, und zwar nicht erst, wenn die Frage der Eheschließung akut wird. Zur Behandlung des Genital-Infantilismus wird Vibrationsmassage des Uterus, Behandlung mit Diathermie und Ovarialpräparaten empfohlen.

Schwab (Hamburg).

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

195., Heft 3.

* Rückbildungsvorgänge, Fibromatose und Krebs der Brustdrüse. A. Dietrich.
* Ueber Lachgasnarkose. W. C. Meiß.
Die operative Reduktion des Nebennierengewebes in der Behandlung des inoperablen Karzinoms. Richard Stephan.
Versuche über die Regenerationsfähigkeit des Hirnanhanges. W. Meuret und H. Junker.
* Die Lymphe aus dem Ductus thoracicus ein Antidiabeticum. W. J. Klug.

Rückbildungsvorgänge, Fibromatose und Krebs der Brustdrüse. Der diffusen Fibromatose der Brustdrüse mit Cystenbildung liegt nicht Entzündung, auch nicht Geschwulstbildung zugrunde. Sie wird bedingt durch einen chronischen Reizzustand, der sich aus gestörter Umbildung entwickelt. Gleichzeitig mit der Fibromatose treten lebhafte Bindegewebswucherungen, Rückbildungsprozesse und Epithelproliferationen auf, an deren Ende sowohl gutartige als auch bösartige Geschwulstbildungen stehen.

Ueber Lachgasnarkose. Verf. hält die Lachgasnarkose, die zuerst von Zaaijer mit seinem Aethersauerstoffüberdruckapparat angegeben wurde, für bedeutend ungefährlicher als die Aether- oder Chloroformnarkose. In den von ihm studierten Fällen (über 350) ist weder ein direkter noch indirekter Todesfall bisher vorgekommen. Ebenso hat sich die Unschädlichkeit der Lachgasnarkose im Tierexperiment bewiesen. Die Lachgasnarkose eignet sich besonders zu intrathorakalen Eingriffen, da wir hier schon den Ueberdruck haben, der notwendig ist, damit das Lachgas seine volle Wirkung ausübt. Ein Unterschied in der Narkose vor oder nach Eröffnung der Pleurahöhle besteht nicht. Sofort nach Absetzung der Lachgaszufuhr erwacht der Kranke. (Wenn Verf. bisher über ca. 350 Fälle berichtet, so ist das für uns keine beweiskräftige Zahl, da bei unseren Aethernarkosen erst auf ca. 1200 Narkosen ein Todesfall zu rechnen ist.)

Die Lymphe aus dem Ductus thoracicus ein Antidiabeticum. Verf. stellt die Wirkungen der Ductuslymphe vergleichend denen des Insulins gegenüber und kommt zu der Ansicht, daß man mit gutem Gewissen dem Insulin bei der Behandlung des Diabetes den Vorrang lassen müsse. Ganz abgesehen davon, daß die gebrauchsfähige Ductuslymphe recht schwer zu beschaffen ist, muß man auch bei ihr mit viel größeren Injektionsmengen arbeiten als bei dem Insulin.

195, Heft 4/5.

Ueber die reflektorischen Blutdruckveränderungen bei operativen Eingriffen. Viktor Schaefer.
* Folgen der Exstirpation normaler Lymphknoten für den Lymphapparat und die Gewebe der Operationsstelle. Hermann Baum.
* Experimentelle Untersuchungen zur Plastik der Gallengänge. P. Muzeneek.
Die Beziehungen der Hydrocele zu Unfallverletzungen. K. Scheele.
* Unsere Erfahrungen mit Rivanol, nebst Bemerkungen über die japanische Myositis. Fritz Härtel und Alice Lauterbach-Horwitz.
Chirurgische Beobachtungen zur Herpesfrage. Herbert Schroeder.
Spontanes Bauchdeckenhämatom in mehreren Schüben. Werner Block.
Myom des Hunterschen Leitbandes. Richard Bittrolff.
Mesenterialfibrom. Hermann Brauneck.

Folgen der Exstirpation normaler Lymphknoten für den Lymphapparat und die Gewebe der Operationsstelle. Wenn wir aus einem Lymphgefäßsystem einen einzelnen Lymphknoten oder aus einer Gruppe von Lymphknoten mehrere einzelne oder alle Knoten entfernen, so bilden sich die Lymphknoten nicht wieder neu. An Stelle der herausgenommenen Knoten bildet sich ein neues Lymphgefäßnetz, das mit den Vasa afferentia und efferentia der exstirpierten Knoten in Verbindung tritt. Somit wird der Lymphweg wieder hergestellt. Das Lymphgefäßnetz, das sich an diesen Stellen entwickelt, breitet sich gewöhnlich über das ganze Operationsgebiet aus und versucht, durch zahlreiche Abzweigungen in Beziehung zu benachbarten Lymphknoten zu treten. Die Entwicklung des Lymphgefäßnetzes beginnt schon wenige Tage nach der Operation und ist fast immer nach 12 Tagen so stark entwickelt, daß der Lymphgefäßweg als wiederhergestellt angesehen werden kann.

Experimentelle Untersuchungen zur Plastik der Gallengänge. Bei frischen Verletzungen der Gallengänge, bei denen eine Naht oder Vereinigung der Gänge nicht möglich ist, sind wir auf die Ueberbrückung der Defektes mit einem Gummirohr angewiesen, das mit entsprechenden Gewebslappen umkleidet werden kann. Als Umkleidung wurden bisher Netz, Bauchfell, Fascie und Venen benutzt. Ob die Lappen gestielt oder ungestielt zur Umkleidung benutzt wurden, ist praktisch gleichgültig. Das Gummirohr selbst hat nur den Abfluß der Galle in den Darm zu ermöglichen und dafür zu sorgen, daß der neu gebildete Gewebskanal nicht kollabiert und verwächst. Um die Enden des Rohres vor dem Herausgleiten zu schützen, müssen sie fest fixiert werden. Bei dem Herausgleiten des Rohres ist die Infektion durch Ausfluß von Galle und Darminhalt zu befürchten. Kommt es zu einer Infektion, so können die Gewebshüllen nekrotisieren oder auch ihre spezifischen Elemente verlieren und zu Narbengewebe werden, das dann zu Schrumpfungs- und Verwachsungsprozessen Anlaß gibt. Gleitet die Prothese noch während des Granulationsprozesses aus ihrer Lage heraus, so erfolgt mit Sicherheit Verengung und Verschluß des Ganges. Bleibt die Prothese lange genug liegen, und kommt es zu keiner Stenosierung, so findet man an der Innenfläche der zirkulären Narbe ein zylindrisches Epithel, von dem man nicht genau nachweisen kann, ob es sich um wirkliche Zellenneuwucherung handelt oder ob durch Schrumpfungsprozesse die Gallengangsenden nur aneinander gerückt sind. Von einer völligen

Gallengangswandregeneration kann keine Rede sein. Leider ist zurzeit noch nicht genau geklärt, wie lange eine Prothese in einem Gallengang liegen muß, um eine spätere Verengerung zu vermeiden. Es ist von großer Wichtigkeit, diese Frage in Zukunft zu klären.

Unsere Erfahrungen mit Rivanol, nebst Bemerkungen über die japanische Myositis.

1. Bei zirkumskripten eitrigen Prozessen (Weichteilabszessen, Myositis, Drüsenabszessen) wirkte die Injektion von Rivanol in die Abszesse und die Rivanolumspritzung von Infiltraten derartig, daß die Heilungsdauer abgekürzt und die Endresultate verbessert wurden.

2. Bei fortschreitenden Eiterungen (Phlegmonen, malignem Oedem, Erysipel und allgemeiner Sepsis) waren die Einspritzungen mit Rivanol in ihrer Wirksamkeit unsicher, teilweise sogar schädlich. Unterstützt wurde die Therapie durch Rivanolspülungen und -verbände.

3. Bei Höhleneiterungen (Gelenken, Pleuraempyemen, Peritonitis) wurde bei frischen Gelenkempyemen nach Entleerung des Eiters die Injektion des Rivanols mit gutem Erfolge angewandt. Auch bei Pleuraempyemen wurde die Rivanoleinspritzung bei lange durchgeführter geschlossener Behandlung als günstig beeinflussend angesehen.

4. Die Anwendung des Rivanols ist bei chirurgischer Tuberkulose aussichtslos.

5 Bei frischen Weichteilverletzungen und komplizierten Frakturen wird durch die Anwendung des Rivanols in Form von Spülung oder Tiefenantisepsis die Möglichkeit einer Heilung per primam wesentlich gefördert.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage.

47., 2. Heft.

* Versuch einer praktischen Systematik der Fußverbildungen. H. Matheis.
* Das Skoliosenproblem. Hugo Maaß.
Der Lattengips, ein Verband nach Osteotomien der unteren Extremitäten. Max Lange.
Einfache Messung des Trochanterstandes. Karl Brogard.
* Einwirkung subkortikaler Mechanismen auf die Entstehung von Haltungsanomalien und Wirbelsäulendeformitäten unter besonderer Berücksichtigung der Folgezustände der Encephalitis epidemica. Günther Winkler.
* Methode zur Messung des Platt- und Hohlfußes. Karl Brogard.
Kongenitale Mißbildung einer Darmbeinschaufel mit Keilwirbelkörperbildung in der Lendenwirbelsäule. Andrassy.
Ueber die Amputationen. Eugen Sattler.
Ueber Schaltwirbel und Lähmung. H. v. Salis.
* Die Beseitigung der Hammerzehe durch juxtakapitale Resektion aus der Grundphalanx. Karl Brogard.

Versuch einer praktischen Systematik der Fußverbildungen. Verf. teilt das Fußgerüst in drei Funktionsgruppen ein, welche sich bei teilweiser Arbeitsteilung gegenseitig unterstützen. Die erste (Sprungbein-Fersenbein) und die zweite Gruppe (äußere Vorfußhälfte) bilden zusammen den äußeren passiven Tragbogen. Die dritte Gruppe (Großzehenstrahl) wird wegen ihrer ausgiebigen Muskelversorgung als aktiver Gleichgewichtsstrahl bezeichnet. Der Bewegungsablauf wird zergliedert in die Scharnierbewegung des oberen Sprunggelenks und die Maulschellenbewegung der subtalaren Fußplatte. Die Muskelwirkung beschränkt sich auf Lageveränderungen des Tragbogens, während die Form des Tragbogens — das ist die Lage seiner beiden Teile zueinander — mehr passiv gehalten wird.

Alle Verbildungen des Fußes sind grundsätzlich zurückzuführen auf Formveränderungen des Tragbogens oder auf Lageveränderungen.

In einem Schema bringt Verf. eine übersichtliche Einteilung der Uebergänge zwischen den einzelnen Gruppen der Fußverbildungen.

Das Skoliosenproblem. Durch ihren Reichtum an enchondralen Aufbauzonen ist die Wirbelsäule im höchsten Grade für mechanische Wachstumsstörungen disponiert. Ihr Längenwachstum erfolgt nicht von zwei Epiphysenfugen aus, sondern von den 24 spongiösen Aufbauzonen der einzelnen Wirbelkörper. Diese Aufbauzonen sind es, welche auf pathologische Druck- und Zugspannungen sehr schnell und empfindlich reagieren. Die Veränderungen skoliotischer Wirbel sind Architekturstörungen, die sich aus den einfachsten Gesetzen der Mechanik und Dynamik erklären und ihre Angriffspunkte in den Bewegungsvorgängen finden, welche den Knochenaufbau vermitteln. Bei Entstehung der habituellen Skoliose sollen Vererbung und innersekretorische Einflüsse eine Rolle spielen.

Einwirkung subkortikaler Mechanismen auf die Entstehung von Haltungsanomalien und Wirbelsäulendeformitäten unter besonderer Berücksichtigung der Folgezustände der Encephalitis epidemica. Vier Fälle von Wirbelsäulendeformitäten auf encephalitischer Grundlage mit zwei verschiedenen Genesen: 1. pallidäre Herdsymptome, 2. striäre Herdsymptome.

Methode zur Messung des Platt- und Hohlfußes. Messungen über die Variationsbreite der Proportion zwischen Gewölbelänge (Hinterfläche des Calcaneus — erstes Metatarsophalangealgelenk) und Gewölbehöhe (Mitte des Naviculare und Auftrittsfläche) an über 100 Personen im Alter von 9-50 Jahren ergaben ein Verhältnis von 10 : 3. Was darüber ist, muß als Hohlfuß, was darunter, als Plattfuß bezeichnet werden.

Die Beseitigung der Hammerzehe durch juxtakapitale Resektion aus der Grundphalanx. Durch juxtakapitale Resektion aus der Grundphalanx sucht Verf. die Hammerstellung der Zehen zu beseitigen, ohne ihre physiologische Funktion zu beeinträchtigen.

Stimming.

Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

13., 4. (Schluß)-Heft.

Ein Choudrom des Siebbeins (Operation, Dauerheilung). E. Schlittler.
* Welche diagnostische Bedeutung hat das Blutbild für die otogenen Krankheiten? Else Levy.
* Zur Frage der Krankheitserscheinungen im Bereiche des Otolithenapparates. Thielemann.
Ueber Alkoholausspülungen mit dem Paukenröhrchen bei Cholesteatom. H. Thormann.
Otogener Rückenmarksabszeß. M. Nonne.
* Beitrag zur Klinik der Behandlung der Mittelohrtuberkulose. W. Spohn.
* Oesophagoskopie und Gastroskopie. Eine Bemerkung zu dem gleichlautenden Artikel von W. Sternberg in Zeitschr. f. Hals-, Nasen- und Ohrenheilk., 13, S. 138-146.
Diagnostizierter Kleinhirnabszeß, geheilt durch Kleinhirnpunktion und Spaltung der Kleinhirndura. H. Burger.
Zur Physiologie des Nervus recurrens. F. v. d. Hütten.
Beobachtungen an Sigmatismen. Emil Fröschels.
* Beckenreflexe auf die Augen beim Menschen und ihre Bedeutung für die Drehschwachprüfung des Vestibularapparates. Karl Grahe.
Zum Schicksal des reimplantierten Septumknorpels. Desiderius v. Kassay.

Welche diagnostische Bedeutung hat das Blutbild für die otogenen Krankheiten? Der vorliegenden Arbeit wurde von der Berliner medizinischen Fakultät, die das Thema zur Bearbeitung stellte, der Preis zuerkannt. Die Arbeit selbst ist außerordentlich fleißig behandelt. Es wurde eine große Zahl von Blutbildern zu wiederholten Malen gründlichst durchuntersucht. Wer sich mit Hämogrammen häufiger beschäftigt, weiß, welche Mühe sie selbst bei guter Technik machen. Der Preisträgerin sei ihr Fleiß also nicht aberkannt. Daß diese Arbeit aber nur eine Zusammenfassung aller bisherigen Resultate ergeben konnte, war uns bei Stellung der Aufgabe klar. Solche Untersuchungen anzustellen, ist Sache der einzelnen Kliniken. Warum aber Preisthemen gestellt werden, bei denen nach der bisherigen Forschung keine neuen Bahnen beschritten werden können, bei denen also auf gut deutsch nichts Neues herauskommt, ist Ref. unerfindlich. Es sei nochmals hervorgehoben, daß der Publizistin daraus nicht der mindeste Vorwurf erwächst. Ganz kurz zusammengefaßt, ist zu referieren, daß die Heranziehung der Blutbilder eine wertvolle Unterstützung der klinischen Prognose bedeutet. Zur Diagnosestellung sind sie für unser Fachgebiet wenig brauchbar, soweit es sich nicht um Bluterkrankungen sensu strictiore handelt. Wie bei anderen Erkrankungen ist fortschreitende Lymphopenie (mehrere Blutbilder sind stets notwendig!), Nachlassen der Eosinophilen, Auftreten von Jugendgruppen bei steigender Zahl der Neutrophilen ein prognostisch ungünstiges Zeichen. Differentialdiagnosen, besonders bei den einzelnen Arten interkranieller Erkrankungen, können durch das Blutbild nie einwandfrei gestellt werden.

Zur Frage der Krankheitserscheinungen im Bereiche des Otolithenapparates. Beobachtet wurden Schwindel- und Nystagmusattacken bei normaler Bogengangserregbarkeit in verschiedenen Lagestellungen des Körpers. In den Vordergrund wird eine Vasolabilität des Gefäßnervensystems gestellt. Die Erkrankung wird als eine echte Gefäßneurose des Otolithenapparates aufgefaßt.

Beitrag zur Klinik der Behandlung der Mittelohrtuberkulose. Nach der vorliegenden Arbeit kann es zweckmäßig erscheinen, in gegebenen Fällen Mastoidoperationen bei Tuberkulösen vorzunehmen. Im allgemeinen muß davor gewarnt werden, da selbst nach Operationen in entfernten Körperabschnitten der Ausbruch einer tuberkulösen Basalmeningitis nicht unbekannt ist. Mastoidoperationen bei Tuberkulösen sollen daher nur bei strengster vitaler Indikation vorgenommen werden.

Oesophagoskopie und Gastroskopie. Mit vorliegendem Beitrag dürfte für uns Laryngologen der unerquickliche Streit über die Güte des Sternbergschen Gastroskops als erledigt betrachtet werden dürfen. Es ist zweckmäßiger, unter Leitung des Auges als blind nach dem Gefühl und nach Sternberg vorzugehen.

Beckenreflexe auf die Augen beim Menschen und ihre Bedeutung für die Drehschwachreizprüfung des Vestibularapparates. Die Vermutung, daß der reflektorische Nystagmus als Ausdruck einer allgemein erhöhten Reflexerregbarkeit anzusehen ist, gewinnt durch die neue Beobachtung an Wahrscheinlichkeit, daß sein Auftreten auch bei Beckendrehungen bisweilen beobachtet wird. Rosenbaum.

Zeitschrift für Urologie.

April 1926.

* Ein Beitrag zur Röntgendiagnostik der Blasensteine, -divertikel und Tumoren der Blase. Dr. Aleksander Frysman.
Neue Gesichtspunkte aus der gynäkologischen Cystoskopie für die Pyloroskopie. Wilhelm Sternberg, Berlin.
* Beiträge zur Autovakzinbehandlung in der Urologie. Dr. Anton v. Adler-Racz, Budapest.
Zur Anästhesie der Harnröhre und Blase. Hofrat Dr. Felix Schlagintweit, München.
Nachtrag zur Demonstration eines Ureterdivertikels. Herr Janke.
Demonstration zur intravesikalen Behandlung bösartiger Blasengeschwülste. Herr Otto A. Schwarz.
Demonstration eines Falles von Hydroureter. Herr Janke.
Demonstration von Probeexzisionen bei Blasentumoren. Herr Krohn.
Urologie und Kassenpraxis. Herr O. A. Schwarz.
Ein Fall von ausgedehnter Harnröhrenstriktur mit Fistelbildung. Herr M. Zondek.
* Wann muß bei Nieren- oder Uretersteinerkrankung operiert werden? Herr M. Zondek.
IV. Kongreß der italienischen urologischen Gesellschaft, Rom 29. bis 31. Oktober 1925.

Ein Beitrag zur Diagnostik der Blasenstein-, -divertikel und Tumoren der Blase. Da das Cystoskop uns oft über die Größe eines vorhandenen Blasensteines täuscht, da wir ferner mit Hilfe des Blasenspiegels zwar die Diagnose eines Blasendivertikels stellen können, nicht jedoch seine Ausdehnung, Lage und Form zu ermessen vermögen, so ist die Röntgenaufnahme der Blase in diesen Fällen unerläßlich.

Die bisherige Cystographie krankte daran, daß viele Steine jedoch unsichtbar blieben. Die Ursache hierfür ist in der ungeeigneten horizontalen Lagerung der Kranken zu suchen, bei der die Konturen des Blasensteines bzw. von Teilen eines Divertikels oder Tumors mit dem Schatten der Beckenknochen zusammenfallen. Wendet man jedoch die Trendelenburgsche Beckenhochlagerung an, wie Frysman es empfiehlt, so kommen die Steine außerhalb des Skelettschattens zu liegen, da sie kopfwärts verschoben werden, auch werden sich vorlegende Darmschlingen kranialwärts abfallen und ihr Druck auf die Blase nachlassen. Dies ist von besonderem Wert bei Feststellung der Größe eines Divertikels. Aufnahmen von Blasengeschwülsten machte der Autor in der Weise, daß er erst die Blase mit Kontrastflüssigkeit füllte; dann entleerte und Luft einbrachte. Er erhielt so Bilder von befriedigender Schärfe.

Beiträge zur Autovakzinbehandlung in der Urologie. Zusammenstellung der Erfahrungen der Budapester urologischen Klinik mit Autovakzinierung. — Die Behandlung der Infektionen bei Stauungen im unteren Harnabschnitt (Strikturen, Prostatahyperthrophie) bleibt so lange erfolglos, als das Hindernis nicht behoben ist. Bei den gonorrhoischen Infektionen der höheren Harnwege kann durch diese Behandlung das Verschwinden des Erregers zwar stets erfolgen, aber klinische Heilung nur dann, wenn keine irreparablen anatomischen Schäden entstanden sind und kein Rezidiv von den Genitalien her eintritt.

Bei den postgonorrhoischen Prozessen der oberen Harnabschnitte sind die Resultate in akuten Fällen gut, in chronischen stark herabgesetzt.

Bei den chronischen Pyelitiden vermag man durch frühzeitige Erkennung der Infektion und Vakzination das Weiterschreiten eines irrevisiblen Prozesses zu vermeiden.

Wann muß bei Nieren- und Uretersteinerkrankung operiert werden? Indikationen zur Operation sind Infektion der Niere, lebensgefährliche Blutungen durch den Stein und kalkulöse Anurie. Ziel ist die Entfernung des Steines und das Einsetzen des Harnabflusses bei der letzten Anzeige. Interne Behandlung ist am Platze bei hohem Alter, schlechtem Allgemeinbefinden, Fettleibigkeit, Nephritis, Herzleiden und bei doppelseitigen Korallensteinen, die bereits schwere Funktionsstörungen der Niere erzeugt haben. (?) Ferner auch in allen den Fällen, bei denen durch Koliken spontaner Steinabgang erwartet werden kann.

Uretersteine soll man dann operativ entfernen, wenn wiederholte Koliken kein Herabtreten der Steine bewirkt haben, was man röntgenologisch feststellen kann.

In denjenigen Fällen von Nierensteinen, die keine oder nur geringe Beschwerden machen, rät Zondek dann zur Operation, wenn der Stein durch Pyelotomie entfernt werden kann und keine Kontraindikation besteht. Ist jedoch eine Nephrotomie erforderlich, so tritt er für abwartende Haltung ein, falls der Kranke so wohnt, daß chirurgische Hilfe jederzeit rasch zu erreichen ist. Sonst ist er auch hier für operatives Vorgehen. Ernst Lehmann, Berlin.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

März 1926.

Ein neuer Irisbefund bei Fuchsscher Heterochromie und weitere Ergänzungen zum Heterochromieproblem. Streiff.
Der Wert der „Colmatage“ von Lagrange als Therapie der Ablatio retinae. van Heuven.
Ueber die neue Methode der Hornhauttätowierung mittels Goldchloridlösung. Spanyol.
* Ueber Omnadinwirkung bei Augenkrankheiten. Kraupa-Runk.
* Moderne Injektionsmittel in der Augenheilkunde. Braun.
Ueber Entropium spasticum des Oberlides. Schorr.
Totale Atrophie der Retina und Chorioidea. Beckershaus.
Mikroskopie der eigenen Hornhaut. Esser.
Glaukom und Feuermal mit Akromegalie. Ginzburg.
Glaukosantropfen, Glaukom und Akkommodation. Hamburger.
Erweiterung der Sella turcica bei einseitiger Elefantiasis der Lider und Hydrophthalmus infolge Recklinghausenscher Krankheit. Mintschewa.
Ein Trauma als Ursache einer beiderseits auftretenden Sklerokeratitis tuberculosa. Merz-Weigandt.
Tränenkanalspritze zum Messen des zum Durchspülen notwendigen Druckes. Elschnig.
Ein Beitrag zur Behandlung der Erkrankungen der Tränenwege. Mügge.

Ueber Omnadinwirkung bei Augenkrankheiten. Verf. erblickt im Omnadin ein vorzügliches Ersatzpräparat für sterile Milch. Während sterile Milchinjektionen Schmerzen, Fieber und Schüttelfrost machen können und bei Lungentuberkulose kontraindiziert sind, ist Omnadin frei von allen Nebenwirkungen. An zwei Fällen von herpetischer Infektion des Auges und drei Fällen von akuter Iridocyclitis zeigt Verf. die günstige Wirkung des Omnadins. Bei einer postgrippösen peripheren Fazialislähmung war nach der zweiten Injektion bereits Lidschluß möglich, nach der vierten Injektion war der

Fall geheilt. Ebenso gut ist der Erfolg bei nässendem Lidekzem und skrofulöser Kerato-Konjunktivitis. Zwei Fälle von Retino- Chorioiditis wiesen nach Anwendung des Omnadins Rückbildungen der akuten Entzündungserscheinungen und Besserung der Sehschärfe auf. Kontraindiziert ist Omnadin bei allen Augenleiden, bei denen die Gefäße geschädigt sind, wegen der Gefahr der Blutungen. Gilt es doch auch als Kunstfehler, Tuberkulin bei Periphlebitis juvenilis anzuwenden.

Moderne Injektionsmittel in der Augenheilkunde. I. Chemische Mittel: Alfenil: wird mit großem Erfolg bei postoperativen intraokularen Blutungen gegeben, täglich 10 ccm intravenös. Es dichtet durch seinen Kalkgehalt die Gefäße ab. Während der Injektion tritt häufig ein Hitzegefühl auf. Kontraindiziert ist es nur bei organischen Herzfehlern.

Urotropin: wird bei pyogenen Blutinfektionen, akuten Sehnervenleiden und Chorioiditis empfohlen. Von einer 40 proz. Lösung injiziert man täglich 10 ccm intravenös.

Trypoflavin und Argoflavin sind bei Streptokokkenerkrankungen von guter Wirkung. Von einer halbprozentigen Lösung injiziert man 40 ccm in die Vene. Bei akuter hämorrhagischer Nephritis darf es nicht gegeben werden. Das bekannte Rivanol (Morgenroth) gilt als antiseptisches Mittel bei Streptokokkenphlegmonen und septischen Wunden. Atophan und Atophanyl sollen wegen ihrer anallgetischen Eigenschaften bei Iritis gut sein. Man gibt intravenös ein bis drei Originalampullen täglich. Bismogenol eignet sich, da es keine Nebenerscheinungen hervorruft, gut für die ambulante Praxis. Eine Kur besteht aus 15 Injektionen. Man gibt es auch gleichzeitig mit Salvarsan. Die Kerat. par. wird durch die Behandlung mit Bismogenol so gut beeinflußt, daß das zweite Auge oft verschont bleibt. Ferner sind gute Erfolge erzielt bei Lidgumma, Ophthalmoplegien, Iritis, Neuritis, Retinitis, Chorioretinitis und bei beginnender Opticusatrophie. Gourfain heilte sechs Fälle von sicherer Augentuberkulose mit Wismut, Solarsan, Arsenelektroferol und Astonin dienen zur roborierenden Behandlung bei geschwächten Patienten.

II. Biologische Mittel:

Nicht nur Eiweiß, auch Fette und Lepoide besitzen antigenen Charakter, das zeigt das Muchsche Immunvollvakzin Omnadin, das zur Ergänzung der Tuberkulinbehandlung bei Tbc. der Uvea empfohlen wird (täglich eine Ampulle von 2 ccm intramuskulär). Vakzineurin beseitigt hartnäckige Trygeminusneuralgien. Die sogenannte positive Reaktion kommt am zweiten Tag nach der Einspritzung und dauert 24 Stunden (Schmerzen, Mattigkeit). In drei Serien a sechs Injektionen gibt man jeden dritten Tag eine Spritze. Tetanusserum als Prophylaktikum bei allen Verletzungen wird subkutan über dem Musculus pectoralis injiziert. Diphtherieserum: Bei Di-Conjunctivae täglich 1500—300 I. E. Bei Ozaena beseitigt eine Injektion für sechs Tage den Geruch (angenehm bei Untersuchen und Operieren). Arthigon: dient besonders zu diagnostischen Zwecken. Beweisend für Iritis go. ist das hohe Fieber. Man gibt intramuskulär 0,5-2,0 ccm steigend. Hinsichtlich der Tuberkulinbehandlung, die noch immer nicht völlig geklärt ist, weist Verf. auf die Arbeit von Löwenstein hin. Verf. erwähnt kurz die von amerikanischer Seite empfohlene subkonjunktivale Anwendung von Linsensubstanz gegen senilen Katarakt. Insulin: gut ist das englische Präparat. Null Einheiten entsprechen immer 1 ccm. Durch Diät (Gemüsetage) entzuckert man den Pat. und gibt dreimal täglich zehn Einheiten ¾ Stunde vor dem Essen, steigend um vier Einheiten. Ist dann noch Aceton vorhanden, so legt man Kohlehydrate zu und vergrößert die Insulindosis. Bei hypoglykämischem Insult (Heißhunger, Schweißausbruch) gebe man sofort Kohlehydrate und evtl. Traubenzucker. Jeder Pat. kann durch das Insulin in drei Tagen operationsbereit gemacht werden.

April 1926.

Verkupferung der Zonulafasern und der teilweise abgelösten Zonulalamelle bei luxiertem Kupferstar. Jess.
Beiträge zur Siderosis corneae. Kranz.
Anatomischer Befund eines Auges mit Ablagerung von Cholesterinkristallen und ausgedehnter Verfettung, besonders des vorderen Abschnittes. Jaensch.
Ueber drei Fälle von Pupillensaumfilz und Häutchenbildung auf der vorderen Linsenkapsel im Alter. Handmann.
Ein Fall von doppelseitigem Kortikalstar im Kindesalter in Verbindung mit Status thymico-lymphaticus. Tron.
Vererbung der Ptosis des einen unteren Augenlides durch drei Generationen. Bartók.
Ablepharia, Dermophthalmus nach einem Gumma beider Lider. Derkač.
Ueber eine familiär aufgetretene besondere Schichtstarform „Cataracta zonularis pulverulenta". Poos.
In ihrem ganzen Verlauf sichtbare, an zwei Stellen perforierende iridoziliare Venen. Richter.
Chorioidalsarkom und sklerale Durchleuchtung. Holth.
Die Bedeutung des amerikanischen Trachoms. v. Vajda.
Tuberkulöse Keratitis parenchymatosa und Lichen scrophulosorum. Krey.
Akuter Zerfall des retinalen Pigmentepithels nach intravenöser Injektion von Septojod im Wochenbett. Scheerer.
Zur Frage der Pulsation der Netzhautgefäße. Kümmell.
Das Sklerometer, ein neues Instrument zur Messung des Durchmessers und der Krümmung der Lederhaut im Bereiche der vorderen Augapfelhälfte. Friede.
Die binokuläre Verflauung von Bildern. Ammann.
Hautveränderungen auf Grund von inneren Sekretionsstörungen und Linsentrübung. Löwenstein.
* Strahlenbehandlung in der Augenheilkunde. Stock.

Strahlenbehandlung in der Augenheilkunde. Die zunehmende Bedeutung der Strahlenbehandlung in der Augenheilkunde geht aus dem zusammenfassenden Vortrag Stocks hervor. Er berücksichtigt die wichtigsten Strahlenarten, besonders begrüßenswert ist die sachliche Kritik, mit der ihre Brauchbarkeit erörtert wird.

Die Höhensonne kommt als Unterstützung bei der Behandlung skrofulöser Augenleiden wirksam zur Anwendung. Dagegen bedeutet die Solluxlampe, namentlich die nur rote Strahlen abgebende, keine therapeutische Bereicherung. Die Köppesche Blaulichtlampe bringt Erfolg bei Herpes corneae und Ulcus serpens, während sie bei Iris und Augenhintergrunderkrankungen versagt.

Besondere Bedeutung hat die Röntgenbestrahlung erlangt. Es ist dem praktischen Augenarzt dringend anzuraten, sich nach Möglichkeit mit einem gut geleiteten Röntgeninstitut in Verbindung zu setzen. Die Bestrahlung ist durchzuführen bei allen Hypophysentumoren, Lidkarzinomen, Limbuskarzinomen und Papillomen. Sollte trotzdem eine spätere Operation notwendig werden, so sind die Bedingungen durch die Bestrahlung nicht verschlechtert, während anscheinend Rezidive nach Operationen schlechter auf die Bestrahlung reagieren. Der kosmetische Erfolg ist bei Lidtumoren nach erfolgreicher Bestrahlung besser als nach Operation. Aussichtsreich ist auch die Bestrahlung der intraokularen Tuberkulose. Am besten eignen sich reine Iritiden mit Knötchenbildung, während die Iridocyklitis tuberculosa weniger gut reagiert. Auch bei Skleritis und sklerosierender Keratitis wurden gute Erfolge erzielt. Zu warnen ist nach St. vor der Bestrahlung bei Verdacht auf sympathische Ophthalmie.

Meesmann.

Zeitschrift für Augenheilkunde.

März 1926.

Ueber einige seltene luetische Erkrankungen des Auges. Fuchs.
* Ein Fall von Opticusatrophie bei Myxödem. Avizonis.
Ueber eine dystrophische Endothelveränderung und Pigmentierung der Hornhautrückfläche. Sallmann.
Statistik aller Aufnahmen in die deutschen Blindenanstalten in den Jahren 1919-1924. Hübner.
Zur Erlernung der Spaltlampentechnik. Weber.

Ein Fall von Opticusatrophie bei Myxödem. Abgesehen von Lidschwellungen sind Augenerkrankungen bei Myxödem selten. Verf. beschreibt eine beiderseitige Opticusatrophie bei einem 50 jährigen Myxödemkranken. L S=O, rechts temporale Hemianopsie. Da keine andere Ursache nachzuweisen war, bringt A. die Opticusatrophie mit dem Myxödem in ursächlichem Zusammenhang und glaubt an eine vikariierende Hypertrophie der Hypophyse. Abrikosoff und Ponfik haben über Vergrößerung der Hypophyse bei Myxödem berichtet. Auch über toxische Wirkungen auf das Auge liegen Beobachtungen vor. Sie führen zu Neuritis optica, Retinitis und Chorioiditis.

April 1926.

Amaurosis fulminans im Kindesalter. Breiger.
Hemianopische Pupillenstarre ohne homonyme Hemianopsie. Behr.

Ueber die Genese des hereditären Nystagmus. Hemmes.
Ueber das Fusionskonvergenz- und -divergenzvermögen. Fuß.
Ueber den Wert bakteriologischer Untersuchung bei einer Trachomepidemie. Pillat.
Dunkeladaptation bei Albinos und eine kurze Abhandlung über das Wesen der Oguchischen Krankheit. Rukuro-Tokio.

Meesmann.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 15, 8. April 1926.

Ueber Schleimhautveränderungen bei vererbbaren Dermatosen. Brünauer.
Zur pathologischen Anatomie der Impfmalaria bei progressiver Paralyse. Adelheim.
* Ueber therapeutische Beeinflussung nasaler Hypersekretionen (Rhinitis vasmotoria) durch kleine Joddosen. Sternberg und Sugar.
Die intrakavernöse Injektion. Adler.
Die Wiener manuelle Methode und ihre Aspekte. Beer.
Eine Modifikation des Schmidt-Straßburgerschen Gärungsröhrchens. Luger und Kovács.
Zur therapeutischen Wirksamkeit der Salze der Acetylsalicylsäure. Nemetz.
Zur Pathogenese der diabetischen Glykosurie. Dünner und Mecklenburg.
Bemerkungen zu obiger Mitteilung. Schur und Kornfeld.
Können die Heilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose mehr leisten? Ladek.
Ueber die Verwendbarkeit des Coramins in der Chirurgie. Hübler.

Ueber therapeutische Beeinflussung nasaler Hypersekretionen durch kleine Joddosen. Bei typischer Rhinitis vasomotoria (20 Fälle) wurden die Beschwerden durch kleine subkutane Joddosen (1 cm^3 einer 5% Natriumjodidlösung) wesentlich gebessert. Manchmal trat der Erfolg schon nach einer Injektion auf; die Dauer der Besserung schwankt bedeutend. In einigen Fällen anhaltende Besserung erst nach der zweiten Injektion.

Bei chronischer Rhinitis mit Hypersekretion meist Besserung der subjektiven Beschwerden mit nur geringer Veränderung des objektiven Befundes. Nur solche Lösungen sind wirksam, die Spuren von freiem Jod enthalten.

Nr. 16, 15. April 1926.

Ueber Probleme des Koronararterien-Kreislaufes. Kaufmann.
Die Senkung des Blutzuckers nach Ausschaltung der sympethischen Innervation des Pankreas durch Phenol. Doppler und Steinmetzer.
* Zur klinischen Pharmakologie des Koffeins. Großmann und Lušicky.
Zur Chromodiagnostik der Leberfunktion. Bauer.
Zur Frage der Rechtsgültigkeit des psychiatrischen Untersuchungsprotokolls. Groß.
Ueber Schleimhautveränderungen bei vererbbaren Dermatosen. (Schluß.) Brünauer.
Können die Heilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose mehr leisten? Schluß. Ladeck.
Ueber die Technik schwieriger Zahnextraktionen. Wolf.

Zur klinischen Pharmakologie des Koffeins. Die löslichen Doppelsalze des Koffeins üben nach den Untersuchungen der Autoren in den üblichen, aber auch in weit größeren Dosen keine Wirkung auf das Zentralnervensystem und den Kreislaufapparat aus. Ihre Verwendung als Analeptika wird daher abgelehnt und nur die Verwendung von reinem Koffein bezw. von schwarzem Kaffee empfohlen.

Nr. 17, 22. April 1926.

* Sukkulenz und Adhärenz der Haut als Folgeerscheinung einer Lymphstauung bei Prozessen im Gebiete der parietalen Pleura. Sorgo.
Ueber das Verhältnis des Präzipitomogens und Toxins in toxischen Choleravibrionen und deren Beteiligung an dem Flockungsprozeß durch spezifische Sera. Eisler und Kovács.
Ueber die Erregungsfortpflanzung vom Sinushusten auf den Vorhof. Rothberger und Scherf.
Schweres Röntgenulcus nach Tiefenbestrahlung. Reimer.
Ueber die Verwendungsmöglichkeit des Röntgenpapieres an Stelle von Röntgenplatten nach den Erfahrungen des klinischen Röntgenlaboratoriums (Leiter Doz. Sgalitzer) und der I. Unfallstation des Allgem. Krankenhauses in Wien. Eichelter.
Behandlung von Lungenentzündungen in Bronchialkatarrhen mit „Phenolipoid Piazza". Kriss.
Ueber Probleme des Koronararterienkreislaufes. (Schluß.) Kaufmann.
Welche Organe werden bei der stumpfen Bauchverletzung am häufigsten verletzt? Demel.
Wie sind die Fehlformen des Rückens von den Fehlhaltungen zu unterscheiden? Haß.

Sukkulenz und Adhärenz der Haut als Folgeerscheinung einer Lymphstauung bei Prozessen im Gebiete der parietalen Pleura. Ueber pleuralen Schwarten zeigt die Haut beim Aufheben einer Hautfalte häufig eine größere Dicke und Sukkulenz als auf der korrespondierenden Stelle der anderen Seite. Diese Erscheinung beruht auf einer Lymphstauung der Haut und des Unterhautzellgewebes durch Erkrankung der Pleura parietalis, unter welcher direkt die Lymphstämme ziehen. Bei der Untersuchung ist auf symmetrische Haltung des Patienten und auf Vermeidung stärkeren Druckes beim Aufheben der Hautfalten zu achten. Bei längerdauernder Lymphstauung kommt es durch sklerosierende Prozesse zur Adhärenz der Haut auf ihrer Unterlage. Manchmal ist auch die Mamma der erkrankten Seite durch Lymphstauung vergrößert. Besonders wichtig sind die Symptome für die Frage des freien Pleuraraumes bei Anlegung eines künstlichen Pneumothorax. Ferner kann aus den Symptomen bei Fehlen klinischer und röntgenologischer Zeichen einer Lungenerkrankung auf das Vorhandensein einer primären Erkrankung der Pleura parietalis geschlossen werden.

Nr. 18, 29. April 1926.

Ueber medikamentöse Beeinflussung der Gewebsdurchlässigkeit. Fröhlich und Zack.
* Die Serumbehandlung der Genickstarre nach Liquorverdrängung durch Luft. Hamburger.
Beitrag zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Rosner.
Zur Frage der Entstehung der Gebärmutterhals-Scheidenfisteln. Sahler.
Zur Frage nach der Unschädlichkeit der Osmotherapie mit hypertonischen Dextroselösungen. Stejskal.
* Liquordiagnostik vom Standpunkt der Neurologie. Schacherl.
Ein wirksames Mittel, die Oralsepsis zu verhüten. Kraus.
Wie behandelt man Peritonsillarabszesse? Mayer.
Wie ist der gegenwärtige Stand der Gastritis chronica? Zweig.

Die Serumbehandlung der Genickstarre nach Liquorverdrängung durch Luft. Da das Meningokokkenserum mehr bakterienschädigend als giftbindend wirkt, soll es möglichst konzentriert an die Meningen gebracht werden. Dazu dient die vorherige Verdrängung des Liquors durch Luft, die dann wieder durch das Serum ersetzt wird. Technik: Wenn nach Lumbalpunktion der Liquor nur noch tropfenweise abfließt, aufsetzen und 10—20 cm^3 Luft einblasen, dann ebenso viel Liquor ablassen u. s. f., bis kein Liquor mehr fließt. Jetzt wird der Patient auf den Kopf gestellt (es genügt evtl. Beckenhochlagerung) und 10—20 cm^3 Serum eingespritzt, dann Luft abgesaugt u. s. f., bis die ganze Luft durch Serum ersetzt ist. Ausgezeichnete Resultate.

Liquordiagnostik vom Standpunkt der Neurologie. Nach Aufzählung der wichtigeren Untersuchungsmethoden wird ausgeführt, daß man aus einem pathologischen Liquorbefund nur dann auf pathologische Veränderungen des Zentralnervensystems schließen darf, wenn Ausfallserscheinungen von seiten des letzteren vorhanden sind. Es kommt nämlich bei jeder akuten pathologischen Veränderung im Körper auch zu einer Veränderung des Liquors (z. B. bei Ausbruch eines Masern- oder Scharlachexanthems). Nach jeder stärkeren Salvarsaninjektion vorübergehend Pleozytose. Positiver Liquor-Wassermann kann jahrelang bestehen, ohne daß es zu einer luetischen Erkrankung des Zentralnervensystems kommt.

Pick (Wien).

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 13.

* Kehlkopftuberkulose bei Lungentuberkulösen. J. Stephani.
* Zur Hängemattenbehandlung bei Geisteskranken. M. Tramer u. M. Esther.

Die Kehlkopftuberkulose bei Lungentuberkulösen. Die Kehlkopftuberkulose ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung der Lungentuberkulösen; man kann das Verhältnis 1 : 20 als durchschnittlich annehmen. Die Prognose ist dreimal so schlecht wie die der einfachen Lungentuberkulose. Die Therapie der Wahl ist gegenwärtig Heliotherapie im Hochgebirge, unterstützt durch Auto-Insolation, vom Kranken selbst ausgeführt; Galvanokaustik ist die unentbehrliche Ergänzung für beide Behandlungsarten.

Zur Hängemattenbehandlung bei Geisteskranken. Aus der kurzen Darlegung geht hervor, daß sich die Hängematte bei verschiedenen Kategorien von Geisteskranken zur therapeutischen Beeinflussung sehr bewährt hat. Insbesondere bei Fällen, wo weder mit Dauerbad noch mit Bettruhe die gewünschte Beruhigung erzielt wurde. Man verhütet das Zerreißen von Bettwäsche, Matratzen, und manch anderer Uebelstand hört auf. Dadurch, daß durch die Hängematte das Personal von den schwer aufgeregten Kranken weniger in Anspruch genommen wird, kann es den übrigen Kranken mehr Aufmerksamkeit schenken, was eine willkommene Entspannung im Krankensaal herbeiführt. Diese wertvolle Ergänzung der psychiatrischen Kurmittel hat in der psychiatrischen Anstaltpraxis leider noch nicht genügend Eingang gefunden.

Nr. 14.

* Unsere Indikationsstellung zur Strahlentherapie bei den bösartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale. W. Fürst.
Ueber die Grippe-Epidemie 1924-25. E. Liebmann.
Die Zwillingsschwestern Anna-Maria Schwartz, eine Straßburger Mißgeburt aus dem Jahre 1606. A. Reh.
Autoserotherapie der Pleuraergüsse. S. Chapius.
Die Autoserotherapie nach Gilbert. D. Pometta.

Unsere Indikationsstellung zur Strahlentherapie bei den bösartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale. Verf. erörtert die Stellungnahme der Züricher Frauenklinik zur Frage der Strahlentherapie bösartiger Erkrankungen des weiblichen Genitale. Von der bisher üblichen Indikationsstellung weicht die Klinik ab, indem sie der operativen Therapie eine Röntgen-Vorbestrahlung vorangehen läßt.

Im allgemeinen werden alle malignen Tumoren zunächst mit Röntgenstrahlen behandelt; 3 Wochen später wird bei offenem Leib die Operabilität bestimmt. Bei operablen Fällen wird ausnahmslos die erweiterte Radikaloperation durchgeführt. Zeigt die histologische Nachprüfung, daß im kranken Gewebe operiert wurde, so findet eine Röntgennachbestrahlung statt, sonst unterbleibt diese.

Die nach der Röntgenvorbestrahlung immer noch inoperablen Fälle werden teilweise mit Radium im Sinne eines Operationsersatzes, teilweise mit Röntgenstrahlen weiter behandelt.

Ganz abgesehen davon, daß eine Reihe maligner Tumoren des weiblichen Genitale durch die alleinige Röntgenbestrahlung radikal geheilt wurde, fällt immer wieder auf, wie ausgezeichnet rein symptomatisch fast alle Karzinome auf eine sachgemäße Röntgenbestrahlung ansprechen. Die Rückbildung des Tumors, der Rückgang von Blutung, Jauchung und Schmerzen erhöht auch die Operabilität der einzelnen Patienten.

Zur Verabfolgung der großen Strahlendosen, die wir vor der späteren Radikaloperation geben, müssen wir zum Pantopon-Scopolamin-Dämmerschlaf greifen.

Nr. 15.

Ueber jahreszeitliche Veränderungen und klimatisch bedingte Verschiedenheiten der Vogel-Schilddrüse. V. Haecker.
* Weitere experimentelle und anatomische Untersuchungen über die Schädigungen des Auges durch ultrarote Strahlen: Schädigung von Netzhaut und Aderhaut. A. Vogt.
Die funktionelle chronische Obstipation im Lichte der Endocrinologie. Ad. Oswald.
Kunst als Psychotherapie. H. Schwerdtner.
* Ueber komplementäre systematische Enterostomie. R. Hoffmann.

Weitere experimentelle und anatomische Untersuchungen über die Schädigung des Auges durch ultrarote Strahlen: Schädigung von Netzhaut und Aderhaut. Verf. bringt auf experimentellem Wege den ophthalmoskopischen und anatomischen Beweis, daß mit kurzwelligem Ultrarot nicht nur hochgradige Schädigungen der Linse, sondern auch schwere Dauerveränderungen der Aderhaut und Netzhaut — bei Intaktbleiben der Hornhaut — erzeugt werden können. Diese Strahlen spielen bei der sogenannten Sonnenblendung zweifellos eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

Im Gegensatz dazu vermögen auch hochkonzentrierte Ultraviolettstrahlen nur äußere vorübergehende Reizungen und Entzündungen der Bindehaut und Hornhaut hervorzurufen; niemals konnte eine Linsentrübung oder eine ophthalmoskopisch sichtbare Fundusveränderung bewirkt werden.

Ueber komplementäre systematische Enterostomie. Die Enterostomie als Ergänzung einer Darmresektion bietet einen vierfachen Nutzen: 1. ist sie ein Sicherheitsventil, das die Nähte entlastet, 2. ist sie ein Ableitungsweg für alle toxischen Substanzen, 3. gestattet sie, im gegebenen Moment, die Einführung von Laxantien, 4. ist sie außerordentlich wichtig für die „Bewässerung" des Kranken. Bei einer Peritonitis ist ihre wirklich rettende Wirkung ganz besonders offenbar. Deshalb sollte sie in schweren Fällen ganz systematisch verwendet werden. Der Chirurg, der sich bei einer Peritonitis darauf beschränkt, das Peritoneum zu drainieren, hat seine Arbeit nur halb getan; der Darm selbst muß drainiert werden. Diese Forderung steht fast noch höher als die erste.

Nr. 16.

* Das Hauterythem und die sogenannte Erythemdosis in der Strahlentherapie. A. Béclère.
Beitrag zur Röntgenbehandlung der Sarkome und der malignen Lymphogranulome. M. Ludin.
Spätresultate der Tiefenbestrahlung und der Curietherapie von Neubildungen. R. Gilbert.
Radiotherapie in einem Fall von Karzinom der Zungenbasis. Berthoud.
Die indirekte Wirkung in der Radiotherapie. A. Rosselet.
Ein Fall von Epitheliom, aufgepfropft auf einen mit Curietherapie behandelten Lupus. A. Rosselet.
* Indirekte Uebertragung der biologischen Röntgenstrahlenwirkung. H. Hopf und F. Ludwig.
Mißbildung der Wirbelsäule mit Kompressionserscheinungen; Heilung durch Strahlentherapie. G. G. Moppert.
* Die Röntgenuntersuchung der Lunge. R. Staehelin.
A. Der Wert der Strahlendiagnostik bei angeborenen Herzaffektionen. B. Der Wert des Orthodiagramms bei der Aufdeckung und Bewertung funktioneller Herzstörungen. C. Strahlendiagnostik bei Affektionen der großen Gefäße. Saloz u. Gilbert.
Aneurysma der Aorta descendens. G. Meyer.
Radiodiagnostik der Mediastinaltumoren. Dupasquier.
Röntgenbefunde bei der chronischen Appendicitis. A. Fonio.
Ein radiologisches Zeichen der Peritonitis acuta im Beginn. G. G. Moppert.
Röntgenologische Demonstrationen. M. Ludin.
Röntgenologische Studie über Spätresultate bei konservativer und operativer Behandlung von Coxalgien. Paschoud.
Beitrag zur Radiologie des Verdauungstrakts. R. Feißly.

Das Hauterythem und die sogenannte Erythemdosis in der Röntgentherapie. Alle Untersuchungen stimmen darin überein, daß die Radiosensibilität der Haut innerhalb weiter Grenzen schwankt. Praktisch würde das vom Standpunkt der Dosierung nicht viel bedeuten, wenn die Radiotherapeuten sich auf einen einzigen, bezw. mittleren Wert geeinigt hätten. Entspricht die Hauterythemdosis der einen Klinik derjenigen einer anderen? Verschiedene, in den letzten Jahren angestellte Rundfragen zeigen Unterschiede bis 50%. Vom wissenschaftlichen Standpunkt verlieren demnach die veröffentlichten Beobachtungen ihren Wert, da man präzise Angaben über die Wahl der Dosis doch nicht daraus entnehmen kann. Vom praktischen Standpunkt können die Folgen noch verhängnisvoller sein, z. B. kann eine Kranke, bei der man nur eine temporäre Amenorrhoe bezweckte, definitiv steril werden. Eine andere Patientin, wegen Carcinoma viscerum behandelt, wird Nekrosen aufweisen, oder aber, wenn die Dosis hinter der projektierten zurückblieb, eine unwirksame Behandlung. Die Vereinheitlichung der Dosimetrie in der Radiotherapie ist ein erkennenswertes, leider noch nicht erreichtes Ziel.

Indirekte Uebertragung der biologischen Röntgenstrahlen-Wirkung. Eine indirekte Wirkung der Röntgenbestrahlung scheint tatsächlich zu bestehen. Dieselbe kann in sehr schwerer Weise auftreten, auch wenn der Organismus von gar keinen Röntgenstrahlen getroffen worden ist. Versuchstiere gehen bei indirekter Strahlenwirkung unter Erscheinungen schwerster Rachitis zugrunde. Es gelingt diese indirekte Strahlenwirkung durch Bestrahlung der Nahrung auf den tierischen Organismus zu übertragen. Ob aber diese indirekte Wirkung in irgendeiner Weise einmal auf den Menschen zur Heilung von krankhaften Zuständen Anwendung finden kann, können wir heute noch nicht sagen.

Die Röntgenuntersuchung der Lunge. Zunächst macht Verf. auf einige Täuschungsmöglichkeiten aufmerksam. Differenzen zwischen beiden Seiten kommen durch Asymmetrie des Thorax zustande, durch ungleich entwickelte Muskulatur, durch ungleiches Anliegen der beiden Brusthälften an der

Platte. Irreführend können auch die Schatten der Mammae, des Pektoralisrandes, der Clavicula sein. Die Unterscheidung zwischen Abszeß und Pyopneumothorax ist mit Hilfe des Röntgenschirmes sehr gut möglich. Bei interner Behandlung läßt sich die Heilung schon kontrollieren; für die chirurgische Therapie ist die Röntgenuntersuchung unerläßlich, um die genaue Lage des Krankheitsherdes festzustellen.

Eine besonders große Bedeutung hat die Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Lungentumoren, besonders der primären. Eine Schwierigkeit für die Erkennung der verschiedenen Tumoren besteht häufig darin, daß das Bild durch Oedem oder Entzündung in der Umgebung verwischt, oder durch ein Exsudat verdeckt wird. Kleine Tumorknoten können der Darstellung entgehen; Miliarkarzinose kann leicht mit Miliartuberkulose verwechselt werden. Desgleichen ist schon manche Staubinhalationslunge auf Grund des Röntgenbildes für tuberkulös erklärt worden. Man sieht also: nicht jede Krankheit hat ihr absolut charakteristisches Röntgenbild.

Nr. 17.

- * Die Darstellung von Bronchiektasien im Röntgenbild mit Hilfe von Lipiodolfüllung der Bronchien. R. Staehelin.
- * Ueber Malariabehandlung der progressiven Paralyse. O. Pfister.

Die Darstellung von Bronchiektasien im Röntgenbild mit Hilfe von Lipiodolfüllung der Bronchien. Voraussetzung für das Einfüllen der kontrastgebenden Substanz ist eine Anästhesie der Schleimhaut von Trachea und Hauptbronchien, evtl. auch Larynx. Sonst wird die Substanz ausgehustet. Sobald die Flüssigkeit in die Bronchien zweiter Ordnung gekommen ist, ist die Gefahr des Aushustens viel geringer, da bekanntlich die Sensibilität der Bronchialschleimhaut von der Bifurkationsstelle der Trachea an sehr rasch abnimmt. Immerhin muß die Aufnahme an die Injektion unmittelbar angeschlossen werden. Zur Injektion des Anästhetikums wählt Verf. den transglottischen Weg.

Selbstverständlich gelingt es nie, den Bronchialbaum ganz auszufüllen; das Lipiodol fließt der Schwere nach hauptsächlich in die am tiefsten gelegenen Bronchien.. Das injizierte Lipiodol wird in den nächsten Stunden ausgehustet, der größte Teil wird resorbiert. Dabei tritt eine reaktive Entzündung des Lungengewebes auf, die sicher nicht ganz gleichgültig ist. Man soll deshalb die Methode auf solche Fälle beschränken, bei denen eine Bronchopneumonie nicht zu befürchten ist oder gar besteht. Auch das Auftreten von akutem Jodismus ist beachtenswert und bei Patienten mit Struma durchaus unerwünscht; man wird bei solchen Patienten mit der Anwendung der Methode zurückhaltend sein.

Ueber Malariabehandlung der progressiven Paralyse. In der Malariatherapie besitzen wir ein Mittel, das namentlich in initialen Fällen das Eintreten guter und vielleicht dauerhafter Remission bei progressiver Paralyse wahrscheinlich macht. Solche Kranken sollen möglichst früh der Behandlung zugeführt werden. Die Angehörigen müssen darauf aufmerksam gemacht werden, daß in einem kleinen Prozentsatz, der aber in Anbetracht der sonst so infausten Prognose nicht sehr ins Gewicht fällt, letale körperliche Komplikationen durch die Malariakur eintreten können. Fälle mit ausgesprochenen Zeichen von bereits eingetretener anatomischer Zerstörung des Gehirns eignen sich nicht mehr für die Behandlung. Es besteht eine gewisse Gefahr, daß während der Fieberkur stärkere Erregungszustände auftreten, weshalb im allgemeinen von der Durchführung derselben im Privathaus abzuraten ist. Die größte Sicherheit bietet die Durchführung der Malariatherapie in psychiatrischen Anstalten, denen die Paralytiker nicht mehr erst dann, wenn sie sozialstörend werden, sondern zum Zwecke der Kur in initialen Stadien zugeführt werden sollen.

Held.

Revue Médicale de la Suisse Romande.

Nr. 4, 25. März 1926.

- Cystisches Neurogliom des Kleinhirns, punktiert und trepaniert mit Erfolgsdauer von 5 Jahren. Ch, Perret,
- * Das Sichtbarmachen der Gallenblase im Röntgenbild durch Tetrabromphenolphthaleinnatrium. M. Roch und S. Katzenelbogen.
- Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation. Georges Cornaz.
- Aerztliche Mitteilungen über die Brunnen von Bexles-Bains und ihre therapeutischen Anwendungsmethoden. R. F. Chollet.

Die Sichtbarmachung der Gallenblase im Röntgenbild durch Tetrabromphenolphthaleinnatrium. Nachprüfung der Grahamschen Methode (Graham Test). Verwendung des Broms statt des giftigeren Chlor und Jod. Tetrabrom ist wegen auftretender Uebelkeiten per os nicht zu verwenden, höchstens mit Duodenalsonde, am besten intravenös, langsam injiziert; bei zu schneller Injektion Gefahr der Hämolyse, bei Verletzung der Vene Gefahr der Nekrose. Dosierung: 7,5 Centigramm pro Kilogramm Körpergewicht. Technik: Am Abend vorher Abführmittel, morgens Klystier. Injektion erfolgt in nüchternem Zustand. Vorher Proberöntgenaufnahme. 8 Stunden nach der Injektion erstes Röntgenbild, nach 24 Stunden zweites Bild; zu dieser Zeit maximale Wirkung des Tetrabroms.

Cohn-Czempin.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 15, 10. April 1926.

- Annäherungsuntersuchung der Störungen der Gallenwege mit Hilfe der Duodenalsonde und des Röntgenbildes und ihre nichtchirurgische Behandlung. Peutz.
- * Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Orbitatuberkulose und verwandter Affektionen. Mulock Houwer.
- Die chirurgische Behandlung der Invagination bei jungen Kindern. Suermondt.
- * Kosakowsche Psychose nach Aethernarkose. Stuurmann.
- * Bluttransfusion. Leesberg.

Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Orbitatuberkulose und verwandter Affektionen. Verf. weist auf die nahe Verwandschaft zwischen dem Syndrom von Mikulicz, der sogenannten Lymphomatose der Orbita, dem Erythema induratum Bazin, dem Boekschen Miliarlipoid und einigen Formen chronischer Iridocyclitis hin. Die Gleichheit der pathologisch-anatomischen Bilder ist ebenso auffallend wie gleichzeitiges oder kurz einander folgendes Entstehen dieser Krankheiten bei demselben Patienten. Bei den genannten Krankheiten ist die Tuberkulose häufig im Spiele, die Tuberkulinreaktion positiv und Bazillen vorhanden. Offenbar sind hier einige Affektionen zu einer Gruppe vereinigt, die als gemeinsames Charakteristikum eine besondere Reaktion des Organismus auf den Tuberkulose-Bazillus haben. Ob ein besonderer Virulenzgrad des Bazillus oder ein bestimmter Immunitätszustand der Kranken vorliegt, ist noch unklar.

Korsakowsche Psychose nach Aethernarkose. Bei einer Gewohnheitstrinkerin, die wegen Magenkarzinom in Aethernarkose operiert wurde, kam es fast unmittelbar nach der Operation zum Korsakowschen Symptomenkomplex. Da chronischer Aethergebrauch dieselben Erscheinungen hervorbringt, wie chronischer Alkoholismus und es sich überhaupt um zwei chemisch nahe verwandte Stoffe handelt, gibt der Autor der Aethernarkose einen Teil der Schuld am Ausbrechen der Psychose. Es entsteht nun die Frage, ob Alkoholiker nicht lieber mit Chloroform statt mit Aether narkotisiert werden sollten, die der Autor aber nicht zu beantworten wünscht. Interessant war ferner die Erblichkeit des Magenkarzinoms in der Familie der Kranken: Der Vater starb an einem Magenleiden unbekannter Art, das vielleicht Krebs war, die Mutter starb an Magenkrebs, ebenso wie die Patientin selbst.

Bluttransfusion. Nach Appendicitisoperation war komplette Darmparalyse entstanden, die schließlich zu einem lebensbedrohenden Zustande führte, dem durch eine Transfusion von 500 ccm Blut fast augenblicklich ein Ende gemacht wurde. Verfasser schließt sich denen an, die in solchen Fällen von Darmlähmung schon am dritten Tage zur Bluttransfusion schreiten. Zwei Fälle des Autors, die nach Puerperalfieber eine Psychose bekamen, wurden durch Bluttransfusion geheilt und konnten nach sechs Wochen die Anstalt verlassen.

Nr. 16, 17. April 1926.

* Ueber Narcolepsie (Gélineau-Redlich). Janzen.
Ein Fall von Lävulosurie. Snapper, Grünbaum und van Crefeld.
* Vaccinebehandlung bei chronischer Bronchitis. Enklaar
* Eine sehr günstig abgelaufene Malariabehandlung bei Dementia paralytica. Baarnhorb.
* Autotransfusion. Leesberg.

Ueber Narcolepsie. Mitteilung dreier Krankengeschichten, die das von Gélineau und Redlich geschilderte Symptomenbild der Narcolepsie bieten: Schlafanfälle mehrmals am Tage und von einer Dauer von einigen Minuten bis zu einer Viertelstunde, Vorkommen namentlich in den Morgen- und Mittagstunden, Müdigkeit und Kopfweh bei Versuchen, den Schlaganfall zu unterdrücken, was auf die Dauer unmöglich ist, Verlauf und Charakter des Schlafanfalls entsprechen dem normalen Schlaf. Therapeutisch reagierte Fall 1 überhaupt nicht, Fall 2 etwas auf Schilddrüsentherapie, nach welcher die Anfälle seltener wurden, und Fall 3 besserte sich auf pluriglanduläre Behandlung.

Vaccinbehandlung bei chronischer Bronchitis. Von dem Gedanken ausgehend, daß bei der chronischen Bronchitis gewisse Faktoren eine Rolle spielen, denen gegenüber die Vaccinebehandlung von Nutzen sein könnte, nämlich ein labiler Gleichgewichtszustand zwischen der auf den Bronchialschleimhäuten wuchernden Bakterienflora und den Abwehrkräften des Organismus, behandelte der Autor 68 Fälle teils mit Autovaccinen oder, wenn diese bei kleinen Kindern z. B. nicht zu erhalten waren, mit Heterovaccine. Es gelang, die Kranken lange genug in Beobachtung zu halten, so daß er sein Urteil für genügend beweiskräftig ansieht. 13 Kranke sind gesondert zu betrachten, denn bei ihnen mußten erst adenoide Wucherungen usw. entfernt werden. Seine Resultate waren folgende: Ungenügender Erfolg in 6 Fällen, zweifelhafter in 5 Fällen, guter Erfolg in 13 adenotomierten und in 44 allein autovaccinierten Fällen. Schwierig war die Dosierung, zu kleine Gaben waren in den chronischen Fällen mit geringen Erscheinungen unnötig, zu große Gaben brachten ein Peracutwerden der Symptome mit sich (Hustenreiz, Oppressionsgefühl und Fieber). Es ist ratsam, nicht über eine Gabe, die noch gerade eine mäßige Reaktion macht, hinauszugehen. Schon nach zwei- bis dreimaliger Einspritzung (intram.) setzt oft die Besserung ein. Im ganzen glaubt Verfasser, daß die Vaccinetherapie ein großer Gewinn für die Behandlung der chronischen Bronchitis sei und will sie auch bei Asthma bronchiale anwenden.

Eine sehr günstig abgelaufene Malariabehandlung bei Dementia paralytica. Die Mitteilung einer fast völligen Genesung einer paralytischen Frau erscheint auch deshalb berechtigt, weil die Malariatherapie in dem Falle einige Besonderheiten zeigte, nämlich das Uebergehen von Tertiana in Quotidiana und das Entstehen von Diarrhoe-Erscheinungen, die an den verwendeten Plasmodienstamm gebunden zu sein schienen, denn sie wiederholten sich bei einer anderen Patientin, auf die von der ersterwähnten übergeimpft worden war.

Autotransfusion. Mitteilung von 3 Fällen von Furunkel ernsten Charakters sowie einer Krankengeschichte einer doppelseitigen Bronchopneumonie, die mit Autotransfusion erfolgreich behandelt wurden.

Nr. 17, 24. April 1926.

Klinische und diagnostische Betrachtungen über den Wert der Duodenumsaftuntersuchung. Martens und Koers.
* Wo wohnten unsere Krebskranken? Bakker, van Dam und Bonne.
Ueber Brüche des Radiusköpfchens und ihre Behandlung. de Waard.
Ein Fall von Schilddrüseninsuffizienz bei einer Kaulquappe. Bolten.
Ein Fall von Sulfhämoglobinämie. de Hartogh.
* Ein Fall von condylomartiger Geschwulst im äußeren Gehörgang. Müller.
Haemangioma vulvae. van Dongen.

Wo wohnten unsere Krebskranken? Unter Hinweis auf die zum ersten Male von Sambon betonte Notwendigkeit einer epidemiologischen Krebsuntersuchung stellten sich die Autoren folgende Fragen: Was kommt heraus, wenn man in einer Stadt oder einem Dorf alle Krebshäuser in eine Karte einzeichnet? Ist die Verteilung der Kranken völlig willkürlich oder scheint eine bestimmte gruppenweise Verteilung zu bestehen? Die Dörfer sind für derartige Untersuchungen geeigneter als die Städte, denn die Verhältnisse sind an kleinen Orten übersichtlicher, Dorfärzte bleiben häufig lebenslänglich am Ort, kennen jede Familie und wissen von jedem Umzug. In diesem Sinne wurden nicht nur die Sterbehäuser in die Karte eingezeichnet, sondern auch die Wohnungen, die die Kranken früher inne hätten, sowie ihre Arbeitsstellen. Da man über die Zeitspanne, die zwischen dem ersten Entstehen des Krebses und seinen ersten manifesten Erscheinungen liegt, nichts weiß, erstreckten die Autoren sicherheitshalber ihre Feststellungen auf lange Zeiträume. In jedem Fall wurden die Archive und Sterberegister der Gemeinden zu Rate gezogen, auch wurde stets eine genaue Prüfung angestellt, ob es sich wirklich um Krebs gehandelt hatte. Das Ergebnis war, daß in den untersuchten Dörfern zahlreiche Krebspatienten mehr oder minder deutlich in Gruppen gewohnt haben. Eine Erklärung hierfür ist noch nicht zu geben, doch scheint es sich nicht um einen Zufall zu handeln. Durch Verwandtschaft der Patienten untereinander wird die Erscheinung nicht erklärt. Es folgt ferner eine Nachprüfung der Angaben von Sambon über eigenartige Verteilung der Krebspatienten in Norditalien, wo in der Nähe von Trento der Ort Villa Lagarina aufgesucht wurde. Hier gelang es mit Hilfe von zwei Aerzten des Ortes, Vater und Sohn, eine Periode von 40 Jahren zu überblicken, wobei sich ergab, daß ein Teil des Dorfes krebsfrei ist und daß eine große Anzahl von Fällen in einer Straße und in dem angrenzenden Stadtteil vorgekommen ist.

Ein Fall von condylomartiger Geschwulst im äußeren Gehörgang. Bei einem 20jährigen Dienstmädchen fand sich eine blumenkohlartige Geschwulst des Gehörganges, deren histologische Untersuchung ein Condyloma acuminatum ergab und sich mit dem Bilde der Verruca vulgaris fast völlig deckte. Der Autor erinnert an Experimente von Waelsch, der ein spitzes Condylom fein zerrieb und die Flüssigkeit in seinen eigenen Unterarm sowie in den eines Kollegen nach Skarification einimpfte und der bei einer Virgo intacta an der Innenseite der Labia minora die gleiche Inokulation machte. In den beiden Fällen von Hautimpfung entstand nach 2½ und 9 Monaten je eine gewöhnliche Warze, bei der Virgo nach 2½ Monaten zwei spitze Condylome. Im Hinblick auf das von Kingery nachgewiesene filtrierbare Virus sucht der Autor auch bei seiner Patientin nach einer Ansteckungsmöglichkeit und entdeckt die gewöhnlichen Warzen an den Händen. Diese Zusammenhänge können forensische Bedeutung erlangen.

Nr. 18, 1. Mai 1926.

Pneumokokkenperitonitis. Remijnse.
Anzahl der zum ersten Male an den Universitäten Niederlands immatrikulierten Studenten und die Anzahl der in den letzten 25 Jahren approbierten Aerzte. Drooglever Fortuyn.
Ein atypischer Fall von chronischem angeborenen hämolytischen Ikterus. Meijers.
2 Fälle von Geschwülsten in der rechten Bauchhälfte. Huese.

Nr. 19, 8. Mai 1926.

* Ein sehr merkwürdiges menschliches Doppelmonstrum: Cranio-amniopagus. Bok.
* Ueber Erfahrungen mit neuen Analeptika in der Chirurgie. Feriz.
* Das Tamponieren bei Nachgeburtblutungen. van Tongeren.
* Ein Fall von Krampf der Art. centralis retinae. Halbertsma.
Blutzuckerbestimmungen längere Zeit nach der Blutentnahme. Hintzen.
Malaria tertiana. Rombach.
Ueber Muskelermüdung. van Rijnberk.

Ein sehr merkwürdiges menschliches Doppelmonstrum: Cranio-amniopagus. Eine bisher noch nie beschriebene Mißbildung. Wie der Name sagt, waren die Zwillinge an den Schädeln und den beiden Amnien zusammengewachsen. Der Autor erörtert, wie im Original nachgelesen werden sollte, die Fragen: Sind beide Verbindungen die Folgen derselben Ursache? Besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden Verbindungen in dem Sinne, daß die eine Verbindung die Folge der andern ist und wenn ja, welche Verbindung war die erste oder kausale und welche die zweite oder konsekutive? Besteht zwischen beiden Verbindungen weder ein gemeinschaftlicher ursächlicher oder kausaler oder konsekutiver Zusammenhang?

Ueber Erfahrungen mit neuen Analeptika in der Chirurgie. Zur Vorbereitung des Patienten zur Operation gehört auch die Stimulation des Herzens. Die Kampferpräparate versagen hier wegen ihrer ungenügenden oder ausbleibenden Wirkung auf das gesunde Herz. Die Digitaliswirkung ist in diesen Fällen, vor der Operation angewendet, zu unregelmäßig, Adrenalin zu gefährlich. Ferner hat Kampfer noch den Nachteil der schlechten Wasserlöslichkeit und daher einer zu langsamen Resorption im Organismus. Die neuen Analeptika, die durch ihre Wasserlöslichkeit den Vorzug vor Kampfer zu verdienen schienen, begegneten daher dem größten Interesse. Geprüft wurden Hexeton und Cardiazol. Das erstgenannte wirkt doppelt so kräftig wie Kampfer und dabei schneller. Klinisch stellte sich aber leider ebenfalls das Ausbleiben jeder Wirkung auf das gesunde Herz heraus, so daß es also als prophylaktisches Mittel nicht in Betracht kommt. Nach der Operation und in Collapszuständen leistet es gutes. Wegen der sehr unangenehmen Nebenwirkung, Aufregungszustände, die dem Mittel leider anhaftet, unterblieb die weitere Anwendung. — Weiter überlegen erschien Cardiazol: es ist wasserlöslich, reizt und regelt die Herzfunktion, reizt die Hirnrinde und die vegetativen Zentren, besonders das Atmungszentrum. Lähmungs- oder Vergiftungserscheinungen am Herzen hebt es schneller auf als Kampfer. Besondere Vorzüge sind die Wirkung auf das gesunde Herz, Ausbleiben jeder Lähmung der glatten Muskulatur, geringere Giftigkeit als beim Kampfer. Verfasser kommt auf Grund der klinischen Prüfung, besonders bei operiertem Basedow, zu der Ueberzeugung, daß Cardiazol ein wichtiger Fortschritt in der analeptischen Therapie ist.

Das Tamponieren bei Nachgeburtsblutungen. Ausführliche statistische Arbeit, die die Resultate der Amsterdamer Universitätsfrauenklinik und die Statistiken anderer Institute berücksichtigt und zu dem Schluß führt, daß das Tamponieren von Gebärmutter und Scheide noch immer das Mittel der Wahl bei Nachgeburtsblutungen ist, wenn chemische Mittel wirkungslos bleiben.

Ein Fall von Krampf der Art. centralis retinae. Genaue Beschreibung des Augenhintergrundes, differentialdiagnostische Ausschließung der in solchen Fällen so oft fälschlich diagnostizierten Embolie, Hinweis auf Raynaud, der bei dem nach ihm benannten Symptomenkomplex öfter Krampf der Netzhautarterien wahrgenommen hat, und auf das gleichzeitige Bestehen dieser Erkrankung mit Angiospasmen der Herzgegend (Angina pectoris) und der Finger (Raynaud). Die Ursache des Gefäßkrampfes der Netzhautarterien ist noch strittig. Die einen beschuldigen den Sympathikus, der sich in abnormem Reizzustand befinden soll, die anderen glauben an einen erhöhten intraokularen Druck, der zur passiven Verengerung der betreffenden Arterien führt. K. Heymann, Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 10, 11. März 1921.

Ueber die gerichtliche Medizin, deren Ursprung, Entwicklung und moderne Stellung mit besonderer Berücksichtigung Dänemarks. Knud Sand.
* Klinische Untersuchungen der Senkungsgeschwindigkeiten. Ole Bonet.
* Das Verhalten des Pulses bei Labyrinthleiden und otogenen intrakraniellen Komplikationen, besonders bei Hirnabszessen. Robert Lund.
Zahnextraktion unter Betäubung. A. Gallestrup.

Klinische Untersuchungen der Senkungsgeschwindigkeiten. Die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen wurde von Bonet bei verschiedenen Krankheitsformen auch gleichzeitig mit der Proteinbehandlung derselben geprüft. Als diagnostisches Hilfsmittel, auch zur Feststellung der Besserung durch die Behandlung, ferner zur Prüfung der Leberfunktion sollte diese Untersuchungsmethode mehr Anwendung finden. Die physikalisch-chemische Ursache der Senkung der Erythrozyten wie das Verhalten der Serumproteine bei den verschiedenen Krankheiten sind noch festzustellen.

Das Verhalten des Pulses bei Labyrinthleiden und otogenen intrakraniellen Komplikationen, besonders bei Hirnabszessen. Es ist wenig charakteristisch und fast nie findet sich dort eine Bradykardie, die bei den Hirnabszessen mit Druck sehr häufig ist. Die Hauptursache der Pulsverlangsamung, die so häufig bei otogenen intrakraniellen Entzündungen und Abszessen vorkommt, ist in einer toxischen Vagusreizung zu suchen; sie ist meist als ein Signum malum anzusehen.

Nr. 11, 18. März 1926.

Metallsalztherapie. L. E. Walblum (Fortsetzung).
Untersuchungen über das Vorkommen von Ng-Glukose im Verlauf der Vergärung der α-β-Glukose. Chr. Lundsgaard, Sv. A. Holböll und A. Gottschalk.
* Untersuchungen über die Eigenschaften des Insulinkomplements. Chr. Lundsgaard, Sv. A. Holböll und A. Gottschalk.
Pseudo-Sprue. G. Schroll.
Immunisierung gegen Masern mit Hilfe von Rekonvaleszentenserum. Holged Mathiesen.
Dosierungsfrage bei der Sanocrysinbehandlung. Th. Begtrop-Hansen.

Untersuchungen über die Eigenschaften des Insulinkomplements. Es ist nicht identisch mit dem von Meyerhof im Jahre 1916 nachgewiesenen Muskelkoferment; es kann aus dem Muskel durch Auswaschen nicht entfernt werden; es erträgt die Erwärmung auf 70 Grad kaum 2 Minuten lang; es kann auch im Muskelpreßsaft nicht nachgewiesen werden und ist wohl an die intrakte Zellstruktur gebunden.

Nr. 12, 25. März 1926.

* Diastase-Untersuchungen im Urin. J. Fabricius-Möller.
Metallsalztherapie. L. E. Walblum (Fortsetzung).
Zahnextraktion in allgemeiner Narkose. Max Melchior.

Diastase-Untersuchungen im Urin. Die Diastase-Reaktion soll bei akuten Abdominalleiden mit Schmerzen im Epigastrium und Hypochondrium geprüft werden. Sie soll mehrere Tage hintereinander ausgeführt werden, um Schwankungen zu beachten. Bei Pankreas-Gesunden ist die Diastasezahl höchstens 120-150. Akute Pankrealsleiden sind häufiger als man denkt, bei ihnen finden sich oft Diastasewerte von mehreren Hunderten bis Tausend. Hohe Zahlen weisen auf einen ausgedehnten Pankreasprozeß hin, mittlere auf einen begrenzten. Prognostisch hat die Reaktion keine Bedeutung. Bei chronischen Pankreasleiden kann die Diastasereaktion erhöht sein, aber sie muß es nicht immer.

Nr. 13, 1. April 1926.

Ueber das Vorhandensein von Rasse-Differenzierungs-Zeichen bei Bastarden und Hühnern. Pizard, Sand und Caridroit.
* Die röntgenologische Untersuchung der Gallenblase nach Graham- und Coles-Prinzip. E. Möller und D. Othren.
* Konvergenzspasmen und Labyrinthleiden. G. V. Th. Borries.
Ueber die direkte Röntgenphotographie der Gallensteine. Svend Hansen.

Die röntgenologische Untersuchung der Gallenblase nach Graham- und Coles-Prinzip. Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase und Gallenwege nach Graham und Coles Methode wird genau beschrieben. Die Verff. selbst wandten eine intravenöse Injektion von Kontraststoffen (Natriumsalz von Tetrabromphenolphthalein) bei 36 Patienten an. Nie trat eine lokale Reaktion, in sechs Fällen eine generelle Reaktion ein. In 14 Fällen erwies die Untersuchung den Verdacht auf ein Leiden der Gallenwege.

Konvergenzspasmen und Labyrinthleiden. In Analogie zum reflektorischen Nystagmus zeigt sich mitunter ein Konvergenzspasmus bei der Vestibularprüfung. Es erwies sich, daß der Konvergenzspasmus bei Vestibularprüfung vorkommt bei Hysterie wie bei Labyrinthfisteln; mitunter liegt beides vor.

Nr. 14, 8. April 1926.

Die Prinzipien der statischen Labyrinthfunktion. S. H. Mygind.
Der Morbus Basedowii mit Hinsicht auf Ursache und Behandlung. Chr. Gram.
Uebersicht über die Frage des „Wasserfehlers" bei Doppeltampullen von Salvarsan und Wasser. Kaj Philippsen.
Anwendung von Masernrekonvaleszentenserum in der Praxis. Tage Kemp.

Nr. 15, 15. April 1926.

Jod und Morbus Basedow. Karl Petzén.
* Indikationen zur Aufmeißelung des Processus mastoideus bei akuter Mittelohreiterung. Ove Strandberg und Aage Plum.

Cerebrospinalflüssigkeit bei otogenem Hirnabszeß. G. V. J. Borries.
Ueber die Antedeviationen des Uterus als geburtshindernde Ursache. Knud Repholtz.
Der obritale Abszeß. B. Strandbygaard.

Indikationen zur Aufmeißelung des Processus mastoideus bei akuter Mittelohreiterung. Die Aufmeißelung des Processus mastoideus soll vor Ablauf des vierten Krankheitstages nicht entschieden oder vorgenommen werden. Als Zeichen des Uebergreifens auf den Knochen gelten nach Perforation des Trommelfelles Infiltration der Umgebung, Infiltration im Gehörgang, Temperatursteigerung, Zunahme der Schmerzen, Succulenz des Trommelfells, Abnahme des Gehörs, Labyrinthreizerscheinungen, halbseitiger Kopfschmerz, Unregelmäßigkeit und Verschlechterung des Pulses, Albuminurie, Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, Befund der Röntgenaufnahme des Processus mastoideus.

Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

Heft 5, 15. März 1926.

Ein Fall von Lungenaktinomykose. Jean Manfred.
Ein neues Modellwerkzeug für Wachsrekonstruktionen (pathol.-anatom. Präparate). von Wartenfeld.
Einige urologische Erfahrungen von einer Studienreise nach Berlin, Wien, Budapest. S. Hellström.

Heft 6, 31. März 1926.

* Chromodiagnostik bei der Leberfunktionsprüfung. J. Tillysen, H. Cassermann und Harry Blomström.
Genius epidemicus in Stockholm. Anton Magelssen.

Chromodiagnostik bei der Leberfunktionsprüfung. Sie wurde von den Verff. mit der Bromsulfateinprobe vorgenommen. Die atrophische und hypertrophische Lebercirrhose zeigen derartige Uebergänge zueinander, daß eine Scheidung nicht immer möglich ist. Bei Ikterus gravis konnten Hepatitis, Obstruktionsikterus und der Lebertumor durch die Proben nicht geschieden werden.

Heft 7, 15. April 1926.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit. J. Eriksen.
* Altes und neues über die chirurgische Anästhesie. Rolf Roman.

Altes und neues über die chirurgische Anästhesie. Roman empfiehlt hier als neues lokales Anästhetikum das von Eckermann angegebene Albromin, das in viel kleineren Dosen größere Wirkung hat als Kokain oder Novokokain. Dasselbe ist viel weniger giftig als diese Mittel. Es besteht aus 66,6% Benzoylmethylekgoninchlorid und 33,4 % Phenylkarbomiätylester.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 4, April 1926.

Heterotope Uterusschleimhautähnliche Proliferationen (Endometriosen) in den Ovarien und in einzelnen anderen Organen (Uterusoberfläche, Dünndarm, Ligam. rotundum). Carl Semb.
* Pseudarthrose des Unterschenkels mit Natrium bicarbon. behandelt. Eivind Platon.
* Ueber Lungenextrakte. von Krogh.
Totalluxationsfraktur der Wirbelsäule mit Laminektomie behandelt. Hargseth.
Ueber die diätetische Behandlung des Diabetes mit und ohne Insulin (Referat). H. Chr. Gellmuyden.

Pseudarthrose des Unterschenkels mit Natri. bicarbon. behandelt. Eine Pseudoarthrose des Unterschenkels behandelte Platon erfolgreich mit Gaben von Natri. bicarboni. (3 g täglich) darnach wurde die Gelenkverbindung fest und verknöchert.

Ueber Lungenextrakte. Lungenextrakte wandte v. Krogh erfolgreich bei Katarrhen der Lunge und Tuberkulose an. Das Extrakt enthält nicht nur die in Glyzerin löslichen Lungenteile sondern auch Aceten entracle der Lunge. Die Zubereitung wird näher angegeben.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Svenska Läkaresällskapets Handlingar.

51., 4. Heft.

* Gedanken über das Wesen der Hämophilie und ihre ursächliche Behandlung. Harald v. Samson-Himmelstjerne.
Das Seitengalvanometer und die Messung der Aktionsströme des Herzens. W. Einthoven.
* Zur Kenntnis der Aktinomykose. Zwei Fälle von Fremdkörpern im Munde. Sune Norlén.

Gedanken über das Wesen der Hämophilie und ihre ursächliche Behandlung. Das Wesen der Hämophilie wird hier weder in einer mangelhaften Bildung noch in einer mangelhaften Ausschüttung der Thrombokinase gesucht, sondern in einer anfallsweisen Erkrankung einzelner Gewebe, die durch die Produktion des gefäßschädigenden „konservierenden Stoffes“ ausgezeichnet ist. Die Bildung dieses Stoffes muß verhindert werden durch Lichttherapie, Reizkörpertherapie, Ovarialhormone. Letztere von dem Gesichtspunkte aus, daß der weibliche Körper über sehr stark wirkende Abwehrkörper verfügen muß, da Frauen oft in Bluterfamilien dauernd verschont bleiben.

Zur Kenntnis der Aktinomykose. Zwei Fälle von Aktinomykose des Mundes und der Speicheldrüse infolge von Fremdkörperverletzung (Grashalme) mit günstigem Ausgang werden beschrieben: Diese Fälle verliefen chronisch mit geringen Beschwerden, Fehlen von Allgemeinerscheinungen. Die Aktinomykose, ausgenommen die Lungen- und Darmaktinomykose gibt in einer sehr großen Zahl der Fälle keine ungünstigere Prognose als septische Entzündungen anderer Art mit chronischer Eiterung.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Finska Läkare sällskapets Handlingar.

68., März 1926.

Oberflächliche Kleinhirnaffektionen. (Erscheint in deutscher Sprache.) Leiki.
Wasserstoffwechsel des Körpers bei der Einwirkung verschiedener Einflüsse. (Erscheint in deutscher Sprache im Skand. Arch. f. Physiol.) Rancken.
Was ist unter dem Ausdruck „psychische Konstitution“ zu verstehen? Ringborn.

Acta Medica Scandinavica.

63., Nr. 3, 11. Februar 1926.

Ueber die progressive Muskelatrophie vom Typus Charcot-Marie. Snorre Wohlfahrt.
* Die Sanocrysinbehandlung der Tuberkulose. Valdemar Bie.
Untersuchungen über den Wert der Phenolsulfophthaleinprobe bei Nieren- und Kreislauferkrankungen. C. Lundsgaard u. Eggert Möller.
Weitere Beobachtungen über die Ausscheidung des Phenolsulfophthaleins bei Nierenkranken: Der Verlauf der Ausscheidungskurve und die Gesamtausscheidung bei Kreislauf- und Lebererkrankungen. Eggert Möller und C. Lundgaard.
Eine Beobachtung über das Schicksal des Phenolsulfophthalein im Organismus. Eggert Möller u. C. Lundsgaard.
Beitrag zum Studium der intrakraniellen Aneurismen. Henning Odquist.

Die Sanocrysinbehandlung der Tuberkulose. Mitteilung von mehreren interessanten Fällen, die Verfasser teils mit intramuskulären, teils mit intramuskulären und intravenösen Seruminjektionen, teils ohne Seruminjektionen behandelt hat. Für die Sanocrysinbehandlung verwandte er steigende Dosen (0.25 - 0.50 - 0.75 - 4 mal 1 g), so daß im allgemeinen für jede Serie von Injektionen 5.25 - 5.50 g verwandt wurden. Bei Kindern gab er entsprechende Dosen von ½—2 Centigrammen pro Kilo Körpergewicht. Die Injektionen wurden in Abständen von 5 Tagen gegeben, zwischen den einzelnen Serien lagen Pausen von 3—4 Wochen.

Mehrere Patienten hatten nach der Sanocrysininjektion Erbrechen, ohne daß ihr Allgemeinzustand darunter gelitten hätte. Früher gab der Verf. während der Periode des Exanthems keine Injektionen, jedoch seit dem Herbst 1924 wurde im allgemeinen sogar bei Auftreten von Albuminurie die Kur nicht unterbrochen. Es wurde davon kein Nachteil für den Patienten beobachtet, da die Albuminurie nach Beendigung der Sanocrysinserie verschwand. Die Seruminjektionen hinderten das Auftreten der Albuminurie nicht, noch weniger hatten sie auf diese einen kurativen Einfluß. Die provokatorische Nephritis bei akut Tuberkulösen heilt schneller als die Nephritis der chronisch Kranken, da diese schon längere Zeit den toxischen Schädigungen ausgesetzt ist. An Hand zahlreicher Kurven und Bilder wird der zum Teil auffallend günstige Heilverlauf geschildert. Die Temperatur sank im Verlauf der ersten Serie meist zur Norm ab, während auskultatorisch eine Besserung erst viel später festgestellt werden konnte. Bezüglich der Technik erklärt der Verf. sich auch ohne Serumgaben für befriedigt, mit der Einschränkung, daß zuweilen dabei offenbar eine erhöhte Neigung zur Entwicklung von Exanthemen und Dermatitiden beobachtet wird. Arnold Hirsch (Berlin).

Acta chirurgica scandinavica.

60., Nr. 1 u. 2.

*Sehnenregeneration und Behandlung der Sehnenrupturen, insbesondere im Gebiete der synovialen Scheiden. E. J. Närvi.
*Behandlung der Appendicitis. P. Clairmont und M. Meyer.
Two cases of anterior mediastinotomy for struma intra thorax. Oscar Aleman.
*Tetanie als Ursache von Magenbeschwerden. F. Langenskiöld.
Experiences of some spinal, intradural tumours. E. Landelius.

Sehnenregeneration und Behandlung der Sehnenrupturen, insbesondere im Gebiete der synovialen Scheiden. Nach der Sehnennaht bleiben die Sehnenstümpfe selbst passiv. Das Granulationsgewebe, durch dessen Vermittlung die Heilung zustande kommt, wird vom Peritenonium externum und internum und besonders reichlich von dem die Sehne umgebenden Bindegewebe geliefert. Legt man die Sehnennähte durch die Schnittflächen der Sehnen, so wächst das Granulationsgewebe an den Fäden entlang und wird schließlich zu einem sehnenähnlichen Gebilde zwischen den Stümpfen, während sonst die Stümpfe unvereint bleiben. Es ist deshalb wichtig, die Nähte durch die Schnittflächen der Sehnen zu legen, und sie nicht seitlich zu umgehen. Die Synovia wirkt nicht nachteilig auf den Heilungsprozeß. Die Sehnenscheide ist als Gleitröhre zu schonen. Sie ist für die völlige Wiederherstellung der Funktion unbedingt nötig, da sie außerdem die Sehne in der richtigen Lage erhält. Mit regelmäßigen Uebungen ist rechtzeitig zu beginnen.

Behandlung der Appendicitis. Die Arbeit enthält statistische Angaben über 1594 operativ behandelte Appendicitisfälle mit einer Gesamtmortalität von 3.07%. Bei chronisch veränderten Wurmfortsätzen, die im Intervall operiert wurden, beträgt die Mortalität 0,24%, während sie bei den im akuten Stadium operierten Fällen 4,07% beträgt. Waren die akuten Blinddarmentzündungen ohne Komplikation, so betrug die Mortalität 0,46%. Bestand bereits Perforation, so stieg sie auf 4,07% und bei bestehender Perforationsperitonitis auf 37,04%. Als Hauptkomplikation bei den im akuten Stadium operierten Fällen wurden Verwachsungsbeschwerden beobachtet, die in 0,34% operativ beseitigt werden mußten. Intraabdominelle Abszesse traten in 6,7% auf, Kotfisteln in 1,1%, von denen 0,34% operativ geschlossen werden mußten, während die anderen spontan heilten. Auf Grund der Statistik kommen Verff. zu dem Urteil, daß eine Verbesserung der Mortalitätszahlen nur durch die Frühoperation erreicht werden kann.

Tetanie als Ursache von Magenbeschwerden. Verf. beobachtete sechs Fälle von idiopathischer Tetanie, bei denen das Krankheitsbild durch Magenbeschwerden beherrscht wurde. Bei weiterer Untersuchung seines Patientenmaterials fand Verf. ebenfalls mehrere Kranke mit latenter Tetanie, die ähnliche Beschwerden hatten. In der Mehrzahl der Fälle wurde therapeutisch Kalk mit gutem Erfolge angewandt. Bei unklaren Erkrankungen der Oberbauchgegend und bei zweifelhafter Diagnose soll man nie vergessen, eine genaue Untersuchung auf Tetanie anzustellen.

British medic. Journal.

Nr. 3403. 30. März 1926.

*Ernährung und Krankheit. Mellanby.
*Der Nutzen von bestrahltem Cholestearin in der Rachitisbehandlung. Parsons.
Die Aetiologie der Magen- und Dünndarmgeschwüre. Monsarrat.
Die chirurgische Behandlung des Hängefußes. Ollerenshaw.
Die Behandlung der Amöbenruhr mit Auremetin. Willmore und Martindale.
Zwei Fälle von perforiertem Jegunalgeschwür. Ashcraft.
Akutes Lungenödem bei Herzfehler. Cohen.
Zur Behandlung der eitrigen tuberkulösen Arthritis. O'Connor.
Wurmfortsatz in linksseitigem Leistenbruch. Smith.

Ernährung und Krankheit. Neuere experimentelle Untersuchungen an Tieren haben im Verein mit klinischen Tatsachen gelehrt, daß im allgemeinen die menschliche Ernährung in zwei Punkten fehlerhaft ist: Es mangelt an genügender Zufuhr von solchen Stoffen, die das fettlösliche A-Vitamin reichlich enthalten, und zweitens enthält die Nahrung zuviel Cerealien. Diese mangelhafte Ernährung hemmt vor allem den Kalkansatz in den Knochen und an den Zähnen. Dahingehende Versuche an jungen Hunden und Kindern (über lange Zeiträume fortgeführte an Vitamin A arme oder cerealienreiche Ernährung) machen es gewiß, daß die weitverbreitete Entwicklung von Karies an kindlichen Zähnen vor allem durch die fehlerhafte Ernährung bedingt ist. Diese führt mit Sicherheit zu histologisch nachweisbaren Störungen im Zahnaufbau, welche zur Karies disponieren. Weiterhin läßt sich zeigen, daß eine derart einseitig durchgeführte Ernährung während der Schwangerschaft bei der Nachkommenschaft das rasche Auftreten von schwerer Rachitis begünstigt. So erkranken junge Hunde bei vitaminhaltiger Kost sehr bald an schwerster Rachitis, wenn die Mutter während der Schwangerschaft auf einseitige Kost gesetzt wurde. Der Mangel an Vitamin A haltigen Nahrungsstoffen (Milch, Butter, Eier, Käse) und ein relativer Ueberschuß von Cerealien scheinen auch die Anfälligkeit junger Lebewesen zu erhöhen. So treten unter entsprechenden Bedingungen katarrhalische Prozesse im Respirationstraktus (Bronchopneumonien) bei Hunden viel häufiger auf als bei zweckmäßig ernährten Kontrolltieren. Es liegt nahe, diese letzten Ergebnisse auf die Säuglingsernährung zu übertragen. Es ist zu hoffen, daß mit einer in jeder Hinsicht ausreichenden Ernährung während der letzten Schwangerschaftsmonate nicht nur die Disposition zur Rachitis, sondern auch die Widerstandslosigkeit gegen grippale Infekte beim Neugeborenen beseitigt werden.

Der Nutzen von bestrahltem Cholestearin in der Rachitisbehandlung. Es ist allgemein bekannt, daß manche Nahrungsmittel und pflanzliche Oele durch Bestrahlung mit ultraviolettem Licht die Eigenschaft gewinnen, antirachitisch zu wirken. Der antirachitische Faktor ist im wesentlichen an die Cholestearinfraktion dieser Nahrungsmittel gebunden. Bei einem schwer rachitischem, dreijährigem Kind — das monatelang erfolglos mit der üblichen Therapie behandelt wurde — führte die Gabe von bestrahltem Cholestearin (in Leinsamenöl 3×2—4 g täglich) zur raschen Ausheilung innerhalb von 3 Monaten. Das Cholestearin wurde in einer für eine Woche ausreichenden Dosis mit einer Quecksilberquarzlampe während einer Stunde auf 30 cm Abstand bestrahlt. Nach einer gewissen Zeit verliert das bestrahlte Cholestearin seine antirachitische Wirksamkeit wieder. Ebenso vernichtet zu langes Bestrahlen diese Eigenschaft. Bisher ist noch nicht klargestellt, wie die Entstehung von Vitaminen durch die Phatosynthese verläuft.

Nr. 3404, 27. März 1926.

*Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. 1. Allgemeinbehandlung. Fraser. — 2. Chirurgische Behandlung: Dunhill.
Zur Behandlung der Basedowschen Krankheit mit Arterienligatur. Rogers.
Dentale Sepsis und Septikämie. Brochbank.
*Bestimmte Zahnveränderungen als Sepsisquelle. Rodway.
Dünndarmileus durch Gallensteine. Bennett.
Immunisierung gegen Tuberkulose. Raw.
Schädelfraktur und extraduraler Hämatom mit Liquordruckherabsetzung. Smith.
Akriflavininjektionen bei der Tuberkulose. Johnson.
Paratyphus A in Schottland. Laurie.
Cystische Erweiterung des Ureters und Entfernung eines Uretersteins, von der Vagina aus. Athiss.
Atresia uteri mit Hämatometra. Linton.

Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. Allgemeinbehandlung. Ueber die eigentlichen Ursachen der Basedowschen Krankheit, sei es die primäre Form (diffuse, stark vaskularisierte Struma mit den klassischen Allgemeinsymptomen), sei es die sekundäre Form (klinisches Bild des Basedow bei geringer oder fehlender Schilddrüsenvergrößerung, Auftreten von Intoxikationserscheinungen nach jahrelangem Bestehen eines Kropfes usw.) besteht völlige Unklarheit. Beide Formen verlaufen mit akuten Verschlimmerungen und Remissionen, Pubertät, Schwangerschaft, Puerperium und Menopause sind gefährliche Perioden, in denen eine akute Thyreotoxikose einsetzen kann. Die Tendenz zur Heilung ist beim primären Basedow größer als bei den sekundären, mehr chronischen Formen. Von allen Behandlungsmethoden ist die Bettruhe am wirksamsten für derartige Kranke. Völlige Bettruhe in der ersten Zeit ist notwendig, um die Schwere der Krankheit beurteilen zu können. Bei Tachykardie und nur leicht gesteigertem Grundumsatz braucht die absolute Bettruhe nicht während der ganzen Behandlungsdauer durchgeführt werden. Eingehen auf den Einzelfall (Ausschalten psychischer Beunruhigungen, finanzielle Gesichtspunkte) ist notwendig. Es sind fernerhin alle Infektionsherde des Körpers zu beseitigen (Tonsillen, Nasennebenhöhlen, Zähne usw.), denn die Infektionen fördern oft die Thyreotoxikose und sind für akute Verschlimmerungen verantwortlich zu machen. Eine Verringerung der Intoxikation und eine Abschwächung der Exacerbationen wird durch planmäßige Jodtherapie erzielt. Nach zwei Wochen völliger Bettruhe ohne jegliche Therapie wird mit täglichen Gaben von Jod begonnen (15 Tropfen der 10% Jodtinktur in Milch). Nach wenigen Tagen sinken die Pulsfrequenz und der Grundumsatz und das Körpergewicht steigt. Nach Erreichen der maximalen Wirkung wird die Joddosis auf 10 und dann auf 5 Tropfen herabgesetzt, die dann lange Zeit verabreicht wird. Spezielle Diätvorschriften sind nicht notwendig. Die Ernährung muß vor allem reichlich sein und den gesteigerten Anforderungen der Kranken genügen. Die Indikation zur Operation unter sonst günstigen Bedingungen ist gegeben, wenn eine halbjährliche, interne Behandlung erfolglos bleibt. Schwere Allgemeinvergiftung und Herzsymptome (Reizleitungsstörungen und Herzinsuffizienz mit Oedemen) erfordern natürlich eher ein operatives Eingreifen.

Bei den sekundären Basedowfällen ist die Intoxikation im allgemeinen nicht so groß. Jedoch verschlechtern der chronische Verlauf und das Fehlen einer Neigung zur Spontanheilung die Prognose dieser Formen gegenüber dem eigentlichen Basedow, zumal Herzstörungen eine große Rolle spielen. Von der Jodbehandlung ist nicht viel zu erwarten. Selbst geringe Joddosen können zu beträchtlicher Schädigung führen. In den meisten dieser sekundären Fälle ist die Operation vorzunehmen, die mit den Fortschritten der chirurgischen Technik und der planmäßigen Vorbereitung zur Operation selbst bei hochgradiger Herzinsuffizienz gute Aussichten für den Erfolg bietet (Entfernung des Schilddrüsengewebes bis auf das physiologisch notwendige Minimum im zweizeitigen Verfahren, Lokalanästhesie bei Herzrhythmusstörungen, endotracheale Narkose usw.).

Bestimmte Zahnveränderungen als Sepsisquelle. Drei verschiedene Munderkrankungen können zur septischen Allgemeininfektion führen. Durch Vernachlässigung und geringen Gebrauch kommt es zur massigen Ablagerung von Zahnstein und Zelltrümmern an den Zähnen, die eine Gingivitis entstehen lassen. Die schädliche Wirkung kommt weniger durch Resorption von Giftstoffen auf dem Blutwege, als durch das beständige Verschlucken von pathogenen Keimen mit dem Speichel und der Nahrung zustande. Peinlichste Zahnpflege genügt in der Regel, um diesen wenig schädlichen Zustand zu beseitigen. Als Sepsisquelle kommen vor allem Zähne in Frage, deren Pulpa durch Karies oder durch zahnärztliche Behandlung vernichtet wurde. Es gibt sehr viele Zähne, bei denen eine ausreichende Füllung des Pulpakanals nicht gelingt. In derartigen Zähnen pflanzt sich oft eine Infektion von der nekrotischen Pulpa aus durch das Foramen apicis auf die knöcherne Alveole fort. Es entstehen Knocheneinschmelzungen, deren Grad und Ausdehnung der Zahnfilm zeigt. Die in diesen Entzündungsherden gebildeten Giftstoffe gelangen mit Leichtigkeit durch die reichlich vorhandenen Kapillaren in den Kreislauf. Als dritte Sepsisquelle ist die Alveolarpyorrhoe zu nennen, bei welcher ebenfalls die Resorption von Toxinen eine Rolle spielt.

In Fällen von chronischer Allgemeininfektion, bei denen besonders durch die Röntgenuntersuchung eine dentale Infektion als Sepsisherd angesprochen wird (Knochenzerstörung von toten Zähnen oder von einer Entzündung der periodontischen Membran ausgehend) muß die Frage der Zahnentfernung eingehend erwogen werden. Es ist dem Patienten klarzulegen, daß in vielen Fällen nur eine Abschwächung der bereits lange bestehenden Infektion und keine völlige Heilung erzielt werden kann und daß ein künstlicher Zahnersatz im besten Fall nur eine Nothilfe bedeutet. Prothesen dürfen nur dann getragen werden, wenn die noch verbleibenden Zähne in gesunden Knchen stehen und keine Gingivitis vorhanden ist.

Nr. 3405, 3. April 1926.

* Ueber Endokarditis. Horder.
Ueber Stirnhöhlenerkrankungen. Lodge.
Chronische Beckenschmerzen bei Frauen. Alcock.
* Nichtinfektiöse Arthritis bei Frauen. Cumberbatch und Robinson.
* Ueberblick über Spätresultate der Insulinbehandlung. Thomsen.
Splitterfraktur des Femur, die erst einen Monat später ernstliche Erscheinungen machte. Banham.
Akuter Ulcus ventriculi bei perniziöser Anämie. Pallock.
Chondrosarkom des Zeigefingers. Clifford.

Ueber Endokarditis. Auffällig ist die geringe Zahl der Erkrankungen an Endocarditis und Klappenfehlern im Verlauf der akuten rheumatischen Polyarthritis gegenüber der Erkrankungsziffer vor ca. 50 Jahren. Die Mitralinsuffizienz findet sich viel häufiger bei Männern, die bereits mehrere akute Anfälle von Polyarthritis überstanden haben. Die reine Mitralstenose ist hingegen weit mehr bei Frauen anzutreffen (unter 100 Fällen 76 Mal), in deren Vorgeschichte sehr oft jegliche Erkrankung vor Einsetzen der Herzstörung fehlt.

Nichtinfektiöse Arthritis bei Frauen. Am Anfang oder Ende der Menarche können schwere Gelenkerkrankungen auftreten, deren Ursache ncht in einer Infektion zu suchen ist. Vielmehr entsteht die Arthritis durch mangelhafte Bildung des Ovarialsekretes. Durch Wärmebehandlung der Beckenorgane (Diathermie) sind gute Erfolge zu erzielen.

Ueberblick über Spätresultate der Insulinbehandlung. Von 100 Diabetikern, die zum größten Teil zwei Jahre mit Insulin gespritzt wurden, leben noch 75, davon 65 in ausgezeichnetem Allgemeinzustand. Bei 10 von den 25 Todesfällen spielten der Diabetes oder seine Komplikationen keine Rolle. Von 10 Patienten, die mit vollausgebildetem Koma behandelt wurden, leben noch 15. Im allgemeinen tritt das Koma nicht plötzlich ein, sondern erst nach tagelangen Vorboten (Magen-Darmsymptome mit Leibschmerzen ohne Bauchdeckenspannung, leicht beschleunigte Atmung). Bei Einsetzen derartiger Erscheinungen muß sofort die Insulindosis gesteigert werden, um den Ausbruch der Koma zu verhüten. Es gibt Komafälle, in denen es gelingt, durch die Insulintherapie den Zucker aus dem Urin zum Verschwinden zu bringen und den Blutzuckerspiegel zur Norm zu senken und trotzdem die schwere Bewußtlosigkeit weiterbesteht. In einem solchen Fall bewirkte die intralumbale Injektion von Insulin (5 Einheiten in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung) baldige Besserung. Der Liquor zeigte einen Zuckergehalt von 0,5%. Vermutlich vollzieht sich die Senkung des Zuckerspiegels im Liquor nicht so schnell wie im Blut bei der subkutanen Insulininjektion und das Nervensystem steht noch unter Einwirkung der Acidose, wenn das Blut schon normal ist.

Praktisch ist es ausreichend, die Insulindosis derart zu wählen, daß der Morgenurin zuckerfrei ist. Bei jungen Diabetikern ist der sofortige Gebrauch von Insulin zu empfehlen. Durch die planmäßig fortgeführte Insulinbehandlung im Verein mit diätetischen Maßnahmen konnte in einer Reihe von Fällen die Toleranz erheblich gebessert werden.

Biberfeld.

Nr. 3406, 10. April 1926.

* Ueber Endokarditis. Harder.
Zur Chirurgie des Jegunum. Adams.
Die Einwirkung der Muskelarbeit auf den Insulineffekt beim Diabetes. Lawrence.
Die Kastle-Meyersche Probe für den Blutnachweis. Glaister.
Mißbildung der Speiseröhre. Theron.
Vereiternde gonorrhische Nebenhodenentzündung. Ingram.
Ein ungewöhnlicher Fall von Kohlenoxydvergiftung. Hunter.
Akute hämorrhagische Pankreatitis und epigastrische Hernie. Faisweather.

Ueber Endokarditis. Auffallend ist, daß unter den an Endokarditis lenta Erkrankten sich eine so große Zahl früherer Soldaten befindet, die den Krieg in den vordersten Stellungen durchmachten. Es sind gewöhnlich Individuen, die gewöhnlich gesundheitlich auf voller Höhe standen und niemals vorvorher irgendwie herzkrank waren. Die chronische Endokarditis entwickelt sich schleichend. Nachtschweiße, Frösteln und das gelegentliche Auftreten von Fieber sind Früherscheinungen. Die Krankheitsdauer ist durchschnittlich mit 6—9 Monaten anzunehmen. Subfebrile Temperaturen sind während des Krankheitsablaufes häufig, oft bestehen wochenlang fieberfreie Perioden. Temperatursteigerungen treten gewöhnlich bei Eintritt von Embolien auf. Besonders häufig führen Milzinfarkte mit begleitender Perisplenitis zu höherem Fieber.

Bemerkenswert ist, daß das Herz — trotz der meist nachweisbaren Aorten- oder Mitralfehlers — relativ lange funktionstüchtig bleibt. Im Gegensatz zur rheumatischen Endokarditis kommt es selten zur ausgeprägten Herzinsuffizienz; da das Myocard verschont bleibt.

Als häufigstes Symptom sind die Embolien anzusehen, die jedoch nie zu eitrigen Einschmelzungen in den befallenen Organen führen. Milzinfarkte sind am häufigsten und bedingen bei den vorgeschrittenen Fällen eine erhebliche Milzvergrößerung, die dem leukämischen Milztumor gleichkommen kann. Niereninfarkte verraten sich oft nur durch Schmerzen in der Lendengegend, sowie durch eine passagere Albuminurie. Die Hämaturie ist relativ selten als Zeichen eines Niereninfarktes zu beobachten. Folgenschwerer sind Embolien in das Gehirn (Halbseitenlähmungen durch Erweichungsprozesse oder Hirnblutungen) sowie in die peripheren Gefäße. Diese bedingen selten das Entstehen einer Gangrän. Es kommt viel häufiger zur Ausbildung eines Aneurysma. Erwähnenswert ist das häufige Vorkommen von Trommelschlägelfingern und von Hautblutungen (punktförmig auf dem Nacken und dem Hals anzutreffen).

Es besteht gewöhnlich eine beträchtliche hypochrome Anämie mit Vermehrung oder häufig erheblicher Verminderung der Leukozyten. Charakteristisch ist das milchkaffeefarbene Aussehen. Diagnostisch wichtig ist das häufige Auftreten von eigentümlichen Gelenkbeschwerden. Rasch einsetzende und verschwindende, schwer lokalisierbare heftige Schmerzen in den unveränderten Knie- oder Fußgelenken sind fast in jedem Fall anzutreffen. Diese Arthralgien sind wahrscheinlich auf embolische Prozesse zurückzuführen. Ganz vorübergehend treten auch an den Finger- oder Zehenbeeren unter prickelndem Schmerz kleine Knoten auf, in deren Bereich die Haut stark gerötet ist. In dem geröteten Hautbezirk ist zuweilen zentral ein weißer anämischer Fleck erkennbar; ein Beweis für die embolische Entstehung dieser Hautknötchen durch Verschluß kleinster Hautgefäßästchen.

Der Tod erfolgt gewöhnlich an Herz- oder Niereninsuffizienz und allgemeiner Kachexie, wenn nicht eine Hirnembolie plötzlich das Leben beendet. Auf Heilung ist nicht zu rechnen.

Nr. 3407, 17. April 1926.

Zur Aetiologie der Uterusbehandlung während der Schwangerschaft und der Infarktbildung in der Plazenta. Browne.
* Ueber die Theorie und Praxis der Krebsbehandlung mit Blei. Bell.
Die Körperhaltung als Faktor in Gesundheit und Krankheit. Forrester. Brown.
Die symmetrischen Harnstoffverbindungen und ihre chemotherapeutische Wirksamkeit. Mc Donagh.
Das akute Lungenödem und seine Behandlung. Merrin usw.
Die Dislokation des Acromio-claviculargelenkes. Riddel.
Die Verwandtschaft zwischen Herpes zoster und Windpocken. Wilson und Mitchener-Little.

Ueber die Theorie und Praxis der Krebsbehandlung mit Blei. Als Arbeitshypothese diente die Vorstellung, daß die maligne Neubildung durch Umwandlung der Körperzelle zum Frühembryonaltyp, durch Entdifferenzierung zustande kommt. Das Epithel des Chorions ist das physiologische, maligne Gewebe, dessen agressives Wachstum durch biologische Maßregeln verhindert wird. In morphologischer, chemischer und physiologischer Beziehung ergeben sich viele Berührungspunkte zwischen malignen Tumoren und den Chorionzotten des Embryo. Erinnert sei nur an die Tatsachen, daß Chorionzotten nach Warburgs Untersuchungen genau wie die Neoplasmen die Fähigkeit haben, unter anäroben Bedingungen durch Glykolyse Energie zu gewinnen; eine Eigenschaft, welche dem normalen Körpergewebe fehlt. Die Tatsache, daß das Choriongewebe durch Blei zerstört wird, führte dazu, auch maligne Tumoren einer Bleibehandlung zu unterziehen. Blei bewirkt Koagulationsnekrose des Chorionepithels im Tierversuch und kann — wie die histologischen Untersuchungen an menschlichen Krebsfällen ergaben — „Atrophie von Krebszellen“ und fibrose Abkapselung des nekrotischen Tumorgewebes herbeiführen. In den letzten fünf Jahren wurden 174 Fälle der Bleibehandlung (intravenöse Zufuhr „ausreichender“ individuell verschiedener Dosen) unterzogen. 110 Fälle gingen zugrunde, davon erlagen zwei einer Bleivergiftung, vier starben durch zu rasche Zerstörung und Einschmelzung des Neoplasmas unter der Behandlung. In 23 Fällen läßt sich der Erfolg noch nicht sicher beurteilen. In 10 Fällen kam die Erkrankung völlig zum Stillstand. In weiteren 31 Fällen ist die Erkrankung als ausgeheilt anzusehen. In der Empfindlichkeit der Krebskranken gegenüber den Nebenwirkungen der Bleitherapie bestanden sehr große Unterschiede. Bei größeren Tumoren wurden kaum Symptome der Bleivergiftung beobachtet. Die bisherigen Ergebnisse bieten erfolgreiche Aussichten für die Bekämpfung der Krebskrankheit, insbesondere durch Nachbehandlung operierter Fälle mit Bleizufuhr und Kombination der Bleitherapie mit der Röntgenbestrahlung.

Angaben über das benutzte Präparat werden nicht gemacht. Die Untersuchungen wurden in Liverpool ausgeführt (Universitätsklinik). Biberfeld.

The Lancet.

1, Nr. 11, 13. März 1926.

Experimentelle Epidemiologie. 2. Teil. Topley.
* Behandlung maligner Erkrankung mit Blei. Blair Bell und Mitarbeiter.
Einige neue Untersuchungen über die Funktionen der Milz. Barcroft.
* Toxische Wirkung des Tetrachlorkohlenstoffs bei Behandlung der Ankylostomiasis. Khalil.
Operative Behandlung des Karbunkels. Edmunds.

Behandlung maligner Erkrankungen mit Blei. Im Anschluß an frühere Arbeiten über die Natur der malignen Erkrankung, die sie sozusagen als biologischen Atavismus ansehen, als eine Rückbildung der Zellen zu dem früheren undifferenzierten Chorionzellentypus, und über die Versuche der Behandlung berichten Verf. jetzt über die Resultate in etwa 200 weit vorgeschrittenen Fällen. Nach vielen Versuchen arbeiten sie jetzt mit einer elektrischen Suspension von metallischem Blei, deren Stabilität noch zu wünschen übrig läßt. Sie geben gegenwärtig vier intravenöse Injektionen von 10—20 ccm, d. i. 0,05—0,1 g Blei innerhalb 6 Wochen und regeln die weitere Behandlung nach den Umständen. Von 227 behandelten Personen (75 Männer, 152 Frauen) starben 20 vor Beginn, 50 vor Beendigung, 106 nach Beendigung der Behandlung (davon 2 an akuter Bleinephritis), 4 infolge allzuintensiver Zerstörung der Neubildung durch Blei. Zieht man 23 Fälle zu jungen Datums ab, so bleiben 41 Fälle, in denen 10 mal Stillstand der Krankheit, 31 mal anscheinende Heilung festgestellt wurde. Auf Grund dieser Resultate kommt Verf., der seit Jahren mit einem großen Stab von Mitarbeitern an diesem Problem arbeitet, zu dem optimistischen Schluß, daß seine Ansichten über die Natur der malignen Neubildung Bestätigung fanden, daß alle Arten maligner Tumoren durch Blei günstig beeinflußt werden können.

Die Herstellung eines therapeutisch aktiveren und weniger giftigen Präparats bleibt noch der Zukunft vorbehalten. Chirurgische und Röntgenbehandlung muß die Bleitherapie unterstützen, die einstweilen infolge der schwierigen Technik nur in sehr sachkundigen Händen Gutes leisten kann.

Toxische Wirkung des Tetrachlorkohlenstoffs bei Behandlung der Ankylostomiasis. Reiner Tetrachlorkohlenstoff hat sich in Dosen von 5 ccm für den Erwachsenen als bestes Mittel zur Austreibung der Anchylostoma duodenale erwiesen. Einige Proben der sogenannten reinen Droge, die alle aus derselben erstklassigen Quelle stammten, zeigten bei Versuchstieren und bei Menschen toxische Wirkung. Die Untersuchung ergab, daß diese toxisch wirkende Verunreinigung des Präparats Schwefelverbindungen waren, die bei einer niedrigen Temperatur destillierten, als Tetrachlorkohlenstoff (d. h. unter 76° C.). Dieselben können durch Fraktionierung des letzteren und Fortgießen des ersten Teils des Destillats (etwa 1% der Gesamtmenge) beseitigt werden. Seitdem jede neue Lieferung der Droge durch Tierversuch auf die toxische Wirkung geprüft wird, gelang es in Aegypten in den letzten 2 Jahren etwa 140 000 Personen in dieser Weise ohne irgendwelche nachteiligen Folgen zu behandeln.

1., Nr. 12, 20. März 1926.

Entwicklung der Psychopathologie. Hart.
* Retroversion im frühen Puerperium. Lack.
* Behandlung des Hyperthyreoidismus mit Röntgenstrahlen. Barclay und Fellows.
Diabetes infolge akuter Pankreatitis. Dunn, Vatcher und Woodwark.
Zwei ungewöhnliche Fälle von Cerebrospinalfieber. Janus.
Ein Fall hereditärer Syphilis mit Ueberspringen einer Generation. Sibley.
Ein Fall von Perikardialerguß tuberkulösen Ursprungs. Gracie.

Retroversion im frühen Puerperium. Wahre Retroversionterie kommt nach exakten Untersuchungen an 122 Frauen während der ersten 2 Wochen des Wochenbetts in etwa 5 bis 10% aller Fälle vor, und zwar unabhängig von angeblich prädisponierenden Ursachen, wie etwa der Subinvolution, Erschlaffung der Vagina, Retention des Harns. Sie ist ebenso häufig bei Erst- wie bei Mehrgebärenden, steht in keiner Beziehung zur Schwere der Geburt und dem Verlauf des Wochenbetts. Die Verlagerung kann leicht behoben werden. Gelingt die bimanuelle Anteversion, so wird zweistündige Bauchlage angeordnet. Ist der Uturus am folgenden Tage wieder retrovertiert, so wird nach Antevertierung in Ringpessar eingelegt.

Behandlung des Hyperthyreoidismus mit Röntgenstrahlen. Die Arbeit basiert auf der Beobachtung von 300 mit Röntgenstrahlen behandelten Privatpatienten. Wenn auch streng individualisiert werden muß, so wurde doch im allgemeinen die folgende Technik angewandt: 2 M A, 23 cm Entfernung, 15 bis 18 cm Furchenlänge, 3 mm Al. + 1 Lage Filz, 7—10 Minuten, was einer ⅓ E. D. entspricht. 2 Seitenfelder über die ganze Seite der Drüse und den oberen Teil des Mediastinum. Im ersten Monat zweimal in der Woche ohne Gefahr, dann bei guter Wirkung immer größere Verlängerung der Intervalle. Durchschnittlich 20 Sitzungen über eine Zeit von 1 Jahr oder mehr verteilt. 60—70% der Kranken konnten wiederhergestellt werden, 20—30% erfuhren bedeutende Besserung. Akute toxische Fälle waren selten, sie werden am besten mit Radium behandelt. Von den 3 Todesfällen handelte es sich zweimal um einen akuten, fulminent in kürzester Zeit letal verlaufenden Hyperthyreoidismus, der plötzlich nach wesentlicher Besserung auftrat. Die Methode ist in kompetenten Händen gefahrlos, die Resultate sind von langer Dauer oder gar permanent und den chirurgischen gleichwertig.

1., Nr. 13, 27. März 1926.

Behandlungsgrundsätze für Nervenkrankheiten. Farquar Buzzard.
Experimentelle Epidemiologie. 3. Teil. Fopley.
Ist Diabetes eine heilbare Krankheit? Percival.
Veränderung der Ventrikeltätigkeit mit Stokes-Adams-Anfällen bei vollkommenem Herzblock. Herapath.
Eine neue Incision bei doppelseitiger Inguinalhernie von Kindern. Morrison.
Ein ungewöhnlicher Fall von Pneumothorax. Morgan.

1., Nr. 14, 3. April 1926.

Endokarditis. Horder.
Entwicklung der Psychopathologie. 2. Teil. Hart.
* Die Behandlung des Ileus mit Cholin. Wolf und Canney.
* Die Menge von Scharlachantitoxin im Blute von Scharlachrekonvaleszenten. Henry und Lewis.
Herpes zoster des Auges und verwandte Erkrankungen. Guthrie.

Die Behandlung des Ileus mit Cholin. Bericht über 4 Fälle von Darmlähmung im Anschluß an 2 Hysterektomien, eine Sturzgeburt und einen Kaiserschnitt. Im ersten Falle erfolgte die Cholintherapie zu spät, in den anderen 3 Fällen führte Cholin zu prompter Wiederherstellung der Darmfunktion, nachdem alle anderen Mittel versagt hatten. Der Inhalt einer Ampulle (0,6 g Cholin. hydrochlorium in 6 ccm) wird mit 180 ccm einer sterilinphysiologischen Lösung verdünnt, und diese Quantität intravenös sehr langsam (Dauer wenigstens 17 Minuten) injiziert.

Die Menge von Scharlachantitoxin im Blute von Scharlachrekonvalescenten. Der Untersuchung wurden 20 Scharlachrekonvalescenten zwischen 4 und 14 Jahren und 20 Kinder ohne Scharlachanamnese unterworfen. Als Antitoxineinheit bezeichnen Verf. eine Menge, welche die vollkommene Neutralisierung einer Hautreaktionsdose gibt. Von 20 Scharlachkindern enthielt bei 17 das Serum 50 oder mehr, bei neun 125 oder mehr, bei fünf 250 Antitoxineinheiten. Den entsprechenden Titer erreichten bei der Kontrollgruppe nur 8, bzw. 3, bzw. 0 Kinder. Zur Intrakutanprobe benutzten sie nicht eine Toxindosis, sondern eine Serie von graduierten Lösungen, wodurch sie eine ungefähre Messung des Widerstandsgrades gewannen und die Kinder in 6 Immunitätsgruppen einteilen konnten. Die, welche gegen die kleinste Toxinmenge, d. h. 1 E. positiv reagierten, teilten sie der Gruppe 6, die gegen 16 E. negativ reagierten, also die widerstandsfähigsten, der Gruppe 1 zu. Unter den Scharlachrekonvalescenten überwog die Gruppe 2, unter den andern die Gruppe 1.

1., Nr. 15, 10. April 1926.

Endokarditis. 2. Teil. Horder.
Diabetisches Koma ohne Acetonurie. Oliver.
Studium einiger Symptome beim Nystagmus der Grubenarbeiter. Pooley.
* Eine neue Entwicklung in der Radiumtherapie. Mc Hutchison und Brown.
Akute Magendilatation als Komplikation des künstlichen Pneumothorax. Shore.
Störung des Zentralnervensystems beim epileptischen Anfall. Martin.
Pneumokokkenmeningitis. Synge.

Eine neue Entwicklung in der Radiumtherapie. Gegenwärtig werden nur Radium B und C und die β- und γ-Strahlen dieser Elemente angewandt. Wenn in den Tuben alle Emanation zersetzt ist, so ist nichts von Radium B und C mehr vorhanden, die Tuben werden als wirkungslos betrachtet, aber die Serie der Elemente ist damit nicht beendigt. Die zunächst folgenden Radium D und E senden β- und γ-Strahlen aus, die jedoch weich sind und wenig in die Tiefe dringen, daher als wertlos angesehen werden. Diese Radiumelemente sind jedoch nach Konzentrierung für Oberflächenbehandlung wertvoll, besonders im Hinblick auf die Langlebigkeit der Radium D. Verf. sammelten ein Kilo nutzlose Emanationstuben, auf deren Innenwand Radium D und E einen in starken Säuren löslichen Niederschlag bilden. Sie extrahierten denselben durch 1- bis 2tägiges Kochen der zerbrochenen Tuben mit Königswasser. Nach Abgießen des letzteren Waschen mit Wasser und Verdampfung der Lösung mit konzentrierter Salpetersäure bis zur Trockenheit. Die ziemlich umständliche Methode der Bereitung von Nickel- oder Silberapplikatoren mit der winzigen Menge des aktiven Elements wird geschildert. Die Fixierung geschieht durch verschiedene Fällungs- und Absorptions- oder durch elektrolytische Methoden. Mit dieser Art von Applikatoren erzielten sie sehr gute Resultate bei Lupus erythematodes und bei Naevi. Auch Ekzem und Psoriasis reagieren gut, aber große Bezirke eignen sich wenig für Applikatorenbehandlung. Soweit Radiumbehandlung der Haut in Frage kommt, haben Radium D und E allein die Eigenschaft, daß die ganzen Strahlen von dem behandelten Teil absorbiert werden, die sie nur 3 mm tief ins Gewebe eindringen. Diese Applikatoren behalten ihre Wirksamkeit unverändert viele Jahre; erst in 16 Jahren ist ihre Aktivität um die Hälfte herabgesetzt.

1., Nr. 16, 17. April 1926.

Entwicklung der Psychopathologie. 3. Teil. Hart.
Blutzuckerstudien bei der Encephalitis lethargica. Mc Cowan, Harris und Mann.
Der Dampfthermokauter. Souttar.
Elektrokardiographische Veränderungen bei rheumatischer Herzerkrankung. Bain und Hamilton.
Ein Fall von gekreuzten Nieren. Compton.
Zwei Fälle von Schädigung der Varolsbrücke unter Allgemeinnarkose. Mc Cardie.

Rontal (München).

Revista Española de Medicina y Cirurgia.

9., April 1926.

* Paraplegie beim Pottschen Buckel. M. O. Devesa.
Ueber Organoxydation. A. Artaga.
* Diagnose der kindlichen Taubheit. J. Algina Melis.

Paraplegie beim Pottschen Buckel. Nervöse Störungen der unteren Extremitäten stellen relativ häufige Komplikationen der tuberkulösen Spondylitis dar. Bei 75 Fällen konnte Verf. elfmal Paraplegie beobachten. Dieser hohe Prozentsatz (14,5%) ist teilweise darauf zurückzuführen, daß es sich um Kinder unter 10 Jahren handelte. In diesem Alter verläuft die Erkrankung im allgemeinen schwerer. In 90% war der Sitz in den Brustwirbeln. Die beste Behandlung besteht in Ruhigstellung, die durchschnittlich ein bis zwei Jahre durchgeführt werden muß. Daneben ist Sonnenbehandlung und richtige Ernährung wichtig. 65% der Paraplegien heilten dabei aus. Apparate und Operationen (Albée, Hibbs) sollten erst nach weitgehender Besserung angewandt werden.

Diagnose der kindlichen Taubheit. Bei kleinen Kindern ist die Feststellung der Taubheit oft sehr schwer. Subjektive Angaben und der Reflex des äußeren Gehörganges sind unzuverlässig. Die beste Methode ist die Auslösung des Drehschwindels durch den galvanischen Strom. Man nimmt die Untersuchung am besten mit 2—3 cm breiten Elektroden vor, die vor und oberhalb des tragus beiderseits angelegt werden. Während Erwachsene bei 3—5 M. A. reagieren, sprechen Kinder bereits bei 1 M. A. und noch weniger an. Das Drehen und Neigen des Kopfes ist immer gut zu beobachten, der Nystagmus ist bei 2—3 jährigen Kindern schwer erkennbar. Das Zeichen läßt sich bei Taubstummen nicht oder nur selten und mit kräftigen Strömen auslösen. Bei halbseitig Tauben ist es manchmal schwach positiv, dagegen können geistesschwache Kinder mit gutem Gehör negativ reagieren. Das Verfahren ist also auch nicht absolut sicher, doch stellen die Fehlreaktionen, deren Vorkommen man wissen muß, eine so verschwindende Minderheit dar, daß dadurch der Wert der Methode kaum geringer wird.

Mettenleiter (Erfurt).

Archivio di Ortopedia.

41., Heft 3.

* Die nichttuberkulösen Gelenkentzündungen der Wirbelsäule. Valtancoli.
Ueber zwei Fälle von teilweisem, angeborenem Riesenwuchs. Del Torto.
Beitrag zur Pathologie des Epiphysenknorpels. Anzilotti.
Neubildung eines Daumens nach dessen Abtragung. Rinaldo.
Ueber zwei Beckengeschwülste. Aloi.
Die Pfannenveränderungen bei angeborener Hüftverrenkung. Faldini.
* Neues osteoplastisches Operationsverfahren zur Einstellung des Fußes in Zehenstellung zwecks Ausgleiches hochgradiger Beinverkürzungen. Lussana.

Die nichttuberkulösen Gelenkentzündungen der Wirbelsäule. Nach einer historischen Einführung, die frühere Arbeiten würdigt, betrachtet der Verfasser die pathologisch-anatomischen Befunde, die sich in zwei große Krankheitsgruppen aufteilen lassen. Die erste Gruppe umfaßt Verknöcherungen der Wirbelsäulenbänder (Spondylitis ossificans ligamentosa), die erst in zweiter Linie zur eigentlichen Versteifung der Gelenke führen. Vor allen anderen beteiligen sich die gelben Bänder (Lig. flava) an der Verkalkung. Als zweite, in ihren Ursachen etwas besser erkannte Gruppe bezeichnet Valtancoli die Spondylitis osteoarthritica, wozu er die eigentliche deformierende Wirbelsäulenentzündung auf dem Boden von Rückgratsverbiegungen und den chronischen Rheumatismus der Wirbelgelenke zählt. Zur ersten Abteilung gehört das klinische Bild der Pierre Marie-Strümpellschen Krankheit, das gewöhnlich von Versteifungen der großen Rumpfgelenke vervollständigt wird. Das Leiden bevorzugt junge Erwachsene, namentlich Männer (22 : 1). Die zu Anfang oft erheblichen Schmerzen nehmen mit Zunahme der Versteifung ab. Für gewöhnlich steigt die Erkrankung von unteren Abschnitten kopfwärts. Doch kommen sehr häufig Mischformen vor, so daß das Leiden nicht immer symmetrisch fortschreitet. Die Endzustände zeigen meist eine in rückwärts konvexem Bogen vollständig vermauerte Wirbelsäule. Der Brustkorb ist von vorn nach hinten abgeplattet. Die Rippen bleiben bei der Atmung starr, so daß die Lungenlüftung nur vom Zwerchfell und Bauchmuskulatur aus bedient wird. Die Bechterewsche Krankheit entspricht der ersten pathologisch-anatomischen Gruppe: Schmerzlose, langsam von unten nach oben zunehmende Ankylosierung, deren Verlauf sich oft umkehrt. Eine genaue Trennung der beiden Krankheiten ist nicht möglich. Zur zweiten pathologisch-anatomischen Gruppe darf man die rheumatischen und deformierenden Formen rechnen, die sich auf die Wirbelsäule beschränken. Bis zur Stunde kennen wir kein Heilmittel gegen alle diese Krankheiten. Das Einzige, was wir tun können, ist die Verhütung allzu schwerer Verkrüppelung, indem wir die Ankylosierung im Gipskorsett und in möglichst brauchbarer Stellung erzwingen und beschleunigen.

Neues osteoplastisches Operationsverfahren zur Einstellung des Fußes in Zehenstellung zwecks Ausgleiches hochgradiger Beinverkürzungen. Wladimiroff und Mikulicz haben bekanntlich eine osteoplastische Operation angegeben zur Verlängerung des Fußes in den Fällen, in denen eine Resektion im Hinterfuße oder im oberen Sprunggelenk nötig wird. Die Operation wurde später auch zur praktischen Verlängerung des verkürzten Unterschenkels herangezogen. Lussana schlägt nun vor, die erwünschte Verlängerung zu steigern. Er schafft eine Ankylose zwischen Sprung-, Kahn- und Fersenbein, frischt dann in zweiter Sitzung den hinteren Fersenbeinfortsatz an und klappt ihn an die Resektionsstelle des oberen Sprunggelenkes gegen die Schienbeinfläche, so daß der einheitliche Fußwurzelknochen in die Achse des Unterschenkels zu stehen kommt. Die Verlängerung beträgt 11-12 cm.

42., Heft 1.

* Ueber die primäre Tuberkulose der Kniescheibe. Crainz.
* Die hintere Sperrung des oberen Sprunggelenkes in der Behandlung alter Lähmungen der Peroneusnerven und Die vordere Sperrung des oberen Sprunggelenkes zur Behandlung der schlaffen Lähmung des Fußes. Camera.
Ueber den Wert biologischer und immunisitorischer Reaktionen für die Diagnose der tuberkulösen Kniegelenkserkrankung. Ciaccia.
Beitrag zur Sonnen-Meerluftbehandlung der Pottschen Krankheit. Gaibissi.
Ueber einen unblutig ausgeheilten Fall einer schweren Beckenzertrümmerung. Caccia.
Die subkutane Abtragung der Dornfortsätze am ausgeheilten Gibbus. Mezzari.
Primäres Myxochondrosarkom des Sprungbeins. Giuntini.
Die angeborene Ausrenkung des Speichenköpfchens. Merlini.
Knochenbrüche in der Kindheit. Magrassi.
Ausgebreitete blasenförmige Hautablösung nach unblutiger Gelenksmobilisation. Comisso.

Ueber die primäre Tuberkulose der Kniescheibe. Die ziemlich seltene Krankheit nimmt ihren Sitz im Zentrum der knöchernen Kniescheibe. Ab und zu bricht sie nach hinten durch und eröffnet sich ein breiteres Feld für ihre entzündlichen Wirkungen, indem sie das Gelenk verseucht. Durchbrüche nach vorn führen zu Schleimbeutelentzündungen oder oberflächlichen kalten Abszessen. Meist erkranken Kinder vor dem 16. Altersjahre, solange die Patella noch nicht vollkommen verknöchert ist. Solange der Vorgang auf die Kniescheibe beschränkt bleibt, äußert er sich in leichten Schmerzen, in leichter Beugebehinderung. Der Knochen ist druckempfindlich. Ergüsse im Gelenk stellen sich nur bei dessen beginnender Reizung ein. Die Kniescheibe fühlt sich vergrößert an. Im Röntgenbild erkennt man herdförmige Aufhellung und sichert damit die Diagnose. Bisher begnügte man sich mit einer Abtragung oder Auskratzung der kranken Teile, bis vor einiger

Zeit die Totalresektion der Patella vorgeschlagen und durchgeführt wurde. Die Kniescheibe aus der Knochenhaut herauszuschälen gelingt indessen nur im frühen Kindesalter; später haben sich die Sehnenfasern so innig mit dem Knochen verflochten, daß die Trennung nur künstlich möglich ist. Darum wird die Patella am besten mit den anhaftenden Weichteilen entfernt. Der entstehenden Lücke wird man durch verschiedene Plastiken Herr. Dalla Vedova hatte aus den übrigbleibenden Sehnenteilen und Bändern eine Tasche gebildet, in die er ein dem Schienbein entnommenes Knochenstück als Kniescheibe einpflanzte. Der Erfolg war nach zwei Jahren ausgezeichnet. Das verpflanzte Stück blieb guterhalten. Im Verlaufe der Arbeit erläutert der Verfasser seine Anschauungen über den Wirkungsmechanismus der Kniescheibe. Er hält sie für notwendig als Schutzschild gegen Gelenksverletzungen, als Gleitschiene zur Sicherung des genauen Sehnenverlaufes; sie erhöht durch Verlängerung des wirksamen Hebelarmes die Kraft der Kniestreckmuskeln.

Die hintere Sperrung des oberen Sprunggelenkes in der Behandlung alter Lähmungen der Peronealnerven und Die vordere Sperrung des oberen Sprunggelenkes zur Behandlung der schlaffen Lähmung des Fußes. In den beiden Arbeiten berichtet Camera über einige Operationen, die er nach dem Vorschlage von Putti an gelähmten Füßen mit recht schönen Erfolgen durchführte. Putti sperrte die extremen dorsalen Ausschläge im oberen Sprunggelenk dadurch, daß er einen kräftigen Knochenbolzen aus der Tibia ausmeißelte und ihn als Sperrhaken so in der oberen Fläche des Sprungbeins verankerte, daß er bei der Hebung der Fußspitze gegen die Vorderfläche der Tibia anschlug und die Bewegung zu hemmen imstande war. Putti erfand die Operation, um den vollständig oder fast vollständig gelähmten unteren Gliedmaßen die Stand- und Gebrauchssicherheit wiederzugeben. Bei Sperrung des Fußes in leichter Spitzstellung müssen sich Knie und Hüfte in Ueberstreckung begeben, so daß die Schwerlinie hinter die entsprechenden Hypomochlien verlagert wird. Dadurch werden dann die versteifenden und sichernden Apparate überflüssig. Der Gedanke ist ausgezeichnet und die Ausführung ergab die Richtigkeit der Ueberlegung. Die Beweglichkeit von Hüftund Kniegelenk, sonst durch Apparate oder Arthrodesen eingeschränkt oder ganz aufgehoben, blieb gewahrt. Auch die Bewegungen im oberen Sprunggelenk werden nur soweit gehemmt, daß eine Hackenfußstellung nicht mehr möglich ist, ein weiches und deutliches Abrollen des Fußes aber gewährleistet bleibt. Die Operation kann als schöner Erfolg der immer stärkeren funktionellen Einstellung moderner Orthopädie betrachtet werden.

Den 26 operierten und in der Literatur beschriebenen Fällen — sie stammen alle aus den romanischen Sprachgruppen — entsprechen 24 volle Erfolge und zwei Fehlschläge. Beim einen heilte der Span nicht fest, beim zweiten traten Gehschmerzen auf. Camera berichtet über drei weitere Eingriffe, die aus der umgrenzten Puttischen Indikation heraus vorgenommen wurden und gute Ergebnisse zeitigten. Aus den gegebenen Grundlagen hat Camera die hintere Sperrung des Sprunggelenks durch Einpflanzung eines knöchernen Sperrhebels sich ausgedacht. Er operierte auf diese Weise einen spastischen Spitzfuß, um die Plantarflexion aufzuheben. Nach 1½ Jahren war der Erfolg noch ausgezeichnet. Das überpflanzte Knochenstück hatte sich verstärkt und erfüllte seine Aufgabe vollkommen. Aber auch bei schlaffen Peroneuslähmungen hielt das Verfahren, was Camera von ihm erwartet hatte. Die Technik der Operation ist einfach. Der Span wird der Tibia entnommen.

Debrunner, Zürich.

Rivista Ospedaliera.

15, Nr. 20.

* Ueber einen Fall von Meningitis serosa. P. Fornara.
* Anatomisch-klinischer Beitrag zum Studium der Gefäßveränderungen bei der Endokarditis maligna lenta. C. Manini.

Ueber einen Fall von Meningitis serosa. Die klinische Symptomatologie des mitgeteilten Falles ließ an der Diagnose einer meningealen Erkrankung keinen Zweifel. Atypisch war nur eine Vorzeitigkeit der okularen Symptome. Daß es sich um eine seröse Meningitis handelte, zeigte das Lumbalpunktat. Aetiologisch fand sich weder eine Intoxikation noch eine primäre Infektion. Für die Annahme einer meningealen Form einer Encephalitis sprechen zwei Dinge; 1. eine Glykorachia von 1,05 g, 2. die Tatsache, daß die Erkrankung in den Januar fiel, einem Zeitpunkt, zu welchem Epidemien von Encephalitis auszubrechen pflegen.

Anatomisch-klinischer Beitrag zum Studium der Gefäßveränderungen bei der Endokarditis maligna lenta. Die drei hier beschriebenen Fälle von Endokarditis maligna lenta weisen jeder eine wichtige vasculäre Veränderung auf und zwar handelt es sich um aneurysmatische Bildungen an verschiedenen Punkten des Gefäßbaums.

Im ersten Fall stieß man bei der Autopsie auf ein nußgroßes Aneurysma, das sich aus dem unteren Zweig der A. renalis dextr. entwickelt hatte; bei Lebzeiten war es nicht diagnostiziert worden.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine aneurysmatische Erweiterung der Femoralis dextra in ihrem oberen Drittel, die intra vitam für ein Aneurysma arterio venosum gehalten worden war.

Der dritte Fall liefert ein schönes Beispiel für ein embo-Aneurysma der A. fossae Sylvii sin.

Da alle drei Fälle dem klinischen Material ein und desselben Jahres entstammen, darf man wohl sagen, daß diese embolischen Aneurysmen durchaus nicht zu den Seltenheiten gehören. Man wird umgekehrt gut tun, bei ihrem Auftreten an die Möglichkeit einer Endokarditis maligna lenta zu denken.

15., Nr. 21/22.

Ueber den sogenannten Block des Reticulo-Endothelialapparats. F. Rocchi.

15., Nr. 23/24.

Bemerkungen zur Physiopathologie des Typhus abdominale. U. Dutto.
* Klinische und technische Bemerkungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt. M. Bolattio.
* Organtherapie der Hypogalaktie. M. Flamini.

Untersuchungen über den Stickstoffgehalt des Blutes und die Ambardsche Konstante im Malariaanfall. G. Stirpe.
Wiederbelebung des Herzens durch intrakardiale Adrenalininjektion bei einem Fall von Synkope durch Lungenpunktion. T. Lucherini.
Ein Fall von isolierter Luxation des Wadenbeinköpfchens. U. Bani.

Klinische und technische Bemerkungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Dehnt man die Indikation des extraperitonealen Kaiserschnitts auch auf die nicht ganz reinen Fälle aus, bei denen man den intraperitonealen Schnitt nicht wagen würde, zu machen, so sind die Resultate auch nicht schlechter als bei den anderen Methoden des Kaiserschnitts; indes darf das nicht dazu verleiten, Fälle mit manifester Infektion heranzuziehen. Der extraperitoneale Kaiserschnitt muß gelehrt werden; man wählt für Lernende nichtsuspekte Fälle, bei denen eine Verletzung des Bauchfells bis zu einem gewissen Grade unschädlich bleibt.

Technisch darf man die Operation nicht nur als schön und elegant, sondern auch als wirklich befriedigend für den Operateur bezeichnen.

Organtherapie der Hypogalaktie. Verf. empfiehlt einen Extrakt aus verschiedenen endokrinen Drüsen, den ihm das Therapeutische Institut in Roucher stellte; es wirkt stimulierend auf die Laktation der Frau und ist in seiner Wirkung so dauerhaft, daß man ihn als bestes aller bis heut bekannten, laktagogen Mittel bezeichnen kann.

16., Nr. 2.

* Der syphilitische Diabetes. T. Blefari-Melazzi.

Der syphilitische Diabetes. Die Syphilis kann Diabetes verursachen, doch ist sie weder gewohnheitsmäßig noch häufig die Ursache dieser Erkrankung. Selbst zugegeben, daß die Syphilis häufiger als andere Infektionskrankheiten einen Diabetes auslösen kann, so finden wir doch in der Vorgeschichte von Zuckerkranken ebenso häufig Alkoholismus, Arteriosklerose, Gicht und Fettleibigkeit. Auch dürfen wir nicht, wenn sich in den Antecedentien von Zuckerkranken Syphilis findet, daraus einen unbedingten Schluß auf kausale Beziehungen zwischen den beiden Krankheiten ziehen. Wenn aber ein Diabetiker keine hereditären Beziehungen zu irgend einer konstitutionellen Krankheit aufweist, wenn er in seiner persönlichen Vorgeschichte außer der Syphilis kein anderes Leiden hat, das pathogene Beziehungen zu seinem Diabetes hat, und wenn er in seinen Lebensgewohnheiten auch sonst keine Abweichungen von der Norm darbietet, dann kann man klinisch mit großer Wahrscheinlichkeit einen Kausalnexus zwischen Syphilis und Diabetes annehmen.

Ein positives Wassermann berechtigt noch nicht zu dem Schluß, daß der Diabetes luetischen Ursprungs ist, aber er legt uns die Verpflichtung auf, spezifische Therapie zu treiben.

Das Salvarsan heilt den syphilitischen Diabetes bei rezenten Formen; in anderen Fällen gelingt es nur den Ablauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen. Dort aber, wo ausgedehnte destruktive Veränderungen des Pankreas und anderer Organe, die den Kohlehydratstoffwechsel regulieren, stattgefunden haben, kann von irgendeiner Besserung nicht mehr die Rede sein. Held.

Paris médical.

Nr. 7, 13. Februar 1926.

Ueber das Maltafieber. Cayrel.
Die Psychologie des Gallenkranken. Parturier.
Die sog. Luxeuil-Duschen und die Hydrotherapie im Hotel Dieu. Dausset und Gerard.
Die Schlafkrankheit in den afrikanischen Kolonien. Leger.

Nr. 8, 20. Februar 1926.

Die Respirationskrankheiten 1926. Lerebouillet und Lelong.
* Der Oleothorax. Bezancon und Azoulay.
* Behandlung der Bronchopneumonien. Ribadeau-Dumas und Cathala.
Phrenicotomie bei Lungenkrankheiten. Maurer.
Ultraviolette Strahlen bei der Behandlung des Asthma. Duhem.

Der Oleothorax. Indikationen: die sekundären, purulenten, tuberkulösen Ausschwitzungen beim künstlichen Pneumothorax, der spontane Pyopneumothorax, die primären oder spontanen, purulenten, tuberkulösen Pleuritiden (pleurale, kalte Abszesse), die Mischformen des Pneumothorax. Der Oleothorax soll die Verwachsungen der Pleura verhindern. Seine wichtigste Wirkung ist die mechanische: geringere Resorption als bei Luft, gleichmäßigere und wirksamere Kompression; Verschluß beim Ventilpneumothorax. Dann die antiseptische Wirkung. Endlich die nutritive Wirkung durch Resorption. Er versagt bei nach der Pleura hin offenen Kavernen.

Behandlung der Bronchopneumonien. Die kindlichen Bronchopneumonien treten klinisch, anatomisch und bakteriologisch in den verschiedensten Formen auf; alle Infektionen der Kindheit können sich mit Bronchopneumonie komplizieren und ganz allgemein, der Aufenthalt eines Kindes in einem infizierten Milieu kann sich jederzeit mit Bronchopneumonie komplizieren. Bei den vielen bakteriologischen Möglichkeiten ist das therapeutische Problem schwer zu lösen. Die häufigste Form der Infektion ist die Kontagion durch Erwachsene auch als Zwischenträger.

Bei der Behandlung der asphyktischen Form kommen vier Gesichtspunkte in Betracht. Einmal die tonische, stimulierende Medikation. Hier empfiehlt sich Strychnin, $^{1}/_{10}$ mg des Sulfats mit 1 cg Sparteinsulfat morgens und abends injiziert; auch Aether ist empfehlenswert bis zu vier Injektionen täglich von 1 ccm, tief um Narben zu vermeiden. Dann die ableitende Medikation. Warme Bäder 6 Minuten lang alle 3—4 Stunden, selbst in der Nacht. Bei Debilen Vorsicht: leicht Cyanose und schädliche Erregung; bei weit vorgeschrittenen Fällen mit rapidem Puls leicht schädliche Ermüdung. Ferner feuchte Wickel evtl. mit Senf; auch Senfbäder, aber immer Vorsicht wegen der Haut: Cardiotonische Medikation: bei Cyanose, mit der gleichzeitig oft die Leber schwillt. Hier ist die beste Form Digitalin, das selbst kleinen Kindern in Tropfen gegeben werden kann. Endlich Sauerstoffzufuhr. Entweder durch die Lungen, subkutan oder peritoneal. Subkutan können 150, 200 selbst 300 ccm O in die Bauchhaut injiziert werden. Mehr Erfolg gibt die peritoneale Injektion: rapidere Resorption. Bei den toxiinfektiösen Formen kommen Strychnin, Aetherö, Senfbäder zur Geltung. Oft findet man hier einen geradezu choleriformen Zustand. Hier muß vor allem die Dehydratation bekämpft werden, Ringer, menschliches Serum oder Totalblut. Transfusion ist das beste Mittel, nur ist sie eben nicht überall anzuwenden, weil sie eine rein chirurgische Maßnahme wird beim Kinde. Schließlich ist noch die Vakzinetherapie zu erwähnen.

Nr. 9, 27. Februar 1926.

Die historischen Etappen der Perkussion. Gilbert, Gutmann und Tzank.
Studium des Magenchemismus durch Histamin. Gilbert, Benard und Bouttier.

Nr. 10, 6. März 1926.

Die Syphilis 1926. Milian und Brodier.
Die späterythematösen Syphilide. Hudelo und Rabut.
Polyintoleranzen gegen Antisyphilitika. Gougerot.
Störungen in der antisyphilitischen Therapie. Milian.
Behandlung der tiefen Blennorrhagie der Frau. Janet.
Die marginale exfoliierende Glossitis. Rime.

Nr. 11, 13. März 1926.

* Das mechanische Syndrom der portalen Hypotension. Surmont.
Die falschen Tumoren der Mamma. Schwartz.
Die diabetischen Arteriitiden. Doumer und Patoir.
Wie kann man durch Medikamente Blutungen bei Uteruskrebs aufhalten? Thomas.

Das mechanische Syndrom der portalen Hypotension. Durch Unterbindung der Pfortader und ihrer großen Zweige, klinisch durch eine obliterierende Pfortaderentzündung erreicht man eine totale Hypertension; durch Ligatur des Pylorus unterbindet man die wichtigste Quelle, aus der die Vene schöpft, unterdrückt man die intestinale Absorption: man erhält die akute Hypotension. Sie findet man bei dem unstillbaren Erbrechen der Schwangeren, bei dem Erbrechen nach der Narkose, bei den gastrischen Krisen der Tabes, der Cholerine, bei verschiedenen akuten Enteritiden und Paroxysmen, chronischen Diarrhoen und bei der Dysenterie. Neben dem toxischen Faktor dabei spielt der mechanische eine wesentliche Rolle. Aetiologisch kommt lediglich das Versiegen der Quellen, aus denen die Wurzeln schöpfen, in Frage, rein mechanisch bei der Inanition, beim Hungern der Gefangenen, auch dem freiwilligen der Hysterischen und Irren; indirekt bei schweren chronischen Krankheiten, direkt bei Affektionen des Verdauungsstraks oberhalb der Cardia. Bei den mediogastrischen Stenosen, Ulcus, Cancer, Syphilis ist der Zustand total, bei den Pylorusstenosen je nach dem Sitz subtotal. Die Rolle, die die Läsionen des Duodenum dabei spielen, ist noch nicht ganz klar. Bei allen intestinalen Stenosen gleich wo, besteht eine Hypotension in der Pfortaderzone unter dem Hindernis; aber diese Hypotension ist partiell und tritt spontan wenig in die Erscheinung. Provoziert aber sofort und wird dann meist unterschätzt.

Abgesehen von den toxischen Erscheinungen findet man Hypophleborrhoea suprahepatica, kleines dem verhinderten Blutvolum adaptiertes Herz, kleiner Puls, Hypotension in den Arterien, Vermehrung der Zahl der Herzschläge und arteriellen Pulsationen, Oligurie, manchmal Albuminurie, trockene Haut, Abmagerung. Es handelt sich hier um eine totale Abmagerung im Gegensatz zur portalen Hypertension, wo die Abmagerung unterhalb des Diaphragma maskiert ist, durch das Oedem der unteren Gliedmaßen und Ascites. Die Haut wird zugleich schmutzig, schwammig und welk, auch die Schleimhäute, besonders des Mundes und der Zunge; Speichel und Urin und wahrscheinlich auch die gastrischen Sekretionen vermindern sich. Die Dehydratation ist die Ursache der Abmagerung, d. h. das Fehlen der Absorption im Pfortadersystem; dafür zeigen Colon und Dünndarm eine außerordentliche Avidität was therapeutisch ausgenützt werden kann. Die Leber wird kleiner, wird aber nach einem Tropfklystier mit Glukoselösung wieder größer. Ferner ist der hochgradig, muldenförmig eingesunkene Bauch charakteristisch, leer, ohne Flüssigkeit und Luft. Kann allerdings maskiert sein durch einen in Retention stillstehenden Magen und durch die Wassermatratzen vor dem leeren Dünndarm. Der Tonus fehlt völlig. Die Bauchhaut ist blaß, graugelblich, von Venen durchzogen, kalt, schlapp, aufgehobene Falten verstreichen nur wenig. Bei der portalen Hypertension ist sie glänzend, gespannt, bläulich. Am Anus findet man oft einen Hämorrhoidenkranz.

Die Urinverminderung ist die Regel bei Oesophagus- und Cardiastenosen; bei der Pylorusstenose dagegen findet eine Oligurie am Tage und eine ausgleichende Nykturie, so daß das Gesamtergebnis normal oder sogar etwas mehr ist, durch die horizontale Lage in der Nacht.

Nr. 12, 20. März 1926.

Studien über Natur und Heredität des Krebses. Slye.
Die neuesten Arbeiten über den parasitären Mikrobenursprung des Krebses. Vincent.
* Experimentelle Studien über Sarkom. Carrel.

Experimentelle Studien über Sarkom. Die Versuche zeigen, daß Indol, As und Teer unter gewissen Umständen fusozelluläre Sarkome produzieren, die ein filtrables Virus enthalten, analog dem von Rous. Wenn dieses Virus ein Mikroorganismus wäre, so müßte man annehmen, daß er sich in nicht pathogenen Zustand im normalen Gewebe von Hühnern oder Embryonen fände. Die Hypothese einer exogenen Infektion ist unter den Bedingungen, unter denen die Versuche gemacht wurden, nicht haltbar. Es müßte im Embryo in einer Form oder in einer Konzentration vorliegen, die ihn unfähig machen würden einen Tumor zu produzieren. Erst wenn Embryonalsubstanz und chemische Substanz zusammenkämen, wird das Virus pathogen und produziert einen Tumor. Diese Virus könnte eine Substanz sein analog dem Bakteriophagen von d'Herelle, oder der Twort'schen lytischen Substanz. Er reproduziert sich dann nicht selbst, sondern wird durch die Gewebe produziert. Die fusozellulären Sarkome des Huhns können durch die Wirkung sehr verschiedener chemischer Substanzen auf die Gewebe, sei es daß diese Substanzen durch die Gewebe selbst, durch Parasiten oder Mikroben produziert werden. Warum sind nun diese Tumoren nicht häufiger, wenn sie durch Indol z. B. produziert werden können? Indol oder As allein produzieren aber den Tumor nicht, er entsteht erst wenn mehrere Bedingungen zusammenkommen: eine gewisse Konzentration der chemischen Substanz, ein gewisser Zustand der Zellen und eine gewisse Empfänglichkeit des Organismus.

Nr. 13, 27. März 1926.

* Schübe bei Lungentuberkulose nach chirurgischen Eingriffen. Bezancon und Jacquelin.
Seltene Formen von Extrauterinschwangerschaften. Schwartz.
Technik der Bluttransfusion. Tzank.

Schübe bei Lungentuberkulose nach chirurgischen Eingriffen. Es handelt sich um Schübe bei einer Lungentuberkulose nach Operationen an Organen, die frei von jeder tuberkulösen Affektion sind, um klinisch von jeder aktiven Tuberkulose freie, die lange vorher vielleicht diskrete Zeichen einer Spitzenverdichtung hatten, bei gutem Allgemeinzustand, bei denen dann ganz brutal eine Tuberkulose auftrat. Es handelte sich um Entfernung eines Geschosses aus einem Gliede, eine Salpingitis, Appendicitis, Entfernung eines Granatsplitters vor der zweiten Rippe, akute Appendicitis, eine eingeklemmte Hernie und ein Uterusfibrom. Fall I und III befanden sich vor der Operation wohl, Aetheranästhesie; kurz nachher Fieber und Hämoptysie; Fall II: Chloroform, rapide Bronchopneumonie; Fall IV: akuter Schub nach 2 Eingriffen, Aether und Chloroform; ebenso bei Fall V: Aether; bei Fall VI nach 4 Tagen Hämoptysie; bei Fall VII nach 14 Tagen Miliartuberkulose. B. nimmt an, daß Chloroform und Aether häufig und intensiv die allergischen Reaktionen modifizieren, was bei der Rachianästhesie nicht der Fall sein soll. Das Chloroform wirkt außer auf die Leber auch auf die Blutdrüsen toxisch ein, bes. die Nebennieren. Beim Aether mag die lokale kongestionierende Wirkung eine Rolle spielen. Auch die Reflexkongestionen in der Lunge bei Operationen am Intestinum. Dadurch Wiederaufflackern alter Herd- und Bazillendisseminationen.

Nr. 15, 10. April 1926.

Behandlung des Diabetes durch Insulin. Rathery.
* Rhythmus der Diurese. Porak. — Beitrag zur Frühdiagnose der Tabes. Hoditch.
* Gesichtsneuralgien dentalen Ursprungs. Dufougere.

Rhythmus der Diurese. Porak beschränkt sich bei der Untersuchung der Diurese nicht auf Stunden sondern auf Jahre. Er läßt den Versuchsmenschen essen und trinken, was und wann er will, läßt ihn aber genau die Stunde seiner spontanen Miktion notieren. Ebenso das Quantum; teilt dann dieses durch die Zahl der Minuten zwischen 2 Miktionen und erhält so das Urinvolum für 1 Minute. Dies gibt dann bestimmte Kurven. Nämlich den Typ A: Anstieg beim Erwachen, Gipfel zwischen 12 und 2 Uhr, abfallende Kurve nachmittags bis zum Ende des Schlafes. Diese Kurve entspricht der der rektalen Temperatur. Nicht so übereinstimmend sind die respiratorischen und kardialen Kurven. Der Typ B bietet 3 in ihrer Höhe abnehmende Gipfel, morgens, mittags und abends. Am häufigsten findet man aber abends eine Polyurie; hier geht eine Phase der Schlaflosigkeit und Erregung dem Schlafe voraus; während des Schlafes sehr langsame Senkung der Kurve und während des Morgens selbst bei reichlicher Getränkeaufnahme senkt sich die Kurve. Oder es erfolgt beim Erwachen eine reichliche Ausscheidung. Dem Stadium der Entwässerung der Gewebe folgt das einer Entwässerung. Man kann daraus auf einen konstanten kausalen Zusammenhang zwischen der Thermogenese und der Hydrodynamik des Körpers schließen. Dabei spielt das Nervensystem je nach der Konstitution und der Funktionstüchtigkeit eine Rolle, ferner die Adaptationsfähigkeit des Organismus, dann der Moment des Einschlafens und Aufwachens, bes. der Shock des Erwachens. Dann die Rolle der Flüssigkeiten. In den Stunden nach einer reichlichen Mahlzeit vermehren die Getränke die Diurese nicht: die Flüssigkeiten sind alle in der Leber und in den Geweben festgelegt. Wenn sie sich in den Geweben anhäufen, senkt sich die Diurese. Die Gewebe werden rhythmisch be- und entwässert, und zwar ist dieser Gewebszyklus umgekehrt wie der Diuresezyklus. Das Nervensystem spielt eine überwiegende Rolle bei der Mobilisierung der durch den Gewebsrhythmus freigegebenen Flüssigkeiten.

Gesichtsneuralgien dentalen Ursprungs. Abgesehen von den Erkältungsneuralgien des Facialis von den syphilitischen oder rheumatischen Ursprungs sind die dentalen Ursprungs zu beachten. In diesen Fällen bringt röntgen Klarheit über die vielfältigen Ursachen.

Nr. 16, 17. April 1926.

* Mikrobenenteropathien und Thermaltherapie. Sanarelli.
Klimakuren bei Tuberkulösen. Bernard.
Katalytische Wirkung des Schwefels. Flurin.
Cannes. Bufnoir und Gimbert.
Vichy und Diabetes. Monod.
Mineralwasserbehandlung der Hypertension. Cottet.

Mikrobenenteropathien und Thermaltherapie. Welchen Weg auch gewisse Mikroben in dem Organismus nehmen, sie haben Enterotropismus, d. h. sie erreichen auf dem Wege der allgemeinen Zirkulation die Darmwand. Dort auf der Darmwand vermehren sie sich, dort produzieren sie ihre Gifte. Nun hat die Darmwand außer ihren resorbierenden Eigenschaften noch die Abfälle der Nahrung, toxische Produkte und zahlreiche Bakterien abzusondern, die durch die äußeren Schleimhäute in den Organismus eingedrungen sind. Bei Störungen ändert sich nun die Zusammensetzung der Kolloide der Wandungen, der Schleimhaut und der Lymphe; es findet eine Veränderung der Ionen, des elektrischen Verhaltens statt. Entsprechend den Kolloiden zeigen auch die Bakterien ein gewisses elektrisches Verhalten, das sogar einem Einteilungsprinzip zugrunde gelegt werden kann, das sich aber auch biologisch auswirkt. Wenn Mikroben von hinten her aus der allgemeinen Zirkulation die Darmwand erreichen, so werden sie, wenn sie die gleiche Elektrizität haben, ausgestoßen von der Schleimhaut; bei verschiedener Elektrizität werden sie angezogen und bilden dort kolloidale Komplexe. Aehnlich ist es mit Choleravibrionen, die man einem Merschweinchen ins Peritoneum spritzt: sie verschwinden sofort, nicht weil sie aufgelöst werden, sondern weil sie von den serösen Membranen, die entgegengesetzt elektrisch sind, angezogen werden. Viele Störungen des Darmkanals sind nun auf diesen Mikrobismus der Darmwand zurückzuführen, ganz besonders auf den Appendix, bei dem ein permanenter pathologischer Zustand durch Mikroben, die aus der allgemeinen Zirkulation kommen, die Regel ist, ein normaler Zustand die Ausnahme. Der Appendix ist direkt ein Ausscheidungsorgan für Bakterien aus der allgemeinen Zirkulation, und zwar beginnt seine Arbeit viel früher als die der anderen Ausscheidungsorgane. Dasselbe gilt für die Mandeln. So entstehen die Appendicitiden nach Mandelentzündungen, nach Grippe. Und ein bekanntes Prophylaktikum gegen die Appendicitiden sind periodische Purgationen. Nun handelt es sich bei den Mikrobenenteropathien keineswegs bloß um den Bakteriengehalt des Darms, sondern besonders um die in der Submucosa und in den intestinalen Lymphgebilden eingenisteten Bakterien; erstere sind Kolloidkomplexe und toxämische Herde. Nun kann der Organismus aus eigener Kraft die notwendigen elektrischen Verhältnisse, die oben besprochen, nicht immer herstellen. Und da helfen die salinischen Purgantien, die natürlichen Mineralwässer, die, wenn sie mit der Darmschleimhaut in Berührung kommen, die oben beschriebenen elektrischen Wirkungen durch ihre Ionen hervorbringen. Die Darmschleimhaut und die anderen Gewebe sind hier als kolloide Substanzen zu betrachten und wirken so, und die Wirkung der Wässer ist keineswegs rein mechanisch. Mit Hilfe der Hydrophilie der kolloidalen Gewebe des Darms kommt es zu einem manchmal ziemlich starken Strom im Darm, der den aufgenommenen Salzen keineswges quantitativ entspricht und diese Strombildung dauert bis zur völligen Elimination des sauren oder alkalischen Elektrolyts, und zwar in Wirklichkeit nur kurz. Durch die Wiederherstellung des physiologischen elektrischen Verhältnisses werden die Bakterien aus den Geweben ausgetrieben. Nun ist je nach dem Wasser die Mischung der Elektrolyten verschieden, ebenso die kolloidalen Gewebsverhältnisse und die dadurch bedingten hydrolytischen Kombinationen. Deshalb die verschiedene Wirkung der verschiedenen Wässer; deshalb die Wirkungslosigkeit einfacher Salzlösungen, weil sie nur einer einzigen kolloidalen Gewebskombination entsprechen.

Nr. 17, 24. April 1926.

Antrittsvorlesung über experimentelle und vergleichende Pathologie. Rathery.
* Präprandiale Peptontherapie gegen Strophulus. Pasteur, Vallery-Radot und Blamoutier.
Subkutane Injektionen gegen Keuchhusten. Boeldieu.

Präprandiale Peptontherapie gegen Strophulus. Strophulus ist analog Urticaria eine Manifestation digestiver Anaphylaxie. Die Behandlung mit Pepton setzt um Erfolg zu geben eine Diätregelung voraus. Deshalb kommt die Behandlung auch nur für Kinder über 1 Jahr in Betracht. In diesem Alter 4 Mahlzeiten, um 8, 12, 4 und 8 Uhr. Nach 2½ Jahren 3 Mahlzeiten, um 8, 1 und 7 Uhr. Zwischen diesen Mahlzeiten nichts; Eier, Brot, Fett usw. ist in der ersten Zeit zu untersagen. Wichtig ist für den Erfolg, daß man das Pepton genau eine Stunde vor der Mahlzeit gibt. Ja nicht später. Und zwar vor jeder Mahlzeit 10 Tage lang und dann 5 Tage Pause. Monatelang; später kann man die Pausen verlängern, 15 Tage auf 20 Peptontage. 1 Monat nach völligem Verschwinden kann man mit dem Pepton aufhören. Man muß aber auch dann noch die schädlichen Nahrungsmittel aussetzen und dahin gehört das Ei vor allem. Man gibt 0,5 Pepton vom Fleisch oder Fisch mit Extrakten von E. und Milch in der Form der Granula, jedes Mal 1 Kaffelöffel 1 Stunde vor dem Essen. Keine Laxantien oder Darmantiseptica; symptomatisch lediglich um den Pruritus zu beruhigen Mentholsalben oder Essigwaschungen. v. Schnitzer.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 18, 3. März 1926.

Die Tuberkulose des Mittellappens. E. Sergent und P. Oury.
Latente Syphilis und Schwangerschaft. E. Bentin.
An Paraguay. Ch. André.

Nr. 19, 6. März 1926.

Erste Vorlesung über Physiologie. G. H. Roger.
Total-Hypersthenie; Vergleichsstudie über Morphologie, Motilität, Evacuation und Chemismus des Magens. P. le Noir und K. Sarles.
Augenerkrankungen sinusalen Ursprungs. K. Clément.

Nr. 20, 10. März 1926.

Ueber den suprasymphysären transperitonealen Kaiserschnitt. A. Brindeau.
Die syphilitischen nicht progressiven Zustände von Demenz. L. Marchand, H. Abély und E. Bauer.
* Beitrag zum Studium der Galvano-Kauterisation bei Tuberkulose des Larynx. L. de Reynier.
Eine therapeutische Revolution in der Behandlung der Schlafkrankheit. S. Abbatucci.

Beitrag zum Studium der Galvano-Kauterisation bei Tuberkulose des Larynx. Die überraschend schnelle Heilung tuberkulöser Larynxprozesse durch den Galvano-Kauter erklärt Verf. damit, daß das Instrument im Inneren der Zellen einen Mechanismus lokaler Immunisierung hervorruft, der eine energische zelluläre Abwehr bewirkt. Das Resultat ist ein Verschwinden aller Entzündungserscheinungen durch die schnelle Elimination des ulcerierten und nekrotischen Gewebes und durch die Produktion von Narbengewebe. Dieselbe rasche und kräftige Wirkung zeigt sich auch bei syphilitischen gummösen Kehlkopfprozessen.

Nr. 21, 13. März 1926.

Ueber die Störungen der Motilität und des Muskeltonus bei Zuständen von Parkinsonismus. R. Cruchet.
* Die gereinigten antidiphtherischen und antitetanischen Sera und die Prophylaxe der Serumschockwirkungen. G. Ramon.
* Bakteriologische Studie der sekundären infektiösen Endokarditis lenta durch Streptokokken: Therapeutischer Versuch. G. Marchal und A. Jaubert.

Die gereinigten antidiphtherischen und antitetanischen Sera und die Prophylaxe der Serumschockwirkungen. Die zuerst im Institut Pasteur angewandten gereinigten Sera beginnen mehr und mehr die üblichen nicht modifizierten antitoxischen Sera zu ersetzen. Sie besitzen dieselben spezifischen therapeutischen Eigenschaften wie diese und bewähren sich besonders hinsichtlich der Prophylaxe gegen Serumunfälle.

Bakteriologische Studie der sekundären infektiösen Endokarditis lenta durch Streptokokken: Therapeutischer Versuch. Die von Verff. angewandte Immuno-Transfusion hat sich als erfolgreich bei Streptokokken-Endokarditis erwiesen. Das Prinzip besteht darin, daß einem gesunden Subjekt massive Vakzinedosen des durch Hämokultur isolierten Virus injiziert werden, oder im Notfall beliebige Streptokokken, die von einer Endokarditis gewonnen werden. Wenn sich nach etwa zwölf Tagen die Immunisation beim gesunden Subjekt vollzogen hat, so kann man das Serum gewinnen und dem Kranken vorsichtig in steigenden Dosen intravenös injizieren. Noch einfacher kann man das gesamte Blut injizieren, wenn man vorher sorgfältig die Blutgruppenreaktionen bestimmt hat. Die Schwierigkeit besteht darin, ein geeignetes Subjekt zu finden, ferner in der langen Zeitspanne, die zur Immunisation nötig ist, dennoch ist es ein biologischer Weg, der dank seiner Spezifität Erfolg verspricht. Haber.

Revue neurologique.

33., Nr. 3, März 1926.

Anatomisch-experimentelle Untersuchungen über den Pedunculus cerebri und seine subthalmischen Verbindungen. F. d'Hollander und T. Rubbens.

* Undurchsichtige Wirbel und verdichtende koxale und vertebro-koxale Osteitis. Sicard, Haguenau und Litchwitz.
* Die genito-sklerodermale Degeneration. S. Bau-Prussak.

Undurchsichtige Wirbel und verdichtende koxale und vertebro-koxale Osteitis. Kalkstoffwechselstörungen (Mangel an Kalk oder Ueberschuß davon) machen häufig nicht an der Wirbelsäule halt, sondern zeigen sich auch in der Nachbarschaft, z. B. am Hüftknochen, und erzeugen dort verdichtende vertebro-koxale Osteitiden. Bei Karzinommetastase in der Wirbelsäule, bei Osteomalacie und Wirbelsäulenfraktur findet man Dekalzifikation oder Osteoporose, es kann aber auch Ueberkalzifikation bestehen. Der „undurchsichtige Wirbel" (Elfenbeinwirbel von Souques) kommt gleichfalls bei Wirbelkrebsmetastase vor, doch auch bei Wirbelsäulenverletzung. Solche Patienten klagen nach dem Unfall über Schmerzen in Lendengegend und Gesäß, die zuweilen nachts zunehmen, doch auch beim Gehen und bei körperlicher Ermüdung, und einen gewissen Grad von Hinken verursachen. Reflexe normal, desgleichen Blasenfunktion; nur geringe Muskelatrophie. Prognose günstig, Pathogenese unklar.

Die genito-sklerodermale Degeneration. Die Sklerodermie kann auf einer Dysfunktion aller endokrinen Drüsen (nicht nur der Ovarien) beruhen. Verf. veröffentlich zwei Fälle von genito-sklerodermaler Degeneration: Insuffizienz der Ovarien, Eunuchoidismus, Sklerodermie. Der zweite Fall zeigte auch Störungen seitens der Schilddrüse (Exophthalmus, Abmagerung) und seitens der Nebenschilddrüsen (Chvosteksches Zeichen, Katarakt) sowie schwere psychische Störungen, die gleichzeitig mit den somatischen auftraten, denselben vielleicht etwas vorangingen. In beiden Fällen war eine infektiöse Ursache (Tuberkulose usw.) nicht zu eruieren, hingegen spielte ein psychischer Schock eine gewisse ätiologische Rolle. Auffällig ist, daß die genito-sklerodermale Degeneration bisher fast ausschließlich bei Frauen beobachtet worden ist; eine einzige Beobachtung (von Fox-Howard) betraf einen Mann.

33., Nr. 4, April 1926.

* Die Hirnstörungen im Verlauf der Verletzungen des Halssympathikus. Vincenzo Néri.
* 7 Fälle einer besonderen familiären Erkrankung: Gehstörungen, „pied bot" und allgemeine Sehnenareflexie, leichte Ungeschicklichkeit der Hände. Gustave Roussy und Gabrielle Lévy.
* 2 Fälle von pigmentiertem Tumor des Rückenmarks. Nils Ringertz.

Die Hirnstörungen im Verlauf der Verletzungen des Halssympathikus. Beobachtungen an neun Individuen mit Verletzungen des Halssympathikus. Nach dem Trauma zuweilen starke Kommotionserscheinungen und Erregung (besonders bei Läsion des Ganglion cervicale supremum), ferner intensiver Kopfschmerz (gewöhnlich an der Seite der Verletzung), Reizungserscheinungen seitens des Auges und Labyrinths (Lichtempfindungen, Schwindel, Ohrensausen), bei einigen Kranken epileptiforme Anfälle, neurasthenisches Syndrom (physische und psychische Asthenie). All' diese Störungen beruhen auf einer durch die Sympathikusläsion gesetzten Hyperämie der Hirnsubstanz. So werden auch die Retinalgefäße kongestioniert befunden. Die Verletzung des Ganglion cervicale supremum bedingt die schwersten zerebralen Störungen. Temperaturmessungen ergeben eine „Dysthermie" nach Halssympathikusverletzung. Die Prognose ist zweifelhaft; es kommen progressive Besserungen, Stationärbleiben und Verschlimmerungen vor. Der Sympathikusverletzte hat — ebenso wie der Hirnverletzte, dem er im ganzen ähnelt — seine „zerebrale Jungfernschaft" verloren. Neben dem Hornerschen Symptomenkomplex sind eine Reihe von sensorischen und zerebralen Störungen als Folge der Halssympathikusverletzung zu beachten.

7 Fälle einer besonderen familiären Erkrankung: Gehstörungen, „pied bot" und allgemeine Sehnenareflexie, leichte Ungeschicklichkeit der Hände. Mitteilung der 7 Krankengeschichten aus derselben Familie (4 Generationen). Es handelt sich nach Verf. um eine besondere Krankheit, gekennzeichnet durch Störungen des Gehens und Stehens, Friedreichschen Fuß, allgemeines Fehlen der Sehnenreflexe und — zuweilen — leichte Ungeschicklichkeit der Hände. Das Fehlen von Sektionsbefunden läßt eine pathologische Anatomie des Leidens vermissen, doch gestatten die klinischen Erscheinungen, diese Form familiärer Erkrankung von den bisher beschriebenen zu isolieren (? Ref.). Eine atypische Form der Friedreichschen Krankheit bilden die Störungen nicht, zumal Sprachstörungen, Nystagmus, Skoliose fehlen und Kleinhirnsymptome nur schwach ausgeprägt sind (trotzdem möchte Ref. die Fälle zur Friedreichschen Krankheit rechnen); auch Intermediärformen zur Friedreichschen Krankheit oder anderen familiären Leiden sind abzulehnen. Anscheinend handle es sich um einen ganz individuellen klinischen Typ, eine neue Krankheit (? Ref.).

2 Fälle von pigmentiertem Tumor des Rückenmarks. Fall 1: Primäres medulläres Melanom. Fall 2: Primäres pigmentiertes medulläres Sarkom.

Kurt Mendel (Berlin).

Revue d'orthopédie.

33., Heft 1, Januar 1926.

* Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Osteochondritis coxae. Betrachtungen über einen Fall. Delchef.
Doppelseitige Coxa plana, entstanden auf der Grundlage normaler Hüften. Ingelgras.
* Die Patella bipartita. L'Heureux und Riche.
Angeborene Mißbildungen der Gliedmaßen. Transversale der Hand. Bergeret.
Traumatische „Aushülsung" des Mondbeins nach vorn. Oudard.
Sehnenverpflanzung zur Belebung der Wadenbeinmuskeln. Berutsen.
Galvanoplastische Kupferlegierungen im Apparatebau. Pontet.

Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Osteochondritis coxae. Im Gegensatz zu Calvé erklärt Delchef, daß sein pathologisch-anatomisch genau untersuchter Fall sicherlich keine Anzeichen einer angeborenen Subluxation aufzuweisen hatte. Er lehnt daher die Erklärung der Krankheit als Folge angeborener Entwicklungsstörungen im Pfannengebiet energisch ab.

Die Patella bipartita. Die Patella bipartita ist eine doppelseitig auftretende Störungsfolge der knöchernen Entwicklung, die dadurch ausgezeichnet ist, daß die Kniescheibe in zwei nur knorpelig verbundene, ungleich große Stücke aufgeteilt wird. Bei schnellwachsenden Menschen entstehen manchmal Schmerzen im Bereich der Patella, die nach Traumen sogar von Schwellungen und Fieberanfällen begleitet sein können. Beim Erwachsenen macht die Störung keine Erscheinungen, es sei denn, daß sie Anlaß zu Zerreißungen gibt. Man muß sie indessen kennen, um sie nicht mit Verletzungsfolgen irgendwelcher Art zu verwechseln. Was die Diagnose anbetrifft, so ist sie nur im Röntgenbild beim Vergleiche beider Seiten zu stellen. Jedenfalls sollte man bei eigenartigen Gelenkergüssen jugendlicher Individuen an die Möglichkeit einer Patella bipartita denken, ehe man die Behandlung auf Tuberkulose einstellt. In derartigen Fällen handelt es sich dann meist um Vorgänge, wie wir sie von andern entzündlichen Erscheinungen an wachsenden Apophysen kennen. Die Ruhiglagerung des Beines genügt zur sicheren Ausheilung. Die Prognose ist immer günstig zu stellen.

Debrunner, Zürich.

Bulletin de la soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 3, März 1926.

* Hereditäre Syphilis und allgemeine Paralyse beim Kinde. Marie.
* Mit Malariablut behandelte und im Stadium der Remission befindliche Paralytiker. Marie.
Erythematosquamöse Trichophytia barbae. Rabut und Dumet.
Granuloma annulare der Hand. Rabut und Cailliau.
Weiche Schanker des Handrückens und des Anus bei einem alten Syphilitiker mit proliferierender Entzündung des Rectums. Hudelo und Kaplan.
Lichen sclerosus atrophicans, gemeinsam mit Narben unbestimmter Natur. Hudelo, Cailliau und Courtin.
Traumatisches ulcerogummöses Syphilid. Milian und Lotte.
Kongenitale Hyperkeratose mit Haarlosigkeit. Milian und Dreyfus-Sée.

Ausgedehnter Lupus erythematosus der Mundschleimhaut. Lortat Jakob und Legrain.
Ueber einen Fall von Mykosis fungoides. Louste, Cailliau und Ducourtioux.
Ulceröse Tuberkulose, geheilt durch Ultraviolettbestrahlung. Louste, Thibaut und Marin.
* Oelgeschwülste oder fibröse Knötchen nach Kampferölinjektionen. Louste, Thibaut und Cailliau.
Dermatitis lichenoides und Purpura innominata. Gougerot und Fatou.
Glänzende Parakeratose. Gougerot.
* Lichen planus. Mißerfolg der Röntgentherapie. Gougerot und Filiou.
Hodgkinsches Syndrom mit Meningealreaktion, Lymphocytose, positiver kolloidaler Benzoereaktion und teilweise positiver Wa. im Liquor. Hufnagel und Jonesco.
Ein Fall von hypertrophischer papillomatöser nicht ulceröser Tuberkulose der Zunge. Jeanselme und Burnier.
Abgekürzte direkte Flokulationsmethode. Rubinstein und Suarez.
Das Reduktionsvermögen der Staphylokokken, ein prognostisches Mittel bei Pyodermien und zur Auswahl der Stock-Vakzins. Jausion und Lesbre.
Cholesterinämie und Glykämie bei Yanthom. Versuch einer Insulinbehandlung. Flandin, Ducourtioux und Pechery.
Serologische Syphilis d'emblée nach präventivgegebenem Stovarsol. Audry.

Hereditäre Syphilis und allgemeine Paralyse beim Kinde. Vorstellung zweier Fälle. Der erste hat einen paralytischen Vater, er selbst ist erst als Erwachsener paralytisch geworden. Der zweite dagegen erkrankte an Paralyse bereits im Alter von 13 Jahren und ist jetzt 18 Jahre alt. Seine Mutter starb vor 18 Jahren an Perimeningo-Encephalitis. Diese Fälle sind häufiger, als man denkt. Zum Beweise gibt der Autor eine Literaturzusammenstellung über neurotrope Lues von Eltern und Kindern und eine zweite Literatur über Neurosyphilis bei Ehegatten. Der Autor erinnert an seine mit Levaditi gemeinsam unternommenen Untersuchungen über das neurotrope Virus.

Mit Malariablut behandelte und im Stadium der Remission befindliche Paralytiker. Der Autor stellt 6 Fälle vor, die bereits interniert gewesen waren und die er seit über einem Jahre mit Malaria- und danach mit spezifischer Therapie sehr günstig beeinflußt hat. Zur Verwendung kamen außer Wismut die Arsenpräparate, worunter Stovarsol und Tryparsamid. Von den 200 Behandelten zeigen die 6 Vorgestellten eine besonders deutliche, an Genesung grenzende Remission. Alle verdienen ihren Lebensunterhalt, sind sozial und familiär wieder auf der Höhe, nachdem sie bereits alle biologischen, klinischen, klassischen Anzeichen geistigen Verfalls, Größenideen usw. dargeboten hatten. Es besteht Krankheitseinsicht.

Gegen die Rückkehr von Paralytikern ins soziale Leben sind gewisse Einwendungen erhoben worden. Man hat gemeint, daß diese Individuen im Falle eines Rezidivs schweres Unheil anrichten können (Lokomotivführer z. B.). Dieselbe Gefahr besteht aber, wenn es sich um noch nicht diagnostizierte Paralyse handelt, daher erklärt der Autor die Einwände für unlogisch, spricht sich aber für besondere Vorsichtsmaßregeln gegenüber den gebesserten Paralytikern aus, wenn sie wieder ihre Beschäftigung aufnehmen. Es folgt eine Erörterung über die verschiedenen Theorien der Wirkungsweise der Malariabehandlung: Wirkt das Fieber? oder die durch Hyperleukozytose vermehrten phagozytotischen Vorgänge? Alexine und Bakteriolysine? Besteht ein direkter Antagonismus zwischen Plasmodium und Spirochäte? Tritt eine direkte Wirkung auf die Nervensubstanz oder die kranken Gefäße ein? Das Fieber allein hat schon eine unzweifelhafte Wirkung auf die Spirochäten, die aber nur dann eine entscheidende ist, wenn es gleichzeitig zur Leukozytose kommt. Jeder Faktor für sich allein reicht aber nicht aus.

Alsdann werden die in den verschiedenen Ländern angegebenen Remissionsprozentzahlen mitgeteilt. In den deutschsprechenden Ländern, ferner in Belgien, Dänemark, Holland gibt man 50% an, in England rechnet man 40%, in Italien, Rumänien, Südamerika und Frankreich etwa 30-35%. Vorschlag: auch die Rekurrenstherapie zu versuchen, ferner Syphilitiker ohne Geistesstörung überhaupt und ohne Paralyse insbesondere, aber auch Irre, die weder paralytisch noch syphilitisch sind, der Fiebertherapie zu unterziehen (z. B. Encephalitis lethargica, Dementia präcox, Epilepsie usw.). — Diskussion: Simon geht wieder auf das neurotrope Virus ein, an das er nicht glaubt, weil diese Kranken und ihre Nachkommen durchaus nicht allein an nervösen Erkrankungen leiden. Sézary hält nicht viel von der konjugalen Neurosyphilis; die in der Literatur bekannten Fälle erklärten sich genügend durch die Häufigkeit der Neurosyphilis überhaupt, also Zufall. Was die Erfolge der Malariatherapie betrifft, so möchte er sie nicht auf das Fieber zurückführen, denn mit Injektionen von Stovarsol, die fieberlos verlaufen, erzielte er dieselben guten Erfolge. Daher glaubt er an eine Immunitätsreaktion, die das fünfwertige Arsen durch Wirkung auf das hämatopoëtische System ausübt und die auch die Malariatherapie hervorzubringen scheint. Arsenobenzole und Wismut gaben bei der p. P. nie günstige Resultate. Milian sieht in der Malariatherapie eine antiinfektiöse Wirkung. Die von der neuen Infektion hervorgebrachten Antikörper wirken auf die alte (Syphilis) Infektion ein.

Oelgeschwülste oder fibröse Knötchen nach Kampferölinjektionen. Es handelte sich um mehrere nicht schmerzhafte, adhärente, subkutane, viereckige oder längliche bis spindelförmige Knoten, die lange nach Kampferinjektionen an den betreffenden Stellen der Oberschenkel auftraten. Bemerkenswert war eine deutliche Tendenz zur Abkapselung. Der Grund ist in der Verwendung von mineralischem Oel als Vehikel für Kampfer zu sehen. Man verwende nur pflanzliche Oele für Injektionszwecke!

Lichen planus. Mißerfolg der Röntgentherapie. Es handelte sich um einen Lichen ruber planus der Mundschleimhaut ohne Hautmanifestationen. Obwohl schon mehrfach ähnliche Fälle erfolglos mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, machte man wieder einen Versuch mit dieser Therapie. Die Munderscheinungen blieben völlig unbeeinflußt. Sechs Wochen später erschien ein typischer Lichen ruber der Haut, so daß also die Röntgentherapie auch nicht imstande war, diesen Ausbruch zu verhindern. Sulfarsenolinjektionen heilten die Hauterscheinungen, ohne die der Schleimhaut zu beeinflussen.

K. Heymann, Berlin.

The American Journal of Hygiene.

6., Nr. 2, März 1926.

Einige Beobachtungen über Vitamin-B-Extrakte aus keimendem Weizen. Mc Collum und Kruse.
Vergleich von Taube und Ratte als Testobjekte für Vitamin B. Laird.
* Das Nahrungsbedürfnis stillender Mütter. Der Einfluß des Fehlens des antirachitischen Vitamins in der Mutternahrung auf die Entstehung der Rachitis beim Kinde. Grant und Goettsch.
Der Nahrungsbedarf stillender Mütter. Der Einfluß des Fehlens von antirachitischem Vitamin und Kalzium in der Mutternahrung auf die Entstehung der Rachitis beim Kinde. Grant.
Unterschiede der fettlöslichen Vitaminmengen in Eiern bei verschiedenen Methoden des Aufbewahrens. Manville.
Experimentelle Kala-azar bei einem Hamster, Cricetulus griseus M. Edw. Young, Surgly und Brown.
Studie über die primäre Giftigkeit von heterophilen Kaninchenimmunserum für Meerschweinchen und seine scheinbare Beziehung zur Anaphylaxie. Redfern.
Verhandlungen der Gesellschaft für Hygiene der Schule, für Hygiene und öffentliche Gesundheit an der Johns-Hopkins-Universität.

Das Nahrungsbedürfnis stillender Mütter. Der Einfluß des Fehlens des antirachitischen Vitamins in der Mutternahrung auf die Entstehung der Rachitis beim Kinde. Versuche an Ratten. Die Rachitis entwickelt sich bei einer sonst genügenden Ernährung, wenn nur das antirachitische Vitamin fehlt. Unter den gewöhnlichen Verhältnissen tritt die Rachitis in der Wachstumsperiode der Jungen nicht auf, wenn in der Nahrung der Mutter nur das antirachitische Vitamin fehlt. Schnelligkeit und Schwere der Krankheitsentwicklung gehen Hand in Hand mit der mütterlichen Vitaminentleerung. Ist die Rachitis bei den Jungen bereits vorhanden, so kann sie durch Verfütterung des Vitamins an die Mutter geheilt werden.

März 1926 (Ergänzungsheft).

Bemerkungen über die weibliche Hypopygia von Anopheliden, mit besonderer Berücksichtigung einiger brasilianischer Arten. Davis.
Studie über das Verbleiben von Mosquitos in brasilianischen Häusern. Davis.
Beziehungen zwischen den Bodenarten von Alabama und der Verbreitung der Hakenwurmkrankheit. Augustine und Smillie.
Beobachtungen über Bodenverunreinigung mit dem Hakenwurm in Süd-Alabama von Oktober 1923 bis September 1924. Augustine.
Die Genauigkeit der Wurmeierzählmethoden. Stoll und Hausherr.

Ueber zwei Arten der Wurmeierzählung: Kleiner Tropfen und Ausstrich. Stoll und Hausherr.
Eine Methode der Wurmeizählung. Caldwell und Caldwell.
Hakenwurminfektionen auf Ceylon. Docherty.

Henning (Berlin).

Journal of Infectious Diseases.

38., Nr. 4, April 1926.

Ueber Reinigung von Pallidakulturen durch chemische Methoden. Wilkes-Weiß und Weiß.
Wassermannsche Reaktion bei Kaninchensyphilis. Herrold.
Ein modifizierter Methylorange-Indikator, geeignet zum Gebrauch bei künstlichem Licht. Salle.
Menschen als Tetanusbazillenträger in Kalifornien. Bauer und Meyer.
Bakteriengehalt von älteren Normal- und Typhusstühlen. Jordan.
* Einfluß der Infektionsstelle auf Inkubation und Verlauf der Kaninchensyphilis. Wakerlin.
Wassermannsche Reaktion bei Kaninchensyphilis. Wakerlin und Carroll.
Studie über den Döderleinschen Vaginalbazillus. Lash und Kaplan.
Studie über Milzbrandimmunität. 1. Die Abschwächung des Milzbrandbazillus durch Kochsalz und andere Chemikalien. Schilling.
Lösliche Toxine der Paratyphus-B-Enteritisgruppe und ihre Wirkung auf den Blutzucker. Menten.
Der Organismus von aktinomyces-ähnlicher Tonsillargranulis. Tunicliff.
Die intrazellulären Toxine der Bakterien. 1. Globuline. Nelson.
* Gibt es immunologisch verschiedene Stämme der Spirochaete pallida? Kolmer, Wilkes-Weiß und Richter.

Einfluß der Infektionsstelle auf Inkubation und Verlauf der Kaninchensyphilis. Die Zahl der Spirochäten bei der Infektion spielt eine Rolle insofern, als die Inkubation von ihr abhängig ist. Diese ist um so länger, je weniger Spirochäten implantiert wurden. Für den weiteren Verlauf der Krankheit läßt sich ein Einfluß der Spirochätenmenge, die bei der Infektion gebraucht wurden, nicht sicher feststellen.

Gibt es immunologisch verschiedene Stämme der Spirochaete pallida? Untersuchungen über die Frage der neurotropen und dermotropen Stämme. Methoden: Agglutination und Komplementbindung. Die Existenz solcher Stämme konnte durch die Versuche nicht nachgewiesen werden.

Henning (Berlin).

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

13., 1.

* Röntgenologische Beziehungen von Hirntumoren-Meningeomen. Merrill C. Sosmann und Tracy Jackson Putnam.
* Die klinische Wichtigkeit chronischer Veränderungen an der Appendix. Franklin W. White.
Die Wirkung der Bronchostenose im Röntgenschatten beim Bronchuskarzinom. Ross Golden.
* Die chirurgische Behandlung von Röntgenschädigungen. Charles A. Porter.
* Bemerkungen über Späterscheinungen von Röntgenverbrennungen nach langer Latenzperiode. Rudolf Matas.
* Elektrokoagulation oder Kaltkaustik bei der Behandlung von Keratosen und maligner Entartung als Folge der Radiodermatitis. George E. Pfahler.
* Die Resultate der Röntgentherapie bei Hirntumoren. Percival Bailey.
Sofortige Stoffwechselstörungen nach Röntgentiefentherapie. Howard P. Doub, A. Bolliger und F. W. Hartmann.
* Physikalische Schutzmaßnahmen gegen Röntgenstrahleneinwirkungen. A. Mutscheller.

Röntgenologische Beziehungen von Hirntumoren-Meningeome. Es wird über 95 Fälle gesicherter intrakranialer Meningeome mit Bezug auf den Röntgenbefund berichtet. 47 oder 49,3% zeigten erkennbare, für Tumor charakteristische Veränderungen; bei 11 Fällen von Meningeomen des Rückenmarkskanals konnte kein schlüssiger Befund erhoben werden. Als charakteristische Knochenveränderungen wurden angesehen: Erosionen und Gefäßreichtum, knöcherne Formationen, nadelförmige Bildungen, diffuse Verdickung und Vergrößerung der Meningealkanäle. Eine sechste Veränderung ist die Verknöcherung des Tumors selbst, welche wahrscheinlich eine regressive Veränderung darstellt. Diese Veränderungen sind am häufigsten und klarsten zu beobachten bei Tumoren des Schädeldaches. Tumoren um die Sella können eine unspezifische Drehung und Zerstörung der Proc. clinoidei verursachen. Tumoren der Basis sind häufig von einer diffusen Verdickung des Schädels begleitet. Diejenigen, welche von der Falx, von der Sellagegend oder von den Sinus der hinteren Schädelgrube ausgehen, lassen leicht jedes Anzeichen ihrer Gegenwart vermissen.

Die klinische Wichtigkeit chronischer Veränderungen an der Appendix. Man hat gefragt, gibt es beim Erwachsenen überhaupt eine normale Appendix? Demgegenüber waren unter 4000 Autopsien 95% im ganzen normal. In 3% bestanden Adhäsionen, Narben oder Obliterationen, in 2% fanden sich Gangrän oder Perforation. In drei von den 4000 Fällen befanden sich Massen im Appendix. Die Röntgenuntersuchung der Appendix ist eine sehr delikate Methode. Sie entdeckt manches was unverdächtig erscheint, und gelegentlich manches, was den Patienten wenig beunruhigt, wie z. B. geringe Beweglichkeit, geringen Fekalgehalt, eigenartige Gestaltungsformen, Lumenobliteration. Kugelbildung und verkürzter Aufenthalt bei der Entleerung. Bewußt oder unbewußt darf man nicht allzu viel aus diesen Zeichen machen, denn sie wurden bei Patienten der nichtoperierten Fälle während 2—6 Jahren beobachtet, praktisch ohne Verdauungsstörungen. Kein Organ wurde ohne Ursache auf Grund anatomischer Veränderungen entfernt, wie die Appendix. Bei den Patienten der operierten Gruppe wurden immer verschiedene Zeichen bei der Röntgenuntersuchung gefunden, Zartheit, konstante Gestaltsveränderung, Fixation und abnorme Lage. Die unbedeutendsten sind, abnorme Füllung und Weite der Appendix und Kotrückstände, Kugelbildung des Inhalts wurde als normal angesehen. Schließlich wurde die Diagnose nur im Zusammenhang mit dem klinischen Befund gemacht. Es wurde immer beobachtet, daß, wenn der Wurmfortsatz auf Grund chronischer Veränderungen ohne akute oder rezidivierende anamnestische Attacken entfernt wurde, der Patient nicht gebessert war.

Die chirurgische Behandlung von Röntgenschädigungen. Verfasser unterscheidet drei Gruppen der Schädigungen, durch einmalige Ueberdosierung, durch Behandlung chronischer Erkrankungen mit häufiger Strahleneinwirkung, durch Schädigung professioneller Art. In der letzteren Gruppe sind die Karzinome häufiger als bei den Patienten. Oberflächliche Geschwüre werden unter Vermeidung aller reizenden Mittel am besten mit Zinkpuder vor dem Luftzutritt geschützt, der als Ursache der starken Schmerzhaftigkeit angesprochen wird. Einfache heiße Salzkompressen bringen bisweilen Erleichterung, lokale Anästheticis werden als 'schädlich angesehen, gleichwohl sind sie gelegentlich notwendig sind. Im ganzen ist der Autor, wenn dadurch nicht wichtige Nerven, Blutgefäße, Sehnen oder die ganze Dicke der Bauchwand oder der Brust in Mitleidenschaft gezogen werden, für Exzision der geschwürigen Stelle, nicht nur weil so die starken Schmerzen sogleich aufhören, sondern weil dies auch die sicherste rascheste und am meisten dauerhafteste Heilung verbürgt. Der Defekt wird nicht durch Plastik geschlossen, sondern durch Granulation, weil die Gefäßschädigungen keine Anheilung erwarten lassen. Bezüglich der Dermatitis besteht keine Regel. Wiederholte Nagelinfektion erfordert vollständige Entfernung des Nagels und des Nagelbettes, eine schwierige und delikate Operation unter solchen Umständen! Chronische Fissuren werden am besten mit Hautpfropfung behandelt, ebenso Keratosen. Im Falle der Malignität wird das Messer der Radium- oder Röntgentherapie in solchen Fällen vorgezogen.

Bemerkungen über Späterscheinungen von Röntgenverbrennungen nach langer Latenzperiode. Ein Basedowfall (Tiziantyp) der 1901—1903 in der damaligen Art mit unfiltrierten Strahlen behandelt wurde, zeigte vier Jahre später schwere ulzeröse Röntgenschädigungen, die das Leben der Patientin unter meningitischen Symptomen stark bedrohten. Schließlich Heilung. Die andere Patientin wurde postoperativ (Ca Mamae) in Serien 1903—1906 ungefiltert bestrahlt. Die Bestrahlungen wurden wie im ersten Fall stets dann unterbrochen, wenn ein Erythem erkennbar wurde. 1907 kam es zur Gangrän, die bis zu ihrem Tode 1923 unbeeinflußbar bestand.

Elektrokoagulation oder Kaltkaustik bei der Behandlung von Keratosen und maligner Entartung als Folge der Radiodermatitis. Verfasser, einer der bedeutendsten Radiologen der Vereinigten Staaten, der sich während 25 Jahren mit den Gammastrahlen beschäftigt, hat sich mehr als 100 solcher Röntgenkeratosen von den Händen in der genannten Weise entfernt. Das Krankheitsbild kann ein Erythem zeigen, bald oder später wird die Haut dünn und glänzend, sie verliert ihr samtartiges Aussehen, die Nägel werden dünn und brüchig und brechen oder splittern. Dann entstehen kleine Schuppen oder Krusten, oder es entwickeln sich vielleicht Warzen oder Horngebilde. Die Talgdrüsen wurden zerstört, und wenn die Hände nicht eingefettet werden, entwickeln sich Fissuren. Einige dieser kranken Stellen können bei Fortbestehen maligne werden. Sie metastasieren leicht und führen zum Tode. Bereits bei auftretender Atrophie kann durch Einfettung mit Lanolin oder guter Goldkreme während der Nacht und mehrmals am Tage viel getan werden. Elektrokoagulation (Diathermie) bezw. Kaltkaustik sind ausführbar, wenn zwischen Krankheitsbezirk und Periost noch eine Schicht weichen Gewebes vorhanden ist. In diesem Falle ist diese Methode dem Messer bei weitem vorzuziehen, indem sie zur Bildung neuer Gefäße anregt, während das Messer diese unterbricht und durch Narbenbildung ihre Neubildung gerade in einem so gefährdeten Bezirk unterbindet, wodurch letzten Endes die Neigung zu maligner Entartung nur verstärkt wird. Sitzt die Krankheit auf dem Periost, so ist die Amputation das ratsamste. Ist eine vollständige Exzision wegen des Sitzes nicht möglich, so scheint es am besten, den ganzen Bezirk diathermisch zu zerstören, da er auch mit dieser Methode nicht zu entfernen sein wird, wenn es sich z. B. um das Gesicht als Sitz der Krankheit handelt.

Die Resultate der Röntgentherapie bei Hirntumoren. Die Röntgentherapie intrakranialer Tumoren soll nicht blindlings unternommen werden, sondern nur nach möglichst genauer Lokalisation des Tumors. Mittelschwere Tiefenbestrahlung wurde angewandt. Sie bietet wenig Hoffnung auf Besserung bei Meningeomen, Neuromen des Akustikus und Tumoren der Rathkeschen Tasche. Hypophysenadenome sprechen gut auf Röntgenstrahlen an, aber diese Behandlung ist nicht ohne Gefahren, die eine Ueberwachung des Gesichtsfeldes erfordern. Gliome sprechen manchmal auf Röntgenstrahlen an, bisweilen aus unbekannten Gründen nicht. Ist der Versuch einer chirurgischen Entfernung unangebracht, so kann man auch in anscheinend hoffnungslosen Fällen gute Resultate von der Röntgenbehandlung erhoffen.

Physikalische Schutzmaßnahmen gegen Röntgenstrahleneinwirkungen. Die Schutzmaßnahmen müssen so beschaffen sein, daß der Untersucher im Laufe eines Monats nur $^1/_{100}$ Erythemdosis erhält, die dauernd als harmlos anzusehen ist.

13., 2.

- * Die Nomenklatur der Knochensarkome, aufgestellt von der Registrierkommission. E. A. Codman.
- Die Differentialdiagnose gewisser chronischer Lungenerkrankungen. Frank S. Bissell.
- Untersuchung des Einflusses hochgespannter Röntgenbestrahlung auf die Speichelsekretion bei Hunden und deren Einwirkung auf die Sensibilität der Mundschleimhaut. James T. Case und W. N. Boldyreff.
- * Ueberblick über die Wirkungen wiederholter Röntgenbestrahlungen auf die menschliche Haut, wie sie der Bildung von Karzinom vorausgehen. S. Burt Wolbach.
- Endresultate der Röntgenbehandlung des Hautkrebses. Henry H. Hazen und Eugene R. Whitmore.
- Endresultate der Behandlung des Cervixkarzinoms im „Radiumhemmet" Stockholm. James Heyman.
- * Wert der Radium- und Röntgenbestrahlung bei der Behandlung benigner Uterusblutungen. Harry E. Bundy.

Die Nomenklatur der Knochensarkome. C. konstatiert die frühere verschiedene Bezeichnung der gleichen sarkomatösen Knochenprozesse, woraus sich eine Verwirrung des Verständnisses ergab. Eine besondere Kommission stellt folgende Nomenklatur auf. 1. Metastatische Tumoren: Prognose für gewöhnlich schlecht, röntgenologisch liegen sie meist zentral, histologisch sind sie meist dem Ursprungstumor bis zu einem gewissen Grade ähnlich und selten, wenn je, reine undifferenzierte Knochentumoren. 2. Periostale Fibrosarkome: Klinisch liegen diese Tumoren nahe dem Knochen ohne in ihn einzubrechen, wenn sie schon Druckschwund machen können. Es ist öfter unmöglich, zu sagen, ob sie aus den äußeren Teilen des Periosts oder den anliegenden Fascien und Sehnen hervorgehen. Sie scheinen weniger leicht zu metastasieren als die osteogenen Sarkome. Röntgenologisch können sie Konturänderungen des anliegenden Knochens, selbst Verdickungen oder Verbiegungen bewirken, histologisch zeigen sie aber keine Neigung zur Bildung von Knochen oder Knorpel. Dies unterscheidet sie von der Klasse der periostalen osteogenen Sarkome, welche wahrscheinlich von dem osteoblastischen Lager des Periosts ausgehen. Periostale Fibrosarkome sind histologisch nicht von Fibrosarkomen der Fascie zu unterscheiden. 3. Osteogene Tumoren: Diese gehen vermutlich von Zellen aus, wovon man annimmt, daß sie die gemeinsamen Vorgänger der Zellen sind, welche Knochen, Knorpel, das fibröse Netzwerk des Knochens und das Gewebe, welches früher myxomatös genannt wurde, bilden, welches aber vom Standpunkt der Knochenpathologie wahrscheinlich nur eine Phase des Knorpels und des fibrösen Gewebes ist. Die benignen Formen sind zu gut bekannt, um eine besondere Erläuterung zu benötigen. Die malignen Formen sind osteogene Sarkome — wirkliche Knochensarkome. Klinisch haben diese Gewächse eine schlechte Prognose und das Verhältnis der verschiedenen Anteile fibrös, myxomatös, knorplich oder knöchern hat wahrscheinlich sehr wenig Einfluß auf die Prognose, welche augenscheinlich von der Aktivität und Menge des undifferenzierten Zellteils des Tumors abhängt. Es wurde deshalb nicht versucht, nach dem Vorwiegen eines Zellelementes eine klinische Einteilung zu treffen. Röntgenologisch sitzen diese Tumoren viel häufiger an den Enden der Knochen als im Schaft, obgleich Ausnahmen vorkommen. Sie zeigen für gewöhnlich eine beträchtliche Zunahme der Knochenproduktion, nach auswärts ausstrahlend, aber die zellreicheren Typen mögen, indem sie einfach den Knochen zerstören, röntgenologisch Erosion und Ivasion zeigen, ohne die charakteristische radiale Speichenbildung. Histologisch besitzen diese Tumoren gewöhnlich eine dem fibrösen Gewebe ähnliche Interzellularsubstanz, Knochen, Knorpel oder Osteoide und ebenso wohl indifferenziertes Zellgewebe. Manchmal herrscht ein oder das andere Gewebe in dem Bilde vor, aber gewöhnlich werden alle Elemente in einem Teil des Tumors gefunden. Manche von ihnen sind gänzlich von undifferenzierten Zellen zusammengesetzt. Gewisse anatomischen Typen der osteogenen Sarkome scheinen klinische Einheiten zu bilden. Der gewöhnlichste ist der medullare und subperiostale. Er zeigt zentrale Zerstörung und subperiostale Knochenprolifiration. Dieser Typ stellt die meisten Fälle. Gelegentlich scheint er sich hauptsächlich in oder unter dem Periost zu entwickeln, aber mit steigender Erfahrung finden wir, daß es eine verhältnismäßig verschiedene Entwicklung medullarer und periostaler Art ist, anstatt daß diese Tumoren hauptsächlich entweder periostale oder medullare sind. Gegenwärtig scheint eine Unterabteilung „periostal osteogenes Sarkom" nötig. Das soll heißen, ein Sarkom, welches histologisch osteogenen Charakter hat, welches aber anatomisch periostale oder kortikale Lage hat. Es ist schwer, eine Bezeichnung zu finden, welche klinisch, histologisch und röntgenologisch befriedigt. Das periostale Fibrosarkom hat anscheinend eine bessere Prognose als das periostale osteogene Sarkom. Die Knochenproduktion beim osteogenen Sarkom variiert beträchtlich. Erstreckt es sich durch den größten Teil des Tumors, so wird er sklerosierend (ossifizierend) genannt. Er hat vielleicht eine bessere Prognose als die weniger sklerosierenden Formen. Andererseits sind gewisse Fälle so gefäßreich, daß sie aktiv pulsieren und mit großer Geschwindigkeit wachsen, so daß diese Gruppe der „teleangiektatischen" Sarkome klinisch von schlechterer Prognose sind. Es ist wahrscheinlich, daß der zufällige Grad der freien Verbindung mit den arteriellen und venösen Räumen im Tumor verantwortlich für diese Differenz ist. Das Registrierkomitee glaubt nicht an die verschiedene mehr oder maligne Konstitution der Zellen. Je mehr sklerosierendes

Gewebe, umso weniger Blutzwischenräume, umso geringere Verschleppungsmöglichkeit. Röntgenologisch sind diese anatomischen Varietäten bis zu einem gewissen Grade zu unterscheiden; histologisch sind sie im wesentlichen gleich. Die wahre Unterscheidung gibt die makroskopische Anatomie. Teleangiektatische, von Tumorzellen begrenzte Räume, müssen von atypischen Blutgefäßen unterschieden werden, um Verwirrungen mit Angiosarkomen zu vermeiden. Undifferenzierte Sarkome werden unter die osteogenen Sarkome eingereiht, weil solche Tumoren, im Knochen entstehend, von Grund auf bestimmt sind, Knochen zu produzieren. Die Gruppe von Tumoren, welche Ewings Tumoren genannt werden, mag in diese Klasse eingereiht werden, obgleich sie Ewing für endothelialen Ursprungs hält. Die Bestrahlungsprognose dieser Tumoren ist besser. 4. Entzündliche Veränderungen: Auf der einen Seite können sie kallöse Wucherungen bewirken, welche sich in ihrer Histologie malignen osteogenen Sarkomen nähern, andererseits gibt es eine Grenzzone, wo in solchen Fällen von Ostitis fibrosa und Knochenzysten schwer ist zu entscheiden, ob es sich um maligne Neubildung oder um Entzündung handelt, ja Riesenzellensarkome werden von manchen unter die Entzündungen gerechnet. Röntgenologisch und histologisch ist oft nichts zu entscheiden, so daß dann nur die Beobachtung weiter hilft. Unter die Entzündungen wird auch die Ostitis fibrosa gerechnet, eine brauchbare Bezeichnung solcher Formen von Ostitis wie Pagetsche, v. Recklinghausensche Krankheit und die verschiedenen Formen von einzelnen und multiplen Knochenzysten, welche noch keine pathologische Klassifizierung erfahren haben. Die Knochenzysten führen zur nächsten Gruppe. 5. Gutartige Riesenzellentumoren, die früheren „Riesenzellensarkome". Von keinem dieser Tumoren konnte das Komitee eine wirkliche Metastase in Erfahrung bringen. Röntgenologisch handelt es sich um zentrale Tumoren mit lokaler Auftreibung des Knochens, wodurch sie ein ganz verschiedenes Bild von den osteogenen Sarkomen geben. Histologisch sind sie klar, wenn auch unter den Pathologen keine Uebereinstimmung über die Histogenese des Tumors besteht. 6. Angiome im Knochen gibt es in ähnlicher Weise wie kavernöse Angiome in Weichteilen. Röntgenologisch rarefizieren sie den Knochen und treiben ihn in ähnlicher Weise bisweilen auf wie die Riesenzellentumoren, doch haben sie mehr und kleinere Räume. Typische Angiosarkome konnten nicht festgestellt werden, obgleich die Registrierungskommission an maligne Tumoren der Blutgefäße glaubt. Manche nehmen an, Angiosarkome seien wahrscheinlich teleangiektatische osteogene Sarkome. 7. Ewings Tumor geht gewöhnlich vom Schaft der langen Röhrenknochen aus, ihn durch Aufblätterung der Lamellen auftreibend. Er kann auch die kurzen Knochen und den Schädel befallen. Er kommt mehr als die echten osteogenen Sarkome multipel vor. Röntgenologisch zeigt er eine charakteristische Längsstreifung und nimmt der Tumor fast immer mehr wie die Hälfte des Schaftes ein. Häufig produziert er nicht radiale Nadeln, sondern zwiebelförmige Lager periostaler Knochenneubildungen, wie man sie bei Osteomyelitis sieht. Der Röntgenbefund wird gewöhnlich mit Osteomyelitis verwechselt. Er ist weit eher ein invasiver, knochenzerstörender Tumor als ein knochenproduzierender, wenn auch eine reaktive Knochenneubildung einsetzen kann, ebensowie bei einer bakteriellen Infektion. Histologisch ist er von undifferenzierten runden und polygonalen Zellen zusammengesetzt, welche in perthelialer Weise um die Kapillaren angeordnet in Sektionen zwischen denselben erscheinen. Ihre Prognose ist schlecht, obgleich diese Tumoren für einige Zeit auf die Bestrahlung ansprechen, was die osteogenen Sarkome selten in größerem Ausmaße tuen. 8. Myelome. Diese Tumoren sind beinahe immer multipel. Es sind zentrale, Knochen nicht produzierende Tumoren. Röntgenologisch lassen sie keine Knochenproliferation erkennen; wenn sie meist auch klar erkenntlich sind, so zeigt der Knochen doch zeitweise eine Invasion wie von Motten zerfressen, wodurch sie dem charakteristischen Bild des Krebses ähneln. Histologisch gleichen die Zellen den Myelozyten. Myelome als Abkömmlinge von Erythrozyten konnten nie festgestellt werden. Für klinische und röntgenologische Zwecke ist eine histologische Unterteilung der Myelome zwecklos. Ihre Prognose ist schlecht, wenn auch lokale Röntgenbestrahlungen angreifen und die Krankheit auf manche Jahre verlängert. Grenzfälle: Indem die Einheiten, welche gewöhnlich vermengt werden, nebeneinander stehen, waren bei der Klassifizierung Zweifelsfälle selten. Nur in Gemeinsamkeit von Pathologen, Röntgenologen und Klinikern läßt sich eine Klassifikation zustande bringen. Die gebotene Klassifikation stellt die wesentliche Einteilung der Knochentumoren dar; wichtiger, als in welche Unterabteilung dieser Hauptabteilungen ein Tumor gehört, ist die Prognose, welche für jede dieser so genau umschrieben ist. Metastasen sind mit wenigen Ausnahmen fatal. Periostale Fibrosarkome sind sehr ungünstig, aber etwas günstiger als osteogene Sarkome. Osteogene Tumoren sind, wenn maligne, äußerst ungünstig, wenn gutartig entschieden günstig. Gleichwohl gibt es Grenzfälle, wo keine Möglichkeit einer bestimmten Prognose ist. Entzündliche Veränderungen sind in der Regel günstig, ebenso benigne Riesenzellentumoren wie Angiome, obgleich sie, wenn auch selten, maligne Angiosarkome sind. Ewings Tumor besitzt eine bessere Prognose hinsichtlich der Strahlenbehandlung als irgendeine andere Form maligner Knochentumoren. Myelome zeigen einen langsameren Verlauf, wenn auch die Prognose ungünstig ist. Die Unterabteilungen der Hauptklassen mit mehr oder weniger günstigem Verlauf ergibt Folgendes: Metastasen lassen sich so nicht unterteilen. Ihre Prognose ist immer ungünstig, mit der möglichen Ausnahme der eines Hypernephroms oder der Thyreoidea, wenn sie vereinzelt sind und mit der Muttergeschwulst entfernt werden können. Die Fibrosarkome, welche vom Periost ausgehen, sind weniger ungünstig als jene, welche klar vom Knochen herrühren. Werden sie vollständig entfernt, so besteht tatsächliche Aussicht auf Heilung. Die osteogenen Tumoren kann man in gutartige und maligne einteilen. Mit Rücksicht auf die geschichtlich gewordene Gewohnheit wurden die gutartigen osteogenen Tumoren in Exostosen, Osteome, Chondrome und Fibrome eingeteilt. Indem die Tumoren dieser Unterabteilungen fast immer eine Mischung von fibrösem, knorpligem und knöchernem Gewebe darstellen, sind sie tatsächlich eher eine Einheit als vier. Enthalten sie kein zelliges Gewebe und ist ihre Struktur nicht zu atypisch, so stellen sie gutartige Tumoren dar, welche vollständig entfernt, nicht nachwachsen noch Metastasen verursachen. Bei den osteogenen Sarkomen gehen osteolytische und osteoblastische Tätigkeit in den verschiedenen Zonen des Tumors einher. In diesem Sinne ist der Ausdruck „knochenbildend" zu verstehen. Ob mehr osteolytisch, ob mehr osteoblastisch, die Prognose ist auf jeden Fall schlecht. Eine Unterabteilung der osteogenen Sarkome nach ihren Zellelementen, Rundzellen, Spindelzellen, gemischtzellige Sarkome, gewährt keine Möglichkeit der Prognosestellung. Praktisch sieht man an allen osteogenen Sarkomen Osteolyse und Osteogenese und die Reste des alten Schaftes im Tumor. Die Unterteilung „periostale Fibrosarkome" ist grundsätzlich inkorrekt, weil derartige Tumoren fast immer periostal und zentral sind. Die sklerosierenden Typen, synonym ossifizierende genannt, sind röntgenologisch, histologisch und makroskopisch leicht zu erkennen. Die Prognose dieser Tumoren ist etwas besser. Die teleangiektasische Form kommt zustande, wenn die arteriovenösen Anastomosen in einem Knochensarkom fähig waren, die Knochensepta einzuschmelzen, wodurch schließlich die arterielle Pulsation die Blutkanäle des Tumors so weiten, daß sich der Tumor mit jedem Pulsschlag ausdehnt. Die ungemein schlechte Prognose dieser Tumorart rechtfertigt ihre besondere Unterteilung. Sie bietet die besten Bedingungen der Metastasierung. Röntgenologisch macht sich diese Sorte verdächtig durch unregelmäßige Knochenreste im Innern eines Knochens.

Scharf zu trennen von den teleangiektatischen osteogenen Formen des Sarkoms sind die Riesenzellentumoren, welche gleichfalls eine arteriovenöse Verbindung haben, deren Zellen jedoch nicht maligne sind. Die undifferenzierten Sarkome wirken osteolytisch. Röntgenologisch zeigen sie einfach einen Verlust von Knochensubstanz, keine Knochenproliferation. Mikroskopisch handelt es sich um runde Zellen. Manche rechnen sie zu Ewings Tumoren. Myxome als Klasse gibt es nicht; myxomatöses Gewebe kommt in benignen und malignen Tumoren vor. Die vierte klinische Einheit bilden die „Entzündungen“. Eine entzündliche Veränderung, welche gewöhnlich mißdeutet wird und als Knochentumor angesprochen wird, ist die Myositis ossificans. Manchmal ist die Unterscheidung von osteogenen Sarkomen sehr schwer. Ein bekanntes Kriterium bei der röngenologischen Unterscheidung ist der Umstand, daß die Knochenneubildung als Ganzes parallel zum Schaft liegt, statt ihm wie beim osteogenen Sarkom anzuhängen. Bei guten Röntgenogrammen wird eine Verwechslung dieser beiden Krankheiten sehr selten vorkommen. Unter Osteoperiostitis sind die Knochentumoren, welche von Entzündungen herrühren und welche gewöhnlich als Osteomyelitis angesprochen werden, einbegriffen. Diese Klasse wird in drei Unterklassen eingeteilt: Traumatische, syphilitische und infektiöse Osteoperiostitis. Die Kallusbildung nach einem Trauma kann zeitweise mit einem Knochentumor verwechselt werden. Die Unterscheidung zwischen einem mit Osteomyelitis komplizierten Kallus und einem osteogenen Sarkom kann zum Schwersten gehören. Gegenüber der syphilitischen und infektiösen Osteomyelitis, welch letztere auch die tuberkulösen umgreift, kann die Unterscheidung von Ewings Tumor schwer werden. Die letzte Unterabteilung unter den Entzündungen ist die Ostitis fibrosa im weitesten Sinn (zystische und fibröse Knochenveränderungen, Osteomalacie und verwandte Krankheiten, charakterisiert durch multiple Zysten). Auch die einfache Knochenzyste und der diffuse endostale fibröse Tumor, von Bloodgood solide Ostitis fibrosa genannt, gehören hierher. Eine Unterscheidung zwischen Entzündung und Neubildung ist in manchen dieser Fälle schwer. Betont werden muß, daß zentrale Knochentumoren, welche weder Metastasen noch multiple Myelome sind, selten maligne sind. Als Klasse 5 wurden die gutartigen Riesenzellentumoren bezeichnet. Zwischen den Tarsalknochen, den Wirbeln und den oberen und unteren Enden von Tibia und Fibula, wo die Knochen durch breite Ligamente verbunden sind, wächst der Tumor von einem Knochen ausgehend in den Lamellen der Bänder zum benachbarten Knochen. Obgleich gelegentlich zystische Degeneration, Fibrosis, Verknorpelung oder Verknöcherung die Riesenzellentumoren kompliziert, sind sie doch so sehr gleichartig, daß eine Unterteilung nicht vorgenommen wurde. Die Tat Ewings und Herendeens sowie Pfahlers u. a. die Riesenzellentumoren durch Röntgenstrahlen zu heilen, entsprang einer wunderbaren Inspiration. Die 6. Klasse sind die Angiome, die wieder in benigne und maligne unterteilt sind. Diese sind offensichtlich selten, so daß diese Unterteilung mehr aus Höflichkeit gegen jene gemacht wurde, welche den Terminus Angiosarkom gebraucht hatten. Die 7. Klasse ist Ewings Tumor. Er ist genau dahin charakterisiert, daß er fast den gesamten Schaft befällt, den ganzen Knochen ergreift samt der Rinde, daß er keinen Knochen produziert und daß er aus kleinen runden Zellen besteht, ohne eine Neigung zur Bildung von Interzellularsubstanz. Glücklicherweise sind auch sie duch ihre rasche Rückbildung unter Röntgenstrahlen ausgezeichnet. Diese Tumoren entsprechen wahrscheinlich der großen Gruppe der periostalen und zentralen Rundzellensarkome. Ewing hält sie für Endotheliome. Die Kommission rechnet sie eher unter die undifferenzierten Sarkome der osteogenen Gruppe als unter die Epitheliome. Wegen der klinischen Einheit wird jedoch die Bezeichnung Ewings Tumor beibehalten. Trotz der raschen Röntgenwirkung auf den Tumor tritt in wenigen Jahren Metastasen im Hirnschädel und anderen Knochen, vor allem in den Lungen auf. Die 8. Klasse sind die Myelome. Es konnte kein Fall eines Einzelmyxoms gefunden werden. Die Myelome bestehen aus runden Myelozyten ähnlichen Zellen. Da die Myelome keine Zwischensubstanz haben, können sie auch kein Knochengewebe bilden, wenn auch gelegentlich vom Periost eine reaktive, den Tumor an der Peripherie verdickende reaktive Knochenbildung vorkommen kann.

Die bei den bisherigen Klassifikationen üblichen beschreibenden Beiworte sind absurd.

Ueberblick über die Wirkungen wiederholter Röntgenbestrahlungen auf die menschliche Haut, wie sie der Bildung von Karzinomen vorausgehen. Im Tierexperiment sind die ersten erkennbaren Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlungen eine eindrucksvolle Schwellung des Collagens des Coriums und des subkutanen Gewebes. Alsdann verschmelzen die geschwollenen Faserbündel zu einem kompakten, stark verdickten Corium. 40—72 Stunden nach einer Bestrahlung konnten diese Wirkungen, welche ihr Maximum in sechs bis acht Tagen erreichten, mikroskopisch beobachtet werden. Zugleich tritt eine starke Schrumpfung makroskopisch in Erscheinung. Einige der Verbindungszellen werden zerstört, viele überleben, wie es aus den Mitosen, welche wenige Tage nach der Bestrahlung beobachtet werden, ersichtlich ist. Die Veränderungen in den collagenen Fasern kann man durch Anwachsen des osmotischen Druckes erklären, infolge der Abbauprodukte. Die Dauer der Latenzperiode der Röntgenverbrennung ist demnach die Zeit, welche zur Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen dem veränderten Collagengewebe und den Gewebsflüssigkeiten nötig ist. Die Veränderungen an der Haut sind wohl sekundäre Folgen einer lymphatischen oder kapillaren Verstopfung durch Schwellung der collagenen Fasern. Das veränderte Gewebe erholt sich nicht mehr, sondern neues Bindegewebe wird von den überlebenden und hineinwachsenden Fibroblasten gebildet, und dieser Prozeß führt schließlich die Bedingungen der chronischen Röntgendermatitis herbei. Diese Veränderungen treten auch in den Blutgefäßen auf und bewirken so eine Verdickung der Wände und evtl. ihren Verschluß. Veränderungen an der Epidermis sind am vierten Tage zu sehen. Sie bestehen in Schwellung und mitotischer Teilung der Zellen. Die Hauptwirkung der Röntgenstrahlen äußerst sich in den oberen Lagen des Coriums, da nur hier sich akute Nekrose zeigt, die eine polymorphkernige Reaktion hervorruft. Diese kleinen nekrotischen Strecken wurden von proliferierender Epidermis nach zwölf Tagen ausgefüllt. Eine mehr oder minder andauernde Verdickung des Coriums wird durch die Vermehrung der Fibroblasten und der Neubildung von Collagen zwischen den alten Collagenbündeln bewirkt. Die Veränderungen der chronischen Röntgendermatitis bestehen in folgendem: 1. Völliger Verlust der Epidermisanhänge. 2. Ersatz des normalen Collagens durch ein eigenartiges dichtes Collagen, reich an elastischen Fasern und arm an Zellen. 3. Obliterierende Prozesse in den Blutgefäßen des Coriums und dem subkutanen Gewebe. 4. Nekrosen verschiedener Größe im Corium unmittelbar unter der Epidermis. In den Frühstadien der chronischen Röntgendermatitis sind diese Nekrosen gewöhnlich in der Nähe thrombosierter Teleangiektasien. In späteren Stadien der Röntgendermatitis können Teleangiektasien nahezu vollständig fehlen. 5. In Auswirkung der Nekrosen des Coriums, tritt von seiten der Epidermis eine reparative Proliferation ein. Man kann häufig eine Regeneration der Epidermis beobachten, welche sich unter den thrombosierten Teleangiektasien und selbst unter kleinen Massen nekrotischen Coriums ausdehnt. Diese kleinen, thrombosierten Teleangiektasien enthaltenden Nekrosen werden vollständig von der Haut getrennt durch die Lage regenerierter Epidermis und verharren einige Zeit als trockne, dunkelgefärbte Flecken, „Kohlenplätze“, bis sie sich abstoßen. Bezeichnenderweise läuft dieser Prozeß unvermeidlich ab, bei der chronischen Röntgendermatitis, selbst wenn die letzte Bestrahlung viele Monate oder einige Jahre zurückliegt. Die erste Veränderung, welche in einer dieser Nekrosen vor sich geht, ist ein lokalisiertes Oedem unterhalb der Epidermis, welches nekrotische Zellen oft mit Fibrin infiltriert enthält. Die graduelle Obliteration der Kapillarzirkulation läßt eine Regeneration des Subepithels nicht erwarten. Die so entstandene Lücke wird schnell durch eine nach der Tiefe reichende Regeneration der Epidermis ausgefüllt. Wahrscheinlich bewirkt dann die schlechte Ernährung, welche der narbige Boden bieten kann, eine unvollständige Differenzierung des Epidermisgewebes, so daß es zur Anhäufung unvollständig differenzierter Hornzellen, der so häufigen Keratose bei der chronischen Röntgendermatitis kommt. Epidermisreaktionen sind Folgen der Coriumverletzungen, wie sie in vielen Jahren durch Röntgenstrahlen hervorgerufen werden können. Die dabei gesetzten abnormen Ernährungsverhältnisse bedingen erst die malignen Eigenschaften der Epidermisproliferationen.

Wert der Radium- und Röntgenbestrahlung bei der Behandlung benigner Uterusblutungen. Wann immer Radium intrauterin angewandt wird, muß eine Auskratzung und mikroskopische Untersuchung vorausgehen. Beckeninfektionen kontraindizieren Radium. Wenn möglich, werden kleine Dosen angewandt, um die Menstruation zu erhalten. Die Radiumkapsel muß in den Fundus gelegt werden, nicht in den inneren Muttermund, um Atresien, Pyometra, Hydrometra zu verhindern. Uterusblutungen nach der Menopause wird wie maligne behandelt. Kleine Fibrome sollen myomektomiert, nicht hysteroektomiert werden. Große oder rasch wachsende Fibrome sollen ebenso wie Adenomyome chirurgisch behandelt werden. Nicht stehende, mit Radium behandelte Blutungen werden erst nach 3—6 Monaten wieder behandelt. 300 bis 1200 mg Elementstunden bei älteren Frauen genügen, um auch exzessive Blutungen zu stillen. Bestrahlungen der Milz werden angewandt, wenn andere Maßnahmen zur Einschränkung der Blutung versagen.

13., 3.

* Intrathorakale Veränderungen infolge von schwerer Bestrahlung. WM. A. Evans und T. Leucutia.
* Schädigungen nach abdominaler Tiefentherapie, Sektionsbefund. Clarence F. Ball.
Untersuchung über Thymusreizung durch Röntgenstrahlen. Maurice Lenz.
Strahlenbehandlung bösartiger Tumoren. Sanford Withers.
* Weitere Beobachtungen über die Behandlung maligner Neoplasmen mit unterteilter Röntgenbestrahlung. J. D. Morgan.
Statistischer Ueberblick über 67 Fällen von Oesophaguskrebs behandelt mit Radium. R. Walter Mills und John H. Kimbrough.
* Diagnostischer Pneumothorax. Harry J. Isaacs.
Erinnerungen eines Pioniers der Röntgenologie und Radium Therapie mit Bericht über einige neue Beobachtungen. Francis H. Williams.
* Weitere Erfahrungen mit Tetrabromphenolphthaleinnatrium in der röntgenographischen Diagnose von Gallenblasenerkrankungen. William H. Stewart.
Symptome beobachtet bei 53 Fällen nichttraumatischer diaphragmatischer Hernien. Thomas R. Healy.
Angeborene Anomalie der Patella. Bericht über einen Fall. A. W. George und R. D. Leonard.

Intrathorakale Veränderungen infolge von schwerer Bestrahlung. Infiltration des intrathorakalen Gewebes kann auftreten, wenn eine einmalige Dosis, welche über 100% der HED ist, auf die Lungen appliziert wird. Ueberschreitet die Dosis 140%, so klärt sich die Infiltration nicht auf, sondern es kommt zur Fibrosis. Bei Wiederholung einer Dosis von 40—100% über derselben Stelle der Lunge in längeren Intervallen (2—6 Monate) kann es, wenn beide Lungenfelder gänzlich einbezogen wurden, zu fatalen Folgen kommen; ebenso, wenn eine Dosis von 100—140% zum zweiten Mal innerhalb sechs Monaten, also bevor die Infiltration der ersten Bestrahlung aufgesaugt ist. Gleichwohl kann bei inoperablen Mamakarzinomen, welche wiederholt schwere Bestrahlung erfordern, die Fibrosis nicht gänzlich vermieden werden.

Schädigungen nach abdominaler Tiefentherapie. Sektionsbefund. Den Sekundärstrahlen, welche vom Promontorium ausgehen und auf das darüberliegende Gewebe einwirken, ist, obgleich sich dies experimentell nicht erweisen läßt, erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Eingeweideschädigungen sollen durch Lagewechsel bei längerer Bestrahlung vermieden werden. Vor Beginn der Bestrahlung ist Pituitrin in die Nates zu verabfolgen. Irgendeine Begleitkrankheit muß zuvor sorgfältig ermittelt werden.

Weitere Beobachtungen über die Behandlung maligner Neoplasmen mit unterteilter Röntgenbestrahlung. Schwere Tiefenbestrahlungen täglich, beispielsweise bei malignen Halsdrüsen, zweimal drei oder fünf Minuten während zehn Tagen oder zwei Wochen. Brust(karzinom)fälle erhalten gleichfalls zweimal täglich Bestrahlungen von fünf oder zehn Minuten über die Supraclavicularregion, vorn über der Brust und in die Axilla während zwei Wochen. Ist das Mediastinum mit befallen, so wird dazu täglich 10 Minuten in schräger Richtung von hinten bestrahlt. Erkrankungen des Beckeninhaltes erhalten eine tägliche Behandlung von zweimal zehn Minuten während zwei oder drei Wochen. Jedoch muß jeder Fall nach den vorliegenden Krankheitsbedingungen behandelt werden. Bald nach Beginn dieser Behandlung stellt sich ein allgemeines Wohlbefinden ein, Schmerzen vergehen, der Tumor wird kleiner und weicher und Schnitte zeigen eine ausgesprochene Rundzelleninfiltration, später Vakuolisierung, Verlust der Umrisse und Färbbarkeit und beginnende Hyalisation.

Diagnostischer Pneumothorax. Der Pneumothorax ist eine wertvolle Hilfe bei der Diagnose der Lungentumoren. Die Prozedur ist verhältnismäßig einfach und ohne Nebenwirkungen.

Weitere Erfahrungen mit Tetrabromphenolphthaleinnatrium in der röntgenographischen Diagnose von Gallenblasenerkrankungen. Ernste Reaktionen nach intravenöser Verabfolgung des Präparates führten zum Ausschluß aller Herzkranken, auch wurde z. B. Diabetes als riskantere Komplikation angesehen. Hungerdiät schien die Reaktionsbereitschaft zu mindern, so daß praktisch nun ein Tag vor den Injektionen keine Nahrung gegeben wird. Mittags etwas Milch und Wasser im Laufe des Tages, am Abend eine Gemüsesuppe. Um 8 Uhr früh des nächsten Tages wurde ein Adrenalininjektion gemacht, um 8.30 und 9.00 Uhr wurde das Präparat gespritzt. Fünf Minuten vor der zweiten Injektion wurde nochmals Adrenalin gegeben. Patient liegt, die Injektionen erfolgen sehr langsam. Durch tiefste Inspiration wird die Gallenblase in die tiefste Lage gebracht. Die Aufnahmetechnik unterscheidet sich nicht wesentlich von den üblichen Methoden. Wird kein Gallenblasenschatten erhalten, so kann es sich um Verschluß des Zystikus (Stein, Schleimhautschwellung, Abknickung, Adhäsion) handeln, oder der Inhalt der Gallenblase vermischt sich nicht mit der Präparatgalle, oder die Wände der Gallenblase sind so verdickt, daß nicht genügend flüssiger Inhalt für die schattengebende Galle bleibt, oder, wie beim Hydrops, die schattenwerfende Galle wird zu sehr verdünnt oder die Leber produziert zu wenig Galle.

13., 4.

* Beziehungen zwischen physiologischer Dominanz und biologischer Strahlenwirkung. W. T. Bovie.
Physiologische Veränderungen an der Magenschleimhaut (Pawlowsche Fistel) des Hundes nach Bestrahlung. Alden B. Dawson.
Ist Bestrahlung eine befriedigende Behandlung substernaler Thyreoidea? G. W. Grier.
* Vergleich verschiedener Metallfilter in der Radiumtherapie. Edith H. Quimby.
* Hypernephrommetastasen in Knochen. Richard Dresser.
* Uretervariationen verbunden mit Nierenveränderungen. Douglas J. Roberts.
Röntgenologische Studien an Knochenresten prähistorischer Hügelbau-Indianer in Ohio. Hugh J. Means.
* Orale Verabreichung von Tetrabromphenolphthaleinnatrium. Vorläufiger Bericht. Thomas O. Menees und H. C. Robinson.

Beziehungen zwischen physiologischer Dominanz und biologischer Strahlenwirkung. Das Verhältnis eines Krebses zum Organismus als Ganzes ist vergleichbar dem des Parasiten zu seinem Wirt. Erregungssteigerung, Stoffwechselsteigerung, physiologische Vorherrschaft, physiologische Isolation sind Charakteristika aller lebenden Organismen tierischer und pflanzlicher Art. Reizt man eine ruhende Amöbe an einem Punkt, so kommt es dort zu einer Erregung, die sich in abnehmender Weise in der Entfernung fortpflanzt, ähnlich dürfte es sich mit dem Stoffwechsel verhalten (Erregungssteigerung bzw. Stoffwechselsteigerung). So kommt es zu einer Polarität der Amöbe. Wird das Tier nun an einem anderen Punkt gereizt, so kommt es, da der Stoffwechsel an diesem Punkte geringer ist als an dem ersten Punkt, an dem zweiten Reizpunkt zu einer geringeren Erregung, bis Erregung und Stoffwechsel am ersten Reizpunkt abgeklungen sind oder bis der Reiz an einem anderen Punkt genügend kräftig ist. (Dominanz oder physiologische Vorherrschaft.) Die Stoffwechselsteigerung bewirkt erhöhte Giftempfindlichkeit, deren Nachweis zugleich über die Steigerung des Stoffwechsels unterrichtet. Ein Plattwurm, der sich durch Teilung vermehrt, zeigt vom Kopfe ausgehend einen fallenden Stoffwechsel bis zur Mitte, wo an der Stelle, die später den Kopf einnimmt, plötzlich ein Anstieg des Stoffwechsels nachweisbar ist. Bei der Bohne ist der Mittelsproß in seinem Wachstum stärker wie die Achselsprossen. Eine Amöbe, welche eine Beute verfolgt, wird gänzlich von dem vorderen Pseudopodium kontrolliert. Aber dieses dominierende Pseudopodium ist wegen des erhöhten Stoffwechsels in ihm auch am empfindlichsten. So begann die Zytolyse nach Ultraviolettlichtexposition in 77% an der Spitze des jüngsten, also des dominierenden Pseudopodiums. So gibt es zwei Arten von Atomen: chemisch aktive und chemisch passive. Durch Aufnahme von Energie verwandeln sich diese in jene. Wie sich die Vorgänge bei Lichteinwirkung abspielen, ist zwar unbekannt, doch scheint es, daß schließlich das Elektron dabei in einen Kreis geschleudert wird, der ferner dem Atomkern ist. Das chemisch so aktivierte Atom besitzt dann ein Valenzelektron. Mit anderen Worten, die im Zustand chemischer Aktivität befindlichen Atome nehmen Strahlenenergie auf in diskontinuierlicher Weise und von bestimmter Größe, die Quanten heißen. Alle diese Quanten sind verwandt mit der Schwingungsfrequenz der Strahlenumgebung. Nun laufen aber im lebenden Protoplasma die chemischen Vorgänge rascher ab, wie im toten, worin sie von der Temperatur abhängig sind. Wir nehmen daher die Wirksamkeit von Katalysatoren oder Enzymen an. Der Hauptunterschied zwischen dem Ablauf chemischer Reaktionen im Reagenzglas und im lebenden Protoplasma scheint in dessen Struktur zu liegen, die so beschaffen ist, daß ein größerer Teil der Atome in chemisch aktivem Zustand ist, als der Temperatur entspricht. Sie sind „lebendig“, indem sie fortwährend an physiologischen Veränderungen teilnehmen. Diese Eigenheit kann in Beziehung zu der Tatsache gebracht werden, daß das Protoplasma ein polyphasiges kolloidales System ist, eine Zusammenstellung von Stoffen feinster Verteilung und unmischbar untereinander, getrennt durch Zwischenwände. Diese können durch Ultraviolettlicht aufgelöst werden, es kommt zur Zytophotolyse. Wird eine einzelne Amöbe durch Ultraviolettstrahlen getötet, so entfalten die sie umgebenden eine erhöhte Aktivität, und aus den Experimenten Pasteurs mit Hefezellen, die rascher wuchsen, wenn sich unter ihnen abgestorbene Hefezellen befanden, was durch die Darstellung des gleichwirkenden Vitamins von Funk seine Erklärung fand, zieht der Autor analoge Schlüsse für sein Amöbenexperiment. Er hält die Protoplasmazwischenwände für molekular organisiert, wobei die Moleküle, besonders die vom sog. „polaren Typ“ endgültig orientiert sind, was daher kommt, daß das Protoplasma zum weitaus größten Teil aus Wasser besteht, welches polaren Charakter besitzt, ebenso die Aminosäuren. Die Richtung der Moleküle ist eine molekulare Schablone, welche spezifisch für jede Art des Protoplasmas ist. Die verschiedenen Arten des Protoplasmas sind weniger chemisch unterschieden als durch die molekulare Organisation ihrer Zwischenwände. Diese molekulare Orientierung der Zwischenwände bildet die Grundlage der elektrischen Organisation, welche wir als „Aktionsstrom“ der Nerven und Muskeln kennen. Diese besondere Struktur der Zwischenwände ermöglicht auch den raschen Ablauf chemischer Reaktionen. Die Stabilität einer Lage hängt von der freien Energie ab. Je geringer diese, um so größer jene. Bei der Photosynthese handelt es sich um einen Reduktionsprozeß mit endothermischer Reaktion, wobei ein O vom Kohlensäuremolekül abgespalten wird, und es scheint, daß zu dieser Reaktion das Atom chemisch sehr aktiviert werden muß, und daß diese Aktivierung große Energiemengen erfordert. Wird die Mischung Wasser und Kohlensäure unter angemessenen Bedingungen mit Ultraviolettlicht bestrahlt so können wir diese Reaktion herbeiführen. Während Chlorophyl A durch Addition eines Atoms O in statu nascendi in das Chlorophyl B verwandelt wird, ist der Vorgang reversibel nur mit Hilfe eines Fermentes. Das Atom des molekularen Sauerstoffs hat seine chemische Aktivität verloren. Indem wir den Sauerstoff vom Kohlendioxyd trennen, werden an jedem Kohlenstoffatom zwei Valenzen frei und wenn diese so kreisen, daß sie 6 Kohlenstoffatome in einer Reihe vereinigen, haben wir praktisch ein Molekül Zucker dargestellt. Da Zucker leichter in wäßriger als öliger Phase löslich ist, so diffundiert er nun in die wäßrige Phase und beeinträchtigt nicht die Tätigkeit der Zwischenwand, Oel von Wasser zu trennen; der Prozeß kann so kontinuierlich sein. So kommt es aber auch, daß die Pflanze nur rechts- oder nur linksdrehenden Zucker erzeugt. Diese Lebensvorgänge erfordern aber auch eine bestimmte Zeit. Wird die Zeitdimension durch Belichtung in zu hohem Grade beschleunigt, so kommt es zur Zytolyse.

Vergleich verschiedener Metallfilter in der Radiumtherapie. Kupfer und Messing, Gold und Platin sind gleichabsorbierend.

Hypernephrommetastasen in Knochen. Sie sind selten und öfter das erste, was die Patienten zum Arzt treibt. Sie treten meist multipel auf, können aber auch einzeln sein. Klinisch werden sie wegen ihrer Pulsation häufig mit Aneurysmen verwechselt. Röntgenologisch zeigt der Prozeß reine Destruktion. Die Metastasen lokalisieren sich gemäß der anatomischen Verteilung des roten Knochenmarks. Durch große Dosen Röntgenstrahlen lassen sich palliative Resultate erzielen.

Uretervariationen verbunden mit Nierenveränderungen. Als Kontrastflüssigkeit wird 12% Quecksilbernatriumjodid verwendet. Bei der Füllung der Ureter wird darauf geachtet, ob die Beschwerden, die den Patienten zum Arzt trieben, ein- oder beiderseitig auftreten, dies ist besonders häufig bei rechtsseitigen unbestimmten Symptomen. Der spastische Ureter kann vom verengten durch die über der Verengerung bestehende Erweiterung unterschieden werden. Als krankhafte Veränderungen wurden am Ureter unterschieden: Strikturen, Steinverschluß und eine verhältnismäßig kleine Gruppe, wobei die Uretervesikalmündung offen gehalten wird; dies sogenannte Golflochorificium erlaubt Regurgitation des Blaseninhaltes und findet sich bei Tabes und gelegentlich bei chronischer Zystitis, besonders tuberkulöser Art. Strikturen finden sich im obersten oder untersten Teil des Ureters, wobei im obersten Teil eine Anomalie renaler Gefäße mit Ptosis der Niere gewöhnlich verbunden, eine Knickung des Ureters hervorbringt. Durch Fixation des Ureters am Rücken bei gleichzeitiger Nierensenkung kann eine Knickung im oberen Drittel des Ureters gleichfalls veranlaßt werden. Der Ausdruck Knickung sollte nur gebraucht werden, wenn einseitig und oberhalb der Knickung Dilatation in Erscheinung tritt. Als Folge eines pyelitischen oder pyelonephritischen Prozesses kann es zur Periureteritis mit Adhäsionen und Verschluß kommen. Schließlich können Steine noch wie Ventile wirken. Im mittleren Drittel sind es meist Steine und Entzündungen, welche eine Obturation herbeiführen, selten einmal eine Ovarialvene. Das untere Ureterdrittel umfaßt die meisten Nierensteine. Uebrigens ist dieser Teil am meisten an den Erkrankungen seiner Umgebung, den Beckenorganen vornehmlich des Weibes, mitbeteiligt, aber auch Coekum, Blase und retrocoekaler Appendix sowie Mastdarm ziehen ihn bei ihren Erkrankungen häufig in Mitleidenschaft. Das intramurale Ende des Ureters ist oft verengt als Folge einer übermäßigen Länge des Ureters und einer Hydronephrose. Dadurch kommt es zu einer Ureterentzündung innerhalb der Blasenwand, wobei sich bei doppelseitiger Erkrankung ein Strang zwischen den beiden Insertionsstellen der Ureteren bildet, der sie offen zu halten strebt. Ureterentuberkulose zeigt selten ein charakteristisches Aussehen mit Unregelmäßigkeit des Umrisses. Mesenterialdrüsen können einen Verschluß des Ureters herbeiführen. Spasmen können zur Hydronephrose führen, wodurch es sich auch erklärt, daß manche Operateure durch Dilatation des Ureters so günstig erscheinende Resultate bei Hydronephrose erzielen.

Orale Verabreichung von Tetrabromphenolphthaleinnatrium. — Vorläufiger Bericht. Den von den Autoren empfohlenen Vorteilen für den Patienten stehen Nachteile gegenüber, welche bei der Unsicherheit der Deutung mangelhaft gefüllter Gallenblasen nach oraler Verabfolgung des Diagnostikums diese Methode als zweifelhaft erscheinen lassen, da auch normalerweise die orale Verabreichung nicht mit der gleichen Sicherheit die Ausscheidung des Kontrastmittels in die Gallenblase im Gefolge haben kann, wie die intravenöse.

Kottmaier.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

42., Nr. 4, April 1926.

Kongenitale Hüftgelenksluxation. Vittorio Putti.
Sekundäre Operationen am Ductus biliacus communis. Waltmann Walters.
* Anwendung von Radium und Röntgenstrahlen bei der Behandlung von malignen Krankheiten der paranasalen Sinus. Douglas Quick.
Der Wert von Verwachsungen der Bauchfellfalten in der abdominellen Chirurgie. Alberto Gutierrez.
Studie über den Einfluß der Proteinkörpertherapie bei experimenteller Corneal-Staphylokokkeninfektion des Kaninchens. Ben Witt Key.
Beckenhernie; Bericht über einen Fall von Hernia vaginalis posterior. Lee Monroe Miles.
* Drei Fälle von Thyreoid-Metastasen in Knochen. Walter M. Simpson.
Transplantation von Parathyreoidgewebe bei partieller Thyreoidektomie. Frank H. Lahay.
Pylephlebitis und Leberabszeß nach Appendicitis. E. L. Eliason.
* Vorderer abdomineller Kaiserschnitt zur Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisation; seine Indikationen. Philip Oginz.
Ergebnisse der Interpositionsoperation zur Heilung des Prolapsus uteri und Cystocele. Frederick W. Johnson.
Kurze Studien über klinische Gesichtspunkte bei Gelbsucht. Albert M. Snell.
* Blinddarmentzündung bei Säuglingen und Kindern. Standley J. Seeger.
Erworbene eitrige Divertikulitis mit Pylephlebitis und metastatischer Eiterung in der Niere. Samuel E. Kramer.
Glykosurie und Schwangerschaft. Henry J. John.
Innere Drainage des Ductus biliacus communis. I. Gatellier.
Technik des transperitonealen Kaiserschnittes. I. O. Polak.
Rationelle Kunstgriffe bei Hautplastiken. F. Smith.

Anwendung von Radium und Röntgenstrahlen bei der Behandlung von malignen Krankheiten der paranasalen Sinus. Das chirurgische Angehen der paranasalen Sinus sollte früher und häufiger geschehen, so daß rascher die Diagnose auf Neubildungen gestellt werden kann. Mit wenigen Ausnahmen kommt man mit der allgemeinen nasalen Chirurgie aus, um Krebsgeschwülste loszulösen und zu entfernen. Radium und Röntgenstrahlen sind von Wert, aber, ausgenommen bei palliativen Vorgängen, müssen sie gemeinsam mit dem Messer des Chirurgen angewandt werden. Sie können unter Umständen bei nicht genauer und einheitlicher Anwendung zur Reizung des Tumors führen, wohingegen sie, nachdem der chirurgische Eingriff vollendet worden ist, sehr zur endgültigen Heilung mithelfen können. Die anatomischen Verhältnisse liegen leider so, daß eine Infektion mitunter mehr Schaden anrichten kann, als wenn der Tumor unberührt geblieben wäre. Es bleibt in der vorliegenden Arbeit leider zum Teil offen, was man als Methode der Wahl betrachten könnte.

Drei Fälle von Thyreoid-Metastasen in Knochen. Die ersten Beobachtungen von Metastasen normalen Thyreoidgewebes von Cohnheim und Morris haben viele Forscher angeregt, über ähnliche Fälle zu berichten. Cohnheims Bericht von kolloidem Kropf mit Metastasenbildung enthält eine erstaunliche Aehnlichkeit mit dem primären Karzinom der Glandula thyreoidea. In den meisten Fällen wurde die Diagnose des benignen metastasierenden Kropfes auf Grund der klinischen gutartigen Erscheinungen und des benignen mikroskopischen Bildes der extirpierten Metastasen gestellt. Metastasen von Thyreoidkarzinomen sind im mikroskopischen Bilde ganz verschieden sichtbar; es kommt vor, daß sie dem normalen Thyreoidgewebe täuschend ähnlich sehen, auch können sie dem gutartigen Thyreoidadenom gleichen, mitunter sehen sie wieder aus wie das Gewebe des Kolloidkropfes. Aus all diesem geht also hervor, daß wir es hier mit äußerst schwierigen Verhältnissen zu tun haben, und wenn auch das mikroskopische Bild der Metastasen normales Gewebe aufweist, so ist das noch lange kein Beweis für die Benignität des Tumors. Wir haben so viel Aehnlichkeiten in den verschiedenen Metastasen der verschiedenen Tumoren, daß man die Bezeichnung benigner metastasierender Kropf doch völlig verwerfen sollte.

Vorderer abdomineller Kaiserschnitt zur Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisation; seine Indikationen. Der vordere abdominelle Kaiserschnitt zur Unterbrechung der Schwangerschaft oder zur Sterilisation ist von großem Wert bei manchen Fällen von Lungentuberkulose, schweren dekompensierten Herzfehlern, bei chronischer Nephritis und Hypertension. Verf. schlägt diese Methode darum vor, weil er vor allem von folgenden Gesichtspunkten ausgeht. Er ist der Ansicht, daß erstens die Operation so einfach und so rasch wie möglich vor sich gehen soll. Des weiteren verlangt er, daß die Sterilisation vollkommen und der Blutverlust auf das größtmöglichste Minimum beschränkt sein muß. Ferner sollen die anatomischen und strukturellen Beziehungen möglichst wenig zerstört werden, so daß die Operation in jeder Anästhesie ausgeführt werden kann. Ob unsere in Deutschland geübten Methoden hinter der angegebenen des Autors in den vorgenannten Beziehungen zurückbleiben, soll hier nicht weiter erörtert werden.

Blinddarmentzündung bei Säuglingen und Kindern. Es ist bekannt, daß die Blinddarmentzündung in den ersten beiden Lebensjahren äußerst selten vorkommt. Man hat beobachtet, daß die Blinddarmentzündung bei kleinen Kindern ganz auffallend häufig die Neigung zu früher Perforation zeigt. Mit wenigen Ausnahmen sollte man ein Kind mit Appendicitis, in welchem Stadium man es auch zu sehen bekommt, unbedingt chirurgisch behandeln, wobei naturgemäß der Schnitt am Mac Burneyschen Punkte die Operation der Wahl ist, denn sie gibt rasch und fast blutlos den Appendix ins Gesichtsfeld und im allgemeinen bedarf es keiner besonders großen abdominellen Manipulationen bei dieser Operationsart.

Hofbauer, Berlin.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

11., Nr. 3, März 1926.

* Schock in der Schwangerschaft und im Puerperium. Bailey und Driscoll.
Lipom des Ligamentum latum mit Bericht über einen Fall. Rawls.
* Das Vaginalstethoskop zur Frühdiagnose der Gravidität. Falls.
* Dilatation der Cervix durch Gummiballon. Stone.
Geburtshilfliche Ketzereien des Brooklyn-Hospitals. Smith.
* Unverträglichkeit von Gravidität und Uterusfibrom. Mosher.
* Behandlung der Uterusfibrome. Weiß.
Senkungsgeschwindigkeitsprobe bei Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane. H. und H. Schmitz.
Gefahr der Mißbildungen des Fötus bei Röntgenbehandlung während der Gravidität. E. Ries.
Kontraktions- und Retraktionsringe. White.
Torsion der normalen Tube. Darner.
Schanker der Cervix mit Bericht von zwei Fällen. Cron.
Cystadenom des Ovars. Mayer.
* Zweihundertfünfzig pränatale Krankenblätter Hebert.
Ausgetragene extrauterine Schwangerschaft. Le Doux.
* Chirurgische, Radium- und Röntgenbehandlung des Cervixkarzinoms. Bowing.

Schock in der Schwangerschaft und im Puerperium. Unter 2323 Fällen der Maternity Center Association waren 5 mütterliche Todesfälle, zweimal primärer Schock nach Blutverlust, im 3. Fall Tod einige Stunden nach Entbindung, vermutlich ebenfalls durch Schock. Bei 1477 Fällen des Bellevue Hospitals in New York erfolgen 37% der Todesfälle durch Schock. Der systolische Blutdruck geht dabei oft auf 80, ja 40 mm Quecksilber herunter. Wir übergehen die Einteilung in 1. chirurgischen Schock (Hämorrhagie, Trauma), in Schock durch Azidose und Herzlähmung, in vasomotorischen Schock infolge von Medikamenten, Eklampsie, chronischer Nephritis und kommen zur Therapie. Früher: Lagerung, Wärme, Morphium, Einläufe, Kochsalz unter Brust und intravenös. Da Bluttransfusion kaum je rascher als innerhalb von 4—5 Stunden zu machen ist, verwendet Verf. Glukose-Gummilösung. Glasser, Herbert und Erlanger verwendeten hypertonische 25% Gummilösung und 18% Glukose. Farrar nimmt 6% Gummilösung und kombiniert mit 20% Glukoselösung. Pat. wird hochgelagert, es wird warmes Wasser (6 Unzen = 160 ccm) in das Rektum instilliert und 1000 ccm physiologischer Kochsalzlösung unter die Brusthaut. Bei schwerem Schock und Blutdruck unter 80 mm werden 300 ccm Gummi-Traubenzuckerlösung mit dem abgebildeten Infusionsapparat langsam (3—4 ccm pro Minute) injiziert und inzwischen für einen Universalblutspender gesorgt. Die Gummi-Traubenblutzuckerlösung hält den Blutdruck einige Stunden in der Höhe.

Das Vaginalstethoskop zur Frühdiagnose der Gravidität. Die sicherste Feststellung der Gravidität geschieht durch die kindlichen Herztöne. Sie werden etwa in der 18.—20. Woche hörbar, Sarwey hörte sie in der 14. Verf. hat nun ein Stethoskop angegeben, das aus einem schlanken Holzhörrohr besteht, welches in die Vagina eingeführt und auf das untere Uterinsegment aufgesetzt werden kann, oben sind zwei Gummischläuche befestigt, die zu den Ohren laufen. In 20 Fällen wurden damit die Herztöne in der 14.—16. Woche gehört. Das Instrument kann auch zur Diagnose der Placenta-praevia von Wert sein, ferner zur Feststellung der Kombination von fibroiden Tumoren und Gravidität, schließlich zur Diagnose von Molen.

Dilatation der Cervix durch Gummiballon. Die Tamponade der Cervix kann nicht empfohlen werden, da der Tampon die Infektion hinaufleiten kann. Das Ei folgt zwar oft der Entfernung des Tampons, meist ist aber doch noch Corettierung erforderlich. Verf. hat den Gummiballon, besonders wenn die Schwangerschaft den dritten Monat überschritten hatte, mit gutem Erfolg angewendet. Der Ballon kann oft ohne Narkose eingeführt werden. Spontane Erledigung des Aborts ist daran anschließend die Regel. Die Einlegung des Ballons kann erforderlich sein wegen engen Beckens, wegen Ueberreife des Kindes, wegen nephritischer Toxämie, hartnäckiger Infektionen des uropoetischen Systems. Sind diese Fälle nicht dringlich, so wird allerdings oft Chinin und Rizinusöl genügen. Dringlicher sind schwere Dystokie, Hämorrhagie, Placenta praevia. Dagegen hat der Blasenstich die Nachteile der Eröffnung eines Weges für die Infektion und der Entfernung der dilatierend wirkenden Fruchtblase. Die Bougie ist gut, aber nicht sicher wirkend. Der Ballon kann also in einer großen Anzahl von Fällen angewendet werden. Unter 14 822 Fällen von 1899 bis 1925 wurde der Ballon 178 mal = 1,2% angewendet. Bei Hämorrhagie, besonders Placenta praevia, war die kindliche Mortalität unter Balloneinführung allerdings 75%.

Unverträglichkeit von Gravidität und Uterusfibrom. Bei Myomen oder Fibromyomen in der Gravidität treten Schmerz, Blutungen oder Degenerationsanzeichen, d. h. Leukozytenvermehrung, Temperatursteigerung auf. Bildet der Tumor ein Geburtshindernis, so ist Myom- oder Hysterektomie erforderlich. Abort empfiehlt sich nicht wegen der erhöhten Blutungsgefahr. Sectio ist nicht immer notwendig. Die große Mehrzahl der Tumoren geht nach glücklicher Beendigung der Geburt, bei der die Gefahr der Postpartum-Blutung die größte ist, rasch zurück.

Behandlung der Uterusfibrome. Verf. gibt eine vergleichende Uebersicht von zwei je fünfjährigen Perioden. Die maßgebenden Richtlinien sind: Bei unkomplizierten Fällen wird konservativ verfahren, die blutenden sind für Bestrahlung geeignet, bei jüngeren Pat. wird Myomektomie oder Resektion bevorzugt. Curettement ist vor jeder Radiumeinlegung notwendig. Die Radiumdosis bei Jüngeren ist sehr vorsichtig gewählt, so bei 20—30 jährigen in 10 Fällen 600 mg-Stunden, in 3 Fällen 1200 mg-Stunden, bei 30—40 jährigen in 20 Fällen 600 mg-Stunden, in 43 Fällen 1200 mg-Stunden, in 5 Fällen 1800 und in weiteren 5 Fällen 2400 mg-Stunden. Bei 40—50-jährigen wurden meist 1200 mg-Stunden gegeben. Bei kleineren Tumoren bewirkten meist 1200 mg-Stunden völliges Aufhören der Menstruation. Mißerfolge hatte das Radium bei 7 zu großen Tumoren, bei 6 entzündlichen Adnexerkrankungen, bei 2 Nekrosen. 9 mal kamen die Blutungen wieder. Bezüglich Einzelheiten sei auf das sehr lesenswerte Original verwiesen.

Zweihundertfünfzig pränatale Krankenblätter. Es gibt kein Gebiet, wo die Fürsorge so viele menschliche Leben retten kann. Von 200 schwangeren Frauen stirbt wenigstens eine. Schätzungsweise sterben jährlich 25 000 Frauen an den direkten oder indirekten Folgen des Kindbettes, etwa 8000 an Infektion, 5000 an Eklampsie, 4000 an Hämorrhagie. Diese Todesfälle könnten weitgehend verringert werden. Tuberkulose steht an erster, Kindbett an zweiter Stelle als Todesursache bei Frauen zwischen 15 und 40 Jahren. Verf. empfiehlt breite niedere Absätze und ein Stützkorsett während der Schwangerschaft. Er fand allerdings, daß 7% kein Korsett oder Gürtel ertrugen. 15% benutzten Olivenöl zur Massage des Bauches, von dem sie eine Erleichterung der Steifigkeit der Muskeln spürten. In den ersten Monaten soll viel Zucker gegeben werden, in den letzten den Bedürfnissen des Föt entsprechend viel Kalk, Phosphor und Eisen. 65% leiden an Obstipation. Die Phloridzinprobe war unter 9 Fällen 8 mal zutreffend. Erhöhung des Zuckers im Harn ohne Blutzuckerspiegelerhöhung ist häufig. Die Leydensche Schwangerschaftsniere charakterisiert sich durch Retention von Wasser und Salz und leichte Albuminurie. — Das Lying im Hospital von Chicago hat bei den Fällen, welche pränatale Pflege erhielten, in den letzten Jahren keinen Fall von Eklampsie gehabt. In der Diskussion erklärt Kind, die pränatale Pflege sei heute so allgemein eingeführt, daß sich darüber eine Aussprache erübrige. Carter erklärte, er habe seelische Erregungen häufig Abort herbeiführen sehen, andere weisen auf Autofahrten auf schlechten Straßen als Ursache für Fehlgeburt hin.

Chirurgische, Radium- und Röntgenbehandlung des Cervixkarzinoms. Es soll nicht jede Pat. einfach 3000 mg-Stunden erhalten, sondern es ist zu individualisieren, es ist eine fraktionierte Dosierung anzuwenden. Verf. verwendet 50 mg Radiumsulfat in 0,5 mm dickem Silberfilter. Das Radium wird 14—20 Stunden, etwa 2 mal wöchentlich während 3 bis 6 Wochen eingelegt, und zwar in Knieellbogenposition, da diese die beste Uebersicht gewährt. Das Präparat ist in Cervix, Uterus oder Tumormasse einzuführen. Es sollen etwa 3000 mg-Stunden auf je 2,5 cm Tiefe des befallenen Gewebes appliziert werden. Nach Entfernung des Uterus wird meist noch 2 mal Radium vaginal gegeben, Filterung 1 mm Messing und 3 mm Hartgummi. Bei Karzinom von Gruppe I und II (Verf. gibt V Gruppen) ist es fraglich, ob nach Hysterektomie noch zu bestrahlen ist. Bei Karzinom von Gruppe III und IV wird postoperativ Radium, u. U. auch Röntgen gegeben. Diese Fälle erhalten auch präoperativ 3—4 mal intracervikal Radium 12—14 Stunden, 2 mal wöchentlich, dann wird etwa 8 Wochen gewartet. In einer kleinen Gruppe von Fällen zeigte dann im exstirpierten Organ kein Karzinomgewebe mehr. In den weiter vorgeschrittenen Fällen (Gruppe IV und V) ist Operation zwecklos. Hier wird individualisierend Radium in Kapseln, in Nadeln (5—10 mg in Stahlnadeln oder 1 mg in Platinnadeln) angewendet. Manche solche Fälle haben sich 5—6 Jahre gut gehalten. Verf. schließt, daß Zusammenarbeiten der beteiligten Aerzte, sowie kombinierte Anwendung der chirurgischen, Radium- und Röntgenmethode am weitesten führe.

Robert Kuhn (Baden-Baden).

American Journal of Ophthalmology.

März 1926.

Die Grenzen der Spaltlampenmikroskopie des lebenden Auges und die Möglichkeit, sie zu überschreiten. Koeppe.
Ueber das Wesen des Netzhautglioms. Rutherford.
Die Glaukomoperationen. Durr.
* Gesichtsfeld und Augenhintergrundsveränderungen bei Störungen der inneren Sekretion. Rowland.
Stauungspapille und Glaskörpertrübung nach Schädelbruch. Loeb.
Extraktion des Altersstares. Knorr.
Beziehungen zwischen Apertur des Auges und Sehfunktion. Cowan.
* Afenil, eine Warnung. Mayer.

Gesichtsfeld und Augenhintergrundsveränderungen bei Störungen der inneren Sekretion. Verf. untersuchte 280 Patienten mit Erkrankungen des endokrinen Systems auf Augensymptome. Er fand bei 155 Fällen mit Dysfunktion der Thyreoidea: Vergrößerung des blinden Fleckes fünfmal, konzentrische Einschränkung viermal, Gefäßveränderungen einmal und Gelbfärbung der Papille einmal, bei Dysfunktion der Keimdrüsen (28 Fälle): Vergrößerung des blinden Fleckes zehnmal, Gelbfärbung der Papille dreimal, konzentrische Einschränkung fünfmal und einmal Pigmentverschiebungen. Bei fünf Fällen von Nebennierenerkrankungen: Vergrößerung des blinden Fleckes viermal, konzentrische Einschränkung einmal, Gelbfärbung der Papille einmal und andere Papillenveränderungen einmal. Bei 98 Fällen von Hypophysenerkrankung: Vergrößerung des blinden Fleckes 67 mal, gelbe Papille

30 mal, andere Papillenveränderungen sechsmal, andere Gesichtsfeldeinschränkungen 25 mal, Gefäß- und Pigmentveränderungen viermal, Tumoren zweimal.

Afenil, eine Warnung. Afenil wird zur Behandlung des Frühjahrskatarrhs benutzt. Es darf nur intravenös angewandt werden. Injektion größerer Dosen intramuskulär verursacht Gewebsnekrose. Meesmann, Berlin.

The American Journal of Syphilis.

10., 1.

* Plötzlicher Tod durch Verschlimmerung latenter Syphilis - Myokarditis. Alfred Scott Warthin.

Wismutbehandlung der Syphilis. Irwin C. Sutton.

Klinische Differenzierung ausgebreiteter Hautsyphilis. III. Frambösia tropica und Syphilis. Herman Goodman.

* Ein Fall von akuter Syphilisnephritis. A. J. Hood und F. D. Murphy.
* Behandlung eines Falles von Nervensyphilis mit Malariaparasiten. E. C. Trash.
* Schwangerschaft als Faktor zur Verhütung der Nervensyphilis. H. S. Solomon.

Standardisierung der Wassermannuntersuchung. Ruth Gilbert und Virginia Langworthy.

Wassermannstudien. O. Ishii.

Eine vergleichende Untersuchung über Komplementbindung. Ruth Gilbert, Virginia Langworthy und Anna C. Moore.

Plötzlicher Tod durch Verschlimmerung latenter Syphilis-Myokarditis. Die acht angeführten Fälle zeigen, daß rascher Tod durch plötzliche Verschlimmerung vorher latenter syphilitischer Prozesse in Herz und Aorta herbeigeführt werden kann. Myokardiale Dekompensation ist gegenüber anderen Infektionen sehr oft, ja meistens durch Syphilis verursacht. Die Herzen der Paralytiker und Tabiker und anderer alter Syphilitiker zeigen bei der Sektion fast durchgängig charakteristische Veränderungen am Myokard. Die meistbekannten Formen sind Atrophie und Fibrosis. Als zweithäufigste Erkrankung finden wir Coronarsyphilis mit folgender Infarzierung und Fibrose. Auch gibt es eine Kombination beider Erkrankungen. Veränderungen am Myokard sind gleichfalls immer Begleiterscheinungen der Aortensyphilis und der Mesaortitis luetica. Herztod durch plötzliche Verschlimmerung alter syphilitischer Myokarditis ist häufiger als bekannt, er wird nur nicht immer verifiziert, da keine Sektion ausgeführt wird.

Ein Fall von akuter Syphilisnephritis. Von allen in der Literatur beschriebenen Fällen weiß man nie gewiß, ob es sich um eine wahre Syphilisnephritis oder die Reaktion der Niere auf antiluetische Mittel handelt. Die Verfasser beschreiben einen Fall von unbehandelter Syphilis im Sekundärstadium mit heftiger akuter Nephritis, für die keine andere Ursache vorlag. Im Urin Spirochäten. Die charakteristischen Anzeichen der wahren akuten Syphilisnephritis fassen sie zusammen in folgenden Sätzen: 1. Syphilisnephritis ist ein frühes Anzeichen der Infektion. 2. Der Anfall tritt plötzlich auf. 3. Sie hat zwei charakteristische Symptome: a) außerordentlich starke Oedeme, b) große Mengen Albumen im Urin. 4. Sie ist immer ein ernstes Zeichen, wenn auch die Syphiliserkrankung als leichte anzusprechen ist. Die Differentialdiagnose wird entschieden durch die Behandlung. Syphilisnephritis reagiert sehr leicht auf antiluetische Mittel, während eine Nephritis aus anderen Ursachen sich durch die Behandlung eher verschlechtert. Mikroskopisch wurden Spirochäten in den Glomeruli, im Epithel der Tubuli und im Interstitialgewebe gefunden. Die Prognose ist günstig.

Behandlung eines Falles von Nervensyphilis mit Malariaparasiten. Verfasser behandelte einen Patienten mit schwerer Hirnsyphilis, der arsen-, wismut- und quecksilberfest geworden war, mit dem Blute eines gutartigen Falles von Malaria tertiana. Nach schweren Reaktionen mit hoher Temperatur und Schüttelfrösten trat vollständige Genesung ein. Der Patient, der schon völlig verblödet war, zeigte keine Spuren der Paralyse mehr, war vollständig klar und hatte eine Gewichtszunahme von 28 Pfund.

Schwangerschaft als Faktor zur Verhütung der Nervensyphilis. Schon lange ist bekannt, daß die Männer ein weit größeres Kontigent zur Nervensyphilis stellen als die Frauen. Moore hat nun an einem Material von 5410 Fällen nachgewiesen, daß nicht das Geschlecht daran schuld sein kann, indem alle syphilitisch Kranken, geschlechtlich getrennt, im Verhältnis von 5,4 : 4,6 männlich zu weiblich stehen. Im Stadium der Frühnervensyphilis besteht kein verschiedenes Zahlenverhältnis zwischen Mann und Frau, auch ist der Befund der Spinalflüssigkeit der gleiche. Erst mit der Spätsyphilis tritt der große Unterschied zwischen den Geschlechtern hervor. Moore glaubt als Grund hierfür die Schwangerschaft zu erkennen. Seine Studien zeigen, daß Nervensyphilis sehr selten bei Frauen vorkommt, die im ersten Jahre der Syphilisinfektion schwanger wurden. Verfasser geht von einem anderen Punkte aus, kommt aber auch ungefähr zu den Resultaten Moores. Untersucht wurden 559 Fälle des Psychiatrischen Hospitals in Boston. Sie wurden eingeteilt in Paralytiker, Tabiker, Meningealsyphilitiker und solche, die keine syphilitischen Erscheinungen des Zentralnervensystems zeigten. Es wurden nur Frauen über 30 Jahre gewählt in der Erwägung, daß jüngere Frauen noch nicht genügend Gelegenheit zur Schwangerschaft gehabt hätten. Die Resultate zeigen, daß 44% der Frauen mit Tabes und Paralyse Nulliparae waren, während unter den syphilitischen Frauen ohne Erkrankung des Zentralnervensystems 26½% Nulliparae sind. Bei Syphilitikerinnen ohne Nervensymptome finden sich weit mehr Schwangerschaften als bei Neurosyphilitikerinnen. Zwei Schlüsse sind möglich: Entweder sind Frauen mit Nervensyphilis weniger fruchtbar, oder die Schwangerschaft verleiht den Frauen irgendeinen Schutz gegen das Eindringen der Spirochäte ins Nervensystem. Verfasser formt folgende Hypothese: Umwälzungen im Stoffwechsel Syphilitischer scheinen ihn zu befähigen, sein Nervensystem vor dem Eindringen der Spirochäte zu schützen; ein Beispiel hierfür bietet die Schwangerschaft mit ihren Revolutionen im Stoffwechsel.

Aus der russischen Literatur.

M. Isabolinskij und W. Gitowitsch: **Zur Frage der Veränderlichkeit der Shiga-Kruseschen Dysenteriebazillen.** Westnik mikrobiologii i epidemiologii 1925, Bd. 4, Nr. 3. Die Versuche wurden an Bouillon- und Agarkulturen von Shiga-Kruse-Bazillen angestellt, die gut verschlossen oder mit Paraffin verschmolzen 1½ bzw. 4 Monate in einem dunklen Schrank bei Zimmertemperatur gestanden hatten. Von diesen Kulturen wurde eine Aussaat auf Agar in Petri-Schalen gemacht und eine andere auf Endo-Nährboden ebenfalls in Petri-Schalen. In beiden Fällen wurden Kolonien von verschiedener Größe und Farbe erzielt. Alle diese Kolonien wurden in Bouillon emulgiert und von neuem auf Endo-Nährboden in Petri-Schalen ausgesät. Wieder wuchsen Kolonien von verschiedener Größe und verschiedenen Farbenschattierungen (weiß, gelblich und rosa), teils mit, teils ohne Randbildung. Die Bakterien der ersten und zweiten Generation wiesen manche Abweichungen vom ursprünglichen Typus auf: teils waren sie in Reihen angeordnet wie Streptobazillen, teils bildeten sie Fäden, einige hatten Kugelform, andere erschienen als dicke Stäbchen zu zweien in einer Kapsel. Nach viermonatlichem Aufenthalt im Schrank waren die Degenerationserscheinungen noch mehr ausgesprochen. Im allgemeinen waren die morphologischen, biologischen und kulturellen Veränderungen derart, daß die Bazillen bald mehr den Typhusbazillen, bald mehr den Colibazillen glichen. Alle Einzelheiten der Variation lassen sich im Referat nicht wiedergeben.

W. Stefko: **Pathologisch-histologische Veränderungen bei der Kalziumbehandlung der Tuberkulose.** Voprossy tuberkuljösa 1925, Bd. 3, Nr. 4. In drei Fällen von mit Kalzium behandelter Lungentuberkulose, die zur Sektion kamen, wurde folgender histologischer Befund erhoben: Im Gehirn treten die Blutgefäße und Kapillaren stark hervor, ihr Lumen ist durch Blutüberfüllung erweitert, ihre Wandungen, namentlich die Intima stark verdickt. Die Zellen der Intima sehen gequollen aus, mit homogenem basophilen Protoplasma und deutlich sichtbaren Zellkernen. Die Intima weist stellenweise Faltenbildung auf und bietet das Bild einer hyalinen Degeneration. Die Media ist etwas verdickt, die Adventitia zum Teil unverändert, zum Teil verdünnt. In der Blutsäule sind die einzelnen Erythrozyten meist nicht zu erkennen, sie bilden homogene Klümpchen mit eingelagerten Oxyhämoglobinkristallen. In einigen erweiterten Kapillaren findet man Kalkablagerungen. An der Gehirnsubstanz ist außer ausgesprochener Faserauflockerung nichts Pathologisches zu bemerken. Auffallend ist die starke Vergrößerung der Nebenschilddrüsen, die etwa das fünf- bis sechsfache beträgt. Im Parenchym der Drüsen sieht man eine Reihe von mit basophilem Kolloid gefüllten Follikeln, in dem ganze Gruppen von Zellen mit grobkörnigem Protoplasma und rundlichem Zellkern liegen. In vielen Zellen ist das Protoplasma gequollen. Dies sind hypertrophische Hauptzellen. Ihr Protoplasma enthält Glykogen. Das Kolloid scheint sich zwischen den syncytialen Zellgruppen und ihrer bindegewebigen Grundlagen ergossen zu haben. Im ganzen bieten die Nebenschilddrüsen das Bild einer erhöhten Tätigkeit. In der Schilddrüse sind die Follikel verkleinert, an ihren Wandungen sieht man stellenweise Desquamation und infolge davon Ausfall der Zellen in die Kolloidsubstanz, die zum Teil große Anhäufungen bilden. Das umgebende Bindegewebe ist derb, leicht zerreißlich, die Interfollikularräume erweitert: das Bild einer fibrösen Hypoplasie. Auch an den Nebennieren ist eine Hypoplasie der Medullarsubstanz und zum Teil auch der Kortikalschicht zu beobachten. Die Grenzen zwischen der Zona glomerulosa und fasciculata sind undeutlich, die Medullarsubstanz stark aufgelockert, das Bindegewebe gewuchert. Die Lungenalveolen sind deutlich abgeflacht, ihr Lumen mit desquamierten Zellen und Leukozyten gefüllt. Stellenweise sieht man größere Tuberkel mit käsigem Zerfall. Um die Tuberkel und in ihnen findet man die eingedrungenen Kalksalze. Auch in anderen Teilen des Lungengewebes sieht man drusenförmige Kalkschollen. Die Gefäße sind durch Blut stark gedehnt. Diese Ergebnisse scheinen frühere Beobachtungen zu bestätigen, die bei erhöhter Kalziumzufuhr die Anfangsstadien der Arteriosklerose zeigten, zum Teil sogar mit Kalziumablagerung in der Media der Aorta. Charakteristisch sind jedenfalls die Veränderungen der Nebenschilddrüsen, die doch zu den Organen gehören, die den Kalkstoffwechsel regeln.

A. Zwetkowa: **Bestimmung des Katalaseferments in Blut und Auswurf von Lungentuberkulösen.** Voprossy tuberkuljösa 1925, Bd. 3, Nr. 4. Im Blut wurde die Katalase nach der Bachschen Methode bestimmt. Das Sputum wurde weniger verdünnt als das Blut, da es weniger Katalase enthält. 1 g Sputum wurde im Mörser mit Sand zerrieben und mit 50 Teilen Wasser verdünnt, darauf filtriert und das Filtrat ebenso wie die Blutlösung bearbeitet. Auch der Schüttelapparat wurde angewandt, wobei es sich herausstellte, daß mit demselben geringere Katalasewerte gefunden wurden als beim Verreiben des Auswurfs mit Sand im Mörser. Das Blut wurde immer am Vormittag entnommen. Blut und Auswurf wurde wiederholt bei demselben Kranken untersucht. An 22 Kranken wurden 226 Untersuchungen ausgeführt. Im allgemeinen wies das eitrige Sputum höhere Katalasewerte auf (nicht unter 16) als das schleimig-eitrige (unter 16). Bei schwankendem Charakter des Auswurfs beobachtet man auch Schwankungen des Katalasegehalts, d. h. der Katalasegehalt steigt, sobald der Auswurf eitrig wird, und fällt, wenn er schleimig-eitrige Beschaffenheit annimmt. Der höhere Katalasegehalt des eitrigen Auswurfs erklärt sich durch seinen Zellreichtum. Bei reinschleimigem Auswurf hält sich der Katalaseindex dauernd auf einer gewissen Höhe mit nur geringen Schwankungen. Der Katalasegehalt des Blutes überschreitet meist etwas die Norm bei exsudativen Prozessen in der Lunge. Mit Verschlimmerung des Zustandes fällt der Katalasegehalt des Blutes. Widerstandsfähigere Kranke weisen einen höheren Katalasegehalt des Blutes auf. Bisweilen fällt der Katalasegehalt schon vor Beginn der Verschlimmerung. Bei fibrösen Lungenprozessen mit normaler Temperatur, wenig Auswurf mit wenig Tuberkelbazillen und negativer Urochromogenreaktion sind die Blutkatalasewerte normal oder etwas unternormal. Fibröse dekompensierte Lungenprozesse geben hohe Katalasezahlen, gemischte Formen zeigen annähernd normale Werte.

A. Alexejev. **Aetiologie und Therapie der ulcerösen Colitiden.** Deutsch-Russische Medizinische Zeitschrift 1926, Nr. 3. Manche Fälle von Colitis exulcerativa müssen als chronische Bazillenruhr aufgefaßt werden. Es bleibt aber eine ganze Reihe anderer Fälle von ulceröser Colitis, bei denen in der Anamnese keine vorhergehende akute Darmerkrankung nachzuweisen ist. Verf. ist geneigt, eine ulceröse Colitis nicht infektiösen Ursprungs für möglich zu halten, wobei er zur Erklärung der Pathogenese einer solchen Colitis das Zusammenwirken mehrerer aetiologischer Momente annimmt: Vagotonie, spastische Obstipation, Darmreizung durch unzweckmäßige, grobe Kost und klimatische Einflüsse. Bei der Behandlung hat sich in Zentralasien, wo die Colitis eine häufige Erkrankung ist, die Verordnung von neutralen Salzen in wiederholten kleinen Gaben während der ersten Krankheitstage zwecks Reinigung des Darms bewährt. Auch Einläufe von Kollargol, Tannin, Arg. nitr., Stärke waren von Nutzen. Vom Emetin hat Verf. keinen Erfolg gesehen. Die Vaccinotherapie ist noch nicht spruchreif. Narkotika sind bei Schmerzen und Tenesmen nicht zu entbehren.

W. Engelhardt und W. Brackertz. **Allergie und Immunität bei Soor.** Deutsch-Russische Medizinische Zeitschrift 1926, Nr. 3. Die Soorinfektion der Haut und der Nägel mit Entzündungserscheinungen mittleren Grades ist von Abwehrvorgängen humoraler und histologischer Natur gefolgt. Neben allergischen Raktionen wird die Bildung von Antikörpern zur Komplementbindung beobachtet. Das Serum besitzt die Fähigkeit, die Soorpilze zu agglutinieren, wodurch die ätiologische Bedeutung des Pilzes sicher erwiesen ist. Nach intrakutaner und intraperitonealer Impfung wird bei Meerschweinchen erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen eine zweite Infektion, ja mitunter sogar Immunität beobachtet. Kaninchen reagieren nicht mit Krankheitserscheinungen auf Einspritzungen von Soorpilzen, doch lassen sich bei ihnen nach intravenöser Einführung des Pilzes Abwehrvorgänge beobachten, die sich in allergischer Reaktion, Komplementablenkung und in der Fähigkeit des Serums, Soorpilze zu agglutinieren, äußern.

Marzinowski (Moskau). **Beitrag zur Frage über die Varietäten des Malariaparasiten.** Deutsch-Russische Medizinische Zeitschrift 1926, Nr. 1. Das von Stephens geschilderte Plasmodium tenul ist nach den Untersuchungen des Verf. keine selbständige Art, sondern nur eine entartete Form des Malariaparasiten. Ebenso hält er das von Ahmed-Emin beschriebene Plasmodium minutum nur für eine atypische Form des Plasmodium vivax. Was das Plasmodium caucasicum Marzinowsky anbetrifft, so liegen keine neuen Erkrankungsfälle mit diesem Parasiten vor. Vrf. hält es nicht für ausgeschlossen, daß auch hier nur eine biologische Modifikation vorliegt, die vor allem von dem vorzeitigen Zerfall der Erythrozyten abhängt. Auch die Existenzberechtigung des Plasmodium ovale (Stephens) erkennt Verf. nicht an. Das Plasmodium caudatum Parzwanidze ist nach der Ansicht des Verf. noch nicht hinreichend erforscht, doch hält er es für wahrscheinlich, daß es sich nur um eine degenerierte Form des Pl. vivax handele, die besonders bei hochgradig anämischen Kranken vorkommt. Bei den geschlechtlichen Formen des Pl. praecox findet man vielfache Abweichungen. Die Gameten weisen große Unterschiede in Form und Umfang auf. Die angeblichen Besonderheiten der als neu geschilderten Parasiten erklärt Verf. nicht für stabil und deshalb hält er es auch nicht für berechtigt, sie für neue Arten anzusehen.

A. Kisilova. **Postdysenterische Erkrankungen und chronische Dysenterie.** Russkaja Klinika, Nr. 20, December 1925. Die klinische Genesung erfolgt bei akuter Dysenterie bedeutend früher als die anatomische restitutio ad integrum. Als chronische Dysenterie kann nur die postdysenterische ulceröse Colitis bezeichnet werden, die durch den Dysenteriebazillus hervorgerufen und unterhalten wird. Somit sind die postdysenterischen Colitiskranken als Bazillenträger anzusehen. Die bei ihnen zu beobachtenden Recidive treten zu einer Zeit auf, wo es in der Umgegend keine Dysenterieerkrankungen gibt. Sie können daher Urheber einer neuen

Entwicklung und Verbreitung einer Dysenterieepidemie sein. Alle sonstigen im Gefolge der Dysenterie auftretenden Erkrankungen, wie die Anämie u. a., sind als nichtspezifische Komplikationen und Nachkrankheiten aufzufassen. Auffallend ist in dem großen Krankenmaterial der Verfasserin das Fehlen von Leberabszessen, die doch sonst eine sehr häufige Komplikation der Dysenterie sind.

D. Pletner. **Die intravitale Differentialdiagnose der Thrombose der rechten und linken Kranzarterie des Herzens.** Russkaja klinika, 1925, Bd. 4, Nr. 17. Auf Grund von 3 Krankenbeobachtungen mit nachfolgenden Obduktionen und experimentellen Tatsachen kommt P. zu dem Schluß, daß bei Lebzeiten nicht nur die Thrombose der Kranzarterien des Herzens überhaupt erkannt werden kann, sondern auch die Differentialdiagnose einer rechts- oder linksseitigen Kranzaderthrombose möglich ist. Das Merkmal einer Verstopfung der Coronararterien des Herzens ist ein dauernder status anginosus, der mitunter in mehreren Anfällen verläuft. Zuweilen gesellt sich hierzu ein Status asthmaticus. Wenn die Herztätigkeit nicht ganz unregelmäßig und eine Auskultation möglich ist kann häufig diastolischer Galopprhythmus beobachtet werden. Für die Thrombose der rechten Koronararterie ist außer den genannten Symptomen pathognomonisch: akute Herzdilatation nach rechts, bedeutende akute, schmerzhafte Leberanschwellung, wobei anfangs Stauungserscheinungen in den Lungen fehlen. Für die Thrombose der linken Koronararterie ist außer den allgemeinen Erscheinungen pathognomonisch eine akute Herzerweiterung nach links und unten sowie akutes Lungenoedem.

M. Omeljanovicz-Pavlenko. **Die Leberlipase als Zeichen der Leberinsuffizienz.** Moskowsky medizinsky Journal 1925, Nr. 7. Der Bilirubingehalt des Blutes entspricht nicht vollkommen der Störung der lipolytischen Funktion der Leber. Die lipolytische Funktion bleibt noch bei 50 mg % Bilirubin erhalten und kann bei normalem Bilirubingehalt gestört sein. Das Vorhandensein von Leberlipase bei Setzern deutet darauf hin, daß das Blei auf das Lebergewebe einwirkt. Der Umstand, daß die Leberlipase bei Anämien Anilinvergiftung, Lungenemphysem und Magenkrebs nicht vorkommt, während sie bei Icterus catarrhalis, Leberkrebs, chronischer Hapatitis, alkoholischer Corrhose und Malaria vorhanden ist, läßt doch den Befund von Leberlipase als eine wertvolle Stütze bei der Differentialdiagnose der funktionellen Leberinsuffizienz erscheinen. F. Dörbeck (Berlin-Dahlem).

Buchbesprechungen.

Ludwig Hofbauer-Wien: **Nasales Asthma.** Im Anschluß an den Vortrag in der Berliner Oto-Laryngologischen Gesellschaft sei auf die Arbeiten Hofbauers hingewiesen. — Mittels Konstruktion geeigneter Kästchen, die die Form der äußeren Nase haben, konnte Hofbauer nachweisen, daß die Einatmungsluft der Nase gezwungen ist, vertikal aufzusteigen. Dabei stößt sie an den Nasenrücken, durch den sie wieder nach unten abgelenkt wird. Aus dieser Anordnung erklärt sich der bogenförmige Verlauf der Einatmungsluft, während der Exspirationsstrom den unteren Nasengang benutzt. Von besonderer Wichtigkeit ist daher für eine reguläre Inspiration die Stellung der Nasenlöcher, durch die die Richtung des Inspirationsstromes angezeigt wird. Wird die Nase nicht zur Einatmung benutzt, so sind Veränderungen an den tieferen Luftwegen sekundär zu beobachten. Besonders leidet das Flimmerepithel, das bei kalter, nicht vorgewärmter und mit Wasserdampf gesättigter Inspiration zugrunde geht. Außerdem wird bei Mundatmern der apikale Thoraxanteil nicht durchlüftet und leicht atelektatisch. — Bei Asthmatikern legt Hofbauer den Hauptwert auf ausgeschaltete Mundatmung. Trockener Hustenreiz bildet den Ausgangspunkt des Anfalles, dabei finden sich bei allen Bronchialasthmatikern Zeichen einer reizbaren Schwäche des Vasomotorensystems (z. B. kalte oder schweißige Hände oder Füße). Zu verhindern ist Austrocknung der Luftwege. Nachts sind die Fenster zu schließen, für feuchte Luft muß gesorgt werden. Empfohlen wird 0,5 Diuretin vor dem Schlafengehen. Die Hauptsache bleibt eine Atemtechnik, durch die der Lungenvagus nach Möglichkeit geschont wird. Die Inspirationsluft darf nicht bei offenem Munde in den Brustkorb hinuntergerissen werden, dadurch wird der Vagus noch mehr gereizt. Langsam soll die Luft durch die Nase eingezogen und vermittels der Bauchpresse mit leisem, nicht forciertem Summen aus dem Brustkorb zum Entweichen gebracht werden. Wird der Inspirationsstrom gewalttätig eingezogen, so wird die Lunge mit Luft überfüllt, auch die Spitzenteile sind vollgepreßt. Dann hat weder Tiefenlagerung einen Sinn, noch ist das Zwerchfell imstande, die Preßluft der Spitze zum Austreiben zu bringen. Hauptsache bleibt eine gesunde, den physiologischen Verhältnissen angepaßte Technik. Rosenbaum.

Charles Baudouin: **Psychologie der Suggestion und Autosuggestion.** Dresden 1926, Sibyllenverlag. 451 S. Brosch. 7,50 M., geb. 9 M. — Das vorzüglich aus dem Französischen übersetzte Werk (Baudouin lebt in Genf) hat zum Ziel, der durch Coué weltbekannt gewordenen Methode der psychotherapeutischen Anwendung der Autosuggestion begründete psychologische Unterlagen zu geben. In überaus anregender Weise gelingt es dem Verfasser, die psychischen Vorgänge der unwillkürlichen und angewandten Suggestion auch dem Verständnis des nicht psychologisch Gebildeten zugänglich zu machen. Der Charakter objektiver Wissenschaftlichkeit bleibt jedoch gewahrt, die Ergebnisse anderer psychologischer und psychotherapeutischer Richtungen (z. B. der Psychoanalyse) werden sachlich gewertet. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik erläutert die theoretisch gewonnene Erkenntnis, eine reichhaltige, in optimistischem therapeutischen Streben gewonnene Kasuistik läßt die Erfolge erkennen, die die praktische Ausübung der Autosuggestion nach sachgemäßer Anweisung bei geeigneten Fällen haben kann. Panse-Berlin.

Sopp, A.: **Fettleibigkeit, ihre Ursachen, Gefahren und Bekämpfung.** 2. Auflage. Leipzig 1926. Curt Kabitzsch. — Während die fortschreitende Wissenschaft in der Adipositas den Ausdruck einer Konstitutionsanomalie erblickt, welche mit Diabetes, Gicht und ähnl. zusammen eine Gruppe bildet, läßt Sopp diese Erklärung nur für die Fettsucht zu. Die gewöhnliche Fettleibigkeit führt er auf zu viel Essen zurück. Die Trennung dieser beiden Erscheinungen läßt sich wohl nicht immer scharf durchführen. Jedenfalls ist von diesem Standpunkt aus die Prophylaxe und die Therapie der Fettleibigkeit leicht abzuleiten.

Wenn schon „zur Ergänzung der Sprechstunde" ärztliche Beratungen gedruckt herausgegeben werden — das vorliegende Heft bildet Nr. 18 —, haben die Ausführungen von Sopp ihre Berechtigung. Aber im allgemeinen kann man wohl sagen: Die Popularisierung ist für die Hygiene von größtem, für die Krankenbehandlung von problematischem Wert.

Buttersack.

Schmieden, D.: **Ueber das Problem des Krebses.** — Englert und Schlosser, Frankfurt a. M. 1926. 29 S. — In einem Festvortrag müssen glücklicherweise die wissenschaftlichen Fragen in allgemein verständlicher Weise dargeboten werden. Das werden gewiß auch alle diejenigen Aerzte begrüßen, denen die Möglichkeit fehlt, den zahllosen einzelnen Fäden des wissenschaftlichen Geflechtswerts nachzugehen. Sie werden das um so eher tun, als eine anerkannte Größe auf diesem Gebiet die Summe der eigenen wie der fremden Erfahrungen zieht. Schmieden bespricht insbesondere die Erblichkeit, Infektiosität und Heilbarkeit des Krebses und eröffnet da tröstliche Aussichten, namentlich wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird.

Für die Sätze: „Die Persönlichkeit des Arztes muß eine menschlich hochstehende bleiben. Er darf seine alte Vertrauensstellung und Ehrenstellung im Kulturleben des Volkes nicht verlieren", verdient Schm. noch besonderen Dank. Dieses Aerzteproblem ist fast noch wichtiger als das Krebsproblem. Buttersack.

Therapeutische Mitteilungen.

Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Lankwitz (Prof. G. Zuelzer).

Die Behandlung der Grippe mit „Sanivalen"

Von Dr. RUDOLF TREU.

In seiner Arbeit über die chronische Influenza*) empfiehlt Zuelzer zur Abortivbehandlung der Grippe und der Gripperezidive eine Kombination der alten Frankeschen Mischung von Natrium salicyl. und Antipyrin mit Chinin. Die Verordnung dieser Kombination in Pulverform resp. Oblaten hat den großen Nachteil, daß das Medikament wegen der stark hygroskopischen Eigenschaften der Antipyrin-Natr. salicyl Mischung nach kurzer Zeit unbrauchbar wird. Es ist deshalb zu begrüßen, daß es gelungen ist, diese Pulver unter Ausschaltung der hygroskopischen Eigenschaft in Tablettenform herzustellen. Diese Tabletten werden unter dem Namen Sanivalen von der A.-G. für med. Produkte, Berlin, fabriziert, und zwar enthalten je zwei Tabletten Sanivalen Chinin mur., Antipyrin aa. 0,15, Natr. salicyl. 0,4.

Wir hatten Gelegenheit, das Präparat an einem großen Material zu prüfen, so daß uns zu einer abschließenden Beurteilung mehrere Hundert gut beobachteter Fälle zur Verfügung stehen. Das Sanivalen kam in allen den Fällen zur Anwendung, in denen die sonst üblichen Antipyretika angewendet zu werden pflegen, und wir hatten mit dieser Medikation wesentlich bessere Erfolge, als sie uns bei der Behandlung der oft sehr hartnäckigen Grippe-Neuralgien, -Myalgien, -Bronchitiden usw. vordem beschieden waren. Insbesondere bewährte sich das Präparat dort, wo noch leichte subfebrile Temperaturen anzeigten, daß von einem versteckten Herde aus immer wieder neue Schübe des noch nicht völlig überwundenen Infektes in den Körper drangen. In der Regel fiel nach wenigen Tagen die Temperatur zur Norm ab, und zugleich schwanden auch die oft recht heftigen subjektiven Beschwerden.

In einer ebenfalls recht großen Anzahl von Fällen, bei denen interkurrent während der Beobachtung im Krankenhause ein akuter Grippeinfekt auftrat, konnte bei sofortiger Verabreichung von drei- bis viermal je zwei Tabletten Sanivalen die Erkrankung koupiert werden, so daß schon am zweiten Tag Patienten, bei denen ein frischer bronchopneumonischer Herd nachweisbar war, wieder fieberfrei waren. Auch bei der Behandlung des Schnupfens leistete das Präparat insofern gute Dienste, als dadurch die erfahrungsmäßige sonstige Dauer abgekürzt werden konnte und die lästige Benommenheit des Kopfes wesentlich erträglicher wurde.

Als ein ganz besonderer Vorzug des Präparates muß erwähnt werden, daß die Entfieberung im allgemeinen recht milde verläuft, meist sogar ohne jegliche Transpiration. Der Grund hierfür ist sicherlich in der günstigen Chininkombination zu suchen. Andererseits ist der Chiningehalt wiederum so gering, daß selbst bei oft wochenlang fortgesetzter Verabreichung niemals die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen, besonders Ohrensausen, Kribbeln usw., auftreten.

Ein ebenfalls recht dankbares Feld der Anwendung ergab sich bei der Behandlung des Fiebers der Phthisiker. Die als unerwünschte Komplikation bei der Bekämpfung der Hyperpyrese sich so oft einstellenden profusen Schweißausbrüche kamen erheblich seltener zur Beobachtung, und es gelang trotzdem oft die Temperaturen auf ein wesentlich niedrigeres Niveau herabzudrücken.

Unerwünschte Nebenwirkungen sahen wir trotz der sehr großen Zahl der mit Sanivalen behandelten Patienten nur zweimal. Es handelte sich einmal um ein Exanthem urtikariellen, in einem anderen Falle scarlatiformen Charakters, die dem Mittel zur Last zu legen waren. In beiden Fällen nach Absetzen des Medikamentes schnelles Abklingen.

Kurz zusammengefaßt läßt sich demnach von dem Sanivalen sagen, daß wir damit ein Mittel besitzen, das ganz besonders geeignet erscheint bei der Behandlung der akuten und chronischen Influenza und deren Folgekrankheiten eine besondere Rolle zu spielen und das eine besondere Breite der Anwendungsmöglichkeit besitzt.

Erfahrungen eines Praktikers mit Elixir Cigli bei Arteriosklerose und Hypertonie.

Von

Dr. A. DURAND, prakt. Arzt in Berlin-Friedenau.

Ein jodfreies Mittel gegen Arteriosklerose und erhöhten Blutdruck nebst Begleiterscheinungen wird bereits seit längerer Zeit von der Firma Sarsa, chem. pharm. G. m. b. H. in Berlin-Friedenau, unter dem Namen Elixir Cigli, angeboten. Da das Präparat von verschiedenen Klinikern gut beurteilt worden war, habe ich nicht verabsäumen können, es in geeigneten Fällen, die in der Allgemeinpraxis nicht selten sind, zur Anwendung kommen zu lassen.

Elixir Cigli setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Die eine wird durch einen Zitronensäurediglycerinester dargestellt, der die Aufgabe hat, die Gefäßintima vor weiteren degenerierenden Einflüssen zu schützen. Die andere Konponente ist Viscum album, das aus einer auf verschiedenen Bäumen schmarotzenden Mistel gewonnen wird und aus nicht näher bekannten Ursachen ein Sinken des Blutes herbeiführt. Man betrachtet zwei saponinähnliche Körper als die wirksamen Bestandteile. In der Wirkung steht es den Nitriten (Amylnitrat usw.) nahe. Besonders in Frankreich und England war diese Droge schon längere Zeit als ein gutes Mittel gegen erhöhten Blutdruck bekannt. Das dem Cigli beigemengte Elixir chinae calisayae wirkt als Geschmackskorrigens und Stomachicum in Anbetracht der bei Arteriosklerotikern oft bestehenden Dyspepsie. Außerdem ist eine Anregung des Stoffwechsels bei dieser Krankheit von nicht zu unterschätzendem Vorteil.

Cigli wurde zuerst von Professor Boruttau (Berlin) auf seine pharmakologischen Wirkungen hin geprüft.

In der Praxis weiß Kramer von der inneren Abteilung des St. Hedwigskrankenhauses in Berlin (Geh. Rat Dr. Wirsing) über sehr günstige Erfolge zu berichten, die auch Engelen vom Marienhospital in Düsseldorf in seiner Schrift „Klinische Pharmakologie, Blutdruckmessungen und Pulsoszillometrie" bestätigt.

W. Lewy (Bad Reichenhall) will das Präparat neben der Balneotherapie nicht missen. Ihm fällt vor allem der prompte Rückgang der subjektiven Beschwerden bei seinen Patienten auf. Ich selbst habe das Mittel im Laufe eines Vierteljahres in zirka 10 Fällen angewandt. Es handelte sich zumeist um Arteriosklerose ohne renale Erscheinungen. Bei einem Patienten bestand neben einer hochgradigen Hypertonie ein Diabetes mellitus. Ich kontrollierte den Blutdruck jede Woche einmal mit dem Riva-Roccischen Apparat. Andere blutdruckherabsetzende Mittel, vor allem Jodpräparate, schaltete ich sofort aus. Ich verordnete nur daneben kohlensaure Bäder, reizlose leichte Kost und evtl. Laxantia.

---

*) Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. 1925, Nr. 23.

Im folgenden gebe ich eine kurze Uebersicht über einige von mir behandelte Fälle:

Name	Alter	Diagnose	Blutdr. vor der Beh. mit **Cigli**	Blutdruck in mm Hg. nach 1 Woch.	nach 2 Woch	nach 3 Woch.
Herr H. M.	63	Arteriosklerose o. renale Erschein	160	145	145	140
Frau M M.	55	Arteriosklers. m cerebr. Erschein.	200	160	155	151
Herr M S.	67	Arteriosklerose Diabet. mellitus	220	195	190	187
Herr F. B	45	Arteriosklers. m. cerebr. Erschein.	165	155	149	145

Im Falle des Patienten M. S., der vor Jahren mehrmals ohne sichtbaren Erfolg Bad Wiessee aufgesucht hatte, konnte ich infolge der günstigen Einwirkung des Cigli von einem Aderlaß Abstand nehmen, den der Patient sonst alle drei Monate an sich vornehmen ließ. Nach Einnahme von zirka 500,0 g Cigli ließ sich hier sogar ein nachhaltiger Rückgang der Hypertonie bis auf 170 mm Hg. erzielen. Eine ungünstige Beeinflussung des Diabetes konnte ich bei Herrn M. S. nicht feststellen.

Der Gehalt an Kohlehydraten im Cigli ist derartig gering, daß er anstandslos toleriert wird. Außerdem hatte ich im Insulin ein Mittel, um jede Schwankung des Zuckerspiegels gegebenenfalls sofort zu regulieren.

Elixir Cigli ist also meines Erachtens bei der nicht seltenen Komplikation mit Diabetes nicht kontraindiziert.

Im übrigen lobten alle Patienten den angenehmen Geschmack des Mittels. Es wurde überall gut vertragen. Verdauungsstörungen machten sich nicht bemerkbar.

Zu einer Kur verordnete ich jedesmal drei Flaschen Cigli und zwar ließ ich, je nach der Schwere des Falles, dreimal täglich einen Teelöffel bis einen Eßlöffel eine halbe Stunde vor der Mahlzeit nehmen.

Die von anderer Seite gemachte Beobachtung, daß Cigli entfettend wirke, konnte ich bei meinen Fällen nicht bestätigt finden. Ich könnte sie mir nur durch die Stoffwechsel anregende Wirkung des Elixirs chinae calisayae erklären.

Jedenfalls war auch der sofortige Rückgang der subjektiven Beschwerden nach Gebrauch von Cigli unverkennbar. Meist zeigte sich schon nach Einnahme von 100,0 g eine deutliche Besserung.

Im Falle Frau M. M. konnte ich wieder beobachten, daß im allgemeinen bei Frauen eine Hypertonie leichter zu beeinflussen ist als bei Männern, da man bei ersteren das erschwerende Moment des Alkohol- und Nikotinabusus meist ausschließen darf.

Die Erfolge mit dem neuen Präparat sind also unbestreitbar derartige, daß es in weiteren Kreisen der Aerztewelt Beachtung finden sollte.

Zum Schluß möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß natürlich bei Cigli die unangenehmen Begleiterscheinungen, die sonst mitunter bei Jodpräparaten eine crux medicorum sind, wie Jodschnupfen, Jodakne usw., in Fortfall kommen.

„Uvalysat“, eine neue Bereicherung des urologischen Arzneischatzes.

Von Dr. ISAAK,
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Seit langer Zeit erfreut sich der Bärentraubenblättertee, das ist der Aufguß der getrockneten Blätter von arctostophylus urva ursi, in der urologischen Praxis einer besonderen Beliebtheit.

Auch ich habe als Arzt verschiedener Lazarette während der Kriegsjahre den Bärentraubenblättertee gern verordnet, da ich von seiner adstringierenden, diuretischen und desinfizierenden Wirkung überzeugt war. Als Uebelstand wurde dabei nur empfunden, daß die Zubereitung dem Sanitätspersonal überlassen werden mußte, welche indessen nicht immer kontrolliert werden konnte und somit der Gehalt an wirksamen Extraktivstoffen Schwankungen unterlag; ferner wurde allgemein über den schlechten Geschmack geklagt, so daß der Tee, wenn die Kranken sich unbeobachtet glaubten, oft in den Ausguß geschüttet wurde.

Diesen beiden Uebelständen wird nun durch das von der Firma Johannes Bürger in Wernigerode am Harz in den Handel gebrachte „Uvalysat“ abgeholfen. Der Gehalt an wirksamer Droge ist durch die Art der Herstellung konstant und zuverlässig. Als Analyse für Uvalysat wird von der Firma angegeben: 1 gr. = 1 gr. Fol. Uvae ursi recent. mit 12% Alkohol. Der Geschmack des in Zuckerwasser gegebenen Präparates ist nicht unangenehm. Ein weiterer Vorteil ist der, daß die an sich wirksame Droge in bereits gebrauchsfertiger Form verabreicht werden kann; denn die Verordnung der Blätter mit der Weisung an den Patienten, sich den Tee selbstherzustellen oder herstellen zu lassen, stößt in der Praxis oft in Schwierigkeiten insofern, als es meist Junggesellen sind, die die Gonorrhoe akquirieren, diese aber sich scheuen, alles, was mit ihrem Leiden zusammenhängt, dritten Personen anzuvertrauen, so also die Zubereitung des Tees als zu umständlich ablehnen.

Was nun die Wirkungsweise dieses Präparates anbelangt, so bin ich mir darüber klar, daß es, um ein exaktes Bild zu bekommen, notwendig wäre, nur das Präparat als solches zu verabfolgen, jede andere Therapie aber außer acht zu lassen. Nachdem jedoch bei dem heutigen Stand unseres ärztlichen Wissens der Hauptwert der Gonorrhoe-Behandlung immer noch auf die Injektions-Therapie gelegt werden muß, ist diese Forderung in der Praxis nicht durchführbar.

In der Mehrzahl der Fälle behandle ich die akute Gonorrhoe so, daß ich die Behandlung mit Zinksalzen (Zinc. sulfur., Zinc.-sulfocarbol.) beginne. Von diesen Präparaten lasse ich mindestens eine, oft auch zwei Flaschen brauchen, um sodann zu Zink in Verbindung mit Resorcin überzugehen. (Resorcini, Zinci sulfo-carbolici aa 1,0 aquae dest. ad 200). Erst wenn der Ausfluß auf ein Minimum zurückgegangen ist, gehe ich zu den Silbersalzen über, von denen ich für die Anfangsbehandlung das Choleval (0,3—1,0 : 200) wegen seiner eiterlösenden, desinfizierenden und adstringierenden Wirkung bevorzuge. Ich habe im Laufe von zwölfjähriger Beschäftigung mit Gonorrhoekranken die Erfahrung gemacht, daß diese Art der Behandlung milder ist, weniger Komplikationen macht und schneller zum Ziele führt, als die forzierte Behandlung mit konzentrierten Silbersalzen, von denen von anderer Seite auch für die Anfangsbehandlung das Protargol, Albargin, Argentum nitricum, in neuerer Zeit auch das Targesin und Reagon bevorzugt wird. Bevor ich das Uvalysat kennen lernte, habe ich vielfach als Adjuvans den Bärentraubenblättertee trinken lassen, dessen Verwendung allerdings auf die eingangs erwähnten Hindernisse stieß, in Fällen mit Posterior- und Blasenhalsbeteiligung auch gerne von den Sandelholzpräparaten Gebrauch gemacht.

Von den mir übergebenen 20 Probepackungen habe ich 19 bisher verabfolgt. Ich gab das Präparat unterschiedslos Patienten mit Gonorrhoe der vorderen Harnröhre allein und solchen mit Komplikationen. Die Wirkung bestand darin, daß bei keinem der elf Fälle, die komplikationslos in die Behandlung eintraten, eine solche auftrat. Bei weiteren sechs Fällen, von denen vier mit Urethritis gon. posterior in die Behandlung traten und zwei mit gonorrhoischer Cystitis colli vesicae — bei den beiden letzteren wurde zur Stillung der Tenesmen außerdem noch Morphium gegeben — trat nach drei bis vier Tagen Klärung der zweiten Urinportion auf. Besonders erwähnenswert ist, daß bei den beiden letztgenannten Fällen die Klärung der zweiten Urinportion ohne jede Lokalbehandlung — die ja bekanntermaßen hier kontraindizierter ist — auftrat. Die Diurese war in allen Fällen merklich gesteigert, wie Messungen der Tagesurinmengen ergaben. Nach Abklingen der Posterior-Erscheinungen wurde dann mit der Anterior-Behandlung in der geschilderten Weise fortgefahren. Bei weiteren zwei Fällen von chronischer, nicht gonorrhoischer Zystitis, die mit alkalischer Harnzersetzung begleitet waren und lange Zeit der Behandlung mit Hexamethylentetramin-Präparaten getrotzt hatten, wurde durch Uvalysatbehandlung in Verwendung mit einigen Argentum nitricum-Spülungen Heilung erzielt.

Zusammenfassend ist also folgendes zu betonen: Entsprechend der bekannten Wirkung der Folia uvae ursi wirkt das Uvalysat:

1. durch Steigerung der Diurese, eine bei Gonorrhoe durchaus erwünschte Erscheinung, indem durch die größere Harnmenge eine energische Spülung und mechanische Entfernung des angesammelten Eiters stattfindet,
2. durch den Gehalt an zirka 30% Tannin adstringierend. Hierdurch wird eine Besserung des besonders bei chronischer Zystitis darniederliegenden Kreislaufes in den Harnorganen bedingt,
3. desinfizierend, indem das in den Bärentraubenblättern zur Hauptsache enthaltene Arbutin unter Wasseraufnahme in Zucker und Hydrochinon (ein Karbolderivat) abgespalten wird.

Somit bedeutet das Uvalysat eine neue, handliche und gebrauchsfertige Darreichungsform der altbekannten und beliebten Folia uvae ursi ohne deren Mängel bei der Herstellung als Tee und dessen Verabfolgung und ist somit ein wertvolles Adjuvans bei der Behandlung der komplizierten und nicht komplizierten Gonorrhoe, sowie des akuten und chronischen Blasenkatarrhs, auf dessen Verwendung in der Praxis ich nicht gern verzichten möchte.

Therapeutische Notizen.

Aus der Chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals, Breslau (Primärarzt: Prof. Dr. A. Tietze).

Ueber die Verwendung von „Gelonida antineuralgica“ in der chirurgischen Praxis.

Von Dr. Hermann Nossen, Sekundärarzt.
(Medizinische Klinik, 1925, Nr. 49).

Die Verwendung der Gelonida antineuralgica, deren Zusammensetzung und Wirkungsart ja bekannt sind, hat sich nach klinischen Beobachtungen auch für die chirurgische Praxis, insbesondere bei der Nachbehandlung Operierter, als sehr gut erwiesen. Postoperative Komplikationen, wie Bronchopneumonien, Wundschmerzen, werden wirksam damit bekämpft. Das Mittel eignet sich, wie an 20 Patienten beobachtet worden ist, auch in der Prophylaxe. Die Dosierung war dreimal täglich 1 Tablette. Es muß auf eine wiederholt zu erfolgende Wundrevision aufmerksam gemacht werden, weil die temperaturherabsetzende Wirkung des Mittels eine evtl. stattgehabte Wundinfektion verbergen kann.

Bismogenol.

Bei Behandlung der Lues cerebrospinalis und Tabes dorsalis ist Wismut anderen Antisyphiliticis wesentlich an Heilwirkung überlegen. Das lehrt die im Märzheft 1926 der Dermatologischen Zeitschrift veröffentlichte Statistik der Autoren Feldmann und Perkel vom Dermatologisch-Venerologischen Staatsinstitut „Glavtsche“ in Odessa. Die Statistik umfaßt 227 Patienten. Bei Lues cerebrospinalis wurde auffallende Besserung erzielt durch Bi allein in 47% der Fälle, durch Hg + Sa in 37%, durch Hg allein in 11%. Die Kombination von Bi mit Sa brachte keine Erhöhung der Zahl der auffallend günstig beeinflußten Fälle. Die außerdem gebesserten (aber nicht auffallend gebesserten) Patienten machten durchweg 45 bis 50% der Gesamtheit aus. — Bei Tabes ergab Hg 0%, Hg + Sa 7%, Bi allein 35,7%, Bi + Sa 38,5% auffallende Besserung.

Wismut ist also bei Cerebrospinallues dem Hg mehr als vierfach, der Kombination von Hg mit Sa auch noch deutlich im therapeutischen Effekt überlegen. Bei Tabes dorsalis leistet Bi das fünffache im Vergleich zu Hg + Sa, und es wird bei Tabes die Bi-Wirkung durch kombinierte Anwendung mit Sa noch weiter ein wenig erhöht.

Diese bisher umfangreichste Statistik zeigt einwandfrei, daß Wismut bei tertiärer Syphilis des Zentralnervensystems und bei Tabes unser wertvollstes Therapeutikum darstellt.

Zur Anwendung brachten Feldmann und Perkel mehrere Wismutpräparate und erklären, auf Grund ihrer ausgedehnten Erfahrungen, **Bismogenol** als „das beste unter allen von uns ausprobierten Bi-Präparaten“.

777

LIBRARY
RECEIVED
1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 2,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 11 BERLIN, DEN 15. JUNI 1926 44. JAHRGANG

4

5

Gelonida
Aluminii subacetici
No. II zu 0,5 u. 1,0
Originalsch. mit 20 Stk.
Klinikpack zu 500 Stk.
(basisches Aluminiumacetat)

Darmdesinfiziens und Adstringens
bei allen infektiösen und ulzerösen Darmkrankheiten
Entzündungen der Gallenwege
Hautkrankheiten enterogener Art
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Mitilax

Pudding zur Regelung des Stuhlgangs

Die moderne Therapie der chronischen Obstipation

vermeidet die Anwendung sogenannter „Abführmittel," weil sie nicht physiologisch und nur vorübergehend wirken. Mitilax – ein gebrauchsfertiger, wohlschmeckender Pudding – enthält Paraffinöl in Form einer festen Emulsion. Damit sind die Nachteile der bisherigen Paraffinöl-Therapie (widerlicher Geschmack, Auslaufen aus dem Darm ect.) überwunden! Mitilax wirkt als Stuhlgleitmittel physiologisch

Eine Mitilax-Kur (im allgemeinen 2 Gläser) erzielt

Dauerwirkung selbst bei schwersten Fällen!

Chemische Fabriken
Dr. Joachim **Wiernik** & Co Akt.-Ges.
Berlin-Waidmannslust

GEGR. 1898 W

Organ-Therapie

mit unseren

„Organototal-Präparaten" bringt sichere Erfolge.

Unsere **Organototal-Präparate** sind unter höchstmöglicher Schonung der hormonalen Bestandteile der Drüsen, unter vollster Wahrung der Integrität der endokrinen Stoffe hergestellt, sie sind klinisch erprobt und entsprechend ihrer Eigenart nach individuellen Methoden chemisch — biologisch — physiologisch ausgewertet.

Oototal

unübertroffen bei allen ovariellen **Dysfunktionen, Menopausen, menopausischer Hypertonie** und **Fettsucht, Morbus Basedow.** u. sonstigen **thyreotoxischen Zuständen, Anaemien** und **Chlorosen aller Art, Kastrations-** und **klimakterischen Beschwerden** etc. etc.

*

Dr. Laboschin A.-G.
Chemische Fabrik
Abt.: Organ-Therapie
Berlin NW 214
Alt Moabit 104

Testitotal

mit größtem Erfolge angewandt bei den Ermüdungs- und Alterserscheinungen des abgehetzten Berufsmannes der Jetztzeit, bei **sexueller Neurasthenie, Senilitas praecox, Hypertonie, Prostatismus, Pruritus,** bei **Asthma sexuale, Herzneurosen** etc. etc.

*

Paratotal

(Epithelkörperchen – Parathyreoidea)

bestbewährt bei **angiospastischen Zuständen aller Art, Ulcus ventriculi et duodeni, Migräne, Epilepsie,** bei **Tetanie der Kinder etc. etc.** Allein oder in Kombination mit **Oototal** bezw. **Testitotal** von oftmals geradezu **überraschender** Wirkung. Wir weisen ferner hin auf

Lienototal (Gesamt-Milzsubstanz) Hypototal (Gesamt-Hypophyse) Prostatotal (Gesamt-Prostatasubstanz) Suprenototal (Gesamt-Nebenniere) Thymototal (Gesamt-Thymussubstanz), Thyreototal (Gesamt-Schilddrüse), sowie auf Hypolantin, das Hypophysen-Vorderlappenpräparat und auf das aus der Rinde der Nebenniere hergestellte Cortisupren.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik Berlin (Dir.: Prof. Dr. H. Gocht).

Dr. Kurt Siebert: Die entzündlichen Erkrankungen im Bereich des Schultergelenkes 509

Dr. H. Kreß, Rostock: Die „Nervösen“ der Sprechstunde 515

Dr. Ernst Kroschinsky: Angina pectoris . . 526

Dr. Herbert Pogorschelsky, Assistent am Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin: Die Trockenmilch und ihre Verwendung in der Säuglingsernährung 529

Aus dem Röntgeninstitut (Dr. Blank) des Isr. Asyls in Köln-Ehrenfeld.

Dr. Ferdinand Lebermann: Ueber die röntgenologische Darstellung der Gallenblase 531

Dr. Arthur Münzer, Charlottenburg: Probleme der Organtherapie 537

W. Jankowsky: Die Bedeutung des Pankreas für den Wasserhaushalt 540

San.-Rat Dr. H. Fischer, Fallingbostel: Zur Impffrage 542

Aus der medizinischen Klinik der Universität Halle. (Direktor Prof. Volhard.)

Stillfried Litzner: Vergleichende klinische Untersuchungen über die Indikan und Urorosein-reaktion im Harn 542

Ob.-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod bei Tuberkulose nicht anerkannt 543

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 18—20 544

Medizinische Klinik 1926, Nr. 14—18 546

Münchener med. Wochenschrift 1926, Nr. 19—21 . . 547

Buchbesprechungen 548

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Gotthard Schiller: Erfahrungen mit Vibeta VIII

Buccosperin

Extr. Bucco, fol. uvae ursi, Acetylsalicyls., Salol, Hexamethylentetramin, Ol. menth., Camphor. monobrom., benzoesaures Papaverin

Gonorrhoe und Komplikat., Cystitis, Pyelitis, Harngrieß, ferner wertvolles Adjuvans bei allen **Unterleibsbeschwerden der Frau**
Harnantiseptisch, diuretisch, krampfstillend, sekretionshemmend, anaphrodisierend, Komplikationen verhütend. 1—2 Tabl. 2 stündl.

Ester-Dermasan-Ovula
dto. mit Silber
Gonorrhoe, Adnexitiden

Lenirenin-Zäpfchen
dto. mit Belladonna

Rasche anaemisierende, anaesthesierende und adstringierende Wirkung bei
Haemorrhoiden, Haemorrhoidalblutungen, Tenesmen, Proktitis, Dysmenorrhoe

Proben und Literatur

Dr. R. REISS

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

IMPOTENZ

Muiracithin ist eine Kombination des bekannten Nerventonikums Lecithin mit dem nervenanregenden Extrakte der Muira puama (Brasilien), deren die Sexualsphäre anregende und auf den Gesamtorganismus als Stimulans wirkende Eigenschaft bei den Eingeborenen von altersher geschätzt wurde. Muiracithin ist vorwiegend indiziert bei nervösen Depressionszuständen, besonders der Sexualsphäre, bei beiden Geschlechtern.

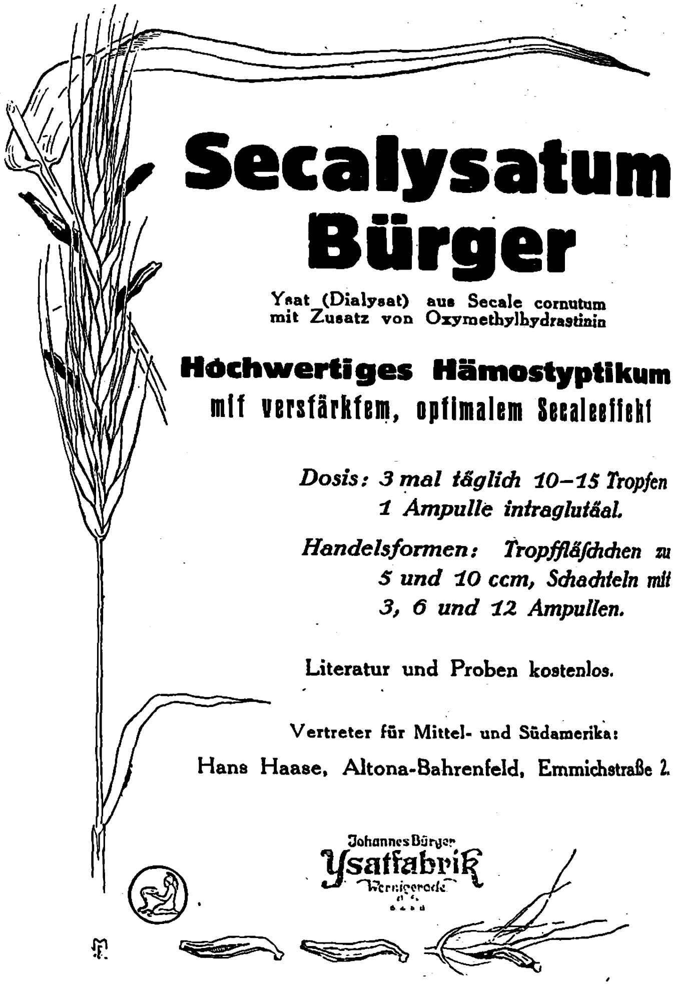
Pharmakologisch ist Muiracithin geprüft worden von Prof. Nevinny, Innsbruck, klinisch u. a. von: Geheimrat Professor Dr. A. Eulenburg, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Posner, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Senator und Dr. Popper, Berlin / Professor Dr. Redlich, Wien / Dr. L. Steinsberg, Franzensbad / Professor Dr. Rabow, Lausanne / Professor Dr. Kolomoizew, Kasan.

Muiracithin wird in steigenden Dosen ordiniert, dreimal täglich 3—4 Pillen. Originalflacons zu 50 und 100 Pillen in allen Apotheken.

Muiracithin

Versuchsmengen u. Literatur kostenlos.

SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin-Friedenau.



Secalysatum Bürger

Ysat (Dialysat) aus Secale cornutum
mit Zusatz von Oxymethylhydrastinin

Hochwertiges Hämostyptikum
mit verstärktem, optimalem Secaleeffekt

Dosis: 3 mal täglich 10–15 Tropfen
1 Ampulle intraglutäal.

Handelsformen: Tropffläschchen zu 5 und 10 ccm, Schachteln mit 3, 6 und 12 Ampullen.

Literatur und Proben kostenlos.

Vertreter für Mittel- und Südamerika:
Hans Haase, Altona-Bahrenfeld, Emmichstraße 2.

Levurinose „Blaes"

das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 11 15. JUNI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik in Berlin (Dir.: Prof. Dr. H. Gocht).

Die entzündlichen Erkrankungen im Bereich des Schultergelenkes*).

Von
Dr. KURT SIEBERT,
Reg.-Med.-Rat, abgeordnet zur Klinik.

I. Anatomischer Teil.

Das Schultergelenk nimmt in genetischer, formaler und funktioneller Hinsicht eine Sonderstellung unter den Gelenken des menschlichen Körpers ein. In der Literatur findet man in dieser Beziehung mancherlei Unklarheiten und Unrichtigkeiten. Es sei mir deshalb gestattet, einige kurze Bemerkungen zum besseren Verständnis meiner späteren Ausführungen vorauszuschicken, ohne ein Eingehen auf zu große Einzelheiten.

Wenn wir vom Schultergelenk sprechen, so verstehen wir darunter die Articulatio humero-scapularis. In anatomischer Hinsicht können wir dieses Gelenk isoliert und nach regionären Gesichtspunkten betrachten, in funktioneller Hinsicht müssen wir uns aber vergegenwärtigen, daß das Schultergelenk nur ein Glied eines Systems von drei Gliedern ist, die sich ständig beeinflussen. Neben dem Schultergelenk sind das Schlüsselbein-Brustbeingelenk und das Schlüsselbein-Schultereckgelenk für die Funktion der freien oberen Gliedmaße wie für die Funktion des Schultergürtels von größter Bedeutung. Ihre Rolle wird vielfach unbeachtet gelassen oder zum mindesten nicht genügend berücksichtigt.

Der Schultergürtel des Menschen — Cingulum — ist auf zwei Knochen beschränkt: Schlüsselbein und Schulterblatt. Eine bestimmte Ruhelage des Schultergürtels gibt es nicht, sie ist jeweils abhängig vom Tonus der umgebenden Muskeln. Der Schultergürtel hat eine doppelte Bindung, einmal an die Brustwand als Gleitbahn und weiter an das Schlüsselbein-Brustbeingelenk. Die Bewegungen des Schulterblattes an der Brustwand können wir als in einem besonderen Typ von Gelenk ausgeführt betrachten, den R. Fick sehr treffend als Muskelgelenk bezeichnet hat. Ausgiebige Bewegungen des Schulterblattes sind isoliert nicht möglich, immer bewegt sich das Schlüsselbein mit, gebunden durch das Schultereck-Schlüsselbeingelenk und besonders durch das Lig. acromio-claviculare.

Das Schlüsselbein-Brustbeingelenk ist zweikammerig, hat regelmäßig als Scheidewand einen Discus articularis, der genetisch ein Ueberbleibsel des Episternums darstellt. Die Gelenkkapsel ist relativ weit, die Beweglichkeit in diesem Gelenk noch größer, als nach der flachen Form der Gelenkenden zu erwarten wäre. Praktisch kommt die Bewegung in diesem Doppelgelenk derjenigen eines Kugelgelenkes mit drei Graden der Freiheit gleich. Durch besondere Bänder wird die Größe der Bewegungen nach bestimmten Richtungen bis zu bestimmten Anschlägen festgelegt. Die feinere Einstellung und Haltung des Schlüsselbeins besorgen Muskeln: Trapezius, Sternocleidomastoideus, Deltoideus, Pectoralis major und Subclavius je nach Lage und Stellung. Die Bänder des Schlüsselbein-Brustbeingelenkes sind so stark, daß sie allein die Last von Schulter und Arm zu tragen vermögen (4—5 kg!). Das Schlüsselbein-Brustbeingelenk ermöglicht dem Arm hauptsächlich ausgiebigere Seitwärtsbewegungen, als er im Schultergelenk allein ausführen kann.

Das Schlüsselbein-Schultereckgelenk enthält häufig, aber nicht immer einen Discus articularis, der aber in diesem Falle nicht Rudiment eines alten Skelettstückes, sondern eine heterogene Neubildung ist. Immer ist der Abstand zwischen den Knochenenden beträchtlich, die Gelenkflächen sind sehr wechselnd ausgebildet. Die große Beweglichkeit verdankt das Gelenk der Breite der Faserknorpel und Faserpolster — Discus oder Teile eines solchen —, welche in die Knochenlücke eingeschaltet sind. Das Schlüsselbein-Schultereckgelenk kann ebenfalls als ein Kugelgelenk aufgefaßt werden, der Krümmungsmittelpunkt der Kugel ist zwischen dem Lig. coraco-acromiale und der Mitte des Schultereckgelenkes zu suchen. Praktisch besonders wichtig sind die nach R. Fick im Acromialgelenk möglichen „atypischen" oder „Wackelbewegungen", die sogar mehr als drei Grade der Freiheit ergeben. Die Schulterpfanne kann auch nach Erschöpfung der Schlüsselbeinbewegungen noch ihre Stellung ändern und dadurch den Bewegungsumfang des Schultergelenkes vergrößern. Der Oberarm kann durch Zuhilfenahme des Acromialgelenkes weiter nach hinten und namentlich nach vorn erhoben werden, während die Erhebung zur Seite keine größere Erweiterung erfährt.

Das Schultergelenk ist ebenfalls ein Kugelgelenk und hat nach R. Fick drei Grade der Freiheit. Bei der Analyse der Schulterbewegungen betrachten wir im allgemeinen das Schulterblatt als feststehend. Die Verschiebungen der Gelenkflächen, die Kapselspannungen usw. bleiben natürlich die gleichen, wenn umgekehrt der Oberarm fixiert ist und das Schulterblatt mit dem ganzen Rumpf um den Oberarmkopf herumbewegt wird, wie z. B. bei vielen Turnübungen.

Die Bewegungen im Schultergelenk sind von einer Größe wie bei keinem anderen Gelenk. Das beruht zum Teil darauf, daß beim Menschen das Schultergelenk durch Vermittelung des Schlüsselbeins seitlich vom Thorax hinausgestemmt werden kann, wodurch der Verkehrsraum des Armes ganz wesentlich vergrößert wird. Weiterhin ist die Größe des Bewegungsumfanges bedingt durch den erheblichen Unterschied zwischen Größe des Kopfes und der Gelenkpfanne. Obgleich die Pfanne durch einen biegsamen faserknorpligen Reifen — Labrum glenoidale — vergrößert ist, kommt nach Braus bei vollem Kontakt nur ⅓ der Fläche des Humeruskopfes mit der Pfanne in Berührung, während die übrigen Teile des Kopfes der Kapsel anliegen. Die Bewegungen werden dadurch sehr frei, allerdings balanziert auch die Kugel auf der kleinen flachen Pfanne entsprechend wenig flächenhaft. Da die Kapsel sehr weit ist und dadurch der Drehung des Kopfes sehr großen Spielraum läßt, ist die ganze Sicherung des Gelenkes den Muskeln übertragen. Solange ihr Mechanismus ungestört ist, ist ein Abgleiten des Kopfes von der Pfanne nicht möglich. Eine Einklemmung von Kapselteilen verhindern die mit der Gelenkkapsel innig verbundenen sehnigen Muskelansätze.

---

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Berliner Orthopädischen Gesellschaft am 17. März 1926.

Die Kapsel bildet regelmäßig einen Recussus axillaris, in dessen unmittelbarer Nähe der N. axillaris liegt. Außer dieser wandelbaren Achselbucht hat das Schultergelenk zwei Seitenkammern, die röhrenförmige Fortsetzung der Gelenkhöhle längs der Bicepssehne — Vagina mucosa intertubercularis — und die Bursa subscapularis unter dem oberen Rande des M. subscapularis. Dieser Schleimbeutel kommuniziert zuweilen mit der Bursa subcoracoïdea an der Wurzel des Hakenfortsatzes. Die übrigen Schleimbeutel, insbesonder die Bursa subdeltoïdea, kommunizieren nach den neueren anatomischen Forschungen nicht mit dem Schultergelenk oder nur in ganz seltenen Ausnahmefällen. Die Bursa subdeltoïdea bildet in der Regel mit der Bursa subacromialis einen gemeinsamen Schleimbeutel, zuweilen findet sich eine teilweise oder völlige Scheidewand. Diese Bursa subdeltoïdea sive subacromialis liegt zwischen dem Deltamuskel und der Sehne des Supraspinatus, die sie vom Gelenk selbst trennt, und kann also nur nach Verletzung der Sehne mit dem Gelenk in Verbindung treten. Die übrigen Schleimbeutel an den Muskelansätzen bieten nichts Besonderes, sie haben die Aufgabe, die Muskelbewegungen durch bessere Gleitfähigkeit zu erleichtern.

Die Bewegungen des Armes im Schultergelenk gehen um einen Drehpunkt vor sich, der nach R. Fick 2,5 bis 2,7 cm von der Knorpeloberfläche entfernt und im Mittel 4,6 mm von der Längsachse des Humerus medialwärts liegt. Die Drehachse bei Kreiselbewegungen entspricht nicht der Längsachse des Humerus, sondern geht vom Drehpunkt durch den Ansatz des Radius und den Griffelfortsatz der Elle. Das ist die gleiche Achse, um welche sich beim Unterarm Pronation und Suprination vollziehen.

In der Ruhelage hängt der Arm vertikal an der Rumpfseitenfläche herab, seine Vorderfläche sieht ein wenig vorwärts-einwärts. In der anatomisch-gültigen Mittelstellung ist der Oberarmschaft nach R. Fick beim aufrecht stehenden Menschen schräg nach vorn und seitwärts-abwärts gerichtet, um 45° aus der senkrecht herabhängenden Stellung nach vorn und um etwa 45° von der Rumpfseitenfläche erhoben. Die Vorderfläche schaut weniger medial als vorwärts, also das Tuberculum minus gerade nach vorn.

Für die Bewegungen im Schultergelenk kommen unmittelbar neun Muskeln in Betracht, die am Humerus ansetzen: Supraspinatus, Infraspinatus, Teres minor, Deltoïdes, Subscapularis, Teres major, Latissimus dorsi, Coracobrachialis, Pectoralis major. — Mittelbar sind weitere neun Muskeln beteiligt, die den Schultergürtel mit dem Rumpf und Kopf bzw. mit dem Unterarm verbinden: Pectoralis minor, Rhomboideus, Levator scapulae, Serratus anterior, Subclavius, Omohyoideus, Trapezius, Sternocleidomastoideus, Biceps.

Bei dem großen Verkehrsraum des Schultergürtels tritt deutlich hervor, daß unmöglich ein Muskel allein fähig und verantwortlich ist für eine bestimmte Lage oder Verlagerung. Meistens sind bei ganz einfachen Armbewegungen, die von der Schulter ausgehen, zahlreiche Muskeln oder Teile von ihnen beteiligt; andere stehen in Bereitschaft, jederzeit unterstützend oder vertretend einzugreifen. Nicht entfernt lassen sich alle Möglichkeiten hier erschöpfen. Wer die Form und Lage der Muskeln im einzelnen kennt, und wer sie am Lebenden festzustellen vermag, wird aus der natürlichen Richtung der Fasern in den verschiedenen Stellungen schließen, welche Wege gewählt sind, um dem Arm die augenblickliche Stellung zu geben.

Für die wissenschaftliche Forschung genügt es natürlich nicht, sich aus der Richtung der Muskeln, der Form der Gelenke und Bänder ein Bild zu machen, wie bestimmte beobachtete Bewegungen zustandekommen. Erst durch Nachahmung der Bewegungen im Modell, durch methodische Untersuchungen der einzelnen Komponenten im Natur- oder Tierexperiment läßt sich eine exaktere Lösung finden.

Ueber die Benennung der einzelnen Bewegungen herrscht in der Literatur nicht unerhebliche Uneinigkeit. Das Seitwärtsheben oder die Abduktion, das Anziehen oder die Adduktion, das Erheben über die Horizontale hinaus oder die Elevation sind wohl Allgemeingut. Hingegen wird das Vorwärtsheben von einzelnen als Flexion, von anderen als Anteversion und entsprechend das Rückwärtsheben als Extension bzw. Retroversion bezeichnet. Die viel gebrauchte Bezeichnung „Rotation" wird von R. Fick als unrichtig verworfen, soweit sie für die Bewegungen des Armes gebraucht wird. Er setzt an ihre Stelle Pronation, die gleichbedeutend mit Einwärtskreiseln (Innenrotation) ist, und Supination, die Auswärtskreiseln (Außenrotation) bedeutet. Halten wir uns an die deutschen Worte, so dürfte noch am wenigsten Verwirrung entstehen.

Zum Schluß der anatomischen Betrachtungen möchte ich noch als besonders wichtig hervorheben, daß außer den Kreiselbewegungen des Armes keine einzige Bewegung in einem Gelenk allein ausgeführt wird, daß vielmehr stets die ganze Kette bzw. der Schültergürtel als Ganzes beteiligt ist. Auf die Gelenkmechanik und die Muskelfunktionen im einzelnen einzugehen, muß ich mir im Rahmen dieser Abhandlung versagen.

II. Klinischer Teil.

A. Allgemeines.

Bei der klinischen Untersuchung des Schultergelenkes macht sich alsbald ein großer Nachteil bemerkbar, der durch die Ueberlagerung des Gelenkes selbst durch breite Muskelplatten bedingt ist. Die Betrachtung gibt uns über Kontur des Gelenkes und Zustand der Muskeln oft wertvolle Aufschlüsse, jedoch zeichnet sich die Kontur in der Regel nicht so deutlich ab wie bei anderen Gelenken. Die Atrophie der Muskeln kann die verschiedensten Ursachen haben, deren Erforschung oft schwierig ist und große klinische Erfahrung sowie gute anatomische Kenntnisse voraussetzt, so insbesondere bei Lähmungen. Die Gelenkkapsel und der Kopf sind nur von der Achsel durchzutasten, wie können dabei für die

Diagnose von Fracturen oder Luxationen oft wichtige Anhaltspunkte gewinnen. Ergüße ins Gelenk sind nur feststellbar, wenn sie erheblich sind, bei sehr starkem Hydrops kann es zu Subluxationen oder Luxationen kommen, und zuweilen führt erst diese Beobachtung zur Diagnose, z. B. bei Syringomyelie. Senkungsabszesse nach eitrigen Gelenkentzündungen liegen zuweilen recht versteckt in der Tiefe. Reibegeräusche sind am besten nachweisbar, wenn wir die Armbewegungen gegen Widerstand ausführen lassen.

Von besonderer Bedeutung ist die Stellung des Armes, über die merkwürdigerweise in der Literatur und auch in den speziellen Lehrbüchern der Chirurgie und Orthopädie wenig oder nichts gesagt ist. Lange hat in seinem Lehrbuch auf diesen Mangel nachdrücklich hingewiesen und seine eigenen diesbezüglichen Wahrnehmungen niedergelegt. Nach Lange nimmt der Oberarm bei allen entzündlichen Erkrankungen im Gelenk eine charakteristische Stellung ein, welche die schmerzhafte Spannung der relativ kürzesten Teile der Gelenkkapsel möglichst wenig fühlbar macht. Die Entspannungsstellung bedingt nach Lange ein Seitwärts- und Vorwärtsheben des Armes um 30° bei leichtem Einwärtskreiseln, entspricht also ungefähr der Mittelstellung nach R. Fick. Diese Stellung vermag der Kranke aktiv nicht längere Zeit einzuhalten. Um den Arm in die Senkrechte herabsinken zu lassen, ohne die wohltuende Entspannung zu opfern, dreht der Kranke sein Schulterblatt so, daß der untere Wirbel der Wirbelsäule genähert und gleichzeitig von den Rippen abgehebelt wird. Eine Verwechslung dieser Stellung mit einer ähnlichen bei bestimmten Skoliosen dürfte vermeidbar sein.

Die Prüfung der Bewegungsfähigkeit erfordert große Vorsicht in der Deutung, mancherlei Fehlschlüsse sind möglich, wenn man nicht die eingangs besprochenen Funktionen der beiden anderen Glieder des Systems, des Schlüsselbein-Brustbein- und des Schlüsselbein-Schultereckgelenks berücksichtigt. So finden sich denn auch in der Literatur in dieser Beziehung manche Unklarheiten und Unrichtigkeiten, auch in den speziellen Lehrbüchern. In erhöhtem Maße noch gilt dies von der Funktion der Muskeln. Ich habe schon erwähnt, daß auch bei ganz einfachen Armbewegungen, die von der Schulter ausgehen, zahlreiche Muskeln oder Teile von ihnen beteiligt sind. Ferner ist zu bedenken, daß Muskeln, ja Teile von ihnen, bei veränderten Stellungen direkt entgegengesetzte Wirkungen ausüben können. Beachtenswert ist auch noch die doppelte Sicherung einzelner Bewegungen, die darauf beruht, daß für solche Bewegungen zwei Muskeln zur Verfügung stehen, und daß die Innervation gekreuzt ist. Ein Beispiel nach Braus:

	Seitwärtsheber		
n. suprascapularis	Supraspinatus	Deltoïdes	n. axillaris
	Infraspinatus	Teres minor	
	Außenkreiseler		

Mit diesen Funktionen ist aber die Wirkung dieser Muskeln noch nicht etwa erschöpft. Der Deltoides z. B. hat noch ein starkes vorwärts- und rückwärtshebendes, sowie in seinem hinteren Teile ein stark anziehendes (adduktorisches) Moment, das nach R. Fick gegenüber den gewöhnlichen Angaben sehr überraschend ist. Ebenso ist die auswärtskreisende Wirkung des Supraspinatus bisher meist unbeachtet geblieben, und ähnliche Beispiele ließen sich noch mehr anführen.

B. Spezielles.

1. Intraarticuläre Erkrankungen.

Die Erkrankungen des Schultergelenkes selbst kann ich im Rahmen dieser Ausführungen nur ganz kurz streifen. Aetiologisch kommen dieselben Faktoren in Betracht, die wir von Gelenkerkrankungen sonst kennen. Aus der oben beschriebenen Eigenart des Baues und der Funktion des Gelenkes läßt sich leicht erklären, daß dasselbe traumatischen Schädigungen unmittelbarer und mittelbarer Natur besonders stark ausgesetzt ist. Ich erinnere nur an die so häufigen Luxationen, wie sie an keinem anderen Gelenk gefunden werden. Erwähnenswert ist, daß Tuberkulose und Gonorrhoe das Schultergelenk seltener als andere Gelenke befallen. Ferner ist eine sogenannte Arthritis deformans am Schultergelenk selten beobachtet. Das hängt wohl damit zusammen, daß statische Momente, wie wir sie bei Hüfte und Knie sehen, hier fortfallen.

Die Diagnose stützt sich neben der Anamnese auf sorgfältige Betrachtung und Betastung sowie Bewegungsprüfung des kranken Schultergelenkes, bei einseitigem Leiden gibt der Vergleich mit der gesunden Seite wertvolle Aufschlüsse. Auf die zu beachtenden Fehlerquellen habe ich im anatomischen und allgemeinen Teil schon hingewiesen.

Für die Diagnose der ossären Prozesse spielt das Röntgenbild naturgemäß eine ganz hervorragende Rolle und ist nicht zu entbehren. Gute Röntgenbilder sind nicht immer leicht anzufertigen, und ihre Deutung macht nicht selten erhebliche Schwierigkeiten. Auf diese und die zu beachtenden Fehlerquellen hat R. Schinz in einer ausführlichen Arbeit hingewiesen. Von seinen Ausführungen sei kurz erwähnt: Zur Darstellung des Humeruskopfes eignet sich am besten die ventro-dorsale Aufnahme. Der Patient liegt auf dem Rücken, Kopf und Schultern sind auf einem Keilkissen gelagert, das einen Winkel von 45° mit der Tischebene bildet, der Zentralstrahl ist auf die Mitte zwischen Pfanne und Humeruskopf gerichtet. Die dorso-ventrale Aufnahme wird gewählt, wenn Schlüsselbein, Schultereck oder Hakenfortsatz scharf dargestellt werden sollen. Bei den axialen Aufnahmen wird der Patient auf den Rücken gelagert, der Arm bis zur Horizontalen seitwärts geführt, die Platte liegt auf der Schulterhöhe, der Zentralstrahl fällt von unten, d. h. kaudal in die Achsel ein. Zur Darstellung gelangen Kopf, Pfanne, Schultereck, Hakenfortsatz. Von Varietäten erwähnt Schinz das Os acromiale, die große Variabilität des Acromion partitum, den Claviculadefekt, die Dysostosis cleido-cranialis, von sonstigen Fehlerquellen einen Begleitschatten der Clavicula, einen Apophysenkern des Proc. coracoideus, eine Tuberositas coracoidea (Ansatz des Lig. coraco-claviculare), die Ossicula suprasternalis (Reste des Episternums).

Die Chirurgische Klinik der Charité (Geheimrat Hildebrand) hat eine besondere Aufnahmetechnik ausgearbeitet, um z. B. bei veralteten habituellen Schulterluxationen Defekte am Kopf oder an der Pfanne sichtbar zu machen.

An unserer Klinik hat sich folgende Aufnahmetechnik bestens bewährt: Der Patient wird in Rückenlage auf den Untersuchungstisch gelegt, die Arme werden in leichter Einwärtskreiselung gehalten. Die Röntgenröhre wird auf das Manubrium sterni zentriert, Röhrenabstand 60 cm. Unter beide Schultern werden symmetrisch die Platten gelegt. An dieser Aufnahmetechnik halten wir natürlich nicht unbedingt und starr fest, wir werden, wenn wir uns eine bestimmte Gegend besonders scharf sichtbar machen wollen, Arm und Schultergürtel entsprechend lagern. Auf einen Punkt möchte ich hier aber kurz hinweisen, der an sich vielleicht selbstverständlich ist, aber in der Praxis oft nicht befolgt wird, d. i. die Anfertigung des Kontrollbildes der anderen Schulter. Wir haben manche diagnostische Irrtümer von anderer Seite hierdurch aufdecken können.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Schultergelenk sind je nach der Aetiologie, je nach Form und Stadium der Krankheit verschieden, unterscheiden sich im übrigen nicht von den sonst bekannten Bildern bei Gelenkerkrankungen.

Auf die Therapie der Schultergelenkserkrankungen näher einzugehen, muß ich mir im Rahmen dieser Ausführungen versagen. Je nach Ursache und klinischen Erscheinungen sind interne Mittel, chirurgische Eingriffe, orthopädische, hydrotherapeutische, medico-mechanische Maßnahmen am Platze. Einen breiten Raum in der Behandlung nimmt in neuester Zeit die Reizkörpertherapie ein. Ein endgültiges Urteil läßt sich noch nicht fällen, jedoch dürften richtige Auswahl der Krankheitsfälle und vorsichtige Dosierung wichtiger sein als das eingespritzte Mittel selbst. Vor einer Polypragmasie, z. B. bis zu 150 Injektionen und mehr der verschiedensten Reizmittel, wie sie von einzelnen Patienten in der Vorgeschichte uns angegeben wurde, muß dringend gewarnt werden.

2. Periarticuläre Erkrankungen.

Außer den Erkrankungen des Gelenkes selbst spielen im Bereiche der Schulter periarticuläre Veränderungen eine ganz außerordentlich große Rolle. Trotzdem in der Literatur seit dem letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts vielfach auf diese periarthritischen Erkrankungen hingewiesen ist, werden sie nach den Erfahrungen unserer Klinik in der Praxis nicht genügend gewürdigt und häufig verkannt. Demgemäß sind auch die therapeutischen Maßnahmen nicht immer zweckmäßig und bringen trotz zuweilen jahrelanger Anwendung statt Besserung stetig zunehmende Verschlechterung.

Auf diese periarticulären Erkrankungen haben in Frankreich Jarjaway, Duplay, Gauthier und andere mehr hingewiesen, in Deutschland Heinecke, P. Vogt, Colley, Küster, Stieda und zahlreiche andere Autoren. So entstand allmählich ein besonderes Krankheitsbild, die Periarthritis humero-scapularis. Mit Hilfe der Röntgenstrahlen gelang es dann, zwei pathologisch-anatomisch verschiedene, wenn auch klinisch sich in manchen Punkten ähnliche Krankheitsbilder zu trennen, die Periarthritis humero-scapularis und die Verkalkung der Bursa subdeltoidea.

Bei der Periarthritis humero-scapularis können wir eine seltenere akute und eine häufigere chronische Form unterscheiden. Der Kranke empfindet bei der akuten Form gewöhnlich nach brüsken Bewegungen des Armes, nach heftiger Torsion desselben oder nach Quetschungen der Schultergegend einen heftigen Schmerz. Uber dem mittleren und vorderen Teil des Deltoideus macht sich zuweilen eine leichte Schwellung bemerkbar, die auf Druck schmerzhaft ist und schließlich in eine Vorwölbung unterhalb des Acromion übergeht. Spontane Schmerzen sind mitunter vorhanden und strahlen nach der Innenseite des Armes aus. Frühzeitig stellt sich eine charakteristische Bewegungseinschränkung im Schultergelenk ein. Das Seitwärtsheben ist aktiv erschwert oder unmöglich, passiv nur unter Schmerzen ausführbar. Die Pendel- und Kreiselbewegungen des Armes bleiben in der Regel unbeeinflußt, sind ohne Schmerzen ausgiebig möglich. Am ehesten erleidet noch das Auswärtskreiseln eine Einschränkung und wird schmerzhaft. Einige Autoren wollen auch weiches Reiben gefühlt haben, was wohl auf Fibrinablagerungen in der Bursa subdeltoidea sive subacromialis zurückzuführen ist.

Pathologisch - anatomische Befunde einer solchen akuten Form liegen nicht vor, sie werden vermutlich die bekannten Veränderungen einer akuten Entzündung seröser Häute aufweisen, soweit eine Schleimbeutelerkrankung in Frage kommt.

Die akute Form geht gewöhnlich unter entsprechender Behandlung in Heilung über, jedoch ist diese allzu oft nicht eine endgültige. Die Kranken müssen nach kürzerer oder längerer Zeit wegen Behinderung ihrer Armfunktion ärztliche Behandlung erneut in Anspruch nehmen. Oft handelt es sich bei diesen ins chronische Stadium übergegangen Fällen um schwere Kontusionen der Schultergegend, Luxationen oder Frakturen am oberen Humerusende, die eine längere Ruhigstellung des Armes und Schultergelenkes zur Folge gehabt haben.

Neben diesen traumatisch entstandenen Fällen gibt es andere, in denen mechanische Schädigungen nicht nachweisbar sind, in denen offenbar infektiös-toxische Einflüsse zum selben Endergebnis geführt haben, und zwar sind nicht nur sogenannte rheumatische Prozesse anzuschuldigen. Wie weit konstitutionelle Verhältnisse dabei eine Rolle spielen, ist noch nicht erforscht.

In solchen chronischen Fällen fällt eine starke Atrophie der Schultergegend auf, insbesondere des Deltoideus. Der Arm hängt am Körper in leicht angezogener Stellung herab, ist im Ellbogen oft leicht gebeugt. Die Einschränkung der Beweglichkeit ist wie bei der akuten Form charakteristisch, bei sehr schweren Fällen ist auch ein passives Seitwärtsheben überhaupt nicht möglich ohne Mitgehen des Schulterblattes. Der Grad der Bewegungseinschränkung ist sehr verschieden. Jedoch läßt die nur teilweise Bewegungseinschränkung in Verbindung mit der beschriebenen Stellung des Armes oft eine Differentialdiagnose zu gegen eine Entzündung des Schultergelenkes selbst, bei der alle Bewegungsarten mehr oder minder stark eingeengt sind, und der Arm, wie oben erwähnt, in mäßiger Seitwärts-Vorwärtshebung zu stehen pflegt. Auch ist die Druckempfindlichkeit beschränkt auf eine umschriebene Stelle unterhalb des Acromion, ein Erguß im Gelenk nicht nachweisbar. Ausstrahlende Schmerzen können vorhanden sein, und sie haben nicht selten Anlaß zu Verwechselungen mit Neuralgien und Neuritiden gegeben. Die Differentialdiagnose kann schwierig sein, ist doch die Periarthritis von manchen Autoren, besonders in Frankreich, auf eine primäre Nervenerkrankung zurückgeführt worden. Bei der Neuralgie folgen die Schmerzen genau dem Verlauf des Nerven, sind intermittierend, bedingen keine Beweglichkeitsstörung des Armes und führen nicht zu so erheblicher Muskelatrophie. Ein neuritischer Prozeß läßt sich unschwer ausschließen, wenn man die charakteristischen Merkmale einer Periarthritis kennt und ausgebildet findet. Eine interessante Beobachtung hat Colley mitgeteilt, wo neben typischer Erbscher Lähmung eine ausgesprochene Periarthritis bestand, beide bedingt durch das gleiche Trauma: Sturz vom Wagen und Ueberfahrenwerden.

Kontusionen der Schulter machen nicht selten große diagnostische Schwierigkeiten, zumal im Anfang und bei negativem Röntgenbefund. Ist der Verlauf sehr hartnäckig und ist die Bewegungseinschränkung in der früher beschriebenen Weise begrenzt, dann sollte an eine Periarthritis gedacht werden. In früherer Zeit wurde vielfach eine Luxation der Bicepssehne aus ihrem Canalis intertubercularis oder eine Entzündung ihrer Sehnenscheide diagnostiziert, doch dürften dabei wohl viele Fehldiagnosen unterlaufen sein, besonders wenn es sich um ein nur geringfügiges Trauma gehandelt hat. Sehnenabrisse mit Knochenverletzungen lassen sich durch gute Röntgenbilder feststellen, doch muß man in der Deutung der Bilder die nötige Vorsicht walten lassen und nicht mehr herauslesen, als sie wirklich einwandfrei zeigen. So sind z. B. wolkige Schatten in der Gegend des Tuberculum majus zuweilen die ersten Zeichen einer verhalsten Bursa subdeltoidea, wie wir noch sehen werden. Eine scharfe Zeichnung der Corticalis ohne jegliche nachweisbare Unterbrechung gibt wertvolle Anhaltspunkte.

Der sogenannte Rheumatismus der Schultermuskeln wird im allgemeinen keine größeren diagnostischen Schwierigkeiten bereiten, wenn diffuse Schwellung und Druckempfindlichkeit evtl. Knötchenbildung sowie Schmerzhaftigkeit fast sämtlicher Bewegungen des Armes vorhanden sind.

Die pathologisch-anatomische Grundlage der Periarthritis ist bei ihrer Gutartigkeit infolge Fehlens autoptischer Befunde noch nicht erforscht. Duplay verdankt zufälligen Umständen drei Sektionsergebnisse, die (zitiert nach Colley) gezeigt haben: Atrophie der Muskeln, die eine blaßgelbe Farbe haben und von fibrösen Strängen durchsetzt sind. Von der Bursa subdeltoidea sive subacromialis sind keine Spuren zu finden, während der Schleimbeutel der anderen Seite wohl ausgebildet ist. Es ist also zu einer gänzlichen Verödung des Schleimbeutels gekommen. Mir scheinen diese Befunde mehr für das Endstadium eines periarticulären Hämatoms zu sprechen als für den Ausgang einer chronischen Schleimbeutelentzündung, wie Duplay angenommen hat; denn bei einer solchen bleibt entweder ein chronischer Hydrops bestehen, oder es kommt zu einer Verklebung und Verlötung der Wandung, wie z. B. bei einer Bursitis praepatellaris, aber ein völliges Verschwinden eines entzündeten Schleimbeutels ist pathologisch-anatomisch nicht gut denkbar. Im übrigen werden die pathologisch-anatomischen Veränderungen verschieden sein, je nachdem sich der Krankheitsprozeß in dem Schleimbeutel allein oder gleichzeitig in dem sonstigen periarticulären Gewebe abgespielt hat. Die einzelnen Zwischenstufen würden auch den verschiedenen Grad der beobachteten Krankheitserscheinungen erklären.

Ich habe das Material unserer Poliklinik in den Jahren 1919—1925 durchgearbeitet. Es handelt sich im ganzen um 74 Fälle bei 35 086 Zugängen. Die poliklinischen Aufzeichnungen sind erklärlicher Weise zum Teil unvollständig, so daß sich eine einwandfreie Statistik nicht auf ihnen aufbauen läßt. Außerdem hat sich eine große Anzahl Kranker einer Behandlung nicht unterzogen, ihnen kam es anscheinend nur auf die Untersuchung und die Diagnose an. Immerhin lassen sich einige bemerkenswerte Punkte herausschälen. Ueber zwei Drittel aller Kranken waren weiblich, über die Hälfte über 50 Jahre alt. Aetiologisch ist in über 50% der Fälle ein Trauma vermerkt, in etwa 10% Rheumatismus, in einigen Fällen infektiöser Prozeß am Arm oder eine Infektionskrankheit z. B. Grippe. In vielen Fällen fehlt jeder Anhalt. Das Röntgenbild ergab nichts Krankhaftes, doch konnte während der Inflation nicht in jedem Falle geröntgt werden.

Die hauptsächlichsten Symptome waren lokalisierter Schmerz, Bewegungsbeschränkung, besonders was Seitwärtsheben und Auswärtskreiseln anbelangt, Abmagerung der Muskulatur, insbesondere des Deltoides; in einigen Fällen waren stärkere Kontrakturen nachweisbar. Das Leiden war meist chronischer Natur, bestand viele Monate oder Jahre, zuweilen waren einzelne Schübe nach Ueberanstrengung oder direktem Trauma aufgetreten. Die Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit des Armes war verschieden, die leichteren Grade waren etwas seltener als die schweren. In der Regel war nur eine Seite befallen.

In therapeutischer Hinsicht haben sich uns bei leichten Fällen ohne wesentliche Bewegungseinschränkung Heißluft, Massage der Schultermuskeln, passive und aktive Uebungen bewährt. In schwereren Fällen ließen wir für 3—4 Wochen die Gochtsche Abduktionsschiene tragen und begannen nach Abklingen der stärkeren Reizerscheinungen mit Massage und Uebungen. In einigen besonders schweren Fällen wurde die Abduktionsschiene nach vorsichtigem Brisement in Narkose angelegt. Die Abduktionsschiene wurde in der Regel sehr gern getragen. Ihre Abgewöhnung geschah stets ganz allmählich nach genauen Vorschriften.

Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 4 Wochen und 5—6 Monaten, zuweilen waren mehrere Behandlungsperioden nötig. Genaue Angaben über die Enderfolge kann ich leider nicht machen, da ein Teil sich überhaupt nicht behandeln ließ, ein anderer die Behandlung aus Zeitmangel oder sonstigen Gründen vorzeitig abbrach. Da wo die Behandlung lange genug durchgeführt werden konnte, war das Endergebnis gut. Allerdings muß der Patient guten Willen mitbringen, was ja gerade bei Kranken, die einen Unfall erlitten haben, nicht immer der Fall zu sein pflegt. Im ganzen dürfte die Prognose günstig zu nennen sein.

Noch ein Wort zur Ruhigstellung des Armes. Trotzdem in der Literatur eindringlich auf die Gefahren einer Adduktionskontraktur hingewiesen ist, die bei Schultererkrankungen und Verletzungen leicht einzutreten pflegt, wenn der Arm längere Zeit in Adduktion ruhiggestellt wird, werden diese Warnungen in der Praxis zum Schaden der Kranken nicht immer befolgt. Der Arm wird fälschlicherweise in ein Armtragetuch gelegt oder gar an den Brustkorb angewickelt. Der Erfolg ist eine Schrumpfung und Verlötung der oben beschriebenen Achselbucht, eine Schrumpfung der erschlafften Kapselteile und schließlich eine Adduktionskontraktur, die nur unter großer Mühe und unter starker Belästigung des Kranken zu beseitigen ist. Nicht selten ist ein nennenswerter Erfolg nicht mehr zu erreichen, der angerichtete Schaden überhaupt nicht wieder gut zu machen.

Will und muß man einen Arm für einige Zeit ruhig stellen, so darf man es nur in Abduktion tun. In dieser Stellung ist eine Kontraktur nicht so leicht zu befürchten, sind doch die am meisten gefährdeten Kapselteile gedehnt. Der infolge seiner Schwere herabsinkende Arm dehnt außerdem etwaige Schrumpfungen sehr viel leichter als ein gegen seine Schwere zu erhebender. Ist aber dennoch einmal eine Kontraktur oder Ankylose zustande gekommen, so sind die Gefahren auch nicht so schlimm. Der herabsinkende Arm dreht das Schulterblatt entsprechend mit, die Brust-Schultermuskeln und die beiden Schlüsselbeingelenke ermöglichen, wie eingangs schon dargelegt, noch eine für die täglichen Bedürfnisse und für die meisten Berufe ausreichende Bewegungsfähigkeit des Armes.

Das zweite Krankheitsbild stellt Verkalkung der Bursa subdeltoidea dar. Die klinischen Erscheinungen gleichen sich in manchen Punkten, die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind aber ganz andere, so daß wir berechtigt sind, ein Krankheitsbild sin generis anzunehmen. Da aber weder bei der Periarthritis noch bei der Verkalkung der Bursa die Anfangsstadien infolge fehlenden autoptischen Materials eingehend histologisch haben erforscht werden können, so muß vorläufig die Frage offen bleiben, ob nicht beide Krankheitsbilder aus gleicher Aetiologie und aus anfänglich gleichen pathologisch-anatomischen Veränderungen heraus sich erst später differenzieren. Wie weit konstitutionelle Verhältnisse dabei eine Rolle spielen, ist noch weiteren Forschungen vorbehalten.

Stieda gebührt das Verdienst, auf die Verkalkung der Bursa subdeltoidea als erster hingewiesen zu haben. Er sah im Röntgenbilde eigenartige Schatten in der Gegend der Bursa, die er zunächst für gichtische Ablagerungen hielt, aber später als eine mit Kalkablagerung einhergehende Entzündung der Bursa erkannte.

Die Beschwerden treten in der Mehrzahl der Fälle akut auf, sind zuweilen bei Wärme, z. B. nachts im Bett, am heftigsten. In einem großen Teil der Fälle gehen Schmerzen Wochen, Monate, ja Jahre voraus. Auslösend für eine akute Exazerbation wirken in der Regel Ueberanstrengung des Armes bei der Arbeit, sowohl einmalige wie wiederholte, und unmittelbares Trauma der Schultergegend. Die Schmerzen sind meist sehr heftig und genauer lokalisierbar als bei einer Periarthritis. Die aktive Bewegungsfähigkeit ist meist stark eingeengt, und zwar wieder besonders das Seitwärtsheben und Aufwärtskreiseln, besonders bei horizontaler Haltung des Armes. Das ist ja auch leicht verständlich, da beim Seitwärtsheben der Deltoideus und beim Auswärtskreiseln der Supraspinatus an der zwischen ihnen beiden liegenden kranken Bursa zieht und zerrt. Auch wenn die eben genannten Bewegungen ebenfalls passiv stark eingeschränkt und schmerzhaft sind, sind die aktiven Pendelbewegungen und das aktive Einwärtskreiseln meist noch beschwerdefrei ausführbar und nur in den schwersten Fällen eingeengt und schmerzhaft. Die Druckempfindlichkeit ist zuweilen so groß, daß leichteste Berührung die heftigsten Schmerzen auslöst. Umschriebene Vorwölbung, Fluktuation, Reiben ist manchmal nachweisbar. Das Allgemeinbefinden kann durch die heftigen Schmerzen und durch Schlaflosigkeit sehr stark beeinträchtigt sein.

Im Röntgenbild zeigen sich in der Gegend des Schleimbeutels, also zwischen Tuberculum majus und Acromion, verschieden dichte und unregelmäßig begrenzte Schatten mit Aufhellungszonen oder wolkige Trübungen. Gerade in den letzten Fällen muß man sich vor Verwechselungen mit Knochenverletzungen hüten, wie oben schon erwähnt, und nötigenfalls Kontrollaufnahmen mit anderer Projektion anfertigen. Lotsy hat in einem Falle ovale, durch Exsudat hervorgerufene Verschattung beobachtet, in der sich zwei tiefere, durch Bursolithen bedingte Schatten befanden.

Ob die Beschwerden durch die Verkalkung hervorgerufen werden, ist mir zweifelhaft. Einmal sind Fälle beobachtet, wo Stunden oder Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome deutliche Kalkablagerungen im Röntgenbild sichtbar waren. Oder es waren solche nachweisbar, ohne daß die geringsten Beschwerden bestanden oder je bestanden hatten. In anderen Fällen sind trotz des Zurückgehens oder nach völligem Schwinden der Beschwerden die Schatten in gleicher Größe und Dichte bestehen geblieben. Die eigentliche Ursache der Beschwerden dürfte wohl die Entzündung der durch Kalkablagerung krankhaft veränderten Bursa sein.

Stieda hat drei Fälle beobachtet, wo auffallenderweise die Schatten nach zwei bzw. drei Monaten bei konservativer Behandlung völlig verschwunden waren. Andere Autoren haben trotz klinischer Heilung keinerlei Aenderung des Schattenbildes bemerken können.

Da die Mehrzahl der Kranken konservativ behandelt wird, sind Operationsbefunde in der Literatur verhältnismäßig spärlich niedergelegt. Unsere eigenen diesbezüglichen Beobachtungen decken sich mit denen Stiedas. Die Wandung des Schleimbeutels ist verdickt, in ihm befinden sich gelblich-weiße, zum Teil sehr harte Herde von wechselnder Größe neben schmutziggrauer oder milchiger, zum Teil fadenziehender Flüssigkeit. In einem unserer Fälle war ein erbsengroßer Abszeß mit dickem gelben Eiter ohne Konkremente vorhanden — Röntgenbild: Drei strukturlose Schatten, ein länglicher, ein linsengroßer, ein stecknadelkopfgroßer.

Histologisch sind folgende Befunde erhoben: Die Wandung des Schleimbeutels ist verdickt, teilweise aus lockerem, weitmaschigem Gewebe, teilweise aus derbfaserigen Bindegewebszügen bestehend. In dem lockeren Gewebe finden sich Leukocyten- und Lymphocytenherde mit teilweiser zentraler Nekrose. Andere Herde zeigen körnigen Gewebsdetritus mit Konkrementen, zum Teile eingeschlossen in derbfaseriges, kernarmes Gewebe, zum Teil abgegrenzt durch eine an Lymphocyten reiche Zone mit Zeichen narbiger Umwandlung. Einzelne Autoren konnten mikroskopisch Verknöcherungen im Zentrum der Herde, andere teils wohlerhaltene, teils verkümmerte Knorpelzellen nachweisen. Die Konkremente sind von Stieda, Hänisch und anderen genau untersucht. Es wurde kohlensaurer und phosphorsaurer Kalk, aber keine Harnsäure nachgewiesen, in einem Falle von zur Verth allerdings Harnsäure.

Bezüglich der Aetiologie steht das Trauma an erster Stelle. Weiterhin kommen infektiöse Prozesse in Frage. Stieda beobachtete eine verkalkte Bursa im Anschluß an eine eitrige Sehnenscheidenentzündung, Usland im Anschluß an eine gewöhnliche Lymphangitis und Lymphadenitis des gleichen Armes, Sailer 43 Fälle im Anschluß an Grippe. Nach Falta kommen auch Rheumatismus und Tuberkulose in Frage.

Ich habe aus sechs Jahren zehn Fälle unserer Klinik zusammenstellen können. Darunter waren sechs Männer und vier Frauen. Zwei Kranke waren über 30, fünf über 40, drei über 50 Jahre alt. Schmerzen bestanden fünfmal seit Monaten, fünfmal seit Jahren. Als Ursache ist dreimal Trauma, einmal fieberhafte Erkrankung vermerkt, sechmal war eine Ursache nicht zu eruieren. Die Symptome waren ziemlich gleichmäßig: lokalisierter Schmerz unterhalb des Schulterecks, spontan, bei Druck und beim Seitwärtsheben, Bewegungseinschränkung bis zur Unmöglichkeit im Sinne des Seitwärtshebens und des Aufwärtskreiselns.

Neun Kranke waren längere Zeit von anderer Seite behandelt: mit inneren Mitteln, Einspritzungen der verschiedensten Art (einschl. Reizkörpertherapie), Heißluft, Diathermie, Gymnastik und Massage, Packungen, Bädern. Ein wirklicher oder anhaltender Erfolg war in keinem Falle erzielt worden.

Sieben Kranke wurden operiert, drei lehnten eine solche ab und entzogen sich weiterer Beobachtung. Die

Operation bestand in Entfernung der verkalkten Bursa von einem Längsschnitt über dem Deltoides aus. Der Heilverlauf war in allen Fällen ungestört. Den Operationsbefund habe ich schon oben erwähnt. Die Behandlung schwankte zwischen 4—6 Wochen und 5 Monaten. Nach der Operation legten wir den Arm auf die Gochtsche Abduktionsschiene für 10—14 Tage, begannen dann mit Massage und Uebungen und gewöhnten die Schiene allmählich nach genauen Vorschriften ab. Die Heilung, besonders hinsichtlich der Funktion, war in allen operierten Fällen eine vollständige. Nachuntersuchungen ergaben, daß die Heilung auch nach Jahren anhielt, einen Rückfall haben wir nicht erlebt. Röntgenkontrollen zeigten, daß die Schattenbildungen vollständig verschwunden waren und blieben.

Zusammenfassung.

1. Das Schultergelenk nimmt in genetischer, formaler und funktioneller Hinsicht eine Sonderstellung ein.
2. Das Schultergelenk und sein periarticuläres Gewebe ist in besonderem Maße traumatischen Schädigungen ausgesetzt.
3. Bei allen Erkrankungen im Bereiche des Schultergelenks ist zwischen intraarticulären und periarticulären Krankheitsprozessen zu unterscheiden. Das Röntgenbild leistet wertvolle Dienste und gibt oft die Entscheidung.
4. Die periarticulären Erkrankungen sind im Bereich des Schultergelenks verhältnismäßig häufig.
5. Unter ihnen sind zwei klinisch in manchen Punkten ähnliche, pathologisch-anatomisch aber völlig andersartige Krankheitsbilder zu unterscheiden: die Periarthritis humero-scapularis und die Verkalkung der Bursa subdeltoidea.
6. Die Prognose ist bei beiden Krankheitsbildern günstig, die Behandlung zuweilen langwierig und mühevoll.
7. Bei der Periarthritis führt eine konservative Therapie zum Ziel, bei der Verkalkung der Bursa subdeltoidea ist die operative Entfernung der verkalkten Bursa allen konservativen Methoden überlegen.

Literaturverzeichnis.

1. Blauel: Ueber das Reiskörperhygrom der Bursa subdeltoidea. Bruns Beiträge, Bd. 22.
2. Braus: Anatomie des Menschen. Berlin 1921.
3. Colley: Periarthritis humero-scapularis. Zeitschrift f. Chirurgie. 1898, Bd. 53.
4. — Therapeutisch-prognostische Bemerkungen zur Bursitis calcarea. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 18.
5. Ehrhard: Ueber einige seltene Schleimbeutelerkrankungen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 60.
6. R. Fick: Handbuch der Anatomie und Mechanik der Gelenke.
7. Franke: Periarthritis humero-scapularis. Münch. Med. Wochenschr. 1924.
8. Gocht-Debrunner: Orthop. Therapie. Leipzig 1925.
9. Hänisch: Ueber Bursitis subacromialis. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen. Bd. 12.
10. — Ueber Periarthritis humero-scapularis mit Kalkeinlagerung. Ebenda. Bd. 15.
11. — Therapeutisch-prognostische Bemerkungen zur Bursitis calcarea. Ebenda. Bd. 18.
12. Hedry: Bursitis acromialis. Bruns Beiträge. Bd. 132.
13. Heineke: Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel. Erlangen 1868.
14. Hoffa-Gocht: Orthopädische Chirurgie. Stuttgart 1921.
15. Holzknecht: Ueber Bursitis u. Konkrementbildung. Wiener Med. Wochenschr. 1911.
16. Kreuter: Hygroma subdeltoideum. Dtsch. Zeitschr. für Chir. Bd. 72.
17. Küster: Bursitis subacromialis. Arch. f. klin. Chir. 1902, Bd. 67.
18. F. Lange: Lehrbuch der Orthopädie. Jena 1922.
19. Lotsy: Radiol. Nachweis einer Bursitis calcarea subdeltoidea. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 14.
20. Maier: Isolierte Fraktur des Tub. majus humeri, Bursitis subdeltoidea. Prager Med. Wochenschr. 1908.
21. S. Mollier: Plastische Anatomie. München 1924.
22. Schinz: Archiv f. Orthop. und Unfallheilkunde. 1924. Bd. 22.
23. Schlesinger: Ueber periarticuläre Erkrankungen der Schultergegend. Berl. Klin. Wochenschr. 1908.
24. A. Schwarz: Aetiologie der Bursitiden. Wiener Med. Wochenschr. 1913.
25. W. Spalteholz: Handatlas der Anatomie.
26. Stieda: Zur Pathologie der Schulterschleimbeutel. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 85.
27. Stieda u. Bergemann: Bursitis subdeltoidea. Münch. Med. Wochenschr. 1908.
28. Thiem: Handbuch der Unfallerkrankungen.
29. Vogt: Die chir. Erkrankungen d. ober. Extremitäten. Dtsch. Chir. Lief. 64.
30. Wegner: Dtsch. militärärztl. Zeitschr. 1898.
31. Wrede: Ueber Kalkablagerung in der Umgebung der Schulter. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99.
32. Zesas: Periarthritis humero-scapularis. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 24.

Referate:

1. Berry: Zentralbl. f. d. ges. Chir. 1917; 2. Coulomb: Zentralorg. f. d. ges. Chir. Bd. 18; 3. Falta, ebenda. Bd. 10; 4. Gangele-Hänisch: Zentralblatt für Chirurg. 1912; 5. Haudeck: Dtsch. Med. Wochenschr. 1911; 6. Immelmann, ebenda 1921; 7. Israel: Zentralorg. f. d. ges. Chir. 1921; 8. Kleck: Zentralblatt f. Chir. 1912; 9. Kleinberg: Zentralblatt f. Chir. 1916; 10. Montgourmery, ebenda 1916; 11. Panner: Dtsch. Mediz. Wochenschrift 1912; 12. Preiser, ebenda 1911; 13. Sailer: Zentralorg. f. d. ges. Chir. Bd. 18; 14. Usland: Zentralbl. f. Chir. 1921. Englische u. französische Literatur s. bei Colley u. Zesas (s. oben Nr. 3 u. 32).

Die „Nervösen“ der Sprechstunde.

Dr. H. KRESS, Rostock.
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie.

Diese Zusammenfassung einer bestimmten großen Krankengruppe ist rein praktisch gesehen. Sie umschließt in erster Linie alle ärztlichen Rat Suchenden aus dem Bereich der Neurologie und Psychiatrie, bei denen eine organische Erkrankung nicht oder noch nicht nachweisbar ist und deren Beschwerdekomplex sich in Grenzen hält, die eine fachärztliche Beratung subjektiv und auch objektiv noch nicht notwendig erscheinen lassen, andererseits eines Eingreifens Dritter aus soziologischen Gründen nicht oder noch nicht benötigen. Es handelt sich also da im allgemeinen um frische und deshalb relativ dankbare Fälle. Die Berührungsflächen mit somatischen Krankheitsbildern sind vielfach, die Uebergänge nach dieser Richtung sowie in das eigentlichste Gebiet der Psychopathologie sind fließend. Diese „Nervösen“ stehen innerhalb der Struktur der menschlichen Gesellschaft und gerade darin ist die große Bedeutung einer analysierenden Betrachtung des Themas begründet. Durchweg handelt es sich um ungenügend gefestigte oder disharmonische oder untüchtig gewordene Persönlichkeiten, deren Mangel oder Verlust an Einfühlungsfähigkeit, an Leistungsfähigkeit sie selbst innerhalb ihres Beziehungskreises von Schwierigkeiten zu Schwierigkeiten, von Fiasko zu Fiasko treibt und deren parallel laufende seelische Konfliktsituation sie zermürbt, aufreibt, ausschaltet. Bedenken wir solche beruflichen, wirtschaftlichen, familiären katastrophalen Tragweiten, so begreifen wir die furchtbare Verantwortlichkeit, vor die der Allgemeinpraktiker innerhalb dieses Problemkreises gestellt ist.

In dem heutigen verarmten Deutschland mit seiner zwangsläufigen potenzierten Wichtigkeit individueller Ertüchtigung und bestmöglicher Plazierung persönlicher Qualifikation hat die Aufgabe des Arztes aus dem Blickfeld nationaler Evolutionsnotwendigkeiten eine solch ungeheure Wichtigkeit erlangt, daß eine grelle Beleuchtung dieses Arbeitsfeldes dringend nottut. Erschwert ist die Tätigkeit des Arztes durch die aus der Zeit gewachsene allgemeine völkische psycho-neurologische Reduktion, durch die konsekutive erhöhte Erkrankungsbereitschaft, durch die neuzeitliche staatliche Organisation der Krankenbehandlung mit ihren unlustbetonten, schleppenden Bureaukratismen und ganz besonders durch die zwingende Notwendigkeit der Umstellung und Neuorientierung auf dem gesamten Gebiete ärztlichen Denkens und Handelns. Es handelt sich da um eine neue geistige Haltung, die mit ihren Anfängen in die Jahrhundertwende zurückreicht, „die charakterisiert ist durch Abwendung vom Materiellen zum Ideellen, vom Rationalen zum Emotionalen, von der verstandesmäßigen zur intuitiven Erkenntnis, durch die veränderte Wertschätzung des Expressionismus gegenüber dem Materialismus usw. Das Gemeinsame aller dieser Erscheinungen ist die Tendenz zur Totalisierung, d. h. zur Anerkennung und Erfassung von Ganzheiten. Auf die Periode der Analyse und summenhaften Rekonstruktion folgt jetzt der Versuch einer Synthese, in dem Sinne, wie etwa Hegel diesen Ausdruck gebraucht.“ (Oswald Schwarz-Wien.)

Auf der ganzen Linie wissenschaftlicher Disziplinen vollzieht sich diese Aenderung der Methodik, das Bestreben, der neuen Wirklichkeit neue wissenschaftliche Formen zu schaffen. Die medizinische Wissenschaft kann sich dieser Bewegung nicht entziehen, sie ist in dieselbe einbezogen. Fr. Kraus-Berlin zeigt in seiner tiefgeistigen Arbeit über „Die führenden Ideen der Klinik des letzten Halbjahrhunderts“ (Festschrift der Deutschen medizinischen Wochenschrift, 50. Jahrgang), wie wir über die hippokratische (Leyden-Wiener) Epoche (auf die krankhaften Allgemeinerscheinungen konzentrierte Zeichenlehre, rein ätiologische Diagnostik und hygienisch-diätetische Therapie), über die Klinik der Paris-Wiener Schule (lokalistische Methoden in enger Verbindung mit pathologischer Anatomie) zur Klinik in Wechselwirkung mit experimenteller Physiologie und Pathologie (Berliner Epoche) gelangten; er zeigt auf, wie Traube, Frerichs an diesen Grundlagen festhaltend, der Klinik die Gegebenheiten der exakten Naturwissenschaften angliederten. Zu neuer Basis wurde dann (Naunyn ist der vorbildlichste Repräsentant) die experimentelle Pathologie. Das Werk Virchows richtete den Blick schärfer auf die vitale Funktion beim Suchen nach dem Herd krankhafter Prozesse. Die letzten Dezennien brachten dann den engsten Konnex mit den Laboratorien, ja wir schienen in eine verhängnisvolle Abhängigkeit von diesen zu geraten.

Von einer gewaltigen Ueberproduktion von Einzeltatsachen auf allen medizinischen Teilgebieten und Nachbardisziplinen begann uns der Kopf zu schwirren, wir mechanisierten, wir wurden hilflos. Wir waren auf ein Geleise geraten abseits jener Bahn, die direkt auf die Verwertung der vielseitigen Ergebnisse für praktisches Handeln am lebendigen Kranken hinführte. Wir stehen in der Reaktion auf einer vorwiegend materialistischen Medizin. Wir sehen allerdings auch bisher überall in der biologisch-medizinischen Forschung neben der Analyse die Tendenz zur Synthese. Das Studium des Kreislaufs, des Stoffwechsels des Nervensystems muß so gewertet werden, und die begeisterte Aufnahme der Lehre vom endokrinen Drüsensystem zeigt deutlich, wie stark das Bedürfnis nach totalisierter Betrachtungsweise gewachsen war, welches schließlich in der Konstitutionslehre gipfelte. Aber es fehlte noch eins, nämlich die entsprechende Einbeziehung der Psyche. Erst damit ist die wissenschaftliche Erfassung der menschlichen Persönlichkeit, der gesunden wie der kranken, in vollem Umfang gewährleistet. (Oswald Schwarz-Wien.) Hier geraten wir an ein Nachbargebiet unseres gestellten Themas, soweit es sich nämlich um psychogene Beteiligung an pathologischen Organfunktionen handelt, und ich muß darauf noch zurückkommen, weil es praktisch nicht abtrennbar ist und zur Vollständigkeit gehört.

Es ist interessant zu sehen, daß man auch auf dem Gebiet der Psychologie, die doch historisch vielfach befruchtend auf die Medizin (und umgekehrt) eingewirkt hat, zu der Ueberzeugung gelangt ist, daß ihre logische und methodologische Fortentwicklung durch eine gewisse Abseitsstellung gegenüber anderen Disziplinen geschädigt ist. Man vermißt zur Zeit mehr denn je die Schaffung großer innerer Zusammenhänge mit Medizin (Kulturwissenschaft, Pädagogik, Technik, Jurisprudenz). Die Erkenntnis weitblickender, biologisch orientierter Psychologen strebt demgemäß nach engerer gemeinschaftlicher Arbeit mit Psychiatern, medizinischen Psychologen, Neurologen, Psychotechnikern, Psychagogen, Psychoanalytikern, Psychotherapeuten, wo es um die grundlegenden Zusammenhänge zwischen den Endpolen allen Seins, um Körper und Seele sich handelt. Auch die breiteren Kreise der Aerzteschaft werden nicht umhin können, sich nach dieser Richtung zu orientieren, wenn sie ihrer Aufgabe in modernem Sinn gerecht werden wollen. Es geht um die Schaffung einer somatisch und klinisch eingestellten Psychologie, um die Erkennung, Erziehung und Bildung der Persönlichkeit, die Psychologie des genialen Menschen, um den Wert von Intellekt, Temperament und Willen in ihrer symptomatischen Bedeutung, um die Psychologie der Spontanreaktion, Ermüdung, Uebung, Disposition, die Psychologie der Altersstufen, der Involution usw. Also auch hier zeigt sich das Streben nach horizontaler Erweiterung, nachdem der bisherige einseitige Kontakt mit der Physiologie (was die Medizin anlangt) zu Resignation und Stagnation geführt hatte. Wenn nun hier gleichzeitig auch die Schaffung einer an das Psychologische denkenden Somatologie zu einem Hauptarbeitsprogramm erhoben wird, so ist die Verbindung mit den auf rein medizinischem Gebiet herrschenden Evolutionstendenzen vollständig.

(Von den Brückenspannungen der Psychologie nach den vielen anderen Grenzgebieten habe ich, weil nicht hierhergehörig, nicht gesprochen; aber auch hier ist das Streben nach der Erfassung von Ganzheiten, nach der Konstruktion eines übergeordneten erweiterten Blickfeldes evident.)

Schließlich ist für unser vorliegendes Thema von wesentlichem Belang, daß wir uns summarisch über den heutigen Standpunkt der Psychiatrie informieren, da diese Fachdisziplin ja die eigentliche Domäne unserer „Nervösen" bildet. Die biologische Auffassung seelischer Abartungen konnte erst um die Mitte des vorigen Jahrhunderts mühsam Boden gewinnen, weil die Menschheit von dämonistischen, theistischen, moralischen und ethischen Betrachtungsweisen erfüllt und gehemmt war. W. Griesinger legt 1861 den Grundstein mit seinem Buch: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Psychiatrie und Neuropathologie sind für ihn nur ein einziges Gebiet, „wo alles eine Sprache spricht und von denselben Gesetzen regiert wird". „Psychische Krankheiten sind Gehirnerkrankungen." Es folgt Meynerts hirnanatomische und Hitzigs hirnphysiologische, sowie Wernickes anatomisch-lokalisatorische und neuropathologische (einseitige) Einstellung. Ueber Kahlbaum (Katatonie) und Hecker (Hebephrenie) schließt sich erst bei Kräpelin unter dem Gesichtswinkel gleicher Ursache und gleichen Ausgangs die natürliche Krankheitseinheit. Bald zeigen sich die Schwächen der klinischen Forschungsmethode. Es ergab sich, daß bei Alkoholpsychosen (Wernicke), bei Choreapsychosen (Kleist) überhaupt bei exogenen Hirnschädigungen (Bonhoeffer) Verlauf, Dauer und Ausgang bei gleicher Ursache wesentliche Unterschiede aufwiesen. Auch die gleichzeitige Erforschung der seelischen Krankheitsursachen und der von ihnen abhängigen Störungen zeigte bei gleicher Ursache verschiedenartigste Krankheitsbilder und Verlaufsweisen und weist damit auf konstitutionelle Betrachtungsweise. Hoche sprach schon 1906 aus, daß manisch-depressives Irresein und Paranoia, ebenso wie Hysterie und die Psychopathien lediglich verschiedene Formen der Entartung seien; unter ihnen nach ätiologisch eindeutigen Krankheiten zu suchen, sei die Jagd nach einem Phantom. Die klinische Methode war erschüttert und damit dem neuen alle bisherigen Forschungsmethoden überbauenden, aus der geistigen Haltung der Zeit fließenden Blickfeld der Boden bereitet.

Es würde zu weit führen, wollten wir uns auf das derzeitige Kampffeld der Psychiatrie begeben, wo es zwischen philosophischen, psychologischen, neurologischen und konstitutionellen Richtungen um die totalisierende Erfassung des Leib- resp. Gehirn-Seelenproblems geht. Es handelt sich da zwar um eines der wenigen Grundprobleme menschlichen Nachdenkens, es gilt nicht einen Streit um Lehrmeinungen, sondern um höchst reale Grundlagen für praktisches Handeln an dem ärztlicher Hilfe bedürftigen Menschen. Aber wir sind in dem Evolutionsprozeß bereits soweit vorgedrungen, daß der leidende Mensch von der Psyche her hilfreich erfaßbar ist, wie wir später des Näheren sehen werden.

Was nun das reale zentrale Substrat der psychophysischen Beziehungen, das Großhirn mit seinen somatischen Bindungen anlangt, so stehen wir auch hier auf dem Boden überreicher anatomischer, physiologischer und pathophysiologischer Errungenschaften einer lokalistischen Forschung. Aber die Ergebnisse, namentlich die anatomischen, beispielsweise der Hinblick auf die nach Faseranordnung registrierten 200 verschiedenen Rindenfelder (O. Vogt) zeigen unsere tatsächliche Hilflosigkeit klinischen bisherigen Denkens gegenüber solchen Perspektiven und mahnen zur Umschau nach methodischer Umstellung. Goldstein ist der Repräsentant einer generalisierenden Besinnung, einer totalisierenden Umschau, wenn er in dem Großhirn nicht mehr eine Summe einzelner selbständiger Zentren, sondern einen funktionell einheitlichen Apparat erblickt, innerhalb dessen die lokalen Ausfallsymptome die Bedeutung einer Veränderung der Gesamtleistung haben, und bei dem eine lokalisatorische Abtrennung von Teilfunktionen nicht ohne den Zusammenhang mit der Gesamtfunktion gedacht werden kann. Damit ist auch hier der Kontakt mit der gesamten geistigen Haltung der Zeit hergestellt. Mit der Aufhellung der Zentren und Funktionen des phylogenetisch ältesten Teils, der Stammganglien mit ihren motorischen Stationen, ihren vegetativen Regulatoren, ihren Zentralen für das antagonistische sympathisch-parasympathische System, ihrer Primatbedeutung für Handlungsantrieb und Affektivität war die bisherige Bedeutung des Großhirns als ausschließlichen Sitzes aller psychischen Vorgänge ins Schwanken geraten. Schließlich hat uns die Endokrinologie gezeigt, daß Ablauf intellektueller Vorgänge und Affektivität eine unbezweifelbare Abhängigkeit vom System der inneren Blutdrüsen haben. „So sehen wir als Grundlage der Bewußtseinsvorgänge nicht mehr allein das Großhirn, sondern mit ihm zusammen einen außerordentlich komplizierten Mechanismus zentraler und periphernervöser und innersekretorischer Elemente wirksam, in dessen Teilfunktionen, Zusammenhänge und gegenseitige Abstimmungen wir eben erst anfangen, Einblick zu bekommen." (Bonhoeffer.) Es verbleiben also dem Großhirn im wesentlichen mnestische und exsudative Eigenschaften in der aktiven Stellungnahme zur Außenwelt, dessen Wechselwirkung mit den Kraftquellen der Affekt- und Antriebregionen aber noch durchaus genauerer Feststellung bedarf. (Bonhoeffer.) Wir sind also auch auf diesem Wege bereits erheblich an das Wesen des Seelischen herangerückt.

Die Abkehr vom Materialismus, die Neuorientierung in bezug auf unsere bisherige rein naturwissenschaftliche Epoche ist psychologisch gesehen eine Selbstbesinnung reaktiver Art aus der Ueberzeugung heraus, daß in unserer Bindung durch einen mechanisierten, vielseitig abhängigen Betrieb sowohl die Freiheit ärztlichen Handelns als auch die Persönlichkeit des Kranken unter die Räder kommen. (Oswald Schwarz-Wien.) Das heißt aber nicht etwa, die bisher geleistete Arbeit beiseite schieben. Nein, sie muß bleiben und im Sammeln von Beobachtungen, Aufstellen von Beziehungen, Zusammenfassen in Theorien weiter laufen. An Stelle eines mißverstandenen Physiologismus, der in Skepsis und therapeutischen Nihilismus zu münden drohte, hat nur der allseitige Kontakt, der erweiterte Horizont, die innere Umstellung zu treten. Die moderne Völkerpsychologie, Arthropologie, Ethnologie, Religionsphilosophie muß in den Forschungskreis einbezogen werden, wie dies kürzlich Levy-Suhl in seiner interessanten Abhandlung „Neue Wege in der Psychiatrie" aufgezeigt hat; eine psychiatrisch orientierte Tierpsychologie tut dringend not, weil eine Anzahl von psychopathologischen Grundsymptomen als physiologische Vorgänge niederer Tierarten erkannt sind und schließlich muß dem Okkultismus, dieser jahrhundertealten Unterströmung der beobachtenden Psychologie durch unvoreingenommene Anhänger streng methodischer Untersuchungsmethoden näher getreten werden. (R. Sommer-Gießen.) Bleuler sagt in seinem Vorwort zu den 1925 erschienenen „Die Psychoide" wörtlich: „Man mag noch so vorsichtig sein mit der Annahme okkulter Phänomene, leugnen oder ignorieren kann man nicht alle mehr, wenn man nicht die einfältigsten Hypothesen zur Rettung des alten Glaubens kritiklos annehmen will." (Inzwischen hat die „Zeitschrift für kritischen Okkultismus und Grenzfragen des Seelenlebens“, Herausgeber Dr. R. Baerwald-Berlin, Verlag F. Enke, Stuttgart, zu erscheinen begonnen.) Bedenken wir, daß das Gehirn ein Organ ist, das die ganze Phylogenese der menschlichen Entwicklung in sich schließt, so muß von jener hohen Warte aus, die auf den bezeichneten Forschungsgebieten aufbaut, mit Hilfe der Synthese und einer systematischen lehr- und lernbaren spezifisch medizinischen Intuition der Weg in das Geheimnis der Seele gefunden werden. (Wie weit Hans Lungwitz in seiner eben erschienenen Allgemeinen Psychobiologie dem nahe gekommen ist, muß die Kritik erst erweisen. Neuerdings hat auch Bleuler in einer naturwissenschaftlich fundierten und naturphilosophisch gerichteten Abhandlung („Die Psychoide als Prinzip der organischen Entwicklung“ Jul. Springer. März 1925) eine Formulierung des Begriffs Seele als einer mit der Substanz untrennbar verbundenen mnemischen Aktivität gegeben, die in ganz einfachem Zustande schon in der leblosen Welt vorkommt, erst in ihren komplizierteren Ausbildungen als Psychoide mit der Seele des Menschen, einem zielgerichteten, handelnden Wesen vergleichbar ist und in ihrer Spezialisierung in der Rindenfunktion als Psyche erscheint. Diese „Beseelung“ stellt die Kontinuität von lebloser, belebter und psychischer Welt her. Dieser Begriff einer ärztlichen Intuition als einer erwerbbaren Fähigkeit zu höchster Art der Erkenntnis (Spinoza) setzt ein weitestgehendes Wissen um die Errungenschaften der medizinischen Teildisziplinen sowie der wissenschaftlichen Ergebnisse der gesamten Gebiete des Beziehungskreises voraus. Damit ist die Berechtigung und Notwendigkeit des Fortbestands bisheriger Forschungsmethodik, so weit sie nicht am toten Punkt angelangt ist und deshalb einer Neueinstellung bedarf, hinreichend begründet. Damit ist auch gleichzeitig festgelegt, daß diese Intuition nicht ein in sich ruhender Wertbegriff ist, sondern den Charakter der Qualitätssteigerung trägt. Leibniz nennt Erkenntnis eine intuitive, wenn man die in einem Begriff enthaltenen Teilbegriffe gleichzeitig denken kann. (Erdm. p. 79 f.) Dieser vielleicht universellste Geist aller Zeiten formuliert also schon die Erlernbarkeit. Wenn dann Hume unter Intuition das „Mit-einem-Blick-erfassen“ von Inhalten versteht, so rücken wir schon ganz nahe an unsere ärztliche genetische Auffassung intrapsychischer Evolution heran, die zu diesem derzeitigen Gipfelpunkt spezifisch medizinischer Qualifikation führen wird. Ein weitumfassender mnestischer Apparat muß unter einem progressiver Differenzierung fähigen Assoziationsmechanismus einer zielsicheren Vereinfachung in Sondererkenntnisse zugeführt werden (Sperr-Schalt-Bahnungsdynamik), und aus diesen Teilurteilen fließt die totalisierende Erkenntnis d. i. Intuition. Der energetische Begriff „zielsicher“ hat zur Voraussetzung die Annahme des präformierten entwicklungsfähigen Instinkts, und zwar eines sozialen Instinkts, dessen Ursprünglichkeit Grotius, Bodin, Shaftesbury, Hutcheson, Clarke, Wollaston, Hume und A. Smith betonen. Das Wesen dieses Urtriebs ist Einübung, Vererbung und Mechanisierung des Eingeübten (Lamark, Fortlage, Lemoine, G. H. Schneider, Preyer, Höffding, Fouillée, L. Wilser u. a.), rückwärts verfolgbar auf sehr komplizierte Reflexe (außerhalb des Vorstellungslebens sich abspielend. Th. Ziehen, A. Bethe.) Ontogenetisch käme für unsere spezifische Aufgabe eine individuelle Einstellung zum beruflichen Problemkreis hinzu. Was also den Instinkt anlangt, sind wir auf die Qualität eines eingeborenen Urtriebs angewiesen und an der Grenze der eigenen Verantwortlichkeit für unsere Leistungsfähigkeit angelangt. „Instinkt und Intuition“, sagt Bergson (L'évol. créatr. p. 191), „dringen, gegenüber dem abstrakten Denken, ins lebendige Geschehen ein.“ Vor den Gefahren des Durchbruchs nach dem Kontemplativen, Mystischen muß unsere ärztliche Erziehung schützen. Mit dieser Skizzierung des Situationsplans mag es sein Bewenden haben.

Wir werden uns jetzt zunächst dem Krankenmaterial zuwenden, das unter dem Begriff „die Nervösen der Sprechstunde“ zusammengefaßt ist. Die Krankheitsformen, um die es sich da handelt, sind sicher so alt, wie die Menschheitsgeschichte. Die urzeitliche dämonistische Weltanschauung führte zu Verfahrungsweisen, wie sie auch heute noch von den primitiven Naturvölkern geübt werden: zu Vernachlässigung, Verwahrlosung, Ausrottung. In der folgenden (vorchristlichen) Zeitepoche waren die den Geist uniformierenden Staatsreligionen einer Wesenserkenntnis hinderlich. Hippokrates (Aphorismen) und die Dogmatiker Polybus (περι νουσου) und Celsus (III. Buch seiner Medizin) hatten schon gute Krankheitskenntnisse, aber einer solchen naturwissenschaftlichen Forschungsweise stand unter der Obhut despotischer konservativer Machthaber eine theistische Umwelt entgegen. Auf solchem sterilen Boden konnten sie sich nicht durchsetzen, so wenig wie Aretäus von Cappadocien, Alexander von Tralles und Paulus von Aegina. Bei Galenus finden wir schon ganz modern anmutende Auffassungen von Konstitutionsanomalien, individuellen Spielarten, denen bei der Behandlung (auch bei gleichzeitigen körperlichen Krankheiten) Rechnung zu tragen sei. Aber erst die römische Kaiserzeit hatte eine Atmosphäre geschaffen, die Plinius die Möglichkeit gab, mit der Begründung einer Berufsmedizin (gegen Volks- und Priestermedizin) diesen „aufgeklärten“ Solitärbestrebungen evolutionsfähige Grundlagen zu schaffen. Das dumpfe Mittelalter hat trotzdem keinen wesentlichen Fortschritt gebracht. Das Erbe Hippokrates, Galens und der arabischen Aerzte blieb dogmatisch starre Richtschnur, daneben herrschte roheste Empirie. Religiöse Mystik, Aberglauben und hellauflodernde anachronistische Dämonologie, und „unsere Kranken und Geplagten versinken in das Heer der Besprochenen, der Behexten, der Verwünschten, werden selbst zu Hexen, Hexenmeistern ...... oder werden Einsiedler, Eremiten, füllen als Schiffbrüchige Mönchs- und Nonnenklöster“. (R. Arndt.) Erst der Geist der Reformation brachte den Fortschritt. Jean Fernel (Paris 1540), Lepois (1618), Thomas Willis (1667-70) brachten bedeutsame nosologische, determinierende Aufhellungen. Sydenham formuliert einen, allerdings noch mit Hypochondrie identifizierten, Hysteriebegriff. In der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts führen H. E. Stahl und Friedrich Hoffmann, in der zweiten Hälfte Raulin (Paris 1759), Robert Whytt (Edinbourgh 1765), Tissot (Paris 1770), und Erasme Darwin (London 1791). Technizismen jener Zeit: Cachexie und Diathèse nerveuse, Marasme oder Etat nerveux, Affection vaporeuse, Néphropathie und Vapeurs, die zu status nervosus, Marasmus wurden, in neuropathische Diathese, neuropathische Disposition oder Konstitution übergingen, bis sie bei uns in Deutschland durch Nervenschwäche, Nervosität ersetzt wurden. (R. Arndt.) Melancholisch, hypochondrisch oder hysterisch zu sein war damals eine Art Schande (moralische Willensschwäche, Einbildung, sexuelle Ueberreizung). An „vapeurs“ zu leiden war vornehmer, interessanter. Man machte aus diesem Grunde, neben anderen eine Trennung zwischen Status nervosus oder Nervosismus einerseits und Hysterie, Hypochondrie andererseits. In Deutschland differenziert sich mit Stilling (Leipzig 1840) aus diesen noch verschwommenen Begriffen die „Spinalirritation" (Hyperästhesien, Hyperalgedien, Hyperkinesien). Denselben Weg geht Eisenmann (Schmidts Jahrbücher 1843-44), Henle mit seinem „Erethismus des Nervensystems", Hirschs „Spinalneurosen" (Königsberg 1843). Griesinger fügt dann (1844) den Begriff „Cerebralirritation" hinzu als Boden der Psychosen. Frankreich blieb der „Spinalirritation" fern, weil die pathologisch-anatomische Richtung in der Medizin dort bereits mehr Geltung erworben hatte. Hysterie, Hypochondrie, Névrospasmie (Brachet, Paris 1847), nevralgie générale (Valleix 1848), Surexcitation nerveuse, Névropathie protéiforme, Etat nerveux waren da die Arbeitsthemata. In Amerika und England artete die Lehre von der Spinalirritation aus. Mit E. Mayer aus Alzei und Romberg setzte die Reaktion ein und mit dem Aufblühen der pathologischen Anatomie (Rokitansky, aber ganz besonders Virchow) und über Wunderlich (Handbuch der Pathologie und Therapie Stuttgart 1852—56), Hasse (Krankheiten des Nervenapparats, Erlangen 1855) ebbt die „Spinalirritation" bei uns in Deutschland völlig ab, während man in England und Nordamerika bis in die neueste Zeit, wenn auch in engerer symptomatologischer Fassung daran festhielt. Um diese Zeit (1860) erschien Bouchuts Monographie: du nervosisme et des Maladies nerveuses, in dem geänderten Blickfeld medizinischer Strebungen wenig beachtet. Durch Virchows Zellularpathologie schien der Einfluß des Nervensystems auf alle lebendigen Vorgänge in einem Individuum für alle Zeiten beseitigt. Aber das biologische Wissen gewann an Vertiefung: die Augenärzte brachten das asthenopäische Sehen, die Ohrenärzte die nervöse Taubheit, die Physiologen die Bedeutung der vasomotorischen und Sekretionsnerven, Claude Bernard, Browne Séquard, Vulpian, Charkot, Althaus, Benedikt und Arndt erkannten die Abhängigkeit der trophischen Prozesse vom Nervensystem. Da erschien von dem Amerikaner G. Beard (nach literarischen Vorbemerkungen) 1869-71-78 seine berühmt gewordene Monographie: Die Neurasthenie. Mit Neissers Uebersetzung („Die Nervenschwäche" [Neurasthenie], ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. Leipzig 1881) begann eine unheilvolle, verwirrende, expansive Neurastheniediagnostik, die bis in die neueste Zeit fortwirkte und einer Uebernahme der Errungenschaften des von der Psychiatrie, bezw. ihren Teildisziplinen und Grenzgebieten vollzogenen Auflösungsprozesses hinderlich im Wege stand. Der seinerzeitige Greifswalder Psychiater Rudolf Arndt sieht in seinem 1885 erschienenen Buche „Die Neurasthenie" alles Geschehen unter anatomisch-physiologischem Gesichtswinkel, die Krankheitszeichen erklärt er aus dem von Plüger begründeten, von v. Bezold, Wundt, Lister, Benedikt und Brenner weiter ausgebauten Zuckungs- oder Erregungsgesetz des ermüdeten oder absterbenden Nerven; die Grenzen legt er einerseits in die Breite der Gesundheit, andererseits in: Hypochondrie, Hysterie, Epilepsie, Katalepsie, Chorea, Vesania, Paranoia u. dergl. m., ja er sieht in letzteren Bildern nur neurasthenische Gradsteigerungen. Der Begriff verschwimmt ins Uferlose. Das Buch war kein Fortschritt, keine Klärung. Auch Möbius bewegt sich in seiner „Nervosität" noch wesentlich im Bouchut-Beard-Arndt'schen Vorstellungskreis. Zahlreiche Autoren: Bourett, Krafft-Ebing, Löwenfeld, Binswanger, F. C. Müller, Gille de la Tourette, Kräpelin, Möbius, Jolly, Ziehen u. a., bemühten sich um eine schärfere Abgrenzung der Neurasthenie. Kräpelin sondert die auf einer mehr degenerativen Grundlage entstehenden Fälle von denen exogener Provenienz. A. Cramer-Göttingen grenzt 1914 die Nervosität, Neurasthenie, scharf gegen die Geisteskrankheiten ab, erblickt in ihr (den Ausführungen Verworns über den Lebensprozeß und denen Goldscheiders über die Reize folgend) mit Möbius und Binswanger den Charakter der chronischen Ermüdung als diagnostisch ausschlaggebend an und definiert die reine Neurasthenie als einen Zustand, bei dem die regulären Einrichtungen zur Erholung von Ermüdung nicht mehr genügen, um durch die Selbststeuerung des Stoffwechsels den Ausgleich zwischen Dissimilation und Assimilation zu erzielen. Das ist also die intra vitam erworbene, durch exogene Schädigungen bedingte nervöse Erschöpfung, das der Anschauung bis vor zehn Jahren entsprechende schlackenfreie Restbild des vorangegangenen verschwommenen Neurastheniebegriffs.

Die von Kräpelin geschaffene zweite Neurasthenieform war die auf endogener degenerativer Grundlage aufbauende, durch angeborene leichte Erschöpfbarkeit des Zentralnervensystems gekennzeichnete „Endogene Nervosität" oder „Degenerative Neurasthenie". Ihre Symptome: Organneurosen, die damals noch vielfach gesondert betrachtet wurden (Herz, Magen, Nieren usw.), Neuralgien, Parästhesien, Idiosynkrasien, Tics (convulsif, douloureux), Zwangsvorstellungen und Zwangsvorgänge mit Antrieb zur (unsinnigen) Tat, (Magnans „Obsession" bei „conscience complète de l'ètat", Aboisse concomitante, Irrésistibilité, Satisfaction consecutive, l'angoisse pour l'angoisse), hypochondrische Formen usw.

Bezüglich der Hysterie kann ich mich, was die historische Entwicklung anlangt, viel kürzer fassen, zumal die Bearbeitung des reichen kriegs- und nachkriegszeitlichen Materials zu einer fundamentalen Neueinstellung geführt haben. Sicher hat es diesen pathologischen Begriffsinhalt schon in grauer Vorzeit gegeben, also lange vor der griechischen Wortbildung. Die Lokalisation in den Uterus war einem Fortschritt im Wege. Im Jahre 1618 erklärte Charles Lepois (Carolus Piso), daß es sich um eine Nervenkrankheit handle, daß dieselbe auch beim Manne vorkomme. Ende des 17. Jahrhunderts traten Sydenham und Willis der Lepoisschen Auffassung bei. Georget erklärte 1821 das Gehirn als Sitz der Krankheit und führte ihre Entstehung auf psychische Ursachen zurück. Aber der Zeitgeist war noch nicht aufnahmefähig; er fiel immer wieder in die uterine Theorie zurück: so spricht Villermay, Mitglied der akadémie royale de médecine im Jahre 1816 wieder von weiblichem Samen, von Uteruswanderung, von Pléthore spermatique, Dubois (1833) und Landouzy (1846) lehnen die männliche Hysterie ab, Romberg erklärt die hysterischen Symptome als reflektorisch und bedingt durch eine Reizung des Uterinsystems, von anderen (Ollivier, Todd, Isaak Porter) war der reflektorische Charakter beibehalten und der Sitz der Krankheit in das Rückenmark verlegt. Erst Briquet ging zielbewußt auf dem Wege Lepois, Sydenham, Willis, Georget weiter und brachte mit seinem „Traité de l'hysterie" (Paris 1859) eine Fixation des Krankheitsbildes, die man noch bis in die Vorkriegszeit, ausschließlich des therapeutischen Teils, gelten lassen konnte. Er erklärte die Hysterie als ein dynamisches Leiden derjenigen Hirnteile, die den Affekten und Empfindungen dienten, und betonte die ätiologische Einheit der Hysterie als eine psychische. Charcot hat die Lehre von der Genese der Symptome nach Analogie der hypnotischen aufgestellt und betonte die hysterische Natur und psychischen Ursprung. P. Janet vertiefte die psychologische Betrachtungsweise; aber erst Möbius hat die psychische Genese aller hysterischen Symptome behauptet (nach M. Lewandowsky). Von einer Histeriogenese der Psychopathienlehre kann ich absehen, denn soweit die Ueberlieferung von Darstellungen solcher psychischer Degenerationstypen in die dämmerige Vorzeit zurückführt, so jung ist die wissenschaftliche Zusammenfassung und Einteilung wie Abgrenzung. Von den übrigen „Nervösen der Sprechstunde" aus psychiatrischen, neurologischen Grenzgebieten, sowie aus der gesamten Somatopathologie wird des Späteren noch hinreichend die Rede sein.

Ich begebe mich jetzt also gleich auf den Boden modernster Begriffsbestimmungen. „Neurasthenie" und „Hysterie" waren leider bisher ganz allgemein und sind auch noch heute vielfach die großen diagnostischen Sammelbecken, in welche, je nachdem, die „Nervösen der Sprechstunde" des Allgemeinpraktikers einlaufen. Die Schuld an dieser ungünstigen Sachlage liegt, was die Neurasthenie anlangt, an der bisherigen autoritiven, qualitativ und quantitativ sehr verschiedenen, aber überall zu breiten und verschwommenen Determination des nosologischen Werts, an der Unsicherheit des Praktikers auf psychiatrischem Gebiet bezüglich der Differenzierungsaufgabe. Letztere ist hinreichend begründet durch die nachkriegszeitliche, den Notzeiten entfließende rein ärztliche Ueberlastung, unter Sorgen und Einschränkungen potenziert durch Kassenbürokratismen und vielseitigste, aus den staatlichen reformatorischen Aufgaben sich ergebende Notwendigkeit berufstechnischer Neuorientierung. Dazu kommt, daß die Verarbeitungen der Kriegserfahrungen auf psychiatrischem Gebiet einen enormen Fortschritt, revolutionäre Umstellungen, neue Ausblicke, horizontale Expansion und vertikale Erweiterung in der „Stromschnelle", der neuen allgemeinen geistigen Haltung der Zeit, gebracht haben, daß die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit den anderen Kulturvölkern wieder Leben gewonnen hat. Bei der Hysterie stagnierte, wie wir gesehen haben, bis in diese allerneueste schwere Zeit die Entwicklung; man war in dem Ausbau der Symptomatologie stecken geblieben. Therapeutisch verschleppte man meist bei medizinischer Polypragmasie; die seelischen Beeinflussungen, das sachlich Wesentlichste ärztlichen Eingreifens unterblieben vielfach aus Ueberzeugtheit von der Unheilbarkeit des Leidens, oder sie erschöpften sich in flüchtigen tröstenden, beruhigenden Worten, die in der seelischen Verfassung des Kranken keine Resonanz finden und deshalb unwirksam bleiben. Mangel an Zeit für den Kranken und an fachlicher Schulung und persönlicher Eignung auf dem großen Gebiet der Psychotherapie und die allgemeine rein naturwissenschaftliche ärztliche Grundeinstellung in der jetzt dahinschwindenden Epoche des Materialismus einerseits, Vorurteile des Patienten andererseits hatten zur Folge, daß der Kranke mehr oder weniger seinem Schicksal überlassen wurde und dann meist Kurpfuschern in die Arme fiel, die vielfach mit einer instinktiven Persönlichkeitserfassung noch bemerkenswerte Erfolge zustande brachten. Unzweifelhaft liegt hier eine Quelle der derzeitigen ungeheuren Ausbreitung der Kurpfuscherei, und zwar eine sehr wichtige, weil sie abgegraben werden kann durch psychiatrische, psychologische und psychotherapeutische Vervollkommnung des Allgemeinpraktikers und durch rechtzeitige Ueberweisung des Kranken an den Facharzt. Da wir aber jetzt nicht mehr Krankheiten, sondern den kranken Menschen behandeln müssen, und da es auch auf internem Gebiet und in allen Teildisziplinen keine Krankheit ohne psychisch-nervöse Ueberlagerungen, ohne Beteiligung der seelischen Persönlichkeit gibt, kann sich heute kein Arzt mehr solcher Durchbildung entziehen, wenn er nicht seine Ausschaltung selbst betreiben will.

Will man also einen Zustand Neurasthenie (Cerebrasthenie) heute noch nennen, so ist der Name für die exogenen Formen der Nervosität anzuwenden (Kräpelin, Gaupp). Aber, wie gesagt, um weiterer Verwirrung einen Riegel vorzuschieben, sprechen wir besser vom exogenen nervösen Erschöpfungszustand. Dabei ist der Nachweis einer zu langen intellektuellen und affektiven Ueberanspannung zu erbringen, also der Nachweis einer starken chronischen äußeren Schädlichkeit (Reichardt). Dazu gehört der Nachweis vorheriger psychisch-nervöser Intaktheit, da es sich auch um eine symptomatologisch gleichgeartete Ueberlagerung einer endogenen Erkrankung, um eine Psychopathie, um Anfangsstadien organischer Hirn-Rückenmarkserkrankungen (Progressive Paralyse, Lues, Hirnarteriosklerose, multiple Sklerose, Nierenschrumpfung, Tuberkulose, Diabetes mellitus, Hypertonie usw.) handeln könnte. Dann sind auszuschließen: die leichtesten Formen angebornen Schwachsinns (Debilität), der Schizophrenie, der depressiven Konstitution und der endogenen Depressionen, die konstitutionellen Psychopathien und die Gesamtheit der normalen, individuellen und psychopathischen Reaktionen, die sich überall aufbauen können, und eine vorherige Beseitigung des inneren oder äußeren Konflikts verlangen, bevor man zur Behandlung schreitet (Psychotherapie, Psychoanalyse, Hypnose, Psychokatharsis). Ursächlich kommt dann bei der exogenen Erschöpfungsnervosität (Neurasthenie) eine zweite Gruppe in Betracht: die infektiösen Hirnerkrankungen, besonders Typhus und Influenza, in deren Rekonvaleszenz wochen-, monatelang ein neurasthenieähnliches Bild echter organischer Hirnerschöpfung vorliegen kann. Auch der Alkoholmißbrauch kann ähnliche Bilder zeitigen.

Eine einmalige psychische Einwirkung kann niemals Ursache sein, also gibt es auch keine Unfalls- oder traumatische Neurasthenie- resp. Hysterie. (Hier entweder seelische Reaktionen auf psychopathischer Grundlage oder vom Unfall unabhängige endogene Nervosität.) (Reichardt.)

Therapie: berufliche Ausschaltung, Ortswechsel, körperliche, geistige Ruhe, viel Schlaf, Beruhigung, Aufklärung. Gute reizlose Ernährung, Alkoholverbot, vorsichtige, individualisierende, sedadive, eventuell hypnotische Medikation, einschleichend und ausschleichend und nur soweit, als es zu möglichster Ausschaltung, den Heilungszustand verzögernder Affektivität notwendig erscheint. Hypnose hat naturgemäß hier keinen Wert. Die Medikationsfrage bedarf gewissenhaftester Ueberlegung und guter Einfühlung in den Kranken. Es handelt sich da um Krücken, bei deren Gebrauch man auch das Gehen verlernen kann.

Was nun die Hysterie anlangt, so nehme ich hier vorweg, daß sich nahezu allgemein die Ueberzeugung durchgerungen hat, daß es ein nach Symptomen und

Stigmen abgrenzbares klinisches Krankheitsbild Hysterie nicht gibt. Das hat **Hoche** schon 1902 ausgesprochen, desgleichen **Gaupp** (abnorme Reaktionsweise auf die Anforderungen des Lebens. 1911), **Kräpelin**, **Kohnstamm**, **Breuer**, **Freud**, **Bonhöffer**, **Reichardt** u. a. Wir definieren heute, daß Hysterie eine psychogene Reaktionsform ist, deren Symptome als entwicklungsgeschichtlich vorgebildete Reaktionsweisen des triebhaften seelischen Untergrunds aufzufassen sind, daß ein Motiv, eine Tendenz ihnen eigen ist, (Wille zur Krankheit, Flucht in die Krankheit, Krankheitszweck, Defekt des Gesundheitsgewissens, Krankheitsgewinn). Wir müssen also annehmen, daß hysterische Mechanismen in allen Menschen bereit liegen, daß die Manifestationstendenz für diese spezifische Reaktionsform ganz besonders da gegeben ist, wo die innere Festigkeit der Persönlichkeit noch nicht entwickelt ist, wo eine soziologisch zweckvolle Steuerung seitens der übergeordneten Zentren noch fehlt oder sich erst in evolutionären Anfangsstadien befindet. Das Kindesalter, die Jugendzeit mit ihren turbulenten Wallungen und Strebungen bis über die Pubertätszeit hinaus, in besonderem Maße beim weiblichen Geschlecht, bedarf in besonderem Grade eines geschulten Blicks und fachlich orientierten Handelns seitens des Hausarztes, weil individuelle und familiäre Lebensschicksale auf dem Spiele stehen, andererseits in dieser modulationsfähigsten Lebensperiode entschlossenes und richtiges Handeln (psychotherapeutische Beeinflussung, Erziehung, eventuell bei ungünstigen elterlichen Einflüssen Milieuänderung mit gewissenhafter Wahl) erfolgreiche Aussicht bieten und hier eine definitive Beruhigung solcher reaktionärer Tendenzen noch am wahrscheinlichsten ist, Dauererfolge verspricht. Zeigen sich aber schon in dieser Altersperiode neben mono-oligosymptomatischen hysterischen Reaktionen stabilisierte Störungen der Affektivität, des Charakters, so liegt die Sache weit ernster, prognostisch ungünstiger und bedarf eingreifenderen ärztlichen Handelns. Wir haben es dann mit einer spezifischen abnormen Anlage der Persönlichkeit zu tun, mit einer Psychopathieform, der wir später noch begegnen werden.

Neben diesen jugendlichen auf intrapsychischer Unfertigkeit basierten, bei rechtzeitigem, ausgiebigem, ärztlichem Zugreifen relativ gutartigen, teilweise physiologischen, hysterischen Reaktionsformen begegnen dem Arzte weitaus am häufigsten jene Formen der Erwachsenen, wo irgend ein starkes Erlebnis in bezug auf das Ichinteresse die bis dahin latente reaktive Labilität hysterischen Charakters ans Tageslicht fördert, oder durch die spezifisch gerichtete, seelische, exogen bedingte Einstellung in der Psyche des Betroffenen die dispositionelle Situation geschaffen wird. Hierher gehören die Reaktionen auf Unfall, Krieg, Haft, entschädigungspflichtige Zivilprozesse, Liebesaffären usw., überhaupt außergewöhnliche die Ichinteressen bedrohende Geschehnisse.

Je stärker das Erlebnis, je stärker die primäre seelische Erschütterung, je normalpsychologischer die Willensrichtung bleibt, um so weniger Anlaß besteht, eine degenerative (psychopathische) Grundlage anzunehmen. Die meisten sozial-hysterischen Reaktionen sind also noch nicht krankhaft, nicht rentenfähig. Mit wirklicher Krankheit bestehen nur zwei Berührungspunkte: einmal können krankhafte Grundzustände, wie schwere Entartung, Erschöpfung und Erschütterung sich in hysterische Ausdrucksformen kleiden, und sodann können willkürliche hysterische Aggravationsversuche, erfaßt von dem unerbittlichen Triebwerk psychophysischer Kausalität in einzelnen Fällen so weit reflektorisch werden, daß wir sie als „Hysterische Erkrankungen" bezeichnen dürfen. (**Kretschmer**.) Doch sind in gleichmäßigen stabilen Zeiten die letzteren Fälle selten. (**Reichardt**.) Der Arzt, der einen sozial-hysterisch Reagierenden resp. seine neurologischen Symptome behandelt, macht einen Fehler; wer ihn schroff abweist, auch. Es gilt, das Vertrauen sich zu erwerben und seelisch aufzurichten, um ihn vor dem Kurpfuscher zu schützen, wieder brauchbar zu machen. Im Falle diagnostischer Unsicherheit beschleunige man die Zuziehung des Facharztes. Diagnostisch ausschlaggebend ist, wie gesagt, die Feststellung einer exogen irgendwie bedingten spezifisch gerichteten Willensrichtung, des Motivs. Die wesentlichsten Symptomengruppen sind: Krampfanfälle, Stuporformen, Dämmerzustände, Zittern, Ticartige Zuckungen, Lähmungen, Muskelspannungen, An- und Hyperästhesien, gewisse Reiz- und Lähmungserscheinungen an reflektorischen Apparaten aber nur insofern sie psychogen sind. Man hat also durch eine gründliche anfängliche Untersuchung andere Krankheiten auf psychiatrischem, neurologischem und somatischem Gebiet auszuschließen, auch sich zu überzeugen, daß es sich nicht um hysteroide Auflagerungen handelt, unter denen sich ein anderes Leiden verbirgt. Gegen die Simulation (und Aggravation), mit welcher hysterische Reaktionen die Willensrichtung gemeinsam haben, trennt die Disposition zu diesen oder jenen neuropathischen oder psychopathischen, gewissermaßen reflektorisch auslösbaren und dann automatisch ablaufenden Mechanismen. Der Simulierende benutzt Willenshandlungen und gewollte Unterlassung zur Krankheitsdarstellung. (**Reichardt**.) Die Fortschritte der Hirnpathologie, klinisches Studium des Kriegsmaterials, der Encephalitisepidemien, überhaupt der Herderkrankungen in Hirnstamm und Hirnmantel aus psychopathologischem Blickfeld knüpft sich ganz besonders an die Namen **Pick**, **Kleist**, **Bumke**, **Bonhöfer**, **Reichardt**, **Head** und **Holmes**, **Breslauer**, **Knauer-Enderlen** und **Rosenfeld**; diese Fortschritte haben immer mehr zu der Ueberzeugung geführt, daß wir in den Stammganglien den Sitz des Ichbewußtseins vor uns haben, daß auch der Bewußtseinszustand weit mehr vom Hirnstamm, medulla oblongata und Höhlengrau abhängig ist, als von der Hirnrinde. Ich folge Kleistschen Ausführungen (Bericht in der gemeinsamen Sitzung des deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Innsbruck am 25. September 1924) in bezug auf den derzeitigen Standpunkt: In Weiterbildung Meynert - Wernicke - Stranskyscher Gedanken müssen wir einen dreistöckigen Aufbau des Ichbewußtseins annehmen. 1. zu unterst im Höhlengrau des III. Ventrikels die **Somatopsyche** (**vegetatives Ich**), zugeordnete sensorische und motorische Leistungen sind die Urgefühle und Triebe, psychomotorisch rohe Reaktiv- und Triebbewegungen, 2. darüber die Thymopsyche (Affektivität), zugeordnet Affekte und Ausdrucksbewegungen und 3. die Autopsyche (Charakter) zugeordnet Gesinnungen und differenziertere Handlungen. Die beiden letzten Stufen gehören dem Thalamus und Pallido-striatum an. In der Hirnrinde liegen dann Art und Grad der Begabung, die Lebenserinnerungen und -Erfahrungen, außerdem die den speziellen Leistungen der Motilität, Sensibilität, Optik, Praxie, Sprache zugeordneten seelischen Leistungen (**Brodmann**, **Vogt**). In den hysterischen Reaktionen hätten wir also dementsprechend eine Störung in der

Somatopsyche zu erblicken, eine somatopsychische Schwäche reaktiv-labiler Qualität. Daher die ständigen Ausstrahlungen der Gemütsbewegungen und sittlichen Konflikte ins Körperliche, ins Vegetativ-Nervöse. Genau genommen handelt es sich natürlich da um eine schematisierende Denkreduktion, denn jede funktionelle Störung, Anlageschwäche- oder Mißbildung solcher regionären Begrenzungen hat doch sicher eine Verschiebung im gesamten psychisch-nervösen Apparat bis zu den endokrinen Endstationen als Korrelat auf Grund der physiologischen reziproken Beziehungen.

Also entsprechend der bisherigen Ueblichkeit, die „Nervösen" der Neurasthenie oder Hysterie zuzuordnen, habe ich die hysterischen Reaktionen entgegen dem modernen Einteilungsprinzip vorweggenommen und war dadurch genötigt, diesen Ausblick auf psychopathologische Erkenntnisse zu tun. De facto gehören die hysterischen zu den psychopathischen Reaktionen.

Wir werden also uns nun die Repräsentanten der Gruppe der seelisch-nervösen Störungen, von denen wir oben den exogenen nervösen Erschöpfungszustand als einzig behaupteten Rest des alten Neurastheniebegriffs kennen gelernt haben, näher ansehen. Die große Hauptgruppe bilden die Neuropathien (im Gegensatz zu den Psychopathien). Reichardt versteht darunter alle diejenigen abnormen Anlagen, sowie autochthon und reaktiv auftretenden „funktionellen" Aeußerungen im Nervensystem, welche sich zunächst außerhalb des Seelenlebens abspielen. Es handelt sich da um abnorme Empfindlichkeiten, abnorm gesteigerte Reizbarkeiten, abnorm starke Reaktionsfähigkeiten auf vegetativem Gebiet. (Beziehungen zur Psychopathie, Asthenie.) Es gibt keine Grenze nach der gesunden Seite, die Uebergänge sind fließend. Die Tatsache, daß neuropathische Erscheinungen und Dispositionen — wie überhaupt die innere vegetative Anlage sich ständig verändern kann — ihre Periodizität haben, gibt wohl den Grund ab, warum jede Medikation individuell neue ärztliche tastende Einfühlung verlangt, warum man keine Regeln in bezug auf Wirkungen aufstellen kann, warum nicht selten der nämliche Kranke nach einiger Zeit ganz anders reagiert. Zu den Neuropathien gehören also (Reichardt) alle Anlagen zu Organneurosen und diese Neurosen selbst: (Herz, Magen, Darm, Blase). Dann die vasomotorische Veranlagung, Neigung zu reaktiver oder autochthoner Pulsbeschleunigung, reaktiver Blutdrucksteigerung, zu reaktiven Extrasystolen, zu verstärkter Dermographie und Urticariabildung. Die Neigung zur Vagotonie, zum Bronchialasthma. Die Neigung zu Kopfweh, Migräne, Schlafstörungen, unruhigen Träumen, Alpdrücken (reaktiv auf vollen Magen oder nach lebhaften Affekten). Die Neigung zu gesteigerten Sehnenreflexen, zu Zitter- oder Klonuserscheinungen, die Neigung zu vasomotorisch-trophischen Neurosen, die gesteigerte Neigung zur Inaktivitätsatrophie. Neigung zu starken Körpergewichtssenkungen auf psychische Anlässe, zu reaktiven Temperatursteigerungen, zu abnormen sekretorischen Erscheinungen (Schweiß), zu Ueberempfindlichkeiten gegen Hitze und Kälte. Neigung zu innersekretorischen Störungen (Basedowoide Veranlagung). Neigung zu Idiosynkrasien auf diesem oder jenem vegetativen Gebiet, zu gesteigerter Irritabilität der Haut, zu reaktiven Ohnmachten. (Kindlicher Pavor nocturnus, respiratorische Affektkrämpfe.) Endlich in der Sexualsphäre (Ejakulatio präcox, Pollutionen bei Angst oder erschwertem Stuhlgang, und die besonders starke Häufung von Pollutionen.

Wir unterscheiden mit Reichardt neuropathische Stigmata (reine, an sich belanglose Anlagefehler), die erst reaktiv in Erscheinung treten, autochthone Aeußerungen der Neuropathie mit Krankheitscharakter (Migräne, manche Herzneurosen) und neuropathische Reaktionen. Diese letzteren können sich außerhalb der Psyche abspielen (vasomotorische Reaktionen auf Alkohol oder thermische Einflüsse, Auftreten von Extrasystolen bei vollem Magen usw.). Aber die häufigsten Reaktionen sind psychische Anlässe und Einflüsse. Es handelt sich um Intensitäts- und Dauerextravaganzen physiologischer psychophysischer Korrelationen (beispielsweise die neuropathische Schreckreaktion: langdauernde Pulsbeschleunigungen, Zittererscheinungen, Schlafstörungen [unter Umständen bei sehr starker Anlage Schockwirkung, Schreckdelirium, Schreckstupor]). Aber das sind noch keine „psychogenen" Reaktionen. Der Affekt ist das wesentliche Auslösungsmoment. Andauern des Affektes (Depressionen, Spannungen) führen zu dauernden Reaktionen. Dasselbe kann durch abnorme Fixation und Verselbständigung des reaktiven Komplexes zustande kommen. Ja der Anlaß zum Affekt und die damit verbundene gefühlsstarke Vorstellung kann „verdrängt", vergessen sein und die reaktive Erscheinung dauert an, und bekommt selbständigen Krankheitscharakter. Dieser neuropathische Beschwerdekomplex ist wieder Anlaß zu affektiv-hypochondrischer Sensibilierung; und daraus folgt wieder Verstärkung des reaktiven Komplexes. Schließlich kann der neuropathische Reaktionsmechanismus auch willkürlich in Bewegung gesetzt werden mittels eines lebhaften hierzu vorgestellten Affektes. Wir befinden uns hier ganz nahe an der Grenze der hysterischen Reaktionen, ja teilweise handelt es sich um gleiche Vorgänge. Ebenso wird bei ungewöhnlich starker Beteiligung der Affekte, der Gemütsbewegungen bereits das Gebiet der Psychopathien beschritten.

Daneben gibt es natürlich echte periphere Organneurosen. Nehmen wir als Beispiel eine solche Magenneurose. Es ist auch möglich, daß es sich um eine funktionelle Magenstörung handelt (Migräne, Tabes) oder ein Parallelismus zwischen psychischer Anomalie und Magenstörung (endogene Depression, Melancholie, sog. nervöse Dyspepsie). Hier sind psychische und Magenstörungen gleichgeordnete Folgezustände einer vorübergehenden Hirnveränderung, die vor allem auch als Stimmungsanomalie zutage tritt. Dann kommen neuropathische Magenstörungen auf psychische Anlässe vor. Und es gibt bei völlig gesundem und nicht neuropathischem Magen, Magenklagen aus Ausdruck der reinen Hypochondrie (Reichardt).

Ich habe hier absichtlich länger verweilt, als es dem Zweck und den Raumverhältnissen dieser Arbeit entspricht. Denn es erschien mir dringend notwendig, an der Hand der Neuropathien bzw. ihrer inneren Strukturverhältnisse und Grenzbeziehungen die vielseitigen diagnostischen Schwierigkeiten, die Wichtigkeit einer möglichst scharfen Differenzierung des Einzelfalls aufzuzeigen. Mit dieser kausalen Klarlegung der Mechanismen ist auch der Weg für das jeweilige therapeutische Eingreifen angedeutet und die Folgen eventueller diagnostischer bzw. therapeutischer Fehlgriffe erkennbar. Die eingehendere differenzierende und individualisierende Behandlung der „Nervösen der Sprechstunde" muß einer anderen Arbeit vorbehalten bleiben. Es gilt ja hier, in erster Linie einmal aufzuzeigen, wie unendlich vielgestaltig und wesensverschieden diese bisher so sehr vernachlässigten oder unsachgemäß behandelten „Nervösen" de facto sind.

Dieser großen Gruppe der seelisch nervösen Störungen gehören schließlich noch die seelisch-nervösen Erscheinungen nach entschädigungspflichtigen Unfällen an, ebenso was heute noch von den längst abgeklungenen „Kriegsneurosen“ übrig ist. Die Erwähnung mag hier genügen. Dies Kapitel ist auch in seiner Tragweite in der Allgemeinpraxis besser erfaßt und drängt den Arzt stärker auf speziellere Beschäftigung mit der Pathogenese und Therapie.

Bei diagnostisch-differenzierenden Ueberlegungen innerhalb dieser bisherigen pathologischen Formenkreise müssen dem Arzte schließlich eine Reihe von Fragen gegenwärtig sein, die ich hier nur mit Schlagworten andeuten kann: Aggravation, Simulation, Dissimulation, chronische Lungentuberkulose, Arteriosklerose, Alkohol, Morphium, Kokain, Tabak, Kohlenoxyd usw., postinfektiöse Rekonvaleszentenstadien, Initialstadium des Typhus, infektiöse Hirnvergiftungen, Influenzastörungen, Envephalitis und deren Residuen, endokrine Störungen, progressive Paralyse, Schizophrenie.

Schließlich umfaßt das „nervöse“ Sprechstundenmaterial jene überaus große und formenreiche Gruppe der psychopathischen Persönlichkeiten. Je klarer sich die Begriffsbestimmung kondensiert, um so deutlicher sehen wir diese Abartungen bis in die Urzeiten menschlicher Ueberlieferungen zurückreichen. Bei dem hervorragenden französischen Psychiater J. Guislain (Leçons orales sur les Phrénopathie .. Gand 1852) finden wir die ersten Ansätze zur Gruppierung unter: „Zustände, welche man nicht mit Geisteskrankheiten verwechseln muß“: Der Narr der Gesellschaft, der Störer der öffentlichen Ordnung, religiöse Märtyrer, ausschweifende Männer und Frauen, Selbstmörder, Geizige, Diebe, Mörder, Visionäre. Dr. I. L. A. Koch (Direktor der Staatsirrenanstalt Zwiefalten) spricht in seinem 1888 zuerst erschienenen Leitfaden der Psychiatrie als erster von „Psychopathischen Minderwertigkeiten“ in einem besonderen Kapitel, und 1891 veröffentlicht er in drei Bändchen unter diesem Titel eine Monographie. Welche Verwirrung auf diesem Gebiete bis dahin geherrscht hat, wird kenntlich an den Terminis, welche diese Psychopathen umfaßten: Degenereszenzen, Degenerationen, hereditäres Temperament, hereditäre Neurose, Irreseinstemperament, nervöses Temperament, nervöse Konstitution, neuropathische Konstitution, Irresein durch Zwangsvorstellungen, Neurasthenie, Nervosität, Heilung mit Defekt, epileptischer Charakter, Hysterie usw. Kochs Zusammenfassung war damals eine wissenschaftliche Tat, wenn auch seine Determinationen mit ihren Wurzeln in den Erkenntnissen alter Franzosen von isolierten Geistesstörungen in der Region der Gefühle oder des Handelns stehen (Prichard „Moral insanity“ 1832), wenn auch — retrospektiv gesehen — seine Einbeziehung von erworbenen psychopathischen Minderwertigkeiten (an der übrigens auch Liepmann und Ziehen festhielten) heute als Irrtum angesprochen werden muß. Auch seine Bezeichung „Minderwertigkeiten“ war nicht haltbar, wie wir gleich sehen werden. Möbius sieht in den Psychopathen Abnorme, Entartete, die aber für ihre Taten verantwortlich zu machen sind (Alkoholisten, Morphinisten, Prostituierte, Fürsorgepfleglinge usw., revolutionäre Führer), andererseits Ueberdurchschnittliche (mit abnorm identisch). „In diesem Sinn muß jeder Künstler Psychopath sein. Alle Kunst hat eine Quelle im Leiden an sich selbst; diese Psychopathen sind das Salz der Erde“. Pick macht auf die Abartung gewisser Kinder nach aufwärts neben der Abartung im Sinn einer Verschlechterung aufmerksam: „Man wird lernen müssen, die gefahrdrohenden und deshalb der Pflege bedürftigen Züge der ersteren zu erkennen, um nicht etwa die köstliche Frucht verheißenden Blüten eines nervösen Temperaments mit der Schere einer alles nivellierenden Erziehung unheilbar zu verschneiden“. Kräpelin definiert: „Es sind teils Vorstufen wirklicher Psychosen, teils mißratene Persönlichkeiten, deren Ausbildung durch ungünstige Vererbungseinflüsse, Keimschädigungen oder sonstwie früh einsetzende Hemmungen gestört worden sind“. Birnbaum erblickt in den psychopathischen Persönlichkeiten Individuen, welche konstitutionell bedingte, im wesentlichen auf den Persönlichkeitskomplex sich erstreckende pathologische Abweichungen mäßigen Grades aufweisen. Liepmann: „Krankhafte Abweichungen vom psychischen Normalzustand, welche nach ihrer Ausprägung noch nicht in die Kategorie vollentwickelter Psychosen gehören, weil die schwereren Symptome der letzteren fehlen“. Gaupp sagt: „Was nicht Symptom einer Geisteskrankheit (Psychose) und nicht rein körperliches Symptom eines Nervenkranken ist, sondern eine seelische Anweichung im Grenzgebiet zwischen geistig gesund und geisteskrank darstellt, wird als psychopathisch bezeichnet“. Schneider-Köln nennt Psychopathen solche abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet. Reichardt präzisiert Psychopathien als konstitutionelle Anomalien auf dem Gebiet des Gemüts- und Willenslebens, zwischen geistesgesund und -krank stehend, mit fließenden Uebergängen nach beiden Seiten. Von psychopathischen Persönlichkeiten (nicht Charakteren) spricht er, weil teils Intelligenzmangel (Urteilsschwäche), teils außergewöhnliche, ja geniale Begabung sehr häufig das Bild komplizieren und der charakterologischen Abnormität dann ein spezielles Gepräge geben. Erinnern wir uns noch einmal der Kleistschen dreistöckigen Konstruktion des Ichbewußtseins, so dürften die triebhaften, impulsiven und die sexuell abnormen Psychopathen zu den samotopsychisch (Urgefühle, Triebe) Mißbildeten gehören. Die Emotiven, die isoliert Stimmungslabilen, die habituell Aengstlichen, die Zornmütigen, die Gemütlosen dürften mit ihrem Kern der Thymopsyche (Affekte, Ausdrucksbewegungen) angehören. Abnorme Anlagen der autopsychischen Strukturen (Charakter, Handlungen) besitzen (nach Kleist) die Menschen mit mangelhaften sittlichen Gesinnungen: die Mitleidlosen, die Selbstsüchtigen. Ferner würden hierher zu rechen sein: die Haltlosen, die Süchtigen und die Zwangskranken, die Psychopathen mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein, mit abnorm gestimmtem Selbstgefühl, die Expansiven und die Kleinmütigen.

Die konstitutionelle Forschungsrichtung (die klinische: Hoche, Bumke, Kleist, Schröder, die erbiologische: Rüdin, Gaupp, Kretschmer) bekam ihren lebhaften Impuls aus dem Versagen der klinischen bisherigen Betrachtungsweise. In der Psychopathenfrage sind auch schon tiefere Erkenntniswerte gefördert worden: so sind die epileptoiden Psychopathen als konstitutionelle Dauerzustände, als pathologisches Radikal aus dem Gesamtkrankheitsbegriff Epilepsie ausgesondert worden. Dem großen Kreise des manisch-depressiven Irreseins würden Kretschmers zykloide und zyklothyme Persönlichkeiten, Bleulers Syntome als Psychopathengruppe angehören, dem schizophrenen Formenkreis die schizoiden Psychopathen. Der übrige und weitaus größte Teil der Psychopathien liegt nach dieser Forschungsrichtung noch im Dunkel, wenn auch einzelne Konstitutionskreise, wie der um die hysterische Veranlagung (Emotive, haltlose, süchtige, phantastische Persönlichkeiten, die Menschen mit der Neigung zu Bewußtseinsspaltungen als gleichsam hysteroide Konstitutionen) oder die nähere innere Zugehörigkeit anderer psychopathischer Typen, der Zwangskonstitutionen und der Paranoischen sich bereits zu verdichten scheinen. Wie weit sich aus der weiteren Entwicklung des konstitutionellen Arbeitsgebietes differenzierende prophylaktische, therapeutische, prognostische Werte ergeben werden, bleibt abzuwarten. Die Wechselbeziehungen zwischen endokrinem System und Psychopathie sind unzweifelhaft sehr lebhafte, aber die derzeitigen innersekretorischen Ergebnisse reichen zu eventuellen hormonal-korrektiven Versuchen noch bei weitem nicht aus. Dagegen haben wir volle Berechtigung anzunehmen, daß wir vermittelst kunstgerechter psychotherapeutischer Maßnahmen auch diese Reziprozität in günstigem Sinn beeinflussen werden. Halten wir uns jetzt noch einmal vor Augen, daß bei den Psychopathien der Kern der Abartungen das Gemütsleben, die Willenstätigkeit und das Triebleben und ihre gegenseitigen Beziehungen umfaßt, daß in weiterem Sinn aber auch die Intelligenz einbezogen werden muß, daß die hormonalen und vielleicht noch weiteren somatischen Beziehungen unendlich vielgestaltig und vielartig gestaltend sein können, daß die Grenzen nach dem Normalen wie nach der psychotischen Seite fließende sind, daß körperlich nervöse Ausstrahlungsmöglichkeiten vielfache sind, so ergibt sich ein Ausblick in die unendliche phänomenologische Variationsbreite dieser konstitutionell anormalen Persönlichkeiten. Wenn man trotzdem heute allgemein eine Klassifizierung nach Typen durchführt, so handelt es sich um die Ergebnisse der oben angedeuteten mehrdimensionalen Betrachtungsweisen, um Erfassung von Einzelradikalen aus psychotischen Formenkreisen und deren Abtrennung und schließlich um schematische Reduktion aus arbeitshypothetischen Gründen. Die weitestgehende Herausarbeitung von Einzelformen und ihren jeweiligen Spielarten hat K. Schneider-Köln (Die psychopathischen Persönlichkeiten. Franz Deutike 1923) gegeben. Um „die Nervösen der Sprechstunde" wenigstens skizzenhaft zu vervollständigen, kann ein registerhafter Ueberblick nicht unterbleiben. Wir unterscheiden (nach K. Schneider-Köln:) I. Hyperthymische P. (Streitsüchtige, Haltlose, pseudologische Hyperthymiker. Der Verhältnisblödsinn [Bleuler: im Verhältnis zu der durch einen maßlosen Tätigkeitsbetrieb gestellten Aufgabe]); II. Depressive P. (schwermütige, mißmutige, unstete Depressive). III. Selbstunsichere P. (anankastische, sensitive); IV. Fanatische P. (expansive, matte F., Dienstverweigerer); V. Stimmungslabile P. (Unstete. Wanderzustände. Triebmenschen); VI. Geltungsbedürftige P. (der hysterische Charakter, exzentrische, renommistische, pseudologistische Geltungsbedürftige, reine Fantasten. Schwindler); VII. Gemütlose P. (moral insanity, infantilistische Gemütlose); VIII. Willenlose P.; IX. Asthenische P. (empfindliche, körperlich versagende, seelisch unzulängliche [endogene Nervosität Reichardts]; X. Explosible P. I. und II. haben Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein, III. zu manisch-depressivem Formenkreis und zur Schizophrenie, IV. zur Paranoia und Schizophrenie, V. zur Epilepsie, VI. zur Hysterie, VII. zur Schizophrenie, VIII. zu Infantilismen, IX. zu manisch-depressivem Formenkreis und zur Zwangsneurose, X. zur Epilepsie.

Nach der somatischen Seite bestehen enge Beziehungen zu den bereits erwähnten Neuropathien, zum asthenischen Typus (universelles zu geringes Dickenwachstum bei normalem Längenwachstum. Kretschmer. Körperbau und Charakter. Schizoidrelationen), zu den teils innersekretorisch beeinflußten körperlichen Konstitutionsanomalien, den verschiedensten Hypo- und Dysplasien, zum Status thymo-lymphaticus usw. (Näheres siehe J. Bauer-Wien. Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten.)

Die frühere und auch heute noch weit verbreitete ärztliche Resignation gegenüber diesen fehlerhaften, vererbten und vererbbaren Persönlichkeitsveranlagungen ist nun gänzlich unberechtigt, ja sie macht den beratenden Arzt bis zu einem gewissen Grade zum Mitschuldigen von individuellem, familiärem, soziologischem (wirtschaftlichem, gesellschaftlichem) Schiffbruch und von Deszendenzschicksalen. Wir wissen aus Erfahrung, daß die in Entwicklung begriffene kindliche Seele eindrucksfähiger und beeinflußbarer ist, daß die Umwelt ihr gegenüber ein Faktor von ungleich stärkerer Modulationskraft ist, als beim Erwachsenen. Wir kennen die erhöhten Gefahren gewisser Sonderstellungen: des „einzigen", des Stiefkindes, der Kinder „moderner" Ehen, disharmonischer Eltern usw., wir kennen die positiven und negativen evolutiven Chancen der seelisch-labilen Pubertät, wir kennen aber auch die reaktiven Tendenzen psychopathischer Anlageanomalien und müssen dieselben therapeutisch benutzen durch individuell angepaßte Auswahl psychotherapeutischer Methodik, der seelischen Führung, im Sinn einer Stärkung wertvoller Charaktereigenschaften gegen unzulängliche oder störende, einer Förderung verstandesmäßiger Steuerung des Gemüts-Willens-Trieblebens, durch möglichst konkret angepaßte Einrichtung der Umwelt, durch Realisierung geeigneter Erziehungs- bezw. Fürsorgebestrebungen. In dem Mißverhältnis zwischen Geltungswert des exogenen Anlasses und qualitativer und quantitativer seelischer Reaktion manifestiert sich die psychopathische Anlage. In diesem Sinn werden wir ein wachsames Auge haben bei Kindern, die ängstlich, furchtsam, schreckhaft, dauernd unruhig, zappelig sind, die auffallende Steigerung der Phantasietätigkeit oder Neigung zum Vagabundieren, zu eigentümlichen Antipathien oder Sympathien zeigen. Pavor nocturnus, Somnambulismus und andere Schlafstörungen, Enuresis, reaktive Ohnmachtsanfälle, respiratorische Affektkrämpfe, vasomotorische Uebererregbarkeit überhaupt, neuropathische Aeußerungen müssen überwacht, verfolgt, beeinflußt werden. Das gleiche gilt von dem halsstarrigen Eigensinn, dem Leichtsinn, Lügenhaftigkeit und Stehltrieb usw. An sich sind das aber noch keine pathognostischen Symptome. Sie können episodische Steuerlosigkeiten der Entwicklungszeit sein, die spontan wieder verschwinden oder durch den erwachenden und erstarkenden Verstand geordnet werden. Es können teilweise Folgen häuslicher seelischer Verwahrlosung und mangelnden oder mangelhaften Unterrichts sein und dann leicht behoben werden. Ins spätere Alter reichen Phänomene solcher seelischer Dissoziation, wie sie der Kindheit eigen, häufig hinein, und geben als partielle psychische Entwicklungshemmungen, als psychische Infantilismen der jeweiligen Persönlichkeit das spezielle psychopathische Gepräge. Auch bei erwachsenen Psychopathen kann die Anlage Schwankungen, Wellenlinien zeigen; diese stehen dem zykloiden Formenkreis nahe. Andere (schizoide) zeigen Fortentwicklung. Wollenberg hat in Versager und Störer eingeteilt. Zu den Versagern wären die endogennervösen, konstitutionell depressiven und sensitiven, Wirklichkeitsfremde und Zwangsneurotische zu rechnen. Hier ist das Individuum zunächst selbst behindert. Die Störer sind der Familie, der menschlichen Gesellschaft verhängnisvoll. (Reichardt.) Es gilt also im Einzelfall mit psychopathologischer Schulung an der Hand einer sorgfältigsten phylo-ontogenetischen Anamnese, an der Hand genauester körperlicher und psychiatrischer Untersuchung den Persönlichkeitswert festzustellen, den autochthonen Kern, das anlagemäßige Konstitutionelle, von dem reaktiven Anteil, den individuell-pathognomonischen seelischen (gemüts-willensmäßig triebhaft gefärbten) Spiegelungen zu sondern. Denn an diesem reaktiven Ueberbau hat die Behandlung in Gestalt einer individuell angepaßten Psychotherapie (auf deren Methoden jetzt nicht näher eingegangen werden kann), einzusetzen. Dazu gehört Einfühlung in die psychopathische Konstellation, ein klares Erfassen der Zielstrebungen, der verfüg- und verwertbaren Energien, der intrapsychischen Dynamik, der Wechselwirkungen zwischen jeweiliger Wahrnehmungs- und Verstandestätigkeit, Gefühls-Willen und Triebleben und Körper, zwischen Ich und Umwelt. Der Affektivität ist ganz besondere Beachtung zu schenken; ihre Spannungen, Erregungen, Hemmungen spielen bei den Psychopathen eine große Rolle, ihre Auswirkungen auf das Geistige und Körperliche sind erheblich und einer Therapie zweiseitig, psychotherapeutisch und medikamentös, zugänglich. Wir verstehen unter Affekten plötzliche, meist reaktiv (durch Veränderungen in der Umwelt oder im eigenen Körper, oder durch Erwartung derselben) auftretende Steigerungen von Gefühlen, lust- oder unlustbetont und teilweise mit erhöhter Fähigkeit ausgestattet, unser Wollen und Handeln zu beeinflussen, andererseits bei Disponierten (dazu gehören in erster Linie die Psychopathen) ins Körperliche in Gestalt von Organbeschwerden zu irradiieren. Das unlustbetonte affektive Erlebnis zeigt nun bei Psychopathen häufig eine eigenartige Weiterentwicklung: entweder der Gesamtkomplex etabliert sich kraft der psychischen Fixationstendenz, wird überwertig und gewinnt für längere Zeit bestimmenden Einfluß auf Denken und Handeln, auch Organgefühle usw., oder das intellektuelle Erlebnis geht seinen natürlichen Weg der psychischen Verarbeitung, Erledigung, und der persistierende Affekt (die Gefühlslage) erfährt eine Uebertragung auf eine oder mehrere andere Erlebnisse und stört das Urteil, oder derselbe geht eine Verschiebung ein, schafft eine irreale Kausalität. Aber weit wichtiger noch ist die „Verdrängung" des gesamten affektiven, mit starkem Aktivitätsdrang ausgestatteten unlustbetonten Gedankenkomplexes ins Unbewußte, wenn eine natürliche Entladung des Affekts nicht möglich ist. Ein solcher „nichtabreagierter Affekt" behält seine Wirksamkeit in psychopathischen Konstitutionen auf Seele und Körper, bis es einem psychoanalytischen Verfahren gelingt, das ursprüngliche affektive Erlebnis resp. den Vorstellungskomplex ausfindig zu machen, zu bereinigen, die abnorme Gemütsspannung zu entladen. Den körperlichen Ausstrahlungen solcher Affektwirkungen werden wir unterstützend medikamentös zu begegnen suchen. Zur plastischen Erfassung der psychopathischen Individualität gehört schließlich ihre charakterliche Abhebung von dem Hintergrund, dem Temperament. Im Gegensatz zu den konstruktiven biologischen Grundlagen, welche den individuellen Charakter in Erscheinung bringen, sehen wir in dem Temperament nach G. Ewald und Kleist den Ausdruck einer funktionellen Einheit, einer zweiten getrennt laufenden biologischen Reihe. Während der Charakter zunächst bis zur Pubertät mehr oder weniger latent bleibt, Fortentwicklungstendenz zeigt, exogen durch Milieu, Erlebnis, somatisch durch innersekretorische (Keimdrüsen, Nebennieren, Hophysenhyper-dys-afunktion) Störungen (Asher, Kannon, de la Paz), durch Lebererkrankungen (Leyser), durch das gesamte Blutgefäßsystem (insbesonders Kalziumionengehalt usw.), durch Aenderungen im Gebiete der isotonischen, isothermischen, isoionischen Gesetzmäßigkeiten und zentral durch Herderkrankungen, encephalitische Prozesse (Hirnstamm, Basalganglien) wesentliche Wandlungen erfahren kann und schließlich auch von der intellektuellen Verarbeitung in bezug auf die willensmäßig erfolgende Handlung beeinflußt wird, erblicken wir im Temperament etwas erbbiologisch fürs ganze individuelle Leben Festgelegtes. Ewald definiert das Temperament als jenen Faktor unseres Seelenlebens, welcher zum Ausdruck kommt in den quantitativen Steigerungs- und Senkungsmöglichkeiten der Intensität und des Tempos, gekoppelt mit der Tönung der Vitalgefühle (zugeordnet dem Funktionieren sämtlicher Organe) und im Biotonus, der Energiespannung der Körperzellen begründet ist. Bei der Betrachtung der Wurzeln dieses individuell-stationären Biotonus kommen wir auf Fragen nach den Ursachen der Intensität und des Tempos des Stoffwechselumsatzes und halten uns da vorläufig an die Faltasche ätiologische Gruppierung, nach welcher als dissimulatorische Drüsen: Schilddrüse, Hypophysenhinterlappen, chromaffines Gewebe und die Keimdrüsen — als assimilatorische: die Epithelkörperchen, Hypophysenvorderlappen, Nebennierenrinde und die interstitielle Drüse anzusprechen sind. Die Untersuchungen Toenissens berechtigen zu der Annahme zentraler gesonderter Zentren für Eiweiß, Zucker und Fettstoffwechsel und eines übergeordneten allgemeinen Stoffwechselzentrums in der Nähe des Wärme- und Kühlzentrums (Isenschmid. H. H. Meyer), also im Höhlengrau des III. Ventrikels. Neurologisch ist eine doppelte (fördernde und hemmende) Innervation für alle vegetativ innervierten Drüsen nachgewiesen. Das noch hypothetische oberste Stoffwechselzentrum wird also Schnelligkeit und Güte der Stoffwechselprozesse und die funktionelle Zusammenarbeit beherrschen. Wir kennen wohl episodische medikamentöse (Alkohol, Coffein, Analeptika) Beeinflussungen des Temperamentkomplexes, aber mit dem Abklingen der Wirkung tritt der stationäre, prästabilisierte Status sofort wieder ein. Nach Abstrich aller charakterologischen Potenzen bleiben uns also nur drei Temperamentformen:

1. Das sanguinische oder hypomanische T. mit straffem Biotonus.
2. Das melancholische oder depressive mit schlaffem Biotonus.
3. Das besonnene oder normale T. mit durchschnittlichem Biotonus, durchschnittlichem psychischem Tempo. (Ewald, Ach u. a.)

Diagnostisch zu erwägen ist also auch gegebenenfalls, daß eine irgendwie erfolgende episodische Intensitätssteigerung bei hochgestelltem Tonus eine bis dahin latente psychopathische Reizbarkeit aufdecken, also ein Bild ähnlich dem bieten kann, welches bei schlaffem Tonus ein labileres (reaktiveres) Nervensystem aufweisen kann.

Ueberhaupt kann ja erst durch einen Einblick in die Tiefen, wie ich ihn hier aus den derzeitigen Erkenntnissen heraus zu geben versucht habe, in die seelischen

Sonderqualitäten, ihre Funktionsenergien und strukturellen Gegebenheiten, ihre gegenseitigen Beziehungen und reaktiven Bereitschaften der Allgemeinpraktiker in die Lage versetzt werden, die Konstruktion des Einzelfalls zu verstehen, sich einzufühlen und zweckvoll zu handeln.

Die Vollständigkeit verlangt schließlich, daß wir wenigstens einen flüchtigen Blick auf die sog. psychopathischen Reaktionen werfen, also auf Umweltswirkungen resp. ihren Wert in bezug auf die abnorme Anlagebereitschaft und auf den speziellen Effekt. Hierher gehören die Situationspsychosen oder psychogenen Krankheiten, bei denen das psychopathische Symptom der Tendenz zur psychischen Fixation eine wesentliche Rolle spielt. So beobachten wir krankhafte Affekte und Verstimmungen (reaktive Depressionen, reaktive Angst, pathologisches Heimweh, affektiv-reaktiv bedingte Dämmerzustände, Stupor, Affektselbstmord). Pathologisch starke Suggestiverscheinungen einschließlich der pathologischen Hypnosen. Ferner krankhafte Nachahmung (imitatorische Chorea) und pathologische Gewöhnung und Gewohnheiten (zahlreiche Tikformen, ganze Muskelgruppen). Pathologische Faszination (Verbrechen), pathologischer Aberglaube, pathologischer Fanatiker (religiös, politisch). Hypochondrische, zwangsneurotische (Erwartungsneurose), hysterische Reaktionen (Kriegs-Unfallneurosen, Haftpsychosen usw.), reaktive Nervosität, induziertes Irresein, psychische Infektion, Massenepidemien, schizoide Reaktionen (katatonieähnlicher Stupor, anscheinende affektive Verblödung) und endlich paranoide Reaktionen (Querulanten-Eifersuchts-Beobachtungs - Beziehungs - Beeinträchtigungs - Kränkungswahn; der Masturbanten- und Liebeswahn; Verfolgungswahn akustisch Isolierter und Schwerhöriger).

Es sei hier nochmals betont, daß solche, aus der psychopathischen Labilität des Gleichgewichts zwischen Ich und Umwelt geborenen Reaktionen keine Krankheiten sind. In der exogenen Verursachung liegt das prognostisch und therapeutisch günstige Moment bei einer sachgemäßen, konkret angepaßten ärztlichen Psychotherapie, in der Variabilität der Anlageanomalie und ihrer Verlaufsenergien das individuell, familiär, gesellschaftlich, wirtschaftlich und eventuell staatlich Verhängnisvolle einer Verkennung der Sachlage seitens des beratenden Arztes. Angesichts der enormen Tragweiten kann dem Allgemeinpraktiker im Falle der Unsicherheit oder Hilflosigkeit die rechtzeitige Zuziehung des Facharztes auch in seinem eigensten Interesse nicht warm genug ans Herz gelegt werden. Man kann die Zahl der Psychopathen auf 5% der Bevölkerung einschätzen, und die Zeitverhältnisse sind einer Zunahme reaktiver Manifestationen außerordentlich günstig, einer Abirrung ihrer Zielstrebigkeiten ins Destruktive, Kriminelle-soziologisch gesehen — sehr gefährlich. Auf eine ungewöhnlich starke Belastungsprobe sind aber auch jene moralisch und ethisch hochstehenden, hervorragend oder auch genial begabten, die sog. „überwertigen" Psychopathen gestellt. Halten wir uns vor Augen, wie viele große Kulturwerte wir gerade diesen Umweltsempfindsamen verdanken, so werden wir uns der ärztlichen Verantwortlichkeit namentlich auch den jugendlichen Psychopathen gegenüber im Interesse der ganzen Nation bewußt. Der Begriff „Psychopathie" umfaßt einen Grenzzustand, eine labile (in erster Linie charakterologische) Anlageanomalie, an sich ohne irgendwelchen moralischen Geltungswert und bedeutet für den Arzt in jedem Fall die hervorragende Mitverantwortlichkeit für die Entwicklung eines Lebensschicksals, das buntschillernde Möglichkeiten in sich trägt. Wir werden je nach Sachlage der Medikation häufig nicht ganz entbehren können, wir werden von funktionellen Führungsmitteln, Sedativis, Analepticis, Tonicis, Roborantien bei somatischen Insuffizienzen Gebrauch machen, wir werden den Ergebnissen der Endokrinologie (bei basedowoiden, thyreotoxischen, hypophysären, genitalen usw. Symptomenkomplexen) Rechnung tragen müssen und konstitutionelle Dispositionen nicht übersehen dürfen, aber das souveräne Mittel aller Behandlung ist die Psychotherapie. Ihre erfolgreiche Anwendung hat zur Voraussetzung eine möglichst vollkommene Erfassung der Persönlichkeit und Einfühlung. Dazu sind in diesen Ausführungen die notwendigen Einblicke in Funktion, Struktur, Psychobiologie und das psycho-physische Problem gegeben. Die vielseitigen psychotherapeutischen Verfahrensweisen und Technizismen, deren Erläuterung über den Rahmen meiner Aufgabe weit hinausführen würde, muß sich der Allgemeinpraktiker heute notwendig aneignen, weil er anders bei einer Behandlung einschlägiger Fälle die Verantwortung nicht tragen kann; fühlt er sich nicht genügend sicher, oder fehlt es ihm an der notwendigen Zeit, so tut er besser, den Facharzt zuzuziehen bzw. den Fall zu überweisen.

Schließlich wäre das Thema nicht vollständig erfaßt, wenn ich nicht wenigstens andeutungsweise an die Auswirkungen der Erkenntnisse des Leib-Seelenproblems über das gesamte Gebiet der somatischen Erkrankungen erinnern wollte. Jede Erkrankung setzt sich aus physischem und psychischem zusammen, und die Wechselbeziehungen sind, wie wir bei der Betrachtung psychogener körperlicher Symptome jetzt gesehen haben, derart innige, daß wir auf solidem Unterbau die Behauptung aussprechen können, daß der psychische Einfluß auf die Entstehung organischer Erkrankungen bisher weit unterschätzt wurde, wie auch umgekehrt die psychischen Rückwirkungen somatischer Erkrankungen zu wenig beachtet sind oder verfälscht und irreführend als „hysterisch" gedeutet wurden. Die formende Energie der Psyche ist wirksam an der organischen Form und organischen Abläufen. Auch hier ist es dringend notwendig geworden, die seelische Gesamtpersönlichkeit festzustellen, ihre Wirkungstiefe und Verbindungsart mit dem somatischen Prozeß zu erfassen und therapeutisch zu nutzen. Wir haben ja nicht Krankheiten sondern kranke Menschen zu behandeln. Das Gebiet ist groß, wie Sie gesehen haben. Die Umstellung des Arztes ein Gebot der Stunde.

Angina pectoris.

Von

Dr. ERNST KROSCHINSKI,

Facharzt für Herz- und Nervenkrankheiten.

Die von Heberden 1768 unter dem Namen Angina pectoris — Stenokardie, auch Herz- oder Brustbräune, genannte Krankheit ist eine so große Geißel der Menschheit, daß man es dankbar begrüßen konnte, als sich im März 1924 in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien Gelehrte wie Wenckebach, Tschermak, Danielopolu, Eppinger, Hofer, Brüning, Pal, C. Sternberg zusammentaten, um ihre Erfahrungen und Ansichten über dieses Krankheitsbild zu besprechen. Der Praktiker, welcher bei Angina pectoris nur an den bekannten zusammenschnürenden Schmerz und an Nitroglyzerin und

Diurethin denkt, wird erstaunt sein, wieviel Meinungsverschiedenheit über diese Krankheit noch herrscht. Erschwert sind die Untersuchungen für den pathologischen Anatom besonders dadurch — wie Sternberg hervorhebt —, daß häufig Patienten mit dieser Diagnose belegt werden, die mit der eigentlichen Angina pectoris nichts zu tun haben. Vielfach werden kardiales Asthma und Angina pectoris durcheinander geworfen, und doch sind diese beiden grundverschiedene Begriffe. Wenn man neben den Resultaten dieser ärztlichen Zusammenkunft auch die Ansicht anderer Autoren wie Jagic, Ortner, Schrumpf, Burwinkel hört, so kann man bei dem hinter dem Brustbein auftretenden Schmerz, der so stark werden kann, daß er ein Vernichtungsgefühl hervorruft und bisweilen ja auch schon im ersten Anfall zum Tode führt, zwei grundsätzliche Formen unterscheiden.

Einmal den Schmerz, den man als Aortalgie oder nach Schrumpf, als Angor pectoris bezeichnet, und andererseits die echten Angina pectoris-Anfälle, bei denen der Schmerz nicht nur hinter dem Brustbein sitzt, sondern bis in den Hals, die Schulter, den linken, ja bisweilen auch den rechten Arm bzw. die Hand ausstrahlt. Bei diesen eigentlichen Angina pectoris-Anfällen kann man wiederum zwei Formen unterscheiden: diejenigen, die nur nach Bewegung auftreten und dabei ohne Veränderung des linken Ventrikels verlaufen, und die andere Form, die in völliger Ruhe, sogar meistens in den ersten Nachtstunden auftritt, und bei welcher der Schmerz infolge der Insuffizienzerscheinungen des linken Ventrikels verbunden ist mit mehr oder weniger ausgesprochenem kardialen Asthma und Erscheinungen des Lungenödems. Wenckebach will mit der alten Ansicht, daß die Angina pectoris gleichbedeutend mit Coronarsklerose ist, brechen und hält es für das Verdienst Clifferd-Albutts, nachdrücklich auf diesen Irrtum hingewiesen zu haben. Er behauptet, daß der Anfall zustande kommt unter einer Erkrankung der aufsteigenden Aorta in ihrem proximalsten Teil und zwar dadurch, daß durch die Erkrankung der Arterienwand eine Dehnung herbeigeführt wird. Er steht auf dem Standpunkt, daß Insuffizienz bzw. Dekompensation und Angina pectoris Gegensätze sind, die sich bis zum gewissen Grad ausschließen; denn der Anfall soll ja gerade dadurch zustande kommen, daß die gesteigerte Herzarbeit eine größere Anforderung an die schon geschwächte Aorta in ihrem supravasculären Teil stellt und dadurch das Bild der Angina pectoris auslöst. Die Menschen müssen dann auf der Straße stehen bleiben, bis der Anfall abklingt, um bei erneuter Anstrengung auch erneut Schmerzen zu bekommen. Als Beweis für seine Ansicht führt er an:

1. Die anatomischen Befunde an Coronargefäßen und Herzen sind bei dieser Krankheit sehr widerspruchsvoll. Der Nachweis der Erkrankung des besagten Aortenabschnitts gelingt aber fast in allen Fällen.

2. Die Art des Auftretens des Anfalls. Nicht Schwächung der Herztätigkeit ruft ihn hervor, sondern alles, was das Schlagvolumen vergrößert und den Widerstand in der Aorta erhöht.

3. Alles, was den Druck in der Aorta herabsetzt, wirkt befreiend und läßt den Anfall abklingen, daher häufig der Nachlaß der Anfälle bei Insuffizienz des Kreislaufs.

4. Die ominöse Stelle an der Aorta kann örtlich sehr beschränkt sein, daher häufig die Unmöglichkeit, eine Veränderung an Aorta, Herzen oder Blutdruck nachzuweisen.

5. Als Folge der Aortendehnung tritt die Reizung der entzündeten Nervenendigungen in der Aortenwand ein, welche auf dem Weg über den Nervus depressor, den Plexus cardiacus, den Vagus und Sympathicus das untere Cervicalganglion und endlich die Peripherie erreicht.

Durch die Unterbrechung der Zuleitung des Schmerzreizes zur Aortenwand kann der Anfall aufgehoben werden. Diese Idee wurde verwirklicht zuerst 1916 durch Sympathikus-Resektion von Joulsen-Bukarest. Hofer hat dann bekanntlich später durch die Depressor-Operation ebenfalls günstige Resultate erzielt. Eppinger macht im allgemeinen die Ansicht Wenckebachs auch zu der seinigen, betont aber, daß doch häufig harmlos aussehende Zustände dieser Art rasch zum Tode geführt haben, wo dann bei der Sektion schwere Veränderungen an den Coronargefäßen und am Herzen festgestellt wurden.

Während man früher glaubte, daß die Schmerzen einfach durch ein Zusammenschnüren der Herzkranzgefäße ausgelöst würden, weiß man durch neuere Forschungen, daß die Sache wesentlich komplizierter liegt. Die Aorta besitzt im Bereich der Intima sensible Nerven, und es liegt nahe, diese als die Vermittler des Schmerzes anzusprechen, möglicherweise, weil sklerotische Plaques, in der Nähe der sensiblen Fasern gelagert, diese reizen. Auch Eppinger betont, daß noch mehr als die Hälfte der Fälle, die ihm als Angina pectoris eingeliefert seien, nur das Bild von Asthma cardiale geboten hätten. Und wenn er auch ein Zusammentreffen von Angina pectoris und Asthma cardiale zugibt — wie es auch schon oben bei Anführung der zweiten Form von Angina pectoris berichtet wurde — so glaubt er doch, daß bei der Mehrzahl der Fälle eine scharfe Trennung durchzuführen ist. Pal-Wien betont besonders, daß die Angina pectoris weder eine pathogenetische noch eine klinische Einheit ist. Auch er sagt, daß sich die Aortalygie und die Angina pectoris als Krankheitsbegriffe durchaus nicht decken, zumal es auch Anfälle von Angina pectoris gibt, die ohne Schmerzen verlaufen. Nach Pals Ansicht beruht die Angina pectoris auf einem angiospastischen Zustand, und der Anfall kann sogar nach Aufhebung des Schmerzes noch zum Tode führen, nicht, wie manche glauben, infolge, sondern seiner Ansicht nach trotz der Morphiuminjektion. Er hält das Wesen der Krankheit durch den Erfolg der antispasmodischen Medikation geklärt (Amylintoit, Theobromin, Atropin).

Jagic teilt die Zustände, die zum Symptombild der Angina pectoris gehören, in folgende Gruppen:

1. Stenokardie bei Coronarerkrankung.
   a) Bei anatomischen Veränderungen: Lues, Sklerose, Thrombo-Endocarditis an den Ostien; Stenokardie kann auftreten, kann auch fehlen.
   b) Funktionelle Störungen an den Coronar-Arterien: Vasomotorische Krampfzustände.
   c) Kombination von a) und b): Bei Erkrankung der Coronar-Arterien führt der Krampf zum Schmerzanfall.
2. Aortalgie: Der Aortenschmerz als Folge der Aortendehnung bedingt durch eine auf periaortitische Entzündungsprozesse zurückzuführende Neuritis des Plexus cardiacus.

Interessant ist, daß er auch in der Behandlung diagnostische Merkmale findet und zwar, daß Pyramidon, Antipirin, Chinin und ähnliche Mittel eine günstige Wirkung bei der Aortalgie haben, während sich bei dem Coronarkrampf mehr Theobromin, Papaverin, Nitroglyzerin usw. bewähren.

Ortner-Wien betont ebenfalls, daß Aortalgie und Angina pectoris verschiedene Krankheitsbegriffe sind, denen auch zwei verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Er ist der Ansicht, daß die Angina pectoris eine Erkrankung der Herzarterien und ihrer Nerven ist, nicht der Aorta, deren isolierte Wanderkrankung allein das Bild der Aortalgie bestimmt. Freilich können beide Erkrankungen zusammenfallen, besonders, wenn die Abgangsstellen der Kranzarterien durch die Erkrankung der Aortenwand in Mitleidenschaft gezogen sind. Werden die Coronargefäße verengt, bzw. geschlossen, so entsteht eine Ischämie des Herzens, die zur Angina pectoris führt, ähnlich wie an den Extremitäten das intermittierende Hinken entsteht. Ortner sagt im Gegensatz zu Wenckebach: „Wie sollte es sonst erklärt werden, daß es Fälle von Angina pectoris gibt, bei welchen die Aorta vollständig intakt und nur die linke Kranzarterie sklerotisch verändert ist? Wie soll man die Fälle verstehen, welche durch eine Thrombose oder Embolie einer Kranzarterie bei vollkommen normaler Aortawand zum Tode geführt haben? Schon die anatomische Erkrankung des Nervus vagus kann ausreichen eine Angina pectoris zu erzeugen, Fälle, die zuerst Rokitansky beschrieben hat. Wie sollte man die günstige Wirkung der gefäßerweiternden Mittel bei Angina pectoris begreifen, wenn eine Erweiterung der Aorta sie auslösen soll?

Auch L. Brann-Wien spricht sich dahin aus, daß in allen Fällen von Angina pectoris die Coronargefäße mehr oder weniger krankhaft verändert sind.

Was nun die sogenannte Angina pectoris spuria sen vasomotorica, die sog. Pseudo-Angina pectoris anlangt, so muß man Schrumpf recht geben, wenn er sagt: „Es gibt keine Pseudokrankheiten, sondern nur falsche Diagnosen.“ Denn diese Form des Herzkrampfes gehört in das Kapital der Herzneurosen. Die Differentialdiagnose wird im allgemeinen auch nicht schwer sein, da sich meistens auch andere Zeichen einer Vasoneurose bei dem betreffenden Patienten nachweisen lassen, wie plötzliche krampfartige Schmerzen an andern Stellen des Körpers, Leichenfinger, Auslösung der Gefäßspasmen durch kalte Handbäder usw. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Kombinationen von organischen Veränderungen an der Aorta mit dem nervösen Symptomenkomplex vereinigt vorkommen, so daß diese Kranken sowohl an vasoneurotischen Erscheinungen leiden wie auch zeitweise echte Anfälle von Angina pectoris haben können. Burwinkel weist darauf hin, daß oft auch starke epikardiale Fettentwicklung die Coronarien umwuchern und in ihrem Lumen so beengen, daß anginoide Beschwerden bei Fettleibigen auftreten können, daß auch bei Concretio pericardi und abnormer Beweglichkeit des Herzens die Oeffnungen der Kranzgefäße verzogen werden und dadurch anginöse Schmerzen entstehen können, sei nur nebenher erwähnt. Auch starke Pneumatose des Magens kann bei Patienten, die eine gewisse Empfindlichkeit der Aorta haben, Schmerzzustände besonders nach dem Essen auslösen, die in dieses Krankheitsbild hineingehören. Ist die Aorta nicht krankhaft verändert, lassen sich diese Beschwerden durch richtige Diät bald beseitigen.

Wenn man nun aus all diesen Erwägungen das Fazit für die Praxis ziehen soll, so läßt sich als feststehend Folgendes sagen:

Der eine Teil der Patienten mit Angina pectoris hat eine Erkrankung der Aorta in ihrem Anfangsteil. Sitzt die Erkrankung am proximalsten Teil, oft mit Beteiligung der Mündungsstellen der Coronarien, so handelt es sich entweder um arteriosklerotische bzw. atheromatöse oder syphilitische Prozesse.

Der in dem mittleren Drittel der aufsteigenden Aorta sitzende Prozeß ist immer eine Aortitis lueca.

Diese Fälle sind der Typ für die Patienten mit Aortalgie bzw. Angina pectoris, bei denen nach Bewegungen besonders der dumpfe Schmerz hinter dem Brustbein auftritt. Der Uebergang zu der im Anfang als erste Form der eigentlichen Angina pectoris bezeichneten Gruppen ist durch diejenigen Fälle gekennzeichnet, bei denen der aortische Prozeß auf die Kranzgefäße des Herzens übergegangen ist. Hier strahlen die Schmerzen vom Brustbein, wie Wenckebach sich ausdrückt, nordöstlich aus und ziehen dann bis in Schulter, Hals und Arme bzw. Hände hinein. In der Ruhe hören die Beschwerden auf. Die zweite Gruppe der Angina pectoris-Fälle stellt der Patientenkreis dar, bei welchem durch die Veränderung der Kranzgefäße Ernährungsstörungen am Herzmuskel mit mehr oder weniger ausgesprochenen Insuffizienzerscheinungen des linken Ventrikels vorhanden sind; daher bekommen diese Patienten ihre Anfälle auch in der Ruhe bzw. in den ersten Nachtstunden. Diese Einteilung hat deshalb einen großen Wert, weil sie auch therapeutische Fingerzeige gibt. Mit andern Worten heißt das Ganze: daß alles das, was unter dem Namen Angina pectoris geht, nicht eine einheitliche Erkrankung, sondern ein Zustand ist, dessen Ursache und Wirkungen in verschiedenen Momenten liegen können. Wir werden also in jedem einzelnen Fall zu einer genau differenzierten Diagnose kommen müssen. Haben wir es mit der Aortalgie zu tun, also Grund zu der Annahme, daß zunächst nur die Aorta erkrankt ist, so werden wir sowohl symptomatisch wie kausal vorzugehen versuchen.

Die erste und wichtigste Bedingung ist die Regelung von Ruhe und Bewegung, besonders Ruhe nach dem Essen, und die Diät. Wie der Fall auch immer beschaffen sein mag, ohne richtige Diät wird man kaum Erfolge erzielen. Es muß nicht nur für eine ausgiebige Darmentleerung gesorgt, sondern auch durch die Art der Ernährung verhütet werden, daß es überhaupt zu einer größeren Gasansammlung in abdomine kommt. Dementsprechend werden wir Süßigkeiten, Hülsenfrüchte, blühende Kohlsorten, gärige Käsesorten, scharfe Gewürze, größere Flüssigkeitsmengen und größere Mahlzeiten auf einmal verbieten. Im übrigen muß die Diät der Empfindsamkeit der Verdauungsorgane im einzelnen angepaßt sein. Dann werden wir, wie Jagic vorschlägt, symptomatisch antineuralgische Mittel gebrauchen, wie Pyramidon, Antipirin, Chinin oder das besonders empfehlenswerte Corydalon, das sich aus Coffein, Phenacetin und Belladonna zusammensetzt. Außerdem käme kausale Behandlung in Frage, die sich entweder gegen die Arteriosklerose oder eine nachweisbare Syphilis richten muß. Wir sehen bei der Aortitis lueca dasselbe, was wir bei der Lues des zentralen Nervensystems erfahren müssen: die spezifischen Mittel nützen nur so lange als noch ein aktiver Prozeß vorliegt, der durch die antiluischen Mittel zum Rückgang gebracht werden kann. Sind bereits ausgesprochene degenerativen Prozesse an der Aortenwand vorhanden, dann werden wir, was wir ja auch häufig bei der Paralyse beobachten können, sehen, daß wir mit einer starken spezifischen Kur großen Schaden anrichten. Momente, wo noch eine Heilung des Krankheitsprozesses erreicht werden und andererseits eine Kapillarschädigung hervorgerufen werden kann, liegen dicht beieinander. Nie darf man diese Mittel anwenden, so lange eine Insuffizienz oder Dekompensation des Kreislaufs besteht. Bei der ersten Form der eigentlichen Angina pectoris wird, falls eine spezifische Kur in Frage kommt, auch der oben besprochene Gesichtspunkt maßgebend sein müssen. Im übrigen wird man, wenn der linke Ventrikel noch intakt und der Blutdruck gesteigert oder zum mindesten normal ist, auf die Schmerzen durch Nitroglyzerin, Erythrol - Tetranitrat, Kalzium - Diuretin oder andere Theobrominpräparate, Nitrita, Papaverin, Periosol und besonders durch das Tossesche Nitroskleran einzuwirken versuchen. Meine Erfahrungen mit dem Nitroskleran decken sich mit den sonst publizierten, daß intravenöse Injektionen von 0,02—0,04 Beschwerden und Blutdruck auf lange Zeit günstig beeinflussen. Aber auch hier muß man individualisieren. Wie sollten hier z. B. die stark antispasmodisch wirkenden Mittel nützlich sein, wenn eine Vasomotorenschwäche oder beginnende Insuffizienz vorliegt? In solchem Fall würde man durch diese Mittel den Zustand nur verschlimmern.

So ist es klar, daß man überall da, wo die zweite Form der echten Angina pectoris vorliegt, nämlich neben Coronarsklerose auch Schädigung und Insuffizienz des Herzmuskels, Coffein mit oder ohne Digitalis, Kampfer in Gestalt von Coraenin oder Hexeton bzw. Diuretin wird geben müssen. Zu beachten ist dabei, daß man solche Kranke während der Kur unbedingt liegen lassen muß. Verlangen schon die Lungenärzte, daß einer Tuberkulinkur eine Ruhekur vorangehen soll, so ist diese Forderung für die ebengenannten Fälle noch dringender zu stellen. Aus den verschiedenen Ursachen, die für die Entstehung der Angina pectoris maßgeblich sind, erklärt es sich, warum Digitalis solche Schmerzen verstärken, andererseits aber auch zum Schwinden bringen kann.

Auf einer ganz anderen Basis liegt die chirurgische Beseitigung der Angina pectoris-Schmerzen. Kappis hat seinerzeit vorgeschlagen, in der Höhe des fünften bis siebenten Cervical - Segmentes sowie des ersten Dorsal-Segmentes ½ % ige Novocain-Depots anzulegen. Die günstigen Erfolge, die mit dieser Methode erreicht werden, machen es zur Pflicht, auf sie zurückzugreifen, wenn unsere internen Mittel versagen. Von den radikaleren Eingriffen wie Depressor-Durchschneidung oder Sympathektomie wird man wohl nur in verzweifelten Fällen Gebrauch machen. Bei der Sympathektomie scheint man jetzt nicht mehr so radikal vorzugehen, sondern nach dem Vorschlag der Amerikaner Coffey-Brown nur das oberste Ganglion zu entfernen. Diese ganzen Eingriffe muß man den symptomatischen Mitteln zuzählen, denn es wird durch dieselben in glücklichen Fällen wohl der Schmerz beseitigt, aber der Prozeß nicht aufgehalten. Die neueren Veröffentlichungen über die chirurgische Behandlung der Angina pectoris von Schittenhelm und Kappis schließen mit den Worten: „Werfen wir einen Rückblick auf die Erfahrungen, welche das Jahr 1924 über die operative Behandlung der Angina pectoris gebracht hat, so können wir sagen, daß sowohl die theoretischen wie praktischen Kenntnisse vertieft sind, daß wir aber aus dem Versuchsstadium noch nicht heraus sind. Wir werden auf dem beschrittenen Weg weitergehen dürfen, aber nur mit vorsichtiger Zurückhaltung."

Was die physikalischen Behandlungsmethoden anlangt, so wird man über die kohlensauren Bäder dasselbe sagen dürfen wie über die Digitalisbehandlung. Bei sehr spasmophilen Fällen werden die CO_2 Bäder unter Umständen zu erregend wirken. Man wird diese deshalb immer mit großer Vorsicht anwenden müssen und Patienten dieser Art, die man vielleicht nach Nauheim schickt, darauf vorbereiten, daß ihnen die stärkeren kohlensauren Bäder versagt bleiben können. Dekompensierte Fälle eignen sich überhaupt nicht für Badekuren. Von einer Badekur in Tölz bzw. Wiessee kann man sich nur eine unterstützende Wirkung für andere evtl. vorhergegangene Kuren versprechen. Dies scheinen sich auch besonders die Aerzte in Wiessee klar gemacht zu haben, sonst würde man dort den Patienten neben den Bädern und dem Brunnen nicht auch noch angreifende intravenöse Injektionskuren zumuten. Weiter kämen Wechselstrombäder besonders bei Herzmuskelschwäche in Betracht, während dort, wo der Angiospasmus im Vordergrund steht, Diathermie und lokale oszillierende Hochfrequenzströme großen Nutzen schaffen, was die Praxis immer wieder erweist, wenn auch manche Stimme diese Behandlung nur als Suggestivmittel ansprechen. Wenn durch Höhensonnenbestrahlung bis zur Erythembildung Besserungen erzielt sind, so darf man diese Erfolge wohl all den Mitteln zurechnen, die durch Ablenkung auf die Haut wirken. So wirken auch zeitweise sehr heiße Abwaschungen der Rückengegend mit folgender Abreibung mit ganz kaltem Wasser ebenfalls als ablenkende Prozedur recht günstig.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß man bei jedem Fall von Angor oder Angina pectoris sehr genaue differential-diagnostische Betrachtungen anstellen und sich sowohl die Organ- wie die Funktionsstörungen genau klarmachen muß, um eine wirksame Therapie betreiben zu können.

Literatur:

1. Burwinkel: Die Angina pectoris.
2. Schrumpf: Herzkrankheiten.
3. Jagic: Handbuch der Herz- und Gefäßkrankheiten.
4. Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien: Die Angina pectoris.
5. Schittenhelm und Kappis: M. m. W. 1925 Nr. 19.

Die Trockenmilch und ihre Verwendung in der Säuglingsernährung.

Von
Dr. HERBERT POGORSCHELSKY,
Assistent am Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin
(Geh. Rat Finkelstein).

Noch immer wollen die Klagen nicht verstummen, daß die für die Ernährung der Säuglinge bestimmte Kuhmilch — besonders in den Großstädten — in Bezug auf Keimfreiheit, Vitamingehalt und sonstige Zusammensetzung sehr oft viel zu wünschen übrig läßt. In dieser Beziehung haben besonders die Mitteilungen von L. F. Meyer und Nassau über die Vitaminarmut der Berliner Säuglingsmilch das Problem der Versorgung besonders der Großstadtsäuglinge mit einer einwandfreien Kuhmilch mit vollem Recht wieder in den Vordergrund gerückt.

Deshalb muß man es begrüßen, daß seit einiger Zeit die bisher vornehmlich in Amerika, England und in tropischen Ländern verwendete „Trockenmilch" nunmehr auch in anderen Ländern — so jetzt auch in Deutschland — in zunehmendem Maße die Aufmerksamkeit der führenden Kinderärzte auf sich lenkt.

Wenn Pädiater wie Czerny, Finkelstein, Pfaundler und Pirquet sich sehr lobend über die

Anwendbarkeit von Trockenmilch in der Säuglingsernährung äußern, so scheint es uns — zumal die bisher vorliegende Literatur, namentlich die deutsche, noch immer relativ spärlich ist — durchaus angezeigt, von neuem auf die Bedeutung der Verwendung von Trockenmilch in der Säuglingsheilkunde einzugehen, zumal in Deutschland — infolge schlechter Präparate im Kriege — noch immer ein großes Vorurteil gegen Trockenmilch herrscht. Dieses Vorurteil ist aber unberechtigt, denn die modernen Trockenmilchpräparate — das haben die günstigen Erfahrungen, die man an führenden Kinderkliniken bei der Verwendung derartiger Trockenmilchpulver gemacht hat, bewiesen — haben der Kuhmilch gegenüber mancherlei Vorteile. Sie sind gut haltbar, in ihrem Gebrauch nicht teuer, sauber, in Wasser leicht löslich, das Ausgangsmaterial läßt sich in bezug auf seine Beschaffenheit leicht kontrollieren, stets gebrauchsfertig vorhanden, unabhängig in ihrer Güte von der Jahreszeit und vor allem frei von pathogenen Keimen.

Zur Verfügung stehen uns eine ganze Reihe von Präparaten, von denen die bekanntesten Dryco (Amerika), Glaxo (England) und Edelweißmilch (Deutschland) sind.

Die Herstellung erfolgt entweder durch Eintrocknen auf heißen, rotierenden Metallwalzen nach Ekenberg oder Just-Hatmaker oder durch Zerstäuben unter hohem Druck in einer erwärmten Trockenkammer nach Revenot de Neven oder Krause.

Bei der Verwendung von Trockenmilch-Präparaten müssen einige Vorbedingungen unbedingt erfüllt sein: erstklassiges Ausgangsmaterial bezüglich Frische und Qualität, möglichst geringer Vitaminverlust bei der Fabrikation, Haltbarkeit und mäßiger Preis. Selbstverständlich ist der Trocknungsvorgang für die biologische Wirkung der Milch nicht gleichgültig. Lösliche Kalksalze werden unlöslich, was wiederum zu einer Beeinträchtigung der Labenzymwirkung führen kann, Albumine und Globuline koagulieren. Die Fette werden etwas oxydiert, Lecithin verändert. Die meisten Fermente werden zerstört. Das Labgerinnsel aus aufgelöster Trockenmilch ist feinflockiger als das aus Frischmilch. Sehr wichtig für die Verwendbarkeit von Trockenmilchpräparaten ist die Erhaltung der Vitamine. Wie Heß und Unger experimentell dargetan haben, bleiben in der Trockenmilch beim raschen Trocknen A- und B-Vitamin ganz, C-Vitamin zum Teil erhalten. Sie weisen darauf hin, daß Trockenmilch zur Zeit des Eintrocknens in der Regel einen hohen Grad antiskorbutischer Kraft besitzt. Die Kürze der Zeit, während welcher die Milch der Hitze ausgesetzt ist, und die Schnelligkeit des Eintrocknens bewirken ein Minimum von Vitaminzerstörung. Mit Rücksicht auf die Wirkung des Alterns, der Alkalisierung, der Hitze und anderer Ursachen, welche dem Vitamin schädlich sind, ist die Dauer der Zeit, während der es dem schädlichen Einflusse ausgesetzt ist, im allgemeinen wichtiger als die Intensität des Prozesses.

Hart, Steenbock und Ellis weisen darauf hin, daß der Zerstäubungsprozeß zerstörender auf die Vitamine einwirkt als das Walzenverfahren nach Just-Hatmaker. Die Möglichkeit, daß in manchen Trockenmilchpräparaten nur ein geringer Vitamingehalt vorhanden sein könnte, spricht jedoch keineswegs gegen ihre Brauchbarkeit und Verwendungsfähigkeit in der Säuglingsernährung. Denn nach unserer Meinung ist der Vitaminbedarf beim einzelnen Säugling ganz verschieden und läßt sich nicht in eine mathematische Formel kleiden. Deshalb empfehlen wir prinzipiell bei Verwendung von Trockenmilchpräparaten gleich welcher Herkunft bei über drei Monate alten Säuglingen die Zufuhr von Vitaminen in Form von Apfelsinen-, Zitronen- oder Tomatensaft, etwa 30—50 g pro die. Dann läßt sich mit Sicherheit Skorbut ausschalten.

Die modernen Trockenmilchpräparate lösen sich — im Gegensatz zu den älteren Präparaten — gut im Wasser auf und sind auch nicht so leicht zersetzlich. Es gibt drei Arten: 1. Vollmilchpulver, die je nach dem Fettgehalt mehr oder weniger gut haltbar sind, 2. Magermilchpulver, die — da sie wenig Nährwert haben, nicht zu empfehlen sind und 3. Trockenpräparate aus halbentrahmter Milch, die besonders von französischen Autoren gelobt werden. (Guinon, Ribadeau-Dumas, Vincent, Variot und Nazaire.)

Fettarme Präparate lassen sich durch Zusatz von Einbrenne je nach Lage des Falles in bekömmlicher Form fettreicher machen.

Wir wollen hier kurz die Zusammensetzung der beiden hauptsächlich in Deutschland angewendeten Präparate Dryco und Edelweißmilch schildern:

Dryco: Von der Dry-Milch-Comp., Neuyork, nach dem Justverfahren hergestellte Trockenmilch.

Bestandteile: Fett 12%, Milchzucker 44%, Eiweiß 34%, Salze 7%, Wasser 3%.

Seit einiger Zeit wird nun ein deutsches Trockenmilchpräparat als „Edelweißmilch“ von den Edelweiß-Milchwerken, Kempten i. Allgäu, in den Handel gebracht, das nach dem Krauseverfahren aus bester Alpenvollmilch hergestellt wird.

Analyse: Die Zusammensetzung der Edelweißmilch ergibt sich aus folgender Durchschnittsanalyse: Fett 28%, Eiweißstoffe (Stickstoffsubstanz) 29,50%, Milchzucker (Kohlehydrate) 34,50%, Milchsalze (Rohasche) 6%, Wasser 2%. In der luftdicht schließenden Dose hält Edelweißmilch einige Monate. Nach Entnahme von Pulver soll die Dose jedesmal sofort geschlossen werden. 500 g Edelweißmilchpulver ergeben etwa vier Liter beste Vollmilch. Um z. B. ½ Liter Vollmilch herzustellen, löst man 62 g Vollmilchpulver (5 gehäufte Eßlöffel) mit Wasser auf. Man rührt das Pulver zuerst mit wenig Wasser zu glattem Brei und gießt dann unter beständigem Rühren das übrige Wasser langsam zu.

Bei kritischer Durchsicht der über Trockenmilch vorliegenden Literatur überwiegen durchaus die günstigen Urteile.

Zwar hält Bosworth — im Gegensatz zu Czerny — die Anwendung von gesüßter, kondensierter Milch bei der Behandlung gastro-intestinaler Störungen im Säuglingsalter der Trockenmilch für überlegen, auch beobachteten Variot und Nazaire bei Verwendung von Trockenmilch englischer Herkunft (Glaxo) in einigen Fällen ohne Störungen anderer Art mehr oder weniger ausgedehnte, teils urticarielle, teils impetiginöse Hauterytheme, die bei Nahrungswechsel prompt verschwanden, aber auch diese Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, daß sie sonst durchaus sehr günstige Erfahrungen mit der Anwendung von Trockenmilchpulvern gemacht haben. Mit gutem Erfolge wendeten Ribadeau-Dumas getrocknete, halbfette Milch bei atrophischen Säuglingen und Kindern an, die gewöhnliche Milch nicht vertrugen.

Bei Pylorospasmus und habituellem Erbrechen empfiehlt Graanboom ein Gemisch von undextrinisiertem Reismehl und aus Magermilch hergestelltem Milchpulver. Flamini hält die Anwendung der

Trockenmilch für die gute und vollständige Lösung des Problems der künstlichen Ernährung. Auch andere Autoren (Aviraguet, Bloch-Michel, Cord, Dennet, Dorlencourt, Muls, Nageotte, Naish, Neuland und Peiper, Nobel und Wagner, Schoedel, Weber, Wiedman u. a.) haben bei Anwendung von Trockenmilch stets nur Gutes gesehen.

Finkelstein hält ebenfalls Trockenmilchpulver für eine sehr wertvolle Bereicherung der Säuglingsernährung.

Nach jetzigen Anschauungen ist Trockenmilch besonders in der heißen Jahreszeit und überall da, wo eine wirklich zuverlässige, frische Kindermilch nicht zu erhalten ist, eine durchaus empfehlenswerte Grundlage für die Säuglingsnahrung. Finkelstein zog mit gutem Erfolge Neugeborene mit Trockenmilch auf. Sehr geeignet als Grundlage für Mastkuren scheint ihm die Trockenmilchdarreichung — die ja eine stark konzentrierte Nahrung darstellt — bei all den Kindern zu sein, die nicht zunehmen wollen, insbesondere bei an Keuchhusten und Tuberkulose erkrankten Kindern. Bei Anwendung von Edelweißmilch sah Pfaundler selbst bei längerem Gebrauche niemals Erscheinungen auftreten, die auf das Fehlen, bzw. die Zerstörung akzessorischer Nährstoffe hindeuteten.

Auch noch auf eine andere, praktisch ungeheuer wichtige Anwendungsmöglichkeit von Trockenmilch wollen wir hier aufmerksam machen. A. F. Heß, Mackey und kürzlich erst György haben auf die für die Prophylaxe und Therapie der Rachitis und Spasmophilie bedeutsame Tatsache hingewiesen, daß mit Höhensonne bestrahltes Milchpulver in genau der gleichen Zeit wie bestrahlte, native Frischmilch — „jekorisierte Milch" — die floride, unkomplizierte Rachitis wie auch die Tetanie zu heilen vermag.

György ging so vor, daß er das Trockenmilchpulver in dünner (1—2 mm) Schicht ausbreitete und mit Höhensonne 45—60 Minuten lang aus einer Entfernung von 30 cm bestrahlte. Praktisch sehr wichtig ist dabei, daß das einmal so bestrahlte Milchpulver — in Blechdosen aufbewahrt — seine „induzierte Strahlenenergie" — etwa vier Monate ungeschwächt beibehält. Mit Recht weisen Neuland und Peiper darauf hin, daß die Trockenmilch nicht nur für die Säuglingsernährung, sondern auch für die Diätetik der Erwachsenen von Bedeutung werden kann. Es erscheint uns durchaus vorstellbar, daß gute und zweckmäßig hergestellte Trockenmilchpräparate wegen ihrer Keimfreiheit, ihres meist hohen Fettgehaltes und ihrer guten Bekömmlichkeit in der Therapie von Magen- und Darmleiden — vielleicht auch von Nierenerkrankungen — nicht nur der Säuglinge, sondern auch der Erwachsenen, gute Dienste leisten können.

An dieser Stelle möge nur ganz kurz eine andere Anwendbarkeit von Trockenmilch gestreift werden — in der Touristik. Durch Auflösung in reinem Wasser erhalten wir ja mit Leichtigkeit eine sofort gebrauchsfertige, wohlschmeckende und bekömmliche Milch. Als vom ärztlichen Standpunkte aus nicht unwichtig scheint uns der Hinweis auf die Tatsache zu sein, daß es eine große Anzahl von Menschen gibt, die eine heftige Abneigung gegen den Genuß gekochter Milch haben, während sie rohe Milch gern zu sich nehmen. Es wird ja die Milch durch das Abkochen physiologisch verändert — auch im Geschmack. Der Genuß von roher, ungekochter Milch ist jedoch wegen der Tuberkuloseansteckungsgefahr ärztlicherseits nicht anzuraten. Durch Genuß von aus Trockenmilch hergestellten Milchlösungen, die wie frische Milch schmecken, läßt sich auch dieser Nachteil leicht beseitigen.

Der Zweck dieser Zeilen ist der, von neuem das Interesse für die Verwendung von Trockenmilch anzuregen, die besonders in Gegenden, wo es schwierig ist, eine einwandfreie Kuhmilch zur Säuglingsernährung zu beschaffen, ein gutes Hilfsmittel zur Lösung dieses wichtigen und schwierigen Problems darstellt.

Literaturverzeichnis:

Bosworth: American Journ. of Dis. of childr. Nov. 1921.
Dennett: New York State Journ. of Med. July 1918.
Finkelstein: Lehrb. d. Säuglingskrkh. 3. Aufl. 1924 S. 37.
György: Klin. W. 1926, 17, S. 747.
Hart, Steenbock u. Ellis: Journ. of Biol. Chem. April 1921.
Heß u. Unger: Americ. Journ. of Dis. of Childr. April 1919.
Nobel u. Wagner: Ztschr. f. Kdhlkd. 1921, 30.

Aus dem Röntgeninstitut (Dr. Blank) des Isr. Asyls in Köln-Ehrenfeld.

Ueber die röntgenologische Darstellung der Gallenblase.

(Ein Ueberblick.)
(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Von
Dr. FERDINAND LEBERMANN.

Bei der großen Häufigkeit der Erkrankungen der Leber und des Gallensystems mußte der Mangel an ausreichenden Hilfsmitteln zur exakten Diagnostik sich auch dem erfahrenen Praktiker manchmal schmerzlich bemerkbar machen. Was Wunder, wenn man schon seit langem auch hier Zuflucht nahm zu einer Methode, die uns zur Erkennung krankhafter Zustände bei anderen Organen so oft den rechten Weg weist: der Röntgenuntersuchung. Doch boten die diesbezüglichen Erfahrungen bei Gallenblasenaffektionen bis vor kurzem gar kein erfreuliches Bild.

Resigniert mußten viele der Forscher (Haudeck, Pribram, Grunenberg und Strauß, Haenisch u. a.) zugeben, daß bei direkter Durchleuchtung und Aufnahme die Gallenblase nur ganz selten, unter besonders günstigen Umständen, zu sehen sei. Ja, manche Röntgenologen gingen soweit, zu behaupten, daß solch ein positiver Befund nur bei pathologisch veränderter Blase-Verdickung der Wand, abnorme Beschaffenheit der Galle, Adhäsionen und Fremdkörper — zu erheben sei (Carter, Pordes, Berg usw.). Wenn es auch unter Zuhilfenahme besonderer Verfahren, wie der Lufteinblasung in den Darm und vor allem der Anlegung eines Pneumoperitoneums zuweilen gelang, einen Schritt weiter zu kommen, so geschah dies doch des öfteren nicht ohne Gefährdung des Patienten; daher auch die zurückhaltende Beurteilung besonders dieses letzteren Eingriffes durch erfahrene Fachmänner (Altschul, Strauß). Das gleiche gilt von den Versuchen Burckhardts und Muellers, die Blase nach Punktion von den Bauchdecken aus durch Injektion von Kontrastmitteln zur Darstellung zu bringen. Um so mehr Interesse und Eifer wurde dagegen bis jetzt dem Ausbau der indirekten Röntgendiagnostik der Gallenblasenerkrankungen gewidmet, die aus Veränderungen und Deformationen des Bildes von Magen und Duodenum Schlüsse auf den Zustand des benachbarten Gallensystems zu ziehen gestattet, die von verschiedenen Seiten auf das genaueste studiert wurden (Belden, Altschul u. a.). Sie beschränkt sich jedoch im wesentlichen auf die mit pericholecystischen Prozessen vergesellschafteten Zustände. Einen seltenen Fall konnte übrigens vor einiger Zeit Lenk vorstellen: einen Patienten mit Anastomose zwischen Choledochus und Duodenum, bei dem durch Eindringen des Kontrastbreies vom Zwölffingerdarm aus die Gallenwege zur Darstellung gebracht werden konnten.

Was schließlich das praktisch wichtigste und häufigste Gallenleiden, die Steinbildung in Gängen und Blase, anlangt, so steht Béclère mit seiner Behauptung, 80% der Gallensteine röntgenologisch gefunden zu haben, fast allein. Der direkte Steinnachweis im Röntgenbild gelang anderen Autoren nur ganz selten, auch bei allerbester Technik und auch nur dort, wo es sich um sehr kalkreiche Konkremente handelte, die man unmittelbar als Schatten sehen konnte; alles in allem nur Zufallstreffer (vgl. Strauß, Haenisch, Altschul). Welche Schwierigkeiten und Verwechslungsmöglichkeiten dabei durch andere Momente, wie die Luftfüllung der Därme, das Vorhandensein sonstiger schattengebender Gebilde usw. zu riskieren sind, braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden.

Nachdem so die direkte Methode der Röntgenuntersuchung der Gallenblase verhältnismäßig wenig erfolgverheißend schien, lag es ja nahe, auch hier das an anderen Hohlorganen (Magendarmkanal, Nierenbecken usw.) geübte Verfahren, die Füllung mit strahlenundurchlässigen Stoffen, auch dafür in eine brauchbare Form zu bringen. Wenn wir von den eingangs erwähnten Versuchen, von außen her Kontrastmittel in die Blase zu bringen, absehen, bleibt nur die Zuführung eines solchen entweder auf dem Wege über die Darmschleimhaut oder durch die Blutbahn. Von dem Füllungsmittel muß, abgesehen von einer möglichsten Gefahrlosigkeit für den menschlichen Organismus, nach den Gesetzen der Strahlenabsorption ein hohes Atomgewicht verlangt werden; ferner kann selbstverständlich nur ein Stoff Verwendung finden, der durch die Leber ausgeschieden wird. Diese Gedankengänge hegte u. a. schon 1922 Le Wald. Die beiden letzteren Eigenschaften besitzen nun verschiedene Salzverbindungen der Halogene. So wurden bis in die allerneueste Zeit hinein mit wechselndem Erfolge Versuche gemacht, durch einfache Darreichung von NaBr und NaJ peroral und intravenös (Geiger, Herman, Sabatini und Milani) eine Kontrastfüllung des Gallensystems zu erreichen, und auch jetzt noch halten einige der genannten Autoren an diesem Verfahren fest, weil sie das gleich zu beschreibende neue für zu gefährlich erachten.

Nichtsdestoweniger muß es als ein Riesenschritt nach vorwärts bezeichnet werden, daß Graham und seine Mitarbeiter vor mehr als Jahresfrist nach eingehenden Untersuchungen über Löslichkeit, Toxizität, schattengebende Wirkung usw. der Phenolphthaleinverbindungen der Halogene diese in die Röntgendiagnostik der Gallenorgane einführten und von ihnen speziell das Tetrabromphenolphthaleinnatrium und in neuester Zeit die analoge Jodverbindung als vortreffliche Kontrastmittel zur Gallenblasendarstellung empfahlen. Die glänzenden Erfolge, die sie und alle anderen, die sich auf dem neu erschlossenen Gebiete betätigten, erzielten, rechtfertigen es wohl, in groben Umrissen in einer für den Praktiker bestimmten Zeitschrift eine, wenn auch nur gedrängte und unvollständige Uebersicht über die Methode und ihre Resultate zu geben.

Zunächst einige Bemerkungen über die Technik des Verfahrens:

Wie die Erfinder der Methode, so bevorzugen auch jetzt noch die meisten Röntgenologen die intravenöse Injektion des Tetrabromphenolphthaleinnatriums, die wohl von allen Applikationsweisen die zuverlässigsten Ergebnisse gewährleistet. Sowohl von Graham und Mitarbeitern als auch von den meisten anderen Autoren (Katzenelson und Reimann, Carman und Counseller, Heuser, Eisler und Nyiri, Stewart, Geiger und vielen anderen) wird bei diesem Vorgehen mit Rücksicht auf die unten näher zu besprechenden Nebenwirkungen große Vorsicht geboten, die vor allem darin besteht, daß man die erforderliche Dosis — meist werden 4—5 g des Mittels verwendet — in einer größeren Menge Wasser — 40—80 ccm — löst und die hinreichend sterilisierte Flüssigkeit so langsam als möglich in die Vene einfließen läßt. Vielfach wird eine Infusion in zwei Teilen, in Abständen von ½—1 Stunde bevorzugt; einige spritzen, um ein Austreten aus der Vene zu verhindern, destilliertes Wasser nach. Die Aufnahmen erfolgen in den verschiedensten beliebigen Zeitabständen zwischen 4 bis 48 Stunden nach der Injektion, das Bild ist nach 16 bis 24 Stunden am schärfsten. Auf die Aufnahmetechnik, die von vielen Seiten auf das genaueste beschrieben wird, braucht hier nicht eingegangen zu werden. Die Vorbereitung des Patienten besteht in der Hauptsache in gründlicher Darmentleerung, geringer oder vollkommen unterbleibender Nahrungszufuhr am Tage der Untersuchung und möglichster Beobachtung der rechten Seitenlage nachts. Als sehr wertvoll hat es sich erwiesen, die Gallenblase vor der Kontrastfüllung gründlich zu entleeren, wobei sich neben dem intraduodenalen Magnesiumsulfateinlauf und der Darreichung von Witte-Pepton besonders die intramuskuläre Injektion von Hypophysin (Pribram und Mitarbeiter, Heuser u. a.) kurz vor der Infusion des Tetrabromphenolphthaleinnatriums gut bewährt hat. Wir haben auch den hier vorgenommenen intravenösen Injektionen stets eine Hypophysinspritze vorausgeschickt und uns sonst genau an die besprochenen Vorschriften gehalten.

Weniger verbreitet als diese Applikationsart, doch auch vielfach ausprobiert ist die orale Darreichung des Kontrastmittels, obwohl dieser Weg auf den ersten Blick als der bequemste und für die Untersuchten angenehmste erscheinen muß. Doch da einerseits die Phenolphthaleinverbindungen mit der Salzsäure des Magens eine unlösliche Suspension geben, die für die Resorption nicht von Vorteil ist, andererseits die direkte Verabreichung neben anderen Reaktionen Erbrechen der eingenommenen Lösung verursacht (Menees und Robinson), erhellt, daß diesem Vorgehen viel häufiger der Erfolg versagt bleiben mußte als dem eben beschriebenen. Doch berichten Carman, Eisler und Nyiri, Rachwalsky, u. a. auch dabei über relativ befriedigende Ergebnisse. Stewart wendet es sogar in der Sprechstunde an (Dosis: 2,6 g des Salzes auf 67,5 kg Körpergewicht). An ablehnenden Urteilen hat es indeß auch nicht gefehlt (Blumberg und Strauß). Wir hatten bei der oralen Darreichung von Tetrabromphenolphthaleinnatrium in Himbeerwasser des öfteren Versager zu buchen, denn ungefähr 50% der Untersuchten erbrachen sofort oder kurz darauf die eingenommene Substanz. Wo dies nicht der Fall war, erhielten wir zum Teil recht gute Bilder.

Um nun diesen Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen, wurden in großer Zahl Versuche gemacht, das Mittel in einer für den Magen und oberen Darmabschnitt nicht angreifbaren Form zu verabreichen, d. h. es in Kapseln oder Ueberzüge einzuschließen. Als Schutzmittel fanden Gelatine, Formalin, Paraffin und andere Stoffe Verwendung (Belden, Eisler, Menees und Robinson). So wählten Graham und seine Mitarbeiter, die neuerdings Tetrajodphenolphthaleinnatrium per os geben, Phenylsalicylate als Hülle; Oakman empfiehlt mit Salol überzogene Gelatinekapseln usw. Daß auch mit diesem Verfahren nicht die gleiche Zuverlässigkeit zu erreichen ist wie mit der Injektionsmethode, verschweigen die genannten Autoren keineswegs (s. a. Sosmann). Mehrfach wurde sogar beobachtet, daß die Kapseln intakt blieben und mit dem Stuhl wieder abgingen (Menees und Robinson, Oakman). Auch wir haben dies in einem Fall gesehen (gehärtete Gelatinekapseln, in Milch gegeben), so daß wir vorläufig der intravenösen Applikation den Vorzug geben müssen.

Bessere Resultate zeitigte die intraduodenale Verabreichung der Kontrastlösung, die u.a. von Haenisch, Stewart, Einhorn und Ryan angewendet wurde. Zum Teil wurde von den Untersuchern die Lösung mit der Duodenalsonde bis in den obersten Teil des Jejunums eingegeben. Die Methode scheint die unerwünschten Reaktionen auf ein Minimum herabzudrücken und trotzdem recht hübsche und scharfe Röntgenbilder zu liefern, wie wir uns in einigen Fällen auch überzeugen konnten. So stammt die unten (Abb. 1) abgebildete Photographie von einer Patientin, die das Mittel mit der Duodenalsonde erhalten hatte. Immerhin stellt auch diese Art der Applikation einen für den Untersuchten nicht gerade angenehmen und für den Arzt auch nicht sehr bequemen und in der Privatpraxis wohl etwas schwer durchführbaren Eingriff dar, der sich kaum allgemein einbürgern dürfte.

Schließlich hat Stegemann empfohlen, das Kontrastmittel dem Organismus per rectum einzuverleiben. Er gibt nach gründlicher Darmentleerung und Vorbereitung durch Hypophysin und ein Opiumzäpfchen 0,12 g Tetrabromphenolphthaleinnatrium pro Kilogramm Körpergewicht, mit der 30fachen Menge Aqua dest. verdünnt abends als Tropfeinlauf über 1½—2 Stunden verteilt, gibt am nächsten Tag nochmals Opium und photographiert nach 12 Stunden zum ersten Male. Das Verfahren, mit dem er sehr schöne und scharfe Röntgenogramme der Gallenblase erhielt, hat den Vorzug der langsamen und gleichmäßigen Resorption und infolgedessen der relativen Gefahrlosigkeit.

Nun noch einige Bemerkungen über die unerwünschten Nebenwirkungen der Methode und deren Verhütung. Von nahezu allen, die sich mit dem Grahamschen Verfahren beschäftigten, wurden mehr oder minder unangenehme Reaktionen beobachtet, in der Hauptsache Nausea, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hitzewallungen nach dem Kopf, Schwindelgefühl, Parästhesien usw., objektiv Veränderungen des Pulses (Beschleunigung, Kleinerwerden), Blutdrucksenkung, vasomotorische Erscheinungen im Gesicht, Schweißausbruch, sogar Schüttelfröste (Sosman u. a) und kollapsähnliche Zustände wurden gesehen. Von schwereren allgemeinen Reaktionen wurden noch mehrfach Auftreten von Urticaria, Hautausschlägen und anaphylaxieähnlichen Erscheinungen sowie Ikterus beschrieben (Enfield, Stegemann, Pribram und Mitarbeiter). Baetzner und einige andere sahen thrombophlebitische Prozesse und Oedeme an dem zur Injektion benutzten Arm durch Austritt der Lösung aus der Vene; es wird dagegen möglichste Verdünnung der Lösung empfohlen; Geiger befürwortet das Nachspritzen von destilliertem Wasser.

Besonders disponiert zu den erwähnten Reaktionen scheinen Leute zu sein, die an sich schon mit gewissen Erkrankungen und pathologischen Zuständen behaftet sind und die deshalb von mehreren Röntgenologen von der Untersuchung überhaupt ausgeschlossen werden. Diese ist nach Stewart, Carman und Counseller u. a. kontraindiziert bei Nervösen, Herzleidenden, Patienten mit schweren Lebererkrankungen, Hyperthyreosen. Die beiden letztgenannten Autoren sehen von der Gallenblasendarstellung auch ab bei Verdacht auf Verschluß des Ductus pancreaticus und hepaticus.

Da übereinstimmend eine große Zahl der Symptome auf Vagusreizung zurückgeführt wird, so werden vielfach dagegen prophylaktische Atropininjektionen (½—1 mg) empfohlen (Pribram und Mitarbeiter, Baetzner u. a.). Die ausgebrochenen Erscheinungen werden von einigen auch mit gutem Erfolg durch Adrenalin bekämpft (Stewart, Herman). Heuser injiziert gegen die nach der Injektion auftretende Blutdrucksenkung Hypophysin, das übrigens bei den Untersuchungen von Pribram und Mitarbeitern in einigen Fällen eine kurzdauernde Pfötchenstellung beider Hände verursachte. Rieß wendet Injektionen von Atropin-Papaverin-Strychnin an. Uebrigens soll die Verwendung des Tetrajaphenolphthaleins, die in letzter Zeit, außer von Graham und seinen Mitarbeitern, von mehreren geübt wird, die Gefahren der Methode wesentlich herabsetzen, wohl hauptsächlich deshalb, weil diese Verbindung infolge des höheren Atomgewichts des Jods schon in viel kleineren Dosen angewendet die gleiche schattengebende Wirkung entfaltet wie das Bromsalz.

Was unsere eigenen Erfahrungen anlangt, so haben wir bei vorsichtiger intravenöser Injektion außer leichter Uebelkeit und gelegentlichem Erbrechen nebst Kopfschmerzen und etwas Unbehagen keine schwereren Reaktionen zu verzeichnen gehabt, insbesondere auch keinerlei Symptome von Darm- und Nierenreizung. Daß bei oraler Darreichung in ungefähr der Hälfte der Fälle Erbrechen eintrat, wurde schon erwähnt.

Wenden wir uns nunmehr den Ergebnissen der röntgenologischen Untersuchung zu, so interessiert uns zunächst die normale Form und Lage der Gallenblase, die nach den fast übereinstimmenden Angaben der Untersucher bei intravenöser Injektion nach 4-8 Stunden mit dem Kontrastmittel gefüllt ist, um im ganzen 30-48 Stunden lang auf der Platte als Schatten sichtbar zu bleiben (vgl. die Studien von Clover und Copher). Sowohl Form als Lage unterliegen bei vollkommen gesunden Individuen weitgehenden Schwankungen; die Gallenblase wird von den verschiedenen Autoren als birnenförmiges, breit ovales, eiförmiges oder schmallängliches Gebilde usw. beschrieben, die bei verschiedenen Aufnahmen nicht immer dieselbe Größe zeigt. Gerade dieser Größenwechsel und die Veränderlichkeit der Form beweisen die Elastizität und Kontraktilität des gesunden Organs, ihr Fehlen wird, wie noch zu erwähnen ist, vielfach als pathologisch angesehen. Müller spricht von einem birnenförmig vertikal gestellten und länglich-ovalen, horizontalen Typ der Blase. Ebenso wie ihre Form, ist auch ihre Lage keineswegs konstant; bald finden wir sie unter der 12. Rippe, in anderen Fällen wieder viel tiefer, bald innerhalb der Mammillarlinie, bald lateral davon, oder auch der Wirbelsäule viel näher. Moore stellt Betrachtungen an über ihr Verhalten bei den verschiedenen Menschentypen und spricht von einer langen, schmalen, tiefstehenden hypomobilen Blase bei Asthenikern, von einer kurzen weiten, unter dem Rippenbogen befindlichen bei Sthenikern. Jedenfalls hat uns das Verfahren wertvolle ergänzende Aufschlüsse über die Topographie eines wichtigen Organs im lebenden Körper gebracht. Abbildung 1*) stammt von einer Patientin mit gesundem Gallensystem, bei der die Kontrastfüllung mit Hilfe der Duodenalsonde vorgenommen wurde.

Am meisten indes wird wohl den Praktiker die klinisch-diagnostische Bedeutung des neuen Verfahrens interessieren und auch hier kann er mit dem, was dadurch der Krankheitsforschung geschenkt wurde, schon jetzt recht zufrieden sein, wenn sich wohl auch noch lange nicht ein abschließendes Urteil oder auch nur einige schematische Leitsätze für die Röntgendiagnostik der Gallenblasenerkrankungen aufstellen lassen werden. Die Schlüsse, die das Röntgenbild auf pathologische Zustände des Gallensystems ziehen läßt, ergeben sich einerseits sowohl aus dem vollkommen negativen Befund, d. h. dem Fehlen des Röntgenschattens, als auch aus positiven Veränderungen des Röntgenogrammes, seien es Abnormitäten in Form, Lage und Füllung der Blase oder Bildern von Konkrementen im Gallensystem. Moore spricht bei fehlendem Schatten von einer Erkrankung der Gallenwege, bei zu schwachem von einer solchen der Blase, bei Konstanz der Größe und Form von einer Affektion der Blasenwand.

---

*) Diese, sowie die beiden folgenden Abzüge von Cholecystogrammen verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Blank.

Eine andere Ursache für die ausbleibende Kontrastfüllung soll (nach Stewart u. Mitarbeitern, Carman u. Counseller) in einer ungewöhnlich starken Eindickung der Gallenflüssigkeit zu suchen sein, die sich dann nicht mit der gefärbten Galle vermischen kann.

Nach den in der hiesigen Röntgenabteilung gemachten Untersuchungen wurde in drei Fällen mit vollkommen negativem Röntgenbefund der Cysticusverschluß durch die spätere Operation bestätigt. In einigen anderen Fällen handelte es sich um Versager der Methodik (Erbrechen der oral verabreichten Lösung, Entleerung von Kapseln im Stuhl).

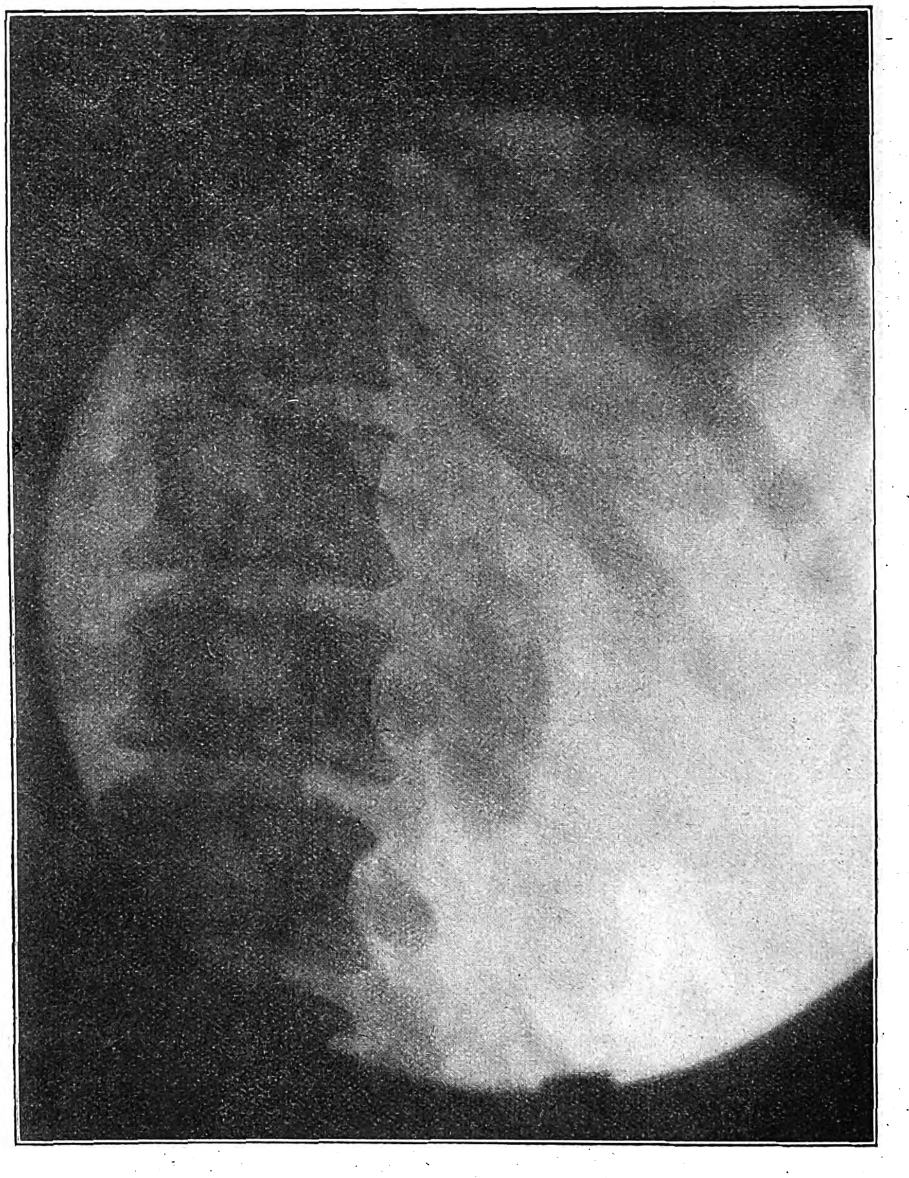


Abbildung 1.

Das vollständige Fehlen des Schattens in mehreren aufeinanderfolgenden Aufnahmen spricht in den meisten Fällen für einen Verschluß des Ductus cysticus, da das Eindringen der gefärbten Galle in die Blase nicht erfolgen konnte, sei es durch Steine, Schleimhautschwellung, Narben, Abschnürung von außen oder Tumoren (Pribram und Mitarbeiter, Katzenelson u. Reimann, Tuffler u. Nemours-Auguste und viele andere). Nach Geiger soll besonders der Verschluß durch Cholesterinsteine im Anfangsstadium so nachweisbar sein; ähnlich äußerte sich auch Stewart. Allerdings will Herman auch die normale Gallenblase sich zuweilen nicht haben füllen sehen, so daß er nicht ganz die gleichen Schlüsse zieht.

Nun zum Nachweis der Gallensteine! In zahlreichen Fällen wurden Konkremente je nach ihrem Kalkgehalt als positive oder negative Schatten auf der Platte beobachtet, d. h. je nachdem ihre Konsistenz die Dichte der umgebenden Gallenflüssigkeit überwog oder nicht (Le Wald). Auch wenig kalkhaltige Steine sollen nach Geiger und anderen durch Imbibition mit dem Farbstoff als positive Schatten zu sehen sein; gerade um solche mit dem Kontrastmittel imprägnierte Steine erkennen zu können, schlägt Herman vor, bei verdächtigen Fällen noch eine Aufnahme nach Entleerung des Füllungsmittels zu machen. In ganz eindeutiger

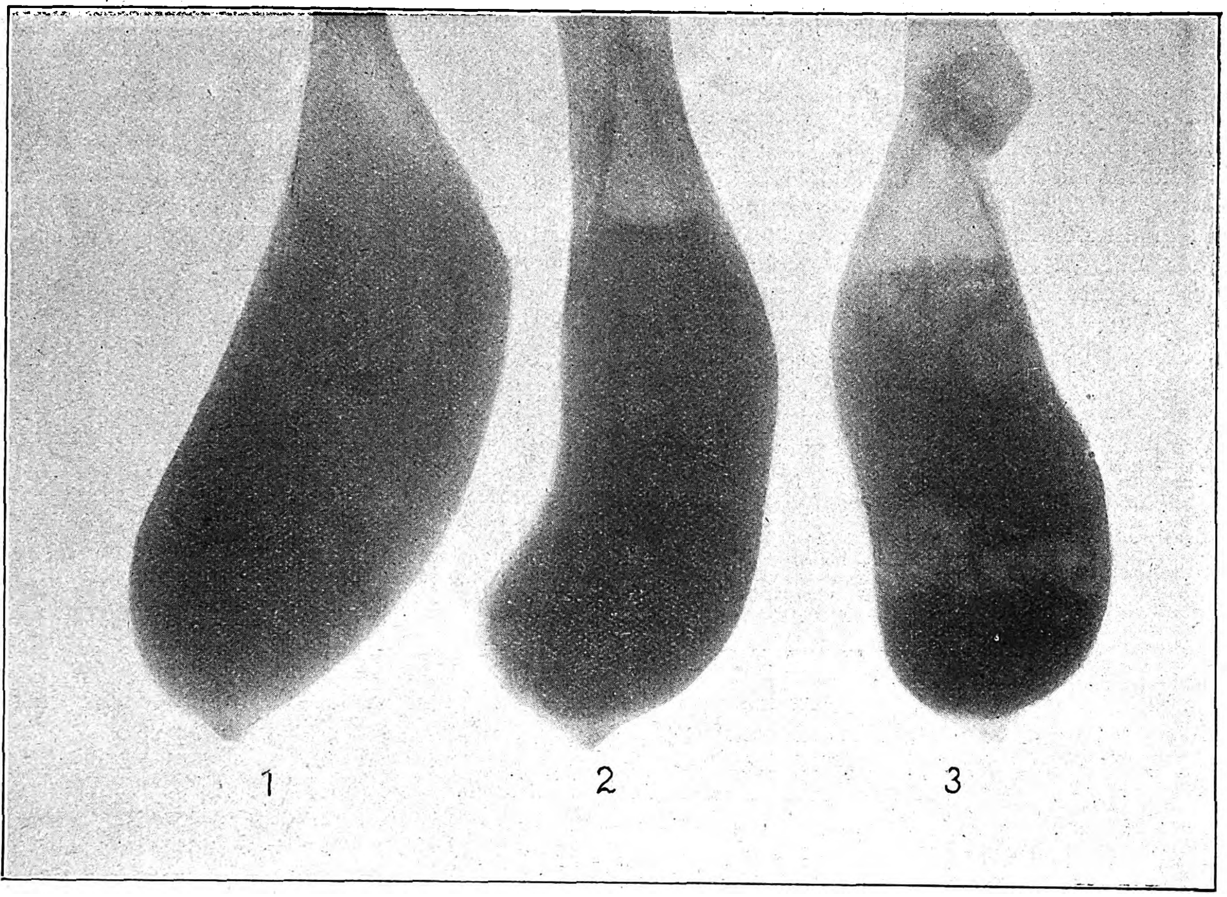


Abbildung 2.

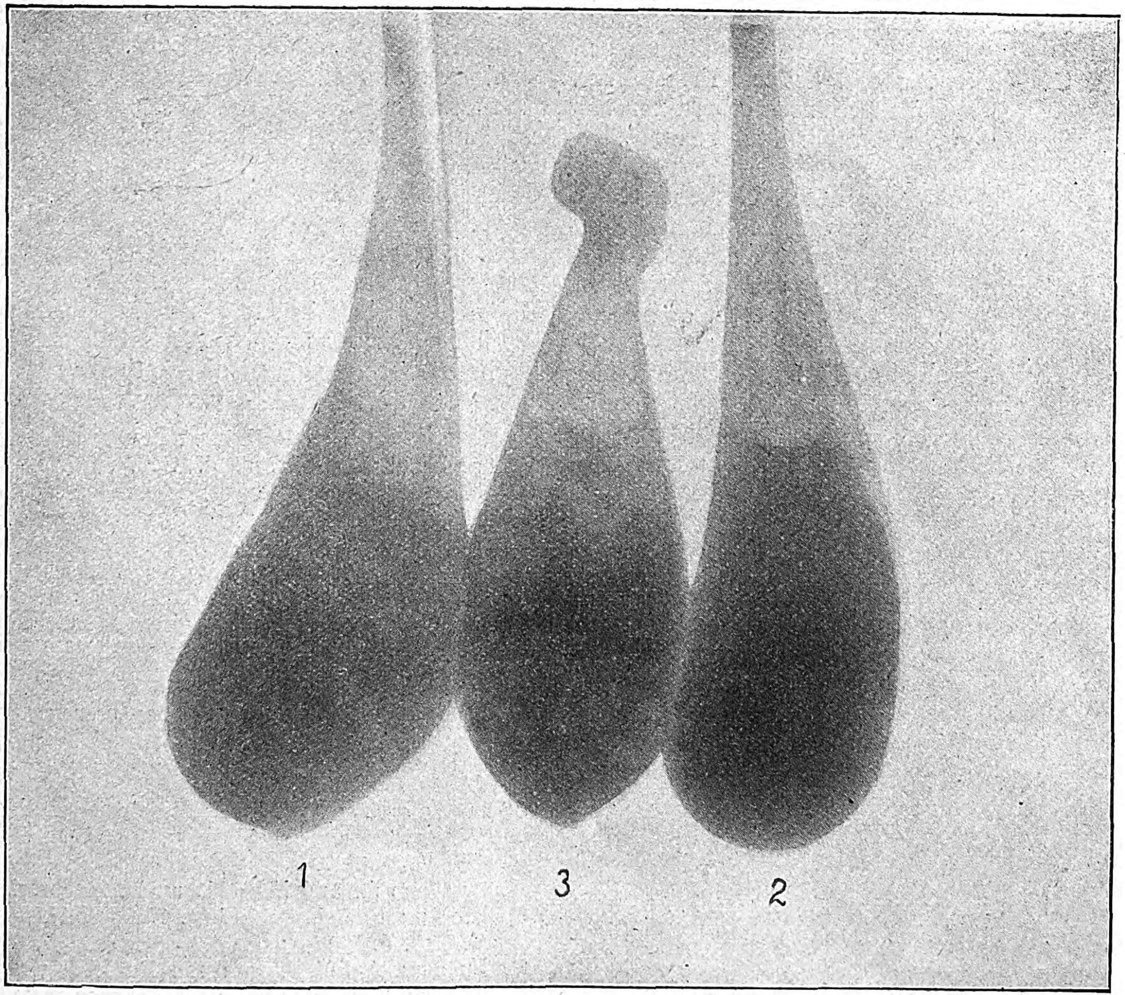


Abbildung 3.

Weise aber wurden Cholesterinsteine in vielen Fällen als Aufhellungen und Aussparungen im Blasenschatten beobachtet und die häufige Bestätigung der Röntgendiagnose durch die Autopsia in vivo bringt uns den Wert der Methode eindrucksvoll zum Bewußtsein. Obwohl diese Befunde in zahlreichen Abbildungen in den verschiedensten Zeitschriften des In- und Auslandes hinreichend demonstriert sind, glaube ich durch die beigefügten Abbildungen 2 und 3 noch eine ergänzende Illustration zur Erleichterung der Vorstellung geben zu können. Es handelt sich um das Röntgenbild dreier Rindergallen, von denen die eine (1) in ihrem ursprünglichen Zustand; die zweite mit Tetrabrophenolphthaleinnatrium injiziert, photographiert ist, desgleichen die dritte, die noch einige kalkarme Gallensteine enthält. Abb. 3 zeigt die gleichen Gallenblasen, durch eine 10 cm dicke Paraffinschicht aufgenommen, wobei deutlich zu erkennen ist, wie durch diese Zwischenschaltung der Schatten der nicht kontrastgefüllten Blase an Schärfe verliert. In ähnlicher Weise zeigte übrigens Oakman den Einfluß der Weichteile, indem er eine ausgeschnittene Gallenblase, die so hinter einer Schicht von Wasser oder Lebergewebe nicht mehr im Bild zu sehen war, durch Füllung mit Bromsalz zur Darstellung brachte.

Von sonstigen im Röntgenbild erkennbaren pathologischen Zuständen sei erwähnt, daß Abnormitäten in der Form der Blase, geringe Schattenintensität sowie starre Fixierung, d. h. Fehlen des der normalen Galle eignenden Größen- und Formwechsels für Erkrankungen sprechen sollen (Geiger, Carman und Counseller). Verzögertes Auftreten der Füllung sowie verlangsamte Entleerung werden von mehreren Seiten (Stewart, Pribram und Mitarbeiter) als Zeichen der Leberinsuffizienz (Leberatrophie) angesprochen. Stegemann hält die kombinierte Luftaufblähung von Duodenum und Colon aus für geeignet zur Feststellung von Adhäsionen. Wichtiger als all dieses erscheinen uns die Untersuchungen von Pribram und seinen Mitarbeitern über das Bild der sog. fixierten Cholecystoptose, der Senkblase mit Abknickung des Ductus cysticus, welch letztere die Ursache hartnäckiger Beschwerden sein soll (Uebelkeit, Erbrechen, auch Kolikanfälle), die differentialdiagnostisch sehr schwer zu beurteilen sind. Röntgenologisch soll diesem Befund eine tiefliegende, lang ausgezogene, weit an der Wirbelsäule herabreichende und abnorm bewegliche Blase entsprechen. Die Cysticusabknickung wird dabei noch durch die fehlende Entleerungsmöglichkeit der Gallenblase mittels des gleich noch zu erwähnenden Pituitrinreflexes nachgewiesen.

Ferner darf nicht unerwähnt bleiben, daß auch ein vollkommen normales Gallenblasenbild für den Praktiker wertvoll sein kann bei der differentialdiagnostischen Aufklärung von Beschwerden, die klinisch, wie so häufig, sowohl für Leber- und Gallenblasen- als auch für Magen- und Duodenalerkrankungen, Appendicitis, Pancreatitis usw. sprechen können dadurch, daß es sofort das eine der in Frage kommenden Organsysteme auszuschließen gestattet.

Zum Schluß noch ein kurzes Wort über die Aufklärungen, die uns Grahams Methode über die physiologischen Funktionen der Gallenblase gebracht hat. Wie Katzenelson und Reimann, Silvermann und Menville u. a. zeigen konnten, beruht die Entleerung der Gallenblase durch Pituitrin, Magnesiumsulfat und Witte-Peptonreflex auf einer aktiven Kontraktion der Gallenblase, welche sich nach diesen Eingriffen auf dem Röntgenbild wesentlich verkleinert, mitunter sogar ganz entleert zeigt, so daß dadurch die früheren Behauptungen von Kalk und Schoendube, die ein gleiches durch Untersuchung der mit der Duodenalsonde aufgefangenen Galle nach diesen Versuchen feststellten, (hohe Steigerung des Bilirubingehaltes), eine einwandfreie Bestätigung erfahren haben und die Auffassung von dem Auftreten einer konzentrierten Lebergalle auf die genannten Mittel hin nunmehr widerlegt ist. Den Pituitrinversuch empfehlen Schoendube und Kalk übrigens außer zur therapeutischen Gallensteinabtreibung auch in Kombination mit der Cholecystographie zur eindeutigen Feststellung eines Cysticusverschlusses, für den ein negativer Ausfall beider Verfahren einen hinreichend sicheren Beweis erbracht hätte. Erwähnt seien hier noch die Untersuchungen Sosmans über den Einfluß verschiedener Nahrungsstoffe auf die Entleerung der Gallenblase.

Der skizzenhafte Ueberblick, den diese Zeilen über Wesen und Ergebnisse der Cholecystographie geben sollen, genügt vielleicht, um den großen Schritt nach vorwärts zu zeigen, den Grahams Erfindung die klinische Diagnostik und medizinische Forschung überhaupt hat machen lassen. Abgesehen von der Korrektur, die die bisherigen Vorstellungen über das Verhalten und die physiologischen Funktionen der Gallenblase im lebenden Körper dadurch erfahren haben, gestattet sie wichtige Krankheitsbilder wesentlich besser zu klären, als dies bisher geschehen konnte, so z. B. den Cysticusverschluß mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu erkennen und im Verein mit dem übrigen diagnostischen Rüstzeug des Klinikers die für den Patienten und das ganze therapeutische Handeln so wichtige Frühdiagnose weit sicherer zu stellen als zuvor, wo häufig gerade die Gallenblasenaffektionen nur per exclusionem festgestellt werden konnten. Haftet dem Verfahren auch noch der eine oder andere Nachteil an, so kann dadurch das Verdienst der Erfinder kaum geschmälert werden; man bedenke doch, daß ähnliche Methoden — ich nenne nur Pneumoperitoneum, Pyelographie, Encephalographie — bei gleichem oder sogar weit größerem Risiko für den Untersuchten auch nicht mehr oder zum Teil noch nicht einmal dasselbe leisten. Es bleibt zu hoffen, daß der weitere Ausbau der Technik auch die letzten der dagegen erhobenen Bedenken vollkommen beseitigen und die Methode der weitgehendsten Verwendung, wie sie es wohl verdient, zuführen möge.

Literatur.

Altschul: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, 33., H. 5, S. 693.

Baetzner: Berliner med. Ges., Sitzung v. 24. Juni 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 27, S. 1136.

Béclère, zit. n. Herman: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 4, S. 605.

Belden: Auf d. 26. Jahresvers. d. amerik. Röntgenges. in Washington, 22.-25. Sept. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 47, S. 2038.

Berg: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 4, S. 609.

Berg: Auf d. I. Internat. Radiologenkongr. in London, 30. Juni bis 4. Juli 1925; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 5, S. 799.

Blumberg und Strauß: Verein f. inn. Med, u. Kinderhk. Berlin, Sitzung v. 23. Nov. 1925; M. M. W. 1925, 72., Nr. 49, S. 2127.

Burckhardt und Mueller: D. Ztschr. f. Chir., **1.**, 62.

Carman: Radiol., **5.**, 2. Aug. 1925, S .101—103; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 6, S. 1012.

Carman: Auf d. I. Internat. Radiologenkongr. in London, 30. Juni bis 4. Juli 1925; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 5, S. 799.

Carman und Counseller: Am. Journ. of Röntg., **12.**, 5. Nov. 1924, S. 403-413; Fortsch. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 2, S. 312.

Carter: Radiol., **3.**, 3. Sept. 1924, S. 189; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 1, S. 144.

Einhorn: Auf d. 5. Tag. d. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh. in Wien, v. 30. Sept. bis 3. Okt. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 49, S. 2125.

Eisler: Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 15. Mai 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 26, S. 1099.

Eisler und Nyiri: Wien. kl. Woch. 1925, Nr. 21 und 42.

Enfield: Radiol., **5.**, 2. Aug. 1925, S. 104-106; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 6, S. 1001.

Geiger: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 4, S. 577.

Glover und Copher: Journ. of. amer. med. Assoc. 1925, S. 1563; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 45, S. 1940.

Graham und Cole: Journ. of amer. med. Assoc. 1924, **82.**, S. 613; Klin. Woch. 1925, **4.**, Nr. 29, S. 1390.

Graham: Auf d. 26. Jahresvers. d. amer. Röntgenges. in Washington, 22.-25. Sept. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 47, S. 2038.

Graham und Copher: Journ. of amer. med. Assoc. 1924, **82.**, S. 1777; Klin. Woch. 1925, **4.**, Nr. 29, S. 1390.

Graham und Copher: Ebenda 1925, **84.**, Nr. 16, S. 1175; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 30, S. 1268.

Graham und Moore: Ebenda, **85.**, Sept. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 47, S. 1999.

Haenisch, in Rieder-Rosenthal: Lehrb. d. Röntgenkunde 1924, 2.

Haenisch: Auf d. I. Internat. Radiologenkongr. in London, 30. Juni bis 4. Juli 1925; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 5, S. 799.

Haudeck: Auf d. 3. Tag. d. deutschen Röntgenologen und Radiologen in d. Tschechoslowak. Republ. in Prag, 25. und 26. Okt. 1924; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 2, S. 288.

Herman: Auf d. 5. Tag. d. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh. in Wien, 30. Sept. bis 3. Okt. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 49, S. 2125.

Herman: Auf d. 16. Kongr. d. deutschen Röntgenges., 25. bis 27. April 1925 in Nauheim; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, Kongreßh., S. 128.

Heuser: Ebenda, S. 125.

Kalk und Schoendube: Klin. Woch. 1924, **3.**, Nr. 47; Med. Klin. 1925, **21.**, Nr. 52, S. 1949.

Katzenelson und Reimann: Klin. Woch. 1925, **4.**, Nr. 29, S. 1390.

Lenk: Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 5. Juni 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 34, S. 1446.

Menees und Robinson: Radiol., **5.**, 3, Sept. 1925, S. 211; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 6, S. 1002.

Moore: Amer. Journ. of Röntg., **13.**, 6, Juni 1925, S. 515; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 6, S. 1014.

Mueller: Naturforsch. u. med. Ges. zu Rostock, Sitzung v. 15. Okt. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 51, S. 2216.

Oakman: Amer. Journ. of Röntg., **14.**, 2, Aug. 1925, S. 105; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 6, S. 1016.

Pordes: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 5, S. 690.

Pribram: Zentralbl. f. Chir. 1925, **36.**, S. 2002.

Pribram, Grunenberg und Strauß: D. med. Woch. 1925, **51.**, Nr. 35, S. 1429; Berlin. med. Ges., Sitzg. v. 24. Juni 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 27, S. 1136.

Rachwalsky: Ver. f. inn. Med. und Kinderh. in Berlin, Sitzung v. 23. Nov. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 49, S. 2127.

Rieß: Berl. Ges. f. Chir., Sitzung v. 13. Juli 1925; Klin. Woch. 1925, **4.**, Nr. 39, S. 1890.

Sabatini und Milani: Policlin., Sez. prat., **32.**, Nr. 10, S. 623, 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 28, S. 1180.

Schoendube: Aerztl. Ver. zu Frankft. a. M., Sitzung vom 19. Okt. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 50, S. 2169 Klin. Woch. 1925, **4.**, Nr. 14.

Silvermann und Menville: Journ. of amer. med. Assoc. 1925, **84.**, Nr. 6; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 25, S. 1050.

Sosman: Auf d. 26. Jahresvers. d. amer. Röntgenges. in Washington, 22.-25. Sept. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 47, S. 2038.

Stegemann: M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 47, S. 1999.

Stewart: Amer. Journ. of Röntgenol. 1925, **13.**, 3, S. 259; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, Nr. 4, S. 619.

Stewart: Auf d. 26. Jahresvers. d. amer. Röntgenges. in Washington, 22.-25. Sept. 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 47, S. 2038.

Stewart, Einhorn und Ryan: Radiol., **5.**, 3, Sept. 1925, S. 222; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 6, S. 1016.

Strauß: Berl. med. Ges., Sitzung v. 24. Juni 1925; M. M. W. 1925, **72.**, Nr. 27, S. 1136.

Tandoia: auf d. 6. Kongr. d. ital. Radiologenges, v. 7. bis 10. Mai 1925 in Triest; Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 5, S. 795.

Tuffler und Nemours-Auguste, zit. n. Katzenelson und Reimann: Siehe oben.

Le Wald: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1925, **33.**, H. 4, S. 610.

Probleme der Organtherapie.

Von

Dr. ARTHUR MUENZER, Charlottenburg.

Die Entdeckung des Insulins zeigt die Organtherapie auf hoher Entwicklungsstufe: Der erkrankte Drüsenteil wird durch normal funktionierende, nach bestimmtem Prinzip verarbeitete Substanz ersetzt, und solange die letztere wirksam bleibt, ist die krankhafte Schädigung behoben. Seit Begründung der Schilddrüsenbehandlung des Myxoedems und Kretinismus hatte die Organtherapie keinen ähnlichen Erfolg zu verzeichnen. In Wirklichkeit ist bei der erheblichen Verbreitung des Diabetes die Bedeutung des Insulins weit höher als die des Thyreoidins einzuschätzen. Natürlich sind mit der Entdeckung des neuen Mittels zahlreiche neue Fragestellungen aufgetaucht, und auch manche alte Probleme, die immer noch der Lösung harren, treten wieder in den Vordergrund. Die Organtherapie ist ja schon seit Jahren ein sorgfältig beackertes Feld, und man ist wohl berechtigt, von der mühsamen Sämannsarbeit einstmals reichen Ertrag zu erwarten. — Im folgenden will ich einigen Erwägungen Raum geben, zu denen ich nach längerer Beschäftigung mit dem zur Diskussion stehenden Arbeitsgebiet gekommen bin.

Zunächst eine Bemerkung über den Namen „Organtherapie". Wir verstehen unter dieser Bezeichnung eine Behandlung mit Organen. Es handelt sich hierbei allerdings nur um eine bestimmte Art von Organen, nämlich um innersekretorische. Gewiß sind auch Versuche mit anderen Körperwerkzeugen gemacht worden, die aber zu greifbaren Ergebnissen noch nicht geführt haben. Nur ein nicht-innersekretorisches Organ macht hier eine Ausnahme, das Blut. Doch ist gerade hierfür das Wort „Organtherapie" nicht gebräuchlich. Solange die Behandlung mit Organen nur mit der besprochenen Einschränkung durchgeführt wird, erscheint mir die Bezeichnung „Hormontherapie" ihr eigentliches Wesen treffender zu kennzeichnen.

Die moderne Hormontherapie erreicht ihr Ziel entweder durch Transplantation des gesunden Organs; zumeist aber wird der Funktionsausfall durch stomachale, subkutane, intravenöse und intraperitoneale Verabreichung von Organsubstanz gedeckt. Der stomachale Weg ist wohl der am häufigsten begangene. Ich habe schon in einer früheren Arbeit*) darauf hingewiesen, daß diese Methode im Grunde eine recht rohe ist und daß sie die natürlichen Verhältnisse nur in der unzureichendsten Weise nachahmt. Man kann sich eigentlich nur wundern, daß mit ihr überhaupt Erfolge erzielt werden. Ueberlegen wir nur einmal, daß wir dem Körper — wie ich mich damals ausdrückte — ein artfremdes, unregelmäßig dosiertes, in seiner Leistungsfähigkeit schwer abzuschätzendes Präparat zuführen und daß uns dabei die momentane Gesamtdisposition des Organismus, speziell die Arbeitsgröße der einzelnen Blutdrüsen, völlig unbekannt ist. Wir wissen zudem gar nicht, wieviel Sekret eine Blutdrüse in einem bestimmten Zeitraum absondert, insbesondere ob sie immer gleichmäßig sezerniert. Gegen die letztere Annahme sprechen eine Reihe bekannter Tatsachen. Man denke z. B. an die periodische Tätigkeit im Bereich des weiblichen Genitalsystems, an die Steigerung des Trieblebens während der Frühjahrsmonate, an den Frühlingsgipfel der Tetanie (Moro). Ich begnüge mich mit der Aufzählung dieser wenigen Punkte, um auf die Mangelhaftigkeit unserer therapeutischen Aktion hinzuweisen. Wir verordnen die Organsubstanz mit der Weisung, sie eine gewisse Zeit hindurch in einer bestimmten Quantität fortzunehmen. Ob aber die Konstellation in dem erkrankten Organismus immer hierfür günstig ist, das bedenken wir nicht. Je nachdem z. B. die antagonistischen Drüsen sich im Zustande der Arbeitsruhe oder Tätigkeit befinden, muß die Wirkung der verabreichten Drüsensubstanz in ganz verschiedener Weise zur Entfaltung gelangen — entweder zu schwach oder zu stark. Auf eine in periodischen Phasen verlaufende Sekretion nehmen wir bei unseren Verordnungen überhaupt keine Rücksicht. Bei der stomachalen Verabreichung wissen wir weiterhin nicht, inwieweit die Verdauungssäfte die Zusammensetzung des Präparates beeinflussen. Möglicherweise wird hierdurch ein Teil der Substanz unwirksam gemacht oder zu direkt konträren Wirkungen befähigt.

Als sehr wesentlich muß ich betonen, daß wir bei unseren organtherapeutischen Bestrebungen der geschlechtsspezifischen Einstellung der Präparate so wenig Beachtung geschenkt haben, abgesehen natürlich von den Keimdrüsenpräparaten selbst. Es ist für uns selbstverständlich, der Frau bei entsprechenden Beschwerden nur Ovarialpräparate, dem Manne Hodensubstanz zu verabreichen. Diesen Grundsatz vergessen wir aber schon bei der Schilddrüsenbehandlung. Hier gibt es für uns nur ein Thyreoidin. Und dabei ist die Schilddrüse ein eminent geschlechtsspezifisches Organ. Denken wir nur an den Pubertätskropf der jungen Mädchen, an die Schilddrüsenschwellung während Menstruation, Gravidität und Klimakterium, so erhellt ohne weiteres die Abhängigkeit des Organs von der Geschlechtsindividualität. Auch die Pathologie erweist diesen Zusammenhang aufs klarste: Basedow und Myxoedem sind fast spezifische Erkrankungen des weiblichen Geschlechts; sie gehen meist mit Störungen im Bereich des Genitalsystems einher. Myom und Struma kommen häufig zusammen vor. Bei der Chlorose stellen wir vielfach Hyper- oder Dysthyreoidismus fest. Auch durch zahlreiche experimentell-physiologische Arbeiten wurde die enge Bindung der Schilddrüse an das Geschlechtsorgan erwiesen. Diese bedeutungsvollen Hinweise vernachlässigen wir als Organtherapeuten vollkommen; wir verordnen Thyreoidin gleicherweise an männliche und weibliche Individuen, ohne zu wissen, ob das Präparat von einem männlichen oder weiblichen Tier stammt. Gewiß wird man mir einwerfen, daß man gerade mit der Schilddrüsentherapie sehr gute Erfolge erzielt und doch nicht die hier niedergelegten Grundsätze befolgt hat. Aber wir wissen ja gar nicht, ob nicht mit der angegebenen Behandlungsweise noch bessere Resultate ermöglicht werden, vor allem, ob nicht die Wirkung nach Aussetzen der Medikation noch nachhaltiger gestaltet werden kann.

Was folgt aus den eben erwähnten Punkten für die Durchführung der Organtherapie? Zunächst müßte man, um die zweifellos vorhandenen Perioden der Maximal- und Minimalsekretion nachzuahmen, nicht immer gleichgroße Gaben darreichen, sondern an- und abschwellen lassen, vielleicht nach Art der heutigen Arsenbehandlung. Vom gleichen Gesichtspunkt aus ist auf die Einschaltung von Pausen Wert zu legen; hierdurch wird auch dem Körper Ruhe für die Verarbeitung der zugeführten Drüsensubstanz gegönnt. Der orale Weg der Verabreichung ist möglichst zu vermeiden. Den natürlichen Verhältnissen entspricht mehr die subkutane und intravenöse Zufuhr. Auch wird der eventuell schädigende Einfluß der Verdauungssäfte auf diese Weise umgangen. Schließlich ist die geschlechtsspezifische Einstellung der Organpräparate zu verlangen, besonders für die mit den Keimdrüsen in Korrelation stehenden Organe, also in erster Linie: Schilddrüse, Hypophyse und Zirbeldrüse. Diese Forderung gilt auch für gewisse therapeutische Seren, wie weiter unten erläutert werden wird.

Basedow und Myxoedem weisen in ihren Hauptzügen einen direkt entgegengesetzten Symptomenkomplex auf. Beim Basedow spielt die Hypersekretion der Schilddrüse eine ausschlaggebende Rolle, beim Myxoedem die Sekretionsverringerung. Für letztere Erkrankung besitzen wir eine vollwertige Hormontherapie. Da sollte man es fast als selbstverständlich erachten, daß für den Basedow eine entsprechende Behandlungsmethode gefunden worden sein müsse. Bekanntlich hat Möbius nach mancherlei Vorversuchen anderer ein Antithyreoidinserum empfohlen, das von thyreoidektomierten Hammeln stammt. Dieser Therapie liegt der Gedanke zugrunde, daß sich in dem Serum Stoffe finden, welche die im Uebermaß produzierten Schilddrüsenstoffe binden. Das Rodagen, welches aus der Milch entkropfter Ziegen hergestellt wird, beruht auf dem gleichen Prinzip. Man muß zugeben, daß der Moebiussche Gedanke durchaus einleuchtend ist; und doch sind die mit dem Antithyreoidin erzielten Erfolge sehr mäßig. Sie reichen jedenfalls nicht im entferntesten an die der Schilddrüsentherapie bei Myxoedem heran. Woran liegt das? Beim Myxoedem haben wir eine Hormontherapie, beim Basedow eine Serumtherapie. Die Organsubstanz, die wir verabreichen, ist etwas Einheitliches, etwas, das wir kennen. Das Blutserum aber ist das Sammelbecken, in das sich die Sekrete aller Stoffwechseldrüsen ergießen; und die spezifischen Stoffe, die wir im Antithyreoidin vermuten, sind durchaus hypothetischer Natur.

Weiterhin muß ich hier auf einen Punkt zurückkommen, den ich bereits oben berührt habe. Die Schilddrüse steht — wie bekannt — in engster Korrelation mit den Keimdrüsen. Der Basedow findet sich hauptsächlich beim weiblichen Geschlecht (etwa auf 15 Frauen 1 Mann), ist also fast eine geschlechtsspezifische Erkrankung. Diese Tatsache muß bei der Herstellung des Antithyreoidin gebührend berücksichtigt werden. Nehme ich aber, wie es in Wirklichkeit geschieht, das Serum eines entkropften Hammels, also eines kastrierten männlichen Tiers, so beraube ich die Serumflüssigkeit eines ihrer wichtigsten Bestandteile, nämlich des Sekrets der Keimdrüsen. Gerade dieses aber benötige ich für die geschlechtsspezifische Erkrankung des Basedow, und zwar muß ich ein Antithyreoidin masc. für den männlichen, ein Antithyreoidin fem. für den weiblichen Basedow haben. Um die Behandlung noch wirksamer zu gestalten, muß schließlich den Forschungsergebnissen Rechnung getragen werden, die eine verminderte Funktion der Keimdrüsen beim Basedow festgestellt haben: es wäre hiernach dem Antithyreoidin das betreffende Keimdrüsenextrakt hinzuzufügen. Zusammenfassend schlage ich also vor: für die Behandlung des weiblichen Basedow Antithyreoidin femin. + Ovarialextrakt, für die Behandlung des männlichen B. Antithyreoidin masc. + Testicularextrakt.

---

*) Münzer: Zur prinzipiellen Begründung der Organtherapie. Berl. klin. Wochenschr. 1912.

Ich möchte weiterhin den Vorschlag machen, analog dem Antithyreoidin ein „Antihypophysin“ herzustellen.*) Hiermit ist gemeint, das Serum von Tieren, denen der Hypophysenvorderlappen exstirpiert wird, therapeutisch zu verwerten. Das Präparat soll zur Bekämpfung der Akromegalie dienen. Diese Erkrankung kann nosologisch in eine Reihe mit dem Basedow gestellt werden; die Hyperfunktion der Hypophyse und der Thyreoidea sind das jeweilig bestimmende Krankheitselement. Genau so wie wir im Serum thyreoidektomierter Tiere Stoffe vermuten, die die im Uebermaß sezernierte Basedowschilddrüsensubstanz neutralisieren, können wir das für das Serum hypophysektomierter Tiere annehmen. Ein wirksames medizinisches Heilverfahren kennen wir für die Akromegalie noch nicht. Allerdings hat auch hier die Chirurgie schon eingegriffen und ist teilweise zu guten Ergebnissen gelangt. Aber es handelt sich dabei doch um recht schwierige Operationen, deren Erfolg keineswegs sicher ist. Natürlich wäre die weit unschädlichere Serumbehandlung, wenn sie wirklich von Nutzen ist, ohne Bedenken vorzuziehen. Ebenso wie beim Antithyreoidin müßte auch ein Antihypophysin masc. und femin. hergestellt werden.

Nun ist ja die Akromegalie eine immerhin seltene Erkrankung, und es würde sich wohl kaum der Herstellung eines Antihypophysins verlohnen, wenn nicht dabei noch ein anderer Gesichtspunkt zu berücksichtigen wäre. Bei Akromegalie finden sich in der Regel Schädigungen der Keimdrüsen im Sinne einer Herabsetzung ihrer Funktion, beim Manne Impotenz, Aufhören der Spermatogenese, bei der Frau Aufhören von Menstruation und Ovulation. Andererseits ist die Hypertrophie der Hypophyse nach Kastration bekannt. Der Antagonismus zwischen Keimdrüsen und Hypophyse ergibt sich aus diesen Tatsachen mit ziemlicher Evidenz. Hiernach wäre anzunehmen, daß bei Potenz- und Menstruationsstörungen eine gewisse Hyperfunktion des Hirnanhangs vorliege. Man hat diese theoretische Schlußfolgerung auch schon ins Praktische umgesetzt, indem man bei den genannten Krankheitserscheinungen eine Röntgenbestrahlung der Hypophyse vornahm und hierdurch das Organ zu einer gewissen Atrophie brachte. Mit dieser Behandlungsmethode sind bereits Erfolge erzielt worden. Zu dem gleichen Ergebnis — nur auf einfacherem Wege — könnte man durch Verabreichung des Antihypophysins gelangen, denn man muß annehmen, daß im Serum hypophysektomierter Tiere gewisse Hemmungsstoffe für die Keimdrüsentätigkeit fortfallen.

Ich komme zuletzt auf die Besprechung der Keimdrüsenpräparate. Dieselben werden bekanntlich verordnet bei klimakterischen Erscheinungen beider Geschlechter, bei Impotenz, sexueller Neurasthenie und geschwächtem Allgemeintonus. Die verschiedenen Präparate, die im Gebrauch sind, werden als Extrakte oder Tabletten aus der Gesamtdrüse hergestellt. Es fragt sich, ob das zweckmäßig ist. Die Ausfallserscheinungen, die wir bekämpfen wollen, sind größtenteils durch das Versagen der inneren Sekretion bedingt. Der samenbereitende Anteil der Drüse kann hierbei wohl erhalten sein. Das bringt uns auf die Frage, welche morphologischen Drüsenelemente mit der Ausübung der innersekretischen Funktionen betraut sind. Hier stoßen wir auf ein Problem, das noch keineswegs geklärt ist. Die Bedeutung der sogenannten Pubertätsdrüse ist noch immer umstritten, doch mehren sich in letzter Zeit die Stimmen derer, welche die Beweisführung Steinachs ablehnen. Ich kann auf diese komplizierten Verhältnisse hier nicht näher eingehen, möchte nur summarisch soviel sagen: Bei der männlichen Keimdrüse galten lange die Zwischenzellen (Leydigschen Zellen) als Träger der innersekretorischen Funktion; heute ist man vielfach geneigt, sie in irgend eine Beziehung zum Stoffwechsel des Hodens zu bringen, während die innere Sekretion als Leistung eines Teiles der Samenzellen selbst angesehen wird. Klar liegen aber — wie gesagt — die Verhältnisse noch nicht. Noch weniger einwandfreies Beweismaterial liegt für die innersekretorische Partialkomponente des Eierstocks — ob Zwischendrüse oder Corpus luteum — vor. Für unsere Zwecke können wir von allen lokalisatorischen Bemühungen absehen und wollen folgendes feststellen: Die Keimdrüsen sind doppelsekretorische Organe genau wie z. B. das Pankreas. In therapeutischer Hinsicht kommt lediglich der innersekretorische Anteil in Frage. Wenn man sich der neuesten Pankreasforschungen (Insulin) erinnert, so muß sich einem der Gedanke aufdrängen, daß vielleicht Extrakte oder therapeuische Substanzen, die aus der Gesamt-Keimdrüse hergestellt sind, gar nicht zur vollen Wirksamkeit gelangen, daß unter Umständen die Arbeitsleistung der innersekretorischen Komponente geradezu gehemmt wird. Jedenfalls muß sich die Wirkung eines Organpräparates viel reiner entfalten, wenn ausschließlich die zur Erzielung einer Höchstleistung notwendige Organsubstanz zugeführt wird. Haben nicht alle Pankreaspräparate, Pancreon, Pancreatin usw. versagt, bis endlich die Darstellung des reinen Insulins gelang? Das Problem lautet also nunmehr: Es muß die Reindarstellung der innersekretorischen Komponente der Keimdrüsen angestrebt werden.

Der Skeptiker wird sofort sagen: Das ist nicht möglich, solange wir nicht die sicheren morphologischen Unterlagen haben. Aber es gibt meines Erachtens doch einen Weg: Wenn es uns gelingt, in einem Tierkörper den generativen Anteil der Keimdrüse zu zerstören, ohne daß — abgesehen von der Fortpflanzungsfähigkeit — Körper oder Psyche leiden, so müssen die übrigbleibenden Elemente notwendigerweise die innersekretorischen Bestandteile repräsentieren und wären dann in unserem Sinne therapeutisch zu verwenden. Hier kommen wir — allerdings auf ganz anderem Wege — zu der von Steinach für das männliche Tier vorgeschlagenen Durchtrennung des Samenstrangs. Man mag zu der Frage der Pubertätsdrüse stehen, wie man wolle, jedenfalls ist durch die Steinachschen Bilder (vgl. Steinach, Verjüngung) so gut wie sicher erwiesen, daß unmittelbar oder fast unmittelbar nach der Operation eine Atrophie der Samenkanälchen eintritt, ohne daß die Geschlechtscharaktere der Tiere auch nur im mindesten angetastet werden. Hiernach kann man überzeugt sein, daß eine so veränderte Keimdrüse sämtliche Hormone enthält, die zur Aufrechterhaltung der entsprechenden körperlichen und seelischen Funktionen erforderlich sind, während eben ihr generativer Anteil verkümmert ist. Ein solches Organ soll nun, so schlage ich vor, zu therapeutischen Zwecken verwandt werden, und ich hoffe, daß dadurch seine Wirkung in reinerer Weise, als das bisher der Fall war, zum Ausdruck kommt.

---

*) Ich habe diesen Vorschlag bereits im Jahre 1914 dem verstorbenen Altmeister der Neurologie, Prof. Oppenheim, unterbreitet, der ihn als durchaus richtig anerkannte.

Für die weibliche Drüse liegen die Verhältnisse komplizierter. Steinach hat bei seinen Verjüngungsversuchen die Röntgenbestrahlung der Ovarien angewandt. Ob vielleicht Eierstöcke von Tieren, die vorher einer derartigen Behandlung unterworfen werden, zu therapeutischen Zwecken verwertet werden können, ist zu erwägen. Aber ob hier nicht zu große praktische Schwierigkeiten im Wege stehen, wage ich nicht zu entscheiden.

Noch eine zweite Möglichkeit erscheint mir gegeben: wenn man Tiere kastriert und ihnen dann an einer anderen Stelle ihres Körpers die eigene oder eine entsprechende fremde Keimdrüse überpflanzt, so bleibt das Organ während eines bestimmten Zeitraumes erhalten, und die sekundären Geschlechtscharaktere werden streng gewahrt. Das Tier verliert also in keiner Weise seinen Geschlechtstypus — ein eindringlicher Beweis dafür, daß die innersekretorischen Elemente der Keimdrüse vollauf funktionieren. Nach Ablauf einer bestimmten Zeit allerdings geht das Organ meist zugrunde. Mein Vorschlag geht nun dahin, solche transplantierten Keimdrüsen, von denen wir mit Bestimmtheit wissen, daß sie nur noch innersekretorisch wirksam sein können, als Hormonpräparate zu verarbeiten.

Zusammenfassung.

1. Der Name „Organtherapie" ist durch die Bezeichnung „Hormontherapie" zu ersetzen.
2. Die Verabreichung von Organsubstanz soll nicht in gleichmäßigen Gaben, sondern in steigenden und fallenden Dosen mit Einschaltung von Pausen durchgeführt werden.
3. Die Verabreichung auf oralem Wege ist möglichst zu meiden.
4. Die Präparate aus denjenigen Drüsen, die mit den Keimdrüsen in Korrelation stehen, sind geschlechtsspezifisch einzustellen, in erster Linie kommen Schilddrüse, Zirbel und Hypophyse in Betracht. Es muß also ein Thyreoidin masc. und femin. hergestellt werden usw.
5. Zur Bekämpfung des Basedow soll ein Antithyreoidin masc. und femin. hergestellt werden, das noch durch Hinzufügen des betreffenden Keimdrüsenextraktes verstärkt werden kann.
6. Es wird vorgeschlagen, analog dem Antithyreoidin ein Antihypophysin masc. und femin. herzustellen, welches zur Bekämpfung der Akromegalie und zur Behebung von Potenz- und Menstruationsstörungen versucht werden soll.
7. Für Keimdrüsenpräparate ist eine Reindarstellung der innersekretorischen Komponente anzustreben. Dieses Ziel kann für die männliche Keimdrüse allem Anschein nach dadurch erreicht werden, daß man die Hoden von Tieren, denen kurz zuvor der Samenstrang durchtrennt wurde, verarbeitet.
8. Für männliche und weibliche Keimdrüse ist noch eine zweite Möglichkeit in dieser Hinsicht gegeben, indem man nämlich versucht, aus transplantierten Organen, bei denen einzig und allein der innersekretorische Anteil wirksam ist, Hormonpräparate herzustellen.

Die Bedeutung des Pankreas für den Wasserhaushalt.

Von W. JANKOWSKY.

In Nr. 21 der „Münch. med. Wochenschrift" (1925) habe ich im Hinblick auf die Genese der sogenannten kardialen Wassersucht die Ueberzeugung ausgedrückt, daß die Gland. pankreat. eine wichtige Stellung in der Regulation des Wasserhaushaltes einnimmt, und über die diuretische Wirkung von Pankreassubstanz (Pankreon) berichtet. Die weiteren Beobachtungen haben ergeben, daß die diuretische Wirkung nur in Fällen einer vermehrten Wasserbildung vorhanden ist, also bei einem vermehrten Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel. Beim Hydrops, der sich mehr akut im Verlaufe schwerer septischer Erkrankungen entwickelt, war keine deutliche diuretische Wirkung festzustellen. Dagegen tritt in vielen Fällen auch bei Gesunden, besonders mit einer mehr oder weniger starken Adipositas, die ja zum Teil im Wassergehalt besteht, eine Vermehrung der Harnmenge ein.

Zur Klärung der behaupteten Bedeutung der Gland. pankreat. für den Wasserhaushalt müssen die experimentellen Untersuchungen von grundlegender Wichtigkeit sein, wie sie bezüglich des Diabetes mellitus unternommen worden sind. Hierbei fällt auf, daß die Forschung in dem Bestreben, den Kohlehydratstoffwechsel zu klären, eine wichtige Beobachtung, wie mir scheint, zu wenig beachtet hat. Während der Pankreasdiabetes mit einer mehr oder weniger stark vermehrten Diurese einhergeht, tritt nach Pankreasexstirpation am Tier regelmäßig eine starke Verminderung der Harnmenge ein. Die Harnmenge geht z. B. auf zirka ein Drittel der normalen (vor der Exstirpation) zurück, wobei das spezifische Gewicht ansteigt, was also einem Stauungsharn entspricht. Der durch Pankreasexstirpation erzeugte Diabetes steht demnach zum genuinen in einem der wichtigsten Symptome, der Wasserausscheidung, in schroffem Widerspruch.

Die Beobachtungstatsachen ergeben folgende Verhältnisse:

1. Der Pankreasdiabetes geht (ungefähr entsprechend der Stärke der Zuckerausscheidung) mit einer mehr oder weniger vermehrten Wasserausscheidung einher.
2. Nach Pankreasexstirpation entsteht ein Diabetes mellitus, aber zugleich eine Verminderung der Wasserausscheidung (Stauungsharn).
3. Die Ursache des Diabetes mellitus hängt mit einer Unter- bzw. Afunktion des Inselapparates zusammen.

4. Insulinzufuhr beseitigt nicht nur die Zuckerausscheidung, sondern auch die Polyurie und hat zugleich eine Wasserretention bis zur Oedembildung zur Folge.

Als Folgerung aus 1 und 2 ergibt sich, daß der Unterschied in der Wasserausscheidung beim genuinen und beim künstlichen Diabetes mellitus darin liegt, daß bei letzterem die gesamte Pankreassubstanz fehlt, was bei ersterem nicht der Fall ist. Da gemäß 3 die Ursache der Zuckerausscheidung in beiden Fällen die insuläre Hypo- bzw. Afunktion ist, so muß die Verminderung der Harnmenge nach Pankreasexstirpation auf dem gleichzeitigen Fehlen des nichtinsulären Teiles beruhen. In dieser Schlußfolgerung ist die weitere enthalten, daß die Vermehrung der Harnmenge beim genuinen Diabetes mellitus in dem Ueberwiegen der Funktion des nichtinsulären (gesunden) über die des insulären (kranken) Teils bzw., wie das pathogenetisch nicht anders möglich ist, in der Unterfunktion des insulären Teils begründet ist. Diese Schlußfolgerung wird dadurch bestätigt, daß gemäß 4 die Zufuhr von Insulin eine ausgesprochene wasserretinierende Wirkung hat, d. h., die Herstellung des funktionellen Gleichgewichts in der Gland. pancreat. auch zum Gleichgewicht im Wasserhaushalt (normale Harnmenge) führt.

Mit 4 ist der Beweis für den Einfluß der beiden Teile des Pankreas auf den Wasserhaushalt geschlossen. Um jedoch diesen Beweis unabhängig von dem Krankheitsbild des Diabetes mellitus zu machen und die Allgemeingültigkeit der genannten Pankreasfunktionen festzustellen, wurden noch Versuche am Gesunden vorgenommen. Insulin zeigt auch beim Gesunden einen ausgesprochen wasserretinierenden Einfluß, der durch rapide Gewichtszunahme nachweisbar ist. Ueber letztere ist in neuester Zeit mehrfach, z.B. von Bauer und Nyjiri1), Vogt2), auch sogar in der Tagespresse berichtet worden. Der Ansicht, daß dabei die Appetenzsteigerung das Ausschlaggebende ist, sei hier entschieden widersprochen. Denn ein wirklicher Fettansatz ist in so kurzer Zeit ausgeschlossen. Es kann sich zunächst nur um Wasserretention handeln, die eine unmittelbare Folge der endokrinen Insulinwirkung ist. Auch an ausgesprochener Fettsucht nimmt der Wassergehalt, speziell des Unterhautfettgewebes, einen wesentlichen Anteil. Die Beobachtung der genannten Autoren, daß relativ hohe Dosen (40—60 Einheiten täglich), zu einem Erfolg der „Mast“kur nötig sind, kann von uns durchaus bestätigt werden. Dabei wurde die interessante Beobachtung gemacht, daß dies für magere Individuen gilt, während bei Fettleibigen bereits geringe Mengen zu einer Gewichtszunahme führen. Dies entspricht durchaus unseren Anschauungen über die bessere Verwertung der Kohlehydrate und Fette beim Fettleibigen sowie unseren Anschauungen über den Zusammenhang von Konstitution und endokrinem System.

Umgekehrt zeigt per os zugeführte Pankreassubstanz in bestimmten Fällen, wie oben angegeben, eine harnvermehrende Wirkung. Die Insulinkomponente kommt hier vom Magendarmkanal aus nicht zur Wirkung, so daß es sich nur um eine Funktion des nichtinsulären Teils handeln kann.

Hiermit ist der Beweis geliefert, daß die Gland. pancreat. eine dominierende Stellung in der Regulation des Wasserhaushaltes einnimmt. Und zwar erfolgt diese Regulation durch zwei entgegengesetzte Wirkungen, die von verschiedenen Teilen der Drüse ausgehen. Der insuläre Teil hat eine einseitige wasserretinierende und der nichtinsuläre Teil eine einseitig wasserausscheidende Wirkung. Aehnliche Verhältnisse sind uns von Rinde und Mark der Nebenniere lange bekannt, entsprechend der blutdrucksteigernden Wirkung des Adrenalins und der drucksenkenden des Cholins. Doch liegt dort wie hier die Sache so, daß wohl nur die Unterfunktion des einen Teils tatsächlich vorkommt, was immer zugleich eine Ueberfunktion des andern bedeutet.

Die Unterfunktion des insulären Teils beim Diabetes mellitus hat die vermehrte Wasserausscheidung zur Folge, die zunächst zu vermehrter Wasseraufnahme, schließlich aber zur Abmagerung führt, wenn die Wasserbilanz längere Zeit negativ wird. Das Ueberwiegen der insulären Wirkung durch künstliches Ueberdosieren mit Insulin führt prompt zur Verminderung der Harnmenge und schließlich, worüber bereits von vielen Seiten berichtet worden ist, zu Oedemen (die Oedeme bei diätetisch behandelten Diabetesfällen sind natürlich hiervon verschieden und alimentär bedingt). In jedem Falle ist die Pathologie des Diabetes mellitus dahin zu ergänzen, daß die Vermehrung der Wasserausscheidung nicht sekundär eine Folge der Zuckerausscheidung ist, sondern unmittelbar mit der Krankheitsursache, der Unterfunktion des insulären Teils, zusammenhängt.

Umgekehrt liegt meines Erachtens bei der Alterswassersucht (sogenannter „kardialer Hydrops“ nach den Involutionsjahren) eine Unterfunktion des nichtinsulären Teils als Ursache der Krankheit vor, die selbst dem alimentärem Oedem verwandt ist.3) Die Wirkung der Digitalisstoffe in solchen Fällen besagt nichts für die Aetiologie. Sie beseitigen nur die jeder Oedembildung zugrunde liegende Dilatation der kleinen Gefäße (vergl. u. a. Kanewskaja4)) im Unterhautzellgewebe, nicht aber die Krankheitsursache, wie es auch der klinischen Beobachtung entspricht.

Der Einfluß des Pankreas, der nach obigem nicht nur für den Diabetes mellitus, sondern auch normaliter besteht, wird in jedem Falle in Beziehung zum Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel stehen, da hier der Ursprung der intramediären Wasserbildung liegt. Es ist daher nicht auffällig, wenn die Drüse, die einen wichtigen Einfluß auf den Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel hat (Insulin- und Steapsinabsonderung), zugleich eine wesentliche Rolle in der Regulation des Wasserhaushaltes spielt. So verlangt die Insulinzufuhr beim Gesunden infolge der eintretenden Hypoglykämie eine vermehrte Zufuhr von Kohlehydraten, was in einer deutlichen Appetitsteigerung zum Ausdruck kommt. Dieser Zusammenhang bedeutet im Hinblick auf die beim Diabetes mellitus festgelegten Tatsachen, daß bei verminderter intermediärer Wasserbildung (verminderter Dextrosespaltung beim Diabetes mellitus) eine vermehrte Diurese und bei gesteigerter Wasserbildung (vermehrte Dextrosespaltung bei Insulinzufuhr) eine Wasserretention eintritt. In letzterem Sinne sprechen auch alimentäre Störungen mit vermehrter Wasserbildung, die mit Wasserretention einhergehen, wie Mehlnährschaden und Hungerödem. — In jedem Falle entsteht die Gewichtszunahme nach Insulinzufuhr zunächst durch vermehrte intermediäre Wasserbildung und Wasserretention. Darüber hinaus kann die vermehrte Zufuhr von Kohlehydraten, die das Material für die vermehrte Wasserbildung liefert, allmählich auch zu einem Fettansatz führen.

Allein von der intermediären Wasserbildung kann jedoch die Regulation des Wasserhaushaltes nicht abhängen; denn eine Vermehrung des intermediär gebildeten Wassers könnte durch eine Vermehrung der Diurese ausgeglichen werden, umgekehrt eine Verminderung durch eine geringere Diurese. Zum Zustandekommen einer Wasserretention (eines Wasserverlustes) müssen daher noch andere Faktoren wirksam sein. Hierfür spricht unter anderem das oben angeführte Beispiel der Pankreasexstirpation, die neben einer herabgesetzten Zuckerspaltung auch eine verminderte Diurese zur Folge hat, sowie besonders das Bild des Diabetes insipidus. Auch der wohl ebenfalls endokrin regulierte Salzstoffwechsel ist von Einfluß auf den Wasserhaushalt. Nachdem als zweifelsfrei gelten kann, daß der Zustand der kleinen Gefäße von ausschlaggebender Bedeutung für die Wasserbewegung im Körper ist, können diese anderen Faktoren nur in einem Einfluß auf diese Gefäße zu suchen sein.

Wie die Wirkung der Glandula pankreatica im einzelnen zustande kommt, insbesondere welche Beziehungen zum Gefäßsystem und zu anderen endokrinen Organen vorhanden sind, wird eingehender Untersuchungen bedürfen. Auf Grund unserer jetzigen Kenntnisse läßt sich nur sagen, daß die Größe der intermediären Wasserbildung und der Zustand der kleinen Gefäße von entscheidender Bedeutung für den Wassergehalt des Körpers sein müssen und der Ort dieser Wirkung extrarenal und besonders in Unterhautzellgewebe als dem wichtigsten Wasserreservoir des Körpers liegen muß. Die Regulation des Wasserhaushaltes würde demnach prinzipiell in gleicher Weise erfolgen, wie es uns die Vorgänge beim Mehlnährschaden oder Hungerödem einseitig im Sinne der Wasserretention zeigen.

Literatur.

1. Med. Klin. 1925, 39.
2. Münch. m. W. 1926, 1.
3. Münch. m. W. 1925, 21.
4. Zeitschrift f. d. ges. exp. Med. 36, Heft 1-3.

Zur Impffrage.

Von

San.-Rat Dr. H. FISCHER, Fallingbostel.

Manche Sozialhygieniker halten die Pocken für eine Schmutzkrankheit. Dem widerspricht jedoch schon die Tatsache, daß ein Pockenkranker gleich einem Masernkranken das Kontagium auch durch die Luft verbreitet, so daß selbst der Reinlichste bei vorhandener Disposition von den Pocken ergriffen werden kann. Auch daß gerade die kräftigsten Personen, wie dies noch bei Abdominaltyphus und vielen anderen Infektionskrankheiten der Fall ist, oft am schwersten an Pocken erkranken, dürfte eher auf einen höheren Empfänglichkeitsgrad als auf andere Ursachen zurückzuführen sein. Aehnliches beobachtet man ja auch bei Tieren, z. B. bei den Rindern, von denen gerade die kräftigsten am schwersten an Rinderpest und Maul- und Klauenseuche zu erkranken pflegen.

Was aber die wirklichen Schmutzkrankheiten betrifft, die, wie vor allem Rotlauf und Zellgewebsentzündungen, im Anschluß an die Pocken auftreten können, so ließen sie sich fast ganz vermeiden, wenn erstens anstatt der üblichen vier nur ein oder höchstens zwei Impfschnitte — eine einzige Impfpustel genügt ja schon zum Impfschutz — gemacht würden, die zudem sorgfältiger als vier ausgeführt werden könnten; und wenn zweitens die Impfwunde durch eine Impfkapsel, Tegmin oder einen sonstigen Impfverband vor Insulten und gegen Eindringen von Schmutz geschützt würde.

Es ließe sich dann einerseits erheblich an Impfstoff sparen und andererseits jede Schmutzinfektion verhüten, so daß allmählich auch die Klagen über wirkliche oder vermeintliche Impfschäden verstummen müßten.

Außerdem hätte sich aber der Impfarzt zu Beginn des Impftermines noch mit einigen kurzen Erläuterungen (solange solche noch an der Spitze der gedruckten Verhaltungsvorschriften stehen) über den Zweck der Impfung zu verbreiten. Daß nämlich die Kuhpockenimpfung die Bevölkerung vor Erkrankung an Menschenpocken entweder völlig — wie meistens innerhalb 7—10 Jahren — zu schützen, oder falls einige Impflinge während einer eingeschleppten schweren Pockenepidemie dennoch an Menschenpocken erkranken sollten, diese wenigstens vor einer schwereren, tiefe Pockennarben hinterlassenden Erkrankung zu bewahren imstande ist.

Sodann wären die Mütter der Impflinge darauf aufmerksam zu machen, daß noch vor der Kuhpockenimpfung durch Aerzte (Plett in Holstein 1791 und Jenner in England 1796) bereits im Volke, besonders unter den Bauern, der Glaube und bei vielen sogar die Ueberzeugung herrschte, daß Erkrankungen an Kuhpocken gegen Menschenpocken schützten, wie denn auch die damalige Herzogin von Cleveland äußerte: „sie hätte keine Furcht vor den Blattern, da sie Kuhpocken durchgemacht hätte."

Und drittens wäre von den Impfärzten darauf hinzuweisen, daß die Menschenpocken, an denen durchschnittlich 25—35% der ungeimpften Erkrankten sterben, eine der schrecklichsten und schmerzhaftesten Krankheiten überhaupt sind, und daß im Falle der Heilung außer den entstellenden Blatternarben im Gesicht sehr häufig noch schwere Augen-, Ohren-, Nerven- und andere Leiden zurückbleiben, weswegen der Schrecken dieses Krankheitsbildes mit nichts zu vergleichen, und die Angst wie Furcht gerade vor dieser Krankheit vollständig gerechtfertigt ist.

Nur eine solche, sich jedes Jahr beim Impftermine wiederholende kurze Aufklärung könnte mit der Zeit in Fleisch und Blut der Bevölkerung übergehen, während gelegentlich gehaltene lange Vorträge von nur relativ wenigen Personen gehört und meist bald wieder vergessen werden.

Geschieht dies alles nicht, und wird infolge der Agitation der Impfgegner die Wirksamkeit des Impfgesetzes durch Annahme einer Gewissensklausel sogar mehr oder weniger aufgehoben, nun so werden wir Aerzte wieder einmal bei Ausbrüchen eingeschleppter Pockenepidemien erleben müssen, daß sich alle Welt impfen läßt, und die Impfgegner plötzlich wie von der Bildfläche verschwunden sind, um freilich bald danach wieder um so rühriger zu agitieren, gleich als ob weiter gar nichts geschehen und alles beim alten geblieben wäre.

Aus der medizinischen Klinik der Universität Halle.
(Direktor Prof. Volhard.)

Vergleichende klinische Untersuchungen über die Indikan- und Uroroseinreaktion im Harn.

Von Stillfried Litzner.

Während die Indikanreaktion im Harn eine der häufigsten Untersuchungsmethoden der Klinik geworden ist, wohl auch durch die Einfachheit ihrer Ausführung nach der Obermeyerschen Methode, ist die Anwendung der Uroroseinreaktion im Harn im großen und ganzen sehr unbekannt geblieben. Die den beiden Reaktionen zu Grunde liegenden Stoffe, das Indoxyl bei der Indikanreaktion und die Indolacetursäure (Homer) bei der Uroroseinreaktion entstehen bei der Eiweißfäulnis, d. h. durch die bakterielle Zersetzung des Tryptophans. Aus diesem Grunde hat man für das Zustandekommen der Reaktionen die Voraussetzung starker Eiweißfäulnis im Körper angenommen. Meistens handelt es sich natürlich um bakterielle Zersetzung des Eiweißes im Darmtraktus, die Möglichkeit der Eiweißfäulnis an anderer Stelle z. B. in der Lunge bei eitriger Bronchitis mit Bronchiektasen ist in Betracht zu ziehen.

Bekanntlich enthält jeder normale Harn Indikan und zwar nach Jaffé in Mengen von 4—20 mg pro die, ebenso ist Urorosein schon normalerweise in Spuren vorhanden (Weiß)*). Zum deutlichen positiven Ausfall der Reaktionen, die ja nur qualitativ sind, gehört eine stärkere Vermehrung der oben erwähnten Stoffe und es würde für den praktisch klinischen Zweck vollkommen genügen, wenn man aus dem Ausfall der qualitativen Reaktionen sagen könnte, daß eine vermehrte Eiweißfäulnis vorhanden ist. Meine, an einem größeren Material (über 100 Fälle) ausgeführten Untersuchungen hatten den Zweck, die beiden Reaktionen einer vergleichenden Betrachtung zu unterziehen. Es wurde daher jedesmal mit demselben Urin die Indikanreaktion nach Obermeyer und die Uroroseinreaktion nach Weiß und Smieczuszewski**) angestellt. Es wurde sowohl Tag- wie Nachturin untersucht. Zuweilen waren deutliche Unterschiede vorhanden in der Weise, daß der Nachturin stärkere Reaktionen zeigte als der Tagurin. Sehr starke (sofort auftretende intensive tiefe Blaufärbung) Indikanreaktion wurde in 17% der Fälle beobachtet, eine ebenso starke Uroroseinreaktion (tiefe Rotfärbung) nur in 9%. Mir war schon früher bei der Anstellung der Indikanreaktion, die in unserer Klinik bei jedem Patienten gemacht wird, aufgefallen, wie oft man eine deutliche Reaktion erhält, ohne daß das Krankheitsbild auf abnorme Eiweißzersetzung hinweist. Aus diesem Grunde zog ich die Uroroseinreaktion mit heran. Es hat sich nun herausgestellt, daß die Uroroseinreaktion gar nicht mit der Indikanreaktion parallel geht, denn unter den 17 Fällen starker Indikanreaktion war die Uroroseinreaktion nur viermal in gleicher Stärke positiv vorhanden, und zwar bei einer perniziösen Anämie, Anacidität, starker Obstipation und Herdnephritis. Unter den anderen neun Fällen mit starker Uroroseinausscheidung war die Indikanreaktion entweder negativ oder nur schwach positiv. So fand ich z. B. bei einem Fall von chronischer myeloischer Leukämie bei häufiger Untersuchung sehr starke Uroroseinausscheidung, doch immer nur schwach positive Indikanreaktion. Im übrigen war die Uroroseinreaktion positiv auch in Fällen, wo das klinische Bild in keiner Beziehung das Zustandekommen der Reaktion erklären konnte, so z. B. bei Rentenneurose, einfacher Superacidität und Cholezystitis. Es bestand nicht die geringste Störung der motorischen Tätigkeit in diesen Fällen.

Wenn ich die Fälle mit sehr starker Indikanreaktion überblicke, so sind es in der Mehrzahl Magen- und Darmstörungen, perniziöse Anämien, dann aber auch Fälle, die vollkommen „normal“ waren, und bei denen man aus dem Krankheitsbild nicht ohne weiteres auf eine vermehrte Inoxylbildung schließen konnte (Tumor cerebri, Herdnephritis, trockene Bronchitis ohne Bronchiektasie). Bei den untersuchten Fällen von perniziöser Anämie war der Ausfall der Indikanreaktion relativ stärker als der der Uroroseinreaktion.

Eine stark positive Indikanreaktion tritt also gar nicht so selten auf und es ist bemerkenswert, wie leicht schon geringe Stuhlverstopfung eine starke Reaktion geben kann.

Sehr viel öfter sah ich eine noch deutliche Indikan- und Uroroseinreaktion, in ungefähr 38% der Fälle. Auch hier gingen die beiden Reaktionen nicht nebeneinander her; unter den positiven Indikanfällen hatte nur die Hälfte auch eine positive Uroroseinreaktion und umgekehrt waren unter den positiven Uroroseinfällen auch wieder viele mit negativer Indikanreaktion. Urorosein- und indikanpositive Reaktionen sah ich bei Magen-Darmstörungen, Typhus und perniziöser Anämie, aber ebenso oft bei normalen Fällen wie z. B. Bronchitis, Neurasthenie und Cholezystitis. Dem nur deutlichen Ausfall beider Reaktionen kann man meiner Ansicht nach gar keine Bedeutung beilegen, besonders bei bettlägerigen Kranken. Die übrigen Fälle, die entweder positive Indikan- oder positive Uroroseinreaktion zeigten, sind noch viel weniger zu verwerten, weil sie ziemlich wahllos unter alle möglichen Krankheitsbilder verteilt sind. Es scheint also auch die Uroroseinreaktion, so lange sie nur qualitativ verwertet wird, keine große Bedeutung zu haben. Vielmehr ist wie beim Indikan so auch beim Urorosein größerer Wert auf die quantitative Ausscheidung innerhalb 24 Stunden zu legen.

Ich bin im Begriff, in weiteren Untersuchungen die Ausscheidungsverhältnisse des Indikans und Uroroseins zu studieren, besonders die Tagesschwankungen und die Ausscheidung in der Nacht. Vielleicht ist es möglich, auf diese Art etwas mehr Licht zu bringen in die bisher ziemlich unklaren Beziehungen zwischen dem klinischen Bild und dem qualitativen Ausfall der Reaktionen.

Zusammenfassung:

Sehr stark positiver Ausfall der Indikan- und Uroroseinreaktion kommt beim Normalen sehr selten vor; stark positiver Ausfall einer der beiden Reaktionen kann auch bei „normalem“ klinischen Bild vorkommen. Nur positiver Ausfall der beiden Reaktionen hat keine diagnostische Bedeutung.

Veröffentlichung aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod bei Tuberkulose nicht anerkannt.

Von

Ob.-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte: Der 1886 geborene Postschaffner K. K. war 1907 bis 1909 aktiv, wurde im August 1914 eingezogen, im Oktober an der rechten Hand schwer verwundet und deswegen als dienstunbrauchbar im Mai 1915 entlassen. In den vorhandenen Unterlagen, den Krankenblättern und dem Entlassungszeugnis vom September 1915 ist der Lungenbefund nicht erwähnt. Dienstbeschädigung besteht wegen der Folgen einer Verwundung an der rechten Hand. Erwerbsminderung 70%. Bei der Nachuntersuchung 1918 im August Erwerbsminderung 60%. Lungenbefund ist damals nicht erhoben worden. 1919 Januar und Februar stand er wegen Rheumatismus der linken Hand in Behandlung. 1921 Umanerkennung, Erwerbsminderung 40%. Klagen von Seiten der Lunge oder Klagen überhaupt, die auf Tuberkulose deuteten, lagen nicht vor. November 1922 durch Gerichtsbeschluß Erwerbsminderung 50%. 28. November 1925 an einem Gehirntuberkel (Konglomerat) gestorben, nachdem er im Juli vorher wegen Hoden- und Nebenhodentuberkulose beiderseits (Kastration) operiert wurde. Der behandelnde Arzt, Prof. H., gibt unter dem 14. 1. 26 an, daß es sich um eine Tuberkulose beider Hoden und Nebenhoden gehandelt habe. Die mündliche Rücksprache mit ihm ergibt heute, daß ein Krankenblatt über die Operation nicht vorhanden sei, daß aber Herz und Lungen von ihm vor der Operation untersucht worden seien und insbesondere die Lungen keine nachweisbaren Erscheinungen von Tuberkulose aufgewiesen hätten.

---

*) Weiß: Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilk., Bd. 22.

**) Zu 20 ccm Harn 3 ccm einer konzentrierten HCl, dazu unter Herummischen 1-2 Tropfen ½ proz. Natriumnitritlösung. Extraktion des roten Farbstoffes mit Amylalkohol. l. c.

Beurteilung: Es handelt sich um einen Mann, der aktiv gedient hat, und bei dem, so viel aus den Akten zu entnehmen, vor der Einstellung Erkrankungen nicht stattgefunden haben, der kurz nach seiner Einziehung ins Feld schwer verwundet wurde und deswegen etwa 9 Monate in Lazarettbehandlung stand, der dann im September 1915 als dienstunbrauchbar mit 70% Rente entlassen wurde. Späterhin sind bei ihm keinerlei Erscheinungen von Seiten der Lunge aufgetreten, die auf Tuberkulose deuten würden, bis 1925, wo zunächst eine Hodentuberkulose auftrat, welche eine beiderseitige Kastration notwendig machte. Allerdings ist 1917, wo er bei der Post Dienst tat, eine kurze siebentägige Erkrankung festgestellt worden; diese aber kommt bei der Beurteilung nicht in Frage, weil sie keine ärztliche Behandlung erforderte und als Erkältung geführt wurde. Wenige Monate nach der Operation wurde ein Konglomerattuberkel im Gehirn festgestellt, der dann rasch zum Tode führte. Sektionsergebnis liegt nicht vor, weil eine Sektion verweigert wurde.

Die Erfahrung lehrt nun, daß Tuberkelbildungen im Gehirn nach fernerliegenden Organtuberkulosen vorkommt, insbesondere auch nach Hodentuberkulose. Die Verschleppung geschieht wahrscheinlich auf dem Blutwege. Für die Entstehung der Hodentuberkulose bieten die Akten nicht den geringsten Anhalt dahin, daß sie in Zusammenhang zu bringen wäre mit der schweren Verwundung. Bei der Entlassung waren die Folgen der Verwundung abgelaufen. Sie bestanden in einer erheblichen Verstümmelung der r. Hand, so daß diese beim Gebrauch einem Ausfall gleichkam.

Nun lehrt die Kriegserfahrung, daß langer Lazarettaufenthalt, wie er hier vorlag, insbesondere bei schwer eiternden Wunden, besonders wenn diese Eiterungen lange dauern, sehr leicht eine Tuberkulose zur Folge haben kann; sei es, daß die Tuberkulose an der Stelle der Eiterungen ihren Eingang findet, sei es, daß hierdurch alte Herde mobil werden. In solchen Fällen ist es aber gewöhnlich sehr kurz danach zu einer Generalisierung der Tuberkulose gekommen, und dies war aber hier nicht der Fall. Vielmehr stand im Vordergrund des Krankheitsverlaufs nicht die Eiterung, sondern die hochgradige Verstümmelung, und bei der Entlassung war der Fall abgelaufen. Insbesondere bestanden auch nachher keine Fistel — oder anderen Eiterungen. Wäre die zum Tode führende Tuberkulose 1925 durch Lazarettaufenthalt entstanden und mobilisiert worden, so hätte sie der Erfahrung entsprechend, schon wesentlich früher Erscheinungen gezeigt, die unter allen Umständen ärztliche Hilfe notwendig gemacht hätten. Demnach ist, da der Verstorbene wegen eines Lungenleidens im Felde überhaupt nicht behandelt wurde, auch eine Entstehung der Tuberkulose infolge der Verwundung oder des langen Lazarettaufenthaltes als unwahrscheinlich zu bezeichnen.

Andererseits ist die Möglichkeit und sogar die Wahrscheinlichkeit nicht auszuschließen, daß in den wirtschaftlich schweren Jahren nach dem Kriege die Tuberkulose sich nach der Entlassung unabhängig vom Kriegsdienst und von der Verwundung entwickelt hat, oder daß irgend ein in den Akten nicht niedergelegtes Trauma, ebenfalls nach den Akten, die Ursache der Hodentuberkulose war. Nach diesen Ausführungen ist, soweit die Akten ein Urteil zulassen, ein Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als unwahrscheinlich zu bezeichnen.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 18, 30. April 1926.

Experimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung des Herzschlagvolumens und der Herzgröße durch „Kurzschluß“ zwischen der arteriellen und der venösen Strombahn. Eppinger, Kisch und Schwarz.
Unsichtbare und unzüchtbare Formen (kryptantigene Vira) bei pathogenen Bakterien. Friedberger.
Wachstumshemmende Veränderung der Nährbouillon durch Absorbentien. Dresel.
Ueber histochemischen Nachweis von Phosphaten und anderen Ionen im wachsenden Knochen. Stove.
Epidemiologische Beobachtungen an Mäusen und Meerschweinchen. Okamoto.
* Schwangerschaftdiagnose und Geschlechtsbestimmung mit Hilfe der Interferometrie. Kleesattel.
Zur Aetiologie der Haffkrankheit. Dörbeck.
Die Ermüdbarkeit des Pupillenreflexes bei der Einwirkung monochromatischer Reize. Schlesinger.
Der Einfluß von Säure und Alkali auf die Insulinwirkung in Kaninchenversuchen. Hetényi.
* Ueber Depigmentation der Haut nach Röntgenbestrahlung. Wachtel.
* Die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Tuberkulose der Lunge. Lenk.
Die Bedeutung des Geburtstraumas für die Entstehung von Gehirnerkrankungen. Wohlwill.
Einige neuere Heilmittel in der Dermatologie. Geisler.

Schwangerschaftdiagnose und Geschlechtsbestimmung mit Hilfe der Interferometrie. Das von P. Hirsch eingeführte interferometrische Untersuchungsverfahren ist in seiner jetzigen Form zur eindeutigen und spezifischen Serodiagnose der Schwangerschaft nicht verwertbar. Die Vorhersage des Geschlechts während der Schwangerschaft ist mit dem Verfahren nicht möglich. Die vermeidlichen und unvermeidlichen Fehlerquellen des Verfahrens sind bis jetzt noch sehr zahlreich. Als zuverlässiges Hilfsmittel der Diagnose kann es deshalb nicht betrachtet werden.

Ueber Depigmentation der Haut nach Röntgenbestrahlung. Nach Röntgenbestrahlung kann statt einer Hautbräunung eine Depigmentation der sonst makroskopisch normalen Haut auftreten. Eine Vitiligo post irradiationem wurde sowohl bei auch sonst mit Vitiligo Behafteten, wie auch bei Pigmentnormalen beobachtet.

Die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Tuberkulose der Lunge. Die allgemein als für Lungentumor charakteristisch geltende Symptomentrias: Einseitigkeit, Homogenität und scharfe Begrenzung des Schattens ist mehrdeutig. Dieser Symptomenkomplex beweist nur gewisse grob-anatomische bzw. physikalische Verhältnisse, die wohl öfters, aber durchaus nicht immer bei Tumoren zutreffen, häufig aber auch bei anderen Affektionen vorkommen. Die wichtigsten Charakteristika des malignen Tumors, seine Aggressivität, sein substituierendes bzw. destruierendes Wachstum finden in diesen Symptomen keinen Ausdruck.

Es gibt noch einige wenig beachtete oder wenig bekannte Symptome, die die Diagnose weiter zu fördern vermögen, weil sie wenigstens teilweise ihre Charakteristika aus der Malignität des Tumors (expansives, infiltrativ-destruierendes Wachstum) herleiten.

Auch der Effekt einer Probebestrahlung, und zwar lokale und Allgemeinveränderungen erlauben unter Berücksichtigung strahlenbiologischer Erkenntnisse einen Schluß auf die Natur des vorliegenden Prozesses. Die Füllung der Bronchien mit Kontrastmitteln liefert mitunter eindeutig beweisende Bilder für Lungentumor. Ihre Symptomatologie muß aus der speziellen Anatomie der Lungenprozesse abgeleitet werden.

Bei sehr vielen Fällen erlaubt gewiß die klinische Untersuchung allein, die Diagnose zu stellen; in vielen anderen aber wird längst, bevor der Verlauf der Krankheit oder gar der autoptische Befund entschieden hat, eine gute röntgenologische Untersuchung Klarheit bringen.

Nr. 19, 7. Mai 1926.

Bedeutung des intrapulmonalen Drucks für den Kreislauf und den Mechanismus des Kollapses bei akuten Anstrengungen. Bürger.
Ueber den Stoffwechsel von Tumoren im Körper. Warburg, Wind und Negelein.
* Durstschäden im Kindesalter. Aron.
Untersuchung des Gasstoffwechsels beim Menschen. Franck und Herzger.
* Serologische Spezifiät und Diagnostik genitaler Tumoren der Frau. Volkmann.
Die Unterbrecher zur Herstellung Leducscher Mäanderströme. Scheminzky.
Zisternenpunktion. Sarbó.
Einfluß der Wasserstoffionenkonzentration auf die Färbung von Blutbildern. Mommsen.
* Herzstörungen als Folge des Fleckfiebers. Gubergritz.
Quotient N : C einiger harnfähiger Stoffe. Ackermann.
Das Verhältnis Kalzium: Magnesium im Blute bei der Narkose. Pincussen und Dimitrijevic.
Rechtsseitiger Zwerchfellhochstand als Entbindungslähmung. Landsberger.
Die diätetische Behandlung der chronisch-funktionellen Obstipation. Simon.
Die Bedeutung des Geburtstraumas für die Entstehung von Gehirnerkrankungen. Wohlwill.
* Coramin-Ciba in der Pädiatrie. Hirsch.
Ueber äußerliche Anwendung von Pankreas-Ferment. Schulz.

Durstschäden im Kindesalter. Viele Fälle, die in den ersten Lebenstagen für eine Pneumonie gehalten werden, sind in Wahrheit Durstschäden. Die Erkenntnis, daß der Durstschaden ein der Pneumonie so täuschend ähnlicher Zustand ist, ist praktisch von großer Tragweite. Als Pneumonie betrachtet und behandelt führt der Durstschaden bei jungen Säuglingen in kürzester Zeit zum Tode. Wird aber das Wesen der Störung sofort richtig erkannt, so vermag man selbst in den schwersten Zuständen durch ausreichende Wasserzufuhr rasch Rettung zu bringen. Die Symptome, welche auf Durstschaden hinweisen, faßt der Verfasser folgendermaßen zusammen:

In erster Reihe stehen die Zeichen der Austrocknung; völlig turgorlose, faltig runzlige Haut, eingesunkener Bauch, eingefallene Fontanelle, spärlicher hochgestellter Urin, kleine, meist ganz dunkle Stühle, trockene, hochrote, gekörnte, wie gepökelt aussehende Zunge, hochrote Mundschleimhaut, heisere Stimme. Hierzu können hinzutreten: Temperaturanstieg, zunächst meist mit Unruhe, aber auch mit Benommenheit, die sich bis zur Bewußtlosigkeit steigern kann. Endlich cerebrale Störungen, von denen haltloses Erbrechen, jagend hechelnde Atmung und Kollapse besondere Beachtung verdienen.

Beweisend für die Diagnose ist immer der Erfolg der Therapie, das Schwinden der Symptome auf Wasserspeisung. Stets ist eine wiederholte Zufuhr kleiner Flüssigkeitsmengen viel wirksamer als eine einmalige Ueberschwemmung mit großen Flüssigkeitsmengen.

Serologische Spezifität und Diagnostik genitaler Tumoren der Frau. 200 Tumorseren wurden nach Abderhalden untersucht. Dabei gelang die Diagnose in 187 Fällen. Die Frage der Spezifität der Reaktion ist auch für die einzelnen Tumorarten in bejahendem Sinne zu beantworten. Die Höhe des Abbaues läßt einen Schluß auf die Ausdehnung der Erkrankung im allgemeinen nicht zu. Der Grad der Reaktionsstärke ist gegeben durch den Umfang des pathologischen Prozesses, durch therapeutische Maßnahmen, durch die im Moment der Blutgewinnung bestehende variable Reaktionsfähigkeit des Organismus und einen konstanten konstitutionellen Faktor. Die interferometrische Methode erweist sich klinisch-diagnostisch als brauchbar.

Herzstörungen als Folge des Fleckfiebers. Die Schmerzen in der Herzgegend, die man als Resultat eines vor einigen Jahren überstandenen Fleckfiebers beobachtete, kann man einerseits auf Veränderungen im Anfangsteil der Aorta und der Periaortitis zurückführen, andererseits auf Veränderungen in den sympathischen Halsganglien. Beide Erkrankungen sind Begleiterscheinungen oder Folgen des Fleckfiebers.

Coramin-Ciba in der Pädiatrie. Das Coramin-Ciba ist ein gutes, schnell wirkendes Analeptikum, hat eine appetitanregende Fähigkeit und besitzt keine unangenehmen Nebenwirkungen. Gegenüber dem Oleum camphoratum hat es den Vorzug der Wasserlöslichkeit und besitzt daher nicht dessen Nachteile.

Nr. 20, 14. Mai 1926.

Physiologie der Geburtsmechanik. Neumann.
* Blutbild und innere Sekretion. Zondek und Köhler.
Kinetische Methode für die Untersuchung des Magenchemismus. Katsch und Kalk.
Encephalitis lethargica und spontane Tierencephalitis. Lewy.
Die diagnostische Bedeutung der Kernveränderungen der weißen Blutzellen, unter besonderer Berücksichtigung des syphilitischen Blutbildes. Antoni.
Ueber die Bedeutung der Fahreusschen Senkungsreaktion bei akuten und chronischen Arthritiden. Kahlmeter.
* Das häufige Auftreten des basedowoiden Krankheitsbildes beim weiblichen Geschlecht in der Nachkriegszeit und seine Erklärung. Firgau.
Die Blutkuchen-Wa. R. nach Dold. Spranger.
Verwendung der Zentrifuge zur Filtration kleiner Flüssigkeitsmengen. Bach und Schepmann.
Schicksal des Vagusstoffes und des Acetylcholins im Herzen. Loewi und Navrath.
Mechanismus der Vaguswirkung von Physostigmin und Ergotamin. Loewi und Navrath.
Wirkung des Ergotamins (Gynergens) auf den Augendruck. Thiel.
Behandlung mit künstlichen Lichtquellen. Bommer.
Wichtige versicherungsmedizinische Begriffe aus dem Gebiet der Krankenversicherung. Reckzeh.

Blutbild und innere Sekretion. Eine Anzahl von Hormonen, vor allem das Schilddrüsenhormon, besitzt die Fähigkeit, die Zusammensetzung des roten und auch des weißen Blutbildes, letzteres sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht, zu beeinflussen. Die Mengen wirksamer Substanz, die hier in Betracht kommen, sind minimale. Daß hormonale Wirkungen wesentlichen Grades von kleinsten Inkretmengen ausgehen können, ist in der Endokrinologie eine genügend bekannte Tatsache. Erstaunlich ist es, daß die Menge von 0,1 getrockneter Drüsensubstanz, in welcher man weniger als 1 mg chemisch reinen Hormons vermuten müßte, genügt, um, sei es das Knochenmark, sei es die Milz oder andere Organe des erythropoetischen Systems, fast schockartig zu beeinflussen und so den zwischen ihnen bestehenden Gleichgewichtszustand zu stören. Es kann kaum zweifelhaft sein, daß dem hormonalen Regulationsapparat sowohl für den physiologischen Gleichgewichtszustand innerhalb des hämatopoetischen Systems als auch für das krankhafte Gestörtsein desselben eine Bedeutung zukommt. Nach Auffassung des Verfassers würde man fehlgehen, wenn man die Bedeutung des einen oder anderen Hormons allzusehr in den Vordergrund stellen würde. Offenbar ist die sich im Blutbild widerspiegelnde Gleichgewichtslage der Glieder des hämatopoetischen Apparates als die Resultate der ineinander verketteten Einflüsse von seiten der verschiedensten endokrinen Drüsen aufzufassen. Somit ist der endokrine Drüsenapparat auch gegenüber dem Blutbilde als eine biologische Einheit anzusehen. Die Verfasser weisen nochmals darauf hin, daß es verkehrt wäre, auf Grund ihrer Befunde oder der anderer Autoren die Rolle des endokrinen Systems namentlich hinsichtlich der Pathogenese der verschiedenen Blutkrankheiten zu überschätzen.

Wenn es auch, wie die Untersuchungen der Verfasser zeigten, auf hormonalem Wege gelingt, regelrechte Anämien zu erzeugen, ferner die gesteigerte Erythrozytenzahl des Polycythämikers oder die vermehrte Leukozytenzahl des Leukämikers um ein erhebliches herabzudrücken u. dgl. mehr, so darf man daraus nicht schließen, daß hiermit der für das Zustandekommen der Bluterkrankungen allein in Betracht kommende Ursprung aufgedeckt worden ist.

Die Erkenntnis, daß die genannten Blutkrankheiten auch endokrinen Ursprungs sein können, darf indeß als eine wesentliche Bereicherung der Anschauungen von Wesen und Art der Blutkrankheiten schlechthin gewertet werden.

Das häufige Auftreten des basedowoiden Krankheitsbildes beim weiblichen Geschlecht in der Nachkriegszeit und seine Erklärung. Die Verfasserin ist der Ansicht, daß beim Zustandekommen des Basedowoids ein Reiz irgendeine Stelle des vegetativen Nervensystems oder des endokrinen Apparates trifft, wobei Störungen in der Sexualfunktion der Frau in einem großen Teil der Fälle das auslösende Moment abgeben. Ein Zusammenhang mit dem geschlechtsreifen Alter ist unverkennbar. Die höhere Zahl neuropathisch-degenerierter Individuen in der Nachkriegszeit stellt das Material für die Entstehung des Basedowoids dar, da Kranke mit dieser Konstitution die auslösenden Sexualstörungen nicht ohne weiteres wieder ausgleichen können. Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 14, 1. April 1926.

Die heutige Hirnchirurgie. F. Krause.
50 Jahre Kropfchirurgie. C. Garré.
50 Jahre Bauchchirurgie. H. Kümmel.
Lungenchirurgie. A. W. Meyer.
Bekämpfung der Darmlähmung durch Umspritzung des Ganglion coeliacum. P. Rosenstein und H. Köhler.
Aseptische Cystoskopie. V. Blum.
* Ist eine Beeinflussung der Endocarditis ulcerosa bzw. Sepsis lenta durch Milzexstirpation möglich? F. Heilbonn.
Die basale Gangrän des Wurmfortsatzes. F. Orthner.
Virusforschung. R. Kraus.
Schädeltrauma und Gehirngeschwulst. A. Wilde.
Desinfex „Merz". Schönke.

Ist eine Beeinflussung der Endocarditis ulcerosa bzw. Sepsis lenta durch Milzexstirpation möglich? Verf. berichtet von drei Fällen von Sepsis lenta, die durch Splenektomie günstig beeinflußt wurden. Theoretisch ist anzunehmen, daß durch die Exstirpation der Milz eine dauernde Reinfektion des Organismus durch Ausschwemmung der aufgespeicherten Bakterien verhindert und gleichzeitig eine Anregung der Heilfaktoren durch funktionellen Reiz auf das retikulo-endotheliale System bewirkt wird. Wichtig ist frühzeitige Indikationsstellung zur Operation, damit der Körper nicht zu sehr geschwächt und die Klappenveränderungen nicht zu schwer sind.

Nr. 15, 9. April 1926.

Myxödem der Erwachsenen. H. Curschmann.
Der Monocyt in trialistischer Auffassung und seine Bedeutung im Krankheitsbilde. V. Schilling.
Die Berufskrankheiten der Aerzte. J. Löwy.
Vagus- oder Karotis-Druckversuch? N. Ortner.
Pathologie und Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen. F. Novak.
Beziehungen des Erregers der Encephalitis epidemica zum Virus des Herpes simplex vom klinischen, anatomischen und experimentellen Standpunkt aus. H. Pette.
Psychologie des angio-neurotischen Oedems. J. H. Schultz.
Fall von Endotoxinvergiftung nach Typhusschutzimpfung. E. Hoke.
Enzymmodelle aus plasmophilen Stoffen. H. Haehn.
Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und Lebercirrhose als Dienstbeschädigung anerkannt. v. Schnizer.
* Ueber die Resorption der 2-Phenylcinchoninsäure (Atophan) durch die Haut. H. Horsters und H. Rothmann.
* Therapeutische Verwendung des Insulins bei Nichtzuckerkranken. H. Bernhardt.

Ueber die Resorption der 2-Phenylcinchoninsäure (Atophan) durch die Haut. Da Atophan häufig vom Magendarmtraktus oder von der Vene aus schlecht vertragen wird, hat die Firma Schering eine Atophansalbe hergestellt und zwar mit und ohne Zusatz von Kampfer, um eine Applikation von der Haut aus zu ermöglichen. Bei Fällen von akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, Lumbago, Gicht wurden sehr gute Erfolge erzielt, besonders die Atophan-Kampfersalbe brachte sehr bald Linderung der Beschwerden. Nach etwa sechs Stunden war die Salizylsäure im Harn nachweisbar. Die Salbe muß in genügender Menge auf einer größeren Körperpartie gut verrieben werden.

Therapeutische Verwendung des Insulins bei Nichtzuckerkranken. Mastkuren mittels Insulins sind bei allen Störungen endokriner Art angebracht, wo die antagonistische Wirkung des Pankreas in Frage kommt, besonders also bei Schilddrüsen-, Hypophysen- und Nebennierenerscheinungen. Bei Basedow findet sich neben der Senkung des O_2-Verbrauches meist eine deutliche Verminderung der spezifisch-dynamischen Wirkung, wenn ½ Stunde vor der Probekost 15—30 Einheiten Insulin gegeben wurden; ebenso deutlich ist die Wirkung auf den Wasserhaushalt, der in einer vermehrten Quellung der Gewebe und Hebung des Gewebsturgors besteht. Die Kohlehydrate werden besser und schneller verwertet und etwa vorhandene azidotische Zustände erfolgreich bekämpft. Als Hauptanwendungsgebiete gelten: Magerkeit bei konstitutioneller Anämie, Arteriosklerose, verzögerte Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten und besonders die alimentäre Toxikose der dystrophischen, hydrolabilen Säuglinge. Wegen näherer Einzelheiten in bezug auf Kostform, Zeitpunkt und Menge der Insulingaben verweist Verf. auf die Arbeit von K. Bauer und W. Nyiri im Jahrg. 1925 dieser Zeitschrift, Nr. 39, S. 1454.

Nr. 16, 16. April 1926.

* Insulinbehandlung des Diabetes. Umber.
Umfrage über die Technik der Einleitung des künstlichen Abortes und der künstlichen Frühgeburt. Opitz, Höhne, Stickel, Halban, Fleischmann.
Ueber endogene Iridocyklitis. Kubik.
Gewährung von Krankenhausaufenthalt und Heilstättenkuren. Grünbaum.
Der Optimismus in der ärztlichen Kunst. Meyer-Homburg-Eupen.
Gegen die toxische Wirkung der Kakteenstacheln. Hauffe.
Histochemischer Nachweis des Wismuts in den Organen. Christeller.
Selbstmord als mittelbare Folge eines Unfalls. Brandis.
* Ueber Thyangol-Pastillen. Kaufmann.

Insulinbehandlung des Diabetes. Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit Insulin an über 600 Fällen von Diabetes mit folgenden Ergebnissen: eine Indicatio vitalis für Insulinbehandlung besteht für das Coma diabeticum, eine absolute Indikation für schweren acidotischen Diabetes. Für mittelschwere und leichte Fälle ist die Insulintherapie, wenn durchführbar, zur Entlastung und Regeneration des geschädigten Inselapparates heranzuziehen, da die Toleranzerhöhung besser und dauernder gewährleistet wird als auf diätetischem Wege allein. Fälle von extrainsulärem Diabetes (etwa 5% der Fälle) scheiden aus. Die Behandlung geschieht, wenn möglich, nicht ambulant, sondern klinisch. Genaue Angabe der Kostbasis und Dosierung. Verf. warnt vor „wilder Insulinbehandlung" und vor Scheintherapie mit zu kleinen Dosen. Verf. warnt ferner vor jeder Reizkörpertherapie bei Diabetes, weil sie die Toleranz häufig verschlechtert statt erhöht.

Ueber meine Erfahrungen mit Thyangol-Pastillen. Bei Rachenerkrankungen hat sich das Thyangol (Dr. Thilo u. Co., Mainz) als außerordentlich wirksam erwiesen sowohl zur Bekämpfung der entzündungserregenden Noxe als auch zur Linderung der subjektiven Beschwerden. Die Pastillen enthalten Anästhesin, Phenacetin, Thymol, Menthol und Ol. Encalypti. Die Pastillen müssen langsam im Munde zergehen.

Nr. 17, 23. April 1926.

* Endocarditis lenta. Lossen.
Der Marathonläufer. Schenk und Wissemann.
Frackknopfnaht bei Kryptorchismus. Springer.
Röntgenverbrennung — Röntgenschädigung. Gabriel.
* Lumbalpunktion in Lokalanästhesie. Konbsch.
Zur Masernprophylaxe. Meißner.
Ueber syphilitischen Schrumpfmagen. Hirschberg.
Ein merkwürdiges lokalisiertes Hypopharynx-Papillom. Gumpertz.
Zur Pachymeningitis haemorrhagica interna. Sonnenfeld.
Zusammensetzung der Tolubalsamextrakte für die Meinicke-Trübungsreaktion und die Technik dieser Reaktion. Laubenheimer und v. Roques.
Aetiologie vor Gericht — Geistesstörung infolge einer Lüge. Brandis.
Zur rektalen und oralen Behandlung von Darmerkrankungen mit Carbo Bolusal!.
Parenterale Lecithinzufuhr, ein Mittel zur Verkürzung von Narkosen und zur Verhütung von Narkosen-Nachwirkungen? Birkholz.
Das polyhormonale Entfettungsmittel Septormon. A. Hirsch.

Zum Krankheitsbild und zur Aetiologie der Endocarditis lenta. Die Lokalisation der endokarditischen Affektion hat sich in neuerer Zeit auffällig verschoben; es sind nicht mehr so häufig die Mitral- als vielmehr die Aortenklappen erkrankt. Statt der früher meist beobachteten Leukocytose findet sich jetzt häufig Leukopenie, wodurch leicht ein Typhus vorgetäuscht werden kann. Die mannigfachen Komplikationen — Haut-, Schleimhaut, Netzhautblutungen, Knötchen an den Endgliedern der Finger, apoplektiforme Insulte — treten infolge embolischer Vorgänge durch Endothelschädigungen auf. Die bakteriologische Blutuntersuchung ist erstens nicht immer positiv und weist zweitens häufig andere Mikroorganismen auf als den Streptokokkus viridans, besonders hämolytische Streptokokken als Ursache der chronischen endokardialen Sepsis. Auffällig ist das Vorwiegen des männlichen Geschlechtes und die starke Beteiligung der Kriegsteilnehmer; Verwundungen, Infektionen, Grippe bilden die ätiologischen Faktoren. Therapeutisch sind nur wenig Fortschritte gemacht, Trypaflavin und Natr. Kakodyl. 0,065—0,26 werden am meisten gerühmt.

Die Ausführung der Lumbalpunktion in Lokalanästhesie und ihre Auswertung durch den praktischen Arzt. Verfasser empfiehlt zur schmerzlosen Ausführung der Lumbalpunktion die Anästhesie nach Schleich, d. h. man setze im dritten Lumbalinterspinalraum 0,5 cm rechts seitlich der Mittellinie eine Quaddel und dringe infiltrierend vor, ersetze die Kanüle an derselben Stelle durch eine längere und taste sich bis an den Lumbalkanal durch. Das plötzliche Nachgeben des Gewebswiderstandes und das Eindringen des Liquors in die Spritze zeigen den Erfolg an. Die Pandysche Reaktion und der Goldsolversuch sind sofort auch vom Praktiker mit Leichtigkeit selbst auszuführen und erlauben eine weitgehende Spezialdiagnose.

Nr. 18, 30. April 1926.

* Die Behandlung der Lungentuberkulose. Klieneberger.
Das Hormon der Nebennierenrinde. Stephan.
Tabes dorsalis auf der Grundlage von Lues congenita bei zwei Schwestern. Daube.
Kohlenstoff-Stickstoffverhältnis im Harn des Kindes. Fischberg.
Ein Fall von primärem Samenblasenkarzinom. Endlich.
Ein Fall von antesakralem, heterotypischem Chondom. Sommer.
Die Verwertung des negativen Druckes bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Lehr.
Erfolgreich operierter Rückenmarkstumor bei Diabetes. Maas.
Zur Biologie der Syphilis. Zur Herkunft der Gummata. Lesser.
Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Quellstäbchen. Holzamer.
Intravenöse Somnifen-Narkose. Petry.
* Neues Arsenpräparat, kombiniert mit Thymusdrüse. Boenheim.
Zur Physiologie und Pathologie der Verdauungsorgane. Wolff.
* „Ziegenmilchanämie“. de Rudder.

Die Behandlung der Lungentuberkulose. Verf. gibt einen ausgezeichneten Ueberblick auf Grund eingehendster Erfahrungen über die gesamte Therapie der Tuberkulose. Als wichtigstes bleibt die diätetisch-klimatische Behandlung in der bekannten Form, von spezifischen Mitteln noch immer Tuberkulin und Tuberkelbazillenemulsion Koch, von allen anderen sah Verfasser keine besondere Wirkung. Dabei wird vor Erzielung stärkerer Reaktionen gewarnt. Die chemischen Präparate bieten keine Vorteile; ob die Goldpräparate (Sanocrysin) den gehofften Erfolg haben werden, bleibt abzuwarten. Ausgezeichnetes sah Verfasser von der Pneumothoraxbehandlung in geeigneten Fällen. Aktive Immunisierung (Selter, Friedmann) gilt vorläufig als gescheitert; die Einverleibung von der Haut aus als mindestens zweifelhaft. Die Ponndorf-Impfung sei zu verwerfen, weil undosiert Giftstoffe von unberechenbarer Wirkung in den Kreislauf kommen. Bei Blutungen intravenös 10% Kalziumchlorid bzw. 10—20%ige Kochsalzlösung. Die chirurgische Tuberkulose besitzt eine besondere Reaktionsfähigkeit und bedarf daher anderer Beurteilung als die Lungentuberkulose.

Ueber ein neues Arsenpräparat kombiniert mit Thymusdrüse. Die Beobachtung der Ausfallserscheinungen in der Pubertät stehen sicher im engen Zusammenhang mit dem Ausfall der Thymusdrüsen. Verf. hat daher mit Verbindungen von Arsen und Thymus — von der Firma Henning als Katalysin in den Handel gebracht —, die besten Erfolge gesehen, nicht nur bei Jugendlichen, sondern auch bei Erschöpfungszuständen Erwachsener; auch bei Basedow; hier unter gleichzeitiger Anwendung kleinster Jodgaben. Die Glandula Thymi ist ein vorzüglicher Roborans, da sie die Ermüdung hemmt. Hämoglobingehalt und Erythrocytenzahl steigen schneller an als nach Arsen allein. Wichtig ist die stoffwechselhemmende Wirkung bei Basedow.

Ziegenmilchanämie. Die bisherigen Ergebnisse sind folgende: Nach Ziegenmilchernährung treten häufiger Anämien auf als nach Kuhmilchernährung, wobei konstitutionelle Momente eine Bedingung für das Auftreten der Anämie bilden. Die Schädigung ist eine trophotoxische, hervorgerufen durch einen noch unbekannten Faktor in der Ziegenmilch, der an das Milchfett gebunden scheint. Infektiöse Genese oder Avitaminose kommt nicht in Frage, auch einfacher Eisenmangel liegt nicht vor. Die Theorie einer Kapronsäurehämolyse hat keine Stütze erfahren, die bisherigen Untersuchungen sprechen gegen sie. Zwischen der Ziegenmilchanämie und derjenigen nach Kuhmilch besteht nur ein gradueller Unterschied. Gegen Ziegenmilchernährung, da wo Kuhmilch nicht zur Verfügung steht, liegen keine Bedenken vor, doch ist ärztliche Ueberwachung nötig, um das Auftreten schwerer Anämien zu verhindern.

Haber.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 19, 7. Mai 1926.

Gruppierung der Idiotie und Imbezilität. Weygandt.
Die Entzündungshemmung durch Kamillentee im Experiment. Arnold.
Viszeraltuberkulose und Hautorgan. Wigand.
Modifikation und Verfeinerung des Mikro. Blutzuckerbestimmung nach Becker und Herrmann. Kaufman.
Der Mastix-Gesamteiweißquotient als Ausdruck der Eiweißverhältnisse im Liquorzerebrospinalis. Wüllenweber.
Die Wassermannsche und die Flockungsreaktionen in der luetischen Milch. Hackemann.
Die sogen. Fleischvergiftungen des Menschen in ihrer Beziehung zu den Paratyphusinfektionen der Schlachttiere. Müller.
Eine Paratyphusepidemie durch Pferdefleisch. Harms zum Spreckel.
Das menschliche Blutbild im Hochtal von Mexiko. Eggers.
Zur Verbreitung des Kropfes in Ostasien. Köhler.
Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.

Nr. 20, 14. Mai 1926.

Experimentelle Untersuchung über die Ausscheidung verschiedener Des-Infektionsmittel durch die Galle und den Einfluß derselben auf das Bakterienwachstum in Galle, Blasenwand und Leber. Specht.
Appendizitis und Gelegenheitsappendektomie. Helly.
* Die Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thallium. Buschke, Langer und Schayer.
Idiopathische Tetanie, Hämokrinin und Epithelkörperchen-Hormon. Beumer und Falkenheim.
Chirurgische Dauerheilung des Magenkrebses. Wegele.
Die euphorisierende Wirkung der Eigenblutinjektionen. Knosp.
Wert grundsätzlich bei jedem Kranken vorgenommener Blutuntersuchungen auf Lues. Stetter.
Gehäufte Strahlenwirkung. Malten.
* Heilung eines Falles von tuberkulöser Meningitis nach intralumbaler Tuberkulinbehandlung. Neidhardt.
Neuzeitliche Behandlungsmethoden der Pediculosis capitis. Vonkennel.
Anwendungsgebiet meiner Stachelstreiferschiene. Beltmann.
Erfahrungen mit dem geburtshilflichen Beinhalter „Teneador“. Wiegand.
Zur Technik der Kolposkopie. Hinselmann.
Gruppierung der Idiotie und Imbezillität. Weygandt.

Die Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thallium. Durch die Einschleppung von Haarpilzerkrankungen (Mikrosporie, Trichophytie, seltenes Favus) in der Nachkriegszeit haben diese Erkrankungen für Deutschland erhebliche Bedeutung erlangt. Zur Bekämpfung wurde bisher mit bestem Erfolg die Röntgenbestrahlung allgemein angewendet, welche den Ausfall der erkrankten Haare sicher herbeiführt. Es kommt bei der Röntgenbehandlung — wenn auch selten — zu Nebenerscheinungen allgemeiner Natur (Schwindel, Erbrechen usw.), die bes. bei Kleinkindern auftreten. In der innerlichen Darreichung von Thalliumazetat wurde ein Mittel gefunden, welches ohne Nebenwirkungen den Haarausfall herbeiführt, auch nicht wie die Bestrahlung den Haarboden derart schädigen kann, daß ein bleibender Haarausfall eintritt. Das Thallium wirkt wahrscheinlich durch Einwirkung auf den Sympathikus zu einer Unterbrechung der Wachstumstätigkeit der Haarzelle. Thallium wirkt nur epilierend und nicht abtötend auf die Pilze ein. Die erkrankten Kopfstellen sind daher nebenbei mit antiseptischen Mitteln zu behandeln (Jodtinkturpinselung im Wechsel mit 10% Schwefelvaseline). Das Thallium ist so für den Praktiker bei der Behandlung dieser Pilzkrankheiten wesentlich zu unterstützen. Durch Kombination von Röntgenbestrahlung in kleinen unschädlichen Dosen mit Thalliummedikation sind die besten Erfolge zu erzielen.

Heilung eines Falles von tuberkulöser Meningitis nach intralumbaler Tuberkulinbehandlung. In einem sicheren Fall von tuberkulöser Meningitis (einwandfreie Tuberkelbazillen im Liquor) bei einem 12 jährigen Knaben wurde durch fünfwöchentliche Behandlung mit 10 Lumbalpunktionen (darunter dreimal intralumbale Injektion von je ½ mg Alttuberkulin Koch in 20 ccm physiolog. Kochsalzlösung) Genesung erzielt. Angesichts der trostlosen Prognose der Erkrankung ist ein derartiger Behandlungsversuch zu unternehmen, zumal schon mehrere Fälle nach der Literatur bei dieser Therapie geheilt wurden.

Nr. 21, 21. Mai 1926.

Zur Abnahme der Chlorose. von Hoesslin.
Die Frage der Purpuraerkrankungen. Kromeke.
* Funktionsprüfung der Leber mit Azorubin S. Fenstermann.
* Resorption des Cardiazols bei peroraler Verabreichung. Hildebrandt und Voss.
Noktal als Schlafmittel im Wochenbett. Riche.
Das neue Morphiumpräparat Dilanaid. Dittrich.
Fingerdermatitis durch Apfelsinenschalen. Müller.
Ueber einen 27 Jahre alten Fall chronischer Amöbenruhr und dessen Heilung durch Yatren sowie Bemerkungen über das Vorkommen von Amöbenruhr und die Verbreitung der Ruhramöbe in Deutschland. Bach und Steinhauer.
Zur Behandlung der Pernionen. Brase.
Frage der Lungenfremdkörper. Hornung.
Skrotumödem bei Mediastinaltumor. Hochrein.
Eine zweckmäßige Sonde zur Behebung der verschiedenen Aussprachefehler des S-Lautes. Gutzmann.
Gonomors, ein neues Prophylaktikum.

Die Funktionsprüfung der Leber mit Azorubin S. Dieser organische Farbstoff wird beim Normalen zu etwa 95% mit der Galle ausgeschieden. Bei Schädigung der Leber gelangt er im Harn zur Ausscheidung. Die quantitave kolorimetrische Bestimmung des Farbstoffs im Urin nach intravenöser Injektion von 4 ccm 1% Azorubinlösung ergibt Werte, die dem Grad der Leberschädigung (toxischer oder anatomischer Erkrankungen) parallel gehen. Die Bewertung der Menge der Farbstoffausscheidung ist wertvoller als die einfache Feststellung der Zeit ihres Auftretens und Verschwindens.

Resorption des Cardiazols bei peroraler Verabreichung. Nach den experimentellen Untersuchungen an den verschiedensten Tieren wird Cardiazol auch vom Magen-Darmkanal sehr schnell und ausgiebig resorbiert. Die Entgiftung erfolgt sehr langsam, so daß Vorsicht bei dieser Darreichungsart geboten erscheint.

Biberfeld.

Buchbesprechungen.

Schindler: **Die Konstitution als Faktor in der Pathologie und Therapie der Syphilis.** Verlag S. Karger, Berlin, 1926. — Mit dem Ziel, Klarheit zu bringen und Illusionen zu zerstören, veröffentlicht der Autor eine unbekümmert und leicht polemisch geschriebene Abhandlung, in der er der Konstitution des einzelnen Organismus die Hauptrolle in der Pathologie und Therapie der Lues zuerkennt. Sehr pessimistisch ist seine Auffassung von der Bedeutung der negativen Serumreaktion, bei der er jede Gesetzmäßigkeit leugnet. Sein Urteil über die Reinfektion und die Abortivheilung ud die Art, wie man heute mit ihnen spielt, ist vernichtend, denn man beweist die erste mit der zweiten und die zweite mit der ersten. Eine Heiratserlaubnis für Syphilitiker lehnt er überhaupt ab und greift die herrschende Richtung in Deutschland und Frankreich, die unter gewissen Bedingungen den Consens zu erteilen wünscht, heftig an. Würde der Wunsch des Autors erfüllt, der lebenslänglichen Ungeeignetheit des Syphilitikers zur Eheschließung durch Volksglauben allgemeine Geltung zu verschaffen, was konsequenterweise noch auf die Syphilitiker der zweiten und dritten Generation auszudehnen wäre, es wäre nicht gut, glaube ich, weder für die Gesunden, noch für die Kranken. Gerade die Ehe lenkt die Vita sexualis der früher Infizierten in die monogame Bahn und spornt zu einer gründlichen Behandlung an.

Abgesehen von diesen etwas zu weit getriebenen Forderungen, rührt das Buch an die Kernpunkte der Syphilisprobleme und regt zum Nachdenken an. Es ist daher sehr lesenswert und zu empfehlen.

K. Heymann (Berlin).

Prof. Dr. H. E. Timerding: **Das Problem der ledigen Frau.** Abhandlungen auf dem Gebiete der Sexualforschung, Band IV, Heft 4, 44 Seiten, M. A. Marcus & E. Webers Verlag, Bonn, 1925. — Verfasser bespricht in einer feuilletonistischen Art die mit der heutigen Gesellschaftsordnung verbundene ungünstige Position der ledigen Frau in sozialer, beruflicher, sexualer Beziehung und stellt Forderungen auf, deren Erfüllung nach seiner Meinung das Schicksal der ledigen Frau erleichtern würde. So würde die Verpflichtung des Mannes zur Heirat der von ihm unehelich Geschwängerten die Zahl der Eheschließungen erhöhen. Der Wegfall von Vorurteilen gegen die berufliche Betätigung der Frau würde auch der Ledigen eine Zufriedenheit mit ihrem Schicksal eintragen. Die Empfehlung der unehelichen Mutterschaft hält Verfasser nicht für geeignet, das Problem der ledigen Frau lösen zu helfen. „Man gebe ihr den vollwertigen Anteil am öffentlichen und privaten Leben, dann sorgt man am besten dafür, daß das Problem der ledigen Frau gelöst wird, soweit es möglich ist. Nur auf dem Boden einer sittlich gefestigten, aber von einer falschen Moral und von spießbürgerlichen Vorurteilen befreiten Gesellschaft können wir eine Milderung des Loses der ledigen Frau erwarten."

Hans Lungwitz.

Hofrat Dr. W. Hecke: **Bericht über die 7. Fürsorgetagung 1925.** Verl. Jul. Springer, Wien 1925. 1,20 M. — Das 88 Seiten starke Heft enthält im Wortlaut die bei der Fürsorgetagung der Oesterreichischen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik gehaltenen Vorträge. Sie geben ein gutes Spiegelbild der jetzigen fürsorglichen Tätigkeit, ihrer Wünsche, Ziele und bisherigen Erfolge in unserem Nachbarlande. Die folgenden Titel der einzelnen Vorträge werden den reichen Inhalt charakterisieren: Narbeshuber: Die Stellung des Arztes in der Fürsorge; Licht: Zusammenarbeit von Rechts- und Gesundheitsfürsorge; Meier: Gesundheitsfürsorge im Staat; Hamburger: Tuberkuloseverhütung in der Gesundheitsfürsorge; Seiffert: Die praktische Durchführung der hygienischen Volksbelehrung; Alberti-Tausche: Die Stellung der Fürsorgerin; Moll: Zur Kinder-Erholungsfürsorge; Palla: Sozialpolitik und Bevölkerungspolitik; Weiß: Bevölkerungspolitik und ärztliche Vorsorge; Hecke: Fürsorgeaufgaben zur Bekämpfung der Landflucht; Finger-Rudel-Zeynek: Fürsorge für Geschlechtskranke.

Dr. Michaelis-Bitterfeld.

Tedesco-Polack, Béatrix: **Séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho.** Paris, les presses universitaires de france. — 86 S. 1925. — Das Krebsproblem lockt den Menschengeist auf die seltsamsten Pfade, namentlich die Krebsdiagnose. Das Geständnis: ignoramus scheint furchtbar schwer zu sein. Der Wahn, im Blutserum müßten die charakteristischen Stoffe der verschiedenen Krankheiten enthalten sein, beherrscht offenbar hemmungslos die Gemüter. Weil die serologischen Resultate unter sich und mit der Wirklichkeit nicht so recht übereinstimmen wollen, verfiel Botelho auf den ingeniösen Gedanken, daß vielleicht die verschiedene Konzentration des Serums daran schuld sein möchte. Er fand schließlich eine Einengung bzw. Verdünnung der Seren auf 78 bis 80% Albumin für die richtige Konzentration (man bestimmt sie mit Hilfe des Refraktometers). Damit erhielt er in 90,4% der Kanzerösen, in 85,5% der Nicht-Krebskranken zutreffende Resultate. Aber schon nach der gelungenen Operation ergaben sich Diskrepanzen zwischen Klinik und Serologie.

Botelho‘s Gedankengänge mögen höchst subtil sein. Aber sein Landsmann Voltaire hat nicht mit Unrecht gesagt: Tant de méditation n‘est qu‘une affliction de la chair.

Buttersack.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen 2 mal monatlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 2.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 3 Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter u. Nationalbank Kom.-Ges., Dep.-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 12 BERLIN, DEN 29. JUNI 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
JUL 19 1926
U. S. Department of Agriculture

4

Für die Kassenpraxis!

Jod-Dermasan bestens bewährt bei
(Jodiertes Ester-Dermasan)

Gelenk- und Knochenschmerzen (auch luetische und tuberkulöse)
Neuralgien, Ischias
Furunkulose (vor evtl. nach der Spaltung), „verschmierte“ Wunden

Robural Nähr- und Nervenpräparat

enthält alle ernährungsnotwendigen Bestandteile in konzentrierter Form wie: **Lecithin und andere Lipoide, Vitamine, Strontium u. andere Mineralstoffe, Kohlehydrate u. Kakao.**
Konsumierende Krankheiten, Fehlnährschäden

1—2 Teelöffel in Milch, Sahne, Eigelb oder Wasser **ungekocht** zu nehmen oder wie Kakao zuzubereiten.

100 g Mk. 1.10 250 g Mk 2.60 500 g Mk. 5.—

Proben und Literatur

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

Fortschritte der Medizin
(Wochenschrift des praktischen Arztes)

erscheinen von jetzt ab jeden Dienstag

Das Zentralorgan für die Gesamtmedizin referiert zurzeit über 130 führende Fachzeitschriften der medizinischen Weltliteratur.

Post-Bezugspreis vierteljährlich Mk. 6.00
Bei direktem Bezuge unter Streifband Mk. 7.00

Verlag HANS PUSCH / BERLIN SW 48, Friedrichstraße 231

Sedativum

Ureabromin

Bromkalziumharnstoff

sichert zuverlässige Bromwirkung,
vermeidet lästige Brombegleiterscheinungen.

Spasmolytikum

Spasmyl

Kampferbenzylvalerianat

beseitigt Darmspasmen und
dysmenorrhoische Beschwerden,
gestattet wegen seiner Ungiftigkeit längeren Gebrauch.

Cardiakum

Liquitalis

gereinigte Aktivglykoside d. Fol. Dig.

Standardisiert nach Froschdosen,
mittels beigegebenem Tropfzähler
leicht dosierbar,
bewährt in Klinik u. Einzelpraxis.

Gehe

GEHE & CO., A.G. DRESDEN-N. 6

Literatur:

Dr. **Alfred Alexander**, Berlin: „Pluriglanduläre Fettsucht und ihre Behandlung." (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, Nr. 10.)

Prof. Dr. **Holste**, Jena: „Neue Arzneimittel" (. . . Über die Zusammensetzung des Lipolysins.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 18.)

Dr. **Max Porges**, Marienbad: „Zur Behandlung der pluriglandulären Fettsucht". (Deutsche Med. Wochenschrift 1924, Nr. 25.)

Dr. **Otto Schlesinger**, Berlin: „Die Fettsucht u. ihre Behandlung auf Grund endokrin. Erkenntnis." (Medizinische Klinik 1923, Nr. 42.)

Dr. **Löw**, Döberitz: „Lipolysin, ein pluriglanduläres Entfettungsmittel". (Gr.-Berliner Ärzteblatt 1923, Nr. 41.)

Dr. **Lewy**, Bad Reichenhall: „Die hormonale Bekämpfung der Fettsucht". (Fortschritte der Medizin 1923, Nr. 10.)

Prof. **Umber**, Dirig. Arzt d. Krankenhaus. Charlottenb.-Westend: „Fettleibigkeit und Fettsucht". (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 10.)

Lipolysin

masculin. feminin.

Das pluriglanduläre Entfettungsmittel für orale und intramuskuläre Anwendung.

Kleine Dosen Tabletten verhüten Fettansatz, größere Dosen bewirken Gewichtsabnahme; zu einer systematischen Entfettungskur gehört die kombinierte Anwendung von Tabletten und Ampullen.

Neues Präparat!

Lipolysin sine Thyreoidea

In Fällen, wo Schilddrüsenmedikation kontraindiziert ist.

Literatur:

Dr. **W. Jülich**, Hamburg Barmbeck: „Zur Nosologie u. Therapie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa)". (Mediz. Klinik 1925, Nr. 32.)

Dr. **Albert Lahmann**, Weißer Hirsch bei Dresden: „Die klinische Bedeutung der quantitativen Untersuchung auf Abwehrfermente" (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 36.)

Prof. **Hermann Zondek**, Berlin: „Ueber hypophysär-cerebral-peripherische Fettsucht (Salz-Wasser-Fettsucht)" (Dt Med. Wochenschr. 1925, Nr. 31).

Dr. **Erwin Pulay**, Wien: „Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organ-Präparaten" (Dt. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 5).

San.-Rat Dr. **Bieling** und Dr. **Harry**, Friedrichroda: „Untersuchungen über Lipolysinwirkung mit dem Knipping'schen Gasstoffwechsel - Apparat". (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 46; Archiv für Balneologie u. Med. Klimatologie 1926, Nr. 7).

Dr. **Alfred Alexander**, Berlin: „Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea" (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 7).

Dr. Georg Henning, Berlin W 35, Kurfürstenstraße 146/147.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dir. Prof. Dr. M. Stickel.)
Dr. Günther Conrad, Oberarzt der Abteilung: Ueber Tuberkulose der Portio 549

Laufende medizinische Literatur:

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1926, **23,** Nr 7—9 551
Reichsgesundheitsblatt 1926, **1,** Nr. 16—18 552
Seuchenbekämpfung 1926, **2,** III 552
Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie 1926, **112,** Heft 5 und 6 553
Zeitschrift für klinische Medizin 1926, **103,** Heft 2 . . 553
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1926, **41,** Heft 2 553
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1926, **102,** Heft 1 und 2 554
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, **76,** Heft 5 555
Monatsschrift für Kinderheilkunde, **32,** Heft 2 . . . 556
Jahrbuch für Kinderheilkunde, **62,** Heft 3-4 556
Archiv für Kinderheilkunde 1926, **78,** Heft 1 556
Zentralblatt für Gynäkologie, **50,** Heft 14-17 556
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1926 **73,** Heft 1-2, 3-4 558
Dermatologische Wochenschrift 1926, **82,** Nr. 19-22 . . 558
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 18-19 559
Revue Médicale de la Suisse Romande 1926, Nr. 5 . . . 560
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, Nr. 14 560
Hygiea 1926, **88,** Heft 3 560
Norsk Magazin for Laegenvidenskoben 1926, Nr. 5 . 560
Ugeskrift for Laeger, Nr. 16-18 561
Acta chirurgica scandinavica, Vol. **60,** Suppl. 7 . . . 561
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **105,** 6. Heft . . . 561
Finska Läkaresällskapets Handlingar 1926, **68,** April 561
Britisch medical Journal 1926, Nr. 3403, 3409 . . . 561
La Riforma medica 1926, **42,** Nr. 14-18 562
Il Policlinico, Sez. prat, 1926, **33,** Nr. 14-20 563
Il Policlinico, Sez. med. 1926, **33,** Nr. 4-5 564
Il Policlinico, Sez. chir. 1926, **33,** Nr. 4-5 564
La Presse Médicale, Paris 1926, Nr. 22-26 564
Revue d'Orthopédie 1926, **33,** Nr. 2, 3 565
Annales de Derm. et de Syphiligraphie 1926, Nr. 3 . 566
Biologie Medicale 1926, **24,** Nr. 3, 4 566
Journal of the American Medical Association 1926, **86,** Nr. 14-17 567
Archives of internal Medicine 1926, Nr. 4 570
Medical journal and record, 1926, Nr. 6-9 570
The Boston medical and surgical journal 1926, Nr. 11-18 576
Long Island Medical Journal 1926, **20,** Nr. 3 579
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapie, **33,** Nr. 5-6 579
The journal of Urology 1926, April 582
California and Western Medicine 1926, **24,** Nr. 4-5 . . 582
Buchbesprechungen 583
Kongreßnachrichten 586

Therapeutische Mitteilungen:

Sanitätsrat Dr. med. Dahmer, Berlin: Zur Vermeidung des Nachschmerzes bei Operationen . . 587
Dr. med. Adolf Schlemmer, München: Ueber Behandlung des Fluor albus mit Granugenol (Knoll) . 587
Dr. Stephan Westmann, Berlin: Enterale Therapie in der Frauenheilkunde mit Hydrolysaten aus tierischen Organen und tierischem Eiweiß 588

SANATORIUM
Reinhardsbrunn
in Friedrichroda / Thüringen
Dr. med. Lippert-Kothe
Innere, besonders Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten
Diät-Kuren

EATAN
Das organotrope Aminosäuren-Präparat

INDIKATIONEN:
Bei Unterernährung, bei Schwäche- und Ermüdungszuständen, bei Blutarmut, im Wochenbett, nach Operationen, in der Rekonvaleszenz; bei nervösen Erkrankungen, bei Dysfunktionen des Magen- und Darmtraktus, bei Grippe, bei Tuberkulose.

WIRKUNG:
Anregung des Stoffwechsels, rasche Hebung des Appetits und des Körpergewichtes, günstige Beeinflussung des Gesamtbefindens u. des Nervensystems, Beschleunigung der Rekonvaleszenz, Ausheilung von lokalen, tuberkulösen Zerstörungsprozessen.

EATAN wird per os genommen.

Literatur und Proben durch die EATINON-G-M-B-H-MÜNCHEN, Karolinenplatz 3.

Jodocalcit-Tabletten *Die bekömmliche Jod-Calciumdarreichung*
Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

Bestes Haut- & Massage-Oel.
Dermatine
Hersteller: Karl H. Seidel
Berlin-Schöneberg
Vorbergstr. 3

Originalflasche
M. 1,70
In einschlägigen Geschäften zu haben, wo nicht, franko Nachnahme vom Hersteller
Karl H. Seidel
Berlin-Schöneberg 29
Vorbergstraße 3
Postscheck: Berlin 131 510

INTROCID
(Cer-Jod.-Verbindung)

Sepsis / Bösartige Geschwülste
Entzündungen aller Art

Literatur und Proben den Herren Aerzten zur Verfügung durch
HANS POTRATZ G. M. B. H. / HAMBURG 39 E.
MÜHLENKAMP 63
Vertrieb für Mittel- und Süddeutschland (Sachsen, Thüringen, Bayern, Württemberg und Baden) Vertriebsstelle der Virusforschungsanstalt Jena zu **ERFURT**, Moltkestraße 90.

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

UNGIFTIGES SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma
ERLANGEN
HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
KASSENPACKUNG
Hovaletten
Zyma

HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 12 29. JUNI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des
Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin.
(Direktor: Prof. Dr. M. Stickel.)

Ueber Tuberkulose der Portio.

Von
Dr. GÜNTHER CONRAD, Oberarzt der Abteilung.

Wenn auch die Tuberkulose der weiblichen Genitalien keine so seltene Erkrankung darstellt, wie früher angenommen, so sind doch die Fälle, bei denen die Portio tuberkulös miterkrankt ist, nicht sehr häufig, so daß folgender Fall, der in unserer Klinik zur Beobachtung kam, einiges Interesse — namentlich auch für den weiteren Kreis der praktischen Aerzte — verdient.

48 jährige Patientin wird uns von der inneren Klinik, auf der sie über 2 Monate wegen multipler Sklerose gelegen hat, wegen Blutungen aus dem Genitale überwiesen. Anamnestisch ist zu bemerken, daß sie als Kind Diphtherie durchgemacht und als junges Mädchen an Bleichsucht gelitten hat: Erste Regel mit 21 Jahren — immer unregelmäßig — letzte im Juni 1924. 1 Abort (m. II.) 1 Partus, Kind lebt und ist gesund. 1919 linksseitige Rippenfellentzündung. Seit 20 Jahren klagt Patientin über „Nervenschmerzen" im ganzen Körper; sie beschreibt diese als ziehende rheumatische Schmerzen, die in der letzten Zeit erheblich zugenommen haben; außerdem habe sie das Gefühl, als wenn der Leib stark aufgetrieben wäre.

Status: Mittelgroße Frau in leidlich gutem Ernährungszustand. Haut- und Gesichtsfarbe blaß. Schleimhäute gut durchblutet; keine Oedeme. Dermographie.

Cor: Grenzen verbreitert, Töne leise, aber rein.

Pulmones: Ueber allen Partien voller Klopfschall und vesikuläres Atmen. Grenzen h. und gut verschieblich.

Röntgenologisch: Durchleuchtung der Lungen ergibt: Rechte Seite leicht getrübt, Spitze dichter verschattet, und einige kleine Flecke in den Hili.

Platte (4. 5. 25): Kein sehr ausgeprägter Befund.

Kontrollplatte (9. 6. 25): Im linken Oberf. einige dünne kleine Fleckchen, sonst kein wesentlicher Befund.

Abdomen: Leib weich, nirgends druckempfindlich, Milz und Leber nicht vergrößert.

Neurologisch: Pupillen mittelweit, reagieren auf L. und R.

$$\left.\begin{array}{l}\text{Patellar}\\ \text{Achillissehnen}\end{array}\right\}\text{ reflex und lebhaft }\left.\begin{array}{l}\text{Patellarklonus}\\ \text{Fußklonus}\end{array}\right\}\text{ links,}$$

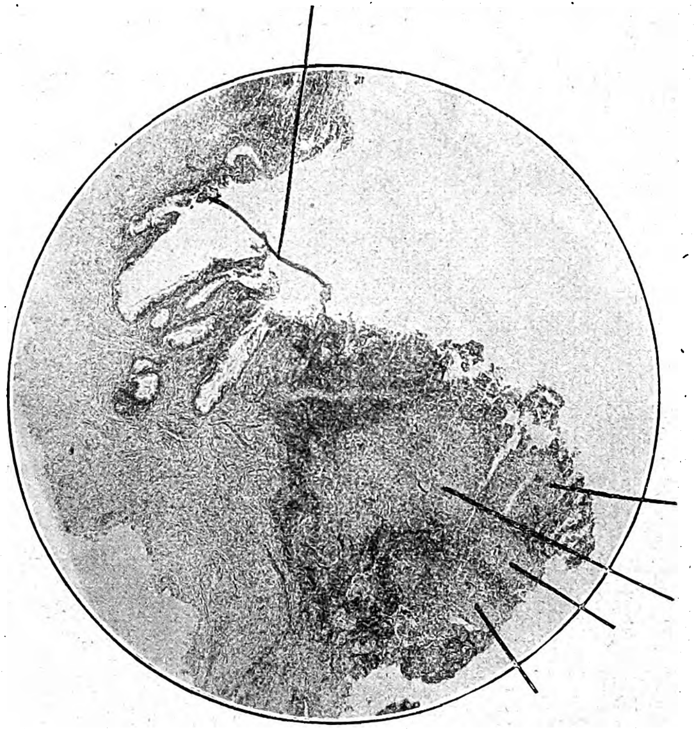
$$\left.\begin{array}{l}\text{Patellarklonus}\\ \text{Fußklonus}\end{array}\right\}\text{ rechts angedeutet.}$$

Bauchdeckenreflexe sind nicht auslösbar.

Urin o. B, Puls 84, regelmäßig, Temperatur normal

$$\text{Ri. Ro. 125/60 }\left.\begin{array}{l}\text{Lumbalpunktat}\\ \text{Wa-R}\end{array}\right\}\text{ negativ.}$$

Die gynäkologische Untersuchung ergab eine kleine Erosion an der vorderen Muttermundlippe, die eigentlich unverdächtig aussah, sonstiges Genitale o. B. Um jedoch jeden Verdacht auf ein beginnendes Portio-Ca. auszuschalten, wird eine Probeexcision aus der vorderen Muttermundslippe vorgenommen. Der mikroskopische Befund aus dem pathologischen Institut (Dr. Christeller) ergab zur größten Ueberraschung: Verkäsende Portiotuberkulose (siehe Abbildung).



Tuberkelknoten mit Langhansschen Riesenzellen.

Die Annahme, daß es sich um eine primäre Portiotuberkulose handeln könnte, wurde bald fallen gelassen, denn der röntgenologische Befund ließ darauf schließen, daß es sich um eine sekundäre Affektion des Genitale von einem tuberkulösen Lungenprozeß aus handelte, der zur Ausheilung gekommen war. Da nun die Erkrankung auf das Genitale beschränkt schien, so wurde, um eine weitere Ausbreitung von hier aus zu verhindern, beschlossen, das erkrankte Organ zu entfernen. Suprasymphysärer Querschnitt in Allgemeinnarkose (Prof. Stickel), da wegen der gleichzeitig bestehenden multiplen Sklerose von der Lumbalanästhesie Abstand genommen wird. Das Peritoneum und die Därme völlig glatt und spiegelnd. Beide Adnexe in leichte Verwachsungen eingebettet. Auf der rechten Tube einige kleine Knötchen. Mesenterialdrüsen nicht vergrößert. Totalexstirpation des Uterus + beider Adnexe.

Pat. steht am 8. Tage p. op. auf, Bauchwunde p. p. verheilt, wird nach 14 Tagen nach der inneren Klinik zurückverlegt. Subfebrile Temperatur. Nach dem weiteren Bericht der inneren Klinik begann der Zustand der Patientin sich in der nächsten Zeit zu verschlechtern, es setzte hohes, remittierendes Fieber ein, das sich über Wochen hinzog. Es trat ein Lungenbefund auf (Dämpfung und katarrhalische Erscheinungen, bronchitische Geräusche bis zu fein- und mittelblasigen

---

[3]) Journ. amer. med. assoc. 85. (6. Aug. 1925.)

trockenen R.-G.). Pat. verfiel immer mehr und 2½ Monate p. op. trat Exitus letalis ein. Die Sektion war verboten. Der pathologisch-anatomische Befund des Operationspräparates ergab: 1. Tuben: frische Tuberkulose, diffus die ganze Schleimhaut ergreifend, miliare und submiliare Serosatuberkel. 2. Ovarien: Auf der Serosa des link. Ovariums ein submiliarer Tuberkel, im Innern nichts besonderes. 3. Uterus (Ganzschnitt) Tuberkulose des Endometriums, frischer als in den Tuben. In dem untersuchten Großschnitt zeigt die Portio, außer glandulärer Erosion, einen lymphocytären Herd, den man ohne Kenntnis der anderen Stellen nicht als tuberkulös erkennen würde.

Es ist ja bekannt, daß die Genitaltuberkulose des Weibes fast immer sekundär entsteht, meist auf hämatogenem Wege, von irgend einem im übrigen Körper befindlichen primären Infektionsherde aus, am häufigsten von einer Lungen-, Drüsen- oder Pleuratuberkulose aus, oder das Eindringen des Erregers geschieht durch die Lymphbahnen, oder drittens durch kontinuierliche Infektion vom Peritoneum, Darm oder den Harnwegen aus. Einige Autoren, die für die haematogene Infektion eintreten, betrachten die an den Genitalien am häufigsten vorkommende Tubentuberkulose als eine „Ausscheidungstuberkulose“, wobei die Ausscheidung aus den Gefäßen der Wand durch die Schleimhaut in das Tubenlumen stattfinden soll und die Schleimhaut bei dem Passieren der Bakterien tuberkulös infiziert werden (zitiert nach Bertolini). Endlich kommt die direkte Infektion der Genitalien von außen her in Betracht, und zwar können die Bazillen ebenfalls sekundär von einem anderen primären Herde im Körper der Erkrankten, z. B. der Lunge oder dem Darme ausgeschieden und nun in die Genitalien gelangt sein (Hände, Wäsche usw.), oder die Genitalien können primär erkrankt sein, sei es durch Instrumente oder touchierenden Finger, die mit keimhaltigem Material beladen sind, sei es direkt durch Kohabitation mit einem tuberkulösen Mann, da ja das Vorkommen von Tuberkelbazillen im Ejakulat tuberkulöser, aber nicht an den Genitalien erkrankter Männer sichergestellt ist (v. Franqué)[1].

Die Genitaltuberkulose kommt in jedem Lebensalter vor, hauptsächlich jedoch in der Zeit der Geschlechtsreife, und in dieser ist wiederum das 3. Jahrzehnt bevorzugt. Pankow[2]) hat unter 262 Sektionsfällen folgende Altersverteilung gefunden:

vom	1.—10.	Lebensjahre	in	5,5%
„	11.—20.	„	„	15 %
„	21.—30.	„	„	29 %
„	31.—40.	„	„	19 %
„	41.—50.	„	„	12 %
„	51.—60.	„	„	8 %
„	61.—70.	„	„	6 %
„	71. u. später	„	„	5,5%

Was die Häufigkeit der Erkrankung bezüglich der einzelnen Genitalabschnitte anbelangt, so ist derselbe Autor auf Grund mehrerer großer Statistiken zu folgenden Resultaten gekommen:

Tuben	85,4%
Uterus	51,5%
Ovarium	12,4%
Vagina	8,8%
Vulva	0,7%

Bertolini[3]) fand die einzelnen Organe und Organteile an 55 untersuchten Tuberkulosefällen folgendermaßen beteiligt: Peritoneum 43, Tuben 19, Corpus uteri 7, Cervix 4, Portio 1, Ovarium 7, Vulva 1, Vagina —.

Aus diesen Zusammenstellungen geht zur Genüge hervor, daß die tuberkulöse Erkrankung der Cervix und besonders der Portio eine recht seltene ist, da ja im allgemeinen der innere Muttermund eine Barriere gegen das Fortschreiten der Tuberkulose darstellt, und auch ein Uebergang vom Lymphsystem des Corpus zu dem der Cervix gewöhnlich nicht stattfindet. Auch die Beteiligung der Ovarien ist nicht häufig. Nicht nur die Albuginea, sondern auch das ovarielle Gewebe bilden einen Widerstand gegen das Eindringen der Tuberkelbazillen (Stein).

Die Diagnose „Portiotuberkulose“ wird wohl in den allerwenigsten Fällen auf Anhieb gestellt werden können, namentlich wenn — wie in unserem Falle — kein typischer Tastbefund des übrigen Genitale zu erheben ist. Aber trotzdem hat sie eine so große Bedeutung, weil sie durch die sichtbaren Erscheinungen, die sie an der Portio macht, in vielen Fällen doch erst die Veranlassung dazu gibt, eine genaue mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. Meist wird eine Erosion oder ein Ulcus den Verdacht auf Ca. portionis erwecken, und eine dieserhalb vorgenommene Probeexzision zur mikroskopischen Untersuchung den wahren Sachverhalt aufklären. Nach v. Franqué kann die Cervix- und Portiotuberkulose klinisch dieselben Erscheinungen machen, wie ein beginnendes Ca., besonders Blutungen bei der Kohabitation; sie kann alle 3 Formen des Ca., die am Collum vorkommen, nachahmen, in Form papillärer Wucherungen, das blumenkohlähnliche Portiokankroid, in Form flacher Ulceration, das carcinomatöse Ulcus rodens, und in Form diffuser Infiltration und Verdickung der ganzen Portio die tiefsitzenden und infiltrierenden Carcinom- und Endotheliomknoten dieses Gebärmutterabschnittes. Diese nahen Beziehungen zum Ca. machen die Portiotuberkulose trotz ihrer Seltenheit auch für den Praktiker interessant.“

Näher auf die Symptome und den Verlauf der Genitaltuberkulose einzugehen, erübrigt sich und verweise ich auf die diesbezügliche reichhaltige Literatur. Zu bemerken wäre vielleicht noch, daß die sog. Salpingitis isthmica nodosa nicht immer — wie früher behauptet — charakteristisch für Tuberkulose ist, sondern wir finden diese Veränderungen auch bei Salpingitiden anderer Aetiologie, jedoch erwecken nach Pankow die von Hegar beschriebenen Knötchen im Douglas den Verdacht auf Tuberkulose, sofern man eine metastatische Aussaat karzinomatöser Neubildungen ausschließen kann. Ferner möchte ich nochmals besonders auf die mit der Genitaltuberkulose fast immer verbundene Sterilität hinweisen, die die Frauen zum Aerzte hinführt. v. Franqué macht in seiner erschöpfenden Abhandlung auf die großen Gefahren aufmerksam, die dem Praktiker durch die Behandlung der Sterilität drohen; denn selbst bei abgeheilten oder im latenten Stadium befindlichen tuberkulösen Prozessen schloß sich manchmal an den lokalen Behandlungsversuch einer solchen Sterilität eine tödliche Miliartuberkulose an. v. Franqué beobachtete zwei solcher Fälle, die letal endeten. Bei der ersten Patientin war vom Aerzte in der Sprechstunde der Versuch gemacht worden, die Sterilität durch Sondenerweiterung zu beheben; sie starb unmittelbar nach der Operation, die wegen des Durchbruchs der vorhandenen Abszesse ins Rektum notwendig geworden war. Bei einer zweiten Patientin hatte sich an die Sterilitätsbehandlung ein jahrelanges Krankenlager angeschlossen mit Ausbildung multipler tuberkulöser Abszesse in der Umgebung der Genitalien, denen die Patientin schließlich erlag. Auch Prochownik, Albrecht und Gräfenberg führen mehrere solcher Fälle an (zitiert nach v. Franqué), in dem von Gräfenberg beschriebenen Fall war eine bestehende Dysmenorrhoe behandelt worden. Auf Grund dieser schweren Schädigungen warnen die genannten Autoren jeden praktischen Arzt sich überhaupt auf eine lokale Behandlung primärer Sterilität und Dysmenorrhoe einzulassen, da eine versteckte Tuberkulose oft nur in Narkose von einem in der vaginalen und rektalen kombinierten Untersuchung erfahrenen Arzte erkannt werden könne.

---

[1]) v. Franqué: Pathologie und Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin. 1913. XIV. Bd. 1. Heft.

[2]) Pankow: Zur Diagnose und Therapie der Genitaltuberkulose. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin 1923.

[3]) Bertolini: Anatomisch-pathologische Beiträge zur weiblichen Genitaltuberkulose. Zentralbl. f. Gyn. 1921, Nr. 51.

Bezüglich der Behandlung ist die Entscheidung „operativ oder konservativ" sehr schwierig. Voraussetzung für jeden operativen Eingriff muß natürlich sein, daß andere tuberkulöse Herde nicht nachzuweisen oder abgeheilt sind. Unter diesen Bedingungen tritt v. Franqué in erster Linie für die operative Behandlung ein und kann nach seinen Erfahrungen in zwei Drittel der operierten Fälle auf Dauerheilung rechnen. Bestimmend für ihn, die operative Behandlung vorzuziehen, ist der Umstand, daß die konservative Therapie sehr langwierig und teuer ist und doch nur in den wenigsten Fällen zum Ziele führe, ferner, daß die Krankheit in einer großen Zahl der Fälle durch die tuberkulöse Peritonitis mehr oder weniger schnell zu mTode führe. Demgegenüber vertritt Pankow den Standpunkt, daß die Genitaltuberkulose nur selten eine Peritonitis diffusa tuberkulosa im Gefolge hat und daß sie deshalb auch auf diesem Wege wohl nur ausnahmsweise den Tod der Frau zur Folge hat. Diese beiden gegenteiligen Ansichten sind auch an Hand eines großen Sektionsmaterials nicht einwandfrei klargestellt, denn während z. B. Krönig zu dem Schluß kommt, daß die Bauchfelltuberkulose die Genitaltuberkulose verursache, verficht umgekehrt Albrecht die Ansicht, daß die Genitaltuberkulose bei der Frau häufig den Ausgangspunkt für die Bauchfelltuberkulose bildet. Pankow lehnt deshalb die prinzipielle operative Entfernung der tuberkulös erkrankten Organe ab, zumal er eine Verschleppung von Tbc.-Bazillen auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn durch den operativen Eingriff befürchtet, die zu einer rasch verlaufenden Miliartuberkulose führen kann. Nur heftige, auf keine andere Weise zu beseitigende Adhäsionsbeschwerden veranlassen ihn, die Operation auszuführen. Er schlägt deshalb statt der Operation die Röntgentiefenbehandlung in Kombination mit einer Alttuberkulinkur vor.

In unserem Falle hatten wir die Operation ausgeführt, weil klinisch und röntgenologisch kein akuter Lungenprozeß nachzuweisen war. Trotzdem war durch die Operation ein Aufflackern der alten tuberkulösen Spitzenherde mit Aussaat in die Umgebung aufgetreten (Dämpfung und katarrhalische Erscheinungen von bronchitischen Geräuschen bis zu feinen und mittelblasigen trockenen R. G.), der die Patientin schließlich erlag. Auf Grund dieses Falles muß man also sagen, daß die Operation — selbst unter strenger Indikation — einen Eingriff darstellt, bei dem ein Aufflackern alter, abgeheilter tuberkulöser Herde nicht immer ausgeschlossen werden kann, so daß man doch nach dem Vorschlage von Pankow zunächst immer einen Versuch mit der Röntgentiefentherapie in Verbindung mit einer Alttuberkulinkur machen sollte.

Laufende medizinische Literatur.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Nr. 7, 1. April 1926, 23. Jahrg.

* Die Behandlung des Muskel- und Gelenkrheumatismus mit besonderer Berücksichtigung der Balneologie. W. His.
* Die Behandlung der Hypertonie und drohenden Arteriosklerose unter besonderer Berücksichtigung der Balneologie. Paul Fleischmann.
Physikalische Behandlung der Herz- und Gefäßkrankheiten. Goldscheider.
* Die Lösung des Scharlachproblems. Gutfell.
Mittelstandskuren in Heilbädern und Heilanstalten. Hirsch.

Die Behandlung des Muskel- und Gelenkrheumatismus mit besonderer Berücksichtigung der Balneologie. Die Behandlung rheumatischer Krankheiten mit den Badekuren gehört zu den ältesten ärztlichen Behandlungsmethoden. Trotzdem werden wegen der falschen Auswahl der Erkrankungen, derartige Kranke oft ungeheilt entlassen. Unter den Gelenkkrankheiten muß man zwei Hauptgruppen unterscheiden. Die eine geht mit Entzündungen der Gelenkmembranen einher, die andere beruht auf einer Erkrankung der Knorpel- und Knochensubstanz. Der Typus der ersteren Gruppe ist der Gelenkrheumatismus, der ein sehr gutes Objekt für Bäderbehandlung bietet, soweit er fieberlos verläuft, während die fieberhaften Fälle nicht für diese Behandlung taugen. Eine Besserung wird fast stets erzielt, eine Heilung jedoch selten. Die zweite Gruppe, die häufig sicher auf erblicher Grundlage beruht, wird durch balneologische Eingriffe kaum beeinflußt. Als besondere Form dieser Erkrankung kennen wir die chronische Arthritis der Frauen zur Zeit der Klimax. Die echte Harnsäuregicht muß vor allem mit Diät und Trinkkuren behandelt werden. Sehr geeignete Objekte für Bäderbehandlung sind die Myalgien, die häufig auf infektiöser Basis beruhen. Die wahre Ursache der Bäderwirkung ist noch nicht bekannt. Sicher spielt die Radioaktivität eine große Rolle bei der Beeinflussung der krankhaften Prozesse. Man muß sich hüten, ganz frische Formen und solche, die mit Fieber einhergehen, einer Badekur zu unterziehen.

Die Behandlung der Hypertonie und drohenden Arteriosklerose unter besonderer Berücksichtigung der Balneologie. Während man bisher den erhöhten Blutdruck bei der Arteriosklerose für pnathognomonisch gehalten hat, kennt man jetzt die Hyperthonie als selbständiges Krankheitsbild, bei dem der Widerstand in den kleinsten Gefäßen erhöht ist. Gegenstand der Behandlung ist nicht der erhöhte Blutdruck an sich, sondern die durch ihn hervorgerufenen objektiven Beschwerden. In erster Linie sind bei der Behandlung die Kohlensäurebäder zu nennen, welche allerdings bei sehr hohem Blutdruck wegen der Gefahr der vorübergehenden Erhöhung nicht angezeigt sind. Hier eignen sich Bäder, die sogenannten halb und dreiviertel Bäder. Die Wirkung der Radioaktivität bei den sogenannten Wildbädern kommt wohl ausschließlich durch Inhalation zustande. Verfasser geht ferner auf die Trinkkuren, Bewegungsbehandlung und klimatischen Einflüsse ein, sowie auf die medikamentöse Therapie und empfiehlt besonders die intravenöse Traubenzuckerzufuhr, sowie das Spasmotropin und das Viscysat.

Die Lösung des Scharlachproblems. Die Diagnose des Scharlachs ist besonders in den atypischen Fällen oft sehr schwierig. Die Therapie mit den bisherigen Mitteln war wenig befriedigend. Seit den Arbeiten des Ehepaares Dick wissen wir, daß eine bestimmte Art hämolytischer Streptokokken die Erreger sind, und zwar durch ein von ihnen gebildetes spezifisches Toxin. Man kann mit ihm die Scharlachempfänglichkeit feststellen und gefährdete Personen immunisieren. Es gelingt schließlich durch Immunisierung von Tieren ein Serum herzustellen, das bei der Behandlung des Scharlachs von großer Heilwirkung ist.

Nr. 8, 15. April 1926, 23. Jahrg.

* Ueber Fettleibigkeit. Thannhauser.
Die Differentialdiagnose des Nasenblutens und seine Behandlung durch den praktischen Arzt. Haenlein.
Chronische Influenza, Meningitis und ihre Rachenbilder. Velten.
* Medikamentose Entfettung. Gross.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Ueber Fettleibigkeit. Die Fettleibigkeit ist ein durch verschiedene Störungen hervorgerufenes Symptom. Es ist nicht möglich, in der Praxis die verschiedenen Ursachen durch den Stoffwechselversuch festzulegen. Wir können jedoch nach dem visuellen Eindruck je nach dem Ort, an welchem die Fettansammlung sich besonders zeigt, und nach den Begleitsymptomen verschiedene Typen der Fettleibigkeit unterscheiden. Bei der reinen Mastfettsucht wird besonders der Bauch und der Rücken und das Genick befallen, während die Gliedmaßen frei bleiben. Man findet sie bei bestimmten Berufsgruppen (Wirten und Metzgern). Bei der Frau ist dieser Typus selten. Hier findet sich die Fettansammlung hauptsächlich in den Weichen. Bei der Frau ist die reine Mastfettsucht fast stets mit endokrinen Störungen vergesellschaftet. Der thyreogene Typ zeigt die Fettverteilung gleichmäßig über Stamm und Gliedmaßen verteilt. Als charakteristisch findet man häufig dicke Gelenke, eine breite Nase und fast immer einen offenen Nabelring, während Veränderungen der Schilddrüse häufig fehlen. Der hypophysäre Typ zeigt eine gewisse Kindlichkeit der Formen. Das Fett findet man an Bauch und Hüfte, Oberschenkeln und Oberarmen, während Hand und Fußgelenk meist schlank ist. Typisch ist eine Art Puppengesicht, weiche kindliche Haut und starke X-Beine. Die Geschlechtsdrüsen sind meist unterentwickelt. Der primär genitale Typ der Fettsucht zeigt beim Manne Veränderungen in weibliche und bei der Frau Veränderungen in männliche Merkmale. Das Fett sitzt hauptsächlich am Beckengürtel und an den oberen Gliedmaßen. Dieser Typ ist der häufigste, bei ihm treffen äußere und innere Ursachen zusammen. Ferner sind noch zu erwähnen: der Matronentyp, der zerebrale Typ und der regionäre Typ. Selbstverständlich gibt es von den aufgeführten Typen allerhand Mischformen, jedoch bieten die visuellen Bilder für die Beurteilung der Therapie außerordentlich gute Anhaltspunkte.

Medikamentöse Entfettung. Das wichtigste Moment bei Entfettungskuren ist die Diät und die physikalischen Maßnahmen. Seitdem man jedoch weiß, daß häufig endokrine Störungen eine wichtige Rolle spielen, hat man vor allem die Schilddrüsenpräparate in Anwendung gebracht. Bei entsprechender Vorsicht, vor allem reichlicher Eiweißzufuhr und genauer Herzbeobachtung bietet diese Behandlung, vorausgesetzt, daß es sich um zuverlässige Präparate handelt, Gutes. Die periodische Behandlung, d. h. sechs Kuren im Jahre, ist zu bevorzugen, niemals darf gleichzeitig eine strenge Diät durchgeführt werden. Auch das Jod wirkt auf den Stoffwechsel, allerdings nur indirekt durch Beeinflussung der Schilddrüse. Die biologische Wirkung der Schilddrüse ist wahrscheinlich zum Teil auf die geringen Jodmengen zurückzuführen. Die zahlreichen Entfettungsmittel der letzten Jahre, die die wichtigsten Bestandteile der verschiedenen endokrinen Drüsen enthalten, sind zwar zu empfehlen, jedoch entsprechen sie noch nicht dem Ideal einer rationellen Hormontherapie. Da die Fettleibigen häufig an Wasserretention leiden, sind Injektionen von wasserentziehenden Mitteln, vor allem das Novasurol, empfohlen worden. Die zahllosen Geheimmittel wirken nur durch ihre starke Abführkraft und schwächen den Körper durch dauernde Durchfälle. Schließlich hat man die Schilddrüsenbehandlung mit der Proteinkörpertherapie kombiniert in der Erwartung, daß die Erhöhung der Körpertemperatur als Verbrennungsmittel wirkt. Dieser Weg erscheint dem Verfasser sehr aussichtsreich. Da die Fettsucht fast immer eine Mischform darstellt, kann nie ein einziges Mittel genügen und nur die vorsichtige individuelle Behandlung zum Ziele führen.

Nr. 9, 1. Mai 1926, 23. Jahrg.

* Innersekretorische Fragen in der Gynäkologie. Lahm.
Darmdyspepsie und Darmkatarrh. Guggenheimer.
Ueber psychopatische Charaktere. Birnbaum.
Die homöopathischen Hauptmittel und deren wichtigste Indikationen. Matz.

Innersekretorische Fragen in der Gynäkologie. Bei Behandlung der innersekretorischen Fragen in der Gynäkologie muß man daran festhalten, daß es keine einheitliche Eierstockfunktion gibt. Im Mittelpunkt steht das Ei, davon abhängig der Follikel, das Corpus luteum und das Corpus atreticum. Nur in einem gesunden Organismus kann ein gesunder Eierstock ein gesunde Genitalfunktion gewährleisten. Das Ovarium regelt die periodisch ablaufenden Genitalvorgänge. Ferner beeinflußt es das Gefäßsystem, den Stoffwechsel und das Nervensystem. Bei einer Unterfunktion des Eierstockes ist die Vitalität des Eies herabgesetzt. Diese führt häufig zu einer Hyperplasie der Schleimhaut und zur Bildung von Myomen. Bei der Ueberfunktion des Eierstockes sprechen wir von Frühreife bei jungen Mädchen und von gesteigerter Fruchtbarkeit bei Frauen. Die in letzter Zeit häufig geübte Reizbestrahlung des Ovariums hat darin seine Wirkung, daß die Eier mit geringer Vitalität zugrunde gehen un nur kräftige Keimzellen entwickeln. Es bestehen erhebliche Wechselbeziehungen vom Eierstock zu allen Drüsen mit innerer Sekretion, die vor allem bei der Schilddrüse klar zu Tage tritt. Diese Dinge sind trotz der Forschungen der letzten Jahre noch sehr ungeklärt, und wir müssen offen bekennen, daß wir eine Krankheitsgeschichte des Menschen auf dem Fundament der inneren Sekretion vorläufig noch nicht schreiben können. Kosminski.

Reichs-Gesundheitsblatt.

Nr. 16, 21. April 1926, 1. Jahrg.

Das Gesundheitswesen Dänemarks. Lehnert.
Jahresbericht über die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse im Jahre 1924. 4. Beiheft.

Nr. 17, 28. April 1926.

Das Gesundheitswesen Dänemarks. Lehnert.

Nr. 18, 5. Mai 1926.

Das Gesundheitswesen Dänemarks. Lehnert.
* Gesundheitsfürsorge in den Strafanstalten Deutschlands. Hellstern.
Gutachten des Reichsgesundheitsamts über die Beschäftigung farbiger ausländischer Seeleute auf deutschen Schiffen. Bohnsat.

Gesundheitsfürsorge in den Strafanstalten Deutschlands. Da in den letzten Jahren die sanitären Verhältnisse in den Strafanstalten allgemeines Interesse erregten, ist Hellsterns Arbeit recht zeitgemäß. Wir finden hier ausführlich die ärztlichen Pflichten, die ärztliche Ueberwachung der Insassen geschildert; die Einrichtung der Strafanstalten in medizinischer Beziehung, wie hygienisch für den Insassen gesorgt ist, Mahlzeiten, Freizeit usw., über alles gewinnen wir aus dieser Arbeit einen guten Ueberblick.
Dr. Michaelis-Bitterfeld.

Seuchenbekämpfung.

2, 1926, Jahrg. III.

Die mikroskopischen Grundlagen der Lehre von den „Einschlußkrankheiten“ (Chlamydozoen-Stronzyloplasmen). Lipschütz.
* Lokale Vakzination. Besredko.
Ueber den Mechanismus der Darmimmunisierung. Zobolotny.
Die Lyssaschutzimpfungsmethode nach Fermi verglichen mit allen derzeit verwendeten Hundswut-Schutzimpfverfahren. Fermi.
Die Bedeutung der Lipoidbindungsreaktion für die Seuchenbekämpfung. Meinicke.
Beziehungen zwischen Blutgruppen und Infektionen. Mironescu und Stefanoy.
Impfung gegen Milzbrand. Hruska.
Tierseuchen in Südamerika. Kraus.

Lokale Vakzination. Der bekannte Pariser Bakteriologe berichtet in gedrängter Form über seine aufsehenerregenden Untersuchungen über die lokale Immunität bzw. Vakzination. Es wird zunächst nachgewiesen, daß die Antikörper im Blut (Agglutinine, Praecipitine, Bakteriolysine usw.) mit der Immunität des betr. Organismus nichts zu tun haben. Der Mangel an Parallelismus zwischen dem Vorhandensein von Antikörpern und dem Grade der Immunität ist ziemlich häufig.

Die Immunität gegen die einzelnen Visa ist nicht an das Blut, sondern an spezifische Organe gebunden. Der Prototyp des organvirulenten Keimes ist der Milzbrandbazillus. Bisher glaubte man, daß ein einziges Bakterium genüge, um ein Meerschweinchen zu töten. Man übersah aber, daß man bei den verschiedenen Infektionsarten (intravenös, intraperitoneal, intramuskulär, subkutan) immer einige Bazillen in die durchstochene Haut brachte. Gelingt es, bei der Infektion die Haut vollkommen zu vermeiden, so vertragen die Tiere die 10 000 000fache Dosis ohne Reaktion. Ist also die Haut als einziges Organ empfänglich, so muß man die Haut immunisieren. Tatsächlich gelingt es, durch intradermale Vakzination eine außerordentlich hohe Immunität der Tiere zu erzielen. Große Erfolge mit dieser Vakzination sind bereits bei Truppenpferden usw. aufzuweisen. Streptokokken und Staphylokokken sind ebenfalls dermotrop. Die Immunisierung der Haut ist zu erreichen durch Auflegen von mit Kulturfiltrat getränkten Tüchern für 24 Stunden. Therapeutisch ist die Immunisierung im größten Stile anzuwenden bei Furunkeln, Panaritien, Phlegmonen, Mastitis, Osteomyelitis. Tampons, die mit den Kulturfiltraten der spezifischen Erreger getränkt sind, werden in die eröffneten Infektionsherde gebracht. Typhus-, Paratyphus-, Ruhr- und Cholerabazillen greifen am Darme an, auch wenn sie intravenös injiziert werden. Daher muß die Immunisierung des Darmes bei gefährdeten Individuen versucht werden. Verf. verabreicht große Bazillenmengen (abgetötet) per os, nachdem er durch Ochsengalle vorher die Darmschleimhaut empfänglicher gemacht hat. Bei einer Ruhrepidemie in Kokinia (Griechenland) wurden alle Vakzinierten gerettet. Verf. faßt seine Ergebnisse mit den Worten zusammen: Jeder Erreger hat seine bestimmte Zelle, jede Zelle hat ihre bestimmte Immunität.

Henning, Berlin.

Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie.

112., Heft 5 und 6, 1926.

Die Darstellung und chem. Zusammensetzung der aktiven Substanzen aus den Digitalisblättern, ihre pharmakolog. und therapeut. Eigenschaften. Cloetta.
Giftwirkungen an der überlebenden Froschniere. Hypophysenlappenextrakt. — Novasurol. Noguchi.
Hypophysenextrakt und Nierenfunktion. Fromherz.
Wirkung des Paraffinöls auf den Darm. Lánczos.

Zeitschrift für klinische Medizin.

103., Heft 2, Mai 1926.

Beziehungen der extrarenalen zur renalen Wasserausscheidung im Wasser- und Salzwassertrinkversuch. Seyderhelm und Goldberg.
Qualitativer Blutbefund der weißen und roten Blutkörperchen bei der perniziösen Anämie. Arneth.
Die akuten Leukämien. Kwasniewski und Henning.
Vergleichende klinische Beobachtungen aus dem Gebiet des vegetativen Nervensystems. Pletnew.
Der klinische Wert der Adrenalininjektion. Kylin.
* Die Veränderungen des Salz- und Kochsalzstoffwechsels im diabetischen Koma. Meyer-Bisch und Wohlenberg.
Das Auftreten von Gelbsucht. Ruge.
Behandlung schwerer Herzkrankheiten mit Cymarin. Kaufmann und Panzer-Osenberg.
Streptothrixpyämie. Mandelstamm und Kalinin.
Gehalt des Blutserums an Calcium und Kalium bei Nierenkrankheiten. Nelken und Steinitz.
* Ueber die Wiederherstellung geschädigter äußerer Organfunktionen von Leber und Pankreas durch die kombinierte Insulin-Traubenzuckertherapie. Grunenberg.

Die Veränderungen des Salz- und Kochsalzstoffwechsels im diabetischen Koma. Als erstes Zeichen des drohenden Komas tritt — noch früher als eindeutige klinische Symptome — ein Absinken der Kochsalzkonzentration im Urin auf. Nur wenig später entwickelt sich eine Eindickung des Gesamtblutes, welche an dem Ansteigen des Refraktometerwertes zu erkennen ist. Insulin kann auf der Höhe des Komas nicht immer schnell genug die lebensbedrohlichen Symptome der Austrocknungsintoxikation beseitigen, da es nur langsam die Störungen im Salz- und Wasserstoffwechsel beseitigen kann. Für das Wesen dieser beim wasserverarmten Komatösen bestehenden Stoffwechselstörung ist charakteristisch, daß Kochsalzzufuhr während des Koma den Wassergehalt des Blutes nicht beeinflußt und auch die Kochsalzausscheidung im Urin nicht steigern kann. Natronbicarbonat hingegen wirkt sehr schnell der Eindickung des Blutes entgegen und bringt rasch die Hypochlorhydrie zum Verschwinden. Die intravenöse Alkalitherapie beseitigt plötzlich die „Starre" der Gewebe während des Koma, während Insulin erst nach Stunden seine hydrapigenen Eigenschaften entfalten kann. An der Darreichung von Alkali ist — trotz der Beeinflussung der Hyperglykämie durch das Pankreashormon — festzuhalten.

Ueber die Wiederherstellung geschädigter äußerer Organfunktionen von Leber und Pankreas durch die kombinierte Insulin-Traubenzuckertherapie. Für die Entstehung der akuten Leberatrophie ist eine Krankheitsbereitschaft der Leberzellen notwendig. Denn erst diese macht den antolytischen Zerfall des Leberparenchyms mit funktioneller Insuffizienz des erhaltenen Lebergewebes möglich. Diese Vorbedingung ist einer starken Verarmung der Leberzellen an Glykogen zu erblicken, welche diese gegen die von der Pfortader herangeführten Gifte wehrlos macht, wie experimentell erwiesen wurde, und so erst den degenerativen Zerfall des Lebergewebes mit den deletären Folgen ermöglicht. Durch Insulin läßt sich eine Glykogenbildung und Glykogenfixation in der Leber bei gleichzeitiger ausreichender Zufuhr von Traubenzucker bewirken. Die Erfahrung zeigt, daß eine kombinierte Insulin-Traubenzuckertherapie bei den schwersten hepartargischen Zuständen wohl zu gewissen Remissionen führt, eine Heilung bei der Natur der Erkrankung jedoch nicht erzielen kann. Bei der milderen Verlaufsform der degenerativen Lebererkrankungen, bei den subakut sich entwickelnden Formen der Leberatrophie hat diese Behandlung zu sicheren Erfolgen geführt. In mehreren Fällen war der Effekt der Insulin-Traubenzuckertherapie überzeugend. Nach täglicher subkutaner Gabe von 10 Einheiten Insulin und gleichzeitiger peroraler Zufuhr von 40 g Traubenzucker (resp. Calorose) in einem halben Liter Tee sank der stark erhöhte Bilirubinspiegel im Serum zugleich mit dem Ikterus bald ab. Die Gallensekretion der Leber setzte wieder ein, wie die Gallenfarbstoffbestimmung im vorher farblosen Duodenalsaft ergab. Leucin und Thyrosin wurden im Urin nicht mehr ausgeschieden. So konnte rasch mit Einsetzen dieser Therapie die schwere Erkrankung der Heilung zugeführt werden. Auch beim Icterus catarrhalis, der im Grunde nur eine Vorstufe der schweren degenerativen Lebererkrankungen darstellt, wurden mit dieser Behandlung beachtenswerte Erfolge erzielt. Durch intramuskuläre Ikterosaninjektionen ließ sich — nach Eintritt einer Besserung — eine weitere Beschleunigung des Krankheitsablaufes erzielen. Durch Erzwingen der Glykogensynthese wird die Leistungsfähigkeit der Leber gesteigert.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

41, Heft 2, April 1926.

* Diagnose der multiplen Hirngeschwülste am Lebenden. M. Neiding.
* Eigenartige Angioneurose der unteren Extremitäten. B. S. Drut und P. M. Feldman.
* Entstehung und Eiweißbehandlung der Migräne. W. Kerppola.
* Krampfartige Zustände der Blutgefäße bei Tabes dorsalis. W. Kerppola.
Quantitative Untersuchungen der Lagebeharrung. L. Eidelberg.
Lagebeharrung und Körperschema. H. Hoff und P. Schilder.
* Behandlung der Epilepsie mit Gehirnemulsion. W. A. Milizyn.

Diagnose der multiplen Hirngeschwülste am Lebenden. Es gelang dem Verf., in seinem Falle in vivo zwei Hirngeschwülste zu diagnostizieren: Die eine im oberen Abschnitt der linken motorischen Zone, die zweite im unteren Abschnitt der rechten motorischen Zone. Die Sektion bestätigte die in sarkome in den genannten Regionen. Es ist unter Umständen vivo gestellte Diagnose. Sie ergab zwei blutgefäßreiche Glio- möglich, nicht nur metastatische multiple Hirngeschwülste, sondern auch primäre zu diagnostizieren.

Eigenartige Angioneurose der unteren Extremitäten. Bei acht Kranken, von denen drei genauer beschrieben werden, sahen Verf. folgendes Krankheitsbild: in den unteren Dritteln der Unterschenkel an streng symmetrischen Stellen ausgedehnte Rötungen runder oder unregelmäßiger Form von 8 bis 10 cm Länge, die ihre Färbung in Abhängigkeit von der Lage der Extremitäten sowie von der Temperatur der Umgebung verändern. Sie werden entweder rot (beim Halten der Füße in heißes Wasser) oder bläulich (unter Einwirkung der Kälte oder nach längerem Stehen und Gehen). An denselben Stellen zeigten sich Erscheinungen sekretorisch-trophischen Charakters: in sieben Fällen ödematöse, in drei Fällen feuchte, leicht glänzende Haut, in zwei Fällen Abschuppung. Bei drei Patientinnen fühlte sich die Haut kalt an, in den übrigen fünf Fällen war sie an den affizierten Stellen heiß. In drei Fällen leichte Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit, in den anderen fünf Fällen normale Sensibilität. Es handelte sich in allen acht Fällen um Jungfrauen im Alter von 16—21 Jahren; ihnen allen waren gemeinbeständig rote Wangen, Neigung zum Schwitzen am ganzen Körper, roter Dermographismus und — bei einer allgemeinen geringen Fettleibigkeit — eine elektive starke Fettablagerung in der Gegend des Gesäßes, der großen Schamlippen und Brüste; Achsel- und Schamhaare waren nur schwach entwickelt. Bei einigen Kranken war Bradykardie, Tachypnoe, Verstopfung, Eosinophilie vorhanden. Verf. glauben, daß die bei ihren acht Patienten beobachteten lokalen Veränderungen zu den Beinen ein eigenartiges selbständiges angioneurotisches Syndrom darstellen, welches wahrscheinlich durch eine Störung in der lokalen Blutzirkulation der Haut bedingt, allem Anschein nach ausschließlich bei Jungfrauen mit einer eigentümlichen dystrophischen und vagotonischen Konstitution angetroffen wird und möglicherweise von einer Dysfunktion des endokrinen Apparates abhängt.

Entstehung und Eiweißbehandlung der Migräne. Von 115 Personen mit essentieller Hypertonie litten 55 mehr oder weniger an Kopfschmerz, davon 33 an migräneartigen Anfällen. Unter 46 Migränekranken unter 40 Jahren litten nur 7 an Hypertonie. In 3 von 5 Fällen stieg der Blutdruck während des Migräneanfalls um 20—30 mm Hg. Wesentliche Eigenschaften des Liquors von Migränekranken scheinen ein hoher Albumingehalt, niedrige Kochsalzwerte und bisweilen ein gesteigerter Lumbaldruck zu sein. Die in Migränefällen nachweisbare meningeale Permeabilitätsstörung kann sowohl zirkulatorische als auch endokrine Gründe haben. Bei Migränekranken ist oft eine schwache Ovarialtätigkeit nachzuweisen. Die Erfahrungen an 40 Migränefällen führen den Verf. zu dem Schlusse, daß durch Einspritzung von Proteinstoffen, insbesondere von Tuberkulin in kleinen Dosen, die Migräneanfälle zumeist vertrieben oder wenigstens für längere Zeit abgeschwächt werden können. In schweren Fällen verwandte Verf. außerdem mit Erfolg intramuskuläre Injektionen von 0,1—1 ccm 1 prozentiger Schwefellösung.

Krampfartige Zustände der Blutgefäße bei Tabes dorsalis. Beobachtungen an 12 Tabesfällen. Bei Tabes macht sich die Neigung zu erhöhtem Blutdruck geltend, doch nur bei wenigen Tabikern besteht ein konstante Hypertonie. Die meisten Tabiker weisen, auch ohne erwähnenswerte subjektive Magensymptome, krampfartige Gefäßerscheinungen vom Magen auf; so ist auch die Entstehung von Magengeschwüren zu erklären. In den Nierenblutgefäßen lassen sich bei Tabes irgendwelche krampfartigen Erscheinungen nicht nachweisen. Die Blutgefäße sind bei Tabes überempfindlich und neigen zu Krämpfen; auf eine intramuskuläre Adrenalineinspritzung reagiert der Blutdruck in vielen Fällen pathologisch, Hypertonie, Magenkrisen und Störungen der Magensekretion sind Folgen der Krampfneigung der Gefäße. Die Proteinbehandlung übt in leichteren und mäßig schweren Tabesfällen einen günstigen Einfluß auf die Magenkrisen und die Hypertonie aus.

Behandlung der Epilepsie mit Gehirnemulsion. Verf. sucht durch Injektionen von Gehirnemulsion die Bildung von Antikörpern hervorzurufen; er benutzte eine 24 Stunden alte, also abgeschwächte antirabische Emulsion und gab davon täglich 1 ccm subkutan, nach 30 Injektionen setzte er die Behandlung für 1 Monat aus. Nie unangenehme Nebenerscheinungen. Verf. erreichte eine Hebung des Allgemeinbefindens, eine Abnahme der Häufigkeit und Stärke der Anfälle (in 92,7% der Fälle), ein Auftreten eines Vorgefühls des Anfalls (in 26% der Fälle), die Möglichkeit, durch Willensanstrengung den nahenden Anfall zu unterdrücken (10,1%), ein Verschwinden der Anfälle für kürzere oder längere Zeit (38,8%). Diese günstige Reaktion tritt meist erst nach einer kurzen Periode der Erregung sowie der Häufung und Verstärkung der Anfälle zutage.

Kurt Mendel, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie.

102., Heft 1 und 2, 20. März 1926.

- * Erbprognose-Bestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Schizophrenen. Bruno Schulz.
- * Neurohistopathologie der Pellagra. N. W. Winkelman.
- Fall von 5 Monate bestehender Schwangerschaftschorea mit anatomischem Befunde. N. W. Winkelman.
- Pneumokokken-Meninggoencephalitis mit besonderer Berücksichtigung der Fibrinexsudation im Z. N. S. R. Untersteiner.
- * Neuralgiebegriff und die Natur der Neuralgien. Lindstedt, Folke.
- Bau und Leistungen eines menschlichen Mittelhirnwesens. (Arhinencephalie mit Encephalocele). Zugleich ein Beitrag zur Teratologie und Fasersystematik. Eduard Gamper.
- Fettgehalt des Globus pallidus (das „Pallidumfett"). Makoto Kodama.
- Richtungen und Entwicklungen der Arbeitswissenschaft mit besonderer Berücksichtigung der Psychopathologie und Psychotherapie der abhängigen Arbeit. W. Eliasberg.
- Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den primären Automatismen. Max Eyrich.
- * Encephalographie, Liquorpassage- und Liquorresorptionsprüfungen im Dienste der Beurteilung von sogenannten Commotionsneurosen. Otto Schwab.

Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Neffen und Nichten von Schizophrenen. Die Beantwortung der Frage ist von großer praktischer Wichtigkeit, da der Psychiater gerade oft von den Geschwistern Schizophrener gefragt wird, ob sie heiraten dürfen, und wie die Aussichten für ihre Nachkommen sind. Die Untersuchungen wurden an dem umfangreichen Material der geneologischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München vorgenommen. 1,4% der Neffen und Nichten Schizophrener sind wieder schizophren erkrankt; diese Zahl ist um 1/7—1/6 so groß wie die Erkrankungswahrscheinlichkeit für die Kinder Schizophrener. Die Gefahr, zu erkranken, ist geringer, wenn beide Eltern psychisch unauffällig sind; dagegen größer, wenn einer oder gar beide Eltern psychisch abnorm, insbesondere Sonderlinge (schizoid!) sind. Mit exakten Zahlen lassen sich diese Verschiedenheiten noch nicht belegen. Als endgültig kann das Ergebnis der Arbeit noch nicht angesehen werden, da das Material noch zu klein war (76 Probanden).

Neurohistopathologie der Pellagra. Ueber die Pellagraerkrankungen sind in der medizinischen Literatur schon über 2000 Arbeiten geschrieben worden, ohne daß eine Einheitlichkeit der Auffassungen über die anatomischen Veränderungen am Zentralnervensystem erzielt wäre. Verf. beschreibt drei Fälle von Pellagra klinisch und anatomisch und verwertet außerdem den Rückenmarksbefund eines vierten Falles. Es fanden sich als gemeinsames anatomisches Substrat drei charakteristische Veränderungen: 1. eine der hyalinen Entartung ähnliche Gefäßwanddegeneration fast ausschließlich der kleineren Gefäße der Pia und des Nervenparenchyms; 2. eine diffuse Parenchymverfettung, besonders stark in den Ganglienzellen; 3. eine Veränderung der großen Ganglienzellen in den motorischen Gebieten des Certex und Subcertex im Sinne der „primären Reizung" Nissls. Die Veränderungen sind offenbar Ausdruck einer primären Schädigung durch die Krankheitsursache selbst. Hauptlokalisation sind Regio centralis anterior und Vorder- und Hinterhörner des Rückenmarks. Die Verfettung ist am ausgesprochensten im Frontalhirn und in Lamina III und V. Die Pellagra ist nicht als systematische Erkrankung anzusehen. Der Grad des anatomischen Befundes läßt nicht auf die Schwere der klinischen Erkrankung schließen.

Neuralgiebegriff und die Natur der Neuralgien. Der Begriff „Neuralgie“ wird z. Zt. sehr verschieden gefaßt, bald kommt eine ätiologische, bald eine pathogenetische oder eine symptomatologische Betrachtungsweise in Anwendung. Im Sprachgebrauch steht die „Unerklärlichkeit“ der Schmerzen im Vordergrund. Nach ausführlichen klinischen und theoretischen Erörterungen kommt Verf. zur Definition: „Ein Schmerz ist mehr oder weniger neuralgisch in dem Maße, als zur Zeit charakterisierbare und auf charakterisierbare Weise schmerzerzeugende Veränderungen oder Reizursachen ihm nicht völlig entsprechen.“ Begrifflich so gefaßt, ist das „neuralgisch“ nur eine relative Schmerzeigenschaft, die also auch auf myalgische und rheumatische Schmerzsymptome zutreffen kann. Ein „Schmerz“ ist zusammengesetzt aus zwei Komponenten: 1. durch ein den nervösen Reizzustand „Schmerz“ bedingendes „lokalisiertes Ursachsmoment“, 2. eine durch eine entsprechend niedrig liegende Schmerzreizschwelle des Nervensystems. So geringer nun das lokalisierte Ursachsmoment ist und je niedriger nun die allgemeine Schmerzreizschwelle des Nervensystems liegt (Neurose, Depressionszustand, Anämie, Kachexie usw.), desto eher ist man berechtigt, von „neuralgischen“ Schmerzsymptomen zu sprechen.

Encephalographie, Liquorpassage- und Liquorresorptionsprüfungen im Dienste der Beurteilung von sogenannten Kommotionsneurosen. Für seine Untersuchungen an Patienten, die in ihrer Vorgeschichte ein Schädeltrauma hatten, hat der Verfasser vorzüglich drei diagnostische Hilfsmittel benutzt. 1. Die Encephalographie, d. h. Luftzufuhr in die zerebralen Hohlräume vom Wirbelkanal aus und röntgenologische Kontrolle; 2. die Prüfung der Liquorpassage, d. h. die Feststellung ob und in welcher Zeit 2 ccm zehnprozentiges Jodnatrium, in den Ventrikelliquor injiziert, im Lumbalsack erscheinen und umgekehrt; 3. die Prüfung der Liquorresorption, d. h. Messung der Zeit, in der das injizierte Jodnatrium im Harn erscheint. Zeitdifferenzen von länger als 1½ Stunden sind unbedingt als pathologisch zu werten. Verfasser findet bei seinen im ganzen zehn Fällen (vier schwere und sechs leichte Kopftraumen) folgende charakteristische Befunde: 1. Nichtfüllung der Seitenventrikel bei Luftzufuhr auf endolumbalem Wege oder 2. Erweiterung beider Ventrikel oder Erweiterung und Verziehung des Seitenventrikels der vom Trauma betroffenen Seite oder 3. abnorm starke Luftansammlung auf der Konvexität des Gehirns bei Füllung oder Nichtfüllung der Seitenventrikel. 4. Störungen der Liquormechanismen, vor allem Verlangsamung oder Aufhebung der Liquorresorption. Die Befunde werden durch Röntgenbilder für jeden Fall illustriert.

Bei den vier Fällen mit schweren Traumen (Hirnschuß, Liquorfisteln, 14tägige Bewußtlosigkeit usw.) sind diese Befunde meist grob und eindeutig und gewinnen hoffentlich noch große diagnostisch-lokalisatorische Bedeutung. Obgleich nun Verfasser ganz besonderen Wert auf die Feststellung legt, daß die Unterschiede bei den leichten Traumen (immerhin in einigen Fällen noch Basistraktur Reflexdifferenzen usw.) nur gradueller Natur sind, erscheinen Befund und Röntgenbild keineswegs beweisend für diese Annahme. Die Prüfung der Liquorresorption ergibt in den Fällen, wo sie überhaupt gemacht werden konnte, normale Werte. Die Ventrikeldifferenzen sind so gering, daß Verfasser selbst die Frage aufwirft, ob sie nicht auch bei Normalen vorkommen. Diese Frage drängt sich auch dem Leser besonders bei Beachtung der Schädelasymmetrien und der oft in allen drei Ebenen nicht ganz graden Durchleuchtung auf. Verfasser ist ferner selbst der Ansicht, daß Nichtfüllung der Ventrikel an sich schon ziemlich häufig ist. Er hält sie zwar auf jeden Fall für pathologisch auf Grund seiner Erfahrungen an 400 Fällen, teilt aber nicht mit, welcher Art die zugrunde liegenden Krankheiten in den anderen Fällen mit Nichtfüllung waren. Bei der Luftansammlung über der Konvexität handelt es sich überhaupt nur um quantitative Differenzen, bei deren subjektiver Bewertung ein großer Spielraum bleibt. Man kann sich deshalb wohl noch nicht der Hoffnung des Verfassers anschließen, daß es gelingt, mit Hilfe dieser — immerhin nicht indifferenten — diagnostischen Hilfsmittel mit Sicherheit hysterisch-neurotische von organischen Beschwerden zu trennen. Sicher aber ist die Methode nicht geeignet, die bewährte psychiatrisch-neurologische Diagnostik zu ersetzen.

Pause, Berlin.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

76., Heft 5.

* Verworrene Manie. A. Bostroem.
* Die pathologische Anatomie und Patho-Physiologie der akuten epidemischen Encephalitis. Marinescu-D. Baloi.
Optisch-motorisches Syndrom der Drehung um die Körperlängsachse. J. Gerstmann, H. Hoff u. P. Schilder.
Die Lokalisation von Sinnestäuschungen. P. Schröder.
Genese des epileptischen Anfalles im Lichte von Farbstoffversuchen. J. Schuster.

Verworrene Manie. Im allgemeinen versteht man seit Wernicke unter der „verworrenen Manie“ ein Krankheitsbild, das in vieler Hinsicht als eine Steigerung manischer Vorgänge imponiert. Die Diagnose ist besonders dann nicht schwer, wenn sich das Bild aus dem gewöhnlichen manischen Zustand entwickelt. Nun gibt es aber Fälle von verworrener Manie, bei denen eine exogene Noxe auf eine manische Anlage trifft, so daß eine kompliziert gebaute Psychose entsteht. Es ereignet sich das Zusammentreffen zweier Psychosen, bei denen die endogene Anlagen und die exogene Noxe pathogenetisch wirken. Mitteilung der ausführlichen Krankheitsgeschichten dreier höchst interessanter Fälle, von denen zwei ein mehrmaliges Auftreten des eigenartigen Zustandsbildes zeigen. Die exogene Noxe kann verhältnismäßig geringfügig sein (Potus, Eiterung nach Schußverletzung usw.), die Ansprechbarkeit exogener Symptome wird durch ein mehrmaliges vorheriges Auftreten gesteigert. Vielleicht können in solchen Fällen schon endogene Schwankungen exogene Symptome auslösen. Trotz inniger Vermischung der Symptome bleiben beide Krankheitsvorgänge unabhängig voneinander, d. h. exogenes und endogenes Syndrom trennen sich im späteren Verlauf voneinander, die exogene Beigabe erlischt meist früher.

Die pathologische Anatomie und Patho-Physiologie der akuten epidemischen Encephalitis. Histologische Untersuchungen bei fünf Fällen von Encephalitis epidemica, die im akuten Stadium gestorben sind. Die Encephalitis epidemica ist eine entzündliche, nicht eitrige, nicht hämorrhagische Krankheit des Zentralnervensystems. Im akuten Stadium besteht ein ausgebreiteter, aber herdförmiger Entzündungsprozeß, der die graue Substanz bevorzugt, die weiße Substanz im allgemeinen verschont. Besonders ist befallen das Höhlengrau um den dritten Ventrikel, den Aquaeduktus sylvii und den vierten Ventrikel, die Pedunculi, die Ponshaube, der Hypothalamus und der medioventrale Thalamusteil, die Medulla oblongata, die subependymalen Teile des Corpus striatum, die Kleinhirnkerne, ferner die graue Substanz des Rückenmarks und nur selten die Großhirnrinde. Es handelt sich um infiltrative Erscheinungen am Gefäß- und Bindegewebsapparat, Proliferation der Neuroglia, um alterative Veränderungen der Ganglienzellen und solche Veränderungen der Markfasern. Die Infiltrationen werden gebildet durch oft manschettenartig gehäufte Lymphozyten, Plasmazellen und Makrophagen. Nur in den allerersten Tagen bei sehr schweren Fällen auch spärliche Leukozyten. Keine Gefäß- oder Kapillarwandnekrosen, deshalb — fast immer agonal — seltene und nur kleine Blutungen. Die Proliferation der Neuroglia entspricht örtlich den Infiltrationen. Die Nervenzellen zeigen chromatolytische Erscheinungen und Erkrankung in Form von Verflüssigung, Homogenisierung, Vakuolisierung und Inkrustation. Die Veränderungen der Nervenfasern sind nur gering, Schwellung, Vakuolisierung, Achsenzylinderverdickungen, Verdünnungen und Auflösung der Neurofibrillen. — Bringt man die Befunde zum klinischen Verlauf in Beziehung, so ergibt sich: die Schlafstörungen sind höchstwahrscheinlich ein Herdsymptom, das auf die Gegend der Thalamus und der Mittelhirnhaube hinweist, doch läßt sich angesichts der Ausbreitung des Prozesses in diesen Gegenden eine genauere Lokalisation nicht durchführen. Die Augenmuskelstörungen sind größtenteils durch Kernschädigung bedingt, doch kommen auch supranucleäre Blicklähmungen vor. Dasselbe trifft für die anderen Hirnnerven zu (V, VII, IX, X, XII). Automatische Kau- und Schluckstörungen konnten nicht präzise lokalisiert werden. Für die extrapyramidalen Bewegungsstörungen sind verantwortlich zu machen Veränderungen der Substantia nigra, des Corpus striatum, des Hypothalamus, vielleicht auch im Kleinhirn (Dentatum und roter Kern). Das Pallidum und besonders die Substantia nigra ist als das Regulationszentrum des Tonus anzusehen (Parkinsonismus).

Pause, Berlin.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

32., Heft 2.

1. Ueber das eosinophile Blutbild beim japanischen Säugling, insbesondere bei exsudativer Diathese. 2. Untersuchung über die Beziehung der Leukocytenarten zueinander, insbesondere zwischen Neutrophilen und Lymphocyten. Tomita.
Primäre spezifische Allergie und idiosynkrasischer Schock. v. Stark.
Klinische und hämatologische Beobachtungen bei Varizellen. Nelken.
Untersuchungen über die Reaktionszeit des Säuglings. Peiper.
Diagnostisches zu einem seltenen Falle von Bronchialdrüsentuberkulose mit miliarer Aussaat symmetrischer Rippenfraktur und der seltenen Erscheinung inspiratorischer Dyspnoe. Stöber.
Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Vagina eines 2½ jährigen Kindes. Stöber.
Akute tuberkulöse eitrige Osteomyelitis. Gralka.
Innere Sekretion und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Duzár.

Jahr.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

62., Heft 3/4.

Organanalytische Untersuchungen bei ernährungsgestörten Kindern. Von H. Aron und H. Pogorschelsky.
Die immunbiologische Einstellung gesunder und kranker Kinder gegenüber Pneumokokken. F. v. Gutfeld u. E. Nassau.
Peptidase-Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter. A. Mertz und H. Meyer.
* Vergleichende Untersuchungen am Meerschweinchen und beim skorbutkranken Kinde über den Vitamin-C-Gehalt der Frauenmilch. Prof. Dr. A. Frank.
Ueber das Pupillenspiel des Säuglings. A. Peiper
Weitere Untersuchungen zum Fieberstoffwechsel des Säuglings. Die qualitativen Veränderungen des Stickstoffwechsels im Fieber. Dr. O. Beck.
Psycho-Therapie des hysterischen Kindes. Dr. J. Schlesinger.

Vergleichende Untersuchungen am Meerschweinchen und beim skorbutkranken Kinde über den Vitamin-C-Gehalt der Frauenmilch. Während die Brustmilch von sieben Ammen den Skorbut eines einjährigen Kindes zur Abheilung brachte, erkrankten sämtliche Meerschweinchen, die mit der gleichen Frauensammelmilch gefüttert waren, an Skorbut. Auf Grund dieser Ergebnisse wird der Meerschweinchenversuch zur Prüfung einer Milch auf ihren C-Vitamin-Gehalt abgelehnt.

Jahr.

Archiv für Kinderheilkunde.

78., 1926, Heft 1.

Beziehungen zwischen elektrischer Erregbarkeit, Säureausscheidung durch den Harn und Tonus des vegetativen Nervensystems. Goebel und Hillenberg.
Milchfreie Diät als Prophylacticum gegen Ernährungsstörungen im frühen Kindesalter. Hindes.
* Die Psychopathologie der Aussage des Kindes in forensischer Beziehung. Peiper.
* Behandlungserfolge der Lues cong. mit hohen Neosalvarsan-Wismutdosen. Knauer.
Linksverschiebung im Blutbilde zur Differentialdiagnose zwischen alimentären und infektiösen Ernährungsstörungen. Reschid.
Harnsäureausscheidung des normalen Säuglings. Stendel u. Ellinghaus.

Die Psychopathologie der Aussage des Kindes in forensischer Beziehung. Alle Kinderaussagen vor Gericht sind mit größter Vorsicht zu verwerten, denn auch das normale Seelenleben des Kindes unterscheidet sich erheblich von dem Erwachsener. Vermindertes Auffassungsvermögen, Unaufmerksamkeit, Gedächtnisschwäche, Erinnerungsuntreue, Phantasie und Lüge, Suggestion und Nachahmung sind Eigenschaften zur Bewertung der Psychopathologie der jugendlichen Zeugenaussagen vor Gericht.

Deshalb ist jedes Kind vor der richterlichen Verwertung seiner Aussage auf seinen psychischen Zustand von einem psychiatrischen Gutachter zu untersuchen, um festzustellen, ob von Seiten der Psyche Einwände gegen die Glaubwürdigkeit des kindlichen Zeugen zu machen sind. Aussagen psychopathischer, hysterischer, epileptischer, schwachsinniger Kinder sind fast immer zu verwerfen, es sei denn, daß andere Tatsachen auch für den Sachverhalt sprechen.

Dagegen sind Stotterer, die sonst eine gesunde Psyche besitzen, im Rahmen gesunder Kinder zu beurteilen, da kein Grund besteht, daß die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist.

Wird ein normales oder psychisch abnormes Kind gerichtlich vernommen, so ist durch eine möglichst beschleunigte, einmalige Vernehmung der Tatbestand zu klären, damit nicht von außen herantretende Einflüsse die kindliche Aussage unbrauchbar machen.

Behandlungserfolge der Lues cong. mit hohen Neosalvarsan-Wismutdosen. Verfasser empfiehlt — wie früher schon Erich Müller — die Behandlung kongenital-luetischer Säuglinge mit hohen Bismogenol-Neosalvarsandosen. Er berichtet über gute Erfolge; in allen Fällen wurde bereits nach der ersten Kur die Wassermannsche Reaktion negativ. Auffällig gut war die Verträglichkeit selbst sehr hoher Wismutdosen und das gute Gedeihen auch künstlich genährter Kinder. Verfasser beobachtete niemals Nieren- oder Darmschädigungen.

Pogorschelsky, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

50. Jahrg., Heft 14.

Rectale oder vaginale Untersuchung Gebärender. Baumm.
Operative oder Strahlenbehandlung des Corpuscarcinoms? Döderlein.
Fahrlässigkeit und Unfähigkeit in der Geburtshilfe. Engelmann.
Chlorose während der Gestationsperiode und ihre Stellung zur perniciosaartigen Graviditätsanämie. Esch.
Fälle von Collumcarcinom, die nach Bestrahlung operabel wurden. L. Fraenkel.
Schwangerschaftsdauer vor Gericht. v. Franqué.
Harnleiterdrainage nach der Operation tiefliegender Blasen-Scheidenfisteln. Fuchs.
Retroflexio und Unfall. Füth.
* Ueber ein wahrscheinliches Schwangerschaftszeichen. Gauss.
Die Behandlung der durch Funktionsstörung der Eierstöcke bedingten uterinen Blutungen durch Resection und Drosselung der Ovarien. Henkel.
Die Diagnose der Organveränderungen und die Therapie bei Eklampsie. Heynemann.
* Was veranlaßt die Kreißende, mitzupressen? Hoehne.
Therapie der tuberkulösen Schrumpfblase. v. Jaschke.
Vorfall einer Ureterocele vesikalis durch die Harnröhre. Kehrer.
* Kollaps nach Geburtsblutungen. Kermauner.
Rückblicke und Ausblicke im Gebiet der kleinen Gynäkologie. A. Mayer.
Phthiseotherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Menge.
Wandlungen in der Gynäkologie und an den Kranken. Opitz.
Die Bedeutung des Mutterbodens für die Wahl des Implantationsorts und die Implantationsart des menschlichen Eis. Pankow.
* Verbesserung der geburtshilflichen Ausbildung des Arztes. Reifferscheid.
Pfannenstiels Fascienquerschnitt als Universalschnitt für gynäkolog. und geburtshilfliche Laparotomien. Sarwey.
Ueber Rückenschmerzen. R. Schröder.
Störungen des Leber-Gallen-Systems in der Schwangerschaft und Schwangerschaftstoxikosen. Seitz.
Funktionelle Selbstgestaltung einer einkammerigen Eierstockscyste. Sellheim.
Die Vorteile des Zangenmodells von Kjelland für den praktischen Arzt. Walthard.
Adipositas und Ovarium. Wintz.
Störungen der Frequenz der kindlichen Herztöne in der Eröffnungsperiode. Zangemeister.

Ueber ein wahrscheinliches Schwangerschaftszeichen. Ein vom Verfasser seit Jahren beobachtetes Symptom: Abnorme Beweglichkeit des Collum uteri gegen das Corpus, so daß man die Portio seitlich, vor- und rückwärts gegen das Corpus verschieben kann, ohne daß dieses ihre Bewegungen mitmacht, ist als wahrscheinliches Schwangerschaftszeichen zu verwerten. — Da in manchen Fällen die der Portio aufsitzende Schleimhaut auffallend wulstig und auf der Unterlage verschieblich ist, hüte man sich vor Irrtümern. Nur die isthmale Beweglichkeit des Collum uteri spricht für Schwangerschaft und entspricht der Hegarschen Kompressibilität der Pars isthmica. Die anatomische Ursache dieser Erscheinung ist in der relativen Schwäche der Muskulatur der Pars isthmica zu suchen, die bei der Auflockerung und Durchtränkung des Myometriums in der Schwangerschaft deutlich wird. Die isthmale Beweglichkeit kommt gelegentlich auch außerhalb der uterinen Schwangerschaft vor, manchmal im Status menstrualis, ferner bei Tubenschwangerschaften, bei Pyosalpingen, kurz überall da, wo durch einen stärkeren Afflux von Blut oder Lymphe das uterine Muskelgewebe in einen der Schwangerschaft ähnlichen Zustand versetzt werden kann.

Was veranlaßt die Kreißende, mitzupressen? Die Spannung und Dehnung des Vaginalrohrs, der Druck des vorliegenden Teils auf Scheidenwände, Rektum, Beckenboden und Darm löst in der Austreibungsperiode den Reflexvorgang des Mitpressens aus. Dazu kommt als weitere Komponente die Längsdehnung des unteren Uterinsegments sowie die Dehnung der Ligg. rotunda und sacrouterina. Bei vorzeitigem Mitpressen und gleichzeitig vorliegender Rigidität der Cervixwandungen oder Narbenbildung im Collumgebiet entstehen leicht spontane Cervixrisse. Beobachtet die Hebamme zwangsläufiges vorzeitiges Mitpressen, so lang die von ihr ausgeführte innere Untersuchung eine ungenügende Erweiterung des Muttermunds ergibt, so hat sie die Geburt als regelwidrig anzusehen und den Arzt herbeizurufen.

Kollaps nach Geburtsblutungen. Weniger die Größe des Blutverlustes, das Lerrlaufen des ganzen Kreislaufs ist für das Auftreten eines Kollaps infolge Geburtsblutung maßgebend. Vielmehr handelt es sich um eine akute Vergiftung durch Stoffwechselabbauprodukte, wodurch ein großer Teil des Blutes im Spanchnicusgebiet zurückgehalten wird. Diese Sperre im Gebiet der Lebervenen kann durch Injektion hypertonischer Lösungen aufgehoben werden. Nicht Herzmittel, sondern zehnprozentige Traubenzuckerlösung sind zur Behebung schockartiger Zustände nach Geburtsblutungen zu empfehlen.

Verbesserungen der geburtshilflichen Ausbildung des Arztes. Weniger durch mangelhafte praktische Uebung als durch fehlerhafte Indikationsstellungen in der Geburtsleitung wird von jungen Aerzten heute noch vielfach geschadet. Während des praktischen Jahres ist eine mindestens dreimonatliche Beschäftigung mit der Geburtshilfe zu fordern, ferner eine gute theoretische Vorbildung während der Universitätssemester, Verlängerung des Studiums auf sieben klinische Semester, bessere Sichtung der für den Arztberuf geeigneten Studierenden durch strengere Handhabung der Examensbedingungen; ferner: Einrichtung von Internaten an allen Frauenkliniken, wo den Studierenden während der Universitätsferien Gelegenheit geboten ist, alle klinischen Ereignisse bei Tag und Nacht mitzumachen.

Heft 15.

Beziehungen zwischen mütterlichem und fötalem Blutzucker. Révész und Turolt.
Diagnostische und therapeutische Erfahrungen mit der Pertubation. v. Scheller.
Oligohydramnie. Vorländer.
* Zur Therapie der vorzeitigen habituellen Schwangerschaftsunterbrechung und des habituellen Fruchttodes. Novak.
Missed labour. Stolper.
Eine primäre Abdominalgravidität. Waehneldt.
Tentoriumriß bei einem Kaiserschnittkind. B. Tunis.
Intraperitoneale Blutungen beim Chorionepitheliom der Gebärmutter. Butomo.

Zur Therapie der vorzeitigen habituellen Schwangerschaftsunterbrechung und des habituellen Fruchttodes. Die von Lomer bereits 1901 inaugurierte Methode der Behandlung des habituellen Fruchttodes wird erneut in Erinerung gebracht. Ausgehend von dem Gedanken, daß die Ausstoßung macerierter Früchte meist auf das Vorhandensein einer Lues zurückzuführen ist, hat Lomer die Anwendung einer kombinierten Jodkali-Eisen-Medikation auch auf solche Fälle ausgedehnt, bei denen eine latente Lues der Eltern nicht nachzuweisen war. Zu empfehlen sind kleine Dosen Jodkali (Sol. Kal. jodat. 0,05 : 100,0, in der ersten Woche 20 Tropfen, in den folgenden Wochen zehn Tropfen täglich) und Eisen in der Form von Blaudschen Pillen (drei Pillen täglich). Diese Therapie ist während der ganzen Schwangerschaftsdauer fortzusetzen.

Heft 16.

Vereinigende Operation bei Spaltuterus. Strassmann.
Die Metroplastik des Spaltuterus. Puppel.
Ueber den Geburtsverlauf bei Gastroschisis (fötale Eventration) mit Wirbelsäulenverkrümmung des Kindes. Ottow.
Postklimakterische Blutung und Granulosazelltumor des Ovarium. Schiffmann.
* Die Vaccinetherapie der weiblichen Gonorrhoe. F. Wolff.
* Säurereaktion des Scheidensekrets und Gonorrhoe. Stengel.
* Zum Problem der Fluorheilung. Rösch.
Pinzette für Herff'sche Klammern. Bors.
Eine neue Nabelklammer. Sztehlo.
Eine Neuregelung des Hebammenwesens in Oesterreich. Kompert.

Heft 17.

Sarkom des Kreuzbeines als Schwangerschaftskomplikation. Lederer.
Schmerzstillung während der Geburt nach Gwathmey und Modifikation der Methode. Ecke und Taubert.
Ueber intravenöse Morphiuminjektionen zur Linderung des Geburtsschmerzes. Aufermann.
Anästhesie bei der Abortbehandlung und anderen kleinvaginalen Eingriffen. Gellert.
Beschleunigung des Geburtsbeginns am Ende der Schwangerschaft. Stähler.
Gefäßzerreißung bei Insertio velamentosa vor dem Blasensprung. Frommolt.
Spontanruptur des Uterus im 4. Monat der Schwangerschaft. Schugt.
Statistik der Prolaps- und Retroflexions-Operationen. Halter und Meyerhofer.
Weitere Fälle von Extrauteringravidität. Liebe.
Fall von tödlicher Pfählung. Burger.

Die Vakzinetherapie der weiblichen Gonorrhoe. Die Erfolge und die Beurteilung der Vakzinetherapie der weiblichen Gonorrhoe sind zur Zeit noch absolut nicht einheitlich. Nach Wolffs Anschauung ist die Vakzinetherapie besonders bei solchen hartnäckig positiven Fällen mit Aussicht auf Erfolg anzuwenden, die auf eine indifferente Lokalbehandlung nicht reagiert haben. Mit Resantin und Traubenzucker-Go-Vakzine (Kalle) und Gono-Yatren (Behringwerke) wurden befriedigende Resultate erzielt, doch sind die genannten Präparate den selbstbereitenden Frischvakzinen und Lebendvakzinen unterlegen, soweit diese von einem klinisch virulenten Fall akuter Gonorrhoe gewonnen und nur wenige Wochen lang in Verwendung sind. Die verschiedene Wertigkeit und vielfache Unwirksamkeit der Fabrikvakzinen beruht auf der Massenherstellung dieser Präparate. Versager der Vakzinetherapie sind da zu erwarten, wo ein durch eine jahrelang bestehende Entzündung und Eiterung geschwächter Organismus die Fähigkeit verloren hat, aus sich selbst heraus Abwehrstoffe zu bilden. Während die Uterus-Gonorrhoen bei reiner Vakzinetherapie meist leicht und schnell ausheilen, empfiehlt sich bei Komplikationen mit gonorrhoischer Urethritis und Bartholinitis die Kombination der Vakzine mit Lokalbehandlung.

Säurereaktion des Scheidensekrets und Gonorrhoe. Wie auch andere Untersucher bestätigt haben, kommt der Säurereaktion des Scheidensekrets keine ausschlaggebende Bedeutung zu bei der Beurteilung, ob eine positive Gonorrhoe vorliegt oder nicht. Bei nicht sauerer (alkalischer oder neutraler) Reaktion des Scheidensekrets darf man vielleicht den Verdacht auf das Bestehen einer positiven Gonorrhoe äußern, doch kann die Säurereaktions-Bestimmung niemals eine mikroskopische Untersuchung ersetzen. Danin und Opitz gebührt der Verdienst, auf die Aenderung des Säuretiters bei Gonorrhoe hingewiesen zu haben, die Untersuchung mit dem „Gonotest" jedoch liefert keine genauen, eindeutigen Resultate und kann, insbesondere in der Hand des Laien, nur folgenschwere Irrtümer veranlassen.

Zum Problem der Fluorheilung. Gegenüber den Vorteilen der Behandlung des rein vaginal lokalisierten Fluors mit Milchsäure-Puffergemischen und Granugenol, wie sie in der neueren Literatur gelobt werden, wird darauf hingewiesen, daß zahlreiche Fälle von rein vaginalem Fluor die ausgesprochene Tendenz zur Spontanheilung haben, die durch indifferente Maßnahmen, wie z. B. tägliches Trockentupfen der Vagina, beschleunigt werden kann. Zur Klärung der schwebenden Fragen auf diesem Gebiet wird vorgeschlagen, nur solche therapeutischen Versuche und Erfolge zu veröffentlichen, die an klinisch behandeltem Krankenmaterial gewonnen sind. Hierbei sind alle solchen Fälle auszuschließen, die eine ausgesprochene Neigung zur Spontanheilung haben oder Heilung unter indifferenten Behandlungsmethoden zeigen. Vielmehr sind nur solche Fälle zu berücksichtigen, die eine genaue Angabe der Aetiologie und Pathogenese des Fluors gestatten und bei denen sich der Nachweis einer Dauerheilung nach zwei- bis dreimonatlicher Nachkontrolle führen läßt.

Schwab, Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

73., Heft 1/2. April 1926.

* Normaler Partus nach Tubenimplantation. Unterberger.
* Symptomloser Zwischenraum von 2 Monaten zwischen der zweizeitigen Ausstoßung eines Zwillingsabortes. Schneider.
Die Beurteilung der Plazenta bezüglich ihrer Vollständigkeit durch eine Luftprobe statt der Milchprobe. Franken.
Die klinische Therapie der Plazenta praevia. Siegel.
Zur Behandlung der fieberfreien Aborte. Gerstmann.
Sieben Jahre Schnittentbindung. Broich.
Ueber die Schnittentbindung (abdominelle Totalexstirpation) bei verschleppter Querlage in Denmanscher Einstellung und totem Kinde. Oderthal.
Spontane Uterusruptur in einer alten Perforationsnarbe. Vogel.
Seltene Uterusverletzungen. Reiprich.
Die Beziehungen zwischen Menstruation ovulation und Konzeption auf Grund von Altersbestimmungen junger menschlicher Embryonen. Volkmann.
Die Veränderungen der Serumstruktur durch den monatlichen Zyklus. Eufinger und Goldner.
Therapie der Gynatresien. Naujoks.
Hernia intraabdominalis unter dem Bilde eines stielgedrehten Ovarialtumors. Hennig.
Frühzeitige tubo-ovariale Schwangerschaft. Batisweiler.
Schokoladenzysten. Fischzek und Schmidt.
Die Arbeitsleistung in der Textilindustrie und ihre Schädlichkeit für Schwangere. Martin.

Normaler Partus nach Tubenimplantation. Verfasser hat durch Einpflanzung der Tube in den Uterus eine seit 11½ Jahren bestehende Sterilität beseitigt und als erster in Europa eine ausgetragene Schwangerschaft erlebt. Die Narbe hat den erhöhten Innendruck gut ausgehalten, und es ist zu einer normalen Entbindung gekommen. Nach diesem Erfolg steht zu hoffen, daß das Verfahren der Implantation weiterhin erfolgreich angewendet werden wird.

Die Beurteilung der Placenta bezüglich ihrer Vollständigkeit durch eine „Luftprobe“ statt der Milchprobe. Während die Milchprobe bei Defekten der Nachgeburt nicht selten versagte, hat Verf. auf Grund der Beobachtung, wie man bei einem Fahrradschlauch die Dichtigkeit auf Luft prüft, bei Prüfung der Vollständigkeit der Plazenta die Luftprobe angewandt. Die Wichtigkeit, auf jeden Fall das Zurücklassen kleiner Plazentareste zu vermeiden und die Gefahr, die ein Nachtasten in zweifelhaften Fällen in sich birgt, verlangt ein absolut zuverlässiges Mittel, welches die Luftprobe nach den Erfahrungen des Verfassers darstellt. Der positive Ausfall derselben ist geeignet, ein Uebersehen von Defekten auszuschließen. Allerdings kann man nicht mit Sicherheit feststellen, ob es sich um einen Einriß oder Defekt handelt.

Therapie der Gynatresien. Die Atresie der Scheide wird bisweilen mit einer Hämatosalpinx kompliziert. In den Fällen einfacher Atresie genügt das vaginale Vorgehen. Bei Komplikationen durch einen blutgefüllten Tubensack muß jedoch unbedingt die Laparatomie mit Abtragung der Tube gemacht werden, da sonst die Gefahr der tödlichen Bauchfellentzündung droht, wie an Hand eines Falles nachgewiesen wird.

73., Heft 3/4. Mai 1926.

Die interferometrische Geschlechtsvorhersage an 100 Fällen. Dyroff.
* Zur Frage der Tubenimplantation in den Uterus. Mandelstamm.
* Aufhebung der Wehenschmerzen und Wehenüberdruck. Gellert.
Geburtshilfliche Erfahrungen mit der synergetischen Narkose nach Gwathmey. Finger.
Objektive Kontrolle der Rückbildung der Bauchdecken im Wochenbett. Siedentopf.
Besonderer Verlauf der Venenentzündung im Wochenbett. Kermauner.
Doppelter Uterus und Tubenschwangerschaft. Heimann.
Gynäkologische postoperative Bauchdeckenemphyseme. Zoelgen.
Kongenitale Nierendystopie. Baumm.

Zur Frage der Tubenimplantation in den Uterus. Bei der Einpflanzung der Tube in die Gebärmutter zur Beseitigung der Sterilität muß man auf Herstellung normaler Verhältnisse achten. Ein Zusammenwachsen der angefrischten Tubenränder muß vermieden werden. Man muß möglichst suchen, einen fließenden Uebergang der Uterushöhle in die Tubenrichtung herzustellen.

Aufhebung der Wehenschmerzen und Wehenüberdruck. Verf. veröffentlicht eine neue interessante Methode zur Beseitigung der Geburtsschmerzen. Der Dämmerschlaf verursachte häufig eine Verschleppung der Geburt, eine Asphysie des Kindes und erforderte die ständige Anwesenheit des Arztes. Die Rückenmarksanaesthesie verringerte die Wehentätigkeit und komplizierte dadurch die Geburten. Mit den bisherigen Methoden wurde die Linderung der Wehenschmerzen mit einer Verlängerung der Geburtsdauer erkauft. Verf. beobachtete bei lokaler Anaesthesie eine Beschleunigung der Eröffnungsperioden. Da die Wirkung jedoch eine relativ kurze war, mußte er sich die Aufgabe stellen, die Geburt zu beschleunigen. Er beobachtete, daß bei Erschlaffung des Halskanals durch Anaesthesie des zervikalen Ganglions der Uteruskörper trotzdem kräftig weiter arbeitete. Er konnte also den Eröffnungsschmerz ausschalten und eine künstliche Erschlaffung des Zervixringes erzielen. Die genaue Methode der örtlichen Maßnahmen wird angegeben, vor allem muß vermieden werden, daß die Lösung in die Blutbahn gelangt, was durch Zurückziehen des Spritzenstempels erreicht wird. Um eine Verstärkung der Wehentätigkeit, den sogenannten Wehenüberdruck, zu erzielen, verwendet Verf. Hypophysenpräparate. Nach vollendeter Eröffnungsperiode hat der Uterus eine Ruhepause von etwa ½ Stunde nötig. Um die Austreibungsperiode schmerzlos zu gestalten, wendet Verf. Anaesthesie des Pudendus an. Es gelingt eine normale Entbindung in höchstens zwei Stunden zu erzielen. In 30 mit dieser Methode durchgeführten Fällen hatte Verf. ausgezeichnete Erfolge, als Gegenindikation gelten nur Narbenstenosen und akute Gonorrhoe. Wenn überhaupt eine normale Geburt möglich ist, ist die Methode anwendbar. Schädigung des Kindes wurde nie gesehen. Der Blutverlust war auffallend gering. Die Methode ist, falls die Nachprüfung an Kliniken die Erfahrung des Verf. bestätigt, geeignet, die bisherigen schmerzlindernden Verfahren zu verdrängen.

Kosminski.

Dermatologische Wochenschrift.

82., Nr. 19, 8. Mai 1926.

Hautuntersuchung in gefiltertem Quarzlicht. Sigwalt Bommer.
Pilzuntersuchungen und das Problem der Gramfärbung. Josef Schumacher.
Meinicke-Mikroreaktion auf Syphilis. Martin Groß.

82., Nr. 20, 15. Mai 1926.

* Alttuberkulinpflaster und Tuberkulinsäureesterpflaster zum Zwecke der Diagnose und Therapie. Wichmann.
* Wundbehandlung mit Rohparaffinölpaste (Granugenpaste). Fritz Simon.
* Lebersyphilis der Erwachsenen. Herm. Schlesinger.

Alttuberkulinpflaster und Tuberkulinsäureesterpflaster zum Zwecke der Diagnose und Therapie. Die Anwendung von Pflastern hat den Vorteil der besseren Dosierbarkeit. Auf ein Pflaster von 4 qcm Größe entfällt 0,02 Alttuberkulin bzw. Ester; es enthält außerdem ein Keratolytikum, um das Eindringen der spezifischen Substanz in die Haut zu erleichtern.

Nach Auflegen auf gesunde Haut ergaben sich als streng spezifisch charakterisierte Reaktionen, wobei die Esterreaktion gegenüber dem Alttuberkulin intensiver ist. Herdreaktionen fehlen im allgemeinen, wahrscheinlich infolge der geringen Menge resorbierter spezifischer Substanz. Will man eine Herdreaktion erzielen, so muß der prozentuale Zusatz der spezifischen Substanz erheblich vermehrt und die Resorption durch vorhergehende Skarifikation der Haut gesteigert werden.

Wundbehandlung mit Rohparaffinölpaste (Granugenpaste). Die Granugenpaste bewährte sich als Wundheilmittel bei Ulcus cruris und Lupus vulgaris. Ihre Wirksamkeit beruht auf starker Anregung der Bindegewebsneubildung; dadurch widerstandsfähige und gute Narben.

Lebersyphilis der Erwachsenen. Bei mit Temperaturerhöhung einhergehenden Lebererkrankungen muß an Lues gedacht werden, wobei es sich durchaus nicht um zerfallene Gummen zu handeln braucht. Die WR kann dabei häufig negativ sein; andrerseits ist positive WR kein Beweis für die syphilitische Natur einer Leberaffektion. Das klinische Bild spätluetischer Lebererkrankungen kann mit anderen Affektionen weitgehend übereinstimmen (Abszesse, Echinokokkus, Karzinom, Cholezystitis und Cholangitis, atrophische und hypertrophische Zirrhose); bei differential-diagnostischen Zweifeln in Bezug auf Karzinom sollte eine spezifische Probebehandlung eingeleitet werden. Der in der Frühperiode auftretende Eruptionsikterus beruht jedenfalls auf einer Parenchymschädigung des Organs, auch wenn keine sonstigen Erscheinungen vorliegen; solche können sich bei weitergehender Schädigung einstellen und schließlich zu akuter Leberatrophie führen. Außer durch Syphilis allein kann auch durch Salvarsan eine Schädigung stattfinden und zu Früh- oder Spätikterus führen. Bei der luetischen akuten gelben Leberatrophie besteht immerhin eine gewisse Möglichkeit der Heilung. Bei Ikterus darf Salvarsan nur sehr vorsichtig und in kleinen Dosen angewendet werden; gummöse Veränderungen vertragen energische Behandlung. Jod wird bei allen Formen gut vertragen, meist auch Quecksilber und Wismut. Während der Behandlung sind alle die Leber möglicherweise schädigenden Faktoren (üppige Lebensweise, Alkohol) zu vermeiden. Chronische intermittierende Behandlung ist wegen der Neigung zu Rezidiven angezeigt. Nachbehandlung mit Zittmann in mittleren Dosen.

82., Nr. 21, 22. Mai 1926.

Zur psychischen Urtikaria. Franz Dufke.
Lichen nitidus generalisatus. Arthur Alexander.
* Persönliche Verhütung der Geschlechtskrankheiten. v. Notthafft.
Prophylaxe und Therapie von Gingivitiden und Stomatitiden unter besonderer Berücksichtigung des chlorsauren Kalis. Lucke.

Persönliche Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Der persönliche Schutz ist das Beste in der ganzen Vorbeugungstätigkeit. Hat Verkehr mit einer im ansteckenden Stadium der Syphilis befindlichen Person stattgefunden, so sind 2—3 Salvarsaneinspritzungen indiziert. Als Schutzmittel gegen Syphilis und Tripper hat sich die unter dem Namen „Dublosan" in den Handel kommende 2½prozentige Chininquecksilbersalbe sehr gut bewährt, wenn vor und unmittelbar nach dem Verkehr etwas Salbenmasse in die Harnröhrenmündung eingepreßt und die Oberfläche des ganzen Gliedes sorgfältig damit eingerieben wurde.

82., Nr. 22, 29. Mai 1926.

Eine eigenartige Form von Hauttumoren in der weiblichen Genitalregion (Angiofibroma circumscriptum symmetricum multiplex). Oskar Kieß.
Acroasphyxia chronica, Raynaudsche Krankheit und Sklerodermie. O. Dahmen.
Regionäre Hautempfindlichkeit des Säuglings auf chemische Reize. L. W. Sauer.
* Nierenschädigung durch Wismut. Walter Lichtenberg.
Kolorimetrische Arsenbestimmung im Liquor cerebrospinalis und Blut. Margarete Grzenkowski.
Der Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie. L. Görl und L. Voigt.

Nierenschädigung durch Wismut. Das Auftreten von Epitheliurie ist sicheres Zeichen einer Nierenschädigung und erfordert Aussetzen der Behandlung, wonach die Erscheinungen schnell zurückgehen. Der pathologische Sedimentbefund tritt gewöhnlich nach der 7. bis 8. Einspritzung auf.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 18.

Ein neues Spaltlampenbild: Abschilferung der Linsenvorderkapsel als wahrscheinliche Ursache von senilem chronischen Glaukom. A. Vogt.
* Behandlung der Plazentarperiode. M. Wuhrmann.
Heilung eines Aneurysma der A. poplitea durch Arteriennaht. G. Streit.
* Mastkuren mit Insulin. H. Bodmer.

Behandlung der Plazentarperiode. Verfasser liefert einen Beitrag zur Beurteilung der Frage, inwieweit ein phrophylaktisches Vorgehen in der Plazentarperiode zweckmäßig erscheint. An einer größeren Versuchsreihe der Züricher Frauenklinik wurde die Wirkung der prinzipiell phrophylaktischen Verabreichung von 1 ccm Gynergen auf den Ablauf der Nachgeburtsperiode studiert. Die Zeitdauer der Plazentarperiode wird durch Gynergen nicht verkürzt. Was den Blutverlust anlangt, so kann der phrophylaktischen Gynergendarreichung eine blutsparende Wirkung nicht zugeschrieben werden. Die manuelle Plazentarlösung kann durch Gynergen weder eingeschränkt noch umgangen werden. Nach alledem kann die Verabreichung von 1 ccm Gynergen als phrophylaktische Maßnahme zur Erzielung einer möglichst physiologischen Nachgeburtsperiode sofort post partum inf. vor erfolgter Ablösung der Plazenta nicht empfohlen werden. Auch die kritiklose prinzipielle Turgeszierung der Plazenta sofort post partum inf. kann als zweckmäßige Methode nicht empfohlen werden. In allen Fällen, bei welchen man über die früheren Plazentarperioden nicht informiert ist, desgleichen bei allen Primiparae ist die Nachgeburtsperiode am besten expektativ zu leiten. Allein dort, wo frühere Plazentarperioden einen pathologischen Verlauf zeigten, sind prophylaktische Maßnahmen erfolgversprechend. Daß die Turgeszierung allein wenig zweckmäßig ist, geht aus der großen Zahl der atonischen Blutverluste post partum placentae bei den prophylaktischen Turgeszierten hervor,

Mastkuren mit Insulin. Mastkuren mit Insulin können auch zur Bekämpfung der Appetitlosigkeit und Unterernährung Tuberkulosekranker mit sehr gutem Erfolge angewendet werden. Es ist aber daran zu denken, daß bei gewissen Formen von Lungentuberkulose eine Hypoglykämie besteht, welche zu großer Vorsicht in der Dosierung des Insulins mahnt. Abwechslungsweise gegebene intravenöse Infusionen hypertonischer Traubenzuckerlösungen wirken in diesen Fällen besonders günstig.

Nr. 19.

Spätresultate einiger Trepanationen. A. Jeutzer.
Die Albeesche Operation; anatomische und funktionelle Resultate. G. Dardel.
* Marmorknochenkrankheit. W. Lauterburg.
Blasen- und Ureterchirurgie. Th. Naepli.
Fall von Riesenhydronephrose (10 Liter). E. Ducrey.
Prostataoperation nach Luys. E. Bircher.
Fall von echtem Hermaphroditismus. C. A. Pettavel.
Ungewöhnlicher Fall von Staphylokokkeninfektion. F. de Quervain.
Operative Behandlung der Hängebrust. F. de Quervain.
* Die Neutralisation des Blutserums von Basedowkranken durch das Blutserum von Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse. M. Branovačky.
Ein Fall von allgemeiner Peritonitis nach akuter Pankreatitis. L. Choquard.
Herzschüsse. A. Lüthi.
Tränenerregender Aether. Ceppi.
* Intubationsbehandlung des Oesophaguskarzinoms. F. Merke.
Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Funktion der Valvula Banhini. W. Odermatt.
* Die Hernien der Bursa omentalis. W. Odermatt.
Bauchchirurgische Raritäten. A. Wydler.
Ueber künstlichen Nasen- und Ohrenersatz durch Gelatinegußprothesen. Strauß.
* Die Sarkome der langen Röhrenknochen. A. Jentzer.

Marmorknochenkrankheit. Das klinische Hauptsymptom der Erkrankung besteht in abnormer Knochenbrüchigkeit; das

Röntgenbild zeigt ein fast strukturloses Bild des ganzen Skeletts. Histologisch finden wir eine eurostale Hyperostose, ferner eine Störung der euchondralen Ossifikation und eine Störung der Periosttätigkeit. Die Aetiologie ist unklar, das Leiden — familiären Charakters — läßt an eine abnorme Keimanlage denken.

Die Prognose des Leidens wird stark getrübt durch Komplikationen, nämlich sekundäre letale Anämie, Kiefernekrose, Kompressionen von Hirnnerven durch Verengerung der Schädelostien, Hydrocephalus. Die Therapie ist machtlos.

Die Neutralisation des Blutserums von Basedowkranken durch das Blutserum von Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse. Sowohl das biologische Verhalten des Zwergkretinenblutes an und für sich, wie auch seine Fähigkeit, das biologisch hochaktive Basedowblut zu neutralisieren, sprechen für das Bestehen einer neutralisierenden Schilddrüsenfunktion. Die Neutralisation stellt einen chemischen Vorgang dar und geht außerhalb der Schilddrüse — also in der allgemeinen Zirkulation — vor sich. Die für die Neutralisation der schädlichen Stoffwechselprodukte nötigen Stoffe liefert die Schilddrüse. Diese Funktion fällt nicht mit der stimulierenden Funktion der Schilddrüsen zusammen, scheint ihr aber parallel zu gehen.

Intubationsbehandlung des Oesophaguskarzinoms. Die Intubationsbehandlung kann das konzentrische, stenosierende Wachstum des Tumors verhindern, nicht aber die Penetration in die Nachbarorgane und die Metastasierung. Auch wird sie nicht in allen Fällen durchführbar sein, z. B. nicht bei hochgradiger Kyphoskoliose. Sie wird aber dadurch, daß der Pat. seine Schluckfähigkeit behält, eine Methode sein, die den desolaten Zustand der Oesophagus-Karzinompatienten ganz erheblich bessern kann.

Die Hernien der Bursa omentalis. Darmschlingen, welche durch das Mesocolon den Zugang zur Bursa gefunden haben, verlassen den Netzbeutel in nicht wenigen Fällen durch eine andere Oeffnung wieder; die Bursa dient dann eigentlich nur als Durchtrittsstelle. Das hier veröffentlichte Sektionspräparat stellt den 13. in der Literatur bekannt gewordenen Fall dar von Eintritt durch das Mesocolon transversum und Austritt durch das Omentum minus. Klinisch sind es bald akute Erscheinungen, bald chronische Beschwerden, welche in einem Teil der bekannten Fälle zur Operation geführt haben. Eine bestimmte Diagnose wird bei inneren Hernien wohl nie vor der Operation mit Sicherheit gestellt werden können. Im vorliegenden Falle war die Wahrscheinlichkeitsdiagnose die eines stenosierenden Magenkrebses, wegen der Schwäche der Pat. wurde jedoch weder in diagnostischer noch in therapeutischer Hinsicht etwas unternommen.

Die Sarkome der langen Röhrenknochen. Sarkome kommen verhältnismäßig häufiger bei Männern als bei Frauen vor; auch ist bei ersteren die femorale Lokalisation häufiger als bei letzteren. Das Sarkom befällt mit Vorliebe das 2. Lebensjahrzehnt. Bevorzugt sind unter den Röhrenknochen Femur und Tibia, und zwar beim Femur das untere Diaphysenende, bei der Tibia das obere. Eine posttraumatische Aetiologie muß zugegeben werden, sie hat anscheinend eine wissenschaftliche Basis. Paradoxerweise ist die Zahl der Todesfälle größer bei denjenigen Kranken, die sich keiner Probeexzision unterworfen haben, als bei denjenigen mit Probeexzision. Wahrscheinlich kommt durch diese eine Immunisierung zustande, die auch das Auftreten von Metastasen oder lokalen Rezidiven verhütet. Vergleichende Bilder verschiedener Knochenerkrankungen zeigen, wie schwer es ist, die Diagnose einzig und allein auf das Strahlenbild zu gründen. Die Verwechslung zwischen Knochenaffektionen ganz verschiedener Natur ist sehr leicht möglich. Man darf daher die Interpretation einer Knochenaufnahme nicht vornehmen, ohne die übrigen klinischen Daten zu berücksichtigen. Weit eher ist die Radiographie imstande, zwischen Knochentumoren zu unterscheiden, als die Diagnose zwischen Osteitis und Osteosarkom zu erleichtern.

Held.

Revue Médicale de la Suisse Romande.

Nr. 5, 25. April 1926.

Drei Fälle von irreponibler supracondylärer Fraktur des Ellbogens. Transolekranäre Schienung, temporäre Nagelung des Knochen. Jaques Roux.
Medizinische Mitteilungen über die Wässer von Bex-les-Bains und die Methoden ihrer therapeutischen Anwendung. (Fortsetzung.) R.-F. Chollet.

Dr. Cohn-Czempin.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 14, 3. April 1926.

* Somnifen in der Psychiatrie. Barnhoorn.
Ueber Vitalfärbungen von Augen und Augenlidern. Marx.
* Ueber das Secalepräparat Gynergen. Gremmée.
Ein Fall von Hemihypertrophia totalis congenita. Bolten.
Ein Fall von Glycosurie ohne Behandlung geheilt. Demmers.

Das Somnifen in der Psychiatrie. Ein Jahr hindurch hat der Autor das Mittel in großem Maßstab ausprobiert und zwar als Narkotikum auf längere Zeit, als Sedativum, als Hypnotikum, als Antiepileptikum, als Hilfsmittel bei kleinen chirurgischen Eingriffen. 17 Patienten, die an verschiedenen Psychosen litten, erhielten eine Somnifenkur, die bei einem viermal wiederholt wurde, bei drei Kranken zweimal. Die Dauernarkose wurde auf 3—14 Tage ausgedehnt. Die Ergebnisse waren im Hinblick auf die Aussichtslosigkeit der Erkrankungen durchaus beachtenwert. Geheilt wurde eine postoperative Amentia, gebessert eine chronische Manie, eine Schizophrenia katatonica, eine agierte Melancholie und eine akute mechanische Phase. Bei 13 anderen Kranken war kein Erfolg zu erzielen. Als Sedativum leistete das Mittel vorzügliche Dienste. Es war stets ungefährlich. Als Hypnotikum steht das Mittel auf gleicher Stufe wie andere gute Schlafmittel. Einen Status epilepticus vermag das Mittel sehr günstig zu beeinflussen, so daß Krampfanfälle entweder für längere Zeit ausblieben oder doch sehr wesentlich abnahmen.

Ueber das Secalepräparat Gynergen. Gynergen, das sich in der Schweiz einer gewissen Beliebtheit erfreut, ist ein Ergotamintartrat von stärkerer Wirkung als andere Secalepräparate. Die Einspritzungen machen keine Infiltrate, peroral wirkt es aber nicht besser als andere ähnliche Produkte.

K. Heymann, Berlin.

Hygiea.

Bd. 88, Heft 3, 30. April 1926.

Ueber die Lokalisationen einiger psychischer Prozesse und besonders der einseitigen hemionopischen Halluzinationen. S. E. Henschen.
Ein kleines neues Injektions-Vademekum (Besteck) in Westentaschen-Format mit einem verbesserten Urin-Vademekum. C. O. Segerberg.
Die Frage über den Farbensinn der Automobil-Fahrer und die damit im Zusammenhang stehende fragliche Aenderung des Signalsystems der Eisenbahnübergänge. C. G. Boshöm.

Norsk Magazin for Laegenvidenskoben.

Nr. 5, Mai 1926.

Mißbildungen an den weiblichen Genitalien. G. Schoening.
Pathologisch-anatomische Kasuistik: I. Ganglienneuroma am Sympathikus am Halse, II. Befund in den Nebennieren bei Morbus Addisenie. Francis Harbitz.
* Encephalographie und das normale Encephalogramm. Jul. Riddervold.
* Pathologische Bilder bei der Encephalographie. Jul. Riddervold.

Encephalographie und das normale Encephalogramm. Riddervold beschreibt zunächst das normale Encephalogramm und die Technik der Encephalographie, um dann pathologische Bilder bei Hydrocephalus, Paralyse, Tumor, Abszeß, Trauma, Epilepsie zu geben, er hebt die diagnostische Wichtigkeit der Lufteinblasung hervor, will aber auch den therapeutischen Effekt nicht ganz in Abrede stellen. So wurde durch Lufteinblasung bei Epilepsie nach Meningoencephalitis und anderen Leiden mitunter Linderung beobachtet, doch bei Tabes mit gastrischen Krisen hatte Lufteinblasung durch den Lumbalkanal mitunter wenig Erfolg.

S. Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 16, 22. April.

* Untersuchungen der Magenfunktionen mit franktionierter Entnahme der Probemalzeit. Knud Faber, J. E. Holst und Norgaard.
* Ueber einen Pankreasstein. Erik Holm.
Pierre Janet. A. Faber.
Die Cerebrospinalflüssigkeit bei otogenem Hirnabszeß. Robert Land.

Untersuchungen der Magenfunktionen mit fraktionierter Entnahme der Probemahlzeit. Die fraktionellen Untersuchungen des Mageninhalts werden teils nach Hafersuppe, teils nach Zwiebackmahlzeit vorgenommen. Die Sekretmenge war groß bei maximaler Acidität nach der Probemahlzeit; eine niedrige Acidität in der Sekretmenge von 20 ccm oder darunter hat keine klinische Bedeutung. Die stärkste Acidität fand sich meist 1—1½ Stunde nach der Probemahlzeit. (Kongowert als Maßstab.) Die echte und falsche Achylie kann durch die fraktionierten Untersuchungen unterschieden werden. Auf Grund des Zurücklaufens des Duodenalinhalts (alkalisch), das meist am Schluß der Magenverdauung auftritt, können die Reaktionen sich verändern; das Zurücklaufen des alkalischen Duodenalinhalts kommt sowohl bei anaciden wie bei hyperaciden Probemahlzeiten vor.

Ueber einen Pankreasstein. Holm teilt hier einen Fall von Pankreasstein mit Pankreasatrophie mit der klinisch sich als tödlich verlaufenden Diabetes offenbarte. Pankreassteine sind seltene Befunde bei der Obduktion, geben nur unbestimmte Symptome und werden nie in vivo diagnostisch. —

Nr. 17, 29. April 1926.

Die Innervation des Magensackes. Einad Thomsen.
Dysregulation bei Degenerierten im Vagu. Askgaard.
Das Wippe-Brett zur Anwendung der Injektionsbehandlung der Varicen. Kaj Alshup.
Die Herstellung der Lopisgaze. H. Tredegaard.
Carcinoma ventriculi. (Uebersetzung aus dem Brit. Med. Journal) Councy Wheiler.

Nr. 18, 6. Mai 1926.

* Die Arterienverkalkung bei Menschen und Tieren. Arne Faber.
Vorläufige Resultate der Sanocrysin-Behandlung der Lugentuberkulose bei Erwachsenen. Luis Sayé.
Ueber den experimentellen Hermaphroditismus und Antogonismus zwischen den Geschlechtsdrüsen. H. Seemann.
Neurosis tratmauca (Hysterie) mit Vertigo cerebellaris posttraumatica. Chr. Gram.
Carcinoma ventriculi. (Uebersetzung aus der Brit. Med. Assoc.) E. J. Spriggs.

Die Arterienverkalkung bei Menschen und Tieren. Mit Schönheimer beobachtete Faber die Arterienverkalkung als fortgeschrittene Ernährungsstörung der Gefäßwände, was durch Tierversuche bestätigt wird. Die Adrenalingabe führt zur Medianekrose ziemlich schnell, aber bei kleinen Dosen erzeugt man auch eine allmähliche Intimahyperplasie. Vielleicht wirkt Adrenalin erst auf die Ganglien des N. sympathicus, welche verhärten, und dann folgen Störungen der Vasomotoren; nebenbei beeinflußt es den Blutdruck. Nikotin und Alkohol wirken ähnlich wie Adrenalin. Auch durch die Injektion von Bakterientoxinen kann man bei Tieren ähnliche Prozesse in den Gefäßen erzeugen, wie bei Arteriosklerose des Menschen.

Animalische Nahrung besonders bei pflanzenfressenden Tieren mit reichhaltigem Cholesterin erzeugt in Intima und Media Arterienverhärtung, die der Arteriosklerose gleicht. — Eine schleimige mucöse Degeneration, die noch reparabel ist, geht in der Regel der Arteriosklerose voraus. Vielleicht spielen ätiologisch eine gewisse Lipämie oder Kalküberschuß eine Rolle; doch scheint dies nicht notwendig und sicher.

S. Kalischer.

Acta chirurgica scandinavica.

Vol. 60, Suppl. 7.

* Studien über die chirurgische Behandlung von Gastroduodenalgeschwüren mit besonderer Berücksichtigung der Operationsanatomie und der postoperativen Digestionsphysiologie nebst einem Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung akuter Ulcusblutungen. Gösta Bohmansson.

Studien über die chirurgische Behandlung von Gastroduodenalgeschwüren mit besonderer Berücksichtigung der Operationsanatomie und der postoperativen Digestionsphysiologie nebst einem Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung akuter Ulcusblutungen. Die Arbeiten wichtiger Autoren beweisen, daß bei sämtlichen Fällen von Ulcus eine Gastritis vorliegt, die besonders im Quermagen lokalisiert ist. Bei Nachuntersuchungen, die Verfasser daraufhin vornahm, fand er in 100% seiner Fälle eine Bestätigung unabhängig vom Sitz des Geschwüres. Verfasser hält diese Gastritis für das Primäre und begründet seine Ansicht durch anatomische und mikroskopische Befunde. Bei akuten Geschwüren fand sich gewöhnlich eine lebhafte Entzündung mit Hyperazidität, während bei chronischen Geschwüren mit Anazidität eine atrophische Gastritis mit Bindegewebsvermehrung und Drüsenatrophie gefunden wurde.

Die Behandlung des Ulcus muß sich also hauptsächlich gegen die Gastritis wenden. Erscheint eine chirurgische Behandlung indiziert, so muß einmal das Geschwür selbst beseitigt werden, sodann aber auch die Quermagengastritis durch Mitentfernung des Antrum praepyloricum ausgeschaltet werden. Palliative Methoden dürfen nur in Ausnahmefällen angewandt werden, wo radikale Maßnahmen unmöglich sind. Die besten Resektionserfolge hat Verfasser bei Operationsmethoden nach Billroth I. Nach seiner eigenen Statistik liegt die primäre Operationsmortalität unter 2%. Während der Beobachtungszeit traten keine Rezidive auf. Von den nachuntersuchten Fällen waren 99% wesentlich gebessert, darunter 92% völlig geheilt.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

195. Bd., 6. Heft.

Eine experimentelle Studie über Narkose. Zugleich ein Beitrag zur pathologischen Physiologie der Narkose. (Chir. Universitätspoliklinik München, Prof. v. Redwitz). Immo Eymer.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68, April 1926.

Biologische Wirkungen der Röntgenstrahlen. Jansson.
Tetanie als Ursache von Magenbeschwerden. Langensklöld.
Seekrankheit. Leiri.

Die Arbeiten erscheinen später in deutscher Sprache.

British medical Journal.

Nr. 3403, 24. April 1926.

Ueber Kreislaufveränderungen bei der Narkose und beim Gebrauch von Sauerstoff. Hill.
Wiederbelebung durch Herzmassage. Ball.
* Ueber Endokarditis. Harder.
Gastro-jejunostomia posterior mit Enteroanastomose beim chronischen pylorischen oder duodenalen Ulcus. Gillon.
Extremitätengangrän bei einem 7 tage alten Säugling mit Ausgang in Heilung. Grove.
Stridor bei Masern. Houdsen.
* Ueber die kombinierte Anwendung von Novasurol und hypertonischer Kochsalzlösung bei chronischen Oedemen. Evans.
Vergiftung nach Einreibung der Haut mit Verbrennungsprodukten des Tabaks. Jones und Morris.

Ueber Endokarditis. Bei der chronischen Form der septischen Herzklappenentzündung (Endocarditis lenta) spielen die prophylaktischen Maßnahmen eine große Rolle. Abgestorbene Zähne mit apikaler Infektionsquelle sind zu entfernen. Die Alveolarpyorrhoe ist zu bekämpfen. Die Entscheidung, welche Tonsillen als Sepsisherd beseitigt werden müssen, ist schwierig, weil die nötigen Unterlagen zur Beurteilung oft fehlen. Auf keinen Fall sind Tonsillen zu entfernen, bei denen lediglich die bakteriologische Untersuchung häufig das Vorhandensein pathogener Streptokokken der verschiedensten Typen ergibt, während eindeutige Krankheitssymptome an diesen Tonsillen fehlen. Bei der Behandlung ist vor allem zu berücksichtigen, daß es bisher kein chemotherapeutisches Mittel gibt — auf welchem Wege es auch in den Körper gebracht wird — das imstande ist, die Keime abzutöten, welche tief im Gewebe der Herzklappen sich befinden. Die Immunotherapie mit den verschiedensten Antigenen und Immunseren gleicht in ihrer Erfolglosigkeit völlig der Chemotherapie. Einzig durch Hebung der Widerstandskraft, durch unspezifische Behandlung ist — genau wie bei der Tuberkulose — die chronische Endokarditis zu beeinflussen. So sind Freiluftkuren, Höhensonnenbehandlung, lange fortgesetzte Arsenkuren und einfache Bluttransfusionen bisher die einzig wirksamen Waffen, welche den Organismus in seinem Abwehrkampf unterstützen können.

Ueber die kombinierte Anwendung von Novasurol und hypertonischer Kochsalzlösung bei chronischen Oedemen. In gewissen Herzfällen mit vorgeschrittener Dekompensation läßt sich durch Digitalis die Herzaktion regelmäßig gestalten und eine gesteigerte Diurese erzielen, ohne daß der ausgedehnte Hydrops völlig zurückgeht. Weit bessere Erfolge als mit Novasurol allein sind durch intravenöse Gaben (0,2—0,5) von dieser Quecksilberverbindung in 20—30 ccm 2% Kochsalzlösung in Abständen von 4—5 Tagen. Die Durchfälle als Komplikation der Novasurolmedikation bleiben bei dieser Art der Darreichung aus.

Nr. 3409. 1. Mai 1926.

Ueber die Grundsätze bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Riviere.
Zur Behandlung der spastischen Kinderlähmung. Fairbank.
* Hyoscin bei den postenzephalitischen Störungen mit bes. Berücksichtigung seines Einflusses auf den Kohlehydratstoffwechsel. Mc Cowan, Harris und Mann.
Rheumatische Affektionen und einige Beobachtungen über ihre Behandlung. Leslie Orr.
Druck der Radix mesenterii auf das Duodenum ohne duodenalen Ileus Robertson.
Gallensteinileus. Colderey.
Purpura mit Gelenkerscheinungen und Pankreatitis nach Mumps. Wilson.
Mißbildung des Oesophagus. Dickson.
Stirnlage. Gossip.

Hyoscin bei den postencephalitischen Störungen. Besonders beim chronischen Parkinsonismus nach epidemischer Encephalitis ist die Hyoscinbehandlung von wesentlichem Wert. Dieses Mittel beseitigt die Muskelrigidität, die Akinese, Salivation und Tränenfluß. Auch die geistige Regsamkeit der Kranken nimmt wesentlich zu. Die Blutzuckerkurve — welche bei postencephalitischen Störungen unter Traubenzuckerbelastung abweichend von der Norm verläuft — wird durch Hyoscin normal gestaltet. Die Wirkung des Hyoscins ist nur vorübergehend. Erneute und lange fortgesetzte Kuren sind erforderlich. Nebenwirkungen und Gewöhnung treten nicht auf. In der Mehrheit der Fälle kann nur bei subkutanen Injektionen eine völlige Ausnützung des Medikaments erzielt werden, wenn auch zuweilen bei peroraler Darreichung allein oft eine wesentliche Beeinflussung zu erlangen ist.

Rheumatische Affektionen und einige Beobachtungen über ihre Behandlung. In den Fällen von akuter Polyarthritis, wo die Salizyltherapie keine prompte Entfieberung erzielte, erwies sich die Behandlung mit Autovaccine (aus Streptokokkenstämmen, die aus dem Gelenkpunktat oder den Tonsillen gezüchtet wurden) als sehr wertvoll. Entstehung von Herzfehlern sowie der Uebergang in das chronische Stadium wurden scheinbar dadurch verhütet. Proteinbehandlung, Massage, Hydrotherapie bleiben für die chronische Arthritiden und Arthrosen vorbehalten.

Biberfeld.

La Riforma medica.

42., Nr. 14, 5. April 1926.

Verschluß des Peritoneums mit Lembertnähten beim tuberkulösen Ascites. Bufalini.
* Alarmzone auf der gesunden Seite beim künstlichen Pneumothorax. Campani und Fiori.

Alarmzone auf der gesunden Seite beim künstlichen Pneumothora. Beim Pneumothorax mit Adhäsionen, unter relativ oder absolut hohem Druck, aber auch bei negativem Druck vorkommend, findet sich häufig ein sogenanntes kontralaterales Alarmzeichen, meistens links, im 5., 6. und 7. Interkostalraum unter dem Bilde einer leichten oder starken pheuropulmonären Kongestion, seltener unter dem einer wirklichen Pleuritis oder einer basillären Bronchopneumonie. Das Symptom ist im allgemeinen flüchtig und gutartig, neigt aber zu Wiederholungen bei stürmischen und starken Einblasungen. Es ist ein Zeichen für eine bevorstehende homolaterale Pleuraentzündung. Wahrscheinlich kommt es durch einen Druck seitens der komprimierten Lunge auf die gesunde zustande, und zwar gegen die Basis zu, wo an und für sich schon Oedem und Stase günstige Bedingungen für die Entwicklung pathogener Prozesse schaffen. Die größere Häufigkeit linksseitiger Lokalisation bei rechtsseitigem Pneumothorax erklärt sich durch die leichtere Verschiebung des Mediastinums nach links, durch den verschiedenen Gegendruck der Bauchorgane und die Aspirationswirkung der vermeintlichen gesunden Lunge.

42, Nr. 15, 12. April 1926.

Ohren-, Nasen-, Kehlkopfbehandlung in Krieg und Frieden. Bilancioni.
* Ueber einige künstlich erzeugte Hautreaktionen bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen. Flarer.

Ueber einige künstlich erzeugte Hautreaktionen bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen. Vergleichende Untersuchungen einer Anzahl spezifischer und aspezifischer Hautreaktionen an einem Material von 350 Kindern (normales Pferdeserum intrakutan, 1‰ Tuberkulin intrakutan, 20 Minuten lange Applikation mit 40% Formalin und Terpentinöl getränkter Gazestücke auf die Haut mit Ablösung sofort oder nach 24 Stunden). Positive Pferdeserum-Reaktionen waren viel seltener (Knaben und Mädchen 24, bzw. 32%), als die zwei anderen. Zwischen Tuberkulin- und Formalin-Terpentin-Reaktionen bestand ein Parallelismus (beide positiv in 45 bzw. 49%). Trotzdem waren beide gleichzeitig positiv nur in etwa 33%, und während die positiven Tuberkulin-Reaktionen mit zunehmendem Alter des Kindes zunehmen, war bei der Formalin-Terpentin-Reaktion das Gegenteil der Fall. Die spezifischen und die chemischen Reize wirken also ganz verschieden. Ein hoher Prozentsatz tuberkulöser Kinder zeigt gesteigerte Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Haut. Wahrscheinlich bestehen Beziehungen zwischen dem allergischen Zustand der Kranken und deren Hautreaktionsfähigkeit gegen aspezifische Reize chemischer Natur.

42, Nr. 16, 19. April 1926.

Ein Fall von Inguinalhernie in der Kruralgegend, ein anderer mit Inhalt des Flexura sigmoidea. Giordano.
Paracoli B-Septikämie nach vereiterter Angiocholecystitis. Pansini.
* Behandlung von Neurolues mit Protein-Wismuttherapie. Catalano.

Behandlung von Neurolues mit Protein-Wismuttherapie. Die Protein-Wismuttherapie (intramuskuläre Injektion von 5 bis 10 ccm steriler Milch in fünf- bis sechstägigen Intervallen, die ersten und letzten zwei allein, die übrigen gleichzeitig mit tiefen intramuskulären Bi-Injektionen) zeigte sich außerordentlich wirksam für die neurologischen Symptome der progressiven Paralyse, etwas weniger für die psychischen Symptome. Sie versagte vollkommen bei der Tabes, doch waren die behandelten Fälle alten Datums. Die Milchreaktionen waren niemals ernster Natur, Fieber trat bisweilen nach den ersten Injektionen auf, überschritt aber nie 38 Grad. Der therapeutische Wert kann also nicht in der Temperatursteigerung liegen, sondern beruht auf der Reizwirkung des Proteins zur Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus. Nach der Nonne-Genarichschen Theorie will Verfasser die kombinierte Therapie für die Syphilis im allgemeinen angewandt wissen, um das Auftreten späterer Metalues zu verhindern.

42, Nr. 17, 26. April 1926.

Die objektive und individuelle Feststellung des Schmerzes. Biondi.
Beitrag zum Studium der Amoebenkrankheit in Sizilien. Moretti.
* Serumprophylaxe und Serumtherapie der Gasgangrän. Pellegrini.

Serumprophylaxe und Serumtherapie der Gasgangrän. Nachdem Verfasser zwei Kranke in Friedenszeiten an Gasgangrän verloren hatte, wendet er die Serumprophylaxe in allen Fällen an, in denen eine solche Komplikation zu befürchten ist. Unter 15 Kranken kam es nur einmal, wo die Injektion spät erfolgt war, zu einer Gasgangrän mit selten mildem Verlauf. In zwei Fällen von Gasgangrän führte die Serumtherapie zu überraschend schnellem Erfolg, und er stand unter dem Eindruck, daß diese Erfolge nicht auf die Operation allein zurückzuführen waren. Er empfiehlt diese Prophylaxe und Therapie zu ausgedehnterem Gebrauch auch in Friedenszeiten.

42, Nr. 18, 3. Mai 1926.

* Die Therapie der Psoriasis mit Trepol. Vercari.
Die Myiasis im italienischen Somaliland. Veneroni.

Die Therapie der Psoriasis mit Trepol. Behandlung von 21 Psoriasiskranken mit Trepol (Bi-Gehalt 0,06 g pro ccm) ohne jede andere Therapie. Intramuskuläre Injektionen von 2—3 ccm alle fünf bis sieben Tage. Vollkommene Rückbildung in zwölf Fällen, partielle in den übrigen neun. Bis auf einen Kranken, der seit 14 Monaten rezidivfrei ist, haben alle Rezidive bekommen, jedoch von geringer Ausdehnung. Bei drei Kranken erschien nach der Rückbildung ein Leukoderma. Histologische Untersuchung einer derartigen Hautstelle ergab Pigmentlosigkeit durch Schwund des epithelischen und starken Rückgang der Bindegewebs-Chromatophoren. Stratum granulosum unverändert, leichte Vermehrung der oberflächlichen Schichten, Hypertrophie der kollagenen Fasern in der Tiefe der Kutis. Die sehr ausgedehnten und reichlich schuppenden Fälle geben die besten Behandlungsresultate. In Anbetracht einiger eindrucksvoller Erfolge bei sehr hartnäckigen Fällen glaubt Verfasser die Therapie, vielleicht mit verbesserter Technik, empfehlen zu können.

Rontal.

Il Policlinico Sez. prat.

33, Nr. 14, 5. April 1926.

Beitrag zur Kenntnis der durch Balentidium coli verursachten Dysenterie. Alessandrini.
* Neue Befunde in der Pathologie und Chemotherapie des Krebses. Manara.
Ueber eine traumatische Phrombophlebitis iliaca externa. Faddei.

Neue Befunde in der Pathologie und Chemotherapie des Krebses. In langen klinischen Versuchen hatte Verfasser festgestellt, daß er mit Kupfersulfat bei malignen Tumoren bald überraschende Heilungen, bald schlimmste Mißerfolge erzielte; er erkannte den Grund dafür in einer Beeinflussung der Kupferkur durch gleichzeitig genommene Drogen wie As., P., Br. und J. und fand, daß die Heilungen maligner Tumoren durch ein sehr starkes Gift, das Scheelesche und das Schweinfurter Grün erreicht wurden, das natürlich dem Körper nicht direkt zugeführt werden kann. Man muß seine Bildung in den Tumorzellen durch Einführung von Medikamenten herbeiführen. Das Kupfer hat elektive Eigenschaften für das in der malignen Zelle enthaltene Glykogen, welches das Kupfer in der Oxydalform fixiert. Durch eingeführtes As. wird das grüne Salz gebildet und es handelt sich darum, das As in einer Dosierung zuzuführen, durch welche es nicht zu Giftwirkung oder Nekrose der Gefäße und des gesunden umgebenden Gewebes kommt. Nähere Details behält sich Verfaser vor und gibt einstweilen nur einige Fälle von vielen mit kurzen Beschreibungen und Abbildungen bekannt (periostales Sarkom der Tibia, Adenosarkome der Parotis, Karzinom des Hodens), in welchen er in kürzester Zeit Heilungen erzielte. Diese einfache kombinierte Arzneibehandlung heilt angeblich alle malignen Tumoren, die nicht ulceriert oder zu weit vorgeschritten sind, verhindert Rezidive bei sofortiger Anwendung nach Radikaloperationen, heilt Rezidive und lymphatische Metastasen. Ja, Verfasser verspricht sogar die Heilung der Krankheiten, welche den Boden für die Krebsentwicklung bereiten. Qui vivra, verra!

33, Nr. 15, 12. April 1926.

Rezidiv von Gallensteinen um einen Fremdkörper. Pini und Catterina.
* Ueber die Pathogenese des Lesieurschen Symptoms beim Typhus. Trentini.
Ueber Mykosen. Basile.

Ueber die Pathogenese des Lesieurschen Symptoms beim Typhus. In einem ziemlich hohen Prozentsatz findet sich beim Typhus das Lesieursche Symptom, das in einer Verkürzung des Klopfschalls rechts, hinten, unten, oft bis zum Schulterblattwinkel besteht und angeblich vor Roseola, Milztumor und Widel auftritt. Ist diese Dämpfung jedoch sehr früh nachweisbar, so wird sie wahrscheinlich durch eine pleuritische Lokalisation der Infektion hervorgerufen. Nur wenn sie, wie meistens, in vorgeschrittener Zeit der Infektion, jenseits der ersten Krankheitswoche auftritt, stellt sie das wirkliche Lesieursche Phänomen dar, ist jedoch nicht durch eine Leberhypertrophie, wie L. meine, zu erklären, noch durch eine Hypostase der rechten Lunge, sondern durch eine Verlagerung der vergrößerten Leber nach aufwärts infolge eines herabgesetzten Tonus des Zwerchfells (beginnende Degeneration der Muskelsubstanz toxischen Ursprungs und Herabsetzung der funktionellen Reize durch die für Typhus charakteristische Depression des Nervensystems).

33, Nr. 16, 19. April 1926.

* Die Behandlung von Pleuraergüssen mit intrapleuralen Injektionen von Jodkali. Berri.
* Ueber die Blutkonservierung für Glukosebestimmung nach Rang. Toscano.
Bemerkungen über Wassertherapie. Gioseffi.

Die Behandlung von Pleuraergüssen mit intrapleuralen Injektionen von Jodkali. Verfasser empfiehlt auf Grund von fünf Fällen (vier exsudative Pleuritiden und eine Hydrothorax) die intrapleurale Jodkaliinjektion zu therapeutischen Zwecken überall, wo es erwünscht ist, die Resorption zu beschleunigen. Er injiziert 2 ccm einer 12,5 prozentigen Jodkalilösung und wiederholt evtl. die gleichen Dosen. Er ratet, mit dieser Therapie nicht zu lange zu warten, bis etwa die Resorptionskraft der Pleura durch den Krankheitsprozeß vernichtet ist. Eine schädliche Wirkung des Jods auf aktive tuberkulöse Herde hält er bei den geringen Dosen nicht für vorliegend, immerhin möge man von der Jodbehandlung Abstand nehmen, wenn der Pleuritis ein aktiver tuberkulöser Prozeß zugrunde liegt.

Ueber Blutkonservierung zur Glukosebestimmung nach Bang. Die Konservierung einer Blutprobe zur Glukosebestimmung ist für eine Zeit von vier bis sechs Tagen durch Hinzufügung einer kleinen Menge von Fluornatrium möglich. Verfasser empfiehlt zwecks Versendung der Proben in ein Laboratorium sich eigens konstruierter Ampullen zu bedienen, ähnlich den für die gewöhnlichen Injektionen benutzten; es genügt ½ ccm Blut aus Fingerkuppe oder Ohrläppchen tropfenweise zu sammeln in einer allerkleinsten Menge Fluornatrium. Auch die Bangsche eiweißtilgende Lösung (1,5 g Uraniumacetat in 200 ccm Aq. dest. bei leichter Erwärmung, Hinzufügen von 650 ccm einer kalt gesättigten Chlorkaliumlösung, von 0,75 ccm einer 25prozentigen HCl-Lösung und Auffüllung von Aq. dest. auf ein Liter) konserviert die Glukose des Bluts für etwa die gleiche Zeit. Man bringt genau gemessen 0,1 ccm Blut in eine Bangsche Lösung. Die Fluorkonservierung hat den Vorteil, geeigneter für die Praxis zu sein, da sie den Gebrauch genau kalibrierter Pipetten unnötig macht.

33, Nr. 17, 26. Arpil 1926.

Meningealer Symptomenkomplex bei akuter Kokainvergiftung. Fonelli.
Beitrag zum klinischen Studium der Raynaudschen Krankheit. Dal Maso.

33, Nr. 18, 3. Mai 1926.

Die perkutorische Schalldämpfung der Lungenspitzen. Pezzotti.
* Notwendigkeit frühzeitiger Operation bei Nieren- und Harnleitersteinen. Pazzi.
Ueber den Mechanismus der Agglutination. Parise.

Notwendigkeit frühzeitiger Operation bei Nieren- und Harnleitersteinen. An der Hand einer Reihe von Röntgenbildern mit Pyelogrammen von Pyonephrosen mit Atrophie des Nierenparenchyms, starker Dilatation des Beckens und der Kelche im Anschluß an Nieren- und Harnleitersteine, die eine Nephrektomie notwendig machten, tritt Verfasser für eine frühzeitige Operation ein, die durch die konservativen Eingriffe der Pyelotomie, Nephrotomie, Uretorotomie die Nierenfunktion vollkommen erhalten kann.

33, Nr. 19, 10. Mai 1926.

Die Bubonenpest, die Ratten und Flöhe. Lustig.
* Beitrag zum Studium des sogenannten „pulsierenden vaskulären Magens". Pieri.
Weiterer klinischer Beitrag zur Herznaht. Bufalini.

Beitrag zum Studium des sogenannten „pulsierenden vaskulären Magens". Delore, Comte und Labry haben kürzlich zwei Fälle dieses neuen Krankheitsbildes unter obigem Namen veröffentlicht, charakterisiert durch häufige, abundante Magenblutungen, für die man bei der Operation keine Ursache in besonderen pathologischen Veränderungen findet. Die Gefäße, besonders der großen Kurvatur, erscheinen hypertrophisch, geschlängelt, stark pulsierend und übertragen die Pulsation auf die Magenwand. Es handelt sich anscheinend um ein rein lokales Gefäßphänomen, beruhend auf einer Mißbildung der Gefäße oder auf vasomotorischer Grundlage. Multiple, fraktionierte Ligaturen der Gefäße führten zu Heilungen von längerer Dauer. Verfasser veröffentlicht einen Fall mit identischem Befunde, für den er seinerzeit bei der Laparotomie keine Erklärung fand. Er schloß die Bauchwunde ohne weiteren Eingriff am Magen, und die Kranke ist seit 1½ Jahren bei andauerndem Gebrauch von Hypotenin (mit Rücksicht auf eventuelle arteriosklerotische Grundlage) ohne Blutungen geblieben.

33, Nr. 20, 17. Mai 1926.

* Pathogenese und Therapie der Migräne. Capparoni.
Rezidiv einer ektopischen Schwangerschaft nach kurzem Intervall. Clemente.
* Kampferöl gegen die puerperale Sepsis des Uterus. Cavazzani.
Vergiftung mit Rizinussamen. De Pascalis.

Pathogenese und Therapie der Migräne. Die Hemikranie ist eine konstitutionelle Krankheit, exquisit erblich und in Beziehungen zum Arthritismus. Die Stoffwechselreize üben einen Reiz auf die vasomotorischen Zentren aus und rufen eine akute Kongestion der dura mater hervor, reizen in gleicher Weise die Fasern des Sympathikus, welche die Hirngefäße begleiten. Von allen Drogen ist das geeignetste Heilmittel das Aconit in Verbindung mit Colchicin. (0,05 g Colchicin; 1,0 g Extr. Aconiti in 50 Pillen, täglich 1—2 Pillen 50—60 Tage lang). Wiederholung der Kur zweimal im Jahre.

Kampferöl gegen die puerperale Sepsis des Uterus. In Erinnerung an die von alten Aerzten geübte und als erfolgreich geschätzte Anwendung des Kampferöls bei Streptokokkeninfektion und besonders Erysipel hat Verf. das Mittel bei septischer Endometritis versucht und damit häufig so gute Resultate erzielt, daß er es zur Anwendung empfiehlt. Nach Säuberung der äußeren Genitalien, Irrigation der Vagina mit warmer, physiologischer Lösung, Pinselung des Uterushalses mit Jodtinktur führt er mittels der Braunschen Spritze einige 10 ccm von 10% sterilem Kampferöl in die Uterushöhle ein, für deren leichten Abfluß er sorgt. Diese Medikation ist täglich, sogar 2 mal täglich, zu wiederholen, bis die Temperatur sinkt.

Rontal.

Il Policlinico Sez. med.

33, Nr. 4, 1. April 1926.

Amoebenabszesse der Leber. Pontano.
Subakute Leberatrophie mit partieller disseminierter Sklerose unter dem Symptomenbild der Cirrhose. Antonelli.

33, Nr. 5, 1. Mai 1926.

* Alkohol und schützende Funktion der Leber. Albertoni.
* Die alimentäre Glykämie. Condorelli.
Allergische Entstehung der Pleuritis beim Pneumothorax. Luridiana.
5000 mit Tetrachlorkohlenstoff behandelte Fälle von Ankylostomakrankheit. Gigliol i.

Alkohol und schützende Funktion der Leber. Die Leber übt eine regulierende Funktion auf den Blutzucker aus. Durch Versuche an Menschen und an Hunden stellte Verf. fest, wie diese Funktion durch den Alkohol geschädigt werden kann. Der Alkohol steigert die Glykämie und verringert die Schutzfunktion der Leberzellen. Während im normalen Zustand der Blutzucker nach Aufnahme von 100 g Glukose auf nüchternen Magen sich nur um 10—15 cg vermehrt, steigt er nach mehrtägigem Genuß von Aethylalkohol um 30, von Amylalkohol um 50 cg. Diese wichtige regulierende Funktion für die Kohlehydrate steht unter dem Einfluß des Nervensystems und der endokrinen Drüsen, in erster Linie des Pankreas, das mittels des Insulin in anabolischem Sinne und der Nebennierenkapseln, die mittels des Adrenalin in katabolischem Sinne wirken. Die Funktion wird viel früher geschädigt, bevor Leberveränderungen anatomisch und histologisch erkennbar werden, und es handelt sich darum, die funktionelle Schädigung möglichst früh festzustellen, um der anatomischen vorbeugen zu können.

Die alimentäre Glykämie. Bei der Kurve der alimentären Glykämie muß man sich von der Aenderung sowohl des freien wie des kombinierten Zuckers Rechenschaft ablegen. Die hyperglykämische Reaktion ist nicht von der Vernichtung der Glykogenfunktion der Leber abhängig, wohl aber von der Störung der Glukose regulierenden Funktion der Leberzelle. Diese letztere Funktionsstörung hat jedoch weder mit der Natur des Krankheitsprozesses etwas zu tun, noch mit der Schwere der Lebererkrankung, noch mit möglichen Veränderungen anderer Funktionen der Leberzelle. Die Hyperglykämie, die man im nüchternen Zustand beim Cirrhotiker antrifft, steht in keiner Beziehung zur Herabsetzung der Glykogenfunktion der Leber. Weder die Herabsetzung, noch die völlige Vernichtung derselben offenbart sich in einer starken langdauernden Hyperglykämie. Bei allen Leberkranken findet man stets feine Veränderungen des normalen Bildes der alimentären Glykämie. Da die Glukose regulierende Funktion der Leber unter der Herrschaft des sympathischen, endokrinen Systems steht, so ist es verständlich, daß man Kurven der alimentären Glykämie, wie man sie bei Leberkranken antrifft, auch bei andern Krankheiten findet (Fettsucht, Basedow, reine Hypertension, manche akute Infektionskrankheiten). Die Probe der alimentären Glykämie ist also nicht imstande, über die Funktion eines Organs aufzuklären, sondern kann nur die Störung der Glukoseregulierung anzeigen, deren Ursache von Fall zu Fall zu bestimmen ist.

Il Policlinico, Sez. chir.

33, Nr. 4, 15. April 1926.

Untersuchungen über die Nierenfunktion. Teil 1. Cassuto.
Lymphangioendotheliom der Tunica vaginalis. Micotti.
Ueber Megaoesophagus. Giardina.

33, Nr. 5, 15. Mai 1926.

Zwei Fälle von primärer Tuberkulose der gestreiften Muskulatur. Bianchetti.
Untersuchungen über die Nierenfunktion. Teil II. Cassuto.
* Mikroorganismen des Krebses und des Sarkoms. Purpura.

Mikroorganismen des Krebses und des Sarkoms. Verf. konnte in 21 Fällen (meistens Mammakarzinome, einige Sarkome) stets die gleichen Kokken isolieren, in 6 Fällen daneben Keime in filamentöser Form. Niemals fand er die Kokken in Kontrollkulturen. Sie sind meistens rundlich, zu 2 oder 4 angeordnet, von einer schleimartigen, sich weniger intensiv mit Methylenblau färbenden Substanz umgeben. Er impfte bisher Glukosebouillon nur mit ganzen Tumorstückchen, daher ist die langsame Entwicklung der Kulturen (oft nach Monaten) erklärlich. Am besten entwickeln sich die Keime in Blut- und Serumagar bei 37°, sowohl aerob, als auch anaerob. Die Keime zeigten pathogene Eigenschaften.

Rontal.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 22, 17. März 1926.

Die Pachymeningitis haemorrhagica des Säuglings. R. Debré und O. Semelaigne.
Untersuchungen über die Aetiologie des akuten polymorphen Erythems; sein ätiologisches Agens: Streptobazillus moniliformis. C. Levaditi, S. Nicolau und P. Poincloux.

Nr. 23, 20. März 1926.

* Die Wichtigkeit der Elektrokardiographie in der Diagnostik und Prognose der Synkopen. C. Lian und Ch. Petit.
Chronische Tetanie bei Erwachsenen und Ueberpflanzung von menschlichen Parathyreoidea nach der Methode von Voronoff. C. Frangoni und V. Scirnone.
Der Einfluß der Lumbalpunktion auf die Diurese, Glykosurie und arterielle Pension. A. Ravina.

Die Wichtigkeit der Elektrokardiographie in der Diagnostik und Prognose der Synkopen. Verff. betonen die Wichtigkeit des Elektrokardiogramms bei Synkopen, wo keinerlei Störung des Rythmus besteht oder wo eine solche anscheinend benigner Art wie totale Bradycardie die Synkopen genügend zu erklären scheint. In diesen Fällen wird durch das Elektrokardiogramm fast immer ein Block des Reizleitungssystems festgestellt.

Nr. 24, 24. März 1926.

Die Gefahr der Primitivnähte bei offenen traumatischen Wunden der Friedenszeit. B. Desplas.
* Die Wirkung der methylierten Extrakte der durch Aceton entfetteten Tuberkelbazillen auf äußere Tuberkulosen. L. Nègre und A. Boquet.
Die kleinen partiellen Rippenresektionen in situ bei chronischen lokalisierten Lungentuberkulosen. Jaquerod.
Die Land-Krankheit, ein psycho-kolloidklastischer Schok. J. Borec.
* Ist die Ischias eine Neuralgie oder Myalgie? J. Rouillard.

Die Wirkung der methylierten Extrakte der durch Azeton entfetteten Tuberkelbazillen auf äußere Tuberkulosen. Verff. haben in 60 Fällen von Haut-, Drüsen-, Knochen-, Gelenk- und Bauchfelltuberkulose mit dem methylierten Extrakt aus Tuberkelbazillen, die mit Azeton vorbehandelt waren, bemerkenswerte günstige Resultate erzielt. Der Allgemeinzustand besserte sich nach 4—5 Injektionen, Appetit und Kräfte steigerten sich und das Gewicht stieg an. Gegeben wurden steigende Dosen von 0,05 bis 1 ccm in Intervallen von 8, 4, 2, 1 Tag subkutan oder intramuskulär 3—11 Monate lang. Herdreaktionen wie beim Tuberkulin wurden nicht beobachtet, kaum daß geringe Temperatursteigerungen bei hypersensiblen Patienten vorkamen.

Ist die Ischias eine Neuralgie oder Myalgie? Verf. diskutiert die Ansicht des dänischen Autors Helweg, der die Ischias als Myalgie bezeichnet mit der Begründung, daß im Bereich der erkrankten Partien des hinteren Schenkels und Beines die Muskeln eine deutlich festere Konsistenz aufwiesen, die zweifellos auf Intotoxikation durch Milchsäure beruhe. Diese entsteht bei Ermüdung des Muskels, der sich bei Reizung maximal kontrahiert. Verf. stellt dieser Theorie erstens die anatomischen Befunde gegenüber, bei denen sichere Veränderungen der Nerven, Hypertrophien, Hyperämien, Blutungen zwischen den Fasern, ödematöse Schwellungen und Verdickungen des Perineuriums gefunden worden sind. Zweitens seien andere Muskelgruppen, z. B. die des Oberarmes, viel häufiger überanstrengt ohne daß ähnliche Myalgien auftreten. Eine Klärung in der Interprätation der Krankheit sei nicht erfolgt.

Nr. 25, 27. März 1926.

Die latenten Formen der Lungensyphilis. M. Letulle und J. Dalsace.
* Rhachianalgesie und Azotämie. Abadie, Baldous und Dornier.
Ueber die Wichtigkeit, bei malignem Riesentumor des Oberschenkels in Trendelenburgscher Lage zu operieren, um die Art. iliaca com. auf abdominalem Wege zu unterbinden und von der Desartikulation der Hüfte die Femoralgefäße zwischen den Ligaturen zu durchtrennen. Ch. Perret.
* Die „psychogenen“ Anorexien der Jugendlichen und Erwachsenen. N. Nathan.

Rhachianalgesie und Azotämie. Bei unter Rückenmarksanästhesie Operierten findet sich immer eine Erhöhung des Reststickstoffs, die ungefähr eine Woche andauert. Teils ist die Operation daran schuld, teils auch die Anästhesie selbst, und zwar ist die Erhöhung größer beim Stovain als beim Novocain. Trotzdem sind die Vorteile der Lumbalanästhesie immer größer als die anderer allgemeiner Methoden; ebenso hat das Stovain seine deutlichen Vorzüge, besonders die Schnelligkeit und Konstanz der Wirkung. Unter anderem führt es bei manchen viszeralen Interventionen eine Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks herbei, wodurch die Operation fast unblutig verlaufen kann. Nur in Fällen, wo Nieren- oder Leberschädigungen bestehen, halten Verff. die Anwendung des Novocains für ratsamer, wenn die Anästhesierung längere Zeit in Anspruch nimmt.

Die „psychogenen“ Anorexien der Jugendlichen und Erwachsenen. Die Arbeit stützt sich im wesentlichen auf die Theorie Freuds, daß den Appetitstörungen sehr häufig unbewußte, affektbetonte Erlebnisse zugrunde liegen, die entweder allgemein zu einer „Flucht in die Krankheit“ zwingen oder aus besonderen, lokalen Gründen (Ekel vor beschmutztem Trinkgefäß usw.) gerade dieses Konversionssymptom hervorbringen. Psychoanalytische Behandlung führt gewöhnlich zum Ziel, während Lokalbehandlungen eher verstärkend wirken. Isolierung ist häufig anzuraten, bei Geisteskranken notwendig.

Nr. 26, 31. März 1926.

Die Aspergillose der Lunge. M. Magaigne und P. Nicard.
Die sogenannte chirurgische Extraktion der Zähne. L. Monier.
Die Wirkung der Entfernung der Großhirnrinde. L. Binet.
Die Ausbreitung der Amöbendysenterie in Indochina seit Einführung des Emetins. S. Abbatucci.

Haber.

Revue d'Orthopédie.

33. Jahrgang, Nr. 2, März 1926.

* Angeborene Verkürzung der Palmarfaszie. Jorge.
* Anatomische Formen des angeborenen Schulterblatthochstandes. Mallet-Guy.
Albeesche Operation einer lange vergeblich mit konservativen Mitteln behandelten Lumbalspondylitis. Patel und Creyssel.
Indikatronen und Technik der Jodoelinjektionen zur Erkennung von Abszeß- und Fistelursprüngen. Sorrel und Delahaye.
Ein Fall von Schienbeinfissur. Oudard.
Isolierter hinterer Randbruch des Schienbeins. Dalger und Peruès.
* Eine technische Abänderung der Fußarthrodese. Guildal.

Angeborene Verkürzung der Palmarfaszie. Einer 23jährigen Argentinierin, deren Blutsverwandte bis auf den Alkoholiker-Vater gesund sind, wird ein Kind geboren, dessen Palmarfaszie eine ziemlich starke Verkürzung oder Schrumpfung zeigt, so daß die vier letzten Finger in einer dauernden halben Beugung stehen. Trotzdem die Beweglichkeit der Finger im übrigen frei ist und das Kind seine Hände gut gebrauchen kann, wird es dem Arzte vorgestellt, da die Mutter eine Verschlimmerung befürchtet. Sie selbst leidet unter angeborener Verkürzung der Palmarfaszie, die zu einer schweren Einwärtskrallung der Finger geführt hat. Der Zustand der vier Hände bietet keine genaue Uebereinstimmung mit den Zuständen einer Dupuytrenschen Kontraktur. Es liegt eher das Bild einer Palmarsklerose vor.

Anatomische Formen des angeborenen Schulterblatthochstandes. Bisher hat man den Schulterblatthochstand auf eine mangelhafte Senkung des Knochens zurückgeführt, der in frühen Entwicklungszeiten in der Halsregion angelegt wird. Huc hat dann den Nachweis erbracht, daß die abnorme Verlagerung des Schulterblattes nur ein Zeichen der allgemeinen Veränderung des ganzen Schultergürtels darstellt, unter der die Verkürzung des Schlüsselbeines eine wichtige Rolle spielt. Die Verfasser stellen drei verschiedene Typen dar, die alle auf eine angeborene Mißbildung im Verlauf der Schultergürtelentwicklung zurückzuführen sind:

1. Eine primäre Mißbildung des Schulterblattes.
2. Eine primäre Mißbildung des Schlüsselbeines.
3. Eine primäre Mißbildung der scapulo-vertebralen Muskulatur.

Diesen drei Typen entsprechen drei gut unterschiedene anatomische Formen. Bei der ersten Form bestimmt die starke Aplasie des Schulterblattes das ganze anatomische Bild. Häufig sitzt der Knochen an richtiger Stelle. Die Verkürzung des Schlüsselbeines hat zur Folge, daß die Scapula nach vorn über die Schulter verzogen wird. Die muskuläre Form läßt sich aus Fehlbildungen des m. trapezius erklären.

Eine technische Aenderung der Fußarthrodese. Guildal schafft den Zugang zum oberen Sprunggelenk dadurch, daß er den untersten Teil des oberen Knöchels abmeißelt und umklappt mitsamt einem Hautlappen.

33. Jahrgang, Nr. 3, Mai 1926.

* Betrachtungen über die Anatomie der chronischen Hüftgelenksentzündungen im Röntgenbild. Duvernay und Parent.
* Ueber die Resektion des Sprungbeins zur Behandlung der Tuberkulose im oberen Sprunggelenk. Gradoyevitch.
Abbruch des äußeren Oberarmknochens mit Drehung des Bruchstückes nach außen und vorn. Slania.
* Erweichungseinbruch des os naviculare. Moutier.
Ein neuer Fall von Ektrodaktylie. Menegaux.
Spondylitis in der Maske einer Blinddarmentzündung. M. Meyer und Cuny.

Betrachtungen über die Anatomie der chronischen Hüftgelenksentzündungen im Röntgenbild. Das Durcheinander unter den verschiedenen Krankheiten der Hüfte wird erhöht durch die Tatsache, daß die Aerzte das Krankheitsbild nur mit einem Auge zu betrachten gewöhnt sind. Die einen wittern überall Mißbildungen und übersehen die Erscheinungen der Entzündung, die anderen richten ihr Augenmerk auf die entzündlichen Vorgänge und sind blind für Mißbildungszeichen. Das Hüftgelenk kann wie jedes andere Gelenk erkranken; die Bilder der einfachen, proliferierenden, ankylosierenden oder deformierenden Entzündungen sind bekannt. Aber wir dürfen auch nicht leugnen, daß das Hüftgelenk mehr als irgendein Gelenk in seiner Bildung variiert, so daß leichte und schwere Mißbildungen an ihm häufiger getroffen werden als anderswo. Beide Fehler können sich gleichzeitig in ein und demselben Gelenk finden und die Krankheitsdeutung erschweren. Die entzündliche Veränderung zeigt nach einiger Wirkungszeit stets unregelmäßige Begrenzung, blumenkohlartige Auftreibung, Zerstörung des Knorpels. — Die angeborenen Veränderungen indessen spielen sich unterhalb des Knorpelbelages ab, so daß die Form der Gelenkteile einigermaßen an die normale erinnert und mehr oder weniger glatt und gleichmäßig überknorpelt bleibt. An Hand von 26 typischen, aber nicht gut wiedergegebenen Röntgenbildern versuchen die Verfasser die verschiedenen Formen und Kombinationen klar zu stellen. Die vier entzündlichen Formen werden kombiniert mit Coxa valga, angeborener Pfannenweite (Hanche à double fond), angeborener Kopfveränderungen, angeborener Subluxationen. Ohne Bilder wäre eine kurze Beschreibung wertlos. Wir verweisen daher auf die 30 Seiten starke Abhandlung.

Ueber die Resektion des Sprungbeins zur Behandlung der Tuberkulose im oberen Sprunggelenk. Der Verfasser empfiehlt die frühzeitige Resektion des Talus, um den Herd noch vor Einbruch ins Gelenk zu entfernen oder doch mit ihm die Quelle erneuter Infektion zu beseitigen. Die Erfolge der konservativen Therapie sind nicht besonders gut. Heilungen ohne Versteifung, zumeist in schlechter Stellung, sind überaus selten. Der Standpunkt interessiert, da er von einem Mitarbeiter der Sorrelschen Sonnenklinik in Berck-Plage eingenommen und lebhaft verteidigt wird.

Erweichungseinbruch des os naviculare. Beschreibung eines Falles von Kienboeckscher traumatischer Malazie des Kahnbeins der linken Handwurzel.

Debrunner, Zürich.

Annales de Derm. et de Syphiligraphie.

1926, Nr. 3.

Ikonographische Studie der Staphylokokkenpustel und der von ihr sich herleitenden Läsionen. Die nodulären Sykosen. IVo. R. Sabouraud.
Prurigo und Kratzen. Civatte.
* Das Cholesterin bei Hautkrankheiten. Bernhardt und Zalewsky.
* Die Beziehungen zwischen Syphilis und Sklerodermie. E. Bertin.

Das Cholesterin bei Hautkrankheiten. Bei 100 Kranken wurden 300 Blutuntersuchungen auf den Gehalt an freiem Cholesterin gemacht. Ausgesondert wurden alle Syphilitiker, Leber- und Nierenkranke, ferner Frauen während der Schwangerschaft. Es ergab sich bei allen eitrigen, auf Staphylokokkeninfektion der Haut beruhenden Erkrankungen eine Erhöhung des Cholesterins. Ob dies ein toxisches Phänomen ist oder im Gegenteil auf Antikörperwirkungen beruht, ist noch nicht zu sagen. Es fand sich gleichfalls eine Erhöhung bei allen untersuchten Fällen von Hauttuberkulose, was mit der von anderen Untersuchern gefundenen Erhöhung bei Lungentuberkulose gut übereinstimmt. Eine Verminderung fand sich in 64% der Psoriasisfälle. Da die Nebennierenkapsel als Bildungsstätte oder als Hauptdepot für das Cholesterin aufgefaßt wird, so erfährt durch diesen Befund die Annahme gestörter innerer Sekretion bei der Psoriasis eine gewisse Stütze.

Die Beziehungen zwischen Syphilis und Sklerodermie. Die Ursache der Sklerodermie ist noch dunkel. Man hat sie mit den verschiedensten Infektionskrankheiten in Zusammenhang bringen wollen: Akuter Gelenkrheumatismus, Erysipel, Diphtherie, Typhus, Tuberkulose und Syphilis hereditaria. Auf diese letzte Möglichkeit wird die Aufmerksamkeit neuerdings wieder hingelenkt. In der Tat findet sich erstens gelegentlich Sklerodermie bei Syphilis und zweitens hat die spezifische Behandlung oft einen gewissen Einfluß auf den Verlauf der Sklerodermie gezeigt. Der Autor trägt eine ganze Anzahl derartiger Beobachtungen aus der Literatur zusammen. Er meint, daß die Lues unter den ätiologischen Faktoren sehr wohl eine Rolle spielt. Hiermit sind auch die anatomisch-pathologischen Tatsachen im Einklang: Der vaskuläre Charakter der Hautaffektionen bei Sklerodermie.

K. Heymann, Berlin.

Biologie Medicale.

24. Jahrgang, Nr. 3, März 1926.

Histophysiologie der Lunge. Coutière.
Die physischen Verfahren zur Erforschung der Lungenfunktion. Lambolez.
Zwei Beobachtungen unzureichender antisyphilitischer Wismutbehandlung während der Schwangerschaft. Bizard und Jolivet.

Nr. 4, April 1926.

* Betrachtungen über die moderne Therapie und die physiologische Erprobung therapeutischer Substanzen. Rede gehalten in der Sorbonne.
* Ueber die Serumbehandlung der Hämorrhagien. R. Pierret.
* Behandlung des weichen Schankers mit intravenösen Injektionen von Dmelcos. Daussy.
Zwei Fälle von weichem Schanker geheilt durch intravenöse Injektionen von Nicolle-Vaccin. Charrier.

Betrachtungen über die moderne Therapie und die physiologische Erprobung therapeutischer Substanzen. Nach einer kurzen Würdigung geschichtlicher Vorgänge betont der Vortragende die ungeheure Kluft, die zwischen der alten empiristischen Therapie und der heutigen modernen Causaltherapie besteht. Während man noch vor ein paar Jahrzehnten auf bloßes Herumprobieren angewiesen war, trägt die jetzige ätiologische Behandlung die ganze wissenschaftliche Strenge der Laboratoriumsmethoden bis ans Krankenbett, ihre größten Triumphe feiert sie in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Die großen Schwierigkeiten, mit denen besonders die Chemotherapie, aber auch die Serumtherapie, zu kämpfen haben, sieht Vortragender unter anderem in folgenden Faktoren: Weder kennen wir, noch kultivieren wir alle pathogenen Mikroorganismen. Die Reagenzglasversuche können nicht verallgemeinert werden. Chemische Substanzen, die in vitro gegenüber gewissen Erregern wirksam sind, verhalten sich deshalb noch nicht ebenso in vivo und umgekehrt. Auch kann ein chemischer Körper in vivo wirksam, in vitro aber unwirksam sein. Die Erreger sind häufig durch ihre Lagerung in bestimmten Organen vor den chemotherapeutischen Mitteln geschützt, auch ihr chemischer Bau kann sie unangreifbar machen. Es gibt resistente Formen. Chemische Mittel, die für den Parasiten giftig sein sollen, sind dies leider auch für den Wirt.

Die physiologische Erprobung der Heilmittel zerfällt in eine Toxizitätsprüfung und eine Aktivitätsprüfung. Für beide gibt Vortragender Beispiele, bei den Salvarsanen verweilt er länger. Schon 1913 fand Vortragender unabhängig von Ehrlich einen Toxizitätsstandard für das Novarsenobenzol (identisch mit Neosalvarsan. Ref.) und zwar ergab sich aus seinen sehr zahlreichen Tierversuchen, die die Klinik später bestätigte, daß jede Operationsnummer, die, in der Dosis von 0,2 g pro kg Kaninchen diesem Tier intravenös injiziert, drei Viertel der Tiere am Leben ließ, unbedenklich dem Handel übergeben werden konnte. Leider mußten diese Arbeiten damals unterbrochen werden, 1917 wurden sie wieder aufgenommen. Es gelang, den Toxitätskoeffizienten für das Novarsenobenzol zu vermindern, die vom Kaninchen vertragene Dosis wurde auf 0,3 g pro kg erhöht. Damit fielen 40% der Fabrikate der Aussonderung anheim. Aber die Industrie paßte sich an und der Standard von 0,3 gilt heute noch in Frankreich und Italien. Wie streng dieser Standard ist, geht daraus hervor, daß ein Mensch von 60 kg Gewicht nicht mehr als 0,01 bis 0,02 Novarsenobenzol pro kg erhält, während vom Kaninchen also ein Ueberleben nach Injektion von 0,3 pro kg verlangt wird. Redner erklärt mit Recht die toxikologische Prüfung der Arsenobenzole für eine ebenso wichtige internationale Frage, wie die Aktivitätsprüfung der therapeutischen Sera, im Auslande (z. B. in Deutschland. Ref.) figurieren sie auf gleicher Stufe. Leider bestehen immer noch Uneinigkeiten über das zu wählende Testobjekt. Maus, Ratte, Kaninchen? Redner spricht sich für das Kaninchen aus; seine diesbezüglichen Versuche gestatteten es ihm, Fabrikate aufzuspüren, die nicht den Tod des Tieres, sondern nur seine Erkrankung verursacht hatten.

Betreffend der Aktivitätsprüfung der Arsenobenzole teilt Redner die in mehreren Ländern geübten Methoden mit, bespricht die Abweichungen der Resultate und erkennt dem Ehrlichschen Begriff der Therapia sterilisans magna eine gewaltige anfeuernde Wirkung zu, obwohl die Sterilisation sich beim Menschen bisher nie hat erzielen lassen. Den Vorschlag von Voegtlin und Smith, die Arsenobenzole an Trypanosomenratten zu prüfen, lehnt Redner ab. Spirochätentötende Argentien sind nur an mit Spirillen oder Spirochäten infizierten Tieren zu erproben, niemand würde auf den Gedanken verfallen, ein Mittel gegen die Schlafkrankheit wie Bayer 205 an der Hühnerspirochäte nachzuprüfen.

Es folgen Betrachtungen über aktuelle therapeutische Probleme: Avitaminosen, Krankheiten mit Störung der inneren Sekretion, die Cardiaca, über den Begriff der Spezifizität und den der Choctherapie.

Ueber die Serumbehandlung der Hämorrhagien. Mit einem antihämorrhagischen Serum von Dufour und Le Hello (Anthema), wurden einige überraschende Erfolge erzielt, auffallend war die Wirkung bei einer intestinalen, intraovulären Blutung. Aber auch andere Hämorrhagien bei Neugeborenen wurden durch das Serum schnell zum Stehen gebracht.

Behandlung des weichen Schankers mit intravenösen Injektionen von Dmelcos. Sehr schmerzhafte multiple Ulcera mollia begleitet von einem kurz vor dem Durchbruch stehenden Bubo. In Abständen von drei bis vier Tagen wurden intravenöse Dmelcoseinspritzungen gemacht. Es folgten: Fieber bis 41 Grad, Schmerzlosigkeit der Ulcera, die schnell abheilten; auch der Bubo ging alsbald zurück. (Dmelcos ist ein sogenanntes Stockvakzin. Ref.)

K. Heymann, Berlin.

Journal of the American Medical Association.

86, Nr. 14, 3. April 1926.

Individuelle oder Gruppen-Verantwortlichkeit für die Behandlung von Krankenhauspatienten. Christian und Auchencloss.
Die Ziele der Praktikanten-Ausbildung im Hospital. Irons.
*Immunisierung gegen Diphtherie. Larson und Eder.
*Immunisierung gegen Scharlach. Larson, Huenekens und Colby.
*Eine gutartige, heilbare Form haemorrhagischer Nephritis. Baehr.
*Sporadische Trichinosis mit stärkster Herabsetzung des Blutdrucks. Cheney.
Ein neuer Apparat zur Aufnahme und zum Einführen von Radontuben in den Uterus. Simpson und Flesher.

Immunisierung gegen Diphtherie. Verf. stellten fest, daß die Bakterien der Koli-Typhusgruppe auf Nährböden von niedriger Oberflächenspannung gut wuchsen, daß Pneumo- und Streptokokken, Tuberkelbazillen u. a. schon bei leichter Herabsetzung der Oberflächenspannung apathogen wurden. Für solche Herabsetzung eignete sich am besten rizinolsaures Natron. Sie fanden, daß Tetanus- und Diphtherietoxin in geeigneter Mischung mit gereinigtem rizinolsaurem Natron sofort entgiftet werden, dabei aber ihre Antigeneigenschaften unverändert behielten, und daß sie Meerschweinchen und Kaninchen gegen beide Toxine mit solchem Material immunisieren konnten. Versuche an Freiwilligen ergaben, daß die Injektion der ganz reinen Droge keine Reaktion außer einem leicht brennendem Gefühl von wenig Sekunden an der Injektionsstelle zur Folge hatte, daß Schickpositive Personen, die 0,125 L + Toxin in einer 2% Seifenlösung in einer Menge von 1 ccm intramuskulär erhielten, geheime Reaktion zeigten. Die Gefahren der Sensibilisierung gegen Pferdeserum haften dem Antitoxin an. Die geringe Menge Serum im Toxin-Antitoxin verursacht zwar keine schweren anaphylaktischen Reaktionen, aber genügt doch, gegen die entsprechenden Sera zu sensibilisieren. Der Gebrauch des rizinolsauren Natrons schließt diese Gefahren der Sensibilisierung gegen fremde Substanzen aus. Die Diphtherietoxinseife erwies sich dem Toxin-Antitoxin als mindestens gleichwertig. Versuche, die Immunisierung mit einer einzigen Injektion zu erreichen, bzw. das optimale Intervall zwischen zwei Injektionen zu bestimmen, sind noch nicht ganz abgeschlossen. In einer kleinen Gruppe von Geimpften erzielten sie nach einer Injektion bei 38,5% der Fälle Immunität innerhalb 5 Wochen, in einer Gruppe von 151 Geimpften bei 52% Immunität innerhalb 12 Wochen.

Immunisierung gegen Scharlach. Allgemeine Immunisierung gegen Scharlach wird niemals zur Einführung gelangen, solange man nicht alle Reaktionen ausschalten, die Zahl der Injektionen möglichst auf eine einzige herabsetzen und die aktive Immunisierungszeit möglichst der Inkubationszeit angleichen kann. Viele dieser Forderungen kann man durch Benutzung eines mit rizinolsaurem Natron entgifteten Toxins erreichen, das seine Antigeneigenschaften bewahrt und die Gefahren der Sensibilisierung ausschließt. Die neutralen Seifentoxinmischungen sind stabil. Die Methode ermöglicht, alle Streptokokkentoxine zu entgiften, deren der Scharlachstreptokokkus nach den neuesten Untersuchungen mehrere produziert. Intramuskuläre Injektionen von 3000-5000 Hautreaktionsdosen haben keine oder geringste Reaktionen zur Folge und erzeugen schnellste Immunisierung. Da es gelang, mit einer einzigen Injektion 77,3% positive Dickreaktionen in 8 Tagen, 97% in 3 Wochen negativ zu machen, so eröffnet sich die Möglichkeit, eine Scharlachepidemie durch aktive Immunisierung zu unterdrücken. Dies gelang Verff. in mehreren Institutsepidemien. Sie sind jetzt damit beschäftigt, ein Antigen herzustellen, das nicht nur die Scharlachtoxine, sondern auch die Streptokokken enthält, um nicht nur antitoxische, sondern auch antibakterielle Immunität zu verleihen.

Eine gutartige, heilbare Form hämorrhagischer Nephritis. Verf. macht zum ersten Male in Amerika auf das von Scheidemandel und Vollhard aufgestellte Krankheitsbild einer gutartigen, heilbaren hämorrhagischen Nephritis aufmerksam. Er verfügt über ein Material von 14 Fällen aus den letzten 5 Jahren, meist Personen zwischen 20 und 30 Jahren. Es handelt sich um dauernde oder in Anfällen auftretende, meistens makroskopische und schmerzlose Hämaturien ohne Oedeme und Blutdrucksteigerung. Ein chronischer Infektionsherd, oft in den Tonsillen, liegt der Krankheit scheinbar zugrunde, Tonsillektomie führt meistens nach vorübergehender Steigerung der Hämaturie zu allmählichem Verschwinden derselben. Selbst nach monatelangem Bestehen blieben keine Nierenfunktionsstörungen zurück. Im Hinblick auf die sehr gute Prognose ist eine Differentialdiagnose von den anderen Formen akuter diffuser hämorrhagischer Nephritis wichtig und wird eingehend besprochen.

Sporadische Trichinosis mit stärkster Herabsetzung des Blutdrucks. Das beschriebene Krankheitsbild zeigt einige weniger bekannte Symptome. Die Myositis war zweifellos verantwortlich für die Nackensteifigkeit, das Fehlen der Kinnreflexe und das positive Kernigsche Zeichen. Das Fehlen der Eosinophilie im Blute in den ersten 2 Tagen schien gegen die Diagnose Trichinosis zu sprechen, die zuerst auf Typhus und epidemische Encephalitis gestellt wurde. Am interessantesten war eine extreme Herabsetzung des Blutdrucks (44/18) ohne sonstige Zirkulationsstörungen bei normaler Harnsekretion und eine allgemeine Lymphdrüsenschwellung. Der Blutdruck stieg auf 1 ccm Adrenalin auf 110/48.

86., Nr. 15, 10. April 1926.

Die Behandlung funktioneller Uterusblutungen. Novak.
Chirurgie bei Diabetikern. Judd, Wilder und Adams.
* Vorkommen von Racheninfektionen mit Scharlachstreptokokkus ohne einen Ausschlag. Stevens und Dochiz.
Die pethologische Physiologie experimenteller, gangränöser Pankreatitis. Tower.
* Leberfunktionsproben. Berger, Cohen und Selman.
* Bedeutung der chemischen Blutveränderungen beim Keuchhusten. Regan und Tolstouhov.
* Lipiodol in Diagnose und Behandlung von Bronchialaffektionen. Pritchard, Whyte und Gordon.
Omentopexie bei Lebercirrhose. Lester.
Paroxismale Tachykardie bei Myokarditis. Major und Wahl.
Ein Fall von cutis verticis gyrata. Sisson.
Multiple Divertikel des Oesophagus. Buckstein.

Vorkommen von Racheninfektionen mit Scharlachstreptokokkus ohne einen Ausschlag. In einer Hospital-Scharlachepidemie, die besonders die Wärterinnen betraf, ereigneten sich neben typischer Scharlacherkrankung Wundinfektionen und akute Rachenentzündungen ohne Ausschlag. Fünf von den Streptokokkenstämmen, die Verff. in Kulturen von den letzteren Fällen erhielten, zeigten sowohl die Agglutinations- wie die Toxin erzeugenden Eigenschaften des St. scarlatinae. Das bestätigt die schon lange bestehende rein klinische Auffassung, daß es eine Scharlachangina ohne Ausschlag gibt. Solche Fälle kamen unter dem Wärterpersonal bei negativen Dickreaktionen vor. Die Dickprobe ist also kein verläßlicher Fingerzeig für eine Immunität gegen Racheninfektionen mit Str. scarlatinae. Unter 76 mit Scharlachserum immunisierten Personen ereignete sich nur 1 Scharlachfall. Auf Komplikationen beim Scharlach hat das Serum keine therapeutische Wirkung. Anscheinend hat der Str. bakterielle und toxische Eigenschaften, die Dickprobe zeigt aber nur die antitoxischen Immunitäten. Toxinproduktion und Agglutination mit Scharlach-Immunserum gehen stets parallel. Die Agglutination der Str.-Stämme von Fällen nichtscarlatinöser Pharyngitis zeigt, daß zwischen den Stämmen hämolytischer Streptokokken, die akute Halsinfektionen erzeugen, keine Beziehungen bestehen.

Leberfunktionsproben. Ein Bericht über vergleichende Studien von 5 Proben, die in den letzten 3 Jahren in 100 Fällen innerhalb 48 Stunden zur Ausführung kamen. Es waren die van den Berghsche Probe, die Widalsche hämoklasische Probe, die Rosenthalsche Phenoltetrachlorphthaleinprobe, die Harnuntersuchung auf Urobilin (Schlesinger) und Urobilinogen (Ehrlichs Respus) und die Hagsche Probe zur Bestimmung der Gallensalze im Harn. Sie teilten die Fälle in 4 Gruppen, 19 Fälle von Lebererkrankung mit und 6 Fälle ohne Ikterus, 37 Fälle mit Verdacht auf klinisch nicht nachweisbare Lebererkrankung, und 38 Fälle, die keinen Verdacht auf Lebererkrankung aufkommen ließen. Die zahlreichen positiven Befunde in den letzten 2 Gruppen machen es wahrscheinlich, daß viele Menschen an latenter Lebererkrankung oder -funktionsstörung leiden, die vorübergehender Natur oder mit unseren Mitteln nicht nachweisbar sind. Die 5 Proben stellen verschiedene Leberfunktionen dar, von denen eine oder mehrere oder alle gestört sein können und geben daher keine parallelen Resultate. Waren alle Proben positiv, so lag schwerster toxischer Ikterus vor, waren nur 4 positiv, so handelte es sich um chronische Formen (wie Bantische Krankheit, perniciöse Anämie, Cirrhosen). Waren alle positiv, ausgenommen die Widalprobe, so lag stets Obstruktionsikterus infolge Tumors vor. Waren nur 3 positiv, so war es unmöglich, die Befunde mit den klinischen Bildern in Einklang zu bringen, da in vielen suspekten Fällen nur 1-2 Proben, in vielen nichtsuspekten Fällen viele Proben positiv ausfielen. Die Proben sind gegenwärtig besonders für die Differentialdiagnose und für die Beurteilung des Verlaufs der Krankheit von Wert.

Bedeutung der chemischen Blutveränderungen beim Keuchhusten. Therapeutische Indikationen. 682 Blutanalysen von 111 Keuchhustenfällen ergaben eine Veränderung des totalen anorganischen Phosphorgehalts gleichzeitig und annähernd parallel mit einer Verringerung der H-Ionenkonzentration des Blutes bei ziemlich normalem CO_2-Gehalt des Plasmas. Die Veränderungen beginnen früh, besonders die des P.-Gehalts bereits im katarrhalischen Stadium und nehmen in den ersten Wochen des paroxysmalen Stadiums zu. In mäßig schweren und schweren Fällen steigt der P.-Gehalt und weniger ausgesprochen der PH-Wert stetig von der 3 Woche an bei Behandlung mit Alkalien, während die Steigerung selbst bei milden, aber unbehandelten Fällen nicht vor der 6. Woche beginnt. Das Sinken des P.-Gehalts hat keine rachitische Grundlage. Der Kalkgehalt ist veränderlich, zeigt aber keine konstanten, typischen Veränderungen. Diese unkompensierte Azidose hat ihren Grund in einer Anhäufung von freiem CO_2 im Blut, was wohl mit den paroxysmalen Anfällen, dem Erbrechen, dem parenchymatösen Emphysen und den Konvulsionen in Einklang zu bringen ist. Möglicherweise ist das Erbrechen ein kompensatorischer Akt zur Ausscheidung der Säure. Die Theorie der unkompensierten Azidose findet auch ihre Begründung durch die Wirkung der Alkalitherapie. Bikarbonat, Kalziumkarbonat, Magnesiumoxyd führen im Frühstadium zu abortivem Verlauf mit raschem Anstieg des P.-Gehalts und erzielen bei späterer Verordnung rasche Besserung und Heilung.

Lipiodol in Diagnose und Behandlung von Bronchialaffektionen. Benutzung warmer Anästhetika und warmer 40% Jodlösung (Vermeidung brauner Lösungen). Röntgenographie möglichst schnell nach der Injektion ohne unnötige Bewegungen des Kranken. Kleine Bronchiektasien in und um die Lungenwurzeln und zylindrische Dilationen der absteigenden Bronchialäste lassen sich nachweisen, wo genaueste klinische Untersuchung nichts ergibt. Der ganze Bronchialbaum läßt sich nur in mehreren Sitzungen sichtbar machen. Bronchiektasien gehen oft von chronischer Infektion der Nase und des Rachens aus. Von den 4 Injektionswegen oberhalb und durch die Glottis mit gebogener Kanüle, unterhalb der Glottis mit Hohlnadel durch die menbrana crieothyreoidea und durch das Bronchoskop ziehen Verff. im Gegensatz zu Forestier den supraglottealen vor, der in kürzerer Zeit, mit weniger Anästhesie und weniger Belästigung des Kranken ebensoviel leistet, wie die anderen Methoden. Bei mehr als 600 Bronchialinjektionen sahen sie nie schwere Störungen, nie Jodismus. Die Technik ist nicht schwer, lokale Anästhesierung braucht nicht übertrieben zu werden. Negative Resultate sind kein absoluter Beweis für das Fehlen von Bronchiektasien. Das Jodöl ist infolge des langsam freiwerdenden Jods bei chronischen Affektionen von guter Heilwirkung. Warnung vor diagnostischer und therapeutischer Anwendung bei akuten Affektionen oder Lungentuberkulose.

86, Nr. 16, 17. April 1926.

* Malignes Lymphom. Minot und Isaacs.
Eine zarte Haut in der urogenitalen Chirurgie. Clark.
* Scharlach. Luidsay, Rice und Gelinger.
* Die Nasengänge bei der lobären Pneumonie. Felty und Healley.
* Puerperalfieber. Lash und Kaplan.
Langdauernde Amerie. Myers.
Kohlenoxydvergiftung. Stevens.
Ein System für eine gute Pollen-Uebersicht. Koessler und Durham.
* Wirkungen von Insulin und Glukose auf das Säure-Basengleichgewicht bei chirurgischen Diabeteskranken. Gibson.
* Gallensteine bei Kindern. Carey.
Eine neue Kolostomiebinde. Neely.

Scharlach. Sorgfältige Untersuchungen an einem großen Material ergaben, daß eine Intrakutaninjektion von genügend konzentriertem Scharlachtoxin nach der Dick-Methode ein verläßliches Mittel zur Bestimmung der Empfänglichkeit für oder der Immunität gegen Scharlach, und daß diese Methode oft auch diagnostisch wertvoll ist. Empfängliche Personen lassen sich aktiv für eine längere Zeit immunisieren. Bei solchen, die über eine ungewöhnlich kleine Menge natürlichen Antitoxins verfügen, was sich in einer intensiv positiven Dickreaktion ausspricht, muß man vorsichtig mit den immunisierenden Toxindosen vorgehen, um schwere Reaktionen zu vermeiden. Das nach der Dochez-Methode hergestellte Serum besitzt absolut spezifische Antitoxineigenschaften, und sein früher Gebrauch in genügenden Dosen vermindert das Auftreten schwerer Komplikationen. Eine einzige große Dosis ist wiederholt kleinen weit vorzuziehen. Die intramuskuläre Injekton genügt praktisch für fast alle Fälle, die intravenöse kommt nur für die allerschwersten Fälle in Frage. Empfehlung, vor Anwendung des Antitoxin alle Kranken auf ihre Sensibilität gegen Serum zu prüfen.

Ein klinisches und bakteriologisches Studium der Nasengänge bei der lobären Pneumonie. In 16 Fällen konnten Verf. während des akuten Stadiums aus den mittleren Nasengängen Pneumokokken von dem gleichen Typhus, wie im Sputum oder im Blut isolieren. Während der Rekonvaleszenz war ihr Nachweis in den Nasengängen nicht mehr möglich. Stets war eine Hyperämie der Nasenschleimhäute vorhanden, sechsmal eine akute eitrige Nebennasenhöhlen-Entzündung mit Pneumokokkenbefund. Ob dieselbe der lobären Pneumonie vorangeht oder sich mit ihr gleichzeitig entwickelt, ließ sich nicht entscheiden. Vieles spricht dafür, daß die akute Pneumokokkeninfektion der Nebenhöhlen eine Rolle in der Pathogenese der lobären Pneumonie spielt.

Puerperalfieber. Verff. fanden im Berkefeld-Filtrat von Bouillonkulturen des Str. haemolyhocus, den sie aus dem Blut von Puerperalfieberkranken isolierten, ein Toxin. Intrakutane Injektion steriler Filtrate erzeugte je nach der Verdünnung des Filtrats und der vermeintlichen Immunität der Kranken verschiedene entzündliche Reaktionen. Die toxische Substanz im Filtrat war thermolabil. Intrakutane Reaktionen mit erhitzter Filtratlösung 1 : 100 bei 5 schwangeren Frauen, die stark positiv gegen eine Lösung von 1 : 1000 reagiert hatten, fielen dreimal negativ aus, zweimal positiv (Ueberempfindlichkeit gegen die Proteine des erhitzten Filtrats). Das Toxin wurde durch bei Kaninchen erzeugtes Immunserum neutralisiert, nicht aber durch Kontrollserum nicht immunisierter Tiere. Durch Präcipitinpoben ließ sich die Entwicklung von Immunkörpern durch das Toxin nachweisen. Wiederholte Injektionen von Toxin erzeugten genügend Antitoxin, um Kaninchen gegen die letale Dosis des puerperalen Str. haemolyticus zu schützen.

Wirkungen von Insulin und Glukose auf das Säure-Basengleichgewicht bei Diabeteskranken. Verf. gibt als praeoperative Vorbereitung von Diabetikern 40 g Glukose per os oder Klysma und 5—20 E. Insulin je nach der Schwere des Falles 1—2 Stunden vor der Operation. Bestimmungen des PH und der CO_2 im Plasma zeigten ihm eine deutliche Verschiebung der Säure-Basengleichgewichts nach der Seite größerer Alkalität hin, und was wesentlich ist, diese Veränderung war noch in der kritischen, postoperativen Periode deutlich, ganz unabhängig von einem hypoglykämischen Zustand. Der nach großen Dosen von Insulin und Glukose beschriebene Insulinschock ist wahrscheinlich ein Symptom der Alkalose.

Gallensteine bei Kindern. Bericht über ein 9 jähriges Kind, das seit 2 Jahren an häufigen, schweren Schmerzanfällen im rechten Abdomen mit Erbrechen, leichtem Fieber und rigider Bauchmuskulatur ohne Ikterus und lehmfarbenen Stuhl litt. Es wurde wegen Appendizitis operiert, der entfernte Appendix war nur leicht entzündet. Sehr ausgedehnte Gallenblase mit einem Stein von 2½ cm Durchmesser im ductus choledochus. Nach Endfernung der Gallenblase Heilung. Verf. fand in der Literatur nur 25 Fälle bei Kindern unter 14 Jahren, 10 derselben sicher kongenitalen Ursprungs. Bei abdominalen Operationen aus ähnlichen Anlässen ist eine Untersuchung der Gallenblase stets anzuraten.

86, Nr. 17, 24. April 1926.

Arzt und Patient der Zukunft. Phillips.
* Malignes Lymphom. Fortsetzung. Minot und Isaacs.
* Beobachtungen über die Aetiologie von Tumoren bei Versuchen mit Hühnersarkom. Murphy.
* Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Immunität. Manwaring, Wright und Shumaker.
* Wert der Untersuchungen auf Endamoeba histogytica durch Kultur. St. John.
* Irrtümer der syphilitischen Serumdiagnose auf alleiniger Grundlage der Kahnreaktion. Greenbaum.

Modifikation der gegenwärtigen Gastroduodenostomiemethoden. Hughson.
Vergleichende Methode zum Nachweis normaler Entwicklung in der Kindheit. Gesell.
Autotransplantation einer Zehe für den traumatischen Verlust eines Fingers. Fuld.
Modifikation des Lovett-Brewsterschen Skoliosenkorsetts. Pease.
Einige neue Aspirationstroikarts. Ferguson.
Ein eigenartiger Fall von Uebertragung des Scharlach. Crowell.

Malignes Lymphom. Verff. begreifen unter dem Namen Lymphoblastom lymphatische Leukämie, Pseudoleukämie, Lymphozystom, Hodgkins Krankheit, Lymphadenom, Lymphomatose, Lymphosarkom, Rundzellensarkom, Leukosarkom, Lymphodenosarkom, Banti's und Mekulicz's Krankheit und Chlorom. Die ausführliche Arbeit ist eine Analyse von 477 Fällen aller Typen mit Ausnahme der chronischen, lymphatischen Leukämie. 401 Kranke sind gestorben, 238 wurden mit Radium und Röntgenstrahlen behandelt. 68% Männer (vorwiegend zwischen 20—24 Jahren meist an Hodgkinscher Krankheit und zwischen 35—39 Jahren meist an anderen Formen erkrankt). Die Krankheitsdauer länger bei Frauen als bei Männern, länger bei Männern über 35 und Frauen unter 25 als bei jüngeren Männern und älteren Frauen. Aus Vergleichen von bestrahlten und nicht bestrahlten Fällen bezüglich der Dauer des Lymphoblastoms ergibt sich keine wesentliche Beeinflussung durch Strahlenbehandlung, die aber zweifellos von Wert ist, da sie Beschwerden lindert, Tumoren verkleinert und das Allgemeinbefinden bessert. Frühe radikale chiurgische Behandlung mit folgender Bestrahlung kann die Dauer günstig beeinflussen. Die Durchschnittsdauer betrug 2,76 Jahre, 10% sowohl der bestrahlten, wie der unbestrahlten Fälle hatten 6 Jahre und länger gelebt.

Beobachtungen über die Aetiologie von Tumoren bei Versuchen mit Hühnersarkom. Guy hatte nachgewiesen, daß Kulturen von Rouxsarkom und ähnliche Kulturen von Ratten-, Maus- und selbst menschlichen Neubildungen in Verbindung mit dem durch Chloroform getöteten Extrakt des Hühnersarkoms imstande waren, eine maligne Veränderung bei Hühnern hervorzurufen; er konnte Subkulturen anlegen, die noch nach einer Anzahl von Generationen zusammen mit dem sogenannten spezifischen chemischen Faktor aktiv waren. Die Subkulturen waren auf dem gleichen Nährboden unter Hinzufügung von embryonalem Gewebe angelegt. Die einzige Quelle des chemischen Faktors war ein filtrierbarer Hühnertumor gewesen, die vermeintlichen Organismen stammten von verschiedenen Tumoren, aber Kontrollkulturen mit normalem Gewebe waren nicht gemacht. Des Verfassers Nachprüfungen in genauer Anlehnung an die Guysche Technik ergaben, daß die Eigenschaft, ein chloroformiertes Filtrat zu aktivieren, kein Beweis für die Wirkung lebender Organismen ist, da Kulturen von embryonalem Hühnergewebe oder Rattenplacenta sich ebenso wirkungsvoll zeigten, wie die Kulturen maligner Gewebe.

Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Immunität. Untersuchungen an Hunden. Ein Teil der Tiere wurde gegen Pferdeserum sensibilisiert, ein anderer Teil immunisiert. Anaphylaktische und Immunsera hatten etwa den gleichen Praezipitin-Titer. Ersetzten Verff. bei einem normalen Hund das Blutvolumen durch Transfusion von einem anaphylaktischen Tier, so trat nach 24 Stunden das typische Krankheitsbild der Ueberempfindlichkeit auf eine intravenöse Injektion von 1 ccm Pferdeserum auf. Wurden 5—80% des Blutes aber durch das Blut eines immunen Tieres ersetzt, so kam diese Ueberempfindlichkeit nicht zustande. Die beiden Antikörper haben also beim Hund anscheinend ganz verschiedene physiologische Eigenschaften.

Wert der Untersuchungen auf Endamoeba histolytica durch Kultur. Das neue Kulturverfahren von Boeck und Drbohlav ergab in vielen Fällen innerhalb 24 Stunden typische Kulturen, wo vorhergehende Stuhluntersuchungen ergebnislos oder zweifelhaft ausgefallen waren. Unter 61 gesunden Menschen entdeckte Verf. vermöge des Kulturverfahrens 6 Endamoebenträger. Durch die leichte Kulturmöglichkeit ist ein Weg zur besseren Erforschung der Biologie der Organismen und zur leichteren Entdeckung von Amoebenträgern gegeben.

Irrtümer der syphilitischen Serumdiagnose auf alleiniger Grundlage der Kahn-Reaktion. Die Kolmersche Modifikation der WaR. schließt fälschlich positive Reaktionen aus, nicht aber fälschlich negative Reaktionen. Von den vielen Fällungsreaktionen ist in Amerika die Kahnsche Methode am meisten im Gebrauch. Von je 50 Fällen ergaben 4% der Sera positive Kolmersche Reaktion bei negativer Kahn-Reaktion bzw. umgekehrt. Warnung vor dem alleinigen Gebrauch der Kahnschen oder irgendeiner anderen Fällungsreaktion. Es sind absolut beide Proben für die Serumdiagnose erforderlich.

Archives of internal Medicine.

Nr. 4, April 1926.

Das Zustandekommen der Krebsmetastasen. Burrons.
Chronische und akute Entzündung der Arteria pulmonalis und des offenen Duktus arteriosus. Schlaepfer.
* Beziehungen zwischen Akromegalie und Diabetes (mit Darlegung dreier Fälle). John.
* Der Mechanismus der Insulinwirkung. E. F. Müller und Wiener.
* Magen- und Dünndarmgeschwür, eine theoretische und klinische Studie. Winkelstein.
Der therapeutische Nutzen der Einschränkung der Wasser- und Mineralzufuhr beim nephritischen Oedem. Keith, Smith und Whelau.
Wasserstoffwechsel. Andrews.
Digitaliswirkung bei ventrikulären Extrasystolen. Otto und Gold.
Hirndrucksteigerung in ihrer Beziehung zur Hyperglykämie, chronischer Piquâre. Tychowski und Crowell.

Beziehungen zwischen Akromegalie und Diabetes (mit Darlegung dreier Fälle). Im allgemeinen führt Hypofunktion der Hypophyse zu vermehrter Kohlehydrattoleranz, während Hyperfunktion dieses Organs eine Toleranzverminderung zur Folge hat. Bei der Akromegalie gehen zumeist die Erscheinungen der hypophysären Störung dem Auftreten des Diabetes um Jahre voraus. Der sich so bei der Akromegalie entwickelnde Diabetes gleicht völlig dem gewöhnlichen und bedarf derselben diätetischen Behandlung, da sich sonst Acidose und Coma entwickeln können. Zur Sicherung der Diagnose ist eine sorgfältige Blutzuckeruntersuchung unter Belastungsproben erforderlich, da eine Glykosurie allein noch nicht das Bestehen eines Diabetes beweist.

Hypersekretion des Hypophysenhinterlappens führt zwar zur Hyperglykämie und Glykosurie. Doch scheint der Diabetes bei der Akromegalie auf dem Umwege über eine Verminderung der Insulinsekretion des Pankreas zustande zu kommen. Die Stoffwechselstörung bleibt letzten Endes in ihrem ganzen Verlauf von der Erkrankung der Hypophyse unabhängig.

Der Mechanismus der Insulinwirkung. Eine intrakutane Insulininjektion führt zu einem rascheren Abfall des Blutzuckerspiegels als die subkutane Injektion derselben Dosis. Infolge der engen Beziehungen zwischen Haut und autonomem Nervensystem bewirkt die intradermale Injektion auf dem Wege über den Parasympathikus eine Glykogenanreicherung in der Leber. Diese Einwirkung auf das Nervensystem nimmt ab, immer mehr, je schneller das zugeführte Insulin resorbiert wird und in den Kreislauf gelangt. Bei intravenöser Injektion fehlt daher jegliche Beeinflussung des Glykogenspeicherungsvermögens der Leber durch Nervenreiz. Die Wirkung des Hormons nach der Resorption macht sich in einer Senkung des Blutzuckerspiegels durch vermehrten Zuckerumsatz, durch Verstärkung der Glykolyse, bemerkbar. Die direkte hormonale Wirkung ist der Dosis Insulin proportional, die in den Kreislauf gelangt. Bei der Reizung des Parasympathikus hält der Insulineffekt an, solange noch nicht resorbiertes Insulin außerhalb der Zirkulation vorhanden ist. Er ist unabhängig von der Menge des injizierten Insulins.

Magen- und Dünndarmgeschwür, eine theoretische und klinische Studie. Während früher die Geschwürsbildung im Magen als lokale Erkrankung angesehen wurde, besteht heutzutage die Neigung, im Ulcus nur die örtliche Folge einer allgemeinen körperlichen Störung zu erblicken. Wahrscheinlich entstehen oberflächliche Geschwüre im Magen oder Dünndarm durch die verschiedensten lokalen und allgemeinen Ursachen (vaskulär, mechanisch usw.) Sie heilen bei den meisten Menschen völlig aus. In der Minderheit der Fälle schreitet die Erosion fort und wird chronisch. Die gewöhnliche Erklärung, welche in lokalen Ursachen die Bedingung für dieses Nichtausheilen sucht („Magenstraßentheorie“ Aschoffs) erscheint ungenügend. Es zeigt sich, daß fast alle Ulcuskranken besonders intensiv mit ihrem Nervensystem auf mechanische, elektrische und pharmakologische Reize ansprechen. Magenneurotiker zeigen mit Ausnahme der mechanischen neuro-muskulären Uebererregbarkeit dieselben Erscheinungen, doch sind bei ihnen immer allgemeine Zeichen der Dysharmonie im vegetativen Nervensystem ausgeprägt (vasomotorische Phänome, vagotonische oder sympathikotonische Stigmata). Vermutlich führt die abnorme Reaktion der Nerven und Gewebe auf physiologische Reize bei den Ulcuskranken zu einer Heilungsbehinderung der Erosionen in der Magenschleimhaut und so zur Geschwürsentstehung. Die Ursache der allgemeinen Erregbarkeitssteigerung ist unbekannt. (Störung im Calciumstoffwechsel?)

Medical journal and record.

Nr. 6, 17. März 1926.

Krebs-Ursachen und Besserung. Young.
* Mundinfektionen, Symptome und Wirkung. Appleton.
Enuresis. Wylder.
Epidemiologie des Scharlach. Lewis.
Konstriktur des Blasenhalses. Saunders.
* Urinextravasation. Greenberg.
Aetiologie des Ekzem. Combes.
Antwort der Haut auf Systemaffektionen. Gordon.
Dermatomyositis. Friedman.

Mundinfektionen, Symptome und Wirkung. Als Resultat der Entwicklungsprozesse, die beim Menschen zu einer zerebralen Spezialisation führten, haben sich seine Zähne auf verschiedenen, meist noch unbekannten Wegen fehlerhaft entwickelt. Diese zerebrale Spezialisation hat das Weiterleben des Menschen relativ unabhängig von den Zähnen gemacht, die dann infolgedessen dem Wechsel der rudimentären Organe unterworfen wurden. Andererseits aber hat sie seine Nahrungsgewohnheiten beeinflußt und den Körperstoffwechsel zum Nachteil der Zähne verändert. Das abstrakte Verhalten des reinen Biologen ist wohl nützlich, aber nichtsdestoweniger künstlich, formal und deshalb steht im Vordergrund das Problem der Krankheit und nicht das endgültige Schicksal der Spezies Mensch.

Besonders wichtig sind nun drei Mundkrankheiten: 1. Die periapikale Infektion, eine Folge des Zahnverfalls, nachzuweisen durch Röntgenstrahlen: Absorption der Kalksalze der betreffenden Region. Dabei darf man aber nicht vergessen, daß Röntgen nie eine Infektion enthüllt, sondern lediglich die Knochenabsorption, die aber auch rein mechanisch entstehen kann. 2. Die Alveolarpyorrhoe und 3. Vincents Stomatitis, die im Gegensatz zu den beiden anderen chronischen mehr akut ist. Wichtig sind nun die mittelbaren Folgen, die bei 1. und 2. in sekundärer Anämie, Arthritis, Myositis, Endokarditis, Magen- und Duodenalulcus, Cholezystitis, Appendicitis, Iritis, Neuritis, Neurasthenie und sogar Psychosen bestehen können. Daß die orale Infektion als Herd betrachtet werden muß, beweisen die bakteriologischen Ergebnisse, die Besserung nach Beseitigung des Herdes, die Wirkung der autogenen Vakzine und die Verschlimmerung der sekundären Zustände nach Traumen, wie Extraktionen. Dasselbe findet man übrigens auch bei anderen chronischen Infektionen im Körper, wie denen der Mandeln, der postpharyngealen Lymphgebilde, Sinus- und Mittelohrerkrankungen, Gallenblase, des Appendix, Colon, der Prostata und Tuben. Durch Vincent besonders kommt es bei Lungentuberkulose zu Mischinfektionen, die Kavernenbildung, Gangrän, begünstigt und damit zu fieberhaften Affektionen führen kann. Chirurgisch wichtig sind die Oralinfektionen hinsichtlich der postoperativen Pneumonien, die meist durch Aspiration dieser Keime der Oralinfektion zustande kommen. Auch die terminale Pneumonie, „des alten Mannes Freund", mag hinsichtlich ihres Mechanismus so zusammenhängen. Für die postoperative Parotitis gilt dasselbe. Deshalb vor allen größeren Operationen Beseitigung der Oralinfektionen.

Magengeschwüre werden sicherlich durch die Bakteriensuspensionen im Speichel als Folge oraler Infektion verschlimmert. Besonders bei Achylie, die zu Appendicitis und Cholezystitis prädisponiert, weil sie zahlreichen pathogenen Keimen den Zutritt zum Darm gestattet. Auch die Entstehung des Karzinoms des Darmtraktes kann so durch die orale Sepsis begünstigt werden. Die Prädisposition des Diabetes zu Infektionen bes. durch Eitererreger ist bekannt: Reduktion der Fähigkeit zur Antikörperbildung.

Urinextravasation. Frühzeitige Erkennung und Behandlung der Urinextravasation ist von großer Bedeutung, weil die Gesundheit solcher Kranken durch alte Strikturen mit renalen und möglicherweise auch kardialen Komplikationen an sich schon unterminiert ist, und weil sie gewöhnlich im vorgeschrittenen Alter und oft chronische Alkoholiker der Infektion durch die Urinimbibition der Gewebe nicht widerstehen können. Also steht die Heilung in direktem Verhältnis zu frühzeitiger Diagnose und Behandlung. Meist kommen sie moribund ins Spital. Günstiger sind die Erfolge bei den Unfällen der Art, weil sie früher in Behandlung kommen und ihr Urin weniger infektiös ist.

Vielfach kommen die Patienten mit Symptomen, die außerhalb des Urinaltrakts liegen: mit gastrointestinaler Reizung, abendlicher Temperatursteigerung, ausgesprochener Anämie, allgemeinem Unbehagen, die aber Erscheinungen einer Urosepsis sind, bei genauerer Nachforschung infolge Obstruktion des unteren Urinaltrakts und Rückdrucks. Da die Allgemeinsymptome die lokalen verschleiern, wird nur allzu leicht eine Epididymitis angenommen und die Urininfiltration meist erst erkannt, wenn die roten Streifen der Lymphgefäße auf der Bauchwand auftreten, wenn die Prognose pessima ist.

Der Verlauf hängt im wesentlichen ab von der Lokation des Risses in der Urethra und dessen Beziehungen zur Perinealfascie. Ist die Ruptur der Urethra zwischen der Collesfaszie und der vorderen Schicht des ligamentum triangulare, so bricht der Urin durch die Buckfaszie des Penis und imbibiert die präpenilen Gewebe mit folgender Nekrose oder folgt dem Lauf der Collesfaszie, wo sie mit den Faszien des Scrotum und der Abdominalwandung kommuniziert und infiltriert dann die Scratalgewebe und das Abdomen. Derartige Infektionen sind schwer, verlaufen rapid letal. Geschwollene rote empfindliche Gewebe, Sepsistemperatur, rapider Puls, entsprechende Respiration, oft Azidosis, Prostration.

Viel günstiger ist der Fall, wenn die Infiltration zwischen den beiden Schichten des Ligamentum triangulare statthat: bleibt lange lokal, findet schließlich durch die Haut des Scrotum oder Peritoneum mit einer oder mehreren Fisteln ihren Ausgang oder bricht in die Fossae ischiorectales oder die Glutäalregion durch. Endlich kommt eine seltene Form vor, wenn die Urethra über der oberen Schichte der Urethra bricht und der Urin die Beckengewebe bes. den Retzius'schen Raum erfaßt und selbst durchs Peritoneum bricht. Dies bei Beckenfrakturen, phlegmonösen Entzündungen der Prostata oder Samenbläschen. Oder auch bei operativen Maßnahmen. Eine solche Beckeninfiltration ist in Betracht zu ziehen bei unerklärlichem Tod nach einfacher äußerer Urethrotomie, wenn mit Schmerzen, Spannung in der suprapubischen Region trotz guter Dränage von unten auftretend.

Nun ist zum Zustandekommen einer Infiltration eine Striktur absolut nicht nötig, wohl aber eine Infektion urethraler Drüsen, deren lange Gänge in das Corpus spongiosum, eitern und durch die Gewebe der Urethra durchbrechen, so das intraurethrale Lumen verengernd. In manchen Fällen mag die Eiterung der Cowperdrüsen verantwortlich sein. Nebenbei bemerkt: die schwersten Strikturen kommen von gonorrhoisch infizierten Drüsen, die vereitern und in das Netzwerk des Corpus spongiosum durchbrechen. So kommt es dann zu periurtralen Abszessen und Narbenbildung. Hierher gehören die Strikturen, die sich nach der ersten Attacke einer Gonorrhoe bilden.

Die Diagnose basiert hauptsächlich auf der plötzlichen bilateralen Schwellung des Scrotums bei einem anscheinend Gesunden, der einmal oder mehrfach Gonorrhoe hatte, mit Dysurie; Zunahme der Schwellung, u. U. sich auf den Penis ausdehnend, Schwellung in der suprapubischen Region durch Blasenausdehnung, Urinretention, das charakteristische Oedem des Scrotum, Lymphangitis, Fieber. Differentialdiagnose: akute bilaterale Epididymoorchitis, akute Hydrocele, Hernie und Elephantiasis durch Filaria hominis.

Nr. 7., 7. April 1926.

Die Zukunft der biologischen Forschung. Williams.
Die kausalen Parasiten des Krebses. Clarke.
Plastische Nasenchirurgie. Bettman.
* Parenterale Fermente im Dienste der Immunität. Herb.
* Epidemische Influenza. Field.
Diagnose und Behandlung der Nierensteine. Strachstein.
Trichophytosis der kahlen Haut. Scholtz.
Kaffee und Tee bei Kindern. Irvin.
Populäre Irrtümer über Hämorrhoiden. Montague.
Intestinale Hämorrhagie bei Pneumokokkeninfektion. Chatard.

Parenterale Fermente im Dienste der Immunität. Unter parenteralen Fermenten versteht man solche des Blutes und Gewebes außerhalb des Verdauungskanals, die unter verschiedenen Namen laufen: Agglutinine, Lysine und Antitoxine. Es sind dies gewöhnliche digestive Fermente, Stoffe, die denselben Gesetzen wie die anderen parenteralen Fermente gehorchen. Bei den einzelligen Organismen verdaute jede Zelle für sich unabhängig von anderen Zellen ihre Nahrung. Auch im nächst höheren Stadium, bei Zellkomplexen, wie Aktinien und Mollusken, war wohl schon ein spezielles Verdauungsorgan gebildet, aber es wurden keine Fermente hinein ausgeschieden, sondern die Nahrung wird von den Zellen dieses Kanals aufgenommen und verdaut. Im weiteren Verlaufe der Entwicklung wurde diese intrazelluläre Verdauung verlassen; es kam Arbeitsteilung, die digestiven Fermente dienten dem Ganzen, sie wurden in besondere Hohlräume, den Magen und Darm entleert, und die parenteralen Fermente sammelten sich im Serum. So bei den höheren Tieren. Aber auch bei den höchsten Tieren ist die intrazelluläre Verdauung noch nicht aufgegeben. Sie kann sogar nach Wunsch geändert werden. Das Beispiel Metchnikoffs: Wird einem Alligator bei 20 Grad Tetanustoxin injiziert, so entleert dieses das Blut rapid ohne Auftreten von Toxinen. Wird aber der Alligator auf 32—37 Grad gehalten, so verschwinden wohl die injizierten Toxine, es treten zahlreich Antitoxine auf: im ersten Falle entsprechend den Lebensbedingungen der niederen Tiere intrazelluläre Digestion und keine Fermente im Serum; im 2. Falle Lebensbedingungen der höheren Tiere, extrazelluläre Digestion. Aber auch bei warmblütigen Tieren kann eine Rückkehr zu dieser ursprünglichen, mächtigeren und wirksameren Digestion stattfinden; so bei Pferden, die zur Gewinnung von Diphtherieantitoxinen injiziert werden; plötzlich bleibt die Antitoxinbildung aus, während die Immunität ihren höchsten Gipfel erreicht. Es kommt hier vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt aus infolge der lange fortgesetzten Toxinwirkung von der extra- allmählich ein Rückschritt zur intrazellulären Digestion zustande.

Auch im menschlichen Körper hat die Natur zu dem speziellen Zweck, Infektionen zu unterdrücken, an gewissen Stellen intrazelluläre Digestion aufrecht erhalten, so in der Lunge, am Hals, in der Urethra: bei leichten Fällen von Pneumonie, Diphtherie, Gonorrhoe findet man keine Antitoxine im Blut. Durch diese sehr praktische und äußerst wirksame Maßregel, einen portalen Schutz wird eine portale Immunität errichtet. Dies ist sozusagen im Kampf gegen die Bakterien die erste Verteidigungslinie und den Beweis, daß sie noch nicht durchbrochen worden ist, liefert eben das Fehlen der spezifischen Fermente im Blut. Die zweite Verteidigungslinie, die Leukozyten bilden den Uebergang zur extrazellulären Digestion. Erst wenn die dritte Verteidigungslinie, der reticuloendotheliale Apparat daran kommt, findet man enorme

Massen von Antikörpern im Blut. Dies ist die extensivste, mächtigste Verteidigung, die erst stattfindet, wenn die feindlichen Organismen im Blut und in der Lymphe auftreten. Die Bildung dieser spezifischen Fermente geht im Anfang langsam vor sich und die feindlichen Organismen haben lange Zeit, sich im Körper zu vervielfältigen und zu verbreiten, bis der Verteidigungsmechanismus funktioniert und da bildet z. B. das Diphterieserum eine wertvolle Hilfstruppe.

Dieser hochentwickelte Mechanismus der parenteralen Digestion mit Ausstoßung von Fermenten ins Blut und die extrazellulare Digestion kommt nur in Anwendung, so lange das fremde Antigen, die einfallenden Organismen, aus Eiweiß bestehen. Sind es aber Fett und fettähnliche Substanzen, so werden die Bedingungen umgekehrt: solche Substanzen, zu denen auch der Tuberkelbazillus und die Spirochäte gehört, können nur intrazellulär verdaut werden. Auch im höchstentwickelten Körper ist die Fettverdauung noch auf einem sehr niederen Entwicklungsstandpunkt, Millionen von Jahren hinter der des Eiweißes zurück. Aber nicht nur intrazelluläre Verdauung erfordern sie, sondern auch die Intervention bestimmter Zellen, die die fettspaltenden Fermente erzeugen. Dazu gehören die Lymphozyten und ihre Derivate, die Plasmazellen. Deshalb herrschen diese zwei Arten von Zellen auch bei den Zellinfiltrationen durch Syphilis und Tuberkulose vor. Ferner erzeugen die Endothelialzellen der Blut- und Lymphgefäße außer den proteolytischen noch lipolytische Fermente; die polymorpholukleären Leukozyten haben nur proteolytische Fermente. Trotzdem können spezifische Fermente im Blut im Verlauf der Tuberkulose und Syphilis auftreten. Aber sie sind nicht physiologisch, durch lebende Zellen erzeugt, sondern pathologisch durch Zelltod und Auflösung in die Zirkulation gekommen.

Epidemische Influenza. Arzt wie Publikum sind geneigt, jedes kurze Fieber mit Erscheinungen von Seiten des Respirationstraktes Influenza zu nennen. Dieser Standpunkt ist sehr schädlich, weil dadurch ansteckende Krankheiten leichter verbreitet werden und die Untersuchungen hinsichtlich des Beginns ansteckender Krankheiten verdunkelt werden. So wird oft bei Kindern Fieber mit Leibschmerzen, das in Wirklichkeit Appendicitis oder ein Intussusception war, mit Influenza abgetan. Gerade die kurze Dauer wird als Beweis für Influenza angesehen. Aber auch manche infektiösen Krankheiten bieten Abortivformen, so die Poliomyelitis. In einem Fall hatten sieben Geschwister „Influenza" und eine Woche später trat bei dem achten eine Poliomyelitis mit nachfolgender Lähmung auf. Gerade zu Epidemiezeiten wird manches Influenza geheißen, was in Wirklichkeit von vornherein ein Pyelitis oder Mastoiditis war und dann fälschlicherweise als Komplikation aufgefaßt wurde. Die wirkliche Bedeutung der verschiedenen Influenzaanfälle bei der Tuberkulose ist bekannt. Wir sind im selben Verhältnis wie vor Jahren, wo man Syphilis und Tuberkulose oft für Typhus nahm wegen der ähnlichen Anfangssymptome. So sind auch jetzt die Anfangserscheinungen der Influenza noch nicht genügend bekannt bzw. berücksichtigt, während man in anderen Fällen gelernt hat, die verschiedenen Verlaufsstadien genauer auseinander zu halten. Unter nervöser Influenza versteckt sich oft Encephalitis, apikale Pneumonie, Chorea oder irgendeine Meningitis; unter respiratorischer: Masern, Poliomyelitis, Tuberkulose; unter abdominaler: Appendicitis, Intussusception, Nahrungsvergiftung oder Dysenterie; unter febriler: Pyelitis, Mastoiditis, rheumatisches Fieber oder Endokarditis; Sommerinfluenza: Poliomyelitis oder Typhus. Also sehr kritisch bei der Diagnose Influenza.

Nr. 8, 21. April 1926.

* Irrtümer hinsichtlich Hämorrhoiden. Montague.
* Einiges über Krebs. Meyer.
Palliative Behandlung des inoperabeln Krebses. Narat.
Multiple Osteochondromatose. Epstein.
*Ein Fall von Pyelonephritis mit dauernder Hämaturie. Vaccaro.
Ein ungewöhnlicher Fall von Fibradenom der Brust. Bulman.
Plastische Chirurgie der Nase. Bettman.
Kongenitale Hypertrophie. Fenner.
Wirkung des Aethers bei der suppurativen Otitis media. Mc Auliffe.
*Ascites. Paine.

Irrtümer hinsichtlich Hämorrhoiden. Hämorrhoiden sind nicht erblich; wohl kann eine gewisse Schwäche des vaskulären Gewebes vererbt werden, nicht aber Hämorrhoiden. Bei Hämorrhoidektomie ist ausgedehnte Purgation und Spülung keineswegs nötig. Auch ist es nicht nötig nach einer Hämorrhoidenoperation den Darm festzulegen. Selbst in den Fällen, die einer Purgation vor der Operation nicht unterworfen wurden, erfolgt auch ohne Tinctura Opii zwei bis drei Tage kein Stuhl. Die Hämorrhoidektomie kann unter lokaler Anästhesie ebenso gut vorgenommen werden, wie unter allgemeiner. Rektale Wunden heilen auch nicht per primam, wenn sie bei der Operation genäht werden. Es gibt keine kapillare Form der Hämorrhoiden; wohl aber Teleangiektasien der Mucosakapillaren, auch keine arterielle Form der Hämorrhoiden. In Wirklichkeit ist dies Gebilde ein Polyp: partiell beseitigte Hämorrhoiden, bei denen die Venen obliterierten, aber die Arterien blieben. Der erste Stuhl braucht keineswegs schmerzhaft zu sein. Wenn die Injektionsbehandlung richtig gemacht wird, erfolgt keine Hautablösung. Konstipation ist keineswegs die einzige Ursache der Hämorrhoiden. Bei Kindern unter drei Jahren kommen Hämorrhoiden nicht vor; dies ist gewöhnlich ein Prolaps.

Einiges über Krebs. Allgemeiner Gesichtspunkt: Krebs ist eine Reaktion und zwar die gewöhnliche Reaktion gewisser Zellen auf Veränderungen in ihrer Umgebung. Prädisposition: etwa ein Fünftel aller zivilisierten Menschen soll prädisponiert sein. Wenn man dies auf die Bevölkerung Nordamerikas anwendet, so würden etwa 1% der Prädisponierten wirklich von Krebs befallen. Es scheint eine allgemeine oder Systemprädisposition, in der Hauptsache chemischer Natur, und eine lokale Prädisposition einzelner Organe in der Hauptsache physikalisch vorzuliegen. Gewisse Organe bleiben immun, scheinbar solche, welche dauernd tätig sind, wie das Herz, die Milz; bei den Lungen sitzt der primäre Krebs meist in den Bronchien, kaum im Parenchym. Vielleicht ist bei der Immunität die rasche Zirkulation des Blutes und der Lymphe ausschlaggebend. Während die physikalische Seite der Prädisposition die Stagnation ist, mag in chemischer Hinsicht die Entstehung des Krebses auf einem unbalanzierten Zustand der Serumsalze beruhen. So findet auch die Entstehung eines Sarkoms bei einem Gesunden nach einem Trauma ihre Erklärung: die Veränderung der Serumsalz-Zusammensetzung durch das Trauma. Auslösung und Eintritt des präcancerösen Stadiums: betrifft ein krebserregender Faktor ein lokalprädisponiertes Organ bei einem Prädisponierten, also z. B. ein Faktor der akuten Zelltod verursacht, so hängt die Entwicklung in der Hauptsache von der betroffenen Person ab. Bei ihr bleiben Narben von pathologischem Gewebe, Fisteln usw., also jedenfalls chronische Reizzustände. Dieser chronische Reizzustand, wenn er bei einem Prädisponierten auftritt, ist der Beginn des präcancerösen Stadiums. Krebserregende Faktoren: der Ausdruck ist eigentlich falsch; es sind dies lediglich die Faktoren, die die akute Läsion hervorrufen, durch die dann der chronische Reiz entsteht. Der wiederholt sich so lange, bis bei dem Prädisponierten sich dann das präcanceröse Stadium entwickelt. Man sucht deshalb eigentlich vergebens nach dem Krebsbazillus, ebenso wie man auch den cancerogenen Teerfaktor nicht finden würde oder irgendeinen anderen. Hinsichtlich der Beteiligung der Bazillen beim Krebs kommt nur in Frage: wie produzieren und unterhalten sie den chronischen Reiz und worin besteht dieser? Reaktion auf den chronischen Reiz: sie ist bei einem Prädisponierten zwiefach: der gereizte Punkt reagiert mikroskopisch durch Stasis und Okklusion der kleinsten Blutgefäße und Koagulation der kleinsten Lymphräume, so daß dann dieser Punkt gleichmäßig von dem allgemeinen Medium umgeben ist, zweitens durch den chronischen Zelltod in diesem Herd. Der oben erwähnte akute Zelltod ist nur die mittelbare Einleitung. Der chronische mit der Stagnation in den Herden ist wahrscheinlich der dem cancerösen Prozeß zugrunde liegende Faktor. Die Nekrobiose häuft bei der Stagnation rapid Proteindekompositionsprodukte an, dadurch die chronische Reizung. Bei immunen Organen verhindet die rasche Zirkulation die Herdbildung. Je nach dem Grade der Konzentration dieser Produkte wird die Schwelle der physiologischen Toleranz der exponierten Zellen überschritten und es kommt zu der Alternative für die Zellen: sterben oder sich teilen; letzteres so lange, bis Zellen entstehen, die im Gleichgewicht mit dem fokalen Medium sind. Die Zellteilung beim Krebs ist wahrscheinlich ein passives Phänomen. Durch eine vis a tergo wachsen die Zellen nach dem Punkte des geringeren Widerstandes vom Herd aus je nach der Rapidität der Zellteilung; Benignität und Malignität sind vom rein physikalischen Standpunkt aus nur verschiedene Grade des Wachstums. Also auch hier ein passives Phänomen. Ebenso wie beim Tumor im Ganzen, der schließlich nur Folge der Reaktion der Zellen ist auf Veränderungen ihrer Umgebung. Was in Wirklichkeit wächst, ist nicht der Krebs, sondern der Zellhaufen, wie die Blätter im Walde im Herbst. Der Hauptgesichtspunkt dabei ist, für eine gute Zirkulation zu sorgen. Prophylaktisch: die Prädisposition beruht auf Veränderungen im Salzgehalt des Serums: also Calcium in kleinen Dosen lange Zeit.

Ein Fall von Pyelonephritis mit dauernder Hämaturie. An der Hand eines Falles, bei dem zwei Monate lang Hämaturie bestand, führt Vaccaro aus, daß gewöhnlich der Tuberkulosebazillus, der Bac. Coli oder der Gonokokkus die erregende Ursache bildet. Die anderen Staphylo-, Streptokokken und Pyocyaneus sind seltener; erstere bilden sauren Urin, letztere alkalischen. Prädisponierende Faktoren: Torsion des Uterus, Nierensteine, Neoplasmen, der schwangere Uterus, dadurch Blockade — Retention — Nierenbeckenentzündung. Bei Kindern ist Pyelitis oft verbunden und verwechselt mit Enteritis. Der Colibazillus kommt durch die Lymphgefäße ins Nierenbecken, der Tuberkelbazillus folgt dem Blutwege und steigt selten aufwärts. Die tuberkulöse Cystitis ist deshalb auch meist sekundär einer Niereninfektion; bei Mädchen mehr als bei Knaben. Der Gonokokkus wählt meist den aufsteigenden Weg, Residualharn bei anscheinend normaler Blase ist verdächtig. Erkältung und Durchnässung spielen eine ätiologische Rolle. Symptome: unregelmäßiges Fieber, in der Lendengegend Schmerzen, einseitige oder beiderseitige Empfindlichkeit, umschriebene Resistenzen: Ureterknick oder subkapsuläre Eiteransammlungen. Abmagerung, sekundäre Anämie, Asthenei nach der zweiten oder dritten Woche. Diagnose kann recht schwer sein; oft mit Typhus verwechselt. Häufig Leukozytose, rascher Puls im Gegensatz zum Typhus. Schüttelfröste und Fieber lassen in geeigneten Gegenden und Jahreszeiten auch an Malaria denken. Eiterzellen und die sonstigen Symptome genügen zur Diagnose, allerdings sind manchmal mehrere Untersuchungen nötig. Hyaline Zylinder, Erythrozyten: Pyelonephritis. Behandlung: alkalisch, Kaliumcitrat, namentlich in den Frühstadien. Massive Dosen von Hexamethylenamin, alle vier Stunden 15 Grains (1 = 0,06 g) in Kombination mit saurem Natriumphosphat ½ Drachme alle vier Stunden (1 = 3,8 g). Hexalresorkinol muß vorher alkalische Behandlung vorausgehen. Beckenwaschungen mit Silber oder Mercurochrom, auf welch letzteres manchmal Schüttelfröste folgen. Bei schwerer Anämie Transfusion, die ein mächtiges Diuretikum ist und die Ernährung der secernierenden Nierenzellen begünstigt.

Ascites. Bei einer Analyse von 224 Autopsien fand Cabot in 88% Herzkrankheit, Nierenkrankheit, Lebercirrhose, Peritonealtuberkulose und abdominale Neoplasmen der Reihe nach. Andere Ursachen: Intestinale Obstruktion, perniciöse Anämie, Leukämie, viscerale Syphilis, Pfortaderobstruktion, Mesenterialthrombose, perikardiale Adhäsionen, Perisplenitis, Perihepatitis, Ankylostomiasis, Echinokokkus. Tumoren: Ovarial-Zysten und Tumoren, Uterusfibroide, peritoneales Ca, Nierentumoren (Sarkom, Hypernephrom, Hydronephrosis) und Leber-Ca. Symptome: Schmerzlose abdominale Ausdehnung, Schweregefühl im Abdomen, Dyspnoe, Anorexie, Abmagerung, Konstiation und oft Anurie. Die typische Dämpfung: Weiche, durchscheinende Haut, breite Thoraxbasis, verstrichener Nabel. Bei Ca schmutzig grün, trübe, manchmal blutig, Zellen. Differentialdiagnose: Ovarial u. a. Zysten, Ausdehnung der Blase, Adipositas, Tympanie, Schwangerschaft, Choleperitoneum, Hämoperitoneum. Chylöser Ascites (wie Milch) bei Tuberkulose, Peritoneal-Ca, kardiovaskulären Zuständen, Ruptur und Obstruktion der großen Lymphgefäße, des Receptaculum Chyli, bei Zysten und Filaria. Behandlung: Ruhe, namentlich bei Herz- und Nierenfällen, Restriktion der Flüssigkeiten, Milch, Buttermilch, besser wie Wasser; Karrell, dann salzfreie Diät. Tägliches Wiegen hebt des Patienten Stimmung. Katharsis. Ueber Ammoniumchlorid und Novasurol zusammen sind die Berichte noch nicht gleichgut. Paracentese — aber langsam, weil oft Magenblutungen und Intestinalhämorrhagien wenn rasche Entleerung.

Nr. 9, 5. Mai 1926.

Krebs. Meyer.
* Ursachen der malignen Geschwülste. Loudon, Cormack, Howard.
* Magengeschwür und Atomtheorie der Krankheit. Mc Donald, Godfrey.
Perniciöse Anämie. Croft.
Lageveränderungen des Semilunarknorpels. Breton, Cleary.
* Die nichtchirurgischen Konstipationen, funktionell und mechanisch. Erdheim.
Frühoperationen bei Gallenblasenkrankheiten. Pike.
Durch nichtspezifische Proteinreaktion reversible Hypoleukocytose. Bryce.
* Charakterveränderungen usw. nach Encephalitis lethargica. Gordon.
* Psychanalytische Einführung ins Studium der Wesensänderungen der Encephalitis lethargica. Clark.
Reaktionstypen beim Krebs. Cassity.
Infektiöse Natur der Fazialisparalyse. Welton.
Amnesie nach Encephalitis lethargica. Sterling.

Ursachen der malignen Geschwülste. Aus Krebsgewebe, das keine Nekrose oder Ulceration zeigte, konnte unter strengster aseptischer Behandlung usw. von jedem Typ maligner Geschwülste ein morphologisch gleicher Mikroorganismus isoliert werden; und zwar aus menschlichem, Mäuse- und Rattenkarzinom, aus menschlichem und Rattensarkom und Roux-Hühnersarkom Nr. 1. Derselbe Organismus konnte auch aus dem Blut der Träger dieser Geschwülste gezüchtet werden. Der Lebenszyklus dieser Organismen ist ein ganz besonderer und besteht aus drei getrennten und mikroskopisch sichtbaren Stadien: 1. Bazillus, 2. Sporen oder Kokken und 3. Sporensack, wozu noch eine filtrable ultramikroskopische Phase kommt. Jedes der drei sichtbaren Stadien kann in reiner Kultur gezüchtet werden, aber Veränderungen in Zusammensetzung oder Reaktion der Kulturmedien oder der Umgebung verursacht den Uebergang von einem der oben erwähnten Stadien in das nächste oder umgekehrt, natürlich mit Variationen, so können Sporensäcke in der Form und Größe variieren und unter Umständen mit Hyphenbildung vereint sein. Kokken sind rund und verhältnismäßig klein, wenn sie zu oder vom Sporensack übergehen, ovoid und größer, wenn sie in die Bazillenform übergehen. Die Bazillen sind jung, klein und dünn, werden größer und dicker, wenn sie älter werden und Sporen enthalten. In frischen Kulturen grampositiv, nimmt die erste und zweite Form die gewöhnlichen Farben leichter an als die dritte. Der Organismus ist in wenigstens einer seiner Phasen filtrabel. Gelatine wird verflüssigt; Zucker wird in zwei Tagen bei 37 Grad fermentiert und zwar hängt die Fermentation und die Zunahme der Säure sowie die Verflüssigung der Gelatine von der Virulenz ab; abgeschwächte Kulturen verlieren diese Eigenschaften mehr oder weniger. Wird der Organismus in flüssigem Medium gezüchtet, so nimmt zuerst durch Aufspaltung des Zuckers im Medium die Säure zu; ist aller Zucker aufgebraucht und hat die Produktion der Toxine den Höhepunkt erreicht, so wird die Reaktion alkalisch. Wahrscheinlich wirkt der Organismus in der Zelle ebenso: Uebermaß an Säure und Freigabe schwacher Toxine, welche beide zusammen die abnorme Zellproliferation verursachen. Auch andere Organismen zeigen solche Wandlungen in der Form; Symbiosis kommt auch nicht in Frage, ebenso auch nicht Verunreinigung mit anderen Organismen. Ferner kann experimentell bei Tieren Ca durch den Organismus erzeugt werden und aus diesem primären und sekundären Ca wieder dieselben Organismen. Scott hat auch Immunität und ein Antitoxin hergestellt. Die Organismen von Young u. a., von Nuzum, von Gye und Barnard scheinen, die individuellen Stadien dieses Organismus zu sein, ebenso enthält der spezifische Faktor von Gye den lebenden Organismus. Endlich ist menschliches Ca durch ein Serumantitoxin erfolgreich behandelt worden.

Magengeschwür und Atomtheorie der Krankheit. Bei der Röntgenuntersuchung des Magenulcus wird zu wenig Wert auf den Lagetonus der glatten Muskulatur gelegt, sowohl des Magens wie der Därme, auf die Gründe, warum gewisse Formen vorliegen. Ihre Motilität hängt ab vom Gleichgewicht der Tätigkeit des vegetativen Nervensystems.

Vagus: Kontraktion der unteren zwei Drittel des Magens und der Intestina; Sympathikus: Dilatation. Das obere Drittel des Magens wird gereizt und gehemmt durch den Vagus.

Dieser Lagetonus, die haustrale Anordnung beim Magen, war dauernd gleichmäßig, wenn alle Bedingungen, die das vegetative Gleichgewicht stören, ausgeschaltet waren, also Arzneien, Purgantien, Menstruation. Die Haustra des Magens sind große, geschweifte, halbkreisförmige Bewegungen (Präponderanz des Sympathikus). Dieser Einfluß ist groß genug, um die kleineren aktiven Bewegungen des Vaguseinflusses zu reduzieren, aber nicht groß genug, um die Magenbewegungen völlig zu hemmen. Die haustrale Anordnung des Dickdarms nach 20 Stunden Barium zeigt große, weite Haustra (Sympathikus), während die normale Coloninnervation kleine schmale zeigt. Und dieser erstere Typ war konstant bei Magen- und Duodenalulcus und ist von diagnostischer Bedeutung. Er kommt auch vor bei anderen Fällen sympathischer Präponderanz: Tetanus, Schwangerschaft mit Oedem, essentiellem Hochdruck, ist aber bei entsprechender Anamnese suggestiv für einen Magenulcus, während sein Fehlen irgend eine andere Krankheit nahelegt. Die Hydrogenjonenkonzentration des Blutplasmas zeigt, daß in solchen Fällen eine Alkalose, keine Acidose, vorliegt. Also Magen- und Duodenalulcus zeigen gewöhnlich alkalische PH und Sympathikuspräponderanz, also nach der Atomtheorie vermehrte Zellpermeabilität und Leitung. Es fehlen also Substanzen, die die Permeabilität herabsetzen, besonders Calcium und Magnesium. Sie haben einen Ueberschuß an Substanzen, die die Permeabilität vermehren, also Natrium und Kalium. Ihre Blutbalanz ist auf der alkalischen Seite und sie erfordern säureproduzierende Substanzen. Deshalb ist das Magenulcus zu behandeln durch Calciumlaktat, Collips Parathyreoidextrakt und eine Diät nach Jarotzki-Coleman, Eiereiweiß, Butter usw. Außerdem Vitamin A enthaltende Substanzen. Salzfreie Diät. Und zwar fördert Ca die protoplasmatische Rigidität; ihre Fehlen der Ulceration der epithelialen Gewebe; es produziert Säure, verminderte Alkalinität des Blutplasmas und der Parathyreoidextrakt vermehrt das Blut-Ca. Entgegen der Meinung alteriert Ca im Körper die Hydrogenjonenkonzentration nach der sauren Seite, denn der Körper ist nicht ein einfaches chemisches System, sondern eine Sammlung kolloider Zellen mit semipermealer Membran in wässerigem Medium. Unter dieser Behandlung nahmen die Patienten an Gewicht zu, das okkulte Blut verschwand in vier bis sechs Wochen, was als Zeichen der Heilung des Ulcus galt. Auch in postoperativen Fällen zu empfehlen, besonders nach Gastroenterostomie. Bei akuten Blutungen beim Ulcus gaben Injektionen von 0,5 Ca, C 12 und 10 ccm Wasser gute Resultate neben Parathyreoidextrakt.

Die nichtchirurgischen Konstipationen, funktionell und mechanisch. Jeder Fall von Konstipation ist ein Problem für sich. Besonders die Betrachtung der funktionellen Konstipation ist vernachlässigt worden. Innervation: Vagus ist der motorische Nerv des Magens und der Därme, sein Antagonist Sympathicus (Splanchnici). Ihre Relaystationen: Auerbach- und Meißner-Plexus. Außer diesen sind aber noch unabhängige Relays im Muskellager des Darms vom Vagus her. Endlich kann der Auerbachplexus von sich aus die Colonfunktionen regulieren. Vagusreiz führt also entweder durch den Auerbachplexus zu einer peristaltischen Kontraktion oder durch die direkten Fasern zu einem Spasmus. Die Peristaltik kann aber auch allein vom Auerbachplexus abhängen, wenn exzitierte Faktoren vorliegen, wie der normale Inhalt der Därme, das Hormon Cholin und Zülzers Neohormonal, ferner durch die Hormone gewisser innerer Drüsen, besonders der Thyreoidea und der Hypophyse. Die Bedeutung der antagonistischen Wirkung wird am besten klar: überwiegt die Sympathikusinnervation, so ist der motorische Nerv des Colon gehemmt: hypokinetischer Typ der Konstipation; überwiegt Vagusreiz: Erhöhung der Peristaltik, so daß es entweder zu Diarrhoe oder lokalen Spasmen kommt. Funktion des Colon: 1. gemischte Motion im Coecum, Colon ascendens und im ersten Drittel des Colon transversum, wo sich der Keithsche neuromuskuläre Ring befindet, der den Inhalt erst weiter läßt, wenn die Dekomposition, Fermentation und Resorption beendet ist. 2. Peristaltik ist eine Kontraktionswelle nach einer Relaxationswelle, am mächtigsten jenseits des Keithschen Ringes. 3. Tonische Kontraktionen kommen in verschiedenen Segmenten vor, bilden ein Hindernis und können minuten- und stundenlang dauern, sind meist am distalen Ende des Colon und das, was man im Volke Krämpfe nennt. 4. Unabhängig davon ist die Defäkation. Die funktionelle Konstipation ist lediglich eine Störung des nervösen Gleichgewichts. Man unterscheidet nach Schwarz: 1. der ascendierende Typ, Konstriktion des Keithschen Ringes; 2. der hypokinetische Typ, im ganzen Colon, infolge Depression des Vagus oder Hyperaktivität des Splanchnicus oder Depression des Auerbachplexus; 3. Spatischer Typ, im Colon transversum, peripher vorschreitend, durch Reiz der direkten Vagusfasern zum Muskellager. Reizung der Vagusfasern via Auerbach. Diarrhoe. 4. Dyschesie, rektale Konstipation. Aetiologie: Mangel der Nahrung an indigestiblen Residuen, die zur Peristaltik reizen; besonders bei den oberen Klassen vor dem Krieg. Sitzende Lebensweise kommt weniger in Frage, als die Essensgewohnheiten bei dieser Lebensweise. Endokrine Drüsen: Hypothyreoidismus, mangelnde Tätigkeit der Hypophysis. Kummer, Erregung durch Reiz des Sympathikus. Endlich gibt es auch eine nervöse Untererregbarkeit der Relays besonders, die konstitutionell ist und zentral bedingt. Nikotin reizt den Sympathikus, Morphium hemmt Vagus und Sympathikus. Dyskinetische Form durch psychische Ursachen, Physostigmin und Pilokarpin. Dyschesie: durch mangelnden Defäkationsreflex aus Gewohnheit des Unterdrückens oder durch intensive Nervendigungen.

Mechanische Konstipation: ascendierender Typ durch Adhäsionen am Colon ascendens oder durch großes zu bewegliches Coecum und transverser Typ durch Prolaps des Transversum ins Becken.

Bei der Diagnose ist festzustellen, ob mechanisch oder funktionell, ob im ersteren Falle chirurgische oder innere Behandlung Besserung bringt und welcher der vier Typen der funktionellen Form in Frage kommt. Liegt einfach Mangel an Evakuation ohne Magenkomplikationen, Kolik usw. vor: hypokinetischer Typ. Aber bei Kolikschmerzen, Meteorismus, Borborygmus: dyskinetischer Typ. Gefühl der Fülle und Druck im Becken, Drang: rektaler Typ. Zeichen von Fermentation und Putrefaktion: ascendierender Typ. Oft hilft Röntgen.

Behandlung: Hypokinetischer Typ: Atropin; aber: kleine Quantitäten reizen den Auerbach, große lähmen ihn. Daneben Brom, Luminal, monatelang fortsetzen. Bei Hypoperistaltik: Hormone, vegetabile und mineralische Purgantien. Colonirrigationen nur bei lokaler Reizung im Sigmoid oder Rectum; dann am besten 200 ccm Oel. Diät, unter Umständen Kleie.

Charakterveränderungen usw. nach Encephalitis lethargica. An der Hand von fünf Fällen führt Gordon aus, daß man bei den Parkinsontypen den Eindruck gewinnt, als ob es sich um eine depressive Psychose handle, während in Wirklichkeit der mentale Zustand ein akinetischer Ausdruck der psychischen Tätigkeit ist, analog der Akinesie der motorischen Sphäre. Immer gehen die mentalen Prozesse parallel den motorischen Phänomenen, einschließlich des Sprechens, das charakteristisch langsam ist. Recht tiefe Fälle der Art können einen Demenzzustand vortäuschen; in Wirklichkeit liegt aber keine genuine Demenz vor, sondern nur eine allgemeine Akinesie, die die ganze psychomotorische Sphäre umfaßt. In seltenen Fällen kommt statt dessen auch eine Euphorie vor. Nun gibt es aber bei Jugendlichen und Kindern ein etwas vernachlässigtes, schwierigeres Problem, die Veränderungen der Stimmung des Charakters, der Emotivität, des Verhaltens. Die wesentlichen Charakteristika dieser Folgen liegen im Gebiet der emotionellen Sphäre. Streitsucht, feindliches Verhalten, Impulsivität, Ausbrüche von Erregung oder Angst, ohne äußeren Grund, leicht hervorzurufen, Unruhe, Unzufriedenheit und Unbefriedigung, Tendenz, ohne Grund zu lügen, zu stehlen, exzessiver Erotismus mit und ohne Masturbation. Diese Symptomengruppe der psychomotorischen Instabilität kommt nicht periodisch oder in mehr oder weniger regelmäßigen Intervallen vor, wie bei den maniakalischen oder hypomaniakalischen Fällen, sondern es sind Dauerstadien ohne Intervalle, analog den rein motorischen Manifestationen, die lange ohne Modifikation bleiben. Sie sind eine klinische Einheit, die ausschließlich die Domäne der emotionellen, nicht die der intellektuellen Fähigkeiten alteriert. Letztere sind vielmehr völlig intakt. Es liegt keine Störung der Assoziation oder des Urteils vor. In keinem der Fälle waren die tiefen mentalen Störungen zu finden, wie man sie bei typischen Psychosen hat. Stehlen, Lügen waren äußere Manifestationen eines krankhaften Impulses, dessen sich die Patienten voll bewußt sind, und die sie nachher bereuen. Auf den ersten Blick kann die Affektivität ernstlich affiziert sein, so daß man den Eindruck einer reinen Psychose in ihrer ersten Entwicklung hat. Wie bei einer Dementia präcox. Störungen des Affekts findet man auch bei geistig Minderwertigen oder als isoliertes Symptom bei Psychopathen, aber in all diesen Fällen besitzen diese Patienten keine volle Einsicht in die wahre Bedeutung dieser Störungen; es berührt sie nicht, wenn ihr Verhalten den davon Betroffenen Aerger oder physische Ungelegenheiten bereitet. Bei den postenzephalitischen Fällen dagegen sind die Patienten sehr sensibel für die Folgen ihrer Entgleisungen, und in manchen Fällen tritt echte Reue auf mit Angst und schmerzvoller Kritik ihres Verhaltens, das nicht freiwillig, nicht beabsichtigt, nicht überlegt ist. Diese krankhaften Akte, Folge einer Charakteränderung, sind nur vorübergehend, periodisch, der Besserung und Heilung zugänglich, nicht das Resultat einer fundamentalen Störung. Man darf auch nicht vergessen, daß trotz des Bewußtseins, trotz der Selbstkritik, trotz der Reue dennoch ein krankhafter emotioneller Status vorliegt, und daß lediglich die Reaktionen und das Vermögen der Ausführung, nicht aber das zentrale Vermögen dabei in Betracht kommt.

Eine ähnliche diagnostische Interpretation findet man auch beim exzessiven Erotismus. Auch hier hat man es lediglich mit dem Ausdruck einer gestörten Hemmung, einem Automatismus zu tun. Die intentionelle Kraft und die Tendenz ist intakt. Bei den Defekten und Psychopathen dagegen fehlt bei den verschiedenen Tendenzen die moralische Hemmung; sentimentale oder altruistische Ueberlegungen werden nicht angestellt. Die Ausführung der Tendenzen ist identisch mit der bei den enzephalitischen Fällen, was aber fehlt, ist das höhere psychische Vermögen. In all diesen Fällen ist derselbe Mangel an regulierendem, hemmendem Einfluß zu verzeichnen, wie man ihn auch in der motorischen Sphäre des postenzephalitischen Parkinsonsyndroms findet, bei dem die Hypertonicität das vorderste Symptom ist. Als anatomisches Substrat kommt das Mesencephalon in Frage, das bei Enzephalitis die meisten und konstantesten Läsionen aufweist; seine Aufgabe ist die rein mechanische Tätigkeit der Koordination und Reaktion; wir haben es also hier mit oberflächlichen rein emotionellen Phänomenen zu tun; also gehören diese Fälle der Encephalitis lethargica nicht zu den rein psychotischen Phänomenen; es liegen hier keine mentalen Störungen vor.

Prognose: In den besprochenen Fällen war die Dauer der Störungen ungewöhnlich lang. Andererseits fand aber bei den Patienten, die deren Antezedentien völlig frei waren von Störungen der psychischen Sphäre, komplette Heilung statt. Also folgen die postenzephalitischen Fälle denselben Gesetzen wie die hereditären Einflüsse bei geistigen Abnormalitäten anderer Ursachen. Die Dauer oder das Verschwinden der Erscheinungen hängt im wesentlichen von der konstitutionellen Fragilität ab. Andererseits: ein postenzephalitisches Syndrom kann sich bei vorher völlig normalen, von jedem prädisponierendem Faktor freien Personen entwickeln. Nun stört ein infektiöser Prozeß wie die Enzephalitis den psychomotorischen Tonus und die Hemmungsvorrichtungen, ohngeachtet daß die individuellen Strebungen und Gewohnheiten unter diesem System stehen. Lägen nun vor der Enzephalitis besondere pathologische Charakteristika vor, so würden diese sowohl in der intellektuellen, wie in der emotionellen Sphäre akzentuiert. Aber die Gegenwart einer hereditären Prädisposition ist nicht die conditio sine qua non für die Entwicklung eines postenzephalitischen Syndroms. Immerhin kommt man immer mehr und mehr auf den Standpunkt, daß die postenzephalitischen Phänomene mehr organisch als psychogen sind.

Psychanalytische Einführung ins Studium der Wesensänderungen der Enzephalitis lethargica. Der Postenzephalitiker ist weder kriminell noch geisteskrank, noch geistig subnormal, und doch fügt er sich in den Sozialkode nicht ein. Er ist nicht verantwortlich, kommt aber oft mit dem Gesetz in Konflikt; aber die Basis dieser Störung liegt auf medizinischem Gebiet, nicht auf legalem. Die Frage nach der Behandlung, den (flüssigen) Grenzen, der Prognose, sind hier die Basis. Interessant ist dabei, daß gewisse Wesensveränderungen auftreten, wenn die Krankheit das in der Entwicklung begriffene Gehirn eines Kindes erfaßt, während beim Erwachsenen mehr der physikalische Ausdruck des entzündlichen Prozesses im Vordergrund steht. Nachforschungen haben ergeben, daß die Epidemie einen größeren Umfang hat, als man glaubt; aber ebenso ihre Folgen. Die Diagnose stimmte wohl in den meisten Fällen, aber das Problem war noch nicht richtig erfaßt, solange man glaubte, daß es sich dabei lediglich um eine kustodiale Superrevision handelte. Das soziale Problem sieht man am besten aus folgendem Falle: Ein 8 Jahre altes gutes Mädchen war in der Schule bis nach der Krankheit ungewöhnlich gut. Ein Monat nach der Entlassung völlige Charakteränderung: sie lief zu Hause weg und blieb tagelang fort; die Schule konnte sie wegen ihres lärmenden streitsüchtigen Wesens nicht mehr halten; die Nachbarn beklagten sich über ihr Stehlen, ihre Zerstörungswut und ihr Verhalten anderen Kindern gegenüber. Zum 2. Male im Krankenhause war sie in einem hocherregten Zustand, und in der Irrenklinik wurde sie als ungeeignet für Behandlung entlassen. Ihr Aufenthalt zu Hause war unmöglich. In einer Anstalt für Minderwertige blieb sie 6 Monate bei einem Intelligenzquotient von 108. Nach kurzer unhaltbarer Zeit zu Hause kam sie wieder dorthin und wurde mit dem Vermerk entlassen: nicht geistig minderwertig, aber so schlechte persönliche Eigenschaften und Ausbrüche eines heftigen Temperaments, daß sie dauernder Ueberwachung bedarf.

Dieser völlig unbefriedigende Erfolg legte den Gedanken an ein eigenes Heim für solche Kranke nahe.

Man muß die Läsion als eine einzigartige Verwundung der Psyche und der Persönlichkeit des Betroffenen nicht in somatischem oder physiologischem Sinne, sondern in psychologischem auffassen. Psychanalytisch sind diese Störungen keine anderen als akute narzistische, organisch bedingte Neurosen. Und zwar mit einer somatischen und einer psychischen Komponente. Die psychischen Symptome sind Defektsymptome und Reizungen direkt durch den somatischen Prozeß bedingt. Diese postenzephalitischen Störungen sind eine besondere Art zerebraler Pathoneurose, bei der das Egoorgan, das Gehirn geschädigt wurde. Der Ueberschuß des Libidokomplementes, der Narzismus, der mobilisiert wurde, zum Zwecke der Ausführung der Egofunktionen, durchbricht die ruhigeren Adaptationen, die vor der Enzephalitis vorlagen. Der Kranke ist deshalb zurückgestoßen auf frühere Stadien, die er mehr oder weniger erfolgreich schon passiert hatte. Libido wird in der totalen Oekonomie des individuellen Ego aufgestapelt; sie findet sich in den individuellen Organen und ihrer Zusammenarbeit sowohl im organischen wie im funktionellen Leben. Diese Libido teilt sich in die beiden Pole, die erogene Zone und die Erhaltung des individuellen, persönlichen Ichs. Und die Egoportion ist hier am tiefsten verwundet. Diese Egolibido ist aber keine getrennte Einheit für die Funktion dieser Organe, das Gehirn und seine Adnexe; es bekommt die Macht, diese einmal geschädigten Organe zu regenerieren und zu heilen. Dies findet man bei den traumatischen Kriegsneuorsen bestätigt.

Eine mit schwerer Verwundung läßt entweder keinen traumatischen Affekt zurück oder einen viel weniger wichtigen als ein Schock ohne Körperschädigung. Dieses Paradoxon wird nur klar, wenn man annimmt, daß die durch das Trauma mobilisierte Libido aufgebraucht wurde, die Libido, die die Psychanalyse als primäre Ursache der traumatischen Neurose annimmt. Kommt nun gleichzeitig eine Wunde, so wird die Libido im verwundeten Organ festgehalten, kann nicht fluktuieren und somit nicht als Ursache der Neurose dienen. Der lethargische Prozeß produziert nun nicht nur Defektsymptome, sondern er wirft auch die ruhige Ordnung der narzistischen Libido, die reibungslose Balanz mit der Außenwelt um. Die neurasthenischen Symptome werden maskiert durch den lethargischen Zustand, der dominiert. Analog sind die traumatischen Neurosen. v. Schnizer.

The Boston medical and surgical journal.

Nr. 11, 18. März 1926.

* Hypernephroma. Chute.

Hypernephroma. Kardinalsymptome: Hämaturie, Schmerzen, Geschwulst. Hämaturie ist nicht nur das häufigste, sondern vielfach auch das erste Symptom. Die Hämaturie kann Tage und sogar Jahre den Zeichen aktiver Krankheit vorausgehen, ist schmerzlos, erratisch, kapriziös. Kommt plötzlich ohne ersichtliche Ursache. Kommt plötzlich in solcher Masse, daß die Blase durch das Blutgerinnsel überspannt wird und hört dann ebenso plötzlich oft für lange Zeit wieder auf. Der Schmerz kann auch ein Frühsymptom sein, gewöhnlich in der Lende, dumpf, mehr ein Unbehagen, Folge der zunehmenden Spannung der Nierenkapsel; kann auch akut sein, namentlich bei Hämaturie, wenn das Nierenbecken durch Blutgerinnsel ausgedehnt wird. Kann auch tiefer sitzen, auf dem Darmbeinkamm oder im betreffenden Schenkel, wenn er auf Nervenstämme drückt. In einen der 43 analysierten Fälle war das erste Symptom ein geschwollener Hoden der affizierten Seite. In keinem Fälle wurde das dem Nierentumor so häufig eigentümliche Symptom der Varicocele beobachtet. Die Geschwulst war in 27 der Fälle palpabel. In den meisten Fällen war mehr als eins der drei Symptome zu verzeichnen. Sechs Patienten waren nicht operiert worden und starben alle. Neun von den Operierten lebten nachher noch 4—19 Jahre; vier von ihnen mußten innerhalb eines Jahres sich einer neuen Operation unterziehen. Fünf von den Operierten starben infolge der Operation an Schock oder Sepsis, Peritonitis usw. Bei fünf anderen Operierten wurde kein Versuch gemacht, die Niere zu entfernen wegen Metastasen. Die Mißerfolge kommen im wesentlichen von der zu späten Diagnose.

Nr. 12, 25. März 1926.

Ueber das Stillen. Garland.
Cholecystographie. O'Brien.
Experimentelle Studien über die Ovarialfunktion. Macomber.
Fatales Asthma. Rackemann.
Strangulierte Retrocolonhernie des aufsteigenden Colons und Coecum. Hook.
Studien über die Vitaminwirkung von Lebertran. Pigott.
* Nichtpneumatischer Lungenkollaps. Gammons.
* Nystagmus. Dunphy.

Nichtpneumatischer Lungenkollaps. Ein seltener Fall von Einfallen von Lungengewebe rund um ein Cavum, nicht zu verwechseln mit Pneumothorax, denn statt Luft in der Pleurahöhle, herrscht dort ein ausgesprochen negativer Druck. In der Regel bei Lungentuberkulose beseitigt durch Luftinstillation in das Cavum der Pleura. Es handelte sich um einen 30 jährigen Mann, dessen rechte Lunge unbeweglich, vermehrter taktiler Fremitus, ebenso vokaler Fremitus über der 3. Rippe und 4. Brustwirbeldorn, Rasseln nach Husten, schwache Atemgeräusche mit kavernösem Atem über der 3. Rippe, ausgesprochene Dämpfung über dem Oberlappen. Temperatur, Puls normal, leichter Husten und Auswurf, Tuberkelbazillen +. Links Dämpfung und posttussives Rasseln über der 3. Rippe. Nach dieser Feststellung Arbeit als Barbier, nach wenigen Wochen zunehmendes Sputum und reichlich Auswurf, Hämoptyse, Zunahme von Temperatur und Puls. Dann beständiger Druckschmerz über der 3. Rippe rechts. Ausgesprochene Dämpfung, Retraktion der Brustwand dort. Schmerz: ständig, unbeeinflußt durch die Atmung. Herz nach rechts verzogen, Zwerchfell hoch unbeweglich. Fortdauer der Schmerzen. Abnahme des Hustens und der Expektoration. 500 ccm Luft in den rechten Pleuraraum dreimal nach je zwei Tagen: Verschwinden der Schmerzen, normale Temperatur, normale Stellung des Herzens. Verdächtig ist der Schmerz oppressiver Natur nach schwerem Husten, reichlicher Expektoration, unbeeinflußt durch die Atmung.

Nystagmus: Man unterscheidet schnellenden Nystagmus und undulatorischen. Der erstere ist charakteristisch für vestibuläre Reizung: langsame Bewegung der Augen nach einer Richtung (vestibular), rasche Rückkehr in die Originalstellung (cerebral). So bei Labyrintheiterungen, künstlich bei kalorischen Prüfungen, häufig bei cerebellaren Abszessen, Tumoren des cerebellopontinen Winkels, immer bei Cerebellumtumoren, kommt vor bei Friedreichs Ataxie, multipler Sklerose, weniger häufig bei Encephalitis und Syringomyelie. Nicht ungewöhnlich bei Little und Idiotie. Undulatorischer Nystagmus ist ein ungleicher, langsamer Vorgang ohne jede rapide Komponente. Durch abnormen Reiz der tonischen Zentren infolge Unfähigkeit zur akuraten Fixation. Verschiedene Formen: vertikal, rotatorisch, horizontal usw. Wichtigster Faktor: falsches Netzhautbild durch Krankheit der Macula, des Opiticus, durch Opacitäten der Linse oder Hornhaut. Auch bei Astigmatismus Besserung durch Korrektion. Oft auch bei Albinos und exzessiver Pigmentation. Bei toxischer Amblyopie oder retrobulbärer Neuritis findet man keinen Nystagmus, weil dies Krankheiten Erwachsener sind, bei denen die cerebrale Coordination voll entwickelt ist, diese Bahnen gewissermaßen eingeschliffen sind. Die Augen der Albinos sind photophobisch und zeigen starke Refraktionsstörungen, Pigmentmangel. Der Nystagmus der Bergleute kommt im wesentlichen von konstanter Anstrengung der Augen bei schlechter Beleuchtung. Dann gibt es noch einen hereditären Nystagmus ohne nachweisbare pathologische Läsionen. Dann gibt es noch einseitigen Nystagmus bei Schielen. Auch freiwillig produzierte Formen schnellenden Charakters sind beobachtet. Toxisch nach großen Mengen Alkohol, Chloroform, Veronal, As, Pb, Chinin, Ergorin, Karbondisulfid. Hier zentral. Dann bei gewissen Beschäftigungen: bei der Ueberwachung stark bewegter Maschinen, bei angestrengter Arbeit unter schlechter Beleuchtung, bei Schriftsetzern.

Nr. 13, 1. April 1926.

* Infektiöse Muskelerosion. Wolfson und Bryan.

Infektiöse Muskelerosion: Eine 38 jährige Frau trat mit Schmerzen im rechten Quadranten und im rechten Bein am 11. Mai 1920 in Spitalbehandlung. Einen Monat vorher war sie aus einem drei Monate langen Spitalaufenthalt entlassen, nachdem sie eine Hämorrhoidektomie und Kolpoplastik gut überstanden hatte. Diagnose: Hysterische Ueberlagerung nach postoperativen Adhäsionen. Röntgen, Blut und Urin negativ. Wiedereintritt im August und im Februar 1921 mit denselben Klagen. Hierzu kamen noch Schmerzen in der rechten Lendengegend und Ueberempfindlichkeit bei leichtem Druck auf den rechten Darmbeinkamm. Entlassen mit der Diagnose Neurathenie. Zu Hause nahmen diese Schmerzen zu und sie blieb im Bett bis zum Wiedereintritt im März 1921, wo in der rechten Lendengegend von der Spina bis zur mittleren Achselhöhlenlinie eine empfindliche Schwellung festzustellen war: tiefsitzender Abszeß in den rechten unteren Lendenmuskeln und im rechten Darmbeinkamm mit faulriechendem Blut, degeneriertem Gewebe und Eiter. Verschiedene Diplokokken, keine Tuberkulose. Röntgen zwei Monate später negativ. Von März bis Juni wurde der Abszeß noch zweimal aspiriert und einmal inzidiert. Im April Tuberkulose +, Meerschweincheninokulation. Von Juni 1922 bis Januar 1925 nicht in Behandlung, aber „nicht gesund, die Schwellung in der rechten Hüfte trat manchmal auf und verschwand wieder“. Dann Wiedereintritt: Schmerzen im rechten unteren Quadranten und über dem rechten Darmbeinkamm, die eigentlich nie nachgelassen hatten, 9 cm große, leicht durckempfindliche Masse über dem rechten Darmbeinkamm, weich, fluktuieren, keine Muskelresistenz; leichter Druck ließ die Masse ganz verschwinden; bei Husten Wiederauftritt, dann auch leichte Muskelspannung über dem rechten unteren Quadranten. Röntgen: Colonhernie. Operation: starke Verwachsungen an der Colonhernie, Appendix in der ganzen Länge injiziert, verdickt an der Spitze, wallnußgroßer Abszeß mit dicken Wandungen und Adhäsionen nach dem Darmbeinkamm. Hier hat man die Folgen eines unerkannten Appendixabszesses.

Nr. 14, 8. April 1926.

* Sacroiliacalläsionen. Painter.
* Röntgenuntersuchung des Thorax bei Tuberkuloseverdächtigen. Monroe und Emery.
* Reexpansion der Lungen bei Empyem. Churchill.
Moderne medizinische Bestrebungen. Rockwell.
Isolierter Fall von Erythema arthriticum epidemicum. Dodd.

Sacroiliacalläsionen: Das Sacroiliacalgelenk besitzt einen gewissen Grad von Beweglichkeit. Da sie aber gering ist, besteht auch eine geringe Verteidigung gegen Traumen. Ist diese Verteidigung gebrochen z. B. durch eine Verrenkung, so findet man Schmerzen, Spasmus und Immobilität, sowie gewisse besondere durch die Eigenart des Gelenks bedingte Phänomene, Bruch der Fortsätze, Deformität und eben als Schutz die erstgenannten. Ferner gewisse pathognomonische Zeichen, die anderen Gelenken nicht eigen sind, Schmerzen durch Nervenwurzeldruck, Erleichterung durch Beugen des gestreckten Beins. Außerdem findet man aber auch die jedem Gelenk bei dieser Läsion eigenen Erscheinungen, Ruptur der Bänder, Injektion der Synovia, Vermehrung der Gelenkflüssigkeit. Röntgen und andere Methoden ergeben nicht immer eine wesentliche Lageveränderung des Sacrums zum Ilium. Deshalb in all solchen Fällen in erster Linie Ruhe. Findet diese initiale Behandlung nicht statt, so kommen Injektionen des Gelenks, Adhäsionen zustande, so daß sich Bewegungen unmittelbar in Schmerzen ausdrücken. Das Wesentliche ist in solchen Fällen, die Adhäsionen zu brechen, den periartikulären Muskelspasmus und die akkommodative Kapselkontraktur zu verhindern. Von pathologischen Läsionen kommen praktisch zwei in Frage, Tuberkulose und juxtaartikuläre Osteomyelitis; toxische und hypertrophische Manifestationen der Arthritis kommen in diesen Gelenken selten vor. Wenn, dann treten sie gegen die Erscheinungen von seiten der anderen Gelenke zurück. Bei der tuberkulösen Form ist in schweren Fällen Operation angezeigt wegen Amyloid oder Generalisation der tuberkulösen Infektion. Prognose übel. Auf das Radiogramm ist hinsichtlich des Charakters der Läsion wie des Vorliegens überhaupt wenig Verlaß. Der Sonnenbehandlung dieser Fälle muß mehr Achtung geschenkt werden. — Osteomyelitis: durch primäre juxtaartikuläre Läsion, die das Gelenk dehnt. Sie kann lange Zeit latent bleiben, bevor sie das Gelenk anfaßt. — Nach 50 besteht bei Männern eine Tendenz zur Ankylose in diesen Gelenken, ohne daß traumatische oder pathologische Einflüsse dafür geltend gemacht werden können. Nicht alle Fälle waren über 50 und meist wurde erst das eine, dann das andere Gelenk befallen. Röntgen: Aufrauhung der Cristae und an der Anhaftstelle der Lig. sacroiliaca, Spornbildung an den unteren Rändern der Sacroiliacalgelenke, manchmal vermehrte Dichte längs des Gelenkrandes, aber sonst keine destruktive oder andere Veränderung. Progressiv obliteriert die Demarkationslinie zwischen Sacrum und Iliacum, und dann verschwinden auch die charakteristischen Zeichen und Symptome. Diese natürliche Lösung der Frage ist unter Umständen beim Heilplan zu berücksichtigen. Neuerdings sind die Sacro-, Iliacal- und Lumbalgelenke besonders bei Frauen hinsichtlich Erscheinungen, die sonst Verlagerungen des Uterus zugeschrieben wurden, mehr in Vordergrund getreten.

Hinsichtlich Ischias: die Affektion der Ischiaswurzeln, soweit sie über dem Sacroiliacalgelenk liegen, ist durch Oedem und Kongestion bedingt, die auf die Nervenfasern drücken und so degenerative Reaktionen verursachen. Deshalb sind auch weiter unten liegende lokale Behandlungen zwecklos. In all solchen Fällen ist die Lumbal- und Beckenregion genau zu untersuchen. In der Mehrzahl der Fälle von Ischias liegen Läsionen der Lumbalspina, der Hüftgelenke und des Sacroiliacalgelenks vor. Die Sciatische Neuritis ist äußerst selten. Unter diese seltenen Fälle gehören Gicht, Diabetes, Syphilis, Psoasabszeß, Läsionen der Cauda equina, maligne Erkrankungen, Knochentuberkulose des Beckens und der unteren Spina, varköse Venen der Ischiasscheide und bei Frauen Krankheiten der Beckenorgane. Es handelt sich bei Ischias in den meisten Fällen nicht um eine Neuritis, sondern um eine Perineuritis.

Röntgenuntersuchung des Thorax bei Tuberkuloseverdächtigen. Um das Ergebnis der üblichen praktischen Untersuchung festzustellen, insbesondere bei welchen Röntgen nötig war, haben Monroe und Emery 107 fortlaufende neue Fälle untersucht, wie dies in der Praxis üblich ist, die Fälle dann geröntgt und in folgende 4 Gruppen geteilt: 1. solche mit positivem klinischen und Röntgenbefund, 2. mit positivem klinischen, negativem Röntgenbefund, 3. mit negativem klinischen und positivem Röntgenbefund und 4. mit negativem klinischen und negativem Röntgenbefund. Man fand bei 4 Uebereinstimmung der klinischen mit der Röntgendiagnose, nämlich Lungentuberkulose; bei 15 wurde die klinische Tuberkulose nicht durch Röntgen bestätigt und bei 7 wurde die klinisch nicht festgestellte Diagnose durch Röntgen nachgewiesen. Also in 3,7% stimmte die Diagnose Tuberkulose, in 75,7% stimmte die Diagnose keine Tuberkulose und in 20% war die Diagnose falsch. Zum Vergleich wurden nun 500 Fälle herangezogen, die eingehend in längerer Beobachtung untersucht waren. Wenn man diese in die Gruppen 1-3 einreiht, so erhielt man in Gruppe 1 353, Gruppe 2 83 und Gruppe 3 64 Fälle. Allerdings waren diese Fälle in vorgerückterem Stadium, als man sie sonst in der Ambulanz sieht. Hier enthüllten die Röntgenstrahlen in 63 Fällen Cava, die physikalisch nicht gefunden wurden und nur in 11 von 81 Fällen stimmte die klinische Untersuchung mit der Röntgenuntersuchung hinsichtlich der Kavernen. In 64 klinisch nur als auf einer Seite diagnostizierten Fällen zeigten die Röntgenstrahlen doppelseitige Prozesse. Und in 10 Fällen bewiesen die Strahlen, daß die Affektion auf der entgegengesetzten Seite saß, auf der sie klinisch diagnostiziert wurde. Also die physikalische Untersuchung ist wenig verläßlich; in jedem verdächtigen Falle Aufnahme.

Reexpansion der Lungen bei Empyem. Das beste respiratorische Stimulanz ist Inhalation von 5% CO_2, sowohl hinsichtlich der Zahl wie der Tiefe der Respirationen. Wertvoll bei der Elimination von CO aus der Lunge, bei der beschleunigten Ausscheidung des Aethers nach Anästhesie und des Alkohols in Fällen von Koma, kommt bei Empyem im wesentlichen die mechanische Wirkung der hochgradig vermehrten und tiefen Atmung in Frage. Die Wirkung des positiven intrapulmonären Drucks wird hierdurch wesentlich unterstützt.

Nr. 15, 15. April 1926.

Aspiration als therapeutisches Hilfsmittel bei septischen Gelenkentzündungen niederer Virulenz. Lonergan.
Sarkomatose der Haut. Narat.
* Hautkrankheiten in der industriellen Klinik. Parmenter und Dubreilh. Addison. Swan und Botree.
Lebertran als Quelle fettlöslicher Vitamine. Holmes.
Dichloramin-T bei der Wundbehandlung. Adams.

Hautkrankheiten in der industriellen Klinik. Fälle aus der industriellen Hautklinik Boston. In die 1. Gruppe gehören 196 Fälle von Dermatitis und Ekzem. Bei den rein auf die Beschäftigung zurückzuführenden Fällen wurde gefunden, daß die größte Mehrzahl sich die Krankheit in den ersten neun Monaten zuzog. Dies läßt eine Zeit der Anpassung vermuten, vermehrte Anstrengung, leichter Infektion. Das größte Kontingent stellten die Handarbeiter und mechanischen Berufe. Weniger die Hausbediensteten: hierher gehören Hausmädchen, Köche, Wäscherinnen, Kellner und Kellnerinnen, Barbiere, Hausburschen. Heißes Wasser, Seife und Reinigungspulver waren die direkten Ursachen der Erscheinungen an Händen, Armen, im Gesicht und auch an den Unterschenkeln. Bei den Bäckern spielte Mehl, Zucker, Salz und Hitze die Ursache. Bei der Schuhindustrie Wachsstaub, Naphtha, Zement, Oele und Anilinfarben. Ferner Schokolade und Zucker. Bei den Maschinisten Oel und Staub. Bei den Malern besonders die trocknenden Substanzen, Terpentin, Benzol, Alkohol, Gasolin, sowie die Reinigungsmittel, Lauge, Oxalsäure, Seife. In der Textilindustrie gibt es Leute, die gegen Wolle, Baumwolle und den Brei bzw. dessen chemischer Wirkung besonders empfindlich sind. In den Gerbereien spielten namentlich der Lederstaub, die gerbenden Agentien, Chrom, As, Leim und Sulfide eine Rolle. Beim Packerberuf ist das Heu der auslösende Faktor.

Nr. 17, 29. April 1926.

* Pathologie und Röntgendiagnose der periapikalen Zahninfektion. Thoma.
* Chronische Ermüdung beim Schulkinde. Vorläufiger Bericht. Seham.

Pathologie und Röntgendiagnose der periapikalen Zahninfektion. Entstehung durch 2 Hauptfaktoren: 1. Natur der lokalen Schädigung, mechanisch durch Instrumente, die auch Infektion vermitteln können, durch reizende oder ätzende Arzneimittel, die in den Wurzelkanal gebracht werden und durch Infektionen, die von kariösen Zähnen ausgehen und über die Pulpa die Apex erreichen, 2. der Systemfaktor der Verteidigung. Die Reaktion auf diese Infektionen ist bei verschiedenen Menschen sehr verschieden. Manche haben eine beträchtliche Immunität gegen die Streptokokkengruppe, andere sind sehr empfänglich dafür. Diese Empfänglichkeit kann aber auch durch schwächende Krankheiten erworben werden. Im ersteren Falle entsteht eine ausgedehnte, aber milde lokale Reaktion — chronische Entzündung — Abszeß — Osteoklasten — das die Knochenstruktur an der Spitze ersetzende Granulom. Diese Abszeßhöhle am Knochen sieht man im Röntgenbild. Richtiger die Destruktion. Sie ist je nach der Ausdehnung verschieden, je nachdem sie zentral oder die Maxilla- oder Mandibularinde perforiert. Im letzteren Falle besteht keine Verteidigung gegen die Infektion oder eine geringe, durch die verminderte Widerstandsfähigkeit geschwächte. Neben diesen schwächenden Momenten, Krankheiten kommen Alter, Gewohnheiten, Ernährungszustand, Schwangerschaft, Kummer usw. in Frage. Hier handelt es sich nicht nur um eine passive lokale Reaktion. Es wird kein großes Granulom gebildet, es kommt deshalb auch nicht zu dicken Wandungen, zu dem Versuch, das infizierte und nekrotische Gewebe zu entfernen und die Toxine zu neutralisieren. Es kommt eher zu proliferativen Prozessen, auf dem Röntgenogramm zu kleinen Knochendefekten, vermehrter Dichte des Knochens und Vergrößerung der Wurzelspitze. Deshalb können auch pulpenlose Zähne, die röntgenologisch wenig Erscheinungen machen, ernste Infektionsquellen sein. Solche Zähne müssen extrahiert werden. Natürlich liegt kein Grund vor bei solchen, die keine Veränderungen zeigen. Die periapikale Infektion durch eine infizierte Pulpa wird oft übersehen. Die Röntgenmethode liefert hier keinen Anhaltspunkt für eine Pulpainfektion, aber indirekt: Karies unter der Füllung, Reaktion der peridentalen Membran, Vergrößerung des Raums zwischen Wurzel und Knochen. Oft ist die infizierte Pulpa ein größerer Infektionsherd als die periapikale Infektion und nicht selten Ursache dunkler Neuralgien und Otalgien. Die Röntgenuntersuchung allein genügt aber nie.

Chronische Ermüdung beim Schulkinde. Man unterscheidet vom psychophysiologischen Standpunkt aus 2 Gruppen von Unterleistung bei Kindern, die kongenitale und die erworbene. Zur ersteren gehört die kongenitale Asthenia universalis, die oft als kongenitale Asthenie, Stillersche Krankheit, neurozirkuläre Asthenie, Anstrengungssyndrom und Status thymicolymphaticus bezeichnet wird und die neuropathische Diathese, die als Neurose, Neurasthenie, Nervenüberanstrengung, Hyperkinesis bezeichnet wird. Zur erworbenen Gruppe gehören Kinder, die bei normaler physischer Entwicklung psychophysiologische oder physiopsychologische Symptome zeigen und solche, die kongenitale Asthenie vortäuschen, deren Anamnese weder kongenitale noch familiäre Störungen zeigt. Ursachen: ungenügender Schlaf, ungenügende Ernährung, exzessive Tätigkeit, Zeitung austragen, Kohlensäcke tragen, Hausarbeiten usw., ungenügende hygienische Bedingungen. Verhütung: 1. genaue Anamnese, 2. genaue Diagnose, 3. Schaffung entsprechender physikalischer und mentaler Gewohnheiten, 4. physikalische Uebungen im Vorschulalter, 5. Feststellung der Ursachen, 6. Besserung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse, 7. Verhütung wiederholter Anfälle von Uebermüdung infolge von Uebererregung, organischer Krankheit, unzweckmäßiger Lebensgewohnheiten, 8. Ausgleich des physiologischen und chronologischen Alters, 9. Gewisse pädagogische Aenderungen.

Die chronische Ermüdung oder chronische Unterleistung ist ein mehr als 3 Monate dauerndes Syndrom, das sich äußert in Ermüdungsgefühl, in einer Abnahme der individuellen mittleren mentalen Leistungsfähigkeit, sowie der physischen Stärke und Ausdauer und in einer emotionellen Gleichgewichtsstörung. Weder der Grad noch der Betrag der Müdigkeit kann objektiv gemessen werden. Die Diagnose steht fest, wenn Ermüdungsgefühl vorliegt und eines der drei anderen Symptome.

Nr. 18, 6. Mai 1926.

* Die Koronarokklusion in der Praxis. Mc Keen.
Studien über Leberfunktion. Mc Clure und Huntsinger.
Erweiterung des Tuberkuloseprogramms. Williams.
Maßnahmen zur Bekämpfung der hohen Tuberkulosemortalität zwischen 15 und 45. Otis.
Tuberkulose und Industrie. Woody.

Die Koronarokklusion in der Praxis. Als häufige Ursache plötzlichen Todes und dann oft fälschlich als akute Indigestion oder Ptomainvergiftung bezeichnet, kann man drei Arten unterscheiden: 1. mit plötzlichem schmerzlosen Tod, 2. mit Eintritt des Todes in wenigen Tagen, Stunden oder Wochen und 3. was den Praktiker am meisten interessiert, Heilung und Rückkehr zu einer begrenzten Tätigkeit. Pathologie: Sklerose — Thrombenbildung auf der rauhen Fläche dadurch — Verschluß der Arterie — Ischämie, — Nekrose, die entweder mit Narbenbildung, Aneurysma oder Muskelruptur und plötzlichem Tode endigt. Aetiologie: Arteriosklerose. Keine der Infektionskrankheiten, Syphilis, Rheumatismus, Hyperthyreoidismus, Diabetes, Exzesse in Alkohol oder Tabak sind als häufige Ursachen gefunden. Meist bei Männern nach 40. Meist keine Präliminarien; bei genauer Anamnese kann man aber leichte Schmerzanfälle, Konstriktion oder Dyspnoe bei Anstrengungen hören. Symptome: Plötzlicher Einsatz mit dauerndem heftigem Schmerz neben dem Sternum oder im Epigastrium, ausstrahlend in einen oder beide Arme, den Hals, seltener in Rücken oder ins Abdomen; gelegentlich auch im Ellbogen, in den Zähnen lokalisiert; oft ohne jede Anstrengung, während des Schlafs, sich so von der gewöhnlichen Angina unterscheidend. Kann trotz Morphium stundenlang dauern oder für Tage wiederkehren, während Patient absolut ruhig im Bett liegt. In seltenen Fällen überhaupt kein Schmerz, nur plötzliche Dyspnoe und Kollaps mit rapid schwachem Puls und Senkung des Blutdrucks. U. U. Erbrechen Nausea, abdominale Muskelspannung, akutes Abdomen vortäuschend. Delirium, selten Koma. Physikalisch: gewöhnlich schwerer Schock, ängstliches Gesicht, aschfarben, kalte Haut, schwacher rapider Puls, vergrößertes Herz, kein Spitzenstoß, schwache rapide Töne, oft Tic-Tacqualität, Extrasystolen, Galopprhythmus, später Alternation und aurikuläre Fibrillation. Systolisches Geräusch. Umschriebene Perikarditis durch Ausdehnung des Infarktes auf die Oberfläche, selten, aber wenn gefunden wertvolles Zeichen. Lungen: ödematöses Rasseln an der Basis, Kongestion. Leber vergrößert, empfindlich. Extremitäten Embolie kann vorliegen, selten Oedem. Leichte Temperaturerhöhung oft für mehrere Tage. Sehr wichtig Leukocytose 15—20 000 wenige Stunden nach Einsatz für 1 bis 2 Wochen. Beides findet man bei der unkomplizierten Angina nicht. Durch Absorption nerkrotischen Materials. Blutdruck nieder. Differentialdiagnose: Angina pectoris: sehr kurzer Schmerz nach Anstrengung, rasch besser durch Ruhe und Nitrite, Blutdruck höher oder unverändert, kein Fieber, keine Leukocytose; bei Koronarsklerose: stunden-, tagelanger Schmerz, unabhängig von Anstrengung, Wiederkehr nach einigen Tagen, schwer auch durch reichlich Morphium zu bessern, rapides Herz, niederer Blutdruck, Fieber, Leukocytose. Akute Gallenblase bei Schmerzen im Epigastrium, Nausea, Erbrechen, Muskelspasmus oft nicht zu unterscheiden, zumal da beides zugleich vorliegen kann. Hier spricht außer dem sonstigen Herzbefund das perikardiale Reiben für Koronarsklerose, ebenso die Ausstrahlung in die Arme; Gallenblase: mehr in den Rücken. Sonst Magen-, Duodenalulcus, akute Pneumonie, Pleuritis, akute Pankreatitis, Tabes. Prognose: abhängig von der Größe des Infarkts. Manche Fälle heilen völlig und viele von denen, die vorher an Anginaanfällen litten, sind nachher frei von den Anfällen. Therapie: absolute Bettruhe für mindestens 6 Wochen, Vermeidung aller geistigen und körperlichen Anstrengung, leichte Diät, Sorge für Stuhl, keine Stimulantien oder Nitrite, Diuretin soll Schmerzen und Koronarzirkulation erleichtern. Opiumpräparate gegen Schmerzen und Angst. Später Digitalis. In den ersten acht Tagen ist die Gefahr einer Ruptur oder Dilatation nahe, sie besteht während der ganzen 6 Wochen. Im ganzen ist die Krankheit gar nicht so selten. v. Schnizer.

Long Island Medical Journal.

20., Nr. 3. März 1926.

Haematurie. N. P. Rathbun.
* Allgemeine chirurgische Maßnahmen. W. C. Clarke.
* Regionale Anaesthesie und ihre Beurteilung in der Amtspraxis. S. L. Fisher.
* Fieberbehandlung. B. F. Donaldson.

Haemorrhagie nach Gastroenterostomie. R. F. Seidensticker.

Allgemeine chirurgische Maßnahmen. Wenn wir heute zurückblicken, so sehen wir viele Epochen im Studium, in der Praxis und in den Fortschritten der Medizin. Viele von ihnen stellen, wie allgemein bekannt ist, frühere Ereignisse in den Schatten. Jede Epoche glaubt, das meiste für die Krankheiten tun zu können, und jedes Zeitalter lächelt beim Zurückblicken über die Behandlungsart der vergangenen. Uns erscheinen Behandlungsmethoden aus der Zeit von John Hunter recht mangelhaft im Vergleich zu solchen, die wir heute anwenden; trotzdem wir genau wissen, daß Hunter viele wertvolle Entdeckungen gemacht hat. Es würde zu weit führen, die vorliegende Arbeit, welche einen wundervollen historischen Rückblick gibt, ausführlich zu besprechen; infolgedessen beschränkte ich mich darauf, mitzuteilen, daß hauptsächlich die Entwicklung der Behandlung maligner Neubildungen und im besonderen die chirurgische Behandlung geschildert wird.

Regionale Anaesthesie und ihre Beurteilung in der Amtspraxis. Regionale Anaesthesie benötigt gewisse fundamentale Vorbedingungen. Zuerst muß eine saubere aseptische Technik vorhanden sein. Sodann ist nicht nur eine genaue anatomische Kenntnis unbedingt erforderlich, sondern die Anaesthesie muß derart vorgenommen sein, daß sie während der gesamten Operation vorhält. Die erste Vorbedingung ist in unseren Tagen mit ihren elektrischen Sterilisatoren nichts bedeutendes, und die andere muß eben genauestens erlernt werden. Verf. beschreibt fernerhin die Technik, wie sie an seiner Klinik gehandhabt wird, sie weicht kaum von der bei uns in Deutschland für gewöhnlich üblichen Technik ab. Zum Schlusse geht Verf. auf Regreßansprüche auf Grund irgendwelcher Fehler ein; hierzulande sind derartige Ansprüche wohl äußerst selten gestellt worden.

Fieberbehandlung. Das Wasser ist das wichtigste aller Nahrungsmittel, was besonders bei Fieber klar ersichtlich ist. Seit der Einführung der Nahrungskalorien hat die Behandlung der verschiedenen Fieber es immer deutlicher gezeigt, daß der Verlust des Wassers im Körper durch die Haut rasch und ausgiebig ausgeglichen werden muß. Wenn wir eine trockene Zunge sehen, sind wir sofort beeinflußt, weil wir dieses Zeichen als Symptom einer Krankheit ansehen. Es wäre wesentlicher, diese als Zeichen ungenügender Behandlungsweise anzusehen, so daß Verf. zu dem Schluß kommt, daß in den meisten Fällen das Wasser direkt in einigen anderen Fällen bestimmte Flüssigkeiten überhaupt einen Hauptfaktor bei der Behandlung des Fiebers sowohl in Bezug auf die Erfrischung des Körpers, wie auch in diuretischer Beziehung darstellen. Hofbauer, Berlin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapie.

XXXIII, Nr. 5.

* Die chirurgische Behandlung des Brustkrebses. E. Starr Judd, M. D.
* Der Wert postoperativer Bestrahlung des Brustkrebses. WM. A. Evans, M. D. und T. Leucutia, M. D.
* Weitere Beobachtungen über den Nutzen der Röntgenstrahlen bei Keuchhusten. Ralph D. Leonhard, M. D.
* Röntgenbehandlung von Tonsillen und adenoiden Wucherungen. P. B. Maccready, M. D.
* Röntgendiagnose durchsichtiger Fremdkörper in der Trachea. Willis F. Manges, M. D.
* Chronische Appendizitis. A. G. Schnack, A. M., M. D.

Bericht über einen Fall von multiplen Myelomen. Webster W. Belden, M. D.
* Einige normale Variationen und pathologische Verhältnisse am Zwerchfell. Leon Theodore Lewald, M. D.
* Epilation bei der Maus als ein biologischer Standard bei der Festsetzung der Röntgenstrahlendosierung. Henry H. Hazen, M. D. und Laurence C. Milstead, M. D.

Eine theoretische und experimentelle Studie über die kleine Ionisationskammer. Hugo Fricke, Ph. D. und Otto Glasser, Ph. D.
* Standardisierung der Röntgenstrahlendosierung vermittels der kleinen Ionisationskammer. Hugo Fricke, Ph. D. und Otto Glasser, Ph. D.

Die chirurgische Behandlung des Brustkrebses. Der Typ und der Grad der Malignität sind prognostisch wichtig. Die Radiotherapie allein bietet in gewissen Fällen gute Aussichten, doch leistet die Verbindung mit chirurgischem Eingriff mehr als jede der beiden Maßnahmen allein.

Der Wert der postoperativen Bestrahlung beim Mammakarzinom. Die lokale Bestrahlung bringt eine Immunisierung gegen Karzinom hervor. Die Dosis soll innerhalb der Toleranzgrenze des normalen Gewebes bleiben und 100% der HED nicht überschreiten. Eine Zerstörung des normalen Schutzgewebes um die Erkrankung verursacht ihre Verschlimmerung.

Weitere Beobachtungen über den Nutzen der Röntgenstrahlen bei Keuchhusten. Im Anschluß an die Erfahrungen mit 400 Fällen zeigen weitere 20 Keuchhustenfälle, daß die Röntgenbestrahlung eine Verminderung der Zahl und der Schwere der Paroxysmen, insbesondere auch des Erbrechens in 75% herbeiführt. Die Dosis scheint ihre optimale Wirkung bei 1 HED zu entfalten, welche dreimal unterteilt, in 48 stündigen Intervallen von vorn und hinten, bisweilen nur auf die Lungenwurzeln lokalisiert, im Abstand von 40 cm gegeben wurde. Jüngere Patienten sprechen anscheinend leichter an. Der Röntgenbefund scheint zu zeigen, daß die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen an den Bronchialdrüsen vor sich geht.

Röntgenbehandlung von Tonsillen und adenoiden Wucherungen. Klinische und pathologische Untersuchungen beweisen, daß die Röntgenbehandlung der Tonsillen zur dauernden Verminderung des lymphoiden Gewebes der Tonsillen und, auch ohne direkte Bestrahlung, des adenoiden Gewebes führt. Auf lokale Sepsis der Tonsillen und des adenoiden Gewebes ist sie ohne Einfluß. Die Operation der Kinder „en gros“ hat wenig Empfehlenswertes. Demgegenüber stellt die Röntgenbehandlung das Ideal dar, indem sie eine Verminderung des lymphoiden Gewebes bewirkt, ohne die Nachteile der Operation zu besitzen.

Röntgendiagnose durchsichtiger Fremdkörper in der Trachea. Die häufig von Kindern, gelegentlich von Erwachsenen aspirierten Fremdkörper werden nur in etwa 2% wieder ausgestoßen. Die nicht schattengebenden Fremdkörper, gewöhnlich vegetabiler oder organischer Substanz, führen frühzeitig zu Entzündung und Infektion mit hoher Sterblichkeit. Meist ist die Diagnose der nichtschattengebenden Fremdkörper in der Trachea oder den Bronchien bei der ersten Untersuchung nachweisbar, und es ist wahrscheinlich, daß durch wiederholte Untersuchung die Diagnose des Fremdkörpers im Bronchus in allen Fällen, die eines solchen in der Trachea fast in allen Fällen gestellt werden kann. Durch die Wanderung des Fremdkörpers entstehen bei den verschiedenen Untersuchungen verschiedene Bilder, welche von der wechselnden Funktion der Lungenregionen (Atelektase), des Zwerchfells und des Herzens hervorgebracht werden. Es dürfte sehr wahrscheinlich sein, daß manches Kind, welches unbeobachtet einen Fremdkörper verschluckte, unter der Diagnose Pneumonie, Asthma, Bronchopneumonie, Thymusvergrößerung u. a. stirbt. Röntgenologisch bewirkt ein nichtschattengebender Fremdkörper in der Trachea lediglich obstruierend ein Emphysem beider Lungen. Ein Trachalfremdkörper, der eine vollständige Atelektase der Lungen hervorbrächte, wäre wegen der Obstruktion des Inspiriums fatal. Lungenödem ist bisweilen ein Begleitsymptom des trachealen Fremdkörpers, während Lungenabszeß mehr ein Terminalprozeß ist. Die wachsende Transparenz der befallenen Lunge, der Tiefstand und der teilweise Stillstand des Zwerchfells der befallenen Seite, die Verdrängung des Herzens und des Mediastinums nach der freien Seite, die kompensatorisch gesteigerten Exkursionen der nicht befallenen Seite sind als Zeichen des Emphysems einzig von dem Fremdkörper abhängig. Alle diese Zeichen werden im Vergleich des Bildes von Inspiration und Exspiration bestimmt. Bei trachealem Sitz finden sich diese auf beiden Seiten, und es ist dabei zu bemerken, wie der Transversaldurchmesser des Herzens beim Expirium verkleinert erscheint, indem sich dasselbe so dreht, daß seine Spitze nach vorwärts kommt. Auch der Transversaldurchmesser der Brust ist im Expirium kürzer als im Inspirium. Kommt der Fremdkörper mit der Glottis in Berührung, so bewirkt er unabhängig von seiner Größe durch den von ihm erzeugten Spasmus Emphysem beider Lungen. Obstruierende Emphysem und Verkleinerung des Transversaldurchmessers von Herz und Brust sind nicht bei jedem Fremdkörper zugleich vorhanden. Es kam vor, daß nach Entfernung eines Fremdkörpers das Emphysem stärker wurde, wenn noch ein zweiter Fremdkörper anwesend war. Normal verkleinert sich der Herztransversaldurchmesser und vergrößert sich der Bluttransversaldurchmesser mit der Inspiration, während am Ende der Exstirpation der Herzdurchmesser größer und der Brustdurchmesser kleiner ist. Bestehen expiratorische Schwierigkeiten, obstruierendes Emphysem beider Lungen, dann ist sowohl der Transversaldurchmesser vom Herzen als auch der der Brust am Ende des Expiriums kleiner als am Ende des Inspiriums. Ist die Verlegung einigermaßen ausgesprochen, so kommt es zur paradoxen Zwerchfellbewegung, indem das Zwerchfell weit tiefer während der Expiration als während der Inspiration tritt. Bei der Röntgendurchleuchtung muß der Patient flach auf dem Rücken liegen, den Kopf hintenübergebeugt, so daß er in einer Linie mit dem Sternum ist, die Arme werden über den Kopf gehalten. Die Röntgenaufnahme wird in derselben Lage anteriorposterior in einer Entfernung von 90 cm unter Verwendung von Verstärkungsschirmen in 1/30—1/15 Sekunden mit weichem Licht gemacht.

Chronische Appendizitis. Zur Ausbildung von Reflexwirkungen auf entfernte Organe vom Ursprungsorgan sind oft Jahre erforderlich, weshalb sich derartige Verhältnisse auch schlecht im Tierexperiment untersuchen lassen. Die Reflexwirkungen an entfernten Organen, die auf chronische Appendicitis bezogen werden, vergehen nur in weniger wie 10% nach der Operation. Die Reflexbefunde, wie sie vom Appendix ausgehen, sind: Pylorospasmus, Spasmus des Duodenalbulbus, Andeutung oder ausgesprochener Grad von Retroperistaltik im Dünndarm, Tendenz zur verzögerten Magenentleerung, iliakale Retension und oft ein gewisser Grad von Spasmus des Colons transversum und des Colon descendens. Im Zusammenhalt mit dem lokalen Befund läßt sich die Diagnose chronische Appendicitis stellen. Ein zu freier und langer Appendix kann zu pathologischer Torsion neigen. Viele Appendices können nach 24 Stunden im Röntgenbild nachgewiesen werden, wenn sie nicht hinter coekalem Inhalt, verborgen oder durch Verschluß oder Zug von außen oder Fekalmassen oder Zusammenziehung sich nicht mit Bariuminhalt füllen können. Stase im Appendix, wie sie sich bei der Beobachtung über mehrere Tage zeigt, kann die Quelle zukünftiger Gefahren werden, wozu sie sich sehr langsam oder exazerbierend entwickeln kann. Ein appendizitischer Prozeß kann einzig auf den Appendix beschränkt sein, oder er kann die unmittelbare Erweiterung einer coekalen Entzündung oder einer coekalen Stase sein. Dieser innige Zusammenhang erschwert die Unterscheidung, so daß der Chirurg die Neigung hat, dem Appendix Symptome zuzuschreiben, die meist ihren Ursprung im Dickdarm haben. Eine chronische coekale Obstipation gibt praktisch alle Zeichen lokaler und reflektorischer Art, einer appendizitischen Reizung. Purgieren bringt hier oft für lange Zeit Symtomfreiheit. Allgemein gesprochen findet man bei ausgesprochener Appendizitis eine deutliche Beschleunigung der Entleerung des proximalen Colons, einen kleinen Rest im Coekum vielleicht ausgenommen. Finden sich trotzdem am Appendix Erscheinungen von Adhäsion, Zusammenziehung, Schlingenbildung und Empfindlichkeit der Appendixgegend, so denke man an das Colon als Hauptursache.

Einige normale Variationen und pathologische Veränderungen am Zwerchfell. Die Diagnose des subphrenischen Abszesses kann vor der Operation mit Sicherheit lediglich röntgenologisch gestellt werden. Seitliche Röntgenogramme sind dazu wesentlich. Die Möglichkeit einer Zwerchfellhernie soll dabei immer in Betracht gezogen werden.

Epilation bei der Maus als ein biologischer Standard bei der Festsetzung der Röntgenstrahlendosierung. Verfasser ist der Meinung, daß Radium auf Tiere statt auf den Menschen standardisiert werden kann. In gleicher Weise Coolidgeröhren, deren Ausbeute so sehr differiert.

Standardisierung der Röntgenstrahlendosierung vermittels der kleinen Ionisationskammer. Es wird empfohlen, eine kleine Ionisationskammer aus einem Material mit derselben effektiven Atomzahl wie atmosphärische Luft (7,69) als Basis bei der experimentellen Definition der Standardeinheit R (ein Röntgen) zu verwenden. Die Erythemdosis mittelharter Strahlung beträgt danach 1400 R.

13, Nr. 6.

* Cholecystographie nach der Methode von Graham, Cole und Copher. Sherwood Moore, M. D.
* Weitere Beobachtungen über die Röntgendiagnose von Bronchiektasien. Alexander B. Moore, M. D. und William J. Marquis, M. D.
* Röntgenographie von Hydatiden-Cysten in der Lunge von Carlos. Heuser, M. D.

Bericht über einen Magen mit zwei Gasblasen. J. Raymond Lutz, B. S., M. D.

* Häufige Ursachen von Schulterschmerz. P. F. Butler, M. D. und J. F. Elward, M. D.
* Chronische Infektion des Gastrointestinaltraktes: Ihre Röntgenanzeichen. Charles Eastmond, A. B., M. D., F. A., C. D.
* Krebs des Mundes und der Zunge. Channing C. Simmons, M. D.
* Röntgenbehandlung der chronischen Spondylitis deformans (Chronische Sakroiliakallumbalgie oder chronischer Vertebralrheumatismus). Charles A. Pfender, M. D.
* Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung der Purpura haemorrhagica mit Bestrahlung der Milz. Henry K. Pancoast, M. D., Eugene P. Pendergrass, M. D. und Thomas Fitz-Hugh, JR., A. M., M. D.

Cholecystographie nach der Methode von Graham, Cole und Copher. Gegenüber 37,4% positiv durch Operation bestätigter Resultate des früheren Gallensteinnachweises ergibt die Cholecystographie nach Graham u. a. 92,5% Uebereinstimmung.

Weitere Beobachtungen über die Röntgendiagnose von Bronchiektasien. Die Symptome einer Bronchiektasie können äußerst unbestimmt sein. Die Erkrankung des Respirationstraktes macht beim bronchiektatischen Patienten chirurgische Eingriffe sehr gefährlich. Es ist wesentlich die Diagnose der Bronchiektasie, wenn immer möglich zu stellen. Die Röntgenstrahlen vermögen in vielen unerwarteten Fällen bronchiale Erkrankungen zu entdecken und zu lokalisieren. Die Röntgenstrahlen sind besonders wertvoll in der Ermöglichung einer Entscheidung medizinischer oder chirurgischer Behandlung und bei der Stellung der Prognose.

Röntgenographie von Hydatidencysten in der Lunge. Hydatidencysten können in jedem Teil der Lunge vorkommen. Röntgenologisch erscheinen Pulmonalcysten als rundliche Schatten mit scharfgeschnittenen Rändern und Konkavität gegen die Mittellinie. Sind die Grenzen nicht glatt und irregulär, so erscheint die Diagnose Cyste zweifelhaft. In Buenos

Aires sind die Zahlenverhältnisse bei Männern, Frauen, Kindern, auf dem Lande und in der Stadt die gleichen; ebenso besteht kein Unterschied in der Lokalisation von rechts oder links.

Häufige Ursachen von Schulterschmerz. Ein Film von der Größe 24 : 30 wird so gelegt, daß neben dem Schultergelenk die seitliche Cervikalregion, die Supraclavikulargegend, der obere Teil des Thorax der verdächtigen Seite sowie des oberen Mediastinums zur Darstellung kommen kann. So kann man Karies oder Erosionen der cervikalen Wirbel, der cervikalen Rippen und Gelenke, Verkalkung von Halslymphdrüsen, Sporn am Schlüsselbein, Undurchsichtigkeit der Bursa subdeltoidea, Aortenaneurysmen, Spitzentuberkulose oder Neoplasmen der Lungenspitze und des Mediastinums sowie Hodgekinsche Erkrankung und gelegentlich Krankheiten oder Beeinträchtigungen der Gelenke selbst nachweisen. Die Beziehung zwischen Nervus phrenicus und Plexus brachialis ist zu beachten.

Chronische Infektion des Gastrointestinaltraktes: Ihre Röntgenanzeichen. Am Magen kennt man seit Jahren Erscheinungen, welche weder als Geschwür noch als Krebs anzusprechen waren. Es handelt sich um Füllungsdefekte von 2,5 bis 4 cm Ausdehnung dicht hinter dem Pylorus an der kleinen Kurvatur. Der Autor bezeichnet diese Krankheitserscheinungen, welche man bisher als Spasmen oder präpylorische ulcera ansah, als „geschwürige Gastritis". Die zweite Form der Veränderung am Magen besteht in einer Kontraktion vom Charakter einer peristaltischen Welle, die vom Pylorus in einer Ausdehnung von 5—8 cm ins Antrum greift. Es handelt sich um eine Versteifung der Magenwand infolge chronischer Entzündung und Fibrosis unter Verlust der Elastizität. Als Fortsetzung dieser Pylorusänderungen findet sich im Duodenum eine konstante Kontraktur der Bulbuskappe, welche gleicherweise der Ausdruck einer chronischen Rundzelleninfiltration mit Fibrosis ist. Auch im Duodenum trifft man auf mehr oder weniger konstante Unregelmäßigkeiten an der kleinen Kurvatur in der ungefähren Größe eines Zündholzköpfchens. Man sollte nach Ansicht des Autors diese Veränderung nicht als Duodenalgeschwür, sondern als „ulcerative Duodenitis" bezeichnen. Eine alltägliche Beobachtung ist die Aufhebung der Faltenbildung mit oder ohne Kontraktion des betr. Teils als Folge sekundärer Infektion meist mit chronischer Gallenblasenentzündung verbunden. Analoge Veränderungen trifft man auch im Ileum. Im Coekum vermag dieser sklerotische Typ einen großen Umfang anzunehmen und die Ileocoekalklappe zu ergreifen, wodurch es zur Insuffizienz kommt. Im Colon hat ein ähnlicher Prozeß seinen Sitz vornehmlich im Sigmoid mit seiner Kotretension und erhöhten Infektionsmöglichkeit. Die Diverticulosis mag in manchen Fällen von derartig chronischen Entzündungen ihren Ausgang nehmen.

Krebs des Mundes und der Zunge. Trotz des wachsenden Durchschnittsalters nimmt die Zahl der Krebstodesfälle (auch in den U. S. A.) ständig zu; sie beträgt etwa 100 000 im Jahr und hat damit fast die Zahl der Tuberkulosetodesfälle erreicht. Krebs der Mundschleimhaut ist einer der häufigsten und in einem großen Teil der Fälle bereits inoperabel, wenn sie der Chirurg sieht. Aber bedauerlicherweise scheint es, als ob auch vom Arzt in etwa 50% die ersten Anzeichen der Krankheit mißdeutet würden. Tabak, besonders in Form des Kautabaks, schafft chronische Mundentzündungen, die in etwa 65% Vorläufer des Krebses sind, indem dieser aus den Leukoplakien entwickelt. Durch Aussetzen des Tabaks lassen sich diese häufig zurückbringen. Kariöse Zähne und Pyorrhoe findet sich ganz allgemein bei solchen Krebskranken. Krebs des Mundbodens findet sich häufig bei Teppichlegern, welche die Stiftchen gewohnheitsgemäß mit den Zähnen und der Zunge halten. Prothesen und schlechtsitzende sonstige dentale Apparate, welche vielleicht durch die Rückbildung des Kiefers reizend wirken, sind eine häufige Ursache des malignen Wachstums. Die besondere Beziehung der Syphilis zum Krebs ist bekannt. Hierbei kann der Krebs multipel auftreten. Krebs des Oberkiefers, wie er vom Antrum ausgeht, ist ganz anderer Art. Pathologisch sind alle diese Pflasterzellenkrebse in einen papillären Typ mit relativ geringerer Malignität, langsamerem Wachstum und vergleichsweise späterer Metastasierung und einen zweiten maligneren Typ, der bisweilen innerhalb 6 Wochen nach seinem ersten Erscheinen unheilbar wird, zu scheiden. Krebs des Mundbodens scheint der maligneste zu sein. Der Krebs des Zahnfleisches wird oft nicht vom Zahnarzt erkannt, der ihn für Gewebsgranulationen hält. Seine ersten Symptome sind eine Lockerung der Zähne, indem frühzeitig der Kieferknochen befallen wird. Schwierigkeiten macht auch der von den großen vorderen Pupillen ausgehende Krebs, der keinesfalls immer schmerzhafte Entzündungen hervorruft. Das Frühstadium des Mundkrebses ist symptomlos. So sollte jedes Geschwür des Mundes, welches nicht innerhalb zwei Wochen nach Entfernung der wahrscheinlichen Ursache heilt, als Krebs behandelt werden. Tuberkulose, welche meist seit Bginn der Erkrankung schmerzhaft und mit anderen Organerkrankungen tuberkulöser Art vergesellschaftet ist, kann bisweilen unmögliche differentialdiagnostische Anforderungen gegen den Krebs stellen. Zu Beginn ist der Krebs eine rein lokale Erkrankung, welche zu dieser Zeit entfernt, den Patienten in Zukunft dauernd verschont. Wer dabei die Exzission — evtl. mit folgender Kauterisation — nicht anwenden will, muß gute Gründe dafür haben. An der Zunge ist (auch nach Lokalanästhesie) der Schmerz und die zurückbleibende Funktionsbehinderung geringer als man erwarten sollte. Sind bereits Halsdrüsenmetastasen vorhanden, so könnte der Versuch einer chirurgischen Entfernung der Geschwulst nur das Ende beschleunigen und die Qualen vermehren. Präkanzeröse Stellen werden exzidiert, sehr frühe Krebsformen werden dazu mit Kauterisation vermittels eines Juwelierlötkolbens bearbeitet. Verf. zieht diese Art der Behandlung dem Diathermiemesser vor, weil er glaubt, daß dieses nicht genügend Gewebe zerstört. Sitzt die Geschwulst an unzugänglicher Stelle, so wird die Wange gespalten. In diesem Frühstadium werden die Halsdrüsen nicht entfernt, wohl aber bereits, wenn es sich um die Krebsform, welche man sonst als Frühstadium bezeichnet, handelt. 10 Tage nach der Exzission werden der Sternocleidomastoideus, die V. jugularis int., sowie alle Drüsen bis zum Schädel entfernt. Sollte der Zustand des Patienten diese zweizeitige Operation nicht erlauben, so werden die regionalen Drüsen geröntgt; ebenso wird bei Drüsenmetastasen verfahren. Das inoperable Karzinom wird lokal mit Radium behandelt, während die Halsdrüsen geröntgt werden. 5—10 Radiumemanationsnadeln werden in das Geschwulstgewebe eingeführt. Ebenso werden postoperative Rezidive behandelt.

Röntgenbehandlung der chronischen Spondylitis deformans (Chronische Sakroiliacallumbalgie oder chronischer Vertebralrheumatismus). Die Diagnose des chronischen Lumbago oder des Rückenschmerzes ist noch nicht gesichert. Ueberlegungen über die pathologischen Vorgänge innerhalb der Intervetebrallöcher, wobei es zur Schmerzhaftigkeit kommt, rechtfertigen die Anwendung der Röntgenstrahlen vor chirurgischen Maßnahmen. Die Röntgentherapie bietet eine höchst wirksame Methode bei chronischer Spondylitis deformans und fortschreitendem chronischen Wirbelrheumatismus. Frühfälle sind der Röntgenbehandlung am meisten zugänglich und vergleichsweise sind leichte Dosen wirksamer als schwere Bombardements. Beispielsweise Technik: 5M—A, 10 Min, 6 mm Al—Filter 30 cm FHA. ca 25 cm Funkenstr. Wiederholung der gleichen Dosis nach 2 Wochen.

Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung der Purpura haemorrhagica mit Bestrahlung der Milz. 6 Fälle erhielten bei offenem Feld in 45 cm FHA. 120.000 Volt, 5M—A, 5 mm Al.-Filt. innerhalb 10 Min. ⅕ HED. Nur ein Patient zeigte so eine starke Reaktion nach der ersten Bestrahlung, während die folgenden anstandslos vertragen wurden. Im ganzen wurden 2—5 Applikationen in Abständen von 10 Tagen bis 3 Wochen gegeben. Analog den beachtenswerten Resultaten der Spenektomie scheinen größere Dosen Röntgenlichts bei dieser Krankheit angezeigt.

Kottmaier-Mainz.

The journal of Urology.

April 1926.

* Intravenöse Chemotherapie bei Harninfektionen. Braasch und Bumpus jr.
* Der therapeutische Wert von Mercurochrom, Hexamethylenamin und Hexylresorcinol in Fällen von experimenteller Urininfektion bei Ratten. Helmholz und Field.
* Die Aenderung der Harnreaktion als vitaler Faktor bei der Behandlung der akuten primären Zystitis. Blaustein.
* Ammoniumchlorid als harnsäuerndes Mittel. Muschat.
Fremdkörper in der Harnblase. Briggs.
Spermatocele. Dorne.
Ein ungewöhnlicher Fall von Verdoppelung des Nierenbeckens und Harnleiters. Ormond.
Intraurethrale Schanker. Goodman.
Besonders große doppelseitige Hydrocele. Woodruff.

Intravenöse Chemotherapie bei Harninfektionen. Die Verfasser berichten über ihre Ergebnisse mit verschiedenen Harnantisepticis insbesondere über das Mercurochrome, das sie für das wirksamste halten. Es ist von besonderem Wert bei akuten und subakuten Harninfektionen sowie auch in vereinzelten Fällen allgemeiner Sepsis. Es muß allerdings an seiner Toxizität Anstoß genommen werden. Man beobachtet häufig schwere Reaktionen in Form von Prostation, Schüttelfrost und Durchfällen. Von den 196 Kranken, die mit Mercurochrome bisher an der Mayoklinik behandelt wurden, starben zwei im Laufe des letzten Jahres, bei dem einen liegt möglicherweise eine Toxämie ursächlich vor, da eine andere Ursache nicht auffindbar war. Daher soll das Präparat nur gebraucht werden, wenn es unbedingt erforderlich ist. Obwohl das Gefahrenmoment stets vorhanden ist, verdient das Mittel bei akuter Sepsis doch versucht zu werden, wenn andere Medikamente versagt haben. Die Anzahl der sichtbaren Erfolge mit Mercurochrome erscheint den Verfassern so groß, daß sie die Möglichkeit eines rein zeitlichen Zusammenfallens der Besserung mit der Medikation ausschließen möchten.

Der therapeutische Wert von Mercurochrom, Hexamethylentetramin und Hexylresorcinol in Fällen von experimenteller Urininfektion bei Ratten. Die Verfasser infizierten intravenös und intravesical Ratten mit Colibazillen und Staphylococcus albus und behandelten sie dann mit Mercurochrome, Hexylresorcinol und Hexamethylenamin. Es zeigte sich, daß das Hexamethylenamin den anderen Präparaten überlegen war. Auch war der Staphylococcus albus dem Hexamethylenamin gegenüber weniger widerstandsfähig. Intravesicale Infektion mit dem Staphylococcus gelang nicht; die Bakterien verschwanden sehr rasch aus dem Urin ohne lokalisierte Entzündung hervorzurufen.

Die Aenderung der Harnreaktion als vitaler Faktor bei der Behandlung der akuten primären bakteriellen Cystitis. Bei der Behandlung der akuten Cystitis ist nach Feststellung der Harnreaktion und des Erregers eine Aenderung der Reaktion zu erstreben und später dieselbe nochmals zu wechseln. Alkalischer Harn wird am besten mit Calcium- oder Ammoniumchlorid angesäuert, während Natriumbicarbonat den sauren Harn am ehesten umstimmt. Urotropin wird am besten intravenös gegeben, da so gastrische Symptome vermieden werden. Instrumentelle Behandlung ist am besten ganz zu vermeiden, so lange die akuten Beschwerden überwiegen, später können Installationen angewandt werden und Diathermie zur Behandlung der „irritable bladder". In den Stunden, an denen ein gegebenes Antiseptikum wirken soll, vermeide man stärkere Diurese, um es nicht zu verdünnen. Beckenhochlagerung kann zur Verminderung des Harndranges beitragen. Drastische Abführmittel sind zu meiden, da sie Congestion und Reizung der Beckenorgane erzeugen.

Ammoniumchlorid als harnsäuerndes Mittel. Durch Beobachtungen an Gesunden und Kranken mit alkalischer Cystitis wird bewiesen, daß Ammoniumchlorid den Harn anzusäuern vermag. Es wurden dreimal täglich 1 g gegeben. Weder gastrische Störungen noch schleimige Expektoration wurden bei dieser Medikation beobachtet. Die Zunahme der Säure im Harn wurde an der Wasserstoffionenkonzentration festgestellt. Ernst Lehmann, Berlin.

California and Western Medicine.

24., Nr. 4, April 1926.

Chirurgische Gerichtsentscheidungen. F. R. Fairchild.
* Nierenkarzinom. C. F. Rusche.
Eimeria Butkai n. sp.; ein neues Kokkidium. D. Causey.
Mißbrauch der Gegenseitigkeit. L. E. Mahoney.
Chyluscyste im Mesenterium. Ch. Levison und M. Wolfsohn.
Oedem nach Insulin-Darreichung. D. M. Ervin.
* Unterstützung des Laboratoriums bei der Diagnose und Kontrolle der Eklampsie. H. A. Stephenson.
Darmverschluß. E. Butler und G. D. Delprat.
Behandlung der hypertrophierenden Pylorusstenose. B. Chaffee.
* Radiumbehandlung oberflächlicher maligner Neubildungen. A. Soiland und WM. E. Costolow.
* Angeborener Mongolenschwachsinn. H. Dietrich und H. K. Berkley.
Karbunkel in der Urethra. P. A. Ferrier.
Congenitale Atresie des Oesophagus. S. Schiro.

Nierenkarzinom. Im Gegensatz zu der früher angenommenen Meinung, daß das Nierenkarzinom vor dem fünften Jahrzehnt selten sei, sieht man eine Menge gemischter Tumoren sehr häufig als Karzinom an. Daraus erklärt sich die große Anzahl dieser Geschwülste, die angeblich schon in früher Jugend auftreten. An Hand eines beobachteten Falles kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Die Schwierigkeit der genauen Diagnose besteht häufig darin, daß keine Hämaturie vorhanden ist und daß andere Symptome nicht immer direkt auf die Niere bezogen werden können. Sehr wichtig ist der Ureteren-Katheterismus und auch die Pyelographie ist von besonderem Werte. Es kommt auch vor, daß man schlecht palpieren kann, so daß es häufig schwer ist, intraabdominelle Tumoren auszuschließen.

Unterstützung des Laboratoriums bei der Diagnose und Kontrolle der Eklampsie. Während oder direkt nach Beendigung der Schwangerschaft sehen wir bei einem geringen Prozentsatz von Patientinnen eine Kette von Symptomen und zwar Kopfschmerz, Oedem der Extremitäten, Gesichtsstörungen und Leibkrämpfe; im Urin findet sich gewöhnlich Eiweiß und der Blutdruck ist im allgemeinen erhöht. Diesen Zustand bezeichnet man als präeklamptische Toxämie und die Zusammenfassung der Krämpfe, die dem Koma vorangehen, ergibt das Bild der Eklampsie. Es fragt sich nun inwiefern die präeklamptische Toxämie der Vorläufer der Eklampsie ist oder ob es sich um ein bestimmtes selbständiges Krankheitsbild handelt. Nach Harris sind die Nachwirkungen der präeklamptischen Toxämie ausgesprochene und länger andauernd als diejenigen der reinen Eklampsie. Er meint, daß die Eklampsie stets die Fortsetzung dann darstellt, wenn Patienten mit präeklamptischer Toxämie ihre Schwangerschaft nicht unterbrechen. Es ist sicher, daß nur wenige Forscher den Mut haben, Patienten mit präeklamptischen Erscheinungen zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu raten. Andere Beobachter gehen weiter und teilen die Toxämie in häpatische und nephritische entsprechend den Hauptsymptomen ein. Diese Differenzierung scheint im Lichte unserer gegenwärtigen Kenntnis sehr schwer und ist auch vom Standpunkt der an und für sich erforderlichen sofortigen Behandlung überflüssig. Man schätzt im allgemeinen das Vorkommen dieser Krankheit auf 2% ja sogar wird von einigen amerikanischen Autoren 3% angenommen. Nach der vor kurzem erschienenen Statistik der deutschen Universitäts-Frauenkliniken kann man sagen, daß wir den Prozentsatz auf 1—1½% ansetzen können.

Radiumbehandlung oberflächlicher maligner Neubildungen. Die chemische Salbenbehandlung des Hautkrebses ist wohl heute von allen führenden Dermatologen und Radiologen verlassen worden; infolgedessen ist die Behandlung präcanceröser Schädigungen von primärer Wichtigkeit. Das durch Messingfilter passierte Radium ist der bevorzugte therapeutische Helfer bei dicken indurierten Hautepitheliomen. Der Gebrauch der Kauterisation oder der Elektrokoagulation vor der Radiumbestrahlung ist unzweckmäßig aber nach derselben können die vorgenannten Methoden große Hilfe bringen. Geschwülste der Augenlider, Nase und Lippen sollen ausschließlich mit Radium behandelt werden, das praktisch ein Spezifikum der Lokalläsionen des Lippenepithelioms darstellt. Die abhängigen Drüsen sollte man unverzüglich mit Röntgenstrahlen behandeln und chirurgische Eingriffe sind nur ganz ausnahmsweise indiziert. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Radiumbehandlung lokalisierter Hautmalignitäten fast ebenso spezifisch sind als irgend eine Maßnahme von allgemeiner Bedeutung aus dem Gesamtgebiet der Medizin.

Angeborener Mongolenschwachsinn. Die Aetiologie dieser Krankheit ist in ihrer Entwicklung völlig unbekannt. Mongolismus in aufeinanderfolgenden Mitgliedern derselben Familie ist äußerst selten und seine physikalischen Anzeichen zeigen in den verschiedenen Fällen sehr variierende Bilder. Der Mongolismus kann durch Rachitis, Hypothyreoidismus, adenoide Wucherungen und kongenitale Herzfehler kompliziert sein. Auch für unkomplizierte Fälle ist eine erfolgreiche Behandlung nicht vorhanden. Die Verff. glauben, daß durch Schulung der Intelligenz die Störungen der endokrinen Drüsen gebessert werden können; es erscheint sehr zweifelhaft, ob damit ein Erfolg in irgend einer Form erzielt werden kann, was die Verfasser auch zugeben; denn sie sagen, daß eine solche Behandlung keine Einwirkung auf den Mongolismus selbst hat.

Hofbauer (Berlin).

Buchbesprechungen.

Franz Reichert: **Der große Irrtum der inneren Medizin.** Krebs, Stoffwechselkrankheiten, Arteriosklerose, Fettleibigkeit, Nervosität, Geisteskrankheiten usw. als Folge von Atmungs- und Blutdruckverschlechterung. Rich. Pflaum, München 1926, 59 S. 3,— M. — Ein interessantes Documentum humanum monomaniacum! Verf. ist auf die richtige Idee gekommen, daß die Druckveränderungen innerhalb des Organismus infolge von Atmung und Herztätigkeit einen physiologischen Faktor darstellen. Allein er rückt diesen Faktor allzu dominierend in den Mittelpunkt des Lebens: die genannten Faktoren stellen die Urkraft des Körpers da, die fortwährend auf den Organismus einhämmert (S. 15) und deren Störungen die Zelle in einen stärkeren Reizzustand versetzen (S. 23). Sie bedingen Haarausfall und Nervosität (S. 18), Tobsucht (S. 25), Karies, „die bedeutungsvollste Seuche der Menschheit" (S. 53), Krebs (S. 32—43). Der Rat, die Entzündung durch Blutdruckherabsetzung zu beseitigen (S. 45), mag noch hingehen. Aber gefährlich wird die Sache, wenn Reichert die Forderung aufstellt, bei Karzinomen mit dem chirurgischen Eingriff zu warten und zunächst die Wirkung der Atmungsverbesserung zu beobachten (S. 50).

Wiederholt wirft er der inneren Medizin vor, diese Dinge nicht erfaßt zu haben (S. 28/29 u. 59). Gewiß ist diese nicht vollkommen; das behauptet sie auch gar nicht. Ich fürchte jedoch, das Fiasko „des großen Irrtums" Reicherts wäre noch viel grenzenloser (S. 28) als das der Schule des großen Hippokrates.

Buttersack (Göttingen).

Bock, Heinr.: **Die Hormontherapie und die Urstoffe des Organischen.** Rich. Pflaum, München 1926. — 26 S. M. 1.50. — Bildete die Urinflasche auf mittelalterlichen Bildern das charakteristische Attribut des Arztes, so werden das in Zukunft Hormondetektoren tun. Hormone sind nach B. kongruent mit den Vitaminen, und weil Krankheit eine Störung der für den Körper optimalen Bewegungsform der Elektronen ist, muß der Therapeut diejenige Drüse oder denjenigen Stoff mobilisieren, dessen Bewegungsform der gestörten Molekularbewegung oder der Bewegungsform des Giftes entspricht. Um diese Dinge zu entschleiern, muß man nach den pathologischen Hormonen im Blut suchen, was sich mit Hilfe eines Projektionsmikroskops und anderer Mittel verhältnismäßig leicht bewerkstelligen läßt. Im vorliegenden Heft gibt B. eine Therapie der einzelnen Hormonerkrankungen, aber in so gedrängter Form, daß der Nichtfachmann wahrscheinlich wenig damit anfangen kann.

J. C. Lehmann, **Technik der Röntgenaufnahmen.** Bonner Röntgenbücher (herausgegeben von L. Grebe & H. Martius Bd. 5, 1925, geb. 5 M. — Die Darstellung des Stoffes ist meisterhaft und praktisch. Wer nach ihr arbeitet, wird kritisch zur Selbständigkeit und zum Erfolg gelangen. Im einzelnen wäre bei der speziellen Technik eine etwas ausführlichere Behandlung des Dickdarms zu wünschen; besonders bedauerlich ist es, daß die modernen Verfahren der Gallenblasendarstellung nach Graham, Cole u. a. noch keine Berücksichtigung finden konnten. Das sind im Vergleich zum Ganzen jedoch geringe Ausstellungen, die in der nächsten Auflage leicht zu korrigieren sind. Wer einen Leitfaden in der Technik der Röntgenaufnahmen braucht, greife getrost zu dem Lehmanns.

H. Cramer: **Einführung in die Röntgendiagnostik innerer Krankheiten.** Bonner Röntgenbücher (herausgegeben von L. Grebe & H. Martius), Bd. 6, 1926, mit 79 Abbildungen auf 42 Tafeln, Pappband 8,50 M. — Die Einführung ist aus der Fülle des Wissens und der Erfahrung geschrieben. Seite für Seite tritt uns der Arzt im Röntgenologen entgegen, dessen Streben das klinische Bild der Krankheit mit ihren Erscheinungen bei der Durchleuchtung und der Röntgenographie in Zusammenhang zu bringen sich immer kritisch von den Grenzen der Röntgendiagnostik gebunden weiß. So fesselt der Autor unser Interesse durch den reinen Genuß seiner klaren Kombinationen. Auf 126 Seiten oktav wird, unterstützt von guten Bildern und Skizzen, eine röntgendiagnostische Grundlage innerer Krankheiten geboten, worauf sich sicher weiter bauen läßt. Bedauerlicherweise fehlt auch in diesem Werkchen eine zusammenfassende Darstellung der Gallenblasenerkrankungen, wie sie sich unter Anwendung moderner Hilfsmethoden im Röntgenbild erkennen lassen. Wer sich nur an die Bonner Röntgenbücher halten wollte, wäre z. Z. nicht imstande, sich über diese Verfahren, welche doch von größter Bedeutung sind, zu unterrichten. —

Kottmaier-Mainz.

J. Seegobin: **Die Behandlung des Rückfallfiebers per os.** Paris, Imprimerie polyglotte. N. L. Danzig, 1926, 45 Seiten. — Der Autor hatte Gelegenheit, in Kamerun eine Recurrensepidemie durch perorale Stovarsolbehandlung zu ersticken. In seiner Dissertation untersucht er die Rolle, die die bisher in der Recurrensbehandlung angewendeten chemotherapeutischen Mittel gespielt haben: 606 und 914 töten die Rec-Spirochäten in situ, sind aber nicht imstande, die Infektion in der Incubationszeit zu kupieren. Aehnlich verhalten sich Galyl, Ludyl, Hectine, Atoxyl, Sulfarsenol, Olarsol, Luargol, Arrhénal, Natrium cacodylicum, die teilweise der erstgenannten Gruppe noch erheblich unterlegen sind. Das Chinin, Antimonemetin, Anilinemetin, die Benzidinfarbstoffe und das Hg. sind nur Adjuvantia, die Serumtherapie führte noch nicht zu brauchbaren Ergebnissen.

Dagegen betonte er die hervorragenden prophylaktischen und therapeutischen Qualitäten des Stovarsols, das nicht nur zur Sterilisation der Keimträger, Heilung der Kranken führt, sondern auch den in den Tropen sehr hoch zu schätzenden Vorteil der oralen Verwendbarkeit gegenüber den Salvarsanen voraus hat. Interessant ist die Uebereinstimmung in der sich der Autor mit den russischen Untersuchern, Kritschewsky und Mitarbeitern, befindet, die bei der Maus für das russische Stovarsolan einen prophylaktischen Index aufstellten, der den therapeutischen des Altsalvarsan mehr als 2½ mal übertraf. Die Arbeit ist ein guter Beitrag zur Chemotherapie der Rec-Infektion, und wird durch einige Krankengeschichten illustriert. K. Heymann-Berlin.

Doz. Dr. A. Hofstätter-Wien: **Ueber eingebildete Schwangerschaften.** Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1924. 47 Seiten. — Verf. zeigt an der Hand mehrerer selbst beobachteter Fälle, wie bei psychisch völlig normalen Frauen, nicht etwa hysterischen Frauen, die Einbildung einer Schwangerschaft vorkommen kann. Er versucht klar zu legen, wie einmal in diesen Fällen körperliche Veränderungen oder doch Funktionsänderungen im Körper das

Primäre sein können, wie andererseits aber auch rein psychische Momente durch Funktionsänderungen der körperlichen Organe, besonders der Blutdrüsen, Symptome hervorrufen können, für die wir eine rein materielle Ursache nicht auffinden können. — Die Fälle von eingebildeter Schwangerschaft sind in der Literatur gar nicht so selten. Es ist bekannt, daß sämtliche Symptome der Schwangerschaft sich bei der eingebildeten Schwangerschaft, „grossesse nerveuse" zeigen können; die angeblich von den Frauen gefühlten Kindesbewegungen erklären sich entweder dadurch, daß sie peristaltische Bewegungen des Darms verspüren, oder daß Ortsverschiebungen des von reichlichem Fett beschwerten Darmes oder Netzes so deutlich empfunden werden. Alle diese Erscheinungen gehen allmählich zurück, wenn es dem Arzt gelingt, dem Individuum die Pseudoschwangerschaft vor Augen zu führen. — Verf. zeigt ferner, welche Schwierigkeiten oft zu überwinden sind, um eine sichere Unterscheidung zwischen wirklich eingebildeter Schwangerschaft und der in betrügerischer Absicht vorgetäuschten Schwangerschaft zu treffen.

Die Lektüre des kleinen Heftchens mit den besonders charakteristischen Fällen von „eingebildeter Schwangerschaft" dürfte für den Praktiker von großem Interesse sein.

Rudolf Katz (Berlin).

Prof. Dr. Moll, Wien: **Stillschwierigkeiten und ihre Bekämpfung.** Verlag Moritz Perles, Wien 1925. — Verf. gibt einen Ueberblick über die Stillschwierigkeiten und ihre Bekämpfung, wie sie uns in der Säuglingsfürsorge begegnen. Er unterscheidet drei Gruppen: Stillschwierigkeiten, die im Kinde gelegen sind, solche, welche im krankhaft veränderten Organismus der Mutter begründet sind, und solche ethischer und wirtschaftlicher Natur. Eine Hypogalaktia vera ist verhältnismäßig selten, etwa 95% aller Frauen können wenigstens eine gewisse Zeit stillen. Dagegen ist eine Hypogalaktia spuria, durch unzureichende Entleerung der Brust entstanden, sehr häufig. Hier hilft außer Diätregelung die vorsichtige Anwendung der Bierschen Glocke oft sehr gut. Häufig ist die Milcharmut älterer Erstgebärender. Bei der Untersuchung der Brust auf ihren Milchgehalt ist ein wichtiges Merkmal die deutlich tastbare Temperaturerhöhung der gut gefüllten Brust. Die Lactagoga helfen so gut wie gar nicht. Prophylaktische Waschungen der Brustwarzen während der Schwangerschaft empfiehlt Verf. nicht, da besonders durch die Alkoholwaschungen das Epithel der Warze leicht verletzt wird. Verf. geht weiterhin ein auf die Kontraindikationen gegen das Stillen und engt diese weitgehend ein. Er weist darauf hin, wie wichtig es ist, bei einer tuberkulösen Wöchnerin nicht nur das Stillen zu verbieten, sondern den Säugling ganz von der offentuberkulösen Mutter zu entfernen. Jede Stillende muß dauernd ärztlich überwacht und gewogen werden, es ist nicht angängig, die Kinder auf vorübergehende geringfügige Beschwerden hin abzusetzen. Was die Diät der Stillenden betrifft, so ist das Verbot gewisser Speisen überflüssig. Nur Alkoholgenuß ist schädlich. Gewarnt wird vor einer Ueberbelastung mit Milch, die nicht nötig und bei vielen Frauen zu Verdauungsstörungen führt. Dem sicher absolut vermehrten Schlafbedürfnis der Stillenden ebenso wie den häufig vorkommenden nervösen Beschwerden muß Rechnung getragen werden. — Die Darstellung der kleinen Schrift ist klar und übersichtlich, sie sollte von jedem Pädiater gelesen werden.

Kurt Heymann, Berlin.

Dr. A. Zweig: **Dr. med. Kreidmanns Lehren in ihrer Bedeutung für Wissenschaft und Praxis.** Verl. Schimmelwitz, Leipzig 1926. — Verf., homöopathischer Arzt, gibt einen Auszug aus den Kreidmannschen Werken. Er bespricht den Nervenkreislauf, Entwickelungslehre, Konstitutionslehre und Kreidmanns pathogenetische Ansichten. Die dort aufgestellten Theorien sind so merkwürdig und stehen zum Teil derartig im Gegensatz zu allen Lehren der Physiologie und Pathologie, daß man sie zunächst höchstens als Kuriosum akzeptieren kann. Wenn Skrofulose und Lues hereditaria als nur verschiedene Stufen einer Erkrankung hingestellt werden, wenn wir lesen, daß alle chronischen Krankheiten, gleichgültig welcher Art, auf intrauteriner Schädigung beruhen, so mutet das zum mindestens merkwürdig an. Daß eine vorzeitige Fettsucht eine dem Alter vorauseilende Zellenschwäche darstellt, ist eine Vorstellung, die mit den modernen Forschungen in Einklang zu bringen wäre. Das Buch ist mehr merkwürdig als für den Mediziner von Bedeutung.

K. Heymann-Berlin.

Prof. Dr. Heinrich Többen: **Ueber den Inzest.** Franz Deuticke, 1925, 92 Seiten. — Eine kurzgefaßte Darstellung, in der ein geschichtlicher Ueberblick, ein (sehr unvollständiges) Exzerpt aus der schöngeistigen Literatur, aus der kriminalistischen und medizinischen Literatur, ferner Angaben über die Verbreitung des Inzestes sowie über eigene Beobachtungen, endlich Bemerkungen über die strafrechtliche Behandlung des Inzestes und seine sonstige Bekämpfung geboten werden. Die Auffassung des Verfassers kann man aus folgenden Worten erkennen: „Aus der bisherigen Darstellung geht hervor, daß nur selten ein deutlich erkennbarer, richtunggebender Beweggrund in Frage kommt. Meistens ist neben der eigentlichen Ursache noch ein auslösender Anlaß vorhanden, der aus den Umweltverhältnissen herkommt. Durchweg ist der Sexualtrieb im Sinne einer Ursache entscheidend." Nach meinen Erfahrungen ist damit den psychologischen Tatbeständen nicht Rechnung getragen. Als sachliche Uebersicht ist das Buch willkommen zu heißen.

Hans Lungwitz.

San.-Rat Dr. Magnus Hirschfeld: **Zur Reform des Sexualstrafrechtes.** Kritische Beiträge von Geh. Justizrat Dr. Mittermaier, Justizrat Dr. Werthauer, Dr. A. Kronfeld, San.-Rat Dr. O. Juliusburger, Prof. Dr. Dührssen, Dr. Max Alsberg, Dr. Kurt Hiller, San.-Rat Dr. Magnus Hirschfeld, Kriminalinspektor a. D. H. v. Treschow. (Sexuelle Monographien aus dem Institut für Sexualwissenschaft in Berlin. Band IV. Verlag Ernst Bircher A.-G., Bern und Leipzig. 1926.) — Der „Amtliche Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches", der eine weitgehende Abänderung des zur Zeit geltenden Strafrechtes anbahnen soll, ist von den verschiedensten Seiten mit Unzufriedenheit begrüßt worden. Die hier vereinigten Aufsätze bringen eine große Reihe von Bedenken vor, die sich gegen einen wesentlichen Teil der Bestimmungen richten, die sich mit dem Geschlechtsleben des Menschen beschäftigen. Der Fernerstehende könnte zunächst der Ansicht sein, daß das Geschlechtsleben des Menschen eine so persönliche Sache sei, daß der Gesetzgeber überhaupt keine Veranlassung haben könnte, sich damit zu beschäftigen. Und so kommt auch an verschiedenen Stellen der Aufsätze zum Ausdruck, daß das in der Tat der Fall sein sollte, solange eine Schädigung anderer Personen durch Geschlechtshandlungen nicht in Frage kommt. Daß Jugend und Unerfahrenheit geschützt werden muß, ist selbstverständlich, warum aber das Schutzalter bei Mädchen auf 16, bei Jünglingen auf 18 Jahre festgesetzt ist, warum Verführung durch Männer strafbar, durch Frauen straffrei ist, ruft berechtigte Verwunderung hervor. Der langjährige, von M. Hirschfeld mit so großer Energie geführte Kampf, durch den er die auch hier wieder geforderte Straffreiheit wegen abartiger Triebanlage zu erreichen suchte, hat einen Erfolg nicht gehabt; im Gegenteil, die homosexuelle Betätigung (wie bisher nur unter Männern!) soll in erweitertem Maße durch Bestrafung aller beischlafähnlichen Handlungen erfaßt werden. Es ergibt sich aus den neuen Bestimmungen auch die Möglichkeit der Bestrafung des Sadismus, Fetischismus, und in noch verstärktem Maße des Transvestitismus und des Exhibitionismus. Aus all diesen Bestimmungen wird eine scharf verurteilte Mißachtung der sexualwissenschaftlichen Forschungsergebnisse und eine weitgehende Einschränkung des Rechtes auf sich selbst gefolgert. Bei der großen Bedeutung abnormer geschlechtlicher Zustände für die strafrechtliche Verantwortlichkeit, für den Begriff der Zurechnungsfähigkeit kann die ausschlaggebende Stellung des beamteten Arztes gegenüber dem in die Materie im allgemeinen viel tiefer eingedrungenen Sexualpsychologen nicht als berechtigt anerkannt werden. Von dem Urteilenden ist ein größeres Maß sozialer Verantwortlichkeit zu fordern. Scharf bestraft soll die gewerbsmäßige männliche Prostitution werden; es werden hiergegen mannigfache Bedenken geäußert, wie überhaupt von erfahrenen Kriminalisten immer wieder auf die Gefahren der Bestrafung der Homosexualität als häufigste Quelle erpresserischer Handlungen hingewiesen wird. Eine große Gefahr liegt in der Bestrafung der Verführung von Mädchen unter 16 Jahren, auch wenn sie nicht mehr unbescholten sind; über die Forderung, auch den Inzest unter bestimmten Umständen straffrei zu lassen, wird wohl die allgemeine Anschauung nicht mit sich reden lassen. Man darf hier auch nicht mit dem Argument kommen, daß er ja, besonders infolge der ungünstigen sozialen und Wohnungsverhältnisse doch in großem Umfange ausgeübt wird; ebenso wie auch die überwiegende Mehrzahl der Aerzte nach wie vor die ungeheure Zahl der tatsächlich vorgenommenen Abtreibungen nicht als genügenden Grund für seine gesetzliche Freigabe gelten lassen will. So wird auch der den kriminellen Abort behandelnde Aufsatz bei der außerordentlich persönlichen Einstellung seines Verfassers den geringsten Beifall finden. Im ganzen wird man, wie auch die Einstellung des Einzelnen zu manchen der aufgeworfenen Fragen sein möge, den großenteils in durchaus wissenschaftlicher und vornehmer Form vorgetragenen Einwendungen — von denen hier nur ein Teil erwähnt werden konnte — die Berechtigung nicht versagen können und wir wollen hoffen, daß es den vereinten Bestrebungen von sachverständigen Aerzten und Juristen doch noch gelingen wird, weitgehende Abänderungen des Entwurfes zu erreichen. Der Arzt wird niemals versuchen, den Verbrecher dem Forum des Richters zu entziehen, aber er muß auch verlangen, den Kranken dem ärztlichen Forum erhalten zu sehen!

Ernst Levin, Berlin.

Max Marcuse: **Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Enzyklopädie der natur- und kulturwissenschaftlichen Sexualkunde des Menschen.** Zweite stark vermehrte Auflage. (A. Marcus & E. Webers Verlag. Bonn 1925.) Preis 42 RM., geb. 45 M. — Mit der vorliegenden zehnten Lieferung ist das groß angelegte Werk in seiner zweiten, stark vermehrten und mit 140 Abbildungen versehenen Auflage zum Abschluß gelangt. Es wird nunmehr kaum ein mit dem Sexualleben in einem noch so entfernten Zusammenhange stehendes Gebiet geben, über das der Leser hier nicht von sachkundiger Seite Aufklärung findet. In welchem Umfange die verschiedensten Fragen behandelt werden, zeigt schon die Erwähnung einzelner, in der letzten Lieferung enthaltener Aufsätze, so die über Sexualwissenschaft und die für ihr Gebiet wichtige Sexualpädagogik, Sexualsoziologie, Sexualtheorie; über die auch in strafrechtlicher Beziehung bedeutsamen Kapitel: Transvestitismus, Tribadie, Verführung, widernatürliche Unzucht, Zoophilie; über Symbolik und zahlreiche mit dem Geschlechtsleben in Beziehung stehende Gegenstände wie: Spiegel, Stock und Schirm, Strumpf und Strumpfband, Taschentuch; über den Traum, das grundlegende Substrat der Freudschen Lehre, die an den verschiedensten Stellen des Buches und von verschiedensten Gesichtspunkten aus behandelt wird; über geschlechtliche Beziehungen: Tetragamie, Verhältnis, Verlöbnis, Werbung, Zölibat; über Sexualbeziehungen im täglichen Leben: Sport, Tabakrauchen, Tanz. Nach dem großen Erfolge, den das Werk bereits gehabt hat und sicher weiter haben wird, kann an der Bedeutung der Sexualwissenschaft als eigener Wissenschaft nicht mehr gezweifelt werden.

Ernst Levin, Berlin.

Dr. A. Grotjahn, ordentl. Prof. der sozialen Hygiene in Berlin: **Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene.** Dritte, verbesserte und ergänzte Auflage. Karlsruhe i. B. Verlagsbuchhandlung C. F. Müller, 1925, 36 S., Preis 1 M. — In 36 Seiten gibt uns Grotjahn ein reiches und anregendes Material über soziale Hygiene der Wohnung, Ernährung, Arbeit usw., sowie über die verbreitetsten Krankheiten, wie Lungentuberkulose und Geschlechtskrankheiten im Lichte der sozialen Hygiene. Seine besondere Aufmerksamkeit schenkt Grotjahn der sozialen Hygiene der Säuglinge und Kinder, vor allem aber den Fragen der Entartung und des Geburtenrückganges im Lichte der sozialen Hygiene, wobei er hervorhebt, daß, wenn Choleraschrecken im 19. Jahrhundert der Ansporn für die Hygiene bezüglich der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten war, für die Hygiene des 20. Jahrhunderts es das Gespenst des Geburtenrückgangs werden wird. Ein Heilmittel dafür sieht Grotjahn vor allem in der Elternversicherung.

M. Kantorowicz.

Clément Simon: **Questions actuelles de Syphiligraphie.** Paris. Amédée Legrand. 1926. — Wer die französische Fachliteratur regelmäßig verfolgen kann, kennt die anregenden Aufsätze bereits, die der Verfasser jetzt noch einmal gesammelt herausgibt, und in denen er, gestützt auf reiche Literaturkenntnis und auf persönliche Erfahrungen, sich mit einigen Problemen der Syphilis auseinandersetzt: Die Pluralität des syphilitischen Virus, die ihm eine verführerische aber noch nicht bewiesene Hypothese ist, die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma, wobei er dem alten Begriff „locus minoris resistentiae“ mit der Fähigkeit der Pallida in scheinbar gesundem funktionstüchtigem Gewebe zu schmarotzen, neues Leben gibt. Es folgen eigene Beobachtungen über Azoospermie als Symptom der Lues congenita tarda, eine Studie über die negative Wa. R. bei gleichzeitig bestehenden manifesten Secundärerscheinungen, was Verfasser in Uebereinstimmung mit den Ansichten in Deutschland auf mangelndes Funktionieren der Abwehrkräfte des Organismus zurückführt und mit dem gleichen Symptom bei der Syphilis maligna in Parallele stellt. Ein Kapitel ist dem Einfluß des Wismuts auf die Wa. R., ein anderes den Beziehungen zwischen Verdauung und Wa. R. gewidmet. Es folgt eine Schilderung der seltenen Arsenstomatitis nach Salvarsanbehandlung. Mit höchstem Interesse wird man bei uns die ausführliche Studie über orale Syphilisbehandlung lesen. Bald nach den entscheidenden Untersuchungen von Fourneau über die fünfwertigen Arsenverbindungen wurde im Stovarsol der Acetylrest durch ein Formylradical substituiert, es ergab sich, daß eine 3-formyl-amino-4-oxyphenylarsinsäure, die gleichfalls als stabiler, nicht kaustisch wirkender Körper oral gegeben, von der Darmschleimhaut rasch absorbiert wird und mit dem der Verfasser und seine Mitarbeiter bei Lues aller Stadien, bei visceraler, kongenitaler und Neurolues ebenso günstige Wirkungen erzielten wie mit dem Salvarsan, mit dem dieser Körper ja aufs engste verbunden ist.

K. Heymann (Berlin.)

S. Bergel. **Die Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immuntherapeutischer Untersuchungen.** Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1925. — Der Autor weist auf die große Rolle hin, die die Lymphozyten in der Pathologie der Syphilis spielen, sie und ihre Abkömmlinge bilden ein lipolytisches Ferment, das die lipoiden Spirochäten abbaut. Der Primäraffekt gibt eine meist ungenügende und verspätete Reaktion, je stärker das Lymphozyteninfiltrat, um so geringer die Anzahl der Spirochäten. Die Wassermannsche-, Luetin- und die Herxheimersche Reaktion erfahren eine interessante biologische Erklärung, die syphilitischen Krankheitsprozesse werden von einem einheitlichen biologisch-funktionellen Standpunkt betrachtet, der Syphilisverlauf wird nach ätiologischem Gesichtspunkt geordnet. In dem immuntherapeutischen Teil versucht der Autor die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus therapeutisch auszunutzen, gibt die Protokolle seiner Tierversuche am Syphiliskaninchen und schildert den Verlauf bei diesem Tier nach therapeutischer und prophylaktischer Behandlung mit lipolytischen Extrakten. Das Buch ist geeignet, Aufmerksamkeit zu erregen und unterscheidet sich von vielen bisherigen Hypothesen durch tatsächliche und exakte Grundlagen in der Beweisführung. Bei den kritischen Erschütterungen, die das chemotherapeutische Grundprinzip in der Luestherapie heute durchzumachen hat, ist ein neuer Weg, der den Organismus in den Vordergrund der Betrachtung zu stellen sucht, sehr zu begrüßen.

K. Heymann (Berlin).

Joh. Müller-Spandau: **„Die Leibesübungen", ihre biologisch-anatomischen Grundlagen, Physiologie und Hygiene, sowie erste Hilfe bei Unfällen.** Verlag B. G. Teubner-Leipzig. — Nachdem ich die vorige, die dritte Auflage, dieses vorzüglichen Werkes in diesen Blättern besprechen durfte, ist es mir eine ganz besondere Freude, dem Wunsche des Verlages nachzukommen und der neuesten Auflage einige Worte mit auf den Weg zu geben. Hatte die vorige, wie auch der Verfasser selbst bedauert, in ihrem äußeren Habitus noch etwas unter den schwächenden Einflüssen der Nachkriegszeit zu leiden gehabt, so steht die neue konstitutionell gekräftigt, stolz und stark, wie der Schleuderer des Medizinballes auf dem Umschlag, vor uns. Des Verfassers Dank an den Verlag können wir Leser uns nur von Herzen anschließen. Aber ganz besonders wollen wir auch dem Verfasser danken, der das neue Buch nunmehr zu einem erschöpfenden Sammelwerk über alle Fragen der Leibesübungs-Wissenschaft umgeschaffen hat. „Der Körper soll gewissermaßen wie ein Bauwerk vor den Augen des Lesers entstehen". Diesen seinen Zweck hat Verfasser glänzend erreicht. Wesentlich erweitert bzw. neu geschaffen wurden die Kapitel über die Konstitutionslehre, Fortpflanzungsorgane, innersekretorische Drüsen, Atemführung, Herzarbeit, Blut, Leibesübungen des weiblichen Geschlechts, Kleidung, Training, alles dieses an nunmehr 534 gegen 418 Abbildungen der früheren Auflage erörtert, die gegen die früheren wesentlich verbessert sind; ja, sie sind so gut, daß sie in mir gleich einen Wunsch für die baldige nächste Auflage erwecken, nämlich, daß in ihr die anatomischen Bilder bunt sein möchten. Dann bleibt nichts mehr zu wünschen. Auf jeden Fall gehört das Buch unbedingt in die Bücherei jedes Sportarztes, jedes Turn- und Sportvereins, Turn- oder Sportwarts. Und so wünsche ich ihm von Herzen „Glückauf zur Fahrt".

Dr. Rob. Lehmann-Düsseldorf.

Was muß der praktische Arzt von der neuen Verordnung über die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung wissen und welche Pflichten ergeben sich für ihn daraus? Versicherungsrechtliche und ärztliche Hinweise herausgegeben von den Fabrikärzten der chemischen Industrie. J. Springer, Berlin 1925. — In dieser Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene wird die rein medizinische Seite der Frage in ausführlicher und treffender Weise bearbeitet. Die Fabrikärzte der chemischen Großindustrie haben hier auf Grund ihrer jahrelangen, zum Teil einzig dastehenden Erfahrung als Spezialärzte für Gewerbekrankheiten die in Betracht kommenden anzeigepflichtigen Gewerbekrankheiten vom Standpunkte der neuen Verordnung bearbeitet. Da ja naturgemäß der einzelne Praktiker vorläufig noch über nicht allzu große Erfahrung auf diesem Gebiete verfügen dürfte, wird ihm dies Buch sehr willkommen sein, so daß er in seinem eigenen Interesse dies Büchlein seiner Bibliothek schnell einverleiben wird.

Dr. Michaelis (Bitterfeld).

Arbeit und Gesundheit. Schriftenwerke zum Reichsarbeitsblatt. Heft 1: Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten von Dr. Krohn, Dr. Martonek und Dr. Bauer. Verlag Reimar Hobbing, Berlin. — Mit diesem ersten Hefte eröffnet Prof. Dr. Martonek eine höchst verdienstvolle neue Bücherreihe, welche die aktuellen Themen medizinisch-sozial-hygienischen Inhaltes erörtern soll. In der vorliegenden Nummer fanden wir alles, was der Arzt braucht, über die neue Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 zusammengestellt.

Die Verordnung selbst, die Richtlinien und die Durchführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamtes und der einzelnen Länder liegt hier im Wortlaut vor. Krohne und Martonek haben ihre hierauf bezüglichen Arbeiten aus dem Reichsarbeitsblatt beigefügt.

Wie diese kurze Uebersicht zeigt, haben wir in dem vorliegenden Hefte ein für den praktischen Arzte äußerst wichtiges Thema erschöpfend behandelt, so daß dessen Anschaffung jedem Praktiker dringend empfohlen werden kann.

Dr. Michaelis (Bitterfeld).

Kongreßnachrichten.

Tagung.

Vom 13. bis 16. Oktober 1926 wird die Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin unter dem Vorsitz von Prof. von Bergmann (Frankfurt a. M.) tagen.

Referate:

Mittwoch, 13. Oktober: Gastritis und Achylie einschließlich der gastrogenen Diarrhoen und der achylischen Anämien. Referenten: Lubarsch (Berlin), Knud Faber (Kopenhagen), Morawitz (Leipzig), Konjetzny (Kiel), Clairmont (Zürich).

Donnerstag, den 14. Oktober: Wasser- und Mineralstoffwechsel mit besonderer Berücksichtigung der Magen-Darmkrankheiten. Referenten: E. P. Pick (Wien), Lichtwitz (Altona). — Mineralsalztheorie: Sauerbruch (München).

Freitag, 15. Oktober: Funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen, Neurosen. Referenten: Kraus (Berlin), F. H. Lewy (Berlin), von Weizsäcker (Heidelberg), Katsch (Frankfurt a. M.), Storm van Leeuwen (Leiden).

Samstag, den 16. Oktober: Karzinomfragen: Referent: O. Warburg (Berlin-Dahlem).

Anmeldungen sind zu richten an Prof. von Bergmann, Frankfurt a. M., Medizinische Universitätsklinik im Städtischen Krankenhaus Sachsenhausen.

Kongresse und Kurse.

(* bedeutet Kongresse.)

5. Juli: Fünftägiger Kurs über Bevölkerungspolitik und Vererbungslehre, Düsseldorf.
12.—16. Juli: Lehrgang über Gewerbekrankheiten, Düsseldorf.
* 24. Juli: Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, München.
* 3.—6. August: Internationaler Physiologenkongreß, Stockholm.
* September: Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, Wiesbaden.
12.—18. September: VIII. Karlsbader Internationaler Aerztlicher Fortbildungskursus.
13.—15. September: Deutsche Orthopädische Gesellschaft, Köln.
* 15.—19. September: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde in Düsseldorf.
* 19.—20. September: Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, Düsseldorf.
* 23.—24. September: Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Düsseldorf.
* 23.—25. September: 6. Tagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft in Düsseldorf.
* 30. September bis 2. Oktober: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Wien.
* September 1927, 2. Hälfte: 5. Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.
* Ende September: Würzburg, Bayerischer Aerztetag.
Erste Hälfte Oktober: 10tägiger Fortbildungskurs für praktische Aerzte, Göttingen.
* 13.—16. Oktober: Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.

Therapeutische Mitteilungen.

Zur Vermeidung des Nachschmerzes bei Operationen.

Von

Sanitätsrat Dr. med. DAHMER, Berlin,

Da ich seit Jahren fast alle Operationen am Kopfe in Lokalanästhesie ausführe, habe ich die verschiedensten Mittel lokal, oral und subkutan versucht, um den immerhin erheblichen Nachschmerz besonders bei Knochenoperationen zu beseitigen bzw. zu mildern. Von Morphium abgesehen, haben die meisten versagt und nur wenige den Schmerz bei 1-2 stündlichen Gaben gemildert. Das reichlich auf die Wunden aufgetragene Anästhesin hat höchstens zwei Stunden den Schmerz gedämpft, der nach dem Erlöschen der anästhesierenden Wirkung um so mehr zum Bewußtsein kam. Dabei war es nicht nur der Schmerz an sich, sondern das Nachgefühl der Meißelschläge bei Knochenoperationen, die dem Operierten äußerst lästig und psychisch störend waren. Ich entsinne mich eines Selbstmordversuches — der Operierte wollte sich am Fenstergriff aufhängen —, um der Erinnerung des Hämmern am Schädel zu entgehen.

Aber auch die Ausschälung der Tonsillen und Entfernung der adenoiden Wucherungen bei Erwachsenen bereiten dem Patienten besonders erhebliche Nachbeschwerden, daß ich es begrüßte, als mir von der J. D. Riedel Aktiengesellschaft, Berlin, ein Präparat zur Verfügung gestellt wurde, das harmlos und ohne Nebenwirkung obengeschilderte Uebelstände milderte, ja fast ganz beseitigte. Es nennt sich Dormalgin und erklärt in seinem Wortgebilde seine Wirkungen. Das Präparat ist für sich genommen ein reines Hypnotikum, hat aber wie das von derselben Firma herausgebrachte Noctal den Vorzug, daß es im Körper vollkommen abgebaut wird, so daß es in den Ausscheidungen — Urin und Speichel — auch mit den feinsten Reagentien nicht nachweisbar ist. Dieser restlose Abbau und die vollkommene Aufnahme der einzelnen Bausteine sind erklärt durch die Löslichkeit beider Faktoren in den Lipoiden des Zentralnervensystems; diese ist wiederum reversibel, und so wird es erklärlich, daß wie bei keinem anderen Hypnotikum und Analgetikum Nachwirkungen irgendwelcher Art nicht beobachtet worden sind.

Dieser große Vorzug der fehlenden Nachwirkungen macht es geeignet, mehrmals am Tage, selbst in jeder Form, dem Körper einverleibt werden zu können. Diese günstigen Eigenschaften des Mittels wurden dadurch erreicht, daß entsprechend den von Bürgi vor kurzem in der Medizinischen Gesellschaft hier vorgetragenen und glänzend begründeten Grundsätzen Pyrazolonderivate in ihrer analgetischen Wirkung durch eine Verbindung mit einem Körper aus der Malonylharnstoffreihe hervorragend gesteigert werden. Das Verhältnis der beiden einzelnen Komponenten ist ungefähr 1 : 3, und beide sind in viel geringeren Mengen in der Einzeldosis vorhanden, wie sie allein gegeben sonst wirksam und üblich sind.

Das Dormalgin wurde von mir meist per os und, da es ziemlich bitter ist, mit einem Weinglas Zuckerwasser unzerkaut gegeben. In organischen Lösungsmitteln ist es stark löslich, doch ist der bittere Geschmack in Milch nicht ganz verdeckt. In einzelnen Fällen gab ich es auch als Suppositorium, wobei ich gelegentlich beobachten konnte, daß starke dysmenorrhoische Beschwerden bei weiblichen Patienten eindeutig beseitigt wurden. Wegen dieser, wie es scheint, spasmolytischen Wirkung habe ich begonnen, es bei Bronchialasthma zu verwenden, und hoffe, auch bei diesem Leiden Günstiges über das Präparat berichten zu können. Wegen seiner analgetischen Wirkung verdient es, auch bei Trigeminusneuralgie versucht zu werden, ebenso bei den lästigen Ohrgeräuschen, gegen die bis jetzt kein irgendwie brauchbares Mittel angegeben ist. Es wäre bei diesem chronischen Leiden um so mehr zu verwenden, als keine Gewöhnung eintritt, wie es bei allen Alkaloiden und ihren Derivaten — Eukodal usw. — der Fall ist.

Ich will nicht verschweigen, daß ich bei größeren Ablösungen des Periostes, sei es am Proc. mastoideus, sei es an der Stirnhöhle, stets auch Anästhesin aufgepudert habe, jedoch glaube ich bemerkt zu haben, daß die Kombination von Anästhesie und Dormalgin innerlich den Nachschmerz bei weitem länger unterdrückt, als jedes für sich.

Jede Tablette enthält 0,2 Dormalgin, ebenso das Suppositorium. Für Kinder halbe Dosen, besonders in Tropfenform in warmem Zuckerwasser; 25 Tropfen enthalten 0,1 Dormalgin. Dosierung drei- bis viermal täglich 1 Tablette oder Suppositorium. Ueber subkutane Applikation habe ich keine Erfahrung. Jedenfalls gebe ich bereits ½ Stunde vor der Operation 1 Tablette und dann regelmäßig dreistündlich eine weitere.

Ueber Behandlung des Fluor albus mit Granugenol (Knoll).

Von

Dr. med. ADOLF SCHLEMMER, München.

Ich hatte Gelegenheit im Verlauf der letzten dreiviertel Jahre die Wirkung des Granugenol Knoll bei der Behandlung von Fluor albus an einem Material von etwa 20 Fällen zu beobachten. Ausgenommen von der Behandlung wurden alle Fälle von Fluor, denen eine gonorrhöische Infektion zugrunde lag. Die Technik der Behandlung war folgende: Auswischen der Vagina mit einem mit Lysoformlösung getränkten Tupfer, hernach Auswischen der Scheide mit einem mit Granugenol getränkten Tupfer, Einlegen einer Granugenol-Kapsel und Vorlage eines Tupfers. Behandlung erfolgte anfangs täglich, dann in zweitägigen Abständen. Bei Erosionen an der Portio wurde ein mit Granugenol getränkter Tupfer vor die Portio gelegt. Unter den behandelten Fällen befanden sich fünf, die schon wiederholt mit anderen Methoden (Spülbehandlung, Trockenbehandlung, Einlegen von mit Medikamenten getränkten Tampons oder Globulis) ohne sichtbaren Erfolg von mir behandelt wurden. Sämtliche Fälle, auch die fünf letztgenannten, zeigten eine auffallend rasche Besserung des Ausflusses.

Die Besserung zeigte sich meist schon nach achttägiger Behandlung. Nach 3—4 Wochen waren mit Ausnahme eines einzigen Falles alle Patientinnen von den lästigen Erscheinungen des Fluors befreit. Erosionen an der Portio besserten sich schon nach 2—3 Behandlungen. In einem Falle trat nach zwei Monaten neuerdings leichter Fluor auf, der aber nach wenigen Behandlungen mit Granugenol wieder behoben war. Die Beobachtungen erstrecken sich teilweise auf ½ Jahr zurück, ohne daß ich außer dem eben angeführten Fall ein Rezidiv gesehen hätte.

Enterale Theraphie in der Frauenheilkunde mit Hydrolysaten aus tierischen Organen und tierischen Eiweiß.

Von

Dr. STEPHAN WESTMANN, Berlin.

Die sogenannten konsumierenden Erkrankungen des Menschen sind in ihrer vernichtenden Wirkung bekanntlich nicht an den Erkrankungsherd gebunden, die Lokalisation spielt zwar primär die Hauptrolle, sekundär sind es aber in der Mehrzahl der Fälle Störungen des Gesamtorganismus, die den Körper zum Erliegen bringen. Die aufzehrenden Wirkungen einer Krebs- oder einer Tuberkulosekachexie aufzuhalten oder ihnen entgegenzuwirken, hat man bisher fast immer vergebens versucht; der erkrankte Organismus gibt seinen Zellvorrat an Reservestoffen aus, ohne ihn wieder aufzufüllen. So stehen wir häufig einer Inanition gegenüber, der wir keinen Einhalt bieten können, weil entweder der Kranke die Nahrungsaufnahme wegen Appetitmangels verweigert, oder weil er die Nahrung nicht bei sich behalten kann, z. B. bei Hypermesis gravidarum, oder aber die „Zellfüllung" im Rubnerschen Sinne kommt trotz quantitativ reichlicher Zufuhr nicht in Gang, es fehlt jener Eiweißüberschuß, der über die zersetzte Eiweißmenge hinaus zur Einlagerung in die Zellen notwendig ist. Es genügt nicht, selbst hochkonzentrierte Nahrung zuzuführen, es müssen Wege gefunden werden, um dem Organismus Stoffe anzubieten, die in den Nahrungsmitteln nur in ganz geringer Menge vorhanden sind, deren Konzentration sie aber dazu befähigt — in reichlichem Maße gegeben — eine schnelle und energische Zellauffüllung zu erreichen. Diese Stoffe, die wir unter dem Namen „Aminosäuren" zusammenfassen, stellen die für den Körperhausbau notwendigen Eiweißbausteine dar. Es kommt also bei ihrer Verabreichung darauf hinaus, dem geschwächten Organismus schnell resorbierbare und an die motorischen und chemischen Kräfte des Verdauungsapparates möglichst geringe Anforderungen stellende Produkte zuzuführen.

Neben dieser Aufgabe müssen wir die Notwendigkeit berücksichtigen, den Körper aufnahmewillig zu erhalten oder zu machen. Wir müssen also die excitosekretorischen Momente beachten, d. h. beobachten, wie sich die Magensaft- bzw. Salzsäuresekretion verhält, ein Umstand, der bei Kranken, die an konsumierenden Krankheiten leiden, die Hypo- bzw. Anazidität des Magensaftes in das Gegenteil umkehren kann, ohne natürlich trotz langdauernder Gaben schädlich zu wirken.

Auf Grund der experimentellen Untersuchungen Abderhaldens und Schittenhelms über einen N-Ansatz bei Ernährung mit bis zu Aminosäuren abgebautem Eiweiß hat man versucht, durch Hydrolyse aus tierischem Eiweiß, Blut, Bindegewebe, Knochen, blutbildenden und innersekretorischen Drüsen ein an Aminosäuren und Sekretinsubstanzen reiches Präparat herzustellen, das „Eatan". Mit Hilfe der Aminosäuren will man also dem Körper Wiederaufbaustoffe geben, mit Hilfe der Sekretinsubstanzen appetitanregend wirken.

Mit einem solche Ziele verfolgenden Präparat habe ich, nachdem Bickel dahingehende experimentelle Ergebnisse gezeitigt hatte, an meinen klinischen und ambulanten Patienten, bei Karzinomkranken; operable und nichtoperable Fälle, bei postoperativen Rekonvaleszenten, bei Chlorose, Anämie und Dysmenorrhoe Versuche gemacht. Im ganzen habe ich bei 38 Kranken neben lokaler Therapie (7 operierte Karzinomfälle) auf die Ernährung im Sinne einer N.-Anreicherung zu wirken gesucht, und habe hierbei das von der Firma Eatinon G. m. b. H. in München hergestellte, obengenannte „Eatan" benutzt. Es wird, ähnlich wie Fleischextrakt, den Speisen zugesetzt. Schon nach einem Gebrauche von 10—14 Tagen ließ sich eine beträchtliche Appetitsteigerung und parallel hiermit eine Gewichtszunahme beobachten. Bei mehreren, an Uteruskarzinom Leidenden, aber infolge äußerer Umstände nicht sofort zur Operation kommenden Patienten versuchte ich vor der Operation schnellstens den oft schon stark reduzierten Körperzustand zu heben, was mir nach Ueberwindung der anfänglich bestehenden Appetitlosigkeit in zwei Fällen gut gelang (Gewichtszunahme bis zu 1½ kg innerhalb von 5 Wochen).

Auch bei nichtoperablen Fällen wurde vor allem während der Röntgen- und Radiumtherapie neben Arsenpräparaten „Eatan" gereicht mit dem Erfolge, daß der Appetit erhalten und das Körpergewicht ungefähr in gleicher Höhe blieb (2 Fälle).

Von 8 Patienten mit chlorotischen Dysmenorrhoen wurde bei 5 Kranken der vorher darniederliegende Appetit nach „Eatan" innerhalb von 8—14 Tagen sichtlich gehoben und der Hämoglobingehalt von durchschnittlich 60% auf 70—75% in 4—5 Wochen gesteigert. Die dysmenorrhoeischen Beschwerden verschwanden bei 2 Patientinnen fast ganz, ohne daß eine andere Therapie angewendet zu werden brauchte.

Eine nachteilige Folge dieser Therapie, insbesondere nach längerem Gebrauche, ist weder von anderen Autoren noch von mir beobachtet worden.

Von jetzt ab erscheinen Fortschritte der Medizin jeden Dienstag

RECEIVED
JUL 26 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezng durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 13 BERLIN, DEN 6. JULI 1926 44. JAHRGANG

4

3

Gelonid und Gelonida

antineuralgica sind die vom D.R. Patentamt geschützten Wortzeichen für unsere, nach einem patentierten Verfahren hergestellten, leicht zerfallbaren Tabletten.

* * *

Da im Handel Nachahmungen aufgetaucht sind, deren Zusammensetzung und Wirkung unkontrollierbar ist, bitten wir die Herren Ärzte, das Wort Gelonid oder Gelonida nicht abzukürzen, sondern auszuschreiben und stets mit dem Zusatz Original zu versehen,

z.B.: Rp. Gelonid. antineuralgic. Original 10 St. (oder 20 St.)
Rp. Gelonid. stomachic. Original 20 St.
Rp. Gelonid. Aluminii subacetic. Nr. I oder II Original 20 zu 0,5 (oder 1,0)
Rp. Gelonid. neurenteric. Original 40 St.
Rp. Gelonid. somnifer. Original 12 St.

Receptblocks, Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten kostenlos zur Verfügung.
Die Gelonida sind von den meisten Kassen zur Verordnung zugelassen.

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Tampovagan

Kugeln
composit. resorbens
hydroxycyanat.
ichthyolic.
reargon
nutritiv.
gonocid.

Urethra Stäbchen
Protargol 2%
Acid. lact. 5%
Zinc. sulfocarbol. 5%

Die
Tampovagan-Therapie
in der Gynäkologischen
Praxis

Bei fast allen Krankenkassen zugelassen. — Literatur und Proben unter Bezugnahme auf diese Zeitschrift kostenlos.

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte
BERLIN N 39 · TELEFON: AMT MOABIT 1665 · TEGELER STRASSE 14

PROTASIN
Milcheiweisspräparat zur parenteralen Reizkörpertherapie
Proben u. Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Spasmus inspiratorius,

Asthma, Keuchhusten, Angina pectoris werden gewöhnlich durch starkwirkende Mittel bekämpft. Das ungiftige Asthmacid ist frei von jeder schädlichen Nebenwirkung. Es enthält in zweckmäßiger Dosierung Benzylbenzoat, über dessen günstige Wirkung bei den obengenannten Zuständen eine reiche Literatur vorliegt, und Extractum Grindeliae fluid. als antispastisches Mittel und als Spezificum gegen ebendieselben Zustände seit langer Zeit allgemein ordiniert.

Physiologisch und klinisch eingehend geprüft und als zuverlässig befunden von Professor Dr. Boruttau, Berlin / Dr. Vorschulze, Leipzig (Aerztlicher Centralanzeiger 1922, Nr. 10) / Dr. Ebinger, Berlin (Allg. Medicin. Central-Zeitung 1922, Nr. 39).

Erwachsene erhalten 10—20 Tropfen in Wasser oder Milch. Die Dosis kann bei schwersten Anfällen bis auf 40 Tropfen gesteigert werden. Asthmacid ist in Originalflaschen à 20 g Inhalt in allen Apotheken vorrätig.

Asthmacid

Versuchsmengen u. Literatur kostenlos.

SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin-Friedenau.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Prof. Dr. O. Vulpius, Heidelberg: Die kombinierte Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 589
Aus der Inneren Abteilung des Elisabethenstiftes Darmstadt (Chefarzt Dr. C. Happich).
Dr. W. Lörcher: Die unspezifischen chronischen Arthritiden und ihre Behandlung 593
Aus dem Knappschaftskrankenhause Bardenberg.
Dr. M. Schiessl: Ein Beitrag zur Therapie der Ischias, namentlich ihrer chronischen Formen 598
Aus der städtischen Krankenanstalt Kiel (Dirig. Arzt: Prof. Dr. G. Hoppe-Seyler).
Dr. Helmut Jahn: Ueber sekundäre Hautkarzinose 599
Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg (Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Tilmann).
Prof. Dr. Max Budde: Ueber die Diagnose und Therapie der angeborenen praesakralen Geschwülste 600
Generalarzt Dr. Buttersack-Göttingen: Psychologie des Aberglaubens 602

Laufende medizinische Litreratur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr 21, 22 602
Reichsgesundheitsblatt 1926, **1**, Nr. 18—21 603
Wiener klinische Wochenschrift 1926, Nr. 19—22 603
Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin 1926, **50**, Heft 1—2, 3—4 604
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 1926, Heft 9—11 604
Zeitschrift für soziale Hygiene und Schulgesundheitspflege 1926, Heft 5—6 605
Zeitschrift für Tuberkulose **45**, Heft 2, 3, **63**, Heft 4—5 605
Die extrapulmonale Tuberkulose 1926,, Heft 8 607
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, **77**, Heft 1 607
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, **34**, Heft 4 608
Wiener Archiv für innere Medizin 1925, **12**, Heft 3 608
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, **70**, Nr. 20—23 608
Ugeskrift for Laeger 1926, Nr. 19—21 610
Hygiea 1926, Heft 9 610
Acta chirurgica scandinavia, **60**, Nr. 3 610
Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 22 610
La Presse Médicale Paris 1926, Nr. 27—34 611
Revue neurologique 1926, **33**, Nr. 5 612
Revue de la Tuberkulose 1926, Nr. 1 612
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1926, Nr 4, 5 613
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1926, Nr. 4 614
California and Western Medicine 1926, Nr. 5 615
Endocrinology 1926, Nr. 1 615
American Journal of Obstertrics and Gynecology 1926, **11**, Nr 4 616
Surgery, Gynecology and Obstetrics 1926, **42**, Nr. 5 617
The Urologie and Cutaneous Review 1926, Nr. 5 617
Buchbesprechungen 618
Mitteilungen 620

Therapeutische Mitteilungen:

Prof. Dr. Katsube, Tokio (Japan): Klinische Mitteilung über Clauden 621
Aus der Städtischen Kinderheilanstalt mit Säuglingsheim Augsburg (Leiter: San.-Rat Dr. Turnhammer).
Dr. Albert Kollmann: Ueber Cardiazol in der Kinderpraxis 621
Dr. Basch, Berlin: Erfahrungen mit Dilaudid, einem neuen Morphiumderivat 622

Buccosperin

Extr. Bucco, fol. uvae ursi, Acetylsalicyls., Salol, Hexamethylentetramin, Ol. menth., Camphor. monobrom., benzoesaures Papaverin

Gonorrhoe und Komplikat., Cystitis, Pyelitis, Harngrieß,
ferner wertvolles Adjuvans bei allen **Unterleibsbeschwerden der Frau**

Harnantiseptisch, diuretisch, krampfstillend, sekretionshemmend, anaphrodisierend, Komplikationen verhütend. 1—2 Tabl. 2 stündl.

Ester-Dermasan-Ovula
dto. mit Silber
Gonorrhoe, Adnexitiden

Lenirenin-Zäpfchen
dto. mit Belladonna

Rasche anaemisierende, anaesthesierende und adstringierende Wirkung bei

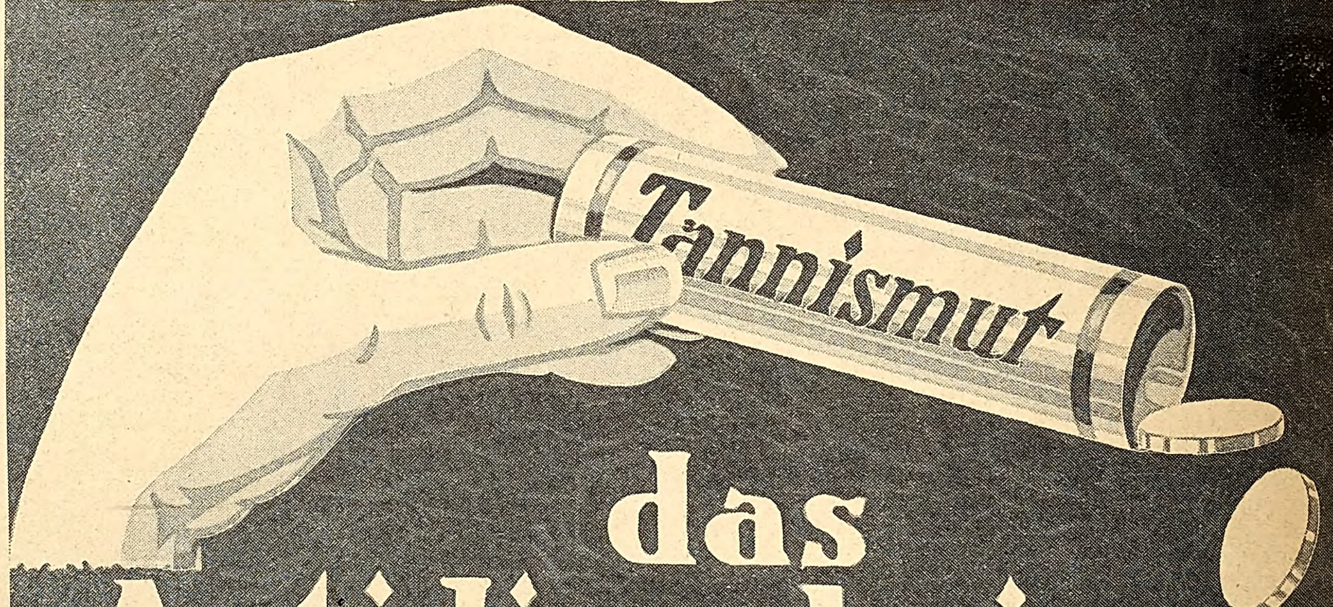
Haemorrhoiden, Haemorrhoidalblutungen, Tenesmen, Proktitis, Dysmenorrhoe

Proben und Literatur

DR. REISS

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

Tannismut



das
Antidiarrhoicum
Chemische Fabrik von Heyden A.-G. Radebeul · Dresden

Levurinose
„Blaes"
das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 13 6. JULI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Die kombinierte Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose*)

Von
Prof. Dr. O. VULPIUS-Heidelberg,
leit. Arzt der Freiluftklinik für Orthopädie, Sanatorium Bad Reppenau.

Vor Röntgenologen über die Röntgentherapie der sogenannten chirurgischen Tuberkulose zu sprechen, wäre für mich, der ich nicht Fachmann auf diesem Spezialgebiet der Therapie bin, mehr als ein Wagnis. Dagegen hat allerdings der Auftrag mich angezogen, über die kombinierte Behandlung mich auszulassen, da ich eine solche seit Jahren anwende. Ich beschränke meine folgenden Ausführungen auf ein Teilgebiet der extrapulmonalen Tuberkulose, auf spezifische Erkrankungen der Knochen und Gelenke, die mir als Chirurgen und Orthopäden von Jugend auf vertraut sind. Dieses Gebiet ist, wenn wir die verschiedenen Methoden der Therapie an uns vorüberziehen lassen und vergleichend bewerten wollen, noch mehr als genügend groß, um von vornherein wegen Unvollständigkeit meiner Berichterstattung um Nachsicht bitten zu müssen. Auch wenn an mancher Stelle endgültige Entscheidungen und Ergebnisse der Darstellung vermißt werden, wollen diese Mängel Entschuldigung finden, da sie in der Unvollständigkeit unserer Kenntnisse und Erkenntnisse ihre bedauerliche Ursache haben.

Nicht von der Möglichkeit der Kombination verschiedener Heilmethoden soll und kann im folgenden die Rede sein, sondern von der unbedingten Notwendigkeit einer solchen.

Die Knochen- und Gelenktuberkulose ist ja nach wohlbegründeter Anschauung nur selten oder gar nicht eine primäre Erkrankung, sondern der örtliche Ausdruck einer spezifischen Infektion des Körpers, deren Sitz wir manchmal kennen, häufiger nur ahnen. Und ferner bedroht seinerseits der lokale Knochen-Gelenkprozeß den Organismus mit Einschwemmung von Infektionsmaterial, welches neue Krankheitsherde an beliebigen Stellen oder Allgemeinerkrankung erzeugt. Hat der Knochen-Gelenkherd zu Eiterung und Fistelbildung geführt, so wird der Körper geschwächt und toxisch geschädigt, zumal wenn die fast unvermeidliche Mischinfektion eingetreten ist.

Es ergibt sich bereits aus diesen Erwägungen, daß eine kombinierte Behandlung nottut, nämlich neben, wenn nicht über der örtlichen die allgemeine Behandlung. Der letzteren wenden wir uns zunächst zu.

Die Ernährung muß reichlich und vielseitig sein, ich gebe viel Fett, viel Gemüse. Insbesondere bei bestehender Eiterung ist die Einschränkung des Fleischgenusses empfohlen worden, ich habe persönlich wiederholt günstigen Einfluß nach Einführung vegetarischer Lebensweise beobachtet. Die methodische Durchführung scheitert aber gewöhnlich am Widerstand des Patienten. Die Erfolge der Gersonschen Diätvorschriften, welche neuerdings von Sauerbruch studiert werden, sind noch nicht spruchreif, aber gewiß beachtenswert. Ich lasse viel trinken, die Auswaschung des Körpers ist gewiß nützlich, auch ist der Wasserverlust durch die Luft- und Lichtkur natürlich sehr gesteigert.

Die Hautpflege ist von größter Bedeutung, ist doch die Hauttätigkeit für die innere Sekretion als besonders wichtig neuerdings erst erkannt. Abwaschungen und Bäder, Frottieren, Einreibungen und Massage führen zu Hyperämie der Haut und damit zu gesteigerter Funktion. Hierher gehört auch die sogenannte Abhärtung, d. h. eine Art von Gymnastik der Haut, welche die für unsere Patienten besonders bedenklichen Erkältungskrankheiten verhütet. Auf die Verwertung von Luft und Licht in der Allgemeinbehandlung kommen wir später noch zu sprechen. Erwähnt sei hier noch die Gymnastik, welche, unter Schonung natürlich der erkrankten Körperregion, den Stoffwechsel fördert und die Schäden der Liegekur ausgleichen soll.

Wir kommen zur Behandlung mit Medikamenten. Die Schmierseifenkur wende ich in vielen Fällen an und glaube an ihre Wirksamkeit, ohne dieselbe beweisen oder erklären zu können. Das gleiche gilt für die Solebäder oder Seebäder, deren unbestreitbar günstige Heilwirkung man neuerdings auf eine Sensibilisierung der Haut für das Licht zurückführen will. Hautreizung und Resorption sind gewiß auch im Spiel. Das Jod ist ein alterprobtes Mittel, wir verwenden es innerlich, als Injektion, als Einreibung, im Bad, ganz abgesehen von den jodhaltigen Flüssigkeiten und Pasten, die wir in Abszeßhöhlen und Fistelgänge einführen. Der Lebertran bedarf keiner besonderen Empfehlung. Wir versuchen zur Zeit Ichthyol innerlich, das angeblich des Schwefelgehaltes wegen nützen soll. Auch Kieselsäurekuren haben Fürsprecher gefunden, deren Lobeshymnen wieder verstummten ebenso wie bei der Zimmtsäure, auf welche einst Landerer optimistische Hoffnungen setzte. Mehr oder weniger vorsichtige Tuberkulinkuren wurden von einzelnen durchgeführt, ich selber gehöre nicht zu ihnen. Keineswegs anerkenne ich die Ponndorfsche Methode, weil sie keine exakte Dosierung ermöglicht. Dagegen haben wir uns seit einigen Jahren ausgiebig mit der Reiztherapie beschäftigt, wir verwendeten anfänglich Milch bzw. Aolan, sind dann zum Yatren übergegangen. Der Zweck ist ja der, die natürlichen, für jede Krankheit spezifischen Heilkräfte anzuregen durch Stoffe, welche unter Vermeidung jeder unnötigen Allgemeinreaktion einen elektiven Einfluß auf bestimmte Zellelemente ausüben. Eine Aufspeicherung des Reizstoffes in diesen Zellen soll unterbleiben, weil sonst Ermüdung bzw. Gewöhnung der Zellen an diesen Reiz eintritt.

Die Allgemeinreaktion wird, wie wir wissen, in der Hauptsache durch Protein ausgelöst, es ist also ein proteinfreies Reizmittel zu bevorzugen, welches zu keiner Speicherung führt und eine gewebsspezifische Komponente besitzt, eine Herdreaktion hervorbringt. Durch richtige Dosierung muß aber diese Herdreaktion so beschränkt bleiben, daß nicht der Körper von Abbaustoffen überschwemmt wird und darauf mit einer zweiten Allgemeinreaktion antwortet.

Solche Wirkungen und Vorzüge haben wir beim Yatren gesehen; die bei Knochen-Gelenktuberkulose schwache Herdreaktion haben wir durch örtliche Anwendung des Mittels gesteigert. Am besten bewährt hat sich uns folgende Kombination von Lipatren A (Lipoid + Yatren), Lipatren B (Lipoid + Yatren + Staphylo-Streptokokken-Vakzine) und reinem Yatren:

In etwa wöchentlichen Intervallen intramuskulär 1-2 ccm Lipatren A oder bei Mischinfektionen B. Eine 4-5 proz. Yatrenlösung zur Injektion in Gelenke, zur Infiltration von Fungusmassen, zum Umspritzen von Zerfallsherden, zur Injektion in Abszeßhöhlen und Drüsen nach Punktion, zum Spülen von Fisteln. In der Folge sieht man fortschreitende Narbenbildung, Reinigung der Geschwürsflächen, Schwund des Fungus und ein bisweilen sehr auffälliges Nachlassen der Eiterbildung. Die Allgemeinreaktionen hielten sich dabei meist in den engeren Grenzen, die Temperatursteigerung betrug gewöhnlich nur einige Zehntel Grade.

Der Uebersichtlichkeit halber bin ich soeben vom Weg abgewichen, indem ich auch die lokale Anwendung des Reizmittels erwähnte. Ich müßte zur Allgemeinbehandlung zurückkehren und mich mit der Lichttherapie beschäftigen, die ja von den meisten in

---

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Vereinigung Badischer Röntgenologen.

Form der Ganzbestrahlung verwendet wird, einzelnen freilich, wie z.B. Bernhard, als lokales Heilmittel dient. Ich wähle eine andere Reihenfolge und komme zur Röntgentherapie.

Wie kann eine Heilwirkung der Röntgenstrahlen auf tuberkulös erkrankte Knochen und Gelenke zustandekommen?

Daß die Bestrahlung die Bazillen unmittelbar schädigt, ist nicht anzunehmen, die Bestrahlung von Kulturen hat keinen derartigen Erfolg gezeitigt. Eher denkbar wäre eine indirekte Wirkung auf die Bazillen, indem nämlich durch die Bestrahlung Lezithin im Gewebe zersetzt wird zu Cholin und Neurin, welch letztere Stoffe die Bazillen abtöten.

Unzweifelhaft kommt es zu Zerfall des spezifischen Granulationsgewebes, besonders der Lympho- und Leukozyten. Ob durch diesen Zufall den Tuberkelbazillen ihr Substrat entzogen wird oder ob dabei bazillenlösende Fermente entstehen, muß zunächst unentschieden bleiben. Und unentschieden auch, ob durch Strahlenreizung das benachbarte Bindegewebe zur Proliferation angeregt wird oder ob dieser günstige Vernarbungsprozeß einfache Folge des Zerfalles spezifischer Herde ist. Eine dritte Möglichkeit der Wirkungsweise der Röntgenbestrahlung vermutete Iselin in einer Autotuberkulinisation des Körpers.

Iselin war der erste, der Röntgentherapie bei der Knochen-Gelenktuberkulose in größerem Umfang anwendete. Heute ist wohl Jüngling-Tübingen die größte Erfahrung auf diesem Gebiet zuzusprechen. Sie kennen seine Methode der Einbettung in Radioplastin, Sie wissen, daß er zu kleinen Dosen rät, die keinesfalls 30 bis 40% der H.E.D. überschreiten, bei Mischinfektion wesentlich darunter bleiben, ferner daß er mit 1½ mm Zink und 3-4 mm Aluminium filtert, Intervalle von 6-8 Wochen einschiebt und im Jahre höchstens 8 Sitzungen erlaubt. Andere sind mit der Dosierung noch vorsichtiger, so z.B. Lexer, der für kranke Wirbel nur 3-4% der H.E.D. empfiehlt.

Die Gefahren der relativen und absoluten Ueberdosierung sind heute wohl wesentlich eingeschränkt, aber kaum ganz ausgeschaltet. Schon bei 60% der H.E.D. und trotz 4 mm Aluminiumfilter kann dauernde Pigmentierung, später chronisches Hautödem, öfter Atrophie und Geschwürsbildung entstehen. Die Ueberdosierung vermag aber auch den Krankheitsprozeß zu verschlimmern.

Die Röntgentherapie ist sicherlich eine Konkurrentin der chirurgischen Behandlung, und zwar erfreulicherweise, da sie eben keine Verstümmelung bedeutet. Wie hoch diese Konkurrenz einzuschätzen ist, kann nur aus den Erfolgen hergeleitet werden. Hier entsteht aber für die Kritik eine Schwierigkeit: Beweiskräftig sind nur solche Fälle, welche ausschließlich mit Röntgen behandelt wurden. Wenn wir daraufhin die veröffentlichten Statistiken prüfen, so ergibt sich häufig, daß eine kombinierte Behandlung durchgeführt wurde. Vergessen wir nicht, daß schon die Aufnahme in eine Klinik, die Loslösung aus ungünstigen häuslichen Verhältnissen einer Therapie gleichkommen kann. Wir erfahren aber auch, daß nebenher Abszesse gespalten, Injektionen gemacht, Fisteln ausgekratzt, Licht- und Luftbehandlung angewendet wurden. Was im folgenden von Resultaten angeführt wird, kann also nicht als gänzlich eindeutig angesehen werden.

Für die Röntgentherapie geeignet erscheinen zunächst Kinder, weil hier eine eingreifende chirurgisch-operative Behandlung in vielen Fällen, ja meistens widerraten werden muß. Aus den gleichen Erwägungen heraus scheint andererseits das Alter über 50 Jahren günstig gelagert für das Röntgenverfahren.

Multiple Knochenaffektionen eignen sich begreiflicherweise hierfür nicht. Dagegen scheint Fistelbildung mit Mischinfektion, nach der Meinung einzelner Autoren, geradezu günstig zu sein, während andere über entgegengesetzte Erfahrungen berichten.

Kleine Gelenke sprechen besser an als große, trockene Gelenkaffektionen besser als fungöse Prozesse, eine Beobachtung, die freilich nicht unwidersprochen geblieben ist. Ein kurzer Ueberblick über die mitgeteilten Resultate, die nach Möglichkeit in Vergleich gesetzt werden mit den operativen Erfolgen, dürfte hier angebracht sein. Allerdings unter dem vorhin erwähnten Vorbehalt, daß es sich häufig um Ergebnisse kombinierter Behandlung handelt. Es mangelt an größeren Erfahrungsreihen von ausschließlich und ambulant mit Röntgen behandelten Tuberkulosen.

Von Spina ventosa wird von allen Seiten Gutes berichtet, nur Iselin berichtete mir vor einigen Jahren persönlich weniger Günstiges.

Die Wirbelsäule lehnt Iselin ab wegen der Gefahr, daß kalte Abszesse in heiße verwandelt werden. Lexer dagegen empfiehlt hier, wie vorhin schon erwähnt, kleinste Dosen.

Das Handgelenk erweist sich nach Edling als sehr geeignet, Iselin, Petersen, Hellmann und Jüngling berichten von etwa 70% Heilung. Der Letztgenannte spricht allerdings vorsichtigerweise nur von Beseitigung des Reizzustandes.

Auch über das Ellbogengelenk erfährt man Gutes, Iselin und Jüngling geben etwa 70% Heilung an, auch für Fistelfälle. Wilms und Perthes haben im Hinblick auf diese Ergebnisse die Resektion fast völlig abgelehnt, welche etwa 50% Dauerheilungen erzielt.

Für das Schultergelenk berichtet Jüngling zwar nicht ungünstig, macht aber auf die Jahre erfordernde Behandlungsdauer aufmerksam. Die operative Heilungsziffer beträgt nach König 75%. — Das Hüftgelenk zu bestrahlen lehnt Iselin ab, Beck und Petersen erwähnen 35% Heilung. Die Königsche Resektionsstatistik gibt 62% Heilung an. (Dauerheilung nach Beck nur 38% bei König, 52% bei Garré.)

Am Kniegelenk erzielte Jüngling nur bei Hydrops unsichere Erfolge durch jahrelange Behandlung. Auch Iselin widerrät hier die Behandlung von Fungusfällen. Nur Beck führt 45% Heilungen an.

Dem gegenüber stehen die Resektionsheilungen nach König mit 72%, nach Bruns sogar mit 88%, allerdings nur bei Erwachsenen, während bei Kindern die konservative Behandlung durchzuführen ist.

Das Sprunggelenk hat Jüngling mit so gutem Erfolg bestrahlt, daß Perthes nur wenig operiert. Beck hat bei geschlossenen Fällen 70% Heilung erlebt, bei Fistelfällen nur 30%, er warnt für letztere vor Röntgentherapie. Die Königsche Operationsstatistik ergibt 66% Heilung.

Speziell Erkrankung des Talus scheint nach Jüngling durch Röntgen gut beeinflußbar. Im übrigen ist die konservative Behandlung an diesem Ort weit weniger günstig als angesichts isolierter Erkrankung des Calcaneus.

Wenn ich mir auf Grund dieser Angaben in der Literatur und eigener Erfahrungen ein Urteil bilde, so fasse ich zusammen, wie folgt:

Die Knochentuberkulose ist operativ anzugehen, wenn sie in der Diaphyse sitzt oder wenn das Röntgenbild einen umschriebenen Herd in Gelenknähe zeigt. Die Gelenktuberkulose ist bei Kindern konservativ zu behandeln, wenn nicht starke Eiterung, dauerndes Fieber aus vitalem Interesse zur Operation zwingen. Bei Erwachsenen ist der Befund und die soziale Lage für die Wahl ausschlaggebend. Ich möchte meine Stellungnahme an einzelnen Beispielen kurz erläutern:

Eine geschlossene Spina ventosa operiere ich nur, wenn das Röntgenbild einen zentralen Sequester erkennen läßt. Die fistelnde Spina dagegen öffne und reinige ich. Die Heilung erfolgt schneller und kosmetisch günstig. Das Handgelenk behandle ich konservativ, auch wenn Fisteln vorhanden sind. Erst wenn der Versuch erfolglos bleibt, wird schonend operiert. Das gleiche gilt für die Ellbogentuberkulose, wenn nicht bei Erwachsenen starke Eiterung und ausgedehnte Caries vorliegen, ebenso für das Schultergelenk.

Die geschlossene Tuberkulose des Hüftgelenkes wird auch bei Erwachsenen zunächst konservativ behandelt, ausgiebige Fistelbildung, anhaltendes Fieber zwingen mit der Zeit zur Operation. Das Kniegelenk Erwachsener reseziere ich, wenn außer Fungusbildung starke Destruktion nachgewiesen wird. Den Einwand, daß man damit die vorliegende Möglichkeit eines beweglichen Gelenkes nach konservativer Heilung dem Kranken raube, lehne ich entschieden ab. Es ist nicht zutreffend, daß ein ernstlich zerstörtes Gelenk seine Funktion wieder erlangen kann, wie einzelne Optimisten behaupten.

Isolierte Knochenherde am Fuß werden operativ angegangen. Eiterung mit Fistelbildung des Sprunggelenkes stellt mich nach vergebens und nicht allzu lange versuchter konservativer Behandlung vor die Wahl zwischen Resektion und Amputation. Für die Entscheidung kommt u.a. auch in Betracht, daß der Gang mit Prothese so gut wie normal, mit versteiftem Fußgelenk aber unter starkem Hinken sich vollzieht.

Noch einmal sei betont, daß die eben zitierten Beispiele Erwachsene betreffen, daß hierbei von sogenannten Radikaloperationen die Rede ist, daß also Abszeßspaltungen, Auskratzungen, Injektionen

u. dgl. kleine chirurgische Eingriffe nicht in die Wagschale gelegt werden.

Und endlich bedeutet die Entscheidung für die Operation natürlich nicht deren ausschließliche Anwendung, sondern ihre Kombination mit allgemeiner und örtlicher Therapie vor und nach der chirurgischen Betätigung.

Ebensowenig darf aus diesen Beispielen entnommen werden, daß Verzicht auf Operation für mich gleichbedeutend sei mit der Forderung der Röntgentherapie. Wenn ich an früherer Stelle bemängelt habe, daß die Röntgenstatistiken meist nicht ausschließlich mit Röntgen behandelte Fälle umfassen, so bezog sich diese Kritik auf die Beeinträchtigung wissenschaftlicher Erkenntnis, keineswegs auf die Praxis, in welcher gewiß jeder Röntgenfachmann eine kombinierte Behandlung vorzieht. Und indem ich die Möglichkeiten solcher Kombination weiter verfolge, komme ich zu dem Gebiet der Lichttherapie, im besonderen der Heliotherapie.

Die Wirkung der Sonne auf den gesunden menschlichen Körper kam schon dem Menschen der grauen Vorzeit zum Bewußtsein, zu Heilzwecken wurde sie zwar von Griechen und Römern verwertet, neu entdeckt erst wieder im Anfang des letzten Jahrhunderts in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Bernhard und Rollier aber verdanken wir die überraschend schnell und sieghaft erfolgte Einfügung der Heliotherapie in den Heilschatz der Knochen-Gelenktuberkulose. Die im Hochgebirge begonnenen Versuche wurden an der See, in mittlerer Höhenlage, in der Ebene erfolgreich fortgesetzt.

Wir wirkt die Sonne auf den Organismus?

Diese Frage war und ist noch Gegenstand vielseitiger Forschungen und Hypothesen, denen wir hier nicht in alle Einzelheiten nachgehen dürfen.

Die Sonne bringt uns Licht und mit ihm Wärme und chemisch wirksame Kraft. Beim Durchgang durch die Atmosphäre wird das Licht geschwächt, und zwar beruht diese Schwächung einmal auf Absorption durch die Filterwirkung der Luft und die in ihr enthaltenen Gase (Wasserdampf und Kohlensäure), ferner auf Extinktion durch Brechung und Zerstreuung der Lichtwellen an Staub, Eiskristallen, Nebeltröpfchen und Gasmolekülen. Beide Faktoren sind also abhängig von der Weglänge der Strahlen in der Atmosphäre, und diese ihrerseits ist bedingt von der Sonnenhöhe über dem Horizont und von der Höhenlage des Ortes. Reduzieren wir rechnerisch die Atmosphäre auf gleichmäßige Dichte, so kann die senkrechte Dicke der Luftschicht auf 8 km angenommen werden. Diese 8000 m durchlaufen die Strahlen, wenn die Sonne im Zenith steht, also nur innerhalb der Wendekreise. In Mitteleuropa beträgt die Sonnenhöhe im Dezember 18° als Minimum, im Juni 65° als Maximum, im März und September etwa 40°. Die Gesamtintensität der Sonnenstrahlung ist also am größten im Juni, am geringsten im Dezember.

Die Höhenlage eines Ortes bedingt eine Wegverkürzung der Strahlen, die in 2000 m Höhe bereits ¼ der Atmosphäre beträgt. Und zwar fällt gerade die unterste, unreine und stauberfüllte Schicht weg. Die Intensität der Strahlung ist also hier oben erheblich größer.

Die Schwächung des Sonnenlichtes durch die Atmosphäre betrifft nun aber das Spektrum nicht gleichmäßig, die kurzwelligen Strahlen Blau, Violett und Ultraviolett werden mehr geschwächt als die langwelligen roten. Eine Tabelle veranschaulicht die Menge roter und violetter Strahlen, die nach Passieren verschiedener Weglängen noch zur Wirkung kommen.

Sonnenhöhe	Weglänge	Rot	Violett
90°	8 km	94,5%	51%
30°	16 „	85,5%	25%
19,5°	24 „	79,5%	12%
7°	64 „	55 %	0%

Es ergibt sich aus dem Gesagten, daß die ultraviolette Intensität im Hochgebirge bedeutend größer ist als in der Ebene und noch gesteigert wird durch die Reflexion der Strahlen von der Schneedecke. Diese Intensitätszunahme ist indessen fast nur quantitativ. Die Steigerung der chemischen Lichtwirkung in Höhenlage beruht nur zu einem geringen Bruchteil auf dem Vorhandensein solcher kurzwelliger Strahlenarten, welche die Ebene nicht mehr erreichen. Das Spektrum zeigt nämlich für je 600-800 m Erhebung über dem Meeresspiegel nur 1 mm Verlängerung nach der ultravioletten Seite hin. Der Unterschied zwischen Hochgebirgs- und Flachlandsonne ist demnach wesentlich nur quantitativer Art und läßt sich durch Verlängerung der Exposion kompensieren. Freilich nur dann, wenn die Strahlungswärme genügt, um den nackten Körper der Sonne auszusetzen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen wollen wir versuchen, die Wirkungen der verschiedenen Strahlenarten zu erkennen; wir beginnen mit den Wärmestrahlen.

Die Erwärmung bedingt eine Hyperämie der Haut und dadurch eine Anregung ihrer Funktion. Wir beobachten gesteigerte Talgabsonderung, das Sekret wird dünnflüssiger. Die Schweißsekretion nimmt außerordentlich zu, wir sehen, daß sie in der Gegend des Krankheitsherdes besonders intensiv wird. Auch das Haarwachstum wird befördert durch die Wärmestauung ganz ähnlich, wie wir dies unter dem Gipsverband zu finden gewohnt sind. Unzweifelhaft wird auch die innersekretorische Funktion der Haut begünstigt. Ob es sich bei all diesen Vorgängen um reine Wärmewirkung handelt oder ob auch eine Nervenreizung im Spiel ist, mag dahingestellt bleiben.

Eine weitere Strahlenwirkung äußert sich in dem Erythem, das sich bis zur Blasenbildung steigern kann, wie wir dies beim „Gletscherbrand" erleben. Diese Erscheinung einer kurzdauernden Gefäßentzündung ist durchaus zu unterscheiden von der oben beschriebenen Hyperämie der Haut, also der durch Wärme bedingten vorübergehenden Gefäßerweiterung. Das Erythem ist die Folge einer Ueberdosierung, eines inadäquaten Hautreizes. Wir sehen es deshalb schnell und stark auftreten, wenn die Haut mit besonders kurzwelligen, im Sonnenlicht nicht enthaltenen Strahlen überschüttet wird, wie sie von der Quarzlampe geliefert werden. Ob dieser Erythem Träger der Heilwirkung sein kann, ist fraglich. Neuerdings sind allerdings Versuche gemacht worden, lokales, sehr intensives Erythem zu erzeugen, wohl von dem Gedanken ausgehend, daß der dadurch entstehende Eiweißzerfall eine Reizkörpertherapie einleiten könne. Die zumeist geltende Ansicht ist indessen die, daß das Erythem nicht unbedingt erforderlich, sondern für die Therapie zu vermeiden sei.

Die auffälligste Folge der Besonnung bildet die Pigmentierung der Haut. Wir müssen dabei wohl unterscheiden das fixe, konstitutionelle Pigment und das labile photogene. Die Bildung des letzteren ist, wie wir wissen, abhängig von einem oxydierenden Ferment in den Epithelzellen, der Dopaoxydase. Letztere fehlt in der albinotischen Haut und in der Schleimhaut, deshalb kommt hier keine Pigmentierung zustande. Die Oxydase ist ein lokales Zellprodukt. Die Zunahme der Pigmentierung ist bedingt durch Vermehrung der Oxydase und Aktivierung des Oxydationsprozesses. So erklärt sich das sogenannte Reizpigment an Druckstellen der Haut (Bruchband, orthopädischer Apparat), in der Umgebung chronischer Hautgeschwüre, durch Senföl, kölnisches Wasser, Heißluftbäder, Kataplasmen, Röntgenstrahlen. Ob das Lichtpigment durch Wärmestrahlen oder kurzwellige Strahlen erzeugt wird, ist eine umstrittene Frage. Es kann wohl durch beide Strahlenarten entstehen, am ausgiebigsten aber tritt es auf, wenn beide Qualitäten vereinigt einwirken. Jedenfalls ist die pigmentbildende Kraft des Ultraviolett für sich allein eine geringe. Es wird dies ohne weiteres dadurch bewiesen, daß die Quarzlampe das gebildete Sonnenpigment während sonnenlosen Zeiten nicht zu erhalten vermag. Sorgfältige Untersuchungen meiner früheren Assistenten Micklinghoff und Malten haben dargetan, daß die chemische Kraft des Ultraviolett gewaltig ansteigt bei gleichzeitiger Wärmeeinwirkung und zwar viel stärker als proportional der Temperaturzunahme (von t'Hoffsches Gesetz).

Für die Praxis ergibt sich hieraus, daß eine verhältnismäßig geringe Menge chemisch wirksamer Strahlen dann genügt, um eine intensive Pigmentierung auszulösen, wenn sie mit kräftiger Wärmestrahlung vereinigt wird.

Welche Bedeutung kommt dem Hautpigment zu? Die einen erblicken in seinem Auftreten eine Schutzvorrichtung gegen die schädigende Einwirkung der ultravioletten Strahlen. Dieser Ansicht kann man die Tatsache entgegenhalten, daß die Pigmentablagerung in tiefen Hautschichten erfolgt, welche von den kurzwelligen Strahlen kaum erreicht wurden.

Kisch glaubt im Pigment ein Schutzmittel gegen Wärme erblicken zu müssen. Es erleichtert die Wärmeabgabe durch Strahlung und verhütet so eine Ueberhitzung des Körpers. Dadurch erklärt sich die Tropenfestigkeit stark pigmentierter Rassen. Vergleichende Temperaturmessungen der bestrahlten Haut der weißen und schwarzen Rasse scheinen diese Annahme zu bestätigen, die Haut des Negers bleibt kühler bei gleichem Wärmeeinfall. Gestützt wird diese Annahme auch durch die Beobachtung, daß nach wiederholten intensiven Bestrahlungen eine Immunität gegen Erythem eintritt auch dann, wenn kein Pigment gebildet wird. Es entstehen also offenbar Schutzstoffe gegen erythemerzeugende kurzwellige Strahlen, welche mit dem Pigment nichts zu tun haben.

Außer den örtlichen Folgen der Bestrahlung, dem Erythem und der Pigmentierung, können wir nun aber auch Allgemeinwirkungen feststellen, so die Senkung des Blutzuckerspiegels, Besserung der Kalk- und Phosphorbilanz, Förderung des Fettstoffwechsels, des Eiweißansatzes, Vermehrung von Hämoglobin und Erythrocyten und, was uns hier besonders, wenn nicht ausschließlich interessiert, Heilwirkung auf tuberkulöse Knochen-Gelenkleiden. Hängen diese Wirkungen mit dem Pigment zusammen, da sie ja keinesfalls unmittelbare Lichtwirkungen darstellen können im Hinblick auf die geringe Penetraktionskraft der Strahlen?

Es ist nicht möglich, diese ungelöste Frage hier eingehend zu erörtern. Wenn wir das Wesentliche, das Wahrscheinliche aus dem Widerstreit der Meinungen und Beobachtungen herausholen, so läßt sich sagen, daß eine Heilwirkung auch ohne Pigmentierung zu beobachten ist, daß dieselbe aber entsprechend der erzielten Pigmentierung gesteigert wird. Gerade in diesem Umstand ist die Ueberlegenheit der Sonne über die meisten künstlichen Lichtquellen zu erblicken. Dem Farbstoff kommt dabei lediglich eine den Heilungsprozeß aktivierende Rolle zu, analog dem Vorgang, der sich im Pflanzenblatt abspielt. Auch hier ermöglicht die Anwesenheit eines Pigmentes, des Chlorophyll, die Lichtwirkung auf die Ausgangsstoffe der Zuckerbildung, die Photosynthese. Ebenso steigert das labile photogene Hautpigment durch seine Anwesenheit die Zellvorgänge in der Haut, deren Wesen vielleicht in der Entwicklung von Fermenten und Hormonen zu suchen ist, die in den Kreislauf und mit ihm an den Krankheitsherd gelangen.

Wie dem auch sein möge, die Empirie ist hier wie so oft der wissenschaftlichen Erklärung vorangeeilt und hat überzeugend dargetan, daß die Heliotherapie einen sehr erheblichen Einfluß auf tuberkulöse Knochen-Gelenkleiden ausübt.

Allerdings ist hier wie überall eine richtige Technik und Anwendung erforderlich, um eine Ueberdosierung zu vermeiden und bestmögliche Erfolge zu erzielen. Und daß diese Erfolge überraschend günstige sein können nicht nur im Hochgebirge, sondern überall da, wo die Sonnenstrahlung ungehinderten Zugang findet, das bestätigen uns die übereinstimmenden Berichte von allen Seiten, beweisen mir erhebliche persönliche Erfahrungen. Freilich dürfen wir nicht übersehen, daß mit der Sonnenkur untrennbar verbunden ist, was wir als Klimatotherapie bezeichnen können, der dauernde Aufenthalt in reiner, erfrischender Luft, deren Bewegung ebenfalls einen Hautreiz darstellt, die Anregung der Eßlust, ferner die Hautpflege, die zweckmäßige Ernährung u. a. m. Es wäre also falsch, den Kurerfolg ausschließlich der Sonnenwirkung zuzuschreiben. Die Heliotherapie zeichnet sich durch ihre Gefahrlosigkeit aus, vernünftige Handhabung durch erfahrene Aerzte vorausgesetzt.

Berechtigter Widerspruch ist der Bierschen Forderung, daß jeder praktische Arzt mit Sonne, Jod und Stauung behandeln solle und könne, erwachsen. Und nur übertriebener Optimismus, um nicht zu sagen Fanatismus, kann dazu führen, die Ausstoßung von totem Knochen der Sonne auf Jahr und Tag zu überlassen. Wir kommen damit zu einem anscheinend großen Nachteil der Heliotherapie, nämlich dem der langen Heilungsdauer. Diese ein Jahr beanspruchende Kur durchzuführen ist vielen, ja den meisten Patienten unmöglich gemacht und heute noch mehr als in früherer Zeit. Schon deshalb liegt es im Interesse selbstzahlender wie versicherter Kranker und nicht minder der Versicherungsträger, also letzten Endes der Allgemeinheit, daß der ganze Heilplan nicht auf eine einzige Karte gesetzt, sondern durch wohlerwogene Kombination so gestaltet wird, daß nicht nur sichere, sondern auch schnelle Heilung nach Möglichkeit gewährleistet ist.

Es wurde an früherer Stelle über die Abschwächung der Sonnenstrahlungsintensivität beim Durchgang durch die Atmosphäre gesprochen und die Möglichkeit erwähnt, diesen Verlust an tiefer gelegenen Orten durch Verlängerung der Bestrahlungsdauer auszugleichen. Wir wollen daran anschließend die Möglichkeit des Sonnenersatzes durch künstliche Lichtquellen erörtern. An die Spitze dieser Besprechung aber sei die Erkenntnis gesetzt, daß keines dieser Hilfsmittel der Sonne völlig gleichkommt. Die früheren Ausführungen lassen es ohne weiteres verstehen, daß alles kalte Licht den geringsten Ersatzwert besitzt.

Aus diesem Grund ist das Eisenlicht Finsens verlassen worden, aus diesem Grund kann auch die Quarzlampe mit ihrem reichen, aber einseitigen Gehalt an Ultraviolett keineswegs mit irgendwelchem Recht als „künstliche Höhensonne“ bezeichnet werden. Die chemische Strahlung des Quecksilberdampflichtes erreicht nach den Untersuchungen von Micklinghoff nur 25% der Sonnenstrahlung und auch dies nur bei anderweitiger Erwärmung des Milieus auf die Strahlungstemperatur der Sonne. Das Spektrum ist grundverschieden vom Sonnenspektrum, es ist nicht kontinuierlich, es reicht im Ultraviolett wesentlich weiter als das der Sonne, woraus sich seine starke erythembildende Kraft erklärt.

Der Versuch, die fehlenden Wärmestrahlen durch Kombination mit einem Glühbirnenring zu ersetzen, beschreitet einen theoretisch richtigen Weg, auf welchem indessen die Solluxlampe wesentlich weiter führt. Die Strahlungstemperatur derselben kann durch richtige Distanzierung der Lichtquelle und durch Strahlensammlung mittels Reflektor der Sonnenstrahlungswärme gleichgemacht werden, das Wirkungsfeld auf die Haut bleibt dadurch aber nach Art eines Brennpunktes eng begrenzt, so daß nur eine lokale Anwendung in Betracht kommen kann, nicht eine Allgemeinbestrahlung. Dabei ist der Gehalt an Ultraviolett sehr gering, er beträgt nur 3,3% der chemischen Sonnenintensität, so daß zum mindesten eine Kombination mit Quarzlicht nötig ist.

Den genannten künstlichen Lichtquellen weit überlegen ist das offenbrennende Kohlenbogenlicht, weil es in seiner Zusammensetzung der Sonnenstrahlung am nächsten kommt. Und zwar scheint mir die Jupiterlampe berufen zu sein, in der Phototherapie eine wichtige Rolle zu spielen. Es handelt sich um ein Licht von hoher Intensität, die schon bei kleinerem Typ 6000 H. K. beträgt, und mit einer Verbindung kräftiger, kurzwelliger und starker Wärmestrahlung. Bei 70 cm Abstand entsteht ein belichteter Felddurchmesser von 80 cm, welcher also die homogene Rumpfbestrahlung ermöglicht. Und innerhalb dieses Strahlenfeldes ist die Wärmewirkung überall etwa die gleiche, die Verhältnisse liegen hier also sehr viel günstiger als bei der Solluxlampe. Die Wärmewirkung, am Maltenschen Aktinometer gemessen, beträgt in 70 cm Abstand 35°, in 50 cm Abstand 45°, sie gleicht also der Mai- bzw. Julisonne. Die chemisch wirksame Strahlung kann durch Verwendung verschiedenartig zusammengesetzter Kohlenstifte modifiziert werden. Die „Weißbrand“-Kohle erzeugt eine sehr sonnenähnliche Strahlung, die das Ultraviolett I (bis 290 $\mu\mu$) mit umfaßt, die „Ultrakohle“ liefert ein weit ins Ultraviolett-II reichendes Spektrum von kräftiger Reizwirkung. In 70 cm Distanz beträgt der Gehalt an chemischer Strahlung bei Verwendung der „Ultra“kohle 40%, der „Weißbrand“kohle 25% des Sonnengehaltes.

Wir finden hier alle Qualitäten und Quantitäten vereinigt, welche wir von einem Sonnenersatz verlangen müssen und welche die Jupiterlampe für die lokale wie die allgemeine Bestrahlung als vorzüglich geeignet erscheinen lassen.

Zur Prüfung der Resutate der Lichttherapie sollen zwei umfangreichen Statistiken dienen. Die eine stammt von Rollier, sie beschäftigt sich natürlich mit der Besonnung, eine andere stellt die Erfolge dar, welche Ernst im Finseninstitut Kopenhagen mit künstlicher Belichtung, und zwar mit offenem Kohlenbogenlicht erzielt hat. Das Material von Rollier ist um das Mehrfache größer, seine Zahlen sind also an sich beweisende. Andererseits muß berücksichtigt werden, daß seinen Kranken alle Vorzüge klinischer Behandlung unter den günstigsten Bedingungen zugute kamen, daß es sich also nicht um Erfolge ausschließlicher Heliotherapie handeln kann, während Ernst in Kopenhagen auf ambulante Behandlung angewiesen war.

Die von mir zusammengestellte Uebersichtstabelle gibt in Prozenten die Heilungsziffern für die verschiedenen Lokalisationen der Knochen-Gelenk-Tuberkulose, und zwar einmal insgesamt und dann getrennt für geschlossene und offene Fälle. Die Tabelle ermöglicht die Vergleichung von Sonnen- und Kunstlicht-Erfolgen.

Im ganzen dürfen die Resultate gewiß als sehr schöne bezeichnet werden, sie sind fast ausnahmslos bei eiternden Fällen geringer als bei geschlossenen, aber auch hier keineswegs ungünstig. Wenn das Kohlenbogenlicht an der oberen Extremität sogar teilweise höhere Heilungsprozente ergibt als die Sonne, so handelt es sich hierbei sicherlich um Fehler der zu kleinen Statistik. Wenn andererseits die Kunstlichtresultate an Wirbelsäule, Hüfte und Knie zurückstehen, so muß eben an den Nachteil der ambulanten Behandlung gedacht werden (vgl. Tabelle).

	Sonnenlicht: 1711 Fälle von Rollier. I = 1903—1921. II = 1914—1921							**Offenes Bogenlicht:** 372 Fälle von Ernst						
Diagnose	Zahl	Geschlossen	Abszeß-Fistel	Geheilt insgesamt		Geschlossen	Abszeß-Fistel	Zahl	Geschlossen	Abszeß-Fistel	Geheilt insgesamt	Geschlossen	Abszeß-Fistel	Röntgen
				I	II									
Spina ventosa	51	22	29	94 %	90 %	95 %	93 %	78	22	56	91 %	100 %	87 %	Günstig
Handgelenk	79	54	25	53 %	45 %	48 %	64 %	47	23	24	81 %	83 %	79 %	70 %
Ellbogen	61	16	45	82 %	71 %	94 %	78 %	48	17	31	93 %	88 %	97 %	70 %
Schulter	41	18	23	88 %	85 %	100 %	78 %	15	7	8	93 %	100 %	87,5 %	?
Sprunggelenk	222	127	95	86,5 %	78,5 %	89 %	83 %	47	14	33	89 %	100 %	85 %	70 %
Knie	353	246	107	77 %	72 %	79,5 %	71 %	56	42	14	64 %	64,5 %	64 %	45 % ?
Hüfte	288	135	153	75,5 %	70,5 %	95 %	58 %	22	7	15	60 %	72 %	54 %	35 % ?
Sponoylitis	568	158	410	71 %	63,5 %	87 %	65 %	27	7	20	55 %	57 %	55 %	?
Rippen und Sternum	48	23	25	—	66 %	91 %	44 %	32	—	32	72 %	—	72 %	?

Wenn ich an letzter Stelle von der **orthopädischen Behandlung** spreche, so wird wohl niemand annehmen, daß ich ihre Bedeutung gering einschätze. In der Tat ist eine Behandlung tuberkulöser Knochen-Gelenkleiden undenkbar, wenn nicht intensive orthopädische Maßnahmen in dem Heilplan einen überragenden Platz finden. Es ist unmöglich, im Rahmen dieses Referates auf Einzelheiten einzugehen, nur leitende Gesichtspunkte seien darum erwähnt.

Ruhigstellung und Entlastung kranker Gelenke ist prinzipielle Forderung. Und zwar hat die Fixation in einer Gelenkstellung zu erfolgen, welche die günstigste ist für die spätere Funktion und für den Fall, daß die Heilung unter Versteifung des Gelenkes eintritt. Das Reklinationsgipsbett, der Gipsverband, die Gipshohlschiene stellen die einfachsten Mittel dar, um diese Zwecke zu erfüllen. Und zwar verdient die Hohlschiene vielfach den Vorzug wenigstens während klinisch-stationärer Behandlung, weil sie die dauernde Inspektion der kranken Region und die Kombination verschiedener Heilmittel für lokale wie allgemeine Therapie gestattet. Im Stadium der Nachbehandlung kommen portative orthopädische Apparate in Betracht, welche weiterhin Fixation und Entlastung gewährleisten. Endlich sind unter Umständen Maßnahmen der operativen Orthopädie angezeigt, so die unblutige oder blutige Beseitigung fehlerhafter Gelenkstellung oder die knochenplastische Sicherung der richtigen Gelenkstellung, z. B. die Albeesche Operation an der Wirbelsäule und analoge Plastiken an den großen Extremitätengelenken.

Aus dem, in vorstehenden Ausführungen gegebenen Ueberblick über die verschiedenen Heilmethoden läßt sich wohl leicht entnehmen, wie und wann eine Kombination der letzteren möglich, nützlich und erforderlich ist. Daß die Auswahl beeinflußt werden kann durch die äußeren Verhältnisse im Einzelfall wie hinsichtlich der Einstellung des behandelnden Arztes zu den verschiedenen Verfahren, liegt auf der Hand. Es leuchtet aber auch ein, daß die Durchführung einer erfolgreichen Kur ohne eine Kombination nicht möglich ist, welche lokale und allgemeine Ziele vereinigt. Es ergibt sich weiter aus diesen vielfachen Anforderungen an eine rationelle Behandlung, daß denselben am besten in einer Heilanstalt entsprochen werden kann, welche für eine solche kombinierte Therapie eingerichtet ist. Ein derartiges Sanatorium muß fernab von der Stadt liegen, wo die Atmosphäre rein und frei von Staub, Ruß und Nebel ist. Ein weiter Horizont muß der Sonne ungestörten Einfall während des ganzen Tages auf Liegehallen und Terrassen gewähren. Neben Installationen für Strahlentherapie müssen solche für medizinische, speziell für Salzbäder zur Verfügung stehen. Räume für chirurgische und orthopädische Behandlung dürfen nicht fehlen Deutschland besitzt eine Anzahl solcher Sanatorien in verschiedenen Lagen, welche die Durchführung kombinierter Kuren während des ganzen Jahres gestatten. Zu wissen, daß wir für die Behandlung der Knochen-Gelenk-Tuberkulose keineswegs auf das Ausland angewiesen sind, ist für Aerzte und Patienten nützlich und erfreulich.

Aus der Inneren Abteilung des Elisabethenstiftes Darmstadt.
(Chefarzt Dr. C. Happich.)

Die unspezifischen chronischen Arthritiden und ihre Behandlung.

Von

Von Dr. W. LOERCHER.

In praktischer und theoretischer Beziehung beansprucht das Krankheitsbild der chronischen Arthritiden besonderes Interesse. Ist auch die Mortalität nur gering, so sind die Folgen der Krankheit doch für die Arbeitsfähigkeit der Patienten häufig verhängnisvoll. Ein großer Teil der Kranken, die oft noch im jugendlichen oder mittleren Alter stehen, ist zu dauerndem Siechtum verurteilt. Angesichts der zahlreichen Fälle bedeutet diese Tatsache nicht nur für die unmittelbar Betroffenen, sondern auch für die Allgemeinheit einen erheblichen Nachteil. So muß denn unser ganzes Streben darauf gerichtet sein, durch eine geeignete Behandlung möglichst vieler dieser Patienten ihrer Tätigkeit zu erhalten bzw. wieder zuzuführen, und wo dieses Ziel nicht erreichbar ist, wenigstens die vorhandenen Beschwerden zu lindern.

Bei meiner Besprechung möchte ich die Arthritis urica ausschließen. Diese Trennung erscheint angezeigt, da die echte Gicht eine reine Stoffwechselstörung ist, die ganz andere pathologische Verhältnisse bietet; auch in der Therapie lassen sich nicht ohne weiteres Parallelen ziehen.

Zurück bleibt also das große Heer der unspezifischen chronischen Arthritiden, die in zwei Gruppen der entzündlichen und der degenerativen Gelenkveränderungen zerfallen.

Aetiologisch handelt es sich bei den entzündlichen Arthritiden um eine Sekundärinfektion, die sich an den gefäßhaltigen Teilen des Gelenkes (Kapsel, Synovia) festsetzt. Die Lokalisation des Primärherdes kann, wie wir später sehen werden, sehr vielgestaltig sein. Zu dieser Gruppe rechnen wir aber auch Fälle von Polyarthritis rheumatica, die nicht ausgeheilt, sondern in ein chronisches Stadium eingetreten sind.

Von diesen entzündlichen Arthritiden sind abzugrenzen die degenerativen Gelenkprozesse, die ihren Ausgang vom Knorpel und Knochen nehmen. Rein aus morphologischen Gesichtspunkten werden bei beiden Krankheitsgruppen die Affektionen der Wirbelsäule häufig gesondert aufgeführt, ohne daß diese Sonderstellung pathologisch oder ätiologisch begründet wäre.

Natürlich hat diese Trennung in entzündliche und degenerative Erkrankungen nur einen bedingten Wert. Wir sehen auch hier, wie überall in der Medizin fließende Uebergänge, und viele Fälle lassen sich nicht in ein starres Schema pressen. Schon **Friedrich Müller** hat seinerzeit auf dem internationalen Kongreß in London 1913 unter besonderer Betonung der bestehenden wichtigen Zusammenhänge davor gewarnt, diesen Dingen eine zu große Bedeutung beizulegen, aber ein gewisses Schema in der oben angegebenen Weise ist nicht nur vom pathologischen und ätiologischen Standpunkt aus berechtigt, sondern, wie wir später sehen werden, auch für die Frage der Behandlung und für die Beurteilung der Prognose bedeutungsvoll.

Die chronischen rheumatischen Polyarthritiden sind auch bei der heutigen Salicyltherapie nicht ganz selten. In diesen Fällen treten immer wieder neue Schübe auf und neue Gelenke werden befallen. Schließlich werden die Fieberzacken doch geringer und die akuten Erscheinungen gehen zurück. Als Zeichen, daß der Prozeß noch nicht zur Ruhe gekommen ist, bleibt die Temperatur labil, die Gelenke sind schmerzhaft und geschwollen. Scheinbar neigen mit Vorliebe gerade solche Fälle zum chronisch werden, die schon durch die ungewöhnliche Lokalisation des Prozesses (Sternoklaviculargelenk, Wirbelsäule usw.) gegenüber der Norm eine Sonderstellung einnehmen. Was das Alter der Patienten anbelangt, so sind Erkrankungen in jugendlichem Alter nicht selten; H. **Curschmann** gibt an, daß er unter 109 Fällen 82 zwischen 12 und 33 Jahren beobachtet habe.

Viel wichtiger als die chronische Polyarthritis rheumatica ist aber die eigentliche primäre chronische Arthritis. Wie vorhin schon kurz erwähnt, ist dabei die Gelenkinfektion das sekundäre. Irgendwo im Körper befindet sich ein primärer Infektionsherd, von dem aus durch Einwanderung arthrotroper Bakterien oder auf toxischem Wege das Gelenk in Mitleidenschaft gezogen wird. Entstehung und Verlauf können außerordentlich wechselnde Bilder bieten. Meist ist der Beginn schleichend, und bis der Patient auf die Erscheinungen aufmerksam wird, kann längere Zeit vergehen. Andererseits sehen wir aber auch Erkrankungen, die plötzlich einsetzen und unter Fiebererscheinungen stürmisch verlaufen. Schittenhelm insbesondere hat unter der Bezeichnung Arthritis enterica derartige Fälle beschrieben, die von einer Darminfektion aus zu einer akuten Entzündung von vielen Gelenken führten. Gegenüber einer Polyarthritis rheumatica kann die therapeutische Wirkungslosigkeit des Salicyls in differentialdiagnostischer Beziehung wichtig sein.

Als Sitz des primären Infektionsherdes sind in erster Linie die Nebenhöhlen und die Zähne zu nennen. Dabei können die ursächlichen Veränderungen besonders an den Zähnen oder Zahnwurzeln manchmal zu geringfügig sein, daß sie dem Patienten gar nicht zum Bewußtsein kommen und erst eine eingehende Untersuchung darüber Klarheit schafft. In zweiter Linie spielen, wie oben angedeutet, infektiöse Prozesse am Darm oder an der Gallenblase eine Rolle, in einzelnen Fällen wissen wir sogar, daß eine Gelenkinfektion von einer Konjunktivitis oder Vaginitis klinisch ihren Ausgang genommen hat. Natürlich spielen praktisch diese letztgenannten Organe als Infektionsquellen kaum eine Rolle. Als Erreger kommen dabei die unspezifischen Kokken und die Colibazillen in Betracht. In vielen Fällen gelingt es aber trotz allen Suchens nicht, einen Primärherd zu finden; hier mag die Annahme berechtigt sein, daß die ursächliche Infektion, die die Gelenke in Mitleidenschaft gezogen hat, zur Zeit der Untersuchung schon ausgeheilt oder so klein ist, daß sie sich unseren Nachforschungen entzieht. Im allgemeinen ist das weibliche Geschlecht häufiger befallen als das männliche, eine Tatsache, die zum Teil wohl mit den häufigen Unterleibsaffektionen der Frau zusammenhängt. Was das Alter der Patienten anbelangt, so läßt sich darüber keine Regel aufstellen.

Das Krankheitsbild der degenerativen Arthritiden bietet demgegenüber ganz andere Verhältnisse in Aetiologie und Verlauf. Es handelt sich dabei um eine typische Verbrauchskrankheit für deren Entstehung eine infektiöse Schädigung nicht in Betracht kommt. Ihr Auftreten erfolgt als polyartikuläre Systemerkrankung in Form der Arthritis ulcerosa sicca (Munk) oder als Monarthritis deformans, die sich meist am Hüft- oder Schultergelenk lokalisiert. Eine scharfe Trennung läßt sich nicht durchführen, immerhin treten die monarthritischen Formen mehr im Alter auf. Sie sind aber auch in der Jugend als sogenannte Perthessche Krankheit des Hüftgelenks keineswegs selten. Die Frage der Aetiologie sei, um Wiederholungen zu vermeiden, erst unten besprochen.

Die allgemeine Körperuntersuchung ergibt bei den entzündlichen Arthritiden oft eine Leukozytose und eine beschleunigte Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen. Besonders bei jugendlichen Patienten wechseln fieberhafte Perioden mit solchen von normaler Temperatur. Bei längerem Kranksein kommt es gelegentlich zur Ausbildung einer erheblichen Anämie, Herzkomplikationen sind dagegen recht selten. Auffallend ist die häufige Vergesellschaftung dieses Leidens mit Hautkrankheiten (Psoriasis); eine befriedigende Erklärung für diese Tatsache ist bisher nicht bekannt. Was die Erkrankung der einzelnen Gelenke anbelangt, so sah Garrod unter einem großen Material in 86% der Fälle Veränderungen an der Hand, in 60% am Knie und in 25% an der Schulter; die andern Gelenke sind dagegen relativ selten befallen, im großen und ganzen können wir diese Beobachtungen bestätigen. Gelegentlich gelingt es, von dem primären Herd abgesehen, auch in der Synovia oder in der Kapsel die oben genannten Erreger nachzuweisen, ein etwaiges Gelenkexsudat ist dagegen immer steril und zeigt bei der Untersuchung einen erhöhten Fibringehalt, zahlreiche Leukozyten und eine Entzündungsazidose (Schade).

Warum werden nun gerade die Gelenke durch die Infektion befallen? Die Erklärung dafür ergibt sich aus der relativen Gefäßarmut dieser Organe. Die geringe Blutversorgung hindert einen vermehrten Antransport von Abwehrstoffen und die im Blute kreisenden Keime haben infolgedessen die Möglichkeit sich anzusiedeln (Friedrich Müller). Besonders günstige Niederlassungsbedingungen kann gelegentlich ein traumatisch geschädigtes Gelenk bieten, wenn irgend welche Verletzungen oder Blutergüsse vorhanden sind. Im Verlaufe der Entzündung macht die Kapsel die mannigfachsten Veränderungen durch. Sie wandelt sich bindegewebig um oder schrumpft narbig, gelegentlich kommt es auch infolge des entzündlichen Reizes zu zottenförmigen Wucherungen ins Gelenk. In vielen Fällen bildet sich ein Erguß, manchmal bleibt er allerdings recht klein. Das Gelenk wird dabei spindelförmig aufgetrieben, eine Form, die dem Tumor albus der Tuberkulose nicht unähnlich ist.

Recht häufig tritt die Erkrankung symmetrisch auf. Besonders an der oberen Extremität sind die Gelenke der Finger und der Mittelhand oft in derselben Weise verändert. Bei weiterem Fortschreiten kommt es dann an den Handgelenken zur Ausbildung von typischen Subluxationsstellungen meist mit ulnarer Abweichung.

Sind die Veränderungen einmal so weit fortgeschritten, so vermag auch die Entfernung des primären Infektionsherdes die weitere Entwicklung des Gelenkprozesses oft nicht mehr aufzuhalten. Vielmehr sehen wir, daß jede interkurrente Schädigung, die den kranken Organismus trifft, zu einer Verschlechterung Anlaß gibt. Eine besonders starke Verschlimmerung der Gelenkaffektion sahen wir gelegentlich beim Eintreten einer Gravidität. In diesem Stadium pflegen sich am Knochen und Knorpel auch atrophische Veränderungen einzustellen. Das klinische und pathologische Bild verwischt sich so, daß es schwer sein kann, zu entscheiden, ob primär eine entzündliche oder degenerative Arthritis vorgelegen hat.

Bereits in Frühfällen ist die Atrophie der dem Gelenk benachbarten Muskeln oft so hochgradig, daß es sich kaum um eine reine Inaktivitätsatrophie handeln kann. Vielmehr scheint hier eine zum Wesen der Krankheit gehörige trophische Störung vorzuliegen. Die Veränderungen an der Haut, die mehr oder weniger verdünnt und blaß erscheint, geht wohl auf dieselbe Ursache zurück. Diese Atrophie von Muskulatur und Haut findet sich auch bei den degenerativen Arthritiden.

Wie ich schon oben betonte, ist diese Affektion nach ihrer Aetiologie als eine Verbrauchskrankheit aufzufassen. Stets ist dabei das Primäre der Atrophie des Knorpels. Ein gewisser Knorpelverbrauch ist ja physiologisch, und als Anreiz für den dauernden Ersatz der Knorpelzellen notwendig. Beitzke fand in klinisch gesunden Gelenken bei Menschen zwischen 20 und 40 Jahren bereits in 60% der Fälle Knorpeldefekte, zwischen 40 und 50 Jahren in bis zu 95% und bei älteren Personen eigentlich stets. Die steigende Ziffer erklärt sich daraus, daß im Alter die Regenerationskraft immer geringer wird; dabei pflegt die Inanspruchnahme nicht im selben Grade sich zu vermindern. In ähnlicher Weise nimmt die enchondrale Ossifikation im Alter immer mehr ab. Wir sehen also, daß die Bereitschaft zu einer Erkrankung bei älteren Personen immer größer wird; die Möglichkeit ist aber auch im jugendlichen Alter, wenn irgend eine Störung im physiologischen Ersatzmechanismus des Knorpels eintritt vorhanden.

In manchen Fällen liegt die Ursache in einer endogenen Störung. Bekanntlich spielt in der französischen Pathologie der Begriff des Arthritismus als Konstitutionsmerkmal eine gewisse Rolle. Hat dieser Begriff heute noch eine Berechtigung? In gewisser Beziehung können wir diese Frage bejahen. Zunächst tritt bei vielen Patienten die Erkrankung erblich auf, wenn demgegenüber auch jugendliche besonders schwere Fälle bekannt sind, bei denen wir in dieser Hinsicht nichts nachweisen können. Außerdem sind aber auch von verschiedenen Autoren bei Arthritikern Störungen im Sinne eines Hypothyreoidismus nachgewiesen worden. Eine besonders instruktive Beobachtung in dieser Richtung machte Fink, der bei einer luetischen Erkrankung der Schilddrüse eine degenerative Arthritis entstehen sah, die nach einer spezifischen Behandlung der Lues mit Abheilung der Schilddrüsenstörung zum Stillstand kam. Viele Arthritiker haben außerdem einen besonders niederen Blutdruck. Auf der Annahme einer Stoffwechselstörung im Sinne einer allgemeinen Reduktion (Hypothyreoidismus) baut sich, wie wir nachher sehen werden, zum großen Teil die heutige Schwefel- oder Jodtherapie der Arthritis deformans auf. Entsprechend einer konstitutionellen Störung bringt das Alter eine Reduktion des Stoffwechsels mit sich, die ihrerseits wieder die Disposition zur Erkrankung steigert. Aus der Stichschen Klinik liegt eine Arbeit von Fromme vor, die die Osteochondritis der Kinder (Perthessche Krankheit) mit der Erwachsenenarthritis in Beziehung bringt. Primär liegt hier eine durch Spätrachitis verursachte Knorpelstörung vor, die durch abnorme Wucherungen und Störungen in der Verknöcherung für spätere degenerative Umwandlungen den Boden schafft.

In anderen Fällen kann der Knorpel aber auch durch ein Trauma oder statische Deformitäten geschädigt und so der Boden für eine spätere Arthritis vorbereitet werden.

Was für Veränderungen macht nun im einzelnen das geschädigte Gelenk durch? Der Knorpel erscheint atrophisch und zeigt Schlifffurchen. Bei der mikroskopischen Betrachtung ist die Zahl der Kerne meist verhindert und ganze Partien nekrotisch. Teilweise entartet er bindegewebig, manchmal findet eine Abstoßung ins Gelenkinnere statt. Zur Abtrennung kommt es besonders dann, wenn die endochondrale Knochenschicht durch eine Erkrankung der ernährenden Gefäße, die Endarterien sind, geschädigt wird. Die Ursache liegt in einer traumatischen Fettembolie, die zum Verschluß des Gefäßes führt oder in einer arteriosklerotischen Veränderung der Gefäßwand. Im Verlauf dieser Störung stößt sich unter dem Bilde der sogenannten Osteoarthritis dissecans auch das seiner Ernährung beraubte Knochenstück ins Innere des Gelenkes ab und wir haben einen freien Gelenkkörper. Diese Corpora libera sind oft in größerer Zahl vorhanden und können zu recht schmerzhaften Einklemmungserscheinungen führen. Der Knochen selbst wird mehr oder minder atrophisch und kann stellenweise vollkommen rarefiziert werden. Die weiteren Veränderungen im Gelenk sind sekundär und entzündlicher Natur, hervorgerufen durch den mechanischen Reiz der entstandenen rauhen Flächen. Zum Teil sind sie auch als örtliche Selbstheilungsbestrebungen aufzufassen. Pathologisch entsprechen sie, was Kapsel und Synovia anbelangt, durchaus den oben geschilderten Verhältnissen bei der entzündlichen Arthritis. Die Wucherungsvorgänge am Knochen sind aber oft viel weitgehender. Durch Apposition entstehen Exostosen und Randwülste, die sich gegenseitig verhaken. Gelegentlich kommt es auch zu einer vollkommenen bindegewebigen oder knöchernen Ankylose der gegenüberliegenden Knochenenden. Infolge der Schmerzen wird das Gelenk oft schon in einem frühen Stadium der Erkrankung reflektorisch stillgestellt und beim einseitigen Ueberwiegen einzelner Muskelgruppen treten bisweilen ausgesprochene Kontrakturstellen auf. Vor allem das Ellenbogengelenk ist häufig in dieser Weise verändert. Dabei sind die benachbarten Muskel- und Sehnenansätze entzündlich infiltriert.

In diesem Zusammenhang mögen auch die sogenannten Heberdenschen Knoten erwähnt werden, die allerdings auch bei anderen Gelenkveränderungen vorkommen. Bei ihnen handelt es sich um Anlagerungen von harnsaurem Kalzium an oder in die Knochen des zweiten oder dritten Phalangealgelenks, die harmlos sind und nur langsam wachsen.

Bei genauer Untersuchung ist die Erkrankung selten auf ein Gelenk beschränkt; Petrèn sah unter 103 Fälle von Arthritis deformans coxae nur 10, die lediglich einseitig waren. Unsere Erfahrungen in dieser Beziehung sind ähnlich. Am häufigsten sind die Hüftgelenke (Malum coxae senile), die Schulter- und die Handgelenke befallen, außerdem die Wirbelsäule. Affektionen der anderen Gelenke sind relativ selten.

An der Aufklärung der Pathologie dieser degenerativen Gelenkerkrankungen hat vor allem Axhausen ein großes Verdienst.

An dieser Stelle seien noch einige Bemerkungen über die arthritischen Erkrankungen der Wirbelsäule eingefügt, die je nach ihrer Lokalisation von verschiedenen Autoren in besonderer Weise benannt worden sind. Wie schon oben erwähnt, sind isolierte Erkrankungen dieses Organs nicht ganz selten. Pathologisch lassen sich zwei Formen unterscheiden. Die deformierenden Arthritiden führen unter Atrophie der Bandscheiben häufig zu ausgedehnten Exostosen und Verhakungen, während bei der sogenannten Spondylarthritis ankylopoetica die knöcherne Verschmelzung der Gelenke im Vordergrund steht. Der klinische Enderfolg ist oft derselbe! Gerade an der Wirbelsäule treten schon in frühen Stadien reflektorisch myogene Kontrakturen auf, schon ehe diese Starre mechanisch durch die Verwachsungen und Verhakungen bedingt wird. In klinischer Beziehung ist bei den Erkrankungen der Brustwirbelsäule vor allem der schädliche Einfluß auf die inneren Organe wichtig. Bei zunehmender Versteifung werden die Atemexkursionen immer mehr behindert und eine gesteigerte abdominale Atmung bietet nur einen unvollkommenen Ersatz. Entsprechend wird auch der kleine Kreislauf und das Herz in Mitleidenschaft gezogen.

Bei manchen Arthritikern ist angesichts der sichtbaren Deformitäten und Schwellungen die Diagnose leicht. Andere Kranke kommen schon früher in Behandlung, wenn etwa durch Druck auf Nervenstämme, wie bei der Arthritis der Lendenwirbelsäule durch Druck auf den Ischiadikus, starke Schmerzen ausgelöst werden. Bei vielen Frühfällen ist ein wichtiges Symptom die Schmerzhaftigkeit der benachbarten Muskelansätze, die teils spontan, teils auf Druck angegeben wird. Bei der Betastung erweist sich das Gelenk vor allem über den Spalten meist als empfindlich. Die Muskulatur der befallenen Extremität ist oft schlaffer, als auf der gesunden Seite, in zweifelhaften Fällen kann eine vergleichende Messung auf beiden Seiten schon eine geringe Atrophie mit Sicherheit feststellen. Bei der Palpation erweist sich die Kapsel oft als verdickt, gleichzeitig wird der tastende Finger einen etwaigen Erguß feststellen können. Besonders wichtig ist die genaue Prüfung der Beweglichkeit, wobei die aufliegende Hand oft im Gelenk ein ausgesprochenes Reiben und Knirschen fühlt. Je nach dem Grade der anatomischen Veränderungen im Gelenk oder in der Kapsel, ist die Bewegungsfähigkeit mehr oder minder eingeengt. Bei der Untersuchung der Schulter und der Hebung über die Horizontale muß stets die Scapula fixiert werden, weil sonst durch ihre Bewegung eine Drehung im Schultergelenk vorgetäuscht werden kann. Entsprechend ist das Becken bei Bewegungen im Hüftgelenk festzustellen. Haben wir die Diagnose auf eine Arthritis gestellt, so ist es wichtig, eine etwaige spezifische Erkrankung auszuschließen. Lues oder Gonorrhoe lassen sich meist unschwer erkennen, die Differentialdiagnose gegenüber einer Gelenktuberkulose kann dagegen nicht leicht sein. In zweifelhaften Fällen wird neben einer exakten Anamnese und Allgemeinuntersuchung (Blutbild, Pirquet usw.) die Röntgenuntersuchung weiterhelfen. Wissen muß man außerdem, daß gelegentlich auf dem Boden einer alten Gelenktuberkulose sich sekundär eine deformierende Arthritis entwickelt, die durch eine verfehlte Reiztherapie wieder aktiviert werden kann.

Diesen einfachen Untersuchungsmethoden steht die Röntgenphotographie unterstützend zur Seite. Wenn sie in vielen Fällen zur Diagnose auch nicht notwendig ist, so ergibt doch erst die Platte ein genaues Bild der anatomischen Veränderungen. Bei älteren Fällen dokumentiert sich die Atrophie des Knochens in einer deutlichen Aufhellung. Oft ist der ganze Knochen gleichmäßig rarefiziert, gelegentlich sind aber auch lochartige Defekte oder linienförmige Aufhellungen parallel den Epiphysenlinien vorhanden. Kalkeinlagerungen an den benachbarten Muskelgruppen oder etwaige Randwülste oder Corpora libera zeichnen sich deutlich ab. In seltenen Fällen läßt sich röntgenologisch eine beginnende Dissektion eines Knochenstückes schon feststellen, ehe die Abstoßung ins Gelenkinnere eingetreten ist. Bei den Formen der Arthritis sicca ulcerosa ist die Kapselverdickung meist als deutlicher Schatten sichtbar. Manchmal sind wir bei anscheinend weitgehend versteiften Gelenken erstaunt über den geringen röntgenologischen Befund; in solchen Fällen liegen oft reflektorische Kontrakturen vor, die sich unter Umständen schon bei einer Untersuchung im warmen Bade lösen. Ein besonders dankbares Gebiet für die Röntgenuntersuchung sind die Erkrankungen der Wirbelsäule. Für die genaue Diagnostik ist allerdings die Aufnahme mit der Buckyblende notwendig, aber mit dieser Technik zeigt uns die Photographie die bis ins Einzelne gehende Struktur der anatomischen Veränderungen und gibt uns so einen wertvollen Hinweis auf die Prognose des Falles.

Bevor wir mit der Behandlung einer chronischen Arthritis beginnen, ist stets eine genaue auf die Allgemeinsymptome (Blutdruck, Temperatur usw.) gerichtete Untersuchung vorauszuschicken. Sie ist unerläßlich für die Beurteilung und die Wahl der Mittel, die uns zur Verfügung stehen. Die Prognose und der Weg der Behandlung sind bei den entzündlichen und bei den degenerativen Arthritiden nicht ganz dieselben. Sie sind abhängig von dem Allgemeinzustand und dem Alter des Patienten, von der Art des Prozesses und dem Zeitpunkt, an dem die Therapie einsetzt.

Haben wir eine chronisch-entzündliche Arthritis vor uns, so suchen wir zuerst nach einem etwaigen noch im Körper vorhandenen Infektionsherd. Wie schon vorhin erwähnt, wird man in zweifelhaften Fällen die Nebenhöhlen, Zähne usw. fachärztlich untersuchen lassen, etwaige Erkrankungen des Darmes sind meist leichter auszuschließen. Läßt sich ein sicherer primärer Herd erkennen, so besteht die Therapie in einer möglichst radikalen Entfernung der Infektionsquelle. Können wir auch schon vorhandene anatomische Gelenkveränderungen dadurch nicht mehr rückgängig machen, so wird doch ein weiterer Nachschub wirksam unterbunden. Bei der größeren Hälfte der Patienten ergibt allerdings auch eine genaue Untersuchung keinen sicheren Anhaltspunkt in dieser Richtung. Dringend ist in diesen Fällen vor einem planlosen Operieren zu warnen, das keinen Nutzen bringt, sondern nur Schaden anrichtet. Bei diesen Patienten müssen uns andere therapeutische Hilfsmittel weiter helfen, auf die wir jetzt eingehen wollen. Zwei Wege stehen für die Behandlung offen, die sich gegenseitig unterstützen und ergänzen, die physikalische Therapie und die Reiztherapie. Außerdem bringen wir noch die Salicylbehandlung bei chronischen Fällen von Polyarthritis rheumatica in Anwendung und bei akuten interkorrenten Schüben von primärer chronischer Arthritis. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen treten dann die anderen Behandlungsmethoden in ihr Recht. Wir führen hier die Salicylbehandlung fast ausschließlich in Form von intravenösen Injektionen durch. Da bei diesen chronisch Kranken der Appetit meist darniederliegt, so scheint uns diese Form der Therapie, die die ungünstige Wirkung des Salicyls auf den Magen vermeidet, besonders wertvoll. Die Dosen, die zur Anwendung gelangen, sind viel geringer als bei der oralen Darreichung. Wir benützen ja nach Lage des Falles eine 2—4 prozentige Lösung, dabei werden täglich 5—10 ccm eingespritzt. Die Entfiebrung pflegt unter dieser Behandlung meist schnell einzutreten und das Allgemeinbefinden bessert sich. Ergüsse, die noch nicht zu lange bestehen, kommen zur Resorption.

Als physikalische Heilmittel erwähnen wir die Hitzetherapie (Hyperämie) und die Bewegungsübungen. Die Grundlagen der Hyperämiebehandlung sind allgemein bekannt; besonders wichtig erscheint mir an dieser Stelle ein Hinweis auf die durch die Hyperämie verbesserten Abflußbedingungen für die Abfallstoffe, da das Gelenk selbst kaum eine nennenswerte Resorptionskraft besitzt (Rössle). Wir wenden die Wärme vorteilhafterweise in Form des elektrischen Glühlichtkastens an, der eine besonders starke Wirkung zu entfalten vermag. Eine anhaltende Tiefenwirkung erzielen wir durch Einpackung der Gelenke mittels Fango oder Radiogenschlamm. Läßt sich auch unter einfachen häuslichen Verhältnissen meist eine befriedigende Lösung erzielen, so leistet doch eine Krankenhausbehandlung mit den zur Verfügung stehenden klinischen Hilfsmitteln bei diesen Patienten zweifellos besonders Gutes. Sehr angenehm wird von dem Kranken die bei der Hitzebehandlung meist schnell eintretende Schmerzlinderung empfunden. Wenden wir die Hitzeapplikation in Verbindung mit der Reiztherapie vor allem an den Tagen während und nach der Reaktion richtig an, so ist die Kombination dieser Mittel geeignet, den Erfolg besonders nachhaltig zu gestalten. Neben der aktiven Hyperänie spielt die passive Hyperämiebehandlung mittels Staubinde kaum eine Rolle und kommt höchstens bei einer isolierten Erkrankung einzelner Gelenke in Frage. Systematische Bewegungsübungen treten der Hyperämiebehandlung unterstützend zur Seite. Ausgeschlossen sind von Bewegungsübungen natürlich alle fiebernden Fälle oder solche, bei denen wir fürchten müssen, einen erst vor kurzem zur Ruhe gekommenen akuten Gelenkprozeß wieder zu aktivieren. Bei der Durchführung der Behandlung legen wir großen Wert auf möglichst aktive Mitarbeit seitens des Patienten. Passive Bewegungen treten unterstützend zur Seite bei Kranken, die infolge der Muskelatrophie allein wenig leistungsfähig sind oder wo der Patient wegen seiner Schmerzen geneigt ist, sich selbst zu sehr zu schonen. Wir sind bemüht, die Uebungen möglichst vielseitig zu gestalten, entsprechend den natürlichen Gelenkfunktionen, damit die verschiedenen Muskelgruppen durch diesen physiologischen Reiz sich möglichst gleichmäßig erholen. Jede Einseitigkeit führt außerdem zur vorzeitigen Ermüdung. Besonders am Anfang ist natürlich vor einer übermäßigen Anstrengung, die den Zustand nur verschlechtert, sehr zu warnen. Neben der Kräftigung der Muskulatur erreichen wir durch die Bewegungen eine Dehnung der geschrumpften Kapsel; durch Anregung der Zirkulation werden außerdem die Ernährungsverhältnisse des Gelenkes verbessert. Durch die Bewegungen werden in der geschrumpften Kapsel gelegentlich kleine Kontinuitätstrennungen gesetzt; sie sind uns erwünscht, da sie dazu beitragen die Resorptionsverhältnisse des Gelenks zu bessern (Plate). An dieser Stelle möchte ich noch besonders auf das Klappsche Kriechverfahren hinweisen, das uns bei der Behandlung der Arthritiden der Wirbelsäule gelegentlich recht gute Dienste leistet. Bei Gelenkveränderungen der unteren Extremität dürfen wir nicht vergessen nach etwaigen statischen Anomalien (Plattfuß) zu fahnden, deren Beseitigung für eine erfolgreiche Behandlung der Arthritis Vorbedingung ist. Der Bewegungstherapie tritt die Massage unterstützend zur Seite; als Streich- oder Klopfmassage ausgeführt wirkt sie der Atrophie der Muskulatur entgegen und fördert den Abfluß des Lymphstromes. Sind stärkere Versteifungen vorhanden, so ist die Durchführung der Bewegungsbehandlung besonders am Anfang für Arzt und Patienten recht mühevoll und erfordert viel Geduld.

Zwischen einer reinen Hyperämiebehandlung und der Reiztherapie nehmen die seit Alters empfohlenen Schwefelbäder (Schinznach) eine gewisse Mittelstellung ein. Auf dem Wege der Inhalation gelangt der Schwefel zur Aufnahme; die Art der Wirkung sei unten besprochen. Aus äußeren Gründen wird der Gebrauch dieser Bäder nur einem kleinen Kreise von Patienten offen stehen, ein Umstand, der angesichts des oft guten Erfolges recht bedauerlich ist.

Die Indikation zur Anwendung der Reiztherapie besteht in allen Fällen von chronisch entzündlicher, fieberloser Arthritis. Wenn bei den degenerativen Formen auch die Erfolge nicht so gut sind, so ist auch bei dieser Erkrankung meist ein Versuch anzuraten. Daß eine eigentliche Heilung dabei nicht in Frage kommen kann, liegt in dem Wesen der Affektion als Verbrauchskrankheit begründet. In allen Fällen verfolgen wir bei der Anwendung der Reiztherapie das Ziel chronisch entzündliche Vorgänge in akute zu verwandeln und dadurch die Selbstheilungskräfte des Körpers anzuregen. Alte dekrepide Patienten oder solche, bei denen wir fürchten müssen, ein anderes außerdem noch vorhandenes Leiden ungünstig zu beeinflussen, werden wir also von dieser Behandlung ausschließen. Es ist kein Zweifel, daß in Verkennung dieses Zieles vielfach in den letzten Jahren bei der Durchführung der Reiztherapie die Dosen übersteigert wurden. Eine derartige Exazerbation mit hohen Fieberzacken ist aber nicht nur für den Allgemeinzustand des Patienten unerwünscht, sondern auch für die befallenen Gelenke schädlich. Wir übersteigern den Entzündungsprozeß in dem durch die Erkrankung sensibilisier- Gelenk (Gerlachsche Hyperpyretische Reaktion, Plate), die Gefäße werden verengt, wir erreichen das Gegenteil des gewünschten Zweckes. Plate weist bei der Durchführung der Reiztherapie auf die Wichtigkeit der Kontrolle der regionären Lymphdrüsen hin, die als Filter das abtransportierte Material aufsaugen und bei Uebersteigerung der Behandlung entsprechend anschwellen. Ueberaus groß ist die Zahl der Präparate, die in die Reizbehandlung der chronischen Arthritiden Eingang gefunden haben. Auf sie alle einzugehen erübrigt sich. Heute stehen im Mittelpunkt die verschiedenen Schwefelpräparate, daneben erfreut sich das Sanarthrit Heilner noch einer größeren Verbreitung. In neuester Zeit hat sich außerdem das Jodgelatinepräparat Mirion in die Behandlung der degenerativen Arthritiden Eingang verschafft.

Zunächst die Schwefeltherapie. Der Schwefel ist eines der ältesten Mittel, die die Medizin kennt und fand rein empirisch schon seit langer Zeit auch in der Therapie der chronischen Arthritiden Verwendung (s. oben Schwefelbäder). Er geriet dann aber in der Schulmedizin wieder in Vergessenheit und wurde erst ungefähr vor vier Jahren, nachdem Delahaye in der französischen Literatur über gute Erfolge berichtet hatte in Deutschland in die Therapie der chronischen Arthritiden wieder eingeführt. Die grundlegenden pharmakologischen Untersuchungen über seine Wirksamkeit stammen hauptsächlich von Heubner und Meyer-Bisch in Göttingen. Wenn auch die Wirkungsweise des Schwefels in allen Einzelheiten noch nicht geklärt ist, so sind die grundlegenden Tatsachen doch hinreichend bekannt. Die Wirkung des Schwefels ist eine doppelte, einmal eine örtliche auf das Gelenk und dann eine allgemeine auf den gesamten Stoffwechsel. Im Gelenkknorpel ist in Form der Chondroitinschwefelsäure eine bestimmte Schwefelmenge vorhanden. Meyer-Bisch wies nach, daß nach parenteraler Schwefelzufuhr unter Verringerung der Quellbarkeit des Knorpels sein Schwefelgehalt sich vermindert; dafür steigt der Sulfatgehalt im Gelenkexsudat. Neben dieser lokalen Wirkung auf dem Schwefelumsatz im Gelenk, wird aber, worauf Bürgi hinweist, der gesamte Stoffwechsel im Sinne einer Beschleunigung umgestimmt. Die Reduktions- und Oxydationsvorgänge sind dabei beide gleichmäßig beteiligt. Wenn wir uns daran erinnern, daß bei vielen Arthritikern teils aus konstitutionellen Gründen, teils infolge seniler Reduktion der Gesamtstoffwechsel vermindert ist, so, möchten wir in dieser Allgemeinwirkung eine besonders wirksame Bekämpfung der arthritischen Diathese erblicken. Chemisch lassen sich auf der Höhe der Reaktion im Blute Esterschwefelsäuren nachweisen, die Kochsalzausscheidung ist vermindert (Meyer-Bisch).

Wir verwenden das Medikament in Form des sogenannten Schwefelöls, einer fein verteilten Suspension von Sulfur. praecip. in Olivenöl, die intramuskulär injiziert wird. Die Reaktion, die von der Stärke der Einspritzung abhängt, tritt am Tage nach der Injektion auf. Ein Nachteil dieser Applikationsform ist eine gewisse örtliche Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle, und man hat deshalb versucht, durch Verwendung kolloidaler Schwefelpräparate (Sufrogel), die intravenös injiziert werden, diesen Nachteil zu umgehen. Dabei ist aber die Reaktion infolge des Schutzkolloids häufig von unerwünschter Stärke und das neue Präparat Schwefeldiasporal scheint nach Tierversuchen nicht absolut sicher vor Embolien zu schützen (Teschendorf). Unter diesen Umständen sind wir bei der Verwendung des gewöhnlichen Schwefelöls geblieben, um so mehr als wir gerade in der langsamen Resorption des intramuskulär injizierten Depots einen Hauptvorteil dieser Behandlungsweise erblicken, da die Wirkung besonders anhaltend ist. Durch einen 2 prozentigen Zusatz von Psikain. basic. ist es uns außerdem gelungen, für die ersten Stunden nach der Injektion eine weitgehende Anästhesie zu erzielen, so daß auch bei empfindlicheren Patienten die Kur ohne Schwierigkeit durchgeführt werden kann. Die Frage der Indkationsstellung ist schon oben gestreift worden. Ich möchte an dieser Stelle nur noch die Fälle kurz erwähnen, die für eine Schwefelbehandlung nicht geeignet sind. Es handelt sich hauptsächlich um Nierenkranke, und um alle Fälle von Lungentuberkulose, die nach ihrer anatomischen Ausdehnung und dem augenblicklichen klinischen Befund eine Reaktivierung befürchten lassen. Höheres Alter des Patienten oder Hypertomie ist dagegen keine Gegenindikation, sondern soll uns nur zu besonderer Vorsicht bei Verwendung des Präparates mahnen. Heute ist es ja bekannt, daß Schwefel in geringen Mengen eine blutdruckherabsetzende Wirkung hat. Sind für die Durchführung der Schwefelbehandlung auch gewisse Richtlinien maßgebend, so muß doch vor jeder Schematisierung gewarnt werden. Im allgemeinen beginnen wir mit einem 0,3 ccm eines halb- oder einprozentigen Oeles, wobei wir die höhere Dosis bei schwereren Fällen, wenn es der Allgemeinzustand des Patienten erlaubt, in Anwendung bringen. Die Stärke der Reaktion, die am Tage nach der Einspritzung auftritt, ist zwar nicht bei allen Kranken vollkommen gleich; immerhin sind bei dieser Behandlungsform Fieberzacken, die über 37,8 gehen im allgemeinen selten. Die Reaktion pflegt meist am dritten Tage, auch was die Schmerzen in den erkrankten Gelenken betrifft, abzuklingen und macht einem gewissen gesteigerten Wohlbefinden Platz. Wie ich schon oben erwähnt habe, sollen gerade die Tage während der Reaktion zu einer intensiven Hitzebehandlung ausgenützt werden. Irgendeinen besonderen Zwischenfall haben wir bei der Durchführung einer derartigen Kur noch nie gesehen, auch schwächlichere Patienten ertragen diese Dosen gut. Die Injektionen selbst sollen intramuskulär nach Art von Kampherspritzen gemacht werden; sie folgen sich im allgemeinen in Abständen von 5 bis 6 Tagen. Ging die Temperaturerhöhung über 37,6°, so bleiben wir zunächst bei der Anfangsdosis, im übrigen steigern wir die Menge bei jeder Injektion in 3 bis 4 Teilstriche. Zur Durchführung einer Kur benötigen wir im allgemeinen acht Einspritzungen; dabei kommen wir auf eine Höchstdosis von 1—1½ ccm eines 2 prozentigen Oeles, bei manchen Patienten sind aber auch viel geringere Mengen notwendig, je nach dem Allgemeinzustand und der Reaktionsfähigkeit des betreffenden Organismus. In besonders schweren Fällen hat sich uns ein 2 prozentiger Lecithinzusatz zu dem Schwefelöl bewährt. Ohne auf diese Frage chemisch näher einzugehen, möchte ich nur soviel sagen, daß die Schwefelwirkung durch diesen Zusatz wesentlich verstärkt wird, und die Dosen deshalb noch geringer gewählt werden können. Ein Nachteil ist allerdings, daß die Injektionen durch den Lezithinzusatz erheblich schmerzhafter werden. Besondere Aufmerksamkeit ist während der Reizbehandlung der allgemeinen Körperpflege und der Ernährung des Patienten zu widmen. Werden die Dosen nicht übersteigert, so können bei vielen Patienten wir infolge der guten allgemeinen Erholung eher mit einer Gewichtszulage rechnen.

Was für einen Erfolg können wir nun von der Schwefelbehandlung erwarten? Bei den chronisch entzündlichen Fällen, bei denen die anatomischen Destruktionen von Knochen und Knorpel noch nicht so weit fortgeschritten sind, ist meist mit einer recht guten, häufig sogar vollkommenen Wiederherstellung der Gelenkfunktion zu rechnen. Die Gelenkschmerzen pflegen schon nach dem Abklingen der durch die erste Injektion hervorgerufenen Reaktion erheblich nachzulassen. Auch was den erzielten Dauererfolg anbelangt, so ist nach unserer Erfahrung die Schwefeltherapie jeder anderen Reizbehandlung überlegen. Anatomisch gröbere Läsionen bleiben selbstverständlich unbeeinflußt, und bei den schweren Gelenkveränderungen, wie man sie besonders bei manchen Fällen von jugendlicher Arthritis sieht, muß man sich meist mit einem Teilerfolg begnügen. Wesentlich anders möchten wir die Prognose bei den degenerativen Gelenkerkrankungen beurteilen. Der verbrauchte Organismus vermag nur eine beschränkte örtliche und allgemeine Reaktion hervorzubringen. Die Selbstheilungsvorgänge können nur in geringem Maße angeregt werden, und so ist der Erfolg oft bescheiden. Trotzdem möchten wir auch bei diesen Kranken die Schwefelbehandlung befürworten, da wir selbst in schweren Fällen (Malum coxae senile) gelegentlich recht erfreuliche Besserungen der Gelenkfunktion beobachten. Und wenn angesichts der knöchernen Veränderungen dieses Ziel nicht erreichbar ist, so werden doch die oft erheblichen Schmerzen gelindert und der Prozeß wenigstens zeitweise zum Stillstand gebracht. Damit möchte ich die Besprechung der Schwefeltherapie abschließen und auf das Sanarthrit Heilner übergehen.

Wie wir wissen ging der Entdecker bei der Veröffentlichung seiner ersten Arbeiten, von der Vorstellung aus, daß im arthritisch veränderten Gelenk der sogenannte „lokale Gewebsschutz" gestört sei; in diesem Sinne sollte es durch Zuführung des Sanarthrits — einem Kalbsknorpelpräparat — möglich sein, wieder normale Verhältnisse herzustellen. Abgesehen von den übrigen Arthritiden empfahl er das Mittel, vor allem zur Behandlung der Gicht. Nun waren die Erfolge gerade bei der Bekämpfung dieser Krankheit keine sehr guten, und Heilners Annahme einer spezifischen Gelenkwirkung wurde bald ziemlich übereinstimmend abgelehnt (Stern, Sonntag). Nach der Meinung der meisten Autoren handelt es sich bei der Wirkung des Sanarthrits vielmehr um eine unspezifische Proteinkörperreiztherapie, die in vielen Fällen allerdings recht Gutes leistet. Das Sanarthrit selbst wird in zwei Stärken hergestellt und intravenös eingespritzt. Nachteilig ist dabei, daß die Stärke der Reaktion nicht immer in einem sicheren Verhältnis zu der injizierten Dosis steht, so daß eine exakte Medikation nicht durchführbar erscheint. Aehnlich wie bei der Schwefelbehandlung werden die Injektionen in Abständen von ungefähr 5 Tagen wiederholt. Während der Reaktion tritt Fieber auf, gelegentlich mit Schüttelfrost, die Gelenke sind schmerzhaft, im Blute sind die polynucleären Leukozyten vermehrt. Oft nehmen die Schmerzen schon nach 2 oder 3 Einspritzungen ab und die Beweglichkeit der erkrankten Gelenke bessert sich. Ist bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Fortschritt zu verzeichnen, so wird auch bei weiteren Injektionen meist kein Erfolg mehr erzielt. Man fängt bei der Durchführung einer Kur mit einer Dosis von 0,8 bis 1 ccm der Stärke 1 an und schreitet je nach dem Ausfall der Reaktion fort zu Stärke 2. Gelegentlich ist schon empfohlen worden, daß Sanarthrit zur Verstärkung seiner Wirkung in der Weise mit einer gewöhnlichen Eiweißkörperbehandlung zu kombinieren, daß man das Medikament auf der Höhe der Reaktion etwa nach einer Caseosaneinspritzung injiziert. Viele Autoren geben an, daß der Erfolg einer Sanarthritkur um so nachhaltiger sei, je stärker die Reaktionen ausfallen. Diese Angaben lassen sich mit unseren heutigen Ansichten über die Durchführung einer Reizbehandlung schwer vereinbaren; sie sind jedenfalls für die Durchführung der Schwefelbehandlung in keiner Weise maßgebend. Für eine Kur werden meist 8 Einspritzungen benötigt. Als unerwünschte Nebenwirkungen sind gelegentlich Albuminurien und Herzstörungen beschrieben worden, die besonders zur Vorsicht bei Verwendung des Mittels mahnen. Wir werden also, abgesehen von den Patienten, die wir für eine Schwefelkur als ungeeignet bezeichnet haben, auch Hypertoniker von einer Sanarthritkur ausschließen müssen. Unter Beobachtung dieser Vorsichtsmaßnahmen vermag aber das Sanarthrit bei vielen entzündlichen Arthritiden, bei denen die anatomischen Störungen noch nicht zu hochgradig sind, recht gute Erfolge zu erzielen. Bei den degenerativen Formen allerdings leistet die Schwefelbehandlung zweifellos mehr und der Erfolg pflegt dauerhafter zu sein. Unter diesen Umständen möchten wir in der Behandlung der deformierenden Arthritiden das Sanarthrit am besten ganz durch das Schwefelöl ersetzt sehen.

An dieser Stelle sei noch ein Präparat erwähnt, das in letzter Zeit vor allem in die Therapie der degenerativen Arthritiden Eingang gefunden hat. Es handelt sich um das Jodgelatinepräparat Mirion, das ursprünglich in der Luesbehandlung verwendet, von dem Wiener Kliniker Strauss und von Blencke in die Therapie der chronischen Arthritiden eingeführt wurde. Die Wirkungsweise des Mittels erklärt sich aus der bei manchen Arthritikern beobachteten Störung des Jodstoffwechsels (Hypothyreoidismus) eine Frage, auf die ich bereits oben bei der Besprechung der Wirkung des

Schwefels näher eingegangen bin. Das Mirion selbst wird injiziert und soll nach den oben genannten Autoren teilweise recht Gutes leisten. Es bringt auch in vorgeschrittenen Fällen noch Besserung und vermag einen Stillstand des Prozesses herbeizuführen. Ein endgültiges Urteil über den Erfolg abzugeben, ist noch nicht angängig, auch ist die Zahl der behandelten Patienten noch zu klein. Eine unbedingte Gegenindikation zur Verwendung des Mittels liegt natürlich bei allen Fällen vor, die mit Hyperthyreoidismus vergesellschaftet sind.

Zusammenfassung: Wir unterscheiden bei den unspezifischen chronischen Arthritiden zwischen entzündlichen Erkrankungen und dem Symptomenkomplex der degenerativen Veränderungen. In Praxi sind häufig zu der Zeit, in der der Arzt den Patienten sieht, entzündliche und degenerative Vorgänge gemischt im Gelenk miteinander anzutreffen.

Die Diagnose ergibt sich aus der Untersuchung des Gelenks und seiner Umgebung.

Für die Wahl der Behandlung ist abgesehen von dem lokalen Befund der Allgemeinzustand maßgebend. Im allgemeinen besteht die Therapie in einer richtigen Kombination von physikalischer Behandlung und Reizbehandlung, vor allem in Form der Schwefeltherapie. Die Reiztherapie ist stets unter sorgfältiger Kontrolle des Allgemeinzustands und des örtlichen Befundes durchzuführen und darf nicht übersteigert werden.

Die Prognose, was die Bewegungsfähigkeit anbelangt, ist bei den entzündlichen Formen, sofern kein manifester Infektionsherd zurückbleibt, im allgemeinen nicht schlecht, bei den degenerativen Arthriden kann dem Charakter der Erkrankung entsprechend eine Heilung nicht eintreten, dagegen ist ein Erfolg in dem oben beschriebenen Sinne oft auf lange Zeit hinaus zu erreichen.

Literatur:

Meyer-Bisch: Münchner Med. Wochenschr. 1921, Nr. 17.
Meyer-Bisch und Heubner: Biochemische Zeitschrift 1921.
Schwalb: Therapeutische Halbmonatshefte, Jahrg. 35, 1921.
Gibney: Journal of orthop surgeon 1920.
Chapman: Ann. of Surgeon, Bd. 71, 1920.
Munk: Mediz. Klinik 1924, Nr. 6.
Ibrahim: Zeitschr. für orthop. Chirurgie, Bd. 34, 1914.
Schanz: Zeitschr. für orthop. Chirurgie, Bd. 34, 1914.
Malte Jungdahl: Wiener klin. Wochenschrift, Jahrg. 33, 1920.
Rieger. Münchner Mediz. Zeitschr. 1920, Nr. 25.
Axhausen: Archiv für Klinische Chirurgie, Bd. 104, H. 2.
Ryfield: Americ. journ. of dis. of children, Bd. 19, 1920.
Schade: Die physikalische Chemie in der Inneren Medizin.
Blath: Archiv of Radiology, Bd. 24, 1920.
Petrèn: Wiener Mediz. Wochenschrift, 1921, Jahrg. 71.
Rhonheimer: Ergebnisse der Inneren Medizin, Bd. 18, 1920.
Crew: Brit. Mediz. journal 1920, Nr. 3126.
Krebs: Münchner Mediz. Zeitschrift, 1925, Nr. 33.
Draper: Americ. Journal of Mediz. science, 1920.
Rolf Roman: Svenska Läkartidningen, Jahrg. 17, 1920.
Basler: Americ. Journal of Mediz. science, 1920, Bd. 160.
Fränkel: Münchner Mediz. Zeitschr., Jahrg. 61, Nr. 25.
Perls: Münchner Mediz. Zeitschr., 1922.
Mohr, Stähelin: Handbuch der Inneren Medizin.
Bürgi: Klinische Wochenschrift, 1925, Nr. 20.
His: Berliner Klinische Wochenschrift, 1921, Nr. 52.
Munk: Deutsche Mediz. Wochenschrift, 1922, Nr. 8.
Fromme: Berliner Klinische Wochenschrift, 1920, Nr. 45.
Plate: Münchner Mediz. Zeitschrift, 1925, Nr. 31.
Blencke: Münchner Mediz. Zeitschrift, 1925, Nr. 25.
Strauß, Fliegel: Münchner Mediz. Zeitschrift, 1925, Nr. 48.
Schäfer: Berliner Klinische Wochenschrift, 1920. Sanarthritbehandlung.
Stern: Münchner Mediz. Zeitschrift, 1920. Sanarthritbehandlung.
Sonntag: Deutsche Mediz. Wochenschrift, 1921. Sanarthritbehandlung.
Schittenhelm: Mediz. Klinik 1920, Arthritis enterica.
Teschendorf und Spiecker: Therapie der Gegenwart, 1924, Nr. 8.

Aus dem Knappschaftskrankenhause Bardenberg.

Ein Beitrag zur Therapie der Ischias, namentlich ihrer chronischen Formen.

Von

M. SCHIESSL.

Der Streit über die beste Behandlungsart der Ischias, besonders bei veralteten Fällen, ist noch immer nicht völlig geklärt. So möchte ich denn im folgenden über meine Erfahrungen an dem reichen Ischiasmaterial aus dem Aachener Bergbaugebiet berichten, das in den letzten zwei Jahren einheitlich nach den unten beschriebenen Methoden behandelt wurde.

Günstig ist die Prognose bei frischen Fällen, vor allem auch bei solchen, die akut eingesetzt haben. Kommen diese Patienten in den ersten 8 Tagen, dann kann man mit großer Wahrscheinlichkeit einen kurzen Heilverlauf erwarten, durchschnittlich 2—3 Wochen. — Die Behandlung besteht nach den altbewährten Grundsätzen in strenger Bettruhe, Natrium salicyl. viermal 1,0 pro die, Applikation des elektrischen Lichtbogens, Vermeidung der Obstipation. Der Zeitpunkt der Anwendung physikalischer Methoden (Massage, Faradisation, Diathermie, aktive und passive Bewegungsübungen) ist verschieden anzusetzen; im allgemeinen sollen sie in den ersten 5 Tagen nicht angewandt werden. Im übrigen ist der beste Gradmesser hierfür das Nachlassen der Schmerzen, zu prüfen entweder an den üblichen Druckpunkten oder durch Aufrichten bei gestreckten Kniegelenken. Im gleichen Maße werden die Salicylate allmählich eingeschränkt.

Die Nachbehandlung, die im wesentlichen sich auf die physikalischen Methoden stützt, ist sorgfältig und lange genug durchzuführen. Wir haben bei diesen früh zur Behandlung kommenden Fällen selten ein Rezidiv gesehen, wenngleich unsere Patienten immer an ihre ungünstigen, vielfach nassen und zugigen Arbeitsstätten zurückkehrten.

Leider stellten diese rechtzeitig zur Behandlung kommenden Fälle nur einen geringen Bruchteil unseres Ischiasmaterials überhaupt dar. Die größte Mehrzahl — etwa 50 Fälle aus den Jahren 1924-1925 — waren vernachlässigte, teilweise monatelang bestehende Erkrankungen, vielfach Rezidive, die schon zum zweiten- und drittenmal deswegen die Arbeit aussetzen mußten.

Die Therapie wurde auch in diesen Fällen genau so begonnen wie bei den frischen: Bettruhe, Salicylate, Lichtbogen. Zuweilen, wenn auch selten, sah man auch hier Besserung. Weitaus die meisten verhielten sich jedoch diesen Methoden gegenüber refraktär. Wir schritten dann stets nach einigen Tagen zur perineuralen Injektion des Nervus ischiadicus in Wurzeln, Stamm und Aesten. Wir verwandten ausschließlich 2% Novocainlösung (mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellt). Es hat sich dabei als zweckmäßig erwiesen, keinen Zusatz von Suprarenin zu verwenden. Injiziert werden die schmerzhaften Druckpunkte, die durch ihre Beziehung zu Knochenpunkten gut festgelegt sind. Man spritzt mit einer langen, biegsamen Nadel je etwa 10-15 ccm der Lösung. Gibt der Patient in einer bestimmten Tiefe Prickeln und Zucken im Gebiet des Nervus ischiadicus an, so wird an dieser Stelle mit leichtem Vor- und Seitwärtsschieben die Menge injiziert. Bei der Injektion der Nerven an seinem Durchtritt durch das Foramen ischiadicum magnum nimmt man als Einstichstelle einen Punkt, der etwa 3 Querfinger unter der Spina iliaca posterior liegt und führt die Nadel etwas medianwärts, bis der Patient Sensationen im Bereich des Nerven angibt. In der Gesäßfalte wählt man die Mitte zwischen Trochanter major und Tuber ischiadicum, hält sich besser noch etwas näher an das Tuber; den Nervus peronaeus erreicht man am Wadenbeinköpfchen, indem man oberhalb von ihm und nach innen von der Sehne des Musculus biceps femoris injiziert. Der Nervus tibialis ist in der Mitte der Kniekehle zu finden, lateral von der Arterie (Vorsicht vor der Vena poplitea!). Vielfach ist es auch noch erforderlich, die kleinen sensiblen Aeste am Unterschenkel zu anästhesieren, was nie Schwierigkeiten macht. — Unmittelbar danach wird das befallene Bein kräftig bewegt, meistens läßt sich dann schon eine Besserung feststellen. Diese Uebungstherapie im Verein mit den physikalischen Methoden wird dann regelmäßig täglich angewandt. In etwa einem Drittel der Fälle muß nach etwa 8 Tagen die Injektion wiederholt werden, wenn wieder eine größere Schmerzhaftigkeit und Bewegungshemmung auftritt. Einen Schaden von der Injektion haben wir nie gesehen, zu achten ist vor dem Ansetzen der Spitze auf das Ausfließen von Blut aus der Kanüle, was auf das Anstechen einer Vene hindeutet. In diesem Falle ist die Nadel herauszunehmen und etwas entfernt wieder einzustechen.

Leider bleiben auch bei dieser Methode vereinzelte Fälle refraktär in dem Sinne, daß zwar die Schmerzen verschwunden sind, aber immer noch Bewegungshemmungen bestehen. Für die große Mehrzahl — 80% — konnten wir aber auch bei veralteten und oft zum zweiten oder dritten Male rezidivierenden Erkrankungen Heilung erzielen.

Bei dem Rest der unbeeinflußt gebliebenen hat sich uns dann noch manchmal ein Versuch mit Reizkörpertherapie nützlich erwiesen. Wir bevorzugten nach der Veröffentlichung Fischers in der Münchener med. Woch. Sanarthrit, das nach den allgemein bekannten Grundsätzen der Reizkörpertherapie injiziert wurde. Es gelang, damit einzelne torpide Fälle weitgehend zu bessern, so daß diese Patienten wieder mittelschwere Arbeit verrichten konnten.

Ich möchte die perineurale Injektion von 2% Novocainlösung warm empfehlen, vor allem auch für den Praktiker, der sie auch im Privathaus unter Beachtung der Asepsis anwenden kann.

Literatur:

Fischer: Münchner mediz. Wochenschrift 1925, Nr. 33.

Aus der städtischen Krankenanstalt Kiel. (Dirig. Arzt Prof. Dr. G. Hoppe-Seyler).

Ueber sekundäre Hautkarzinose.

Von

Dr. HELMUT JAHN.

Da die Metastasierung bösartiger Tumoren in der Haut in der Literatur, abgesehen von einigen ausführlichen Angaben, nur beiläufig Erwähnung findet und in den Lehrbüchern recht kurz abgehandelt wird, so erscheint es von Interesse, über das doch zweifellos recht seltene Auftreten von Krebsmetastasen in Haut und Muskulatur bei einem Falle zu berichten, der vor kurzem in der Anstalt beobachtet wurde und der in diagnostischer Hinsicht viel Interessantes bot.

Es handelt sich um einen 51 jährigen Maurer, dessen Vorgeschichte außer einem Muskelrheumatismus im Felde keine Krankheiten aufweist, und der am 18. Dezember 1925 wegen Schmerzen in der rechten Seite und allgemeiner Schwäche in die Anstalt eingeliefert wird, nachdem er ergebnislos vom praktischen Arzt wegen Rheumatismus behandelt worden ist. Im Dezember 1924 erkrankte er mit stechenden Schmerzen in der rechten Seite, war dann nach einer Woche wieder gesund; im April 1925 traten die gleichen Schmerzen in den rechten Extremitäten wieder auf, verbunden mit einer gewissen Kraftlosigkeit in den Beinen, die langsam zunahm und ihn bettlägerig machte. Im November 1925 fühlte er plötzlich in der Haut an der Brust mehrere kleine, auch bei näherer Betrachtung nicht sichtbare, derbe Knötchen, ohne daß vorher eine krankhafte Veränderung der Haut bestanden hatte. Er sah sie an als Folge der ihm vom Arzt öfter gemachten Einspritzungen und legte ihnen wegen ihrer absoluten Schmerzlosigkeit keine Bedeutung bei. Im Laufe der Woche traten in der Haut an der Brust, dann auch am Bauch und Rücken neue hirsekorngroße Knötchen auf, während die anfänglich vorhandenen, jetzt schon teilweise gut Kirschkerngröße angenommen hatten, ferner stellten sich trockener Husten und starkes Stechen in der linken Seite ein.

Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus befindet er sich in ausreichendem Ernährungszustand, wiegt 58,8 kg und ist fieberfrei. Die Hautfarbe ist etwas blaß, doch ist das ganze Aussehen nicht derart, daß man bei Feststellung der Hautknoten an das Vorliegen einer malignen Erkrankung zunächst gedacht hätte. Diese kleinen Knoten, anfangs im ganzen zehn, sind einzeln stehend, völlig ungleichmäßig in der Haut an Brust, weniger am Rücken verteilt; zwei davon befinden sich am Hinterkopf. Sie sind von Hirsekorn- bis Kirschkerngröße, sehr derb, nicht druckempfindlich; die kleinsten von ihnen sind nur fühlbar, nicht sichtbar. Die Haut über ihnen zeigt völlig normale Beschaffenheit. Die Knötchen selbst sind teils gegen Unterlage und Haut, teils jedoch nur gegen erstere verschieblich. In der Gegend der linken Brustwarze findet sich eine kastaniengroße, stark druckempfindliche Geschwulst, die derber ist als die kleinen Hautknötchen und fest mit dem Knochen verwachsen ist, desgleichen ist hinten in der linken Kreuzbeinhälfte eine taubeneigroße, anscheinend auch vom Knochen ausgehende Vorwölbung festzustellen. Im übrigen sind die Knochen äußerlich ohne krankhafte Veränderung. Links vorne und seitlich von der 3. Rippe abwärts besteht eine trockene Pleuritis. Die Prostata zeigt normale Größe und ist nicht druckempfindlich; der Urin enthält keine krankhaften Bestandteile, keinen Bence Jonesschen Eiweißkörper. Das Blutbild zeigt 107% Hämoglobin nach Leitz, 5 312 000 rote, 9700 weiße Blutkörperchen; das weiße Blutbild weist außer einer leichten Erhöhung der eosinophilen Zellen (5,5%) normale Werte auf. Die Wassermannreaktion im Blut ist negativ.

Schon in den ersten Tagen nach der Aufnahme treten in der Brusthaut, unbemerkt von dem Patienten, zwei kleinste neue Knötchen auf, denen im Laufe der Behandlung noch mehrere folgen, so daß sich ihre Gesamtzahl auf 20 (11 an der Brust, 7 am Rücken, 2 am Kopf) erhöht. Während die anfangs vorhandenen Knötchen allmählich sich vergrößern, bleibt subjektiv die schmerzhafte Pleuritis im Vordergrund des Krankheitsbildes. Der Appetit ist nach Arsengaben gehoben, doch bleiben festere Speisen „vor dem Magen stehen". Eine Sondierung des Oesophagus mittels Magenschlauches gelingt wegen starken Würgens nicht, doch läßt sich eine Duodenalsonde ohne größere Schwierigkeit einführen. In dem spärlichen, etwas schleimigen Magensaft findet sich keine freie Salzsäure, der Gesamtsäurewert ist gering, Milchsäure nicht nachweisbar. Dagegen ist die Benzidinprobe im Magensaft schwach positiv, im Stuhl bei fleischfreier Kost mehrmals stärker positiv. Bei der Magendurchleuchtung ergibt sich eine unbehinderte Passage des Oesophagus und eine völlig normale Füllung des Magens, ein Tiefstand des Fundus bis handbreit unter dem Nabel, jedoch völlig glatte Konturen und gute Entleerung. Die Röntgenbilder vom Becken zeigen deutliche, taubeneigroße Aufhellungen in der linken Beckenschaufel und am rechten Oberschenkel etwas unterhalb des Schenkelhalses.

Die histologische Untersuchung eines am Rücken exzidierten Knötchens ergibt eine Tumormetastase vom Bau eines Plattenepithelkrebses. Das Blutbild weist 10 Tage nach der Aufnahme keine Veränderung gegen anfangs auf. Im Laufe der nächsten Wochen verstärkt sich die derbe Vorwölbung in der linken Brustwarzengegend langsam, und es wird am rechten Oberschenkel in der Adduktorengegend ein neuer, taubeneigroßer, kutaner Tumor sichtbar; auch zeigt die Haut des jetzt hinfälligen und apathischen Patienten eine leichte bronzeähnliche Verfärbung. Bald darauf, drei Wochen nach der Aufnahme, bemerkt man eine rasch zunehmende Protusio bulbi linkerseits. Unter schnell zunehmender Kachexie und Wechsel zwischen Somnolenz und motorischer Unruhe in den folgenden Tagen tritt am 20. Januar 1926 der Exitus ein.

Klinische Diagnose: Multiple Plattenepithelkrebsmetastasen in der Haut von Brust, Rücken und Hinterkopf. Metastasen im Becken-, Oberschenkelknochen, Stirnbein und Rippen. Sitz des primären Tumors zweifelhaft, wegen der vorhandenen okkulten Blutungen wahrscheinlich am Verdauungstraktus. Trockene Pleuritis.

Die Sektion und die histologischen Untersuchungen wurden von Herrn Dr. Völker im Pathologischen Institut unserer Anstalt (Prosektor Dr. Emmerich) ausgeführt. Aus dem mir liebenswürdigerweise zur Verfügung gestellten Sektionsprotokoll gebe ich gekürzt folgendes wieder:

In der Höhe der Bifurkation der Trachea findet sich am Oesophagus, 28 cm von der Zungenspitze entfernt, an der Vorderwand und etwas nach rechts, ein markstückgroßer, flacher Substanzdefekt der Schleimhaut von blaßgelber Farbe mit leicht strahlenförmiger Einziehung der Umgebung. Das Lumen des Oesophagus ist an dieser Stelle etwas verengt; auf dem Querschnitt sieht man die Wand desselben stark verdickt und von weißen Tumormassen durchsetzt, die mit den gleichfalls mit Tumor durchsetzten Bifurkationsdrüsen verwachsen sind. Oberhalb des Geschwürs ist die Schleimhaut glatt, unterhalb desselben das Lumen des Oesophagus erweitert, seine Schleimhaut verdickt. Die 4. und 5. Rippe zeigen im vorderen, die 7. Rippe im hinteren Teile spindelförmige, fast hühnereigroße Auftreibungen, die auf der Schnittfläche gleichmäßig weiße Farbe, doch keine Knochenstruktur erkennen lassen. Die linke Pleura zeigt an diesen Stellen spangenförmige Verwachsung; die Lungen selbst ergeben außer einem etwas vermehrten Luftgehalt einen normalen Befund. In der linken Beckenschaufel findet sich in der Mitte ein gänseeigroßer, den Knochen völlig durchsetzender Tumor, ferner gleichartige, kleinere Knoten am oberen Rande. Im oberen Teile des linken Oberschenkels sieht man in der Spongiosa erbsengroße weiße Knoten, einen gleichartigen pflaumengroßen Knoten im oberen Teile des rechten Oberschenkelschaftes. Die Muskulatur des Glutäus maximus ist links in ausgedehntem Maße durchsetzt mit weißen, weichen Tumoreinlagerungen, die sich streifenförmig in die Umgebung fortsetzen, im Muskulus quadriceps femoris beiderseits lassen sich ebenfalls mehrere bis taubeneigroße Tumorknoten feststellen. Die tiefen Cervicaldrüsen, die peripankreatischen und periaortalen Lymphdrüsen sind zu einem großen, stark mit der Umgebung verwachsenen Tumorpaket angeschwollen.

Nahe der Herzbasis befindet sich im Epicard des linken Ventrikels ein kirschkerngroßer, bis in die Muskulatur reichender Tumorknoten, im Vorhofseptum ein solcher von Bohnengröße. Das Hinterhauptbein und rechte Scheitelbein weisen innen zwei kleine tiefe Usuren des Knochens auf, denen zwei erbsengroße auf der Dura breit aufsitzende Tumorknoten entsprechen, ferner findet sich in der linken Orbitalhöhle, lateral, in der Gegend des großen Keilbeinflügels, ein kirschgroßer, in die Orbita ragender Tumorknoten.

Die histologischen Bilder des kleinen, leicht strikturierenden und oberflächlich ulcerierten, primären Oesophaguskarzinoms bieten im ganzen das Bild eines Carcinoma simplex. Die atypisch gewucherten Epithelzellen durchsetzen die ganze Wand, zeigen mittlere Größe, vielfache Mitosen, aber keine Differenzierung. Die Schicht der Muskularis, besonders die Ringmuskulatur, wird von Tumorgewebe durchsetzt, das hier meist strangförmig den Muskelinterstitien folgt. Im adventitiellen Bindegewebe der Oesophaguswandung enthalten mehrere Lymphspalten Tumorzellen. Ferner ist in der Umgebung des Oesophagus der Einbruch von Tumormassen in ein Blutgefäß histologisch nachzuweisen, es sind hier reichlich Tumorzellen innerhalb des Lumens sichtbar. In den Bifurkationsdrüsen und tiefen Cervicaldrüsen zeigt sich am Rande adenoides Gewebe, die Drüsen sind im übrigen gleichmäßig mit Epithelnestern durchsetzt, die keine Verhornung zeigen. Die Paraaortaldrüsen selbst enthalten große

Tumornester mit nekrotischem Zentrum. Ein im periglandulären lockeren Bindegewebe der Paraaortaldrüsen liegendes Gefäß ist im Lumen mit Tumor ausgefüllt, der zentrale Nekrose zeigt. Von der Intima des Gefäßes aus wachsen kleine bindegewebige Knospen in den Tumor hinein. Unterhalb des Primärtumors am Oesophagus findet sich teilweise starke Epithelverdickung, in kleinen quergetroffenen Lymphbahnen in der Tunika muscularis und adventitia sieht man Tumorzellen.

Im Bereich des Nebennierenmarkes finden sich viele Tumornester mit ausgedehnter Hornperlenbildung. In adventitiellen Lymphbahnen kleinerer Gefäße im lockeren Bindegewebe finden sich reichlich Tumorzellen, desgl. in Lymphscheiden des Epicards.

In der Muskulatur des Oberschenkels besteht ein ausgedehnter Herd zahlreicher Tumornester mit Nekrose. Das Tumorgewebe dringt infiltrierend in die Muskulatur ein, so daß Reste von Muskelbündeln innerhalb desselben liegen. Das Deckepithel der Haut zeigt normale Beschaffenheit, in den unteren Coriumschichten finden sich zahlreiche kleinere, netzartige Tumornester, die im subkutanen Fettgewebe an Größe zunehmen; auch hier zeigen sich in adventitiellen Lymphscheiden zahlreiche Tumorepithelien. An den Rippenmetastasen ist Knochengewebe an keiner Stelle mehr vorhanden. Dem fibrösen Gewebe der Dura mater sitzt breitbasig ein Tumorknoten auf aus zahlreichen Epithelnestern mit zum Teil konzentrischer Schichtung und beginnender zentraler Verhornung.

Bei dem völligen Fehlen krankhafter Veränderungen im Blutbild und einer ausgesprochenen Kachexie konnte man anfangs über einen malignen Charakter der zahlreichen Hautknötchen durchaus im Zweifel sein. Möglich war es ja, daß es sich bei letzteren vielleicht um leukämische Infiltrate handelte, wie sie von Zurhelle bei einem Falle von myeloischer Leukämie, dessen Blutbild keinerlei leukämischen Befund bot, 33 Tage vor dem Exitus als derbe, einzelstehende Knollen um die Schweißdrüsen herum beobachtet wurden. Uns schien aber bei dem Fehlen jeglicher Vergrößerung von Leber und Milz und bei dem gleichzeitigen Bestehen von Knochentumoren eine solche Aetiologie sehr unwahrscheinlich. Andererseits waren die Hauterscheinungen schlecht einer Diagnose einzuordnen, die etwa die zahlreichen Knochenveränderungen als Myelome angesprochen hätte, was an sich schon durch das Fehlen des Bence Jonesschen Eiweißkörpers, der ja bei diesen Knochenmarkstumoren mit ziemlicher Regelmäßigkeit im Urin auftritt, und dem Fehlen besonderer Zellformen im Blut als sehr fraglich erscheinen mußte. Daß es sich bei den Hautknoten um Tumormetastasen handelte, wurde dadurch wahrscheinlicher, daß sich die Mehrzahl der Knoten an der Brusthaut fand, die von mehreren Autoren (Kauffmann-Wolff, Furuta) als Prädilektionsstelle bei der Metastasierung von Karzinomen angesehen wird. Die histologische Untersuchung des probeexzidierten Hauttumors stellte gegenüber allen differentialdiagnostischen Erwägungen den karzinomatösen Charakter fest.

Wenn man sich die Frage nach der Häufigkeit und dem Wege der Hautmetastasierung maligner Tumoren vorlegt, so erscheint es, was die Häufigkeit anlangt, bei der „oft flüchtigen Erwähnung“ (Kauffmann-Wolff) von Hautmetastasen in der Literatur schwierig, darüber ein genaues Bild zu gewinnen. Kauffmann-Wolff veröffentlicht in ihrer Statistik unter 65 Krebsfällen mit Hautmetastasen 3 Fälle mit primärem Speiseröhrenkrebs, ist aber, wie viele andere Autoren, der Ansicht, daß längst nicht alle vorkommenden Fälle in die Literatur aufgenommen werden. Eine kurze Zusammenfassung vorhandener Statistiken findet sich in einer vor kurzem erschienenen Arbeit von Dürbeck, auf die ich verweise.

Interessanter ist es, darauf einzugehen, warum und auf welchem Wege es in unserem Falle zu einer Metastasierung gerade in die Haut gekommen ist. Leider wissen wir über die Gründe, die in den in Anbetracht der großen Zahl von Krebserkrankungen doch recht seltenen Fällen mit Hautmetastasen eine Aussaat in die letztere bedingen, so gut wie nichts. Auch in unserem Falle ergeben sich keine in dieser Richtung verwertbaren Tatsachen, nicht einmal Erscheinungen, wie Verrucae seniles, Naevi oder Pigmentanomalien, die nach Dauss vielleicht als Ursache einer Metastasierung angesehen werden können, oder die öfter in der Literatur als Prodromalerscheinungen geschilderten Symptome, wie Oedem, Herpes zoster-artige Bläschen, Erythem, lichenoides Exanthem, Urticaria (Kauffmann-Wolff) oder Erscheinungen pruriginöser, toxisch bullöser Art (Rothmann) ließen sich nachweisen.

Ein um so genaueres Bild läßt sich andererseits über die Wege der Ausbreitung in unserem Falle gewinnen. Als solche Wege stehen ja bekanntlich im allgemeinen zur Verfügung: die Blutbahn, die Lymphwege oder die perineuralen Bahnen (Askanacy), falls nicht diese Nervenbahnen als zu dem großen Gebiete der Lymphbahnen gehörig anzusehen sind (Furuta). Ribbert erklärt die Metastasierung sogar als selbständige Bewegung der Krebsepithelien und sieht die kleinen Bezirke an den Knotenpunkten der Lymphbahnen und um die Hautdrüsen herum als günstige Orte für die Ansiedelung an. Ob eine Metastasierung von Krebs aus unterliegenden Organen in die Haut in Form der „Lymphbahninfarkte“ (Unna), auf dem von Ribbert angenommenen Wege direkten Weiterkriechens oder an den Stellen mit Karzinose der Drüsen auf dem „retrograden Lymphwege“ (v. Recklinghausen) erfolgt, mag dahin gestellt sein. Wir konnten das in unserem Falle mikroskopisch nicht beobachten. Klinisch wies die Dissemination in den verschiedenen Hautgebieten (Brust, Rücken, Hinterhaupt) zusammen mit den Knochenmetastasen an voneinander sehr entfernten Stellen auf eine hämatogene Aussaat hin. Die für lymphogene Dissemination charakteristischen Anzeichen: „deutliche Gruppierung, im wesentlichen der Anordnung der Lymphbahn folgend“ (Furuta, Fillié), oder Lymphbahninfarkte, konnten wir nicht beobachten. Dagegen war an den mikroskopischen Schnitten erstens aus unmittelbarer Umgebung des Primärtumors, zweitens aus dem lockeren Bindegewebe nahe der periaortalen Lymphdrüsen, in welchen eine Metastasierung doch sicherlich lymphogen erfolgte, ein Einbruch der Tumormassen in ein Blutgefäß deutlich nachzuweisen. Die Auffassung, daß in unserem Falle die völlig ungleichmäßige Aussaat von Tumorelementen in die Haut, analog den Hautprozessen bei einer Sepsis hämatogen erfolgte, wurde histologisch also völlig bestätigt.

Als histologisch besonders interessant ist in unserem Falle auch die ausgedehnte Metastasierung in der Muskulatur zu erwähnen, die als ein ebenfalls recht seltenes und kaum beschriebener Vorgang anzusehen ist. Oberthür (zitiert bei Askanacy) fand in einem Falle mit generalisierter Karzinose zahllose Knötchen in der Muskulatur und miliare Knötchen in der Haut, während klinisch starke Druckempfindlichkeit der befallenen Muskulatur bestand. Wenn in unserem Falle auch derartige Beschwerden nicht geäußert wurden, so kann man doch das infiltrierende Wachstum von Tumormetastasen in der Muskulatur in ausgedehntem Maße beobachten.

Zusammenfassung: Ein markstückgroßer, leicht strikturierender, röntgenologisch nicht nachweisbarer Plattenepithelkrebs der unteren Speiseröhre führt in relativ kurzer Zeit teils unter ausgesprochener Metaplasie zu ausgedehnter Metastasenbildung in Haut, Lymphdrüsen, Muskulatur, Knochen, Nebenniere, Peritoneum und Dura. Daß die völlig ubiquitäre Aussaat von Krebsepithelien hämatogen erfolgt ist, wird histologisch nachgewiesen.

Literatur:

Askanacy: Berl. Klin. Wo. 1912 S. 2163.
Dauss: 1. Virch. Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. 2. Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. 77.
Dürbeck: Klin. Wo. 1926, Nr. 3, hier auch weitere Literaturangaben.
Fillié: Dermat. Wo. 58, 1914, S. 24.
Furuta: Arch. f. Dermat. u. Syph. 147, 251.
Laache: Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 77.
Kauffmann-Wolff: Arch. f. Dermatol. u. Syph. 114, 709.
v. Recklinghausen: Festschrift f. Rudolf Virchow 1891.
Ribbert: Zeitschr. f. Krebsforschung 1906, Nr. 103.
Rothmann: Arch. f. Dermatol. u. Syph. 149, 99.
Unna: Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin 1894.
Zurhelle: Ref. Deutsche Med. Wo. 1922, 48.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg (Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Tilmann).

Ueber die Diagnose und Therapie der angeborenen praesakralen Geschwülste.

Von

Prof. Dr. Max BUDDE.

(nach einem Vortrag, gehalten am 5. März 1926 in der wissenschaftlich-medizinischen Gesellschaft der Universität Köln).

M. H.! Wenn im Nachfolgenden von der Behandlung praesakraler Geschwülste die Rede sein soll, so ist eine Erörterung über deren Wesen vorauszuschicken. Daß sie angeboren sind, wird allgemein anerkannt, unbeschadet dessen, daß sie zuweilen erst später zum Vorschein kommen; dadurch unterscheiden sie sich auch von den vom Kreuzbeinknochen selbst ausgehenden Tumoren, seien es Fibrome, Sarkome verschiedenster Struktur oder auch Chordome. Als ersten Vertreter nenne ich die soviel umstrittenen Gebilde, die von den sogenannten „unzweifelhaften Fetalinklusionen“ an bis zum soliden 3 keimblätterigen Teratom eine fortlaufende Reihe bilden. Ihrem makroskopisch und mikroskopisch so verschiedenen Reifegrade steht als gemeinsames Merkmal der praesakrale Sitz gegenüber, der doch immerhin den Gedanken nahe legt, daß auch hinsichtlich der Entstehung eine gemeinsame Ursache obwalten könnte. Nun habe ich Ihnen neulich (s. Münch. med. W. 1926, Nr. 6) schon darlegen können, daß es tatsächlich möglich ist, die hier bestehende Erkenntnislücke auszufüllen. Es handelt sich nicht mehr um die Entscheidung, ob „mono- oder bigerminaler“ Ursprung anzunehmen ist. Die ganze Fragestellung hat sich auf ein anderes Gebiet verschoben. Am Reifegrade gemessen lassen sich überhaupt keine Trennungsstriche ziehen. Alle diese Gebilde — mögen sie Gliedmaßen besitzen oder jeglicher äußeren Körperform bar ein histologisches Potpourri darstellen — sind echte Embryonen, was allerdings wiederum nicht gleichbedeutend ist mit einer Diembryonie, aus der die sogenannten eineiigen Zwillinge hervorgehen. Was sie aber von diesen unterscheidet — und dieses Wesensmerkmal kann nicht scharf genug betont werden — ist ihre Lage im Körper des Trägers, ihre Eigenschaften als Endoparasit. Diese kann nie und nimmer aus einer Diembryonie hergeleitet werden, die nur zu einer mehr oder minder ausgedehnten Verschmelzung und bei gleichzeitiger Verkümmerung zur Bildung eines Ektoparasiten führen kann, sondern ist auf einen Knospungsvorgang in einem frühen Entwicklungsstadium, nämlich dem des Primitivstreifens zurückzuführen, den man am besten mit der Bezeichnung „Embryoschisis“ belegt.

Nun gibt es aber auch noch Geschwülste von gleichem praesakralem Sitz, die in einem doch sicherlich recht wesentlichen Punkte von der eben angeführten Gruppe abweichen, nämlich dadurch, daß sie nur aus Abkömmlingen zweier sog. Keimblätter bestehen. Ich nenne da auf der einen Seite glioblastische Neuroepitheliome, diese vergesellschaftet mit Dermoidzystenbildung, schließlich Dermoidzysten allein, auf der anderen Tumoren, die histologisch nur aus Leber- oder Lungengewebe bestehen. Das sind doch Gewebsarten, die man mit dem besten Willen nicht auf ein ursprünglich in dieser Gegend gelegenes und dann der Rückbildung anheimfallendes Primitivorgan, den postanalen Darm, zurückführen kann. Gewiß soll nicht bestritten werden, daß retrorektal gelegene mit Dickdarmschleimhaut ausgekleidete Hohlräume, die entweder abgeschlossen sind oder auch durch einen dosal vom regelrecht gelegenen Anus duplex mit der Außenwelt in Verbindung stehen können (Fälle Marwedel, Hauser, Friedel), aus diesem sich herleiten lassen. Aber für Geschwülste von dem eben erwähnten geweblichen Aufbau ist eine solche Annahme sicher unzulässig. Auch der Canalis neurentericus, der gar kein Primitivorgan, sondern eine belanglose örtlich begrenzte Zusammenhangstrennung im Primitivstreifen ist, kommt hierfür erst recht nicht in Betracht. Es ist nun wohl möglich, auch dieser Deutungsschwierigkeit Herr zu werden. Es liegen bei Tieren tatsächliche Beobachtungen vor (Heijl und Anders), daß bei echter Diembryonie der eine Paarling so verkümmert, daß er als amorpher Akardius nur aus Haut und Fettgewebe besteht, während Abkömmlinge des primitiven Dottersackes vollständig fehlen; diese müssen also zurückgebildet worden sein. Damit ist man natürlich berechtigt, derartige Reduktionsvorgänge auch für die Embryoschisis, die sich von der Diembryonie doch nur durch das zeitlich später erfolgende Auftreten unterscheidet, gelten zu lassen, und zwar für jede ihrer dem Sitz nach verschiedenen Unterarten und damit auch für die praesakrale. Es kommt auf die Besonderheiten des Einzelfalles an, welche Primitivorgane einmal angelegt wieder der Rückbildung verfallen; über die hier maßgebenden Einflüsse läßt sich z. Z. so gut wie nichts sagen. Ob man mit Greil sagt: „Allbekannte Vorgänge spielen sich zur unrechten Zeit und am unrechten Orte ab“ oder in moderner Wortfassung von „völlig veränderten hormonalen Verhältnissen“ spricht, ist doch nur ein Fingerzeig in der Richtung der Fragestellung. Jedenfalls genügt es, wenn die Berechtigung der Annahme bewiesen ist, daß auf „Embryoschisis“, d. h. auf Abkömmlinge des Primitivstreifens zurückgehende Geschwülste auch relativ einfach gebaut sein können. In der Praesakralgegend wird man solches als besonders naheliegend erachten können, weil hier der Primitivstreifen im Begriffe ist, seine Tätigkeit einzustellen. Man kann somit zusammenfassend diese ganze Gruppe von Praesakraltumoren als „Primitivstreifengeschwülste“ oder „Archirhabdoblastome“ bezeichnen. Sie sind als Ueberschußbildungen anzusehen.

Von den als Hemmungsbildungen zu deutenden Abkömmlingen des postanalen Darmes war ja schon die Rede. Aber zu diesen gehört noch eine weitere Gruppe von vor dem Kreuzbein gelegenen zystischen Geschwülsten, deren Kenntnis von der größten Wichtigkeit für unser praktisches chirurgisches Handeln ist, deren Unkenntnis sich immer wieder bis in die neueste Zeit hinein bitter gerächt hat. Ich meine die Rhachischisis anterior im Bereich des Kreuzbeins. Unter Rhachischisis anterior versteht man eine Medianspaltung des Achsenskeletts; sie kommt dadurch zustande, daß die vom vorderen Primitivstreifenpol ausgehenden Ströme differenzierter Zellen eine divergierende Richtung einschlagen statt einander gleichgerichtet zu verlaufen. Dadurch bleiben in einem mehr oder weniger großen Abschnitt vor dem kranialen Primitivstreifenpol Amnionhöhlenboden und Urdarmdach in unmittelbarer Verbindung, und diese nur für eine ganz frühzeitige Lebensphase vorgesehene Zelldoppellage reißt ohne Differenzierungsvorgang ausgeschlossen einfach ein. Damit ist eine neurenterische Verbindung hergestellt, um die herum sich jetzt das Achsenskelett in zwei Hälften mit je einer Chordalängshälfte anlegt. Mit dem Canalis neurentericus hat diese natürlich nichts zu tun, da dieser eine zeitweilig im Primitivstreifen selbst auftretende Zusammenhangstrennung ist, wenngleich er seine Entstehung den gleichen Gesetzen verdankt. Für gewöhnlich verbindet sich mit dieser Archenterorhexis, wie man viel besser als Rhachischisis anterior sagen würde, ein Offenbleiben des Medullarrohres, eine Myeloschisis. Andererseits kann es zu weitgehenden Korrekturvorgängen kommen. Nicht nur das Medullarrohr trennt sich in völligem Schlusse vom Hornblatt, sondern auch die Richtungsstörung der Zellströme wird bald wieder behoben, so daß also die abnorme neurenterische Verbindung nur örtlich begrenzt bleibt und auch noch weitgehend ausgeglichen wird. Besonders am Kreuzbein trifft das zu. Die Medulla spinalis zieht sich in normalem Reduktionsvorgang kranialwärts zurück. Das Einzige, was an die einstmals bestehende enge Verbindung mit dem Darmrohr gemahnt, ist eine ventralwärts aus dem Wirbelkanal durch die gespaltenen Kreuzbeinwirbel hindurch sich ausbuchtende Vorwölbung der Dura mater spinalis, eine sogenannte Meningocystocele sacralis anterior. Diese imponiert klinisch als praesakrale Geschwulst und ist stets als solche angegangen worden mit dem Erfolg, daß eine eitrige Meningitis zum tödlichen Ende führte. Das ist schon in dem Fall von Kroner-Marchand so gewesen, und die von Darmstädter 1921 und Lentz 1923 verliefen ebenso. Dabei ist natürlich die Diagnose leicht zu stellen, wenn man sich nur der Mühe unterzieht, ein Röntgenbild anzufertigen. Dieses gibt unter allen Umständen über eine Spaltbildung im Kreuzbeinkörper Aufschluß und leitet dementsprechend den diagnostischen Gedankengang auf solche Hemmungsbildungen hin.

Somit gliedern sich die für einen operativen Eingriff in Betracht kommenden auf einer angeborenen Anlage beruhenden auch für gewöhnlich unmittelbar nach der Geburt in Erscheinung tretenden praesakralen Tumoren in 3 Gruppen: 1. Archirhabdoblastome zusammengesetzter oder einfacher Bauart, 2. postanale Enterokystome, 3. Meningocystocele sacralis anterior. Kombinationen von 1 mit 2 und 3 sind sichergestellt. Andere zuweilen beobachtete Geschwulstarten kommen demgegenüber praktisch nicht in Betracht. Wohl sind Lymphangiome beschrieben, auch ein einziger Fall von angeborenem Chordom, aber das sind Raritäten. Es sei nur nebenbei erwähnt, daß die auf mangelnde Rückbildung des hinteren Neuroporus zurückgehenden postsakralen Dermoide oder Dermoidfisteln hiermit überhaupt nichts zu tun haben.

Nun zur operativen Therapie: Hier ist Folgendes zu sagen. Die erste Gruppe ist, wenn der Umfang nicht zu groß ist, auf perinealem Wege zu entfernen; reichen sie soweit kranialwärts, daß sie vom Rectum aus nicht mehr umgriffen werden können, so sind sie mit der kombinierten Methode anzugehen, zunächst also transperitoneal soweit wie möglich frei zu machen, dann ist das hintere parietale Peritoneums zu verschließen und ebenso die Bauchdecken; der Schlußakt vom Damm aus ist dann natürlich einfach. Die Meningocystocele sacralis anterior ist aber unter allen Umständen auf transperitonealem Wege anzugreifen; in den meisten Fällen wird es ja gelingen, den Sack zu stielen und den Stiel zu versorgen. Sollte das aber nicht möglich sein, so bleibt eine Kommunikation des Subarachnoidealraumes mit dem Becken-Bindegewebe, die aber sicher keiner Infektionsgefahr unterliegt, da sie ja nicht mit der Außenwelt in Verbindung steht. Werden diese Gesichtspunkte beherzigt, dann werden die operativen Heilerfolge noch bessere sein als sie es z. Z.

schon sind. Ich habe mich in einem Falle von praesakralem Gliom, der 1919 operiert wurde, bei der Nachuntersuchung im Jahre 1925 davon überzeugen können, daß trotz der Steißbeinabtragung die Funktion des muskulösen Beckenbodens eine ganz vorzügliche ist.

Psychologie des Aberglaubens.

Von

Generalarzt Dr. BUTTERSACK-Göttingen.

In unserer Zeit treiben die Geheimwissenschaften aller Art wieder einmal absonderliche Blüten, nachdem sie eine Zeitlang ihr Dasein mehr im Hintergrund gefristet hatten. So mag wohl mancher die verschiedenen Spielarten für etwas Neues und ihre Anpreisungen für das Heil der Gegenwart halten, namentlich wenn sie, wie die Christian Science amerikanisch, oder wie Steiners Anthroposophie buddhistisch-hinduistisch verbrämt sind. Indessen, solch eine Annahme wäre ein gewaltiger Irrtum. So lange es Menschen gibt, fühlen sie das Bedürfnis nach Klarheit und Macht über ihre Umgebung, und dieses Bedürfnis hat immer in der gleichen Weise Befriedigung gesucht: man ersann immer von neuem die gleiche Fabel von übernatürlichen Wesen und wechselte nur nach Zeiten und Orten deren Kostüme. Ihre allgemeine Anerkennung war genug Beweis für ihre Existenz. Wenn bei den Naturvölkern der Schamane seine Zaubergesänge und -Tänze ausführt und in seinem Medizin-Sack einen magischen Stein mit sich führt, erkennt man leicht in den modernen spiritistischen Sitzungen und in der sog. Kristallomantie die zeitgemäßen Abwandlungen. Der Zweck der Uebung bleibt sich gleich: die unbekannten Geister gefügig zu machen.

Es ist erstaunlich, wieviel Witz und Hingebung die Menschheit an diese Phantasien verschwendet hat, noch erstaunlicher, daß sie die wirklichen Verkörperungen des überindividuellen Geistes in den Heroen der Menschheit nicht erkannte, sondern mit teuflischer Grausamkeit verfolgte.

Mit umfassendem Wissen hat der bekannte dänische Physiolog und Psycholog Alfred Lehmann*) die magischen Ideen und ihre Einkleidungen seit den ältesten bis auf unsere Zeiten aneinandergereiht und klar gemacht, wie eben diese Einkleidungen nichts anderes waren als die Funktionen des Standes des jeweiligen Wissens. Ueberaus lehrreich sind da die Hexenprozesse. Den Deutschen lag die Vorstellung besessener Frauen von Natur fern; sie hatten ja ursprünglich eine zu hohe Meinung vom weiblichen Geschlecht, in welchem sie ihre Mütter und die ihrer Kinder ehrten. Es brauchte also geraume Zeit, bis die vom Oberhaupt der Kirche zum Dogma erhobene Fabel Anklang fand. Aber alsdann griff der Hexenwahn so um sich, daß schließlich in manchen Landstrichen nur noch zwei weibliche Wesen übrig blieben. Millionen waren dem kirchlich sanktionierten Hexenwahn geopfert worden, eine Selbstverstümmelung des Volkskörpers schauerlichsten Maßstabs! Und wenn man bedenkt, daß kaum 14 Generationen zwischen damals und heute liegen, so hat wohl ein jeder von uns eines oder mehrere Familienmitglieder darunter zu beklagen.

Man entgeht der Frage nicht: Wie ist es möglich, daß ein absurder Aberglaube entstehen und die Menschheit durch die Jahrtausende begleiten konnte? Die Antwort ist überraschend einfach: Der Aberglaube ist das Produkt von schlechter Beobachtung und falscher Deutung. Richtiges Beobachten ist nämlich eine schwierige Sache; denn der einzelne Sinneseindruck verbindet sich nach den Assoziationsgesetzen sofort mit anderen Elementen, welche nach einem — zumeist unbewußten Plan aus der Erinnerung hervorgeholt und zu dem gewünschten oder erwarteten Ergebnis zusammengeschmolzen werden. Anstatt also den Ablauf der Dinge mit kühler, photographischer Treue zu verfolgen und erst dann ein Urteil abzugeben, mischen sich von Anbeginn an eigenmächtige Zutaten hinein und erzeugen somit ein verzerrtes Bild. Eine große, vielleicht die ausschlaggebende Rolle spielt dabei das Unbewußte, jenes große Arsenal von Vorstellungen, Gefühlen usw., aus dem nur ein ganz geringer Teil in die lichte Sphäre des Bewußtseins aufsteigt. Aber wenn wir auch nichts Genaues davon wissen, so spielen sich doch auch im Unterbewußtsein allerlei psychische Prozesse ab: wir ziehen unbewußte Schlüsse (Helmholtz), wir suchen unbewußt nach entfallenen Namen, und viele unserer Handlungen sind vom Unterbewußtsein diktiert; erst nachträglich fügen wir die logische Motivierung hinzu. Und ist nicht die gesamte Pflanzenwelt ein ungeheurer Beweis für das klug und zweckmäßig handelnde Unbewußte?

Der geniale Forscher Alfred Lehmann hat diese, seine Erklärung des Aberglaubens, als Folge falschen Beobachtens und Denkens durch sinnreiche Experimente gestützt, gibt aber bescheiden zu, daß wir dermalen noch keineswegs das ganze Seelenleben restlos erklären können, insbesondere nicht die psychischen Beziehungen zwischen zwei und mehreren Individuen. Immerhin wird jeder, der das Buch liest, zu der Erkenntnis kommen, daß der übliche Aberglaube an Geister und dgl. eine gänzlich überflüssige Zutat ist, nur geeignet, die Wunder zu verdunkeln, aber nicht, sie zu erklären. Wir ahnen zumeist gar nicht, wie tief wir seit alters her in willkürlichen Vorstellungskreisen stecken — auch in falschen. Indessen, auch hier gilt Goethes Wort, daß nur der davon erlöst wird, der immer strebend sich bemüht.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 21, 21. Mai 1926.

Die akzidentellen Herzgeräusche. Martini.
* Tetanie als Saisonkrankheit. Moro.
Künstliche Erzeugung der für Syphilis charakteristischen Blutveränderung beim Kaninchen. Sachs, Klopstock und Weil.
Vitamine und Bakterien. Kollath.
Die Beeinflussung des Blutzuckerspiegels durch Unterbindung der Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse beim Hund. Nather, Priesel und Wagner.
Die Lebensdauer direkt transfundierter Erythrocyten. Wildegans.
Beziehungen zwischen Körperbau und Phthise. Neuer und Feldweg.
Zur Beeinflussung der Dosis in der Röntgenoberflächentherapie durch die Schwankungen der Netzspannung. Wucherpfennig.
Chemismus des Wismutsaumes. Rothman und Kurz.
Morbus Recklinghausen als heredodegenerative Erkrankung. Tannhauser.
Behandlung mit künstlichen Lichtquellen. Bommer.
Vergleichende Sinnesphysiologie. Koehler.

Tetanie als Saisonkrankheit. Wenn nach längerem Frostwetter schlagartig Föhn einsetzt und wenn nach gleichmäßig kalten und trüben Witterungsperioden wärmere und sonnenreichere Tage hereinbrechen, kommt es hauptsächlich zu Tetanieeruptionen. Daraus zieht der Verfasser den Schluß, daß eine in diesem Sinne veränderte klimatische Lage für den Säuglingsorganismus einen Reiz bedeutet, der unter den gegebenen Voraussetzungen (Disposition) Tetanie auslösen, d. h. den Uebergang vom latenten zum manifesten Stadium vermitteln kann. Die Wiederholung der Anfälle im erreichten manifesten Stadium ist von der Wetterlage in geringerem Maße abhängig. Es genügt oft schon der geringste äußere Reiz, schwerste, lebensbedrohende Anfälle hervorzurufen. Unter den krampfauslösenden Momenten sind die bisher bekanntesten: das Fieber oder besser gesagt ein rascher Anstieg der Körpertemperatur und die Bestrahlung der Haut. Dazu käme als weitere tetanigene Reizform von pathogenetisch großer Bedeutung die geschilderte Wetterwendung. Der Verfasser nimmt an, daß die gleichen klimatischen Einflüsse, die im ersten biologischen Frühjahr die Pflanze zum Wachstum reizen, auch für den Säuglingsorganismus Wachstumsimpulse bedeuten.

Nr. 22, 28. Mai 1026.

Die Formen der Lungentuberkulose. Ulrici.
* Die klinische Wertigkeit der Abderhaldenschen Reaktion. Grote.
Einfluß der Thymusfütterung auf Amphibien und Säugetiere. Romeis.
Thalliumalopecie und Sinneshaare. Buschke und Peiser.
Der Scheidenzyklus der weißen Maus als Testobjekt zum Nachweis des Ovarialhormons. Zondek und Aschheim.
Die Ermittlung des Herzschlagvolumens des Menschen durch Einatmung von Aethyljodid. Mobitz.
* Ueber die konstitutionell bedingte Form der spastischen Dysmenorrhoe und ihre Behandlung mit Novoprotin. Vogt.
* Urobilin beim Neugeborenen. Winternitz.
Enterokokkeninfektion der Gallenblase. Meyer und Löwenberg.
Ueber den Einfluß der Ueberlüftung auf den Peptidasenhaushalt von Epileptikern. Pfeiffer, Standenath und Weeber.
Leberfunktionsprüfung: Isolierung und Identifizierung der mit dem Harn ausgeschiedenen Galaktose. Halberkann und Kähler.
Angina mit akuter Lymphoblastose (Lymphoblastenangina). Preuß.
Behandlung einiger kindlicher Hautkrankheiten. Ullrich.
Paracelsus. Sticker.
Analgeticum Dormalgin. Leschke.
Diathermie bei Ohren- und Nasenkrankheiten. Hamm.

---

*) Alfred Lehmann, Aberglaube und Zauberei von den ältesten Zeiten bis in die Gegenwart. 3. Deutsche Auflage von Dr. Petersen. — 752 Seiten mit 4 Tafeln und 72 Textabbildungen. 1925. Stuttgart, Ferdinand Enke.

Die klinische Wertigkeit der Abderhaldenschen Reaktion. Methodisch ist das originale Dialysierverfahren Abderhaldens noch nicht durch etwas Besseres ersetzt. Wenn auch zunächst nur zu qualitativen Resultaten befähigt, kann die Methode doch einen Aufschluß über den Funktionszustand der Organe, besonders der inkretorischen Drüsen geben, den bisher kein anderes Verfahren ermöglicht. Zur Klärung der Pathogenese namentlich dieser Erkrankungsgruppen ist die Methodik unter dem Gesichtspunkt der Aufklärung der Korrelationen der Drüsenfunktionen und unter Beachtung der Periodizität des Auftretens der Fermente in erhöhtem Maße heranzuziehen. Unmittelbar diagnostische Dienste für die Klinik sind erst nach Klärung dieser Grundfragen zu erwarten. Aber ein nützliches Hilfsmittel ist die Methodik schon jetzt.

Ueber die konstitutionell bedingte Form der spastischen Dysmenorrhoe und ihre Behandlung mit Novoprotin. Die spastische Dysmenorrhoe ist nicht in jedem Falle ein lokales, auf den Uterus beschränktes Leiden. Die Krankheit kann auch durch die Eigenart der Konstitution bedingt sein. Der Krampf des Uterus wird mit einer erhöhten Erregbarkeit des Sympathikus auf dem Boden einer vosoneurotischen Diathese erklärt.

Die intravenöse Zufuhr von Novoprotin kann die Erregbarkeit des Sympathikus in kurzer Zeit herabsetzen, den Krampf des Uterus lösen und die Beschwerden beseitigen.

Versager der Novoprotintherapie müssen den Verdacht erwecken, daß die spastische Dysmenorrhoe psychogener Natur ist, also auch entsprechend behandelt werden muß.

Das Novoprotin zeichnet sich unter den Reizkörpern dadurch aus, daß es außer der Erzeugung der Herdreaktion in der Lage ist, Spasmen der glatten Muskulatur und der Gefäße infolge eines erhöhten Sympathikustonus zu lösen. Dafür sprechen die Erfolge der Novoprotintherapie bei Magen- und Duodenalgeschwüren, und die Versuche des Verfassers sind die Belege dafür.

Urobilin beim Neugeborenen. Der Darminhalt des Fetus, Harn und Stuhl des Neugeborenen enthalten regelmäßig Urobilin. Dieses Urobilin entstammt dem mütterlichen Blut und geht auf dem Plazentarweg auf den Fetus über. Es wird von der Leber abgefangen und in die Galle ausgeschieden, wo es stets nachweisbar ist. Die fetale Leber besitzt also schon im 7. Lunarmonat eine exkretoriche Funktion in einem Zeitpunkt, wo sie die Niere normalerweise wohl noch nicht hat.

Wenige Stunden nach der Geburt setzt die bakterielle Urobilinbildung im Darm ein.

Schwangere der letzten Lunarmonate, besonders aber Gebärende zeigen häufig geringe Urobilinämie.

Kleine in den Kreislauf gelangende Urobilinmengen bleiben in der Fetalzeit und in den ersten Lebenstagen im Serum nachweisbar.

Für die Annahme einer extraenteralen Urobilinbildung beim Fetus und Neugeborenen besteht kein Anhaltspunkt.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 18, 5. Mai 1926.

*Das Gesundheitswesen Dänemarks. Lehnert.

1. Jahrgang, Nr. 19, 12. Mai 1926.

*Das Gesundheitswesen Dänemarks (Schluß). Lehnert.
Trinkerfürsorge und Trinkerheilung. Flaig.

Das Gesundheitswesen Dänemarks. Lehnert gibt uns auf Grund einer Studienreise ein Bild des öffentlichen Gesundheitswesens Dänemarks. Dieser interessante Reisebericht zeigt uns in fesselnder Schreibweise, wie weit das kleine Land manch großes Land in medizinisch-hygienischer Beziehung überflügelt hat. Gar manche Einrichtung, die wir seit Jahren vorgeschlagen, hat dort ihre Verwirklichung erlebt und sich gut bewährt. Unsere führenden Mediziner können aus diesem Berichte gar manches lernen. Das Original möchte ich dringend zur Lektüre empfehlen.

1. Jahrg., Nr. 20, 19. Mai 1926.

Grenzen der Sterblichkeitsstatistik. Würzburger.
*Krankenhausüberfüllung und soziale Krankenhausfürsorge. Hoffmann.

Krankenhausüberfüllung und soziale Krankenhausfürsorge. Auf Grund seiner Berliner Erfahrungen bespricht Hoffmann die Gründe der Krankenhausüberfüllung und deren Bekämpfung. Hier soll die soziale Krankenhausfürsorge, die Hauskranken- und die Heimpflege helfend eintreten. Die Bettennot in den Krankenhäusern ist nicht auf Zunahme der Krankheiten an sich, sondern in erster Linie auf soziale Momente verschiedenster Art zurückzuführen. Bei ihrer Bekämpfung wird man diese sozialen Momente nicht außer acht lassen. Die vermittelnde Tätigkeit einer „Fürsorgerin“, deren Dienstanweisung angegeben ist, hat sich sehr bewährt. Die Fürsorge für den Kranken selbst besteht in Beratung in gesundheitsfürsorgerischer, wirtschaftlicher und sozialer Beziehung, Erledigung von Schriftverkehr, Stellung von Heilanträgen usw.; ferner in Vermittlung der Vorsorge für die erste Zeit nach der Entlassung; eine 2. Aufgabe ist die soziale Fürsorge für die Familie. Diese Errichtung, welche in Berlin sich bewährt hat, verdient auch in anderen Städten Nachahmung. Doch ist auch hier, wie bei allen modernen sozialen Einrichtungen, zu bemerken, daß ein Zuviel der staatlichen Fürsorge für den Einzelnen diesem in ethischer Beziehung mehr schadet als nützt, indem er ihm jedes Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit und Vorsorge abtötet.

1. Jahrgang, Nr. 21, 27. Mai 1926.

Die Ge-So-Lei in Düsseldorf. Grünewald.
Der künstliche Abort im neuen Strafgesetzbuch. Winter.

Paul Michaelis, Bitterfeld.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 19, 6. Mai 1926.

Anton Eiselsberg. Clairmont.
*Ueber Ulcus callosum recti und dessen Behandlung. Hochenegg.
Zur Frage der traumatisch degenerativen Rückenmarksveränderungen. Steindl.
Ueber die Nomainfektion und ihre Therapie. Kaspar.
Die operative Zerstörung der Rami communicantes bei gastrischen Krisen der Tabiker. Mandl.
Eine multilokuläre Nierencyste. Haslinger.
Zur Frage der Gastritis phlegmonosa. Stöhr.
Ein Fall von Magenlipom. Spitzmüller.
Der kompensatorische Speiseröhrenverschluß bei Dysfunktion der Kardia. Palugyay.
Zur Frage der sogenannten „blutenden Mamma“. Risak.
Ueber die Giftwirkung hypertonischer Lösungen und ihre experimentelle Beeinflussung. Fuchs.

Ueber Ulcus callosum recti und dessen Behandlung. Es gibt Fälle von Mastdarmerkrankungen, die symptomatisch und objektiv vollkommen dem Mastdarmkrebs gleichen und nur durch das Zurückgehen aller Erscheinungen nach Kolostomie als gutartig erkannt werden. Die Analyse zum Ulcus callosum ventriculi ist deutlich; das Zurückgehen des Tumors nach Mastdarmausschaltung spricht für sterkorale Reizung als ätiologisches Moment: Für die Feststellung des vollkommenen Abklingens der Mastdarmerkrankung nach Kolostomie bewährt sich besonders die nach beiden Richtungen vorgenommene Rektoskopie. Dann kann die Fistel verschlossen werden. Mit Rücksicht auf das Vorkommen des Ulcus callosum macht Hochenegg in allen zweifelhaften Fällen von Mastdarmkrebs zuerst die Kolostomie und erst nach einigen Monaten die radikale Exstirpation.

Nr. 20, 13. Mai 1926.

Ueber Heil- und Schutzwirkung chemisch-therapeutischer Substanzen gegen septische Infektionen. Saxl, Donath und Kelen.
Ueber Tonushemmung der glatten Muskeln. Pal.
*Zusammenhang zwischen Verdauungsstörungen und Dermatosen. Porges.
Unerwartete Folgen therapeutischer Maßnahmen. Pribram.
Ueber die Möglichkeit, den Lichtreflex der Pupille zu steigern. Erben.
Die „Epechesis oxytonica“ als wesentliches Element der Aegophonie. Sacconaghi.
Magen-Duodenalgeschwür und Probefrühstück. Barsony.
Einige Richtlinien der Digitalistherapie. Braun.

Ueber den Zusammenhang zwischen Verdauungsstörungen und Dermatosen. Bei chronischer Typhlitis kommt es häufig zu leichtem Pruritus, seltener zu Neurodermitis, Lichen urticatus, Urticaria und Ekzemen. Die Aetiologie der Typhlitis ist Kotstauung im Coecum oder Ueberlastung desselben mit vermehrten Nahrungsschlacken infolge ungenügender Magen-Dünndarmverdauung. Symptome: Druckempfindlichkeit und spontaner Blähungsschmerz des Coecum nach Genuß mancher Speisen; Hyperindikanurie. Therapie: Fäulnishemmende Diät. Verboten sind Gemüse, Hülsenfrüchte und Obst wegen der durch sie erzeugten Steigerung der Darmsekretion. Gegeben werden Nahrungsmittel, die die Ansiedlung von Gärungserregern begünstigen; Schwarzbrot, Kartoffel, bei hartnäckiger Obstipation auch Grahambrot, Milchzucker, Dörrobst. Keine Beschränkung von Fleisch.

Nr. 21, 20. Mai 1926.

Die Arbeitsrichtungen in der Dermatologie. Arzt.
Ist die postoperative Nachbestrahlung bei Mammakarzinom berechtigt? Borak.
Wirkung kleiner Joddosen bei katarrhalischer Affektion des Mittelohres. Sternberg und Goldberger.
Eine neue Züchtungsmethode der Ankylostomumeier. Usami.
Schlechte und gute Rettungstechnik. Jellinek.
Neurosenbehandlung. Koperer.
Epileptikerfürsorge. Dreikurs.
Digitalistherapie (Schluß). Braun.

Nr. 22, 27. Mai 1926.

Ueber Wesen und Behandlung der Angina pectoris vera. Pal.
Geschwüre beim Vorfall. Kermanner.
Der Nachweis der neurotropen Virusarten mittels Komplementablenkung mit Koktoantigen. Kraus und Takaki.
Insulin und Blutkatalase. Török.
*Spirozid (Stovarsol) bei Syphilis. Oppenheim.
Ueber chemische Sensibilisierung der biologischen Röntgenwirkung. Petry.
Hexeton und Infektionskrankheiten. Schenk.
Auf welche Weise kann man die Skoliose prophylaktisch beeinflussen? Haß.

Spirozid (Stovarsol) bei Syphilis. Dosierung: An 3 aufeinander folgenden Tagen morgens nüchtern 2, 3, 3 oder 3, 3, 3 Tabletten, dann 3 Tage Pause. Im ganzen so viele Tabletten, als der Kranke Kilogramm wiegt (1 Tablette = 0,25 g). Die Wirkung des S. steht nur wenig hinter Neosalvarsan zurück. S. soll überall dort verabreicht werden, wo Neosalvarsan nicht gegeben werden kann. S. soll als Prophylaktikum bei Gefahr einer luetischen Infektion gegeben werden. Bei Säuglingslues ist es das erste Spezifikum.

Pick, Wien.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

50., Heft 1/2.

Einige Abhängigkeiten der ersten Entwicklung. E. Thomas.
Die Infektiosität von Bakterien. Oskar Bail.
*Sogenannte endogene Reinfektion bei der Tuberkulosekrankheit des Menschen. A. Ghon.
Unspezifische Lipoidtherapie der Tuberkulose. W. Drügg und H. Fischer.
Glykogenkonstitution und Diabetesproblem. Alfred Gottschalk.
*Physiologie des Lungengewebes. L. Aschoff.
Das Elektrofilter und seine Anwendung zur Bestimmung der Niederschlagsgröße von Inhalationsnebeln in den Luftnebeln. Harry Schäffer und Kurt Friedländer.
Das Schicksal eingeschwemmter Reticulo-Endothelien (Bluthistiocyten) in den Lungengefäßen. H. Siegmund.
Herzklappenentzündung. A. Dietrich.
Interpolierte supraventrikuläre Extrasystolen beim Neugeborenen. I. Riht.
Fall von sogenannter Schlucktachykardie. Sakai und F. Mori.
Vorhofflimmern nach elektrischem Trauma. Jacksch-Wartenhorst und I. Rihl.
Die Bedeutung der Nachschwankung (T-Zacke) des Elektrokardiograms. W. Sulze.
Differenz-Mechanogramm und Elektrogramm der Kammer des Froschherzens. P. Spurk.
Aktionsstrom und Mechanogramm bei Aenalung der Schlagfrequenz des Herzens und bei Vagusreizung. F. B. Hofmann.
Ueber die elektive Wirkung des linken Ariclerans auf die atrioventrikuläre Reizleitung. Ken-Kuré und Yoshio Hata.
Die Wirksamkeit des Herzvagus nach doppelseitiger Exstirpation des Ganglion steleatum. R. Dittler und H. K. Müller.
Die Angiostomie. H. F. O. Haberland.
Aderlaßwirkung. Das Verhalten der Eiweißkörper. Lindlau, M. H. Schürmeyer und P. Uhlenbruck.
Bestehen Wechselbeziehungen zwischen der Höhe des Tag- und Nachtblutdruckes und der zugehörigen Harnmenge. Ernst Wiechmann und Herrmann Paal.
Chirurgische Erfahrungen über den Carotis,Sinusdruckversuch. Max Budde.
Glykämische Reaktion und Magenmotilität bei Kranken mit Kreislaufinsuffizienz. Bruno Kisch.
Einfluß vorübergehender Blutabsperrung auf den Längsquerschnittstrom der Warmbluternerven. Eberhard Koch.
Elektrische Erregbarkeitsprüfung. U. Ebbecke.
Isolierte Muskelkrämpfe im Rhythmus des Herzschlags im Gebiet der unteren Thorakal- und oberen Lumbalsegmente des Rückenmarks. E. Shcott.
Bewegungsstörung nach Hinterwurzeldurchschneidung. F. Hartmann und W. Trendelenburg.

Sogenannte endogene Reinfektion bei der Tuberkulosekrankheit des Menschen. Der Begriff der endogenen Reinfektion sollte nur dann Anwendung finden, wenn der Herd, der als ihre Quelle angesprochen wird, einen latenten und anatomisch anscheinend ausgeheilten Prozeß darstellt. Ausheilung im anatomischen Sinn bedeutet nicht eine solche im biologischen Sinn. Es ist gegenwärtig noch nicht möglich zu entscheiden, welche Form der Reinfektion bei der Tuberkulose die gewöhnliche ist. Vor allem sind die allergischen Verhältnisse bei einem Organismus, der durch die primäre Infektion nicht mehr „jungfräulich“ ist, noch zu wenig bekannt.

Physiologie des Lungengewebes. Viele morphologische Beobachtungen drängen zu physiologischen Fragestellungen, die der Anatom nicht beantworten kann. Es ist anzunehmen, daß im Capillarblut des Alveolargewebes umfangreiche Verdauungsvorgänge stattfinden. Schon unter physiologischen Umständen, erst recht unter pathologischen, werden bestimmte Zellen des Blutes im Blut der Lungenkapillaren verdaut. Die Menge des in der Lunge von den Alvolarepithelien verdauten Materials kann eine sehr erhebliche sein. Das ist nur denkbar, wenn die verdauten verflüssigten Massen absorbiert werden. Die Tätigkeit der Lunge als Ausscheidungsorgan erstreckt sich auf feste Substanzen ebenso wie auf Gase. Von physiologischer Bedeutung muß das Muskelsystem im Arinus sein. Nach dem histologischen Aufbau besteht kein Zweifel, daß bei der Inspiration die Bronchien in der Richtung gegen die Pleura zu verlängert werden; bei der Exspiration erfolgt von selbst die Zusammendrehung der elastischen Bronchialwand. Es bleibt die Frage, ob die intraarimose Muskulatur während der Inspiration (als tonus beherrschendes System) oder als Bewegungssystem während der Exspiration tätig ist.

50., Heft 3—4. 1926.

Zur Biologie der Haut. VII. Mitteilung. Die intrakutane Insulinwirkung bei Diabetikern. Edelstein und Vollmer.
Praktische Bedeutung und theoretische Grundlagen der Coliagglutinationsreaktionen. Pesch.
Zur Frage der inneren Sekretion der Sexualdrüsen. Kylin.
Ueber den Zusammenhang von Elektrolytempfindlichkeit eines Organs und seinem eigenen Elektrolytgehalt. Jacobs.
Ueber die Wirkung des Atropins auf den Dickdarm bei dessen spastischer Kontraktion. Large.
Ueber die Kontrolle der Gaswechseluntersuchung. Knipping.
Ueber die Beziehungen zwischen Dondersschen venösem und arterischem Druck. Rehfisch.
Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Kochsalz- und Stickstoffausscheidung beim curarisierten Frosch. Ucko.
Ueber die Wirkung des Albumin-Globulin-Quotienten auf den osmotischen Druck des Serums. G. v. Farkas.
Ueber den Eiweiß- und Kreatinstoffwechsel bei milzexstirpierten Hunden. Weicksel.
Anaphylaxie und Röntgenbestrahlung. Klewitz und Wigard.
Versuche mit Rhodansalzen. Takáes.
Vergleichende Untersuchungen zur Mikroeiweißanalyse des Blutserums. Petschacher, Berger und Schretter.
Die spezifische Viscositätserhöhung der Serumeiweißkörper. Petschacher.
*Ueber die Empfindlichkeit des Trommelfells und der Paukenhöhlenschleimhaut für äußere Reize unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Manasse.
Die physikalischen Grundlagen der Elektrokardiographie. Schellong.
Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungen des Viscum album. Mae.
*Die spezifisch dynamische Wirkung der Nahrung im Kindesalter. II. Mitteilung. Die Fettbildung aus Zucker. Helmreich.
Adrenalinleukocytose und Adrenalinhypertonie in ihren Wechselbeziehungen Baar. Baar.
Nestles Kindermehl und Meerschweinchenskorbut. Lüüs.
Vergleichende Untersuchungen über die Verwendung des Wassers und Alkohols als Sekretionsmittel bei der Verweilsonde. Våndorfy und M. v. Várady-Borbély.
Bluttransfusion und Milzgröße. Vollmer und Serebrijski.

Ueber die Empfindlichkeit des Trommelfells und der Paukenhöhlenschleimhaut für äußere Reize unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Verfasser berichtet über Untersuchungen, welche mit mechanischen, thermischen, chemischen und elektrischen Reizen am Trommelfell und an der Paukenhöhlenschleimhaut angestellt wurden. Der Schwellenwert für Berührung und Schmerz ist beim gesunden Trommelfell nicht konstant. Die Außenfläche des Trommelfells hat eine kaum nennenswerte Wärmeempfindung, Kältereize werden dagegen sehr deutlich empfunden. Durch eine akute Entzündung wird die Schmerzempfindlichkeit des Trommelfells nicht notwendig erhöht, sie bleibt unverändert oder kann sogar herabgesetzt sein. Die Trommelfelloberfläche ist für mechanische Reize empfindlicher als die Paukenhöhlenschleimhaut. Vergleicht man chronisch entzündete Paukenhöhlenschleimhaut mit dem stehengebliebenen Trommelfellrest, so ergibt sich weit stärkere Schmerzempfindlichkeit des letzteren.

Die spezifisch dynamische Wirkung der Nahrung im Kindesalter. II. Mitteilung. Die Fettbildung aus Zucker. Wenn man einem Kind ⅓ l Milch zu trinken gibt und halbstündlich den Sauerstoffverbrauch bestimmt, so zeigt die durch diese Werte gelegte Kurve keinen gleichmäßigen Anstieg und Abfall, sondern es treten in ihrem Verlauf oft tiefe Depressionen auf, welche weit unter die Linie des Ruhe-Nüchternumsatzes reichen können. Noch deutlicher werden diese Verhältnisse nach der Verabfolgung von 50 g Traubenzucker beobachtet. Der respiratorische Quotient zeigt während solcher Depressionen immer Werte über I. Daraus kann man schließen, daß während dieser Zeit eine Fettbildung aus Zucker stattfindet. Es tritt eine geringere Sauerstoffaufnahme aus der äußeren Luft auf, da bei dieser Umwandlung endogen-Sauerstoff frei wird. Beim Kleinkind besteht nach Ansicht des Verfassers eine umfangreichere Fettbildung aus Zucker als beim Erwachsenen.

Werner Gottstein, Freiburg i. B.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

Heft 9. 1926.

*Das Rote Kreuz in der Seuchenbekämpfung. Borchert.
Problem des Tuberkulosekrankenhauses. Lang.
Zur Krankenbeköstigung der Humanitätsanstalten der Stadt Wien. Kopf.
Mischbatterie für Badewannen. v. Mirman.
Dosenöffner. Voges.
Die amerikanische Krankenhaus-Vereinigung. Groth.

American College of Surgeons. Alter.
Plan einer Arbeitsgemeinschaft des Altrussischen Roten (Doppel-) Kreuzes und der Tbc.-Abteilung des Narkomsdrow (Volkskommissariat für Gesundheitspflege) der Russischen Sowjet-Republik. Gutachterausschuß.

Das Rote Kreuz in der Seuchenbekämpfung. In dem kurzen Uebersichtsaufsatz sind Tatsachen und Hinweise gegeben, die für jeden in einer seuchenbedrohten ärmeren Gemeinde tätigen Arzt wichtig sind. Im letzten Jahre sind, wie auch Verfasser betont, wiederholt Epidemien an kleineren Orten aufgetreten, wo Mittel und Räume zur ausreichenden Hospitalisierung fehlten. Nach dem Reichsseuchengesetz 1900 ist jede Gemeinde zur rechtzeitigen Beschaffung von Beobachtungs- und Absonderungsräumen für Kranke im Seuchenfalle verpflichtet. Seit 1905 entschloß sich der Vorstand der Landesvereine vom Roten Kreuz, auf Grund eines vertraglichen Abkommens Krankenbaracken im Döckerschen System leihweise zur Verfügung zu stellen. Einzelbestimmungen des Vertrages werden näher ausgeführt. Als Hauptpunkt sei angeführt, daß die zahlreichen Beiträge auf 1,50 RM. für jedes Tausend der Preiskopfstärke festgesetzt sind. Einrichtungsgegenstände werden gleichfalls geliefert. Sanitätskolonnen übernehmen im Bedarfsfalle die Aufstellung der Baracken.

Heft 10. 1926.

Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen. Verschiedene Mitteilungen.

Heft 11, 1926.

Der Entwurf eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches von 1925 und das Krankenhaus. Landsberg.
* Die Aufgaben eines Tuberkulose-Krankenhauses. Ulrici.
Die Walderholungsstätte im Stadtwald von Frankfurt a. M. Wirth
Eine Prüfungsstelle für Krankenhausbedarf. Grober.
Richtlinien für die Prüfungsstelle für Krankenhausbedarf. Alter.
Die für die Krankenhäuser beachtlichen steuerlichen Bestimmungen. Weinstock.
* Verhütung und Behandlung des Scharlachs. Friedemann und Deicher.
Die Medizin. Zentrale in New-York. Gutachterausschuß.
Belegungsstatistik der Krankenanstalten. Wirth.
Autex-Ergebnisse. Voges.
Sind Assistenzärzte an Krankenanstalten beitragspflichtig zur Erwerbslosenfürsorge? Plank.

Die Aufgaben eines Tuberkulose-Krankenhauses. Sonderanstalten für tuberkulöse Schwerkranke haben sich nicht bewährt, denn diese Sterbehäuser werden von den Kranken gemieden. Phthisikerabteilungen, die einem allgemeinen Krankenhaus angegliedert sind, können wegen Verpflegungsschwierigkeiten und Mangel an Einrichtungen unmöglich alle Forderungen erfüllen. Die zweckmäßigste Lösung ist das allgemeine Tuberkulosekrankenhaus. Das Krankenhaus in Sommerfeld enthält jetzt nach der Erweiterung 600 Betten. Ursprünglich herrschte in der baulichen Gliederung der Heilstättentyp vor (Korridorsystem und kleinere Krankenzimmer). Die neuen Abteilungen betonen gleichfalls den Krankenhauscharakter, die Räume der Schwerkranken sind von den Hauptverkehrspunkten möglichst abgerückt. Eine Unterbringung geschlossener und offener Tuberkulosefälle in gesonderten Abteilungen ist praktisch undurchführbar und überflüssig. Diese beiden Katogerien werden getrennt bei der Unterbringung in den Schlafräumen, Liegehallen, beim Essen. Das moderne Tuberkulosekrankenhaus bedarf gut eingerichteter Operationsräume. Lungenkranke Kinder müssen in besonderen Räumen der Abteilungen untergebracht werden, nahe Berührung mit den Erwachsenen ist unverantwortlich. Stationslaboratorien müssen dezentralisiert werden. Während die Sonderkrankenhäuser für Schwertuberkulöse von den Kranken gemieden und die Phthisikersäle der allgemeinen Krankenhäuser oft vorzeitig verlassen werden, bleiben in der Spezialanstalt die schwerer Kranken nur allzu gern. Als Asyl ist das Tuberkulosekrankenhaus, das einschließlich Kapitalverzinsung einen Aufwand von rund 2500 M. pro Bett und Jahr erfordert, zu teuer. Hier klafft eine Lücke in der sozialen Fürsorge für die Tuberkulösen, aber das Tuberkulosekrankenhaus kann sie nicht ausfüllen.

Verhütung und Behandlung des Scharlachs. Nach den Erfahrungen der Verfasser ist das Scharlachstreptokokken-Heilserum ein außerordentlicher Fortschritt in der Behandlung des Scharlachs. Von den anderen angewandten Mitteln räumen sie nur noch dem Rekonvaleszentenserum einen Einfluß auf die Scharlacherkrankung ein. In schweren toxischen Fällen ist letzteres häufig nicht imstande, die Kranken zu retten. Bei rechtzeitiger Anwendung des neuen Scharlachheilserums ist auf der Abteilung noch kein schwerer Fall gestorben. Leider ist die Fabrikation des Scharlachserums (Dochez-Serum, gewöhnlich 40 ccm intramuskulär) noch nicht genügend weit fortgeschritten, um die Apotheken in größerem Umfange beliefern zu können. In Deutschland wird das neue Heilserum nur von den Behringwerken in den Handel gebracht und wurde von den Verfassern in wenigen Fällen gleichfalls gut wirksam befunden (wird in Ampullen zu je 25 ccm verkauft; es wird empfohlen, in schweren Fällen 50 ccm zu injizieren). Einspritzung ist anscheinend auch noch am vierten Tage nach Ausbruch des Exanthems wirksam, am brauchbarsten aber in schwersten Fällen unmittelbar nach Ausbruch der Krankheitserscheinungen. Bei Patienten, die früher mit Diphtherieserum behandelt wurden, muß 1 ccm Pferdeserum (vier Stunden vor der therapeutischen Injektion) zum Zweck der Desensibilisierung injiziert werden. Versuchsanordnungen und Theorie der Dickschen Reaktion, welche die Scharlachsempfänglichkeit durch intrakutane Prüfung anzeigt, werden ausgeführt und auf die ausführliche klinische Veröffentlichung im Jahrbuch zur Kinderheilkunde, Bd. 112, hingewiesen.

Werner Gottstein, Freiburg i. B.

Zeitschrift für soz. Hygiene und Schulgesundheitspflege.

Heft 5. 1926.

* Ueber Tuberkulosegefährdetenfürsorge. Wichmann.
* Auswirkung des Tuberkulosegesetzes in einer Mittelstadt. Konitzer.
Das deutsche Jugendherbergswerk. Brossmer.
Schularzt und Konstitutionsforschung. Fetscher.
Ueber das orthopädische Turnen. Braun.

Ueber Tuberkulosegefährdetenfürsorge. Es ist notwendig, daß die Tuberkulosefürsorge ihr Augenmerk in höherem Maße der Befürsorgung der Gefährdeten zuwendet. Die Aerzteschaft sollte auch diese Personen, besonders Kinder, der Fürsorge zuweisen. Die Fürsorge muß in diesem Falle die Gefahrenmomente von Exposition und Disposition prüfen, gegeneinander abwägen und danach die Therapie einrichten. Bei Kindern unmittelbarer, darum größter Gefährdung müssen besondere Erholungskuren vorgenommen werden; andererseits ist es unberechtigt, große Mittel auf lediglich konstitutionell und konditionell minderwertige Kinder zu verwenden. Auch die Heimfürsorge muß gerade bei den Gefährdeten gebührend beachtet werden.

Auswirkung des Tuberkulosegesetzes in einer Mittelstadt. Verf. weist an Hand der Zahlen von Hörde nach, daß ein nennenswerter Einfluß des Gesetzes auf die Erfassung der Tuberkulösen nicht zu verzeichnen ist, und daß die Zahl der der Fürsorgestelle von den Aerzten direkt überwiesenen Patienten die Zahl der von ihnen auf gesetzlichem Wege gemeldeten weit übersteigt. Verfasser fordert folgende Aenderung des Gesetzes: 1. Für sämtliche Stadt- und Landkreise ist die Errichtung von Fürsorgestellen obligatorisch. 2. Ausdehnung der Ueberweisungspflicht auf sämtliche Fälle von Tuberkulose, einschließder Knochenhautdrüsentuberkulose, der Miliar- und Hirnhauttuberkulose. 3. Die wirtschaftliche Unterstützung aus öffentlichen Mitteln ist von der Entscheidung der Fürsorgestelle abhängig zu machen. 4. Der Einfluß der Fürsorgestellen auf Arbeitsnachweis und Wohnungsamt ist gesetzlich festzulegen.

Heft 6. 1926.

* Sozialhygienische Aufgaben der Krebsbekämpfung. Lewin.
Untersuchungen über den Keim- und Staubgehalt und die Reinigungsverhältnisse in Königsberger Volksschulklassen. Wohlfeil.

Sozialhygienische Aufgaben der Krebsbekämpfung. Der Krebs ist weniger häufig bei Völkern mit primitiver Lebensweise als bei kulturell hochstehenden. Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse haben keinen nachweisbaren Einfluß auf das Vorkommen des Krebses. Tabak- und Alkoholmißbrauch (Lippen- und Speiseröhrenkrebs) begünstigen das Auftreten von Krebs. Einmalige Verletzungen haben keinen Einfluß, wohl aber andauernde oder häufig wiederkehrende Insulte. Als Berufskrankheit kommt Krebs vor: Krebs durch Röntgenstrahlen, bei Anilinarbeitern (Krebs der Blase und Harnwege), bei Schornsteinfegern und Teearbeitern (Scrotalkrebs), der Schneeberger Lungenkrebs durch Einatmung von arsenhaltigem Gesteinsstaub (Kobalt).

P. Heymann, Berlin.

Zeitschrift für Tuberkulose.

45., Heft 2.

Zur Frage der Stadieneinteilung bei der Lungentuberkulose. Genersich.
Ueber kongenitale Tuberkulose. Kochmann.
Die Immunitätslehre der Tuberkulose. Holló.
Einige Bemerkungen über die Bangschen Versuche mit Sanocrysin. (Polemik. Ref.) Möllgaard.
Sanocrysin und experimentelle Tuberkulose. (Polemik. Ref.) Bang.
* Ueber neuere Medikamente und Nährmittel für die Behandlung der Tuberkulose. (Bericht über das Jahr 1925.) Schröder und Deist.

Ueber neuere Medikamente und Nährmittel für die Behandlung der Tuberkulose. Auf dem Gebiete der spezifischen und unspezifischen Reizbehandlung der Tuberkulose sind im Jahre 1925 wesentliche Fortschritte nicht zu verzeichnen. Auf arzneilichem Gebiete besteht immer noch erhöhtes Interesse für die Kalkkieselsäuretherapie. Gebräuchliche Kombinationspräparate sind das Silicol, Tricalcol, Biosalin u. a. Das Weningersche Inhalationsmittel ist unwirksam und zudem nicht völlig gefahrlos. Kresival wird als Expectorans nach wie vor gern gegeben. Dicodid beseitigt sicher quälenden Hustenreiz, bei längerem Gebrauch tritt jedoch auch Gewöhnung ein. Zur Behandlung der Schweiße empfehlen sich Salvysat und Kampfergelatinetten (Zwerg). Bei tuberkulösen Lungenblutungen haben sich 10 % Peptonlösung oder auch Milchinjektionen bewährt, ferner statt Kochsalzlösung 10% Bromnatrium. Die auf das Möllgaardsche Sanocrysin gesetzten großen Hoffnungen haben sich nicht erfüllt. Das Urteil des deutschen Sanocrysinkomitee bedeutet eine völlige Abkehr von den Originalangaben Müllgaards. Die großen Dosen (0,5 bis 1,0) sind verlassen, das sogenannte antitoxische Serum ist überflüssig. Die Sanocrysinbehandlung ist weiter nichts als auch eine Art Goldbehandlung der Tuberkulose und noch dazu eine auch jetzt noch nicht völlig gefahrlose. Goldpräparate, die mindestens dasselbe leisten, deren Indikation genau abgegrenzt ist und die ohne Gefahr für den Behandelten angewendet werden können, sind Krysolgan, Triphal und Aurophos. Letzteres scheint besonders gut verträglich zu sein. Zu den bekannten Nährpräparaten Promonta, Eatan u. a. ist noch Robugen, ein Lebertranmalzpräparat, das gerne genommen wird, hinzugekommen.

Zwerg-Dresden.

45. Heft 3.

Zur Frage der Infektionswege. Huebschmann.
* Die Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Zadek und Sonnenfeld.
* Beeinflussung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen durch Sanocrysin. Katz und Leffkowitz.
* Die Goldbehandlung der Lungentuberkulose. Henius.
Chemotherapie und andere Behandlung der Lungentuberkulose. Guth.
Wie wirkt Krysolgan? Stuhl.
Das Goldenbergsche Bindungsverfahren mit aktivem Serum für die Diagnostik der Tuberkulose. Schulte-Tigges.

Die Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Auf Grund eigener klinischer Erfahrung an 40 Fällen kommen Verfasser zu folgendem Urteil über das Sanocrysin: Geeignet für die Behandlung erscheinen alle schweren Formen von produktiv-exsudativer und besonders produktiv-kavernöser Lungentuberkulose mit frischen klinischen Erscheinungen. Auszuschließen sind chronische fibrös-zirrhotische Phthisen und Miliartuberkulose, da die Therapie hier unwirksam ist. Kontraindikation besteht bei stärkerer Albuminurie, Darmtuberkulose, Kachexie und Syphilis. Anfangsdosis 0,05 bei fieberhaften, 0,1 g bei fieberfreien Fällen, darauf weiter in wöchentlichen Intervallen 0,25, 0,5, 0,75 bis zu 1,0 g. Gesamtmenge etwa 5—6 g. Sanocrysin pro Kur innerhalb zwei bis drei Monaten. Serum ist überflüssig.

Beeinflussung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen durch Sanocrysin. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocythen wird durch Zusatz von Sanocrysin in einer Menge von ½ bis 1 mg zu 1 ccm Blut in vitro deutlich gehemmt. Zusatz von Krysolgan oder Triphal hat, wenn auch nicht so einheitlich, im wesentlichen die gleiche Wirkung. Das Verhalten der Senkungsgeschwindigkeit während der Sanocrysinkur geht zumeist parallel mit dem klinischen Bild: bei Besserung Verlangsamung der Senkung, bei Verschlechterung Beschleunigung.

Die Goldbehandlung der Lungentuberkulose. Neu ist in dieser Arbeit die versuchsweise, erfolgreiche Anwendung des Sanocrysin bei Lungenblutern und Therakoplastik-Fällen zur Verhütung einer frischen exsudativen Aussaat. Mit dem vor kurzem von Feldt herausgebrachten, durch seine geringe Giftigkeit ausgezeichneten Goldpräparat Sulfoxylat sind aussichtsvolle Behandlungsversuche am Menschen im Gange.

H. Zwerg.

63. Heft 4-5.

Beiträge aus der Klinik der Tuberkulose.
Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. H. Alexander.
Die Bedeutung der Gaswechseluntersuchung für die Pathologie und Therapie der Lungentuberkulose. E. Brieger.
* Habituelle Hyperthermie. K. Brünecke.
Allgemeinsypmtome der tuberkulösen Kinder. Carl Coerper.
* Ueber schwere Komplikationen bei der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose und über die gleichzeitige Verwendung von Phrenicusexhairese und Pneumothorax. Hellmuth Deist.
Beziehungen zwischen Lungen- und Kehlkopftuberkulosen. Giercke.
* Chemotherapie der Lungentuberkulose. Ernst Guth.
* Das Schicksal tuberkuloseinfizierter und -gefährdeter Säuglinge. Harms und Seitz.
* Die Krankheitsdauer der tertiären Lungentuberkulose III. Grades und ihre Beziehung zum Tuberkulose-Krankenhaus. Harms und Wangrin.
Isolierte Kalkherde bei Erwachsenen. Ickert.
Mühlengeräusch als Komplikation beim künstlichen Pneumothorax. Junker.
Offene und geschlossene Lungentuberkulose. Kayser-Petersen.
Die Vorteile der spezifischen perkutanen und intrakutanen (subepidermalen) Behandlung der Lungentuberkulose. K. Kerssenboom.
Säuglinge und Kleinkinder in den Familien der Offentuberkulösen. G. Klostermann.
Ueber die Verlaufart und Ausbreitung der Tuberkulose im Wohngebiet keramischer Arbeiter. F. Kreuser.
* Beobachtungen über ätiologisch schwer zu deutende, einseitige Lungenschrumpfungen. W. Kühl.
* Ueber Röntgenbestrahlung der Milz, insbesondere deren Wirkung bei Lungenblutungen. A. Neddermeyer.
Fettansatz bei Tuberkulösen. G. Pohl-Drasch.
* Ueber die infraclaviculären Infiltrate, ihre Entwicklungsformen und ihre Stellung zur Pubertätsphthise und zum Phthiseogenese-Problem. F. Redeker.
* Akute Verschlimmerung einer Lungentuberkulose nach einem Trauma. Ritter und Gerlach.
* Der Wert des Kupfers bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Ritter und Pohl.
Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Sachs.
Ueber den Sitz des tuberkulösen Primärherds in der Lunge. O. Wiese.
Fall von erfolgreicher Pneumothoraxbehandlung beider Lungen in zwei Zeiten. W. Schultz.

Habituelle Hyperthermie. Nach der gründlichsten Durchuntersuchung und bei vollständig negativem Untersuchungsergebnis können längere Zeit anhaltende, subfebrile Temperaturen, als habituelle Hyperthermie aufgefaßt werden. Die habituelle Hyperthermie ist das Generalsymptom einer vielseitigen Neurose bei psychisch minderwertig beanlagten Menschen. Die Temperatursteigerungen werden dabei durch eine vegetative Neurose des Temperaturzentrums ausgelöst und unterhalten.

Ueber schwere Komplikationen bei der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose und über die gleichzeitige Verwendung von Phrenicusexhairese und Pneumothorax. Es wurden zwei Unterlappen-Aspirationspneumonien beobachtet, welche in unmittelbarem Anschluß an die Phrenicusexhairese auftraten. Diese Pneumonien entstehen, genau so wie es Sauerbruch für die Thorakoplastik beschrieben hat, durch Aspiration tuberkulösen Materials aus dem erkrankten in die gesunden Lungenabschnitte bzw. durch Lymphstauung infolge der operativ erzielten Ruhigstellung der Lunge und stellen äußerst bedrohliche Komplikationen dar. Ein Fall ging daran zugrunde. Es dürfte sich um spezifische, käsige Pneumonien handeln, ergab doch die Sektion einer im Anschluß an Thorakoplastik aufgetretenen Pneumonie eine tuberkulös-käsige Infiltration des Unterlappens. Die Phrenicusoperation ist somit keineswegs der harmlose Eingriff, als der er von manchen Autoren hingestellt wird.

Chemotherapie der Lungentuberkulose. Die Goldpräparate Krysolgan, Triphal und Sanocrysin wurden an insgesamt 39 Fällen vergleichend geprüft. Das Sanocrysin ist vielleicht überlegen, wenn auch mit den andern Präparaten gelegentlich gleich gute Ergebnisse erzielt wurden. Zu einem endgültigen Urteil ist das Material zu klein.

Das Schicksal tuberkuloseinfizierter und -gefährdeter Säuglinge. Von 129 gefährdeten Säuglingen und Kleinkindern von 0—7 Jahren zeigten sich rund 60 % infiziert. Die Ansteckung erfolgte nachweislich im ersten Lebensjahre in 87 % aller Fälle. Von 67 im Säuglingsalter Infizierten starben an Tuberkulose 23,9 %. Als Todesursache überwiegt die Meningitis tuberculosa.

Die Krankheitsdauer tertiärer Lungentuberkulose III. Grades und ihre Beziehung zum Tuberkulose-Krankenhaus. Die Krankheitsdauer der chronischen Lungentuberkulose III. Grades beträgt vom Beginn der Erkrankung an im Durchschnitt zwei Jahre.. Durch mehrmalige Krankenhausbehandlung wird die Krankheitsdauer um 50 bis 100 % verlängert. Ebenso gelingt es dadurch, einen großen Teil dieser Kranken vorübergehend wieder arbeitsfähig zu machen.

Beobachtungen über ätiologisch schwer zu deutende, einseitige Lungenschrumpfungen. Man ist im allgemeinen dazu geneigt, hochgradige einseitige Lungenschrumpfungen für tuberkulös zu halten. Zweifellos ist die Tuberkulose die häufigste Ursache der im späteren Lebensalter erworbenen Lungenschrumpfungen. Es gibt aber Fälle dieser Art, bei denen es sehr schwierig, wenn nicht unmöglich sein kann, die tuberkulöse Aetiologie mit Bestimmtheit zu nouieren. Verfasser teilt einige instruktive Fälle mit, welche hochgradige, einseitige Schrumpfung aufweisen, die jedoch nicht auf dem Boden einer Tuberkulose entstanden ist. Reichen die anamnestischen Daten über Husten und Schweratmigkeit bis in die ersten Lebenswochen zurück, so ist man berechtigt, eine angeborene Aplasie der Lunge anzunehmen, vorausgesetzt, daß tuberkulöse Stigmata fehlen. Fehlende Tuberkuloseempfindlichkeit schließt eine Tuberkulose mit Sicherheit aus, die vorhandene beweist nichts. Sonst kommen noch in der Kindheit durchgemachte Bronchiolitis, Pleuritis, Bronchiektasien, Fremdkörperaspiration und endlich Lungensyphilis als ursächliche Faktoren bei der Entstehung nicht tuberkulöser Lungenschrumpfungen in Betracht.

Ueber Röntgenbestrahlung der Milz, insbesondere deren Wirkung bei Lungenblutungen. Dem Verfasser erwies sich in sechs Fällen von schwerer Lungenblutung, welche durch die übliche Behandlung nicht zum Stillstand gebracht werden konnte, die Röntgenbestrahlung der Milz als zuverlässige, blutstillende Maßnahme. In allen sechs Fällen kommt die Blutung verhältnismäßig schnell zum Stehen. Die Technik der Bestrahlung ist kurz folgende: Bestimmung der Milzgrenzen, Bestrahlungsfeld 10 : 10 cm, 4 mm Aluminiumfilter, Fokushautabstand 23 cm, Tiefendosis von etwa 40 % der HED. Das wirksame Moment bei der Milzbestrahlung ist in der Zerstörung der in dem Organ massenhaft gespeicherten Blutplättchen zu suchen. Die beim Zerfall der Thrombocythen freiwerdenden gerinnungsbeschleunigenden Stoffe (Thrombokinase) gelangen nach der Bestrahlung in den Kreislauf und bedingen den klinischen Erfolg wie bei anderen Blutungen, so auch bei Lungenblutungen..

Ueber die infraclaviculären Infiltrate, ihre Entwicklungsformen und ihre Stellung zur Pubertätsphthise und zum Phthiseogenese-Problem. Lesenswerte, mit guten Röntgendiapositiven ausgestattete Abhandlung. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Akute Verschlimmerung einer Lungentuberkulose nach einem Trauma. Eine Kranke mit sehr chronisch verlaufender, gutartiger kavernöser Lungentuberkulose bekommt nach einem Unfall beim Rodeln — Brustkorbquetschung ohne Verletzung der äußeren Haut des Brustkorbs oder des Rückens — ein bedrohliches Lungenoedem, das sie zunächst übersteht. Sie stirbt 17 Tage nach dem Unfall an einer autoptisch bestätigten käsigen Pneumonie des rechten Ober- und Mittellappens. Der Fall lehrt, daß eine akute Verschlimmerung einer Lungentuberkulose durch eine Erschütterung, die äußerlich gar keine Zeichen hinterläßt, bewirkt werden kann. Dem Gutachter, welcher in ähnlich liegenden Fällen im allgemeinen geneigt sein dürfte, einen Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose abzulehnen, sei der beschriebene Fall eine Warnung.

Der Wert des Kupfers bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Verff. haben in den Jahren 1919/1925 mehr als 300 Fälle von Lungentuberkulose mit Kupferlösung H (5% Dimethyl-Glycokoll-Kupfer) intravenös behandelt und verfügen über ein im Jahre 1926 gewonnenes Nachuntersuchungsergebnis in 232 Fällen. Die mit Cu behandelten Kranken haben den erzielten Kurerfolg im Durchschnitt wesentlich länger festgehalten, auch die Zahl der Todesfälle unter den Cu-Patienten ist geringer als bei den andern Kranken. In 4% wurde ein Verschwinden der Bazillen im Sputum erreicht. Je mehr Cu ein Kranker erhalten hatte, desto besser war auch das Dauerergebnis. Die mit Kupfer erzielten Erfolge sind sicherlich ebenso gut, wenn nicht besser, als die mit den Goldpräparaten, einschließlich des Sanocrysins, erreichten. H. Zwerg.

Die extrapulmonale Tuberkulose.

Heft 8, 1926.

Tuberkulose des Ohres und der oberen Luftwege.

Die Tuberkulose der oberen Luftwege und des Ohres im Lichte moderner Krankheitsauffassung und Tuberkuloseforschung. F. Blumenfeld.
* Mittelohrtuberkulose. F. Kobcak.
* Kehlkopftuberkulose. H. G. Runge.
* Tonsillektomie und Tuberkuloseimmunität. A. Cemach.

Mittelohrtuberkulose. Die haematogene Entstehung der Mittelohrtuberkulose tritt an Bedeutung zurück gegenüber dem Infektionsweg: Rachenring-Tube-Mittelohr. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt die Infektion auf diesem Wege, sei es direkt per tuban intracanaliculär oder submucös auf dem Lymphwege. Für viele Fälle der Ohrtuberkulose ist es notwendig, einen auslösenden, hinzutretenden, exogenen Faktor zu suchen, welcher in irgendeiner Weise den Ruhezustand der allgemeinen Tuberkulose stört.

Kehlkopftuberkulose. Auf die Gesamtzahl der Lungentuberkulosen entfallen im Durchschnitt 30% Kehlkopftuberkulosen. Die Tuberkulose des Larynx entsteht durch Sputum-Kontaktinfektion, primäre Ansiedlung des Virus im Kehlkopf gibt es. (Es gibt 5 Fälle primärer Kehlkopftuberkulose in der Literatur, auch diesen fünf gegenüber ist Skepsis am Platze.) In der Behandlung der Kehlkopftuberkulose sind neben symptomatischen Maßnahmen, die Licht- und Röntgenbestrahlung sowie die Goldtherapie von großer Bedeutung.

Tonsillektomie und Tuberkuloseimmunität. Die Ansicht, daß Operationen an den Tonsillen den Verlauf einer Tuberkulose in ungünstigem Sinne beeinflussen, entbehrt der Grundlage. Bei 46 genau durchuntersuchten Kindern übte die Operation keinen nachteiligen Einfluß auf den Organismus aus. Ein 10jähriges Kind starb 6 Wochen nach der Entfernung der Tonsillen und der Rachenmandel an tuberkulöser Meningitis. In diesem Falle erwies sich die Rachenmandel histologisch als tuberkulös. Außerdem lag eine ausgedehnte Bronchialdrüsentuberkulose vor, welche nach dem Eingriff exacerbierte und zur tödlichen Meningitis führte. Zwerg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

77., Heft 1.

* Der Körperbau der Normalen. Hans W. Gruhle.
* Schizoid. A. Bostroem.
* Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern nach Erledigung ihrer Ansprüche. Friedrich Parse.
Das metastatische Karzinom des Zentralnervensystems. P. Hilpert.
Körperbaustudien bei Psychosen. Der Habitus der männlichen Zirkulären. Kurt Kolle.
Körperbauuntersuchungen an geisteskranken und gesunden Verbrechern.. Friedrich von Rhoden.
* Reflexepilepsielehre. G. S. Margolin.

Der Körperbau der Normalen. Im Gegensatz zu allen anderen Autoren, die bei Erörterungen über die von Kretschmer aufgedeckten Beziehungen zwischen dem Körperbau und Psychosegruppen von psychotischen Menschen ausgingen, nimmt G. psychisch Gesunde aus der Heidelberger Hautklinik zur Grundlage für seine Untersuchungen. Verf. kommt — unter kritischer Verwertung der Ergebnisse anderer — zu dem interessanten Ergebnis, daß zwar die von Kretschmer aufgestellten Körperbautypen: asthenisch, athletisch, pyknisch und dysplastisch zu Recht bestehen, abgesehen von loseren Beziehungen z. B. des Gesichtsskeletts zu diesen Typen, als wie sie Kr. annimmt. Jedoch zeigt sich, daß die Zusammensetzung, wie sie Kr. bei den Schizophrenen fand (insbesonders Ueberwiegen der asthenischen und Zurücktreten der pyknischen Formen), ebenso für die Normalen zutrifft, Kr. damit um die Körperbaueigenarten der Gesamtbevölkerung und nicht die der Schizophrenen getroffen hat. Dagegen werden die von Kretschmer aufgedeckten nahen Beziehungen des man.-depr. Irreseins zum pyknischen Habitus durch die vorliegende Untersuchung durchaus bestätigt gefunden.

Schizoid. Verf. wendet sich gegen die in der Psychiatrie weitverbreitete Auffassung, daß man im sogenannten „Schizoid" eine Vorstufe des schizophrenen Krankheitsprozesses erblicken könne. Auch Vertreter dieser Ansicht finden, daß nur wenig über 50% der Schizophrenen vor der Erkrankung schizoid waren. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Schizophrenie gern zu einer Zeit auftritt, in der bei den Menschen im allgemeinen schon die schizoiden (Verf. nennt sie „dystonen") Charaktereigenschaften hervortreten (besonders zur Zeit der Pubertät). Man hat es da mit Zügen des normalen Seelenlebens zu tun, wie es auch schon Nichtpsychiatern, so dem Kunsthistoriker Scheffler aufgefallen ist, der zwar nicht zwischen schizoiden (dystonen) und syntonen, sondern zwischen gotischen und griechischen Menschen unterscheidet, damit aber dasselbe meint. Auch muß daran gedacht werden, daß ein sogenannter Schizoider ein Schizophrener sein kann, der schon den ersten Schub seiner Erkrankung hinter sich hat oder von einem schleichenden schizophrenen Prozeß befallen ist. Will man schon besondere Häufigkeitsbeziehungen zwischen Schizoid und Schizophrenie annehmen, so ist es höchstens so, daß die schizoide Wesensart weniger widerstandsfähig gegen die Einwirkung eines schizophrenen Prozesses ist.

Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern nach Erledigung ihrer Ansprüche. An Hand eines größeren Materials von abgefundenen und abgewiesenen Renten- und Kriegsneurotikern, bei denen Katamnesen erhoben wurden, sollte nachgewiesen werden, welcher Begutachtungsmodus zum Ergebnis der Beseitigung der Neurosen nach Unfall führt. Die Durchsicht der Literatur (Krieg 1870-71) und eigene Erfahrungen, die bei Blitzschlag gewonnen wurden, ergaben, daß sog. Unfallneurosen stets nur im Zusammenhang mit Entschädigungsmöglichkeit gefunden wurden. Katamnestisch untersucht wurden 50 Fälle von Rentenneurose nach Kapitalabfindung, 55 nach endgültiger Ablehnung der Ansprüche, 100 Kriegs- und 40 Militärrentenneurotiker. Kapitalabfindung und endgültige Abweisung erwiesen sich im Erfolg als völlig gleichwertig. Eine mit dem Unfall zusammenhängende gesundheitliche Schädigung ließ sich in keinem Fall nachweisen. Spätestens nach einem Jahr nahmen die früheren Neurotiker wieder ihre Beschäftigung auf. 23% (!) der Kriegsneurotiker waren kriminell geworden, nur 6,66 und 7% von den Friedens- und Militärrentenneurotikern.

Für ganz wenige Ausnahmefälle von weichen hypochondrischen Psychopathen mit Gesundheitsbefürchtungen nach Unfall wird die Einführung eines vorsichtig formulierten „Erholungsbeitrags" in Vorschlag gebracht. Im übrigen wird aber die möglichst sofortige Abweisung jedes Entschädigungsanspruches bei neurotischen Reaktionen nach Unfall — selbst nach jahrelanger hysterischer Gewöhnung — unbedingt befürwortet. Nur im Rentenbezug an Jahren alt Gewordene und sozial Entwurzelte bedürfen individueller Beurteilung. (Autoreferat.)

Reflexepilepsielehre. Wie die vorliegende Arbeit lehrt, wird jetzt auch in Rußland mit dem bei uns längst aufgegebenen Begriff „Reflexepilepsie" aufgeräumt. Verf. kommt — besonders in Anbetracht der russischen Kriegserfahrungen — zum Resultat, daß man die Frage nach dem Vorkommen einer Reflexepilepsie verneinen müsse. Unter den Tausenden von Verwundeten mit peripheren Nervenverletzungen hat sich kein sicherer Fall gefunden, bei den gemeinen Epileptikern fehlt sie ebenfalls ganz und was in der Literatur darüber berichtet wird, ist höchst anfechtbar.

Panse (Berlin).

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

34., Heft 4.

- * Myelographie. E. Reiser.
- Diagnose der pathologisch-anatomischen Form der Lungentuberkulose im Röntgenbilde. E. R. Meier.
- * Das Röntgenbild und die orthodiagraphische Messung der Aorta im zweiten schrägen Durchmesser. L. Reich.
- Hernia diaphragmatica dextra hepatis. L. Reich.
- Röntgendiagnose der Bronchuskarzinome. R. Lenk.
- Die Abkühlung des Brennfleckes bei Diagnostik-Elektronenröhren. H. Benecke.
- Anomalien der Wirbelsäule und der Rippen. E. Andersen.
- Symmetrische Epiphysenerkrankung der Hände. H. Kloiber.
- Ueber Wachstumstörungen an der Tuberositas tibiae. Esau.
- Differentialdiagnose chronisch-infiltrativer Lungenerkrankungen im Röntgenbild. R. Blum.
- Situs inversus arcus aortae. G. Hammer.
- Zentrales osteoplastisches Sarkom eines Wirbels im Röntgenbilde. Breitländer.
- Neue Technik der Lungenspitzenaufnahme. H. Appelrath.
- Sanduhrmagen infolge Einschränkung durch den Leistenbruchring. G. Brdiczka.
- * Ueber eine Familie mit erblicher Syn- und Polydaktylie. R. Staff.
- Ein neuer Aufnahmetisch mit eingebauter horizontal und vertikal verschieblicher Buckyblende. O. Stilgebauer.
- Fall von chronischer Darminvagination. Galdau.
- Experimentelle Bestimmung der zulässigen Verschiebung eines Objektes während der Exposition und eine Methode zur Bestimmung der notwendigen Expositionszeit und der Leistungsfähigkeit der Apparate und Röhren für eine Reihe von schwierigen röntgenographischen Aufgaben. O. Weber u. O. Brezina.
- * Wesentliche Steigerung des Röntgeneffektes bei Tumoren. E. G. Mayer.
- Fibrinkörper im Pneumothoraxraum. H. Stöffel.
- Eine gebogene Kassette für Röntgenzwecke. Breitländer.
- Verbesserung des Buckyaufnahmetisches. W. Hopmann.
- Verbessertes Säuglingsstützbänkchen für Durchleuchtungen. Viethen.

Myelographie. Zunächst ist von der verdächtigen Partie eine einfache Röntgenaufnahme vorzunehmen, dann folgt die eigentliche Myelographie. Die subokzipitale Injektion von 2 ccm Lipjodol ist immer ohne Zwischenfälle vertragen worden. Das Herabsinken des Kontrastmittels wird in halbsitzender Lage vor dem Durchleuchtungsschirm beobachtet. Sodann sind Aufnahmen in sagittaler und seitlicher Richtung zu machen, eventuell auch in schräger Richtung. Die Kompressionsstelle ist stets sowohl im Liegen als auch in aufrechter Stellung zu photographieren. Die Liegendaufnahme ermöglicht oft eine Lokalisierung des Rückenmarks oberhalb der Kompressionsstelle. Dagegen bietet sie nicht immer ein richtiges Bild derjenigen Gebilde, die den Subduralspalt nach unten abriegeln. Die aufrechte Stellung dagegen bewirkt den Kontakt mit diesen Gebilden. Es ist möglich, intradurale Tumoren als kugelige, convex begrenzte Aussparung innerhalb der Füllung bzw. unter derselben zu erkennen. Die Unterscheidung gegenüber bindegewebigen Verödungen ist aber allein durch das Röntgenbild nicht immer möglich.

Das Röntgenbild und die orthodiagraphische Messung der Aorta im zweiten schrägen Durchmesser. Die bisherige Methode zur Messung der Aorta im sagittalen Durchmesser, im ersten schrägen Durchmesser und die Kreuzfuchs'sche Methode der Messung der Isthmus aortae haben nicht restlos befriedigt, da sie mit erheblichen Fehlerquellen behaftet sind. R. hat nunmehr den zweiten schrägen Durchmesser zur Messung der Aorta herangezogen. Betrachtet man das Röntgenbild im zweiten schrägen Durchmesser, so gliedert sich der vordere Rand des Gefäßschattens in drei Bögen, nämlich von unten nach oben: Aorta ascendens, Arteria anonyma, Vena subclavia. dextra. Der hintere Rand des Gefäßbogens wird von der Trachea weggeleuchtet. Man erkennt deutlich die Bifurkation und den rechten Hauptbronchus. In einem ganz bestimmten Drehungswinkel sieht man, wie etwa ½ bis 1½ cm unterhalb der Bifurkation der helle Hauptbronchus von einem dichten Schatten verdeckt wird. Diese Schattengrenze ist der linke hintere Rand der Aorta ascendens. Hier wird die Breite der Aorta ascendens nach R. orthodiagraphisch gemessen. Die für die Messung im ersten schrägen Durchmesser bestehenden Fehlerquellen kommen bei der neuen Methode nicht in Betracht. Der Vergleich mit der Messung im ersten schrägen Durchmesser hat in ca. 80% aller normalen Fälle gute Uebereinstimmung ergeben. In pathologischen Fällen war die Uebereinstimmung mit der alten Methode nicht so häufig. In den abweichenden Fällen führt R. mit Hilfe einer geometrischen Kontrolle aus, daß seine Methode die richtigen Resultate liefert.

Ueber eine Familie mit erblicher Syn- und Polydaktylie. Bei einem 19jährigen Mann wurde eine Erkrankung der Mittelgelenke beider Mittelfinger gefunden, die sich klinisch in einer Verdickung der Gelenke und einer leichten Funktionsstörung zu erkennen gab, aber ohne Schmerzen verlief. Röntgenologisch fand sich eine auffallende Abflachung der Epiphyse der Mittelphalanx mit ganz erheblicher Deformierung. Die Ränder springen zackenförmig in die Weichteile hinein und überragen das Köpfchen der Grundphalanx beträchtlich. Die Epiphysenlinie ist verbreitert, der Gelenkspalt dagegen verschmälert. Auch die Metaphyse der Mittelphalanx ist etwas verbreitert. Die Gelenkkapsel ist als Verdichtungsstreifen deutlich zu sehen. Die Erkrankung ist in eine Reihe zu stellen mit der Köhlerschen Erkrankung des II. Mittelfußknochens und der mit dieser verwandten Erkrankungen der Tuberositas tibiae, des Hüftgelenks usw. Es fanden sich geringe endokrine Störungen, die ätiologisch in Betracht kommen können, ferner können leichte Traumen als Gelegenheitsursache eine Rolle spielen.

Wesentliche Steigerung des Röntgeneffektes bei Tumoren. Auf Grund der Arbeit Warburgs über die Bedeutung der Dextrose für den Stoffwechsel der Karzinomzelle hat E. G. Mayer die Röntgenbestrahlung mit intravenöser Injektion hypertonischer Dextroselösung kombiniert. Es wurde vor jeder Bestrahlung 10 ccm einer 10—35%igen Dextroselösung injiziert. In einigen Fällen wurden auch noch nach Abschluß der Bestrahlung einige Injektionen vorgenommen. Die in dieser Weise behandelten Patienten reagierten auf die Behandlung erheblich besser, als man dies bei der gewöhnlichen Röntgenbestrahlung sieht. Unter anderem gelang es, ein Plattenepithelkarzinom im Epipharynx mit Drüsenmetastasen innerhalb von 10 Tagen zum Verschwinden zu bringen. Das Verfahren erscheint also als sehr aussichtsreich, eine endgültige Beurteilung ist aber noch nicht möglich.

Kurt Kirschmann (Berlin).

Wiener Archiv für innere Medizin.

12., Heft 3, 15. April 1925.

- Totale Persistenz des rechten Aortenbogens im Röntgenbild. Arkin.
- Zur Entstehung der Urobilinogenurie. Schiller.
- Die Verwendbarkeit der Nadelelektrodenableitung des Elektrokardiogramms. Kupf.
- Die Wirkung der parenteralen Einverleibung von Proteinkörpern auf das neutrophile Kernbild. Hirsch.
- Ueber den Fermentgehalt des Serums in und außerhalb der Schwangerschaft. Herrmann und Kornfeld.
- * Ueber zerebrale Atemstörungen. Heß und Pollak.
- Experimentelle Untersuchungen über die Umkehr-Extrasystole (reciprocating beat). Scherf und Shookhoff.
- Untersuchungen über den Chlorstoffwechsel bei Sekretionsstörungen des Magens. Holler.
- Studien über das Wesen der Geräusche, welche an verzweigten elastischen Röhrensystemen beim Strömen der Luft entstehen. Winkler.
- Der Einfluß der Polyglobulie und der Anämie auf die Herzgröße. Del Baere.
- Bemerkungen zur Arbeit von Rösler: „Beiträge zur Klinik der akuten Leukämie und akut leukämischer Zustände'. Beitzke.
- Erwiderung auf den Aufsatz von Decastello: „Akute Leukämie und Sepsis". Sternberg.
- Bemerkungen zu der Arbeit von Chiari und Dantwitz: „Regelrechte Schwangerschaft und Geburt bei radiumbestrahlter chronischer Leukämie".

Ueber zerebrale Atemstörungen. Außer den Atemstörungen, die bei Affektionen der Atemwege, der Kreislauforgane und der Nieren beobachtet werden, gibt es noch solche nervöser Genese. Diese finden sich im Coma diabeticum (große Atmung), bei schwerer Leberinsuffizienz, bei perniziöser Anämie (periodische Anfälle von Dyspnoe, die ganz ohne Zusammenhang mit körperlichen Leistungen sind und durch kardiale Therapie nicht gebessert werden), ferner in frühen Stadien der Arteriosklerose ohne kardiale oder renale Organstörung, bei arterio sklerotischer Schrumpfniere, bei Encephalitis epidemica (manchmal schon im akuten Stadium). In allen diesen Fällen wurden schwerere Veränderungen des Locus coeruleus der Brückenhaube gefunden.

Pick, Wien.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70. Jahrgang, Nr. 20, 25. Mai 1926.

- Die chirurgische Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge. Suermondt.
- Die anatomischen Veränderungen im Gehirn von verstorbenen Paralytikern. Frets.
- Einige Betrachtungen über den Gehirnflüssigkeitsdruck und über die Druckveränderungen im Lumbalkanal unter Einfluß mechanischer Verhältnisse. Klessens.
- Dickdarmentzündung und ihre Folgen. Didders.
- Was ist Mazdaznan? v. Bedegom.
- Wachstumsunterschiede beim selben Mäusesakrom in Europa und Java. Ouderdal.
- Ein Fall von schmerzloser Geburt. Sanders.
- Ein rasch verlaufener Fall von perniciöser Anämie. Verhaart.

70. Jahrgang, Nr. 21, 22. Mai 1926.

Ueber interstitielles Wachstum von Knochengewebe. de Vries.
* Gelbsucht als Folge von langdauerndem Atophangebrauch. Klinkert.
* Ischiasbehandlung mit Novocaineinspritzung. Adels.
* Malariabehandlung bei Dementia paralytica. de Jongh.
Zwei Tertianafälle mit langer Latenzperiode. Kollewijn.

Gelbsucht als Folge von langdauerndem Atophangebrauch. Eine Patientin mit Polyarthritis rheumatica hatte erst einige (15) Atophanyleinspritzungen erhalten und dann noch einen Monat hindurch dreimal täglich eine Atophantablette eingenommen. Nunmehr einsetzende Magenbeschwerden veranlaßten den Hausarzt zwar zu einer Pause, nicht aber zum völligen Absetzen des Medikaments. Sie mußte noch einen Monat hindurch zweimal täglich eine Tablette einnehmen, so daß sie schließlich im ganzen 166 Tabletten geschluckt hatte. Nunmehr trat ein völliger Appetitmangel und starkes Krankheitsgefühl ein. Es wurde eine Lebervergrößerung festgestellt und Gallenfarbstoffe im Urin gefunden. Verfasser erinnert daran, daß das Atophan ein Stoff ist, der die Leberzellen sehr stark reizt, es kommt erst zur Vermehrung der Gallenproduktion, worauf eine starke Abnahme folgt. Nach Aussetzen jeder Atophantherapie wurde die Leber wieder normal, der Ikterus schwand und Patientin wurde gesund. Von praktischer Bedeutung ist, daß die Einzelgaben normal groß und nur die Gesamtmenge des eingeführten Atophans sehr hoch war und zu der toxischen Hepatitis Anlaß gab.

Ischiasbehandlung mit Novocaineinspritzung. Im Lauf von zehn Jahren sind 13 Ischiaskranke mit Novocaineinspritzungen in den Nervus ischiadecus behandelt worden. Die Methode ist so einfach, daß jeder sie ausüben kann. Die Lösung enthält Adrenalin 0,05 mg, Novocain 20 mg, gelöst in 1 g physiol. Wasser. Der Einstich geschieht auf dem ersten Drittel zwischen Trochanter und tuber ischii mit 10 cm langer Nadel. Zuweilen erleichtert der Druckschmerz das Auffinden des Nerven. Trifft die Nadel den Nerven, so klagt Patient über ausstrahlende Schmerzen bis zur Hacke. Die Injektion geschieht langsam, wird nach einer Woche und nach zwei weiteren Wochen wiederholt. Das Resultat ist evident, die Kranken können wieder gehen und schlafen. Eine vierte Einspritzung wird nur selten nötig, denn nach drei Injektionen ist Heilung erzielt. Der Autor sah nie ein Rezidiv. Ein Patient ist zehn Jahre beschwerdefrei. Die Methode ist einfach, ungefährlich und läßt sich ambulant ausführen.

Malariabehandlung bei Dementia paralytica. Bei einem Paralytiker, der Februar 1923 mit Größenwahn, gestörtem Gedächtnis und Urteilsschwäche, Tobsuchtsanfällen, Sprachstörung usw. aufgenommen war, wurde eine Malariabehandlung mit sehr gutem Erfolg eingeleitet. Schon im Mai trat große Beruhigung und Schwinden der Größenideen ein. Im Juni konnte er probeweise, auf günstige Berichte seiner Frau, einen weiteren Monat später, ganz entlassen werden. Er konnte seinem Fleischergewerbe selbständig nachgehen und schrieb den Aerzten der Klinik einen formvollendeten Brief, den der Verfasser wiedergibt, nachdem die Besserung drei Jahre angehalten hat.

Bei sieben anderen Patienten konnte die Malariabehandlung nichts bessern, in einem Falle wurde der Tod durch die Behandlung beschleunigt.

70. Jahrgang, Nr. 22, 29. Mai 1926.

* Der negative Ausschlag bei Lumbalpunktion. Janzen.
Otolithenreflexe beim Menschen. de Haan.
Die Versorgung des Nabelstrangs nach der Geburt. Wesenhagen.
* Vakzinetherapie bei Asthma bronchiale. Pondman.

Der negative Ausschlag bei Lumbalpunktion. Verfasser ließ ein Instrumentarium konstruieren, mit dem es ihm gelang, einen sonst nicht sichtbaren negativen Ausschlag zu erhalten. Die sich hieraus ergebenden Folgerungen faßt er folgendermaßen zusammen:

1. Mit Hilfe des negativen Ausschlags läßt sich leicht nachweisen, daß man die Dura mater berührt und im Begriff ist, sie zu durchbohren. Am Steigen der Flüssigkeit (positiver Ausschlag), sieht man dann, ohne Liquorverlust, daß die Punktion geglückt ist.
2. Der negative Ausschlag kommt, wie Untersuchung an der Leiche ergab, durch eine Saugwirkung der eingestülpten Dura mater zustande, keinesfalls ist er auf einen negativen Druck im Subduralraum zuzuschreiben. Vielmehr handelt es sich um einen zeitlichen negativen Druck, den die Punktion selbst verursacht.
3. Selten kommt es zu einer negativen Vorzacke, verursacht durch Durchstechen des Ligamentum flavum, sie ist leicht von der echten Zacke zu unterscheiden.
4. Entsteht eine Blutung im Epiduralraum, so entsteht sofort ein positiver Ausschlag im Manometer.
5. Bei 37 von 39 Punktionen zeigte sich der negative Ausschlag deutlich, nur zweimal war er zweifelhaft. Er zeigte sich nie, ohne daß nicht sofort danach Liquor erhalten wurde.
6. Sollte ein negativer Ausschlag sich zeigen, ohne daß Flüssigkeit abfließt, so dadurch, daß die Einstülpung unmittelbar bis zur gegenüberliegenden Wand reicht.
7. Die Erscheinung des negativen Ausschlags, die Wahrnehmungen der tastenden Hand und die Leichenversuche beweisen, daß der bei Lumbalpunktion fühlbare dumpfe Widerstand auf das Ligamentum flavum, der elastische, plötzlich verschwindende Widerstand auf die Dura mater zu beziehen ist.
8. Bei Suboccipitalpunktion ist es demnach wichtig, mit einer sehr scharfen, dünnen Nadel zu arbeiten, um die Duraeinstülpung auf ein Minimum zu beschränken.
9. Auch bei Punktion von anderen tiefgelegenen Höhlen, mit einer Wand, die nicht zu locker und etwas beweglich ist, wäre ein negativer Ausschlag zu erwarten.
10. Vielleicht kann in manchen Fällen die Höhe des negativen Ausschlags Aufschluß geben über die Art der Zystenwand.
11. Der negative Ausschlag bei der Lumbalpunktion ist ein erwünschtes Warnungssignal.

Vakzinetherapie bei Asthma bronchiale. Das Reichsseruminstitut in Utrecht wurde amtlich angefragt, sich über die Aussichten der Vakzinebehandlung bei Asthma bronchiale zu äußern. Nachdem der Autor die Bereitung der Vakzine, Einführungsweise und Dosierung kurz besprochen hat, kommt er zu folgenden Ergebnissen:

1. Ein bestimmter Mikroorganismus als Ursache des Asthmas ist nicht gefunden.
2. Tuberkelbazillen wurden, auch in besonders ausgewählten Fällen, sehr selten gefunden.
3. Da man dieselben Resultate erreicht, gleichgültig ob man Autovakzine oder sogenanntes „Stockvakzin" verwendet, handelt es sich hier um eine Bakterien-Eiweißtherapie und kaum um eine rein spezifische Vakzine. Gute Behandlungsresultate sind wahrscheinlich einer Desensibilisierung gegenüber dem Bakterieneiweiß zuzuschreiben.
4. Bei komplizierten Fällen konnten nur mäßige Resultate erzielt werden.
5. Bei jungen Asthmatikern zeigte sich eine auffallende Besserung des Allgemeinzustandes und des Asthmaprozesses.
6. Völlige Heilung trat selten ein, doch war auch bei vielen in ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebenden Kranken ein günstiger Einfluß unverkennbar.

70. Jahrgang, Nr. 23, 5. Juni 1926.

Der Skandal der Zahntechnici. v. Rijnbeek.
* Das Wismut in der Behandlung der Syphilis. Mendes da Costa und Papegaaij.
Eine gutartige Gelbsuchtepidemie in Zunderdorp. Honig.
Zwillingtötung. Hulst.
Zwei Fälle von irreführenden reflektorischen Erscheinungen. Hannema.

Das Wismut in der Behandlung der Syphilis. Die Amsterdamer Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten gibt nach dreijähriger Erprobung ihr Urteil über die therapeutischen Qualitäten der Wismutsalze ab. Ohne sich schon entscheiden zu können, welches das beste Präparat ist, schien das Neotrépol und das Bismuthyl wertvoll, weil wenig toxisch. Im allgemeinen üben die Wismutpräparate auf die syphilitischen Erscheinungen eine nicht ganz so kräftige Wirkung aus, wie die Arsenobenzole, auch wird die WaR. später negativ. Jedoch bleibt sie, einmal negativ geworden, nach Bi-Therapie länger bestehen, als nach Salvarsan.

Ueber das Wismulen, das intravenös zu injizieren ist, lautet das Urteil der Autoren sehr ungünstig, es erwies sich als sehr giftig (Odontalgien) und sehr schwach, denn die Rezidive folgten unmittelbar auf die Kur. Dagegen zeigte das Neotrépol, auf das die Wahl wegen der einfachen Zusammensetzung und des hohen Bi-Gehaltes gefallen war, sehr brauchbar. Bei 54 Patienten wurde das Mittel zweimal wöchentlich, je 1½ bis 2 ccm, intramuskulär gegeben, bis zu einem Gesamtwismutgehalt von 2 bis 3 g. Die Spirochäten verschwanden aus den Primär- und Sekundärerscheinungen nach zwei Einspritzungen definitiv. (Eine Ausnahme.) Die Erscheinungen sämtlicher Stadien kamen in befriedigender Weise zur Abheilung. Die WaR. wurde sogar in einigen detailliert mitgeteilten Fällen besser beeinflußt, als durch Salvarsankuren. Aber je älter die Syphilis, um so schwerer, auch mit Bi., die Serumreaktion zu beeinflussen. (Tabellarische Uebersicht.) Vier Röntgenphotographien zeigen die Resorption des Bi-Schattens aus der Muskulatur. Ohne über Dauerwirkung schon ein endgültiges Urteil fällen zu wollen, meinen die Autoren, daß das Neotrépol auch in dieser Beziehung hoch einzuschätzen ist, denn sie sahen niemals neue Ausbrüche während der Behandlung auftreten oder in den Therapieintervallen zum Vorschein kommen.

K. Heymann, Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 19, 13 .Mai 1926.

Ueber den Verlauf der Lungentuberkulose nach Sanocrysinbehandlung. R. K. Petersen und Vald. Petersen.
* Behandlung des Lupus mit Sanocrysin. Knud Seeber.
Carcinoma ventriculi (Uebersetzung). A. F. Harst.

Die Behandlung des Lupus mit Sanocrysin wird von Seeber sehr empfohlen; namentlich soll Sanocrysin früh angewandt werden, bevor noch irritierende Medikamente genommen sind und Narbenbildung bewirkt haben. Bei intravenöser Anwendung ist die Dosis danach zu bemessen, ob noch wesentliche tuberkulöse Veränderungen in andern Organen gleichzeitig vorliegen.

Nr. 20, 20. Mai 1926.

* Einige therapeutische Bemerkungen über perniciöse Anämie. H. J. Bing.
Drei Vorlesungen über organische Leiden im Nervensystem. Viggo Christiansen.
* Ein Fall von Diabetespsychose mit konjugaler diabetischer Belastung. P. J. Reiter.
* Ein Lupusfall, behandelt mit Pyotropin. Chr. Jensen.
* Ichthyosis, behandelt mit Manganinjektionen (Metallsalz). H. Gundel.
Ueber die Technik der Injektionsbehandlung der Varicen. Eick Lunöe.
Carcinoma ventriculi (Uebersetzung). Matthew J. Stewart.

Bing empfiehlt zur **Behandlung der perniciösen Anämie** besonders die Salzsäuretherapie und die Protein-Behandlung; man darf sich durch die spontanen Remissionen in der Beurteilung der Heilmittel nicht täuschen lassen.

Ein Fall von Diabetespsychose mit konjugaler diabetischer Belastung. Reiter beschreibt bei einem 59jährigen Manne, unter dessen Ahnen sowohl Diabetes wie Psychosen vorkamen, eine Psychose unter dem Bilde der Amentia, die für eine arteriosklerotische Hirnerweichung gehalten wurde, und durch die antidiabetische Behandlung sich erheblich besserte.

Ein Lupusfall behandelt mit Pyotropin. Jensen zieht die Pyotropin-Behandlung der Licht- und Finsenbehandlung des Lupus vor, weil dieselbe weniger schmerzhaft ist und nicht so lange dauert wie die Bestrahlung. Pyotropin ist ein alkalisches Causticum (Salbe), das Salizylsäure enthält und eine begrenzte Tiefenwirkung hat.

Ichthyosis behandelt mit Manganinjektionen. Gundel sah bei einem universellen Ichthyosis durch steigende Manganinjektionen einen guten Erfolg und rät zu einem Versuch mit Metallsalzen bei diesem Leiden.

Nr. 21, 27. Mai 1926.

Drei Vorlesungen über organische Leiden des Nervensystems. Viggo Christiansen.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

Heft 9, 15. Mai 1926.

Camillo Golga † — Erinnerungsworte. Gösta Häggqvist.
Sven Wallgen † — Nachruf. A. Levin.
* Ein Fall von Melanosarkom der Leber mit dem klinischen Bilde des Morbus Banti und der Addisonschen Krankheit. P. G. Mänsson.

Ein Fall von Melanosarkom der Leber mit dem klinischen Bilde des Morbus Banti und der Addisonschen Krankheit. Der Fall von Leber-Melanosarkom betrifft einen 4jährigen Knaben und bot klinisch das Bild der Bantischen und Addisonschen Krankheit. Melanosarkome sind bei Kindern selten und ergreifen noch seltener sowohl die Nebennieren wie den Sympathikus, sowie in dem beschriebenen Falle. S. Kalischer, Schlachtensee.

Acta chirurgica scandinavica.

60., Nr. 3.

* Funktion der Gallenwege unter normalen und gewissen pathologischen Verhältnissen. John Berg.
* Prognose und Methodik der Embolektomie. Gunnar Nyström.
On Aseptic Resections of the Colon. Herbert Olivecrona.
La mobilisation de l'ankylose métatuberculeuse du genou. R. Ingebrigsten.
* A Contribution to the Knowledge of „Tendovaginitis or Tenditis Stenosan". Robert Hanson.
Case of Luxatio manus. Erik Michaëlsson.

Funktion der Gallenwege unter normalen und gewissen pathologischen Verhältnissen. Im Anschluß an die Beschreibung eines Falles von sekundär infizierter Mucostase mit primärer und sekundärer Cholestearin- und Kalksteinbildung in der Gallenblase vertritt Verf. seine Auffassung, daß der alte pathologische Begriff „Hydrops ves. fell." ätiologisch unrichtig und praktisch irreführend sei. Im Gegensatz zu Westphal vertritt er weiterhin seinen Standpunkt, daß der mucofluktionäre Funktionstyp auch von einem funktionellen Uebergewicht der transversellen Muskulatur des Blasentrichters über die plexiforme des Blasenkörpers abhinge und nicht nur von einer abnorm gesteigerten Tätigkeit des Sphincters Oddi. Durch dieses funktionelle Hindernis der Entleerung des Blaseninhaltes wird der ganze Flüssigkeitsstrom durch den Trichter in die Zeit der Relaxation der Blase verlegt. Nach genauer Erörterung, welche Rolle die Infektion bei Steinbildung in den Gallenwegen spielt, stützt Verf. durch den letztbeschriebenen Fall seine Ansicht, daß bei Bildung von Cholestearinsteinen in den Gallenwegen das Material in steigendem Grade von der Schleimhaut der Gallenblase geliefert wird. Die Schleimhaut der Gallenblase kann morphologisch und funktionell für eine vikariierende Cholestearinabsonderung umgestaltet werden.

Prognose und Methodik der Embolektomie. Von den bisher in der Literatur mitgeteilten Fällen von Embolektomie bei drohender Extremitätengangrän hatten mehr als ein Drittel einen klinisch günstigen Verlauf. Trotzdem bei schwereren Intimaveränderungen die Gefahr vorliegt, daß die in das Gefäß eingeführten Sonden sich in die Risse der Intima verfangen und falsche Wege bilden, sind auch bei Arteriosklerose gute Resultate zu verzeichnen. Bei reitender Embolie an der Teilungsstelle der Aorta wird gewöhnlich wegen der technischen Schwierigkeiten von der Laparotomie abgeraten. Kann man nicht durch eine in das Gefäß eingeführte Sonde in diesen Fällen den Embolus herausschaffen, empfiehlt Verf. mit der Hand retroperitoneal von der Leiste einzugehen und den Embolus bis zu einer Eröffnungsstelle in der Arteria femoralis herabzumelken.

A Contribution to the Knowledge of „Tendovaginitis or Tenditis Stenosans". Bei der Operation eines Falles von Tendovaginitis oder Tendinitis stenosans des Abductor pollicis longus fand Verf. als Ursache des Hindernisses für die Streckung und Abduktion eine spindelförmige Auftreibung der Sehne, die sich nach mikroskopischer Untersuchung als Narbe einer geheilten partiellen Ruptur der Sehne erwies. Nach Spaltung des Sehnenfaches wurde ein normales Bewegungsvermögen des Daumens erreicht. Verf. nimmt an, daß in vielen Fällen ein ähnliches ätiologisches Moment zugrunde liegt, daß die primären Veränderungen in der Sehne liegen können und nicht nur, wie man früher annahm, in der Sehnenscheide.

Gohrbandt, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 22.

Zur Frage der sympathischen Innervation der willkürlichen Muskulatur. Leon Asher.
* Zur Kenntnis der Stoffwechselwirkung der Schilddrüsensubstanzen. J. Abelin.
* Klinisches und Experimentelles über den Einfluß der einen kranken Niere auf die die andere gesunde Niere. Herm. Walthard.
* Beitrag zur Klinik der endometroiden Wucherungen. W. Nenweiler.
Untersuchungen über die Zirkulation mittels des Sahlischen Volumbolometers bei an Grippe und Encephalitis lethargica Erkrankten. D. J. da Cunba und Ign. V. Lazarraga.
Beitrag zur Frage der Agranulocytose. W. Feer.
Ueber die Anwendung von Allonal als Hustenmittel. J. L. Burckhardt.

Zur Kenntnis der Stoffwechselwirkung der Schilddrüsensubstanzen. Die Untersuchungen des Verf. über die Beziehungen der Thyreoideastoffe zu der sogenannten spezifisch-dynamischen Wirkung der Nahrungsstoffe liefern einen Hinweis darauf, daß nach Schilddrüsenbehandlung ein großer Teil der chemischen Vorgänge im Organismus einen anderen Verlauf nimmt als sonst. Ein mit Schilddrüse gefüttertes Tier nützt die Nahrungsstoffe ganz anders aus als ein normales Tier. Da die Ursachen für diese Abweichungen der chemischen Vorgänge bis jetzt fast ungeklärt sind, so bleibt nur übrig, auf rein experimentellem Wege Bedingungen zu finden, welche die Stoffwechselwirkung der Schilddrüsenstoffe in dieser oder jener Weise verändern. Als ein solches Hilfsmittel zur Beeinflussung der Schilddrüsenwirkung hat sich die Darreichung von Fett erwiesen. Es hat sich dabei die merkwürdige Tatsache ergeben, daß Fettzufuhr die Stoffwechselwirkung der Thyreoidea abschwächt. Unter dem Einfluß der Schilddrüsenstoffe verliert die Leber die Fähigkeit der Glykogenablagerung. Wird jedoch neben den Schilddrüsenstoffen auch noch Fett gegeben, so wird die Glykogenfixation der Leber nur wenig gestört.

Ob der Befund, daß durch die Fettzufuhr die schädlichen Schilddrüsenwirkungen auf den Stoffwechsel und speziell auf den Kohlehydratumsatz wirksam bekämpft werden, auch der Therapie zunutze kommen kann, soll erst die Zukunft entscheiden.

Klinisches und Experimentelles über den Einfluß der einen kranken Niere auf die andere gesunde Niere. Soweit dies durch die Indigokarminprüfung festgestellt werden kann, wird die intaktgelassene Niere durch Gewebszerfallprodukte, die aus der operativ geschädigten Niere in den Kreislauf gelaufen, sehr oft ungünstig beeinflußt. Ob diese Produkte aber zum Nierenparenchym eine spezifische Affinität haben und dieses intensiver schädigen als das Gewebe anderer Organe, haben die geschilderten Versuche nicht einwandfrei bewiesen.

Bei sämtlichen Versuchen äußerte sich die Schädigung der intakt gelassenen Niere klinisch ganz gleichmäßig, gewöhnlich durch Albuminurie, häufig auch durch Haematurie, seltener durch Zylindrurie.

Sehr oft war auch eine Verzögerung der Indigokarminausscheidung vorhanden.

Indessen lassen die konstatierten Schädigungen keine bleibenden, insbesondere keine entzündlichen Spuren zurück.

Als Nutzanwendung für die Praxis ergibt sich, daß der genaueren Diagnostik, insbesondere der Entscheidung, ob die primäre Erkrankung nur in eine oder in beide Nieren zu suchen ist, ein bedeutender Wert beizulegen ist, und zwar nicht nur bei den infektiösen Nierenerkrankungen.

Auch unsere Behandlungserfolge werden davon Nutzen ziehen, wenn wir dem Einfuß der einen kranken Niere auf die andere gesunde mehr Beachtung schenken.

Beitrag zur Klinik der endometroiden Wucherungen. Wir verstehen unter diesem Zustande das Vorkommen von Corpusmucosa an ganz verschiedenen Stellen. Als solche sind Narben nach Laparotomien, Ovarien, Peritonealserosa, Nabelgegend, Darm, Parametrien, Ligament. rotund., Inguinalgegend, Mesenterium, Labium majus beschrieben worden. Die Adenosis kommt in Form von unscharf begrenzten Knoten vor, die nur wenig Tendenz zum Wachstum zeigen und mikroskopisch das typische Bild der Corpus mucosa aufweisen. Eine maligne Entartung dieser Wucherungen ist noch nie mitgeteilt worden. Auffallend ist das von vielen Autoren betonte Zusammentreffen dieser Krankheit mit Sterilität und Infantilismus.

Symptomatologisch handelt es sich bei diesen Zuständen um ein ganz atypisches Krankheitsbild; nur in den seltensten Fällen wird es möglich sein, ohne mikroskopische Untersuchung die Diagnose mit Sicherheit stellen zu können. Die Symptome hängen naturgemäß von der Lokalisation der Wucherung ab. Meist klagen die Trägerinnen solcher Wucherungen über erworbene Dysmenorrhoe von bisweilen großer Heftigkeit. Vielleicht die häufigste Lokalisation sind Narben nach Laparotomien.

Endometriome im Scheidengewölbe verursachen neben Verlängerung und Verstärkung der Periode oft auch blutigen Ausfluß post menstruationem. Der Palpationsbefund läßt mit Recht die Vermutung „Carzinom" aufsteigen und erst die histologische Untersuchung und der Verlauf zeigen die absolute Gutartigkeit der Affektion.

Held.

La Presse Médicale Paris.

Nr. 27, 3. April 1926.

Ueber die allgemeine pathologische Physiologie der Schockphänomene und den Mechanismus ihrer Heilwirkung. L. Bard.
Die Enucleation des Eies beim Kaiserschnitt. C. Fournier.
Die Entwicklung und Modernisierung des Unterrichts in der operativen Medizin. M. Barthélemy.

Nr. 28, 7. April 1926.

Die Behandlung der Cervix-Metritis mit Hochfrequenz. P. Flandrin und L. Schil.
Chronische renale Kongestion und chronische Nephritis. Porge.
* Der Wert der periarteriellen Sympathektomie bei der Behandlung der osteoartikulären Tuberkulose. G. Ichok.

Der Wert der periarteriellen Sympathektomie bei der Behandlung der osteo-artikulären Tuberkulose. Nach den Erfahrungen verschiedener Autoren (Gundermann, Läwen, Brüning, Friedrich, Cotte u. a.) hat die periarterielle Sympathektomie bei der Knochen- und Gelenktuberkulose günstige Resultate aufzuweisen, die sich im wesentlichen auf die Hyperämie gründen, die durch den Eingriff erzeugt wird und die ausgesprochener und dauernder ist, als die durch das Biersche Verfahren hervorgerufene. So berichtet Läwen von vier Fällen von Knochentuberkulose (Fuß, Knie), darunter eine ausgedehnte Fistelbildung, die alle glatt geheilt sind. Er hält die Sympathektomie besonders bei synovialen Läsionen für aussichtsreich, wobei der Vaso-Dilatation der Haupterfolg zuzuschreiben ist. Ungünstige Urteile werden nur von zwei Autoren, Pietri und Sebestyén abgegeben. Bertone rät, die leichteren und frischeren Fälle zu behandeln, auch könnten vielleicht diejenigen Behandlungsmethoden, die eine besondere Geduldsprobe sowohl für den Arzt wie für den Patienten bedeuten, durch die periarterielle Sympathektomie ersetzt werden.

Nr. 29, 10. April 1926.

* Die oscillometrische Exploration der Arterien der Extremitäten im Verlauf von Raynardschem Syndrom. H. Grenet und P. Isaac-Georges.
Das Problem der Orientierung über die Syphilis bei den Nordafrikanern. J. Montpellier.
Exotische Syphilis und Nervensyphilis. A. Sézary.
Ein neues diagnostisches Zeichen bei Gesichtslähmung; Verschwinden des Kinn-Handflächenreflexes (Marinesco-Radovici). A. Radovici.
Dauernder Singultus im Verlauf einer tuberkulösen Meningitis, Beitrag zum Studium der Lokalisation der Läsionen des Singultus. L. Langeron.

Die oscillometrische Exploration der Arterien der Extremitäten im Verlauf von Raynaudschem Syndrom. Die oscillometrische Prüfung bei fünf Fällen von Raynaudschem Syndrom mit unilateraler Lokalisation hat insofern günstige Resultate ergeben, als bei sämtlichen fünf Fällen arterielle Läsionen nachgewiesen werden konnten.

Nr. 30, 14. April 1926.

Einige Bemerkungen über die Narkose mit Stickstoffprotoxyd. E. Desmarest.
* Die Wirkungsweise der Quellentherapie bei Asthma. J. Galup.
Eine neue Krankheit: Die Fluorose oder Fluorkachexie. H. Cristiani.
Ueber Oxalorachie. M. Nathan.

Die Wirkungsweise der Quellentherapie bei Asthma. Verfasser berichtet über die Wirkungsweise der Quellen von Mont-Done, das wohl Reichenhall gleichzusetzen ist. Die Wirkung betrifft einmal die Leber, die von Stauungen befreit wird, deren Einfluß auf das Asthma durch einen hepato-bulbo-pulmonären Nervenreflex ermittelt werde und die digestive Hämoclasie hervorrufe. Ferner wird die Schleimhaut des Respirationsapparates, deren Beschaffenheit beim Asthmakranken das Eindringen fremder Eiweißkörper begünstigt, modifiziert durch die lösende und vicatrisierende Eigenschaft des Mineralwassers, die antianaphylaktisch und anticolloidoklasisch wirkt, vermutlich durch seinen Reichtum an Carbonaten und alkalischen Bikarbonaten. Diese enthalten Colloide, die mit denen des Blutplasmas in Kontakt kommen und durch fortwährende aufeinander folgende kleine Choks schließlich die Desensibilisierung erreichen. Wichtig ist die radioaktive Emanation in ihrer Wirkung auf den Metabolismus und auf die Elimination der Harnsäure. Die Wirkung auf das endokrine System zeigt sich fast in allen in Frage kommenden Organen, vor allem der Schilddrüse und Nebenniere, wie am vegetativen Nervensystem. Die Wirkung ist wohl temporär beschränkt, halte aber doch auf Jahre hindurch an und könne bei wiederholter Anwendung der Anaphylaxie in Immunität überführen.

Nr. 31, 17. April 1926.

* Zusammenfassende Studie über die Behandlung der Lungentuberkulose (erste Serie) mit Goldnatriumthiosulfat (Sanocrysin). L. Bernard.
Die antitetanische Immunität durch Anatoxin beim Menschen. Ch. Zoeller und G. Ramon.
Die homo-organischen Hormone. Ch. Richet.

Zusammenfassende Studie über die Behandlung der Lungentuberkulose (erste Serie) mit Goldnatriumthiosulfat (Sanocrysin). Verfasser hat 26 Fälle von Lungentuberkulose mit dem dänischen Präparat Sanocrysin behandelt mit folgenden Ergebnissen: Neun günstige Resultate mit Apyraxie, Gewichtszunahme, Repression der physikalischen und radiologischen Erscheinungen, Verminderung des Auswurfs und der Kochschen Bazillen, die aber niemals ganz zum Verschwinden gebracht werden konnten; acht zweifelhafte Resultate, insofern, als dieselbe Besserung beobachtet wurde, diese aber nicht allein der Behandlung zugeschrieben werden konnte; sieben unbeeinflußte Fälle und zwei Verschlechterungen, von denen einer an einer Meningitis, der andere an einer toxischen Nephritis zugrunde ging. Eine Intoxikation durch das Medikament sei nicht abzuleugnen, dennoch habe dieses bei sorgfältiger Dosierung und in genügend langen Intervallen gegeben, eine unbestreitbar günstige Wirkung, die besonders deutlich bei den käsigen ulcerösen Formen zutage tritt. Ein sicherer Schluß sei vorläufig bei der Kürze der Beobachtungszeit (fünf bis sechs Monate) nicht zu ziehen.

Nr. 32, 21. April 1926.

Die Arsenverbindungen per os zur Behandlung und Verhütung von Darminfektionen. Ravant.
Strahlenbehandlung des Mammakarzinoms. Chambacher und Rieder.

Nr. 33, 24. April 1926.

Bilateraler künstlicher Pneumothorax. Tobé und Terrasse.

Nr. 34, 28. April 1926.

* Die Wirkung des Hinterlappenextraktes der Hypophyse auf die Diurese und ihre Modifikation während des Schlafes. M. Labbé, P.-L. Violle und E. Azerad.

Die intravaskuläre Migration der Kriegsgeschosse, klinische und experimentelle Studie. L. Binet und N. Péron.
Migration eines Kriegsgeschosses vom Oberschenkel in die Lunge. P. de Saint-Aoid und R. Léonard.
* Besitzt der Appendix eine endokrine Funktion? F. Moutier und R. Fouché.

Die Wirkung des Hinterlappenextraktes der Hypophyse auf die Diurese und ihre Modifikation während des Schlafes. Die widersprechenden Resultate verschiedener Autoren bei Experimenten mit Hypophysenhinterlappenextrakt, wobei die einen Polyurie, die andern dagegen eine ausgesprochene Oligurie erzielten, erklären Verff. dadurch, daß die ersteren mit narkotisierten Kaninchen, die letzteren mit wachen Tieren operierten.

Ihre eigenen Versuche bei schlafenden und wachen Menschen bestätigten im wesentlichen diese Theorie dahin, daß beim normalen Individuum der physiologische Schlaf die oligurische Wirkung des Hypophysenextraktes aufhebt. Da im Schlafzustand eine allgemeine Vaso-Dilatation herrscht, so zu verstehen, daß die vaso-konstriktive Wirkung des Hinterlappens der Hypophyse weniger stark ist als während des Wachzustandes und die ontidiuretische Aktion im Schlaf ausbleibt.

Besitzt der Appendix eine endokrine Funktion? Verf. sind geneigt, die Frage der endokrinen Funktion des Appendix zu bejahen. Dafür spreche erstens der histologische Befund, der außer intestinaldrüsigen und lymphoiden auch argentaffine Zellen aufweist, die evtl. ebenso karzinomatös entarten können wie diejenigen der innersekretorischen Organe. Ferner deuten häufig beobachtete postoperative Störungen darauf hin, wie: ausgesprochene, sich rasch entwickelnde Obstipation, Ovarialstörungen und Entwicklungshemmungen im Sinne eines dysthyreoiden Infantilismus. Bei aller selbstverständlichen Reserve, daß die Störungen auch anders bedingt sein können, weisen Verff. darauf hin, daß alle beobachteten Störungen nach „kalten" Operationen auftraten, daß demnach ein gesunder Appendix endokrine Funktionen ausübt, ein kranker aber nicht; dessen Entfernung also auch keine postoperativen Anfälle im oberen Sinne hervorruft.

Haber.

Revue neurologique.

33., Nr. 5, Mai 1926.

* Ueber den Wert der pharmakologischen Tests in der Erforschung des vegetativen Systems. G. Marinesio und O. Sager.
* Geschwulst des Infundibulum mit isolierter Schlafsucht. A. Souques.
* Idiopathische und kongenitale Athétose double. Lad. Syllaba und Kamil Henner.
* Infantiles postencephalitisches Syndrom. L. Tchlenoff und N. Toulaeva.

Ueber den Wert der pharmakologischen Tests in der Erforschung des vegetativen Systems. Bei der Erforschung des vegetativen Systems ist nicht nur ein einziges pharmakologisches Test oder eine einzige Probe anzuwenden, sondern es sind mehrere Prüfungen anzustellen. Ferner sind nicht nur die pharmakologischen Test, sondern auch die klinischen Erscheinungen bezüglich der Gleichgewichtsstörungen im vegetativen System (Vagotonie bei Parkinsonismus z. B.) zu berücksichtigen. Die Dreselsche Probe (Adrenalin und Blutdruck) kann uns zuweilen ziemlich genau über den Zustand des vegetativen Systems unterrichten; sie ist aber immer zu ergänzen und zu kontrollieren durch Pilokarpineinspritzungen und durch intravenöse Adrenalininjektionen. Letztere sind unschädlich. Die Pilokarpineinspritzung, allein angewandt, gibt ungenaue Resultate und bedarf daher der Kontrolle durch klinische Symtome und andere pharmakologische Tests. Das Gleiche gilt für die Atropinprobe. Die intravenöse Adrenalinprobe muß des öfteren wiederholt und durch die Pilokarpinprobe ergänzt werden.

Geschwulst des Infundibulum mit isolierter Schlafsucht. Fall von Karzinommetastase im Infundibulum des 3. Ventrikels mit pathologischer Schlafsucht als fast einzigem klinischem Symptom. Letzteres war der Lethargie der epidemischen Encephalitis völlig ähnlich, so daß zunächst an diese gedacht wurde. Zunächst trat die Schlafsucht anfallsweise auf, später war sie kontinuierlich; Patient schlief zwei Monate fast ununterbrochen. Nie Polyurie, keine Glykosurie. Temperatur 38—38,5° (Patient war lungenkrank). Mit 37 Jahren — bei Beginn der Krankheit — hörten die Menses auf; allerdings trat die Menopause in der Familie frühzeitig ein. Keine Störung des Grundstoffwechsels, keine Fettsucht. Psychisch: Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen. Der Fall interessiert in Bezug auf die Lokalisation des Schlafzentrums, zumal der Tumor klein und eng lokalisiert war. Immerhin bestanden aber im vorliegenden Falle Hirndrucksymptome, so Stauungspapille. Jedenfalls spricht dieser Fall in Verbindung mit analogen Fällen von Infundibulargeschwülsten und Basilarmeningitiden mit Lethargie dafür, daß die tubero-infundibulare Gegend eine Rolle in der Regulation des Schlafes spielt.

Idiopathische und kongenitale Athétose double. In derselben Familie drei Fälle von Athétose double (2 Brüder, 1 Schwester). Ein dystrophisches Syndrom bildet einen integrierenden Bestandteil der Athétose double; man findet bei diesem Leiden beständig Schädelanomalien, Strabismus, Kropf, Thoraxdeformation, Anomalien der Hauptpigmentation, Hypoplasie der Genitalorgane, Spontannystagmus. Im Entwicklungsstadium der idiopathischen Athétose double sind die Sehnen- und Periostreflexe oft fehlend oder sehr schwach. Immer findet man mehrere Pyramidensymptome (Babinski, Fächerzeichen, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Strümpell usw.). Muskelrigidität kann ganz fehlen. Die allgemeine Haltung kann sehr verschieden sein. Intelligenzstörungen fehlten in fünf von sechs Fällen der Verff., beim sechsten waren sie nur sehr gering; die fünf Fälle waren intellektuell eher vorgeschritten als zurückgeblieben. Die idiopathische und kongenitale Athétose double sind als eine Krankheit sui generis, nicht als ein Syndrom anzusehen. Diese Krankheit ist durchaus abzutrennen von den sekundären athetotischen Syndromen, auch von der Littleschen Krankheit. Es handelt sich um eine Systemerkrankung, und nicht nur ein Leiden von besonderer Topographie der Läsionen. Hierfür spricht auch der familiäre Charakter der von den Verff. mitgeteilten Fälle.

Infantiles postencephalitisches Syndrom. 12jähriges Mädchen. Als besondere postencephalitische Symptome fanden sich: rhythmische Mitbewegung des Armes beim Sprechen, Mitbewegung der Stimme beim Laufen, Epilepsie und Apraxie des Blickes, tonische Perseveration des Patellarreflexes, myodystonische elektrische Reaktion, Intelligenzschwäche. Neben diffusen kortikalen Läsionen (Intelligenzschwäche, kortikal-epileptische Anfälle, Absenzen) sind Veränderungen im Striatum (Hyperkinesen, Synkinesen), in Pallidum und Locus niger (Rigidität, Parkinsonismus) anzunehmen, u. z. bilateral wegen der Multiplizität und Verschiedenheit der Symptome. Es bestehen einige Zeichen von Erbsyphilis (u. a. schwach positiver Blut-Wassermann), die antisyphilitische Behandlung hatte aber keinen Erfolg. Skopolamin wirkte günstig auf die Bewegungen.

Kurt Mendel (Berlin).

Revue de la Tuberkulose.

Nr. 1. 1926.

* Immunisierungsversuche gegen Tuberkulose bei Neugeborenen mittels des Tuberkelbazillus „B C G". Calmette, Guerin, Nègre, Boquet.
* Klimatische und Mineralwasserkuren bei Lungentuberkulösen. Léon Bernard.
Zur Frage des intrapleuralen Druckes (Polemik. Ref.). Rist und Strohl.
* Der Kalziumgehalt des Blutes beim Kind, besonders beim tuberkulösen Säugling. Debré, Goiffon und Guyonnaud.
Schutzmaßnahmen in der ersten Kindheit. Labesse.
* Technik des Oleothorax. Kuß.
Die Morphologie des Tuberkelbazillus. Veber.

Immunisierungsversuche gegen Tuberkulose bei Neugeborenen mittels des Tuberkelbazillus „B C G". Verff. haben einen Tuberkelbazillenstamm vom Typus bovinus im Laufe von 13 Jahren durch 230malige Fortzüchtung auf Rindergallenährboden so weit in seiner Virulenz geschwächt, daß er auf Säugetiere und Vögel, selbst in größerer Menge verimpft, keine Tuberkulose erzeugte. Mit diesem Bazillus, nach seinen Züchtern Bazillus Calmette-Guérin (B C G) genannt, wurden auf breiter Basis Schutzimpfungsversuche am Tier, u. a. auch an Affen, vorgenommen. Es gelang, durch Einspritzung und auch durch Verfütterung des B C G an die Versuchstiere, diese ausnahmslos vor dem Angehen einer späteren natürlichen oder künstlichen tuberkulösen Infektion zu bewahren. Die Schutzwirkung hält etwa 1—1½ Jahre an; durch Wiederimpfungen, die ohne jeden Schaden vertragen wurden, kann sie beliebig verlängert werden. Nach diesen überaus versprechenden Tierversuchen gingen Verff. daran, ihre Methode zu einem brauchbaren Immunisierungsverfahren beim Menschen auszubauen. Da es sich um die Einführung lebender Tuberkelbazillen in den menschlichen Körper handelt, kommt das Verfahren für bereits tuberkulös Erkrankte oder Infizierte, also auch für tuberkulinpositive ältere Kinder nicht in Betracht, sondern lediglich als prophylaktische Maßnahme bei Neugeborenen oder älteren Kindern, die mit Tuberkelbazillen bisher nicht in Berührung gekommen sind. Intravenös sowohl wie per os gegeben, verträgt das nicht infizierte Kind den B C G ohne jede Störung oder Schädigung. Wie die jungen Tiere, so werden auch die menschlichen Neugeborenen vor tuberkulöser Infektion mittels B C G am zweckmäßigsten in der Weise geschützt, daß sie die Bazillenemulsion per os bekommen. Es hat sich experimentell zeigen lassen, daß die Darmschleimhaut Neugeborener die Bazillen ungehindert passieren läßt.

Das Tuberkuloseschutzverfahren von **Calmette** wird in Frankreich schon seit vier Jahren praktisch angewendet. Bisher wurde nur eine bestimmte, besonders gefährdete Gruppe von Kindern, die Neugeborenen offen tuberkulöser Mütter mit B C G vorbehandelt.

Am 1. Januar 1926 waren bereits 5183 Säuglinge dieser Art mittels BCG prophylaktisch immunisiert mit dem Erfolg, daß die Mortalitätsziffer von 25 Proz. auf 1,8 Proz. gesunken ist. Das Mittel wird vom Pasteur-Institut zu Paris auf schriftlichen Antrag an die französischen Aerzte abgegeben in Form einer per os zu verabreichenden Emulsion. Es soll so frühzeitig wie möglich, am besten in der ersten Lebenswoche gegeben werden. Bestätigt die weitere Anwendung bei gefährdeten Säuglingen die bisher gemachten überaus günstigen Erfahrungen, so sei es angebracht, sämtliche neugeborenen Kinder mittels BCG gegen die Tuberkulose prophylaktisch zu immunisieren.

Klimatische und Mineralwasserkuren bei Lungentuberkulösen. Eine vornehmlich den französischen Facharzt interessierende Abhandlung, in welcher *Léon Bernard*, nach Erörterung allgemeiner Gesichtspunkte bei der Auswahl Lungenkanker zu klimatischen Kuren, eine Anzahl französischer Höhenkurorte hinsichtlich ihrer Eignung für die verschiedenen Formen der Lungentuberkulose bespricht.

Der Kalziumgehalt des Blutes beim Kind, besonders beim tuberkulösen Säugling. Der Blutkalziumspiegel des tuberkulösen Kindes entspricht dem des gesunden und beträgt 100—120 Milligramm. Nur wenn die Tuberkulose mit schwerer allgemeiner Kachexie einhergeht oder wenn sie mit der durch Kalkarmut des Organismus ausgezeichneten Spasmophilie vergesellschaftet ist, finden sich niedrigere Werte (70—90 mg).

Technik des Oleothorax. Der künstliche Oleothorax, die Einführung sterilen Oels in die Pleurahöhle, ist ein in Frankreich seit kurzem beliebtes Verfahren, welches bei eitriger Rippenfellentzündung, bem Spontanpneumothorax und vor allem bei der Behandlung mit künstlichem Pneumothorax aus mannigfaltigen Gesichtspunkten heraus indiziert ist. Der Kompressions-Oleothorax (Material: schwer resorbierbares Paraffinöl) wird dazu benutzt, um Bronchialfisteln welche mit der Pleurahöhle kommunizieren, zum Verschluß zu bringen oder auch um die Bildung von Adhäsionen im Verlaufe der künstlichen Pneumothoraxbehandlung zu verhüten; der desinfizierend wirkende Oleothorax (Material: leichter resorbierbares Gomenolöl) spielt eine wichtige Rolle in der Behandlung der prognostisch bekanntermaßen recht ungünstigen, mischinfizierten tuberkulösen Empyeme. Die speziellere Technik des Verfahrens, welche im Original nachgelesen werden muß, wird bis in alle Details hinein erörtert.

H. Zwerg.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 4. April 1926.

* Ulcus-molle-Condylome des Introitus vaginae. Ravaut und Lambling.
Mitteilung über die Pigmentbildung bei der Melanodermie der Teer-, Kohlen- usw. Arbeiter. Kißmeyer.
Ein Fall von Poradenolymphitis. Kristjansen.
Beziehung zwischen Syphilis und Epitheliom. Jonescu.

Ulcus-molle-Condylome des Introitus vaginae. Der Ursache der spitzen Condylome, wie man sie häufig am Introitus vaginae findet, wird meist nicht nachgegangen. Den Autoren gelang es in einem Fall, daß Ulcus molle als Ursache festzustellen. Hieran schließen sie einige Betrachtungen über den weichen Schanker der Vagina und der Schleimhäute überhaupt, über die Condylome der Vagina und über die Ulcus-molle-Condylome im allgemeinen.

Der weiche Schanker der Vagina und des Collum Uteri sei selten. Im allgemeinen findet sich das Ulcus molle auf den Uebergangsstellen von Haut zu Schleimhaut, also am Hymen, und im Anus nur bis zur Morgagnischen Klappe, also gleichfalls auf Uebergangsepithel. Im Munde ist das Ulcus molle gleichfalls sehr selten. Ein kürzlich vorgestellter Fall (Zunge) heilte spontan, während das von demselben Ulcus entnommene Material auf die Haut inoculiert dort rasch fortschreitende Ulcerationen veranlaßte. Hieraus schließen die Autoren, *daß der Ducreysche Bazillus auf der Schleimhaut nur schlecht gedeiht.* (Man könnte das erwähnte Experiment auch anders deuten: Zufällige zeitliche Ueberempfindlichkeit des Kranken nach vorangegangener milder Infektion, Desinfektionskraft des Speichels. Ref.) Während also das Ulcus molle der Schleimhaut rasch abzuheilen pflegt, hinterläßt es aber entweder einen Bubo oder ein Condylom. Letztgenannte Neubildungen bedeckten im Fall der Autoren die Ulcerationen vollständig. Aehnlich verhält es sich mit den Condylomen am Anus, die häufig ein Ulcus molle maskieren, das nur nicht diagnostiziert wird, weil man sich nicht die Mühe nimmt, danach zu suchen. Natürlich wäre es eine Uebertreibung, in jedem Condylom ein noch bestehendes oder abgeheiltes Ulcus molle zu sehen; vielmehr gibt es mehrere Ursachen, die zur Condylombildung führen können, Lues, Tuberkulose, Krebs, andere Infektionen.

Die Condylome, welche in Beziehung zum weichen Schanker stehen, verdecken diesen oft vollständig. Um ihn zu finden, ist eine sehr genaue, schmerzhafte Untersuchung nötig; daher üben die Autoren sie in Rückenmarksanästhesie aus. Bei der anorectalen Elephantiasis finden sich häufig Condylome; möglicherweise spielt das Ulcus molle in der Entstehung der genannten Elephantiasisform eine Rolle.

Nr. 5, Mai 1926.

* Nummuläre, purpuröse und gangränöse Hautsyphilis der unteren Extremitäten. M. Favre.
* Ueber die Pathogerese des Lupus erythematodes. Schaumann.
* Ichthyol in der Behandlung der Fururkulose. Kißmeyer.
Ueber einen neuen Fall von tertiärer Syphilis des Gesichts in Form harter aphlegmatischer Infiltration vom Typ des Lymphoders.

Nummuläre purpuröse und gangränöse Hautsyphilis der unteren Extremitäten. Favre teilt fünf Krankengeschichten mit, bei denen es auf dem Boden der Syphilis zu hämorrhagischen, dann grangränösen Affektionen von ganz speziellem Typ kam. Die Primärläsion ist ein blau-violettes Element, deutlich umschrieben, kreisförmig. Es ist der Ausdruck einer hämorrhagischen interstitiellen, dichten und tiefen Infiltration. Die Farbe erinnert an die der traumatischen Blutergüsse, ist aber ausgesprochener und einförmig, unterscheidet sich ferner durch die streng regelmäßig kreisförmige Abgrenzung von den Blutergüssen, die gewöhnlich entsprechend dem Trauma unregelmäßig sind. Die Größe der Affektion kann ein Fünffrankstück erreichen. Der Beginn ist plötzlich, große Beschwerden bestehen nicht. Allmählich kommt es zur Schwarzfärbung und Gangrän, die sich durch einen besonders üblen Geruch kennzeichnet.

Alle Kranken waren syphilitisch und zeigten sehr mannigfache Erscheinungen, die meisten waren schwer betroffen in ihrem Nervensystem oder hatten cardiovasculäre Erscheinungen. Viermal bestand erhöhter Blutdruck, drei hatten Gehirngefäßerkrankungen. Dasselbe Terrain, auf dem auch die Ulcera varicosa oder besser phlebitica entstehen, bringt auch die nummuläre purpuröse gangränöse Affektion hervor. Auch sie wird durch eine Phlebitis oder Periphlebitis acuta hervorgebracht, auch bei ihr kommen die Stase und mechanischen Faktoren hinzu, um das ursprünglich nur entzündliche Infiltrat überwiegend hämorrhagisch zu machen. Die erkrankte Vene ist die Vena efferens des betroffenen Bezirks. In einem Fall bestanden polymorphe Hautsyphilide von gewöhnlichem Charakter am Arm und Oberschenkel, während an den Unterschenkeln gleiche Affektionen den oben beschriebenen purpuraartigen Charakter annahmen. Die Erklärung für diese Hämorrhagien ist nicht in allgemeinen Krankheitsursachen zu suchen; es besteht nicht etwa eine Blutkrankheit, sondern eine regionale Erkrankung, die der Autor als „syphilomechanisch“ bezeichnet. Die Syphilis verändert erst die Gefäßwände, aber Schwere und Stase lassen sie brüchig werden. Der Autor glaubt, daß seine Auffassung von der Phlebitis als Ursache bald Anerkennung finden wird. Nicolas und Favre haben gemeinsam auch die *phlebitischen* Gummen beschrieben, die neben den arteriellen in der Literatur ihren Platz behaupten.

Ueber die Pathogenese des Lupus erythematodes. Schaumann beschreibt drei akute Fälle, teilweise klinisch, vor allem aber post mortem, acht chronische (fixe Fälle) untersuchte er auf Veränderungen der Lymphdrüsen und der anderen lymphatischen Organe. Die drei akuten Fälle nahmen einen tödlichen Verlauf. Bei ihnen fand sich im lymphatischen System ein granulomatöser Prozeß. Dieser besteht in der Neubildung eines Gewebes, durch dessen Wucherung die normale Organstruktur mehr oder minder verdrängt wird. Es fanden sich lymphoide und Plasmazellen, sowie besondere Typen von Epitheloidzellen: große, runde, bleiche mit vacuolisiertem Protoplasma und Elemente von verschiedener Größe, sich gut mit Pyronin färbend und mit einem, zwei oder mehreren Kernen versehen. Im neugebildeten Gewebe versprengt waren von lymphoiden Haufen umgebene tuberculoide Herde sichtbar. *Dieser Prozeß stellt eine Parallele zu Sternbergs Lymphogranulomatose dar.*

Ueberimpft man Material dieser granulomatösen Organe auf Meerschweinchen, so werden diese Tiere nicht tuberkulös, sterben aber nach einiger Zeit meist an Pneumonie oder an einfachem Kräfteverfall. Auch wiederholte Ueberimpfungen auf mehrere Generationen führen nicht zur Tuberkulose. Die histologische Untersuchung der Drüsen in den *chronischen* Fällen führt den Autor zu der Ansicht, daß der Prozeß in der Haut und in den Drüsen identisch ist. Es ergab sich ferner, daß *bei den chronischen L. e. Kranken ein nichtmaligner, bei den akuten dagegen ein maligner spezifisch lymphogranulomatöser Prozeß entsteht.* Im Verlauf beider Prozesse kommt es zur Regression der gleichzeitig bestehenden tuberkulösen Herde, das zeigt das so häufig bei Sektionen konstatierte Fehlen klassischer Tuberkulose beim Lupus erythematodes. Der Autor hält das Erysipelas perstans faciei für eine toxische Eruption bazillären oder histiogenen Ursprungs, veranlaßt durch Tuberculotoxine, die während der Einschmelzung bazillärer Herde frei werden oder auch durch Zellsubstanzen, die krankem Drüsengewebe entstammen. Schaumann glaubt, daß sich die verschiedenen tuberkulösen Prozesse gegenseitig ausschließen und belegt diese Auffassung durch interessante Beispiele.

(Die Arbeit ist geeignet, in mancher Beziehung eine Aenderung der herrschenden Auffassung vom Lupus erythematodes herbeizuführen, ihre Lektüre im Original ist sehr zu empfehlen. Ref.)

Ichthyol in der Behandlung der Furunculose. Empfehlung des Ichthyols, das zu Unrecht aus der amerikanischen Arzneimittelliste gestrichen sei. Es gestatte fast stets, Incisionen zu vermeiden und sei äußerst praktisch.

K. Heymann, Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 4. April 1926.

Infektion mit Syphilis vor Ausbruch des Schankers. Dubreuilh.
Fall von Mycosis fungoides. Jeanselme und Burnier.
Die traumatische Syphilis. Milian.
* Papulosquamöse atrophische Tuberkulide. Gougerot und Fernet.
Fall von Erythromelie. Hudelo, Eliascheff und Rabut.
Fall von ulcerierten Frostbeulen, gebessert durch Galvanisation des Schilddrüsenkörpers. Louste und Juster.
* Mißerfolg der Tuberkulintherapie in 4 Fällen von cyanotischer Asphyxie der Extremitäten. Lortat-Jakob und Mornet.
Die infiltrierten Erytheme oder die erythematös-cyanotischen Infiltrationen der nervös-endokrinen Individuen. Juster.
Syphilitischer Schanker mit verlängerter Inkubation. Montlaur und Ledoux.
Ulcus molle der Zunge. Montpellier.
Ein Typ von Sarkoid, das sich dem Erythema induratum Bazin nähert. Burnie und Rejsek.
Fall von lupoidem tuberösem Sarkoid. Burnier und Rejsek.
* Subkutane Sarkoide der beiden Beine, erfolgreich mit Tuberkulin behandelt. Burnier und Rejsek.
Aetiologie der Purpura teleangiectodes annularis von Majocchi. Balzer.
Vegetierende und suppurative Bromtoxicodermie. Danel.
* Behandlung der Lepra und einiger Dermatosen mit dem Oel der Carpotrocha brasiliensis. Horta.
Fall von Lupus erythematodes der Mundschleimhaut. Jakob und Legrain.
Multiple Epitheliomatose des Gesichts und des Halses. Pautrier und Levy.
Fall von Recklinghausen. Levy und Diß.
Sklerodermie „enplaques", gebessert durch pluriglanduläre Organtherapie. Röderer.
Lichen planus zoniformis. Röderer.
Erythematöse sigmentierte über die gesamte Hautdecke ausgesäte Eruption und Lichen planus circinatus nach Novarsenobenzolbehandlung. Pautrier.
Actinomycosis cervico-facialis. Pautrier und Riff.
* Syphilis congenita tarda der 2. Generation bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. Pautrier und Legrand.
Syphilis der 3. Generation vom Standpunkt des Ophthalmologen. Weill.
Aufstellung eines serologischen Tests zur Einschätzung antisyphilitischer Medikamente. Simon.
Schnell fortschreitendes Spindelzellenepitheliom des Gesichts bei einem Mädchen von 9 Jahren. Pautrier.
Pagetsche Krankheit der Brust und canaliculäres epidermotropes Karzinom, histologisch bewiesen nach Mamma-Amputation. Pautrier, Levy, Diß.
Tuberkulöses Ulcus der Unterlippe. Lang und Diß.
Oberflächliches Epitheliom der Unterlippe „en nappe". Röderer und Camus.
* Pityriasis rubra pilaris. Pautrier und Hincky.
Exfoliierende Erythrodermie bei einem mit Röntgentiefenbestrahlung behandelten Leukämiker. Kueny und Petrovich.
* Ueber die Gründe der Chronizität der Unterschenkelgeschwüre und über eine allgemeine Behandlungsmethode. Leriche und Fontaine.
* Tertiäre tuberöse Syphilis der Nase bei einem hereditär Syphilitischen mit massiver Hyperostose der Gesamtheit beider Tibien. Pautrier und Ullmo.
Oelgeschwulst bei Drehern. Pautrier und Diß.
Fall von chronischem Pemphigus. Hufschmidt.
Ausgedehnter Nävus der halben Brustseite und des Armes links. Hufschmidt.
Dermatitis chronica Atrophicans (Herxheimer-Pick) und atrophische cicumscripte Läsionen vom Typ der Anetodermie.
Rezidivierender Herpes des Gesichts bei einem Mädchen. Positive Inokulation auf die Kaninchencornea. Röderer.
Dermatitis pigmentaria nach Schamberg. Zimmerlin und Lanzenberg.
Tuberculosis ulcerosa et verrucosa der Hand mit multipler Spina ventosa seit 42 Jahren. Glasser und Sloimovici.
Doppelter Primäraffekt der Wange und der rechten Augenbraue. Jost u. Lanzenberg.
Atypische Ulcus molle-Bubonen. Levy und Glasser.
Spät beginnende Urticaria pigmentosa. Prieto und Lanzenberg.
Mitteilung über die Häufigkeit des Lichen planus nach neueren Beobachtungen an der Straßburger Hautklinik. Pautrier.
Lokalisierte Amyloiderkrankung der Haut mit knochiger Metaplasie. Foncin und Diß

Papulosquamöse atrophische Tuberculide. Bei einer 34jährigen Kranken mit tuberkulöser Vorgeschichte brach gleichzeitig mit Gelenkschwellungen eine Hauteruption aus, die nach Besserung des Allgemeinzustandes vorübergehend abheilte, bei einer neuerlichen Verschlimmerung aber wieder zum Vorschein kam. Die Elementarläsion zeigte folgende Merkmale: Erythematöse Flecke von Linsen- bis Markstückgröße, die meisten von einer lamellösen Schuppe bedeckt. Diese trägt im Zentrum eine abgerundete, leicht gelbliche, in der Mitte atrophisch aussehende, etwas eingedrückte Fläche. Einige Maculae am Thorax waren ohne Schuppen und Atrophie. Das Gesicht war gleichfalls ergriffen. Auf dem Gaumensegel fanden sich mehrere lebhaft rote, rundliche Elemente, die sich von der blassen Schleimhaut deutlich abhoben. Der Allgemeinzustand ist ziemlich schlecht, Müdigkeit und allabendliches Fieber, kein Lungenbefund. Blutuntersuchungen nach Hecht und Wassermann waren teilweise positiv. Novarsenobenzol und Hydrarg. cyanat. wurden schlecht vertragen. Nach einer intercurrenten Bronchopneumonie sind die Flecke am Thorax verschwunden, aber neue Elemente vom Typ des Lichen scrofulosorum treten auf. Auffallend war eine starke Schmerzhaftigkeit aller Läsionen. Eine Behandlung mit der Vaccine von Vaudremer wird bis auf heftige Lokalreaktionen gut vertragen. Allgemeinzustand und Hautaffektionen besserten sich nun weitgehend.

Mißerfolg der Tuberkulintherapie in vier Fällen von cyanotischer Asphyxie der Extremitäten. Bei vier vorgestellten jungen Mädchen bestand ein als „asphyctisches symmetrisches Oedem der Mädchen" bezeichnetes Leiden: harte regelmäßige Schwellung der Beine mit cyanotischen Plaques. Im Gegensatz zum Erythema induratum von Bazin bestanden aber keine Knoten oder irgendwelche lokalisierten Indurationen. Dagegen erwies sich das endocrine System als gestört: Dysmenorrhoe, Erröten, Erblassen, übertriebene Schweißsekretion, Schilddrüsenschwellung. Keiner der Fälle war nachweisbar tuberkulös, auch nicht im Sinne einer abgeschwächten Tuberkulose. Daher meinen die Autoren, daß man die Tuberkulose mit Unrecht für die beschriebene Affektion verantwortlich gemacht hat. Sie dringen auf strenge Trennung vom Erythema induratum, mit dem die Erkrankung in verwirrender Weise öfter zusammengeworfen würde. Das Erythema induratum heile auf Tuberkulintherapie, der gegenüber die vier vorgestellten Fälle sich gänzlich refraktär verhalten haben.

Subcutane Sarcoide der beiden Beine erfolgreich mit Tuberculin behandelt. Bei einer Frau von 66 Jahren fanden sich an beiden Beinen eine Anzahl von Knoten, die rundlich und spontan schmerzlos, aber bei der Palpation schmerzhaft waren und in der Größe zwischen Erbse und Wallnuß schwankten. Die bedeckende Haut war teils adhärent und von violetter Farbe, teils beweglich und scheinbar normal. Histologisch fanden sich alle Merkmale einer tuberkuliden Affektion. Die eingeleitete subkutane Tuberkulintherapie brachte einige Knoten zum Rückgang; immerhin waren 20 Injektionen dazu erforderlich gewesen.

In der Diskussion äußert Darier sein Erstaunen über das mittelmäßige Resultat der Tuberkulintherapie und erinnert daran, daß es die intradermalen Injektionen von Tuberkulin waren, die ihm und Thibierge die hervorragendsten Resultate gaben, besonders beim Erythema induratum, andern Tuberkuliden und Sarkoiden. — Ravaut weist auf die ihm mehrfach aufgefallene, nachweislich erhebliche Rolle der Syphilis hin, die seiner Meinung nach in der Genese der sog. Tuberkulide wichtig ist. Bei seinen zahlreichen Versuchen einer Inokulation tuberkuliden Materials auf Meerschweinchen hatte er nie ein positives Resultat für Tuberkulose. Das sei aber das einzige wahrhafte Kriterium für die tuberkulöse Natur einer Affektion. Während ihm also diese Versuche auch bei Verwendung großer Mengen Materials mißglückten, gelang ihm die Inokulation stets, wenn er Lupusmaterial verimpfte. Bei den Tuberkuliden leiste die Tuberkulintherapie nicht mehr, als 914 oder Jod oder Eigenblut. Besonders die Sarkoide gingen auch spontan zurück, verschwanden aber nie gänzlich. — Darier stellt eine neue Hypothese auf: Das Geheimnis der von ihm selbst als tuberkuloid bezeichneten Läsionen könnte in dem filtrierbaren Virus des Tuberkelbazillus liegen.

Behandlung der Lepra und einiger Dermatosen mit dem Oel der Carpotrocha brasiliensis. Die Pflanze gehört zur botanischen Familie, die auch die Chaulmograöle liefert. Die Aethyläther von Carpotrocha werden seit 1921 in Rio de Janeiro zur Lepratherapie verwendet. Der Erfolg besonders in Mischung mit Chaulmograölen war gut. Auch Trichophytien und Sycoses barbae heilten.

Syphilis congenita tarda der 2ten Generation bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. Es gelang, bei 2 Brüdern einer Schwester und einer anderen Verwandten, ihre teilweise vagen Beschwerden auf eine unerkannte hereditäre Lues zurückzuführen, mehrfach Reaktivierung der Wa. R.

Beitrag zur Syphilis der 3ten Generation vom Standpunkt des Ophthalmologen. Um der Frage näher zu treten, was aus den Kindern, deren Eltern bereits hereditärsyphilitische Stigmata zeigten, wird, schlägt der Autor vor, den Fällen nachzugehen, deren Eltern in Behandlung wegen Keratitis interstitialis gestanden hatten.

Pityriasis rubra pilaris. Bei einer 24jährigen jungen Dame fand sich eine rasch progredient verlaufende Pityriasis rubra pilaris. Die neueste Auffassung von Milian will diese Affektion zu den Tuberkuliden zählen. Auch ein vor kurzem vorgestellter Fall von Gougerot, der mit der Vaudremerschen Vaccine, zu seiner größten Ueberraschung Heilung erzielte, soll zu Gunsten der tuberkulösen

Aetiologie sprechen. Autor kann sich dieser Ansicht nach allem, was er bei der Pityriasis rubra pilaris gesehen hat, nicht anschließen. Auch der vorgestellte Fall, obwohl etwas anamnestisch belastet und mit suspekter Spitzenaffektion, vermag ihn von einer tuberkulösen Ursache nicht zu überzeugen. Die histologischen Befunde nach zweimaliger Biopsie ergaben nichts belastendes. Die Ueberimpfung auf Meerschweinchen war im großen und ganzen negativ, Tuberkulin machte bei der Kranken weder eine lokale noch eine fokale deutliche Reaktion.

Ueber die Gründe der Chronizität der Unterschenkelgeschwüre und über eine allgemeine Behandlungsmethode. Auf Grund ausführlicher Studien der Unterschenkelgeschwüre schlägt Verfasser die Verbindung zweier schon bekannter Methoden vor: Die perifemorale Sympathektomie und Hauttransplantationen. In 4 vorgestellten Fällen war das Resultat sehr gut, wie auch aus den sehr gelungenen Abbildungen hervorgeht. Ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Maßnahmen erscheint dem Autor außer Zweifel, es muß sich aber in Zukunft erst erweisen, ob die Ergebnisse von Dauer sein werden.

Tertiäre tuberöse Syphilis der Nase bei einem hereditär Syphilitischen mit massiver Hyperostose der Gesamtheit beider Tibien. Es handelte sich um eine extreme Form von Säbelscheidentibia beiderseits, während die Fibula vollständig verschont geblieben war. Es bestanden gewaltige Hyperostosen, bei denen allerdings die laterale Abflachung, wie sie für Syphilis charakteristisch ist, fehlte, so daß man auch an die Pagetsche Knochenerkrankung dachte. Die Affektion der Nase hatte indes typisch tertiärluetischen Charakter und die Anamnese sprach gleichfalls eindeutig für Lues.

K. Heymann-Berlin.

California and Western Medicine.

Nr. 5, Mai 1926.

Insulinbehandlung bei experimentellem Diabetes bei Hunden. E. F. F. Copp.
* Behandlung der akuten Peritonitis. A. Weeks und L. Brooks.
Die klinische Bedeutung von Zweigläsionen des Hisschen Bündels. A. S. Granger.
* Beginnendes Magenkarzinom. H. I. Wiel.
Funktionen der Feuchtigkeit. Dean Blake.
* Plaut-Vincentsche Angina. H. E. Miller und N. Epstein.
Blutflecken in der Cornea. Ch. Maghy.
* Thyreoiditis. H. H. Searls und E. I. Bartlett.
Tuberkulöse Peritonitis. Ch. D. Lockwood.
Psychoneurosen. John B. Doyle.
* Aetiologie der Eklampsie. P. O. Sundin.
Karzinom mit Hämaturie. Walter G. Schulte.
Akute lymphatische Leukämie. John I. Tobinski.

Behandlung der akuten Peritonitis. Die Diagnose der akuten, eitrigen Allgemeinperitonitis wird im allgemeinen bei der Operation bestätigt gefunden. Die operative Behandlung derselben ist mehr oder wenger festgelegt, so daß nur die einzelnen technischen Abweichungen und last not least die Frage der Drainage zu erörtern bleiben. Diese letzte Frage beschäftigt hauptsächlich die Autoren, wie wir aus der laufenden Literatur ersehen. Es ist sehr schwer zu entscheiden, wann drainiert werden soll und wann nicht. Viele Faktoren tragen zur Endentscheidung mit bei: der Ursprung, die Stärke der Entzündung, der Sitz des Infektionsherdes, die allgemeine Konstitution des Patienten usw. Man glaubt im allgemeinen behaupten zu können, daß heutzutage weniger drainiert wird als früher; dem ist jedoch nicht so. Sehr viele Autoren, auch bei uns in Deutschland hängen nach wie vor am alten Verfahren; denn sie sagen, und das ist ein nicht zu unterschätzender Gesichtspunkt, daß die Drainage ihnen weit günstigere Statistiken gibt, als wenn sie nicht drainiert hätten. Verf. geht weiter auf die Frage der Spülung mit den verschiedensten Reagencien ein und glaubt, daß die von ihm benutzte 5 prozentige Traubenzuckerlösung dazu beigetragen hat viele Fälle zu erhalten.

Jedenfalls ist sicher, daß mit dem Fortschritt der Chirurgie naturgemäß auch die Behandlung der Peritonitis weit wesentlichere Fortschritte gemacht hat, und wir haben die Pflicht dankbar zu sein für das, was bis jetzt auf diesem Gebiete angeregt wurde; selbstverständlich muß wie überall auch in dieser wichtigsten Frage auf chirurgischem Gebiete weiter ausgebaut werden.

Beginnendes Magenkarzinom. Der Magenkrebs ist mehr als irgendeine andere Form von Krebs dadurch ausgezeichnet, daß er in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle leider erst dann erkannt wird, wenn er sich in einem Zustand befindet, der die ganze Hoffnungslosigkeit des Falles erkennen läßt. Es ist das eine sehr traurige und deprimierende Feststellung, wenn man das heute im Zeitalter der Röntgenstrahlen und der mannigfachen Untersuchungsmethoden zugeben muß. Verf. schildert einen Fall, welchem er wegen ganz geringer Beschwerden riet, sich einer Probelaparotomie zu unterziehen. Dabei fand er Veränderungen an der Magenschleimhaut, die ihm so verdächtig schienen, daß er sofort eine große Operation anschloß, und die nachherige mikroskopische Untersuchung gab ihm recht, indem sie die angenommene Diagnose des Magenkarzinoms bestätigte. Daraus ersehen wir, daß es notwendig ist, noch erschöpfender als bisher unsere Beobachtungen bei Magenbeschwerden anzustellen, und wenn wir zu keinem ganz sicheren Ergebnis kommen, unter Umständen eine Probelaparotomie vorzunehmen.

Plaut-Vincentsche Angina. Spindelförmige Bazillen und Spirillen sind die gewöhnlichen Einwohner der Mundhöhle und der äußeren Genitalien. Sie rufen sekundär in diesen Gebieten oft pathologische Prozesse hervor und geben im Abstrich ein Bild, welches dem der Plaut-Vincentschen Angina sehr ähnelt. Ein Abstrich eines Falles dieser letztgenannten Krankheit zeigt eine große Anzahl von Spirillen von fast einheitlicher Form und Größe, viele spindelförmige Bazillen und einige wenige andere Organismen. Ein Abstrich von einem anderen pathologischen Prozeß in der Mundhöhle zeigt viele Spirillen von verschiedener Form und Größe, einige spindelförmige Bazillen, viele Kokken und Diphtheroide. Die Plaut-Vincentsche Angina ist selten auf ein oder zwei Punkte lokalisiert; jedenfalls hat Verf. niemals einen Hautausschlag gesehen. Auf seiner Klinik wird in solchen Fällen Neoarsphenamin lokal gegeben, womit er glaubt, den nützlichsten therapeutischen Erfolg erreicht zu haben.

Thyreoditis. Die akute Thyreoditis ist in der Gegend von Kalifornien eine seltene Krankheit, und wenn sie gefunden wird, so kommt sie in Verbindung mit Tonsillitis, Otitis media, Scharlach, Pneumonie und thyphoiden Erkrankungen vor. Man hat beobachtet, daß nach akuter Thyreoditis sich Exophthalmus entwickelt oder, wenn eine ausgedehnte Gewebszerstörung staftgefunden hat, treten Insufficienzerscheinungen auf. Man muß bei akuter Thyreoditis selbstverständlich an Tuberkulose und auch Lues denken; die erstere führt als Miliartuberkulose sehr häufig zu Thyreoditis. Ihre syphilitische Form, stets eine seltene Krankheit, ist unter der modernen Behandlung der Lues zu einer äußerst seltenen Krankheit oder besser gesagt, gänzlich unbekannt geworden. Echte chronische, diffuse Thyreoditis ist sehr schwer zu diagnostizieren, so daß Verf. auf Grund ihrer beobachteten Fälle, von denen nur drei sofort richtig erkannt wurden, sich eine Methodik zur besseren und sichereren Erkenntnis ausgearbeitet haben; es scheint jedoch, daß diese Methode nicht ohne weiteres die Schwierigkeiten der Diagnose beseitigt.

Antiologie der Eklampsie. Wenn man die moderne Literatur überblickt, so kommt man dazu, die Eklampsie als Krankheit der unbekannten Theorien zu bezeichnen. Wir wissen, daß die Ursache in der Einwirkung eines Toxins liegt; aber über das Wesen und den Ursprung dieses Toxins sind wir völlig unorientiert. Klinisch und pathologisch sind die Erscheinungen die gleichen wie bei einer Infektion. Massaglia glaubt bei seiner endocrinologischen Forschung an eine Hypofunktion der Parathyreoidea.

Hofbauer-Berlin.

Endocrinology.

Nr. 1. Januar-Februar 1926.

* Progressive Lipodystrophie und Hyperthyreoidismus. G. Maranon und J. Blanco Soler.
* Gigantismus. N. A. Schereschewsky.
Untersuchungen über den Schilddrüsenapparat. 30.: Die Beziehung zwischen Alter und Ansprechen des Körperwachstums auf Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenausfall. F. S. Hammet.
Untersuchungen über die Brunstperioden der Ratte. 2.: Der Einfluß der Thyreoparathyreoidektomie und Parathyreoidektomie. M. O. Lee.
Untersuchungen über Körperkraft. 7.: Die Ermüdbarkeit kastrierter Ratten. M. Gans und R. G. Hoskins.

Progressive Lipodystrophie und Hyperthyreoidismus. Nach kurzer Besprechung der in der Literatur niedergelegten Fälle progressiver Lipodystrophie berichten die Verfasser über zehn eigene Beobachtungen. Von diesen zehn Patienten, die das typische Bild der „kephalo-thorazischen Lipodystrophie" darboten, zeigten acht außerdem deutliche Symptome von Hyperthyreoidismus. Dieser ist aber nicht als Ursache des lipodystrophischen Symptomenkomplexes anzusehen, vielmehr scheinen nicht näher bekannte, neuro-vegetative und konstitionelle Faktoren eine ursächliche Rolle zu spielen. Es gibt Fälle, besonders Frauen, die diese Affektion in latenter Form, sozusagen in physiologischen Grenzen haben. Wenn nun bei solchen prädisponierten Menschen aus irgendwelchen anderen Gründen ein starker Gewichtsverlust eintritt, so magern sie im Gesicht und am Oberkörper ab, während in den unteren Partien das Fettgewebe erhalten bleibt. Es bedarf also, um das latente in das manifeste Krankheitsbild umzuwandeln, eines Aktivators, und dieser scheint am häufigsten der Hyperthyreoidismus zu sein.

Gigantismus. Ausführliche Beschreibung der Lebens- und Krankheitsgeschichte eines mit Riesenwuchs behafteten 22jährigen Mannes, der wegen chronischer Myokarditis, Bronchitis und Spitzenaffektion in Behandlung stand. Körpergröße 1,93 m, Körpergewicht 87,5 kg. Neben dem harmonischen Gigantismus waren auch deutliche akromegale Zeichen vorhanden. Augenstörungen bestanden nicht. Bemerkenswert ist, daß das abnorme Wachstum dieses Individuums bereits in den ersten Lebensmonaten begann, so daß der Patient im Alter von acht Monaten größer war, als sein damals zwei Jahre alter, normal entwickelter Bruder. Die Pubertät beeinflußte das kontinuierlich fortschreitende Wachstum weder in förderndem noch in hemmendem Sinne. Sexualorgane und Sexualempfindungen entwickelten sich normal.

Riesenwuchs und Akromegalie sind eng verwandte, häufig miteinander kombinierte Krankheitszustände, entstanden durch krankhafte Veränderung des Hypophysenvorderlappens. Während der Riesenwuchs offenbar durch Hypersekretion hyperplastischen Gewebes entsteht, ist die Akromegalie in der Regel durch Dysfunktion adenomatösen Gewebes bedingt.

Walter Goldstein (Berlin).

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. 11., Nr. 4. April 1926.

* Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses. G. G. Ward und L. K. P. Farrar.
* Präkanzeröse Verletzungen des Uterus. P. Findley.
Zervizitis, Erosion und Laceration der Zervix vom pathologischen Standpunkt aus. G. L. Moench.
Endometritisches Adenom (Implantation) in der Appendix. M. G. Seelig.
Prolaps der Urethra. W. T. Dannreuther.
Gewichtsstudien während Schwangerschaft und Puerperium. W. Kerwin.
* Beschädigungen des Kindes während der Geburt. P. B. Bland.
* Vulvovaginitis bei Säuglingen und Kleinkindern. Ph. F. Williams.
Duodenalulcus infolge partieller Obstruktion der Duodenojejunalverbindung. E. P. Sloan.
Mögliche Ursache für den Pemphigus neonatorum. R. E. Krigbaum.
Gewinnung von Vaginalsekret ohne Berührung der Vulva. J. W. Harris und J. H. Brown.
Spontanruptur des Uterus nach Sturmdorfscher Tracheloplastik. N. J. Eastman.
Intraperitoneale Blutung bei Abort. W. L. Downing.
Ueberzählige Brust nahe dem Labium. J. W. Boll.
Ein Fall von Gangrän des Coecums bei einem Neugeborenen. L. A. Wing.
Ein Fall von wirklicher Ovarialgravidität. J. R. Manley.
Abteilung für mütterliche Pflege. Adair.

Die Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses. Große Radiummengen sind nicht erfolgreicher als richtig angewendete kleine. Das Cervixkarzinom wird mit Radium allein ebensogut behandelt, wie mit Radium + Operation. Denn die Erfolge der Klinik der Verff. sind ebensogut wie die der Autoren, welche bestrahlen und operieren. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist dagegen unsicher. Technik: 2400—3600 mg-Stunden. Am Ende des 3. Monats nach der Bestrahlung ist die Cervix typisch kontrahiert und das Gewebe der Vagina blaß. Vor Ablauf von drei Monaten wird nur bei Auftreten von Blutung oder Knoten erneut bestrahlt. Das Radium soll bei Cervixkarzinom möglichst durch Naht in situ gehalten werden, damit es nicht in den Fundus gleitet. Filterung Messing-Gummi. Die kurzen Nadeln werden der langen Lee-Nadel vorgezogen. Dauerkatheter wegen der starken, das spontane Urinieren hindernden Tamponierung des Vaginalgewölbes. Rechnet man die Cervixkarzinome aller vier Gruppen zusammen, so sind 23,6 % über fünf Jahre lebend; von Gruppe I und II, bei denen makroskopisch nur die Cervix befallen war, sind 52,9 % über fünf Jahre lebend. Frühfälle der Gruppe I kommen leider nur höchst selten (von 196 Fällen 3) zur Bestrahlung, daher ist Aufklärung des Publikums so wertvoll. Das Karzinom des Cervixstumpfes nach supravaginaler Amputation ist sehr selten. Von 52 Funduskarzinomfällen wurden 25 mit Radium behandelt. Wir gehen hier auf die Einzelheiten der Radiumbehandlung des Funduskarzinoms nicht ein, sondern erwähnen nur die Erfolge der Operation. Von 14 nicht bestrahlten, sondern nur operierten Fällen sind in der drei-Jahrs-Periode, d. h. bei den Fällen, deren Operation drei Jahre zurückliegt, von neun noch acht lebend = 88,8 %, in der fünf-Jahrs-Periode, also bei den Fällen, die von fünf Jahren operiert sind, von sieben behandelten, von denen sechs kontrolliert werden konnten, vier lebend = 66,6 %. Sonach schließen Verff., daß bei Funduskarzinom Operation allein oder Operation + Radium die besten Chancen für Erzielung fünfjähriger Heilung bietet.

Präkanzeröse Verletzungen des Uterus. Ueber den Begriff präkanzerös besteht keine Einigung. Nach Schottmüller: Epitheliale Zeilen, die erweitert sind, unregelmäßig, groß, mit hyperchromatischen Kernen und ungenauen Grenzlinien; nach Pick zeigen aber gerade solche Bilder nur Degeneration an. Ewing sagt: Frühkarzinom liegt vor, wenn zu den oben beschriebenen Bildern Wachstum in die Tiefe seitens epithelialer Papillen und definitive Heteropie gefunden wird. Allgemein wird man der Meinung Ewings zustimmen, daß, wenn atypische, hypertrophische und hyperchromatische Zellen von der Epidermis in die Tiefe wachsen oder vergrößerte Drüsenalveolen füllen, die Diagnose des beginnenden Karzinoms berechtigt ist. Immer wo Irregularität der Zellen in Form von vergrößerten, atypischen Mitosen und Hyperchromatismus gefunden wird, ist die Diagnose Malignität berechtigt. In der Diskussion sagt Hayd, er habe zweimal kürettiert und fünf bis sechs Jahren dann die Cervix kanzerös gefunden, vielleicht als Folge der Dilatierung. Bainbridge sagt, die Kauterisierung und elektrische Behandlung bei Zervixerosionen habe die Gefahr, Narbengewebe zu erzeugen, das wieder zu epithelielen Proliferationen und schließlich zu Karzinom reize. Ronby erklärt dagegen, daß er jede Zervixlaceration mit dem elektrischen Messer behandele, damit sich eine neue Schleimhaut bilde. Auf Anfrage Polaks erwidert er, daß er nicht zirkulär kauterisiere, sondern nach den vier Richtungen des Kompasses.

Beschädigungen des Kindes während der Entbindung. Verf. berichtet von seinen Studien bei dem Wiener Pathologen Störck 1907. Nach Polak ist von 21 Kindern eines totgeborenen und von 26 stirbt eines innerhalb des 1. Monats, von 250 Müttern stirbt eine an Infektion direkt oder indirekt. Mehr als 61 % aller gynäkologischen Operationen ist die Folge schlechter Geburtshilfe. Der Ausdruck, die Geburt sei ein physiologischer Vorgang, werde sich nicht aufrecht erhalten lassen, da so viel Morbidität und Mortalität mit der Geburt zusammenhänge. Daher werde man immer mehr dazu kommen, den Müttern die nötige ante-, intra- und postpartum-Pflege zu geben. Drei bis fünf Prozent der Kinder sterben während er Geburt. Die Todeszahl der Kinder unter einem Jahr inklusive der totgeborenen ist 300 000. Mindestens 50% davon sterben unnötig. 42% der innerhalb des ersten Jahres gestorbenen Kinder leben weniger als einen Monat. Der größere Teil derselben stirbt infolge Verletzungen, die sie vor oder bei der Geburt erlitten haben. In England wurde die kindliche Mortalität in den letzten 22 Jahren auf die Hälfte reduziert, d. h. von 154 auf 1000 im Jahre 1900 auf 77 pro 1000 im Jahre 1922 verringert. Die Mehrzahl der Todesfälle konnte auf Verletzungen unter der Geburt zurückgeführt werden. Die meisten Beschädigungen geschehen dem kindlichen Gehirn während der Geburt. Im Jefferson-Hospital, wo Verf. arbeitet, wird der Mund des Neugeborenen, um Schleimhautverletzungen zu vermeiden, nicht mehr mit dem mit Gaze umwickelten Finger, sondern mit einem elektrischen Aspirator gereinigt. Der Nabel ist ebenfalls Quelle häufiger Erkrankung. Er wird jetzt mit deutschem Silber, nicht mehr mit Seide abgebunden. Dieses Silber hat vielleicht bakterizide Wirkung; es kann immer wieder verwendet werden. Nervenverletzungen kommen bei Manualhilfe (Extraktion, Armlösung), Zange, verlängerter Austreibung, Asphyxie sowie auch (selten) bei Spontangeburt vor. Die Duchenne-Erbsche Lähmung ist häufig bei Beckenendlage, ferner bei Druck der Zange (Ehrenfest), auch beim Prager und Mauriceau-Smellie-Veitschen Handgriff bei Beckenendlage kann sie eintreten. Lähmung der unteren Extremität ist selten. Lähmung des Facialis ist am häufigsten infolge direkten Zangenlöffeldrucks. In der Diskussion erklärt Vaux, daß er bei Beckenendlage den nachfolgenden Kopf nicht mehr mit Zug durch den Finger, der in den Mund eingeführt wird, entwickelt, sondern mit der von Piper angegebenen Zange. Schumann schiebt einen großen Teil der Schuld an mißlingender Geburtshilfe auf die Pelvimetrie, welche nicht vollkommen sei. Er glaubt, daß die X-Strahlen die genaue Messung des Beckens und des kindlichen Kopfes ermöglichen werden.

Vulvovaginitis bei Säuglingen und Kleinkindern. In milden Fällen ist die Vagina selten ergriffen. Ein großer Prozentsatz ist durch Gonokokken verursacht. Die zuweilen epidemisch auftretende Vulvovaginitis ist durch den die gewöhnliche Erkältungskrankheit verursachenden Erreger hervorgerufen. Auch Masturbation kann infolge mechanischer Reizung ein schwer zu beurteilendes Sekret hervorrufen, das zur Vulvovaginitis führt, ferner Unreinlichkeit, Infektion vom Rektum aus. Der Döderleinbazillus tritt erst in Pubertät auf, die Scheide entbehrt sonach sehr lange ihres natürlichen Schutzes. Der Gonokokkus scheint bei den Kindern weniger virulent als bei Erwachsenen; doch ist dies bestritten. Behandlung: Reinlichkeit, Wasser, Seife, wodurch in den einfachen Fällen Heilung erzielt wird. Bei Oxyuriasis die entsprechenden Mittel. Bei spezifischer Erkrankung die bekannten, namentlich organischen Silberpräparate in Form der Irrigation, Dusche, Suppositorien, Bougies, Injektion von Pasten oder Salben. Gellhorn und Stein empfehlen 1 % Silbernitrat oder 1% Mercurochrom, je in gleichen Teilen Lanolin und weißem Vaselin, durch eine dünne Glasröhre, an welcher eine Gummiröhre befestigt ist, in die Vagina zu injizieren. Stein berichtet über Heilung nach zehn Wochen bei gonorrhoischer Infektion. Autovaccinen werden vom Verf. empfohlen, jedoch ohne Eingehen auf eigene Erfahrungen,

Robert Kuhn-Baden-Baden.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

42., Nr. 5, Mai 1926.

Hydatide Cysten bei Kindern. H. W. Mills.
* Operation bei totalem Rectumprolaps. Urban Maes.
* Behandlung von Beckeninfektionen. Thomas H. Cherry.
Hypoglossifaciale Anastomose bei Facialislähmung. Alfred Brown.
Sinus pericranii (Stromeyer). Isidore Cohn.
Intercostal-Neuralgie als Ursache abdomineller Beschwerden und Empfindlichkeit. John Berton Carnett.
Intravenöse Verordnung von Quecksilberpräparaten. H. H. Trout.
Akute intestinale Verstopfung durch maligne Neubildung. F. W. Rankin.
Laryngectomie in einer Sitzung. I. E. Mackenty.
* Der klinische Wert der Erythrocyten-Sedimentierungsreaktion in der Chirurgie. E. H. Rubin.
Uterusruptur nach Darreichung von Hypophysenextrakt. I. G. Sherrill.
Exophthalmus bei Kropf im Staate Washington. I. T. Mason.
* Katheterisation der Ductus ejaculatorii. H. C. Rolnick.
Intra-abdominelle Blutung von ovariellem Ursprung. David Feiner.
Medikamentös behandelte Fälle von Ulcus pepticum. N. W. Jones.
Morphologische Veränderungen, verbunden mit parziellem Verschluß der Pulmonalvenen einer Lungenseite. Carl Schlaepfer.
Linthicum Actinomycosis bovina am Bein. G. Milton.

Operation bei totalem Rectumprolaps. Im allgemeinen versteht man unter Prolaps die Protrusion der gesamten Rectalcircumferenz durch die Analöffnung hindurch; wohingegen der Totalprolaps alle Seiten des Darmes äußerlich erkennen läßt. Diese Definition genügt im allgemeinen für die Praxis, obwohl es nicht all das mit einschließt, was die Verfasser als Prolaps 3. Grades ansehen. Sie unterscheiden drei Gruppen:

1. Fälle, in welchen die mucöse Membran des Anus mit dem Prolaps herabsinkt.
2. Fälle, in welchen der Analkanal nicht mit eingeschlossen ist.
3. Fälle, in welchen die Inversion an oder nahe der Recto sigmoid-Grenze beginnt und nicht aus dem Anus heraustritt.

Auf Grund dieser Einteilung folgt nun die Angabe der allgemeinen operativen Technik und die Abänderung, wie sie von den Autoren gepflegt wird. Zum Schluß glaubt man, wenn man die Arbeit gelesen hat, daß die Erfolge nicht gerade als ideal zu bezeichnen sind. Trotzdem muß zugegeben werden, daß die Art der abgeänderten Operation eine leichtere Technik für alle Fälle von Rectalprolaps gibt, so daß Komplikationen nicht vorhanden sind.

Behandlung von Beckeninfektionen. Von den dem Verf. in den vergangenen 8 Jahren zugeführten frauenärztlichen Fällen des Harlemhospitals hatten 1105 Fälle von Adnexerkrankungen allerlei Unterschiede aufzuweisen; diese Fälle bilden die Grundlage für die vorliegende klinische Studie. Von diesen 1105 Fällen von Beckeninfektion ist in 88% der Gonokokkus der Erreger gewesen, während die restlichen 12% verschiedene Ursachen aufweisen. Die ausschließliche konservative Behandlung von Adnexerkrankungen ist, im allgemeinen gesprochen, unbefriedigend. Wenn der Pat. aus der Klinik entlassen wird, so neigt er dazu, den gegebenen Rat, zu regelmäßigen Nachuntersuchungen zu kommen, zu ignorieren, und so kommt es häufig zu Reinfektionen der Adnexe. Des weiteren kann man wohl sagen, daß Injektionen von Fremdeiweiß in Form der Milchpräparate (Aolan) und von Pferdeserum sich nicht als besonders wirksam erwiesen haben. Die Anwendung von Diathermie als konservative Maßnahme bei der Behandlung der Adnexerkrankungen auf gonorrhoischer Basis war die erfolgreichste der palliativen Methoden, denn sie verursachte eine gewisse Erleichterung in 66% der Fälle, de facto blieben aber die Schmerzen in 100% bestehen. Die Diathermie kontrollierte durch genaue Anwendung jedoch gleichzeitig die Infektion des unteren Genitaltraktus. Akute Attacken von Adnexinflammationen soll man nicht chirurgisch behandeln, da sie sich spontan senken. Eine Reinfektion darf bei richtiger und eingehender Behandlung des unteren Genitaltraktus nicht vorkommen. Behandelt man nun Adnexerkrankungen operativ und dringt Eiter aus den entzündeten Adnexen in die freie Bauchhöhle, so glauben die Verfasser, daß die totale Verschließung der Bauchhöhle ohne jede Drainage das richtige sei, und wenn eine Drainage absolut nicht zu umgehen ist, dann wollen sie den vaginalen Weg weitaus lieber wählen, als ein Drain abdominell einzuführen.

Der klinische Wert der Erythrocyten-Sedimentierungsreaktion in der Chirurgie. In der Chirurgie stellt die Sedimentierungsreaktion ein mindest ebenso wichtiges klinisches und diagnostisches Hilfsmittel dar, wie die Temperaturkurve, da man aus ihr die Stärke eines Prozesses erkennen kann. Nichtchirurgische Komplikationen, wie Lues oder Tuberkulose geben uneinheitliche Resultate; fehlen aber solche Komplikationen, so haben wiederholte Versuche ergeben, daß diese Reaktion sehr wertvoll ist, weil sie die Schwere von Gewebszerstörungen anzeigt und so ein wesentlicher Faktor für die Notwendigkeit einer vorzunehmenden Operation ist.

Katheterisation der Ductus ejaculatorii. Die Katheterisation der Ductus ejaculatorii ist eine therapeutische und diagnostische Maßnahme, die, wenn sie mit Erfolg ausgeführt werden kann, zu ganz enormen Erleichterungen und Wohltaten führt; bedauerlicherweise jedoch gelingt sie nicht immer, sondern meistens geht sie sogar fehl. Die injizierte Flüssigkeit erreicht die Vesicula seminalis zuerst und nicht die Ampulle des Vas deferens. Die Ampulle kommuniziert nicht direkt mit dem Ductus ejaculatorius, sie liegt an der Rückseite der Vesicula seminalis. Nur in einer ganz geringen Anzahl von Fällen ist es möglich, die Flüssigkeit durch die Vesicula seminalis in die Ampulle hineinzubekommen. Die Darreichung von Medikamenten durch die Ductus ejaculatorii erfüllt nur selten den gewünschten Zweck, da die Ampulle des Vas deferens, welche immer an den pathologischen Prozessen beteiligt ist, eben nur, wie schon erwähnt, in einer ganz geringen Anzahl von Fällen erreicht wird.

Hofbauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 5, Mai 1926.

Die Beschreibung und Behandlung der Syphilis. Hieronymus Fracastonus.
* Chronische, nicht intermittierende Behandlung der Syphilis. Johann Almquist, Stockholm.
* Die gegenwärtige Syphilisbehandlung in Frankreich. L. Brocq, Paris.
Syphilisbehandlung. Leo Hauck, Erlangen.
* Außergewöhnlich verlaufende Syphilis. A. Galliot, Paris.
* Wert des Bismuts bei Arsen- und Hg-resistenter Syphilis. Jacob L. Grund, Boston.
* Ueber syphilitische Schanker. Henri Gougerot, Paris.
* Syphilitische Erscheinungen an den Bronchien im Sekundärstadium. Jean Tißot, Paris.
Die Behandlung der Syphilis vom Standpunkt des Allgemeinpraktikers. S. Watson Smith, Bournemath.
Mundsyphilis. John G. Downing, Boston.
Einige Richtlinien der Syphilisbehandlung. L. W. Harrison, London.
Syphilisbehandlung. Botho F. Felden, Portland.
* Die Bösartigkeit der Spirochaeta pallida. Wiliam J. Mac Donald, Boston.
Fall von Lues hereditaria in der dritten Generation. W. Knowsley, Sibley, London.
Wismut in der Syphilisbehandlung. Raymond Barthelemy, Paris.
* Hautallergie bei Syphilis. C. Kevin, O. Malley, London.
Die moderne Syphilistherapie während der letzten 16 Jahre. E. G. Ffrench, London.

Chronische, nicht intermittierende Behandlung der Syphilis. Almquist erprobt seit 8 Jahren eine chronische Behandlung der Lues, die bei frischer seropositiver Lues etwa 9 Monate, bei länger bestehender, sekundärer Lues 14 Monate dauert. Hierbei gibt er im ersten Monat 10 Neosalvarsaninjektionen — steigend von 0,45-0,9 —, unmittelbar daran anschließend im 2. Monat 10 Bi-Spritzen, hierauf im 3. Monat 10 Hg-Injektionen, und zwar Hg salicyl, graues Oel oder eine Schmierkur. Nach Beendigung der Hg-Kur wird sofort das Schema in derselben Reihenfolge drei- bis viermal wiederholt, nur mit der Abänderung, daß die Salvarsan-Injektionen jetzt auf 1½ Monate ausgedehnt werden. Peinlichste Gewichtskontrolle verbürgt die Durchführbarkeit dieser Methode. ½-1 Jahr nach dieser Kur neben allgemeiner körperlicher Untersuchung Spinalpunktion, die nach 2 Jahren wiederholt wird. Darauf noch 10 Jahre lange Beobachtung des Patienten.

Die gegenwärtige Syphilisbehandlung in Frankreich. Ein spezifisches Mittel, das die Spirochäten im menschlichen Körper restlos abtötet, besitzen wir immer noch nicht. Die Begeisterung, die 1921 in Frankreich für Bismutpräparate entflammt war, hat bereits erheblich nachgelassen, da 1. die Resultate nicht immer befriedigend, 2. die Nebenerscheinungen manchmal recht bedenklich sind. Auch die Kombination von Bismut mit Salvarsan hat sich nicht so bewährt, wie man anfänglich glaubte, ja sie scheint sogar der von vielen französischen Autoren augenblicklich bevorzugten Kombination von Hg mit As nachzustehen. Während die meisten Autoren hierbei graues Oel wählen, zieht Brocq Calomel intern oder intramuskulär gegeben vor, doch auch von der Schmierkur oder intravenösen Hg-Cyanidlösungen ist eine gute Wirkung zu erwarten. Arsenpräparate allein — 606 oder 914 — ohne in Verbindung mit Hg oder Bi sind nur bei Primäraffekten zu empfehlen, und zwar in größeren Dosen, gegeben in 2 Serien, die durch einen Monat Zwischenzeit getrennt sind.

Außergewöhnlich verlaufende Syphilis. Die Annahme eines regelmäßigen Ablaufes des syphilitischen Krankheitsbildes in drei Perioden: 1. Schanker, 2. Haut- und Schleimhautefforeszenzen, 3. Gummi- und Knochenerscheinungen, später Visceral- und Nervenlues ist heute nicht mehr aufrechtzuerhalten. Bereits im 1. Stadium zeigt die Lues erhebliche Abweichungen von der klassischen Beschreibung: 20-45 Tage — nach Fournier 26 Tage — sollte die Inkubationszeit dauern. In den letzten Jahren ist eine solche von 60 Tagen, ja sogar von 95 Tagen wiederholt beobachtet worden, doch sind solche lange Inkubationszeiten auf ungenügende prophylaktische Behandlung zurückzuführen. Ungenügende Abortivbehandlung verzögert auch das Auftreten von Sekundärerscheinungen bis zu 6 Monaten nach Auftreten des Primäraffektes. Im Gegensatz hierzu treten bei der von Queyrat beschriebenen „malignen und galoppierenden“ Syphilis fast unmittelbar gleichzeitig mit dem sekundären Exanthem tertiäre ulceröse Formen auf. Als besondere Abart beschreibt weiterhin Galliot die „unerbittliche“ Syphilis, die in kurzer Zeit trotz intensiver Behandlung zum Exitus führt; von der sogenannten malignen Syphilis unterscheidet diese sich dadurch, daß die Krankheitserscheinungen — abgesehen von dem stets positiv bleibenden Wa — unter der Behandlung prompt verschwinden. Anderseits gibt es auch besonders benigne Fälle von Syphilis; bei diesen zeigen die so gut wie nicht behandelten Patienten gelentlich ein geringes, aber sicheres Zeichen stattgehabter Infektion, etwa ein kleines Hautgummi oder mehrere Aborte mit nachfolgenden Geburten gesunder Kinder, während sonst nie syphilitische Zeichen auftreten und deren guten Gesundheitszustand G. bis ins hohe Greisenalter verfolgen konnte. Diese Form belegt G. mit dem Namen Cryptosyphilis.

Wert des Bismuts bei Hg- und Arsen-resistenter Syphilis. Während Fälle von Syphilis nicht selten sind, die sowohl gegen Hg wie As äußerst resistent sind, gibt es eine Resistenz gegen Bi so gut wie gar nicht. Da ferner auch Nebenerscheinungen bei Bi weit seltener als bei Hg vorkommen, so empfiehlt Grund aus diesen beiden Gründen die Kombination von As + Bi und nicht die Kombination von As + Hg.

Ueber syphilitische Schanker. Die Inkubationszeit eines Primäraffektes beträgt 3 Wochen, doch kann sie bis 3 Monate dauern; gewöhnlich liegt aber in den verzögerten Fällen Lues hereditaria vor. Ist aber eine prophylaktische Behandlung vorgenommen worden, die nicht glückt, so sind Verzögerungen bis zu 110 Tagen beobachtet worden. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß man Abortivkuren sowohl intensiver als bisher gestalten, als auch, in Rücksicht auf Arsen-resistente Fälle, hierbei Bismut und Salvarsan anwenden muß; ferner muß man die Beobachtungszeit länger ausdehnen und stets nach einem Jahre einen Wa anstellen.

Syphilitische Erscheinungen an den Bronchien im Sekundärstadium. T. behauptet im Gegensatz zu den meisten Autoren: Syphilitische Erscheinungen an den Lungen sind im Sekundärstadium nicht nur selten, sondern recht häufig, nur haben sich die Sypholodologen gewöhnlich nicht der Mühe einer exakten Lungenuntersuchung unterzogen. Tißot fand bei seinen 18 Fällen sekundärer Lues stets Symptome von seiten der Lungen, und in 12 Fällen davon subakute Bronchitis. Diese zeigte rauhes Bronchialatmen am Hilus, Pfeifen und Zischen an der Spitze; Fieber oder Hustenreiz bestand dabei nicht, dagegen bisweilen leichte Dyspnoe und blutiger Auswurf, besonders am Morgen. Röntgenologisch fand sich ein charakteristisches Bild, nämlich schaufelartige Schatten am Hilus, Verschleierung der unteren Lungenpartien und bisweilen auch welche an der Spitze.

Die Bösartigkeit der Spirochäta pallida. Ihre Erkennung, Sitz und Vernichtung. Jede auch noch so unverdächtige Verletzung am Penis kann durch die Spinochaeta pallida veranlaßt sein und muß daher der Dunkelfelduntersuchung zugeführt werden, sonst erlebt man die traurigsten Ueberraschungen. Ist eine Infektion festgestellt, so hilft keine noch so intensive Lokalbehandlung, da die Spirochaete sofort ins Gewebe und in den Blutstrom wandert, sondern nur mit Salvarsan kann eine Abortivkur durchgeführt werden. Auch der leichteste, best behandelste Fall von Syphilis kann zur Nervenlues führen, daher soll, um dieser vorzubeugen, in jedem Falle eine Spinalpunktion, am zweckmäßigsten im 3. Jahre, vorgenommen werden, um zu sehen, ob das Nervensystem bedroht ist.

Hautallergie bei Syphilis. Der Schanker ist nicht als Beginn der Syphilis, sondern als die erste allergsche Abwehraktion des Gewebes gegen die eingedrungenen Spirochaeten anzusehen. Ist diese Reaktion besonders stark, so kommt es zu der sogenannten malignen Syphilis, das heißt die Haut reagiert nicht mit Hyperämien, sondern mit Zerstörung ihres Gewebes. In den Fällen dagegen, wo es zu keiner oder nur zu einer geringen Reaktion der Haut kommt, wird die Toxität und Entwicklung der Spirochaete nur wenig geschädigt, und es kommt zu Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die Aenderung des allergischen Zustandes der Haut, die allmählich infolge des Kampfes mit den eingedrungenen Spirochaeten zustande kommt, zeigt sich am deutlichsten an dem Ausgang der Impfung eines Syphilitikers mit luetischem Virus in den verschiedenen Stadien der Krankheit. Eine solche Impfung mit lebenden Spirochaeten ergiebt im Entwicklungsstadium des Schankers — also in den ersten fünf Tagen — einen Schanker, im späteren Stadium dagegen eine Papel, das heißt, die Immunität des Gewebes hat bereits eingesetzt. — Als zweiter Ausdruck der allergischen Hautreaktion ist dann die Roseda anzusehen. Während dieser Periode reagiert die Haut auf eine spezifische Impfung mit einer Papel. Im tertiären Stadium erreicht die Sensibilisation der Haut den höchsten Grad. Auf den Reiz wenigster Spirochaeten antwortet sie so energisch, daß eine Zerstörung des Gewebes, ein Gummi, resultiert, wie eine Impfung in diesem Stadium beweist. So findet man deswegen auch nur sehr selten im Gummi Spirochaeten. Diese Reaktionsfähigkeit der Haut suchte Noguchi zu diagnostischen Zwecken mittest seiner Luetinreaktion zu benutzen, bei der syphilitische Extrakte intradermal eingespritzt werden. Die Resultate dieser Reaktion sind bisher noch nicht eindeutig; während sie einige Forscher mehr oder minder ablehnen, schätzen sie andere, besonders im tertiären Stadium, höher als die Wa.-Reaktion ein.

Bab.

Buchbesprechungen.

Richard Milner: **Die Heilung der Krebse bei rechtzeitiger Erkennung und ihre Verhütung.** Verlag Hirzel, Leipzig 1926. — Die praktische Medizin kann heute die Aufklärung der Laienwelt nicht mehr entbehren. Die alltägliche Erfahrung lehrt, daß Kranke bei chronischen Leiden den ärztlichen Rat einzuholen pflegen, wenn die Aussichten für Heilung desselben nur mehr gering sind, und bei akuten, wenn sie auf der vollen, oft schon gefährlichen Höhe stehen. Wir müssen es allmählich dahin bringen, daß die Laien die ersten Krankheitssymptome wenigstens der schweren und lebensgefährlichen Leiden kennen und beachten, damit die Frühstadien in aussichtsvoller Behandlung genommen werden können. Kein Leiden ist geeigneter und zwingender für eine solche Aufklärung als der Krebs, denn unbehandelt tötet er sicher, zu spät behandelt gibt er ungünstige Aussichten für eine erfolgreiche Behandlung, während die Behandlung der Frühstadien dauernde, oder wenigstens langwierige Heilung bringen kann. Wenn die Laien die Frühsymptome des Krebses kennen würden, wenn sie nur etwas über die wahre Bedeutung der Krebse unterrichtet wären und wenn sie sofort nach dem Auftreten der ersten Symptome zum Arzt gingen, so würde der Krebs bald seine Schrecknisse verlieren.

Milner hat es unternommen alles Wissenswerte und Notwendige über die Krebse den Laien in seinem Werk: „Die Heilung der Krebse bei rechtzeitiger Erkennung und ihre Verhütung“ zu übermitteln. Milner ist besonders geeignet für diese Krebsaufklärung, weil er pathologisch-anatomisch vorzüglich vorgebildet ist, sich lange mit dem Krebsproblem beschäftigt und häufig in Leipzig öffentlich aufgeklärt hat. In erster Linie möchte ich den Aerzten die Lektüre dieses Buches empfehlen, denn sie finden eine streng wissenschaftlich fundierte Abhandlung über das Wesen des Krebses, über die lokale Entstehung und generelle Ausbreitung, über den Begriff und die Zeichen der Malignität; sie finden eine vorzügliche klinische Abhandlung über die Diagnose und Behandlung des Krebses, und ein ganz modernes Kapitel über die Aetiologie. Ich kenne kaum eine besser belehrende Abhandlung über den Krebs als das Werk Milners; daß das Buch nebenbei der Aufklärung der Laien dienen soll und dementsprechend stellenweise populär geschrieben sein muß, nimmt ihm die Bedeutung als Belehrungsmittel für die Aerzteschaft nicht, denn die Wissenschaftlichkeit in den pathologisch-anatomischen, klinischen, statistischen und ätiologischen Ausführungen, gibt dem ärztlichen Leser in jedem Abschnitt gründliche Kenntnisse. Ich kann mich dem Wunsch Milners deshalb nur anschließen, daß: „mein Laienbuch auch von den Aerzten ihrer Aufmerksamkeit nicht für unwürdig erachtet wird.“

Fast möchte man glauben, daß das, was auf der einen Seite der Wert des Buches bedingt, nach der andern Seite zu viel sein könnte, denn es gehört von Seiten der Laien viel Interesse, Zeit und Bildungsbedürfnis dazu, dem Autor gerecht zu werden; es wird immer nur der intelligente Teil des Laienpublikums sich in das Buch vertiefen und aus ihm lernen wollen. Aber Bildung und Kenntnisse der oberen Schichten, kommen den niederen indirekt ebenfalls zugute. Für die intellektuell tiefer stehenden Schichten müssen einfachere und eindringlichere Aufklärungsmittel, wie ich sie seinerzeit für den Gebärmutterkrebs angewendet habe, hinzukommen.

Ich führe aus dem Inhalt folgendes an: Zunächst möchte ich meine Freude darüber aussprechen, daß Zweifel; ein Mann, welcher bei der Aufklärung und Bekämpfung des Krebses stets in erster Reihe gestanden hat, dem wertvollen Werk ein Geleitwort auf den Weg gibt, welches wohl geeignet ist, demselben Anerkennung und Verbreitung zu verschaffen.

Nach einführender Darlegung über die Krebsverschleppung und die Notwendigkeit der Aufklärung folgt ein ausgezeichnetes Kapitel über das Wesen des Krebses, über den histologischen Bau, über Wachstum und Verbreitung, Metastasen, Rezidive, welche den Leser zu dem zwingenden Schluß führen soll, daß die Gefahr eines Rückfalls um so geringer ist, je früher die Operation oder Bestrahlung ausgeführt wird, diese, von vorzüglichen Tafeln mit markanten Krebsbildern unterstützte Darlegung, wird dem Laien die erwünschte Kenntnis geben, wie er sich eigentlich einen Krebs und seine schädliche Wirkung vorzustellen habe und dem Arzt eine vorzügliche Auffrischung seiner im Unterricht gewonnenen Kenntnisse bieten.

In den nächsten Kapiteln folgt das klinische Bild des Krebses mit den allgemeinen Erscheinungen der Krankheit und die Darstellung eines jeden Organkrebses im anatomischen und klinischen Bilde, den Frühstadien und den Resultaten der Frühbehandlung; hier können Aerzte und Laien sich Kenntnisse erwerben, welche das Leben erhalten können.

In dem Kapitel: „Die Ursachen der Krebse“ nimmt Milner Stellung zu den Problemen der Erblichkeit, der Konstitution, der Ernährung, der Ueberimpfung, der parasitären Entstehung, der Ansteckung, der lokalen Reize und gibt schließlich eine über 25 Seiten lange, mit großer Kritik und ernster Wissenschaftlichkeit verfaßte Statistik. Gerade dieses Kapitel gibt dem denkenden Laien, dem sich weiter bildenden Arzte und schließlich auch dem Forscher Belehrung und Wissen; es ist meines Erachtens der wertvollste Abschnitt des Buches. Milner lehnt die parasitäre Aetiologie ab und bekennt sich zu der Lehre der Entstehung aus lokalen Reizen; er bringt ein sehr ergiebiges Beweismaterial für letztere.

In dem weiteren Kapitel folgt die Behandlung der Krebse durch Operation und Bestrahlung mit den neuesten Statistiken. Milner gibt der Operation im Allgemeinen den Vorzug.

Die Ausführungen über die Verhütung der Krebse mußten naturgemäß noch mager ausfallen; aber auch hier mit größter Vorsicht verwertete Tatsachen, welche den Schluß rechtfertigen: die lokalen Reize zu vermeiden, lokale Gewebsschädigungen z. B. Geschwüre, Fisteln, Narben, Geschwülste zu behandeln resp. im Auge zu behalten und den Organismus im allgemeinen durch vernünftige Lebensweise zu schonen und andererseits für Abwehr zu stärken.

Ich bedaure lebhaft in meinem Referat nicht noch mehr auf Einzelheiten eingehen zu können, ich rate jedem Arzt zu eifrigem Selbststudium und zur Weiterempfehlung an seine denkende Klientel.

Mir selbst hat das Studium des Werkes so viel Belehrung und Anregung gegeben, daß ich es so bald nicht aus den Händen legen werde.

Winter (Königsberg i. Pr.).

E. von Seuffert: **Das enge Becken.** (Die Beckensammlung der Universitäts-Frauenklinik München und die Ursachen und Einteilung der Becken-Formen.) E. Staudes Verlag, Osterwieck (Harz). 1926. 185 S. 8 M. — In der mit 65 Abbildungen versehenen Monographie wird die reichhaltige Münchner Sammlung erschlossen, in Kürze das Forschungsergebnis des großen Werkes von Breus und Kolisko wiedergegeben und auf Grund der reichen Erfahrungen, die der Verf. unter seinem Lehrer Döderlein sammeln konnte, eine eigene Einteilung des Verf. gegeben. Für die Praxis kommt es vor allem auf den Grad der Beckenverengerung an. Die Beckenform hängt ab von Alter, Geschlecht und geschlechtlicher Differenzierung (Infantilismus, Kastration, Inversion), Hyper- und Hypoplasie, Knochenmißbildungen, wie Ossifikationsdefekten, Assimilation, Rhachitis, Osteomalacie, Neurosen (Tabes), Entzündungen, Syn-, Exostosen, Traumen. Das Betrachten der zuweilen ungeheuerlichen Deformationen, die dem Auge des Arztes verhüllt sind, läßt im Beschauer des lehrreichen Buches den dringenden Wunsch entstehen nach vermehrter Anwendung der röntgenologischen Feststellung von Beckengröße und -form und Größe des kindlichen Kopfes, da nur dadurch viel Unheil bei der Unzulänglichkeit unserer palpatorischen Methoden vermieden werden kann. Auch hierauf sollte sich die pränatale Pflege, welche in Amerika schon so weit gediehen, bei uns aber noch in den Kinderschuhen steckt, erstrecken. Daher sei das Buch besonders allen Organisationen, welche sich mit diesen Zielen befassen, empfohlen.

Robert Kuhn (Baden-Baden).

N. Jagié-Wien: **Herzkrankheiten bei Frauen.** Verlag Urban und Schwarzenberg, Wien-Berlin. 1926. 103 Seiten, geh. 3,60 M. — Das Buch bietet eine zusammenfassende Darstellung der Verhältnisse und Vorgänge am Zirkulationsapparat beim Weibe unter physiologischen Bedingungen und bei Erkrankungen aller Art. Es ist in derselben besonders aus der Pathologie, Klinik und Therapie alles das hervorgehoben worden, was für den Praktiker in Betracht kommt. Dieser soll in den heutigen Stand der Herz- und Gefäßerkrankungen soweit Einblick bekommen, daß er bei den Beobachtungen an seinem Krankenmaterial Vorgänge und Veränderungen am Zirkulationsapparat in derselben Art beurteilen kann, die den heutigen Auffassungen der internen Klinik entspricht. Auch die besonders wichtigen Untersuchungsmethoden, die uns heute für die Erkenntnis abnormer Vorgänge am Herzen und am Gefäßsystem zur Verfügung stehen, sind in übersichtlicher und klarer Form abgehandelt. — Das Büchlein ist nicht nur für den Fachgynäkologen, sondern für jeden in der Praxis stehenden Arzt von Interesse, der gewohnt ist, nicht nur lokale Erscheinungen am Genitale, sondern den ganzen Organismus des Weibes, seine Konstitution und auch die Beziehungen von Herzsymptomen zu den Veränderungen im Bereiche der Sexualorgane ins Auge zu fassen. — Ein besonderes Kapitel ist der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße gewidmet.

Rudolf Katz (Berlin).

Karl Stauffer: **Homöopathisches Taschenbuch.** Verlag Dr. Madaus & Co., Radeburg (Bez. Dresden). 320 Seiten. Preis Ganzleinen 6 M. — Infolge des großen Interesses, das in letzter Zeit durch die Veröffentlichungen Biers der Homöopathie entgegengebracht wird, hat Verf. in dem vorliegenden Buche im Klein-Oktav-Format, eine verkürzte Einführung in die Homöopathie herausgegeben. Es bringt in kurzer übersichtlicher Form die Indikationen homöopathischer Mittel und das für eine homöopathische Behandlung Wesentliche. Der erste Teil enthält die klinischen Anweisungen zur homöopathischen Behandlung der wichtigsten Erkrankungsformen, der zweite Teil die Arzneimittellehre. Das Buch ist hauptsächlich für die Kreise von Aerzten bestimmt, die bisher nur schulmedizinisch behandelt haben und, die der Homöopathie noch gänzlich fremd gegenüber stehen und die als Eklektiker in gegebenen Fällen auch homöopathische Arzneimittel zu verordnen gedenken. Verf. hat in ausgezeichneter Weise auf der Grundlage der heutigen, modernen schulmedizinischen Diagnostik die Indikationen der in Frage kommenden homöopathischen Arzneimittel herausgearbeitet. — Verf. hofft, daß dieses kleine Taschenbuch auch denjenigen Aerzten, die bisher der Homöopathie feindlich gegenüber standen, als Wegweiser dienen werde, um geeignete Fälle nach der Vorschrift der Homöopathie zu behandeln, ohne daß dieselben damit gleich „Homöopathen“ werden.

Rudolf Katz (Berlin).

Dr. med. Heinz Zikel, Chirurg und Frauenarzt in Charlottenburg: **Mein Verjüngungsverfahren.** Verlagsbuchhandlung M. Hahn, Neubabelsberg. — Um eine individuelle Verjüngungsbehandlung mit den in dem Buche an der Hand von vielen vergleichenden Photographien Alternder und Wiederverjüngter dokumentarisch bewiesenen Erfolgen zu erzielen, dazu darf nicht einfach, wie Steinach wollte, schematisch bei jedem Menschen eine Keimdrüse (die dann womöglich noch nekrotisch wird) eingepflanzt oder der Samenleiter unterbunden werden. Nein, dazu bedarf es zuerst einer richtigen Erkennung des Warum und des Wie des Altwerdens und Krankwerdens. Bestimmte Alterszeichen sind schon bei „jungen“ Menschen deutlich festzustellen. Den „Alterszeichen“ stellt der Autor dann gewisse ebenso deutliche „Jugendzeichen“ gegenüber. Beide ordnet er in vier Gruppen:

1. anatomische Zeichen wie Haarausfall oder Haarwuchs, harte Schlagadern gegenüber elastischen Schlagadern, Mattauge gegenüber Glanzauge usw.
2. physiologische Zeichen, z. B. Mattigkeit gegenüber Lebhaftigkeit, Rückbildung im Gegensatz zu Wachstum, geringer Stoffwechsel gegen Stoffwechselhöhe usw.
3. psychische Zeichen wie Willensschwäche und Willenskraft, Pessimismus und Optimismus, Altsinn und Jungsinn.
4. sexuelle Zeichen: Geschlechtsschwäche und Geschlechtskraft, „harte Drüsenentartung und weiche Drüsenreife“, mißformte Geschlechtskanäle, normale Geschlechtskanäle, „alter“ Samen, „frischer“ Samen.

Zur Erkennung der Geschlechtsschwäche bei den „Kalten“ und „Alternden“, dem Schwachen, dem Onanisten und Prostatikern, dem „Senilen“ entwirft Verfasser die „Geschlechtslinie“.

Den lebensverkürzenden Ursachen stehen lebensverlängernde entgegen. Unter letzteren befindet sich neben Diät und Lebensplan die Einführung von Reizstoffen.

Sehr wichtig erscheint die Forderung des Autors, daß vor jeder Verjüngung jede Frau und jedes „alternde“ Mädchen genau „charakterisiert“ wird.

1. Nach einem der sieben Typen (Mangel an dem betreffenden Reizstoff). Die Typen (Muskeltyp, Nervtyp, Bluttyp, Knochentyp, Drüsentyp, Fettyp, „seniler“ Typ) entsprechen genau den sieben „Prinzipien“. (Gehalt an dem betreffenden bei den „Typen“ gerade fehlenden Reizstoffe.) Die sieben Prinzipien sind das Muskelprinzip, das Nervprinzip, das Blutprinzip, das Knochenprinzip, das Drüsenprinzip, das Fettprinzip, das „senile“ Prinzip.
2. Nach dem „Grad“ des Altersprozesses durch Messung des Verhältnisses von eingeatmeter Luft, dem Puls und der Zahl der Erythrocyten oder des Gefrierpunktes des Blutserums oder Harns.
3. Nach dem „Krankheitsrest“.

Der „Drüsentyp" und der „senile Typ" erscheinen dem Verfasser als pathologische „Sexualtypen" und sind durch Infusion von entsprechenden Reizstoffen in den normalen „Muskel-Sexualtyp" zu „verjüngen". Weitere Kombinationen sind er „Nervdrüsentyp", der „Modemensch", dann der Drüsen-Fett-Typ, die „Lebedame", weiterhin der Nervmuskeltyp, der „trainierte Kulturmensch".

Die Dauer der Verjüngung ist fast zehn Jahre, wenn die Geschlechtsfunktion durch die Reizstoffbehandlung in Verbindung mit rhythmischer Therapie, Diät, Lebensplan, Hygiene der Lebensführung usw. angeregt worden ist. Auch 70 jährige Frauen sind einer Verjüngung gut zugänglich. Verfasser verwirft die „Eiweißreizspritzen", ist vielmehr der Meinung, daß der moderne Verjüngungsarzt als „Drüsenarzt" nur mit „mild umstimmenden" Reizen arbeiten dürfe. Jede Drüse, ob Gang- oder Blutdrüse oder Mischung von beiden, kann zur Lieferung der Reizstoffe herangezogen werden, sogar das Unterhautzellgewebe und die Haut.

So wirkt die Thymusdrüse gegen Zwergwuchs der Knochen und Organe, besonders auch der weiblichen Sexualorgane, weiterhin auch des Herzens, nicht zu vergessen auch gegen Rhachitis, Skoliose, X- und O-Beine und Plattfuß.

Der Preßsaft der frischlebenden Schilddrüse dient zur Heilung des Kropfes, der Basedowkrankheit sowie der Wassersucht des Leibes und der Beine, außerdem bei Fettsucht, Idiotie usw.

Der Brustdrüsensaft ist gut gegen die Frühreife der Mädchen, heilt Myome und Fibrome, sowie Menstruationsunregelmäßigkeiten usw.

Von der Hirnhangdrüse wirkt der Vorderlappen gegen Wachstumsstörungen (Zwergwuchs) wie die Thymus, gegen Haarausfall und anderes, der Hinterlappen dagegen gegen Herzschwäche, wie auch gegen Wehenschwäche, außerdem gegen Periodenstörungen und auch gegen Adipositas der Frau.

Die Zirbeldrüse sei sehr gut gegen Frühreife der Mädchen, Periodenstörungen, Unterleibskrämpfe, Darmlähmung.

Die Nebenschilddrüse (bzw. die Epithelkörper) wirkt gut gegen Kropf, Basedow, Blutung und Krämpfe, sogar gegen Hirnerweichung und Krebs.

Bauchspeicheldrüsensaft wirke günstiger als Insulin gegen Zuckerkrankheit sowie auch gegen Fettsucht.

Die Ohrspeicheldrüse sei gut „gegen chronisch entzündliche Schwellung der Eierstöcke und Hoden".

Der Milzsaft wirke heilend gegen Blutarmut und Lymphocytenmangel.

Der gelbe Körper ist gut gegen Hypoplasie der Mammae, zur Stärkung der Uterusmuskulatur, zur Erzielung einer „schmerzlosen Geburt", gegen hohen Blutdruck, Wallungen, Kopfschmerz, Verengung der Hirngefäße u. a.

Die weiblichen Geschlechtsdrüsensäfte wirken gegen Schwäche des Herzens und der Unterleibsmuskulatur, gegen Wallungen, Kopfschmerz, Klimakteriumsbeschwerden usw., Frigidität der Frau, unstillbares Erbrechen der Schwangeren, gegen Bleichsucht; der Saft der Hoden und Prostata wirkt erfolgreich gegen Manneşschwäche und männliche Unfruchtbarkeit.

Von den „zehn Sexualgesetzen", die Verfasser findet, seien folgende erwähnt:

Erstes Gesetz: Mannstoffe bestimmen männliches Geschlecht, Weibstoffe das weibliche (Geschlechtsbestimmung).

Zweites Gesetz: Mannstoffe vermännlichen, Weibstoffe verweiblichen.

Drittes Gesetz: „Chronischer Reizstoffmangel vergeht durch Zufuhr gleichgeschlechtlicher Reizstoffe."

Sechstes Gesetz: Homosexualität entsteht durch Mangel eigengeschlechtlicher und Ueberfluß andersgeschlechtlicher Reizstoffe.

Und darum:

Siebentes Gesetz: Homosexualität ist durch Zufuhr eigengeschlechtlicher Reizstoffe heilbar.

Die Säfte werden aus warmen Organen von Säugetieren und anderen Warmblütern frischlebend gewonnen (womöglich von brünstigen, mit entsprechendem Reizstoff vorbehandelten (Anreicherung) Tieren.

Die Organe müssen nicht nur leben, sondern kurz vor dem Herausnehmen noch funktioniert haben bzw. „noch funktionieren" („Arbeitsmoment", nicht nur „Lebensmoment").

Durch Tonfiltration wird dann der aseptisch ausgepreßte Saft von dem beim Schlagen entstehenden Fibrin sowie von fiebererregenden Stoffen befreit. Der Saft von Brown-Séquard ist roh und fiebererzeugend.

Natürlich lassen sich die verschiedenen Preßsäfte entsprechend kombinieren.

Die Technik der Reizstoffinfusion: 0—500 cbm frischlebenden Saftes werden unter allen Kauteln intravenös (basilica, mediana oder poplitea) injiziert.

Der Inhalt des Buches spricht für sich selbst. Die Verjüngung ohne Operation in der ambulatorischen Praxis, hier ist sie an der Hand von zahlreichen Photographien, Beobachtungen von Krankheitsheilungen aller Art im Sinne einer wesentlich verbesserten gründlichen Substitutionstherapie zum sprechenden Beweis geworden.

Der Steinachrummel hat sich nicht lange halten können, die Methode Zikel wird sicher lange leben und wenn sie erst mal Gemeingut aller denkenden Aerzte geworden ist, berufen sein, der alternden und leidenden Menschheit den Urtraum der Verjüngung endlich Wirklichkeit werden zu lassen.

Dr. med. Korn.

Mitteilungen.

Aerztlicher Fortbildungslehrgang auf dem Gebiete der Leibesübungen.

Das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt veranstaltet vom 19. bis 31. Juli 1926 einen ärztlichen Fortbildungslehrgang auf dem Gebiete der Leibesübungen, mit dessen Durchführung die Preußische Hochschule für Leibesübungen betraut worden ist. Beginn am 19. Juli, morgens 9 Uhr, in Spandau, Radelandstr. 59. Es können an dem Lehrgang teilnehmen: Medizinalbeamte, Schulärzte, Stadtärzte und praktische Aerzte, auch Polizeiärzte, die Interesse für die Leibesübungen der Jugend und im Turn-, Sport-, Spiel- und Wanderwesen sich bereits bewährt haben. Die preußischen Teilnehmer an dem Lehrgang erhalten freie Fahrt hin und zurück und täglich 4 M. Beihilfe zu den Kosten des Unterhalts (einschl. Reisetage).

Die Hochschule wird sich bemühen, preiswerte Zimmer nachzuweisen. Das Mittagessen kann bei bescheidenen Ansprüchen aus der Volksküche zum Preise von 30 Pfg. bezogen werden, die das Essen in die Hochschule liefert. In den umliegenden Speisewirtschaften ist Mittagessen zum Preise von 1 M. zu haben.

Der Aufenthalt auf den Plätzen der Hochschule, die unmittelbar am herrlichen Wald gelegen ist, und in der eigenen Badeanstalt, ist einer Erholungsreise gleich zu achten.

Preußische Aerzte wollen ihre Meldungen an den zuständigen Regierungspräsidenten einreichen, der diese bis spätestens 15. Juni an das Preußische Wohlfahrtsministerium weitergibt, nichtpreußische Aerzte bis zum 15. Juni 1926 unmittelbar an das Preußische Wohlfahrtsministerium in Berlin.

Der Lehrgang umfaßt, wie in den Vorjahren, neben Vorlesungen von bekannten Wissenschaftlern vor allen Dingen praktische Uebungen auf dem Turn- und Sportplatz und verschiedene Besichtigungen.

Versuchssender der Preußischen Hochschule für Leibesübungen in Spandau.

Der von der Reichspostverwaltung genehmigte Telephonie-Sender Spandau der Preußischen Hochschule für Leibesübungen (Landesturn-Anstalt) hat jetzt nach Abschluß von Vorarbeiten seine Sendeversuche aufgenommen. Die Anlage dient zu wissenschaftlichen Versuchen, insbesondere zur Uebertragung von Herztönen und anderen biologischen Erscheinungen. Zahlreiche wissenschaftliche Stellen, Radio-Klubs und Private haben sich bereits für Empfangsversuche zur Verfügung gestellt. Der Röhrensender arbeitet mit ungedämpften Schwingungen der Wellenlänge 50—500 m, ist also auch für den üblichen Rundfunkbereich vernehmbar. Besonders erwünscht sind zunächst Nachrichten (auf Postkarte) über die akustischen Verhältnisse wie Lautstärke, Klangreinheit usw. unter Berücksichtigung der Reichweite, der verwendeten Empfangsapparatur usw. Für später wird die Zusammenarbeit mit medizinischen Instituten und mit Aerzten sehr begrüßt.

Die Sendezeiten liegen außerhalb der des Berliner Senders; regelmäßig gesendet wird jeden Dienstag Abend nach 10½ Uhr auf Welle 300 m. Anmeldungen zur Teilnahme an Empfangsversuchen und Nachrichten über Empfangsergebnisse werden dankbar angenommen durch Versuchssender Spandau, Psychologisches Institut, Dr. Schulte, Preußische Hochschule für Leibesübungen, Spandau.

Berichtigung.

In Nr. 11 der „Fortschritte der Medizin", Seite 542, rechts oben, muß es in der Parenthese: (solange solche noch an der Spitze der gedruckten Verhaltungsvorschriften stehen) nicht „noch", sondern **„nicht"** heißen.

In Nr. 10 der „Fortschritte der Medizin", im Inhaltsverzeichnis und auf S. 470 muß es heißen: **Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Band 63, H. 3** (nicht Zeitschrift für Tuberkulose).

Therapeutische Mitteilungen.

Klinische Mitteilung über Clauden.

Von

Prof. Dr. KATSUBE in Tokio (Japan).

Seitdem Fischl die starken, die Blutgerinnung auf natürlichem Wege fördernden Kräfte der Gewebsextrakte durch sein Präparat aus Lunge in die Praxis eingeführt hat, hat sich das Clauden sowohl bei chirurgischen wie bei spontanen inneren wie äußeren Blutungen hundertfältig bewährt; eine reichhaltige Literatur legt darüber Zeugnis ab. Es ist also überflüssig, auf die Natur des Präparates und die Art seiner Wirkung hier nochmals einzugehen. Ich will mich damit begnügen, einige Fälle aus meiner Beobachtung anzugeben, in denen sich Clauden bei schweren Spontanblutungen vortrefflich bewährt hat. Gerade in solchen Fällen, gegen deren Gefahren es bisher eigentlich kein sicheres Mittel gab, ist Clauden für den Praktiker von unschätzbarem Werte.

Fall 1: Lungentuberkulose (habituelle Hämoptoe). Der Patient hatte fast täglich während einer Dauer von 34 Tagen mehr oder minder heftigen Blutsturz. Injektionen mit Gelatine, Kalzium, Kochsalz usw. blieben durchaus wirkungslos. Darauf begann der behandelnde Arzt auf meinen Rat die Clauden-Kur. Anfangs ließ ich dreimal täglich 10 ccm der Lösung einspritzen; am 4. Tage hörten die Blutungen vollständig auf und der Auswurf wurde ganz farblos. Nach wiederholten Injektionen während 5 Tagen, und zwar einmal täglich, ließ ich noch einige Male je einmal einen um den andern Tag die Einspritzung fortsetzen. Bis heute, nach Verlauf von 2 Jahren, ist kein Rückfall eingetreten.

Fall 2: Lungenspitzenkatarrh. Nach andauerndem dreitägigen Blutsturz empfahl ich Clauden-Behandlung. Ich ließ den behandelnden Arzt zweimal täglich je 10 ccm einspritzen; leider wurde infolge eines Mißverständnisses des Arztes weniger eingespritzt, d. h. einmal einen um den anderen Tag. Dabei entleerte der Patient noch andauernd blutigen Schleim. Als ich dann 3 Tage lang zweimal täglich dieselbe Menge einspritzen ließ, verschwand die Färbung völlig. Bis heute, also nach Verlauf eines ganzen Jahres, ereignete sich kein Rückfall.

Fall 3: Leberanschwellung. Der Patient erbrach plötzlich sehr viel Blut. Nachdem 5 Tage lang täglich zweimal je 10 ccm Clauden eingespritzt worden waren, trat noch einmal geringfügiges Blutspeien auf. Die Clauden-Behandlung, täglich einmalige Injektion, wurde noch eine Zeitlang parallel mit einer Salvarsankur fortgesetzt. Die Blutung kam völlig zum Stillstand. Verdauung und Kräftezustand des Patienten verbesserten sich auffallend.

Weitere ähnliche Fälle haben meine Ansicht über Clauden nur bestärkt, die ich, wie folgt, zusammenfassen möchte:

1. Ich bin fest überzeugt, daß Clauden die sicherste blutstillende Wirkung bei den verschiedenen inneren Blutungen hat, sofern diese nicht auf physikalischer Störung an den größeren Gefäßen selbst beruhen.
2. Bei den großen Blutungen ist anfangs ein verhältnismäßig großes Quantum einzuspritzen, z. B. dreimal täglich 10 ccm. Es empfiehlt sich, wenn diese Einspritzungen den gewünschten Erfolg zeigen, noch für kurze Zeit die Injektionen fortzusetzen, wobei die Quantität stetig vermindert wird.
3. Ich konnte bis jetzt keinerlei unangenehme Nebenwirkungen bemerken, auch im Falle der Dosis von 10 ccm dreimal täglich nicht.

Literatur.

Fischl: Arch. f. Kinderhlkde. 1916, Bd. 65, H. 3/4. — Fischl: Med. Klinik 1916, Nr. 11. — Schmidt, Raudnitz, Fischl: Med. Klinik 1916, Nr. 20. — Kafemann: Med. Klinik 1917, Nr. 31. — Gerling: Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. 1917, Nr. 33. — Zindel: Straßburger med. Zeitg. 1917, Nr. 12. — Bünger: Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilkunde 1918, Nr. 2. — Werner: Hamburg. Aerzte-Korresp. 1918, Nr. 6. — Thumser: Aerztl. Nachrichten 1918, Nr. 5. — Schroedter: Deutsche zahnärztl. Zeitg. 1918, Nr. 9 — Stern: Med. Klinik 1918, Nr. 13. — Weidner: Deutsche zahnärztl. Zeitg. 1918, Nr. 29. — Weinberg: Deutsche med. Wochenschr. 1918, Nr. 30. — Weidner: Deutsche zahnärztl. Zeitg. 1918, Nr. 33. — Engel: Aerztl. Nachrichten 1918, Nr. 21. — von Schütz: Therap. d. Gegenw. 1919, Nr. 3. — Klinger: Zahnärztl. Rundschau 1919, Nr. 20. — Schmerz und Wischo: Wien. klin. Wochenschr. 1919, Nr. 23. — Isenberg: Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 35. — Weidner: Deutsche zahnärztl. Zeitg. 1930, Nr. 2. — Binz: Die Therap. d. Gegenwart 1920, Nr. 11. — Klemperer: Die Therapie d. Gegenwart 1920, Nr. 9. — Wilhelm: Inaug. Dissertation, Kiel 1920. — Strauß: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg. 1921, Nr. III. — Buhre: Fortschritte d. Medizin 1921, Nr. 10. — Finkelstein: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg. 1921, Nr. VI. — Pollak: Monatsschr. f. Kinderheilkde. 1921, Nr. 4. — Borchardt und Ostrowski: Die Therap. d. Gegenwart 1921, Nr. VIII. — Albrecht: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1921/1922, Bd. 56/57. — Jürgensmann: Inaug. Dissertation, Jena 1922. — Reinewald: Inaug. Dissertation, Marburg a. d. Lahn 1922. — Jagsch: Inaug. Dissertation 1922. — Lewin: Die Therapie d. Gegenwart 1922, Nr. III. — Lust: Diagnose u. Therapie d. Kinderkrankheiten, 3. Aufl. 1923. — Dethlefsen: Med. Klinik 1923, Nr. 32. — Charousek: Beitr. z. ärztl. Fortbildg. 1923, Nr. 18. — Pels-Leusden: Chirurg. Operationslehre, 3. Aufl. 1923. — Opitz: Med. Klinik 1924, Nr. 14. — Birkholz: Med. Klinik 1924, Nr. 52. — Knosp: Deutsche med. Wochenschr. 1925, Nr. 25. — Opitz: Fortschr. d. Therapie 1925, Nr. 17. — Heile: Zentralbl. f. Chirurgie 1925, Nr. 40. — Fürth: Lehrbuch d. physiolog. u. pathol. Chemie 1925, 12. Vorlesung. — Krecke: Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 9. — Wöhlisch: Handbuch d. Krankheiten d. Blutes u. der blutstillenden Organe von Schittenhelm 1925, Bd. II. — Fischl: Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1925, H. 5/6. — Schmidt-von Noorden: Klinik der Darmkrankheiten 1925. — Neumayer: Münch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 6. — Amersbach: Die Therap. d. Gegenwart 1926, Nr. 4. — Lackner: Etschländer Aerzteblatt 1926, Nr. 8.

Aus der Städtischen Kinderheilanstalt mit Säuglingsheim, Augsburg.
(Leiter San.-Rat Dr. Aurnhammer.)

Ueber Cardiazol in der Kinderpraxis.

Von

Dr. ALBERT KOLLMANN.

Die günstigen Erfahrungen, welche in den letzten Monaten von verschiedener Seite über die Anwendung des neuen wasserlöslichen analeptischen Mittels Cardiazol (Knoll) bei der Behandlung akuter Kreislaufstörungen Erwachsener berichtet wurden, veranlaßten uns, dieses Präparat auch in der Kinderpraxis auszuproben.

Wir verwendeten es in Form von subkutanen Injektionen bei acht Fällen akuter Kreislaufschwäche im Verlauf von Bronchopneumonien, einen Fall von suffokatorischen Anfall bei Thymushyperplasie, einem asphyktischen Anfall eines Frühgeborenen und bei einem gelegentlich einer Lumbalpunktion bei epidemischer Meningitis eintretenden Kollaps; außerdem wandten wir es peroral bei zwölf Fällen an, bei denen es sich entweder um mehr langsam eintretende Zustände von Kreislaufschwäche handelte oder bei denen wir prophylaktisch eine solche verhindern wollten.

Die Fälle, in denen wir Cardiazol im Verlauf einer Bronchopneumonie subkutan gaben, betreffen Kinder vom zweiten bis zum fünfzehnten Lebensmonat. Alle diese Kinder zeigten im Verlauf der Erkrankung eine mehr oder weniger akut einsetzende Schwäche des Kreislaufes, welche sich in fahlem, blassem Aussehen, mehr oder weniger starker Zyanose an Lippen und Fingerspitzen, rascher, unregelmäßiger Herzaktion und kleinem sehr frequentem Puls, in drei Fällen sogar peripherer Pulslosigkeit kennzeichnete. Wir injizierten, analog dem Vorgehen bei der Kamphertherapie im Säuglingsalter, eine relativ recht hohe Dosis Cardiazol, nämlich den ganzen Inhalt einer Ampulle (1,1 ccm) subkutan.

Bereits zwei bis drei Minuten nach der Injektion war deutlich eine günstige Wirkung auf den Kreislauf zu beobachten. Die Zyanose schwand, Haut und Schleimhäute erschienen besser durchblutet, die Qualität des Pulses wurde in bezug auf Rhythmus, Größe und Spannung deutlich gebessert, seine Frequenz herabgesetzt. Auch eine günstige Wirkung auf die Atmung ließ sich sehr bald feststellen. Die Dyspnoe verschwand, die Atemzüge wurden ruhiger und tiefer, ihre Zahl sank in zwei Fällen von 96 bzw. 78 auf 55 bzw. 46 in der Minute, bereits drei Minuten nach der Injektion.

Es soll allerdings nicht verschwiegen werden, daß in zwei Fällen, die zu spät in unsere Behandlung kamen und in einem Fall mit besonders schwerer Erkrankung, das Cardiazol nicht mehr imstande war, Rettung zu schaffen.

In einem Fall verwandten wir Cardiazol bei einem suffokatorischen Anfall bei einem dreimonatigen Kinde, das sowohl perkutorisch als auch röntgenologisch eine deutliche Vergrößerung der Thymusdrüse zeigte. Dieses Kind, das bereits seit Wochen in unserer Behandlung stand und eine leicht stridoröse Atmung aufwies, ohne bisher in der Anstalt akute Anfälle gehabt zu haben, bekam plötzlich ohne erkennbare Ursache einen schweren Erstickungsanfall. Es wurde starkt zyanotisch, die Atmung angestrengt, mit Unterstützung der Hilfsmuskeln, der Puls fadenförmig, die Herzaktion stark erregt. Auf sofortige Injektion von 1,1 ccm Cardiazol verschwanden diese bedrohlichen Zeichen prompt, bereits nach 5 Minuten sah das Kind zwar noch recht müde, sonst aber vollkommen normal aus. Puls und Atmung waren wieder vollständig in Ordnung.

Eine ähnliche Wirkung konnten wir bei einem der so gefährlichen asphyktischen Anfälle eines dreiwöchigen Frühgeborenen (7½ Monatskind)' beobachten, bei dem die bedrohlichen Symptome (starke Zyanose des Gesichtes, der Hände und Füße, Pulsbeschleunigung und Regungslosigkeit) bereits zwei Minuten nach der subkutanen Injektion von 1,1 ccm Cardiazol schwanden. Ein weiterer Fall betrifft ein sechsmonatliches Kind mit epidemischer Meningitis, bei dem gelegentlich der täglich vorgenommenen Lumbalpunktion mit darauffolgender intralumbaler Seruminjektion zweimal ein kollapsartiger Zustand mit Blaßwerden, sehr frequentem fadenförmigen Puls eintrat. Auf Cardiazolinjektion erholte sich das Kind zunächst, da jedoch sein Zustand noch weiterhin höchst bedrohlich erschien, spritzten wir in nur einstündigen Intervallen — im ganzen siebenmal — subkutan Cardiazol in der angegebenen Dosis mit dem Erfolge, daß schließlich die Haut wieder ihre normale Färbung annahm und der Puls dauernd stärkere Spannung und geringere Frequenz zeigte.

Eine schädliche akkumulierende Wirkung sahen wir weder hier, noch waren bei den übrigen Fällen cerebrale oder sonstige toxische Symptome, welche der Applikation des Präparates hätten zugeschrieben werden können, trotz der hohen Dosierung zu beobachten. Auch traten in keinem Falle irgendwelche lokalen Erscheinungen an der Injektionsstelle (Infiltrate, Gewebsschädigungen usw.) auf, wie sie ja bei Kampferölinjektionen bisweilen vorkommen.

In zehn Fällen von Bronchopneumonien, einem Fall alimentärer Intoxikation und einem Fall ausgedehnter Phlegmonen, bei denen entweder eine mehr chronische Kreislaufschwäche bestand, oder bei denen es uns auf eine prophylaktische Kräftigung des Kreislaufes ankam, wandten wir Cardiazol peroral an. Wir gaben von der leicht herzustellenden Lösung einer Tablette zu 0,1 g in 50 g Tee, bei den im ersten Lebensjahr stehenden Patienten dreimal täglich einen Kaffeelöffel, also jedesmal 0,01 g, was dem zehnten Teil der Erwachsenen-Dosis entspricht. Auch bei diesen Fällen hatten wir den Eindruck einer recht günstigen Wirkung des Präparates auf den Kreislauf, die es den bisher von uns verwendeten Kampferpräparaten mindestens gleichwertig erscheinen läßt. Ungünstige Erscheinungen von seiten des Magendarmtraktus beobachteten wir nicht.

Zusammenfassend läßt sich also sagen: Wir besitzen in dem Cardiazol (Knoll) ein Analeptikum, das sich uns bei der Behandlung akuter Kreislaufschwäche bei Säuglingen gut bewährt hat und das vermöge seiner Wasserlöslichkeit und seiner infolgedessen sehr rasch einsetzenden Resorption, die im Säuglingsalter oft sehr schwierige intravenöse Injektion analeptischer Mittel zu ersetzen geeignet ist. Auch die prophylaktische Verwendung des Mittels per os zeitigt durchaus zufriedenstellende Resultate.

Erfahrungen mit Dilaudid, einem neuen Morphinderivat.

Von

Dr. BASCH, Berlin.

Zu den schon existierenden Morphinpräparaten und Morphinderivaten hat sich in letzter Zeit ein neues Präparat gesellt, das Dilaudid „Knoll". Es erschien zunächst überflüssig, die große Zahl der Morphinderivate um ein neues zu vermehren, wenn dieses nicht wichtige Vorzüge aufzuweisen hätte. Die Angaben, daß das Dilaudid eine stärkere und nachhaltigere Wirkung als das Morphin besitze, so daß es in kleinerer Dosis gegeben werden könne, sowie ferner das Fehlen schädlicher Nebenwirkungen, vor allem die geringe Gefahr der Angewöhnung, veranlaßten mich, seit etwa einem Jahr das Präparat in der Praxis zu erproben und auf seine Eigenschaften hin zu prüfen.

Das Dilaudid ist ein dem als Hustenstillungsmittel bewäh Codeinderivat Dicodid entsprechendes Morphinpräparat und k als salzsaures Dihydromorphinon bezeichnet werden. Die chemis Formel des Dilaudid ist $C_{17}H_{19}O_3$ NHCL. Die Wirksamkeit therapeutischen Dosis ist etwa um das Fünffache höher als Morphin. Es entsprechen also 0,2 cg Dilaudid ungefähr 1 cg Morp

Das Präparat wurde in erster Linie als reines Schmerzstillung mittel angewandt und erwies sich in Fällen von Gallensteinkolike akuten Nierensteinanfällen usw. als sehr wirksam. Gut bewährte es sich ferner bei allen Herz- und Kreislaufaffektionen, die mit große Unruhe und starker anfallsweiser Schmerzhaftigkeit einhergingen Bei Aortenvitien und Coronarsklerose ist bei der Häufigkeit de Anfälle sowie der Unheilbarkeit dieser sich meist lange Zeit hin ziehenden Krankheitsbilder die Anwendung eines schmerzstillende Mittels, das rasch wirkt und keine Nebenerscheinungen zeigt, wichtig Besonders erwünscht ist, daß das Präparat keine Gewöhnung he vorruft und nicht zur dauernden Steigerung der wirksamen Dos zwingt. Bei diesen Fällen, die geradezu eine Domäne für die A wendung eines schnell wirkenden Mittels bilden, hat sich das Dilaudi in Dosen von 0,0025—0,005 g per os stets gut bewährt. Im akute Anfall wurde 0,002 g Dilaudid in Lösung injiziert mit dem Erfol daß nach drei Minuten absolute Schmerzlosigkeit eintrat. Na einer Gabe von 0,005 g Dilaudid subkutan erfolgte einmal stark Brechreiz. Doch kam dieses Symptom nie wieder zur Beobachtu

In allen Fällen von Aorticis luet. mit starken Insuffizienzersch nungen und quälenden Aortalgien wurde vor Beginn der antilu Kur etwa eine Woche lang eine gute Allgemeinberuhigung un Rückgang der schweren Allgemeinsymptome mit Dilaudid erreich Auch Hemmerling hebt diesen Vorzug der Dilaudid-Darreichung al Adjuvans zur eigentlichen Herztherapie hervor. Wichtig ist, da auch bei längerer Darreichung nicht zu höheren Dosen gegriffe werden brauchte.

Erwähnt sei noch, daß sich die Dilaudid-Tabletten zu 0,0025 g als ein sofort wirkendes Mittel gegen Hustenanfälle erwiesen. Die Wirkung hielt länger an als die des Codein in entsprechend hohen Dosen. Nebenerscheinungen wurden auch hier nie beobachtet. Eine zu einer eventuellen Steigerung der Dosierung führende Gewöhnung konnte nicht festgestellt werden. Subkutan wurde das Dilaudid in einer Dosierung von 0,002—0,005 g verabreicht um starken Hustenreiz für längere Zeit (über Nacht) auszuschalten, sowie vor Eingriffen, bei denen jeglicher Husten vermieden werden muß, wie z. B. Pneumothoraxfüllungen oder Kavernenkontrastfüllungen mit Jodemulsionen. Es ließ sich mit Sicherheit die Ausschaltung jeden Hustenreizes erreichen. Dilaudid stellt demnach ein ausgezeichnetes, zuverlässiges Hustenstillungsmittel (Krehl) dar.

Sein Hauptanwendungsgebiet liegt jedoch in seiner raschen, vo Nebenwirkungen freien Wirkung als Analgetikum und Narkotikum bei Schmerz- und Unruhezuständen aller Art im Sinne des Morphin Den übrigen Morphinpräparaten erscheint es durch seine Wirksamkeit in kleinen Gaben überlegen und dürfte deshalb auch als billige anzusprechen sein. Eine Gewöhnung konnte bisher trotz längere Darreichung weder per os noch subkutan nie beobachtet werden.

Von jetzt ab
erscheinen Fortschritte
der Medizin
jeden Dienstag

448.8
Agric
F77

LIBRARY
RECEIVED
AUG 6 1926
U. S. Department of Agriculture.

Sportnummer

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 14 BERLIN, DEN 13. JULI 1926 44. JAHRGANG

Schering

Schmerzstillung
durch
VERAMON

Molekülverbindung Dimethylaminophenyldimethylpyrazolondiaethylmalonylharnstoff + Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon

Veramon besitzt nach dem Urteil zahlreicher hervorragender Universitäts-Kliniker und praktischer Aerzte Deutschlands und des Auslandes eine ganz überraschende schmerzstillende Wirkung, insbesondere gegen

Kopfschmerzen,
Zahnschmerzen,
Wundschmerzen

Gaben von 1–2 Tabletten VERAMON, 20 Minuten vor dem operativen Eingriff gegeben, ermöglichen schmerzlose Behandlung und verhindern Nachschmerz.

Unschädlich auch in der Kinderpraxis!

Originalpackung: Röhren zu 10 und 20 Tabletten zu je 0,4 g

Veramon ist von allen Krankenkassen Deutschlands zur Verordnung **zugelassen!**

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. **E. Schering.**)
BERLIN N. 39

SCHERING SCHERING

Ein Wurmmittel

von konstanter Zusammensetzung ist

FILMARON

(Aspidinolfilicin — das anthelminthische Prinzip der Farnwurzel)

Unschädlich, zuverlässig wirksam, leicht einzunehmen

In 10%iger Öllösung als
Filmaron-Oel
Dosis 8,5-10-15 g

In 2 Teilen Mandelöl gelöst in
Filmaron-Kapseln
Packungen für Erwachsene und Kinder

Literatur und Muster stehen den Herren Ärzten zur Verfügung

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Literatur:

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Pluriglanduläre Fettsucht und ihre Behandlung.“ (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, Nr. 10.)

Prof. Dr. Holste, Jena: „Neue Arzneimittel“ (. . . Über die Zusammensetzung des Lipolysins.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 18.)

Dr. Max Porges, Marienbad: „Zur Behandlung der pluriglandulären Fettsucht“. (Deutsche Med. Wochenschrift 1924, Nr. 25.)

Dr. Otto Schlesinger, Berlin: „Die Fettsucht u. ihre Behandlung auf Grund endokrin. Erkenntnis.“ (Medizinische Klinik 1923, Nr. 42.)

Dr. Löw, Döberitz: „Lipolysin, ein pluriglanduläres Entfettungsmittel“. (Gr.-Berliner Ärzteblatt 1923, Nr. 41.)

Dr. Lewy, Bad Reichenhall: „Die hormonale Bekämpfung der Fettsucht“. (Fortschritte der Medizin 1923. Nr. 10.)

Prof. Umber, Dirig. Arzt d. Krankenhaus. Charlottenb.-Westend: „Fettleibigkeit und Fettsucht“. (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 10.)

Lipolysin

masculin. feminin.

Das pluriglanduläre Entfettungsmittel für orale und intramuskuläre Anwendung.

Kleine Dosen Tabletten verhüten Fettansatz, größere Dosen bewirken Gewichtsabnahme; zu einer systematischen Entfettungskur gehört die kombinierte Anwendung von Tabletten und Ampullen.

Neues Präparat!

Lipolysin sine Thyreoidea

In Fällen, wo Schilddrüsenmedikation kontraindiziert ist.

Literatur:

Dr. W. Jülich, Hamburg-Barmbeck: „Zur Nosologie u. Therapie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa)“. (Mediz. Klinik 1925, Nr. 32.)

Dr. Albert Lahmann, Weißer Hirsch bei Dresden: „Die klinische Bedeutung der quantitativen Untersuchung auf Abwehrfermente“ (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 36.)

Prof. Hermann Zondek, Berlin: „Ueber hypophysär-cerebral-peripherische Fettsucht (Salz-Wasser-Fettsucht)“ (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 31).

Dr. Erwin Pulay, Wien: „Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organ-Präparaten“ (Dt. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 5).

San.-Rat Dr. Bieling und Dr. Harry, Friedrichroda: „Untersuchungen über Lipolysinwirkung mit dem Knipping'schen Gasstoffwechsel - Apparat“. (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 46; Archiv für Balneologie u. Med. Klimatologie 1926, Nr. 7).

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea“ (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 7).

Dr. Georg Henning, Berlin W 35, Kurfürstenstraße 146/147.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Prof. Dr. Adolf Basler, Tübingen: Der Fuß des Menschen 623

(Aus der Kinderheilstätte Waldesheim, Düsseldorf-Grafenberg. Eigentum der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. — Leitender Arzt: Dr. med. Kurt Nüssel.)

Dr. Kurt Nüssel: Leibesübungen und Kinderfürsorge 627

Aus der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses der Freien Stadt Danzig (Dir.: Prof. Klose).

Dr. Gerhard Karehnke, Assistenzarzt: Ueber Sportverletzungen 634

Priv.-Doz. Dr. Wilh. Errig: Die praktische Bedeutung von Stoffwechseluntersuchungen bei körperlicher Arbeit 637

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 23 639
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 14—20 640
Medizinische Klinik 1926, Nr. 19—21 642
Münchener medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 22 bis 23 643
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 1926, Nr. 13 644
Zeitschrift für physik. Therapie 1926, Maiheft 644
Monatsschrift für Kinderheilkunde, **32**, Heft 3 645
Jahrbuch für Kinderheilkunde, **62**, Heft 5/6 645
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1926, **91**, Heft 4—6 645
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1926, **61**, Heft 3 646
Archiv für Gynäkologie 1926, **128**, Heft 3 646
Archiv für klinische Chirurgie, **140**, Festschrift für A. von Eiselsberg 647
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **196**, Heft 1/3 649
Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie, **24**, 1. Heft 649
Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 1926, **14**, 3. Heft 650
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1926, **150**, Heft 2 651
Dermatologische Wochenschrift 1926, **82**, Nr. 23—24 651
Schweiz. med. Wochenschrift, Nr. 23 652
Schweizer Archiv für Psychiatrie und Neurologie, **13**, Heft 1 652
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, Nr. 24 652
Hospitalstidende, Nr. 16—20 653
Ugeskrift for Laeger, Nr. 22—23 653
Hygiea, Heft 10 653
Acta Medica Scandinavica, Vol. LXIII, Fasc. I—II 653
Il Policlinico Sez. prat. 1926, **33**, Nr. 21—24 654
Il Policlinico Sez. med. 1926, **33**, Nr. 6 654
British medical Journal, Nr. 3410—3413 654
The Lancet 1926, **210**, Nr. 17—22 655
Gynécologie et Obstétrique 1926, Nr. 4, 5 657
Biologie Medicale 1926, Vol. 16, **24**, Nr. 5 657
Journal of the American Medical Association, Chicago 1926, **86**, Nr. 18—19 658
Archives of internal Medicine, Nr. 5 659
John Hopkins Hospital Bulletin, Nr. 5 659
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine 1926, **11**, Nr. 8 660
The Journal of Infectious Diseases 1926, **38**, Nr 5 660
The American Journal of Hygiene 1926, **6**, Nr. 3 660
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1926, **11**, Nr. 5 661
The Urologie and Cutaneous Review 1926, Nr. 5 661

Buchbesprechungen 662

Mitteilungen 662

Therapeutische Mitteilungen:

Medizinalrat Dr. Carl Reschreiter, München: Ist eine Immunisierung der malignen Tumoren möglich und besteht dadurch Heilungsmöglichkeit? 663

Dr. Rudolf Mandl, Ohrenarzt in Budapest: Beiträge zur teledynamischen Wirkung einiger Derivate von Pix Liquida 667

Dr. med. Heinz Schmeidler, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten: Proteinkörper-Therapie mit Protasin 668

Aus der chirurg. Abt. (Dir. Arzt: P.-Med.-Rat Dr. Schum) des Staatl. Polizei-Krankenhauses Berlin (Direktor: P.-Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Boehncke).

Karl Boegel, Assistent der chirurg. Abt.: Cardiazol, ein neues Analeptikum 669

Dr. med. Campe, Magdeburg: Ueber Allional 669

Dr. Georg Hajnal, ehem. Abtlg.-Chefarzt in Budapest: Neuere Indikationsgebiete für Olobintin-Therapie 669

Silicol
Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin
Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol
Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen
Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

Jotifix-Tabletten *Die souveräne Jodmedikation*
Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**

u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)

In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.

Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat Zinc. oxydat. puriss Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. a. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.

EPISAN Berendsdorf

Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.

In allen Apotheken zu haben.

Von Ärzten bestens empfohlen.

Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84a.**

Bad Salzſchlirf und ſein Bonifaziusbrunnen!

Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**

Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.**— / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN

Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.

Subkutan, intravenös und oral.

— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

SANATORIUM
Reinhardsbrunn
in Friedrichroda / Thüringen
Dr. med. Lippert-Kothe
Innere, besonders Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten
Diät-Kuren

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma ERLANGEN

HOVALETTEN ZYMA

CHEMISCHE FABRIK ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN

ORIGINALPACKUNG

KASSENPACKUNG

HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 14 13. JULI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Der Fuß des Menschen.

Von

Professor Dr. ADOLF BASLER, Tübingen.

Nicht minder charakteristisch wie die Kopfbildung ist für den Menschen die Form des Fußes. Ohne menschlichen Fuß kein aufrechter Gang, ohne aufrechten Gang keine brauchbare Hand, ohne Hand keine Werkzeuge, keine Reduktion des Gebisses, die nur die Folge besser zubereiteter Nahrung ist, wodurch erst der Gehirnschädel und mit ihm das Gehirn sich weiter entwickeln konnte[1]). So stellt im Räderwerk der menschlichen Stammesentwicklung der Fuß ein unerläßliches Achsenlager dar, mehr wert als nur das Füllmaterial eines eleganten Stiefels zu bilden.

Fußform.

Im Gegensatz zu den Affen ist der Mensch ein typischer Sohlengänger[2]), aber sein Fuß tritt nicht mit der ganzen Sohle auf wie etwa der des Bären, er bildet vielmehr ein federndes Gewölbe, das an wenigen Stützpunkten auf dem Boden aufsitzend dem Menschen den für ihn charakteristischen elastischen Gang verleiht. In der Form des Fußgewölbes zeigt sich die höhere Entwicklung. Es ist bei Europäern am höchsten[3]).

In der Längenausdehnung des menschlichen Fußes ist im Laufe der Entwicklung eine Verkürzung eingetreten. Der Fuß ist beim Menschen halb, also 50%, so lang wie der Rumpf. Beim Orang Utan mißt er vergleichsweise 72,6% des Rumpfes. In Prozenten der Körpergröße beträgt die Fußlänge bei allen Rassen rund 15%.

Wird die Breite des belasteten Fußes in Prozenten der Länge ausgerechnet, dann erhält man den „Längenbreitenindex“. Vergleichende Untersuchungen haben ergeben, daß die Juden einen schmäleren und im Verhältnis längeren Fuß haben als die europäischen Christen[5]).

Großzehe.

Ganz besonders unterscheidet sich der menschliche Fuß, wie übrigens auch die Hand, von dem des Affen durch die wuchtige Ausbildung des ersten Strahles, der an der Hand in Form des Daumens zum Greifen, in Form der Großzehe beim Fuß zum Schreiten befähigt.

Während bei dem an das Schwingklettern, nicht an das Greifklettern angepaßten Affen die Großzehe und der Daumen sich immer mehr verkürzen, findet beim Menschen das Gegenteil statt; bei ihm verlängert sich die Großzehe. Untersuchen wir die Füße zahlreicher Menschen, dann läßt sich feststellen, daß bei Vielen die erste Zehe länger ist als die zweite; allerdings finden sich beinahe ebensoviele Füße mit kürzerer Großzehe[6]). Die Tatsache, daß man an griechischen und römischen Statuen immer die letztere Fußform dargestellt findet[7]), hat bei manchem teils bewußt, teils unbewußt die Meinung befestigt, die zweite Zehe übertreffe bei den meisten Menschen den Halux an Länge. Andere, denen der Unterschied zwischen den Bildwerken des klassischen Altertums und den heutigen Menschen auffiel, wie beispielsweise Henke, suchen die Schuld für ihn in den modernen Stiefeln. Karny[8]) gelangt auf Grund eines solchen Vergleiches zu dem gewagten Schluß, schon in dem verhältnismäßig kurzen Zeitraum zwischen dem römischen Altertum und der Jetztzeit, also von nicht einmal 2000 Jahren, sei die progressive Entwicklung der Großzehe zu erkennen.

Alle diese mehr oder weniger geistreichen Hypothesen werden aber durch eine Beobachtung von Weissenberg illusorisch gemacht. Auch die Aegypter stellten auf ihren großen Standbildern die Großzehe kürzer dar, aber auf den kleinen Holzfiguren länger. Sehr schön ist die Zehenform z. B. an dem sogenannten „ägyptischen Dorfschulzen“, einer etwa 40 cm hohen Statuette in der Münchener Glyptothek zu erkennen. Da nicht anzunehmen ist, daß für jede Art von ägyptischen Bildwerken eine andere Rasse Modell gestanden hat, geht aus der verschiedenen Darstellungsweise hervor, daß die Künstler die große Zehe einfach deshalb kleiner wiedergeben, weil sie dieses Verhältnis für schöner hielten.

Wenn auch heute noch einige Künstler die Fußform der antiken Statuen für richtiger halten, so sei ihnen gesagt, daß wir in Wirklichkeit in der größeren Länge der zweiten Zehe viel eher eine Affenähnlichkeit als die klassische Fußform sehen.

Bei Aïnos soll in 90% der Fälle die zweite Zehe länger sein[9]).

So wie der Mensch den Fuß gebraucht als ausgesprochenen Gang- und Lauffuß, ist ein großer Hallux auch das Richtigere. Beim Gehen wird das eine Bein zunächst mit der Ferse aufgesetzt; dann senkt sich der Fuß, bis er voll den Boden berührt. In dieser Phase der Gehbewegung befindet sich die Sohle genau in der gleichen Stellung, wie beim Stehen. Dabei ruht das Schwergewicht des Körpers hauptsächlich auf der Ferse und den Köpfchen des Mittelfußknochen. Eines der Köpfchen wird in der Regel am meisten belastet. Ob es sich dabei um das erste, fünfte oder ein dazwischenliegendes handelt, ist individuell verschieden. Der von einem Köpfchen getragene Anteil des Körpergewichtes schwankte bei meinen Untersuchungen zwischen ½ und sechs Kilogramm. In dem Moment, wo sich beim Abwickeln des Fußes die Ferse hebt, geht bei vielen die ganze Körperlast auf das Köpfchen des ersten Metatarsalknochens über, und beim weiteren Heben der Ferse zum Teil auf die Großzehe selbst[10]). Der Hallux muß also eine kurze Zeit lang den Körper tragen helfen und kann das um so leichter, je kräftiger und länger er ist. Daher kommt es, daß Menschen, denen die Zehen fehlen, wie auf Stelzen gehen. Selbst im individuellen Leben scheint sich die Großzehe, offenbar durch den täglichen Gebrauch beim Gehen noch weiter zu entwickeln. Bei einem Manne, dem der Hallux abgenommen werden mußte, entwickelte sich allmählich die zweite Zehe so stark, daß sie der ersten an Form und Größe gleichkam[11]).

Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, daß gar nicht selten beim Erheben des hinteren Fußes auf die Zehen der Hauptanteil des Gewichtes von dem fünften Mittelfußknochen bezw. dessen Köpfchen getragen wird. Beim gleichmäßigen Stehen auf beiden Füßen beteiligen sich die Zehen nur ganz untergeordnet am Tragen des Körpers, die fünfte meist gar nicht. Anders beim Stehen auf einem Fuß, wo sämtliche Zehen fest auf den Boden gepreßt werden.

---

[1]) H. Karny. Abderhaldens Handb. d. biol. Arbeitsmethoden. Abt. IX, Teil 3, Heft 2, S. 211 (486), 1925.

[2]) F. Weidenreich. Zeitschr. f. Morph. n. Anthropol. Bd. 22, S. 51 (59), 1922.

[3]) R. Martin. Lehrbuch der Anthrop. S. 1068, 1914.

[4]) R. Martin. C. c., S. 318.

[5]) R. Martin. C. c., S. 319.

[6]) R. Martin. Lehrb. d. Anthrop. S. 320.

[7]) S. Weißenberg. Zeitschr. f. Ethnologie, 27, S. 82 (101), 1895.

[8]) H. Karny. C. c., S. 481.

[9]) Koganei. Mitteilungen der medizin. Fakultät Tokio. 1893, Bd. II, S. 296.

[10]) A. Basler. Pflüg. Arch. 1926. Im Druck. Vergl. auch G. Froschell. Zeitsch. f. orth. Chir., Bd. 47, S. 3.

[11]) H. Karny. L. c., S. 481.

Auch die Spaltbildung zwischen erster und zweiter Zehe, die ebenfalls auf griechischen und römischen Bildwerken oft dargestellt ist, betrachtet Karny als Affenähnlichkeit. Wie selten sie heute vorkommt, ersieht man daraus, daß ich sie unter 1128 Tübinger Schulkindern voll entwickelt nur ein einziges Mal fand. Weissenberg hat sie öfter beobachtet, rechnet aber offenbar dazu auch weniger ausgesprochene Formen. Nach ihm ist diese Fußform allen Menschen angeboren und erst durch die moderne Fußbekleidung verschwunden, indem durch die Spitze des Schuhes die erste Zehe nach der lateralen Seite, die übrigen nach der medialen abgelenkt werden. Daher kommt es, daß sie auch an europäischen Füßen, „besonders dort, wo nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene oft barfuß gehen, gar nicht selten" ist[12]). Weissenberg bildet z. B. den Fußumriß einer Kleinrussin ab, bei dem der Spalt ziemlich deutlich zu sehen ist.

Auch bei den Griechen und Römern waren die Großzehen nicht an den übrigen angepreßt. Manche Formen der griechischen und römischen Sandalen, bei denen ein Riemen zwischen großer und zweiter Zehe hindurchgeht, dürften dieser Fußform angepaßt sein. Ganz ähnlich kann der heute noch in Japan übliche Schuh von Europäern nicht getragen werden, weil auch dort eine Kordel die beiden Zehen trennt.

Zehenlänge.

Große Verschiedenheiten bestehen in der Länge der Zehen, von denen sich zwei Typen unterscheiden lassen, kurze dicke fleischige und lange schmale sehnige Zehen; letztere wirken unzweifelhaft vom künstlerischen Standpunkt aus schöner.

Die Länge der Zehen ist nach Martin[13]) nur von geringer anthropologischer Bedeutung, und doch besteht gerade hierin eine außerordentlich große individuelle Variationsbreite. Entgegen der Angabe bei Martin halte ich, wenigstens für europäische Verhältnisse, eine Rassenverschiedenheit der Zehenform für sehr wahrscheinlich, wie sich auch rassenmäßig verschiedene Arm- und Beinlänge nachweisen läßt. Wenigstens ist mir immer aufgefallen, daß Menschen mit besonders kurzen Zehen auch im übrigen viele Merkmale der alpinen, Menschen mit langen schmalen Zehen mehr Merkmale der nordischen Rasse aufweisen. Auch die Füße der Aino[14]) und der Japaner[15]) zeichnen sich durch besonders kurze Zehen aus.

Abgesehen davon ist der Verlauf der vorderen Begrenzung des Fußes durchaus verschieden. Denken wir uns die Endpunkte aller Zehen durch eine Linie verbunden, dann stellt diese Linie eine Kurve dar, die wir uns mit einigem Zwang als eine Gerade vorstellen können. Der Winkel, den diese Linie mit der Längsachse des Fußes bildet, kann verhältnismäßig klein sein. Dann wirkt die vordere Form des Fußes schmal. Diese Fußform soll bei der nordischen Rasse überwiegen, während bei der alpinen Rasse häufig die einzelnen Strahlen vom ersten bis fünften nur langsam abnehmen, wobei die Verbindungslinie der Zehenenden mit der Fußachse einen relativ großen Winkel bildet und sich im extremsten Falle einem rechten nähert. Die letztere Fußform ist bei Kindern allgemein vorhanden.

Wenn die Zehen ganz besonders kurz werden, spricht man wohl auch von Brachydaktylie. Dabei ist zu unterscheiden die Brachyphalangie, bei der alle Glieder vorhanden, aber zu kurz sind, während man unter Hypophalangie den Zustand versteht, wo eine Phalanx fehlt[16]).

Die Brachydaktylie ist deshalb von großem Interesse geworden, weil an ihr zum ersten Mal die Gültigkeit des Mendelschen Gesetzes für den Menschen nachgewiesen werden konnte.

Unter Umständen kann sich die lange Form der Zehen nur auf einen Strahl beziehen; in der Regel handelt es sich dann um den Hallux. Ohne damit irgendetwas erklären zu wollen, will ich diese Erscheinung als „partiellen Riesenwuchs der Großzehe" bezeichnen. Ich beobachtete bei einem 10-jährigen Mädchen einen Hallux, der 29 mm länger war, als die zweite Zehe. Diese Größenzunahme kann so bedeutend werden, daß man zu einer Amputation beziehungsweise Exartikulation schreiten muß, da die davon Betroffenen in keinen Schuh mehr kommen. Mir ist ein Fall bekannt, wo Vater und Sohn diese Anomalie aufweisen. Es gibt alle möglichen Uebergänge zwischen partiellem Riesenwuchs des Hallux und seiner normalen Entwicklung. So gehören Großzehen, die die zweite Zehe um 10—15 mm überragen, nicht zu den Seltenheiten.

Das Gegenstück zu der eben besprochenen Abweichung bildet der partielle Zwergwuchs, eine Brachyphalangie, die sich auf einzelne Zehen, wohl immer nur auf die dreigliedrigen, beschränkt, und die gar nicht selten zu sein scheint.

Zygodaktylie.

Es gibt Menschen, bei denen die zweite Zehe bald mehr, bald weniger mit der dritten verwachsen ist[17]). Das ist eine Mißbildung, die den Gebrauch des Fußes in keiner Weise beeinträchtigt, ja sogar ihrem Träger, wenigstens in den leichteren Fällen, gar nicht bekannt ist, aber wie wir gleich sehen werden, ein großes theoretisches Interesse besitzt.

Diese Vereinigung will ich mit Weidenreich als Zygodaktylie, Paarzehigkeit, bezeichnen. Da die schweren Formen von Verwachsung in der Regel mehrere Zehen betreffen, und da bei ihnen gleichzeitig noch andere Abnormitäten beobachtet werden, kann es sich bei der Zygodaktylie nur um eine häutige Brücke zwischen den beiden Zehen handeln. Ist die Hautfalte dünn und nicht straff gespannt, dann lassen sich die Zehen noch einzeln bewegen. Die zwischen ihnen ausgespannte Lamelle wird, wenn sie nicht zu ausgedehnt ist, nur wahrgenommen, wenn die Zehen gespreizt werden. Man wird dadurch an das Verhalten beim Frosche oder auch bei Wasservögeln erinnert und bezeichnet deshalb die Bildung als Schwimmhaut oder als Zygodaktylia membranacea[18]). Ist andererseits die Brücke dick und fleischig, dann lassen sich die beiden Zehen, obgleich die Knochen vollständig getrennt sind, nicht oder doch nur ganz unbedeutend gegeneinander verschieben. In diesem Falle spreche ich von Zygodaktylia cutanea oder, um einen deutschen und gleichzeitig treffenderen Ausdruck zu haben, von Zellgewebsbindung. Zur genaueren Bezeichnung unterscheide ich für beide Arten drei Grade der Verwachsung nach der Ausdehnung in der Richtung der Zehenachsen. Die Verwachsung reicht beim ersten Grad nicht weiter als bis zum ersten Interphalangealgelenk, beim zweiten Grad entspricht der freie Rand der Mitte der Mittelphalanx, beim dritten Grad reicht die Verbindung weiter, unter Umständen bis zu den Zehenenden.

Um die Häufigkeit der Bildung festzustellen, habe ich sämtliche bei den Tübinger Schulkindern vorkommenden Fälle gezählt und unter 1128 Kindern 86 mal Paarzehigkeit gefunden, das sind 7,6%.

Da die Häufigkeit solcher Abnormitäten meist von Gegend zu Gegend wechselt, darf der Feststellung natürlich nur für die Bevölkerung von Tübingen und Umgebung Bedeutung beigelegt werden. Mit dieser Einschränkung muß sie aber volle Gültigkeit haben, denn gerade Tübingen besitzt eine recht einheitliche Bevölkerung. Zahlreiche Kinder gehören Familien an, die seit Generationen hier ansässig sind; die Eltern der übrigen Schüler stammen fast ausnahmslos aus Württemberg, meist sogar aus der nächsten Umgebung von Tübingen.

Bei den meisten Beuteltieren sind die zweite und dritte Zehe ausgedehnt miteinander verwachsen, wodurch die beiden Zehen zusammen einen starken Klammerhaken bilden, der in Verbindung mit der opponierbaren Großzehe dazu geeignet ist, einen Gegenstand — wie etwa einen Ast — mit großer Kraft zu umfassen. Man hat deshalb aus dieser Tatsache schon geschlossen, daß alle Beutler von Baumtieren abstammen. Weiterhin kommt in sämtlichen Ordnungen der Primaten Verwachsung von Zehen vor, die sich zum Teil wie bei den Beuteltieren auf die zweite und dritte Zehe beschränkt, zum Teil aber auch auf sämtliche Zehen ausgedehnt ist.

Wenn also beim Menschen als Mißbildung die zweite und die dritte Zehe verwachsen sind, so ist das als eine wohl auf ontogenetischer Entwicklungshemmung beruhende Erinnerung an weit zurückliegende Ahnenreihen aufzufassen. Die Erforschung der Paarzehigkeit hat uns zum Bewußtsein gebracht, daß überhaupt bei allen Menschen die zweite und dritte Zehe eine Sonderstellung einnehmen, daß sie inniger zusammenhängen.

Der beschriebenen Zehenbildung gebührt aber noch aus einem weiteren Grunde große Beachtung. Die menschliche Vererbungslehre muß bestimmte, zufällige stark ausgeprägte Eigenschaften, am besten kleine Mißbildungen im Auge behalten. Sie sind unter den Nachkommen sofort wieder zu erkennen, wodurch sich dann die in der Vererbung solcher Eigenschaften liegende Gesetzmäßigkeit feststellen läßt. Zu diesen kleinen Mißbildungen gehört auch die Paarzehigkeit. Sommer[19] hat den Stammbaum einer mit dieser Eigenschaft behafteten Familie beschrieben, der sich über fünf Generationen erstreckt, und der, soweit sich die Sache bis jetzt beurteilen läßt, die interessante Tatsache zeigt, daß die Zehenverwachsungen sich immer nur vom Vater, nicht von der Mutter auf die Nachkommen vererbt.

---

[12]) S. Weißenberg. L. c., S. 108.

[13]) R. Martin. L. c., S. 1064.

[14]) Koganei. L. c., S. 296.

[15]) B. Adachi. Mitteil. d. medizin. Fakultät Tokio. Bd. 6, S. 330, 1905.

[16]) Vergl. Baur-Fischer-Lenz. Menschl. Erblichkeitslehre. II. Aufl., S. 199, 1923.

[17]) F. Weidenreich. Zeitschr. f. Morph. u. Anthr. Bd. 22, S. 51 (199), 1922 und Zeitschr. f. induktive Abstammungs- u. Vererb.-Lehre. Bd. 32, S. 304, 1923.

[18]) A. Basler. Ueber die Häufigkeit der Zygodalketylie bei der Tübinger Bevölkerung. Zeitschr. f. Morph. u. Anthrop. (im Druck).

Hyperdaktylie und Defektbildungen.

Die Hyperdaktylie kommt durch Spaltung eines Strahles zustande und läßt keinen entwicklungsgeschichtlichen Schluß zu, was schon daraus hervorgeht, daß in der ganzen Ahnenreihe des Menschen nie normale Individuen mit 6 oder mehr Zehen aufgetreten sind. Der überzähige Teil sitzt gewöhnlich am Rande des Fußes, an der lateralen oder medialen Seite oder an beiden gleichzeitig. Ausnahmsweise kommen allerdings auch Verdoppelungen von inneren Zehen vor[20].

Die Ueberzehigkeit ist wie die Zygodaktylie und alle derartigen Mißbildungen für uns wertvoll, weil sich aus ihr wichtige Schlüsse über die Vererbung beim Menschen ziehen lassen. Die Anlage für diese Abweichung ist fast immer dominant[21]. Ist Hyperdaktilie in einer Familie dominant, dann hat natürlich nur ein Individium, das selber hyperdaktyl ist, wieder Nachkommen mit der gleichen Eigentümlichkeit, denn ein Mensch mit normaler Zehenzahl muß in Bezug auf diese Eigenschaft homozygot sein. Hyperdaktylie kommt aber auch als recessive Anlage vor. Allerdings bezieht sich ein von Köhler beschriebener Fall auf die Hand.

Als Gegenstücke zur Ueberzehigkeit können Defektbildungen aufgefaßt werden. Es kommt vor, daß nur der erste und fünfte Strahl voll entwickelt ist. Dadurch entsteht der sogen. Spaltfuß. Bei höherem Grad der Mißbildung ist überhaupt nur der fünfte Strahl vorhanden. Die Kleinzehe ist dann außerordentlich kräftig und hat sich, um dem Fuß einen vorderen Stützpunkt zu geben, medialwärts umgelegt. Die Anlage zum Spaltfuß verhält sich nach einem von Pearson veröffentlichten Stammbaum dominant[22].

Tastballen.

Wie eingangs erwähnt, berührt der Fuß nur mit einem kleinen Teil der Sohle den Boden (38—44 % der ganzen Sohlenfläche); dadurch wird der Gang elastischer, dafür wird aber auch der Druck, den der Körper auf die Flächeneinheit der Sohlenhaut ausübt, ganz erheblich vergrößert[23]. Diese Vergrößerung des Druckes wird pariert durch die sogenannten Tastballen, die wie ein Gummipolster unter die Knochenvorsprünge des Fußskelettes gelagert sind. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß das Unterhautzellgewebe ganz besonders reichlich mit Fett ausgestattet ist. Nach außen schützt die Epidermis, deren Hornschicht am Fersenballen fünfmal so mächtig werden kann, wie an der Haut des Fußgewölbes[24].

Man unterscheidet am menschlichen Fuß 5 Tastballen erster Ordnung oder Zehenspitzenballen an der Stelle, wo die Zehen den Boden berühren, das ist die Sohlenfläche des Nagelgliedes. Die Tastballen zweiter Ordnung entsprechen den Köpfchen der Mittelfußknochen; sie werden deshalb auch als Metatarso-Phalangealballen bezeichnet. Da aber die 2. und 3. Zehe einen gemeinsamen Tastballen besitzen, haben wir 4 Tastballen zweiter Ordnung. Hinter diesen lassen sich noch zwei Ballen dritter Ordnung unterscheiden, ein lateraler dem äußeren Sohlenrande entsprechender und der Fersenballen[25]. Die Bezeichnung „Tastballen" ist insofern nicht ganz zutreffend, als nur diejenigen erster Ordnung dem Tastsinne mehr dienen als die übrige Körperhaut.

Die Tastballen stellen eine Anpassung an den Gebrauch dar und können, während dem individuellen Leben an allen Stellen des Fußes entstehen, die einem stärkeren Druck ausgesetzt sind. Verbildungen des Fußes, die durch eine Verdrehung im Sinne der Supination bedingt sind, werden als Klumpfuß (Pes varus) bezeichnet. Manche Fälle werden auf abnorme Haltung des Embryos zurückgeführt, die durch außergewöhnliche anatomische Verhältnisse des weiblichen Genitalapparates bedingt sein könnte. Daß aber zum mindesten daneben auch viele Klumpfüße einer Schädigung des Keimplasmas ihre Entstehung verdanken, wird durch die Vererbung des Klumpfußes vom Vater auf die Kinder unzweifelhaft bewiesen[26]. Der Grund, weshalb ich den Klumpfuß in diesem Zusammenhang erwähne ist der, daß bei seiner hochgradigsten Entwicklung die Menschen gezwungen sind, auf der Haut des Fußrückens zu gehen. Dort entwickelt sich in der Folge ein Tastballen wie sonst an der Fußsohle. Andererseits muß hervorgehoben werden, daß an der Haut der Fußsohle die Verschiedenheit in der Dicke schon im Embryonalleben erkennbar und im Säuglingsalter, wo von einem Gebrauch des Fußes ebenfalls nicht die Rede sein kann, deutlich ausgesprochen ist[27].

Hautleisten.

Die Fußsohle ist, wie auch die Hohlhand durch eine eigentümliche Reliefbildung der Hautoberfläche ausgezeichnet[28] durch lange Züge von durchschnittlich 0,2 mm breiten Leisten, die sich schon mit dem bloßen Auge, noch besser mit der Lupe erkennen lassen. An den genannten Stellen ragen die Cutispapillen oder Tastwärzchen nicht wie am übrigen Körper planlos in die Höhe, sondern sie sind zu langen Zügen angeordnet, in den Schulfällen zu zwei Reihen wie die Bäume einer Allee. Eine derartige Allee bildet die Unterlage eines sie überwölbenden Epidermiswalles, der Hautleiste (Crista cutanea). Jede Hautleiste ist von den Nachbarleisten durch je eine Furche (den Sulcus cutaneus) abgegrenzt.

Die Tastwärzchen der Fußsohle sind etwa 0,2 mm lang[29], am längsten sind sie in dem Fersenballen. Durch Barfußgehen sollen sie sich ganz bedeutend vergrößern, so beobachtete Hyrtl[30] an einem Hautinjektionspräparat aus der Ferse eines Zigeuners doppelt so hohe und dicke Cutispapillen als an dem gleichen Präparat aus der Ferse eines jungen Mädchens aus besserem Stande. Ob diese Vergrößerung auf den mechanischen Reiz zurückzuführen ist, scheint mir nicht ohne weiteres entschieden werden zu können. Es wäre auch daran zu denken, daß stark wechselnde Temperaturen, denen der bloße Fuß mehr ausgesetzt ist als der beschuhte eine Vergrößerung der Kapillarschlingen[31] und so mittelbar auch eine Verlängerung und Verbreiterung der sie umschließenden Cutispapillen verursachen.

Alle diese Leistenzüge machen wie die Kannelierungen einer Pinzette die Fußsohle rauh und verhindern dadurch ein zu leichtes Abgleiten etwa beim Gehen auf einer abschüssigen glatten Fläche. Dementsprechend verlaufen sie der Hauptsache nach senkrecht zur Längsachse des Fußes[32]. Nur an den Tastballen bilden sie ähnliche Schleifen- und Wirbelmuster wie an der Hand, deren genaue Kenntnis wir dem Fleiße einiger moderner Forscher, so ganz besonders Schlaginhaufen[33] verdanken. Sehr schöne Schneckenmuster weisen die Metatarso-phalangealballen, namentlich der Großzehenballen auf, während sie an den Zehenspitzen gewöhnlich sehr klein sind. Ueberhaupt sind die Figuren gegenüber der Hand stark reduziert. An den Tastballen dritter Ordnung verlaufen die von den Hautleisten beschriebenen Kurven äußerst flach.

Da, wo sich die Verlaufsrichtung ändert, müssen sich die Züge nach Art eines Kreuzweges teilen. Eine solche Stelle, an der drei in verschiedener Richtung verlaufende Hautleistengruppen zusammentreffen, wird als „Dreistrahl" oder „Triradius" bezeichnet. Ein Dreistrahl kann je nach seiner Zusammensetzung durch eine bestimmte Formel ausgedrückt werden und sich dann in ein, übrigens sehr kompliziertes System einordnen lassen.

Nach Welcker u. a. bleibt die Anordnung der Epidermisleisten von der Geburt an unverändert bestehen. Sie bildet deshalb ein vorzügliches Mittel, um Personen identifizieren zu können, um so mehr, als die Leisten in bezug auf Zahl, Anordnung und Richtung so variabel sind, daß schon allein für die zehn Finger Millionen von Kombinationen denkbar sind, weshalb es praktisch unmöglich wird, zwei Personen mit genau gleichem Hautrelief zu finden.

---

[19] Sommer. Arch. f. Kriminologie. Bd. 67, S. 161, 1916.

[20] G. Joachimsthal. Handb. d. orthopäd. Chirurgie. Bd. 2, S. 107, 1905—07.

[21] Baur-Fischer-Lenz. L. c., S. 198.

[22] Baur-Fischer-Lenz. L. c., S. 200.

[23] A. Basler. Pflügers Arch. 1926. Im Druck.

[24] A. Basler. Einführung in die Rassenphysiol. S. 48, 1925.

[25] J. Ranke. Der Mensch. Bd. II, S. 61, 1923.

[26] G. Joachimsthal. L. c., S. 595.

[27] A. Basler. L. c., S. 48.

[28] R. Martin. L. c., S. 358.

[29] A. A. Böhm u. M. v. Davidoff. Lehrb. d. Histologie. III. Aufl. S. 306, 1903.

[30] J. Hyrtl. Lehrb. d. Anatomie. 20. Aufl., S. 584, 1889.

[31] Vergl. A. Basler. l. c., S. 57.

[32] F. Weidenreich. L. c., S. 131.

[33] Schlaginhaufen. Das Hautleistensystem der Primatenplanta. Morph. Jahrb. 33, 1905.

In der Anordnung der Cristae zeigen sich unzweifelhaft auch Rassenunterschiede. So weicht der Maya-Indianer in wesentlichen Bildungen des feineren Fußsohlenreliefs vom Europäer ab[34].

Um den Verlauf der Hautleisten sichtbar zu machen, namentlich auch um sich eine Kopie derselben aufbewahren zu können, drückt man die entsprechenden Stellen der Sohle auf berußtem Glanzpapier ab, das nachträglich mit 10% Schellacklösung fixiert wird.

Auf dem Grat der Cristae cutaneae münden in Abständen von 0,3-0,4 mm die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen[35]; im Quadratzentimeter Fersenhaut lassen sich mehr als 400 solcher Drüsen zählen, während Talgdrüsen fehlen.

Tastsinn des Fußes.

Wenn die Bezeichnung Tastballen auch deshalb nicht zweckmäßig ist, weil ihre Hauptaufgabe darin besteht als elastische Unterlage des Körpers zu dienen, so muß immerhin ausgesprochen werden, daß der Fuß über ein ausgezeichnetes Tastvermögen verfügt und verfügen muß. Daß selbst für das einfache Stehen Tastgefühl notwendig ist, konnte schon Vierordt zeigen, indem das Stehen viel unsicherer wurde, wenn er die Tastempfindung durch Abkühlung der Haut herabsetzte. Wie sehr das Stehen, ganz besonders aber der Gang durch sensorische Lähmungen gestört wird, weiß jeder.

Die Stellen, mit denen absichtlich getastet wird, sind die Tastballen erster Ordnung bzw. die Zehenspitzen[36]. Wenn wir gezwungen sind, im Dunkeln auf unebenem Boden zu gehen, dann schieben wir vorsichtig tastend den einen Fuß mit gesenkten Zehen so lange vor, bis die Fußspitze auf einen Widerstand stößt. Der Raumsinn ist an der Haut der Zehenspitzen mit einer eben erkennbaren Distanz von 11 mm immer noch besser als an der Haut über dem vorderen Teil des Jochbeins und ganz bedeutend besser als an der Stirn[37].

Veränderungen durch Gebrauch.

Wie der Hand, so drückt natürlich auch dem Fuße die Tätigkeit ihren Stempel auf. Die auf diese Weise entstandenen Formabweichungen müssen wir als Modifikationen oder Paravariationen bezeichnen im Gegensatz zu den bisher beschriebenen auf erblicher Anlage beruhenden Mutationen oder Idiovariationen[38].

Bei Menschen, die ständig barfuß gehen, verdicken sich einerseits die Haut und das Unterhautzellgewebe als Reaktion auf die mechanische Reizung, andererseits wird, da der Halt durch festes Schuhwerk wegfällt, die Sohlenmuskulatur kräftiger. So wird die Wölbung des Fußes großenteils durch Weichteilpolsterung ausgefüllt. Daher kommt der scheinbare Plattfuß des Negers, dessen Knochengerüst sogar besonders hoch gebaut sein kann[39]. Unter „Plattfuß" (Pes valgus) verstehen wir eine Abflachung des Fußgewölbes infolge Abbiegung des Fußes nach außen. Sie entsteht wohl in den meisten Fällen auf der Grundlage einer erblichen Disposition und wird durch zu langes Stehen ausgelöst. Bei Juden soll der Plattfuß um 8-12% häufiger vorkommen als bei Christen.

Die Japaner kennen keine Stühle, sondern hocken auf dem Boden, wobei zum mindesten das eine Bein mit stark plantar flektiertem Fuß unter dem Gesäß liegt; Stratz[40] gibt mehrfach Abbildungen davon wieder. Der gute Ton aber schreibt vor, daß, wenigstens in Gesellschaft, beide Füße nebeneinanderliegend mit den Sohlen nach oben symmetrisch zurückgeschlagen werden, wobei die beiden Großzehen so übereinandergelegt werden müssen, daß die eine von der anderen gedeckt wird. Ein Japaner versicherte mir, daß auch für ihn stundenlanges Aushalten in einer solchen Stellung sehr anstrengend sei. Mit dieser abnormen Fußhaltung mag es zusammenhängen, daß bei japanischen Damen der äußere Knöchel ziemlich plump wird, während bei den Angehörigen der niederen Stände, die zum Herumsitzen nicht soviel Zeit haben, die Knöchelform schön ausgebildet sein soll. Vielleicht trägt auch die Art, wie die vornehmen Japanerinnen gehen, mit einwärtsgestellten Fußspitzen, zu der plumpen Knöchelbildung bei.

Durch das Gehen, namentlich auf sandigem Boden, werden bei den Völkern, bei denen keine Fußbekleidung getragen wird, die Zehen auseinandergespreizt. Dadurch wird die angeborene Spaltbildung zwischen den Zehen noch vergrößert.

Greiffähigkeit.

Bei dem Verfahren des Menschen war die Großzehe opponierbar, wie dies beim Affen heute noch der Fall ist. Diese Art der Bewegungsmöglichkeit ist dem Menschen verloren gegangen, und zwar allen seinen Rassen. Trotzdem gibt es viele Völker, die mit dem Fuß greifen können, allerdings durch einfache Abduktionsbewegung der Großzehe. Der Gegenstand wird dann zwischen erste und zweite Zehe geklemmt. Es gibt Völkerstämme, die, um den Gegner über die Bewaffnung zu täuschen, ihre Speere mit den Füßen im Grase nachziehen. Auch die Japaner, die keine fest anliegende Fußbekleidung tragen, vermögen mit den beiden ersten Zehen erheblich zu kneifen und können mit dem Fuße, den Pinsel oder die Feder zwischen den Zehen haltend, schreiben und malen. Adachi veröffentlicht eine Schriftprobe und eine Zeichnung, die er und sein Assistent in der beschriebenen Weise ohne vorausgehende Uebung hergestellt haben[41].

Die Japaner haben eben die Beweglichkeit des Fußes nicht verloren, wie die Europäer, sondern üben sie sogar täglich durch das Tragen der Sandalen. Das Gehen auf japanischer Fußbekleidung, namentlich auf den hohen Regensandalen, ist eine schwere Kunst, die erst mühsam erlernt werden muß. Jeder Schritt erfordert die mannigfaltigsten Bewegungen des Fußes und der einzelnen Zehen.

Die Füße mit Greiffähigkeit zeigen auch anatomische Verschiedenheiten, die Muskul. adductores und abductores sollen beispielsweise bei Australiern und Japanern besser entwickelt sein. Verschiedene Fußknochen besitzen ausgedehntere Gelenkflächen und dementsprechend größere Beweglichkeit gegenüber den Nachbarknochen.

Daß auch der Europäer imstande ist, die Greiffähigkeit der Zehen zu bewahren und zu verbessern, das ist an den Menschen zu sehen, die ohne Arme geboren sind und der Not gehorchend von frühester Jugend auf gezwungen waren, die Füße statt der Hände zu benutzen. Daß von einer Oppositionsstellung bei allen diesen Tätigkeiten nicht die Rede sein kann, hat Hyrtl[42] gezeigt.

Künstliche Verunstaltung des Fußes.

Schließlich sei noch der individuellen Verunstaltung des Fußes durch äußere Einflüsse gedacht. Die ausgesprochendste und allgemeinbekannte absichtliche Verkrüppelung zeigt der Fuß der chinesischen Dame. Nach einer von dem Kaiser Tschen-houdschu um das Jahr 580 n. Chr. eingeführten Sitte wurden den Mädchen vom fünften bis achten Lebensjahr ab die Füße mit einer 2-3 m langen und 7-8 cm breiten Binde umwickelt[43]. Dadurch werden Ferse und Mittelfuß gegeneinander hingezogen, wodurch ein Hohlfuß höchsten Grades erzielt wird. Außerdem werden die zweite bis fünfte Zehe nach der Fußsohle heruntergeschlagen, nur die Großzehe bleibt in der normalen Lage. Der Schuh der Chinesin ist noch erheblich kleiner als der Fuß, für den er bestimmt ist. In die Fersenkappe kommt ein Holzkeil, so daß die Ferse zum Teil außerhalb des Schuhes gelegen ist und durch Binden, die über den Schuh angelegt werden, in dieser Lage festgehalten werden muß. Die Haltung des Fußes im Schuh bedingt eine starke Senkung der Zehen und dadurch eine weitere Steigerung der schon durch die Deformation an sich bedingten Steilheit des Fußrückens. Mit ungefähr dem 15. Lebensjahr ist die gewünschte Form erreicht. Trotzdem muß die Prozedur das ganze Leben lang fortgesetzt werden, da sonst die Form des Fußes nicht gewahrt bleibt.

Aber auch durch das Schuhwerk des modernen Europäers werden die Füße häufig stark entstellt, wenn auch der Einfluß desselben vielfach überschätzt wird. Wir sind der Wirkung des Schuhwerkes schon bei Erwähnung des Spaltes zwischen den beiden ersten Zehen begegnet, und Weißenberg hebt hervor, daß er bei Leuten, die keine Fußbekleidung tragen, häufiger vorkommt.

Das Verschwinden des Spaltes bildet schon den ersten Schritt für die Entstehung des Hallux valgus, der nach außen umgebogenen Großzehe. Die ausgesprochene Valgusstellung der Großzehe ist durch zu enges Schuhwerk im Kindesalter bedingt. Sie kam nach einer Beobachtung von Payr[44]) unter der Wiener Bevölkerung bei ungefähr 20—25 % vor, beim weiblichen Geschlecht mehr als beim männlichen; die Entstehung fällt vorzugsweise in die Zeit zwischen dem 14. und 16. Lebensjahre. Häufig bleibt es aber nicht bei der alleinigen Mißgestaltung der Großzehe; auch die übrigen Zehen werden abgebogen, und so sieht man oft Füße, wo die Zehen wie die Hölzer eines Scheiterhaufens übereinanderliegen. Allerdings liegt der Abbiegung des Hallux häufig, vielleicht immer eine ererbte Anlage zugrunde, die durch schlechtes Schuhwerk verstärkt wird. Auch bei Weddas, Feuerländern[45]) und Japanern[46]), wo von dem Einfluß der Fußbekleidung nicht die Rede sein kann, weicht das Nagelglied der ersten Zehe mit der Spitze nach außen ab. Ganz ausgeschlossen ist die Wirkung der Stiefel in den allerdings seltenen Fällen, wo der Hallux valgus in vollendeter Form schon bei der Geburt vorhanden ist.

---

[34] R. Martin. L. c., S. 364.

[35] R. Martin. L. c., S. 358.

[36] A. Basler. Pflüg. Arch., Bd. 136, S. 368 (369), 1910.

[37] W. Nagel. Handb. d. Physiol. Bd. III, S. 717.

[38] Baur-Fischer-Lenz. Menschl. Erblichkeitslehre. 2. Aufl., S. 6, 1923.

[39] G. Joachimsthal. S. 582.

[40] C. H. Stratz. Die Körperformen der Japaner. IV. Aufl., S. 32, 1925.

[41] B. Adachi. L. c., S. 339.

[42] J. Hyrtl. Lehrb. d. Anatomie. 20. Aufl., S. 441, 1889.

[43] Perthes. Arch. f. klin. Chir. Bd. 67, Heft 3.

Ebensowenig ist der Schuh für die Krümmung der Zehen nach der Sohle verantwortlich zu machen. Auch bei solchen Japanern, die nie europäische Stiefel getragen haben, sind die Zehen gebogen. Die übermäßig gekrümmte Zehe, die als „Hammerzehe“ bezeichnet wird, dürfte allerdings fast immer die Folge unpassender Fußbekleidung sein. Daß der Schuh aber eine Verlängerung der ersten und eine Verkürzung der zweiten Zehe bewirken könnte, wie Henke das annimmt, ist ganz ausgeschlossen; eher ist das Gegenteil der Fall. Eine Verschmelzung der Mittel- und Endphalanx der kleinen Zehe, die ebenfalls auf Siefeldruck zurückgeführt wurde, kommt bei Japanern viel häufiger vor als bei uns und wurde sogar von Martin an Feuerländerfüßen beobachtet, die nie Fußbekleidung tragen.

Zum Schlusse sei auf die beiläufig schon gestreifte Frage nach der schönsten Fußform in knappen Worten die Antwort gegeben, die für den Biologen die einzig mögliche ist: Als formvollendetster Fuß muß derjenige bezeichnet werden, der dem aufrechten Stand und Gang des Menschen am besten angepaßt ist.

(Aus der Kinderheilstätte Waldesheim, Düsseldorf-Grafenberg. Eigentum der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. — Leitender Arzt: Dr. med. Kurt Nüssel.)

Leibesübungen und Kinderfürsorge*).

Von

Dr. KURT NUESSEL.

Das mir gestellte Thema ist weiter gespannt als man zunächst denken sollte und als ich es in einem früheren Vortrage getan habe. Um einen klaren Ueberblick über den Gesamtstoff zu erhalten und zur Einprägung der Ergebnisse erscheint mir die Ordnung unter folgenden Gesichtspunkten gut:

I. Die Begründung der notwendigen Einführung der Leibesübungen in der Kinderfürsorge.
II. Der Zeitpunkt des Beginns und das Indikationsgebiet der Leibesübungen in der Kinderfürsorge.
III. Ueber den therapeutischen Effekt der Leibesübungen in der Kinderfürsorge nach fremden und eigenen Erfahrungen.
IV. Die Wahl der Uebungsmethode und die Hygiene der Leibesübungen in der Kinderfürsorge nach der Kur.

I. Die Begründung der notwendigen Einführung der Leibesübungen in die Kinderfürsorge.

Warum sind die Leibesübungen in der Kinderfürsorge notwendig? Ein körperlich und seelisch tüchtiger Nachwuchs ist für die Zukunft eines Volkes wesentlich mitbestimmend. Der Staat hat darum die Pflicht, alles zu tun, um die erwünschte Erstarkung der Jugend zu fördern, die vorhandenen Mittel daraufhin zu prüfen, auszubauen und den Zeitumständen anzupassen. Die Aufgabe jeder Kinderfürsorge wird es sein, den sog. zurückgebliebenen Kindern alle fehlenden Wachstumsreize zuzuführen und die wirklich kranken Kinder gesund zu machen. Die Stellung der Leibesübungen als äußeres Wachstumsreiz und als Reizheilmittel wird also davon abhängen, ob die bisher angewandten Mittel zur Ertüchtigung und Heilung wirklich allein ausreichen oder ob die Ergebnisse noch durch Einführung eines bisher vernachlässigten Momentes wesentlich verbessert werden können. Diese Prüfung der Leistungsfrage der bisher anerkannten äußeren Wachstumsreize und Reizheilmittel haben wir also vorzunehmen. Wie steht es mit dem Effekt der bisher anerkannten äußeren Wachstumsreize? Um zu gedeihen, braucht der Körper die sog. normalen Reize, die inneren und äußeren.

Neben den seelischen Einflüssen stellen die inneren Reize die Hormone des Körpers dar. Wir verstehen bekannterweise nach Lüthje unter Hormonen die in den Organen mit innerer Sekretion aber auch von Niere und Pankreas produzierten Reizstoffe, die in anderen Organen Wirkungen auslösen, sei es funktionsanregend-dissimilatorisch bei erhöhter Organfunktion mit vermehrtem Stoffumsatz oder funktionshemmend-assimilatorisch bei gehmmter Organtätigkeit infolge verminderten Stoffverbrauches. Die zwischen den einzelnen Organen durch die Hormone hergestellten hergestellten Funktionsbeziehungen, chemische Korrelationen der Organe genannt, gehen als bedeutendste innere Wachstumsreize automatisch vor sich, bedürfen aber oft wiederum der Unterstützung durch äußere Wachstumsreize. Die durch die Hormone gelieferten inneren Wachstumsreize stellen also immer nur eine Grundlage dar, die erst im Bunde mit den äußeren Wachstumsreizen eine normale Entwicklung garantiert. Das Ziel ist also, durch eine glückliche Kombination die inneren und äußeren Wachstumsreize zu gegenseitiger Wirkung zu bringen. Die äußeren Wachstumsreize sind Temperatur, Licht, Luft, Wasser und Ernährung. Was diese Faktoren zu leisten vermögen, ist bekannt. Hier haben wir nur festzustellen, daß alle angeführten Mittel, weder jedes für sich noch in Verbindung mit anderen, unter Umständen bei sehr zurückgebliebenen Kindern doch kein normales Wachstum und bei kranken Kindern keine Gesundung zu erzielen vermögen. Und diese Tatsache gab zu denken und führte zur Einführung des bisher vernachlässigten letzten bedeutenden Wachstumsreizes: der körperlichen Funktion. Es ist das Verdienst Biers, auf diesen Zustand nach dem Kriege nachdrücklichst verwiesen zu haben; aber auch andere, z. B. Lehmann in seinem Leitfaden über das Gesundheitsturnen, haben diesen Mangel frühzeitig erkannt. Die praktische Einführung der körperlichen Funktion als wichtiger äußerer Wachstumsreiz kann natürlich nur eine systematische sein, aufgebaut nach anatomischen, physiologischen und biologischen Gesichtspunkten. Trotz Spiel und Tummelns auf der Straße resultiert oft auch bei genügender Ernährung der Kümmerwuchs der Großstadtkinder und trotz ausreichender Ernährung bei mangelhafter systematischer Körperübung der schmalbrüstige aufgeschossene asthenische Typ des Großstadtkindes aus wohlhabenden Kreisen. Erst die Durchübung des Körpers, der notwendige Charakter des sinngemäßen Trainings, des täglich ernsthaften Gesundheitsturnens, wie es Lehmann nennt, bringt in Verbindung mit den übrigen Wachstumsreizen den Erfolg normalen Wachstums. Das, was also die bisher geübten äußeren Wachstumsreize nicht zu leisten vermögen, erwarten wir gestützt auf Ueberlegungen der normalen und pathologischen Bewegungsphysiologie von den Leibesübungen als letzten äußeren Wachstumsreiz: nämlich eine größere Garantie der Erhaltung und Förderung normalen Wachstums, als vorbeugendes Mittel gegen Krankheiten.

Damit ist aber die Begründung der notwendigen Einführung der Leibesübungen in der Kinderfürsorge vom rein gesundheitlichen Standpunkte aus noch nicht erschöpft. Es ist eine Tatsache, daß wir mit den üblichen Heilmitteln einen abgelaufenen Krankheisprozeß nicht immer hinreichend befestigen und einen noch in Rückbildung begriffenen Fall bis zur Heilung vorwärts bringen können. Die reine Ernährungs- und Ruhetherapie versagt häufig, sobald das aktive Stadium einer Krankheit überwunden ist und zur Inaktivität neigende Zustände kräftigere Reize erfordern. Die spezifische und unspezifische Reiztherapie verschiedenster Art hat hier fördernd einzugreifen versucht. Wohl können Tuberkulinkuren, Höhensonne, Röntgenbestrahlungen, Proteinkörpertherapie und dergl. von Fall zu Fall den fehlenden Reiz ersetzen; aber oft versagen auch sie bekannterweise, und guter Rat ist teuer. So war man gerade in der Behandlung der träge ablaufenden Kindertuberkulosen oft um ein geeignetes Reizheilmittel verlegen. Nach vorsichtigem Tasten waren es gerade die Tuberkuloseärzte aus den Kinderheilstätten (Simon, Wiese, Klare), die bei diesen Formen der kindlichen Tuberkulose gerade von den Leibesübungen als unspezifischem Reizfaktor Gutes meldeten. Von Reiffenberg angestellte Blutuntersuchungen brachten den Beweis, daß Leibesübungen leichter Art hier genau wie die übrigen unspezifischen Reizmittel der Tuberkulosetherapie günstig wirken können. Die unbedingte Notwendigkeit der Einführung der Leibesübungen als unspezifisches Reizheilmittel wird aber erst durch den Nachweis entschieden, ob die Leibesübungen wie als äußerer Wachstumsreiz zur Erzielung normalen Wachstums so auch unter Umständen als unspezifisches Reizheilmittel mehr zu leisten vermögen als die bisher geübten unspezifischen Reizmittel und dort noch Gesundung bringen können, wo die übrigen Mittel versagen. Auch dieser Nachweis ist in vereinzelten Fällen in der Tuberkulose- und Rachitisbekämpfung erbracht und der Mangel einer größeren zahlenmäßigen Stützung durch die Jugend der ganzen Bewegung zu erklären.

---

[44]) F. Payr. Pathol. u. Therapie des Hallux valgus. Wien 1895.
[45]) R. Martin. Arch. f. Anthropologie. Bd. 22, Heft 3, S. 46 des Separatums, 1893.
[46]) B. Adachi. L. c., S. 336.
*) Vortrag, gehalten am 9. März 1926 auf dem 2. Sportärztekursus der Ortsgruppe Düsseldorf.

II. Der Zeitpunkt des Beginns und das Indikationsgebiet der Leibesübungen in der Kinderfürsorge.

Die praktische Ausübung der Leibesübungen als vorbeugendes Mittel und als Heilmittel erfordert die Aufstellung und Einhaltung von Indikaionen. Je klarer und präziser wir die Indikationen stellen, desto größer der Nutzen für die Sache. Für die Aufstellung von Indikationen ist natürlich die Kenntnis der betr. Krankheitsvorgänge Voraussetzung. Notwendig verbunden mit der Frage der Indikationsstellung ist die Frage nach dem Zeitpunkte des Beginns der Leibesübungen im Kindesalter. Die Antwort lautet, wo es sich um Leibesübungen als vorbeugendes äußeres Wachstumsreizmittel handelt: so früh wie möglich! Auch die normalen Kinder dürfen hier nicht ausgeschlossen werden. Die Antwort lautet, wenn die Leibesübungen als Heilmittel gedacht sind: sobald das Stadium der Krankheit die Indikation erlaubt.

Für die Leibesübungen als vorbeugendes äußeres Wachstumsreizmittel, als leistungssteigernde Reiztherapie kommen in erster Linie konstitutions-minderwertige, dann schwächliche Kinder schlechthin und Rekonvaleszenten in Frage. Eine Förderung der Sache bedeutet es, einmal die in Frage kommenden minderwertigen Konstitutionstypen, die gerade durch Leibesübungen günstig beeinflußt werden können, klar zu fassen. Es sind die konstitutionellen Systemschädigungen, Asthenie, konstitutionelle Kreislaufschwäche und konstitutionelle Hypoplasie. Dazu kommen noch für die Konstitutionsprophylaxe die sogenannten Coerperschen prämorbiden Körperbautypen mit ihren durch den Körperbau physikalisch bedingten Leistungsstörungen des Herzens und der Atmung. Bekanntlich sind die Kardinalsymptome der Asthenie Hypoplasie und funktionelle Schwäche von Muskulatur und Stützgewebe, so daß eigentlich die oben genannten konstitutionellen Systemschädigungen alle in der Asthenie sich mehr oder weniger vereinigen. Engbrüstigkeit und Asthenie sind, um es vorweg zu sagen, keine identischen Begriffe. Hypoplasie, die funktionelle Schwäche von Muskulatur und Stützgewebe bedingen bei der Asthenie den charakteristischen Habitus, das Tropfenherz, die Enteroptose, die habituellen Skoliosen, die Insuffizienz der immunisatorischen Kräfte, die konstitutionelle Kreislaufschwäche, die allgemeine geringe Leistungssteigerung des Individiums, die Unfähigkeit zu reaktiver Wucherung, die herabgesetzte Reaktionsfähigkeit und schließlich die durch Atmungsinsuffizienz infolge Brustkorbveränderung bekannte Beziehung zur Lungentuberkulose. Manifest wird die Asthenie nach Tandler im Kindesalter mit dem zehnten Lebensjahre. Da gerade in den Entwicklungsjahren die Habitusveränderungen des Asthenikers am deutlichsten sind, liegt die Notwendigkeit der Konstitutionsertüchtigung in der Kinderfürsorge besonders dringend vor. Das Ziel der Behandlung der asthenischen Konstitution muß also die Stärkung des Tonus der Muskulatur und die Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Stützgewebes sein. Daß hier Leibesübungen als bedeutendste korrigierende Reizbehandlung indiziert sind, ist einleuchtend, können sie doch, wie Robert Lehmann temperamentvoll meint, durch kein Medikament der Welt gebessert werden, wenn nicht durch Uebung. Welche Uebungen aus der Gruppe der Leibesübungen kommen nun in Frage? Das Wesen der Asthenie bestimmt sie von selbst:

1. Alle Uebungen, die den Muskeltonus und das Stützgewebe stärken wie Arm- und Beinübungen, Kopfdrehen, Rumpfsenken und -heben, Bauchübungen und insonderheit der Lauf. Prinzip ist, nach Bier, nicht die Dauerübung anzustreben, sondern die Widerstandsbewegung zu kräftigen.
2. Alle Uebungen, die Herz und Gefäße anregen, wie Rumpfbeugen, Sägemann, Nackenhalte, Spannbeuge und Laufübungen. Die Hypoplusie des Herzens wird sich unter diesen Uebungen heben und bei vorsichtigem Vorgehen wird man selbst die sog. Wachstumshypertrophie des hypoplastischen Herzens, die Cardiopathia Adolescentium, nicht zu fürchten haben.

Wir haben also in den Leibesübungen ein hervorragendes Mittel, den gesamten Symtomenkomplex der Asthenie erfolgreich zu bekämpfen, so daß der Ausspruch Biers über die Seltenheit des Asthenikers bei richtiger Gymnastik auch theoretisch zu Recht besteht Die Indikationen für die Astheniker gelten auch für die Schwächlichen und Rekonvaleszenten, besonders nach Lungenentzündung, Bronchitiden, Rippenfellentzündung, die schlaffen Rundrücken und Haltungsanomalien der Schulkinder. Kurze energische Uebungen, keine Dauerarbeit ist auch hier wie bei der Asthenie das Ziel der Uebungen. Wiese faßt die Uebungsfolge für Schwächlinge folgendermaßen zusammen: „Die Schwächlinge in Heilturngruppen werden besondere Uebungen ausführen müssen: Atemübungen zur Dehnung des Brustkorbes, zur besseren Durchlüftung der Lunge, vorbereitende Uebungen aus der Leichtathletik, wie Ausgleichsübungen, Lockerung, Dehnungs-, Widerstands-, Schnellkraft- und Haltungsübungen."

2. Volkskrankheiten reißen in der Kinderwelt erhebliche Lücken, die Rachitis und die Tuberkulose. Da zur Bekämpfung dieser beiden Würgeengel der Kinder jedes Erfolg versprechende Mittel zu begrüßen ist, muß es auf seine Verwendbarkeit besonders sorgfältig geprüft werden. Daß Leibesübungen als Therapeutikum für beide Krankheiten in Frage kommen, wird nicht bestritten. Die Schwierigkeit liegt mehr in der gewissenhaften Indikationsstellung, denn die Symptomenbilder dieser Krankheit sind mannigfaltig und die Kunst bleibt es, dasjenige Stadium aus dem reichhaltgen Krankheitsbilde richtig zu wählen, in dem die Leibesübungen einen Sinn haben und nicht schaden können.

Wie steht es mit der Beeinflussung der Rachitis durch Leibesübungen?

Die Rachitis, eine Krankheit des wachsenden Organismus als frische Erkrankung nach dem 6. Lebensjahre nur selten beobachtet, zeigt die deutlichsten Erscheinungen am Skelett, also dem System des Organismus, das die auffallendsten Wachstumsvorgänge aufweist. Da, bei der Rachitis dic Uebungen also im allerfrühesten Kindesalter einsetzen müssen, erscheint es für die augenfälligere Herausstellung des Sinnes der Sache praktischer zu sein, vorübergehend für den Ausdruck „Leibesübungen" das Wort: Gesundheitsübungen einzusetzen. Wir unterscheiden bei der Rachitis verschiedene Formen. Die floride, schwere, osteomalazische Rachitis mit ihrer Neigung zu Knochenbrüchen würde auch dann kein Feld für Gesundheitsübungen sein, wenn geschultes Personal den Säugling mit ausgewählten Uebungen in die gewünschte Lage bringen würde. Aber schon bei allen leichteren, mehr chronischen Fällen des 1. und 2. Lebensjahres sind Uebungen schon aus theoretischer Ueberlegung nicht abzulehnen. Die sich ausbildenden Deformitäten der langen Röhrenknochen sind bekanntlich die Folge von Druck, Zug, Biegung und Torsion auf den nachgiebigen Knochen. Als einwirkende Kräfte sind Muskelzug, statische Belastung, sowie von außen treffende Schädlichkeiten, wie ungeschicktes Tragen, ungeeignete Lagerung, unzweckmäßige Bekleidung verantwortlich zu machen. Mehr noch als für die Deformitäten der langen Röhrenknochen gilt dieses für die Brustkorb- und Wirbelsäulendeformitäten, bilden sie sich doch erst dann aus, wenn bereits Belastung durch Kriechen, Sitzen, Stehen erfolgt. Diese von außen kommenden Schädlichkeiten zu vermeiden oder ihnen durch physiologisch durchdachte Gesundheitsübungen vorbeugend entgegenzuwirken, scheint mir doch wohl ein reiches Betätigungsfeld für Gesundheitsübungen zu sein. Für sie einen geeigneten Uebungsplan aufzustellen, Familie und Personal für sie Verständnis abzuringen, ist eine große Aufgabe der Gesundheitsfürsorge in der Rachitisbekämpfung. Es sind also in diesem Stadium der Rachitis die Gesundheitsübungen indiziert als ein Versuch zur Vermeidung der drohenden Skelettdeformitäten.

Wenn nun bereits Deformitäten eingereten sind, erweitert sich das Indikationsgebiet der Leibungsübungen als Heilmittel in der Rachitisbekämpfung der ersten Kinderjahre beträchtlich. In diesem Stadium der Rachitis haben die Gesundheitsübungen, streng genommen, nur das Bestreben der Natur, die Deformitäten durch Wachstum, durch spontane Korrektur selbst auszugleichen, sinnreich zu unterstützen. Das Gesundheitsturnen soll hier verhüten, daß die bereits eingetretenen Deformitäten des noch weichen Knochens, zumal wenn keine Neigung zur Spontankorrektur vorliegen sollte, zu verhüten. Bier: „Die beginnende Skoliose ist durch Gymnastik sehr gut heilbar und sollte immer dadurch behandelt werden. Zwar weiß man, daß leichte Skoliosen ebenso von selbst verschwinden können wie Verkrümmungen der Glieder; aber man darf sich nie darauf verlassen. Besser wird man hier die Gymnastik vorbeugend anwenden, dann würde die Skoliose wie bei den Griechen auch bei uns unbekannt sein. Dasselbe gilt für die übrigen Belastungsdeformitäten." Derselben Ansicht ist Deutschländer in seinem Referat „Skoliose und Leibesübungen", gehalten im ärztlichen Verein Hamburg: „Das Indikationsgebiet der Leibesübungen kann nur das Vor- und Frühstadium der Skoliose (Haltungsabweichungen und beginnende Skoliose) sein." Gesundheitsübungen in diesem Stadium der Rachitis gelten also als ein Heilmittel zur Beseitigung früher örtlicher Formveränderungen als segensreiche Verhütungsmaßregel der rachitischen Verkrüppelung.

Nach dem sechsten Lebensjahre treten keine Spontankorrekturen mehr ein; die Sklerosierung der Knochen ist eingetreten und unter ihr hart geworden. Selbst die im dritten und vierten Lebensjahre noch mögliche Osteoclase mit nachfolgender Massage und Gymnastik ist jetzt nicht mehr möglich, und es bleibt nur noch die Osteotomie übrig. Die Leibesübungen können also in diesem Stadium als korrigierendes Heilmittel der eingetretenen Deformität nur noch die Nachbehandlung wie bei der Osteoclase unterstützen. Für die Behandlung der Skoliosen auch des zweiten und dritten Grades durch Klappsches Kriechen, durch Sonnen- und Liegekuren nach Fränkel eröffnen sich zwar neue neue Wege, entkräften aber den Satz Biers zur Zeit noch nicht, der besagt: „So hat noch kein Arzt eine schwere Skoliose wirklich geheilt; er muß schon froh sein, wenn er sie aufhalten kann." Selbstverständlich behalten die Leibesübungen auch hier ihren uneingeschränkten Wert in der Bekämpfung der Rachitis als Allgemeinerkrankung im weiteren Sinne, als konstitutionelle Systemerkrankung, als kräftigendes Mittel von Herz und Lunge des durch die Thoraxdeformität für Atmungserkrankungen sehr gefährdeten Kindes.

Wenn wir uns so das wesentliche des Rachitisverlaufes klargemacht haben, wird es verständlich, warum Leibesübungen gerade bei der Rachitis indiziert sind und zwar so früh wie möglich.

Entscheidender fast noch als bei der Rachitis ist für die Indikation der Leibesübungen in der Kinderfürsorge gerade das vorliegende Stadium der Erkrankung: in der Tuberkulose. Natürlich wird die Ausübung der Leibesübungen im Kleinkindes- und schulpflichtigen Alter in der Auswahl der Uebungen von selbst beträchtliche Unterschiede zeigen; aber die Indikationen werden für beide Gruppen dieselben sein. Aus Gründen der Uebersichtlichkeit vergegenwärtigen wir uns zuvor kurz das klinische Bild der Entwicklungsformen der kindlichen Tuberkulose. Wir unterscheiden im Primärstadium:

Den Tb.-Infekt, den Primär-Komplex evtl. mit Spitzen-Metastase, alte röntgengeologische Bronchialdrüsenveränderungen ohne klinischen Befund und die aktive Bronchialdrüsentuberkulose.

Im Sekundär-Stadium:

Hilustuberkulose, die sekundären Lungentuberkulosen, die Pleuritiden, Knochen- und Gelenktuberkulosen, Drüsen- und Hauttuberkulosen und hiermit eingerechnet die Skrofulose.

Im Tertiär-Stadium:

Vorwiegend produktive und vorwiegend exudative Tuberkulosen.

Für die Indikationsstellung der Leibesübungen ist neben der Eingruppierung in eine der Entwicklungsformen die Frage der Aktivität entscheidend. Wir haben also im einzelnen festzustellen, welche Formen der kindlichen Tuberkulose überhaupt für Leibesübungen in Betracht kommen und welche bedeutsame Rolle dabei die Aktivität des Falles spielt. Um die Aktivität und Inaktivität eines Falles wenigstens sehr wahrscheinlich zu machen, haben wir, wenn notwendig, außer der physikalischen Untersuchung die Röntgen- und Blutuntersuchung zu Hilfe zu nehmen. Der Ausfall der Blutkörperchen-Senkungsreaktion, der unspezifischen Globulin-Fällungsreaktionen, des Hämogramms nach Schilling geben für die Untersuchung der Aktivität oder Inaktivität gute Anhaltspunkte.

Wir beginnen mit dem Tb.-Infekt. Er kann aktiv und inaktiv sein. Der klinische Befund eines inaktiven Tb.-Infektes ist in der Regel mit dem positiven Ausfall der Pirquetreaktion erschöpft und sogenannter dürftiger Kräfte- und Ernährungszustand mit ihm häufig vergesellschaftet. Darum erfordert der inaktive Tb.-Infekt Behandlungsmaßnahmen mit dem Ziele der Erhöhung des Durchseuchungswiderstandes, der Konstitutionsverbesserung unter kräftiger Reizbehandlung. Leibesübungen sind also hier indiziert als äußeres Wachstumsreizmittel, und die Dosierung ist in diesem Falle keine so peinliche Forderung, weil ja keine Krankheit zu heilen, sondern nur die Konstitution so weit zu festigen ist, daß der Tb.-Infekt nicht zur Krankheit wird. Die Bedeutung der Leibesübungen im Sinne einer allgemeinen Ertüchtigung ist damit unbestritten. Der überragende Wert gegenüber anderen unspezifischen Reizmitteln hängt davon ab, ob hier die durch Leibesübungen erworbene Durchseuchungsresistenz der Kinder ausreicht zur Verhütung einer evtl. Superinfektion oder der nach der Pubertätszeit drohenden tertiären Tuberkulose. Leibesübungen können beim inaktiven Tb.-Infekt systematisch angewandt werden. Die Hauptaufgabe des Arztes bleibt die Feststellung, ob der Tb.-Infekt auch wirklich inaktiv ist. Ausdrücklich muß betont werden, daß Komplikationen durch Bronchitiden die unbestrittenen Indikationen der Leibesübungen beim inaktiven Tuberkulose-Infekt nicht beeinflussen.

Wenn Krankheitszeichen vorhanden sind, die nur als Folge eines aktiven Tuberkulose-Infektes gedeutet werden können, so liegt trotz der mangelnden Lokalisierbarkeit ein aktiver Tuberkulose-Infekt vor. Das Bild der Anwendung der Leibesübungen ändert sich damit gegenüber der Indikation beim inaktiven Tuberkulose-Infekt. Wenn die Aktivität z. B. sich kundgibt in Fiebererscheinungen, beschleunigter Senkungsreaktion, stärkerer körperlicher Müdigkeit, ist eine Tuberkulose-Erkrankung zu heilen. Das Kind bedarf der Ruhe; der Labilität des tuberkulösen Prozesses ist, obwohl er nicht lokalisierbar ist, in hohem Grade Rechnung zu tragen. Leibesübungen sind hier erst in zweiter Linie für die Allgemeinertüchtigung indiziert; die Verantwortung der Dosierung als unspezifisches Reizheilmittel in der Wirkung auf den lokalen Krankheitsprozeß steht im Vordergrund. Darum entscheidet der Grad der Aktivität mit all seinen klinischen Aeußerungen. Ein schwerer aktiver Tuberkulose-Infekt ist für Leibesübungen kontra indiziert, ein leichter aktiver Tuberkulose-Infekt unter Umständen nicht.

Im Gegensatz zum nicht lokalisierbaren Tuberkulose-Infekt zeigen die sogenannten inaktiven kindlichen Tuberkulosen alte inaktive röntengen. Br.-Dr.-Veränderungen ohne klinischen Befund Da diese Kinder in der Tuberkulosefürsorge das Bild beherrschen, ist die Indikation der Leibesübungen hier besonders wichtig. Wenn wir sicher sind, daß die röntgen. Br.-Dr.-Veränderungen wirklich alt sind, gelten für sie dieselben therapeutischen Ziele wie beim inaktiven Tuberkulose-Infekt: nämlich Erhöhung der konstitutionellen und immun biologischen Kräfte gegen evtl. endogene Reaktivierung, massige Superinfektionen und tertiäre Lungentuberkulosen. Wie für den inaktiven Tuberkulose-Infekt sind auch für die ganze Anzahl der alten röntgen. Br.-Dr.-Veränderungen Leibesübungen trotz dürftigen Kräfte- und Ernährungszustandes und trotz Begleit-Bronchitis energisch indiziert.

Wenn wir nun neben den alten inaktiven röntgen. Br.-Dr.-Veränderungen noch den röntgen. Zufallsbefund eines abgeheilten verkalkten Primärherdes erheben, evtl. sogar mit verkalkter Spitzen-Metastase, liegt ebenfalls kein Anlaß vor, nicht an der Forderung der Indikation der Leibesübungen festzuhalten. Selbst wenn röntgen. noch leichte Zweifel bestehen, ob die Verkalkung trotz des Fehlens von klinischen aktiven Symptomen schon vollendet ist, sind Leibesübungen unbedingt zu versuchen. Der günstige Einfluß auf Stoffwechsel, Herz und Lunge wird die bereits ausgesprochene Tendenz der lokalen Heilung nur beschleunigen. Ungünstige Beeinflussung der lokalen Veränderungen ist bei vorsichtig dosierten Leibesübungen nicht wahrscheinlich.

Für die Indikation der Leibesübungen kann nicht scharf genug hervorgehoben werden, daß die wirklich aktive Br.-Dr.-Tb. gerade im Schulalter selten ist. Bei einer sehr großen Anzahl der Schulkinder mit angeblich aktiver Br.-Dr.-Tb. ist der Befund nicht aufrecht zu erhalten. Wenn es sich allerdings in der Tat um eine aktive Br.-Tb. schweren Grades handelt, sind Leibesübungen kontra indiziert. Die ständige Gefahr des Kapseldurchbruches, der Exacerbation ins Lungengewebe und der Generalisations-Schübe erfordern für den Körper nicht Bewegungstherapie, sondern zur Wiederherstellung des gestörten immun-biologischen Gleichgewichts äußerste Schonungstherapie. Ob bei der aktiven Br.-Dr.-Tb. leichteren Grades bei sonst gutem Allgemeinzustande und der Br.-Dr.-Tb. mit Rückbildungserscheinungen vorsichtig angewandte Leibesübungen erlaubt sind, bedarf noch der weiteren Beobachtung. An der Hand der S. R. und des Hämogramms wird man am schnellsten einen Einblick in die tatsächlichen inneren Verhältnisse erhalten und je nach dem Ausfall einen Versuch wagen oder unterlassen. Bei der Schwierigkeit und subjektiven Färbung der diagnostischen Entscheidung einer aktiven Br.-Dr.-Tb. wird man gut tun, die Kinder erst nach einer gewissen Beobachtungszeit an den Leibesübungen teilnehmen zu lassen und auch während der Teilnahme serologische Kontrollen vorzunehmen.

Mehr noch als bei der aktiven Br.-Dr.-Tb. ist bei den sekundären inthrathoracalen Formen der kindlichen Tuberkulose für die Indikation der Leibesübungen die Qualitätsdiagnose unerläßlich. Wie in der Erwachsenen-Tuberkulose bestehen auch hier über den Wert der Leibesübungen noch heftige Meinungsverschiedenheiten; es ist darum unsere Pflicht, die Verhältnisse hier besonders sorgfältig nacheinander einzeln zu untersuchen. Weil die Leibesübungen in die therapeutische Gruppe der unspezifischen Reizheilmittel gehören, und darum der Zeitpunkt des Beginns und die Dosierung ähnlich wie bei der Tuberkulinbehandlung für den Erfolg bedeutsam sind, ist bei der sekundären inthrathoracalen kindlichen Tuberkulose die Qualitätsdiagnose notwendig. Durch sie ist nachzuweisen, ob sich der betr. Fall im aktiven, stationären oder inaktiven Stadium befindet. Die gangbarste Form der sekundären kindlichen Lungentuberkulose ist die Hilustuberkulose, die infiltrative Entzündung des den Hilus benachbarten Lungengewebes möglichst mit einer Br.-Dr. als Fokus. Alle Hilus-Lungen-Infiltrationen im aktiven Stadium sind für Leibesübungen kontraindiziert. Die Tendenz der Ausbreitung des Prozesses, der empfindlich gestörte Kräftehaushalt verträgt keine weitere Belastung. Im schulpflichtigen Kindesalter sind aber diese Fälle ebenfalls gar nicht so zahlreich, als sie diagnostiziert werden, was in der Vielgestaltigkeit des Bildes begründet liegt. Zu überlegen bleibt der Versuch mit Leibesübungen bei der häufiger vorkommenden Hilustuberkulose mit Rückbildungserscheinungen. Wir finden bei verhältnismäßig gutem Allgemeinbefinden deutliche röntgen. Zeichen einer in Rückbildung begriffenen Hilustuberkulose. Die Temperatur ist normal, die Senkungsreaktion nur leicht beschleunigt. In diesen Vorgang durch Setzung eines neuen unspezifischen Reizes helfend einzugreifen, wird man sich überlegen müssen. Der Zeitpunkt des Beginns ist gegeben, aber die Dosierung, von der viel abhängt, schwierig. Ohne die Kontrolle der Temperatur, des röntgen. Befundes und des Blutes ist die Durchführung mit Leibesübungen nicht anzuraten. Wenn die Reparationsvorgänge der Hilustuberkulose im Röntgenbilde im Einklang mit dem klinischen Bilde als abgeschlossen angenommen werden können, sind Leibesübungen indiziert. Das völlig inaktive Stadium erlaubt jetzt eine kräftige Reizdosis, und Provokationen brauchen nicht so ängstlich befürchtet zu werden. Wir erwarten von den Leibesübungen hier als therapeutischen Effekt eine Allgemeinertüchtigung des Körpers für den Kampf gegen weitere Schäden.

Wenn es im Sekundärstadium zur Ausbildung einer sekundären Lungentuberkulose gekommen ist, Haematogen oder seltener Bronchogen, verbieten sich Leibesübungen im akuten Stadium von selbst. Erst die eventuellen Restzustände erlauben wieder die Fragestellung der Indikation oder Kontraindikation der Leibesübungen. Es ist bekannt, wie außerordentlich eindrucksvoll und abwechslungsreich von den sogenannten Schlachtfeldern bis zu den disseminierten leichten Formen solche Indurationsfelder sein können und wie ein flüchtiger Blick oft zu infauster Diagnose verleiten kann. Der sichere Nachweis der wirklichen Inaktivität der Herde ist zu erbringen und bei eventuellem Auswurf auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. Die reine Ernährungs- und Ruhetherapie scheint allein indiziert; aber das gute Allgemeinbefinden der Kinder und der spontane Drang nach Betätigung verleitet dann oft von selbst, die Behandlung zu Gunsten einer vorsichtigen Bewegungstherapie zu ändern. Wenn man beobachtet, wie solche Kinder oft bei der Teilnahme an den Uebungen aufleben, wie sie in jeder Beziehung vorankommen, kann man die Indikation der Leibesübungen im Indurationsstadium der sekundären Lungentuberkulose nicht mehr ablehnen, sondern von Fall zu Fall befürworten. Die Bedingung der Qualitätsdiagnose der strengen serologischen Ueberwachung, das Prinzip der individualisierenden Behandlung machen aber die Teilnahme an den Leibesübungen in einer Kinderheilstätte zur Bedingung.

Wie steht es mit der Indikation der Leibesübungen bei Pleuritiden des Sekundärstadiums? Daß die akuten Stadien der trockenen und nassen Form nicht in Frage kommen, liegt in der Natur des Krankheitsbildes. Nur die Residuen der abgelaufenen Pleuritiden können Berücksichtigung finden, Schwarten, basale Adhäsionen und Interlobärschwarten beherrschen das Bild. Leibesübungen haben hier eigentlich eine Doppelaufgabe zu erfüllen, einmal den Durchseuchungswiderstand allgemein durch konstitutionelle Verbesserungen zu heben, dann aber auch lokal auf die Residuen selbst einzuwirken. Leibesübungen stellen also hier vielleicht die eigendste Nachbehandlung (Otto Wiese) der tuberkulösen Pleuritiden dar, indem sie in ihrer therapeutischen Beeinflussung immer den Gesetzen der Bewegungsphysiologie folgend sehr geeignet sind, normale Atemfunktionen wiederherzustellen, die Resorption von Schwarten zu begünstigen, die allmähliche Lösung von Adhäsionen vorzubereiten, die Mobilisierung des Zwerchfells zu forcieren und der Gefahr postpleuritischer Skoliosen als Folge von Schrumpfungszug frühzeitig entgegenzutreten. Da gerade die Aktivität und Inaktivität pleuritischer Restzustände zweifelhaft ist, ebenso die Spezifität oder Unspezifität nachfolgender Begleitkatarrhe des Unterlappens, ist die Qualitätsdiagnose auch hier Voraussetzung und die ständige Kontrolle besonders durch Röntgen- und Blutuntersuchung notwendig. Nur wirkliche inaktive pleuritische Restzustände sind für Leibesübungen indiziert.

Man sollte meinen, daß aktive nicht fiebernde chirurgische Tuberkulose ohne weiteres von allen Leibesübungen auszuschließen sind. Dies wäre zu bedauern. Die Forderung unbedingter, absoluter Ruhigstellung aller aktiven Knochen- und Gelenktuberkulosen mit der dabei unwillkürlich verbundenen Kadaver-Ruhe auch des Gesamtkörpers läßt auf der anderen Seite eine kräftige Durchlüftung der Lungen zwecks Kräftigung von Herz und Gefäßen dringend wünschenswert erscheinen. Es kann deshalb dem Heilungsprozeß insgesamt, der Tuberkulose als allgemeine Erkrankung nur nützlich sein, wenn unter Aufsicht für geeignete aktive Knochen- und Gelenktuberkulosen ausgewählte Atemübungen im Liegen oder Sitzen auch wirklich täglich durchgeführt werden. Dazu wird die Unterbrechung des eintönigen Tageslaufes von diesen Kindern auch angenehm empfunden und der Wille zur Gesundung beträchtlich angefeuert werden, ein psychologisches, für den Heilungsprozeß nicht zu unterschätzendes Moment. Nur mit gut geschultem, interessiertem und willigem Personal läßt sich aber eine solche Aufgabe nutzbringend durchführen.

Die Verantwortung mit Leibesübungen im größeren Umfang zu beginnen, wächst bei anscheinend ausgeheilten Knochen- und Gelenktuberkulösen. Es ist nicht dringend genug davor zu warnen, mit ausgeheilten Knochen- und Gelenktuberkulosen zu früh Bewegungstherapie zu treiben. Die mit unendlicher Mühe und Sorgfalt gelungene Beruhigung des Tuberkuloseprozesses kann unter brüsken Bewegungen wieder verlorengehen und verhängnisvoll werden. Einen brauchbaren Anhaltspunkt für die Indikationen in diesem Stadium ist m. E. die gleichzeitige bejahende oder verneinende Ueberlegung der eventuellen orthopädischen Korrektion. Wenn wir gleichzeitig auch eine in Frage kommende orthopädische Korrektion mit gutem Gewissen anraten können, sind auch Leibesübungen in größerem Umfange indiziert, wenn nicht, dann ist auch der Zeitpunkt des Beginns mit Leibesübungen noch verfrüht. Ob z. B. ein Gibbus fest genug, eine angeblich in Flexions-Contraktur ausgeheilte Ellbogengelenkstuberkulose wirklich so völlig inaktiv ist, daß Bewegungsübungen indiziert sind, diese Entscheidung kann nicht ernst genug genommen werden. Darum sind Leibesübungen, wenn die völlige Inaktivität des Tuberkuloseprozesses nicht unter allen Umständen garantiert ist, nur von Fall zu Fall unter allen Ueberwachungs- und Vorsichtmaßregeln indiziert.

Alte inaktive chirurgische Tuberkulosen, die schon längere Zeit abgeheilt sind, können Leibesübungen, soweit ihre durch die Krankheit hervorgerufenen Bewegungseinschränkungen es zulassen, nur mit größtem Vorteil genießen. Die Allgemeinertüchtigung und die Funktions-Stärkung der ausgeheilten Glieder wird durch Leibesübung engefördert. Dasselbe gilt auch für fistelnde fieberlose Drüsenerkrankungen in bestem Allgemeinzustand, soweit sie durch Leibesübungen mechanisch nicht geschädigt werden können.

Auch die Kenntnis des apico-caudalen Fortschreitens bringt nicht immer die sichere Abgrenzung der tertiären von der sekundären Form der kindlichen Lungentuberkulose. Wenn eine tertiäre kindliche Lungentuberkulose angenommen wird, ist wie in der Erwachsenen-Tuberkulose die Entscheidung, ob vorwiegend exudativ, gemischt oder vorwiegend produktiv die wichtigste. Alle exudativen Formen scheiden für die Indikationen der Leibesübungen aus, gleichgültig, ob sie zur Zeit Fieber haben oder nicht, ebenso alle schwereren gemischten Formen. Nur die vorwiegend produktiven Formen stehen zur Diskussion. Wie auch sonst, ist hier die Frage der Aktivität oder Inaktivität zu entscheiden. Produktive Fälle mit zeitweisen Aktivitätsverdachtszeichen, labilem Immunitäts-Gleichgewichtszustand, zeitweise erhöhter Temperatur und wechselndem Allgemeinbefinden sind nur von Fall zu Fall für Leibesübungen indiziert. Das Prinzip der Individualisierung ist streng zu wahren. Bei gutartigen produktiven Formen ohne irgendwelche klinischen und röntgen. Aktivitätsverdachtszeichen erweitert sich das therapeutische Feld für Leibesübungen. Die Gefahr der Provokation ist nicht so drohend, die unspezifische Reizbehandlung führt dem Körper neue Heilkräfte zu. Selbstverständlich ist äußerste Vorsicht geboten, wenn bei diesen gutartigen produktiven Fällen Blutungen in der Vorgeschichte angegeben sind oder im produktiven Gewebe eine Caverne nachzuweisen ist.

Dieser Ueberblick über die Entwicklungsformen der kindlichen Tuberkulose zeigt uns, daß wie auch sonst für die Hebung der Volksgesundheit auch in der Tuberkulose-Therapie Leibesübungen für die Zukunft ein wichtiges therapeutisches Mittel sind. Ihre überragende Sonderstellung gegenüber anderen Heilmitteln bedarf noch der empirischen Festlegung von Jahren.

Zusammenfassung von Teil II.

1. Der Beginn mit Leibesübungen in der Kinderfürsorge ist indiziert:
   a) Schon im frühesten Kindesalter zur Erzielung und Erhaltung normalen Wachstums für normale und kranke Kinder als vorbeugendes, äußeres Wachstumsreizmittel.
   b) Schon im frühesten Kindesalter als Reizheilmittel, wenn das vorliegende Stadium der betr. Krankheit die Indikation erlaubt.
2. Leibesübungen sind bei der Asthenie indiziert zur Stärkung des Muskeltonus und des Stützgewebes und zur Anregung von Herz und Gefäßen. Nicht die Dauerarbeit, sondern die kurze energische Uebung ist hier das Ziel der Uebung.
3. Leibesübungen sind in der Kinderfürsorge indiziert für alle Schwächlichen, Rückenschwächlinge, Haltungsanomalien und Rekonvaleszenten, besonders nach Lungenentzündung, Bronchitiden und Rippenfellentzündung.
4. Leibesübungen sind in der Kinderfürsorge der Rachitisbekämpfung indiziert:
   a) als ein Versuch zur Vermeidung der drohenden Skelettdeformitäten,
   b) als Unterstützung der Spontankorrektur und Verhütungsmaßregel der rachitischen Verkrüppelung,
   c) im Verkrüppelungsstadium als gymnastische Nachbehandlung nach Osteotomie und als konstitutionsverbessernder Faktor des rachitischen Gesamtorganismus.
5. Leibesübungen in der Kinderfürsorge der Tuberkulose sind indiziert:
   a) bei inaktivem Tuberkulose-Infekt,
   b) bei inaktiver Bronchialdrüsentuberkulose,
   c) bei abgeheiltem Primäreffekt evtl. mit verkalkter Spitzenmetastase.
   d) bei sekundären inaktiven Indurationsfeldern und inaktiver Hilustuberkulose,
   e) bei sekundären alten Pleuritiden und Interlobärpleuritiden,
   f) bei völlig inaktiven chirurgischen Tuberkulosen,
   g) bei völlig inaktiven produktiven tertiären Lungentuberkulosen.
6. Leibesübungen in der Kindertuberkulosefürsorge sind kontraindiziert:
   a) bei aktivem Tuberkulose-Infekt schwereren Grades,
   b) bei aktiver Bronchialdrüsentuberkulose schweren Grades,
   c) bei aktiven sekundären intrathoracalen Lungenprozessen,
   e) bei aktiven tertiären Formen der kindlichen Lungentuberkulose.
7. Leibesübungen in der Kindertuberkulosefürsorge können versucht werden:
   a) bei aktivem Tuberkulose-Infekt leichteren Grades,
   b) bei leichter aktiver Bronchialdrüsentuberkulose,
   c) bei Hilustuberkulose mit deutlichen Rückbildungserscheinungen,
   d) bei labiler produktiver Lungentuberkulose.
8. Leibesübungen bei allen infiltrativen Fällen der kindlichen Lungentuberkulose inaktiven produktiven Charakters sind wegen der Stellung einer Qualitätsdiagnose und der strengen ärztlichen Ueberwachung in den Kinderheilstätten auszuüben.

III. Ueber den therapeutischen Effekt der Leibesübungen in der Kinderfürsorge nach fremden Angaben und eigenen Erfahrungen.

Ganz allgemein muß neben den beigebrachten klinisch statistischen Beweisen die Methode der Bewertung der therapeutischen Effekte wegen ihrer subjektiv gefärbten Einstellung besprochen werden. Der bisherige Gesichtspunkt der Bewertung nur nach der Gewichtszu- oder abnahme bedarf einer gründlichen Revision. Robert Lehmann hat wiederholt auf diesen Punkt der Bewertung der Leibesübungen als Heilmittel nachdrücklichst hingewiesen. Lehmann umfaßt die Methode der Bewertung sehr schön folgendermaßen: „Wir dürfen nicht vergessen, daß derjenige, der nur mißt, wiegt, perkutiert und auskultiert zu falschem Urteil kommt, wenn er nicht sehen kann." Auch Worringen erscheint für die Methode der Bewertung der ärztliche Blick neben den objektiven Symptomen äußerst wertvoll.

Literaturangaben über den therapeutischen Effekt der Leibesübungen liegen aus den letzten Jahren vor. Der therapeutische Effekt bei Asthenikern, Schwächlingen und Rekonvaleszenten usw. wird von vielen Autoren bestätigt. Kohlrausch, der Leiter der gymnastischen Abteilung der chirurgischen Klinik Berlin hat mit vom Schulturnen befreiten Kindern aus einer in der Nähe gelegenen Schule Heilturnen betrieben und schreibt über den Erfolg: „Aus den Ergebnissen dieses ersten Vierteljahres scheint mir mit Sicherheit hervorzugehen, daß die asthenischen Kinder durch gymnastische Uebungen bestimmter Anordnung in ihrer Körperbeschaffenheit zu beeinflussen sind. Es ist daher ein grober Fehler, solche Kinder vom Schulturnen zu befreien, ohne eine geeignete Gymnastik an diese Stelle zu setzen."

Otto Wiese schließt sich auf Grund seiner fast fünfjährigen Erfahrung in der Kaiser-Wilhelm-Heilstätte, Landeshut i. Schlesien, den Erfahrungen von Kohlrausch voll und ganz an und weist die Behauptung Lommels, daß aus Schwächlichen sich keine leistungsfähigen Menschen machen lassen, energisch zurück. Otto Wiese stützt seine Behauptung auf die Beobachtung von „überraschender Zunahme der Atembreite, Veränderungen deformierter Brustkörbe, Korrektur der Wirbelsäulenanomalien, richtiger Atemtechnik, Fehlen von Bäuchen trotz enormen Appetits, überraschender Steigerung der Leistungsfähigkeit, Ansetzen von Kern."

Zu diesen Veröffentlichungen kommen die Erfahrungen, die Bier bei konstitutionsminderwertigen Kindern gemacht hat und die er in seinem Aufsatze: „Gymnastische Vorbeugungs- und Heilmittel" veröffentlicht hat.

Auch aus der Tuberkulosetherapie liegen mehrere Veröffentlichungen vor. Aus der Kinderheilstätte Aprath haben Simon und Sauer ihre günstigen Beobachtungen über Leibesübungen bei träge abgelaufenen Tuberkulosen durch die günstige Beeinflussung von Stoffwechsel, Herz und Lunge mitgeteilt. Worringen hat in der Tuberkulosefürsorgestelle Essen gerade eine Anzahl der Aprather Kinder mit leichter Bronchialdrüsentuberkulose einer Nachprüfung unterzogen und nachgewiesen, daß diese Kinder im Gegensatze zu den Kindern, die während ihrer Kur in anderen Erholungsheimen keine Leibesübungen mitgemacht hatten, gute Weiterentwickelung auch längere Zeit nach der Kur zeigten. „Der Arzt erkannte sofort die außerordentlichen Erfolge in der Förderung des Muskelwachstums, die Erweiterung des Brustkorbes, der Atmungstiefe und die Vergrößerung der Atmungsbreite." Diese Mitteilung Worringens ist zur Zeit besonders wichtig, weil es, wie auch Worringen angibt, kaum sonst Angaben über zahlenmäßige Festlegung über den Einfluß der Leibesübungen bei nur tuberkulös infizierten Kindern gibt. Worringen wählt dafür den Ausdruck tuberkulös gefährdete Kinder, den ich lieber vermieden haben möchte, weil er nicht genug exakt ist, denn gemeint sind wahrscheinlich Pirquet positive ohne klinischen Befund. Reiffenberg in der Kinderheilstätte Aprath hat nun an Hand von Blutuntersuchungen den Nachweis von Erfolgen bei Formen träge abgelaufener kindlicher Tuberkulose geführt und den

Leibesübungen bei diesen Fällen ihre gleichwertige Stellung innerhalb der therapeutischen und spezifischen Reizheilmittel zugewiesen. Auch Wiese hat eine objektive Methode angestrebt, wenn er den mobilisierenden und absorbierenden Einfluß der Leibesübungen bei pleuritischen Schwarten durch den Befund des Röntgenbildes vor Augen rückt. Gerade diese Beobachtung von Wiese erscheint mir besonders eindrucksvoll und einer späteren sorgfältigen, vielleicht bildmäßigen Wiedergabe durch den Verfasser Wiese wert.

Wenn ich Ihnen nur die Ergebnisse über die Teilnahme an Leibesübungen von träge abgelaufenen Tuberkulosen aus dem Material der Kinderheilstätte Waldesheim für das Jahr 1925 mitteilen darf, so finden Sie auch hier eine Bestätigung des Wertes der Leibesübungen. Meine Zahlen sollen zeigen, mit welchem Abgangsresultat Kinder, die an den Leibesübungen voll teilgenommen haben, entlassen werden. Die Zahlen können aber nicht den Beweis erbringen, daß der Erfolg oder Mißerfolg unbedingt einzig und allein auf Kosten der Leibesübungen zu setzen ist, trotzdem sich gerade unter den träge abgelaufenen Tuberkulosen mehrere Fälle befinden, bei denen die Allgemeinbehandlung zunächst nicht eine solche Besserung brachte und wo erst nach Einsetzen der Leibesübung der entschieden günstige Umschwung eintrat. Doch aus dem Abgangsresultat allein läßt sich m. E. schon schließen, ob die Leibesübungen überhaupt mit Vorteil indiziert waren oder nicht, wobei die Entlassungsbezeichnungen: A = voller Erfolg, A/B = subjektiv voller, objektiv teilweiser Erfolg, B = teilweiser Erfolg, C = kein Erfolg unabhängig vom Gewicht den Eindruck allgemeiner körperlicher Besserung wiederzugeben versuchen. Ich wähle das Berichtsjahr 1925. Im Jahre 1925 haben in Waldesheim von träge abgelaufenen Tuberkulosen an Leibesübungen voll teilgenommen 65, an Atemübungen 28, gleich insgesamt 93 Kinder. Die Kurerfolge im einzelnen stellen sich tabellarisch in Durchschnittszahlen folgendermaßen dar:

Krankheitsbezeichnung	Gewicht in kg	Atmungsbreite in cm	Blutkörperchen SR			Kurerfolg			Leibesübungen		Gesamtzahl
			unverändert	gebessert	verschlechtert	A	A/B	B	Sämtliche	Nur Atemübungen	
Schwachaktive Bronchialdrüsen-Tuberkul.	+ 2,3	+ 2,1	3	—	—	1	1	1	2	1	3
Inaktive Hilustuberkulose	+ 3,2	+ 3,2	9	2	1	8	2	2	9	3	12
Inaktive Hilustuberkulose + Bronchitis	+ 4,0	+ 4,2	6 1 nicht zu verwerten	2	—	3	4	2	6	3	9
Indurationsherde	+ 3,7	+ 3,0	16	5	—	16	4	1	16	5	21
Interlobärschwarten + Zwerchfelladhäs.	+ 3,4	+ 2,2	10	—	1	9	2	—	10	1	11
Restzustand nach chron. Pneumonie	+ 3,9	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1
Inaktive Knochen- und Gelenktuberkul.	+ 3.3	+ 2,1	10 3 nicht zu verwerten	5	1	17	1	1	10	9	19
Inaktive Knochentuberk. + Hauttuberk.	+ 7,6	+ 3,2	1	1	—	—	2	—	—	2	2
Lupus	+ 5,0	+ 2,5	3	—	1	3	—	1	2	2	4
Inaktive, zum Teil leicht fistelnde Halsdrüsentuberkulose	+ 3,3	+ 2,1	4	—	1	2	2	1	4	1	5
Abgeheilte Peritonitistuberkulose	+ 3,9	+ 3,3	2	1	—	3	—	—	2	1	3
Produktive tertiäre Lungentuberkulose	+ 3,1	+ 2,8	2	1	—	3	—	—	3	—	3
Zusammen			67	17	5	65	19	9	65	28	93

Der therapeutische Effekt bei Schwächlingen, bei Kindern mit inaktivem Tuberkulöse-Infekt und alten röntgenologischen Bronchialdrüsenveränderungen ist auch bei uns zu augenfällig, um ihn übersehen zu können. Wir stimmen hier den Beobachtungen aus anderen Heilstätten, besonders den trefflichen Ausführungen Otto Wieses voll und ganz zu. Einige Beobachtungen aber über den Ausfall und die Beurteilung der S. R. bei diesen Kindern beanspruchen größtes praktisches Interesse. Immer wieder finden sich gerade bei Kindern mit inaktivem tuberkulösen Infekt und alten röntgenologischen Bronchialdrüsenveränderungen durch den Befund nicht erklärbare beschleunigte Zahlen. Diese Erhöhungen haben auch uns oft bestimmt, bei sonst einwandfrei indizierten Fällen mit der Teilnahme an den Leibesübungen übermäßig lange zu warten. Die Vermutung eines versteckten infiltrativen Prozesses rechtfertigte diese Vorsicht jedoch nur teilweise. So sehr ich die Ausführungen Kurt Klares über den diagnostischen Wert der S. R. in der Kindertuberkulose unterstreiche, muß doch immer wieder darauf hingewiesen werden, daß die S. R. auch bei sicher inaktiven Formen der kindlichen Tuberkulose durch adenoide Wucherungen, Neigung zu Anginen, schnell vorübergehenden Erkältungen stark verwischt wird. Von 519 Kindern mit völlig inaktiver Tuberkulose lagen z. B. bei uns 51 gleich 9,8% aus unerklärlichen Gründen über 12 mm. Diese 51 Kinder aber von den Leibesübungen nur wegen der nicht erklärbaren beschleunigten S. R. auszuschließen, ist nicht ratsam. Wir lassen darum nach Beobachtung auch diese Fälle an den Uebungen teilnehmen. Es ist überraschend festzustellen, wie auch sie trotz der nicht zu erklärenden erhöhten S. R. aufblühen. Wir glauben auf diesen Punkt ausdrücklich hinweisen zu müssen, weil auch anderswo die erhöhte S. R. bei sonst völlig inaktiven Fällen sicherlich eine gewisse Verlegenheit in der Stellung der Indikation der Leibesübungen zur Folge haben kann.

IV. Die Wahl der Uebungsmethode und die Hygiene der Leibesübungen in der Kinderfürsorge.

Abhängig ist der therapeutische Effekt in erster Linie von der Uebungsmethode und der Hygiene der Leibesübungen. Die Uebungsmethode wird durch Leitfäden mitgeteilt. Ein Schema oder Dogma läßt sich schwerlich aufstellen, doch werden alle guten Anleitungen die Aufeinanderfolge der Uebungen nach physiologischen Gesichtspunkten vornehmen müssen. Alle Methoden werden mit ruhigen Atemübungen zu beginnen haben, woran sich Rumpf-, Bauch-, Arm- und Beinübungen anschließen und als letztes Lauf- und Sprungübungen. Der tiefe Sinn des Arndt-Schulzschen Gesetzes muß alle Uebungen durchdringen: Schwache Reize fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke fördern sie, starke hemmen sie und stärkste heben sie auf. Da die Leitfäden für den Schulunterricht nicht ohne weiteres für die Kinderfürsorge in Erholungsheimen und Kinderheilstätten übernommen werden konnten, sind für die Kinderfürsorge im engeren Sinne wirklich durchgeprüfte, detaillierte, brauchbare Uebungspläne nicht so zahlreich. Große und freudige Anerkennung hat schon aus diesem Grunde der Leitfaden von Robert Lehmann finden müssen. Der Vorzug dieses Leitfadens liegt in seiner sorgfältigen, immer wissenschaftlich gestützten Aufstellung, Erklärung und Anweisung aller wichtigen in Frage kommenden Uebungen. Seine Brauchbarkeit in der Praxis ist zumal für Schwächlinge erwiesen. Der Wunsch des Verfassers selbst ist es aber auch, das Gesundheitsturnen mehr als bisher in die Tuberkulosetherapie einzuführen. Was mir daraufhin bei diesem Leitfaden notwendig geworden und durch die fortschreitende Entwicklung mit dem erweiterten Aufgabekreis direkt herausgefordert zu sein scheint, ist eine schärfer herausgearbeitete Trennung der Uebungspläne bei nur Schwächlichen und bei inaktiven Tuberkulosefällen. Ich richte die Bitte an den Verfasser, in einer evtl. erweiterten neuen Ausgabe alle inzwischen gewonnenen Erfahrungen, besonders auch aus den Tuberkuloseheilstätten, dem fest umrissenen, gesonderten Uebungsplan für die inaktiven Tuberkulosen zu gute kommen zu lassen. Als Vorarbeit für diese Aufgabe ist es notwendig, daß einmal größeres Zahlenmaterial aus den Heilstätten darüber vorliegt, welche Uebungen denn gerade bei den betreffenden Formen der kindlichen Tuberkulose günstig wirken und welche es nicht tun. Dazu bedarf es aber gemeinsamen Vorgehens in einer Richtung, was mündliche Besprechungen in gewissen Zeitabschnitten am schnellsten erreichen. Die zur Zeit noch tasf völlige Ablehnung der Leibesübungen in der Erwachsenen-Tuberkulose wird durch diese sachliche, zahlenmäßig gestützte Anregung aus der Kinder-Tuberkulose sicherlich gemildert werden und schon die sorgfältige Aufstellung getrennter Uebungspläne von nur Schwächlichen und inaktiven Tuberkulosen bei den Gegnern viel Mißtrauen beseitigen. Selbstverständlich wird auch dieser Uebungsplan kein starres Schema sein wollen und können. Der Anstaltsleiter wird auch dann noch individualisieren müssen, wie ja auch z. B. die gewonnenen Indikationen und technischen Anleitungen in der Tuberkulin- oder Pneumothoraxtherapie keim Schema bringen, aber doch für die therapeutische Praxis unentbehrlich sind.

Neben der Uebungsmethode ist die Hygiene der Leibesübungen in der Kinderfürsorge für den therapeutischen Effekt von größter Bedeutung. Sie wird gesichert durch das Verhalten vor und nach den Leibesübungen, dem sinnreichen Wechsel von Ruhe und Bewegung, ferner durch eine vernünftige Bekleidung, durch reichliche Zufuhr von Licht, Luft, Sonne und peinlichster Hautpflege. Die Würdigung dieser einzelnen Faktoren in ihrer natürlichen Bedeutung und Beziehung für die Hygiene der Leibesübungen bei Kindern ist notwendig. Die Zeiten für Leibesübungen müssen im Tagesplan so liegen, daß die Kinder vor und nach den Uebungen zum mindesten keine größeren Anstrengungen zu leisten haben, am besten aber ganz zur Ruhe kommen. Natürlich stellt diese Forderung der Einhaltung des Tagesplanes gewisse Schwierigkeiten entgegen, so daß die ideale Lösung, möglichst vor- und nachher ausgiebig zu ruhen, meistens nicht ganz zu erfüllen ist. Wir in Waldesheim haben es so eingerichtet, daß die Kinder morgens nach und nachmittags vor den Leibesübungen wenigstens ausgiebig ruhig können, morgens vor den Leibesübungen das leichte zweite Frühstück und nachmittags nach den Leibesübungen der Kaffee liegt. Die Befolgung der Vorschrift des Wechsels von Ruhe und Bewegung muß verlangt werden (Kohlrausch), damit der Körper die durch die Leibesübungen empfangenen Reize auch wirklich ausnutzen kann und die Kinder dafür während der Uebungen auch wirklich kräftig beansprucht werden können. Die den Kinderjahren eigene starke Wachstumstendenz verlangt noch mehr als im späteren Alter die gut dosierte Reizwirkung auf den wachsenden Organismus.

Leibesübungen erfordern dazu eine zweckmäßige Bekleidung. Dieser Punkt steht im Zentrum der Besprechung der hygienischen Faktoren der Leibesübungen, weil der Widerstand gegen ihn von vielen Seiten groß ist. Wie soll die Bekleidung sein? Bier fordert die Nacktbetätigung. Er schreibt: „Ich möchte für meine Abhandlung das Fremdwort Gymnastik und nicht das jetzt allgemein eingeführte Wort Leibesübungen gebrauchen, weil ich die Bedeutung der Nacktbetätigung für die vorbeugende und für die heilende Wirkung durchaus in den Vordergrund stelle. Leibesübungen, die nicht nackt geturnt werden, erfüllen ihren Zweck nur halb. Die Wichtigkeit dieser alten Praxis hat m. E. die neuzeitliche ärztliche Erfahrung ganz unzweideutig bewiesen.“ Solche Forderung aus der Feder eines Kenners kann natürlich nicht übersehen werden. Bier fügt seinen Ausführungen hinzu: „Natürlich kann man unmöglich in unserem Klima den ganzen Tag über zu jeder Zeit nackt laufen, die Griechen taten das auch nicht, sobald sie das Gymnasium verließen, kleideten sie sich an.“ Der Einführung der Nacktbetätigung in die Hygiene der Leibesübungen stehen in erster Linie Bedenken moralischer Art entgegen. Sie sind zu verstehen, aber doch zu überwinden, sobald einmal die Gegner den Segen der Nacktbetätigung in ihrer vollen Wirkung erkannt haben. Ich hatte im Laufe dieses Sommers Gelegenheit, mit einem Herrn aus der katholisch-sozialen Kinderfürsorge zu sprechen. Beim Anblick unserer prächtig gebräunten Waldesheimer Kinder bekannte er sich innerlich ganz zu dieser Art der Leibesübungen, fürchtete aber doch, mit seiner Ansicht bei den Ordensschwestern nicht durchzudringen. Dieser Widerstand gerade bei den Ordensschwestern in ländlichen Krankenhäusern u. dgl. ist verständlich. Trotzdem muß sich gerade hier die sachliche ruhige Aufklärung unter allen Umständen dafür einsetzen, daß der höchste therapeutische Effekt der Leibesübungen erst die Nacktbetätigung bei konstitutionsminderwertigen Kindern und sogenannten Schwächlingen ist. Warum ist diese Nacktbetätigung in der Kinderfürsorge mehr noch als in der Erwachsenenfürsorge zu fordern? Aus folgenden Gründen: 1. um die zahlreichen interkurrenten Erkältungserkrankungen der Kindheit, die auch den Erfolg der Leibesübungen in vielen Fällen immer wieder unterbrechen, mehr und mehr auszuschalten; 2. um gerade die vitalen fördernden Kräfte der Sonne, des Lichtes und der Luft für den wachsenden Organismus voll auszunutzen; 3. um den Kindern die Regelwidrigkeit einer Uebung klarer und plastischer vor Augen zu führen und den Sinn für skulpturelle Schönheit der Körperformen, wie Lehmann es nennt, zu wecken. Die Gewinnung für die Nacktbetätigung kann natürlich keine plötzliche sein, oft wird es so sein, daß das in der Erholungszeit Erreichte nicht viel mehr ist als eine erste Bemühung, als der erste glückliche gelungene Versuch mit der Aussicht auf Weiterbetätigung. Daß die Nacktbetätigung auch in kalter Jahreszeit möglich und förderlich ist, zeigen die schönen Versuche in dem ärztlich geleiteten Licht- und Luftbad Hamborn. Aber wieviel Eltern gerade aus den gebildeten Kreisen werden hierfür Verständnis haben oder, was noch viel zweifelhafter ist, den Mut, mit ihren Kindern dies auch wirklich durchführen zu lassen? Das Mitleid mit den armen frierenden Kindern wird noch für lange Zeit diese Bestrebungen im großen verhindern. Wir in Waldesheim halten es im Sommer zur Zeit so, abgesehen von den stärker entwickelten Mädchen sind alle Kinder, deren Gesundheitszustand es erlaubt, auch außerhalb der Uebungsstunden den ganzen Tag nur mit der Badehose bekleidet und an kälteren Tagen mit dem Luftanzuge. Die Frage einer zweckmäßigeren Kleidung, wenigstens während der Uebungsstunden im Winter, ist auch bei uns noch unbeantwortet. Der Austausch von Erfahrungen und Ansichten über das Thema Hygiene der Leibesübungen in gemeinsamer Besprechung würde auch hier die gute Sache schneller vorwärts bringen.

Nicht zu entbehren für die Hygiene der Leibesübungen sind die täglichen Brauseduschen, im Sommer kalt, im Winter mit abgestuft temperiertem Wasser. In Waldesheim wird jedes Kind, wenn es nicht bettlägerig und auch sonst gesundheitlich geeignet ist, morgens geduscht. Als wir kürzlich diese Einrichtung wegen technischer Störung entbehren mußten, haben wir an dem veränderten allgemeinen Wohlbefinden und Nachlassen des Appetits der Kinder die Wirkung des kräftigen Hautreizes der Brausebäder auf den Gesamtstoffwechsel entbehrt. Ueberall wo Leibesübungen getrieben werden, sollten auch das ganze Jahr hindurch tägliche Brausebäder gegeben werden.

Um diese ideale hygienische Ausübung der Leibesübungen zu erreichen, erscheint mir die Einführung von Gesundheitsunterricht in den Tagesplan der Erholungsheime und Heilstätten sehr wertvoll. Die Themen dieses Unterrichtes würden sein: Bau des Menschen, Einfluß von Sonne, Licht, Luft und Wasser, die Bekleidung, die hygienische Wohnung und die richtige Ernährung. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die Kinder infolge dieses Unterrichtes selbst auf hygienisch durchgeführte Leibesübungen halten und drängen, nur weil ihnen der Sinn der Sache aufgegangen ist.

V. Ueber die Befestigung des Kurerfolges durch Leibesübungen in der Kinderfürsorge nach der Kur.

Niemand wird erwarten, daß der therapeutische Höchsteffekt der Leibesübungen allein in einer verhältnismäßig kurzen Erholungskur erreicht werden kann. Wir haben erfahren, daß der therapeutische Effekt durch Leibesübungen allerdings schon während der Kur offenbar wurde, aber überschätzen dürfen wir diese Tatsache für den weiteren Krankheitsverlauf natürlich nicht. Fast wichtiger noch als der günstige Erfolg durch Leibesübungen in der Kurzeit bleibt die eindeutige Feststellung vieler Autoren, daß durch Leibesübungen die Kurerfolge in der Tat gebessert werden können, woraus für die weiteren Verpflichtungen in der Kinderfürsorge eine feste Basis geschaffen ist. Diese Verpflichtungen bestehen in der Fortsetzung der Leibesübungen nach der Kur. In den Heilstätten liegt uns dieser Punkt ganz besonders am Herzen, weil wir den oft schwer gewonnenen Erfolg gern festhalten und ausbauen möchten. Aus eigenem Antriebe werden nur wenige Kinder zu Hause, wenn sie sich völlig selbst überlassen sind, die Uebungen fortsetzen. Nur eine großzügige Organisation kann hier etwas erreichen. Vorbildliche Versuche in dieser Richtung sind von Worringen und Klein in

Essen unternommen worden. Worringen schreibt: „Mein Bestreben ging jetzt dahin, zu erreichen, daß die Kinder die in der Heilstätte erlernten Frei- und Atemübungen auch täglich zu Hause vornehmen. Die Kinder mußten ihre Uebungen alle 4 Wochen bei der Nachbegutachtung in Gegenwart der Eltern vornehmen. Hier zeigte sich sogleich, ob die Uebungen regelmäßig vorgenommen wurden oder ob eine Vernachlässigung eingetreten war. Auch die Fürsorgerin mußte bei ihren Hausbesuchen auf die regelmäßige Vornahme der Leibesübungen achten.“ Auch Klein-Essen geht ähnlich vor, er sagt: „Um die Erfolge der Heilstätten auszunutzen und auf ihnen weiter zu bauen, habe ich vor allem die primär infizierten Kinder, die mit dem Erfolge A-B aus den Heilstätten entlassen waren, zu den örtlichen Luftkuren herangezogen.“ Besonders die Angaben Worringens enthalten schon ein gutes Stück des Organisationsplanes. Aber einmal, wo finden sich ähnliche Versuche und dann, können die Fürsorgestellen diese Arbeit auch für die gewaltige Zahl der sogenannten konstitutionsminderwertigen Kinder leisten? Soweit ich die praktische Lösung mitbeurteilen kann, scheint mir das Resultat im großen ohne die Schule nicht möglich zu sein. Die Einrichtung von besonderen Heilturngruppen in Schulen im Sinne Wieses ist notwendig. Die Teilnahme an diesen Heilturngruppen wird von den Eltern mit der Bewilligung der Kur übernommen, die ärztliche Aufsicht von Schul-, Stadt- und interessierten praktischen Aerzten ausgeübt, in deren Händen auch die medizinisch statistische Auswertung des Heilturnens nach der Kur für die wissenschaftliche Erforschung des Wertes der Leibesübungen liegt. Die Heilstätte selbst hat ihrerseits die Verpflichtung, bei der Entlassung der Kinder durch Ueberreichung eines geeigneten Merkblattes vorbereitend zu wirken.

Damit ist das Thema „Leibesübungen und Kinderfürsorge“ im wesentlichen umrissen. Rückblickend mögen folgende Leit- und Schlußsätze die Ausführungen nochmals knapp vor Augen führen.

Leit- und Schlußsätze:

1. Leibesübungen in der Kinderfürsorge sind notwendig zur Erhaltung normalen Wachstums bei normalen Kindern und zur Erzielung normalen Wachstums bei konstitutionsschwachen Kindern.
2. Leibesübungen in der Kinderfürsorge sind notwendig zur Unterstützung in der Heilwirkung bei Rachitis und Tuberkulose.
3. Die Organisation der Leibesübungen in der Kinderfürsorge bedarf noch des weiteren Ausbaues in bezug auf Hygiene der Leibesübungen nach der Kur.
4. Eine intensivere Zusammenarbeit für die Frage der Leibesübungen in der Kinderfürsorge zwischen Heilstättenärzten, Fürsorgestellen, Stadt-, Schul- und interessierten praktischen Aerzten ist anzustreben, damit das Werk der unermüdlichen Vorkämpfer, wie Bier, Otto Wiese, Robert Lehmann, Worringen, Simon und anderer, weiter kräftig gefördert wird.

Aus der chirurgischen Abteilung des
Städtischen Krankenhauses der Freien Stadt Danzig (Dir.: Prof. Klose).

Ueber Sportverletzungen.*)

Von

Dr. GERHARD KAREHNKE, Assistenzarzt.

M. H.! Die allgemeine, von Jahr zu Jahr zunehmende Ausbreitung des Sportes, sein Eindringen in alle Bevölkerungsklassen und selbst Lebensalter erfordert die Aufmerksamkeit des Arztes in besonderem Maße. Schon das Ziel des Sportes, die gesamte körperliche Ertüchtigung, das „Mens sana in corpore sano“ der Alten, ist eine letzten Endes ärztliche Angelegenheit. Um wieviel mehr sind dies die Sportunfälle, mit deren Eigenart sich der Arzt vertraut machen muß, um Verständnis zu gewinnen für ihr typisches Geschehen, für ihren besonderen Heilungsverlauf und für ihre Heilungsaussichten!

Wir haben an unserer Klinik in den sieben Nachkriegsjahren etwas über 400 Patienten wegen einer Sportverletzung in stationärer Behandlung gehabt unter insgesamt 4236 Verletzten, daneben eine große Zahl von Ambulanten. An Hand dieses Materials soll versucht werden, Ihnen darzulegen, daß die Sportverletzung sich in mancherlei Hinsicht von einer gewöhnlichen oder Berufsverletzung unterscheidet, daß das häufige Vorkommen bestimmter Unfälle bei einer bestimmten Sportart für diese den Charakter einer typischen Verletzung gewinnt.

Als erste Eigenart nenne ich das Moment des Wettstreites. Gerade dieses prägt der ausgeführten Körperbewegung den Stempel des Sportlichen auf. Die Erweckung des Ehrgeizes führt zu ungeahnter Leistungsfähigkeit und schließlich, in Ueberschätzung des eigenen Könnens, zu Unfällen.

Es gibt kaum eine andere Art von Verletzungen, bei denen der ätiologische Zusammenhang mit allen Phasen einer Körperbewegung klarer wäre, als die Sportverletzung. Wir kennen genau die übliche Bewegung, und in einer genau bestimmten Phase derselben wird eine Störung immer den gleichen Typ einer Verletzung erzeugen. In vielen Fällen wird der nicht nur in der Unfallchirurgie, sondern auch in der betreffenden Sportart geübte Arzt rückwärtig aus der Besichtigung einer Verletzung dem Patienten das genaue Zustandekommen derselben auf den Kopf zusagen können. Auch bei den nicht sportgerechten Bewegungen der Anfänger sehen wir typische Anfängerverletzungen. Wie der Anfänger sich durch einen übertriebenen Kraftaufwand und komplizierte Bewegungen von dem Geübten unterscheidet, so bestehen auch in der Art ihrer Verletzungen Unterschiede. Die Anfängerverletzungen sind komplizierter und mannigfaltiger. Der ungeübte Skifahrer, der bei Gefahr eines Hindernisses kopflos in seiner Richtung verharrt, kommt in der Richtung nach vorn zu Fall. Bei andererseits allzu impulsiver Korrektur im Bestreben auszuweichen, kommt es zu einer Torsionswirkung auf die Unterextremität. Der Geübte hingegen wird sich, wenn er das Hindernis nicht schon von vornherein vermeiden kann, nach hinten werfen, um beim Sturz die gefahrbringenden Skier vom Boden frei zu bekommen.

Auch die einzelnen Sportgeräte sind die Quelle typischer Verletzungen, die Harnröhrenruptur durch den Fahrradsattel, die Symphysenzerreißung und Beckenfraktur durch den Rodelschlitten. In beiden Fällen ähnliche Gewalteinwirkung; der schmale Sattelschnabel verletzt die Urethra, während der breite Rodelschlitten den Widerstand erst am Becken findet.

Wenn Gewöhnung oder Training die Leistungsfähigkeit steigern, so bergen sie andererseits auch zwei Gefahrenmomente, das der Selbstüberschätzung während des Trainings und der Meinung, auch nach längerer Pause wieder die alte Leistungsfähigkeit zu besitzen. Tatsächlich geht der durch Training erzielte Gewinn sehr schnell wieder verloren. Wer nach der Winterpause das Rudern oder Schwimmen wieder aufnimmt, wer — im Kriege ein guter Reiter — jahrelang nicht im Sattel gesessen, sich jetzt wieder darin versucht, wird dies bestätigt finden.

Auch der den Sportsleuten wohlbekannte Zustand des Uebertrainiertseins ist ein Unfallmoment, vor allem durch Selbstüberschätzung, erhöhte nervöse Reizbarkeit und Schlaflosigkeit bedingt!

Eine augenfällige Eigentümlichkeit zeigt sich im Heilungsverlauf. Bei den Frakturen, den weitaus häufigsten von uns stationär behandelten Sportverletzungen, tritt dies deutlich zutage. Während der im Beruf oder bei der Arbeit Verletzte den Krankenhausaufenthalt als etwas Gegebenes hinnimmt, den Arzt mit seinen therapeutischen Maßnahmen an sich herankommen läßt, womöglich die Zeit als einen willkommenen Erholungsurlaub betrachtet, quält der Sportverletzte sich und den Arzt ständig mit der Frage: Wann werde ich gesund? Er will gesund werden und brennt darauf, seinen geliebten Sport wieder ausüben zu können. Er drängt aus dem Bett, dissimuliert seine Beschwerden, und dieser eiserne Wille, gesund zu werden, bringt erstaunliche Heilungserfolge zuwege. Wir sahen bei einem jungen Schupooffizier eine komplizierte Unterschenkelfraktur mit Luxation des Talocruralgelenkes in vier Wochen mit voller Funktion geheilt.

Wenn diese Ueberlegung die Prognose einer Sportfraktur als ganz besonders günstig erscheinen lassen könnte, so darf ein Punkt dabei nicht übersehen werden. Ich sprach von überraschend schneller Heilung. Was versteht der Arzt unter völliger Heilung? Doch eine beschwerdefreie normale Funktion! Der Sportsmann versteht aber viel mehr darunter. Ihm ist nicht gedient mit einer nur normalen Funktion. Er stellt erhöhte Ansprüche an seine Leistungsfähigkeit, oft übermäßige, und eine Fraktur kann lange Wochen mit normaler Funktion „völlig geheilt“ sein, ohne den Ansprüchen des Verletzten zu genügen. Also eine vorsichtige Prognose, nicht sowohl hinsichtlich der Funktion als hinsichtlich der Sportfähigkeit!

---

*) Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein zu Danzig am 17. Dezember 1925.

Die Besonderheiten in der Therapie einer Sportfraktur lassen sich mit wenigen Sätzen darstellen. Wir leisten besonders gern weitgehend Verzicht auf fixierende Verbände, zumal den Gipsverband. Wir bringen den Kranken früh aus dem Bett und beginnen energisch mit den funktionellen Uebungen. Besonderes Gewicht legen wir auf sachgemäß ausgeführte Massage und können hierin dem Patienten, der willig große Schmerzen erträgt auch besonders viel zumuten Wir sind in der Frakturbehandlung immer wieder überrascht, in wie kurzer Zeit die Muskulatur eines zur Untätigkeit verdammten Gliedes atrophiert und sich in eine schwappende Fettmasse verwandelt ohne jeglichen Tonus.

Haben die bisherigen Ausführungen gezeigt, daß die Sportverletzung im allgemeinen ihr besonderes Gepräge trägt, so ist es nun von größter praktischer Wichtigkeit, im einzelnen die durch die häufigsten Sportarten bedingten Unfallmöglichkeiten kennen zu lernen.

Von allen Sportverletzungen, die wir behandelten, stehen der Zahl nach die beim Fußball erworbenen obenan. Nehmen Sie aber diese statistische Mitteilung nicht als einen Beweis für die Gefährlichkeit dieses Sportes, sondern nur für seine Ausbreitung. Das Fußballspiel hat sich in kurzer Zeit zu dem wahren Volks- und Massensport entwickelt. Der gelegentlich gemachte Vorwurf der Roheit besteht zu Unrecht. Bei strikter Befolgung der Spielregeln ist die Möglichkeit zu Verletzungen sehr gering. Belästigungen des Gegners durch Anrennen und Treten sollen nicht geduldet werden, ebensowenig metallene Sohlen und Absätze. Gleichwohl sehen wir eine gewisse Anzahl von häufiger wiederkehrenden Verletzungen. Es wird auf einem Rasenplatz gespielt, der jedoch gerade an den Stellen des heißesten Kampfes gewöhnlich kahle Stellen aufweist. Hier ist die Unfallgefahr am größten, und schon bei der geringsten Schramme droht die Gefahr des Tetanus. Die prophylaktische Antitoxin-Injektion wird von uns grundsätzlich bei jeder blutenden Verletzung ausgeführt. Gelegentlich auftretende Exantheme und andere leichte anaphylaktische Erscheinungen können bei einer Mortalität dieser Erkrankung von 70 bis 80% (zit. nach Mandl) niemals eine Kontraindikation abgeben. Man verlasse sich nicht auf etwa vorhergegangene negative Erduntersuchungen. Es wird nur selten gelingen, Tetanussporen vorher nachweisen zu können.

Die ständige starke Inanspruchnahme der Beine findet beim jugendlichen Individuum einen Locus minoris resistentiae in der wachsenden Epiphysenfuge. Besonders bei Fehlstößen erzeugen die energischen Kontraktionen des Quadriceps leicht eine Abrißfraktur der Tuberositas tibiae. Im Lebensalter von 20 bis 40 Jahren führt das gleiche Trauma zu einer Querfraktur der Patella, im noch höheren, allerdings kaum mehr sportfähigen Alter zu einem Riß des Ligamentum patellae, eine Beobachtung, die einen wertvollen Rückschluß erlaubt auf die Festigkeit der einzelnen Körpergewebe in den verschiedenen Lebensaltern.

Das plötzliche Abstoppen und Umwenden im schnellsten Laufe unter kräftigen Stößen gegen den Ball stellt an das Kniegelenk große Anforderungen. Und zwar wirkt diese Beanspruchung im Sinne einer Torsion. Die Leidtragenden sind die der Tibiagelenkfläche aufsitzenden Halbmondknorpel, die Meniscen. Die Häufigkeit ihrer Beschädigung hat für das Fußballspiel den Charakter einer typischen Verletzung. Viele der früher mit dem neutralen Ausdruck „Dérangement interne" bezeichneten unklaren Kniegelenksaffektionen gehören hierher. Am häufigsten ist der mediale Meniscus ergriffen. Objektiv fühlt man im — bisweilen erweiterten — Gelenkspalt einen starken isolierten Druckschmerz. Das Röntgenbild läßt fast immer im Stich, doch konnten wir einige Male den dicht unter die Haut luxierten Meniscus von außen durchfühlen. Die Folgen dieses „Fußballknies" bei Nichtbehandlung sind schwerwiegend. Es kommt zu einer schiefen Axenstellung, die Statik des Beines ist gestört, und es resultiert die gefürchtete sekundäre Arthritis deformans, das Ende jeder sportlichen Betätigung. Wir operieren diese Fälle primär mit Entfernung des luxierten oder zerrissenen Meniscus. Nach unseren bisherigen Beobachtungen können wir dadurch dem Auftreten der Arthritis deformans vorbeugen.

Die Unterschenkelfraktur ist gleichfalls eine häufige Fußballspielverletzung meist als Quer- oder Schrägbruch, hervorgerufen durch direktes Trauma, durch Treten des Gegners in der Hitze des Kampfes.

Eine Sonderstellung nimmt der Torwächter ein. Er allein darf den Ball auch mit den Händen berühren, er soll es sogar vorwiegend. Seine Aufgabe ist es, das etwa 2,5 × 7,5 m große Tor mit dem ganzen Körper zu schützen. Das Aufhalten scharf geschossener Bälle erzeugt sehr häufig eine Subluxation des Daumens. Eine schwierige Aufgabe erwächst dem Tormann, wenn ein Ball flach in die ihm entgegengesetzte Ecke des Tores geschossen wird. 7½ m beherrscht er nicht mit seinen Gliedmaßen. Hier bleibt ihm zur Abwehr nur ein Mittel, die „Robinsonade". Mit kräftigem Schwunge wirft er seinen Körper in gestreckter Haltung parallel zum Toreingang und zum Erdboden in die Gefahrrichtung. Im Fallen versucht er, mit den gestreckten Armen den Ball zu erreichen. Er stürzt zu Boden, und zwar mitten in die Gruppe der Angreifer und Verteidiger. Schädelverletzungen mit Commotio cerebri durch den Fall selbst oder durch Fußtritte sind die häufige Folge.

Wird in einer Mannschaft nicht „fair" gespielt, so ist es besonders eine sportliche Unsitte, die schwerere Unfälle zur Folge hat, das sogen. Unterlaufen des Tormannes. Dieser springt in die Höhe, um einen hohen Ball abzufangen. In diesem Augenblick läuft der Gegner unter ihn, so daß der Torwächter rücklings über ihn stürzt. Wir behandelten kürzlich einen jungen Mann von 21 Jahren, der hierbei eine eingekeilte Oberarmfraktur erlitten hatte. Von anderer Seite sind die schwersten Verletzungen von Kopf und Wirbelsäule berichtet worden. Die gelegentlich gemeldeten Todesfälle beim Fußballspiel sind wohl meist dieser sportlichen Unsitte zur Last zu legen.

Der Wintersport in seinen verschiedenen Arten gibt Anlaß zu bestimmten Typen von Verletzungen und füllt in diesen Monaten unsere Fraktur-Abteilung.

Beim Schlittschuhlauf sehen wir Unfälle durch Sturz, durch den Schlittschuh selbst und durch das Einbrechen. Die Gewalt des Sturzes auf die sehr harte Eisfläche wird in ihrer Wirkung erheblich abgeschwächt durch das Vorwärtsgleiten nach dem Sturz. Ernste Verletzungen sind selten. Wir beobachteten in 6 Jahren nur 4 Unterschenkelfrakturen. Häufig sind Beschädigungen der Schneidezähne, besonders bei Kindern mit Prognathie. Der Fallende streckt zur Abwehr instinktiv die Hände vor, die Folge sind bisweilen Unterarmfrakturen, nicht selten in Form des typischen Radiusbruchs. Kompliziertere Verletzungen werden beobachtet beim Paarlaufen und bei Zusammenstößen durch Verhaken der mit einem Bogen versehenen Schlittschuhe zweier Partner oder durch Stoß mit dem spitzen Schlittschuh. Die besonderen Gefahren des Einbrechens liegen in der Kälte des Wassers, welches zu einer schnellen Erstarrung der Glieder führt, und in der Unmöglichkeit, mit eigener Kraft herauszukommen. Das Eis bricht am Rande weiter, da ja die Stelle an sich schwach ist, und nur der bei Streckenläufen oft mitgeführte Eispickel gewärt eine Möglichkeit zur Selbsthilfe, indem er quer über die Bruchstelle gelegt wird.

Beim Schneeschuhlauf unterscheiden wir nicht wie beim Gehen ein Hang- und ein Standbein, sondern ein Gleit- und ein Schreitbein. Die hohe Geschwindigkeit, verbunden mit der Schwierigkeit seitlichen Ausweichens, stellt an den Gleichgewichtssinn die Hauptaufgabe. Sein Versagen in schwierigem Terrain führt zum Sturz. Hierbei bewirkt der Versuch, durch einen drehenden Schwung des Körpers dem Hindernis auszuweichen, einerseits und die Fixation des Fußes am Ski infolge der Bindung andererseits eine übergroße Beanspruchung der Unterextremität im Sinne einer Torsion. Diese Torsionswirkung prägt sich im Mechanismus der weitaus meisten Ski-Verletzungen aus. Von maßgebendem Einfluß ist hierbei noch die Art der Bindung. Unter den zahlreichen gebräuchlichen Systemen kann man zwei Hauptgruppen unterscheiden, die starren und die lockeren Systeme. Nach unseren Beobachtungen sind die starren Systeme, welche ein Ausweichen des Fußes nicht gestatten, als gefährlicher anzusehen. Andererseits gewähren sie dem Anfänger, welcher das Skilaufen erst erlernen will, in leichtem Terrain ein größeres Gefühl der Sicherheit. Für eine Beanspruchung im Sinne einer Torsion ist von der ganzen Unterextremität das Kniegelenk als reies Scharniergelenk am allerwenigsten geeignet. Es wird daher nicht wundernehmen, daß dieses am häufigsten von Unfällen betroffen wird. Da die Torsionswirkung für das belastete Bein eine Drehung nach außen darstellt, ist es das innere Seitenband des Kniegelenks, welches übermäßig angespannt wird. Sein Abriß an seinem oberen Ansatzpunkte, dem Epicondylus femoris internus, ist eine so häufige Erscheinung, daß diese dann sehr schmerzhafte Stelle den Skifahrern als der „Ski-Punkt" bekannt ist. Bisweilen ist er auch bedingt durch den Abriß des gleichfalls hier ansetzenden Adductor magnus. Genaue klinische Untersuchung und vor allem das Röntgenbild vermag die Differentialdiagnose zu sichern. Nächst den Knieverletzungen sahen wir Torsionsfrakturen des Ober- und des Unterschenkels, sowie Malleolarfrakturen im Sinne einer Supination. Distorsionen im Fußgelenk sind für den Skifahrer etwas ganz Gewöhnliches. Abgesehen von diesen Sturzverletzungen, welche immer die Unterextremität betreffen, berichten Schneeschuhläufer über eine Verletzung der Hand. Sie kommt durch starres Festhalten des Stockes dann zustande, wenn dieser in schneller Abfahrt am Boden durch das Terrain plötzlich festgehalten wird. Wir sehen dann Torsionsfrakturen der Metacarpalknochen. Das Röntgenbild ist unerläßlich, um eine Heilung in guter Stellung zu erzielen.

Beim Rodeln sind es nach der alten v. Saarschen Einteilung drei Momente, welche den Verletzungen ihren besonderen Charakter geben, 1. der Reit- oder Grätschsitz, 2. das Festhalten der Hand an der Außenseite des Schlittens und 3. die Fußlenkung. Unfälle entstehen beim Anfahren, Anstreifen und Umkippen. Der Grätschsitz führt zu schweren Beckenbrüchen und Symphysenzerreißungen, die Fußlenkung beansprucht das Bein bei einem Hindernis extrem auf Abduktion und führt zum Abriß des Sehnenansatzes der Adduktorenmuskulatur am Epikondylus femoris internus. Als Schutz vor den häufigen Handverletzungen empfahl v. Saar schon vor Jahren, den Rodelschlitten allgemein eine besondere Form zu geben, nämlich die Außenleiste in ihrem hinteren Teil, dort wo die Hände angreifen, bajonettförmig nach innen abzuknicken. Die Malleolarfrakturen sind im Gegensatz zum Skilauf überwiegend Pronationsbrüche als Folge der Fußsteuerung. Die Oberschenkelbrüche beim Rodeln sind infolge der Gewalt des Sturzes oft kompliziert. Wir behandelten mehrere Durchspießungsfrakturen.

Das Boxen, bei den angelsächsischen Völkern der Nationalsport, hat zwar bei uns noch keine so allgemeine Verbreitung gefunden, ist aber in den Nachkriegsjahren auch hier immer häufiger geworden. Dieser Sport wird nicht ganz mit Unrecht als roh und gefährlich bezeichnet. Die Gelegenheit zu Verletzungen ist groß, und nach einer wohlberechtigten Polizeivorschrift muß bei jedem öffentlichen Boxkampf ein „Sportarzt" anwesend sein. Das Gewicht der Boxhandschuhe ist bestimmend für die Schwere der Bedingungen. Je geringer das Gewicht, desto größer ist die Möglichkeit zu Verletzungen. Es sind nur Stöße oberhalb des Gürtels gestattet. Die gebräuchlichen Stoßarten sind: Der gerade Stoß, der geschraubte Stoß, mit pronierender Bewegung des Unterarmes, der Hakenstoß, der plötzlich die Richtung ändert, um den Gegner zu täuschen, eine erlaubte Kriegslist, der Schwinger, mit großer Kraft aus dem Schultergelenk heraus geführt, ferner im Nahkampf das Hämmern und der Schlag von unten gegen das Kinn, der sog. Uppercut. Eine typische Boxerverletzung ist die Metakarpalfraktur der schlagenden, gewöhnlich der linken, Hand. Vor kurzem hatte ich Gelegenheit, einen Berufsboxer zu beraten, der außer einer frischen, nicht weniger als drei alte, nie behandelte, in schauderhaft schlechter Stellung verheilte Metakarpalfrakturen aufwies. Die Nase eines Boxers ist immer in erster Linie Beschädigungen ausgesetzt. Oft ist sie so hochgradig deformiert, daß der Gesichtsausdruck des Boxers bis zur Unkenntlichkeit verändert ist. Das Bestreben, dem Gegner baldigst die an sich harmlose, für den Ausgang des Kampfes durch die möglichen Folgen aber durchaus nicht immer gleichgültige Unannehmlichkeit des Nasenblutens zu bereiten, ist oft auf beiden Seiten erkennbar. Nasenbeinfrakturen sind nicht häufig, jedoch bedingen schon submuköse Haematome, die tumorartig anschwellen können, durch Oedem oder gar Emphysem der Augenlieder eine starke Behinderung des Kämpfers. Das Othaematom, schon den Faustkämpfern der Alten bekannt als das „Pankratiastenohr", ist die Folge eines Décollement traumatique der Haut. Das Perichondrium ist vom Ohrknorpel abgehoben. Die Zähne eines Boxers sehen wir immer beschädigt. Unterkieferfrakturen gelangten nicht zu unserer Beobachtung, offenbar gewährt der kräftige Masseter einen guten Schutz. Der Kinnschlag erzeugt bisweilen eine fortgeleitete Fraktur des knöchernen Gehörganges.

Von inneren Verletzungen sahen wir Magenkontusionen, sowie Nieren- und Milzrupturen. Groß ist bei uns seit dem Kriege die Zahl der latent Malariakranken. Bei diesen überragt das hypertrophische Organ weit den schützenden Rippenbogen, und offen ist es den Schlägen ausgesetzt. Die Wirkung des Niederschlages, der eine kurze Ohnmacht erzeugt, kann auf zweierlei Wegen zustande kommen, entweder reflektorisch, z. B. nach Magenkontusion auf dem Wege des Vagus, oder durch direkte Knochenleitung, z. B. Erschütterung der Bogengänge des Labyrinthes nach dem Kinnschlage.

Beim Tennisspiel fällt die Hauptarbeit einerseits auf die Beine, andererseits auf den den Schläger führenden Arm. Demgemäß befallen auch die am häufigsten vorkommenden Schädigungen diese Gliedmaßen. In England, dem Heimatlande des Tennis als „Tennisleg" allgemein bekannt, sehen auch wir, besonders bei Anfängern, eine ganz plötzlich auftretende Schmerzhaftigkeit in der Ferse. Der Fuß versagt den Dienst. Anatomisch weist der palpierende Finger eine Delle in der angespanten Achillessehne nach, die einer vollständigen oder partiellen Ruptur entspricht. Die Prognose dieser Schädigung ist auch bei konservativer Therapie durchaus gut. Häufiger und weitaus unangenehmer ist ein Leiden, welches gerade die jahrelang sportlich gut trainierten Spieler, in erster Linie die Berufsspieler befällt, die von einem Wettspiel zum anderen reisen. Es ist dies der „Tennisellbogen". Sein Auftreten ist nicht plötzlich, wie beim Tennisbein, sondern es bereitet sich allmählich während des Trainierens vor durch zunehmende Schmerzen in der Gegend des Epicondylus humeri externus, ausstrahlend nach dem Ober- und Unterarm. Beim Spielen nehmen sie zu und werden in der meist erforderlichen Supinationshaltung des Armes unerträglich. Der Kranke sucht den Arzt auf, welcher bei den oft ganz fehlenden objektiven Symptomen zur Diagnosestellung auf die charakteristische Anamnese angewiesen ist. Als gelegentlich nachweisbare objektive Zeichen werden Schwellung und Rötung im Ellbogengelenk angegeben, bisweilen soll sich ein federnder Widerstand bei Streckung über 160 Grad finden. Die Ursache liegt wahrscheinlich in der chronischen Ueberanstrengung des Ellbogengelenkes durch die zwar sportgerechte, aber durchaus unphysiologische Haltung des Armes in Supination. Gespielt wird aus dem Schultergelenk heraus, die distalen Gelenke besorgen nur die feinere Arbeit des genauen Richtens, wenigstens bei dem gewöhnlichen Vorhandschlag. Welche Mühe kostet es den Anfängern, das Spielen aus der Schulter heraus erst zu erlernen! Den Arm nur als willkürliche Verlängerung des Schlägerstieles zu betrachten! Immer sehen wir bei dem Anfänger das Bestreben, aus dem Ellbogen- oder gar aus dem Handgelenk heraus mit proniertem Arm zu schlagen. Niemals beobachteten wir dagegen bei Anfängern die Sportschädigung des Tennisellbogens.

Therapeutisch wenden wir Ruhigstellung und hyperaemisierende Mittel an. Das Tennisspiel ist für mindestens 3 Monate ganz zu verbieten. Die Prognose ist dann, auch hinsichtlich der Sportfähigkeit, nicht ungünstig.

Beim Schwimmen bedeutet der Wasserdruck, der nach Mandl auf die Brust berechnet etwa 8 kg ausmacht, im Verein mit dem Ausfallen der Hautatmung eine gewaltige Beanspruchung des Kreislaufsystems. Nach physiologischen Versuchen beträgt der Aufwand an Energie schon beim gewöhnlichen Brustschwimmen pro Minute 9,5 Kalorien, beim Bergaufmarschieren dagegen vergleichsweise nur 8 Kalorien. Also schon normalerweise ist das Herz beim Schwimmen bis nahe an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit angestrengt. Und schon eine geringe Mehrbelastung genügt, um Unfälle herbeizuführen. Z. B. eine Behinderung der Zwerchfellatmung durch den gefüllten Magen-Darmkanal. Selbst plötzliche Todesfälle hierdurch werden beobachtet. Die alte Bauernregel, man solle mit gefülltem Magen nicht schwimmen, hat ihre physiologische Berechtigung. Bei vorhandener Trommelfell-Perforation soll die Kälte des in das Gehörlabyrinth eindringenden Wassers lediglich durch die kalorische Wirkung plötzliche Todesfälle verursachen können. Beim Tauchen, Tiefen- wie Streckentauchen, wächst die Gefahr. Selbst der trainierte Schwimmer hält es nur viel kürzere Zeit unter Wasser aus, als gemeinhin angenommen wird. Eine Minute tauchen ist nur Wenigen möglich. Bei den großen Konkurrenzen bewegen sich die Spitzenleistungen zwischen 70 und 80 Sekunden. Die gut arbeitende Nasenatmung ist für den Schwimmer besonders wichtig. Bei ihrer dauernden Behinderung, z. B. durch adenoide Vegetationen, ist das Schwimmen zu verbieten, eine Forderung, die Barth aufgestellt hat. Eine allgemein bekannte, für den Schwimmer recht lästige, in strömenden Gewässern oder bei bewegter See lebensbedrohende Störung sind die Krämpfe der Wadenmuskulatur, die Crampi.

Uebertriebener sportlicher Ehrgeiz verführt leichtsinnige Schwimmer dazu, Kopfsprünge in möglichst flaches Wasser auszuführen. Bei uns an der Wasserkante vergeht kein Sommer, in dem wir nicht einen oder mehrere Halswirbelfrakturen als taurige Folge dieser Torheit zur Behandlung bekommen. Bei einer kompletten Fraktur endet der Unfall immer tödlich. Bei Infraktionen kommt der Schwimmer gelegentlich einmal mit dem Leben davon, bleibt aber dauernd gelähmt.

Beim Reiten unterscheiden wir akute und chronische Schädigungen. Sturz und Hufschlag erzeugen die verschiedensten Verletzungen. Die allergewöhnlichste Folge des Sturzes, jedem Berufsreiter aus eigener Erfahrung bekannt, ist die Claviculafraktur. Sie wird häufiger rechts beobachtet, wohl weil die linke den Zügel führt (Mandl). Es gibt Jockeys, von denen es bekannt ist, daß sie sich mindestens einmal im Jahre das Schlüsselbein brechen. Hufschlagverletzungen sahen wir in großer Zahl. Kürzlich beobachteten wir eine Ruptur des Duodenums in seinem retroperitonealen Teil, da wo es nicht ausweichen kann infolge seiner Fixation. Hufschlagverletzungen gehören zu den allerschwersten.

Die bekannteste der chronischen Reiterschädigungen ist das Durchgerittensein, ein Wundsein am Gesäß, besonders nach „deutschem Traben" bei Anfängern, eine Folge fehlender Gewöhnung und schlechten Sitzes. Der Adduktorenschmerz hat die gleichen Ursachen. Die Hauptarbeit fällt den Adduktoren zu. Mit den Adduktoren hält sich der Reiter im Sattel, mit den Adduktoren übt er den Schenkeldruck aus und gibt die Schenkelhilfen. Ihre Ermüdung läßt den Reiter „breitbeinig" gehen, ihr schließliches Hypertrophieren soll bei Berufsreitern das Genu varum erzeugen, ihre chronische Beanspruchung endlich führt zur Bildung von Osteomen oder einer Myositis ossificans, dem sogenannten „Reitknochen". Die Entstehung dieser kallusartigen Wucherungen ist noch nicht geklärt. Die guten Erfolge, die wir neuerdings in der Behandlung schlecht konsolidierender Frakturen mit der Eigenblutinjektion machen, legen den Gedanken nahe, kleinste Blutungen in den Muskeln als Ursache der Myositis ossificans anzusehen. Die traumatische Entstehung dieser Bildungen — wir sahen sie auch nach akuten Traumen, z. B. Kontusionen der Oberschenkelmuskulatur bei Geräteturnern — würde jedenfalls dafür sprechen.

Als häufiger beobachtete Radfahrerverletzung sei die Hodenquetschung genannt, in der Prognose zweifelhaft, da sie gelegentlich die Entstehung eines Tumor malignus begünstigt. Die chronisch traumatische Schädigung durch einen ungeeigneten Fahrradsattel soll bisweilen eine Prostatitis verschulden.

(An 18 Röntgenbildern typischer Sportverletzungen werden einzelne Verletzungsmechanismen näher erläutert.)

Schrifttum:

v. Saar: Die Sportverletzungen. Neue Deutsche Chir. 13.
Mandl: Chirurgie der Sportunfälle. Urban und Schwarzenberg.
Schnell: Biologie und Hygiene der Leibesübungen. Urban und Schwarzenberg.
Kohlrausch: Tödliche Boxunfälle. Archiv für klin. Chir. 1921.
Barth: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1900.
Bruns: Ueber die Aenderungen der Herzgröße durch körperliche, speziell sportliche Anstrengung. Münch. Med. Woch. 1925, Nr. 16.
Ewig: Ueber den sportlichen Trainingszustand. Münch. Med. Woch. 1925, Nr. 46.

Die praktische Bedeutung von Stoffwechseluntersuchungen bei körperlicher Arbeit.

Von
Priv.-Doz. Dr. WILH. EWIG.

Stoffwechseluntersuchungen haben bei körperlicher Arbeit stets im Vordergrund des Interesses gestanden, und zwar interessierte zunächst nur die quantitative Seite, der Energieaufwand, mit dem eine Körperarbeit geleistet wird. Für die Ermittelung dieses Energieverbrauches stehen uns heute eine Reihe von Methoden zur Verfügung, von denen für unsere Zwecke die Untersuchung des respiratorischen Gaswechsels am geeignetsten ist. Durch Bestimmung der ausgeatmeten Kohlensäuremenge und des aufgenommenen Sauerstoffs und eventl. noch des mit dem Harn ausgeschiedenen Stickstoffes gewinnen wir alle notwendigen Daten, aus denen wir die Größe des Gesamtenergieverbrauches genau berechnen können. Die Methoden zur Bestimmung des resp. Gaswechsels sind heute soweit ausgebaut und vereinfacht, daß sie sich ohne Schwierigkeit unter fast allen äußeren Umständen durchführen lassen. Bei dem von mir bevorzugten Zuntz-Geppertschen Verfahren braucht man nur eine speziell konstruierte Gasuhr zur Messung der Ventilationsgröße und Vorrichtungen zur Entnahme und Analysierung der Ausatmungsluft. Bei absoluter Körperruhe verbraucht nun jeder Organismus pro Körper-Kilo und Oberflächeneinheit nahezu eine konstante Energiemenge, die zur Erhaltung der normalen Lebensvorgänge, besonders der Tätigkeit von Herz, Atmung und der parenchymatösen Organe sowie zur Erhaltung der Körpertemperatur notwendig ist. Es ist dies der Erhaltungs- oder Grundumsatz; zu diesem kommt für jede besondere Leistung ein vermehrter Energieverbrauch hinzu, den man als Leistungszuwachs bezeichnet. Die Größe dieses Leistungszuwachses kann in einfacher Weise dadurch festgestellt werden, daß man von dem Gesamtverbrauch einer Extraleistung den Ruheumsatz abzieht.

Schon die geringste scheinbar ganz gleichgültige unbemerkte Muskelbewegung erzeugt eine merkliche Erhöhung des Stoffverbrauches. So steigert schon ein 2—3maliges Heben der Arme in der Minute den Ruhestoffwechsel um 10%; einfache Fingerbewegungen oder Fingerübung am Klavier um etwa 15%. Stellen wir uns aufrecht in straffer Haltung hin, so kann dadurch schon ein Mehrverbrauch von 50% notwendig werden. Langsames Spazierengehen von etwa 75 m in der Minute, d. h. 13 Min. für 1 km, ruft bereits eine Steigerung von 200% hervor, schnelleres (100—115 m pro Min.) schon von 3—500% und bei einer Geschwindigkeit von 150 m verbraucht man sogar 800%. Beim Laufen tritt eine noch größere Steigerung auf, die beim gewöhnlichen Dauerlauf von 250 m in der Minute das zehnfache beträgt und bei der größten Minutenanstrengung im Laufen, dem 400 m-Lauf, die ganz exorbitante Steigerung auf den 19—23fachen Ruhewert erreicht.

Beim Rudern, Schwimmen, Skilaufen und Radfahren verhält sich die Stoffwechselsteigerung ähnlich. Nur werden solche Erhöhungen, wie beim 400 m-Lauf, bei keiner anderen Uebung erreicht. Man kann im großen und ganzen sagen, daß leichtere Ausübung sportlicher Betätigung etwa das vierfache des Ruhewertes erfordert. Mittelschwere etwa das 5—6fache und angestrengte Tätigkeit das 9—10fache.

Diese Feststellungen haben nun nicht nur theoretisches Interesse, wie es auf den ersten Blick vielleicht erscheinen könnte, sondern sind für das Verständnis der Wirkungsweise körperlicher Arbeit auf den Gesamtorganismus von außerordentlicher Wichtigkeit. Der vermehrte Sauerstoffbedarf ist nur durch eine entsprechende Erhöhung der Atemgröße zu decken. Die Herzarbeit muß gesteigert werden, damit den arbeitenden Muskeln die größere Blutmenge angeboten werden kann. In der Tat geht auch die Sauerstoffaufnahme innerhalb weiter Grenzen parallel mit der Blutumlaufgeschwindigkeit und somit auch parallel mit der Größe der Herzarbeit. Die Größe des Stoffwechsels gibt uns deshalb auch einen direkten Anhaltspunkt für die Größe der Herzarbeit. Nur bei den geringen Steigerungen, etwa bis 200%, sind die Anforderungen an Herz und Lunge ganz gering, da der Mehrbedarf an Sauerstoff vorwiegend durch eine bessere Ausnutzung des Blutsauerstoffes gedeckt wird. Alle darüber hinausgehenden körperlichen Anstrengungen bedeuten daher eine Mehrbelastung für den Körper und bilden infolge dieser Mehrbelastung auch einen Wachstumsreiz für die inneren Organe.

Für das Herz ist nun dieser Wachstumsreiz um so intensiver, je stärker die Anforderungen sind, die an die Kontraktionskraft des Herzmuskels gestellt werden. Die Kontraktionsenergie hängt nun aber vorwiegend von zwei Faktoren ab:

1. von der Herzfüllung, die ihrerseits in ganz naher Beziehung zur Blutumlaufsgeschwindigkeit und damit also zum O_2-Verbrauch steht und
2. von der Höhe des Blutdruckes, gegen den das Herz anzuarbeiten hat.

Wenn z. B. das Rudern eine beträchtlich kräftigere wachstumsfördernde Wirkung auf das Herz hat als das Laufen, so liegt der Grund dafür darin, daß gerade beim Rudern beide Faktoren so außerordentlich stark hervortreten. Wie ich an einer Reihe von Untersuchungen unter verschiedenen Bedingungen zeigen konnte, steigert sich der Stoffwechsel bei angestrengtem Rudern ganz ungewöhnlich und damit natürlich auch die Blutumlaufsgeschwindigkeit. Gleichzeitig erklimmt der Blutdruck Höhen bis 200 mm Hg und hält sich längere Zeit auf Höhen, die wir bei anderen Sportarten kaum zu sehen gewohnt sind. Der Erfolg kräftigen Ruderns ist dann auch ein großes, sehr leistungsfähiges Herz (bei relativ guter Atemübung). Wegen dieser intensiven Herzwirkung ist es allerdings auch notwendig, daß die Ruderer, besonders die Rennruderer, in genauer ärztlicher Kontrolle bleiben, damit über das Ziel hinausgehende, schädigende Wirkungen vermieden werden. In ganz besonderem Maße gilt dies für jugendliche, noch wachsende Herzen, die auf all solche Einwirkungen in erhöhtem Maße zu reagieren pflegen. Bei Laufübungen ist eine solche Gefahr längst nicht so groß. Wohl wird bei ihnen der Stoffwechsel ganz beträchtlich erhöht. Der Blutdruck weist aber keineswegs außergewöhnlich hohe Steigerungen auf. Die Herzwirkung ist daher auch nicht ganz so intensiv. Dagegen aber bewirkt das Laufen infolge seiner mächtigen Erhöhung der Ventilationsgröße in erster Linie eine hervorragende Uebung der Atmungsorgane.

Die genaue Kenntnis dieser Verhältnisse ist für jeden Sportarzt von großer Wichtigkeit. Nur dadurch ist er in der Lage, den individuellen Anforderungen an Herz und Lunge durch richtige Auswahl der Uebungen und Richtlinien für das Training gerecht zu werden. Ist das schon für das gesunde Herz von Bedeutung, so gilt das in ganz besonderer Weise für ein nicht voll leistungsfähiges oder gar krankes Herz. Aber gerade auch solche Herzen brauchen zu ihrer Kräftigung der systematischen Uebung.

Auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen sind wir auch darüber aufgeklärt, warum die verschiedenen Sportzweige auch weiterhin keineswegs gleichwertig in ihrer Wirkung auf den Organismus sind. Ich möchte hier zunächst das Beispiel des Radfahrens erwähnen. Die Anforderungen beim Radfahren werden fast stets unterschätzt. Wenn man z. B. eine Stunde auf guter Bahn und ohne störenden Wind mit der gewöhnlichen Stunden-Geschwindigkeit von 15 km radelt, so braucht man dabei erheblich mehr Energie als für einen strammen einstündigen Marsch von 6 km Geschwindigkeit. Das entspricht durchaus nicht den Erwartungen. Im Gegenteil, jedem geübten Radfahrer erscheint ein solches Tempo keineswegs als Anstrengung, und doch verbraucht er mehr als das fünffache des Ruheumsatzes, während ein Soldat beim Marsch nur das 3½- bis 4fache benötigt. Infolge der Tätigkeit im Sitzen kommt nämlich dem Radfahrer diese Anstrengung nicht so zum Bewußtsein, da die Ermüdungserscheinungen, die beim Gehen durch statische Druckmomente in den Gelenken bedingt sind, fast ganz fortfallen. Die praktische Folge davon ist, daß das Radfahren viel leichter, besonders von jungen Leuten übertrieben wird, zumal durch schon geringen Gegenwind und ganz leichte Steigungen des Weges gleich eine ganz außerordentliche Mehrarbeit verlangt wird. Herzveränderungen, akute Herzüberanstrengung, Vergrößerungen und Hypertrophien sind daher keine allzu seltene Folge eines unkontrollierten Radfahrersportes bei Jugendlichen. M. E. sollte deshalb auch, bei der Ausschreibung von Rennfahrten, Jugendlichen die Beteiligung verboten werden.

Viel umstritten ist die Frage von der Bedeutung der Schulturnstunde als Uebungsfaktor für Herz und Lunge. Eine Frage, über die die meisten, infolge einer gefühlsmäßigen Einstellung, unrichtige Vorstellungen haben. Ein praktisches Beispiel: Der Einfachheit halber nehmen wir an, daß ein Schüler in einer Riege alle 5 Min. am Reck 3 Kippen und 3 Klimmzüge abwechselnd mit 3 Aufzügen und 3 Klimmzügen zu machen hätte. Es ist dies eine Anforderung, die sicherlich nicht als zu klein für eine Turnstunde betrachtet werden kann. Ein etwa 60 kg schwerer, geübter Turner verbraucht dafür in der ganzen Turnstunde etwa 200 Kal. Wenn der Betreffende statt zu turnen eine Stunde lang einen Spaziergang machen würde von 5 bis 6 km, so würde er etwa 240 Kal. dazu benötigen. Es ist dies außerordentlich überraschend und würde eigentlich besagen, daß in der Turnstunde nicht einmal so viel Arbeit geleistet wird wie während eines mäßigen Spazierganges, der noch den Vorteil hat, in frischer Luft zu erfolgen. Wenn das Turnen trotzdem aber einen mächtigen Einfluß auf den Organismus hat, so ist er nicht in der Erhöhung des Stoffwechsels und der besonderen Leistungssteigerung für Herz und Atmung zu suchen. Es ist vielmehr vorwiegend eine Kräftigung der Muskulatur. Für diese ist nun nicht die Größe der gesamten Arbeitsleistung von ausschlaggebender Bedeutung, sondern die Energie der Einzelkontraktion, mit der eine Uebung ausgeführt wird. Eine Turnübung, die schlapp und matt gemacht wird, verbraucht zwar die gleiche Energie wie die forsch durchgeführte Uebung, hat dafür aber einen viel geringeren Einfluß auf die Muskelentwicklung. Wenn die Turnstunde ihren Zweck wirklich erfüllen soll, so kann nicht genügend betont werden, daß die Uebungen ruckartig und energisch ausgeführt werden. Die Kräftigung von Herz und Atmungsorgane kommt beim gewöhnlichen Turnen trotzdem nicht voll zu ihrem Recht. Es ist daher zu fordern, daß in der Turnstunde nicht ausschließlich geturnt werden soll, sondern daß herz- und atmungskräftigende Uebungen eingeschaltet werden müssen. Nicht Turnen oder Sport, sondern Turnen und Sport heißt daher die Losung.

Während bei sportlichen Fragen die kräftigende Wirkung auf den Gesamtorganismus und damit die quantitative Stoffwechselseite das Hauptinteresse beansprucht, stehen wir bei der Berufsarbeit einem ganz anderen Problem gegenüber. Hier kommt es darauf an, daß jede Arbeit mit einem möglichst großen Nutzeffekt geleistet wird, d. h. daß der Energieaufwand für die Arbeit möglichst klein ist. Je geringer der Energieaufwand, um so ökonomischer die Arbeit. Wir können in dieser Beziehung den Organismus mit einer Maschine vergleichen, deren Brennstoffe Eiweiß, Kohlehydrate und Fett sind. Ebenso wie bei einer Maschine werden auch vom Organismus die Brennstoffe nicht quantitativ in äußere Arbeit umgesetzt, sondern ein großer Teil geht für Wärmebildung verloren. Unter günstigen Umständen arbeitet die menschliche Maschine mit einem Nutzeffekt von 30-35% und erreicht damit allerdings eine Größe, wie sie kaum die modernsten Maschinen aufzuweisen haben. Nun hängt aber der Nutzeffekt einer Arbeit ganz wesentlich von der Art der Ausführung ab, und zwar ist er um so größer, je mehr die Arbeit für die Muskelgruppen, die sie leisten sollen, geeignet ist. Unter ungünstigen Bedingungen, bei ungeeignetem Angriffspunkt oder schlechten äußeren Verhältnissen arbeitet der Organismus so unökonomisch, daß kaum der Nutzeffekt einer unmodernen Dampfmaschine erreicht wird. Wird aber eine Arbeit unökonomisch verrichtet, so wird nicht nur mehr Kraft vergeudet, sondern es tritt vor allem viel schneller eine Ermüdung ein. Wird aber trotz Ermüdung weiter gearbeitet, so steigert sich der Energieverbrauch für die gleiche äußere Arbeit noch beträchtlich weiter, so daß die Arbeit noch unökonomischer wird. Ständig ermüdende Arbeit erzeugt langsam, aber sicher eine tiefgreifende Schädigung des Gesamtorganismus, insbesondere des Nervensystems, durch die die spätere Leistungsfähigkeit ganz bedeutend herabgesetzt wird. Will man also auf der einen Seite die Leistungsfähigkeit der Arbeiter erhalten, auf der anderen Seite aber die Leistungen möglichst intensiv gestalten, so muß die Arbeit so eingerichtet werden, daß sie unter einen möglichst geringen Aufwand von Kräften geleistet werden kann. Nur durch Besserung der Arbeitsökonomie ist in dieser Hinsicht eine Intensivierung der Arbeit möglich. Bei der Lösung solcher Fragen können Stoffwechseluntersuchungen von außerordentlich praktischem Interesse sein. In welcher Richtung solche Untersuchungen liegen können, möge ein Beispiel erläutern: Mehrere Arbeiter haben je an einer Maschine eine Kurbel zu drehen. Diese sind im Betrieb in der Regel ganz gleichmäßig gebaut. Die Arbeiter sind aber durchaus nicht gleich gebaut. Der eine Arbeiter ist ein kleiner untersetzter Mann mit relativ kurzen Armen, der andere groß, schlank mit langen Armen. Nun ist es für den einzelnen Arbeiter beim Kurbeldrehen keineswegs gleichgültig, wie die Kurbel steht, ob sie hoch oder niedrig angelegt ist, einen längeren oder kürzeren Hebelarm hat, einen größeren oder kleineren Umdrehungsradius besitzt. Es gibt vielmehr für jeden Körper eine bestimmte Anordnung, die für ihn die optimale ist, bei der alle äußeren Bedingungen erfüllt sind, damit die Arbeit mit möglichst wenig unnötigen Mitbewegungen und daher mit möglichst geringem Energieaufwand die Arbeit geleistet werden kann. Jede Abweichung von dieser optimalen Stellung bedeutet eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Es kann dann die gleiche äußere Arbeit nur durch einen größeren Energieaufwand geleistet werden; infolgedessen muß eine Ermüdung und Nachlassen der Arbeitsfähigkeit unter sonst gleichen Bedingungen um so früher eintreten, je mehr die Anlage in Betrieb von der optimalen Stellung entfernt ist. Dazu kommt noch, daß bei Eintreten der Ermüdung die Arbeit auch qualitativ schlechter wird. Es werden mehr Fehler und Ungenauigkeiten gemacht, so daß mit forcierten ermüdenden Arbeiten auch äußerlich nichts genützt wird.

Gerade in der Jetztzeit schwerer wirtschaftlicher Konkurrenz kommt doch alles darauf an, daß möglichst viel von einem Arbeiter, aber ohne Schädigung seiner Gesundheit geleistet wird. Und daher ist es gerade jetzt von besonderer Wichtigkeit, daß jedem Arbeiter zur Erreichung des größten Nutzeffektes die optimalen Bedingungen gegeben werden. Es sind oft nur relativ kleine Veränderungen des Arbeitsinstrumentes nötig, die aber — wie Stoffwechseluntersuchungen einwandfrei ergeben haben (Atzler) — oftmals von eminenter Wirksamkeit sind. Da diese Kleinigkeiten dem Arbeiter selbst meist nicht auffallen, so können gerade hier Stoffwechseluntersuchungen, die unter verschiedenen. experimentell variierten Arbeitsbedingungen angestellt werden, als ein äußerst feiner Indikator für die Arbeitsökonomie herangezogen werden. — Zum Studium solcher Fragen haben sich besonders in Amerika unter den Bestrebungen Taylors, aber auch in Deutschland, sog. Arbeitsphysiologische Institute gebildet, die sich u. a. die Aufgabe gestellt haben, für jede körperliche Leistung die optimalen Bedingungen durch Studium des Energieverbrauches zu erforschen. Jede komplizierte Arbeit wird dabei in ihre Teilkomponenten zerlegt und dann jede einzelne durch experimentelle Variationen studiert. Dies an sich äußerst kompliziert erscheinende

Gebiet hat sich aber dadurch sehr vereinfacht, daß die Gesamtzahl der wichtigen Teilfunktionen der verschiedenartigsten Arbeiten sich doch als auffallend gering erwiesen hat. Es genügt daher, für diese Teilfunktionen im einzelnen einmal die optimalen Bedingungen festzulegen, um daraus nachher jede komplexe Arbeit zusammen zu konstruieren.

In diesem Zusammenhange dürfte noch die Frage der Zweckmäßigkeit häufiger kleiner Ruhepausen während der Berufsarbeit interessieren. Mittels anderer Methoden hat man bei einzelnen Arbeitszweigen festgestellt, daß die Arbeitsfähigkeit, sowohl die Intensität wie die Präzision, im Laufe des Tages ganz erheblich abnimmt. Wenn man aber, ähnlich wie im Schulbetrieb, alle Stunde eine 10 Minuten lange Pause einschaltet, so läßt sich die Gesamtleistung innerhalb der täglichen acht Stunden trotz der Pausen doch um 10-20% erhöhen. Will man ein Sinken der Leistungsfähigkeit durch Eintreten der Ermüdung verhindern, so müssen die Pausen stets auf den Zeitpunkt gelegt werden, an dem sich die Zeichen der Ermüdung eben deutlich zu erkennen geben. Die Leistungskurven verlaufen nämlich eine längere Zeitlang ziemlich horizontal; setzt aber die Ermüdung ein, so fällt die Kurve ganz auffallend schnell ab. Je tiefer sie nun gefallen ist, um so länger dauert es, bis die anfängliche Leistungsfähigkeit wieder erreicht ist. Je zweckmäßiger die Pausen gelegt werden, um so kürzer brauchen sie daher zu sein. — Für die verschiedenen Arbeiten liegt nun offenbar der Beginn der steil abfallenden Kurve an ganz verschiedenen Stellen. Im einzelnen sind aber diese äußerst wichtigen Fragen noch nicht genügend durchgearbeitet, als daß wir für alle Betriebe schon praktisch brauchbare Richtlinien hätten. Vor allem fehlt es noch an eingehenden Stoffwechseluntersuchungen in den Betrieben selbst, aus denen sich ein sicherer Schluß ziehen ließe über die Oekonomie der verschiedenen Arbeitsperioden und die Möglichkeiten einer generellen Leistungssteigerung durch auf ganz bestimmte Termine gelegte Pausen von ganz bestimmter Länge. Es scheint aber so viel sicher zu stehen, daß nicht die Reduzierung der Arbeitszeit etwa auf einen allgemeinen Achtstundentag, sondern vielmehr die zweckmäßige Einschaltung kleiner Pausen sowohl für den Arbeitnehmer wie für die Leistungsfähigkeit des Betriebes von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Auch für die sportliche Arbeit läßt sich unter Berücksichtigung der Arbeitsökonomie eine Reihe von Fragen lösen, so die Zweckmäßigkeit in der Art der Ausführung einer Uebung, die Uebungsfähigkeit, der Trainingsfaktor u. a. m. Je mehr eine Arbeit geübt wird, um so mehr senkt sich der Stoffwechselverbrauch für die gleiche Arbeitsgröße, um so ökonomischer wird sie also geleistet. Ein vollkommenes Training für eine Uebung ist erst dann erreicht, wenn diese unter dem geringsten nur möglichen Energieaufwand ausgeführt wird. Das ist aber nur möglich unter Ausnutzung aller mechanischen vorteilhaften Momente, unter ausschließlicher Benutzung der für die Arbeit zweckmäßigen Muskelgruppen und Ausschaltung aller unnötigen kraftverbrauchenden Mitbewegungen. Die Uebung muß so vereinfacht werden und so abgelöst von absichtlichen Innervationsimpulsen ausgeführt werden, daß sie sich fast mechanisch abwickelt. Das gilt besonders für alle länger dauernden Uebungen. Ist auf diese Weise der Energieverbrauch für eine Uebung auf das Minimum reduziert, so wird die dadurch gesparte Energie frei für Steigerungen der Ausdauer und der Geschwindigkeit. Das Grundprinzip des Trainings ist also wieder eine Stoffwechselfrage.

Es läßt sich auch durch Feststellung des Energieverbrauches die Zweckmäßigkeit in der Ausführungsart einer Uebung feststellen. So ist z. B. von zwei verschiedenen Lauf- oder Ruderschulen fraglos diejenige die beste, welche die wenigste Kraft pro Meter Weg verbraucht. — Es lassen sich auf diese Weise auch noch eine Reihe anderer sportlicher Probleme angehen. Ich möchte nur ein Beispiel anführen: Beim Rennruderer ist es von großem Wert, die Länge des Hebelarmes des Riemens, die Größe des Blattes, die Gesamtlänge des Riemens und ähnliches mehr so zu gestalten, daß für den betreffenden Ruderer gerade die günstigsten Bedingungen für seine Konstitution gefunden werden. Je mehr das Arbeitsgerät dem Körperbau und seiner Veranlagung angepaßt ist, um so mehr kann der Betreffende leisten, um so später ermüdet er. — Ich glaube, daß durch systematische Stoffwechseluntersuchungen eine weitere individuelle Anpassung der Sportgeräte, auch auf anderen sportlichen Gebieten, möglich ist und daß sich damit eine weitere Verbesserung der Leistungen erzielen läßt.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 23, 4. Juni 1926.

Diabetes insipidus. Bauer.
Hautreaktion mit Extrakten menschlicher Kopfhautschuppen bei allergischen Krankheiten. van Leeuwen, Bien und Varekamp.
* Insulinschock. Müller und Petersen.
Blutdruck und Capillarsystem. Lenaz.
* Doppelwirkung der vegetativen Gifte. Baráth.
Die ambulatorische Lumbalpunktion. Rahlwes und Loewenstein.
* Dismenol zur Bekämpfung von Menstruations- und Blasenbeschwerden. Hofmann.
Zur Diagnose der beginnenden Tuberkulose. Fraenkel.
Der Gehalt des Frauenharnes an brunsterzeugenden Stoffen in Abhängigkeit vom ovariellen Zyklus. Loewe und Lange.
Funktionsprüfung der Abfangorgane des reticulo-endothelialen Systems. Memmesheimer.
* Nachweis der Amyloidose durch die Kongorotprobe. Németh.
* Arterielle Aneurysmen bei Endocarditis lenta. Stern.
* „Icterus catarrhalis.“ Lepehne
Paracelsus. Sticker.

Insulinschock. Das Phänomen des Insulinschockes beruht auf einer akuten Störung im autonomen System, die sich an fast sämtlichen Organen auswirkt. Der Typ dieser Störung ist charakteristisch für die Insulinvergiftung. Es besteht in einem sympathischen Uebergewicht im Tonus der Gefäße des Splanchnicus- (Leber-) Gebietes und in einem parasympathischen Uebergewicht im Gefäßtonus der Peripherie. Der Typ der Gefäßstörung im Insulinschock ist das Spiegelbild des Types bei Schockzuständen nach Pepton und ähnlichen Körpern. Die durch die Reaktion des autonomen Nervensystems bedingten lokalen Gefäßerscheinungen sind die unmittelbare Ursache der einzelnen klinischen Symptome (Schweißausbruch, periphere Leukozytose, Temperaturerniedrigung und wahrscheinlich auch der krampfartigen Schmerzen im Abdomen und der peripherischen Blutungen). Die für Insulin typische Reaktion im Gefäßsystem nimmt höchstwahrscheinlich ihren Ausgang vom Splanchnicusgebiet und ist direkt verursacht durch eine auf Insulin zurückzuführende Glykogenverarmung der Leber.

Doppelwirkung der vegetativen Gifte. Die an dem animalen Nervensystem angreifenden Substanzen haben sehr oft eine sich an beiden Teilen dieses Systems zu gleicher Zeit manifestierende oder eine aus zwei entgegengerichteten Phasen bestehende Wirkung, die als echte amphotrope Wirkungen aufgefaßt werden müssen. Die erste ist die, daß man mit den Doppelwirkungen bei allen pharmakologischen Prüfungen rechnen muß, durch welche man die Funktionsstörungen des vegetativen Nervensystems analysieren will. Es ist einleuchtend, daß die Ergebnisse dieser Untersuchungen mit der größten Reserve anzunehmen sind: die Dezentralisationstendenz des Organismus und die mehrfachen Sicherungsvorrichtungen der Organfunktionen lassen die vegetativen Giftwirkungen als sehr schwer analysierbare Phänomene erscheinen.

Die vegetativen Pharmaka, welche in der Therapie Verwendung finden, können unter gewissen Umständen die entgegengesetzte Wirkung haben, als die, die man erwartete.

Dismenol zur Bekämpfung von Menstruations- und Blasenbeschwerden. Dismenol ist ein wirksames Mittel zur Behebung von Menstruationsbeschwerden und Blasenkrämpfen. Da sich bei den pharmakologischen Versuchen ergeben hat, daß das in ihm wirksame Benzoesäurederivat die glatte Muskulatur überlebender Organe in depressorischem Sinne beeinflußt, dürfte sich hieraus eine Erklärung für den genannten therapeutischen Erfolg geben lassen. Das Präparat ist ungiftig und zeigte auch bei längerem Gebrauche keinerlei schädliche Nebenwirkungen. Das Mittel heißt aus handelstechnischen Gründen in manchen Staaten „Parasulfol“.

Nachweis der Amyloidose durch die Kongorotprobe. Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich, daß die Bennhold-Paunzsche Kongorotprobe ein sehr brauchbares diagnostisches Hilfsmittel zur Feststellung der Amyloidose darstellt.

Arterielle Aneurysmen bei Endocarditis lenta. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von Endocarditis lenta. In beiden Fällen war die Wassermannsche Reaktion dauernd negativ, auch sonst waren keine Zeichen einer frischen oder überstandenen Lues vorhanden. Beide Patienten gaben mit Sicherheit an, daß sie niemals eine venerische Infektion durchgemacht hätten. Daher weist Verfasser darauf hin, daß die weit verbreitete Ansicht, nach der jedes arterielle Aneurysma im jugendlichen Alter auf Lues beruht, eine Einschränkung erfahren muß. Man sollte in solchen Fällen sehr sorgfältig auf die Anzeichen einer Endocarditis lenta fahnden, die ja durchaus nicht immer sehr ausgeprägt in die Augen fallend sein muß. Für die Prognose eines solchen Falles ist es aber von großer Wichtigkeit, ob das Grundleiden eine oft doch noch gut beeinflußbare Lues oder die nach den bisherigen Erfahrungen des Verfassers immer tödlich verlaufende Endocarditis lenta darstellt.

„Icterus catarrhalis". Es ist nicht möglich, die eigenartige und klinisch bedeutsame Anschauung des Verfassers in einem kurzen Referat zusammenzufassen, besonders da er die gesamte moderne Literatur über das Problem höchst individuell von einem Gesichtspunkt aus behandelt. Die auf Veranlassung der Schriftleitung der „Kliwo" geschrieben Arbeit ist ihrer praktischen Erlebnisse wegen sehr lesenswert.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 14.

Experimentelles über Syphilisinfektion ohne Symptome. Kolle und Evers. (Frankfurt a. M.)
Messung der Brunstreaktion in Körperflüssigkeiten. Loewe, Lange u. Faure (Dorpat).
* Die Dystrophie und Atrophie der Säuglinge. Engel (Dortmund).
* Degkwitzsches Masern-Schutzserum. Kochmann (Chemnitz).
* Ueber Impfung mit Diphterie-Toxin-Antitoxin. Nothmann (Berlin).
Extrapleurale Thorakoplastik nach Brauer-Sauerbruch. Ziegler (Heidehaus bei Hannover).
Geburtsverlauf nach Kaiserschnitt. Wille (Berlin).
Aortalgie und Angina pectoris. Frank und Worms (Berlin).
Ueber selbsttätige (autogene) Umstellungen der Wärmestrahlung der menschlichen Haut im autosuggestiven Training. Schultz (Berlin).
Die Bedeutung des Vitamingehaltes der Nahrung für Wachstum und Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes. Aron (Breslau).
Die Bedeutung des Vitamingehaltes der Säuglingsmilch. Edelstein (Berlin).
Die Aktivierung von Cholesterin und Nahrungsmitteln mit Hilfe der ultravioletten Strahlen. Heß (New York).
* Die Bedeutung des Serumphosphors für Pathogenese, Diagnose und Therapie der Rachitis. Samson (Dortmund).

Die Dystrophie und Atrophie der Säuglinge. Es wird hervorgehoben, daß der Grund des Nichtgedeihens außerhalb des Magen-Darmtraktus in den Körperzellen liegen kann. Ex iuvantibus wird diese Annahme gestützt durch die Beobachtung, daß die Kinder auf eine ganz bestimmte Nahrung oder auf erhöhtes Vitaminangebot reagieren, und durch die gute Wirkung der parenteralen Reizbehandlung, z. B. Seruminjektionen oder intravenöser Bluttransfusionen.

Degkwitzsches Masern-Schutzserum. Nach den Erfahrungen an 19 Kindern bietet das Degkwitzsche Tierserum keinen zuverlässigen Masernschutz; in einer Reihe von Fällen sind zudem schwere anaphylaktische Erscheinungen aufgetreten. Verfasser zieht das Masernrekonvaleszentenserum als sicherer und harmloser vor.

Ueber Impfung mit Diphterie-Toxin-Antitoxin. Die aktive Diphterie-Schutzimpfung mit Toxin-Antitoxin-Gemischen ist nach Erfahrung an 210 Kindern bei Verwendung einwandfreier Gemische und richtiger Auswahl der Fälle ungefährlich. Auszuschließen sind konstitutionell minderwertige Kinder und solche mit akuten und chronischen Krankheiten; positive Tuberkulinreaktion bildet keine Kontraindikation.

Die Bedeutung des Serumphosphors für Pathogenese, Diagnose und Therapie der Rachitis. Der Phosphorgehalt des Serums ist bei Rachitis stets vermindert und geht der Schwere der Krankheit annähernd parallel. Im Durchschnitt beträgt er beim gesunden Kinde 5,2 mg in 100 ccm Serum, beim Rachitiker 2,4 mg %. Mit der Heilung der Rachitis — in der Hauptsache durch Lebertran und Höhensonne — geht ein Anstieg des Serumphosphors parallel. Die Medikation anorganischer Phosphorsalze hat bis jetzt keine eindeutigen Resultate ergeben.

Nr. 15.

Zur 50. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Borchard (Charlottenburg).
* Operative Behandlung des Basedow. Hotz (Basel).
Zur Pathogenese und Klinik des Endothelioms der Schilddrüse. de Quervain (Bern).
Aktuelle Probleme der Frakturbehandlung. Matti (Bern).
* Zur Behandlung der Gesichtsneuralgie. Die Durchtrennung des Nervus trigeminus in der hinteren Schädelgrube. Clairmont (Zürich).
Nil nocere. Die Tunica vaginalis propria als Prüfstein. Lanz (Amsterdam).
Die Bolzung der medialen Schenkelhalsbrüche. Koch (Groningen).
Zur Therapie der Bronchiektasie. Zaaijer (Leiden).
Die Behandlung der multilokulären Nierenzysterne nebst Bemerkungen über die Art dieses Leidens. Rovsing (Kopenhagen).
Ueber die Frequenz der Nierentuberkulose im Verhältnis zum Alter und Geschlecht der Patienten. Ekehorn (Stockholm).
* Die prä- und postoperative Jodbehandlung bei Morbus Basedowii. Nicolaysen (Oslo).
Zur Kenntnis der sogenannten retroperitonealen Lipome. Krogius (Helsingfors).
* Ueber das Indikationsproblem zum chirurgischen Eingriff beim akut blutenden Magengeschwür. Hesse (Leningrad).
Experimentelle und klinische Versuche mit der Einführung von Radiumemanation in normale Gewebe und in Geschwülste. Petrow und Kusmina (Leningrad).
Soll man die Resektion oder die einfache Gastroenterostomiebehandlung bei Ulcus ventriculi oder duodeni vorziehen? Orhan Bey (Stambul).
Ueber praevertebrale Fibrosarkome. v. Verebely (Budapest).
Beseitigung der Femurverkürzung bei Hüftkontrakturen. Stanischeff (Sofia).
* Behandlung der akuten allgemeinen Peritonitis auf Grund von 70 Fällen mit 65 Heilungen. Cardenal (Madrid).
Chirurgische Behandlung außergewöhnlich großer Nierensteine, operative Resultate. Cifuentes (Madrid).
Neue Technik bei Anlage eines künstlichen Afters. Cabeça (Lissabon).
Neuere Maßregeln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Kräfte bei Patienten von hohem Operationsrisiko. Crila (Cleveland).
Diagnose und Behandlung der Hirntumoren. Dandy (Baltimore).
Kongenitale arteriovenöse Fisteln. Dean Lewis (Baltimore).
Die Dämmerzone der Medizin. Mayo (Rochester).
Die Lumbalanästhesie in der Chirurgie. Arce (Buenos Aires).
Rückenmarksanästhesie. Izquierdo (Caracas).

Operative Behandlung des Basedow. Die besten Resultate gaben mehrzeitige Operationen, wobei zuerst Unterbindungen, in späteren Sitzungen Resektionen vorgenommen wurden. Der günstigste Zeitpunkt für die Operation wird mit Hilfe von Grundumsatzbestimmungen festgestellt. Bei der Vorbehandlung der zu operierenden Basedowkranken leistete Gynergen gute Dienste, das die Pulszahl um 30—60 Schläge pro Minute reduzierte. Sehr gute Erfolge ergab die von amerikanischen Kliniken eingeführte Vor- und Nachbehandlung mit Jod — Jodkali oder Lugolsche Lösung —, deren Wirkungsweise theoretisch noch nicht geklärt ist. Sie ist aber nur erlaubt, wenn die Struma wirklich operativ reduziert werden kann, nicht als selbstständige therapeutische Methode.

Zur Behandlung der Gesichtsneuralgie. Die Durchtrennung des Nervus trigeminus in der hinteren Schädelgrube. Der Stamm des N. trigeminus ist in der hinteren Schädelgrube zwischen der Brücke und Spitze des Felsenbeins gut zu erreichen; auch die isolierte Durchschneidung der sensiblen Wurzel ist möglich. Die Technik ist einfacher als bei den gebräuchlichen Methoden; die Gefährlichkeit ist aber infolge der Nähe lebenswichtiger Nervenzentren bedeutend größer. Ein Versuch am Lebenden hat tödlich geendet.

Die prä- und postoperative Jodbehandlung bei Morbus Basedowii. Durch die prä- und postoperative Jodmedikation — dreimal täglich 10 Tropfen Lugolsche Lösung — werden die gefährlichen postoperativen Schockreaktionen vermieden. Die günstige Wirkung des Jods tritt aber nur bei Fällen von primärem Basedow ein, während bei sekundärem Basedow schädliche Jodwirkung beobachtet worden ist. Eine Dauerheilung der Krankheit durch Jod allein, ohne nachfolgende Operation, ist nicht zu erzielen. Wichtig für die Indikationsstellung ist vor allem die Differentialdiagnose zwischen der primären und sekundären Form (Struma basedowicata).

Ueber das Indikationsproblem zum chirurgischen Eingriff beim akut blutenden Magengeschwür. Bei der einmaligen akuten foudroyanten Magenblutung tritt Verfasser für konservative Behandlung ein; einmal weil sie meist zum Ziel führt, zweitens weil bei sehr stark ausgebluteten Patienten die Operationsprognose ungünstig ist. Bei der akuten rezidivierenden foudroganten Blutung dagegen ist er unbedingt für Operation, und zwar für die zirkuläre Resektion nach Billroth I oder II, mit nachfolgender ausgiebiger Bluttransfusion. Das Operieren im schwersten Kollapszustand ist auch hier zu vermeiden, vielmehr der meist 12 bis 24 Stunden dauernde Zwischenraum zwischen zwei Blutungen, in dem der Kranke sich etwas zu erholen pflegt, zur Operation zu benutzen.

Behandlung der akuten allgemeinen Peritonitis auf Grund von 70 Fällen mit 65 Heilungen. Für die Behandlung der akuten allgemeinen Bauchfellentzündung werden folgende Richtlinien aufgestellt: 1. Entfernung der Ursache der Peritonitis. 2. Entleerung des Exsudats nur soweit es ohne jegliche Verletzung der Serosa möglich ist. 3. Keine Drainage, denn durch die Anlegung von Drains schafft man neue Einsaugungsöffnungen für pathogene Keime, während der Abschluß der vorhandenen toxischen Produkte — infolge der meist bestehenden Verklebungen — durchaus nicht garantiert ist.

Nr. 16.

Das Paratyphusproblem. Uhlenhut und Seiffert (Freiburg i. Br.).
Lipoidantikörperbildung und syphilitische Blutveränderung. Sachs und Klopstock (Heidelberg).
Magensaftsekretion und Diurese. Arnoldi und Schechter (Berlin).
Ist die Glykosurie der Schwangeren eine diabetische Stoffwechselstörung? Adlersberg und Porges (Wien).
Sereologischer Krebsnachweis. Volkmann (Jena).
Nierenerkrankungen unter dem Bilde der Appendizitis. Hohlbaum (Leipzig).
Lymphome der oberen Luftwege als wesentliches Symptom aleukämischer Leukämie. Klestadt (Breslau).

* Komplikationen beim peritonsillären Abszeß. Claus (Berlin).
Ueber den Gehalt verschiedener Hefepräparate an Vitaminen. Heincke (Hamburg).
Ein neues Leuchtgerät mit Tageslichtcharakter. Foerster (Berlin).
Eisentherapie. Fischler (München).
* Die epidurale Injektion in der inneren Medizin. Heß (Charlottenburg).
Herpes genitalis. v. Pezold (Karlsruhe).
Ueber Krankentransportwesen. Frank (Berlin).

Komplikationen beim peritonsillären Abszeß. Nach Inzisionen von peritonsillären Abszessen ist Larynxödem beobachtet worden, das durch das Bild der Erstickungsgefahr verschleiernde Injektionen von 0,02 g Morphium verhängnisvoll wurde. Morphiumgaben zur Schmerzlinderung sind daher in derartigen Fällen unter allen Umständen kontraindiziert.

Die epidurale Injektion in der inneren Medizin. Die Einspritzung von 10 bis 20 ccm einer einprozentigen Novocainlösung in den Sakralkanal unterhalb des Duralsackes leistet gute Dienste bei Ischias und allen neuralgischen Schmerzen im Bereich der Sakralnerven, bei tabischen Krisen im Bereich der Blase und des Mastdarms. Man injiziert in Knie-Ellenbogenlage oder in linker Seitenlage durch die untere Oeffnung des Sakralkanals, den Hiatus sakralis, wobei das Anstechen der Dura mater unbedingt vermieden werden muß. Der Eingriff ist bei richtiger Technik ungefährlich und führt, wenn andere Methoden der Schmerzbekämpfung versagt haben, rasch zu einem befriedigenden Erfolg.

Nr. 17.

* Ernährung bei hochfieberhaften Erkrankungen von Säuglingen und Kleinkindern. L. F. Meyer (Berlin).
Energiebilanz und Grundumsatz. Kopfhammer (Leipzig).
* Dammrisse und ihre Beziehung zum Prolaps. Henkel (Jena).
Die operative Behandlung des chronischen Glaukoms. Jaensch (Breslau).
* Das Wesen der „Ektoskopie“ (Diagnostik mit freiem Auge). Weisz (Bad Pistyan).
Ueber Gingivitis und Paradentosen (Alveolarpyorrhoe). Praeger (Tübingen).
* Zur Behandlung von Hautkrankheiten, insbesondere der Furunkulose, mit homöopathischen Schwefelgaben. Zieler (Würzburg).
Corydalonbehandlung. Treupel (Frankfurt a. M.)
Die aktive, allgemeine spezifische und unspezifische Behandlung chirurgischer Erysipele des Kopfes und deren Grenzen. Birkholz (Annaberg).
Biologisch-chemische Behandlung des vaginalen Fluors. Alexander (Berlin).
Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit quellungsfähigen, silberhaltigen Kolloiden. Lucke (Berlin).
Zur Verwendung des Pankreas-Dispert-Pflasters bei Hauttuberkuliden. Axmann (Erfurt).
Traumatischer Defekt der Glans penis. Joseph (Berlin).
Vorsicht bei Anwendung von „Triphal“ in der Kinderpraxis. Haensel (Stetten in Baden).
Biermersche Anämie bei drei Geschwistern. Tscherming (Berlin).
Unvollständiger Zungenbelag als vasomotorisch-trophische Störung. Levinger (Berlin).
Veränderungen des Blutbildes bei den Krisen und lanzinierenden Schmerzen der Tabiker. Fleischhacker (Berlin).
Dermatitis pityriasiformis bei Encephalitis epidemica. Selisky (Schepetowska).

Ernährung bei hochfieberhaften Erkrankungen von Säuglingen und Kleinkindern. Eine Zurückhaltung in der Nahrungszufuhr im Beginn der Erkrankung wird im Prinzip für günstig angesehen. In 38 von 50 Fällen wurde auffallend günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs — bei 16 Kindern sogar kritische Entfieberung und Gesundung — durch Darreichung einer 15prozentigen Zuckerlösung erreicht, die in den ersten 24 Stunden ausschließlich, in einer Menge von 500 bis 800 g, dann langsam fallend neben entsprechend steigenden Mengen der üblichen Nährmischungen gegeben wurde. Als Erklärung für diese Erfolge wird eine Einwirkung auf den erhöhten Wasserbedarf des fiebernden Organismus, den „inneren Durstzustand der Zelle“, der auf einer erhöhten Quellfähigkeit der Zellkolloide beruhen soll, angenommen. Die Behandlung ist daher in erster Linie bei Beobachtung von Austrocknungserscheinungen bei dem Kinde indiziert; in jedem Falle ist sie unschädlich.

Dammrisse und ihre Beziehungen zum Prolaps. Nach den Erfahrungen des Verfassers spielen Dammrisse selbst dritten Grades keine entscheidende Rolle für die Prolapsentstehung. Wesentlich ist dagegen die Schädigung des Beckenbodens — Ernährungs- und Zirkulationsstörung — durch den angepreßten Kopf des Kindes bei langer Austreibungsperiode, gleichgültig, ob mit oder ohne Dammriß. Daher wird die ausgiebige Anwendung von Scheidendamminzisionen, die die Austreibungszeit verkürzen, empfohlen.

Das Wesen der „Ektoskopie“ (Diagnostik mit freiem Auge). Nach der Lehre des Verfassers sollen gewisse respiratorische und phonatorische Bewegungen am Brustkorb und Bauch durch scharfe Beobachtung mit freiem Auge wahrzunehmen und von diagnostischer Bedeutung sein. So soll sich z. B. die untere Lungengrenze und die untere Grenze von pleuritischen Exsudaten durch Bewegung des Thorax, Pleuraschwarten und wandständige Tumoren durch den Bewegungsausfall in dem betreffenden Gebiet feststellen lassen. Bei peritonischen Reizungen fallen die Sprachbewegungen am Bauch aus. Die Methode soll in Verbindung mit den übrigen diagnostischen Methoden gute Dienste leisten und wird noch weiter ausgebaut.

Zur Behandlung von Hautkrankheiten, insbesondere der Furunkulose, mit homöopathischen Schwefelgaben. Die innerliche Behandlung mit Schwefel in homöopathischen Dosen wirkte günstig bei Furunkulose, Schweißdrüsenabszessen und bei subakut verlaufenden tiefer greifenden staphylogenen Prozessen der Haut. Bei chronischen Follikulitiden und bei Akne vulgaris sind keine sicheren Erfolge beobachtet worden.

Nr. 18.

* Ueber die Lenta-Form der Meningokokkensepsis. Friedemann und Deicher (Berlin).
Pathogenese der akuten Glomerulonephritis. Fahr (Hamburg).
Das Verhältnis einiger Seroreaktionen während der Behandlung von Paralyse mit Malaria tertiana. Mörch (Kopenhagen).
Plastischer Ersatz des Praeputiums. Ostrowski (Berlin).
Sectio suprapubica wegen chondrodystrophischen Zwergbeckens. Ein Beitrag zur Chondrodystrophia foetalis bei Mutter und Kind. Baumm (Oppeln).
Die Bedeutung der arteriellen Hypertension in der Psychiatrie und ihre Behandlung mit Nitroskleran (Tosse). Hanse (Kiel).
Ueber das Vorkommen und den Infektionsmodus der Genitalgonorrhoe bei Knaben. Alterthum (Buch).
Experimentelle Untersuchungen über Tubenbewegungen und deren Einfluß auf die Einwanderung. v. Mikulicz-Radecki (Leipzig).
Schwangerschaftsbeschwerden und ihre Behandlung. Aschner (Wien).
Das untere Uterinsegment in Schwangerschaft und Geburt. Schmidt (Bonn).
* Aetiologie und Therapie der Atonia uteri. Haselhorst (Hamburg).

Ueber die Lenta-Form der Meningokokkensepsis. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das sich im Anschluß an eine katarrhalische Affektion der Nasenschleimhaut, des Rachens oder der Bronchien entwickelt, sich meist über 2 bis 3 Monate hinzog und von einem dem Erythema nodosum oder dem Erythema exsudativum multiforma ähnlichem Exanthem begleitet ist. Das Fieber zeigte meist den Typus der Malaria tertiana, trat aber auch in 12- bis 24stündigen Anfällen auf. Das Krankheitsgefühl war oft gering. Malariaparasiten waren nie nachzuweisen, dagegen gelang in einem besonders in dieser Hinsicht untersuchten Fall der Nachweis von Meningokokken im Blute, den Hauteffloreszenzen und dem Rachenabstrich. — Abortive Formen ohne Exanthem kommen vielleicht häufig unter den als Grippe angesehenen Erkrankungen vor.

Aetiologie und Therapie der Atonia uteri. Ursachen atonischer Nachblutungen sind konstitutionelle Minderwertigkeit und Erkrankungen des Uterus, Ermüdung der Kontraktionsfähigkeit durch lange Geburtsdauer oder bei zu aktiver Geburtsleitung, tiefe Narkose, Wehenschwäche, Zurückbleiben von größeren Blutgerinnseln und natürlich der gelösten Plazenta. Therapeutisch steht an erster Stelle die Einspritzung eines Hypophysenpräparates mit nachfolgender oraler Secalegabe. Gut kann eine sanfte Massage des Uterus wirken. Versagen diese Mittel, so wird die Anwendung eines Aortenkompressoriums empfohlen, das die Blutung augenblicklich zum Stehen bringt und 30 Minuten liegen bleiben kann; während dieser Zeit kann man sich für ein etwaiges Eingehen in den Uterus bei Placentarretention desinfizieren; man soll auch mit den manuellen Lösung bei starken Blutungen nicht zu lange zögern. Guten Erfolg haben oft kalte oder heiße Uterusausspülungen. Nützen auch diese nichts, so bleibt noch die Tamponade des Uterus oder evtl. die Abklemmung der Parametrien nach Henkel.

Nr. 19.

Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals. Kappis (Hannover).
Versuche, diejenigen Fälle von Dementia paralytica, die durch Rekurrensimpfungen und andere Maßnahmen unbeeinflußt geblieben waren, mit lebenden Stämmen von Spirochaeta pallida zu behandeln. Sagel (Arnsdorf i. Sa.).
Diagnostik und Therapie der allergischen Erkrankungen. Misch (Berlin).
Einfluß des Insulins auf die Phagocythose in vitro. Bayer und Form (Innsbruck).
Ist der Liquorzucker während der Gravidität sowie bei Myomen erhöht? Hellmuth (Würzburg).
Erscheinungslos verlaufende experimentelle Syphilisinfektion beim Kaninchen und Affen. Worms (Berlin).
Onychopathologie und Endokrinologie. Heller (Charlottenburg).
Zur Vereinfachung der Reststickstoffbestimmung im Blute und der Gesamtstickstoffbestimmung im Harne. Kowarski (Berlin).
Ist die Meinickesche Trübungsreaktion zur Untersuchung von Leichenblut verwertbar? Matzdorff (Berlin).
Multiple Hautkarzinose bei Kolloidkrebs des Magens. Severin (Breslau).
* Ueber Gelenkauskultation. Tannhauser (Berlin).
Zur prognostischen Bedeutung der Chorioidaltuberkel. Gehrt (Berlin).
Künstlicher Aftersphinkter. Izquierdo (Caracas).
Ueber Arcanol. Falk (Königsberg).
Jodtinktur als altbewährtes Antihidroticum. Andruszewski (Lwów).
Zur Therapie klimakterischer Beschwerden. Wieden (Mooskirchen).
Ueber die Verwendbarkeit des elektrischen Heizkissens bei feuchten Umschlägen und die Gefahren dieser Methode. Rosenburg (Mannheim).
Bemerkung zu vorstehendem Artikel. Alvensleben (Berlin).
Spezialitäten und Geheimmittel. Zernik (Würzburg).
Das v. Weningersche Tuberkuloseheilmittel. Grau (Honnef a. Rh.).

Ueber Gelenkauskultation. Bei Auskultation mit dem Membranstethoskop hört man über normalen Gelenken ein sehr leises gleichmäßiges Streichen, bei Gelenkerkrankungen ein diskontinuierliches lautes Knattern, bei Prozessen, die vorwiegend von der Synovia ausgehen, ein kontinuierliches knarrendes Geräusch. Die auskultatorischen Phänomene sollen oft viel eindrucksvoller sein als die durch sorgfältige Palpation erhobenen.

Nr. 20.

Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals (Fortsetzung). Kappis (Hannover).
* Ist die lokale Behandlung bei inkretorischen bzw. konstitutionellen Genitalanomalien entbehrlich? Benthin (Königsberg).
Bemerkungen zur Hormontherapie. Handovsky (Göttingen).
Wirkungs- und Anwendungsweise des Cymarins. Kaufmann (Köln).
Die Behandlung der Dakryostenose auf endonasalem Wege mit besonderer Berücksichtigung der Westschen Operation. Wegner (Charlottenburg).
Das Steppenmurmeltier und die Pest. Adolphi (Riga).
Eine vereinfachte Technik der Pyramidonprobe zum Nachweis innerer Blutungen. Mandelstamm (Leningrad).
* Ueber Bewegungs- und Ruhetherapie bei chronischen Herzkrankheiten. Fraenkel (Heidelberg).
Diätetische Fragen bei Kreislauferkrankungen. Stadler (Plauen).
Anwendung und Grundlagen des Aderlasses. Rosenow (Königsberg i. Pr.).
* Neuere klinische Erfahrungen mit Kampfer und Kampfer-Ersatzpräparaten. Guggenheimer (Berlin).

Ist die lokale Behandlung bei inkretorischen bzw. konstitutionellen Genitalanomalien entbehrlich? Ohne die Bedeutung des Zusammenhanges zwischen der Konstitution und gewissen Genitalanomalien — wie Menstruationsstörungen, Sterilität, Fluor — zu unterschätzen, warnt Verfasser vor einer Vernachlässigung der lokalen Behandlung. Sie führt selbst bei sicher konstitutionell bedingten Affektionen manchmal sicherer zum Ziel als allgemein-konservative Maßnahmen (z. B. die Abrasio bei Sterilität oder habituellem Abort, bei Hypermenorrhoe, die intrauterine Faradisation oder Abrasio bei Amenorrhoe). Dazu kommt noch, daß innersekretorische Störungen als Folge von Genitalerkrankungen (z. B. zystischer Degeneration der Eierstöcke) auftreten können; in diesen Fällen ist die lokale Behandlung also die kausale Therapie.

Ueber Bewegungs- und Ruhetherapie bei chronischen Herzkrankheiten. Es handelt sich bei der hier besprochenen Bewegungs- und Ruhetherapie weniger um „Kuren", als um die ständige Regelung des körperlichen Verhaltens der chronisch Herzkranken. Diese ist abzuleiten aus dem jeweiligen funktionellen Zustand des Herzens, der durch die Kontrolle von Puls, Amplitude, Atmung, Galopprhythmus, Körpergewicht und Diurese festzustellen ist, vor allem aber durch das Verhalten dieser Symptome bei Ruhe und bei mehr oder weniger ausgiebiger Bewegung; die durch den Perkussions- und Auskultationsbefund dargestellte anatomische Diagnose spielt dagegen eine untergeordnete Rolle. Jede Bewegungstherapie — unter die auch die Kohlensäurebäder zu rechnen sind — eignet sich nur für bedrohte, aber voll funktionsfähige Herzen, wie z. B. kompensierte Vitien, die Herzen der Mastfettsüchtigen und die der Jugendlichen mit Hypoplasie, endokrinen und vasomotrischen Störungen. Bei jeder Insuffizienz, auch leichten Grades, ist Ruhebehandlung, im allgemeinen in Verbindung mit Digitalis, angezeigt. Erst nach Wiederherstellung des normalen Minutenvolumens bekommen Bewegungs- und Badekuren einen Sinn.

Neuere klinische Erfahrungen mit Kampfer- und Kampferersatzpräparaten. Für die Depotbehandlung mit Kampferöl ist der synthetische Kampfer dem Japankampfer völlig gleichwertig. Bei längerer Behandlung sind intramuskuläre Injektionen der neueren reizlosen, wasserlöslichen Präparate (z. B. Hexeton, Coramin, Cardiazol) der Kampferölbehandlung vorzuziehen; diese Präparate eignen sich auch zu intravenöser Injektion und ermöglichen so ein erfolgreiches Eingreifen bei gefahrvollem Gefäßkollaps, besonders im Verein mit Lobelin. Die perorale Dauerbehandlung mit Kampferpräparaten — wie Cadechol, Camphogen u. a. — wird durch die individuell verschiedene Verträglichkeit durch den Magen erschwert.

Medizinische Klinik.

Nr. 19, 7. Mai 1926.

* Zur Ernährung des Kindes. E. Müller-Berlin.
Grenzen und Gefahren der konservativen Therapie der Frauenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Strahlenbehandlung. W. Benthin-Königsberg.
Umfrage über die Technik der Einleitung des künstlichen Abortes und der künstlichen Frühgeburt (Fortsetzung). Pankow-Düsseldorf, Seitz-Frankfurt am Main, Frey-Zürich, Peham-Wien, Fraenkel-Breslau, Schauenstein-Graz.
Ueber eine eigentümliche Mißbildung mit Stenosierung des Magenausganges. A. Spitzer-Wieden.
* Ueber die Eigenblutbehandlung des akuten Gelenkrheumatismus. A. Sonter-Wieden.
Zwei große Münzen in einem kindlichen Oesophagus. C. Springer-Prag.
Die traumatische Spätruptur der Sehne des langen Daumenstreckers. F. Horligmann-Breslau.
Die Gonokokkensepsis und ihre Diagnose. Deicher und Lechner-Berlin.

Atoxylsaures Antimon und atoxylsaures Wismut in ihrer Wirkung auf die experimentelle Syphilis des Kaninchens. H. Großmann-Freiburg.
Ueber Vorbereitung und Nachbehandlung von Basedow-Operationen mit Gynergen-Sandoz. A. Rütz-Berlin.
* Ueber ein neues Narkotikum Dilaudid (Dihydromorphinon). H. Rady-Schömberg.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes (Fortsetzung). J. Hauffe-Berlin.

Zur Ernährung des Kindes. Der Aufbau des kindlichen Körpers entspricht im wesentlichen dem Liebigschen Minimumgesetz und kann nur erfolgen entsprechend dem geringsten Angebot eines einzelnen Nährstoffes, sei es ein Kohlehydrat, ein Fettbegleitstoff, Mineralstoffe oder exogene Aminosäuren. Diese sind nicht selbständig in den Nahrungsmitteln enthalten, sondern bilden komplizierte Verbindungen, die in optimaler Form in rohen, frischen Nahrungsmitteln enthalten sind, die demnach für das Kind eine Lebensnotwendigkeit darstellen. Es scheint, daß der menschliche Körper einen Teil dieser Verbindungen nicht synthetisieren kann, daß sie also für ihn exogen sind und eine aktive Rolle im Stoffwechsel spielen, vielleicht dadurch, daß sie Sauerstoff in statu nascendi abgeben. Die sogenannten Vitamine sind in bestimmten abschätzbaren Mengen für den Stoffwechsel notwendig; Verf. lehnt aber im übrigen den Begriff der Vitamine ab, weil der größte Teil der sogenannten Vitaminwirkungen auf das Konto der natürlichen Mineralstoffverbindungen gebucht werden müssen. Vitaminwirkung und Mineralstoffwirkung sind oft nicht voneinander zu trennen.

Ueber die Eigenblutbehandlung des akuten Gelenkrheumatismus. Verf. hat bei akutem Gelenkrheumatismus als Infektionskrankheit die heut bei Pneumonie mit Erfolg geübte Eigenblutbehandlung angewandt, die sowohl als spezifisch immunisierende wie als unspezifische Reiztherapie wirkt. Es wurden 40 ccm intraglutäal gegeben, ca. zwei- bis dreimal, worauf rasches Abflauen der akuten entzündlichen Prozesse und Schmerzfreiheit eintrat. Auch Herzerscheinungen wurden günstig beeinflußt; ebenso chronische Polyarthritis und Ischias, aber nicht so prompt wie die akuten Prozesse.

Ueber ein neues Narkotikum Dilaudid (Dihydromorphinon). Das Dilaudid-Knoll ist ein prompt wirkendes Narkotikum und Analgetikum, das keinerlei Nebenerscheinungen macht. Im finalen Stadium der Phthise hat es sich besonders in Verbindung mit 0,0003 Scopolamin als sehr wirksam zur Einleitung und Unterhaltung des Dämmerschlafes erwiesen. Eine Gewöhnungsgefahr scheint nicht zu bestehen.

Nr. 20, 14. Mai 1926.

Zur Behandlung der akuten fortschreitenden Entzündungen (Phlegmonen). F. Pels-Leusden-Greifswald.
Ueber die Pleuritis tuberculosa. A. Walder-Schömberg.
Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. R. Pamperl-Prag.
Umfrage über die Technik der Einleitung des künstlichen Abortes und der künstlichen Frühgeburt (Fortsetzung). Döderlein-München, Mayer-Tübingen, Hieß-Kärnten, Eymer-Innsbruck.
* Ueber Impfung mit Masern-Tierschutzserum nach Degkwitz. F. Glaser-Berlin.
Versuche zur Leberfunktionsprüfung mit Tetrajodphenolphthaleinnatrium. Behrend und Heesch-Berlin.
Die Schädigung des Plexus chlorioideus als therapeutisches Moment und dessen praktische Verwertung. M. Schacher-Wien.
Anmerkungen eines Praktikers zu dem Aufsatz von Toby Cohn: Die therapeutischen Erfolge des Nervenarztes. G. Fischer.
Schlußwort zu dem vorstehenden Artikel. T. Cohn.
Neuere Probleme der experimentellen Arterioskleroseforschung. K. Löwenthal-Berlin.
Weitere Untersuchungen über die Auswertung der antitoxischen Dysenteriesera am Kaninchen. Kondo-Kanazawa-Frankfurt a. M.
Angeblicher Zusammenhang zwischen Amyloidniere und Dienstbeschädigung abgewiesen. v. Schnizer-Heidelberg.
* Lokale Behandlung und parenterale Medikamentenzufuhr durch Inhalation von Glycirenan mit dem Elektro-Atmos. Sachse-Berlin.
Bismophanol-Riedel in der Hand des Praktikers. Lippert-Köln.
Ueber Cibalgin in der Geburtshilfe. Jodann-Feilnbach bei Bad Aibling.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hauffe-Berlin.

Ueber Impfung mit Masern-Tierschutzserum nach Degkwitz. Verf. hat das Masernschutzserum nach Degkwitz bei 15 besonders schutzbedürftigen Kindern angewandt, die an schweren Grunderkrankungen wie Purpura haem., Barlowscher Erkrankung, Darmkatarrhen, Pneumonien, Rachitis etc. litten und davon sehr günstige Resultate gesehen. Von den 15 Kindern starb keines, während 1922 noch 44% Mortalität bestand. Die Masern verliefen durchweg leicht, z. T. als harmlose Impferkrankungen; schwere Komplikationen, die bei diesem Material evtl. zum Tode geführt hätten, traten nicht ein.

Lokale Behandlung und parenterale Medikamentenzufuhr durch Inhalation von Glycirenan mit dem Electro-Atmos. Verf. hat durch Inhalation von Glycirenan mittels des Spieß-Drägerschen Electro-Atmos, der das Medikament vernebelt, sehr gute Erfolge bei Grippe, Pneumonie und vor allem beim Asthma gesehen. Der Apparat ist an jede Lichtleitung anzuschließen und verbraucht nur für wenige Pfennige Kraft. Die Inhalationstherapie hat den Vorteil der großen Resorptionsfläche, des Umgehens der lästigen Injektionen und der raschen Resorption ohne Zersetzung durch die Verdauungssäfte.

Nr. 21, 21. Mai 1926.

Zur Ernährung des Kindes. E. Müller-Berlin.
* Zur Prognose der Angina pectoris. F. Krisch.
Umfrage über die Technik der Einleitung des künstlichen Abortes und der künstlichen Frühgeburt (Forts.). Adler-Wien, Esch-München.
Uebergang von Aortalgie in Angina pectoris vera. N. Ortner-Wien.
Heilung eines fortschreitenden Röntgengeschwürs am Finger mit Diphtherie-Antitoxin. Franke-Wien.
Kurzgefaßte Indikationsstellung für die endolumbale Behandlung der Syphilis aller Stadien. O. Nast-Danzig.
Gerichtsärztliche Erfahrungen über klinische Erscheinungen und anatomische Befunde bei Luftembolie und die Feststellung der letzteren. Depenfurth-Berlin.
Die Wirkung des Silberchlorids auf künstlich gesetzte Magenulcera. B. Pfab-Graz.
Ueber die Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs mit Silberchloridsuspension (Silberchlorid-Metem). Sachl und Kelen-Wien.
Zur Klinik und Therapie endokriner Störungen. Kretschmer-Emden.
Borstenhaare im oberen Tränenröhrchen. Lachmann-Berlin.
Zur Biologie des gonorrhoischen Eiters. Buschke und Jost-Berlin.
Zur Frage der Antikörperbildung und Hautallergie durch kombinierte Vorbehandlung gesunder Tiere mit Tuberkulin-Schweineserum. Mizuho Nakata-Niigata-Japan.
* Calcaona in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Walther-Gießen.
Ueber Erfahrungen bei Verwendung von Euphagin-Tabletten in der Rhino-Laryngilogie. Motloch-Wien.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes (Forts.). Hauffe-Berlin.

Zur Prognose der Angina pectoris. Nach einer Beobachtung von 132 Patienten kommt Verf. in bezug auf die Prognose der Angina pectoris zu folgendem Ergebnis: Die Prognose ist günstig für diejenigen Kranken, die kurzdauernde Anfälle bei Bewegungsbeginn nach Nahrungsaufnahme bekommen mit nur auf die linke Körperseite ausstrahlenden Schmerzen und bei denen sich das Elendsgefühl nach Beendigung des Anfalls sofort wieder verliert. Dabei ist in der Regel ein deutlicher Zwerchfellhochstand vorhanden mit seinen Konsequenzen für die Lagerung des Herzens und der Aorta; durch Nitroglyzerin und Mittel, die den Meteorismus bekämpfen, können die Anfälle hintenangehalten werden. Ebenso ist die Prognose derartiger Anfälle ausgelöst durch Körperaktion unabhängig von der Nahrungsaufnahme quoad vitam günstig. In jenen Fällen aber, wo die Anfälle längere Zeit anhalten, wo das Elendsgefühl den eigentlichen Anfall überdauert, wo ferner die Schmerzausstrahlung auch auf die rechte Seite übergreift oder sehr intensiv ist und die Anfälle auch im Sitzen und Liegen auftreten, wo auch der Blutdruck abzusinken beginnt, ist ein maligner Ablauf der Krankheit zu gewärtigen, und die Angina-pektoris-Anfälle sind gewissermaßen als eine terminale Erscheinung aufzufassen.

Kurzgefaßte Indikationsstellung für die endolumbale Behandlung der Syphilis aller Stadien. Die endolumbale Behandlung der Lues cerebri gibt gute Resultate und soll nach den Erfahrungen vom Verf. in allen Fällen versucht werden. Fehldiagnosen zwichen Lues cerebri und beginnender Paralyse können durch sie aufgedeckt werden (Persistieren von positiven Befunden). Bei Tabes hat man oft überraschende Erfolge, bisweilen allerdings wird nur ein stationärer Zustand der Erkrankung erreicht. Bei Paralyse nimmt Verf. einen gleich günstigen Erfolg an wie bei der Malariatherapie, verfügt aber in bezug auf diese nicht über genügende Erfahrung; jedenfalls werde die Remission bei der endolumbalen Behandlung in viel kürzerer Zeit erreicht und ohne die stark angreifende Wirkung der Malariainfektion. Technisch empfiehlt Verf. seine Modifikation, also stets Zusatz von Sublimat bei verhältnismäßig geringer Liquorentnahme; während und nach der Behandlung Gesäßhochlagerung.

Calcaona in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Bei Erschöpfungs- und Schwächezuständen nach Blutungen hat Verf. von der Kalktherapie sehr günstige Erfolge gesehen, die vielfach, besonders wenn endokrine Störungen vorlagen, eine Abrasio entbehrlich machten. Als leicht verdauliches und bekömmliches Präparat hat sich das Calcaona bewährt, ein entölter Kakao, der Chlorkalzium enthält, bekanntlich das bestwirkende Kalksalz, das aber seines widerlichen, brennenden Geschmackes halber meist nicht genommen wird. Sowohl subjektiv wie objektiv zeigt sich sehr rasch auffallende Besserung, auch bei klimakterischen Störungen, da es den Blutdruck herabsetzt und Störungen im vegetativen Nervensystem günstig beeinflußt. Das Präparat wird von den Chemischen Werken, Marienfelde-Berlin, hergestellt.

Haber.

Münchener medizinische Wochenschrift.

Nr. 22, 28. Mai 1926.

Die Schweißsekretion des Menschen. Moog und Buchheister.
Spezifische Vakzinetherapie in der Behandlung der Infektionskrankheiten. Hilgermann.
* Simmondsche Krankheit (hypophysäre Kachexie) in ihrem Anfangsstadium und ihre Behandlung. Reye.
* Postanginöse Sepsis. Lenhartz.
Chlorzinkätzungen bei inoperablen Karzinomen. Steinthal.
Symptomatologie des Sanduhrmagens. Gubergritz.
Seltenerwerden der Chlorose. Classen.
Behandlung des Puerperalfiebers. Schmidt.
Augenärztliche Erfahrungen mit Targesin. Meyerbach.
Thiosanol. Burow.
Schutzpockenimpfung und Paralyse. Schükry und Kerim.
Die Maßtafel. v. Eickstedt.

Simmondsche Krankheit (hypophysäre Kachexie) in ihrem Anfangsstadium und ihre Behandlung. Nach einer Geburt kann es bei Frauen durch thrombotische Vorgänge zu einem Schwund des Vorderlappens der Hypophyse kommen. Infolge des Ausfalls dieses Hypophysenteils wird allmählich der ganze Körper kachektisch, wobei auch eine Atrophie der übrigen innersekretorischen Organe sich einstellt. In den bisher beschriebenen Fällen lautet die Anamnese übereinstimmend. Im Anschluß an eine schwere meist mit starken Blutverlusten einhergehende Geburt verschwanden die Menses. Die Leistungsfähigkeit in körperlicher und geistiger Beziehung nimmt ab. Haare und Zähne fallen aus. Im Anfangsstadium fehlt noch die Kachexie. Derartige Kranke zeigen ein eigenartig gedunsenes Aussehen des Gesichtes. Der Gesichtsausdruck ist stumpf, leer, eigenartig verändert durch das Fehlen von Wimpern und Augenbrauen. Die Sprache ist monoton und langsam. Die sekundären Geschlechtszeichen sind verkümmert (Fehlen von Achsel- und Schamhaaren, kleine Brüste). Die Genitalien sind atrophisch. Die Libido ist erloschen. Die Haut des Rumpfes ist haarlos, blank und glänzend. Das Blutbild zeigt eine Anämie sowie eine auffallende Eosinophilie. Gewisse Züge dieser Krankheit erinnern an das Myxödem (Herabsetzung des Grundumsatzes, Hautveränderung, psychische Verhalten). Am beweiskräftigsten für die Richtigkeit der Diagnose ist der Erfolg der Therapie. Durch dauernde Darreichung von Vorderlappensubstanz (Praephyson zweimal 1 ccm Injektion; dreimal 2 Tabletten per os täglich) konnte in drei Fällen eine der Heilung nahekommende Zustandsänderung herbeigeführt werden. Je früher die Behandlung einsetzte, um so vollständiger war der Erfolg der Substitutionstherapie bei dieser an sich nicht seltenen Erkrankung, die nur zu häufig noch verkannt wird.

Postanginöse Sepsis. Durch Erzeugen einer Venenentzündung im Gebiet der Vena jugularis kann eine Angina zum Ausgangspunkt einer foudroyant verlaufenden Sepsis werden. Es besteht ein gewisser Gegensatz zwischen dem geringfügigen Rachenbefund und dem schweren Allgemeinzustand. An der Außenseite des Halses weist des öfteren eine Schwellung und Druckempfindlichkeit auf die Möglichkeit einer Thrombophlebitis hin. Das Auftreten eines (resp. wiederholt) Schüttelfrostes ist im Laufe der Angina ein absolut sicheres Zeichen der Phlebitis, der Blutinfektion. Gewöhnlich treten bei der Eigenart der Erreger (anärobe Streptokokken) sehr schnell metastatische Lungen- und Pleuraeiterungen auf. Die Unterbindung der Halsvenen zur Ausschaltung des Sepsisherdes kommt gewöhnlich zu spät.

Nr. 23, 4. Juni 1926.

* Ueber die Transfusionstherapie der Biermerschen Krankheit. Denecke.
Bestimmung der gebildeten Säuremenge zur Unterscheidung verwandter Bakterien. Bitter, Weigmann und Habs.
Ueber Technik und Ergebnisse der occipito-frontalen Röntgenographie des Schädels für die Diagnose von Nebenhöhlen, insbesondere von Siebbeinzellenentzündungen. Richter.
Untersuchungen über das Verhalten der Haut gegenüber Strahlen des sichtbaren Spektralgebiets. Schultze.
Weitere Beobachtungen über die Behandlung der Hautprozesse bei exsudativer Diathese. Sokolow.
Wissenschaftliche Untersuchungen bei Sportveranstaltungen. Fürst.
Gefahren bzw. unangenehme Nebenerscheinungen der Insulintherapie. Schemenski.
Zur Anästhesierung der Leistenhernie. Ostrowski.
Rechtslagerung des S. Romanum. v. Hößlin.
Die physikalische Behandlung entzündlicher Frauenkrankheiten. Steiger.
Therapie der Pyelitis. Hohlweg.
Strumaoperation ohne direkte Unterbindung der Arteriae thyreoideae. Müller,
Ueber Zuckerausschüttung nach Insulin. Fornet und Christensen.
Der Unterricht in Gewerbehygiene und in Gewerbekrankheiten. Teleky.
Zur Aetiologie der Haffkrankheit. Lentz.
Heilmethoden und Aberglauben bei den norwegischen Lappen. Kohl.

Ueber die Transfusionstherapie der Biermerschen Krankheit. Die Blutgruppenbestimmung, welche durch die „Hämotest“technik (Staatl. serotherapeut. Institut, Wien) so einfach gestaltet ist, daß sie auch vom Praktiker mühelos ausgeführt werden kann, beseitigt die Gefahren, welche dem Kranken aus der Uebertragung des fremden Blutes durch Isoagglutination erwachsen können. Die Uebertragung selbst kann mit einfacher Methode ohne komplizierte Apparatur vorgenommen werden. Nach Aderlaß beim Spender in ein steriles Pulverglas wird das Blut durch Schütteln mit Glasperlen defibriniert, durch Gaze filtriert und mehrere Stunden im Eisschrank aufbewahrt, um die Giftwirkung des Serum abklingen zu lassen. Dann wird ein Trichter mit einem Gummischlauch versehen, der am unteren Ende eine Aderlaßkanüle trägt und das ganze System luftblasenfrei mit warmer steriler Kochsalzlösung gefüllt. Nach Einführung der Nadel in die Vene des Empfängers läßt man die Kochsalzlösung einfließen, dann das defibrinierte Blut und gibt zum Schluß nochmals physiologische Salzlösung nach. Bei guter intravenöser Technik ist ein Freilegen der Vene unnötig. Beim Auskochen der notwendigen Instrumente empfiehlt es sich, die Flasche für den Aderlaß getrennt von den Glasperlen zu kochen, die am besten in ein Mullsäckchen gepackt werden. Bei sorgfältiger Auswahl des Spenders, Vermeidung von gerinnungshemmenden Zusätzen zum Blut und genügend langer Pause zwischen Blutgewinnung und Transfusion kann die Blutübertragung als gefahrlos angesehen werden.

Die Biermersche Krankheit verläuft in großen Schüben mit Perioden spontaner Remission, deren Eintritt durch die Therapie herbeigeführt werden soll. Während der Remission selbst ist jede Behandlung zwecklos, einerlei ob es sich um Vollremissionen, dem völligen Stillstand des Leidens handelt oder ob es nur zu teilweisen Remissionen gekommen ist mit Fortfall der hämolytischen Vorgänge oder mit Kompensation der Hämolyse durch gesteigerte Regeneration des Knochenmarks.

In derartigen Remissionen ist weder mit der Arsen-, noch mit der Transfusionstherapie etwas zu erreichen, denn Ausmaß und Dauer der Remission sind unbeeinflußbar.

Im Vollstadium, während des Niedergangs der Blutwerte und des Anschwellens der Hämolyse (Auftreten des gelblichen Untertons in der Blässe, vermehrte Urobilinausscheidung im Urin und im Stuhl) muß die Arsentherapie eingeleitet werden. Arsenrefraktäre Fälle reagieren zumeist noch gut auf die Transfusion. Nur bei extrem niedrigen Hämoglobingehalt (12—15%) ist die Transfusion der Arsentherapie vorzuziehen, denn sie bringt durch Zufuhr von Sauerstoffträgern den Kranken über die Zeit hinweg, in welcher er trotz leidlicher regenerativer Kraft des Knochenmarks an Sauerstoffmangel zugrunde gehen kann. Manchmal muß die Transfusion (300—400 ccm) mehrmals wiederholt werden, ehe ein Erfolg, eine Remission eintritt. Der Wirkungsmechanismus des transfundierten Blutes beruht auf zwei Vorgängen. Das Blut wirkt als Sauerstoffträger und entlastet so das kranke, überanspruchte Knochenmark. Neben dieser Schonungswirkung üben sicher die im fremden Organismus zugrunde gehenden Erythrozyten einen Reiz auf das Knochenmark aus, der häufig in ein- bis zweitägigen Phasen lebhafter Regeneration sich auswirkt.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

1926, Heft 13.

Soziale und wirtschaftliche Probleme des Krankenanstaltenwesens. Schneider.
* Das neue Krankenhaus in Kaltenkirchen (Holstein). Ruppel.
* Gesetzliche Regelung der Irrenfürsorge in Preußen. Groth.
Die Infektionsabteilung in kleineren Krankenhäusern. Liebermeister.
* Ueber die Zusammenarbeit von Entbindungsanstalt und Mütterheim. Orgler.
Entscheidungen aus dem Arbeitsrecht und Beamtenrecht. Schilling.
Ergebnis der Jahresarbeit der Tagessanatorien. — Plattform einer Dispensieranstalt in Moskau. Gutachterausschuß.

Das neue Krankenhaus in Kaltenkirchen (Holstein). In der jahrzehntelangen Blütezeit des deutschen Krankenhausbaues vor dem Kriege haben hauptsächlich die großen und mittleren Städte in großer Zahl das Bedürfnis an Krankenunterkunftsräumen ausreichend und oft in vorbildlicher Weise befriedigt. Die sich langsam anbahnende ähnliche Entwicklung in dem Bau kleinerer Krankenhäuser für kleine Städte und ländliche Distrikte konnte infolge des Krieges nicht zur Durchführung gelangen. Nach dem Kriege ist der Bau kleiner Krankenhäuser fast noch dringlicher geworden als der von größeren Anstalten. Das beschriebene Krankenhaus ist für 25 Betten eingerichtet. Das Gebäude besteht aus Kellergeschoß, zwei Hauptgeschossen und Dachgeschoß. Bei der Anordnung der Räume wurde darauf geachtet, daß eine Erweiterung auf eine ungefähr doppelte Bettenzahl so durchgeführt werden kann, daß der Krankenbetrieb ohne Störung bleibt. Dementsprechend sind in einem Hauptbauteil, der den Hauptzugang enthält und später als Mittelbau des erweiterten Krankenhauses erscheint, die den Kranken gemeinsam dienenden Räume angeordnet (Operationssaal, Röntgenzimmer usw.), während in einem als Langbau ausgebildeten Flügel hauptsächlich die Krankenräume untergebracht sind. Nach ungefährer Abschätzung betragen die Gesamtbaukosten etwa 135 000 M.

Gesetzliche Regelung der Irrenfürsorge in Preußen. Es erscheint notwendig, eine gesetzliche Regelung zu schaffen mit Rücksicht auf den Artikel 114 der Reichsverfassung, der die Unverletzlichkeit der Freiheit der Person verbürgt und vorschreibt, daß jede Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit nur auf Grund von Gesetzen zulässig sei. Vor allem müssen auch gesetzliche Richtlinien geschaffen werden, weil alle Irrenanstalten einem großen Mißtrauen in der gesamten Bevölkerung begegnen. Verfasser fordert folgende Punkte von einer vorbildlichen Regelung:

1. Betonung des Krankenhauscharakters der Irrenanstalten, womit die fachärztliche Behandlung besonders hervorgehoben wird.
2. Erleichterung der Aufnahme.
3. Regelung des Beschwerdeverfahrens und der Ueberwachung der Anstalten, die sowohl den Interessen der Aerzte wie auch der Kranken und zugleich der Anschauungen der Bevölkerung gerecht wird.

Ueber die Zusammenarbeit von Entbindungsanstalt und Mütterheim. Die Sterblichkeit unehelicher Säuglinge ist stets höher als die ehelicher. Eine der Hauptursachen für die stärkere Gefährdung unehelicher Kinder in frühen Lebensmonaten ist die kürzere Stillzeit. Um die Trennung von Mutter und Säugling zu vermeiden und dadurch dem unehelichen Säugling die natürliche Ernährung an der Mutterbrust zu erhalten, wurden Wöchnerinnen- oder Mütterheime gegründet, in denen Mütter, die keine Unterkunft haben, längere oder kürzere Zeit bleiben und ihre Säuglinge stillen können. Ein großer Vorteil ergibt sich in mehrfacher Hinsicht daraus, daß für den Bau des Städtischen Säuglings- und Mütterheims Neukölln, das einmal zur Aufnahme von kranken und schwächlichen Säuglingen und zweitens zur Unterbringung unterkunftsloser Mütter mit ihren Säuglingen dienen sollte, ein Platz gegenüber der neu errichteten Hebammenlehranstalt gewählt wurde. Die Hebammenlehranstalt erfährt stets vor den halbmonatlichen Entlassungsterminen des Mütterheimes, wieviel Betten frei werden, und kann unter den in Betracht kommenden Wöchnerinnen die bedürftigsten und sozial gefährdetsten auswählen. Die Aerzte des Mütterheims werden ohne umständliche Rückfragen von etwa bestehenden Krankheiten der Mutter, vor allem von Lues, unterrichtet. Wenn bei Müttern, die bereits im Mütterheim sind, Störungen eintreten, werden sie denselben Aerzten überwiesen, die sie vorher behandelt haben. Das Säuglingsheim erhält bei den Ueberweisungen aus der Hebammenlehranstalt stets die Krankengeschichten mit dem Ablauf der Neugeborenenperiode; da sich die Angaben nicht, wie es sonst bei Ueberweisungen aus entfernter liegenden Anstalten der Fall ist, nur auf das Geburtsgewicht beziehen, ermöglicht Zusammenarbeit von Geburtshelfer und Kinderarzt ersprießliche Fortschritte in ärztlicher und verwaltungstechnischer Hinsicht, die sich vor allem auch im Rückgang der Sterblichkeit zeigen.

Werner Gottstein, Freiburg i. B.

Zeitschrift für physik. Therapie.

1926, Maiheft.

* Serumveränderungen bei positiver Thermotherapie. A. Schärer.
* Einfluß des Pigments auf die optischen Eigenschaften der Haut. W. Kartschagin.
Balneotherapie oder Fettsucht im Lichte neuerer wissenschaftlicher Anschauungen. Ernst Augstein.
Sport und Lungenausbildung. (Die Beeinflussung der Fassungskraft der Lunge durch die verschiedenen Sportarten.) Worringen.

Serumveränderungen bei positiver Thermotherapie. Durch eine einmalige positive Thermotherapie wurde in 24 Fällen eine vorübergehende Erhöhung der Serumkonzentration erzielt, in zwei Fällen eine Abnahme derselben. Die Nichteiweißkörper zeigen keine charakteristischen Schwankungen. Das Verhältnis Albumin zu Globulin im Serum wird durch einen einmaligen Wärmeeingriff nicht wesentlich verändert. Die Senkungsreaktion weist kein eindeutiges Verhalten auf. Die Viskosität verläuft im großen und ganzen parallel den Eiweißwerten. Die Werte der H-Ionenkonzentration können nicht als sicher betrachtet werden. Aus den erhobenen Befunden kann nicht mit Sicherheit eine Analogie der einmaligen Thermotherapie mit einer Reizkörperwirkung erbracht werden.

Einfluß des Pigments auf die optischen Eigenschaften der Haut. Vorliegende Arbeit bestätigt zweifellos die Richtigkeit der vom Autor vertretenen Ansicht über die Notwendigkeit, die Aufmerksamkeit im Interesse der Heliotherapie auf die optischen Eigenschaften der sich pigmentierenden Haut zu richten. Wenn sich diese während der Beleuchtungsdauer in bedeutendem Grade verändert, so müssen diese Veränderungen starken Einfluß auf alle Berechnungen und Annahmen über die Dauer der Lichtkur und auf die Wahl wie künstlicher Lichtquellen, so auch der Tageszeit bei der Sonnenkur. Wäre die

Frage, wie verschiedene Strahlen auf den lebenden Organismus wirken, mehr untersucht, so könnten wir auf Grund des in dieser Arbeit erhaltenen Materials, viele praktische Schlüsse ziehen. Solange dieses nicht der Fall ist, ergeben sich aus den Untersuchungen des Verf. folgende Resultate: Es ist ein Apparat konstruiert, der im Verein mit einem Spektrophotometer von König und Martens am lebenden Organismus die Frage über die optischen Hauteigenschaften und ihre durch Pigmentierung hervorgerufenen Veränderungen zu untersuchen erlaubt. 2. Es ist diese Konstruktion an bedeutendem Material erprobt. 3. Es ist ein Urteil über die optischen Eigenschaften der lebenden Haut erlangt. 4. Es ist das Fehlen des Einflusses des Alters und die optischen Hauteigenschaften konstatiert. 5. Es ist der Einfluß des Pigments auf die Veränderung der optischen Hauteigenschaften untersucht. 6. Es ist der Charakter der durch die Pigmentierung hervorgerufenen Veränderung der optischen Hauteigenschaften untersucht. 7. Es ist die pigmentierende Wirkung zerstreuten Sonnenlichts entdeckt. 8. Es ist die Frage über die äußersten Grenzveränderungen der optischen Hauteigenschaften unter dem Einfluß der Pigmentierung aufgeworfen.

Zur Balneotherapie der Fettsucht im Lichte neuerer wissenschaftlicher Anschauungen. Die neueren Forschungen bestätigen die empirischen Erfolge der Balneotherapie der Fettsucht.

Sport und Lungenausbildung. (Die Beeinflussung der Fassungskraft der Lunge durch die verschiedenen Sportarten.) Die Untersuchungen an 4000 Sportsleuten haben gezeigt, daß die Fassungskraft der Lunge in engster Beziehung zur Körpergröße steht, und daß die Größe der Fassungskraft der Lunge steigt mit dem Grad der Körperübung. Alle Sporttreibenden, ganz gleich welcher Art, haben eine höhere Fassungskraft der Lunge als Nichtsporttreibende. „Wenn es daher möglich wäre, der heranwachsenden deutschen Jugend durch tägliche Lungen- und Atmungsübungen eine gleichmäßige Steigerung der Vitalkapazität zu verschaffen, so wäre damit viel gewonnen für ihre körperliche Zukunft.“ (Wiese.) L. Katz.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

32., Heft 3.

Die Bacteriotherapie der Verdauungsstörungen des frühen Kindesalters. Popowa.
Die Bedeutung der Veränderungen des Kohlehydrat-Stoffwechsels für das klinische Bild der Intoxikationen bei Säuglingen. Fedynski, Poltiewa und Wilenskaja.
Eigentümliche Atemstörung bei chronischer Encephalitis epidemica im Kindesalter. Behmack.
Postgrippale Herzdilatation im Kindesalter. Lebeder.
* Schwefelwasserstoffvergiftung nach Behandlung der Säuglingsscabis mit Schwefelsalben. Basch.
Die operative Behandlung der Pylorustenose. Schulte.
Hautüberempfindlichkeit bei exsudativer Diathese, Skrofulose und Tuberkulose. Schlack.
Pathogenese der Dermatitis exfoliativa neonatorum. Szarka.
Sinusthrombose im Säuglingsalter. Herz.
* Insulinwirkung auf die Ketonurie beim Kinde. Freise und Boeringer.

Schwefelwasserstoffvergiftung nach Behandlung der Säuglingsscabies mit Schwefelsalben. Warnung vor der Behandlung der Säuglingsscabies mit Schwefelsalben oder Schwefel enthaltenden Mitteln, wie Mitigal, wegen der Gefahr der Schwefelwasserstoffvergiftung.

Insulinwirkung auf die Ketonurie beim Kinde. Bei Stoffwechselgesunden wie bei diabetischen Kindern, deren Blutzucker normal oder nur mäßig erhöht ist, kann durch Insulininjektionen experimentell eine Kretonurie erzeugt werden, nämlich dann, wenn dem Organismus Kohlehydrate nicht mehr in genügender Menge zur Verfügung stehen. Daraus folgt für die praktische Insulinbehandlung bei Diabetes folgende Regel:

Ketokörperausscheidung bei normalem oder erniedrigtem Blutzucker indiziert Erhöhung der Kohlehydrate resp. Erniedrigung des Fettes in der Kost oder aber ein Herabgehen mit den Insulindosen. Dies gilt jedoch niemals für den Koma bzw. den Infekt, wo die Insulingaben sich nach der Höhe des Blutzuckers bzw. nach der Stärke der Harnzucker-Ausscheidung zu richten haben.

Jahr (Berlin).

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

62., Heft 5/6.

* Pneumokokkus planus. Ein Beitrag zur Aetiologie der grippalen Erkrankungen des Kindesalters. A. Adam.
Pankreasatrophien im Säuglings- und Kindesalter. F. Gross.
Angeborene Haltungsanomalien infolge muskulöser Kontrakturen: Klumphand, Schiefhals, Kniegelenks-Kontrakturen. A. Hottinger.
Zwei Fälle von akuter Gehirndegeneration nach Masern. K. Mosse.
Lipoide und Lipoidwirkungen bei Kindern. P. György.
Aetiologie einiger atrophischer Zustände beim Kinde und die Bedeutung der Protoplasmahysterie für die Diagnostik derselben. K. Švehla und C. Saitz.
Vasoneurotische Konstitution im Kindesalter. B. Schagan.
Arbeitshygiene des Schulkindes. G. Hinsch.
Rezidivierende Schwellungen der Parotis. S. Wolff.

Pneumococcus planus. Ein Beitrag zur Aetiologie der grippalen Erkrankungen des Kindesalters. Zur Klärung der bakteriologischen Aetiologie der grippalen Erkrankungen im Kindesalter wurden über 500 zum Teil wiederholte Blutagarkulturen von Nasen und Nasensekret untersucht. Das Material stammte von 140 Kindern der beiden ersten Lebensjahre, 84 2—14jährige und 170 Erwachsene. Dabei ergab sich die interessante Tatsache, daß in den beiden ersten Lebensjahren überwiegend (60%) Pneumokokken gezüchtet wurden, im Gegensatz zu den Erwachsenen (nur 2,5%). Mit verschwindenden Ausnahmen handelte es sich dabei um einen bestimmten Pneumokokkentyp, der auf Grund bestimmter morphologisch-biologischer Merkmale identiert zu sein scheint mit der Gruppe IV der von den Amerikanern unterschiedenen Pneumokkenstämme. Auf Grund des Nachweises eines besonderen Pneumokokkentypus wird angenommen, daß die grippalen Erkrankungen des Kindesalters eine besondere, ätiologisch bisher noch nicht geklärte Einheit bilden.

Jahr (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

91., Heft 4—6, Juni 1926.

* Neurale progressive Muskelatrophie. Hans Curschmann.
* Fall von Chorea mit Lebercirrhose. Georg Schaltenbrand.
Hirnembolie. W. Jacobi und G. Magnus.
* Tonusverlust. Max Berliner, Hans Hoff und Paul Schilder.
Permeabilität der Plexus und der Meningen für Traubenzucker und Aminosäuren. Ernst Wiechmann.
Bicolorierte Mastixreaktion und über die allgemeine diagnostische Bedeutung der Kolloidreaktionen. Eugen v. Thurzó.
* Fall von Myelitis funicularis bei Basedowscher Krankheit. Erich Schilling.
* Bewegungslücken. Vladimir Vnjic.

Neurale progressive Muskelatrophie. Verf. beobachtete die Krankheit bei einem 38 jähr. Herrn und dessen 4—5 jährigen Töchterchen. Bei dem Vater begann das Leiden im Alter von 3—4 Jahren; bei beiden schritt es langsam fort, die Muskelatrophien zeigten sich zuerst an den kleinen Fußmuskeln und der Peroneusgruppe, später an den Tibialis-, den kleinen Hand- und Vorderarmmuskeln unter dauernder Verschonung des Bulbärgebietes, der Augenmuskeln, überhaupt der Hirnnerven. In einigen Muskelbündeln komplette Entlastungsreaktion. Keine Pseudohypertrophien, Crampi oder Kontrakturen. Beim Vater Akrocyanose, Gedunsenheit, fleckförmige Röte als vasomotorische Störungen. Blase, Mastdarm, Potenz intakt, Psyche völlig verschont. — Verf. erblickt den Sitz und Ursprung der neuralen progressiven Muskelatrophie in gleichem, koordiniertem Maße im Rückenmark wie in den Wurzeln und peripheren Nerven. Die klinische Einheit der „neuralen Muskelatrophie“ erscheint wohlbegründet.

Fall von Chorea mit Lebercirrhose. Mitteilung eines atypischen Falles von hepatolentikulärer Degeneration: Eine 59 jähr. Frau ist mehrere Jahre lang leberleidend und erkrankt dann in apoplektiformen Schüben an Chorea. Bei der Sektion finden sich: Lebercirrhose von Laennecschem Typus, Milzvergrößerung und schwerere Veränderungen im Zentralnervensystem (Degeneration der Ganglienzellen, Gliareaktion mit Bildung Alzheimerschen Zellen, Kapillarwucherung und eine eigenartige systematische Markfaserdegeneration, die zu ausgedehnten Lückenfeldern führt. Am schwersten erkrankt waren Frontalrinde, Striatum, Mesencephalon und Nucleus dentatus. Wahrscheinlich — doch nicht sicher — ist die Hirnerkrankung von der Lebercirrhose abhängig.

Tonusverlust. Fall I: Anfälle, die wenige Minuten bis 1½ Stunden dauern; Patientin schließt im Anfalle die Augen, beginnt den Kopf nach rechts zu drehen und sinkt langsam unter Bewußtseinsverlust nach der rechten Seite, macht den Eindruck einer Einschlafenden; wird sie nicht unterstützt, so fällt sie hin. Vor dem Anfall meist starkes Schwindelgefühl. Diagnose: organische Läsion in der Gegend des Schlafzentrums (Uebergang des 3. Ventrikels in den Aquaeductus Sylvii, Boden des 4. Ventrikels). Fall II: Chronische epidemische Encephalitis; Parkinsonismus. Beim Stehen sinkt der Kranke allmählich in die Knie ein, es kommt zu einem allmählichen Tonusverlust der Kniestrecker; Ausschaltung des Auges steigert den Tonusverlust. — Es gibt eine Reihe von Formen des Tonusverlustes. Dem Tonusverlust mit Bewußtseinsverlust oder Bewußtseinstrübung, sowie er im Schlafe, bei Narkoleptischen, bei der Hypnose auftritt, steht der Tonusverlust gegenüber, der, wie bei der Encephalitis und beim Augenschluß von Fall II, ohne Bewußtseinsstörung eintritt. Der Tonusverlust ist demnach dem Bewußtseinsverlust nicht sub-, sondern koordiniert. Der Tonusverlust kann allmählich einsetzen oder plötzlich kommen, er kann durch Affekte begünstigt werden, wie bei der Narkolepsie, kann auch durch Abschluß von optischen Einflüssen eintreten.

Fall von Myelitis funicularis bei Basedowscher Krankheit. Fall von typischem Basedow und dem Bilde der funikulären Myelitis (Fehlen der Patellar- und Achillesreflexe, positiver Babinski und Oppenheim, hochgradige Ataxie in beiden Beinen, Astasie-Abasie infolge der Ataxie). Durch Entfernung der Struma entscheidende Wendung und Besserung, sei es, daß dadurch die Quelle der Rückenmarksschädigung selbst entfernt wurde, sei es, daß dadurch der Circulus bitiosus im endokrinen System durchbrochen wurde. Trotz der eingetretenen Besserung ist die Prognose mit Vorsicht zu stellen. Verf. meint, daß das Toxin, das den Basedow hervorrief, wohl auch als auslösendes Moment für die Myelopathie anzusprechen ist. Das Krankheitsbild der funikulären Myelitis (mit Läsion der Hinter- und Seitenstränge) ist ein klinisches Syndrom, das durch die zahlreichen Erfahrungen an den Fällen von Anaemia gravis uns seit langem bekannt ist.

Bewegungslücken. 15 jähr. Jüngling. 1920 Encephalitis epidemica. 1921 folgende Gangstörung: Pat. mußte mitten im Gehen stehen bleiben und konnte nicht weiter gehen; er blieb einige Sekunden unbeweglich stehen, dann konnte er ohne Schwierigkeit weitergehen. Später auch dieselben Bewegungsunterbrechungen beim Sprechen, Kauen und bei Armbewegungen. Schließlich Doppeltsehen, Retropulsion, leichte Starre des ganzen Körpers, zeitweiser Tremor (bald schneller, bald langsamer), Depression, Selbstmordgedanken, Unverträglichkeit. Konvergenzparese, horizontaler Nystagmus, linke Pupille reagiert unausgiebig, Rigor, Bewegungsarmut. Bei den „Bewegungslücken" handelt es sich nicht um eine Behinderung der Bewegung durch Spannungszustände, sondern um ein Versagen der Innervation. Aehnliche Bewegungsstörungen sieht man bei epileptischen Absenzen und bei striopallidären Akinesen, auch bei der Narkolepsie, die ja gleichfalls nach Encephalitis epidemica auftreten kann.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

61., Heft 3, Mai 1926.

* Die sog. Brocasche Windung und ihre angebliche Bedeutung für den Sprachakt. E. Niessl von Mayendorf.
Zweiteilung des Rückenmarkes. E. Holland.
* Zur Frage der katatonischen Anfälle bei Kindern. N. Oseretzky.
* „Der Reflex des Malleolus externus" und das Piotrowskische Phänomen. K. Sagin.

Die sogenannte Brocasche Windung und ihre angebliche Bedeutung für den Sprachakt. Verfasser sieht es als eine unberechtigte, ja verunglückte Verteidigung Brocas an, die Pars opercularis frontalis mit seinem Namen in Verbindung zu bringen; sie hat mit dem Sprachakt nichts zu tun, falls sie nicht ausnahmsweise als Appendix der vorderen Zentralwindung auftritt. Für die Verwertung der aphasischen Ausfallserscheinungen zu Lokalisationszwecken ist auch die funktionelle Bedeutung der rechten motorischen Sprachregion viel mehr zu berücksichtigen, als dies bisher geschehen. Wir müssen ein ungleiches Eingeübtsein beider Hirnhemisphären in derselben Weise postulieren, wie wir ein solches zwischen der rechten und linken Hand des Rechtshänders kennen. Dies darf nicht übersehen werden, da man sonst leicht geneigt ist, gewisse Rindenbezirke oder Leitungsbahnen der linken Hemisphäre für das Auftreten von Symptomen unberechtigter Weise verantwortlich zu machen, während es vielmehr die rechte Hemisphäre ist, welche ihr ungeordnetes Spiel treibt.

Zur Frage der katatonischen Anfälle bei Kindern. Katatonische Anfälle bei Schizophrenie des Kindesalters sind in der Literatur selten beschrieben. Verfasser berichtet über sechs solche Fälle. Eine Kombination von Katatonie und Epilepsie ist nicht anzunehmen. Der Mechanismus der Anfälle ist vielmehr durch eine Läsion der gemeinsamen Funktion des kortikalen und des subkortikalen Apparates zu erklären. Für die Läsion des letzteren sind die tonische Phase des Anfalls und die verschiedenen vegetativen und speziell die vasomotorischen Störungen anzuführen. Der Verlauf der Fälle führt zu dem Schlusse, daß beim Vorhandensein katatoner Anfälle der Kranke aus seiner Psychose mit einem bedeutenden seelischen Defekt herauskommt und daß die Remission hier keine dauernde ist. Bei 31 Fällen von kindlicher Schizophrenie sah Verfasser sechs Fälle mit katatonischen Anfällen (= 19,3%), er beobachtete sie weder bei der Hebephrenie noch bei der Dementia paranoides.

„Der Reflex des Malleolus externus" und das Piotrowskische Phänomen. Der Reflex des Malleolus externus (Balduzzi) besteht darin, daß ein Schlag mit dem Perkussionshammer auf den vorderen Rand des Malleolus externus eine Streckung des Fußes hervorruft. Der Reflex ist ein Periostreflex und pathognomonisch für organische Erkrankung des Zentralnervensystems. Es bildet einen Bestandteil des von Piotrowski im Jahre 1913 beschriebenen Reflexes: bei Perkussion des M. tibialis anticus oder eines Punktes zwischen dem mittleren und unteren Drittel des Muskels Kontraktion der M. gastrocnemii und Streckung des Fußes (auch nur bei organischer Erkrankung des Nervensystems). Der Reflex des Malleolus externus ist lediglich als Folge der übermäßigen Ausbildung der reflexogenen Zone des Piotrowski-Phänomens anzusehen.

Kurt Mendel (Berlin).

Archiv für Gynäkologie.

128., Heft 3, Juni 1926.

Geburtsmechanismus beim engen Becken. P. Schumacher.
* Entzündlicher Ursprung der Atresie und der heterotopen Epithelwucherung in den Tuben. J. Ritoi.
* Gürtelplacenta. L. Fränkel und J. Granzow.
Sarcoma corporis uteri mit durchweg „rythmischer" Struktur. W. Geisler.
Nierenfunktion und Schwangerschaft. R. Kräuter.
Folliculoma ovarii. A. Blau.
Wassermannsche Reaktion bei der Geburt. H. Boas und S. A. Grammeltoff.
* Funktionsstörungen des Pubertätsalters. A. v. Fekete.
* Schwangerschaft und Lungentuberkulose. F. Schultze-Rhonhof.
Epitheltragende Hämatome sowie endometrioide Bildungen im Ovar. R. Cordua.

Entzündlicher Ursprung der Atresie und der heterotopen Epithelwucherung in den Tuben. In keinem anderen Organ ist die entzündliche Entstehung der Atresie und hetereotopen Schleimhautwucherung so leicht und so häufig nachweisbar wie in der Tube; in jedem anderen Teile der weiblichen Genitalien sind emryonale Fehlbildungen gezeigt worden, nur gerade in der Tube nicht. — Es sind keine Fehler in der Tube, weder Atresie, noch besondere Formen der heterotopen Wucherung bekannt, die nicht durch entsprechende Bilder im Gefolge der Entzündung entstanden zu erklären wären. Es ist kein Gegenbeweis gegen die entzündliche Entstehung, wenn die Entzündung abgelaufen ist. — Narbenbildung ist nur selten zu erwarten, fibrose Einlagerung in der Muskulatur als Folge der Entzündung ist häufig vorhanden, sie kann leicht übersehen werden. — Reine hyperplasiogene Adenomyosis tubarum ist wenigstens in den uterinen Tubenecken möglich, in den übrigen Teilen unbekannt. — Die Atresie und die heterotope Schleimhautwucherung in den Tuben ist fast stets entzündlichen Ursprungs, meist infolge Gonorrhoe.

Gürtelplacenta. Verfasser beschreibt eine gürtelförmige Placenta, eine Placentaranomalie, die beim Menschen zu den größten Seltenheiten gehört. Sie stammt von einer Drittgebärenden der Breslauer geburtshilflichen Poliklinik. Bei beiden vorangegangenen Entbindungen war wegen Retentio placentae die manuelle Entfernung der Nachgeburt erforderlich. Verfasser kommt bei der Erörterung über die Entstehungsmöglichkeiten eines derartigen Gebildes zu dem Resultat, daß die Einbettung in der für den Menschen spezifischen Weise erfolgte, und daß für die abnorme Gestalt der Placenta eine Erkrankung der Eihautfläche die wahrscheinlichste Erklärung abgibt. Die Abweichung der Eiansiedlung gegenüber der Norm bezieht sich erstens auf den tieferen Sitz in der Mitte des Uterus, zweitens auf die Größe der Placenta, drittens auf ihre Ausbreitung in äquatorialer Richtung rund um den Uterus und viertens auf die Tiefenentwicklung durch die Decidua capsularis in die parietalis. —

Funktionsstörungen des Pubertätsalters. Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß die unregelmäßigen Blutungen des Pubertätsalters gewöhnlich mit einer herabgesetzten Ovarienfunktion in einem indirekten Zusammenhang stehen. Die Konstitutionsprüfung der Patienten weist auf die ferneren Ursachen der Störung hin; häufig ist bei solchen Patienten die Funktionsstörung der Schilddrüse und des vegetativen Nervensystems. Bei bestehender Blutung empfiehlt Verfasser intravenöse Calciuminjektionen, während der blutungsfreien Intervalle sind neben allgemeiner Kräftigung wochenlang Ovarien-, Thyreoidea- und Hypophysenpräparate zu verabreichen. Der konstitutionelle Fluor, ein Fluor, der sich durch lokale Veränderungen nicht erklären läßt, hat seine Ursache in der erhöhten Reizbarkeit der Scheidenschleimhaut und des Sekretionsapparates (Bartholinische Drüse, zervikale Schleimhaut). Den Boden hierzu bieten: autochthone Schwäche, Anomalien des endokrinen Systems, hauptsächlich aber der Erregungszustand des Nervensystems. Oft finden wir genitale Hypoplasie, Störungen der Funktion der Schilddrüse. Bei der Behandlung sind die konstitutionellen Veränderungen zu berücksichtigen, häufig ist Calciumverabreichung nötig. Die lokale Behandlung ist auf kurze Zeit zu beschränken.

Schwangerschaft und Lungentuberkulose. Die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft sind in ihren Ergebnissen so widersprechend, daß sie zu bindenden Schlußfolgerungen nicht berechtigen. Das gilt sowohl für die Frage der Verschlimmerung an sich, als auch für die der einzuschlagenden Therapie. Den guten und schlechten Resultaten der künstlichen Unterbrechung stehen gleichartig gute und schlechte Resultate auf der konservativen Seite gegenüber. — Um Klarheit in dieser Frage zu gewinnen, schlägt Verfasser vor, eine aus erfahrenen Internisten und Geburtshelfern zusammengesetzte Arbeitsgemeinschaft zu bilden, die nach einheitlichen Richtlinien die Fälle beobachtet und untersucht. Dazu ist eine Fühlungnahme dieses Gremiums mit den Regierungen der einzelnen Länder erforderlich, um die Freigabe einiger Heilstätten gerade für tuberkulöse Schwangere und um die Bereitstellung der hierzu erforderlichen finanziellen Hilfsmittel zu erwirken. An diesen Heilstätten könnten die Erfahrungen über die Unterbrechung und die rein konservative Therapie gesammelt werden. Auf diese Weise wäre eine einheitliche Beobachtung sicher gewährleistet. — Die von der Arbeitsgemeinschaft aufgestellten Richtlinien wären durch Veröffentlichung in den einschlägigen Zeitschriften der Gesamtheit der Aerzte zugängig zu machen. —

Rudolf Katz, Berlin.

Archiv für klinische Chirurgie.

140., Festschrift für A. von Eiselsberg.

Die serösen Höhlen. L. Schönbauer.
Wundheilung und Wasserstoffionenkonzentration. Karl Nather und Aurel Jalcowitz.
*Perniziöse Anämie und Bluttransfusion. Karl Nather.
*Fieber nach der Milzexstirpation. E. Gold und H. Schnitzler.
Die postoperative Krampfbereitschaft. Aurel Jalcowitz und Fritz Starlinger.
Fall von tödlicher Kaliumpermanganatvergiftung. H. Homma.
*Gefährlichkeit der Probeexzision. Hans Heidler.
Histologische Befunde bei der experimentellen Einpflanzung der Hirnhäute in das Gebirn. L. Schönbauer und H. Brunner.
Plastische Operationen bei Facialislähmung. Hans Brunner.
*Die konservative Behandlung der Adamantinome. Hans Pichler.
Odontome. Hermann Wolf.
Ueber Spontanfrakturen des Unterkiefers. Otto Hofer.
Drei Fälle von zentraler Kiefer-Aktinomykose. Josef Klingsbigl.
Fall von linksseitiger, kompletter Lippen- und Gaumenspalte, mit Fehlen der linken Zwischenkieferhälfte, des Philtrums und knorpeligen Anteiles der Nasenscheidewand. Arwed Berg.
Beitrag zu den Speicheldrüsengeschwülsten. Karl Michl.
Entzündliche Orbitalkomplikation im Anschluß an eine isolierte akute Siebbeinerkrankung bei einem Kinde. E. Wessely.
Außeroperative Behandlung der otogenen Sepsis. Camillo Wiethe.
Die Indikation zu chirurgischen Eingriffen am Innenohr. Josef Fischer.
*Sicardsche Myelographie und ihre Ergebnisse. W. Denk.
*Luxationen der Halswirbelsäule. E. Ranzi und Walter Vogl.
Operative Behandlung der Jugendstrumen. B. Breitner.
Die submuköse Exstirpation intratrachealer Strumen. E. Suchanek.
*Hat die Callusbildung einen Einfluß auf das morphologische Bild der Schilddrüse? Ernst Kutscha-Lißberg.
Phoniatrische Bemerkungen zur Laryngektomie. Mil. Seemann.
Chirurgie des Bulbus venae jugularis. Viktor Orator.
*Intrabronchiale Einführung von Medikamenten. Max Sgalitzer.
Ueber seltene Lokalisation von Metastasen des Mammakarzinoms. G. Riehl jun.
Das Problem des Oesophagospasmus. Gustav Hofer.
*Ueber die Exstirpation des Kardiakarzinoms. P. Clairmont.
Magenphlegmone. Viktor Orator.
Primäre Blutungen beim Magenkarzinom. Karl Urban.
*Ulcus pepticum jejuni. Hans Haberer.
*Das perforierte Magen-Duodenalgeschwür und das perforierte Ulcus pepticum jejuni. Hubert Kunz.
Zur Frage des postoperativen Ulcus pepticum jejuni. A. Winkelbauer.
Pathogenese des Ulcus pepticum jejuni postoperativum. A. Winkelbauer und F. Starlinger.
*Pathogenese der Pankreascysten. Peter Walzel.
*Zwei Fälle von Pankreascyste. Erich v. Redwitz.
Fall von subkutaner totaler Choledochusruptur. Emil Just.
Chirurgie der Milz. I. Philipowicz.
*Invagination der zirkulären Naht nach Rectumresektion. (Modifizierte Schlauchmethode nach Balfour-Mayo.) Hans Ehrlich.
Funktion des großen Netzes und des Bauchfelles. Waldemar Goldschmidt und Wilhelm Schloß.
Entzündliche Netztumoren in der Schwangerschaft. Alfred Szenes.
Ungewöhnlich großer retroperitonealer Tumor von eigenartigem histologischen Aufbau. R. Hofstätter und H. Schnitzler.
Zwei Fälle von retroperitonealen Geschwülsten. Otto Pritzi.
Lymphangitis mesenterialis. B. O. Pribram.
Fall von cystischem Sarkom im Mesenterium. Fritz Schürer-Waldheim.
Der Schmerz als Symptom innerer Blutungen. Erwin Graff.
Das Nabelzeichen bei Extrauteringravidität. R. Hofstätter.
Intraabdominelle Blutung infolge spontaner Zerreißung der nichtgraviden Tube. Robert Köhler.
Geschwulstmetastasen täuschen Brucheinklemmungen vor. Karl Hutter.
Zweizeitig operiertes Carcinoma ovarii metastaticum. I. Amreich.
Ueber adenomähnliche Wucherung der Tubenschleimhaut bei Tuberkulose. H. Zacherl.
Ueber vasomotorische Nierenschmerzen. Oswald Schwarz.
*Offene kavernöse Nierentuberkulosen ohne Blasensymptome. Paul Blatt.
Ueber papillomatöse Geschwülste des Nierenbeckens. Oskar Stricker.
*Dauerkatheterismus der Ureteren. G. A. Wagner.
Prostatektomie. Hugo Leischner.
Behandlung großer Blasendefekte. Hans Hermann Schmid.
Dauerkatheterbehandlung. Th. Hryntschak.
Fremdkörper in der Harnblase. (Der vaginale Weg zu ihrer Entfernung.) R. Stiglbauer.
*Das Kalium im Kampf gegen die Blasenatonie. Tassilo Antoine.
Luxationsfraktur der Patella. Otto Frisch.
Ueber die Riesenzellentumoren der langen Röhrenknochen. E. Gold.
Einfluß der Hüftankylose auf das weibliche Becken. N. Louros.
Die abdomino-anale Rectumexstirpation bei Krebs des Mastdarmes. J. Exalto.

Perniziöse Anaemie und Bluttransfusion. Die Bluttransfusion bei perniziöser Anaemie kann, wie jeder andere therapeutische Eingriff, in der Wirkung nicht ganz scharf beurteilt werden, da Spontanremissionen ohne jegliche Therapie vorkommen. Nach allen Erfahrungen scheint die Bluttransfusion in ihrer Wirkungsweise jede Art interner Medikation zu übertreffen. Trotzdem soll sie keineswegs die interne Behandlung bei perniziöser Anaemie verdrängen. Genau wie bei den internen Medikationen zeigt sich der Organismus im Wiederholungsfalle auch gegen die Transfusionsbehandlung refraktär. Wie weit die Milzexstirpation die perniziöse Anaemie beeinflußt, läßt sich nicht sagen. In vielen Fällen ist die Bluttransfusion als Vorbereitung zur Milzexstirpation außerordentlich zu empfehlen.

Fieber nach der Milzexstirpation. Sowohl beim Menschen als auch im Tierexperiment tritt nach der Milzexstirpation häufig Fieber auf. Nach Auffassung der Autoren handelt es sich um ein aseptisches Fieber, das darauf beruht, daß Stoffe nach Entfernung des Organes in den Kreislauf gelangen, die sonst von der Milz zurückgehalten werden. Der Blutzucker sinkt nach der Milzexstirpation vorübergehend, alsdann kommt es zu einem mäßigen Anstieg desselben im Sinne einer Hyperglykämie.

Gefährlichkeit der Probeexcision. Verf. verurteilt die vielfach bei malignen Tumoren ausgeführten Probeexcisionen. Er betrachtet die Probeexcision nicht als einen harmlosen Eingriff. Sie kann schwere Folgen haben, indem der sonst vielleicht geschlossene Tumor eröffnet wird und es zu einer diffusen Aussaat des Tumors kommen kann. Verf. hält es für richtig, unmittelbar im Anschluß an die Probeexcision an Hand eines Schnellgefrierschnittes die Diagnose zu stellen und alsdann, falls es nötig ist, sofort die Radikaloperation anzuschließen.

Die konservative Behandlung der Adamantinome. Verf. teilt seine Erfahrungen über die Radiumbestrahlung von Adamantinomen mit, macht allerdings gleich die Einschränkung, daß die Beobachtungszeit ein abschließendes Urteil noch nicht zuläßt. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er für die Fälle, wo eine Radikaloperation nicht ausgeführt werden konnte, eine Radiumnachbestrahlung für erfolgversprechend.

Sicardsche Myelographie und ihre Ergebnisse. Durch die Myelographie haben wir eine wertvolle Bereicherung der klinischen Untersuchungsmethoden der Rückenmarkserkrankungen erfahren. Ist man in der Technik erfahren, so kann durch die Myelographie mit ziemlicher Sicherheit die Höhe eines krankhaften Prozesses bestimmt und damit das Operationsfeld eingeengt werden. Hat die Myelographie einen negativen Ausfall, so ist von einem operativen Eingriff Abstand zu nehmen. Die Myelographie kann in diesen Fällen wiederholt werden, falls die klinischen Symptome weiter bestehen und der Verdacht aufrecht erhalten wird, daß es sich um einen Prozeß handelt, der operativ anzugehen ist. Der negative Ausfall ist in diesen Fällen darin begründet, daß der pathologische Prozeß noch zu klein ist, um das Jodipin aufhalten zu können. Bei der Beurteilung der Röntgenbilder muß man die falschen Arretierungen ausschalten, die recht häufig im obersten Teile der Brustwirbelsäule vorkommen. Obwohl die Reizwirkungen des Oeles im allgemeinen gering sind, dürfen sie doch nicht unterschätzt werden. Besonders große Vorsicht muß angewandt werden, um nicht eine Medullaläsion zu verursachen. Die Myelographie soll und kann niemals die neurologischen Untersuchungsmethoden ersetzen. Sie ist nur eine wertvolle Ergänzung und Unterstützung.

Luxationen der Halswirbelsäule. Bei frischen totalen Luxationen der Halswirbelsäule, durch die eine Kompression des Rückenmarkes bedingt ist, soll durch starke Extension ein vorsichtiger Repositionsversuch gemacht werden. Gelingt er nicht, so ist die blutige Einrenkung durch Laminektomie und Wegnahme der Gelenkfortsätze vorzunehmen. Bei totalen Luxationen der Halswirbelsäule ohne neurologischen Befund (diese Luxationen sind sehr selten) kann, wenn starke Schmerzen bestehen oder wegen der Stellung der Wirbelsäule eine Korrektur erwünscht ist, ein Repositionsversuch mit größter Vorsicht gemacht werden, um nicht durch die Einrenkung eine Schädigung des Rückenmarkes, die bisher noch nicht bestand, herbeizuführen. Veraltete derartige Luxationen können nur operativ beseitigt werden. In den meisten Fällen von Luxationen der Halswirbelsäule mit starker Dislokation ohne Kompressionserscheinungen ist eine gleichzeitige Fraktur des Wirbelbogens mit der Luxation gepaart.

Hat die Callusbildung einen Einfluß auf das morphologische Bild der Schilddrüse? Bei der Callusbildung an großen Röhrenknochen scheint die Schilddrüse morphologisch die Zeichen lebhafter Funktion aufzuweisen. Es sind Epithelproliferationen, Entfaltung unentfalteter Follikel und Anschoppung mit dünnem Kolloid beobachtet worden.

Intrabronchiale Einführung von Medikamenten. Für die intrabronchiale Einführung von Medikamenten stehen uns zwei Methoden zur Verfügung: die Bronchusfüllung mit dem Larynxkatheter (nach O. Beck und Verf.) und die Verschluckmethode (nach Nather und Verf.). Durch Veränderung der Körperstellung unter Röntgenkontrolle ist man in der Lage, das Medikament zu dem Krankheitsherd zu leiten. Das Medikament muß zu diesem Zwecke aus einer schattengebenden, am besten öligen Substanz bestehen (40% Jodipin, evtl. Lipiodol). Bei therapeutischer Füllung muß eine gründliche Anästhesierung des Pharynx, Larynx und der Trachealschleimhaut vorausgegangen sein. Nur dann kommt das Medikament an die beabsichtigte Stelle. Mehr als 30 ccm sollen zur therapeutischen Füllung nicht verwandt werden. Das Medikament darf ferner nur in den Bronchialbaum der einen Lunge eingeführt werden. Eine Wiederholung vor einer Woche ist nicht ratsam. Die therapeutische Füllung ist, richtig ausgeführt und bei richtiger Indikationsstellung, ungefährlich. Patienten mit schweren Herz- und Aortenveränderungen sind von dem Eingriffe auszuschließen. Wird die Bronchusfüllung reaktionslos vertragen, so können spätere Füllungen mit nachfolgender zwei- bis dreistündiger Beobachtung ambulant vorgenommen werden.

Ueber die Exstirpation des Kardiakarzinoms. Es ist bisher schon gelungen, Kardiakarzinome operativ dauernd zu heilen. Die Kardiakarzinome sind recht häufig papillärer Natur, die nicht die Neigung besitzen, in die Tiefe zu wuchern. Die Patienten gehen also vielfach nicht an der Bösartigkeit der Geschwulst, sondern an der Unterernährung und ihren Folgen zugrunde. Die Tumoren besitzen nicht die Neigung, die Kardia nach oben zu überschreiten, sie stülpen gewöhnlich die unveränderte Schleimhaut der Speiseröhre vor und bleiben auf das Gebiet des Magens beschränkt. Die operative Technik ist bisher wenig ausgebaut. Die zahlreichen Mißerfolge sind wohl darauf zurückzuführen, daß bei Spätoperationen, bei inoperablen Karzinomen operiert worden ist. Bei der Operation ist, wie es Küttner fordert, stets mit der Laparotomie zu beginnen. Man wird sich alsdann am leichtesten ein Bild über die Operabilität des Kardiakarzinoms machen können. In vielen Fällen gelingt es, den Oesophagus so weit zu mobilisieren, daß er auch nach Resektion des Tumors in die Bauchhöhle herabgezogen und in den Magen eingepflanzt werden kann. Die Anastomose zwischen Magen und Speiseröhre kann häufig nur mit großen Schwierigkeiten und nicht immer mit genügender Sicherheit angelegt werden. Gelingt die Vereinigung nicht, so muß die kombinierte Methode in Anwendung kommen, die darin besteht, daß der Oesophagus retropleural im hinteren Mediastinum von links her nach Resektion der zehnten und zwölften Rippe aufgesucht wird. Nach Durchtrennung des Zwerchfells wird der mediastinale Raum mit der Bauchhöhle vereinigt und der Magen kann zur Anastomose mit dem Oesophagus in die Höhe verlagert werden. Die Kontinuitätswiederherstellung wird nur möglich sein, wenn man nicht mehr als 8 cm vom Oesophagus zu resezieren braucht.

Ulcus pepticum jejuni. Das Magen- und Darmmaterial verhält sich hinsichtlich der Geschwürsbildungen in verschiedenen Ländern und unter verschiedenen Lebensbedingungen annähernd gleich, genau so wie ihre Nachkrankheiten. Die verschiedenen Schulen mit ihrer verschiedenen Technik scheinen auf die Nachkrankheiten keinen Einfluß zu haben. Die Nachkrankheiten sind vielmehr von dem nicht radikalen Eingriffe abhängig. Die häufigste Nachkrankheit ist das Ulcus pepticum jejuni, das häufig unter der Verlegenheitsdiagnose „postoperative Verwachsungen" einhergeht, da die Diagnose des Ulcus pepticum jejuni häufig recht schwer zu stellen ist und auch dem Geübten recht große Schwierigkeiten bereiten kann. Die bisherige Auffassung, daß die Pylorusdrüsen für das Zustandekommen der Jejunalulcera eine besondere Bedeutung besitzen, scheint nach den Untersuchungen der letzten Jahre nicht aufrecht erhalten werden zu können, da trotz Wegnahme von Pylorus und Antrum nach der Resektionsmethode Billroth II Jejunalulcera beobachtet werden. Verfasser glaubt, einen Teil der Jejunalulcera nach B. II-Operationen darauf zurückführen zu können, daß versprengte Pylorusdrüsen in die Fundusdrüsen eingebettet sind.

Das perforierte Magen-Duodenalgeschwür und das perforierte Ulcus pepticum jejuni. Verfasser berichtet über 36 Fälle perforierter Ulcera, die mit Uebernähung und Gastroenterostomie behandelt worden sind. Abgesehen von einigen Ausnahmen handelt es sich um Spätfälle, bei denen 12 bis 48 Stunden nach der Perforation operiert wurde. Die Mortalität seiner Fälle beträgt 22,2%. Die Dauerresultate scheinen bei Uebernähen und Gastroenterostomie nicht schlecht zu sein, weil es sich in den meisten Fällen um pylorusnahe Geschwüre handelte. Trotzdem wird auch die Resektion des perforierten Ulcus nicht zu verwerfen sein, besonders nicht, wenn es sich um Frühfälle mit günstig sitzenden perforierten Geschwüren handelt.

Verfasser rät zu der Spülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung oder mit Pepsinsalzsäurelösung. Eine Drainage ist in seinen sämtlichen Fällen unterblieben.

Pathogenese der Pankreaszysten. Verfasser veröffentlicht 13 Fälle von Pankreaszysten, die in den letzten 20 Jahren in der Eiselsbergschen Klinik operiert wurden. Eine traumatische Aetiologie lag in keinem Falle vor. Pankreaszysten traten dagegen auf im Anschluß an Gallenblasenerkrankungen mit gleichzeitig bestehender chronischer Pankreatitis. In zwei Fällen war die Pankreaszyste im Anschluß an Magenoperationen aufgetreten, einmal bei gewöhnlichem Ulcus ventriculi, das andere Mal bei karzinomatös entartetem Magengeschwür. Verfasser nimmt an, daß der primäre ulceröse Magenprozeß auf dem Lymphwege zu einer chronischen Pankreatitis geführt hat, durch die die Pankreaszyste bedingt wurde. In einem Falle war die Pankreaszyste bei schwerem Diabetes aufgetreten. Auch hier scheint das primäre Leiden eine Cholelithiasis gewesen zu sein.

Zwei Fälle von Pankreaszyste. Die Noguchische Reaktion kann für die Diagnose des Pankreasprozesses verwertbar sein. Ein positiver Ausfall spricht für einen aktiven Prozeß im Pankreas, ein negativer schließt die Erkrankung des Pankreas nicht aus. Bei Pankreaszysten ist der Operationsweg durch das Abdomen zu empfehlen. Liegt die Zyste im Pankreasschwanz, so ist der Weg von der Lende vorzuziehen. Bei echten Epithelzysten des Pankreas soll man unbedingt versuchen, die Zyste total zu exstirpieren. Eine vorherige Punktion der Zyste beseitigt häufig die Gefahr der plötzlichen Berstung während der Operation. Ist die Exstirpation unmöglich, so daß man sich gezwungen sieht, die Zyste einzunähen, so ist mit nachträglicher Radiumbestrahlung der Versuch zu machen, das Cystenepithel zu zerstören und durch Granulationsgewebe die Fistel zur Ausheilung zu bringen. Kommt es trotz Radiumbestrahlung zur Fistelbildung, so ist der Versuch zu machen, die Fistel zu exstirpieren oder sie in den Magen, in die Gallenblase, in das Duodenum oder in das Jejunum einzupflanzen.

Invagination der zirkulären Naht nach Rektumresektion. Die zirkuläre Vereinigung der Stumpfenden bei Rektumresektionen hält häufig nicht trotz mehrfacher Nahtsicherung. Verfasser legt nach zirkulärer Vereinigung ein Gummirohr durch die Resektionsstelle in das proximale Ende und fixiert es mit einigen Catgutnähten an der Nahtstelle. Durch Zug an dem Rohr gelingt es leicht, die ursprüngliche Vereinigungsstelle auf mehrere Zentimeter zu invaginieren und die invaginierte Naht mit einzelnen Catgutnähten zu fixieren. Die Aussicht auf eine Heilung per primam wächst mit dieser Methode bedeutend.

Offene kavernöse Nierentuberkulosen ohne Blasensymptome. Veröffentlichung von fünf Fällen tuberkulöser Pyonephrosen, bei denen ein abnorm milder Verlauf und ein Mangel jeglicher objektiver und subjektiver Blasensymptome vorliegt. Verfasser glaubt die Begründung für diese verhältnismäßig seltenen Befunde darin suchen zu müssen, daß eine besondere Varietät des Tuberkelbazillus vorliegt.

Dauerkatheterismus der Ureteren. Der Ureterendauerkatheterismus kann in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht ausgeführt werden. Therapeutisch kann er bei Graviditätspyelitis, bei Pyelitis nach Operationen und anderen Ursachen, bei Pyo-Hydronephrose und Nephroptose und zur Heilung von Ureterfisteln angelegt werden. Nach Beobachtungen des Verfassers ist der Dauerkatheterismus der Ureteren ein ungefährliches Verfahren. Nur ganz vereinzelt sind Schmerzen aufgetreten, niemals aber Blutungen oder die Erscheinungen eines Dekubitus.

Das Kalium im Kampf gegen die Blasenatonie. Verfasser rät zur Bekämpfung der postoperativen und nach der Geburt auftretenden Blasenatonien eine zehnprozentige Liquor calii acetici-Lösung zu geben. Zehn bis zwölf Stunden post operationem oder partum wird ein Eßlöffel der Lösung gegeben. Diese Gabe wird halbstündlich bis zur Wirkung wiederholt. In 89% der Fälle wurden gute Resultate erzielt. Das Mittel hat den Vorteil, vollkommen harmlos zu sein.

Gohrbandt (Berlin).

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

196., Heft 1/3.

*Klinik der posttraumatischen Spätapoplexie. I. Chir. Universitätsklinik in Wien. Prof. A. Eiselsberg. A. Winkelbauer.
*Ein tierexperimenteller Beitrag zu den retroperitonealen Ursachen der Darmparalyse und des Meteorismus. Rudolf Demel.
Pylorus-Duodenalgrenze und Duodenum des Menschen. Franz Spath.
*Beiträge zur Ulcusfrage. I. Aciditäts- und Pepsinwerte bei Magen- und Gallenkranken, verglichen mit morphologischen und klinischen Befunden. Viktor Orator und Knittel.
*Beiträge zur Ulcusfrage. II. Serologische Befunde beim Geschwürsleiden, unter Heranziehung anderer chirurgischer Fälle zum Vergleiche. Orator und Kordon.
*Die primäre Herzschädigung durch Narkotika. Franz Kazda.
Die Gesetze der entzündlichen Gelenkskontraktur, erläutert am Hüftgelenke. Friedrich Friedländer.
Ueber den Plattfuß und seine Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Operationsmethode nach Ernst Müller. Klaus von Dittrich.

Klinik der posttraumatischen Spätapoplexie. Der Begriff der posttraumatischen Spätapoplexie ist klinisch wohl verwertbar. Es muß angenommen werden, daß verschiedene ätiologische Momente in Betracht kommen. Beim Auftreten von Rezidiven handelt es sich wahrscheinlich um Gefäßeinrisse, aus denen sich traumatische Aneurysmen entwickelt haben. Der Zusammenhang der Spätapoplexie muß als fraglich aufgefaßt werden. Auch ohne vorausgegangene Bewußtseinsstörungen können Spätapoplexien auftreten. Sie sind besonders zu erwarten, wenn zerebrale Erscheinungen direkt an die Verletzung oder nach nicht allzu langer Zeit nach dem Trauma auftreten. Alle Schädeltraumen sollen für längere Zeit genau überwacht werden.

Ein tierexperimenteller Beitrag zu den retroperitonealen Ursachen der Darmparalyse und des Meteorismus. Liegt ein retroperitoneales Haematom in der Nähe der beiden Nervi splanchnici, so führt es zu Meteorismus des ganzen Dünndarmes. Höchstwahrscheinlich handelt es sich um eine Reizung der Nervi splanchnici durch die Eiweißabbauprodukte des Haematoms. Bei dem Meteorismus wird besonders das Duodenum und der oberste Teil des Jejunums betroffen, weit weniger dagegen der untere Teil des Jejunums und des Ileums. Liegt das retroperitoneale Haematom um das Ganglion coel. oder weiter unten im Retroperitonealraume, so bedingt es weder Darmparese noch Meteorismus. Reizt man den Nervus splanchnicus maior direkt chemisch oder elektrisch, so tritt eine Blähung und Parese des ganzen Dünndarmes auf. Auch nach Adrenalininjektionen kommt es zur Schlaffheit und Trägheit der Darmschlingen, insbesondere wenn gleichzeitig Atropin injiziert wird. Wird der N. splanchnicus durch einen starken galvanischen Strom gelähmt, so werden die Intestinalgefäße außerordentlich stark dilatiert, die Erregbarkeit der Darmmuskulatur so gesteigert, daß sie an einen tonischen Krampf erinnert. Durch Pilocarpin-Injektion kann die erzeugte Darmparese mit Meteorismus günstig beeinflußt werden. Aus dem eben Gesagten ergibt sich, daß Patienten mit postoperativer Darmparese und Meteorismus als Herztonicum kein Adrenalin erhalten dürfen, besonders nicht, wenn sie vorher eine Atropininjektion erhalten haben. Von den phlegmonösen retroperitonealen Erkrankungen führen nur die direkt unterhalb des Zwerchfells sitzenden zur ausgesprochenen Paralyse des ganzen Dünndarms. Die Phlegmonen des unteren Peritonealraumes führen nur zu einer Herabsetzung der Dünndarmmotilität, wenn sie sich gegen das Zwerchfell zu ausbreiten. Die Ursache der Darmlähmung bei retroperitonealen Eiterungen beruht in der Toxinwirkung auf die Nervenbahn.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Ulkusfrage. I. Aziditäts- und Pepsinwerte bei Magen- und Gallenkranken, verglichen mit morphologischen und klinischen Befunden. Verfasser berichten über ihre Erfahrungen an 80 Fällen. Geschwürskranke Patienten, die funktionelle Magenbeschwerden haben und gastroenterostomiert sind, weisen hohe Pepsinwerte auf, sowohl beim Ulcus ventriculi wie beim Ulcus duodeni. Magenkarzinome, anazide Gastritiden und Patienten nach Ulkusresektion haben in ihrem Magensaft geringe peptische Wirksamkeit, die sich durch HCl-Zusatz in eine mäßige, oft auch die Norm etwas übersteigende Pepsinwirkung abändern läßt. Bei Gallensteinleiden bestanden hohe peptische Werte, ohne daß gleichzeitig die Aziditätswerte entsprechend erhöht gewesen wären. Bei Appendizitis wie bei Magenptose liegen anscheinend normale Werte vor. Die Einteilung der Befunde in verschiedene Krankheitsgruppen läßt auf eine gewisse gesetzmäßige Unabhängigkeit der Pepsinwerte von den Aziditätswerten schliessen.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Ulkusfrage. II. Serologische Befunde beim Geschwürsleiden, unter Heranziehung anderer chirurgischer Fälle zum Vergleiche. Bei Geschwürsleiden kann mit der Kordonschen Reaktion in allen Fällen ein vermindertes Salzsäurebindungsvermögen des Serums festgestellt werden. Können andere Erkrankungen ausgeschlossen werden, so ist der Grad des Reaktionsausfalles der Schwere und Aktivität des Geschwürsprozesses proportional. Vermindertes Salzsäurebindungsvermögen des Serums findet sich auch bei Magen- und Darmkarzinomen, bei aktiver Tuberkulose, bei akuter Appendizitis, weiterhin überhaupt häufig bei akut entzündlichen Prozessen. In diesen Fällen geht die Beschleunigung der Blutkörpersenkung mit dem Reaktionsausfalle parallel. Sind beim Magen- und Duodenalgeschwür keine Komplikationen vorhanden, so findet eine normale Blutkörpersenkung statt. Das verminderte Salzsäurebindungsvermögen scheint einerseits durch Serumeiweißverminderung, sodann auch durch relative Vermehrung der Globulinfraktion des Serums bedingt zu sein. Es ist als sekundäre Serumveränderung aufzufassen und kein für das Ulkusleiden spezifischer Befund.

Die primäre Herzschädigung durch Narkotika. Der Aether kann, so weit es sich um das Herz handelt, als verhältnismäßig gutes Narkotikum angesehen werden. Vom Dichloren-Aethergemisch sieht man gleichfalls keine primäre herzschädigende Wirkung. Bromaethyl soll wegen seiner hohen Herzgefährlichkeit nicht verwandt werden. Auch das Chloraethyl ist ein schweres, momentan wirkendes Herzgift. Die Chloraethylnarkose ist daher zu verpönen. Bei Kindern soll der Chloraethylrausch nicht angewandt werden. Ungefährlicher als der Chloraethylrausch ist in jedem Falle der Aetherrausch. Das Chloroform und alle seine Mischungen sind Gifte, die vom ersten Augenblick der Narkose an das Herz zu schädigen beginnen. Der Grad der Schädigung ist ungefähr der Menge des Chloroforms gleich, so daß das Chloroform so wenig wie möglich angewandt werden soll.

Gohrbandt (Berlin).

Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie.

24, 1. Heft.

Stellung und Bedeutung Wilhelm Roux in der Morphologie und in der Heilkunde. G. Wetzel.
*Zum Entstehungsmechanismus des Hohlfußes. M. Hackenbroch.
*Beitrag zur Hohlfußbehandlung. H. Schulze-Gocht.
*Ueber die Entstehung und die Behandlung des kontrakten Plattfußes. Hermann Meyer.
*Zur operativen Plattknickfußbehandlung. H. Schulze-Gocht.
*Zur Methodik der orthopädischen Untersuchung des Fußes. Michael Friedland.
Ueber die Lage des Absatzes beim normalen Schuh. Hermann Meyer.
*Ueber die Arthrodese des Sprunggelenkes und der Torsalgelenke. Ernst Bouvier.
*Ein schlechter Lisfranc-Stumpf und seine orthopädische Versorgung. Hans von Renesse.
*Zur Frage der Reposition der traumatischen Epiphysenlösung am Oberschenkelhals. Man.
*Beitrag zur Aetiologie der Perthesschen Erkrankung des Hüftgelenkes und der Köhlerschen Metatarsalerkrankung. W. Brill.
Ein Fall von angeborener radio-ulnarer Synostose. Hermann Bartsch.
*Ueber adolescente Rückgratverkrümmungen. Johannes Kochs.
*Die Ergebnisse der Schädelplastik. E. Seifert.
Ein Fall von Phoko-Peromelie. N. Gerassimov.
Ein Fall von schwerer Starkstromverbrennung bei Selbstmordversuch eines 15 jährigen Knaben. Rudolf Gey.
*Die operative Behandlung von ausgedehnten Verbrennungskontraktionsnarben nach der Morestinschen Plastik. Ernst Bouvier.
*Zur Frage der Heilung und Behandlung von Spontanfrakturen bei Karzinom- und Sarkommetastasen. Ernst Stahnke.

Zum Entstehungsmechanismus des Hohlfußes. Primär kann der Hohlfuß bedingt sein durch Ueberwiegen der kleinen Fußsohlenmuskeln oder durch Hypertonie des Peroneus longus (sog. Valgushohlfuß). Sekundär besteht stets eine verstärkte Spannung der Achillessehne, wahrscheinlich infolge Schrumpfung. Bei deutlicher Plantarflexion im Lisfranc ist eine Keilosteotomie aus dem ganzen Tarsus nicht zu umgehen. Es folgen noch einige Beobachtungen zur operativen Behandlung des Hohlfußes auf Grund von Spätresultaten.

Beitrag zur Hohlfußbehandlung. Zur Beseitigung des idiopathischen Hohlfußes leichten und mittleren Grades genügt die isolierte Anhängung des Peron. long. an die Peron. brev. Bei schweren Fällen ist sie mit den üblichen Methoden zu kombinieren.

Ueber die Entstehung und die Behandlung des kontrakten Plattfußes. Der Dauerimpuls, welcher bei längerem Gehen und Stehen den Extensoren und Pronatoren zufließt, ruft zunächst erhöhten Tonus und dann Muskelkontraktur hervor. Bei längerer Dauer der Fixationskontraktur ist die Schrumpfung der Muskeln und Sehnen die weitere Folge. Durch Vereisung des M. peroneus hinter dem Fibulaköpfchen schaltet Verf. diesen und die zugehörige Muskulatur für längere Zeit aus. Massage, Uebungstherapie und Einlagen. Mit Hilfe dieses Verfahrens gelingt Wiederherstellung der normalen oder annähernd normalen Fußform und Beseitigung des kontrakten Zustandes. Die Wiederkehr der Peroneusfunktion ist nie ausgeblieben.

Zur operativen Plattknickfußbehandlung. Zur Behandlung des durch isolierte Lähmung oder Schwächung des Peroneus longus entstandenen Plattknickfußes empfiehlt Verf. die Verpflanzung des Peron. brev. auf die Sehne des Peron. long. oberhalb des Malleolus ext. Für diesen Eingriff kommen nur kindliche Plattknickfüße in Betracht, bei denen die üblichen Verfahren versagen.

Zur Methodik der orthopädischen Untersuchung des Fußes. Bestimmung des Fußgewölbes mit Hilfe eines Meßapparates (Podometer).

Ueber die Arthrodese des Sprunggelenkes und der Tarsalgelenke. Vom lat. Bogenschnitt nach Kocher wird das Talokruralgelenk entknorpelt, der Mall. ext. sagittal gespalten und das mediale Stück gegen den Talus hin eingeknickt. Die Fußwurzelknochen werden vom selben Schnitt aus durch 2 bis 3 parallel verlaufende Meißelschläge verödet.

Ein schlechter Lisfranc-Stumpf und seine orthopädische Versorgung. Ein durch schlechte Stellung und Schmerzhaftigkeit der Narbe unbrauchbarer Lisfranc-Stumpf wurde durch Zelluloid-Stahldrahtsandale vollkommen funktionstüchtig, so daß sich die dringend vorgeschlagene Amputation erübrigte.

Zur Frage der Reposition der traumatischen Epiphysenlösung am Oberschenkelhals. Das Röntgenbild kann als Beweis für gelungene Reposition nur mit äußerster Vorsicht herangezogen werden. Die sog. „Ueberkorrektur" nach Reposition bei Aufnahme in Innenrotation ist lediglich eine Projektionstäuschung infolge dieser Innenrotation. Die Möglichkeit der Reposition wird nicht unbedingt in Abrede gestellt. Die Adduktionskomponente ist besser zu beeinflussen als die Rotationskomponente. Ziel der Behandlung ist — falls anatomische Reposition nicht möglich, Verhütung bzw. Beseitigung von Kontrakturen in der Umgebung des Hüftgelenkes durch überkorrigierte Stellung.

Beitrag zur Aetiologie der Perthesschen Erkrankung des Hüftgelenkes und der Köhlerschen Metarsalerkrankung. Durch 6 Generationen wird in einer Familie von 59 Mitgliedern auf 25 eine Erkrankung der Hüftgelenke (Gruppe Perthes) vererbt. Der Endausgang ist in allen Fällen die Arthritis deformans.

Ueber adoleszente Rückgratverkrümmungen. Eine Reihe von Rückgratverkrümmungen, die zur Zeit der Pubertät entstanden oder sich wesentlich verschlimmerten, wiesen Röntgenbefunde ähnlich denen bei aseptischen Epiphysennekrosen oder Spätrachitis oder zu hoher Beanspruchung wachsender Knochen auf. Ein Ueberwiegen der funktionellen Inanspruchnahme über die funktionelle Leistungsfähigkeit des wachsenden Wirbelkörpers gilt als Ursache der Deformierung.

Die Ergebnisse der Schädelplastik. Ergebnisse in funktioneller Hinsicht wenig erfreulich (Epilepsie). Anatomische Resultate zufriedenstellend. Für Hirnnarbenplastik wird Fettgewebsimplantation empfohlen.

Die operative Behandlung von ausgedehnten Verbrennungskontraktionsnarben nach der Morestinschen Plastik. Streifenförmige Exzision der Narbenleisten. Mobilisierung der Narbenblätter und Einschneiden derselben in Abständen von 5 bis 6 cm. Zwanglose Vereinigung der Ränder. Bewegungen der Knie ohne jede Spannung.

Zur Frage der Heilung und Behandlung von Spontanfrakturen bei Karzinom- und Sarkommetastasen. Heilungen dieser Art sind durchaus möglich. Wichtig sind Gutartigkeit des Tumors, gute Körperkonstitution und bei Frakturen, welche direkt durch die Metastase gehen, die gute Ernährung des Periosts. Bestrahlung mit tumorzerstörenden Dosen scheint gutes Hilfsmittel.

Dr. Stimming.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

14., 3. Heft, 1926.

* Zur Klinik der otogenen Hirnabszesse. Robert Lund.
Ueber das Vorkommen multipler Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen. Georg Riedel.
Ueber das Karzinomsarkom, seine Diagnose und Benennung und ein anscheinend geheiltes Karzinom des Oberkiefers. H. A. Woelk.
Zur Physiologie des Ohres. W. Tonndorf.
* Ueber die Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. Taptas.
Zur Ozaenabehandlung. E. Leichsenring.
* Indikationen für die Aufmeißelung des Processus mastoideus bei akuter Mittelohreiterung. Ove Strandberg und Aage Plum.
* Ueber das Wesen der in der Schwangerschaft auftretenden Schwerhörigkeit. O. Muck.
Ueber den Muckschen Adrenalinsondenversuch. E. Büch.
Ueber den lokaldiagnostischen Wert der Wa. R. im Liquor cerebrospinalis, namentlich in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen von fraglicher luetischer oder gemeinentzündlicher Erkrankung am Zentralnervensystem und seinen Häuten. Johannes Zange.
Beitrag zur Röntgendiagnostik der Stirnhöhlen. Helmuth Richter.
Ueber isolierte laterale Nebenkröpfe. Klaus Vogel.
Nekrose des Gaumens als Primärsymptom einer Myeloblastenleukämie und Halsbefunde bei einem Falle von aleukämischer Lymphadenose. Else Levy.
Zur Frage der patho-histologischen Veränderungen im Gehörorgane bei Fleckfieber. N. F. Popoff.
Zur Abtragung der Epiglottis. W. Freudenthal.

Zur Klinik der otogenen Hirnabszesse. An Hand einer recht großen Zahl klinischer Untersuchungen über Hirnabszesse kommt L. zu folgenden Resultaten: vorwiegend scheint die rechte Hemisphäre befallen, das Auffinden von Colibazillen verschlechtert die Prognose, die Infektion der Lumbalflüssigkeit mit diesen ist erst eine sekundäre. Der zerebellare Nystagmus ist als Fortpflanzung der Entzündung in die Kleinhirnsubstanz zu deuten, vom Oedem bis zur echten Enzephalitis in der Medulla oblongata. Irritationszustände im vestibulären Kerngebiet dürfen angenommen werden, wenn Nystagmus zur kranken Seite beobachtet wird. Dieser ist durch ein Kollateralödem in der Medulla bedingt. Schlägt er zur gesunden Seite, so handelt es sich um eine Enzephalitis im Deiterschen Kerngebiet. Voraussetzung ist natürlich, daß es sich auch um einen zerebellaren N., nicht um einen labyrinthogenen handelt. Ersterer ist gröber, langsamer und nicht ganz rythmisch. Schlägt der Nystagmus von Anfang an nach der gesunden Seite (Encephalitis im Deiter), so ist die Prognose ernster, ebenso wenn er im Laufe der Krankheit nach der gesunden Seite zu umschlägt. Auch der Zereballarnystagmus läßt sich durch Lageänderung beeinflussen. Als Grund werden vorausgehende Otolithenstörungen im angegriffenen Labyrinth angegeben. Ein Kleinhirnabszeß auf labyrinthogener Basis entsteht nur, wenn die Vestibularfunktion bereits völlig erloschen ist. Entsteht nun ein Nystagmus zur kranken Seite, so muß dieser zerebellar sein. Hat der labyrinthogene Destruktionsnystagmus aufgehört, so ist der neu entstehende N. immer zerebellar. Hört der labyrinthogene Destruktionsnystagmus nicht schnell auf, sondern nimmt an Intensität zu und schlägt er nach der gesunden Seite, so ist er interkraniell bedingt.

Ferner wurde beobachtet: Der Lumbaldruck steigt und sinkt im einfachen Verhältnis zum Steigen und Fallen der polynucleären, im entgegengesetzten zum Steigen und Fallen der mononucleären Pleozytose. Durch eine einzige Punktion läßt sich keine schematische Formel für das Liquorbild beim Hirnabszeß gewinnen.

Der Puls wird durch eine destruktive Labyrinthitis nicht merklich beeinflußt, ebenso kaum bei akuten interkraniellen Druckerhöhungen. Im Falle einer eintretenden Bradykardie steigt bei akuten, otogenen, interkraniellen Komplikationen die Morbidität außerordentlich. Es handelt sich dann um eine toxische Vagusirritation, wie auf der Höhe der akuten Infektionskrankheiten.

Ueber die Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. T. geht von der Voraussetzung aus, daß bei chronischen Empyemen der Stirnhöhle die Schaffung einer breiten Kommunikation zwischen Nase und dieser hinreicht. Ein Gedanke, den Halle bei seiner endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle auch vertritt. Eine Verödung des Sinus erstrebt T. also auch nicht. Die einfache Methode, die er auf seiner Theorie aufbaut, beruht auf einer Resektion in der Gegend der Sutura fronto-maxillaris des Proc, frontalis. Gleichzeitig wird ein Stück des aufsteigenden Kieferastes mitreseziert. Von hier aus werden die erkrankten Partien gründlich gesäubert. Eine Entstellung wird durch diesen Vorgang völlig vermieden. Für Fälle mit nicht allzu schwere Eiterung in den lateralen Partien der Stirnhöhle erscheint mir die Methode recht geeignet.

Indikationen für die Aufmeißelung des Processus mastoideus bei akuter Mittelohrvereiterung. Die Verfasser kommen zu dem Ergebnis, daß bereits innerhalb der ersten viermal 24 Stunden die Frage der Aufmeißelung entschieden werden könnte. Sie sind für eine frühzeitige Operationsindikation, um den Infektionsherd möglichst bald beseitigen, den Körper von den Toxinen schnellstens befreien zu können. Unter Beobachtung aller sonstigen Kautelen ist für die Verf. die Operation indiziert, wenn der Puls schlecht und schnell wird, die Temperatur dabei fällt, wenn also die Widerstandsfähigkeit des Organismus bei stärkerer Infektion erlahmt. Ferner wenn infolge von Toxineinwirkung eine Albuminurie auftritt. Es dürfte sich empfehlen, diesen Zufällen mehr als bisher Beachtung zu schenken. Auch erscheint es Ref. — wie schon des öfteren erwähnt — besser zu früh als zu spät einzugreifen.

Ueber das Wesen der in der Schwangerschaft auftretenden Schwerhörigkeit. M. reserviert für die bisher wenig beachteten und durchuntersuchten Fälle auftretender Innenohrschwerhörigkeit im Verlaufe der Gravidität — die bis heute sicherlich zum großen Teile fälschlich unter dem Namen einer Schwangerschafts-Otosklerose einhergingen — die Diagnose „Labyrinthopathia vasogenica e graviditate“. Mit dieser Diagnose ist wenigstens die Krankheit einmal wissenschaftlich erfaßt. Besonderes Augenmerk ist neben der einsetzenden Innenohrchwerhörigkeit und den auftretenden Gleichgewichtsstörungen (dem bekannten Menièreschen Symptomenkomplex), dem Kopfsympathicus (Adrenalinsondenversuch nach Muck an der Nasenschleimhaut) und innersekretorischen Dysfunktionen zuzuwenden. Die Prognose ist für das Gehör bei Auftreten der Erscheinungen im Beginn der Gravidität recht schlecht. Die Frage einer Unterbrechung wird hier akut, da das Gehör eine Besserung, sicher aber keinen Fortschritt in seiner Verschlechterung damit erfährt.

Rosenbaum.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

150., Heft 2, 1926.

Untersuchungen über Psoriasis vulgaris. Zweiter Teil: Ueber cytologische Befunde bei Psoriasis vulgaris. B. Lipschütz.
* Statistisches über Viscerallues. A. Netschaew und B. Eward.
* Ueber die Widerstandsfähigkeit des Microsporon Audouini. Karl v. Berde.
Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung des Carbamids durch die Schweißdrüsen. N. Melczer.
* Bemerkungen zu der Arbeit Sirota: Ueber die Behandlung der akuten Gonorrhoe mittels intravenöser Einspritzungen von Urotropin, nebst experimentellen Untersuchungen über die Wirkung des Urotropins auf die Gonokokken. Dieses Archiv Bd. 149, S. 359. R. Fronstein.
Mucin bei Hauterkrankung. G. Kreibich.
Lues gummosa und cutane Quaddel. C. Kreibich.
Das experimentelle Granuloma pediculatum. Paul Balog.
* Tertiäre Haut- und Knochenveränderungen bei Syphilis des Zentralnervensystems. A. Prokoptschuk.
Hautkrankheiten und Körperbau. Oscar Gans und Hans W. Gruhle.
* Zur Toxität einiger Wismutverbindungen. T. Gordonoff.
Ueber eine chronische, papulöse, in Atrophien ausgehende Dermatose mit zeitweiser Blasenbildung. (Beitrag zur Frage der dystrophischen Form der Epidermolysis.) Ant. Trýb und Fr. Kogoj.
Ueber das Verhalten der Spir. pall. in totem Gewebe (Bewegung, Vermehrung, Form). G. Armuzzi und R. Strempel.
* Ueber Orchitis purulenta gonorrhoischen Ursprungs. H. Salutzky.
Ueber einen Fall von pemphigusartiger Erkrankung bei lymphatischer Leukämie. S. K. Rosenthal.
* Ueber Melkerknoten. Leo von Zumbusch.
* Zur Pathagonese des Angiolupoids. Chuho Tanimura.
* Arthrolues deformans secundaria. C. Kreibich.
* Ueber Lymphgefäßinfarkte bei Hauterkrankungen. Fr. Kogoj.
Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen mit besonderer Berücksichtigung der Lokalisationsbestimmung hämatogener Infektionen. Fr. Kogoj.
* Ueber die circumscripte nodöse chronische Lichenifikation (Brocq-Pautrier). Willi Pick.
Ueber Chlamydozoa-Strongyloplasmen. XIII. Mitteilung. Zur Kenntnis der Aetiologie des experimentellen Vaginalpapilloms der Hündin. B. Lipschütz.

Statistisches über Viscerallues. Obduktionsbefunde einschlägiger Fälle zeigten 3 Typen: 1. Herzgefäßlues (Stauungserscheinungen, Myofibrose des Herzmuskels, Nephrosklerose und interstitille Nephritis; geringe Neigung zu amyloider Degeneration. Häufig gleichzeitig aktive Tuberkulose und Ulcus ventriculi). 2. Nervenlues (Erscheinungen sekundärer Sepsis, Degeneration der inneren Organe, Fehlen amyloider Degeneration, sklerotische Prozesse an den Nieren; gleichzeitig Tuberkulose). 3. Hepatischer Typ (Neigung zu mannigfachsten Kombinationen, Vorherrschen des Organamyloids; parenchymatöse Nephritis. Todesursache nicht luetischer Natur, sondern interkurrente Krankheiten. Keine Neigung zur Vergesellschaftung mit Tuberkulose). Die Fälle machen klinisch sehr häufig den Eindruck einer Nierenerkrankung, deshalb soll man bei chronischer Nephritis stets an Syphilis denken.

Ueber die Widerstandsfähigkeit des Mikrosporon Audouini. Bei Untersuchungen an Kulturen zeigten sich die bedeutendsten Wachstumshemmungen nach Einwirkung von Jodtinktur; dann der Reihe nach durch 10% Pyrogallusalkohol, 2% Cignolinchloroform, 10% Formalinwasser, 1% Sublimatalkohol, 30% Wasserstoffsuperoxyd, 10% Salizylalkohol. Das zwischen den Geweben des Haares parasitenartig lebende Mikrosporon wird gegen chemische Desinfizientien wesentlich durch das Wirtsgewebe geschützt.

Bemerkungnen zu der Arbeit Sirota: Ueber die Behandlung der akuten Gonorrhoe mittels intravenöser Einspritzungen von Urotropin nebst experimentellen Untersuchungen über die Wirkung des Urotropins auf die Gonokokken. Ein Einfluß des Urotropins bei intravenösen Einspritzungen auf den gonorrhoischen Prozeß konnte nicht festgestellt werden; er ist auch theoretisch nicht zu erwarten.

Tertiäre Haut- und Knochenveränderungen bei Syphilis des Zentralnervensystems. Unter 620 Fällen von Neurolues fanden sich bei 10,32 % gleichzeitige Erscheinungen an Haut resp. Knochen. Bei Tabes häufig röntgenologisch nachweisbare Knochenveränderungen. Ursachen der Neurolues ungenügende Behandlung (ca. 91%), dann Alkoholmißbrauch, neuropathische Veranlagung, physische und psychische Traumen, akute Infektionskrankheiten. Alles spricht gegen Annahme einer speziellen neurotrophen Form der Spirochaete pallida.

Zur Toxizität einiger Wismutverbindungen. Von den untersuchten, sämtlich unlöslichen Wismutverbindungen zeigten sich am giftigsten Bi. citricum und tartaricum (toxische Dosis unter 0,01 g pro kg Körpergewicht); es folgen Bi. benzoicum und tartaro-cinnamylicum (unterhalb 0,05 pro kg), Bi. cinnamylicum (oberhalb 0,1 pro kg), Bi. oxychloratum und oxycinnamylicum (0,15—0,2).

Ueber Orchitis purulenta gonorrhoischen Ursprungs. Zwei Fälle, in denen es zu der verhältnismäßig seltenen Infektion des Hodens selbst durch Gonococcus kam, mit Ausgang in Abszeßbildung. Als Anlaß wird nicht regelrecht angewendete Vakzinetherapie betrachtet, die die Antikörperbildung herabsetzte.

Ueber Melkerknoten. Der beschriebene Fall kann als Beweis dafür gelten, daß die als Melkerknoten bezeichnete Affektion nichts anderes als eine abnorme Art der Kuhpocken beim Menschen ist, indem die derben Knoten nach Auflegen von Karbol-Quecksilberpflaster sich in trübe Blasen oder Pusteln mit roten, entzündlichen Höfen umwandelten.

Zur Pathogenese des Angiolupoids. Das Angiolupoid dürfte als eine hämatogene Hauttuberkulose anzusehen sein, obwohl bisher noch keine Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden.

Arthrolues deformans secundaria. Die an und für sich schon ohne positive WR schwere Diagnose der Gelenklues wurde hier noch dadurch gesteigert, daß Pat. ein ganz ungewöhnliches (psoriasiformes) Exanthem zeigte.

Ueber Lymphgefäßinfarkte bei Hauterkrankungen. Sie sind bei den verschiedensten Hauterkrankungen nicht selten, haben jedoch keine pathognomische Bedeutung.

Ueber die circumscripte nodöse chronische Lichenifikation (Brocq-Pautrier). Es ist gerechtfertigt, die auch als Urticaria perstans papulosa bezeichnete Affektion von der Urtikaria, ebenso wie vom Lichen ruber planus abzutrennen und den atypischen Lichenifikationen zuzuzählen.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

82., Nr. 23, 5. Juni 1926.

* Zur Diagnose und Symtomatologie der Lepra. Ein Beitrag zur Frage der Pigmentneurolepride. Ernst Schöpl.
Beiträge zur Lehre von der pathologischen Anatomie der Gilchristschen Hautblastomykose. S. N. Grschebin und L. N. Maschkilleisson. (Schluß folgt.)

Zur Diagnose und Symptomatologie der Lepra. Die Pigmentlepride sind als Neurolepride aufzufassen und als Ausdruck einer Nervenwirkung anzusehen. Leprabazillen waren in dem beschriebenen Falle in dem Nasensekret nur sehr vereinzelt, viel reichlicher jedoch in der Haut nachgewiesen worden. Die klinischen Erscheinungen waren so gering, daß die Krankheit lange nicht erkannt wurde; das bedeutet eine große Gefahr für die Weiterverbreitung.

82., Nr. 24, 12. Juni 1926.

Zur Chemie des Lepraerregers. A. Paldrock.
Zur Frage der Bedeutung abnormer Hautdrüsensekrete für das pathologische Geschehen auf der Haut (Ausscheidungsdermatosen). H. Fischer.

Beiträge zur Lehre von der pathologischen Anatomie der Gilchristschen Hautblastomykose. S. N. Grschebin und L. N. Maschkilleisson. (Schluß.)
* Ueber intramuskuläre Ichthyolinjektionen bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Adam Straszyński.

Ueber intramuskuläre Ichthyolininjektionen bei der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zur Verwendung kam eine zweiprozentige wässerige Ichthyollösung. Die Einspritzungen wurden gut vertragen, machten keine besonderen lokalen oder allgemeinen Reaktionen, Urin stets unverändert. Die besten Wirkungen wurden bei gonorrhoischer Epididymitis erzielt, weitere bei Pyelitis, Schankerbubonen. Die Beeinflussung von Hauterkrankungen war nur gering (Furunkulose, Psoriasis). Das Wesen der therapeutischen Wirkung dürfte in einer durch die im Ichthyol vorhandenen organischen Schwefelverbindungen ähnlich den Proteinkörpern hervorgerufenen Veränderung des Kolloidzustandes der Körpersäfte zu suchen sein.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. med. Wochenschrift.

Nr. 23.

Beitrag zum Studium des Dormanschen Gleichgewichts im menschlichen Organismus. L. Michaud.
* Schwangerschaft und Ernährung. H. Guggisberg.
Wie werden die Härchen der Hörzellen erregt? K. W. Zimmermann.
* Ueber Coramin und Cardiazol. Leon Asher.
* Untersuchungen über Thermenwirkung auf Kreislaufstörungen. F. Kornmann.

Schwangerschaft und Ernährung. Die Natur hat, getreu ihrer Aufgabe der Erhaltung der Art, dem foetalen Aufbau jeden Vorteil eingeräumt: das Kind entwickelt sich im Mutterleib unabhängig von dessen Ernährungszustand. Oft wächst es sogar auf Kosten mütterlicher Substanz. Auch bei weitgehenden Stoffwechselstörungen der Mutter ist die Entwicklung des Kindes normal. Eine richtige Ernährung muß daher in erster Linie auf die mütterlichen Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Der Energiebedarf in der Schwangerschaft ist gegenüber der Norm nicht wesentlich gesteigert. Die Meinung weiter Kreise, daß während der Schwangerschaft die Mutter eine stark vermehrte Nahrung zu sich nehmen müsse, ist irrtümlich.

Scharfe Formulierungen über besondere Ernährungsvorschriften in der Schwangerschaft sind nicht möglich. Jedenfalls sind bedeutende Abweichungen der Normalkost nicht gerechtfertigt. Eine gemischte Kost mit leichter Steigerung der Kalorienmenge um 5—10% scheint das Richtige zu sein. Dem gesteigerten Kalzinumbedürfnis brauchen wir durch Zugabe von Kalksalzen nicht entgegenzukommen, vorausgesetzt, daß Milch, Eier und Gemüse in ausreichender Menge gereicht werden. Besondere Kalksalze sind nur bei den Schwangerschaftstoxikosen nötig.

Vorsicht ist in der Verwendung von Kochsalz geboten. Bei gemischter Kost sind die Vitamine wohl in genügender Menge vorhanden. Die Ansicht Prochowniks, daß man bei kohlehydratarmer Trockenkost ein kleines Kind erzielt, was bei engem Becken der Mutter erwünscht ist, kann Verf. nicht teilen.

Ueber Coramin und Cardiazol. Erfahrungen mit Coramin und Cardiazol im Tierversuch zeigen, daß beide Medikamente innerhalb ihrer Anwendungsgebiete wirksame Mittel sind, um Atmung und Kreislauf in sehr günstigem Sinne zu beeinflussen. Nach seinen persönlichen Erfahrungen ist die therapeutische Breite beim Coramin größer, die Gefährlichkeit des Mittels eine geringere als die des Cardiazols.

Untersuchungen über Thermenwirkung auf Kreislaufstörungen. Die Untersuchungen über Thermenwirkung auf Kreislaufstörungen, ausgeführt mit der Therme Ragaz-Pfeiffers, stützen sich auf gleiche Untersuchungen gegenüber gesunder Zirkulation.

Angewandt werden dabei die allgemeine klinische Beobachtung und die hämorynamische Messung mit dem arteriometrischen Sphygmobolographen von Sahli.

Dabei wird der neuen Auffassung volle Beachtung geschenkt, daß das Führende und Maßgebende außerhalb des geschlossenen Kreislaufs in der Protoplasmadynamik und dem Flüssigkeitstransport liegt, im Sinne der Beeinflussung der Grenzflächenspannung, der Elektrolytregulation und des vegetativen Nervensystems. Jeder konstante balneologische Reiz kann als „milder" Reiz dosiert werden. Als solcher erzeugt er stets eine Verbesserung und Hebung der zirkulatorischen, dynamischen Faktoren.

Es werden die Bedingungen dargestellt, unter denen die Ragazer Therme bei Kreislaufstörungen zirkulationsfördernd, herzschonend, herzübend und heilend wirkt. Dabei wird die bisher übliche Trennung zwischen anatomisch-organisch bedingten und rein funktionellen Kreislaufstörungen aufgegeben und begründet.

Eine Spezifität balneologischer Kreislauftherapie gibt es nicht. Die Arbeit wird ergänzt durch Kurvenbeispiele, Kasnistik und Statistik.

Held.

Schweizer Archiv für Psychiatrie und Neurologie.

13., Heft 1.

* Ueber den Zellen- und Eiweißgehalt der normalen Spinalflüssigkeit, sowie über die Bedeutung der kleinen Zunahmen an Zellen und Eiweiß. Axel V. Neel.
* Experimentelle Studien über die Chorea minor. Eufemjusz Herman.
Die hepato-leutikuläre Degeneration. Ivan Mahaim.
Beiträge zur Kenntnis der „Ausdrucksbewegungen" des psychischen und physischen Schmerzes am Rumpf und an den Extremitäten. Jerö Kollaritz.
Die Frage des Muskeltonus in ihrer Entwicklung und in ihrem heutigen Stand. Eduard Seiler.
Das Kleinhirn: Anatomie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte. R. Brun.
Das Binnenbewußte. (Ein terminologischer Vorschlag.) M. Nachmansohn.
Die eklo-mesodermale Barriere des Hirns im normalen und pathologischen Zustand mit besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie und Epilepsie. F. de Allende-Navarro.

Ueber den Zellen und Eiweißgehalt der normalen Spinalflüssigkeit sowie über die Bedeutung der kleinen Zunahmen an Zellen und Eiweiß. Untersuchungen an 2448 Liquores, darunter 425 normalen und 2023 pathologischen. Im ganz normalen Liquor übersteigt der Zellgehalt nicht ⅓ pro ccm. Bei Luikern findet sich äußerst selten normaler Liquor. Bei 26 Fällen von Alkoholismus, 15 Fällen von Hirngeschwust, 135 Fällen von Encephalitis lethargica, 28 Fällen von multipler Sklerose, 17 Fällen von Epilepsie fand Verfasser eine pathologische Pleocytose in 22, bzw. 14, 125, 28 und 13 Fällen. Auch bei Encephalomalacie, Confusio mentalis, Dementia senilis, präsenilis, arteriosklerotica bestehen pathologische Liquorveränderungen in überraschend hohen Prozentzahlen. Bei akuten und subakuten Psychosen kann die Liquoruntersuchung von Wert sein für die Differentialdiagnose, ob organisch oder funktionell.

Experimentelle Studien über die Chorea minor. Die gewöhnlichen Kulturen des Liquor cerebrospinalis Choreakranker waren negativ. Der Liquor Choreakranker enthält ein filtrierendes Virus, welches eine Affinität zum zentralen Nervensystem und zur Cornea des Kaninchens hat. Dieses Virus kann, auf Kaninchen übertragen, klinische Symptome und pathologisch-anatomische Veränderungen erzeugen. Letztere sind sogar erheblich in denjenigen Fällen, wo das Tier zu Lebzeiten keine krankhaften Zeichen bot, und können andrerseits unbedeutend sein in Gehirnen von Tieren mit ausgesprochenen klinischen Erscheinungen.

Kurt Mendel, Berlin.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 24, 12. Juni 1926.

* Einige merkwürdige Fälle von spontanem Pneumothorax. Koelensmid.
Die Wärmestrahlung der menschlichen Haut. Sluiter und van Rijnberk.
Angeborene Cystenlunge und agenetische Bronchiektasien. de Lange.
* Angina mit lymphatischer Reaktion. Joustra.

Einige merkwürdige Fälle von spontanem Pneumothorax. Der spontane Pneumothorax ist eine viel unschuldigere Affektion, als der Pneumothorax, der auf Grund ernster Lungenleiden, besonders der Tuberkulose, entsteht, und der stets eine ernste Prognose zeigt. Der Autor glaubt nicht, daß der spontane Pneumothorax auf Lungentuberkulose beruhen muß. Er entsteht plötzlich bei vorher klinisch gesunden Menschen unter den Erscheinungen der Kurzatmigkeit und Brustschmerzen. Oft geht eine körperliche Ueberanstrengung voraus. Spontane Genesung ist häufig, ein ungünstiger Ausgang kommt selten vor. Verfasser hatte Gelegenheit, an der Amsterdamer Beratungsstelle des Vereins zur Bekämpfung der Lungentuberkulose drei hierher gehörige Fälle zu beobachten. Der erste war vorher vollkomen gesund, bekam nun in einem Zeitraum von 1½ Jahren dreimal einen rechsseitigen spontanen Pneumothorax, der jedesmal in Heilung überging, ohne Spuren zu hinterlassen. Bei ihm war Lungentuberkulose auszuschließen. Als Locus minoris resistentiae bestand bei dem Patienten vermutlich ein Emphysembläschen mit dünner Wand.

Im zweiten Falle blieb der Pneumothorax abgekapselt infolge von alten Pleuraverwachsungen. Der dritte Fall hatte ernsteren Charakter, er war auf dem Boden einer Tuberkulose entstanden und stellte ihre erste Aeußerung dar.

Angina mit lymphatischer Reaktion. Bei einem elfjährigen Knaben trat im Anschluß an eine Angina eine Schwellung der Unterkieferdrüsen zu großen, schmerzlosen Paketen und gleichzeitig Lymphozytose auf. Fieber 38,8. Mit sinkender Temperatur sank die Anzahl der weißen Blutkörper und der Leukozyten, während die anfangs fehlenden Eosinophilen zunahmen.

K. Heymann, Berlin.

Hospitalstidende.

Nr. 16, 22. April.

Untersuchungen über die sogenannte Körpertemperatur, besonders in der Narkose. Johs. Speen.
Finsenbehandlung des Lupus vulgaris mit verstärktem Licht und Anwendung eines besonderen Filters zur Absorption der leuchtenden Wärmestrahlen. (Fortsetzung.) H. Haxthausen.

Nr. 17, 29. April.

Finsenbehandlung des Lupus (Fortsetzung). H. Haxthausen.
* Cholecystographie. Innerliche Anwendung von Natriumtetrajodphenolphthalein. Sven Kiaev.
Ein Fall von Luxation des Fußes unter dem Talus. J. P. Jensen.

Innerliche Anwendung von Natriumtetrajodphenolphthalein. Kiaer wandte zur Cholecystographie Natriumtetrajodphenolphtalein innerlich an und fand bei 23 Cholecystographien bei 22 Patienten in 11 Fällen den Gallenblasenschatten. Bei pathologischen Veränderungen der Gallenwege wurde in 7 Fällen kein Schatten gefunden; in 5 Fällen bestätigte die Operation die vorhandenen Veränderungen.

Nr. 18, 6. Mai.

Ein Fall von Pneumatosis cystoides intestini. Erik Holm.
Die Resultate der Behandlungen auf dem Emanotorium der Radiumstation. (Fortsetzung.) Hans Jansen.

Nr. 19, 13. Mai.

Die Resultate der Behandlungen auf dem Emanotorium der Radiumstation. (Fort-
Ueber das Verhalten der Bazillen bei 61 mit Sanocrysin behandelten Patienten.
setzung.) Hans Jansen.
Niels-Sjörsler.
Ueber die Aetiologie der Alopecia areata. (Uebersichtsartikel.) Viggo Genner.

Nr. 20, 20. Mai.

* Die Bedeutung des konzentrierten Kohlenbogenlichts für die Röntgenbeschädigungen der Haut. Axel Reyn.

Die Bedeutung des konzentrierten Kohlenbogenlichts für die Röntgenbeschädigungen der Haut. Reyn sah von der Behandlung der Röntgen-Hautulcerationen, Atrophien usw. guten Erfolg mit der Finsenbestrahlung (Kohlenbogenlicht). Er wandte stets das Kohlenbogenlicht an, weil er bei dem Quecksilberlicht eine schädliche Wirkung beobachtete.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 22, 3. Juni.

Drei Vorlesungen über organische Leiden des Nervensystems. (Fortsetzung.) Viggo Christansen.
Eine einfache Methode zur Herabsetzung der Wärme bei der lokalen Finsenbehandlung und zur Verstärkung der Bestrahlungsintensität. Sven Lomholt.
Untersuchungen über die Schnelligkeit des glykolytischen Prozesses im Menschenblut unter verschiedenen Versuchsbedingungen. S. A. Holböll.
Ueber die Technik der Injektionsbehandlung der Varicen. Kai Alstrap.
* Pierre Janet und „Psychologische Aerztekunst". Arne Faber.

Pierre Janet und „Psychologische Aerztekunst". Faber gibt hier eine Kritik und Würdigung von Janets neuestem Buch „La médecine psychologique".

Nr. 23, 10. Juni.

Ueber die Richtungslinien in der modernen Geburtshilfe. S. A. Gemmeltoft.
* Ein Sarkom das durch Röntgenbehandlung eines Zungenkarzinoms hervorgerufen wurde. Viggo Schmidt.
Ueber Cibalgin. H. Heidemann.

Ein Sarkom, das durch Röntgenbehandlung eines Zungenkarzinoms hervorgerufen wurde. Schmidt berichtet hier über einen Fall von Zungensarkom, das sich anscheinend nach der Röntgen- und Radiumbehandlung aus einem primären Zungenkarzinom entwickelt hat. Doch kann man nicht mit Sicherheit ausschließen, ob nicht von Anfang eine Mischgeschwulst (Karzinomsarkom) vorlag. Bei der Autopsie fand man in der Narbe nur einige kleine Karzinominseln, sonst lag ein Rundzellenkarzinom vor. Mayer und Sand beschreiben ebenfalls ein Sarkom an der Stirn, das nach Radium- und Röntgenbehandlung aus einem Epithelkern sich entwickelt hatte.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

Heft 10, 31. Mai.

* Ueber akute Ventrikeldilatation besonders bei Infektionskrankheiten. Maud Arbeselius. Maud Arbeselins.
Ueber das anatomische Substrat des mono- und binokularen Sehens. R. Bárány.

Ueber akute Ventrikeldilatation, besonders bei Infektionskrankheiten. Die akute Magenerweiterung nach Infektionskrankheiten wird erklärt durch die allgemeine Intoxikation und die Herabsetzung des Allgemeinzustandes. Drei Fälle werden mitgeteilt, in denen die akute Dilation mit dem Niedergang des Fiebers und gesteigerter Nahrungsbelastung zusammenfiel. Auch der Einfluß des N. Vagus kommt in Frage, besonders bei Pneumonie und Pleura-Erkrankungen. Von Bedeutung für die Dilatation des Magens ist auch eine Hemmung der Bewegungen des Darmkanals durch Fieber und Gemütsbewegungen und der allgemein neurotische Zustand.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Acta Medica Scandinavica.

Vol. LXIII, Fasc. I—II.

* Die Standardisierung von Hämoglobinometern durch das Refraktometer. Gram.
Geschwulst des Ganglion Gasserie. Giertz und Hellerström.
* Das pallidale Syndrom. Leiri.
* Untersuchungen über die gutartige Glykosurie und den Diabetes mellitus. Holst.
* Klinische Studien über die Herzarbeit während der Ruhe. Liljestrand u. Stenström.
Ein Fall von spontaner schmerzhafter Porphyrie mit Erscheinungen von seiten des Nervensystems nebst einem kurzen Ueberblick über die Frage der Porphyrie. Melkersson.
Die Untersuchung von Bronchialerkrankungen mittels der Jodpräparation (Jodumbrin und Lipiodol). Flemming Moller und v. Magnus.
Ueber posturale Reflexe. Leiri.

Die Standardisierung von Hämoglobinometern durch das Refraktometer. Der Hämoglobinprozentgehalt (Haldane) eines gegebenen Blutes kann durch das Refraktometer bestimmt werden, wenn gebraucht wird: 1. eine 0,8prozentige Kochsalzlösung (R_2), 2. eine 0,8prozentige Kochsalzlösung unter Hinzufügung von 0,14% Saponium purissimum (Merck) (R_2), 3. die oben schwimmende Schicht einer Lösung von 1 ccm Blut + 5 ccm der genannten Salz-Saponin-Lösung (R_4).

Die Gleichung zur Bestimmung des Hämoglobinprozentgehaltes aus den Refraktionswerten des 4 Indices lautet:

$$(R_4 - R_3 - k_2) \,.\, k_1 = \text{Hb in \% (Haldane).}$$

k_2 bedeutet $(R_2 - R_1) - \frac{5 \,.\, 5,}{5}$ und ist eine Konstante für alle Sorten, bei welchen dieselben Lösungen gebraucht werden.

K_1 hat nach empirischer Berechnung $= 21\,500$ zu sein.

Das pallidale Syndrom. Der Verfasser beschreibt für die Störungen im Bereiche des Corpus pallidum und seiner Umgebung ein Syndrom, das bestimmt wird durch Muskelrigidität, Hypokinetik und Zittern. Das extrapyramidale Syndrom sowie die Möglichkeiten der chirurgischen Behandlung des pallidalen Syndroms werden ausführlich beschrieben. Für die Pathologie der Paralysis agitans sind die Ausführungen des Verfassers über die Innervation der motorischen Zentren und die Kleinhirninnervation für die Intentionsbewegungen von hoher Bedeutung.

Untersuchungen über die gutartige Glykosurie und den Diabetes mellitus. Durch die fortgesetzte Beobachtung von Fällen, in denen Glykosurie einmal festgestellt werden konnte, will der Verfasser die Frage klären, wie erfahrungsgemäß der Verlauf und die Unterscheidung der benignen Glykosurie und des Diabetes mellitus bestimmt werden kann.

Es wurden etwa 150 von der Lebensversicherung wegen Glykosurie zurückgewiesene Personen beobachtet, und es zeigte sich nach einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 5—16 Jahren, daß nur in etwa 30% ein Diabetes bestand, und daß der Rest der Fälle als gutartige Glykosurien betrachtet werden konnten. Fälle von Diabetes, der zufällig zur Entdeckung kommt, nehmen für gewöhnlich einen außerordentlich günstigen Verlauf. Die nichtdiabetischen Glykosurien lassen sich in drei Hauptgruppen einteilen: Glykosurie mit cyclischer Hyperglykämie, renal bedingte und Uebergangsfälle. Eine weitere Zahl Fälle war nicht zu klassifizieren.

Die gebräuchlichen Methoden, funktionelle Glykosurie festzustellen, sind nicht zweckmäßig, weil sie nicht gestatten, zwischen

Diabetes und beningner Glykosurie zu unterscheiden; deshalb soll in jedem nicht ganz schnell vorübergehenden Fall von Glykosurie der Blutzucker geprüft werden.

Wenn der nüchterne Blutzuckerwert normal ist, ist die Glykosurie als gutartig anzusprechen. Deshalb ist diese Untersuchung die einzig richtige und gestattet frühzeitig die Diagnose zu sichern und die Prognose zu bestimmen.

Klinische Studien über die Herzarbeit während der Ruhe. 1. Blutstrom und Blutdruck beim Morbus Basedow. Das Minutenvolumen des Herzens während der Ruhe wurde an sieben weiblichen und drei männlichen gesunden Personen sowie bei acht weiblichen und drei männlichen Basedowkranken bestimmt. Eine erhebliche Zunahme des Minutenvolumens wurde bei den kranken Personen gefunden, bei denen Frauen durchschnittlich um 80%, bei den Männern bis 100%. Der Sauerstoffverbrauch des Blutes war etwas niedriger als normal, so daß zu dem erhöhten Metabolismus noch andere für den vermehrten Blutdruck verantwortliche Faktoren hinzukommen. Der systolische Blutdruck der Patienten war etwas erhöht, der diastolische Druck kaum. Die beträchtliche Mehrarbeit des Herzens durch das erhöhte Minutenvolumen und den erhöhten Druck scheint eine wichtige Rolle für die Entwicklung der Symptome beim Basedow zu spielen, die sich dokumentieren in einer Ueberanstrengung des Herzens.

2. Der Einfluß der Aenderungen im Hämoglobingehalt auf den Blutstrom. Ein Vergleich zwischen fünf Patienten, deren vier an Anämie, einer an Polycythämie litten, und normalen Individuen zeigte ein Anwachsen des Grundumsatzes während der Anämie und ein nur geringes Anwachsen während der Polycythämie.

In den Geweben findet während der Ruhe ein höherer Sauerstoffverbrauch statt, während der Sauerstoffgehalt des Blutes niedriger ist. Das macht die anämiekranken Patienten unfähig, den Verbrennungsprozeß während der Ruhe aufrecht zu erhalten, ohne gleichzeitig den Blutstrom und die Herzarbeit zu vergrößern. Bei der Polycythämie war das Minutenvolumen des Herzens während der Ruhe zweifellos kleiner als normal.

3. Der Blutstrom bei erhöhtem arteriellen Druck mit Beobachtungen über den Einfluß der Schwangerschaft auf den Blutstrom. Es wurden fünf Hypertoniker beobachtet mit einem Maximaldruck von 137 bis 224 mm Hg. und Fälle von chronischer Nephritis. Alle hatten einen um im Mittel 17% erhöhten Grundumsatz. Der Sauerstoffverbrauch aus dem Blut war etwas niedriger als normal, so daß das Minutenvolumen des Herzens im Mittel um 26% erhöht wurde.

Ein Fall von chronischer Nephritis wurde während der Schwangerschaft und nach der Entbindung beobachtet. Die Geburt erwirkte eine Erhöhung des Grundumsatzes um 11%, der Sauerstoffverbrauch vom Blute war etwas erhöht, so daß das Minutenvolumen von 6 auf 4,9 l sank.

Arnold Hirsch, Berlin.

Il Policlinico Sez. prat.

33., Nr. 21, 24. Mai 1926.

Ein Fall von myogener traumatischer Kontraktur. Scarpini.
Sokodu infolge Bisses einer Katze. Neirotti.
Nutzen des Blutegels. Romano.

33., Nr. 22, 31. Mai 1926.

Die Behandlung des Gleukoms. Ascher.
Ein Fall von Sarkom der Gefäßscheide des Halses. Speciale.
Bemerkungen über die Influenzaepidemie des letzten Winters. Riccardo.

33., Nr. 23, 7. Juni 1926.

* Der Verkürzungsreflex vom klinischen Gesichtspunkt aus. Valentini.
Amöbendysenterie und Endokarditis. Farmachidis.
Ueber die Cholesterin-Ausscheidung im Harn. Contorelli.
Die dorsale Perkussion bei der Aortendilatation. Fabi.

Der Verkürzungsreflex vom klinischen Gesichtspunkt aus. Der Verkürzungsreflex, den man am besten nach der Methode von Marie-Foix durch Reizung der Haut von Fußsohle oder Fußrücken und der tieferen Gewebe erhält, besteht aus einem dreifachen Flexion; bisweilen kommt noch also 4. die dorsale Flexion der großen Zehe, der Babinski, hinzu. Seine Verstärkung steht im direkten Verhältnis zur Stärke der Kontraktionen, zur Ausdehnung der Reflexzone auf das Bein und besonders zum Auftreten des intermittierenden Typus (Goldflam) mittels einer Dauerreizung. Die reizbarste Partie ist die Fußsohle, die Reizung muß etwas stärker als für den Babinsky sein. Der Verkürzungsreflex erscheint bei Krankheiten des Zentralnervensystems mit, aber auch ohne Schädigung der Pyramidenbahnen, im soporösen und komatösen Stadium und auch im normalen Schlaf. Er ist verstärkt bei Prozessen, die das Rückenmark oberhalb der Lendenanschwellung komprimieren, bei multipler Sklerose, bei diffusen medullären Prozessen und bei einigen Hemiplegien. Bei schwieriger Diffentialdiagnose zwischen Tumor und multipler Sklerose spricht ein schwacher Reflex mehr für die letztere, ein starker, besonders von intermittierendem Typus mehr für einen Tumor. In Fällen von Tumor mit Rückenmarkskompression kann man den Reflex noch lange Zeit nach erfolgreicher Operation und vollkommener Herstellung der motorischen Funktion hervorrufen.

33., Nr. 24, 14. Juni 1926.

Pseudo-Appendicitis infolge einer seltenen Mißbildung der Plica ileoappendicolaris. Dami.
Ein Fall asymptomatischer Appendicitis bei einem Hämophilen. Bonadies.
Zwei Fälle optischer Neuritis. Battoni.

Rontal.

Il Policlinico Sez. med.

33., Nr. 6, 1. Juni 1926.

Gliom des Scheitellappens und der Varolsbrücke der rechten Gehirnhälfte. Giannulli.
Symptomenkomplex der Sehhügelerkrankung. Costantini.
* Encephalographie und ascendierendes Lipiodol. Gortan und Saiz.

Encephalographie und ascendierendes Lipiodol. Verff. hatten in 50 Fällen mit Luftinjektion sehr gute diagnostische Resultate, aber meistens schwere unmittelbare Störungen. Erheblich einfacher ist die Röntgenographie mit Lipiodol. ascendens (l. a.), das 0,1 cg Jod pro ccm enthält gegen 0,54 des Lip. descendens. Sie berichten über ein vergleichendes Studium an 9 Geisteskranken, die hintereinander mit beiden Kontrastmitteln untersucht wurden, und fügen 31 Röntgenbilder den Krankengeschichten bei. Sie injizierten Luft von einem Minimum von 22 ccm suboccipital bis zu 135 ccm lumbal, das erstere Verfahren ist vorteilhafter und mit weniger Störungen verbunden, weil weniger Liquor aspiriert wird. Sie injizierten l. a. meistens lumbal von 2—20 ccm. Nach einer Durchleuchtung in aufrechter Stellung, Röntgenographie in vielen verschiedenen Stellungen. Reichliche Luftinjektion gibt detailliertere Bilder als l. a.. Das l. a. gibt bei relativ sehr kleinen Mengen sehr gute Ventrikelbilder. Mit 2 ccm gelang es oft, die Seitenventrikel deutlich herauszubringen. Er erzielt im Gegensatz zur Luft normalerweise nicht die Convexität des Schädels. Die unmittelbaren, sehr intensiven Störungen nach Luftinjektion fehlen vollkommen im Moment der Injektion des l. a., das beim Eintritt in die Ventrikel gut vertragen wird und durch sein langes Verweilen häufige kontrollierende Untersuchungen gestattet. In den dem Eingriff folgenden Tagen macht auch das l. a. Fieber und sonstige Störungen, wenn auch geringer als die Luft. Nie werden Jodspuren im Harn gefunden. Röntgenbilder ergeben nach einigen Monaten in einigen, aber nicht in allen Fällen, eine verminderte Lipiodolmenge. Nach langem Aufenthalt im Liquor zeigt das Lipiodol starke Veränderungen und kann zu entzündlichen Prozessen in den Meningen Veranlassung geben. Diese schweren Spätfolgen fehlen natürlich bei der Luftinjektion. In den beschriebenen 9 Fällen wurde durch beide Methoden nie heilende Wirkung erzeugt, zweimal bei Epileptikern sogar Verschlimmerungen, sowohl in andern Fällen gerade bei Epileptikern auch viele Besserungen festgestellt wurden.

Rontal.

British medical Journal.

Nr. 3410, 8. u. 15. Mai.

Ueber die Grundsätze der Prophylaxe und Therapie mit Vaccinen. Lechirgham.
Die Ueberwachung der Herzerkrankung im Kindesalter. Lowenfeld.
Die Wirkung von Extrakten der Darmschleimhaut. Dixon und Wadia.
Ueber zwei Fälle von Huntingtonscher Chorea. Grimbly und Wilson.
* Die Rolle des Wurmfortsatzes bei gynäkologischen Operationen. Statham.
Zur Radikalbehandlung der Trigeminusneuralgie. Hughes.
Karzinom nach Gastroenterostomie. Owen.
Tödliche Leberblutung bei einem fünf Tage alten Kind. Berry.
Rückgang einer Ertaubung durch Tubenkompression infolge eines Gaumensarkoms. S. und O, Lodge.
Kongenitaler Verschluß des Duodenum. Magee.
Spontaner Rückgang einer akuten Intussusception. Davies.
Cystische Degeneration eines Myoms mit Ausstoßung aus dem Uterus. Edmond.

Die Rolle des Wurmfortsatzes bei gynäkologischen Operationen. Der Wurmfortsatz ist sehr häufig an entzündlichen Vorgängen im kleinen Becken beteiligt und stellt häufiger als man erwartet die Ursache der rechtsseitigen Adnexerkrankung dar (Salpingo-Oophoritis). Eierstocksentzündung als Alleinerkrankung — ohne entzündliche Veränderungen am Bauchfell des Beckens — darf nicht diagnostiziert werden. Wenn bei Unterleibsbeschwerden nur ein vergrößertes, nicht von Verwachsungen umgebenes Ovarium nachgewiesen wird, so liegt die Ursache dieser Veränderungen zumeist in einer chronischen Appendicitis. Bei gynäkologischen Operationen ist der Wurmfortsatz zu entfernen, sobald auch nur die geringsten Veränderungen nachweisbar sind, um das spätere Auftreten von Krankheitserscheinungen zu verhüten.

Nr. 3411, 22. Mai.

* Ueber Herz- und Aortenlues und ihre Behandlung. Cotton.
Moralisch Minderwertige: Behandlung oder Bestrafung? Potts
Eine einfache Modifikation der Zange. Ferguson.
Ein Fall von sacro-coccygealem Chordom. Richardson und Taylor.
* Der prophylaktische Wert des Scharlachantitoxins. Hervey und Fellones.
Phenolain in der Augenheilkunde. Ferguson.
Amputation des linken Beines im Uterus. Hornsby.
Zwei Todesfälle bei Neugeborenen (intraperitoneale Blutung bei Hämophilie und Eventratio diaphragmatica).

Ueber Herz- und Aortenlues und ihre Behandlung. Vergleichende Beobachtungen während 5 Jahren an einem größeren Material zeigen, daß ausreichende spezifische Behandlung den Verlauf der Erkrankung günstiger gestaltet. Bei regelmäßig in jedem Jahr vorgenommenen Kuren ist der Prozeß in einer Reihe von Fällen zum Stillstand gekommen. Intravenöse Arsengaben in mittleren Dosen sind gefahrlos und können ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen verabfolgt werden (jährlich 6—8 intravenöse Injektionen in wöchentlichen Abständen). Weiterhin sind regelmäßige Schmierkuren und periodische Darreichung von Jodkali notwendig. In den Fällen, bei welchen bereits Stauungserscheinungen in erheblichem Grade aufgetreten waren, führte auch die spezifische Behandlung wesentliche Besserung nicht mehr herbei. Ebenso ist bei Bestehen einer aneurysmatischen Aortenerweiterung die antiluische Therapie ziemlich wirkungslos.

Der prophylaktische Wert des Scharlachantitoxins. Nach Einschleppung von Scharlach auf eine Diphtheriestation wurden 14 Kinder, die der Infektion ausgesetzt waren und welche für Scharlach empfängliche waren (Eintritt einer Hautreaktion nach intrakutaner Injektion von Scharlachantitoxin, positive Dicksche Probe) prophylaktisch passiv immunisiert. Es gelang, durch intramuskuläre Injektion von Scharlachantitoxinserum die Infektionsbereitschaft innerhalb von 36 Stunden aufzuheben. (Die Dicksche Probe wurde negativ.) Die passive Immunität dauerte bis über 3 Wochen an, wie die in regelmäßigen Abständen ausgeführte Dicksche Probe erkennen ließ. Am wirkungsvollsten erwies sich konzentriertes Serum, bei welchem schon die Injektion von 2,5 ccm genügte, um ein gefährdetes Kind für mindestens 14 Tage zu schützen. Die Gefahr der Serumkrankheit (bei vorherigen Injektionen von Diphtherieserum) ist bei dieser geringen Dosis nicht zu fürchten. Von unkonzentriertem Serum mußten eine weit größere Menge (10 ccm) intramuskulär gegeben werden, die sich zudem als nicht so sicher wirkend herausstellte. Das durch Vorbehandlung mit Scharlachstreptokokken gewonnene Antitoxinserum ist somit für folgende Zwecke verwendbar: 1. Intrakutane Injektion zur Prüfung des Schultz-Charltonschen Auslöschphänomens, 2. intramuskuläre oder intravenöse Injektion von therapeutischen Dosen zur Bekämpfung der ausgebrochenen Krankheit, 3. intramuskuläre Injektion zur Hervorrufung einer zeitlich begrenzten passiven Immunität.

Nr. 3412, 29. Mai.

* Beobachtungen über die heilende Wirkung der Bestrahlung des Auges mit ultraviolettem Licht. Duke-Elder.
Tod an fondroganter Pneumonie nach kurzer Narkose mit Stickstoffoxydul. Glynn.
Ein neues Behandlungssystem der Zuckerkrankheit. Chabanier und Copeman.
Ein Fall von offenem Duktus arteriosus Botalli. Gordon.
Geisteszustand eines Kinder 9 Jahre nach einer mit häufigen Ventrikelpunktionen behandelten Meningitis. Gregory.
Hydatidencyste in der Orbita. Seale.
Schliderung von Abdominalerkrankungen zur Darstellung wichtiger chirurgischer Grundsätze. Stretton.
Perniziöse Anämie nach Ileus infolge Darmatonie. Chapman und Duff.
Zur Verwandtschaft zwischen Varicellen und Herpes zoster. Woolfson, Smith und Distin.
Lungentuberkulose im Greisenalter. Burrell.
Septische Angina mit Erythema nodosum als Komplikation. Shepheard.

Beobachtung über die heilende Wirkung der Bestrahlung des Auges mit ultraviolettem Licht. Am geeignetsten für die Phototherapie und die chronischen Entzündungsvorgänge am Auge, kurz nach Abklingen des akuten Stadiums, bei denen die gewöhnlichen Behandlungsmethoden relativ wenig leisten. Die Bestrahlung muß so früh wie möglich eingeleitet werden, da die Heilungsmöglichkeit mit der Ausbildung von Narben am Auge sich sehr verschlechtert. Am besten spricht die Tuberkulose des Auges — in jeder ihrer Formen — auf die Bestrahlung an. In 8 von 9 Fällen tuberkulöser Iridocyclitis wurde die Sehkraft in einem Grade gebessert, der mit den bisherigen Mitteln kaum erzielt werden konnte. Gute Erfolge wurden auch bei der infektiösen Iridocyclitis und der Keratitis phlyctänulosa gesehen. Sie traten zwar nicht so rasch wie bei den tuberkulösen Affektionen ein, sie übertrafen jedoch sonst therapeutisch Erreichte bedeutend. Diese Phototherapie des „inneren“ Auges wurde stets mit Bestrahlungsserien des ganzen Körpers zusammen durchgeführt, welche die Widerstandskraft des Organismus erheblich steigern. Außerdem gibt die Reaktionsweise der Körperhaut auf die Strahlen der Quecksilberdampflampe wichtige Hinweise für die individuell verschiedene Radiosensibilität und die therapeutisch für das Auge wirkende Dosis. Bei den Erkrankungen des „äußeren“ Auges (insbes. chron. Blepharokoryunktivis, Ulcus corneae und Trachom) sind die Ergebnisse nach kurzer Dauer der Lichtbehandlung überraschend. Die Technik der Bestrahlung wechselt je nach dem angestrebten Ziel. Kurzwellige Strahlen reizen das Gewebe, während Strahlen mit einer Wellenlänge von über 300 Angström-Einheiten sedativ wirken.

Nr. 3413, 5. Juni.

Warum Hygiene sich bezahlt macht. Balfour.
* Neuere Fortschritte in der Thoraxchirurgie. Souttar.
Zur Diagnose der Magenkrankheiten. Broster.
Zur Behandlung des Asthma mit Röntgenbestrahlung. Scott.
Beckengeschwulst durch Bluterguß in die Bauchwand vorgetäuscht. Fathergill.
Rektale Narkose. Coleman.
Heilung einer Meningitis serosa durch Lumbalpunktionen. Anderson.
Zur Behandlung der Darminvagination mit rektaler Lufteinblasung. Hollick.
Familiäre Augenmißbildung. Ashby.
Stiehldrehung einer Ovarialcyste bei einem Kind. Morris.
Gangrän beim Neugeborenen. Hefferman.
Behandlung der Frambösie mit Novarsenobillon. Franklin.

Neuere Fortschritte der Thoraxchirurgie. Das akute Empyem tritt in zwei Formen in Erscheinung. Beim Pneumokokkenempyem bestehen zumeist infolge der massigen Fibrinablagerungen ausgedehnte Verwachsungen, welche zur Abkapselung von Eitermassen führen können. Nach breiter Eröffnung des Thorax (Pneumothorax ist wegen der Adhäsionen nicht zu befürchten) werden die Fibrinmassen und der eingedickte Eiter entfernt. Durch kontinuierliche Saugdrainage wird die Wiederausdehnung der Lunge gefördert. Bei dem nicht zu Verwachsungen führenden Streptokokkenempyem, bei welchem der Pleuraraum mit dünnem Eiter angefüllt ist, oder bei dem sich durch Gasbildung infolge Mischinfektion entwickelnden Pyopneumothorax ist die sofortige breite Eröffnung des Thorax zu gefährlich (Mediastinalflattern). Durch wiederholte Punktionen mit Ablassen von Exzudat ist der Druck im Thoraxinnern herabzusetzen. Nach einiger Zeit, wenn genügend Adhäsionen sich gebildet haben, kann die Rippenresektion dann vorgenommen werden.

Eiterungsprozesse im Lungenparenchym können nur nach Aufklärung ihrer Aetiologie wirksam chirurgisch angegriffen werden. Gar nicht so selten entsteht ein Lungenabszeß durch Fremdkörperaspiration (Geflügelknochen, nach Tonsillektomie, Zahnstückchen in der Narkose oder im Schlaf). In höherem Alter ist stets die Möglichkeit zu beachten, daß ein Bronchialkarzinom durch Bronchostenose mit Sekretstauung einen Lungenabszeß hervorruft. Die interne Therapie (Flüssigkeitsbeschränkung, Lageveränderungen) führt auch bei nach Pneumonie entstandenen Abszessen selten zur völligen Heilung.

Bei Beschränktsein der Abszeßbildung auf einen Lungenlappen ist besonders bei jüngeren Individuen mit Erfolg die Resektion des ganzen Lappens durchgeführt worden. Bei der großen Gefahr dieses Eingriffs ist ein zweizeitiges Operationsverfahren vorzuziehen. Durch Einlegen von Gaze wird die Entwicklung von Adhäsionen über den erkrankten Lungenpartien gefördert. Später wird das vereiterte Gewebe mit dem Thermokauter weitgehend verschorft und so eine große Höhle geschaffen, die von den zahlreichen eröffneten Bronchien dauernd nach außen drainiert wird. Die Erfolge sind bei dieser Art des Vorgehens überraschend. Die Pleurainfektion mit ihren deletären Folgen ist kaum zu fürchten. Biberfeld.

The Lancet.

210., Nr. 17, 24. April 1926.

Neubildungen des Hodens. Cairus.
Endokarditis. 3. Teil. Horder.
* Die Serumbehandlung der Diphtherie. Mac Intyre.
Ueber eine Methode der Krebsforschung. Gilford.
* Behandlung von Drüsentuberkulose mit Radium. Gosse.
Ein ungewöhnlicher Fall von Intussusception. Fairweather.
Hauttransplantation bei akutem Symblepharon. Ball.

Die Serumbehandlung der Diphtherie. In den letzten 54 Jahren zeigen die Statistiken Englands ein kontinuierliches, sehr erhebliches Sinken der Mortalität beim Scharlach und Typhus, ein scharfes Ansteigen der Diphtherie-Mortalität bis zur Einführung des Antitoxin um 1900 und ein Sinken seit jener Zeit bis wenig unter die Zahlen von 1871. Der Grund liegt in dem milderen Auftreten des Scharlachs und dem Seltenerwerden des Typhus. Beim Vergleich der Mortalität zur Morbidität aus den letzten 14 Jahren — die letztere hat sich für Diphtherie nur wenig geändert — ergibt sich, daß die Diphtherie-Mortalität viel erheblicher gesunken ist, als die der zwei andern Infektionskrankheiten. Sehr vieles spricht dafür, daß diese günstige Wendung auf das Konto der Serumbehandlung zu buchen ist. Die Erfahrung zeigte jedoch, daß der Wert des Antitoxins als einer spezifischen Behandlung auf die ersten drei bis vier Tage der Erkrankung beschränkt ist, und daß zur Herabsetzung der Mortalität Frühdiagnose und Frühbehandlung das Wesentliche ist. Verfasser empfiehlt dringend, auf eine zu ausgedehnte bakteriologische Untersuchung zu verzichten, welche die Behandlung hinauszögert und nicht immer verläßlich ist, dafür in allen verdächtigen Fällen sofort eine Antitoxinbehandlung einzuleiten. Die Größe der Dosis soll nicht vom Alter, sondern von der Schwere der Krankheit, eventuell von der Dauer derselben abhängig sein. Die Injektionsmethode der Wahl soll die intramuskuläre im mittleren lateralen Drittel des Oberschenkels sein. Bei allen Fällen, die einen virulanten Eindruck machen, gebe man sofort eine sehr große Dosis, zur Hälfte intramuskulär, zur Hälfte intravenös.

Behandlung von Drüsentuberkulose mit Radium. Analyse von 50 Fällen aus dem Londoner Radiuminstitut mit 37 Heilungen, 9 Besserungen. Oft begann die Besserung erst nach der zweiten Radiumapplikation. Drei bis vier Sitzungen von je sechs Stunden in ambulanter Behandlung wirken gut, besser jedoch eine einzige lange Bestrahlung bei 48 stündigem Hospitalaufenthalt. Kinder reagieren am besten, vorangegangene Röntgenbehandlung verlangsamt die Radiumwirkung. Bei Rezidiven nach früheren Operationen werden die oft keloiden Narben günstig beeinflußt. Wo Fluktuation, vorausgehende Aspiration. Verschwindet eine Drüsenmasse nach sieben- bis zehntägiger Radiumbehandlung, so hat es sich um Lymphadenom gehandelt. Nicht selten war die Drüsenerkrankung im Anschluß an eine Tonsillektomie entstanden. Auf die dermographisch markierten Drüsen werden Radiumplatten (2,5 mg Radiumelement per cm²), bedeckt mit 0,3 mm Monel-Metall und gefiltert mit 1 mm Silber, mit Heftpflaster befestigt. Die vollkommen geschrumpfte Drüse nach der Behandlung besteht aus engen mit Endothelium ausgekleideten Räumen in dickem fibrösem Gewebe, in welchem die Tuberkel, besonders die Riesenzellen weiter bestehen und Tuberkelbazillenbefund oft noch nach Monaten möglich ist.

210., Nr. 18, 1. Mai 1926.

Viscerale und ausstrahlende Schmerzen. Ryle.
* Chirurgische Behandlung chronischer Magen- und Duodenalulcera. Braithwate.
Ischämische Nekrose des Herzens bei einem 27 jährigen Kranken. Buhner und Lamb.
Behandlung chronischer Dysenterie. Drake-Brockman.
Wert des Sphygmomanometer bei Herzdiagnosen. Wilson.
* Letale Wirkung des ultravioletten Lichts auf normales und malignes Gewebe in vitro. Moppet.
Osteomyelitis von 56 jähriger Dauer. Walker.

Chirurgische Behandlung chronischer Magen- und Duodenalulcera. Ulcera kommen im Duodenum nie an oder in der Nähe der Gallenpapille vor. Versuche machen es ziemlich sicher, daß die Galle eine Hyperchlorhydrie reduziert. Nach reichlicher Fettmahlzeit scheint es sogar zu Gallenrückfluß in den Magen zu kommen. Nach Anastomose der Gallenblase mit dem Magen sah man nie schädliche Wirkungen von Gallendurchfluß durch den Magen. Die Wirkung der Gastroenterostomie ist nicht zuletzt auf den leichten Zutritt der Duodenalsäfte zum Ulcus zurückzuführen. Die Galle reduziert zwar die Magensäure, aber sie verhindert nicht etwa durch vollkommende Neutralisierung des Chymus die Magenverdauung. Es ist sogar nicht unmöglich, daß die Galle außer der wohltätigen säurereduzierenden Wirkung noch andere günstige Einwirkungen auf die Magenstörung hat. Von diesen Ueberlegungen ausgehend, glaubt Verfasser, daß eine Anastomose der Gallenblase mit der ulcerierten Partie, evtl. nach Exzision des Ulcus, der viel schwererwiegenden Gastroenterostomie vorzuziehen sei. Er hat zunächst die Operation bei schwer zugänglicher Magenulcera ausgeführt, zum ersten Male vor einem Jahr und seitdem im ganzen achtzehnmal operiert, sechzehnmal wegen Magenulcus, dessen Exzision oder Zerstörung unmöglich oder gefährlich war, einmal wegen rezidivierendem Duodenalulcus und einmal wegen Hyperchlorhydrie und Pylorospasmus. Vielleicht wäre eine gleichzeitige Jejunostomie zur Richtigstellung des Magens von Vorteil. Die Resultate waren sehr befriedigend, niemals litten die Kranken unter dem Gallenfluß in den Magen. Verfasser ist sicher, daß die Cholecystogastrostomie bzw. -duodenostomie die Operation der Wahl für die schwer zugänglichen Ulcera sein wird, ja er ist überzeugt, daß sie die bevorzugte Operation für die meisten Magen- und sehr viele Duodenalulcera werden wird.

Letale Wirkung des ultravioletten Lichts auf normales und malignes Gewebe in vitro. Lumsden hatte gezeigt, daß normale in vitro kultivierte Zellen gegen Temperaturen, Bakterieninfektion, Radium und ultraviolette Strahlen empfindlicher sind als Karzinomzellen. In Ergänzung dieser Versuche wies Verfasser nach, daß die verschiedenen normalen und malignen Gewebe in vitro in sehr verschiedenem Maße resistent sind. Gegen ultraviolette Strahlen war am empfindlichsten Nierengewebe, weniger empfindlich Herz. Milzzellen, die zu den am wenigsten differenzierten gehören, verlangten eine letale Dosis, die sich der für das Sarkom notwendigen näherte. Am resistentesten zeigte sich Krebsgewebe.

210., Nr. 19 und 20, 8. und 15. Mai 1926.

Die auf wenige Seiten zusammengeschrumpften Nummern der Lancet während des Streiks in England.

210., Nr. 21, 22. Mai 1926.

Medizinische Betrachtungen über den Tabak. Rolleston.
* Behandlung der Cholecystitis und Verhinderung von Gallensteinen. Hurct.
Häufige Schwierigkeiten bei der Geburt in der allgemeinen Praxis. Andrews.
Gebrauch von Silberfiligran bei der Operation der Inguinalhernie. Cole.
Toxische meningeale Hämorrhagie. Banks und Pringle.
2 Fälle von Peurperalfieber. Swyer.
Weit verbreitete sekundäre Neubildungen von einem Karzinom der Vulva aus. Crisholm.

Behandlung der Cholezystitis und Verhinderung von Gallensteinen. Gallensteine sind fast stets die Folge von Cholezystitis. Frühe Erkennung und Behandlung der letzteren mit Verhinderung von Hypercholesterinämie und Gallenstase verhindert die Gallensteinbildung. Nach des Verfassers Ueberzeugug ist Cholezystitis die häufigste chronische Abdominalerkrankung, viel häufiger als chronische Appendizitis. Nach Besprechung der Symptome, der physikalischen Untersuchung und diagnostischen Hilfsmethoden (Einpornsonde, biochemische Untersuchungen) verweilt er ausführlicher bei der Cholezystographie. Er gibt Tetrajod in mit Stearinsäure überzogenen Pillen oder in mit Formaldehyd behandelten Kapseln zu 0,3 g per 9 Pfund bei dicken, per 11—14 Pfund bei dünnen Personen (Maximum 6 g) um 6½ Uhr abends. Reichliche Wasseraufnahme, rechte Seitenlage. Röntgenographie um 9 Uhr früh und Wiederholung derselben zwei Stunden später nach sehr fetthaltiger Mahlzeit (Eier, Butter, Sahne). Bei starkem Erbrechen, sichtbarem Pillenschatten im Kolon, aber auch bei Ausbleiben des Gallenblasenschattens trotz guter Resorption wiederholt Verfasser die Probe. Wegen allarmierender Kollapssymptome meidet er die intravenöse Injektion. Pulpation unter dem Schirm bei sichtbarer Gallenblase ist sehr wertvoll, um festzustellen, ob die schmerzempfindliche Stelle der Gallenblase entspricht. Leichter Schmerz bei Druck in der Richtung vom Fundus zum Hals bedeutet nur vermehrte Spannung in der Gallenblase. Eine unsichtbare Gallenblase nach zweimaliger Probe bedeutet Obstruktion des Zystikus oder gänzlich mit Steinen gefüllte Gallenblase oder schwere Lebererkrankung. Sehr unregelmäßiger Schatten bedeutet Adhäsion oder Fibrose. Leichte Fleckung des Blasenschattens ist ohne Bedeutung, hellere Schatten auf dunklem Grund sind meistens Gallensteine. Wenn der Schatten nach zwei Stunden nicht wesentlich kleiner ist, so ist die Muskelwand durch chronische Entzündung gestört. Differentialdiagnose der Gallensteine von Nierensteinen oder verkalkten Drüsen ist leicht. Ueber Differentialdiagnose von Ulcus ventriculi und duodeni gibt die gleichzeitige Bariummahlzeit Auskunft, gleichfalls bei tiefer Pulpation über Adhäsionen. Die Behandlung bezweckt die Infektion der Gallenantiseptica, autogene Impfung und Beseitigung fokaler Infektion, die Gallensteine durch Gallendrainage zu bekämpfen. Die Bedeutung der Herdinfektion ist allerdings infolge der im Verhältnis zu Streptokokken überwiegenden Koliätiologie der Cholezystitis zweifelhaft. Das beste Gallenantiseptikum ist Urotropin, dessen antiseptische Wirkung durch die alkalische Galle nicht beeinträchtigt wird und das bei gleichzeitiger Alkaliverwendung die Harnblase auch in großen Dosen nicht reizt, allerdings dann auch im Harntrakt keine Desinfektionswirkung hat. Er gibt dreimal täglich nach dem Essen zwei Mixturen 1. Natr. bicarb., Kal. citr. aà 3,5 Aqu. dest. 30,0, 2. Urotropin 3,0—15,0 Aq. dest., allmählich bis zur doppelten Dosis steigend, danach ein Glas Milch. Mehrmonatliche Behandlung. Uebrigens auch eine empfehlenswerte Therapie bei Encephalitis lethargica und Poliomyelitis in diesen großen von Kindern gut vertragenen Dosen, da die Droge im Liquor ausgeschieden wird, und auch bei Typhus und Parathyphus wegen des ständigen Vorkommens des Krankheitserregers in der Galle.

Für die Gallendrainage mit Magnesiumsulfat hält Verfasser die Einhornsonde nicht für unbedingt nötig. Die Droge in konzentrierter Lösung ist ebenso wirksam per os auf nüchternem Magen. Die Dosis, welche der Patient ohne Durchfälle verträgt, zwischen 2—7 g und mehr muß er selbst erproben. Gegen Gallensteine sind auch tiefe Atemübungen und viel Bewegung nützlich. Eine weitere Maßnahme ist die Hintanhaltung von Hypercholesterinämie bei normaler Schwangerschaft durch Verbot von Eiern und Sahne. Alle Cholezystitiskranken sollten eine cholesterinarme Nahrung (Vermeidung von Eiern, Sahne, Gehirn, Leber, Niere, Kalbsbries, Rogen) zu sich nehmen. Fett in mäßigen Mengen. Die Hyperchlorhydrie Olivenöl, das natürlich Gallensteine nicht lösen kann, aber auch Gallendrainage hervorruft.

210., Nr. 22, 29. Mai 1926.

Der gegenwärtige Stand des Tuberkuloseproblems. Newsholme.
Fortschritte der Medizin mit Bezug auf die Tuberkulose-Bekämpfung. Adami.
* Die Operation der Wahl bei dem Uhrglasmagen. Pringle.
* Ueber die Ursache der Gynäkomastie. Weber.
Ein Fall von rezidivierender Intussusception. Hawe.
Ein Fall von Pneumokokken-Meningitis. Douthwaite.
Ein Fall von CCl_4-Vergiftung infolge Berstens eines patentierten Feuerlöschers. Dingley.

Die Operation der Wahl beim Uhrglasmagen. In etwa 80% wird der Uhrglasmagen bei Frauen beobachtet. Die Symptome, meistes von langjähriger Dauer, sind die der Pylorusstenose mit oder ohne Ulcus (Erbrechen, Schmerzen). Die Diagnose beruht wesentlich auf der Röntgenuntersuchung. Häufig wird noch nach sechs Stunden ein großer Rückstand im distalen Sack angetroffen. Die Röntgenplatte beim stehenden Patienten zeigt die Striktur tieferliegend, enger und länger, als sie bei der Operation angetroffen wird, wahrscheinlich eine Folge der Schwere des Barium. An sechs Fällen werden die verschiedenen Operationsmethoden mit Abbildungen und postoperativen Röntgenbildern gezeigt. Auf Grund großer Erfahrung hält Verfasser die partielle Gastrektomie für die Methode der Wahl. Wo sie wegen Adhäsionen rund um den distalen Sack oder zu hoher Lage eines kleinen oberen Sacks nicht ausführbar ist, ist eine hintere Gastroenterostomie in den oberen Sack am vorteilhaftesten. Bei großem distalen Sack oder Stenose von Pylorus bzw. Duodenum ist eine zweite Verbindung des distalen Sacks mit derselben oder einer anderen Jejunumschlinge am Platz. Bei schwierigen Fällen evtl. vordere G. E. mit oder ohne Enteroanastomose. Verfasser verwirft alle Methoden, die die Verengerung selbst angreifen, wie einfache G. E. durch die Verengerung hindurch oder plastische Operationen nach der Art der Finneyschen für die Pylorusstriktur. An drei Fällen werden die wenig zufriedenstellenden Spätresultate dieser letzteren Methoden gezeigt.

Ueber die Ursache der Gynäkomastie. Dieselbe ist ein- oder doppelseitig. Die doppelseitige Form ist 1. primär von unbekannter Entwicklungsursache ohne andere weibliche Geschlechtsmerkmale oder begleitet von solchen endokrinen Ursprungs und 2. sekundär infolge Fehlens des interstitiellen Hodengewebes. Sie kommt vor, bisweilen als einziges Resultat sexueller Veränderung, bei Kastration in der frühen Geschlechtsreife oder bei kongenitaler bzw. erworbener Hodenatrophie, z. B. nach Mumpos Orchitis (jedoch nie nach gonorrhoischer oder tuberkulöser Epididymitis). Schwieriger sind einseitige Formen zu erklären. Verfasser bestreitet, daß sie, wie behauptet wird, stets die Folge von Hodenerkrankung, besonders Hodentrauma derselben oder der Gegenseite sind. Er gibt die Abbildung eines 34jährigen Mannes mit einseitiger Gynäkomastie ohne Hodenerkrankung oder -Trauma. Er erwähnt zwei Fälle nach Prostaktektomie und berichtet über eine doppelseitige Form bei einem 27jährigen Manne mit einem malignen Hypernephrom der Nebennierenrinde (zahlreiche Metastasen bei der Autopsie), der sehr große Aehnlichkeit mit dem Fall von Bittorf-Mathias zeigt. In diesem Zusammenhang gedenkt er auch einiger von anderer Seite berichteter Fälle infolge endokriner Reizung bei Teratomen des Hodens und ihren Metastasen.

Rontal.

Gynécologie et Obstétrique.

Nr. 4, April 1926.

Zur Technik der ligamentären Uterusfixation nach dem Verfahren von Doléris. G. Cotte und R. Peyceoln.
Das Adenom des Collum uteri. E. Douay und A. Soimarn.
Ueber Mißbildungen der unteren Körperhälfte. M. Serdukoff.
* Ueber Pituitrin und Hypophysenextrakt. E. René de Cortret.

Pituitrin und Hypophysenextrakt. Verf. berichtet über das Ergebnis einer Rundfrage, die er an die bekanntesten Geburtshelfer der ganzen Welt gerichtet hat, um ihre Erfahrungen mit dem Pituitrin oder Hypophysenextrakt festzustellen. Sehr viele Geburtshelfer bestreiten jegliche Indikation zur Anwendung des Pituitrin während der Entbindung, weil sie es für gefährlich für Mutter und Kind halten, während andere es stets bei der Austreibungsperiode anwenden, um die Geburt schneller zu beenden. Infolge der durch das Pituitrin erzeugten starken Wehen, die schnell aufeinander folgten, wurden häufig tiefe und ausgedehnte Zerreißungen der Weichteile (Damm, Scheide, Cervix, unteres Uteriasegment, corpus uteri), vorzeitige Lösung der Placenta, Ermüdung und Erschöpfung des Uterus infolge starker Wehen, danach Blutungen, ferner Blutungen post partum, Retention der Placenta, Atembeschwerden, Blutdrucksteigerung und deren unheilvolle Folgen, Gehirn- oder Lungenembolie, eklamptische Krampfzustände beobachtet.

Ebenso hat man festgestellt, daß das Kind häufig an Asphyxie stirbt, ohne daß man sich die Todesursache erklären kann. Meistens ist die vorangegangene Pituitrininjektion daran schuld. — Es ist also das Pituitrin nur mit äußerster Vorsicht anzuwenden, und zwar nur in den seltenen Fällen von wirklicher Wehenschwäche während der Austreibungsperiode, keineswegs aber in den Fällen von Wehenschwäche, welche infolge von Ermüdung des Uterusmuskels im Laufe der Entbindung eintritt.

Nr. 5, Mai 1926.

Eklamptische Zustände ohne Albuminurie, am 22. Wochenbettstage: Amaurosis und Diabetes insipidus. Beitrag zur Pathologie des Diabetes insipidus in seinen Beziehungen zur Eklampie. Laurentie und B. J. Basiliou.
Pathologische Anatomie der utero-placentaren Apoplexie.
* Hilfsmittel zur leichteren Entwicklung des hochstehenden Kopfes mit der Zange. Lantnéjol.
Zur Behandlung der Gebärmutterverlagerungen. A. Pistuddi.

Hilfsmittel zur leichteren Entwicklung des hochstehenden Kopfes mit der Zange. Dasselbe besteht darin, daß Verf. die Frau an den Rand des Bettes mit herunterhängenden Beinen lagern läßt und selbst an den Zangengriffen fest nach unten zieht. Währenddessen beugen die Assistenten die Oberschenkel der Frau ad maximum, senken sie dann, beugen sie wieder usw., ca. drei- bis viermal hintereinander. Der vorher unbewegliche Kopf kann auf diese Weise mit Leichtigkeit entwickelt werden und folgt dem Zug der Zange.

Rudolf Katz, Berlin.

Biologie Médicale.

Vol. 16, 24., Nr. 5, Mai 1926.

* Hypothermie und Kälte. Delaunay.
* Schwangerschaft und Malaria, Chininresistenz, Stovarsol, Heilung. Pouget.
* Behandlung des Ulcus phagedaenicum mit Propidex. Massias.

Hypothermie und Kälte. Besprechung der physiologischen Tatsachen, die zu einer Reduktion der Thermogenese führen können, und der verschiedenen Mechanismen der Verlangsamung der pheripheren und der allgemeinen Zirkulation. Unter den pathologischen Zuständen, die zum zirkulatorischen Kollaps führen können, stehen Blutverlust, Herzleiden, vasomotorische Störungen an erster Stelle. Eine Anzahl von Kurven, die das vom Verfasser angegebene oscillometrisch-auskultatorische Verfahren illustrieren, werden gezeigt, worauf im klinischen Teil zunächst die larvierten Formen der Kälte, Angiospasmus, Frösteln usw., alsdann die Beziehungen zur Kälte zu infektiösen Erkrankungen und zur Intoxikation studiert werden. Der „anaphylaktische Choc", die „hämoklastische Krise" und die Adrenalinwirkung zu ihrer Bekämpfung sind noch nicht aufzuklären. Verfasser kommt zum Schluß, daß die Kälte (Algidité, frigor) ein Zustand von Hypertonie des Symphatikus durch Erregung des vasomotorischen Zentrums ist, ähnlich wie Erbrechen und Bradykardie der Ausdruck einer Hypervagotonie durch Erregung des Brechzentrums und des Herzhemmungszentrums ist.

Schwangerschaft und Malaria, Chininresistenz, Stovarsol, Heilung. Jede Frau, die ein oder mehrere Male an Malaria gelitten hat, ist während der Schwangerschaft und des Wochenbetts von einem Rückfall besonders bedroht. Während der militärischen Operationen Frankreichs im Orient wird die Zivilbevölkerung des Kontinents in größerem Umfang von der Krankheit ergriffen. Jede malariaverdächtige Schwangere sollte im Mai und September eine prophylaktische Chininkur machen. Jede Gravide, die Anfälle zeigt, ist energischer zu behandeln, um eine Uebertragung auf den Foetus zu verhindern. Leider wird aus Furcht vor etwa eintretendem Abortus oft der Fehler gemacht, die Chininbehandlung zu unterlassen. Zwei Fälle sind dem Verfasser bekannt, in denen diese Unterlassung zum Tode von Mutter und Foetus geführt habe. Chinin in richtiger, selbst hoher Dosierung führt nicht zu Kontraktionen des Uterus während der Schwangerschaft. Sehr bewährt hat sich eine Mischung von Chinin, Eisen und Arsen, auch das Formylchinin intramuskulär zwei- bis dreimal täglich 0,5, dies drei bis vier Tage hindurch, dann Pause und Wiederholung der Serie, waren von guter Wirkung. Ausnahmsweise kommt aber Chininresistenz vor: Eine 25 jährige Erstgebärende litt an Malaria tertiana maligna, und wurde durch Chinineinspritzungen 18 Tage hindurch nicht fieberfrei. Darauf griff Verfasser zum Stovarsol, viermal täglich eine Tablette, worauf vollständige Wiederherstellung der Kranken erfolgte, und die Schwangerschaft normal verlief. Bei Perniciosa oder im Koma sollte man zu intravenösen Stovarsolgaben übergehen. Das Stovarsol zerstört mit einem Schlage die Schizonten und Gameten. Die Fieberkurve wirkt überzeugend.

Behandlung des Ulcus phagedaenicum mit Propidex. Das Propidex enthält in Salbenform eine Mischvaccine von Staphylo-, Streptokokken und Pyocyaneusbazillen; obwohl es auch noch nicht das Spezifikum gegen Ulcera phagedaenica ist, hat es sich allen andern Methoden als überlegen erwiesen, wenn es nach Reinigung und Curettage des Ulcus gebraucht wurde. Man achte stets auf das „Terrain“, behandele die Syphilis, Tuberkulose, Varizen. Unterschenkelgeschwüre heilten in zwei bis vier Wochen, auch wenn sie 8—12 ccm im Durchmesser maßen.

K. Heymann, Berlin.

Journal of the American Medical Association, Chicago.

86., Nr. 18, 1. Mai 1926.

* Abnorme Bakterien-Geißeln in Kulturen. Noguchi.
Identität von Oharas' Krankheit und Tularämie. Francis und Moore.
Angioneurotisches Oedem. Wason.
* Harnproteine. Welker, Thomas und Hektoën.
* Jodsalz in der Prophylaxe des Kropfes. Hartsock.
* Lachs in der Diät zur Prophylaxe des Kropfes. Jarvis, Clough und Clark.
* Dosierung des Toxins für die aktive Immunisierung gegen Scharlach. Young und Orr.
* Behandlung der Kindertetanie mit Nebenschilddrüsenextrakt. Hoag und Rivkin.
Sauerstoffbehandlung des malignen Oedems. Roantree.
Schwere Zerreißung der Hand mit traumatischer Amputation zweier Finger. Loeb.
Modifizierte Beckenstütze. Telson.

Abnorme Bakterien-Geißeln in Kulturen. Verf. weist auf das Auftreten stark entwickelter, losgelöster Bakteriengeißeln hin, die besonders bei Dunkelfelduntersuchungen Anlaß zu Verwechselungen mit Spirochaeten geben können. Die Spirochaeten der Spironema- und der Treponemagruppe zeigen ebenfalls unter gewissen kulturellen Bedingungen stark entwickelte Geißeln. Diese Geißeln sind in ihrer Erscheinung dem spiraligen Achsenfaden sehr ähnlich. Der Achsenfaden ist mit einer Lage von Zytoplasma bedeckt, der sich bei Gallezusatz löst und wird dann im Dunkelfeld deutlich sichtbar nebst den Geißeln zu seinen beiden Enden. Wahrscheinlich sind die Bakteriengeißeln und Geißeln und Achsenfäden der Spirochaeten gleichen Ursprungs. Ihre Aehnlichkeit unterstützt die Hypothese der nahen phylogenetischen Beziehungen zwischen Bakterien und Spirochaeten.

Harnproteine. Es gelang Verff. bei 10 Fällen von Nephritis durch Sättigung des Harns mit 25% Ammoniumsulfat mit folgender Filtrierung und häufige Wiederholung dieses Prozesses mit dem Filtrat und Praezipitat Protein neunmal in Form von kugligen, einmal in Form von nadelartigen Krystallen zu erhalten. Fällungsproben ergaben, daß die Proteinkrystalle aus Serumalbumin, Englobulin und Pseudoglobulin zusammengesetzt waren.

Jodhaltiges Salz in der Prophylaxe des Kropfes. Untersuchungen unter dem Einfluß der außerordentlichen Zunahme der Fälle von Hyperthyreoidismus führten zu dem Ergebnis, das Jod in kleinen Mengen periodisch an Kinder vor dem Pubertätsalter verabreicht, ein wirkungsvolles Prophylaktikum gegen Kropf darstellt. Im Pubertätsalter dagegen soll Jod nur nach sorgfältiger Untersuchung auf eventueller Adenom gegeben werden, bei dessen Vorhandensein äußerste Vorsicht mit der Jodtherapie geboten ist. Längerer kontinuierlicher Jodgebrauch bei Erwachsenen ist verpönt, periodischer nur bei sorgsamer Ueberwachung erlaubt. Bei Adenom mit oder ohne Symptome des Hyperthyreoidismus dürfen Ewachsene Jod nur kurz vor der Operation erhalten. Zeitweilige Besserung nach Jod ist oft trügerisch. Bei Kolloidkropf hat Jod oft gute Erfolge, darf aber nur mit Vorsicht gebraucht werden, da oft in kürzester Zeit schwerster Hyperthyreoidismus sich einstellen kann. Jod beim Basedow muß sofort ausgesetzt werden, wenn der Grundstoffwechsel herabgesetzt, und die Symptome sich bessern. Nach einer Thyreodektomie ist bei Hyperthyreoidismus Schilddrüsenextrakt dem Jod vorzuziehen. Unter ärztlicher Aufsicht ist die beste Dosierung in Form von Jod-Schokoladentabletten à 10 mg Jod oder von Lugolscher Lösung. In sehr kleinen Dosen darf es mit Vorsicht schwangeren Frauen zur Verhinderung des Kropfes beim Foetus gegeben werden. Durch Jod herbeigeführter Hyperthyreoidismus heilt nicht durch Aussetzen der Droge und verlangt meistens Operation.

Lachs in der Diät für Kropfprophylaxe. Von der Auffassung ausgehend, daß zwischen niedrigem Jodgehalt in Boden, Wasser und Nahrung und dem Vorkommen des Kropfes Beziehungen bestehen, empfehlen Verff. eine reichliche Seefischnahrung. Allen voran steht im Jodgehalt der Lachs, obwohl Unterschiede zwischen den verschiedenen Lachsarten vorkommen. Der jodhaltigste, sogenannte rote Lachs enthält viermal so viel Jod als Butter, Hummern und Austern übertreffen an Jodgehalt noch den Lachs, kommen als Nachrungsmittel jedoch wegen ihrer geringen Menge und ihres hohen Preises nicht in Frage. In der Laichzeit ist der Jodgehalt des Fleisches zugunsten von Milch und Rogen vermindert. Der Büchsenlachs ist in bezug auf Jodgehalt dem frischen Lachs gleichwertig. Die Empfehlung von Büchsenlachs für die Diät von Kropfkranken und zu prophylaktischen Zwecken, als eines besonders billigen Nahrungsmittels kommt nur für Amerika in Frage.

Dosierung des Toxins für die aktive Immunisierung gegen Scharlach. Die kürzliche Empfehlung der amerikanischen Scharlachkommission von wenigstens 5 Injektionen (500, 1000, 5000, 15 000, 20 000 Haut-Reaktionsdosen) in einwöchentlichen Intervallen — dazu kommen noch diagnostische Intrakutaninjektionen — kann die Methode nur diskreditieren. Aus unzähligen Versuchen folgern Verff., daß man mit 3 Injektionen von 500, 5000 und 30 000 Hautreaktionsdosen in zweiwöchentlichem Intervall eine ebenso große oder noch größere Immunität hervorrufen kann, wie mit fünf. Durch den Zweiwochen-Intervall werden Immunitätsgrad erhöht und Reaktionen vermindert. Die große Toxindosis der dritten Injektion hatte nie nachteilige Folgen.

Behandlung der Kindertetanie mit Nebenschilddrüsenextrakt. Die subkutane Injektion von Collips Nebenschilddrüsenextrakt (von Lilly in den Handel gebracht) verursachte in 4 Fällen von Kindertetanie rasche Besserung und prompte Steigerung des Serumkalkgehaltes innerhalb 24 bis 48 Stunden. Als geeignete Dosis erwiesen sich 5 Einheiten des Extrakts pro Kilo Körpergewicht für jede gewünschte Steigerung des Kalkgehalts um 1 mg; die Gesamtmenge ist über 24 bis 36 Stunden in vier- bis sechsstündlichen Intervallen zu verteilen. Durch dauernde tägliche Verabreichung von Bruchteilen dieser therapeutischen Dosis konnte die klinische Besserung aufrecht erhalten werden.

86, Nr. 19, 8. Mai 1926.

Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten. Wise.
* Aetiologie und Behandlung des Erysipels mit Antistreptokokkenserum. Birkhang.
* Glukose und Insulin in der Behandlung des Schwangerschaftserbrechens. King.
Herzgefäßreaktion bei sporttreibenden und nicht sporttreibenden Mädchen. Damez und Mitarbeiter.
* Ein spezifisches hemmendes Hormon des Corpus luteum. Papanicolaou.
* Allgemeine Alopecie. Wilson und Winkelman.
* Puerperalfieber. Lash.
Syphilitisches Leukoderma. Shelmire und Calhoun.
* Vergrößerte tuberkulöse tracheobronchiale Drüsen unter dem Bilde des Asthmas. Peshkin und Fineman.
* Behandlung tiefer Röntgenstrahlenverbrennung. Davis.
Meningokokken-Meningitis mit Ausgang in Genesung bei einem 7 wöchentlichen Kind. Sturtevant.
Durchleuchtung des Uteruscervix. Thompson.
Ein Prostataballon. Barry.

Aetiologie und Behandlung des Erysipels mit Antistreptokokkenserum. Das mit dem spezifischen Erysipel streptococcus nach der Dochezschen Scharlachmethode erzeugte Serum zeigte bei früher Anwendung ausgesprochene Heilwirkung. In 60 mäßig schweren Fällen führte intramuskuläre Injektion von 100 ccm unkonzentrierten oder 15 bis 20 ccm konzentrierten Serums in den ersten 3 Tagen der Krankheit zu rascher Besserung aller Symptome. In Spätfällen sind meistens mehrere Injektionen nötig. Mittels gleichzeitiger intrakutaner Injektion einer Hautreaktionsdosis (0,1 ccm einer 1 pro mille Lösung des Toxinfiltrats) und intramuskulärer therapeutischer Dosis kann man feststellen, ob das im Blute zirkulierende Toxin vollkommen neutralisiert ist.

Glukose und Insulin in der Behandlung des Schwangerschaftserbrechens. Nachprüfung dieser therapeutischen Methode bei 7 allerschwersten Fällen von Schwangerschaftserbrechen. In 4 Fällen konnte infolge prompter Wirkung von dem in Aussicht genommenen, therapeutischen Abort Abstand genommen werden; in einem Fall war die Toxämie schon so weit vorgeschritten, daß die Kranke auch trotz des therapeutischen Aborts starb; in einem andern Falle, wo die Glukose-Insulinbehandlung versagte, war die Ernährung mit der 8 Tage liegen bleibenden Duodenalsonde — sehr schwierige Einführung beim Erbrechen — erfolgreich. Verf. zieht bei den schweren Fällen die intravenöse Glukoseinjektion dem Klysma vor. Er glaubt, daß die Kombination mit Insulin von Nutzen ist.

Ein spezifisches, hemmendes Hormon des corpus luteum. Versuche an Meerschweinchen. Injektionen eines reinen Lutealextrakts

(1 bis 2 ccm) unterdrückten Ovulation und Oestrum für mehrere Tage. Durch einwöchentliche Injektion war es möglich, den ovariellen Rhythmus zwei bis 4 Monate lang zu unterdrücken, wenige Tage nach Aussetzen der Injektionen erschien die Ovulation wieder. Das spezifische Lutealhormon läßt sich leicht erkennen, isolieren und standardisieren. Das weibliche Geschlechtshormon kommt ebenfalls im corpus luteum vor, besonders in seinen Frühstadien, anscheinend kann das c. l. beide Hormone sezernieren. Beide wirken in ganz verschiedener Weise, in gewissem Grade antagonistisch. Das Follikelhormon beschleunigt eher Ovulation und Oestrum und ruft im Genitaltrakt kastrierter Tiere im Gegensatz zum Lutealhormon Hypertrophie hervor. Beide wirken in trächtigem Zustande gleichzeitig, das eine hemmend, das andere reizend. Orale Verabreichung des Lutealhormons ist ohne Wirkung.

Vollkommene Alopecie. Bericht über 3 Fälle. Im ersten Fall trat die totale Alopecie ein Jahr nach Pankysterektomie mit gleichzeitigen Symptomen eines Hirntumors auf, der oberhalb der Hypophyse und im 3. Ventrikel lokalisiert, Erosion der Sella turcica zeigte, mit Herabsetzung von Blutdruck und Blutzucker. Die Autopsie ergab ein typisches Gliom. Im zweiten Fall entwickelte sich die Alopecie im Anschluß an einen furchtbaren Erregungszustand im Kriege, im dritten war eine Ursache nicht erkennbar. Die verschiedensten Drüsenextrakte waren ohne Erfolg.

Puerperalfieber. Vergleichende Untersuchungen der Intrakutanreaktionen mit Scharlach- und Puerperalfieber-Toxin an 247 nicht schwangeren, schwangeren und im Wochenbett befindlichen, gesunden Frauen. Durch die Dicksche Methode der Identifizierung des Scharlachstreptokokkus war zuvor festgestellt, daß der benutzte Str. des Puerperalfiebers differenter Natur war. Der Prozentsatz positiver Reaktionen war für beide Proben nur gering, wodurch die natürliche Immunität erklärt werden kann. Die vergleichenden Reaktionen beider Toxine an den gleichen Personen beweisen, daß letztere gegen einen Stamm des Str. haemolyticus immun sein können, gegen den andern nicht.

Vergrößerte tuberkulöse tracheobronchiale Drüsen unter dem Bilde des Asthmas. Unter mehreren 100 Kindern in der Asthmaklinik fanden Verff. 3, in welchen die Vergrößerung der tuberkulösen Hilusdrüsen Asthma vortäuschte. Auftreten meist vor dem zweiten Lebensjahr, Röcheln, exspiratorische, durch Adrenalin nicht beeinflußbare Dyspnoe, positive Pirquet, Mantoux und Tuberkulinreaktion, vor allen Dingen der typische Röntgenbefund ermöglichen die Diagnose. Differentialdiagnose von echtem Bronchialasthma, Thymusasthma, der Bronchotetanie bei Spasmophilie, bronchialen Fremdkörpern u. a. ist nicht schwer. Prognose meist ungünstig. Hygienische Verhältnisse und Röntgentherapie haben den größten therapeutischen Wert.

Die Behandlung tiefer Röntgenverbrennungen. Ultraviolette Strahlen und Radium bringen bei tiefen Verbrennungen von längerem Bestand niemals gute Erfolge, eher Verschlimmerung. Frühe Excision, möglichst radikal im Gesunden, mit Transplantation verspricht sicherer als jede andere Methode schnelle Beseitigung der Schmerzen, Wiederherstellung der Funktion und Dauerheilung in relativ kurzer Zeit. Unter günstigen Verhältnissen kann man die Transplantation sofort an die Excision anschließen, meistens macht die Sekretion eine Vorbehandlung nötig (48 Stunden lang 3% Xeroformsalbe und Druckverband mit sterilen Schwämmen, dann mehrere Tage Kompressen mit physiologischer Lösung bzw. mit Perubalsam, Rizinusöl 1 : 3). Kleine Ollier-Thiersch-Transplantationen oder größere dicke Hautlappen direkt auf die Granulationen oder gestielte Lappen nach Entfernung der Granulationen.

Rontal.

Archives of internal Medicine.

Nr. 5, Mai.

* Die Beeinflussung des Blutdrucks bei Frauen durch die Geschlechtsorgane. Alvarez und Zimmermann.
* Ueber die Basedowsche Krankheit nebst Beobachtungen an den röntgenbestrahlten Fällen. Sanger.
Berufskrankheit bei Zinkarbeitern. Mc Cord und Friedländer.
Das Blutbild bei Pocken während einer kürzlich beobachteten Epidemie von 200 Fällen. Ikeda.
* Die Magensaftsekretion beim Diabetes mellitus. Bower und Aaron.
Hämoglobingehalt, Färbe- und Sättigungsindex sowie Zellvolumenbestimmungen bei Gesunden. Osgood.
Zur Schätzung des Herzquerdurchmessers beim Mann. Hodge und Eyster.
Die Wirkung von Blei und Radium auf reife und unreife Erythrozyten. Pearse.
Die Blutveränderungen während der Zeit kurz vor und nach der Geburt bei jungen Müttern. Handelman, Rose und Shervin.

Die Beeinflussung des Blutdrucks bei Frauen durch die Geschlechtsorgane. Bei Frauen liegt bis zum 40. Lebensjahr der systolische maximale Blutdruck im Durchschnitt um 10 mm niedriger als bei gleichaltrigen Männern. Zur Pubertätszeit tritt dieser Unterschied in Erscheinung. Bis zum 17. Lebensjahr steigt der Blutdruck bei beiden Geschlechtern an, um in den nächsten Jahren wieder zu fallen. Dann steigt der Blutdruck wiederum an, und zwar bei den Frauen schneller, so daß nach dem 40. Lebensjahr der Blutdruck höher ist als bei den Männern. Essentielle Hypertonie ist in jüngeren Jahren fast viermal so häufig bei Männern anzutreffen. Reihenuntersuchungen beweisen, daß eine hereditäre Veranlagung zum Hochdruck disponiert. Welche Faktoren bewirken es, daß bei Frauen, die derselben hereditären Belastung unterliegen wie die Männer, erst nach dem 40. Lebensjahr die Hypertension in Erscheinung tritt? Beobachtungen an 1200 Fällen zeigen, daß bei Frauen mit Störungen der Sexualorgane der Blutdruck im Durchschnitt höher liegt als bei den Normalen. So findet sich bei Frauen mit virilem Habitus (besonders virilem Behaarungstypus), Uterusmyomen, Erkrankungen der Beckenorgane usw. eine beträchtliche Blutdrucksteigerung. Bemerkenswerterweise haben Menstruationsstörungen, vorzeitige Menopause und die Schwangerschaft keinen erkennbaren Einfluß auf den Blutdruck. Bei einem Blutdruck über 150 mm bei Frauen mit normalen Geschlechtsorganen unter 30 Jahren ist mit Sicherheit eine andere Ursache anzunehmen (Nephritis usw.). Nach diesen Ergebnissen ist anzunehmen, daß die in der Konstitution begründete Anlage zu Hypertonie bei Frauen vor der Menopause nicht manifest wird, da sie durch ovarielle Sekretion unterdrückt wird. Bei Frauen mit Störungen der Ovarien fällt diese Hemmung fort. Die Hypertonie tritt bei ihnen genau so frühzeitig wie bei den Männern auf.

Ueber die Basedowsche Krankheit nebst Beobachtungen an den röntgenbestrahlten Fällen. Nach den Ergebnissen der Strahlenbehandlung von 50 Basedowkranken ist die Röntgentherapie als sicheres und völlig zufriedenstellendes Heilverfahren anzusprechen. Der Prozentsatz von 82% Heilungen deckt sich mit den Angaben Der Prozentsatz von 82% Heilungen deckt sich mit den Angaben anderer Autoren (vergl. Brit. med. Journ. vom 12. Juni 26). Durch sorgfältige Kontrolle des Grundumsatzes während und nach der Behandlung läßt sich eine Umstellung der Schilddrüsentätigkeit auf die Norm für dauernd erzielen.

Die Magensaftsekretion beim Diabetes mellitus. In einem Drittel der untersuchten Diabetesfälle fand sich Achlorhydrie bei der fraktionierten Magensaftuntersuchung. Durch den Salzsäuremangel kommt es zur raschen Entleerung des Mageninhaltes, so daß ungenügend chymifizierte Nahrung in den Darm gelangt und so zur „gastrogenen“ Diarrhoe führen kann. Die Hälfte der Diabetiker mit fehlender Salzsäuresekretion litt an derartigen Durchfällen, die durch Darreichung von verdünnter Salzsäure während längerer Zeit zum Verschwinden gebracht werden konnten. Diese Störung der Magensaftsekretion ist eine Folge des Diabetes, der bei diesen Fällen schon jahrelang in schwerem Grade bestand.

Biberfeld.

John Hopkins Hospital Bulletin.

Nr. 5, Mai.

Heparinplasma als Nährboden für Gewebskulturen. Graessin.
* Wismutvergiftung nach peroraler Medikation von Bismutum subnitricum. Resnik.
Atretische Ovarialfollikel bei Ratten, Mäusen und Kaninchen in ihrer Beziehung zu den interstitiellen Zellen. Wilkerson.
Das Vorkommen von Chorioangiofibromen nach Studien an 600 Placentae. Siddall.
Ueber apokrine Schweißdrüsen bei Weißen und Negern. Homma.
* Ein Fall von Endocarditis durch Influenzabazillen. Oppenheimer.
Transplantation eines umgezüchteten Tumors aus weißen Blutkörperchen (Mononukleären) der Ratte. Lewis und Brüda.

Wismutvergiftung nach peroraler Medikation von Bismutum subnitricum. Vor der Einführung des Wismuts in die Syphilisbehandlung waren Vergiftungen mit diesem Metall sehr selten. Sie wurden nur bei längerer Wundbehandlung mit Wismutsalben beobachtet. Akute Vergiftungserscheinungen (Cyanose, Methhämoglobinurie) entstanden zuweilen bei Kindern nach Darreichung von Bism. subn. (Resorption von Nitriten). Sehr selten sind Fälle wieder beobachtet, bei dem es nach Einnahme von 75 g Bism. subn. während 2 Wochen zur Wismutvergiftung kam. Diese ähnelt der Bleivergiftung in mancherlei Beziehung. Als Frühsymptom ist eine blauschwarze Färbung des Zahnfleischrandes anzusehen, die später auf die Zunge und die Wangenschleimhaut übergreifen und zur Geschwürsbildung führen kann. Stärkere Anämie nebst basophiler Punktierung der Erythrozyten gehören zu den selteneren Symptomen.

Ein Fall von Endocarditis durch Influenzabazillen. Dieser Fall von Endocarditis durch den Pfeifferschen Bazillus verdient Interesse, weil er in seinem ganzen Verlauf der durch den Streptococcus viridans hervorgerufenen Endocarditis lenta glich. (Protrahierter Verlauf, Aorten- und Mitralfehler, embolische Herdnephritis, Petechien, Trommelschlegelfinger und sekundäre Anämie.) Auch im pathologisch-anatomischen Befund entsprach er völlig dieser besonderen Form der Endocarditis.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11., Nr. 8, Mai 1926.

* Aderlaß und Transfusion in der Behandlung der Sublimatvergiftung. C. C. Hazkell, J. R. Hamilton und W. C. Henderson.
* Untersuchungen über die Ernährung bei Tuberkulose. II. Experimentelle tuberkulöse Infektion weißer Ratten und ihre Beeinflußung durch vitaminfreie Nahrung. M. J. Smith und E. G. Hendrick.
Magenkarzinom mit hoher Bluteosinophilie. E. Weiß.
Ein Vorschlag für eine Standardmethode zur Bestimmung und Bezeichnung der Hämoglobinwerte. J. W. Lindsay, E. C. Rice und M. A. Selinger.
Anisozytose und erhöhtes Erythrozytenvolumen mit geringer oder fehlender Anämie. M. Warren.
* Bronchialspirochätose. Th. L. Ramsey.
Pneumokokkenantikörperlösung. F. M. Huntoon.
Die wahrscheinliche Rolle des Bakteriophagen bei Streptokokkeninfektionen. L. O. Dutton.
Ein Zeit und Arbeit sparender photographischer Apparat. J. B. Homan.
Zwei praktische Apparate zur Mikrobestimmung im Blut und Harn. F. C. Koch.
Ein verbessertes Extraktionsröhrchen zur Cholesterinbestimmung. S. L. Leiboff.
Ein haltbares und praktisches Ureasereagenz und eine modifizierte Blutharnstoffmethode. F. C. Koch.
Eine Mikrospritze. M. S. Marshall und R. L. Burd.
Einige nützliche Apparaturen. M. Shaweker.
Urinkonservierungsmittel, enthaltend Hexamethylenamin. J. A. Behre und W. Muhlberg.
Ein klappenloser Ansatz für eine Zwei-Wege-Spritze. P. G. Weston.
Appendicitis. P. G. Woolley.
Toxin-Antitoxinimmunisierung als Quelle der Anaphylaxie. R. A. Kilduffe.
Masern. R. A. Kilduffe.

Aderlaß und Transfusion in der Behandlung der Sublimatvergiftung. Die Verff. prüften die entgiftende Wirkung der sogenannten Blutauswaschung bei experimenteller Sublimatvergiftung. Die tödliche intravenöse Sublimatdosis für Hunde beträgt ziemlich konstant 4 mg pro Kilogramm Körpergewicht. Den Hunden, denen diese letale Dosis verabfolgt worden war, wurde sofort ein großer Aderlaß gemacht und danach die entsprechende Menge Blut gesunder Tiere (in einigen Fällen statt dessen eine Bikarbonatlösung) infundiert. Der Eintritt des Todes dieser Tiere war im Vergleich mit den ebenso vergifteten, aber unbehandelt gebliebenen Kontrolltieren durchschnittlich nicht verzögert. Die Behandlung war also wertlos.

Untersuchungen über die Ernährung bei Tuberkulose. II. Experimentelle tuberkulöse Infektion weißer Ratten und ihre Beeinflussung durch vitaminfreie Nahrung. Die ausgedehnten experimentellen Untersuchungen ergeben, daß eine das fettlösliche Vitamin-A nicht enthaltende Ernährung den Ablauf der Tuberkulose ungünstig beeinflußt, während reichliche Zufuhr dieses Vitamins den Verlauf mildert.

Bronchialspirochätose. Es werden eine Reihe Fälle der ausländischen Literatur zusammengestellt und besprochen und im Anschluß daran mehrere eigene Beobachtungen mitgeteilt. Die Erkrankung zeigt im Beginn große Aehnlichkeit mit aktiver Tuberkulose. Fieber, Husten, Auswurf, unter Umständen Hämoptoen, Nachtschweiße, Körpergewichtsabnahme, Kopfschmerzen usw. sind die ersten Zeichen. Ueber den Lungen findet man eine Bronchitis und mehr oder weniger ausgedehnte bronchopneumonische Herde. Im Sputum fehlen selbstverständlich die Tuberkelbazillen, dagegen enthält es große Mengen Spirochäten vom Plaut-Vincent-Typus, gelegentlich vergesellschaftet mit fusiformen Bazillen. Der Krankheitsverlauf ist meist akut. Arsenbehandlung (auch Neosalvarsan) wirkt prompt. Als schwere, zuweilen tödliche Komplikation ist hinzutretende Lungengangrän zu fürchten.

Walter Goldstein (Berlin).

The Journal of Infectious Diseases.

38., Nr. 5, Mai 1926.

Hämolytische Streptokokken vom β-Typ in begutachteter Milch. Brown, Frost und Shaw.
* Untersuchungen über den Schnupfen bei Kaninchen. Tanaka.
Anatomische Untersuchungen über den Kaninchenschnupfen. Aetiologie, Beziehung zur Pfeiffer-Bazillenpneumonie und zur menschlichen Influenzapneumonie. Tanaka.
Vergleichende Untersuchungen über Pasteurellakulturen von verschiedenen Tieren. Tanaka.
* Untersuchungen über Bakteriensporen. 2. Steigende Resistenz gegen Hitze durch Auswahl. Magoon.
* Die bakterizide Tätigkeit von Acridinfarbstoffen und die unterstützende Wirkung des Serums. Eggerth.
* Der Einfluß der Nebennierenexstirpation auf den aktiven anaphylaktischen Schock bei der weißen Ratte. Flashman.

Untersuchungen über den Schnupfen bei Kaninchen. Bei Kaninchen, die an Schnupfen erkrankt waren, wurden aus Nasensekret, Blut und Lungen teils Bac. bronchisepticus, teils Bac. lepisepticus isoliert, letzterer in der überwiegenden Anzahl der Fälle. Andere Bakterien wurden seltener gefunden. Bei den Tieren, die nach Injektion mit Schnupfenmaterial starben, wurden entweder Bac. lepisepticus oder Bac. bronchisepticus immer im Herzblut gefunden. Beide Keime sind kaninchen- und mäusevirulent. Mit den genannten Stämmen konnte experimentell der Kaninchenschnupfen erzeugt werden.

Untersuchungen über Bakteriensporen. Sporen des Bac. mycoides wurden einer hohen Temperatur ausgesetzt, die hart an der Grenze des für diesen Keim erträglichen lag (zunächst 7 Minuten bei 100°). Die wenigen überlebenden Sporen wurden weitergezüchtet und konnten allmählich durch immer erneutes Auswählen der überlebenden dahin gebracht werden, daß sie 25 mal so resistent gegen Hitze wurden wie der Ausgangsstamm.

Die bakterizide Tätigkeit von Acridinfarbstoffen und die unterstützende Wirkung des Serums. Der bakterizide Titer des Acriflavin ist abhängig von der Natur des Mediums, in dem die Abtötungsversuche gemacht werden. Fleischbrühe verringert den Titer. Die Anwesenheit von Ca, Na oder Phosphaten sind auf die Wirkung ohne Einfluß. Wichtig ist dagegen die Wasserstoffionenkonzentration. Alkalische Reaktion steigert bedeutend den bakteriziden Titer. Die unterstützende Wirkung des Serums ist seiner alkalischen Reaktion zuzuschreiben, die durch den Verlust von CO_2 verursacht wird. Einige Seifen vermehren die Wirkung des Acriflavins. Eiter hemmt sie. Letzteres ist teils der Effekt der Acidität, teils rührt er von den vorhandenen Zellen, Fibrin und autolytischen Produkten her.

Der Einfluß der Nebennierenexstirpation auf den aktiven anaphylaktischen Schock bei der weißen Ratte. Nach doppelseitiger Nebennierenexstirpation zeigen die Ratten eine größere Empfindlichkeit gegen den anaphylaktischen Schock, der durch intraperitoneale Injektion von Pferdeserum erzeugt wird. Diese Wirkung tritt ein, gleichgültig ob die Tiere vor oder nach der Operation sensibilisiert wurden und scheint hauptsächlich dem Grade der Nebenniereninsuffizienz parallel zu gehen.

Henning (Berlin).

The American Journal of Hygiene.

6., Nr. 3, Mai 1926.

Chilomastix gallinarum, Morphologie, Einteilung und Züchtung. Boeck und Tanabe.
Biologische Untersuchungen über den Lebenszyklus von Strongyloïdes Grassi 1879. Sandground.
Untersuchungen über die Epidemiologie des Scharlachs. Pope
Epidemiologie der Malaria in Palästina. Kligler.
Würdigung des nationalen Gesundheitsdienstes. Grant.
Epidemiologische Untersuchung über die Pneumonie und die Art ihrer Verbreitung. Rosenau, Felton und Atwater.
* Anchylostoma. Yokogawa und Oiso.
* Serienübertragung von Hühnertumoren durch Injektion von weißen Blutzellen und Plasma. Lewis und Andervont.

Untersuchungen über die orale Infektion mit Anchylostoma. Verfüttert man reife Larven von Anchylostoma caninum an Meerschweinchen, Kaninchen oder Mäuse, so durchwandern die meisten die Wand des Verdauungskanals und gelangen mit dem Blut- und Lymphstrom in die Lungen. Von hier aus bewegen sie sich über die Bronchien, Trachea, Larynx, Pharynx und Oesophagus wieder in den Darm. Bei der Hautinfektion besteht derselbe Weg. Einige Larven können zunächst in die Bauchhöhle kommen, indem sie die Darmwand durchbohren. Von der Bauchhöhle aus nehmen sie den Weg entweder über die Leber durch den Blutkreislauf in die Lungen oder über die Pleurahöhle in die Lungen und von da in den Darm. Gibt man aber die reifen Larven des Anchylostoma caninum dem Hunde, der der eigentliche Wirt ist, per os, so wachsen sie sofort im Darme, ohne vorher den Organismus zu durchwandern.

Serienübertragung von Hühnertumoren durch Injektion von weißen Blutzellen und Plasma. Das Rouxsche Hühnersarkom und der Carellsche Indoltumor ließen sich von Huhn zu Huhn mit gewaschenen Leukozyten oder Plasma von Tumortieren übertragen. Die Uebertragung (durch intramuskuläre Injektion) wurde durch vier Passagen durchgeführt. Es ist sehr interessant, daß der Carelltumor, den man zu den chemisch bedingten rechnet, sich ebenso leicht durch das Blut übertragen läßt wie das Rouxsche Sarkom, das wahrscheinlich durch infektiöses Agens verursacht wird.

Henning (Berlin).

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

11, Mai 1926, Nr. 5.

Klassifikation der Toxämien der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Stander und Peckham, Baltimore.
Eine Aktinomykose der Tuben und Ovarien. J. W. Draper und W. Studdiford, New York.
* Diverticulitis des Colons. Erdmann, New York.
* Tubendurchblasung bei 400 Fällen. Rongy, New York.
Endresultate der Prolapsoperationen am Frauenhospital New York. E. A. Bullard.
* Infektion des Bauchschnittes. Catharine Macfaclane, Philadelphia.
Blutdruck und Urinuntersuchungen bei 100 Fällen von normaler Schwangerschaft. F. A. Faught, Philadelphia.
* Die passive Hyperämiebehandlung der chronischen Cervicitis. G. L. Meench, New York.
Geburt nach Sectio caesarea. A. H. Gladden, New Orleans.
Mechanik der Geburtsverletzungen, ihre Ursache und Verhinderung. Newmau und W. E. Levy, New Orleans.
* Geburtshilflicher Schock. E. L. Stene, New Haven.
Unterbindung der Vena cava inferior. O. G. Pfaff, Indianapolis.
* Notwendigkeit einer urologischen Abteilung in jeder gynäkologischen Klinik. Halsted und Wilens, New York.
Großes Fibromyom der Cervix. F. Chrestipher, Winnetka.
* Abteilung für mütterliche Pflege. Entwicklung der pränatalen Pflege in Detroit. Welz, Detroit.

Diverticulitis des Colons. Schmerzen im linken unteren Quadranten mit Uebelkeit und Erbrechen beim Mann bedeuten Diverticulitis des Sigmoids, bei der Frau kann es eines der häufig vorkommenden Frauenleiden sein. 1919 berichtete Verf. über 27 Pat., welche wegen akuter Diverticulitis operiert wurden, er berichtet nun über weitere 25, zusammen 52 operierte Fälle, davon 42 Männer, 10 Frauen. Der ganze Magendarmkanal kann bis zum Rektum davon befallen werden. Verf. operierte zwei Fälle des Duodenums, einen des Magens, einen oder zwei der Gallenblase und mehrere des Blinddarms. Die pathologischen Veränderungen sind: einfacher Katarrh, Exsudat, okkludierende, ulzerierende, gangräneszierende und perforierende Fälle, Abszeßbildung, auch maligne Veränderung. Verf. berichtet von einem Patienten, der am zehnten oder elften Tage der Erkrankung eine 1 Zoll große Perforation in der hinteren Blasenwand hatte, so daß der Urin fäkalen Geruch aufwies. Akute Fälle mit frischer Perforation haben gute Prognose. Watten und Eisblasen können auch gute Ergebnisse haben, oder oft sieht man einen schlimmen Ausgang. Verf. hat auch nie schlechte Erfolge von der Operation der akuten Pyosalpinx gesehen. Bei den chronischen Fällen von Diverticulitis wirkt oft statt Resektion ein Anus praeternaturalis Wunder. Diskussion: Heyd berichtet, er habe einen Abszeß an der linken Seite operiert und drainiert, ohne zu wissen, woher er kam. Jetzt werden die Studenten gelehrt, sozusagen in der linksseitigen Appendizitis eine perforierende Diverticulitis zu sehen. Babcock: Es ist merkwürdig, wie lange man gezögert hat, diese Erkrankungen anzuerkennen. Sie kann mit den Symptomen einer akuten Appendizitis beginnen oder mit den weniger stürmischen einer Obstruktion. Die Operation kann bei den vielen Adhäsionen außerordentlich schwierig sein, sie kann aber durch ihre Dauer lebensgefährlich werden und eine palliative Operation daher oft ratsamer sein.

Eileiterdurchblasung unter Zugrundelegung von 400 Fällen. Die Durchblasung ist nur vollkommen in Verbindung mit der Fluoroskopie, sie wird gewöhnlich 8 Tage nach der Menstruation gemacht. Schmerzen und Spannung des Abdomens sind Kontraindikation. Die meisten Komplikationen sind Folge einer nicht gewissenhaften Auswahl der Fälle. Bei starker Leukorrhöe ist Reinigung, unter Umständen Aspiration der Cervix vorher notwendig. Ein Assistent muß auskultieren, um den Durchtritt des Gases zu hören. Intrazervikale Pessare und Amputation der Cervix beseitigen selten die Sterilität, aber sie verursachen sie in einer großen Zahl der Fälle. Die plastischen Operationen an den Tuben haben sich in der Mehrzahl der Fälle als nutzlos erwiesen. Mit Ausnahme von drei blieben alle in der Klinik des Verf. operierten Fälle steril. Von Dezember 1920 bis Juni 1925 wurden 400 Durchblasungen am Libanon-Hospital vorgenommen. Die Tuben wurden in 225 Fällen offen gefunden. Durchschnittliche Höhe des Druckes bei offenen Tuben war 131, bei geschlossenen 197 mm, selten ließ man den Druck über 220 steigen. Zwei Todesfälle sofort nach der Durchblasung, die aber nicht aufgeklärt wurden. Verf. erhielt Kenntnis von einem Falle, der von einem bekannten Geburtshelfer durchblasen worden war und wo sich bald darauf eine sehr virulente Infektion zeigte mit Eiterentleerung durch den hinteren Douglas und vierwöchentlichem Krankenlager. Diskussion: Polak erklärt, daß die Cervixamputation nur bei großer vaginaler Hypertrophie der Cervix berechtigt ist. Wenn die Tuben sich als geschlossen erweisen, soll man doch nicht den Frauen sagen, daß Konzeption ausgeschlossen sei. Er habe in diesem Jahr drei Briefe von Frauen bekommen, die er durchblasen habe und die verschlossene Tuben hatten und die ihm später mitteilen, daß ein Landarzt mit wenig Behandlung die Schwangerschaft bei ihnen erreicht habe. H. Schmitz gibt einige Tage vor der Durchblasung Belladonna, um das Auftreten von Spasmen zu verhindern. Im Schlußworte erklärt Rongy, daß er die Spaltung der vorderen und hinteren Muttermundslippe für unnütz zur Behebung der Sterilität ansehe. Gegen dauernden Ausfluß verwendet er mit gutem Erfolg den Elektrokauter.

Infektion des Bauchschnittes bei einer Serie von 500 gynäkologischen Operationen. Verf. betont, daß, sobald bei Beckenerkrankungen im akuten Stadium operiert und nicht vier bis fünf fieberfreie Wochen abgewartet wurden, häufiger eine Infektion des Bauchschnittes eintrat. In zweifelhaften Fällen wird Fett und Haut beim Schließen der Wunde mit 3% Jodlösung bestrichen. Auf 500 Operationen entfielen 35 Infektionen der Bauchwunde.

Hyperämiebehandlung der chronischen Cervicitis. Die derzeitigen Behandlungsformen sind chemische, chirurgische, Kauterisierung, Radium und passive Hyperämie. Chemische Dusche mit Borsäure, übermangansaurem Kali usw. sind bei chronischem Katarrh meist ohne Wert. Jod, Ichthyol, Silbernitrat, Alkohol sind nur in milden Fällen von Nutzen. Die Kürette allein ist schlimmer als nichts. Schröders oder Sturmdorfs Operationen haben den Nachteil, daß sie nicht alles entzündete Gewebe entfernen können. Auch die Kauterisierung hat Nachteile. Radium hat in der Klinik des Verfassers entgegen den von Curtis berichteten Erfolgen wenig befriedigt. Dagegen hat Verfasser von der Hyperämiebehandlung nur gute Erfolge gesehen. Es wird eine Glastube, welche etwa die Form eines Milchglasspekulums hat und die mit einem dünnen Endstück zur Anfügung eines Schlauches, sowie einem weiteren durch Hahn verschließbaren rechtwinklig von der Tube nach oben gehenden Glasrohr versehen ist, mittels eines zweiteiligen Spekulums eingeführt, auf die Cervix gesetzt und die Luft abgesaugt; die Tube wird zwei bis drei Minuten auf der Cervix belassen. Der Schleim entleert sich oft in erstaunlichen Mengen und sehr leicht. Darauf läßt man eine 25% Argyrollösung einlaufen, welche man einige Minuten einwirken läßt. Behandlung zwei- bis dreimal wöchentlich zwei bis drei Monate. In 200 Fällen nur 6 Mißerfolge. Eine Patientin mit chronischem Cervixkartarrh, Erosion, viel Ausfluß, bilateraler Salpingo-Oophoritis und Parametritis post., die bei vielen Aerzten vergeblich behandelt wurde, wurde in wenigen Wochen geheilt und auch gravid.

Geburtshilflicher Schock. Bei Frauen, welche beträchtlich erhöhten Blutdruck haben und die einer Schnittentbindung unterzogen werden, ist es ratsam, während der Operation den Blutdruck zu kontrollieren, um nicht von einem irreparablen Schock überrascht zu werden.

Notwendigkeit einer urologischen Abteilung in jeder gynäkologischen Klinik. Cystitis, akute und chronische Pyelitis, chronische Trigonitis waren die meisten Erkrankungen. Es wurden in 36% Coli, in 31% Staphylokokken, in 16% Streptokokken gefunden, 12% waren steril. Verff. schließen: Häufig sind die urologischen Symptome durch gynäkologische, Recto- oder Cystocele, Relaxation des Beckenbodens u. a. verschlimmert.

Pränatale Pflege in Detroit. 1920 brachte der Bericht der U. S. A. 8% Mortalität der Mütter im Kindbett. Zu jener Zeit kamen in Detroit 50 Totgeburten auf 1000 lebende Kinder und 43 von 1000 starben im ersten Monat. Eine Tabelle zeigt die guten Wirkungen der pränatalen Pflege. In der Stadt starben 3,24 auf 1000, in der Klinik 0,79; 20% der werdenden Mütter empfangen pränatale Pflege, Wohlhabende und Arme zusammengerechnet. Viele der älteren Aerzte sind mit den Grundzügen der pränatalen Pflege nicht vertraut. Es soll daher in allen Frauenklubs eine ausgedehnte Propaganda gemacht werden. 1925 haben verschiedene Redner vor 1300 Frauen in 18 Versammlungen gesprochen. Die Detroiter Geburtshilfliche Gesellschaft hat eine Broschüre herausgegeben, welche von den Versammlungsrednern benützt werden kann.

Robert Kuhn, Baden-Baden.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 5, Juni 1926.

Die Beschreibung und Behandlung der Syphilis. Hieronymus Fracastorius.
* Der Einfluß von Störungen im Gebiete des Sympathikus und der endokrinen Drüsen auf die Pathogenese von Hauterkrankungen. A. Levy-Franckel und E. Juster, Paris.
Sakralanästhesie in der Urologie. Owsley Grant, Louisville.
* Cysten des Hodenappendix, die andere Erkrankungen des Inhaltes des Scrotalsackes vortäuschen. Samuel Lubash, New York.
Klinische Indikationen für ultraviolette Strahlentherapie bei Hautkrankheiten. Moses Scholtz, Los Angeles.

Der Einfluß von Störungen im Gebiete des Sympathikus und der endokrinen Drüsen auf die Pathogenese von Hauterkrankungen. Die meisten Dermatosen — die exogenen Ursprunges natürlich ausgenommen, wie z. B. Scabies usw. — beruhen auf Störungen des Sympathikus bzw. der endokrinen Drüsen. Dieser Zusammenhang wird erwiesen entweder durch klinische Beobachtungen und entsprechende Reaktionen, so bei Sklerodermie, Alopecia areata, Hypertrichosis, Vitiligo, Ichthyosis, Akne, Seborrhoe, Kraurosis usw., oder durch den Erfolg der Organtherapie, so bei Psoriasis, Ekzem, Urticaria, Prurigo. Rein hypothetisch ist dagegen die Annahme eines Zusammenhanges zu bewerten bei Naevi, Recklinghausen, Lichen und Purpuraerkrankungen.

Cysten des Hodenappendix, die andere Erkrankungen des Inhaltes des Scrotalsackes vortäuschen. Spermatocoelen sind bei Männern mittleren Alters gar nicht selten. Meist werden sie für überzählige Hoden, Hydrocelen der Tunica albuginea oder Samenstrangtumoren gehalten. Ihre Entfernung ist nur notwendig, wenn sie erhebliche Störungen verursachen, was nur selten der Fall ist.

Bab.

Buchbesprechungen.

Oskar Eichler: **Die Wurzeln des Frauenhasses bei Arthur Schopenhauer.** Arbeiten aus dem sexualpsychologischen Seminar von Prof. Dr. Liepmann, Berlin. Band I, Heft 3. A. Marcus und E. Weber, Bonn 1926. 3,40 M. — Man kann zweifeln, ob Schopenhauer sich selbst als eine harmonische Persönlichkeit gefühlt hat. Die meisten philosophisch Interessierten tun das kaum; sie bewundern ihn vielmehr aus respektvoller Entfernung, innerhalb deren ein — vielleicht nicht immer sichtbarer Abgrund gähnt. Das ist nicht verwunderlich, denn Schopenhauer war das Produkt aus zwei ganz verschiedenen Ahnenreihen, und diese Disharmonie wirkte sich in seinem ganzen Leben aus.

Die vorliegende Schrift beschäftigt sich mit Schopenhauers disharmonischem Verhältnis zur Frauenwelt und rückt ein beim plötzlichen Tode des Vaters auftretendes hypothetisches Schuldbewußtsein in den Vordergrund. Im Bemühen, die frühere Abneigung gegen den wesensfremden Vater zu sühnen, übertreibt er nunmehr dessen Verehrung und verfolgt die Mutter, die Genossin seiner früheren Gefühle, mit zunehmendem Haß. Ob sich daraus die feindselige, ewig suchende und ewig fliehende Einstellung zum weiblichen Geschlecht restlos erklärt evtl. unter Zuhilfenahme der beliebten homosexuellen Urkomponente, muß dem subjektiven Dafürhalten und der Resonanz jedes einzelnen Lesers überlassen bleiben.

Buttersack-Göttingen.

Rud. Höber: **Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe.** 6. Auflage. Engelmann, Leipzig 1926. 918 S. 39 bzw. 42 M. — Die wissenschaftliche Erkenntnis eilt immer weiter; noch kann sich unser Volk daran beteiligen. Zwar der einzelne Forscher ist sich oft nicht bewußt, welchen Beitrag gerade er zu diesem Fortschritt liefert. Allein, im ganzen gesehen, ergibt sich doch eine machtvolle Welle des Vorwärtsschreitens.

Von Schwann, Schleiden und Virchow hatten wir als Erbe die Lehre vom zelligen Aufbau des Organismus übernommen. Aber auch mit den schärfsten Mikroskopen blieben doch die Zellen flächenhafte Gebilde, und je feiner die Differenzierungsmethoden der einzelnen Teile der Zellen sich gestalteten, um so starrer und lebloser wurden diese. Im Gegensatz — oder besser zur Ergänzung dieser anatomischen Starre sucht die physikalische Chemie die Bewegungen in der lebendigen Substanz zu erforschen; sie geht den osmotischen und Diffusionsvorgängen, der elektrolytischen Dissoziation, den Grenzflächenerscheinungen, den Fermentreaktionen usw. in diesem mikroskopischen Gebiet nach. Wir bekommen da eine Ahnung von dem wunderbaren Getriebe, dem gegenüber die sinnfälligen Reaktionen nur einen kleinen Ausschnitt darstellen. Mit Swammerdam gerät man ganz außer sich angesichts dieses unbegreiflich herrlichen und großen Geistes in den unsichtbaren Teilen der Natur (Bibel der Natur, 1752). Ein Teil dieser Vorgänge tritt in Form elektrischer Potentiale bzw. Ströme in die Erscheinung. Wenn wir uns einen Augenblick die unübersehbare Menge von Strömen vorstellen, welche da dauernd durcheinanderkreisen, begreift man, wie tiefe Denker so verschiedener Herkunft, wie G. Simmel und H. Hertz, gleichmäßig von einem heimlichen König sprechen konnten, welcher diese ganze — molekuläre wie geistige — Bewegung beherrscht.

Indessen, so interessant auch diese Mikrovorgänge in einem Gebiet sind, vor dessen Pforten wir zur Zeit wartend stehen, so dürfen wir darüber nicht vergessen, daß sie ihrerseits nichts Selbständiges sind, sondern Teile des gesamten Universums. Wenn wir uns vor Augen halten, daß die chemische Zusammensetzung unseres Blutwassers überraschend mit der des Meerwassers übereinstimmt, daß unsere Organe also stets von einer Art von Meerwasser umspült sind, so mag das als Illustration dieses Zusammenhangs von alters her dienen. Unsere Abhängigkeit von elektrischen Vorgängen im Weltenraum gesellt sich dazu.

Wohin wir blicken, überall sehen wir ein aufs Feinste abgewogenes Zusammenspiel der Vorgänge in der Natur, und mit Kopfschütteln kehren wir zurück in die Region der epileptischen Zuckungen des Homo sapiens, der angeblichen Krone der Schöpfung.

Buttersack-Göttingen.

Karl Baas, Karlsruhe: **Gesundheitspflege im mittelalterlichen Basel.** Heft VI der Zürcher Medizingeschichtlichen Abhandlungen von G. A. Wehrli. Drell Füßli, Zürich 1926. 117 S. — Wir denken manchmal, die Hygiene sei so recht eine Tochter der Neuzeit und vor Pettenkofer und Koch gähne ein Vakuum. Die vorliegende Schrift zeigt, daß und wie unsere Ahnen (etwa vor 20 Generationen) sich mit solchen Fragen abgefunden haben. Natürlich waren die Lebensbedingungen und Anschauungen anders als die heutigen; darum muten uns die damaligen Vorschriften über Straßen-, Wasser-, Abwasserhygiene, Apothekenbetrieb, Badewesen, Prostitution, Hebammen, Steinschneider, Scherer (= Wundärzte) fremdartig an, und vollends ob der Maßregeln gegen Syphilis, Aussatz überkommt uns ein Grauen. Allein eben die Tatsache, daß die damalige Menschheit nicht ausgestorben ist, beweist ihre andere Konstitution.

Unter Zugrundelegung eines reichen Quellenmaterials gewährt uns Baas Einblick in jene Zeiten und in das Wirken unserer Amtsbrüder, Einblicke, welche nicht sowohl den auf den Höhen des zwanzigsten Jahrhunderts dahinschreitenden Mediziner fesseln, als den Kulturhistoriker.

Die Ausstattung der Broschüre ist vortrefflich.

Buttersack-Göttingen.

Mitteilungen.

II. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde.

Der II. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde findet vom 15. bis 17. Juli d. J. in Wien, Physiologisches Institut der Universität, IX., Schwarzspanierstraße 17, statt. Vorsitzender Doz. Dr. Fröschels (Wien). Als Hauptthemata sind in Aussicht genommen: „Zentral bedingte Bewegungsstörungen, besonders in Berücksichtigung der Sprache“ (Ref. Prof. Schilder, Wien) und „Neue elektrische Methoden zur Graphik der Stimme“ (Ref. Dr. Scheminsky, Wien). Aus dem reichhaltigen Programm wären noch zu erwähnen die Vortragsankündigungen von Dr. Eliasberg (München): Gerichtliche Begutachtung der Aphasien, Prof. Flatau (Berlin): Eine unbekannte Stimmstörung und van Dantzig (Rotterdam): Die Fachausbildung des Sprachlehrers.

Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie.

Im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg wird vom 11. Oktober bis 18. Dezember 1926 ein Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie abgehalten.

Der Kursus umfaßt Vorlesungen, Demonstranten und praktische Uebungen über Klinik, Aetiologie, Uebertragung, pathologische Anatomie und Bekämpfung der exotischen Krankheiten, Einführung in die pathogenen Protozoen, medizinische Helminthologie und Entomologie, exotische Tierseuchen und Fleischbeschau, Schiffs- und Tropenhygiene. (Mitbringen von Mikroskopen erwünscht. Ausführliche Prospekte auf Anfragen.)

Vortragende sind: B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, K. Sannemann, W. Weise.

Auf Wunsch können die Teilnehmer sich am Schlusse des Kursus einer Prüfung in „Tropenmedizin und medizinischer Parasitologie“ unterziehen und erhalten darüber ein Diplom.

Anmeldungen sind möglichst bis spätestens 1. Oktober d. J. an das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhardstr. 74, zu richten.

Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten.

Therapeutische Mitteilungen.

Ist eine Immunisierung der malignen Tumoren möglich und besteht dadurch Heilungsmöglichkeit?

Von

Medizinalrat Dr. CARL RESCHREITER in München.

Bei der wissenschaftlichen Erforschung der Krankheitskeime sind gewisse Spezies der Schimmelpilze und die Protozoen trotz den in den letzten Jahrzehnten dabei erzielten großen Fortschritten noch stark vernachlässigt worden. Schon Robert Koch hatte mit der Möglichkeit gerechnet, daß auch ganz anders geartete Mikroorganismen wie die verschiedenen Bakterienarten pathologische Bedeutung besitzen können und dabei gerade an Schimmelpilze und Protozoen gedacht. Eine Reihe von Infektionskrankheiten, die auf Protozoen zurückgeführt werden, sind uns heute bekannt. So können wir uns der Erkenntnis nicht mehr verschließen, daß den Trypanosomen als Krankheitserreger große und wichtige Gebiete zufallen. Gleichzeitig mit der Entdeckung der Erreger einer Anzahl von Infektionskrankheiten gelang auch die Züchtung derselben und bald die Herstellung von Vaccinen zur aktiven Immunisierung und Sera zur passiven Immunisierung. Wright hat als erster die Vaccinetherapie auf- und ausgebaut und das Prinzip der bakteriellen Vaccination auf die verschiedenen Infektionen ausgedehnt. Das wichtigste Ergebnis seiner Untersuchungen war, daß jeder Impfstoff streng spezifisch wirken muß, daß also eine Reaktion im Blutserum nachgewiesen werden könne. Während die von Wright aufgestellten Grundlagen der Vaccinationstherapie bestehen geblieben sind, haben sich die Anschauungen über die biologischen Vorgänge im Organismus in mancher Beziehung geändert, und sind manche Voraussetzungen insbesondere in Bezug auf die Spezifität der diagnostischen Reaktionen, aber auch bezüglich der therapeutischen Auswirkung nicht eingetroffen. Zu diesem Wechsel in den Anschauungen hat auch die unspezifische Reiztherapie beigetragen. Das Arndt-Schulz'sche Gesetz, dessen Wiederbelebung wir vor allem Bier zu verdanken haben, besagt, daß jeder Reiz je nach Dosierung den Organismus beeinflußt und daß auch bei der Verwendung von Proteinkörpern oder andern artfremden Stoffen, also auch bei einem unspezifischen Reiz, Allgemeinreaktionen bei gewissen Infektionskrankheiten ausgelöst werden können. Ob die Vaccinetherapie im gewissen Sinne auch nur als eine Reiztherapie anzusehen ist, wird gerade von den Anhängern der spezifischen Vaccinetherapie stark abgestritten und wohl mit Recht. Dagegen dürfte als wahrscheinlich gelten, daß bei dem Wirkungsmodus der Vaccinetherapie noch eine unspezifische Komponente mitspielt. Gemeinsam haben sowohl die spezifische Vaccinetherapie wie die unspezifische Reiztherapie, daß der Organismus je nach der Dosierung beeinflußt wird. So wirken hier wie dort kleine Dosen anregend, mittlere Dosen belebend, große Dosen lähmend auf die Zellen oder den Zellverband. Im Sinne einer Reiztherapie ist auch die Wirkung der Röntgenstrahlen bei malignen Tumoren anzusehen, wo durch Umstellung der Zelle Kräfte frei werden, die eine Besserung des Allgemeinzustandes und eine vorübergehende Einwirkung auf die Geschwülste ausüben können.

Es besteht zwischen einer unspezifischen Reiztherapie und der Vaccinetherapie jedoch ein wesentlicher Unterschied, auf den ich hier nicht näher eingehen will, da ich ihn wohl als allgemein bekannt voraussetzen darf.

Während wir bei bakteriellen Infektionen durch genaue Kenntnis der Morphologie und Lebensbedingung der Erreger, ihre Kultivierbarkeit und Gewinnung ihrer giftigen Stoffwechselprodukte, die Wege vorgezeichnet haben und so diese Kenntnisse therapeutisch auswerten können, liegen die Verhältnisse bei den Protozoen viel schwieriger und verwickelter, da unsere Kenntnisse in dieser Hinsicht bei den Protozoenerkrankungen noch ziemlich mangelhaft sind. Und warum sind diese Postulate bis jetzt noch gar nicht oder nur mangelhaft erfüllt? Weil wir uns noch Erkenntnissen verschließen wollen, die von den bei bakteriellen Erkrankungen im allgemeinen vorliegenden Verhältnissen wesentlich verschieden sind und oft leichter geneigt sind, den ausgetretenen Pfaden zu folgen, als neue Wege zu gehen, die uns von mancher Seite schon wiederholt gewiesen worden sind.

Das Wesen der Protozoeninfektionen ist ein anderes als das der bakteriellen Krankheiten und es beginnen schon gleich mit der Weiterzüchtung der Protozoen die ersten Schwierigkeiten, weil der weit größere Teil derselben im engen Anschluß an das jeweilige Wirtstier lebt und eine Züchtung außerhalb des tierischen und menschlichen Organismus auch weiterhin im engsten Zusammenschluß mit diesem Wirtstiere erfolgen muß.

Erschwerend wirkt auch noch bei experimentellen Protozoenerkrankungen die vielgestaltete Rezidivbildung infolge der großen Variabilität von Protozoen immunisatorischen Einflüssen gegenüber. In Fällen, wo eine Reinzüchtung der Protozoen gelungen ist, ist diese nicht immer eine Reinkultur im bakteriologischen Sinne, sondern häufig eine für das Protozoon günstige Symbiose mit Bakterien, Amöben oder Schimmelpilzen. Man weiß von Protozoen, daß sie außerhalb des menschlichen und tierischen Organismus häufig in einem Wirtstier leben und in diesem Wirtstiere auf künstliche Nährsubstrate weiter zu züchten sind, während eine Züchtung ohne dieses Wirtstier meist nicht möglich, manchmal oft nur unvollkommen möglich ist. Muß es sich bei dem Wirt stets um einen tierischen Organismus handeln, oder sollte nicht auch für eine Anzahl von Protozoen an Stelle des Wirtstieres die „Wirtspflanze“ treten können?

Während wir die Bakterientoxine, seien es Endotoxine oder lösliche Gifte entweder in den Zelleibern oder den Filtraten von Kulturen direkt nachweisen können, ist dies bei Protozoen meist noch nicht möglich gewesen. Daß aber Antikörper im Blut gebildet werden, dafür sprechen Beobachtungen von Uhlenbuth, Hübner und Woithe, Beck, die bei Tieren feststellten, daß die künstliche Infektion gehemmt wurde nach Injektion einer größeren Menge parasitenhaltigen Blutes. Die Bildungsstätte der parasitiziden Antikörper im Tierkörper sind nach Protozoenkultur-Infektion wohl auch hier alle blutbildenden Organe. Charakteristisch bei allen Protozoenerkrankungen, die uns diese scharf von den bakteriellen Infektionen trennen lassen, ist das Fortleben der Erreger im Blut. Eine sofortige Vernichtung tritt hier nicht ein, man kann also, um mit Ehrlich zu reden, von einer sterilisatio magna trotz Verschwinden der Krankheitssymptome bei diesen Erkrankungen nicht sprechen. Dieser Zustand wurde von C. Schilling als „labile“ Infektion bezeichnet. Es steht aber außer Zweifel, daß es möglich ist, auch bei Protozoenerkrankungen trotz des chronischen Verlaufes derselben durch eine aktive Immunisierung Antikörper zu erzeugen, die eine Ausheilung des Krankheitsfalles herbeiführen können, wenn auch die Erreger nach wie vor im Blute nachzuweisen sind. Es besteht hierbei jedoch die Gefahr, daß bei einer einschneidenden Störung des Allgemeinbefindens und Herabsetzen der Resistenz des Wirtsorganismus durch eine akute Erkrankung, dieser Gleichgewichtszustand zwischen Wirt und Erreger aufgehoben wird und es zu den für Protozoenerkrankungen charakteristischen Rezidiven kommt. Durch genügend lange Nachbehandlung und Wiederholung der Behandlung — hier aktive Immunisierung — kann es jedoch nicht ausgeschlossen sein, ein Auftreten von Rezidiven zu verhüten, da schließlich die noch nach dem örtlichen Heilungsverlauf im Blut kreisenden Erreger endlich doch den Angriffen der Antikörper erliegen müssen und ganz aus dem Blut verschwinden. Ehrlich war der Ansicht, die Chemotherapie biete die meisten Aussichten eines erfolgreichen Angriffs auf Protozoeninfektionen. Mir fehlen die Erfahrungen, um mich hierzu zu äußern, doch hat z. B. bei malignen Tumoren die Anwendung von Schwermetallkolloiden bis jetzt stets versagt. Bei Tierversuchen wurde in den Tumoren niemals die injizierte Metallverbindung nachgewiesen, ebenso ging es beim Menschen. Versuche, die mit aussichtslosen Fällen einige Tage vor dem Exitus gemacht wurden, waren in jeder Beziehung negativ. Auch hier konnten bei der Sektion in den Tumoren nicht einmal Spuren der vorher in großen Mengen injizierten Schwermetallkolloiden aufgefunden werden. C. Lewin empfiehlt eine Jod-Cer-Verbindung (Introcid), indem er das Jod, das nachweislich bis an die Tumorzellen vordringt, als Leitschiene benutzt. Da, wie die therapeutischen Versuche gelehrt haben, das Jod keine Wirkung auf die Tumorzellen hat, so glaubt Lewin mit Cerium eine zerstörende Wirkung auf die malignen Tumoren des Menschen in manchen Fällen zugestehen zu müssen. Einen Dauererfolg kann ich mir bei diesen Vorgehen nicht recht vorstellen, da selbst, wenn es der Jod-Cer-Verbindung gelingen sollte, die Tumoren anzugreifen und schließlich sogar sehr stark zu schädigen, dieselbe den Krankheitserreger nicht trifft. Ein Dauererfolg wäre also nur da zu erwarten, wo der Krankheitsprozeß noch lokalisiert ist und wo es gelingt, gleichzeitig mit der Zerstörung der Tumorzellen auch die treibenden Kräfte für die Neubildung, die Erreger, mit zu vernichten. Auch ist bei chemotherapeutischen Präparaten zu berücksichtigen, daß bei gewissen Erkrankungen Substanzen, die bei Mischversuchen im Reagenzglas oft eine sehr große Abtötungsenergie besitzen, im Heilversuch nicht nur versagen, sondern oft sogar im Gegenteil eine ungeahnte Vermehrung der Krankheitserreger herbeiführen. Der Krankheitsprozeß nimmt dann unter der Einwirkung des als Heilfaktor gedachten Stoffes einen weit ungünstigeren Verlauf als vor der Behandlung. Sollte durch Schwermetallverbindungen ein durchschlagender Erfolg bei bösartigen Tumoren erreichbar sein, so müßte eine doppelseitige Verankerung der Kolloide, und zwar einerseits an das Zellprotoplasma, anderseits an das Protozoenprotoplasma möglich sein. Dagegen kann ich die Ansicht vieler Forscher, daß der Weg der Vaccine und Serotherapie für die Protozoenerkrankungen nicht eben sehr viel Aussichten auf Erfolg verspricht, nicht so ohne weiteres unterschreiben, haben uns doch die Untersuchungen und Versuchsergebnisse von O. Schmidt und seinen Mitarbeitern gezeigt, daß auch eine Erkrankung, wie die malignen Tumoren, deren chronischer und rezidivierender Verlauf charakteristisch für eine Protozoenerkrankung ist, durch eine Vaccine- und Serotherapie in geeigneten Fällen nicht nur zu beeinflussen, sondern sogar zu bekämpfen ist.

Und nun komme ich zu dem Kernpunkt meiner Arbeit, „Ist eine Immunisierung bei malignen Tumoren möglich und besteht dadurch Heilungsmöglichkeit?". Ich muß diese Frage bejahen, so lange kein Gegenbeweis dafür erbracht ist, wie man sich sonst die überraschenden Erfolge und Heilungen, die durch die von O. Schmidt geübte Vaccine- und Serotherapie in selbst geradezu desolaten Fällen erreicht wurden, erklären soll. Schmidt arbeitet nicht, wie häufig fälschlich angenommen wird, mit einem Extrakt oder Autolysat aus menschlichen oder tierischen Tumoren. Die Geschwulstzellen selber als Vaccine zu benützen, hat nie nennenswerte Erfolge gezeitigt. Man hat auch über Erfolge bei Verwendung von Normalseren Jugendlicher berichtet. Daß in normalem Blut Gesunder, insbesondere jugendlichen Alters natürliche Abwehrkräfte vorhanden sein können, wissen wir aus den Erfahrungen bei anderen Infektionskrankheiten, doch können diese nur gering sein und werden nie einen therapeutischen Effekt auslösen können. Es wurde auch wiederholt der Einwand gemacht, die Anwendung der Vaccine Schmidt (Novantimeristem) liefe auf eine Reiztherapie hinaus und es handle sich um eine Proteinkörperwirkung (Werner). Ich habe mich der Mühe unterzogen und das Präparat auf Eiweißgehalt untersucht und muß nach Ausfall der Untersuchung diese Vermutung als gänzlich haltlos negieren. Für die Spezifität der Vaccine sprechen nach Injektionen mit kleinsten Dosen die Allgemein- und besonders auch die Herdreaktionen bei Kranken, die mit maligner Neubildung behaftet sind, eine zu deutliche Sprache.

Um eine Vaccinewirkung als spezifisch anerkennen zu können, verlangt man nach Einverleibung von spezifischen Impfstoffen Reaktionen und zwar am Ort der Einspritzung, Herd- und Allgemeinreaktionen. Nach der Vaccination bleibt eine spezifische Immunität im Körper zurück. Der kranke Organismus reagiert bei kutaner oder subkutaner, intramuskulärer oder intravenöser Einspritzung einer spezifischen Vaccine mit einer Herd- oder Allgemeinreaktion oder örtlichen Reaktion. Das Serum von Kranken gibt mit einer spezifischen Vaccine eine streng spezifische Reaktion, z. B. Agglutination, Komplementbindung und andere mehr. Wenn diese Bedingungen restlos erfüllt werden, so war man im allgemeinen bisher der Ansicht, daß hier eine spezifische Komponente mit im Spiel sein mußte. Ich konnte mich wiederholt überzeugen, daß beim Arbeiten mit der Vaccine-Schmidt bei allen Formen der malignen Neubildungen diese Bedingungen zum größten Teil erfüllt wurden. Hierzu kommen noch die klinisch-therapeutischen Beobachtungen am Krankenbett. Habe ich einen schwer Krebskranken mit raschwachsendem Tumor und zahlreichen Metastasen vor mir, bei dem außerdem starke Abmagerung, fortschreitender Kräfteverfall, Appetitlosigkeit, starke Schmerzen und Kachexie bestehen, und der Kranke erholt sich sichtlich schon kurze Zeit nach Beginn der Vaccination, indem die Schmerzen verschwinden, der Appetit wiederkehrt, der Kräfteverfall aufhört, das Gewicht stationär bleibt oder wöchentlich einige Pfund zunimmt, die kachektische Gesichtsfarbe einem gesunden Aussehen Platz macht, die Tumoren erweichen und sich zu verkleinern beginnen, während sowohl Allgemein- wie Herdreaktionen in mäßigen Grenzen dem langsamen therapeutischen Vorgehen entsprechend auftreten, so muß diese Wirkung doch einzig allein den in der Vaccine enthaltenen Antigenen zuzuschreiben sein, da eine andere für diese Wirkung in Frage kommende Komponente in dem Präparat nicht enthalten ist.

Ueber die ersten Versuche seiner Parasitotherapie an sarkomkranken Ratten und adenomkranken Mäusen berichtet O. Schmidt schon 1909. Es wurden zu den Versuchen nur solche Tumoren ausgewählt, die bei wiederholter Uebertragung stets eine Ausbeute von 100% ergeben haben und wo niemals, wie die Kontrollen zeigten, eine spontane Rückbildung der Tumoren beobachtet werden konnte. Bei Anwendung seiner Vaccine (damals Antimeristem) betrug der Heilungsprozeß bei Ratten 50%, bei Mäusen 20%. Der geringe Prozentsatz der Heilungen bei Mäusen findet seine Erklärung in der viel geringeren Widerstandsfähigkeit der viel kleineren mit umfangreichen Tumoren behafteten Versuchstiere, wodurch ein großer Prozentsatz schon während der Behandlung einging. Opitz hat 1924 bei seinen Versuchen mit Novantimeristem an karzinomkranken Mäusen fast in jedem Fall, selbst bei großen Tumoren, vollständige Rückbildung gesehen. Die Wirkung der Vaccine bei malignen Tumoren richtet sich in erster Linie gegen die Erreger. Mit Vernichtung der Erreger, also nach Fortfall des Reizes auf die Geschwulstzellen, der sie zur endlosen Proliferation zwingt, degenerieren die Tumorzellen schnell und werden, wo sie frei in normales Gewebe hineingewuchert sind, von diesem durch einen bindegewebigen Schutzwall umgeben und im Laufe von Monaten oder Jahren von den Phagozyten abgetragen. Die Wirkung der Vaccine muß hier eine immunisierende sein. So konnten im Blute geheilter Versuchstiere, wie auch im Blute von eine Zeit lang mit Novantimeristem behandelter oder durch die Vaccine geheilter Kranker sich spezifische Antikörper nachweisen lassen.

Sowohl die Tierversuche wie auch die Anwendung des Novantimeristem*) bei malignen Neubildungen bei Menschen haben uns gezeigt, daß eine Immunisierung bei malignen Tumoren möglichst ist und auch eine Heilungsmöglichkeit besteht; ob bei frühzeitiger und richtiger Anwendung in jedem Fall, mag vorläufig dahingestellt bleiben. Diese Frage wird deshalb m. E. nach vorläufig noch nicht zu entscheiden sein, weil das bisherige Fehlen einer Frühdiagnose eine frühzeitige Einleitung der aktiven Immunisierung in vielen Fällen unmöglich macht. Außerdem ist es eine bekannte Erscheinung der malignen Tumoren, daß beim Auftreten nennenswerter Beschwerden der Krankheitsprozeß oft schon so weit vorgeschritten ist, daß die Lebensdauer der Kranken nur noch auf Wochen oder Monate bemessen werden kann, ein Umstand, der einem rechtzeitigen, noch Erfolg versprechenden Beginn der Immunisierung ebenfalls häufig hindernd im Wege steht. Eine äußerst wichtige, ich möchte sagen, eine entscheidende Rolle bei der Behandlung spielt die richtige Anwendung des Präparates. Es würde mich zu weit führen und auch von dem eigentlichen Thema meiner Arbeit abbringen, wollte ich hier auf die bei jeder Immunisierung zu beachtenden immunbiologischen Gesetze eingehen und in das feine Räderwerk der biologischen Vorgänge im Organismus bei einer aktiven Immunisierung hineinleuchten. Verlangt schon die Immunisierung von gesunden Menschen zur Erhaltung hoher Immunitätsgrade große Erfahrung, so erfordert die Immunisierung von Kranken, die an einer chronischen Infektion leiden, ein tiefes Verstehen und volle Kenntnis der biologischen Vorgänge während der parasitotherapeutischen Immunisierung. Die Dosierung des Antigen, wie auch die Intervalle der Injektionen, müssen durch Erfahrungen und genaue Beobachtungen von Fall zu Fall bestimmt werden unter strengster Berücksichtigung der Herd- und Allgemeinreaktionen. Eine Schematisierung ist, wenn irgend möglich, zu vermeiden und ist die Vaccination äußerst individuell durchzuführen. Man klammere sich nicht ängstlich an ein Gebrauchsanweisungsschema, sondern bestimme Dosis und Intervalle unter Berücksichtigung der allgemeinen Richtlinien einer aktiven

---

*) Novantimeristem und Matusem werden von Wolfgang Schmidt, Serumwerk A.-G., München IX, hergestellt.

Immunisierung auf Grund genauester Beobachtungen des Verlaufs des Krankheitsprozesses des zu Immunisierenden.

Nicht so schwierig ist die passive Immunisierung bei malignen Tumoren. Das durch aktive Immunisierung von mit abgetöteten Reinkulturen des Schmidt'schen Krebserregers von Pferden gewonnene Immunserum (Matusem) richtet sich wieder in erster Linie gegen den Erreger selbst. Es kommt zu einer Bindung zwischen Immunkörper und Erreger. Nebenbei geht noch eine Umstellung der Zelle und Erhöhung der Reaktionsbereitschaft und Abwehrbereitschaft des Organismus. Eine Entkeimung des Körpers durch eine passive Immunisierung allein ist bei einer chronischen Erkrankung, wie die malignen Tumoren, nicht zu erwarten, es sei denn, daß es sich um Frühfälle handelt und daß man mit sehr massiven Dosen arbeitet. Da die Frühfälle jedoch in das Gebiet der Chirurgie fallen und die zu einer Entkeimung ausreichenden Dosen selbst eines sehr hochwertigen Serum für unsere bisherigen Begriffe zu groß sein müßten, so beschränke man sich darauf, durch die Serumtherapie eine vorbereitende Wirkung zu erreichen und die Hauptarbeit der Vaccine, also der aktiven Immunisierung zu überlassen. Die Wirkung des Serum ist aber oft schon mehr als eine bloß vorbereitende. Häufig verschwinden die Schmerzen bereits nach einigen Injektionen, der Allgemeinzustand bessert sich schnell und zusehends, das Wachstum der Tumoren kommt zum Stillstand, ja oft sogar zeigt sich eine erhebliche Verkleinerung derselben. Die Wirkung der nachfolgenden Vaccinegaben wird durch die erhöhte Reaktionsbereitschaft verstärkt. Die Allgemeinreaktionen halten sich, wo sie auftreten, in mäßigen Grenzen, Herdreaktionen gehören zu den Seltenheiten.

Es ist eine Tatsache, an der wir heute nicht mehr vorbeigehen können, daß sowohl durch die aktive Immunisierung mit Novantimeristem allein, wie auch durch eine kombinierte Vaccine- und Serumtherapie immer wieder inoperable maligne Tumoren und zwar nicht eben die leichtesten Fälle, zur Ausheilung kommen und auch geheilt bleiben. Da es gelingt, kindskopfgroße Tumoren und große Drüsenpakete wie auch Metastasen selbst in lebenswichtigen Organen zur Einschmelzung zu bringen und den Kranken am Leben zu erhalten, so haben wir ein Verfahren vor uns, das zwar noch häufig starker Kritik ausgesetzt ist, das aber die Möglichkeit und Aussicht bietet, in operativ nicht mehr angreifbaren Fällen doch noch zu einem Erfolg zu führen. Wenn dies Verfahren aber schon in inoperablen Fällen oft Vorzügliches durch seine immunisierende Wirkung leistet, so ist der Gedankengang von O. Schmidt, dieses Verfahren als Prophylaxe auch stets auf operierte Kranke zur Verhütung von Rezidiven oder Metastasen zu übertragen, nur zu unterstützen. Sagt doch O. Schmidt in seinen zahlreichen Veröffentlichungen, daß seine Behandlungsmethode kein Ersatz für die Operation der malignen Geschwülste sein soll, rät aber dringend, im Anschluß an den operativen Eingriff zur Vervollständigung des Resultates eine Novantimeristemkur anzuschließen.

Ich betrete hiermit ein Gebiet, das dem Chirurgen die Wahrscheinlichkeit an die Hand gibt, seine Operation in vielen, vielleicht sogar in den meisten Fällen zu einem Dauererfolg zu machen. Da es durch zahlreiche Fälle, die den genauesten Beobachtungen unterzogen worden sind und bei denen die Diagnose „maligner Tumor“ durch mikroskopische Untersuchung erhärtet worden ist, erwiesen ist, daß es durch die beiden Verfahren gelingt, infolge Ausschaltung des Proliferationsreizes und durch Vernichtung der Erreger selbst große Tumoren zur Rückbildung zu bringen, so muß es durch eine zweckmäßige aktive oder passive und aktive Immunisierung auch gelingen, mit den durch die Operation abgesprengten, infizierten Geschwulstzellen und den noch zurückgebliebenen Erregern fertig zu werden. Nach Entfernung des örtlichen Krankheitsherdes ist die Möglichkeit eines schnellen Vorgehens durch die aktive Immunisierung gegeben, da hier keine Rücksicht mehr auf die Zerfallprodukte aus den Tumoren genommen werden braucht. Die Erfahrungen bei operierten Krankheiten sind so gut, daß man sich oft die Frage vorlegen muß, warum man nicht allgemein zu einem Vorgehen greift, das in den meisten Fällen eine Rezidivbildung und Metastasenbildung verhüten kann und das ohne irgendwelche Schädigung der Patienten ambulant durchgeführt werden kann.

Je nach der Bösartigkeit der Tumoren gebe ich 30,0 bis 60,0 ccm Matusem intravenös oder intramuskulär in 2 bis 3 Dosen*) und schließe sofort die aktive Immunisierung (Schnellimmunisierung) mit Novantimeristem an. Gibt man der aktiven Immunisierung allein den Vorzug, so empfiehlt es sich, schon einige Vaccinedosen vor der Operation zu verabreichen. Nachbehandlung ca. 1 Jahr nach Abschluß der eigentlichen Vaccination mit mittleren Dosen in großen Zwischenräumen halte ich für unbedingt notwendig, um eine dauernde Rezidivfreiheit zu gewährleisten.

Durch einige charakteristische Fälle, aus denen die spezifische Wirkung eindeutig hervorgeht, möchte ich meine Ausführungen noch ergänzen und hoffe, anderen Kollegen hierdurch einen Ansporn zu geben, auch ihre Erfahrungen bei der Anwendung der Präparate darzulegen und so mitzuhelfen, einer Therapie, die wirklich Gutes in der Bekämpfung einer Volksseuche, die jährlich hunderttausende Menschenleben fordert, leistet, durch Veröffentlichung ihrer praktischen Erfahrungen zu unterstützen und den noch abseitsstehenden Kollegen die Anwendung der Präparate auf Grund ihrer Beobachtungen und Erfahrungen zu erleichtern.

Frau von 42 Jahren leidet an einem primären Mamma-Karzinom. Operation. Wegnahme der Brust mit Ausräumung der Achselhöhle. Wunde heilt per primam. Mikroskopisch: Adeno-Karzinom. Guter Allgemeinzustand. 14 Tage später Einleitung der Vaccination. 4 Wochen nach der Operation lokales Rezidiv in der Operationsnarbe, das trotz der Einspritzungen mit der Vaccine schnell wächst. Exstirpation der Rezidivknoten unter Fortsetzung der Vaccination. 8 Wochen nach der Operation erneute Rezidivknoten in der Narbe, die jedoch nur langsam wachsen. Es wird zur mikroskopischen Untersuchung einer der Knoten exstirpiert. Das mikroskopische Bild weicht stark vom histologischen Bau einer malignen Neubildung ab und zeigen die Zellen starke Degenerationserscheinungen. Es wird deshalb von der Exstirpation der anderen Knoten abgesehen. Bei Fortsetzung der Vaccination Heilung, die seit 3 Jahren bei sehr gutem Allgemeinbefinden besteht.

Das Auftreten des ersten Rezidivs trotz der Vaccination war nur möglich, weil die Kranke in der ersten Zeit noch nicht genügend hoch immunisiert war. Die fortschreitende Immunisierung verhinderte zwar nicht das Auftreten neuer Rezidive, jedoch setzte die Wirkung der Antikörperbildung ein, die ihren Niederschlag in den Degenerationserscheinungen der Karzinomzelle fand. Es war unter diesen Umständen auch ohne Gefahr für die Patientin möglich, die anderen Knoten zurückzulassen, da nach Ausschaltung des Reizes durch die Lymphocytose dieselben wieder abgebaut werden mußten. Vielfach wird in ähnlichen Fällen die Vaccination von dem behandelnden Arzt nicht weitergeführt in dem Glauben, daß das Präparat unwirksam ist. Dies ist natürlich eine falsche Voraussetzung, da besonders, wenn es sich um ein sehr bösartiges Karzinom wie hier gehandelt hat, in 14 Tagen der Immunitätgrad noch kein sehr hoher sein kann.

62jähriger Mann, immer gesund gewesen. Februar 1924 Sturz. Darauf Anschwellung des linken Beines. Es wurde dieser Schwellung keine weitere Beachtung geschenkt, bis starke Schmerzen auftraten. Februar 1925 wurde eine Geschwulst des Fibulakopfes festgestellt. Radikale Entfernung bis zur Mitte der Fibula. Keine Metastasen. Klinisch und mikroskopisch im Städtischen Krankenhaus: Sarkom.

3 Wochen nach der Operation kombinierte Serum- und Vaccinebehandlung. Es wurden ohne Nebenerscheinungen an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 8,0—10,0—12,0 ccm Matusem intravenös gegeben. An die passive Immunisierung wurde die Vaccination mit Novantimeristem (Schnellimmunisierung) angeschlossen. Behandlung 3 Monate. Kein Rezidiv. Jetzt ca. 1 Jahr rezidivfrei.

15jähriges Mädchen, Tochter eines Kollegen, fiel im Januar 1923 auf den Arm. Plötzlich zeigte sich ein erbsengroßer Tumor auf der Beugeseite des Radius dicht über dem Handgelenk, der hart und unverschieblich, jedoch nicht schmerzhaft war, aber ziemlich schnell wuchs. Das Mädchen war bei sehr gutem Allgemeinzustand. Gewicht 60 Kilo bei einer Größe von 1,65 m. April 1923 Radikaloperation. Einige Wochen später Narbenrezidiv. Hierauf Amputation des Armes unterhalb des Ellbogengelenkes. Es wurde beide Male mikroskopisch ein sehr bösartiges, großzelliges Sarkom festgestellt. Januar 1924 Beginn der aktiven Immunisierung mit Novantimeristem, die ½ Jahr lang konsequent durchgeführt wurde. Dann wurden 3 Monate lang wöchentlich 5,0 ccm Stärke „g“ Novantimeristem, weitere 3 Monate diese Dosis alle 14 Tage und weitere 6 Monate dieselbe Dosis alle 4 Wochen gegeben. Der Allgemeinzustand wurde nie alteriert. Es traten nur mäßige Allgemeinreaktionen auf und ist die Kranke im März 1926 1¾ Jahre rezidivfrei.

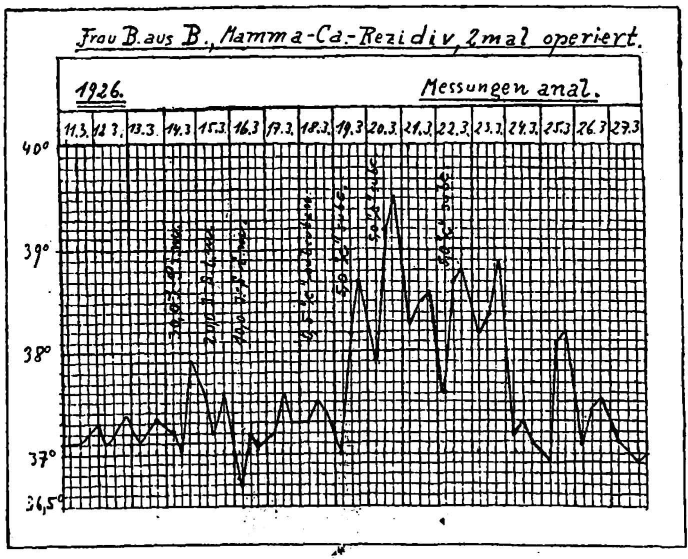
Gerade diese Fälle lassen bei objektiver Beurteilung eine prophylaktische Wirkung ohne weiteres erkennen. Im 1. Falle wurde die Vaccination im Anschluß an die Entfernung der primären Geschwulst angeschlossen, im 2. Falle zwang ein schon nach einigen Wochen aufgetretenes lokales Rezidiv zur Amputation des Unterarmes. Erfahrungsgemäß wäre in diesem 2. Falle sicher einige Wochen später ein neues Rezidiv am Stumpf des Oberarmes aufgetreten, das zur Amputation auch des Oberarmes gezwungen hätte. Der weitere Verlauf ist ja bekannt. Wer raschwachsende Sarkome, die eine besondere Bösartigkeit besitzen, operiert hat, konnte immer wieder nach einigen Wochen, längstens 2 bis 3 Monaten, ein lokales Rezidiv und Metastasen feststellen, die meist inoperabel rasch zum Exitus führten.

---

*) Anm. während der Korrektur: Da das Serumwerk jetzt ein sehr hochwertiges Serum liefert, bin ich bei operierten Kranken auf kleinere Dosen zurückgegangen und gebe jetzt 30,0—40,0 ccm in 2—3 Dosen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch drei weitere Fälle von Mamma-Karzinom erwähnen, die alle schon, als sie dem Chirurgen zugeführt worden sind, sehr weit vorgeschritten waren. Die Operation wurde unter Wegnahme der Brust, Ausräumung der Achselhöhle und Entfernung der Halsdrüsen, möglichst radikal durchgeführt. Bei diesen ausgedehnten Operationen ist der Chirurge aber niemals ganz sicher, auch wirklich alles krankhafte Gewebe entfernt zu haben. Das Auftreten von Rezidiven oft schon einige Wochen nach der Operation in solchen Fällen ist bekannt. Alle drei Fälle wurden mit Matusem im Anschluß an die Operation behandelt, dann die aktive Immunisierung mit Novantimeristem ½ Jahr lang durchgeführt. Der Allgemeinzustand war während der ganzen Durchführung der Kur ein ganz ausgezeichneter und sind die Kranken jetzt 8 Monate nach der Operation rezidivfrei.

Nachstehenden Fall von Ca.-Rezidiv der Brust bringe ich wegen seiner charakteristischen Kurve, obgleich derselbe erst drei Wochen in meiner Behandlung steht und um zu zeigen, daß man allerdings ausnahmsweise bei Kranken, wo die Rezidivknoten noch klein sind, und kein Verdacht auf Metastasen in lebenswichtigen Organen besteht, auch die Schnellimmunisierung durchführen kann. Es treten aber dann meist starke Allgemeinreaktionen und auch Herdreaktionen auf und erfordert dieses Vorgehen, um nicht den Schwellenwert zu überschreiten, eine ganz genaue Beobachtung der Kranken und Verlauf des Krankheitsprozesses. Eine bei dieser Schnellimmunisierung beobachtete sehr rasche Einschmelzung der Karzinomknoten kann in solchen Fällen den Kranken keinen Schaden bringen, weil selbst bei schneller Resorption des kranken Gewebes die Zerfallprodukte hier relativ gering sind und ohne weiteres von dem Organismus aufgenommen und verarbeitet werden.



40 jährige Dame, die immer gesund gewesen war, fühlte Dezember 1925 plötzlich einen Knoten in der rechten Brust. Anfang Januar Operation in der chirurgischen Universitätsklinik in Halle. Amputation der rechten Mamma mit Ausräumung der Achseldrüse und Oberschlüsselbeingrube. Mikroskopische Untersuchung im path. Institut derselben Universität: Carcinom. Mitte Februar Narbenrezidiv und Rezidiv der Halsdrüse. Erneute Operation. Anfangs März erneutes Rezidiv in der Operationsnarbe am Hals und Metastase in der Leistenbeuge. Allgemeinzustand dauernd ein sehr guter.

60,0 ccm Immunserum in 3 Dosen à 30,0—20,0—10,0 ccm lt. nachfolgender Tabelle intramuskulär. Daran anschließend Schnellimmunisierung mit Stärke „c" Novantimeristem. Zwei Tage nach der letzten Serumgabe leichtes Serumexanthem, das sehr schnell wieder auf große Dosen von Magnesia usta verschwand. Außer den Allgemeinreaktionen, die aus der nachfolgenden Kurve zu ersehen sind, traten auch stärkere Herdreaktionen in der Narbe am Hals auf, die zeigten, daß das ganze Narbengewebe am Halse infiltriert war. Das Rezidiv ist bis auf ⅓ der ursprünglichen Größe zurückgegangen, die Infiltration ist verschwunden, die Metastase in der Leistenbeuge ist nicht mehr nachweisbar. Allgemeinzustand sehr gut.*)

Nachdem bei bestem Allgemeinbefinden — die Kranke geht aus und macht kleine Ausflüge — der Heilungsprozeß in vollem Gange ist, wird nunmehr die langsame Immunisierung bis zum vollständigen Verschwinden der noch restlichen kleinen Tumormasse durchgeführt.

Drei Fälle, ein Prostata-Ca., ein Tibia-Sarkom und ein Uterus-Ca., möchte ich dieses Mal noch erwähnen. Alle drei Kranken waren inoperabel und war die Prognose recht ungünstig, trotzdem war der Erfolg in allen drei Fällen ein vollständiger. Bei dem Uterus-Ca. kann man von einer Dauerheilung sprechen, da seit erfolgter Heilung 14 Jahre zurückliegen und die Kranke unter dauernder Beobachtung steht und heute noch im besten Allgemeinzustand ist ohne Anzeichen eines Rezidivs. In den beiden anderen Fällen liegt der Abschluß der Kur erst ca. ¾ Jahr zurück, so daß man noch den weiteren Erfolg abwarten muß. Die Kranken stehen aber dauernd unter Beobachtung.

Herr von 58 Jahren fühlt seit einiger Zeit in der Prostatagegend ausstrahlende Schmerzen und hat Urinbeschwerden. Der Hausarzt, der ein Prostata-Ca. vermutet, überwies den Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik zur Operation. Prof. Perthes lehnte die Operation ab, weil der Krankheitsprozeß schon zu weit vorgeschritten war. Der Tumor war inzwischen auf Faustgröße angewachsen und steinhart. Es trat Harnverhaltung ein und konnte nur noch bei Katheterisierung uriniert werden. Starke Schmerzen. Allgemeinzustand jedoch noch sehr gut.

Patient bekommt 5,0—8,0—10,0—10,0 ccm Matusem an vier aufeinanderfolgenden Tagen intramuskulär. Keine Reaktionen, keine Nebenerscheinungen, jedoch sofortiges Aufhören der Schmerzen. Das Urinieren erfolgt spontan und ohne Druck. Der Tumor war auf die Serumeinspritzungen erheblich kleiner und weicher. Im Anschluß an die Matusemgaben wurde die aktive Immunisierung mit Novantimeristem vier Monate lang durchgeführt. Als ich den Patienten untersuchte, war von dem Tumor außer einer leichten Verhärtung der Prostata, die bei 58 jährigen Männern schon meist besteht, nichts mehr nachweisbar. Das Urinieren erfolgt jetzt mit Druck ohne jegliche Beschwerden. Der Allgemeinzustand ist ein ausgezeichneter.

Oktober 1925, ca. ¾ Jahre nach Einleitung der Kur sah ich den Herrn zum letzten Mal. Er ist gänzlich beschwerdefrei und bei bestem Wohlbefinden.

29 jährige Frau, 2 Kinder, September 1924 erste Erscheinungen; das rechte Knie wird dicker. Schmerzen beim Gehen und Stehen. Es erfolgte wie häufig in solchen Fällen eine Fehltherapie und zwar Behandlung auf Rheumatismus. Mai 1925 Zunahme der Beschwerden, die Kranke kann nicht mehr gehen und ist das Knie sehr stark angeschwollen. Die Röntgendurchleuchtung im Krankenhaus ergab eine Knochenveränderung im rechten Tibiakopf und bereits Andeutung im unteren Femorschaft. Operation Mai 1925. Entfernung der erkrankten Teile, soweit als möglich. Knochenoperationshöhle von ca. 1½ Hühnereigröße. Mikroskopische Untersuchung im Krankenhaus: Spindelzellen-Sarkom (Prof. Walz). Es wird darauf die Amputation des Beines vom Chirurgen vorgeschlagen, da eine vollständige Entfernung des erkrankten Herdes nicht möglich war. Die Amputation wird von der Patientin abgelehnt. Nur aktive Immunisierung mit Novantimeristem. Schon nach drei Monaten Heilung. Die Wundhöhle hat sich vollständig geschlossen, es ist nur noch eine stecknadelkopfgroße Höhle da, die alle paar Tage auf Druck 1—2 Tropfen einer klaren Flüssigkeit absondert. Die aktive und passive Bewegung im rechten Kniegelenk geht nunmehr in jedem Grad vor sich. Es ist kein Anzeichen eines Rezidivs oder Metastase vorhanden und kann die Kranke ohne irgendwelche Beschwerden. heute 8 Kilometer auf der Landstraße gehen. Die Einleitung der Kur liegt jetzt 9 Monate zurück.

50 jährige, anaemisch aussehende Frau klagt über dauernde Schmerzen im Leib (Oktober 1911). Starke Blutungen, sehr schwach, liegt meist zu Bett. Schlechter Appetit, fortschreitende Abmagerung und Kräfteverfall; kachektische Gesichtsfarbe. Die Frau war 1909, nachdem schon längere Zeit unregelmäßige Blutungen bestanden, in einer Frauenklinik ausgekratzt worden. Einige Monate später starke Blutungen und Frühjahr 1911 erneute Auskratzung.

Lokaler Befund Oktober 1911. Uterus festgemauert im Becken, hart und völlig unbeweglich, bei Berührung stark blutend. Diagnose im Krankenhaus: Ca. des Uteruskörpers. Mikroskopische Untersuchung: Carcinom. Antimeristembehandlung. Normaler Verlauf der Kur, nur einige Male Temperaturanstieg bis zu 38,5°, einmal bis 39,8°. Keine Nebenerscheinungen. Die Blutungen hörten bald auf bei fortschreitender Besserung des Allgemeinzustandes. Nach fünf Monaten restlose Ausheilung. Der Uterus ist wieder vollständig beweglich und zeigt der lokale Befund nichts Anormales. Keine Blutungen mehr. Blühendes Aussehen, erhebliche Gewichtszunahme. 1½ Jahre später nochmals ¼ Jahr Vaccination. März 1926, also 14 Jahre nach Abschluß der eigentlichen Kur rezidivfrei bei glänzendem Allgemeinzustand.

---

*) Anmerkung während der Korrektur: Inzwischen vollständige klinische Ausheilung (Juni 1926). Ende Juni zeigte sich auf der linken Seite eine Schwellung der Axillardrüse und vergrößerte sich die Drüse langsam. Ich ließ die Drüse entfernen und ergab die pathologische Untersuchung in einer Universität keine Carcinomzellen.

Mit zwei weiteren Fällen möchte ich meine heutigen Ausführungen beschließen. Der eine Fall von Ca.-Metastasen der Leber mit Infiltrationen der Bauchdecke nach einer ein Jahr früher erfolgten Operation wegen eines Carcinom des Dickdarms von etwa Hühnereigröße, hat deshalb besonders Interesse, weil hier wohl eine labile Infektion vorliegt.

Im Herbst 1921 klagte 70 jähriger Patient über Schmerzen im Leib. Es wurde im Krankenhaus eine große Lebermetastase nachgewiesen und die Operation abgelehnt. Mehrmalige Bestrahlung ohne Erfolg. Im Januar 1922 wurde nach der letzten Bestrahlung eine Brandwunde von 4 cm Länge und 1 cm Breite, die keine Tendenz zur Heilung zeigte, festgestellt. Die Lebermetastase hatte noch an Größe zugenommen. Starke Abmagerung bei sehr heftigen Schmerzen bei jeder Bewegung. Allgemeinzustand nicht günstig. Vaccination mit Novantimeristem. Die Allgemeinreaktionen hielten sich in mäßigen Grenzen, das Körpergewicht stieg nach einer halbjährigen Kur von 110 Pfund auf 138 Pfund bei einer Größe von 170 cm. Das Aussehen war gut, nur war die Brandwunde noch nicht vollständig zugeheilt, sie zeigte Neigung zum Sezernieren. Wegen der Gefahr eines Rezidivs in der Brandwunde wurde lange Zeit hindurch nachbehandelt, ohne daß eine Veränderung der Brandwunde in der Bauchdecke eintrat. Die Kranke befand sich dauernd in bestem Allgemeinzustand, der Tumor war vollständig verschwunden und blieb die Kranke 3½ Jahre rezidivfrei. Februar 1926 klagte Patientin wieder über Beschwerden, ohne daß der Allgemeinzustand alteriert war und die Brandwunde zeigte jetzt das Aussehen einer Geschwürsfläche, wie bei einem ulcerierten Ca. Es ist erneut die Vaccination aufgenommen worden.

Es steht in diesem Falle noch nicht fest, ob es sich hier tatsächlich um ein Rezidiv in der Röntgenbrandwunde handelt; jedoch wäre dies nicht ganz von der Hand zu weisen, da hier ein entzündlicher Herd bestand, der sowohl für eine neue Infektion für Parasiten, wie auch für die möglicherweise im Blut zurückgebliebenen Parasiten einen günstigen Boden geliefert hat. Handelt es sich hier um ein Rezidiv, so ist dies auf die nicht gelungene vollständige Vernichtung der Parasiten zurückzuführen, indem der Gleichgewichtszustand zwischen Wirt und Parasit, der 3½ Jahre angehalten hat, durch irgendeinen unbekannten Anlaß gestört worden war. Es kann sich aber auch um eine Neuinfektion durch virulente Parasiten handeln, die hier auf einen im Reizzustand befindlichen Zellkomplex gestoßen sind.

Als letzten Fall bringe ich eine Kranke, die ein Jahr nach Abschluß der Vaccination, die jedoch nicht vollständig durchgeführt worden war, an ihrer chronischen Tuberkulose zugrunde gegangen ist.

Frau von 46 Jahren litt an einem inoperablen Portio-Ca. Der Zustand vor Einleitung der Kur war ein ganz desolater. Die ganze Vagina war mit Tumormassen angefüllt. Schlechter Allgemeinzustand. Die Operation wurde im Diakonissenhaus vom Chirurgen als unausführbar abgelehnt. Novantimeristem während vier Monaten. Keine stärkeren Allgemein- oder Herdreaktionen. Der Allgemeinzustand ist niemals alteriert worden. Da die Tumormassen nach der viermonatlichen Behandlung gänzlich eingeschmolzen und verschwunden waren, und ein guter Allgemeinzustand bestand, lehnte Patientin weitere Spritzen ab. Nach dem ein Jahr später durch Lungentuberkulose erfolgten Tod wurde eine Sektion vorgenommen. Im kleinen Becken war anstatt des Uterus eine strahlenförmig eingezogene Narbe, vom Uterus vaginalwärts nur noch ein walnußgroßer, flacher, hohler Raum mit kleinsten ulcerierten Resten, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Carcinomgewebe herausstellten. Dieser unbedeutende Restherd war mit einer derben Bindegewebsschicht gegen die Umgebung abgeschlossen. Metastasen wurden nirgends gefunden.

Ob der kleine carcinomatöse Rest, der von einem Bindegewebswall eingeschlossen war, nachdem er doch scheinbar ein Jahr lang stationär geblieben ist, im Laufe weiterer Jahre zur Ausheilung gekommen wäre, möchte ich nach den bisherigen Erfahrungen bejahen. Tatsache aber ist, daß auch hier allein durch die Vaccination große Tumormassen zur Erweichung und Resorption gekommen sind, und zwar in verhältnismäßig kurzer Zeit, ohne daß wesentliche Reaktionen oder Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet wurden. Hätte die Patientin einer Fortsetzung der Vaccination keinen Widerstand entgegen gesetzt, und wäre diese noch 8—12 Wochen fortgesetzt, sowie auch die Nachbehandlung, auf die O. Schmidt stets großen Nachdruck gelegt hat, durchgeführt worden, so wäre wohl ohne Zweifel der Körper auch noch mit dem kleinen Herdrest fertig geworden.

Das vorzeitige Abbrechen der Injektionen kann man leider nur zu oft beobachten. Abgesehen von äußeren Gründen, die die Patienten zum Aufgeben der weiteren Behandlung veranlassen, finden sich häufig Kranke nicht wieder zu den Injektionen ein. Insbesondere handelt es sich dabei um solche Kranke, die wegen eines Magen-Ca. in Behandlung sind, bei denen die Beschwerden oft schon kurze Zeit nach Aufnahme der Einspritzungen verschwinden und oft auch eine ziemlich rasche Verkleinerung des Tumors eintritt. Sie fühlen sich wohl, haben an Gewicht erheblich zugenommen, es besteht kein Erbrechen und kein Schmerzgefühl mehr, sie vertragen wieder alle Speisen und glauben sich nunmehr geheilt. Es ist oft schwer, den Kranken klar zu machen, — sie sollen ja meist die wahre Ursache ihres Leidens nicht wissen — daß der alte Zustand bald wiederkehrt, wenn nicht bis zur vollständigen klinischen Heilung durchbehandelt wird. Es muß hier noch viel aufklärende Arbeit geleistet werden und ist es mein Standpunkt, die Kranken besser über ihr wahres Leiden voll und ganz aufzuklären, als sie im Dunkeln über die Gefahren zu lassen, denen sie so entgegengehen, denn nur so nehmen sie die Unannehmlichkeiten einer langen Injektionskur geduldig in Kauf. Man soll deshalb mit den operierten Kranken ein offenes Wort sprechen und ihnen die Wahrscheinlichkeit eines Wiederauftretens ihrer Krankheit deutlich vor Augen führen; dann werden viele sich noch einer Nachbehandlung, die ihnen mit vieler Wahrscheinlichkeit ein dauerndes Gesundbleiben gewährleistet, unterziehen.

Carcinome des Magen- und Darmtraktus, wie auch Carcinome und Sarkome der Lunge, über deren Zunahme kürzlich erst Breekwoldt berichtet hat, die wie auch alle Formen der Neoplasmen der Vaccine- nud Serotherapie nach Schmidt zugänglich sind, werde ich an einer anderen Stelle behandeln, da mir Raummangel verbietet, auch auf diese Formen der malignen Tumoren heute näher einzugehen.

Beiträge zur teledynamischen Wirkung einiger Derivate von Pix Liquida.

Von

Dr. RUDOLF MANDL, Ohrenarzt in Budapest.

Die sekretvermindernde Wirkung des Kreosots ist eine längst bekannte Tatsache, dasselbe wurde daher seit jeher bei Lungenkatarrhen, selbst spezifischen Charakters, täglich dreimal à 5—10 cgr. pro dosi verabreicht. Jasperpillen wurden schon lange verordnet, auch ist die folgende Rezeptformel seit Jahrzehnten üblich:

Rp.
Creosoti
gmta duo (2.0)
Syr. Diacodii
gmta quadraginta (40.0)

mDS. dreimal täglich 15 Tropfen, mit rückwärts geneigtem Kopfe den Rachen abspülend zu schlucken.

Es ließen sich hierdurch im Belange der Sekretverminderung frappante Erfolge erzielen und der Patient verspürte nach Anwendung des Mittels eine wohltuende Erleichterung.

Die chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden, brachte vor Jahren ein neues Kreosotpräparat, das „Creosotal“, (ein kohlensaures Ester des Kreosots), in den Handel, durch dessen Darreichung bei Fällen asthenischer Lungenentzündung, auch mit wanderndem Charakter, selbst bei Potatoren eine ganz eigenartige Wirkung beobachtet werden konnte. Nach täglich dreimaliger Verabreichung von je 20 Tropfen Creosotals trat binnen acht bis zehn Wochen, auch ohne Anwendung jedweden Alkohols, vollkommene Heilung ein. Um festzustellen, ob Creosotal diesbezüglich eine spezifische Wirkung ausübt, müssen selbstredend weitere Versuche unternommen werden.

Im ersten und zweiten Stadium der Lungentuberkulose, sowie auch bei Bronchitis diffusa ließ sich mit Creosotal eine günstige

Heilwirkung erzielen und bei spezifischen Infiltrationen konnte ich des öfteren Körpergewichtszunahme wahrnehmen.

Das „Duotal Heyden“ (guajacolum carbonicum) hat sich als wirksames Adjuvans bei Expectorantien bewährt.

Proteinkörper-Therapie mit Protasin.

Von
Dr. med. HEINZ SCHMEIDLER,
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Es ist eine alte Weisheit, daß es eigentlich keine Krankheiten gibt, sondern nur kranke Menschen. Mögen zum Beispiel zehn verschiedene Individuen an Erisypel leiden, und die Symptome bei allen handeln, deren biologische Gegebenheiten grundverschieden sind. zehn noch so gleichartig auftreten, es kann sich doch um zehn Fälle Diese Verschiedenartigkeit kann zuweilen vielleicht latent bleiben, sie kann aber manifest werden, zum Beispiel in der voneinander abweichenden Art des Einzelnen, auf Proteintherapie zu reagieren. Man hat auf diesem Gebiete schon von „proteinotropen“ und „nicht proteinotropen“ Individuen gesprochen. Jedenfalls ist das schon einer der großen Vorzüge dieser Reiztherapie, daß sie in eklatanter Weise dem denkenden Mediziner zum Bewußtsein bringen muß: Der Mensch ist keine invariable Konstante, der Individualismus erfordert erfahrungsgemäße Kritik.

So erklären sich auch die zunächst verblüffenden Widersprüche in den Berichten über die Wirkung der nicht spezifischen Reiztherapie. Wenn man aber die Konstitution des Patienten ebenso aufmerksam berücksichtigt, wie die Form der Erkrankung und in diesem Sinne auch die Art der Applikation differenziert, dann muß die Proteintherapie nicht wie bisher oft ultimo ratio, sondern rationellstes Heilmittel bedeuten. Meine Erfahrungen über unspezifische Reizkörpertherapie gründen sich auf Versuche mit dem neuen Milchproteinpräparat „Protasin“. Das Präparat ist ein Laktalbumin und frei von schädlichen Nebenwirkungen. Des beschränkten Raumes wegen verzichte ich auf die Anführung sämtlicher ausführlicher Krankengeschichten und berichte zunächst zusammenfassend und allgemein über die Resultate. Am Schluß mögen drei typische Krankengeschichten Erwähnung finden.

Der Vorzug des Präparates liegt — abgesehen von seiner Sterilität — nicht zum mindesten in seiner gleichmäßigen Zusammensetzung, die bei der Dosierung, zum Unterschied von dem Verfahren der Injektion reiner nativer Milch eine differenzierte Abstufung entsprechend der Eigenart des Falles gestattet. Es ist gerade dies von elementarer Wichtigkeit; denn man muß bedenken, daß für die unspezifische Reizkörpertherapie das Arndt-Schultzesche Gesetz gilt: „Schwache Reize fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke fördern sie, starke hemmen sie, stärkste heben sie auf, aber durchaus individuell ist es, was sich als ein schwacher, starker oder sogenannter stärkster Reiz erweist.“

Es gelang nun eben bei der Anwendung von Protein unschwer, durch tastende Dosierung die optimale Dosis entsprechend der Forderung der „Schwellenreiztherapie“ zu finden. Die üblichen störenden Allgemeinreaktionen (Fieber, Schüttelfrost, Schweißausbrüche, Erbrechen, Benommenheit, Schlafbedürfnis usw.), wie sie bei Ueberschreiten der notwendigen Mengen bei anderen Präparaten auftreten, wurden bei Anwendung von Protasin nie beobachtet. Die vollkommene Sterilität des Präparats hielt auch das Auftreten der unnötigen Lokalreaktionen fern. Der durch die Injektion gesetzte therapeutische Reiz konnte also durch Protasin abgestimmt werden auf die elektive Reizbarkeit des Krankheitsherdes, also ein Zustandekommen der therapeutisch allein erwünschten Herdreaktion ohne beeinträchtigende Nebenerscheinungen erreicht werden. Durch die praktische Möglichkeit solchen Vorgehens bestätigt sich die Feststellung von H. Schulz, daß sich ein krankes Organ Reizen gegenüber anders verhält als ein gesundes. Im einzelnen verdient bei unserer Therapie der Umstand Berücksichtigung, daß akut-entzündliche Zellkomplexe nur auf größere, chronisch-entzündliche, auf kleine und kleinste Reizdosen zu reagieren pflegen. Ueberhaupt reagieren Komplikationen je schwerer umso heftiger, offenbar, da die Widerstandsfähigkeit der Zelle gegen das Krankheit verursachende Agens an sich schon um so intensiver reagiert, je länger die Erkrankung dauert, je tiefer sie greift und je allgemeiner sie ist. Bei konstitutionell minderwertigen Patienten jedoch ist immer eine stärkere Reizdosis erforderlich.

Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, daß die biologische Sensibilität der Gewebe bei verschiedenen Personen auch bei gleichen Erkrankungen und gleichen Stadien derselben oft ganz verschieden ist. Ich verzichte darum gerne darauf, hier eine genaue Tabelle der Dosierungen zu bringen, die sich bei meinen Versuchen hauptsächlich bei Komplikationen von männlicher und weiblicher Gonorrhoe, bei Cholecystitis, bei Ekzemen und Schuppenflechten, als wirksam erwiesen haben. Hervorheben möchte ich nur, daß ich Protasin durchweg intramuskulär injiziere, und daß ich in den genannten Fällen nach kurzer Zeit schon eine deutliche Umstellung des Organismus in gewünschtem Sinne beobachten konnte. Einen besonders eklatanten Erfolg möchte ich noch hervorheben, den ich bei einem chronischen Ekzem verzeichnen konnte, welches jahrelang jeder Therapie getrotzt hatte. Der Patient hatte bereits alle Hoffnung aufgegeben, besonders weil, wie er sagte, sein Vater an derselben Affektion gelitten habe und nie geheilt werden konnte. Im Verlaufe der üblichen Protasinkur heilte das Ekzem vollkommen aus. Bei einem Falle von Colipyelitis stimmen meine Beobachtungen über den günstigen Einfluß des Protasins mit dem von Joseph*) überein.

1. Fall. Frau Sch.-R., 26 Jahre alt, Diagnose: Akute Gonorrhoe. Post mens. Komplikation durch Adnexitis beiderseits. Temperaturen im Beginn über 39 Grad, dann um 38 Grad haltend. Therapie: Bettruhe, Hitze-Applikation, Diät, Fol. uv. urs., keine Lokalbehandlung. Nach der nächsten Menstruation heftiges Aufflackern mit starken Schmerzen, beiderseits deutlich fühlbare Tumoren. — Protasininjektionen. 1. Injektion intramuskulär 5 ccm. Geringe Empfindung (Spannungsgefühl) am Ort der Injektion, etwa eine Viertelstunde anhaltend, keine Schmerzen, keine Temperaturerhöhung, kein Schüttelfrost, keine Nebenwirkung. Nach etwa fünf Stunden läßt der Schmerz nach; Patientin kann sich im Bett aufrichten, der vorher gespannte Leib ist weicher. Patientin nimmt Nahrung zu sich.

Die Injektionen von je 5 ccm Protasin werden in zweitägigen Abständen wiederholt. Die Tumoren sind nach der dritten Injektion bis auf Pflaumengröße zurückgegangen und kaum noch dolent. Die Temperaturen bewegen sich in normaler Höhe. Nach weiteren zwei Injektionen ist Patientin völlig beschwerdefrei, die Tumoren sind bis auf eine etwa erbsengroße Schwellung rechts geschwunden. Gonokokken sind nicht mehr nachweisbar. Aus Vorsichtsgründen weitere acht Tage Bettruhe. Patientin ist schmerzfrei und arbeitsfähig geblieben.

2. Fall. Herr Schn., 35 Jahre alt. Diagnose: Prostatitis mit Bakteriurie, keine Gonorrhoe in den letzten zehn Jahren, vor etwa vier Wochen Grippe. —

Prostata kleinapfelgroß, schmerzhaft geschwollen, Exprimat enthält massenhaft Leukozyten, wenig große Epithelien, wenig Mikrokokken. Druck oder leichte Massage äußerst schmerzhaft. Therapie: Sitzbäder, heiße Spülsonden, Protasininjektionen in zweitägigen Abständen. Keinerlei Lokalreaktion nach der ersten Injektion, keine Temperaturerhöhung oder Nebenwirkung.

Nach der sechsten Injektion Protasin, also nach insgesamt zwölftägiger Behandlung, ist die Schwellung der Prostata soweit zurückgegangen, daß die beiden Lappen zwar noch gewölbt, aber nicht sehr schmerzhaft und gut massierbar sind. Das Exprimat enthält nur noch wenige Leukozyten und Epithelien. Patient ist beschwerdefrei und geht seiner Arbeit nach. —

3. Fall. Zeitungsfahrer K., 22 Jahre alt. Diagnose: Akute Gonorrhoe. Nach achttägiger Lokalbehandlung, offenbar als Folgeerscheinung des Radfahrens — das Patient trotz Verbotes ausübte — Epididymitis links. Der Nebenhoden ist walnußgroß und außerordentlich schmerzempfindlich. Mikroskopische Untersuchungen des Sekrets ergibt reichlich Gonokokken Therapie: Fortlassen jeder Lokalbehandlung, gutgepolstertes Suspensorium, Fol. uv. urs., Protasininjektionen in zweitägigen Abständen. Nach der zweiten Injektion deutliches Kleinerwerden der Schwellung, Schmerzhaftigkeit zurückgegangen. Nach insgesamt vier Injektionen Nebenhoden völlig intakt, im Sekret nur noch vereinzelt Gonokokken, Fortsetzung der Lokalbehandlung. Nach weiteren fünf Tagen keine Gonokokken mehr nachweisbar. Patient kommt in dreitägigen Abständen zur Kontrolluntersuchung. Gonokokken weiter nicht nachweisbar. Patient gesund entlassen. — Hierzu ist zu bemerken, daß im Höhepunkt der Erkrankung zeitweise Temperaturen bis 40° festgestellt wurden.

---

*) Aus Prof. Max Josephs Poliklinik f. Hautkrankheiten in Berlin. Unspezifische Reizkörpertherapie mit dem Milcheinweißpräparat Protasin. Von Dr. Walter Joseph. Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Aus der chirurg. Abt. (Dir. Arzt: P.-Med.-Rat Dr. Schum) des Staatl. Polizei-Krankenhauses Berlin. (Direktor: P.-Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Boehncke.)

Cardiazol, ein neues Analeptikum.

Von

KARL BOEGEL, Assistent der chirurg. Abt.

Der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses wurde das von der Firma Knoll hergestellte Herzmittel Cardiazol zur Prüfung auf seine Brauchbarkeit zur Verfügung gestellt, und zwar in Tablettenform für orale Darreichung sowie in Ampullen zur subkutanen und intravenösen Injektion.

Das bisher angewandte Kampheröl und das in letzter Zeit mit Vorteil aufgenommene Hexeton waren allein schon in pharmakologischer Hinsicht wegen ihrer längeren Resorptionsdauer gegen das in hohem Grade wasserlösliche und somit leicht resorbierte Cardiazol im Nachteil. Hinzu kamen bei längerem Gebrauch des Kampheröls die Nierenschädigungen und die Schmerzhaftigkeit der Injektion besonders beim Anlegen von Depots, beim Hexeton die für das Pflegepersonal oftmals schwierige Unterscheidung der Packungen für intravenöse und subkutane Injektionen.

Das Präparat wurde zunächst benutzt post operationem und zwar nur subkutan. Patienten, die nach größeren Eingriffen, wie z. B. nach Magenresektionen, Cholecystektomien, schweren Appendektomien, Bauchwandplastiken usw. mit einem unregelmäßigen, kleinen und beschleunigten Radialpuls und unbefriedigender Atmung vom Tische kamen, boten schon oft nur wenige Minuten nach subkutaner Injektion von 0,1 Cardiazol ein wesentlich besseres Bild: der Puls war regelmäßig und langsamer, dabei aber kräftiger geworden; Gesicht und Schleimhäute waren infolge der Anregung des Kreislaufes besser durchblutet; die oberflächliche und unregelmäßige Atmung war ruhiger und tiefer geworden. In diesen Fällen wurde die Cardiazolapplikation einige Tage fortgesetzt, konnte dann auf geringere Dosen abgebaut und schließlich ohne merklichen Rückschlag ganz unterlassen werden. Bei postoperativen Lungenkomplikationen wie bei Bronchopneumonie und Infarktbildung stand, mit 1% Morphium kombiniert, eine Vertiefung der Atmungstätigkeit im Vordergrunde der Cardiazolwirkung. Mit nur zwei Ausnahmen wurde bei der subkutanen Injektion über Schmerzen nicht geklagt. In diesen beiden Fällen ist zu erwägen, ob das Brennen an der Injektionsstelle nicht auf einen in der Spritze oder Kanüle verbliebenen Rest Alkohol zurückzuführen ist. Kumulationen sind trotz mehrtägiger, in einem Falle zweiwöchentlicher täglicher Anwendung nicht zur Beobachtung gekommen.

Intravenös wurde Cardiazol gegeben bei Kollapsen während der Operationen in Lumbalanästhesie. Es trat bei Applikation von 0,1 Cardiazol fast schlagartig eine Besserung im Befinden des Kranken ein, die durch anschließende Verabreichung von Cardiazol subkutan oder per os aufrecht erhalten wurde, so daß die Patienten zum Teil keinerlei Nachwirkungen der Lumbalanästhesie verspürten, höchstens über leichten Druck im Kopfe klagten.

Immerhin genügte jedoch, wenn nicht eine möglichst prompte Wirkung für erforderlich erachtet wurde, die subkutane Injektion, die spätestens fünf Minuten post injectionem einzutreten pflegte.

Bei der oralen Darreichung selbst über eine längere Zeit ist wichtig zu erwähnen, daß Magen-Darmerscheinungen nicht aufgetreten sind. Auch bei labilem Gefäßsystem (Arteriosklerose alter Leute, chron. schwerem Diabetes u. a. m.) hat sich nach Mitteilung von Prof. Boehncke das Mittel durchaus bewährt.

Im ganzen muß gesagt werden, daß Cardiazol berechtigten Anforderungen an ein schnell wirkendes Herzmittel entspricht, in mancher Hinsicht der bisher üblichen Cardiaca sogar überlegen ist und eine gute Bereicherung unseres Arzneimittelschatzes darstellt.

Ueber Allional.

Von

Dr. med. CAMPE, Magdeburg.

Die nervösen Folgeerscheinungen eines schweren Autounfalles nötigten mich, meine Zuflucht zu den sonst von mir gemiedenen Schlafmitteln zu nehmen.

Die ausgezeichneten Dienste, welche mir hierbei das Allional „Roche“ (Isoprophylpropenylbarbitursaures Phenyldimethylaminodimethylpyrazolon) leistete, veranlassen mich, dieses Präparat denjenigen Kollegen, die es noch nicht kennen, zu einem Versuch zu empfehlen.

Ich habe das Allional nicht nur an mir selbst, sondern auch in mehreren Hundert Fällen in meiner Praxis angewandt, bei nervöser Schlaflosigkeit, bei Angst- und Erregungszuständen sowie ferner gegen Schmerzen, im besonderen bei Ischias.

Was ich zuerst an mir selbst erfahren, wurde mir von den Patienten einstimmig bestätigt,: vorzügliche, rasche Wirkung, angenehmer 7—8 Stunden währender, durchaus normaler Schlaf, Aufhören aller Schmerzen, keine lästigen Begleiterscheinungen beim Erwachen.

Gegen heftige Schmerzen habe ich öfter die einmalige Dosis auf drei bis vier Tabletten gesteigert und auch nach diesen starken Dosen keine Nebenwirkungen beobachtet. Wiederholt hörte ich von den Leuten beim Wiedererscheinen in der Sprechstunde: das Allional ist ein wunderbares Mittel. In der Tat wirkte das Allional in manchen Fällen, z. B. bei ischiadischen Schmerzen geradezu verblüffend.

Bei der Ueberschwemmung des Arzneimittelmarktes mit neuen Mitteln darf das Licht eines wirklich guten neuen Präparates nicht unter den Scheffel gestellt werden. Daher meine vorstehende Empfehlung.

Neuere Indikationsgebiete für Olobintin-Therapie.

Von

Dr. GEORG HAJNAL, Em. Abtlg.-Chefarzt in Budapest.

Das Terpentinöl-Präparat Olobintin (J. D. Riedel A.-G., Berlin) ist genügend bekannt, als daß seine chemischen und pharmakologischen Eigenschaften hier nochmals eingehend besprochen werden müßten. Es sei nur kurz darauf hingewiesen, daß die Wirkungsart des Olobintin zwar theoretisch noch nicht vollkommen aufgeklärt ist, jedoch auf Grund der überaus günstigen praktischen Erfahrungen kann wohl mit ziemlicher Sicherheit auf eine protoplasma-activierende und den Organismus „umstimmende“ Reizwirkung im Sinne der Weichhardtschen Theorie geschlossen werden.

Demgemäß war es schon von vornherein zu erwarten, daß die Olobintintherapie die besten Erfolge auf dem Gebiete der inneren Erkrankungen aufweisen würde. Und doch ist merkwürdigerweise Olobintin bisher bei inneren Krankheiten kaum verwendet worden, wenigstens nicht in dem Maße, als es sein hoher pharmakologischer Wert dazu prädestiniert.

Ich verwende Olobintin schon seit Jahren bei den verschiedensten inneren Erkrankungen mit völlig befriedigendem, oft sogar mit geradezu frappantem Erfolge. Versager habe ich — bei rechtzeitiger Anwendung des Mittels — niemals erlebt, und auch in vorgeschrittenen Fällen konnte ich noch immer eine Abkürzung der Krankheitsdauer, ein Ausbleiben der Komplikationen und Rezidive erreichen. Unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht zu befürchten. Die geringen Fieber- und Herdreaktionen werden von den meist ohnedies fiebernden Kranken gar nicht wahrgenommen; die Patienten berichten sogar schon einige Stunden nach der Injektion über eine auffällige Euphorie. Meistens ist der Kranke nach ein bis zwei Injektionen fieberfrei und fühlt sich wesentlich besser. Bei chronisch verlaufenden Erkrankungen (Asthma usw.) ist selbstredend eine längere, kurgemäße Behandlung nötig; der Erfolg setzt aber auch in diesen Fällen schon nach den ersten zwei bis drei Injektionen ein.

Um die Hochwertigkeit und Vielseitigkeit des Olobintin zu demonstrieren, teile ich hier einige Auszüge aus Krankengeschichten mit:

1. Influenza mit beginnender Bronchopneumonie:

42jährige Frau. — Hochfiebernd (T.: 39^2). Elendes Allgemeinbefinden, Glieder- und Kopfschmerzen, Husten, Seitenstechen.

Objektiv: Ueber der Lunge diffuses Giemen, hinten rechts einige Rasselgeräusche. Keine Dämpfung feststellbar.

Therapie: 1 ccm Olobintin intraglutäal. Ipecacuanha. — Kein Antipyreticum!

Am nächstfolgenden Tage: Temp. 37^3. Allgemeinbefinden wesentlich besser. Kopf- und Gliederschmerzen geschwunden, fühlt sich frisch und munter. Lunge fast frei, noch einzelne Rasselgeräusche hörbar. — Verlangt nach Essen. — Am vierten Tage nach der Injektion: Fieberfrei, Lungenbefund und Allgemeinbefinden normal. Rekonvaleszent. —

2. Tonsillarabszeß.

30jährige Frau. — Rechte Tonsille stark vorgewölbt, tiefrot. Hochgradige Schlingbeschwerden. Temp. 39°. Incision ohne Erfolg. Eiter entleert sich nicht. —

Patientin bekommt 1 ccm Olobintin, warme Breiumschläge und warmen Kamillentee zum Gurgeln.

Am folgenden Tage: Temp. 37°. Patientin gibt an, in der Nacht habe sie viel Eiter gespuckt, wonach sie sich plötzlich erleichtert fühlte. —

Die Tonsille ist abgeschwollen, darah keine Oeffnung zu sehen (vermutlich nach hinten gegen den Rachenraum zu durchbrochen). Fühlt sich wohl, nach zwei Tagen fieberfrei, Tonsille normal. Verläßt das Bett, ist wohlauf.

3. Asthma bronchiale.

24jähriges Mädchen. — Leidet seit zwei Jahren an Atembeschwerden. Seit etwa vier Wochen verschlimmerte sich ihr Zustand derartig, daß sie Tag und Nacht von Atemnot gequält wurde. Fühlt sich elend, ist abgemagert, appetit- und schlaflos. Hatte schon alles mögliche versucht, jedoch ohne Erfolg.

Objektiv: typischer Asthmabefund. Herz normal, jedoch ausgesprochene Zeichen einer hochgradig gestörten Zirkulation. Starke Cyanose, Mund ganz blau, Trommelschläger-Finger. Sehr starke Dyspnoe. —

Therapie: Olobintin-Kur, alle zwei Tage 1 ccm nebst Digitalis und Papaverin-Atropin innerlich.

Schon nach der ersten Injektion wesentliche Erleichterung.

Nach der zweiten Injektion, also am 3. Tage der Behandlung, keine Dyspnoe mehr. Cyanose geschwunden, Mund und Nägel rosarot. Lungenbefund, bis auf einiges zerstreut hörbares Giemen und Pfeifen, normal. —

Nach sechs Injektionen vollkommen beschwerdefrei.

Keine Dyspnoe, keine Cyanose, Lungenbefund normal. Papaverin-Atropin und Digitalis werden eingestellt, bekommt weiterhin wöchentlich 1 Olobintin-Injektion zwecks Vermeidung evtl. Rezidive. Gegenwärtig ist die Behandlung noch im Gange.

4. Parotitis epidemica.

Zehnjähriger Knabe. — Rechte Parotis stark angeschwollen, schmerzhaft. Temp. 38^4. — Bekommt ½ ccm Olobintin, sonst nichts. — Am folgenden Tage ist die Parotis vollkommen geschwollen, schmerzlos. Patient ist fieberfrei, verläßt am dri Tage das Bett.

Zu diesen Auszügen aus den Krankengeschichten muß ich n noch einige Bemerkungen hinzufügen: Im Falle Nr. 1 konnte mi einer einzigen rechtzeitigen Olobintin-Injektion die drohende Bronchopneumonie coupiert, die Krankheitsdauer wesentlich abgekürzt, und die Rezidive verhütet werden — Im Falle Nr. 2 wurde ein noch unreifer Tonsillarabszeß mittelst einer Olobintin-Injektion innerhalb von etwa sechs Stunden zur Reife und zum spontanen Durchbruch gebracht.

Im Falle Nr. 3 leistete Olobintin auch Vorzügliches. Ein jahrelang bestehendes Asthma, welches schon ernste Kreislaufstörungen verursachte, wurde mit einigen Olobintin-Injektionen au den Weg der endgültigen Heilung gelenkt. —

Im Falle Nr. 4 wurde ebenfalls durch eine Olobintin-Injektion die Parotitis zur Heilung gebracht, die Verbreitung auf die andere Drüse sowie das evtl. Auftreten einer Orchitis verhütet. —

Wie aus den hier angeführten Erfolgen ersichtlich ist, ist d Olobintin ein hoch zu schätzendes Arzneimittel auch in den Händen der Internisten. In den verschiedensten Fällen habe ich Olobin verwendet und habe bisher noch keine Enttäuschung erlebt. Vo den vielen Indikationen der Olobintin-Therapie möchte ich besonders hervorheben: Pertussis, Influenza, Bronchitis, Asthma bronchiale, Polyarthritis rheum., Tonsillitis, Tonsillarabszeß, Parotitis, Lymphadenitis, Chorea minor, Ischias, Neuralgien u. a. m. Bei perakuten, hochfiebernden Fällen sowie bei progressiver Lungentuberkulose ist Vorsicht in der Dosierung geboten. Man beginne mit kleinsten, tastenden Dosen (0,2—0,5 cm^3) und wiederhole die Injektion erst nach völligem Abklingen der Reaktion.

BESONDERE BEILAGEN: der Firma **Chemische Fabrik von Heyden,** Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden, über **„Tannismut“,** der Firma **Vial & Uhlmann,** Inh.: Apoth. **E. Rath,** Frankfurt a. M., Fabrik chemisch-pharmazeutischer Präparate, über **„Zur Therapie der Darmerkrankungen“.**

KLEINE ANZEIGEN

Schluß der Anzeigen-Annahme: Dienstag Mittag 12 Uhr.
Zuschriften unter der den Anzeigen beigedruckten Nummer mit Ausnahme der bei den Annoncen-Büros aufgegebenen sind zu richten an die Geschäftsstelle des
Berlin SW 48, Friedrichstr. 231

Stellenangebote

VERTRETER für Allgemeinpraxis, m. Geburtshilfe ges., **20. Juli** bis **11. Aug.**, mos. bevorz. **Dr. Loewenthal,** Brandenburg a. H., Reuscherstr. 6.

Augenarzt sucht zum 20. Juli einen **zuverlässigen Vertreter.** Offerten unter **717**

Für m. Ambul. f. Nerven- u. Gemütsleid. suche unverh. **jüng. Kollegen,** Gelegenheit zur Ausbildung in Neurologie, Psychother., Hypnot. Werktäglich 9–11. **Fuldastr. 2, Neukölln.** Fernspr. 5253. Meldung nur dort. San.-Rat Dr. **G. Flatau,** Augsburger Str. 56 II.

Vertreter vom 1. August ab für Allgemein-Praxis. Offerten unter **705**

Serologe (staatl. Zulassung zur gewerbsmäßigen Ausführung der Wa.-Reaktion) vertretungsweise von ärztl. Laboratorium auf 3–4 Monate zu **sofort gesucht** (Berlin). Angebote unter **678**

Im städt. Krankenhaus Berlin, Gitschiner Straße 104/105, sind **Medizinalpraktikanten-Stellen** frei. Innere Medizin und kl. Gynäkologie. Meldungen erbeten an ärztl. Direktor **Dr. Bleichröder.**

Vertreter f. Allgem.-Kassenpraxis, möglichst SW. wohn., sucht Arzt v. 2. 8.–4. 9. Vor- u. Nachm. Sprechst. **715**

Stellenangebote

Junger, tüchtiger Arzt (mehrf. vertr.), übernimmt ab 25. VII. bei Allgemeinprakt. oder Internisten **Vertretung. 702**

Hilfspersonal

Sprechstundenhilfe sucht praktischer Arzt ab 1. September, nachmittags. Schriftliche Bewerbungen unter **706**

Röntgenschwester, übern. Vertretg. f. d. Som., **geb. Dame,** sucht schriftliche Betätigung als Repräs. für San. etc. Zuschriften unt. Nr. **695**

Schwester evang., 30 Jahre, sucht Tätigkeit bei Arzt, Klinik od. Sanatorium. Beherrscht jede Art Pflege, Narkose usw. Ia. Zeugnisse u. Referenz. Offerten unter **687**

Schwester mit Staatsex. u. Zeugnissen, chir. und gynäk. tätig gew., sucht selbständ. Tagesposten als Assistenz b. Operationen, Narkosen, Poliklinik oder groß. Sprechstunde spätest. 15. X. 1926. **692**

Vermischtes

Kleinere Privatklinik (7 Zimmer mit Konzession für 2 Wöchnerinnen) **westlicher Vorort Berlin verkäuflich.** 2002

Persönliches

Bad Salzschlirf
— Zandersaal —
Physik. Unterstützungstherapie
Dr. Zimmermann, Kurarzt

Dr. med. PAUL WEISS
Bad Homburg v. d. H. (im Winter: Bad Heluan CAIRO (Aegypten))
Diätetische Kurpension Villa Nova
Zimmer inkl. Diätpension 9—12 Mark.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

LIBRAR
RECEIVED
AUG 1926
U. S. Department of Agr

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 15 BERLIN, DEN 20. JULI 1926 44. JAHRGANG

448.8
F77

4

12

Anstatt der bisherigen
Gelonida stomachica u. Gelonida stomachica fortiora
bringen wir, auf Grund vielfacher Anregungen von fachärztl. Seite, unsere

Gelonida stomachica

lediglich in einer Stärke in nachfolgender Zusammensetzung in den Handel:

Extr. Bellad. . . . 0,01
Bism. subnitr. . . . 0,2 } *dos XX.*
Magn. ust. 0,6

Der Magnesium- und Wismutgehalt der einzelnen Tabletten ist, im Vergleich zu den bisherigen, erheblich erhöht und dadurch der therapeutische Effekt gesteigert. Durch Kerbung der Tablette besteht die Möglichkeit, die Dosis, wie bisher, zu variieren. Die Gelonida-Form verbürgt leichte Zerfallbarkeit, Vermeidung von Reizerscheinungen auf die Magenschleimhaut, schnellste Resorption, daher Wirkung.

Indikationen: Hyperacidität, Sodbrennen, Gastralgien, nervöse Magenleiden, Ulcus ventriculi et duodeni, Pylorospasmus.

Wir bitten, bei den Verordnungen das Wort „Original" hinzuzufügen: Rp. Gelonida stomachica Original (20 St.).

Den Herren Aerzten stehen Proben und Literatur zur Verfügung.

Gödecke & Co. Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Agobilin
durch ſeinen Cholſäuregehalt als wirkſames Choleretikum und Cholagogum bekannt.
Zur Vermeidung von Gallenſteinbildung, bei Cholecyſtitis, Hepatitis.

Arſen-Triferrol
enthält Arſeneiſen in leicht aſſimilierbarer Form! Frei von Nebenwirkungen!
Zur Blutbildung – Toniſierung.

Transannon
enthält wirkſame Komponenten zur ſymptomatiſchen Therapie der Wechſeljahre!
Arbeitet dem phyſiologiſchen Ablauf der Menopauſe nicht entgegen.
Zur ſtörungsfreien Überwindung des Klimakteriums.

GEHE & CO., A.G. DRESDEN-N. 6

Jotifix-Tabletten *Die souveräne Jodmedikation*
Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

Kleine Anzeigen

Stellenangebote

Jüngerer, tüchtiger Arzt
von großer, alteingeführter Nahrungsmittelfabrik zum Besuch von Aerzten, Kliniken (wissenschaftliche Propaganda) gesucht. Bevorzugt werden Herren, die in größeren Städten wohnen. Angebote mit Lebenslauf, Referenzen und Ansprüchen unter **J. F. 15874 an Rudolf Mosse, Berlin SW. 19.**

Hilfspersonal

Orthop. Anstalt
Westen, sucht
Röntgenassistentin
auch zur Buchführung.
Chiffre **747**

ARTERIEN VERKALKUNG

und sonstige Erscheinungen des erhöhten Blutdrucks weichen schnell bei Verordnung des Elixir Cigli.

Das Präparat ist eine Kombination aus Citronensäureglycerinester mit Viscum album unter Verwendung von Elixir chinae. Seine Wirkung ist eine dreifache und zwar Bildung eines normalen Blutdruckes, Schutz der Gefäßwände und Anregung des Stoffwechsels.

Aus den Gutachten: Ich nehme mit meiner Frau seit drei Wochen Ihr Präparat Cigli und habe entschieden Erleichterung. (Sanitätsrat Dr. F.) Ihr Cigli hat sich mir bei Arteriosklerose mit Blutdrucksteigerung als vorzüglich wirksam und erfolgreich erwiesen. (Obermedizinalrat Dr. K.) Ich gebrauche das Cigli bei Behandlung meiner Mutter mit zufriedenstellendem Erfolg. (Reg.-Medizinalrat Dr. M.)

ELIXIR CIGLI

Versuchsmengen
SARSA, chem. pharm. G. m. b. H.
Berlin-Friedenau

Die unter Kontrolle von Universitätsprofessor Dr. WIDMARK hergestellten und klinisch ausgiebig geprüften

Itamin-Tabletten
enthalten in konzentrierter und gut resorbierbarer Form
Vitamin A

Indikationsgebiet:
Avitaminose, Xerophthalmie, Keratomalesie, Tuberkulose, Erschöpfungszustände, Kinderkrankheiten usw.

Literatur und Proben gern zur Verfügung

Alleinvertrieb:
Dr. Fraenkel & Dr. Landau, Berlin N 54

Dame, 34,
musikal., Umgangsformen, sucht Stellg. als Haus- od. nur Empfangsdame mit od. ohne dreijähr. gutgeart. ges. Knab. Preisoff. erb. nach Charl. 9, Rüstern-Allee 25.

Junge Dame
mit sämtl. Büroarbeiten vertraut, im Sanatorium tätig gewesen, **sucht Stellung. 727**

Schwester, s. Stellung ab 1. 8. als Sprechstundenhilfe, ev. Betät. i. Haush. G. Zeugn. vorh. I. a. vrk. Arbeit. erf. 2003

Persönliches

Prof. Dr. Frenkel-Heiden
Bad Oeynhausen
Uebungstherapie
(Tab. Ataxie, Lähmungen)
– Mai bis Oktober –

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus dem Marienhospital, Düsseldorf (Hautabteilung).
Dr. E. Hesse: Die Behandlung der Lues in ihren verschiedenen Formen mit Impfmalaria 671
Aus der Heilstätte Gottleuba-Sachsen (Chefarzt: Ob.-Med.-Rat Dr. Bartels).
Dr. Zwerg: Die Chemotherapie der Lungentuberkulose 673
Aus der Städt. Frauenklinik Magdeburg-Sudenburg (Direktor: Prof. Dr. Bauereisen).
Dr. med W. Röher, Assistenzarzt: Die klinische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in der Gynäkologie 674
Aus dem Sanatorium Allee-Kurhaus, Baden-Baden.
Dr. Benno Hahn: Die Psychogenese gynäkologisch-sexueller Symptome und deren psychotherapeutische Behandlung . . . 676
Dr. med. Nourney: Vakzinale Allergie und Immunität als Grundbau zum Aufbau der Eigenblutbehandlung 679
Dr. S. Kalischer, Nervenarzt: Zur Frage der sexuellen Aufklärung 680
Generalarzt Dr. Buttersack, Göttingen: Aerzte an die philosophische Front 681

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. F. Frankfurter, Leipzig: Die Haftung für die in öffentlichen Krankenanstalten zugefügten Körper- und Gesundheitsschäden 682
Briefkasten 683
Mitteilungen 683

Kongreßberichte:

Bericht über die Tagung des Deutschen Verbandes für Schulkinderpflege 683

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 24 684
Medizinische Klinik 1926, Nr. 22 684
Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 21—22 . . 684
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 24. 685
Wiener klinische Wochenschrift 1926, Nr. 23—26 . . 685
Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie 1926, 3.—6. Heft 686
Monatsschrift für Kinderheilkunde, Heft 4 686
Jahrbuch für Kinderheilkunde 1926, Heft 1—2 . . . 686
Archiv für Verdauungskrankheiten 1926, Heft 3—4 . 687
Archiv für klinische Chirurgie, 1. Heft 687
Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie, 2. Heft . 687
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 18—25 688
Dermatologische Wochenschrift 1926, Nr. 25—26 . . 689
Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1926, Heft 1—2 689
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1926, Nr. 25 690
Acta Medica Scandinavica, Heft 5—7, Supplementum 14—15 691
Hygiea, Heft 11 692
Ugeskrift for Laeger, Nr. 24—25 692
British medic. Journal, Nr. 3414 692
Lancet 1926, Nr. 23 692
The Journal of nervous and mental disease 1926, Nr. 4—5 693
Paris Medical 1926, Nr. 18—23 693
La Presse Médicale, Paris, Nr. 35—43 696
Revue de la Tuberculose, Nr. 2 697
Journal of the American Medical Association, Nr. 20—21 697
The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 19—22 698
The American Journal of the Medical Sciences, Nr. 6 700
Journal of Urology, Mai 1926 700
Buchbesprechungen 701

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. Rudolf Katz, Berlin: Compral, ein neues Analgeticum 703
Dr. Ferd. Lebermann: Klinische Erfahrungen mit Becholin 703

COFFETYLIN

1 Tablette entspricht 0,45 g Acetylin und 0,05 g Coffeinum purum.

Vereinigt die entfiebernde, schmerzstillende Wirkung des Acetylins mit dem das Zentralnervensystem anregenden Effekt des Coffeins.

Indikationen:

Nervöse Abgespanntheit, fieberhafte Erkrankungen, Grippe, Neuralgien, Kopfschmerzen, Migräne, Folgeerscheinungen von starkem Alkoholgenuß.

Dosierung: 1—2 Tabletten 1—3 mal täglich.
Packungen: Glasröhrchen mit 20 Tabl. zu 0,5 g, Papierröllchen mit 10 Tabl. zu 0,5 g (für Krankenkassen).
Klinikpackung: Schraubgläser mit 1000 Tabletten zu 0,5 g.

Versuchsproben und Literatur stehen den Herren Ärzten auf Wunsch kostenfrei zur Verfügung.

CHEMISCHE FABRIK VON HEYDEN, A.-G., RADEBEUL-DRESDEN.

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Uvalysatum Bürger
Ysat (Dialysat) aus Fol uvae ursi

Bestbewährtes Harnantiseptikum

wirkt prompt harnklärend, schmerzstillend und sekretionsbeschränkend bei allen Erkrankungen der Harnwege

Dosis: 3 mal täglich 30–40 Tropfen
Handelsformen: Tropffläschchen zu 15, 30 und 60 ccm

Literatur und Proben kostenlos

Neueste Literatur: Dr. ISAAK, München: Uvalysat, eine neue Bereicherung des urologischen Arzneischatzes. Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 10.

Gesolei, Düsseldorf — Halle 101, Stand 740

Vertreter für Mexico:
Carlos Stein, Mexico, D. F. Apartado 2569

Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode
a. H.
G. m. b. H.

Levurinose „Blaes"
das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 15 20. JULI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus dem Marienhospital, Düsseldorf (Hautabteilung).

Die Behandlung der Lues in ihren verschiedenen Formen mit Impfmalaria.

Von

Dr. E. HESSE.

Die Behandlung der Lues geht seit einigen Jahren andere Wege. Die unspezifische Therapie hat auch auf diesem Gebiete angefangen festen Fuß zu fassen. Es mehrten sich die Stimmen, daß wir trotz der außerordentlichen Fortschritte auf dem Gebiet der Luestherapie doch nicht in der Lage sind, der Lues ihren Schrecken zu nehmen, das Gespenst der Tabes und Paralyse zu bannen. Gegen eine ausgesprochene, auch nur beginnende Tabes oder Paralyse vermögen wir auch mit unseren besten und stärksten antisyphilitischen Medikamenten auf die Dauer kaum etwas auszurichten, jedenfalls können wir diese Erkrankungen mit unseren spezifischen Mitteln nicht sicher vermeiden.

Die unspezifische Therapie ist nicht so neu wie man glauben könnte. Unbewußt haben wir immer schon unspezifische Therapie neben der spezifischen getrieben. Wenn in Aachen, Wiesbaden oder Tölz mancher „schwere Luesfall" heilte, so lag das weniger an der Art oder Menge der verriebenen Hg-Salbe, sondern an der systematischen Massage und Badekur, die grob mechanische, chemische und thermische Reize vereinte, dadurch die Zirkulation der Haut verbesserte, Stauungen beseitigte, innere Organe entlastete, einen milden Reiz auf die Nervenendigungen ausübte, vornehmlich aber das hypothetische innere Sekretionsorgan, die Haut, die Hauptbildungsstätte der Antikörper beeinflußt.

Ich habe schon vor Jahren in dieser Erkenntnis das Licht für die unspezifische Behandlung der Lues herangezogen und systematische Bestrahlungen mit natürlicher und künstlicher Sonne empfohlen; ähnlich wie bei der Tuberkulose werden hierdurch die Abwehrbestrebungen des Organismus wirksam unterstützt und damit dem Körper der Kampf gegen die chronische Infektion erleichtert. (Siehe Strahlentherapie, Band 12, 1921. Hesse: „Die Rolle des Lichtes in der Luestherapie".)

C. Stern hat gezeigt, daß es gelingt durch Einspritzungen von Natr. nuclein. die fieberhafte Reaktionen und starke Hyperleukozytose erzeugen, luetische Symptome zu beseitigen.

Es gehörte damals freilich viel Mut dazu, eine derartige Therapie, die schmerzhafte Lokalreaktionen und fieberhafte Allgemeinreaktionen machte, in großem Maßstabe fortzusetzen. Abgesehen von anderen Momenten war über die definitiven Erfolge dieses heroischen Behandlungsverfahrens nichts bekannt. In dieser Beziehung waren die Psychiater in besserer Lage. Bei der ihnen zufallenden Behandlung der prog. Paralyse war therapeutisch nichts mehr zu verderben. So ist auch zu erklären, daß von dieser Seite diese Methoden aufgenommen wurden.

Wagner-Jauregg ist nach jahrelangen therapeutischen Versuchen mit den verschiedensten fiebererzeugenden Mitteln zur Malariatherapie der Paralyse gekommen. Wenn er auch mit den schon früher benutzten Mitteln (Tuberkulin, Typhusvaccine) gewisse Erfolge hatte, so wurden dieselben durch die im Jahre 1917 aufgenommenen Impfungen mit Malaria tertiana wesentlich übertroffen. Von den damals behandelten neun Fällen von Paralyse bestand bei drei Fällen noch nach sieben Jahren dauernde und volle Berufstätigkeit. Seitdem ist die Behandlung in der Wiener psychiatrischen Klinik die Methode der Wahl geworden und von verschiedensten in- und ausländischen Kliniken aufgenommen und empfohlen worden.

Die Impfbehandlung geht in der Weise vor sich, daß man den Patienten 3—10 ccm Blut intermuskulär einspritzt, worauf sich nach durchschnittlich einer Woche nach gewissen fieberhaften Prodromalerscheinungen der erste Fieberfall einstellt; er setzt mit Schüttelfrost ein, schließt mit Schweißausbruch ab und wiederholt sich alle zwei Tage. Unregelmäßigkeiten im Verlauf sind an der Tagesordnung; insbesondere geht der Tertiana-Typus häufig in den Cottidiana-Typus über; vielfach sieht man auch von vorneherein die Fieberanfälle täglich auftreten. Nur selten bleibt das Fieber unter 40°, meist bewegt es sich zwischen 40—41°, steigt gelegentlich auch nahe an 42°. Nach Ablauf von acht bis zehn Fieberfällen wird durch Chinin entfiebert, daß man entweder als Pulver einnehmen läßt, oder als Lösung (Chininum bisulfuricum) einspritzt.

Wagner-Jauregg schließt an eine derartige Malariakur eine Salvarsan-Behandlung an von ca. 3 g Neosalvarsan. Wie weit diese Nachbehandlung für die Heilung von Bedeutung ist, steht noch zur Diskussion; jedenfalls treten auch ohne diese Nachbehandlung Remissionen auf in fast demselben Prozentsatz. Ob es sich, wie Gerstmann annimmt, bei der Salvarsanbehandlung lediglich um eine allgemein roborierende Wirkung des Salvarsans handelt, die nach der schweren durchgemachten Infektion um so deutlicher hervortritt, erscheint mir fraglich, weil man diese gute Wirkung auf das Allgemeinbefinden auch ohne Salvarsan-Nachbehandlung sieht und überhaupt in der Rekonvaleszenz mancher Infektionskrankheiten wie Typhus beobachtet. Andererseits kann man sich auch vorstellen, daß das Salvarsan in den durch das Fieber beeinflußten chronischen Entzündungsherden besser zur Wirkung kommt als vorher.

Von allen Erklärungsversuchen der Wirkungsweise der Malariabehandlung erscheint mir der am wahrscheinlichsten, der das wirksame Moment in einer Steigerung der lokalen Entzündungsprozesse und in einer unspezifischen Abwehrreaktion des gesamten Organismus sieht. Das Fieber ist dabei offenbar ein wesentlicher Faktor. Auf der Höhe des Fiebers oder schon vorher, wenn die Plasmodien ausschwärmen, tritt gar nicht selten eine Steigerung der klinischen Erscheinung ein. Beim Tabiker steigern sich die lanzinierenden Schmerzen und Magenkrisen bis zur Unerträglichkeit; Paralytiker bekommen Erregungs- und Verwirrtheitzustände; der Gehalt des Liquors an Eiweiß und Lymphozyten ist höher als vorher; alles Momente, die dieser Auffassung eine gewisse Stütze verleihen.

Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir das Fieber als den Hauptfaktor der Malaria-Behandlung ansehen, der die für das Salvarsan nicht genügend erreichbaren Spirochäten zum Absterben bringt, oder sie wenigstens so schädigt, daß ein weiteres Vordringen nicht möglich ist. Als sicher dürfen wir annehmen, daß die chronisch entzündlichen Vorgänge, die sich um jede Spirochätensammlung bilden, angefacht und gesteigert werden. Vielleicht wird auch die häufig verloren gegangene Reaktionsfähigkeit des Organismus wieder hergestellt, die wir gerade bei Paralytikern beobachten. Insbesondere konnte ich eine schlechte Reaktionsfähigkeit der Haut dem ultravioletten Licht gegenüber beobachten. Berücksichtigen wir die anatomischen Befunde der nach der Malaria-Kur zur Sektion gekommenen Fälle mit deutlichen Remissionen, so fällt auf, daß der erhebliche Rückgang der entzündlichen Veränderungen, Befunde, die sowohl von Strausler und Koskina, als auch von Kirschbaum aus der Weigandtschen Klinik erhoben wurden. Letzterer Autor sagt, daß seine Befunde am besten in den Rahmen der z. Z. geläufigen Vorstellungen passen, wenn man eine Heilentzündung im Sinne Biers annehme mit einer vorübergehenden Steigerung der

Entzündungsvorgänge und nachfolgendem Rückgang und Stillstand der Prozesse.

Wenn auch die Behandlung mit Impfmalaria vorwiegend den Psychiater und Neurologen interessiert, so ist es doch klar, daß ein Mittel, das sogar dann die Spirochäten noch abtötet oder schädigt, wenn das Salvarsan versagt auch für die Behandlung der Lues in früheren Stadien von größter Bedeutung ist. Das bedeutendste Hindernis, das der Malariabehandlung entgegensteht, ist die Gefahr, der wir den Patienten aussetzen, indem wir ihn mit einer Krankheit infizieren, die an alle Organe des Körpers hohe Anforderungen stellt. Das hohe Fieber beansprucht insbesondere Herz und Gefäße, — — es sind Todesfälle im ersten Anfall beobachtet. — — Es ist daher auf mangelhafte Herzfunktion zu achten; Patienten mit schweren Klappenfehlern, darniederliegendem Kräftezustand sind von der Behandlung auszuschließen. Das gleiche gilt für schwere Organerkrankungen, chron. Leber- und Nierenveränderungen usw.

Daß man aber mit Erkrankungen der Gefäße nicht allzu vorsichtig zu sein braucht, geht daraus hervor, daß die Tabiker und Paralytiker, die nach neueren Veröffentlichungen in 33—50% Aortenveränderung zeigen, die Kur meist gut überstehen. Die erste Gefahr liegt in der Verimpfung des Stammes. Wir müsen sicher sein, daß es sich um einen reinen Tertianastamm handelt, der schon eine Reihe menschlicher Passagen durchgemacht hat; desgleichen ist darauf zu achten, daß auch der Blutempfänger keine alte Malaria (Tropika) durchgemacht hat, die durch diese Weise wieder zum Ausbruch kommen könnte. Daß die Kur nur unter sorgfältigster ärztlicher Leitung und Beobachtung, am besten in einem Krankenhaus, vorgenommen wird, ist eigentlich selbstverständlich.

Bei Beobachtung dieser Dinge entkleiden wir die Malariaimpfung der Gefahr, die eine derartige fieberhafte Erkrankung mit sich bringt, wenigstens zum größten Teil; deshalb können wir heute nicht mehr darüber streiten, ob die Malariakur überhaupt berechtigt ist oder nicht, es kann sich nur noch darum handeln, die Vorteile und Nachteile der Behandlung mit Impfmalaria gegeneinander abzuwägen und die Indikationen für die Behandlung aufzustellen.

Die erste und unbestrittenste Indikation ist die Paralyse. Hier fällt die Entscheidung um so leichter, als wir bisher kaum ein Heilmittel zur Verfügung hatten, das in ähnlich hohem Prozentsatz langdauernde Remissionen erzielte. 15 von mir behandelte Paralytiker verschiedenster Stadien überstanden alle die Kur; davon acht mit gutem Erfolge, der Rest blieb unbeeinflußt oder gebessert. Die besten Erfolge wurden bei den Fällen erzielt, wo die Paralyse noch nicht länger als ein Jahr beobachtet war. Während wir bei der Paralyse mit ihrem verhältnismäßig kurzem Verlauf die Wirkung der Behandlung ziemlich leicht und meist auch sehr bald beurteilen können, so ist dies bei der Tabes, als einer eminent chron. Erkrankung, die Jahrzehnte dauern kann, nicht so deutlich. Wir dürfen daher hier unsere Erwartungen nicht zu hoch stellen. Aenderungen der Reflexe sind meist nicht so deutlich, wie die Beeinflussung tabischer Beschwerden. Die Besserung der starken lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen ist bisweilen so in die Augen springend, daß es sich sehr empfiehlt, die Fieberkur anzuwenden. Bei der beginnenden Sehnervenatrophie ist sie fast das einzigste Mittel, womit man einen Stillstand erzielen kann. Daher scheint es mir wichtig, die Malariakur nicht als ultimum refugiuin im Endstadium anzuwenden, sondern auch in Frühfällen und besonders solche Fälle der Behandlung zuzuführen, wo klinische und serologische Verdachtsmomente für Tabes sprechen. Da die Kur bei Einhaltung der Gegenanzeigen nicht schadet, wird die Entscheidung um so leichter sein. Von 18 behandelten Fällen litten 13 an lanzinierenden Schmerzen und Krisen. In allen Fällen wurde Besserung erzielt, drei davon freilich nur auf kurze Zeit.

Bei der Lues cerebri wird man nur dann die Malariakur anwenden, wenn eine genügende anderweitige antiluetische Behandlung vorausgegangen ist bzw. trotz einer solchen die Krankheit rezidiviert. Auf diese Weise wird am besten starken Herdreaktionen, erneuten Blutungen vorbeugen, die ja nach jeder intensiven Behandlung, insbesondere nach Injektionen großer Salvarsan- oder Hg-Dosen beobachtet werden. Ein derartiger nicht vorbehandelter Fall mit halbseitiger Lähmung überstand zwar die Malariakur gut, erlag aber etwa eine Woche nach der Entfieberung einer erneuten Apoplexie.

Daß man bei Beobachtung dieser Vorsichtsmaßnahmen gute Dauererfolge erzielen kann, beweisen mir 5 Fälle, die jetzt ¼ bis 1 Jahr nach der Behandlung von den früheren häufigen Rezidiven freigeblieben sind.

Schwere Formen von Haut- und Knochenlues behandelte ich 2 Fälle. Ein Gumma am Stirnbein einer schwächlichen jungen Frau, das auf lange Behandlung mit Salvarsan, Wismut, Hg, Jod sowie auch auf Milchinjektionen und Höhensonnenbestrahlungen nicht reagierte, besserte sich schon wesentlich während der Fieberkur und war kurz nach Beendigung derselben völlig abgeheilt. Ein zweiter Fall von tiefen Hautgumma schlechter Heilungsneigung, kam ebenfalls überraschend gut schon während der Fieberkur zur Ausheilung.

Wenn wir mit unserer Therapie hauptsächlich verhüten wollen, so dürfen wir nicht davor zurückschrecken, dieses gewaltig wirkende Mittel auch dann anzuwenden, wenn wir einen bösen Verlauf der Krankheit befürchten. Ein sicheres objektives Zeichen dafür gibt es nicht; immerhin sind die Patienten gefährdet, bei denen nach abgeschlossener intermittierender Behandlung noch mehr oder weniger starke Liquorveränderungen bestehen. Mit höchster Wahrscheinlichkeit sind jedenfalls die späteren Tabiker und Paralytiker darunter. Es scheint daher nicht ungerechtfertigt, nach dem Vorgang von Kyrle und Bering diese Fälle der Fieberbehandlung zu unterwerfen, um so mehr, als beide Autoren immer eine Besserung oder ein völliges Abklingen der Liquorerscheinung sahen.

Kyrle ist einen Schritt weitergegangen. Er hat bei allen Fällen von Lues II nach der üblichen Salvarsanbehandlung die Malariakur durchgeführt und nach der Entfieberung noch eine Salvarsankur angeschlossen. Von 205 der Lues II des ersten Jahres bekamen nur 3 Fälle ein klinisches Rezidiv, und zwar bei Patienten, die die Kur nicht zu Ende durchführten. Im übrigen sagt er von den Resultaten, sie übertreffen alles das, was bisher mit den in der Klinik üblichen Methoden erzielt wurde. Sollten die so behandelten Fälle wirklich freibleiben von klinischen und serologischen Rezidiven, so wäre die Luesbehandlung wesentlich vereinfacht.

Es läßt sich natürlich zur Zeit noch nicht sagen, ob die Malariakur eine prophylaktische Wirkung ausübt, d. h. ob sie den Patienten vor der Nervenlues schützt. Das einfache Ueberstehen der Malaria zu irgendeiner Zeit nach der Syphilisinfektion tut das nicht. Vereinzelte derartige Beobachtungen sind bereits bekannt geworden. Schwartz berichtet über den Luetiker: Infektion vor 15 Jahren, Malaria vor 6 Jahren überstanden, jetzt prog. Paralyse (Münch. Med. Wochensch. 1924, Nr. 19).

Wesentlich für die prophylaktische Wirkung der Malaria scheint das Zeitintervall zwischen Luesinfektion und Ueberstehen der Malaria zu sein. Die Statistik von Mattauscheck und Pilcz ist in dieser Beziehung sehr lehrreich; sie verfolgt das Schicksal von 4134 luetisch infizierten und militärärztlich behandelten öst. Offizieren. Von 241, die in den ersten Jahren nach der Infektion eine fieberhafte Erkrankung durchmachten, erkrankte keiner an Paralyse, während 9-10 zu erwarten gewesen wären. Andererseits fand man bei den an Paralyse Erkrankten niemals eine fieberhafte Erkrankung nach der Infektion in der Anamnese.

Wollen wir also die prophylaktische Wirkung der Malaria ausnützen, so müssen wir die Fieberbehandlung in das erste Behandlungsjahr verlegen. Die von Kyrle so behandelten Fälle werden uns später darüber Aufschluß geben, ob diese Behandlungsmethode, die eine wesentliche Verkürzung und auch erschwerte Methode darstellt, diese Hoffnung erfüllt. Meine bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, so daß ich heute schon in geeigneten Fällen eine derartige Kur empfehle.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wir in der Impfmalaria ein mächtiges Mittel haben zur Heilung der Lues, das wir heute schon bei den schweren Luesformen und da anwenden, wo wir aus klinischen und serologischen Befunden oder aus anderen Momenten einen schweren Verlauf der Lues befürchten. Bei genügender Vorsicht und geeigneter Auswahl des Patienten entkleiden wir die Malariabehandlung der Gefahr, die sie sonst hat. Die Methode erstrebt auf ganz anderem Wege wie die chemotherapeutischen Methoden die Sterilisierung des Körpers. Darin liegt das Neue, das Wesentliche der Methode, die vielleicht bestimmend und richtunggebend einwirken wird auf die Therapie überhaupt.

Aus der Heilstätte Gottleuba-Sachsen. (Chefarzt: Ob.-Med.-Rat Dr **Bartels**.)

Die Chemotherapie der Lungentuberkulose.

Von

Dr. ZWERG.

In einer gleichnamigen Arbeit in Nr. 5 dieses Jahrgangs sagt **Schlapper** im Anschluß an seine Erörterungen über das Krysolgan, daß das in neuester Zeit gebrachte Goldpräparat **Triphal** gegenüber dem Krysolgan nicht den geringsten Vorteil habe. Diesem Urteil muß auf Grund klinischer und tierexperimenteller Erfahrungen entschieden widersprochen werden. In der Therapie der Gegenwart 1925, Heft 8, habe ich meine klinischen Erfahrungen mit Triphal an Hand von 50 Fällen von Lungentuberkulose dargelegt und bin zu dem Resultat gekommen, daß Triphal in vorsichtiger Dosierung ein gut verträgliches, milde wirkendes und doch sehr wirksames Goldpräparat ist. Was spezielle Beobachtungen bei der Triphalbehandlung der Lungentuberkulose angeht, so muß auf meine oben erwähnte Arbeit verwiesen werden. Hier sei nur bemerkt, daß in 64,5 % der behandelten Fälle eine Besserung im landläufigen Sinne festgestellt wurde und daß in 23 % ein Erfolg erzielt wurde, der weit über den Rahmen des bei der Lungentuberkulose therapeutisch sonst Erreichbaren hinausging. In der Beurteilung des Behandlungserfolges wurde so objektiv und kritisch wie möglich verfahren; auf allgemeine Zustandsbesserungen wie subjektives Befinden, Gewichtszunahme u. ä. wurde gar kein, hingegen entscheidender Wert gelegt auf Aenderungen im haemoklinischen Status (Blutsenkung, Blutbild). Dieser kritischen Prüfung am Schluß der Goldbehandlung hielten 23 % der Fälle stand, Senkungszeit und Blutbild waren entweder normal geworden oder aber im Vergleich zu den stark pathologischen Werten vor der Behandlung so weitgehend den Normalwerten genähert, daß daraus auf eine entscheidende Wendung im Verlaufe der bis dahin progredienten Tuberkulose, herbeigeführt durch die Triphalbehandlung, geschlossen werden konnte. Aehnlich günstige Erfahrungen mit Triphal bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose machte **Rickmann** aus dem **Bacmeister**schen Sanatorium, **Galatzer** und **Sachs** fanden einen günstigen Einfluß bei interner Tuberkulose in 75%. **Ulrici** rühmt das Triphal als ein besonders milde Reaktionen auslösendes Goldpräparat. Weitere eigene Beobachtungen mit Triphal bestätigen das günstige Urteil, wie ich es bereits vor Jahresfrist publiziert habe. Irgendwelche schädlichen Nebenwirkungen kamen überhaupt nicht mehr vor, obgleich das Intervall zwischen zwei Injektionen — im Interesse der rascheren Durchführung einer Triphalkur — auf acht bis zehn Tage verkürzt wurde. An der vorsichtigen Dosierung, beginnend mit 1 mg, dann langsam in der angegebenen Weise steigend, wurde jedoch festgehalten. **Galatzer** und **Sachs** empfehlen interessanterweise die gleiche Anfangsdosis und sieben- bis zehntägige Intervalle.

Muß aus den bisher vorliegenden Mitteilungen der Kliniker über Triphal bei interner Tuberkulose der Schluß gezogen werden, daß es in der Wirkung dem Krysolgan zum mindesten gleichwertig ist, so bleibt zu erörtern, welches von beiden Präparaten freier von schädlichen Nebenwirkungen ist. Ich selbst habe bei einer Zahl von schätzungsweise 800—900 Triphalinjektionen ein rasch abklingendes und praktisch gänzlich bedeutungsloses Exanthem erlebt, ferner eine leichte Haemoptoe, von der nicht sicher feststeht, daß sie mit der Injektion im Zusammenhang steht. **Rickmann** hat Schädigungen, wie er sie bei der Krysolganbehandlung mehrfach sah, nach Triphalinjektionen überhaupt nicht beobachtet; ebenso sahen **Galatzer** und **Sachs** sowie **Wichmann** keinerlei Nebenwirkungen. **Scholz** glaubt beim Triphal in der Dosierung höher hinaufgehen zu können; er hat 0,2 g ohne Schaden mehrmals gegeben. Unter 60 mit Triphal behandelten Fällen von Lupus, Lupus erythematosus und Psoriasis beobachtete **Ritter** eine toxische Golddermatitis, welche er selbst auf zu hohe Dosierung zurückführt. **Schwarz** beschreibt außer einem verhältnismäßig harmlosen Exanthem, Auftreten von Uebelkeit und Kollaps in zwei Fällen im unmittelbaren Anschluß an die Injektion. Die gleiche Beobachtung konnte auch ich an mehreren Fällen machen und zwar, ebenso wie **Schwarz**, nur nach Injektion von in Lösung geliefertem Triphal. Die selbsthergestellte, frisch bereitete Lösung rief niemals derartige Zustände hervor. Man wird somit diese kollapsartigen Erscheinungen unschwer vermeiden können, wenn man zunächst nur das in Pulverform gelieferte Tripha lverwendet und abwartet, bis es der Firma gelingt, ein haltbares Präparat in fertiger Lösung herzustellen. Es geht jedenfalls nicht an, die genannten Erscheinungen dem Triphal als solchem in die Schuhe schieben zu wollen.

Die Angaben über Krysolganschädigungen sind — entsprechend der größeren Erfahrung, die man mit dem älteren Präparat gemacht hat — wesentlich zahlreicher. Es gibt kaum einen Autor, welcher nicht zum mindesten leichte Exantheme, jedoch auch schwerere Toxikodermien gesehen hätte. Unter 42 Erythematodesfällen sah **Martenstein** zwölfmal Exantheme, **Frankenthal** verzeichnet unter 15 Fällen viermal Dermatitis, darunter eine schwerste allgemeine Toxikodermie. **Schnaudigel** beschreibt unter 53 Fällen zehnmal unangenehme Nebenwirkungen, während **Büllmann** in 12 % seiner Fälle Exantheme auftreten sah. Diese Zahlen, welche sich noch beträchtlich vermehren ließen, kontrastieren doch immerhin in ihrer Höhe auffallend mit den Beobachtungen von Triphalnebenwirkungen, so daß man nicht achtlos wird daran vorübergehen können. Weiterhin seien erwähnt die Beobachtungen von Stomatitis, haemorrhagischer Nephritis, sowie manchmal stürmischer Darmerscheinungen nach Krysolganinjektionen, wie sie von **Bacmeister**, **Kohrs**, **Helms**, **Rickmann** u. a. mitgeteilt wurden. Auch tödliche Komplikationen, hervorgerufen durch die Krysolganbehandlung, finden sich in der Literatur verzeichnet. So beschreibt **Havenstein** eine starke Allgemeinreaktion nach 0,1 g Krysolgan, im Anschluß daran eine letal endende Meningitis, deren Zusammenhang mit der Behandlung allerdings offen gelassen wird. **Martenstein** erwähnt einen von anderer Seite beobachteten Fall, welcher nach Injektion von 0,05, 0,1, 0,1 Krysolgan, in Zwischenräumen von sechs und neun Tagen gegeben, unter urämischen Symptomen (Anurie) zu grunde ging. Endlich teilt **Scholz** einen Fall von tödlicher Haemoptoe mit, welche nach der neunten Injektion (Dosis: 0,05 g Krysolgan) auftrat.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich zum Schluß die Ergebnisse der experimentellen Goldforschung. Ich beziehe mich in meiner dies betreffenden Darstellung auf die Angaben von **Feldt**, wie er sie in der Sitzung der Mikrobiologischen Gesellschaft vom 14. Dezember 1925 in Berlin gemacht hat. Danach beträgt die Giftigkeit des Triphals, die des Krzsolgans 1200 : 1 gesetzt, nur 800 : 1 (Sanocrysin 500 : 1). Das Kaninchen verträgt Krysolgan in einer Dosis von 0,02 g, Triphal dagegen in einer zweieinhalbmal höheren Dosis, nämlich 0,05 g (Sanocrysin 0,05 g). Während weiterhin bereits 0,03 g Krysolgan das Kaninchen töten, sind 0,075 g Triphal (0,075 g Sanocrysin) erforderlich, um den gleichen Effekt zu erzielen. Die Zahlen beziehen sich auf 1 kg Körpergewicht.

Die klinischen Triphalerfahrungen, welche, was mich betrifft, gemacht wurden, ohne diese Toxizitätsverhältnisse zahlenmäßig zu kennen, stehen in erfreulicher Uebereinstimmung zu den Ergebnissen der experimentellen Untersucher. Wie dort am Tier die geringere Giftigkeit des Triphals im Vergleich zum Krysolgan einwandfrei festgestellt werden konnte, so entsprechen dem hier die gleichen klinischen Erfahrungen am Menschen, welche ich mit **Rickmann** dahingehend zusammenfasse, daß das Triphal ein in der Wirkung dem Krysolgan gleichwertiges Präparat ist, daß es jedoch vor diesem den Vorzug verdient, weil es bei vorsichtiger Dosierung und Verwendung von nur selbsthergestellter, frisch bereiteter Lösung nahezu frei von schädlichen Nebenwirkungen ist.

Literatur.

1. **Schlapper**: Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 5.
2. **Zwerg**: Therapie der Gegenwart 1925, Nr. 8.
3. **Rickmann**: Münchener Medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 46.
4. **Galatzer** und **Sachs**: Wiener klinische Wochenschrift 1925, Nr. 22.
5. **Ulrici**: Lehrbuch 1924.
6. **Wichmann**: D. M. W. 1925, Nr. 26, S. 1072.
7. **Scholz**: D. M. W. 1925, Nr. 30, S. 1259.
8. **Ritter**: Dermatolog. Zeitschrift 1925, Bd. XLV.
9. **Schwarz**: D. M. W. 1926, Nr. 13.
10. **Feldt**: Berliner Mikrobiologische Gesellschaft 14. XII. 1925.
11. **Krysolganliteratur zit. nach Feldt**, Die Goldbehandlung der Tuberkulose und der Lepra. III. Aufl. 1924.

Anmerkung bei der Korrektur:

Prof. **Finder** (D. M. W. 1926, Nr. 28) bestätigt meine günstigen Erfahrungen mit Triphal in vollem Umfange und ist mit seinen Behandlungserfolgen durchaus zufrieden. Er hat Triphal in Pulverform benützt. Bedrohliche Erscheinungen (s. o.) nach Triphalinjektionen, welche auch Finder sich nicht zu erklären vermag, sind — dies sei noch einmal nachdrücklichst festgestellt — einzig und allein der Verwendung fertiger Lösung zuzuschreiben; bei selbsthergestellter Lösung kommen sie nicht vor.

Aus der Städtischen Frauenklinik Magdeburg-Sudenburg.
(Direktor: Professor Dr. Bauereisen).

Die klinische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in der Gynäkologie.*)

Von

Dr. med. W. ROEHER, Assistenzarzt.

Durch Fahraeus' Veröffentlichung über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen (B. S. R.), in der er ein Frühdiagnostikum für die Gravidität gefunden zu haben glaubte, wurde in allen Zweigen der Medizin allgemeines Interesse für die Reaktion geweckt. Seine weiteren Forschungen nach der Aetiologie der Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit führten dahin, daß ihre Ursache in einer erhöhten Geldrollenbildung der roten Blutkörperchen zu suchen ist. Die Blutkörperchen bilden mehr oder weniger große Aggregate und sinken dadurch schneller oder langsamer zu Boden. Nach Fahraeus war es als erster Linzenmeier, der im gleichen Institut wie Fahraeus (Höber-Kiel) die theoretischen Grundlagen für das bemerkenswerte Phänomen erforschte. Nach Höber und ihm sind es kapillarelektrische Kräfte, die für die Blutsedimentierung Bedeutung haben. Höber hatte schon früher die negative elektrische Ladung der roten Blutkörperchen festgestellt; Linzenmeier gelang es, als senkungsbeschleunigende Faktoren im Plasma Stoffe mit positiver Ladung nachzuweisen, die durch Adsorption an die Oberfläche der roten Blutkörperchen herantreten und deren Ladung verändern. Diese Stoffe erwiesen sich als Globuline, die im senkungsbeschleunigten Blut vermehrt auftreten. Weiter wies Linzenmeier der Klebrigkeit des Plasmas infolge erhöhten Globulingehaltes Bedeutung bei der Senkungsbeschleunigung zu, was zunächst abgelehnt, dann aber durch weitere Arbeiten der Höberschen Schule erhärtet wurde. Man hat heute die Anschauung aus den klinischen und experimentellen Ergebnissen gewonnen, daß die Vermehrung der Globuline durch Resorption von Zell- und Eiweißzerfallprodukten bei der Gravidität, entzündlichen Vorgängen oder Gewebszerfall bedingt ist. Ihren bleibenden Wert in der Gynäkologie hat die B. S. R. heute auf einem anderen Gebiet erlangt, als Fahraeus anfänglich gefunden zu haben glaubte.

Wir haben bis Oktober 1924 an der Städtischen Frauenklinik an etwa 580 Fällen gynäkologischer Erkrankungen die B. S. R. vorgenommen. Ueber unsere Ergebnisse will ich im folgenden berichten.

Wir bedienten uns bei allen unseren Reaktionen ausschließlich der ursprünglichen Methode von Linzenmeier. Im vergangenen Jahre haben Linzenmeier und Raunert als Verfeinerung und Ergänzung der alten Senkungsmethode eine Mikromethode eingeführt. Diese vermeidet die manchmal technische Schwierigkeiten machende Venenpunktion und ermöglicht auch dem, der ungern Venenpunktionen macht, die Anwendung der B. S. R., andererseits kann man öfter oder gar täglich die Senkungsprobe anstellen und so eine fortlaufende Kontrolle haben, zumal die Patientinnen häufigere Venenpunktionen manchmal verweigern. Es ist so die Möglichkeit geboten, bei Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit im Laufe der Behandlung die Veränderungen nach der positiven oder negativen Seite und damit die Veränderung des Krankheitsstadiums laufend kontrollieren zu können. Wir haben nach den dieser Mitteilung zugrundeliegenden Beobachtungen auch die Mikromethode neben der alten in Anwendung gebracht. Bei manchem Vorteil, den diese Mikromethode bietet, schließt sie auch manchen Nachteil in sich. Neben manchmal vorkommender schlechter Abgrenzung zwischen Plasma und Blutkörperchen, die dadurch zu erklären ist, daß bei dünnen Kapillaren kapillare Kräfte das Fallen der Blutkörperchen ändern und so Fehlerquellen darstellen, erschien uns die Technik auch schwieriger. Es bedarf einer längeren Uebung, bis man sie völlig einwandfrei ausführen kann. Wir sind daher im allgemeinen der ursprünglichen Methode treu geblieben und bedienen uns nur in Ausnahmefällen des Mikrosedimeters.

Bei normalen Frauen nahmen wir, wie bisher alle Berichte, die Senkungszeit zwischen 180 und 350 Min. als normal an.

In 40 Fällen von Metropathia haemorrhagica hatten wir 32mal eine Senkungszeit zwischen 75 und 465 Min., 6 Fälle senkten zwischen 18 und 35 Min. Diese waren sehr ausgeblutete Pat. mit geringem Hämoglobinwerten. In 2 Fällen mit starker Beschleunigung fand sich eine Nephrose bzw. diffuse Struma, wodurch vielleicht die Beschleunigung zu erklären ist. Zwar fand Löhr bei Strumen keine Beschleunigung der Senkung. Die weit auseinander gehenden Senkungszeiten beweisen, daß die B. S. R. uns nicht erlaubt, auf die Probeabrasio zu verzichten, um eine maligne Ursache der Blutungen ausschließen zu können.

9 Fälle von Menorrhagien ohne besondere Ursache zeigten eine Senkungsgeschwindigkeit zwischen 65 und 203 Min. 2 Fälle von Dysmenorrhoe senkten normal.

11 Fälle von mobiler Retroflexio boten Zeiten zwischen 203 und 456 Min. In einem Falle, in dem es sich um eine Retroflexio uteri gravidi mens. III-IV handelte, war die Senkungsdauer 105 Min., eine andere, durch fieberhafte Bronchitis kompliziert, senkte 57 Min.

Die Senkungszeiten bei 33 Fällen von Retroflexio uteri fix. ohne Entzündungserscheinungen waren 119-360 Min. Vier dieser Fälle wurden durch Operation bestätigt, bei der sich lediglich alte pelveoperitonitische Adhäsionen ohne Adnexveränderungen fanden. In 3 Fällen, in denen der sonstige klinische Befund auf ziemlich frische entzündliche Veränderungen der Adnexe schließen ließ, zeigte sich eine Senkungszeit von 40-49 Min. Sie wurden konservativ behandelt.

Eigentümlich war es, daß 3 Fälle von Totalprolaps ohne jede Komplikation eine gewisse Beschleunigung, zwischen 90 und 158 Min., zeigten. Ganz aus der Reihe fällt ein großer Prolaps, mit Uterusmyom ohne sonstige Komplikationen, die sogar eine Senkungszeit von nur 30 Min. aufwies. Eine Erklärung für die Senkungsbeschleunigung konnten wir nicht finden. Interessant ist, daß auch Neumann unter zwölf Prolapsfällen fünfmal eine wesentliche Beschleunigung ohne stichhaltige Gründe fand. Einer seiner Fälle senkte sogar nur 15 Min. Die Operation erwies, daß keinerlei entzündliche Veränderungen vorhanden waren; auch an anderen Körperstellen ließ sich keine Ursache ermitteln.

Bei Myomen fanden wir in 19 Fällen annähernd normale Senkungszeiten zwischen 150—420 Min. Fünfmal trafen wir eine Beschleunigung von 73—110 Min. Hiervon waren drei sehr große Myome, bei denen auch Haselhorst kürzere Senkungszeiten fand. Eins war sakomatös entartet, einmal bestand eitrige Endometritis, der die Beschleunigung wohl zugeschrieben werden kann. Fünf weitere Fälle ergaben Zeiten zwischen 15 und 47 Min. Hiervon zeigten zwei Nekrosen und Erweichungen, zweimal bestand daneben ein Corpus-Carcinom, eine Pat. hatte einen sehr stark positiven Wassermann und eine heftige Cystitis.

Weiter standen mir an gutartigen Tumoren 36 Ovarialkystome zur Verfügung. Sie wurden sämtlich operiert. 26mal handelte es sich um einfache Cysten, von denen sechs doch immerhin eine Beschleunigung zwischen 63 und 150 Min. ohne erkennbare Ursache aufwiesen. Zwei Fälle, in denen die Cysten fibrinös eitrigen Inhalt bzw. altes, zerfallenes Blut als Inhalt aufwiesen, hatten eine Senkungszeit von 15 bzw. 40 Min. Zweimal waren Beschleunigungen ohne erkennbare Ursache festzustellen. 16 zeigten völlig normale Senkungsgeschwindigkeit über 200 Min.

Zehnmal handelte es sich um mehrfach stielgedrehte Kystome, von denen neun eine deutliche Beschleunigung bedingten, viermal zwischen 75 und 150 Min. und fünfmal sogar zwischen 16 und 35 Min. An letzteren wurden einwandfrei durch die pathologische Untersuchung teils Nekroseerscheinungen festgestellt, teils bestand der Inhalt aus zerfallenem Blut. Hier muß ich einen völligen Versager verzeichnen, wo in einem Fall mit häufigen Kolikanfällen und Erbrechen ein viermal stielgedrehtes Kystom mit stark blutigem Inhalt eine Senkungszeit von 430 Min. hatte. Ich möchte annehmen, daß hier ein Fehler in der Technik vorgelegen hat.

Bei den malignen Neubildungen erlebten wir bei vier Ovarialcarcinomen, die sehr umfangreich, teilweise stielgedreht und teils metastasierend waren, dreimal die Senkungszeiten zwischen 11 und

---

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg am 16. April 1925.

37 Min., einmal allerdings eine geringe von 140 Min. Dreimal konnte radikal operiert werden. Von 19 Cervix- bzw. Portiocarcinomen zeigten neun eine Senkungszeit zwischen 16 und 60 Min. Sie waren bis auf eins inoperabel, zum größten Teil zerfallen. Sieben senkten zwischen 74 und 162 Min., von diesen war keines zur Operation geeignet. Drei Fälle zeigten eine ganz normale Senkungszeit; von diesen ließ sich bei zwei die Wertheimsche Operation gut durchführen. Der dritte Fall ergab eine Senkungszeit von 270 Min.; es handelte sich trotzdem dabei um ein stark zerfallenes Portiocarcinom, bei dem vor Jahren schon von anderer Seite wegen Corpuscarcinom bereits eine supravaginale Amputation gemacht worden war. Ein anderes Recidiv senkte nur 5 Min.; es bestand aber gleichzeitig eine floride Lungentuberkulose. Ein anderer Fall, bei dem neben carcinomatösen Adnextumoren ein Rectumcarcinom bestand, hatte 336 Min. Senkungszeit. Ein Corpuscarcinom von 27 Min. Senkungszeit war inoperabel, eins mit 79 Min. ließ sich gut operieren. Zwei primäre Tubencarcinome ergaben Zeiten von 25 bzw. 57 Min.

Als Gesamtergebnis können wir feststellen, daß unter den Tumoren die gutartigen im allgemeinen nicht beschleunigen, daß aber maligne Tumoren meistens eine Beschleunigung der B. S. R. hervorrufen, daß aber auch normale Werte vorkommen. Es scheint jedoch nach dem Bilde unserer Fälle, daß die vorgeschrittenen Carcinome, besonders die mit großen Zerfallshöhlen, die stärkere Senkungsbeschleunigung aufweisen gegenüber den beginnenden. Konstant ist dieser Unterschied aber keineswegs.

Bei der Differentialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und Adnextumor bzw. entzündliches Exsudat machten wir in 17 Fällen Gebrauch von der B. S. R. Sechs erwiesen sich als frischentzündliche Adnextumoren bzw. Douglasexsudate mit Zeiten zwischen 8 und 50 Min. Einer von ihnen hatte eine auf Extrauterine sehr verdächtige Anamnese; die Douglaspunktion ergab etwas Blut, die Probelaparotomie zeigte, daß es sich um eine Pyosalpinx und Ovarialcyste handelte. Da im Cervixabstrich Strepptokokken gefunden waren, und die Senkungszeit nur 42 Min. betrug, somit das Vorhandensein von virulenten Keimen im Tubeneiter wahrscheinlich war, wurde die Operation nicht ausgeführt. Das Ergebnis der konservativen Behandlung war sehr befriedigend. Bei acht bestätigten Extrauteringraviditäten betrug siebenmal die Senkung 79—165 Min. Ein extrem ausgebluteter Fall, der an sich eindeutig war, senkte 38 Min. Bei drei Pat., wo die Punktion des Douglas altes Blut mit Gerinnseln ergeben hatte, und die B. S. R. eine starke Beschleunigung, 10—40 Min. aufwies, fanden sich Extrauteringravidität und Pyosalpinx bzw. entzündliche Adnextumoren gleichzeitig.

Ich möchte nach unseren Erfahrungen also sagen, mit Ausnahme der Fälle mit umfangreichen Blutungen in die Bauchhöhle, zeigte die Extrauteringravidität wohl eine beschleunigte B. S. R., die aber geringer war, als bei entzündlichen Tumoren und Exsudaten, über 100 Min. Somit kann die B. S. R. unter Berücksichtigung aller übrigen klinischen Symptome und der Anamnese bei der Differentialdiagnose manchmal einen nützlichen Fingerzeig geben. Eindeutig ist sie sicher nicht.

Zum Schlusse komme ich zu den entzündlichen Adnexveränderungen, bei denen die B. S. R. die wertvollsten Dienste leistet. Unsere Ergebnisse decken sich mit denen vieler anderer Autoren. Am schnellsten senken Douglasexsudate und parametrane Abscesse, unter 30 Min. Ein rein seröses Exsudat ging mit 56 Min. über diese Grenze hinaus. Sämtliche Fälle wurden durch Punktion, bzw. Incision sichergestellt.

113 Fälle frisch entzündlicher Adnexerkrankungen ohne Exsudatbildung senkten zwischen 8 und 48 Min. Die niedrigsten Zeiten boten die post partum aufgetretenen Adnexerkrankungen, wobei zu berücksichtigen ist, daß im Puerperium an sich noch eine gewisse Senkungsbeschleunigung besteht. Die Laparotomie wurde in fünf Fällen gemacht, dreimal wegen großer Konglomerattumoren, da es nicht klar war, ob es sich um entzündliche oder maligne Tumoren handelte. Die Senkungszeit war 10 Min. Einer wurde radikal operiert, der zweite wurde nach Probelaparotomie mit gutem Erfolg konservativ weiter behandelt, der dritte nahm einen ungünstigen Ausgang, da die Pat. durch die Infektion aus einem während der Operation geplatzten Ovarialabszeß zugrunde ging. In einem weiteren Fall mit 30 Min. Senkungszeit, der nach dem Palpationsbefund zunächst als subseröses Myom angesprochen wurde, stellte sich bei der Operation außer diesem noch eine rechtsseitige Pyosalpinx und linksseitige Hydrosalpinx heraus und erklärte somit das Ergebnis der B. S. R. Ein anderesmal mit 16 Min. Senkung mußte bei frisch entzündlichen Tumoren und pelveoperitonitischen Adhäsionen wegen Ileus laparotomiert und eine Ileostomie angelegt werden. Später konnte der Darm wieder geschlossen werden; unter konservativer Behandlung gingen die Tumoren sehr gut zurück.

Wir haben dann 52 Fälle, die klinisch sicher als subacut angesehen werden mußten, der Senkung unterzogen und Zeiten zwischen 30 und 71 Min. bekommen. Diese Fälle wurden grundsätzlich nicht operiert, sondern ein konservativ behandelt.

Von 166 Fällen chronischer Adnexentzündungen senkte ungefähr die Hälfte über drei Stunden, 44 zwischen 120 und 180, 39 hatten Senkungszeiten von 70—120 Min. und nur fünf Fälle weniger als eine Stunde. Diese fünf Fälle gehören zu den zusammen 25, die zur Operation kamen, bei denen sämtlich keine frische entzündlichen Veränderungen gesehen wurden. Bei den fünf weniger als eine Stunde senkenden Fällen war die starke Beschleunigung einmal durch sehr starke seropositive Lues, ein anderesmal durch sekundäre Anämie infolge heftiger Metrorrhagien begründet; frische Adnexveränderungen fehlten. In den übrigen drei Fällen boten alte Pyo- bzw. Hydrosalpingen keinen offensichtlichen Grund für die Senkungsbeschleunigung. Im Eiter der Pyosalpingen fanden sich mikroskopisch keine Keime. Es ist jedoch möglich, daß sorgfältigstes Züchtungsverfahren doch noch das Vorhandensein virulenter Keime erwiesen hätte. Der postoperative Verlauf war bei allen komplikationslos.

Wir haben stets bei der Festsetzung des Operationstermines für Adnextumoren die B. S. R. vorher angestellt und bei Senkungszeiten unter 120 Min. die Operation hinausgeschoben. Es sei denn, daß besondere Umstände doch operatives Eingreifen angebracht erscheinen ließen.

Bei Senkungszeiten über zwei Stunden sind auch latente Infektionsherde nicht mehr zu fürchten, und die Operation kann ohne Bedenken vorgenommen werden. Ein negativer Ausfall der B. S. R. zeigt mit größter Wahrscheinlichkeit, daß frisch entzündliche Veränderungen nicht mehr vorhanden sind. Der positive Ausfall bewahrt jedoch unter Umständen nicht vor Täuschungen, da ja auch Entzündungen anderer Körperstellen den Grund zur Beschleunigung der B. S. R. bilden können. Eine Operation darf bei positivem Ausfall der B. S. R. nur dann verschoben werden, wenn die Diagnose entzündliche Adnexerkrankung sicher ist.

Zusammenfassung:

1. Gutartige Tumoren senken normal, nur Nekrosen, sehr große Myome und solche mit starker Anaemie sowie stielgedrehte Ovarialkystome weisen Beschleunigung der B. S. R. auf.

2. Maligne Neubildungen zeigen im allgemeinen eine Beschleunigung der B. S. R., doch spricht normale Senkungszeit nicht ohne weiteres gegen ein Carcinom.

3. Bei der Differenzialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und Adnexerkrankung hat die B. S. R. nur bedingte Bedeutung im Verein mit allen übrigen klinischen Symptomen; doch spricht eine gering beschleunigte Blutsenkung mehr für Extrauteringravidität, stark beschleunigte Senkung für Entzündung. Eine Ausnahme bilden nur die mit sehr starken Blutungen verbundenen Extrauteringraviditäten, die sehr kurze Senkungszeiten aufweisen, zu deren Diagnose die B. S. R. aber auch überflüssig ist.

4. Bei entzündlichen Adnexerkrankungen ist die B. S. R. das wertvollste Hilfsmittel für die Indikationsstellung zur Operation. Bei langer Senkungszeit sind akute und subakute Prozesse mit Sicherheit auszuschließen. Der richtige Zeitpunkt zur Operation ist wichtig für den postoperativen Verlauf und das Dauerergebnis. Bei zweistündiger Senkungsdauer ist keine Gefahr, daß noch latente Keime vorhanden sind; die Operation kann gefahrlos vorgenommen werden. In Zweifelsfällen ist auch bei Senkungszeiten unter zwei Stunden die Probelaparotomie anzuraten. Bei der Behandlung akuter und subakuter Fälle ist die B. S. R. ein feiner Gradmesser, um Veränderungen im Stadium und in der Ausbildung des Prozesses feststellen zu können. Doch dürfen die seither üblichen Methoden, die zur Indikationsstellung der Operation angewandt werden, nicht außer acht gelassen werden. Man soll weiter die Reaktion auf Wärmereize, medikamentöse Reizmittel, die Temperatur, die Druckschmerzhaftigkeit und die Leukocytenzahl berücksichtigen und unter Benutzung aller Symptome die Indikation zur Operation stellen. Zeigen sich Differenzen zwischen den soeben erwähnten

Methoden und der B. S. R., so ist eher eine Probelaparotomie zu machen, als daß der rechte Zeitpunkt zum Eingriff versäumt wird. Besonders möchte ich das betonen für eine Differentialdiagnose zwischen stielgedrehtem Ovarialkystom und frisch entzündlichem Adnextumor, die in gleicher Weise starke Beschleunigung der B. S. R. verursachen. Allgemeine Uebereinstimmung herrscht darüber, daß die beschleunigte B. S. R. kein frühes Zeichen der Gravidität ist.

Literatur:

1. G. Haselhorst: Deutsche medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 33.
2. Linzenmeier: Zentralblatt für Gynäk. 1921, Nr. 10.
3. Linzenmeier: Zentralblatt für Gynäk. 1922, Nr. 14.
4. Linzenmeier: Münchner Medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 40.
5. Linzenmeier-Raunert: Zentralblatt für Gynäk. 1924, Nr. 15.
6. v. Molnar: Zentralblatt für Gynäk. 1923, Nr. 21.
7. Naumann: Zentralblatt für Gynäk. 1925, Nr. 7.
8. Rumpf: Zentralblatt für Gynäk. 1922, Nr. 30.
9. Schuhmacher und Vogel: Arch. für Gynäk. 1923, Bd. 119, Heft 1.

Aus dem Sanatorium Allee-Kurhaus, Baden-Baden.

Die Psychogenese gynäkologisch-sexueller Symptome und deren psychotherapeutische Behandlung.

Von
Dr. BENNO HAHN.

In den letzten zehn Jahren hat sich die Erkenntnis in wachsendem Maße Bahn gebrochen, daß viele Symptome der gynäkologisch-sexuellen Sphäre, die entweder als organisch angesehen wurden oder für die ein organischer Befund nicht festzustellen war, nervöser Natur oder wie wir heute auf Grund tieferer Erkenntnis wissen, durch nicht verarbeitete seelische Erlebnisse oder seelische Einflüsse bedingt sind.

Daß die gynäkologisch-sexuelle Sphäre mehr wie andere Organsysteme zur Bildung psychogener Symptome neigt, bedeutet für den Psycho-Pathologen nichts auffallendes.

Zunächst ist ja die Affektivität des Weibes an und für sich schon viel größer wie die des Mannes. Es werden deshalb beim Weibe seelische Momente viel eher, leichter und stärker Reflexerscheinungen in Körperorganen auslösen. Es wird die Frau vor Scham eher erröten, vor Angst eher erbleichen; es werden bei der Frau viel eher reflektorisch die Magen-, Darm- und Blasenfunktionen in Tätigkeit gesetzt werden wie beim Manne.

Aber besonders werden sich beim Weibe solche seelisch bedingten Reflexerscheinungen auf körperlichem Gebiete zeigen in der sexuellen Sphäre, die ja mit dem ganzen Leben und Wesen des Weibes aufs engste verknüpft ist.

Aber noch mehr. Die ganze Sphäre ist beim Weibe so affektbeladen wie keine andere. Ich deute hier nur an. Zunächst das Minderwertigkeitsgefühl des kleinen Mädchens dem andern Geschlecht gegenüber. („Du bist ja nur ein Mädchen!" Dem Mädchen fehlt das männliche Geschlechtsorgan des Knaben.) Dann das Schuldgefühl des Kindes dem sexuellen Problem gegenüber, das in frühester Jugend durch Eltern, Dienstpersonal und Lehrer angezüchtet wird: „So etwas tut man nicht! Davon spricht man nicht!" Alles was mit der Genitalzone zusammenhängt, ist verboten.

Weiter der Schock des unwissenden Mädchens bei der ersten Menstruation, der Schock des unaufgeklärten Mädchens in der Brautnacht. Weiterhin die ebenso wirkende Brutalität des Mannes in der Brautnacht, Angst vor Defloration, Gravidität und Geburt, sexueller Ekel vor dem ungeliebten Manne usw.

Wenn ich heute auf Grund langjähriger Erfahrungen meine Beobachtungen und Resultate mitteile, so tue ich das lediglich vom Standpunkt des Neurologen, des Psychtherapeuten aus. Ich vermag nicht zu übersehen, in welchem Prozentsatz der Fälle ein Fluor, eine Menstruationsstörung, ein Abort organisch, in welchem er physisch bedingt ist. Für mich gilt es aufzuzeigen, daß viele Fälle, die man geneigt ist, dem Organischen zu subsummieren, in Wirklichkeit neurotischer Natur sind und daß jene wie eine Anzahl Funktionsstörungen dieses Gebietes psycho-therapeutisch mit Erfolg anzugreifen sind.

Die Differential-Diagnose ist zweifellos oft nicht leicht und die psychogene Natur des Symptoms wird in vielen Fällen erst durch die seelische Behandlung erwiesen.

Nach Möglichkeit gehört zur Feststellung der Psychogenität der Ausschluß einer organischen Erkrankung oder, wenn wir an die so häufige psychische Ueberlagerung organischer Symptome denken, ein Mißverhältnis zwischen subjektiven Beschwerden bei dem Symptom überhaupt und dem organischen Befund.

Da ein sehr großer Teil meiner Patientinnen vorher von Frauenärzten untersucht war, so lag darin schon per exclusionem eine gewisse Sicherung der Psychogenität. Sie waren mir teils vom Arzt überwiesen, fanden sich zum Teil nach verschiedenen erfolglosen Behandlungen (Auskratzung bei Menorrhagien, endokrinen Kuren bei Amenorrhoe, Dehnungen bei Vaginismus) bei mir ein, weil sie irgend eine mystische Vorstellung von der Wunderkraft der Hypnose hatten. Die andere Kategorie bestand aus Patientinnen, die wegen aller möglichen neurotischen, nicht gynäkologischen Beschwerden in meine Behandlung traten. Im Verlaufe der Kur ergab sich oft, daß hinter den neurotischen Symptomen gynäkologische Funktionsstörungen lagen (morgendliche Kopfschmerzen bei impotentia orgasmi) oder gynäkologisch-sexuelle Symptome ergaben sich als Nebenbefund.

Was nun die Behandlung betrifft, so bin ich, bis auf wenige Ausnahmen, davon abgekommen, allein durch Häufung tieferer Hypnosen die falsche Funktion zu sperren und die normale Funktion einzuüben und zu fixieren. Da ich bei sorgfältiger Katamnese mich davon überzeugen mußte, daß durch Suggestiv-Hypnose in vielen Fällen Dauerheilungen nicht zu erzielen waren oder statt der suggestiv beseitigten Symptome andere auftraten, so wurde ich notwendigerweise auf den Weg der Kausalbehandlung gedrängt.

Die von mir benutzte Methode ist die Psycho-Katharsis, die im Gegensatz zur Freudschen Psycho-Analyse und der Adlerschen Individualpsychologie kein System ist. Die Ursachen der Symptome und der falschen Einstellungen werden im Halbschlaf eruiert und durch Einführung der Kritik die Erlebnisse objektiviert; daran schließt sich dann der psychagogische Teil, in dem Suggestiv-Hypnose, Uebungstherapie, Persuasion und Autosuggestion zu ihrem Rechte kommen. Ich verweise hier auf meinen Vortrag über Neurosenbehandlung in Nr. 00 der „Fortschritte der Medizin" 1925.

I. Amenorrhoe (7 Fälle).

1. 23jähriges Mädchen, organisch völlig gesund, normaler Genitalbefund, seit dem 13. Jahre regelmäßig menstruiert, hat vor vier Jahren plötzlich die Periode verloren. Ueber die Ursache weiß sie bei intensivster Befragung nichts anzugeben. Sie will absolut nicht heiraten; sie möge die Männer nicht. Ungefähr aller vier Wochen mehrere Tage Herzklopfen, Kopfschmerzen, leichte Wallungen, starkes Schwitzen. In der Katharsis ergibt sich, daß ein Freund ihres Bruders wenige Tage vor der zu erwartenden Periode versucht hat, sich an ihr zu vergreifen. Sie durchlebt wieder die Szene, fühlt, daß im Unterleib sich etwas zusammenkrampft. — Heilung, auch der Eheablehnung.

2. Junge Frau von 29 Jahren, leichter Herzfehler, sonst organisch, auch gynäkologisch, o. B. Seit dem 12. Jahre regelmäßig menstruiert, zwei Kinder von zwei und viereinhalb Jahren, normale partus. Vor sieben Monaten wird ihr Gefährt von der Straßenbahn angefahren. Die Menstruation (2. Tag) sistiert sofort, seitdem amenorrhoisch. Keine nervösen Störungen. Katharsis: Es taucht ein Erlebnis aus dem 15. Lebensjahre auf, wo sie während der Menstruation über das Platzen eines Feuerwerkskörpers erschrocken ist. Damals zweimal schwache Periode, dann wieder normal. Ebenso wird der Unfall von vor sieben Monaten, der die Amenorrhoe zur Folge gehabt hat, wieder erlebt, beide Erlebnisse objektiviert. — Heilung.

3. Frau von 24 Jahren, in meiner Behandlung wegen Herzneurose und Angstzuständen. Angeblich gravid seit fünf Monaten, keine Schwellung der Brüste, tägliche Uebelkeit. Seit einem Jahr verheiratet mit einem Säufer. — Katharsis: Bei der Analyse der Herz- und Angstzustände Ekel und Angsterlebnisse dem Manne gegenüber, namentlich Ekel vor der Kohabitation.

Gelegentlich einer notwendigen gynäkologischen Untersuchung ergibt sich das Fehlen einer Schwangerschaft. — Katharsis: Sie hofft, daß der Gatte während einer Schwangerschaft jeden sexuellen Verkehr unterlassen wird. Fünf Monate langes Wiederkehren der Menstruation, dann erneute Amenorrhoe. Patientin entzieht sich einer erneuten Behandlung.

4. 29jährige Frau, seit zwei Jahren verheiratet, drei Monate nach der Hochzeit siebenmonatliches Aussetzen der Periode, Uebelkeit, Erbrechen. Im sechsten Monat wird das Fehlen einer Schwangerschaft konstatiert, im siebenten tritt bei einem Klimawechsel einmal die Periode ein. Dann erneutes Aussetzen mit Uebelkeit und Erbrechen bis zur Behandlung. Der Gatte wünscht sich Kinder, die Patientin vorläufig nicht aus völlig verständlichen Gründen. —

Katharsis: Drei Monate nach der Hochzeit hat das Ehepaar trotz der großen Wohnungsnot Aussicht auf eine Wohnung. Das Ehepaar befindet sich aber nicht auf der Dringlichkeitsliste des Wohnungsamtes. Da Familien mit Kindern oder mit zu erwartendem Kindersegen vorgehen, hat der Wunsch, die Wohnung zu bekommen, die psychogenen Schwangerschaftssymptome produziert. — Die Patientin hat tatsächlich durch das Ausbleiben der Menstruation die Wohnung erhalten.

II. **Menorrhagien** (5 Fälle).

5. 28jährige Lehrerin, viermal ausgekratzt wegen enormer Periodenblutungen bis zu 10 Tagen, ohne den geringsten Erfolg. Der Frauenarzt schickt sie wegen nervöser Blutungen zur psychotherapeutischen Behandlung.

Kräftiges, gesundes Mädchen, anämisch, leicht deprimiert, Schlaflosigkeit, viel Herzklopfen. — Katharsis: Berufliche Schwierigkeiten, die die Schlaflosigkeit determinierten. Als Ursache der Menorrhagien tauchen zwei Erlebnisse auf. Ein sexueller Ueberfall in der Dämmerung und ein Streit mit einem unangenehmen Vorgesetzten. In beiden Fällen setzte die schon im Abklingen begriffene Periode von neuem ein. Seitdem die Menorrhagien. — Heilung, Periode 3-4 Tage.

6. 31jähriges Mädchen, Sozialbeamtin, seit 2 Jahren verlobt, ungefähr seit dieser Zeit regelmäßige Menstruationen von mindestens 8 Tagen mit ungeheurem Blutverlust. Körperlich vollkommen gesund, etwas anämisch. Das Mädchen gibt an, nie erotische Gefühle gehabt zu haben und bekundet schließlich eine ausgesprochene Antipathie gegen den Bräutigam. — Katharsis: Sie liebt den Bräutigam nicht, hat sich nur auf Druck von seiten der Eltern zu der Verlobung entschlossen. Die Heirat kann nur zustande kommen, wenn sie auch nach der Hochzeit noch weiter als Sozialbeamtin tätig ist und zum Lebensunterhalt beiträgt. Sie ist durch die starken Perioden in ihrem Beruf sehr gehindert und muß damit rechnen, entlassen zu werden. Dadurch würde sich die Heirat zerschlagen. Die Psyche will durch die Menorrhagien die Dienstentlassung erzwingen und dadurch die Heirat vermeiden. Die Verlobung wird nach Rücksprache mit den Eltern aufgelöst. — Heilung.

III. **Intermenstruelle Blutung** (3 Fälle).

7. 23jährige Frau, seit 4 Jahren verheiratet, keine Kinder, glückliche Ehe. Körperlich o. B., Genitalbefund normal, normale Periode seit der Pubertät, seit der Heirat 12 Tage nach Periodenbeginn regelmäßig nochmals eintägige Blutung. Trotz vierjähriger Ehe Angst vor der Kohabitation, frigide. — Katharsis: Für das völlig unaufgeklärte Mädchen ist die Brautnacht (12 Tage nach Periodenbeginn!) ein ungeheurer Schock. Sie durchlebt diese Brautnacht allmonatlich wieder am gleichen Tage, nur daß statt der hymealen Blutung eine uterine einsetzt. — Heilung.

IV. **Dysmenorrhoe** (7 Fälle).

Hier liegen psychogenetisch die verschiedensten Möglichkeiten vor. Bisweilen sind die dysmenorrhoischen Beschwerden einfach abgesehen ohne jede Tendenz. In anderen Fällen sind ausgesprochene Wunschtendenzen vorhanden; in anderen Fällen schließlich spielt die Schockwirkung mit Unlustgefühlen eine große Rolle.

8. Nervös labiles, junges Mädchen mit starker Fixierungsneigung sieht mit 16 Jahren, nachdem es beschwerdenfrei 2 Jahre lang menstruiert hat, wie eine Kusine sich in dysmenorrhoischen Schmerzen windet. Tante und Mutter hatten als junge Mädchen ähnliche Beschwerden. Seitdem verläuft auch bei ihr jede Periode mit starken krampfhaften Schmerzen. In der Katharsis wird ihr klar, daß sie die Beschwerden nur von ihrer Kusine „abgesehen" hat. — Sie ist seitdem ohne jede andere Behandlung beschwerdefrei.

9. Ein junges Mädchen, das gern im Bett liegt, hat eine Mutter und zwei Tanten, die bis zum heutigen Tage trotz Geburten bei jeder Periode die unangenehmsten krampfhaft dysmenorrhoischen Zustände haben. Die Patientin selbst hat von der ersten Periode im 13. Lebensjahre an bis zur Behandlung im 19. Lebensjahre bei jeder Periode Unterleibskrämpfe. In der Psycho-Katharsis sagt sie: „Meine Mutter und Tanten haben sie auch gehabt und die Mutter hat schon oft vor meiner ersten Periode davon gesprochen, daß ich wohl auch diesem familiären Leiden zum Opfer fallen würde, und ich habe die Mutter immer beneidet, wenn sie im Bett liegen bleiben konnte." — Seitdem ist die Dysmenorrhoe verschwunden.

10. Kinderlose Frau von 34 Jahren, körperlich vollkommen gesund, verschiedene kleinere nervöse Symptome, die zum Teil verschwunden, zum Teil noch vorhanden sind (Schreibkrampf, nervöse Durchfälle bei Reisen, Urticaria bei Aufregungen). Sie hat stärkste dysmenorrhoische Beschwerden von wehenartigem Charakter. Sie erhofft in ängstlicher Erwartung allmonatlich das Ausbleiben der Periode. — Katharsis: Sie wird sich darüber klar, daß sie sich alle 4 Wochen selbst den Geburtsakt vorspielt. — Heilung.

11. 25jährige Frau, seit 2 Jahren verheiratet, früher völlig schmerzlose Periode, seit der Heirat starke quälende Schmerzen. Vor der Ehe völlig unaufgeklärt; die Brautnacht war ein ungeheuerer Schock. — Katharsis: In der Brautnacht starke Blutung bei der Defloration, halbtot vor Schreck, Angst und Schmerzen. Trotz der großen Liebe zu dem Gatten verzeiht sie ihm diese „Vergewaltigung" nicht und will ihn durch die monatliche Wiederholung des Kohabitationseffektes an sein Unrecht mahnen.

12. 42jährige Frau, organisch gesund, früher vollkommen normal und schmerzlos menstruiert. Seit 4 Jahren starke dysmenorrhoische Beschwerden. Gynäkologische Behandlung ohne Erfolg. Sie ist an einen alten Mann verheiratet und kann sich selbst nicht entschließen, alt zu werden. — Katharsis: Das Unterbewußtsein hat diese „Wehen" organisiert, um damit zu demonstrieren, daß sie noch jung ist. — Heilung.

V. **Hyperemesis gravidarum** (1 Fall).

Daß dieses Symptom durch suggestive Maßnahmen günstig beeinflußbar ist, ist hinreichend bekannt. Bisweilen nützt die Entfernung aus dem ehelichen Milieu; oft Trockenkost, oft flüssige Diät, bald Atropin, bald Salzsäure.

13. 26jährige Frau, gravid, leichter Spitzenkatarrh, sonst körperlich gesund. Bei zwei früheren Schwangerschaften mußte wegen unstillbaren Erbrechens die Schwangerschaft unterbrochen werden. Bei der starken Fixierungsneigung lag der Gedanke an die Psychogenität des Schwangerschaftserbrechens nahe. In der Katharsis ergibt sich eine starke Trotzeinstellung, die im 8. Lebensjahre zustande gekommen ist und die sich gegen die Menschen auswirkt, die sie am liebsten hat. Das Unterbewußtsein organisiert das unstillbare Erbrechen als Trotz gegen den Mann, der sich einen Jungen wünscht, während sie sich ein Mädchen ersehnt. — Heilung bis auf geringe Uebelkeit.

IV. **Abort.**

14. 27jährige Frau, hypersensitives Geschöpf, erregbares vegetatives Nervensystem. Schon bei kleinen Unannehmlichkeiten bekommt sie Durchfälle, bei Erschrecken Erbrechen. Bei seelischen Erregungen uterine Blutung außerhalb des normalen Turnus. Innerhalb der 6 Ehejahre 7 Fehlgeburten. Trotz aller Vorsichtsmaßregeln, dauernder Bettruhe, Ausschaltung des Milieus und möglichster Vermeidung von Aufregungen kann keine Schwangerschaft zum normalen Ende geführt werden. Jedesmal kommt es durch eine Aufregung (Erkrankung des Schwiegervaters, pekuniäre Verluste, Differenz mit dem Gatten, oft relativ geringfügige Anlässe) zur Fehlgeburt. — Katharsis: Neben vielen unverdauten Erlebnissen, die mit den übrigen neurotischen Symptomen zusammenhängen, taucht eine ärztliche Konsultation während der ersten Schwangerschaft auf, bei der ihr der Arzt erklärt, ihr Becken sei zu eng für eine Geburt auf normalem Wege. Nach 2 Jahren brachte die Patientin ein ausgetragenes Kind zur Welt.

VII. **Fluor.**

Hier stehen mir nur 2 Fälle zur Verfügung, die beide gleichmäßig gelagert sind.

15. 24jährige Frau, seit 5 Jahren verheiratet. Seitdem starker Fluor, der merkwürdigerweise während einiger schwächenden Krankheiten vorübergehend verschwindet. Sie ist vollkommen frigide. — Katharsis: Vor der Ehe kaum aufgeklärt, doch stark erotisch. Zweifellos sexuell hochgespannt. Die Brautnacht war für sie ein großer Schock und Schreck und machte sie vollkommen frigide. Die verdrängte sexuelle Hochspannung sucht sich einen Ausweg in Form der starken Sekretion. — Heilung.

VIII. **Pruritus vulvae** (3 Fälle).

16. 34jährige Frau, seit 15 Jahren verheiratet, 2 Kinder. In der Jugend keine exsudative Diathese, kein erhöhter Blutzucker. Kratzekzem am äußeren Genitale, das ungefähr seit 6—7 Jahren besteht. — Katharsis: Der Mann hat bei einer extrametrimoniellen Kohabitation vor etwa 7 Jahren eine Gonorrhoe akquiriert. Die Patientin wurde nicht infiziert. Die Gonorrhoe des Gatten ist ausgeheilt, aber die Patientin lebt, namentlich nach Orientierung in medizinischen Werken, in der ständigen Angst vor einer Infektion durch den Gatten. Gleichzeitig benutzt sie dieses Symptom als Schutz vor sexuellem Verkehr.

17. 30jährige Frau, seit einem Jahre verheiratet, glückliche Ehe. Ihr Mann streng katholisch; sie ist auch religiös, findet jedoch nicht den Entschluß zu beichten. Seit ½ Jahre schwerer Pruritus mit Kratzeffekten. Organisch sonst völlig gesund. —

Katharsis: Zwischen 15.—20. Jahre Onanie, damals mit leichten Kratzeffekten. Sie fühlt sich heute noch belastet durch diese Jugendtorheit, kann sich aber nicht entschließen, diese zu beichten. Die Sünde bleibt also ungesühnt und zeigt sich ihrem schuldbeladenen Gewissen dauernd durch den Pruritis. — Heilung.

IX. Schmerzen bei der Kohabitation (1 Fall).

18. 27jährige Frau, seit 4 Jahren verheiratet, 7 monatliches Kind. Seit der Brautnacht bei jeder Kohabitation Schmerzen. Gynäkologisch o. B. Starke Fixierungsneigung; Trotzneurotikerin. — Katharsis: Sie will den Mann durch die psychogenen Schmerzen immer wieder ins Unrecht setzen.

X. Vaginismus (18 Fälle).

19. 49jährige Frau, zum Skelett abgemagert, behauptet, kein Eiweiß oder Fett irgendwelcher Art zu vertragen, dadurch Herzschwäche und Fieber zu bekommen. Eine Milcheinspritzung, von deren Charakter sie keine Kenntnis hat, wird anstandslos vertragen! Bei engerem Kontakt bekennt sie, daß ihre erste Ehe nach 7 Jahren im gegenseitigen Einverständnis wegen unüberwindlicher Abneigung ihrerseits vor der Kohabitation geschieden worden ist und daß sie sowohl in der ersten wie in der zweiten Ehe den bestehenden Vaginismus nicht verloren hat. — Katharsis: Als vierjähriges Kind Erlebnis mit einem Exhibitionisten, im neunten Jahre dasselbe. Beide Male großer Schreck und Schock. Absolute Verdrängung. Erste Heirat mit 19 Jahren; Brautnacht wirkt als ungeheurer Schock. Es kommt in den 7 Jahren der Ehe nie zur Kohabitation vor Angst, Ekel, Entsetzen. In der zweiten Ehe läßt sie sich ohne jeden Erfolg verschiedentlich dehnen, Ejaculatio seminis inter femora. Daher die Aversion gegen Eiweiß (Hühnereiweiß) und Fett (geschmolzenes Fett). — Heilung. — Vaginismus, Frigidität, Aversion gegen Eiweiß und Fett sind vollkommen verschwunden.

20. 27jährige Frau kommt in meine Behandlung wegen allmorgendlicher Kopfschmerzen, die namentlich nach Kohabitationsversuchen exazerbieren. — Katharsis: Vier Sitzungen angeblich ohne Erfolg, bis ihr Mann mich aufsucht und mir erklärt, daß seine Frau mir die aufgetauchten Bilder nicht selbst mitteilen könne. Nach dieser Mitteilung durch den Gatten spricht sie sich mir gegenüber offen aus. Die Ursache der Kopfschmerzen ist ein seit 6 Jahren bestehender absoluter Vaginismus. Als Ursache desselben taucht die extramatrimonielle Defloration 2 Jahre vor der Ehe durch einen anderen Mann auf. Sie hatte das Erlebnis vollkommen verdrängt. Der Vaginismus war die fixierte Abwehrreaktion auf den damaligen Schmerz und bedingt durch die Angst, ihr Mann könne bei normaler Kohabitation den Verlust ihrer Jungfräulichkeit entdecken. — Heilung.

Am einfachsten zu beseitigen sind die Fälle, die auf ein zu rücksichtsloses Vorgehen des Gatten in der Brautnacht zurückzuführen sind. Hier hilft oft schon eine Katharsis, wenn nicht noch die Schockreaktion kombiniert ist mit irgendwelchen Tendenzen, den Mann zu strafen, ihn ins Unrecht zu setzen usw.

Sexuelle Gefühlsstörungen (17 Fälle).

Am schwierigsten ist das Gebiet der sexuellen Gefühlsstörungen. Ich vermeide hier absichtlich den Ausdruck „Dyspareunie“. Was man unter Dyspareunie verstehen soll, darüber sind sich selbst die Gynäkologen noch nicht einig. Während Magnus Hirschfeld darunter nur die Unlust zur Kohabitation versteht, bringt Noë unter diesem Sammelnamen die relative und absolute Frigidität, die Impotentia orgasmi und den Vaginismus unter.

Ich persönlich glaube, den Vaginismus ausschalten zu müssen, weil m. E. nur die Gefühlsstörungen der Dyspareunie zu subsummieren sind, die trotz regelrechtem Koitus vorhanden sind. In einen meiner Fälle bestand bei ausgesprochenem Vaginismus keine Frigidität und die Patientin kam trotz der frustranen Kohabitationsversuche zum völligen Orgasmus.

Wenn wir die ganze sexuelle Kurve des Weibes in Voluptas, Erektion, Orgasmus und Defluvium einteilen, so setzt bei relativer Frigidität die Hemmung vor der Erektion ein, bei der absoluten ist schon die Voluptas gehemmt, während bei der Impotentia orgasmi die Hemmung vor dem Orgasmus einsetzt.

(Der Begriff „relative Frigidität“ wird bekanntlich auch für die Fälle angewandt, bei denen die Frau beim einen Partner sich als frigide erweist, beim andern nicht.)

Es kann die Frigidität entweder eine seelisch bedingte Funktionsstörung der Frau sein oder die Schuld kann auf seiten des Mannes liegen, der die „lustreizenden Präliminarien“ nicht beherrscht.

Wir finden als Ursache der relativen wie der absoluten Frigidität zunächst sexuelle Schuldgefühle, die dem Kinde ja leider schon in frühester Jugend eingeimpft werden. Individuen mit starker Fixationsneigung kommen von diesen unterbewußten Schuldgefühlen nicht los. Der Wunsch und Drang zum sexuellen Ausgleich ist vorhanden, aber sofort, spätestens bei Beginn der Kohabitation lähmt dieses Schuldgefühl die Libido. Und dann kommen die häufigen Fälle, in denen die Erlebnisse mit Exhibitionisten, die viel häufiger sind wie man anzunehmen geneigt ist, Grauen und Entsetzen erregten und dadurch die Libido dauernd lähmen. Weiterhin Schuldgefühle durch antimatrimonielle, harmlosere und intimere Sexualerlebnisse, der Schreck der Brautnacht beim unaufgeklärten Mädchen, beim aufgeklärten auch der Schock durch Rücksichtslosigkeiten des Mannes usw.

Bei allen diesen Kategorien kann man die alten Erlebnisse distanzieren und dann im psychagogischen Teil in tiefer Hypnose den Weg der Libido einschleifen bis zum Orgasmus.

Auch die Onanie ist unter Umständen die Ursache einer Frigidität. Die Träume und Phantasien während des onanistischen Aktes sind an keinen realen Partner gebunden wie bei der Kohabitation. Man kann sich die größten Orgien erträumen und sich Liebespartner herbeisehnen, hinter denen die Wirklichkeit weit zurück bleibt. So wirkt die Diskrepanz zwischen den phantastischen Wunscherfüllungen des onanistischen Aktes und der dagegen nüchternen Kohabitation lähmend auf die Libido.

21. 25jährige Frau, Psychopathin, körperlich vollkommen gesund, seit 4 Jahren verheiratet, keine Kinder. Sie lebt seit der Heirat in einem schwer neurotischen Milieu. Schon immer starke Minderwertigkeitsgefühle, Trotzneurose. Vor der Hochzeit vom Gatten defloriert. Frigidität, Impotentia orgasmi. Sie ist nur zweimal zum Orgasmus gekommen bei Gelegenheiten, die von Angstaffekten begleitet waren. Vor 11 Monaten schwerer Dämmerzustand mit Suicidideen, von mir hypnotisch beseitigt. — Katharsis: Es tauchen die Ursachen der Minderwertigkeits- und Trotzneurose auf. Kausale Erlebnisse für die Frigidität: Zwei Exhibitionisten-Erlebnisse im 7. und 9. Lebensjahre, Defloration, die als Vergewaltigung empfunden wird. Als wichtigstes Erlebnis tauchte auf, daß sie noch die infantile polymorph-sexuelle Einstellung hatte. Durch Spielen an der Halshaut, ebenso am Nabel geriet sie in hochgradige sexuelle Erregung, die nach und nach wieder abflaute. Hier wurden in tiefer Hypnose die infantilen erotischen Reizstellen beseitigt und nachträglich das Primat des Genitale als erogene Zone suggestiv fixiert. — Heilung.

XI. Sexueller Ekel.

22. Junge Frau von 27 Jahren, seit 4 Jahren verheiratet, seit 2 Jahren innersekretorische Störungen. Seit der Hochzeit bewußt Ekel vor allem Sexuellen und Frigidität. — Katharsis: Mit 13 Jahren Exhibitionisten-Erlebnis, mit 14 Jahren Aufklärung durch die Erzieherin, die ihr sagt: „Es ist beim Menschen so wie beim Hunde!“ Seitdem ist das Sexuelle für sie „tierisch“. Das männliche Genitale wird bei ihr so sehr verdrängt, daß sie mit 20 Jahren als Kinderschwester nicht weiß, wie sie Knaben abhalten soll, obwohl sie als Kind dauernd mit ihren Brüdern im Sonnenbad und im Garten nackt herumgesprungen ist. —Heilung.

XII. Nymphomanie.

23. 24jähriges Mädchen, Neurotikerin (Angstzustände, Schreibkrampf), organisch gesund. Seit einer Reihe von Jahren dauernd sexuell so stark erregt, daß sie mir erklärt, es sei ein Wunder, daß sie noch Jungfrau sei. — Katharsis der Nymphomanie: Mit 19 Jahren auf einer Gesellschaft. Anwesend ist ein Rechtsanwalt, der als guter Hypnotiseur bekannt ist. Sie erklärt, sie sei nicht zu hypnotisieren. Er wettet mit ihr, sie hypnotisieren zu können, er werde sie sogar in der Hypnose küssen. Die Hypnose gelingt gegen ihren Willen. Der Rechtsanwalt macht magnetische Striche über Gesicht und Körper und berührt ihre Brüste. Dadurch und durch den Kuß starke erotische Erregung, die nicht wieder abklingt. — Heilung.

Wenn wir nur die seelischen Mechanismen untersuchen, die zu den gynäkologischen Symptomen führen, so finden wir im großen und ganzen zwei Gruppen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Individuen, die gewisse unlustbetonte Erlebnisse seelisch nicht verarbeitet haben, dieselben ohne die nötige Kritik durchlebt haben. Dadurch ist die akute Reaktion (Schmerz, Gefühlslosigkeit, Krampf, Sistieren der Periode) als neurotisches Symptom verewigt worden. Auch die zweite Gruppe hat die kausalen Erlebnisse nicht verdaut, aber sie benutzt außerdem die akute Reaktion als Tendenzsymptom. Für diese Individuen ist ihr Symptom je nachdem Waffe, Schutz, Ausweg oder dgl.

Die Frage, ob eine kurze kathartische Symptom-Behandlung genügt oder ob eine in die Tiefe gehende Persönlichkeitsanalyse (durch Katharsis) erforderlich ist, richtet sich ganz nach der psychischen Struktur des Individuums. Bei Persönlichkeiten, die nur das eine neurotische Symptom aufweisen, im übrigen aber vollwertig sind (jeder Mensch kann unter gewissen Umständen neurotisch reagieren), ist eine eingehende Katharsis völlig unnötig. Bei Persönlichkeiten mit oft schon seit der Kindheit bestehender ausgesprochen neurotischer Einstellung ist eine einfache kathartische Symptombehandlung ein Kunstfehler, auch wenn nur ein einziges Symptom vorhanden ist. Hier müssen die Einstellungen beseitigt und muß die Persönlichkeit neu aufgebaut werden.

Was die Prophylaxe anbetrifft, so glaube ich, daß sich hierfür große Möglichkeiten eröffnen.

Und zwar handelt es sich in erster Linie dabei um pädagogische Aufgaben und psychologische Aufklärung beider Geschlechter.

Die Allgemeinheit muß lernen, daß die bewußte Verdrängung des ganzen Sexualkomplexes von seiten der Eltern, Erzieher, Schule und Kirche unter dem Motto des „Schuldhaften“ vom Uebel ist. Dann wird die kommende Generation durch die natürliche (nicht freie) Betrachtung und Auffassung sexueller Dinge vor manchen Neurosenklippen behütet werden. Die Onanie wird nicht mehr als organisch gesundheitsschädigend und sündhaft fixiert werden; kein Mädchen wird mehr unaufgeklärt die Brautnacht als Schock empfinden. Und das andere Geschlecht, das männliche, muß dazu erzogen werden, das Mädchen und die Frau wegen ihrer durch das Geschlecht bedingten größeren Affektivität zart zu behandeln: Das Weib will umworben sein und darf nicht durch die Heirat willenlose Sklavin des Mannes werden.

Es ist gar kein Zweifel, daß dadurch die Zahl der psychogenen gynäkologisch-sexuellen Erkrankungen wesentlich eingeschränkt werden wird.

Vakzinale Allergie und Immunität als Grundbau zum Aufbau der Eigenblutbehandlung.*)

Von

Dr. med. Nourney.

In Horns Archiv für medizinische Erfahrungen 1826 — also gerade vor hundert Jahren — schreibt Eichhorn: „Bei keinem Exanthem haben wir alles so in unserer Hand, wie bei den Kuhpocken; — ist bei diesen alles genau aufgeklärt, so wird es leicht sein, nach Analogie auf die übrigen Exantheme zu schließen“. Fast fünfzig Jahre später schreibt Bohn im Vorwort zum Lehrbuch der Vakzination: „Der Experimentation zugängig, wie kaum ein anderes pathologisches Gebiet, müßte sich die Lehre von der Vakzination in rein naturwissenschaftlicher Behandlung zu einem exakten Kapitel der Pathologie ausbilden lassen.“ Schon über fünfundvierzig Jahre diesen Problemen nachsinnend, erlaube ich mir heute von meinen Erfahrungen mit spezifischen Eingriffen auf dem Gebiete der Kuhpockenimpfung einiges mitzuteilen.

Koch, der Begründer einer spezifischen Behandlung mit Bakterienprodukten bei der Tuberkulose, fand ein aus Bakterienleibern stammendes Produkt, welches auf den Tuberkelbazillus keinen schädigenden Einfluß hatte, und doch im tuberkulösen Gewebe Reaktionen auslöste, die als Heilungsvorgänge gedeutet werden mußten. Gesunde Tiere sollten dadurch immun gegen Bazillenimpfung werden. Es stellte sich bald heraus, daß eine Immunisierung einmal auf die gleichzeitige Einführung lebender Bazillen zurückzuführen war, oder daß die Laboratoriumsluft in vielen Fällen genügend lebende Keime enthielt, um eine spezifische Immunisierung unter Tuberkulin-Anregung entstehen zu lassen. Bei Rindern gab Tuberkulin an sich keine Immunität. Trotz jahrelang ausgeführten Tuberkulinschutzes erkrankten sie doch an Tuberkulose.

Die gerade für die Tuberkulose-Diagnose so wichtig gewordene Allergie kann diese eigenartigen Vorgänge aufhellen. Deshalb möchte ich heute auf diese kausalen Beziehungen zwischen Allergie und Immunität an der Hand von eigenen Versuchen am Menschen, die ich z. T. in Lichtbildern vorführen kann, näher eingehen.

v. Pirquet prägte zunächst das Wort „Allergie“ für die regelmäßigen Hautreaktionen, die nach Ablauf einer erfolgreichen Kuhpockenimpfung durch Neuimpfung desselben virulenten Impfstoffes ausgelöst wurden. Er sah in diesen Reaktionen die Wirkung von Antikörpern und glaubte damit deren Existenz bewiesen zu haben. Im Immunitätszustand sei dem Organismus eine „ἀλλ᾽ἐργεία“, eine andere vitale Kraftleistung virulenten Krankheitserregern gegenüber gegeben durch Vermittelung der spezifischen Antikörper. Ich habe diese Allergie als eine Steigerung der angeborenen physiologischen Körperkräfte schätzen gelernt, die einmal ausgebildet, in vielen Fällen eben so wenig verschwindet, wie die Angewöhnung an die verschiedensten toten Gifte, wie sie in dem Begriffe „Mythridatismus“ schon im Altertum gepflegt wurde, d. h., daß sie den durch Sportpflege gesteigerten Körperkräften zuzurechnen ist.

Daß wir bei der Allergie auf die Antikörpertheorie verzichten können, mögen folgende Tatsachen entscheiden:

1. Die vakzinale Pirquet-Reaktion ist bei den einmal in der Jugend Geimpften bis ins hohe Alter hinauf immer wieder auszulösen.
2. Die Allergieprobe kann auch mit ½ Stunde lang auf 60° erwärmter Lymphe, also sicher abgetötetem Virus, ausgeführt werden. Das sind dieselben spezifischen Allergieerscheinungen, welche jetzt für die Diagnose der verschiedensten Infektionen von so großer Bedeutung geworden sind. Da die vakzinale Allergie erst nach dem vollen Ablauf der naturgesetzmäßigen Kuhpockenentwicklung auftritt, zeigen auch die positiven Pirquets bei anderen Infektionen ihr Endstadium an. Bei den Kuhpocken ist der positive Pirquet als eine oberflächliche Pyodermie aufzufassen, da er dem purulenten Pustelstadium entspricht. Könnte es bei anderen Infektionen nicht ähnlich sein?
3. Bei der Erstimpfung zeigen die Impfungen mit abgetöteter Lymphe im ganzen Entwicklungsstadium (Papel, Bläschen etc.) der Kuhpocken nur die Veränderungen des Kratzeffekts, von Antikörperbildung ist nichts nachweisbar.
4. Die mit frischer Lymphe während der Entwicklungsperiode der Hauteffloreszenzen nachgeimpften Impfschnitte haben keine Inkubation. Sie holen schnell die zuerst gemachten Impfschnitte im Entwickelungsgrad ein, kommen mit ihnen zugleich zum normalen Ende. Eine Entwicklungshemmung durch Antikörper ist nie zu beobachten.

DEMONSTRATION.

Nun hatte ich schon in der ersten Tuberkulin-Aera mit animaler Vakzine Versuche gemacht, welche mir die so verschiedenartig beurteilten Erfolge des ganz neuen Heilmittels deuten sollten. Ich ging aus von der schon in den eben gezeigten Bildern bewiesenen Tatsache, daß Nachimpfungen mit voll virulenter Lymphe die zuerst gesetzten Impfschnitte in ihrer ewig gleichbleibenden Entwicklungsreihenfolge (Papel, Bläschen, Pustel) einholen und mit ihr zeitlich zugleich zum gemeinsamen Ende kommen.

Ich stellte mir aus Kuhpockenlymphe ein dem Tuberkulin ähnliches von 4% auf 40% eingekochtes Glyzerinpräparat her.

Dies verschiedene Zeit vor einer Erstimpfung eingespritzt, gab nicht den geringsten Impfschutz und beeinflußte den normalen Impfverlauf in keinerlei Weise.

Wurde aber die Impfung vorgenommen und direkt in derselben Sitzung die eingedampfte Vakzine eingespritzt, so wurden die normalen Impfreaktionen bedenklich verstärkt. Während ein zwölfjähriger mit nur einem Impfschnitt geimpfter Erstimpfling erheblich verstärkte Entwicklung der Pustel mit Störung des Allgemeinbefindens über das gewohnte Maß hinaus aufwies, bekam gleich der erste in gleicher Weise geimpfte kräftige Säugling generalisierten Vakzine-Ausschlag. Deshalb wagte ich gar nicht weiter zu gehen und in der weiteren Entwicklungsperiode der Kuhpocken am Menschen mein gekochtes Vakzinepräparat einzuspritzen.

Bei der Revakzination machte die in gleicher kombinierter Weise ausgeführte Impfung den Impfverlauf mehr dem wie bei einer Erstimpfung ähnlich.

Diese Versuche habe ich nun mit Eigenblut zunächst bei der Revakzination wiederholt und konnte stets die dadurch gesteigerten, vitalen geweblichen Reaktionserscheinungen beobachten.

---

*) Vortrag gehalten am 20. März 1926 im Fortbildungskurs Elberfeld.

Um schon im Werden begriffene spezifische Körperkräfte zu beeinflussen, machte ich die Eigenblutspritze zwei Tage nach der ausgeführten Revakzination. Sofort entwickelten sich die Impfstellen lebhafter, besonders wieder die Bläschenbildung war viel vollkommener. Der Ablauf der Abheilung erfolgte meist schneller, so daß am Revisionstermin schon trockene Borken waren, doch konnte die Revakzination auch ganz unter dem Bilde der Erstimpfung verlaufen.

Ein wohl einzig bleibender Fall war besonders lehrreich. Eine dreizehnjährige in Sumatra geborene Deutsche war mit elf Jahren in Niederländisch-Indien mit Erfolg zum ersten Male geimpft. In Deutschland wurde sie in der Schule mit zwölf Jahren natürlich ohne Erfolg wiedergeimpft. Nach der mit dreizehn Jahren erneuten Impfung — auf dem rechten Arm: Schnitt mit abgetöteter, auf dem linken Arm ein Schnitt mit voll virulenter Lymphe — war am folgenden Tag die Allergiereaktion des mit toter Lymphe gesetzten Impfstriches viel stärker als die des Impfstriches mit Vollvakzine. Nun Wiederholung dieser Impfung und nach zwei Tagen noch einmal. Es folgen nur schwache Allergieerscheinungen. Zwei Tage nach der letzten Impfung machte ich aus anderen Gründen eine Vebli! Für den Impfverlauf war der Erfolg, daß die zuletzt gesetzte Impfstelle neues Leben bekam und einen der Erstimpfung ähnlichen Verlauf durchmachte. Auch heute noch, nach fast vier Jahren, ist die charakteristische Impfnarbe zu finden.

Anfangs hatte ich schon erwähnt, daß eine spezifische Einwirkung durch abgekochte Glyzerinvakzine bei der Erstimpfung gefährlich werden könnte. 1923 bekam ich eine in Südwest-Afrika geborene jetzt fast zehnjährige Deutsche zur Erstimpfung. Bei dieser wagte ich am zweiten Tag nach der Erstimpfung eine Vebli! Die Entwickelung der Impfstellen erfolgte wie bei besonders kräftiger Lymphe. Das Supurationsstadium war gesteigert. Es dauerte fünf Tage, bis das Eiterungsfieber zur Norm zurückkehrte.

Zum Vergleich zeige ich zum Schluß noch ein interessantes Pendant, wohl auch eine Erstimpfung. Eine zwölfjährige, ebenfalls in Afrika geborene Deutsche wollte in der Jugend ohne Erfolg geimpft sein. Die Impfreaktion des zweiten Tages hielt ich zunächst für allergisch, doch zeigte der weitere Verlauf, daß es die normale beginnende Impfreaktion war. Bläschen, Pusteln entwickelten sich zeitig normal. Nun machten die starken Pusteln noch am vierzehnten Tag einen torpiden Eindruck. Ich wurde auf skrophulöse Erscheinungen, stärkere Halsdrüsenentwicklung, überstandenen Mittelohr-Katarrh usw. aufmerksam. Die nun ausgeführte Vebli! hatte den Erfolg, daß nach drei Tagen statt der Eiterblasen vier fast völlig eingetrocknete Borken vorhanden waren, die tadellose Impfnarben hinterließen. Eine längere Granulationsheilung, wie ich sie in solchen Fällen oft genug beobachtet habe, trat nicht ein.

Demonstration.

Sie sahen einige Momentaufnahmen beim Aufstieg zur Kuhpockenimmunität. In einem Aufsatz: „Zur Bewertung der Allergie“, habe ich schon 1911 in der Wiener klinischen Wochenschrift Nr. 29 nachgewiesen, daß die in ewig gleicher Reihenfolge auftretenden Kuhpockeneffloreszenzen nicht begründet sind durch den lokalen Reiz des eingeimpften Virus, sondern daß sie auf einer durch Allgemeininfektion hervorgerufenen Umänderung physiologischen Zellenlebens des ganzen Organismus beruhen. Daher der treffende Name „Allergie“. Die diagnostischen Allergieproben werden auch durch totes spezifisches Material hervorgerufen — aber erst nach Ablauf eines Immunisierungsprozesses, sie werden damit zu spezifischen Immunitätsreaktionen.

Die Krankheitssymptome, welche die Kranken zum Arzt führen, lassen sich in dieselbe genetische Reihenfolge eingliedern, wie bei der Kuhpockenimmunitätsentwicklung. Bei sämtlichen Exanthemen der verschiedensten Infektionen lassen sich die einzelnen Stationen: Hyperaemie, Papel, Bläschen, Pustel, Narbenbildung in derselben Zeitfolge wiederfinden, deshalb wurden mir meine Impfversuche der Grundbau zum Aufbau einer Eigenblutbehandlung, die in den verschiedenen Stadien naturgemäß ganz verschiedene Erscheinungen auslösen muß. Jedenfalls wirkt das Eigenblut individuell spezifisch und zeigt nicht nur die Wirkung eines parenteral eingeführten Eiweißkörpers. Wie bei der Opsonintherapie lassen sich stets eine negative und eine positive Phase nachweisen. Die letztere führt zur Heilung. Cedente causa, cedit effectus! Das Uebel wird an der Wurzel erfaßt, damit weichen die Symptome von selbst. Ich habe soviel Vertrauen zur Immunität gewonnen, daß ich die Vernichtung der ursächlichen Bakterien getrost der Natur, der zielbewußten Assistentin des Arztes, überlasse. Ihre Mithilfe kann mir kein noch so vorzügliches, spezifisches, chemisches Heilmittel ersetzen. Zur Bekämpfung der Symptome ist die Anwendung chemischer und physikalischer Hilfsmittel oft nicht zu entbehren, nur dürfen sie die natürlichen vitalen Körperkräfte, auf denen die Immunität sich aufbaut, nicht schädigen.

Zur Frage der sexuellen Aufklärung.

Von

Dr. S. KALISCHER, Nervenarzt.

Nachdem die Hochflut der Diskussionen über die Frage der sexuellen Aufklärung etwas gesunken ist, scheint es mir hier an der Stelle, noch einmal auf die vielfachen, irrigen Auffassungen hierüber hinzuweisen, denen ich noch heute bei Aerzten, Lehrern, Laien nicht selten begegne. Oft erschien es mir ebenso notwendig, die Erwachsenen, welche die Jugend betreuen, über die einschlägigen Fragen und Wege aufzuklären, als die jungen Menschen selbst. Zunächst geht der Streit, ob Lehrer, Eltern, Aerzte, Erzieher, Geistliche die Aufklärung übernehmen, von einem falschen Standpunkte aus. Sie alle müssen gemeinsam direkt und indirekt in schonender, taktvoller, vorbeugender Form von Anfang an gelegentlich darauf hinwirken und sich darauf einstellen. Die zweite Frage, in welchem Alter die sexuelle Aufklärung erfolgen soll, geht nach meiner Ansicht ebenfalls von einer falschen Voraussetzung aus. Die Aufklärung über erotische und sexuelle Fragen und Gefühle kann nur auf einem lange vorher bebauten und bearbeiteten Boden Sinn haben und nur Nutzen bringen, wenn auch nach derselben die Jugend gestützt, beeinflußt, gelenkt wird. Meist kommt diese theoretische Aufklärung auch zu spät, nachdem Dienstpersonal, verbotene Schriften, Konversationslexikon, Kino, Schaustücke, Mitschüler und Freunde von geringerem Werte schon das Ihrige getan. Eine isolierte, einmalige, halbformelle Aufklärung und Belehrung über sexuelle Dinge ist in den meisten Fällen nutzlos, von welcher Seite sie auch kommen mag; sie kann sogar brüsk und schädlich wirken, wenn nicht andere erzieherische und belehrende Momente vorausgehen und folgen, durch die das Vertrauen der Jugend besitzenden Kreise. Ueberhaupt scheint der Ausdruck: „sexuelle Aufklärung“ viel Mißverständnisse zu erzeugen; wir sprechen besser von Erziehung zu einer gesunden sittlichen sexuellen Anschauung, Auffassung, Beherrschung und Lebensweise, und diese muß durch Haus, Schule, Lebensformen und Eindrücke dauernd zu erreichen gesucht werden; es handelt sich um eine sexuelle Pädagogik und Prophylaxe, die lange vor der Pubertät und ihren Gefahren einsetzen muß. Dabei kommen verschiedene, sowohl negative wie positive Faktoren in Betracht. Die ersteren bestehen in der Abhaltung aller schädlichen Einflüsse, wie Verweichlichung, schlechter Umgang, Bücher, Kino, Radio, vieles Zusammensein mit Erwachsenen, Unterhaltung in Gesellschaften, reizende Ernährung (viel Fleisch, Tabak, Alkohol) usw. Die positiven Einflüsse liegen in der Wirkung des Beispiels in erster Reihe, dann in Abhärtung, Kräftigung des Organismus durch Turnen, Wasseranwendung, guter Einfluß von Lektüre, Schaustücken; auch Kino-Darstellungen in belehrendem Sinne kommen hier in Betracht; dann die Schule, der Unterricht in Naturkunde, Tier- und Pflanzenwelt, Geschichte, Religion, wo schon frühzeitig harmlose vorbereitende und einführende Darstellungen und Belehrungen über Fortpflanzung gelegentlich gegeben werden können. Dabei ist die starke Betonung und Hervorkehrung der sexuellen und erotischen Momente zu vermeiden und alles in harmloser, anregender, unterhaltender, belehrender Form darzubieten, wozu auch eine Umstellung und Reformierung der Lehrbücher und Mittel von Nutzen sein könnte. Im Hause kommt noch die Erziehung zum Pflichtgefühl in Betracht, wie zur Selbstbeherrschung, Enthaltsamkeit, Unterordnung der eigenen Gefühle und Interessen unter allgemeine, höhere, ethische, soziale Gesichtspunkte; viel hängt hier von dem Bildungsgrad und den erzieherischen Fähigkeiten der Eltern ab. Die Phantasie ist in gesunde Richtung zu leiten und zu beschäftigen; das Interesse ist auf innere Bildung, Selbsterziehung, Liebe zur Natur und zu kleinen Kunstfertigkeiten hinzulenken, und ohne die gesunden Instinkte zu ertöten, soll man alles tun, die sinnlichen Gefühle, Triebe, Eindrücke etwas zu dämpfen und abzulenken. Eine gewisse Abhärtung und Widerstandskraft den sinnlichen Eindrücken und Reizen gegenüber ist heute um so mehr angebracht, als durch die Moden der Damen und die Richtung der

Literatur und Kunst anreizende Eindrücke nicht zu umgehen sind. Hier kommen in Betracht der Tanz in dezenten Formen, das Wandern (Wandervögel), die Koedukation, und in erster Reihe der Sport, der ja in vieler Beziehung die frühere militärische erzieherische Seite ersetzen muß, und zwar dient der Sport hier nicht nur als körperliches Kräftigungs- und Ablenkungsmittel, sondern er weckt auch seelische Interessen, Ehrgeiz, Affekte, Hoffnungen, Erwartungen; er kann das Gefühlsleben ausfüllen und von erotischen Trieben und Gefühlen ablenken. — Was ich bisher anführte, weist darauf hin, daß die vielfach geübte theoretische, sexuelle Aufklärung zu ersetzen ist durch schon frühzeitige dauernde Erziehung und praktische Hinleitung der Jugend in Haus, Schule, Natur, Leben zu einer gesunden Entwicklung der Sinne, Gefühle und Triebe; hier soll man nicht erst die Pubertät abwarten. Denn die Aufklärung über die sozialen Verhältnisse (Prostitution), wie die Gefahren der Verführung und des Geschlechtsverkehrs (Ansteckung, Krankheiten) bilden nur den kleinsten Bruchteil dessen, was in dieser Richtung zu tun ist. Immer wieder ist hervorzuheben, daß die Selbstbeherrschung und Selbsterziehung auch auf nicht sexuellem Gebiete dazu beiträgt, den Charakter und die gesamte Persönlichkeit zu stärken und die Widerstandskraft zu erhöhen gegen alle Gefahren der späteren inneren sexuellen Entwicklung wie der äußeren Umgebung. Eine derartige Einstellung wäre zugleich ein Schutz- und Abwehrmittel gegen alle die krankhaften Erscheinungen, gegen welche viele Psycho-Analytiker heute glauben vorgehen zu müssen, oder zum mindesten könnte eine gemäßigte, frühzeitige Belehrung über das Liebesleben in der Natur, die Vorgänge im Pflanzenleben und die Entwicklung der menschlichen sinnlichen Triebe und ihrer Irrungen den Psycho-Analytikern viel Arbeit ersparen. In jedem Falle sind die Auswüchse der Psychoanalyse wie die häufigen Mißverständnisse dieser Lehre und Behandlung unter Eltern, Lehrern, Erziehern zu bekämpfen, wenn diese ihren Zöglingen eine gesunde Richtung in erotischer und sexueller Beziehung geben sollen. Glauben doch viele von diesen, daß der geschlechtliche Verkehr (auch vor der Ehe) zur gesunden Entwicklung unbedingt nötig ist, daß seine Unterdrückung wie die Enthaltsamkeit im bestimmten Alter durchaus schädlich seien, daß die Triebe nicht gehemmt, beherrscht, abgelenkt, sondern in jedem Falle sich ausleben und befriedigt werden müssen usw. Durch unvorsichtiges therapeutisches Vorgehen bei unreifen, unklaren, nicht vorgebildeten Naturen (Eltern, wie Jugendlichen) werden hier viele Fehler begangen und das erotische Moment wird schließlich als Achse hingestellt, um die sich das ganze Leben dreht und die für alles verantwortlich sein soll. Hier muß die Belehrung der irregeführten Erwachsenen zunächst eingreifen, und es muß ihnen klar gemacht werden, daß ihre erzieherische, vorbeugende Arbeit in anderer Richtung liegt, und zwar in einer Richtung, die von Kindheit an dauernd Anforderungen an ihr Beispiel, ihre Beeinflussung, ihre geschickte Einstellung und Aufklärung stellt. Vorsicht ist besonders geboten bei allen neuropathisch und psychopathisch veranlagten Kindern, die zu Grübeleien, depressiven Affekten, Zwangsvorstellungen neigen und sich mit Selbstvorwürfen gerade auf diesem Gebiete quälen. Hier ist alles zu vermeiden, was die Angstgefühle und Skrupolosität erhöhen könnte und schon zeitig die Auffassung über Geschlechtsleben und sittliche Verantwortung zu läutern und zu klären. — Zum Schlusse will ich nur ein Beispiel dafür anführen, wie der Begriff der sexuellen Aufklärung von Psychopathen gewissermaßen krankhaft erfaßt und verwertet werden kann. Es handelt sich um einen 25 jährigen, psychopathisch veranlagten gebildeten jungen Mann, der unter der Sucht und dem Zwangstrieb litt, junge Menschen von 12—16 Jahren, und besonders unschuldige Mädchen, sexuell aufzuklären, angeblich, damit sie der Gefahr der Verführung usw. entgehen. Er drängte sich zu diesem Zwecke überall an fremde junge Mädchen heran (auch in Berlin auf der Straße), verabredete Zusammentreffen und klärte sie über den Geschlechtsverkehr, seine Folgen usw. auf. Er wurde schließlich auf Veranlassung der Eltern eines Mädchens von der Polizei ergriffen. Dabei berührte er diese Mädchen nicht, hatte nur eine seelische Genugtuung und keine körperliche Erregung oder sexuelle Empfindungen oder Befriedigung bei diesen Handlungen. Außerdem litt er an verschiedenen Zwangsideen und leichteren Störungen des Gefühls- und Willensgebietes. Sexuelle Perversitäten wies er nicht auf, wenn man nicht jenen eigenartigen Trieb dazu rechnen will. — Aufklärungsfanatiker mit verschiedenen Motiven finden wir nicht selten auch ohne eine solche krankhafte Veranlagung. Die vorstehenden Betrachtungen mögen zur Belehrung und Mäßigung in dieser Hinsicht beitragen. Die Auswüchse und einseitigen, übertriebenen, irrigen Anwendungen der sexuellen Aufklärung waren kaum zu vermeiden, nachdem Jahrzehnte zuvor, Prüderie, falsche Scham, ungesunde bigotte Verschleierung, Entstellung und Verheimlichung eine gesunde Erziehung und Aufklärung in sexuellen und erotischen Fragen verhindert hatten. Daß dieselbe sich in den richtigen Bahnen und Grenzen halten, dafür hat der ärztliche Einfluß in erster Reihe zu sorgen.

Aerzte an die philosophische Front.

Von

Generalarzt Dr. BUTTERSACK-Göttingen.

Je weniger die zunftmäßige Philosophie das Ringen um eine Weltanschauung, um eine harmonische Zusammenfassung des allmählich ins Riesenhafte angeschwollenen Detail-Wissens befriedigt, um so mehr versuchen sich Persönlichkeiten daran, welche aus den Naturwissenschaften, besonders der Medizin, hervorgegangen sind; leicht begreiflicherweise. Denn die Notwendigkeit, ihre Pflegebefohlenen nicht bloß lokalistisch-somatisch, sondern auch seelisch wieder in den Stand zu setzen, zwingt sie dazu. So ist es kein Zufall, daß Lotze, Wundt, Driesch, Reinke, Ostwald die weltanschaulichen Kristallisationspunkte bilden. Ihnen schließt sich als selbständiger Denker Joh. Haedicke-Schreiberhau*) an. Niemand wird sich seinen Gedankengängen entziehen können. Vom absoluten Sein wissen wir nichts. Wir erfahren nur etwas — verschwindend wenig — von den Veränderungen, Bewegungen, welche innerhalb dieses unendlichen Rahmens vor sich gehen. Diese Veränderungen sind aber nur Relationsverschiebungen, d. h. indem ein Teil (Körper) sich verändert, überträgt er durch ein — das Universum, also auch die Verdichtungen (= Körper) durchflutendes Etwas (Aether) seine Bewegung (Energie) auf einen bzw. alle anderen Teile. Wir haben also einen abgebenden und einen empfangenden Teil, sowie als drittes das vermittelnde Medium. Diese drei Ur-Sachen bilden die Faktoren des Kausal- oder Wirkungsgesetzes.

Auch unsere Psyche fügt sich diesem Schema ein: die primären Faktoren geben durch ein Medium ihre Wirkungen auf die Psyche als empfangende Ur-Sache ab. Freilich, hier klafft ein Sprung. Denn an der Nebeneinanderstellung von physikalischen und psychischen Energien (S. 114) wird mancher stutzen. Allein wir können die Einheit des Weltbildes leicht retten, wenn wir die psychischen Energien gewissermaßen in eine andere Ebene legen und sie als die Bänder betrachten, welche die physischen Energien in bestimmten Kombinationen zusammenfügen und festhalten. Ohne das Prinzip der Integration kommt man da nicht weiter (R. H. Francé). Haedicke selbst bewegt sich am Ende seines Buches in dieser Richtung.

Nach dem Prinzip der Resonanz stehen alle Systeme unter sich in Verbindung, und eben dadurch, daß wir die Individuen richtig „stimmen“, ist eine Erziehung, vielleicht sogar Höherbildung möglich. Ein hoher ethischer Schwung durchzieht das letzte Kapitel.

Emporgerankt hat sich H. durch äußerst scharfsinnige Kritik an Kant. In der Tat wird in jedem Leser dabei der Gedanke aufsteigen: Sollte der dunkle, so schwer verständliche Philosoph und seine disparate Gefolgschaft wirklich den Höhepunkt und den Abschluß des deutschen Philosophierens bilden? In seiner Rede über Hegel sagte 1875 der geistreiche Kanzler der Universität Tübingen Rümelin: Wir hegten noch den harmlosen Glauben, daß es eine volle und unverhüllte Wahrheit gebe, daß die Lehrer an der Hochschule sie wüßten und vortrügen, und daß es nur an uns hänge, sie aufzunehmen und zu begreifen.

Ach, von diesem Glauben sind wir gründlich zurückgekommen! Die Kritik hat zur Hyperkritik, zur Skepsis und schließlich zum völligen Unvermögen, glauben zu können, geführt. Auf den Trümmern dieser Anarchie gilt es, ein neues Gebäude zu errichten, und daran mitzuarbeiten im Sinne von Haedicke ist die größte Aufgabe des Arztes als ιατρὸσ φιλόσοφοσ.

---

*) Joh. Haedicke: Das Gesetz der drei Ursachen in seiner Bedeutung für Wissenschaft und Philosophie. Verlag Kultur und Gesundheit, Schreiberhau 1926.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Die Haftung für die in öffentlichen Krankenanstalten zugefügten Körper- und Gesundheitsschäden.

Die Ursachen von Todesfällen oder sonstigen Gesundheitsschäden, die im Verlaufe einer Erkrankung sich einstellen, sind meistens auf Defekte der menschlichen Organe zurückzuführen, die die ärztliche Kunst nach wissenschaftlichen Methoden zu beheben sucht. Bei dieser Behandlung kommt es allenthalben vor, daß durch Unachtsamkeit meistens des Wartepersonals eine falsche Medizin verabreicht wird, die eine schwere Schädigung bzw. das Lebensende des Patienten herbeiführen kann. Dies kommt fast ausschließlich in öffentlichen Krankenanstalten vor, da hier infolge der vorhandenen großen Anzahl von Kranken und der ihnen verschriebenen Medikamente eine Verwechslung, ja sogar ein Fehlgriff darin leicht ermöglicht ist. In allen diesen Fällen läuft neben der strafrechtlichen Verfolgung der Schuldigen noch eine zivilrechtliche Haftung der Verantwortlichen für die Ersatzansprüche der jeweils Geschädigten. Nur von der letzteren soll im folgenden die Rede sein, da allgemein nur ein Verschulden oder Verursachen dazu notwendig vorliegen muß und nicht — wie im Strafrechte — bestimmte gesetzlich normierte Tatbestände. Die rechtlichen Grundsätze, nach denen die Gerichte vorgehen, sind praktisch von Bedeutung und sollen daher einzeln besprochen werden. Sowohl die verantwortlichen Personengruppen, die haftbar gemacht werden können, als auch die Höhe der Ersatzansprüche sind im Einzelfall verschieden und werden wir daher einen besonders interessanten herausgreifen, der bis zur höchsten Instanz gegangen ist. — In einem städtischen Hospital waren mehrere Patienten an Krätze erkrankt und wurden daselbst poliklinisch behandelt. An Stelle des richtigen Medikamentes wurden sie vom Pflegepersonal mit einer Salbe eingerieben, die stark giftiges Chrom enthielt. Die Folge davon war, daß ein Teil von ihnen diese Unachtsamkeit mit ihrem Leben bezahlen mußte, während die anderen sehr erhebliche Gesundheitsstörungen dadurch erlitten. Die Geschädigten bzw. ihre Erben machten ihre verschieden hohen Ersatzansprüche gegen die Kommune geltend. Hier will ich ergänzend hinzufügen, daß von seiten der Stadtverwaltung bei einer Verurteilung Regreßansprüche gegen die behandelnden Aerzte bzw. Wartepersonal gestellt werden können, durch deren Verschulden diese bösen Folgen eingetreten sind. — Eingangs der weiteren Erörterung soll ein in Fachkreisen vielverbreiteter Irrtum klargestellt werden, nämlich daß eine Schadensersatzpflicht besteht, gleichgültig, ob die Behandlung entgeltlich oder ohne Entgelt vorgenommen wurde. Weiter ist für unseren Fall ohne Belang, ob die Heilmittel in eigener Regie hergestellt werden oder aus einer fremden Apotheke herrühren. Es ist Pflicht des diensthabenden Arztes, aber besonders des Pflegepersonales, streng darauf zu achten, daß das richtige, zweckmäßige Medikament den Patienten jeweils verabreicht wird. Jeder Verstoß dagegen macht sie verantwortlich und zivilrechtlich in weitgehendstem Maße für die daraus entstehenden Vermögens- ja sogar ideellen Nachteile den Geschädigten gegenüber haftbar. Kommen diese Fälle in einem öffentlichen Spitale vor, so haftet dafür in erster Linie die öffentliche Korporation, der es gehört — hier die Stadt —. Die zu ersetzende Höhe des Schadens richtet sich nach den eingetretenen Folgen. Ist der Tod des Behandelten eingetreten, so können alle damit verbundenen Kosten, z. B. der Beerdigung, aber auch etwaige Unterhaltskosten, insoweit und insolange der Verstorbene gesetzlich dazu verpflichtet war, hat die vorschriftswidrige Behandlung eine schwere Gesundheitsschädigung zur Folge, so kann mittels Klage Ersatz für Kurkosten, Schmerzensgeld, Erwerbsverlust verlangt werden. Weibliche Patienten haben noch einen weiteren Anspruch auf den erwähnten ideellen Schaden, den sie durch die damit verbundene verminderte Aussicht auf Heirat erleiden. Die geschilderten Grundsätze gelten in gleichem Maße für Spitals- wie für privatärztliche Behandlung, ja sogar dort, wo die Stadt infolge ihrer öffentlich-rechtlichen Fürsorgepflicht eine unentgeltliche Krankenbehandlung vornehmen läßt. Denn nach der steten Rechtsprechung des Reichsgerichtes ist der § 278 B. G. B. gleichmäßig auf privatärztliche wie öffentlich-rechtliche Verhältnisse anzuwenden. Nur hat dabei die Stadt die Verpflichtung, auch für die schuldhafte Verletzung der von ihr berufenen Hilfspersonen voll aufzukommen. Bezüglich des Schmerzensgeldes ist noch nachzutragen, daß die Bestimmung des § 253 B. G. B. nur insoweit Anwendung findet, als eine Entschädigung in Geld in den Fällen, wo kein Vermögensschaden vorliegt, in der Regel nicht gefordert werden kann mit Ausnahme der durch das Gesetz bestimmten Fälle. Ein immaterieller Schaden, wie ihn das Schmerzensgeld oder die Einbuße der Aussicht auf lebenslängliche Versorgung darstellt und bei Körper- und Gesundheitsschädigungen, den Verletzter zum Ersatze anhält, ist nach § 847 B. G. B. nur dort gegeben, wo sie die Folgen unerlaubter Handlungen im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches sind; wie etwa Vertragsbruch eines Verlöbnisses, nicht aber eine unachtsame Krankenbehandlung, oder eine folgenschwere Verwechslung der verabreichten Medizin. Bei öffentlichen Hospitälern spielt noch die Haftungsfrage wegen unrichtiger Auswahl und Anstellung von geeigneten Aerzten und Pflegepersonal eine gewisse Rolle. Doch stellt ein derartiger Verstoß keine unerlaubte Handlung im Sinne des § 847 B. G. B. dar, die eine Schmerzensgeldforderung für berechtigt erscheinen läßt. In der mangelhaften Beobachtung der verkehrsgebotenen Sorgfalt bei der Herstellung oder Beschaffung der nötigen Medikamente kann unter Umständen der Grund zur Erstattung eines erlittenen immateriellen Sachends erblickt werden, doch ist dazu ein grober Verstoß in der allgemeinen Ueberwachungs-, Kontroll- und Unterweisungspflicht der dazu Berufenen notwendig. Es geht nicht an, den Aerzten zur Pflicht zu machen, daß sie die rein mechanische Verrichtung jedes einzelnen Einreibungsaktes selbst leiten und überwachen und für die Unachtsamkeit der von ihnen mit dieser Aufgabe betrauten und geschulten Krankenwärtern haften zu lassen. Nur bei komplizierteren klinischen Fällen wird man allenthalben eine Ausnahme von dem Gesagten machen müssen, da sonst der Spitalsbetrieb darunter schwer leiden würde. Eine zeitweise Ueberprüfung der sach- und fachgemäßen Ausführung der getroffenen Anordnungen, sowie des ordnungsgemäßen Standes der vorhandenen Medikamente wird man billigerweise unter die allgemeine Ueberwachungs- und Kontrollpflicht rechnen müssen. Geeignete Vorkehrungen, die eine leichte Verwechslung von gefährlichen Giften hintanhalten sollen, zu treffen, werden gleichfalls in diesen Bereich hineingehören. Ebenso wird man verlangen müssen, um eine Schadenshaftung auszuschließen, daß die in der Krankenbehandlung zur Anwendung kommenden Mittel vorerst chemisch untersucht und auf ihre Gesundheitsschädigung geprüft werden, besonders bei neu hergestellten und nur zu Versuchszwecken übergebenen Medikamenten. Jedoch muß hervorgehoben werden, daß die stets beigefügte Analyse der einzelnen Bestandteile von seiten des Herstellers dieser Forderung genügt, soweit nicht augenscheinlich Zweifel in der chemischen Zusammensetzung auftauchen. Im letzteren Falle ist der Arzt rechtlich verpflichtet, nachzuprüfen, ob es als ein unschädliches Mittel für die Praxis verwendet werden darf oder nicht. Von diesem Gesichtspunkte her werden Entschädigungsansprüche abgeleitet werden können, die auch eine berechtigte Aussicht auf Erfolg haben. Die Nachprüfungspflicht besteht natürlich auch während der Behandlung des Kranken. Treten da ungewohnte Krankheitserscheinungen ein, so muß auch an die verwendeten Medikamente gedacht werden und für Wärter und Wärterinnen besteht nach dieser Richtung hin eine Mitteilungspflicht, sowie für die Aerzte die Untersuchungspflicht. Die Unterlassung derselben hat eine Schadensersatzpflicht zur Folge, die bei öffentlichen Anstalten zunächst die Eigentümerin trifft. Treten erst nach der Entlassung des Patienten Bedenken im Behandlungsmittel ein, so besteht für den Behandelnden eine rechtliche Verpflichtung, soweit Namen und Wohnung des Entlassenen feststellbar ist, denselben davon zu benachrichtigen und gleichzeitig ihm geeignete Gegenmaßnahmen anzugeben. Dies ergibt sich aus der Natur des Dienstvertrages, den der Arzt bei Uebernahme der Privatbehandlung des Kranken abschließt, sowie der öffentlich-rechtlichen Verpflichtung bei unentgeltlicher Spitalsbehandlung, die aus der Fürsorgepflicht der Stadt gegenüber seinen Bürgern entspringt. — In der eingangs erwähnten Prozeßsache ist gemäß diesen Grundsätzen nicht vorgegangen worden. Teilweise wurden gewisse erhebliche Tatumstände nicht einwandfrei zwecks richtiger Beurteilung des vorgelegenen Falles festgestellt, zum Teile war die rechtliche Bewertung zu beanstanden. Aus diesen Gründen hat das Reichsgericht mit seinem Urteile vom 8. Januar 1926 die Entscheidung der Vorinstanz zur Gänze aufgehoben und die Sache zur weiteren Verhandlung an das Berufungsgericht zurückverwiesen. (III. 32/25.) — Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß das

Landgericht Breslau sämtliche Ansprüche der Geschädigten für berechtigt hielt, während die zweite Instanz, das Oberlandesgericht Breslau, nur einen Teil derselben zusprach, wobei sie die Entlastungsmomente, die die Stadt Breslau vorbrachte, nicht entsprechend würdigte.

Dr. F. Frankfurter, Leipzig.

Briefkasten.

Anfragen rechtlicher Natur kommen für die Bezieher kostenlos hier zur Beantwortung.

Die Redaktion.

Mitteilungen.

Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie.

Im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg wird vom 11. Oktober bis 18. Dezember 1926 ein Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie abgehalten.

Der Kursus umfaßt Vorlesungen, Demonstranten und praktische Uebungen über Klinik, Aetiologie, Uebertragung, pathologische Anatomie und Bekämpfung der exotischen Krankheiten, Einführung in die pathogenen Protozoen, medizinische Helminthologie und Entomologie, exotische Tierseuchen und Fleischbeschau, Schiffs- und Tropenhygiene. (Mitbringen von Mikroskopen erwünscht. Ausführliche Prospekte auf Anfragen.)

Vortragende sind: B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, K. Sannemann, W. Weise.

Auf Wunsch können die Teilnehmer sich am Schlusse des Kursus einer Prüfung in „Tropenmedizin und medizinischer Parasitologie" unterziehen und erhalten darüber ein Diplom.

Anmeldungen sind möglichst bis spätestens 1. Oktober d. J. an das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhardstr. 74, zu richten.

Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten.

Internationaler Aerztlicher Fortbildungskurs am Stuttgarter homöopatischen Krankenhaus.

Vom 1. bis 11. September 1926 findet in Stuttgart eine Vortragsreihe statt über Entwicklung und Stand der Homöopathie, ferner über einzelne Fragen der Diagnostik und Fortschritte der Medizin. Das ausführliche Kursprogramm versendet die Kursleitung (Dr. Meng, Stuttgart, Charlottenbau).

Kongreß-Berichte.

Bericht über die Tagung des Deutschen Verbandes für Schulkinderpflege.

Von

Dr. med. Max Grünewald, Dortmund.

Am 29. Juni 1926 hat im Stadtverordnetensitzungssaal zu Dortmund eine Konferenz des Deutschen Verbandes für Schulkinderpflege stattgefunden mit der

Tagesordnung: „Wohnungs- und Bettennot".

Als erste Rederin sprach Fräulein G. Albers-Solingen; sie führte etwa folgendes aus:

In Köln waren Ende 1925 unter den überbelegten Wohnungen zirka 1700 Einzimmerwohnungen überfüllt; davon waren in 1520 Einzimmerwohnungen 3 bis 4 Personen untergebracht, in 160 Einzimmerwohnungen 5 bis 6 Personen, in 25 Einzimmerwohnungen 7 bis 9 Personen und in einer Einzimmerwohnung gar 10 bis 12 Personen. Von 172 000 Wohnungen hatten 28 000 keine eigene Küche. Etwa ⅓ aller Tuberkulösen mit bazillenhaltigem Auswurf hatte kein eigenes Zimmer und ungefähr jeder sechste kein eigenes Bett. In Solingen besaßen in den Jahren 1919 bis 1925 rund 70% der Tuberkulösen kein eigenes Schlafzimmer und ungefähr ⅙ kein eigenes Bett. Die Beschaffenheit der Wohnungen, in welchen Tuberkulöse mit bazillenhaltigem Auswurf wohnten, ist in Solingen in steigendem Maße gesundheitsschädlich geworden. In den Jahren 1919 bis 1925 ist die Zahl der Dachwohnungen auf mehr als das Doppelte gestiegen; ebenso sind die feuchten, dunklen, zu kleinen und zu überfüllten Räume, in denen Tuberkulöse wohnten, zahlreicher geworden.

Durch diese traurigen Verhältnisse hat die Verwahrlosung der Jugend zugenommen. Die Kinder sind nicht hygienisch einwandfrei untergebracht, müssen häufig mit Erwachsenen zusammen schlafen und haben in der Wohnung keinen Raum zum Spielen; sie werden auf die Straße gedrängt und der elterlichen Aufsicht entzogen. Infolge der Schäden des Wohnungsmangels sind die Kinder häufig morgens nicht recht ausgeschlafen und können infolgedessen nur mit geteilter Aufmerksamkeit dem Unterricht folgen. Eine solche Jugend bedarf besonders des Erholungsaufenthalts mit nachfolgender örtlicher Erholungsfürsorge. Durch Errichtung auswärtiger Kinderheime, durch den Ausbau von Waldschulen und durch Luft-Badepflege können viele Schäden ausgeglichen werden.

Als zweiter Referent sprach Prof. Dr. Engel-Dortmund. Er wies auf die Folgen der Wohnungs- und Bettennot für das Wachstum unserer Jugend hin und zeigte die Ausbreitung der Rachitis. Der Wohnungsmangel führe ferner zur Geburtengefährdung und zu erheblichen Nachteilen bei der Ernährung des Säuglings. In den Jahren 1911 bis 1925 hat die Zahl der in den Dortmunder Krankenhäusern stattgefundenen Geburten um mehr als das doppelte zugenommen. Zur Zeit gehen von etwa 5000 Geburten rund 1000 durch die Dortmunder Entbindungsanstalten, weil die herrschende Wohnungsnot die Geburt im eigenen Heim nicht zuläßt. Künftig muß man darauf achten, daß beim Bau eines Krankenhauses keine großen Säle, sondern luftige Räume geschaffen und mit nur 2 bis 3 Kranken belegt werden. Auf diese Weise wird den Kranken und Erholungsbedürftigen der Aufenthalt im Krankenhause seelisch erleichtert, weil sie dann nicht mit schwer und bedrohlich Erkrankten zusammenliegen.

Die Debatte gestaltete sich sehr lebhaft. Es wurde vor allen Dingen von Bürgermeister Hirsch auf die falsche Anwendung der Hauszinssteuer aufmerksam gemacht, welche nicht in vollem Umfange dem Wohnungsbau zukäme, sondern zum Teil für andere Staatszwecke verwendet würde. In der Diskussion wurde auch die Wohnungsnot, mangelnde Wohnungshygiene und Ausbreitung der Tuberkulose auf dem Lande betont und die Einrichtung mehrerer spielfreier Nachmittage für die gesamte Jugend befürwortet. Eine große Anzahl von Kindergärten entsprächen nicht den hygienischen Anforderungen; die Aufnahme erfolge meist systemlos. Eine Reihe von Müttern übergibt nur aus Bequemlichkeitsgründen die Jugendlichen dem Kindergarten. Von verschiedenen Seiten wurde darauf hingewiesen, daß es nötig ist, den Gedanken der Selbsthilfe zu stärken. Jeder Fürsorgebedürftige muß auch aus eigener Kraft dazu beitragen, seinen Unterhalt auskömmlich zu gestalten. Die sittliche Verantwortung muß gehoben werden.

Zu den Vorschlägen und Möglichkeiten der Abhilfe dringender Not, welche durch Wohnungs- und Bettenmangel verursacht wird, sprach Architekt Wolff, welcher der Westfälischen Heimstättengesellschaft in Münster i. W. angehört. Der Vortragende führte etwa folgendes aus: Die Bau- und Siedlungsmöglichkeit erfordert: 1. Geld, 2. Boden, 3. Erschließung von Verkehrswegen, 4. einen Plan zur Organisation, 5. Klarheit über die Art der Herstellung, 6. Organisation des Bauwesens und 7. eine neue Gestaltung des Hausrates. Die Siedlung muß in planmäßiger Weise vor sich gehen. Die Bauweise soll einfach sein und der Raum wirtschaftlich ausgenutzt werden. Zur Raumersparnis dient die vertikale Aufbewahrung der Betten, d. h. nach der Benutzung werden die Betten über eine Längsseite umgekippt und unter einem schrankartigen Verschluß tagsüber aufbewahrt. Eine solche Einrichtung kann im Wohnzimmer Aufstellung finden. Es ist auf diese Weise möglich, 1 bis 2 Betten mehr, als im Schlafraum stehen, unterzubringen. Aufgabe der Hausfrauenorganisationen soll es sein, solche und ähnliche Neuerungen auf ihre Güte und praktische Brauchbarkeit zu prüfen.

Wenn auch die mangelhaften Verhältnisse im Wohnungswesen allgemein bekannt sind, und die Tagung in dieser Hinsicht Dinge ausgesprochen hat, welche zur Zeit mehr oder weniger jedem geläufig sind, so ist doch gerade die Frage gesunder Wohn- und Schlafräume für die Gesamtfürsorge von so außerordentlicher Bedeutung, daß man sagen darf, mit der Lösung dieses Problems steht und fällt tatsächlich der Erfolg einer gesundheitlich segensreichen Fürsorgetätigkeit überhaupt und besonders für unsere Jugend. Es ist deshalb ein Verdienst des Deutschen Verbandes für Schulkinderpflege, diese wichtige Frage wieder aufgerollt und durch seine Konferenz von neuem den Gesetzgeber darauf aufmerksam gemacht zu haben, die Hauszinssteuer restlos zum Wohnungsbau zu verwenden, und alle Kräfte zu sammeln zur Beseitigung der Wohnungs- und Bettennot.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 24, 11. Juni 1926.

Pathogenese und Erscheinungsform der Magenneurosen. Katsch.
Tophusbildung und akuter Gichtanfall. Gudzent.
Gewebszerfall. v. Gaza.
* Insulin-Heimbehandlung diabetischer Kinder. Priesel und Wagner.
Ein neues Antigen für die Serodiagnostik der Tuberkulose. Neuberg u. Klopstock.
* Ueber die klinische Bedeutung der vital färbbaren Substanzen in den Erythrozyten und ihre Beziehungen zur Sauerstoffzehrung unter Berücksichtigung der Polychromasie und Basophilie. Cohn.
Eine placentare Inkretdrüse Spenderin örtlich wirksamen Hormons? Loewe u. Voß.
Sind Proteusbakterien aus richtschwärmenden auf Carbolagar gewachsenen Kolonien geißel- und bewegungslos? Neumann.
Das Verhalten des Blutdruckes nach dosierter Bewegung. Adler.
Arbeitsstoffwechsel bei Hyperthyreose. Asher.
Die anaerobe Züchtung des Vibrio cholerae. Hirsch.
Giftwirkung des Cyanamids. Glaubach.
Antagonismus trypanocider Heilmittel. Schnitzer.
Tuberkulose und Karzinom der Lunge. Hochstetter.
Der Knickfuß. Schulze-Gocht.
Die Aufgaben der Medizin auf Grund der neuen Gesetzgebung. Zangger.
Behandlung der Röntgenteleangiektasien. Franke.
Tryparsamid. Freund.

Insulin-Heimbehandlung diabetischer Kinder. Die Verfasser berichten über die ausgezeichneten Resultate der Diabetesbehandlung mit Insulin bei Kindern, wobei die Injektionen von Angehörigen erlernt wurden. Trotz der Bedenken, eine Injektionsspritze einem Laien anzuvertrauen, kann man hier nur von zwei Uebeln das Kleinere wählen, da die einmal begonnene Insulinbehandlung das ganze Leben lang fortgesetzt werden muß. Als Kuriosum sei erwähnt, daß einige von den Kindern, die fast alle ein von dem gleichaltriger Gesunder nicht abweichendes Leben führen, Tagesausflüge machen konnten, wobei das gewogene Essen und die ausgekochte Injektionsspritze mitgenommen wurden. Bei der außerordentlichen Belastung, die eine derart unaufhörliche Insulinbehandlung an die Kassen stellt, muß eine Lösung gefunden werden, um auch Minderbemittelten das Leben auf diese Weise retten zu können.

Ueber die klinische Bedeutung der vital färbbaren Substanzen in den Erythrocyten. Sowohl die morphologische als auch die biologische Untersuchung zeigt die regenerativen Vorgänge im Knochenmark an. Sie gehen nicht immer parallel, können sich zeitweise gegenseitig ergänzen. Klinisch beruht der Gewinn der Vitalmethode auf der besseren Ersichtlichkeit der Reaktionsfähigkeit des Knochenmarkes in bezug auf das erythropoetische System, was im Rahmen des Gesamtblutstatus gut verwertet werden kann. Während die O_2-Zehrung 5 Stunden beansprucht, benötigt die Vitalmethode kaum 10 Minuten und ist viel einfacher auszuführen. Die basophile Punktierung ist eine, wenn auch pathologische Reaktionsform, die durch die Vitalfärbung besser darzustellen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 22, 28. Mai 1926.

Ueber die pharmakologische Bedeutung der Arzneigemische. E. Bürgi-Bern.
* Das Kropfherz vor und nach der Operation. W. Meyer und E. Sulger-Heidelberg.
Endokarditis lenta. W. Ceelen-Greifswald.
* Ueber einen neuen, für die schweren Formen der chronisch-habituellen Obstipation charakteristischen darmendoskopischen Befund. v. Aldor-Karlsbad.
Arachnodaktylie. H. Schlack-Hamburg.
Fall von paradoxer Insulinwirkung. Foerster-Neuenahr.
Paratyphussepsis. F. Lehr-Berlin.
Auskultation des 2. Aortentones. Loewenstein-Wien.
Unblutige Behandlung der Varicen. W. Noher-Berlin.
Neohormonal und Cholin. G. Zuelzer-Berlin.
Experimentelle Balneologie der Schwefelbäder. Maliwa-Innsbruck.
* Wirkung von Strahlen und Wirkung von Analgit. B. Sachs-Freiburg i. B.
Das Dermotubin. Lämel-Benndorf.
Schlafmittel Noctal. Frank-Dresden.
Mucidan-Rhenania-Behandlung. H. Hamburger-Berlin.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. G. Hapffe-Berlin.

Das Kropfherz vor und nach der Operation. Die Beobachtung erstreckte sich auf 64 Fälle von Kropfherz und ergab folgendes: In der Regel geht ein vergrößertes Kropfherz nach der Kropfoperation nicht zurück. Die Fälle eines Rückganges (7) betreffen Herzen mit toxischer oder mechanischer Einwirkung. Nicht selten fand sich nach der Operation eine Zunahme der Herzbreite, auch bei normalen Herzen, die wahrscheinlich auf sekundäre, klinisch keine Erscheinung machende Dilatation zurückzuführen ist.

Ueber einen neuen, für die schweren Formen der chronisch-habituellen Obstipation charakteristischen darmendoskopischen Befund. Durch Röntgenuntersuchung und Endoskopie fand Verf. bei den schwersten Formen von chronischer Obstipation einen Zustand des Kolons, den er mit G. Schwarz als „hypokinetische Obstipation" bezeichnet; es besteht Hypotonie und Erweiterung des ganzen Kolons bei enormer Verlängerung des Mesenteriums. Die Darmkrümmungen sind fast ganz ausgeglichen, das Darmrohr verläuft in gerader Linie. Der Zustand ist bedingt durch extrem-abnorme Einstellung des neuromuskulären Apparates des ganzen Dickdarms. Abführmittel und Operation (Anastomose zwischen höchstem und tiefstem Punkt des Sigma) bringen wenig Aenderung; dagegen ist subkutane Injektion von 1 bis 2 ccm Hypophysin zweimal wöchentlich von sehr gutem Erfolg, wie es auch von postoperativen Darmlähmungen her bekannt ist. Die Stuhlentleerung erfolgt meist schon nach 25 Minuten, häufig auch an den Zwischentagen spontan. Auf die übrigens vollkommen unschädliche Nebenwirkung, hochgradige Blässe des Körpers, besonders des Gesichtes, ist vorher aufmerksam zu machen. Bei Hypertension ist das Mittel kontraindiziert.

Ein Vergleich zwischen der Wirkung von Strahlen und Wirkung von Analgit. Verf. hat in der Chirurgischen Universitätsklinik in Freiburg experimentelle Untersuchungen an Tieren mit Strahlentherapie und mit Analgit gemacht, das Allylsenföl enthält, das durch Sensibilisierung mit kurzwelligen Strahlen wirkungsgesteigert worden ist. Es ergab sich, daß durch das Analgit ein stärkerer exsudativer lymphagoger Reiz bei geringerer Gewebsschädigung hervorgerufen wird als durch Strahlenwirkung (Höhensonne, Quarzlampe, Röntgenstrahlen). Die Behandlung von Rheumatismus, Arthritiden usw. ist also in vielen Fällen der Strahlentherapie vorzuziehen, da sie keine so eingreifenden Gewebsschädigungen setzt, außerdem bequemer anzuwenden ist. Ob der Effekt auch bei Hauterkrankungen gleichwertig ist, vermag Verf. nicht zu beurteilen.

Haber.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 21.

Blutplättchenzählung. F. B. Hofmann (Berlin).
Erregbarkeit, Reiz, Fortpflanzung der Erregung im Herzmuskel und Membrantheorie der Erregung. Schellong (Kiel).
Identität des Zoster- und Varizellenvirus und gleichzeitiges Vorkommen beider Erkrankungen bei demselben Kranken. Hoffmann (Bonn).
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals (Fortsetzung). Kappis (Hannover).
* Das Typische im Beschwerdekomplex scheinbar atypischer Krankheitsbilder des Oberbauchs. Berg (Frankfurt a. M.).
* Die spezielle Bedeutung des Schwefels innerhalb der unspezifischen Reizkörpertherapie. Spiro (Frankfurt a. M.).
* Ist die Sympathektomie beim Asthma bronchiale ihren Resultaten nach als berechtigter Eingriff zu betrachten? Hesse (Leningrad).
Hammel-Schutzserum gegen Masern. Hagen (Frankfurt a. M.).
Typhus in Vorpommern. Klare (Swinemünde).
Typhusgefahr in Pommern (Straub (Greifswald).
Ueber Hormon- und Mineralwasserwirkung. Kopf (Marienbad).
Zur spezifischen Intrakutandiagnostik der Echinokokkenerkrankungen. Deusch (Rostock).
Hautallergie nach Simultanimpfung von Tuberkulin bzw. Glyzerinbouillon und Kuhpockenlymphe. Fernbach (Leipzig).
Tutocain, das neue Mittel zur örtlichen Betäubung. Seeliger (Freiburg i. Br.).
Zwei Kunstgriffe, innere und äußere Bauchschmerzen zu unterscheiden. Franke (Braunschweig).

Hilfstabelle für Diätkuren. Kaemmerer (Berlin).
Behandlung der Metatarsalgie. Romich (Wien).
Anästheform, eine neue jodhaltige Verbindung des Anästhesins und deren Anwendung. Fürst (Frankfurt a. M.).
Zur Cervixdilatation unter Verwendung des gebogenen Laminariastiftes Bürger. Nußbaum (Berlin).
Die analgetische Wirkung des Aspiphenins in der Frauenpraxis. Vogt-Schüler (Berlin).
Unterbindungsinstrument (Abschnürklemmen für Finger und Zehen). Feldheim (Barmen).
Phocajod als Heufiebermittel. Nußbaum (Leipzig).
Zwei günstige Heilerfolge mit Jod-Dermasan. Thielmann (Berlin).

Ueber das Typische im Beschwerdenkomplex scheinbar atypischer Krankheitsbilder des Oberbauchs. Unter der Voraussetzung, daß sich die objektiven Organveränderungen und die subjektiven Empfindungen der kranken Person ungefähr die Wage halten — wobei natürlich die Frage der Latenz und die der individuellen Empfindlichkeit gegen Schmerzreize unberücksichtigt bleiben muß — wird versucht, das Typische der Beschwerdenkomplexe herauszuarbeiten, die bestimmten Erkrankungen des Oberbauchs entsprechen. So ist z. B. das Typische der Ulcusbeschwerden die Periodizität und der Rhythmus, d. h. Schmerzperioden von mehreren Wochen — mit wochen-, monate- oder jahrelangen Intervallen — mit täglichem rhythmischen Schmerz; dabei ist die Tagesrhythmik für das Magengeschwür: Nahrung — Wohlgefühl — Schmerz — Wohlgefühl — Nahrung; für das Duodenalgeschwür: Nahrung — Wohlgefühl — Schmerz — Nahrung. Dieser Beschwerdenkomplex wird verschleiert, wenn die Schmerzpausen wegfallen oder wenn Symptome von Seiten der Nachbarorgane — Gallenblase, Leber, Pankreas — die Aufmerksamkeit von dem ursprünglichen Sitz der Erkrankung ablenken. Charakteristisch für Pankreasbeteiligung ist die Ausstrahlung des Schmerzes nach links in Brust und Rücken und Dauerschmerz, oft von durchbohrendem Charakter. Auch der linksseitige Schmerz mit Ausstrahlung in die linke Schulter bei Gallenkoliken ist auf eine Beteiligung des Pankreas zurückzuführen. Verschiedene Arten von Herzbeschwerden — gastrokardialer Symptomenkomplex — von als Rheumatismus imponierendem isoliertem Schulter- oder Rückenschmerz, zahlreiche dyspeptische Beschwerden beruhen auf einer larvierten Cholelithiasis. Die Typisierung der Anamnesen für bestimmte pathologisch-anatomische Prozesse wird um so mehr gefördert, je mehr die klinischen diagnostischen Methoden verfeinert und herangezogen werden.

Ueber die spezielle Bedeutung des Schwefels innerhalb der unspezifischen Reizkörpertherapie. Verfasser hat bei chronischen Gelenkerkrankungen verschiedener Genese, bei denen, ohne Zerstörung von Knochen und Knorpel, eine Entzündung der Kapsel im Vordergrunde zu stehen scheint, gute Erfolge mit dem Einreibungspräparat Perthisal gehabt, das 10% Schwefel enthält. Er ist der Meinung, daß bei der Schwefelbehandlung der chronisch-rheumatischen Affektionen der Muskeln, Gelenke und Nerven mit Bädern, Einspritzungen und Einreibungen die reine Schwefelwirkung — abgesehen von der unspezifischen Reizwirkung — eine wesentliche Rolle spielt.

Ist die Sympathektomie beim Asthma bronchiale ihren Resultaten nach als berechtigter Eingriff zu betrachten? Von 17 operierten Patienten blieben 8 unbeeinflußt, 2 wurden unwesentlich gebessert, 1 wesentlich gebessert; in 6 Fällen haben die Anfälle aufgehört; die Beobachtungszeit beträgt 2 bis 21 Monate. Nach den bisherigen Resultaten läßt sich noch nicht sagen, in welchen Fällen von Bronchialasthma die Sympathektomie indiziert ist; am ehesten ist vielleicht ein günstiger Erfolg bei den Fällen zu erwarten, bei denen ausgesprochen einseitige Reizerscheinungen des Nervus sympathicus bestehen, wie erweiterte Pupille und weitere Lidspalte, einseitiger Exophtalmus und Hyperhidrose, Hyperaesthesien im Gebiet der entsprechenden Thorakalsegmente.

Nr. 22.

Höchstleistung der Geburtshilfe durch Arbeitsteilung. Sellheim (Leipzig).
Das Blut als Angriffsfläche der ultravioletten Strahlen. v. Schubert (Berlin).
Herpes zoster bei inneren Organerkrankungen. Severin (Breslau).
Tiefgelegene Lipome. Schütz (Leipzig).
* Singultus der Säuglinge. Cohn (Berlin).
Wirkung des Cardiazols bei arterieller Hypotonie beim Bauchtyphus. Stancl (Prag).
Klinische Erfahrungen über die Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Goldpräparaten H th 1347a und Aurophos. Schmidt (Ruppertshain).
Ueber die refraktometrische Methodik der Abderhaldenschen Reaktion. Schnupp (Berlin).
* Die Bluttransfusion in ihrer heutigen Ausführung. Clairmont und Müller (Zürich).
Grundlagen und Ausführung der Behandlung durch Stauung. Löhr (Kiel).
Zur Frage der Lymphangitis scarlatinosa. Rüscher (Heuberg).
Ueber den Einfluß des Hypophysins auf den Magenmechanismus. Elkeles (Berlin).
Wismut als Diureticum. Pavlovic (Belgrad).
Erfahrungen mit Dormalgin-Riedel. Mahling und Kroker (Berlin).

Zum Singultus der Säuglinge. Die Beseitigung von störendem Singultus wird mit Sicherheit durch maximale Entspannung des Zwerchfells — forcierte Exspirationsstellung — erreicht. Man erzielt diese bei Säuglingen am einfachsten durch Auslösung des Schreiaktes.

Die Bluttransfusion in ihrer heutigen Ausführung. In der ausführlichen Arbeit wird als beste Methode die mittelbare Transfusion von unverändertem Blut mit dem Instrumentarium von Kimpton-Brown-Perocy empfohlen. Vor jeder Transfusion ist die Blutgruppenbestimmung nach Moß mit Testseren auszuführen, die absolut zuverlässig vor unangenehmen Zwischenfällen schützt.

Seligmann.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 24, 11. Juni.

Wesen und Bekämpfung der See- und Luftkrankheit. Bruns.
Die Behandlung der Lues mit nativem Spirochätenmaterial, zugleich ein Beitrag zum Immunisierungsproblem der Syphilis. Hilgermann.
Zirkuläre Schlafstörungen nach Encephalitis lethargica. Stiefler.
Hyperventilationsmigräne. Muck.
Hysterischer Anfall, Hyperventilation, epileptischer Krampf. Lange und Guttmann.
Erste Erfahrungen mit dem Scharlachserum der Marburger Behringwerke. Ochsenius.
Differentialdiagnose der ektopischen Schwangerschaft. Koerner.
Wesen der Hämophilie und ihre ursächliche Behandlung. v. Samson-Himmelstjerna.
* Diagnose des Ulcus duodeni mit der Duodenalsonde. Trommer.
Tonsillektomie. Kessel.
Gitapurin. Leusser.
Partagonstäbchen in der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Eppenauer.
Haffkrankheit. Selter.

Diagnose des Ulcus duodeni mit der Duodenalsonde. Beim Ulcus des Duodenum und beim Karzinom am Magenausgang sind mit der Duodenalsonde eine Reihe von Veränderungen feststellbar, bei deren Vorhandensein die Diagnose auf einen geschwürigen Prozeß gestellt werden kann. Der Duodenalsaft enthält beim Ulcus oft freie Salzsäure, er gibt immer saure Reaktion. Es besteht eine ziemliche Schleimabsonderung. In den Schleimköpfen finden sich häufig kleine Blutbeimengungen, die auf jeden Fall mikroskopisch nachzuweisen sind. Beim Karzinom reagiert der bluthaltige Duodenalsaft alkalisch. Schleim und Gallensäure fehlen.

Biberfeld.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 23, 3. Juni 1926.

Das Wesen der für Syphilis charakteristischen kolloiden Reaktionen des Blutserums und des Liquor cerebrospinalis. Epstein.
Kuppenweichschädel beim Neugeborenen. Abels.
Gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft und Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Stiglbauer.
* Wesen und Behandlung des Heufiebers. Hutter.
* Behandlung der Harninfektion. Sternbach.
Chromodiagnostik der Leberfunktion. Faltischek und Krasso.
Tuberkulosefürsorge in Holland. Burkhard.
Kann das im hohen Alter auftretende Ulcus des Magens bzw. Duodenums vom Karzinom unterschieden werden? Finsterer.

Ueber das Wesen und die Behandlung des Heufiebers. Das Heufieber kommt hauptsächlich durch den Reiz zustande, den die im Blütenstaub gewisser Pflanzen enthaltenden Proteine auf die Nasenschleimhaut ausüben. Die Ueberempfindlichkeit der letzteren kann durch Aetzung gewisser Stellen (vorderes Ende der unteren Muschel, Tuberculum septi, Septumschleimhaut) mit Acid. trichloracet. concentr. herabgesetzt werden. Durchführung der Behandlung am besten vor Eintritt der Anfallszeit.

Ein neuer Weg der Behandlung der Harninfektion. Mit interner Verabreichung von Spirozid wurden bei Staphylokokken- und Gonokokkeninfektion der Blase und des Nierenbeckens gute Erfolge erzielt.

Nr. 24, 10. Juni 1926.

Versuch einer Gliederung, Einteilung und Definition der Atemgeräusche von einheitlichen Gesichtspunkten. Winkler.
Streckerschwäche bei Bleiarbeitern. Adler-Herzmark.
Einfluß des Insulins bei krebskranken Menschen. Stühlern.
Fall von Zerfleischung durch Hunde. Schneider.
Die Wirkung der Uterusexstirpation und der künstlichen Menopause. Aschner.
Die Wirkung der Uterusexstirpation und der künstlichen Menopause. Kraul.
Das Wesen der für Syphilis charkteristischen kolloiden Reaktionen des Blutserums und des Liguor cerebrospinalis. Epstein.
* Ueber das Mediastinalflattern. Ewald.

Ueber das Mediastinalflattern. Bei breiter Kommunikation einer Pleurahöhle mit der Außenluft durch Verletzung der Thoraxwand strömt die Luft leichter durch die Wundöffnung als durch die Glottis ein; dadurch Verschiebung des Mediastinum nach der gesunden Seite mit Kompression der gesunden Lunge, wenn das Mediastinum nicht durch chronisch entzündliche Prozesse fixiert ist. Die Bezeichnung Mediastinalflattern stammt von den geringen respiratorischen Bewegungen des Mediastinum bei diesem höchst bedrohlichen Zustand. Therapie: Steckt der perforierende Fremdkörper noch und tamponiert die Wunde, so ist er erst im Operationssaal zu entfernen. Bei großer Wundöffnung Vorziehen der retrahierten Lunge und Fixation an der Brustwand. Bei kleinerer Wundöffnung Lagerung auf die verletzte Seite, Entfernung der Pneumothoraxluft durch Husten und Pressen. Fester Verband mit feuchtem Tuch.

Nr. 25, 17. Juni 1926.

Behandlung des Magen- und Duodenalulcus. Eiselsberg.
* Perorale und intravenöse Methode derCholezystographie. Presser.
Encephalitis lethargica und Epelepsie. Triminakis.
Das Verhalten des Duodenalsaftes nach der Splenektomie, nebst einigen Beobachtungen über die Herkunft des Bilirubins. Simici und Popesco.
Ueber Goldsol. Ehmer.
Können die Heilstätten im Kampf gegen die Tuberkulose mehr leisten? Frisch.
Was versteht man unter Achylia gastrica und wie behandelt man sie? Zweig.

Unsere Ergebnisse mit der peroralen und intravenösen Methode der Cholezystographie. Meist ist die orale Methode der intravenösen gleichwertig, nur bei verzögerter oder unvollständiger Resorption des Kontrastmittels vom Darm aus muß die intravenöse Methode angeschlossen werden. Der diagnostische Wert der Cholezystographie besteht: 1. im Nachweis, daß eine Gallenblase normal ist, 2. daß sie abnorm gelagert ist oder 3. eine abnorme Form hat, 4. in der Darstellung abnormer Wandverhältnisse, 5. Diagnose Zystikusverschluß oder Schrumpfblase, 6. leichterer Nachweis von Konkrementen in der Gallenblase.

Nr. 26, 24. Juni 1926.

Kropf und Kretinismus, endemische Dystrophie. Kutschera-Aichbergen.
Serumtherapie der Bisse durch europäische Vipern. Kraus.
* Klinik des präapoplektischen Tonusverlustes der Gefäße. Kollert.
Kritik der morphogenetischen Analyse eines Falles von angeblicher Inversion des Duodenums. Pernkopf.
Retinitis pigmentosa mit Lungentuberkulose bei drei Brüdern aus Verwandtenehe. Rosenstein.
Die klinische Bedeutung der Konjunktivalinjektion als Salvarsanintoleranzsymptom. Szandicz.
* Ephedrin in der inneren Medizin. Pollak und Robitschek.
Zusammenhang zwischen Verdauungsstörungen und Dermatosen. Ehrmann.
Proteinkörperbehandlung des Diabetes. Singer.
Wie entsteht der Rheumatismus des Klimakteriums und wie ist er zu behandeln? Bauer.
Welche sind die Ausgangsstadien der aktuten Nephritis? Saxl.

Ein Beitrag zur Klinik des präapoplektischen Tonusverlustes der Gefäße. Kurze Zeit vor einem apoplektischen Insult kommt es nach vorhergehenden Angiospasmen im Gehirn zu einem Tonussturz der Gefäße, der sich in der Angabe des Patienten manifestiert, er habe kurz vor dem Anfall alles rot gesehen. Manchmal kann durch sofort vorgenommenen ausgiebigen Aderlaß die Apoplexie verhindert werden.

Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Ephedrins in der inneren Medizin. Ephedrin steht chemisch dem Adrenalin nahe, zeigt ähnliche Wirkungen, jedoch auch bei Verabreichung per os. Längere Wirkungsdauer. Gute Erfolge bei Asthma bronchiale und akuter Kreislaufschwäche. Dosis: Ephedrinum hydrochlor. (Merck) 0,05—0,1.

Pick, Wien.

Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie.

113., 1926, 3./4. Heft.

Die Ausschaltung des vegetativen Nervensystems am Kreislauf. Ganter.
Wirkung des Insulins und des Pituitrins auf den Wasserhaushalt. Koref und Mautner.
Resorptionssteigerung durch Insulin. Koref und Mautner.
Die Einwirkung kortikaler Erregungen auf die Wasserdiurese bei Tieren. Molitor.
Chronische Alkoholvergiftung. Keeser, E. und I.
Amino-N-Untersuchungen im Blute bei experimentell erzeugten Fieberzuständen. Donath und Heilig.
Die Steigerung der Wirkung des Atropinsulfats, Physostigminsalizylats und Pilokarpinchlorids auf das Auge durch Zusatz von Natriumbikarbonat. Dierks.
Antiseptische Wirksamkeit von Merkurisalzen. Keeser.
Pharmakologie der Germaniumverbindungen. Keeser.
Antithyreoidin-Moebius. Geßner.
Pharmakologie der Körperstellung und der Labyrinthreflexe: Coffein. Schoen.

113., 1926, 5./6. Heft.

Pharmakologie der Körperstellung und der Labyrinthreflexe: Hexeton und Cardiazol. Schoen.
Pharmakologie der Körperstellung und der Labyrinthreflexe: Die antagonistische Beeinflussung der Narkose durch Erregungsmittel. Schoen.
Die Gültigkeit des „Alles- und -Nichtsgesetzes der Narkose" für die Wärmelähmung. Mansfeld und Hecht.
Angriffspunkt von Kurare. Hecht.
Konzentration und Wirkung der Narkotika am isolierten Darm. Hecht.
Die myogenen und neurogenen Eigenschaften des Herzens. Somló.
Giftgewöhnung. Hecht.
Krötengift. Geßner.
Ueber die Ursachen der bei Meerschweinchen im akuten anaphylaktischen Shock auftretenden Hyperglykämie. la Barre.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

32., Heft 4.

* Encephalitis epidemica mit Krämpfen im Kindesalter. Glaser.
Neue Strömungen in der Psychologie und ihre pädagogische Bedeutung. Eliasberg.
* Encephalitis des Kindes. Kenches und Saenger.
Die leichte Form des kindlichen Diabetes. Heimann-Trosien und Hirsch-Kauffmann.
Entfettete Frauenmilch bei jungen dekomponierten Säuglingen. Dörholt.

Encephalitis epidemica mit Krämpfen im Kindesalter. Beschreibung von 5 Fällen von epidemischer Encephalitis, die neben dem typischen Schlafsymptom Krämpfe und meningitische Reizzustände aufwiesen: Encephalitis meningitica sin convulsiva.

Ueber Enzephalitis des Kindes. Auf Grund ihres Materials aus den Jahren 1920 bis 1926 werden folgende Merkmale als besonders charakteristisch für das bunte und vielgestaltige Symptomenbild der Encephalitis epidemica bezeichnet:

1. Stammgangliensymptome: Rigor, athetotische Bewegungen, Hypo- und Hyperkinesen, choreatische Bewegungen, Tremor, amyostatischer Symptomenkomplex.
2. Die Schlafsucht und im späteren Verlauf Schlafstörungen.
3. Augenmuskellähmungen.
4. Charakterveränderungen.
5. Der chronisch rezidivierende Verlauf.

Bei atypischem Verlauf bzw. sporadischen Fällen genügt das Vorhandensein von mindestens zwei der genannten Kardinalsymptome, um die Diagnose Encephalitis epid. zu stellen. Gegenüber der klinischen Symptomatologie tritt die Wichtigkeit der bakteriologisch-serologischen Methodik völlig in den Hintergrund, da das Virus der E. ep. noch nicht bekannt ist.

Jahr, Berlin.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

63., Heft 1/2, Juni 1926.

* Chronische Peritonitis im Kindesalter. Bominger.
Beziehungen der einzelnen Bestandteile der Frauenmilch zur Bifidusflora. Schönfeld.
Störung und Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels bei Rachitis und Spasmophilie. Adam.
Die Untersuchung des Czernyschen Phänomens mit Hilfe der Röntgenstrahlen bei Chorea minor. Göttche.
' Ueber einen Augenreflex auf den Hals im frühen Säuglingsalter. Peiper.

Zur chronischen Peritonitis im Kindesalter. Auf Grund von vier eingehend und lange Zeit beobachteten Fällen wird ein Symptomenkomplex der Abdominalerkrankungen im Kindesalter beschrieben, der gekennzeichnet ist durch eine diffuse, sackartige Vergrößerung und Erweiterung des Bauchfells: „Der Sackbauch." Pathologisch-anatomisch konnte in drei der beobachteten Fälle durch Laparotomie eine Serosafibrose festgestellt werden, die als Endzustand einer chronischen, gutartig verlaufenden Peritonitis gedeutet wurde, nachdem mit allen Kautelen der klinisch-experimentellen Diagnostik sowohl eine tuberkulöse Peritonitis als auch eine Polyserositis ausgeschlossen werden konnte.

Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten.
Beiheft 11 zum Jahrbuch für Kinderheilkunde.

* Ueber Enzephalographie im Kindesalter. Th. Brehme.

Ueber Enzephalographie im Kindesalter. Verfasser beschreibt eine relativ einfache Technik, mittels der durch Lumbalpunktion 5—10 ccm Liquor gewonnen werden, worauf die gleiche Menge Luft eingefüllt wird. Nach Erreichung des Anfangsdruckes kann wiederum neuer Liquor abgelassen und durch Luft ersetzt werden. Auf diese Weise werden bei Säuglingen 40—60, bei Kleinkindern 50—80, bei größeren 70—100 ccm Liquor abgelassen und durch Luft ersetzt. Zur

Vermeidung von Druckschwankungen hat das Einlassen der Luft langsam zu geschehen. Bei genau und vorsichtig geübter Technik werden üble Nebenerscheinungen nicht beobachtet. Die Röntgenaufnahmen werden im frontalen und sagittalen Durchmesser aufgenommen und geben richtige diagnostische Fingerzeige, so bei der Diagnose Hydrocephalus, Tumor cebrelis, Hirnsklerose usw. Therapeutisch sollen gewisse Erfolge bei Epilepsie (hauptsächlich petit mal) beobachtet sein. Jahr, Berlin.

Archiv für Verdauungskrankheiten.

38., Heft 3-4, Juni 1926.

Ueber vasomotorische und nervöse Faktoren als Ursachen von Magenkrankheiten. William Kerppola.
Linitis plastica des Magens mit Sanduhrbildung bei einem hereditär-syphilitischen Kinde. J. Strauß.
Die interdigestive Phase des Magens beim Menschen. J. Vándorfy.
Die Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mittels der „Sippykur". J. Schrijver.
Die Regurgitation des Duodenuminhaltes in den nüchternen Magen. Wadim Iwanow.
Gastroskopische Bilder zur Pathogenese und Therapie des Ulcus ventriculi. Roger Korbsch.
Darmendoskopie. L. v. Áldor.
Anazidität. Leo Jarno.

Archiv für klinische Chirurgie.

141., 1. Heft.

Leptothrix-Mykose der Zunge. E. Roedelius und E. Brack.
* Die Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens. S. Rubaschow.
Die Histogenese des Callus. Hans Dieterich.
* Elephantasis der männlichen äußeren Geschlechtsteile. P. Gohrbrandt.
* Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß kurzdauernder Gefäßstielabklemmung auf die Niere. A. Hübner.
Passagestörungen im Duodenum. Ludwig v. Bakay.
Die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration in Gelenkergüssen. C. H. Lasch.
* Die Wirkung schwefelsaurer Magnesia. J. B. Woitaschewski.
* Aether-Oel-Rektalnarkose. S. A. Smirnoff.
Die Entwicklung des Kollateralkreislaufes. Kozo Hirase.
Therapie der chirurgischen Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Histogenese des Tuberkels und der Pathologie der chirurgischen Tuberkulose. Karl Mészàros.
Ueber metastatische Peritonitis. R. Girgensohn.
Die Stirnhöhle. P. Schidlowsky.

Die Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens. Obwohl die Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens verhältnismäßig geringe Beschwerden machen, wird ihre operative Entfernung doch angeraten, da eine maligne Entartung recht häufig eintritt. Besteht Verdacht auf Bösartigkeit, so muß unter allen Umständen operiert werden. Bei der Operation ist selbstverständlich darauf zu achten, daß Vas deferens und Hoden intakt bleiben. Bestehen bereits Verwachsungen mit dem einen oder anderen Organ, so muß es, um Rezidive zu vermeiden, teilweise oder ganz mitentfernt werden.

Elephantiasis der männlichen äußeren Geschlechtsorgane. Verf. versucht die Fälle von Elephantiasis der männl. äußeren Genitalien an Hand eines exakt durchuntersuchten Falles zu klären. Es handelt sich um ein Granulom und chronische herdförmige Entzündung, die sich fast ausschließlich an den die Gefäße und Nerven begleitenden Lymphgefäßen abspielt. Spezifische Bakterien als Entzündungserreger wurden nicht gefunden. Durch operative Entfernung, die als einziges Mittel in Frage kommt, wurde eine bedeutende Besserung erzielt.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß kurzdauernder Gefäßstielabklemmung auf die Niere. Durch temporäre Gefäßstielabklemmung der Niere wird wohl eine Anämie erzeugt, die im pathologisch-anatomischen Sinne nicht als vollständig angesehen werden kann. Dauert die Stielabklemmung nur 10—30 Minuten, so entstehen bei folgender Wiederdurchströmung Kreislaufstörungen. Dieselben werden nicht durch anatomische Gefäßveränderungen hervorgerufen, sondern durch Erweiterung der Kollateralbahnen und Wirksamkeit des nachströmenden Blutes. Ein perirenales Hämatom erfolgt ausschließlich auf traumatischem Wege mit diäretischem Blutcharakter. Als Folgeerscheinungen der Kreislaufstörungen kommen Parenchymschädigungen und reaktive Vorgänge in der bindegewebigen Kapsel vor. Umschriebene Nekroseherde müssen als anämische Infarkte infolge temporären Gefäßabschlusses angesehen werden. Zirkulationsstörungen und Parenchymschädigungen können eine Dauer von 5—6 Monaten erreichen. Besteht die Abklemmung mehr als 20 Minuten, so treten schwere Schädigungen ein. Die funktionelle Schädigung der Niere besteht in Wasserretention und in Erhöhung des Reststickstoffes.

Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen über die Wirkung schwefelsaurer Magnesia. Subkutane Injektionen schwefelsaurer Magnesia geben in den Fällen von Harnverhaltung, welche von Verletzungen und Krankheiten des Rückenmarks abhängen, günstige Resultate, wenn Hindernisse in der Harnröhre fehlen. Der gleiche gute Erfolg wird erreicht, wenn in Fällen der Harninkontinenz, die durch Spasmen in Abhängigkeit von der gesteigerten Erregbarkeit des zentralen Nervensystems bedingt ist, schwefelsaure Magnesia gegeben wird.

Untersuchungsbefunde bei der Aether-Oel-Rektalnarkose. Die Aether-Oel-Rektalnarkotisiermethode führt selbst bei großen Dosen nur in 18,7% zum Schlaf, kann dagegen bei gleichzeitigen Gaben von Morphin bis zur Narkosewirkung in 78,5% gesteigert werden. Nach voraufgegangenem Aether-Oelklystier kann man durch Aether- oder Chloroforminhalationen schon bei geringen Dosen eine tiefe Narkose erreichen. Nach Einführen des Aether-Oelgemisches in das Rektum verflüchtet sich der Aether und dringt im Darmkanal bis zum Blinddarm aufwärts. Die Bauhinsche Klappe dient als physiologische Grenze für das weitere Eindringen des Aetherdampfes. Der Aether tritt aus dem Darmkanal in den Blutkreislauf und zieht durch die Gefäße des Pfortaderbereiches, passiert also die Leber. Das der Leber zuströmende Blut enthält mehr Aether als das von der Leber abfließende. Die Aether-Oelrektalnarkose kann sowohl allgemeine als auch örtliche Komplikationen hervorrufen. Unter den allgemeinen Komplikationen ist an erster Stelle die Paralyse des Atemzentrums zu nennen. Der Aether wirkt ferner als haemolytisches Gift auf das Blut. Die Resistenz der roten Blutkörperchen sinkt, die Haemoglobinmenge aber im Blutplasma steigt. Als örtliche Komplikation ist die Schädigung des Darmkanales, die in Hyperaemie, Schwellung, schließlich in Totalnekrose bestehen kann, zu nennen. Leber und Nieren verfallen bei großen Aetherdosen der Verfettung. Die reine Aether-Oel-Rektalmethode ist also als zu gefährlich abzulehnen. Gohrbandt.

Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie.

24., 2. Heft.

Die anatomischen Auswirkungen mechanischer Wachstumswiderstände. Hugo Maaß.
* Die Kyphosis adolescentium und die Notwendigkeit ihrer Kenntnis in der Unfallbegutachtung. Hermann Watermann.
* Ueber Spondylolisthesis bzw. Präspondylolisthesis. R. Wilhelm.
Beitrag zum Krankheitsbild der kongenitalen Halswirbelsynostose (Kurzhals). Fritz Partsch.
* Ueber den Grad der wiedererlangten Arbeitsfähigkeit nach Frakturen, beurteilt nach der Rentengewährung. Rieger.
* Schädigung. des Nervus ischiadicus durch einen typischen Bewegungskomplex. Franz Kazda.
* Zur Differentialdiagnose von Sarkom und Tuberkulose. — Kriegelenksarkom unter dem Bilde einer tuberkulösen Beugekontraktur. V. Lichtenstein.
* Zur Pathologie und Therapie des Metatarsus varus congenitus. Josef Wolf.
* Nachuntersuchungen über das Ergebnis operativer Behandlung des Hallux valgus. H. Pick.
Eine „Quadriceps-Bandage". Hans von Renesse.

Die Kyphosis adolescentium und die Notwendigkeit ihrer Kenntnis in der Unfallbegutachtung. Die Diagnose Kyphosis adolescentium ist im Adoleszentenalter leicht zu stellen. Schwierig kann sich die Beurteilung des Folgezustandes im späteren Alter gestalten. In allen Fällen gibt die seitliche Röntgenaufnahme eine genügende Handhabe zur Ablehnung eines evtl. angeschuldigten Traumas. Für Unfallbegutachtung ist wichtig, daß Beschwerden bei Adoleszentenkyphosen mit zunehmendem Alter in erhöhtem Maße auftreten auch in Fällen, die niemals ein Trauma erlitten. Behandlung durch Ruhigstellung.

Ueber Spondylolisthesis bzw. Präspondylolisthesis. Beschreibung eines Falles von Spondylolisthesis, dem allmählichen Hinabgleiten des fünften Lendenwirbels über die Oberfläche des Kreuzbeins in das Becken hinein. Unter Hinweis auf die Arbeiten Neugebauers, Chiaris, Breus und Koliskos wird dann auf die Aetiologie der Sp. und auf die große Variabilität an der lumbosakralen Grenze (Lumbalisation, Sakralisation) eingegangen. In den meisten Fällen besteht eine angeborene Anomalie im Bogenbereich des fünften L. W. Den ersten Anstoß zur Entwicklung des Krankheitsbildes gibt gegewöhnlich ein Trauma.

Es folgt die Beschreibung zweier Fälle, deren Symptome einem Krankheitsbild entsprechen, für welches Whitman (New York) die Bezeichnung Präspondylolisthesis vorschlägt wegen der großen Aehnlichkeit mit einer ausgesprochenen Spondylolisthesis. Zum Schluß kurzer Hinweis auf die Therapie.

Ueber den Grad der wiedererlangten Arbeitsfähigkeit nach Frakturen, beurteilt nach der Rentengewährung. Das Heilungsresultat ist in dieser Statistik nicht besonders gut. Rasche Wiederherstellung ohne Rente nur in wenigen Fällen. Die Mehrzahl der Unfallpatienten hat nach geraumer Zeit die volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangt.

Schädigung des Nervus ischiadicus durch einen typischen Bewegungskomplex. Verf. beobachtete in 5 Fällen, daß der Bewegungskomplex extremer Beugung des Rumpfes bei durchgestreckten Beinen geeignet erscheint, Schädigung am Hüftnerv durch den Mechanismus der Dehnung zu setzen.

Prognose dieser Dehnungsschäden günstig.

Therapie: Vermeidung der zur Dehnung führenden Bewegung.

Zur Differentialdiagnose von Sarkom und Tuberkulose. — Kniegelenksarkom unter dem Bilde einer tuberkulösen Beugekontraktur. Ein zentrales Sarkom der unteren Femurdiaphyse, welches das klinische Bild einer typischen tuberkulösen Kniegelenksentzündung zeigte.

Zur Pathologie und Therapie des Metatarsus varus congenitus. Beim Metatarsus varus cong. ist das Fersenbein in toto nach außen abgewichen. Diese Stellungsabweichung des Kalkaneus erklärt alle übrigen Knochenverschiebungen und ist als das Primäre der gesamten Positionsänderung anzusehen.

Therapie: Exkochleation des Kuboids mit direkt anschließendem Redressement und redressierendem Gipsverband zeitigte gute Erfolge.

Nachuntersuchungen über das Ergebnis operativer Behandlung des Hallux valgus. 44 Nachuntersuchungen, welche teils nach Ludloff, teils nach Hohmann, teils nach einer Kombination dieser beiden Methoden operiert wurden. Resultate dieser drei Verfahren ausgezeichnet. Die einfache Abmeißelung der Exostose scheint keine guten Resultate zu ergeben.

Dr. Stimming.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 18.

Eine kongenitale Cyste paraurethraler Entstehung. Ottow.
Harnröhrenplastik. v. Lehoczky-Semmelweis.
Blasen-Scheidenfisteloperationen nach Art der Bassinischen Aponeurosenplastik. R. Freund.
Gestieltes Fibromyxom der Harnblase. Saturski.
Kritisches zur Behandlung der postoperativen Ischurie. Gragert.
* Blasenschädigung durch Urotropin. Gragert.
Blasenschädigungen durch Bromnatrium bei Cystoradiographie. Ottow.
Cystitis gangraenosa dissecans. Lemperg.
Ein Fall von Cystitis gangränosa im Wochenbett. Karlin.
Ureterzange. Küstner.
Ueber Ureterinsuffizienzprüfung in der Schwangerschaft. Frommolt.

Blasenschädigungen durch Urotropin. Der therapeutische Nutzen des Urotropins bei Cystitiden, Cystopyelitiden und postoperativen Ischurien liegt weniger in der keimtötenden Kraft des abgespaltenen Formaldehyds, als in der Anregung zur vermehrten Diurese, der „Blasenspülung von innen heraus". Andererseits ist der chemische Reiz des Formaldehyds auf die Blasenwand nicht selten so heftig, daß Blasenwandschädigungen resultieren. Diese äußern sich in Hämaturien und lästigen Blasentenesmen. An Hand von 3 Fällen stellt Verf. fest, daß bei Angioneurosen geradezu eine Idiosynkrasie gegen Urotropin besteht. Ebenso ist im eklamptischen und posteklamptischen Zustand größte Vorsicht in der Urotropin-Medikation geboten. Auch bei mechanisch und entzündlich geschädigter Blasenwand kann durch Urotropin-Ueberdosierung Blutharnen und Blasentenesmus ausgelöst werden.

Nr. 19.

Hämorrhagische Infarzierung des Uterus und der Adnexe durch Aorten-Thrombose. Danisch.
Chemische Altersveränderungen der Placenta. Bienenfeld.
* Die Behandlung des septischen Puerperalfiebers durch große Mengen Alkohol per os. Küstner.
Histologischer Befund und Prognose beim Collumkarzinom. Plaut.
* Verwachsungen in der Cervix uteri nach Curettagen. Wolff.
Die konservative Drainage des fieberhaften Abortus. Schwarz.
Ueber fortschreitende Schwangerschaft trotz Uterusausräumung usw. Weißenberg.
Zur „Statistik des legalisierten Abortus". Niedermeyer.
Zur Technik des Trachealkatheterismus. Zorn.
Zur Vermeidung des Abreißens der Eihäute. Brock.

Die Behandlung des septischen Puerperalfiebers mit großen Mengen Alkohol per os. Die Resultate der Sepsisbehandlung mit intravenös injizierten chemischen Präparaten oder Seris sind in vielen Fällen nicht zufriedenstellend. Auch die protrahierten Aether- oder Narcylen-Narkosen nach Philipp bedingen eine Schwächung des Gesamtorganismus und vermögen nur für wenige Stunden die Zahl der im Blute kreisenden Bakterien herabzudrücken. Der vor Jahren von Runge vorgeschlagene Weg wird erneut in Erinnerung gebracht: Oft gelingt es, durch große Mengen von Alkohol (1 bis 1½ Flaschen Portwein und ½ Flasche Kognak täglich) das Fieber in kurzer Zeit zum Abklingen zu bringen und die Schüttelfröste ganz zu unterdrücken. Verf. berichtet über einige gute Resultate, selbst bei verzweifelten Fällen nach wochenlangem Krankenlager mit täglichen Schüttelfrösten. Ausgesprochene Mißerfolge waren nur da zu verzeichnen, wo a priori starke Abneigung gegen den Alkoholgenuß mit Erbrechen der zugeführten Alkoholmengen bestand. Hier ist rektale Einverleibung (Kognak mit Ei und Haferschleim) zu versuchen.

Verwachsung der Cervix uteri nach Curettagen. Daß gelegentlich als Spätfolgen einer scharfen Curettage Verwachsungen im Uterus, und zwar seltener im Cavum als in Höhe des inneren Muttermundes vorkommen, ist eine bekannte Tatsache, an die an Hand von 3 Fällen erinnert wird. In jedem ätiologisch unklaren Fall von Dysmenorrhoe nach vorangegangener Abrasio denke man an Narbenstenosen, postoperative Synechien und Atresien. Daß solche Fälle relativ selten sind, ist nach Ansicht des Verf. in erster Linie der leichten Nachblutung aus dem Uterus zu verdanken, die die Wundflächen auseinander hält. Man kann also über den Wert oder Unwert der Uterustamponade nach Abrasio und Kürettage geteilter Meinung sein.

Nr. 20.

Diagnostische Erfahrungen mit der Interferometrie. Runge.
Bemerkungen zur Temesvaryschen Arbeit über den Einfluß des Thymusextraktes usw. Knaus.
Zur Physiologie der Tube. v. Mikulicz-Radecki und Nahmmacher.
Gemini papyracei bei Drillingsschwangerschaft. Wolff.
* Ueber intravenöse Pituglandol-Injektionen. Zorn.
Verblutung im 8. Schwangerschaftsmonat inf. Ruptur eines Aneurysmas der Milarterie. Saenger.
Ueber den Mechanismus der Zentralrupturen. Sachs.
Vaginales Operieren. Pfeilsticker.
Zur Technik der Uterusscheidentamponade. Beruti.
Zur Methode der Prüfung der Tubendurchgängigkeit nach Ott. Lemperg.

Ueber intravenöse Pituglandol-Injektionen. 0,25 ccm Pituglandol intravenös ruft in der zweiten Schwangerschaftshälfte eine 1 bis 15 Minuten, manchmal 10 bis 15 Minuten anhaltende, für Mutter und Kind ungefährliche Uteruskontraktion hervor, auf die manchmal noch weitere Wehen von kürzerer Dauer folgen.

Injiziert man in den ersten Graviditätsmonaten 1,0 ccm Pituglandol intravenös, so wird ebenfalls eine 1 bis 5 Minuten anhaltende Uteruskontraktion erreicht. Durch den so hervorgerufenen Konsistenzwechsel wird eine Frühdiagnose der Schwangerschaft und die Differentialdiagnose gegenüber dem Uterus myomatosus ermöglicht. Bei Frühgeburt und Abortus wird die digitale und auch die instrumentelle Ausräumung durch vorherige Injektion von 1 ccm Pituglandol intravenös infolge Verkleinerung und Wandversteifung des Uterus erleichtert. Bei verzögerter Austreibungszeit intra partum mit schon sichtbarem Kopf tun 0,25 bis 0,5 ccm P. gute Dienste, ebenso empfiehlt sich der Gebrauch des Mittels bei Atonien und prophylaktisch bei Kaiserschnitten und bei kompletten Uterusrupturen sub partu. Bei intravenösen Gynergeninjektionen wird gelegentlich noch bessere Wirkung zu beobachten sein.

Nr. 21.

Zur Physiologie der Tube. 4. Mitteilung: Röntgenographische Darstellung usw v. Mikulicz-Radecki, Nahmmacher und Lueg.
* Ovarialveränderungen bei Menstruationsanomalien. Hartmann.
Primäres Hymenalkarzinom. Cerich.
Zur Frage der ektopischen Decidua. Brakemann.
Scheidendammspaltung zur Verhütung von Prolapsen. C. Bukura.
Eine seltene Abtreibungsverletzung. Schreiner.
Bemerkung zum Artikel v. Rißmann. Löwenstein.
Ueber Staphylo- und Strepto-Yatren in der Behandlung der puerperalen Infektionen. Scherer.
Ueber die Blutungszeit bei gynäkologischen Erkrankungen. Bock.
Beitrag zur Therapie der Metropathia hämorrhagica. Bakscht.

Ovarialveränderungen bei Menstruationsanomalien, hervorgerufen durch chronische Infektionskrankheiten. 8 Fälle von Lungentuberkulose und 2 Fälle von Endocarditis lenta im Alter zwischen 20 und 38 Jahren zeigten Menstruationsanomalien mit Sistieren der Menses von 5—18 Monaten. Die schematische histologische Untersuchung der Ovarien ergab eine Hemmung resp. Verzögerung der Follikelreifung. Die Uterusmukosa zeigt bei solchen Fällen das Bild des gewöhnlichen Intervallstadiums. Diese Erscheinungen glaubt Verf. ätiologisch auf die durch die Grundkrankheit bedingte Kachexie zurückführen zu dürfen.

Nr. 22.

Ueber Züchtungsversuche der menschlichen Placenta in vitro. Guggisberg und Neuweiler.

Zur Erklärung der peripheren Blutdrucksteigerung in der Schwangerschaft und bei der Eklampsie. Louros.
Gasbrandembolie nach Abortus. Straßmann.
Inkarzeration eines graviden retroflektierten Uterus im 2. Monat mit Ileuserscheinungen. Graff.
Ist die sekundäre Dammnaht empfehlenswert oder nicht? Brandeß.
Eklampsie und Kalzium. K. F. Schultze.
Bemerkungen zu Cukors Aufsatz über Blutsenkungsgeschwindigkeit. Grosz.
Zur Arbeit v. Hellendall über Lobelin-Ingelheim. O. Lang.
Zur Frage über den Einfluß des Koitus auf den vorzeitigen Abgang von Fruchtwasser und den Verlauf des Kindbetts. Luibimowa.
Zur Frage der spontanen Entstehung der Fistula cervikovaginalis und der Portio vaginalis-Abriß bei Aborten und Geburten. Si in.

Nr. 23.

Interferometrische Untersuchungen. 2. Mitteilung. Runge.
Zur Frage der Sterilisierung bei perniciosaähnlicher Graviditätsanämie. Reist.
Ueber Endometriumverfettungen außerhalb der Geschlechtsreife. Hartmann.
Primäres Tubenkarzinom. Beck-Breslau.
* Ueber die Möglichkeit, mit der Aortenkompression Schaden zu stiften. Haselhorst.
Dicephalus dibrachius tripus. v. zur Mühlen.
* Einiges über Nachgeburtsblutungen und ihre Behandlung.
Nochmals zur Frage der Gefährlichkeit von Lobelin für Neugeborene. Mennet.
Zur Eileitereinpflanzung. Kiparsky.
Weitere Erfahrungen mit der Tubendurchblasung. Mandelstamm.

Ueber die Möglichkeit, mit der Aortenkompression Schaden zu stiften. Schädigungen mit dem Aortenkompressorium, dem Rissmannschen und dem Haselhorstschen Modell, anzurichten ist nach Ansicht des Verf. nur möglich bei erheblicher Ueberschreitung des für die Kompression erforderlichen Drucks. Am leichtesten ist eine Druckschädigung des vegetativen Nervensystems mit Kollapserscheinungen denkbar. Seltener sind schon direkte Druckschäden an den Venen und Lymphgefäßen des Mesenteriums und des retroperitonealen Raumes. Bei ganz exorbitanten Drucksteigerungen sind erst Schädigungen des Magens, des Darmes oder des Pankreas zu befürchten. Ein Kompressorium soll nicht wahllos, sondern nur bei indizierten Fällen angelegt werden.

Einiges über Nachgeburtsblutungen und ihre Behandlung. Cervixrisse nach Spontangeburten können zu Nachgeburtsblutungen Veranlassung geben. Als Behandlung kommt für den Praktiker die Naht des Risses in Betracht, evtl. nach vorherigem Abklemmen der Parametrien mit der Henkelschen Klemme. Für dies Verfahren, das auch in der Praxis jederzeit gut ausführbar ist, wird der Name „Vaginales Abklemmen der Uterinae“ in Vorschlag gebracht.

Nr. 24.

Die Ninhydrinflockungsprobe bei Schwangeren. Vogel.
Beitrag zur Virulenzfrage der Streptokokken. Paake.
Streptokokkenserotherapie und Blutbild. Lehfeldt.
Ueber multiples Krompechersches Karzinom der Vulva mit ausgedehnter Elephantiasis. Temesvary.
Bemerkung zum Aufsatz Remmelts: Konstitution und Geburt im späteren Alter. Lundh.
Schwangerschaftsunterbrechung und Strafrechtsform. Niedermeyer.
Ein Fall von Schwangerschaft bei bestehender Amenorrhoe. Flory.
Ueber Uterusperforation. Buschmann.
Zur Prüfung der Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit bei gynäkologischen Erkrankungen. Iwanow.

Nr. 25.

Ueber den Fibrillengehalt in Uterusschleimhäuten bei klinisch-diagnostizierter Genitalunterfunktion. Wermbter.
* Ist die Geschlechtsvoraussage nach Lüttge-Mertz-Sellheim möglich? Slotta.
* Der Hocksitz in der Nachgeburtsperiode. Heusler.
Ueber Osteogenesis imperfekta. Götz.
Ueber eine seltene Art von Geburtsschädigung und deren Folgen. Bettmann.
Ueber einen Fall von monamniotischen Zwillingen. Bihler.
Bemerkungen zum Aufsatz von Löwe über Inkretzubereitung. Fellner.
Beitrag zur Therapie der Tubargravidität. Mandelstamm.
Der Kermaunersche Untersuchungsreflex bei Gebärenden. Galant.
Zur Behandlung verhakter Zwillinge. Gehse.

Ist die Geschlechtsvoraussage nach Lüttge-Mertz-Sellheim möglich? An umfangreichem Zahlenmaterial wird nachgewiesen, daß die serologische Geschlechtsvoraussage auf Grund des von Lüttge und v. Mertz angegebenen Verfahrens theoretisch und praktisch unmöglich ist.

Der Hocksitz in der Nachgeburtsperiode. Der Blutverlust in der Nachgeburtsperiode ist beim Hocksitz erheblich größer als in der Rückenlage. Spätatonien kann auch der Hocksitz nicht verhindern. Vielleicht wird durch die Hocksitzmethode eine etwas raschere Lösung der Plazenta erreicht. Das starke Müdigkeitsgefühl nach der vorangegangenen starken Muskelarbeit bei der Geburt nötigt meist, die unbequeme Hockstellung mit der liegenden zu vertauschen. In der Leitung der Nachgeburtsperiode scheinen nach den Erfahrungen des Verf. die alten Methoden mindestens ebensogut, wenn nicht besser zu sein als die neuerdings empfohlene Hockstellung.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Wochenschrift.

82., Nr. 25, 19. Juni 1926.

Beitrag zur Frage des Schweißdrüsennaevus. Paul Balog.
* Ueber einen Fall von gleichzeitigem Auftreten eines Erythema exsudativum multiforme und Erythema nodosum mit atypischer Lokalisation. L. S. Sirota.
* Die ultravioletten Strahlen in der medizinischen Diagnostik. Hans Lewin.

Ueber einen Fall von gleichzeitigem Auftreten eines Erythema exsudativum multiforme und Erythema nodosum mit atypischer Lokalisation. Die Aetiologie des Erythema multiforme und nodosum ist noch umstritten. In diesem Falle scheint eine dem Ausbruche unmittelbar vorausgegangene Grippe bzw. Angina follicularis die Ursache abgegeben zu haben.

Die ultravioletten Strahlen in der medizinischen Diagnostik. Durch Verbindung eines Ultraviolett-Dunkelglasfilters mit der Quarzlampe gelang es ein diagnostisches Instrument herzustellen, das Veränderungen auf der Haut besonders deutlich erkennen läßt. Ekzematöse Stellen erscheinen bläulich-weiß fluoreszierend und es lassen sich Hautstellen als erkrankt nachweisen, an denen bei gewöhnlicher Betrachtung nichts krankhaftes zu erkennen ist.

82., Nr. 26, 26. Juni 1926.

* Zehn Jahre Cignolin und seine therapeutische Verwendung in der Dermatologie. Galewsky.
* Bekämpfung der Framboesia tropica mit Salvarsan. Ch. W. F. Winckel.
Ein Ausblick auf die Bekämpfung der Syphilis. Ernst Delbanco.

Zehn Jahre Cignolin und seine therapeutische Verwendung in der Dermatologie. Cignolin hat sich weiter als eins der besten neueren Mittel bewährt. Es entfaltet seine Hauptwirksamkeit bei Psoriasis, bei der es auch auf dem Kopfe angewendet werden kann, ferner bei Pityriasis rosea, mykotischen Erkrankungen der Haut, seborrhoischem Ekzem, Lichen chronicus und ruber, Alopezia areata.

Bekämpfung der Framboesia tropica mit Salvarsan. Nachdem sich die ausgezeichnete Wirkung des Salvarsans auf die Framboesie herausgestellt hatte, wird versucht, dadurch eine allgemeine Bekämpfung der Krankheit zu bewirken. Die Kranken werden durch mehrsprachige Plakate mit Abbildungen von Kranken vor und nach der Behandlung auf die Bedeutung des Leidens aufmerksam gemacht und zu den Einspritzungen veranlaßt. Wenn auch nicht immer völlige Heilungen erzielt werden, besonders da die Kranken nach dem Schwinden eines großen Teils der Erscheinungen schon nach einer Einspritzung verschwinden, so kommen doch die Geschwüre mit ihren großen Mengen von Spirochaeten zur Ueberhäutung und es wird die Gefahr der Weiterverbreitung beseitigt.

Ernst Levin, Berlin.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.

17., Heft 2, 1926.

Physiologisch-biologische Basis der psychischen Regulation. P. v. Monakow.
Ueber induzierte Veränderungen des „Tonus“. Kurt Goldstein.
Anatomische Untersuchungen über die zentralen akustischen Bahnen beim Menschen auf Grund des Studiums sekundärer Degenerationen. Itsuki Nagino.
Die fünf Bautypen der Großhirnrinde. C. v. Economo.
Ueber den Antagonismus zwischen der „parkinsonistischen“ Mikrographie und der cerebellaren Megalographie. Marco Petitpierre.
* Die hepato-lentikuläre Degeneration. I. van Mahaim.
Die ekto-mesodermale Barriere des Hirns im normalen und pathologischen Zustande mit besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie und Epilepsie. F. de Allende-Navarro.

Die hepato-lentikuläre Degeneration. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die drei Typen: Wilsonsche Krankheit, Pseudosklerose, Torsionsspasmas sind unter eine gemeinsame Benennung zusammenzufassen. Sie haben ein wesentliches und konstantes Kennzeichen: das Zusammentreffen von gleichzeitigen schweren Läsionen der Leber und des Corpus striatum. Athetotische Bewegungen erscheinen nach destruktiven Herdläsionen des Palladium, ohne daß man daraus schließen könnte, daß diese Läsionen allein die Pathogenese ähnlicher unwillkürlicher Bewegungen ausmachen. Das Vorhandensein einer Pseudosklerose ohne Lebercirrhose ist nicht bewiesen. Man erzeugt primäre Läsionen der Leberzellen durch Alkoholinjektionen in die Gallengänge. Primäre und chronische Läsionen der Leber beim Hunde rufen allgemeine und schwere Läsionen der Nervenzellen des Hirns, etwas weniger ausgesprochene Veränderungen in den Zentralganglien als in der Hirnrinde hervor. Primäre und chronische Läsion der Leber beim Hund rufen besondere Läsionen an Gefäßen und Neuroglia der Zentralganglien, besonders des Nucleus caudatus und des Thalamus hervor; solche Alterationen sind in der Rinde unbedeutend, aber schon einen Monat nach Beginn der Leberläsion erkennbar. Diese Experimente machen es wahrscheinlich, daß bei der hepato-lentikulären Degeneration die Leberläsion das Primäre ist. Dabei ist die Aetiologie dieser Leberveränderung unklar.

18., Heft 1, 1926.

* Biologisches und Morphogenetisches über die Microcephalia vera. Viermonatiger echter Mikrocephalus mit einem Hirngewicht von nur 25 g. C. v. Monakow.
Zur Methodik der Sensibilitätsprüfung an Zähnen. Untersuchungen über die Empfindlichkeit des gesunden Dentins und des intakten Zahnes auf Wärmeeinwirkung. Max Spreng.
Ekto-mesodermale Barriere des Hirns in normalem und pathologischem Zustande mit besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie und Epilepsie. F. de Allende-Navarro.
Anatomische Untersuchungen über die zentralen akustischen Bahnen beim Menschen auf Grund des Studiums sekundärer Degenerationen. Itsuki Nagino.
Behandlung der paranoischen und paranoiden Zustände nach Adolf Meyer. Henri **Flournoy.**
Chronische Asthenie und Demenz. R. Benon.
* Verfolgungswahn bei Blinden. J. Sanchis Banús.

Biologisches und Morphogenetisches über die Microcephalia vera. Das vom Verf. beschriebene menschliche Geschöpf mit dem winzigen Hirngewicht von 25 g (im Alter von 4 Monaten), wovon die Hälfte auf den Hirnstamm fallen dürfte, konnte 4 Monate am Leben erhalten werden, während welcher Zeit das Gehirn sich weiter entwickelte. Ein relativ so langes Leben läßt sich nur dadurch erklären, daß die für das Leben in der unmittelbaren Gegenwart wichtigen Gebiete des Hirnstamms (Hirnstamm und besonders die Oblongata) ziemlich normal, wenn auch in reduziertem Format, sich entwickelt hatten, ja in einzelnen ihrer Bestandteile eine Reife namentlich in bezug auf die Myelinisation erreichten, die sogar über diejenige eines gesunden 4 monatigen Kindes hinausging. Es geschah dies wohl auf Kosten der neoencephalen resp. kortikalen Groß- und Kleinhirnflächen. Das mikrocephale Kind, das praktisch gleichzeitig großhirn- und kleinhirnlos war, verfügte über einen relativ gut entwickelten, phylogenetisch alten Hirnstammappärat und über ein normales Rückenmark. Das Geschöpf war trotz des gewaltigen Hirndefektes keineswegs aller Instinkte bar.

Verfolgungswahn bei Blinden. 2 Fälle von paranoiden Reaktionen im Gefolge von Erblindung werden mitgeteilt. Im ersten Falle spielte die Blindheit zweifellos eine wichtige Rolle für die Fixierung und den Verlauf der Haftpsychose; sie trug dazu bei, daß der Kranke die äußere Realität nur sehr ungenügend auffassen konnte. Im zweiten Fall war die Kranke zwar immer eifersüchtig, der Ausbruch der Psychose war aber zweifellos durch die Erblindung verursacht, welche die klare Auffassung der äußeren Realität verhinderte und der wahnhaften Deutung den größten Spielraum ließ. In beiden Fällen spielte die prämorbide Persönlichkeit der Kranken eine wichtige Rolle für den Verlauf der Psychose. Jedenfalls vermag die Blindheit einen wichtigen psychogenen Faktor für die Entwicklung paranoider Reaktionen zu bilden. Wie bei dem „Verfolgungswahn der Schwerhörigen“ (Kraepelin) und dem „Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten“ (Allers) wirkt die Blindheit offenbar insofern pathogen, als sie die Kranken an der richtigen Erfassung der äußeren Realität hindert und den wahnhaften Deutungen Vorschub leistet.

Kurt Mendel, Berlin.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70., Nr. 25, 19. Juni 1926.

* Untersuchung verschiedener Methoden der aktiven Immunisierung gegen Diphtherie. Aldershoff.
* Der Gebrauch von punktalen und Doppelabstandsgläsern. Verwey.
* Eine verkannte Folge der Appendectomie in Beziehung zur Funktion der Valvula Bauhini. Harrenstein.
* Verhütung der Dementia paralytica. Mulder.
Ein Fall von drittem Ureter mit extravesikaler Mündung. van Ramshorst.

Untersuchung verschiedener Methoden der aktiven Immunisierung gegen Diphtherie. Das Reichsseruminstitut zu Utrecht tritt der Frage näher, ob für die Immunisierung des Menschen gegen Diphtherie das unterneutrale Toxin-Antitoxingemisch „Tau“ jetzt durch ein Anatoxin (welches ein Toxin ist, das durch Formalin wohl seine Giftigkeit, nicht aber seine Immunisierungskraft eingebüßt hat) zu ersetzen wäre. Aus den Untersuchungen ergab sich, daß das Anatoxin Ramon, in so starker Verdünnung gegeben, daß keine unspezifische Reaktion störend wirkt, nur ungenügend immunisiert. Dagegen stellt das „Ananti“ einen fast proteinfreien Impfstoff gegen Diphtherie dar, der keine unspezifische Reaktion macht. Die Zeit, die nach der Immunität nach Impfung mit Ananti entsteht, ist ebensolang wie nach Impfung mit Tau. Durch größere Dosen kann diese Zeit wahrscheinlich ebenso kurz gemacht werden wie nach Impfung mit gewöhnlichem Antitoxin Ramon. Da größere Gaben ungefährlich sind, ist die Möglichkeit gegeben, daß beim Menschen durch eine Impfung genügende Immunität erzielt werden kann, was bei Anwendung der aktiven Immunisierung ein großer Vorteil sein würde.

Der Gebrauch von punktalen und Doppelabstandsgläsern. Durch richtige Konflexur der Brillengläser kann die Unreinheit der Bilder der Randteile der Linsen aufgehoben werden. Die Deviation kann nicht aufgehoben, wohl aber vermindert werden. Diese Deviation ist von großer praktischer Bedeutung, denn sie ist die Ursache von Scheinbewegung, falscher Orientierung und Veränderung der Perspektive. Die Scheinbewegung wird verursacht durch Einstellungsbewegung des Kopfes, nicht durch Blickveränderung.

Doppelabstandsgläser müssen fünf Forderungen erfüllen: 1. Für die Entfernung: keine Unschärfe der Bildgebung; 2. Keine Deviation; 3. Für die Nähe: keine Unschärfe; 4. Keine Deviation; 5. Keine Richtungsveränderung eines Hauptstrahls bei Ueberschreitung der Scheidungslinie.

Zwischen Punkt 4 und 5 besteht ein unüberbrückbarer Gegensatz, Punkt 4 ist aber wichtiger. Die Hauptklage der Träger von Doppelabstandsgläsern ist die scheinbare Vergrößerung und das Näherheranrücken der Gegenstände, wenn sie durch die refraktionsvermehrende positive Linse gesehen werden. Dieser Klage kann durch Veränderung in der Struktur des Glases nicht abgeholfen werden, sondern sie kann nur allmählich verringert werden durch Erfahrung des Trägers.

Eine verkannte Folge der Appendektomie in Beziehung zur Funktion der Valvula Bauhini. Nur beim Menschen und den anthropoiden Affen besteht ein besonderer Bau der Uebergangsstelle von Dünn- und Dickdarm. Bei Füllung des Colon ascendens entsteht automatisch ein besonderer Abschluß gegen Rücktreten des Coloninhalts in den Dünndarm, möglicherweise eine Anpassungserscheinung an die aufrechte Haltung.

Die anatomischen Verhältnisse der Ileocoecalgegend zeigen aber bei den Menschen wichtige Unterschiede, Variationen in der Entwicklung dieses Darmgebiets. Die Valvula Bauhini ist in einem Teil der Fälle so konstruiert, daß es nicht zur mechanischen Abschließung kommt. Ferner ist die Lage der Appendixeinmündung ins Coecum in bezug auf die Valvula sehr verschieden. Diesbezüglich wird der Beweis versucht, daß bei hierfür günstiger Lage des Appendix durch die operative Versorgung des Appendixstumpfes bei der Appendektomie eine Verbesserung der mechanischen Funktion der Valvula entstehen kann.

Die Erscheinungen der sog. primären chronischen Appendicitis stimmen überein mit den Krankheitserscheinungen, die bei Valvulainsuffizienz zu erwarten sind. Demnach kann die Wiederherstellung der Gesundheit nach Appendektomie sowohl die Folge der Entfernung des kranken Organs, als auch die Folge der besseren Wirkung der Valvula nach Appendixstumpfversorgung sein. Die Fälle überraschender Genesung nach Entfernung von Appendices, die völlig normal sind oder nur äußerst geringe Veränderungen zeigen, sind in Zukunft nicht mehr durch Suggestion zu erklären, sondern durch gebesserte Funktion des Klappenmechanismus.

Verhütung der Dementia paralytica. Die Hoffnung, durch verbesserte Diagnosenstellung, vor allem aber durch kräftigere Behandlung die postluetischen Erkrankungen in Zukunft auszuschalten, hat getrogen. Fast alle Länder berichten über eine Zunahme dieser Erkrankungen, sowohl in den alten Kulturstaaten als in den frisch zivilisierten. Für die Tropen wird das Problem nun immer dringender. Die spezifische Behandlung ist machtlos, nur durch Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus, Malariainfektion, ist Besserung zu erzielen. Allerdings bleibt die Syphilis der Malariabehandelten die alte, nur die Erscheinungen sind gebessert. In Ländern, die die spezifische Intensivbehandlung treiben, manifestiert sich die Paralues viel häufiger, als unter Verhältnissen, in denen nichts gegen die Krankheit unternommen wird. Die Haut als immunisierendes Organ spielt gewiß eine wichtige Rolle, es ist aber unrichtig, daß in den Tropen sich immer und durchaus die Lues als ernste Hautaffektion zeigt. Der Autor sah in Niederländisch Indien die Syphilis sehr oft nach der ersten Generalisation nie wieder Hauterscheinungen machen. Die atmosphärischen Hautreize, die die Eingeborenen erleiden, wirken als Verteidigungsmaßnahme, es kommt nicht zu Hautmanifestationen und das Nervensystem bleibt dennoch frei. Die natürliche Malariainfektion schützt nicht vor Metalues, denn sie wird in frühester Jugend erworben, während die Paralyse doch eine Krankheit des reifen Alters ist. Nicht die natürliche, sondern die künstliche Malariainfektion erlöst den Paralytiker (nicht von den Spirochäten), sondern von seinen klinischen Erscheinungen. Im ganzen steht der Autor auf dem Standpunkt, daß die Syphilis nur eine nebensächliche Rolle beim Entstehen der Metalues spielt. Im Vordergrunde steht das Milieu, die unhygienische Lebensweise, der Abusus von Genußgiften. Das Virus nerveux von Leviditi lehnt er ab, er polemisiert gegen Nonne, der dem Milieu nur eine untergeordnete Bedeutung zuerkenne. Die Paralytiker, die Verfasser unter den Eingeborenen in Indien fand.

waren alle schon zivilisiert oder halbzivilisiert, er weist auf die große Bedeutung des genauen Studiums der Anamnese hin, wodurch man oft mehr zur Lösung des Paralyseproblems beitragen könne, als durch die Laboratoriumsuntersuchungen, worauf er eine Krankengeschichte eines erfolgreich malariabehandelten Paralytikers mitteilt.

Für die indische Bevölkerung bestehen zwei große Gefahren: Die Zivilisation mit ihrem Abusus an Rauschgiften usw. und die systematische Salvarsanbehandlung. (Autor läßt eine der hoffnungsvollsten neueren Erklärungs-Hypothesen: Weitgehende Veränderung der Pallida während ihres Aufenthaltes im Organismus, chemische Anpassung der lipoidhaltigen Spirochäten an das lipoproteidhaltige Zentralnervensystem unerörtert. Ref.)

Kurt Heymann, Berlin.

Acta Medica Scandinavica.

63., Heft 5/7, 27. Mai 1926.

* Nieren-Insuffizienz beim Coma diabeticum. Salomonsen und Harboe.
* Ueber die perorale Adrenalinwirkung. Brems.
Die Bestimmung reduzierender Substanzen im Blute. Jonsell, Jorpes und Sikström.
* Studien über den Stoffwechsel bei perniziöser Anämie. Becker.
* Die Diphtheriebehandlung von 1921—1925. Hecksher.
Ueber verschiedene Formen der Niereninsuffizienz. Kerppola.
Beobachtungen über zwei Fälle von Blasenbildung der Schleimhäute bei Magen-Darmstörungen. Lunding.

Nieren-Insuffizienz beim Coma diabeticum. Es gibt zwei Formen des Coma diabeticum: die häufigste Form ist durch Bildung von Ketonkörpern gekennzeichnet, und eine seltenere Form, die ohne jede nachweisbare Erhöhung der Ketonämie einhergeht. Die Nieren-Insuffizienz beim Coma diabeticum kann die Ausscheidung von Acet-Essigsäure im Urin verhindern, trotzdem eine Hyperketonämie besteht. Ein Fall wird dafür angeführt, wie die Nieren-Insuffizienz wahrscheinlich durch die Hyperglykämie hervorgerufen wird.

Ueber die perorale Adrenalinwirkung. Es werden Untersuchungen erörtert, welche beweisen, daß genügend große Adrenalingaben eine deutliche resorptive Blutzuckerwirkung haben.

Studien über den Stoffwechsel bei perniziöser Anämie. Die N-Bilanz wurde bei 8 Patienten mit perniziöser Anämie in verschiedenen Stadien während 15—90 Tagen untersucht. Meistens zeigte sie sich positiv. War sie negativ, läßt sich dies durch Fieber, mangelhafte Nahrungs- oder Eiweißzufuhr, oder durch eine rasche Verminderung des Eiweißgehaltes der Kost erklären. Nur in 2 Fällen war während kürzerer Perioden die Möglichkeit vorhanden, daß ein gesteigerter Blutzerfall zu der negativen N-Bilanz beitrug.

Bei 12 Grundumsatzversuchen an 7 Patienten wurde gleichzeitig die im Harn ausgeschiedene N-Menge bestimmt. Der Anteil des Stickstoffes an der Verbrennung hielt sich in den Grenzen der Norm, 9—18,5, Durchschnitt 14,8%.

Die CO_2-Kapazität des Blutes war häufig etwas herabgesetzt, selten ein wenig erhöht. Die Ammoniakmenge im Harn pro Tag erschien oft etwas zu hoch: über 1 g.

Sowohl die Abnahme der CO_2-Kapazität wie auch die Vermehrung des Ammoniaks könnte für die Bildung von Säuren im Blute sprechen. Ketonkörper im Harn wurden nicht in erwähnenswerter Menge nachgewiesen. Dagegen zeigten sich der Aminostickstoff im Harn bei der halben Anzahl der Untersuchungen vermehrt. Indikan wurde oft im Harn gefunden. Blutzucker und Rest-N waren nicht erhöht.

Von den Alkalien im Blutserum kam Kalzium in gewöhnlicher Menge vor, die Natriummenge war dagegen teils geringer, teils größer, teils normal. In den Fällen, wo das Chlor bestimmt wurde, fand man die Werte erhöht (nach den „Normalziffern des Verfassers).

Das Kalium im Serum erschien oft bedeutend erhöht. Die hohen Kaliumziffern werden mit dem Blutkörperchenzerfall in Zusammenhang gebracht. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht auch der Umstand, daß bei einem Patienten auf die höchste gefundene Kaliumziffer 2 Tage später eine Steigerung des Bilirubingehalts des Blutes folgte.

Aus mehreren Ursachen scheint der Kaliumumsatz bei der perniziösen Anämie eine nähere Untersuchung zu verdienen.

Der Grundumsatz wurde bei 7 Patienten 16 mal untersucht. Die erhaltenen Werte schwanken zwischen +1 und +28%. Ein Teil der Zunahme kann auf eine schwache Temperaturerhöhung zurückgeführt werden, aber bei einem Patienten hat es wenigstens den Anschein, als wäre eine Abnahme des Grundumsatzes parallel der Verbesserung des Blutstatus festzustellen. Die respiratorische Quote war oft hoch.

Die Diphtheriebehandlung von 1921—1925. Innerhalb 4½ Jahren behandelte der Verf. 4819 Diphtheriefälle, von denen 68 starben. Doch starben von diesen schon in den ersten 24 Stunden nach der Hospitalaufnahme 11, die immerhin abzuziehen sind. Dann ergibt sich eine Mortalität von 1,2%. Mehr als 10% aller Fälle waren als sehr schwer zu bezeichnen. Der Verfasser mahnt zu viel früherer Einlieferung der Fälle ins Krankenhaus, als es bislang geschieht. Seit 1921 gibt der Verfasser dann weiter große Dosen Antiserum. Trotzdem soll besonders bei kleinen Kindern durch vorsichtigere Dosierung starke Fieberreaktion und Kollaps, wo die drohen, verhindert werden. Es ist notwendig, eine wirksamere unspezifische Therapie gegen die gefährlichen Komplikationen auszuarbeiten, wie z. B. die Kreislaufinsuffizienz und die Atemlähmung.

Supplementum 14, 1926.

* Das Thyreotoxikosesyndrom und seine Reaktion bei kleinen Joddosen. Johannes Wahlberg.

Das Thyreotoxikosesyndrom und seine Reaktion bei kleinen Joddosen. Unter Thyreotoxikose wird in dieser Arbeit die ganze Krankheitsgruppe von ausgeprägtem Syndromcharakter verstanden, welche, mit dem hochgradigsten „Vollbasedow" beginnend, die als „Basedowoid", „forme fruste", „Hyperthyreosestruma" usw. bezeichneten Krankheitsformen bis herab zu den Grenzfällen nach der „einfachen" Neurose hin einschließt. Das Thyreotoxikosesyndrom ist charakterisiert durch die Wesensgemeinschaft des in der zentralen Störung der Thyreoideafunktion beruhenden Krankheitsbildes als Ganzen, wie es durch eine speziell darauf gerichtete allgemeine klinische Untersuchung, sowie gewisse spezielle Untersuchungsmethoden, vor allem die Grundumsatzbestimmung, die alimentäre Glykämiereaktion und die Bestimmung der Blutdruckamplitude hervortritt. Die außerordentlich starke Variabilität der Krankheitsbilder beruht darauf, daß kein Symptom pathognomonisch ist, sondern alle in den wechselndsten Kombinationen und Stärkegraden vorkommen können.

An 20 Thyreotoxikosefällen verschiedenen Charakters und verschiedener Schwere wurden Versuche zur Behandlung mit Jod in kleinen Dosen ausgeführt, wobei die Veränderungen des klinischen Bildes sowie der Grundumsatz, die Pulsfrequenz und das Gewicht beobachtet wurden.

Die Resultate dieser Versuche zeigen eine für die Thyreotoxikose charakteristische Empfindlichkeit für Jod, die in dieser Arbeit die thyreotoxische Jodempfindlichkeit genannt worden ist, und die sich folgendermaßen äußert:

1. Eine primäre Verbesserung, die Jodremission, die um so schneller eintritt und um so deutlicher ist, je stärker die Thyreotoxizität ist. Die Jodremission umfaßt das ganze Syndrom mit Senkung des Grundumsatzes bis um 59% und der Pulsfrequenz bis um mehr als 40 Schläge in der Minute, Rückgang des Exophthalmus, Aufhören der Diarrhoe usw.
2. Eine bei fortgesetzter Behandlung eintretende sekundäre Verschlechterung, die sich rascher und in höherem Grade geltend macht, je schwerer der Fall ist und während der Zustand in schweren Fällen schlechter werden kann, als er vor Beginn der Behandlung war.
3. Eine bei Unterbrechung der Behandlung eintretende Verschlechterung des Zustandes, die sich auch bei steigender Thyreotoxizität schneller einstellt und immer hochgradiger wird und viel schwerere Krankheitszustände als den zu Beginn der Behandlung verursachen kann.

Infolge der beiden letztgenannten Erscheinungen wird die Jodtherapie bei Thyreotoxikose lediglich zu einer palliativen Behandlungsmethode.

Die einzige Möglichkeit, die Jodremission für die Therapie bei Thyreotoxikose zu verwerten, ohne daß sich die negativen Seiten der thyreotoxischen Jodempfindlichkeit geltend machen können, scheint in der von Plummer eingeführten Vor- und Nachbehandlung im Anschluß an eine Operation zu bestehen.

Für sich allein zu kurativem Zweck angewandt, ist vor der Jodtherapie bei Thyreotoxikose entschieden zu warnen; besonders bei hochgradigeren Krankheitsformen kann dadurch trotz häufiger Grundumsatzbestimmungen viel Schaden angerichtet werden.

Supplementum 15, 1926.

* Ueber die Funktionsfähigkeit der mit Pneumothorax artificialis behandelten Lunge nach ihrer Wiederentfaltung. Adolf F. Lindblom.

Ueber die Funktionsfähigkeit der mit Pneumothorax artificialis behandelten Lunge nach ihrer Wiederentfaltung. Die Untersuchungen des Verfassers sprechen dafür:

1. daß die von den tuberkulösen Prozessen nicht berührten Teile der mit Pneumothorax behandelten Lunge nach der Wiederentfaltung in den Fällen, wo kein Exsudat oder nur ein kleines oder rasch vorübergehendes Exsudat vorhanden war, vollkommene oder nahezu vollkommene Funktionsfähigkeit erreichen;

2. daß dagegen das Exsudat während der Pneumothorax-Behandlung eine Herabsetzung der Funktionsfähigkeit der Lunge (durch fibrotische Veränderungen in der Pleura und in dem gesunden Lungengewebe) verursacht. Die Herabsetzung der Funktionsfähigkeit ist bei eitrigen Exsudaten stärker ausgeprägt als bei serösen und nimmt mit der Zeit, während welcher das Exsudat vorhanden ist, zu;

3. daß die Pneumothorax-Behandlung keine Staseninduration in der behandelten Lunge hervorruft;

4. daß die Pneumothorax-Behandlung mit größter Wahrscheinlichkeit keine Lymphstase in dem Lungengewebe verursacht;

5. daß die Pneumothorax-Behandlung keine Kollapsinduration in dem gesunden Lungengewebe hervorruft.

Ferner scheint es dem Verfasser glaubhaft, daß die kollabierte Lunge während der Pneumothorax-Behandlung weniger durchblutet ist als eine normale Lunge, und daß ein Abzapfen der während der Behandlung auftretenden Exsudate eine weniger starke Herabsetzung in der Funktionsfähigkeit der Lunge zur Folge haben dürfte.

Arnold Hirsch, Berlin.

Hygiea.

Heft 11, 15. Juni.

* Die Differentialdiagnose zwischen Diabetes und der benignen Glykosurie. Y. Aekerrén.

Die Differentialdiagnose zwischen Diabetes und der benignen Glykosurie. Die Unterscheidung des Diabetes und der gutartigen Glykämie ist nicht durch pathogenetische Gesichtspunkte, wie der pankreatogenen, hypophysaeren, renalen, Kohlehydratstoffwechselslösung, hepatogenen Diabetes zu treffen, sondern vom symptomatologischen Gesichtspunkte. Und die symptomatische Differenzierung muß sich hauptsächlich auf das Verhalten des Blutzuckers stützen. Der Grad des Blutzuckerwertes ist das Cardialsymptom. Aus Glykosurien mit kontinuierlicher Hyperglykämie kann sich ein echter Diabetes entwickeln.

S. Kalischer, Schlachtensee-Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 24, 17. Juni.

* Die Aetiologie und Pathogenese der Achylia gastrica. Knud Faber.
Untersuchungen über die Nabelumschlingung um den Hals und deren ätiologische Bedeutung mit Rücksicht auf die Deflexionsstellung. Svend Harsting.
Neue Mitteilungen über das Auftreten des Keuchhustens in Sandö Prästegäld (Faröerne) mit Hinsicht auf die Anwendung der Keuchhustenvakzine. E. Kofoel.
Ein Fall von Lupus, der mit Sol. chlorat. zincici behandelt wurde. G. Rendtorff.

Die Aetiologie und Pathogenese der Achylia gastrica. Die Achylia gastrica ist ätiologisch und pathogenetisch nicht von der Entzündung und Erkrankung anderer Organe zu trennen; sie beruht auf einem Leiden des großen Drüsenapparates, den der Magen enthält. Sie kann auf nervöser Basis entstehen, aber auch durch dieselben Ursachen wie bei anderen Organen, durch direkte Reizung von hämatogenen toxischen Stoffen oder Bakteriotoxinen oder Autotoxinen, wie z. B. das Thyreoideasekret. Die Gastritis (nicht Magenkatarrh) ist ein entzündlicher Vorgang am Drüsenapparat des Magens. Die Gastritis muß ihren Platz neben der Nephritis und Hyalitis einnehmen. Die Achylie ist die Folge der Drüseninsuffizienz am Magen und kann sehr ernste Folgen haben, wie gastrogene Diarrhoen, Anämie und selbst perniziöse Anämie und kombinierte Systemerkrankungen des Rückenmarks.

Nr. 25, 24. Juni.

* Ueber die intestinale Entstehung der perniziösen Anämie. Knud Faber.
Ein Fall von isolierter traumatischer Pankreasverletzung. Hans Thomsen

Ueber die intestinale Entstehung der perniziösen Anämie. Faber sieht in der Achylie eine der häufigen, aber nicht die einzige Ursache der idiopathischen perniziösen Anämie. Diese Krankheit ist weder eine ätiologische noch eine pathogenetische Einheit. Eine Intoxikation liegt immer vor und meist eine intestinale, so bei Botriocephalus-Strikturen, der Sprue, der Achylie. Dagegen müssen wir bei den Fällen in der Gravidität, bei Sepsis und Syphilis nach anderen Ursachen und Wegen der Infektion und Intoxikation suchen. Der Verf. hat selbst 5 Fälle von unzweifelhafter perniziöser Anämie ohne Achylie beschrieben, bei Sepsis, Syphilis usw. Schwierig ist auch die Frage über die familiäre und erbliche Disposition bei perniziöser Anämie.

S. Kalischer, Schlachtensee-Berlin.

British medic. Journal.

Nr. 3414, 12. Juni.

Vorbeugende Maßnahmen in der Geburtshilfe. Kerr.
* Oesophagusdivertikel. Morley.
* Die Röntgenbestrahlung bei der Basedowschen Krankheit. Webster.
Zur Behandlung der Hals- und Ohrenkrankheiten im Kindesalter. Smurthwaite.
Die Erzeugung von Immunität durch Filtrate von Streptokokken aus der Vagina der Schwangeren. Robertson.
Die elektrische Behandlung der Trigeminusneuralgie. Turrell.
Amblyopie mit Netzhautblutungen durch Tabak und Bleivergiftung (?). Gilchrist.
Glykosurie und Höhensonnenbestrahlung. Barrowman.
Gallensteinileus. Wilson.

Oesophagusdivertikel. Die an der Grenze zwischen Pharynx und Oesophagus entstehenden Schleimhautausstülpungen der Speiseröhre gehören zu den selteneren Ursachen der Schluckstörungen. Das klinische Bild ist so charakteristisch, daß die Diagnose, zumal bei Hinzuziehen des Röntgenverfahrens, nicht sehr schwer ist. Die Dysphagie durch ein Divertikel zeigt sich — im Gegensatz zum Oesophaguskarzinom — während langer Zeit nur periodisch. Erst nach Jahren kommt es dann zum Regurgitieren von stagnierenden Speiseresten, zur Ausbildung einer prallen Vorwölbung am Hals, die sich auf Druck unter gurrenden Geräuschen entleert. Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Bei kleinen Divertikeln ist die Suspension des Blindsackes am Zungenbein vorzunehmen. Bei größeren Divertikeln muß die Schleimhautausstülpung im ganzen entfernt werden. Sorgfältige Vorbehandlung (Spülung des Divertikels) und Versorgung des Stumpfes vermindern die Gefahr dieses schwierigen Eingriffes.

Die Röntgenbehandlung bei der Basedowschen Krankheit. Die Beurteilung therapeutischer Maßnahmen kann bei einer so verschieden sich auswirkenden Krankheit nur an Hand eines großen, lange Zeit beobachteten Materials geschehen. Auf Grund der Erfahrung an Tausenden von Fällen ist die Behauptung berechtigt, daß der größte Teil der Basedow-Kranken, welche mit internen Mitteln erfolglos behandelt werden, durch die Röntgenbestrahlung geheilt werden können. Die Erfahrungen des Verf. an einem über 100 Fälle umfassenden, gut beobachteten Material zeigen, daß 82% geheilt wurden, während etwa 5% von der Bestrahlung unbeeinflußt blieben. Die Technik der Bestrahlung ist verschieden. Auf der einen Seite werden kleine Dosen häufig gegeben, auf der anderen wird versucht, durch eine einzige massige Bestrahlung Heilung herbeizuführen. Die erste Methode bringt Unannehmlichkeit für den Kranken, während bei der zweiten die Gefahr der akuten Verschlimmerung besteht. Bewährt hat sich das Verfahren, während der ersten Monate unter allmählicher Steigerung mit mittleren Dosen zu bestrahlen (½ bis ⅔ der Erythemdosis mit 1—4 mm Aluminium-Filterung je nach Größe der Schilddrüse), und sobald eine Besserung sich zeigt, die Bestrahlungspausen auf Monate langsam zu vergrößern. Das Auftreten von Verwachsungen um die Schilddrüse herum (mit Erschwerung einer späterhin noch erforderlichen Operation) ist bei Anwendung mittlerer Spannungen nicht zu befürchten. Erhebliche Schwierigkeiten bieten Anfang und Ende der Bestrahlungstherapie. Akute Exacerbationen können zu Beginn sich einstellen, ehe die individuell verschiedene optimale Dosis ermittelt wurde. Der Zeitpunkt der Beendigung dieser Therapie ist zuweilen schwer zu bestimmen. Im Zweifelsfalle ist eine längere Pause einzuschieben, da bei Ueberdosierung Zeichen von Myxödem sich entwickeln können. Das Allgemeinbefinden bessert sich rasch. Die Herzstörungen verschwinden zuweilen erst nach Monaten. Exophthalmus und Kropf gehen im allgemeinen nur bei akuten Fällen rasch zurück. Gleichzeitige Thymusbestrahlung wurde nur vorgenommen, wenn eine Reihe von Symptomen (erhebliche Myasthenie, Lymphozystose bei Leukopenie, Amenorrhe) bei sonstigen Erscheinungen von Vagotonie bestanden, welche auf eine Mitbeteiligung der Thymus hinwiesen.

Biberfeld.

Lancet.

210., Nr. 23, 5. Juni 1926.

Krankheit im Lichte der Entwicklungslehre. Andrewes.
Gesichtssinn und Entwicklung. Smith.
Einige Bemerkungen über Osteomalacie. Fowweather.
Tuberkulose des Larynx. Thomson.
* Die Spätresultate der Operation wegen chronischer, schmerzhafter Hüftgelenksentzündungen. Page.
* Tuberkelbazillen im tuberkulösen Eiter. Gardner.
Der Liquorbefund bei progressiver Paralyse nach Malariabehandlung. Nicole u. Steel.

Die Spätresultate der Operation wegen chronischer, schmerzhafter Hüftgelenksentzündungen. Verf. nimmt die tuberkulösen und syphilitischen Erkrankungen von seinen Betrachtungen aus. Die

Wahl der Operation hängt von Alter und Allgemeinzustand ab. Ankylose des Hüftgelenks ist erstrebenswert. Im jugendlichen und mittleren Alter führt eine Arthrodese nach Albee trotz des langdauernden Fixationsverbandes zu den besten funktionellen Resultaten. Schmerzen in Lendenwirbeln und Sakroiliakalgelenk, die sich bei älteren Leuten entwickeln, lassen allmählich nach. Die Resultate bei alten Leuten nach einfacher Exzision des Femurkopfs sind schlecht. Arthroplastik ist nie notwendig. Verf. hatte die besten Erfolge mit Auffrischung des Gelenks, er verzichtet bei alten Leuten auf langdauernde Verbände und begnügte sich mit schmerzloser fibröser Ankylose oder Pseudarthrose. Allerdings besteht überall, wo es nicht zu knöcherner Ankylose kommt, die Neigung zur Adduktion, weil die Glutaei mehr leiden als die Adduktoren. Von 46 Operationen (1919—1924) waren die Spätresultate nach klinischer und röntgenologischer Feststellung 28mal sehr gut (volle Arbeitsfähigkeit, 9 km Marsch ohne Stock), 13mal mäßig gut (3 km Marsch ohne Stock), fünfmal unbefriedigend. Sichere knöcherne Ankylose war 26 mal, zweifelhaft siebenmal, fibröse 13mal nachweisbar. Von 6 Fällen, wo wegen schmerzhafter, nichtkonsolidierter Fraktur des Halses der Femurkopf exstipiert war, kam es dreimal nach Bolzung mit einem Rinderknochenspan zu Arthrodese, in den andern Fällen blieb das Gelenk ohne innere Fixierung beweglich und mäßig brauchbar.

Tuberkelbazillen im tuberkulösen Eiter. Entgegen der herrschenden Meinung kann man in reinkäsigem tuberkulösem Eiter von Knochen und Gelenkerkrankungen in 90% aller Fälle Tuberkelbazillen mikroskopisch nachweisen. Die so häufigen negativen Befunde beruhen auf mangelhafter Färbung und Uebung und zu geringem Zeitaufwand. Die beste Methode ist die übliche Färbung mit warmer Karbolfuchsinlösung und Entfärbung mit 25% H_2SO_4, aber am wichtigsten ist die Kontrastfärbung. Verf. verwirft Blau- und Grünfärbung, am geeignetsten ist eine halbgesättigte, wässerige Pikrinsäurelösung. ¾ aller Präparate erfordern 1—5, ¼ 5—20 Minuten, einige wenige auch ½—1 Stunde der Untersuchung, alle erfordern im Gegensatz zum Sputum ein geübtes Auge. Meistens enthält der Eiter 2000—10 000 Tuberkelbazillen per ccm. Bei geringem Gehalt von einigen Hundert per ccm wird vielleicht nach langem Suchen nur ein einziger Bazillus gefunden. In diesem Fall und bei ganz negativem Befund gibt die Meerschweinchenimpfung sicheren Aufschluß, denn jeder tuberkulöse Eiter enthält genug Bazillen, um die Krankheit auf Tiere zu übertragen. Eine solche Uebertragung ist sogar für die Muchschen Granula und die ultramikroskopischen Formen Vandremers bewiesen. Ist der Tierversuch unausführbar, dann mag ihn die weniger verläßliche Konzentrationsmethode mit Antiformin ersetzen. Ob der Tuberkelbazillenbefund im Eiter des Suchens wert ist, ist eine andere Frage. Der erfahrene Chirurg braucht ihn vielleicht nicht. Der Bericht „steriler Eiter ohne Tuberkelbazillen" bedeutet für ihn praktisch Tuberkulose. Für andere ist der Befund von Wichtigkeit. Halbes Suchen ist vergeudete Zeit. Sucht man ihn, so muß man ihn im tuberkulösen Eiter finden.

Rontal.

The Journal of nervous and mental disease.

63., Nr. 4, April 1926.

Der Charakter der modernen Psychiatrie: synthetische Darstellung der Arbeiten von Paul Schilder. Sam Parker.
* Diffuses Gliom (Gliose). F. P. Moersch.
* Diplegia facialis bei Neoarsphenamin-Polyneuritis. G. B. Hassin und Ch. F. Read.
Postencephalitische Atemstörungen. S. E. Jelliffe.

Diffuses Gliom (Gliose). In den beiden hier beschriebenen Fällen ist die pathologisch-anatomische Diagnose eines Glioms kaum gerechtfertigt, da es durch die Art der Läsion und die ungewöhnliche diffuse Ausbreitung ohne ernstere Schädigung des Gehirnparenchyms ausgeschlossen werden kann. Daß eine Gliose die Folge eines Gehirntraumas oder eines entzündlichen Prozesses sein kann, muß als durchaus möglich angesehen werden. Zweifellos werden derartige Fälle autoptisch meist für Gliome gehalten, wenn keine sorgfältige mikroskopische Untersuchung ausgeführt wird. Klinisch ist diese Unterscheidung allerdings bedeutungslos, da die Diagnose nur pathologisch-anatomisch gestellt werden kann.

Diplegia facialis bei Neoarsphenamin-Polyneuritis. In dem hier mitgeteilten Fall war nach einmaliger intravenöser Injekton von 0,45 Neoarsphenamin eine Polyneuritis mit Lähmung beider Facialisnerven aufgetreten. Nach längerem Verlauf bildeten sich die Störungen von Seiten der Extremitätennerven allmählich zurück, während am linken Facialis sich die Störungen nur unvollkommen zurückbildeten, so daß Muskelkontrakturen und Mitbewegungen bestehen blieben.

63, Nr. 5, Mai 1926.

Die antike Auffassung des Bewußtseins und der menschliche Verstand. Jonathan Wright.
* Vergleichende Untersuchung der verschiedenen Methoden der Luminalverordnung bei Epilepsie. H. A. Patterson, Le Grand A. Damon und Paul Levi.
* Vagotonie und hypoglykämische Reaktionen (17 Fälle). J. M. Nielsen.
Postencephalitische Atemstörungen. Symptomatologie, Kasuistik und Diskussion. (Fortsetzung.) Jeliffe.

Methoden der Luminalverordnung bei Epilepsie. Luminal kann per os, subkutan, intravenös oder intralumbal als Luminalnatrium ohne irgendwelche unangenehmen Folgeerscheinungen gegeben werden. Die Luminalwirkung bei Epilepsie ist mehr eine Schutz- als eine Heilwirkung. Plötzliche Absetzung des Medikaments ist kontraindiziert. Die Luminalwirkung ist anscheinend eine größere auf schwere Fälle als auf leichte. Die Wirkung tritt ein: 1 bis 2 Stunden nach oraler, 15 bis 30 Minuten nach subkutaner, unmittelbar nach intravenöser und ½ Stunde oder später nach intralumbaler Verabreichung. Bei serienweisem Auftreten von Anfällen ist die subkutane, bei Status epilepticus die intravenöse Verabreichung indiziert. Refraktäre Fälle können durch intralumbale Luminalinjektion zugänglicher für eine andere Behandlungsmethode gemacht werden.

Vagotonie und hypoglykämische Reaktionen (17 Fälle). Die Vagotonie zeigt eine Erschöpfung des sympathischen Nervensystems und der endokrinen Drüsen an. Sie ist oft begleitet von hypoglykämischen Reaktionen, die sich gewöhnlich in Schwäche, Hunger, Schweißausbrüchen, Schlaflosigkeit und Tremor äußern. Die vagotonischen Symptome können bei dem gleichen Patienten abwechselnd mit sympathicotonischen auftreten. In etwa der Hälfte der Fälle wird eine renale Glykosurie beobachtet, deren Entstehung sich nicht ausreichend erklären läßt. Die Behandlung ist eine ziemlich langwierige: am wichtigsten ist Ruhe, während medikamentöse Behandlung (Atropin) nur vorbeugenden Charakter haben kann. Der Grundumsatz ist wahrscheinlich anfangs hoch, sinkt dann auf fast Null und bleibt zum Schluß sehr niedrig.

W. Misch, Berlin.

Paris Medical.

Nr. 18, 1. Mai 1926.

* Die Störungen der Zuckerregulation bei Schwangeren. Labbe und Chevki.
Adrenalinsekretion. Tournade.
* Hyperurikämische Störungen des Harnsäurestoffwechsels. Weil und Guillaumin.

Störungen der Zuckerregulation bei Schwangeren. Man hat die Leber, das Pankreas, die inneren Drüsen, das Nervensystem und die Nieren dafür verantwortlich gemacht, ohne zu bestimmten Resultaten zu kommen. Die Verfasser sind an der Hand von 53 Fällen dieser Frage näher getreten. Darnach sind funktionelle Störungen der Leber (Proteolyse, Glykogen, Galle) sehr häufig und können alle 3 Funktionen oder nur eine einzelne betreffen. Vielleicht spielt auch das Pankreas eine primäre Rolle dabei; ganz klar sind die Verhältnisse noch nicht. In manchen Fällen ist die Störung so stark, daß sie einem Diabetes gleicht. Es ist bekannt, daß durch die Schwangerschaft ein Diabetes stets eine vorübergehende oder definitive, manchmal rapide und fatale Verschlimmerung erfährt. Es kann auch aus einem paradiabetischen Zustand ein wahrer Diabetes durch die Gravidität entstehen. Es kann aber auch bei jeder Schwangerschaft eine einfache Störung der Glykoregulation entstehen, die sich lediglich durch einfache Glykosurie äußert. Es können also alle Grade dieser Störung vorkommen; oft besteht sie schon vorher und wird im allgemeinen nur vorübergehend bei jeder Schwangerschaft vermehrt; sie kann sich aber auch bei mehreren Geburten verschlimmern, so daß die Frage berechtigt ist, ob nicht besonders durch mehrere Schwangerschaften ein Diabetes entstehen kann. Diese Störung ist im Verlauf der Schwangerschaft fundamental und kann sich mit den Funktionsstörungen der Leber verbinden; mit Nierenstörungen, übermäßige Durchlässigkeit für Zucker und Eiweiß, ohne daß letztere an eine Nephritis gebunden ist und endlich an schwer zu deutende humorale Störungen, wie die Senkung der Alkalireserve.

Hyperurikämische Störungen des Harnsäurestoffwechsels. Die Insuffizienz der Permeabilität der Niere ist die wichtigste Ursache der Hyperurikämie. Die Feststellung einer plasmatischen Hyperurikämie legt eine systematische Untersuchung dieser Niereninsuffizienz nahe: die Urikämie läßt den renalen Ursprung mit wechselnden arteriellem Hochdruck erkennen, der als Komplikation bei Leuten auftritt mit Störungen des Stoffwechsels sowohl der Kohlehydrate, wie der Fette und des Eiweißes. Gichtiker haben häufig eine Harnsäureerhöhung des Plasmas. Es kann jedoch eine Harnsäurestörung bestehen, die sich nicht immer durch eine plasmatische Hyperurikämie zeigt. Sie ist vielmehr inkonstant, besonders wenn keine

Tophi vorliegen. Deshalb darf auch normaler Harnsäuregehalt des Plasmas die Diagnose Gicht nicht ausschließen. Bei Gichtikern mit Hyperurikämie muß man sich fragen, ob die Störung nicht ausschließlich renal ist, zumal, da bei ihnen häufig die Niere alteriert ist. Am wahrscheinlichsten ist dies, wenn zugleich Hyperazotämie und Erhöhung der ureosekretorischen Konstante besteht. Immerhin weisen Gichtiker mit Harnsäureretention in den Geweben, sei es nun mit Störungen der Urikopoiese, Urikolyse oder mit einem lokalen durch Röntgen nachweisbaren Niederschlag, lediglich nur deshalb eine Vermehrung des Harnsäuregehalts im Plasma auf. Viel häufiger als diese ist die Vermehrung der Harnsäureverbindungen in den Blutkörperchen bei Gichtikern; aber sie kann auch ebenso wie die im Plasma selbst bei Tophis fehlen; ja dieser Zustand ist nicht ausschließlich Gichtikern eigen; er wird gefunden bei Fiebernden, bei Leukämie, bei Basedow mit Unterernährung, bei allen Zuständen mit vermehrtem N-Stoffwechsel. Ferner bei kardiopulmonären Dyspnoikern und Cyanotikern, bei Gallen-Nierensteinen und Leberleidenden. Auch bei Brightikern, die eine ausgesprochene plasmatische Erhöhung aufweisen. Endlich bei Asthma, Migräne und vielfach bei der Alveolarpyorrhoe. Bei Leberleidenden ganz besonders oft mit Hyperglykämie und Hypercholesterinhämie verbunden, namentlich bei Fettleibigen. Also muß in letzter Linie eine Leberinsuffizienz vorliegen. Also muß man der alten Auffassung hinsichtlich der Gicht die Zustände gegenüberstellen der Hyperurikämie durch renale Retention; ebenso wie die Störung der Zuckerregulation keine Apanage des Diabetes ist, so ist auch die Hyperurikämie nicht pathognomonisch für Gicht.

Nr. 19, 8. Mai 1926.

Histophysiologie und moderne Bestrebungen der Histologie. Jolly.
* Versuch zur diphtherischen Immunisation bei Schulkindern. Harvier und Requin.

Versuch zur diphtheritischen Immunisation bei Schulkindern. Die Familien sind anzuhalten, alle Kinder zwischen 2 bis 7 Jahren zu impfen, so daß man ein Maximum der Wirksamkeit und ein Minimum der Nachteile erhält. Die Diphtherie befällt meist Kinder vor 8 Jahren und die Anatoxinreaktionen sind vor 7 Jahren ausnahmsweise. Vereinfachung der Technik der Vakzination: jedes Kind erhält 2 Injektionen Anatoxin, ½ und 1 ccm, in dreiwöchigem Intervall; eine Schickreaktion 3 Wochen nach der zweiten Injektion gibt über den Stand der Immunisation Aufschluß. Nur in Ausnahmefällen ist eine dritte Injektion nötig. Oder jedes Kind erhält drei Anatoxininjektionen: ½, 1 und 1 ccm in dreiwöchigem Intervall ohne Schick.

Nr. 20, 15. Mai 1926.

* Cholecystektomie und Behandlung der Gallensteine. Mathieu.
* Gaucher. Weil und Chevalier.
Unmittelbare und Fernresultate beim konsumptiven Diabetes durch Insulin. Castaigne.
Krebs des Pankreaskörpers. Carnot und Libert.
Vergleich der Empfindlichkeit der Gmelin- und Grimbertreaktion bei der Bilirubinuntersuchung im Urin. Garnier und Giroire.
Duodenale oder vesikuläre Lambliase. Carnot und Gaehlinger.

Cholecystektomie und Behandlung der Gallensteine. Die Gallenblase hat eine wichtige physiologische Rolle. Die Gallensteine sind nicht vesikulären Ursprungs. Die Gallenblase ist ein Reservoir, das sich nach einem ganz unregelmäßigen Rhythmus in den Darm entleert. Die Galle erfährt in der Blase eine Konzentration durch Resorption von $^{9}/_{10}$ Wasser. Die Auskleidung der Blase, ein Zylinderzellenepithel, resorbiert Cholesterin und neutrale Fette und desquamiert dauernd. Die freien Zellen lösen sich in der cytolysierenden Galle auf; das Cholesterin geht zu dem schon vorhandenen in der Galle. Damit konzentriert sich auch das schon in der Galle der Leberkanäle vorhandene Cholesterin. Die intrahepatischen Gallenwege haben dieselbe Struktur und Eigenschaft wie die Blase, auch die großen extrahepatischen Gallenwege haben dieselbe Struktur, haben aber mehr Schleimdrüsen, die im Falle einer Obstruktion des Hauptweges weiße Galle produzieren. Die Zellen in der Blase, wo es keine Schleimdrüsen gibt, können unter gewissen Umständen sich in Schleimzellen umwandeln, z. B. bei Obliteration des Cysticus: dann Hydrops. Die Wegnahme der Gallenblase — eine weitere wichtige Aufgabe derselben — führt in 97% zu einer ausgesprochenen Verminderung der gastroduodenalen Sekretionen, zu Hypopepsie und Apepsie, was die digestiven Folgen nach Cholecystektomie erklärt. Bei der Steinbildung spielt weder die biliäre Stase noch Infektion eine Rolle. Nach Rovsing sind die Kerne der Steine Bilihuminkristalle, die sich in den intrahepatischen Wegen niederschlagen, in der Blase dann wachsen; ihre Bildung ist nicht an die Blase gebunden. Dadurch Stase, dadurch wieder Achylie und dadurch Infektion. Bei 100 Cholecystektomien, von denenen 80 kalkulös waren, gaben 54% glatten Erfolg, in 34 Fällen blieben Störungen: Diarrhoe, Dyspepsie, anfallsweise Schmerzen. In drei Fällen wurden reine Leberkoliken notiert. In vier erforderten schmerzhafte Adhäsionen eine Nachoperation. Zweimal entwickelte sich ein Krebs der Gallenwege. Also die Galle regelt die sekretorischen Funktionen des Magens und Darms. Die Entfernung der Blase scheint aber keine Folgen zu haben. Immerhin soll sie aber nicht vorgenommen werden, wenn nicht ernste Gründe vorliegen. Sie ist aber keine Radikalkur, vielmehr ist die innere Behandlung auch nach der Operation fortzusetzen.

Gauchersche Krankheit. Klinik: Zu 73% beim weiblichen Geschlecht. Gewöhnlich in der ersten Hälfte des zweiten Dezenniums Gefühl der Schwere, weiter keine Störung, Anämie; bei gelegentlicher Untersuchung Vergrößerung der Milz, die langsam zunimmt. Menstruation regelmäßig oder später meist, mit 18, 20 Jahren; leichter Infantilismus. Regel reichlich und lange. Leichte bräunliche Hautfärbung ohne Ikterus. Auch mehr ins Gelbliche. Diffus oder lokal: an der Nase und Umgebung, in den Beugefalten unregelmäßige Flecken, am stärksten an den dem Licht ausgesetzten Stellen. Die Milz wird größer, glatt, schmerzlos, hart, steigt tief in den Bauch. Leber und periphere Drüsen normal. Blut negativ, keine Leukocytose, keine Aenderung der Blutformel. Leukopenie ist nicht konstant. Allmählich vergrößert sich jedoch die Leber, nach Jahren, kann den Nabel und selbst das Becken erreichen; hart, kein Ascites. Periphere Adenopathien in der Achsel, Leistenbeuge, am Hals, unter dem Kiefer, weich. Die Anämie gibt keine besondere Formel von diagnostischem Wert. Später Hämorrhagien: Nase, Zahnfleisch, Hautekchymosen, abundante Regel, Hämoptysien, Hämatemesen, Konjunktiva, nach Zahnextraktionen; nie gefährlich; Verlängerung der Blutungszeit, Irretractibilität des Gerinnsels, Verminderung der Blutplättchen. Dauer 15 bis 20 Jahre, keine Schmerzen; der Tod ist selten die direkte Folge der Krankheit, nur selten rapide Kachexie. Meist interkurrente Krankheiten: Bronchopneumonie, Tuberkulose der Lungen und des Peritoneums, Cholecystitis, Pericarditis hämorrhagica. Manchmal kommt es zu vagen Knochenschmerzen, selten zu Milzschmerzen bei Stieldrehung der Milz oder Peitonealtuberkulose, gelbliche keilförmige Verdickung der Conjunktiva nasal, dann temporal. Interkurrente Krankheiten wie Typhus, Malaria bringen keine schlechtere Prognose. In der frühen Kindheit rapider Verlauf; meist in der Kindheit oder kurz nachher beginnend, nur selten im Alter. Familiärer Charakter. Die Diagnose ist nur wegen der Seltenheit schwer. Typisch sind die Gaucherzellen, enorme Makrophagen, die sich auch schon früh in den Drüsen finden, was für die Diagnose wichtig ist. Ganz geklärt sind diese Verhältnisse noch nicht. Die Krankheit ist eine Affektion des reticuloendothelialen Systems. Die Krankheit ist kongenital, konstitutionell; die neueren Forschungen nach einem invisiblen Virus sind noch nicht abgeschlossen. Prognose: langdauernd aber fatal. Behandlung: Milzexstirpation.

Nr. 21, 22. Mai 1926.

100 Jahre allgemeiner Pathologie. Cade.
Diagnostische Bedeutung der Oscillometrie bei stenosierender Arteriitis. Labbe und Heitz.
* Variationen des physiologischen Babinski beim Kinde. Mathieu und Cornil.
* Ein Fall von Anaphylaxie gegen Kuh- und Frauenmilch. Debras.
Chronische Cochinchinadiarrhoe. Leger.

Variationen des physiologischen Babinski beim Kinde. Bei Kindern, die noch nicht stehen können, ist die Extension die Regel; bei Beginn zu Gehen ist in der Hälfte der Fälle die Flexion zu beobachten und bei Kindern, die gehen können, ist immer die Flexion festzustellen. Es bestehen also enge Beziehungen zwischen dem Verschwinden des Babinski beim Kinde und der Annahme der vertikalen Haltung.

Ein Fall von Anaphylaxie gegen Kuh- und Frauenmilch. Es handelt sich um ein Kind, das nach 3 Monaten seine Mutter verlor, die es stillte. 3 Tage nachher gab man ihm zum ersten Male die Flasche mit reiner Milch: typischer anaphylaktischer Anfall, der sich beim zweiten Versuch nach 5 Tagen wiederholte. 4 Tage später Amme: wieder Anaphylaxie, die bei einem weiteren Versuche nach 4 Tagen sich wiederholte. Daraufhin Ernährung mit Gemüsesuppe und langsame Desensibilisation mit je 5 Tropfen Milch in der Suppe. Nach 3 Wochen werden normale Mengen Kulmilch vertragen. Die Frage, ob die Kulmilch eine latente Anaphylaxie gegen die Muttermilch ausgelöst hat oder ob eine Anaphylaxie gegen die Amme vorlag, ist nicht geklärt, da weitere Beobachtung daraufhin nicht möglich war.

Nr. 23, 5. Juni 1926.

Die infektiösen Krankheiten 1926. Dopter.
Beitrag zum Studium des Herpesgiftes. Remlinger und Bailly
Kombinierte Vakzine. Zoeller und Ramon.
* Anikterische Spirochätose in Form einer akuten gutartigen Polyserositis mit nachfolgender hämaturischer Nephritis. Harvier und Chabrun.
* Ultravirus und die filtrabeln Bakterienformen. Hauduroy.

Stovarsol gegen Amöbendysenterie. Melnotte.
* Die Rolle des Menschen in der Erhaltung des Pestgiftes. Leger.

Anikterische Spirochätose in Form einer akuten gutartigen Polyserositis mit nachfolgender hämaturischer Nephritis. 40jähriger Mann, der nach 2—3 Tagen Müdigkeit mit Erbrechen, Diarrhoe, Fieber, erkrankte, verfiel und 8 Tage später ins Lazarett aufgenommen wurde: akuter infektiöser Zustand, starke Prostration, Polyserositis; starke Stomatitis mit Erosionen und Schwellung des Zahnfleisches, typische Meningitis mit Benommenheit; beiderseitige Pleuritis, Ascites. Am 4. Tage des Lazarettaufenthaltes normale Temperatur. In beiden Knie- und Fußgelenken Hydarthrose. Nach 12 Tagen waren die Ergüsse verschwunden; Urin beim Eintritt Eiweiß; nach 3 Tagen Hämaturie, Oedeme, kein Ikterus. Im Sediment: Erythrozyten, Polynukleäre, Epithelien, keine Zylinder; vermehrter Blut-N, erhöhter Blutdruck. Im Wirbelpunktat Polynukleäre, Monnukleäre reichlich, wenig Lymphozyten, später Endothelien. Beträchtliche Vergrößerung der Leber schon beim Eintritt, hart. Glatte Oberfläche. Melanodermie gräulich. Kein Zucker im Harn. Zunächst dachte man an eine Leberzirrhose und beim Auftreten der Polyserositis an eine subakute Tuberkulose der serösen Häute, schließlich bei der günstigen Entwicklung der Meningitis an eine anikterische Spirochätose. Starke Agglutination des Blutserums bei der Ikterohämorrhagischen Spirochäte. Alveolarpyorrhoe, viele kariöse Zähne. Im Harn wurden keine Spirochäten nachgewiesen.

Ultravirus und die filtrablen Bakterienformen. Die Entdeckung filtrabler unsichtbarer Formen nicht filtrabler, sichtbarer Bakterien hat einige Verwirrung gebracht. Manche stellten das Ultravirus in Frage, schrieben es dann allen Bakterien zu. Heute haben wir aber doch genügende Kenntnis, um bestimmte Charaktere der Ultramikroben feststellen zu können. Es sind: 1. Die Unsichtbarkeit, wenigstens noch heute; dies kann sich schon in kurzer Zeit ändern. Viel wichtiger ist ihre Biologie. Handelt es sich um sehr kleine Bakterienzellen oder um ein lebendes Fluidum, um ein nicht kondensiertes membranloses Plasma oder um irgend etwas anderes noch Unfaßbares? Man weiß es noch nicht. 2. Die Filtrierbarkeit. Beim Filtrieren kommt es auf sehr viele technische Hindernisse an; die Filtration durch Kollodiummembranen ist der durch Porzellankerzen weit überlegen. Zur Klassifikation ist sie nicht zu gebrauchen, weil unter gewissen Umständen auch banale Bakterien, wie Typhus und Coli das Filter passieren. Der Ausdruck filtrables Virus sollte verlassen werden. Technisch ist die Filtration nötig, aber sie ist noch sehr zu verbessern. 3. Der Biotropismus. Das Ultravirus braucht unbedingt, um leben zu können, lebende Materie; so sind die Ultramikroben auch zu kultivieren. Sie haben eine große Affinität für junge Zellen, besonders wenn sie in aktiver Kariokinese sind. Sie dringen in die Zellen ein, und die lebende Zelle allein gestattet ihnen, sich weiter zu entwickeln. 4. Die Art der Krankheiten, die das Ultravirus hervorruft. Sie sind der typische Beweis für die Miasmen des Altertums: die Frage der Distanz spielt hier nicht dieselbe Rolle wie z. B. beim Typhus: man kann ruhig durch das Zimmer eines Typhuskranken gehen, ohne Typhus zu bekommen, wenn man nicht mit den Stühlen in Berührung kommt. Das Ultravirus dagegen flottiert in der Luft und befällt so die Gesunden. Also diese vier Eigenschaften, aber nur, wenn sie vereinigt sind, sind die Charakteristika der Ultramikroben. Keine für sich allein ist ausschlaggebend. Neben ihnen und in manchem ihnen gleichend stehen die unsichtbaren filtrierenden Formen der sichtbaren und nicht filtrierenden Bakterien. Man kam dazu durch die Dysenteriebazillen. Wenn man diese durch den Bakteriophagen löst, filtriert, so erhält man ein klares Filtrat, das sich in einiger Zeit im Brutschrank trübt, sehr kleine Granula bildet, aus denen sich schließlich dieselben Bakterien bilden, wie die gelösten. Also haben die sichtbaren Bakterien, deren Form wir kennen, einen gewissen Entwicklungszyklus, in dem sie eine Phase der Unsichtbarkeit durchmachen und die unsichtbaren Formen filtrieren. Sowohl durch Kerzen, wie durch die Kollodiummembran. Diese filtrierenden Formen sind sehr schwer zu kultivieren, besitzen eine große Vitalität — selbst 10 Jahre alte Kulturen haben wieder den Dysenteriebazillus ergeben, was um so merkwürdiger ist, als dieser selbst sehr fragil ist. Und endlich haben sie nicht alle Eigenschaften der richtigen Ultramikroben. Die pathogene Bedeutung dieser filtrablen Formen kennt man nicht, aber man hat doch einige Beobachtungen gemacht, die annehmen lassen, daß sie z. B. beim Typhus ätiologisch wichtig sind. So hat man die filtrierenden Formen des Typhusbazillus in Typhus bringenden Wässern gefunden, in den Stühlen der Kranken und im Blut derselben zu Beginn der Infektion. Nach dem heutigen Stande ist nicht anzunehmen, daß das Ultravirus und die filtrabeln Formen der sichtbaren Bakterien dasselbe sind; sie haben wohl einige gemeinsame Eigenschaften. Hier eröffnet sich ein ganz neues Feld, das namentlich die Aetiologie der Krankheiten vertiefen wird.

Die Rolle des Menschen in der Erhaltung des Pestgiftes. Die Erfahrungen während der Epidemien am Senegal von 1914 bis 1924 ergeben, daß der Mensch ebenso wie die Ratte usw. das Pestgift erhalten kann. Man findet bei ihm wie bei den Tieren unklare ambulatorische Fälle, die sehr gutartig, aber auch rasch tödlich enden können. Chronische Fälle, deren Dauer und Kontagiosität man nur bewerten könnte, wenn man die Betroffenen unbehandelt ließe, was nicht angeht. Und endlich gesunde Keimträger, die in geringer Zahl vorkommen, wie die Untersuchungen am Senegal bewiesen.

Nr. 22, 29. Mai 1926.

* Die seltenen Erden und die Tuberkulose. Grenet und Drouin.
* Das organovegetative Nervensystem bei der Gicht. Finck.
Ueber Kaliumpermanganat. Veryeres und Valette.

Die seltenen Erden und die Tuberkulose. Von Vorteil bei Drüsen-, manchen Haut- und im Beginn der Lungentuberkulose. Knochentuberkulose und Lupus scheinen weniger Erfolg zu geben. Kontraindikation: Fieber, ausgedehnte, alte vielfache Läsionen. Intravenöse Injektionen von Didymsulfat, 2—4 ccm einer 2—4 prozentigen Lösung sind sehr vorsichtig zu machen. Besser per os eine Lösung mit Zucker, die 1,65% Didym enthält, und je 3,3 Calcium und Mangan als Chlorür. Davon dreimal täglich 3 Tropfen, steigend bis 20 2—3 Wochen lang, dann eine Pause. Es handelt sich hier nicht um eine spezifische Therapie, sondern lediglich um ein Adjuvans, das bei den langsam fortschreitenden im Beginn von Vorteil sein kann.

Das organovegetative Nervensystem bei der Gicht. Finck kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: Die sind insgesamt Amphotoniker, mit vorherrschender Vagotonie. Der Gichtanfall ist rein eine vagotonische Krise. Die Ursachen, die den Sympathicotonus herabsetzen, sind auch diejenigen, die den Gichtanfall auslösen und dieselben Medikamente, die den Sympathicotonus wieder regeln, beseitigen auch den Gichtanfall. Die Labilität des Tonus des Vago-Sympathicus drückt sich aus in den verschiedenen Befunden des okulokardialen und solaren Reflexes (Pulsverlangsamung bei Druck auf den Plexus solaris in der Magengrube). Ferner bei Gichtikern rapide Hautschrift und vielfach Urticaria. Sodann besteht ein permanenter Zustand der Verminderung der Alkalireserve. Die organovegetativen Reaktionen beim Anfall: kurz vorher entweder eine anormale Eupforie infolge allgemeiner Vasodilation, oder eine gewisse Unruhe und Reizbarkeit, Zeichen der Hypersympathicotonie. Darauf folgen ganz rapid lokalisierter Pruritus, Rötung des Ohrs, Pupillenungleichheit, Hypotonie des Auges, Rötung der Bindehäute, Nasenkatarrh mit Niesen, Speichelfluß, kurz Zeichen der Paralyse des Cervicalsympathicus. Der arterielle Druck fällt erst und steigt dann. Man hat im ganzen den Eindruck, als ob der Organismus in einen vagotonischen Zustand hinübergleitet. Der Puls ist nicht immer, wie man es liest, rapid oft verlangsamt, oft arrhythmisch mit der Erhöhung des Drucks. Die Ursachen, die zum Anfall führten, waren in 41 Fällen: kosmische Veränderungen, psychische Ursachen, CO_2-Bäder, hier brüsk. In anderen Fällen lösten die Anwendung des Hochfrequenzstroms, die Vittelkur und Abmagerungskuren den Anfall aus. Hier gingen Prodrome voraus. Man muß daran denken, daß der Anfall meist nachts auftritt, daß im Schlaf Vagotonie herrscht und meist in der Jahreszeit, wo Kälte und Feuchtigkeit überwiegen. Auch diese sind Faktoren der Vagotonie. Auch Anfälle auf nach einem den Sympathicustonus vermindernden Sturm, der Kälte brachte, sind beobachtet. Vermehrung des Vagotonus nach Zornanfällen, Furcht, Angst, die Hypersympathicotonus hervorriefen, führte in anderen Fällen zum Anfall. Bekannt ist der Anfall nach Champagner. Der Kalk im Vittelwasser ist Sympathicotrop. Bei der Abmagerungskur hat wohl das Freiwerden von Proteinmassen einen anaphylaktischen Shock hervorgerufen und dadurch einen Fall des Vagustonus. Hinsichtlich der Therapie: Colchicum in schwachen Dosen ist sympathicotrop, in hohen Dosen Tod durch Vaguslähmung. Adrenalin in schwachen Dosen ist vagotrop und scheint eher den Anfall zu verlängern, in hohen Dosen hält es seine Entwicklung auf. Bei beiden Mitteln kann die Medikation ausgesetzt werden, wenn Sympathicotonie erreicht ist. Die Depression des Sympathicus steht in Zusammenhang mit der Hyperurikämie. Nach dem Anfall fällt die Urikämie, brüsk nach genügenden Dosen Colchicum; außer den Anfällen ist sie erhöht. Sie variiert mit dem Zustand der Alkalireserve, je größer diese, um so größer jene. Bei Zunahme der Acidose verläßt die Harnsäure das Blut, um sich in den Geweben festzusetzen. Kommt nun eine Aenderung im Säure-Basengleichgewicht, so daß im Sinne der Alkalose der Pneumogastricus erregt wird, so verläßt die Harnsäure die Gewebe, der Tophus tritt in Eruption, die renale Elimination der organischen Säuren nimmt allmählich zu: der Anfall ist da. Also: Amphotonie durch Hyperurikämie — Vagotonie — leichte Depression des Sympathicustonus durch äußere Ursachen oder innere (viel Nukleine durch reichliche Mahlzeiten — Hypervagotonischer Anfall — Alkalose — Eruption des Tophus — Anfall.
v. Schnizer.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 35, 1. Mai 1926.

Die diätetischen Toxikosen. G. Mouriquard.
* Die Behandlung der ovariellen Insuffizienz mit massiven Kalziumdosen. A. Crainiclann.
* Die Behandlung der urinären Infektionen durch den d'Hérelleschen Bakteriophagen. A. Raviner.

Die Behandlung der ovariellen Insuffizienz mit massiven Kalziumdosen. Die ovarielle Insuffizienz ist durch einen verminderten Tonus des vegetativen Systems bedingt, und zwar entweder des einen Systems allein oder beider gleichzeitig. Verf. hat die Atropinprobe und den orthostatischen Versuch von Danielopolu angewandt, der gleichzeitig erlaubt, den absoluten Tonus beider Systeme getrennt zu prüfen. Die amphotropen Substanzen, besonders das Kalzium, produzieren bei ovarieller Insuffizienz eine Steigerung des vegetativen Tonus, damit verbunden eine Modifikation der krankhaften Phänomene, Besserung oder Heilung. Die beste Kalktherapie ist die orale in der Form des Kalzium lact. 6—8 g tgl. ca. 14—20 Tage lang.

Die Behandlung der urinären Infektionen durch den d'Hérelleschen Bakteriophagen. Bei urinären Staphylokokkeninfektionen wurde mit sehr günstigem Erfolg eine Behandlung mittels des Bakteriophagen angewandt — 2—3 ccm subkutan drei bis fünfmal in 24 stündigen Intervallen —, der besonders wirksam die Staphylokokken angreift. Ebenso wurden mit Umschlägen lokale Infektionen, Anthrax, Furunkel, Phlegmonen, osteomyelitische Prozesse usw. zur Heilung gebracht. Unbeeinflußt bleiben komplizierte Prozesse wie Pyonephrosen und perinephritische Phlegmonen, kontraindiziert ist die Methode bei tuberkulösen Prozessen. Unwirksam bleibt die Behandlung, wenn die Mikroben vorher in Vitro durch den Bakteriophagen nicht aufgelöst werden.

Bei banalen Cystitiden sind natürlich zunächst die üblichen Methoden anzuwenden.

Nr. 36, 5. Mai 1926.

Die rezidivierende Mastoiditis. G. Portmann und H. Retrouvey.
Eine besondere Variation der gastrischen Bilokulation. M. Hagaigne und P. Baize.
* Die schmerzhaften Formen der lumbosakralen Spina bifida occulta. C. Roederer und F. Lagrot.

Die schmerzhaften Formen der lumbosakralen Spina bifida occulta. Durch Lipiodolinjektion nach Sicard muß festgestellt werden, ob die bestehenden Schmerzen im Lumbosakralgebiet durch einen Prozeß, Tumor, Verwachsungen, osteo-ligamentöse Hypertrophien usw. bedingt sind, oder ob die epidurale Passage durchgängig ist, die Schmerzen also osteo-artikulär durch eine osteogene Spina verursacht werden. Im ersteren Falle ist ein operativer Eingriff angezeigt, im zweiten hat sich eine epidurale Lipiodolinjektion in Höhe des 2. Lumbalwirbels als wirksam erwiesen; auch die bekannte Immobilisierung durch Gipsbett usw. dient zur Beruhigung der Schmerzen. Verf. rät auch die Röntgentherapie heranzuziehen, verfügt aber augenscheinlich über keine ausreichenden persönlichen Erfahrungen darüber.

Nr. 37, 8. Mai 1926.

Prae-epitheliomatöse cancerogene Stomatitis. H. Gougerot.
Beitrag zur Klinik der hypophysären Tumoren; 100 Fälle nach der eigenen Methode des Autors endonasal operiert. O. Hirsch.
* Das Jod in der Behandlung des Kropfes mit Exophthalmus. P.-Z. Marie.

Das Jod in der Behandlung des Kropfes mit Exophthalmus. Die sehr interessante Arbeit gibt eine fast lückenlose Uebersicht über die bisherigen Erfahrungen und Untersuchungen besonders der amerikanischen und deutschen Autoren über die Jodmedikation bei Schilddrüsenerkrankungen. Im wesentlichen seien die beiden Haupttypen zu unterscheiden: der Basedow mit Exophthalmus, bei dem gewöhnlich alle Zeichen der thymo-lymphatischen Konstitution vorhanden sind, und der adenomotöse Kropf ohne Exophthalmus, bei dem diese Symptome fehlen. Bei letzterer Form ist die Jodtherapie kontraindiziert, bei ersterer von gutem Erfolg in bezug auf die Herabsetzung des Grundstoffwechsels und der subjektiven Beschwerden, wenn auch der Erfolg meist nicht anhaltend ist, aber bei Wiederholung der Therapie nach kürzerer Pause wieder eintritt. Sehr wertvoll ist die Jodkur dagegen zur Vorbereitung für die Operation, die dadurch einzeitig ausgeführt werden kann und deren Mortalität außerordentlich günstig beeinflußt wird; ebenso wie die häufig ungünstigen postoperativen Folgen durch eine nachfolgende kurzdauernde Jodbehandlung beseitigt werden.

Nr. 38, 12. Mai 1926.

Einfacher Kropf und funktionelle Mitralinsuffizienz. M. Loeper und A. Mougeot.
Schilddrüsenapparat und Peptonchok, Mechanismus der Vagusaktion auf die Chokempfindlichkeit des Organismus. L. Garrelon und D. Santenoise.
Die chirurgische Behandlung der Mitralstenose. J. Sénéque.

Nr. 39, 15. Mai 1926.

* Krankhafter Haß in der Familie. H. Claude und G. Robin.
Einige neue Tatsachen über Staphylokokkämien: klinische und pathologisch-anatomische Studie. George und Giroire.
Die Potentialdifferenzen in der Biologie. J.-L. Pech.

Krankhafter Haß in der Familie. Die interessante Arbeit verwertet die klinischen Erfahrungen über krankhaft familiäre Haßeinstellungen bei Neurotikern und Geisteskranken nach den Theorien Freuds in bezug auf den Oedipuskomplex. Dieser zeigt sich deutlich in delirenten Zuständen mit Rache-, Verfolgungs- und Vernichtungsideen, in Größenideen mit Verleugnung des eigenen Ursprungs, in den falschen Anschuldigungen anormaler Kinder gegen die Eltern wie in dem Antismus der Schizophrenen möglichst frühzeitige Aufdeckung der affektiven Komplexe führt am sichersten zur Erkenntnis und Prophylaxe psychischer Erkrankungen.

Nr. 40, 19. Mai 1926.

Die Vaccination gegen Diphtherie, ihre biologischen Bedingungen. Ch. Zoeller.
* Die epileptische Gewöhnung. P. Hartenberg.

Die epileptische Gewöhnung. Verf. erklärt die Tatsache des gewohnheitsmäßigen Auftretens epileptischer Anfälle nach der alten Anschauung: der Anfall ruft den Anfall hervor, d. h. jeder Anfall hinterläßt mikroskopische Veränderungen im Gehirn, die seine Reizbereitschaft für humorale oder toxische Einflüsse erhöhen; es entsteht gewissermaßen eine größere Bahnung der nervösen Leitungen, durch die der Initialreiz immer leichter bis zu den Regionen dringt, wo der Paroxismus ausgelöst wird. Nicht das Alter der Erkrankung, nicht die Schwere der Anfälle, sondern deren Anzahl bedingt die Resistenz gegen die Therapie. Diese muß also so frühzeitig wie möglich, auch bei anscheinend leichten und seltenen Anfällen einsetzen, um der verhängnisvollen Gewöhnung entgegen zu treten.

Nr. 41, 22. Mai 1926.

Der Cutantest bei Hydrophilie. M. Labbé, P.-Z. Violle und E. Azerad.
* Die biologischen Verbände mit Gelo-Vaccine. H. Jausion, M. Vangel und E. Diot.

Die biologischen Verbände mit Gelo-Vaccine. Die mit Gelo-Vaccine getränkten Verbände haben sich als spezifisch wirksam erwiesen; namentlich die Staphylo- und Streptokokkenvaccine wirken strikt spezifisch, während z. B. die Pyocyanvaccine auch da günstige Resultate zeigt, wo kein blauer Eiter vorhanden ist. Alle Eiterbakterien bei Haut-Schleimhautsuppurationen können ihren immunisierenden Verband liefern und zur Herstellung der Stock-Gelo-Vaccine dienen. Die Herstellung geschieht mit geringerer Mühe und in größerer Menge als die der entsprechenden Filtrate. Die Wirkung wächst mit der Viskosität und der Antigenwert mit ihrer kolloidalen Konstitution. Sie liefern also im Niveau der Wunden einen biologischen, haftenden Verband, der gut vertragen wird und rasche Heilung hervorruft.

Nr. 42, 26. Mai 1926.

Die radiologische Untersuchung des Pyelo-Urethralapparates. Leguen, Fey und Truchot.
* Die antidiphtheritische Impfung mittels Anatoxin. Ch. Zoeller.
* Das Insulin in der Uebererernährungstherapie der Nichtdiabetiker. G. Ichok.

Die antidiphtheritische Impfung mittels Anatoxin. Das von Ramon gefundene Anatoxin wird aus einem diphtheritischen Toxin unter Einwirkung von Hitze und Formal gewonnen. Es stellt das beste der bisher bekannten Antigene dar, das beim Menschen die Erscheinung diphtherischer Antitoxine hervorrufen kann. Bei allergischen und normal stark reaktiven Personen genügen ein bis zwei subkutane Injektionen mit Anatoxin, um einen positiven Schick negativ zu machen, bei anderen sind drei Injektionen von ½—1½ ccm nach einem Intervall von 3 Wochen bis 8 Tagen erforderlich. In einem endemischen Milieu ist die systematische Anwendung des Anatoxins geboten; bei einem sporadischen und harmlosen Diphtheriefall soll sofort eine methodische Impfung der Umgebung erfolgen. Die Anwendung ist gefahrlos; eine Anatoxi-Reaktion 24 Stunden vor der Impfung erlaubt, die seltenen überempfindlichen Individuen auszuschließen.

Das Insulin in der Uebererernährungstherapie der Nichtdiabetiker. Die Insulintherapie bei Abgemagerten jeder Aetiologie hat immer günstige Erfolge erzielt, da ein enorm starkes Hungergefühl einsetzt, das eine überreiche Kalorienzufuhr ermöglicht. Diese besteht hauptsächlich in Kohlehydraten, besonders, d. h. 60 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht, zu Anfang, kann aber später in der üblichen Art der Mastkuren erfolgen. Außer der Gewichtszunahme zeigt sich eine kräftige Entwicklung der Muskulatur, die das Ziel jeder Uebererernährung ist. Die Kur beginnt mit 10 Einheiten, steigt täglich um weitere 10, immer eine halbe Stunde vor der Mahlzeit, bis 60 Einheiten täglich, doch nicht mehr als 20 vor jeder Mahlzeit. Der Erfolg ist dauernd, der anfängliche Heißhunger kehrt allmählich zur Norm zurück.

Nr. 43, 29. Mai 1926.

Die Anthroplastie der Glieder. Ch. Lenormant.
*Der Durst. L. Binet.
Wo ist die Metapsychik? R. van der Elst.

Der Durst. Das Durstbedürfnis kann auf verschiedenen Ursachen beruhen, wie Verf. in der interessanten Arbeit darstellt: 1. Auf einfacher Trockenheit des Mundes durch langes Sprechen; 2. tritt der Durst auf als sekundäre Erscheinung nach Flüssigkeitsverlust (abundante Diurese, übermäßige Hautschweißabsonderung); 3. nach Läsion des Zentrums im Tuber cinereum und 4. als Begleiterscheinung physischer Alterationen.

Haber.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 2, 1926.

*Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Sanocrysins auf den Tuberkelbazillus und auf die Tuberkulose der Nagetiere. Calmette, Boquet und Nègre.
*Zusammenfassende Studie über eine erste Reihe von Lungentuberkulosefällen, behandelt mit Goldthiosulfat (Sanocrysin). Léon Bernard.
*Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanocrysin. Sergent, Bordet, Durand und Kourilsky.
*Behandlungsversuche mit Goldthiosulfat bei der Lungentuberkulose. Rist, Rolland, Couland, Hirschberg und Triboulet.
*Behandlungsversuche mit Goldthiosulfat bei der Lungentuberkulose. Besançon, Braun und Azonlay.
Mitteilung über Sanocrysin. Sayé.
*Sanocrysinerfolge bei der Behandlung der Lungentuberkulose Erwachsener. Sayé.
Sanocrysin und Tuberkulin, verglichen in ihrer Wirkung auf gesunde und tuberkulöse Meerschweinchen. Fernbach und Rullier.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Sanocrysins auf den Tuberkelbazillus und auf die Tuberkulose der Nagetiere. In vitro ist Sanocrysin nur von höchst geringfügigem Einfluß auf die Lebensfähigkeit der Tuberkelbazillen. Bei der experimentellen Tuberkulose der Laboratoriumsnager wurde jegliche Heilwirkung des Sanocrysins vermißt. Das antituberkulose Serum, dessen Anwendung Möllgaard beim sogenannten „Tuberkulinschock" empfohlen hatte, vermag die Giftigkeit einer Tuberkulinlösung nicht abzuschwächen.

Zusammenfassende Studie über eine erste Reihe von Lungentuberkulosefällen, behandelt mit Goldthiosulfat (Sanocrysin). Verfasser behandelte eine erste Reihe von 26 Fällen mit Sanocrysin. Benutzt wurde das dänische Präparat, in einer kleinen Anzahl der Fälle das französische Präparat Crisalbine, welches ebenfalls Natriumaurothiosulfat darstellt. Beide Präparate ließen keinen Unterschied in ihrer Wirkung erkennen. Bei einem Teil der Fälle konnte ein günstiger Einfluß des Sanocrysins auf den tuberkulösen Prozeß festgestellt werden. Besonders geeignet für die Sanocrysinbehandlung scheinen die frischeren, exsudativ-ulcerösen Formen zu sein. Mehrere Fälle dieser Art, welche entscheidend beeinflußt wurden, werden unter Beifügung instruktiver Röntgenbilder eingehend demonstriert. Ein Todesfall an toxischer Nephritis, häufig wurde Albuminurie und Diarrhoe beobachtet. Ein abschließendes Urteil läßt sich noch nicht geben; die bisherigen Erfolge verpflichten den Kliniker, das Mittel weiter zu versuchen, zumal es um die Tuberkulosetherapie im allgemeinen schlecht bestellt ist.

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanocrysin. Kranke, welche im Verlaufe der Sanocrysinbehandlung gestorben sind, zeigten autoptisch frische miliare und bronchopneumonische käsige Herde in demselben Ausmaße wie Nichtbehandelte auch. Ebenso sind Heilversuche am tuberkulösem Meerschweinchen vollständig fehlgeschlagen. Dem Präparat kann somit eine bakterizide Wirkung nicht zugesprochen werden. Die klinisch gebesserten Fälle hätten auch ohne Sanocrysin diesen Verlauf genommen. Gemeinhin als unheilbar betrachtete Fälle von Lungentuberkulose hat Sanocrysin nicht zu beeinflussen vermocht. Die durch die ersten Veröffentlichungen über Sanocrysin bei Aerzten und Kranken erweckten Hoffnungen haben sich nicht erfüllt.

Behandlungsversuche mit Goldthiosulfat bei der Lungentuberkulose. Ablehnung des Sanocrysins auf Grund der klinischen Beobachtungen an 31 behandelten Fällen. Der Meinung, daß Sanocrysin besonders bei frischen, exsudativen Prozessen gut wirke, wird entgegengetreten, da es erfahrungsgemäß gerade diese Fälle sind, welche bei alleiniger Anstaltsbehandlung oft überraschende Besserungen aufweisen (Spontanheilung). Es wurden mehrere Fälle dieser Art ausführlich mitgeteilt. Die erstaunliche Besserung in diesen Fällen wäre auf Rechnung des Sanocrysins gesetzt worden, wenn man sie mit diesem Mittel behandelt hätte. Dem tuberkulösen Gewebe gegenüber verhält sich das Sanocrysin wie ein indifferentes Mittel. Die Temperatursteigerungen und sonstigen Nebenerscheinungen, die es hervorruft, sind Metallgiftwirkungen.

Behandlungsversuche mit Goldthiosulfat bei der Lungentuberkulose. Die Sanocrysinbehandlung leistet wenig und ist in der allgemein üblichen, zu hohen Dosierung nicht ungefährlich. Auf Grund der beobachteten, bemerkenswerten Besserung des Röntgenbefundes in zwei Fällen, reden Verff. jedoch weiteren experimentellen Sanocrysinstudien das Wort.

Sanocrysinerfolge bei der Lungentuberkulose Erwachsener. Verfasser hat einen günstigen Eindruck von der Sanocrysinbehandlung bekommen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle scheint der tuberkulöse Prozeß schon in den ersten Behandlungswochen in seinem Fortschreiten aufgehalten zu werden. Der Einfluß des Sanocrysins auf das tuberkulöse Gewebe ist unverkennbar, die Resorption besonders exsudativer Infiltrate wird offenbar durch das Sanocrysin eingeleitet und weiterhin unterhalten. Verf. erlebte mehrfach, daß Kavernen verschwanden und das Sputum negativ wurde. Auch die Resorption pleuritischer Exsudate erfolgte auffallend rasch. Es wird empfohlen, in jedem Falle von Lungentuberkulose, welches nach einer gewissen Beobachtungszeit Tendenz zum Stillstand erkennen läßt, die Sanocrysinbehandlung zu versuchen. Die Schwere der Tuberkulose ist keine Kontraindikation. Bei stärkerer Albuminurie soll man nicht behandeln. Besonders indiziert ist die Sanocrysinbehandlung bei frischen exsudativen Prozessen und im Initialstadium der Erkrankung.

Zwerg.

Journal of the American Medical Association.

86., Nr. 20, 15. Mai 1926.

Funktionen und Organisation der chirurgischen Universitätsklinik. Lewis.
Zeitersparnis im medizinischen Studium. Wilbur.
Auswahl eines Krankenhauses für Praktikanten. Christian.
Aerztlicher Unterricht und ärztlicher Dienst. Pusey.
Aerztlicher Unterrichtsplan der Yale-Universität. Stockard.
Körperliche Tauglichkeit der College-Schüler. Emerson.
Bleivergiftung bei Säuglingen. Wilcox und Coffey.
Fixationsverband bei Schlüsselbeinfrakturen. Thomson.
Bilaterale gonorrhoische Salpingitis bei einem Kinde 3 Tage nach der Infektion. Johannides.
Ein neues Instrument zur Einführung eines Ballons bei suprapubischer Prostatektomie. Swartz.

86., Nr. 21, 22. Mai 1926.

Die Erkennung biologischer Unterschiede in den weißen Blutzellen. Doan.
Ein Fall von Ruptur der Flexura sigmoidea durch komprimierte Luft. Block und Weißman.
Einige Mißverständnisse bezüglich der Erblichkeit von Krebs und anderen Krankheiten. Slye.
*Diathermie bei Nierenkrankheiten. Kolischer und Tones.
Symmetrische Gangrän bei Malaria. Slanghter.
Sterile Papiertücher bei Wundbehandlung. Woolsey.
Eine eigenartige Herzanomalie. Goforth.
Eine Familie von Schieläugigen. Rodin.
*Kardiospasmus mit gleichzeitigem Oesophagusdivertikel. Fitzgibbon.
*Eine neue Spitze für Gastroduodenalsonden. Einhorn.
Embryonaler Mischtumor der Thyreoidea.

Diathermie bei Nierenkrankheiten. Die Hitzewirkung der Diathermie auf die akute Glomerulonephritis ist bei früher Anwendung als Ergänzung zu den übrigen therapeutischen Maßnahmen von wohltätiger Besserung. Sie verbessert die Zirkulation in den Arterien, Arteriolen und Kapillaren, was sich in einer aktiven Hyperämie ausdrückt. Vermehrung der Harnsekretion, Resorption der Oedeme sind die Folge. Die unmittelbar danach verstärkte Hämaturie und der erhöhte Blutdruck sind erwünscht. Zwei gleich große Elektroden von etwa Nierengröße werden vorn bzw. hinten auf die genau, eventuell durch Röntgendurchleuchtung lokalisierte Niere gesetzt. Bei der Dosierung ist Rücksicht auf das Herz zu nehmen, Ueberdosierung tut sich in Unruhe, Präkordialangst und profusen Schweißen kund. Beschränkung der ersten Sitzungen auf 15 Min., Wiederholung jeden zweiten Tag. Bei der Nephrose ist direkte Diathermie nützbar. Da hier Retention und Anhäufung der Chloride in den Geweben, besonders im subkutanem Gewebe vorliegt, so ist allgemeine Diathermie, besonders an den unteren Extremitäten bei starken Oedemen indiziert.

Kardiospasmus bei gleichzeitigem Oesophagusdivertikel. Bei einem 40jähr. Manne seit 14 Jahren Schluckbeschwerden, selbst bei Trinken von kaltem Wasser. Bougierung des Oesophagus leicht. Fluoroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose: Kardiospasmus und zeigte ein kleines Pulsionsdivertikel am oberen Oesophagusende. Die Symptome waren auf den Kardiospasmus zurückzuführen und kamen nach Dilatation der Kardia mit dem Sippyschen Ballon zur Heilung. In den seltenen bisher veröffentlichten Fällen dieser Komplikation saßen die Divertikel am unteren Ende des Oesophagus bzw. in der Mitte.

Eine neue Spitze für Gastroduodenalsonden. Empfehlung einer neuen Spitze, welche die Sondierung des Duodenums erleichtert und beschleunigt. Dieselbe, 27 frz. Skala, 3,2 cm lang, in Kapselform, besteht aus einem proximalen Nickelteil mit breiter Oeffnung und dem Hals für die Sonde, einem distalen, dreimal so schweren Teil aus Blei, welche beide durch ein aus rundem Metalldraht hergestelltes spiraliges Mittelstück verbunden sind. Gesamtgewicht 11 g. Abbildungen ergänzen die Beschreibung. Diese Konstruktion ermöglicht schnelles Gleiten der Sonde und kontinuierliche Drainage. Der Eintritt in das Duodenum wird erleichtert 1. wenn der Patient rückwärtige rechte Seitenlage einnimmt mit gestrecktem rechten und gebeugtem über dem rechten liegenden linken Bein, wodurch das Duodenum tiefer zu liegen kommt als der Magen; 2. durch Eingießen einer kleinen Menge lauwarmen Wassers (Erschlaffung des Pylorus und Reizung der Magenperistaltik); 3. durch langsames (10 bis 15 Min.) Schluckenlassen der letzten 18 cm der Sonde. Die Sonde selbst von halbweicher Beschaffenheit, 12 frz. Skala, 127 cm lang, hat 3 Marken: 50, 70 und 85 cm von der Spitze entfernt, mit Gummikork, der nach der Injektion von Magnesiumsulfat und bei fraktionierter Mageninhaltsuntersuchung nützlich ist. Die Sonde darf nie weiter als bis zur ersten Marke eingeführt werden, bevor man den Patienten auf die rechte Seite legt. Nach der Drainage müssen die ersten 18 cm noch bei Rückwärtslagerung des Patienten herausgezogen werden, erst dann darf sich der Patient aufrichten.

Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 19, 13. Mai 1926.

Masernprophylaxe. Townsend.
* Syphilis der Blase. Riley.
* Aktive Peristaltik bei der Reposition der incarcerierten Hernie. Sheffield.
Nichtpulmonäre Tuberkulose. Stone.
Marksteine in der staatlichen Tuberkulosefürsorge. Bowditch.
Die Verbreiterung des Tuberkuloseprogramms. Williams.
Nichtpulmonäre Tuberkulose und Publikum. Emerson.

Syphilis der Blase ist im allgemeinen selten, meist tertiär und hat nichts Charakteristisches. Häufiges und schmerzhaftes Urinieren sind die ersten Klagen; später ist Hämaturie ein prominentes Symptom, entweder blutig gefärbter Harn oder terminale Blutung, auch zeitweise Gerinnsel und dauernde Hämaturie durch angehäufte Blutgerinnsel. Am häufigsten ist die tertiäre Läsion im Trigonum nahe einem oder beiden Orificien. Diagnose nur durch den therapeutischen Erfolg und Wa.

Aktive Peristaltik bei der Reposition der incarcerierten Hernie. Der Kranke liegt mit gebeugten Beinen auf dem Rücken, die Reposition wird versucht, während der Patient möglichst kaltes Wasser schluckt, was die normale Peristaltik rasch anregt. Oft wunderbarer Erfolg: die unbewegliche feste Masse beginnt zu gurgeln und verschwindet oft plötzlich, zauberhaft unter den Fingern. Immerhin eines Versuches wert.

Nr. 20, 20. Mai 1926.

* Postoperative Behandlung. Lewis.
* Chirurgische Konvaleszenz: medizinische Aspekte. Bryant.
Die wechselnde Auffassung des Diabetes als Krankheit. Tuttle.
Kumulative Immunität beim Heufieber. Gould

Postoperative Behandlung. Postoperativ erfordern zwei Komplikationen besonders bei Operationen am oberen Abdomen Aufmerksamkeit: Singultus und akute Magendilatation. Singultus entwickelt sich sonst bei cerebralen Störungen, bei Reizung des Respirationszentrums, bei venösem Blut, Urämie und Acetonämie, durch reflektorische Reizung des Atemzentrums der Vagus- und Sympathicusnerven, also bei Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen und bei Erkrankungen der Baucheingeweide und ihres peritonealen Ueberzugs, selten bei Krankheiten der Brusteingeweide. Bei Hydrocephalus, tuberkulöser Meningitis, chronischer Myelitis, Tabes. Fötaler Singultus bei Toxinabsorption und Retention von Stoffwechselprodukten im mütterlichen Blut. Bei thoracischen Krankheiten nur, wenn die Fasern des Phrenicus in Mitleidenschaft gezogen sind, also bei Affektionen der Lungenwurzel, des Pericards und des Aortenbogens. Also bei Tumoren an der Lungenwurzel, Aortenaneurysmen, Pleuritis. Ferner nach Operationen am Magen und an der Gallenblase, auch nach Gastroenterostomien, durch den Reiz eines Drains oder wenn Netz mit den Nähten des Bauchschnitts gefaßt wurde. Nach Osteomyelitis und anderen Operationen an den Extremitäten: Folge des Anästheticum. Häufiger bei Männern als bei Frauen wegen der größeren Exkursionen des Zwerchfells bei ersteren. Selten in der Jugend. Therapie: Magenspülung, Morphium, Schlaf; kein spezifisches Mittel; Alkoholblockierung des Phrenicus, wenn die anderen Mittel versagen und Lebensgefahr besteht.

Akute postoperative Magendilatation: bei hohen mechanischen Obstruktionen nach Gastroenterostomie, reflektorisch, Kontraktion des Pylorussphinkters nach direkter Stimulation der peripheren splanchnischen Fasern. Meist nach Laparotomien, Magen- und Beckenoperationen bei Frauen. Die Aetiologie ist nicht genau bekannt. Meist treten nach den ersten 24—48 Stunden die typischen Symptome einer akuten Perforationsperitonitis oder einer akuten intestinalen Obstruktion auf, rapide Dehydratation. Am wichtigsten frühzeitige Erkennung und Entfernung des flüssigen Inhalts durch Spülung. Nichts per os, intravenös Normalsalzlösung, Morphium.

Chirurgische Konvaleszenz. Der Mangel an Schlaf nach Operationen kommt hauptsächlich von drei Ursachen: exzessive Ermüdung, nicht genügende Ermüdung, Reizzustand der Gonaden. Im ersteren Falle kommen sedative physiotherapeutische Maßnahmen in Frage, Massage, neutrale Bäder, keine Stimulantien. Im zweiten Falle ist Schlaf das Antidot der Ermüdung, also mehr Beschäftigung. Hinsichtlich des Reizzustandes der Gonaden ist zu viel Unsinn gesagt worden, besonders von Laienseite. Mit der wiederkehrenden Gesundheit häuft sich auch ein Ueberschuß der Kräfte an und dies zeigt sich in einer vermehrten Tätigkeit der Gonaden. Dies kann beim Patienten, Mann und Frau, störend wirken. Manche befürchten nun hierin eine Gesundheitsstörung. Das beste Gegenmittel ist geistige Beschäftigung.

Im allgemeinen beträgt die mittlere Dauer der Konvaleszenz für akute und schwere Krankheiten im Mittel 6 Wochen.

Nr. 21, 27. Mai 1926.

Drei gemeinsame Ursachen der mütterlichen Mortalität. Denormandie.
* Das Auge und der Internist. Fremont-Smith.
Wirkung des Tetraiodphenolphthaleinnatrium bei vollständiger Gallenobstruktion. Maddock und Whitacker.
Cholezystographie. Camp, Rives, Field.
Akrodynie. Powell.

Das Auge und der Internist. Der moderne Arzt ist vom Laboratorium abhängig, vergißt aber, daß trotz der blendenden Genauigkeit der Laboratoriumsarbeiten eben manche Krankheiten chemisch und serologisch doch nicht entdeckt werden können, daß die Krankheit auf den Menschen geschrieben ist, wenn man diese Schrift nur lesen kann. Der Diagnostiker hat manches mit dem Detektiv gemeinsam: zunächst einen Schlüssel und dann die richtige Ueberlegung. Jeder Millimeter des Körpers kann diese Schrift zeigen und am meisten das Auge. Z. B. ein Mann mit außerordentlich großer Leber, Glasauge, zunächst normaler Urin, der dunkel und dann an der Luft schwarz wird: das Auge war wegen Melanosarkom der Chorioidea enukleiert. Die weichen Augäpfel bei einem Bewußtlosen kommen nur beim diabetischen Koma vor. Verlust des äußeren Drittels der Augenbraue: Myxödem. Ungleichmäßiger Verlust der Augenbraue zugleich mit unregelmäßigem Haarverlust der Temporalgegend: sekundäre Syphilis. Verdickung der Haut und subkutanen Gewebes neben der äußeren Hälfte des Superciliums ist oft das früheste Symptom der nodösen Lepra. Außer bei Nephritis kommt das Oedem der Lider auch bei Trichinose und As-Vergiftung vor und rettet so oft vor der Diagnose Grippe oder Gastroenteritis. v. Graefe und Exophthalmus sprechen für Basedow. Protrusio eines Bulbus: Hypertrophie des Lymphgewebes in der Orbita bei lymphatischer Leukämie, Thrombose des Sinus cavernosus, Aneurysma der Ophthalmica, Tumor oder Abszeß der Orbita, bei schwerer Forntalsinusaffektion Ikterische Skleren: Obstruktion des Ductus communis, Infektion oder Sklerose der Leber, Gallensteine, Karzinom des Pancreas, katarrhalischer Ikterus, akute gelbe Leberatrophie im Beginn, hämolytischer Ikterus bei Vergrößerung der Milz und Leber und erhöhter Fragilität der roten Blutkörperchen. Oder perniciöse Anämie, wenn Blutausstrich stimmt. Eine einzige petechiale subconjunctivale Hämorrhagie: bakterielle Endocarditis in Fällen, wo man vorher nur eine einfache rheumatische Herzkrankheit annahm. Bei Typhus tritt oft eine Conjunctivitis früh auf. Die Russen fahnden hier nach dem Kaninchenauge.

Man muß die Conjunctivitis von der Iritis, die so häufig ein Zeichen extraokulärer Krankheit ist, unterscheiden. Charakteristica die kleine, träge, gräuliche Pupille, Empfindlichkeit und Schwerminderung. Wichtige Differentialdiagnose hier Glaukom: Pilocarpin. Atropin kann hier den völligen Verlust des Gesichts zur Folge haben.

Bei Iritis: erster Gedanke Lues, dann fokale Infektion von den Zähnen, Sinus oder Tonsillen, chronische Gonorrhoe, und als rheumatisch beschrieben, wo es sich um eine gichtische oder diabetische Form handelt.

Cornealnarben: oft Späterscheinung einer syphilitischen Keratitis. Bilaterale interstitielle Keratitis ist meist pathognomonisch für kongenitale Lues. Die Anamnese wird hier Schmerzen, Photophobie, Sehstörung erst auf dem einen Auge, dann auf dem anderen und eine wochenlange Entzündung ergeben.

Katarakt: Diabetes aber erst nach 50.

Kranialnerven: drei führen die Bewegungen des Auges aus, einer die sensorische Innervation der Cornea und einer übt die Hauptfunktion des Organs, die Sehfähigkeit aus. Die geringste Läsion eines dieser Nerven bringt funktionelle Störungen. Außerdem bestehen aber auch Verbindungen zwischen den okularen Nucleis, dem Kleinhirn und dem inneren Ohr und endlich treffen sekundär Veränderungen im intrakraniellen Druck und Sinuserkrankungen auch den Sehnerv. Hinsichtlich der Augenmuskellähmungen: corticale oder supranukleare Läsionen verursachen nie einseitige Lähmungen; sie sind also durch Veränderungen im Kern oder in den peripheren motorischen Nerven bedingt. Außerdem liegen die Kerne des III., IV. und VI. Nerven so nahe beieinander, daß sie gewöhnlich alle affiziert sind. Einseitige Lähmungen also sind peripheren Ursprungs durch Meningitis, Druck, Sinuserkrankungen, Neuritis nach Diphtherie. Die Länge des VI. gefährdet ihn mehr, als die anderen; deshalb ist Externuslähmung allein die einzige Kunde eines allgemeinen intrakranialen Prozesses, aber für die Lokalisation von geringem Wert, weil z. B. vermehrter intrakranialer Druck durch einen Tumor hierüber nichts sagt.

Diplopie, Ptosis, Paralyse eines Augenmuskels: Syphilis wenn isoliert oder vorübergehend (bei Neurosyphilis oft negativer Wa.); multiple Sklerose; Tumoren (dabei noch andere typische Symptome); Tumoren des cerebellopontinen Winkels (einseitiges Ohrensausen, Taubheit, Schwindel, Gesichtsschwäche, Lähmung des Rectus externus dieser Seite). Fehlen des Cornealreflexes ist oft das früheste Zeichen einer Affektion des V. Bei akuten Krankheiten deuten Muskellähmung und Diplopie auf Botulismus oder Encephalitis. Bei letzterer vorübergehend, oft nur Lähmung eines Muskels, im Beginn für wenige Stunden; jedes Auge ist für sich beweglich, aber die Fähigkeit mit beiden Augen zu fixieren oder nach einer Richtung zu sehen ist verloren. Postdiphtheritisch: Ptosis, Schielen, Verlust der Pupillenkontraktion. Bei dem Lidödem der Trichinose Schmerzen bei Augenbewegung.

Pupille: Kontraktion durch Oculomotorius, Dilatation durch Sympathicus. Also bei Reizung der Sympathicuskette im Thorax, Hals oder an der Peripherie Dilatation; auf Morphium Kontraktion durch Reizung des III. Auf Kokain Dilatation durch Sympathicusreizung. Enge feste Pupillen: Tabes, Pilocarpin.

Pupillengleichheit: stets ernst; oft das einzige Zeichen einer Neurosyphilis. Aneurysma, thorakale Tumoren, Tuberkulose verursachen ebenfalls einseitige Dilatation. Ausgesprochene, nicht traumatische Ungleichheit der Pupillen: Neurosyphilis. Daneben fehlender oder verminderter Lichtreflex.

Nystagmus: Refraktionsfehler, bes. bei Kindern, Ueberanstrengung der Augen bei schlechter Beleuchtung, multiple Sklerose (statt fälschlich angenommener Hysterie), Labyrintherkrankung, Tumor oder Abszeß des Cerebellum, tuberkulöse Meningitis.

Sehstörung: manche Stupidität bei einem Kind beruht lediglich darauf, nur wissen es die Kinder oft nicht. Gelbsehen: Santonin. Grünsehen: Digitalis, Uebermaß oder abnorme Empfänglichkeit. Hämianopie: bitemporal: Hypophysistumor. Homonym: Läsionen hinter dem Chiasma am Opticus. Gehirnabszeß nach Mastoiderkrankung. Sehschwäche: vermehrter intrakranialer Druck, Sinuserkrankungen (Ethmoid und Sphenoid), Vergiftung durch Tabak, Alkohol, Holzgeist, Chinin, Chloral, Blei und andere industrielle Gifte. Dann gewöhnlich zentral, peripher gut, Farbensinn zuerst affiziert. Oft das erste Symptom bei chronischer Nephritis, wo auch plötzliche Blindheit ohne retinale Veränderungen vorkommt. Auch bei Diabetes; Nachlaß bei Besserung. Endlich bei Polycythämie, auch bis zur völligen Blindheit.

Vorübergehende einseitige Blindheit: oft erstes Symptom der multiplen Sklerose; Differentialdiagnose, Hysterie. Plötzliche einseitige Blindheit: Hämorrhagie in den Glaskörper durch Hypertension oder Arteriosklerose. Obstruktion der Centralis retinae Völlige Blindheit auf beiden Augen: Hysterie.

Papille: die Hauptaufmerksamkeit des Praktikers richtet sich auf die Farbe, die Gefäße und die Ränder. Verwischte Ränder und Gefäße sind oft das erste Zeichen vermehrter intrakraniellen Drucks, der oft wochenlang ohne jedes andere Zeichen bestehen kann. Auch können diese Veränderungen noch lange bestehen, wenn der Druck schon wieder normal ist. Auch braucht dabei keine Abnahme der Sehschärfe vorzuliegen. Die Veränderungen bei Nephritis, Diabetes und Syphilis sind bekannt. Wichtig ist noch Arteriosklerose. An den kleinen Gefäßen des Augenhintergrunds gemessen geben diese kein paralleles Bild für die allgemeine Sklerose, wohl aber ähnliche Befunde, wie sie in den Nieren, im Gehirn oder sonst im Körper vorliegen mögen.

Nr. 22, 3. Juni 1926.

Hasenscharte, gespaltener Gaumen. Ladd.
Beckenentzündung bei Frauen. Noyes.
Milchinjektionen bei Beckenentzündungen. Champlin.
* Anaerobeninfektion. Dayton.
* Mißbrauch der Ruhe bei Behandlung von Herzkrankheiten. Reid.

Anaerobeninfektion. Die vielen Fälle von Gasbrand im Kriege haben die Kenntnis dieser Infektion sehr gefördert. In Betracht kommen Bazillus aerogenes capsulatus (Welchii, Perfringens), der Bazillus des malignen Oedems, Bazillus oedematicus (Bellomensis) und Fallax. Aus den tierischen Faeces stammend findet man sie in jedem bebauten Boden. Wenn von diesem Boden Teile mit der Kleidung in die Wunden gerissen werden, bes. in Lacerierte usw., und es kommt Kälte, Shock oder Blutverlust dazu, so breitet sich der Prozeß in der Längsrichtung des Muskels aus, rapide Vermehrung der Bazillen, Gasinfiltration, Retention, erhöhter Druck, bis zu 1½ Atmosphären, völlige Anämie des Muskels, dadurch Gangrän durch Ischämie. Neben den Bakterientoxinen kommen noch die Auflösung des zerfallenden Muskels zur tödlichen Wirkung. Im Vordergrund steht hier nicht die Toxinwirkung der Bakterien, sondern die mechanische Wirkung des Gases. Werden nun nichttoxische Bakterien injiziert, so treten die gewöhnlichen Verteidigungsmaßregeln des Körpers in Aktion. Im Boden werden die Toxine nicht gefunden; es gehört also irgendein Agens dazu, das die lokalen Verteidigungsmaßnahmen lähmt und den Bazillen gestattet, Toxin zu entwickeln und dies sind die Kalksalze. Und dieser verschiedene Kalkgehalt des Bodens mag auch das verschiedene Auftreten des Gasbrands an der Front erklären. Also die depressive Wirkung der Kalksalze, die schwere Schädigung der Vitalität der Gewebe, Faktoren, die den Blutdruck erniedrigen, wie Kälte, Hämorrhagie oder Shock sind nötig, um die natürliche Verteidigung zu brechen. Daher auch das häufige Auftreten des Brands bei komplizierten Frakturen, wobei sicherlich der Kalk des Knochens eine Rolle spielt. Für die Ausdehnung der lokalen Läsionen ist nun noch die Gegenwart von Säure günstig: der B. Welchii macht ein Medium sauer. Die Bazillentoxine sind einmal hämolytischer Natur; sie entwickeln sich früh, wenn die Vervielfältigung der Bazillen den Höhepunkt erreicht. Und dann eines, das lokal auf die Blutgefäße und die Gewebe wirkt und Oedem und Nekrose verursacht. Sie haben eine selektive Wirkung auf die suprarenalen Drüsen, die sie völlig lähmen. Im zivilen Leben kommen einmal ähnliche Fälle vor, wie sie im Kriege beobachtet wurden, und dann noch schwere Fälle des fulminanten Typs bei Läsionen des Uterus, puerperal oder bei Abtreibungsversuchen. Ferner Infektionen des Gastrointestinaltraktes. Hier haben die Bazillen Schwierigkeit sich zu entwickeln und suchen eine schon bestehende pathologische Läsion als Angriffspunkt oder als Eingangspforte in die Zirkulation. So findet man anaerobe Infektionen bei Magen- und Typhusgeschwüren, bei Gallenblasenkrankheiten, Abszeß und Karzinom der Leber und Entzündungen des Appendix. Es gibt auch eine chronische Infektion im Blutstrom, deren Blutbild eng dem der perniciösen Anämie gleicht.

Mißbrauch der Ruhe bei Behandlung von Herzkrankheiten. Ruhe ist ein zweischneidiges Schwert und schadet oft viel. Zunächst klare Diagnose. Lewis hält ¾ der als herzkrank Bezeichneten nicht für herzkrank. Die Hauptindikation für Ruhe liegt vor bei einem dekompensierten Herzfehler. Hier ist aber stark zu individualisieren. Bei Infektionen des Herzens, Syphilis sind die Symptome und das Behagen des Patienten vielleicht die besten Führer. Auch bei rheumatischen Herzerkrankungen ist Ruhe besonders längere Zeit hindurch nicht immer zu empfehlen. Man muß, wenn man den Wert der Ruhe kalkulieren will, daran denken, daß die Zirkulation nicht allein vom Herzen abhängt, sondern auch von peripheren Einflüssen. Die rigideste Ruheverordnung verhindert nicht alle Herztätigkeit und wenn diese nicht beschleunigt ist, so ist anzunehmen, daß der Mechanismus der Zirkulation gut funktioniert. Der Schaden zu intensiver Ruhe liegt einmal auf rein physischem Gebiet; bei älteren Patienten ist längere Bettruhe direkt schädlich; hypostatische Pneumonie, Lungenkongestionen; Verlust des Tonus der Körpermuskulatur, der nicht wieder voll gewonnen wird, ferner von verschiedenen Reflexmechanismen, die bei der Blutzirkulation beteiligt sind. Dann psychisch: indem man den Patienten zur Faulheit verdammt, schafft man den Boden zur Neurose, fixiert die Idee der Invalidität. Und endlich ökonomisch: bei Erwachsenen ist der Zeitverlust empfindlicher wie bei Kindern; aber auch bei ihnen kann dadurch ein beträchtliches psychisches Trauma geschaffen werden.

v. Schnizer.

The American Journal of the Medical Sciences.

Nr. 6, Juni 1926.

Psychoneurosen. Janet.
Die Wirkung von Allylphenylcinchoninester auf den Stoffwechsel. Kahn u. Cohn.
* Die Wichtigkeit der urologischen Diagnose in der inneren Medizin. Beck und Goldstein.
Untersuchung über die Konstitution des Menschen. Nr. IV: Erblichkeit und Umwelt, die Krankheitsverursacher. Drapeo.
Die Bakterienflora des Brustkrebses. Warren.
Ueber wiederholte Impfung von Tieren mit sogenannten „Krebsorganismen". Warren und Pearse.
Krebs und Rückenmark. Weil und Kraus.
* Die Beziehung von rektalen und abdominalen Infektionen zur Pathogenese des Diabetes mellitus. Vischer.
Die Verwertung der Kurve des respiratorischen Quotienten für die Diagnose des Diabetes. Petty und Stoner.
* Die Frühdiagnose der Schwangerschaft durch exakte Methoden: weitere Untersuchungen über die Zuckertoleranzbestimmungen. Hirst und Long.
Passive Anaphylaxie bei einer Hämophile. Mills und Schiff.
Experimentelle Untersuchungen über die Reaktionsstärke asthenischer Personen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Antikörperproduktion. Barath.
* Der Wert der methodischen Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Crawford und Cantarow.
* Klinische Beobachtungen über den Kreislaufapparat bei der Pneumonie. Eine Analyse von 78 Fällen, Billings,
* Die graphische Darstellung der Blutsedimentierungsprobe, Untersuchungen bei Lungentuberkulose. Cutler.

Die Wichtigkeit der urologischen Diagnose in der inneren Medizin. Auf Grund der Feststellung, daß 790 der in eine innere Abteilung aufgenommenen Patienten urologisch krank waren, wird gemahnt, öfter an urologische Leiden zu denken und die urologische Diagnostik in der inneren Klinik in größerem Umfange heranzuziehen. Viele Patienten mit Erkrankungen der Nieren, Ureteren und Blase glauben infolge reflektorischer Störungen an Krankheiten des Intestinaltraktus, besonders des Magens, zu leiden, und suggerieren leicht dem Arzt eine falsche Diagnose, besonders weil auch grobe anatomische Läsionen in den Harnwegen ohne Funktionsstörung und ohne Urinveränderung verlaufen können.

Die Beziehung von rektalen und abdominalen Infektionen zur Pathogenese des Diabetes mellitus. Es werden 5 Fälle beschrieben, in denen sich das Auftreten des Diabetes mellitus an eine entzündliche Erkrankung im Bauch oder Mastdarm (Cholezystitis, Appendizitis, Analfistel) anschloß. Es dürfte sich hierbei um eine Pankreatitis handeln, die nach Auffassung des Verfassers metastatisch auf dem Pfortaderkreislauf- oder Lymphwege entstanden ist. Nach chirurgischer Behandlung des Grundleidens besserte sich der Diabetes.

Die Frühdiagnose der Schwangerschaft durch exakte Methoden: weitere Untersuchungen über die Zuckertoleranzbestimmungen. Verfasser bevorzugen von den Laboratoriumsmethoden zur Frühdiagnose der Schwangerschaft die Bestimmung der Zuckertoleranz nach Einnahme von 100 g Traubenzucker nach Frank und Rothmann; die alimentäre Glykosurie — ohne Hyperglykämie — tritt in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft auf; beim Absterben des Foetus wird die Probe negativ. Die Probe wurde bei 150 Frauen vorgenommen; sie versagte bei 6 Schwangeren und 8 Nichtschwangeren. Bei diesem Resultat ist sie wegen ihrer Einfachheit empfehlenswert.

Der Wert der methodischen Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Der Liquor von 210 Patienten ist systematisch durchuntersucht worden, wobei besonderer Wert auf die Bestimmung seines Zuckergehalts gelegt wurde. Ein übernormaler Zuckergehalt fand sich bei den cerebrospinalen Erkrankungen vaskulären Ursprungs, besonders bei der Enzephalitis und manchen Formen der Lues cerebrospinalis; in Verbindung mit vermehrtem Globulingehalt ist eine starke Erhöhung der Zuckerkonzentration charakteristisch für Hirndruck, besonders Hirntumor. Die wesentliche Ursache für die Vermehrung des Liquor-Zuckers wird pathogenetisch in einer erhöhten Permeabilität des Chorioideaepithels und des Kapillarendothels des Zentralnervensystems gesehen. Verminderung des Liquor-Zuckers wurde in erheblichem Grade bei akuter eitriger Meningitis, in geringem Maß bei tuberkulöser Meningitis gefunden. Den Hauptwert der Probe sehen Verfasser in der Differenzierung der tuberkulösen Meningitis, besonders von der Encephalitis epidemica.

Klinische Beobachtungen über den Kreislaufapparat bei der Pneumonie. An 78 Patienten mit lobärer und Bronchopneumonie wurden systematische Untersuchungen des Kreislaufsystems vorgenommen. Der autoptische Herzbefund von 16 Kranken zeigte in 14 Fällen eine Myocarditis; außerdem fand sich seröse, fibrinöse und eitrige Pericarditis, Endocarditis, Dilatation; in 2 Fällen war das Herz nicht pathologisch verändert. Klinisch wurde die Diagnose Myocarditis 29 mal gestellt; außer diesen fand sich vielfach Herzdilatation und Insuffizienz; nur in vereinzelten Fällen bestanden Geräusche, Arhythmien, gespaltene Töne und Galopprhythmus. In 23 Fällen konnte klinisch eine Kreislaufstörung nicht festgestellt werden, doch sind 5 von ihnen gestorben, und bei einem der drei sezierten Patienten fand sich eine Myocarddegeneration.

Die graphische Darstellung der Blutsedimentierungsprobe. Nach Veröffentlichungen zahlreicher Autoren und den eigenen Erfahrungen des Verfassers ist die Blutkörperchensenkungsreaktion ein wertvolles Hilfsmittel für die Zustandsdiagnose der Lungentuberkulose, das verdient, in Lungenheilanstalten allgemein angewandt zu werden. Sie gibt, in regelmäßigen Abständen angestellt, ein zuverlässigeres Bild von dem Verlauf der Tuberkulose und ist infolgedessen auch ein besserer Führer in der Behandlung als die Temperatur-, Puls- und Gewichtskurve. R. Seligmann.

Journal of Urology.

Mai 1926.

* Die akuten Veränderungen der Kaninchenniere, insbesondere des Beckens durch Unterbindung des Ureters. H. F. Helmholz und R. S. Field.
Einige interessante Probleme der Nierenchirurgie. H. S. Buegbee.
* Erweiterung des Ureters mit Gummihütchen bei der Behandlung der Harnleitersteine. Veröffentlichung eines modifizierten Operationszystoskops. R. S. Dourmashkin.
Beitrag zum Problem der Blasenhalskontraktur. H. Rubritius und O. Schwarz.
* Modifizierung der typischen Hydrocelenoperation. S. W. Moorhead.
Syphilis der Prostata. W. H. Haines.
* 2 Fälle bösartiger Hodentumoren. D. F. Benthley jr.
* Ein modifizierter Ureterenkontrastkatheter. L. Herman.
Einen Stein vortäuschende Ureterknickung, die zu bemerkenswerter Harnleitererweiterung führte. Lloyd Greene.
Ovarialstein, der einen Ureterstein vortäuscht. L. Herman.
Rückenmarkstumoren. Th. C. Stellwagen.
Tabes mesenterial. A. Randall.
Vorstellung eines hantelartigen Blasensteines. L. Herman.
* Eine Hohlsonde zur Behandlung der Periurethritis. Ernst Rupel.

Die akuten Veränderungen der Kaninchenniere, insbesondere des Beckens durch Unterbindung des Ureters. Die Verfasser unterbanden den Harnleiter bei Kaninchen und töteten die Tiere nach ein, zwei, vier, acht, zwölf, achtzehn, vierundzwanzig und achtundvierzig Stunden. Die gewonnenen Nieren und Nierenbecken wurden makroskopisch und histologisch untersucht. Die Befunde am Nierenbecken ergaben, daß Hämorrhagien, Oedeme und Exsudationen nach 4 Stunden nachweisbar waren und ihr Maximum nach 18-24 Stunden aufwiesen. Die Zerstörung der Wand bestand ferner in schmaler oder breiter Abhebung des Epithels, Ulcerationen und sterilen Abszessen des peripelvinen Gewebes. Heilungsprozesse waren zuerst nach 48 Stunden nachweisbar in Form von Wucherungen der Bindegewebszellen und Rückgang der Leukocyten, sowie in der Bildung einer Pseudomembran am Rande der Epithelreste. Durch Reizwirkung war es dem Urin möglich gewesen, flache Divertikel zu bilden und tief in das Gewebe vorzudringen. Das umgebende Fett und Bindegewebe des Beckens wurde durch straffes fibröses Gewebe ersetzt.

Die Niere selbst zeigte örtliche Nekrose der Epithelien mit leukocytärer Infiltration, ausnahmsweise in einem Falle Infarzierung, ferner jedoch Nekrose der Tubuli in den Papillen, gelegentlich auch Nekrose der gesamten Papille.

Für die Pathologie des Pyelitis folgt aus diesen Untersuchungen einmal, daß gewisse Blutungen bei Obstruktion des Harnleiters nicht der Infektion zur Last fallen, sondern dem Druck des gesamten Harns, daß die Bildung von Beckendivertikeln die Ursache steriler Abszesse und langdauernder Eiterungen sein kann, und daß die Produkte der akuten Entzündung so rasch verschwinden können, daß nach 14 Tagen nichts mehr von ihnen wahrzunehmen ist. Das makro- und mikroskopische Bild der hydronephrotischen Niere ist das gleiche nach 24 Stunden, ob Infektion stattgefunden hat oder nicht.

Erweiterung des Ureters mit Gummihütchen bei der Behandlung der Harnleitersteine. (Veröffentlichung eines modifizierten Operationszystoskops.) Zur Erweiterung des Harnleiters empfiehlt Dourmashkin die Spitze des von ihm angegebenen ausgehöhlten Ureterbougies mit einem Gummibeutelchen zu überziehen, welches, nachdem es in den Harnleiter eingeführt worden ist, aufgeblasen werden kann. Die Dehnung des Gummihütchens kann durch eine Spritze sowohl mit Luft als mit Flüssigkeit erfolgen; es kann z. B. Bromnatrium verwandt und so während der Behandlung röntgenologisch die Erweiterung des Harnleiters kontrolliert werden. Die Aufblasung dieser Gummi hat Verfasser bis Nr. 54 (Charr.) getrieben, ohne dabei irgendeine Schädigung beobachtet zu haben. Mit sechs Fällen, bei denen es gelang, den Stein abzutreiben, belegt er die Zweckmäßigkeit seines Vorgehens. Da die Einführung dieser überzogenen Bongies in das Brown-Bürgersche Cystoskop erschwert war, hat Verfasser es in zweckmäßiger Weise modifiziert, so daß sich der Harnleiterkatheter nicht mehr in dem Cystoskop verfängt.

Modifizierung der typischen Hydrocelenoperationen. Die gegenwärtigen Methoden der Hydrocelenoperationen kranken daran, daß dem Patienten ein großer hängender Scrotalsack bleibt, der ihn belästigt und öfters auch lebhaft schmerzt. Der Verfasser gibt daher eine Methode an, bei der durch quere Schnittführung über das Scrotum bei der Operation ein entsprechend großer Hautlappen reseziert wird, wobei ein besserer kosmetischer Effekt erzielt wird. Sie eignet sich besonders für große Hydrocelen. Obwohl diese Operation länger dauert als die anderen Arten, so ist das kein Nachteil für den Kranken, da sie in Lokalanästhesie ausgeführt wird und der Wundverlauf nicht mehr Zeit als sonst beansprucht. Aus den beigefügten Bildern sind die Einzelheiten gut ersichtlich.

Zwei Fälle bösartiger Hodentumoren. Die Fälle betreffen einen 38jährigen Mann, der ein Adenokarzinom des linken Hodens hatte, das erfolgreich entfernt wurde, und einen 19jährigen jungen Mann, welcher ein Hodensarkom links aufwies, nach dessen Operation er im Verlauf dreier Monate an Metastasen starb.

Ein modifizierter Ureterenkontrastkatheter. Der Katheter ist im Gegensatz zu den anderen nicht durchweg mit schattengebender Masse imprägniert, sondern nur an bestimmten Punkten. Das distale Ende besteht aus 2 je 1 cm langen imprägnierten Stellen, zwischen denen 0,5 cm freigeblieben sind. Dann sind wieder 9 cm durchlässig, die nächsten 2,5 cm sind wie die Spitze markiert, es folgen 8,5 cm transparent und wieder 2,5 kontrastgebend. Die Anordnung ist also derart, daß wenn die Spitze am Nierenbecken ist, die mittlere kontrastierende Partie in der Beckenkrümmung liegt und die proximale an der Uretermündung. Man kann so äußerst exakt die Lage eines Steines im Ureter abmessen.

Eine Hohlsonde zur Behandlung der Periuretritis. Die Sonde hat zu ihrer inneren Aushöhlung hin zahlreiche Durchbohrungen, die 1 mm von einander entfernt liegen. Exprimiert man nun nach ihrer Einführung die Drüsen der Urethra, so läuft man nicht Gefahr, das Sekret in das umliegende Gewebe zu pressen, sondern es fließt durch die Oeffnungen in die Hohlsonde ab, wo es überdies der Untersuchung leicht zugänglich ist.

E. Lehmann, Berlin.

Buchbesprechungen.

E. Pagenstecher: **Die klinische Diagnostik der Bauchgeschwülste** ist in Neubearbeitung von Prof. Dr. Th. Naegeli, Bonn, erschienen. Die Erfahrungen der Abdominalchirurgie und der Ausbau der Abdominaldiagnostik der letzten zwölf Jahre machten eine vollkommene Umarbeitung und Ergänzung des Werkes notwendig. Im allgemeinen Teil schildert Verf. nach eingehender Berücksichtigung der topographischen Verhältnisse sämtliche Untersuchungsmethoden, die wir zur Diagnostik der Abdominalerkrankungen und der Bauchgeschwülste notwendig haben. In dieser Beschreibung, die außerordentlich klar und gut verständlich gehalten ist, tritt, wie Verf. es selbst im Vorwort sagt, deutlich das Bestreben hervor, zunächst mit den einfacheren Untersuchungsmethoden auszukommen und dann erst die komplizierteren und moderneren zu Hilfe zu nehmen. In dem speziellen Teil geht Verf. dann auf die Geschwülste selbst ein. Durch zahlreiche wohlgelungene Abbildungen wird der Text erläutert und die Anschauungs- und Vorstellungsmöglichkeit erleichtert. In dem vorliegenden Werke ist die sämtliche Literatur weitgehendst berücksichtigt. Vor allem aber sind die großen Erfahrungen der Bonner Universitätsklinik und die des Verfassers selbst verwertet worden. In der Neubearbeitung des vorliegenden Werkes haben wir eine außerordentlich wertvolle Bereicherung unserer chirurgischen Literatur erfahren. Mag in vielen anderen Sammelwerken der gleiche Inhalt behandelt worden sein, eine so zusammenfassende klare und inhaltsreiche Darstellung besitzen wir kaum. Besonders wertvoll wird uns das Buch ferner dadurch, daß die pathologischen Verhältnisse und die Differentialdiagnose so ausgiebig berücksichtigt werden.

Gohrbandt.

R. Frank: **Moderne Therapie in Innerer Medizin und Allgemeinpraxis.** Ein Handbuch der medikamentösen, physikalischen und diätetischen Behandlungsweisen der letzten Jahre. I. Teil. Arzneimittelbesprechung. II. Teil. Therapie der Inneren Krankheiten. Verlag von J. C. D. Vogel. 1926. 580 Seiten. Preis geb. 15 M. — Es muß dem unbefangenen Beobachter auffallen, daß in den letzten Jahren die Zahl der Werke zunimmt, die ausschließlich therapeutische Fragen behandeln. Diese Tatsache hat zwei Ursachen. Erstens führt die verfeinerte Diagnostik in Einzelfächern dazu, daß es der allgemeine Praktiker aufgeben muß, seine Denkweise vorwiegend dem diagnostischen Aufgabenkreis zu widmen. Zweitens gewinnt die Richtung der Naturheilkundigen bei den Laien so stark an Ansehen, daß die Schulmedizin sich gezwungen sieht, der Hauptaufgabe des Heilens wieder größere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Aus der geschichtlichen Entwickelung wird es verständlich, daß gegenwärtig zwei Werke entstehen. I. Das Handbuch der praktischen Therapie als Ergebnis experimenteller Forschung (v. d. Velden-Wolf), ein Sammelwerk, das die Grundzüge kausaler Behandlung im Gegensatz zur rein erfahrungsmäßigen aufbaut. II. Das siebenbändige Handbuch der gesamten Therapie (Stintzing-Penzoldt-Guleke). Außer diesen größeren Werken haben viele Universitätskliniken die Behandlungsmethoden der Spezialfächer gesondert herausgegeben. Unter diesen Werken seien „Die Therapie der Berliner Kliniken“ und „Die Therapie der Wiener Kliniken“ besonders hervorgehoben, weil sie sich ergänzen und deshalb den Anspruch auf eine recht umfassende therapeutische Anschauung machen können. Unter den Klinikern der Gegenwart war wohl Adolf Strümpell der Führer, der dem Aufgabenkreis kausaler Therapie die höchste Aufmerksamkeit schenkte; er hat drei Jahre vor seinem Tode einen höchst anregenden kritischen, mahnenden und geschichtlichen Aufsatz über die Wege der Therapie geschrieben. Sein Schüler R. Franck hat in dem vorliegenden Buch eine Zusammenfassung geschaffen, die eine der besten unserer Literatur ist und jedem Arzt auf das wärmste empfohlen werden kann. Das Werk besteht aus zwei Teilen: I. Der Arzneimittelbesprechung. II. Der Therapie der inneren Krankheiten. Die Medikamente sind im ersten Teil unter mehrfacher Literaturangabe alphabetisch angeordnet. (Preis stets genannt.) Neuere Präparate sind vorwiegend berücksichtigt aber kritisch ausgewählt. Verfasser warnt vor Arzneibehandlung nach Reklamevorschriften, vor allem vor der Fertigpackung, die stets mit dem Zusatz „sine confectione“ gefordert werden sollte. Aeltere bewährte Mittel sind keineswegs vernachlässigt, bei den erprobten Medikamenten wird die technische Anwendung besonders hervorgehoben. So z. B. beim Ricinus die Corrigentien, bei den Digitalispräparaten die Form der Dosierung, beim Salvarsan der Ausweg bei paravenöser Injektion. Beim Insulin ist Herstellung, Dosierung, Verhalten im hypoglykämischen Symptomenkomplex, Ursache der refraktären Diabetesfälle, Verbindung mit Ernährungstherapie eingehend gewürdigt. Wertvolle Präparate der neueren Zeit wie Acilacton, Anästhesin, Arthigon, Cardiazol, die Disperte werden ausführlicher besprochen. Die Deutung der Wirksamkeit von Novasurol, seine gleichzeitige Anwendung mit anderen Diureticus wird lehrbuchmäßig und doch rein praktisch dargelegt. Rein pflegerische Hinweise sind gegeben, die sonst der Arzt meist ausführlicher in der kleinen auch von Pharmakologen (W. Heubner) empfohlenen „Medikamentenlehre für Krankenpfleger“ von Fleißig als in medizinischen Lehrbüchern findet. Das zeigt sich vor allem auch im zweiten Teil, der neben den pharmakologischen Fragen die physikalische Therapie in gleicher Weise berücksichtigt. Es ist sehr zweckmäßig, daß zwischen die beiden Hauptteile ein Abschnitt mit den Formulae magistrales, der Behandlung der Vergiftungen, schließlich eine Uebersicht der Tuberkuline und Heilseren eingefügt ist. In einigen wenigen Punkten könnten nach Ansicht des Ref. in einer Neuauflage Aenderungen erfolgen. Beim Pylorospasmus der Rinder findet sich nur selten eine prompte Wirkung durch Papaverin. Bei der Chorea sollte die Nirvanol- und Adrenalinbehandlung Erwähnung finden. Der Schwefeltherapie kommt m. E. bei chronischen Gelenkerkrankungen größere Beachtung zu als dem Sanothrit. Calciumchlorat muß als Antidot bei intravenöser Magnesiumsulfatbehandlung (Tetanus) eindringlich hervorgehoben werden. Hier empfiehlt sich auch meistens Exzision der Wunde. Die Yatrenpräparate können etwas kürzer gefaßt, das Friedmannsche Tuberkulosemittel gestrichen werden. Bei hypertonischen Zuständen dürfte die intravenöse Traubenzuckertherapie (E. Meyer) eingehend gewürdigt werden, bei Nephritis und Oedembereitschaft die Technik der Brei-Obsttage. (Bednow, Schlayer.) Bei der Stomatitis wäre therapeutisch 1% Salvarsanglyzerin und das Pyoktanin, das sich vor allem auch bei der Plaut-Vincontschen Angina (Wichels) recht gut bewährt hat, ergänzend einzufügen.

Das vorliegende Werk ist deshalb ein erstklassiger Ratgeber, weil es ebenso ausführlich wie übersichtlich und einheitlich ist. Der Lehrer des Verfassers war wohl der letzte Internist, der die spezielle Pathologie als einziger Autor niederlegte. Bei diagnostischen Werken mag künftig eine Aufteilung in Spezialkapitel mit vielen Verfassern notwendig und wünschenswert sein. Bei therapeutischen Büchern ist dagegen nach Ansicht des Ref. ein solches Werk, von einem weitblickenden Arzt verfaßt, die günstigste Lösung für den Gebrauch des praktischen Helfers auf dem Gebiet der inneren Medizin.

Werner Gottstein (Freiburg i. Br.).

Krause-Garré: **Therapie innerer Krankheiten.** Verlag G. Fischer, Jena. Preis: brosch. 23.50 M., geb. 26 M. 868 Seiten. — Die wesentlich umgearbeitete und vermehrte zweite Auflage dieses Lehrbuches hat im großen und ganzen dieselbe Einteilung wie die erste. Hinzugekommen sind ein Kapitel über „Proteinkörpertherapie“ und über „die geschichtliche Entwicklung der Therapie“, während der Abschnitt „Mechanische Orthopädie“ fortgefallen ist. In einer Reihe von 19 Einzeldarstellungen sucht dieses Werk einen Ueberblick zu vermitteln über die Grundlagen, auf welchen sich das therapeutische Handeln in der inneren Medizin aufbaut. Mathes und Klewitz geben eine Zusammenfassung der für die Diätetik wichtigen Tatsachen der Stoffwechsellehre und der Verdauungsphysiologie sowie eine Besprechung einiger Ernährungsformen (Uebenernährung, Fieberdiät u. a.) aus der speziellen Diätetik. Statt der sonst in Deutschland gebräuchlichen Zusammenstellungen von Schall, Umber, Strauß über die Zusammensetzung und den ausnutzbaren Teil der einzelnen Nahrungsmittel ist eine Tabelle von Atwater und Byrant wiedergegeben, aus welcher — bei einheitlicher Berechnung — der kalorische Wert und die prozentuale Zusammensetzung des im Organismus umgesetzten Teils der Nährstoffe ohne weiteres ersichtlich sind. Im Abschnitt über Pharmakotherapie entwickelt Magnus (Utrecht) in höchst anregender und kritischer Weise die allgemeinen Gesichtspunkte, welche der Arzneibehandlung zugrunde liegen. Die Arzneistoffe werden auf ihrem Weg durch den Körper verfolgt, die Bedingungen ihrer Aufnahme, der Verteilung, des Wirkungsbereiches, der chemischen Umwandlung im Stoffwechsel und der Ausscheidung an einer Fülle von Beispielen wirkungsvoll dargestellt. Die so wichtigen Gesetze der Entgiftung und der Kumulation werden eingehend erörtert. Es wird gezeigt, wie und warum der kranke Organismus anders als der gesunde auf Heilmittel reagiert und wie sich die Empfindlichkeit des Körpers gegen Heilmittel und Gifte ändert. Kurz und treffend sind die Ausführungen über die gegenseitige Beeinflussung der Pharmaka, des Synergismus und des Antagonismus von Giften, welche die Wertlosigkeit der Mehrheit der so zahlreichen Spezialpräparate mit „potenzierter Wirkung“ erweisen. In den Abschnitten über die physikalischen Heilmittel, Hydro- und Thermotherapie (I. Straßburger), Klimato- und Balneotherapie (Frankenhäuser), Massage und Gymnastik (Kohlrausch) Licht- und Lufttherapie (G. Boehm) finden wir eine ausführliche Schilderung jener Methoden, welche tagtäglich in der Praxis ihre Anwendung finden und deren genaue Kenntnis unbedingt notwendig ist, um das ärztliche Handeln fruchtbringend zu gestalten. Die Technik dieses Heilverfahrens wird — zumeist unter Gruppierung nach klinischen Gesichtspunkten — so präzise und geschickt dargestellt, daß die Durchführung bei einiger Uebung nicht schwer fallen kann. Eine Reihe ausgezeichneter Abbildungen ergänzt die Schilderung auf das wirkungsvollste und dürfte wesentlich zu einem raschen Einarbeiten in die Methodik beitragen. Ein besonderer Vorzug der Darstellung ist die überall im Vordergrund stehende Begründung der Wirkungsweise, die Analysierung des Einflusses auf krankhafte Lebensvorgänge. Das zu Unrecht vernachlässigte Gebiet der physikalischen Therapie erscheint so überall reizvoll durch die Fülle der gegebenen Anregungen zum eignen Nachdenken, zur Individualisierung der Therapie. Zum Eingehen auf Einzelheiten fehlt hier der Raum. Bei der Besprechung der Balneotherapie wäre eine Darstellung der Mineralwasserwirkung in ihrer Beziehung zum Säurenbasengleichgewicht, zur Ionenverschiebung im Organismus erwünscht, sowie auch eine kurze Berücksichtigung der Frage, ob und wie derartige Trinkkuren auch in der Heimat durchgeführt werden können. Das Kapitel über „therapeutische Technik“ (Stich und Lehmann) gibt einen vollständigen Ueberblick über die technischen Maßnahmen, welche bei der Behandlung „innerer“ Krankheiten in Betracht kommen. Wertvoll sind die eingehenden Ausführungen über die Punktion, die Injektion und Infusion, welche auch für den Geübten durch Mitteilung technischer Einzelheiten und Kunstgriffe von Nutzen sind. Neben der Lumbalpunktion ist die Zisternenpunktion nach der ihr zukommenden Bedeutung genau beschrieben. Die Bluttransfusion hat entsprechend ihrem immer mehr sich erweiternden Anwendungsgebiet eine ausführliche Besprechung erfahren, wobei insbesonders die Gefahren der Blutübertragung und ihre Verhütung, die Spenderauswahl und die Blutgruppenbestimmung berücksichtigt wurden. Neben der Oehleckerschen Methode der Bluttransfusion hätte jedoch eines der Verfahren Erwähnung finden müssen, bei denen sich die Freilegung von Spender- und Empfängervenen erübrigt (Becksche Apparat oder Infusion des defibrinierten Blutes nach Morawitz). Es fehlt eine Erwähnung der intraperitonealen Kochsalzinfusion beim Säugling, die in der Pädiatrie eine größere Rolle spielt als die ausführlich besprochene intraperitoneale Zufuhr von Blut beim anämischen Säugling und besonders bei der Bekämpfung der alimentären Intoxikation die Möglichkeit bietet, rasch größere Flüssigkeitsmengen zuzuführen. Die Grundlagen der Narkose, der Asepsis und Operationsmethodik sowie der Technik der Behandlung bei den einzelnen Organsystemen einschließlich der Pneumothoraxtherapie werden — bisweilen zu ausführlich — jedoch im ganzen in wirkungsvoller Weise ins Gedächtnis gerufen. Das von P. Krause bearbeitete Gebiet der Behandlung mit Röntgenstrahlen und radioaktiven Substanzen kann übersichtlicher und klarer in einem derartigen Handbuch nicht abgehandelt werden. Den leicht faßbaren Ausführungen über allgemeine Technik der Bestrahlung und der Meßmethoden folgt eine prägnante Zusammenfassung der für das Verständnis dieser Therapie wichtigen biologischen Strahlenwirkungen. Bewundernswert ist die knapp 25 Seiten umfassende Darstellung der speziellen Röntgentherapie. Aus der Fülle der Erfahrungen heraus ist in überaus kritischer Weise alles für den Allgemeinpraktiker Wesentliche angeführt worden, wobei auch die neuesten Ergebnisse vollauf gewürdigt sind. Wohlgelungen erscheinen auch die folgenden Abschnitte über Serum-Bakterien (Vaccine) und Proteinkörpertherapie einschließlich der Tuberkulinbehandlung (P. Krause), welche — ohne auf interessante Einzelheiten zu verzichten — in knapper Zusammenfassung einen ausreichenden Ueberblick des für die Praxis Notwendigen gewähren. Nicht angeführt wird die Serotherapie des Scharlach mit antitoxischem Serum nach Dochez, sowie die Prüfung auf Scharlachempfänglichkeit mit der Dickschen Hautimpfung. Kurz erwähnt seien die Darstellungen der Pneumotherapie (Boehm) und der Inhalationstherapie (P. Krause). Sehr zu begrüßen ist die eingehende Besprechung der „Krankenpflege“ (P. Krause und R. Stich), im Rahmen dieses Handbuches, weil oft die Gesundung des Kranken mehr als von sonstigen therapeutischen Maßnahmen von der Sorgfalt der Pflege abhängt. Das Studium dieses Abschnittes kann nicht eindringlich genug empfohlen werden. Die Psychotherapie als Grundlage jeglichen ärztlichen Handelns sowie in ihrer besonderen Bedeutung für die psychische Beeinflussung somatischer Vorgänge wird in kaum zu übertreffender Kürze unter kritischer Würdigung der psychotherapeutischen Methoden von Veraguth abgehandelt. Im letzten Abschnitt ist die „geschichtliche Entwicklung der Therapie“ von Ebstein in fesselnder Weise zur Darstellung gebracht, wobei auf die für die Bekämpfung der Kurpfuscherei so notwendigen Kenntnis der laienärztlichen Heilmethoden besonderer Wert gelegt wurde.

Erwähnenswert ist die Tatsache, daß das Sachregister durch Erklärung einer Anzahl wissenschaftlicher Ausdrücke zumeist griechischen Ursprungs ergänzt ist und daß auch das Namensverzeichnis durch Einreihen von biographischen Daten den für die Kenntnis der Therapie so notwendigen Sinn für medizinische Geschichte und Tradition fördern will.

Das Buch wird seiner Aufgabe, einen Ueberblick der Behandlungsmethoden zu vermitteln vollauf gerecht. Mehr noch!

Von jetzt ab

erscheinen Fortschritte der Medizin

jeden Dienstag

Therapeutische Mitteilungen.

Compral, ein neues Analgeticum.

Ein neues Mittel zur Herbeiführung einer intensiven, aber unschädlichen, schmerzstillenden Wirkung empfiehlt Jäger (Centralblatt f. Gynäk. 1926, Nr. 26), in dem Compral, einer chemisch einheitlichen Verbindung von Voluntal und Pyramidon, das in Tabletten zu 0,5 g von der J. G. Farbenindustrie A.-G., Leverkusen, hergestellt wird. Verf. hatte auf Grund von einhalbjähriger Erfahrung ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen. Er empfiehlt das Mittel besonders bei spastischer Dysmenorrhoe und hält es für das souveräne Mittel zur Behebung des Menstruationsschmerzes. Der Erfolg trat hier mit solcher Regelmäßigkeit auf, daß namentlich Frauen, die schon alle möglichen Mittel erfolglos versucht hatten, sich nicht genug an Aeußerungen des Lobes und der Zufriedenheit tun konnten. Nicht ungünstig war auch der Erfolg bei postoperativen Schmerzen, sowohl nach kleineren chirurgischen Eingriffen, als auch einige Tage nach Laparotomien, wenn die leichten Nachschmerzen Unruhe und Schlaflosigkeit erzeugen. Auch Neuralgien, Migräne, Zahnschmerzen können in den Wirkungsbereich des Comprals einbezogen werden. Die durchschnittliche Dosis beträgt einbis dreimal täglich 1—2 Tabletten. Der Erfolg tritt nach ¼—½ Stunde ein.

Rudolf Katz, Berlin.

Klinische Erfahrungen mit „Decholin“.

Von

Dr. FERDINAND LEBERMANN.

Unter der großen Zahl der galletreibenden Mittel, die in den letzten Jahren in den Handel kamen, beanspruchen die Gallensäuren und ihre Verbindungen ein besonderes Interesse: Sind sie doch schon seit langem als das physiologischste Mittel zur Anregung und Vermehrung der Gallenabsonderung bekannt und im Tierversuch vielfach geprüft. Dementsprechend nehmen sie einen Vorzugsplatz in der Therapie der Erkrankungen des menschlichen Gallensystems vor den anderen Cholagogis ein und nicht nur ihre die Gallenflüssigkeit vermehrende Wirkung und die evtl. dadurch bedingte mechanische Austreibung von Konkrementen sowie die Durchspülung der entzündeten Gallenblase haben ihnen zu ihrer derzeitigen Bedeutung verholfen. Es liegen vielmehr aus früheren und neuesten Zeiten eine ganze Reihe eingehender Untersuchungen vor, die dartun, daß die gallesäurehaltigen Mittel zum Teil eine direkt steinlösende Wirkung haben und infolge ihrer Zusammensetzung und kolloidchemischen Eigenschaften auch den Ausfall von Konkrementen in Gallenblase und -wegen verhüten können. (Mautner, Neubauer, Adler, Pohl, Apel u. a.) Daneben haben die Gallensäuren, wenn auch in geringem Grade, bakterizide Eigenschaften und einige ihrer Salze vermögen in verhältnismäßig dünnen Lösungen auf der Kultur das Wachstum von Staphylokokken zu verhindern. (Kauftheil und Neubauer.) Dabei geben die Untersucher dem für den Organismus am wenigsten giftigen Natriumsalz der Dehydrocholsäure den Vorzug und empfehlen seine Anwendung bei entzündlichen Erkrankungen der Gallenblase.

Das Präparat befindet sich seit einigen Jahren unter dem Namen „Decholin“ im Handel. (Hersteller: Riedel, Berlin.) Seine galletreibende Wirkung, die übrigens auch im Tierversuch von Specht nachgewiesen wurde, wurde inzwischen in der Praxis von mehreren Seiten, insbesondere von Adlersberg und Neubauer eingehend geprüft und in mehreren Publikationen der klinischen Verwendung warm empfohlen. Die genannten Autoren, die das dehydrocholsaure Natrium als das ungiftigste der geprüften Gallensäurepräparate — Desoxycholsäure ist wesentlich giftiger! — in einer großen Anzahl von Fällen anwendeten, konnten sich auch direkt am Menschen von der starken galletreibenden Wirkung des Mittels überzeugen durch Untersuchung von Operierten mit Gallenfisteln, sowie durch Anwendung der Duodenalsonde. Als sein Hauptindikationsgebiet bezeichnen sie die Fälle von fieberhafter Cholezystitis und Cholangitis ohne Steinverschluß, in denen sie fast durchweg befriedigende Erfolge mit Decholin erzielten; sowohl Fieber als auch Schmerzen und etwa vorhandener Ikterus verschwanden auf einige Injektionen, Allgemeinbefinden, Appetit und Verdauung besserten sich. Auch bei einfachem Ikterus stellten sie den günstigen Einfluß des Mittels fest, das auch den lästigen Pruritus verminderte und empfehlen es zuletzt auch in Kombination mit der chirurgischen Drainage der Gallenwege zur Beschleunigung der reinigenden Durchspülung des Gallensystems. Als einzige Nebenwirkung beobachteten sie einen bitteren Geschmack im Munde bei der Injektion, der indes rasch verschwand.

Lapinski erweiterte das Indikationsgebiet des Decholins beträchtlich und will es auch bei einer Reihe nervöser Beschwerden, die mit pathologischen Zuständen der Leber und des Gallensystems zusammenhängen können, angewendet wissen. Seine Patienten reagierten sehr gut auf die Injektionen, nach denen in mehreren Fällen Hautjucken, Druckempfindlichkeit der Leber, Kopfschmerzen und sonstige Störungen allgemeiner Art zurückgingen.

Durch diese günstigen Berichte ermutigt, entschloß ich mich, das Decholin, das mir in liebenswürdiger Weise von der Firma Riedel in ausreichenden Mengen zur Verfügung gesteilt wurde, bei möglichst vielen Gallen- und Leberaffektionen, die ich zu untersuchen und behandeln Gelegenheit hatte, anzuwenden und möchte in folgendem über sieben derartige Fälle berichten, die ich im Laufe fast eines Jahres im Israelitischen Asyl in Köln-Ehrenfeld beobachtete. Ich verwendete lediglich die zur intravenösen Injektion bestimmten Ampullen mit 5- u. 20prozentigem Decholin, die je 0,5 bzw. 2,0 g des Präparates enthalten und hielt mich im übrigen an die von den eingangs erwähnten Autoren und der Fabrik gegebenen Anweisungen. Unter den so behandelten Patienten befinden sich vier mit Ikterus catarrhalis und drei mit entzündlichen Affektionen der Gallenblase und -wege.

Davon seien folgende Krankengeschichten hier kurz mitgeteilt:

Fall 1. K. M., 22 Jahre, Maurerlehrling. Diagnose: Ikterus catarrhalis. Aufgenommen am 30. November 1925.

Anamnese: Stammt aus gesunder Familie, 1922 Grippe, sonst früher nie innerlich krank. — Seit etwa vier Wochen Magenbeschwerden, Schmerzen in der ganzen Oberbauchgegend, Aufstoßen, kein Erbrechen. Vorgestern (28. November 1925) wurde ihm gesagt, daß er gelb sei. Völlige Appetitlosigkeit. Urin dunkel, Stuhl hell. Kein Hautjucken. — Mäßiger Raucher und Trinker. Angeblich nie geschlechtskrank.

Befund vom 30. November 1925: Mittelgroßer, schmächtiger junger Mann. Mäßiger, aber deutlicher Ikterus der Haut und Conjunctiven.

Innere Organe: Ueber der linken Lungenspitze abgeschwächtes Atmen und leichte Schallverkürzung. Herz: o. B., Leib der Uebelkeit. 2,0 Decholin i. v.

2. Februar 1926: Völliges Wohlbefinden, keinerlei Schmerzen mehr. Stuhl normal gefärbt.

4. Februar 1926: Vollkommen beschwerdefrei entlassen.

Außer den drei hier beschriebenen behandelte ich noch vier weitere Patienten mit Decholin, möchte aber aus Gründen der Raumersparnis hier die Krankenberichte nicht im einzelnen wiedergeben. Es handelte sich um zwei weitere Fälle von katarrhalischem Ikterus, die im großen und ganzen ähnlich verliefen wie die oben beschriebenen, ferner um eine durch akuten Gelenkrheumatismus komplizierten Cholezystitis, die augenscheinlich auch durch das Decholin weich, in der rechten Oberbauchgegend etwas druckempfindlich.

Unterer Leberrand in Nabelhöhe etwas druckempfindlich. Incisur deutlich zu fühlen. Milz nicht vergrößert. Nervensystem o. B.

Urin: Alb. + (Spur) Sacch-Urobilinogen++, Urobilin+, Bilirubin+. Sediment: Ikteruszylinder. — Stuhl: hell, aber nicht ganz entfärbt.

Ordin: Fettfreie Diät, Decholininjektionen intravenös, einmal 0,5, dann stets 2,0.

3. Dezember 1925: Ikterus hat deutlich abgenommen (3 Injektionen).

4. Dezember 1925: Urin: Ubgen+, Ublin-Bilirubin— (4 Injektionen). Keine Beschwerden mehr. Stuhl völlig normal gefärbt.

6. Dezember 1925: Keine Druckempfindlichkeit der Leber mehr, Leberrand zwei Querfinger über Nabelhöhe. Ikterus kaum noch zu erkennen. — Im ganzen 6 Injektionen: einmal 0,5, fünfmal 2,0 Decholin i. v.

7. Dezember 1925: Ikterus vollkommen verschwunden. Entlassung.

Fall 2. H. M., 28 Jahre, Händler. Diagnose: Ikterus catarrhalis. Aufgenommen: 5. Dezember 1925.

Anamnese: Familie gesund. — Seit 18 Jahren immer wiederkehrende Furunkulose. Im Feld Mittelohrerkrankung. 1918 Grippe und Abszeß in der linken Leistenbeuge, der indiziert wurde. Immer stark nervös und aufgeregt. — Seit acht Tagen oft Uebelkeit und Durchfälle, Appetitlosigkeit, zunehmende Gelbsucht; Stuhl hell, Urin dunkel. Kein Hautjucken. — Starker Raucher, mäßiger Trinker. 1924/25 Gonorrhoe.

Befund am 5. Dezember 1925: Mittelgroßer, kräftiger Mann. Starker Ikterus der Haut und Conjunctiven. Auf dem Rücken Comedonen und Furunkel. — Herz und Lungen normal. Pulsverlangsamung (52 i. 1 Minute), Leib nirgends druckempfindlich, Leber nicht vergrößert.

Urin: Alb-Sacch-Ubgen+Ublin++, Bilirubin+. Stuhl: entfärbt, Ubgen+.

Ordin: Fettfreie Diät, Decholininjektionen. Beginn am 6. Dezember 1925 mit zweimal 0,5, dann stets 2,0 i. v.

8. Dezember 1925: Ikterus hat deutlich abgenommen (3 Injektionen). Urin: Ubgen+, Ublin+, Bilirubin—.

11. Dezember 1925: Ikterus gerade noch zu erkennen. (5 Injektionen). Urin: Ubgen—, Ublin—, Bilirubin—. Stuhl: normal gefärbt.

13. Dezember 1925: Ikterus völlig verschwunden, Stuhl und Urin normal. (6 Injektionen.)

14. Dezember 1925: Geheilt entlassen.

Fall 3. A. H., Schmied, 39 Jahre. Diagnose: Cholezystitis, Cholelithiasis? Aufgenommen: 27. Januar 1926.

Anamnese: Vater an Schlaganfall gestorben, Ehefrau und ein Kind sind lungenleidend. — Patient selbst hat seit 1914 Beschwerden in der rechten Oberbauchgegend; heftige Krampfanfälle, zuweilen mit Erbrechen, oft mit Schüttelfrost. Der Schmerz strahlte nach der Mitte des Leibes und nach der rechten Schulter aus und war sehr heftig. Die Anfälle kamen in unregelmäßigen Abständen, zuweilen mehrmals in einer Woche, manchmal auch in Intervallen von einem halben bis einem Jahr und länger, oft auch nachts. Die Dauer der Koliken schwankte zwischen fünf Minuten und einigen Stunden. Morphiuminjektionen brachten fast stets Linderung. Den vorletzten Anfall hatte er kurz vor Weihnachten 1925, dabei auch heftige Schüttelfröste, starke Gelbsucht, Erbrechen. Stuhl war abwechselnd hell und dunkel, desgleichen der Urin, der aber oft bierbraun war. — Vor fünf Tagen wieder heftiger Anfall, der sechs bis sieben Stunden gedauert haben soll. Zweimal Erbrechen, kein Schüttelfrost. Die Schmerzen besserten sich nach Morphiuminjektionen, sind aber noch immer intensiv, auch noch nach der Aufnahme ins Krankenhaus. Stuhl seit fünf Tagen angehalten. — Mäßiger Raucher und Trinker. Angeblich nie geschlechtskrank.

Befund: Mittelgroßer, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand; subikterische Hautfarbe, deutlicher, wenn auch leichter Ikterus der Konjunktiven. — Lungen und Herz normal. — Leib weich, nur in der rechten Oberbauchgegend leicht gespannt und deutlich druckempfindlich. Unterer Leberrand zwei Querfinger über Nabelhöhe, in seinem ganzen Verlauf, besonders aber in der Gegend der Incisur, druckempfindlich. Gallenblase nicht sicher zu fühlen. Konsistenz der Leber normal. Milz nicht palpabel. — Nervensystem o. B.

Urin: Alb-Sacch-Ubgen++, Ublin+, Bilirubin—. Stuhl: etwas hell, Ubgen+. Temperatur abends 5 Uhr: 37,8° axillar.

Ordin: Karlsbader Salz, Decholininjektionen.

27. Januar 1926: 0,5 Decholin i. v.

28. Januar 1926: 0,5 Decholin i. v. Noch immer Schmerzen rechts oben im Leib, doch nicht so stark wie gestern. Temperatur abends: 37,2° axillar.

29. Januar 1926: 0,5 Decholin i. v. Status idem.

30. Januar 1926: Völliges Wohlbefinden, keinerlei Schme[illegible]n, kein Ikterus mehr. Urin und Stuhl normal, in letzterem keine S[illegible]e beobachtet. Kein Fieber mehr.

1. Februar 1926: Wieder etwas stärkere Schmerzen und Ge[illegible]hl günstig beeinflußt wurde. Der letzte Fall, der klinisch als Ch[illegible]zystitis angesehen und behandelt wurde, und dessen Beschwer[illegible] aller Therapie trotzten, blieb auch gegen Decholin refraktär. Tro[illegible] Operation, die indes nur einige pericholezystitische Adhäsione[illegible] zeigte, erfolgte nach mehreren Wochen rapiden Verfalls der Exitus. Die Sektion ergab ein vom Pankreaskopf auf Duodenum und Gallenwege übergreifendes Karzinom. Mithin wird hier die Aussichtslosigkeit der beschriebenen Therapie verständlich.

Die übrigen geschilderten Fälle dürften aber, wie ich glaube, den günstigen Einfluß des dehydrocholsauren Natriums auf die Leber- und Gallenerkrankungen hinreichend demonstrieren. Was zunächst den einfachen katarrhalischen Ikterus anlangt, so scheint das Mittel eine den Ablauf wesentlich beschleunigende Wirkung zu entfalten. Denn während nach den Angaben fast aller Lehrbücher mit einer 3—5wöchentlichen Dauer dieser Erkrankung zu rechnen ist, war in den mit Decholin behandelten Fällen die Gelbfärbung der Haut schon nach 8 bis längstens 14 Tagen verschwunden. Hand in Hand damit ging das Verschwinden der Gallenfarbstoffe im Urin bzw. ihr Wiederauftreten im Stuhl. In analogen Fällen unserer Beobachtung, die mit anderen Mitteln behandelt wurden, sahen wir indes sehr wohl ein viel längeres Bestehenbleiben des Ikterus bis zu 5½ Wochen, so daß der rasche Ablauf unserer „Decholinfälle" doch kaum als bloßer Zufall bezeichnet werden kann. Auch das Hautjucken wurde in einem Falle günstig beeinflußt, so daß wir die Angaben von Adlersberg und Neubauer vollkommen bestätigen können und auch bei sehr skeptischer Erwägung des „post hoc, propter hoc" uns der Einsicht nicht verschließen können, daß, wenigstens zum Teil, die guten Erfolge dem angewandten Heilmittel zu danken seien.

Das Gleiche gilt von den fieberhaften entzündlichen Gallensystemserkrankungen. Wenn auch daraus nicht in Abrede gestellt werden soll, daß durch andere Behandlungsmethoden, wie Trinkkuren, Wärme, Duodenalsondierung und andere Cholagoga usw. Besserung und klinische Heilung der Cholezystitis und Cholangitis vielfach mit Sicherheit erzielt wurden, so darf jedenfalls gesagt werden, daß die Kette dieser Therapeutika durch das Decholin um ein wertvolles Glied bereichert wurde.

Nicht zuletzt soll hier noch die vollkommene Gefahr- und Harmlosigkeit des Präparates hervorgehoben werden, ein Vorzug, der sicherlich nicht allen Cholagogis nachgerühmt werden kann. Bei keiner einzigen der zahlreichen Injektionen sah ich irgendwelche schädliche Nebenwirkungen. Selbst den bitteren Geschmack im Munde während der Injektion, den Adlersberg und Neubauer bei allen Patienten beobachtet hatten, konnte ich nur bei zwei Kranken feststellen, die allerdings bei jeder einzelnen Injektion regelmäßig darüber klagten. Die rasch vorübergehende Empfindung kann kaum als ein nennenswerter Nachteil des Präparates bezeichnet werden.

Die kurze Beobachtungsdauer und die verhältnismäßig geringe Zahl meiner Fälle erlaubt allerdings noch kein Urteil über die endgültigen Heilerfolge der Decholinkur. Doch glaube ich, daß die bisher damit erzielten Resultate wohl bei jedem katarrhalischen Ikterus und bei fieberhaften Erkrankungen des Gallengangssystems einen Versuch mit dem Mittel rechtfertigen, um so mehr, als dabei keinerlei Risiko mit in Kauf zu nehmen ist, angesichts der Tatsache, daß bisher keine schädlichen Nebenwirkungen dadurch hervorgerufen wurden.

Literatur:

Adler: Med. Ges. zu Leipzig, Sitzung vom 3. März 1925, Klin. Woch. 1925, S. 1237.

Adlersberg: Zeitschrift f. d. ges. exp. Med. 1924, Bd. 42, H. 1/3, S. 194.

Adlersberg und Neubauer: Klin. Woch. 1925, S. 310; Wien. Med. Wochenschrift 1924, H. 33; Wien. Arch. f. inn. Med. 1925, Bd. 10, H. 1, S. 59.

Apel: Dtsche. Med. Woch. 1923, Nr. 9.

Kauftheil und Neubauer: Klin. Woch. 1924, Nr. 36.

Lapinski: M. m. W. 1925, S. 1560.

Mautner: Klin. Woch. 1924, S. 2321 und 2369.

Neubauer: Klin. Woch. 1925, S. 926; Bioch. Zeitschr. 1922, H. 4-6, S. 556; Klin. Woch. 1923, S. 1065, und 1924, S. 883; Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1924, Bd. 97.

Pohl: Zeitschrift f. d. ges. exp. Med., Bd. 30, H. 1-6.

Specht: Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1923, Bd. 128, H. 2, Bd. 129, H. 3, S. 483; 1924, Bd. 131, H. 3, S. 489.

448.8
F77

LIBRARY
RECEIVED
AUG 28 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 16 BERLIN, DEN 27. JULI 1926 44. JAHRGANG

YATREN-CASEIN

Besondere Vorzüge
- Milde Herdreaktionen
- Keine Allgemeinreaktionen
- Potenzierte Wirkung
- Leichte Dosierbarkeit
- Konstante Zusammensetzung
- Sichere Sterilität

Indikationen
- Gelenk- und Muskelerkrankungen
- Bronchitiden und Bronchiektasien
- Grippe- und Broncho-Pneumonien
- Entzündungen des weiblichen Beckens
- Fieberhafter Abort und Sepsis
- Iritis und Iridocyclitis

Handelsformen:
Yatren-Casein schwach u. stark
Original-Kartons mit 6 Ampullen à 1 ccm
„ „ „ 6 „ à 5 „
„ „ „ 25 „ à 1 „
Flasche à 25 ccm

BEHRINGWERKE MARBURG-LAHN

Ein hochprozentiges
Salicylpräparat von guter Bekömmlichkeit
auch bei Patienten mit empfindlichem Magen ist

DIPLOSAL

(der Salicylester der Salicylsäure).

Es ist von milder, protrahierter Salicylwirkung und bewirkt
keine schwächende Diaphorese,
die vielfach Veranlassung zu neuer Erkältung gibt.

Einzelgabe: 0,5—1,0 g. Tagesgabe: 3,0—6,0 g.
Tabletten zu 0,5 g in Originalpackungen mit 10, 20 oder 50 Stück.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof.

Literatur:

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Pluriglanduläre Fettsucht und ihre Behandlung." (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, Nr. 10.)

Prof. Dr. Holste, Jena „Neue Arzneimittel" (. . . Über die Zusammensetzung des Lipolysins.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 18.)

Dr. Max Porges, Marienbad: „Zur Behandlung der pluriglandulären Fettsucht". (Deutsche Med. Wochenschrift 1924, Nr. 25.)

Dr. Otto Schlesinger, Berlin: „Die Fettsucht u. ihre Behandlung auf Grund endokrin. Erkenntnis." (Medizinische Klinik 1923, Nr. 42.)

Dr. Löw, Döberitz: „Lipolysin, ein pluriglanduläres Entfettungsmittel". (Gr.-Berliner Ärzteblatt 1923, Nr. 41.)

Dr. Lewy, Bad Reichenhall: „Die hormonale Bekämpfung der Fettsucht", (Fortschritte der Medizin 1923. Nr. 10.)

Prof. Umber, Dirig. Arzt d. Krankenhaus. Charlottenb.-Westend: „Fettleibigkeit und Fettsucht". (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 10.)

Lipolysin
masculin. feminin.
Das pluriglanduläre Entfettungsmittel für orale und intramuskuläre Anwendung.

Kleine Dosen Tabletten verhüten Fettansatz, größere Dosen bewirken Gewichtsabnahme; zu einer systematischen Entfettungskur gehört die kombinierte Anwendung von Tabletten und Ampullen.

Neues Präparat!
Lipolysin sine Thyreoidea
In Fällen, wo Schilddrüsenmedikation kontraindiziert ist.

Literatur:

Dr. W. Jülich, Hamburg-Barmbeck: „Zur Nosologie u. Therapie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa)". (Mediz. Klinik 1925, Nr. 32.)

Dr. Albert Lahmann, Weißer Hirsch bei Dresden: „Die klinische Bedeutung der quantitativen Untersuchung auf Abwehrfermente" (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 36.)

Prof. Hermann Zondek, Berlin: „Ueber hypophysär-cerebral-peripherische Fettsucht (Salz-Wasser-Fettsucht)" (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 31).

Dr. Erwin Pulay, Wien: „Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organ-Präparaten" (Dt. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 5).

San.-Rat Dr. Bieling und Dr. Harry, Friedrichroda; „Untersuchungen über Lipolysinwirkung mit dem Knipping'schen Gasstoffwechsel - Apparat". (Dt. Med Wochenschr. 1925, Nr. 46; Archiv für Balneologie u. Med. Klimatologie 1926, Nr. 7).

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea" (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 7).

Dr. Georg Henning, Berlin W 35, Kurfürstenstraße 146/147.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. med. Gerhard Ockel, Kinderarzt in Guben: Die praktische Bedeutung der Bluttransfusion . . 705

Aus dem Röntgeninstitut von Dr. Kurt Thomas, Berlin.

Dr. Kurt Kirschmann, Berlin: Ganzbestrahlung mit Röntgenstrahlen 709

Dr. med. Adolf Kimmerle, Hamburg: Ueber einen Fall von Serumkrankheit nach Erstinjektion 711

Dr. Friedrich Heinlein, Oberarzt der Landesfrauenklinik Paderborn: Kjellandzange und praktischer Arzt 713

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für multiple Sklerose und Lungentuberkulose angenommen 714

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für multiple Sklerose und Lungentuberkulose nicht angenommen 715

Kongreßberichte:

Oberarzt Dr. Kayser-Petersen, Jena: Die Tuberkulosetagungen in Honnef und Düsseldorf . . 716

Laufende medizinische Literatur:

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 23—26 . . 721
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 25—29 722
Reichsgesundheitsblatt, Nr. 22—24 724
Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin, Heft 5—6 724
Zeitschrift für klinische Medizin, Heft 3—4 724
Zeitschrift für Kinderheilkunde, 41., Heft 3 725
Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung, 12., 3. Heft 725
Archiv für Dermatologie und Syphilis, 150., Heft 3 726
Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Heft 4 727
Vierteljahrsschrift Deutscher Aerztinnen, Heft 3 . . 728
Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 25 728
La Riforma medica, 42., Nr. 19—23 729
Lyon Médicale, Nr. 13—22 729
The Journal of the American Medical Association, Chicago, 86., Nr. 22—24 730
Long Island Medical Journal, 20., Nr. 5—6 732
Journal of Infectious Diseases, 38., Nr. 6 733
Surgery, Gynecology and Obstetrics, 42., Nr. 6 . . 733

Buchbesprechungen 735

Mitteilungen 736

Neuerscheinungen der medizinischen Literatur 736

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Helmuth Wimmer, Teisendorf (Oberbayern): Die Yatren-Casein- und Neuro-Yatrenbehandlung in der Landpraxis 737

Dr. med. Strahlmann, Delmenhorst: Zur Frage der „Mineralisierung“ der Tuberkulose 738

San.-Rat Dr. Ravoth, Berlin-Steglitz: Ueber Isacen „Roche“, ein in kleinsten Mengen wirksames Laxans 739

Dr. Alfred Gradenwitz: Eine neue Form der Diathermie zur Heilung von Röntgenkrebs . . . 740

Dr. med. Hans Erdmann, Rayonarzt des Bauskeschen Kreises in Skaisticaln in Lettland: Zur Therapie schmerzhafter Neuritiden, speziell des Nervus ischiadicus 740

Sommerdiarrhoen!

Carbo-Bolusal **Pulver und Tabletten**

(Carbo sang., Aluminium, Kieselsäure, Bismut, Kalk, Magnesiumsuperoxyd).

Adsorbierendes

Darmdesinfiziens und **Antacidum**

Dysenterie, Gärungsdyspepsie, Proktitis ulcerosa, Ulcus ventriculi, Furunkulose; Kopfschmerzen bei nervöser Indigestion.

3 mal täglich 1/2—1 Eßlöffel oder 2—3 Tabl. in Tee oder Kakao resp 1/4 Stunde vor der Mahlzeit.
Auch clysmatisch.

Proben und Literatur

Pulver: 20 g (Kp.) M. 0,70, 50 g (Kp) M. 1,60, 125 g M. 3,30.
Tabletten: 60 Stück à 0,5 g M. 1,50.

Literatur: Prof. Dr. Albu, Prof. Dr. Lennhoff, Dr. R. F. Weiß, Hofrat Dr. C. Uhl, Dr. E. Blumenthal.

Dr. R. REISS

Dr. R. Reiss, **Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik,** Berlin NW 87/Fm.

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**

u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)

In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.

Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—. Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.

In allen Apotheken zu haben.

EPISAN Berendsdorf

Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.

EPISAN Berendsdorf

Von Ärzten bestens empfohlen.

Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84a.**

Bad Salzschlirf und sein Bonifaziusbrunnen!

Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**

Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN

Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.

Subkutan, intravenös und oral.

— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

SANATORIUM **Reinhardsbrunn**

in Friedrichroda / Thüringen

Dr. med. Lippert-Kothe

Innere, besonders Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten

Diät-Kuren

HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
Hovaletten
Zyma
KASSENPACKUNG

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma ERLANGEN

HOVALETTEN

Calcaona

Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao

Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym

Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan

Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal

Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.

Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 16 27. JULI 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Die praktische Bedeutung der Bluttransfusion.

Von

Dr. med. GERHARD OCKEL, Kinderarzt in Guben.

Der Gedanke, Blutübertragungen als Heilmittel zu benützen, ist uralt. Die Beurteilung des Wertes dieser Maßnahme hat im Laufe der Zeiten allerdings stark geschwankt. Durch die schweren, oft mit dem Tode endenden Folgeerscheinungen, die nach Blutübertragungen immer wieder beobachtet wurden, ist die Methode stets wieder sehr bald in Mißkredit geraten. In neuerer Zeit erfreut sich jedoch die Blutübertragung von Mensch zu Mensch eines ständig steigenden Interesses, und es scheint, daß wir die Hauptursachen der erwähnten Folgeerscheinungen so weit erkannt haben, daß uns ihre Beseitigung mit relativ hoher Sicherheit gelingt und somit die Bluttransfusion ihren Platz in unserem therapeutischen Rüstzeug auch in Zukunft als ein sehr wirksames, wenn auch durchaus nicht indifferentes Mittel behaupten wird.

Es darf heute wohl als eine feststehende Tatsache bezeichnet werden, daß die eigentliche Gefahr bei einer Blutübertragung darin besteht, daß auch bei Uebertragung arteigenen Blutes, also bei einer Uebertragung von Mensch zu Mensch, jene Erscheinungen eintreten können, die als Hämolyse bei Uebertragung artfremden Blutes seit langem bekannt sind, und die die Verwendung tierischen Blutes zur Transfusion beim Menschen unmöglich machen. Gelingt es, eine Hämolyse zu vermeiden, so bleiben Nebenerscheinungen aus, und es kommt also vor Ausführung einer Transfusion vor allem darauf an festzustellen, ob ihr Eintreten beim Empfänger zu erwarten ist.

Es wird heute allgemein angenommen, daß Hämolyse stets nur nach vorhergehender Agglutination eintritt, jedenfalls ohne gleichzeitig nachweisbare Agglutination nicht beobachtet wird. Wenn auch dieser Satz nicht umkehrbar ist, denn Agglutination ohne Hämolyse wurde vielfach beobachtet, so ist es doch nach dem übereinstimmenden Urteil wohl aller neueren Autoren erlaubt, bei Prüfung eines Blutes bzgl. seiner Eignung für eine vorzunehmende Transfusion die Hämolyse zu vernachlässigen und sich auf die Prüfung der Agglutination zu beschränken. Diese Tatsache ist praktisch von großer Bedeutung, da eine Prüfung auf Hämolyse technisch nicht ganz einfach ist und zahlreiche Fehlerquellen in sich birgt, während die Untersuchungen auf Agglutination relativ einfach und wenig zeitraubend sind.

Wesentlich ist ferner die Erfahrungstatsache, die besonders in Amerika in großen Untersuchungsreihen immer wieder festgestellt wurde, daß ausschlaggebend für das Eintreten unangenehmer oder bedrohlicher Folgeerscheinungen lediglich das Verhalten des Empfängerserums gegen die Spenderblutkörperchen ist. Offenbar wird das Spenderserum durch das Serum des Empfängers so stark verdünnt, oder es wird so rasch wieder aus der Blutbahn des Empfänger-Organismus ausgeschieden, daß eine agglutinierende Wirkung auf die Empfängerblutkörperchen nicht eintreten kann.

Ich neige besonders der letzteren Ansicht zu auf Grund meiner eigenen Beobachtungen am Säugling, bei denen ich eine merkbare unmittelbare Gewichtszunahme durch Transfusion auch von 100 g und mehr Blut niemals feststellen konnte.

Praktisch genügt also als Vorprobe lediglich die Prüfung der Agglutination zwischen Empfängerserum und Spenderblutkörperchen.

Für die Technik dieser Vorprüfung sind von den verschiedenen Autoren eine ganze Reihe von Modifikationen angegeben worden. Ich persönlich bin stets so vorgegangen, daß ich vom Empfänger, sei es durch Venen- bzw. beim Säugling Sinuspunktion, sei es durch Einstich ins Ohrläppchen ½—5 ccm Blut entnahm, das Serum absitzen ließ und zentrifugierte. Vom Spender entnahm ich einen Tropfen Blut aus dem Ohr und ließ ihn in 1 ccm 3 proz. Natr. citr.- oder physiol. NaCl-Lösung fallen. Das Serum wurde nach dem Vorschlag von Lattes mit ⅓ physiol. Kochsalzlösung verdünnt, um eine durch Geldrollenbildung bedingte Pseudoagglutination aufzuheben. Ein großer Tropfen Empfängerserum wurde mit einem ganz kleinen Tröpfchen der Spender-Blutkörperchenaufschwemmung auf einem Objektträger zusammengebracht und gut vermischt, daneben ein zweiter Tropfen des gleichen Empfängerserums mit einer in gleicher Weise hergestellten Aufschwemmung der Empfängerblutkörperchen — also der zu dem Serum gehörenden — zur Kontrolle evtl. auftretender Pseudoagglutination. Die Ablesung geschah stets mikroskopisch mit schwacher Vergrößerung nach 10 und 20 Min. (feuchte Kammer) ohne Auflegung eines Deckgläschens. Wichtig scheint mir dabei, daß die Menge der Aufschwemmung so gewählt wird, daß nach Senkung der Blutkörperchen das Gesichtsfeld gerade von einer einfachen gleichmäßigen Schicht roter Blutkörperchen bedeckt ist. Nur so lassen sich auch geringe Agglutinationen gut beurteilen.

Sehr beliebt ist heute die praktisch noch einfachere und bequemere Vorprobe mit Testseren.

Grundlegend hierfür sind die Arbeiten über die Agglutinationserscheinungen des Blutes vor allem von Landsteiner und nach ihm von Moss gewesen, die die Entdeckung machten, daß alle Menschen sich bzgl. ihrer Agglutinationsverhältnisse in bestimmte Gruppen einteilen lassen. Das Verhalten der einzelnen Gruppen — es werden heute allgemein nach Moss deren 4 angenommen — wird am einfachsten durch eine kleine Tabelle versinnbildlicht:

			Serum.			
			I.	II.	III.	IV.
Blutkörperchen	(A. B.)	I	—	+	+	+
	(B.)	II	—	—	+	+
	(A.)	III	—	+	—	+
	(O.)	IV	—	—	—	—

Danach gibt es also zunächst zwei gegensätzliche Gruppen. Das Serum der einen — I. — besitzt überhaupt kein Agglutinin; in die Blutbahn gebrachte Blutkörperchen der übrigen drei Gruppen verhalten sich bei Gruppe I. also wie körpereigene. Das Serum der anderen Gruppe — IV. — besitzt dagegen sämtliche Agglutinine, die für die anderen Gruppen wirksam sind, agglutiniert also alle Blutkörperchen der übrigen drei Gruppen.

Umgekehrt verhalten sich die Blutkörperchen dieser beiden Gruppen. Für die Blutkörperchen der Gruppe IV gibt es überhaupt kein Agglutinin, während die Blutkörperchen von Gruppe I von dem Serum aller übrigen Gruppen agglutiniert werden.

Zwischen diesen beiden Gruppen liegen die Gruppen II und III, deren Verhalten gegen die Endgruppen sich aus obigem bereits ergibt, und die sich gegenseitig agglutinieren.

Besitzt man nun „Test"-Serum von Gruppe II und III, so gestaltet sich die Prüfung sehr einfach:

Je ein großer Tropfen Testserum II und III wird mit einem ganz kleinen Tröpfchen des zu untersuchenden Blutes zusammengebracht. Die Ablesung soll makroskopisch erfolgen und zwar bereits nach wenigen Minuten. Werden die Blutkörperchen von Serum II und III agglutiniert, gehört der betreffende Mensch zu Gruppe I. Agglutiniert nur Serum II, gehört er zu Gruppe III, agglutiniert **nur** Serum III zu Gruppe II und tritt in beiden Seren keine Agglutination ein, zu Gruppe IV. In dieser Weise wird zunächst das Spenderblut, dann das des Empfängers geprüft. Die Brauchbarkeit des Spenders richtet sich nach folgenden Grundsätzen: sätzen:

1. Gruppe IV kann als Spender für jede Gruppe dienen (universeller Spender).
2. Gruppe I kann von allen Gruppen Blut empfangen (universeller Empfänger).
3. Gruppe II kann nur von sich selbst oder von Gruppe IV,
4. Gruppe III kann ebenfalls nur von sich selbst oder Gruppe IV.
5. Gruppe IV kann nur von sich selbst empfangen.

Auf der Landsteiner-Moss'schen Blutgruppeneinteilung baut sich die moderne Wissenschaft der „Blutgruppenforschung" auf. Die Literatur hierüber ist bereits erheblich angeschwollen, besonders auf dem Gebiete der Anthropologie, der Erblichkeitsforschung und der gerichtlichen Medizin.

Ich muß gestehen, daß ich der Grundlage all dieser teilweise recht weitgehende Schlüsse ziehenden Arbeiten immer noch skeptisch gegenüberstehe. Der Gedanke, daß die nirgends schematisierende Natur hier ein derartiges starres Schema geschaffen haben sollte, ist mir stets unwahrscheinlich erschienen. Ich habe selbst zur Nachprüfung einmal 100 und ein anderesmal 400 Agglutinationsversuche durchgeführt, indem ich nach Moss' Vorgehen einmal eine Gruppe von zehn, ein anderesmal eine Gruppe von zwanzig Personen untersuchte (jedes Serum gegen jede Blutkörperchenaufschwemmung). Die Methodik war dabei genau die oben bei Besprechung des Vorversuches beschriebene, nur daß dreimal abgelesen wurde und zwar nach 10, 30 und 45—60 Minuten. Die mir wesentlich erscheinenden Feststellungen, die ich hierbei machen konnte, waren folgende:

1. Bezüglich der Stärke der Agglutinationserscheinungen finden sich alle Uebergänge von eben angedeuteter nur stellenweise sichtbarer bis zu stärkster vollständiger Verklumpung.

2. Bezüglich der Schnelligkeit, mit der die Agglutination eintritt, finden sich ebenfalls alle Uebergänge von sofortiger fast schlagartig bis zu ganz langsam sich entwickelnder erst bei der dritten Ablesung deutlich in Erscheinung tretender Verklumpung.

3. Eine Eingruppierung in das Moss'sche Schema war, auch wenn man nur die deutlich sichtbare Agglutination berücksichtigt (+ u ++) und die ganz schwach „angedeutete" (a) als negativ betrachtet, nicht möglich. Ich gebe die damals erhaltenen Resultate hier in Tabellenform wieder (ausschlaggebend für die Tabellen war die letzte Ablesung, also nach 45—60 Minuten. Die Versuche wurden im Sommer bei gewöhnlicher Zimmertemperatur, also 17—20° C, durchgeführt.).

Serum

Blutkörperchen	1	2	3	4	5	VI	VII	VIII	IX	X
1	▤ –	–	–	+ +	–	≡ –	+ +	–	+ +	–
2	–	▤ –	–	+ +	–	–	≡ + +	a	+ +	–
3	–	–	▤ –	+	–	a	–	≡ a	+	a
4	–	–	–	▤ –	–	a	–	–	≡ –	–
5	–	–	–	+	▤ –	a	+	–	+ +	≡ –
VI	≡ –	–	–	+ +	–	▤ a	+ +	+	+ +	–
VII	–	≡ –	–	a	a	+	▤ a	+	–	–
VIII	–	–	≡ a	+ +	+	+	+ +	▤ –	+ +	–
IX	–	–	–	≡ +	a	+	–	a	▤ –	–
X	–	–	–	+ +	≡ –	+	+	a	+ +	▤ –

Tabelle I.

1—5 Ammenkinder, VI—X Ammen.
▤ Serum und Blutk. desselben Patienten.
≡ Serum und Blutk. von Mutter und Kind.

Ich bin mir selbstverständlich bewußt, daß das untersuchte Material viel zu klein und die Methodik zu einseitig ist, um bereits bindende Schlüsse darauf aufzubauen. Soweit ich die einschlägige Literatur aber übersehe, fehlt es an Arbeiten, die energisch auf das Suchen nach vorhandenen Uebergängen zwischen den vier Gruppen gerichtet sind, also etwa Paralleluntersuchungen mit verschiedener Methodik, z. B. der Originalmethode von **Moss** mit Reagenzgläsern im Brutschrank, der Testserenmethode und einer ähnlich obigen Angaben aufgebauten Methodik. Die makroskopischen Methoden allein scheinen mir zu grob. Daß die mikroskopischen gleichfalls Fehlerquellen in sich bergen, ist von vielen Autoren, besonders von **Mino** und **Lattes**, wiederholt betont; sie dürften aber bei sorgfältiger Technik zu vermeiden sein, und die mikroskopischen Methoden erscheinen mir als Kontrolle unerläßlich. Daß bei meinen obigen Versuchen Pseudoagglutination eine wesentliche Rolle spielt, halte ich für ausgeschlossen, da, von zwei Ausnahmen beim ersten Versuch abgesehen (s. Tab.), sämtliche Fälle, wo das Serum mit den eigenen Blutkörperchen zusammentraf, keine Spur von Agglutination zeigten.

Alles in allem: das biologische Gefühl läßt gegenüber einem so starren Schema immer wieder stutzig werden, und so empfehlen denn auch die meisten Autoren, die über Bluttransfusionen berichten, sich möglichst nicht mit der Vorprüfung durch Testserum zu begnügen, sondern, wenn die Zeit es erlaubt, jedesmal die Vorversuche individuell anzustellen.

In dringenden Fällen wird man selbstverständlich gern von der Testserummethode Gebrauch machen, die nur wenige Minuten in Anspruch nimmt. Testserum wird in Deutschland geliefert von der Firma **Ruete-Enoch** in Hamburg.

Ich bin auf diese Frage deshalb näher eingegangen, weil sie mir für das Auftreten von Nebenwirkungen wesentlich erscheint.

Alle Autoren, die über eine größere Anzahl eigener Transfusionen verfügen, sind darüber einig, daß auch bei sorgfältigster Vorprüfung unangenehme Folgeerscheinungen sich nicht mit vollkommener Sicherheit verhindern lassen.

Die **Folgeerscheinungen** werden nach den Literaturberichten eingeleitet durch ziehende Schmerzen in der Nierengegend; es folgen mehr oder minder heftige vasomotorische Erscheinungen, Cyanose, Schweißausbrüche, schwerste Angstzustände, also das typische Bild des Kollapses sowie eine Hämoglobinurie. Das ganze Zustandsbild kann einen leichten aber auch sehr schweren Charakter zeigen und mit dem exitus enden.

Die Zahl und Schwere solcher Erscheinungen wird recht verschieden hoch angegeben, wofür meist Einzelheiten der Transfusionstechnik verantwortlich gemacht werden. Ich selbst übersehe nur eine kleine Zahl eigener Transfusionen (22), von denen nur zwei bei Erwachsenen, alle übrigen bei Säuglingen ausgeführt wurden. Ich sah einen schweren Schüttelfrost ohne sonstige Folgen bei der einen erwachsenen Patientin (Anämia perniciosa), der wir 500 ccm Blut ihres Sohnes transfundiert hatten. Die Vorprobe hatte eben angedeutete Agglutination nach 30 Minuten ergeben. Meine sämtlichen Transfusionen beim Säugling verliefen, abgesehen von einer Temperatursteigerung auf 39°, ohne jede Folgerscheinungen einschl. Temperatursteigerungen.

Opitz, der bisher wohl über das größte Material von Säuglingstransfusionen verfügt, berichtet, daß Temperatursteigerungen bei Transfusionen von über 100 ccm fast regelmäßig beobachtet wurden. Bei meinen Transfusionen wurden etwa in der Hälfte der Fälle 100 ccm und darüber infundiert. Daß die besonders sorgfältige Auswahl der mir stets in der Mehrzahl zur Verfügung stehenden Spender zu meinen guten Ergebnissen beigetragen hat, scheint mir durchaus möglich, wenn auch keineswegs erwiesen. Jedenfalls würde ich mich, wenn die Zeit irgend ausreicht, nie mit einer Vorprüfung durch Testserum begnügen, sondern stets individuell den Agglutinationsversuch ansetzen und stets auch mikroskopisch kontrollieren. Je vollkommener Reaktionen zwischen dem Blute des zur Verfügung stehenden Spenders und des Empfängers fehlen, mit um so größerer Sicherheit wird man auf das völlige Ausbleiben von Folgeerscheinungen rechnen können.

Als sogenannte biologische Vorprobe wird außer den serologischen Vorproben nach Oehleckers Vorschlag meist die Einspritzung von zunächst nur 20—25 ccm Blut ausgeführt. Erst wenn ein Zeitraum von 15—30 Minuten ohne Auftreten von Folgeerscheinungen verstrichen ist, soll die endgültige Transfusion erfolgen. Auch die biologische Vorprobe gewährt keine absolute Sicherheit. In vereinzelten Fällen ist auch bei ihrem negativen Ausfall das Auftreten von Späterscheinungen nach der Transfusion beobachtet worden.

Zusammenfassend wäre also zu sagen: Sorgfältige Anstellung der serologischen und anschließend auch der biologischen Vorprobe ist vor jeder Transfusion unbedingt zu fordern. Vorprüfung durch Testserum ist auch vor der eiligsten Transfusion stets möglich, da sie nur Minuten in Anspruch nimmt. Bei vollkommen einwandfreiem Ausfall der Vorproben kann ein glatter Verlauf der Transfusion mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit vollkommener Sicherheit vorausgesagt werden.

Für die Technik der Transfusion selbst bestehen mehrere Möglichkeiten:

1. Die Uebertragung des Blutes direkt von Gefäß zu Gefäß nach Ausführung einer Gefäßnaht.

Diese Methode kommt praktisch heute nicht mehr in Betracht. Sie erfordert einen klinischen Apparat, chirurgische Technik, und es fehlt vor allem die Möglichkeit der Dosierung. Sie kann daher aus unserer Betrachtung ausscheiden.

2. Die Uebertragung unveränderten Blutes ohne jeden Zusatz von Vene zu Vene unter Zuhilfenahme eines besonderen Apparates.

Die bekanntesten Apparate sind angegeben:

a) von Oehlecker: Der Apparat besteht aus einer einfachen Glasspritze mit Dreiwegehahn, der Ansaugung des Blutes vom

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
1	≣ —	++	++	++	++	—	—	++	—	—	≡ —	++	a	—	++	—	++	++	a	++
2	—	≣	—	+	++	—	—	+	a	—	—	≡ —	—	—	++	+	—	+	a	++
3	—	—	≣ —	—	—	—	—	a	—	—	—	—	≡ —	—	a	—	—	—	—	+
4	—	++	+	≣ —	a	a	a	—	a	—	—	++	a	≡ —	—	—	+	—	a	a
5	—	++	++	—	≣ —	—	—	—	—	—	—	+	—	—	≡ —	—	a	a	a	—
6	—	a	+	+	++	≣	—	—	—	—	—	++	a	a	++	—	++	a	—	++
7	—	+	a	—	a	—	≣ —	a	a	a	—	+	—	—	a	—	a	a	—	+
8	—	+	+	—	—	—	—	≣ —	—	—	—	+	a	—	—	—	+	—	—	—
9	—	++	+	++	++	—	—	++	≣ —	—	—	+	—	—	++	—	—	+	—	++
10	—	++	+	++	++	—	—	++	—	≣ —	—	—	—	—	++	—	++	++	—	++
XI	≡ —	++	++	++	++	—	—	+	—	—	≣ —	++	—	—	++	a	++	++	a	++
XII	—	≡ —	—	++	++	—	a	++	—	—	—	≣ —	—	—	++	+	a	++	a	++
XIII	—	++	≡ ++	+	++	—	a	+	—	—	—	++	≣ —	—	++	a	++	++	a	++
XIV	a	++	++	≡ ++	++	—	—	++	—	—	a	++	a	≣ —	++	+	++	++	a	++
XV	—	++	+	—	≡ —	—	—	—	—	—	—	++	—	—	≣ —	—	++	—	—	—
XVI	—	++	++	++	++	—	—	++	—	—	—	++	—	—	++	≣ —	+	++	—	+
XVII	—	—	—	++	++	—	—	—	—	—	—	—	—	—	++	+	≣ —	++	+	++
XVIII	++	++	++	a	++	++	++	a	++	++	++	++	++	++	+	+	+	≣ —	++	a
XIX	a	+	+	++	++	—	—	++	—	—	—	a	—	—	++	a	—	++	≣ —	++
XX	—	++	++	a	a	—	a	—	a	a	a	+	a	—	—	a	a	+	a	≣ —

Tabelle 2.

1—10 Säuglinge, XI—XX Erwachsene.
1—5 Ammenkinder, XI—XV Ammen.

≣ Serum und Blutk. desselben Patienten.
≡ Serum und Blutk. von Mutter und Kind.

Spender, Ausspritzung des Blutes in die Vene des Empfängers und Durchspülung von NaCl-Lösung nach jeder Spritze gestattet.

b) von Beeck: Der sehr sinnreich konstruierte Apparat (Satrans-Apparat, Hersteller: Ernst Pohl, Kiel, Hospitalstraße 27) arbeitet mit einem Schlauchsystem und gestattet genaue Dosierung. Das Blut verweilt bei seiner Verwendung nur etwa eine Sekunde außerhalb der Gefäßbahn. Leider ist er sehr teuer (140.— M.).

Beide vorgenannten Apparate haben den nach meiner Ansicht besonders außerhalb der Klinik sehr hoch zu bewertenden Nachteil, daß Spender und Empfänger stets unmittelbar zusammen an den Operationstisch gebracht werden müssen. Das hat außer rein psychisch bedingten Unannehmlichkeiten auch den Nachteil, daß stets auf zwei Patienten gleichzeitig geachtet werden muß. Diese Unanehmlichkeit umgeht der dritte Apparat der

c) von Percy angegebene und nach ihm benannte Percy-Kolben. Es handelt sich um einen Glaskolben, dessen Innenseite vor Gebrauch sorgfältig mit festem Paraffin überzogen wird. Hersteller: Firma Woytatschek, Wien IX, Frankgasse.

Nather berichtet von 150 ohne jede unangenehme Folgeerscheinung verlaufenen Bluttransfusionen und erklärt dies besonders günstige Resultat, abgesehen von der sorgfältigen Anstellung der Vorproben vor allem durch Benutzung des Percy-Rohres.

3. Die Blutübertragung ohne besonders zu diesem Zweck konstruierte Hilfsapparate unter Verhütung der Blutgerinnung.

Um die Blutgerinnung zu verhüten, kann man

a) defibriniertes Blut zur Transfusion benutzen.

b) gerinnungshemmende Substanzen, vor allem also Natr. citr. zusetzen.

Die Benutzung defibrinierten Blutes wird nur noch wenig angewandt. Sie ist umständlicher und zeitraubender als die zweitgenannte, die Sterilität ist schwerer zu wahren, und schließlich besteht die Notwendigkeit, das gewonnene Blut erst einige Stunden stehen zu lassen, da im frisch defibrinierten Blut sich mitunter Giftstoffe bilden, die für den Patienten bedrohlich werden können. Es soll aber nicht verschwiegen werden, daß einzelne Autoren wie Olaf Hansen (zit. nach Morawitz) für die Ueberlegenheit des defibrinierten Blutes eintreten, ein Standpunkt, dessen Richtigkeit auch ein in Bluttransfusionen so erfahrener Kliniker wie Morawitz für möglich hält.

Die heute bei weitem verbreitetste Methode ist die Citratmethode, die für den Praktiker allein in Frage kommen dürfte, und auf deren Technik ich daher kurz eingehen will.

Trotz mitunter von einzelnen Autoren geäußerter Bedenken kann nach übereinstimmender Erfahrung wohl aller Autoren, die sich der Methode bedient haben, behauptet werden, daß der Citratzusatz vollkommen unschädlich ist. Auch eine Herabsetzung der Gerinnung tritt nicht ein. Wenig bekannt ist noch die Tatsache, daß in neuerer Zeit hochprozentige Natr.-citr.-Lösungen (30%) sogar als hervorragend wirksames Hämostypticum zur intramuskulären wie besonders zur intravenösen Injektion empfohlen werden.

Vorbedingung für die Ausübung dieser Methode ist lediglich Beherrschung der Venenpunktion, die aber heute im Zeitalter der Injektionsmethoden wohl kaum einem Arzt nicht geläufig sein und wenigstens bei gut ausgebildeten Venen keine Schwierigkeiten machen dürfte. Bei Säuglingen ist es nach meiner Erfahrung am einfachsten, den Sinus long. zu benutzen, vorausgesetzt, daß nicht eine Herabsetzung der Gerinnungszeit beim Empfänger besteht. Allerdings muß eine besonders große Uebung in der Sinuspunktion hier vorausgesetzt werden. Andernfalls dürfte es sich mehr empfehlen, eine Schädelvene oder die jugularis zu benutzen. Opitz warnt allerdings vor letzterem, da eine Ueberlastung des rechten Vorhofs eintreten könne. Bei entsprechend langsamem Einlaufenlassen dürfte das aber wohl zu vermeiden sein.

Als Transfusion — evtl. auch gleichzeitig als Auffangegefäß — wählt man entweder einen graduierten Glaszylinder mit unten angeblasenem Auslauf — im Notfall tut es auch jeder einfache Glastrichter — oder einen stehenden Zylinder, auf den man einen doppelt durchbohrten Gummistopfen aufsetzt. Durch das eine Loch wird eine lange, bis auf den Boden reichende Glasröhre gesteckt, an die der Verbindungsschlauch zur Kanüle angesetzt wird, durch das andere kommt eine ganz kurze Glasröhre, an die man ein Gummigebläse anschließen kann. Man kann dann je nach Wunsch das Blut aus dem hochgehaltenen Zylinder unter seinem eigenen Druck sehr langsam einlaufen lassen oder mit Hilfe des Gebläses die Uebertragung mehr oder weniger beschleunigen, was ich nach meiner Erfahrung bei guten Venenverhältnissen im allgemeinen für ungefährlich halte. Selbstverständlich kann auch jede größere Injektionsspritze benutzt werden.

Der Verlauf einer Transfusion spielt sich demnach folgendermaßen ab:

1. Anstellung der Vorproben (einschl. Prüfung des Spenderblutes auf Wa. R. und Untersuchung des Spenders auf übertragbare Erkrankungen wie Tbc., Malaria usw.) auf die nur in ganz dringenden Fällen mit vitaler Indikation verzichtet werden darf.

2. Sterilisierung des Auffangegefäßes, der möglichst weiten Kanülen zur Entnahme und Infusion, des Gummischlauches und eines evtl. besonderen Transfusionsgefäßes.

3. Durchspülung sämtlicher mit dem Blut in Berührung kommender Gefäße, Nadeln und Schläuche mit steriler, frisch hergestellter 3%iger Natr.-citr.-Lösung und Beschickung des Auffangegefäßes mit der gleichen Citratlösung und zwar mit $^1/_{10}$ der Blutmenge, die transfundiert werden soll (bei Transfusion etwa von 300 ccm Blut also 30 ccm). In dringenden Fällen sind hier sehr bequem die auf meine Anregung in den Handel gebrachten Natr. citr.-Isoampullen, die es gestatten, sich jederzeit gebrauchsfertige sterile frische 3%ige Natr. citr.-Lösung herzustellen. Eine Ampulle ergibt jeweils 10 ccm. (Zu beziehen durch die Sacharinfabrik A.-G., Magdeburg-Südost.)

4. Blutentnahme beim Spender.

5. Biologische Probe (falls dieselbe nicht praktischer schon vor Beginn der Vorbereitungen durch besondere Venenpunktion und Injektion mit der Spritze angestellt wurde).

6. Blutinfusion beim Empfänger.

Wie man aus der Schilderung ersieht, ist die technische Ausführung eigentlich kaum komplizierter als eine Kochsalzinfusion, und es ist durchaus möglich, auch unter recht primitiven Verhältnissen eine Bluttransfusion durchzuführen, wenn es die Verhältnisse dringend erfordern.

Aber auch in weniger dringlichen Fällen ist Verlegung des Patienten in eine Klinik durchaus nicht unbedingt nötig. Die Vorproben lassen sich ohne die geringsten Schwierigkeiten auch in der Sprechstunde bzw. Hauspraxis genau so exakt durchführen wie in der Klinik. Bei Vornahme der Transfusion selbst wird man auf eine geschulte Assistenz natürlich nur in Notfällen verzichten, und die Zuziehung eines Kollegen dürfte sich empfehlen, falls nicht ein oder zwei erfahrene Schwestern zur Verfügung stehen. Die technische Durchführung am Krankenbett im Privathause stößt dann auf keine größeren Schwierigkeiten. Auf die Möglichkeit unangenehmer Folgerscheinungen müssen die Angehörigen selbstverständlich hingewiesen werden; sie können in der Klinik genau so auftreten wie im Privathause. Akut bedrohliche Erscheinungen, die ein sofortiges Eingreifen erforderlich machen, treten stets in unmittelbarem Anschluß oder doch ganz kurz nach Vollendung der Transfusion auf, so daß der für diese Möglichkeit mit Medikamenten entsprechend versehene Arzt zur Stelle ist und alles tun kann, was in solchen Situationen notwendig und menschenmöglich ist. Späterscheinungen (besonders in Form von Hämoglobinurie) sind gleichfalls beschrieben, aber jedenfalls äußerst selten und zeigen wohl so gut wie nie einen akut bedrohlichen Charakter, der sofortige Gegenwart des Arztes notwendig macht. Ich halte es daher für durchaus erlaubt, eine Transfusion auch außerhalb der Klinik durchzuführen, wenn die besonderen häuslichen Verhältnisse des einzelnen Patienten das nicht untunlich erscheinen lassen. Daß man Vornahme der Transfusion in der Klinik vorziehen wird, wenn eine solche ohne besondere Umstände zur Verfügung steht, ist schon in Rücksicht auf die damit gegebene geschulte Assistenz selbstverständlich.

Wir kommen nun zu dem wichtigsten Punkt, zur Frage nach der Indikation für den Eingriff.

Selbstverständlich ist die Indikation bei großen lebensbedrohlichen Blutverlusten infolge innerer oder äußerer Blutung. Hier wird sie in der Klinik heute wohl stets gestellt. Rechtzeitig ausgeführt, stellt sie in solchen Fällen einen lebensrettenden Eingriff dar, der leider nur häufig an der Unmöglichkeit der sofortigen Beschaffung eines geeigneten Spenders scheitern wird.

Die Amerikaner haben während des Feldzuges von dieser Möglichkeit in weit höherem Maße Gebrauch gemacht als das bei uns der Fall war. Nach Höst wurde in 10-l-Flaschen vor einem Angriff abgefülltes Citratblut von Angehörigen der Gruppe IV sogar auf den Verbandsplätzen hinter der vordersten Linie vorrätig gehalten und mit bestem Erfolg verwandt.

Neuerdings wird aus Amerika von ausgezeichneten Erfolgen bei schweren Verbrennungen und Gasvergiftungen berichtet. Ich füge das an die eben genannte Indikation an, weil vor Ausführung der Transfusion erst das mit Giftstoffen überladene bzw. zur Atmung untauglich gewordene Blut des Patienten, soweit möglich, durch Aderlaß aus dem Körper entfernt wird. Es wird also ein sofort wieder auszugleichender schwerer Blutverlust vorher künstlich herbeigeführt. Ich habe bisher nie Gelegenheit gehabt, bei solchen Fällen eine Bluttransfusion auszuführen. Würde aber in schweren, mir sonst aussichtslos erscheinenden Fällen nicht zögern, von der Methode Gebrauch zu machen. Die Größe des Aderlasses dürfte durch die Menge des zur Transfusion verfügbaren Blutes bestimmt sein.

Das größte Indikationsgebiet ergeben zweifellos die verschiedenen Formen von Anämie, beim Erwachsenen vor allem die Anämia perniciosa, im Kindesalter die schweren Formen der sogenannten alimentären und der postinfektiösen Anämie der Säuglinge und Kleinkinder.

Ueber die Erfolge bei der Anämia perniciosa besteht wohl soweit Uebereinstimmung unter den Autoren, daß große Bluttransfusionen das wirksamste Mittel sind, um eine Remission der Erkrankung herbeizuführen, das oft auch dann noch wirkt, wenn alle anderen Versuche fehlgeschlagen sind. Remissionen können wiederholt durch mehrfach vorgenommene Transfusionen erzielt werden, hier wie bei allen anderen für die Krankheit angegebenen Heilführen aber niemals zu wirklicher Heilung. Es kommt vielmehr auch mitteln früher oder später der Augenblick, wo eine Wirkung nicht mehr eintritt. Eine Transfusion soll erst dann vorgenommen werden, wenn alle anderen Versuche, eine Besserung des Zustandes herbeizuführen, fehlgeschlagen sind.

Sehr günstig sind die Erfolge bei den Kinderanämien. Es gelingt meist, die Erythrocytenzahl und den Hb-Gehalt rasch empor zu treiben, und der erzielte Erfolg wird in der Mehrzahl der Fälle vom Organismus festgehalten. Ueber den unbestritten hohen Wert der Methode auf diesem Gebiet waren sich auf dem letzten pädiatrischen Kongreß in Karlsbad bei Behandlung dieser Frage alle Diskussionsredner einig.

Selbstverständlich muß auch hier wirklich eine Indikation vorliegen, die den Eingriff rechtfertigt. Opitz, dessen Ansicht ich mich hier ganz anschließen möchte, formuliert seine Stellungnahme folgendermaßen:

„Transfundieren soll man

1. wenn die Erythrocytenzahl sehr niedrig d. h. nicht mehr als 1,5 Mill. pro Kubikmillimeter beträgt, um die in ihrer Resistenz stark geschädigten Kinder möglichst rasch unter günstigere Bedingungen zu bringen.
2. wenn die Erythrocytenzahl zwar nicht extrem vermindert ist, aber gleichzeitig bestehende Infekte ungünstig auf Blutstatus und das Allgemeinbefinden einwirken.
3. wenn die Reparation bei der eingeschlagenen Therapie keine Fortschritte macht oder rezidivierende Infekte das Leben des Kindes gefährden."

Eher wird man sich vielleicht bei postinfektiösen Anämien zu dem Eingriff entschließen, wenn der von Opitz wiederholt betonte Circulus vitiosus: Infekt-Anämie — Anämie-Infekt — vorliegt.

Eine Indikation, die gerade auch für den Praktiker häufiger in Frage kommen dürfte, geben ferner die hämorrhagischen Diathesen verschiedenster Aetiologie ab, sei es, um entstandenen Blutverlust auszugleichen, sei es, um die Gerinnbarkeit des Blutes zu erhöhen. So berichtete Schick auf dem pädiatrischen Kongreß 1925 über vier Fälle anaphylaktoider Purpura, die er in Amerika mit gutem Erfolg transfundierte. Morawitz berichtet über einen lebensrettenden Erfolg bei Hämophilie, wobei auffallenderweise die Gerinnungszeit auch nach der Transfusion ebenso verlängert war wie vorher. Gute Erfolge bei Hämophilie sah auch Oehlecker. Reiche konnte derartige Erfolge dagegen nicht erzielen. Ein Versuch scheint mir in bedrohlichen Fällen dieser Art ohne weiteres geboten. Opitz konnte in einem aufgegebenen Fall von symptomatischer Purpura fulminans lebensrettend wirken. Ibrahim berichtet von Erfolgen bei Herterschem Infantilismus und einem Fall schwerer Chlorose.

Damit dürften die heute allgemein anerkannten Indikationen ziemlich erschöpft sein. Inwieweit sich im Laufe der Zeit weitere Indikationen ergeben werden, ist noch nicht mit Bestimmtheit zu sagen. In Amerika, wo die Bluttransfusion — wie ja alle neuen Methoden — in allergrößtem — und als übertrieben anmutendem — Maßstab seit Jahren angewendet wird, wurde besonders bei allen septischen Erkrankungen sehr viel transfundiert. Man ist dort sogar schon so weit gegangen, die Spender mit Autovaccinen des kranken Empfängers vorzubehandeln. Auch die Spenderbeschaffung ist in Amerika in großzügigster Weise organisiert. Nach Giffin und Haines (zit. nach Morawitz) besaß die Mayo-Klinik in Rochester 1923 200 berufsmäßige Blutspender. Bei uns steht man diesen Erfolgen vorläufig noch skeptisch gegenüber, ein Standpunkt, der gerade bei einer Erkrankung wie der Sepsis verständlich erscheint. Von deutschen Autoren sind mir nur die Arbeiten von Nather bekannt geworden, der bei septischen Erkrankungen über gute Erfolge berichtet. Von anderer Seite, besonders auch von Oehlecker, wird jeder Erfolg bei Sepsis bestritten. Nur in der verzögerten Rekonvaleszenz von septischen Erkrankungen konnte er oft auffallend gute Erfolge erzielen.

Zum Schluß noch einige Bemerkungen über die Wirkungsweise der großen intravenösen Bluttransfusionen. Zwei Anschauungen stehen sich hier gegenüber. Während die einen — besonders ältere Autoren — dafür eintreten, daß die Transfusion im wesentlichen eine Reiztherapie darstelle, die körperfremden Blutkörperchen also rasch zugrunde gingen und bestenfalls reichlich Baumaterial für die vom Organismus selbst zu erzeugenden neuen Erythrocyten abgäben, mehren sich in neuerer Zeit die Stimmen, die sich für das Erhaltenbleiben der körperfremden Erythrocyten im Kreislaufsystem des Empfängers, also im Sinne einer Substitutionstherapie aussprechen. Besonders Opitz hat sich auf Grund seiner Erfahrungen und Untersuchungen hierfür eingesetzt. Ich kann ihm auf Grund meiner eigenen Erfahrungen nur beipflichten. Gerade in der Pädiatrie sind die Verhältnisse besonders leicht zu übersehen, da wir einem Säugling, dessen Blutmenge je nach Alter und Gewicht etwa mit 200—700 ccm anzunehmen ist, einen sehr großen Teil der Gesamtblutmenge infundieren können. Dadurch werden die Veränderungen der Zahlenwerte vor und nach der Transfusion sehr viel eindrucksvoller als beim Erwachsenen, und auch aus dem Verhalten des qualitativen roten Blutbildes, besonders der Polychromasie im dicken Tropfen lassen sich hier, wie ich anderen Orts bereits ausgeführt habe, gewichtige Schlüsse ziehen. Daß eine praktisch so gut wie vollkommene Substitution vorkommt, halte ich für absolut erwiesen. Ebenso sicher ist, daß sie nicht stets eintritt, sondern daß in anderen Fällen daneben eine Reizwirkung statthat, die in wieder anderen — aber selteneren — Fällen die Substitutionswirkung sogar übertrifft. Welche Wirkung erwünscht erscheint, hängt natürlich ganz von der Lage des einzelnen Falles ab. Wenn wir uns zu einer großen Bluttransfusion aber überhaupt entschließen, wird unser Bestreben wohl stets dahin gehen, durch sorgfältigste Technik eine möglichst vollkommene Substitutionswirkung zu erzielen.

Aus dem Röntgeninstitut von Dr. Kurt Thomas, Berlin.

Ganzbestrahlung mit Röntgenstrahlen.

Von

Dr. KURT KIRSCHMANN, Berlin.

Es ist seit langem bekannt, daß die Röntgenstrahlen außer der direkten örtlichen Wirkung auch eine Allgemeinwirkung auf den Organismus ausüben. Die Veränderungen des Blutplasmas und der morphologischen Bestandteile des Blutes, die Beeinflussung des Stoffwechsels in fast allen Komponenten, der Einfluß auf die Bildung der Hormone und Fermente sind der sichtbare Ausdruck für die Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen. Diese Effekte treten zwar nach Bestrahlung bestimmter Organe in verschiedenem Grade auf, doch sind sie im Prinzip bei jeder Röntgenbestrahlung nachzuweisen, sofern ein bestimmtes Quantum von Röntgenstrahlen absorbiert wird. Ueber die Bedeutung der Allgemeinwirkung gehen jedoch die Ansichten auseinander. Die meisten Autoren lehnen eine für den therapeutischen Effekt günstige Allgemeinwirkung ab und wollen nur eine schädigende Allgemeinreaktion anerkennen — unmittelbar nach der Bestrahlung als Röntgenkater, in späterem Verlauf als Blutschädigung. Im Gegensatz hierzu schreiben andere Autoren gerade der Allgemeinwirkung die ausschlaggebende Bedeutung für den therapeutischen Erfolg zu. Von den experimentellen Untersuchungen zur Klärung dieser Frage sind die Tierversuche von Kok und Vorlaender[1]) sowie Caspari[2]) besonders eindrucksvoll. Es geht aus diesen wie auch aus manchen anderen Arbeiten u. a. hervor, daß die Strahlenwirkung bei Karzinom keinesfalls als rein örtliche Wirkung auf die Karzinomzellen aufgefaßt werden kann. Eine Bestrahlung des Versuchstieres (Maus) an entfernten Körperstellen kann im Prinzip dieselbe Wirkung haben wie die örtliche Bestrahlung. Bei der Ganzbestrahlung der Tiere fanden Kok und Vorlaender gute therapeutische und besonders prophylaktische Wirkung. Allerdings mußten sie dabei in der verabfolgten Dosis bis an die Grenze des für das Leben Erträglichen herangehen und wollen daher die Konsequenzen für die Röntgenbestrahlung beim Menschen nicht gezogen wissen. Caspari fand eine Einwirkung schon bei erheblich geringeren Dosen und gibt auch einen Hinweis darauf, daß diese Methode auch bei der praktischen Röntgentherapie von Bedeutung werden könnte.

Ich habe nun, von rein klinischen Gesichtspunkten ausgehend, seit fast einem Jahre Ganzbestrahlung mit Röntgenstrahlen beim Menschen durchgeführt. Die leitende Idee war dabei folgende:

Die Allgemeinschädigung durch Röntgenstrahlen ist — von dem besonderen Einfluß bestimmter Organe abgesehen — um so größer, je größer das Einfallsfeld und damit die Raumdosis ist. Wenn nun bei der Allgemeinschädigung die Röntgenstrahlen ähnlich wie ein Gift wirken, so könnte es sein, daß bei geeigneter Dosierung statt einer giftigen eine therapeutisch nützliche Wirkung erfolgt. Es ist nicht nötig, dabei an die umstrittenen Gesetze der Homöopathie zu denken, vielmehr können uns ja fast alle Medikamente als Analogon dienen. Bei der üblichen lokalen Bestrahlung wird nun in jedem Falle die Allgemeinwirkung mit einer örtlichen Wirkung kombiniert und zwar ist die letztere bei den Strahlenmengen, die für eine deutliche Allgemeinreaktion nötig sind, regressiver Natur. Eine Ausschaltung dieses zellzerstörenden lokalen Effektes erfordert Anwendung geringster Strahlenmengen auf die einzelnen Körperpartien. Die Erzielung einer Allgemeinreaktion aber hat eine gewisse Raumdosis zur Voraussetzung. Beiden Anforderungen wird genügt, wenn der ganze Körper den Strahlen ausgesetzt wird, die Dosis aber entsprechend reduziert wird.

Nach zahlreichen tappenden Versuchen führe ich die Bestrahlung jetzt in folgender Weise aus: Es werden harte, durch ½ mm Zn gefilterte Röntgenstrahlen angewandt aus einer Fokushautdistanz von 1,20 m. Bei der einzelnen Bestrahlung wird 1% der H. E. D. appliziert (berechnet nach dem Entfernungsgesetz), die Bestrahlung wird täglich oder in ein- bis zweitägigen Intervallen ausgeführt und zwar im ganzen drei- bis fünfmal. Die Serie wird gegebenenfalls nach einigen Wochen wiederholt. In dieser Weise habe ich bisher über 50 Patienten behandelt. Der Effekt der Behandlung zeigte sich zunächst in einer Veränderung des Blutbildes. Meist konnte eine relative — vielfach auch eine absolute — Lymphocytose nachgewiesen werden, und zwar waren dies vorwiegend die günstig beeinflußten Fälle. Die Vermehrung der Lymphocyten trat bei Verabfolgung von 1 bis 3% der H. E. D. auf den ganzen Körper 24 bis 48 Stunden nach der Bestrahlung auf und klang nach 2 bis 3 Tagen ab. Am regelmäßigsten wurde die Vermehrung der Lymphocyten beobachtet, wenn 3 bis 5 Bestrahlungen, wie oben geschildert, vorgenommen wurden. In diesem Falle hielt die Lymphocytose auch erheblich länger an. Gelegentlich wurde auch eine Vermehrung der eosinophilen Zellen festgestellt, doch war dieser Befund nicht regelmäßig. Wurde die Bestrahlung zu lange fortgesetzt oder wurden von vornherein zu große Dosen gegeben, so trat eine Lymphopenie ein, meist parallel mit einer Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Besonders eindrucksvoll waren die Fälle, bei denen im Anfang der Behandlung eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens festgestellt wurde mit vermehrten Lymphocyten, während bei zu langer Fortsetzung der Strahlenbehandlung ziemlich plötzlich ein Umschwung eintrat: Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Verminderung der Lymphocyten. In einigen Fällen wurde bei Frauen eine einmalig verstärkte Menstruationsblutung beobachtet. Die Behandlung war hier kurz vor der Periode vorgenommen worden. Eine Beeinflussung des Blutdruckes konnte nicht festgestellt werden.

Bei den Patienten, die der Bestrahlung unterzogen wurden, handelte es sich in der Hauptsache um Krebskranke und Tuberkulöse. Bei Lungentuberkulose wurde vielfach Besserung des Allgemeinbefindens und auch objektive Remissionen mit Gewichtszunahme erzielt. Ueber sichere Dauererfolge kann ich zwar noch nicht berichten, doch waren die Resultate im ganzen durchaus ermutigend. Sehr viel hängt zweifellos von der Auswahl der für die Röntgenbestrahlung geeigneten Fälle ab. Ebenso muß bei der Durchführung der Bestrahlung sorgfältig individualisierend vorgegangen werden. Eklatant waren die Erfolge in einigen Fällen von chirurgischer Tuberkulose. Hierzu sei folgende Krankengeschichte mitgeteilt:

A. G., 17jähriges Mädchen. Seit Februar 1925 Knochentuberkulose am linken Vorderarm. Anfang Mai operiert, nicht geheilt. Juli 1925 Röntgentiefenbestrahlung, im Anschluß daran Höhensonne-Ganzbestrahlung. Keine Heilung. Befund am 25. November 1925: Schwellung und Rötung an der Streckseite des linken Vorderarmes, beginnend unmittelbar proximal vom Handgelenk. Operationsnarbe von 6 cm Länge. Die Haut ist auf der Unterfläche nicht verschieblich. Kleine Fistel, aus der sich ziemlich reichlich serös-eitriges Sekret entleert. Röntgenaufnahme: Verwaschene Strukturzeichnung. Kleiner Aufhellungsherd in der Ulna. Breiter periostitischer Saum an den einander zugekehrten Rändern der Ulna und des Radius. Flacher randständiger Knochendefekt an der Ulna. Patientin erhält vom 30. 11. bis 10. 12. 25 fünf Ganzbestrahlungen mit Röntgenstrahlen. Befund am 19. 12.: Die Fistel ist geschlossen, Rötung und Schwellung fast ganz geschwunden. Am 5. 1. 26 Haut über der Unterfläche frei verschieblich, keine Schwellung, keine Rötung. Röntgenbild: Durchweg scharfe Strukturzeichnung. Die periostitischen Auflagerungen sind verschwunden. Kein Zeichen für entzündliche Erkrankung. Nachuntersuchung am 15. 2. 26: Patientin arbeitet. Es sind keine Krankheitserscheinungen mehr festzustellen.

Bei bösartigen Geschwülsten kann ich zwar von Heilung nicht berichten, doch war eine günstige Einwirkung in den meisten Fällen nicht zu verkennen. Als Prototyp folgende Krankengeschichte:

M. G., 46jährige Frau. Im Juli 1924 operiert (Amputation der linken Mamma wegen Karzinom). Im Mai 25 nochmalige Operation wegen Rezidiv. Im Juli 25 Röntgentiefenbestrahlung. Befund am 27. 10. 25: Reaktionslose Amputationsnarbe an der linken Mamma. In beiden Oberschlüsselbeingruben derbe Schwellungen von reichlich Hühnereigröße. Die Geschwulst ist auf der Unterlage nicht verschieblich, auch die Haut über der Geschwulst ist nicht verschieblich. Kleiner bohnengroßer Knoten in der linken Thoraxwand in der vorderen Axillarlinie in Höhe der fünften Rippe. Röntgenganzbestrahlung vom 25. 10. bis 31. 10. täglich, ferner vom 7. 11. bis 10. 11. in mehrtägigen Intervallen, je 1% der H. E. D. Befund am 16. 11. 25: In beiden Oberschlüsselbeingruben sind die Knoten erheblich verkleinert. Die Haut ist über den Knoten frei verschieblich. Vom 25. 11. bis 28. 11. eine neue Ganzbestrahlungsserie (4 Bestrahlungen, je 1%). Befund am 30. 11. 25.: In der rechten Oberschlüsselbeingrube sind keine Knoten mehr festzustellen. Haut frei verschieblich, ohne irgendwelche Veränderungen; in der linken Oberschlüsselbeingrube ein nur mehr bohnengroßer Knoten. Haut auch hier frei verschieblich. Der Knoten in der linken vorderen Axillarlinie ist ebenfalls erheblich verkleinert. Am 25. 1. 26 ist der Knoten in der linken Oberschlüsselbeingrube wieder etwas vergrößert. Oertliche Röntgenbestrahlung in der linken Supraclaviculargrube je einmal 50% der H. E. D. in 35 cm Abstand, am 6. 2. und 9. 2. 26. Ferner am 16. 2. 1926 örtliche Röntgenbestrahlung des Knotens vorn am Thorax einmal 100% der H. E. D. (wegen des kleinen Einfallsfeldes mit einer Zusatzdosis von 20%). Nachuntersuchung am 19. 2.: Früherythem links supraclavicular. 6. 3.: Das Erythem ist abgeklungen. Eine Aenderung des Befundes ist im übrigen nicht eingetreten. Am 25. 3. 26: Der Knoten in der linken Supraclaviculargrube hat sich vielleicht etwas verkleinert. Im übrigen keine sichere Aenderung. Patientin soll in einigen Wochen, wenn ein Abklingen der Allgemeinwirkung der lokalen Röntgenbestrahlung anzunehmen ist, von neuem einer Ganzbestrahlungsserie unterzogen werden.

In mehreren Fällen habe ich nach Karzinom-Operationen die Ganzbestrahlung im Sinne einer prophylaktischen Nachbestrahlung vorgenommen, da nach den theoretischen Vorstellungen diese Methode hierfür ganz besonders geeignet erscheint.

---

[1]) Strahlentherapie Bd. 14, 15, 18.

[2]) Strahlentherapie Bd. 15; Biologische Grundlagen zur Strahlentherapie usw. Steinkopf (Dresden) 1923 a. a. O.

Bei Asthma bronchiale hatte ich ebenfalls einen Erfolg erwartet. In den drei von mir behandelten Fällen ist aber keine Besserung eingetreten. Ich halte es aber durchaus für möglich, daß bei geeigneter Dosierung bei Asthma bronchiale wie noch bei manchen anderen Krankheiten die Röntgenganzbestrahlung sich als erfolgreich erweisen wird. Das Schwierige ist die Feststellung der geeigneten Dosis bzw. der günstigsten Intervalle für die einzelnen Bestrahlungen. Es fehlt noch ein sicherer Indikator für die Strahlenwirkung. Bisher habe ich mich in erster Linie von dem Allgemeinbefinden und dem Blutbild leiten lassen. Doch dürfte die schematische Antithese: Lymphocytose-Lymphopenie den komplizierten Verhältnissen sicherlich nicht gerecht werden oder doch nur in erster Annäherung. Auch spielt zweifellos die Konstitution für die Beurteilung der Strahlenwirkung wie auch im speziellen der Blutbildänderung eine wichtge Rolle. Es wird die Aufgabe weiterer Untersuchungen an einem größeren Material sein, hier neue Aufschlüsse zu ermitteln. Besonders ist auch eingehend zu prüfen, in welcher Weise die Ganzbestrahlung mit der lokalen Röntgenbestrahlung zu kombinieren ist.

Aus meinen bisherigen Beobachtungen geht jedenfalls bei Anwendung aller gebotenen Kritik hervor, daß die Ganzbestrahlung mit Röntgenstrahlen in der oben angegebenen Weise mit geringsten Dosen zweifellos eine Einwirkung auf den gesunden und kranken Organismus hat. Bei einer größeren Zahl von Erkrankungen an Tuberkulose und Karzinom konnte eine günstige Einwirkung festgestellt werden. Eine lokale Wirkung der Röntgenstrahlen war in diesen Fällen ausgeschlossen. Die Dosis, die auf den Krankheitsherd auftraf, war selbst unter Berücksichtigung der verhältnismäßig großen Streustrahlenzusatzdosis so gering, daß eine direkte Strahlenwirkung nicht in Frage kommen konnte. Zum Ueberfluß habe ich einige Bestrahlungen so ausgeführt, daß der Herd mit Bleigummi abgedeckt war, ohne daß eine Aenderung in der Strahlenwirkung zu beobachten war. Aber auch eine Wirkung auf bestimmte Organe, von deren Beeinflussung eine „Umstimmung" des Organismus zu erwarten wäre, ist nicht anzunehmen. Ich denke dabei an die Arbeiten von Stephan[3]), M. Fraenkel[4]) u. a., die durch Bestrahlung der Milz bzw. endokriner Drüsen eine Erhöhung der Abwehrfunktionen erzielen wollen. Aber die Strahlenmenge, die bei allen derartigen Methoden auf die einzelnen Organe appliziert wurden, waren erheblich höher, als diejenigen, die sich in unserem Fall als Organdosis ergaben. Um in dieser Beziehung aber einen Irrtum auszuschließen, bin ich folgendermaßen vorgegangen: Es wurde eine Ganzbestrahlungsserie vorgenommen, aber mit Abdeckung der Milz. Resultat: Klinisch und hämatologisch kein Unterschied gegenüber der Ganzbestrahlung ohne Abdeckung. Sodann wurde die Milz unter Abdeckung des übrigen Körper bestrahlt mit den bei der Ganzbestrahlung üblichen Dosen (5% der H. E. D. Oberflächendosis, teils in einer Sitzung, teils fraktioniert). Resultat: Keine Reaktion, die sich in einer Beeinflussung des Blutbildes oder sonstwie bemerkbar gemacht hätte. Selbst bei Anwendung höherer Dosen (bis zu 8% der H. E. D. Oberflächendosis) war eine Einwirkung auf das Blutbild nicht festzustellen. Eine indirekte Organwirkung ist demnach ausgeschlossen.

Man könnte noch an eine Wirkung auf die Haut denken (Esophylaxie). Viel Wahrscheinlichkeit hat aber diese Annahme nicht für sich. Dagegen drängt sich als das Nächstliegende eine Beeinflussung des Blutes auf. Die meisten Autoren sind geneigt, die Wirkung der „Reizbestrahlung" auf eine Zerstörung der Lymphocyten zurückzuführen, wobei die freiwerdenden Eiweißstoffe das wirksame Agens darstellen, ähnlich wie bei der parenteralen Proteinkörpertherapie. Eine Zerstörung der Lymphocyten ist nun bei unserer Methode nicht anzunehmen. Wie schon erwähnt, war in den meisten Fällen von vornherein eine Vermehrung der Lymphocyten nach der Bestrahlung festzustellen und nur bei Ueberschreitung der Dosis eine Lymphopenie. Für eine zellzerstörende Wirkung dürften die bei der richtig ausgeführten Ganzbestrahlung zur Absorption gelangenden Strahlenmengen kaum ausreichen.

Ich glaube aber, daß die bei unserer Methode auftretenden Erscheinungen in befriedigender Weise erklärt werden können, wenn wir die Strahlenwirkung auf die Kolloide und den Mineralstoffwechsel beachten. F. M. Groedel[5]) kommt in seiner auf der modernen Kapillarforschung fußenden Arbeit zu dem Schluß, daß die Vorreaktion, die wir an den Kapillaren beobachten, eine einfache physiologische Kapillarreaktion darstellt und keinen entzündlichen Vorgang. Auch die biopositive Wirkung der Röntgenstrahlen ist nach G. ein physiologischer Reiz, bestehend in einer osmotischen Gleichgewichtsverschiebung innerhalb des physiologisch zulässigen Maßes. Die Voraussetzungen hierfür sind bei der Ganzbestrahlung mit kleinen Dosen gegeben. Die gleichzeitige Beeinflussung der Elektrolyte dürfte die Grundlage für die Wirkung auf das autonome Nervensystem sein, die von manchen Autoren (Opitz[6]) u. a.) besonders betont wird.

Ich bin mir bewußt, daß die vorstehenden Ausführungen stellenweise einen aphoristischen Charakter haben und der näheren Erläuterung bedürfen. Ich hoffe, bald auf Grund eines größeren Materials und systematischer Untersuchungen hierzu in der Lage zu sein. Soviel geht jedoch jetzt schon hervor, daß die Röntgenganzbestrahlung eine beachtenswerte Methode darstellt, die für unser therapeutisches Handeln eine nicht unwesentliche Bedeutung erlangen dürfte und daß auch die theoretische Erkenntnis der Strahlenwirkungen durch systematische Untersuchung der bei der Ganzbestrahlung auftretenden Effekte bereichert werden wird.

Zusammenfassung:

1. Röntgenbestrahlung des ganzen Körpers mit geringsten Dosen (im Durchschnitt drei- bis fünfmal 1% der H. E. D.) hat eine Beeinflussung des gesunden und kranken Organismus zur Folge, die in Parallele mit der von der lokalen Bestrahlung her bekannten Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen zu stellen ist.
2. Die Ganzbestrahlung mit Röntgenstrahlen ist erfolgreich angewandt worden bei Tuberkulose (besonders chirurgischer Tbc.) und bei Karzinom.

Ueber einen Fall von Serumkrankheit nach Erstinjektion.

Von

Dr. med. ADOLF KIMMERLE, Hamburg.

Seit der Einführung des von Behringschen Antidiphtherie-Serums häuften sich die Beobachtungen über die Serumkrankheit. Letztere wird durch die parenterale Verabreichungsart fremden Serums verursacht. Da die zur Verwendung gelangenden Seren meist von Pferden stammen, beziehen sich unsere bisherigen Forschungen und Erfahrungen mit der Serumkrankheit fast nur auf solche Fälle, welche mit solchen Seren erzeugt wurden. Auch nach Verabfolgung von Seren anderer Tierarten, z. B. Hammel, Rinder, wurde das Auftreten von Serumkrankheit beobachtet. Ob der Ausbruch der Serumkrankheit nach der Verwendung der Seren anderer Tierarten weniger häufig ist, als nach der Verwendung von Pferdeserum, ist noch strittig. Es bedarf noch der Beobachtung größeren Materials und der Sammlung weiterer Erfahrungen, da die Ansichten hierüber noch auseinander gehen.

Die Häufigkeit der Serumkrankheit schwankt zwischen 10 und 20%. Ihr Auftreten hängt wohl mit der Menge des verabreichten Serums zusammen (vgl. die Häufigkeit des Ausbruches der Krankheit bei Diphtherie und Ruhr). Dies vermehrte Auftreten nach großen Dosen von Serum führte zur Herstellung hochwertiger Seren. Beim Zustandekommen der Serumkrankheit spielt ferner die Konstitution eine große Rolle, wie dies für alle Proteotoxikosen zutrifft. Die Mehrzahl — glücklicherweise — der mit Serum behandelten Menschen wird überhaupt nicht krank, ein Teil weist nur flüchtige Symptome auf (flüchtiges Exanthem, kurz dauernder Juckreiz) und nur ein kleinerer Teil bietet schwerere Erscheinungen dar. Würden diese Art Fälle sich häufen, so könnte dies der so segensreichen Therapie unter Umständen gewaltigen Abbruch tun, m. E. aber mit Unrecht. Kein Mensch, ob Fachmann oder Laie, wird heutzutage bestreiten wollen, daß die Serumtherapie — mit Kritik angewandt — für die Menschheit bei den verschiedensten Krankheiten unentbehrlich geworden ist. Man darf — und dies ist wohl die allgemeine Ansicht zur Zeit — von der Serumtherapie nicht Abstand nehmen, wenn man sie für angezeigt hält.

Ich erinnere an die Zeiten, wo die Einführung der Vakzination auf gewaltigen Widerstand stieß und das Volk in geradezu unverantwortlicher Weise gegen diesen Segen der Menschheit aufgehetzt wurde. Nur zu bald mußte aber die Menschheit einsehen, daß sie sich von gewissenlosen Hetzern nur hatte irre führen lassen, und daß sie sich mit ihrem Aufbäumen gegen den Impfzwang blamiert hatte. Wenn heute noch ein Teil des unmündigen Volkes, von einzelnen fanatischen Impfgegnern aufgestachelt, in der Pose des Widerstandes verharrt, so verdient das erstere, weil zu kritiklos, nur mitleidiges Lächeln, letzteren aber gebührt rücksichtslos die volle Schärfe des Gesetzes. Bei aller Rücksichtnahme auf die Subjektivität des einzelnen — leider wird heutzutage mit der Betonung der Subjektivität ein großer Unfug getrieben —, hat der Staat vor allem das Wohl aller in erster Linie zu berücksichtigen und nicht die Allgemeinheit unter dem Wahnsinn einzelner eitler Narren oder Eigenbrödler leiden oder gefährden zu lassen. Die Vakzination hat sich trotz mitunter vorgekommener nachteiliger Schädigungen durchgesetzt; ebenso wenig darf uns Furcht vor dem Ausbruch der Serumkrankheit oder dem Auftreten ihrer Folgen bestimmen, die Serumtherapie abzulehnen.

---

[3]) Strahlentherapie Bd. 11, a. a. O.

[4]) Strahlentherapie Bd. 9, Bd. 12 a. a. O.

[5]) Biologische Wirkungen der Röntgenstrahlen usw. Fischer-Kornfeld, Berlin, 1925.

[6]) Med. Klin. 1925. Strahlentherapie, B. 15, Bd. 21 a. a. O.

Wir sind ja im Laufe der Jahre zu einer gewissen Klarheit bezüglich Genese und Ablauf der Serumkrankheit und Serumanaphylaxie gekommen. Die Beobachtungen der im Organismus sich abspielenden Reaktionen bei den durch Ueberempfindlichkeit hervorgerufenen Krankheitszuständen hat gezeigt, welch nahe Beziehungen zwischen den einzelnen Erscheinungen bestehen, und wie wir letztere zu einem in sich abgeschlossenen Krankheitsbilde fest umgrenzen können. So besitzen wir heute speziell auch über das Wesen und Pathogenese der Serumkrankheit genauere Vorstellungen, wie wir uns gleichfalls die einzelnen Erscheinungen und Folgen zu einem großen Teil erklären können. Bereits von Pirquet stellte Vergleiche an zwischen Infektion und Serumkrankheit. Wie die durch Ueberstehen einer Infektionskrankheit erworbene Immunität für den Organismus ein Vorteil ist und zeigt, daß diese Immunität der Ausdruck einer Reaktionsfähigkeit überhaupt ist, so ist auch die Serumkrankheit als eine „beschleunigte Reaktionsfähigkeit" des befallenen Organismus aufzufassen, allerdings ohne zu einem einer Immunität gleichenden Zustande zu führen. Es kommt zu einer sehr ausgesprochenen „Protoplasma-Aktivierung", wobei die zelluläre Reaktion die ursächliche Rolle bei den Krankheitserscheinungen spielt. Diese Reaktionen laufen, wie dies vom Tierexperiment her bekannt ist (bronchialer, pulmonaler, hepatischer Reaktionstypen) in bestimmten Gewebsabschnitten ab, den einen oder anderen Teil heftiger befallend. Es kann so zu den verschiedensten Bildern kommen, so daß durch das Ueberwiegen der Reaktion in einzelnen Zellkomplexen die Krankheit ihr entsprechendes Gepräge bekommt. Der verschiedene Verlauf der Krankheit ist dadurch ohne weiteres erklärt. Die Ursachen der Oedeme, Quaddeln, der Gelenkerscheinungen dürfte wohl als der Ausdruck einer zellulären Ueberempfindlichkeit anzusehen sein. Das vegetative Nervensystem spielt beim Ablauf der Reaktion sicherlich eine sehr große Rolle.

Was nun den Ausgang der Serumkrankheit anlangt, so kommt es, wenn der Fall nicht letal endet, stets zu einer Restitutio ad integrum. Dauerschädigungen kommen nicht vor. Der Exitus letalis ist sehr selten. Bei seinem Münchener Material berechnet Pfaundler bei 11 000 Seruminjektionen nur 3 Todesfälle, wobei wir berücksichtigen müssen, daß es sich hier ausschließlich um jugendliches Alter handelt. Anders könnte der Prozentsatz werden bei Erwachsenen, deren Organismus, namentlich das Herz, welches m. E. bei diesen „Reaktionsabläufen" den Hauptstoß auszuhalten hat, nicht mehr auf der Höhe ist. Besonders gilt dies für das männliche Geschlecht, das sich durch den gewohnten Alkohol- und Tabakgenuß mehr oder weniger einer chronischen Schädigung aussetzt. Für die letalen Ausgänge stellen die Reaktionen nach Erstinjektion die wenigsten Fälle, während bei Reaktionen nach Reinjektion die tödlich verlaufenen Fälle häufiger sind. Aber ob es sich um sofortige oder beschleunigte Reaktion nach Erst- oder Reinjektion handelt, im allgemeinen ist der letale Ausgang immerhin noch ein seltener zu nennen. Vielleicht darf behauptet werden, daß bei Vermeidung der intravenösen Einverleibung die Gefahr noch um einiges vermindert werden kann. Es scheint auch, daß Leute mit gestörten Zirkulationsverhältnissen den größten Prozentsatz für die letal verlaufenden Fälle liefern. Es läßt sich denken, daß bei vorhandener Myodegeneratio die auftretende Blutdrucksenkung besonders gefahrdrohend, wenn nicht deletär ist. Ein in seiner Leistungsfähigkeit durch andere Einflüsse schon geschädigtes Kreislaufsystem ist stets der wunde Punkt bei jeder Krankheit, um so mehr hier, wo die Reaktionen sich unter Umständen sehr stürmisch bemerkbar machen. Bei dem verschwindend geringen Prozentsatz der tödlich verlaufenen Fälle wird man also niemals die Anwendung der Serumtherapie aufgeben, auch nicht einschränken. Man hat ja auch nicht die Narkose aufgegeben trotz Vorkommens von Todesfällen.

Ich möchte nun über einen schweren Fall von Serumkrankheit berichten, der mich selbst betrifft. Außer Schutzimpfung gegen Typhus und Cholera, verschiedenen Vakzinationen, welche ja auch auf einem ganz anderen Gebiete liegen, habe ich mich noch nie einer Seruminjektion, auch nicht prophylaktisch, unterzogen. Gegen Medikamente, Erdbeeren, Austern und ähnlichem, die bei manchen Leuten urtikaria-ähnliche Erscheinungen zuweilen auslösen, war ich stets unempfindlich. Lediglich von der Großmutter väterlicherseits ist mir bekannt, daß sie nach dem Genuß von Erdbeeren oder zur Weihnachtszeit beim Herrichten des Tannenbaumes regelmäßig eine Urtikaria bekam, also Zeichen einer gewissen Idiosynkrasie.

Am 3. Januar 1926 zog ich mir bei Gartenarbeiten eine ziemlich tiefe Schnittwunde des rechten Daumens zu. Die mit Gartenerde ziemlich intensiv verunreinigte Wunde heilte innerhalb weniger Tage per priman. Am 4. Januar 1926 (etwa 30 Stunden nach der Verletzung) gab ich mir 5 ccm Tetanusantitoxin (20 A. E.) subkutan in den rechten Oberschenkel. Im Laufe des 5. Januar 1926 traten leichte Schmerzen im rechten Oberschenkel auf, und zwar etwa 5 cm unterhalb der Injektionsquaddel und an der Außenseite der rechten Kniekehle, an der Insertionsstelle des Musc. vastus lat. und der Bicepssehne (Caput longum). Diese beiden Sehnen waren verdickt und druckempfindlich. Am 6. Januar 1926 traten an den oben bezeichneten schmerzhaften Stellungen Rötungen auf, das Gehen war erschwert. Ein feuchter Umschlag (vom 6. auf den 7. Januar 1926) besserte die Schmerzen; Rötung und Schwellung blieben noch bestehen. Da, wie es jeder Arzt aus eigener Erfahrung weiß, ich mich wegen einer solchen Kleinigkeit nicht hinlegen konnte, war eben die Anlegung von feuchten Umschlägen nur nachts möglich. Am 9. Januar 1926 waren die Schmerzen so gut wie ganz verschwunden, das Gehen unbehindert. Am 10. Januar 1926, vormittags, nachdem ich wieder einige Stunden Gartenarbeiten verrichtet hatte, kam es zu vermehrten Schmerzen, Schwellung und Rötung am rechten Oberschenkel (an den oben beschriebenen Stellen), Schmerzen in der rechten Leistenbeuge. Jetzt Bettruhe und feuchte Verbände, worauf am 11. Januar 1926 wesentliche Besserung eintrat. Am 12. Januar 1926 noch Rötung, sonst nichts. Aufgestanden. Völliges Wohlbefinden. Abends 9½ Uhr plötzlich ganz wahnsinniger Juckreiz am rechten Oberschenkel, Außenseite des rechten Knies, beiden Ellbogenstreckseiten, über beiden Darmbeinkämmen, Rücken, Nacken, Kopf. Auftreten der ersten Quaddeln, die sich innerhalb einer Stunde über den ganzen Rücken, Gesäß, Beugeseiten der Beine, Streckseiten der Arme, Kopf, Nacken erstreckten (8 Tage post injektionem). Gegen den unerträglichen Juckreif half Pudern, Einreiben mit Zitronenscheiben nichts. Nur dadurch, daß ich mich für ein bis zwei Minuten in eine Badewanne mit kaltem Wasser setzte (Monat Januar) wurde der Juckreiz für etwa eine halbe Stunde erträglicher. Schlaflose Nacht. Gegen 12 Uhr nachts spannendes Gefühl im Gesicht, Lippen und Vorderarm. Gesicht durch Quinckesches Oedem vollkommen entstellt. Temperatur: 36,6—36,8, Puls: 72.

13. Januar 1926: Gegen 3 Uhr morgens Nachlassen des Juckreizes, 5 Uhr morgens erneuter Juckreiz, Nachschub von neuen Quaddeln, auch an den Handflächen und Fußsohlen. Temperatur 36,6—36,7. Puls: 64. Morgens 8½ Uhr, zweimal 0,3 Calomel, 9½ morgens 5 ccm Afenil intravenös, darauf Nachlassen des unvermindert vorhanden gewesenen Juckreizes, Rückgang des Oedems im Gesicht um geringes, Quaddeln weniger zahlreich, kleine rote Flecke hinterlassend. Nach dieser Injektion 7 bis 8 Stunden Ruhe. Appetit schlecht. Temperatur: 38,4, Puls: 92, ziemlich matt. Gegen 6 Uhr abends Wiederauftreten des Juckreizes. 8 Uhr abends: Temperatur: 38,3, Puls 104. Urtikaria, wie früher, am ganzen Körper, und zwar Quaddel an Quaddel. Calc. chlorat. + Magnes. sulf., messerspitzenweise; schlaflose Nacht. Wiederholung des kalten Vollbades.

14. Januar 1926: Oedem im Gesicht und Urtikaria unverändert. Morgens Temperatur: 38,1, Puls 120. Kalzium-Therapie weiter. Vorübergehende Besserung. Mittags 12 Uhr plötzlich heiser, Quaddeln am weichen Gaumen, Aryknorpel gerötet, geschwollen. Abends Temperatur: 38,2, Puls 104. Um 8½ Uhr abends 10 ccm Afenil. Schlafmittel, Nacht leidlich.

15. Januar 1926: Morgens wieder erheblicher Juckreiz. Temperatur 37,7, Puls 80. 9 Uhr morgens 5 ccm Afenil, 8 Uhr abends 10 ccm Afenil; nachdem tagsüber die Urtikaria nicht mehr aufgetreten war, kam es etwa eine Viertelstunde nach der abendlichen Injektion zu einem kurz dauernden heftigen Juckreiz und zu einer leichten Urtikaria am Kopf, Nacken, Schultern und Beinen, die aber nach einer halben Stunde wieder vollkommen verschwand. Wahr-

scheinlich hat die abendliche Injektion den Nachschub kupiert. Temperatur: 38,5, Puls 72. Appetit ausgezeichnet. Die Stimme, welche im Verlauf des Vormittags wieder heller geworden war, war ebenfalls vollkommen klar.

16. Januar 1926: Nacht ohne Juckreiz. Starke Schweiße. Schlaf schlecht. Starke Schmerzen der Muskulatur der linken Schulter, in beiden Knien und im linken Fuß (Muskelansätze). Temperatur: 37,7/37,7, Puls 80/90. Leichte Pulsbeschleunigung bis auf 108 nach kurzem Aufstehen, Puls jedoch regelmößig, kräftig.

17. Januar 1926: Schlaf mäßig, leichte Schweiße. Schmerzen oberhalb der rechten Patella (oberer Rezessus), hier auch ziemliche Schmerzen beim Gehen. Haut und Gesicht o. B. Eigenartiges Gefühl im rechten Arm bis in die Hand hinein, ohne lokalisierte Druckempfindlichkeit. Nervenstämme und Gefäße o. B. Temperatur 37,1/37,1, Puls: 68/64. Stuhl in Ordnung. Appetit gut. Urin frei von Eiweiß.

18. Januar 1926: Schlaf schlecht, zunehmende Schmerzen im rechten Arm (Sulc. bicipit. int.), und zwar von der Axilla bis in die Hand. Temperatur: 36,8/36,9, Puls 68/64, rechtes Knie o. B.

19. Januar 1926: Normale Temperatur, Aufstehen versuchsweise, Schmerzen im rechten Arm, in der rechten Nackenseite.

21. Januar 1926: Leichte Schmerzen im rechten Arm an der rechten Nackenseite.

23. Januar 1926: Urin frei von Eiweiß und Zucker.

24. Januar 1926: Völlig wieder hergestellt.

Also acht Tage nach der Injektion (Erstinjektion) ein mit Quinckeschem Oedem, Oedem der Arme, unerträglichem Juckreiz, innerhalb weniger Stunden universeller Urtikaria auftretender Fall von Serumkrankheit, wobei es nach Abklingen der Erscheinungen mehrere Male zu voll ausgebildeten Rezidiven kam. Zu lebensbedrohlichen Erscheinungen kam es nicht; von seiten des vaskulären Apparats kam es nur zu einer ganz mäßigen Pulsbeschleunigung, die wohl der erhöhten Temperatur entsprach und nur zustande kam, wenn ich das Bett verließ. Unsympathisch war lediglich der Gedanke, daß das Oedem und die Quaddeln, welche an den Gaumenbögen und der Uvula auftraten, auf die Glottis übergreifen könnten. Die plötzlich auftretende Heiserkeit deutete ja auch darauf hin, daß der Kehlkopfapparat nicht ganz verschont geblieben war. Die Erscheinungen waren sehr stürmisch, bildeten sich restlos zurück. Zu einer Nachkrankheit kam es nicht, wie dies ja auch die Regel ist.

Noch ganz kurz ein paar Worte über die Therapie. Ich habe die Afenilinjektionen sehr angenehm empfunden, subjektiv und objektiv. Der sehr lästige Juckreiz verschwand sehr rasch. Wenn es auch zu verschiedenen Rezidiven kam und die infiltrierten Arme und Hände anzeigten, daß normale Verhältnisse nicht so rasch wiederkehren würden, so kam es doch jedesmal nach der Injektion — propter hoc, nicht post hoc ist meine feste Ueberzeugung — zu einer sechs- bis achtstündigen Ruhepause, welche den Zustand jedesmal leidlich machten. Merkwürdigerweise kam es eine Viertelstunde nach der letzten Injektion zu einem ganz kurz dauernden Juckreiz (von etwa 10 Minuten Dauer) und zum Ausbruch einer nur etwa ½ Stunde dauernden Urtikaria leichteren Grades (abortiver Verlauf), während es sonst zu einer generalisierten Ausbreitung der Quaddeln kam. Wahrscheinlich fiel diese letzte Injektion in die Zeit des Ausbruchs der Urtikaria, deren vollkommene Entwicklung so verhindert wurde. Es wäre vielleicht der Schluß erlaubt, daß man den Ausbruch der Erscheinungen verhindern könnte, wenn es gelingt, für die Injektionen den richtigen Zeitpunkt zu berechnen. Sämtliche übrigen symptomatischen Mittel haben versagt.

Kjellandzange und praktischer Arzt.

Von

Dr. FRIEDRICH HEINLEIN, Oberarzt der Landesfrauenklinik Paderborn.

Unter den Neuerungen der letzten Jahre, die das Interesse des praktischen Arztes in weitgehendem Maße in Anspruch nehmen, nimmt die von Kjelland neu eingeführte geburtshilfliche Zange eine hervorragende Stelle ein. Immer wieder bekommen wir von praktischen Aerzten die Frage zu hören, ob die Kjellandzange (K. Z.) auch für den parktischen Arzt ein geeignetes Instrument darstellt. Nachdem die lebhafte Diskussion, die mehrere Jahre hindurch in den gynäkologischen Fachzeitschriften über die K. Z. geführt wurde, allmählich verstummt ist, erscheint es angebracht zu obiger Frage Stellung zu nehmen und auf Grund der bisher gesammelten Erfahrungen eine Beantwortung zu versuchen.

Die Urteile über die Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit der K. Z. gehen immer noch weit auseinander. Auf der einen Seite einige begeisterte, bedingungslose Anhänger, welche die neue Zange ausschließlich an Stelle der bisherigen Zangenmodelle eingeführt haben wollen, auf der anderen einige Geburtshelfer, welche die K. Z. mehr oder minder ablehnen; dazwischen — und das ist die Hauptmasse der Geburtshelfer — diejenigen, welche der neuen Zange gegenüber einen vermittelnden Standpunkt einnehmen, ihre Vorteile anerkennen und sie unter gewissen Bedingungen anwenden. Besonders bewährt hat sich die K. Z. als Rotationszange, speziell beim tiefen Querstand, und als Zange am hochstehenden Kopf. In beiden Fällen hat sie Ausgezeichnetes geleistet, was aus ihrer genau biparietalen Lage am kindlichen Schädel zu erklären ist; denn im Gegensatz zu allen anderen Zangenmodellen sind wir bei Benutzung der K. Z. in der Lage auch am querstehenden Kopf, mag derselbe hoch oder niedrig stehen, die Löffel genau biparietal zu applizieren. In dieser Lage liegen die Zangenlöffel dem kindlichen Schädel dicht an und stehen nicht mit der einen Löffelkante vom Kopf ab, wie bei der Nägelezange, die wir am querstehenden Kopf niemals genau biparietal, sondern höchstens schräg anlegen können. Die abstehenden Kanten der Zangenlöffel der Nägelezange haben zwei große Nachteile zur Folge: erstens wird der Kopf an Umfang vermehrt, dadurch kommt es zu einer größeren Dehnung der mütterlichen Weichteile und häufig zu ausgedehnten Zerreißungen, die besonders dann eintreten, wenn sich die abstehenden Zangenlöffel an der Scheide fangen und diese bei der folgenden Rotation mitrotieren; es kommt dann zu den unangenehmen, weit hinauf reichenden Torsionsrissen der Scheide; zweitens wird infolge der mangelhaften Lage der Zangenlöffel nicht die ganze Kraftanstrengung des Operateurs auf den Kopf des Kindes übertragen, ein Teil der angewandten Kraft geht unbenutzt verloren; der Operateur muß also bedeutend mehr Kraft aufwenden, als wenn die Zange genau biparietal läge. Bei der Zange am hochstehenden (im Beckeneingang stehenden) Kopf, der ja meistens ebenfalls ein querstehender ist, kommt noch hinzu, daß hier die bisherigen Zangenmodelle noch ungünstiger den Kopf fassen, nämlich von vorn nach hinten; dadurch wird der Kopf in seinem Längsdurchmesser verkleinert, in seinem Querdurchmesser vergrößert, was speziell bei einem platten Becken nicht erwünscht ist. Die K. Z. hingegen verkleinert infolge ihrer biparietellen Lage den Kopf im queren Durchmesser und kann auf diese Art dazu beitragen ein durch ein enges Becken geschaffenes Geburtshindernis zu überwinden. Am hochstehenden Kopf hat die K. Z. weiterhin den Vorteil, daß kein Achsenzugapparat nötig ist; infolge ihrer bajonettförmigen Konstruktion und des Fortfalles der Beckenkrümmung erfolgt nämlich der Zug ungefähr in der Richtung der Beckenachse. Mit diesen theoretischen Ueberlegungen begründet Kjelland seine mit der neuen Zange erzielten Erfolge. Und diese Erfolge, die bei etwa 250 Fällen erzielt wurden, sind in der Tat verblüffend, sind aber von keinem der vielen Geburtshelfer, welche die neue Zange nachgeprüft haben, auch nur annähernd erreicht worden; denn fast jeder, der sich mit der K. Z. häufiger beschäftigt hat, hat Mißerfolge zu verzeichnen in Fällen und — das ist das Wichtige —, wo die anderen Zangenmodelle zum Ziel führten. Ich selbst habe zwei solcher Fälle erlebt, wo es mir trotz einwandfreier Lage der K. Z. nicht gelang, den Kopf mit diesem Instrument zu extrahieren, wohl aber mit der hinterher angelegten Nägelezange. Hier ist speziell ein Fall von hohem Geradstand erwähnenswert, wo ja die K. Z. in erster Linie am Platze war; denn es handelte sich ja in der Hauptsache zunächst um eine Rotation des Kopfes. Diese gelang mit der K. Z. nicht, und zwar hatte ich den Eindruck, daß die Zange zu schwach war; erst mit der hinterher angelegten Nägelezange gelang die Rotation und Extraktion des Kopfes. Im übrigen hat sich aber auch uns die K. Z. in vielen schwierigen Fällen ausgezeichnet bewährt. Die mit der K. Z. erlebten Mißerfolge zwingen uns das im allgemeinen günstige Urteil über die K. Z. dahin einzuschränken, daß sich die Zange in vielen Fällen den übrigen Zangenmodellen überlegen erwiesen hat, daß sie aber wegen ihrer Versager nicht als Universalinstrument anzusehen ist. Trotzdem ich schon eine ganze Reihe gut gelungener Extraktionen mit der K. Z. ausgeführt habe, gehe ich auch heute noch an keine Operation mit der K. Z. heran, ohne daß auch die Nägelezange neben mir liegt.

Die vorstehend mitgeteilten Erfahrungen beziehen sich in erster Linie auf kompliziertere Zangenextraktionen. Den Praktiker interessieren aber vor allem die in der Praxis am häufigsten vorkommenden Fälle, nämlich die gewöhnlichen Zangenextraktionen am tiefstehenden, ganz oder teilweise rotierten Kopf. Hier leistet die K. Z. nicht mehr und nicht weniger wie jede andere Zange auch; ich persönlich ziehe hier sogar die Nägelezange vor. Ein Vorteil ist jedoch manchmal nicht zu verkennen, nämlich der auffallend geringe Kraftaufwand, der bei der Extraktion nötig ist.

Die weitere Frage, die wir beantworten müssen, ist die, ob die K. Z. ungefährlich ist. Nach Ansicht und den Resultaten ihres Erfinders ist sie das, nicht aber nach den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen anderer Geburtshelfer. Zerreißungen der vorderen Cervixwand, Blasenquetschungen, Blasenzerreißungen, Hämatome zwischen Cervix und Blase, Blasenscheidenfisteln sind beschrieben worden. Auch ausgedehnte Scheiden- und Dammrisse wurden beobachtet. Mir selbst ist trotz strengster Indikationsstellung und größter Vorsicht in drei Fällen eine völlige Durchquetschung der vorderen und hinteren Muttermundslippe passiert, die allerdings keine weiteren üblen Folgen hatte. Derartige Verletzungen sind speziell bei einer Zange am hochstehenden Kopf erklärlich; die biparietale Lage der Zangenlöffel am querstehenden Kopf bringt es mit sich, daß der eine Löffel hinter der Symphyse, der andere vor dem Promontorium liegt; hierdurch werden die mütterlichen Weichteile sehr leicht zwischen Symphyse und vorderem Löffel einerseits und Promontorium und hinterem Löffel andererseits eingeklemmt und schwer geschädigt. Die Gefahr solcher Verletzungen ist besonders groß, wenn die übliche Indikationsstellung überschritten wird, wenn die Zange, wie es einige Kjelland-Enthusiasten getan haben, am fünfmarkstückgroßen Muttermund angelegt wird, ohne daß Muttermundsinzisionen für nötig gehalten werden. Dann darf man sich allerdings nicht wundern, wenn schwere Zerreißungen passieren. Uebrigens hat Kjelland selbst vor Ueberschreitung der Indikationsstellung gewarnt. Auch beim Kinde sind im Gegensatz zu Kjelland von anderen Autoren schwere Verletzungen des Schädels, Frakturen und intrakranielle Blutungen beobachtet und beschrieben worden.

Weiter interessiert uns die Frage, ob das Operieren mit der K. Z. leicht ist, speziell leichter ist als mit der Nägelezange. Dazu ist zunächst folgendes zu bemerken. Voraussetzung für jedes Gelingen einer Extraktion mit der K. Z. ist das genau biparietale Liegen der Zangenlöffel; dies hat aber wieder zur Voraussetzung, daß ich mir über die Stellung des kindlichen Kopfes, über die Richtung der Nähte, den Stand der Fontanellen usw. vollkommen im Klaren bin. Nun weiß aber jeder Geburtshelfer, daß dies nicht immer gerade leicht ist, daß die genaue Diagnose der kindlichen Kopfstellung durch eine starke Kopfgeschwulst, durch einen außergewöhnlich harten Schädel mit kaum fühlbaren Nähten und Fontanellen so erschwert sein kann, daß selbst dem Geübten Irrtümer passieren. Legen wir aber die K. Z. nicht vorschriftsmäßig, nämlich genau biparietal an, so besteht die Wahrscheinlichkeit, daß die Zange abgleitet oder, selbst wenn dieses Ereignis nicht eintritt, die Extraktion nicht gelingt. Die Nägelezange ist nicht so subtil, hier können die Zangenlöffel auch mal ganz anders als vorschriftsmäßig liegen und kann trotzdem bei entsprechender Vorsicht die Operation glatt beendet werden. Selbst wenn wir uns über die Stellung des kindlichen Kopfes ganz im Klaren sind, sind damit die Schwierigkeiten noch nicht behoben; denn das Anlegen der K. Z. kann sehr schwierig sein. Ueber die genauere Technik des Anlegens kann ich mich hier nicht auslassen, da dies zu weit führen würde. Im allgemeinen wird am hochstehenden Kopf die Zange nach der Originalmethode anzulegen sein, indem der vordere Löffel mit der Konkavität nach vorne in den Uterus eingeführt und hier herumgedreht wird, am tief- und querstehenden Kopf entweder nach der gleichen Methode oder durch Wandernlassen des vorderen Löffels nach Art der Nägelezange oder aber, indem man den vorderen direkt an Ort und Stelle bringt, dadurch, daß man ihn mit der Konvexität nach der Symphyse zu hinter derselben von hinten und unten her einführt. Dieses Einführen des vorderen Löffels kann, welche Methode wir auch benutzen mögen, große Schwierigkeiten bereiten; speziell bei protrahierten Geburten mit kontrahiertem und retrahiertem Uterus erfordert das Einführen und Umdrehen des vorderen Löffels großes Feingefühl und große Erfahrung um nicht bei Ueberwindung der sich hier häufig entgegenstellenden Hindernisse eine Gebärmutterzerreißung zu machen; in anderen Fällen ist es der hintere Löffel, der unsere Geduld auf eine harte Probe stellt, wenn er sich immer wieder am Promontorium oder der hinteren Beckenwand fängt. An eigenen Erfahrungen verfüge ich über vier Fälle, wo sich die K. Z. nicht anlegen ließ, und wo ich mit der gewöhnlichen Nägelezange zum Ziele kam. Am rotierten oder nahezu rotierten Kopf läßt sich die K. Z. genau so leicht anlegen wie die anderen Zangenmodelle. Aus vorstehendem folgt, daß die Handhabung der K. Z. alles andere wie leicht ist, daß sie größeres manuelles Geschick und größere geburtshilfliche Erfahrung voraussetzt, wie die Benutzung der Nägelezange. Die Schwierigkeit der Technik ist mit ein Grund, warum die anderen Geburtshelfer mit der K. Z. lange nicht die Resultate erreicht haben, wie Kjelland selbst. Kjelland ist eben auf das von ihm erfundene Instrument ganz besonders eingearbeitet und ganz besonders mit ihm vertraut, so daß er auch ganz besonders gute Erfolge erzielen konnte.

Die Folgerungen für den praktischen Arzt ergeben sich aus vorstehenden Ausführungen von selbst. Wir haben gesehen, die K. Z. ist trotz ihrer Vorzüge kein Universalinstrument; denn sie kann versagen, wo andere Zangenmodelle, z. B. die gewöhnliche Nägelezange, zum Ziele führen. Wer also die K. Z. benutzt, muß auch noch ein anderes Zangenmodell besitzen und handhaben können. Die Technik ist aber bei der K. Z. einerseits und den anderen Zangen andererseits so grundverschieden, daß der praktische Arzt, der doch Geburtshilfe immer nur nebenbei treibt, wohl kaum beide Instrumente richtig beherrschen wird; er wird weder mit dem einen noch mit dem anderen Vollwertiges leisten, da er sich zersplittert. Da erscheint es doch besser, sich nur auf ein Instrument einzuarbeiten, bei der alten Nägelezange zu bleiben und sich auf diesem einen Instrument zum Meister auszubilden, als bald mit diesem, bald mit jenem Modell zu arbeiten und damit nur halbes zu leisten. Dazu kommt weiter, wie wir gesehen haben, daß die K. Z. nicht ganz ungefährlich ist; wenn schon geübten, spezialistisch geschulten Geburtshelfern schwere Verletzungen von Mutter und Kind passiert sind, wieviel leichter kann dies dem Durchschnittspraktiker zustoßen, der die Uebung und Erfahrung des Spezialisten nicht besitzen kann. Weiter kommt hinzu, daß die Technik der K. Z. alles andere wie leicht ist. Zudem sind die meisten Zangenextraktionen, die draußen in der Praxis vorkommen, einfachere Fälle, Extraktionen am tiefstehenden, ganz oder teilweise rotierten Kopf, wo die K. Z. vollkommen entbehrlich ist. Der tiefe Querstand läßt sich auch mit der Nägelezange ganz gut entwickeln; wer dies nicht fertig bringt, wird auch mit der K. Z. nichts erreichen, da er eben einen Mangel an Technik besitzt, über den ihn auch die K. Z. nicht hinweghelfen kann. Und von den anderen Fällen, speziell von der Zange am hochstehenden Kopf soll der Durchschnittspraktiker, der nicht über besondere geburtshilfliche Ausbildung und Erfahrung verfügt, am besten seine Finger weglassen, da ihre Meisterung häufig zu große Anforderungen an sein geburtshilfliches Können stellt. Wir können also sagen: Die K. Z. ist für den praktischen Arzt entbehrlich und wegen ihrer Tücken und schwierigen Handhabung nicht zu empfehlen. Damit soll nicht gesagt sein, daß derjenige, der über besondere geburtshilfliche Erfahrung verfügt, die Zange unter keinen Umständen versuchen soll. Er mag sie ruhig anwenden, aber natürlich nur nach gründlicher Vorübung am Phantom; er muß sich aber darüber klar sein, daß mit dieser Zange genau so wenig darauflosoperiert werden darf wie mit irgendeiner anderen, daß auch mit dieser Zange nicht im Handumdrehen die schwierigsten Dinge zu machen sind, daß die altbewährten Regeln der Indikationsstellung streng zu beachten sind. Nur dann wird er vor bitteren Enttäuschungen bewahrt bleiben. Ein großer Teil der Mißerfolge und Verletzungen, die mit der K. Z. passiert sind, sind auf Nichtbeachtung dieser Mahnung zurückzuführen.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für multiple Sklerose und Lungentuberkulose angenommen.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1890 geborene Landwirt B. B. wurde im November 1916 eingestellt, im Januar 1917 wieder entlassen und im November 1917 wieder eingestellt. Der Entlassungsgrund ist nicht angegeben, jedoch ist in der Mannschaftsuntersuchungsliste Verkrüppelung des rechten

Zeigefingers verzeichnet. Im Januar 1919 wurde er endgültig entlassen.

1925 im Juli stellte er Versorgungsantrag wegen Nervenleidens, das sich in den letzten 3 Jahren, also seit 1922 verschlimmert habe. Er sei deswegen öfter im Revier gewesen und habe Schonung erhalten. Unterlagen hierfür fehlen. Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses vom Juli 1925, wonach er an multipler Sklerose leidet. Es liegt ein Krankenblatt aus der Medizinischen Klinik in H. vor vom 9. bis 17. 1. 24, wonach er wegen seiner verkrüppelten Finger militärfrei sei, 1916 kurze Zeit zu einem Armierungsbataillon eingezogen wurde, 1917 wegen Anschwellung der rechten Hand wieder entlassen und im selben Jahr wieder eingestellt wurde. Sein jetziges Leiden, Aufgeregtsein und Zittern in den Händen, führt er auf den Krieg zurück. Beginn im Februar 1918 bei der Truppe, wo das rechte Bein vom Fuß bis zum Knie versagt habe. Es sei kraftlos geworden, aber das Gefühl sei erhalten geblieben. 1918 im Sommer sei dies noch zweimal aufgetreten, daheim im Urlaub nach einem rasch zurückgelegten Marsch. Jetzt komme es auch in das linke Bein und er falle dann um, wie wenn man ihm den Unterschenkel weggeschossen habe. Nach 10 Minuten Ruhe könne er wieder weiterlaufen. Im Verlaufe der letzten Jahre seien solche Ermüdungen öfter aufgetreten. 1923 seien sie stärker geworden, so daß er den Arzt aufsuchen und bei einer kurzen Wegstrecke mehrmals ausruhen mußte. Er sei dann mit Einreibungen behandelt worden. Im Herbst 1923 sei dann das Leiden schlimmer geworden: Einspritzungen, wonach es schlechter geworden sei und seit Dezember 1923 liege er ständig im Bett. Es habe im rechten Bein begonnen, auf das linke Bein übergegriffen, so daß er jetzt nicht mehr stehen könne, dauere gewöhnlich 10 Minuten und trete in der letzten Zeit gehäuft und schon bei geringen Anstrengungen auf. In der Beinmuskulatur fand sich ein spastischer Zustand, der durch willkürliche Anspannung der Muskel erhöht wurde. Freie Gelenke, keine Atrophie. Gang spastisch-ataktisch. Am rechten Fuß kleine Insel mit erhöhter Druckschwelle. Deutliche Ataxie beider Arme und Beine. Bauchdeckenreflex sehr schwach, inkonstant und ungleichmäßig. Babinski angedeutet. Wassermann sowohl Liquor, wie im Blut negativ. Augenbefund ergibt nichts. Es wurde die Diagnose multiple Sklerose gestellt.

1925 27. 10. gestorben. Der behandelnde Arzt sagt aus, daß sich in den letzten Jahren neben der multiplen Sklerose eine Lungentuberkulose entwickelt habe, die den Tod herbeiführte. Wann sich diese entwickelt habe, könne er nicht genau sagen, da B. erst im Juli 1925 in Behandlung gekommen sei.

Beurteilung:

Es ist bekannt, daß die multiple Sklerose sehr schleichend und oft lange Zeit unerkannt verläuft. Ihre Ursachen sind heute noch nicht ganz geklärt, eine Infektion als Ursache wird jedoch angenommen. Ob im vorliegenden Falle die Infektion im Kriege entstanden ist, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, zweifellos deuten aber die Angaben des B., daß er auf einem Marsche im Februar 1920 plötzlich ein Versagen des rechten Beines verspürt habe, ganz charakteristisch darauf hin, daß dies der Beginn des Leidens war. Ebenso charakteristisch ist der weitere Verlauf. Es liegt kein Grund vor, an diesen Angaben zu zweifeln, obgleich sie ebenso wenig wie die angebliche Revierbehandlung und Schonung durch die Unterlagen bestätigt ist. Ob Zeugen dafür noch beizubringen sind, ist fraglich. Der Versuch ist aber zu machen.

Da nun nach den glaubhaften Angaben des B. die ersten Anzeichen des Leidens bis in den Krieg, in den Beginn des Jahres 1918 zurückreichen, da die Erfahrung lehrt, daß die multiple Sklerose sehr schleichend, jahrelang und besonders im Anfang, wie auch hier, oft unerkannt verläuft, bis die ersten greifbaren Erscheinungen auftreten, so liegt die Wahrscheinlichkeit vor, daß der Beginn der multiplen Sklerose in den Krieg zurückreicht und durch diese Strapazen, durch anstrengende Märsche, ausgelöst wurde, wie dies auch der Erfahrung entspricht.

Nun ist B. an Tuberkulose gestorben. Ob er früher schon tuberkulös war, ob er die Tuberkulose, was wahrscheinlich, erst später erworben hat, darüber geben die Akten keine Auskunft. Wie dem auch sei, die Erfahrung lehrt, daß sowohl eine, schon vorhandene Tuberkulose, durch ein längeres Krankenlager und die dadurch verursachte Unbeweglichkeit ausgelöst oder auch entstehen kann. Wann diese Infektion stattfand, läßt sich heute mit Sicherheit nicht mehr entscheiden, aber mit aller Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, daß das lange Krankenlager und die Unbeweglichkeit das Auftreten der Tuberkulose begünstigt hat; weshalb für die Tuberkulose mittelbare Dienstbeschädigung anzunehmen ist. Nach diesen Ausführungen ist nach der Lage der Akten der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als wahrscheinlich anzunehmen, insofern, als für die ersten Erscheinungen, die im Februar 1918 in der Form des Versagens des linken und rechten Beins zuerst aufgetreten sind, nachträglich Dienstbeschädigung anzunehmen ist, weil sie mit aller Wahrscheinlichkeit als Beginn der multiplen Sklerose aufzufassen sind, welche nach dem Verlaufe durch Kriegseinflüsse ausgelöst wurde. Vorausgesetzt, daß die Nachforschungen die Angaben des B. bestätigen.

Nach der Lage des Falles beträgt die Erwerbsminderung für das Leiden des B., die multiple Sklerose und als deren mittelbare Folge, die Tuberkulose der Lungen, 100%, weil Dienstbeschädigung mit Wahrscheinlichkeit auch für die Lungentuberkulose anzunehmen ist, da B. die letzten Jahre hauptsächlich im Bett zubrachte infolge der multiplen Sklerose und dadurch in hohem Grade in der Beweglichkeit gehemmt war (was die Entwicklung der Tuberkulose begünstigte) und zwar von der Stellung des Antrags ab, Juli 1925; außerdem, weil er fremder Pflege und Wartung bedürftig war, die höchste Pflegezulage.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Tuberkulose nicht angenommen.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1889 geborene Kettenschmied J. W. wurde im September 1915 eingezogen, wurde 1909 und 1910 bei der Musterung wegen allgemeiner Körperschwäche 1 Jahr zurückgestellt und 1911 wegen Durchlöcherung beider Trommelfelle der Ersatzreserve zugeteilt. 1916 kam er 9 Tage ins Lazarett wegen wieder aufgeflackerter Mittelohreiterung. Dort gibt er an, schon seit 10 Jahren ohrleidend zu sein und deswegen 1909 in der Universitätsklinik H. operiert worden zu sein. Im Februar 1916 kam er wieder wegen der Mittelohreiterung und wegen eines akuten Rachen- und Kehlkopfkatarrhs ins Lazarett. Dort gab er an, daß er 1912 eine Lungen- und Rippenfellentzündung überstanden habe, deren Schwarte noch nachweisbar war. Der Kehlkopfkatarrh wurde zuerst als tuberkulös vermutet und er wurde deshalb auch hinsichtlich der Lungen auf Tuberkulose beobachtet. Die Diagnose wurde gestellt: Rechts alter Trommelfelldefekt, geringgradige linksseitige Pleuraschwarte, keine aktive Lungentuberkulose. Auch späterhin hat sich die Kehlkopfaffektion nicht als tuberkulös erwiesen. Im September wurde er lediglich wegen seiner hochgradigen Schwerhörigkeit als nur arbeitsverwendungsfähig bezeichnet. Es wird ausdrücklich betont, daß er von Seiten der Lungen- und der abgelaufenen Rippenfellentzündung kriegsverwendungsfähig sei. Im Januar 1917 wird er zur Arbeitsaufnahme vom Militär entlassen. Im März 1924 überstand er eine Grippe. Von August bis Oktober 1925 war er zunächst an Bronchialkatarrh erkrankt, aus dem sich, wie der behandelnde Arzt aussagt, eine Lungenentzündung entwickelte, die in Tuberkulose überging und am 15. 10. zum Tode führte. Es sei damals hauptsächlich der linke Oberlappen und ein Teil des linken Unterlappens ergriffen gewesen.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen Mann, der mit 20 Jahren ein Ohrleiden überstand, mit 22 Jahren eine Lungen- und Rippenfellentzündung, mit 26 Jahren eingezogen wurde und im Felde zunächst wegen Wiederaufflackerns seines Ohrleidens kurz behandelt wurde. Da kurz darauf ein Rückfall eintrat, gleichzeitig mit einem Rachen- und Kehlkopfkatarrh und dieser letztere als tuberkulös vermutet wurde, so wurde er von März bis September 1916 teils wegen des Kehlkopfkatarrhs behandelt, teils auf Lungentuberkulose beobachtet. Die Beobachtung hat damals eine Lungentuberkulose nicht ergeben. Kurz darauf wurde er dann im Januar 1917 zur Arbeitsaufnahme entlassen und erkrankte 1924 an einer Grippe und 1925 zunächst an einem Bronchialkatarrh, die in Lungenentzündung und Lungentuberkulose überging und am 15. Oktober den Tod herbeiführte. Der Tod war also, wie die Akten ergeben, eine Folge der Lungentuberkulose.

Es ist nun die Frage zu beantworten, ob ein ursächlicher Zusammenhang bestehe zwischen den Erkrankungen im Felde und der Todesursache 1925.

Es läßt sich heute mit Sicherheit nicht mehr feststellen, ob die Ohrerkrankung tuberkulöser Natur war. Es ist aber wahrscheinlich. Ebenso ist es wahrscheinlich, daß er sich in der Jugend mit Tuberkulose infiziert hat. Die eingehende Behandlung und Untersuchung während der Erkrankung im Felde 1916 hat nun ergeben, daß eine aktive Lungentuberkulose damals nicht vorlag. Ebenso hat sich die Kehlkopfaffektion damals auch nicht als tuberkulös erwiesen, wie auch der weitere Verlauf bestätigt. Nun ist er 1924 an Grippe erkrankt. Es ist bekannt, daß die Schübe bei der Tuberkulose sehr häufig unter dem Bilde einer Grippe verlaufen. Im August 1925 ist er dann an einer Lungenentzündung erkrankt, die, wie sich der behandelnde Arzt ausdrückte, in Lungentuberkulose überging und zum Tode führte. Ueber die Erscheinungen von Seiten der Lungentuberkulose während dieser Zeit finden sich in den Akten keine Unterlagen.

Es ist möglich, daß die Erkrankung 1924 an Grippe schon ein Schub der Tuberkulose war. Allerdings hat er nachher etwa 1¼ Jahre lang keine Erscheinungen von Seiten der Lungen gezeigt. 1925 ist es dann zu einer Lungenentzündung gekommen, die nach 1½ Monaten zum Tode führte, weil dadurch mit aller Wahrscheinlichkeit eine Tuberkulose generalisiert wurde.

Der Fall liegt also so, daß eine latente Tuberkulose schon vor dem Diensteintritt mit aller Wahrscheinlichkeit bestand, daß es dann im Felde zu Erscheinungen von Seiten der Lunge und des Kehlkopfs kam, die aber, wie die Beobachtung und der weitere Verlauf ergab, nicht tuberkulös waren und jedenfalls durch die Behandlung völlig ausheilten, so daß der Verstorbene damals von Seiten der Lungen kriegsverwendungsfähig war. 7 Jahre später hatte er eine Grippe, und 8 Jahre später eine Lungenentzündung überstanden, die dann die Tuberkulose wahrscheinlich generalisierte oder überhaupt von vornherein von tuberkulöser Natur war und nach etwa 6 Wochen zum Tode führte. Somit handelte es sich 1924 und 1925 um Neuerkrankungen, die vollkommen unabhängig von Kriegseinflüssen und von den im Kriege überstandenen Krankheiten aufgetreten sind, Dienstbeschädigung liegt nur vor für die Erkrankungen im Felde, die sich nicht als tuberkulöser Natur erwiesen und selbst wenn sie dies gewesen wären, wäre die Dienstbeschädigung durch die Behandlung erledigt, weil in den dazwischenliegenden 7 Jahren eine Erkrankung von Seiten der Lungen nicht stattfand, somit die Brückensymptome fehlen. Die Erkrankungen im Felde sind demnach ohne Folgen zu hinterlassen, ausgeheilt. Nach diesen Ausführungen kann ein Zusammenhang der Dienstbeschädigung mit dem Tod nicht angenommen werden, weil die zum Tode führende Krankheit als Neuerkrankung aufzufassen ist, für die Dienstbeschädigung nicht angenommen werden kann, ebenso wenig wie für die tuberkulöse Anlage an sich.

Kongreß-Berichte.

Die Tuberkulosetagungen in Honnef und Düsseldorf.

(Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose [25. bis 27. Mai], Deutsche Tuberkulosegesellschaft [28. bis 29. Mai], Arbeitsgemeinschaft der Gesellschaft deutscher Tuberkulose-Fürsorgeärzte und der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte [30. Mai 1926]).

Bericht von
Oberarzt Dr. KAYSER-PETERSEN in Jena.

I.

Wie im vergangenen Jahre in Berlin und Danzig, so haben auch dieses Mal das Zentralkomitee und die wissenschaftlichen Gesellschaften so eng aneinandergeschlossen in Honnef und Düsseldorf getagt, daß man füglich von einem einheitlichen Kongreß sprechen kann. Das Nacheinander des Kurorts Honnef und der Großstadt Düsseldorf hat wohl auch den letzten Zweifler darüber belehrt, daß die kleinen Städte unvergleichliche Vorteile bieten, und konnte den Entschluß, im nächsten Jahre in Salzbrunn (Schlesien) zu tagen, nur fördern. In Honnef wurden wir in Stadt und Heilstätte mit allergrößter Herzlichkeit aufgenommen. Von Düsseldorf, das über 220 Kongresse beherbergen wird, konnte man besonderes Entgegenkommen natürlich nicht erwarten; dafür bot sie uns die auf die Initiative Schloßmanns geschaffene, an Großartigkeit alle Erwartungen übertreffende Gesolei, die gerade den Tuberkuloseärzten reiche Anregung und darüber hinaus auch eine unendliche Fülle von Belehrung gab. Daß die Tuberkuloseabteilung ganz bescheiden im entferntesten Winkel der Ausstellung steckt, während das Haus der Brauerei, das nicht nur ein „Stein des Anstoßes“, wie der offizielle Katalog vorbeugend sagt, sondern ein Skandal ist, groß und breit an der Heerstraße liegt, darf nicht unerwähnt bleiben, ebenso, daß es deutsche Eigenbrödelei durchgesetzt hat, das Tuberkulosematerial noch an anderen Stellen, z. B. bei den Städten und Landesversicherungsanstalten zu verzetteln. Die Annehmlichkeit, innerhalb der Gesolei zu tagen, mußten die Teilnehmer durch einen völlig unzulänglichen, sog. „Kongreßsaal“ erkaufen, der erst im letzten Augenblick mit vieler Mühe einigermaßen hergerichtet wurde, und der so leicht gebaut ist, daß bei etwas heftigem Regen kein Wort zu verstehen war. Wenn also auch, was den äußeren Rahmen angeht, auf dem Wege Koburg-Danzig-Düsseldorf die vorjährige Danziger Tagung zweifellos den Höhepunkt bedeutet, so darf man in wissenschaftlicher Beziehung ein erfreuliches Fortschreiten feststellen. Das allgemeine Urteil ging dahin, daß die neue „Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft“ sich im Kreise der anderen großen wissenschaftlichen Kongresse sehen lassen kann, und daß die in diesem Jahre zum erstenmal auf nur einen Verhandlungstag beschränkten alten Gesellschaften daneben ihren besonderen Aufgabenkreis voll ausgefüllt haben. Die Tagung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft, die aus Deutschland, Oesterreich, Schweiz, Elsaß, Holland und Spanien sehr gut besucht war, wurde von Herrn Ziegler-Hannover-Heidehaus vorbildlich geleitet, der in seiner Eröffnungsrede ihre Aufgaben zusammenfaßte. Den Vorsitz übernimmt nun Herr v. Romberg-München, während Herr Schröder-Schömberg neu in den Vorstand gewählt wurde.

II.

Die Versammlung des Zentralkomitees brachte am ersten Tage Vorträge über die **„Bekämpfung der Kindertuberkulose“** und über die **„Herausnahme der Schwertuberkulösen aus Familie und Wohnung“**. Ueber das erste Thema sprach zunächst Herr Simon-Aprath:

Eine genaue Kenntnis der Erscheinungsformen der Tuberkulose ermöglicht der Behandlungsfürsorge die Beurteilung der Notwendigkeit einer Einleitung von örtlichen oder Verschickungsmaßnahmen in Genesungsheime u. dgl. einerseits und in Heilstätten und Krankenhäuser andererseits. Ueberflüssig ist die Befürwortung tuberkulinpositiver, aber klinisch gesunder Kinder. Tuberkulinpositive und kränkliche Kinder sind Objekte der Erholungsfürsorge. Aktiv tuberkulöse Kinder gehören in die Kinderheilstätten, soweit es sich nicht um akut verlaufende Prozesse oder um die Endstadien chronischer handelt, die den (Tuberkulose-) Krankenhäusern zufallen.

Die heutige Anstaltsbehandlung erzielt selbst bei schweren Krankheitszuständen etwa in 75% der Fälle eine Heilung, außer bei offenen Lungen- oder schwersten Knochen- oder knotig-ulzerösen Bauchfelltuberkulosen.

Herr Direktor Dr. Wolters-Münster i. W. betonte in erster Linie die Notwendigkeit, Arzt und Tuberkulosefürsorgestellen die Führung zu überlassen.

Für die Vorbeugung wichtig ist eine systematische Volksaufklärung, sowie die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse. Aus diesem Grunde erhält auch die Forderung Berechtigung, Kinder, insbesondere Säuglinge, von Offentuberkulösen durch Herausnahme aus dem Haushalt zu isolieren.

Die Erfassung der tuberkulösen Kinder durch Arzt, Schule und Fürsorgerin ist durch systematische Untersuchungen in den Schulen, Kinderhorten usw. wirksamer zu gestalten.

Die Heilbehandlung aktiv tuberkulös erkrankter Kinder ist in jedem Fall, ohne Rücksicht auf die Kosten, sicherzustellen, im übrigen muß erreicht werden, daß bei den sonstigen tuberkulösen Kindern Verschlechterung des Zustandes und Ansteckungsgefahr vermieden werden.

Den zweiten Gegenstand behandelte zunächst Herr Harms-Mannheim:

Es ist anzustreben, die Tuberkulösen zu isolieren, welche nach dem Grade der Infektiosität eine hochgradige Gefährdung ihrer Umgebung bedeuten. Die Asylierung der Schwertuberkulösen ist zur Zeit notwendiger noch als je und auch leichter durchzuführen mit Rücksicht auf das katastrophale Wohnungselend. Die Erfahrung lehrt, daß sich in dem psychischen Verhalten der Kranken allmählich eine immer stärkere Umstimmung vollzieht, die den bisher so fest gewurzelten Widerstand der Tuberkulösen und ihrer Angehörigen gegen die Asylierung zu brechen beginnt.

Die dauernde Asylierung Tuberkulöser in Siechenhäusern und Invalidenheimen ist erst in ganz bescheidenem Umfange bisher gelungen.

Eine weitere Unterbringungsmöglichkeit ist durch die Tuberkulosekrankenhäuser und durch die den allgemeinen Krankenhäusern angegliederten Tuberkuloseabteilungen gegeben. Ihre Zahl in Deutschland ist noch sehr gering. Im Gegensatz zu den Tuberkuloseheimen verbinden sich im Spezialkrankenhaus die Zwecke und Ziele der Heilstätte, des Krankenhauses und des Hospitals.

Da das Tuberkulosekrankenhaus insbesondere behandlungsbedürftige Schwertuberkulöse aufnimmt, welche für eine Heilstättenbehandlung nach den heute üblichen Richtlinien nicht mehr in Frage kommen, so ist endlich für eine große Kategorie von Schwertuberkulösen eine Zufluchtsstätte geschaffen, in der sie das Recht auf Besserung und Wiedererlangung vorübergehender Erwerbsfähigkeit verwirklicht sehen. Eigene, langjährige Erfahrungen am Tuberkulosekrankenhaus in Mannheim haben ergeben, daß die Lebensdauer der Schwertuberkulösen durch Behandlung in der Spezialanstalt wesentlich verlängert und die Erwerbsfähigkeit vorübergehend wiederhergestellt wird. Als weitere Auswirkung der durch das Tuberkulosekrankenhaus ermöglichten Sanierungskuren ist der Rückgang der Kindersterblichkeit der Stadt Mannheim in den letzten Jahren, sowie der Rückgang der Kleinkinder- und Säuglingsinfektionen und die geringe Mortalität für Säuglinge und Kleinkinder aus der Umgebung Tuberkulöser anzusehen.

Das Tuberkulosekrankenhaus ist für die dauernde Isolierung von Halbinvaliden nicht geeignet, weil es zu teuer ist.

Einen nicht vollwertigen Ersatz für die Dauerunterbringung der Schwertuberkulösen in Anstalten bedeutet die Errichtung besonderer Wohnungen mit Isolierung- und Liegemöglichkeiten.

Die Unterbringung Schwertuberkulöser ist nur dann möglich, wenn der Staat in weit größerem Umfange die Kosten trägt als bisher.

Weiter sprach darüber der Präsident der Landesversicherungsanstalt Württemberg, Herr Biesenberger: Er suchte die praktische Frage zu beantworten: **„Wie kann die Herausnahme der Schwertuberkulösen aus der Familie und Wohnung unter den heutigen schlimmen wirtschaftlichen Verhältnissen erfolgen?“** Und zwar:

1. Welche Isolierungsgelegenheiten können wir heute schaffen?
2. Wer trägt die Kosten der Isolierung im Einzelfall?

Da ein gesetzlicher Zwang fehlt, kommt es auf den freien Willen des Kranken an, und dieser bleibt im Asyl nur dann, wenn das Prinzip der Heilbehandlung und nicht das der Absonderung in den Vordergrund gestellt und solange ihm die Hoffnung auf Heilung oder Besserung erhalten wird.

Referent hält eine Möglichkeit, in den Heilstätten der Versicherungsträger besondere Abteilungen für Schwertuberkulöse zu schaffen, nicht für gegeben, solange noch alle Plätze für heilbare Fälle benötigt werden.

Die viel erörterten Siedlungskolonien kommen im wesentlichen nur für noch arbeitsfähige Tuberkulöse in Frage.

Die Aufbringung der Kosten der Isolierung ist eine Aufgabe von Arbeitsgemeinschaften und Zweckverbänden.

Beim Fürsorgestellentag referierte Herr Ickert-Mansfeld über: **„Tuberkulosefürsorge als Seuchenbekämpfung“.**

Einwandfreie Untersuchungen der letzten Zeit haben gezeigt, daß Neu- (Re-) Infektionen sowohl im Kindesalter als auch im Erwachsenenalter Krankheitsprodukte auslösen, welche dem Ueberempfindlichkeitsstadium (Sekundärstadium nach Ranke) zuzurechnen sind. Bei Kindern und Erwachsenen ist dieses Sekundärstadium zu überwachen: alle Menschenalter sind vor dem Tuberkelbazillus zu schützen. Beides geschieht nach den Prinzipien der Seuchenbekämpfung.

Die „Feststellung der Seuche“, d. h. die Diagnose, fällt der Fürsorgestelle zu, welche diagnostisch (auch röntgenologisch) aufs beste eingerichtet sein muß, und welche auch die Früh- und geschlossenen Fälle kennen muß (Ausdehnung der Meldepflicht auf diese Fälle!). Die Beobachtung und evtl. „Absonderung der Kranken, Krankheits- und Ansteckungsverdächtigen“ heißt in der Sprache der Tuberkulosefürsorge: wirksame Ueberwachung und evtl. Absonderung der Bazillenhuster. Fürsorge für die Erkrankten, daß sie nicht ansteckend werden. Fürsorge für die Ansteckungsgefährdeten.

III.

Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft:

1. Berichte über die Chemotherapie der Tuberkulose.

Feldt-Berlin: F. beschränkte sich auf die Goldbehandlung. Die Tierversuche Möllgaards konnten weder von einer englischen, amerikanischen und japanischen Kommission, noch von Bruno Lange und Feldt im Institut Robert Koch bestätigt werden. Trotzdem ist die Heilwirkung von Krysolgan und Sanocrysin auf bestimmte klinische Tuberkuloseformen unzweifelhaft vorhanden. Dazu treten neue organische Goldverbindungen, die systematisch im Tierversuch ausgewertet worden sind. Das Gold besitzt eine elektive heilende Wirkung auf Kaninchensyphilis, Rekurrens- und Streptokokkeninfektion der Maus. Sowohl bei diesen Krankheiten als auch bei Tuberkulose wirkt Gold nicht ätiotrop, sondern durch Steigerung der Abwehrfunktionen des erkrankten Körpers. Chemotherapie im allgemeinen bedeutet nicht spezifische Beeinflussung bestimmter Zellen oder Gewebe, sondern stets Chemotherapie der Person.

Ulrici-Waldhaus Charlottenburg: Möllgaards Theorie der bakteriziden Wirkung des Sanocrysins auf die Tuberkelbazillen, der tuberkulotoxischen Natur der heftigen Reaktionen und deren Kupierung durch antikörperreiches Serum findet in der klinischen Erfahrung keine Stütze; die Anwendung des Serums ist deshalb fast allgemein aufgegeben worden. Nachdem die Tierversuche Möllgaards nicht bestätigt sind, muß der Gedanke dieser Art Tuberkuloseradikalheilung wohl endgültig fallen gelassen werden. Die umfangreichen klinischen Arbeiten haben indessen den Vorteil gehabt, in der Frage der Dosierung und der Indikationsstellung über unsere Vorversuche in der Goldbehandlung der Tuberkulose hinauszuführen. Die Fortsetzung des experimentellen Studiums und der klinischen Arbeit ist daher aussichtsreich und notwendig; ob sich das Sanocrysin als das beste Präparat bewähren wird, ist aber sehr zweifelhaft.

In der sehr ausgedehnten Aussprache sprachen Katz, der als Ergebnis der Sanocrysinversuche von Zinn-Berlin die Beeinflussung bestimmter Formen der Tuberkulose im Sinne der Anregung der Ausheilungstendenzen berichtet, wie sie bei anderen Präparaten nicht beobachtet werden konnte; Schloßberger-Frankfurt a. M., der vor allem den Gedanken einer Therapia magna sterilisans scharf ablehnte; Junker-Kottbus-Kolkwitz; L. Lange-Berlin; Freund-Berlin-Neukölln; Schröder-Schömberg, der auf Grund seiner 10jährigen Erfahrung mit den Dosen bei der Goldbehandlung, die er als Reiztherapie auffaßt, immer mehr heruntergegangen ist; Wiesner-Pappenheim, der über Sulfoxylat I berichtet; Boehnke-Berlin über Triphal, dem er die Fähigkeit zur Erzeugung eines stärkeren Ictus immunisatorius zuspricht; Sayé-Barcelona; Scholz-Königsberg; Ritter-Geesthacht (über Kupfer); Kellner-Heidehaus; Ed. Schultz-Oberschreiberhau; Neufeld-Berlin; Henius-Berlin; Uhlenhuth-Freiburg; Lydtin-München.

2. Vorträge:

Meinicke-Ambrock: **Ueber künstliche Immunisierung gegen Tuberkulose beim Menschen.** Das Schutzimpfungsverfahren von Calmette steht dem alten Verfahren von Koch und Behring sehr nahe. Seinen Menschenversuchen kommt um so weniger Beweiskraft zu, als nur etwa ⅓ der geimpften Kinder später in direktem Kontakt mit offenen Tuberkulösen war. Auch ist die Vermutung nicht von der Hand zu weisen, daß sich gerade solche Familien zur Impfung bereit erklärten, die auch sonst geneigt waren, ärztlichen Ratschlägen zu folgen. Selbst unter der Voraussetzung, daß das Calmettesche Verfahren oder eines der anderen neueren leistungsfähig sei, wird seine Bedeutung dadurch eingeschränkt, daß auch die natürliche Durchseuchung den Menschen nicht gegen die spätere Tuberkuloseerkrankung schützt. Man wird daher von einem Schutzimpfungsverfahren zunächst nur erwarten können, daß es eine größere Zahl von Kindern aus dem Säuglingsalter in die weniger gefährdeten Altersklassen hinüberbringt.

Besonders kritisch muß man bisher noch allen Versuchen gegenüberstehen, in denen eine brauchbare Schutzimpfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen erreicht worden sein soll.

Wiese-Landeshut: **Die künstliche Zwerchfellähmung bei der Lungentuberkulose der Kinder.** Wiese berichtet an Hand von Lichtbildern über 44 Fälle von Phrenikusexhairese beim Kind, teils als Ergänzungsoperation bei Pneumothoraxfällen mit unvollständigem Kollaps, teils als Nachoperation nach längerem Bestehen des Pneumothorax, sowie über die Phrenikusexhairese als selbständige Operation bei einseitigen Lungenerkrankungen, wo ein Pneumothorax wegen starker Pleuraveränderungen nicht möglich war. Die Ergebnisse sind befriedigend, besonders in solchen Fällen, denen man bisher völlig machtlos „Gewehr bei Fuß“ gegenüberstehen mußte.

Wiese-Landeshut: **Demonstration über 2 Fälle** (12jähriger Knabe, 14jähriges Mädchen) **von doppelseitigem Pneumothorax.** Vorläufige überraschend günstige Beeinflussung bei schwerer, fortschreitender Lungentuberkulose. Eingriff gut vertragen, Atembeschwerden bald vorübergehend, nur zu Beginn der Anlage und relativ gering.

Pigger-Sorge berichtet unter Demonstration von Diapositiven über die **Anwendung der Phrenikusexhairese bei doppelseitiger Lungentuberkulose.**

Unter seinem Material von 60 Fällen hat er in 21 Fällen, also in 35% des Gesamtmaterials (darunter 21,6% produktiv-kavernöse Fälle), die Phrenikusexhairese auf der kränkeren Seite ausgeführt, und zwar bei Kranken, bei denen meist nach jahrelanger, vergeblicher Kur kein weiterer Fortschritt erzielt werden konnte, bzw. bei denen die Erkrankung unter mehr oder weniger hohen Fiebersteigerungen weiter fortschritt.

2 Fälle blieben unbeeinflußt und kamen nach Monaten ad exitum. In 18 Fällen (30%) hatte der Eingriff einen günstigen Einfluß, darunter in 6 (10%) mit überraschender Schnelligkeit. In einem Falle wurde eine klinische Heilung erzielt. Beobachtungsdauer 1½—3 Jahre. Pigger empfiehlt die Phrenikoexhairese als selbständige Operation bei doppelseitiger Lungentuberkulose, selbst wenn die weniger kranke Lunge schon in bemerkenswertem Umfange miterkrankt ist.

Dünner-Berlin: **Klinische und experimentelle Untersuchungen zur Phrenikusexhairese.** Selbst bei Erkrankungen des Unterlappens erfolgt durch die Phrenikusexhairese vielfach kein vollständiger Stillstand der Lungen, weil das Zwerchfell paradoxe Bewegungen macht. Gegen eine mechanische Wirkung spricht die Tatsache, daß man doppelseitig die Phrenikusexhairese ausführen kann, ohne daß Atemnot eintritt. Schließlich hat Dünner beim Hunde die Luft aus den beiden Lungenhälften isoliert aufgefangen und gezeigt, daß die operierte Seite zum mindestens ebensoviel Luft ein- und ausatmet wie die nichtoperierte Seite. Dünner äußert mit allem Vorbehalt die Hypothese, daß beim Herausreißen der Nerven Aeste des Vagus, die zur Lunge ziehen, mitentfernt werden und daß die Heilung dadurch ermöglicht wird. Praktisch lehren seine Untersuchungen, daß man doppelseitige Lungentuberkulose operativ angehen kann, daß man z. B. auf der einen Seite die Phrenikusexhairese ausführt und auf der anderen Seite den Pneumothorax anlegt.

Gutmann-München: **Die subepidermale Tuberkulin-Injektionsmethode und einige ihrer Reaktionsformen.** Die Tuberkulinanwendung verläuft in dieser, von Sahli angegebenen Form der Darreichung in die obersten Schichten der Haut mit geradezu gesetzmäßigen Reaktionen. Die Reaktionen können in der für notwendig erachteten Stärke gehalten werden, wenn man es sich zum Grundsatz macht, erst dann mit den Dosen zu steigern, wenn die vorhergehenden Reaktionen bedeutend und dauernd abgenommen haben. Beschreibung von 4 Reaktionsformen: die primär- und sekundär-nekrotische als Ausdruck der unmittelbaren Giftwirkung, die knotige, typisch-schlaffe Reaktion als das Zeichen eines reaktionsschwachen Organismus; schließlich die eitrige Reaktion, d. s. tuberkulotoxische Mikroabszesse, die prognostisch wenig sagen, jedenfalls nicht ungünstig zu bewerten sind. Das Anwendungsgebiet der Methode ist bei richtiger Indikationsstellung und strenger Individualisierung sehr weit, insbesondere zur ambulanten Behandlung der Lungentuberkulose.

3. Berichte über die Verbreitungswege der Tuberkulose.

Bruno Lange-Berlin: Die Kontakt- und Nahrungsmittelinfektion hat unter den Verbreitungswegen der Tuberkulose bei weitem nicht die Bedeutung, die ihr v. Behring zugemessen hat und die ihr heute noch von Calmette zugesprochen wird. Sie darf aber auch nicht unterschätzt werden. Zur Aufnahme größerer Bazillenmengen auf dem Wege des Kontakts kommt es häufiger wohl nur unter ganz besonders unhygienischen Verhältnissen; für Kinder ist die Gelegenheit, kleinste Bazillenmengen durch Berührung aufzunehmen, offenbar sehr häufig gegeben, wobei es aber wahrscheinlich nur bei besonders disponierten Schleimhäuten zur Infektion kommt. Ansteckungen durch Genuß der Milch und anderer Produkte tuberkulöser Rinder sind dort, wo eine gute hygienische Kontrolle der Milchversorgung besteht, nicht sehr zu fürchten. Der Tuberkuloseverbreitung durch Einatmung von Tuberkelbazillen im Staub muß eine überragende praktische Bedeutung zuerkannt werden, und zwar deswegen, weil die Gelegenheit zu solchen Staubinfektionen in der Praxis sehr häufig gegeben ist, und zweitens, weil die inhalierten Bazillen leicht in die Lungen hineingeraten, also mit einem im Gegensatz zum Verdauungstraktus hochempfänglichen Organ in Berührung kommen. Als Quellen für die Staubinfektion kommt nicht allein der Auswurf in Frage, sondern daneben noch, und zwar in hohem Grade, die vom Kranken überall hin verstreuten, bazillenhaltigen Hustentröpfchen. Kleinste Auswurfreste oder Tröpfchen können durch die Hantierungen des täglichen Lebens, z. B. Bettenmachen, Abbürsten von Teppichen, Kleidern, Decken, Fegen des Fußbodens, leicht in feinsten Staub übergehen, der die Luft eines Raumes auch auf längere Zeit hin zu infizieren vermag. Ob den Infektionen durch Einatmung frischer Hustentröpfchen in die Lungen im Sinne Flügges eine praktische Bedeutung zukommt, ist zweifelhaft. Durch die bisherigen, hygienisch-experimentellen oder sonstigen Erfahrungen ist eine solche Bedeutung jedenfalls nicht nachgewiesen.

Beitzke-Graz: Intrauterine Ansteckung hat wegen ihrer Seltenheit keine praktische Bedeutung. Die Erstinfektion der Verdauungswege erfolgt durch Verschlucken, die der Lungen mit der Atemluft. Gelegentlich geschieht sie auf beiden Wegen gleichzeitig. Von denjenigen Tuberkelbazillen, die nach Durchwanderung der Verdauungsschleimhäute in die regionären Lymphdrüsen hineingeraten, werden viele vom Organismus vernichtet, ohne zur spezifischen Erkrankung zu führen, während die unmittelbare Erstinfektion der Lungen stets den Primärkomplex erzeugt. Nur bei stark geschwächten Individuen können die Tuberkelbazillen bei der Erstinfektion teilweise durch die Lymphdrüsen hindurch sogleich bis ins Blut gelangen. Als Verbreitungsweg nach bereits geschehener Erstinfektion kommt vor allem der Lymph-Blutweg in Betracht. So entstehen die chronischen Organtuberkulosen, auch wohl ein Teil der chronischen Lungentuberkulosen. Sind bereits chronische Organtuberkulosen vorhanden, so erfolgt die weitere Ausbreitung vor allem per continuitatem bzw. intrakanalikulär. Erst in späteren Stadien kommt es zu Metastasen auf dem Blutwege. Hier ist noch manches unsicher, da wir die verschiedenen Grade der spezifischen Umstimmung des Körpers und ihre Einwirkung auf die im Körper vorhandenen Tuberkelbazillen noch zu wenig kennen.

Die Vorträge wurden leider durch Regenwetter sehr gestört (s. o.), so daß die Aussprache nicht so ergiebig war, wie man vielleicht hätte erwarten sollen.

4. Vorträge:

Sauerbruch-München: **Die Behandlung des Pyopneumothorax.** Einleitend wird die Entstehung des Pyopneumothorax, der z. T. als verhältnismäßig gutartig, z. T. als der Anfang einer Katastrophe angesehen wird, und die Möglichkeit seiner Verhütung besprochen, wobei mit Nachdruck die Vermeidung positiven Drucks zu fordern ist. Bei der Behandlung muß streng nach der Eigenart des Falles individualisiert werden. Der Durchbruch in die Lunge verlangt in erster Linie konservatives Vorgehen (Ruhe, Spülung, Bülaudrainage) und nur bei schlechtem Allgemeinbefinden eine operative Einengung des Thorax. Der Durchbruch in eine Kaverne ist, wenn er akut bei bisher inakter Pleura auftritt, streng chirurgisch (Analogie des perforierten Ulcus ventriculi) mit breiter Oeffnung, Verschluß und Tamponade zu behandeln. In den chronisch verlaufenden Fällen, die S. als die schwerste Belastung der Pneumothoraxtherapie bezeichnet, da sie in 70—80% Folgen unzweckmäßiger Pneumothoraxbehandlung oder des Strangdurchtrennungsverfahrens nach Jakobäus sind, muß zunächst das Exsudat durch Bülaudrainage beseitigt und der Allgemeininfekt bekämpft werden, bis schließlich zu einer etappenweisen Operation geschritten werden kann. Von 38 solcher Fälle konnten 22 = 58% geheilt werden. Zum Schluß geht der Vortragende noch auf die Mißverständnisse ein, die sich an seinen Essener Vortrag geknüpft haben, und erklärt, daß er sich niemals gegen die Pneumothoraxtherapie, sondern nur gegen die Pneumothoraxtherapie um jeden Preis gewandt habe.

An der sehr lebhaften Aussprache beteiligen sich die Herren Ziegler-Heidehaus, Kellner-Heidehaus (der ein neues Operationsverfahren mitteilt), Ulrici-Sommerfeld (der energisch seine guten Erfahrungen mit der Jakobäusmethode betonte), Schröder-Schömberg, Sell-Lindenfels und Brauer-Hamburg.

Meyer-Bisch-Göttingen: **Störungen des Wasserhaushaltes bei Tuberkulose.** Eigene Versuche ergeben, daß im sog. zweiten Stadium der Tuberkulose der Wasserversuch verzögert verläuft. Im ersten Stadium der Tuberkulose finden sich diese Veränderungen nicht, im letzten findet sich an ihrer Stelle eine als kachektisch zu bezeichnende Hypalbuminose mit Anämie. Durch eine Tuberkulininjektion kann die Störung der Blutzusammensetzung ausgeglichen werden. Unter Umständen kann auch das Gegenteil eintreten, d. h. die Serumeiweißkonzentration kann noch gesteigert werden unter gleichzeitiger Verarmung des Organismus an Wasser, die sich dann in einer Gewichtsabnahme äußert. Eine ähnliche Wirkung kann auch mit unspezifischen Substanzen erzeugt werden. Die Blutzusammensetzungsveränderungen beim Tuberkulösen sind also als Ausdruck einer durch das tuberkulöse Gift bedingten Wasserverarmung des Organismus aufzufassen.

Brieger-Breslau-Herrenprotsch: **Ueber die Beziehung der Atmung zum Säurebasenhaushalt bei der Lungentuberkulose.** Die Beobachtung der Wasserstoffzahl im Urin in den einzelnen Tagesportionen, die Bestimmung der Alkali- und die Bestimmung der Kohlensäurebindungskurve nach Graup berechtigen zu dem Schluß, daß die Hyperpnoe des Phthisikers wie auch die Arbeitsdyspnoe die Folge einer allgemeinen kompensierten bzw. lokalisierten Gewebsazidose ist, die wiederum auf die unzureichende Arterialisation des die kranken Lungenteile durchströmenden Blutes zurückzuführen ist. Die Klinik kennt nach den Untersuchungen Straubs ähnliche Zustände bei kongenitalen Herzfehlern, besonders ausgesprochen bei der Blausucht.

Lydtin-München: **Ueber Tuberkulosen mit starker perifokaler Reaktion bei Erwachsenen.** Vortr. zeigt Krankheitsverläufe bei Erwachsenen, die sich durch gemeinsame Symptomatologie, Art des Reizablaufes und prognostische Eigenart aus dem vielgestaltigen Bild der Erwachsenentuberkulose herausheben. Es handelt sich um ähnliche, nur graduell verschiedene Vorgänge, wie bei den rückbildungsfähigen Formen des Kindesalters (epituberkulöse Infiltrierungen). Im klinischen Bild besteht eine gewisse Uebereinstimmung mit dem der sekundären Tuberkulose Rankes. Daß der Eigenart dieser Prozesse eine spezifische Ueberempfindlichkeit zugrunde liegt, ist nicht bewiesen. Sie kann dem Stande unseres heutigen Wissens, vor allem der pädiatrischen Erfahrungen nach sehr wohl auch konstitutionell bedingt sein. Die Beachtung der Eigenart dieser Verlaufsform ist für die Bewertung jeglichen therapeutischen Handelns unerläßlich.

Curschmann-Heidehaus: **Beitrag zur Histologie der Kavernenwand.** Aus der Betrachtung von 3 Fällen außerordentlich rascher Gewebseinschmelzung bei Tuberkulose muß der Schluß gezogen werden, daß solche Erscheinungen auch bei produktiven und gemischten Lungentuberkulosen vorkommen. Der Schluß, daß immer die exsudative Tuberkulose dafür verantwortlich zu machen sei, ist falsch, Mischinfektionen haben eine beschleunigende Wirkung.

Klehmet-Braunschweig: **Bronchopneumonie nach Raucheinatmung.** Im Gegensatz zu den bisherigen Erfahrungen bot der Kranke nur relativ leichte Krankheitserscheinungen, trotz einer über beide Lungen ausgedehnten Anhäufung zahlreicher Herde. Als Erklärung dafür glaubt Vortr. annehmen zu können, daß eine Vorerkrankung der Luftwege, wie etwa ein Katarrh der Bronchien mit reichlicher Bakterienansammlung fehlte, und damit der rein entzündliche Vorgang nicht durch eine bakterielle Infektion verstärkt wurde. Hierin liegt auch die Begründung für den auffallend schnellen Rückgang der Erkrankungen mit völliger Restitution des Lungengewebes (Röntgenplatten).

Brinkmann-Glauchau: **„Einfluß spezifischer und unspezifischer Antigene auf die Senkungsreaktion.** Eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit um 30% des Ausgangswertes und mehr nach unterschwelliger Tebeprotindosis ($^{1}/_{1000}$ mg) darf als weiteres Stützungsmoment für die Diagnose eines aktiven Prozesses bei gleichsinnigem klinischen Befund herangezogen werden, im Zweifelsfalle nur bei wiederholtem gleichgerichteten Ausfall der Reaktion.

Samson-Berlin: **Neuere Forschungen über das Asthma bronchiale.** Vortr. hat in der II. medizinischen Universitätsklinik Berlin 92 Fälle, teils von Asthma, teils von anderen allergischen Krankheiten, wie Urtikaria, Ekzem u. a. durchuntersucht und dabei besonders die Prüfungen der Haut auf Ueberempfindlichkeitsreaktionen studiert. An Beispielen einiger Fälle schweren Asthmas zeigt er, wie ein bestimmtes Allergen, in einem Fall Fleischproteine, in einem zweiten Katzenhautschuppen und -haare, in einem dritten Hühnereiereiweiß als krankheitsauslösendes Moment ermittelt werden konnte. Die Vermeidung der Schädlichkeit allein konnte schon mit einem Schlage das Leiden zum Verschwinden bringen. In anderen Fällen ist eine spezifische Desensibilisierung erforderlich. Von unspezifischen Desensibilisierungsmethoden kommt in Frage; die orale Peptondarreichung, mit der Vortr. Gutes erreichen konnte, ferner die Röntgenbestrahlung und endlich unspezifische Proteinkörpertherapie, wie Tuberkulin- und Milchinjektionen.

IV.

Der Verhandlungstag der Arbeitsgemeinschaft brachte zunächst bei den Fürsorgeärzten zwei Berichte und eine Reihe kürzerer Vorträge.

1. Berichte.

Redeker-Mühlheim/Ruhr: **Die Epidemiologie der perifokalen Entzündung und ihre Bedeutung für die Fürsorgearbeit.** Die perifokale Entzündung tritt vornehmlich in kritischen Zeitpunkten auf und spricht für ein zeitweises Ueberwiegen der Giftempfindlichkeit gegenüber der Immunität. Klinisch erscheinen die Primärinfiltrierungen als Folge einer besonders schweren Erstinfektion und beim Zusammentreffen mit einer besonders hochgradigen, generellen, frühsekundären Allergie. Die Sekundärinfiltrierungen erscheinen 1. im Gefolge einer starken Tuberkulinreaktion, 2. im Anschluß an Infektionskrankheiten, namentlich nach katarrhalischen Grippen oder Mischinfektionen, 3. bei plötzlicher starker Superinfektion. Letztere sind die häufigsten. Das Fahnden nach Infiltrierungen bedeutet danach die Erfassung des kritischen Zeitpunktes und zugleich eine neue Form der Frühdiagnose. Zugleich eröffnet die Erfassung der Infiltrierung den Weg vom Infizierten bzw. Superinfizierten zur Quelle. Weiter stellt sie fürsorgerisch die Aufgabe und Indikation der dringlichen Expositionsprophylaxe. Denn sie bedeutet sehr oft ein überwertiges Fließen einer Infektionsquelle. Kann diese nicht sofort verstopft werden, so ist das Kind zu entfernen, und zwar ohne Verzug, jedoch schließt das Ausbleiben einer perifokalen Entzündung keineswegs eine fließende Infektionsquelle aus, es ist aber eine Probe auf die Ungestörtheit des Gleichgewichtes zwischen Exponierendem und Exponiertem. Die Zahl der erfaßten Infiltrierungen wächst mit steigender Leistung der Fürsorgeorganisation, und zwar überwiegen zunächst die Schulkinderformen, weil diese leichter zu erfassen sind. Mit fortschreitender Fürsorgearbeit steigen dann die Kleinkinderfälle, wohingegen die Schulkinderzahlen mit dem Wirksamwerden der fürsorgerischen Expositionsprophylaxe wieder fallen. Die Zahlen der erfaßten Infiltrierungen einerseits und das Verhältnis der Kleinkinderzahlen zu den Schulkinderzahlen können daher zum Wertmesser der fürsorgerischen Arbeit dienen.

Kleinschmidt-Hamburg: **Klinik und Diagnose der perifokalen Entzündung.** Die klinischen Allgemeinerscheinungen, die das Infiltrat macht, können geringfügig sein; doch kommt nicht selten auch hochfieberhafter Beginn und entsprechend starke Beeinträchtigung vor. Die physikalischen Veränderungen einschließlich des Röntgenbildes sind in den einschlägigen Fällen auffallend gleichartig, die Differentialdiagnose gegenüber Pleuritis, Atelektase, käsiger Pneumonie, chronischer Pneumonie, muß bis ins einzelne erwogen werden. Regelmäßig werden bei den Kindern mit großen Infiltrationen exsudative, vielfach auch skrofulöse Erscheinungen gefunden. Kleinere, perihiläre Infiltrate beobachtete der Vortr. entweder kurz nach der Infektion oder später, ausgelöst durch Bronchitiden oder Pertussis. Bei beiden Arten der Infiltration kann man vielfach nach genügend langer Beobachtung Kalkherde zurückbleiben sehen, womit ihre Genese klargestellt wird. Auch die tumoröse Bronchialdrüsentuberkulose stellt in einer beträchtlichen Zahl von Fällen nur eine perifokale Entzündung dar, die eben dieses Mal auf die Drüsen selbst beschränkt bleibt.

An die Berichte knüpft sich eine längere Aussprache, die sich auch auf den Vortrag Lydtin-München vom Vortage erstreckte.

2. Vorträge.

Ed. Schulz-Oberschreiberhau: **Die Mängel der Tuberkulosebekämpfung in den Luftkurorten.** Eigentlich kann man nur von einem großen Mangel der Tuberkulosebekämpfung in den Luftkurorten sprechen, der darin besteht, daß wir in den Luftkurorten die Tuberkuloseinfektionsquellen, d. h. die offentuberkulösen Kurgäste, nicht erfassen können. Die Ursache ist in dem preußischen Tuberkulosegesetz zu suchen, nach dem die Anzeige an den Kreisarzt des Wohnortes zu erfolgen hat. Auf diese Weise wird die zuständige Behörde des Kurortes übergangen. Dazu kommt noch, daß die Pensionen als Privathäuser gelten und keiner medizinal-behördlichen Aufsicht unterstehen. Diesen Zuständen kann nur abgeholfen werden, wenn im Tuberkulosegesetz zu § 1 ein entsprechender Zusatz geschaffen wird, der bestimmt, daß 1. die Anzeige bei den zum Kurort gehörigen zuständigen Stellen zu erfolgen hat, und 2. nur solche Häuser ansteckende Tuberkulöse aufnehmen dürfen, die eine medizinalbehördliche Erlaubnis dazu haben.

Geißler-Karlsruhe: **Die praktischen Erfahrungen mit freiwilliger und zwangsweiser Entfernung von Kindern aus den Familien Offentuberkulöser** (§ 1666 BGB..). Die freiwillige Entfernung von Säuglingen und Kleinkindern ist in höchstens 15% der Fälle zu erreichen. Sie glückt in der Regel nur dann, wenn besonders begünstigende Umstände vorliegen, fast immer aber dann, wenn das Kind selbst irgendwie erkrankt ist. Die zwangsweise Herausnahme von Kindern ist gesetzlich möglich (§ 1666), hat aber noch weit geringere praktische Bedeutung. Wir mußten uns dazu aber entschließen, wenn grob schuldhafte Vernachlässigung der Vorsichtsmaßnahmen von seiten des Kranken und der Familie nachgewiesen ist. Die Herausnahme des Kranken gelingt öfter (35%), bedarf aber, um ausreichend zu sein, der Ergänzung durch ambulante Isolierung (außerhäuslicher Tagesaufenthalt des Kranken), womit gute Ergebnisse erzielt worden sind.

Ballin-Spandau: **Die Organisation und die Erfolge des Oeuvre Grancher.** Während man in Deutschland im Kampf gegen die Tuberkulose zunächst die „Heilbarkeit“ in den Vordergrund rückte, und die sog. „Heilstättenbewegung“ schuf, zog man in Frankreich eine andere Konsequenz: man betonte die Infektiosität der Erkrankung und war bestrebt, diese Gefahr zu verhüten bzw. zu vermindern. Prof. Grancher-Paris schuf 1903 als erste Einrichtung zur Bekämpfung der Tuberkulose „la préservation de l'enfance“, die sich zum Ziel setzte, noch nicht infizierte Kinder aus dem tuberkulösen Milieu herauszunehmen und in ländlichen besonders geprüften Pflegestellen kostenlos unterzubringen. Bisher sind 2500 Kinder im Alter von 3—13 Jahren auf diese Weise versorgt. Die Erfolge sind eindeutig. Es kamen nur 7 Fälle von Tuberkuloseerkrankung vor, von denen 2 tödlich verliefen. Die Kosten der Unterbringung betrugen vor der Inflationszeit 400 Francs pro Jahr. Die soziale Gesetzgebung in Deutschland ermöglicht ohne weiteres, die Kosten der Unterbringung dieser schwer gefährdeten Kinder aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Es fehlt in Deutschland nur noch an geeigneten Unterbringungszentren.

Gebser-Reiboldsgrün: **Die Bedeutung der Kolonie am Adelsberg bei Chemnitz für die Kinderentfernung im Interesse der Seuchenbekämpfung.** Die Kolonie ist 1912 errichtet, um Kinder aufzunehmen, die durch ihre Umgebung tuberkulosebedroht sind, um sie durch mindestens einjährige Pflege und Erziehung in landwirtschaftlichem oder Gartenbetrieb widerstandsfähig zu machen. Sie hat ihre Aufgaben in bezug auf Kräftigung und gesundheitliche Erziehung gut erfüllt und die meist von Trägern der sozialen Fürsorge überwiesenen Kinder in 1—3 jähriger Pflege von der gefährlichen häuslichen Umgebung ferngehalten, oft bis zum Eintritt in das Berufsleben. Leider ist sie dann durch Kriegs-, Nachkriegs- und Inflationswirkung zum Stillstand gekommen. Wenn nunmehr Wohlfahrtsbehörden und Versicherungsträger für gute Belegung sorgen, so wird die Kolonie wieder eine wesentliche Bedeutung im Sinne der Vorbeugung gegen die Ansteckung der Tuberkulose gewinen.

Krutzsch-Altenburg: **Verschärfungsvorschläge für die Tuberkulosegesetzgebung.** Die Allgemeinheit hat die soziale Pflicht übernommen, für den hilfsbedürftigen Tuberkulösen nach Möglichkeit zu sorgen. Der ansteckungsfähige Tuberkulöse als Seuchenquelle hat seinerseits die soziale Verpflichtung, alles zu tun, was in seinen Kräften steht, um der Weiterverbreitung der Seuche vorzubeugen. Tut dies der Tuberkulöse nicht, so sind gesetzliche Handhaben zu schaffen, die die Allgemeinheit von der weiteren Verseuchung zu schützen vermögen. Dazu gehören besonders die Möglichkeit der zwangsweisen Asylierung und der zwangsweise Berufswechsel (z. B. in gewissen Zweigen des Nahrungsmittelgewerbes). Die Zwangsmaßnahmen sollen jedoch erst als letztes Hilfsmittel in Anwendung kommen, wenn Belehrung, Erziehung und sonstige Fürsorge versagt haben oder abgewiesen wurden. Ihr Hauptwerk ist in erzieherischer Richtung zu erwarten, wie der Erfolg bereits bestehender Maßnahmen in Norwegen gezeigt hat.

Kayser-Petersen-Jena, der über die **Zusammenarbeit zwischen Heilstätten und Fürsorgestellen** sprechen sollte, verzichtete in Anbetracht der vorgerückten Zeit auf eine ausführliche Darlegung und die Versammlung beschloß, daß die beiderseitigen Vorstände bis zum nächsten Jahr gemeinsame Richtlinien ausarbeiten sollten. Anschließend verhandelten die Heilstättenärzte weiter:

Sell-Eleonorenheilstätte: **Verhütung der Tröpfchenausstreuung, besonders in Krankenanstalten.** Vortragender empfiehlt die planmäßige Verwendung eines zweiten, täglich zu erneuernden Taschentuches, das niemals zerknäult, nur auf den Außenseiten angefaßt und auf den Innenseiten angehustet werden darf. Die Handgriffe für den Gebrauch sind leicht zu erlernen. Sollte noch jemand Unvollkommenheiten bei diesem Verfahren finden, so empfiehlt Vortragender Papiertaschentücher.

Eversbusch-Schömberg: **Die Bedeutung des weißen Blutbildes für den Betrieb der Heilstätte.** Allgemein anerkannt ist die Feststellung Rombergs, daß es sich beim Blutbild nicht um eine quantitative Abhängigkeit von dem lokalen Erkrankungszustand handelt, daß insbesondere eine qualitative Diagnose in Aschoff-Nicolschem Sinne nicht zu erschließen ist. Die Technik der Untersuchung des weißen Blutbildes nimmt zwar erhebliche Zeit in Anspruch, läßt sich aber durch geeignete Methode vereinfachen und abkürzen. Die Durchführung von Reihenuntersuchungen kann auch im Rahmen des praktischen Betriebs einer Heilstätte sehr wohl durchgeführt werden. Es wird kurz auf die Fehlerquellen der Untersuchungsmethoden hingewiesen. Für die Diagnose läßt sich die Serienuntersuchung des weißen Blutbildes verwerten im Sinne der Beurteilung der Schwere der Erkrankung.

Ritter-Geesthacht-Hamburg: **Was heißt behandlungsbedürftig?** Die Frage, ob ein tuberkulöser Mensch behandlungsbedürftig sei, ist in Zweifelsfällen persönlichen Anschauungen unterworfen. Die Entscheidung darüber wird auch von sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten stark beeinflußt. Die jetzt gebräuchlichen Ausdrücke „aktiv" und „inaktiv" treffen nicht den Kernpunkt der Frage. Man muß von einer nützlichen und schädlichen Aktivität der Tuberkulose sprechen. Um die Behandlungsbedürftigkeit eines Tuberkulösen festzustellen, müssen wir erfahren, nicht, ob eine aktive Tuberkulose besteht, sondern ob der Körper durch sie geschädigt wird. Eine sichere Probe für eine solche Schädigung ist der positive Ausfall der SR. und der Matéfyreaktion, sowie eine starke und dauernde Linksverschiebung. Leider ist bei diesen drei Proben der negative Ausfall nicht beweisend. Stimmen die klinischen Merkmale damit überein, so sind diese ein weiterer Beweis für die Nichtbehandlungsdürftigkeit. Stimmen sie nicht überein, so würde ich persönlich immer die klinischen Merkmale im Sinne einer Behandlungsdürftigkeit ausschlaggebend sein lassen. Die sicherste Probe für die Behandlungsbedürftigkeit ist die Belastungsprobe durch die gewohnte Arbeit. Wenn der Lungenbefund und das Allgemeinbefinden sich bei regelmäßiger Arbeit nicht verschlechtern, so darf man Nichtbehandlungsbedürftigkeit annehmen. Die Vorbeobachtungsstationen, die die Kranken unter ungewohnt günstige Umstände versetzen, täuschen uns oft über die Behandlungsdürftigkeit des Falles hinweg. Eine genaue und regelmäßige Beobachtung des Körpergewichts und der Körperwärme während der Arbeit gibt uns zuverlässige und wichtige Anhaltspunkte. Damit soll nicht gesagt sein, daß jeder subfebrile Kranke schon ohne weiteres behandlungsbedürftig ist. Immerhin bedürfen solche Kranke ganz besonders sorgfältiger Ueberwachung. Auch die subfebrilen Temperaturen der Kinder dürfen nicht allzu leicht genommen werden. Die Prognose ist zweifellos bei diesen subfebrilen Fällen getrübt, wie zahlreiche Nachuntersuchungen ergeben haben.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 23., 4. Juni 1926.

Optikusprozeß bei Tabes und Paralyse. Igersheimer.
* Perorale Immunisierung. Reiter.
Höchstleistung der Geburtshilfe durch Arbeitsteilung. Sellheim.
Praxis der Frauenmilchernährung. Grosser.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaales.
* Röntgenologische Beurteilung der Herzgröße. Juda.
Reindarstellung des Insulins. Laquer.
Modehautkrankheiten. Oestreicher.
Bakteriologischer Nachweis von Zuckerarten im Harne. Klein und Soliterman.
Bauchdecken- und Beckenneuralgien in der Gynäkologie.
Diätetik in der Theorie und in der Praxis. v. Soos.
* Behandlung des Kardiospasmus. Rosenberg.
* Cibalgin als Schmerzstillungsmittel in der Chirurgie. Löwenthal.
Physiologie und Pathologie der Milz. Rautmann.
Statistik der Geschlechtskrankheiten in Deutschland. Haustein.
Hautleiden als Berufskrankheiten im Sinne der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten. Beintker.
Reform des zahnärztlichen Studiums. Walkhoff.
Ge-So-Lei. von den Velden.

Versuche über perorale Immunisierung. Es gelingt, im Tierversuch auf peroralem Wege Schutzstoffe gegen Infektionen mit Typhusbazillen, Ruhrbazillen und anderen Mikroorganismen zu erzeugen. Die perorale Gabe einer 5—10% Natrium benzoicum-Lösung, 1—3 Stunden, am besten auf leeren Magen, vorausgeschickt, kann die Darmdurchlässigkeit steigern. Unter Umständen, steht dieser, die Immunisierung zweifellos befördernden Wirkung aber eine Schädigung der antigenetischen Eigenschaften des Impfstoffes entgegen. Ob die Darmschleimhaut bei der Produktion der Schutzstoffe eine besondere Rolle spielt, bleibt offen. Die entstehende Immunität ist keine auf den Darm lokal beschränkte, sondern eine allgemeine. Versuche am Menschen müssen erweisen, in welchem Grade man berechtigt ist, die im Experiment erhaltenen Resultate auch für die Humanpraxis zu verwerten.

Eine einfache Methode zur röntgenologischen Beurteilung der Herzgröße. Der Verfasser modifiziert die zu Unrecht fast in Vergessenheit geratene Methodik von Levy-Dorn, zur Beurteilung der absoluten Herzgröße die rechte Faust heranzuziehen. Außerdem bietet der Vorschlag des Autors gegenüber dem älteren Verfahren, das auf das Orthodiagramm eingestellt ist, auch den Aerzten, die nur eine einfache Apparatur verwenden, ohne den Orthodiagraphen, eine praktische Handhabe, ein Urteil über die Herzgröße im Röntgenbilde zu gewinnen.

Zur Behandlung des Kardiospasmus. Ein Fall von Kardiospasmus nach 9 Jahre zurückliegender Verschüttung wurde mit Spasmotropin, einem Brom-Kalzium-Traubenzuckerpräparat, günstig beeinflußt.

Cibalgin als Schmerzstillungsmittel in der Chirurgie. Obwohl alkaloidfrei, besitzt das Cibalgin eine sehr starke schmerzstillende Wirkung, die ihm eine besondere Bedeutung als Morphiumersatz und Morphiumsparer gibt, und es als wertvolle Bereicherung des Arzneimittelschatzes besonders in seinen Anwendungsgebieten bei chirurgischen Fällen erscheinen läßt. Als Schlafmittel gehört es in die Reihe der besten, die man unter der großen Anzahl der Präparate empfehlen kann. Ein Vorteil des Cibalgins ist seine besonders gute Verträglichkeit in jeder Applikationsform.

Nr. 24., 11. Juni 1926.

Vorkommen von Nystagmus bei Schizophrenie. Rosenfeld.
Absolute oder relative Zahlen bei der Verwertung des weißen Blutbildes. Schilling.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaales. Kappis.
Untersuchungen über die Wirkung der Nierenkapselung mit onkometrischer Methode. Fischer.
Beitrag zur Melaena-spuria. Franke.
* Methodik der Kropfmessung. Maurer.
* Behandlung entzündlicher Prozesse und Infektionen mit Entzündungsprodukten. Barfurth.
Cholezystographie mittels oraler Methode. Herman.
Anilin- und Nitrobenzolvergiftungen durch Schuhschwärzmittel. Ullmann.
Abhängigkeit der Schädelform des Erwachsenen von der Bettung während des Säuglingsalters. Basler.
Praktisch-therapeutische Fragen bei Blasenerkrankungen. Fürbringer.
Strahlentherapeutische Nebenwirkungen. Holfelder.
Intravenöse Traubenzuckertherapie. Heß.
Konsiliarpraxis. Curschmann.
Mißbräuchliche Darreichung von Kurmitteln in den Badeorten. Rosin.

Zur Methodik der Kropfmessung. Es wird ein Meßverfahren in Vorschlag gebracht, welches die Größenverhältnisse der Schilddrüse zu beobachten und zu messen erlaubt. Es beschränkt sich darauf, jene Strecke des Halses, welche die Schilddrüse und sonst so gut wie keine formveränderlichen Gebilde enthält, das heißt also die Regio colli mediana abwärts der Incisura thyreoidea, in bestimmten Höhen zu messen. Das einheitlich festgelegte Meßverfahren soll beitragen zur Vermeidung schwerwiegender Irrtümer, welche sich aus der bisher üblichen subjektiven Freizügigkeit des Meßverfahrens ergibt.

Die Behandlung entzündlicher Prozesse und Infektionen mit Entzündungsprodukten. Zur Behandlung von Entzündungen wandte der Verfasser lebende Autovakzine oder Eiter zu therapeutischen Zwecken an. Er begann mit der Behandlung von Entzündungen der Harnwege mit Eigenkeimen. Barfurth weist darauf hin, daß aber nicht nur bei Erkrankungen der Harnwege, sondern auch bei zahlreichen Bakteriämien, Sepsis, Endokarditis usw. die Erreger im Urin gefunden werden, und daß ihr Nachweis häufig leichter aus der Urinkultur als aus dem Blute gelingt. Daher ist dies Verfahren von einer fundamentalen Bedeutung bei der in Rede stehenden Behandlungsmethode. Bei allen Versuchen wurden intrakutane Injektionen gegeben. Sie rufen eine örtliche Reaktion hervor, wie man sie bei der Aolanquaddel sieht. Ihre Intensität ist von der individuellen Eigentümlichkeit, aber auch von dem eingespritzten Material abhängig. Bei richtiger Dosierung verschwinden alle lokalen Erscheinungen in wenigen Tagen ohne Narbenbildung. Größere Injektionen können oberflächliche Abszesse bis zu Haselnußgröße hervorrufen. Der Verlauf ist gutartig. Bei mehr als 400 Injektionen beobachtet der Verfasser niemals eine Phlegmone oder gar den Uebertritt der Erreger ins Blut. Bei subakuten und chronischen Erkrankungen empfiehlt Barfurth diese Methode.

Nr. 25., 18. Juni 1926.

* Praktische Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholismus. Schmidt.
Alkoholismus und Strafrecht. Ebermayer.
Was kann der praktische Arzt zur Förderung der biologischen Familienkunde tun? Scheldt.
Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Virulenz und chemotherapeutischer Wirkung. Kroó.
Ueber Veramon und meine Arzneikombinationsregel. Bürgi.
Antagonismus und Synergismus. Starkenstein.
* Absolute oder relative Zahlen bei der Verwertung des weißen Blutbildes? Schilling.
Organisches oder anorganisches Eisen? Baumgarten.
Erwiderung zu dem vorstehenden Aufsatz von Prof. Baumgarten. Seyderhelm.
* Zur Behandlung der perniziösen Anämie mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsanbehandlung. Hartmann.
Tuberkulosestudien und ihre Ergebnisse. Deycke.
Metallsalztherapie. Walbum.
* Unspezifische Sensibilisierung der Haut durch Kutanquaddeln. Kreibich.
Aetiologie und Therapie der sog. Conglutinatio orificii externa. Rißmann.
Pyelonephritis mit Ausscheidung eines Nierenmarksequesters. Hofmann.
Isolierte Balanoposthitis gonorrhoica mit Komplikationen. Werner.
Heuschnupfenbehandlung. Kristeller.
Heilung der Hyperhidrosis. Schmeidler.
Yatren als örtliches Tiefenantiseptikum. Schneider.
Behandlung von Unterschenkelgeschwüren und infizierten Wunden mit Schwefeldioxyd (Sulfofix). Roller.
Solluxlampe der Quarzlampengesellschaft Hanau. Mayer.
Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Davidsohn.
Kritische Betrachtungen über die Frühgeschichte der Syphilis. Sigerist.
Erfahrungen in einem anatomischen Modellierkurs. Brodersen.
Eine Kritik Platos an den zeitgenössischen Aerzten. Cassel.
Aerztliche Yogamethoden. Isakowitz.
Zum 70. Geburtstag von Georg Winter. Benthin.

Praktische Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholismus. Verfasser sieht nur einen Weg zum Ziele der Mäßigkeit und Sparsamkeit im Konsum alkoholischer Getränke: den der Besteuerung nach dem Prozentgehalt, in steigender Progression. Dann würde das Publikum nach billigen, süffigen Leichtbieren verlangen, und das Alkoholkapital würde gezwungen werden, solche Getränke in bester Qualität herzustellen.

Absolute oder relative Zahlen bei der Verwertung des weißen Blutbildes? Schilling lehnt die Kritik Moschkowskis an dem Gebrauch relativer Leukozytenwerte im ganzen als unrichtig ab. Er glaubt, daß bei objektiver Kritik trotz längst erkannter Fehlermöglichkeiten die überwiegenden Vorzüge der relativen Leukozytenzahlen anerkannt werden müssen, die darin bestehen, daß ihnen größere Konstanz, klinische Anschaulichkeit und Einfachheit der Feststellung eigen ist.

Zur Behandlung der perniziösen Anämie mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsanbehandlung. Auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Erfahrung hält es der Verfasser noch für verfrüht, von einer ätiotropen Behandlung der perniziösen Anämie zu sprechen. Nach seinen statistischen Zusammenstellungen hält er eine Salvarsantherapie in der von ihm angewandten Form allen anderen Mitteln überlegen. Hartmann ist der Ansicht, daß man diese Therapie nicht auf diejenigen Fälle beschränken sollte, wo die perniziöse Anämie mit Syphilis vergesellschaftet ist.

Unspezifische Sensibilisierung der Haut durch Kutanquaddeln? Durch kutane Wasserquaddeln läßt sich eine Sensibilisierung für Tuberkulin bei Erwachsenen erzielen. Wichtiger als die Frage, ob sich durch eine größere Zahl von Wasserquaddeln eine Vermehrung der positiven Fälle hätte erzielen lassen, wird für die ganze Frage das Verhalten der Kinderhaut sein, bei welcher man die von Moro und Keller verwendeten Alttuberkulinmengen anwenden können wird.

Nr. 26, 25. Juni 1926.

Fünfzig Jahre Reichsgesundheitsamt. Möllers.
Auswurfdesinfektion mit Sublimat nebst allgemeinen Bemerkungen zur Auswurfdesinfektion. Konrich.
* Experimentelle Studien über Syphilis und Rekurrensspirochätose. Kolle und Evers.
Herstellung hochwertiger präzipitierender Antisera für die biologische Eiweißdifferenzierung. Gaehtgens.
Wertbestimmung der Schutzpockenlymphe. Arnold und Kopp.
* Zur Frage von gesundheitsschädlichem Bohnerwachs. Geppert.
Die biologischen Auswertungsmethoden der neuen russischen Pharmakopoe. Steppuhn.
* Selbstbetäubung und Selbstvernichtung. Joel.
Haben die erworbenen Geschlechtskrankheiten bei Kindern wirklich zugenommen? Grumach.
* Sachverständige in Fragen des Okkultismus. Hellwig.
* Bau des menschlichen Körpers in seiner Beziehung zur Stammesgeschichte. Münter.
Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Davidsohn.
Die Konkurrenz um das europäische Mortalitätsminimum. Roesle.
Aerztliche Begutachtung in der Reichsversorgung und Berichtigungsbescheid. Fuisting.
Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Ebermayer.
Zum 50jährigen Jubiläum des Reichsgesundheitsamtes. Schwalbe

Experimentelle Studien über Syphilis und Rekurrensspirochätose. Ein Versuch, eine Abtötung der in die Gewebe eingedrungenen Infektionserreger durch lokalen Eingriff bald nach der Infektion — und sei es auch nur wenige Minuten nach derselben — erzielen zu wollen, scheint aussichtslos zu sein. Denn wenn schon fünf Minuten nach einer den natürlichen Verhältnissen entsprechenden kutanen Infektion die Syphilisspirochäten etwa 6 cm weit mit dem Lymphstrom vom Infektionsorte fortgeschleppt sind, dürfte selbst ein stark spirochätentötendes Mittel, lokal angewandt, kaum die in die Drüsen eingedrungenen Spirochäten erreichen. Es erscheint vielmehr in diesem Falle aussichtsreicher und daher gerechtfertigt, mittels einer kräftigen intravenös verabreichten Salvarsandosis die schon überall im Gewebe und in den Lymphdrüsen verbreiteten Spirochäten abzutöten. Lokale Desinfektionsmaßnahmen können nur die oberflächlich gelegenen, noch nicht in die Gewebe eingedrungenen Spirochäten abtöten und sind daher nur für diesen Zweck empfehlenswert.

Zur Frage vom gesundheitsschädlichen Bohnerwachs. Es kann bei starkem Gehalt des Wachses an Lösungsmitteln (Terpentin, Tetralin, Sangajol) zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, zuweilen auch zu Benommenheit und Kopfschmerz kommen. Der Urin ist dann meist grün gefärbt. Es ist deshalb zu widerraten, in einem intensiv nach Bohnerwachs oder Oelfarbe riechenden Zimmer zu schlafen.

Selbstbetäubung und Selbstvernichtung. Der Verfasser erklärt psychologisch das in den letzten Jahren enorm gesteigerte Bedürfnis nach Rauschmitteln usw. als einen abgeschwächten Vernichtungstrieb. Besondere Erwähnung findet die vom Verfasser gut beobachtete familiäre Veranlagung zum Selbstmord, auch die Beziehungen zwischen Narkomanie und Sexualität werden aufgezeigt.

Sachverständige in Fragen des Okkultismus. Der aus dem Bernburger Prozeß bekannte Sachverständige tritt warm für eine lebhafte wissenschaftliche Beschäftigung mit den Problemen des Okkultismus ein, wobei er die daraus drohenden Gefahren klar erkennt und für einen Sachverständigen in solchen Fragen die Forderung aufstellt, daß er das gesamte Gebiet beherrsche, was leider fast nie der Fall ist. Nur solch ein Sachverständiger kann die verschiedenen Aussagen richtig werten, nur er kann zeigen, daß aus dem Grunde, daß einzelne Personen des Angeklagten oder dessen Medium okkulte Fähigkeiten für erwiesen halten und daran glauben, noch lange nicht folgt, daß dieser die Fähigkeiten wirklich besitzt oder daß er in gutem Glauben gehandelt hat.

Bau des menschlichen Körpers in seiner Beziehung zur Stammesgeschichte. Es gibt viele Tatsachen, die die Abstammung des Menschen von niederen tierischen Formen beweisen. Sie sind teils morphologischer, teils embryonaler Natur. Bei den anatomischen Beweisen handelt es sich um Abweichungen von der Norm, besonders um Variationen von Organen und Organteilen, die als „regressive" Bildungen anzusprechen sind. Neben diesen, die nur als „Erinnerungszustände an tierische Vorfahren" verständlich sind, gibt es beim menschlichen Körper auch eine Reihe „progressiver Bildungen", aus denen sich künftige Entwicklungsformen herauslesen lassen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münch. med. Wochenschrift.

Nr. 25, 18. Juni.

Hygiene des täglichen Lebens. Friedberger.
* Quecksilbervergiftung durch Zahnfüllungen. Flury.
* Behandlung der Cystitis mit einem neuen Blasenspülmittel. Caspar und Zeltner.
* Endolumbale Eigenserumtherapie bei Folgezuständen von epidemischer Encephalitis. Pette.
Arthritis deformans und Unfall. Seeliger.
Silicium- und Kalkstoffwechsel. Bickel.
* Fistelbehandlung mit Kupfersulfat. Rey.
Behandlung von Hochdruckbeschwerden mit Theominal. Müller.
Meine Erfahrungen über die Autovaccine von Orsós. v. Berde.
Ueber Erfahrungen mit dem Jodpräparat „Jodisan". Hallermann.
Beobachtungen über die Wirkung des Triphals bei Psoriasis. Gent.
Zur Technik der dritten Meinecke-Lues-Flockungsreaktion. Hohn.
Die Bestimmung des Herzspitzenstoßes. Schrile.
Chladnis Nachricht von seiner mechanischen Heilung des Wechselfiebers. Ebstein.

Quecksilbervergiftung durch Zahnfüllungen. Die Mitteilungen des Chemikers Prof. Stock über seine eigene Quecksilbervergiftung durch jahrelange Tätigkeit in mit Quecksilberdämpfen erfüllten Laboratoriumsräumen haben die Aufrollung der Frage veranlaßt, ob der Quecksilbergehalt der Zahnplomben zur chronischen Vergiftung führen kann. Die Zahnärzte betonen, daß nach ihren Erfahrungen das silber-zinnhaltige Amalgam ein durchaus unschädliches Füllmaterial darstellt. Irgendwelche erhebliche Störungen der Gesundheit, insbes. Zahnfleischerkrankungen, könnten unmöglich den Zahnärzten bei den vielen Tausenden von Zahnfüllungen entgangen sein. Es ist hingegen eingehend zu prüfen, ob infolge jahrelanger täglicher Zufuhr von minimalen Quecksilbermengen aus Zahnplomben die allerersten Grade einer schleichenden Quecksilbervergiftung mit ihren vieldeutigen Symptomen (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Nervosität und Katarrhe) zur Entwicklung gelangen. Denn die im Mund in Betracht kommenden Mengen von Quecksilberdampf können pro Tag nur ganz geringe Bruchteile eines Milligramms ausmachen — sofern überhaupt die Möglichkeit der Verdampfung gegeben ist. Eine Vergiftungsgefahr kann erst dann als erwiesen gelten, wenn die Quecksilberresorption aus Zahnfüllungen quantitativ mit verfeinerten analytischen Methoden sichergestellt ist. Vorläufig erscheint vom toxikologischen Standpunkt aus eine Aenderung der Technik der Zahnfüllung unnötig. Es besteht vielmehr die Gefahr, daß alle möglichen hypochondrischen Beschwerden auf eine Quecksilbervergiftung bezogen werden, ebenso wie durch das Schlagwort von der „Oral sepsis" als Eintrittspforte aller Infektionen in kranke Zähne angesehen wurden.

In einer kurzen Erwiderung betont Stock, daß nach den von ihm und den Mitarbeitern am eigenen Leibe gemachten Erfahrungen schon weit unter 1 mg liegende Quecksilbermengen, nämlich solche von der Größenordnung des hundertstel Milligramms täglich genügen, um die Erscheinungen des chronischen Merkurialismus auszulösen.

Behandlung der Cystitis mit einem neuen Blasenspülmittel. Der Höllenstein hat die größte Desinfektionskraft unter den üblichen Silberpräparaten, weil der größte Teil des Silbers ionisiert ist. Infolge dieser Beschaffenheit kommt es bei der Blasenspülung mit dem Argentum nitricum neben der gewünschten Vernichtung der Bakterien zur erheblichen Zerstörung von Gewebszellen durch Eiweißausfällung, welche Schmerz und Tenesmen zur Folge hat. Da Arg. nitric. in die Blase gebracht um so weniger schmerzt, je dünner die Lösung ist, so wurde versucht, die verminderte antiseptische Kraft der verdünnten Lösungen durch Kombination mit Urotropin zu erhöhen. Es gelang ein Doppelsalz herzustellen (Argentum 126), welches Eiweiß weniger stark fällt als das Silber in Nitratform und doch vermöge eines größeren Oxydationsvermögens eine stärkere bakterizide Kraft erkennen läßt. Bei der klinischen Prüfung erwies sich das Präparat an keimtötender und katarrhbeschränkender Wirkung dem Argentum nitric. gleich, zuweilen überlegen, ohne seine nachteiligen Wirkungen zu zeigen. (Beginn der Spülung mit 5 g der in Handel kommenden Lösung des Präparats auf 200 g Wasser.)

Endolumbale Eigenserumtherapie bei Folgezuständen von epidemischer Encephalitis. Nach dem heutigen Stand der Encephalitisforschung ist anzunehmen, daß der postencephalitische Parkinsonismus eine Folge der Schädigung gewisser Zentren in den Stammganglien insbes. der Substantia nigra sei, eine Folge des bei mangelhafter Blut- und Lymphzirkulation fortschreitenden Degenerationsprozesses. Mit dieser Auffassung steht die bekannte Besserung der Krankheitserscheinungen durch kapillarerweiternde Alkaloide in Einklang. Durch den intensiven Reiz der intralumbalen Seruminjektion läßt sich — wie tierexperimentell erwiesen wurde — eine starke Hyperämie an den Hirnplatten hervorrufen, die bei den encephalitischen Folgezuständen vornehmlich erkrankt sind. In einem wesentlichen Teil der mit Eigenserum behandelten Kranken (10 ccm intralumbal) wurden z. T. überraschende Besserungen erzielt. Durchweg stellten sich nach der Injektion starke meningeale Reizerscheinungen ein (kolossale Zellvermehrung), die in 6—8 Tagen abklangen. Eine spezifische Wirkung kommt dieser Form der Eigenserumtherapie wahrscheinlich nicht zu.

Fistelbehandlung mit Kupfersulfat. Durch Injektion von Kupfersulfat (10% Lösung; nicht mehr als 2—3 ccm in einer Sitzung) in Fistelgänge wurden häufig bereits lange bestehende Fisteln zur Heilung gebracht. Besonders befriedigend sind die Resultate bei den kurzen osteomyelitischen Fisteln, besser als bei den tuberkulösen Fisteln, die zumeist viel ausgedehnter und verzweigter sind, so daß der Knochenherd von der Aetzwirkung des bakteriziden Kupfersulfats nicht erreicht wird. Eine wesentliche Besserung wurde jedoch auch bei diesen erzielt.

Nr. 26, 25. Juni.

Zum fünfzigjährigen Bestehen des deutschen Reichsgesundheitsamtes. Rimpau.
* Ueber die Wirkung schmerzhafter Eingriffe auf den Blutdruck bei Gesunden, bei Nervösen und bei Hypertonikern. Martini und Graf.
Kontraindikationen der Erst- und Wiederimpfung. Groth.
Zur Frage der Coeitis ulcerosa. zum Busch.
Eine Vereinfachung der quantitativen Jodbestimmung des Harns bei der Nierenfunktionsprüfung mit Jodkali. Narath.
* Ueber Cardiazol. Siebner.
Aerztliche Gipsmaterialien. Ritschl.
Zur Frühbehandlung des angeborenen Klumpfußes. Pretorius.
Zur Technik meiner Perkussionsmethode. Schwarzmann.
Untersuchungen zur Hygiene des täglichen Lebens. Friedberger.
Ueber Stumpfversorgung bei der Wurmfortsatzentfernung. Köhler.
Ein Beitrag zur Klinik der dopellten Ureterbildung. Seeliger.
Ein zweieinhalb Jahre alter Stamm bösartiger Zellen in vitro. Fischer.

Ueber die Wirkung schmerzhafter Eingriffe auf den Blutdruck bei Gesunden, bei Nervösen und bei Hypertonikern. Bei normalem Blutdruck ist die bei schmerzhaften Eingriffen sich einstellende Steigerung im allgemeinen der Schmerzheftigkeit und der Erregbarkeit des Kranken proportional. Nicht schmerzhafte Eingriffe führen beim Nervösen ebenfalls zur Blutdrucksteigerung. Kranke mit erhöhtem Blutdruck neigen infolge allgemein nervöser Uebererregbarkeit, vielleicht auch infolge der Reizbarkeit der regulatorischen Zentren im Nervensystem in besonders hohem Grade zur weiteren Blutdrucksteigerung. Sowohl schmerzhafte wie nicht Schmerz verursachende Eingriffe treiben den Blutdruck in die Höhe, sogar so weit, daß eine unmittelbare Lebensgefahr droht. Chirurgische mit Schmerzausschaltung durchgeführte Operationen haben infolge der psychischen Erregung die gleiche pressorische Wirkung. Bei solchen Kranken verspricht eine mit Hilfe medikamentöser Mittel erzielte Herabsetzung der allgemeinen Uebererregbarkeit mit Beseitigung der psychisch bedingten Blutdrucksteigerung (Brom, Barbitursäurepräparate usw.) mehr Erfolg als die auf Erweiterung der hypertonisch verengten Gefäße hinziehende Darreichung von Diuretin und Papaverin.

Ueber Cardiazol. Wie die mitgeteilten Krankengeschichten darlegen, kommt diesem, dem Kampher nahestehende Präparat, eine große analeptische Wirkung zu, welche sich bei Bekämpfung lebensbedrohlicher Kollapse äußerst bewährte. Unangenehme Nebenerscheinungen traten bei der subkutanen und intravenösen Applikation dieser wasserlöslichen Verbindung nicht auf.

Die herstellende Firma legt Wert auf die Feststellung, daß die in Nr. 11 der „Fortschritte der Medizin" referierten Angaben über die „Resorption des Cardiazols bei peroraler Verabreichung" (M. m. W. 1926, Nr. 21) sich lediglich auf tierexperimentelle Untersuchungen mit hohen toxischen Dosen beziehen, die klinisch als therapeutische Gaben nicht in Frage kommen.

Nr. 27, 2. Juli 1926.

Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.
Neue Untersuchungen über Geschlechtsbestimmung. Goetsch.
Bedeutung der Erblichkeitsforschung für die Diagnose und Prognose endogener Psychosen. Hoffmann.
* Der Einfluß der Glaubersalzwässer auf Leberkranke. Arnoldi und Roubitscheck.
Ueber die medikamentöse Beeinflussung der Azidität und die Therapie des Ulcus ventriculi. Schüle.
Ueber das Schicksal des intravenös injizierten Tetrajodphenolphthaleinnatriums beim Menschen. Hoesch.
Bemerkungen und Fragen zur gebräuchlichen Harnuntersuchung. Tilger.

Gasbazillensepsis unter dem Bilde der akuten Methhämoglobinämie nach Fingerverletzung. Eichler.
Beiträge zur forensischen Geburtshilfe. Hofmeier.
Ein Fall von Feerscher Krankheit. Bratusch-Marrain.
Die Durchleuchtungs-Sehschärfe und die Möglichkeiten ihrer Verbesserung. Pleikart Stumpf.
Ein neuer Lagerungs- und Streckapparat für die untere Extremität. Braun.

Der Einfluß der Glaubersalzwässer auf Leberkranke. Unter Einfluß des Karlsbader Mühlbrunns wird der Blutzuckerspiegel gesenkt und die Alkalireserve des Blutes erhöht. Die Vermehrung der Alkalivorräte des Organismus ist für die Umwandlung des indirekt (mit Alkoholzusatz) in direkt nachweisbares Bilirubin von Bedeutung. Je stärker diese Umwandlung in der Leber gestört ist, desto höher steigt im Blut der Gehalt an indirektem Bilirubin an. Sind die Ausführungsgänge für die Galle mechanisch verlegt, so häuft sich im Blut neben dem indirekten auch direkt mit Diazo nachweisbarer Gallenfarbstoff an. Infolge der Verschiebung des Säurebasengleichgewichtes nach der alkalischen Seite wird die Umwandlung des schwer ausscheidbaren indirekten in das leichter ausscheidbare direkte Bilirubin die der Leber durch die Trinkkur gefördert und die Gallenfarbstoffausscheidung erheblich beschleunigt. Wie die Untersuchungen zeigen, sinkt der Bilirubinspiegel des Blutes während einer Kur rasch auf normale, sogar subnormale Werte ab.

Auf die zahlreichen Probleme der modernen Heilkunde wird überall hingewiesen. Durch eingehende Würdigung der theoretischen Grundlagen wird Anregung gegeben zu eigener Forschung, zur vorurteilsfreien Beobachtung. Jedem Arzt, dem kritisches Denken auf dem so schwierigen Gebiet der Therapie innerer Krankheiten erstrebenswert erscheint, sei das Studium dieses Werkes nahegelegt.

Nr. 28, 9. Juli 1926.

Farbstoffversuche mit Trypanblau an der Schranke zwischen Blut und Zentralnervensystem der wachsenden Maus. Behnsen.
Zustandekommen der Stickstoffverluste im Fieber. Birk.
* Subarachnoidalblock. Lange.
Schizophrener Reaktionstypus. Lange.
Peripherer (sensibler) Schock. Scheel.
Erziehung der kleinen Kinder. Hamburger.
Wassermann-Reaktion und Dold-Reaktion. Dold und Groß.
Technik der Blutkörperchensinkungsgeschwindigkeit. Schneider.
Schwerer Kollaps nach Triphalinjektion bei einer Psoriatikerin. Kloeppel.
* Endolumbale Anwendung des Afenils in der endolumbalen Salvarsanbehandlung nach Gennerich bei Paralyse. Mönch.
Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.

Subarachnoidalblock. Eine quere Unterbrechung des Liquorraumes, derart daß kein Liquoraustausch zwischen den voneinander abgesperrten Teilen des Liquorsystems stattfinden kann, ein Subarachnoidalblock, bildet sich hauptsächlich an drei Stellen aus. Am häufigsten ist der spinale Block im Bereiche des spinalen Subarachnoidalraumes, dessen Diagnose sich im wesentlichen aus der Unmöglichkeit ergibt, bei gleichzeitiger Lumbal- und Zisternenpunktion eine künstliche Liquordrucksteigerung durch venöse Stauung infolge Ingulariskompression am Hals (Queckenstedtscher Versuch) von einem Liquorabschnitt auf den andern zu übertragen. Bei Verlegung an den Uebergangsstellen der Hirnventrikel in den zerebralen Subarachnoidalraum (Foramen Magendi, Seitenöffnungen des IV. Ventrikels) tritt beim Versuch der Encephalographie keine Luft in die Hirnhöhlen über, während die Liquorstrecke zwischen Zisternen- und Lumbalpunktionsstelle durchgängig ist (zerebraler Block). Die Versperrung der Cisterna cerebello medullaris hat trotz ihrer Wichtigkeit bisher keine genügende Beachtung gefunden. Der Zisternenblock entsteht nur bei Zusammentreffen besonderer Umstände. Wenn der Liquor nicht mehr wie sonst das Zentralnervensystem umgibt, sondern durch Resorption oder künstliche Entziehung rascher aus dem Subarachnoidalraum abfließt, als er aus den Ventrikeln ergänzt werden kann und der in den Hirnhöhlen sich stauende Liquor einen bereits bestehenden Hirndruck verstärkt, erst dann vermögen die in die Cisterna cerebello medullaris eingezwängten Kleinhirn- und Geschwulstteile bei seitlicher Verdrängung der Medulla oblongata die ganzen Kleinhirnrückenmarkszisterne abzuriegeln. So wird es verständlich, warum nur in der Minderzahl der raumbeengenden Prozesse in der Schädelhöhle ein derartiger Zisternenblock zustande kommt, sei es plötzlich während oder im Anschluß an die Lumbalpunktion mit deletärer Wirkung oder ohne äußeres Zutun durch allmähliche Liquorresorption. Die klinische Diagnose des Zisternenblockes ist gegeben, wenn bei der Zisternenpunktion aus der Nadel nach fühlbarem Durchstechen der Membrana atlanto-occipitalis kein Liquor sich entleert und bei gleichzeitiger Lumbalpunktion eine Druckübertragung auf die spinale Liquorsäule von der Schädelhöhle aus nicht mehr stattfindet. Für den Subarachnoidalblock charakteristisch ist fernerhin das rasche Absinken des Liquordrucks bei der Lumbalpunktion mit Aufhören der sonst deutlich bleibenden Pulsschwankungen der Liquorsäule, das Bestehen starker Hirndruckerscheinungen bei ungewöhnlich niedrigem Lumbaldruck sowie das Auftreten bestimmter Liquorveränderungen (Nonne und Froinsche Syndrome). Die klinische Bedeutung des Cisternenblocks namentlich bei entzündlichen Erkrankungen im Schädel liegt darin, daß aus dem Liquorbefund im entfernten Spinalkanal auf die Vorgänge im Schädel geschlossen wird und so verhängnisvolle diagnostische und prognostische Irrtümer entstehen. So kann eine scheinbar auf Besserung hindeutende Rückbildung der anfänglichen Liquorveränderungen infolge der Liquorsperre auftreten, während die krankhaften Vorgänge im Schädelinnern weiter fortschreiten und einen plötzlichen Tod bedingen können.

Endolumbale Anwendung des Afenils in der endolumbalen Salvarsanbehandlung nach Gennerich bei Paralyse. Bei dieser Form der Salvarsanbehandlung ist immer mit einer Anzahl unangenehmer Nebenwirkungen zu rechnen (hochgradige motorische Unruhe nach dem Eingriff, eine 48—96 stündige Temperatursteigerung erheblichen Grades. Bei Hinzufügen von 5,0 ccm Afenil zu der mit Salvarsan gemischten Liquorportion und der genau nach den Gennerichschen Vorschriften erfolgten intralumbalen Injektion dieses Gemisches blieben diese Begleiterscheinungen völlig aus. Intravenöse Afenilgaben hatten trotz doppelter Dosis nicht die gleiche Wirkung. Interessant erscheint, daß intravenöse Injektionen von Afenil nur bei weiblichen Schizophrenen zur Zeit der Menses eine ähnliche sedative Wirkung ausübten. Vermutlich vermittelt die erhöhte Permeabilität der Meningen während der Menstruation diesen therapeutischen Effekt.

Nr. 29, 16. Juli 1926.

Die Atmungsregulation und ihre Störungen. Straub.
Pankreasnekrose beim Diabetikerkoma, Insulin. Schott.
* Ueber die Rhodantherapie des genuinen arteriellen Hochdrucks. Westphal.
Ephilidenuntersuchungen zum Ausbau der Siemensschen Methode zur Diagnose der Eineiigkeit. Decking.
* Ein neues Zeichen, otogene Thrombosen des Sinus transversus und sigmoideus mit Hilfe der Liquordruckprüfung festzustellen. Kindler.
Zur klinischen Diagnostik des Ulcus duodeni. Schüle.
Zur Afeniltherapie der Schizophrenie. Berndt und Kolle.
Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.

Ueber die Rhodantherapie des genuinen arteriellen Hochdrucks. Experimentelle Untersuchungen mit Cholestearinverfütterung sowie die bei 75% der Hypertoniker nachweisbare Hypercholestearinämie sprechen für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der zur Hypertonie führenden veränderten Tonuseinstellung der Gefäßmuskulatur und dieser membrandichtenden, permeabilitätshemmenden Lipoidsubstanz. Von einem stark die Membrandurchlässigkeit steigernden, an den Grenzzellen quellend wirkenden Stoff ist eine antagonistische, blutdruckmindernde Wirkung zu erwarten. So wurden mit Rhodan Versuche unternommen, dem Anion, welches die Dispersität kolloidaler Systeme am meisten fördert. Größere Dosen von etwa 1,5 g Rhodankalium oder Natrium pro Tag führten zu einer dauernden Blutdruckherabsetzung um 50—70 mm Hg. Gesteigerte Entzündungsneigung und starke muskuläre Schwäche verhindern jedoch die Darreichung derartiger Dosen. Bei Gaben von 0,4—0,1 g. Rhodansalz war der therapeutische Erfolg, am Verschwinden der subjektiven Beschwerden gemessen, bei den Hypertonikern am größten, wenn auch zumeist die Blutdrucksenkung nicht hervortrat. Jedoch ließen die für die Auslösung der Beschwerden und die Entstehung des Schlaganfalls so entscheidenden Blutdruckschwankungen in ihrer Intensität und Häufigkeit bedeutend nach. Viele wegen dauernder Hypertensionsbeschwerden am Gehirn (Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, angiospastische Insulte) und am Herzen (Angina pectoris Sensationen) in ihrer Leistungsfähigkeit stark behinderte Menschen wurden wieder arbeitsfähig. Die Erfolge waren besser als die mit der sonst üblichen Therapie erzielten (Jod, Nitrite, Theobromin usw.). Als Gegenindikation sind ausgesprochene Nierenerkrankungen zu betrachten. Mit dem in Handel kommenden Rhodapurin (Komplexsalz des Rhodanammoniums mit Coffein) läßt sich eine Rhodantherapie mit kleinen Dosen bequem durchführen.

Ein neues Zeichen, otogene Thrombosen des Sinus transversus und sigmoideus mit Hilfe der Liquordruckprüfung festzustellen. Bei Verlegung dieses Sinus kann die bei einseitiger Jugulariskompression am Hals sonst sich ergebende Liquordrucksteigerung nicht entstehen, da der Gefäßverschluß eine Rückstauung des aus der Schädelhöhle abfließenden Blutes mit gleichzeitigem Druckanstieg im Schädel und Liquorraum nicht zuläßt. Der Queckenstedtsche Versuch fällt negativ aus.
Biberfeld.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 22, 2. Juni 1926.

* Der künstliche Abort im neuen Strafgesetzbuch (Schluß). Winter.

Der künstliche Abort im neuen Strafgesetzbuch. (Schluß.) Diese interessanten Ausführungen des Altmeisters der Gynäkologie verdienen im Original nachgelesen zu werden. Er lehnt die soziale Indikation ab, ebenso die eugenetische, da diese wissenschaftlich noch zu wenig begründet sei. Betreffend Schwängerung durch Notzucht kann nur dann die Unterbrechung als nicht rechtswidrig anerkannt werden, wenn der Tatbestand durch ein gerichtliches Verfahren einwandfrei festgestellt worden ist und die so entstandene Schwangerschaft der Trägerin schweren seelischen Schaden bringen würde. Im übrigen soll durch einen besonderen Paragraphen ausgesprochen werden, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht rechtswidrig ist, wenn sie von einem approbierten Arzt aus medizinischen, durch die Wissenschaft anerkannten Indikationen vorgenommen ist.

1. Jahrgang, Nr. 23, 9. Juni 1926.

* Amtlicher Teil: Eheberatungsstellen in Gemeinden und Kreisen.
Von Leibesübungen und Training. Müller.
* Anhang: Ertüchtigung der Jugend, eine sozial-hygienische Notwendigkeit.

Eheberatungsstellen in Gemeinden und Kreisen. Im amtlichen Teile fanden sich die auch für den praktischen Arzt wichtigen Veröffentlichungen über Eheberatungsstellen: Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt betr., Einrichtung ärztlich geleiteter Eheberatungsstellen in Gemeinden und Kreisen; Leitsätze des Reichsgesundheitsrates und Beschlüsse des Landesgesundheitsrates. Müller gibt in allgemeinverständlicher Weise ein Bild der physiologisch-chemischen Vorgänge des Stoffwechsels während der körperlichen Betätigung. Zur raschen Orientierung wohl geeignet.

Ertüchtigung der Jugend, eine sozial-hygienische Notwendigkeit. Die allgemeine Wehrpflicht mit ihrem erzieherischen Wert ist weggefallen. An ihrer Stelle soll eine Arbeitsdienstpflicht treten. Die Einführung dieser Arbeitsdienstpflicht für Jugendliche ist eine soziale Notwendigkeit, wie Aust in ausführlicher Weise darlegt. Recht auf Arbeit (§ 163 unserer Verfassung) und Arbeitspflicht (§ 157 und § 163) bedingen einander. Sie sind ein Ausfluß der Tatsache der sozialen Verbundenheit der Glieder der Volksgemeinschaft mit dieser und unter sich. Bulgarien hat 1920 ein Arbeitsdienstpflichtgesetz erlassen. Wie dies gehandhabt und welche Erfolge hierbei erzielt sind, wird geschildert.

1. Jahrgang, Nr. 24, 16. Juni 1926.

* Die Bevölkerungsfrage in den europäischen Ländern nach dem Weltkrieg. Prinzing.
Bericht über gesundheitliche Einrichtungen in Jugoslawien. Fresenius.

Die Bevölkerungsfrage in den europäischen Ländern nach dem Weltkrieg. An der Hand des neuesten statistischen Materials gibt uns Prinzing ein Bild der Bevölkerungsfrage in den europäischen Ländern. Ueberall Geburtenrückgang. Ein Mittel zu seiner Bekämpfung sucht man auch hier vergebens.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

50., Heft 5/6, 1926.

Ausscheidung des Eisens durch die Galle nach intravenöser und nach oraler Einverleibung von Eisenpräparaten bei ungeschädigter und durch Toluylendiamie geschädigter Leber. III. Mitteilung. Brugsch und Irger.
Adrenalinglykämie und respiratorischer Stoffwechsel. Erichson.
Pseudoreaktionen bei intrakutaner Prüfung nach Schick und Dick, ihre Beziehungen zur Tuberkulinempfindlichkeit. Orel.
Harnsäureausscheidung beim Hunde und Menschen. Kalf-Kalif.
Untersuchungen über pathologischen Eiweißzerfall. I. Mitteilung: Wirkungsweise von Bakterienproteasen auf Proteine. Schierge.
Wert der Albumin-A-Reaktion nach Kahn. Wottschak.
Chlorstoffwechsel unter dem Einfluß der Liman-Prozeduren. I. Mitteilung: Die Ausscheidung der Chloride während der „Badereaktion de sOrganismus". Litrakowskaja.
Versuche über Jodbindung. II. Mitteilung: Jodadsorption und ihre Beeinflussung durch Ionenmilieu. Jezler.
* Untersuchungen über den Wasserhaushalt. II. Mitteilung: Die Beeinflussung des normalen Wasser- und Kochsalzhaushalts durch perorale Zuckerbelastung und durch Adrenalin. Meyer-Bisch und Wohlenberg.
Pituitrinempfindlichkeit des menschlichen Organismus. Csépai und Weiß.
Versuche über die Insulinwirkung. II. Mitteilung: Einfluß des Insulins auf normale und diabetische überlebende Hundeleber. Laufberger.
Versuche über die Insulinwirkung. III. Mitteilung: Einfluß der niedrigen Außentemperatur auf den respiratorischen Stoffwechsel des mit Insulin vergifteten Kaninchens. Laufberger.
Störungen des Phosphorstoffwechsels. I.: Der Phosphorhaushalt bei Nephritis. Heinelt und Seidel.
Wirkung der Verdauungsfermente auf das Insulin. Weiß und Pogány.

Untersuchungen über den Wasserhaushalt. VI. Mitteilung: Die Beeinflussung des normalen Wasser- und Kochsalzhaushalts durch perorale Zuckerbelastung und durch Adrenalin. Nach älteren Untersuchungen findet sich beim Diabetiker verzögerte Ausscheidung des zugeführten Kochsalzes. Es zeigt sich, daß auch beim Gesunden durch Verabreichung von Zucker diese Störungen des Wasser- und Salzstoffwechsels auftreten können, ohne daß die renale Zuckerschwelle überschritten wird. Zucker wirkt hemmend auf die Chlorausscheidung der normalen Niere, und zwar für längere Zeit. Renale Verdrängungsvorgänge können nach Untersuchungen der Verff. nicht die Ursachen sein, der Angriffspunkt der hemmenden Wirkung des Zuckers auf die Kochsalzdiurese muß vielmehr in die Gewebe gelegt werden.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Zeitschrift für klinische Medizin.

103., Heft 3/4, Juni 1926.

Einfluß der Hydrämie auf die Kohlensäurekapazität des Blutes bei Nierenerkrankungen. Petow und Siebert.
Adrenalinreaktion und Variabilität der Hormonwirkung. Zondek und Behrendt.
Neue Untersuchungen zur Frage der Gewebsatmung. Graßheim.
Kritische Untersuchungen über Technik der leukozytären Differentialzählung mit besonderer des Lymphozyten- und Monozytenbildes bei Impfmalaria. Weiß.
Stabile relative Rechtsverschiebung des neutrophilen Blutbildes bei Gesunden und Kranken; Möglichkeit ihrer klinischen Verwertung. Egoroff.
Biochemische, zur Frage der Anämie bei Anchylostomiasis angestellte Untersuchungen. Narita.
* Endokrine Faktoren und chronischer Gelenkrheumatismus. Herzberg.
Verlauf der künstlich hervorgerufenen Malaria beim Menschen. Leisermann und Rubarschkin.
Pathogenese des Rückfallfiebers und der Wirkungsmechanismus des Salvarsans. Oettinger.
* Einwirkung des Atophans auf die Magensaftsekretion. Kindermann und Schlechter.
Zur Frage der „essentiellen Hypotonie".

Endokrine Faktoren und chronischer Gelenkrheumatismus. Es sind spezielle Krankheitsbilder von Gelenkerkrankungen auf konstitutioneller Grundlage aufgestellt worden. Der Gelenkrheumatismus setzt ganz allmählich fieberlos an den kleinen Gelenken der Hand und des Fußes ein. Bilateral symmetrischer Sitz ist häufig. Bald schneller, bald langsamer, springt die Krankheit unter Remissionen auf neue Gelenke über (besonders von distal nach proximal). Zu schmerzhaften Schwellungen gesellen sich Kontrakturen, Ankylosen und Subluxationen mit begleitender Muskelatrophie. So tritt bei völliger Fieberfreiheit unaufhaltsam unter geringen Beschwerden eine erhebliche Bewegungsbehinderung ein. Im allgemeinen wird nur das weibliche Geschlecht befallen. Namentlich in der Menopause erkranken die Frauen häufig unter ziehenden und reißenden Schmerzen sowie Parästhesien an Händen und Füßen. Neben diesem zumeist bestehenden Zusammenhang mit Störungen der Keimdrüsenfunktion (Klimakterium. Sterilisation) finden sich Symptome von Funktionsanomalien anderer innersekretorischer Organe (Chloasma, sklerodermieartige Veränderungen der Haut an den distalen Extremitätenteilen, Haarausfall, Nagelbrüchigkeit usw.). Träger derartiger Gelenkerkrankungen weisen andererseits zuweilen auffällige Zeichen von Schilddrüsenveränderung auf (mehr oder minder ausgeprägte Struma, Symptome des Hyperthyreoidismus in Gestalt von vasomotorischer Uebererregbarkeit, Tachykardie und Blutbildveränderungen). Aus den röntgenologisch feststellbaren Gelenkveränderungen (Kapselschwellung und Verdickung der periarthialen Weichteile ohne stärkere Knochen- oder Gelenkbeteiligung, Umbers Periartheritis destruens) kann die Diagnose „Endokrine Gelenkerkrankung" nicht mit Sicherheit gestellt werden. Die Erkrankung ist selten (unter 150 Fällen von Gelenkerkrankungen nur fünf beobachtet). Eine einwandfreie Wirkung von Organpräparaten ist bei den Arthritiden endokrine Genese bisher nicht nachgewiesen, wenn auch die Darreichung von Schilddrüsentabletten zuweilen gute Erfolge zeitigt.

Einwirkung des Atophan auf die Magensaftsekretion. Die sekretionsfördernde Wirkung des Atophan zeigt sich nicht nur an den Gallenwegen, sondern tritt auch am Magen in Erscheinung. Bei normalsaurem, bei subacidem und superacidem Magensaft wirkt es säurevermehrend, bei Anacidität säuresteigernd, sofern diese Anacidität nicht auf schwerste Kachexie, perniziöse Anämie usw. zurückzuführen ist. Bei funktioneller Achylia gastrica und bei Subacidität ist ein anhaltender therapeutischer Effekt vorhanden.

Biberfeld.

negativ aus.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

41., Heft 3, 1926.

Buttermilch und Wasserwechsel. Röckemann.
* Körperbau, Wachstum und Entwicklung diabetischer Kinder. Priesel u. Wagner.
Infekt und Ernährung. Levy.
* Diabetes mellitus. Gottstein und Bohl.
* Dicksche Hautreaktion. Nobel und Orel.
* Dicksche Hautreaktion. Frenkel und Margolis.
Epilepsiestoffwechsel. Vollmer und Serebrijski.
Blutchemismus bei Bronchopneumonie. Nassau und Pogorschelsky.
Senkungsgeschwulst nach Pirquet-Reaktion. Trias.
Ostitis fibrosa cystica. Tobler.
* Blaue Geburtsflecke. Zarfl.
Eiweißangebot und organische Säuren. Budde.
Ausscheidung organischer Säuren. Brock.
Akuter Gelenkrheumatismus gleichzeitig mit Chorea minor. Lepehne.
Simultaner Veitstanz und Rheumatismus. Pfaundler.
Degenerative Pseudohypertrophie der Pyramide. Baar.
Hemihypertrophia faciei mit Bophthalmus. Süss.
Einfluß der Jahreszeit auf die Gewichtszunahme. Orel.
Eiweißmilch-Buttermehlnahrung. Ochsenius.

Körperbau, Wachstum und Entwicklung diabetischer Kinder. (Nach Beobachtungen an insulinbehandelten und unbehandelten Fällen.) (Kinderklinik Wien.) Bei einer verhältnismäßig großen Anzahl diabetischer Kinder bestehen Konstitutionsanomalien (Dupuytrensche Kontraktur, angeborener Katarakt, lordotsche Albuminurie usw.). In der Familienanamnese sind oft endogene Degenerationskrankheiten nachweisbar. Der juvenile Diabetes ist oft hereditär. Das Gewichtswachstum diabetischer Kinder, bezogen auf ihr Körpergewicht, weicht nicht von dem normaler Kinder ab. Im Gegenteil, das Gewicht lege artis behandelter junger Diabetiker liegt oft höher als das gleichaltriger gesunder Kinder. Auch die Längenentwicklung soll bei behandelten Kindern nicht gestört sein. Die Insulinbehandlung läßt keinen Unterschied in ihrem Einfluß auf die Körpermasse gegenüber der rein diätetischen Behandlung erkennen. Die Sexualentwicklung des diabetischen Kindes erscheint gesichert. Jüdische Kinder erkranken nicht häufiger an Diabetes als Christenkinder.

Diabetes mellitus. An Hand eines Falles von Diabetes bei einem neunjährigen Knaben besprechen Verff. einige Fragen aus der Pathologie des kindlichen Diabetes, und kommen zu dem Schluß, daß die Prognose des kindlichen Diabetes trotz Insulin sehr ernst gestellt werden müssen. Auf einige Besonderheiten während der Behandlung dieses Falles wird näher eingegangen. Der hypoglykämische Symptomenkomplex des Kindes ist sehr vielgestaltig. Vorboten fehlen, oft ist Pulsbeschleunigung das einzige warnende Symptom. Die Katastrophe kann viel rascher eintreten als wie bei Erwachsenen. Das Auftreten der Glykosurie ist abgängig von der gleichzeitig zugeführten Wassermenge. Dextrosebelastungen haben ergeben, daß die Konzentration des Zuckers im Gewebe abhängig ist von der Menge des sofort verfügbaren Wassers.

Die Dicksche Hautreaktion. (Kinderklinik Wien.) Von 97 nach Dick geprüften Kindern erkrankten anläßlich einer Scharlachepidemie 2 an Scharlach. Eines hatte vor der Erkrankung auf Dick positiv, das andere dagegen negativ reagiert. Auch bei einem 3. Kind (aus einer anderen Klinik), das an Scharlach erkrankte, hatte eine negative Reaktion vor der Erkrankung bestanden. Somit ergibt sich aus dieser Beobachtung, daß eine negative Reaktion die Infektion nicht ausschließt.

Bei einer andern Beobachtungsreihe von 8 Scharlachfällen wurde im Verlauf der Erkrankung fortlaufend die Dicksche Reaktion angestellt. Ergebnis: Weder das Bestehenbleiben der Dickschen Reaktion über den 10. Krankheitstag hinaus, noch ihr Fehlen in den ersten Krankheitstagen darf gegen die Scharlachdiagnose verwertet werden. Anläßlich einer 2. Hausepidemie wurden 7 Dickpositive Kinder mit Dicktoxin immunisiert. Verabreicht wurden entsprechend den Angaben Zinghers 100, 250, bei über 12 Jahre alten Kindern 500 Textdosen in einwöchentlichen Intervallen. Gelegentlich Auftreten von vorübergehenden Infiltraten. Keine Temperatursteigerungen. Die nachträglich angestellte Dicksche Reaktion (zwischen dem 5. und 15. Tag) blieb bei allen Kindern mit Ausnahme eines einzigen, das weiter positiv reagierte, negativ. Diese Tatsache spricht aber nach Ansicht der Verff. nicht unbedingt dafür, daß diese Kinder nun auch gegen Scharlach immun geworden sind, da Kinder nach wiederholter Behandlung mit großen Mengen Kulturfiltraten gegen diese unempfindlich werden können.

Für den praktischen Wert der Immunisierung spricht allerdings die Tatsache, daß bisher kein Fall bekannt geworden ist, in dem ein immunisiertes Kind an Scharlach erkrankte.

Nach Ansicht der Verff. bedürfen jene Kriterien, die von Dick für die Spezifität ihrer Reaktion angeführt werden, dringend der Revision. Sie bedürfen es auch dann, wenn eine Immunisierung gegen Scharlach mit Kulturfiltraten von hämolytischen Streptokokken erfolgreich durchgeführt werden kann.

Dicksche Hautreaktion. (Anne-Marie-Kinderkrankenhaus Lodz.) Im Gegensatz zu Nobel und Mitarbeiter kommen Verff. auf Grund der Untersuchungen mit dem Warschauer Toxin zu folgenden Ergebnissen:

Die Dickreaktion ist als **spezifisch** zu betrachten. Bei Hausinfektionen sind nur Dickpositive Kinder erkrankt. Es trat in „fast“ allen Fällen nach der Krankheit negative Reaktion auf. Der Ausfall der Dickreaktion erwies sich von Infektionskrankheiten und andern Hautreaktionen als unabhängig. Bei Wiederholungen bleiben die Dicknegativen stets negativ; die Dickpositive Reaktion kann in manchen Fällen negativ werden. Immunisierung durch wiederholte Dicksche Reaktionen ließ sich nicht erzielen. Dickpositive Sera können das Auslöschphänomen zustande bringen. (Die Schlüsse, die Verff. aus ihren Untersuchungsergebnissen ziehen, erscheinen Ref. etwas gewagt, zumal, wenn man sich die Widersprüche vor Augen hält, die mit den Ergebnissen anderer Untersucher bestehen.)

Blaue Geburtsflecke. (Mongolenflecke.) (Zentralkinderheim der Stadt Wien.) Zusammenfassender Bericht über 11 Kinder mit Mongolenflecken. Bei 7 war das charakteristische Bild umschriebener bläulicher Flecke in der Kreuz-Gesäßgegend festzustellen. Bei dreien bestand eine diffuse bläuliche Verfärbung der Haut der Kreuz-Gesäßgegend, eine Anordnung, die bisher bei europäischen Kindern nicht beschrieben ist. Bei einem Kind war außerdem noch fleckige Pigmentierung der Lendengegend zu bemerken, bei einem andern war der ganze Rücken bis zum Schultergrad mit blauen Flecken übersät. Bei einem vierjährigen Mädchen war die Coriumpigmentierung fast des ganzen Stammes kombiniert mit einem Nävus flammeus, einseitigem Hydrophthalmus und Ungleichheit der unteren Gliedmaßen. Diese Coriumpigmentationen, die bisher in dieser Form nur bei niederen Affen bekannt sind, sollen ein Beweis dafür sein, daß auch „die Vorfahren des Menschen eine ähnliche spezifische Hautzeichnung besessen haben.“ Der Mongolenfleck, so schließt Verf. aus seinen Beobachtungen, ist als atavistische Erscheinung zu deuten. Er ist bei der weißen Rasse bedingt durch Rassenmischung.

Beck, Tübingen.

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung.

12., 3. Heft, Juni 1926.

* Einfluß der Hodenüberpflanzung auf Sexualität und Konstitution. R. Mühsam.
Sexualität der Prostatiker vor und nach der Prostatektomie. Eugen Joseph.
* Dysmenorrhoe als Organneurose. W. Cimbal.
* Konstitutionstypenlehre der Frau. Beitrag III: Der euryplastische Konstitutionstypus der Frau. J. S. Galant.
Zum 70. Geburtstage Siegmund Freuds. H. Koerber.

Einfluß der Hodenüberpflanzung auf Sexualität und Konstitution. Die Hoden sind als die Träger der Sexualität und der sekundären Geschlechtsmerkmale anzusehen. In einer Anzahl von Fällen mag eine Störung ihrer innersekretorischen Tätigkeit auch die Ursache homosexueller Veranlagung sein. Hierbei können aber auch noch andere innersekretorische Drüsen, z. B. die Nebennieren, eine Rolle spielen. Beim Menschen wirkt die Hodenüberpflanzung während der Zeit der Ausschüttung und Aufsaugung der Hormone des überpflanzten Hodens im Sinne einer Organbehandlung. Dauerwirkungen sind nicht sicher erwiesen und gehören, wenn sie überhaupt vorkommen, jedenfalls zu den größten Seltenheiten. Sie treten offenbar nur bei ganz leichten Fällen von Bisexualität auf. Die Hodenüberpflanzung beseitigt ebensowenig den Eunuchoidismus wie die sichtbaren Kastrationsfolgen. Beim Menschen ist die von Steinach angenommene Anregung der innersekretorischen Tätigkeit des Hodens durch die Unterbindung des Vas deferens nicht erwiesen. Das Verfahren versagt vollkommen bei psychischer Impotenz; für die Beeinflussung der Alterserscheinungen durch die Operation sind sichere Beweise nicht erbracht. Die durch die Prostatektomie erzielten Besserungen des Allgemeinbefindens erklären sich leicht durch die Beseitigung erschöpfender Krankheitszustände. Eine Nachprüfung der Versuche Veronoffs, der mit großem Erfolge Ueberpflanzungen von Affenhoden auf den Menschen vornahm, ist daher dringend erwünscht.

Dysmenorrhoe als Organneurose. Die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen der Dysmenorrhoe haben jede für sich ihren besonderen Charakter und meistens ihre eigenartige Entstehungsursache. Sie verbinden sich gewöhnlich zu komplizierten Beschwerdegruppen, weil nur selten eine einheitliche Ursache zur Dysmenorrhoe führt, sondern fast stets eine Vielheit untereinander verschiedener Krankheitsursachen ihr zugrunde liegt, so daß das einzelne Erscheinungsbild der Dysmenorrhoe Bestandteile aus jeder der verschiedenen Symptomengruppen aufzuweisen pflegt. — Trotzdem hat die genaue klinische Analyse wesentliche Vorteile, weil neben der allgemeinen Untersuchung der konstitutionellen Krankheitsbereitschaften das örtliche Einzelbild und die Verlaufsform der klinischen Beschwerden Hinweise auf den abnormen Mechanismus ermöglicht. Das Heilverfahren aber muß genau dem krankmachenden Mechanismus folgen, wenn es eine endgültige Beseitigung der Beschwerden erzielen soll. — Es ist mit einiger Wahrscheinlichkeit der Schluß berechtigt, daß die Allgemeinbehandlung, die die Ursachen der Schmerzen beseitigt, in der Mehrzahl der allgemein nervösen Formen der Dysmenorrhoe wirksamer ist als die örtliche Beseitigung der mehr oder weniger zufälligen Befunde, die im Genitalapparat der Frauen auf Grund der hauptsächlich nervösen Mechanismen zustande kommen. — Für die überwiegend infantilistischen Störungen des Rhythmus und der Menge gibt es heute vier souveräne Heilverfahren: Lebertran, Kalk, Höhensonne und klimatische Einwirkungen, besonders Nordseeklima. Die örtlichen schmerzhaften Reizerscheinungen weichen im Anfall am besten einem örtlichen Narkotikum, und zwar in Form von Zäpfchen, die nicht nur die üblichen Opiaten und Belladonnen, sondern auch ein Nervinum enthalten müssen. Die wirklich heilende, nicht nur beruhigende Behandlung geschieht durch Wärmeanwendungen (Diathermie), Galvanisation, Badebehandlung, letztere in der Form von Kleie-, Moor-, Fichtennadelbädern, Moorpackungen, Glühbogenbestrahlungen und auch durch Schwimmbäder. Die Heilbehandlung der allgemein-asthenischen Formen der Dysmenorrhoe ist die allgemeine Kräftigung des gesamten Körperhaushaltes durch laktovegetabile Ernährung, methodisches Turnen, Schwimmen und Wandern, auch vernünftig betriebenes Tanzen.

Der euryplastische Konstitutionstypus der Frau. Es gibt unter den Frauen des athletischen Körperbaues eine Varietät, die unter der Bezeichnung des euryplastischen Konstitutionstypus herausgesondert werden muß. Es handelt sich um dickleibige Frauen, bei denen die mächtige Fettschicht die Kennzeichen des athletischen Körperbaues zu überdecken außerstande sind, und es treten uns ein kräftiger Muskel- und Knochenbau als untrügliche Merkmale des Athletenhaften im euryplastischen Konstitutionstyp entgegen. Die euryplastisch gebauten Frauen erscheinen als die größten Frauen, obwohl sie ihren Dimensionen nach sich der das Mittelmaß übersteigenden Athletica nähern und in manchen Körpermaßen der Athletica nachgeben. Es ist hauptsächlich der Brust-, Bauch- und Hüftenumfang, die wegen Fettanhäufungen oftmals die Zahlen der Athletica übersteigen. Die Körpergröße geht selten weit über das Mittel hinaus. Maskuliniomen fehlen. Psychisch ist bei der Euryplastica eine gewisse Trägheit festzustellen, die es erlaubt, von der „Elefantennatur“ der Euryplastica zu sprechen.

Rudolf Katz, Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

150., Heft 3, 1926.

*Ueber die Bakteriologie und spezifische Therapie der Infektionen der Harnwege. Stefan Wendt.
* Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Jos. Zollschau und Oskar Sprinz.
Beobachtungen über die Niercnsteinerkrankung in Ostthüringen. Nicolas.
Extraktion eines verhältnismäßig größeren Steines aus der Harnblase. David Eggedi.
Angeborene Dilatation und Atonie des Harnleiters. J. Gottlieb.
Die Syphilis der Prostata. Th. Cohn.
* Ureterocele vesicalis. C. v. Landwüst.

Ueber die Bakteriologie und spezifische Therapie der Infektionen der Harnwege. Der Verfasser bringt eine Uebersicht über 30 klinisch und bakteriologisch genau untersuchte Fälle, die mit Autovaccine behandelt wurden. An diesen Fällen konnten 10 verschiedene Bakterienstämme gezüchtet werden, ein Beweis für ihre Bedeutung.

Vorbedingung für eine erfolgreiche Autovaccinebehandlung ist, daß anatomische Abflußhindernisse im Bereich der Harnwege behoben werden. Die Erfolge, die mit der spezifischen Therapie zu erzielen sind, richten sich nach der Art der Krankheitskeime, der Pathogenese und nach der Dauer der Infektion vielfach auch nach dem Alter der Erkrankten.

Es kann vorkommen, daß nach der operativen Regelung der Abflußverhältnisse die Bakteriurie spontan aufhört. Die Vaccintherapie ist hier nur dann indiziert, wenn die Mikroorganismen sich auch weiterhin auf der entzündeten Schleimhaut erhalten.

Die größte Rolle spielt die Autovaccinetherapie bei den endogenen Infektionen durch Bakterium coli. Sie können durch die spezifische Behandlung geheilt werden. Allerdings hängt der Erfolg ab von der Länge der Erkrankungszeit — jüngere Fälle heilen leichter — und vom Alter der Patienten. Bei Kindern und Säuglingen wurde in annähernd allen Fällen Genesung erzielt.

Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Zwei Erwiderungen auf die Arbeit Stutzins (Zeitschr. f. Urol. Bd. 20, H. 1). Zollschon tritt für die Prostatamassage ein, die notwendig und erfolgreich ist in den geeigneten Fällen. Indiziert ist sie, wenn bei der Gonorrhoe „die Akuität der Drüsen und der reaktiven mesenchymalen Entzündung abgeklungen ist.“ Hier ist der II. Urin trübe, ohne daß Harndrang besteht. Oft lassen sich dabei große Mengen Pus exprimieren. Die mangelhaften Resultate Stutzins werden auch darauf zurückzuführen sein, daß bei bestehender Spermatocystitis eine Expression der Prostata nicht genügt, sondern die gesamten Adnexe ausgedrückt werden müssen.

Im Gegensatz hierzu erklärt Sprinz die Prostatamassage auch im subakuten und chronischen Stadium für nicht angezeigt. Oft träten Verschlimmerungen ein, sogar Epididimitiden; nicht selten hingegen kämen Selbstheilungen vor. Im ganzen spricht sich Sprinz für eine wenig aktive Behandlung der Gonorrhoe aus. Er schlägt aber vor, die Prostatamassage zu diagnostischen Zwecken beizubehalten.

Ureterocele vesicalis. Unter einer Ureterocele vesicalis verstehen wir eine blasige Erweiterung der Harnleitermündung, welche durch eine Stenose des Orificiums und einen abnorm langen Verlauf des Harnleiters durch die Blasenwand bedingt ist. Die Ursache der Stenose kann angeboren sein, aber auch erworben, z. B. nach Ureterimplantierungen. Zur exakten Diagnosenstellung ist die Cystoskopie unerläßlich; die klinischen Symptome sind vielfach uncharakteristisch. Die Prognose wird als ernst bezeichnet und hängt von der Dauer des Leidens und dem Zeitpunkt des Behandlungsbeginnes ab. Die Therapie ist vorwiegend chirurgisch. Sie kann endovesical in einer Erweiterung des Ureterostiums bestehen oder transvesical in radikaler Entfernung der Vorfälle. Landwüst teilt 5 Fälle aus der Kneiseschen Klinik mit und gibt instruktive Abbildungen hierzu aus dem Buche desselben.

E. Lehmann, Berlin.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

34., Heft 5.

Sirenenbildung. Geipel und Saupe.
* Röntgensymptom der Psoasabszesse. Th. Barsony und Fr. Polgar.
* Diaphragmaerkrankungen. J. Dillon.
Langsam entstehende temporäre Paraplegie bei einem mit frischer Wirbel- und Schenkelhalsfraktur herumgehenden Tabiker. G. O. Lotsy.
Ausgedehnte Ostitis fibrosa cystica Recklinghausen des Hüftgelenks. G. O. Lotsy.
Kleinhirnbrückenwinkel-Symptomenkomplex, hervorgerufen durch eine Erkrankung des Felsenbeins. G. A. Lotsy.
„Deutlichkeit“ in Röntgenbildern. B. Walter.
Aufnahmen mit sehr weichen Röntgenstrahlen. B. Walter.
Axillardrüsen im Röntgenbild. H. Kloiber.
* Die Spornbildung am Olecranon (Prozessus anguli olecrani). Esau.
Akzessorische Knochen des Ellenbogens. M. Wülfing.
* Röntgenuntersuchung operierter Magen. W. Knothe.
* Zur Frage der Schärfenzeichnung bei Röntgenaufnahmen mit Verstärkungsfolie. F. Peltason.
Zwei Fälle von Mondbeinverrenkung. W. Todtenhaupt.
* Ueber die Beziehungen zwischen der Strahlendosis, gemessen in R-Einheiten, und der Erythemdosis. E. Gruhn.
* Fall von Röntgenverbrennung trotz Eichung in R-Einheiten. W. Dieterich.
Wert der Kombination der Cholezystographie mit der gleichzeitigen Untersuchung des Magen- und Darmtraktus. G. d'Amato.
* Beachtenswerte Indikation der Röntgentherapie. L. Freund.
Zur röntgenologischen Diagnose und Differentialdiagnose der Polyposis coli. A. W. Fischer.
Bestimmung der Schattenintensität und ihrer Größe beim Röntgenoskopieren (Densi- und Skiametrie). I. L. Schick.
Strahlentherapie in Griechenland. F. Harth.
Kurze Bemerkung zu Claus' Mitteilung „Ueber die Gestalt der Flüssigkeitslinien auf Röntgenplatten erkrankter Nasennebenhöhlen“. L. Brunetti.
Erwiderung auf Brunettis Einwendungen bezüglich meiner Arbeit „Ueber die Gestalt der Flüssigkeiten erkrankter Nasennebenhöhlen“. G. Claus.
* Schädigungen der Kranken und des Personals im Röntgenbetriebe und deren Prophylaxe. E. Weber.
Röntgentherapie der Blutkrankheiten. C. Wittkowsky.

Röntgensymptom der Psoasabszesse. Senkungsabszesse im Bauchraum sind im allgemeinen nicht nachzuweisen. Wenn aber der Abszeß kalkhaltige Krümel enthält, findet man intensive Verschattungen an der seitlichen Wand des kleinen Beckens in mehr oder weniger regelmäßiger Anordnung, wodurch die Diagnose ermöglicht wird.

Diaphragmaerkrankungen. Der Autor bespricht eingehend die pathologischen, klinischen und besonders röntgendiagnostischen Merkmale derjenigen Erkrankungen, die eine Verlagerung der Bauchorgane nach der Brusthöhle hin verursachen, d. i. Hernia diaphragmatica und Relaxatio diaphragmatica. Die klinischen Erscheinungen sind bei beiden Erkrankungen gleich: Von seiten des Herzens: Herzklopfen, Extrasystolie, stenokardische Beschwerden, besonders nach dem Essen. Das Herz ist erheblich verdrängt; da es sich fast immer um die linke Hälfte des Zwerchfells handelt, so ist die rechte Herzgrenze nach rechts verlagert, die linke nach oben verzogen. Außerdem macht das Herz eine Drehung um seine Achse, indem sich die größte Herzfläche der Brustwand anlegt, wodurch die Perkussionsfigur vergrößert wird. Die Beschwerden seitens der Atmungsorgane bestehen in Atemnot, zuweilen Husten und Brustschmerzen. Der Perkussionsschall ist meistens vorn tympanitisch, hinten gedämpft. Das Atemgeräusch ist abgeschwächt, zuweilen amphorisch, auch kommen klingende Rasselgeräusche vor. Magendarmerscheinungen bestehen in dem Gefühl des schweren Magens, besonders nach reichlichen Mahlzeiten. Die Symptome bei der physikalischen Untersuchung sind nicht so charakteristisch, daß eine Diagnose daraufhin möglich ist. Zu beachten ist außer der Verschiebung des Herzens bei verschiedener Lagerung des Patienten die Angabe, daß beim Trinken kalten Wassers ein Kältegefühl in der Brust entsteht, statt im Leibe. Die sicherste Methode ist die Röntgenuntersuchung. Man findet entweder ein sehr hochstehendes Zwerchfell oder aber das Zwerchfell ist gar nicht zu sehen. Anstelle der Lungenstruktur findet man die Magenblase oder Darmschlingen. Ist auch die Diagnose einer Zwerchfellerkrankung durch die Röntgenuntersuchung auf den ersten Blick zu stellen, so ist die Unterscheidung zwischen Hernia diaphragmatica und Relaxatio diaphragmatica sehr schwierig. Paradoxe Atembewegungen des Zwerchfells können bei beiden Erkrankungen vorkommen und fehlen. Eher ist die Angabe zu verwerten, daß bei Anwendung des Johannes Müllerschen Versuches bei Relaxatio diaphragmatica paradoxe Atembewegungen auftreten. Verf. hat außerdem gefunden, daß das Diaphragma der kranken Seite während der Exspiration nach tiefem Einatmen sich früher und schneller hebt als auf der gesunden Seite. Es gibt ferner in der Literatur verschiedene Angaben, die es ermöglichen sollen, die Kuppe des Diaphragmas von der Magenwand zu unterscheiden und die in der Hauptsache der Veränderung der Magengröße bei verschiedenem Füllungsgrad beruhen. Ferner verdient das von Arnsperger angegebene Symptom Beachtung: Der Zwerchfellbogen gliedert sich häufig in einer doppelten oder dreifachen Bogenlinie. Ist eine solche vorhanden, so kann sie als sicherer Beweis für Relaxatio diaphragmatica angesehen werden. Verf. konnte in einem Fall direkt die Kontraktion der großen Curvatur des leeren Magens beobachten und aus der Tatsache, daß dieser Bogen keine Atembewegungen zeigte, schließen, daß es sich um eine Hernia diaphragmatica handelte. Schließlich kann auch das Pneumoperitoneum zur Differential-Diagnose herangezogen werden. In bezug auf die Pathogenese der Relaxatio diaphragmatica kommt Verf. zu dem Schluß, daß eine angeborene fehlerhafte Bildung des Diaphragmas vorliegt. Hierzu kommt noch ein Druck von unten durch Luftblähung, indem bei der Nahrungsaufnahme Luft mitgeschluckt wird, wodurch der Magen stark gebläht wird (ausführliche Beschreibungen von 8 Fällen).

Die Spornbildung am Olekranon (Processus anguli olecrani). Die weit verbreitete Annahme, daß die Spornbildung als Folge starker Beanspruchung des Musculus triceps brachii aufzufassen sei, ist falsch, auch spielt das Trauma bei seiner Entstehung keine Rolle. Es bestehen auch keine Beziehungen zwischen Olekranonsporn und irgendwelchen Allgemeinerkrankungen, vielmehr handelt es sich um eine harmlose Skelettvariante, die keinerlei Beschwerden macht und daher für etwa bestehende Beschwerden im Ellenbogengelenk nicht verantwortlich gemacht werden darf. Frakturen des Olekranonsporns sind sehr selten. Die Aufhellungslinien, die man gelegentlich am Olekranonsporn findet, sind nicht auf Fraktur zu beziehen, sondern stellen regressive Knochenveränderungen dar.

Ein Beitrag zur Röntgenuntersuchung operierter Magen. 23jähriger Patient, 1920 Gastroenterostomie wegen Ulcus duodeni. Keine Besserung. 1924 Pylorus- und Antrumresektion, wiederum nur kurz anhaltende Besserung. Nach einigen Monaten erneute Laparatomie wegen Ulcus pepticum jejuni. Exzision des Ulcus mit Anlage einer neuen Anastomose nach Billroth II. Nach dieser Operation haben sich die Schmerzen nur verschlimmert. Sie treten besonders in unmittelbarem Anschluß an das Essen auf. Die Röntgenuntersuchung ergab am Magenstumpf nichts Besonderes. Druckschmerz an der Anastomosenstelle. Nach 3 Stunden geringer Rest im Magen. An der Anastomose zeigt sich nunmehr ein erbsengroßer Schattenfleck, der nach der Serienaufnahme als Ulcus pepticum zu deuten ist. Außerdem fand sich neben dem Fleck auf allen Aufnahmen ein senkrecht herunterziehender feiner Schattenstrich. Daraufhin wurde die Diagnose gestellt „Ulcus jejuni, hervorgerufen durch einen von der Operation zurückgebliebenen Seidenfaden in der abführenden Jejunumschlinge". Die Diagnose wurde durch die erneute Operation bestätigt.

Ueber eine beachtenswerte Indikation der Röntgentherapie. Frische offene Wunden heilen nach Röntgenbestrahlung nicht mit häßlichen, keloidartigen Narben, sondern mit kosmetisch günstigen, glatten, wenig schrumpfenden Narben. Bei Neoplasmen, Lupus vulgaris und pigmentierten Muttermälern ist die Röntgenbestrahlung unmittelbar nach der Exstirpation des Erkrankungsherdes sehr zu empfehlen. Die günstigste Strahlendosis liegt etwas oberhalb der Epilationsdosis (5½ H) und ist auf mehrere Sitzungen an aufeinanderfolgenden Tagen zu verteilen. Es empfiehlt sich, ungefilterte Strahlen von 6 bis 7 W.-Härte anzuwenden.

Zur Frage der Schärfenzeichnung bei Röntgenaufnahmen mit Verstärkungsfolie. Die Ursachen für die Unschärfe des mit Verstärkungsschirmen aufgenommenen Röntgenbildes sind komplexer Natur. Der Hauptgrund ist die Irradiation des in der Folie entstehenden Lumineszenzlichtes. Hierzu kommt bei Platten, in geringerem Maße auch bei Filmen, ein durch Reflexion von der Unterlage her entstehender photographischer Lichthof. Außerdem kommt eine allseitige Diffusion des auf die Platte einwirkenden Folienlichtes in der photographischen Schicht zustande, der Diffusionslichthof. Durch Verwendung von besonderen Emulsionen kann der Lichthofbildung zum Teil abgeholfen werden.

Ueber die Beziehungen der Strahlendosis, gemessen in R-Einheiten, und der Erythemdosis. Bei der Bestimmung der Röntgenstrahlendosis in R-Einheiten ist die für einen biologischen Effekt notwendige R-Menge abhängig von der Härte der Strahlen. Bei weicheren Strahlen ist eine erheblich geringere Strahlendosis, ausgedrückt in R.-Einheiten, erforderlich als bei härteren Strahlen. Diese Tatsache ist aus zahlreichen Untersuchungen festgestellt worden. Die Erklärung hierfür ist darin zu suchen, daß die Strahlen nur da wirken, wo sie absorbiert werden und daß es trotz verschiedener Strahlenqualität immer ungefähr dieselbe R-Dosis ist, die zur Erythembildung in der Haut führt. Experimentelle Absorptionsversuche an menschlicher Haut sowie an entsprechenden Schichten von Pertinax ergaben eine vollständige Bestätigung dieser Annahme. Die von Grebe und Martius vorgeschriebene Erythemdosis von 600 R gilt nur für harte mit 0,5 bis 1,0 mm Zn gefilterte Strahlung. Bei Verwendung weicherer Strahlen ist darauf zu achten, ob das Meßinstrument einen Gang mit der Wellenlänge hat. Die Eichung muß auf jeden Fall für alle benutzten Strahlenqualitäten durchgeführt werden.

Ein Fall von Röntgenverbrennung trotz Eichung in R-Einheiten. Das Ionimeter war nach R.-Einheiten geeicht für 180 kV und 0,5 Zn plus 1 Al. Es wurde aber eine Bestrahlung unter 3 mm Al. vorgenommen und die Dosis berechnet unter Zugrundelegung der Annahme, daß die Erythemdosis durch 600 R repräsentiert wird. Erfolg: Verbrennung zweiten bis dritten Grades. Ursache: Bei der verwendeten Strahlung sind nicht 600 R sondern etwa 360 R als Erythemdosis anzunehmen.

Schädigungen der Kranken und des Personals im Röntgenbetriebe und deren Prophylaxe. Beachtenswerte tabellarische Zusammenstellung der im Röntgenbetrieb bestehenden Gefahren- und Fehlerquellen. Es kann jedem Röntgenarzt und jeder Röntgenassistentin empfohlen werden, vorliegende Arbeit im Original zu lesen.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Archiv für soziale Hygiene und Demographie.

Heft 4, Mai 1926.

Die Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse in Britisch-Indien, insbesondere in der Präsidentenschaft Bombay. E. Roesle.
Der Zeugungswert der Mischehe. M. Marcuse.
Kinderaufzucht und Wohnverhältnisse bei Berliner Konfektionsarbeiterinnen. Dora Benjamin.
Die Lehrerausbildung auf dem Gebiete der Gesundheitspflege. Rosenhaupt.
Die natürliche Bevölkerungszunahme in den europäischen Ländern während der Jahre 1922—1924. E. Roesle.
Die Zunahme der Mehrlingsgeburten im Jahr nach dem Kriege. F. Prinzing.
* Statistik im Ausbildungsgang des Mediziners. Kritisches Uebersichtsreferat. A. Kasten.
* Die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung im künftigen Strafrecht. Schubart.
Familienbeihilfen durch Ausgleichskassen. Fetscher.
Die wesentlichen Neuerungen des zukünftigen Gesetzes über den Verkehr mit Lebensmitteln und anderen Bedarfsgegenständen. E. Merres.
Das kommende Reichsmilchgesetz? Max Lehmann.
Betrachtungen zur Auswirkung des preußischen Krüppelfürsorgegesetzes. W. Schasse.
Sind wir auf dem Wege zu einer besseren Organisation der Tuberkulosebekämpfung? Uebersichtsreferat. F. Helm.
Die Bedeutung und die Gestaltung von Richtsätzen in der Fürsorge. Uebersichtsreferat. G. Binder.
Der heutige Stand der Tuberkulosegesetzgebung im Deutschen Reich. B. Möllers.
La lutte contre la dépopulation en France. G. Ichok.

Internationale Bestrebungen im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. H. Roeschmann.

Statistik im Ausbildungsgang des Mediziners. Wenn wir von einzelnen Aerzten absehen, die sich aus eigener Initiative mit der medizinischen Statistik beschäftigen, und von denen sich einige im Inlande wie im Auslande als hervorragende Vertreter und Förderer dieser Disziplin einen Namen gemacht haben, steht die Mehrzahl der deutschen Aerzte den statistischen Fragen und Problemen fremd gegenüber. Es braucht kaum erwähnt zu werden, wie wichtig es für einen Kreis-, Kommunal- oder Fürsorgearzt ist, statistische Kenntnisse zu besitzen. Aber auch der praktische Arzt soll der Statistik nicht fern bleiben. Denn die Statistik ermöglicht ihm oftmals, die Richtigkeit der von der medizinschen Wissenschaft neugegebenen Richtlinien objektiv zu überprüfen und zu kontrollieren. Sie bedeutet für ihn den Weg, eigene, in der Praxis gewonnene Erfahrungen der Gesamtheit der Aerzte klarzulegen und so seinerseits wiederum die ärztliche Wissenschaft zu bereichern und zu fördern. Es ist darum ratsam, Statistik als obligatorisches Fach in der medizinischen Fakultät einzuführen. Keineswegs ist es aber empfehlenswert, die statistischen Vorlesungen, die im Rahmen der Staatswissenschaften gelesen werden, zu besuchen, denn der Mediziner braucht eine spezielle Statistik, die Medizinalstatistik.

Die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung im künftigen Strafrecht. Der Verfasser, ein Amtsgerichtsrat, schlägt vor, zu der Stelle des § 228 des neuen Entwurfes eines neuen Reichsstrafgesetzbuches, wonach der Abort bestraft wird, folgenden Satz hinzuzufügen: „Ein Arzt bleibt von der Strafe frei, wenn er die Handlung mit schriftlicher Einwilligung der vom Reichsminister des Innern bestimmten Stelle oder zur Abwendung einer unmittelbaren Lebensgefahr, welche die Einholung dieser Einwilligung ausschließt, vornimmt.“ Dadurch glaubt er, häufigere Hindernisse bei der vom Arzte als notwendig betrachteten Durchführung der Abtreibung beseitigen zu können, andererseits aber denjenigen Aerzten, die durch Ausübung der Abtreibung trotz des Verbotes mit dem Gesetze in Konflikt stehen, die eventuelle Angabe schlau erdachter Gründe für die Abtreibung wesentlich zu erschweren. — Problematisch ist aber, wie eine wirklich geeignete Stelle für die Einwilligungserteilung geschaffen werden soll. Der Verfasser glaubt jedoch, daß diese Schwierigkeiten überwunden werden können. Jedenfalls kämen weder Amtsarzt noch ärztliche Standesvereine in Frage.

M. Kantorowicz.

Vierteljahrsschrift Deutscher Aerztinnen.

Heft 3, Juni 1926.

Der Schicksalsweg studierter Frauen. Helene Lange.
* Die Tuberkulose-Kolonie Papworth. P. C. Varrier-Jones.
Wohnungsfürsorge für offene Tuberkulöse. Irma Broockmann.
Wohnungsfürsorge für Tuberkulosekranke. Sophie Goetze.
Die deutsche Aerztin und die Gesundung unseres Volkes und unserer Wirtschaft. Bonne.
Ueber sexuelle Aufklärung in den Berufsschulen. Susanne Altstaedt.
* Ueber die Abwehr impfgegnerischer Behauptungen. H. A. Gins.
Kritische Gedanken zur „Neubegründung der Psychologie von Mann und Weib“. Karen Horney.

Die Tuberkulose-Kolonie Papworth. Die Abhandlung verdient die größte Beachtung. Es ist außerordentlich schwer, diesen Artikel in kleinem Raum zu referieren, denn hier wird ein glücklich gelungener Versuch einer Einrichtung für Tuberkulöse geschildert, die entschieden den Heilstätten vorzuziehen ist. In dieser Kolonie kann der Kranke nicht nur dauernd bleiben (während der Aufenthalt in den Heilstätten zeitlich sehr beschränkt ist), sondern er kann, was außerordentlich wichtig ist, sich in seinem Berufe entsprechend seinem Krankheitszustand umbilden und sogar in einer produktiven Genossenschaft der Einwohner der Kolonie mitarbeiten und sein und seiner Familie Leben erhalten. Die Einrichtung der Kolonie, wie sie hier geschildert wird, ist durchaus nicht utopisch. Das Lesen des recht aufschlußreichen Artikels im Original ist lebhaft zu empfehlen*.

Ueber die Abwehr impfgegnerischer Behauptungen. Aus der Tatsache, daß bei der Pandemie von 1870-72 die Pocken keineswegs mehr als reine Kinderkrankheit auftraten, sondern daß Erwachsene in beträchtlicher Zahl erkrankten, wurde mit Recht geschlossen, daß bei diesen geimpften Erwachsenen der Impfschutz das frühere Erkranken an Pocken verhindert habe. Ein anderer Beweis für die Nützlichkeit des Impfens ist, abgesehen von der bereits 125jährigen Erfahrung, die Tatsache, daß, während unsere zwölfjährigen Wiederimpflinge zu ungefähr 80% die modifizierte Vakzine- oder die reine Immunitätsreaktion zeigen, zwanzigjährige Erwachsene nur rund 10% volle Wiederimpferfolge aufweisen, und erst bei Leuten über 40 Jahre stieg der Erfolg bis etwa ⅔ an. Das heißt aber nichts anderes, als daß die Bevölkerung ihren Impfschutz in der Mehrzahl der Fälle bis über das vierte Jahrzehnt, ein Teil ihn sogar lebenslänglich behält. Was aber die Gefährlichkeit dieses Eingriffes betrifft, so ist theoretisch wohl zuzugeben, daß manche latente Infektionskrankheit infolge der Impfung zum Aufflackern kommen kann. In der Praxis aber war sogar bei einer solch verbreiteten Krankheit wie Tuberkulose dies bisher nicht auffallend. Auch die neuerdings mehrfach aufgetauchte Behauptung einer postvakzinalen Enzephalitis ist noch nicht bewiesen. Es ist aber mit solchen Eventualitäten zu rechnen, und es wäre angebracht, wie es auch die Gegner wie H. Böing sen. und Grotjahn verlangen, eine Entschädigung vom Staate einzuführen. Ein anderer praktischer Nutzen liegt darin, daß wir dadurch sehr leicht wirkliche Schädigungen statistisch erfassen können. Es müssen allerdings auch Gefährdete zurückgestellt werden. So sind konstitutionelle Störungen jeder Art, vor allem Rachitis, der ganze Komplex der exsudativen Diathese im Sinne von Czerny für den Verfasser zwingende Gründe zur einstweiligen Zurückstellung der Impflinge. Ebenso sollte man bei Otitis, Ekzem, Intertigo, chronischer Konjunktivitis verfahren.

Aber sorgfältige Untersuchungen, Beobachtungen und immerfort verbesserte Impfstoffe vermindern von Jahr zu Jahr die Gefahr. Der Arzt soll das ganze Problem allseitig und gründlich durchstudieren allein zum Zwecke der erfolgreichen Abwehr der impfgegnerischen Behauptungen sowohl gegen Laien als auch gegen manche Kollegen. Vor allem ist aber die eingehende Belehrung der breiten Bevölkerungsmassen erforderlich, weil von deren richtigen Verständnis für das Wesen und den Verlauf der Impfung die Vermeidung mancher Schäden zu erwarten ist. Und hier liegt das gegebene Feld für ärztliche Aufklärungsarbeit.

M. Kantorowicz.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

Nr. 25.

Ueber einseitig vermehrte Tätigkeit der Hilfsrespirationsmuskeln bei beginnender Lungentuberkulose. F. Egger.
* Scheinheilung einer Nierentuberkulose durch Abschluß der Tuberkuloseherde vom Nierenbecken. Wildbolz.
Zur Kritik der Aktivitätsdiagnostik bei tuberkulösen Krankheiten. R. Zollikofer.
* Bedeutung und Wege der Hustenbekämpfung bei der Behandlung der Lungentuberkulose. R. Wolfer.
Die Fieberbehandlung der Lungentuberkulose. Ed. Bauer.
* Zur Kenntnis der Lungenbefunde bei Augenskrofulose. Hans Stalder.
Ueber den Ammoniakgehalt des Blutes. Alfr. Gigon.

Scheinheilung einer Nierentuberkulose durch Abschluß der Tuberkuloseherde vom Nierenbecken. Die hier mitgeteilte Krankenbeobachtung beweist, wie sorgfältig wir einen Kranken beobachten müssen, bevor wir ihn als von seinem Leiden geheilt erklären dürfen. Sie lehrt, daß selbst der völlige Schwund aller Leukozyten und Bazillen aus dem Sekrete einer früher tuberkulös erkrankten Niere noch nicht als vollgültiger Beleg ihrer Ausheilung gelten darf. Denn bei dem in Rede stehenden Kranken enthielt die entfernte Niere trotz ihres eiterbakterien- und sogar eiweißfreien Harnes in ihrem Parenchym sehr ausgedehnte Tuberkuloseherde, die vom Nierenbecken und damit vom Harnstrom abgeschlossen waren. Diese abgeschlossenen Herde machten sich nur durch Stauungsschmerzen, durch verminderte Harn- und Farbstoffausscheidung der Niere, sowie durch einen pyelographisch nachweisbaren Abschluß des oberen Calyx vom Nierenbecken bemerkbar.

Bedeutung und Wege der Hustenbekämpfung bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Der Husten bedeutet für den Lungenkranken stets eine Schädigung, und unsere Bestrebungen müssen darauf zielen, das Maß dieser Schädigung möglichst auf ein Minimum zu reduzieren. Besonders Pneumothoraxpatienten und vor allem solche mit wandständigen Kavernen müssen mit allen Mitteln zur Hustenbeschränkung gebracht werden.

Um Kranke mit übermäßigem Husten in erfolgreicher Weise behandeln zu können, müssen wir die Frage stellen: Kommt für den Husten der Lungenprozeß allein in Betracht? Finden sich pathologische Veränderungen der oberen Luftwege, welche die Reize liefern? Handelt es sich um einen nervös bedingten Husten oder um eine Kombination verschiedener Ursachen? Je nach der Antwort werden wir unser therapeutisches Handeln einrichten. Schon Liebermeister hebt die Bedeutung der Bronchialkatarrhe für den Phthisiker hervor und postuliert, daß sie mit größtem Fleiß und peinlichster Sorgfalt zu behandeln seien.

---

*) Vgl. dazu das noch heute sehr aktuelle Buch von Prof. Dr. A. Grotjahn „Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung“, 1908. 406 Seiten. Leipzig. F. C. W. Vogel, wo er Aehnliches vorgeschlagen und ausführlich begründet hat.

Zur Erleichterung der Expektoration werden hydriatische Prozeduren, besonders die Kreuzbinde, mit Vorteil angewandt, ferner Inhalationen und medikamentös die Alkaloide des Opiums, zu denen wir nicht mit zu großer Aengstlichkeit vor allem dann greifen, wenn der Husten die Nachtruhe stört.

Wenn wir endlich noch Einflüsse des Klimas mit Rücksicht auf die Hustenbekämpfung ins Auge fassen, so leuchtet es ein, daß diese prophylaktisch und therapeutisch zugleich wirksam sein können.

Zur Kenntnis der Lungenbefunde bei Außenskrofulose. Verf. hat es unternommen, an einer größeren Anzahl von Patienten folgende Fragen zu studieren:

1. Was finden wir röntgenologisch und evtl. physikalisch im Lungengebiet skrofulöser Kinder?
2. Gibt es aktive Formen von Tuberkulose bei phlyktänulären Augenentzündungen?

Die Antwort auf diese Fragen geht dahin, daß er die Durchleuchtung phlyktänulärer Augenkranker oft mehr als latente Prozesse aufdeckt. Daraus ergibt sich die Forderung, alle Patienten mit Keratoconjunktivitis scrofulosa einer Röntgenkontrolle der Respirationsorgane zu unterziehen.

Held.

La Riforma medica.

42., Nr. 19, 10. Mai 1926.

Ueber die Veränderungen der Agglutination des Mikrokokkus Bruce und ihre Ursachen. Izar.
Ein Fall von Eunuchoidismus infolge erworbener Syphilis. Mariotti.

42., Nr. 20, 17. Mai 1926.

* Ueber die Meinickesche Trübungsreaktion. Spicca.
* Ueber die Meinickesche Trübungsreaktion. Spicca.

Ueber die Meinickische Trübungsreaktion. Vergleichende Prüfung von 1551 luetischen und 704 anscheinend nicht luetischen Sera mit der MFR. und der WaR. Im aktiven sekundären Stadium waren beide in 99,2% positiv. Im ersten und dritten Stadium, bei der latenten und kongenitalen Syphilis war die MFR. empfindlicher. Bei den 704 Sera waren beide Reaktionen 665mal negativ, 25mal positiv und wichen 14mal von einander ab. Von den gesamten 2255 Fällen stimmten beide in 95,2% überein. Wenn die MFR. der WaR. an Empfindlichkeit etwas überlegen ist, so ist sie hinwiederum etwas weniger spezifisch als die WaR. Sie kann demnach die letztere nicht vollkommen ersetzen. Ist aber die WaR. in Technik und Ablesung schwieriger zu handhaben, so besticht die MFR. durch ihre große Einfachheit. Gerade darum aber erfordert sie besondere Vorsichtsmaßregeln und Uebung und muß eine Laboratoriumsreaktion bleiben. Verf. warnt davor, sie als eine Reaktion für den praktischen Arzt zu empfehlen.

42., Nr. 21, 24. Mai 1926.

Die Tradition der medizinischen Schule in Neapel. D'Amato.
* Paralyse und Atonie des Oesophagus. Russi.

Paralyse und Atonie des Oesophagus. Bericht über 2 Fälle, in denen Dysphagie das Hauptsymptom bildete. Abgesehen vom Verlauf sprechen gegen einen Oesophaguskrampf die leichte Sondierung und vor allem die Durchleuchtungsbilder. Im Gegensatz zum Spasmus zeigen flüssige und breiige Kontrastmittel einen gleichmäßigen Schattenstreifen. Weniger leicht ist die Differentialdiagnose zwischen Parese und Atonie des Oesophagus. Bei beiden ist der Schlingakt weniger für Flüssigkeiten und selbst für feste Bissen behindert als für breiige Speisen. Der Schlingakt steht unter dem Einfluß energischer Kontraktionen des Pharinx. Für flüssige Speisen genügen diese, für feste genügt der schwache vom Oesophagus noch ausgeübte Druck, die Fortbewegung breiiger Speisen bedarf der peristaltischen Bewegungen des Oesophagus. Während der Rieder-Brei bei der Parace einen bandförmigen Schatten mit scharfen Rändern bildet, der sich langsam nach abwärts verlängert und längere Zeit bestehen bleibt, sieht man der Atonie oft Einschnürungen sehr flüchtiger Natur, die auf schnell vorübergehende, sehr geringe Spasmen schließen lassen, der Oesophagus entleert sich sehr langsam, und es bleiben oft Reste in kleinen Buchten zurück. Natürlich müssen Verlauf und Aetiologie berücksichtigt werden, das stets plötzliche Entstehen bei der Atonie (Hysterie, Neurosen aller Art), das langsame bei der Paralyse (Typhus, Diphtherie, Blei-, Alkohol-, Nikotinintoxikationen, Kompression von Vagusästen, Erkrankungen der nervösen Zentren).

42., Nr. 22, 31. Mai 1926.

Die hämorrhagischen Diathesen. Galdi.
* Knochenmetastasen des Beckens nach Operationen von Mammakarzinom. Palumbo.

Knochenmetastasen des Beckens und Operationen von Mammakarzinom. Bericht über 3 Fälle, in welchen die Röntgenradiumbehandlung die geringe Strahlenempfindlichkeit der tief gelegenen Karzinommetastasen zeigte. Die osteoplastischen Formen der Metastasen kommen nach Pfahler besonders nach Prostatakarzinom, die osteoklastischen (ausgesprochene lakunäre Resorption, Knochenzerstörung mit Ausgang in äußerste Porosität des Knochengewebes) nach Mammakarzinom zur Beobachtung. Das fand seine Bestätigung, da in allen 3 Fällen die letztere Form vorlag. So viel umstritten auch die Frage der operativen Nachbestrahlung von Mammakarzinom ist, so glaubt Verf. doch nach seinen Erfahrungen und auf Grund der immer mehr zunehmenden Sicherheit der Strahlenbehandlung sie empfehlen zu müssen.

42., Nr. 23, 7. Juni 1926.

Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Histiocytenformen des Blutes. Fontana.
Ueber Tuberkulin-Anergie von Syphiliskranken. Tarantelli.
* Eine neue Serodiagnose der Syphilis. Sciarra.

Eine neue Serodiagnose der Syphilis. Die luetischen Sera, besonders die inaktiven, sind zum Unterschied von den anderen unter dem Ultramikroskope sehr reich an freien oder agglutinierten Körnchen und charakteristischen Flocken. Bei Hinzufügen von absolutem oder 95prozentigem Aethylalkohol zum Serum lösen sich alle rasch auf. Geschieht dies durch Spaltung der Antigen-Antikörper-Aggregate, so müßten die freigewordenen Antigene und Antikörper neuerdings ein anderes Komplement faxieren, und das ist der Fall. Auf diesen neuen Prinzipien baut sich die neue Reaktion auf: 0,2 bis 0,3 inaktiviertes Serum; 0,1 bis 0,15 Alkohol; 1,5 physiologische Lösung; Komplement je nach dem Titer; ¾ bis 1 Stunde Thermostat bei 37°; hämolytisches System 1; 1 bis 2 Stunden Thermostat bei 37°. Nötig sind Kontrollen des Serum, des Alkohol, des hämolytischen Systems. Der Alkohol, durch kein anderes Lipoidlösungsmittel zu ersetzen, muß vor der Verdünnung in der physiologischen Lösung mit dem Serum gemischt werden, er kommt am besten vor Hinzufügen des Serums auf den Boden des Röhrchens. Rigorose Dosierung des Komplements. Anzuraten sind 2 Proben mit 0,2 und 0,3 ccm Serum und entsprechend 0,1 und 0,15 Alkohol. Mit dem aktiven Serum ist die neue Reaktion noch empfindlicher als die WaR., spezifisch (bei Lepra und anderen Krankheiten mit WaR. negativ), sicher (konstante Resultate bei demselben Serum). Mit aktivem Serum ist sie überaus empfindlich, aber vielleicht auf Kosten der Spezifität.

Rontal.

Lyon Médicale.

Nr. 13., 28. März 1926.

Bemerkungen über Veränderungen der Venen im Verlauf arterieller Obliterationen. L. Bouchut und Pierre Paupert-Ravault.

Nr. 14., 4. April 1926.

Langsame Obliteration der Arteria mesenterica. Ch. Garin und Lacroix.

Nr. 15., 11. April 1926.

Aseptischer eitriger Pleuraerguß als anaphylaktischer Choc hervorgerufen durch Pleurapunktion. L. Morenas.

Nr. 16., 18. April 1926.

Die kavernöse Lungentuberkulose der Säuglinge und ihre Komplikationen. André Dufourt.

Nr. 17., 25. April 1926.

* Die Röntgenuntersuchung des Uterus und der Tuben bei Sterilität und Dysmenorrhoe nach Injektion von Lipiodol. G. Cotte und Pierre Bertrand.

Die Röntgenuntersuchung des Uterus und der Tuben bei Sterilität und Dysmenorrhoe nach Injektion von Lipiodol. Das bisher häufig versuchte Verfahren von Lufteinblasung in den Uterus gibt zu ungenaue Resultate durch unkontrollierbares Entweichen der Luft, neben anderen Gefahren. Gegenüber dem für Röntgenaufnahmen benutzten Kollargol und Brom bietet das Lipiodol den Vorzug der Ungiftigkeit. Zur Injektion des Lipiodols benutzen die Verff. ein besonderes Instrument (Lépiae, Lyon), das durch einen besonderen Verschluß das Zurücklaufen des Lipiodols aus der der Cervix verhindert. Es wird vor dem Röntgenschirm unter mäßigem Druck langsam injiziert, wobei man das langsame Vordringen des Kontrastmittels im Uterus und in den Tuben verfolgen kann. Das Röntgenbild zeigt deutlich Durchgängigkeit oder Undurchgängigkeit der Tuben, Deformationen, Verlagerungen, die mit den üblichen Untersuchungsmethoden nicht festzustellen sind. So wurden verschiedenartige Ursachen für Sterilität festgestellt: Undurchgängigkeit der Tuben durch Salpingitis und Perisalpingitis, Hydrosalpinx, einmal durch ein kleines nicht palpables Adenomyom. Therapie: Salpingostomie und Einpflanzung der Tuben in den Uterus. Dysmenorrhoen hatten ihre Ursache in ähnlichen Zuständen. Das Verfahren ist besonders bei Fettleibigen zu empfehlen. Die Injektion muß aseptisch ausgeführt werden, Gravidität ist vorher auszuschließen, akute und subakute Entzündungszustände sollen keine Kontraindikation sein (??). Sehr lehrreich sind die Befunde bei Dysmenorrhoen, wobei wahrscheinlich immer eine eventuell zu beseitigende organische Störung wirksam ist.

Nr. 18., 2. Mai 1926.

Zwei Fälle von multipler Sklerose bei Kindern nach grippöser Encephalitis. A. Rodet.
Ein Fall von doppelter Arteria cubitalis. M. Henri Fischer.

Nr. 19., 9. Mai 1926.

* Bemerkungen zur Graviditas angularis. L. Michon und R. Labry.

Bemerkungen zur Graviditas angularis. Die Graviditas angularis entsteht durch Einnisten des Eies ganz dicht am Tubenabgang, aber noch auf uteriner Schleimhaut. Wenige Millimeter tubenwärts ist es bereits eine interstitielle Extrauteringravidität mit all ihren schweren Komplikationen, während die Angularis als intrauterin anzusprechen ist. Sie entwickelt sich bis zum 3.—4. Monat in das Cavum uteri hinein und wird zur normalen Gravidität, in etwa 20% kommt es zum normalen Abort. Die Diagnose ist schwer zu stellen, die Symptome sind sehr denen der Extrauterinen ähnlich: Schmerzen, leichte Blutungen. Typisch soll der „obere Hegar" sein, eine weiche Furche im Fundus uteri, die Basis des befallenen, ausgebeutelten Uterus boms. Bei Verdacht auf Grav. angular. kann man bei sorgfältiger klinischer Beobachtung mit der Operation warten.

Nr. 20., 16. Mai 1926.

* Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Jodinhalationen. A. Rodet.

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Jodinhalationen. Bericht über ein seit etwa vier Jahren geübtes Verfahren, anwendbar in frühen und späteren Stadien der Lungentuberkulose. Emalyptol-Thymol aa 1,0, Gomenol-Kampfer aa 10,0, Jod 3,0, Alkohol 95prozentig 80 ccm; von dieser Mischung einige Tropfen in kochendes Wasser zum Einatmen, oder — die kalte Methode — eine größere Menge der Mischung kommt in eine Art Spritzflasche mit doppeltem Rohrzu- und ablauf, so daß die an einem Rohr eingeatmete Luft mit dem Medikament beladen ist. Letztere Methode von stärkerer Wirkung; zweimal täglich Inhalation 10—15 Minuten lang, nach zwei Wochen eine Woche Pause. Die Folge ist eine Besserung des Allgemeinzustandes, Nachlassen des Hustens, bei vorübergehendem Auftreten reichlichen Sputums, auffallend schnelles Verschwinden des quälenden Seitenstechens. Haemoptoë oder dauernd blutiger Auswurf sollen keineswegs Kontraindikation sein. Der Verf. empfiehlt diese Methode auch bei Status lymphaticus des Kindes. In der ungenauen Dosierungsmöglichkeit erblickt Verf. einen Mangel der Methode.

Nr. 21., 23. Mai 1926.

Einige Fälle von Syphilis mit Praedilektion der Knochen oder Gelenke. L. M. Bonnet.
Appendektomie im akuten Anfall. A. Rodet.

Nr. 22., 30. Mai 1926.

* Persistenz retinierter Weisheitszähne bei alten Leuten. M. Durand.
* Störungen nach Einnehmen von Pferdeserum. Garin, P. Imbert und J. Rousset.

Persistenz retinierter Weisheitszähne bei alten Leuten. Mitteilung eines interessanten Falles eines retinierten Weisheitszahnes bei einer 65jährigen Frau mit Wurzeleiterung, was wegen der Auftreibung des Unterkieferknochens zuerst als Neoplasma imponierte. Die richtige Diagnose war selbst im Röntgenbilde schwierig. Operation und Heilung.

Störungen nach Einnehmen von Pferdeserum. Unter Hinweis auf die bekannten Serumreaktionen nach Einverleibung durch Injektion, Mitteilung eines Falles, wo bei einem Tuberkulösen die orale Aufnahme von normalem Pferdeserum eine immer wiederkehrende typische Reaktion der Haut hervorrief, in Form eines unerträglichen Pruritus, Erythem, teilweise urticariell, teilweise in Form kleiner roter Knötchen. Der Versuch, die Sensibilität durch kleinste Dosen herabzusetzen, mußte aufgegeben werden, da selbst $^1/_{100}$ Tropfen des Serums subkutan injiziert eine schwere Urticaria hervorrief. Intoleranz gegen Sera ist nach Ansicht des Verf. besonders bei Tuberkulösen zu finden.
Cohn-Czempin.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

86., Nr. 22, 29. Mai 1926.

Konservative Therapie. Ordway.
* Bluttransfusion bei perniziöser Anämie. Jones.
Spätabszesse in postoperativen Narben. Fischer und Stone.
* Intrakutane Salzlösungsprobe. Cohen, Applebaum und Hainsworth.
* Behandlung von Herzschmerzen durch paravertebrale Alkoholblockade. Swetlow und Schwartz.
* Wirkung des Nebenschilddrüsenhormons auf tuberkulöse Symptome. Gordon, Roark und Lewis.
* Der weibliche Geschlechtshormon. Frank und Goldberger.
Ein Fall von Maltafieber. Acken.
Gewerbliche Vergiftung durch Chlorgas in niedriger Konzentration. Mc. Cord.
Bleivergiftung unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie. Foshay.
Eine merkwürdige Komplikation der Appendizitis. Davis.
Seltsamer Verlauf bei einer Schädelfraktur. Hanson.
Ein nützliches diagnostisches Besteck. Piercy.

Bluttransfusion bei perniziöser Anämie. Kreuzweise Agglutinationsproben zwischen Geber und Empfänger vor jeder Transfusion sind erwünscht. Transfusion des ganzen Blutes an Stelle von Zetratblut ist vorzuziehen. Die großen Blutungen von 800 ccm und mehr sind zu vermeiden (wegen der Degeneration des Myokards bei perniziöser Anämie). Bei alarmierenden Fällen mag man zunächst 450 bis 600 ccm geben. Zu kleine, häufige Dosen von 20 bis 50 ccm sind von Nutzen, wenn man nicht sogleich einen geeigneten Geber zur Hand hat. Für die erste Transfusion eignet sich am besten eine Menge von 100 ccm. Zu lange Intervallen zwischen zwei Transfusionen sind die häufigste Ursache für Mißerfolge, da 3 bis 7 Tage nach der Transfusion rote Blutzellen und Hb wieder gesunken sind und zwar oft unter den früheren Stand. Mit Mengen von 350 bis 450 ccm je nach dem Gewicht des Kranken in drei- bis fünftägigen Intervallen erreicht man die besten Resultate. Auf Grund der Transfusionsbehandlung von 30 Kranken ist Verf. der Ansicht, daß in sehr schweren Fällen das Leben gerettet und gelegentlich eine sogenannte Heilung erreicht werden kann. Viele Symptome lassen sich mildern, der Ernährungszustand wird fast immer gehoben, mit der Hoffnung auf Remissionen. Bei Hb. unter 50% und roten Blutzellen unter 2½ Millionen ist die Besserung viel langsamer, als über dieser Grenze. Im letzteren Falle sind die Hoffnungen auf Remissionen berechtigter.

Die intrakutane Salzlösungsprobe. Die Mc. Chure-Aldrichsche Salzlösungsprobe (Intrakutaninjektion von 0,2 ccm einer 0,85% Salzlösung) ist eine sehr schnelle und genaue Methode zur Bestimmung der Gewebsaffinität für Wasser. Normalerweise verschwindet die lokale Schwellung in 60 Minuten und mehr, bei Herzkrankheiten mit Kompensationsstörung beträgt die Zeit des Verschwindens 20 Minuten oder weniger, bei kompensierten Herzkrankheiten ist sie normal. In Fällen peripherer arterieller Erkrankung ist sie in den erkrankten Partien stets herabgesetzt. Nach Beobachtungen an 35 Fällen betrug sie unter 10 Minuten nur in unmittelbar der Gangrän benachbarten Teilen, bei einer Verschwindungszeit zwischen 10 und 25 Minuten besteht starker Verdacht auf Entwicklung von Gangrän.

Die Behandlung von Herzschmerzen durch paravertebrale Alkoholblockade. Gegen Angina pectoris sind in den letzten Jahren nicht weniger als 8 Operationen empfohlen worden. Die Erfolge sind wenig ermutigend, die Mortalität groß, die Folgeerscheinungen oft unerfreulich. Die guten Resultate, welche Verff. mit paravertebralen Alkoholinjektionen gegen Schmerzen bei malignen Erkrankungen des Thorax hatten, veranlaßte sie, dieselben auch bei Angina pectoris anzuwenden. Sie injizierten 3 bis 5 ccm einer 85% Alkohollösung in die Nervenwurzeln und Dorsalwurzelganglien, die sie durch sorgfältige Bestimmungen von hyperästhetischen Hautzonen am Brustkorb (taktile, Schmerz- und Temperaturempfindung) feststellten. Sie berichten über 5 Fälle von schwerer Angina pektoris (infolge Koronarsklerose, Mitralstenose und -Insuffizienz, kongenital-syphilitischer Aortitis und Aorteninsuffizienz), in welchen sie durch diese einfache und harmlose Methode große Linderung der Beschwerden erzielten.

Wirkung des Nebenschilddrüsenhormons auf gewisse Zeichen und Symptome der Tuberkulose. Vorläufiger Bericht. Im Hinblick auf die möglichen Beziehungen zwischen Kalkstoffwechsel und Heilung der Tuberkulose behandelten Verff. 60 tuberkulöse Patienten mit subkutanen Injektionen des Collepschen Nebenschilddrüsenhormons. Anfangs gaben sie täglich 10 und 20 Einheiten, später gingen sie auf 5 bis 15 Einheiten ein- bis zweimal wöchentlich zurück. Jede andere Behandlung und die Möglichkeit gegenseitiger suggestiver Beeinflussung wurden möglichst ausgeschaltet. Im allgemeinen war die Wirkung auf das Allgemeinbefinden gut: Appetitsteigerung, Gewichtszunahme, Sinken von Temperatur und Pulszahl. Bisweilen wurde eine Besserung der Larynxtuberkulose efstgestellt. Der trockene Husten war oft verstärkt, das Sputum verringert, Dyspnoe und pleuritische Schmerzen gebessert. Bei Lungenkongestion Abnahme der

Rasselgeräusche. Am günstigsten war die Wirkung auf Lungenblutungen. Bei der Röntgenuntersuchung Aufhellung des Lungenbildes, aber niemals sichtbare Verkalkungen. Nachteilige Erscheinungen waren stets die Folge einer Ueberdosierung und hörten nach Entziehung des Medikaments auf. Die Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte dafür, daß die günstige Beeinflussung der Lungentuberkulose auf den hohen Kalkgehalt des Blutes zurückzuführen war, der meistens 12 Stunden nach der Injektion um 2 bis 3 mg über die normale Höhe gestiegen war.

Das weibliche Geschlechtshormon. Vorläufige Mitteilung. Verff. hatten unabhängig und zugleich mit S. Löwe durch eine spezifische Probe den Nachweis des weiblichen Geschlechtshormons und damit zum ersten Male eines wahren Hormons im Blutkreislauf erbracht. Aus weiteren Blutuntersuchungen an 38 Frauen stellten sie fest, daß die Menge des im Blute gefundenen Hormons sich während des menstruellen Zyklus ändert. Zu einer plötzlichen Steigerung kommt es zwischen dem 10. und 15. Tage nach der letzten Menstruation — die Bestimmung der Zeit der Ovulation mag so ermöglicht sein —, der stärkste Konzentrationsgrad ist gegen den ersten Tag der Menstruation vorhanden, mit Einsetzen derselben nimmt die Menge des Hormons im Blute ab, dasselbe erscheint im Menstrualblut in drei- bis sechsmal stärkerer Konzentration als im kreisenden Blut. Es gibt 2 Typen von Menorrhagie und Metrorrhagie, den einen mit gesteigerter, den andern mit verringerter Sekretion des Geschlechtshormons; im letzteren Falle fehlt dasselbe im Uterin- und im kreisenden Blut. Bisweilen ist bei Amenorrhoe die Menge des Hormons im Blute gesteigert, was auf ein Fortbestehen des Corpus luteum zurückzuführen ist.

86., Nr. 23, 5. Juni 1926.

* Resorption vom untern Teil der Respirationsorgane. Corper.
* Die Resultate der Diathermie bei Beckeninfektionen. Cherry.
Ankylosierende Operation bei der Wirbeltuberkulose. Ely.
* Sporotrichose. Carter.
Isacen, ein neues Abführmittel. Einhorn und Rafsky.
* Physiologische Wirkungen des Spermatoxin. Oslund.
Wichtigkeit von Literaturbeiträgen des praktischen Augenarztes. Knapp.
* Die Behandlung der Thromboangiitis obliterans. Silbert.
Die Behandlung chronischer Endocervicitis mit dem Thermokauter. Davis.
CO-Vergiftung nach Aethylennarkose. Sherman, Swindler und Mc. Ellroy.
Diabetes mellitus bei lymphetischer Konstitution. Major.
* Kalkresorption von den Verdauungsorganen aus beim Menschen. Kahn und Roe.

Resorption vom unteren Teil des Respirationsorgans aus. Verf. benutzte zu den Versuchen Meerschweinchen und nach vielen Vorversuchen mit kolloidalen und krystalloiden Drogen als die geeignete das Natr. sulfocyanat. (2 ccm einer 2% Lösung). Bei der Resorption spielen eine wesentliche Rolle Osmose, Diffusion und die Phyozytose. Ueber die Bedeutung des Blut- und Lymphgefäßsystems sind die Ansichten geteilt. Wahrscheinlich werden die einfachen Krystalloide auf dem Blutwege resorbiert, die einfachen Kolloide durch die Lymphkanäle. Absorption und Resorption der Flüssigkeiten vom unteren Teil des Respirationstraktus, von Lungen und Pleura aus folgen denselben Prinzipien, wie an anderen Teilen des Körpers, aber anatomische Struktur und physiologische Funktion führen zu manchen Unterschieden. Die Schnelligkeit der Resorption von Lunge und Pleura aus übertrifft die des Peritoneum und des subkutanen Gewebes. Krystalloide Substanzen werden schneller von der Lunge als von der Pleura aus resorbiert. Der Grund liegt in dem Gefäßreichtum und der großen Gesamtoberfläche der Alveolen. Die Absorption der Krystalloide von der Pleura aus wird nicht durch einen kurz zuvor gesetzten artefiziellen Pneumothorax mit Lungenkollaps beeinflußt. Akute Entzündungen der Pleura durch chemische Mittel (HCl, Mercurochrom) und akute Entzündungen des Lungenparenchyms (durch Bromgase) verzögern die Absorption der Krystalloide von Pleura bzw. Lunge, von Wichtigkeit für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Die Resultate der Diathermie bei Beckeninfektionen. Nach des Verf. reichen Erfahrungen ist Diathermie vielleicht die beste Methode für die Behandlung von gonorrhoischen Beckeninfektionen. Sie beseitigt die Schmerzen, verkleinert die Schwellungen und kann zu vollkommener Resolution führen. In Fällen, wo operative Maßnahmen notwendig werden, sind diese durch eine präoperative Diathermie wesentlich erleichtert, es wird dadurch eine glattere Heilung und ein geringerer Prozentsatz von postoperativen Wundinfektionen erzielt. Entgegen der Meinung, daß Diathermie bei undrainierten eitrigen Beckenprozessen kontraindiziert wäre, hatte Verf. auch bei großer Pyosalpinx oder tuboovariellen Abszessen gute Erfolge, vorausgesetzt, daß Gonorrhoe der ätiologische Faktor war. Von den drei Anwendungsarten, der abdominovaginalen, rektalen und sekralen ist die erste am meisten zu empfehlen, sie erfordert weniger Zeit und Strom zur Erreichung der gewünschten Temperatur von 44—45° in den Adnexen, also die letzte Methode und ist weniger unbequem für die Kranken als die rektale Methode. Mit 1500 bis 2500 MA wird eine vaginile Temperatur von 42—43° erreicht. Dauer der Sitzung 30—35 Minuten, Wiederholung in 3—5 tägigen Intervallen. Endocervicitis und Urethritis werden mit dem Corbus-Thermophor behandelt (bei 500—1000 MA). Bei chronischer Endocervicitis ist jedoch Koagulation vorzuziehen. Bei post partum Becken-Infektionen ist Diathermie kontraindiziert. Strepto-Staphylokokken und Colibazillen würden eine Höhe von 58—60° erfordern. Niedrigere Temperaturen begünstigen das Wachstum der Keime und fachen den Entzündungsprozeß eher an, wenigstens sicher bei akuten und subakuten Fällen.

Sporotrichose. Auf Grund einiger Fälle ein Beitrag zu diesem seit 25 Jahren immer häufiger beobachteten Krankheitsbild, das am häufigsten in der kutanen Form (sporotrichotischer Schanker mit Lymphengitis und lokaler Lymphadenitis seltener dissiminierte gummöse und ulcerative Form) auftritt. Die Krankheit kann aber auch alle andern Gewebe und Organe befallen. Alle beschriebenen Abarten des Keimes sind identisch mit dem Sporotrichum schenkii. Wo die Krankheit Haustiere, besonders Pferde häufiger befällt, findet man meistens auch menschliche Infektionen. Die Keime der Pferde- und Menschen-Sporotrichose sind identisch. Kontaktinfektion ist selten. Der Pilz findet sich besonders an Getreidehalmen, Sträuchern, Baumstümpfen. Weder im Ausstrichpräparat noch in Kulturen ist der Keim aus dem Eiter offener Abszesse zu erhalten, dagegen wächst er leicht, wenn man durch Aspiration aus uneröffneten Knötchen gewonnenen Eiter benutzt. Am häufigsten kommt die Sporotrichose bei Farmern, Früchte- und Gemüsehändlern, Beerenpflückern und Gärtnern vor. Die Eintrittspforte der Infektion ist ein leichtes Trauma. Inkubation und Verlauf langsam ohne Fieber und Schmerzen. Selten werden tiefere Gewebe ergriffen, selten kommt es zu Septikämie. Ein sicheres Heilmittel ist Jodkali innerlich und Lugolsche Lösung in lokaler Anwendung.

Physiologische Wirkungen von Spermatoxin. Aus Versuchen bei Ratten, Kaninchen und Meerschweinchen, die Injektionen einer Suspension von Sperma in Salzlösung erhielten, geht hervor, daß im Blute der männlichen Tiere entwickelte Spermatoxine keine Wirkung auf die Spermatogenese oder auf das reife Sperma im Genitaltrakt haben. Vorübergehende Aspermatogenese wird wohl in manchen Versuchen gefunden, ist aber nicht die Folge einer spezifischen Reaktion — sie ist viel zu unregelmäßig in ihrem Erscheinen —, sondern die einer allgemeinen Reaktion des Organismus. Ebenso zeigen die Versuche, daß Spermatoxinbildung im Blute der weiblichen Tiere die Reaktion der Eier gegen das Sperma gar nicht beeinflußt. Wenn es bei trächtigen Tieren zu Abort der Eier oder der Embryonen kommt, so ist das die Folge der Anaphylaxe. Eine Verspätung des trächtigen Zustandes ist nicht regelmäßig und höchstens von kurzer Dauer; die Ursache dafür liegt wahrscheinlich eher in physischen Störungen als in der Wirkung von Antikörperreaktionen.

Die Behandlung der Thromboangiitis obliterans. Vorläufige Mit-Mitteilung. Bei der Krankheit spielt Heredität eine große Rolle. Ob es sich um eine primäre Anomalie des Blutes, der Blutgefäße, des Sympathikus- oder des endokrinen Systems handelt, ist noch ungewiß. Spontane Remissionen sind häufig, aber von den zahlreichen in den letzten 15 Jahren beobachteten Fällen war es bei den meisten Kranken innerhalb von 5 Jahren nach Einsetzen der Symptome zur Amputation gekommen. Verf. hat nunmehr mit großem Erfolge während der letzten 3 Jahre bei 66 Patienten intravenöse Injektionen hypertonischer Salzlösung angewandt. Er benutzt 5% NaCl-Lösung und gibt bei der 1. Injektion 150 ccm, bei den folgenden 300 ccm, anfangs dreimal, später zweimal wöchentlich und noch seltener. Oft ist monatelange Behandlung nötig. Dauer des Einlaufenlassens 10 Minuten. Die 15 g NaCl werden in 48 Stunden durch den Harn ausgeschieden. Trinken großer Mengen Wassers und strenges Rauchverbot. Die Kranken erhielten möglichst keine andere Behandlung, die Besserung begann nach wenigen Wochen, die Schmerzen hörten auf, die Temperatur der Extremität nahm zu, die Nägel wuchsen, die Ulcera heilten. In mehr als 2500 Injektionen keine nachteiligen Nebenerscheinungen. In 4 vor Beginn der Behandlung weit vorgeschrittenen Fällen kam es zu Amputationen, die mit Erfolg unterhalb des Knies vorgenommen werden konnten. Wenn auch die Zeit der Besserung noch zu kurz für ein definitives Urteil ist, so ist doch die Auffassung berechtigt, daß die Behandlung dem Fortschreiten der Krankheit Einhalt tut und sehr viele Kranke erheblich bessert und wieder arbeitsfähig macht.

Kalkresorption von den Verdauungsorganen aus beim Menschen. Im Hinblick auf viele Berichte, die der Kritik nicht standhalten, unternehmen Verff. unter allen Kautelen neue Versuche an 10 Studenten mit anscheinend normalem Kalkstoffwechsel. Kalkbestimmungen nach einer eigenen kolorimetrischen Methode. 20 g Dosen von Calcium lactatum ergeben eine durchschnittliche, maximale Erhöhung des Kalkgehalts im Blute um 81% zwischen 4 und 5 Stunden nach der Verabreichung. Etwa 4 Stunden lang blieb der Kalkgehalt über der Norm. Nach 5 g Dosen trat die durchschnittliche maximale Erhöhung um 80% zwischen der 6. und 7. Stunde ein, und der Kalkgehalt blieb etwa 9 Stunden über der Norm. 2 g Dosen führten nur zu einer Erhöhung um durchschnittlich 41%, und der Kalkgehalt war nach 1½ Stunden wieder normal. Diese Resultate weichen wesentlich von den Angaben ab, daß die Kalkkonzentration im Blute durch orale Gaben von Kalksalzen nicht erhöht werden kann. Dosen von 5 g würden die besten therapeutischen Erfolge geben. Die schnelle Rückkehr zur Norm nach 20 g Dosen beruht wahrscheinlich auf einer vermehrten Reizung der Darmschleimhaut.

86., Nr. 24, 12. Juni 1926.

Diagnose in der orthopädischen Chirurgie. Ober.
Formen der Neurosyphilis mit Bezug auf die Behandlung. Bunker.
Vorgeschrittene Meningokokken-Meningitis. Peet.
* Albuminurie bei Kindern. Calvin, Isaacs und Meyer.
Chirurgisches Risiko bei Herz- und Gefäßkranken; Erkennung und Maßnehmen. Phelps.
* Tumoren der Cauda equina. Wolfsohn und Morrissey.
* Röntgenographie und Therapie mit Jodölen. Belfield und Rolnick.
Diphtherischer Abguß des Bronchialbamus. Bly.
* Kunstgriff zur Erleichterung des Katheterismus eines stark gewundenen Ureters. Lewis und Carrol.
* Deformität der Magenblase bei Karzinom. Buckstein.
Ein Hornhautschutz. Adson und Schroeder.
Paraffin in einem Herniensack. Andrews.

Albuminurie bei Kindern. Einige Albuminurien mögen als physiologische angesehen werden, doch können viele andere Faktoren maßgebend sein, deren Entfernung die Anomalien zu dauerndem Verschwinden bringt, so Infektionsherde, besonders chronisch infizierte Tonsillen, Adenoide, Nasenhöhlenentzündungen, Zahnabszesse. Sehr häufig sind Unterernährung und Anämie vorhanden. Die Albuminurie ist nur ein Symptom einer allgemeinen Störung des Organismus, ein Teil des Krankheitsbildes, das mit Unterernährung und fehlerhaftem Blutvolumen und Blutumlauf einhergeht und aus dem eine Funktionsstörung von Körpergeweben entsteht. Obwohl die Bedeutung dieser einfachen gutartigen Albuminurien den Eltern gegenüber nicht übertrieben werden darf, so muß doch jeder Fall während der Wachstumperiode und darüber hinaus unter ärztlicher Kontrolle bleiben. Verff. unterscheiden eine Albuminurie durch mangelhafte Ernährung oft mit Anämie, Untergewicht, systolischem Geräusch, oft Infektionsherden, eine orthostatische und eine idiopathische oder Wachstumsalbuminurie. Die Behandlung richtet sich gegen Infektionsherde, Anämie und Unterernährung. Warnung vor übertriebenen Ruhekuren oder zu großen Einschränkungen der Eiweißdiät.

Tumoren der Cauda equina. Die Diagnose wird meistens erst spät gestellt weil das klinische Bild im Gegensatz zu den akut entzündlichen oder traumatischen Erkrankungen der Cauda equina unbestimmt ist. Fehldiagnosen sind Ischias, Gallenblasenerkrankung, Appendicitis, Neuritis, Morbus, Pottii, Lumbago, Erkrankung des Sacroiliakalgelenks. Röntgendurchleuchtung und Lumbalpunktion sind von geringem, kombinierte Zisternen- und Lumbalpunktion von etwas größerem Wert, Luftinjektion erzeugt, angeblich Schmerzen an der Stelle der Erkrankung, das wertvollste diagnostische Mittel ist die Injektion von 2—3 ccm Lipiodol in die große Zisterne. Damit lokalisierten Verff. in 2 Fällen, die keine eindeutigen, neurologischen Befunde zeigten — nach 13 bzw. 13½ jährigen Fehldiagnosen — aufs Genaueste die Erkrankung in der Höhe des 3. Lumbalwirbels. Die Operationen bestätigen die Lokalisation und ergaben ein Fibrom im einen, ein Angiom im andern Falle, m letzteren unterhalb und oberhalb des Tumors die von Cushing beobachtete Xanthochromie im einen, ein Angiom im andern Falle, im letzteren unterhalb und Schmerzen im Perineum, ausstrahlende, im Liegen verstärkte, im Gehen verringerte Schmerzen, schwere Verstopfung, Anästhesie über der rechten Glutaealgegend und dem hinteren Teil des Oberschenkels, wohl auf den Sitz der Erkrankung deuten.

Röntgenographie und Therapie mit Jodölen. Verff. studierten an 72 Männern die therapeutischen Wirkungen nach meistens doppelseitiger Injektion von Jodölen in die Samengänge mit unmittelbar darauffolgenden Röntgenogrammen. Lipiodol und Jodipin (Jodlösungen in vegetabilischem Oel) haben 2 Nachteile, sie sind nicht resorbierbar und verursachen nach längerem Verbleiben in den Geweben Reizung und Narbenbildung. Das beobachteten sie auch bei diesen Versuchen. Dazu kam, daß die Samenbläschen sich infolge der Viskosität der Drogen nur schwer und oft unvollkommen füllten. Sie machten daher Versuche mit den leichter resorbierbaren tierischen Oelen und fanden 2 Lösungen besonders geeignet: 1. 10 g Jodol in 40 g Leberthran (18% Jodgehalt), 2. 10 g Jodthymol in 30 g Leberthran (12% Jodgehalt). Nach beiden verschwinden Gonokokken und andere pyogene Bakterien rasch. Beide füllten die Samenblasen ohne großen Druck, verursachten keine perivasale Narbenbildung und wurden resorbiert. Zum Beweise: Röntgenbilder nach Injektion von Lipiodol in die Scheide des linken, bzw. von Jodolöl in die des rechten vas deferens. Nach 21 Tagen war das Jodolöl verschwunden, das Lipiodol unverändert. Bei chronischer Urethritis posterior oder Striktur besteht oft Atonie des Ductus ejaculatorii, wodurch Harn beim Urinieren in die Samenbläschen eintritt (Befund von Harnsalzen aller Art in denselben). Verff. injizierten Medikamente in die Blase und ließen dieselbe bei komprimierter Harnröhre entleeren. Dazu eignen sich Jodöle ganz besonders, die in dem übrigens seltenen Falle des Uebergangs in das vas deferens, was durch Röntgenbilder illustriert wird, niemals über den Schwanz des Nebenhodens hinausgehen und nie Schmerzen oder Reizungen verursachen. Das Jodolöl gibt ziemlich gute, wenn auch etwas weniger dichte Schatten, als 10% Collargol und Lipiodol. Vielleicht ist es auch auf andern Gebieten als unschädlicher, billiger Ersatz des Lipiodols benutzbar, denn deutliche Samenbläschen-Röntgenbilder sind im allgemeinen nicht leicht zu erhalten. 20% Jodnatrium und 10% Tetrajod geben keine deutlichen Schatten. Verff. machen auf die Wichtigkeit des Bogrosschen Raums aufmerksam. Die Scheide des Beckenteils des vas deferens setzt sich meistens nicht in die des Hodenteils fort, beide enden in dem lockern Bindegewebe am innern Inguinalring, was durch Röntgenbild demonstriert wird. In diesem Bogrosschen Raume kommt es daher durch Fortleitung von den infizierten Samenbläschen aus öfters zu schmerzhafter Schwellung, selbst Eiterung, was zu der irrtümlichen Diagnose einer Hernie Anlaß gibt und besonders für die Unfallversicherung von Bedeutung ist. Der Vertrauensarzt einer Unfallversicherungsgesellschaft konnte in 2 Jahren 46 solcher traumatischen Pseudohernien feststellen und durch Behandlung der Samenbläschen zur Ausheilung bringen.

Kunstgriff zur Erleichterung des Harnleiterkatheterismus bei stark gewundenem Ureter. Der Katheter fand 2½ cm oberhalb der Harnleitermündung in die Blase Widerstand, das Jodöl gab nur ein partielles Ureterogramm. Ersichtlich handelte es sich um eine starke Nierensenkung ins Becken mit Verzerrung und Abknickung des Ureters. Durch manuelle Handgriffe wurde in Beckenhochlagerung die Niere aufwärts ins Abdomen verlagert, wodurch es gelang, den Ureter soweit zu strecken, daß die vielfachen, winkligen Biegungen desselben durch den Katheter überwunden werden konnten. Ein gutes Pyelo- und Ureterogramm zeigte die verlagerte pyomphrotische Niere und den gewundenen Ureter.

Deformität der Magenblase bei Karzinom. Die normale Magenblase variiert in Größe und Form, aber ihre Umrisse sind immer regelmäßig. Bei sorgfältiger Beobachtung können Unregelmäßigkeiten der Magenblase infolge Projektion einer Infiltrationsmasse beobachtet werden, und auf diese Weise kann eine Karzinomdiagnose sogar ohne Bariummahlzeit gestellt werden. Barium macht das Bild noch klarer. Verf. bringt neben einer normalen Magenblase Röntgenbilder von 3 operativ bestätigten Kardiakarzinomen mit verschiedenen Graden der Deformität der Magenblase.

Rontal.

Long Island Medical Journal.

20., Nr. 5, Mai 1926.

* Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation bei Erwachsenen. Walter Truslow.
* Ein neuer Apparat zur Bluttransfusion. John M. Scannell.
Bilaterales Gliom der Retina. Robert M. Rogers.
Die Bowensche Krankheit. Binford Throne.
Bemerkungen über die allgemeine medizinische Praxis. William Lathrop Love.

Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation bei Erwachsenen. Die Ursache der kongenitalen Hüftgelenksluxation ist unbekannt, jedoch wird im allgemeinen angenommen, daß der Mechanismus, welcher dazu führt, in einer schlechten Position des Femurkopfes zu suchen ist. Die Deformität ist in den ersten zwei oder drei Jahren sehr gering und wird häufig übersehen. Mit den Jahren jedoch wird die Komplikation stärker und die Reparation dementsprechend auch schwieriger. Diese Schwierigkeit liegt erstens im Widerstand der Muskeln, welche gekürzt werden müssen und man hat häufig beobachtet, daß nach der Muskelkürzung auch eine Verringerung des Aktionsradius des betreffenden Beines eintritt. Zusammenfassend kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß die knöcherne Deckung durch Knochenplastik und Knochentransplantation an den Femurköpfen bei Erwachsenen mit sehr starken Schwierigkeiten verbunden ist. Es ist weit wesentlicher, darauf zu achten, daß der Aktionsradius bei möglichst anatomischer Normalstellung möglichst groß ist; jedoch darf der Aktionsradius nicht zu Gunsten der anatomischen Normalstellung benachteiligt werden; denn es kommt vor allen Dingen darauf an, wie der betreffende Patient sich möglichst gut und schmerzfrei fortbewegen kann. Hat man eine doppelseitige Hüftgelenksluxation, so soll die Operation nicht etwa an beiden Seiten zu gleicher Zeit vorgenommen werden, sondern nacheinander, damit jede Seite für sich erst ihre Funktion wieder übernehmen kann.

Ein neuer Apparat zur Bluttransfusion. Unter den vielen Problemen in der Technik der Bluttransfusion betrachtet Scannell außer der direkten Art noch die Transfusion des gesamten Blutes und er meint mit dem letzteren Ausdruck, daß das Blut unmodifiziert ist. Verfasser hat nun einen neuen Apparat konstruiert, mit dem er direkt vom Spender zum Empfänger das unumgearbeitete Blut transfundiert. Er ist der Ansicht, daß bei einer Bluttransfusion nur unmodifiziertes Blut benutzt werden sollte, wobei die Vorbedingungen von ihm folgendermaßen festgelegt werden: es ist notwendig, daß 4 Millionen rote Blutkörperchen und ein Hämoglobingehalt von 80% vorhanden sind; ferner muß der Patient frei sein von Lues und Malaria. Verfasser geht sogar soweit zu sagen, daß er den Erfolg der Bluttransfusion abhängig macht von der Vollkommenheit der notwendigen Apparate und Instrumente, von der genauen Kenntnis der Technik und von der Erfahrung.

20., Nr. 6, Juni 1926.

Das Krankenhaus in bezug auf sein Gesundheitswerk. A. B. Denison.
* Konservative Behandlung der Schwangerschaftstoxämie. George W. Kosmak.
Syphilis und ihre Behandlung. E. Almore Gauvain.
* Appetitlosigkeit bei Kindern. Elias H. Bartley.
Beziehungen zwischen pathologischen und Röntgenbefunden. Gustav Bucky.
* Gonorrhoe bei der Frau. Emily Dunning Barringer.

Konservative Behandlung der Schwangerschaftstoxämie. Mit dem Anwachsen und der Entwicklung der modernen Geburtshilfe ist die Aufmerksamkeit immer mehr und mehr auf eine Gruppe von Störungen in der Schwangerschaft gerichtet worden, welche allgemein heute als Schwangerschaftstoxämie bezeichnet werden. Man kann nicht sagen, daß der Ausdruck sehr günstig gewählt sei, noch haben wir es mit einer Krankheitseinheit zu tun. Noch vor nicht allzulanger Zeit hat man solche Störungen als normale Begleiterscheinungen der Schwangerschaft angesehen und erst dann eingegriffen, wenn diese Störungen eine Lebensgefahr verursachten. Diese Störungen, wie die Schwangerschaftnephritis, die hyperemesis gravidarum und Eklampsie sollen nach Möglichkeit konservativ behandelt werden. Sehr häufig ist man geneigt, bei Schwangerschaftsnephritis zur Unterbrechung zu schreiten; aber das sollte man erst dann tun, wenn klinische Behandlung völlig versagt haben. Das Brechen, welches in den ersten Monaten häufig auftritt, geht durch Injektionen mit Ovoglandol oder anderen entsprechenden Präparaten sehr rasch zurück und verschwindet bald gänzlich. Was nun die Eklampsie anbelangt, so ist sie immer noch die schwerste und ernsteste Störung während der Schwangerschaft. Gegen den auftretenden hohen Blutdruck wird Aderlaß empfohlen; Morphium, Chloral, Magnesiumsulfat (intravenös und intramuskulär) und Paraldehyd sind wohl die gebräuchlichsten konservativen Maßnahmen. Bei allem Konservatismus jedoch muß man stets seine Grenzen kennen, um nicht durch ein versäumtes Eingreifen zwei Menschenleben zu vernichten, wo es — und das gilt besonders für die Eklampsie — möglich gewesen wäre, bei rechtzeitigem Eingreifen zwei oder sicherlich ein Menschenleben zu erhalten.

Appetitlosigkeit bei Kindern. Die Appetitlosigkeit ist ein Symptom von einer Menge von Unpäßlichkeiten und Krankheiten. Sie kann akut und von kurzer Dauer sein; sie kann aber auch Wochen und Monate, ja sogar Jahre hindurch andauern. Sehr schwer ist es häufig, die Ursache der Appetitlosigkeit zu ergründen und ebenso kompliziert ist es auch zuweilen, sie zu beheben. Bei Kindern nun wird man im allgemeinen schwere Störungen im Appetit vermeiden, wenn man ihnen nur dem Alter entsprechende Nahrung gibt und gewisse Nahrungsmittel, wie viel Zucker und Fett sowie dauernd wechselnde Zubereitung vermeidet. Ein sehr wichtiger Faktor ist auch die Beobachtung der regelmäßigen Speisenabfuhr; denn es ist klar, daß besonders bei Säuglingen diese eine äußerst große Rolle für das Allgemeinbefinden und damit für den Appetit spielt und demzufolge ebenso wichtig ist, wie eine geordnete Speisenzufuhr.

Gonorrhoe bei der Frau. Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe ist eins der schwierigsten Probleme, welches wir kennen. Besonders schwierig ist die Behandlung, weil wir es nicht mit einem einheitlichen Sitz der Infektion zu tun haben. Es darf nicht vergessen werden, daß bei der Frau die Urethra, die Vagina, die Cervix uteri und sogar mitunter das Rektum behandelt werden müssen. Infolgedessen wird man sich auch, da jeder der Autoren seine Methode für die richtige hält, niemals auf eine allgemeine Behandlungsweise einigen können und demzufolge müssen die verschiedenen Statistiken auch verschieden gewertet werden. Verfasser gibt in seiner Arbeit die örtliche Behandlung mit Zinkchlorat, Mercurochrom und Argent. nitr. an. Die allgemeine Behandlung mit Wärme und Bettruhe ist bekannt und bringt nichts Neues.

Hofbauer, Berlin.

Journal of Infectious Diseases.

38., Nr. 6, Juni 1926.

* Versuche mit Mercurochrom als Gallenantiseptikum. Meyer, Sommer u. Eddie.
* Bakteriologische Untersuchungen über die periapicale Zahninfektion. Haden.
* Schleimhautimmunität gegen Pneumokokken bei Kaninchen. Cooper.
Studien über Milzbrandimmunität. II. Immunisierung von Schafen mit durch Kochsalz abgeschwächten Milzbrandbazillen. Schilling.
Cellobiosespaltung durch die Coli-Aerogenesgruppe. Koser.
Virulenzsteigerung von Clostridium chanvoei durch Eisensalze. Scott.
* Pneumokokkentypen bei Pneumonien von Kindern. Weslund.
Aenderung der Säurefestigkeit von Tuberkelbazillen mit Oleinsäure oder Olivenöl. Mc. Junkin.
Behandlung tuberkuloseinfizierter Meerschweinchen mit nicht säurefesten Tuberkelbazillen. Mc. Junkin.
* Eine Hautreaktion bei Polyomyelitis. Rosenow.
* Weitere Untersuchungen über die Präzipitinreaktion bei Polyomyelitis. Rosenow.
Tularämie bei wilden Ratten. Dietler u. Rhodes.

Versuche mit Mercurochrom als Gallenantiseptikum. Intravenös injiziertes Mercurochrom wird bei Kaninchen in der Galle ausgeschieden. Es erscheint dort in Konzentrationen, die 10 000 000 Typhusbazillen in 6 bis 24 Stunden abtöten. Kaninchen wurden durch intravenöse Injektionen von Typhusbazillen zu Bazillenträgern gemacht. Eine Gallendesinfektion mit Mercurochrom gelang nicht.

Bakteriologische Untersuchungen über die periapicale Zahninfektion. Es finden sich am häufigsten anhämolytische Streptokokken. Hämolytische Streptokokken wurden selten nachgewiesen. Als gewöhnlichste Typen wurden differenziert der Streptococcus fecalis, mitis und salivarius.

Schleimhautimmunität gegen Pneumokokken bei Kaninchen. Es gelang, Kaninchen gegen Pneumokokken vom Typ I zu immunisieren, wenn man ihnen abgetötete Pneumokokken unter die Wangenschleimhaut injizierte. Die Immunität dauerte vier Monate. Auf subkutanem oder intrakutanem Wege war ein Schutz vor der Infektion nicht zu erzielen.

Pneumokokkentypen bei Pneumonien von Kindern. Bei 69 Fällen von Lobärpneumonien und 34 Fällen von Bronchopneumonie wurden im Nasenrachenwaschwasser in 60,8% der Lobärpneumonien und in 52,6% der Bronchopneumonien Pneumokokken gezüchtet. An Typen fanden sich der Häufigkeit nach Typus 4, 2, 1 und 3. Bisweilen wurden in einem Fall zwei verschiedene Typen nachgewiesen. Bei 13 nicht pneumonischen Erkrankungen der Atemwege wurden Pneumokokken in 92% festgestellt. Von 48 gesunden Kindern waren 58% Pneumokokkenträger.

Eine Hautreaktion bei Polyomyelitis. Verfasser beschreibt eine Intrakutanreaktion mit einem aus dem Streptococcus pleomorphus gewonnenen Toxin. Sie soll bei frischen Fällen von Polyomyelitis und bei Empfänglichkeit positiv sein, bei Rekonvaleszenten negativ. Ein Immunserum, das durch Behandlung von Pferden mit dem Streptococcus pleomorphus hergestellt wurde, neutralisiert das Toxin und hat einen deutlichen Einfluß im Frühstadium der Krankheit.

Weitere Untersuchungen über die Präzipitinreaktion bei Polyomyelitis. Die Reaktion wird angesetzt mit Pferdeimmunserum und Extrakten von Nasenrachenwaschwasser. Sie fällt positiv aus in fast allen Fällen von Polyomyelitis im Frühstadium. Zwei bis drei Wochen nach Beginn der Krankheit verschwindet sie. Personen, bei denen die Reaktion negativ war, so lange sie sich fern von einer Epidemie aufhielten, zeigten kurz nach Eintreffen im Gebiet der Seuche eine positive Reaktion. Die Immunität gegen Polyomyelitis und der Nachweis der spezifischen Streptokokken gehen nicht parallel. Polyomyelitisstreptokokkenträger wurden nicht nur Individuen, die die Krankheit noch nicht überstanden hatten, sondern auch solche, die nachweislich an Polyomyelitis gelitten hatten.

Henning, Berlin.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

42., Nr. 6, Juni 1926.

* Sympathektomie bei Raynaudscher Krankheit, Erythromelalgie und anderen vaskulären Krankheiten der Extremitäten. Loyal Davis.
Neuere Entwicklung der peroralen Endoskopie, Oesophagoskopie und Bronchoskopie. Gabriel Tucker.

* Diabetische und arteriosklerotische Gangrän der unteren Extremitäten. Eldridge L. Eliason.
Subakute Intussusception an der Flexura ileocolica nach Ileumkarzinom. J. G. Probstein.
Kiemenfistel; ihre klinische Beziehung zur Irritation des Vagus. Louis Carp.
Wirkung der Hydrogen-Ionen Konzentrationsveränderung auf die Motilität der menschlichen Spermatozoen. Maurice Muschat,
Klinische und pathologische Studie über Cholecystitis und Cholelithiasis. Stanley H. Mentzer.
* Gingivitis proliferativa bei Schwangerschaft. Samuel Monash.
Torula-Infektion beim Manne. J. L. McGehee.
* Chirurgie bei tuberkulösen Patienten. F. Webb Griffith.
* Rattenbiß-Fieber. Walter E. Hennerich.
Der Kaiserschnitt, Anzahl und Technik am Cook County Hospital in den letzten 11 Jahren. Henry F. Lewis.
Chirurgische Behandlung von Leberabszessen. Ulises Valdes.
* Cholecystgastrostomie. Waltman Walters.
* Technik der Uterus-Suspension. Irvin Abell.
Zur Technik der Hysterektomie. F. G. Du Bose.

Sympathektomie bei Raynaudscher Krankheit, Erythromelalgie und anderen vaskulären Krankheiten der Extremitäten. Die Chirurgie ist zur Zeit in einem Stadium von Enthusiasmus bei operativen Maßnahmen, welche am sympathischen Nervensystem vorgenommen werden. Eine ungeheuer voluminöse Literatur berichtet über die praktischen Ergebnisse von periarterieller Sympathektomie in einer großen Anzahl von verschiedenen Krankheiten; besonders aber lesen wir über Erfolge bei vaskulären und trophischen Störungen an den Extremitäten. Die peripheren Blutgefäße erhalten ihre sympathische Innervation auf dem Wege der somatischen Nerven. Die Unterbrechung der sympathischen Innervation beim Manne zieht sowohl Hyperämie wie auch eine Hyperthermie nach sich; beide Erscheinungen verschwinden allmählich in ein bis zwei Wochen nach der Operation. Bei gewissen vaskulären Krankheiten, welche durch paroxysmale vasomotorische Symptome und das Fehlen der organischen Gefäßpathologie gekennzeichnet sind, folgt der Unterbrechung des Sympathikus eine Besserung der Symptome. Unter diese Gruppe zählen wir die Erythromelalgie und die Raynaudsche Krankheit. Bei der Kontrolle der peripheren Zirkulation haben wir eine Menge physiologischer Faktoren zur Verfügung, von welchen die Gefäßmuskulatur und der Gefäßdurchmesser nur einen Teil darstellen. Bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnis über die Pathologie der Gruppe der vaskulären Krankheiten, welche wir gewöhnlich als vasomotorische Neurosen bezeichnen, sind wir außerstande die Wirkungen vollkommen zu erklären, welche wir durch die Unterbrechung der sympathischen Innervation an den Extremitäten sehen.

Diabetische und arteriosklerotische Gangrän der unteren Extremitäten. In der vorliegenden Abhandlung über die diabetische und arteriosklerotische Gangrän der unteren Extremitäten gibt Verfasser eine Uebersicht über 100 Fälle. Er hat, wie er angibt, seine Fälle ganz präzise ausgewählt, um das Interesse zu wecken. Die bessere Kenntnis der Gangrän bei Diabetikern und Arteriosklerotikern soll auch eine ausgebreitetere Rettung der Extremitäten und damit auch des Lebens dieser unglücklichen Opfer nach sich ziehen. Je mehr Fälle von diabetischer Gangrän man sieht, um so größer wird die Sicherheit der Tatsache, daß sie der Alters- oder arteriosklerotischen Gangrän mit den lokalen und allgemeinen Störungen des Metabolismus gleicht. Ein Fünftel bis ein Viertel aller Diabetiker sterben infolge von Gangrän. Infolgedessen muß man beizeiten die auftretenden Komplikationen korrektestens und auf das Energischste behandeln. Die diabetische Gangrän tritt gewöhnlich ein Dezennium vor der Altersgangrän auf. Die letztere Art finden wir öfter bei Männern; der diabetische Typ ist um ein geringes nur bei Männern häufiger als bei Frauen, welche rascher an der Krankheit und auch ein Dezennium im Leben früher sterben als die Männer. Ein Trauma — und sei es noch so gering — ist ein sehr wichtiger Faktor in bezug auf das Zustandekommen von Gangrän bei Diabetikern. Nierenstörungen sind bei der diabetischen Form viel häufiger beobachtet worden, als bei der arteriosklerotischen. Es scheint, daß die Frauen jünger mit einer niedrigeren Hyperglykämie sterben, als die Männer, welche länger mit einem höheren Blutzuckergehalt leben. Es ist sehr angezeigt, Insulin und Diät vor und nach der Operation wenn möglich anzuwenden; aber die Operation sollte doch in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle so schnell wie möglich vorgenommen werden, und zwar empfiehlt es sich, wenn möglich in Leitungsanästhesie zu operieren. Es ist viel wichtiger, möglichst früh und hoch zu operieren, als an die Schönheit des Stumpfes zu denken, was häufig eine Reamputation und damit die Erhöhung der Mortalität nach sich zieht; die Operation wird selbstverständlich einseitig ausgeführt. Diabetikern kann man nicht oft genug zu ausgiebiger Hygiene und Beobachtung ihrer Extremitäten raten.

Gingivitis proliferativa bei Schwangerschaft. Kieffer hat die Mundkrankheiten, welche während der Schwangerschaft auftreten, in drei Klassen eingeteilt:

1. Neuralgien,
2. Gingivo-Stomatitiden,
3. Progressive Karies.

Rosenstein fügte noch eine vierte Klasse, nämlich die der Neubildungen hinzu und Poletti vervollständigte die Tabelle mit der Hyperaktivität der Speicheldrüsen, Parästhesie der Mucosa und krankhaften Prozessen am Periost und Knochen. Die vom Verfasser berichteten sechs Fälle zeigen tumorähnliche Massen am Gaumen schwangerer Frauen und zwar begann das Wachstum zu verschiedenen Zeiten während der Schwangerschaft, sie wurden größer ohne Behandlung und wurden spontan wesentlich kleiner, ja einige verschwanden sogar vollkommen nach der Entbindung. Diese Gewächse, welche unsere Aufmerksamkeit infolge ihres Sitzes erregen, sind im allgemeinen nicht isoliert, sondern von einer allgemeinen Gingivitis begleitet. Wenngleich diese Erscheinungen inflammatorischen Charakter zeigen, können sie doch nicht als Tumor bezeichnet werden. Eine Gingivitis, welche ausschließlich während der Schwangerschaft vorkommt, gibt es nicht. Die Behandlung soll in der Ausschaltung aller irritierender Faktoren und wenn nötig, in der Exzision der Neubildung spätestens ein oder zwei Monate nach der Entbindung bestehen.

Chirurgie bei tuberkulösen Patienten. Es ist nicht immer die Hauptsache, die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose zu erörtern, sondern es ist weit wichtiger, sich über die Konsequenzen und Erscheinungen nach allgemeinen chirurgischen Eingriffen bei Lungenkranken klar zu sein. Wenn irgend möglich, sollte nur Lokalanästhesie bei chirurgischen Eingriffen angewandt werden. Die Lungentuberkulose ist keine absolute Kontraindikation gegen chirurgische Eingriffe; im Gegenteil, viele Patienten werden sehr günstig nach der chirurgischen Ausschaltung der Komplikationen, welche ihre Heilung verzögerten, beeinflußt durch die Operation. Handelt es sich um weibliche Kranke, welche schwanger werden, so sollte möglichst frühzeitig die Unterbrechung vorgenommen werden. Ist es aber dagegen möglich, die Schwangerschaft bis zu Ende gehen zu lassen, so ist das natürlich sehr gut, jedoch darf das Leben der Patientin nicht unnütz durch eine erst in den späteren Monaten vorgenommene Unterbrechung gefährdet werden.

Rattenbiß-Fieber. Der reizende Faktor beim Rattenbiß-Fieber scheint die Spirochaeta morsus muris zu sein, obwohl einzelne Autoren den Streptothrix ebenfalls bei dieser Krankheit beschrieben haben. Rattenbiß-Fieber wird im allgemeinen als infektiöse Krankheit bezeichnet. Sie ist charakterisiert durch den Paroxysmus des Fiebers, durch inflammatorische Reaktion in der Wunde, durch Vergrößerung und Empfindlichkeit der peripheren Lymphdrüsen und durch ein lokales oder zuweilen auch generelles Exanthem. Daß diese Krankheit äußerst selten ist, wissen wir, seit Wilcox im Jahre 1840 Rattenbiß-Fieber zuerst beschrieben hat; wir lesen häufig in der Literatur über Rattenbiß, sehr selten jedoch über Rattenbiß-Fieber. Zur ganz präzisen Diagnosestellung muß man zunächst die absolut positive Anamnese eines Rattenbisses und die dazu gehörige typische Temperaturkurve haben. Einen weiteren sehr wichtigen Faktor zur Erkenntnis bildet die bläuliche Verfärbung am Wundsitze mit lokaler gefleckter Eruption über dem Handrücken und dem Handgelenk. Die Inkubation dauert zehn Tage und nach spätestens dieser Zeit tritt die Inflammation am Wundsitz ein mit vergrößerten und schmerzhaften Lymphknoten. Es ist beobachtet worden, daß polymorphkernige Leukozyten manchmal vermehrt und dagegen der Hämoglobingehalt vermindert sind.

Cholecystgastrostomie. Eine Anastomose zwischen der Gallenblase und dem Magen gestattet den direkten Fluß des Gallensaftes; sie ist besonders dann wichtig, wenn der Magen geschädigt ist in seinem distalen Teile, wo der Ductus biliacus communis einmündet. Außer den allgemein notwendigen Vorsichtsmaßregeln, welche man bei Operationen überhaupt ergreift, muß die Hauptsorge auf die Verhütung einer postoperativen Hämorrhagie gerichtet sein. Es empfiehlt sich, vor der Operation dem Patienten intravenöse Kochsalzinfusionen zu geben, damit das Gewebe möglichst frisch und widerstandsfähig ist. Eine Blutung in die Gallenblase oder in den Magen verhütet man naturgemäß durch absolut sicherliegende und mehrfach kontrollierte Gefäßunterbindungen. Einen Zug an der Nahtlinie der Anastomose kann man dadurch verhindern, daß man den Teil des Magens, welcher proximal von der Anastomose liegt, am ligamentum falsiforme aufhängt.

Technik der Uterus-Suspension. Entgegen den häufig auftretenden Meinungen, daß in Amerika die Jodtinktur sehr wenig Anwendung findet, ist es sehr interessant, zu erfahren, daß Verfasser nicht nur zur Vorbereitung einen Tag vor der Operation das Abdomen völlig mit Wasser und Seife abwäscht und gänzlich rasiert, sondern auch am Morgen des Operationstages das Operationsfeld mit zweiprozentiger Jodtinktur appliziert, was sich wiederholt, wenn der Patient auf dem Operationstisch liegt. Ein großes Stück des ligamentum latum wird heraufgezogen und mit dem ligamentum rotundum an der unteren Fläche des Fascie des Obliquus verankert; dadurch wird die Aufhängung sehr fest. Alle Nähte an den Ligamenten werden außerhalb der peritonealen Kavität vorgenommen, wodurch eventuellen peritonealen Verwachsungen nach Möglichkeit entgegengearbeitet wird. Die Beckendimensionen werden in keiner Weise verändert, auch ist ein Rückfall äußerst selten beobachtet worden; im Gegenteil hat diese Art der Uterus-Suspension gezeigt, daß keinerlei Komplikationen bei eventuellen späteren Schwangerschaften auftreten.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Dr. M. Bickel: **Das Asthma und seine Behandlung.** Kurarzt in Reichenhall. Der Arzt als Erzieher, Heft 52. Gmelin, München. Preis 1,50. — Die beachtenswerte kleine Schrift, die das 52. Heft der Sammlung: „Der Arzt als Erzieher" bildet, gibt in gemeinverständlicher Weise einen Begriff von der Mannigfaltigkeit der Probleme in der Asthmafrage, von der Schwierigkeit der Differentialdiagnose und schließlich von der Therapie, deren Reichhaltigkeit hier von berufenster Seite erörtert wird. Besonders auf die erzieherische Komponente, die grade beim Asthma von Wichtigkeit ist, legt Verf., wie es im Rahmen der Tendenz liegt, großen Nachdruck, ohne indessen alle anderen älteren wie modernen Behandlungsmethoden zu vernachlässigen. Daß diese sämtlich in Reichenhall angewendet werden können, ist ein wesentlicher Vorteil des altberühmten Asthmabades. Die Arbeit bildet in ihrer Klarheit, Uebersichtlichkeit und Lückenlosigkeit eine wertvolle Ergänzung der Lehrbücher, nicht nur für den Facharzt, sondern vor allem für den praktischen Arzt und nicht zuletzt auch für den Patienten.

Haber.

Psychologie und Medizin. Vierteljahrsschrift für Forschung und Anwendung auf ihren Grenzgebieten. Organ der Psychologischen Gesellschaft zu Berlin und der Arbeitsgemeinschaft für praktische Psychologie in Berlin. Herausgegeben von Dr. R. W. Schulte, Berlin. Verl. Enke, Stuttgart. — Unter Mitwirkung von Sommer-Gießen, Moll-Berlin, Wirth-Leipzig und Goldschmidt-Münster gibt R. W. Schulte die vorliegende Zeitschrift für die Grenzgebiete Psychologie-Medizin heraus, deren erster Band vorliegt und eine Reihe von Arbeiten bringt, die allgemeines Interesse haben und den Zielen der Zeitschrift vollauf gerecht werden. Diese sind nicht gering gesteckt und bezwecken die Schaffung einer somatisch und klinisch orientierten Psychologie, ihre Auswirkung im Erkennen und Bilden der Persönlichkeit, die Psychologie des genialen Menschen, die Bedeutung von Intellekt, Temperament und Willen, die Psychologie von Spontanreaktion, Ermüdung, Uebung, Disposition. Besonders berücksichtigt sollen die Fragen der neueren praktischen Psychologie und Psychotechnik werden, pädagogische Psychologie, Psychologie der Leibesübungen, der Arbeit, der Berufseignung, der Anlernung usw.. Dieses Programm bringt es mit sich, daß der Leserkreis eigentlich ein unbegrenzter sein muß und sich nicht nur auf die Fachpsychologen und die gesamte Aerzteschaft beschränkt, sondern auch die Kreise der Pädagogik, Technik, Jurisprudenz, Biologie und Volkswirtschaft umfassen soll, soweit sie nach der psychologischen Seite erkenntnistheoretisch und methodologisch interessiert sind. Die Zeitschrift übernimmt zugleich die Fortsetzung des Aufgabengebietes der früher von Moll herausgegebenen „Zeitschrift für medizinische Psychologie und Psychotherapie", sie erscheint jeweils in einem Umfang von 5 Druckbogen = 80 Seiten und soll bis zu 30 Abbildungen enthalten. Vier Hefte bilden einen Band zum Preise von 24 M. Nach dem außerordentlich interessanten, mannigfachen und vielseitigen Inhalt des ersten Heftes, dessen Beiträge jeder so bedeutend ist, daß sie eigentlich alle namhaft gemacht werden müßten, ist anzunehmen, daß die Zeitschrift sich schnell einen umfassenden Leserkreis schaffen wird.

Haber.

A. B. Genß: **Der Abort auf dem Lande** (Heft I von „Was lehrt die Freigabe der Abtreibung in Sowjet-Rußland?" Agis Verlag, Wien, 1926. — Aus dem Material des Verfassers ergibt sich, daß in den letzten Jahren die Zahl der Aborte auf dem Lande in Rußland zugenommen hat, besonders die der illegalen. Die Hauptursachen des Aborts sind Not und relative Uebervölkerung. Die noch nicht ausreichende sanitäre Versorgung des Landes, die große Umständlichkeit bei der Beschaffung der Erlaubnis zum kostenlosen Abort (zeitraubende, kostspielige Fahrt zur Stadt) macht den Abort „unterirdisch", und die Kurpfuscherinnen, deren Zahl auf dem Lande sehr groß ist, halten ihn fest in ihren Händen. Da die Mehrzahl der Bezirksärzte die legale Operation heute noch nicht ausführt, wird die Bäuerin zur Kurpfuscherin getrieben. Verfasser betrachtet es daher als die nächste Aufgabe in der Abortfrage, die Krankenhäuser des flachen Landes mit gynäkologischen Instrumenten zu versorgen, fehlende Einrichtungsgegenstände und Betten bereit zu stellen. Sodann muß auch jede Begrenzung bei der Bewilligung der kostenlosen Operation aufgehoben werden. Der Arzt allein muß in Zukunft entscheiden, ob die Operation nötig ist. Nur durch weiteren Ausbau des sanitären Netzes wird es gelingen, den Abort aus den schmutzigen Händen der Kurpfuscher zu reißen.

Rudolf Katz, Berlin.

Dr. Emerich Décsi, Nervenarzt in Budapest: **Ueber Autosuggestionsbehandlung insbesondere die Lehren von Coué und ihr Verhältnis zur Medizin und Kurpfuscherei.** Kleine Schriften zur Seelenforschung. Herausgegeben von Dr. med. et. phil. A. Kronfeld, Berlin, Heft 14. J. Püttmann, Stuttgart 1925. — In der kleinen sehr lesenswerten Schrift des Budapester Nervenarztes über Autosuggestionsbehandlung tritt der seltene und seltsame Umstand zutage, daß ein Arzt zugunsten des Nichtarztes und Kurpfuschers spricht, d. h. Fehler und Vorzüge der Schulmedizin sowohl wie der Laien- und Kurpfuscherbehandlung kritisch abwägt, wobei sich die Wagschale entschieden der letzteren zuneigt. Es fällt manches humorvolle Wort gegen den streng wissenschaftlich experimentell-klinisch geschulten Mediziner, der alles kann und versteht, nur nicht die Therapie, sofern sie nicht nur Behandlung, sondern auch Heilung bedeuten soll. Daß diese dem Kurpfuscher oft viel besser gelingt, liegt nicht zum wenigsten in dem Umstand, daß dieser den Menschen in seinen Schwächen, seiner Eitelkeit und Dummheit erfaßt, während der Arzt noch immer mit der Einsicht, Klugheit und Vernunft des Patienten rechnet. Ferner darin, daß der Narzismus des Kranken, der der Heilung, d. h. dem Aufgeben der Krankheit den größten Widerstand entgegensetzt, bei der Autosuggestionsbehandlung gerade in den Dienst der Therapie gestellt wird, und daß der Kranke von seiner Abhängigkeit vom Arzt befreit wird. Verfasser wendet sich besonders der Autosuggestionsmethode Coués zu, deren zweifellosen Wert für einen ganz bestimmten Patientenkreis depressiver Psychopathen mit hypochrondisch-psychogenen Beschwerden er vielleicht etwas zu hoch einschätzt, und erläutert dann seine eigene Methode, die ebenfalls vorwiegend autosuggestiver Natur ist, aber vom Patienten intensivere eigene Arbeit, Uebung von Aufmerksamkeit, Denkkraft, Konzentrationsfähigkeit verlangt, die solange „eingeschliffen" werden, bis sie wieder Bestandteile der Persönlichkeit geworden sind. Das Heft ist überaus wertvoll für jeden, der psychotherapeutische Arbeit leisten will, wenn auch der Schluß, daß niemand dem Kranken einen höheren Grad von Gesundheit verleihen kann, als er selbst besitzt, die Grenzen der Leistungsmöglichkeit von vornherein etwas einengen muß.

Haber.

Homoeopathie in Angriff und Abwehr. Antrittsreden und Fortbildungsvorträge aus den letzten 100 Jahren 1832—1926. Heft 4/5 der wissenschaftlichen Abhandlungen zum Studium der Homöopathie, der Konstitutionslehre und ihrer Grenzgebiete von Dr. Meng. Verlag Hahnemannia, Stuttgart. 1926. 138 S. — In seiner Leipziger Antrittsrede 1848 hat Oppolzer den präzisen Satz aufgestellt: Das höchste Ziel aller medizinischen Forschung ist das Heilen." Wenn nur die Forschung nicht gar so umfangreich wäre! In der Medizin verhält es sich wie in der Kriegskunst, von welcher Friedrich der Große am Ende seiner Taten äußerte, gar nicht auszulernen sei die Kunst des Krieges; jede Campagne habe ihm neue Erfahrungen und neue Grundsätze in die Hand gegeben.

In der dermaligen Heilkunde macht es den Eindruck, als ob die Allo- und die Homoeopathie sich weniger um ihre Heilerfolge stritten als um ihre Grundsätze und Dogmen. In der Mitte des XIX. Jahrhunderts stellte eine süddeutsche Universität die Preisaufgabe: Warum ist ein toter Fisch leichter als ein lebender? Es gingen viele Arbeiten ein mit überaus geistvollen Ausführungen. Nur ein einziger hatte die Wage genommen und antwortete: Der tote Fisch ist ja gar nicht leichter; beide Fische sind gleich schwer.

So wird auch der Arzt, welcher heilen will, nicht sagen, die Allo- und die Homoeopathie wiegen schwerer, sondern er wird sie gleichmäßig benützen — je nach der „Campagne" — vorausgesetzt, daß er sie beide beherrscht.

Die vorliegende Schrift bringt Auslassungen von Const. Hering, Gust. Jäger, Imbert-Gourbeyre (Clermont-Ferrand), Heinr. Meng, Osfr. Müller, Alf. Stiegele, C. A. Wunderlich, J. v. Zlatarovich über diese jetzt so umstrittene Frage, und der aufmerksame Leser stimmt schließlich Hippokrates bei: „Befähigt sind zur Ausübung der Heilkunst nur diejenigen, denen ihre eigene Ausbildung nicht im Wege steht und deren natürliche Anlagen nicht kümmerlich sind.“

Generalarzt Buttersack, Göttingen.

Harms: **Die Entwicklungsstadien der Lungentuberkulose, ihre Erkennung, Behandlung und Erfassung.** Verlag Curt Kabitzsch-Leipzig. 182 S. Preis geb. 12,—. Mit seinen 117 Röntgenphotogrammen, welche größtenteils gut gelungen und gut reproduziert sind, stellt das Buch einen wertvollen Beitrag dar zur Frage der Erkennung der Primär- und Sekundär-Tuberkulose im Röntgenbild. An Röntgenserienbildern von viele Jahre hindurch sorgfältig beobachteten Fällen wird anschaulich dargetan, wie eine anfangs weiche, homogene (exsudative) Verschattung in einem umschriebenen Abschnitt des Lungenparenchyms sich langsam abgrenzt, kleiner und dichter wird und schließlich zu jenem meist erbsen- bis bohnengroßen Parenchymkalkherd sich umwandelt, welcher nunmehr, meist das ganze Leben hindurch, als Lungenprimäraffekt nachweisbar bleibt. In derselben Weise wird der Entwickelungsgang der Bronchialdrüsen- und Hilus-Tuberkulose, das Kommen und Verschwinden der flüchtigen sekundären Lungenveränderungen, ihre Abgrenzung gegen tertiäre Tuberkuloseformen demonstriert. In diesen vorbildlichen röntgenologischen Demonstrationen, welche eine lückenlose Aneinanderreihung der einzelnen Entwicklungsphasen der Lungentuberkulose darstellen, steckt der Hauptwert des Buches. Der Krankenhausarzt oder der Praktiker sieht hier die „röntgenologische Vorgeschichte“ bzw. den weiteren röntgenologischen Verlauf jener Krankheit, von welcher er bei der oft nur kurzen Beobachtungszeit nicht mehr als einen kleinen Ausschnitt gesehen hatte. Das wertvolle Material verdankt Verf. seiner gleichzeitigen Tätigkeit in Fürsorgestelle und Spital der Stadt Mannheim. In zwei der mitgeteilten Fälle (35, 36) vermag Ref. der Ansicht des Verf., daß es sich um eine sekundäre Tuberkulose handle, nicht beizutreten, die Röntgenbilder dieser Fälle sprechen mehr für die gutartige, tertiäre Form. Wünschenswert wäre gewesen, die Röntgenphotogramme sämtlich gleichmäßig wiederzugeben, nicht, wie es häufig geschieht, seitenvertauscht.

Während der Abschnitt „Behandlung“ etwas kurz wegkommt, gibt der Schlußteil des Buches einen guten Ueberblick über den Stand der Tuberkulosefürsorge und -Bekämpfung im Freistaate Baden, Ausführungen, welche auch über die Grenzen des badischen Landes hinaus in Fach- und Behördenkreisen von Interesse sein dürften.

H. Zwerg.

Mitteilungen.

Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie.

Im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg wird vom 11. Oktober bis 18. Dezember 1926 ein Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie abgehalten.

Der Kursus umfaßt Vorlesungen, Demonstrationen und praktische Uebungen über Klinik, Aetiologie, Uebertragung, pathologische Anatomie und Bekämpfung der exotischen Krankheiten, Einführung in die pathogenen Protozoen, medizinische Helminthologie und Entomologie, exotische Tierseuchen und Fleischbeschau, Schiffs- und Tropenhygiene. (Mitbringen von Mikroskopen erwünscht. Ausführliche Prospekte auf Anfragen.)

Vortragende sind: B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, K. Sannemann, W. Weise.

Auf Wunsch können die Teilnehmer sich am Schlusse des Kurses einer Prüfung in „Tropenmedizin und medizinischer Parasitologie“ unterziehen und erhalten darüber ein Diplom.

Anmeldungen sind möglichst bis spätestens 1. Oktober d. Js. an das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhardstraße 74, zu richten.

Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten.

Neuerscheinungen der medizinischen Literatur.

Blüher, Hans: Traktat über die Heilkunde, insbesondere die Neurosenlehre. 1. u. 2. Tsd. Jena: E. Diederichs 1926. (124 S.) 8^0. 4,50 M.; Lw. 6,50 M.

Cohn, Alfred: Die Zahnheilkunde in der öffentlichen Gesundheitspflege. Mit 16 Abb. u. 61 Tab. im Text. Leipzig: Joh. Ambr. Barth 1926. (VII, 261 S.) gr. 8^0. 15,— M.; Lw. 17,— M.

Die **Fortschritte** der Zahnheilkunde nebst Literaturarchiv. Bearb. u. herausg. von Julius Misch. Bd. 2, Lfg 6. (S. 463—562, 239—294.) Leipzig: G. Thieme 1926. 4^0. Subskr. Pr. nn 4,50 M.

Gellhorn, Ernst: Neuere Ergebnisse der Physiologie. In 22 Vorlesungen f. Aerzte, Biologen und ältere Studierende. (Eine Erg. zu d. Lehrbüchern d. Physiologie.) Leipzig: F. C. W. Vogel 1926. (VIII, 446 S. mit Abb.) gr. 8^0. 30,— M.; Lw. 32,50 M.

Die **Krebskrankheit** und ihre Bekämpfung. 6 gemeinverst. Aufsätze von: Carl Wegelin, William Silberschmidt, Fritz de Quervain u. a. Hrsg. von d. Schweiz. Vereinigung f. Krebsbekämpsung. (2. verm. Aufl.) Zürich: Rascher & Cie (1926). (151 S. mit Abb.) 8^0. 1,60 M.

Pütter, Ernst: Einrichtung, Verwaltung und Betrieb der Krankenhäuser. Mit 62 Abb. im Text u. auf 1 Ausklapptaf. Leipzig: Joh. Ambr. Barth 1926. (VIII, 216 S.) 4^0. 22,— M.; Lw. 24,— M.

Riehl, Gustav: Ueber den derzeitigen Stand der Radiumbehandlung bösartiger Geschwülste. Aus Vorträgen. Wien: Julius Springer 1926. (16 S. mit 7 Abb.) gr. 8^0 (Umschlagt.). 1,— M.

Saxl, Paul: Fortschritte und Probleme in der Therapie innerer Krankheiten. (Vorträge.) Wien: J. Springer 1926. (V, 132 S.) gr. 8^0. 6,60 M.

Schreiber, Ernst: Medizinisches Taschenwörterbuch für Mediziner und Juristen. 11., erg. Aufl. Leipzig: L. Beust 1926. (V, 345 S.) kl. 8^0. Lw. 7,— M.

Weichardt, Wolfgang: Unspezifische Immunität. Mit 12 Kurven im Text. Jena: G. Fischer 1926. (VII, 90 S.) 4^0. 4,50 M.

Bang, Ivar: Lehrbuch der Harnanalyse. 2. verb. u. erg. Aufl. bearb. von Friedrich v. Krüger. Mit 19 Abb. im Text. München: J. F. Bergmann 1926. (VIII, 146 S.) gr. 8^0. 8,70 M.

Grünewald, Max: Die Anwendung des Dämmerschlafes zur schmerzfreien Geburt. Dresden: Gutzmannsche Buchdr. u. Verlags-Anstalt. Komm.: Grosso- u. Kommissionshaus, Leipzig. 1926. (45 S.) 8^0. 1,— M.

Haberland, Hermann, Franz, Oskar: Die operative Technik des Tierexperimentes. Mit 300 Abb. Berlin: J. Springer 1926. (X, 336 S.) gr. 8^0. 28,50 M.; Lw. 30,— M.

Müller, Friedrich, München und Hugo Spatz: Neurologische Wandtafeln. Zum Gebr. im klin., anatom. u. physiolog. Unterricht. 11 Taf. in mehrf. Farbendr. Neubearb. 2. Aufl. d. Icones neurologicae von Adolf v. Strümpell u. Ch. Jakob. München: J. F. Lehmanns Verl. 1926. (11 farb. Taf., 1 Bl.) 71×54 cm (Umschlagt.). In Hlw. Mappe 104,— M.; auf Tauenpapier 143,— M.

Schilf, Erich: Das autonome Nervensystem. Mit 25 Abb. Leipzig: G. Thieme 1926. (VIII, 207 S.) 4^0. 16,50 M.; Ballonlw. 18,— M.

Schnabel, Rudolf: Ophthalmo-Symptomatologie mit bes. Berücksichtigung d. Pupillo- und Iridoskopie. Lsg. 2. (S. 107—218.) Leipzig: Krüger & Co. 1926. gr. 8^0. 5,— M.

Velde, Th. H. van de: Die vollkommene Ehe. Eine Studie über ihre Physiologie u. Technik. Leipzig: B. Konegen 1926. (XX, 340 S. mit 8 [6 farb.] Fig. auf 5 Taf.) gr. 8^0. 9,50 M.; Lw. 12,50 M.

Therapeutische Mitteilungen.

Die Yatren-Casein- und Neuro-Yatren-Behandlung in der Landpraxis.

Von

Dr. med. HELMUTH WIMMER, Teisendorf (Oberbayern).

Mit dem von den Marburger Behringwerken hergestellten Yatren-Casein ist dem praktischen Arzt ein Therapeutikum in die Hand gegeben, das ihm ermöglicht, ambulatorisch — entsprechend der parenteralen Proteinkörpertherapie im Sinne der Weichardtschen Zellaktivierung und der Schwellenreiztherapie nach Zimmer — eine wirkungsvolle Behandlung, besonders der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane durchzuführen.

Diese Behandlung bereitet dem Patienten keine besonderen Beschwerden und hindert ihn im allgemeinen nicht, seinem Berufe fortgesetzt nachzugehen. Für den Arzt bedeutet diese Therapie neben der technisch einfachen Handhabung vor allem bei bestimmten gynäkologischen Erkrankungen, eine erfahrungsgemäß nur in sehr seltenen Fällen versagende Heilmethode, insofern zum rechten Zeitpunkt die Diagnose gestellt ist und die Behandlung unter Beobachtung der richtigen Dosierung rechtzeitig einsetzt.

In der Folge sollen einige Fälle aus der Praxis des Privatarztes unter Berücksichtigung der jeweiligen Eigenart geschildert werden, nachdem bereits genügend Literatur über die klinische Behandlung mit Yatren-Casein vorliegt und auch dort durchschnittlich von Erfolgen berichtet wird.

Dieser Bericht umfaßt 8 Behandlungsfälle gynäkologischer Erkrankungen aus den Monaten Dezember 1925 bis April 1926 mit Yatren-Casein, sowie 4 Fälle von rheumatischen Gelenkaffektionen mit Neuro-Yatren und Yatren-Casein.

Unter der weiblichen Landbevölkerung des hiesigen oberbayerischen Bezirkes herrschen prozentual neben tuberkulösen Erkrankungen die entzündlichen Erkrankungen der Genitalorgane vor. Die Aetiologie derselben ist in den Fällen von Oophoritis hier zumeist unklar. Die Eierstockentzündungen sind hier hauptsächlich gekennzeichnet durch starke Regelbeschwerden, chronische Obstipation, ein- oder doppelseitige Vergrößerung und Druckschmerz des Ovariums resp. Descensus Ovarii, begleitet von starkem Fluor albus.

Bei der Parametritis fand sich in einigen Fällen eine deutliche Anteflexio uteri bei starker Obstipation und anhaltenden Kreuzschmerzen. Langjährge Pessarbehandlungen verschiedener derartiger Fälle waren angeblich und ersichtlich erfolglos und hatten oft entzündliche Reizerscheinungen sowie vermehrten Fluor zur Folge. Lokale Behandlungen mit Arzneitamponade und sterilen Boluseinblasungen zeitigten nur vorübergehende Besserung.

Bei der ersten von mir mit Yatren-Casein behandelten Patientin (Frl. M. K. in T., 24 Jahre alt) handelte es sich um eine linksseitige Eierstockentzündung, bei starker Schwellung und Druckempfindlichkeit des Ovariums und Fluor, der seit langem bestand. Die Patientin war in 2 Jahren von mehreren Aerzten untersucht und auf Vorfall, Fluor und Oophoritis behandelt worden. Bei der Untersuchung konnte ich von einer Lageveränderung des Uterus nichts feststellen. Auffallend war die starke Anämie. Ich habe der Patientin mit Intervallen von 2 bis 3 Tagen 0,5 ccm Yatren-Casein schwach i. m. injiziert, dann allmählich gesteigert bis 3,0 ccm und ihr im ganzen 10 Injektionen gemacht. Diese wurden gut vertragen, bei leichter Herdreaktion. Der Fluor verschwand gänzlich nach der vierten Injektion und ist bis zum heutigen Tage nicht wieder aufgetreten, wie ich von der Patientin erfahren habe. Dagegen bekam sie innerhalb der jeweilig folgenden Nacht nach den Injektionen regelmäßig starke Kongestionen und leichte Schwindelanfälle. Diese sind nach abgeschlossener Kur (3 Wochen) völlig verschwunden, ebenso die bisher bestehenden starken Schmerzen während der Periodezeit. Patientin hat sich angeblich noch nie so wohl gefühlt wie jetzt (½ Jahr nach der Kur).

2. Frau R. A. in T., 30 Jahre alt.
Befand sich seit Mitte August 1925 in meiner Behandlung wegen starker dysmenorrhoischer Beschwerden, linksseitiger Oophoritis, Fluor albus, Zystitis und Obstipatio chronica. Tanninglyzerintamponade, Einblasungen von sterilem Bolus alba, Tampovaganglobuli brachten nur vorübergehenden Stillstand resp. Besserung ihrer Beschwerden. Anfangs Dezember 1925 begann ich bei der Patientin eine Injektionskur mit Yatren-Casein schwach i. m. und injizierte mit Abständen von 2 bis 3 Tagen, nachdem ich die Grenze der Allgemeinreaktion festgestellt hatte, steigernd von 0,5 bis 3,0 ccm Yatren-Casein. Schon Anfang Januar 1926 schwanden die Schmerzen, der Fluor albus wurde geringer nach der dritten Injektion und blieb aus ab Mitte der Kur. Die Obstipation bestand weiter und wurde durch Spezies laxantes behoben. Am 25. 1. 26 konnte ich die Patientin als bedeutend gebessert und beschwerdenfrei aus der Behandlung entlassen. Auch bei ihr war in den auf die Injektion folgenden Nächten (wie bei Fall 1) fliegende Hitze aufgetreten. Heute geht es der Patientin, wie ich täglich beobachten kann, recht gut.

3. Frl. M. A. in T., 20 Jahre alt, hatte am 14. 11. 25 normal verlaufenden Partus als primipara. Nach 3 Wochen trat die erste Regel auf am 3. 12. 25, und die Patientin kam am 28. 12. wegen erneuter starker Blutung und Schmerzen im Unterleib zu mir. Erstere schwand nach Secalegaben sehr schnell. Bei der folgenden Untersuchung stellte ich rechtsseitige Oophoritis fest. Der Harn enthielt geringe Spuren Zucker, war frei von Eiweiß. Am 13. 1. 26 begann ich mit einer Yatren-Casein-schwach-Kur. Wegen lebhafter Herdreaktionen auf die erste Injektion von 0,5 ccm steigerte ich nur langsam die Dosierung und kam mit 8 Injektionen nicht über 1,5 ccm i. m. hinaus. Die Injektionen wurden gut vertragen, die Reaktionen waren dann schwach bis mittelstark, die Beschwerden ließen nach. Nach einem Intervall von 4 Wochen begann ich eine nochmalige Kur mit 1,0 ccm und stieg mit 6 Injektionen allmählich auf 3,0 ccm. Auch diese Behandlung wurde recht gut vertragen. Anfang März 1926 konnte ich die Patientin als geheilt entlassen. Die Periode war beschwerdefrei und trat regelmäßig auf. Die Oophoritis war verschwunden, ebenso der bestehende Fluor.

4. Frau M. H. in Oberm., 26 Jahre alt, trat am 4. 2. 26 in meine Behandlung. Neben einer tuberkulösen Erkrankung der linken Lunge stellte ich Parametritis post. und Cervixkatarrh fest. Ich behandelte die Patientin mit Yatren-Casein stark intramuskulär, fallend von 4 ccm auf 2 ccm pro dosi. Die Therapie wurde auch während der menses ohne Beschwerden für die Patientin durchgeführt. Sämtliche krankhaften Erscheinungen schwanden bereits nach 6 Injektionen. Es wurden im ganzen innerhalb 4 Wochen 10 Injektionen gemacht. Die Herdreaktionen waren anfangs mittelstark, die Allgemeinreaktionen schwach. Auch diese Patientin klagte über fliegende Hitze post injectionem.

5. Frau M. Sch. in A., 23 Jahre alt, mit linksseitiger Oophoritis, geringen Fluorbeschwerden, erhielt innerhalb 3 Wochen 8 Injektionen: dreimal 0,5 ccm, zweimal 1,0 ccm, dreimal 2,0 ccm Yatren-Casein schwach i. m. Sämtliche Injektionen wurden gut vertragen, trotz schwerer beruflicher Inanspruchnahme. Patientin ist heute frei von jeglichen Beschwerden.

6. Frl. M. E. in A., 20 Jahre alt, mit beiderseitiger Ovaritis, geringem Fluor, erhielt 5 Injektionen Y. C. schwach i. m., die ohne besondere Reaktionen waren. Patientin blieb dann aus der Behandlung fort wegen Stellenveränderung, so daß über den Erfolg nicht berichtet werden kann.

7. Frau H. Kl. in Sch., 33 Jahre alt, leidet an Tbc.-Spitzenkatarrh, Obstipatio chronica, äußeren Hämorrhoiden, linksseitiger Oophoritis. Eine einmonatige Kur mit 12 Injektionen Y. C. schwach i. m., steigernd von 0,5 ccm auf 3 ccm brachte im März 1926 bedeutende Besserung. Es traten starke Herdreaktionen auf.

8. Frl. R. M. in W., 35 Jahre alt, mit allgemeiner Nervenschwäche, starker Anämie, litt seit Märzanfang an beiderseitigen Leistenschmerzen und chronischer Obstipation. Die Untersuchung ergab starke Schwellungen beider Ovarien und vermehrten Fluor. Anfang April 1926 begann ich mit Y. C. stark i. m. 5 ccm mit Intervall von 3 Tagen. Nachdem die erste Injektion gut vertragen wurde, dosierte ich fallend in 12 Injektionen bis Anfang Mai 1926 auf 1 ccm i. m. Die Herdreaktionen waren gering bis mittelstark, das Allgemeinbefinden bis auf starke Mattigkeit gut. Heute ist die Patientin völlig beschwerdefrei. Die Schlußuntersuchung ergab gänzlichen Rückgang der Oophoritis und Besserung der Obstipation. Der Fluor ist verschwunden. Patientin fühlt sich wohl, hat im Gegensatz zu früher stark entwickelten Appetit, gutes Aussehen und Gewichtszunahme.

Im Hinblick auf die vorliegende Kasuistik kann ich von durchschnittlich guten Erfolgen mit Yatren-Casein schwach und stark berichten. Das vorliegende Material ist zwar nicht groß, aber bedeutet einen Ansporn für weitere Behandlungen für das Gebiet der unspezifischen Reiztherapie.

Nach den guten Ergebnissen der Y. C.-Therapie bei gynäkologischen Erkrankungen, wandte ich mich im Dezember 25 der Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen mit Yatren zu. Da es sich im ersten Fall um einen weit entfernt wohnenden Patienten, der bettlägerig war, handelte, beschränkte ich mich aus pekuniären Rücksichten für diesen auf die orale Darreichung und verordnete erstmalig Yatrenpillen à 0,25 g Y. C.

1. Herr Pfarrer K. in N., 53 Jahre alt, litt seit Jahren an Gelenkrheumatismus und Endokarditis. Gemäß der Anleitung der Behringwerke verordnete ich vorerst zweitäglich 1 Pille und stieg dann in der Dosierung auf dreitäglich 3 Pillen. Nach Gewöhnung vertrug der Patient, der anfänglich starke Herdreaktionen bekam, die Kur recht gut. Gleichzeitig wurden Wärmeapplikationen und natürliche Sonnenbestrahlungen unter Ausnutzung des Schneedeckenreflexes verordnet. Schon nach 2 Monaten konnte der Patient seinen Beruf, von dem er 3 Monate dispensiert war, wieder völlig aufnehmen. Heute kann er wieder größere Spaziergänge machen und fühlt sich recht wohl.

2. Frau M. B. in T., 62 Jahre alt, litt seit Jahren an schweren Gelenkversteifungen. An den Knien waren deutlich Tophi fühlbar, die Knie selbst stark geschwollen. In diesem Falle wandte ich erstmalig Neuro-Yatren i. m. an. Das N. Y., als Antigen wirkend (nach Doellken), rief bei den ersten Injektionen von 0,5 ccm nach einem halben Tage schwache bis mittelstarke Reaktionen im Schultergürtel, Rücken und beiden Extremitäten hervor. Die Allgemeinreaktion war gering. Es wurden 12 Injektionen gemacht (zweimal 0,5 ccm, einmal 0,75 ccm, fünfmal 1,0 ccm, zweimal 1,5 ccm und zweimal 1,0 ccm mit Intervallen von 3 bis 4 Tagen). Mit Abschluß der Kur konnte die Patientin, die sich vorher nur mit dem Stock fortbewegen konnte, ohne jede Hilfe laufen. Die Knie schwollen ab. Patientin fühlt sich auch heute, nach 3 Monaten, recht wohl, nachdem sie noch eine Nachkur mit 50 Yatrenpillen gemacht hat.

3. Frau K. E. in T., 71 Jahre alt, leidet seit 15 Jahren an schwerem Ischias und Gelenkrheumatismus. Sie wurde im März 1926 von mir mit Neuro-Yatren i. m. behandelt, 8 Injektionen von 0,5 ccm bis 2 ccm. Die Injektionen riefen trotz vorsichtiger und langsamer Steigerung der Dosen schwere Herdreaktionen und Allgemeinreaktionen hervor, so daß ich mit der Injektionskur aufhörte. Die folgende orale Therapie mit Yatrenpillen hatte gleiche Wirkung, so daß ich von weiterer Reiztherapie absah. In diesem Falle ist wahrscheinlich das hohe Alter und Langjährigkeit des Leidens der Grund der Erfolglosigkeit der Yatrenbehandlung. Als Trost mag die Tatsache dienen, daß die Patientin schon vorher jahrelang mit allen möglichen Medikamenten erfolglos behandelt wurde.

Zum Schluß kann ich noch über ein recht erfreuliches Resultat berichten im Fall 4. der Frau K. M. in T., 56 Jahre alt, die ebenfalls an schwerem Gelenkrheumatismus seit einigen Jahren litt. Bei dieser Patientin war eine Kur von 10 Injektionen Neuro-Yatren von erfolgreicher Wirkung und führte bedeutende Besserung der Beschwerden herbei. Es trat eine mittelstarke Herdreaktion jeweilig nach den Injektionen ein. Auch Kongestionen wurden beobachtet. Sonst war die Allgemeinreaktion schwach und zeigte sich nur in erhöhter Müdigkeit. Patientin läuft heute ohne besondere Beschwerden umher und fühlt sich wohl.

Auf Grund vorliegender Beobachtungen kann ich mir über die Neuro-Yatren-Behandlung noch kein abschließendes Urteil bilden, entsprechend der nur kleinen Zahl der Behandlungsfälle und ihrer Verschiedenartigkeit.

Dagegen komme ich bei der Yatren-Caseinbehandlung zu der Ueberzeugung, in diesem Therapeutikum ein Zukunftsmittel in der ambulanten Behandlung gewisser gynäkologischer Krankheitsfälle für den praktischen Landarzt zu erblicken und dieses als wertvolle Bereicherung der neuzeitlichen Pharmakopoe zu begrüßen, zumal hierbei die umständliche und nicht befriedigende, langwierige Lokalbehandlung der Vagina, des Uterus und seiner Adnexe fortfällt.

Zur Frage der „Mineralisierung“ der Tuberkulose.

Von

Dr. med. STRAHLMANN, Delmenhorst.

Durch die neueste Veröffentlichung von Herrmannsdorffer und Gerson aus der Sauerbruchschen Klinik (Münch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 2 und 3) ist die Frage der Mineralisierung der Tuberkulose in den Vordergrund des allgemeinen Interesses gerückt. Während Herrmannsdorffer und Gerson-Bielefeld, von dem eigentlich die Idee stammt, auf diätetischem Wege — durch orale Zuführung von Mineralsalzen — eine günstige Umstimmung des tuberkulösen Körpers erreichen wollen, haben andere Forscher, wie Kühn-Rostock, Limekogel-Pforzheim, einen anderen Weg eingeschlagen, indem sie durch besondere Inhalations-Apparate Kalk- bzw. Gipsstaub die Patienten einatmen lassen. Von beiden Seiten werden Erfolge berichtet; man muß erst wohl noch einige Zeit abwarten, bis diese Ergebnisse nachgeprüft worden sind! — Verfasser selbst hat schon seit mehreren Jahren einen anderen Weg eingeschlagen, indem er bei seinen Patienten Kalzium- und Silizium-Injektionen, welche entweder subkutan oder intramuskulär gegeben werden, angewandt hat, über deren Wirksamkeit kurz berichtet werden soll! Das Verfahren eignet sich aus dem Grunde besonders für die ambulante Praxis, weil es einfach in der Anwendung, ungefährlich und unbedingt wirksam ist. Während zuerst das Kalziumpräparat „Sanocalcin“ (Gödecke, Berlin) verwandt wurde, ging Verfasser sehr bald zum „Tebarsil“ (Gehe, Dresden) über, welches aus drei Bestandteilen, Arsen-Kalzium, Phosphor-Kalzium und Silizium besteht. Arsen und Phosphor wirken als hervorragende Stoffwechselstimulantien viel energischer als Kalzium allein, während die Kieselsäure neuerdings immer mehr als Heilmittel gegen die Tuberkulose Anwendung findet. Die Einverleibung von wirksamen Agentien durch subkutane bzw. intramuskuläre Injektion hat jedenfalls den großen Vorteil, daß sie sicher und ganz in den Stoffwechselkreislauf gelangen und so unmittelbar am Krankheitsherd angreifen können, auch wenn sie keine direkte „spezifische“ Wirkung auszuüben scheinen!

Für die ambulante Therapie der Tuberkulose, um die es sich hier vor allem handelt, kommen hauptsächlich die beiden ersten Stadien der Lungentuberkulose, alle nicht zu weit vorgeschrittenen Fälle der Knochen- und Hauttuberkulose in Frage, während tuberkulöse Meningitis, Kehlkopftuberkulose und Miliartuberkulose ausscheiden. Die Dauer der Kur ist verschieden; sie muß sich natürlich immer nach dem einzelnen Fall richten und dürfte im allgemeinen 4 bis 10 Wochen umfassen. Injiziert wird dreimal wöchentlich, und zwar werden jedesmal 2 Injektionen gemacht, subkutan in den Oberarm, am zweckmäßigsten eine Injektion in den rechten und eine in den linken Oberarm. Nur die beiden letzten Silizium-Spritzen kann man evtl. auch intramuskulär geben. Die Packung „Tebarsil“ besteht aus 5 Ampullen (à 2 ccm) Arsen-Kalzium, 5 Ampullen Phosphor-Kalzium und 2 Ampullen Silizium und reicht also für 14 Tage. Die Injektionen selbst sind einfach in der Anwendung, ungefährlich und machen nur geringe lokale Reaktionen in Form von leichter Rötung und evtl. nachfolgender Hautverfärbung. Eine Allgemeinreaktion in Form von Fieber tritt fast niemals auf. Man muß es sich natürlich mit Rücksicht auf den beschränkten Raum versagen, hier eingehende Krankengeschichten anzuführen. Der Erfolg in den meisten Fällen läßt sich kurz dahin zusammenfassen, daß sich z. B. ziemlich schwere Fälle des zweiten Stadiums in auffallend kurzer Zeit während der Behandlung besserten: Das Fieber verschwand nach einiger Zeit gänzlich, ebenso Husten und Auswurf, das Gesamtbefinden, vor allem Appetit, Gewicht und Stimmung hob sich wesentlich. Objektiv war in fast allen Fällen (etwa 100) eine deutliche Besserung des Lungenbefundes festzustellen, indem starke Dämpfungen sich langsam aufhellen, Rasselgeräusche und bronchiales Atmen verschwanden und auch röntgenologisch eine objektivere Besserung festgestellt wurde. Das Wichtige dabei ist die Tatsache, daß diese objektive Besserung auch längere Zeit anhielt und in den meisten Fällen in gänzliche Heilung überging. Man konnte in fast allen Fällen den deutlichen Eindruck einer allmählichen biologischen Heilung in Form einer günstigen Herdumwandlung erhalten. Mehr kann man von einem wirksamen Mittel nicht verlangen!

Diese ambulante Injektionsbehandlung, welche man selbstverständlich mit jeder anderen unspezifischen Therapie (Röntgen, Höhensonne) verbinden kann, ist aus dem Grunde auch schon für die Allgemeinpraxis so wertvoll, weil der Arzt dauernd den Patienten unter Beobachtung halten kann und daher in der Lage ist, sich allmählich ein objektives Bild von dem Verlauf der Krankheit zu machen. — Im Gegensatz zu dieser ambulanten Injektionsbehandlung ist die spezifische Tuberkulinbehandlung, welche sich bisher in der allgemeinen Praxis niemals hat durchsetzen können, für die Allgemeinpraktiker nicht geeignet. Haben doch sogar Tuberkulosefachärzte, wie Backmeister, von Hayek und Ziegler-Heidehaus vor der Tuberkulin-Anwendung in der ambulanten Praxis direkt gewarnt! — Man kann den Aerzten, welche sich nicht eingehend mit den Tuberkulosefragen beschäftigen, im allgemeinen nicht übelnehmen, wenn sie bei jedem neu erscheinenden Heilmittel, von denen die meisten sehr bald wieder in der Versenkung verschwinden, immer mehr Skeptiker werden! Sich bleibend durchzusetzen vermag nur das wirklich Gute! — Wenn es auch jetzt schon verfrüht erscheinen mag, die unabgestimmte Reizbehandlung der Tuberkulose mit Kalzium und Silizium als das Ideal der ambulanten Therapie zu erklären, so kann man doch schon sagen, daß sie jeder kritischen Prüfung unbedingt standhalten und sich allmählich in der ambulanten Praxis immer mehr ausdehnen wird! — Wenn es wirklich gelingen soll, die Tuberkulose als Volksseuche immer mehr einzudämmen, ist die Mitarbeit aller Praktiker unbedingt erforderlich, weil Lungenheilstätten und Fürsorgestellen allein die Riesenarbeit nicht schaffen! — Möge die unabgestimmte Reizbehandlung der Tuberkulose sich in Zukunft fähig erweisen, immer mehr Mitstreiter für diesen großen Kampf zu gewinnen. Das wäre ein gut Teil nationaler Aufbauarbeit im besten Sinne des Wortes!

Ueber Isacen „Roche“ ein in kleinsten Mengen wirksames Laxans.

Von

San.-Rat Dr. RAVOTH, Berlin-Steglitz.

Bei der Auswahl eines geeigneten Purgativums wird man seine Aufmerksamkeit auf diejenigen aus der Legion dieser Mittel lenken, deren Wirksamkeit vorzüglich auf einem Reiz des Kolons beruht; denn da der Transport der im Dickdarm vorhandenen konsistenten Massen besonders kräftige Kontraktion nötig macht, stellt dieser den wichtigsten Angriffspunkt für die Erregung der Peristaltik dar.

Die vorstehende Aufgabe wird durch die gebräuchlichen pflanzchen Abführmittel wie Rheum, Frangula, Senna teilweise erfüllt, eren wirksame Bestandteile Chrysophansäure, Emodin und andere bkömmlinge des Anthrachinons, eines Oxydationsproduktes des im teinkohlenteer enthaltenen Anthracens, bilden. Von andern in diesen Drogen vorhandenen Verbindungen spielt ein Teil bei der laxierenden Wirkung insofern eine wichtige Rolle, als durch sie die wirksamen toffe vor zu rascher Resorption geschützt werden; da manche der enannten Derivate in reinem Zustande so rasch resorbiert werden, aß sie eine nur geringe Wirkung entfalten können.

Anderseits sind jedoch mit dem Gebrauch dieser Purgativa äufig unerwünschte Nebenwirkungen verbunden, von denen die päter auftretende Obstipation besonders ins Gewicht fällt. ielfach tritt Erschöpfung der muskulären Kontraktionen bei längerer inwirkung größerer Dosen, besonders auch durch Anstrengung bei er gewaltsamen Entleerung ein. Aber auch die in den Vegetabilien orhandenen Ballaststoffe könnten hier eine Rolle spielen, z. B. die n Rhabarber enthaltene Gerbsäure.

Unerwünschte Nebenwirkungen habe ich jedenfalls auch bei den esten pflanzlichen Abführmitteln wie Cascara, Frangula u. dgl. eobachtet. Abgesehen von der erwähnten, nachträglichen Obstiation zeigten sich häufig bei ihrem Gebrauch kolikartige chmerzen; wie denn bei diesen Laxantien überhaupt Reizungen verschiedener Teile des Darmtraktus vorkommen können.

Derartige Begleiterscheinungen wären voraussichtlich durch ein izloses, im Kolon genügend aktives, synthetisches Abführmittel on der obengenannten Provenienz zu vermeiden. Gerade auf Reizsigkeit ist aber auch hier das Hauptgewicht zu legen; denn verhiedene Anthrachinonderivate, besonders aber das mit diesem emisch verwandte Phenolphthalein und seine Abkömmlinge haben n großen Uebelstand, daß sie schwere Nierenreizungen bewirken nnen. Nach einer Veröffentlichung von L. Schliep[1]) „Der Unfug t Phenolphthalein“ haben schon B. Holz[2]) und F. Blumenthal[3]) vei Fälle von bedrohlicher Vergiftung durch Phenolphthalein (in licher Dosis) mit hämorrhagischer Nephritis, teilweise mit schwem Kollaps und Ikterus, beschrieben. Bald darauf sprach auch ld[4]) folgendes Urteil aus: „Wir warnen erneut vor der Anwendung eses Mittels . . . Ein neues Phenolphthaleinpräparat macht bei elen Menschen starke Reizerscheinungen und hat z. B. . . . bei einem bekannten Berliner Kollegen eine höchst bedrohliche hämorrhagische Nephritis mit schwerer Anämie hervorgebracht, ein Risiko, das man bei einem Abführmittel wahrlich nicht in Kauf zu nehmen braucht.“ Auch Fürbringer[5]) hat einen Fall äußerst schwerer Phenolphthaleinvergiftung mit Herzkollaps und Nephritis bei Einnahme von nur 0,6 g innerhalb 24 Stunden beschrieben; und Lewin[6]) gibt bereits 1912 den Rat, das Präparat „besser zu vermeiden“.

Mit besonderer Aufmerksamkeit wandte ich mich daher dem von der Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. hergestellten neuen Abführmittel Isacen „Roche“ zu. Nach Mitteilung der genannten Firma ist Isacen, das für den Gebrauch in Form von Körnern mit je 0,005 g wirksamer Substanz in den Handel gebracht wird, ein Isatinabkömmling, nämlich Diacetyl-bis-oxyphenyl-isatin, welches infolge seiner Bindung an die Acetylgruppe im Magensaft unlöslich ist und daher unverändert in den Darm gelangt, wo durch den alkalichen Darmsaft eine allmähliche Abspaltung des Acetylrestes eintritt; derart, daß das freiwerdende Bis-oxyphenyl-isatin befähigt wird, seine spezifische Wirkung auf das Kolon zu entfalten.

Aus einer pharmakologisch-experimentellen Untersuchung von Guggenheim[7]) und einer klinischen Versuchsreihe von Katzenellbogen und Güder[8]) haben sich folgende Vorzüge des Isacen ergeben: Hervorragende Wirksamkeit in kleinsten Dosen von 10 bis 20, in leichten Fällen von 5 mg. — Trotzdem auch bei viel höheren Dosen keine Resorption durch den Magendarmkanal. — Keine gastrischen Beschwerden, keine Darmkolik, keine spätere Erschlaffung des Darmes. — Keine Ausscheidung des Isacens im Harn, also auch keine Reizung der Nieren; keine Reizung der Leber.

Meine an einer Reihe von Patienten und an mir selbst während eines Zeitraumes von 6 Monaten angestellten Versuche ergaben eine in ihrer Ausnahmslosigkeit überraschende Bestätigung dieser Befunde. Die Wirkung des Präparates erfolgte ohne Beschwerden. Auffallend war seine Reizlosigkeit besonders auch in Fällen, wo Laxantien wie Cascara u. dgl. kolikartigen Schmerz ausgelöst hatten. Wohl am besten wird die Wirkung des Isacen dadurch gekennzeichnet, daß dieser oft bereits dann eintrat, wenn die Selbstbeobachtung zwar noch nicht daran glauben ließ, aber doch — etwa vor dem Weggehen — ein Versuch unternommen wurde. Diese Beobachtung wurde mir auch von Patienten mitgeteilt.

Die besten Erfolge erzielte ich durch die Anordnung, Isacen nachmittags, spätestens abends, aber vor dem Abendessen, einzunehmen. Die Wirkung trat dann gewöhnlich am nächsten Morgen ein, zuweilen aber auch erst vormittags. Das Mittel am Morgen zu nehmen, halte ich für unzweckmäßig.

Das Insacen hat einen individuell sehr verschiedenen Wirkungsgrad. Bei leichter Obstipation genügen unter Umständen 1 bis 2 Körner zur Erzielung einer einmaligen Entleerung. In schwereren Fällen sind nach meinen Erfahrungen als mittlere therapeutische Dosis 2 bis 3 Körner zu betrachten. Man wird gut tun, um einen Erfolg zu erzielen, die Dosis beim ersten Einnehmen nicht zu knapp zu bemessen; auch schon aus dem Grunde, weil ich — eine anfängliche größere Menge (2 bis 3 Körner) nötigenfalls durch nachfolgende kleinere Dosen (etwa 1 bis 2 Körner) bis zum Eintritt der Wirkung zu unterstützen, — für ratsamer halte, als diese durch eventuell fortgesetzte Gaben von nur kleinen Dosen zu erzielen.

Ueber 4 Körner hinauszugehen, war nur in den untengenannten Fällen erforderlich; in diesen können aber nach meiner Beobachtung auch größere Mengen noch unbedenklich gegeben werden. Während nämlich die obige mittlere Dosis von 2 bis 3 Körner sich auf Obstipierte bezieht, die herumlaufend, verwende ich bei stark Obstipierten oder bei Bettlägerigen mit Erfolg durchschnittlich 4 oder mehr Körner. Ein allmähliches Heraufsetzen der einmal als wirksam erkannten Dosis hat sich nicht als nötig gezeigt. Eine Gewöhnung wäre ja auch beim Isacen denkbar; ich habe sie aber nicht beobachtet.

Schließlich möchte ich im Anschluß hieran noch einen bemerkenswerten Fall erwähnen: Bei einer Patientin mit schwerer deformierender Gicht trat nach dem Gebrauch von Isacen eine sehr erhebliche Besserung ihrer Beschwerden ein. Wie ich auf Anfrage erfuhr, ist der Firma bereits über mehrere Fälle dieser Art berichtet worden.

---

[1]) Münchener Med. Wochenschrift 1919/45.

[2]) Berliner Klinische Wochenschrift 1905/29.

[3]) Medizinische Klinik 1905/33.

[4]) Deutsche Med. Wochenschrift 1909/1.

[5]) Deutsche Med. Wochenschrift 1917/27.

[6]) „Formulae magistrale Germanicae“, Berlin 1912, Verlag d. D. A. V.

[7]) M. Guggenheim: Die spezifische Kolonwirkung der Abführmittel und ihre Abhängigkeit von der chemischen Konstitution. (Schweiz. Med. Wochenschrift, Jan. 1925/1.)

[8]) S. Katzenelbogen und Güder (Med. Klinik in Genf): Therapeutische Mitteilung über ein neues Purgativum, Diacetyl-bis-oxyphenyl-isatin (Isacen). (Schweiz. Med. Wochenschrift 1925/1.)

Abgesehen davon, daß ja überhaupt nach den Erfahrungen der Praxis Abführmittel bei Gichtkranken oft günstig wirken, hat auch die experimentelle Untersuchung gezeigt, daß der Harnsäurestoffwechsel vom Darm aus in hohem Maße beeinflußt wird. In einer einschlägigen Arbeit von E. Abl[9]) „Pharmakologische Beeinflussung der Harnsäureausscheidung" wird nach eingehenden Versuchen die Vermutung ausgesprochen, daß eine bestimmte Einwirkung auf die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure vor allem solchen Stoffen zukommt, welche infolge geringer Löslichkeit oder schwerer Resorbierbarkeit einem lokalen Angriffspunkt im Darm gewinnen. Um zu einem abschließenden Urteil darüber zu gelangen, inwieweit Isacen über eine derartige, den Abführmitteln überhaupt zukommende Einwirkung hinaus, gichtische Beschwerden zu bessern vermag, wäre eine Anstellung eingehender Versuche zu empfehlen.

Zusammenfassend möchte ich bemerken, daß nach meinen Erfahrungen das Isacen „Roche" — ganz abgesehen von der noch anderwärts zu bestätigenden Beeinflussung von Gicht — eine wirkliche Bereicherung des Arzneischatzes darstellt. Seiner Reizlosigkeit und milden Wirkung wegen wird sich die Anwendung dieses Mittels gerade auch bei bettlägerigen Personen empfehlen, die ja sogar gegenüber sonst harmlosen Abführmitteln oft besonders empfindlich sind.

Eine neue Form der Diathermie zur Heilung von Röntgenkrebs.

Von

Dr. ALFRED GRADENWITZ.

Die Pioniere auf dem Gebiet der Röntgentechnik wandten keinerlei Vorsichtsmaßregeln zum Schutz ihrer Hände an. Man wußte zunächst noch nicht, welchen Gefahren man sich bei dauernder Bestrahlung aussetzte, und als die ersten traurigen Erfahrungen vorlagen, stand man der Gefahr hilflos gegenüber und mußte sich in sein Schicksal fügen. So mancher Röntgenspezialist hat daher sein Leben, mancher andere seine gesunden Glieder im Dienste der Menschheit hingegeben.

Zwar hat man inzwischen die Natur der rätselhaften Strahlungen eingehender erforscht und steht ihren Schädigungen nicht mehr machtlos gegenüber. Heutzutage schützt sich jeder Arzt durch geeignete Schirme und setzt sich nicht mehr nutzlos der vollen Röntgenstrahlung aus. Immerhin ist unter den jetzt tätigen Aerzten noch so mancher, der an schmerzhaften Röntgendermiten leidet und, abgesehen von der ihm stets drohenden Lebensgefahr, ein wahres Martyrium erduldet. Ebenso erscheint auch heute noch bei gelegentlicher Unvorsichtigkeit die Möglichkeit einer Schädigung nicht ausgeschlossen, und aus diesem Grunde wird das von Professor Dr. H. Bordier in Lyon erfundene neue Verfahren hochwillkommen sein.

Die ersten Anzeichen einer Röntgenverbrennung sind verhältnismäßig harmlos und bestehen nur in einer Rötung der Haut. Bald entwickeln sich jedoch an den angegriffenen Stellen hornartige Verdickungen, die schließlich zu Geschwüren ausarten und aus denen sich beim weiteren Fortgang der Erkrankung bösartige Geschwülste entwickeln.

Diese Geschwülste sind nach dem neuen Verfahren radikal zu beseitigen. Es handelt sich hierbei um eine neuartige Diathermie, d. h. eine Durchflutung des Körpers mit Hochfrequenzströmen, die ihre Richtung mehrere Millionen mal in der Minute wechseln und daher keinerlei elektrische, sondern nur Wärmewirkungen ausüben. Diese Wärmewirkungen haben die Eigentümlichkeit, nicht an der Oberfläche der Haut zu bleiben, sondern sich in die Tiefe der Gewebe hineinzuerstrecken.

Bei dem neuen diathermischen Verfahren wird an den behandelten Stellen Koagulation der Zellen bewirkt, d. h. der Zellinhalt gerinnt, und hierdurch kommt eine glatte, schmerzlose Trennung der kranken von den gesunden Gewebeteilen zustande.

Bordier benutzt bei seinem Verfahren einen schmiegsa lator in Form einer isolierenden Stoffdecke mit Metallbelag sich der Patient in voller Kleidung setzt oder legt, so eigener Körper den zweiten Belag eines elektrischen Kon bildet. Auf diese Weise kommt er, ohne dies selbst zu em mit dem Apparat in Verbindung; der behandelnde Arzt nim bewegliche Elektrode zur Hand, die an den andern Pol d thermieapparates angeschlossen ist. Der Strom wird mit dem ein- und ausgeschaltet.

Mit Hilfe des Fußschalters kann man den Strom in jedem liebigen Augenblick unterbrechen und die Stromstärke allmäh steigern, bis die zu behandelnde Geschwulst vollkommen geron ist und sich ablöst. Der Augenblick, wo die Gerinnung abgeschlo ist, läßt sich nach einiger Uebung leicht erkennen. Die Stromst variiert gewöhnlich zwischen 500 und 800 Mikroampere.

Vor Beginn der Behandlung empfiehlt es sich, den Patienten weder örtlich unempfindlich zu machen oder aber allgemeine kose herzustellen.

Bei kleineren Geschwülsten braucht die an die krankhafte angelegte zweite Elektrode mit dem Apparat nicht leitend verbu zu sein. In diesem Falle stützt der auf der Isolatordecke sitz Patient die Hände auf die zweite Klemme der an den Diathe apparat angelegten Elektrodenplatte. Dann wird die Stromstärk zum Eintritt vollständiger Gerinnung auf 500 bis 600 Mikroam erhöht.

Professor Bordier hat sein Verfahren bisher an sich selbst fünf anderen Röntgenspezialisten erprobt und in allen diesen einen uneingeschränkten Erfolg erzielt. Zu den von ihm behan Aerzten gehört z. B. Dr. Xavier Debédat, Abteilungsche St. Andreas-Krankenhaus zu Bordeaux, dessen von offenen schwüren zerfressene Hände nach dem Ausspruch anderer A hätten amputiert werden müssen. Wie er selbst berichtet, da die ganze Behandlung nur wenige Minuten und war mit kei Schmerzen (auch nicht mit schmerzhaften Nachwirkungen) ve den. Die krankhaften Gewebe wurden zunächst hell, nahmen bi Goldfarbe an und begannen zu rauchen und schließlich zu kohlen. Nach 10 Tagen war auch der krankhafte Schorf abgefal einige Wochen später waren sämtliche Ungleichheiten schwunden, und die Hände hatten vollkommen normales Auss angenommen.

Das Verfahren verdient deswegen besonderes Interesse, we sich auch auf andere Hautgeschwülste anwenden läßt. Die koag rende Wirkung ist außerordentlich stark und meistens schon zwei Minuten abgeschlossen.

Zur Therapie schmerzhafter Neuritiden, spez des Nervus ischiadicus.

Von

Dr. med. HANS ERDMANN,

Rayonarzt des Bauskeschen Kreises in Skaisticaln in Lettla

Am besten bewähren sich besonders in der Landarztpraxis alle modernen Hilfsmittel der Technik nicht zu haben sind Neuritiden, speziell Ischias, sowie auch bei Muskelrheumatis (Lumbago), Einreibungen von die Haut reizenden Mitteln. Ein sehr bewährendes Rezept ist folgendes:

Rp.
Ol. Crotonis 15,0
Ol. Terebinthinae gallie 45,0
Ol. Sinapis aetherei 2,0.
Ds. Einreibung.

Eventuell kann man die reizenden Eigenschaften dieser M kation durch Zusatz von etwa 30,0 Ol. Olivarum mildern eventuell noch einen Zusatz von Veratrin machen, jedoch meis das nicht nötig. Ein Hauterythem ist erwünscht, bei selten stärk Reizung kann man zeitweilig die Einreibungen aussetzen und Zinci oder ein Lenicetzinkpuder applizieren. Jedenfalls erreicht bedeutende Schmerzlinderung analog einer Senfpflasterappli bei pleuritischem Schmerz und das ist es ja, um was uns der Kr in erster Linie bittet, ihm Hilfe gegen die Schmerzen zu geben

---

[9]) Chemisches Zentralblatt 1914, Bd. I, S. 407; Archiv für exp. Pathologie und Pharmakologie, 74, 119.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 17 BERLIN, DEN 3. AUGUST 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
AUG 26 1926
U. S. Department of Agriculture.

Levurinose „Blaes"
das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

KÜNSTLICHE
HÖHEN
SONNE
„ORIGINAL HANAU"

Ultraviolett-Bestrahlungen
mit der Quarzlampe
„Künstliche Höhensonne" – Original Hanau

Unsere Fabrikmarke verbürgt durch 20 jährige Fabrikationserfahrung (Gesamtproduktion über 100 000 Apparate) höchste technische Leistung u. sichere therapeutische Erfolge, belegt durch 1600 Publikationen u. zahlr. Lehrbücher.

Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Gleichstrom nur G.-M. 165.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Hängelampe) für Wechselstrom nur G.-M. 385.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Gleichstrom nur G.-M. 190.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.
Bach-Höhensonne (vereinfachte Stativlampe) für Wechselstrom nur G.-M. 410.–, unverpackt ab Werk Hanau a. M.

Bequeme Ratenzahlung nur innerhalb Deutschlands.

Verlangen Sie unseren neuen Hauptkatalog nebst neuen Preisblättern // Bitte nennen Sie Stromart und Spannung.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839.

Jotifix-Tabletten *Die souveräne Jodmedikation*
Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

Lipolysin

masculin. feminin.

Das pluriglanduläre Entfettungsmittel für orale und intramuskuläre Anwendung.

Kleine Dosen Tabletten verhüten Fettansatz, größere Dosen bewirken Gewichtsabnahme; zu einer systematischen Entfettungskur gehört die kombinierte Anwendung von Tabletten und Ampullen.

Neues Präparat!

Lipolysin sine Thyreoidea

In Fällen, wo Schilddrüsenmedikation kontraindiziert ist.

Literatur:

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Pluriglanduläre Fettsucht und ihre Behandlung.“ (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, Nr. 10.)

Prof. Dr. Holste, Jena „Neue Arzneimittel“ (. . . Über die Zusammensetzung des Lipolysins.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 18.)

Dr. Max Porges, Marienbad: „Zur Behandlung der pluriglandulären Fettsucht“. (Deutsche Med. Wochenschrift 1924, Nr. 25.)

Dr. Otto Schlesinger, Berlin: „Die Fettsucht u. ihre Behandlung auf Grund endokrin. Erkenntnis.“ (Medizinische Klinik 1923, Nr. 42.)

Dr. Löw Döberitz: „Lipolysin, ein pluriglanduläres Entfettungsmittel“. (Gr.-Berliner Ärzteblatt 1923, Nr. 41.)

Dr. Lewy, Bad Reichenhall: „Die hormonale Bekämpfung der Fettsucht“. (Fortschritte der Medizin 1923, Nr. 10.)

Prof. Umber, Dirig. Arzt d. Krankenhaus. Charlottenb.-Westend: „Fettleibigkeit und Fettsucht“. (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 10.)

Literatur:

Dr. W. Jülich, Hamburg-Barmbeck: „Zur Nosologie u. Therapie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa)“. (Mediz. Klinik 1925, Nr. 32.)

Dr. Albert Lahmann, Weißer Hirsch bei Dresden: „Die klinische Bedeutung der quantitativen Untersuchung auf Abwehrfermente“ (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 36.)

Prof. Hermann Zondek, Berlin: „Ueber hypophysär-cerebral-peripherische Fettsucht (Salz-Wasser-Fettsucht)“ (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 31).

Dr. Erwin Pulay, Wien: „Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organ-Präparaten“ (Dt. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 5).

San.-Rat Dr. Bieling und Dr. Harry, Friedrichroda; „Untersuchungen über Lipolysinwirkung mit dem Knipping'schen Gasstoffwechsel - Apparat“. (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 46; Archiv für Balneologie u. Med. Klimatologie 1926, Nr. 7).

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea“ (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 7).

Dr. Georg Henning, Berlin W 35, Kurfürstenstraße 146/147.

Bewährt bei **Furunkulose, Akne** und ähnlichen **Hautausschlägen** sowie bei habitueller Obstipation ist

CEROLIN

(der wirksame Bestandteil der Bierhefe).

Angenehmste Form der Hefedarreichung
Gleichmäßige Zusammensetzung
Mild abführende Wirkung

Dosis für Erwachsene: 3 mal täglich 3 Pillen zu 0,1 g, für Säuglinge und kleine Kinder: 3 mal täglich 1—4 Cerolin-Milchzuckertabletten zu 0,025 g

Cerolin-Pillen zu ,01 g in Schachteln mit 50 oder 100 Stück
Cerolin-Milchzuckertabletten zu 0,025 g in Gläsern mit 100 Stück

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. Bischoff, Bad Oeynhausen: Gedanken zur Behandlung Gelenkkranker 741

Aus der Vertrauensarztstelle der **Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.**

Dr. W. Laqueur, Leiter des Röntgeninstitutes und Dr. Adolf Kimmerle, Facharzt für innere Krankheiten: Zur Diagnose der Aortitis luica . . 743

Dr. Felix Baum, Denver (Colorado): Denver, das amerikanische Davos 748

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter: Die Versorgungsansprüche des Arztes in beamteter Stellung 750

Briefkasten 751

Kongreß-Berichte:

Dr. Eckhardt, Berlin-Dahlem: IX. Kongreß der „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V." in Nürnberg vom 27. bis 29. Mai 1926 751

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift, Nr. 25—26 752
Medizinische Klinik, Nr. 23, 24 753
Deutsche Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 27 . . 754
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, **23**, Nr. 10—12 . 754
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, **114**, 1.—4. Heft 755
Deutsches Archiv für klinische Medizin, **151**, 5. und 6. Heft 755
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 1926, Heft 14, 15 756
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, **92**, 1. bis 3. Heft 757
Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, **106**, Heft 2 758
Zeitschrift für Tuberkulose, **45**, Nr. 4 758
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **196**, Heft 4, 5 . . 758
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, **73**, Heft 5, 6 759
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Mai 1926 759
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, Nr. 26 (Erstes Halbjahr), Nr. 1—2 (Zweites Halbjahr) . . 759
Ugeskrift for Laeger, Nr. 26, 27 760
Hygiea, Heft 12 761
Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 7 761
Finsk Läkaresällskapets Handlingar, **68** 761
The Lancet, **210.**, Nr. 24—26; **211.**, Nr. 1 762
British medical Journal, Nr. 3415, 3416 762
La Presse Médicale, Paris, Nr. 44—48 763
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, **7.**, Nr. 6 764
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Nr. 5 764
Archives of internal Medicine, Nr. 6 765
Bulletin of the Johns Hopkins Hospital 766
American Journal of Ophthalmology, April 1926 . . 766

Buchbesprechungen 767
Mitteilungen 768

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Paul Basigkow, Berlin: Ein Beitrag zur rationellen Jodtherapie 769

Aus dem St. Jürgen-Asyl Ellen-Bremen.

Albert Munzel, Vol.-Arzt: Ueber die therapeutische Einwirkung des Bromtropon 769

Aus dem Stettiner Licht-Heilinstitut.

Dr. W. Vermehren, Berlin: Beitrag zur Behandlung der Skrofulose 772

Therapeutische Notizen 772

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. (Knoll)

0,5 g Calcium-Diuretin
+ 0,1 g Kal. jodat.

bei **stenokardischen** und
asthmatischen
Zuständen.

Nach Prof. S. Askanazy, Königsberg
Wirkungspotenzierung der 3 Komponenten:
Jod, Calcium und Diuretin.

Tabletten
Orig.-Packg. mit 10 St. (M. —.90)
Orig.-Packg. mit 20 St. (M. 1.65)
Dosierung: 3 mal täglich 1 Tablette nach dem Essen.

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Als Antidiarrhoikum ausgezeichnet bewährt und bei den meisten Kassen zugelassen **Tannalbin-Tabl.**
O.-P. No. X (M. -.65).

Stellengesuche

Dr. med.,
kassenvertraut, sucht **Vertretung** von Allgemeinprakt., Gynäkologen oder Internisten. Off. unt. **757**

Dermat. u. Vertr. im Aug., im Kassenw. erf. **803**

793 Aerztin
20 approb., Kasse vertraut, übern. sofort Vertretung. Kind.- od. Allgem.-Praxis.

Pr. Arzt übern. Vertret. im Aug., mehrf. vertr. **804**

Persönliches

Ich verlege am 1. August meine Sprechstunde sowie mein medizinisch-pädagogisches Institut für Hör- und Sprachstörungen nach der Oranienburger Straße 68II.
Telephon unverändert: Norden 2610.
Dr. Friedr. Gumpertz, Hals-Nasen-Ohrenarzt.

Zurückgekehrt
Prof. Roſenſtein

Zurück
Dr. Brandenstein
Martin-Luther-Straße 27.

Dr. SCHERMANT
Marienbad * **Haus Flora**

Beſtes Haut- & Maſſage-Oel.
Dermatine
Herſteller: Karl H. Seidel
Berlin-Schöneberg
Vorbergſtr. 3

Originalflasche
M. 1,70
In einschlägigen Geschäften zu haben, wo nicht, franko Nachnahme vom Hersteller
Karl H. Seidel
Berlin-Schöneberg 29
Vorbergstraße 3
Postscheck: Berlin 131510

Von der Reiſe zurück
Dr. Arthur Schleſinger
Chirurg

Vermischtes

Arzt, 42 J., evangel., neurol.-psychiatr.-intern.-pediatrisch gut vorgebild., sucht **Praxisübernahme** oder **Sanatoriumstätigkeit** mit evtl. späterer Beteiligung per sofort oder später. Offert. unt. **797**

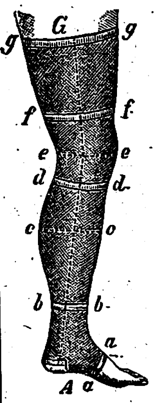
☞ **Assoziierung** ☜
wünscht beschäftigter prakt. Arzt (mit Röntgen- und elektrophysikal. Institut) **im Westen** mit nicht zu jungem, gut ausgebild. Kollegen (Probezeit!) Mark 20—25000 erforderlich
Angebote m. Lebenslauf u. Lichtbild unt. Nr. 817

Schwestern Clementinenheim
sendet Schwestern für priv. u. Wochenpfl. Lützow 9114.
An der Apostelkirche 14.

Der Berliner Schwesternbund
sendet geprüfte Schwestern nach allen Plätzen.
Tag und Nacht.
☞ **„Säuglingsschwestern"** ☜
Berlin W, Motzstr. 14. Telephon: Nollendorf 1311

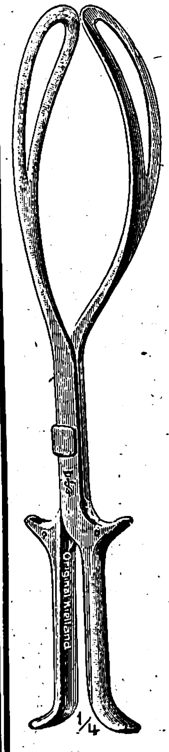
An- und Verkäufe

Chir. Instrumente, ungebraucht, Nickelkasten, **billig verkäuflich.** Offerten unter Nr. **2006**



Gummistrümpfe
mit Zwirn u. Seidengewebe und aus reinem Gummi, deutsches u. amerikan. Fabrikat.
Plattfußeinlagen
besonders nach Gipsabdruck
Leibbinden
Bruchbandagen
Orthopäd. Apparate
C. Küchmann
Berlin NW 7
Dorotheenstraße 31 • Zentrum 7860
Lieferant für Krankenkassen.

Nur die mit der
AESCULAP-
Kennmarke
und Stempel



ORIGINAL KIELLAND
(Eingetragene Warenzeichen)
gekennzeichneten
Geburtszangen
nach Kielland
sind vom Autor
als richtig anerkannt!
Erhältlich in den Fachgeschäften aller Länder.
Bitte verlangen Sie die Instrumente mit der
AESCULAP-Kennmarke!

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 17 3. AUGUST 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Gedanken zur Behandlung Gelenkkranker.

Von

Dr. BISCHOFF, Bad Oeynhausen.

Wer häufiger Gelegenheit hat, die schwereren Grade der chronischen Gelenkerkrankungen mit den so schwerwiegenden Bewegungsbehinderungen zu sehen, und wer weiß, wie machtlos wir eigentlich trotz des anscheinend so vielseitigen und gut ausgebildeten medizinischen Rüstzeuges sind, den erfaßt leicht eine gewisse Resignation. Dazu kommt, daß in der Nomenklatur keineswegs Einigkeit herrscht, und darunter notgedrungen auch die Therapie zu leiden hat; denn im allgemeinen pflegt doch mit dem Krankheitsnamen eine bestimmte Krankheitsursache, das klinische Symptomenbild, die mehr oder weniger festgelegten pathologischen Veränderungen und bestimmte Richtlinien in der Therapie verbunden zu sein. In all diesen Dingen herrscht heutzutage doch noch eine erhebliche Unklarheit, weil wir letzten Endes noch nicht wissen, warum und wie die Gelenkschädigungen zustande kommen. Es soll nicht Zweck dieser Zeilen sein, das Für und Wider der Einteilung der Gelenkkrankheit nach Umber, v. Müller, Benecke oder Munck oder des einen oder anderen Forschers zu erörtern, oder in den Streit der Nomenklatur über Arthritis oder Arthrose einzugreifen, sondern das Augenmerk der Kollegen auf die Behandlung der frischeren Fälle hinzulenken, da offenbar durch eine entsprechend zweckmäßige Therapie dieser wir unsere Kranken eher vor den schweren Schädigungen bewahren, als nachher die schon vorhandenen Veränderungen beseitigen können.

Wenn es auch als eine Binsenwahrheit angesehen werden mag, daß auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Anamnese auch bei scheinbar ganz klar liegenden Fällen hingewiesen wird, so muß dies hier doch noch einmal besonders betont werden. Denn für die Behandlung einer Polyarthrit. rheumat. acuta dürfte es nicht gleichgültig sein, ob sie infolge einer allgem. Erkältung ohne besondere, örtlich nachweisbare Erscheinungen aufgetreten, oder ob sie im Anschluß an eine Angina oder einen sonstigen septischen Prozeß irgendwo im Körper entstanden ist. Wie in der Med. Klinik 1925, Nr. 21, bereits darauf hingewiesen ist, stellen gerade die Fälle auf septischer Basis sich meist als salizylrefraktär dar und man sollte deshalb nicht Zeit, Geld und Arbeitskraft des Arztes wie Patienten und Pflegepersonals darauf verschwenden, das Eintreten oder Versagen der Salizylwirkung abzuwarten und unterdessen eine mehr oder weniger starke Beeinträchtigung des Patienten bezgl. des Allgemeinzustandes, sowie der Gelenkbeweglichkeit, irreparable Veränderungen des Herzens und anderes eintreten zu sehen, sondern man sollte bei einer derartigen Vorgeschichte sofort mit einem Silberpräparat einsetzen. Als solche kommen Argochrom oder Argoflavin, Choleval, Collargol (5% nur in frischer Zubereitung, da sonst unangenehme Nebenerscheinungen!), Fulmargin in Frage. Ueber die Erfolge eines septischen Streptokokkenserums stehen mir keine Erfahrungen zur Seite. Vielleicht kommt auch die 40prozentige Urotropinlösung in Betracht, die sich ja manchem Autor bei anderweitigen septischen Anzeichen gut bewährt hat. Desgleichen könnten Versuche mit Atophanyl gemacht werden, dem zwar wohl keine spezifische, sondern nur symptomatische Bedeutung insofern zukommt, als es entzündungswidrig und gleichzeitig schmerzstillend wirkt, ein Moment, das später noch besondere Berücksichtigung finden soll.

Da das Krankheitsbild der Polyarthritis rheumat. acuta soeben zur Erörterung herangezogen wurde, möge gleich eine andere Erwägung Platz finden. Der Erreger dieses Krankheitsbildes ist — soweit meine literarischen Kenntnisse reichen — noch nicht einwandfrei nachgewiesen. Man neigt aber offenbar der Meinung zu, daß es sich um eine Art Streptokokken handelt. Ob es sich nun um sozusagen saprophytische Streptokokken handelt, die in einem durch besondere Umstände disponierten Körper besonders günstige Wachstumbedingungen finden und damit patholog. Zustände an bestimmten Stellen hervorrufen können, oder ob es sich um besondere Erreger handelt, das bleibt weiterer Forschung vorbehalten. Für uns kommt diese Frage aber insofern in Betracht, als wir uns nicht zu lange mit einer Salizyltherapie aufhalten sollten, die den Krankheitserreger nicht genügend schädigt. Wenn auch der Gedanke keineswegs neu ist, so soll hier doch darauf hingewiesen werden, daß nach einer etwa 14 Tage lang mit Natron. salizyl. oder einem seiner Abkömmlinge vergeblich durchgeführten Kur das Einsetzen mit einem der vorstehend angeführten intravenös zu verabreichenden Silberpräparate in Erwägung zu ziehen ist.

Eine richtig durchgeführte Anamnese, zu der auch umfassende ätiologische Kenntnisse gehören, wird uns vielfach auch die Suche nach der eigentlichen Ursache der Gelenkerkrankung erleichtern. Damit soll sowohl auf den infektiösen, wie auf den nichtinfektiösen Ursprung hingewiesen werden. Um zunächst bei der infektiösen Gruppe zu bleiben, so ist die Frage nach dem akuten oder chronischen Vorverlauf wohl seitens der Kranken leicht beantwortet. Der Arzt muß sich aber immer vor Augen halten, daß auch syphilitische Gelenkerkrankungen ziemlich akut einsetzen und ein tuberkulös infiziertes Gelenk durch einen scheinbar geringfügigen Unfall rasch zu einem schwereren Krankheitsbilde führen kann. Eine sorgfältig durchgeführte Vorgeschichte dürfte hier eher zur Heranziehung der serologischen und bakteriologischen (Gonorrhoe!) Untersuchungen und damit zu einem früheren und darum für die befallenen Gelenke sehr wesentlichen Einsetzen der spezifischen Behandlung führen. Die während eines Scharlachs auftretenden Gelenkerkrankungen dürften in ätiologischer Beziehung weniger Schwierigkeiten bereiten.

Die Gelenkerkrankungen nicht infektiösen Ursprungs machen uns die Erhebung der Vorgeschichte und damit das Fahnden nach der Aetiologie besonders schwer. Wenn dies auch in Anbetracht des Befundes bei Verletzungen, bei der Gicht namentlich im akuten Anfall und bei der Arthropathia tabica nicht so sehr der Fall ist, so gestaltet sich die Sache manchmal bei Blutern schon schwieriger, da diese sich wegen der Geringfügigkeit des auslösenden Unfalles der Ursache häufig nicht bewußt sind. Eine richtige Anamnese wird auch manchmal das Vorhandensein eines Corpus liberum oder eines gelösten Meniscus eher in den Bereich der Wahrscheinlichkeit bringen und die Röntgenaufnahme danach einrichten lassen, da ein zu hartes Röntgenbild uns dann die Ursachen der Gelenkbeschwerden nicht erkennen läßt. Die Deutung des Röntgenbildes erfordert auch besondere Sorgfalt bei den keineswegs ganz seltenen statischen Veränderungen von Gelenken. Hat man es mit weiblichen Kranken zu tun, die über ein subakutes oder chronisches Gelenkleiden zu klagen haben, dann ist die Frage nach den Menses durchaus angebracht. Im Klimakterium treten häufig Kniegelenkserkrankungen auf. Nach einer mündlichen Mitteilung von Herrn Prof. v. Alvens, Frankfurt a. Main, sah er im Anschluß an eine temporäre Röntgenkastration wegen schwerer Menorrhagie eine wesentliche Verschlimmerung der bereits bestehenden Periarthrit. destruens auftreten. Vielleicht sind auch die in den Adolescentenjahren des weiblichen Geschlechts einsetzenden subakuten oder chronischen Gelenkleiden (meist Periarthrit. destruens) auf einer Dysfunktion der Ovarien basiert. Gerade diese Fälle sprechen auf die Behandlung mit den sonst üblichen Mitteln wie Yatren, Ameisensäure und dgl. gar nicht an. Leider leisten die bisher bekannten Organpräparate noch nichts Wesentliches, eine Beobachtung, die aber auch von Seiten der Frauenärzte für tiefer greifende Erkrankung der Eierstöcke Bestätigung findet. Ueber Ovowop habe ich noch keine Erfahrung. Vielleicht liegt auch eine Störung des pluriglandulären Systems zugrunde, das durch mangelnde Funktion einer der zugehörigen Drüsen die ausreichende Versorgung des Körpers mit den gesamten Inkreten nicht darstellen kann.

Mancher der Kollegen wird sich fragen: Warum wird uns dieses auseinandergesetzt? Ist das denn nötig? Ja, das ist es eben! Denn ein großer Teil des Mißerfolges in der bisherigen Behandlungsweise der Gelenkerkrankungen ist darauf zurückzuführen, daß wir rein schematisch behandelt haben, ohne uns um die Aetiologie zu kümmern. Wenn auch sicherlich hierdurch das ganze Problem der Erkenntnis und damit auch der einflußreichen Behandlung der Gelenkerkrankungen noch nicht gelöst werden wird, so dürften wir doch schon ein gut Stück vorwärts kommen, wenn wir die Vorgeschichte genau beachten und auf dieser Basis aufbauend eine ätiologische Behandlung dieser Veränderungen durchführen, soweit uns unsere heutigen Kenntnisse dies gestatten. Vielleicht gelingt es auf dem Wege genauester Anamnese und der Beobachtung des weiteren Verlaufs mit vorläufig empirischer Feststellung der günstig beeinflussenden Arzneikörper, uns in der Erkennung dieser bisher noch ziemlich dunklen Materie vorwärtszubringen. Vielleicht bekommen wir auch durch dahingehende Beobachtungen Kenntnis darüber, welche Rolle das vegetative Nerven-System im Haushalt der Gelenke spielt. Daß zwischen beiden Faktoren ein gewisser, uns zunächst noch unklarer Zusammenhang zu bestehen scheint, könnte daraus hervorgehen, daß vielfach Gelenkerkrankungen segmentär auftreten wie gewisse Exantheme und daß nach meiner Beobachtung der weitaus überwiegende Teil von Kranken mit schwereren Gelenkveränderungen chronischer Art eine sehr lang anhaltende und ziemlich stark ausgeprägte Dermographia ruba aufzuweisen hat.

In Zusammenfassung des bisher entwickelten Gedankenganges kommt es also im wesentlichen darauf an, unter besonderer Würdigung der Entstehungsgeschichte neben dem Befunde einen der Aetiologie gerecht werdenden Heilplan aufzustellen, namentlich solange, als über die Namengebung der Gelenkerkrankungen noch verschiedene Ansichten herrschen und also mit der Diagnose noch nicht voll abgerundete Krankheitsbilder mit bestimmten therapeutischen Maßnahmen verbunden sind.

Neben einer ätiologischen, das Grundleiden angreifenden Therapie muß aber ein bisher vielfach sehr vernachlässigter Faktor besonders betont werden: Die Funktion des erkrankten Gelenks. Gewöhnlich sind namentlich die akuten und die mit akuten Nachschüben auftretenden chronischen Gelenkerkrankungen recht schmerzhaft und es erscheint durchaus erklärlich, daß als Reaktion auf die Schmerzen das Gelenk ruhiggestellt wird. Der Kranke achtet im allgemeinen schon selbst darauf, dem Gelenk die Lage zu geben, in der er am wenigsten Schmerzen empfindet. Daß hier der Arzt noch mit Schienen- oder sonstigen umfangreichen Verbänden nachhilft, wird aber hoffentlich bald ein überwundener Standpunkt sein. Eine im Bett oder auf einem Kissen oder im Armtragetuch ruhiggestellte Extremität macht doch immerhin kleine unwillkürliche Bewegungen, die den Gelenken zugute kommen. Für Gelenke ist Bewegung einfach Leben. Nach den Ausführungen Langers (zit. nach E. Friedl und Schinz, zur Frage der Knochenatrophie in den Ergebnissen der mediz. Strahlenforschung, Bd. I.) führt schon die infolge der Schmerzen resultierende Ruhigstellung der Gelenke über die Gefäßversorgung der Knochen zu Zirkulationsstörungen im Knochenmark. Die Muskel- und Gelenkbewegungen üben nach Langer eine Saugwirkung auf die aus dem Knochen austretenden, mit Klappen versehenen Venenstämme aus. Die konsekutive Stauung, die entsprechend dem Gefäßreichtum an den Epiphysen an diesem zuerst effektiv wird, führt zu einer akuten Vermehrung des Knochenmarks und löst damit nach Pommer Osteoklase aus. Langer sieht in den Zirkulationsstörungen und Druckstauungen den wesentlichen Grund für die akute porotische Knochenatrophie.

Wenn nach dieser eben angeführten Anschauung Langers, also infolge der fehlenden Muskel- und Gelenktätigkeit bei der Ruhigstellung infolge von Schmerzen, Veränderungen im Knochenmark entstehen, sollte man da nicht annehmen, daß in den doch sicherlich nicht weniger empfindlichen Gelenken sich nicht ebenso schwerwiegende Veränderungen einstellen sollten? Der Gefäßreichtum der Epiphysen ist wohl in erster Linie dazu geschaffen, den im Körperhaushalt doch wohl höher stehenden Gelenken den notwendigen Stoffwechsel zu gewährleisten. Treten in diesen im Sinne Langers nun Zirkulationsstörungen auf, so sind doch sicherlich die höher differenzierten Gelenke zunächst die Leidtragenden, was sich in der Functio laesa ausweist. Schon aus diesem Gedankengange heraus ist also die Forderung berechtigt, für eine möglichst frühzeitige Bewegung der Gelenke Sorge zu tragen, womit man einerseits den nachteilig wirkenden Zirkulationsstörungen entgegenwirkt und andererseits der Einschränkung der Beweglichkeit vorbeugt. Wesentlich bei der Ausübung der Bewegungen dürften folgende Gesichtspunkte sein: Die passive Bewegung unter möglichster Ausschaltung der Muskeltätigkeit des Kranken bringt die Gelenkflächen nicht so eng zusammen wie die aktive Bewegung (vgl. das Reiben der ostearthritisch deformierten Gelenke bei aktiver und passiver Bewegung). Es ist darauf zu halten, daß die passiven Bewegungen langsam und stetig und möglichst bis zum Ende der normalen Funktion (also zur vollen Funktionsbreite) durchgeführt werden. Fünf bis zehn Bewegungen dreimal am Tage dürften genügen. Die Gefahr bei infektiösen Erkrankungen die Erreger in die umgebenden Gewebe und damit in den Kreislauf zu massieren, ist bei richtiger und vorsichtiger Durchführung der Bewegung auszuschließen. Eine Massage der Gelenke ist unter allen Umständen ausgeschlossen. Die Schmerzhaftigkeit frischentzündeter Gelenke kann man im warmen Bade, durch Biersche Stauung, Atophanyl, auch durch Veramon oder eines der anderen internen Mittel herabsetzen; zu Morphium soll nicht geraten werden. Der Hauptzweck dieser Bewegung ist neben Beseitigung der Stauung im Langerschen Sinne, die Bildung der Verwachsungen, das heißt die bindegewebige Durchwachsung der Fibrinniederschläge zu verhindern und deren frühere Aufsaugung durch bessere Zirkulationsverhältnisse zu fördern. Welche Schwierigkeiten es bereitet, ein in seiner Funktionsbreite behindertes Gelenk wieder einer, den täglichen Anforderungen einigermaßen gerecht werdenden Beweglichkeit zuzuführen, welche Geduld seitens der Kranken und nicht zum wenigsten auch des Arztes es erfordert, den infolge der Schmerzen eintretenden Widerstand zu überwinden, das weiß wohl jeder. Dagegen dürften die vorstehend geschilderten Maßnahmen als wesentlich geringer und doch erfolgversprechender vorzuziehen sein. Dies kommt namentlich auch für die, mit akuten Nachschüben auftretenden subakut und chronisch verlaufenden Gelenkerkrankungen in Betracht. Das Muß ist manchmal hart und schmerzlich, der Erfolg dann aber um so größer, wie Verfasser am eignen Körper gespürt hat. Dieser Bewegungsbehandlung spricht auch E. Plate im Februarheft der Therapie der Gegenwart 1926 das Wort, wie nach Fertigstellung dieser Zeilen erst bekannt wurde.

Auf einen dritten Punkt sei hier ferner aufmerksam gemacht. Es gibt ein recht umfangreiches Organ unseres Körpers, das sich in weiten Kreisen über eine recht bedauerliche Vernachlässigung zu beklagen hat: Die Haut. Wenn wir über die Rolle, die sie im Körperhaushalt im allgemeinen spielt, wohl einiges Wenige wissen, über ihr Verhältnis zu den Gelenken aber so gut wie gar nichts, so sollten uns einige Tatsachen doch darauf hinweisen, in dieser Hinsicht umfangreichere Beobachtungen und Versuche anzustellen. Daß durch Abkühlung der Haut ein akuter Gelenkrheumatismus hervorgerufen oder doch wenigstens sein Entstehen wesentlich begünstigt werden kann, ist wohl eine ziemlich allgemein anerkannte Tatsache. Wenn auch dieser Gedanke wohl nicht maßgebend gewesen ist bei dem Versuche Pauls*), durch die Hautimpfung mit einem Bakteriengemisch Gelenkerkrankungen verschiedenen Ursprungs zu behandeln, so dürften die mit dieser Behandlung erzielten Versuche des eben erwähnten Autors doch den Gedanken nahe liegend erscheinen lassen, daß die Haut gerade wegen ihren besonderen Beziehungen zu den Gelenken für das Ansetzen einer, die spezifische Behandlung unterstützenden Therapie besonders geeignet ist. Wie wäre wohl sonst die günstige Wirkung bestimmter Bäder bei Gelenkerkrankungen zu erklären? Wenn man auch heut wohl allgemein den Stoffwechsel als das Bindeglied betrachtet, so kann sich diese Anschauung doch leicht einmal ändern. Vielleicht bringen uns die, in der vorerwähnten Gedankenreihe arbeitenden Versuche der Amerikaner weiter, welche die Beziehungen zwischen Gelenkerkrankungen und Veränderungen des vegetativen Nervensystems aufklären sollen. Eine häufiger beobachtete, aber noch nicht genügend bekannte Tatsache ist aber die, daß durch eine zweckmäßige Hautpflege und Abhärtung die Empfänglichkeit für Gelenkerkrankungen wesentlich herabgesetzt und das Fortschreiten der schon bestehenden eingeschränkt wird. Verfasser hat dies sowohl bei seinen Kranken wie an sich selbst feststellen können und möchte das Augenmerk der Kollegen gerade auch auf diesen Punkt lenken. Es genügt schon, wenn man durch systematische, vorsichtig vorgehende Abhärtung dahin kommt, möglichst den ganzen Körper täglich 15 bis 20 Minuten der nicht oder nur ganz wenig erwärmten Zimmerluft auszusetzen. Empfehlenswert ist ein vorheriges trockenes Abreiben der Haut, dem man gegebenenfalls auch eine feuchtkalte Abreibung vorausschicken kann. Ein leichtes Durcharbeiten aller Gelenke im Sinne der Anfangsübungen nach J. P. Müller oder dem schwedischen System dürfte diese Maßnahmen zweckmäßig unterstützen.

---

*) G. Paul, Wien. Klin. Wochenschrift Nr. 36, zit. nach Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1915. Nr. 19.

Zum Schluß soll der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, daß die hier entwickelten Gedankengänge zu Beobachtungen und Versuchen Veranlassung geben, die eine planmäßigere, erfolgreichere Behandlung der Gelenkerkrankungen zu Nutz und Frommen unserer Patienten zur Folge hat.

Aus der Vertrauensarztstelle der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.

Zur Diagnose der Aortitis luica.

Von
Dr. W. LAQUEUR, Leiter des Röntgeninstitutes
und
Dr. ADOLF KIMMERLE, Facharzt für innere Krankheiten.

Die Bedeutung, die das Röntgenverfahren im Laufe seines nunmehr 30jährigen Bestehens auf fast allen Zweigen der Medizin gewonnen hat, ausführlich schildern und näher begründen, hieße Eulen nach Athen tragen. Auch darf man wohl heutigentags, ohne Widerspruch gewärtigen zu müssen, noch die Behauptung wagen, daß die Ueberzeugung von der Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit der Röntgenoskopie und Röntgenographie für die medizinische und chirurgische Diagnostik — für die Röntgentherapie trifft diese einmütige Auffassung nicht zu — Allgemeingut sämtlicher Aerzte geworden ist. Gehen wir aber ins Einzelne, so begegnen wir auf den verschiedensten Sondergebieten einer recht erheblichen, wir möchten sagen, bedenklichen Divergenz der Ansichten über Wert und Unwert der Röntgenmethoden. Auf der einen Seite eine oft bedeutende Ueberwertung ihres Leistungsvermögens, vor allem auf dem Gebiete der Abdominal-Pathologie, auf der anderen Seite eine durch nichts zu rechtfertigende und nur durch mangelnde Kenntnis der theoretischen Grundlagen zu erklärende Unterschätzung. Ist eine solche Unterschiedlichkeit der Auffassung verständlich und, weil diskussionsanregend und -fördernd, in gewissem Maße fruchtbringend, wenn es sich um die Erforschung neuer Gebiete und das Beschreiten ungebahnter Wege handelt — man denke an die Jodipinfüllung des Bronchialbaums oder die Darstellung der Gallenblase usw. — so kann eine auf allzu großer Skepsis oder allzu starrem Konservatismus beruhende röntgenfeindliche Einstellung der Aerzte geradezu verhängnisvoll sein, sofern Krankheiten in Frage stehen, bei denen es vor allen Dingen auf möglichst frühe Stellung der Diagnose ankommt und bei denen diese frühzeitige Diagnose eben nur möglich ist mit Hilfe der Röntgenstrahlen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Aortitis luica.

Wer Gelegenheit hat, an einem großen Krankenmaterial über Arbeitsfähigkeit, Behandlungsbedürftigkeit etc. Nachuntersuchungen anzustellen und Entscheidungen zu treffen, die verschiedensten subjektiven Beschwerden nach objektiven Substraten abzuwägen und zu beurteilen, der stößt gelegentlich auf diagnostische Irrtümer. So ist es ganz auffallend, daß bei Leuten mit verschiedenartig zu deutenden Symptomen gerade an eine Erkrankung des Gefäßsystems öfters entweder nicht gedacht oder eine solche nur mit einer gewissen Scheu diagnostiziert wird, nämlich die Aortitis luica und vor allem die des Anfangsteils der Aorta, welche von Schottmüller Aortitis supracoronaria genannt wird. Diese Tatsache mag darauf beruhen, daß bei der Untersuchung des Herzens die gewohnten Zeichen des „Herzfehlers" nicht so sehr ins Auge springen, Geräusche, Arythmien usw. vermißt werden. Wenn behauptet wird, daß luische Veränderungen an der Aorta oft schon länger bestehen können, ohne Beschwerden zu verursachen oder klinisch irgendwie in Erscheinung zu treten, so dürfte dies vor allem für die Aortitis luica supracoronaria zutreffen, im Gegensatz zu der Aortenlues, welche den Klappenapparat ergriffen hat oder bereits zum Aneurysma geworden ist. Und doch gibt es u. E. die Möglichkeit, auch bei der Aortitis luica supracoronaria die Diagnose frühzeitig zu stellen, wenn man erstens daran denkt und zweitens den Röntgenologen hinzuzieht. Woher kommt es, daß so häufig gerade an diese Affektion nicht gedacht wird? Man darf bzw. muß wohl sagen, daß zum Teil wenigstens die in Frage kommende Veränderung bezüglich ihrer Wichtigkeit auch heute noch zu wenig bekannt ist, noch zu gering eingeschätzt, vielleicht dann und wann auch noch nicht anerkannt wird. Eine Unmenge von Literatur ist über dieses Kapitel in den letzten drei Dezennien entstanden. Die Ansichten dürften jetzt aber seit etwa 15 Jahren geklärt sein. Die Abgrenzung der Aortitis luica als Krankheit sui generis ist noch nicht allzu alt. 1874 machte Heubner als erster auf die spezifischen Veränderungen syphilitischer Hirngefäße aufmerksam. 11 Jahre später waren es Döhle und Heller und des letzteren Schüler, welche immer wieder die Eigenart dieser Prozesse hervorhoben. Doch mußten noch weitere 20 bis 25 Jahre verstreichen, bis die Ansichten Hellers und Döhles sich durchsetzten und allseitig anerkannt wurden. Ein großes Verdienst um die Festigung der Auffassung über die Spezifität der syphilitschen Gefäßveränderungen gebührt Chiari und Benda, welche etwa am Anfang des neuen Jahrhunderts — 1903 — voll und ganz für die Hellerschen und Döhleschen Anschauungen eintraten. Nun folgten bedeutende Arbeiten anderer namhafter Autoren, wie Stadler, Fahr, Eugen Fraenkel, Gruber u. a., die mehr oder weniger rückhaltlos die Heller- und Döhleschen Arbeiten bestätigend, unter Berücksichtigung der vorgeschrittenen Kenntnisse über die Syphilis und deren Folgezustände weiter in ausgezeichneter Weise dazu beitrugen, die Gefäßsyphilis als ein besonderes Krankheitsbild herauszuheben. Wie wir wissen, wurde dieser Versuch verschiedentlich unternommen, der Gedanke im Laufe vieler Jahre immer wieder aufgegriffen, bis sich erst nach konsequenter und zäher Arbeit, nach zielbewußten, mühevollen Untersuchungen die Aufstellung eines eigenen, heutzutage wissenschaftlich anerkannten klinischen Krankheitsbildes durchsetzte.

So ist es vielleicht zu verstehen, daß auch heute noch eine gewisse Skepsis der Aortitis luica, speziell der Aortitis luica supracoronaria gegenüber besteht, also der Form von Aortenlues, welche bekanntermaßen in den ersten Jahren ihres Bestehens, wenn überhaupt, nur verhältnismäßig wenig objektive Symptome verursacht. Es will uns scheinen, daß diese Krankheitsform nicht so ganz selten ist, und daß sie eigentlich nicht nur oder nicht erst in den Krankenhäusern diagnostiziert werden dürfte. Man muß — wir wiederholen — nur häufiger daran denken. Die syphilitische Gefäßerkrankung ist an sich bei einer sicher vorhanden gewesenen Lues nicht selten.

Aus statistischen Feststellungen geht hervor, daß die Aortenlues bei Syphilitikern eine große Rolle spielt. Stadler berechnet bei seinem Material 82%, Chiargi 59%, Fahr 51%, Eugen Fraenkel fand bei 102 Fällen konstitutioneller Syphilis 33mal syphilitische Aorten-Erkrankungen (ohne Berücksichtigung der Fälle von Aneurysma und Syphilis der kleinen Arterien). Den gleichen Prozentsatz wie Stadler fand Straub bei progressiver Paralyse und ähnliche Resultate (74%) erhielt Alzheimer bei der gleichen Krankheit, also Zahlen, die zu denken geben und gewisse Schlüsse zulassen. Aehnliche Statistiken setzen sich bis in die letzten Jahre fort. Bei diesen Statistiken handelt es sich um Leute, bei welchen die syphilitische Gefäßerkrankung mit einer anderen gleichfalls auf Syphilis beruhenden Krankheit zusammentrifft. Wir möchten es vermeiden, die Gefäßerkrankung bei diesem Material so quasi als Nebenbefund zu bezeichnen, denn dies könnte zu irreführenden Deutungen Veranlassung geben. Genau so wie ein Tabiker oder Paralytiker nicht immer eine Gefäßsyphilis, vor allem eine Aortenlues haben muß, genau so kommt die Syphilis des Gefäßsystems, speziell die Aortenlues als isolierte Krankheit vor, und zwar nicht so selten, wie manchmal noch scheinbar angenommen wird. Hubert berechnet die Häufigkeit der internen Lues nach dem Material der Münchener Klinik mit etwa 10%. Wittgenstein und Brodnitz kommen bei Bearbeitung ihres poliklinischen Materials aus der Goldscheiderschen

Klinik zu dem u. E. völlig berechtigten Schlusse, daß 8 bis 10% aller in den Großstadt-Polikliniken behandelten inneren Erkrankungen mit Sicherheit oder mit größter Wahrscheinlichkeit auf Lues direkt oder indirekt zurückgehen. Dies sind Zahlen, mit welchen die Syphilis, die Lues interna, ihrer Häufigkeit nach, an zweiter Stelle dicht hinter der verbreitetsten Volksseuche — der Tuberkulose — kommt.

Es könnte sein, daß dieser Prozentsatz sich nach oben noch etwas verschöbe, wenn vor allem das Erfassen der ganz frischen Fälle durch weitere Vervollkommnung der diagnostischen Methoden in noch größerem Umfange ermöglicht werden könnte. Ebenso wie die Häufigkeit der Aortenlues an und für sich meist unterschätzt wird, ebenso kommt nach unserer Ansicht gerade jene als Aortitis luica supracoronaria bezeichnete Form der Aortenlues häufiger vor, als man bis jetzt durchschnittlich anzunehmen geneigt ist. Die Aorta ascendens ist nun einmal die Lieblingsstelle der beginnenden Aortenlues. Also haben wir unser Augenmerk darauf zu richten, hier die erste Veränderung nachzuweisen. Die Prognose jeder Krankheit hängt zum guten Teil von der rechtzeitigen Diagnose ab. Ganz gewiß gilt dies aber für die Aortenlues, haben wir doch jetzt im Salvarsan, vielleicht auch in den Wismuth-Präparaten, Mittel zur Verfügung, welche die Therapie der Aortenlues besonders aussichtsvoll gestalten. Mag man über das Salvarsan denken wie man will, so wie in der Therapie des luetischen Primärstadiums niemand des Salvarsans wird entraten wollen, so ist auch in der Behandlung der Gefäßsyphilis, vor allem der Aortenlues das Salvarsan heute unentbehrlich geworden. Wir können wohl mit Recht behaupten, daß mit der Salvarsanaera unzweifelhaft ein großer Fortschritt eingetreten ist, und dieser Fortschritt kann auch nicht durch den Hinweis darauf bestritten werden, daß es sich vielleicht bei der progressiven Paralyse und der Tabes anders verhält. Zentralnervensystem und Gefäßsystem sind eben nicht ein und dasselbe. Vielleicht würde es bei der Paralyse und Tabes auch noch anders liegen, wenn die Kranken nicht, wie es doch wohl meistens der Fall ist, zu spät zur Behandlung kämen. Da die Gefäßlues sich doch noch etwas günstiger quoad prognosim verhält wie die Lues des Zentralnervensystems, so müssen wir uns ganz entschieden bemühen, die Krankheit sozusagen im Keime zu erkennen. Sind nun die allerersten Anfänge einer Aortitis, wie sie sich in der Aorta ascendens entwickeln, klinisch zu diagnostizieren? Nein, oder meistens nein, wenn wir die bisherigen physikalischen Untersuchungsmethoden — Perkussion und Auskultation — nur allein zur Anwendung bringen. Die Antwort wird aber sicherlich anders ausfallen, wenn wir erst alle diese Fälle zur richtigen Zeit zur röntgenologischen Untersuchung bekommen werden. Für das Anfangsstadium der Aortitis luica sind zwei Symptome äußerst charakteristisch, erstens die Erweiterung des zunächst über dem Klappenring gelegenen Teiles der Aorta ascendens und zweitens die vermehrte Pulsation dieses Abschnittes. Das erstere Symptom wird sich zwar wenigstens in manchen Fällen auch perkutorisch nachweisen lassen, immerhin meist erst durch die Röntgendurchleuchtung einwandfrei feststellbar sein, und das zweite entzieht sich der Erfassung mit den gewöhnlichen physikalischen Methoden überhaupt und tritt nur vor dem Röntgenschirm in die Erscheinung. Wenn wir uns die Veränderungen bei der Aortenlues pathologisch-anatomisch vergegenwärtigen, dann wissen wir, daß zuerst destruierende Prozesse in der Media auftreten, elastisches Gewebe zugrunde geht. Dadurch wird der Normalwiderstand des Gefäßrohres herabgesetzt. Der anstürmende Blutstrom erweitert die geschwächte Gefäßwand und bewirkt eine vermehrte und verstärkte Pulsation des erkrankten Abschnittes, die auch dann schon bemerkbar ist, wenn die Erweiterung noch sehr geringfügig erscheint. In den folgenden Stadien, in welchen lebhafte reparative Vorgänge einsetzen, kann die vermehrte Pulsation wieder abnehmen bzw. ganz verschwinden. Sie deutet also auf einen frischen Prozeß und somit auf Veränderungen mit verhältnismäßig noch günstiger Prognose. Wir halten deshalb die Feststellung der isolierten vermehrten Pulsation, die man vielleicht „vermehrte Pulsationsbreite“ bezeichnen darf, für das wichtigste und ausschlaggebendste Frühsymptom der Aortenlues, wie dies Hubert und andere in gleicher Weise taten. Leider kommen die Kranken nur in den seltensten Fällen in diesem Stadium zum Arzt, selbst wenn es aber geschieht, wird sich dieser, da zur Zeit, wo das Symptom der vermehrten Pulsation vorhanden ist, die Aorta meist noch nicht oder wenig erweitert ist, kaum für berechtigt halten, eine organische Gefäßveränderung anzunehmen, falls er eben nicht die Röntgenuntersuchung zur Hilfe nimmt. Ob diese geringen Veränderungen, welche die vermehrte Pulsation erzeugen, auch subjektive Erscheinungen, Sensationen irgendwelcher Art, hervorrufen können, ist schwer zu sagen. Denkbar wäre es. Dabei spielt aber u. E. das subjektive Empfinden des Einzelnen eine zu große Rolle. Der eine ist schon für kleinste Reize sehr empfindlich, ein anderer selbst für stärkere weniger oder gar nicht. Der eine beobachtet sich mehr, der andere weniger. Dies gilt vor allem für die Bewertung der Schmerzen, die man doch sonst zu den Primärsymptomen der Erkrankungen des Herzens und der nächstliegenden Gefäßabschnitte rechnen kann. Haben wir z. B. Kranke bis gegen Ende der 40iger Jahre vor uns, so seien wir vorsichtig mit der Diagnose „Cor. nervosum“ und ähnlichem. Die Diagnose Neurasthenie spielt überhaupt eine große, zuweilen verhängnisvolle Rolle in der Differentialdiagnose. Schmerzsymptome in der Herzgegend, am Sternum, bald in den rechten Arm, bald in den linken Arm, bald in den Rücken ausstrahlend, sind u. E. wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose Aortitis. Manchmal bietet sich uns das Bild der Coronarsklerose mehr oder weniger vollkommen. Daneben wird über Schwäche und Krankheitsgefühl geklagt, leichte Ermüdbarkeit, Oppressionsgefühl, letzteres namentlich bei körperlichen Anstrengungen, häufig lösen gerade letztere oder psychische Aufregungen solche Anfälle aus. Die Tatsache, daß der Prozeß in der aufsteigenden Aorta sich gern, nicht immer, in der Umgegend der Abgangsstellen der großen Gefäße (Anonyma, Carotis, Subclavia) lokalisiert, ist für die Erklärung der meisten Symptome von großer Wichtigkeit, so für die Schwäche in einem Arm, oder für die in den einen oder anderen Arm ausstrahlenden, attackenartig auftretenden Schmerzen und Parästhesien, ferner für die Kopfschmerzen, sofern sie nicht auf Veränderungen der Meningeal-Gefäße zurückzuführen sind, endlich für das bekannte Schwindelgefühl, ein Symptom, welches uns sehr häufig, um nicht zu sagen, beinahe regelmäßig geschildert wird, so daß wir es geradezu als pathognomonisch bezeichnen müssen. Wir sehen also, daß uns Angaben gemacht werden, wie sie uns nur allzu bekannt sind aus den Leidensgeschichten jener zahlreichen Neurastheniker, welche mit mehr oder weniger großem Wortschwall und Pathos uns ihre Beschwerden oft zum Ueberdruß schildern. Versuchen wir diese subjektiven Angaben durch ein energisches Nachforschen nach überstandener Syphilis zu ergänzen, so geschieht es nicht selten, daß zunächst jegliche syphilitische Infektion geleugnet wird. Die Gründe hierfür sind verschiedenartig, manchmal kaum zu verstehen. Lassen wir uns aber dadurch nicht täuschen oder irre machen. Immer und immer wieder kommt es vor, daß die Kranken auf weiteres Befragen, besonders, wenn man ihnen eine alte Narbe am Penis oder sonstwo am Körper Zeichen einer früheren Lues ad oculus demonstrieren kann, zugeben, ja, da sei einmal eine ganz leichte wunde Stelle gewesen, man habe sich da einmal wund gescheuert oder es sei nur ein unbedeutender Schanker gewesen, der von selbst wieder geheilt sei. Manchmal erfährt man dann auch, es hätte nur einer ganz leichten Kur bedurft, sofort sei alles wieder geheilt, man habe nichts mehr gespürt. So haben die Kranken die vor Jahren oder Jahrzehnten erfolgte Infektion oft ganz vergessen; also unbewußt verkannte Infektion, infolgedessen keine oder höchst ungenügende Behandlung. Gerade diese Fälle sind aber bei einer späteren metasyphilitischen Erkrankung die gefährdetsten, weil es meist sehr eindringlicher und mühevoller Belehrungen — leider nicht nur des betreffenden Patienten — bedarf, um die Spezifität des in Rede stehenden Herzleidens darzutun. In seinem Laienverstand will es dem Kranken nimmer einleuchten, daß die derzeitige Erkrankung mit dem leichten Wundsein vor langen Jahren, das von selbst wieder heilte, in ursächlichem Zusammenhang stehen soll. Sehr häufig aber — namentlich bei Frauen ist dies festzustellen — ist der Grund des Verschweigens dieser früheren syphilitischen Infektion doch wohl eine gewisse wenn auch durchaus falsche Scheu. Ebenso falsch und unangebracht, weil nur zum Nachteil des Kranken, ist aber jede Scheu und Zurückhaltung des Arztes in dieser Hinsicht. Bei dem bekannten Verhalten der Kranken kann nur rücksichtslose Anamnese Klarheit und dadurch sehr oft Hilfe bringen. Wir werden an einzelnen Beispielen diese unsere Ansicht zu begründen versuchen. Finden sich nun noch Anomalien an den Pupillen, an den Reflexen, wen auch nur geringen Grades, dazu noch ein, wenn auch minimaler lokaler Befund in Gestalt einer geringgradigen Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts im 3. Interkostalraum und vor allem im 2. Interkostalraum, ein klingender zweiter Aortenton, der weder durch Alter noch durch besondere Anzeichen in einer allgemeinen Arteriosklerose begründet erscheint, dann ist zum mindesten der Verdacht einer beginnenden Aortitis gerechtfertigt. Der Vollständigkeit halber kann auch noch die Wassermannsche Reaktion angestellt werden. Im Blut läßt sie uns sehr häufig im Stich — bei der Aortenlues — und beweist daher gar nichts, wenn sie negativ ausfällt. Wir wissen dies vom Aneurysma (das traumatische kommt hier nicht in Frage), wo ein negativer Wassermann im Blute niemals eine Kontraindikation gegen die Einleitung einer antiluischen Behandlung abgibt, sofern der klinische und Röntgenbefund eine solche geboten erscheinen lassen. Wir wissen ferner von der Syphilis des Nervensystems, daß ein negativer Ausfall der Wassermann-Reaktion im Blute gleichfalls niemals beweist, daß ein vorliegendes Nervenleiden nichts mit Syphilis zu tun habe. Dies muß immer und immer wieder betont werden, weil sich nicht nur die Kranken, sondern manchmal sogar auch Aerzte noch durch einen negativen Wassermann beruhigen lassen. So fand Dreyfuß, daß von 107 Kranken mit isolierter Pupillenstörung fast ein Drittel negative Serumreaktion aufwiesen; Eskuchen fand bei 113 Fällen von Lues cerebrospinalis 33 = 29,2% seronegativ, bei 161 Tabesfällen 59 = 36,6% seronegativ; Wittgenstein untersuchte 210 Fälle von Tabes, wovon 107 negative WaR. aufwiesen. Der negative Ausfall der WaR. im Blute darf unter keinen Umständen bestimmend sein, von einer spezifischen Behandlung abzusehen, wenn sie auf Grund einer genauen klinischen Beobachtung und Feststellung hinreichend begründet erscheint, mit anderen Worten, wenn angenommen werden darf, daß eine spezifische Aortitis vorliegt. Ein Vetorecht des Serologen ist hierbei strikte abzulehnen. Eine viel wichtigere und ausschlaggebendere Bedeutung kommt — wie schon angedeutet — den Ergebnissen des Röntgenverfahrens zu. Zeigt uns dieses — als Schlußgefüge in unserem Beweisring — Veränderungen, welche unseren Verdacht bestärken, dann ist u. E. die Diagnose Aortitis luica fertig, mag die WaR. positiv oder negativ ausgefallen sein. Sowohl die Durchleuchtung als auch die Aufnahme des Herzens sind für die Frühdiagnose wie zur Beobachtung des späteren Verlaufs unentbehrlich. Beim ausgebildeten Klappenfehler, beim Aneurysma können wir ihrer unter Umständen entraten, bei der Erkrankung im aufsteigenden Aortenabschnitt aber, also in der oberhalb der Abgangsstellen der Koronargefäße gelegenen Partie des Aortenrohres, gibt uns das Röntgenbild wertvollsten Aufschluß in Gestalt der schon oben erwähnten Verbreiterung des Aortenschattens sowie seiner vermehrten Pulsation. Wie bereits erwähnt, verschwindet diese vermehrte Pulsation, die wir auch als „primäre" verstärkte Pulsation bezeichnen können, da sie gleichsam am Orte der Läsion entsteht, wieder, entsprechend dem pathologisch-anatomischen Ablauf im Aortenrohr. Es kommt dann die Zeit, in welcher die Erweiterung der Aorta ascendens stattfindet. In dem Maße, wie die rasch einsetzenden reparatorischen Vorgänge in der Gefäßwand — der Ersatz der zugrunde gegangenen elastischen Fasern durch Bindegewebe — fortschreiten, wird die Aorta wieder starrer und unnachgiebiger, so daß die vermehrte Pulsation weniger deutlich in die Erscheinung tritt. Wie jeder entzündliche oder sklerosierende Prozeß in der Aorta stellt auch deren syphilitische Erkrankung durch Abnahme der Elastizität und dem dadurch bedingten Ausfall der aktiven Mitarbeit der in größerem oder geringerem Umfange erkrankten Aortenwand an die Leistung des Herzens immer stärkere Anforderungen. Es tritt als Ausdruck dieser erhöhten Inanspruchnahme allmählich eine Hypertrophie des linken Ventrikels ein. Mit vermehrter Wucht wird der Ventrikelinhalt in die Aorta geschleudert, die ihrerseits in immer stärkerem Maße in Anspruch genommen und allmählich erheblich erweitert wird. In diesem Stadium der Erkrankung macht sich auch die anfänglich vorhandene, dann wieder verringerte oder verschwundene Verstärkung der Pulsation aufs neue bemerkbar. Sie ist aber nun nicht, wie im Initialstadium als der Ausdruck einer meistens nur auf kurze Strecke beschränkten Wandschädigung der Aorta, sondern als Folgeerscheinung der schleudernden Aktion des allmählich hypertrophisch gewordenen linken Ventrikels aufzufassen. Wir können diese Art der verstärkten Pulsation als „sekundär" ansehen.

Ein drittes, von einigen Autoren als spezifisch für Aortitis luica beschriebenes Symptom (Dietlen, Hubert), eine Zähnelung des in das rechte Lungenfeld vorspringenden Aortenschattens, die auf Narbenschrumpfung im Aorteninnern oder auf periaortitischen Vorgängen beruhen soll, konnten wir bisher nicht beobachten.

Im folgenden teilen wir aus einer großen Anzahl von ähnlichen Fällen 6 Fälle mit. Wir halten uns bei Ihnen etwas länger auf, weil sie, wie wir sehen werden, aus den verschiedensten Gründen bemerkenswert und lehrreich sind. Wir bemerken, daß sämtliche 6 Patienten unter 50 Jahre alt sind, der älteste 47 Jahre, der jüngste 30 Jahre alt ist. Besonders bei den beiden ersten Fällen ist der bandwurmartige Verlauf ganz charakteristisch dafür, wie lange es oft dauert, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Bei sämtlichen Fällen handelt es sich um Kranke, welche wir bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse gelegentlich von Nachuntersuchungen auf Arbeitsfähigkeit zu Gesicht bekamen.

1. Emil Gr., geboren 30. 6. 1878, Arbeiter, Größe 1,66 m. Gewicht 55,4 kg.

Seit September 1923 beobachtet. Tuberkulose angenommen. Dezember 1924 zum ersten Male Pupillenanomalien notiert. Laryngitis, Neurasthenie, alte Tuberkulose (auch nach Röntgenbefund).

Verschiedentlich Arbeitsversuch.

Am 27. Juni 1925 begründeter Verdacht einer Aortenlues. Bestätigung durch Röntgenbefund.

Am 6. 11. 1925 Kontrolle ergibt Verbreiterung der Herzdämpfung im zweiten und dritten Interkostalraum nach rechts, laut Röntgenbefund zunehmende Verbreiterung der Aorta. Lues stets strikte negiert.

2. Fritz B., geboren 5. 5. 1883, Maschinist.

Mai 1925: Gewicht 74,1 kg. Größe 2,71 m. Temperatur 37,1. Schwindelanfälle, 14 Tage arbeitsunfähig. Kurzes Unsicherheitsgefühl, leichte Uebelkeit, Rückenschmerzen, Herzklopfen beim Treppensteigen, Schanker geleugnet, mäßiger Nikotin- und Alkoholgenuß. Kräftiger Körperbau, etwas hypotonisch, Augen o. B., Thyreoidea o. B., Pharyngitis, Lunge o. B., Herz nicht verbreitert, unscharfer erster Spitzenton. Herzfunktion: sitzend: 26, stehend: 29, nach 12 Kniebeugen: 31, nach Ablauf einer Minute: 26, nach zwei Minuten: 25 Pulsschläge in 15 Sekunden. E —, Z —, Urobilinogen —, Vasomotoren stark erregbar, rigide Gefäße. Blutdruck 150, sonstige Organe o. B. Erheblich gesteigerte Erregbarkeit, besonders auch vegetativ. Romberg —. Präsklerose? a. u. 14 Tage.

21. 10. 1925: Gewicht 76,2 kg. Temperatur 36,7. Noch immer Schwindel und Herzklopfen. Herzaktion ruhig, Befund im großen und ganzen wie oben.

22. 10. 1925: Temperatur 37°. 1918 Cholera! Hat jetzt Grippe gehabt. Seit 4 Wochen Herzbeschwerden, arbeiten könne er nicht. Pupillen-Reaktion, Patellarreflexe, Bauchdeckenreflexe normal. Dermographie. Romberg —. Herz: akzentuierter zweiter Aortenton, sonst reine Töne. Puls: 116, 120, 112, leicht ungleichmäßig. Blutdruck 155. Beim Hinlegen auf den Tisch behauptet er, schwindelig geworden zu sein, dagegen wird er nicht schwindelig beim plötzlichen Aufrichten und bei mehrmaliger tiefer Rumpfbeuge nach vorn und Wiederaufrichten. Auf Befragen, seit wann er die Narbe in den beiden Leistengegenden hätte, rückte er mit der Angabe heraus, daß er 1905 wegen doppelseitigen Bubo in Südamerika operiert worden sei. Vorher habe er sich wohl „wund gescheuert". Bei Zurückziehung des Präputiums zeigte sich am Sulcus coronarius eine Narbe, die von einer „wunden Stelle" aus dem Jahre 1902 herrühren sollte. Diese Stelle habe er sich mit Seifenwasser „gesund kuriert". Endlich gab er dann noch an, daß seine Frau einen Abort gehabt habe. Die vorgenommene Röntgenuntersuchung ergab: Aortenform des Herzens angedeutet. Aorta im ganzen etwas dilatiert, beginnende Aortitis wahrscheinlich. Aortitis luica. Der Mann hat zweimal vorher jegliche syphilitische Infektion geleugnet.

3. Luise M., geboren 18. 10. 1889.

26. 10. 1925: Größe 1,68 m. Gewicht 83,6 kg. März 1924 Tuberkulinkur. Seit dieser Zeit Gewichtszunahme. Allerlei nervöse Beschwerden. Schwindelanfälle. Druckgefühl im Kopf, Blutandrang zum Kopf. Nach Elektrisieren des Halses durch den Arzt Schreikrämpfe. Obstipatio. Menses unregelmäßig, langdauernd, schmerzhaft. Status praesens: reichliches Fettpolster, gerötetes Gesicht. Rachenreflexe abgeschwächt. Hals, Thorax und Lunge o. B. Herztöne rein, regelmäßig. Puls 82 Abdomen o. B. Keine Ovarie. Patellarreflexe lebhaft. Innersekretorische Störung Hysterie.

24. 11. 1925: Gewicht 83,3 kg. Hb. 80%. Temperatur 37². Arbeitet seit Oktober 1925 wieder. Hat jahrelang nicht gearbeitet. Starkes Herzklopfen. Schlaf schlecht. Appetit gut. Stuhlgang angehalten. Nirgends Schmerzen, außer im Rücken. 1910: Partus (totes Kind). 1914 Abort. WaR. —. 1922 WaR. — Allgemeinzustand wie oben. Pupillenreaktion normal. Sehnenreflexe äußerst lebhaft. Bauchdeckenreflexe normal. Lunge o. B. Cor.: Dämpfung im zweiten Interkostalraum, deutlich nach rechts verbreitert. Akzentuierter zweiter Aortenton. Spitzenstoß im fünften Interkostalraum. Paukende Töne an der Spitze. Blutdruck 155. Puls 88. Abdomen o. B. E. + (geringe Opaleszens), Z. —. Sediment reichlich Leukozyten, Epithelien. Röntgendurchleuchtung: Cor. etwas liegend, Aorta ascendens dilatiert, stark pulsierend Aortitis luica.

4. Hans Fr., geb. 14. 11. 1881, Angestellter.

30. 10. 1925: Gewicht 61,7 kg. Größe 171 cm. Behandelt als Migräne und Gicht. Heftige Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, Schmerzen in den Gliedern, starke Gewichtsabnahme.

Cor.: Tachykardie, Puls 136, Blutdruck 140. Schlecht genährt, schwächlicher Körperbau. Romberg —. Reflexe normal. Dermographismus. Nervöse Erschöpfung, arbeitsunfähig.

5. 12. 1925: Gewicht 67 kg. Herzklopfen, Gedächtnisschwäche. Nervosität. Vor 15 Jahren Lues. Pupille o. B. Herz nicht verbreitert, Basistöne klingend, zweiter Aortenton verstärkt > als P II. Blutdruck 170, beschleunigte Aktion. Aorta nicht verbreitert. E. —. Z. —. Abdomen o. B. Milz nicht fühlbar. Patellarreflexe nicht gesteigert. Röntgenbefund: Cor. zeigt normale Form und Größe. Aorta ascendens deutlich dilatiert, zeigt kräftige Pulsation. Aortitis luica supracoronaria.

5. Berta Fr., geboren am 12. 7. 1881. Morgenfrau.

12. 1. 1925: Gewicht 69,3 kg. Größe 156 cm. Diagnose des behandelnden Arztes: Rheuma (seit 20. 10. 1924). Mann Syphilis gehabt. 2 Aborte, 4 Kinder gesund, 4 an Scharlach und Diphtherie und 2 an Brechdurchfall gestorben. Seit 4 Jahren rheumatische Beschwerden in den Armen, Füßen, Rücken, angeblich auch herzleidend. Abends Anschwellung der Füße. Kurzluftig.

Befund: kräftiger Bau, Lunge o. B., Rachen o. B. Pupillenreaktion prompt. Herz nach links verbreitert. Zweiter Aortenton verstärkt. Blutdruck 140 Hg. Abdomen o. B. Reflexe auslösbar. Klopfempfindlichkeit der Tibien. Urin: E. —, Z. —. WaR. —.

Diagnose: Aortitis? Lues latens. Tabes incipiens? a. u.

14. 1. 1926: Gewicht 79,9 kg. Diagnose des behandelnden Arztes: Rheuma (seit 21. 12. 1925). Schmerzen in beiden Armen, am Kreuz und in den Beinen. Kräftige Frau in gutem Ernährungszustande. Rumpf und Glieder gut beweglich. Keine Geräusche in den Gelenken. Kein Befund, arbeitsfähig.

5. 3. 1926: Gewicht 77,5 kg. Diagnose des behandelnden Arztes: Rheuma (21. 12. 1925 bis 14. 1. 1926, ferner ab 16. 2. 26). Kreuzschmerzen, Anschwellen der Knöchel, Herzklopfen; seit 2 Jahren Menopause. Guter Allgemeinzustand. Pupillenreaktion prompt. Patellarreflexe. Cor.: Ictus im fünften Interkostalraum außerhalb der linken Mamillarlinie, auch nach rechts verbreitert (zweiter und dritter Inkostalraum). Klingender zweiter Aortenton, Puls 80, Blutdruck 170, reine Töne (liegendes Cor.). Pulmones o. B., Gelenke o. B., Abdomen o. B. Reichliches Fettpolster. Urin: E. —. Z. —. Röntgenbefund: Herz nach beiden Seiten verbreitert, liegend, Aortenschatten nicht verbreitert, wenig verdunkelt. Wand der Aorta ascendens hüpfend pulsierend. Suspekt auf spezifische Aortitis im Beginne.

6. Marie Cl., geboren 26. 6. 1896, Hausangestellte.

12. 12. 1925: Größe 1,52 m. Gewicht 58,2 kg. Temperatur 36,9. Diagnose des behandelnden Arztes: Lungenleiden, seit 28. 11. 1925. Schmerzen in der Brust und Rücken und den Schulterblättern, Nachtschweiße, angeblich abends Temperatur. Gut genährt, etwas blaß. Beiderseits Schallverkürzung, abgeschwächtes Atmen, keine Geräusche, alte Tbc., noch arbeitsunfähig.

29. 1. 1926: Gewicht 55,9 kg. Temperatur 37°. Husten, Auswurf mit Blut, Nachtschweiße, seit acht Tagen heiser, heute vereinzelte Rasselgeräusche im Bereich der Lunge. Pleuritische Verwachsungen?

Röntgenbefund: Hiluseinlagerungen., sonst o. B.

3. 2. 1926: Temperatur 37°. In einer Wirtschaft tätig als Stütze von 6 bis 11 Uhr vorm. und nachm. von 5 Uhr bis 1 Uhr nachts. Sie könne nicht arbeiten, Stiche, Husten, Schwäche. Hustet in der Auskleidekabine in einer Tour; seit einer Viertelstunde (in Gegenwart des Arztes) hustet sie nicht mehr. Seit 2 Jahren sei sie verheiratet. Die Ehe ist kinderlos. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, beiderseits Lichtreaktion erloschen. Patellar- und Sehnenreflexe sind lebhaft. Im Bereich der Lunge keine ausgesprochene Schallverkürzung, rauhes Atmen im Bereich beider Oberlappen. Rhonchi sind zurzeit nicht zu hören. Cor: Verbreiterung der Dämpfung nach rechts im 2. und 3. Intercostalraum. Iktus im 5. Intercostalraum in der linken Mammillarlinie, Töne rein. Blutdruck 120. 2. Aortenton klappend. Bronchitis chronika. Aortitis luica supracoronaria. Arbeitsfähig.

Röntgenuntersuchung: Aorta ein wenig dilatiert. Die Aorta ascendens stark pulsierend. Aortitis supracoronaria. Bronchitis chronica.

Diese sechs Fälle sind aus einem größeren Material herausgegriffen. Vor allem fällt das Alter auf. Bei dem ersten Fall, einem 47 jährigen Arbeiter mit stets schlechtem Aussehen und reduziertem Ernährungszustand denkt man zunächst, und dies mit Recht, an einen konsumptiven Prozeß, an eine Tuberkulose. Tatsächlich findet sich aber nie ein eindeutiger, diese Annahme rechtfertigender Befund. Bei der über zwei Jahre sich hinziehenden Beobachtungsgelegenheit ergibt sich, daß sich der Lungenbefund bessert. Zum mindesten ist der Fall soweit geklärt, daß es sich höchstens um einen völlig ruhenden, abgeschlossenen Prozeß handeln kann, wenn früher wirklich einmal eine Lungentuberkulose vorgelegen haben sollte. Dazu kommt das typische Bild des Neurasthenikers, schlappes, energieloses Verhalten, alle üblichen Sensationen, zum Teil mit stark funktionellem Einschlag. Der Mangel an Arbeit, die Wahrscheinlichkeit, daß den energielosen und untüchtigen Mann niemand einstellen will, erhöht und befestigt das subjektive Krankheitsgefühl wesentlich. Wenn auch Lues stets negiert wurde, Narben oder dergleichen nicht nachgewiesen werden konnten, so zeigt uns das Verhalten der Pupillen, in welcher Richtung wir suchen müssen. Die Pupillenanomalie hat in 11 Monaten sich nicht unwesentlich verändert. Eine Lues hat also zu irgendeinem Zeitpunkte vorgelegen. Die Herzdämpfung ist nach rechts im 2. und 3. Intercostalraum deutlich verbreitert. Der 2. Aortenton bei dem schlappen, schwächlichen Menschen mit seiner weichen Muskulatur auffallend verstärkt und klingend bei einem Blutdruck von 135. Die Annahme einer gewöhnlichen Arteriosklerose ist bei diesem Herzbefund nicht gerechtfertigt, um so weniger als auch sonst alle Anhaltspunkte für Arteriosklerose fehlen. Der Röntgenbefund läßt somit also keine andere Deutung zu, als daß die Aortitis eine syphilitische ist. Die Arteriosklerose würde auch röntgenologisch ein anderes Bild ergeben. Per exclusionem sind wir also berechtigt, zu sagen, daß eine Aortitis luica, und zwar supracoronaria vorliegt.

Der zweite Fall, ein 42 jähriger Maschinist, imponiert zunächst als Neurasthenie; somatisch nichts Besonderes. Das Eingeständnis, früher eine Lues gehabt zu haben, wird erst nach langen Ausflüchten gemacht. Bei dem sonst leidlichen Intellekt und dem Bildungsgrad des Mannes — er war früher Seemaschinist bei einer Reederei — ist es sehr wahrscheinlich, daß die frühere Infektion nicht vergessen, sondern absichtlich verschwiegen worden ist. Solche Narben, wie wir sie bei diesem Manne gesehen haben, pflegen nicht durch leicht zu vergessendes Wundscheuern zu entstehen. Der Röntgenbefund des Herzens könnte unter Umständen auch durch Veränderung bei einer Thyreotoxikose oder Arteriosklerose bedingt sein. Für die erstere Krankheit fehlt aber sonst jeglicher Anhaltspunkt und gegen die zweite spricht das Alter; wenn natürlich auch jemand mit 42 Jahren schon eine Arteriosklerose haben kann, so wäre es bei dem Fehlen sonstiger Anzeichen von Arteriosklerose gerade mit Rücksicht auf das Alter etwas gezwungen, die Herzveränderung als reine arteriosklerotische ansehen zu wollen. Bekanntlich spricht jüngeres Lebensalter bei differenzial-diagnostischen Ueberlegungen eher für eine luetische Aetiologie.

Bei dem dritten Fall, einer 36jährigen Frau, ist der Röntgenbefund typisch und ausschlaggebend. In der Anamnese ein totgeborenes Kind, ein Abort auf frühere Lues schon vor Jahren gefahndet (Wassermannsche Reaktion im Blut wiederholt angestellt), zuletzt ging das Krankheitsbild als Neurasthenie, innersekretorische Störung, Hysterie. Bei der sonst reichlich neurasthenisch veranlagten Patientin Sensationen aller Art, Schwindel, Druck im Kopf, lebhafte Sehnenreflexe, normale Pupillenreaktion, am Herzen keine Tachykardie, im 2. Intercostalraum deutliche Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, deutlich verstärkter 2. Aortenton. Differenzial-diagnostisch kommen in Betracht: Thyreotoxikose, Herzerscheinungen bei Neurasthenie. Bei beiden Krankheiten findet man bekanntlich öfters eine erregte Herzaktion, so daß die abnorme Pulsation vielleicht hierdurch erklärt werden könne. Jedoch fehlen für eine Thyreotoxikose jegliche Unterlagen. Puls nie über 88, keine Struma; eine Thyreotoxikose kann also wohl ausgeschaltet werden. Auch für eine Herzbeteiligung bei Neurasthenie wäre die Pulszahl auffallend niedrig. Sonst beherrschten ja genügend neurasthenische Symptome das Krankheitsbild, aber erstens ist die vermehrte Pulsation zu sehr und zu deutlich auf die Aorta ascendens beschränkt und nicht mit einer lebhaften Aktion einfach zu identifizieren und zweitens paßt die auf die Aorta ascendens beschränkte Dilation bei dem jugendlichen Individuum zu der Neurasthenie schlecht, wohl aber zu der Aortitis luica supra coronaria. Bei der Neurasthenie fehlt die pathologisch-anatomische Grundlage zum Zustandekommen einer isolierten Erweiterung der Aorta ascendens, wie bei rein neurasthenischen Patienten ja auch die Herzdämpfung gewöhnlich normal ist. U. E. beweisen die Fälle 2 und 3 schlagend, wie wichtig die Röntgenuntersuchung gerade bei Fällen verheimlichter Lues werden kann. Aehnlich liegt der vierte Fall, ein noch junger 44 jähriger Kaufmann. Lues von vornherein zugegeben, was differenzial-diagnostisch von Wichtigkeit gegenüber der Praesklerose ist. Alter und spezifische Infektion lassen uns mit Recht den Röntgenbefund als durch Lues bedingt ansprechen.

Der 5. Fall, eine 44 jährige Frau betreffend, ist ein schlagender Beweis für die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung bei Verdacht auf luetische Aortitis. Bereits im Jahre 1925 wurde auf Grund der Anamnese eine Aortitis luica angenommen, die Röntgenuntersuchung aber zunächst noch unterlassen. Die über ein Jahr später vorgenommene Durchleuchtung bestätigte den klinischen Befund.

Der 6. Fall, eine 30jährige Patientin, verhält sich ähnlich. Die vorgebrachten Beschwerden lenkten den Verdacht zunächst in andere Bahnen, zumal früher einmal eine Lungenerkrankung vorgelegen zu haben scheint. Der Pupillen- und Herzbefund ließ mit Recht eine spezifische Erkrankung in Erwägung ziehen. Der Röntgenbefund beweist, daß eine luische Herzerkrankung mit Recht anzunehmen ist.

Nun noch kurz einige Fälle, bei welchen in der Anamnese zum Teil Lues ohne weiteres auf Befragen eruiert wurde, zum Teil Selbstbehandlung und spontane Heilung vorlag. Die Diagnose lautete stets lange Zeit in anderem Sinne. Dementsprechend konnte auch die Therapie zu keinem befriedigenden Ergebnis führen.

1. Edmund Chr., geboren 23. 7. 1873.

Diagnose: Lumbago. Verdacht auf Affektio pulmonum. Pupillenstörungen fallen sofort auf. Bei späterer Untersuchung wird Lues zugegeben, ebenso spezifische, in bestimmten Zeitabschnitten wiederholte Kuren. Klagen über lanzinierende Schmerzen. Blutdruck 220, verstärkter 2. Aortenton, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts im 2. Intercostalraum; Pupillen reagieren auf Lichteinfall nicht. Patellarreflexe vorhanden. Lues cerebri (Tabes dorsalis incompleta?).

Röntgenbefund: Aorta in allen Abschnitten dilatiert Aortitis luica plus Arteriosklerose?).

2. Dora Sch., geboren 15. 9. 1874.

Diagnose: Agrypnie. Richtig befragt, sofort richtige Fährte. Vom Manne 1903 mit Lues infiziert. Verschiedene Kuren, zuletzt 1905 Wa ⊖. Cor nach rechts verbreitert im 2. und 3. Intercostalraum. Klingender 2. Aortenton. Blutdruck 150, träge Pupillenreaktion. Patellarreflexe vorhanden.

Röntgenbefund: Cor nach rechts verbreitert, Gefäßwand, speziell Aorta ascendens leicht dilatiert. Eine 2. nach sieben Monaten vorgenommene Röntgenuntersuchung stellt fest, daß die Erweiterung vorgeschritten ist.

3. Karl R., geboren 1. 1. 1866.

Diagnose: Kopfschmerzen, Arteriosklerose. 1900 Schanker, selbst behandelt. Schlaganfall ohne Bewußtseinsverlust. Die etwas schwächer innervierte Gesichtshälfte weist noch auf den früheren Schlaganfall hin. Blutdruck 230. Röntgenbefund: medial gestelltes Herz; dicker, kurz aufgesetzter, nicht besonders intensiv schattiger Anfangsteil der Aorta, der eine leicht stoßende Pulsation aufweist. Dilatation der Brustaorta.

4. Wilhelm W., geboren 12. 5. 1868.

Diagnose: Rheuma, Morbus internus (seit über drei Monaten unter dieser Diagnose in Behandlung). 1896 Schanker und eine Quecksilberkur. Leicht entrundete Pupillen, Anisokorie. Lichtreaktion erhalten. Blutdruck 155. Verstärkter 2. Aortenton. Cor perkutorisch nach rechts verbreitert.

Röntgenbefund: Aortenform des Herzens, Aorta im ganzen Verlauf dilatiert. Aortitis luica +, Arteriosklerose.

5. Karl Br., geboren 17. 8. 1867.

Diagnose: Apoplexie. Früher Lues, wird erst später eruiert, vorher nie danach befragt. Auch keine spezifische Behandlung. Es stellte sich dann heraus: vor 25 Jahren Schanker, selbst mit Quecksilber geschmiert (eine Kur), über der Aorta nicht Besonderes. Blutdruck 140, Pulsus celer.

Röntgenbefund: Cor o. B. Aorta ascendens deutlich verbreitert. Aortitis luica.

6. Karl Sch., geboren 4. 3. 1868.

Diagnose: Spitzenkatarrh, Magen- und Darmkatarrh. Nach längerem Befragen spezifische Infektion zugegeben, wird jetzt spezifisch behandelt. Klingender 2. Aortenton.

Röntgenbefund: Herz zeigt leichte Aortenform. Aorta ascendens etwas dilatiert. Aortitis luica wahrscheinlich.

7. Bartholomäus T., geboren 20. 8. 1860.

Diagnose: Cholezystitis. Ulcus duodeni. Vor 25 Jahren spezifische Infektion mit folgendem Bubo inguinalis. Doppelgeräusche über der Aorta, träge Lichtreaktion der Pupillen, träge Patellarsehnenreflexe, Blutdruck 180; dem Krankenhause überwiesen mit dem Verdacht einer Aortitis luica, welche Diagnose im Krankenhaus bestätigt wurde. Der Wa. war im Krankenhause +++.

Es könnten noch manche solcher Fälle — leider — aufgezählt werden. Die Behandlung führte nie zum Ziel, konnte ja auch nicht von Erfolg begleitet sein. Dabei sind es lauter Fälle, bei welchen man mit der richtigen Frage sofort die Lösung des Rätsels haben konnte. Alle Fälle waren typischerweise entweder ungenügend oder gar nicht behandelt. U. E. ist aber auch noch bei den zuletzt gemeldeten Fällen mit der richtigen Therapie zu helfen, bzw. eine erträgliche Besserung, wenigstens subjektiv, zu erzielen. Um „Frühfälle“ handelt es sich hier nicht mehr, auch sind es schon ältere Leute. Die Symptome hätten aber schon früher auf die richtige Fährte führen müssen. — Kostbare Zeit ist inzwischen ungenützt verstrichen. Wenn es auch bis zum Aneurysma, in welchen wir keinen qualitativ, sondern nur quantitativ verschiedenen Prozeß erkennen — Trauma als Aetiologie gehört selbstredend nicht hierher — oder bis zur Erkrankung des Klappenapparates noch ein weiter Weg ist, so kann trotzdem, wie uns die Erfahrung immer und immer wieder lehrt, der geeignete Zeitpunkt zum rechtzeitigen Eingreifen übersehen werden. Können wir auf dem Wege von den ersten Anfängen des Leidens in der Aorta ascendens bis zum Aneurysma oder bis zum Uebergreifen der Erkrankung auf die Klappen das Leiden so zeitig erkennen, daß die volle Entwicklung einer weit ausgebreiteten Aortitis mit all ihren Komplikationen — wir wollen mal sagen — aufgehalten wird? Wir meinen: „Ja“! Bei rechtzeitiger Erkennung des Leidens kann man das Vorwärtsschreiten des krankhaften Prozesses zum mindesten aufhalten. Bei dem Charakter des Krankheitsprozesses ist dies im Interesse des Kranken eine immerhin dankbare Aufgabe. Die Behandlung ist dann wohl weitaus aussichtsreicher, als wenn es zum Aneurysma oder zur Klappenerkrankung gekommen ist. Solange der Prozeß auf die Aorta ascendens beschränkt bleibt, was oft jahrelang der Fall ist, ist im allgemeinen auch der Gesamtzustand, die Leistungsfähigkeit und die Widerstandskraft des Organismus noch leidlich gut. Wollen wir diese für unsere Therapie günstige Zeit verstreichen lassen? Wie das Aneurysma als solches und die Klappenerkrankung schon an sich keine gute Prognose mehr haben, da es eben fortgeschrittene Prozesse sind, so ist auch die für die Therapie erforderliche Widerstandsfähigkeit hierbei bedeutend herabgesetzt, denn die Therapie stellt manchmal auch hier gewisse Anforderungen an den Gesamtorganismus. So ist es bei allen Krankheiten, welche mehr oder weniger mit Kompensationsstörungen verbunden sind. Wir dürfen es also gar nicht erst soweit kommen lassen, da die Behandlung der schon vorgeschrittenen Fälle nicht mehr so einfach ist. Gewiß, wir erzielen auch hierbei manchmal verblüffende subjektive Besserungen; diese Remissionen und Stillstände sind aber meist doch sehr kurz; und jede Therapie, dies gilt nicht nur von der Aortenlues, zu einem Zeitpunkt angewandt, wo man die Erkrankung bereits nach dem äußern Aspektus feststellen kann, ist immer wenig erfreulich. Je früher ein Uebel an der Wurzel gefaßt werden kann, desto besser. Wir müssen eingreifen, solange es noch Zeit ist. Kein Chirurg wird es verantworten wollen, den günstigen Zeitpunkt, z. B. für eine Radikaloperation bei Verdacht auf ein Magenkarzinom (wir denken hierbei vor allen an den Scirrhus) verstreichen zu lassen, bloß weil ihm die hohe Wahrscheinlichkeit, daß ein Karzinom vorliegt, zum Eingreifen allein nicht genügt. M. E. sind die Gefahren der Probelaparotomie für ihn nicht so sehr ins Gewicht fallend, als der Vorwurf, den er sich machen müßte, wenn er den richtigen Moment der Operation verpaßt hätte. Ist schließlich die Salvarsanbehandlung, von der kundigen Hand des geschulten Arztes ausgeführt, gefährlicher einzuschätzen, als eine Probelaparotomie? Ist der Nachteil wirklich so groß, wenn jemand einmal Salvarsan bekommt, ohne daß tatsächlich eine Syphilis vorliegt? Das Salvarsan scheint uns kein so gefährliches Mittel zu sein, daß seine Anwendung Schaden stiften muß, wenn Syphilis nicht vorliegt. Wenn es einmal zu unangenehmen Nebenerscheinungen kommt, dann braucht es nicht immer an dem Mittel zu liegen. Hat nicht das Verfahren bei der Pockenbehandlung die Impfung gezeigt, daß die Kinderkrankheiten dieser eminenten Wohltat der Menschheit überwunden worden sind, weil sie zum Segen der Menschheit überwunden werden mußten? Hat uns nicht der letzte Krieg gezeigt, daß die prophylaktische Impfung gegen Typhus, Cholera und Tetanus, um nur diese drei Krankheiten zu nennen, von ungeheurem Nutzen war, wenn auch einzelne Geimpfte mitunter unter der Schutzimpfung sehr zu leiden hatten? In Rücksicht auf einen einzelnen Fall vor einer guten Maßnahme zurückzuschrecken, wäre u. E. ein Fehler, den ein Arzt nicht machen darf.

Denver, das amerikanische Davos.

Von

Dr. FELIX BAUM, Denver (Colorado).

Den ärztlichen Besucher Nordamerikas interessieren neben den Riesenspitälern der Großstädte besonders die amerikanischen Kurorte. Denver, das Mekka aller Tuberkulösen in den Vereinigten Staaten, war für mich als Lungenarzt von besonderem Interesse. Ich fuhr von New York aus westwärts über Chicago 2 Tage und 3 Nächte im bequemen Pullmanwagen, das weite Land der unbebauten, ihrer Ansiedler harrenden Prärien durchquerend, bis hinauf in die Rocky Mountains. Hier liegt Denver, die Hauptstadt des Staates Colorado, eine Großstadt von über 300 000 Einwohnern, mit Wolkenkratzern und allen Attributen nordamerikanischer Großstädte. Es liegt eine englische Meile = 5000 Fuß über dem Meeresspiegel, auf einer Hochebene, von gewaltigen Schneebergen umgeben, deren höchster, Pikes Peak, 1500 Fuß, per Auto in 3 Stunden bis zu seinem Gipfel befahrbar ist. Das Klima ist als geradezu fabelhaft zu bezeichnen. 360 Tage im Jahr scheint die Sonne, so berichten die Kundigen. An sonnenlosen Tagen beherbergen einige Hotelwirte die Gäste umsonst und machen ein gutes Geschäft dabei. Die Zahl der Touristen geht in die Hunderttausende. Außerhalb der Stadt, im sogenannten Overlandpark, kampiert der größte Teil von ihnen den Sommer hindurch mit Familie in Zelten, die höchst sinnreich mit ihren Autos verbunden sind. Jeder ist sein eigener Chauffeur. Alle Staaten sind vertreten, besonders die Südstaaten, in denen die Sommerhitze unerträglich ist. Aber auch in Denver scheint die Sonne warm und macht die Quarzlampe für heliotherapeutische Zwecke überflüssig. Die Nächte sind angenehm kühl. Groß ist die Zahl der Spitäler. Das Fitz-Simmons-Militär-Hospital beherbergt über 1200 amerikanische Kriegsteilnehmer, darunter zahlreiche chirurgische, nach Rollierschem Muster behandelte Tuberkulosen.

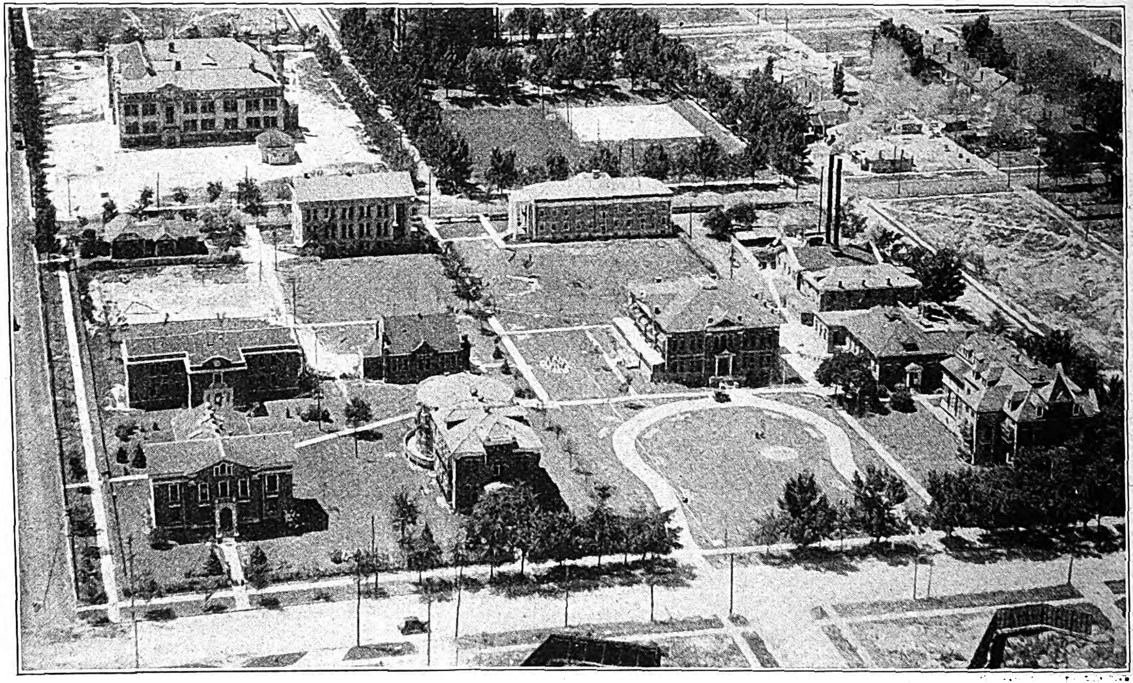


Bild 1: Gesamtansicht des National Jewish Hospital for Consumptives.

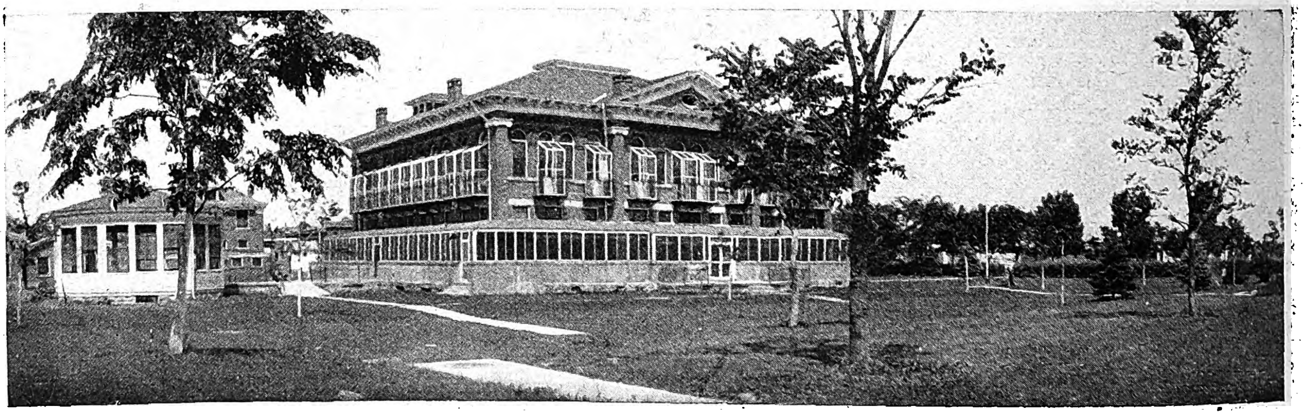


Bild 2.

Eine der modernsten amerikanischen Heilstätten ist das „National Jewish Hospital for Consumptives". Dort interessierte mich besonders das sogenannte „Immobilisation treatment", eine Methode, die man nur bei schweren, für Pneumothorax-Behandlung ungeeigneten Fällen angewandt wissen will [1]. Der Patient wird isoliert und darf sich monatelang weder bewegen, noch Besuche, Briefe etc. empfangen. Eine Krankenschwester steht dauernd zu seiner Verfügung, füttert ihn, wäscht ihn und macht alle notwendigen Handreichungen, so daß der Patient tatsächlich monatelang unbeweglich bleibt. Ich habe derartig behandelte Fälle an der Hand ihrer Röntgenplatten nachuntersucht und war erstaunt über den Erfolg. Es verlohnt sich, die Methode in Deutschland wieder aufzunehmen.

Höchst interessant ist auch die Methode des Röntgenplattenlesens [2]. Alle 4 Monate werden die alten Röntgenplatten mit den neuen verglichen, und man beobachtet dabei folgendes: Auf der alten

---

[1] S. Swezey: Colorado Medicine, Juli 1923.

[2] Swezey: Transactions of the annual session of the Natl. Tuberculosis Association 1924.

Platte wird eine Stelle aufgesucht, welche typische kreisförmige Infiltrationsherde (man nennt sie „circles") aufweist. Im Falle einer Besserung sieht man auf der korrespondierenden Stelle der neuen Platte anstatt der „circles" längsgestreckte Flecken, die sich allmählich miteinander verbinden. Je weiter nun die Heilung fortschreitet, desto mehr nähern sich diese Flecken einer Linie. Für den Geübten ist diese Methode des Vergleiches relativ einfach und gestattet in Verbindung mit dem klinischen Bild prognostische Schlüsse.

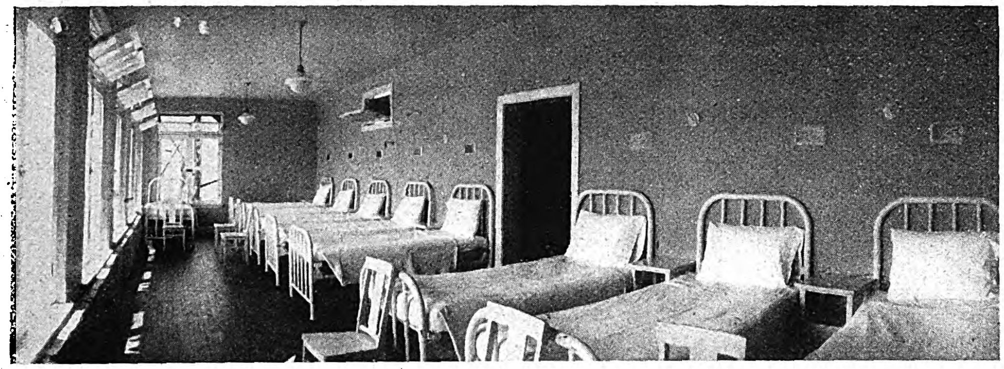


Bild 4.

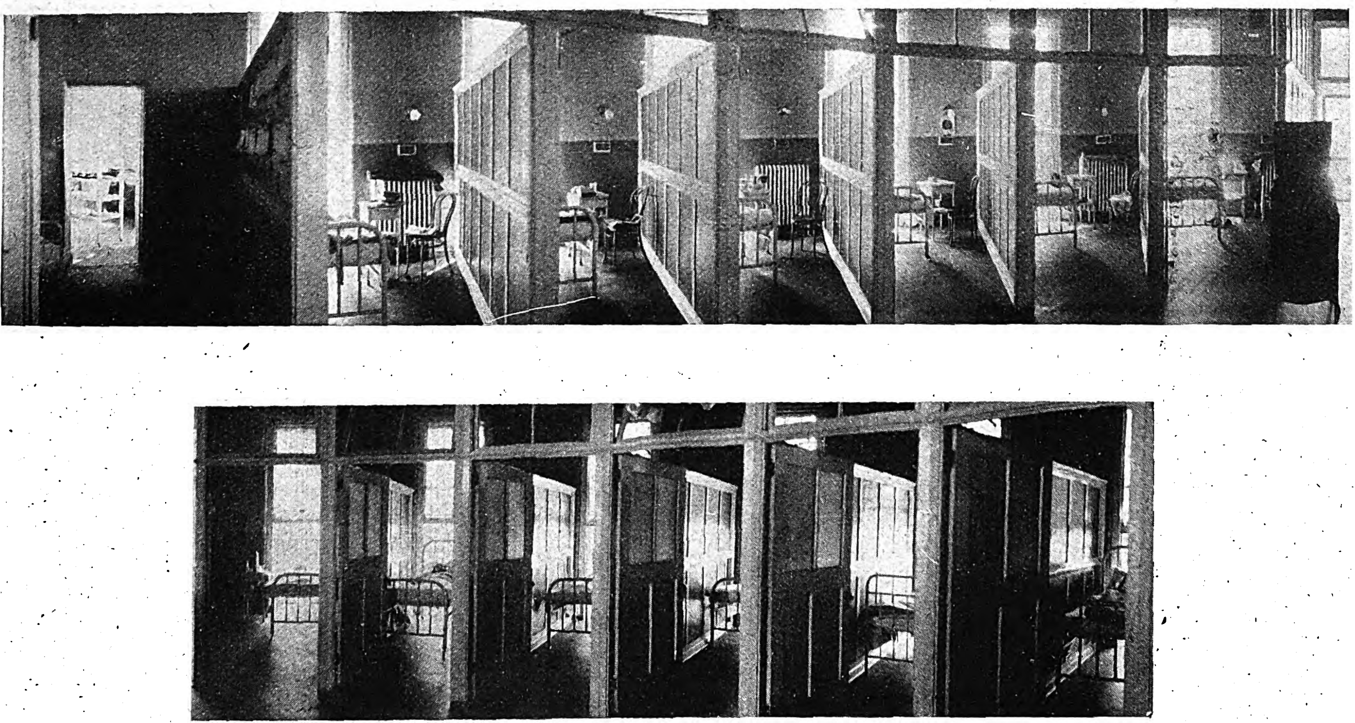


Bild 3.

Bild 2[3]) zeigt uns einen Volluftkurpavillon. Im Parterre ist der „sleeping porch" der Saalpatienten, im 1. Stock sind die für Isolierfälle bestimmten Balkons sichtbar, deren praktische Einrichtung sowohl Teil- als auch Ganzbestrahlungen gestattet. Bild 3 zeigt die Isolierräume von innen gesehen. Zur klinischen Abteilung gehört außerdem das „Präventorium" (Bild 4 zeigt dessen „sleeping porch"). Hier werden tuberkulosefreie Kinder aus tuberkulösem Milieu beherbergt und systematisch mit natürlicher Sonne behandelt. Die Gewichtstabellen der zum Teil unterernährt eingelieferten Kinder beweisen die segensreiche Wirkung eines solchen Präventoriums.

Ein besonderes Gebäude enthält die Schulräume für Kinder und Erwachsene. Hauptunterrichtsgegenstände: Englisch, Schreibmaschine, Kurzschrift, Buchführung. Früher wurde auch in anderen Berufsarten, wie Schneiderei und Automobilmechanik, unterrichtet. Es hat sich indessen herausgestellt, daß sich die Hauptgegenstände besonders für tuberkulöse Kranke eignen. Nur wenige von ihnen suchen wegen eines Rückfalles die Anstalt wieder auf, trotzdem sie nach ihrer Entlassung in geschlossenen Räumen arbeiten. In einem besonderen Saal finden zwei- bis dreimal wöchentlich Kinovorstellungen und Konzerte statt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 18 Monate, für besonders schwere Fälle ist sie unbeschränkt. Die in Denver und Umgegend wohnenden Expatienten werden alle 3 Monate zur Nachuntersuchung bestellt. Die gesamte Behandlung erfolgt kostenlos. Das für den Anstaltsbetrieb erforderliche Kapital wird aus Privathand gespendet.

Dem Hospital angegliedert ist das „Research Department" (Forschungsinstitut) unter Leitung eines Direktors, der gleichzeitig Mitherausgeber der American Review of Tuberculosis ist. Ueber die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschungen werde ich später berichten.

---

[3]) Sämtliche Bilder sind dem Artikel von H. J. Corper: A modern American Tuberculosis Hospital 1923, Modern Hospital, Vol. XXI, Seite 595 (siehe Band IV der Contributions), entnommen.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Die Versorgungsansprüche des Arztes in beamteter Stellung.

Neben der freien ärztlichen Berufstätigkeit finden wir in öffentlichen leitenden Stellen Mediziner, die als Kreis-Distriktsärzte oder auch als Stadtphysizi tätig sind. Nebenher haben sie, soweit es ihnen nicht untersagt ist, noch ihre Privatpraxis. Dies ändert jedoch in allen diesen Fällen nichts an ihrer amtlichen Stellung, da sie vom Staat, Land oder Gemeinde (öffentlich-rechtliche Verbände) zur Ausübung der Krankenheilpflege berufen werden. Hierbei ist rechtlich kein Unterschied, ob mit dieser Korporation ein Beamtenvertrag nach öffentlich-rechtlichen Grundsätzen oder ein Privatdienstvertrag nach Bürgerlichem Rechte abgeschlossen wird. In beiden Fällen ist der Beamtencharakter gegeben, insofern in letzterem dies nicht ausdrücklich verneint wird durch entgegenstehende Vereinbarung und besondere Regelung der daraus entspringenden Versorgungsgenüsse. Im Anstellungsdekret bilden neben den übertragenen Pflichten die damit verbundenen Rechte die Hauptpunkte, worüber die vertragschließenden Parteien sich einigen müssen. Dies gilt ganz besonders im Privatdienstvertrag, wo der Parteiwille nach Zivilrecht sehr weiten Spielraum hat und daher in jedem Einzelfalle sich anders darstellt. Der öffentliche Beamtenvertrag hingegen hat seine Grundlage im Beamtenrecht, das in vielen Reichs- und Landesgesetzen niedergelegt ist und als solches der Privatwillkür entzogen einer allgemeinen Betrachtung leichter zugänglich wird. — Die Ansprüche der Erben sind eindeutig in den Pensionsgesetzen geregelt und tauchen hier nur äußerst selten Streitfragen auf, so daß wir sie in unseren weiteren Ausführungen außer acht lassen können. Hingegen ist die Versorgung des Beamten zu Lebzeiten nach jeder Richtung hin von der weittragendsten Bedeutung, zumal sehr große Meinungsverschiedenheiten auftreten, die bisweilen die Existenz des Arztes empfindlich beeinträchtigen können. Es ist daher zweckmäßig, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen und sich in der einschlägigen Rechtsmaterie zurechtzufinden. Im folgenden werden wir die häufigsten Fälle, die in der Praxis zu Meinungsverschiedenheiten führen, einer eingehenden Betrachtung unterziehen. Vielfach taucht die Frage auf, nach welchem Besoldungsschema sind die Gehälter der Beamten einer einverleibten Gemeinde zu bemessen. Häufig ist die Ansicht vertreten, daß die Bezüge in der bisherigen Höhe auszuzahlen sind, auch wenn die einverleibende Gemeinde oder Stadt für diese Stelle in ihrem Besoldungsplane niedrigere Summen auswirft. Bestritten ist gleichfalls, ob die Verwaltungs- oder Gerichtsbehörden darüber zu entscheiden haben. Das Reichsgericht hat in mehreren Entscheidungen ausgesprochen, daß die Fragen der Einstufung lediglich in den Bereich der Verwaltungsstellen gehören und etwaige Beschwerden nach dieser Richtung hin in diesem Instanzenzuge zu erledigen sind. Hingegen haben die ordentlichen Gerichte Recht zu sprechen, wenn ein wohlerworbenes Recht auf den Bezug einer bestimmten Gehaltshöhe vorliegt, was nach Art. 129 Abs. 1 Satz 3 RV. (Reichsverfassung) zulässig ist. Im übrigen bilden die Rechtsgrundlage die einzelnen Gemeindeordnungen, sowie das Reichsgesetz zur Sicherung der einheitlichen Regelung der Beamtenbesoldung vom 21. Dezember 1920 mit Geltung für das ganze Deutsche Reich und landesrechtlich das preußische Gesetz betr. vorläufige Regelung verschiedener Punkte des Gemeindebeamtenrechts vom 8. Juli 1920. Durch diese genannten Gesetze bleibt die von den Gemeinden vorgenommene Einstufung ihrer Beamten eine lediglich ihnen obliegende und allein von der ihnen übergeordneten Aufsichtsbehörde nachzuprüfende, der richterlichen Entscheidung entzogene Angelegenheit. Andererseits enthalten sie Bestimmungen über die Grenzen, innerhalb deren die Besoldungsregelung der Gemeindebeamten zu geschehen hat und ist dadurch das selbständige Vorgehen der Gemeinden in diesen Fragen erheblich eingeschränkt. Die Gehaltsfestsetzung im gewährten Spielraum für die einzelnen Beamtenstufen gehört in den rechtlichen Wirkungskreis jeder einzelnen Gemeinde und hat sie auch bei Neueinverleibung von Ortschaften über die Besoldung der übernommenen Beamten selbständig zu entscheiden. Wird durch diese Neuregelung der bisherige Gehalt, auf den man bei lebenslänglicher Anstellung ein wohlerworbenes Recht hat, gekürzt, so kann man eine gerichtliche Entscheidung verlangen, daß der Gehaltsrückstand von der Gemeinde nachgezahlt wird. Dies wird stets dann Erfolg haben, wenn ausdrücklich festgestellt ist, daß die nunmehr bezogenen Sätze weder höher noch gleich sind mit der vormaligen Gruppe. —

Ein Gemeindearzt stellte nach der Eingemeindung seines Ortes an die Stadt Berlin Ansprüche wegen Einreihung in eine andere Gehaltsgruppe, wurde jedoch aus erwähnten rechtlichen und faktischen Gründen in allen drei Gerichtsinstanzen damit abgewiesen. — Nicht selten sind die Fälle, wo der Arzt in seiner beruflichen Tätigkeit als öffentlicher Beamter durch Unterlassung der nötigen Vorkehrungen von seiten der öffentlichen Korporationen eine ansteckende oder gar unheilbare Krankheit sich zuzieht, wodurch er teilweise oder gänzlich an der weiteren Ausübung seiner Praxis behindert ist. Wie stellen sich da die Versorgungsansprüche gegenüber der Kommune, Kreis- oder Staatsverwaltung, die ihn anstellte und durch deren Verschulden dies geschehen ist? Ist das Leiden durch Unachtsamkeit oder Verschulden des Behandelnden eingetreten, daß er selbst an den nötigen Schutzmaßregeln fehlen ließ, so können rechtlich keinerlei Versorgungs- oder Ersatzansprüche gestellt werden. Anders hingegen liegt es im ersteren Falle. Maßgebend hierfür ist das Reichsunfallfürsorgegesetz für Beamte vom 18. Juni 1901, Art. 131 Reichsverfassung und etwa in diesem Rahmen erlassene Landesgesetze wie das Sächsische Gesetz die Unfallfürsorge für Beamte betreffend vom 1. Juli 1902, sowie Ortsgesetze der betreffenden Stadt (Ortsgesetz betreffend die Unfallfürsorge für städtische Beamte vom 2. November 1904 für Leipzig). — Selbstredend ist erste Voraussetzung für alle hierher gehörenden Ansprüche, daß es sich um einen im Dienste der betreffenden Körperschaft erlittenen Unfall handeln muß. Zu erwähnen ist noch, daß auf das Reichs- oder betreffende Landesgesetz mit Erfolg verwiesen werden kann, falls diese weitere Ansprüche gewähren als das für den Fall in Frage kommende Ortsgesetz. was von großer praktischer Bedeutung sein kann. — Aus der den öffentlich-rechtlichen Körperschaften (Staat, Land, Kreis, Gemeinde) obliegenden Fürsorgepflicht gegenüber ihren Beamten entspringt es, alle nötigen Schutzmaßregeln zu treffen, um Dienstunfälle zu vermeiden. Da das Beamtenverhältnis nach öffentlichem Rechte zu beurteilen ist, so findet nur dieses Anwendung, ob und inwieweit eine Verpflichtung für diese Körperschaften besteht und welche Folgen sich an die Nichterfüllung derselben knüpfen. Der im § 618 BGB. ausgedrückte Rechtsgedanke kann nur zur Ausfüllung einer Lücke des positiven öffentlichen Rechtes verwandt werden. Weitere Bedeutung hat das Bürgerliche Recht für alle diese Fragen nicht. Liegt hingegen ein Vorwurf gegen einen mit der Fürsorge des Beamtenkörpers betrauten anderen Arzt vor, so treten die zivilrechtlichen Folgen der Verletzung der Amtspflicht ein, die gleichfalls Schadensersatzansprüche herzuleiten berechtigen gemäß § 839 BGB. in Verbindung mit Art. 131 Reichsverfassung. Dies beruht darauf, daß die fehlerhafte Amtsausübung nicht mit der Wahrnehmung privatrechtlicher Interessen der öffentlichen Körperschaften im Zusammenhange steht, sondern sich auf die ihren Beamten gegenüber obliegenden öffentlich-rechtlichen Pflichten bezieht, also in Ausübung öffentlicher Gewalt geschieht, die sich nicht bloß im Zwange, sondern auch in der Fürsorge betätigt. — Entgegen den zivilrechtlichen Ersatzansprüchen gewährt das öffentliche Recht eine Unfallpension, die lebenslänglich zu zahlen ist von der betreffenden Körperschaft, durch deren Verschulden dem Beamten im Dienste ein Leiden zugestoßen ist, durch das er dauernd arbeitsunfähig wird. Auch für etwa vorhandene zu alimentierende Personen ist nach dem Ableben des Geschädigten in dieser Weise zu sorgen. Nebenher läuft die erwähnte Haftung für die fallweise sich ergebenden Ersatzansprüche gegenüber dem schuldtragenden Beamten. Ebenso kann landesrechtlich neben der reichsgesetzlichen Unfallfürsorge ein separater Schadensersatzanspruch gegen die öffentlich-rechtliche Körperschaft festgelegt werden oder denselben einschränken, wie es im Sächsischen Unfallgesetz der Fall ist. In einem städtischen Krankenhause hat der Anstaltsarzt durch nicht rechtzeitig getroffene Schutzvorkehrungen sich eine ansteckende Augenkrankheit zugezogen, die ihn lebenslänglich dienstunfähig machte. Er stellte an die Gemeinde seine rechtlichen Ansprüche, die die beiden Vorinstanzen (Landgericht Leipzig und Oberlandesgericht Dresden) zur Gänze abwiesen. Erst das Reichsgericht als höchste Instanz hob nach den erwähnten Erwägungen das Berufungsurteil auf und verhalf dem geschädigten beamteten Arzte zu seinem vollen Rechte.

Dr. J. Frankfurter, Leipzig.

Briefkasten.

Dr. Cl. in W.: Ihre Lebensversicherungspolice wird der Konzern erst 1932 aufzuwerten verpflichtet sein. Der nach dem vom Versicherungsoberaufsichtsamt genehmigten Verteilungsplane auf sie entfallende Teil muß ihnen von der Gesellschaft ohne irgendwelche Verpflichtung ihrerseits entweder gutgeschrieben oder bar ausgezahlt werden. Die Aufwertungsquote läßt sich daher jetzt noch nicht bestimmen und wird sich bei den einzelnen Versicherungsunternehmungen verschieden gestalten. Fr.

Kongreß-Berichte.

IX. Kongreß der „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V." in Nürnberg vom 27. bis 29. Mai 1926.

Unter reger Anteilnahme der Reichsbehörden, der Landesregierungen, der Provinzial- und Kommunalverwaltungen, der Kirchenbehörden, der freien Wohlfahrtspflege, zahlreicher Aerzte, Verwaltungsbeamter, Geistlicher, Erzieher und Fürsorgeschwestern, Vertreter des Selbsthilfebundes für Körperbehinderte und an der Krüppel-Fürsorge interessierter Menschenfreunde fand vom 27. bis 29. Mai d. J. in Nürnberg der IX. Kongreß der „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V." statt. Mit dem Kongreß verbunden war eine Ausstellung, die nicht nur das lebhafteste Interesse der Kongreßbesucher, sondern auch weitester Kreise der Bevölkerung hervorgerufen hat. Sie gab einen Einblick in die Arbeit, die vornehmlich in Bayern auf dem Gebiet der Krüppelfürsorge geleistet wird. An der Ausgestaltung der Ausstellung hatten sich neben dem Bezirksfürsorgeverband Nürnberg die führenden Krüppelheime Bayerns beteiligt. Auch der Industrie, dem Handel und Gewerbe Nürnbrgs war Gelegenheit gegeben zu zeigen, daß auch ihre Leistungsfähigkeit für dieses Spezialgebiet auf beachtenswerter Höhe steht.

In der Eröffnungsansprache wies der Präsident des Kongresses, Oberregierungs-Medizinalrat Dr. Rosenfeld, Nürnberg, auf die Bedeutung Bayerns für die Entwicklung der Krüppelfürsorge hin. Liegen doch die ersten Anfänge moderner Krüppelfürsorge in Bayern, wo vor fast 100 Jahren in München das erste deutsche Krüppelheim gegründet wurde.

Nach verschiedenen Begrüßungsansprachen hielt Dr. Polligkeit, Frankfurt a. M., den ersten Vortrag zur Tagesordnung über das Thema: „Die Finanzierung der Krüppelfürsorge aus öffentlichen Mitteln auf Grund der bestehenden Gesetzgebung." Vortragender bedauert, daß uns noch immer eine Finanzfürsorgestatistik fehlt. Die kürzlich vorgenommenen Erhebungen des Landesrates Szajkowski ergaben für das Jahr 1925 einen Kostenaufwand der preußischen Provinzen für die Krüppelfürsorge von etwa 6,5 Millionen Mark. Zweifellos sichergestellt ist durch unsere Gesetzgebung die Pflege siecher, pflegebedürftiger Krüppel; bei Minderjährigen ist die Erziehungs- und Berufsausbildung gewährleistet. Die Heilbehandlung ist in allen Fällen sichergestellt, in denen die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Für Operationen von Schönheitsfehlern dagegen, aber auch für die Aufgaben der vorbeugenden Krüppelfürsorge, die in Form von orthopädischem Turnen usw. durchgeführt wird, liegen keine gesetzlichen Verpflichtungen im Sinne eines klagbaren Anspruches eines gesetzlichen Verbandes gegen einen anderen vor. Für die weitere Entwicklung der gesamten Fürsorge ist ein planmäßiges Zusammenarbeiten von Landes- und Bezirksfürsorgeverband einerseits und öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege andererseits unerläßlich. Die in einzelnen Ländern bestehenden Sondergesetze über Krüppelfürsorge hält P. für einen Vorteil, da durch sie eine rechtzeitige Erfassung aller Krüppel gewährleistet wird, ohne daß durch diese Gesetze besondere Kosten entstehen. Nach einem Erlaß des Reichsministeriums des Innern bildet die Krüppelfürsorge einen Teil der allgemeinen Fürsorge. Da aber einzelne Paragraphen des Gesetzes verschiedene Auslegungsmöglichkeiten zulassen, wie auch deutlich die statistischen Erhebungen Szajkowskis zeigen, hält Redner ein Ausführungs- oder Sondergesetz zur Fürsorgepflichtverordnung für notwendig. Unter Hinweis auf die Entwicklung der Sozialversicherung, die immer mehr und mehr die Rechtsgrundlage der öffentlichen Gesundheitsfürsorge bildet, schlägt P. die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zwischen den Versicherungsträgern und den Trägern der öffentlichen und privaten Fürsorge vor. Nur so ist es nach Ansicht des Redners möglich, gerade die so außerordentlich wichtigen sozialhygienischen Aufgaben in der Richtung einer vorbeugenden Arbeit sicherzustellen.

Zu demselben Thema führt Landesrat Hebel, Cassel, aus, daß heute entsprechend der Ausdehnung der Krüppelfürsorge auf Jugendliche bis zum 18. bzw. 21. Lebensjahre mit über 0,4% Krüppeln zu rechnen ist, während nach der Statistik Biesalskis auf 100 Einwohner Preußens 0,13 jugendliche Krüppel unter 14 Jahren kamen. Seit Beendigung der Inflation ist eine erhebliche Steigerung der absoluten Ausgaben in der Krüppelfürsorge eingetreten. Während 1924 3 bis 21 Pfg. auf den Kopf der Bevölkerung berechnet wurden, stiegen die Bruttoausgaben 1925 auf 5 bis 30 Pfg. und 1926 auf 10 bis 43 Pfennig. Eine zuverlässige Uebersicht über die finanzielle Belastung wird aber erst dann möglich sein, wenn Krüppelleiden oder drohende Verkrüppelungen frühzeitig gemeldet werden und rechtzeitig zur Behandlung kommen, wovon wir heute noch nach den Erfahrungen des Redners weit entfernt sind.

Dr. med. Landwehr, Köln, erörtert das Verhältnis der Kommunen zur Krüppelfürsorge, bespricht die Zusammenarbeit der verschiedenen Organe des Kommunalverbandes mit der Krüppelfürsorge und hebt vor allem die Bedeutung der Krüppelfürsorgestellen hervor. Zum Schluß spricht Redner über die vorbeugenden Maßnahmen gegen die Englische Krankheit, wie sie im Rheinland gehandhabt werden.

Regierungsrat Dr. Schwarz, München, spricht über die Krüppelfürsorge in Bayern. Drei große von Fachärzten geleitete Anstalten stehen zur Verfügung. Daneben beschäftigen sich mit der Krüppelfürsorge mehrere Vereine, die über Beratungsstellen und Einrichtungen zur Vorbeugung von Krüppelleiden und zur Nachbehandlung operierter Kinder verfügen. Diese Vereine beteiligen sich aber auch an der Erfassung der Krüppel und leisten zur Durchführung notwendiger Behandlung Zuschüsse; vor allen Dingen in solchen Fällen, wo keine armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit besteht, aber bei der Kostenaufbringung Schwierigkeiten vorhanden sind. Seit 1922 sind in Bayern Krüppelsprechtage eingeführt worden, die sich außerordentlich bewährt haben. So wurden bisher durch diese Wandersprechtage in Mittelfranken 1200 Krüppel erfaßt. Ständige Beratungsstellen sind nur in München, Nürnberg und Würzburg vorhanden. Bei der rechtzeitigen Erfassung der Krüppel ist die Mitarbeit der Fürsorgeschwestern von besonderer Wichtigkeit. Die Kosten der Heilbehandlung haben freiwillig die bayerischen Landesfürsorgeverbände übernommen. Sie haben ein Interesse daran, da sie ja im Falle der Anstaltspflegebedürftigkeit die Kosten übernehmen müssen. Ein Viertel des Fürsorgeaufwandes muß der Ortsfürsorgeverband dem Kreis als Landesfürsorgeverband ersetzen. Zur Erreichung einer Verbilligung der oft recht kostspieligen orthopädischen Behandlung und zur Erzielung einer höheren Frequenz der Anstalten wird das gemischte System, das in dem Wechsel zwischen Aufenthalt in der orthopädischen Klinik und dem Elternhause besteht, besonders gepflegt. Zum Schluß zieht Redner eine Parallele zu den Ländern, in denen ein besonderes Krüppelfürsorgegesetz besteht. Nach Ansicht des Redners bieten die Gesetze keine wesentlichen Vorteile. Das wichtigste bei jeder rationellen Krüppelfürsorge ist die Aufklärung, damit die Eltern von selbst möglichst frühzeitig die Kinder zum Arzt bringen.

Sanitätsrat Dr. Gaugele, Zwickau, erörtert das Thema: „Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose in den Krüppelheimen." Nachdrücklichst stellt G. fest, daß Deutschland keine Heilstätten im Auslande braucht. Soweit besondere Anstaltsbehandlung notwendig ist, ist der geeignete Ort dazu das moderne Krüppelheim. Redner behandelt eingehend die verschiedenen Methoden, ihre Erfolge und Nachteile und kommt dabei zu dem Schluß, daß die jetzt allgemein in den Krüppelheimen gebräuchliche Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose die meisten Vorteile bietet. Sie besteht in einer Verquickung der rein chirurgischen Behandlung, der konservativen orthopädischen Behandlung und der Heliotherapie. Daneben wendet G. mit bestem Erfolge grundsätzlich die Röntgentiefenbestrahlung an. Während der Behandlungszeit ist es meistens möglich, die Pfleglinge zu beschulen, bzw. in einem Berufe auszubilden. Zusammenfassend stellt G. für Anstalten, die sich mit der Behandlung von Knochen- und Gelenktuberkulose befassen, folgende Forderungen auf: Der leitende Arzt muß ein Vollorthopäde sein. Die Anstalt muß in guter, windgeschützter Lage und möglichst am Walde gelegen sein und über Liegeräume im Freien zur Durchführung der Sonnentherapie verfügen. Künstliche Höhensonne und eine moderne Röntgeneinrichtung für Tiefenbestrahlung sind erforderlich. Die Ernährung muß dem allgemein geschwächten Körper angepaßt sein. Schließlich muß Beschulung und Berufsausbildung möglich sein. Auch bei der Bekämpfung der Tuberkulose spielt die Prophylaxe und frühzeitige Erkennung der Erkrankung die wichtigste Rolle. Jeder anderen Fürsorge voranzustellen ist der Bau neuer Wohnungen, die Anlage von Spielplätzen und die Förderung von Schrebergärten.

Dr. Beeking, Freiburg und Dr. Nicol, Rummelsberg, befassen sich mit dem Thema: „Der allgemeine Fürsorgegedanke in der Krüppelfürsorge vom Standpunkt der Ethik." Beeking hebt hervor, daß der Ethik bei der Durchführung des Wohlfahrtswesens und der Wohlfahrtsgesetzgebung ein breiter Raum gegeben werden müßte. Seine Ausführungen gipfeln in den Worten: „Höchstes Glück der Menschenkinder ist doch die Persönlichkeit." Auch der Krüppel solle zu einer Persönlichkeit erzogen werden, um so gefestigt dem Leben gegenüberzustehen.

Nicht die allgemeine Menschenliebe, nicht eine Opferbereitschaft, auch nicht ein eudämonistisches Motiv treibt die Innere Mission, wie Nicol sagt, zu ihrer Fürsorge, sondern „die aus dem Glauben geborene Liebe" (Wichern). Ehrfurcht hat jedem zu gelten, der Menschenantlitz trägt, auch den verunstalteten Gebrechlichen. Von diesem Standpunkt aus ist auch die Forderung der Vernichtung lebensunwerten Lebens zu verwerfen.

„Erwerbsbeschränktenfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der erwerbsbeschränkten Krüppel" bildet das eingehend von Oberverwaltungsrat Dr. Marx, Nürnberg, behandelte Thema. Die Erwerbsbeschränktenfürsorge bildet heute ein Massenproblem und es gilt für den Erwerbsbeschränkten den richtigen Arbeitsplatz unter Berücksichtigung seiner körperlichen Arbeitskraft und seiner geistigen Fähigkeiten zu suchen. Die Verwendungsmöglichkeiten Erwerbsbeschränkter im Wirtschaftsleben sind nicht so begrenzt, wie man bis vor einigen Jahren angenommen hat. Die geschlossene Fürsorge soll nach Ansicht des Redners nur so weit als dringend nötig durchgeführt werden. Voraussetzung für die offene Fürsorge ist allerdings eine umfangreiche nachgehende Fürsorge. Alles, was Erwerbsbeschränktenfürsorge betreibt, sollte sich, um eine Zersplitterung der Kräfte zu verhüten, um das Arbeitsamt gruppieren. Die Erwerbsbeschränkten-Werkstätten sollen Prüfstellen für die Arbeits- und Verwendungsfähigkeit der Beschädigten sein, aber auch Lehr- und Anlernwerkstätten. Als Erwerbsbeschränkte will Redner nur diejenigen Hilfsbedürftigen betrachtet wissen, die infolge körperlicher Hemmungen, in geeigneten Fällen auch infolge geistiger oder seelischer Störungen beschränkt arbeitsfähig und arbeitswillig sind, und deren Selbsterhaltung durch ihre Ein- bzw. Rückführung in das Erwerbsleben gesichert werden kann.

Pastor Klütz, Züllchow, unterscheidet erwerbsbeschränkte und sieche Krüppel, wobei er unter siechen solche versteht, die weniger als 30% arbeitsfähig sind. Von Fall zu Fall ist zu entscheiden, und zwar stets unter Hinzuziehung des Arztes, ob offene Berufsausbildung in irgendeinem Sinne der Erwerbsbeschränktenfürsorge oder geschlossene in einer Anstalt das zweckmäßigste ist. Besonders wichtig ist aber die Frage, wer die Fürsorge übernimmt, wenn der Krüppel seine Gesellenprüfung bestanden hat. Kl. fordert die Gleichstellung der Friedensbeschädigten mit den Kriegsbeschädigten.

Malikowski vom Selbsthilfebund der Körperbehinderten wünscht ebenfalls eine Aenderung des Schwerbeschädigtengesetzes dahin, daß betr. der Gleichstellung aus der Kann- eine Muß-Vorschrift wird. Er tritt besonders für diejenigen ein, die infolge ihres körperlichen Gebrechens sich nicht an eine Arbeitsstelle begeben können. Auch für diese Unglücklichen muß Arbeit beschafft werden.

„Sozialökonomie und deutsche Jugendkrüppelfürsorge" ist das Thema, das Diplomhandelslehrer Dr. Papke, Berlin-Dahlem, ausführlich behandelt. Er untersucht u. a. die Beteiligung des Krüppeltums an der Produktion und Konsumtion. Die Produktivität der Krüppel ist von der Schwere der Krüppelleiden abhängig. In einer Tabelle, die auf der Statistik Biesalskis vom Jahre 1906 aufgebaut ist, wird der Effekt der Krüppelfürsorge für die verschiedenen Formen der Krüppelgebrechen berechnet. Eine hypothetische Schlußfolgerung ergibt, daß unter den von der Statistik erfaßten 98 000 Jugendlichen insgesamt unter Wegfall der Krüppelfürsorge nur 46 592 volle Arbeitskräfte zur Verfügung standen, während deren Zahl durch volle Auswirkung der Fürsorge auf 80 894 erhöht werden könnte.

In dem Vortrag „Fürsorge für sieche Krüppel" stellt Pastor Vietor, Volmarstein, die Forderung auf, daß zu den drei Zielen der Krüppelfürsorge: Heilung, Erziehung und Berufsausbildung als viertes die Siechenfürsorge hinzuzufügen ist. Die Siechen sind in besonderen Abteilungen unterzubringen. Dabei ist alles anstaltsmäßige möglichst zu vermeiden. Auch die Siechen sind in einem Handwerk auszubilden. Die beste Fürsorge für sieche Krüppel aus ungünstigen häuslichen Verhältnissen ist und bleibt die Unterbringung in einem Krüppelsiechenheim. Sind die häuslichen Verhältnisse geordnet, so ist eine Anstaltsunterbringung überflüssig. In diesen Fällen ist aber für Heimarbeit Sorge zu tragen, wozu sich u. a. Bürstenbinderei, Stuhlflechterei, Korbmacherei, Handmalerei, weibliche Handarbeiten besonders eignen. Hier gilt es aber außerdem der schlechten Entlohnung dieser Heimarbeiten energisch entgegenzutreten. Otto Perl, der Begründer des „Selbsthilfebundes für Körperbehinderte" will geistig sieche Krüppel und Krüppel, die geistig normal sind, unterschieden wissen und fordert wie Pastor Vietor die Nutzbarmachung der vorhandenen Kräfte.

Landesrat Dr. Götze, Berlin, spricht über: „Die neuen Gesetze der Krüppelfürsorge und freie Liebestätigkeit." Nach der neuen Gesetzgebung bildet die Krüppelfürsorge einen Teil der allgemeinen Fürsorge. Die Fürsorge für anstaltsbedürftige Krüppel setzt Hilfsbedürftigkeit voraus, wobei aber nicht der gesundheitsfürsorgerische Standpunkt in den Vordergrund gestellt wird. Dadurch bleiben weite Personenkreise von der Fürsorge ausgeschlossen. Ob bei Vorhandensein keiner Hilfsbedürftigkeit eine Heilbehandlung oder Berufsausbildung eingeleitet wird, bleibt dem Ermessen der Eltern überlassen, so daß für die hilfsbedürftigen Kinder besser gesorgt wird, als für die Kinder im allgemeinen. Die bestehenden Lücken der Gesetzgebung werden durch die freie Liebestätigkeit überbrückt. Die Jugendämter bilden den Mittelpunkt aller Arbeit an der Jugend sowohl von privater wie von behördlicher Seite.

Professor Höhmann, München, berichtet über: „Fortschritte in der Heilfürsorge der Krüppel." Einmal ist dieser Fortschritt in dem Klarwerden über Ziel und Richtung und der Setzung der Grenzen des Faches zu finden, zum andern in der Auffindung der Wege und der Ausbildung der Heilmethoden, was an einzelnen Beispielen bewiesen wird.

Pastor Hoffmann, Altona, spricht über: „Die Errungenschaften der Inneren Mission auf dem Gebiet der Krüppelfürsorge" und Direktor Schlüter, Bigge, über: „Die Fortschritte des Caritasverbandes in der Krüppelfürsorge." Bei beiden Verbänden hat sich die Not der Kriegs- und vor allen Dingen der Inflationsjahre bemerkbar gemacht. Doch heute sind diese Schwierigkeiten allgemein überwunden und es kann über zahlreiche Erfolge und einen weiteren Aufstieg, wie er sich u. a. in den vielen Erweiterungs- und Neubauten bemerkbar macht, berichtet werden.

Auch auf dem Gebiet der Erziehungsfürsorge kann Direktor Herold, Leipzig, von Fortschritten erzählen. Das Leipziger Krüppelheim hat sich den Ausbau der experimentellen Methoden zur Erforschung der Krüppelpsyche zur Aufgabe gemacht, um ihre Ergebnisse in der Krüppelpädagogik anwenden zu können. Er fordert alle Krüppelheime zur Mitarbeit auf, um endlich die Frage, ob es eine Krüppelpsyche gibt, mit wissenschaftlichen Methoden beweisen zu können.

Dr. Eckhardt, Berlin-Dahlem, weist auf die „Gesolei" und insbesondere auf die dortige Ausstellung der „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V." hin und demonstriert die soeben von der Deutschen Vereinigung herausgebrachte Hochbildsammlung „Krüppelhilfe", die ein hervorragendes Aufklärungsmittel bedeutet.

Sanitätsrat Dr. Kirsch, Magdeburg, spricht von der „Aufstellung von ärztlichen Richtlinien für die gesetzliche Krüppelfürsorge." Da sich die wirtschaftliche Entwicklung unseres Staates nicht übersehen läßt, ist es Pflicht und Aufgabe der Aerzte, dafür Sorge zu tragen, daß den Fürsorgeverbänden keine untragbaren Lasten erwachsen und diese dadurch etwa zu einer Einschränkung der Krüppelfürsorge gezwungen werden. In der Provinz Sachsen sind deshalb unter Heranziehung von Fachorthopäden ärztliche Richtlinien ausgearbeitet worden, die sich bereits seit zwei Jahren bewährt haben.

Zuletzt gibt Direktor Vietor, Berlin, einen Einblick in: „Die Arbeit des Wirtschaftsbundes im Dienste der freien Wohlfahrtspflege." Die die Krüppelfürsorge besonders interessierenden Gebiete, z. B. Ernährungsfürsorge, aber auch die Organisation des Wirtschaftsbundes werden behandelt.

Aus der Mitgliederversammlung ist zu erwähnen, daß Professor Biesalski, Berlin-Dahlem, Ministerialdirektor Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Professor Dr. Dietrich, Berlin, und Pastor Hoppe, Nowawes, zu Ehrenmitgliedern der „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge E. V." ernannt wurden. Der nächste Kongreß findet im Jahre 1928 in Braunschweig unter dem Vorsitz von Sanitätsrat Dr. Schlee statt.

Die Verhandlungen des Kongresses werden demnächst als ein Beiheft zur „Zeitschrift für Krüppelfürsorge" erscheinen. Evtl. Bestellungen nimmt die Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, Berlin-Dahlem, Kronprinzenallee 171/73 entgegen.

Dr. Eckhardt, Berlin-Dahlem.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 25, 18. Juni 1926.

Weilsche Krankheit. Uhlenhuth u. Großmann.
Welches Serum ist ein Heil- und Schutzserum? Schloßmann.
Ausbau der kinetischen Methode zur Untersuchung des Magenchemismus. IV. Mitteilung. Katsch und Kalk.
* Wasserstoffionenkonzentration und Schmerzempfindung. v. Gaza und Brandi.
* Bedeutung der Pufferung im aktiv arbeitenden Muskelgewebe für die Kreislauffunktion. Eppinger, Kisch u. Schwarz.
Formskelett des Pes equinovarus. Virchow.
* Urticaria factitia. Rajka.
Nachtrag zur Blutzuckerbestimmungsmethode. Adler.
Topographie der bronchialen Lymphknoten. Engel.
Spezifisch-dynamische Eiweißwirkung und Regulation des Stoffwechsels nach Blutentziehungen. Endres.
* Pluriglanduläre Symptome bei Tetanie. Schönemann.

Diätetische Behandlung der Darmerkrankungen. Ehrmann.
Osmotische Erythrocytenresistenz. Rietti.
Vervollkommnetes Capillaroskop. Skulsky.

Wasserstoffionenkonzentration und Schmerzempfindung. Auch der Entzündungsschmerz beruht wie die Hyperämie, die Exsudation, die Emigration auf einer H-Hyperionie. Bei Injektion saurer Phosphatlösungen in Muskeln konnte auch die functio laesa als fünftes Kardinalsymptom erzeugt werden. Der Einfluß der H-Ionenkonzentration auf sensible Nerven wurde durch Injektion von Phosphatpufferlösungen in Cutis und Muskel am Menschen geprüft. Osmotische Einflüsse wurden durch NaCl-Zusatz ausgeschaltet. Die Lösungen wurden für bestimmte Reaktionsbreiten isotonisch gemacht.

Bedeutung der Pufferung im aktiv arbeitenden Muskelgewebe für die Kreislauffunktion. Unter gewissen Umständen kann die Pufferung im aktiv tätigen Gewebe entweder infolge eines absoluten Ueberangebotes an Säure oder zufolge einer durch Gewebsschädigungen bedingten Einbuße der normalen Pufferungsfähigkeit des betr. Gewebes, evtl. auf Grund des Zusammenwirkens der beiden angeführten Momente behindert oder gestört sein. Diese Pufferungsinsuffizienz des aktiv tätigen Gewebes vermag kraft seiner Einflußnahme auf die Blutreaktion und der weiteren dadurch bedingten Auswirkungen den Gesamtkreislauf zu beeinträchtigen.

Urticaria factitia. Der von Török lange vertretene Standpunkt wird vom Verf. geteilt, daß alle Urticariaarten Entzündungen sind, was bezgl. der gewöhnlichen Urticaria physiologisch von Ebbecke und dermatologisch von Jadassohn nachgewiesen ist. Die U. f. sind nach Verf. mit den gewöhnlichen Entzündungsprozessen der einfachen U. vollkommen identisch. Verf. glaubt, daß das Quaddelödem in erster Linie auf unmittelbare Alteration der Gefäßwände zurückzuführen ist, d. h. daß es durch die Vasoparese und Permeabilitätssteigerung verursacht wird. Damit glaubt der Verf. in Einklang bringen zu können, daß die von Ebbecke, Lewis und Grant angenommenen abnorm gebildeten histaminartigen Zwischensubstanzen durch mechanische Reize entstehen und nun erst die Gefäßwände, vielleicht gemeinsam mit mechanischen Reizen, schädigen.

Pluriglanduläre Symptome bei Tetanie. Ein Fall zeigte außer typischen Symptomen faradische Uebererregbarkeit, Anämie, Pankreasstörung und im weiteren Verlaufe Adynamie, niedrigen Blutdruck, megagozytäre Anämie und Präsenilität.

Nr. 26, 25. Juni 1926.

* Vererbung in der Ohrenheilkunde. Albrecht.
* Die Aetiologie und Epidemiologie der ansteckenden Gelbsucht (Weilschen Krankheit) im Lichte experimenteller Untersuchungen über die Typenfrage ihres Erregers (Spirochaeta icterogenes). Uhlenhuth und Großmann.
Ueber die Transplantation menschlichen Karzinoms. Kurtzahn.
* Zur Beurteilung von Masernschutzseren namentlich des von Degkwitz angegebenen tierischen. Noeggerath, Oster und Viethen.
Der Zickzackkurs in der Röntgendiagnostik des Duodenums. David.
* Die Serodiagnose der Syphilis und Gonorrhoe durch Komplementbindung mit aktiven Seren. Bruck, Behrmann und Rosenberg.
* Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanocrysin. Jansen und Weber.
Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der unspezifischen Reiztherapie auf die peripherische Nervenfaser. Kauders und Stransky.
Zur Biologie der Haut. Hauptfeld.
* Die Erstickungsstarre. Blume.
Einige Beobachtungen bei der rassenbiologischen Durchforschung Schleswig-Holsteins. Gundel.
Zwei seltene Fälle von peripherer Lähmung (I. sensible Armbanduhrlähmung, II. isolierte rheumatische Lähmung des 2. Astes des Nervus trigeminus). Matzdorff.
* Ziegenmilch als Säuglingsnahrung. — Ergebnisse und Forderungen. Behrendt.
Die periodische Untersuchung Gesunder in ihrer Bedeutung für Sozialversicherung und Volksgesundheitspflege. Korach.
Therapeutische Beeinflussung der Epilepsie mit dem sympathicushemmenden Mutterkornhauptalkaloid. Lebinski.
Heftpflaster und Hautreaktion. Seeliger.

Vererbung in der Ohrenheilkunde. Die Frage des Erbgangs in der Ohrenheilkunde ist noch sehr ungeklärt. Daher stellt der Verfasser die Forderung, nur solche Arbeiten zu verwerten, die auf einer systematisch durchgeführten Familienuntersuchung aufgebaut sind. Oberflächliche Untersuchungen oder Sammelstatistiken wirken eher verwirrend als fördernd.

Die Aetiologie und Epidemiologie der ansteckenden Gelbsucht (Weilschen Krankheit) im Lichte experimenteller Untersuchungen über die Typenfrage ihres Erregers (Spirochaeta icterogenes). Die Verff. zeigen u. a., daß die aus dem Menschen gezüchteten Weilspirochaeten in verschiedenen serologischen Modifikationen bei gleichbleibender Meerschweinchenpathogenität existieren können, daß ferner die meerschweinchenpathogenen Rattenspirochaeten in verschiedenen Typen vorkommen, und wenn auch das letzte Glied — die Verschiedenheit aus dem frisch aus dem Menschen gezüchteten Weilspirochaeten — experimentell noch fehlt, so ist doch durch die Untersuchungen diese Möglichkeit, daß die menschenpathogene Spir. icterogenes ebensogut in verschiedenen Typen vorkommt wie die Wasserspirochaete, äußerst wahrscheinlich geworden. Daß diese Erwägung nicht gerade dazu beiträgt, die Klärung der epidemiologischen Unstimmigkeiten zu erleichtern, versteht sich von selbst. Den Verfassern scheint jedoch gerade eine Mannigfaltigkeit in den Typen der menschenpathogenen Weilspirochaete am besten mit der von ihnen vertretenen Anschauung in Einklang zu stehen, die sich die Weilspirochaete auf dem Wege der Variabilität aus der Wasserspirochaete entstanden denkt.

Zur Beurteilung von Masernschutzseren, namentlich des von Degkwitz angegebenen tierischen. Vor der Inkubation gespritztes Serum ist wirkungslos; innerhalb der von Degkwitz angegebenen Zeit gespritzte Kinder konnten nicht nur nicht geschützt werden, sondern sie erkranken auch und sterben an Komplikationen.

Die Serodiagnose der Syphilis und Gonorrhoe durch Komplementbindung mit aktiven Seren. Die Aktivuntersuchung ermöglicht auch bei der Gonorrhoe eine einfache und relativ verläßliche Serodiagnose. Die praktische Bedeutung der Serodiagnose bei Gonorrhoe dürfte in erster Linie in der Erfassung klinisch und ätiologisch verdächtiger, aber bakteriologisch nicht sicherzustellender Fälle liegen. Die prognostische und therapeutische Bedeutung der Reaktion ist noch fraglich.

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanocrysin. Die Verfasser hatten mit der Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose keine nennenswerten Erfolge. Sie erkennen Besserungen tuberkulöser Prozesse nach Sanocrysinbehandlung in bestimmten Fällen an. In Anbetracht der Komplikationen und eines Unglücksfalles auf Grund der Nebenwirkungen bei der Behandlung erscheinen den Verfassern die therapeutischen Erfolge zu gering im Vergleich zu den Gefahren, welche die Anwendung des Mittels mit sich bringt. Sie können sich daher zu einer Fortsetzung der Versuche künftighin nicht entschließen.

Die Erstickungsstarre. Es kann durch einen einfachen Handgriff ein der Enthirnungsstarre und der Narkosestarre sehr ähnlicher Strecktonus der Muskulatur, „die Erstickungsstarre“ hervorgerufen werden. Von dem Eingriff erholten sich die Tiere rasch.

Ziegenmilch als Säuglingsnahrung. — Ergebnisse und Forderungen. Die Ziegenmilch ist als Säuglingsnahrung abzulehnen, da sie der Kuhmilch gegenüber als minderwertig zu bezeichnen ist. Vor einer ausschließlichen Ernährung junger Säuglinge mit Ziegenmilch ist zu warnen. Auch Beifütterung von Ziegenmilch zu Kuh- oder Frauenmilch ist gefährlich.

Läßt sich jedoch aus äußeren Gründen die Verabfolgung von Ziegenmilch nicht umgehen, so ist für ausreichende Fütterung der Ziegen mit Grünfutter zu sorgen. Die mit Ziegenmilch ernährten Säuglinge sollen früher Gemüse und Obst erhalten als es sonst üblich und erforderlich ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 23., 4. Juni 1926.

Pathologie und Therapie der ovariogenen Blutungen. J. Novak-Wien.
Kuren an Geistes- und Nervenkranken. M. Löwy-Prag.
Ist das gehäufte Auftreten der Tuberkulose in der Familie allein durch die vermehrte Gelegenheit zur Ansteckung verursacht oder durch Vererbung? F. Reiche-Hamburg.
Tabische Symptome nach Gynergen-Injektionen. H. Panter-Charlottenburg-Westend.
Cheyne-Stokessches Atmen und Tachycardie. J. Wassermann-Wien.
* Behandlung der Encephalitis lethargica in der lethargischen Phase mit Urotropin. A. Simonena-Madrid.
Taxis bei Brucheinklemmungen. G. Neugebauer-Striegau.
Eine Natrium-citricum-Iso-Ampulle für Blutinjektionen. G. Ockel-Guben.
Hornhautentzündung durch Eintropfen einer 10 proz. Lapislösung. J. Fejer.
Chromoskopie des Magens. K. Glaeszner-Wien.
Entschädigung bei psychogenen Beschwerden nach haftpflichtigen Unfällen. H. Engel-Berlin.
* Diuretische Wirkung der Gallensäuren. B. Semler-Berlin.
* Erfahrungen und Erfolge mit Introcid, insbesondere bei Puerperalfieber. L. Bobnik-Berlin.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hauffe-Berlin.

Ueber die Behandlung der Encephalitis lethargica in ihrer lethargischen Phase durch intravenöse Urotropin-Injektionen. Verf. hat die in Deutschland ebenfalls bekannte Behandlung der Encephalitis lethargica mit Urotropin angewandt und bei intravenösen Injektionen günstige Erfolge grade während des Schlafzustandes gesehen, während orale Anwendung keine Wirkung zeigte. Das Urotropin sei das beste der internen Antiseptica, weil es sich gleichmäßig im ganzen Organismus einschließlich des Liquor cerebrospinalis verteile. Gegeben wurde 10 Tage lang tgl. eine Injektion; die mitgeteilten drei Fälle seien sämtlich völlig geheilt worden.

Zur diuretischen Wirkung der Gallensäuren. Die diuretische Wirkung der Cholate hat sich bei Fällen von Herzinsuffizienz mit Stauungsleber, wo andere Diuretika versagen, als günstig erwiesen, besonders das Decholin, das von der Firma Riedel hergestellt wird, und das Natriumsalz der Dehydrocholsäure darstellt. Während der intravenösen Injektion wird ein gallebitterer Geschmack für einige Sekunden wahrgenommen, sonst sind keine Nebenwirkungen beobachtet worden. Außer der eklatanten Diuresewirkung werden Pulsfrequenz und Blutdruck günstig beeinflußt.

Unsere Erfahrungen und Erfolge mit Introcid, insbesondere bei Puerperalfieber. Die Jod-Cer-Verbindung Introcid hat sich bei der Behandlung puerperaler Erkrankungen den anderen Präparaten wie Omnadin, Rivarnol, Yatren als deutlich überlegen gezeigt. Es wurden 50 Fälle von Sepsis, Abort, Status post operationem, Douglaserkrankungen, Adnexitiden und inoperablem Karzinom behandelt, die bis auf letzteres fast alle gut ansprachen, so daß 25 als gebessert, 12 als geheilt entlassen werden konnten, während 13 hoffnungslose Fälle ad exitum kamen. Das Introcid wird intravenös täglich oder jeden 2. Tag in steigenden Dosen von 5—15 ccm gegeben; Herdreaktionen sind sehr selten, dagegen treten Allgemeinreaktionen fast immer auf. Der Allgemeinzustand bessert sich rasch, die Temperatur sinkt lytisch, bisweilen auch kritisch ab, Appetit und Kräfte nehmen zu. Unangenehm ist die leicht eintretende Thrombosierung der Venen, wodurch die Kur mitunter abgebrochen werden muß, doch kann das Mittel auch intramuskulär ohne Erscheinungen gegeben werden, während es subkutan schmerzhafte Infiltrate setzt.

Nr. 24., 11. Juni 1926.

* Todesursachen nach Basedow-Kropfoperationen. H. Riese.
* Selbstbehandlung der Diabetiker. Jaksch-Wartenhorst-Prag.
Höchster Scharlachstreptokokkenserum. E. Hoke und Kettner-Böhmen.
Mühlengeräusch bei künstlichem Pneumothorax. F. Krömeke-Münster.
Hyperkeratose und Thrombophlebitis bei Gonorrhoe. J. Olivet-Braunschweig.
Behandlungserfolg bei Pankreatitis mit Konkrementbildung. Sondheimer-Stuttgart.
* Behandlung der Tabes mit Impfmalaria. Hesse-Düsseldorf.
Alkalitherapie des Ulcus. W. Brednow-Berlin.
Phrenikotomie bei mit schwerem Diabetes komplizierter Lungentuberkulose. E. Gargaly und Narkovits-Budapest.
Drei Gasbrandinfektionen nach subkutanen Einspritzungen. K. Landé-Berlin.
Nerven des Herzens. Worobiew-Charkow.
Progressive Paralyse mit aberkannter Dienstbeschädigung. Oesterlen-Ulm.
Hämosistan bei gynäkologischen Blutungen. Irresberger-Linz.
Behandlung der Intoxikations-Kopfschmerzen mit Adrenalin (Tonogen-Richter). Kovats-Szeged.
Physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hauffe-Berlin.

Ueber die Todesursachen nach Basedow-Kropfoperationen. Verf. gibt auch nach seinen Erfahrungen den schon häufig wiederholten Rat, eine Basedowoperation möglichst frühzeitig ausführen zu lassen, denn es sei sicher, daß die chirurgischen Erfolge besser sind als die der rein inneren Therapie. Die Basedowstruma ist weitgehend zu entfernen mit Unterbindung aller vier Arterien. Die prinzipielle Mitentfernung des Thymus wird abgelehnt. Akute Fälle sind längere Zeit durch Ruhelage, Brom-Chinin, Eiskühlung von Herz und Hals vorzubereiten. Bei starker Erregung ist Allgemeinnarkose mit Aether der Lokalanästhesie vorzuziehen. Diese bleibt bei leichten Fällen und solchen mit schweren Herzveränderungen die Methode der Wahl. Bei Status thymolymphaticus soll vorher die Thymus mit Röntgenstrahlen bestrahlt werden.

Ueber die Selbstbehandlung der Diabetiker. Um die Kosten der Insulintherapie herabzusetzen und diese auch den Minderbemittelten zugänglich zu machen, können Diabetiker zur Selbstbehandlung erzogen werden. 16 derartige Fälle sind jetzt seit 1923 beobachtet, alle sind wohlgenährt, beschwerdefrei und vor allem arbeitsfähig. Durch Insulin werden temporär alle Krankheitserscheinungen zum Verschwinden gebracht, die aber sofort wieder auftreten, wenn die Behandlung ausgesetzt wird. Eine Gewöhnung tritt nicht ein, mit wenig J. E. tgl. gelingt es bei geschickter Diät, den Status quo bei manchen Fällen zu erhalten.

Die Behandlung der Tabes mit Impfmalaria. Wie bei der Paralyse scheint die Malariatherapie sich auch bei Tabes zu bewähren. Bering-Essen hat bei 23 Fällen in 19 Besserung der Beschwerden und der Reflexe gesehen, bei den anderen jedenfalls keine Verschlechterung. Ebenso berichtet Nonne von 36 Fällen. Die guten Erfolge werden auch bei Tabes die Malariakur zur Methode der Wahl werden lassen, besonders da Salvarsan schlecht vertragen wird und die Erfolge zweifelhaft sind. Auch die Sehnervenatrophie ist zum mindesten aufgehalten, wie Fischer-Ascher-Prag von 18 Patienten der Augenklinik berichtet, bei denen in einer Beobachtungszeit von 2—12 Monaten Visus und Gesichtsfeld nach der Kur gleich geblieben sind.

Haber.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 27, 2. Juli 1926.

Eugenetik. Meyer.
Zur Bolzung von Schenkelhalsbrüchen. Lexer.
Ueber therapeutische Beeinflussung der Leberfunktion. Isaac.
Zum Kohlenhydratstoffwechsel der Leberkranken. Hetényi.
Zur Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs mit großen Bluttransfusionen. Plehn.
* Der gegenwärtige Stand der Magenspiegelung. Hübner.
Was leistet die Waltersche Brommethode? Bieling und Weichbrodt.
Metallsalztherapie. Walbum.
Bestrahlungspolyglobulie und Erythropoese. Krömeke.
Die Behandlung der Nachgeburtsperiode. Traugott.
Pflege und Behandlung der Brüste. Klose.
Zwei sehr ähnliche Fälle von sehr lange verschleppten tubaren Aborten. Rißmann.
Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Davidsohn.
Technische Neuheiten auf dem Gebiet der Medizin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege. Schütz.
Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Ebermayer.

Der gegenwärtige Stand der Magenspiegelung. Die Methode wird für wertvoll und aussichtsreich gehalten. Die von vielen Seiten behauptete Gefährlichkeit lasse sich durch einwandfreie Technik und durch Weglassung der Anästhesierung (der Schmerz als Wächter der Gesundheit! Ref.) auf ein Mindestmaß herabsetzen. — Ref. kann es sich hier nicht versagen, einmal ausnahmsweise zu kritisieren. Eine Methodik, bei der Todesfälle gerade bei der Demonstration auf Kongressen durch die prominenten Vertreter der Methode und auch anderswo vorgekommen sind, möchte Ref. nicht als Rüstzeug betrachten, zumal man mit den alten Methoden der Ausheberung, der Röntgendurchleuchtung und neuerdings der fraktionierten Ausheberung einwandfreie Diagnosen stellen kann. Es darf nicht wieder vorkommen, daß ein Kranker als Opfer der Diagnostik sein Leben lassen muß.

Arnold Hirsch.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

23., Nr. 10, 15. Mai 1926.

Erkrankungen der Uvea. Bielschowsky.
* Die metatuberkulösen Krankheitszustände. Benedict.
Lues und die Tuberkulose im Hals-, Nasen-, Ohrengebiet. A. Linck.
Einteilung der Lungentuberkulose. Brinkmann.

Die metatuberkulösen Krankheitszustände. Unter obiger Bezeichnung versteht der Verfasser Erkrankungen, welche nach Abheilung der tuberkulösen Infektion als selbständige Krankheiten von Organen das weitere Schicksal des Kranken bestimmen. Es fällt auf, daß nur ein Teil der an dem Primäraffekt Erkrankten auch die tertiäre Form der Tuberkulose erwirbt. Der größte Teil dieser Kranken wird gesund. Ein anderer jedoch behält Schädigungen bestimmter Organe zurück, welche Verfasser als metatuberkulös bezeichnet. Bestimmte Erkrankungen des Herzens (Perikarditis, Kardipathien u. a.) sind Ueberbleibsel tuberkulöser Frühformen. Häufig wird hier eine Mitralstenose festgestellt und erst die Röntgendurchleuchtung zeigt erhebliche Schwartenbildung als Zeichen verkalkter Ueberreste. Beim Emphysem liegen die Dinge ähnlich. Die Hilustuberkulose mit Reizhusten führt zur Lungenlähmung, und wenn der Thorax in späteren Jahren starrer wird, kommt es zum chronischen Emphysem. Auch Bronchiektasien sind häufig der Effekt früherer Tuberkuloseerkrankung. Bei den Bauchorganen erlebt man häufig Schluckbeschwerden, die durch Kompression der Speiseröhre von verkalkten Lymphdrüsen hervorgerufen werden. Dünndarmstenosen sind ebenfalls Ueberbleibsel aus dem sekundären Stadium. Umstritten sind noch die Erkrankungen des Magens und besonders hier das Ulcus pepticum. Durch die Verkalkung und fibröse Schrumpfung kommt es zu Verlötungen mit dem mediastinal gelegenen Nerven (vor allen Dingen dem Nervus vagus) und hierdurch zu Reizzuständen im Magen, auf deren Basis das chronische Ulcus entsteht. Verfasser führt ferner die Leberinduration und Gallenblasenerkrankungen auf metatuberkulöse Ursachen zurück. So ist es vorgekommen, daß eine verkalkte Drüse für den Gallenstein gehalten wurde. Von großer Wichtigkeit sind Nierenerkrankungen. Das Krankheitsbild gleicht am ehesten der der nephrotischen Schrumpfniere. Die Frage, ob metatuberkulöse Krankheitszustände von der chronisch verlaufenden Tuberkulose klinisch zu unterscheiden sind, glaubt Verfasser bejahen zu können. Natürlich muß ein metatuberkulöser Zustand nicht als Tuberkulose, sondern als Organerkrankung behandelt werden, da immer die Möglichkeit eines neuen Aufflackerns der früheren Erkrankung besteht.

Die Bedingungen, welche in der Jugend Erkrankte in späteren Jahren metatuberkulös erkranken lassen, liegen in bestimmten Diapositiven, und zwar erkranken besonders Lymphatiker. Auch äußere Momente wie Infektionen der Bronchien oder des Darmes wirken mit. Ob man derartige Kranke spezifisch behandeln soll, ist noch schwer zu beantworten. Es besteht immerhin die Möglichkeit, daß im Organismus noch aktive Herde sitzen, welche die Widerstandsfähigkeit des Körpers beeinträchtigen. Man wird den sehr interessanten Ausführungen des Verfassers in manchen Dingen beistimmen, ohne sie jedoch im ganzen anerkennen zu können.

23., Nr. 11, 1. Juni 1926.

* Die moderne Auffassung der Epilepsie und deren Behandlung. H. Többen.
Was muß der Arzt von der Hydrotherapie wissen? G. Hauffe.
Die Lues und die Tuberkulose im Hals-, Nasen-, Ohrengebiet. A. Linck.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Die moderne Auffassung der Epilepsie und deren Behandlung. Die Erkennung der Epilepsie ist nicht immer ganz leicht. Der Krampfanfall, das wichtigste Symptom der Krankheit ist bedingt entweder durch ein organisches Hirnleiden (symptomatische Epilepsie) oder durch etwas noch nicht Nachweisbares (genuine Epilepsie). Ob eine Erkrankung der Schilddrüse oder der Nebenniere oder ähnliches die Ursache ist, ist noch nicht geklärt. Man soll jeden Fall als symptomatische Epilepsie bezeichnen und nur durch Ausschluß eine Diagnose auf genuine stellen. Die klassischen Symptome des Krampfanfalls bestehen in der Aura, dem tonischen, dann dem klonischen Krampf, schließlich dem Sopor, der in Schlaf übergeht. Von diesem Krankheitsbild gibt es allerhand Abweichungen, bei denen diese oder jene Zeichen fehlen. Bei Kindern darf man die rudimentäre Erkrankung nicht mit der Spasmophilie verwechseln. Von größter praktischer Bedeutung ist die Unterscheidung von der Hysterie. Bei diesem ist das Bewußtsein nie ganz aufgehoben. Der Anfall erfolgt häufig nach gemütlicher Erregung. Es gibt eine Reihe von Anfällen, die lediglich in Bewußtseinsstörungen bestehen. Die Anfälle äußern sich in Absenzen, im epileptischen Schwindel oder auch im Schlaf als Pyknolepsie. Hiermit ist das sogenannte „Wegbleiben" der Kinder nicht zu verwechseln, das der Ausdruck einer psychopathischen Konstitution ist. Eine gute Therapie ist nur möglich, wenn man die wahre Ursache des Anfalls erkannt hat. Die Medikamente sind im wesentlichen krampfmildernd, niemals aber antiepileptisch. Die wichtigsten Mittel sind das Brom, Luminal und Chlorahydrat. Alkohol ist möglichst zu verbieten. Vor der operativen Behandlung der genuinen Epilepsie ist zu warnen, während sie bei der symptomatischen Erfolge verspricht.

23., Nr. 12, 15. Juni 1926.

* Ultraviolett-Therapie im Kindesalter F. Rohr
Was muß der Arzt von der Hydrotherapie wissen? G. Hauffe.
* Die angeborene Rückgratverkrümmung. Hackenbroch.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Ultraviolettherapie im Kindesalter. Das weitaus wichtigste Gebiet der Quarzlampenbestrahlung ist die Rachitis. Schon prophylaktisch bei Frühgeburten hat es gute Erfolge. Auch bei Zwillingen soll sie vorbeugend angewandt werden. Therapeutisch kann man sagen, daß die Höhensonne in allen Stadien wirkt. Der erniedrigte Serumphosphatspiegel erreicht Normalwerte. Ebenso der erniedrigte Blutkalkspiegel. Die Craniotabes heilt schnell, bisweilen schon in drei Wochen. Auch die Säuglingstetanie wird in Kombination mit Lebertran schneller heilen, als mit letzterem Mittel allein. Die tuberkulösen Drüsenschwellungen erleiden erhebliche Rückbildung, verschwinden jedoch nicht völlig. Erweichte Drüsen werden nicht resorbiert, kommen aber schneller zur Einschmelzung. Die Knochentuberkulose heilt schneller unter Höhensonnenbehandlung, je kleiner die Kinder sind. Die Strahlentherapie ist entschieden der großen Chirurgie vorzuziehen. Auch bei der Peritonitis tuberkulosa feiert die Quarzlampe großen Triumpf. Die adhäsive Form wird hierbei günstiger beeinflußt wie die seröse, jedoch wächst die Schwierigkeit mit der Länge der Krankheit. Bei ulcerösen Formen scheint die Strahlenbehandlung zu versagen. Bei der Lungentuberkulose ist eine direkte Einwirkung auf die Bazillen nicht anzunehmen. Bei Prozessen mit Zerfallsneigung ist die Bestrahlung nicht angezeigt, jedoch ist oft eine subjektive Besserung bei leichten Fällen zu verzeichnen. Bei positivem Pirquet und negativem Organbefund ist Strahlenbehandlung nicht nötig. Sind jedoch irgendwelche verdächtigen Erscheinungen vorhanden, so ist sie zu empfehlen, besonders wenn es sich um junge Kinder handelt. Auch bei Erkrankungen der Haut (Erysipel, Ekzemen) werden günstige Resultate erzielt. Bei Keuchhusten sind die Erfolge noch zweifelhaft, jedoch hat man beobachtet, daß die Zahl der Anfälle verringert wurde. Ganz besonders sind die Bestrahlungen bei Schwäche- und Erschöpfungszuständen, wodurch sich der Appetit, das Allgemeinbefinden, der Blutkreislauf und das Gewicht erheblich bessert. Verfasser geht noch auf die Technik der Bestrahlung ein und betont besonders, daß dieselbe stets in gut durchwärmten Räumen bei Säuglingen und kleinen Kindern erfolgen muß. Für den erfolgreich arbeitenden Kinderarzt ist die Quarzlampe in Zukunft unentbehrlich.

Die angeborene Rückgratverkrümmung. Die Fehlhaltungen der Wirbelsäule werden häufig, besonders bei Neugeborenen übersehen, da sie anfangs kaum sichtbar ist. Man unterscheidet Deformitäten mit endogener und exogener Ursache. Die endogene Skuliose entsteht durch noch nicht geklärte Faktoren, wie Keimschwäche, ererbte Erkrankungen usw. Die exogene hat rein äußerliche Ursachen, vor allen Dingen Raumbeschränkung im Mutterleibe und enges Becken, Geschwülste usw. Die Wirbelsäulenverbiegung mit exogener Ursache zeigt nie knöcherne Bildung und ist ein gutes Objekt zur Behandlung, wobei das Gipsbett an erster Stelle steht. Da die Raum beengenden Faktoren erst in den letzten Schwangerschaftsmonaten zur Wirkung kommen, sind die noch nicht lange bestehenden Verkrümmungen gut beeinflußbar. Bei endogener Genese zeigt das Röntgenbild stets Veränderungen der knöchernen Wirbelsäule, z. B. Differenzen in der Wirbelzahl oder Mißbildungen in den Uebergangsstellen der einzelnen Segmente. Am wichtigsten sind hier die Spaltbildungen, die besonders häufig am Lendenteil vorkommen.

Für das klinische Bild ist charakteristisch die scharf winklige Abknickung und die häufig damit verbundenen Defekte in anderen Körperregionen. Die Heilaussichten sind hier sehr ungünstige. Sicher ist jedoch, daß wir die Zahl der schweren Rückgratsverkrümmungen vermindern werden, wenn wir schon frühzeitig eine energische Therapie einleiten. Kosminski.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

114., 1./2. Heft, Juli 1926.

Einfluß der Cholesterinbehandlung auf den Ablauf experimenteller Infektionen. Lubiski und Stern.
Veränderungen der Haut durch Jodtinktur. Tierversuche. Fritzler.
Wirkung der arsenigen Säure und der Arsensäure auf die Gefäße. Tscherkess.
Wirkungsstärke von Digitalispräparaten. Einfluß von Alkohol. van Wijngaarden.
Veränderungen im Wassergehalt des Froschherzens unter Wirkung von Herzgiften. Schott.
Wirkung des zweiwertigen Zinns. Handovsky.
Aenderung der Reizschwelle parasympathischer und sympathischer Gifte durch Intrakutanreize. Luithlen und Molitor.
Photobiologische Desensibilation am überlebenden Froschherzen. Wastl.
Wirkung des Pyramidons auf die glatte Muskulatur. Januschke und Lasch.
Analyse der Herzwirkungen des Digitoxigenins. Lenz.

114., 3./4. Heft, Juli 1926.

Uteruswirksame Substanzen im Mutterkorn. Forst.
Abhängigkeit von Giftwirkungen vom physikalisch-chemischen Zustand von Zellen. Bande.
Wirkung einiger Narkotika auf das Rückenmark der dekapitierten Katze. Blume.
Pilokarpinwirkung und Elektrokardiogramm bei normalen, thyreoidierten und thyreoidektomierten Meerschweinchen und Kaninchen. Herzfeld und Mosler.
Wirkungsweise des Cardiazols. Stross.
Arsengewöhnung. Issekutz und Végh.
Wirkung des Krötengiftes auf das isolierte Froschherz. Gessner.
Wirkung des Nervus depressor. Jarisch und Ludwig.
Mischvorrichtung für Wasserbäder. Lampe und Rössler.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

151., Heft 5/6, Juni 1926.

Schwankungsbreite und Schwankungsart der Durchmesser menschlicher Erythrozyten. Wiechmann und Schürmeyer.
Blutdruck in seiner Abhängigkeit von Gefäßweite und Herztätigkeit. Ganter.
Histologische Befunde an Kapillar-Neurosen der menschlichen Haut (Cutis marmorata). Scharpff.
Serumeiweißbild bei der experimentellen Rekurrensinfektion der Ratte. Wiechmann und Horster.
* Klinische Magenstudien. Stuber und Nathanson.
* Bluttransfusion und Lebensdauer transfundierter Erythrozyten. Görl.
Tabes-Tonusbandage. Waterman.
* Theorie der alkaptonurischen Stoffwechselstörung. Katsch und Stern.
Intravös einverleibte Glykokolls beim Normalen und beim Diabetiker. Wiechmann und Dominick.
Akute Lebercirrhosen. Reiche.

Klinische Magenstudien. In der Literatur sind als Erreger der Magensaft- bzw. der Säuresekretion eine ganze Anzahl Reize angegeben worden, teils als Standardreize, teils als Extrareize, wenn mit den üblichen keine Säureproduktion nachweisbar ist. Bei Dauerausheberung kann beim Alkoholprobetrunk eine im Bereich des Alkalischen liegende Kurvenform gewonnen werden, ohne daß eine echte Achylia gastrica bestehen muß. Durch Wiederholung der

Dauerausheberung unter subkutaner Injektion von Histamin, durch Vorlage von Fleischbrühe und Ei oder der Riegelschen Probemahlzeit kann noch eine Säuresekretion bewirkt werden. Eine echte Achylie ist erst dann bewiesen, wenn verschiedene dieser Reize bei Dauerausheberung anazide Werte ergeben. Infolge der individuell schwankenden Reaktionsbereitschaft kommt es zu einer veränderten Ansprechbarkeit auf Sekretionsreize, so daß nur ein bestimmter Reiz säureweckend wirkt. Die durch Histamininjektion bewirkte Steigerung der Salzsäuresekretion bedingt nicht immer eine Verstärkung bereits bestehender „Hyperaziditätsbeschwerden“.

Bluttransfusion und Lebensdauer transfundierter Erythrozyten. In neuester Zeit neigen zahlreiche Autoren zu der Annahme, daß der Hauptwert der Blutübertragung im Ersatz der Erythrozyten des Empfängers liegt und befürworten daher die Transfusion möglichst großer Blutmengen. Eine Reizwirkung der fremden Erythrozyten auf das Knochenmark spielt hingegen keine große Rolle beim Zustandekommen des therapeutischen Effektes. Als Hauptstücke dieser Ansicht dienen die Untersuchungen amerikanischer Autoren, die mit Hilfe der Isohämagglutination eine wesentlich längere Lebensdauer transfundierter Erythrozyten feststellten, als bisher angenommen wurde. (2—3 Monate statt der bisher auf 40 Tage mit Hilfe der Urobilinmethode geschätzten Lebenszeit des normalen Erythrozyten.) Nachprüfungen der von diesen Autoren angewandten Methoden ergeben jedoch, daß sie nicht zuverlässig ist, daß somit weitgehende Folgerungen nicht als zwingend anerkannt werden können.

Bisher wurde die agglutinierende Kraft des bei der Transfusion mit zugeführten Serums vernachlässigt unter der Voraussetzung, daß es in der Gesamtblutmenge des Empfängers derart verdünnt wird, daß eine Schädigung der Empfängererythrozyten nicht möglich ist. Versuche in vitro zeigen, daß bei Transfusion einer Blutmenge, die ein Sechstel der Gesamtblutmenge des Empfängers überschreitet, Vorsicht geboten ist, sofern das Spenderserum die Empfängererythrozyten in hohem Titer agglutiniert. Bei den üblichen großen Transfusionen, die in der Pädiatrie nicht selten ¼—⅓ der Gesamtblutmenge des Empfängers ausmachen, erscheinen diese Ergebnisse von erheblicher Bedeutung. Beachtenswert ist der Umstand, daß bei Kindern bis zu einem Monat das Phänomen der Isoagglutination nicht besteht, sondern sich im Lauf der ersten zwei Lebensjahre voll entwickelt.

Theorie der alkaptonurischen Stoffwechselstörung. Die genaue Kenntnis dieser an sich seltenen Stoffwechselanomalie ist für alle Gebiete des intermediären Stoffwechsels von großer Bedeutung, da sie einen Einblick in den Mechanismus der physiologischen Abbauvorgänge gewährt. In letzter Zeit wurde festgestellt, daß die Alkaptonurie verschwindet, wenn gleichzeitig durch Eiweißfettkost oder Hunger Acetonämie hervorgerufen wird. Mangelhafte Kohlehydratzufuhr verändert somit nicht nur die Stickstoffbilanz an sich, sondern auch qualitativ die intermediären Phasen des Eiweißabbaus. Im Intermediärstoffwechsel gibt es mehrere Abbauwege für die gleichen aromatischen Eiweißkörper. Der Alkaptonuriker vermag es nicht, das physiologische Zwischenprodukt, die Homogentisinsäure abzubauen. Konstellationen des Stoffwechsels entscheiden, in welchem Verhältnis die verschiedenen Wege des Eiweißkörperabbaus beschritten werden. So verschwindet im Hunger und Fieber die Ausscheidung der Homogentisinsäure im Urin, da nunmehr der Abbau der aromatischen Aminosäuren auf anderen verfügbaren Bahnen zu Ende geführt wird, ohne daß überhaupt Homogentisinsäure entsteht. Im Serum des Alkaptonurikers findet sich auch nach der Enteiweißung ein Körper, welcher die Oxydation der Homogentisinsäure verhindert und so den Nichtabbau dieses physiologischen Stoffwechselproduktes verschuldet. Biberfeld.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

1926, Heft 14.

* Kinderkrankenhäuser. Schilling.
Das staatliche Luitpoldkrankenhaus in Würzburg. Lommd.
Die neuzeitliche Enzymwäscherei und ihre Bedeutung. Heermann.
Die neueste Entwicklung des chemischen Klein-Löschgerätes in seiner Bedeutung für öffentliche Krankenanstalten. v. Gronow.
„Pecha“-Schneidemaschinen. Voges.
Gutachterausschuß, öffentliche Armenpflege und Krankenhauswesen in Paris.

Kinderkrankenhäuser. Staatliche und städtische Behörden setzten dem Bau von Kinderkrankenhäusern wegen angeblich mangelnden Bedarfs lange Zeit Widerstand entgegen. Noch vor 30 Jahren bestand in der Aerzteschaft die Ansicht, die Pädiatrie habe nicht das Anrecht auf ein wissenschaftliches Spezialfach. Der vorliegende Aufsatz über die geschichtliche Entwickelung des Kinderkrankenhauses von den ersten Anfängen bis zu neuzeitlichen teils noch unerfüllten Zielen soll nach Angabe des Verfassers keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen. Die Hauptgesichtspunkte sind jedoch, aufgebaut auf reichster Erfahrung, so knapp, praktisch und ausführlich, daß der Praktiker auch für die Einzelpflege wichtige Aufklärungen erhält. Frankreich war teilweise führend bei der Einrichtung der ersten Kinderkrankenhäuser. Bis 1830 wurden in der Charité in Berlin kranke Kinder zwischen Erwachsene verteilt. Das erste größere deutsche Kinderkrankenhaus wurde in Leipzig errichtet. Der nach sorgfältiger Statistik festgestellte Rückgang der Sterblichkeit unter den hospitalisierten Kindern in Leipzig (von 1812 bis 1905 auf die Hälfte in Prozenten der Aufnahmen) spricht für den Einfluß verbesserter Kenntnisse auf pflegerischem und ärztlichem Gebiet. Wichtig ist vor allem in dieser Hinsicht die Ausbildungsfrage der Schwestern, die darauf hinzielen muß, daß erstens Säuglingspflegeschule sowie der Befähigungsnachweis nur den Anstalten mit kranken Kindern vorbehalten bleibt. Anlage, Bau und Einrichtungen von Kinderkrankenhäusern unterscheiden sich wesentlich von Krankenhäusern für Erwachsene. Die Lage soll grundsätzlich in den Außenbezirken sein. 500 Betten sollen wegen Epidemiegefahr die Höchstgrenze darstellen. Das Blocksystem ist dem Pavillonsystem vorzuziehen. Die Warteräume müssen Infektionen in der Poliklinik nicht aufkommen lassen (Glasboxen). Das Besuchsverbot muß trotz scheinbarer Härte bei genügender Aufklärung auf Säuglingsstationen beibehalten werden. Eine Quarantäne ist notwendig. Personalküche und Krankenküche werden wegen des umfassenden Personals am besten getrennt. Die zweckmäßigste Heizanlage ist Warmwasserheizung, für Poliklinik, Operationsräume, Turnsäle, Aufnahme Fußbodenbeheizung. Es empfehlen sich 3 Größen von Betten. Säuglingsbetten sollen möglichst breit sein, um Wickelkommoden zu ersparen. Spiralfedermatratzen, Auflegematratzen aus Seegrasfüllung werden bevorzugt.

1926, Heft 15.

Das Krankenhaus als Hochhaus. Lommd.
* „Kindersolbad“ in Bad Dürrheim im Schwarzwald. Gulden.
* Das moderne Krankenhaus und die Urologie. Rothschild.
* Richtlinien für die Einrichtung klinischer Laboratorien. Gottstein.
* Sind Erhöhungen der Krankenhausverpflegungskostensätze zur Zeit anzustreben? Waldmann.
Fichtennadelextrakte, deren Ersatzstoffe und die Bedeutung der Fichtennadelbäder. Peyer und Diepenbrock.
Wie weit ist der Arzt verpflichtet, die Krankengeschichten herauszugeben? Liebermeister.

„Kindersolbad“ in Bad Dürrheim im Schwarzwald. Der Aufsatz über Bau und Organisation des Kindersolbades bietet nicht nur wegen der Vollständigkeit lehrreiche Gesichtspunkte. Neben der Schilderung der vorzüglich bewährten Einrichtungen werden offen auch Fehler und kleine Mißstände besprochen, die sich im Laufe der Jahre bei der Anlage der großartigen Anstalt herausgestellt haben. Wie wenig die Fehler (zu hoher Grundwasserspiegel durch Geländeabtragung, Bepflanzung der Holzschindeln mit Wein) tatsächlich bei dem gesamten Betrieb ins Gewicht fallen, geht aus der segensreichen Tätigkeit hervor. Im Jahre 1925 Gesamtaufnahme von 1366 Kindern mit 67 519 Verpflegungstagen. Einheitsverpflegungssätze z. Z. 3,20 M. einschließlich ärztlicher Behandlung, sowie Sol- und Reinigungsbäder, ausschließlich besonderer Nebenkosten. Alles, was für eine auf sich gestellte Wohlfahrtsanstalt angeschafft werden kann, ist vorhanden. Die Anstalt nimmt ihren Charakter gemäß alle Formen und Stadien tuberkulöser Infektion und Erkrankung auf (mit Ausschluß der offenen tertiären Lungenphthise) und hat sich ganz besonders auf die konservative Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen spezialisiert. Hier sind recht gute Erfolge mit bleibender Schließung der Fisteln, Wiederherstellung der Beweglichkeit usw. erzielt worden. Mustergültig sind die heliotherapeutischen Einrichtungen nach den Rollierschen Grundsätzen der Ganzbesonnung. Moderner Röntgenapparat und mehrere Höhensonnen. Ausdehnungsmöglichkeit im Anstaltskomplex durch spätere Nachkäufe von Terrain allmählich gesichert. Ausreichende Isoliermöglichkeiten. Eigener Gemüsegarten, Hühner-, Enten- und Schweinezucht. In der Küche und Wäscherei Entnahme eigenen Quellwassers möglich. Waschräume mit fließendem Kalt- und Warmwasser versehen. Säle mit bettlägerigen Kindern und Betten, die auf die Besonnungsterrasse kommen, haben eiserne Nachttische mit mehreren übereinander liegenden Ablegebrettchen. Diese Einzelhinweise aus der ausführlichen Arbeit, die neben einem Grundriß 5 gute Textbilder enthält, mögen zeigen, in wie vielseitiger Weise für kranke und genesende Kinder in Dürrheim gesorgt wird.

Das moderne Krankenhaus und die Urologie. Es ist eine Forderung der öffentlichen Gesundheitspflege, in modernen Krankenhäusern selbständige urologische Abteilungen einzurichten. Der Erfinder des Zystoskops, Max Nitze, hat sich bis 1906 ebenso vergeblich für diese Notwendigkeit eingesetzt, wie der Antrag der Berliner urologischen Gesellschaft 1925 unberücksichtigt blieb. Die chirurgischen

Kliniken lehnen diese Abgrenzung mit ebenso geringer Berechtigung gegenwärtig ab wie einst die Abtrennung anderer operativer Spezialfächer. Die daraus folgenden Nachteile sind erstens zersplitterte Kenntnisse, zweitens unnötig verzögerte oder nicht sachgemäße Behandlung. Der urologische Fachmann in der einer chirurgischen Klinik angegliederten Poliklinik untersucht als Beauftragter überwiesene Fälle, ohne sie weiter behandeln zu dürfen. Dem eingreifenden Operateur fehlt die diagnostische Erfahrung. Der urologische Konsiliarius, dem an chirurgischen oder inneren Abteilungen ausgesuchte Fälle vorgestellt werden, findet oft keinen hinreichenden Grund für die Notwendigkeit kystoskopischer Untersuchung. Der Mangel wahrer urologischer Fachkliniken hat dazu geführt, daß Urologen ihre Ausbildung auf diesem Gebiet im Gegensatz zur früheren Zeit in Frankreich oder Wien suchen.

Richtlinien für die Einrichtung klinischer Laboratorien. Die zweckmäßige Einrichtung und Verwaltung klinischer Laboratorien in kleineren und größeren Krankenanstalten ist aus einer Reihe von Gründen heute ebenso wichtig wie die geeigneter Krankenräume. Man muß wissenschaftliches Laboratorium, das erweiterte Stationslaboratorium und das kleine Stationslaboratorium unterscheiden. Die Erziehung zur Laboratoriumszucht, die jeder Arzt erlernen soll und kann, wird in Einzelheiten besprochen. Der Arzt soll keine verwickelten Methoden lernen, aber dazu erzogen werden, daß auch in der Praxis nicht alles in Untersuchungsämter fortgeschickt wird. Der Bescheid positiv oder negativ entlastet den Arzt in unwillkommener Weise vom klinischen Denken.

Sind Erhöhungen der Krankenhausverpflegungskostensätze zur Zeit anzustreben? Heute gilt es, jeden Anlaß zu Krisen, die durch Verteuerung hervorgerufen werden, zu vermeiden. Dazu gehören auch Erhöhungen der Verpflegungskostensätze, wenn sie auch nicht die einschneidende Bedeutung haben wie Verteuerung von Bedarfsartikeln des täglichen Lebens. Erhöhung der Verpflegungskostensätze bilden stets eine Belastung aller Schichten der Bevölkerung. Lieber sollten die Zuschüsse der Stadt etwas erhöht werden, als daß man zu einer Erhöhung der Gebühren schreitet.

Ueber Fichtennadelextrakte, deren Ersatzstoffe und die Bedeutung der Fichtennadelbäder. Bei einer eingehenden Nachprüfung stellte sich heraus, daß ein erheblicher Prozentsatz der im Handel befindlichen sog. Fichtennadelextrakte verfälscht ist. Als Fälschungsmittel wurde durchweg eingedickte Sulfitlauge ermittelt. Die sogenannten künstlichen Fichtennadelbadezusätze sind weniger wirksam als die reinen Extrakte. Es wird gefordert, in das neue Deutsche Arzneibuch ein „Extractum abietineae" aufzunehmen, dessen Anforderungen alle unter dem Namen Fichten- oder Kiefernadelextrakt im Handel befindlichen Präparate genügen müssen. Die Hersteller echter Nadelextrakte müssen vor unlauterer Konkurrenz und die Verbraucherkreise vor minderwertigen Präparaten geschützt werden.

Werner Gottstein, Freiburg i. B.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

92., 1.—3. Heft, Juli 1926.

* Ist der Gorilla linkshirnig? S. E. Henschen.
* „Hereditäre Ataxie (Friedrich-Nonne-Marie)". F. K. Walter und F. Roese.
* Dystrophia musculorum progressiva. Franz Bachmann.
Rückenreflexe des Menschen. A. Kotrowzeff.
* Das Kernigsche Symptom in neuerer Beleuchtung. Oskar v. Eiszenmann.
* Alkoholvergiftung. P. M. van Wulfften Palthe.
* Aetiologie der Scapula scaphoidea. Friedrich Curtius.
* Motorische Trigeminuslähmungen. G. S. Margolin.
Schizophrenien und Dementia praecox. G. Montesano.
Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis bei den Erkrankungen des Zentralnervensystems. Kurt Blum.
* Wasserstoffelektrode zur Messung kohlensäurehaltiger Körperflüssigkeiten, insbesondere des Liquors. Willy Schmitt.

Ist der Gorilla linkshirnig? Bei 7 Gorillaschädeln konnte Verf. — besonders bei den männlichen Tieren — feststellen, daß die hintere Partie des Schädels entsprechend der linken Hirnhälfte in besonderem Grade hervorragte. Der Gorilla ist demnach als linkshirnig und rechtshändig anzusehen. Der Linksschädel des Menschen ist nicht erworben, sondern von den Anthropoiden vererbt; er zeigt sich auch bei den Büsten von Kaiser Augustus, Cäsar, Napoleon, Goethe.

„Hereditäre Ataxie (Friedrich-Nonne-Marie)." In 4 Generationen einer Familie trat die Ataxie hereditär und familiär auf. Die Familie stammte aus Mecklenburg und setzte sich größtenteils aus einfachen Dorfbewohnern zusammen. Von den 8 Erkrankungsfällen waren sechsmal Frauen betroffen. Die Fälle zeigen die Schwierigkeit, die hereditäre Ataxie nach Friedreichschem oder Nonne-Marieschem Typus einteilen zu wollen, und stellen mehr Mischformen zwischen den beiden Typen vor. Das Abweichen der Fälle von diesen beiden klassischen Haupttypen der hereditären Ataxie muß wohl als Ausdruck einer familiären konstitutionellen Komponente aufgefaßt werden. Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich die multiple Sklerose in Betracht. In Familien mit hereditärer Ataxie wird häufig eine intellektuelle Schwäche und moralische Minderwertigkeit, die sich bis zu Schwachsinn steigern kann, bemerkt. Die Aetiologie der Lues congenita für die Genese der hereditären Ataxie ist nicht erwiesen und erscheint unwahrscheinlich.

Dystrophia musculorum progressiva. 2 Fälle von Dystrophia musculorum progressiva, die seit 18 bzw. 27 Jahren besteht, weisen keine Ausfallserscheinungen irgendwelcher endokrinen Drüsen auf. Auf Grund der relativen Seltenheit der Kombination von Dystrophia musculorum progressiva mit endokrinen Störungen und auf Grund des Fehlens endokriner Ausfallserscheinungen bei den zwei weit vorgeschrittenen Fällen des Verf. ist es nicht wahrscheinlich, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung an Muskeldystrophie und dem endokrinen System besteht. Vielmehr dürfte es sich in solchen Fällen um koordinierte Veränderungen handeln.

Das Kernigsche Symptom in neuerer Beleuchtung. Verf. nahm das Kernigsche Symptom als positiv an, wenn die in Kniebeugung befindliche untere Extremität sich nicht ausstrecken ließ, oder wenn er die Kniebeugung des sitzenden Kranken selbst bei größerer Kraftanwendung nicht überwinden konnte und so nicht imstande war, die Extremität im Kniegelenk zu strecken. Das Kernigsche Symptom kommt wahrscheinlich auf kortikalem Wege zustande; als Stelle der Uebertragung ist das Zentrum der unteren Extremität im Cortex zu erachten. Zu seiner Auslösbarkeit gehört also der sich in der Rinde abspielende Reiz, dann ist die Intaktheit der Pyramidenbahn dazu erforderlich. Daher verhält sich das Babinskische Zeichen zumeist dem Kernig gegensätzlich. Hört der Rindenreiz auf, so verschwindet das Kernigsche Symptom. Es läßt sich differentialdiagnostisch in Fällen von Hemiplegie verwerten: bei jenen Hemiplegien, die ohne Erhöhung des intracerebralen Druckes entstehen (Embolie, Erweichung) ist der Kernig negativ, hingegen ist er stets positiv im Beginn der durch Apoplexie entstandenen Hemiplegie; bei letzterer, evtl. bei erhöhtem Druck, auch auf der der Läsion entsprechenden (homolateralen) Seite. Bei bewußtlosen Patienten kann das Kernigsche Symptom lokalisatorischen Wert besitzen: der halbseitige Kernig weist auf die kontralaterale Hemisphäre als Erkrankungsart hin; bei doppelseitigem, aber ungleichem Kernig weist der schwächer auslösbare Kernig auf die kontralaterale Seite hin.

Alkoholvergiftung. Versuche an Tieren und Menschen. Sauerstoffeinatmung wirkt günstig bei der akuten Alkoholvergiftung bei Tier und Mensch. Sie hebt die Erscheinungen nicht auf, aber sie bewirkt, daß dieselben auf einem niedrigeren Niveau verlaufen. Die Wirkung der Sauerstoffinhalation ist in den verschiedenen Stadien der Alkoholvergiftung verschieden; bei sehr hohen Dosen ist der Einfluß nicht so deutlich nachweisbar. In einigen Fällen gelang es, trotz sicher letaler Dosen das Tier am Leben zu erhalten. Unterschied zwischen Einatmung reinen Sauerstoffs und eines Gemisches von Sauerstoff mit 5 proz. CO_2 war bei den Versuchstieren nicht nachweisbar, wohl aber beim Menschen. Auf die motorischen und psychischen Erscheinungen des Delirium tremens hatte die Sauerstoffverabfolgung in 2 Fällen einen unverkennbar günstigen Einfluß.

Aetiologie der Scapula scaphoidea. Die Einbuchtung des inneren Schulterblattrandes (Scapula scaphoidea) beruht nicht, wie Graves meint, auf kongenitaler Lues, sondern ist rachitischen Ursprungs.

Motorische Trigeminuslähmungen. Fall von bulbärer Form der Poliomyelitis. Dabei doppelseitige Schwäche der Kaumuskeln und Atrophie derselben: beim Aufbeißen und Zerkleinern harter Speisen mußte Pat. den Unter- an den Oberkiefer mit der Hand herandrücken. EaR in den Kaumuskeln. Temporalismuskeln kontrahierten sich kaum. Die doppelseitige motorische Trigeminuslähmung beruht wahrscheinlich auf einer chronischen Degeneration in den im Verlauf der Heine-Medinschen Krankheit affizierten motorischen Trigeminuskernen.

Wasserstoffelektrode zur Messung kohlensäurehaltiger Körperflüssigkeiten, insbesondere des Liquors. Willy Schmitt — den Namen wird man sich für später merken müssen! — veröffentlicht unter obigem Titel gleichzeitig fast die gleichen Ausführungen in der Deutschen Zeitschr. f. Nervenheilk. 1926, Bd. 92, Heft 1—3, in der Klinischen Wochenschrift 1926, Nr. 29 und in der Biochemischen Zeitschr., Bd. 170, Heft 4/6. — Es sei gegen eine solche Multipublikation energisch Verwahrung eingelegt.

Kurt Mendel (Berlin).

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.

106., Heft 2, 1926.

Vakzinale Allergie der Meerschweinchen und ihre praktische Verwertung H. A. Gins.
Filtrierbarkeit des Fleckfiebervirus. Hach.
* Experimenteller Scharlach. Hach und Bordzilowskaja.
Grob- und feinflockige Typhusagglutination. Kauffmann.
Bakterizider Reagensglasversuch, mit besonderer Berücksichtigung des Typhus. Kauffmann.
Chemie der bakteriellen Toxine. Kellenberger.
Mikrobiologie des Bodens der Rieselfelder. Rubentschick.
Parenterale Infektion von Mäusen mit Milzbranderregern. Versuche an Meerschweinchen mit Milzbranderregern, Bazillen der hämorrhagischen Septikämie und anderen pathogenen Bakterien. Uchida.
Beziehungen zwischen dem d'Hérelleschen Phänomen, dem Antilysin und den „Autotoxinen“. Kauffmann.
Verfahren, die maximalen und minimalen Keimzahlwerte in Bakteriensuspensionen zu bestimmen. Schmidt.
Desinfektionsmittel und die Abhängigkeit ihrer Wirkung von den Lösungsmitteln. Ornstein.
Latenzperiode der passiven Anaphylaxie des Meerschweinchens. Doerr u. Bleyer.
Streckerschwäche bei Bleieinwirkung. Teleky und Schulz.
Infektionsversuche mit einzelnen Pneumokokken. Wamoscher.

Experimenteller Scharlach. Durch Verimpfung von Blut scharlachkranker Menschen auf Meerschweinchen konnte Verf. bei den Tieren eine Krankheit hervorrufen, die sich durch Fieber, verändertes Aussehen und Milzvergrößerung auszeichnete. Die bakteriologischen Untersuchungen des Blutes und der Organe der kranken Tiere waren ergebnislos. Die Krankheit wurde durch 11 Generationen weiter übertragen. Pathologisch-anatomisch fand sich eine große Milz, trübe Schwellung des Nierenepithels und in 2 Fällen eine Glomerulonephritis. Henning (Berlin).

Zeitschrift für Tuberkulose.

45., Nr. 4.

* Tuberkulosen mit starker perifokaler Entzündung. Lydtin.
* Phänotype Vorbedingungen für das Angehen von tuberkulösen Infektionen und Reinfektionen in der Lunge. Ickert.
Das Tuberkulosekrankenhaus. Ziegler.
Friedmannsche Heilimpfung einer Meningitis tuberkulosa. Oppenheim.
Anteil des Reichsgesundheitsamtes an der Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose. Möllers.

Tuberkulosen mit starker perifokaler Entzündung. Auch unter der Tuberkulose des Erwachsenen gibt es Erkrankungsformen, welche sich klinisch von den gewöhnlichen Lungentuberkulose abgrenzen lassen. Es sind dies die Tuberkulosen mit starker perifokaler Reaktion, welche in ihren klinischen Erscheinungen mit der sekundären Tuberkulose Rankes übereinstimmen. Sie zeichnen sich durch ihre rasche Rückbildungsfähigkeit und ihren im allgemeinen gutartigen Charakter aus. Ihr Vorkommen kann immunbiologisch (Ranke), möglicherweise aber auch konstitutionell erklärt werden.

Phänotype Vorbedingungen für das Angehen von tuberkulösen Infektionen und Reinfektionen in der Lunge. Daß die Erstinfektion bei einer ganzen Reihe von Menschen nachgewiesenermaßen erst im Erwachsenenalter angeht, muß in der besonderen jeweiligen Körperverfassung (Phänotyp) dieser Menschen begründet sein. Erwachsene können sich andererseits in einer bestimmten Körperverfassung, welche sich mit dem Ueberempfindlichkeitsstadium nach Ranke deckt, in jedem Lebensalter reinfizieren. Für die praktische Tuberkulosebekämpfung ergibt sich daraus, daß auch Erwachsene vor Ansteckung zu schützen sind, da man nie wissen kann, wer in der Umgebung von Bazillenhustern gerade „überempfindlich“ ist.
H. Zwerg.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

196., Heft 4/5.

* Exstirpation des Oberschenkels mit Umkipp-Plastik des Unterschenkels nach Sauerbruch. Fründ.
* Klinische Erfahrungen mit der Umkipp-Plastik nach Sauerbruch. F. Krampf.
Sechs Jahre Sportverletzungen. Wiewiorowski.
* Der Fingerersatz mit besonderer Berücksichtigung der Spalthandbildung. Alfred Zollinger.
Endausgänge nicht operierter Lunatumluxationen. A. Ujma.
Kompressionsfraktur der Lendenwirbelsäule durch geringfügiges Trauma. W. Mull.
* Querfortsatzbrüche der Wirbel. M. Schießl.
Totalluxation der Clavicula. F. Böhm.
* Neues Verfahren der Osteosynthese. T. Mayeda.
Multiple Kapselosteome des Schultergelenkes. St. Simon.
Gelenkslipom. F. Metzler.
Tuberkulose des Schambeins. M. Madlener.
Seltener Fall von multipler Osteomyelitis nach Paratyphus (Erzindjan) im Gefolge eines Rückfallsfiebers. S. Matrosoff.
* Röntgentiefentherapie der Knochen- und Gelenktuberkulose. A. Loewenstamm und L. Stehr.
Raynaudscher Symptomenkomplex verursachender Halsrippe. J. Loessl.

Exstirpation des Oberschenkels mit Umkipp-Plastik des Unterschenkels nach Sauerbruch. Verf. teilt seine Erfolge über die „Exstirpation des Oberschenkels mit Umkipp-Plastik des Unterschenkels“ mit. Die Operation wurde zuerst nach Sauerbruch angegeben in der Absicht, bei einer Erkrankung, bei der nur der Oberschenkelknochen mit einigen Weichteilen (unter Erhaltung der Gefäße) wegfallen mußte, möglichst den Unterschenkel zu erhalten oder plastisch zu verwerten. Die Operation findet in der Weise statt, daß nach Exstirpation des Oberschenkelknochens und der erkrankten Weichteile der Unterschenkel nach Absetzung oberhalb der Malleolen im Kniegelenke nach oben umgeschlagen und mit dem unteren Ende der Tibia in die Hüftgelenkpfanne eingestellt wird. Die Patienten bekommen durch diese Operation, wie Sauerbruch durch Vorstellung auf dem Chirurgenkongreß 1923 beweisen konnte, einen recht guten und tragfähigen Stumpf.

Klinische Erfahrungen mit der Umkipp-Plastik nach Sauerbruch. In der Arbeit werden unter Erläuterung guter Abbildungen und Röntgenbilder die klinischen Erfahrungen mit der Umkipp-Plastik nach Sauerbruch aus der Münchener chirurgischen Klinik mitgeteilt. Verf. ist mit sämtlichen Resultaten sowohl mit denen der Münchener Klinik als auch mit den sonst mitgeteilten Fällen durchaus zufrieden. Für besonders wichtig wird es angesehen, daß die richtige Indikation zu dieser Operation gestellt wird. Man darf sich nicht durch den Wunsch, den Unterschenkel plastisch zu verwerten, verleiten lassen, weniger radikal zu operieren. Besonders bei den Weichteiltumoren des Oberschenkels, die erst sekundär den Knochen ergreifen, muß man besonders Vorsicht walten lassen.

Der Fingerersatz mit besonderer Berücksichtigung der Spalthandbildung. Unter den zahlreichen Methoden des Fingerersatzes verdient die Spalthandbildung eine besondere Berücksichtigung. Zwar ist das kosmetische Resultat im allgemeinen ungünstig, da das Spaltbildungsverfahren auf die normale Länge des Daumens verzichtet und sich auf eine Raumgewinnung zugunsten ausgiebiger Bewegungsmöglichkeit des Metacarpus I beschränkt. Für den Arbeiter wird diese Korrektur in vielen Fällen genügen. Selbstverständlich wird es schwer sein, in jedem einzelnen Falle eine bestimmte Operationsmethode vorzuschreiben. Das vorhandene Material und der Beruf des Kranken müssen den Chirurgen zu der Wahl des Eingriffes bestimmen, der natürlich vielfachen Modifikationen unterworfen sein kann.

Querfortsatzbrüche der Wirbel. Falls Querfortsatzfrakturen isoliert erfolgen, sind sie meistenteils im Bereiche der Lendenwirbelsäule gelegen. Sie sind meistens einseitig im Gegensatz zur Kombination mit Körperbrüchen, die größtenteils doppelseitig gefunden werden. Als auslösendes Moment für den Abbruch eines Querfortsatzes kommt höchstwahrscheinlich Muskelzug in Frage. Die beim isolierten Querfortsatzabbruch vorhandenen Symptome lassen häufig keine klinisch scharfe Abgrenzung zu, so daß man auf die Röntgenphotographie angewiesen ist. Die Therapie ist sehr einfach. In den meisten Fällen genügt flache Rückenlage mit bald einsetzender funktioneller Behandlung. Die Querfortsatzfrakturen heilen fast immer, ohne Schädigungen zu hinterlassen.

Neues Verfahren der Osteosynthese. Nach Art des von v. Langenbeck, später von Lane und Lambotte gemachten Vorschlages, bei schwer zu richtenden Frakturen sich besonderer Metallschienen mit Schrauben zu bedienen, hat Verf. einen neuen „Fixateur“ angegeben, der aus 4 Schrauben mit Halteklammern und einer Gleitschiene besteht. Nach Freilegung der schlecht stehenden Knochenbruchenden werden die Fragmente mit einem Repositionshebel richtig gestellt. Durch Anlegen der Schrauben, die durch die Halteklammern an der Gleitschiene befestigt werden, werden die Fragmente so festgehalten, daß ein gegenseitiges Verschieben ausgeschlossen ist und daß frühzeitig mit Bewegungsübungen begonnen werden kann. Der Fixateur ist einfach und leicht zu handhaben. Er macht einen großen Verband überflüssig und fördert die Callusbildung durch die Möglichkeit frühzeitiger Belastung.

Röntgentiefentherapie der Knochen- und Gelenktuberkulose. Mit Hilfe der Röntgentiefenbestrahlung ist es uns neben der konservativen Therapie in einer ganzen Reihe von Knochen- und Gelenktuberkulosen gelungen, gute Erfolge zu erzielen. Leider läßt sich bei den Erfolgen nicht unterscheiden, wie weit sie auf das Konto der Bestrahlung zu buchen sind. Irgendeine schädigende Wirkung ist bei den vom Verf. angegebenen Bestrahlungsdosen nicht bemerkt worden. Das bestrahlte Feld hat keine Reizerscheinungen aufgewiesen. Zu einer Aussaat der Tuberkulose im Anschluß an die Bestrahlung ist es nicht gekommen.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

73., Heft 5/6, Juni 1926.

Uterusinnervation. Gerstmann.
* Werboffsche Lehre über die normale Gebärarbeit des Uterus. Tschistiakoff.
* Milchinjektionen bei entzündlichen Prozessen der weiblichen Geschlechtsorgane. W. Butomo.
Menstrualin bei Dysmenorrhoe. Freese.
Indikationsstellung für die Operationsmethoden der Retroflexio uteri. Feldmann.
Diagnostische Wertung der Schwangerschaftsbilirubinämie. Nogeikoff.
Peritonitis und Extrauteringravidität. Schneider.
Ein seltener Fall von Scheidensarkom. v. Szathmary.
* Operationen bei Hängebrust und Hängeleib. Küster.
Geschichte der Operationshandschuhe. Ebstein.

Werboffsche Lehre über die normale Gebärarbeit des Uterus. Die Muskelstruktur der Gebärmutter ist noch wenig erforscht und nach Angaben des Verfassers aus verschiedenen Lehrbüchern ist die Lehre über die Gebärfunktion noch lange nicht abgeschlossen. Werboff hat bereits vor 10 Jahren das Gesetz der peristaltischen Bewegung entdeckt, das bisher viel zu wenig beachtet worden ist. Werboff stellt auf Grund seiner Untersuchungen durch Messung des Längs- und Querdurchmessers des Uterus Formveränderungen fest, die zeigen, daß der Gebärmuttergrund während der Eröffnungsperiode sinkt und die Gebärmutter breiter wird, während sie mit Beginn der Austreibungsperiode mit dem Fundus in die Höhe steigt und schmaler wird. Er erklärt dies durch abwechselnde Arbeit der Längs- und Quermuskeln, und stellt fest, daß die austreibenden Kräfte nur von der Gebärmutter stammen. Im neunten Schwangerschaftsmonat wird der Fundus durch das Zwerchfell gereizt und es kommt zu Vorwehen. Während der Eröffnungsperiode kontrahiert sich nur die Längsmuskulatur. Die Ringmuskeln bleiben passiv. In der Austreibungsperiode kontrahieren sich nur die Ringmuskeln, während die Längsmuskeln passiv bleiben. So entleert sich der Uterus wie jedes andere Hohlorgan. Verfasser konnte nun an 37 Fällen die Beobachtungen von Werboff voll und ganz bestätigen. Interessant ist auch die intrauterine Haltung des Fötus, der entsprechend dem Verhalten der Gebärmutter in der Eröffnungsperiode eine starke Flexionslage zeigt, während in der Austreibungsperiode eine Streckung der Frucht eintritt. Diese Beobachtungen werden durch die Röntgenbilder von Warnekros bestätigt. Das Gesetz der peristaltischen Bewegung würde uns in die Lage versetzen, die Eröffnungs- von der Austreibungsperiode abzugrenzen und stempelt die Entstehung eines passiven Uterussegments als krankhafte Erscheinung. Es wäre dringend nötig, die Richtigkeit dieser Anschauungen nachzuprüfen, da hierdurch die heut herrschenden Anschauungen, die besonders seit Sellheims Forschungen Geltung haben, umgestoßen werden müßten.

Milchinjektionen bei entzündlichen Prozessen der weiblichen Geschlechtsorgane. Bei der Proteinkörpertherapie sind die Eigenheiten des betreffenden Organismus und der Charakter des Krankheitsprozesses sowie das angewandte Mittel von großer Bedeutung. Verfasser stellt an 100 teils stationär, teils ambulant behandelten Kranken Untersuchungen mit gekochter Frauenmilch an. Er begann bei chronischen Adnexprozessen mit 2 g Milch und gab nie mehr als 6—7 Injektionen. Die Reaktion verlief derart, daß 12 Stunden nach der Injektion sich die Größe und Empfindlichkeit des erkrankten Gebietes veränderte, in dem das Gewebe durch Oedembildung erweichte. Nach 36 Stunden waren diese Erscheinungen, die auch mit erhöhter Schmerzempfindlichkeit verbunden waren, noch zu konstatieren. Nach 3—4 Tagen schwanden die Symptome und es läßt sich ein deutlicher Heileffekt nachweisen. An Hand des Blutbildes zeigte sich, daß hohe Werte der Neutrophilen gute Heilresultate versprechen, ebenso wie das Auftreten einer Lymphozytose. Verfasser behauptet, daß das Auftreten einer solchen nach Milchinjektionen stets eine Temperatursteigerung zur Folge hat, daß man aber umgekehrt auch sagen kann, daß auf eine Temperatursteigerung sicher eine Reaktion im Blutbild folgt. Verfasser prüfte schließlich die Wirkung der Milchinjektion auf den Stickstoffwechsel, der jedoch keine Beziehungen zur Fieberreaktion hat.

Operationen bei Hängebrust und Hängeleib. Bei der Hängebrust spielen konstitutionelle Momente eine große Rolle, während die Fettleibigkeit keinen entscheidenden Einfluß hat. Die Behandlung mit irgendwelchen Medikamenten zur Erzielung einer Gewichtsabnahme führen selten zu einer Besserung der Hängebrust. Vielmehr ist die Ursache schon aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen in einer Erschlaffung der die Brust haltenden Haut zu suchen. Eine straffe Faser der Haut sowie ein gut entwickeltes Lig. suspensorium, welches mit der Fascie in Verbindung steht, verhindern eine Senkung der Brust. Bei der Vergrößerung der Brust handelt es sich entweder um eine Vermehrung des Drüsenanteils oder des Fettanteils. Die Vergrößerung tritt stets auf mit Beginn der Menstruation. Diese Frauen sind nie imstande zu stillen. Es gibt Fälle, in denen die Vergrößerung der Brust zusammen mit der Senkung erhebliche Beschwerden verursachten, die nach neueren Erfahrungen nur operativ zu beseitigen sind. Von der Amputation ist man völlig abgekommen und hat verschiedene Methoden der Plastik angegeben, auf die Verfasser ausführlich eingeht. Wichtig ist für den Erfolg, daß die Blutgefäßvermehrung erhalten bleibt, daß die Narbe möglichst unsichtbar ist und die neu geschaffene Brustwarze an normaler Stelle sitzt, wobei zu berücksichtigen ist, daß das Fettgewebe häufig zur Nekrose und Infektion neigt. Es konkurrieren zur einfachen Hebung der Hängebrust hauptsächlich zwei Verfahren und zwar die Befestigung an den Rippen nach Girard und zweitens die Verlagerung der Brustwarze an eine gewünschte Stelle. Bei einer Verkleinerung einer sehr großen Brust sind die Schwierigkeiten erheblich größer, auch hier gibt es eine Reihe von Methoden, entweder mit Keilresektion oder mit Lappenplastik durch breiten Stiel.

Beim Hängeleib unterscheidet man den Fettbauch und die Fettschürze, wobei bei ersterem das Fett gleichmäßig ober- und unterhalb des Nabels verteilt ist, während bei letzterem es nur unterhalb des Nabels vermehrt ist. In nicht schweren Fällen leistet die Leibbinde gute Dienste, bei schwereren Fällen bleibt jedoch nur die Operation, wo ebenfalls infolge der Empfindlichkeit des Fettgewebes die Absepsis streng gewahrt sein muß. Die Schnitte müssen glatt sein, Ligaturen vermieden und möglichst eine Drainage angelegt werden. Viel schwieriger sind die Verhältnisse, wenn auch Fascien und Muskeln erschlafft sind, wodurch entweder der Kugelbauch durch gleichmäßige Ausdehnung der ganzen Bauchwand oder der Hügelbauch durch Rektusdiastase entsteht. Hier spielt das konstitutionelle Moment eine große Rolle und die Dauererfolge sind oft fraglich, da die Schlaffheit der Faser bestehen bleibt.

Es ist bei Hängebrust und Hängeleib möglich durch operative Maßnahmen das Uebel zu verbessern und die Beschwerden erheblich zu lindern.

Kosminski.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

Mai 1926.

Erfahrungen über Tätowierung mit Goldchlorid. Knapp.
Die schiefe Sklerotomie. Lagrange.
Die Schwimmbadkonjunktivitis und ihr endemisches Auftreten in Berlin von 1919 bis 1925. Rohrschneider.
Die Schwimmbadkonjunktivitis in Magdeburg. Sandmann.
Symmetrische Tuberkulome der Orbita und follikuläre Tuberkulide der Haut. Pascheff.
Zwei gleichgroße Sarkome in einem Auge. F. Rochat.
Pseudozyste im Limbus. Derkač.
Geheiltes Syphilom des Ziliarkörpers. Rosenstein.
Isolierte einseitige Lähmung des Sphincter iridis bei Lues congenita. Kranz.
Zur Lehre von den syphilitischen Bindehautentzündungen. Orloff.
Weitere Erfahrungen mit der skelettfreien Röntgenaufnahme des vorderen Bulbusabschnittes. Haemmerli.
Ueber einen Fall von zweifacher Refraktion. Bohnenberger.
Chorioiditis disseminata sympathica nach Iridektomie des anderen Auges. Groenouw.
Ueber Lysolverätzung des Auges. Kraupa-Runk.
Mortifizierung beider Hornhäute nach Verätzung mit dauerndem Verlust des Epithels. Weber.
Vollkommener Ausguß des oberen Konjunktivalsackes durch Weißmetall. Dinger.
Perforierende Bulbusverletzung durch den Angriff einer Eule. Dinger.
Sehnervenschädigung nach Kontusion des Orbitalrandes. Wiedersheim.
Eine neue Rezidivpterygiumoperation. H. H. Elschnig.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Nr. 26, 26. Juni (Erstes Halbj.).

Leberabszeß nach Appendicitis. De Planque.
* Behandlung von Unterkiefergeschwülsten. Schuiringa u. Michael.
Verborgener Ikterus bei Ulcus duodeni. Haak.
Hämagglutingehalt des Blutserums bei Karzinompatienten. Bendien.
* Einige Befunde bei der Untersuchung von Zwillingen. Waardenburg.
Drei geheilte Fälle von Tetanus. Huese.
Fall von Weilscher Krankheit ohne Ikterus. Lampe.

Behandlung von Unterkiefergeschwülsten. Bei älteren Patienten mit Unterkiefergeschwülsten erzielt man nach Exartikulation mit großem Gewebsverlust in vielen Fällen sehr gute Resultate unter

Vermeidung von Fistelbildung, Nekrose und Reiz, wenn man auf das Anbringen eines künstlichen Kiefers verzichtet und statt dessen eine einfache Prothese, die mit Federn an dem Oberkiefer angebracht wird, gibt.

Einige Befunde bei der Untersuchung von Zwillingen. 25 gleichgeschlechtliche Zwillingspaare, 17 weibliche und 8 männliche konnten untersucht werden. Da bei allen bis auf 2 die Diagnose der Ein- oder Zweieiigkeit fehlte, die anamnestischen Daten unzuverlässig waren, griff der Autor nach dem Vorbilde von Siemens zu der Daktyloskopie verbunden mit der Untersuchung nach der äußerlichen Uebereinstimmung, um hierüber Klarheit zu schaffen. Es gelang mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, die Diagnose zu stellen, und zwar waren es 14 eineiige und 11 zweieiige Paare. Die Daktylogramme der eineiigen Zwillinge zeigten viel mehr Uebereinstimmung, jedoch lag niemals eine photographische oder mathematische Kopie vor. Typus und Stil der Linien kann gleich sein, Anzahl und Länge und Abstand zeigten stets Verschiedenheiten. Oft kam es vor, daß der Typus eines bestimmten Fingers das Spiegelbild war von dem entsprechenden Finger bei dem (eineiigen) Zwillingsbruder. Bei zweieiigen Zwillingen war die Uebereinstimmung der Daktylogramme gering und nicht größer als bei Geschwistern sonst. Gemeinsam mit Siemens ist Verf. der Meinung, daß die Untersuchung der Eihäute kein zuverlässiges Merkmal für die Feststellung der Ein- oder Zweieiigkeit liefert. Es wäre dringend zu wünschen, daß der Befund bei der Geburt von jetzt ab genau notiert und mit den späteren Lebensäußerungen des wachsenden Paares verglichen werden möge.

Bezüglich der Frage, ob eineiige Zwillinge in ihren Erbeigenschaften identisch sind, steht der Autor auf dem Standpunkt, daß dies nicht der Fall ist. Bei einer Familie mit erblichem Nystagmus sah der Verf. 6 Kinder, von denen der älteste Sohn und das älteste Mädchen des Zwillingspaares Nystagmus hatten. 2 Zwillingsschwestern waren äußerlich durch nichts anderes zu unterscheiden, als daß die eine mehr Sommersprossen als die andere und daß ferner die eine Nystagmus, die andere aber nicht Nystagmus hatte. Nach Siemens soll es sich in derlei Fällen von Artverschiedenheiten eineiiger Zwillinge um paratypische, also Milieueinflüsse handeln. Waardenburg meint hier einen schwachen Punkt in den Auffassungen von Siemens gefunden zu haben, denn es ist nicht recht einzusehen, welche paratypischen Einflüsse bei dem einen Zwilling den Nystagmus verhindert haben sollte. Auch bei einem andern eineiigen Zwillingspaare fand W. Verschiedenheiten, ausgebreitete Naevi bei einem, vollkommenes Fehlen bei dem andern. Zur Frage der Asymmetrien dieser Fälle gibt W. noch verschiedene Beispiele, in denen die Asymmetrie des einen das Spiegelbild der des andern war, doch ist hier noch genaue systematische Untersuchung erwünscht, auch über die nichterbliche Variationsbreite, über bilaterale Körpersymmetrie, Erblichkeit von geistigen Eigenschaften werden Beispiele erwähnt.

Nr. 1, 3. Juli 1926 (Zweites Halbjahr).

Fall von Basalzellenkarzinom des Ductus nasolacrimals bei einer eingeborenen Frau. Bakker und Oudendat.
Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie. Carp.
Suchen nach Heufieber erregenden Pflanzen in und um Utrecht. Benjamins, Idzerda und Uittien.
Streptococcus viridans und Endocarditis lenta. Kropveldt.

Nr. 2, 10. Juli 1926 (Zweites Halbjahr).

* Sterile Ehen. van Dongen.
Hernia diaphragmatica libera. Schoute und Orbaan.
Malaria tertiana mit langer Latenz. de Jongh.

Sterile Ehen. In 10 jähriger Praxis fand van Dongen 510 Fälle. Er spricht von Sterilität erst, wenn die Ehe 3 Jahre kinderlos war. An der ehelichen Sterilität hat der Mann einen großen Anteil, und zwar erstens direkt, indem das Sperma keine oder keine lebenden Spermatozoen enthält und zweitens indirekt dadurch, daß er die Frau gonorrhoisch infiziert und dadurch bei ihr die Möglichkeit zur Fortpflanzung vernichtet. Nach verschiedenen Statistiken über Spermauntersuchungen soll der direkte Anteil des Mannes an der Sterilität ungefähr 30% betragen, so daß also Azoospermie fast in einem Drittel der Fälle die Ursache ist. Mit dieser Statistik stimmt van Dongen nicht überein. Er untersuchte 85 Fälle und fand nur 6% ohne lebende Spermatozoen.

Die psychosexuellen Störungen, fehlende Libido, Erektion, Orgasmus und Ejakulation usw. beim Manne, Störungen von Libido und Orgasmus bei der Frau, werden besprochen. Keineswegs ist der Orgasmus der Frau für ein Zustandekommen der Schwangerschaft unerläßlich, möglicherweise hat sie aber die Bedeutung einer Konzeptionsbehinderung. Gegenüber anderen, weithergeholten Hypothesen sieht van Dongen die Beziehungen zwischen Dyspareunie und Sterilität in der alkalischen Reaktion des weiblichen Ejakulats, wie es durch die Cervix, verstibuläre Drüsen und Bartholinische Drüsen geliefert wird. Wenn es zutrifft, daß dieses Ejakulat alkalisch reagiert, dann ist es durchaus möglich, daß es die Spermatozoen in ihrer Vitalität schädigt. Ferner kommen während des Orgasmus Gebärmutterkontraktionen zustande, die den Cervixschleimpfropf austreiben und das Ostium externum uteri abwechselnd öffnen und schließen.

Der indirekte Anteil des Mannes an der Sterilität der Ehe, die gonorrhoische Infektion der Frau durch ihn und Entstehung von entzündlichen Zuständen bei ihr, ist größer als der direkte. Andere Untersucher fanden gleichfalls ein Drittel der Fälle, Autor 43% hierher gehörig.

Verfasser fand in der Literatur 238 Salpingostomien zur Bekämpfung der Sterilität. Nur bei 7% kam es im Laufe von einer großen Anzahl von Jahren zur Schwangerschaft. Eine von diesen 17 Fällen wurde zweimal extrauterin gravid, 6 andere bekamen nur eine oder mehrere Aborte. Nimmt man an, daß die anderen Frauen die Schwangerschaft zum guten Ende führten, so bleiben nur 10 übrig, bei denen die Laparatomie von Erfolg gekrönt war. Möglicherweise hätte bei diesen operativen Fällen auch ohne Operation dann Schwangerschaft eintreten können, wenn nach doppelseitiger Salpingitis das Ostium spontan wieder durchgängig geworden wäre. So wird die Bedeutung der Salpingostomie noch geringer. Der Autor ist der Meinung, daß man diese Operation eigentlich niemals ausführen darf.

Außer durch entzündliche Veränderungen, kann die Sterilität noch durch eine große Anzahl von Störungen verschiedenster Art hervorgerufen werden. Meist wirken sie nur als Konzeptionserschwerung.

Ueber die Bedeutung der Stenose des Ostium externum, des Cervicalkanals und des Ostium internum uteri für das Zustandekommen der Sterilität besteht noch keine Einigkeit. Autor hält sie für erheblich. Er glaubt, daß der zähe Cervixschleim ein mechanisches Hindernis für das Eindringen der Spermatozoen sein könne und die verschiedenen Dehnungsmethoden gaben ihm gute Erfolge. Er behandlte 52 Patienten mit Dilatationen, 2 davon wurden nach 10—15 jähriger Sterilität nunmehr schwanger. Immerhin wünscht er nicht, den Schluß zu ziehen, daß die von ihm erzielen 30% Erfolge wirklich auf die Erweiterung zurückzuführen sind.

K. Heymann, Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 26, 1. Juli 1926.

* Funktion der Mandeln. Viggo Schmidt.
Proteintherapie bei chronischer Polyarthritis. Erik Faber.

Funktion der Mandeln. In den gesunden Mandeln findet eine Produktion von Antistoffen statt, die eine große Rolle üben zur Bekämpfung der Bakterienentwicklung in den Tonsillen. Bei der Bildung dieser Antistoffe gehen in den Keimzentren der Tonsillen Lymphozyten zugrunde. Massiert man die Tonsillen bei Normalen, so findet eine Verminderung der Leukozytenzahl in den Hautgefäßen statt durch die allgemeine Verminderung ihrer Zahl. Massiert man die Tonsillen bei chronischer Tonsillitis, so entsteht eine polynukleäre Leukozytose durch die toxischen Stoffe, die in den Tonsillen vorhanden sind. Finden sich nur minimale toxische oder infektiöse Stoffe in den Tonsillen, so verändert sich die Zahl der weißen Blutzellen in den Hautgefäßen nicht durch die Massage der Tonsillen bei chronischer Tonsillitis.

Nr. 27, 8. Juli 1926.

Untersuchungen über den Verlauf der Glykolysen im Blut bei normalen Menschen und bei Diabetes. S. A. Holböll.
* Wismutvergiftung mit tödlichem Ausgang unter der syphilitischen Behandlung. Jörgen Mussick.
Resultate von der Wirkung intrauteriner Pessare. R. Haatrup.

Wismutvergiftung mit tödlichem Ausgang unter der syphilitischen Behandlung. Einen Fall mit tödlichem Ausgang nach Anwendung von 8 Dosen Neosalvarsan und 35 Injektionen von Bismut (Vijochin. Muthanol und Barfords Lösung) im Laufe von 9 Monaten bei Lues beschreibt Jörgen Munck. Die Vergiftungserscheinungen nach Bismut und schweren Metallen bestehen in: 1. Stomatitis-Ulcerationen des Zahnfleisches, 2. Nervenentzündungen mit Oligonie, Albuminurie, Fettdegeneration, 3. Colitis mit starker Leukozyteninfiltration und Ulcerationen und dysenterie-ähnlichem Verlauf, 4. Leberleiden mit Ikterus- und Fettdegeneration, 5. Fettdegeneration des Herzmuskels. 6. Abmagerung. — Es ist zu berücksichtigen, daß Bismut sehr langsam resorbiert wird und monatelang Depots in der Leber (Niere) vorhanden sein können. In dem beschriebenen Fall, wo 5,13 g Bismut in 35 Dosen verabreicht wurden, bestand außerdem eine Lebercirrhose, die mit zur tödlichen Wirkung der Intoxikation beigetragen hat.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

Heft 12, 30. Juni 1926.

„Barospirator“ Apparat für künstliche Atmung. T. Thunberg.
Blutgruppen der Lappen in Schweden. E. D. Schött.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 7, 7. Juli.

Gesichts- und Augen-Atrophie verursacht durch eine symmetrische Carotisafektion. Raeder und Harbitz.
Etagepunktur des Spinalkanals. Haaken Saethse.
Was uns die neue Krebsstatistik lehrt. F. G. Gade.
Nierenfunktionen bei Diabetes mellitus. R. Hatlehol.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68., Juni 1926.

Tuberkulose der Nieren und der Harnwege. Birger Runeberg.
Variationen der Blutzuckerreaktionen in einigen Krankheiten. Oesten Holsti.
Arteriitis verrucosa. Oesten Holsti.

Tuberkulose der Nieren und der Harnwege. Erscheint in der Zeitschrift für urolgische Chirurgie.

Variationen der Blutzuckerreaktionen in einigen Krankheiten. Erscheint in Acta Medica Scandinavica.

Arteriitis verrucosa. Erscheint in den Arbeiten des pathologischen Institutes der Universität Helsingfors (Finland). K.

The Lancet.

210, Nr. 24, 12. Juni 1926.

Kohlehydratstoffwechsel in Gesundheit und Krankheit. Teil I. Mac Lean.
Gegenwärtige Stellung des Chloroforms. Mills.
Pathologische Wirkung von Licht auf das Auge. Teil I. Decke-Elder.
Nachwirkungen der Diphtherie auf das Herz. Hoskin.
*Natur der Depressor-Substanzen in Gewebsextrakten. Vincent und Curtis.

Natur der Depressor-Substanzen in Gewebsextrakten. Vincent hatte zuerst gezeigt, daß alle Gewebsextrakte mit Ausnahme der Nebennieren und des infundibulären Teils der Hypophyse den Blutdruck herabsetzten, daß aber weder Cholin, noch Histamin die wirksame Substanz sein können. Im Hinblick auf einige neuere Arbeiten wiederholten Verff. die Experimente an Kaninchen und stellten fest, daß vor der Verabreichung von Atropin Cholin einen Fall des Blutdrucks hervorruft. Histamin hatte entweder gar keine Wirkung oder erhöhte den Blutdruck; nach einer Mischung von Cholin und Histamin trat ein leichter Fall mit folgender leichter Steigerung ein, nach Gewebsextrakten eine ausgesprochene Senkung des Blutdrucks. Nach Atropinverabreichung steigerte Cholin den Blutdruck stark, Histamin war wirkungslos oder rief eine Steigerung hervor, eine Mischung beider gleichfalls, Gewebsextrakte führten zu ausgesprochener Blutdrucksenkung. Obwohl Cholin und Histamin Bestandteile von Gewebsextrakten sein können und vielleicht teilweise für deren physiologische Wirkung verantwortlich sind, so müssen doch noch andere Substanzen vorhanden sein, die in ihrer pharmakologischen Wirkung und ihrer chemischen Natur von diesen beiden abweichen. Cholin hat, wenn überhaupt, an den Wirkungen der Nervengewebsextrakte einen größeren Anteil, als an denen der übrigen Organextrakte.

210., Nr. 25, 19. Juni 1926.

Freudsche Psychologie. Myers.
Pathologische Wirkung von Licht auf das Auge. Teil II. Decke-Elder.
*Beziehungen zwischen Gewebszerstörung und bakteriziden Eigenschaften des Blutes. Mc Cowen.
Starke Dilatation des linken Herzohrs. East.
Geschwülste des Mediastinum. Yonng.

Beziehungen zwischen Gewerbszerstörung und bakteriziden Eigenschaften des Blutes. Verf. benutzte zu seinen Versuchen Staphylokokken und, da dieselben auf Kaninchenblut hämolytisch wirkten, als Versuchstiere Meerschweinchen. Auf dreierlei Art wurden die Tiere dem Senfgas ausgesetzt: durch Inhalation in Konzentrationen von 1 : 100 000, 1 : 50 000 und 1 : 20 000, durch subkutane Injektion in Dosen von 10 bis 88,8 mg pro Kilo Gewicht, durch Applikation auf die Haut von 40, 80, 120 mg pro Kilo Gewicht. In allen Fällen kam danach eine Steigerung der bakteriziden Wirkung des Blutes zustande, die mit der stärkeren Einwirkung des Senfgases zunahm. Genau dieselben Folgen ereigneten sich, wenn andere gewebszerstörende Substanzen, wie HCl, Ameisensäure u. a. angewandt wurden, blieben aber aus, wenn die Tiere letale Dosen von Amylnitrit oder Nitroglyzerin erhielten, die den Blutdruck ebenso wie Senfgas herabsetzten, aber nicht gewebszerstörend wirkten. In diesem letzteren Falle waren die bakteriziden Wirkungen des Blutes im moribunden Zustand der Tiere unverändert. Die Vermehrung der bakteriziden Eigenschaften ist also ersichtlich die Folge des Eintritts antibakterieller Elemente aus den zerstörten Leukozyten in das Blut. Abweichungen der Versuchsresultate in vitro — es kamen Veränderungen in Farbe und Viskosität zustande durch Einwirkungen auf das Hb, Bildung von Hämatinsäure u. a. —, von denen in vivo konnten nur auf die größere Wirkung der Puffersubstanzen in vivo zurückgeführt werden. In früheren Arbeiten hatte Verf. eine Verringerung des Alexins unter Einwirkung von Senfgas beim Tiere festgestellt, aber gleichzeitig nachgewiesen, daß diese in keiner Weise zu der Zahl der Leukozyten in Beziehung stand. Man muß also annehmen, daß die Alexine nicht in den Leukozyten entstehen, und die Versuche sprechen gegen die allgemeine Ansicht, daß die Alexine für die Bildung bakterieller Antikörper wesentlich sind.

210., Nr. 26, 26. Juni 1926.

Kohehydratstoffwechsel in Gesundheit und Krankheit. Teil II. Mc. Lean.
*Nichtspezifische Proteininjektionen bei chronischer Arthritis. Yeoman.
*Pathologische Wirkung des Lichts auf das Auge. Teil III. Decke-Elder.
Vereinfachte Technik der Bluttransfusion durch die Kimpton-Brown-Methode. Gabriel.
Ungewöhnlicher Fall von Bauchverletzung. Roberts.
Schwere Blutung nach Eröffnung eines peritonsillären Abszesses. Patterson.
Gangrän der Nase infolge Diabetes mellitus. Ardeshir.
Zwei Fälle von Pferdepocken. Greaves.

Nichtspezifische Proteintherapie bei chronischer Arthritis. Der Behandlung mit artfremden Proteinen bei Arthritis (Vakzine, kolloidale Metalle, Peptom, Pferdeserum, Milch) wird viel Gutes nachgerühmt. Verf. berichtet über sehr gute Resultate in 50 Fällen polyartikulärer, meistens subakuter oder chronischer Arthritis. Er benutzte zu intravenösen Injektionen die T. A. B.-Vakzine, die im ungefähren Verhältnis von 2 Teilen des Typhus- und einem Teil der Paratyphus-A.- und B.-Bazillen hergestellt war. Beginn mit einer Dosis von 50 bis 100 Millionen Keimen, Steigerung der folgenden Injektionen in viertägigen Intervallen um je 100 Millionen Keime. Die wünschenswerte Reaktion soll einen Schüttelfrost (nach ¼ bis 1½ Stunden), scharfe Temperatursteigerung (Maximum nach 4 Stunden), schnellen Temperaturabfall und vor allen Dingen profuse Schweiße erzeugen. Normale Temperatur nach 24 Stunden mit Euphorie und Verschwinden von Gelenkschwellung und -Schmerzen. Während des Schüttelfrostes Leukopenie, während des Fiebers starke Leukozytose. Im Intervall balneologische Behandlung aller Art, Schwefel- und Magnesiawässer innerlich. Besserung wurde in etwa 4 Wochen bei 80 bis 90% der Kranken erzielt und hielt bei etwa 50 bis 60% an. Am besten reagierten die subakuten Fälle mit rein periartikulärer Erkrankung (über 90% Besserung). Knochenveränderungen sind natürlich nicht zu beeinflussen. Sind nicht alle Infektionsherde im Körper beseitigt, so kommt es zu Rezidiven. Trotz der schweren Reaktionen gibt es nur wenige Kontraindikationen (Myorkarditis, schwere Nierenerkrankung, Alkoholismus, Tuberkulose, Syphilis). Kaum besserungsfähig sind die in der Menopause entstehenden Fälle von chronischem Zottentyphus, und die mit Achylie komplizierten Gelenkerkrankungen.

Pathologische Wirkung des Lichts auf das Auge. Eine sehr umfassende, auf einem großen bibliographischen Studium und reichen eigenen Erfahrungen beruhende Darstellung dieses interessanten Themas. Zuerst spricht Verf. über die Wirkung des Lichtes auf das äußere Auge, die Pathogenese, Pathologie, die klinischen Symptome der unter dem Namen „Photophtalmie“ zusammengefaßten Erscheinungen. Sie tritt akut und chronisch auf als industrielle Form und unter natürlichen Bedingungen durch die Sonnenwirkung, deren bekannteste Form unter dem schlecht gewählten Namen der Schneeblindheit geht. Der Hauptteil der Abhandlung ist der pathologischen Wirkung des Lichts auf die Linse gewidmet und der Theorie von der Entstehung des Katarakts. Er spricht über die strahlende Energie und ihre Konzentration in der Linse, behandelt ihre pathologische Wirkung auf Linsenkapsel und Linsensubstanz (Linsenproteine, Linsenstoffwechsel und Koagulation der Proteine). Nach einem Ueberblick über die experimentelle Erzeugung des Katarakts geht er auf seine verschiedenen Erscheinungsformen ein: Katarakt durch elektrochemische Wirkung, Berufskatarakt meistens durch Hitzewirkung (Glasbläser u. a.), Katarakt vorwiegend durch die langwelligen Strahlen des ultravioletten Lichts (seniler Katarakt), die seltenen Formen durch sehr kurzwellige Strahlen (Radium, Röntgen) und einige andere Formen (Katarakt bei Diabetes, Cholera, komplizierter Katarakt). Die primäre Ursache des Katarakts liegt in der direkten Wirkung strahlender Energie jeder Wellenlänge auf die Linse. Die Labilität ihres kolloidalen Systems wird gesteigert, die Autooxydation, von der ihr Stoffwechsel abhängt, gestört. So wird die Koagulation der Linsenproteine begünstigt infolge von Veränderungen der H-Ionen-Konzentration, des Salzgehaltes und osmotischer Veränderungen, die lokal durch die Wirkung der strahlenden Energie auf die Linsenkapsel erzeugt werden oder durch allgemeine Stoffwechselstörungen oder möglicherweise durch andauernde Lichtsensibilisierung. Dazu mögen noch andere Faktoren mehr oder minder unbestimmter Natur kommen, jedoch scheut sich Verf., die so oft dort, wo Begriffe fehlen, gebrauchten Ausdrücke „fehlerhafte Ernährung, Degeneration und toxische Wirkung“ zur Erklärung heranzuziehen.

211., Nr. 1, 3. Juli 1926.

* Cholezystographie. Stanford Cade.
Gesundheitszustand beruflich tätiger Frauen. Fairfield.
Versuche mit Ligaturen aus parietalem Rinderperitoneum. Ballance.
Wirkung von Licht auf die Retina. Decke-Elder.
* Cholezystographie. Bennet, Moncrieff und Nicholas.
Masern mit ungewöhnlichen nervösen Symptomen. Todesco.
Nierensteine. Gupta.
Fraktur des anatomischen Humerushalses ohne direkte Gewalt. Blumer.

Cholezystographie. Aus cholezystographischen Untersuchungen geht hervor, daß die Gallenblase als Reservoire wirkt und Galle zwischen den Mahlzeiten aufspeichert, daß sie kontraktil ist und ihren Inhalt durch Kontraktionswellen geringen Umfangs bei Eintritt von Chymus ins Duodenum austreibt, daß sie die Fähigkeit besitzt, Galle zu konzentrieren. Diese Fähigkeit ist vom Zustand der Schleimhaut abhängig. Ist diese gesund, so nimmt die Dichtigkeit des Gallenblasenschattens von der fünften bis zur zehnten bis zwölften Stunde zu, dann allmählich ab, ist sie atrophisch, so verändert sich der Schatten nicht. Die Gallengänge können Galle nicht konzentrieren, ihr Sekret verdünnt sie im Gegenteil. Die allmähliche Entleerung der Gallenblase ist ein Zeichen der normalen Blase. Wasser, Milch, Tee haben keinen Einfluß auf die Entleerungsgeschwindigkeit, gute Nahrung, besonders Fette, verringern die Größe der Blase rapide. Die Cholezystographie, kombiniert mit der Meltzer-Lyonprobe beweist sicher, daß die bei der letzteren erhaltene Galle aus der Gallenblase und nicht aus der Leber stammt. Tierversuche des Verfassers an Hunden: Nachweis der Droge in den Gallenkanälchen und der Zufuhr der Droge zur Blase durch den Ductus hepaticus und cysticus. Bei Zystikusverschluß gelangt keine Spur von Droge in die Blase, die Blasenschleimhaut ist nicht fähig, die Droge aus dem Blutstrom zu ziehen. Kein Tetrajod wird von ihr resorbiert, es verschwindet aus der Blase durch den Ductus cysticus. Nachweis deutlicher Kontraktionen der Blase nach Einführung von Magnesiumsulfat in das Duodenum. Analyse von 100 Cholezystographien. Verschluß des Ductus cysticus gibt keinen Gallenblasenschatten, ebensowenig Verschluß des Ductus choledochus. Schatten bei Steinen hängen vom Grade der Cholezystitis und der Menge der Steine ab. Bei zahlreichen Steinen keine Schatten, bei weniger Steinen gefleckte Schatten; sie treten in der drogenhaltigen Galle als negativer Schatten in Erscheinung, einige absorbieren soviel Droge, daß sie später im Röntgenogramm sichtbar sind. Bei schwerer Cholezystitis kein Schatten, bei geringeren Graden schwache Schatten und stark verminderte Entleerungsgeschwindigkeit (Gallenstase). Das ist wichtig für die Diagnose, aber auch für die Feststellung der Resultate nicht chirurgischer Drainagebehandlung (täglich 5 g Magnesiumsulfat und 2 g Witte-Pepton ½ Stunde vor dem Frühstück und Mittagessen, auch ambulant durchzuführen, kontraindiziert bei Verschluß des Zystikus). Zeigt die Cholezystographie nach 10 bis 14 Tagen keine Besserung, so ist Operation indiziert. Die einzige gute Methode der Einführung von Tetrajod ist die intravenöse, bei sehr langsamer Injektion der sehr reinen Droge in frischer Lösung, genauer Dosierung und exakter Vorbereitung des Patienten gefahrlos. Die orale Methode ist unzuverlässig. Ein negatives Resultat, nach der oralen Zuführung wertlos, ist nach der intravenösen ein sicheres Zeichen von Krankheit. Weder Tetrajod noch Strontiumbromsalz erfüllen die Anforderungen einer Droge für orale Darreichung.

Cholezystographie. Aus einer Analyse von 58 mit der oralen Methode untersuchten Fällen folgern Verff., daß dieselbe in ambulanter und in Hospitalpraxis bei geringfügigen Nebenerscheinungen meistens zufriedenstellende Resultate gibt und daß sie der intravenösen Methode vorzuziehen ist, solange keine weniger toxische Droge existiert. Von sehr großer Wichtigkeit ist ein vorangehendes Röntgenogramm, ferner die Revision des Darmkanals, besonders des Zoekums, um unresorbierte Droge auszuschließen und die Beobachtung von Größe der Blase und Dichtigkeit des Schattens in Serienaufnahmen.

Rontal.

British medical Journal.

Nr. 3415, 19. Juni.

Heredität, Beziehung zur Geisteskrankheit und zum Schwachsinn. Mott.
* Blutungen vor und nach der Menopause. Shaw.
* Kompression von Nervenfasern. Stopford.
Wirksamkeit und Standardisierung der Blutstillungsmittel. Pickernig und Hemnigway.
Akuter Duodenalverschluß durch Valvulus beim Neugeborenen. Baker u. Mizen.
Embolektomie. Gordon-Watson.
Das akute Lungenödem: I. Verbindung mit Herzerkrankung. Modder u. a. — II. Vorkommen bei Kindern. Mc. Naughton. — III. Tödliche Erkrankungsform. Bulmer.
Vortäuschung der akuten Invagination durch Skorbut. Foote.
Corticale Lokalisation des Sehvermögens. Mc. Kenzie.

Blutungen vor und nach der Menopause. Bekannt ist die große Bedeutung, welche dem Karzinom als häufigste Ursache solcher Blutungen zukommt. Starke und unregelmäßige Blutungen vor der Menopause und jegliche Uterusblutung nach der Menarche sind als Symptome einer malignen Uteruserkrankung verdächtig und dürfen ohne eingehende vaginale Untersuchung nicht behandelt werden. In den Fällen von Menorrhagien in der Menopause, wo die Untersuchung kein Gewächs der Cervix finden läßt, muß die Abrasio uteri zur Ausschließung des Corpus carcinoms vorgenommen werden. Als Ursache von Uterusblutungen zur Zeit der Menopause kommt neben der malignen Neubildung und der Portio-Erosion eine übermäßige Atrophie der Uterusmuskulatur in Frage. Verminderte Blutzufuhr mit Verengerung der Gefäßbahn (durch Neubildung von Gefäßen inmitten der vorhandenen) und die physiologische Rückbildung der Uterusmuskulatur während des Klimakteriums stehen zueinander in gesetzmäßigem Verhalten, derart, daß auch die reduzierte Muskulatur wie früher die Durchblutung überwachen kann. Eine übermäßige Atrophie der Muskelfasern läßt daher Blutungen entstehen, die nur durch Arzneimittel zu bekämpfen sind, welche eine feste Zusammenziehung der Uterusmuskulatur bewirken (Schale, Pituitrin usw.). Nächst der chronischen Metritis (Ersatz der Uterusmuskulatur durch fibröses Gewebe) und den Uteruspolypen gibt noch die Subinvolutio uteri zu Blutungen während des Klimakteriums Anlaß. Es erscheint sonderbar, daß klimakterische Blutungen auf ein gewöhnliches, Jahre zurückliegendes Puerperium mit mangelhafter Rückbildung des Uterus zu beziehen sind, während in der Zwischenzeit keine Menstruationsstörungen bestanden. Bei der Subinvolutio uteri bleibt zunächst die Beseitigung des nunmehr überflüssigen Muskelgewebes, sowie die Verkleinerung der Gefäßlumina aus. Die im Klimakterium einsetzende Reduktion der Muskulatur verhindert die Drosselung der überweiten Gefäße, so daß jetzt Menorrhagien eintreten.

Das Cervix- und das Uteruskarzinom stehen auch bei Uterusblutungen nach Abschluß des Klimakteriums an erster Stelle. Weiterhin kommt die senile Endometritis (infolge Infektion der atrophischen Uterusschleimhaut durch aszendierende Keime) in Frage sowie gar nicht so selten Schleimhautpolypen. Beide Zustände sind durch die Curettage zu beseitigen.

Kompression von Nervenfasern. Die bei Druckwirkung auf periphere Nervenfasern entstehenden Ausfallerscheinungen lassen die Bevorzugung gewisser Fasernsysteme erkennen. Zunächst kommt es zu einer Schwäche der von dem betreffenden Nerven versorgten Muskeln, die zumeist von neuralgischen Schmerzen begleitet ist. Es erscheinen dann Sensibilitätsstörungen mit charakteristischer Dissoziation. Mangelhafte Empfindlichkeit gegen thermische und schmerzhafte Reize geht allmählich bei Fortdauer der Kompression in Thermanästhesie und Analgesie über, bevor sich eine wesentliche Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit nachweisen läßt. Mit Eintreten der Analgesie verschwindet die Neuralgie. Die Muskeln werden vollständig gelähmt. Die Entwicklung der taktilen Anästhesie bleibt so lange auf einen geringeren Hautbezirk als die übrigen Sensibilitätsstörungen beschränkt als die Nervenleitung nicht völlig unterbrochen ist. Die Kenntnis dieser Entwicklungsphasen der durch Nervenkompression gesetzten Ausfallerscheinungen ist für die Diagnose der Halsrippen mit Kompression des Plexus brachialis von großer Bedeutung. Interessant ist, daß auch zuweilen bei Rückenmarkskompression diese dissoziierten Sensibilitätsstörungen als Frühsymptom auftreten. Gewöhnlich erfolgt die Beseitigung der Kompression in diesem Stadium sehr rasch eine völlige Wiederherstellung der Funktion. Vermutlich ist das Erscheinen von Hypalgesie und Thermohypästhesie nicht an eine Degeneration von Nervenfasern gebunden.

Nr. 3416, 26. Juni.

Ueber die Encephalitis lethargica in England. Mc. Nalty.
* Die Absorption der Quecksilberverbindungen aus Hauteinreibungen. Wild und Roberts.
* Die Behandlung des postencephalitischen Parkinsonismus mit Nikotin. Moll.

* Eine Analyse der zwei mit der v. d. Berghschen Reaktion nachweisbaren Bilirubinformen. Collinson u. Fowweather.
Verdopplung der Vagina bei einzelnem Uterus. Bartlett.
Tuberkulinsalbe. Gunter.
Anaphylaxie nach Seruminjektion. Walker.

Die Absorption der Quecksilberverbindungen aus Hauteinreibungen. Eingehende Untersuchungen über die Rolle, welche die Salbengrundlage für die Resorption der einzelnen Quecksilberverbindungen bei Einreibung in die Haut zeigen, daß die größte Quecksilbermenge mit Schweinefett als Basis zur Aufnahme gelangt. Beim Wollfett wird zwar mehr Fett resorbiert, jedoch eine geringere Menge des darin verteilten Quecksilbers. Quecksilberoxyd und Quecksilbersalizylat werden in größerem Umfange resorbiert als das metallische Quecksilber. Dieses reizt jedoch die Haut weniger und kann daher in stärkerer Konzentration als die übrigen Verbindungen angewandt werden. Für die resorbierte Menge ist die Hauttemperatur und die Dauer der Einreibung von Bedeutung. Bei Einreibung von 4 g Hg während zwei Minuten werden 0,12 g in den Körper aufgenommen. Nach 10 Minuten währender Einreibung ist die Resorption auf 0,17 g gestiegen.

Die Behandlung des postencephalitischen Parkinsonismus mit Nikotin. Die Muskelstarre des Parkinsonkranken mit den charakteristischen Zeichen des Widerstandes gegen passive Bewegung, der Fixationseinstellung, der Bewegungsarmut und des gleichmäßigen Befallenseins der Körpermuskulatur beruht auf einer Vermehrung des „plastischen Muskeltonus“. Von der Theorie ausgehend, daß die Regulation des plastischen Tonus unter Sympathicuseinfluß erfolgt, wurde Nikotin zur Bekämpfung der Muskelstarre angewendet. Störungen der Sympathicusinnervation treten auch sonst im klinischen Bild des Parkinsonismus hervor (Pulsbeschleunigung, Speichelfluß, Retraktion der Augenlider usw.). Das Corpus striatum überwacht mit Hilfe subpallidärer Zentren den plastischen Muskeltonus, der an einem sympathischen Reflexbogen gebunden ist. Infolge der Zellschädigung des Streifenbügels und der ihm untergeordneten Kerngebiete durch die Encephalitis fällt die regulierende Einwirkung auf den Muskeltonus fort, ähnlich wie Großhirnausschaltung durch Enthemmung des über das Rückenmark laufenden Reflexbogens zur spastischen Extremitätenlähmung führt. Nikotin unterbricht die Nervenleitung in den präganglionären sympathischen Zellen und bremst so die durch Fortfall zentraler Ueberwachung im sympathischen Reflexbogen entstehende Muskelrigidität. In der Tat zeigen die therapeutischen Versuche an einer größeren Patientenzahl, daß subkutane Nikotininjektionen (dreimal tgl. ca. 0,05 g) zu einem überraschenden Rückgang der Muskelstarre führen können. Die therapeutische Dosis ist individuell auszuprobieren, da sonst die Nebenwirkungen (Nausea, Tremor, Tachypnoe, vasomotorische Störungen) den Abbruch der Kur veranlassen können. Aehnlich der Scopolaminmedikation ist eine Dauerwirkung mit Nikotin nicht zu erzielen. Der Tremor bleibt unbeeinflußt.

Eine Analyse der zwei mit der v. d. Berghschen Reaktion nachweisbaren Bilirubinformen. Bekanntlich gibt das bei Verschlußikterus im Blut sich ansammelnde Bilirubin mit Diazoreagens nach Ehrlich eine sofortige Rotfärbung, während beim hämolytischen Ikterus diese Reaktion im Serum erst nach Zusatz von Alkohol und Eiweißausfüllung zu einer Purpurfärbung führt. Vergleichende Untersuchungen über die Eigenschaften des reinen Bilirubins, welches eine schwache organische Säure darstellt, und seiner Salze, sowie Experimente an gallehaltigen Flüssigkeiten lehren, daß das Bilirubin beim Obstruktionsikterus als Ammoniaksalz an Alkali gebunden im Serum auftritt, daß hingegen die indirekte Diazoreaktion nach Alkoholzusatz bei Vorhandensein des Bilirubins als freie Säure zustandekommt. Die Erklärung dieser Tatsachen liegt darin, daß beim hämolytischen Ikterus Bilirubin außerhalb der Leber von den Reticuloendothelien als Säure gebildet wird und erst beim Passieren der Leber durch Alkalianlagerung in die „direkte“ Form umgewandelt wird. Beim Stauungsikterus kann nur Bilirubin im Serum sich ansammeln, daß die Leberzellen durchwandert hat und somit bereits an das aus dem Aminosäurenstoffwechsel stammende Ammoniak gebunden ist.

Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 44, 2. Juni 1926.

* Behandlung der Krampfadern mit sklerotisierenden Injektionen. I. A. Sicard und L. Gangier.
Curative Fibrose der Krampfadern. G. Delater.

Behandlung der Krampfadern mit sklerotisierenden Injektionen. Verff. wenden seit 1922 bei Krampfadern Injektionen mit Natriumsalicylat an und ziehen diese Behandlung derjenigen mit Quecksilberbijodür, Chinin oder Natriumcitrat vor, da sie sicherer wirkt, weniger Reaktionen macht und schmerzloser ist. Verwandt wurde eine 30—40%ige Lösung chemisch reinen Natrium salicyl. Man beginnt mit 2—3 ccm und steigt bis 5—6 ccm. Nach 5—6 Injektionen ist meist eine vollständige Sklerose bei Varizen mittlerer Stärke erreicht. Die Injektionen werden täglich oder zwei- bis dreimal wöchentlich gemacht. Eine Kontraindikation bilden Phlethoniker, Hypertoniker, Cardiopathien mit schlechter Kompensierung; Patienten mit Eiweiß im Urin und vor allem alle diejenigen, die schon einmal, wenn auch vor Jahren, eine tiefe Phlebitis durchgemacht haben und deren Residuen in der Erweiterung des suprapubischen Venennetzes durchaus zu respektieren sind.

Nr. 45, 5. Juni 1926.

* Indikation und physiologische Wirkung des Aderlasses. A. Lemierre u. E. Bernard.
* Chronische Cholecystitis und Appendicitis. F. Ramond und G. Parturier.
Woran erkennt man das Pascal?

Indikation und physiologische Wirkung des Aderlasses. Die Wirkung des Aderlasses ist eine rein mechanische und besteht hauptsächlich in der unmittelbaren und vollkommenen Umwälzung des gesamten venösen Kreislaufes, das seinerseits wieder sofort die arterielle Zirkulation, das Herz und die interstitiellen Gefäße beeinflußt. Das Einströmen in die Gefäße der Bindegewebsräume wird erleichtert und die befreiende Polyurie ausgelöst. Bei der arteriellen Hypertension werden die vaskulären Spasmen vermindert, die akute Insuffizienz des Myocards behoben und die Resorption gefährlich lokalisierter Oedeme herbeigeführt. Aus diesem Grunde ist der Aderlaß auch bei gewissen beunruhigenden Formen der Kochsalzretention indiziert. Unwirksam zeigt er sich bei den schweren Endzuständen von Azotämie, da er nicht entgiftet, sondern höchstens noch die Diurese vermindert. Bei puerperaler Eklampsie kann ein rechtzeitiger Aderlaß lebensrettend wirken, da er durch Druckherabsetzung die Krämpfe beendet.

Chronische Cholecystitis und Appendicitis. Die Appendicitis kann eine Cholecystitis vortäuschen durch die Analogie einiger Symptome wie Nausea, Erbrechen, Fieber, Allgemeinzustand, auch Subikterus und ein juxta-vesikulärer Schmerzpunkt, der durch Ektopie des Appendix und durch die Längenausdehnung des Entzündungsprozesses bedingt ist. Beide Erkrankungen können bei ein und derselben Person gleichzeitig bestehen, ohne daß man feststellen kann, welche die primäre oder ob beide Ausdruck derselben Infektion sind. Wlakfond fand bei 145 Fällen 23 mit beiden erkrankten Organen, also etwa jeder sechste Fall, was für den Chirurgen die Notwendigkeit bedeutet, bei der Operation evtl. an beide Organe herangehen zu können.

Nr. 46, 9. Juni 1926.

Cardiale Insuffizienz. C. Lian.
* Einfluß der Leibesübungen auf den Stoffwechsel. M. Boigey.
Verhütung der Erblindung in China. E. Lossouarn.

Einfluß der Leibesübungen auf den Stoffwechsel. Die Menge des verbrauchten Sauerstoffes und der abgegebenen Kohlensäure ist proportional der Intensität der Arbeit, sie drücken den Wert der Muskelmaschinerie aus. Der Ueberschuß an Kohlensäure bei gleicher Arbeitsleistung ist ein Zeichen mangelhafter Trainierung. Je besser trainiert, je sparsamer arbeitet der Mensch. Wenn der respiratorische Gaswechsel ein Minimum erreicht hat, so ist dies ein Zeichen, daß die Arbeit unter den günstigsten Bedingungen für das Individuum geleistet wird. Bei Beginn jeder ohne Schonung ausgeführten Muskelarbeit wird der Organismus mit einer Kohlensäureflut überschwemmt, die sich der ausgeatmeten Luft mitteilt. Dies Phänomen ist beim nichttrainierten Menschen viel deutlicher ausgeprägt als beim trainierten. Unter den anderen Säuren ist die Milchsäure die wichtigste, die das Atemzentrum vergiftet und die Wirkung der Kohlensäure noch verstärkt; sie wird langsamer eliminiert als die letztere, woraus sich erklärt, daß die Atemlosigkeit noch fortbesteht, nachdem die Kohlensäure im Blut bereits ihren normalen Wert wieder erreicht hat.

Nr. 47, 12. Juni 1926.

* Tiefsitzende Formen der Encephalo-Myelitis epidemica. R. Cruchet und H. Verger.
Calcification der Bursa subacromialis. L. Lancy und P. Pérès.
Lipoidlösliche Faktoren, Vitastrine, Exhormone.

Tiefsitzende Formen der Encephalo-Myelitis epidemica. Die Encephalitis epidemica, deren heut unbestrittenes Charakteristikum des Polymorphismus ist, betrifft häufig auch das Rückenmark, die Wurzeln und sogar die peripheren Nerven; von den Verff. unter dem Begriff der tiefsitzenden Formen zusammengefaßt. Bei diesen medullären, vielfach 1919—1920 beobachteten Bildern, finden sich zuerst diffuse anatomische Läsionen, dann alle die klinischen

Symptome, die der Encephalo-Myelitis eigentümlich sind. Die Unterscheidung in vordere, seitliche und hintere Typen ist hier kaum möglich, da die Ausdehnung mehr die Höhe und Breite betrifft. Das häufige Auftreten passagerer Anfangssymptome wie Doppeltsehen, Somnolenz, Myoclonien sind von sicherem diagnostischen Wert. Entwicklung und Prognose ist absolut unsicher, überraschend führen anscheinend leichte Fälle zum Tode, schwere zur Heilung und beanspruchen daher eine Sonderstellung in der gegenwärtigen Neurologie.

Nr. 48, 16. Juni 1926.

- * Indirekte Bestrahlungstherapie bei Tuberkulose. M. Villaret, L. Justin und R. Fauvert.
- Intravenöse Nierenfunktionsprüfung mit Phenosulforephthalein. Helouin.
- Pleurale Symphyse; radiologische Beobachtungen bei Intercostalbewegung. A. Bernou.

Indirekte Bestrahlungstherapie bei Tuberkulose. Verff. verwandten mit der Quarzlampe bestrahlte Oele und Lipoide bei der oralen Behandlung der Tuberkulose und sahen sehr gute Erfolge in bezug auf den Allgemeinzustand der Kranken, während die lokale Wirkung bei tuberkulösen Affektionen wie kalte Abszesse, Otitiden, Laryngitiden usw. nur gering war. Wichtig ist die Therapie bei Febrilen, die eine direkte Bestrahlung schlecht vertragen. Verdauungsstörungen sind nie beobachtet worden.

Haber.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

7., Nr. 6, Juni 1926.

- * Pigmentation und Keratodermie infolge von Arsen. Jeanselme, Schulmann und Popoff.
- * Lokale Wassermannsche Reaktion mit dem Sekret der syphilitischen Erscheinung. Kitchevatz.
- * Toxicologie eines Wismutpräparats. Feldmann.

Pigmentation und Keratodermie infolge von Arsen. Bei einer jungen syphilisverdächtigen Frau wurde während der Gravidität eine Behandlung mit Hectin und Novarsenobenzol eingeleitet. Es kam zu einer normalen Geburt eines gesunden Kindes. Einen Tag nach der Niederkunft brach bei der Mutter eine schwere Erythrodermie aus, die später in Pigmentation und, was viel seltener ist, in Keratodermie überging. Eine Ausnahme ist auch der Ausbruch der Erkrankung nach der Geburt. Meist lösen die mit der Gravidität verbundenen toxischen Verhältnisse die Erythrodermie aus.

Lokale Wassermannsche Reaktion, mit dem Sekret der syphilitischen Erscheinung. An 215 Kranken wurden 339 Reaktionen gemacht, ohne daß es gelungen wäre, die Spezifität oder Sensibilität der Methode zu erweisen. Für die Frühdiagnostik ist sie also bestimmt nicht geeignet. Durch eine Verbesserung der Technik, insbesondere mit größeren Mengen Serum dürfte aber erst ein endgültiger Schluß statthaft sein.

Toxikologie eines Wismutpräparates. Die große Menge der im Handel befindlichen Wismutpräparate beweist, daß wir einerseits noch nicht das Idealpräparat besitzen, das bei schwacher Giftigkeit eine hohe Wirksamkeit besitzt, und daß anderseits der Empirismus noch eine große Rolle spielt. Zur Erweiterung der wissenschaftlichen Grundlagen unternahm der Verfasser die Prüfung eines russischen Präparates „Bijochinol". Im Prinzip ist die Giftigkeit eines Präparates von den folgenden Faktoren abhängig: Erstens, die Menge Bismutum metallicum spielt die Hauptrolle, aber die Giftigkeit der Präparate nimmt nicht immer mit der Erhöhung der Wismutmetallmenge proportional zu. An zweiter Stelle steht die chemische Struktur des Moleküls und drittens ist die Stabilität einer Verbindung, abhängig von dem Milieu, von Wichtigkeit. Hierzu treten noch: der Einführungsweg, das Lösungsmittel und die Tierspezies und man begreift nun die verschiedenen Resultate der Untersucher.

Das Bijochinal wurde in der chemotherapeutischen Fabrik von Karpoff in Moskau hergestellt und ist eine 10 prozentige Suspension in Ol. Amygd. von Jod-Chinin-Wismut, es enthält 20% Bi, 48,8% Jod, 31,2% Chinin. Es steht dem dänischen Vijochin, dem franz. Quinby, dem deutschen Bismosalvan nahe.

Die Versuche wurden alle unter den gleichen Bedingungen ausgeführt: Stets wurde den Kaninchen die Gesamtmenge intramuskulär mit einer Injektion auf dieselbe Stelle injiziert, in Kontrollversuchen dann auch fraktionierte Dosen nach Art der menschlichen Lueskur.

Es ergaben sich folgende Resultate: Wegen der geringen Giftigkeit und des hohen therapeutischen Index gehört das Bijochinol zu den besten Wismutverbindungen. Die Giftigkeit bei wiederholten Injektionen fraktionierter Dosen ist viel geringer, als bei Injektionen massiver Dosen. Das Bi wird in allen Organen des Kaninchens abgelagert, aber die Verteilung im Organismus wechselt von Fall zu Fall. Es wird langsam ausgeschieden, man fand es noch 36 Tage nach der Injektion. In tödlichen Dosen bewirkt es eine albuminöse und fettige Degeneration der parenchymatösen Organe, Erscheinungen, die lange bestehen bleiben, denn man fand sie noch 36 Tage nach der Einspritzung, besonders in Leber und Nieren. An der Injektionsstelle kommt es zu schwerer Muskelnekrose, die schließlich in Narbenbildung übergeht. Die Albuminurie erscheint als erstes und verschwindet als letztes Symptom von seiten der Niere. (Beim Menschen ist dies nicht der Fall. Ref.) Wismutzellen erscheinen erst bei tödlichen Dosen, falls das Tier überlebt, und nicht vor dem zehnten Tage nach der Injektion.

K. Heymann, Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 5, Mai 1926.

- * Arterielle Embolie durch intramuskuläre Injektion von Wismutcarbonat. Barthélémy.
- Botryomycoma des Gaumensegels. Milian und Périn.
- * Traumatische Syphilis. Milian u. Périn.
- Diffuse Erythrokeratodermie; sekundäre Epitheliombildung. Milian u. Lotte.
- * Verschiedene Entwicklung von gestielten und freien Transplantationslappen in einem Fall von Lupus des Gesichts. Dupuy-Dutemps.
- Ein Lupus vulgaris wächst extensiv nach einem Erysipel. Gougerot u. Filiol.
- * Die Reaktivierung der Syphilis nach Arsentherapie. Krefting.
- * L'eau d'Alibour in der Behandlung der Pityriasis des behaarten Kopfes. Juster.
- * Rheumatische Schmerzen im Laufe einer gemischten As-Bi-Behandlung. Chatelier.
- Verwendung der flüssigen Luft in der dermatologischen Therapie. Charpy.
- Beziehungen der Glykämie zu den Dermatosen. Raynaud, Lacroix, Hadida.

Arterielle Embolie durch intramuskuläre Injektion von Wismutkarbonat. Die Injektion war entgegen der Gewohnheit sehr weit nach außen an die lateralste Stelle der Glutealgegend gemacht worden, es entstand eine ekchymotische, phlyktennuläre Scheibe. Es handelt sich um ein mechanisches Phänomen, das direkt durch Verstopfung einer kleinen Arterie durch Wismutkörnchen verursacht wird.

Traumatische Syphilis. Ein sekundärer Syphilitiker erkrankte zur Zeit der Eruption an einer Bronchitis. Er ließ sich eine Anzahl von Schröpfköpfen setzen, einige trocken, einige nach Skarifikation. Es war nun instruktiv, zu sehen, wie an der Stelle jedes Schröpfkopfes, der also als Trauma gewirkt hatte, das Exanthem in geradezu furchtbarer Intensität herausgekommen war. Während die Papeln an den übrigen Stellen des Körpers nur stecknadelkopf- bis miliumgroß waren, erreichten die Papeln an den geschröpften Stellen Linsen bis Francstückgröße, außerdem saßen sie bedeutend dichter.
Sabouraud teilt einen Fall mit, bei dem eine anstrengende Radtour das Trauma gebildet hatte und auf die Varizelleneffloreszenzen in der Gegend des Satteldrucks gleichfalls vergrößernd gewirkt hatte.

Verschiedene Entwicklung von gestielten und freien Transplantationslappen in einem Fall von Lupus des Gesichts. Die Kranke, die ihren Lupus seit 26 Jahren hatte, war mehrfach durch Autoplastiken gedeckt worden. Sehr eigenartig war es nun, daß später all die Stellen, die mit gestielten Lappen behandelt waren, von Lupus aufs neue infiziert und ergriffen waren, während die sog. freien Transplantationslappen, die aus andern Gegenden des Körpers entnommen waren, Thorax, Oberschenkel, völlig frei geblieben waren. Da es sich hier natürlich nicht um die Technik an sich handeln konnte, erklärt sich der Autor das Phänomen so, daß die aus entfernten Gegenden genommenen Lappen ihre vermehrte Resistenz gegenüber dem Lupus v. erhalten haben, denn er kommt sowieso in diesen Gegenden fast nie vor. Dagegen hätten die gestielten Lappen, die alle aus dem Gesicht stammten, ihre verminderte Resistenz gegenüber der Krankheit aufs neue bewiesen. Diese Immunität hat 12 Jahre vorgehalten. In der Diskussion wird auf die Möglichkeit hingewiesen, daß die Lappen des Gesichts schon vorher latent oder auch unsichtbar in den tieferen Schichten infiziert gewesen sein könnten. Wichtig bleibt für alle, die sich mit der Autoplastk bei Lupösen befassen, die Tatsache des Freibleibens der aus entfernten Gegenden entnommenen Transplantationsmaterialien.

Die Reaktivierung der Syphilis nach Arsentherapie. Krefting bestreitet schon seit Jahren, daß es nach einer sog. provokatorischen Salvarsaninjektion zu einer positiven Zacke der Wa. kommen kann. Milians Wort: Die Reaktivierung leugnen heißt auch die Herxheimersche Reaktion leugnen, ist unrichtig, denn diese beiden Phänomene bedeuteten etwas ganz verschiedenes. In Skandinavien hätten die erfahrensten Aerzte niemals die Reaktivierung der Serumreaktion durch die Therapie gesehen. Offenbar handele es sich um zufällige Schwankungen der Reaginmengen oder andere Irrtümer, Mit dieser Ansicht steht indes der Redner allein da. Simon hält es für unmöglich, die Tatsache der positiven Zacke zu bestreiten, wenn man auch über die Erklärung der Erscheinung verschiedener Meinung sein könne. Er besitzt eine Anzahl von Wassermannkurven, aus denen die Reaktivierung einwandfrei hervorgeht, nicht nur nach As-, sondern auch nach Bi-Therapie. Lacapère sah dasselbe sogar nach Quecksilbereinreibungen. Milian erklärt, daß man durch Laboratoriumstätigkeit allein kein Urteil über die Frage gewinnen könne. Ein einziges positives Beispiel sei aber beweisender, als viele negativen. Er berichtet über einen jungen Mann mit zunehmender Neuritis optica und stets negativer Serumreaktion. Obwohl man ganz richtig an Syphilis denkt, wird doch der Kranke 3-4 Monate lang niemals behandelt. Dabei wurde die Sehschärfe immer schwächer. Als Milian den Kranken in die Hand bekam, fand er mehrere Stigmata hereditärer Syphilis. Wa.-neg. Darauf erfolgte probeweise antiluetische Behandlung mit 914. 14 Tage nach Behandlungsbeginn war die jahrelang negativgebliebene Wa. stark positiv, blieb dies 2½ Monate. Die Sehschärfe blieb nun stationär. Nicht allein die Antisyphilitica können die Reaktivierung hervorbringen, sondern auch andere Infektionskrankheiten vermögen dies: Herpes, Scarlatina. Zur Frage der positiven Reaktion bei Scharlach teilt Milian mit, daß er bei 5 Fällen eine negative Wa. gefunden und in einem sechsten die positive richtig vorausgesagt hat, denn der Kranke war kongenitalluetisch. Ferner können alle möglichen Toxine die Wa. reaktivieren: Typhusvaccin, Vaccin von Nicolle gegen Ulcus molle, dagegen nicht das Tuberkulin.

Die Erklärung der Erscheinung ist sehr einfach: Nicht die Wa. wird aufgeführt, sondern die Lues selber. Es ist eine biotrophische Wirkung der chemischen Substanz auf die Pallida. Eine Parallelerscheinung hierzu ist das Auftreten von Erscheinungen während oder kurz nach einer ungenügenden Behandlung, wofür Redner gleichfalls Beispiele gibt. Auch akute Infektionskrankheiten können die latente Syphilis zu Erscheinungen reizen. Desgleichen die Kälte, der Traumatismus, die Röntgenstrahlen!

Hierzu bemerkt Lortat-Jacob, daß es nicht nur die latenten Syphilitiker sind, die auf Infektionen oder einen Choc mit schwach positiver Wa. antworten. Daher vorsichtige Bewertung der Laboratoriumsresultate, wenn sie mit den klinischen nicht harmonieren.

Sezary ließ sich von der Reaktivierung erst überzeugen, nachdem er in den seltenen Sekundärfällen, die bei manifesten Erscheinungen eine negative Wa. hatten, durch einige Arseninjektionen positive Wa. erzielte. Die Reaktivierung ist nicht konstant, aber deshalb könne man ihre Existenz nicht leugnen.

L'eau d'Alibour in der Behandlung der Pityriasis des behaarten Kopfes. Einer Frau, die Schwefel nicht vertrug, verordnete Autor einmal Kupfersulfat in Form von Eau d'Alibour und bemerkte das Aufhören des Haarausfalls. Seitdem verordnet er bei Pityriasis sicca oder steatoides das Mittel anstelle von Schwefel mit bestem Erfolge. Vor allem führen die Kranken, besonders Frauen, die Einreibung mit dem angenehmen Mittel aus, was beim Schwefel meist nicht der Fall ist.

Rheumatische Schmerzen im Laufe einer gemischten As-Bi-Behandlung. Nach Behandlung mit Novarsenobenzol und Quinby (Jod-Chinin-Bi) traten bei einem Sekundärfall lebhafte Gelenk- und lumbagoartige Schmerzen auf. Die Fußgelenke wurden sehr druckschmerzhaft, der Kranke schlief nicht. Dazu Asthenie, Abmagerung, aber kein Fieber. Fortsetzung der Bi-Kur verschlimmert das ganze, so daß sie abgesetzt werden mußte. Dagegen wird später das As gut vertragen.

K. Heymann, Berlin.

Archives of internal Medicine.

Nr. 6, 15. Juni.

* Arteriosklerose und Blutdrucksteigerung. Nuzum, Seegal, Garland, Osborne.
* Maligne Neubildungen in der Lunge. Fishberg.
Diagnostische Bedeutung der Abschätzung des Kraftaufwandes, mit welchem die inspiratorische Rippenausdehnung erfolgt. Hoover.
Corrigans Beschreibung der Aorteninsuffizienz mit Anmerkung. Clendening.
Sicheres Zeichen für die Anwesenheit von freier Flüssigkeit in der Pleurahöhle. Lasersohn.
Funktionsprüfung des Gallensystems. Murphy.
Wasserstoffwechsel: Dehydrationsfieber. Andrews.
Methode zur dauernden quantitativen Bestimmung der Magensaftsekretion und der Magenentleerung beim Menschen. Bloomfield und Keefer.
Beziehung der Erythrocytensenkungsreaktion zum Flockungsvermögen des Serums und des Plasma. Rubin.
Jahreszeitliche Schwankungen im Beginn des akuten Diabetes. Alters- und Geschlechtsfaktoren bei 1000 Diabetikern. Franklin Adams.

Arteriosklerose und Blutdrucksteigerung. Ueber die für Hypertonie und Gefäßsklerose ursächlichen Faktoren bestehen die verschiedensten Meinungen. Zu den vier bisher im Vordergrund stehenden Theorien über die Aetiologie dieser Veränderungen (Arteriosklerose als Folge der Gefäßabnutzung, durch endogene oder exogene chemische oder bakterielle Vergiftung, infolge angeborener Disposition und infolge der Stoffwechselstörung bei Eiweißüberernährung), zu diesen Anschauungen ist eine neuere hinzugetreten. Die Bedeutung der Eiweißüberernährung liegt nicht in der schädlichen Wirkung bisher unbekannter Stoffwechselschlacken, sondern in einer Störung des Säurenbasengleichgewichtes infolge Ausscheidung eines außerordentlich sauren Urins bei einseitiger Eiweißkost. Durch Verfütterung verschiedener Arten von „Eiweißdiäten" an Kaninchen über längere Zeiträume bis zu zwei Jahren wurde eine wesentliche Blutdrucksteigerung hervorgerufen. Bei den Tieren, welche die stärkste Hypertonie aufwiesen, wurde ausgedehnte sklerotische Veränderungen der Aorta und Kranzarterien gefunden, die in ihrer Histologie der Arteriosklerose beim Menschen glichen. Auch histologische und funktionelle Schädigungen der Nieren wurden so erzielt. Eine Cholestearinüberfütterung spielt bei diesen Versuchen keine Rolle.

Maligne Neubildungen in der Lunge. Auch in Amerika hat die Zahl der Lungenkrebse in den letzten Jahren sehr zugenommen. Welche Faktoren im Spiel sind (Lungenschädigung durch Staubinhalation, Influenzaepidemie oder Teilerscheinung eines allgemeinen Anwachsens der Krebserkrankungen) muß noch untersucht werden. Entgegen der allgemeinen Ansicht kann die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle schon bei Lebzeiten gestellt werden. Es werden zumeist Männer im Alter zwischen 40 und 70 Jahren. dem allgemeinen Krebsalter befallen. Zumeist handelt es sich um Karzinome, die von den Bronchialwegen ausgehen und zwar in der Regel von Bronchialepithel. seltener von den eigentlichen Alveolarzellen. Es sind die vom Hilus ausgehenden Bronchialkrebse von den mitten in einem Lungenlappen sich entwickelnden Krebsknoten zu unterscheiden. Viel seltener besteht eine diffuse karzinomatöse Infiltration eines oder mehrerer Lappen, die an eine käsige Pneumonie erinnert. In fast allen Fällen werden andere Organe entweder durch kontinuierliches Weiterwachsen der Geschwulst (Mediastinale Organe, Brustwand) oder durch Metastasierung in Mitleidenschaft gezogen. Im allgemeinen werden Metastasen erst im vorgerückten Stadium der Erkrankung klinisch nachweisbar, wenn auch zuweilen ein kleiner Lungenprimärherd schon relativ frühzeitig (besonders im Knochensystem) Metastasen setzen kann. Die Feststellung, ob ein derartiger Lungenkrebs nicht sekundärer Natur ist (vom Oesophagus, der Prostata oder der Thyreoidea ausgehend) bereitet bisweilen selbst auf dem Sektionstisch große Schwierigkeiten.

Die Symptomatologie und die physikalischen Erscheinungen der primären Lungenkrebse haben für den Erfahrenen etwas so Charakteristisches. daß die Diagnose keine unüberwindbaren Schwierigkeiten bereitet. Bisher werden die Kranken in ca. 80% mit falscher Diagnose in die Krankenhäuser eingewiesen. Der Beginn der Erkrankung ist in den meisten Fällen schleichend. Husten tritt gewöhnlich zuerst auf. Besonders bei Verstopfung von Hauptbronchien oder Trachealkompression entsteht ein trockener, anfallsweise auftretender Husten, bei welchem späterhin uncharakteristisches Sputum zutage gefördert wird. Die Untersuchung des Sputums liefert selten einwandfreie Zeichen für die Diagnose. Geschwulstklümpchen sind nicht häufig zu finden. und die mikroskopische Untersuchung des Sputums auf Tumorzellen bietet auch für den Geübten zu große Fehlerquellen. Der Auswurf von blutig tingiertem Sputum findet sich bei über der Hälfte der Kranken. jedoch erst, wenn der Tumor Zerfallserscheinungen zeigt. Hingegen führt oft die Atemnot die Patienten zum Arzt. so daß bei Menschen im Krebsalter mit Atemnot. wenn zugleich Husten und leicht blutiger Auswurf vorhanden sind. bei Ausschluß von Herzfehlern. Hypertonie und Emphysem, auf Lungentumor zu fahnden ist. Bisweilen hält sich die Dyspnoe beim Lungenkrebs in mittleren Grenzen, um dann plötzlich mit Eintritt allgemeiner Cyanose eine außerordentliche Verschlimmerung zu erfahren. (Trachealkompression. Einwuchern der Tumormassen in die großen Gefäße, in das Herz). Stridörose Atmung (besonders bei Erkrankung der Mediastinaldrüsen) sowie Athrocyanose und Bildung von Trommelschlägelfingern finden sich in einem beträchtlichen Prozentsatz. Selten verläuft die Erkrankung fieberfrei. Subfebrile Temperaturen, ähnlich den bei Tuberkulose, sind in der Regel zu beobachten. Bei Mischinfektion mit Eitererregern kann hohes Fieber entstehen (kontinuierlich. hektisch, remittierend), so daß zunächst bei Vorhandensein von Auswurf an einen Lungenabszeß gedacht wird. Profuse Schweiße sind nicht ungewöhnlich. häufig sind Nachtschweiße. Kachexie stellt sich im allgemeinen erst spät ein. Für Monate bleibt das Körpergewicht auf der Höhe. Beträchtliche Gewichtszunahmen sind gar nicht so selten. Brustschmerzen. entsprechend dem Sitz des Tumors oder durch Kompression der Plexus brachilias in den Arm ausstrahlend, führen häufig zu Fehldiagnosen (Interkostalneuralgie, Angina pectoris). Hervorzuheben ist, daß Schmerzen nur ganz ausnahmsweise bei den sekundären Lungengeschwülsten vorkommen. Kompressionserscheinungen an entfernter liegenden Organen, auf welche in den Lehrbüchern zumeist hingewiesen werden, spielen keine große Rolle. Pupillendifferenzen, Stauung in den Hautvenen, Oedeme des Gesichtes oder der Arme weisen immer auf die metastatische Erkrankung der mediastinalen Lymphknoten hin und sind für gewöhnlich dem klinischen Bild der Lungentumoren fremd.

Auch die krebsige Schwellung der Supraclavicular- und Axillarlymphdrüsen wird nur im Spätstadium beobachtet, wobei sorgfältigste Palpation oft notwendig ist, um die kleinen harten Knoten festzustellen.

Zur Erleichterung der Diagnose trägt eine Sonderung des klinisch so verschiedenartig ablaufenden Lungenkrebses in drei Verlaufsformen wesentlich bei. Der rein pulmonale Typus führt zumeist zur Verwechslung mit der Tuberkulose, obwohl die physikalischen Untersuchungsmethoden genügend Unterscheidungsmöglichkeiten bieten. Durch Verlegung des Lumens eines größeren Bronchus (zumeist dem Oberlappen angehörig) kommt es beim Bronchialkarzinom zur Atelektase größerer Lungenabschnitte, die vollkommenen Schenkelschlag ergeben. Für die Dämpfungsfigur ist charakteristisch, daß sie meist nur an der vorderen Brustwand (gewöhnlich unterhalb der Clavicula und auf das Sternum übergreifend) eine derartige Schallverkürzung erkennbar ist, während die entsprechenden Lungenabschnitte der Rückseite vollen Klopfschall aufweisen, ein Verhalten wie es bei der Tuberkulose kaum vorkommt. Bei der Auskultation ist das Atemgeräusch abgeschwächt, es fehlt sogar zeitweilig völlig. Nebengeräusche sind äußerst selten vernehmbar. Eine fibröse Tuberkulose mit derartig ausgesprochenen physikalischen Symptomen ist fast immer doppelseitig, während beim Lungenkrebs die andere Lunge relativ lange gesund bleibt. Es sei bemerkt, daß das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkulose und Krebs in einer Lunge gar nicht so selten ist. Der Befund von Tuberkelbazillen im Sputum darf bei sonst ausgeprägten Anzeichen nicht zur Ablehnung der Diagnose „Lungenkrebs“ führen. Die Röntgenaufnahme ist in manchen Fällen von entscheidender Bedeutung, sehr oft jedoch führen — besonders im Beginn der Erkrankung — die Röntgenbilder zu Fehldiagnose. Häufig kann bei deutlichem klinischem Befund die Diagnose gestellt werden, während die Röntgenplatte völlig negativ ist. Bei sichtbarem Tumor kann der Röntgenologe besser als die Perkussion über die Größe der Neubildung Aufschluß geben, da den Veränderungen des Klopfschalls nicht nur die krebsige Infiltration, sondern vor allem die Atelektase durch Bronchostenose zugrunde liegt. Zuweilen trägt eine Röntgenaufnahme nach diagnostischem Pneumothorax zur Erkennung des Leidens bei.

Fast ebenso häufig tritt ein Lungenkrebs unter dem Bild der Pleuritis in Erscheinung. In der Mehrzahl der Fälle erlauben die physikalischen Untersuchungsmethoden auch hier eine sichere Trennung der krebsigen Ergüsse von denen aus anderer Ursache. Bei den tuberkulösen und metapneumonischen Pleuritiden findet sich an der vorderen Brustwand entsprechend der hinteren oberen Begrenzung des Ergusses eine Tympanie, der Skodasche Klopfschall. Bei der Pleuritis carcinomatosa fehlt diese Schallveränderung. Die satte Dämpfung erstreckt sich über die ganze Brustkorbhälfte, wobei die sonst stets nachweisbaren Verdrängungserscheinungen der Nachbarorgane (Herz, Mediastinum) fehlen. Bei dem Erguß infolge Bronchialkarzinom ist das Atemgeräusch über der ganzen Lunge aufgehoben oder abgeschwächt, während bei der Tuberkulose doch zumeist in der Spitze oder in einem Teil der andern Lunge Veränderungen des Atemgeräusches mit begleitenden Rasselgeräuschen wahrzunehmen sind. Durch Punktion und Ablassen des Exsudates werden die Schmerzen und die Atemnot bei Pleuritiden entzündlichen Ursprungs zumeist gelindert, was beim Krebskranken nicht der Fall ist. Dem Röntgenologen wird oft der Einblick auf den eigentlichen Lungenprozeß durch den Erguß verwehrt. Diagnostischer Pneumothorax nach Ablassen des Exsudats liefert oft gute Ergebnisse. Die Ergüsse sind zumeist serös. Es sei darauf hingewiesen, daß gar nicht selten Empyeme oder haemorrhagisch als Begleiterscheinung des Lungenkrebses auftreten.

Wiederum andere Fälle von maligner Lungenneubildung sind durch das Auftreten von Symptomen bemerkenswert, die an die Möglichkeit eines höhlenbildenden Prozesses in der Lunge denken lassen. In dieser letzten Gruppe imponiert die Erkrankung als Lungenabszeß oder Gangrän. Sie entwickelt sich schleichend mit Husten und Auswurf. Plötzlich kommt es zu hohem Fieber mit Schüttelfrost und Brustschmerzen sowie blutigem Sputum, so daß eine Pneumonie vermutet wird. Die „Pneumonie“ wird jedoch nicht durch kritischen Temperaturabfall beendet und da Husten, Auswurf weiterhin bestehen wird ein metapneumonischer Abszeß angenommen. Für die Erkennung des den Abszeß- oder Gangränsymptomen zugrunde liegenden pathologischen Geschehens ist eine sorgfältige Anamnese von großem Nutzen. Beim gewöhnlichen Lungenabszeß ist eine Ursache nachweisbar (Operation im Bereich des Respirationstraktus, Zahn- oder Tonsillenexstirpation, Fremdkörperaspiration). Bei der Einschmelzung von Lungengewebe durch eine Pneumonie ist zumeist der plötzliche Beginn der Erkrankung aus voller Gesundheit heraus feststellbar, während die Krebskranken schon vor Beginn der akuten Erscheinungen von Husten und Auswurf geplagt sind. Bei der Perkussion spricht die satte Dämpfung über dem Abszeß für eine größere Lungeninfiltration, die bei den Lungenabszessen nicht krebsigen Ursprungs selten ist. Wertvolles für die Diagnose leistet hier die Röntgenuntersuchung. (Nachweis von sekretgefüllten Kavernen.)

Die Lungenkarzinome verlaufen nicht so schnell wie die übrigen Krebse. Die Krankheit kann jahrelang andauern, wobei wochen- bis monatelange Remissionen eintreten können, in welchen sich der Kranke völlig wohlfühlt. Für die Prognose wichtig ist die Tatsache, daß Metastasen Spätsymptome sind und auf das nahe Ende hinweisen.

Biberfeld.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

* Blutveränderungen bei Krämpfen. Wuth.
Der arterio-mesenteriale Darmverschluß des Duodenum. Halpert.
* Der Blutchemismus bei der Eklampsie. Stander u. Radelet.

Blutveränderungen bei Krämpfen. Durch Krampfanfälle kommen wesentliche Veränderungen der zellulären und chemischen Zusammensetzung des Blutes zustande. Während der Krämpfe ist eine Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten mit Schwinden der Eosinophilen zu beachten, der nach Auf- und Abschwanken der Leukozytenzahl die Einstellung auf die individuell verschiedene Norm folgt. Die Lymphozytenzahl wechselt, ohne daß sich ein gesetzmäßiges Verhalten erkennen läßt. Während oder kurz nach den Konvulsionen zeigen der Reststickstoff-, Eiweiß-, Harnsäure- und Kreatiningehalt des Blutes wesentliche Steigerungen. Ein Leukozytensturz zugleich mit Vermehrung dieser chemischen Blutbestandteile (mit Ausnahme des Eiweißgehaltes) während des Status epilepticus muß als prognostisch ungünstiges Symptom bewertet werden. Diese Veränderungen gehen in ihrer Stärke der Intensität der Krampfanfälle parallel und sind nicht für irgendeine Krankheit charakteristisch. Sie finden sich bei Krämpfen infolge progressiver Paralyse, Hirnlues und cerebraler Arteriosklerose ebenso wie bei der genuinen Epilepsie. Alle Theorien, welche diese Blutveränderungen für die Aetiologie der Epilepsie oder für den Mechanismus der Krampfauslösung in Anspruch nehmen, sind falsch. Diese Veränderungen haben nur als Folgeerscheinung allgemeiner Krämpfe zu gelten und finden sich ebenso bei hochgradiger physischer Erschöpfung aus anderer Ursache.

Der Blutchemismus bei der Eklampsie. Als charakteristische Veränderungen in der Blutzusammensetzung haben zu gelten: Harnsäureanstieg, starke Vermehrung des Milchsäuregehalts, eine Neigung zur Hyperglykämie und eine zuweilen stark ausgesprochene Herabsetzung des Kohlensäurebindungsvermögens. Der Reststickstoffgehalt ist nur im Terminalstadium der Eklampsie oder bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Nephritis erhöht. Hyperglykämie und Milchsäurevermehrung schwinden unter Insulinanwendung, während der Harnsäurespiegel kaum beeinflußt wird. Es ist noch ungeklärt, inwieweit die Milch- und Harnsäurevermehrung durch die so häufige Leberschädigung bedingt sind.

Biberfeld.

American Journal of Ophthalmology.

April 1926.

Kolobom an Sehnerven. Lerner.
* Augentuberkulose. Weecks.
Fusionsvermögen und seine Anomalien. Lancaster.
* Ursachen für das Fehlschlagen der Behandlung des konkomittierenden Schielens. Luther.
Kongenitale Linsenektopie. Webster.
Intraorbitale Anästhesie. Martin.
Liddruck, die Hauptursache für Glaskörperprolaps bei Staroperationen. Obarrio.
Zur Technik der Tridektomie. Sucker und Cushman.

Augentuberkulose. Kurze Schilderung der einzelnen Manifestationen der Tuberkulose am Auge und einzelner Tuberkuline (Alttuberkulin, Neutuberkulin, Bazillenemulsion, Bouillonfiltrat Denys) in ihrer Anwendung zur Diagnose und Therapie.

Ursachen für das Fehlschlagen der Behandlung des konkomittierenden Schielens. Ursachen für das Fehlschlagen der Schielbehandlung sind nach L. ungenügende Korrektion der Refraktionsanomalie, Amblyopia ex anoptia und fehlendes Fusionsvermögen. In zweiter Linie falsche Indikationsstellung bei einer eventuellen Operation und ungenügende Operationstechnik.

Meesmann, Berlin.

Buchbesprechungen.

Ernst Kretschmar: **Medizinische Psychologie.** 3. Auflage, G. Thieme Leipzig 1926. 266 S. mit 24 Abbildungen. 15,30 M. bzw. 17,50 M. — Analyse ist die Losung der Periode, in welcher wir seit hundert Jahren stehen. Man hat alles analysiert: die Mineralien, die Wässer, die pflanzlichen und tierischen Organismen, die Geschichte, die Sternenwelt. Nun wird zum Schluß auch die menschliche Seele analysiert, und zwar mit all der scharfsinnigen Methodologie, welche der Verstand sich im Lauf der Zeit erarbeitet hat. Dem eigenen Naturell und dem seiner Rasse entsprechend hat sich Freud mehr auf die reine Analyse verlegt, während im Deutschen Kretschmar daneben das Streben zur Synthese hervortritt. Man soll die wesentlichen Faktoren des Seelenlebens nicht künstlich auseinanderreißen, sagt er ganz präzis (S. 148). Gemäß dem Zug der Zeit baut er die Seele aus ihren psychischen Elementen, ihrer Entwicklung und ihren Kombinationen auf. Das zeigen schon die Ueberschriften der einzelnen Abschnitte: Die seelischen Hauptfunktionen und der anatomisch-physiologische Aufbau. — Die seelischen Apparate und ihr entwicklungsgeschichtlicher Aufbau. — Triebe und Temperamente. — Die Persönlichkeiten und Reaktionstypen. Ihnen schließt sich als Schluß die praktische ärztliche Psychologie (Begutachtung und Therapie) an.

Genau so staunend wie vor dem Wunder des körperlichen Organismus steht man vor dem Wunderbau der Psyche, und man bemerkt mit einer Art von Schaudern, wie völlig unzulänglich die vulgären psychologischen Vorstellungen und Begriffe sind, wie tiefgreifend der Einfluß, der in und jenseits der Peripherie des Bewußtseins liegenden Vorgänge, des Unbewußten auf unser Dichten und Trachten ist.

Anatomisches Denken lernt man nicht von heut auf morgen, sondern nur durch fleißiges Präparieren. Desgleichen ist das Verstehen und das Durchschauen von Menschen die Frucht langen Studiums. Auch hier trifft das Wort von Friedrich dem Großen zu: „Viele sehen, wenig urteilen, nachdenken!" (6. April 1781). Damit fällt manches überraschende Licht in die Psyche der Kranken — und der Gesunden. Indessen nicht bloß nur das Individuum wird verständlich, sondern auch die Geschichte als Auswirkung genialer, halbgenialer und verrückter Menschen und Zeiten.

Kretschmers Buch ist keine leichte Lektüre, zumal die Wahl der Lettern nicht glücklich ist. Zwar die Stoffgruppierung ist vortrefflich, aber die Darstellung ist manchmal für den Laien schwierig. Allein die Belehrung ist so fundamental, daß das Studium dieses Werkes nicht bloß für Mediziner, sondern auch für Juristen, Theologen, Pädagogen, Historiker und Politiker eindringlich empfohlen werden kann, und zwar ein Studium zu wiederholten Malen!

Buttersack, Göttingen.

Friedrich v. Esmarch: **Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen.** Ein Leitfaden für Samariterschulen in sechs Vorträgen. Neu bearbeitet von Prof. Dr. Kimmle, ist in der 45. bis 49. Auflage im Verlage von F. C. W. Vogel, Leipzig, erschienen. Seit den letzten Aenderungen aus dem Jahre 1922 ist keine wesentliche Umarbeitung des Buches erfolgt. Das Buch behandelt in sechs Vorträgen die für das Hilfspersonal wichtigen Lehren und Kunstgriffe bei in Gefahr befindlichen Personen und bei Erkrankten. Während im ersten Vortrag der Bau des Körpers besonders Berücksichtigung findet, werden im zweiten Vortrage die Verletzungen, im dritten die Knochenbrüche eingehend behandelt. Der vierte Vortrag beschäftigt sich mit der Wiederbelebung Scheintoter, der fünfte mit dem Fortschaffen von Verunglückten. Der sechste Vortrag ist eingehend der Krankenpflege gewidmet. Im Anschluß an die sechs Vorträge werden in recht klaren und deutlichen Abbildungen Verbandübungen erläutert. Das Buch ist in jeder Weise in seiner leicht verständlichen, trotzdem ausführlichen Art wohl geeignet, dem Hilfs- und Pflegepersonal als wertvolle Unterstützung bei den Unterrichtskursen zu dienen.

Gohrbrandt, Berlin.

Prof. W. Zangenmeister: **Die Lehre von der Eklampsie;** auf Grund eigener Untersuchungen dargestellt. 42 Seiten. 4 Abbildungen. Oktav. 1926. Verlag S. Hirzel, Leipzig. Kart. 2,50 M. — Da in Deutschland noch jährlich 300—400 Frauen im besten Lebensalter an puerperaler Eklampsie sterben, und wir bisher über kein Mittel verfügen, das die Eklampsie mit Sicherheit zu heilen vermag, so ist das allergrößte Gewicht auf die Prophylaxe zu legen. Auf Grund der Untersuchungen des Verf., die sich nunmehr auf 25 Jahre erstrecken, sind wir über die Vorstadien der Erkrankung soweit unterrichtet, daß eine wirksame Prophylaxe möglich ist. Zangenmeisters Erfolge an der Marburger Frauenklinik zeigen, daß es möglich ist, alle, oder doch wenigstens nahezu alle Frauen vor der Eklampsie, die in etwa 15% tödlich endet, zu bewahren, wenn in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft gewisse Regeln der Lebensweise befolgt werden, und wenn die vom Verf. aufgedeckte und erforschte Vorkrankheit der Eklampsie beachtet und sofort sachgemäß behandelt wird. — In dem vorliegenden Buche gibt Verf. zusammenfassend ein Bild der Erkrankung, ohne auf die Literatur einzugehen, unter Eingliederung seiner Forschungsergebnisse und seiner Lehre über die Eklampsie, die durch die Erfolge der Prophylaxe eine völlige Bestätigung erfahren hat. Es ist in erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt, der sich aus demselben die für die Praxis nötigen Kenntnisse aneignen kann, da dieser vielmehr als der Kliniker in der Lage ist, durch Anwendung der Lehre Z's. die Eklampsie einzuschränken. Aber auch den meisten Fachärzten wird es willkommen sein, anstatt die Fülle von Einzelarbeiten des Verf. und seiner Schüler zu studieren, eine zusammenfassende Darstellung zu erhalten.

Rudolf Katz, Berlin.

Prof. Peham, Wien und H. Katz: **Die instrumentelle Perforation des graviden Uterus und ihre Verhütung.** Verlag Julius Springer, Wien. 1926. 204 Seiten. Broschiert 12 M. — Da die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über Uterusperforationen bisher einer einheitlichen Bearbeitung ermangelten, füllen Verff. diese Lücke durch eine zusammenfassende Darstellung an der Hand von 100 einschlägigen Fällen aus. Dieselben stammen aus dem Material der I. Univers.-Frauenklinik und aus den Obduktionsberichten des Gerichtlich-Medizinischen Instituts während eines Zeitraums von 20 Jahren. Diese Beobachtungen enthalten alles Wissenswerte über die Umstände der Entstehung der Uterusperforation, über die Veranlassung zum Eingriff, über die an der Perforation beteiligten Personen und über die Gründe etwaiger Fruchtabtreibung. Ferner war es den Verfassern in diesen Fällen möglich, der Anatomie und Pathologie der Uterusperforation genau nachzugehen, aus ihr die wesentlichen therapeutischen Richtlinien nach geschehener Uterusperforation festzulegen, und schließlich auch die forensische Bedeutung der Uterusperforation zu würdigen.

Verff. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Lehrer der Geburtshilfe die Pflicht haben, in Schrift und Rede heute mehr denn je, immer und immer wieder vor den Instrumenten zu warnen, und geben dem Arzt in der Praxis den dringenden Rat, eine Fehlgeburt, die unaufhaltsam geworden ist, nur durch „digitale Ausräumung" zu behandeln, oder den Naturkräften zu überlassen („was heute von vielen Aerzten ganz vergessen ist").

Die Abhandlung, die zusammenfassend die erschreckende Häufigkeit von Unglücksfällen bei der instrumentellen Behandlung der Fehlgeburten zeigt, wird sowohl den Fachärzten als auch besonders allen praktischen Aerzten, zur Instruktion dienen können.

Im Anhang befindet sich eine ausführliche Beschreibung der der Abhandlung zugrundeliegenden 100 Uterusperforationen, sowie ein Verzeichnis der einschlägigen Literatur vom Jahre 1900 an.

Rudolf Katz, Berlin.

R. Cassirer: **Krankheiten des Rückenmarks und der peripherischen Nerven.** Aus: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung (J. Schwalbe) Heft 11. Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1926. Zweite Auflage von R. Henneberg. Preis 7,50 M. — Das Cassirersche Büchlein hat überall lobende Anerkennung gefunden, zumal es sich auf die große eigene Erfahrung des nun Verstorbenen stütze. Henneberg hat die zweite Auflage durchgesehen, einiges wenige hinzugefügt, um das Buch auf dem Laufenden zu erhalten, die Aufzeichnungen Cassirers für die neue Auflage mitbenutzt und Absicht C.'s, einige Abbildungen hinzuzufügen, Rechnung getragen. So wird auch diese zweite Auflage willkommen sein und dem Praktiker sowie dem Wissenschaftler Belehrung bringen.

Kurt Mendel, Berlin.

O. Wille-Braunschweig: **Alltägliches in der Gynäkologie.** Monographien zur Frauenkunde und Konstitutionsforschung. Herausgegeben von M. Hirsch, Leipzig 1926, Curt Kabitzsch. 52 S. Preis 2,50 M. — Mit Recht sagt der Autor im Vorwort, daß es an Schriften nichtakademischer Aerzte fehle, und daß in der sich in Seltenheiten bewegenden Literatur die ungeheure Wichtigkeit des Alltäglichen zu wenig zur Geltung komme. Von diesen gesunden Gesichtspunkten aus schildert er als Produkt 30jähriger frauenärztlicher Praxis seine Methode einer gründlichen, praktischen und sehr ergiebigen Anamnese, legt dar, welche Schlüsse er aus den Schmerzen im Leib, beim Gehen, beim Coitus, aus Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit zieht, bespricht das „Gespenst der Retroflexie", seine Untersuchungsmethode, den Scheiden- und Cervixkatarrh, seine Abortbehandlung, bei der er mit Recht betont, daß den Praktiker der Wintersche Standpunkt schon deshalb fremd anmute, weil der Kliniker mehr die ungünstig verlaufenden, der Praktiker die günstigeren Fälle sehe. Ausführlich bespricht er die Konstitutionslehren, bei denen er weitgehend auf Hirsch aufbaut. Wertvoll ist das kleine Schlußkapitel: Rezepte. Man legt das kleine Buch zur Seite mit der Empfindung, daß es zu kurz sei, aber das ist kein Tadel, sondern ein besonderes Lob. Robert Kuhn-Baden-Baden.

Beiträge zur ophthalmologischen Wissenschaft. Festschrift für Dr. Edward Jackson. Die Festschrift ist unter Leitung von H. Crisp und W. C. Finnoff zustandegekommen. Sie enthält 42 Arbeiten aus zahlreichen Gebieten des Spezialfaches, mit vielen mustergültigen Abbildungen. In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um Arbeiten, die nur den Fachmann angehen. Einige Mitteilungen von allgemeinerem Interesse seien kurz referiert:

Kribe-Froncoso: **Gonioskopie beim Glaukom.** Das Gonioskop ist ein von U-T. angegebener Apparat, der es ermöglicht, nach Aufsetzen des von Koeppe für die Spaltlampenuntersuchung des Kammerwinkels angegebenen Kontaktglases den Kammerwinkel in ganzer Ausdehnung zu untersuchen. V. hat schon in einer früheren Mitteilung den normalen K.winkel geschildert. Beim Glaukom sind die Veränderungen dieses Winkels besonders wichtig, da von verschiedener Seite die Aetiologie der Drucksteigerung hier vermutet wird. (Die Veränderungen des Kammerwinkels werden heute von der überwiegenden Mehrzahl der Ophthalmologen als sekundäre Veränderungen beim Glaukom aufgefaßt. Ref.)

Shoemaker und Perce de Long: **Serös-exsudative Netzhautablösung, ein Sarkom vortäuschend.** Der Fall wurde klinisch mit allen zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln untersucht und es blieb nur die Diagnose „Chorioideasarkom" übrig. Anatomisch fand sich kein Tumor, sondern eine einfache Netzhautablösung bei Iridocyclitis. Die Ursache der Fehldiagnose lag in der dunklen Farbe des subretinalen Exsudates, die durch Pigment und wahrscheinlich Blutbeimischung zustandegekommen war.

Gradle, **Linsentrübungen bei Zuckerkranken.** G. hat statistische Erhebungen über die Häufigkeit des Stares bei Diabetikern im Vergleich zu Nichtdiabetikern angestellt und kommt zu einem Resultat, das sich mit unserer heutigen Auffassung deckt. Er findet:

Alter	Star in % bei		Mehr bei Diabetikern
	Diabetikern	Nichtdiabetikern	
41—50	38,8	38,2	0,6
51—60	72,2	65,1	7,1
61—70	81,2	85,4	0
71—80	88,2	92,9	0

Also eine weitere Stütze für die Seltenheit der diabetischen Katarakte. (Dabei steht Gr. auf dem Standpunkte, daß die diabetische Katarakt von dem sensilen nicht zu unterscheiden ist. Nach den neueren Spaltlampenergebnissen (Schnyder) dürfte es doch eine wohlumschriebene Form der echten diabetischen Katarakte geben. Nach diesen Ergebnissen dürfte der Prozentsatz der diabetischen Katarakte noch weiter heruntersinken.) Nach G. steht die Kataraktgenese bei Diabetes in keinem direkten Abhängigkeitsverhältnis zum Zuckergehalt des Blutes. Bei Leuten unter 40 Jahren ist der diabetische Kat. doppelseitig, subkapsilär beginnend und rapide zur Reife fortschreitend. Die Operationsresultate sind gute, wenn der Zucker im Blut auf ein Minimum reduziert wird und kein Azetor mehr nachweisbar ist. Meesmann, Berlin.

Johannes Müller: **Die Leibesübungen.** 4. Auflage mit 534 Abbildungen und 25 Tafeln. B. G. Teubner, Leipzig, 1926. — Inhalt und Zweck des 586 Seiten starken und sehr gut ausgestatteten Buches wird charakterisiert durch den Untertitel: „Ihre biologisch-anatomischen Grundlagen, Physiologie und Hygiene, sowie erste Hilfe bei Unfällen; Lehrbuch der medizinischen Hilfswissenschaften und der Bewegungslehre der Leibesübungen für Turn- und Sportlehrer (innen), Turner und Sportsleute, Aerzte, Lehrer und Studierende, für das Studium an den Hochschulen für Leibesübungen und an pädagogischen Akademien."

Diesen verschiedenen Zwecken und der Verschiedenartigkeit des Leserkreises paßt sich die Darstellung an, bringt Wissenschaft in populärer Form, ohne je oberflächlich zu werden: Der Sportsmann findet ebensoviel Anregung, wie der Arzt. Das Inhaltsverzeichnis gibt an: I. Die Entwicklung und die Bausteine des menschlichen Körpers. II. Biologische Anatomie der Bewegungsorgane, ihre krankhaften Veränderungen und ihre Beziehungen zu den Leibesübungen. III. Biologische Anatomie der inneren Organe und ihre Beziehungen zu den Leibesübungen. IV. Physiologie und Hygiene der Leibesübungen. V. Uebersicht über die Bewegungsmechanik. VI. Erste Hilfe bei Unfällen.

Bei der Lektüre der einzelnen Kapitel erkennt man, wie konsequent alle Fragen von dem einen Gesichtspunkt aus betrachtet werden, nämlich dem, die wissenschaftlichen Grundlagen zum Verständnis zu gesundheitliche Leibeserziehung zu vermitteln.

Keller.

Pleikart Stumpf: **Wesen und Wege der Heilgymnastik.** München 1926. Verlag der „Aerztlichen Rundschau". 3.— M. — Nach einer kurzen Einleitung über die verschiedenen Arten der Gymnastik bespricht Stumpf in Kürze, unter Verwendung zahlreicher bildlicher Darstellungen, die Indikationen der Heilgymnastik bei verschiedenen Erkrankungen und die Art ihrer Ausführung, soweit sie ohne besondere technische Vorkehrungen möglich ist.

G. Gabriel: **Heilgymnastik, besonders bei Herzkranken und Nervösen.** München 1926. Verlag der „Aerztlichen Rundschau". 1.80 M. — Gabriel hingegen beschränkt sich auf die medizinische Gymnastik, wie sie unter ärztlicher Aufsicht und unter Anwendung spezieller, den besonderen Indikationen angepaßter Apparate ausgeführt wird.

Es wäre wohl wünschenswert gewesen, wenn im Titel die Unterschiede in der Tendenz beider Büchlein, welche zur Orientierung ausgezeichnet geeignet sind, zum Ausdruck gebracht hätte.

Keller.

Mitteilungen.

Tagungen.

Die VIII. Deutsche Tagung für Säuglings- und Kleinkinderschutz findet am 13. und 14. September ds. Js. in Düsseldorf (Gesolei) statt. An Referaten sind in Aussicht genommen:

1. Die Auswertung der Fürsorgegesetzgebung für die Säuglingsfürsorge (RJWG., RFPV., RVO.). (Referent: Abteilungsdirektor Dr. Schweers, Hauptgesundheitsamt, Berlin.)
2. Der Entwurf eines Gesetzes über das Recht des unehelichen Kindes und die Annahme an Kindesstatt.
3. Die Auswertung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung bei der Durchführung der Säuglingsfürsorge.
4. Reichseinheitliche Regelung der Ausbildung von Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen. (Referent: Geh. Obermed.-Rat Prof. Dr. Schloßmann.)

Anfragen und Anmeldungen sind an die Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Berlin-Charlottenburg 5, Frankstr. 3, zu richten.

* * *

Der Deutsche Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen E. V. veranstaltet am 14. und 25. September 1926 in Düsseldorf seine 4. Tagung über Psychopathenfürsorge. Tagesordnung: Freitag, den 24. September Filmvortrag: „Affekt- und Triebäußerungen psychopathischer Kinder (verglichen mit Normalen und Schwachsinnigen)", Lotte Nohl-Berlin — Privatdoz. Dr. Kurt Lewin-Berlin. Sonnabend, den 25. September, Vorträge: „Fürsorge für psychopathische Kinder und Jugendliche aus dem gebildeten Mittelstand", Prof. Dr. Homburger-Heidelberg. „Haltlose Psychopathen", Prof. Dr. Kramer-Berlin. „Erholungsfürsorge für psychopathische Kinder und Jugendliche", Ruth v. der Leyen-Berlin.

Therapeutische Mitteilungen.

Ein Beitrag zur rationellen Jodtherapie.

Von

Dr. med. PAUL BASIGKOW, Berlin.

Die große Zahl der zur Zeit im Handel befindlichen Jodpräparate erschwert dem Arzt die Wahl unter den ihm zur Verfügung stehenden Präparaten. Hauptanforderung an ein Jodpräparat muß sein:

1. hoher Gehalt an Jod,
2. hohe Resorptionsmöglichkeit mit langanhaltender Dauer,
3. Fernbleiben der unangenehmen Nebenerscheinungen der Jodalkalien (Jodismus sowie Nebenwirkung auf Magen und Darm).

Nur unter Präparaten, die diesen Anforderungen genügen, wird man zu wählen haben, und hier wird man dann dasjenige bevorzugen, das auch bei längerem Gebrauch sich als das billigste und daher rationellste bewährt.

Dijodyl steht als Jodpräparat und besonders als Verbindung mit Fettsäure mit seinem hohen Jodgehalt von 46% an der Spitze der organischen Jodpräparate. Die Ausscheidung des eingenommenen Jods, durch die Arbeiten von Müller (1), Hoos (2), Haensel (3), Roth (4) und Keeser (5) festgestellt, beträgt 80 bis 90%. Außerdem hat sich ergeben, daß die Wirkung des Dijodyls eine ungleich kräftigere und gleichmäßigere ist als bei den Jodalkalien und Jodpräparaten. Dieses dürfte damit in Zusammenhang stehen, daß das Dijodyl durch seine Bindung an Fettsäure eine dreimal so große Ausscheidungszeit hat wie das Jodkali, welches als reines Salz überall schnell den Körper passiert, nämlich in 24 Stunden pro Einzelgabe, während die gleiche Zahl für das Dijodyl mehr als 72 Stunden, d. h. also mehr als 3 Tage, beträgt. Diese lange Ausscheidungszeit läßt sich wohl nur durch die ausgezeichnete Aufnahme von den Körperzellen und dadurch bedingte langsame Abgabe seitens der Zellen an die Gewebsflüssigkeit erklären.

Nach den Arbeiten von Oelze (6) aus der Medizinischen Universitätsklinik Leipzig kann als feststehend angenommen werden, daß einer monatlich eingegebenen Menge von 80 bis 100 g Jodkali ca. 18 g Dijodyl entsprechen. Während jedoch bei diesen erforderlichen Jodkali-Dosen leicht Nebenerscheinungen auftreten, wird durch die langsame und gleichmäßige Abspaltung des Jods beim Dijodyl eine schädigende Kumulation im Körper erheblich herabgesetzt.

Infolge der Anlagerung des Jods an die Fettsäure wird nun gleichzeitig erreicht, daß die Patienten nicht unter dem sonst bei anorganischem Jod (Jodkali und Jodnatrium) sowie bei den Jodeiweißpräparaten unangenehm empfundenen, metallischen Jodgeschmack zu leiden haben. Auch wurde die starke Speichelabsonderung, die bei den eben genannten Jodformen häufig auftritt, in keinem Falle beim Dijodyl beobachtet. Ich persönlich bevorzugte die Darreichung des Dijodyls in Kapseln, da diese auch bei älteren Leuten ganz ausgezeichnet vertragen wurden. Die Auflösung der Kapseln im Magensaft und die darauf folgende Resorption des Dijodyls, die nur im alkalischen Darmsaft stattfindet, ging ohne jegliche Störung vor sich.

Die Wirtschaftlichkeit des Dijodyls ergibt sich aus der vorher erwähnten langsamen Aufspaltung. Unter Zugrundelegung der Untersuchungen Oelzes läßt sich feststellen, daß ein Monatsverbrauch von 80—100 g Jodkali einem Monatsverbrauch von 18 g Dijodyl entspricht.

Bei der zahlenmäßigen Berechnung dieser Angaben zeigt sich etwa folgendes Bild:

10 g Jodkali kosten . . . . M. 1,95,
10 g Dijodyl in Tabletten . . M. 3,50.

Es kosten also eine Jodkali-Behandlung monatlich M. 15,60 bis M. 19,50, eine Dijodyl-Behandlung dagegen nur M. 6,30. Aus dieser Berechnung ergibt sich ohne weiteres, daß bei gleichem therapeutischen Effekt eine Dijodyl-Behandlung nur etwa den dritten Teil einer Jodkali-Behandlung kostet.

Das Dijodyl wurde von mir insbesondere bei Lues II und III, bei Tabes, Drüsentuberkulose, Rheumatismus sowie in einigen Fällen von klimakterischen Beschwerden verabfolgt. Bei der Tabes verschwanden die Kopfschmerzen fast sofort, die starken lanzinierenden Schmerzen allerdings bei gleichzeitiger Tetrophan-Darreichung spätestens nach 3—4 Tagen. Klimakterische und rheumatische Beschwerden schienen nach relativ kurzer Zeit eine Linderung und eine Verkürzung bei sonst spezifischer Behandlung zu erfahren.

Als besonders deutlicher Beweis für die ausgezeichnete Jodwirkung schien mir die Beschleunigung der Expektoration bei Lungenkrankheiten zu sein. Bei Asthma bronchiale, bei Bronchitis chronica, bei Emphysem, auch in veralteten Fällen, war die auswurferleichternde Wirkung des Jods ganz unverkennbar und die Patienten rühmten die prompte Wirkung, die ebenso auftrat wie nach dem ihnen von früher bekannten Gebrauch von Jodkali, welches sie aber wegen des unangenehmen Geschmackes weiter zu nehmen abgelehnt hatten. Gerade durch einen solchen Patienten war ich auf das Dijodyl aufmerksam gemacht worden. Hierbei wäre zu erwähnen, daß als Expektorans die Dijodyl-Dosen von 0,15 g in den meisten Fällen ausreichend erschienen. Jedoch kann ich mich hier auf die bereits vorliegenden Arbeiten von Bunz (7) und Neumann (8) berufen.

Das oben bereits erwähnte Ausbleiben der unangenehmen Nebenerscheinungen, sei es Magendrücken, sei es Jodismus, die häufig eine Unterbrechung der Jodkur mit Jodkali bedingen, war einer der Hauptvorteile, die bei der Benutzung des Dijodyls auch eine lange Kur für Patienten und Arzt möglich und angenehm machten.

Dijodyl darf — kurz zusammengefaßt — wohl als ein in jeder Beziehung befriedigendes Jodpräparat angesehen werden, das vor anorganischen Jodverbindungen und vor allen organischen Jodpräparaten genommen zu werden verdient. Wegen seiner ausgezeichneten Wirkung und seines außerordentlich billigen Preises ist es nicht nur zur Verordnung bei den Krankenkassen zu empfehlen, sondern auch in Krankenanstalten.

Literatur:

1. Müller: Inaugural-Dissertation Gießen 1914: „Die Ausscheidung des Jods im Urin beim Hunde."
2. Hoos: Inaugural-Dissertation Gießen 1914: „Jodausscheidung nach längerer Eingabe von Jodpräparaten (Jodkalium und Ricinstearolsäuredijodid)."
3. Haensel: Inaugural-Dissertation Gießen 1921: „Jodausscheidung im menschlichen Urin nach Dijodylgebrauch."
4. Roth: Inaugural-Dissertation Gießen 1921: „Ueber Ausscheidung des Jods beim Menschen nach Eingabe von Dijodyl."
5. Keeser: Dissertation Berlin 1920: „Ueber die Pharmakodynamik des Jods mit Untersuchungen über Monojoddihydroxypropan (Alival) und Ricinstearolsäuredijodid (Dijodyl)."
6. Oelze: Dermatologische Wochenschrift 1919, Band 69, S. 827: „Dijodyl", und Dermatologische Wochenschrift 1920, Band 71, S. 743: „Ueber Behandlung tertiärer Lues mit Dijodyl."
7. Bunz: Deutsche medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 42: „Erfahrungen mit Kleindosen von Dijodyl Riedel."
8. Neumann: Medizinische Klinik 1925, Nr. 17: „Ueber Dijodyl und die Frage der Ueberdosierung von Jod."

Aus dem St. Jürgen-Asyl Ellen-Bremen.

Ueber die therapeutische Einwirkung des Bromtropon.

Von

ALBERT MUNZEL, Vol.-Arzt.

Die Behandlung der Epilepsie macht sich zur Aufgabe, Maßnahmen zu treffen, welche auf die Erkrankung heilend bzw. bessernd einwirken, damit die gestörten körperlichen und geistigen Funktionen der Norm möglichst nahe gebracht werden. Eine definitive Heilung der konstitutionellen Epilepsie herbeiführen zu wollen, ist bei dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht möglich. Dagegen haben uns seit langer Zeit Erfahrungen instand gesetzt, nach manchen Richtungen eine Besserung der Erkrankung zu erreichen, bzw. einzelne Symptome, besonders die Krampfanfälle, zu beseitigen, zu mildern oder sie seltener zu machen.

So alt die Kenntnis der Epilepsie ist, so lange bestehen auch die Versuche, der Krankheit entgegenzutreten und je nach dem Stande der Wissenschaft waren die Maßnahmen entsprechend verschieden. Augenblicklich sind es in der Hauptsache Bromsalze und Luminal, die infolge ihrer Einwirkung sowohl auf die Epilepsie als auch auf den Organismus im allgemeinen sich an die Spitze der verschiedenen Heilmittel gestellt haben. Es soll hier erwogen werden, inwieweit die Brompräparate, und zwar insbesondere das Bromtropon den Vorzug verdienen. Bei der Verabreichung irgendeines Medikaments steht man in jedem Falle vor der Frage: Wird das Heilmittel bei der günstigen Beeinflussung der vorliegenden Krankheit den Organismus an irgendeiner Stelle schädigen oder nicht? Bei der Darreichung von organischen Bromsalzen traf man bald auf unverkennbare Nachteile in bezug auf den Gesamtorganismus; diese Schädigung hat man unter der Bezeichnung des Bromismus zusammengefaßt. Die Erscheinungen desselben wurden in einzelnen Fällen so stark, daß man die Brombehandlung absetzen mußte. Die allmählich sich entwickelnde Luminalbehandlung ließ nach einiger Zeit ebenfalls Nachteile erkennen, die unten gegen die Wirkung der Bromsalze abgewogen werden sollen. Von der Firma „Troponwerke Dinklage", Köln-Mülheim, werden seit kurzem organische Bromsalze unter dem Namen Bromtropon auf den Markt gebracht, deren Einwirkung auf Krankheit und Organismus besprochen werden soll.

Das Bromtropon wird in Tablettenform zu 1,0 Gramm gereicht. Eine Tablette enthält 0,1 Brom an Eiweiß mehr oder weniger fest gebunden und entspricht ungefähr 1,0 Natriumbromat. Bei der Ordination von Bromtropon ist zunächst abgesehen von einer therapeutischen Einwirkung ein großer Vorteil der Geschmack und die Art und Weise der Darreichung (Tablettenform) des Medikamentes. Nach längerem Gebrauch von Na. Br. sieht man sich oft gezwungen, die Medikation abzusetzen, da der salzige kratzende Geschmack desselben den Patienten äußerst unangenehm wird, selbst bei Verwendung irgendeines Geschmackskorrigens. Diese Nachteile sieht man bei Bromtropon überhaupt nicht; man ist eher gezwungen, der Darreichung Einhalt zu tun. Was nun die Wirkung des Bromtropon auf den Gesamtorganismus angeht, so beginne ich zunächst mit dem Verhalten der Herzaktion. Nach längerem Gebrauch von Bromtropon sieht man bei Gesunden keine bemerkenswerte Einwirkung auf die Herztätigkeit selbst. Große und übergroße Dosen von Bromtropon wurden allerdings bei meinen Versuchen nicht verabfolgt. Eine Wirkung ließ sich aber feststellen bei den Fällen von nervöser Herztätigkeit und zwar auf die Herzaktion als auch auf die Druckverhältnisse. Wir führen die Wirkung zurück auf die Bromionen. Schon nach viertägigem Gebrauch von Bromtropon sieht man bei günstigen Fällen auffallende subjektive Besserung, die objektiv dadurch bestätigt wird, daß die Extrasystolie in weitgehendem Maße zurückgeht; damit schwinden auch die Begleitsymptome wie Angst, Schwindel, depressive Stimmungslage, Arbeitsunlust usw. Nicht minder unangenehm sind die nervösen Störungen des Blutdrucks. Die entsprechend erkrankten Patienten klagen besonders bei Einwirkung psychischer Schockwirkungen, selbst leichtester Art, über Kalt- und Blaßwerden der Extremitäten, Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen, gelegentlich auch Erbrechen. Die Untersuchung des Blutdruckes zeigt, abgesehen von gelegentlichen Hypertensionen entfernter Ursache, auffallende Respirationsschwankungen des Pulses. Diese sind hervorgerufen durch die Schwankungen der Atmungsgröße, die ja über das Vasomotorenzentrum den Blutdruck beeinflussen. Die Einwirkung des Broms macht sich dadurch bemerkbar, daß diese übertriebenen Schwankungen wegfallen und nach längerer Verabreichung nur noch den üblichen Verlauf zeigen. Der Erfolg erklärt sich offenbar aus der allgemeinen sedativen Wirkung des Broms auf das Zentralnervensystem. Es verflacht sich, damit die übertriebene affektive Ansprechbarkeit des Atemzentrums und damit reflektorisch diejenige des Vasomotorenzentrums. Haben wir auf Herz und Atmungstätigkeit selbst bei großen Dosen von Bromtropon gar keinen ungünstigen, sondern bei entsprechenden Fällen nur günstige Resultate erzielt, so müssen wir weiter untersuchen, wie die Einwirkung auf die Ausscheidungsorgane sich gestaltet. Für die therapeutischen Dosen kommen praktisch nur in Frage der Magen-Darmkanal und die Nieren. Die Ausscheidung durch die Milchdrüsen und andererseits durch das Blut auf den Fötus sind von so geringer Bedeutung, daß man in Praxi eine Intoxikation des Säuglings oder des Föten wohl vernachlässigen kann. So gestaltet sich die Ausscheidung des Broms, des Bromtropon, in erster Linie durch die Nieren und dann mit den Fäzes, wo es nachgewiesen werden kann. Es zeigt sich, daß fast das gesamte Brom wieder in 24 Stunden ausgeschieden wird. Eine Kumulation tritt so gut wie gar nicht ein; so erklärt sich auch, daß die ungünstigen Erscheinungen des Bromismus fortfallen. Hierzu fehlt vor allem die Bromakne und die auffallende Verlangsamung der psychischen Funktionen. Es fallen dabei unzweifelhaft die ungünstig einwirkenden Kalium- und Natriumionen fort. Jedenfalls sind dieselben bei der Dissoziation des Bromtropon nicht restlos ionisiert, sondern finden sich noch mit anderen Elementen als harmlose Komplexsalze oder nichtionisiert vor. Es fällt also die herzlähmende Wirkung der Kaliumionen beim Bromtropon fort. Natürlich wird man bei kurzdauernder Darreichung von Kaliumbromat, die sich äußerst in schnellem Versagen der Herzkraft, und zwar um so früher, je eher nach der Medikation die Probe gemacht wird, keine ungünstige Kaliumionenwirkung auf das Herz feststellen. Dagegen läßt sich bei langem Gebrauch von K. Br., wie er bei einer langdauernden Krankheit, wie der Epilepsie, sich nötig macht, ein Zustand von labiler Herztätigkeit feststellen, der sich äußert in Schwindel, Angstgefühl und gelegentlichen Herzpalpitationen. Daß die ungünstige Wirkung auf den Kaliumionen beruht, schließen wir daraus, daß bei Verabreichung derselben Na. Br.-Dosis diese Herzwirkungen ausbleiben. Inwieweit die Natriumionen ungünstig wirken, ist bisher noch nicht genügend erforscht. Es wird angeführt, daß nach Speicherung der Natriumionen eine Ionenverschiebung zu ungunsten der K.- und Ca.-Ionen stattfindet. Ferner zeigt sich histologisch nach Luithlen eine Schädigung der Gefäßwände und gelegentlich Glykosurie, dazu verminderte Widerstandskraft gegen Entzündungsreize.

Die Bromverteilung und -Aufspeicherung nach Darreichung organischer Bromverbindungen wird derjenigen von Na. Br. ähnlich gefunden. Daraus ergibt sich, daß das Brom organischer Bromverbindungen dieselbe Wirkung hat, wie das Brom im Na. Br. Zur Erzielung eines therapeutischen Effektes bedarf man daher nicht einer größeren Dosis Bromtropon wie einer solchen von Na. Br. Die Einwirkung des Broms auf das Zentralnervensystem ist bekannt. Es handelt sich in der Hauptsache um eine pathologisch gesteigerte Uebererregbarkeit desselben und zwar der höheren Zentren, d. h. derjenigen, deren Reizung durch irgendwelche Prozesse (endogen oder exogen) epileptische Anfälle erzeugt. Zwar gelingt es erst nach Anwendung sehr großer Gaben, einen schlafähnlichen Zustand oder Narkose durch Bromverordnung zu erzeugen; dagegen ist unverkennbar und von verschiedenen Seiten bestätigt die elektive Wirkung geringer Brommengen auf übererregte Hirnzentren. Es wurde oben schon hingewiesen auf den Einfluß des Broms auf nervöse Störungen des Kreislaufs.

Gehen wir nun auf die Schlaftiefe über, so zeigte sich bei der Darreichung der üblichen Dosis Bromtropon bei gesunden Individuen keine bemerkenswerte Einwirkung. Dagegen war unverkennbar eine Vertiefung des Schlafes bei nervösen Persönlichkeiten, deren übererregtes Nervensystem sie nicht in Schlaf kommen ließ, und — eingeschlafen — sie oft wieder aufstörte. Nach Verabfolgung von zwei bis drei Tabletten Bromtropon trat eine Beruhigung ein, die darauf zurückzuführen ist, daß die Perzeption äußerer Reize herabgesetzt war. Damit ist ja ein Zustand erreicht, wie er physiologischer Weise durch die sogenannten Ermüdungsstoffe am Zentralnervensystem erreicht wird. Dem Einschlafen ist nunmehr der Weg geebnet. Die Schlaftiefe ist ebenfalls erhöht, wie sich experimentell feststellen läßt. Es erklärt sich das daraus, daß das Brom sehr lange im Organismus kreist, also langsam ausgeschieden wird. Ein großer Nachteil in der länger dauernden Verabreichung von anorganischen Bromsalzen besteht darin, daß sich Ermüdungssymptome sowohl auf motorischem als auch auf intellektuellem Gebiet einstellen. Das Ausmaß einer Muskelkontraktion sinkt, ebenso wird die Ansprechbarkeit der die Kontraktionen hervorrufenden Hirnzentren herabgesetzt und zwar schon bei nicht vergiftenden Dosen. Auf dieser Tatsache beruht eigentlich der Erfolg der Behandlung der Krampfanfälle mit Bromsalzen. Mit anderen Worten: es gelingt nicht, algemeine Krämpfe auszulösen, wenn die motorischen Hirnzentren mit Brom gesättigt sind. Es hat sich nun gezeigt, daß man mit nicht vergiftenden Dosen von Bromalkali zwar die epileptischen Krampfanfälle herabmindern kann in Zahl und Schwere, jedoch ist man nicht imstande, dieselben ganz zu beseitigen ohne den Organismus zu vergiften. Aber selbst bei den therapeutischen Dosen traten infolge der Kumulation des Broms nach längerer Zeit unerwünschte Nebenwirkungen ein, die schon mehr oder weniger Symptome des Bromismus darstellen. Man wird daher nach einem Brompräparat suchen, daß diese letztgenannten Nachteile nicht hat, andererseits aber auf die Krampfanfälle ebenso einwirkt wie das Brom des Bromalkali. Wenn man nun die Krampftabellen der Epileptiker heranzieht, so zeigt sich nach Berücksichtigung der individuellen Verlaufsart der Epilepsie, daß in bezug auf Zahl und Schwere zwischen dem Erfolg der organischen und der anorganischen Behandlung kein auffallender Unterschied besteht. Dagegen muß man wohl betonen, daß die unangenehmen Nebenwirkungen der Bromalkalien fortfallen. Hier ist zu bedenken, daß das Kalium der sedativen Bromwirkung bis zu einem gewissen Grade entgegenarbeitet. Und nicht jeder Magen verträgt ungestraft längere Zeit Bromalkali, wo hingegen Bromtropon keine Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmkanals macht. Ferner sieht man bei Bromtropon nicht die sehr unangenehme Bromakne auftreten.

Während krampfstillende Dosen von Bromalkali zu Ermüdungssymptomen auf motorischem und sensorischem Gebiet führen, sind kleine Dosen Brom imstande, das Gegenteil zu bewirken. So zeigt sich, daß intellektuelle Leistungen nach Abgabe von Brom erhöht werden, und zwar in besonderem Maße bei nervös Erregbaren und Neurasthenikern, d. h. Menschen, deren Nervensystem sich in einem Zustand dauernder Erregung befindet und daher leicht ermüdet bei gesteigerten Anforderungen. Andererseits werden Leistungen solcher Persönlichkeiten sehr beeinflußt vom Auftreten psychischer Hemmungen, die ebenfalls einen gewissen Erregungszustand des Zentralnervensystems darstellen. Wird nun Brom verordnet, so wird dasselbe auf das Zentralnervensystem einwirken und zwar im Sinne einer Lähmung. Wird diese Lähmung durch zweckentsprechende Mengen von Brom nicht übertrieben, so werden die die Unlustgefühle hervorrufenden Gefühle gelähmt werden und die psychischen Leistungen werden erhöht. Dieser Effekt wird erzielt sowohl mit Bromalkalien als auch in gleichem Maße mit Bromtropon. Was hier über die Einwirkung des Broms auf die motorischen Leistungen gesagt wurde, gilt in gleichem Maße auch für intellektuelle. In engem Zusammenhang mit der Einwirkung des Bromtropon auf die motorischen Leistungen steht das Verhalten der Reflexe. Darüber läßt sich feststellen, daß in den üblichen Dosen von vier bis sechs Tabletten Bromtropon keine merkliche Einwirkung auf die Reflextätigkeit nachzuweisen ist. Erst in sehr großen Dosen, die einhergehen mit Schläfrigkeit, Abnahme der intellektuellen Leistungen, zeigt sich auch eine Abnahme der Reflexe. Dieses Resultat trifft zu für Menschen mit nicht gesteigerter Ansprechbarkeit des Nervensystems. Es läßt sich aber wiederum zeigen, daß das überempfindliche Nervensystem „der Nervösen", auch der Epilektiker, auf geringere Gaben schon eine Rückkehr zur Norm aufweist, allerdings bei lange fortgesetztem Gebrauch des Mittels.

Es liegt nun nahe, die Resultate der gemachten Erörterungen mit der Wirkungsweise des Luminals zu vergleichen. Bestimmend ist in allererster Linie, daß das Luminal kein Sedativum ist, wie die besprochenen Präparate (Bromtropin und Bromalkalien), sondern es ist ein ausgesprochenes Hypnotikum. Darin liegt allein schon der wesentliche Nachteil einer länger dauernden Luminalmedikation. Bei der Behandlung der Epilepsie z. B. kommt es uns, abgesehen von der erwähnten Vermeidung der Schädigung des Organismus darauf an, die Anfälle zu vermindern und die Arbeitskraft des Patienten möglichst zu erhalten. Es ist erfahrungsgemäß bei der Luminalbehandlung der Epilepsie ein großer Nachteil die allmählich sich einstellende Schläfrigkeit und Verminderung der Arbeitskraft; so ist man gezwungen mit den Mengen zurückzugehen, nimmt aber damit in Kauf, daß die Anfälle häufiger werden und vor allen Dingen, daß sich recht unangenehme Störungen im psychischen Verhalten der Patienten bemerkbar machen. Auf der anderen Seite aber ist hervorzuheben, daß bei Erregungszuständen länger dauernder Art das Luminal ein wirkungsvolles Therapeutikum ist, was man gerade in solchen Fällen von Brompräparaten bestätigen kann. Die Wirkungsweise des Luminals auf den übrigen Organismus ist bei den therapeutischen Dosen kaum erwähnenswert. Die vegetativen Organe zeigen keine hervortretenden Reaktionen, nur zeigt sich nach langer Darreichung eine Gewöhnung desselben an Luminal.

Zusammenfassend läßt sich aus obigen Ausführungen folgendes entnehmen: Das Bromtropon eignet sich zur Behandlung chronischer Erregungszustände, zu denen die Neurasthenie als deren Folge ebenfalls zu zählen ist, besser als die anorganischen Präparate. Eine Ueberdosierung des Bromtropon, insbesondere Vergiftungen mit demselben sind selbst bei Verabreichung von 25 Tabletten nicht aufgetreten. Die Wirkungsweise des an Eiweiß gebundenen Broms ist dieselbe wie die bei Bromalkalien; es wirkt in beiden Fällen letzten Endes das Bromion. Das Verhältnis zum Luminal gestaltet sich der Art, daß letzteres sich besser für kurz dauernde Medikation eignet wegen der starken hypnotischen Wirkung. Also bei konstitutioneller Erregbarkeit keine guten Erfolge; daher eignet es sich zur Epilepsiebehandlung nur, wenn man mit den Dosen variieren kann, ohne in den Zeiten mit geringer Luminalverordnung auffallende Verschlechterung der Krankheit und seiner Aeußerungen riskieren zu müssen.

Was nun die Wirkung des Brom auf den Gesamtorganismus anbelangt, so seien einige orientierende Bemerkungen gemacht. Kurz zu erwähnen ist die gewebsreizende Wirkung konzentrierter Bromlösungen. Vom Magen-Darmkanal aus zeigen sich Gefühle von Völle und Wärme, ferner Appetitlosigkeit. Im übrigen aber wirkt Brom in der Hauptsache auf das Zentralnervensystem und zwar auf die höheren Hirnzentren. Im Tierversuch läßt sich feststellen, daß Brom einem durch Rückenmark-Krampfgift hervorgerufenen Krampfzustand (Strychnin) nicht entgegenzuwirken vermag, während Krampfzustände nach Hirnkrampfgiften (Kampfer, Kokain) durch Brom gemildert werden. Aus der Einwirkung der Bromsalze läßt sich entnehmen, daß dieselben zwar den Hypnotika ähnlich sind, daß aber der Effekt doch ein anderer ist. Vorwiegend wird ein übererregtes Zentralnervensystem günstig beeinflußt. Die Wirkung des Brom tritt sehr langsam ein, hält aber sehr viel länger an. Wie die physiologische Einwirkung des Brom besonders bei Erregungszuständen von statten geht, ist bis heute noch ungeklärt. Sicher ist nur experimentell festgestellt, daß Brom bei längerer Darreichung die elektrische Erregbarkeit der Großhirnzentren herabsetzt, d. h. bei Reizung von bestimmten Zentren, die nicht mit Brom vorbehandelt sind, werden allgemeine epileptiforme Anfälle ausgelöst, während dieselben ausbleiben, wenn Brom eingewirkt hat. So lange man aber das Wesen der Epilepsie nicht genau erkennt, wird man die elektrische Reizung der Hirnzentren und die Reizung, die der Epilepsie zugrunde liegt, nicht ohne weiteres in Parallele setzen dürfen. Auffallend ist, wie gesagt, die gleichsinnige Wirkung des Brom. Durch die lähmende Einwirkung des Brom auf das Zentralnervensystem erklärt sich auch die Aufhebung gewisser Reflexe bei großen Dosen (Rachenreflex, Gaumenreflex). Lange dauernde Darreichung von Brom erzeugt den Zustand, der als Bromismus bekannt ist. Er entsteht dadurch, das der Organismus sich mit Bromsalzen sättigt. Dies ist nur dadurch möglich, daß die Ausscheidung des Brom zwar sofort nach Aufnahme beginnt, aber in 24 Stunden nur unvollständig erledigt wird. So sättigt sich der Organismus mit Brom, bis ein Gleichgewichtszustand eingetreten ist. Für das Eintreten der Sättigung ist von Wichtigkeit der im Organismus enthaltene Chlorgehalt, d. h. je mehr Chloride, desto später tritt Bromismus auf. Es erklärt sich daher auch, daß eine Bromwirkung im Körper um so eher eintritt, je weniger Chlor derselbe enthält, also bei kochsalzarmer Diät (wie sie ja bei Epilepsie zweckmäßiger Weise verabfolgt wird). Ueberschreitet die Chlorverdrängung durch Brom ein gewisses Maß, so tritt, wie gesagt, der Bromismus ein. Derselbe ist aber nicht allein durch die zirkulierenden Bromionen erzeugt, sondern zweifellos auch durch den Mangel an Chlorionen. Es läßt sich aber nicht ganz einwandfrei feststellen, welche Symptome durch Bromüberschuß und welche durch Chlormangel entstehen. Es ist nur eine weitere Folgerung, wenn man den Bromismus mit reichlicher Kochsalzzufuhr bekämpft.

(Aus dem Stettiner Licht-Heilinstitut.)

Beitrag zur Behandlung der Skrofulose.

Von

Dr. W. VERMEHREN, Berlin.

Die Nöte des Krieges und die Entbehrungen der Nachkriegszeit haben dem deutschen Volke manche Krankheiten gebracht, die sich hauptsächlich bei der jungen Generation auswirkten und zum Teil noch jetzt nicht behoben, resp. auf den Vorkriegsstand reduziert sind. So ist die Ausbreitung der Skrofulose in den ärmeren Volksschichten auch heute noch eine fast allgemeine. Welch wichtige Rolle gerade dieser Krankheit des Kindesalters zuzusprechen ist, weiß jeder Arzt, der beobachten kann, in welchem Maße dies Leiden die körperliche und geistige Entwicklung hemmt. Hier helfend einzugreifen, ist Pflicht des Arztes. Hier liegt ein reiches Feld der Betätigung für den städtischen Fürsorgearzt und für die Gemeindeschwestern, welche die Eltern immer wieder auf die tückischen Folgen dieser Krankheit hinweisen sollen.

Um einen gesunden Nachwuchs zu schaffen, muß genügend aufgeklärt und energisch durchgegriffen werden. Oeffentliche Gesundheitsmaßnahmen, auch Erholungsheime und Ferienkolonien, haben schon viel gutes gebracht; viel könnte noch getan werden. Jedenfalls bleibt die Behandlung der Skrofulose eine wichtige, mühevolle Aufgabe. Bei Geduld und Ausdauer kann man gute Erfolge erzielen, insbesondere wenn man dieser Krankheit mit den modernen Heilfaktoren und den geeigneten Medikamenten zu Leibe rückt.

Die bekannten natürlichen Heilfaktoren sind Licht, Luft, Sonne, Wasser. Die Möglichkeit zur Anwendung derselben in der Großstadt zu schaffen, ist oft gering; sie zu erreichen, schwierig. Denn die armen Proletarierkinder wohnen meist in üblen Mietskasernen, nicht allzu selten mehrere Familien in einem ungesunden, kleinen Raum zusammengepfercht. Außerdem hält es oft schwer, die unwissenden Eltern von der Nützlichkeit der natürlichen Heilquellen zu überzeugen. Ist einem das aber gelungen, so hat man schon viel erreicht.

Das geeignete Medikament soll so sein, daß die Kinder es ohne Widerwillen nehmen. Mit Lebertran kann man Erfolge erzielen. Die meisten Kinder aber finden den tranigen Geschmack unangenehm, viele bekommen nach Lebertran Erbrechen und nehmen ihn dann überhaupt nicht mehr ein. Aus diesem Grunde bin ich vom Lebertran ganz abgekommen. Ich gebe jetzt nur noch Fejoprot-Tabletten und erreiche mit diesen in derselben Zeit ein besseres Resultat, als früher mit dem Oel und seinen Präparaten. Die Tabletten sind schmackhaft, werden von den Kindern gern genommen und die Dosierung ist eine absolut einfache. Jod, Eisen und Tropon-Eiweiß sind die Komponenten der Arznei und sind in der Zusammensetzung so gehalten, daß die Verwertung im kindlichen Organismus die denkbar günstigste ist. Bei kleineren Kindern genügt anfänglich als Dosis eine halbe Tablette dreimal täglich nach dem Essen; sodann steigert man die Einzelgaben auf eine Tablette. Die Kur erstreckt sich, je nach Ausbreitung der Erkrankung, auf acht bis zwölf Wochen und wird nach einem Vierteljahr wiederholt. Bei größeren Kindern gibt man als Einzeldosis alsbald eine ganze Tablette, ebenfalls dreimal täglich, und steigt bis auf dreimal drei Tabletten, um schließlich langsam wieder abwärts zu gehen. Auch hier muß man das Medikament etwa drei Monate geben und wiederholt die Kur gleichfalls nach einem Vierteljahr. Zumeist sind zwei Kuren, im Verein mit den noch zu besprechenden physikalischen und diätetischen Maßnahmen, ausreichend, um die Skrofulose zum Schwinden zu bringen.

Meine Erfahrungen an einer größeren Anzahl Kinder aller Altersstufen haben mir gezeigt, daß unangenehme oder gar schädliche Nebenwirkungen durch Fejoprot niemals verursacht werden. Die Heilwirkung der Tabletten auf den objektiven Zustand und auf das subjektive Befinden ist sehr gut. An den Drüsen, besonders der Halsgegend, kann man den positiven Erfolg deutlich beobachten. Ferner wird die Atmung alsbald kräftiger und freier, der Appetit hebt sich, das lästige Druckgefühl im Kopf schwindet, das Aussehen wird gesünder, die Blässe vergeht, das Kind wird lebhafter, geistig mehr rege und macht im allgemeinen einen bedeutend frischeren Eindruck. Ich kann daher angelegentlichst empfehlen, überall da, wo der Lebertran schlecht vertragen oder zurückgewiesen wird, das erprobte Fejoprot zu versuchen. Der überraschende Erfolg wird Viele zu begeisterten Anhängern der guten Jod-Eisen-Eiweiß-Komposition machen.

Neben besagter medikamentöser Behandlung verordne ich Luftbäder, morgens und abends je zehn Minuten, anschließend eine kalte Abreibung, für größere Kinder mit kräftiger Frottage. Während der Luftbäder leichte gymnastische Uebungen. Außerdem bestrahlte ich im Stettiner Lichtheilinstitut mit künstlicher Höhensonne; und zwar gab ich mindestens dreißig Bestrahlungen für Kopf, Brust und Rücken; anfänglich nur von drei Minuten Dauer, allmählich weitergehend bis zu einer halben Stunde. Die Bestrahlungen machte ich zunächst täglich, weiterhin jeden zweiten Tag. Jede Bestrahlungskur wird selbstverständlich mit den nötigen Vorsichtsmaßregeln durchgeführt. Hautverbrennungen dürfen nicht vorkommen. Der Lampenabstand vom Körper des Kindes soll zunächst einen Meter betragen und wird im Laufe der weiteren Bestrahlungen bis auf einen halben Meter gebracht. Ein zu enges Schematisieren ist aber nicht geboten; man kann und soll individualisieren, je nach dem Kräftezustand der Patienten. Gewöhnlich genügen zwei Bestrahlungskuren im Jahre, um den Patienten so weit zu kräftigen, daß bald wirkliche Heilung erzielt wird.

Die Diät soll, so weit wie möglich und unter den gegebenen Umständen und gegen manchen Widerstand durchführbar, vitaminreich sein. Gemüse und rohes Obst, Gurken, Tomaten, rohe Mohrrüben, Nüsse, Apfelsinen usw. spielen eine wichtigere Rolle als Mehlspeisen, Grieß, Milch und Eier, die aber doch nicht ganz zu fehlen brauchen. Butter und Bienenhonig, an Stelle von Margarine und Kunsthonig, sind wünschenswert.

Kurz gesagt, Licht, Luft, Sonne, Wasser, Gymnastik, Diät und Fejoprot sind das Rüstzeug, um den Kampf gegen die Skrofulose zu einem erfolgreichen zu machen.

Therapeutische Notizen.

„Zur Zervixdilatation unter Verwendung des gebogenen Laminariastiftes Bürger“.

„Deutsche med. Wochenschrift“, Nr. 21, vom 21. Mai 1926.
Dr. Nußbaum, Frauenarzt, Berlin.

Bei den vielen Verletzungen und Infektionen des Unterleibes bei der Zervixdilatation muß jeder Arzt mit jeder erfolgreichen neuen Methode derselben vertraut sein. Die Zervixdilatation sollte mehr geübt werden als bisher, da sie wichtige Anhaltspunkte für viele Unterleibskrankheiten gibt. Nach der Austastung des Uterus mittels Fingers empfiehlt Verfasser die Anwendung des neuen, verbesserten, der Lage des Uterus angepaßten, gebogenen Laminariastiftes Bürger von der Firma Johannes Bürger, Ysatfabrik, Wernigerode a. H. Derselbe besitzt die Vorzüge, daß er sofort ohne Zerrungen in die richtige Lage gleitet und die Gefahr des Herein- oder Herausfallens herabsetzt. Da er hohl und steril ist, fließt das Sekret gut ab, wodurch die Infektionsgefahr verringert wird. Zwei dünne Stifte oder ein Zwillingsstift nach Kritzler sind nicht erforderlich, da ein gebogener in den verschiedenen Größen von 3 bis 8 mm vollkommen genügt, wie die Praxis ergeben hat.

LIBRARY
RECEIVED
AUG 31 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 18 BERLIN, DEN 10. AUGUST 1926 44. JAHRGANG

Go!

Bei Kassen zugelassen!

Buccosperin-Tabletten (Dragiert)

Extr. Bucco, fol. uvae ursi, Acethylsalicyls., Salol, Hexamethylentetramin, Ol. menthae, Camphor. monobrom., benzoes. Papaverin.

Diuretisch, harnsäurelösend, anaphrodisierend, schmerzstillend.
Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis, Harngrieß und bei **allen Unterleibsleiden** der Frau.

2—3 Dragées 3—4 mal täglich. K.-P.: Schachtel (40 St.) M. 1,50.

Ester-Dermasan-Ovula mit Silber

(Keine Silberflecke)

Resorptiv! Schmerzstillend! Epithelregenerierend!
Erodierte Portio, gonorrh. Fluor, Cervixkatarrhe, Adnexitiden.

1 Ov. abends einführen. K.-P. (6 St.) M. 1.80.

Lenirenin-Zäpfchen mit Belladonna

Prostatitis, Tenesmen. 1 Supp. nach Defaekation. K.-P. (6 St.) M. 1.80.

Jod-Dermasan Arthritis gonorrhoica.

Einreibung. Salbentopf (35 g) M. 2.—.

Proben und Literatur

Dr. R. REISS

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)

Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: **Theodor Traulsen, Hamburg 36,** Kaufmannshaus. Telegr.-Adresse: „Stovarsol" Hamburg.

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**
u. verwandte Krankheiten (Chorea, Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
In allen Apotheken zu haben.
EPISAN Berendsdorf
Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.
Von Aerzten bestens empfohlen.
Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84a.**

Bad Salzſchlirf und ſein Bonifaziusbrunnen!

Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**
Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

DDr. Fraenkel-Oliven's
Sanatorium „Berolinum", Lankwitz
für männliche und weibliche Nerven- u. Gemütskranke, für Morphinisten, Cocainisten usw. sowie für freiwillige Pensionäre. **Prospekte.**
San.-Rat Dr. **FRAENKEL — Berlin-Lankwitz Viktoria-Str. 60**
Fernsprecher: Lichterfelde 800.

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL

HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
Hovaletten Zyma
KASSENPACKUNG

Zyma
ERLANGEN

HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der orthopädischen Heilanstalt von Prof. Dr. August Blencke in Magdeburg.

Dr. Hans Blencke, Oberarzt: Die chronischen Gelenkerkrankungen und ihre Behandlung 773

Sanitätsrat Dr. Arnold Siegmund, Hameln: Ueber die Arbeit des „Unbewußten“ im Abwehrkampf gegen Krankheits-Erscheinungen, erläutert an einem Falle von Asthma 778

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Königsberg i. Pr. (Direktor: Professor Dr. O. Bruns).

Arno Engelbrecht, Medizinalpraktikant: Untersuchungen über den dosierten Valsalvaschen Versuch am gesunden Herzen 779

Dr. med. H. Gretsel: Gegen die Tuberkulose . . 781

Arthur Keller: Die Beurteilung der körperlichen Entwicklung nach Zahlen. Ein Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz 782

Aus der III. Medizinischen Klinik der königl. ungarischen Pázmány Péter Universität in Budapest (Direktor: Prof. Baron Alex v. Korányi).

Privatdozent Dr. Aladar v. Soos: Die Diätküche im Dienste der Klinik 784

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Fachärztliches Gutachten über den Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod bei F. K. (Zimmermann) 786

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für ein Magengeschwür nicht angenommen 787

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Zusammenhang zwischen Tod infolge Herzschwäche und Dienstbeschädigung durch Verwundung angenommen 787

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Zusammenhang zwischen Ertrinken und Dienstbeschädigung abgewiesen 788

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für Tuberkulose angenommen . . . 789

M. Kantorowicz, Berlin: Die Psychologie der Mediziner 789

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift, Nr. 27 790

Reichsgesundheitsblatt, 1. Jahrg., Nr. 25, 26 . . . 790

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, **102.**, Heft 3 und 4 790

Archiv für Gynäkologie, **129.**, Heft 1 791

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, **115.**, 1. Heft 792

Zeitschrift für Augenheilkunde, Mai 1926 792

Archiv für Augenheilkunde, Heft 2 792

Ugeskrift for Laeger, Nr. 28 792

Hospitalstidende, Nr. 21-25 792

Svenska Läkaresällskapets Handlingar, **52.**, Heft 1 . 793

Finska Läkaresällskapets Handlingar, **68.**, Mai 1926 . 793

Acta Chirurgica Scandinavica, **60.**, Heft 4, 5 . . . 793

Acta Psychiatrica et Neurologica, **1.**, Fasc. 1 . . . 794

La Presse Médicale, Paris, Nr. 49, 50, 52 794

Paris Médical, Nr. 26, 27 794

Annales d'Oculistique, Mai 1926, Juni 1926 795

Medical Journal and Record, Nr. 10-12 796

The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 23—25; Nr. 1 vom 1. Juli 1926 799

California and Western Medicine, **24.**, Nr. 6 . . . 800

The Urologic and Cutaneous Review, Nr. 7 . . . 800

American Journal of Ophthalmology, Mai 1926 . . . 801

Buchbesprechungen 801

Therapeutische Mitteilungen:

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkranke in Baden-Baden. Leitender Arzt: Dr. H. Malten.

Hans Malten: Fortschritte in der Inhalationstherapie 803

Mitteilungen 804

Silicol

Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß

gegen **Lungenkrankheiten,**

antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit

gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**

nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat

Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.

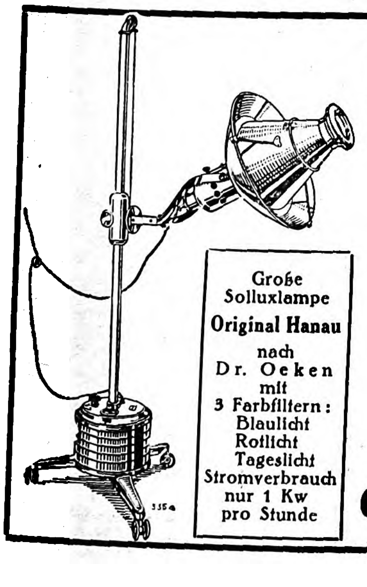
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen

Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**



Das Ideal-Heilmittel

bei akuten Entzündungsprozessen

Hyperämiebehandlung durch die Bestrahlung mit den leuchtenden Wärmestrahlen der

Solluxlampe * Original Hanau

Die Hyperämie, analog der Bierschen Stauung, gepaart mit der analgesierenden Wirkung der Strahlen, ist die Grundlage der verblüffenden Erfolge

Sichere Erfolge bei akuten Entzündungen des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, der Mandeln, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Speicheldrüsen und Lymphdrüsen.

Bei rechtzeitiger Anwendung kein Versager.

Aehnliche Erfolge werden gemeldet bei **Entzündungen der Hoden und Nebenhoden, der Prostata, der Sehnenscheiden und Gelenke, des Rippenfelles,** ferner bei **Kopfschmerz, Neuralgien, Zahnkrankheiten.**

Große Solluxlampe Original Hanau nach Dr. Oeken mit 3 Farbfiltern:
Blaulicht
Rotlicht
Tageslicht
Stromverbrauch nur 1 Kw pro Stunde

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. / Hanau / Postfach 839.

Bei **Rheuma, Gicht, Ischias** usw.
seit 20 Jahren hervorragend bewährt:

Thiopinol-Matzka Schwefelbadeextrakt

Vereinigung von Fichtennadel- und Schwefelbad

Infolge Löslichkeit des Schwefels intensivste Schwefelwirkung. Statt des lästigen Schwefelwasserstoff-Geruchs angenehmer Nadelholz-Geruch, in jeder Wanne verwendbar.

Gesetzlich geschützt in den meisten Kulturstaaten!

Warnung! Es befinden sich Badeextrakte, die gleichfalls die Bezeichnung Thiopinol tragen, aber dieses nur von uns unter Patentschutz hergestellte Präparat nicht enthalten, im Handel. Wir bitten daher, auf den Namen des Erfinders „Matzka“ zu achten.

Aerztliche Literatur zu Diensten.

Chemische Fabrik Vechelde G. m. b. H., Braunschweig

Alleinvertrieb für:
Deutschösterreich u. Jugoslavien: E. Binzer-Noris, Zahn & Co. A.-G., Wien I.
Tschechoslowakei: Rudolf Oster, Arzneimittelgroßhandlung, Aussig a. d. Elbe
Ungarn: Kalman Lehel, Budapest 641.

Viscysatum Bürger
Ysat (Dialysat) aus Viscum album

Hochwirksames Hypotonikum

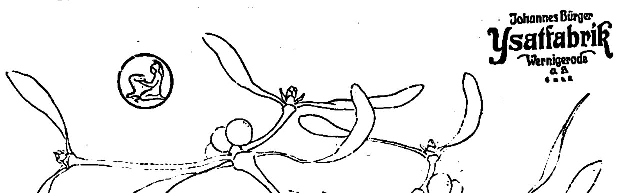
setzt den erhöhten Blutdruck rasch und sicher herab und beseitigt prompt die subjektiven Beschwerden der Hypertoniker.

Dosis: 3 mal täglich 20 Tropfen
Gebrauchsformen:
Tropfgläser zu 30 u. 60 ccm

Neueste Literatur: Dr. Lenhardt, Cassel: Viscysat bei Blutdrucksteigerung, Med. Klinik 1926, Nr. 31.

Literatur und Proben kostenlos.

Gesolei, Düsseldorf, Halle 101, Stand 740.



Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode a. H.

Eukodal-Tabletten

Reizlindernd wie Morphin
Schmerzstillend wie Morphin
Verträglicher als Morphin

Literatur und Versuchsmengen zur Verfügung

E. MERCK
DARMSTADT

Eukodal-Ampullen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 18 — 10. AUGUST 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Aus der orthopädischen Heilanstalt von Prof. Dr. August Blencke in Magdeburg.

Die chronischen Gelenkerkrankungen und ihre Behandlung.

Von

Dr. HANS BLENCKE, Oberarzt der Anstalt.

Wenn im folgenden über die chronischen Gelenkerkrankungen gesprochen wird, so soll nicht die Rede sein von denjenigen infektiösen Gelenkleiden, deren Erreger bekannt sind wie bei der Lues, Gonorrhoe, Tuberkulose, sondern von jenen verschiedenartigen chronischen Erkrankungen der Gelenke, die durch unbekannte Erreger und verschiedene äußere, toxische, innersekretorische Einflüsse und dergleichen entstehen und im allgemeinen unter dem Begriff der chronisch deformierenden Gelenkentzündungen und ähnlichen Bezeichnungen bekannt sind.

Derartige krankhafte Veränderungen der Gelenkform im Laufe des Lebens sind nicht etwa eine Beigabe unserer modernen Kultur und unserer heutigen Zivilisation, sondern zu allen Zeiten der Menschheitsgeschichte zustande gekommen, ohne allerdings bis auf den heutigen Tag eine völlige Ergründung und Erforschung gefunden zu haben.

Vor etwa 100 Jahren veröffentlichte nach **Sudhoff** der namhafte Chirurg Philipp v. **Walther** seine Untersuchungen über das Altertum der Knochenkrankheiten und war richtungweisend für weitere Forschungen, die ergaben, daß nicht nur in der nordalpinen Frühzeit Europas, sondern überall, wo man frühe Knochenreste in Massen zutage förderte (z. B. in Südägypten und Nubien), die Osteoarthritis deformans wie eine gewaltige früheste Pandemie die Menschheit heimsuchte, die nach H. A. **Nielsen**-Kopenhagen die Volksgenossen schon vor dem 40. Jahre hilfelos versteift aufs Lager warf, auf die Mildherzigkeit der Familie angewiesen: eine Folge des Wohnens in feuchten Höhlen und Erdgruben. Ja, die „Höhlengicht" R. **Virchows** hatte um 1870 schon den Weg in die frühe Tierwelt gewiesen, in der namentlich amerikanische Untersuchungen die Arthritis nicht nur über 100 000, sondern über Millionen von Jahren hinaufleiten in die paläontologische Vergangenheit. Soweit **Sudhoff**.

Die chronisch-deformierenden Gelenkerkrankungen sind also ein ständiges Attribut menschlichen und tierischen Lebens von alten Vorzeiten gewesen bis auf den heutigen Tag. Das gealterte Pferd mit seiner „Pflastermüdigkeit" und seinem „Sattelzwang" ist ein lebendiges Beispiel für die deformierende Erkrankung der Beingelenke und die chronisch-deformierende Versteifung der Wirbelsäule. Es gab Zeiten in der Geschichte der Medizin, wo man die chronischen Gelenkerkrankungen in ihrer organischen Aetiologie nicht genügend kannte und wo in England ein Forscher wie **Brodie** 1822 sogar zu dem Ausspruch kam, daß mindestens vier Fünftel aller Gelenkkrankheiten in die Kategorie der Neurosen gehörten, also funkioneller Natur seien. In den letzten Jahrzehnten ist es über diese hysterischen Gelenkleiden sehr stille geworden, und man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß unsere modernen Untersuchungsmethoden, vor allem die Röntgendiagnostik, sehr schnell die große Mehrzahl jener hysterischen Gelenkleiden, jener Gelenkneuralgien, ufgeklärt und in eine der heute bekannten Gruppen organischer Gelenkleiden eingereiht hätte.

Die sogenannte Arthritis deformans kann nach **Borchardt** mit Fug und Recht als typische Abnutzungskrankheit angesehen werden, die im Alter physiologisch auftritt und deren vorzeitiges Auftreten regelmäßig auf chronisch schädigende Reize oder erblich bedingte vorzeitige Abnutzbarkeit (im Sinne der Bildungen mit herabgesetzter Lebensenergie)) zurückzuführen ist. Nach Untersuchungen, die **Beitzke** auf Veranlassung von **His** an 200 Leichen, die klinisch keine Zeichen von Arthritis geboten hatten, angestellt hat, finden sich vom 20. Lebensjahre ab regelmäßig Degenerationserscheinungen an den meisten Gelenken. Diese ersten Anfänge, die also schon bis an die Wachstumsjahre zurückreichen, machen zuächst nicht die geringsten Beschwerden. Die Träger solcher Gelenke wissen zunächst nichts davon, können schwer arbeiten und sich völlig gesund und leistungsfähig fühlen, bis schließlich die Gelenkumformung doch fühlbar wird. Das auslösende Moment der ersten Beschwerden kann vielleicht eine Erkältung, eine Ueberanstrengung, ein an sich belangloses Trauma sein. Die Diagnose ist gewöhnlich bei diesen Leuten und ihren Aerzten „Rheumatismus". **Ewald** steht auf dem Standpunkt, daß dieser Rheumatismus weiter nichts als eine deformierende Gelenkveränderung ist, entstanden in der soeben beschriebenen Weise. Nachdem er sich 15 Jahre an einem Beobachtungsmaterial von Tausenden orthopädisch Kranker gerade mit der Frage der chronischen Gelenkleiden beschäftigt hat, kommt er zu dem Urteil, daß in Nordwestdeutschland eigentlich jede körperlich schwer arbeitende Person über 45 Jahre ihre Arthritis deformans oder Spondylitis deformans hat, bald angedeutet, bald hochgradig, bald unbewußt, bald darunter zeitweise oder immer leidend. Oft seien die Anfänge der Veränderung schon im 30. bis 35. Lebensjahre festzustellen. In ähnlichem Sinne äußerte sich kürzlich **Pels-Leusden**, daß die Arthritis deformans viel häufiger und viel frühzeitiger eintritt, als angenommen wird. Neuerdings berichtet **Alwens** eine beobachtete Zunahme chronisch-deformierender Gelenkprozesse und glaubt einen Zusammenhang dieser Vermehrung mit den Osteopathien (Hungerosteopathie, Spätrachitis) der Kriegs- und Nachkriegszeit als wahrscheinlich annehmen zu müssen.

Die außerordentlich weite Verbreitung der chronischen Gelenkerkrankungen wird weiterhin bewiesen durch ihren Anteil an den zu zahlenden Invalidenrenten, die nach **Plate** entsprechend der Statistik des Reichsversicherungsamtes im Jahre 1903 an neu hinzukommenden Invaliditätsfällen durch Erkrankungen der Bewegungsorgane fast gleich der Zahl der durch Lungentuberkulose Invalidisierten war. Die soziale Last dieser Gelenkinvaliden wiegt dabei um so schwerer, als diese oft eine recht lange Lebensdauer erreichen. **Plate** glaubt, daß diese Zahlen heute noch höher sein dürften. In Schweden sind nach **Plate** 20% der gesamten durch Krankheiten Invalidisierten solche mit chronischen Gelenkerkrankungen.

Diese einleitenden Ausführungen beweisen die außerordentliche Häufigkeit der chronischen Gelenkerkrankungen und den schweren sozialen Schaden, den sie der Menschheit zufügen. Die Tragik liegt darin, daß es fast zum Dogma geworden ist, wir ständen diesen Gelenkerkrankungen machtlos gegenüber. Umso erfreulicher ist es, daß neuerdings die Forschung eifrig bemüht ist, Licht in dieses Dunkel zu bringen und daß bereits erfreuliche Fortschritte unserer Kenntnis über die Entstehung dieser Erkrankungen und auch in der Therapie dieser Leiden zu berichten sind, die uns nicht mehr zu der Machtlosigkeit verurteilen, mit der wir früher diesen Erkrankungen gegenüberstehen mußten.

Für die Erforschung der chronischen Gelenkerkrankungen waren die Arbeiten Virchows grundlegend, die dann von der Seite des Chirurgen Volkmann und seines Schülers Waldmann weiter ergänzt werden konnten. Auf diese Arbeiten, die bereits eine Gliederung verschiedener Formen der chronischen Gelenkleiden brachten, stützten sich die Orthopäden Hoffa und Wollenberg, welche das Gebiet der sogenannten Arthritis deformans trennten von dem auf infektiöse Ursachen zurückzuführenden chronischen Gelenkrheumatismus. Wie ich der Darstellung Aßmanns entnehme, sind leider manche internen Kliniker daran schuld, daß diese erreichte Klärung wieder verwischt wurde, indem sie einen vereinheitlichenden Standpunkt einnahmen. Für die Forschung, welche auf die Ergründung der Aetiologie und des Wesens der chronischen Gelenkleiden abzielte, war dies nicht förderlich. Eine neue Klärung dieses dunklen Gebietes brachte dann 1913 auf dem Internationalen Medizinischen Kongreß in London Friedrich von Müller, indem er eine für die praktische Arbeit förderliche Einteilung der chronischen Gelenkleiden gab, die den Namen „Arthritis" nur für die chronischen Gelenkerkrankungen entzündlicher Natur, also die wirklichen Gelenkentzündungen beibehielt. Für die nicht entzündlichen, sondern degenerativen chronischen Gelenkleiden schlug Friedrich von Müller den Namen Arthropathie vor. Die von Aßmann empfohlene Abkürzung des Wortes Arthropathie in Arthrose nach dem Beispiel der Arteriosklerose, Atheromatose, Nephrose usw. lehnt Beneke ab, da der Ausdruck Arthrose den Begriff des Krankhaften nicht enthält und vor allem von der Normalanatomie bekanntlich längst für den Begriff jeder Form von Gelenkverbindung vorweggenommen ist, ebenso von der pathologischen Anatomie beim Begriff der Pseudarthrose. Man kann wohl aus diesen Gründen Benekes Ablehnung beipflichten, damit nicht noch mehr Verwirrung in die medizinische Terminologie hineingetragen wird.

Beneke macht dagegen einen sehr einleuchtenden Vorschlag zu einer einheitlichen nach streng anatomischen Gesichtspunkten geordneten Gliederung dieses sprachverworrenen Gebietes der chronischen Gelenkleiden. Für die Gesamtvorstellung der Gelenkschädigung schlägt er die Bezeichnung Arthronosis vor. Der Einteilung der Gelenke durch die normale Anatomie in Synarthrosen (Halbgelenke) und Diarthrosen (Vollgelenke) entsprechend kommt dann Beneke zu den Begriffen Synarthronosen für Erkrankungen der Halbgelenke und Diarthronosen für Erkrankungen der Vollgelenke. Die alten Begriffe entzündlicher (Arthritis) und degenerativer (Arthropathie) Erkrankungen lassen sich diesem Schema unterordnen. Die Schaffung eines übergeordneten Begriffes für alle Formen von Gelenkerkrankungen ist vor allem deshalb so zweckmäßig, weil die Forschung von den großen Gruppen der Arthritiden und Arthropathien noch die endokrin veranlaßten und toxisch bedingten Krankheitsgruppen trennen lehrte.

Beneke hat dann auf der 16. Tagung der deutschen Röntgengesellschaft ein Schema der ätiologischen Einteilung der chronischen Arthronosen gegeben, die er trennt in solche vorwiegend physikalischen und solche vorwiegend chemischen Ursprungs, jede Gruppe gegliedert nach endogenen und exogenen Ursachen:

1. Arthronosis physica:
   - a) endogene Ursachen:
     - α) Raumverschiebungen durch Lageanomalien,
     - β) abnorme funktionelle Beanspruchung,
     - γ) Veränderungen der physikalischen Beschaffenheit der Gewebe.
   - b) exogene Ursachen:
     - α) ein- oder mehrmalige mechanische Traumen (Zerreißung, Verschiebung bis zur Ablösung, abnorme Beanspruchung),
     - β) thermische und aktinische Schädigungen.
2. Arthronosis toxica:
   - a) endogene Ursachen:
     - α) allgemeine Säfteänderungen (ererbte oder erworbene Stoffwechselkrankheiten, abnorme Hormonbildungen),
     - β) lokale Aenderungen des Gewebestoffwechsels (abnorme Saftbewegung, Ablagerung abnormer Stoffwechselprodukte);
   - b) exogene Ursachen:
     - α) allgemeine Intoxikation (Alkohol, Blei und infektiöse Toxaemien),
     - β) lokale Intoxikation (Einspritzung von Giften [Jod]; lokale, subakute, infektiöse Entzündungen: Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe, Typhus, Rheumatismus usw.).

Morphologisch teilt Beneke die chronischen Arthronosen in solche der Synarthrosen und Diathrosen, wobei er die überwiegend kapsulären Formen trennt von den überwiegend ossi-kartilaginären, die er jede zergliedert in eine hyperplastische, atrophierende und ablagernde Gruppe:

Arthronosis (Mono-, Poly-) chronica:

1. praesertim capsularis:
   - a) hyperplastica
     - α) exsudativa,
     - β) villosa,
     - γ) ankylopoetica („Arthritis pauperum"),
   - b) atrophicans („Arthritis sicca"),
   - c) deponens
     - α) urica,
     - β) ochronotica,
     - γ) hämorrhagica,
     - δ) amyloidea;
2. praesertim ossi — cartilaginea:
   - a) hyperplastica („Arthritis deformans"),
   - b) atrophicans („Arthritis sicca" — „Malum senile"),
   - c) deponens
     - α) urica,
     - β) calcarica,
     - γ) ochronotica.

Es handelt sich hier um schematische Einteilungen der Arthronosen — diesen Begriff wollen wir uns zu eigen machen — von der Seite des pathologischen Anatomen. Auf demselben Kongreß gab der innere Kliniker Aßmann eine klinische Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen in folgender Weise:

I. Nichtentzündliche Gelenkerkrankungen.

1. Osteoarthropathia deformans (historische „Arthritis deformans" von Virchow und Volkmann),
2. Osteoarthropathia juvenilis (Perthes'sche, Köhlersche Krankheit und ähnliche Epiphysen — Wachstumsstörungen auf endokriner Basis).
3. Osteoarthropathia neuropathica, insbesondere bei Tabes und Syringomyelie.

Anhang: Blutergelenke, Osteoarthropathia alcaptonurica, Gelenkgicht, Osteoarthropathia deformans im Anschluß an primär entzündliche Prozesse.

II. Entzündliche Gelenkerkrankungen, Arthritiden.

1. Sekundäre Polyarthritis im Anschluß an einen typischen akuten Gelenkrheumatismus.
2. Primäre chronische Polyarthritis, die frühere destruens von Hoffa und Wollenberg.

Anhang: Polyartikuläre, nicht entzündliche Gelenkerkrankung auf Grund rein endokriner (ovarieller?) Störung (Umber; Munk).

III. Gelenkerkrankungen der Wirbelsäule.

1. Spondylitis deformans (Aßmann schlägt Spondylosis vor wegen des nicht entzündlichen Charakters der Erkrankung).
2. Spondylarthritis ankylopoetica (Strümpel, Pierre-Marie, Bechterew).

Von neueren Arbeiten von chirurgischer Seite verdienen die Forschungen Payrs beachtet zu werden. Er hält noch an der alten Bezeichnung der Arthritis deformans fest und unterscheidet eine primäre idiopathische Arthritis deformans von einer sekundären, wobei er die primäre Form als Aufbrauchkrankheit anspricht, die sekundäre als Folge jeder primären Schädigung des befallenen Gelenks durch eine Vielzahl „auslösender" Ursachen: Systemerkrankungen des Skeletts (z. B. Rachitis); Deformitäten, geschlossene und offene Traumen, Inaktivität, Bluterkrankheit, Gicht und andere Stoffwechselstörungen, Intoxikationen, akuter oder schlecht einsetzender Infekt, besonders in Form der chronisch-bakteriell toxischen Schädigung, chronische Mykosen, endokrine Störungen, Nervenkrankheiten.

Es ist schwer, diese verschiedenartigen Einteilungen des Pathologen Beneke, des Internisten Aßmann und des Chirurgen Payr auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Wir würden einen großen Fortschritt erzielen, wenn die verschiedenen Zweige der medizinischen Wissenschaft sich auf eine einheitliche Einteilung der chronischen Arthronosen und vor allen Dingen auf eine einheitliche Nomenklatur der verschiedenen Formen einigen könnten. Wir würden damit unser Schrifttum entwirren und jede weitere Forschung dieser Gelenkerkrankungen, die, wie Payr sich mit Recht ausdrückt, beim Allgemeinpraktiker als Fachkollegen in gleich schlechtem Rufe stehen, ganz erheblich erleichtern.

Eine Tatsache wird von allen Autoren hervorgehoben, daß die Differenzierung der verschiedenen Arthronosen in den fortgeschrittenen Stadien, in denen sie gewöhnlich erst in die Hände des Arztes gelangen, außerordentlich schwierig ist. Dieselbe Krankheitsursache kann, wie Aßmann betont, oft recht verschiedenartige klinische und auch anatomische Krankheitsbilder auslösen. „Wenn wir nun klinisch oder anatomisch nur das augenblickliche Zustandsbild ohne Kenntnis vom Werdegange der Krankheit vor uns haben, so ist es vielfach sehr schwer oder gar nicht möglich, eine klare Entscheidung zwischen diesen so verschiedenartigen Krankheitsursachen zu treffen." „Das Röntgenbild gibt zwar ein getreues Abbild der anatomischen Verhältnisse, aber die Frage des Ursprungs der Erkrankung kann aus rein formalen Kennzeichen oft nicht erschlossen werden." Es kommt hinzu, daß in fortgeschrittenem Stadium ätiologisch verschiedene Arthronosen einander täuschend ähnliche Bilder geben können. Die Endzustände mit ihren Gelenkversteifungen und knöchernen Deformierungen sind zudem nach vielerlei verschiedenen Ursachen die gleichen, so daß auch die pathologisch-anatomische Untersuchung Rückschlüsse auf das Krankheitsgeschehen meist nicht mehr gestattet.

Selbst die Abgrenzung unserer zur Erörterung stehenden chronischen Arthronosen gegen spätluetische Gelenkerkrankungen oder gegen das klinische Bild des von Poncet beschriebenen tuberkulösen Gelenkrheumatismus ist oft äußerst schwierig. Neuerdings ist auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose der chronischen Formen tuberkulöser Gelenkerkrankungen von Alwens hingewiesen, ebenso für die spätluetischen Arthritiden von Strauß, der sogar unter 100 Fällen von chronischer Arthritis nicht weniger als zehnmal einen positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion beobachtete.

Ueber die Art des Beginnes der chronischen Arthronosen gehen die Meinungen der Forscher auseinander. Pommer erblickt die ersten Erscheinungen in einem Elastizitätsverlust des Gelenkknorpels, wodurch die Funktion des Knorpels behindert wird. Anschließend soll es dann zur allmählichen Entstehung von Knorpelnekrosen kommen, worauf sich weiterhin sekundäre Bindegewebswucherung, Randexostosen und Verklebung der Gelenkflächen entwickeln. Axhausen nimmt eine mykotisch-embolische Entstehung mit folgender Knorpelnekrose an. Auf Grund seiner experimentellen Arbeiten vertritt Axhausen die Auffassung, daß die gewöhnliche chrondrale Arthritis deformans eine Steigerung der physiologischen Gelenkabnützung darstellt, die durch nutritive Schädigung des Gelenkknorpels hervorgerufen wird. „Der erhöhten Wirkung der Funktion auf den geschädigten Knorpel, die uns in der Form der Knorpelzerfaserung, Knorpelabschleißung, Knorpelusur u. s. f. entgegentritt, gehen erhöhte regeneratorische Vorgänge parallel, die in der Synovialhyperplasie, Randwulstbildung, in der Knorpelzellwucherung und der Wucherung des subchondralen Markes erkennbar werden. Die Randwulstbildung ist eine Teilerscheinung dieser regeneratorischen Vorgänge." A. Schmidt fand bei seinen Experimenten zwei Haupttypen einer deformierenden Gelenkentzündung:

Die eine beruhte auf einer Schädigung der subchondralen Kapillaren und bestand in einer Vaskularisation des Gelenkknorpels, der zweite Typus war ein adhäsiver, der von der Synovialis ausging. „Daß jede Ernährungsstörung des Knorpels, die eine partielle Nekrose desselben zur Folge hat, seine Elastizität herabsetzen muß, liegt auf der Hand." In seinen Fällen sieht Schmidt die Gefäßunterbrechung als die auslösende Ursache an, der sekundär Knorpelnekrose und Vaskularisation folgen. Keineswegs stellt aber Schmidt in Abrede, daß die Pommersche Auffassung der primären Elastizitätsminderung des Knorpels für viele Fälle zu Recht besteht, womit er eine zwischen beiden Theorien, die sich in Axhausen und Pommer scharf gegenüberstanden, vermittelnde Stellung einnimmt, die auch Beneke teilt.

Nach der allgemeinen Erfahrung ersetzt der Organismus verlorengegangene Elastizität durch vermehrte Festigkeit. Beneke bringt schöne Beweise an Hand von Röntgenbildern chronisch-entzündlich versteifter Wirbelsäulen, wo primär die Zwischenwirbelscheiben degenerieren, ihre Elastizität verlieren und wo dann die knöcherne Umformung der Wirbelsäule einsetzt, um die Stöße und Erschütterungen durch Versteifung abzufangen, nachdem die elastische Kraft des Knorpels gebrochen ist. Dieser „funktionellen Theorie" Benekes schließt sich auf Grund ausgedehnter anatomischer und histologischer Untersuchungen über die Veränderungen der Hüftpfanne bei Arthritis deformans Lang an, der gleichfalls die Ursache in einem Elastizitätsverlust des Knorpels sucht und die Auffassung Axhausens ablehnt, der auch für die Epiphysenerkrankungen des Wachstumsalters (Perthes, Köhler, König) primäre mykotisch-embolische Nekrosen annimmt. Für die juvenilen Formen der Perthesschen Hüftgelenkdeformierung lehnt auch Murk Jansen die Axhausensche Theorie des primären mykotisch-embolischen Gefäßverschlusses ab und sieht die Ursache in der röntgenologisch nachweisbaren Untiefe der Hüftpfanne (Coxa plana), die eine in der Keimanlage bedingte Wachstumsanomalie darstelle und infolge ungleichmäßiger Belastung zu einer Impression und Umformung des Oberschenkelkopfes führe.

Die Wichtigkeit elastischer Gelenke, elastischen Ganges und elastischer Haltung stellt vor allem Plate heraus. Plattfuß und Skoliose beeinträchtigen die Elastizität des Ganges und anderer Bewegungen und führen dadurch zu Schädigungen besonders aller der Stützfunktion des Körpers dienenden Gelenke und Knochen. Der unelastische, stampfende, stoßende Gang des Plattfüßigen schafft eine vorzeitige Abnutzung und Herabsetzung der Elastizität der großen, die Körperlast tragenden Gelenke und damit die Vorbedingung für vorzeitige Gelenkdeformierungen. Die Ueberbeanspruchung der Gelenkelastizität stellt einen schädigenden Einfluß dar, so, daß nach Pels-Leusden eine frühzeitige Arthritis deformans eine häufige Erkrankung der Parterreakrobatiker darstellt. Die lokalen Ursachen der chronischen Arthronosen sind damit nicht erschöpft. Ein Blick auf die oben gegebenen Einteilungen von Beneke, Aßmann und Payr läßt noch die verschiedensten Möglichkeiten der Aetiologie erkennen, ohne daß im Rahmen dieser Arbeit eine umfassende Darstellung gegeben werden kann.

Bei der Beurteilung der Arthronosen muß vor allem berücksichtigt werden, daß nicht nur für sich allein ein oder mehrere Gelenke krankhaft verändert sind. Plate sagt mit Recht: „Das Gros der chronischen Arthritiden sind Teilerscheinungen einer Allgemeininfektion", und an anderer Stelle: „In allen Stadien erfordern sie, da sie meist Teilerscheinungen einer Allgemeinerkrankung sind, eine Behandlung des ganzen Menschen." Beneke betont ausdrücklich: „Die Gelenke stehen doch nicht isoliert im Organismus; endogene Schädigungen, welche in ihnen sichtbar werden, müssen auch in allen anderen Geweben irgendwelche Folgerungen gezeitigt haben, deren Kenntnis und Verständnis vielleicht erst von der Basis der Gelenkerkrankungen aus sich entwickeln kann." Wie diese innigen Wechselwirkungen zwischen chronischer Arthronose und Gesamtorganismus nicht übersehen werden dürfen, so muß vor allem stets beachtet werden, daß zur Erkrankung des Gelenks ganz automatisch auch eine Schädigung des Bewegungsapparates, der Muskulatur hinzutreten muß. Mit der Entwickelung der Gelenkerkrankung geht eine Abmagerung der zugehörigen Muskulatur parallel. Diese Muskelatrophie muß wohl weniger durch Inaktivität als reflektorisch entstanden angesehen werden, da sie nach den Tierversuchen Hoffas bei akuten Gelenkentzündungen oft schon nach wenigen Tagen auftritt. Hinzu kommen dann weiterhin bei den chronischen Entzündungsformen Störungen des Blut- und Lymphkreislaufes, eine verlangsamte Zirkulation, eine Stase, Oedem und narbige Veränderungen im Bindegewebe mit Schrumpfungen der Gelenkweichteile und Schwielenbildung in der Gelenkkapsel und ihren Bändern. Wollenberg hat auf die Bedeutung gleichzeitiger Arteriosklerose der zuführenden Gefäße hingewiesen. Plate macht besonders auch auf die chronischen Arthritiden aufmerksam, welche durch Keime hervorgerufen werden, die Ueberbleibsel einer akuten Polyarthritis darstellen, relativ gutartig sind, aber besondere Neigung haben, die Gelenke zu befallen und in immer wieder auftretenden Schüben neue Attacken auszulösen. Der Wechselbeziehungen zwischen Arthronose und Gesamtorganismus gibt es also genügend.

Die neueren Forschungen haben vor allen Dingen eine stärkere Bewertung endokriner Störungen und konstitutioneller Einflüsse gebracht.

Aßmann liefert schöne Beispiele für die Bedeutung endokriner Störungen und kann an Röntgenbildern bei hypophysärem

Zwergwuchs ähnliche multiple Epiphysenumformungen zeigen, wie sie isoliert Perthes, Köhler und andere an den verschiedensten Gelenken Jugendlicher beschrieben haben. Die Ueberordnung der Hormone über den Stoffwechsel des Skelettsystems ist ja eine anerkannte Tatsache, und so wird es wahrscheinlich gemacht, daß Störungen der inneren Sekretion auch für die Entstehung der Arthronosen von Wichtigkeit sind. Es sei in diesem Zusammenhange hingewiesen auf die Beobachtung von Menge, der mehrfach nach Kastrationsbestrahlungen Gelenkbeschwerden sah und diese Erkrankung als eine Arthropathia ovaripriva bezeichnete. Es sei hingewiesen auf die im Klimakterium oder mit Einsetzen desselben auftretenden trockenen Gelenkentzündungen, besonders in den Kniegelenken, so daß man von einer klimakterischen Gelenkentzündung sprechen kann, wahrscheinlich bedingt durch die mit dem Versiegen der Ovarialfunktion einhergehende Störung der Hormone. Umber bezeichnet diese Form als endokrine chronische Periarthritis (Destruens), die fast ausschließlich beim Weibe auftritt im Zusammenhang mit Menarche, Klimakterium, Sterilisation usw. und von den meisten Autoren auf Unterfunktion der Schilddrüse zurückgeführt wird. In gleicher Richtung liegen die von Neumann und Landé beschriebenen sechs Fälle von sogenannter endokriner Arthritis, in denen die schweren Störungen im Klimakterium oder nach Exstirpation der Ovarien auftraten.

Von weittragender Bedeutung ist ferner die Konstitutionspathologie für die Kenntnis der Entstehung der Arthronosen geworden. So betont Buchmann nach seinen Erfahrungen in dem Rheumatikerkurort Tiberias das Vorwiegen der konstitutionellen Momente in der Aetiologie der dort in Palästina vielfach in der Form der „Arthritis genuina sicca“ auftretenden Erkrankungen.

Die moderne Konstitutionslehre von Borchardt hat als Gegensatz zu dem bekannten hypoplastischen Symptomenkreis des Asthenikers einen reaktiven Symptomenkreis abgegrenzt, die sogenannte „reizbare Konstitution“ (Status irritabilis), deren Charakteristica die erhöhte Reaktionsfähigkeit auf Reize aller Art und die dadurch bedingten Veränderungen sind. Hierher gehört der Typus der Hyperplastiker und Hypertoniker, der Begriff des Arthritikers, dessen breiter, gedrungener Körperbau die Folge erhöhter Leistungen und gesteigerter Reaktionsfähigkeit ist. Sowohl der akute wie der chronische Gelenkrheumatismus zeigt weitgehende Abhängigkeit von konstitutionellen Momenten, die vererbbar sind und das häufige familiäre Auftreten veranlassen. Die Wetterempfindlichkeit arthritischer Gelenke ist nach Borchardt eine Aeußerung erhöhter Reaktionsfähigkeit gegenüber meteorologischen Einflüssen. Die reizbare Konstitution schafft eine erhöhte Entzündungsneigung der Gelenke und begünstigt deren frühzeitige Abnutzung. Infekte und Traumen, ebenso endokrine Störungen wirken häufiger und schaffen stärkere Reize, so daß eine größere Neigung solcher Gelenke zur frühzeitigen Abnutzung und damit zur Entstehung chronischer Arthronosen besteht. Diese konstitutionelle Arthronose als reine Form der Aufbrauchkrankheit ist nach Borchardt pathologisch-anatomisch noch weit häufiger als klinisch nachweisbar.

Die reizbare Konstitution geht weiterhin einher mit frühzeitiger Abnutzung der Gefäßwände, also auch der Arteriosklerose, deren gleichzeitiges Vorkommen mit Arthronosen Wollenberg betonte. Die Konstitutionslehre zeigt, daß Arthronose und Arteriosklerose parallel laufende Abnutzungserscheinungen sind, ebenso die frühzeitige Sklerose endokriner Organe, die, wie wir oben sahen, allein schon wieder geeignet ist, die Entstehung chronischer Arthronosen auszulösen.

Ebenso sind konstitutionelle Momente für die neuropathischen Arthropathien ausschlaggebend, hat doch Stern bei 50% aller Tabiker die Stillersche asthenische Konstitutionsanomalie, bei 35% die Borchardtsche reizbare Konstitution gefunden, bei normalem Habitus überhaupt keine einwandfreie Tabes.

Die reizbare Konstitution entwickelt selten schon in der Jugend, bei der Mehrzahl der Fälle meist von einem gewissen Alter ab den arthritischen Habitus, der durch einen kurzen gedrungenen Hals, breiten, gut gewölbten und tiefen Brustkorb, reichliches Fettpolster und gute Muskulatur ausgezeichnet ist und als Abarten den Habitus emphysematosus und den Habitus apoplecticus enthält. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die von anderen Gesichtspunkten aufgebaute Konstitutionslehre der Franzosen, deren Typus digestivus ungefähr unserem arthritischen Habitus entsprechen würde. Die Konstitutionsforschung ist ein Neuland, auf dem noch viel zu erforschen übrig bleibt, von dem aber erwartet werden darf, daß es weiter Licht in das Dunkel der Arthronosen bringen wird. Mit diesen Fragen der Konstitutionspathologie der Gelenke hat sich neuerdings auch Payr beschäftigt, der fünf Angriffspunkte konstitutioneller Einflüsse für die Pathologie der chronischen Gelenkleiden unterscheidet:

1. Rein mechanische Minderwertigkeiten (Gelenkschwächlinge, Auswirkungen asthenischer Körperverfassung).
2. Minderwertigkeit gegenüber infektiös-toxischen Schädigungen (lymphatischer Konstitutionstyp).
3. Verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Stoffwechselstörungen (Typus der Arthritiker, Hyperplastiker, Hypertoniker).
4. Gelenkleiden unter endokrinem Einfluß.
5. Neuroarthropathien mit zwei klinischen Haupttypen, einem hypästhetischen, hypotonischen und einem hyperästhetischen hypertonischen Typus.

Soweit der Stand der heutigen Forschung, der es hoffentlich in Zukunft gelingen wird, noch weitere Erkenntnisse über die Ursachen der verschiedenen Formen der Arthronosen zu gewinnen. Vor allem müssen wir uns darauf einstellen, wie Aßmann betont, bei verschiedenen Formen der Gelenkerkrankungen nicht nur einen, sondern mehrere ursächlich wichtige Umstände zu berücksichtigen, von denen einer oder einige den Boden vorbereiten, auf dem andere Schädlichkeiten Fuß fassen und zu dem vollständigen Bilde der Gelenkerkrankungen führen können. Z. B. könne eine Prädisposition zur Erkrankung durch erbliche konstitutionelle Abweichungen bzw. durch endokrine Störungen geschaffen werden, das Gelenkleiden selbst aber erst durch exogene Einflüsse, z. B. traumatischer oder entzündlicher Art, ausgelöst werden.

Es ist klar, daß die Behandlung der chronischen Arthronosen um so aussichtsreicher sein wird, je besser es uns gelingt in die Aetiologie der einzelnen Krankheitsfälle einzudringen. Die neugewonnenen Erkenntnisse über die Pathogenese der Arthronosen haben dazu geführt, daß beachtenswerte Vorschläge zur Prophylaxe gemacht wurden, nach dem alterprobten Grundsatz, daß die Verhütung der Krankheit wichtiger ist als ihre Behandlung.

Bei der Wichtigkeit der Konstitution für die Entstehung von Arthronosen muß nach Payr die Prophylaxe der vorzeitigen Altersschäden schon in der Jugendzeit des Individuums durch kluge Beratung von seiten des Arztes bei der Berufswahl einsetzen. Ferner werden große Hoffnungen auf die körperliche Ertüchtigung gesetzt. Es wird, nach Auffassung Payrs, Sache der Konstitutionslehre sein, den durch die Minderwertigkeit der Gewebe und Organe bei den einzelnen Typen bedingten Schwächen und Insuffizienzerscheinungen durch Uebung, Sport, Massage, zweckmäßige Ernährung zur Ueberwachung von schädigendem Fettverlust oder Fettansatz zu einer Zeit zu begegnen, da die Veränderungen noch nicht irreparabel geworden sind.

Es ist ja leider so, daß die Gelenkveränderungen, wenn sie einmal eingetreten sind, nicht mehr beseitigt werden können. Darum weist auch Plate der Prophylaxe die wesentlichste Rolle zu. Sie liegt auf dem Gebiete der Orthopädie, die durch sorgfältigste Behandlung von Frakturen und Knochenerkrankungen, erworbenen und angeborenen Deformitäten ein normales Skelettsystem formen soll, damit dem Eintreten von Veränderungen der Belastungsrichtung vorgebeugt wird. Plate als Internist und als einer der hervorragendsten Kenner der Arthronosen hat damit die vorbeugende Bedeutung der Orthopädie so scharf herausgestellt, wie es für die chronischen Arthronosen bisher selbst von Seiten der Orthopäden wohl kaum geschah. Plate erstrebt, schon ausgehend von der Bekämpfung des Plattfußes, das Ziel, dem Körper seine normale Elastizität und damit die Gelenkknorpel gesund zu erhalten. Plate fordert ferner eine gute, zweckmäßige Schulung der Körpermuskulatur, weil dadurch ein normaler und schonender Gelenkgebrauch gewährleistet wird. Orthopädie und Leibesübungen heißen also die Träger der Prophylaxe. Welche Form der Leibesübung jeweils in Frage kommt, ist eine Entscheidung, die von sportärztlicher Seite zu treffen ist und die die Ergebnisse der Sporttypenforschung und die Erfahrungen über Sportverletzungen und Sportschädigungen mit der Körpereigenart des zu Beratenden in Einklang bringen muß. Solche „Systeme“ und Sportarten, die erfahrungsgemäß leicht und häufig Gelenkschädigungen setzen, sind zu vermeiden. Man wird Leuten mit arthritischem Habitus nicht zum Fußballspiel raten.

welches bekanntlich die Kniegelenke leicht in Mitleidenschaft zieht. Man wird übertriebene Lockerungsübungen der Gelenke und gewaltsame Dehnübungen der Muskulatur vermeiden müssen. Man wird Leute, die durch Plattfüßigkeit bereits einen Teil ihrer Körperelastizität verloren haben, in den Wassersport oder eine andere Leibesübung schicken, wo die Gelenkelastizität keinen weiteren Schädigungen ausgesetzt ist. Man wird Uebungen, die an Parterre-Akrobatik grenzen, zu meiden haben, unter Hinweis auf die oben erwähnte Feststellung Pels-Leusdens. Dieses Ziel der sportärztlichen Beratung dürfte heute im „Zeitalter der Leibesübungen" ebenso wichtig gelten wie die ärztliche Berufsberatung, bei der gleichfalls die Kenntnis der Berufsschädigungen und die Ergebnisse der Konstitutionswissenschaft verwertet werden müssen, wenn es gilt die Körpereignung bei der Berufswahl zu berücksichtigen.

In das Gebiet der Prophylaxe, ebenso auch der Therapie fällt dann die Ausschaltung aller chronischen Infektionsherde in den Tonsillen, Nasennebenhöhlen, Zahnalveolen usw., von wo die entzündlichen Arthronosen auf dem Blutwege ihre Keime und Toxine zugeführt erhalten. Eine Ausräumung dieser primären Keimnester schützt vor neuen Schüben und Ausschwemmungen, und damit vor neuen Gelenkattacken.

Wir dürfen hoffen, daß eine Prophylaxe, die in dem angedeuteten Sinne getrieben wird, die Entstehung so mancher Arthronose verhindert. Wo die Arthronose erst einmal entwickelt ist, kann mit der Beseitigung knöcherner Veränderungen nicht mehr gerechnet werden. Man wird in den meisten Fällen froh sein, wenn es gelingt eine weitere Verschlimmerung zu verhüten und den bereits erreichten Krankheitsgrad so erträglich wie möglich zu gestalten.

Zwar ist man chirurgischerseits nach dem Vorschlag von Hildebrand darangegangen, die Arthritis deformans zu operieren, die Gelenkränder zu glätten, Knochenwucherungen zu beseitigen, aber ist etwa die Arthronose ein Leiden sui generis? Sind nach dem Abmeißeln der Randwülste nicht die Einflüsse der Konstitution, die endokrinen Störungen, die toxischen oder bakteriellen Ursachen unverändert geblieben? Zudem bleibt zu berücksichtigen die oft gleichzeitig vorhandene Arteriosklerose, die eine Minderung der Widerstandsfähigkeit gegen Infektionsgefahr und eine Verzögerung der Wundheilung mit sich bringt; ferner beachte man die Möglichkeit latenter Keimnester in der Gelenknähe. Operieren wird man die Arthronose heute wohl nur bei ganz besonderen Bedingungen und strenger Indikationsstellung: Abmeißeln besonders schmerzhafter Randwülste, Ausräumen von hypertrophischen Fettzotten, Ausschneiden von schwieligen Verhärtungen der Gelenkkapsel, Entfernen geschädigter Gelenkknorpel und freier Gelenkkörper.

Bei endokriner Ursache der Arthronose ist die Behandlung mit Hormonpräparaten, Reizbestrahlungen einzelner endokriner Drüsen, vielleicht Einpflanzung von Ovarien oder dergleichen das Gegebene.

Bei Arthronosen der Beingelenke ist die Statik der Beine zu prüfen und wiederherzustellen, soweit das möglich ist. Ausgleich des Plattfußes durch eine federnde Einlage, bei fortgeschrittenen Fällen am Fußgelenk, Knie oder Hüfte Anfertigung eines entlastenden Schienenhülsenapparates sind erfolgversprechende Maßnahmen der orthopädischen Technik.

Payr empfiehlt bei der von ihm sogenannten primären Arthritis deformans zur Erweiterung der Gelenkkapsel wiederholte Gelenkfüllungen mit ½%iger Novokain-Adrenalinlösung, ebenso bei der sogenannten sekundären Arthritis deformans, wo er dem Lokalanästhetikum noch Pepsin-Pregl-Lösung hinzufügt. Die Beweglichkeitszunahme sei oft erstaunlich. Vor einer Verallgemeinerung der Payrschen Gelenkfüllungen empfiehlt jedoch Hoffmann Zurückhaltung wegen Gefahr der Infektion und Fraglichkeit ihrer Wirkung und deren Dauer.

Eine bedeutende Rolle in der Therapie der chronischen Arthronosen spielt seit Alters her die Wärme- und Bäderbehandlung, neuerdings von Bier durch seine Arbeiten über Hyperämie als Heilmittel wissenschaftlich durchforscht. Wir wenden heute die Wärme in jeder Form an, sei es in den Thermalbädern, von denen sich manche seit Alters her eines hohen Rufes für Gelenkversteifungen erfreuen (Gastein, Wiesbaden, Pistyan, Teplitz, Tiberias usw.), sei es in Form von Packungen mit Moor, Fango oder der als besonders billig von Chlumsky neuerdings empfohlenen Melasse. Dazu kommen Heißluft-, heiße Sandbäder, Prießnitzumschläge, schließlich die Ausnutzung der Jouleschen Wärme in der Diathermie. Alle diese Methoden laufen darauf hinaus, die stockende Zirkulation des erkrankten Gelenks zu steigern und die Abschwemmung der Stoffwechselschlacken zu unterstützen.

In ähnlicher Weise durch Förderung des Gelenkstoffwechsels wirken wohl auch die von Payr, Staunig u. a. empfohlenen kurzdauernden Röntgenreizbestrahlungen erkrankter Gelenke; hierbei wirkt der Strahlenreiz anregend auf die stagnierende Zelltätigkeit, vielleicht wirken die Strahlen teilweise auch eiweißzersetzend und schaffen dadurch Proteinkörper, die nun im Sinne der Reiztherapie eine weitere Protoplasmaaktivierung hervorrufen.

Eine überragende Stellung in der Behandlung der chronischen Arthronosen nimmt heute die Reizkörpertherapie ein, um deren Begründung und Erforschung sich gleichfalls Bier ein hohes Verdienst erworben hat. Die parenterale Zufuhr eines Eiweißkörpers oder anderen Reizkörpers ruft eine Protoplasmaaktivierung hervor, besonders an alten chronischen Erkrankungsherden, die durch Wiederholung und geeignete Dosierung der Reize in akute Formen umgewandelt und so einer günstigeren Behandlungsmöglichkeit zugeführt werden. Diese allgemeinen Wirkungen werden durch nichtspezifische Proteinkörper hervorgebracht und treffen naturgemäß auch den Gesamtorganismus. So wies Vorschütz bei unspezifischer Reiztherapie einen drei Tage anhaltenden Zellreiz an den Erythrozyten nach. In chronischen Entzündungsherden, also auch in den chronischen Arthritiden, erfolgt eine derartige Reaktion bereits auf niedrigere Reize als an den gesunden Körperstellen. Die chronischen Gelenkentzündungen sind also allergisch, überempfindlich gegen die Reizkörperinjektionen. Nach dem heutigen Stande der Reiztherapie sollen wir uns mit Schwellenreizen begnügen im Sinne Zimmers, mit niedrigsten Dosen, die gerade noch ausreichen, eine Reizwirkung in dem allergischen Gelenk auszulösen. Zu hohe Reize — ich folge hier den Ausführungen Plates — führen zu unerwünschten Folgen und können im Gebiet der chronischen Entzündung Zustände hervorrufen, die Gerlach als hyperergische Entzündung beschrieben hat und vor denen Bier warnt. Zu hohe Reize bringen unerwünschte Nebenwirkungen, stürmische Resorption entzündlichen Materials, Fieber, Nekrosen, ungünstigenfalls tödliche Folgen, wenn durch den Reiz die Erreger aktiviert werden. Auf die Gefahr, daß solche Zustände drohen, werden wir durch eintretendes Fieber hingewiesen, deshalb soll die Reiztherapie Injektionen vermeiden, die zu Fieber führen.

Reiztherapie kann nach Plate nur wirken bei Allergie des zu behandelnden Gelenks, also nur bei einer wirklichen chronischen Entzündung. Das Ausbleiben einer Reizwirkung nach der Injektion wird von Payr sogar als ein differentialdiagnostischer Anhaltspunkt für die nicht entzündliche Natur der Gelenkerkrankung gewertet. Den primären, idiopathischen Arthronosen, die nur als Abnutzungserkrankung, als Degeneration aufzufassen sind, schreibt Payr keine Aussicht zu, auf Reiztherapie anzusprechen, ebenso Plate. Soweit die Theorie der Reiztherapie. In der Praxis, das wurde oben bereits gesagt, ist es schlechterdings kaum möglich durch die Untersuchung einer Arthronose zu entscheiden, ob sie primärer oder sekundärer Genese, nicht entzündlicher oder entzündlicher Natur ist. Wir haben jedenfalls in vielen als genuiner, idiopathischer Abnutzungsarthronosen imponierenden Fällen recht günstige Wirkungen durch die Reiztherapie gesehen. Fliegel und Strauss, die ebenso wie wir mit Mirion Reiztherapie treiben, schreiben sogar: „Nur Fälle mit echter (primärer) Arthritis deformans sprechen auf Mirion an und nur in diesen Fällen ist Erfolg zu erzielen." Wir sehen uns hier Widersprüchen gegenüber, die es dringend erforderlich machen, daß wir einheitliche Begriffe über die verschiedenen Gruppen der Arthronosen bekommen. Unsere Erfahrung an bisher 200 mit Mirion behandelten Arthronosen zeigt jedenfalls Erfolge im Sinne von Strauss und Fliegel bei primären Arthronosen, andererseits aber auch bei solchen entzündlicher Natur und klimakterischen, also endokrinen Charakters.

Auf Grund unserer günstigen Erfahrungen empfehle ich zur Reiztherapie das Mirion, eine 2prozentige Jodgelatine der Alpinen Chemischen Aktiengesellschaft zu Kufstein-Schaftenau. Zur Frage der Dosierung verweise ich auf meine Ausführungen in der Münchener Medizinischen Wochenschrift 1926, S. 487, wonach wir jetzt mit einer intraglutäalen Dosis von ¼ ccm beginnen, nach Abklingen der etwaigen Reaktion, die stets unter der Fiebergrenze bleibt, meist in 3tägigem Abstand, die nächste Injektion geben, jedesmal ¼ ccm steigernd. Sobald eine wesentliche Besserung erreicht ist, brechen wir die Kur ab, ebenso falls andere Umstände es erforderlich machen sollten. Sonst setzen wir die Kur fort bis zu einer Enddosis von 2,0 ccm. Unliebsame Nebenerscheinungen haben wir hierbei nie gesehen. Wesentlich sind die nur unbedeutenden Reaktionen, die keine Bettruhe erfordern, meist sogar Fortsetzung der Arbeit gestatten.

Hierin liegt ein wesentliches Moment. Das Gelenk muß in Bewegung bleiben, die zugehörige Muskulatur muß arbeiten, damit die Blut- und Lymphzirkulation den im Zustande der allergischen Reaktion gesteigerten Stoffwechsel bewältigen kann. Die Förderung des Abtransportes der Lymphe und des venösen Blutes durch eine tätige, arbeitende Muskulatur ist physiologischer und besser, als wenn ich den Patienten nach der Injektion ins Bett legen und passive Zirkulationshilfen in Form von Heißluft und Massagen hinzunehmen muß. Gerade Plate weist nachdrücklich auf die nötige Anregung der Zirkulation und Kräftigung der Muskulatur hin, die unbedingt einsetzen muß, wenn wir Erfolg haben wollen.

Eine Gegenanzeige zur Mirionbehandlung geben nach Fliegel und Strauss Basedow und Neigung dazu; Tuberkulose und schwere Atheromatose gebieten Vorsicht.

Wir haben von dieser Mirionbehandlung weit bessere Erfolge gesehen, als mit Sanarthrit, Caseosan, Schwefelöl usw. und werden in diesem Eindruck bestärkt durch Fliegel, Strauss, Proske und Weil.

Günstige Erfolge werden auch berichtet über Reiztherapie mit Aolan und Yatren-Casein, ohne daß ich hierzu mangels eigener Erfahrungen Stellung nehmen kann. Ein Vorteil des Mirion scheint jedoch zu sein, daß es mit der Reizwirkung die Jodwirkung verbindet, die bei Knochen- und Gelenkerkrankungen auch sonst oft therapeutisch ausgewertet wird und außerdem bei gleichzeitiger Arteriosklerose, wie Fliegel und Strauss betonen, auch dieses Leiden günstig beeinflussen dürfte.

Die Fälle, die auf Mirion nicht ansprechen, unterwerfen wir gewöhnlich einer Behandlung mit Heißluft oder Diathermie und innerer Darreichung von Schwefel in kleinen Dosen, wie sie kürzlich in folgender Form angegeben wurde: dreimal täglich 10—20 Tropfen einer 10prozentigen Lösung von Ammonium sulfoichthyolicum.

Diese jetzt geübte Therapie hat uns gegen früher fraglos ein erhebliches Stück vorangebracht, so daß wir den Fragen der Linderung der subjektiven Beschwerden, der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und des Aufhaltens des Krankheitsverlaufes jetzt doch erfreulicherweise nicht mehr so machtlos und oft fast zur Untätigkeit verurteilt gegenüberstehen, wie dies früher der Fall war.

Ueber die Arbeit des „Unbewußten" im Abwehrkampf gegen Krankheits-Erscheinungen erläutert an einem Falle von Asthma.

Von

Sanitätsrat Dr. ARNOLD SIEGMUND in Hameln.

Die Tätigkeit des Unbewußten oder, wie man jetzt, sprachlich sehr anfechtbar, sagt, des „Unterbewußtseins", im Kampfe für Gesundheit und gegen Krankheits-Erscheinungen ist mir lange Zeit hindurch unverständlich geblieben, und wohl manchem Berufsgenossen auch. Deshalb will ich über eine lehrreiche Beobachtung berichten.

Ich habe vor 7½ Jahren eine, damals 44 Jahre alte Fabrikanten-Gattin von einem vieljährigen Asthma völlig und für die Dauer befreit, nachdem ein anderer Arzt, ein kluger, wohlwollender, freundlicher und sonniger Mensch nicht vermocht hatte, die dauernde Verschlimmerung zu verhindern. Die Anfälle kamen oft so, daß der Ehemann mit Angstschweiß auf der Stirn am Bette der pulslos gewordenen Frau stand und ihren schnellen Tod befürchtete.

Die Hauptbehandlung betraf die Nase; außerdem wurde die Herzwurzel des Asthmas in üblicher Weise behandelt, später die wiederholt Asthma machende rechte Wanderniere durch einen Bauchgurt zur Ruhe gebracht, und dann die ebenso wirkende, zurückgesunkene Gebärmutter durch einen Ring ebenfalls. Sobald die gute Wirkung der Nasenbehandlung offenbar geworden war, nahm ich die Seele der Frau in eindringliche Behandlung. Denn diese war so erfüllt von der steten Angst, es könne ein Anfall kommen, daß nicht nur durch die genannten leiblichen Veränderungen Anfälle erregt wurden, sondern auch durch seelische Bewegungen, und zwar nicht nur durch traurige, sondern auch durch freudige! Angst lähmt ja jeden Willen zum Widerstand und Kampf und stärkt so jeden Feind; denn sie überschätzt des Feindes Macht. So ist es im Kriege. So auch in manchen Krankheiten. Denn im Angstzustand verliert der Wille die erfolgreiche Befehlgewalt über die wunderbaren Kräfte des Unbewußten, und läßt sie, die in Ordnung gehalten, so nützlich wirken, in Unordnung geraten.

Solchen Kranken muß der Arzt die Technik des Unterdrückens der beginnenden Anfälle beibringen. Denn mit jedem kleinen Siege wächst ihre Zuversicht, und schließlich bringt der bewußte Wille die Kräfte des Unbewußten in völligen Gehorsam und in die alte Ordnung, schon auf leisen Willenstrieb hin geht alles im Unbewußten „am Schnürchen".

Bei unserer Kranken ist nach der leiblichen Heilung auch die seelische so gut gelungen, daß sie seit mehr als 6 Jahren keinen Anfall mehr bekommen hat.

Das Bewußtsein und das „Unbewußte" sind also erzogen worden.

Und doch ist bei unserer Kranken kürzlich eine ganz seltsame Sache vorgekommen, welche zum Nachdenken darüber anregt, ob ihr „Unbewußtes" einen törichten Sprung gemacht, oder ob das Bewußtsein fehlerhaft gehandelt habe. Man höre:

Kürzlich zündete der erkrankte Gatte der Frau, welchem ich das Rauchen verboten hatte, mogelnder Weise etwas Tabak auf einem Tellerchen an. Nach einem Weilchen sagte er besorgt und erstaunt zu seiner Frau, welche ihm den Unfug verboten hatte: „Du hast ja Asthma", worauf sie erwiderte: „Nein!, ich denke nicht daran, mir ist ganz frei". Im großen Spiegel aber sah sie zu ihrem Erstaunen, daß sie tatsächlich wie eine Asthmatische atmete mit wogender Brust und weit offenen Nüstern. Das war ihr vorher nicht bewußt geworden, also — wie man zu sagen pflegt — unbewußt geschehen; ob mit Recht, müssen wir prüfen. Der Vorgang verwunderte die Frau sehr und sie verstand ihn zunächst nicht. Sie fand aber schnell den Weg der Erklärung. Sie sah nämlich, daß das Tellerchen, auf welchem der Tabak glomm, dasselbe war, auf welchem vor langen Jahren bei nächtlichen Asthma-Anfällen immer das heilsame Stechapfel-Pulver geglommen hatte; deshalb meinte sie, darin müsse die Erklärung liegen. Und damit hat sie Recht.

Wir aber fragen: Auf welche Weise ist denn dieser „blinde Lärm", diese Abwehr-Arbeit der willkürlichen Atemmuskeln gegenüber einem gar nicht bestehenden asthmatischen Krampfe der unwillkürlichen Bronchen-Muskeln entstanden? Ueberlegen wir!

Im Gebiete des „Unbewußten" der Frau war ehemals der Benutzung des Stechapfel-Tellers stets der bewußte, drängende Befehl an die willkürlichen Atem-Muskeln vorausgegangen: „Asthma-Milderung". Und vor dem Glimmen des Stechapfel-Pulvers war dieser scharfer Befehl natürlich jedes Mal wieder an das „Unbewußte" gegeben worden. Später aber, nach öfterem Befehls-Empfang und nach längerem Eingewöhntwerden, hatte das „Unbewußte", sobald Atemnot auch nur im Beginnen war, fast rein gewohnheitlich, also schon auf ganz leisen Befehl hin, die Asthma-Wehr in Gang gebracht. Das „Unbewußte" hatte also in beiden Fällen sinnvoll und wohlbegründet gehandelt.

Nun aber, lange nach der Heilung des Asthmas, hat das Unbewußte zwar wiederum dasselbe getan, was es ehedem gewohnt war zu tun, aber dies Mal ohne richtigen Grund, weil ohne Asthma-Anfall; also nicht völlig sinnvoll und nicht recht begründet.

Zwei Gedanken zur Erklärung des seltsamen Vorganges sind da zu prüfen:

Schließt man sich der neueren Lehre mancher Tierforscher und Entwicklungs-Geschichtler an, daß jede Körperzelle eine (μνήμη), also ein Gedächtnis, besitze, so könnte man vielleicht Folgendes annehmen: das auf die Netzhaut geworfene Bild des rauchenden Stechapfel-Tellerchens sei im Geiste der mit ihrem kranken Gatten gerade unzufriedenen und von allem Anderen abgelenkten Frau gar nicht bewußt geworden, und das „Unbewußte" sei allein für den blinden Lärm verantwortlich; und lediglich auf Anregung durch das „Unbewußte“ hin habe die Netzhaut die Meldung vom Einlaufen des Räucher-Bildes gemäß der Erinnerung (μνήμη) an die „Dienststelle des Unbewußten für Asthma-Milderung“ weitergegeben. Diese Dienststelle aber habe gewohnheitlich sofort die Asthmawehr eingreifen lassen, weil nach der Erinnerung ihrer Nervenzellen das Räucherbild und die Asthmawehr nun einmal zusammengehören. Das Gedächtnis der Nervenzellen dieser Dienststelle müßte dann aber, meiner Meinung nach, unzuverlässig gewesen sein, denn bei den wirklichen Asthma-Anfällen der früheren Zeit hatten sie die Asthma-Bekämpfung durch die willkürlichen Atem-Muskeln stets schon in Gang gebracht vor der Räucherei. In unserem Falle aber entstand die Abwehr erst nach der Räucherei.

Es könnte sich also um (wie die Rechtskundigen sagen) „putative“ oder vermeintliche Notwehr handeln, d. h. um eine Wehr, welche jemand gegen einen andern begeht, von welchem er ehrlich, aber irrtümlich meint angegriffen worden zu sein.

Also „Putativ-Notwehr des Unbewußten“??

Ob es im Wachzustande Geistesgesunder solche Vorgänge im Bereiche des Unbewußten ohne jede Anstiftung durch das Bewußtsein gibt, das mögen Nervenkundler entscheiden. Wahrscheinlich ist mir diese Erklärung nicht.

Die zweite, mir wahrscheinlichere Deutung liegt in der Annahme, die Frau habe das rauchende Tellerchen doch bewußt gesehen, aber, wie es uns ja mit allen, uns im betreffenden Augenblick unbeachtlichen Sinneseindrücken ergeht, nur während eines allerallerkürzesten Zeitteilchens. Nur währenddessen habe das Bewußtsein der seelisch abgelenkten Frau irgendwie, aber nicht klar, an Asthma gedacht und habe in diesem zwar bewußten, aber flüchtigen und noch dazu unklaren Gedanken dem Unbewußten den Befehl „Asthma-Abwehr“ gegeben, und im Unbewußten sei dann der Kampf gegen einen eingebildeten Feind so losgegangen, wie in dem ersten Erklärungsversuche.

Diese zweite Deutung, welche dem Bewußtsein die Schuld zuweist, halte ich für besser.

Welche Deutung man aber auch wähle, unser Fall zeigt aufs neue klar, daß das „Unbewußte“ (welches ohne Leitung durch den bewußten Willen manchmal so unordentlich arbeitet, wie die Träume zeigen, und welches sogar Schaden machen kann) andererseits, unter strammer Einübung durch den Willen, nützlichste Abwehr gegen gewisse Krankheitserscheinungen leistet, und zwar gewohnheitlich. Es handelt dann so zuverlässig, wie der gut und lange gedrillte Soldat des deutschen Heeres. Selbst wenn der Befehl dem „Unbewußten“ so flüchtig gegeben worden ist, wie in unserem Falle, führt es ihn doch so drillmäßig, so in „blinden Gehorsam“ aus, wie dieser.

Wir Aerzte müssen deshalb die Asthmatischen (und manche Kranke anderer Art) mit Eifer zur Beherrschung des „Unbewußten“ erziehen. Damit müssen wir von vornherein beginnen, aber vorsichtig, um sie nicht, wie der Jäger sagt, zu vergrämen, denn die Kranken sind mißtrauisch, und wollen nicht als „eingebildete Kranke“ behandelt werden. Stärker betonen müssen wir diese Erziehung, sobald durch Heilung der leiblichen Auslösestellen des Asthmas die Beschwerden geringer, die Zuversicht der Kranken besser und das Vertrauen zum Arzte größer wird. Wir können dann auch in so schweren Fällen, wie dem vorliegenden, erreichen, daß die Kranken im eigenen Willen einen sieghaften Bundesgenossen erkennen und mit seiner Hilfe sich gewöhnen zu siegen, und sich schließlich zu sagen: "Ich bin stärker als das Asthma."

Nachtrag während der Korrektur: Die Kranke hat einen Asthma-Anfall auch dann nicht bekommen, als ihr Gatte sich neulich erhängte.

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Königsberg i. Pr.
(Direktor: Professor Dr. O. Bruns.)

Untersuchungen über den dosierten Valsalvaschen Versuch am gesunden Herzen.

Von

ARNO ENGELBRECHT, Medizinalpraktikant.

Um die Wende des 17. Jahrhunderts wurde von dem italienischen Anatomen und Chirurgen Antonius-Maria Valsalva (1666—1723) folgender Versuch angegeben, nach tiefster Einatmung eine kräftige Ausatmungsbewegung bei geschlossener Mund- und Nasenöffnung zu machen. Dieser Versuch wurde anfangs vorwiegend zur Feststellung von Trommelfellperforationen, die durch penetrierende Verletzungen oder Mittelohreiterungen hervorgerufen waren, benutzt. Erst vor 20 Jahren wurde von Kraus die Feststellung gemacht, daß diese Preßbewegung weitgehendsten Einfluß auf das Herz und die Blutzirkulation zur Folge hat.

Uns soll hier nur die Frage der Auswirkung des Versuchs auf die Herzgröße interessieren.

Zu diesem Zweck stellt man in einer beizubehaltenden Haltung, entweder beim Liegen oder Stehen, zuerst den Umfang des Herzens bei Ruhelage und dann bei ausgeführtem Versuch fest. Durch Vergleichung der beiden Herzflächen hat Kraus Rückschlüsse auf die Beschaffenheit des Herzens gezogen.

Kraus hat auch als erster eine genaue Beschreibung über die Mechanik und die Wirkungsweise des zu herzdiagnostischen Zwecken benutzten Valsalvaschen Versuchs angegeben. Er läßt dazu den Thorax der Versuchsperson in tiefste Inspiration bringen, darauf die Glottis schließen und nun durch Anspannung aller Exspirationsmuskel den Brustraum möglichst lange und heftig verkleinern, damit der elastische Zug der Lungen beschränkt wird. Bei diesem, unter maximaler Pressung ausgeführtem Versuch, drückt die unter starken Druck gesetzte Lungenluft auf das Herz und die thorakalen Gefäße, während von außen kein venöses Blut in den Thorax dringen kann. Als äußeres Zeichen sieht man die großen Venen am Hals anschwellen. Das Blut aus den Lungen wird rasch ins linke Herz befördert und das letztere entleert es alsbald in die Arterien. Lungen- und Herzhöhlen werden leer, während im großen Kreislauf vermehrter Blutreichtum herrscht.

Vor dem Röntgenschirm hat nun Kraus beobachtet, wie das „inspiratorisch gesenkte, um seine dorsoventrale Achse gedrehte Herz beim exspiratorischen Pressen zunehmend sich verkleinert.“ Zuerst tritt eine Volumenschwankung des rechten Vorhofs ein. Dieser soll nach den Untersuchungen von Kraus zu pulsieren aufhören. Dann wird auch eine Verkleinerung der Kammern in allen Durchmessern bemerkbar. Ein vollständiges Verschwinden der Pulsation der Kammern konnte er nicht immer konstatieren. Er macht aber die Beobachtung, daß der Radialispuls fast völlig unterdrückt ist. Direkte genaue Versuche über Puls- und Blutdruck während des Valsalvaschen Versuches sind von Kraus in der bisher veröffentlichten Literatur nicht angegeben, doch führen seine Untersuchungen an in der Tätigkeit behinderten Herzen zu der Feststellung, daß der Blutdruck eine Erhöhung und der Puls eine Verlangsamung zeigen.

Nach neueren Untersuchungen von Moritz, Bürger, Dietlen u. a. ist eine deutliche Verkleinerung der Diastole bemerkbar, die einerseits auf der Behinderung der diastolischen Herzfüllung (Erschwerung des Bluteinflusses in den Brustkorb, Druck auf die Herzwände), andererseits auf stärkere Entleerung durch „Zuwachs an systolischer Propulsivkraft“ (Moritz) beruht. Die Verkleinerung des Herzens gegen ganz gesunkenen Aortendruck (Bürger) erfolgt stufenweise, bei jeder Systole mehr, bis zu unwahrscheinlichen Graden, vorausgesetzt, daß die Preßbewegung lange genug anhält. Bürger findet außer dem Ansteigen des Venendruckes während des Valsalvaschen Versuches bei Beginn der Pressung gleichfalls ein Ansteigen des arteriellen Druckes, der gleich darauf, bei längerer Dauer der Pressung auf sehr niedrige Werte herabsinkt. Oft ist nach seinen Angaben, ebenso wie bei den Untersuchungen von Kraus, in diesem Stadium der Radialispuls nahezu verschwunden. Im Kapillargebiet ist eine Verlangsamung der Blutströmung während des Versuches erkennbar. Nach Wiedereinsetzen der Atmung schießt das Blut ins Herz hinein. Dieses wird im Röntgenbild rasch größer und größer und erreicht nach einigen Schlägen wieder seine Ausgangsgröße oder geht, wie wir uns selber oftmals davon überzeugen konnten, sogar darüber hinaus. Der Blutdruck erreicht eine zweite Erhöhung, die in die Zeit der vermehrten Herzfüllung fällt. Der Puls, der bei Ausführung des Versuchs in der Regel eine Beschleunigung zeigt, läßt unmittelbar beim Nachlassen der Pressung ein kurzes Stadium der Bradykardie erkennen.

Läßt man nun nach der beschriebenen Technik den Valsalvaschen Versuch von herzgesunden Personen ausführen, so wird man an den einzelnen Individuen eine durchaus differente Verkleinerung gegenüber den dazu gehörigen Ruhelagen an dem Röntgenschirm konstatieren können. Wovon ist nun der Grad der Verkleinerung abhängig?

Schon rein mechanisch richtet sich die Verkleinerung nach der Größe der Preßbewegung, d. h. nach der Höhe des auf das Herz wirkenden Thoraxinnendruckes. Ein mit maximaler Anstrengung ausgeführter Versuch wird stärkere Unterschiede einem weniger kräftig ausgeführten gegenüber fraglos erkennen lassen. Ein gut durchgebildeter Körper mit ausgebildeter Atemtechnik muß hierbei prägnantere Ergebnisse verzeichnen können, als ein völlig ungeübter und wenig ausdehnungsfähiger Thorax. Doch muß ich dazu gleich bemerken, daß bei Herzen von sportgeübten Versuchspersonen Faktoren mitsprechen, die in einem der nächsten Kapitel noch besonders zu besprechen sind. Ferner ist die Zwerchfellhöhe, d. h. die Inspirationsstellung für den Grad der Verkleinerung von ausschlaggebender Bedeutung. Nach Untersuchungen von Rohrer hängt die expiratorische Preßkraft ganz wesentlich von dieser Ausgangsstellung ab. Die Unterschiede in der Preßhöhe bei verschiedenen Ausgangsstellungen betragen Differenzen bis zu 50%. Bei dem Ausfall sind aber auch Faktoren ausschlaggebend, die in der Elastizität des Brustkorbes, der Kraft der Expirationsmuskel (Emphysem, Asthma) zu suchen sind. Natürlich wirkt auch die Dauer der Pressung auf das Herz ein, doch ist von Bürger festgestellt, daß nach ca. 5—6 Sekunden Dauer die Größe des zusammengedrückten Herzens konstant bleibt. Aus all diesem geht hervor, daß es schwer sein dürfte, in verschiedenen Versuchen stets die gleichen Bedingungen zu erfüllen. Ganz abgesehen von der individuell verschiedenen Kraft der Expirationsmuskeln variiert auch die Höhe der inspiratorischen Ausgangsstellung. Daher sind die bei maximalem Pressen gegen einen Widerstand (Quecksilbersäule) gefundenen Werte sehr verschieden. Nach Rohrers Angaben schwanken die bei gesunden Erwachsenen gefundenen Zahlen zwischen 70 und 150 mm Quecksilbersäule. Nach Boruttau sollen sogar Werte bis 248 mm Quecksilbersäule beobachtet sein. Daß dementsprechend auch der Ausfall des Valsalvaschen Versuches selbst bei gesunden Herzen sehr variieren kann, liegt klar auf der Hand.

Wenn man verwertbare Vergleichszahlen erhalten will, ist es daher notwendig, daß der auf dem Herzen ruhende Druck bei den einzelnen Versuchspersonen stets die gleiche Höhe hat. Zu diesem Zweck läßt man die zu untersuchende Person ein Glasmundstück in den Mund oder besser eine Nasenolive in die Nase nehmen, die durch einen Schlauch mit einem Quecksilbermanometer verbunden sind. Es muß nun eine möglichst gleich starke Pressung von der Versuchsperson ausgeführt werden. Bei diesem sogenannten dosierten Versuch muß dann ein zweiter Beobachter die Höhe des Thoraxinnendruckes an einer Skala ablesen und kontrollieren. Ewig hat dieselbe Manometereinrichtung in einer Ecke des Röntgenschirms anbringen lassen, so daß es dem untersuchenden Arzt bei dieser Verbesserung möglich ist, selbst die Kontrolle vorzunehmen und sich somit der zweite Beobachter erübrigt.

Abgesehen von der Höhe des exspiratorischen Druckes hängt der Grad der Herzvolumenverkleinerung durch den Valsalvaschen Versuch von Faktoren ab, die das Herz selbst betreffen, und zwar nach Dietlen von

a) der Wandbeständigkeit,
b) dem Tonus des Herzmuskels.

Es ist selbstverständlich, daß ein muskulöses Herz mit starken Wänden sich dem Druck gegenüber anders verhält als ein solches mit dünnen. Außerdem wird ein Herz, in dessen Muskelwänden bei sonst normaler Stärke sich krankhafte Veränderungen, wie Einlagerungen von Bindegewebe und Indurationen usw. finden, eine gewisse Abweichung in der Verkleinerung während des Versuches erkennen lassen. Dietlen erscheint die schnelle und deutliche Größenveränderung des Herzens bei der Atmung schon das Zeichen einer guten Anpassungsfähigkeit desselben zu sein. Eine gewisse Nachgiebigkeit der Herzwände ist also für das Gelingen des Versuches notwendig.

Weiter hat Bürger die Frage ventiliert, ob große oder kleine Herzen unter der Wirkung des Valsalvaschen Versuches eine verschiedenartigere Veränderung erfahren. Er fand in seinen Versuchen an 100 Lehrlingen einer Werft, bei denen zuerst orthodiagraphische Aufnahmen in Ruhelage, dann während einer dosierten Pressung von 31,5 bis 31,7 mm Hg.-Druck ausgeführt wurden, daß relativ weite Schwankungen im Ausfall des Valsalvaschen Versuches vorkommen. Von diesen 100 Versuchsherzen nahm er die 20 größten und 20 kleinsten heraus und verglich ihre prozentuale Verkleinerung miteinander. Er kommt hier zu dem Ergebnis, daß „die prozentuale Herzflächenverkleinerung unter der Pressung bei den großen Herzen der jugendlichen Individuen fast doppelt so groß ist, als bei den kleinen“ und bringt es damit in Zusammenhang, daß „am Ende des Preßversuches das Restvolumen bei den großen Herzen relativ kleiner ist als bei den kleinen“. Weiter findet er, daß diejenigen jugendlichen Versuchspersonen, bei denen er infolge körperlichen Trainings eine vermehrte Wandbeständigkeit vermutet, die stärkere Volumenabnahme erkennen lassen. Die Möglichkeit eines durchaus umgekehrten Verhaltens von trainierten und untrainierten Herzen Erwachsener hält Bürger allerdings nach seinen Angaben für wahrscheinlich. Da sich Bürger des dosierten Valsalvaschen Versuches bediente, fällt der Einwurf fort, daß die körperlich besser trainierten Leute vielleicht auch eine intensivere Pressung ausgeführt haben können. Mosler und Herxheimer fanden das gleiche Verhalten bei körperlich trainierten Sportsleuten. Da sie sich aber der maximalen Pressung bedienten, so war dies Ergebnis nicht weiter auffallend, denn aus vielfachen Erfahrungen geht hervor, daß die maximale Preßkraft trainierter Sportsleute erheblich intensiver ist, als die untrainierter. Dietlen ist allerdings entgegengesetzter Ansicht. Er fand bei seinen Untersuchungen, daß das hyperthrophische Herz gegenüber Druckveränderungen im Brustkorb — also auch beim Valsalvaschen Versuch — eine erhöhte Formbeständigkeit besitzt und sucht dieses damit zu erklären, daß er eine Vermehrung des elastischen und des Bindegewebes im hyperthrophischen Herzmuskel annimmt.

Ewig hat daher bei 100 Sportsleuten das Verhalten der Valsalvaverkleinerung bei stets gleichbleibendem Druck (40 mm Hg.-Säule) untersucht. Er ist auch hierbei wenigstens z. T. zu dem gleichen Ergebnis gekommen, wie Mosler und Herxheimer. Die Mehrzahl der Sportsleute zeigte eine große prozentuale Herzflächenverkleinerung. Diesen stehen einzelne andere gegenüber, die ein auffallend starres Herz haben. Er bezieht dieses auf eine Hypertrophie des Herzmuskels.

Neben der Hyperthrophie ist nach Dietlen das tonische Verhalten des Herzens auf die Verkleinerung ausschlaggebend. Versuche in dieser Richtung sind von Dietlen, Mosler, Balsamoff u. a. ausgeführt.

Unter Tonus versteht Mosler die Eigenschaft des Herzmuskels, „in einem Zustand bestimmter Spannungsleistung zu verharren, sowohl in der Systole als auch in der Diastole“. Dietlen schlägt zur Untersuchung verschiedene Wege vor, von denen der Valsalvasche Versuch und das Atmen im Ueber- und Unterdruckapparat die ergiebigsten Ergebnisse zeitigen. Er hält den dosierten Valsalvaschen Versuch, wie er von Pongs angegeben ist, für die am meisten Erfolg versprechende Methode. Dietlen nimmt bei krankhaft dilatierten Herzen eine Tonusabnahme an. Man stellt an diesen Herzen intrathorakalen Druckschwankungen gegenüber eine verminderte Formbeständigkeit fest. Diese sind also nachgiebiger, der Ausfall des Valsalva ist bei diesen Herzen größer, das Herz selbst ist schlaffer.

Mosler und Balsamoff kommen nach ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß „die Formbeständigkeit des Herzens während des Valsalvaschen Versuches bei hyperthrophischen, gut kompensierten Herzen wesentlich erhöht, bei schlaffen, debilen Herzen jeglicher Ursache erheblich herabgesetzt ist.“ Bei den hypertrophischen arbeitet allerdings die vermehrte Muskelmasse der Wirkung des Versuches entgegen, doch verhindert sie allein nicht die wesentliche Verkleinerung, denn hypertrophisch dilatierte und schwache Herzen verhalten sich trotz vermehrter Muskelmasse in Bezug auf das Ergebnis des Versuches ähnlich wie nicht hypertrophisch schlaffe Herzen. Leistungsfähige hypertrophische Herzen weisen eine vermehrte Formbeständigkeit auf.

Bei den Ergebnissen wären allerdings noch Füllungsschwankungen des Herzens zu berücksichtigen. Man vermutet, daß diese Schwankungen ebenfalls irgendwie vom diastolischen Tonus des Herzens abhängen.

Somit braucht ein sportlich und demnach in körperlicher Anstrengung und Atemtechnik ausgebildetes Herz nicht immer die größere prozentuale Verkleinerung gegenüber einem ungeübten Herzen zu haben. Denn bei dem Ausfall des Valsalvaschen Versuches bei Sportsleuten sind zwei Momente ausschlaggebend, die in entgegengesetzter Richtung auf das Ergebnis einwirken, und zwar:

1. die Größe des Herzens, die eine vermehrte prozentuale Verkleinerung ergibt,
2. die Hypertrophie, die andererseits wieder eine geringere prozentuale Verkleinerung zur Folge hat.

Der Einzelfall ist daher abhängig vom Ueberwiegen des einen oder anderen Faktors. Kleine Sportherzen haben daher fast immer einen geringen Valsalva, große haben infolge der starken Herzverkleinerung einen großen Valsalva, weil die Hypertrophie durch die Größe des Herzvolumens überdeckt wird.

Die Ergebnisse des Valsalvaschen Versuches in der bisher veröffentlichten Literatur weisen relativ große Differenzen auf, die vielleicht durch die verschieden starke Pressung zu einem Teil zu erklären sind. Andernteils fehlt es bis jetzt ganz an normalen Werten, d. h. an, unter gleichen Bedingungen gefundenen Ergebnissen bei gesunden Herzen.

Wohl hat Bruns im Jahre 1922 den Valsalvaschen Versuch bei maximaler Pressung von 11 Personen zur Untersuchung der Herzgröße, des Pulses und Blutdruckes während derselben ausführen lassen. Das gab dann auch die Veranlassung zu den weiteren Untersuchungen, die Ewig in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Königsberg i. Pr. an 150 gesunden neuimmatrikulierten Studenten angestellt hat, die am Anfang des Sommersemesters 1924 und Wintersemesters 1925/26 zu ärztlichen Untersuchungen in der poliklinischen Sprechstunde erschienen. Die Herzverkleinerung ist diesmal jedoch mit ganz geringen Ausnahmen bei einem dosierten Valsalvaschen Versuch von 40 mm Quecksilbersäule und möglichst gleichem Zwerchfellstand gegenüber der Ruhelage festgestellt.

Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, diese Herzen planimetrisch auszumessen und zu vergleichen, nachdem die Gefäßsilhouette ungefähr in Höhe der 3. Rippe wagerecht und das Herz an der Herz-Zwerchfellgrenze gradlinig abgeschnitten sind, unter Berücksichtigung der unter dem Zwerchfell erkennbaren Herzsilhouette.

Diese 150 nachgemessenen Herzpaare bei Ruhelage und Valsalvaschen Versuch verteilen sich auf die einzelnen prozentualen Verkleinerungen wie folgt:

Untersuchungen über den dosierten usw. 4.

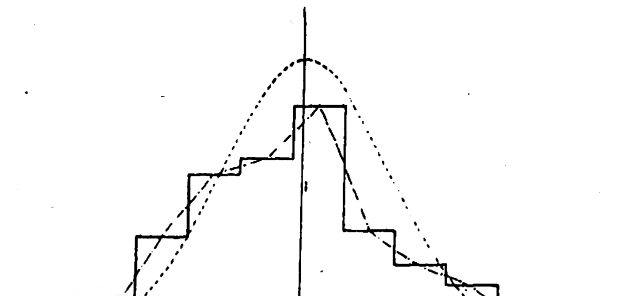
Prozentuale Verkleinerung.	Frequenz der Fälle.
weniger als 6 qcm	4
6—8 qcm	16
8—10 „	25
10—12 „	27
12—14 „	34
14—16 „	17
16—18 „	12
18—20 „	9
20—22 „	3
mehr als 22 qcm	3
Summe:	150

Berechnet man aus dieser Tabelle den wahren Mittelwert, d. h. den Wert, der bei diesen 150 Herzen das Mittel der prozentualen Verkleinerung darstellt, so erhält man

12,39 qcm prozentuale Verkleinerung.

Dieser Wert, der durch die von Lang angegebenen Methode errechnet ist und bei dem alle Fehlerquellen ausgeschaltet sind, muß als der Normalwert angesehen werden, zumal das Material zu seiner Errechnung von gesunden nicht besonders trainierten Versuchspersonen herstammt.

Man findet für die Streuung nach der Langschen Berechnungsmethode die Werte + 3,96. Will man nun die Grenzen feststellen, innerhalb derer noch die prozentuale Verkleinerung als normal anzusprechen ist, so finden wir 12,39+3,96=16,35 prozentuale Verkleinerung nach oben, und 12,39—3,96=8,43 prozentuale Verkleinerung nach unten. Innerhalb dieser Grenzen ist also eine prozentuale Verkleinerung noch als normal zu bezeichnen. Zum Abschluß meiner Berechnung bringe ich noch die der idealen Normalkurve angepaßte empirische Frequenzkurve und das dazugehörige Treppenpolygon zum Vergleich.



Literatur:

1. Bruck: Ueber den Blutdruck bei plötzlichen Anstrengungen nebst Untersuchungen über die hierbei eintretende Veränderung der Herzgröße. Dtsch. Archiv f. klin. Med. 1891.
2. Bruns und Römer: Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 1922.
3. Bürger: Der Wert des Valsalvaschen Versuchs als Kreislaufbelastungsprobe. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. innere Med. 1925, 282.

3a. Bürger: Ueber die klinische Bedeutung des Valsalvaschen Versuchs. Münch. Med. Wochenschr. 1921, 1066.

4. Dietlen: Herz und Gefäße im Röntgenbild. Lehrbuch-Verlag I. A. Barth, Leipzig 1923.
5. Dietlen: Die Röntgenuntersuchung von Herz, Gefäßen und Perikard. Lehrbuch d. Röntgenkunde. I. A. Barth, Leipzig 1913.
6. Herxheimer: Klin. Wochenschr. 1924, 49.
7. Kraus: Einiges über funktionelle Herzdiagnostik. Deutsch. Med. Wochenschrift 1905, 1, 52, 90.
8. Lang: Die experimentelle Vererbungslehre in der Zoologie seit 1900.
9. Moritz und Tabora: Die allgemeine Pathologie des Herzens und der Gefäße. Handbuch der allgemeinen Pathologie von Krehl und Marshang. II. Bd., 1913.
10. Mosler: Ztschr. f. klin. Med., 75, H. 5 und 6.
11. Mosler und Balsamoff: Klin. W. 1924, 12.
12. Mosler und Burg: Ueber den Herzrhythmus beim Valsalvaschen Versuch. Klin. W. 1925, 47.
13. Mosler und Kretschmer: Klin. W. 1924, 46.
14. Pongs: Atmungsreaktionen bei gesunden und kranken Herzen. Med. Kl. 1924, 24.
15. Pongs: Sommers Röntgentaschenbuch, Bd. 8.
16. Pongs: Der Einfluß tiefer Atmung auf den Herzrhythmus und seine klinische Verwendung. J. Springer 1923.

Gegen die Tuberkulose.

Von

Dr. med. H. GRETSEL.

Wie können Kinder am besten gegen Tuberkulose geschützt werden? Das Tuberkulose-Merkblatt aus dem Reichsgesundheitsamt vom Jahre 1925 berichtet von besorgniserregender Zunahme dieser Seuche mit Beginn des Weltkrieges, und daß im Jahre 1922 von den Leuten, die im Alter von 15 bis 60 Jahren starben, 24,8%, fast ein Viertel, von dieser Seuche hingerafft wurden.

Nur sehr selten wird die Seuche nach Vollendung der Geschlechtsreifung erworben. Fast immer ist der Krankheitskeim in der Kindheit oder während der Reifung in den Körper eingedrungen. Bisweilen führte die Ansteckung zu einer tuberkulösen Erkrankung im kindlichen oder jugendlichen Alter. Aber oft schlummerte der Krankheitskeim viele Jahre oder mehrere Jahrzehnte im Körper, bis er bei einer oft wenig bedeutenden Veranlassung erwachte und zu einer ernsten Krankheit Anlaß gab. Den Kinderkrankheiten, wie Keuchhusten, Masern usw., kann die Tuberkulose als Kinderansteckung gegenübergestellt werden. Der Zusammenhang von Ansteckung im Kindesalter oder in der Jugend vor Vollendung der Geschlechtsreifung mit der Erkrankung in einem späteren Entwicklungsalter ist wohl deshalb so wenig hervorgehoben worden, weil es mit den gebräuchlichen ärztlichen Untersuchungsverfahren nur sehr selten gelang, die tuberkulöse Ansteckung oder die beginnende tuberkulöse Erkrankung im kindlichen oder jugendlichen Körper nachzuweisen. Weder vieljährige Temperaturmessungen noch regelmäßige Wägungen und Messungen gaben sichere Auskünfte. Es gibt empfindliche und weniger empfindliche, warme und kühle, große und kleine, dicke und magere Kinder und Jugendliche, und dabei können diese angesteckt, beginnend krank oder gesund sein. Aber die Sache wird sofort anders, wenn zg berechnet wird, d. h. wieviel Gramm Körpergewicht im Durchschnitt auf jeden Zentimeter Körperlänge kommen.

Ein Beispiel: Der Knabe W. ist 5 Jahre 10 Monate alt. In den ersten 4 Lebensjahren hat er die Kinderkrankheiten überstanden. Die regelmäßig alle 2 Monate bestimmten Zahlen für Gewicht, Länge und zg waren von 4 Jahren 6 Monaten bis 5 Jahre 6 Monate normal. Dann änderte sich die Lage. Die Normalzahlen für Knaben von 5 Jahren 8 Monaten sind 19,800 kg, 107,6 cm, 184,0 zg. Er zeigte 19,650 kg, 108,0 cm, 181,9 zg. Er war also nur 150 g leichter und 4 mm länger als der Durchschnitt. Diese kleinen Unterschiede wären bedeutungslos gewesen, wenn nicht zg mit 2,1 g hinter dem Durchschnitt zurückgeblieben wäre. Mit 5 Jahren 6 Monaten sollte das

Kind 20,000 kg, 108,0 cm und 185,1 zg haben, es hatte 20,000 kg, 110,0 cm und 181,8 zg. Bei normalem Körpergewicht war es 2 cm länger als der Durchschnitt. Wer nur das Körpergewicht im Auge hatte, konnte sagen: „Es mag eine Störung in der normalen Entwicklung des Knaben vorhanden gewesen sein, aber sie ist behoben. Ein gutes Längenwachstum ist kein Zeichen von Krankheit. Beim Untergewicht mit 5 Jahren 8 Monaten hat es sich vielleicht um die Folgen einer Unpäßlichkeit gehandelt, denen man bei kindlichen Körpern nicht so selten begegnet. Jetzt, mit 5 Jahren 10 Monaten, ist alles wieder in bester Ordnung." Das ist ein Irrtum! Zg, das jetzt 3,3 g hinter dem Durchschnitt zurückbleibt, zeigt, daß die Störung in der normalen Entwicklung nicht nur nicht behoben ist, sondern noch zugenommen hat. Welcher Natur ist die Störung? Das Kind war seit etwa 3 Monaten in seinen zg untergewichtig. Eine akute Krankheit mit langsamer Genesung kam weder nach Angabe der Angehörigen noch nach der Art des Verlaufs der Untergewichtigkeit in Frage. Die Untergewichtigkeit nahm nicht ab, wie bei der Genesung, sondern sie nahm von 2,1 g auf 3,3 g zu. Unzulängliche oder ungeeignete Ernährung und Pflege waren ebenso ausgeschlossen wie Ueberanstrengung des noch nicht sechsjährigen Knaben. Es konnte sich bei der zunehmenden Untergewichtigkeit nur um eine chronische Störung handeln. Wenn der Arzt keine andere feststellte, war es bei Kindern immer die durch Tuberkulose. Die Untergewichtigkeit in den zg war dann der Ausdruck dafür, daß der kindliche Körper in seinem Innern einen stillen, erbitterten Kampf Tag und Nacht ohne Ruhe und Rast gegen die eingedrungenen Todfeinde führte, und das allerfrühste und auch von Nichtärzten leicht festzustellende Zeichen für Gefahr der Tuberkulose. Der Volksmund traf das Richtige, wenn er dies Leiden nicht mit Knötchenkrankheit, sondern nach seinem sinnfälligsten Anzeichen, der Abmagerung, mit Schwindsucht oder Auszehrung bezeichnete.

An Tuberkulose sterben deshalb so viele Leute, weil das Leiden meist erst dann erkannt und behandelt wird, wenn es für die Heilung schon recht spät oder zu spät geworden ist. Je früher es erkannt und behandelt wird, um so sicherer ist die Heilung zu erwarten. Durch regelmäßige Ueberwachung der zg hat jeder bei seinen Kindern die beste Gewähr für die Erkennung des Beginns der Tuberkulose und damit den besten Schutz vor ihren verderblichen Folgen.

An der Hand von zg lassen sich die Schulkinder leicht in die Gruppen der Gesunden, Verdächtigen und Tuberkulösen zerlegen, die in Parallelklassen, streng von einander geschieden, unterrichtet werden müssen. Jetzt ist die Lage der Schulkinder derartig, daß die gesunden Kinder in die Schule gebracht und von den Tuberkulösen angesteckt werden. Dafür, daß sie allerlei Kenntnisse und sportliche Fähigkeiten empfangen, müssen sie sich den Keim einer Todeskrankheit einimpfen lassen. Stundenlang werden werktags gesunde Kinder mit verdächtigen und tuberkulösen in einem Schulzimmer festgehalten und in nahen Verkehr gebracht. In den Krankenhäusern werden die Tuberkulösen von den schwer empfänglichen Erwachsenen getrennt untergebracht. In den Schulen werden die für Tuberkulose leicht empfänglichen Kinder mit Tuberkulösen zusammengebracht. So ist die Schule zur Schrittmacherin der Tuberkulose geworden.

Dieser unhaltbare Zustand kann beseitigt werden, wenn der folgende Lehrsatz auf dem Gebiet der Gesundheitspflege Allgemeingut geworden ist:

„Das Verhältnis des Körpergewichts zur Körperlage, wie es in der Zahl der Gramme ausgedrückt wird, die im Durchschnitt auf jeden Zentimeter Körperlänge kommen, ist der Ausdruck über das Innenleben des Körpers."

Die an der Hand dieses Satzes vorgenommene Scheidung in Gesunde, Verdächtige und Tuberkulöse wird die Gesunden vor Tuberkulose schützen und die Heilung der Verdächtigen oder Tuberkulösen insofern erleichtern, als das Leiden früher als bisher erkannt und in geregelte ärztliche Behandlung kommt. Je früher dies geschieht, um so sicherer ist in der Regel die Aussicht auf Heilung.

Nach Hunderttausenden, ja nach Millionen zählen heute die Tuberkulösen in Deutschland, die ganz oder teilweise erwerbsunfähig sind oder es in näherer Zukunft werden. Angenommen, daß das deutsche Volk jährlich 400 Millionen Reichsmark für sie aufbringt, und die Zahl der Tuberkulösen durch rechtzeitige Behandlung der Krankheitsanfänge in der Kindheit und durch Abnahme der Gelegenheit zur Ansteckung innerhalb weniger Jahre so vermindert wird, daß jährlich 100 Millionen Reichsmark genügen, so werden 300 Millionen Reichsmark jährlich für andere Zwecke frei. Außerdem würde in zahlreichen Familien Wohlhäbigkeit, Schaffenslust und Frohsinn herrschen, wo sonst mit der Seuche Not, Unlust zur Arbeit, Alkoholismus und Verzweiflung eingekehrt wären.

Dies große Ziel ist unschwer in weniger als einem Menschenalter zu erreichen!

Die Beurteilung der körperlichen Entwicklung nach Zahlen.

Eine Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz.

Von

ARTHUR KELLER.

Das Zentimeter-Gewicht (nach Quetelet, 1870) ist die einfachste der Formeln, die zur Beurteilung der körperlichen Entwicklung von Kindern angegeben sind; sie setzt mathematisch inkorrekt Größen verschiedener Dimension, Gewicht und Länge, in ein einfaches Verhältnis zueinander. Von verschiedenen Autoren (Livi, Rohrer, Pfaundler, Pirquet u. a.) ist das Verhältnis variiert und sind neue Indices aufgestellt worden[1]). Diese mögen für den Vergleich der körperlichen Entwicklung in verschiedenen Völkern und Rassen geeignet und auch für Massenuntersuchungen brauchbar sein, bei denen es sich darum handelt, ein Urteil über den körperlichen Entwicklungszustand bestimmter Bevölkerungsklassen zu gewinnen. Zur Wertung einzelner Individuen sind sie dagegen weniger geeignet; da sind absolute Zahlen vorzuziehen.

Nun kann auch der erfahrene Arzt sich in der Bewertung absoluter Zahlen irren, wenn er von einem Kinde hört, es sei soundsoviel Kilogramm schwer und soundsoviel Zentimeter groß. Ich wenigstens habe die Normalzahlen für die verschiedenen Alterstufen nicht so im Kopf, daß ich angeben könnte, ob im Einzelfalle das Kind untergewichtig oder übergewichtig, an Länge und Gewicht über oder unter dem Durchschnitt seines Alters ist. Dann verlasse ich mich schon lieber auf Betrachtung des Gesamthabitus und beurteile danach den Entwicklungszustand des Kindes.

Handelt es sich um Maßzahlen, so bewährt sich für den praktischen Gebrauch eine Tabelle, wie sie nach dem Vorgange von Wood Pirquet[2]) auf Grund von Messungen an der Wiener Bevölkerung aufgestellt hat.

Für die praktische Verwendung folgendes Beispiel: Ein 7½jähriges Mädchen Anna R. hat eine Nettolänge (ohne Schuhabsätze) von 121 cm und ein Nettogewicht (ohne Kleider) von 20,3 kg. Zunächst die Länge: Ein Mädchen von 7½ Jahren ist durchschnittlich 117 cm lang, Anna mit 121 cm also um 4 cm voraus. Dann wird das Gewicht verglichen, und zwar nicht mit dem Durchschnittsgewicht des Lebensalters, sondern mit dem Gewicht, das der tatsächlichen Länge entspricht. Ein Mädchen von 121 cm Länge soll 22,6 kg wiegen. Anna ist also um 2,3 kg zu leicht. Notiert wird: Anna R., 7½ Jahre alt, 121 cm (plus 4 cm); 20,3 kg (minus 2,3 kg).

Die Pirquetschen Zahlen sind, wie Gretsel mir schreibt, für die niedersächsische Bevölkerung und auch, wie ich bestätigen kann, für den Durchschnitt der Berliner Kinder zu niedrig. Pirquets Durchschnittszahlen sind nicht aus Messungen und Wägungen an ausschließlich gesunden Kindern abgeleitet. Es bleibt dem Einzelnen überlassen, für den eigenen Gebrauch sich eine Tabelle mit den Durchschnittszahlen herzustellen, die der Bevölkerung seines Wirkungskreises entsprechen. Immerhin ist die Art der Pirquetschen Tabelle für die Beurteilung der körperlichen Entwicklung eines Kindes und auch der Fortschritte in der Entwicklung gut zu verwenden.

Dieser Hinweis ist der einzige Zweck meiner Zeilen, es liegt mir fern, die Diskussion über Indices, welche eine Zeit hindurch recht lebhaft war, wieder anregen zu wollen.

---

[1]) Eine Uebersicht über die verschiedenen Indices im Handbuch Czerny-Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie, Band I, S. 863.

[2]) Zeitschr. f. Kinderheilk. 1923, 36., 63.

Tabelle nach Pirquet.

Gewicht kg	Knaben im Alter	Länge cm	Mädchen im Alter	Gewicht kg
20,2	6 Jahre 10 Monate	114	6 Jahre 11 Monate	19,2
20,5	7 „ — „	115	7 „ 1 „	20,1
20,9	7 „ 2 „	116	7 „ 4 „	20,5
21,3	7 „ 4 „	117	7 „ 6 „	20,9
21,7	7 „ 7 „	118	7 „ 9 „	21,3
22,1	7 „ 9 „	119	8 „ — „	21,7
22,5	8 „ — „	120	8 „ 2 „	22,1
22,9	8 „ 2 „	121	8 „ 5 „	22,6
23,3	8 „ 5 „	122	8 „ 7 „	23,0
23,7	8 „ 8 „	123	8 „ 9 „	23,5
24,2	8 „ 10 „	124	8 „ 11 „	23,9
24,7	9 „ 1 „	125	9 „ 2 „	24,4
25,2	9 „ 3 „	126	9 „ 4 „	24,8
25,7	9 „ 6 „	127	9 „ 7 „	25,3
26,2	9 „ 8 „	128	9 „ 10 „	25,8
26,7	9 „ 10 „	129	10 „ — „	26,3
27,2	10 „ 1 „	130	10 „ 2 „	26,8
27,7	10 „ 4 „	131	10 „ 4 „	27,3
28,2	10 „ 7 „	132	10 „ 6 „	27,9
28,7	10 „ 10 „	133	10 „ 9 „	28,5
29,3	11 „ 1 „	134	11 „ — „	29,1
29,8	11 „ 4 „	135	11 „ 2 „	29,7
30,3	11 „ 7 „	136	11 „ 4 „	30,3
30,9	11 „ 10 „	137	11 „ 6 „	30,9
31,5	12 „ 1 „	138	11 „ 8 „	31,5
32,0	12 „ 4 „	139	11 „ 11 „	32,1
32,6	12 „ 6 „	140	12 „ 2 „	32,7
33,1	12 „ 9 „	141	12 „ 4 „	33,4
33,7	13 „ — „	142	12 „ 6 „	34,1
34,3	13 „ 2 „	143	12 „ 8 „	34,8
34,9	13 „ 5 „	144	12 „ 10 „	35,5
35,5	13 „ 8 „	145	13 „ — „	36,3
36,1	13 „ 11 „	146	13 „ 2 „	37,2
36,8	14 „ 2 „	147	13 „ 5 „	38,1
37,5	14 „ 5 „	148	13 „ 8 „	39,0
38,2	14 „ 8 „	149	13 „ 10 „	39,8
38,9	14 „ 11 „	150	14 „ — „	40,7

Aus der III. Medizinischen Klinik der königl. ungarischen Pázmány Péter Universität in Budapest (Direktor Prof. Baron Alex. v. Korányi):

Die Diätküche im Dienste der Klinik.

Von

Privatdozent Dr. ALADAR v. SOOS.

Die Beköstigung einer Krankenanstalt ist von der übrigen Massenverköstigung dadurch unterschieden, daß bei letzterem außer dem Nahrungsmittelbedarf auch die Qualität und Zusammensetzung der Nahrung je nach der Aufnahme und Ausnützungsfähigkeit der Kranken in Betracht kommt. Demnach lassen sich die Kranken in zwei Gruppen teilen; je nachdem sie über gesunde Organe verfügen, oder infolge ihrer geschwächten Leistungsfähigkeit die Anpassung der Nahrungsmittel eine besondere Zusammensetzung und Zubereitung erfordert. Es wäre also nach diesem Prinzip eine Diät A, die sog. normale Diät und eine Diät B, sog. leichte Diät zu unterscheiden. In eine besondere dritte Gruppe, Diät C, gehören jene Kranken, die ausschließlich auf flüssige Nahrung angewiesen sind.

Mit diesen drei Diätformen können alle Krankenabteilungen eines allgemeinen Krankenhauses gut auskommen, ausgenommen solche Stationen, an welchen Kranke mit der kranken innerer Organe gepflegt werden. Die Wechselbeziehungen zwischen erkrankten Organe und verzehrter Nahrung sind aber so innig, daß man zur Individualisierung der Kost gezwungen ist. Bedenken wir außerdem, daß wir nie Krankheiten, sondern immer nur kranke Individuellen behandeln, bei denen der Krankheitszustand, Alter, Geschlecht, Gewohnheiten, Intelligenz usw. in Betracht gezogen werden müssen, so erübrigt sich die Beschreibung der Schwierigkeiten ohne weiteres.

Eine weitgehende Individualisierung nimmt aber so viel Zeit in Anspruch, daß solche nur in Anstalten mit verhältnismäßig niedriger Belegzahl (kleine Krankenhäuser, Sanatorien, Privat-Heilanstalten) durchgeführt werden kann.

In großen Krankenhäusern liegt die praktische Diät-Zusammenstellung und Speisen-Zubereitung nicht in diätetisch geschulten Händen und man kann auf dem Wege von Küche bis zum Patienten das Zwischenpersonal nicht zur Verantwortung ziehen, da ja dieses Personal die notwendigen Fachkenntnisse entbehrt.

So waren die meisten Leiter interner Krankenhausabteilungen, die sich für Diätetik interessierten, immer bestrebt, die Beköstigung ihrer Kranken, die eine Diätbehandlung benötigen am Wege eines kleinen, von der Zentralküche unabhängigen Diätküchenbetrieb, sozusagen im eigenen Haushalte einzurichten und glaubten ihre diätetische Verordnungen durch ein eigenes geschultes und geübtes Küchenpersonal sorgfältig und gewissenhaft zur Ausführung bringen zu können. Auf diese Weise bietet sich Gelegenheit exakte Stoffwechseluntersuchungen auszuführen, den diätetischen Teil der experimentellen Therapie zu fördern und auszubauen, die theoretische Diätetik mit der praktischen Kochkunst in einen engeren Zusammenhang zu bringen und den pathologischen Stoffwechsel günstig beeinflussen zu können.

So betonte Brauer (1) schon im Jahre 1908 die unbedingte Notwendigkeit der Trennung einer Diätküche für die diätetische Behandlung erfordernden Kranken von dem Zentral-Küchenbetrieb. Der energischeste Verfechter des abgesonderten Diätküchen-Systems für die medizinische Kliniken war Adolf Schmidt, der in Halle eine mustergültige Diätküche einrichtete (2). Seitdem war keine neuzeitige medizinische Klinik erbaut, wo die Einrichtung eines eigenen Diätküchenbetriebes nicht in Erwägung gezogen wäre. Wie mir bekannt, funktioniert eine Diätküche an folgende medizinischen Kliniken: I. Mediz. Klinik in der Charité Berlin (Dir. Geh. Rat His) Leiter Prof. Gudzent (3); städtisches Krankenhaus, Mediz. Privatklinik von Prof. Dr. v. Bergmann, Frankfurt a. M.; Mediz. Universitätsklinik Erlangen, Dir. Prof. Müller (ehemalige Leube-Penzoldtsche Klinik); I. Mediz. Universitätsklinik in Wien (Dir. Prof. Wenkebach) Leiter Prof. Porges (4); I. Med. Universitätsklinik in Budapest (Dir. Prof. Balint) Leiter Dr. Purjesz; IV. Mediz. Universitätsklinik in Budapest (Dir. Prof. Herczog) Leiter Dr. Kiss. Im Jahre 1921 habe ich die Leitung der diätetischen Küche der Klinik Korányi übernommen. Indem sich die Organisation, nach welcher hier gearbeitet wird, seit fünf Jahren gut bewährt hat und wir auf dem Gebiete der diätetischen Therapie gute Erfolge aufweisen können, so ist es vielleicht nicht uninteressant diese Organisation weitläufiger bekannt zu machen. Dieses Organisationsgerüst schien auch Prof. Brauer als geeignetstes und übernahm es bei der Einrichtung und dem Ausbau einer diätetischen Station an seiner Universitätsklinik im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus, welche sich zu einer der bestorganisierten und geleiteten klinischen Diätküchen entwickelt hat (5).

Die Diätküche einer Klinik, wie der Klinikbetrieb im allgemeinen hat, drei Grundziele: 1. Die diätetische Behandlung der Kranken. 2. Die wissenschaftliche Arbeit im Interesse der Förderung der Diätetik. 3. Die Ausbildung und Fortbildung der sich mit Diätbehandlung befassenden Aerzte und Hilfspersonals.

Die diätetische Abteilung der Korányi Klinik faßt im Erdgeschoß sechs Räumlichkeiten. In der Mitte befindet sich die Küche mit drei Küchenherden (einer für Kohle und Holz, zwei für Gas), zwei Dampf-Kippkessel, ein Autoklav zum Dünsten der Gemüse. Zwei große Tische für Kochkurse bestimmt, ergänzen die Einrichtung. An den Küchenraum schließen sich links der Abstell- und Abwaschraum, rechts die kalte Küche. In der letzten sind die für elektrischen Betrieb eingerichteten Maschinen montiert. Neben dem Abwaschraum befindet sich eine Speisekammer zur Aufbewahrung der eingeweckten Gemüse und Obstkonserven. Daneben befindet sich noch ein Vorrats- und Lagerraum für Gemüse und Heizmaterial. Aus der kalten Küche kommt man zum diätetischen Hörsaal, in welchem neben den üblichen Hörsaal-Einrichtungsgegenständen sich noch genug Platz für ein demonstratives Lebensmittel- und Kochmuseum ergibt. Zu dieser Abteilung gehört auch noch ein großes diätetisches Laboratorium zu Stoffwechseluntersuchungen der aus der Diätküche beköstigten Kranken.

Das Hilfspersonal der Diätküche sind: zwei Köchinnen und vier Küchenmädchen. Der unmittelbare Leiter der Diätküche ist stets ein eingeteilter Arzt der Klinik, der nach viermonatlichem Dienst in Reihenfolge abgelöst wird. Die Aufgabe dieses leitenden Arztes ist die tägliche Zusammenstellung eines Diätsammelbogens. Gleichzeitig mit den täglichen Arznei-Bestellungen werden die Anforderungen an die Diätküche auf den Stationen in einem Buche eingeführt. In diesem Buche wird die Bettnummer und Name des Kranken und jene Vorschrift angegeben, nach welcher die Diät des betreffenden Kranken quantitativ und qualitativ zubereitet werden soll. Im Besitze dieser Daten bestimmt der leitende Arzt mit der Köchin die Speisenfolge für den nächsten Tag, verteilt die Tagesrationen auf fünf Mahlzeiten und trägt die Menge der auszuliefernden Speisen, in Gramm angegeben, in die entsprechende Rubrik des Speisezettels ein. Auf Grund dieser Zusammenstellung erfolgt dann die Anforderung des nötigen Rohmaterials aus dem Lager der Oekonomie, welches die Mädchen noch am Nachmittag dort erhalten und der Diätküche abliefern.

Die Hauptaufgabe der Oberköchin ist die Zubereitung der Speisen. Die Krankenzahl unserer Klinik beträgt 180, von denen aus der Diätküche 60—70 Patienten beköstigt werden und beiläufig in 25—30 verschiedenen Diätgruppen eingeteilt werden können. Der Abwechslungsreichtum dieser verschiedenen Diätgruppen erfordert seitens der Köchin eine ziemlich große Erfahrung und Vertrautheit mit den Zweigen der diätetischen Kochkunst. Eine weitere und wichtige Aufgabe der Oberköchin ist noch die entsprechende Rationierung der in großen ganzen hergestellten Speisen. Sie macht das viel mehr nach dem Augenmaß als mit Hilfe der Wage.

Die Aufgabe der Hilfsköchin ist, — außer dem daß sie der Oberköchin bei Zubereitung der Speisen behilflich ist —, das Bereiten und Verteilen des ersten, zweiten Frühstücks und des Nachmittags-Kaffee. Bei Rationierung der großen Mahlzeiten gibt sie der verteilenden Köchin die entsprechenden numerierten Aluminium-Schalen zur Hand und ist also verantwortlich, daß die richtigen Speisen auch in die richtige Schale gelangen und so jedem Kranken die angeforderte Diät genau ausgefolgt wird. Sämtliche Speisen, welche überhaupt von der Diätküche ausgeliefert werden, sind auch nach der Art der Zubereitung getrennt und fortlaufend numeriert. Die Nummern werden bei der Verteilung durch die Hilfsköchin in die entsprechende Rubrik des Sammelbogens beim betreffenden Patienten eingetragen. Dadurch ermöglicht sich einerseits eine genaue Kontrolle der richtigen Verabfolgung, andererseits ist man zu jeder Zeit in der Lage, sich auch nachträglich über die Ernährung zu orientieren.

Der Dienst der Diätküchenmädchen sind die gröberen Küchenarbeiten, das Austragen und richtige Aushändigen der Mahlzeiten an die einzelnen Kranken.

Um eine engere Verbindung zwischen den Stationen und der Diätküche herzustellen, besucht der leitende Arzt und die Speisen verteilende Oberköchin mit dem Diätsammelbogen in der Hand jeden Morgen die von der Diätküche beköstigten Kranken. Zur selben Zeit halten auch die Stationsärzte ihre Morgenvisite und ist somit den beiden Aerzten die Möglichkeit geboten die Diät jedes Kranken vom Standpunkte der Behandlung und des Krankheitszustandes mit der Leistungsfähigkeit der Diätküche vereinbaren zu können. Diese sogenannte Diätvisite hat besonders in solchen Fällen Wichtigkeit, wenn über Nacht im Zustande des Kranken eine solche Aenderung eintritt (Fieber, Diarrhoe, Schwäche, Deferveszenz oder die Indikationen der Diätbehandlung überhaupt aufhört), welche eine wesentliche Abänderung der am Vortage bestimmten Diät erfordert.

Bei einigen Krankheiten z. B. Nephritis und Diabetes kann die tägliche Kontrolle der Ausscheidungen von ausschlaggebender Bedeutung sein. Wohl werden diese Untersuchungen auf den einzelnen Stationen täglich ausgeführt, jedoch würde das Sammeln der einzelnen Ergebnisse für den die Diätküche leitenden Arzt so zeitraubend sein, daß es uns zweckmäßig erschien, diese Laboratoriumsarbeit im Bereiche der Diätküche zu zentralisieren. Zu diesem Behufe werden auf unserer Klinik die Ausscheidungen der von der Diätküche versorgten Kranken in einem kleinen Stoffwechsellaboratorium untersucht und die Resultate in die auf der Rückseite des Diätsammelbogens dazu dienende Rubrik eingetragen, so daß der Diätarzt durch diese Untersuchungsergebnisse bei seiner Morgenvisite einen genauen Einblick gewinnen kann. Diese Diätverordnungssammelbogen können zu einem Buche geheftet werden, in dem auf der einen Seite die ausgefolgte Diät (Einfuhr), auf der anderen Seite die dieser Diät entsprechenden Ausscheidungsergebnisse (Ausfuhr) sich gegenübergestellt sind. Dieses Buch dient als Grundlage der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiete der Diätetik.

Damit man in die Erfolge der diätetischen Therapie tiefere und vollkommenere Einsicht gewinnt, schreibt der Diätarzt von jedem in die Diätküche neu aufgenommenen Kranken eine Krankengeschichte, welche sich speziell auf diätetische Fragen bezieht: Zahl, Zeit, äußere Umstände der Mahlzeit, Quantität der Nahrungsaufnahme, bevorzugte und gemiedene Speisen, nähere Angaben und objektive Untersuchungen über Kau- und Verdauungsapparate usw. Diese Krankengeschichte wird als Dekurs täglich weitergeführt und umfaßt die Qualität, Quantität und Zubereitungsart der ausgefolgten Speisen und erstreckt sich außerdem auf die Ergebnisse der chemischen Untersuchungen, sowie auf die sonst durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Eingriffe und deren Wirkung.

Die abwechslungsreiche Durchführung der sonst eintönigen Diätvorschrift bringt es in der Diätküche mit sich, daß man jederzeit über eine viel reichlichere Auswahl von Obst- und Gemüsesorten verfügen muß, als die Zentralküche. Wir richteten darum auch eine Diät-Speisekammer ein, wo wir alle für die Wintermonate benötigten Gemüse- und Obstmengen (1800 kg) unter genauer Kontrolle einweckten. Die Vorteile des Weckschen Verfahrens bestehen darin, daß man zur Konservierung jedwede Zutaten, wie Essig, Salz, Zucker, Salicyl usw. weglassen kann. Bei der Konservierung entnahmen wir zur Bestimmung der wichtigen Bestandteile jeweils eine Probe, deren Resultat auf jedem Glase notiert ist, so daß wir dadurch in der Lage sind, bei der Zusammenstellung der zu den wichtigen und genauen Stoffwechseluntersuchungen nötigen Diäten nicht mehr auf die recht labilen Durchschnittszahlen der Nahrungsmitteltabellen angewiesen zu sein.

Wie oben erwähnt, findet der Wechsel des leitenden Arztes alle zwei Monate statt, und da nicht jeder Arzt über eine spezielle diätetische Ausbildung, noch über praktische Kenntnisse und Erfahrungen zur Leitung einer Diätküche verfügt, so würden daher in dieser Organisation bei jedem Wechsel der Leitung fühlbare Störungen eintreten. Um diesen vorzubeugen, halte ich jährlich auf unserer Klinik für Aerzte zwei bis drei diätetische Kurse ab, deren Hauptzweck ist, neben der Ausbildung auswärtiger Aerzte die auf unserer Klinik angestellten zukünftigen Arbeitskollegen mit der Technik des Kochens und der Organisation der Diätküche vertraut zu machen. Ueber das Arbeitsprogramm und die Einteilung der Kochkurse habe ich an anderer Stelle berichtet (6). Hier möchte ich nur so viel erwähnen, daß die Eigenartigkeit dieser Kochkurse darin besteht, daß sie aus zehn verschiedenen Menüs zusammengestellt sind, die mit Hilfe einer Köchin von den Teilnehmern selbst zubereitet und von diesen dann als Mahlzeit verzehrt werden. In diesem Semester habe ich schon mein Kolleg: „Die diätetische Behandlung innerer Krankheiten und ihre Technik" an der Budapester Fakultät angekündigt, wofür die Studentenschaft reges Interesse aufweist. Gleichzeitig haben wir die theoretische und praktische Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals in der diätetischen Behandlung (Schwestern, Direktricen, Küchenleiterinnen, Köche usw.) aufgenommen. Die Vorlesungen werden in dem Hörsaal der diätetischen Abteilung gehalten.

Wenn wir diese Organisation der Diätküche von der wirtschaftlichen Seite aus betrachten, so ergibt sich, daß die Errichtung einer klinischen Diätküche die Krankenhausverwaltung außer den Einrichtungskosten durch die Anstellung einer Diätköchin und mehrerer Diätmädchen belastet. Um die Stellung einer Hilfsköchin melden sich erfahrungsgemäß viele solche intelligente Damen, die gerne längere Zeit auf einer Klinik zum Zwecke ihrer Ausbildung verbringen, um die gewonnenen diätetischen Erfahrungen dann in gutbezahlter Stellung zu verwerten. Es stellen sich sogar Berufsköche ohne Vergütung zur Verfügung, um dann ein klinisches Zeugnis über ihre fachmännische Ausbildung zu erhalten. Die in dem Stoffwechsellaboratorium arbeitende Laborantin wird bei uns aus unserem Klinikfonds bezahlt. Der größte Teil der Laboratoriumsarbeiten wird durch die in der Klinik hospitierenden fortgeschrittenen stud. med. erledigt.

Bezüglich der Kosten der für die Diätküche beanspruchten Rohmaterialien verfügen wir über eine vierjährige Erfahrung. Wie unsere Statistik ergeben hat, sind die Kosten bei den aus der Diätküche verpflegten Patienten geringer als bei den aus der Zentralküche Verpflegten. Diese immerhin auffallende Tatsache findet darin ihre Erklärung. daß durch den täglichen Verkehr mit dem Kranken der Diätarzt über die persönliche Geschmacksrichtung, den jeweiligen Nahrungsbedarf und den Krankheitszustand eingehend orientiert ist, so daß die allgemein übliche, schematische, oft überflüssige Speisenverabfolgung vermieden wird. Sollten die Spesen im Anfang höher sein, so ist dem entgegenzuhalten, daß durch eine solche individuelle und dem ärztlichen Gesichtspunkt genau anpassende diätetische Behandlung viel bessere und schönere therapeutische Erfolge erzielt werden.

Außerdem bieten die auf Grund einer solchen Diätküche gemachten Beobachtungen und Stoffwechseluntersuchungen eine Fülle von wissenschaftlichen Anregungen und neuen Fragestellungen, die uns nicht nur alte Diätvorschriften nachzuprüfen und zu verbessern ermöglichen, sondern auch neue Arbeitsmöglichkeiten und tiefere Einblicke auf dem Gebiete des menschlichen Stoffwechsels gestatten. Eine weitere, nicht hoch genug einzuschätzende Aufgabe der Diätküche ist die Fort- und Ausbildung der Aerzte in der praktischen und theoretischen Diätetik.

Eine nach diesem Gesichtspunkte eingerichtete und geleitete Diätküche, wie es Jürgensen (7), H. Strauß (8), Ad. Schmidt (9), W. Sternberg (10) u. a. in der Literatur immer betonten, würde alsbald den gebührenden Platz unter den therapeutischen Hilfsmitteln der Klinik einnehmen und würde so der Therapie, der wissenschaftlichen Forschung und der Fortbildung des ärztlichen Nachwuchses in reichem Maße zugute kommen.

Literatur:

1. Brauer: Sitzung d. ärztl. Vereins zu Marburg. München. med. Wochenschrift 1908 Nr. 10.
2. Strasser: Diätküche d. med. Klinik zu Halle. Zeitschr. f. physik. u. diätet. Ther. 1911.
3. Gudzent: Krankenernährungsprobleme an öffentlichen Krankenhäusern. „Die Volksernährung" 20. Jan. 1926.
4. Salomon: Ref. über Diätküche in der Noordenschen Klinik. Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie. Bd. 17 S. 366.
5. Brauer: Die Diätetik in der Krankenhäuserpraxis und im klinischen Unterricht. Therapie der Gegenwart 1925. — Bericht über die Diätküche des Eppendorfer Krankenhauses im Hamburger Aerzte-Verein. Jan. 1925.

6. A. v. Soos: Die klinische Diätküche im Dienste der ärztlichen Fortbildung. Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1924, Nr. 2.
7. Jürgensen: Allgemeine diätetische Praxis Berlin 1917. S. 461.
8. H. Strauss: Zur Frage der Diätformen in den Krankenhäusern. Zeitschrift f. phys. u. diät. Ther. Bd. 18 S. 321.
9. Ad. Schmidt: Die Küchenfrage in Kliniken u. Krankenhäuser. Med. Klinik 1911. Nr. 24. — Die diätetische Küchenfortschritte der deutschen Klinik 1911. Bi u. Arnold Diätküche im modernen Krankenhaus; Ergebnisse und Fortschritte d. Krankenhauswesens 1912 Bd. I. — Ration. Einrichtung d. Diätküche in Krankenhäusern u. Sanatorien. Med. Klinik 1913. Nr. 27.
10. W. Sternberg: Die Küche im Krankenhaus. Stuttgart 1908. — Die Diätküche. Therap. Monatsschrift 1914.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Fachärztliches Gutachten über den Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod bei F. K. (Zimmermann).

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1880 geborene F. K. hat 1900/1902 aktiv gedient, wurde 1914 eingezogen, 1917 im August durch Granatsplitter an der rechten Brustseite, Hals und linken Daumen verwundet, weshalb er vom 20. August bis 29. September in Lazarettbehandlung stand, wurde 1918 im Dezember endgültig aus dem Militärdienst entlassen.

Am 25. März 1924 ist er gestorben. Nach dem ärztlichen Zeugnis des Dr. P. vom 16. April 1925 stand der Verstorbene seit November 1923 wegen anfallweisem Auftreten von Herzschwäche (Herzmuskelschwäche), fettiger Degeneration und Verkalkung der Kranzgefäße des Herzens in Behandlung. In der Nacht vom 23. zum 24. März 1924 schwerer Anfall, Aufnahme ins Krankenhaus, wo er dann im Laufe des 25. starb. Der Arzt führt aus, daß ihm der Verstorbene erklärt habe, schon als Soldat manchmal Schwindelanfälle und Drücken in der Herzgegend gehabt zu haben; außerdem habe er nach dem Kriege dann und wann den 1924 verstorbenen Dr. H. deswegen aufgesucht. Er nehme eine Verschlimmerung des alten Leidens durch den Kriegsdienst an, weil eine kurzfristige, nach dem Kriege entstandene Arterienverkalkung mit den gebotenen Erscheinungen nicht denkbar sei.

Zeugen bestätigen:

1. daß der Verstorbene nach der Rückkehr aus dem Felde öfter über Atembeschwerden geklagt habe,
2. daß er wiederholt revierkrank und auch einmal schonungshalber zum Pionierpark abkommandiert worden sei, daß er aber nicht krank sein wollte,
3. daß er von 1914 bis 1917 mehrmals über Herzbeschwerden geklagt habe,
4. daß er auf Märschen über Herzbeschwerden geklagt habe.

In dem Antrag des Reichsbundes der Kriegsbeschädigten auf Veranlassung der Hinterbliebenen wird im wesentlichen ausgeführt, daß das Herzleiden auf den Kriegsdienst zurückzuführen sei.

Der Sektionsbefund ergibt eine hochgradige Sklerose der Kranzarterien, Verfettung und Schwielenbildung der Herzmuskeln, Vergrößerung und Ausdehnung des Herzens. Im einzelnen wird festgestellt: sehr reichliches Fettpolster, kurzer, dicker Hals, bedeutend größeres Herz als die Faust der Leiche, außerordentlich schlaffe, sehr weite Kammern, relativ dünne Wände. Morsche und weiche Muskulatur. Auf dem Schnitt, besonders an der Spitze, zahlreiche feine Schwielen und helle Flecken (Fettnekrosen?). Die Kranzarterien sind äußerlich schon zu fühlen. Die Lichtungen sind sehr eng, die Wandungen teilweise völlig verkalkt. Einzelne Aestchen sind obliteriert. Der Eingang der rechten ist sehr weit, dann folgen auch hier Verengungen. In der großen Körperschlagader geringe Verfettung, in der Arteria hypogastrica starke Wände. Sehr große, blutreiche Leber. Nieren von dicken Fettkapseln umgeben, Konsistenz etwas derb.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen anscheinend sehr kräftigen und sehr gut genährten Mann, der vor dem Kriege von Seiten des Herzens keine Erkrankungen hatte, während des Krieges zwar wegen eines Herzleidens nie in Behandlung stand, aber nach den Zeugenaussagen oft über Herzbeschwerden klagte, der auch nach dem ärztlichen Zeugnis während des Krieges angeblich manchmal Schwindelanfälle und Drücken in der Herzgegend verspürt hat, der nach dem Kriege dann und wann bei dem 1924 verstorbenen Dr. H. wegen Herzbeschwerden in Behandlung stand und bei ihm im November 1923 eine Verkalkung der Kranzgefäße des Herzens, Herzschwäche und fettige Degeneration festgestellt wurde. Diesem Leiden ist er im März 1924 in einem plötzlichen Anfall erlegen.

Es ist hier die Frage zu beantworten, ob das tödliche Leiden schon im Kriege bestanden hat und durch den Krieg unter Umständen verschlimmert worden ist. Die Sektion ergab eine hochgradige Verkalkung der Kranzgefäße und Verfettung in der großen Körperschlagader sowie eine Verkalkung der Baucharterie.

Die neueren Forschungen, insbesondere Aschoffs, haben gezeigt, daß die Vorstufe der Verkalkung eine Verfettung der Arterien ist und daß diese Verkalkung in sehr vielen Fällen bis in die frühe Jugend oder in die Pubertätszeit zurückreicht. Die genaueren Ursachen dieser Verkalkung sind noch nicht ganz sichergestellt, jedoch greift man nicht fehl, wenn man eine gewisse konstitutionelle Veranlagung dazu annimmt.

Nun war der Verstorbene, um dies hier gleich vorwegzunehmen, zum mindesten in den letzten Jahren stark fettleibig. Es läßt sich also keineswegs genau scheiden, was bei dem tödlichen Ausgang auf Rechnung der Fettleibigkeit, auf Rechnung der Verkalkung zu setzen ist. Dies ist für die Beurteilung auch völlig belanglos, weil die Zeugen aussagen, daß der Verstorbene schon während des Krieges mehrfach, besonders bei Märschen und Anstrengungen, über Herzbeschwerden und Schwindel klagte.

Der Kernpunkt der ganzen Frage ist deshalb lediglich der, ob die Verkalkung insbesondere der Kranzarterien bis in den Krieg und weiterhin zurückreicht und durch den Kriegsdienst verschlimmert wurde.

Nach den in den Handbüchern niedergelegten Erfahrungen betrifft die Arteriosklerose vorwiegend Männer, und besonders solche, die gut genährt sind, manchmal allerdings auch blasse und elende. Das erstere trifft für hier zu; dann kann die Veränderung der Gefäße lange Zeit symptomlos verlaufen, bis plötzlich Krankheitserscheinungen eintreten. Auch hier ist charakteristisch, daß diese wieder vorübergehen können, namentlich bei einer ruhigeren Tätigkeit, wie sie der Verstorbene zweifellos nach dem Kriege hatte, und daß es zu langdauernden Stillständen kommen kann. Trotzdem verläuft aber die Krankheit progressiv, besonders wenn einmal Kreislaufstörungen da sind und als solche können zweifellos die durch die Zeugenaussagen bestätigten Herzbeschwerden aufgefaßt werden. Dies besonders, wenn relative Ueberanstrengungen, d. h. ungewöhnte körperliche Tätigkeit, wie langdauernde Märsche im Kriege und der Kriegsstrapazen überhaupt vorliegen. Insbesondere hat uns gerade der Feldzug gezeigt, daß solche Ueberanstrengungen oder richtiger gesagt Ueberreizungen des Herzens bei willenskräftigen Leuten, wie der Verstorbene nach der ganzen Schilderung war, lange Zeit in den Hintergrund gedrängt werden, daß also die dadurch bedingten Erscheinungen von diesen Kranken nicht für ernst genommen werden, daß sie, namentlich in Zeiten ruhigerer Tätigkeit, wie bei dem Verstorbenen nach dem Kriege, wieder in den Hintergrund treten können. Er hat auch gezeigt, daß unter diesem Einflusse die Funktion des Herzens verhältnismäßig lange Zeit doch noch eine gute sein kann.

Außerdem liegt kein Grund vor, insbesondere nicht nach dem Verlaufe und dem Sektionsbefund, an den Angaben der Zeugen und der Hinterbliebenen, letzteres hinsichtlich der jetzt nicht mehr nachzuweisenden Behandlung bei dem verstorbenen Dr. H., zu zweifeln, zumal da der plötzliche tödliche Verlauf vollkommen den Erfahrungen entspricht.

Der Fall liegt also mit aller Wahrscheinlichkeit so: es liegt eine bis zum mindesten auf die Pubertätszeit zurückliegende; wahrscheinlich auf einer konstitutionellen Veranlagung beruhende Veränderung der Gefäße vor. Die später aufgetretene Fettleibigkeit spielt bei dem klaren Bilde der Verkalkung keine wesentliche Rolle und kann deshalb bei der Beurteilung völlig außer acht gelassen werden. Auf Grund dieser Veränderung sind nun durch die Einflüsse des Krieges Schädigungen des Gefäß-Systems eingetreten, welche, wenn sie auch nach der Zeit der Entlassung zunächst weniger in Vordergrund treten, wie dies erfahrungsgemäß bei diesen Leuten gerade häufig der Fall ist, nicht nur bestehen blieben, sondern fortschritten und fortschreitend in typischer Weise durch zunehmende, später einmal plötzliche Verengerung der Kranzarterien zum Tode führen.

Nach diesen Ausführungen ist zunächst wegen des Herzleidens, das zum Tode führt, Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung anzunehmen und damit auch der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für ein Magengeschwür nicht angenommen.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1898 geborene Kaufmann R. H. wurde im Dezember 1917 eingestellt. Ein Jahr vorher war er wegen Magensenkung behandelt worden. Im Juli 1918 kam er ins Feld und Anfang August wegen Dickdarmkatarrhs ins Lazarett. Im Stuhl wurde damals Blut und Schleim gefunden. Ein Krankenblatt liegt nicht vor; nach der Dienstbeschädigungsliste handelte es sich damals mit aller Wahrscheinlichkeit um eine Ruhr. Am 16. November 1918 wurde er dienstfähig entlassen und am 7. Dezember kam er wegen weichen Schankers ins Lazarett, von wo aus er Ende Januar 1919 dienstfähig entlassen wurde.

1925 im August stellte er einen Antrag auf Versorgung, indem er die Magengeschwüre auf die im Feld überstandene Ruhr und Grippe zurückführte. Für die Grippe liegen Unterlagen nicht vor. Es hat sich wohl dabei um die Erkrankung wegen Schankers gehandelt. Vorlage zweier Zeugnisse, wonach der Verstorbene seit drei bis vier Jahren, also seit 1921, in Behandlung stand und wonach er im August 1925 wegen eines Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs operiert worden war, dessen Ausdehnung und Beschaffenheit schon auf eine jahrlange Dauer schließen ließ. Bei dem zweiten Arzte kam H. etwa ein Monat vor der Operation wegen seines Magenleidens in Behandlung. Damals gab er an, daß das Magenleiden sich während des Krieges entwickelt habe. Es habe sich am Uebergang vom Pförtner zum Darm ein kallöses Geschwür vorgefunden, das entfernt worden sei. Einige Tage nach der Operation sei eine Lungenentzündung eingetreten, der H. am 19. August erlag.

Beurteilung:

Da H. wegen eines Magenleidens im Felde nicht in Behandlung stand, vielmehr 1921 zuerst deswegen in Behandlung kam, da die Darmerkrankung im August 1918 nach den Unterlagen als Ruhr anzusprechen war und erfahrungsgemäß Ruhr Magengeschwüre nicht im Gefolge hat und da während der zweiten Behandlung im Felde 1918 Erscheinungen von Seiten des Magens nicht festgestellt wurden, wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den zum Tode führenden Magengeschwür und zwischen den Erkrankungen im Felde nicht angenommen und der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als unwahrscheinlich abgelehnt.

Hiergegen wurde Berufung eingelegt. Es wurde ausgeführt, daß H. wegen eines Magen- und Darmleidens im Felde erkrankt gewesen sei; die Lungenentzündung, die zum Tode geführt habe, sei eine Komplikation des Magengeschwürs und H. sei auch noch zuletzt im Winter 1918/1919 wegen Magengeschwürs behandelt worden. Es werden Zeugen angeführt, daß H. 1918 im Dezember bis Januar 1919 wegen Malaria im Lazarett war, daß er nach der Entlassung über Magenschmerzen geklagt habe; ferner folgen diesem mehrere Zeugnisse von Aerzten, die er nach 1921, nach dem erst konsultierten Arzt konsultiert hat. Wichtig ist das Zeugnis des erst behandelnden Arztes, der angibt, daß H. 1921 häufig wegen eines Magenleidens in seiner Behandlung stand, ferner das des operierenden Arztes vom November 1923, daß H. vor der Operation angegeben habe, daß sich sein Magenleiden im Krieg entwickelt habe. Es habe sich am Uebergang vom Pförtner zum Darm bei der Operation ein kallöses Geschwür gefunden, daß entfernt worden sei. Einige Tage nach der Operation sei eine Lungenentzündung aufgetreten, welcher der ohnehin schwache Kranke dann erlegen sei, und endlich von demselben Aerzte vom März 1926: H. ist keineswegs an einer Lungenentzündung gestorben, sondern infolge Platzens an einer Stelle am Dünndarm, woselbst dieser an den Magen angeheftet war. Lediglich in den letzten Tagen trat eine besondere Art von Lungenentzündung (sogenannte hypostatische Pneumonie) auf, die eine Folge des langen Liegens war.

Der Beurteilung liegen folgende Tatsachen zugrunde: 1. H. stand im August 1918 nicht wegen eines Magenleidens, sondern wegen eines Dickdarmkatarrhs und wie der Vermerk in der Dienstbeschädigungsliste ergibt, aller Wahrscheinlichkeit nach wegen einer Ruhr in Behandlung, denn es heißt dort, Blut und Schleim sei im Stuhl gewesen. Auch im Dezember 1918 bis Januar 1919 war H. nicht wegen eines Magenleidens in Lazarettbehandlung, sondern wegen Schanker. Aus dem Krankenblatt geht deutlich hervor, daß damals über irgendwelche Erscheinungen von Seiten des Magens überhaupt nicht geklagt wurde, ferner daß, da die Geschwüre nicht zurückgingen, eine Schmierkur und Neosalvarsaninjektionen verordnet wurden und daß dieser Schanker als harter Schanker angesehen wurde. 2. Nach den ärztlichen Zeugnissen steht einwandfrei fest, daß H. nach seiner Entlassung im Frühjahr 1919 bis 1921 nicht in Behandlung stand und erst 1921 wegen eines Magenleidens den Arzt aufsuchte. In den verschiedenen ärztlichen Zeugnissen ist die Diagnose Magengeschwür erst 1923 gestellt worden.

Das Magengeschwür beruht nun auf einer Anlage. Daraus, daß der operierende Arzt angibt, daß es sich um ein kallöses Geschwür gehandelt hat, also ein schlecht heilendes Geschwür mit schwielig verdickten Rändern, ist anzunehmen, daß dieses Geschwür schon längere Zeit bestand. Es ist nun bekannt, daß die Ruhr nicht so sehr selten Geschwüre hinterläßt, aber nur in den untersten Darmabschnitten, nicht im Magen. Ob die schwielig verdickten Ränder schon der Beginn einer krebsigen Entartung eines ursprünglich gutartigen Geschwürs war — insbesondere läßt dies die Schwäche des Kranken vermuten — ob dieses Geschwür irgendwie mit dem gegen Ende des Krieges überstandenen Schanker in Zusammenhang zu bringen ist, läßt sich heute mit Bestimmtheit nicht mehr sagen, weil weder eine Sektion, noch eine mikroskopische Untersuchung des herausgeschnittenen Geschwürs vorliegt. Es ist wohl möglich, daß die Ruhr 1918 auch noch einige Zeit nachher Beschwerden machte, welche von dem Verstorbenen an den Magen verlegt wurden.

Es steht aber fest, daß H. während seines Felddienstes an einem Magenleiden überhaupt nicht erkrankte; die erste Erkrankung wird ausdrücklich als Dickdarmkatarrh mit Blut und Schleim im Stuhl bezeichnet.

Da nun in der Mannschafts-Untersuchungsliste angegeben wird, daß H. im Dezember 1916 eine Magensenkung hatte, so kann die Frage aufgeworfen werden, ob dies auf eine Anlage zu einem Magengeschwür hindeutet. Es erscheint aber unwahrscheinlich, weil H. tatsächlich während seiner Dienstzeit nicht an Magengeschwüren behandelt wurde. Nach dem Verlauf und nach diesen Ausführungen kann man jedenfalls mit Sicherheit sagen, daß das Magengeschwür, das 1925 operiert wurde, nicht in ursächlichem Zusammenhang stand mit dem Dickdarmkatarrh 1918, daß es sich dabei vielmehr um eine Neuerkrankung handelte, unabhängig von Kriegseinflüssen, weshalb ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod unwahrscheinlich ist.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Zusammenhang zwischen Tod infolge Herzschwäche und Dienstbeschädigung durch Verwundung angenommen.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1882 geborene Former P. K. wurde im Januar 1915 eingezogen, im November 1916 durch einen Granatsplitter am Rücken verwundet. Der Wirbelkanal wurde damals eröffnet und es war mehrfach zur Entnahme des Harns Katheterisierung notwendig. Die Wunde hat lange gefistelt. Schließlich wurde der Granatsplitter entfernt. 1918 im März wurde Dienstbeschädigung wegen Verletzung des unteren Teils des Rückenmarks angenommen und K. am 21. Mai mit 25% Erwerbsminderung zur Arbeitsleistung entlassen. Es wurde damals Blasen- und Mastdarmschwäche und Gefühlsstörung durch Verletzung des unteren Rückenmarks festgestellt. 1921 Nachuntersuchung, Erwerbsminderung = 20%. Kot und Urin gehen nur zeitweise aus bestimmten Anlässen ab. 1923 ärztliches

Zeugnis: Gehschwäche, Schwäche des linken Beins, Blasen- und Mastdarmschwäche, Reithosenanästhesie. Abfindung. November Erhöhungsantrag.

1926 Januar Zeugnis des Bürgerspitals Frankfurt, wonach infolge der Verwundung chronische Blasenentzündung entstand, wahrscheinlich durch die häufig notwendige künstliche Entleerung durch den Katheter, Verschlimmerung des Blasenleidens bei jeder Erkältung in der kühleren Jahreszeit. Es wird eine Erwerbsminderung von 60% angenommen. Daraufhin Antrag auf Wiedergewährung. In der ärztlichen Bescheinigung wird weiter ausgeführt, das K. an linksseitiger eiteriger Nierenbeckenentzündung leide und arbeitsunfähig sei. 1926 März amtsärztliche Untersuchung: Blasenkatarrh und Nierenbeckenentzündung können nicht mehr festgestellt werden. Erwerbsminderung 20%. K. wird als Psychopath angesprochen, wodurch aber Versorgungsansprüche nicht begründet seien. 1926 4. Mai gestorben. Es liegt eine Bescheinigung vor vom Bürgerspital F., wonach ein Blasen- und Nierenbeckenkatarrh links als Folge der Kriegsdienstbeschädigung zurückblieb, der mit der Zeit so zunahm, daß K. bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus im Dezember 1925 ständig erwerbsunfähig war. Dort wurden Fieberstöße und Eiter im Urin beobachtet und man nahm Narbenverwachsungen in der Gegend der linken Niere an, zumal da Farbstoffeinspritzungen links später ausschieden wie rechts. Es wurde deshalb eine Operation vorgeschlagen, welche Verwachsungen des Nierenbeckens, Verwachsungen und Knickungen der links stark vergrößerten und veränderten Niere, Verwachsungen und Erweiterungen des linken Harnleiters ergab. Am zweiten Tage nach der Operation ist K. einer Herzschwäche erlegen.

Der Chefarzt nimmt die Veränderungen als Folge der Kriegsverletzung an.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen Mann, der 1916 eine Granatsplitterverletzung des Rückenmarks erlitt, welche nahezu 1¼ Jahr Lazarettbehandlung erforderte und von welcher eine Lähmung der Schließmuskel des Afters und der Blase zurückblieb. In den ersten Jahren waren, wie die Untersuchungen von 1918 und 1921 ergaben, die Folgen dieser Verwundung, die Lähmungen der Schließmuskel nicht wesentlich und nur zeitweise. Dies war auch noch 1923 der Fall, wie das Zeugnis beweist. 1925 im Dezember kam es aber zu schwerer Blasenentzündung. Es war häufigere Katheterisierung der Blase notwendig und es trat schließlich infolge der Blasenentzündung eine Nierenbeckenentzündung links auf. Die Operation hat starke Verwachsungen des Nierenbeckens an der linken Niere und am linken Harnleiter ergeben.

Wenn auch längere Zeit Erscheinungen von Seiten der Blase, besonders in den ersten Jahren nach der Verwundung nicht auftraten, so sind doch die späteren Erscheinungen der Blase, insbesonders die Entzündungs- und Reizzustände bei Erkältungen in der kälteren Jahreszeit als Folge der Verwundung aufzufassen, wie diese erfahrungsgemäß nicht selten bei derart schweren Verletzungen als Folgezustand beobachtet wurden. Die Erfahrung lehrt, daß von der Blase aufsteigend, eine Infektion des Nierenbeckens vorkommt. Die bei der Operation gefundenen Veränderungen, die Verwachsungen und Knickungen an Niere und Harnleiter sind mit aller Wahrscheinlichkeit Erscheinungen dieser aufsteigenden Infektion. Denn in den ersten Jahren nach der Verwundung haben, wie die früheren Untersuchungen ergeben, diese Erscheinungen nicht bestanden. Jedenfalls sind sie aber mit Sicherheit eine Spätfolge der Verwundung. Deshalb ist auch für diese Erscheinung Dienstbeschädigung anzunehmen. Nun ist der Tod infolge Herzschwäche eine Folge der Operation, wobei die Herzschwäche zu einem Teil sicherlich auch durch die jetzige Infektion des Nierenbeckens und der Blase mit zusammenhängt und insofern ist der Tod eine mittelbare Folge der Dienstbeschädigung.

Die Erwerbsminderung wird von der Stellung des Antrags ab, Januar 1926, mit Bezug auf die Bescheinigung des Bürgerhospitals F., weil während des Krankenhausaufenthalts völlige Erwerbsunfähigkeit vorlag, mit 100% bewertet. Pflegezulage kommt nicht in Frage.

Demnach hängt der Tod ursächlich mit dem Dienstbeschädigungsleiden zusammen.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Zusammenhang zwischen Tod durch Ertrinken und Dienstbeschädigung abgewiesen.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1892 geborene Steinhauer W. T. kam 1914 im August ins Feld, wurde im Oktober leicht verwundet, kan im November wegen Lungenkrankheit zunächst in ein Kriegslazarett und dann in ein Heimatlazarett, überstand im Februar 1915 eine Lungenentzündung, wegen der er nach etwa 3 Wochen dienstfähig entlassen wurde. Im Mai 1915 kam er wieder ins Lazarett wegen einer skrofulösen Hornhautentzündung für etwa 14 Tage, wurde dann kurz darauf leicht verwundet. Im November 1915 wurde er als feld- und garnisondienstfähig bezeichnet, vom Januar bis April 1916 war er wegen harten Schankers und Lues latens, Syphilis, in Behandlung. 1918 wurde er wegen desselben Leidens im August und September wieder behandelt und dienstfähig entlassen.

1924 am 12. Juli ist er beim Baden im Rhein ertrunken.

Es liegt ein ärztliches Zeugnis vor, das lediglich aussagt, daß der Verstorbene wegen Kopf- und Herzleidens in ärztlicher Behandlung stand. Eine Rente hat er nicht bezogen. Es liegt lediglich Dienstbeschädigung vor wegen Verwundung, Verschüttung durch Granate und der Folgen eines Steinsplitters auf der rechten Hornhaut.

Die Witwe führt aus, daß der Verstorbene infolge der Verschüttung stark nervös gestört gewesen sei, heftige Kopfschmerzen und Herzschwäche verspürte und oft nicht bei klarem Bewußtsein gewesen sei. Seit seiner Entlassung aus dem Heeresdienst habe er an Herz- und Nervenleiden gelitten. Nach der Entlassung war er ausweislich der Angaben der Kasse erkrankt 1922 wegen Chlorgasvergiftung vom 3. bis 12. 11. 1923, vom 19. 2. bis 4. 3. wegen Luftröhrenkatarrhs und ebenso vom 28. 3. bis 8. 4. und 1924 vom 12. bis 26. 1. wegen Kopfneuralgie und vom 25. 2. bis 11. 5. wegen Darmkatarrhs und Grippe.

Die alphabetische Liste ergibt nichts, das hinsichtlich der Beurteilung in Frage kommt.

Die Nachforschung nach den Krankenblättern ergibt, daß er 1914 vom 26. 11. bis 30. 12. wegen Lungenkatarrh in Behandlung war und garnisondienstfähig entlassen wurde. 1915 vom 2. bis 18. 2. wegen Lungen- und Rippenfellentzündung in Behandlung stand und dienstfähig entlassen wurde. In beiden Krankenblättern ist das Herz regelrecht befunden worden. Im Krieg ist T. ausweislich der Unterlagen auch wegen eines Herzleidens nicht in Behandlung gestanden.

Sodann ergibt die Nachforschung bei dem behandelnden Arzte, daß T. zum ersten Male nach der Entlassung wegen Luftröhrenkatarrhs und Herzbeschwerden 1923 in Behandlung kam und den Katarrh damals auf die Erkältung und auf die Schädigung in seinem Berufe zurückführte. Die Herzbeschwerden habe er sich im Felde zugezogen. Ein organischer Herzfehler sei aber 1923 nicht festgestellt worden.

Aus der Vorgeschichte ist noch wichtig, daß T. im Felde 1916 und 1917 wegen Syphilis in Behandlung stand, daß er 1922 eine Chlorgasvergiftung durchgemacht hat. Von der Witwe wird nun der Tod durch Ertrinken im Juli 1924 auf ein Herzleiden oder auf ein Nervenleiden infolge der Verschüttung zurückgeführt. Im Felde ist T. wegen eines Herzleidens, wie betont, nie behandelt worden. Im Gegenteil die vorhandenen Unterlagen ergeben, daß das Herz stets regelrecht war.

Auch wegen eines Nervenleidens war T. im Felde nie in Behandlung. Die Schilderungen der Witwe über die nervösen Störungen, insbesondere über die Herzbeschwerden, sprechen weniger für die Erscheinungen, die am Nervensystem durch ein Herzleiden auftreten, als vielmehr für Folgen der syphilitischen Ansteckung. Es ist bekannt, daß die Syphilis auch sehr häufig latente Veränderungen am Herz- und Gefäßsystem, insbesondere an der großen Körperschlagader zur Folge haben. Wie weit die Chlorgasvergiftung 1922 auf das Herz schädigend gewirkt hat, läßt sich heute nicht mehr feststellen.

Es steht nicht mit Sicherheit fest, wodurch der Tod durch Ertrinken stattgefunden hat. Sollte aber, wie die Witwe annimmt, die Ursache des Todes ein Herzschlag gewesen sein oder eine Folge eines Nervenleidens, so ist dem zu entgegnen, daß T. im Kriege wegen eines Herzleidens nicht behandelt wurde und nach dem Zeugnis des behandelnden Arztes 1923 auch einen organischen Herzfehler noch nicht hatte. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß durch die syphilitische Ansteckung eine organische Veränderung am Herz oder an den großen Gefäßen, wie dies so häufig der Fall ist, mit der Zeit aufgetreten ist. Sollte das Nervenleiden dafür verantwortlich sein, so ist auch hier zu entgegnen, daß T. sich im Kriege ein Nervenleiden nicht zugezogen hat und auch deswegen nie in Behandlung stand, daß vielmehr nach den Aktenunterlagen die nach der Entlassung aufgetretenen nervösen Beschwerden, die Kopfschmerzen und die Kopfneuralgie, sowie die sonstigen nervösen Störungen mit aller Wahrscheinlichkeit auf die überstandene Syphilis zurückzuführen sind. Für beide Leiden kann aber Dienstbeschädigung nicht angenommen werden, weil sie durch den Krieg nicht entstanden sind, auch nicht verschlimmert wurden, sondern mit aller Wahrscheinlichkeit durch die syphilitische Infektion bedingt sind. Demnach ist der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als unwahrscheinlich abzulehnen.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Tuberkulose angenommen.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1885 geborene Photograph M. H. wurde 1915 im Februar eingestellt, erlitt im Mai eine Gasvergiftung, wegen der er etwa 3 Wochen bei der Leichtkrankenabteilung war und wurde vom November 1918 bis Mai 1919 an Nierenentzündung behandelt. Dabei aber im Dezember aus dem Lazarett entlassen. Im August wurde Dienstbeschädigung für das Nierenleiden angenommen und eine Erwerbsminderung von 20%. 1920 Oktober und November erhielt er eine Kur in Wildungen, von der er gebessert entlassen wurde. 1922 erfolgte Umanerkennung Erwerbsminderung von 20%, und 1923 Abfindung. 1925 stellte er einen Antrag auf Versorgung wegen Lungenleidens. In dem Krankenblatt wegen der Nierenentzündung 1918 wurde über den Lungen im Verlaufe der Behandlung Giemen und Schnurren festgestellt. Bei der Entlassung waren Herz und Lungen regelrecht.

In dem Krankenblatt von Bad Wildungen wurden über den Lungen bronchitische Geräusche festgestellt und bei der Entlassung eine Wiederholung von Kuren wegen des Lungenleidens angeraten. Im März 1922 hat der behandelnde Arzt eine Lungentuberkulose festgestellt und sie in Beziehung gebracht zu der Nierenentzündung 1918, zu der Gasvergiftung 1915 und zu den Kriegsstrapazen im allgemeinen. 1925 war er wegen Lungentuberkulose, 1924 wegen Darmkatarrh und Asthma, 1925 wegen Lungentuberkulose und Herzschwäche und später wegen Handgelenksentzündung längere Zeit in Behandlung und starb am 4. 1. 26 an Lungentuberkulose.

Beurteilung:

Etwa 3 Jahre nach der Gasvergiftung 1915 bekam der Verstorbene eine Nierenentzündung, in deren Verlauf vorübergehend Giemen und Schnurren über den Lungen festgestellt wurde. Auch bei der Badekur in Wildungen wegen seines Nierenleidens wurde eine Bronchitis festgestellt und deshalb spätere Kuren für notwendig erachtet. 1922 wurde vom behandelnden Arzt eine Lungentuberkulose festgestellt, welche dann in den folgenden Jahren weiterschritt und im Januar 1926 zum Tode führte.

Es erhebt sich nun die Frage, ob im vorliegenden Falle das Auftreten der Lungentuberkulose mit den im Felde überstandenen Erkrankungen ursächlich zusammenhängt bzw. dadurch begünstigt wurde.

Es ist nicht wahrscheinlich, daß die 1915 überstandene, anscheinend nur mittelschwere Gasvergiftung, irgendwie für die Entstehung der Lungentuberkulose in Betracht kommt, denn sonst müßten früher Erscheinungen davon aufgetreten sein. Die ersten Erscheinungen von Seiten der Lunge sind 1918 aufgetreten. Ob es sich damals wirklich schon um Erscheinungen tuberkulöser Natur gehandelt hat, läßt sich heute nach den Unterlagen nicht mehr mit Sicherheit sagen. Gewichtiger ist das Krankenblatt von Wildungen aus dem Jahre 1920, in dem der Arzt weitere Kuren wegen des Zustandes der Lungen anrät. Und 1922 wurden dann die ersten Erscheinungen der Tuberkulose festgestellt.

Dieser Verlauf entspricht zweifellos der Erfahrung, wonach unter dem Einfluß der Schwächung des Körpers durch das Nierenleiden das Auftreten der Tuberkulose begünstigt wurde, wonach also für die ersten Erscheinungen 1922 noch Kriegseinflüsse verantwortlich zu machen sind. Denn die Beobachtungen von Seiten der Lungen in der Zwischenzeit lassen immerhin wahrscheinlich erscheinen, daß damals die Tuberkulose zum ersten Mal in die Erscheinung trat. Jedenfalls zur Auslösung einer bei den meisten Menschen bestehenden Anlage Anlaß gab. Deshalb ist auch im Hinblick auf den späteren Verlauf die oben gestellte Frage zu setzen und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem zum Tode führenden Leiden, der Lungentuberkulose und der Dienstbeschädigung anzunehmen. Die Erwerbsminderung beträgt ab Stellung des Antrags November 1925 100% und einfache Pflegezulage, da dauernde Pflege und Wartung notwendig war, soweit aus den Akten zu ersehen ist.

Die Psychologie der Mediziner.

Von

M. KANTOROWICZ, Berlin.

Frau Freda Briedé (Leiden) hat auf Veranlassung von Prof. Dr. G. Heymanns und nach seiner Methode eine Untersuchung der Psychologie der Mediziner unternommen, über deren Ergebnisse sie in der „Zeitschrift für angewandte Psychologie“, Bd. 27, H. 1/2, S. 131. ff. berichtet. Als Material hat sie Biographien von verschiedenen bekannten Aerzten benutzt (vgl. S. 132 und 140 ff.). Aus dieser Untersuchung geht hervor, daß die Eigenschaften der Choleriker die beste Prädisposition für den medizinischen Beruf sind. Das ist vor allem aus der folgenden Tabelle zu schließen, in der die drei gesperrt gedruckten Grundmerkmale den cholerischen Typus ausmachen (Heymann).

Grundeigenschaften	Mediziner in %	Durchschnittszahl für alle Personen in %
Aktivität	70	61
Nichtaktivität	—	31
Emotionalität	75	65
Nichtemotionalität	15	28
Primärfunktion	45	42
Sekundärfunktion	35	50

Bei einer anderen Untersuchung, über Medizinstudenten[1]) fand man, daß auch die letzteren aktiv und primärfunktionierend waren, doch haben sie sich meistens nicht als cholerisch, sondern im Gegenteil als sanguinisch gezeigt.

Der Verfasser sucht dies dadurch zu erklären, daß vielleicht viele in der sorglosen Studentenzeit mehr sanguinisch scheinen als später. Jedenfalls läßt die Emotionalität einige Personen zum ärztlichen Berufe anlocken, während andere Personen, am meisten die sensitiven, davon zurückgehalten werden. Denn Emotionalität ist für einen Arzt wünschenswert. („Das Leid seiner Patienten wird einen tiefen Eindruck auf ihn machen und er wird das Aeußerste tun, um ihnen zu helfen.“) Aber ein guter Arzt darf auch nicht zu viel von dieser Eigenschaft haben. („Die Praxis wird ihn so angreifen, daß er selbst unter all diesem Elend gebückt geht, und durch seine Weichheit wird er dann auch gelähmt, wenn er eingreifen muß.“) (S. 136.)

Eine andere Untersucherin der Psychologie der Mediziner, die sich mehr mit normativen als mit deskriptiven Fragen befaßt hat[2]), Dr. Martha Ulrich, bemerkt dazu folgendes:

„Für die Leistungen des Arztes ist ein warmes Gefühl erwünscht, da ihn sein Beruf beständig mit leidenden Menschen in Berührung bringt, die seine menschliche Anteilnahme wohltuend empfinden. Für ihn selbst freilich kann ein allzu lebhaftes Mitgefühl zur Last, unter Umständen sogar zur Gefahr werden.“ Und an anderer Stelle: „Eine sensitive Natur ist für den ärztlichen Beruf mit seinen vielen deprimierenden Eindrücken wenig geeignet" und „der Arzt muß imstande sein, unlustvolle Gefühle abzuschütteln".[3])

---

[1]) Vgl. Dr. A. Wisse: „Die Fakultätsdifferenzen als psychologische Gruppenunterschiede bei den Universitätsstudenten.“ Zeitschrift für angewandte Psychologie. Bd. 21, S. 4 ff.

[2]) Dr. med. Martha Ulrich (Berlin): „Die psychologische Analyse der höheren Berufe als Grundlage einer künftigen Berufsberatung.“ Zeitschrift für angewandte Psychologie. Bd. 13 S. 1—36.

Dr. Martha Ulrich hat in der erwähnten Arbeit verschiedene Eigenschaften aufgestellt, die sie für die medizinische Wissenschaft und den ärztlichen Beruf als wünschenswert, sehr wichtig, bzw. unbedingt erforderlich ansieht. Die Zahl solcher Eigenschaften ist für die medizinische Wissenschaft im ganzen 101 und für den ärztlichen Beruf 102.[4])

Interessant ist, festzustellen, daß Briedé die folgenden von Ulrich aufgestellten Forderungen in ihrem Material gefunden hat, die nach ihrer Meinung mit der Vorstellung vom Medicus practicus übereinstimmen. Sie hat z. B. die folgenden Merkmale feststellen können: Gesund, unempfindlich gegen Witterungseinflüsse, schnelle Auffassung, schneller Wechsel der Aufmerksamkeit, gutes Urteil, Vielseitigkeit der Interessen, Realia, nicht geldsüchtig, praktisch, gewissenhaft, systematisch, methodisch, pünktlich. Nur das gute Gedächtnis konnte Briedé bei ihrem Material nicht feststellen.

Es ist noch folgendes zu bemerken:

a) Die Mediziner haben mit den Cholerikern und Sanguinikern gemeinsam die folgenden zehn Eigenschaften: regelmäßig aktiv, selbständig, leichter Wechsel der Aufmerksamkeit, leichtgläubig, Fortschritt, dreist, gesund, Sport, praktisch, Menschenkenner.

b) Außerdem mit den Cholerikern gemeinsam: beharrlich, entschiedene Meinungen, nicht gewinnsüchtig, Familiengefühl, zuverlässige Freunde, ehrlich, wahr, Essen und Trinken, Landleben, Abneigung gegen Verkehr mit Frauen, Sprachtalent, Realia, Abneigung gegen Spekulation, Abneigung gegen Bücherstudium, schnelle Auffassung, weiter Blick, Verständnis für neue Auffassungen.

c) Außerdem mit den Sanguinikern: gleichmütig, Enkolismus, systematisch, glücklich verheiratet, stets bei der Sache, bildende Kunst, Salongeselligkeit, Sammler.

d) Nur bei Medizinern zu finden sind: innere Harmonie, schwerversöhnlich, bescheiden, nicht herrschsüchtig, nicht ehrsüchtig, eitel, gut gegen Untergeordnete, religiöse Auffassung, gewissenhaft, nicht metereologische Einflüsse, Musik, Allotria, schlechtes Gedächtnis, gutes Urteil, methodisch, pünktlich. Auch in den abgeleiteten Eigenschaften stehen die Mediziner dem cholerischen Typus am nächsten.

Es ist auffallend, daß viele Mediziner musikalisch sind. Was die Religiösität und Nichtherrschsucht betrifft, so erklärt es die Verfasserin mit Recht dadurch, daß verschiedene Biographien von Personen aus früheren Jahrhunderten stammen. Bemerkenswert ist, daß viele Mediziner aus einer großen Familie stammen (vielleicht haben sie sich dadurch schon früh daran gewöhnt, anderen zu helfen).

Wenn diese Untersuchung nicht als erschöpfend gelten kann, so ist sie doch sehr aufschlußreich.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 27, 2. Juli 1926.

Staublunge der Bergarbeiter. Böhme.
Experimentell erzeugte akute Herzerweiterungen. Loewy und Mayer.
Stoffwechsel überlebenden Karzinomgewebes. Rona und Deutsch.
Milchsäuregärung eines menschlichen Blasenkarzinoms. Stahl und Warburg.
* Ovarialhormon und seine klinische Anwendung. Zondek.
* Schädelgrundbruch und Ohraufmeißelung. Lange.
Sauerstoffsättigung des arteriellen Blutes und Herzminutenvolumen. Kisch.
* Nitratdiurese. Becher und May.
Herzblock und Vorhofsflimmern. Bloch.
* Dicksche Reaktion und Scharlachschutzimpfung. Vas.
Paralyse-Encephalitis beim Kaninchen nach subduraler Injektion von Paralytikerliquor. Hoff und Pollak.
Bewertung von Liquorbefunden bei Kaninchen. Plaut.
Chemische Herzschlagregulation durch die Leber. Asher.
Einfluß des Insulins auf die Kohlehydratverwertung beim Nichtdiabetiker. Lublin.
Schilddrüsentherapie der Fettsucht. v. Noorden.
Endokarditisprobleme in Amerika. Cohn.
Kampfer. Bijlsma.
Mendelscher Reflex an der Hand. Kempner.

Ovarialhormon und seine klinische Anwendung. Verf. stellte eine wässrige Lösung des aus dem Follikelteil des Ovars gewonnenen Hormons dar, die als Follikulin A geringe Mengen Eiweiß, als Follikulin B kein Eiweiß enthält. Das Präparat ist physiologisch und pharmakologisch genau eingestellt und ergab in der Mehrzahl der klinischen Fälle überraschend günstige Resultate. Es wird von der Degewop A.-G. Berlin hergestellt und ist bei allen ovariellen Funktionsstörungen angezeigt, besonders bei Hypo- und Amenorrhoe, Hypoplasie mit dadurch bedingter Sterilität und Infantilismus. Auch Dysmenorrhoe, ovarielle Blutungen und klimakterische Störungen können günstig beeinflußt werden. In der Regel wird 3—4 Wochen täglich eine Ampulle des Follikulins A oder B injiziert, doch gibt der Verf. noch gern nebenbei ein oral zu nehmendes Trockenpräparat.

Schädelgrundbruch und Ohraufmeißelung. Nicht infizierte und nicht entzündete Brüche läßt der Verf. in Ruhe, wenn nicht eine Splitterung im Bereiche des Warzenfortsatzes unter Mitbeteiligung des Gehörganges den Einblick in das Mittelohr und damit die otoskopische Beurteilung verhindert. Im allgemeinen ist damit nur zu rechnen, wenn die Gewalt in der Nähe des Schläfenbeines direkt einwirkt. Entzündete Brüche mit freiem Gehörgang sind genau wie andere Mittelohrentzündungen zu beurteilen und zu behandeln, doch muß klinisch auf das Genaueste beobachtet werden. Die Methodik ist dieselbe wie bei anderen Mittelohroperationen, doch ist keineswegs immer die Totalaufmeißelung notwendig, die Freilegung aller Sprünge unnötig.

Nitratdiurese. Die Natriumnitratdiurese kann nicht durch osmotische Vorgänge erklärt werden. Auch kann Aenderung der Serumviskosität nicht die Ursache sein. Während der Diurese nähern sich die Konzentrationen der körpereigenen Substanzen in Harn und Serum, so daß bei ihrer Ausscheidung die osmotische Leistung der Niere gering ist. Die absolute Ausscheidung des Stickstoffs, der Harnsäure und des Kreatinins ist während der Nitratdiurese nicht wesentlich gesteigert. Die Kochsalzelimination nimmt erheblich zu. Die Serumkochsalzkonzentration nimmt dabei ab. Nach Nephrektomie bewirkt Natriumnitrat außer der vorübergehenden osmotischen Hydrämie (bei intravenöser Applikation) keine Blutverwässerung. Der Serumkochsalzgehalt bleibt unverändert. Der Hauptangriffspunkt des Natriumnitrats muß somit in der Niere liegen.

Dicksche Reaktion und Scharlachschutzimpfung. Wie auch amerikanische Autoren berichten, sieht der Verf. im Dick-Test eine wahrscheinlich spezifische Reaktion zur Unterscheidung der Scharlachempfänglichen von den Unempfänglichen. Doch konnte Verf. die streng spezifische Wechselbeziehung zwischen der Zahl der positiven Hautreaktionen und der Empfänglichkeit nach Altersgruppen nicht voll bestätigen. Auch die Befunde nach überstandenem Scharlach weichen von denen Dicks einigermaßen ab. Ueber den Wert der Schutzimpfung äußert sich der Verf. noch sehr zurückhaltend, wie auch andere Autoren in letzter Zeit taten.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 25, 23. Juni 1926.

Bericht über gesundheitliche Einrichtungen in Jugoslawien. Fresenius und Abel.

1. Jahrgang, Nr. 26, 30. Juni 1926.

Dortmunder Kampfbahn „Rote Erde". Grunewald.
* Milchversorgung der Großstädte. Sommerfeld.

Milchversorgung der Großstädte. Sommerfeld gibt einen interessanten Bericht über die Milchwirtschaftliche Tagung des Deutschen Städtetages, der im Original nachgelesen werden muß.

Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

102., Heft 3 und 4.

* Der Weg über den Liquor. Alfred Hauptmann.
Entdeckung des Sehzentrums. S. E. Henschen.
Herzkrampf im Rahmen der Spasmophilie. G. Peritz.
* Die Darstellung des Foramen Monroi im encephalographischen Bilde. Alice Rosenstein.
Die cerebralen Reaktionsweisen. H. Krisch.
Der optische Drehnystagmus bei Halbblindheit. J. Ohm.
* Untersuchungen an 70 Exhibitionisten. John E. Staehelin.
Reaktionszeiten bei sinnloser und sinnvoller Reizgebung. Rudolf Allers.
Methode der somatometrischen Profile in ihrer Verwendung in der Psychiatrie. M. P. Andreew.

---

[3]) Zitiert nach Freda Briedé.
[4]) Vgl. Dr. Martha Ulrich a. a. O., S. 26—36.

Natur der Zwangsvorstellungen in ihrem Verhältnisse zu Intellektualität, Affektivität und Willen. Ernst Herzig.
*Die regionäre Verteilung der arteriosklerotischen Veränderungen im Großhirn. Makoto Kodama.
Die Ausdrucksbewegungen im Dienste der Psychotherapie. Hugo Schwerdtner.
Auffallendes Verhalten der elektrischen Erregbarkeit des Nervus facialis und seiner Muskulatur nach Pfropfung des Nervus accessorius auf den gelähmten Nervus facialis. Otto Schwab.

Der „Weg über den Liquor". I. Teil. Verf. faßt in dieser Studie seine bisher in zahlreichen Einzelarbeiten und Referaten niedergelegten Anschauungen über Wesen und Pathogenese der sogenannten Metalues (Progressive Paralyse und Tabes) und den Störungen der Blut-Liquorschranke bei diesen Prozessen zusammen und setzt sich kritisch mit den Anschauungen anderer Forscher auseinander. Die klinischen Erscheinungen der Metalues lassen sich nicht allein durch den lokalen Spirochätenbefund im Hirn- und Rückenmark erklären, sondern es deutet vieles darauf hin, daß nebenher noch toxische Wirkungen eine wesentliche Rolle spielen. Es ist kein Zufall, daß Metaluetiker in ihrer Anamnese wenig sekundär-luetische, besonders Hauterscheinungen aufweisen. Die sekundär-luetischen Erscheinungen sind Anzeichen einer starken Reaktion auf das luetische Virus, die man sich als phagozytär vorzustellen hat. Der abwehrschwache Organismus erwehrt sich des Virus durch eine Art parenteralen extrazellulären Eiweißabbaus. Sekundär-luetische Hauterscheinungen fehlen hier, es entstehen Toxine, die durch Schädigung der Gefäßendothelien eine Steigerung der Permeabilität der Meningen, d. h. ein Undichtwerden der Blut-Liquorschranke hervorrufen. Hierdurch wird den Toxinen der Weg zum Zentralnervensystem frei gemacht und es entstehen die metaluetischen Erkrankungen. Die verhängnisvolle Abwehrschwäche kann in einer konstitutionellen Reaktionsunfähigkeit des Individuums beruhen, aber auch durch wenig virulente Spirochaeten bedingt sein. Es ist durchaus denkbar, daß an sich hochvirulente Spirochaeten durch unsere modernen Heilmittel geschädigt und so schwachvirulent werden, daß sie keinen genügenden Reiz zur Anregung einer Phagocytose mehr bilden und später zur Metalues führen. Damit soll nicht gesagt werden, daß die jetzige Lues-Therapie verfehlt ist, nur ist bei Mißlingen einer Abortivkur darauf zu achten, daß durch die Therapie die sekundären Hauterscheinungen nicht unterdrückt werden. — Daß die toxische Schädigung der Blut-Liquorschranke für die Entstehung der Metalues wesentlich ist, zeigen die Erfolge der Malariatherapie bei Paralyse, bei der die Permeabilitätssteigerung zurückgeht.

Die Darstellung des Foramen Monroi im encephalographischen Bilde. Bei endolumbaler Luftzuführung ließen sich bisher schon fast immer die Basalcisternen, 4. Ventrikel, Verbindung zum 3. Ventrikel, 3. Ventrikel und Seitenventrikel erkennen. Nicht dargestellt war bisher die Verbindung vom 3. zu den Seitenventrikeln, die Foramina Monroi. In der üblichen starken Flexionshaltung bei der Aufnahme werden diese durch Falx und Crista galli verdeckt. Die röntgenologische Darstellung gelingt bei Deflexiòn bis zur geraden Streckstellung des Kopfes und leichter Seitwärtsdrehung. (Durch Abbildungen belegt.)

Untersuchungen an 70 Exhibitionisten. In der Züricher Psychiatrischen Klinik kamen von 1903—23 70 Exhibitionisten zur Beobachtung, die sich aufteilten in 31 Psychopathen, 21 intellektuell Schwachsinnige, 10 Schizophrenen, 2 Alkoholiker, 2 Epileptiker und organisch Demente. Als typische Exhibitionisten hebt Verf. Psychopathen heraus, die alle Eigenschaften in sich vereinigten, ie bei den anderen Fällen nur jeweils zu einem Teil dominierten. Die „Typischen" waren übertrieben schamhaft, intensive Onanisten, berempfindlich, scheu, willensschwach, nachgiebig oder schwäch-ch aufbegehrerisch; kleinlich, pedantisch, eitel und stark von ihren timmungen abhängig. Sie exhibierten früh und gewohnheitsmäßig us infantiler Triebeinstellung, aus Protest oder um Aufsehen zu rregen.

Die regionäre Verteilung der arteriosklerotischen Veränderungen n Großhirn. Die Großhirnarteriosklerose lokalisiert sich entweder orwiegend im Großhirnmantel oder im Hirnstamm. Daneben gibt s Mischformen. Im Hirnmantel erkrankt Rindengrau mit Vorliebe eben gewöhnlichen Erweichungen an perivaskulärer Gliose, indenverödung (Alzheimer) und État vermoulu (Pierre Marie). Das arklager zeigt Erweichungs- und Lichtungsherde. Die Encephalitis ubcorticalis, die durch langsam fortschreitende Erkrankung der eferen Markgefäße entsteht, ist von der gewöhnlichen Erweichung ozutrennen. — Am häufigsten ist das Putamen befallen, dann mit bfallender Häufigkeit Caudatum, Pallidum, Claustrum, Thalamus. uch unter den Mischfällen, die 60% des Materials ausmachen, igte sich eine deutliche Prädilektion des Streifenhügelgebietes. — uffällig ist die sehr geringe Beteiligung des sonst leicht geschädigten nmonshorns.

P a n s e , Berlin.

Archiv für Gynäkologie.

129., Heft 1, Juli 1926.

* Gibt es eine Hämophilie beim Weibe? K. H. Bauer und E. Wehefritz.
* Der geburtshilfliche Dämmerschlaf in Hypnose. G. v. Wolff.
Innere Sekretion, Basalstoffwechsel und Eiweißumsatz in der Gravidität. Eine klinisch-experimentelle Studie. E. Klaften.
Spätblutungen post partum et abortum. O. Frankl.
Exophytische Adenomyose des Uterus und der Tuben. J. Schiffmann.
Vergleichende Untersuchungen des mütterlichen und kindlichen Blutes. v. Oettingen.
Der Geburtsmechanismus beim engen Becken. P. Schumacher.
* Weitere Beobachtungen an „Röntgenkindern". P. Werner.
* Wirkung der intramuskulären Milchinjektionen auf akute Entzündungsprozesse und auf Zellreaktionen. W. Butomo.
Beitrag zur Kasuistik und Pathogenese der coxitischen Pfannenprotrusion. A. Benda.
Doppelbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. A. Ecke.

Gibt es eine Hämophilie beim Weibe? Eine absolut bindende Antwort ist nach dem heute vorliegenden Material noch nicht zu erbringen, aber ein sehr hoher Grad von Wahrscheinlichkeit zwingt nach Ansicht des Verfassers zu der Antwort, daß nach dem heutigen Stande des Wissens die Frage zu verneinen ist. — Verfasser empfiehlt zur Klärung der Frage den Gynäkologen aufs dringendste, jeden angeblichen oder wirklichen Fall von weiblicher Hämophilie auf das Genaueste erbpathologisch, klinisch und besonders hämatologisch zu untersuchen, und ihre Befunde mitzuteilen; denn höher als alle deduktiven Schlüsse, höher als alle statistischen Wahrscheinlichkeitsberechnungen, höher als alle Ansichten, stehen die nüchternen, unerbittlichen Tatsachen einer einwandfreien naturwissenschaftlichen Beobachtung.

Der geburtshilfliche Dämmerschlaf in Hypnose. In zahlreichen Fällen läßt sich durch die Hypnose als Dämmerschlafverfahren nach entsprechender Vorbereitung eine völlig schmerzlose Geburt erzielen, in der Klinik noch besser als im Privathause, jedoch in erster Linie bei psychisch ganz gesunden Frauen. Steht ein nervöses Leiden im Vordergrund, so sind die Schwierigkeiten schon größere und damit die Aussichten erheblich eingeschränkt: denn gerade derartige Frauen bedürfen wegen der ihnen meist eigenen höheren Empfindlichkeit vornehmlich einer Schmerzlinderung, wenn man jeglichen Dämmerschlaf nicht verallgemeinert wissen will. Die Ausübung der Hypnose stellt an die beteiligten Aerzte hohe Anforderungen an Zeit und Nervenkraft. Das wird immer der Grund bleiben, warum selbst bei ihren Anhängern die Methode sich nie auf die Dauer einbürgern kann. — Es trägt daher nach Ansicht des Verfassers der hypnotische Dämmerschlaf, trotz aller Vorteile für den Einzelfall, für die Allgemeinheit der Aerzte und der Patienten doch stets nur den Charakter eines interessanten Experimentes. —

Weitere Beobachtungen an „Röntgenkindern". Die Frage, ob durch eine Bestrahlung der Eierstöcke geschlechtsreifer Frauen eine Gefahr für die spätere Nachkommenschaft gegeben sei, erörtert Verfasser auf Grund seines eigenen Materials und der einschlägigen Literatur. Es ergibt sich für ihn die unumstößliche Erkenntnis, daß die Bestrahlung der Eierstöcke die Nachkommenschaft in schwerer Weise zu gefährden geeignet ist, daß die Schäden sich schon jetzt an dem klinischen Material des Verfassers erkennen lassen, und daß er in Analogie mit dem Tierversuch für die zweite Generation mit noch schwereren Beeinträchtigungen rechnet. — Bezüglich der Fälle, bei denen der Fetus im Mutterleib, gewöhnlich auf Grund einer falschen Diagnose, der Bestrahlung ausgesetzt wurde, ist Verfasser der Ansicht, daß die große Zahl der bei diesen Kindern beobachteten Mißbildungen unbedingt dazu berechtigt, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Bestrahlung und Mißbildung für gegeben zu erachten.

Wirkung der intramuskulären Milchinjektionen auf akute Entzündungsprozesse und auf Zellreaktionen. Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Resultaten: Die intramuskulären Milchinjektionen rufen eine stark ausgeprägte Reaktion seitens des Knochenmarks hervor. Es kommt dabei zu einer Vermehrung der Anzahl, schnellerer Reifung und rascherem Austreten dieser Zellelemente im Blut. Bei akuten eitrigen Entzündungsprozessen unterscheidet sich die Reaktion der myeloiden Elemente auf Milchinjektionen nicht merklich von derselben bei normalen Tieren. Die intramuskulären Milchinjektionen bleiben morphologisch ohne merklichen Einfluß auf den retikulo-endothelialen Apparat des normalen und infizierten Kaninchens, und ebenso auf die polyblastische Zellreaktion an der Peripherie des Entzündungsherdes bei Menschen und Tieren. Somit liegt im Grunde der Prozesse, welche eine ungünstige Wirkung der Milchinjektionen auf akute Entzündungsprozesse bedingen, keine primäre Abweichung in der allgemeinen und lokalen Gewebereaktion beim infizierten Organismus vor. Die Aenderung der Reaktionserscheinungen im Organismus nach Milchinjektionen bestehen in erster Linie in einer erhöhten Leukozytenvermehrung und in ihrer energischen Beteiligung am Entzündungsprozeß.

Rudolf Katz, Berlin.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

115., 1. Heft.

Adolf Passow †. Nachruf.
* Tonus der Sinnesendzellen des Innenohres. Karl Wittmaack.
* Die Otolithen und ihre Entstehung. S. Nishio.
Topographische Anatomie der Subarachnoidalräume an der Gehirnbasis. Leo Boß.

Tonus der Sinnesendzellen des Innenohres. Im Gegensatz zu den Heldschen Ausführungen hält W. an seinen erhobenen Befunden fest, daß Sinneszellen und Cortische Membran fest miteinander verbunden sind. Er nimmt ferner an, daß letzere einen bestimmten Turgeszenzgrad aufweist und schließt daraus, daß das ganze Cortische Organ einem bestimmten Tonus unterliegt. Eine weitere Mitteilung wird angekündigt, durch die der Beweis erbracht werden soll, daß der Tonusgrad auch zu beeinflussen ist.

Die Otolithen und ihre Entstehung. N. lehnt in einer ausführlichen Arbeit die Aufassung ab. daß die Otolithen durch abgeschiedenes und inkrustiertes Zellplasma entstünden. Da im ganzen Embryo nirgends Kalkniederschläge gefunden werden, ist er der Ansicht, daß aller verfügbarer Kalk in der Otozyste vereint und mit Hilfe des Makulaepithels in der zunächst gelegenen Endolymphpartie so angereichert wird, daß er hier schließlich ausfällt. Eine Ausstoßung von Otolithen in fester Form aus der Zelle ließ sich nicht nachweisen. Eine gemeinsame, für alle Wirbeltiere gültige Theorie, läßt sich jedoch nicht erbringen. Gegenüber Wittmack wird festgestellt, daß schon deutlich kleinste Kristalle sichtbar werden, bevor die Zellhaare selbst angelegt sind. Für die Bildung der Gallerte, wie der Otoconien können diese also nicht in Betracht kommen.

Topographische Anatomie der Subarachnoidalräume an der Gehirnbasis. B. gibt eine gute Uebersicht über die einzelnen Zisternen an der Hirnbasis. Die Abbildungen der trefflich ausgearbeiteten Präparate sind teilweise leider recht verschwommen, besonders an den Grenzen nicht gut übersichtlich und im einzelnen nicht gekennzeichnet.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Zeitschrift für Augenheilkunde.

Mai 1926.

Lidschließer und Lidspalte. Reitsch.
Doppelseitige, familiäre Trochlearisparese. Franceschetti.
* Trepanation bei Ulcus serpens corneae. Seidler.
Sogenannter Epitarsus. Wibaut.

Trepanation bei Ulcus serpens corneae. Die Behandlung des Ulcus serpens hat noch manches unbefriedigende. Das Resultat für die Sehschärfe ist bei allen die Pupillenmitte erreichenden Ulcera meist recht ungünstig. Die konservative Therapie, Optochin, Iontophorese, Verätzen mit Zinc. sulf. 20% oder Jodtinktur führt nicht in allen Fällen zum Stillstand des Geschwüres. Muß man zum Glühstift greifen, so sind dichte undurchsichtige Narben die Folge. Es sind daher Methoden zu begrüßen, die auch bei schweren Fällen eine harmlosere Vernarbung möglich machen. Als solche wurde früher viel die quere Spaltung der Hornhaut nach Saemisch geübt. Sie erzielt zweifellos manchen guten Erfolg, hat aber den bedenklichen Nachteil, daß Iriseinheilung in die Hornhautwände nicht zu vermeiden ist. Sondermann hat die Spaltung durch Trepanation des Geschwürgrundes ersetzt. Ein im Durchmesser 1,5 mm großes Hornhautstück wird mit einem Trepan entfernt. Die Kammer fließt ab. Ein etwa vorhandenes Hypopyon fließt meist mit heraus. Eine Iriseinheilung ist durch Atropinisierung zu vermeiden. Die Erfolge sind nach Verf. überraschend gut, nicht nur, wenn kleine Ulcera in toto heraustrepaniert werden, sondern auch bei großen, flächenhaften Geschwüren. (Die Perforation der Hornhaut mit dem Thermokauter wurde schon seit langem mit ähnlichem Erfolg geübt. Ref.)

Archiv für Augenheilkunde.

Heft 2, 1926.

* Sympathisierung des Kaninchenauges. Guillery.
Zur Anatomie der Macula lutea. Heine.
Diagnose eines Aderhautsarkomes usw. Seefelder.
* Irrtümliche Diagnose eines Aderhautsarkomes usw. Seefelder.
Entwicklung der Hornhaut des Menschen. Seefelder.
Untersuchungen über das Farbensehen der Hühner. Igersheimer und Haslinger.
* Zugkraft der seitlichen geraden Augenmuskeln. Fischer.
Die Rolle des Pigmentepithels der Netzhaut im Sehakt. Zilulenko.
Wölbungsdeformationen der Hornhaut. Kraupa.
Ueber einen optisch ausgelösten vasomotorischen Reflex. Kraupa-Runk.
Zur Frage der ektatischen Kolobome am Sehnerveneintritt. Hidano.
Die Fusionsbewegung der Augen. Roelofs.

Sympathisierung des Kaninchenauges. G. setzt seine experimentellen Untersuchungen über die Genese der sympathischen Ophthalmie mit bemerkenswertem Erfolge fort. Er führte in Schilfsäckchen eingeschlossene Krankheitsprodukte von Tuberkulösen in den Bulbus oder die Orbita ein und setzte nach längerer Zeit eine Verletzung des Ziliarkörpers des zugehörigen Auges. Es gelang ihm dabei die Sympathisierung des anderen Auges. Anatomisch fand sich das ausgesprochene Bild der sympathischen Ophthalmie, mit Riesenzellen usw. Tb.-Bazillen waren nicht nachweisbar. G. sieht in diesen Versuchsergebnissen einen neuen Beweis, daß die sympathische Ophthalmie eine tuberkulototische Uveïtis ist.

Irrtümliche Diagnose eines Aderhautsarkomes. Klinisch fand sich eine Netzhautabhebung, mit sichtbarer Pigmentierung des unteren Abschnittes und fehlender Durchblutbarkeit. Histologische Untersuchung ergab eine subchorioideale Blutung. Der Fall zeigt die gelegentliche Schwierigkeit einer absolut sicheren Diagnose eines Aderhautsarkomes.

Zugkraft der seitlichen geraden Augenmuskeln. Genaue Messungen ergaben für den inneren Graden eine Zugkraft von 8,5 g und des äußeren von 8,0 g. Diese zunächst auffallend niedrig erscheinenden Werte demonstrieren, daß die Augenmuskeln keine Kraft, sondern Schnelligkeitsmuskeln sind.

Meesmann, Berlin.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 28, 15. Juli 1926.

Periodischer Gynandromorphinismus bei einem erwachsenen Hahn. Pézard, Sand, Caridroit.
* Labyrinthektomie und ihre Indikationen bei der vom Mittelohr fortgeleiteten akuten Labyrinthentzündung. Robert Lund.
Status epilepticus, mit Somnifen behandelt. C. Clemmesen.

Labyrinthektomie und ihre Indikationen bei der vom Mittelohr fortgeleiteten akuten Labyrinthentzündung. Ist die Mittelohreiterung mit einer akuten diffusen destruktiven Labyrintitis kompliziert, erfolgt entweder sehr schnell eine labyrintogene Meningitis oder es kommt überhaupt nicht zu labyrintogenen intrakraniellen Komplikationen. Ob eine Aufmeißelung der Labyrintektomie nötig ist, kann besser durch den Nachweis einer Pleozytose im Lumbalpunktat bestimmt werden, als durch die Funktionsprüfung des Labyrinths. Selbst wenn die Labyrinthfunktion noch erhalten ist, bedingt der Nachweis der Pleozytose eine Indikation zur Aufmeißelung und Labyrintektomie. Wo eine Labyrinthdestruktion nach einem operativen Eingriff am Ohr eintrat, ist in den meisten Fällen auch Pleozytose vorhanden und schon vor der kompletten Destruktion; dieselbe nimmt dann allmählich zu. Wo die akute diffuse Labyrintitis langsam erst eine halbe bis zwei Wochen nach der Aufmeißelung eintritt, ist sie meist benigner Natur. Hier ist oft eine Labyrinthoperation überflüssig, weil die Nerventeile des Labyrinths schon vorher degeneriert waren.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hospitalstidende.

Nr. 21, 27. Mai 1926.

Facialisparesen als Geburtsläsionen bei normalen und pathologischen Entbindungen. Svend Hindse-Nielsen.

Nr. 22, 3. Juni 1926.

* Magensekretionen bei Gallensteinkranken. E. Dahl-Iversen.

Magensekretion bei Gallensteinkranken. Das Aufhören der Gallenblasenfunktionen führt nicht zur Hypoachylie. Ein eingeklemmter Gallenblasenstein macht keine reflektorische Achylie. Die Gallenblasenexstirpation bei Gallenleidenden beeinfußt nicht die Pepsinabsonderung des Magens. Bei seinen Gallensteinkranken fand der Verfasser in 22% der Fälle Hypoachylie und in 9% Achylie. Die Herabsetzung der Salzsäuresekretion ist unabhängig von dem Grad des Gallenleidens, aber abhängig vom Alter.

Nr. 23, 10. Juni 1926.

Ein Myxo-Chondrom des Oberschenkels. Hans Amstrup.

Nr. 24, 17. Juni 1926.

*Untersuchungen über die Wirkung des Lichts auf den Sauerstoff-Stoffwechsel. Carl Sonne.

Wirkung des Lichts auf den Sauerstoff-Stoffwechsel. Dieselbe wurde an Puppen des Mehlwurms geprüft. Es erwies sich, daß starke Lichtbestrahlung imstande ist, den Sauerstoff-Stoffwechsel sehr zu beeinflussen. Bei Bestrahlung mit einer Kromayer-Lampe ohne Filter konnte der Stoffwechsel nach 45 Minuten um 40% erhöht werden, mit Glasfilter um 20%. Das gelbe Licht hatte keinen Einfluß. Die Erhöhung des Sauerstoffwechsels erfolgte nur bei der lebenden Puppe.

Nr. 25, 24. Juni 1926.

Nekrolog. Oskar Thorwald Bloch.
Ein Fall von einem sehr großen Ovarien-Teratom bei einem 11 jährigen Mädchen. Henning Krieger-Lassen.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Svenska Läkaresällskapets Handlingar.

52., Heft 1, 1. Juni 1926.

Acta Societatis Medicorum Suecanae.

Pathogenese des Ikterus und funktionelle Leberdiagnostik. J. Tillgren.
*Zwei Fälle von Sarcoma cordis. F. Wahlgren.
Korsakowsche Krankheit. Henry Marcus.

Zwei Fälle von Sarcoma cordis. Von Sarcoma cordis werden zwei Fälle ausführlich beschrieben. Von primären Herztumoren konnte Goldstein 1922 140 benigne und 40 maligne Tumoren sammeln. Die malignen sind meist Sarkome. Husten, blutiger Auswurf, Dyspnoe waren die hervortretendsten Erscheinungen. Die Funktionsstörung des Herzens richtet sich nach Größe und Sitz des Tumors; man unterscheidet solche an den Klappen, solche am Perikard und von der Herzwand ausgehend. Häufig finden sich Stauungen in den Venen der oberen Körperhälfte, Perikaritis, Infarkte, Metastasen in den Lungen mit Hämoptyse.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68., Mai 1926.

*Trachomendemie in Finnland einst und jetzt.
*Verlauf des rheumatischen Gelenkrheumatismus nach Behandlung von inflammatorischen Prozessen in den oberen Atmungswegen. Oesten Holsti.
Kupfersalzvergiftung als Krankheitsgrund der akuten und chronischen Magen- und Darmkatarrhe. Hugo Sternberg.

Trachomendemie in Finnland einst und jetzt. Erscheint in Acta Ophthalmologica.

Verlauf des rheumatischen Gelenkrheumatismus nach Behandlung on inflammatorischen Prozessen in den oberen Atmungswegen. rscheint in Acta Medica Skandinavica.

Kupfersalzvergiftung als Krankheitsgrund der akuten und chroni- chen Magen- und Darmkatarrhe. Erscheint in deutscher Sprache.

Acta Chirurgica Scandinavica.

60., Heft 4/5.

uft in den Seitenventrikeln des Gehirns (Pneumatocephalus) nach einer Basisfraktur. Ali Krogius.
ome anomalies, deformities and diseased conditions of the vertebrae during their different stages of development, elucidated by anatomical and radiological findings. Robert Hanson.
septische Knochennekrose und ihre Bedeutung für die Knochen- und Gelenkchirurgie. G. Axhausen.
xperiences of Appendicitis in Childhood. Einar Edberg.
lecture on injection-treatment of varicose veins and their sequelae (eczema and ulcus cruris), clinically and experimentally. V. Meisen.
uelques réflexions sur la proposition de Velter quant à la trépanation décompressive sans durotomie. Arnold Jirasek.
case of tumour in the spinal cord canal, diagnosed roentgenologically with the help of lipiodol injection on the cerebello-medullaris cisterna. Erik Brattström.
roceedings of the northern orthopaedic association at its Sixth Meeting at Gothenburg 6.—7. June 1924. Sven Johansson.

Aseptische Knochennekrose und ihre Bedeutung für die Knochen- d Gelenkchirurgie. Die einfache aseptische Knochennekrose ist von der eitrigen Knochennekrose zu trennen. Makroskopisch und im Röntgenbilde kann sie nicht erkannt werden. Nur die Folgeerscheinungen sind im Röntgenbilde zu erkennen. Ausschlaggebend ist allein der histologische Befund. Als Folgeerscheinungen der Knochennekrose sind regeneratorische Vorgänge vom umgebenden lebenden Knochen festzustellen, die zu einem Umbau der Knochennekrose führen und eine Restitutio ad integrum bedingen können. Bei der Brüchigkeit des toten Knochens können zur Zeit des Umbaues leicht Spontanfrakturen auftreten. Liegt die Knochennekrose an der Epiphyse und kommt es daselbst zu einer Fraktur, so ist die unmittelbare Heilung der spontanen Kompressionsfraktur nicht möglich. Es entwickelt sich das Bild der Osteochondritis dissecans Königs. Erst nachdem der abschließende Knochentrümmerwall durchbrochen ist, kann die Reorganisation der Epiphyse stattfinden. Infolge der Spontanfraktur und der Formbarkeit können dauernde Deformierungen der Epiphyse resultieren, die zu Knorpelschädigungen auf der Gegenseite Veranlassung geben können. Diese Knorpelveränderungen werden richtiger mit dem Namen deformierende Arthropathie als mit Arthritis deformans bezeichnet. Bei der Schenkelhalsfraktur nekrotisiert regelmäßig das proximale Bruchstück, ohne den Heilungsvorgang zu verhindern. Die schlechten Heilungserfolge beruhen gewöhnlich auf der Schwierigkeit genauer Reposition. Die Kopfnekrose kann auch im Anschluß an traumatische Hüftluxationen entstehen und zur deformierenden Arthropathie führen. Bei der Knochentuberkulose ist das Bild etwas anders. Durch mangelhafte Knochenanbaufähigkeit des tuberkulösen Markgewebes wird der Umbau der Nekrose verhindert. Infolgedessen entsteht eine abgegrenzte Knochennekrose, die als tuberkulöser Sequester bezeichnet wird. Kommt es bei der Tuberkulose zu einer Ausheilung, so muß die tuberkulöse Nekrose durch nachträglichen Umbau ersetzt werden. Im Kindesalter kommt es nicht selten zu epiphysären Knochennekrosen, deren Entstehung noch nicht geklärt ist. In dieser Epiphysennekrose ist die Ursache der Köhlerschen Krankheit der Metatarsalköpfchen und des Os naviculare pedis, der Osteochondritis deformans coxae Calvé-Legg-Perthes, der sogenannten Lunatum-Malacie Kienböcks, vielleicht auch vieler anderer Ossifikationsstörungen zu suchen. Auch für die Mauskrankheit des Knie- und Ellbogengelenkes muß sie als Grund angesehen werden. Als Ursache für die spontane Epiphysennekrose wird man wahrscheinlich blande, embolisch-mykotische Infarkte anzusehen haben.

Experiences of Appendicitis in Childhood. Der Autor gibt Bericht über 392 männliche und 362 weibliche Fälle von Appendicitis im Kindesalter, von denen 18 resp. 20 letal verlaufen sind. Die sog. chronischen Fälle von Appendicitis fallen hauptsächlich in das 6. bis 15. Lebensjahr. Im Säuglings- oder Spielalter wurden sie nicht beobachtet. Die Operation gab in der Hälfte der Fälle Aufklärung der klinischen Symptome. Unter den einfachen Appendicitis-Fällen ist eine besondere Gruppe behandelt, die durch die Anwesenheit von Oxyuren hervorgerufen worden ist. Verf. betont, wie selten Oxyuren bei destruktiver Appendicitis angetroffen werden, daß außerdem der Oxyurenbefund nur selten von einfachen Schleimhautveränderungen begleitet wird. Die meisten Fälle von Oxyurenappendicitis zeigten makroskopisch gesunde Wurmfortsätze. Nur in einer geringen Anzahl von Fällen appendikulärer Ansammlung von Oxyuren lagen schon makroskopisch nachweisbare Veränderungen des Wurmfortsatzes vor. Der jüngste Patient war ein Kind von 9 Monaten. 6% der Fälle waren im Spielalter, die Majorität im schulpflichtigen Alter. Unter den übrigen Fällen von einfacher Appendicitis befand sich kein Kind unter 1 Jahr, 12% im Spielalter, 88% im schulpflichtigen Alter. Bei den Fällen destruktiver Appendicitis lagen nach dem Alter beurteilt genau dieselben Prozentsätze vor. Die Appendicitisfälle mit lokalisierter Bauchfellentzündung verteilen sich folgendermaßen: 27% mit 2 Todesfällen im Spielalter, 73% ebenfalls mit 2 Todesfällen im schulpflichtigen Alter. Unter 175 Appendicitisfällen mit diffuser Peritonitis hatten 33 einen tödlichen Ausgang. Darunter befanden sich 1,6% Säuglinge, 26,4% im Spielalter und 72% im schulpflichtigen Alter. Die Mortalität war vom 2.—5. Lebenjahre am größten.

Um die Bedeutung der Lage des Wurmfortsatzes bei Peritonitisfällen zu beleuchten, teilt Verf. die Fälle in 4 Gruppen ein, je nachdem ob die Appendix lateral, lumbal, medial oder im Becken lag. Die Zusammenstellung ergibt, daß die laterale und lumbale Lage in 52% der lokalisierten Abszesse, dagegen nur bei 22% der Fälle von freier Peritonitis gefunden wurde. Die Becken- und mediale Lage hatten in 55% der Fälle freie Peritonitis zur Folge.

A lecture on Injection-Treatment of Varicose Veins and their Sequelae (eczema and ulcus cruris), Clinically and Experimentally. Verf. schildert die Wirkung der Einspritzung von hypertonischer Auflösungen von 20—30% Natriumsalicylat in die Venen, die durch Experimente in der Kgl. Veterinär-Schule in Kopenhagen erprobt worden waren. Nach der Einspritzung entsteht sofort ein roter

Thrombus, der an der Intima fest anhaftet. Mikroskopisch ist in der Adventitia sogleich Oedem und Diapedeseblutung mit kräftiger Hyperaemie der Vasa vasorum beobachtet worden. Bereits nach 24 Stunden ist der Thrombus so fest mit der Gefäßwand verbunden, daß er nur mit Hilfe von Pinzetten entfernt werden kann. Die Organisation des Thrombus beginnt am sechsten Tage. Bei Patienten, die eine außerordentlich erweiterte Vena saphena magna haben, schließt sich an den Thrombus an der Injektionsstelle eine aszendierende chemische Phlebitis an mit oder ohne begleitende Thrombenbildung. Verf. hat nie Embolien gesehen, hält ihr Auftreten auch für unwahrscheinlich, da die Thromben außerordentlich innig mit der Gefäßwand verbunden sind.

Zur Untersuchung der Krampfadern hält Verf. es für nötig, die Patienten auf ein erhöhtes Podium zu stellen, da man nur so einen richtigen Eindruck von den Krampfadern und den sie bedingenden Ulcerationen oder Ekzemen bekommen kann. Die Behandlung der Varizen wird am besten außerhalb des inneren Tibiacondylus angefangen. Während der Patient noch steht, ist der Varixknoten anzustechen. Durch Aspiration von Blut überzeugt man sich, daß man den Varixknoten getroffen hat. Darauf legt der Patient sich hin, das Bein wird gehoben und 2—10 ccm der Lösung ohne jeden Widerstand injiziert. Um ein eventuelles Ausfließen der hypertonischen Lösung zu neutralisieren, werden Haut und Umgebung des Varixknotens mit ca. 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung infiltriert. Auf die Injektionsstelle wird ein Gazetampon gelegt, der 2—3 Tage zu liegen hat, bis die nächste Injektion erfolgt. Bei der Injektion muß sorgfältig acht gegeben werden, daß die hypertonische Lösung nicht in das Gewebe kommt, da sie sonst Nekrosen bedingt. Sie sind zwar gefahrlos, sind aber sehr langwierig und schmerzhaft. Verf. teilt seine Erfahrungen an 50 Fällen mit. Er hat stets gute Erfolge gehabt. Chronische Ekzeme und Ulcerationen, die bis zu 20 Jahren gedauert hatten, sind noch nach ¾ Jahren rezidivfrei geblieben. Die Injektionsmöglichkeit hat nach Ansicht des Verfassers geringere Gefahr als die üblichen blutigen Methoden und ist angenehmer für die Patienten.

Acta Psychiatrica et Neurologica.

1., Fasc. 1, 1926.

* Lipiodolprobe bei Rückenmarksgeschwülsten. A. Brouwer und Ign. Oljenick.
* Völlige spastische Monoparalyse des linken Fußes. Zerebraler Ursprung. Viggo Christiansen.
2 Fälle von ponio-neozerebellarer Hypoplasie. S. Koster.
* Katatonie und Melanodermie. V. Wigert.

Lipiodolprobe bei Rückenmarksgeschwülsten. 2 Fälle von Rückenmarkstumor (in Höhe von L_5 bzw. D_{10}) werden mitgeteilt; in beiden leistete die Lipiodolprobe gute Dienste. Das Lipiodol zeigt nicht nur die obere, sondern auch die untere Grenze des Tumors an, was für den Chirurgen von Wert ist, es kann auch einen extramedullären Tumor ausschließen, es hat keine unangenehmen Nachwirkungen, höchstens vorübergehende geringe Temperatursteigerung oder leichten Schmerz, welch letzterer für die Höhenlokalisation (obere Tumorgrenze) evtl. zu verwerten ist. Vor der Operation ist jeder Fall mit Lipiodol zu untersuchen.

Völlige spastische Monoparalyse des linken Fußes. Zerebraler Ursprung. Der mitgeteilte Fall zeigte eine spastische Lähmung des linken Fußes mit Babinskischem Zeichen, Jacksonschen Anfällen, Kopfschmerzen (keine Stauungspapille, keine striären Symptome). Die Diagnose wurde auf einen Tumor in der rechten Hemisphäre nahe der Medianlinie gestellt. Die Operation ergab einen mandarinengroßen extrazerebralen Tumor, der die rechte Hemisphäre stark komprimierte. Nach der Operation zunächst Stärkerwerden der Herdsymptome: völlige linksseitige Hemiplegie, auch Lähmung des rechten Fußes. Schließlich Zurückgehen der Erscheinungen; es verblieb nur ein leichter Steppergang links.

Katatonie und Melanodermie. Verf. beobachtete einige Fälle von ausgebreiteter Hyperpigmentation der Epidermis in Zusammenhang mit psychischen Krankheitszuständen von ausgesprochenen katatonischem Typ. Melanodermie kommt hauptsächlich vor: bei endokrinen Erkrankungen (Addison, Basedow, Hypophysenerkrankung, bei Gravidität und Genitalleiden, im Klimakterium und Senium), ferner bei kachektischen Zuständen (Tuberkulose, Ca usw.), bei gewissen Intoxikationen (Arsen, Pellagra, bei Arbeitern in Teerfabriken). Es erscheint unwahrscheinlich, daß die Melanodermie auf einer gestörten Sympathicusfunktion beruht, vielmehr ist anzunehmen, daß eine direkte toxische Einwirkung auf die Basalzellen der Epidermis die Hauptrolle spielt. Solche toxische pigmentbildende Einflüsse hormonaler Natur kommen nicht nur bei der eigentlichen Addisonpigmentierung, sondern auch bei anderen von ähnlicher Hautpigmentierung begleiteten endokrinen Störungen (Basedow, Genitaldrüsen, Hypophyse) vor.

Kurt Mendel, Berlin.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 49, 19. Juni 1926.

Impfung gegen Tuberkulose durch den B. C. G. G. Poix.
Behandlung der Athrepsie mit Sulfarsenol. E. Bodin und Mme. M. L. Cheorel.
Spezielle Form der Hirnlues; syphilitische pseudobulbäre Demenz. Ch. Foix und J. Chavany.

Nr. 50, 23. Juni 1926.

* Die anatomisch-klinischen Formen der Pottschen Paraplegien, ihre Entwicklung und Prognose. E. Sorrel und Mme. Sorrel-Déjerine.
Die beiden Etappen der chronischen Typhlocolitis. G. Farcy and J. Baumann.
Linksseitige transdiaphragmatische Hernie, Eventration des Diaphragma, Operation, Rezidive. P. Z. Rhéaume.

Die anatomisch-klinischen Formen der Pottschen Paraplegien. Die Prognose bei den Pottschen Paraplegien richtet sich nach der Art ihrer Entwicklung in Bezug auf Zeit und Intensität. Tritt die Lähmung schnell ein und wird sehr bald vollständig, so ist die Prognose günstig, denn dann liegt entweder nur ein Oedem vor, oder die Erscheinungen eines Oedems, hervorgerufen durch einen Abszeß im Wirbelkanal. Im ersteren Fall tritt bei richtiger Behandlung — vor allem strikte Ruhigstellung — schnelle Heilung ein, im 2. Fall langsamer (18—24 Monate) mit kleinen Resterscheinungen oder vollständig. Tritt aber bei einem wenig oder schlecht behandelten Pottiker eine langsam fortschreitende Lähmung mit geringen klinischen Symptomen auf, so ist die Prognose viel ernster, da es sich um eine Pachymeningitis handelt, die trotz Behandlung zunimmt und schließlich definitiv wird. Es ist also zur Beurteilung weder das Alter des Kranken noch die derzeitige Schwere der Krankheit maßgebend, sondern nur das Datum des Beginns, die Art der Entwicklung und die Intensität der motorischen Störungen.

Paris Nr. 52, 30. Juni 1926.

* Die Pathogenie der arteriellen Hypertension. Ch. Lanbry und E. Doumer.
* Die Haltung, ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung. G. Leven.
Rolle der Niere beim Diabetes mellitus. H. Chabanier, M. Lebert und C. Lobo-Onell.

Die Pathogenie der arteriellen Hypertension. In der Pathogenie der arteriellen Hypertension spielen organische Läsionen, endokrine Störungen, Intoxikationen sowie Lues zweifellos eine Rolle, ohne daß wir genauere und plausible Erklärungen darüber haben. Schuld daran ist unsere Unkenntnis der physico-chemischen Modifikationen des internen Milieus und deren physiologische Auswirkungen. Interessant erscheint die Konstatierung Govaerts, daß bei Hypertonikern der osmotische Druck der Serumproteine höher ist als der normale, ein Phänomen, das umgekehrt ist dem der Oedeme. Es besteht die Möglichkeit, daß dadurch der Austritt des Wassers aus den Kapillaren erschwert ist, oder daß der Organismus den Blutdruck erhöhen muß, um die gesteigerte osmotische Kraft der Proteine auszugleichen. Diese Theorien sind noch rege, aber vielleicht geben sie therapeutische Aussichten besonders auch in Bezug auf Erleichterung der kochsalzarmen Diät, die für die meisten Kranken quälend ist.

Die Haltung, ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung. Bei gewissen Zuständen von Dyspnoe und Beklemmungen, besonders bei Aerophagie und Aerocolie ist die jeweilige Haltung insofern von oft entscheidender diagnostischer Bedeutung, als häufig ein Wechsel von der sitzenden Stellung in eine Bauch- oder Seitenlage den Beschwerden sofort ein Ende macht, und dadurch angibt, wo der Ausgangspunkt zu suchen ist. Die Lunge wird sofort von dem Druck befreit, der von dem luftgeblähten Darmteil ausgeübt wird, das intestinale Gas verteilt und Torsionen gelöst. Einen ebenso eklatanten sofortigen Erfolg sah Verf. bei einem seit 12 Stunden bestehenden Singultus, als der Kranke sich platt auf den Bauch legte und die Luft aus dem Segment des Verdauungsapparates entweichen konnte, die den Reizzustand des Zwerchfells verursacht hatte.

Haber.

Paris Médical.

Nr. 26, 26. Juni 1926.

Der Wert der Beobachtung in der Medizin. St. Jacques.
Heliotherapie bei Lungentuberkulose. Herve, Juhel und Ollivier.
* Versuche einer antituberkulösen Chemotherapie. Grigaut und Tardieu.

Versuche einer antituberkulösen Chemotherapie. An der Hand von 3 Fällen wird die günstige Wirkung des Aethylmorrhuates in wässeriger 3% Lösung intramuskulär oder in 25% Olivenöllösung intratracheal vorgeführt. Es handelte sich um eine gewöhnliche fibrokaseöse Form, eine pleurokortikale Form und um einen Fall ulcerokaseöser Phthise, bei der ein künstlicher Pneumothorax angelegt wurde. In allen 3 Fällen schwanden die funktionellen Symptome langsam aber nachhaltig, ebenso Fieber und Husten, geringerer Auswurf, Besserung des Allgemeinzustandes.

Nr. 27, 3. Juli 1926.

Herz- und Gefäßkrankheiten 1926. Lerebouillet und Heitz.
* Sklerose der Pulmonalarterie. Vaquez.
* Die Duroziezsche Krankheit. Merklen.
* Herz und Malaria. Benhamou.
* Ursachen des Mißerfolges bei der Herztherapie. Giroux.

Sklerose der Pulmonalarterie. Es handelt sich dabei um eine sekundäre Form, meist eine Komplikation und um eine Primäre, eine Krankheitseinheit. Die erstere umfaßt 2 Kategorien; einmal Leute mit einem Mitralklappenfehler, einer Stenose. Bei ihnen entwickelt sich irgend einmal ohne ersichtlichen Grund eine rapid zunehmende Dyspnoe, auch in der Ruhe; die Schleimhäute, die Tegumente werden cyanotisch wie bei einer kongenitalen Cyanose, es kommt zu Erstickungsanfällen, blutigem Sputum, Hämoptysien, nach einigen Monaten Exitus durch Asphyxie oder eine interkurrente Komplikation. Anders ist der Verlauf bei der zweiten Kategorie, bei der die Sklerose Folge verschiedener, alter Lungenkomplikationen ist. Es handelt sich um eine Jahre lang rezidivierende Bronchitis, kompliziert durch infektiöse Episoden, eine Pneumonie, eine Kongestion, aus der sich schließlich ein Emphysem entwickelte, oder um Tuberkulöse, mehr mit fibröser als mit käsiger Form. Irgendwann wird die Dyspnoe, die sich nur bei entzündlichen Schüben zeigte, nach der Heilung eines solchen permanent; die Cyanose nimmt wie beim vorigen Falle zu, es kommt zu Stauungserscheinungen und der Exitus erfolgt durch Insuffizienz oder Asphyxie mit zeitweiser Hämoptoe. Hier liegt also von vornherein kein Herzfehler vor. Im Röntgenbild: Dilatation der rechten Herzhöhlen und verstärkte Schattenbildung im Hilus, ausstrahlende Gefäße.

Die primäre, idiopathische Lungensklerose wird am besten typisch wiedergegeben durch folgenden Fall: ein 45 jähriger hat den ganzen Krieg ohne Krankheit als Kommandeur eines Radfahrerbataillons mitgemacht. Gegen Ende hin bemerkte er beim Steigen Atemnot und seine Lippen wurden cyanotisch; jedesmal dasselbe nach Anstrengungen und schließlich auch in den Intervallen Dyspnoe und cyanotische Finger. Ganz der Anblick einer kongenitalen Cyanose. Keine Milzvergrößerung, kein Anzeichen einer Herzinsuffizienz, keine Stase, keine Oedeme, keine Geräusche. Röntgen: Vergrößerung des Transversaldurchmessers und des rechten Herzens. Starke Verästelung der Lungengefäße, Verbreiterung der Hilusgegend. Im weiteren Verlaufe Zunahme dieser Erscheinungen, retrosternaler Schmerz, Galopprhythmus ohne Geräusch, turgide Jugularvenen, vergrößerte, druckschmerzhafte Leber, Malleolenödem, Vermehrung der roten Blutkörperchen. Kein Husten früher, keine Syphilis. Behandlung trotz fehlenden syphilitischen Zeichen spezifische Behandlung, die wenigstens momentan besserte. Das Leiden wird sehr selten während des Lebens diagnostiziert. Charakteristisch sind das Alter zwischen 25 und 45, nicht selten Hämoptoe, die Erscheinungen der Angina pectoris, funktionelle Insuffizienz der Tricuspidalis; röntgenologisch: Dilatation der Lungenarterie am Ansatz des rechten Herzens. Pinselähnliche Schatten im Lungengewebe. Pathologisch-anatomisch: Hypertrophie der rechten Herzöhlen, diffuse Sklerose der Lungengefäße, intakte Klappen und Aorta. Aetiologie: Alkoholismus, besonders Bier; die Argentinier, die viel arüber geschrieben haben, nehmen Syphilis an, lokalisiert auf die ungenarterie.

Die Duroziezsche Krankheit. Früher für eine angeborene, später ir eine hereditäre Affektion gehalten, für eine äußerst langsam erlaufende meist rheumatische Infektion, steht man heute doch auf em Standpunkt, daß mehrere Faktoren in Betracht kommen: Eine rankheit der Frau, deren Thyreoidea sehr anfällig ist, mit rheuatischen Antezedentien, die ebenfalls leicht die Thyreoidea affieren, mit gleichzeitigen Dystrophien durch endokrine Störungen.

Herz und Malaria. Spielt in der Klinik der Malaria eine gewichge Rolle. Da ist zunächst der langsame Puls, der bei allen Fiebernfällen in starkem Kontrast zur Temperatur steht und in der ekonvaleszenz besonders hervortritt. Dann sekundäre Hypotension eist nach dem Anfall; im Anfall Steigen des Drucks. Die Geräusche nd nicht nur anämische Geräusche, sondern Folge einer Klappensuffizienz, Mitralis, Aorta, durch Hypotonus des Herzens, die mit nischer Behandlung verschwinden. Auch die Oedeme beruhen meist f einer verkannten Herzinsuffizienz; sie verschwinden gewöhnlich f Digitalis. Die große Leber ist nicht immer Reflex einer Malariahepatitis, sondern manchmal Folge einer gleichzeitig bestehenden Infektion, Syphilis, Tuberkulose, Amöbiase, oder einer Intoxikation, Alkoholismus, aber am häufigsten ist sie Folge kardialer Störungen. Daraufhin deutet der erhöhte venöse Druck, die Dilatation des rechten Vorhofs, die anderen Zeichen der Insuffizienz und die Wirkung der Digitalis. Die eigentliche Malariacirrhose ist außerordentlich selten und der Ascites bei Malaria ist meist, wenn nicht tuberkulösen oder syphilitischen Ursprungs, kardialen. Auch die in ⅔ der Malariafälle vorkommende Pleuritis ist meist ein Erguß infolge von Herzinsuffizienz. Noch mehr: die Malaria kann alle Formen einer Insuffizienz mit Kompensationsstörungen schaffen, der Leber, der Lungen, der Nieren; bei Syphilis und Rheumatismus wirkt Chinin nie so prompt wie in diesen Fällen. Und endlich die Malaria verschlimmert alte Herzfehler und besonders die rheumatischen, und zwar rapid.

Das richtige Stigma der schweren Malaria ist das runde, schlappe Herz, oft latent, auf dem Schirm deutlich: der linke Ventrikel und die rechte Vorkammer und die Spitze zeigen eine ausgesprochene Rundung, die mit dem Einsetzen einer energischen Behandlung ebenso wie die anderen oben genannten Erscheinungen verschwinden. Es handelt sich dabei nicht um eine Myocarditis, sondern um eine Myocardie, nicht um eine Läsion des Herzens, sondern um eine mechanische dynamische Störung, die den Tonus und die Kontraktionsfähigkeit des Herzens betrifft. Die Herzinsuffizienz der Malaria ist eine funktionelle. Die Malariakranken sind gewöhnlich Vagotoniker und man findet bei ihnen die Faktoren eines kardialen Hypotonus, den hemmenden Einfluß des Pneumogastrikus, die adrenale Insuffizienz, die Anämie, und dazu kommt ein mechanischer Faktor, die verschiedenen Druckspannungen bei den Anfällen. Und all dies ergibt die Myokardie. Diese Kenntnis ist außerordentlich wichtig für die Therapie: in all diesen Fällen gleichzeitig Chinin und Digitalis, hier das beste Tonicum.

Ursachen des Mißerfolges bei der Herztherapie. Klinisch versagt der Erfolg der Digitalis und Ouabains oft beim rheumatischen Herz, sei es nun, daß das Herz gleich beim ersten Anfall affiziert wird oder daß sich eine neue Herzaffektion bei jedem artikulären Schub entwickelt oder daß im chronischen Verlauf eine Herzaffektion auftritt. Hier muß man gleichzeitig Salicyl geben. Ferner bei den spezifischen alkoholischen Mykarditiden, bei Myokardien, bei den Klappenläsionen der akuten Infektionen oder bei chronischen Infektionen. Dann bei der sekundären Endokarditis der Herzkranken, einem terminalen Phänomen bei Leuten, die schon lange eine chronische Klappenläsion meist des linken Herzens haben, mit leichtem, unregelmäßigem Fieber: Insuffizienz, die Stase beherrscht die Szene. Resultat: Infarkte, Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, Wirkungslosigkeit der Medikamente. An solche Fälle muß man immer denken, wenn die Kranken mehr das Bild einer Infektion als einer Herzkrankheit bieten, wo der Tod plötzlich durch eine Embolie, Thrombose auftritt, ohne irgend ein Zeichen einer Insuffizienz, also in allen solchen Fällen, wo bei einem Aorten- oder Mitralfehler die gewöhnliche Medikation wirkungslos bleibt.

Bei der Symphysis pericardica wiederholen sich nach dem ersten Anfall gelegentlich einer Uebermüdung die Erscheinungen der Insuffizienz, venöse Stase, periphere Oedeme, Leberkongestion. Sehr rasch versagt hier die Digitalis. Hier hilft dann nur noch der operative Eingriff. Dasselbe findet man bei den Thoraxverkrümmungen, namentlich bei den Skoliosen: auch hier kommt es nach verschieden langer Adaptation zu Insuffizienzerscheinungen: Dyspnoe, Cyanose bei Anstrengungen, besonders nach wiederholten Ermüdungen und nach interkurrenten Infektionen. Auch bei der Sklerose der Lungenarterie. Ferner kommt es auch bei chronischen Lungenaffektionen terminal zu einem Tricuspidalsyndrom. Endlich gibt es eine von vornherein irreduktible Herzinsuffizienz, die prognostisch wichtig, wenn sie auch selten ist. Charakteristisch ist dabei der regelmäßige Puls, obgleich die Insuffizienz Fortschritte macht. Bei Mitralfehlern ist dies selten. Auch hier versagt Digitalis.

v. Schnizer.

Annales d'Oculistique.

Mai 1926.

Stenotomie des Levator palpebrae bei exzessivem Exophthalmus. Terson.
Parrielle traumatische Lesion des Sehnerven im Kanalis opticus. Hartmann und Valat.
Vertrocknung der Hornhaut (beim Kaninchen). Hoen und Marx.
* Ueber entzündliche Myopie. Sedan.
Einwirkung des Cholestearins auf die Bindehautgefäße beim Tier. Salvati.
Augendruck bei Akkommodation und Konorgenz. Salvati.
Maculakolobom. Prysbylska.

Ueber entzündliche Myopie. Beschrieben sind zwei der seltenen Fälle, bei denen nach akuter Iritis eine Myopie von — 2,0 dptr.

zurückblieb. Durch Atropin war keine Aenderung der Refraktion zu erzielen. Es fällt damit der von anderer Seite vermutete Spasmus des Ziliarmuskels als Erklärung fort.

Juni 1926.

* Katarakt und die Beziehungen zur allgemeinen Pathologie. Weil und Nordmann.
* Cataracta diabetica und Insulin. Dantrelle.
Symptome des Chorioideasarkomes. Martin.
Endophthalmie bei Typhus exanthematicus. Gabrielides.
Magnetometer zur Diagnose kleiner intraokularer Fremdkörper. Herbert.

Katarakt und die Beziehungen zur allgemeinen Pathologie. Die Cataracta senilis wurde von jeher, wie schon ihr Name sagt, als physiologische Alterserscheinung aufgefaßt. Später setzte man sie in Beziehung zur lokalen Arteriosklerose und Degeneration des ziliaren Pigmentes, ohne daß hierfür stichhaltige Beweise gebracht worden wären. Aehnlich unbegründet blieb die Annahme einer Autointoxikation. Weitverbreitet ist lange Zeit die Annahme besonderer Störungen der inneren Sekretion gewesen. Verfasser bringt aus der Literatur ein kurze Uebersicht über Kataraktformen bei Störungen der inneren Sekretion, um auf diese Weise der Aetiologie der senilen Katarakte näher zu kommen. Am längsten bekannt ist die Cataracta diabetica. Die Ansichten über die ätiologischen Beziehungen gehen hierbei aber weit auseinander. Von Graefe fand sie in 25% bei Diabetes, Foucenneau-Dufrène in 0,6%. Dieser krasse Unterschied kehrt in der Literatur oft wieder und erklärt sich einfach dadurch, daß nicht jedes senile Katarakt bei Diabetes als Cataracta diabetica aufzufassen ist. (Namentlich nach den neueren, vom Verfasser nicht angegebenen Spaltlampenbefunden ist die große Seltenheit der Cataracta diabetica [unter 1%] sicher erwiesen!) Wesentlich einheitlicher sind die Befunde bei Tetaniekatarakt. Mit seltenen Ausnahmen stellt sie einen regelmäßigen Befund bei jeder schweren Tetanie dar. Die Cataracta zonularis ist zum Teil angeboren, zum Teil entwickelt sie sich in den ersten Lebensjahren. Ihre Zugehörigkeit zur Rachitis tritt neuerdings immer mehr in den Hintergrund. Dagegen wird von vielen Seiten der Zusammenhang mit Tetanie betont und klinisch zu beweisen versucht. Bei myotonischer Dystrophie gehört der Katarakt anscheinend nicht zum absolut regelmäßigen Befund. Erwähnt sind dann noch die gelegentlich beobachteten Katarakte bei Dermatosen, Ergotismus, mongoloider Idiotie. Bei der senilen Katarakt ist es bisher nicht gelungen, einen besonderen Typ der innersekretorischen Störungen nachzuweisen. Will man überhaupt solche Beziehungen herausschälen, so bleibt nur die allgemeie Umwälzung der inneren Sekretion im Senium übrig. Es spricht demnach alles dafür, daß es sich bei der senilen Katarakt um physiologische Alterserscheinungen handelt. Dementsprechend findet man sie jenseits des 60. Lebensjahres mehr oder weniger ausgesprochen bei 60—70% aller Menschen.

Cataracta diabetica und Insulin. Verf. betont an Hand eines Falles, daß uns mit dem Insulin ein wertvolles Mittel gegeben ist, den Heilungsverlauf einer Staroperation beim schweren Diabetiker günstig zu gestalten. Infektionen sind bei bester Aseptik und Operationstechnik bei Diabetes leider nicht ganz selten.

Meesmann, Berlin.

Medical Journal and Record.

Nr. 10, 19. Mai 1926.

Die Gefahr der Infektion nach Kataraktoperationen. Bell.
* Akute infektiöse Mononucleosis. Steinfeld und Goldberg.
Frühlingsheufieber. Clock.
Encephalitis lethargica. Clark.
Ein ungewöhnlicher Fall von syphilitischer Epididymitis. Parounagian und Wittenberg.
Einige Bemerkungen über Krebs. Meyer.
Eine bis jetzt nicht beschriebene Ursache der Impotenz beim Manne. Hühner.
Orale-fokale Infektion als Ursache einer Systeminfektion. Rosenow.
Mundkrankheiten — die Domäne der Stomatologie. Bloodgood.
Ernährung und Stomatologie. Rose.

Akute infektiöse Mononucleosis. Es handelt sich um eine im Frühjahr und Sommer 1924 in Philadelphia häufig aufgetretene Infektion, die Aehnlichkeit hat mit dem Drüsenfieber Pfeiffers. Hauptsächlich Jünglinge und Erwachsene betreffend, namentlich männliche, setzt sie allmählich mit Fieber, Unwohlsein, u. U. schwerem Kopfweh ein, Injektion des Rachens und Husten. Fieber: mäßig und remittierend. Nach 1 bis 2 Wochen langen vagen Erscheinungen allgemeine Drüsenschwellung und palpable Milz, die aber auch das erste Symptom sein kann. Abdominale Empfindlichkeit in der Nabel- und Milzgegend ist häufig. Manchmal papuläre Eruption auf Abdomen und Thorax. Dauer 10 bis 15 Tage. Temperatur bleibt leicht erhöht mit Intermissionen zum Normalen. Gelegentlich epidemisches oder endemisches Auftreten. Die Lymphknoten sind gewöhnlich Daumennagelgroß, hinter dem Kieferwinkel, diskret und empfindlich. Blutbild: zunächst Leukopenie, später bis 20 000 Lymphozyten, Monozyten, polynucleäre Neutrophile. Die Leibschmerzen sind durch die vergrößerte Milz und die vergrößerten Mesenterialdrüsen zu erklären. In einem Fall ausgesprochen appendikale Schmerzen. Gelegentlich hämorrhagische Nephritis. Therapie: symptomatisch und Natriumkakodylat.

Nr. 11, 2. Juni 1926.

Thorakoplastische Fälle in allgemeinen chirurgischen Krankenhäusern. Knopf.
Die Basslersche Pankreasprobe bei chronischer Cholecystitis. Lutz.
* Nierenfunktionsprüfungen des allgemeinen Praktikers. Jameson.
Behandlung des Diabetes. Rubenstone.
* Alkoholnervenblock bei Schmerzen maligner Krankheiten. Swetlow u. Weingarten.
Lethargische Encephalitis. Clark.
Alveolarpyorrhoe. Asgis.
* Psychoendokrine Zustände. William und Wright.
Klinische Aspekte bei schlechter Entwicklung der menschlichen Geschlechtsdrüsen. Thorek.
* Bemerkungen über Blutdruck. Lintz.
* Diagnose und Behandlung des Kropfes. Jackson.
* Leberextrakte. Lautman.

Nierenfunktionsprüfungen des allgemeinen Praktikers. Es gibt Arten von Nephritis, bei denen die gewöhnlichen Urinuntersuchungen namentlich in den Frühfällen im Stich lassen, so die interstitielle Nephritis und die Nierensklerose. Andererseits gibt es Albuminurie oder Zylinder ohne nachweisbare Nierenläsionen oder Funktionsstörungen. Die Funktionsprüfungen kommen im wesentlichen in Betracht bei den chronischen Fällen ohne Eiweiß und Zylinder, bei denen früher oder später die N-Elimination mangelhaft ist. Die Feststellung der N-Retention im Blut ist von zweifelhaftem Wert als frühdiagnostisches Mittel, gibt aber in vorgeschrittenen Fällen prognostisch wertvolle Information. Toxische Symptome, Nachtharn, Arteriosklerose, Hypertension, sekundäre Anämie, Sehstörungen erfordern sorgfältige und wiederholte Harnuntersuchungen; sind sie negativ: Funktionsprüfungen. Bei den Urinuntersuchungen ist der Vergleich zwischen dem morgendlichen und abendlichen spezifischen Gewicht wichtig, der Abendharn zeigt manche Abnormitäten, die morgens fehlen. In Betracht kommt in erster Linie die Zweistundenprobe: 3 Mahlzeiten um 8, 12 und 5 Uhr und dazu jedesmal ½ Liter Wasser. Entleerung der Blase alle 2 Stunden von 8 bis 8 Uhr. Graduierte Gefäße für den Tag, eines für die Nacht von 8 bis 8 Uhr. Die Nachtperiode läuft pünktlich 3 Stunden nach der Abendmahlzeit. Normal: etwa 8 Strich Unterschied in der spezifischen Schwere bei hoher Proteindiät, Maximalkonzentration in der Nacht etwa 1020. Volum in der Nacht ca. 750 ccm weniger als am Tage. Verminderung des maximalen spezifischen Gewichts und vermehrtes Nachtvolum sind typisch für Störungen: die nephritische Niere zeigt ein dauernd niedriges spezifisches Gewicht. Konzentrationsprobe: gewöhnliche Abendmahlzeit um 6 Uhr, dann Enthaltung von Nahrung und Wasser die Nacht hindurch und möglichst völlige Entleerung der Blase zwischen 6 und 7 Uhr. In den nächsten 3 Stunden möglichst gründliche Entleerung. Unmittelbar nach dieser Entleerung 2½ Liter Wasser in 1 bis 1½ Stunden. Während dieser Dreistundenperiode Sammlung allen Urins. Normal: das Volum der Konzentration schwankt zwischen 50 und 200; der Verdünnung über 1000, im Mittel 1500 ccm, etwa 60% der aufgenommenen Flüssigkeit. Die Konzentrationsprobe sollte 1021 überschreiten, die Verdünnung ca. 1003. Eine gute Niere und ein schwaches Herz zeigt eine gute Konzentration und normales spezifisches Gewicht, aber beschränkte Diurese.

Alkoholnervenblock bei Schmerzen maligner Krankheiten sind der Morphiuminjektion vorzuziehen, weil kleine Dosen Morphium wenig nützen, der dauernde Gebrauch die Toleranz rasch erhöht, immer größere Dosen nötig werden, die Intelligenz abgestumpft wird und die Gefahr der hypostatischen Pneumonie vermehrt wird.

Psychoendokrine Zustände. Nach früherer Auffassung wurden alle organischen Wechselbeziehungen durch das Nervensystem betätigt; heute nimmt man an, daß die Nerventätigkeit durch eine chemische Wirkung eingeleitet wird, die dem Impuls vorausgeht. Und zwar sowohl im normalen wie im abnormen Zustand. Entwicklungsgeschichtlich bestand schon vor dem nervösen Telegraphennetz ein verhältnismäßig langsames chemisches Kuriersystem; jetzt arbeiten diese beiden Systeme zusammen. Dies beweist namentlich die enge anatomische Verbindung zwischen den Nebennieren und dem sympathischen System; die Beziehungen zwischen dem Nebennierenmark und dem chromaffinen System. Ganz besonders scheint dies der Fall zu sein bei gewissen abnormen Geisteszuständen, wo die Nebennieren primär oder sekundär affiziert sind. So findet man bei manchen akuten Infektionen Zunahme des Adrenalins in der Zirkulation, ebenso bei manchen akuten und chronischen manischen Syndromen, die oft ganz das Bild infektiöser Zustände geben. Neurasthenie und auch

Hypochondrie sind in ihrem Charakter hypoadrenal, wahrscheinlich infolge Uebererregung der Nebennieren durch gewisse infektiöse Prozesse.

Sind diese endokrinen Störungen Wirkung, Ursache oder zufälliger Bestandteil der Psychosen? Man rührt hier an eines der wichtigsten Probleme der Psychiatrie, denn dadurch wird dieses noch primitive Gebiet der Medizin auf die wissenschaftliche Höhe anderer ihrer Disziplinen hinsichtlich Diagnose und Therapie gehoben. Zugleich ist dies eine der schneidendsten Waffen gegen den Charlatanismus. Und zwar sprechen die physikalischen und Stoffwechselbefunde, die sich gewöhnlich bei Psychopathen vor den geistigen Symptomen finden, die Tatsache, daß in 75% solche anatomischen Stigmata vorliegen, für die ätiologische Bedeutung der endokrinen Störungen. Beweis: das Myxödem. Jedenfalls ist es von ausschlaggebender Bedeutung, daß gewisse Arten endokriner Dysfunktion verantwortlich sind für gewisse Arten psychopathischer oder psychoneurotischer Störung. 2 Fälle von Dysthyrioidismus und 1 Fall, der das Bild der Dementia präcox bot, werden besprochen und ihre organotherapeutische Behandlung.

Bemerkungen über Blutdruck. Hypertension erfordert direkt oder indirekt soviel Todesfälle wie Tuberkulose und Krebs zusammen. Es gibt nun eine Hypertension bei Hyperthyreoidismus; nicht selten auch bei Diabetes; Insulin regelt dies wieder. Auch bei der männlichen und weiblichen Menopause. 50% bei Frauen gehen darauf zurück. Stetig steigender Druck ist das Signal der nahenden Veränderung und Corpus-luteum-Extrakt bessert den Zustand. Bellucio hat denselben Erfolg wie Steinach durch Bestrahlung der Hoden bei Männern über 60 mit einem Blutdruck von 180 und mehr erreicht. Es gibt aber noch andere Ursachen des hohen Drucks. Zunächst führt dieser an sich zu Arteriosklerose, Herzhypertriphie, Myokarditis und chronischer Nephritis; auch eine Nephritis ist manchmal die Ursache der Hypertension. Jedoch gibt es auch Arteriosklerose und Nephritis ohne hohen Druck. Und endlich besteht eine enge Verwandtschaft zwischen Hypertension, chronischer Nephritis, Herzsklerose noch unbekannter Aetiologie. Weitere Ursachen: allgemeine fokale Infektionen, Allergie, wie die Wirkung des Adrenalins bei Asthma beweist, wenn es mit Hypertension verbunden ist. Adrenalin bessert hier beides, den Druck und das Asthma. Auch bei Heufieber besteht Hypertension. Die letzte Ursache mag vielleicht in der O-Zufuhr des Körpers liegen: Besserung einer insuffizienten Zirkulation bessert den Blutdruck, die Anämie bei Nephritis und Infektion, die ausgesprochene Verminderung der Vitalkapazität bei Hypertension. Bei familiären Fällen wurde festgestellt, daß die Fälle mit Hypertension alle kleine Lungen im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht hatten im Vergleich zu anderen Fällen ohne Hypertension. Etwa nur die Hälfte der Normalen. Wenn man bedenkt, daß der Gehalt des Gesamtblutes an roten Blutkörperchen 40% ausmacht mit einer Oberfläche von 3000 qm und daß bei jedem Herzschlag eine Oberfläche von 80 qm den Gasaustausch in der Lunge besorgt, so wird man die Bedeutung der geringen Lungengröße verstehen.

Diagnose und Behandlung des Kropfes. In Amerika verbreitet sich der Kropf besonders in der jüngeren Generation in so rapider Weise, daß die Frage eine nationale Bedeutung hat, ernst sowohl nach der sozialen wie nach der ökonomischen Seite hin. Und deshalb muß man sich zunächst über Einteilung und Behandlung klar sein. Nach Plummer, dessen klassische Studien zu wenig bekannt sind, gibt es: 1. den Kolloidkropf, 2. den adenomatösen, nämlich den nichttoxischen, toxischen und den Jodhyperthyreoidismus, 3. den exophthalmischen. Sonst gibt es noch Tuberkulose, Syphilis, Aktinomykose, Myxödem, Hypothyreoidismus und (akute, chronische und purulente) Thyreoiditis. Der Kolloidkropf. Gewöhnlich bei Mädchen zwischen 10 und 20, symmetrisch. Eine geringe Anzahl davon, etwa ¼, verschwindet in den Entwicklungsjahren. In den bleibenden Fällen entwickeln sich als Ausgleich für die unbefriedigte Anforderung von Thyroxin durch die Körpergewebe Adenome. Also prophylaktische Dosen von J. Man kann in die Lage kommen, den Exophthalmus auszuschließen. Beim Kolloidkropf ist die Drüse symmetrisch vergrößert, es kann Nervosität, Palpitation, Tachykardie, Schwäche, Schlaflosigkeit vorkommen, aber die Charakteristika des Exophthalmus fehlen: rapider Gewichtsverlust mit gutem Appetit ist nur für den Exophthalmus typisch; nur hier Geräusche, hoher Pulsdruck, Exophthalmus, richtige Quadricepsschwäche, eine Art Ruhelosigkeit und nervöser Instabilität; Grundstoffwechsel hoch, vermehrt. Hier ist Prophylaxe mehr angezeigt wie Behandlung: J. schon vom 8. bis 10. Jahr. Am besten in der Form der Jodosterintabletten zu 10 mg. Wenn der Kropf schon da ist, doppelte Dosis. Alle anderen Formen, auch die lokale Anwendung, sind nicht zu empfehlen. Aerztliche Ueberwachung. Adenomatöser Kropf. Zwischen 12 und 20 bei vernachlässigtem Kolloidkropf; asymmetrische Vergrößerung, Knötchen. Alle diese Formen entwickeln sich schon in der Jugend, wenn sie auch erst später zum Vorschein kommen. Ist einmal das Adenom da, hilft kein J. mehr. Die verschiedenen Typen, Zysten-, Kalk-, hämorrhagischer Kropf, sind nur Degenerationen davon. 2% davon werden malign, 1 von 5 wird substernal und verursacht Drucksymptome und 50% werden toxisch; also: Operation nach 21, früher, wenn nötig, aber Rückfälle. Die toxische Form: allein gelassen gibt der adenomatöse Kropf selten vor 35 — im Mittel 44 — Anlaß zu toxischen Erscheinungen. 1 unter 4 wird toxisch vor 50. Im Durchschnitt braucht das Adenom 60 Jahre, um toxisch zu werden. Schleichender Verlauf, bis das kardiorenovaskuläre System geschädigt ist. Oft Myokardschädigungen. Progressiver Gewichts- und Kräfteverlust gelegentlich Palpitationen und Tachykardie, Nervosität bis zur Schlaflosigkeit, immer Tremor, nie Exophthalmus, keine Geräusche, progressive Hypertension. Hier chirurgische Behandlung nach eingehender Untersuchung des Herzens und der Nieren, nachdem vorher entgegen der landläufigen Meinung Digitalis gegeben. Höchste Mortalität 1 : 10. Jodhyperthyreoidismus: Kommt nur vor bei adenomatösen Kröpfen Erwachsener, wenn wahllos J. administriert wurde. Symptome gleichen denen des Exophthalmus, aber nur kurze Dauer, etwa 2 Monate, ohne Herzgeräusche und Exophthalmus, ein eigentümlicher Zustand von Nervosität und Ruhelosigkeit, die in ein tödliches Delirum übergehen können. Intrathorakaler, substernaler Kropf: ungewöhnlich, durch Druck: Husten, Dyspnoe, Herzstörungen, dilatierte Venen auf der Brust. Operation oft schwierig. Diagnose durch Röntgen. Basedow: die klassischen Kardinalsymptome sind nicht immer da; Exophthalmus tritt nur in 50% in den ersten 3 Monaten auf; variabler, manchmal exzessiver Appetit bei rapider, stetiger hoher Gewichtsabnahme, charakteristische Schwäche der Quadricepsgruppe, hoher Pulsdruck bei niedrigem diastolischem Druck, typische Ruhelosigkeit. Rapider Einsatz im Vergleich zu der monatelangen Entwicklung der Adenome. Häufiger bei jungen Leuten, im Durchschnitt 26 Jahre.

Leberextrakt enthält ein Prinzip, das den Blutdruck senkt. Ein Brei von frischer Kalbsleber wird in 100prozentigem Alkohol extrahiert und nach Verdampfen auf 90% Sammlung der Präcipitats und Auflösung in destilliertem Wasser. Rasche Beseitigung der Nebensymptome. Keine üblen Nebenerscheinungen.

Nr. 12, 16. Juni 1926.

Beziehungen der Zahninfektionen zu Systemerkrankungen. Haden.
Ueber Thorakoplastik. Kropf.
Unsere soziale Flucht. Burrow.
* Syphilis — Iritis und andere Augenaffektionen. Bell.
* Beziehung des ophthalmoskopischen Bildes zu arteriellen Erkrankungen. Agatston.
Idiopathische Paralysis agitans. Fong.
Cystoskopie als Hilfmittel der Diagnose. Schwartz.
* Mitralstenose. Gordon.
Vorhofflattern. Bishop.
* Die direkte Behandlung des Herzfehlers. Cornwall.
* Die Pupille als Zeichen der Aktivität bei Herzläsionen. Byrne.
* Die Nasennebenhöhlen als Eingangspforten bei Herzfehlern. Spielberg.

Syphilis-Iritis und andere Augenaffektionen. Das Auge ist in den frühen Stadien der Syphilis häufiger affiziert als man annimmt. Hier ist in erster Linie Kopfweh zu nennen. Es kommt zwar auch bei Refraktionsfehlern, fokalen Infektionen, Nahrungsmittelvergiftung, exzessiver Stimulation durch Alkohol oder Tabak durch muskuläre Asthenopie vor. Nächtliche am Schlafe hindernde Kopfschmerzen mit einem Gefühl der Fülle im Kopf deuten aber auf eine meningeale Affektion und erfordern Wa. Ebenso Diplopie, namentlich wenn Sinusaffektionen und akute Infektionen ausgeschlossen werden können. Oft handelt es sich auch um eine Mischinfektion mit Lues. Oft ist auch Schwindel das erste Symptom, das bei Augenmuskellähmungen Verdacht erregen kann. Es kann auch vorkommen bei Ueberanstrengung der Augen, Sinusstörungen, Diplopie, oraler Sepsis, Krankheiten des inneren Ohres und intestinaler Toxämie. Oft hilft hier Rizinus klärend. Dasselbe gilt von Ptosis. Iritis ist in der Mehrzahl der Fälle durch Syphilis verursacht. Hauptformen: die gewöhnliche akute plastische Iritis und die papulöse Form. Bei ihrer Diagnose darf man nicht vergessen, daß bei einem Syphilitiker auch eine Iritis nicht luetischen Ursprungs vorkommen kann. Insbesondere spielen die 3 T — infizierte Zähne, Mandeln und Toxämie des Gastrointestinalkanals (teeth, tonsils) eine wichtige Rolle. Auch die Möglichkeit einer Gonorrhoe muß ausgeschlossen werden. Die interstitielle Keratitis ist meist Folge hereditärer Syphilis, seltener von erworbener; auch die Tuberkulose und Mischinfektionen, die 3 T, spielen eine Rolle. Selten kommt es zu Ulceration. Dann kommen noch die selteneren Erkrankungen der Augenlider, des Tränenapparates, der Sklera, Choreoidea und Retina und endlich des Sehnerven in Frage. In all diesen Fällen von Augenkrankheiten sollte ein Wa. angestellt werden; der negative ist namentlich bei hereditären Fällen nicht ausschlaggebend.

Augenhintergrund und arterielle Krankheiten. Die Untersuchung des Augenhintergrunds ist von den Internen nicht genügend gewürdigt. Hypertension ohne Veränderung der Retinalgefäße ist entweder toxisch oder funktionell. Arteriosklerose ohne veränderte Retinalgefäße kommt wohl kaum vor. Die typischen Veränderungen sind: 1. ein weißer Reflex der großen Arterienstränge — zu unterscheiden von dem juvenilen Reflex, der nach 30 selten gesehen wird. 2. Die Arterien bekommen allmählich ein drahtähnliches Aussehen, und man kann Druckerscheinungen an den Venen sehen, Verdünnungen an Kreuzungsstellen. 3. Perlstabähnliche Unebenheit und Verdünnung der Arterien, sie sind blasser als normal, und die kleineren Arterien sind gewunden. Windungen der großen Stämme sind nicht pathologisch, sondern kongenital. 4. Im weiteren Verlaufe werden die kleinen Arterien ausgesprochen gewunden, auch die Venen, besonders zwischen Papille und Macula. 5. Weiter kommt es zu kleinen Hämorrhagien der Arterien und Venen. 6. Dann späterhin perivaskuläre Bindegewebsveränderungen in Form weißer Randlinien. 7. Oedem der Papille ist gewöhnlich ein Spätzeichen; Hyperämie kann früh auftreten. Die Sklerose der choreoidalen Gefäße führt häufig zu einer Verminderung des Sehvermögens. Der Blutdruck braucht bei diesen Veränderungen nicht immer erhöht zu sein. Im allgemeinen entspricht aber der Veränderung 1. ein Druck von 150, 3. von 180, 4. von ca. 200. Nach einer schweren Krankheit, Herzkrankheit, Asthenie oder Bettruhe findet man einen niedrigen Druck.

Angina pectoris. Der mit Angina pectoris bezeichnete Symptomenkomplex entsteht wahrscheinlich durch Druck in den Wandungen der Aorta ascendens oder der Koronargefäße oder durch beides. Operativ sind zwei Maßnahmen möglich: Blockierung der Bahnen nach dem Gehirn und Entfernung des oberen Sympathikusganglions, um die vaskulären Spasmen oder Koliken zu verhindern.

Mitralstenose. Die Frühdiagnose dieses schwersten der Herzfehler begegnet nicht selten Schwierigkeiten, weil die klassischen Symptome erst dann auftreten, wenn in der Schädigung des Herzmuskels schon das Alarmsignal gegeben ist. Bei Frauen am häufigsten, in allen Altern, häufiger im jugendlichen Alter oft nach Rheumatismus, aber auch nach anderen Infektionen, Pneumonie, Grippe, Tonsillitis, Exanthemen, besonders oft lange nach diesen vielleicht recht mild verlaufenden Infektionen. Physikalische Symptome kann man lange vor Auftreten des Herzfehlers feststellen: Spitzenstoß in der mittleren Klavikularlinie, ein bohrendes Geräusch über der Spitze, ein Shock über der Basis. Vergrößerung rechts vom Sternum, oft auch am linken Vorhof. Geräusch: bei Anstrengung und im Liegen deutlicher, von Crescendocharakter, vor der Systole, rollend. Man findet ferner Vorhofflattern, paroxysmale Tachykardie, Herzblock als Folge der Gewebsveränderungen des Herzmuskels: er kann das zirkulatorische Gleichgewicht nicht halten, eben wegen der Schwäche des Herzmuskels und wegen der Verengerung der Klappe. Auch ehe die typischen Symptome auftreten, wird der Patient schwach, anämisch und unterernährt. Früheste Symptome: durch Störung der Lungenzirkulation Dyspnoe, Husten, Expektoration, gelegentlich mit Blut. Bronchitis, Hämoptoe; manchmal werden diese Erscheinungen als tuberkulös genommen. Späterhin: Dilatation des rechten Ventrikels, Tricuspidalinsuffizienz, Ueberfüllung der Venen; dadurch Nasenbluten, gastrische und intestinale Symptome mit Schmerzen über der vergrößerten Leber. In extremen Fällen Leberpulsationen und prominente Halsvenen. Heiserkeit, nicht selten Thrombosen, namentlich bei Vorhofflattern, oft bei jungen Leuten und oft verantwortlich für cerebrale Embolie. Sekundäre Nephritis infolge venöser embolischer Infarkte ist nicht selten. Mittleres Todesalter: 35. Von 23 Fällen, darunter 6 männlichen, ergab die Anamnese nur bei 2 Rheumatismus als Aetiologie, bei je 3 Scharlach und Diphtherie und bei 4 keine Infektion, aber gastrointestinale Störungen. Bei der Therapie ist das wichtigste, den Herzmuskel kräftig zu erhalten, also alle Infektionsherde zu beseitigen. Man weiß noch nicht genau, was für selektive Wirkungen der Toxine des Gastrointestinaltraktes für die Klappen und das Myokard bestehen. Deshalb Behandlung evtl. einer Colitis, chronischen Appendicitis, Cholecystitis, Ulcus, chronischer Konstipation und Beckenerkrankung. Digitalis ist sehr wirksam, hindert aber den Fortschritt der Krankheit nicht, wenn diese Ursachen nicht beseitigt werden.

Die direkte Behandlung des Herzfehlers. Man teilt die Herzmittel am besten in Stimulantien und Regulatoren ein, je nachdem man entweder die Kontraktionsenergie anregen oder indem man eine spezielle Betätigung des Nervenmechanismus beabsichtigen will. Hier ist zuerst die Digitalis, das am meisten ge- und mißbrauchte Arzneimittel zu erwähnen. Ueber die Art seiner Wirkung ist man sich noch nicht einig. Es wirkt indirekt durch Stimulation des Vagus, soll aber auch eine direkte Wirkung auf die Kontraktilität und den Tonus haben. Nach manchen Forschern soll bei Säugetieren der depressorische Vaguseffekt vorherrschen. Und insofern ist es als Regulator zu bezeichnen. Indem es die Fähigkeit des Herzmuskels, kontraktile Impulse weiterzuleiten, vermindert, kommt es bei gewissen Vorhofarrhythmien in Frage. Ebenso wirkt es wohltätig bei manchen Herzfehlern mit normalem Rhythmus, wo es in nicht spezifischen Dosen den Herzschlag verlangsamt, die Diastole verlängert und die Muskulatur erschlafft, so erheblichere Füllung der Ventrikel — vorausgesetzt, daß die Ventrikel dazu fähig sind — bessere Zirkulation der Koronararterien und ein größeres Entleerungsvolum hervorruft. Sind durch irgendwelche Ursachen die Ventrikel nicht fähig dazu, so kommt es durch Digitalis zu einer Dilatation oder, falls diese schon besteht, zu einer Vermehrung derselben. Diese Wirkung, durch Relaxation des Herzmuskels die Zirkulation zu bessern, rechtfertigt die Bezeichnung Tonicum. Das ganze Bild der Digitaliswirkung wird durch den Vaguseffekt beherrscht. Strophantus wird von manchen der Digitalis hinsichtlich der Wirkung gleichgestellt. Aber es wirkt direkt auf den Herzmuskel, indem es seine Kontraktilität vermehrt und unterscheidet sich so von ihr; es gleicht ihr in seiner direkten Wirkung aufs Myokard, aber es stimuliert nicht den Vagus. Nach Vaquez wird das Strophantin im Myokard wie eine Farbe oder wie ein Toxin fixiert und vermehrt so die kontraktile Kraft des Muskels. Es ist ein Herzstimulans und wirkt bei nichtkompensierten Herzklappenfehlern mit schlechten Aussichten hinsichtlich der Kompensation besser als Digitalis, ebenso bei Dilatation aus irgend einer Ursache mit schlechter Prognose.

Zu den niederen Herzmitteln gehören manche Regulatoren, wie Chinidin, das das Hindernis der Ventrikel durch Vorhoffibrillation beseitigt, aber Vorsicht erfordert. Atropin blockiert den Vagus, wird aber wenig gebraucht. Strychnin kommt besonders bei akuten Infektionen in Betracht und bei ambulanten Fällen mit verminderter Tätigkeit: stimuliert die Nervenzentren und vermehrt die Sekretion und Wirksamkeit des Adrenalin. Koffein. Der Beweis, daß es die myokardiale Kontraktilität vermehrt, ist nicht erbracht; es stimuliert Vagus und Sympathicus und erhöht manchmal den Blutdruck, nachdem es ihm vorher herabgesetzt hat, regt die Respiration an und stimuliert besonders die höheren cerebralen Zentren und die Nierensekretion. Vorsicht! Adrenalin gehört zu den Vasokonstriktoren und ist ohne große Bedeutung bei Herzfehlern. Nitroglyzerin und Amylnitrit sind Vasodilatatoren und vermindern so die Last des arbeitenden Herzens, aber hier hilft sich die Natur besser. Indikationen: Beseitigung störender und gefährlicher Symptome durch lokale Arteriosklerose oder Spasmen oder, wenn Schädigungen der Arterien durch zu hohen Blutdruck zu befürchten ist. Also, um die Zirkulation in vital wichtigen Regionen, Herz und Gehirn zu befreien. Kontraindikation: niedriger Blutdruck; oft ist es dringlicher, den Druck zu halten, als die Last der Arbeit dem Herzen zu lindern. Kalzium kann bei Kalkmangel als Stimulans des Herzens in Frage kommen. Morphium ist durch seine sedative Wirkung auf das Nervensystem ein Regulator; bei Lungenödem von großem Wert, in kleinen Dosen und regelmäßigen Zwischenräumen mit Digitalis und Strophantus oder in größeren Einzeldosen wirkt es bei Dyspnoe. Ebenso wenn die Arteriodilatatoren bei Angina pectoris versagen. Es kann ferner die verlängerte Agonie in den Endstadien eines progressiven Herzfehlers lindern. Mechanisch kommt endlich der Aderlaß in Frage.

Es gibt akute, rekurrierende und progressive Herzfehler, vorherrschend im linken oder rechten Herz durch myokardiale Schwäche, Arhythmie oder nervöse oder vasculäre Störungen. Und zwar sind es rechts meist Mitralfehler und links meist Aortenfehler, Zustände mit hohem Blutdruck. Beim Gebrauch der Digitalis gilt mehr die klinische Erfahrung als das Experiment, weil pathologische Veränderungen die Wirkung beeinträchtigen können. Darnach ist Digitalis das Hauptmittel, bei Herzfehlern mit Hydrops und in vielen solchen Fällen besteht aurikuläre Fibrillation. Sie wirkt nicht direkt auf die myokardiale Kontraktibilität und den Tonus, aber sie bessert unter gewissen Umständen bei normalem Rhythmus indirekt wie oben ausgeführt. Bei Aurikularfibrillation bis zum Beginn des toxischen Effekts. Drei Faktoren bestimmen die Wirkung: die Dosis, die Größe des Körpers und die pathologischen Zustände, besonders im Myokard, und gerade der letztere Faktor läßt eine Standarddosis nicht zu; was bei dem einen zu milden toxischen Erscheinungen führt, bringt beim anderen schwere Erscheinungen. Strophantus ist kein Substitut der Digitalis. Die Idealdosis ist die geringste; große Dosen sollten vermieden werden. Am besten Strophantin sublingual, intrakutan oder muskulär oder intravenös.

Die Pupille als Zeichen der Aktivität bei Herzläsionen. Bei einseitigen somatischen Läsionen unter dem Nabel ist die kontralaterale Pupille die kleinere, solange der Patient ruhig und frei von Schmerzen ist; sie wird größer, wenn Schmerzen auftreten. Bei einseitigen Läsionen über dem Nabel betreffen die Pupillenveränderungen das homolaterale Auge. Beim rechten Herzen ist das Phänomen in der rechten Pupille, beim linken in der linken festzustellen. In Verbindung mit den reflektorischen Schmerzen und der Hyperalgesie, die entzündliche Prozesse immer begleitet, ist dieses Phänomen nicht nur diagnostisch sicher und zuverlässig, sondern auch ein sicherer Führer in der Therapie. Besonders, wenn es gilt, Tätigkeit und Ruhe auszubalancieren. Ferner läßt sich hierdurch die aktive oder inaktive Phase der Läsion bestimmen: nicht aktiv oder negative Phase bei relativer Konstriktion, Fehlen spontan reflektierter Schmerzen und einer ausgesprochenen Hyperalgesie. Positive Phase oder aktive Läsion: relative Dilatation, spontan reflektierte Schmerzen, akute

Hyperalgesie. Die reflektierten Schmerzen und die tiefe Hyperalgesie liegt bei kardioaortischen Prozessen in einem Gebiet um die Brustwarze auswärts einer Linie, die mitten durch das Brustbein geht. Dementsprechend auch auf dem Rücken. Bei einer aktiven Läsion meist einseitig; die Hyperalgesie kann oberflächlich oder tief sein. Bei ruhenden Läsionen nur bei starkem Druck tiefe Hyperalgesie. Bei reaktivierten Läsionen, z. B. einer Mitralerkrankung, kann, bestand die negative Phase, relative Konstriktion, im Liegen; die positive, relative Dilatation im Stehen oder Sitzen. Auch die Hyperalgesie und die reflektierten Schmerzen nehmen an dieser Lageveränderung teil. Nach Bettruhe verschwinden Hyperalgesie und Schmerzen. Bei Dekompensation Auftreten. Ist die Dekompensation beseitigt, nur bei Anstrengungen nachzuweisen. Also ruhender Zustand negative, aktiver Zustand positive Phase.

Die Nasennebenhöhlen als Eingangspforten bei Herzfehlern. An der Hand von drei Fällen wird ausgeführt, daß bei allen Herzkranken die Sinus geröntgt werden sollen, weil von dort aus Herzinfektionen ihren Ausgang nehmen können.

v. Schnizer.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 23, 10. Juni 1926.

* Ein seltener Lebertumor mit Metastasen im Herz und Peritoneum. Warren.

Ein seltener Lebertumor mit Metastasen im Herz und Peritoneum. Es handelte sich um einen 53jährigen Mann, der über heftige Schmerzen in der vorderen Axillarregion klagte, sowie im rechten unteren Quadranten. Die Schmerzen verschwanden allmählich. Dann traten unter Fieber heftige Gelenkschmerzen auf, die wieder verschwanden, eine respiratorische Infektion mit Husten und Fieber und schließlich Schmerzen im Epigastrium mit starker Gewichtsabnahme. Diagnose: Chronische Lungeninfektion, wahrscheinlich mit Bronchiektasien, Gallenblasenerkrankung nicht ausgeschlossen. Außerdem psychoneurotischer Zustand. Die bioptische Untersuchung eines Hautfibroms ergab einen malignen Tumor. Autopsie nach 4 Monaten: schwarzroter, zellulärer Tumor der Leber mit Metastasen in Herz, Pleura, Peritoneum, Niere, Pankreas, Milz, Rippen und verschiedentlich subkutan, der mikroskopisch nicht klassifiziert werden konnte und am ehesten noch als Endotheliom angesprochen wurde.

Nr. 24, 17. Juni 1926.

Das erste Jahr Orthopädie im Boston Floating-Hospital. Goddu.
Das Jahr 1925 im Boston Floating-Hospital. Smith.

Nr. 25, 24. Juni 1926.

* Diabetische Gangrän und der Wert des Insulins bei ihrer Behandlung. Blotner und Fitz.
Insulin in der Kindernahrung. Green und Robbins.
Die Nahrung des Neugeborenen vom Gesichtspunkt des Geburtshelfers. Irving.
Habituelles Erbrechen, Inanition und Konstipation bei einem Kinde mit Megakolon. Jordan.

Diabetische Gangrän und der Wert des Insulin bei ihrer Behandlung. Im Peter Bent Brigham-Hospital wurden von 1913 bis zum 1. 10. 1925 969 Fälle von Diabetes aufgenommen, wovon 69 = 7% Gangrän hatten. 1926 starben in den Vereinigten Staaten 16 000 Diabetiker. Die unterliegende Ursache der Gangrän ist Arteriosklerose meist; ob aber die Sättigung der lebenden Gewebe der Arterien mit Zucker, die Retention des Cholestols in der Intima die Ursache ist, bedarf noch der Aufklärung. Jedenfalls ist die Tendenz des Diabetikers zur Arteriosklerose hin noch sehr diskutabel. In vielen Fällen hatte man den Eindruck, daß zu starkes Beschneiden von Hühneraugen, Zehennägeln oder Blasen durch enges, neues Schuhwerk Anlaß gaben. Bei älteren Personen waren jedenfalls obliterierende Gefäßveränderungen in den Extremitäten mit nachfolgender Infektion, Thrombose oder Osteomyelitis ausschlaggebend. Die Gangrän kommt aber auch bei Jugendlichen mit normalen Blutgefäßen auf Grund einer Infektion vor. Die eigentliche Ursache der Gefäßerkrankung ist in der Mehrzahl der Fälle unbekannt. Syphilis spielt kaum eine Rolle. Trauma oft recht geringer Natur war in 65% die Ursache; dabei hat das Wetter eine wesentliche Bedeutung: 95% der Fälle fielen nach Beard in Minnesota in den Winter, also die Kälte. Auch die vorliegende Statistik ergibt, daß die Mehrzahl der Fälle in den Herbst und Winter fällt. Nun sind aber nicht alle Fälle Ergebnis eines Traumas oder des Winters; manche setzen spontan ein: Mangel an Bewegung. 23% starben während der Behandlung. Die wichtigste unmittelbare Ursache war Infektion, die sich manchmal von lokalem Ausgang rasch zu einer allgemeinen entwickelte. Auch postoperativer Schock. Prophylaxe: Vermeidung von Schmutz, kleineren Verletzungen, kalten Händen und Füssen, sitzende Lebensweise. Die innere Behandlung ist wenig erfreulich. Bis zum Oktober 1922, wo Insulin zum ersten Male verwandt wurde, starben 25% während der Behandlung, nachher 18%. Jedenfalls hat man im Insulin ein Mittel, das die Patienten rapid entzuckert vor der Operation und ihnen nachher eine liberale Diät gestattet. Die Hospitalmortalität ist für Gangrän größer als für Koma.

Die Endresultate der Behandlung: Von 69 Patienten starben 16 im Spital und 53 wurden mehr oder weniger gebessert entlassen. 42 wurden in ihrem weiteren Verlaufe verfolgt: 5 starben 1½ Jahre nach der Entlassung und der Rest bis zu 8 Jahren nachher, nämlich 7. 30 leben noch recht befriedigend. Einem Gangränanfall folgen gern andere; für ältere Diabetiker ist die Gangrän eine stete Gefahr; deshalb weitgehende Prophylaxe.

Nr. 1 vom 1. Juli 1926.

* Akute Koronarokklusion. Wolff und White.
Imperforierter Anus. Fitchet.
* Der Internist und das Ophthalmoskop. Houghton.
Auf den Spuren eines Typhusträgers. Curtis.
Der Nabel als Landmarke. Meaker und Siu-Ging Ho Hsieh.

Akute Koronarokklusion. Einerseits ist heute die Diagnose der Koronarsklerose leicht, aber in der Praxis herrscht noch die Idee vor, daß sie unvereinbar sei mit dem Leben und ante mortem kaum zu diagnostizieren. Pathologie: in allen Fällen sind die Koronararterien sklerotisch und verengt. Entweder im ganzen Koronarsystem oder in einzelnen Zweigen. In solchen Fällen ist die Aorta gewöhnlich der Sitz luetischer, arteriosklerotischer oder infektiöser Veränderungen (Endokarditis). Liegt Embolie vor, so können die Coronariae völlig normal sein. Ihre Quelle ist gewöhnlich eine Vegetation oder eine thrombotische Masse an einer Klappe oder der Aortenwurzel. Auch ein muraler Thrombus des linken Ventrikels. Es kann nebenher noch extrakoronare Thrombose bestehen, in der Bauchaorta, Poplitea, Splenica usw. Meist pflegt der vordere absteigende Ast der linken Koronaria betroffen zu sein. Wirkung der akuten Okklusion: Infarkt des Herzmuskels, außer in den Fällen, wo sofort Exitus erfolgt. Anämie der vorderen linken Herzwand, eines Teiles des interventrikulären Septums und der Papillarmuskel. Oedem, Leukozyteninfiltration, Hämorrhagie, Granulationsgewebe, dünne fibröse Narbe. Diese ist geschützt durch einen organisierten muralen Thrombus, Vorbuchtung dieses Teiles. Die Muskelveränderungen sind meist in den leitenden Schichten. Perikarditis tritt nicht in allen Fällen auf. Unter Umständen Ruptur der Herzwand und Hämopericard. Auch die Papillarmuskeln und das Septum können rupturieren.

Meist bei Männern zwischen 50 und 70, aber auch in den 30igern. Nicht so exklusiv wie die Angina pectoris. Nicht immer liegen vorher die Symptome einer Herzkrankheit vor, manchmal Atemnot nach Anstrengungen, auch Nephritis, Diabetes, Rheumatismus, Syphilis. Die meisten Fälle kommen in den Wintermonaten vor. Plötzlich, mit einem erheblichen Schmerzanfall, dem in manchen Fällen leichtere vorausgehen können. Manchmal geht einen Tag vorher eine Indigestion voraus; manche Patienten werden durch den Anfall aus dem Schlaf geweckt, bei anderen kommt während einer durch irgendeinen Grund bedingten Bettruhe oder nach einer Operation, in der Rekonvaleszenz, oft nach einer reichlichen Mahlzeit oder körperlichen Anstrengung.

Der Schmerz ist außerordentlich stark und kann bis zu kurzer Bewußtlosigkeit führen, gewöhnlich in der unteren Brustregion, im Präcordium oder im oberen Abdomen, ziehend, bohrend, brennend, scharf, dumpf oder krampfähnlich, in den Rücken, Schultern, Arme, Hals ausstrahlend, konstant für Stunden oder Tage, selten intermittierend. Amylnitrit, Nitroglyzerin oder Morphium bessern nicht. Dyspnoe ist vor vornherein dabei, kann auch das einzige Symptom sein. Schon bei der leichtesten Anstrengung. In zahlreichen Fällen tritt nach dem Einsatz ein akutes Emphysem auf. Außerdem Appetitverlust, Nausea, Erbrechen. Schwäche, Schwindel, Ohnmacht, Kollaps, Unruhe, Todesangst. Wenn man den Patienten etwa ½ Stunde nach dem Anfall sieht, so ist er aschgrau mit kaltem Schweiß, selten cyanotische Rötung. Ikterus vielleicht später bei Leberkongestion. Aengstlicher Ausdruck, Unruhe. Das Herz kann ganz normal sein. Der Blutdruck sinkt stetig, etwa 100 Extrasystolen, Tachykardie. Rapid entwickelt sich Herzdilatation. In manchen Fällen systolisches Herzgeräusch. Auch pericardiales Reiben, schon vom Anfall an. Ueber den Lungen schon kurz nach dem Anfall rasseln an der Basis. Auch schon kurz nach dem Anfall akutes Lungenödem. Die ausgesprochene Dyspnoe, die durch den Befund nicht zu erklären ist, mag auf die Diagnose leiten. Anzeichen für Arteriosklerose sind nicht immer da; sie kann lediglich auf die Koronararterien beschränkt sein. Leichte fieberhafte Reaktion. Die Fälle, die nicht sofort erliegen, findet man ein charakteristisches Bild: der Schmerz kehrt wieder verschieden an Charakter und Intensität, ist oft unbekannten Ursprungs. Nicht immer ist er durch eine frische Okklusion bedingt; Perikarditis, partielle Ruptur der Ventrikelwandung, ein ventrikuläres Aneurysma, gelegentlich auch eine Lungenembolie können die Ursachen sein. Manchmal bleibt aber späterhin der Schmerz auch aus. Die Dyspnoe kann lange bleiben, namentlich bei Anstrengungen; nach einigen Tagen kann Cheyne-Stokes auftreten. Das Emphysem kann rasch verschwinden, aber das Rasseln an der Basis kann noch wochenlang anhalten. Von den Gastrointestinal-Symptomen bleibt der Appetitverlust monatelang.

Charakteristisch ist die anscheinend rapide Wiederherstellung. Das hoffnungslose Krankheitsbild kann sich in wenigen Tagen so zum Besseren ändern, auch objektiv, daß mit dem Verschwinden der Schmerzen der Patient sich so wohl fühlt, daß er wieder außer Bett und zu seiner Arbeit will. Dies kann schon nach 3—4 Tagen der Fall sein, gewöhnlich nach dem 10. Diese Patienten sind aber weit davon, gesund zu sein; es kann schon bei geringen Anstrengungen oder bei völliger Bettruhe zum Exitus kommen. In anderen Fällen dauert die Rekonvaleszenz 4—6 Wochen. Aber ihre frühere Kraft erlangen sie nicht mehr; sie sterben plötzlich nach anscheinend langem Wohlbefinden Monate bis zu einem Jahre und mehr nach dem Anfall. Andere nehmen ab unter dem Bilde einer Insuffizienz oder magern ab, werden immer schwächer und sterben allmählich oder plötzlich. Komplette Heilung ist selten. Manchmal kommt es nach einer Pause wieder zu einer tödlichen Insuffizienz. Zu jeder Zeit kann Embolie auftreten. Ebenso vorübergehende Empfindungsstörungen oder Lähmung, auch ziemlich lange nach dem Anfall. Bewußtlosigkeit, epileptiforme Anfälle, Aphasie; all dies weniger durch Embolie, als durch das Cheyne-Stokessche Syndrom in Verbindung mit Herzblock.

Der Tod erfolgt meist plötzlich oder früher oder später im Verlaufe an Insuffizienz, Herzruptur, Lungen- oder Gehirnembolie. Auch durch Herzblock. Oft während der Tachykardie, dann ventrikulären Ursprungs. Prognose: Ein gewisser Prozentsatz überlebt den Anfall und gewinnt wieder ein gewisses Maß von Gesundheit — aber ernst bleibt dieser Zustand doch, auch in den günstigsten Umständen. Die meisten sterben 1—2 Jahre nachher, manche auch 3—4 Jahre nachher, selten später. Auch im günstigsten Zustand kommt oft ganz unerwartet der Tod. Diagnose: Sie ist nicht schwer; Sitz und Art der Schmerzen, die Dyspnoe und gastrointestinalen Symptome, die progressiven Veränderungen am Herz und Blutdruck, die charakteristischen Lungenerscheinungen helfen. Ferner das pericardiale Reiben. Wird der Patient erst nach dem akuten Anfall gesehen, so ist die Anamnese hinsichtlich des Schmerzes, des Verlaufs, die scheinbare rasche Besserung ausschlaggebend. Trotz alledem kommen Laparotomien infolge falscher Diagnose vor. Bei der Angina pectoris löst Erschöpfung den Anfall aus, bei der Koronarthrombose kommt der Anfall in der Ruhe, im Schlaf, im Bett. Bei ersterer dauert der Schmerz nur wenige Minuten; Ruhe, Nitroglyzerin bessern ihn und der Patient ist nachher wieder gesund. Im Anfall Immobilität. Keine Gastrointestinal-Symptome, kein Fallen des Blutdrucks, keine Arrhythmien von seiten der Lungen. Bei Koronarthrombose ist der Schmerz dauernd, durch nichts Besserung, Unruhe; nach dem Anfall wird der frühere Zustand nicht wieder erreicht. In zweifelhaften Fällen, namentlich bei sehr gering ausgedehnten Thrombosen, mag der Verlauf den Ausschlag geben. Hinsichtlich der Lungen kommt Embolie, akuter Pneumothorax, Herzruptur, Aneurysma, Pneumonie und Oleuritis in Frage. Bei syphilitischer Aortitis ist die Diagnose oft recht schwer. Hinsichtlich der abdominalen Zustände kommt die Ruptur eines Eingeweides, akute Pankreatitis, Cholecystitis und Mesenterialthrombose in Betracht. Abgesehen von den anderen Anzeichen kommt hier der Zustand und die Anamnese in erster Linie in Frage. Behandlung: absolute Ruhe für mindestens 4 Wochen. Der Patient ist möglichst über seine Lage aufzuklären. Im ersten Winter und in der kalten Jahreszeit möglichst Klimawechsel. Eventuell Morphium in hohen, aber oft wirkungslosen Dosen, Digitalis, im Kollaps Koffein, sonst symptomatisch.

Der Internist und das Ophthalmoskop. Die Resultate einer Ophthalmoskopie ohne Mydriatricum sind denen gleichzustellen, bei welchen die Diagnose eines apicalen Herzgeräusches durch Rock, Weste und Hemd gemacht wird, abgesehen davon, daß eine gewisse Uebung nötig ist.

v. Schnizer.

California and Western Medicine.

24., Nr. 6, Juni 1926.

* Sulpharsphenamin, Indikationen zu seiner Anwendung und Technik zur intramuskulären Injektion. Irwin C. Sutton.
Dermatologie als medizinische Wissenschaft und ihre Praxis. Moses Scholtz.
Diskussion über wissenschaftliche Arbeiten. William H. Dudley.
Physiologie und Pathologie der Brustdrüsenfunktion. John Wesley Sherrick.
* Diagnose der chronischen Amoebiasis. Wilson T. Davidson.
Separierung des Chirurgen vom allgemeinen Praktiker. Attilio S. Musante.
* Konservative Behandlung der Eklampsie. Margaret Schulze.
Kurzer Abriß über Ursache und Behandlung der chronischen Polyarthritis. Rea Smith.
Hautkrankheiten bei Zwillingen. Thomas J. Clarke und Frank H. Stibbens.

Sulpharsphenamin, Indikationen zu seiner Anwendung und Technik zur intramuskulären Injektion. Dieses Mittel ist im großen und ganzen ebenso wirksam wie Neoarsphenamin; aber es muß in großen Dosen gegeben werden. In kleinen Mengen allein kann es intramuskulär injiziert werden. Es ist sehr toxisch bei der Abortivbehandlung der Syphilis, und zwar dann, wenn übergroße Mengen verwendet werden. Purpura und periphere Neuritis sind nicht als allgemeine Folgeerscheinung der intramuskulären Injektion anzusehen, nach intravenösen Einspritzungen wurden sie öfter beobachtet. Bei korrekter Einspritzung in den Muskel sind ernste Reaktionen sehr gering, kleine Cysten können trotz aller Vorsichtsmaßregeln zeitweise vorkommen. Hautreaktionen sind häufig und müssen sehr sorgfältig beobachtet werden. Die Herxheimersche Reaktion ist wohl infolge der sehr langsamen Absorption sehr selten.

Diagnose der chronischen Amoebiasis. Sehr viele Fälle dieser Krankheit sind sehr häufig nicht präzise diagnostiziert; die Amoebeninfektion ist in ihrer Erscheinung leicht veränderlich, so daß man nicht immer ein einheitliches Bild erhält. Systematische und regelmäßige Stuhluntersuchungen sollten immer gemacht werden bei allen Patienten der tropischen und subtropischen Zone, ferner in allen Fällen von chronischer gastro-intestinaler Störung ohne Rücksicht auf die besonderen Erscheinungen, und schließlich bei allen Patienten, welche dauernd kränkeln, teils mit, teils ohne eine präzise Anamnese gastro-intestinaler Störungen, die das klinische Bild der Anämie, des leichten Ikterus, des Gewichtsverlustes und verschiedener Störungen des Nervensystems bieten.

Konservative Behandlung der Eklampsie. Pränatale Sorgfalt ist der wichtigste Faktor zur Verhütung der Eklampsie. Gut kontrollierte Behandlung wird weit weniger Fälle liefern und diese von milderem Typus, als wenn keinerlei Sorgfalt verwendet wird. Die präeklamptische Toxämie sollte eine sofortige und sehr sorgfältige Behandlung im Krankenhaus erfahren, und wenn es die Situation irgendwie zuläßt, soll die Schwangerschaft beendet werden, entweder auf normalem Wege oder in sorgfältig ausgewählten Fällen durch Kaiserschnitt. Bei der Behandlung der Eklampsie an sich sind radikale operative Maßnahmen sehr gefährlich und das Interesse an dem Kinde darf nicht als Argument zugunsten eines radikalen Eingriffes angeführt werden. Seine Chancen nämlich hängen erstens von seiner Reife und zweitens von der Schwere der Toxämie ab. Fälle von Eklampsie, welche keinerlei Zeichen von Beginn irgendwelcher Beschwerden während der konservativen Behandlung zeigen, müssen die natürliche Geburt durchmachen, denn die Gefahr für die Mutter erfährt dadurch keine Vergrößerung. Der Tod des Foetus ode die allmählich abfallende Fortsetzung der mütterlichen Toxämie ist der gewöhnliche Verlauf dieses Typus von Patienten.

Hofbauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 7, Juli 1926.

* Wann kann man von Heilung der Syphilis sprechen? Charles Fouguet, Paris.
Chancre mixte. Lucien Perin, Paris.
Leukoplakia buccalis. Bericht über einen Fall. Jeße U. Reaves, Mobile.
* Einige medizinisch-soziologische Betrachtungen über Syphilis. Arthur M. Barceu, Louisville.
* Jod in der Syphilisbehandlung. Hermann Goodmann, New York.
Beschreibung und Behandlung der Syphilis. Hieronymus Frascatorius
Lupus vulgaris verrucosus. Frank C. Combes, New York.
Akute Form der Nierentuberkulose. J. Dore, Paris.
Pathologie der weiblichen Urethra. Robert V. Day, Los Angeles.
Die Bedeutung von Blasensymptomen. Stephen C. Mc. Coy, Louisville
* Sterilität des Mannes. Robert Cowen, Detroit.

Wann kann man von Heilung der Syphilis sprechen? Völlige Heilung der Syphilis ist sicher möglich, und der Prozentsatz der vollkommen ausgeheilten Syphilitiker ist nicht unbeträchtlich, aber die Feststellung der Heilung im speziellen Falle ist äußerst schwer, ja fast unmöglich. Noch so langes Fernbleiben von klinischen Erscheinungen kann täuschen, denn noch nach Jahrzehnten können plötzlich luetische Erscheinungen auftreten. Der negative Wa. besagt gar nichts, selbst drei Jahre nach der Infektion schlägt er in etwa 30% um und wird wieder positiv, selbst in Fällen, in denen die Flockungsreaktion nach Vernes — die beste nach Fouquet — ebenfalls negativ war, und auch in Fällen, in denen Provokationen resp. Reaktivierungen statt gehabt hatten. Höher ist der negative

Ausfall der Wa.-Reaktion einzuschätzen, wenn gleichzeitig die Lumbalflüssigkeit normale Verhältnisse ergibt. Ebenfalls geben nicht sichere prognostische Resultate die intradermalen Reaktionen z. B. die von Meirowski, Noguchi usw. Wenn aber auch durch eine einzige klinische, serologische usw. Untersuchung die Heilung der Syphilis nicht festgestellt werden kann, so ergibt die Zusammenfassung aller dieser Untersuchungsmethoden ein ziemlich genaues Resultat.

Einige medizinisch-soziologische Betrachtungen über Syphilis. Barnett fordert: 1. Alle Läsionen an den äußeren Genitalien sollen bis zum Nachweise des Gegenteils als syphilitisch betrachtet werden, 2. alle Genitalläsionen müssen wiederholt der Dunkelfelduntersuchung unterworfen werden; ist diese negativ, muß die Mikroskopie des Serums der Läsionsstelle nach Kahn und ein Wa.-R. desselben vorgenommen werden. 3. Nach Auftreten von Genitalläsionen muß die ersten drei Wochen alle drei bis vier Tage, dann zwei Monate lang wöchentlich einmal die Wa.-R. angestellt werden. 4. Alle Patienten mit krankhaften Erscheinungen an den Genitalien müssen bis zur definitiven Diagnose hospitalisiert werden.

Jod in der Syphilisbehandlung. Jod ist bei Lues nicht nur bei Gummigeschwülsten indiziert, sondern bei allen Erscheinungen, die mit Induration einhergehen, also bereits im Primär- und Sekundärstadium. Jod bewirkt nämlich eine Erweichung infiltrierter Reaktionswälle, wie es z. B. der Primäraffekt ist, und gibt so den im Blut kreisenden Antispirochätenmitteln Gelegenheit, an die Syphiliserreger heranzukommen.

Sterilität des Mannes. Kinderlose Ehen beruhen in 20 bis 33⅓% auf Sterilität des Mannes. Diese ist bedingt durch 1. Azoospermie infolge Mißbildung der Genitalorgane oder Verstopfung der Genitalgänge, 2. durch Oligospermie resp. Nekrospermie infolge von allgemeiner oder sexueller Erschöpfung. Die genaue topische Diagnose wird durch Untersuchung des Samens gestellt; dieser wird gewonnen durch Massage der Samenblasen, aus dem Ejakulat bei coitus condomatus oder aus dem Punktat des Hodens. Von chirurgischen Maßnahmen kommen in Betracht 1. die Vasopunktur nach Belfield, die in 50% Erfolg erreicht durch Durchgängigmachen der Ausführungsgänge, 2. Resektion des obturierenden Stückes des Vas deferens, 3. Bildung einer Anastomosis zwischen Vas deferens und Epididymis, 4. Bildung einer solchen zwischen Vas deferens und dem Hoden selber und 5. Austausch der Testikel. Abzulehnen sind Aspiration des Samens durch Punktion und künstliche Befruchtung sowie Hodentransplantation.

Bab.

American Journal of Ophthalmology.

Mai 1926.

Intrakranielle Komplikationen der chronischen eitrigen Otitis media. Fenton.
Trachom. May.
Gesichtsantrax mit Ausgang in Meningitis. Krauss und Spikes.
Papillitis, Kopfschmerz und psychische Depression bei einem Osteom des Septums Otis.
Iridektomie bei Glaukom. Green.
Retrobulbäre Neuritis bei Entzündung des Sinus frontalis. Waller.
Heterochromiekatarakt. Plumer.
Einfluß der Proteintherapie auf experimentelle Staphylokokkeninfektion der Kaninchenhornhaut. Key.

Intrakranielle Komplikationen der chron. eitrigen Otitis media. erf. gibt eine kurze Schilderung der topographischen Anatomie und er wichtigsten Augensymptome bei intrakranieller Komplikation er Otitis media. Thrombose des Sinus cavernosus acht Lidödem, lokalisierte Cyanose, Hyperämie der Ziliarvenen, ei schweren Formen Exophthalmus und Bewegungsbeschränkungen. ntzündliches Oedem und retrobulbäre Phlegmone sind verdächtig f direkten Einbruch von Eiter vom Felsenbein aus; gleichzeitig nn eine Trigeminusneuralgie auftreten durch Entzündung des anglion Gasseri. Parialisschädigungen machen Lagophthalmus. Bei eichzeitiger Trigeminusschädigung ist die Gefahr für de Hornhaut sonders groß. Vorübergehende Augenmuskelstörungen sind oft hwer von Schwindel zu unterscheiden. Berechnet sind die upillenphänomene, Nystagmus, die verschiedenartigen Sehstörungen, emiampsie und andere Gesichtsfelddefekte und die Veränderungen der Papille.

Meesmann, Berlin.

Buchbesprechungen.

E. Schreiber: **Medizinisches Taschenwörterbuch für Mediziner und Juristen.** 11. Auflage. Leipzig 1926. Verlag Ludolf Beust. 7,— M. — Seit Jahren mache ich von dem Taschenwörterbuch Gebrauch und lasse es verwenden. Es hat sich mir stets als sehr gut brauchbar erwiesen. Das Wörterbuch bringt für fremdsprachliche Termini technici kurze deutsche Ausdrücke oder sucht wenigstens kurze Umschreibungen dafür zu bringen. Auch die Zahl der Auflagen spricht für die gute Brauchbarkeit des Buches.

Keller.

Th. Hoffa und Ilse Latrille: **Die halboffenen Anstalten für Kleinkinder.** Berlin, 1926. Julius Springer. 4,50 M. — Ein kleines Buch (89 Seiten) aus der Praxis für die Praxis. Nach einer Einleitung über Fürsorge fürs Kleinkind und dessen wirtschaftliche, soziale und gesundheitliche Lage in Deutschland, sowie über die Grundsätze für Ernährung und Pflege des Kleinkindes, folgt eine ausgezeichnete Darstellung (mit Abbildungen und Plänen) über Einrichtung und Betrieb der Kindergärten in ihren verschiedenen Formen, (auch für blinde, taubstumme, schwererziehbare Kleinkinder und schulaltrige, aber nicht schulfähige Kinder) und der Kindertagesheime. Daran schließen sich Kapitel über Kinderpflegerinnenschule, Erholungsfürsorge für Kleinkinder und Ausbildung der Erzieherin für die halboffene Anstalt.

Keller.

Adolf Gottstein: **Schulgesundheitspflege.** Verlag von Quelle und Meyer. Leipzig 1926. — Das vorliegende kleine Buch „soll den Lehrer vor allem in den gedanklichen Inhalt der heutigen Gesundheitspflege einführen, und die gemeinsamen Aufgaben und Ziele hervorheben. Eine Zusammenarbeit von Erzieher und Hygieniker hat sich schon seit geraumer Zeit angebahnt.“ Dies des Verfassers Worte. Ich möchte auf Grund eigener Erfahrung aus jüngster Zeit hinzufügen, daß diese Zusammenarbeit wohl angebahnt, an manchen Schulen bereits weit vorgeschritten ist, in andern jedoch noch viel zu wünschen übrig läßt. Aufgabe der Schulärzte ist, Mangel an Verständnis und darauf beruhende Widerstände zu beseitigen. Ihrer Unterstützung dienen Bücher wie das von Gottstein, dem wir nur die allergrößte Verbreitung unter den Lehrern, insbesondere auch der hohen Schulen wünschen können. Die Darstellung ist, wie bei der Sachkenntnis des Verfassers nicht anders zu erwarten, klar und bei aller Knappheit überzeugend.

Einteilung des Stoffes: Begriff und Inhalt der Schulgesundheitspflege. — Das gesundheitlich normale Schulkind. — Allgemeine Krankheitslehre. — Die ansteckenden Krankheiten des Schulkindes. — Konstitutions- und Organerkrankungen. — Gesetzliche Vorschriften und Verwaltungsmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit des Schulkindes. — Allgemeine Hygiene des Schulgebäudes und Schulbetriebes. — Schularzt und Schulpflege. — Gesundheitliche Wohlfahrtseinrichtungen für die Schuljugend.

Keller.

H. Horwitz und H. Ziller: **Die Sportmassage.** Verlag H. Wigankow, Berlin. — Ein Taschenbuch für Sportärzte, Masseure, Sport- und Turnlehrer, sowie für jeden Sporttreibenden (mit 56 Abbildungen) für die Praxis gut geeignet.

Keller.

Robert Lehmann: **Leitfaden zur Einführung in das Gesundheits-Turnen.** L. Schwann, Düsseldorf. — Verfasser ist ärztlicher Berater der Landesversicherungs-Anstalt „Rheinprovinz“ in Düsseldorf. Das Büchlein, gut ausgestattet und mit instruktiven Abbildungen versehen, stellt sich die Aufgabe, für Heilstätten, Erholungsheime, ländliche Krankenhäuser usw. eine Richtschnur zu schaffen, nach welcher bei konstitutionell schwachen und krankheitsgefährdeten Kindern, bei nervösen, genesenen und kräftigungsbedürftigen Erwachsenen Leibesübungen als Heilfaktor Verwendung finden sollen. Für diesen Zweck dringend zu empfehlen.

Keller.

B. Goldberg: **Kleine Urologie, Leitfaden zur Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Harnwege.** II. verbesserte und vermehrte Auflage von Dr. Max Goldberg. Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1926. 145 Seiten, 43 Abbildungen und 3 Tafeln. Preis brosch. 6,90 M., geb. 8,10 M. — Das vorliegende Buch behandelt in einem allgemeinen Teil den Gang der urologischen Untersuchung und insbesondere mit Ausführlichkeit die Anwendung der urologischen Instrumente und die

Technik der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe. In einem zweiten speziellen Teil gibt es einen Abriß der speziellen Urologie, indem es mehr schlagwortmäßig die Hauptsymptome der betreffenden Krankheiten erwähnt und die Prinzipien der Behandlung angibt. Das Ziel des Buches, eine Anleitung für den Praktiker zu sein, mag es mit sich gebracht haben, daß alles Problematische bewußt fortgelassen worden ist. Manches erscheint auf diese Weise vielleicht zu stark vereinfacht. In Einzelheiten mögen auch die Ansichten auseinander gehen. Man muß aber speziell die mit Liebe zum Fach geschriebene Darstellung der kleinen urologischen Technicismen hervorheben und kann das Buch dem Praktiker, der sich etwas auf unserem Gebiete betätigen will, wohl empfehlen.

E. Lehmann, Berlin.

Prof. Dr. Heymann und Dr. Freudenberg: **Morbidität und Mortalität der Bergleute im Ruhrgebiet.** Verlag Bädeker-Essen 1925. Brosch 8 M. — Neuere gute Arbeiten über die Gesundheitsverhältnisse einzelner Berufe, welche den Forderungen der modernen Statistik und Hygiene entsprechen, sind selten. Eine derartige Arbeit liegt hier vor, und wir müssen den beiden Verfassern Dank wissen, daß sie die mühevolle Arbeit, welche sie mit einer Bearbeitung der Tuberkulose der Bergleute begonnen hatten, beendet haben. Diese Monographie stellt den Versuch dar, die Morbidität und Mortalität einer umfangreichen, unter gleichen äußeren Bedingungen lebenden und volkswirtschaftlich hochbedeutsamen Berufsgruppe nach möglichst zahlreichen Richtungen durchzuarbeiten und die Ergebnisse unter verschiedenen Gesichtswinkeln zu betrachten. Die Zusammensetzung der Belegschaft und ihre Lebensbedingungen werden dargelegt, soweit sie hygienisch bedeutsam sind; dann wird die Wirkung einzelner Krankheits- und Todesursachen berechnet und aus den Lebensbedingungen zu erklären versucht, um schließlich die Gesamtmorbidität und Gesamtmortalität genauer zu berechnen und zu örtlichen und zeitlichen Vergleichen zu verwerten. Die Geburtenfrequenz war bei den Bergarbeitern in der Vorkriegszeit großer als bei der Gesamtbevölkerung, jedoch nimmt auch jetzt die Bergarbeiterbevölkerung an dem jähen Geburtenrückgang teil. Die Zahl der unehelischen Kinder ist recht niedrig. Ausführlich wird die Tuberkulose erörtert. Das Ergebnis ist folgendes: Die Tuberkulosemortalität hielt sich vor dem Kriege niedriger als bei fast allen anderen Berufen. Als Ursache kommt in Betracht: die ärztliche Voruntersuchung, die frühe Invalidisierungsmöglichkeit, die bei der Arbeit unter Tage im Vergleich zu anderen Berufen relativ geringe Gelegenheit zu Tröpfchen-, Staub- oder Kontaktinfektionen; die geringe Schädlichkeit des Kohlenstaubes. Die Tuberkulosemortalität hat während des Krieges nur scheinbar eine große Steigerung erfahren; sie ist nach dem Kriege zwar wieder gesunken, aber doch immer noch höher als vor dem Kriege, weil die weniger widerstandsfähigen Elemente der Kriegszeit noch tätig sind und die ärztliche Auslese eine Zeit lang nicht streng durchgeführt werden konnte. Unter den nichttuberkulösen Erkrankungen der Brustorgane spielt die Pneumonie eine besonders große Rolle. Sie tritt in den ersten Berufsjahren unverhältnismäßig häufig auf. Ihre Letalität ist bei den Bergleuten immer höher und steigt mit zunehmendem Alter noch stärker als bei der Gesamtbevölkerung. Von der Pleuritis gilt das Gleiche.

Die Mortalität an Herz- und Gefäßkrankheiten ist in den ersten Berufsjahren etwa ebenso hoch wie die der zugehörigen Vergleichsbevölkerung, später niedriger. An Erkrankungen der Harnorgane sterben vor dem 20. Lebensjahre vielleicht etwas mehr Bergleute als andere Männer, später bleibt ihre Mortalität wesentlich hinter derjenigen der anderen zurück.

Die Morbidität an akutem Gelenkrheumatismus ist größer als bei der Gesamtbevölkerung, besonders in den ersten Berufsjahren. Wahrscheinlich ist das häufigere Befallensein von Erkältungskrankheiten durch noch mangelhafte Gewöhnung an die besonderen klimatischen und sonstigen Arbeitsverhältnisse des Bergbaues bedingt.

Die katarrhalischen Magenaffektionen haben wahrscheinlich durch die klimatischen Bedingungen vor Ort eine Häufigkeitssteigerung erfahren. Die Ankylostomiasis ist gegenwärtig nur noch ganz vereinzelt.

An venerischen Erkrankungen blieb stets die Morbidität der Reichsdeutschen hinter der der Ausländer zurück.

Die Syphilis und Gonorrhoe gehen in ihrer Häufigkeit erst seit 1922 zurück.

Der Nystagmus ist in den letzten Jahren in dauernder Abnahme begriffen.

Die Betätigung im Steinkohlenbergbau erhöht die Bedrohung durch bösartige Geschwülste sicherlich nicht, sondern vermindert sie vielleicht sogar irgendwie.

Der Bergbau übertrifft alle anderen Berufe mit Ausnahme des Fuhrwesens und der Binnenschiffahrt an Betriebsgefährlichkeit weit. Die Arbeiter unter Tage werden erheblich häufiger betroffen als die über Tage. Im jüngsten Alter sind die Unfälle am häufigsten, die Letalität steigt mit dem Alter.

Eine Uebersterblichkeit besteht in den ersten Berufsjahren bis zum 25. Lebensjahre, eine Untersterblichkeit in den folgenden Altersklassen. Nach Ausschaltung der tödlichen Unfälle ergibt sich auch für die jüngsten Altersstufen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung eine Untersterblichkeit, die nach dem 25. Lebensjahre sehr groß wird und sich erst in den höheren Altersstufen verwischt.

Diese interessanten Ergebnisse sind mit zahlreichen Tabellen und Kurven belegt, so daß diese Arbeit für lange Zeit hinaus maßgebend sein wird, wenn die hygienischen Verhältnisse der Ruhrbergarbeiter zur Erörterung stehen.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

A. A. Friedländer: **Kurierfreiheit, Wissenschaft und Okkultismus.** München, J. F. Lehmann 1926. 1,50 M. — Mirabeau war ein gescheidter Mann, den insbesondere alle „Freiheits"schwärmer hochschätzen müssen. Aber von der Kurierfreiheit wollte er doch nichts wissen. In seinem Discours et opinions III, 1820, S. 524 findet sich das Urteil: Les charlatans sont un des plus grands fléaux (Landplage) du peuple. Il est indispensable d'en purger la société. Tout remêde secret doit être traité comme une imposture (Betrug), et tout homme qui le débite (vertreibt) comme un charlatan (Schwindler). Er hatte Recht. Denn wie viel Unheil durch solche Leute angerichtet oder — im günstigsten Falle — wie viel Geld nutzlos vertan worden ist, läßt sich gar nicht abschätzen. Wer bezahlt z. B. nur die üppige Reklame? Allein, trotzdem blüht die Zunft unentwegt weiter, so daß der Vaterlandsfreund sich besorgt frägt: Wird denn das Volk nie klüger?

In der Tat, darin liegt der Kern der Sache. Besäße das Volk wirklich die ihm angedichtete Bildung und Urteilsfähigkeit, dann wäre den Pfuschern jeglicher Herkunft bald der Boden entzogen. Zu diesem Zweck läßt Friedländer eine „Mahnung an Laien und Aerzte" ergehen. Man kann nur hoffen, daß die darin enthaltene Häufung von Tollheiten beim Leser wohltätiges Erbrechen hervorruft und ihn auf diese Weise auch vom letzten „Verständnis" für diese fléaux du peuble befreit. Aber freilich: mit der Dummheit streiten Götter selbst vergebens, zumal wenn sie im Gewand der Selbstüberschätzung auftritt.

„Leicht zu lenken ist ein Tor, und noch leichter, wer verständig,
Doch wer etwas halb nur weiß, den kann Brahma selbst nicht lenken."

Buttersack.

Nemes-Nagy: **Vita sexualis.** Wien—Leipzig, Wilh. Braumüller. 1926. 126 Seiten. — Ein mit dünnem wissenschaftlichen Mäntelchen umhülltes Erotikon physiologicum et pathologicum, für junge Leute gewiß höchst interessant. Τό ἱππομάνης des Aristoteles (historia animalis 6. 18) wird (S. 22) den alten Römern zugeschrieben und in „Hypomanes" umgewandelt; der ehrwürdige Vater der Medizin erscheint als „Hypokrates". Wer „für Aerzte, Mediziner, Kriminalpsychologen, Sozialhygieniker, Philosophen, Schriftsteller, Künster" schreibt, dem sollten solche vielsagenden Fehler nicht unterlaufen.

Buttersack.

K. Stauffer: **Homöopathisches Taschenbuch.** 1926. Verlag D. Madaus & Co., Radeburg (Dresden). 320 Seiten. 6 bzw. 10 M. — Die Firma Dr. Madaus hat im Hinblick auf die neuerliche Konjunktur bezüglich der Homöopathie dieses Taschenbuch veranlaßt. Es bringt auf den ersten Seiten eine kurze Einleitung in die homöopathische Denkform, führt dann die einzelnen Krankheiten bzw. Symptome mit den zugehörigen Mitteln, und schließlich die einzelnen Mittel mit den zugehörigen Krankheiten auf. Den Beschluß macht ein Preisverzeichnis der homöopathischen Firma D. Madaus & Co.

Der Preis des Büchleins von 6 M. bzw. 10 M. schreckt wohl manchen vom Ankauf ab, um so mehr, als das homöopathische Denken doch den meisten ungewohnt sein dürfte. Man muß übrigens gerechterweise zugeben, daß — wenn Arteriosklerose, Hydrozephalus, Migräne, Psoriasis, Tuberkulose mit Ditutionen und Triturationen nicht geheilt werden — daß auch die Mittel der offiziellen Medizin inkl. Chirurgie nicht 100% Heilungen erzielen.

Wenn man sich vor Augen hält, mit welch verschiedenen Mitteln schon Heilungen herbeigeführt worden sind, wird manch einer geneigt sein, es auch einmal mit evtl. 4.—6., evtl. sogar mit der 30.—60. Dezimalpotenz zu probieren.

Buttersack.

Therapeutische Mitteilungen.

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkranke in Baden-Baden. Leitender Arzt: Dr. H. Malten.

Fortschritte in der Inhalationstherapie.

Von

HANS MALTEN.

Die bisher meist geübte Art der Inhalationsbehandlung bei Erkrankungen der Luftwege beruht darauf, daß bestimmte Medikamente durch die Einatmung mit den erkrankten Schleimhäuten in Berührung gebracht werden. Die Wirkung dieser Inhalationsmethoden beruht also im wesentlichen auf dem chemischen Effekt der verwendeten Mittel (ätherische Oele, Salze, Mineralstaub, organische Säuren).

Außer dieser Eignung zum Träger von Medikamenten enthält jedoch die Inhalationstherapie noch zwei physikalische Faktoren: 1. die Luftfeuchtigkeit und 2. die Temperatur. Mit dem Ausbau und der Verbreitung der physikalischen Behandlungsmethoden ergab sich daher der naheliegende Versuch, auch diese beiden Momente therapeutisch auszunützen und die erstgenannte medikamentöse Inhalation durch die physikalische zu ergänzen. Dazu bedurfte es jedoch erst einer brauchbaren, dabei einfachen und leicht zu handhabenden Einrichtung, wie sie heute im Bretschneiderschen sog. „Wechselatmer“ (Hersteller: E. F. G. Küster, Berlin N. 39, Fennstr. 30) vorliegt.

Ganz neu sind jedoch diese Versuche mit physikalisch wirksamer Inhalation keineswegs. Schon die in Luftkurorten vielfach mit gutem Erfolge geübte Klimatherapie (See-, Wald-, Gebirgs- und Wüstenklima) stützt sich in der Hauptsache auf den örtlich verschiedenen Feuchtigkeitsgehalt sowie die Temperatur der Luft. Auch die üblichen kleinen Sprühapparate zur Inhalation verwenden meist warme, wasserdampfgesättigte Luft, deren Wirkung den Effekt des Medikamentes unterstützen soll. Ganz besonders trifft das auf den bekannten „Bronchitiskessel“ zu, bei welchem dem heißen Dampf die hauptsächliche therapeutische Wirkung zukommt. Eine reine physikalische Inhalation stellt schließlich auch der von Kneipp bei Erkältungskrankheiten viel verwendete „Kopfdampf“ dar, bei welchem der Kranke unter einer Decke den aus einem Topf aufsteigenden Dampf einatmet. Allen diesen Verfahren haftet jedoch der Nachteil an, daß sie technisch zu unvollkommen sind, um die therapeutischen Möglichkeiten der physikalischen Wirkung ganz erschöpfen zu können. Insbesondere erlauben sie keine genaue Regelung der Temperatur, liefern eine stets wechselnd zusammengesetzte Inhalationsluft und bringen nur einen kleinen Teil von dieser an den Ort der gewünschten Wirkung. Besonders hinderlich ist jedoch der Umstand, daß die heiße Luft auch stets die Gesichtshaut mittrifft. Da die Schleimhäute der Atemwege weit höhere Temperaturen erragen als die Körperhaut, so kann deren Widerstandskraft gegen Hitze mit solchen Apparaten gar nicht ausgenützt werden, da die Empfindlichkeit der gleichzeitig getroffenen Gesichtshaut der Wärmenwendung viel zu früh eine Grenze setzt. Für alle thermisch wirkamen Behandlungsmethoden (Bestrahlungen, Glühlichtbäder, Thermophore, Wasserbäder, Wechselduschen) gilt jedoch der Grundsatz, daß ihre Temperatur nicht schematisch nach dem Thermometer, ondern biologisch nach der Empfindlichkeit der behandelten Körperartie zu bestimmen ist. D. h. es muß stets die höchste, noch gut rträgliche Temperatur zur Anwendung kommen. Daher muß in iesem Falle die Temperatur der Inhalationsluft auf die Empfindlicheitsgrenze der Schleimhäute abgestimmt werden, woraus wiederum ie Notwendigkeit einer direkten Zuleitung unter Vermeidung einer leichzeitigen Berührung mit der viel weniger widerstandsfähigen Gesichtshaut folgt, ähnlich, wie es bei heißen Vaginalspülungen der all ist.

Genaue Temperaturregelung, direkte Zuleitung und vollständige usnützung der Inhalationsluft sind die wichtigsten Forderungen ner physikalischen Inhalation, die der Bretschneidersche Apparat rfüllt.

Zu diesem Zweck besteht der „Wechselatmer“ aus zwei gesonderten Einrichtungen: einem elektrisch geheizten Dampftopf und einem mit Eis beschickten Kühler. Ein kräftiger Ventilator liefert den kontinuierlichen Luftstrom, welcher wahlweise entweder durch den Dampftopf oder durch den Kühler geleitet werden kann. In ersterem wird die Luft mit Wasserdampf gesättigt und auf etwa 50° C erhitzt, in letzterem dagegen trocken auf etwa 5° C abgekühlt. Die so erzeugte Inhalationsluft wird dem Patienten durch Glasröhren zugeführt und direkt eingeatmet. Je nach dem Ort der gewünschten Wirkung findet die Einatmung durch ein Mundrohr (für Rachen, Larynx, Trachea und Bronchien) oder durch eine Nasengabel (für die Nasenhöhle) statt. Für kalte und warme Luft sind je zwei getrennte Atmungsröhren vorhanden, die sich leicht auswechseln lassen, so daß für jeden Patienten ein eigenes Rohr verwendet werden kann. Der Uebergang von einer zur anderen Luftart ist ebenfalls sehr einfach, indem das Einlegen des gebrauchten Atemrohres in den Halter den Luftstrom abstellt, das Abnehmen zum Gebrauch ihn automatisch einschaltet. Zum Ablesen der Temperatur ist ein Thermometer angebracht, welches stets von der Inhalationsluft umspült wird. Die Einstellung des richtigen Wärmegrades erfolgt durch Ein- und Ausschalten der elektrischen Heizung.

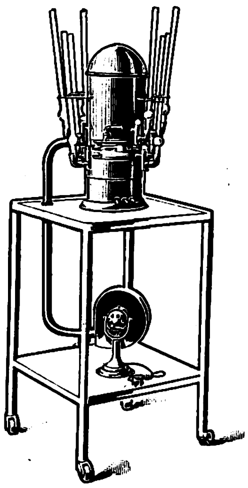


Fig. 1.

Der „Wechselatmer“ wird in zwei Ausführungen geliefert: Als sog. Gruppenapparat (Fig. 1) zur gleichzeitigen Behandlung von vier Patienten, sowie als Einzelapparat (Fig. 2) für einen Kranken. Während erstere Type sich mehr für Anstalten und Kliniken eignet, ist das Einzelmodell für den praktischen Arzt bestimmt, welcher mit einfachen Mitteln eine wirksame Inhalationsbehandlung durchführen will. Auch kann es bei geeigneten chronischen Erkrankungen vom Patienten selbst angeschafft und nach ärztlicher Vorschrift angewendet werden. Für solche Orte, wo elektrischer Strom nicht verfügbar ist, kann der Einzelapparat mit Spiritusheizung und Tretgebläse ausgestattet werden.

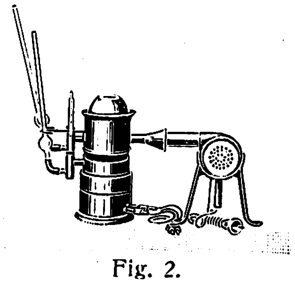


Fig. 2.

Die Wirkung der Wechsel-Inhalation beruht demnach auf der abwechselnden Verwendung feuchter, heißer und trockener, kalter Luft. Die hohe Temperatur (45—60° C je nach individueller Empfindlichkeit) der erstgenannten Luftart bewirkt eine intensive und tiefgreifende Hyperämie der erkrankten Schleimhäute. Diese Hyperämie, deren Wert seit Biers Untersuchungen unbestritten ist, verdankt ihre Wirkung der vermehrten arteriellen Blutzufuhr, wodurch die Ernährung der erkrankten Gewebe verbessert, ihre Regenerationstendenz verstärkt und die Abfuhr von Toxinen und Stoffwechselprodukten befördert wird. Ebenso günstig wirkt die seröse Durchtränkung der Gewebe, sowie die Anreicherung der Leukozyten im hyperämischen Gebiet. Für die Schleimhäute der Atmungswege kommt noch eine Anregung der Schleimdrüsen hinzu, deren Sekret reichlicher und dünnflüssiger wird. Diese Wirkung ist besonders erwünscht bei den chronisch-entzündlichen, atrophischen Prozessen mit Borkenbildung (atrophische Rhinitis und Pharyngitis), die gegen andere Behandlungsmethoden meist resistent sind. Aber auch bei sonstigen akuten und chronischen Katarrhen wirkt diese „Durchspülung" sehr günstig, indem sie die zähen, von Bakterien durchwucherten Schleimbeläge löst und dem Kranken auch subjektiv Erleichterung bringt. Unterstützt wird diese Wirkung der Hyperämie noch durch den Wasserdampf der Inhalationsluft, der einerseits jede Austrocknung verhindert, andererseits sogar bei der Berührung mit den weniger warmen Schleimhäuten Wasser an diese abgibt.

Die kalte Luft hingegen bewirkt eine Kontraktion der Kapillaren und ein Abschwellen der Schleimhäute. Sie wird bei der Bretschneiderschen Methode in regelmäßigem Wechsel mt der heißen Luft angewendet und verstärkt durch den Gegensatz deren Wirkung. Daneben bewirkt dieser Wechsel zwischen heiß und kalt auch eine Einübung der thermischen Gefäßreaktion und stellt gewissermaßen ein „Vasomotorentraining" dar, ähnlich der Wirkung der heiß-halten Wechselduschen. Da die mangelhafte Gefäßreaktion auf Temperaturänderungen jedoch die hauptsächliche Ursache der sog. „Erkältungskrankheiten" ist, so bedeutet die Wechselinhalation auch ein vorzügliches Mittel zur Verhinderung derartiger Katarrhe und zur Abhärtung disponierter Personen. Diese Wirkung ist besonders erwünscht bei tuberkulösen Erkrankungen der Luftwege und Lungen, bei welchen interkurrente Erkältungskatarrhe erfahrungsgemäß sehr ungünstig wirken und oft den Erfolg der Freiluftbehandlung in der kalten Jahreszeit aufheben.

Was die Technik der Wechselinhalation betrifft, so empfiehlt Bretschneider, in regelmäßigem Wechsel je 10—30 Atemzüge warmer und dann kalter Luft inhalieren zu lassen, im ganzen 20—60 Min. lang. Jede Sitzung beginnt mit heißer und schließt mit kalter Luft. Je nach Art des Falles sind täglich 1—3 Sitzungen notwendig. Wir selbst haben im Anschluß an unsere Erfahrungen mit Wechselduschen diese Technik etwas modifiziert angewendet. Aus der Erwägung, daß das therapeutisch wichtigere Moment zweifellos die feuchtwarme Inhalation ist, lassen wir ununterbrochen 15—20 Min. heiß inhalieren und schließen dann mit 3 Min. Kaltluft ab.

Therapeutisch eignet sich die Wechselinhalation nach den Erfahrungen anderer Autoren (Schoenlank, Volhard, Zimmermann, Paulus, Köhler und E. Meier) und unseren eigenen vor allem zur Behandlung der akuten Katarrhe der oberen und tieferen Luftwege. Der gewöhnliche, akute Schnupfen läßt sich oft durch einige Sitzungen prompt kupieren, ebenso die akute Laryngitis mit Heiserkeit, wie uns ein Selbstversuch besonders deutlich gezeigt hat. Auch akute Bronchitiden reagieren meist schnell und gut. Für chronische Katarrhe sind natürlich längere Behandlungen notwendig. Immerhin ist auch bei diesen die Wirkung meist sehr günstig. Vor allem wird die Erleichterung der Expektoration und die gründliche Ausräumung der lästigen Schleimmassen von dem Patienten als sehr wohltuend empfunden. Aus diesem Grunde ist die Wechselinhalation ein vorzügliches Mittel zur Behandlung chronischer Bronchitiden mit und ohne Asthma oder Emphysem, da sie die Atembeschwerden ganz wesentlich lindert. Dasselbe gilt auch von dem Nachstadium des Keuchhustens (Waechtler). Die regenerierende und sekretionsfördernde Wirkung der durch die Wechselinhalation erzeugten Hyperämie läßt dieselbe ferner als eine wirksame Therapie bei atrophischen Schleimhauterkrankungen, vor allem der Nase erscheinen. In einem von uns behandelten Falle von Ozäna trat schon nach der ersten Behandlung eine wesentliche Erleichterung, vor allem aber eine überraschende Verringerung des unangenehmen Geruches ein. Bei der geringen Wirksamkeit der sonst gegen diese Prozesse angewendeten Mittel stellt die Wechselinhalation jede eine schätzenswerte Bereicherung des therapeutischen Inventars

Auch für die Behandlung tuberkulöser Lungenerkrankun scheint dieses neue Inhalationsverfahren von Bedeutung zu Auf den eigentlichen, tuberkulösen Prozeß dürfte ihm zwar wesentliche Wirkung nicht zukommen, wenigstens keine, die mit den anderen therapeutischen Faktoren vergleichen ließe. gegen eignet es sich vorzüglich zur Behandlung interkurrenter begleitender Bronchitiden (Mueller) und vermag auf diesem We die Heilung zu unterstützen. Daß es durch seine abhärtende Wi kung auf die Schleimhäute derartigen Erkältungskatarrhen wirksam vorbeugt (E. Lange) und damit die Durchführung der Freiluftbehandlung bei empfindlichen Patienten ermöglicht, wurde schon obe erwähnt.

Zweifellos stellt demnach der Bretschneidersche Wechselatmer einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Inhalationstherapie dar, indem er es ermöglicht, die in anderen Disziplinen als wirksam bewährten physikalischen Methoden auch auf die Erkrankungen der Luftwege anzuwenden. Sache ausgedehnter Versuche wird es sein, festzustellen, inwieweit diese physikalische Inhalation der bisher geübten medikamentösen überlegen ist. Die einfache Apparatur, insbesondere in Gestalt des Einzelapparates, macht e auch dem praktischen Arzt möglich, die Inhalationstherapie in ausgedehnterem Maße, wie es bisher geschehen ist, zur Anwendung zu bringen.

Mitteilungen.

Tagungen.

Die VIII. Deutsche Tagung für Säuglings- un Kleinkinderschutz findet am 13. und 14. September ds. J in Düsseldorf (Gesolei) statt. An Referaten sind in Aussicht g nommen:

1. Die Auswertung der Fürsorgegesetzgebung für die Säuglingsfürsorge (RJWG., RFPV., RVO.). (Referent: Abteilungsdirekt Dr. Schweers, Hauptgesundheitsamt, Berlin.)
2. Der Entwurf eines Gesetzes über das Recht des unehelichen Kindes und die Annahme an Kindesstatt.
3. Die Auswertung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Fo schung bei der Durchführung der Säuglingsfürsorge.
4. Reichseinheitliche Regelung der Ausbildung von Säuglings- un Kleinkinderpflegerinnen. (Referent: Geh. Obermed.-Rat Pro Dr. Schloßmann.)

Anfragen und Anmeldungen sind an die Geschäftsstelle der Deu schen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Berlin-Cha lottenburg 5, Frankstr. 3, zu richten.

* * *

Der Deutsche Verein zur Fürsorge für jugendliche Psych pathen E. V. veranstaltet am 14. und 25. September 1926 in Düsse dorf seine 4. Tagung über Psychopathenfürsorg Tagesordnung: Freitag, den 24. September Filmvortrag: „Affekt- un Triebäußerungen psychopathischer Kinder (verglichen mit Normale und Schwachsinnigen)", Lotte Nohl-Berlin — Privatdoz. Dr. Ku Lewin-Berlin. Sonnabend, den 25. September, Vorträge: „Fü sorge für psychopathische Kinder und Jugendliche aus dem gebildete Mittelstand", Prof. Dr. Homburger-Heidelberg. „Haltlose Ps chopathen", Prof. Dr. Kramer-Berlin. „Erholungsfürsorge psychopathische Kinder und Jugendliche", Ruth v. der Leye Berlin.

Anschließend an den vom 4. bis 14. Oktober 1926 stattfindenden

Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät

werden von Göttinger Professoren und Dozenten

vom 16. bis 23. Oktober 1926

Vorlesungen über die Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Medizin

gehalten.

Für die Teilnahme am ganzen Kurs (Diagnostik und Therapie wird ein Beitrag von 50 Mark erhoben; für den Diagnostikkurs allei 25 Mark.

Anmeldungen zur Teilnahme sind bis spätestens zum

1. Oktober 1926

erbeten unter der Anschrift

Chirurgische Klinik, Göttingen, Goßlerstr. 10, Röntgenkurs.

LIBRARY
RECEIVED
SEP 8 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

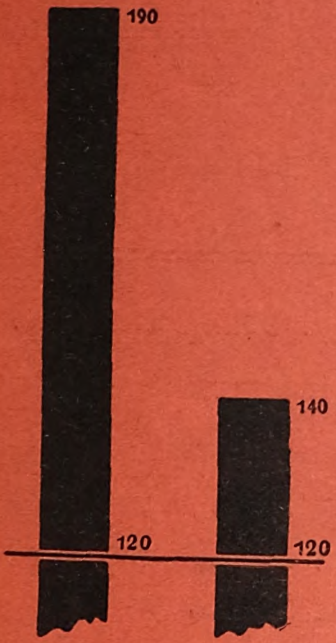
DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 19 BERLIN, DEN 17. AUGUST 1926 44. JAHRGANG

Hochdruck-Senkung!



Telatuten
setzt den Blutdruck
dauernd herab.

Cf.: Hertz, Fortschr. d. Med. 1922, Nr. 2
Michael, Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 24
Deutsch, Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 31
Ziller, Fortschr. d. Med. 1926, Nr. 19.

Telatuten ist das adäquate Heilmittel gegen Arteriosklerose.
Es wirkt als erstes kausal.

Literatur auf Wunsch.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN
Chemisch-pharmazeutische Fabrik.

Literatur:

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Pluriglanduläre Fettsucht und ihre Behandlung." (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, Nr. 10.)

Prof. Dr. Holste, Jena „Neue Arzneimittel" (. . . Über die Zusammensetzung des Lipolysins.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1923, Nr. 18.)

Dr. Max Porges, Marienbad: „Zur Behandlung der pluriglandulären Fettsucht". (Deutsche Med. Wochenschrift 1924, Nr. 25.)

Dr. Otto Schlesinger, Berlin: „Die Fettsucht u. ihre Behandlung auf Grund endokrin. Erkenntnis." (Medizinische Klinik 1923, Nr. 42.)

Dr. Löw Döberitz: „Lipolysin, ein pluriglanduläres Entfettungsmittel". (Gr.-Berliner Ärzteblatt 1923, Nr. 41.)

Dr. Lewy, Bad Reichenhall: „Die hormonale Bekämpfung der Fettsucht". (Fortschritte der Medizin 1923, Nr. 10.)

Prof. Umber, Dirig. Arzt d. Krankenhaus. Charlottenb.-Westend: „Fettleibigkeit und Fettsucht". (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 10.)

Lipolysin

masculin. feminin.

Das pluriglanduläre Entfettungsmittel für orale und intramuskuläre Anwendung.

Kleine Dosen Tabletten verhüten Fettansatz, größere Dosen bewirken Gewichtsabnahme; zu einer systematischen Entfettungskur gehört die kombinierte Anwendung von Tabletten und Ampullen.

Neues Präparat!

Lipolysin sine Thyreoidea

In Fällen, wo Schilddrüsenmedikation kontraindiziert ist.

Literatur:

Dr. W. Jülich, Hamburg-Barmbeck: „Zur Nosologie u. Therapie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa)". (Mediz. Klinik 1925, Nr. 32.)

Dr. Albert Lahmann, Weißer Hirsch bei Dresden: „Die klinische Bedeutung der quantitativen Untersuchung auf Abwehrfermente" (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 36.)

Prof. Hermann Zondek, Berlin: „Ueber hypophysär-cerebral-peripherische Fettsucht (Salz-Wasser-Fettsucht)" (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 31).

Dr. Erwin Pulay, Wien: „Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organ-Präparaten" (Dt. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 5).

San.-Rat Dr. Bieling und Dr. Harry, Friedrichroda; „Untersuchungen über Lipolysinwirkung mit dem Knipping'schen Gasstoffwechsel - Apparat". (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 46; Archiv für Balneologie u. Med. Klimatologie 1926, Nr. 7).

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea" (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 7).

Dr. Georg Henning / Berlin-Tempelhof.

Die volle Digitaliswirkung

bei schnellstem Wirkungseintritt auch bei peroraler oder rectaler Darreichung **entfaltet das gut bekömmliche**

VERODIGEN

(der Gitalin-Anteil der Fol. Digitalis).

Verodigen wirkt vorzüglich hemmend auf das Reizleitungssystem des Herzens und verursacht eine

oft überraschend starke Steigerung der Diurese

Anwendungsformen:

Tabletten zu 0,8 mg in Röhren mit 6 oder 12 oder 25 Stück

Verodigen-Milchzucker 1:125 zur Ermöglichung der Rezepturverordnung in Form von ***Suppositorien****, Mischpulvern usw.*

Literatur und Versuchsproben stehen den Herren Aerzten auf Anfordern zur Verfügung

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Johann Susmann Galant, Moskau: Der Mongolismus. Die mongoloide Idiotie, das Mongoloid, das Pseudomongoloid, mongolischer und Kalmückentypus . . . 805
San.-Rat Dr. Schindler, Fulda: Der ärztliche Ehekonsens . . . 807
Dr. Kurt Kirschmann, Berlin: Ueber die urologische Röntgendiagnostik in der ambulanten Praxis . . . 814
Aus der Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Allerheiligen zu Breslau (Primärarzt Prof. Dr. Erckentz).
Dr. H. Münch und Dr. J. Oles: Beiträge zur Purpurafrage. 1. Purpura bei Tuberkulose; 2. Purpura bei Lues . . . 815
Generalarzt a. D. Dr. Buttersack, Göttingen: Zur Popularisierung der Heilkunde . . . 817

Laufende medizinische Literatur:

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 28, 29 . . . 818
Medizinische Klinik, Nr. 25—30 . . . 818
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 30 . . . 820
Klinische Wochenschrift, Nr. 28, 29 . . . 820
Reichsgesundheitsblatt, 1. Jahrg., Nr. 27, 28, 29 . . . 821
Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 2. Jahrg. Heft 7—9 . . . 821
Deutsches Archiv für klinische Medizin, **152.**, H. 1—2 . . . 822
Zeitschrift für Tuberkulose, **45.**, Heft 5 . . . 822
Jahrbuch für Kinderheilkunde, **63.**, Heft 3—4 . . . 822
Monatsschrift für Kinderheilkunde, **32.**, Heft 5—6; **33.**, Heft 1 . . . 823
Archiv für Kinderheilkunde, **78.**, 2.—3. Heft . . . 823
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 26—28 . . . 823
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Juni 1926 . . . 824
Zeitschrift für Augenheilkunde, Juni 1926, Juli 1926 . . . 824
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 27—30 . . . 825
British medical Journal, Nr. 3417, 3418 . . . 825
Revista Española de Medicina y Cirurgia . . . 826
Il Policlinico, Sez. prat., **33.**, Nr. 25—29 . . . 826
Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie, Nr. 6 . . . 827
Journal of the American Medical Association, Chicago, **85.**, Nr. 25, 26 . . . 828
Bulletin of John Hopkins Hospital, Juli 1926 . . . 830
American Journal of Ophthalmology, Juni 1926 . . . 831
Buchbesprechungen . . . 831
Therapeutische Notizen . . . 832

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. Hans Ziller, Berlin: Erfahrungen mit Telatuten . . . 833
Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkranke, Baden-Baden. Leit. Arzt: Dr. H. Malten.
Hans Malten: Die Jupiterlampe . . . 834
Aus der Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Allerheiligen zu Breslau (Primärarzt Prof. Dr. Erckentz).
Dr. J. Oles: Ueber Salabrose, ein neues Ersatzkohlehydrat . . . 835
Druckfehlerberichtigung . . . 836

Silicol
Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin
Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol
Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen
Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

Jotifix-Tabletten *Die souveräne Jodmedikation*
Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 39.

KRIPKE

ESTON-OVALE

gegen

Colpitis, fluor albus

einfach, sicher und ganz sauber wirksam

Rp. 1 Schachtel (6 Stck.) Eston-Ovale

Kripke, Dr. Speier & Co.

Berlin SO 26, Admiralstr. 18E

Bestes Haut- & Massage-Oel.

Dermatine

Hersteller:
Karl H. Seidel
Berlin-Schöneberg
Vorbergstr. 3

Originalflasche

M. 1,70

In einschlägigen Geschäften zu haben, wo nicht, franko Nachnahme vom Hersteller

Karl H. Seidel
Berlin-Schöneberg 29
Vorbergstraße 3
Postscheck: Berlin 131 510

Optimale Bäderwirkungen!

Als Fachfabrik für Arzneibäder, verpflichtet zu ſteter Vervollkommnung unſerer Fabrikate, wurden wir eines Tages vor die faſt rätſelhafte Tatſache geſtellt, daß kleine, faſt homöopathiſch minimale Mengen mediziniſcher Stoffe nach gewiſſen, allerdings ſehr umſtändlichen und koſtſpieligen Vorbereitungen, auch im Badewaſſer ganz erſtaunliche optimale Wirkungen hervorrufen.

Das erſte Produkt dieſer Erkenntnis iſt das Ihnen bekannte, ſchäumend feinperlige Dr. Bergmanns Sauerſtoffbad, nach dem neuen Rezept vom Mai 1925. bei dem ſich durch Verwendung minimaler Mengen metalliſcher Salze, fermentaler bezw. albuminoider Stoffe ganz hervorragende Wirkungen zeigen.

Unſer Tripinatbad, das Fichtennadelbad, ſechsfach gehoben, iſt in gleichem Sinne aufgebaut. Nur auf knapp 2 Gramm Iſobornylallylpineol ſtützt ſich die zuverläſſige Wirkung dieſer prächtigen Arzneibäder.

Das Dirigenzſalz, welches bei unſerem neuen Dirigenzkohlenſäurebad die ſchäumend feinperlige Entwicklung dirigiert, enthält in Auswertung biologiſcher Erkenntniſſe nutzbringende Salze aus der Eiſen-, Mangan-, Magneſium-, Calcium- und Alkali-Gruppe in gleichen Erwägungen.

Merkwürdig iſt die Tatſache, daß die beſtechende Wirkung unſeres Damanabades (ein Stahlmilchbad für die Frau) auf nur 220 Milligramm eines löslichen Eiſenſalzes, dem Balnoferrum, zurückzuführen iſt.

Volkstümliche Preiſe. **Unbegrenzte Haltbarkeits- und Gleichmäßigkeits-Garantie!** **Für Neukunden Rückſendungsrecht.**

Li-il-Werke, Deutſche Arzneibäderfabrik, Dresden-N. 30

Eigenes Forſchungsinſtitut für Arzneibäder-Therapie und Technik

Nur die mit der

AESCULAP-

Kennmarke

und Stempel

ORIGINAL KIELLAND

(Eingetragene Warenzeichen)

gekennzeichneten

Geburtszangen

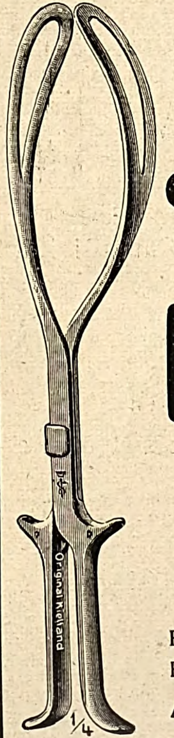
nach Kielland

sind vom Autor

als richtig anerkannt!

Erhältlich in den Fachgeschäften aller Länder. Bitte verlangen Sie die Instrumente mit der

AESCULAP-Kennmarke!



Calcaona

Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao

Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym

Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan

Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal

Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 19

17. AUGUST 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Der Mongolismus.

Die mongoloide Idiotie, das Mongoloid, das Pseudomongoloid, mongolischer und Kalmückentypus.

Von

JOHANN SUSMANN GALANT in Moskau.

(Mit einer Abbildung im Text.)

Mongolismus, mongoloide Idiotie, Mongoloid, mongolischer oder Kalmückentypus sind alles Ausdrücke, die in synonymer Weise bei den verschiedenen Autoren ein und dasselbe Krankheitsbild bezeichnen. Unterdessen gibt es so viele verschiedene Krankheits- und Zustandsbilder des Mongolismus, daß es richtiger wäre, jede dieser Bezeichnungen für ein bestimmtes Krankheits- oder Zustandsbild des Mongolismus zu reservieren, wodurch eine Gruppierung dieser Bilder und eine strengere Auseinanderhaltung eng umgrenzter, wissenschaftlich begründeter Formen des Mongolismus ermöglicht wäre.

Der Begriff: „Mongolismus" wäre der allgemeine, überordnete Begriff, der jede Form, jede Krankheitserscheinung, ein jedes Zustandsbild, das an Mongolismus zu denken gibt, in sich enthalten hätte. Innerhalb der allumfassenden Gruppe des Mongolismus wäre vor allem der Mongolismus des Kindesalters und der Mongolismus der Erwachsenen zu unterscheiden.

Die am meisten studierte und am besten bekannte Form des Mongolismus ist der Mongolismus des Kindesalters, der zum Unterschied von den anderen vorkommenden Formen des Mongolismus allein die Bezeichnung mongoloide Idiotie zu tragen hat.

Das Krankheitsbild der mongoloiden Idiotie ist besonders typisch und charakteristisch, und wer einmal einen Fall von mongoloider Idiotie in allen seinen feineren Details verfolgt hat, der erkennt diese Krankheit in jedem neu angetroffenen Falle leicht wieder. Schon die Körperbaustigmen der mongoloiden Idiotie sind so charakteristisch und so hervorstechend, daß sie schwer zu verwechseln oder gar zu übersehen sind. Man unterscheidet vorteilhaft bei der mongoloiden Idiotie Haupt- und Nebensymptome. Die obligatorischen oder Hauptsymptome der mongoloiden Idiotie bilden folgende Triade von Symptomen: 1. Mongolischer Gesichtstypus mit Schlitzaugen; 2. Makroglossie (Lingua scrotalis sive geographica); 3. Hypotonie der Muskulatur mit Hyperextension der Gelenke (Flexibilitas cerea). Die akzessorischen Symptome der mongoloiden Idiotie sind: Brachyzephalie, Prognathie, Epicanthus, Stumpfnase, Nabelbruch, Kryptorchismus, Zyanose der Extremitäten, Neigung der Haut zu Ekzemen, der Augen zu Blepharitis, Schwerfälligkeit der Bewegungen und des Ganges, Vorliebe zum Sitzen mit unter sich untergeschlagenen Beinen („türkische Sitzweise"), Unterentwicklung der Sprache, Armut der Mimik, nicht selten trockenes Rasseln und verschärfte Atmung.

Es liegt die Möglichkeit vor, zwei Formen der mongoloiden Idiotie auseinanderzuhalten: die eine mit vorwiegend hypothyreoiden Erscheinungen, also eine stark herabgesetzte Körpergröße, dicke trockene Haut, gedunsenes Gesicht, aufgeblähter Bauch, Nabelbruch usw.; die andere mit vorwiegend hypogenitalen Symptomen, wie Kryptorchismus, mangelhafte Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, Akrozyanose (nach Maranon ein sicheres Zeichen des Hypogenitalismus), das angeborene Fehlen der beiden lateralen Schneidezähne, das zusammen mit den langen, spitzen überstreckbaren Fingern zu den Zeichen des Hypogenitalismus gerechnet werden muß.

Wie weit die hypothyreoide Form der mongoloiden Idiotie ein ganz selbständiges Krankheitsbild und nicht etwa das gewöhnliche Mongoloid durch Myxödem kompliziert sei, bleibt dahingestellt. Nach einigen Autoren[1]) sollen Mischformen von Myxödem und Mongoloid vorkommen, so daß die Deutung der hypothyreoiden Form der mongoloiden Idiotie als eines Spezialfalles von Myxödem nicht immer von der Hand zu weisen sei.

Was das psychische Bild der mongoloiden Idiotie anlangt, so läßt es sich nach dem Abziehen der individuellen Eigentümlichkeiten eines jeden Spezialfalles folgendermaßen charakterisieren.

Der mongoloide Idiot ist in seiner Art eine „sonnige Natur". Die Stimmung ist bei ihm meist etwas gehoben und beim Fehlen des kritischen Sinns und eines richtigen Verständnisses für all den Ernst und die erdrückende Kompliziertheit des Lebens kommt es bei ihm selten zu einer „pessimistischen" Anwandlung, die, wenn sie doch einmal kommt, verschwindet, bevor sie recht Zeit hatte, auch nur schwache Wurzeln zu fassen. Eine krankhafte Labilität des Gefühllebens ist bei der mongoloiden Idiotie ein ungewöhnliches Vorkommnis, und die Emotionen des mongoloiden Idioten sind adaequat den Reizen, die ihnen zugrunde liegen. Es besteht eine große Begierde nach neuen Eindrücken und ein Nachjagen nach solchen Eindrücken. (Imbezille Neophilie.) Vielleicht ist die Vorliebe der mongoloiden Idioten für ein gesellschaftliches Leben mit ihrer triebhaften Neugierde allein verknüpft, da sie soziale Gefühle im eigentlichen Sinne des Wortes nicht besitzen. Die mongoloiden Idioten fühlen sich in der Gesellschaft scheinbar wohl, doch verstehen sie es nicht, sich den anderen anzunähern, obwohl sie sehr anhänglich und durch ihre maßlosen Liebkosungen sogar zudringlich werden, oder gerade darum. Sie sind im Besitze der einfachen im Umgangsleben nötigen Fertigkeiten, sind verhältnismäßig sauber und pünktlich. Eine eigentliche Sprache besitzt der mongoloide Idiot nicht. Seine Sprache besteht hauptsächlich aus Gesten, die dazu dienen, um Wünsche, Eindrücke, Fragen usw. zu übermitteln. Hie und da läßt er auch einige Worte fallen. Manch mongoloider Idiot ist sehr nachahmungslustig, wobei diese Nachahmung nicht eine einfache Echopraxie zu sein braucht, da der mongoloide Idiot es versteht elektiv nachzuahmen, nämlich das, was von vorwiegend lustbetonten Empfindungen begleitet wird. Die Nachahmungskunst des mongoloiden Idioten kann ziemlich weit gehen, und es kommt vor, daß ein derartiger Kranker beim Fehlen der Sprache Deklamationen nachahmt, indem er deklamatorische Stellungen einnimmt, mit der Stimme moduliert und Laute ausstößt, die sehr nahe der Deklamation von Versen kommen. Auch neigt manch mongoloider Idiot zur Wiedergabe komischer Situationen, so daß so ein Idiot beim Zusammentreffen einer bedeutenden Nachahmungskunst mit großer Beweglichkeit, oft wiederkehrender Rotfärbung der Wangen den momentanen Eindruck eines Clowns macht. Die Intelligenz schwankt zwischen dem Zustande einer förmlichen Idiotie und einem solchen großer Rückständigkeit. Man vermißt oft bei dem mongoloiden Idioten das Vermögen des Vergleiches, der Analyse, der Verallgemeinerung; sie verstehen nicht nur nicht zu rechnen, sondern es geht ihnen jedes Verständnis für den Mechanismus, für den Sinn des Rechnens ab. Sie können nur höchstens einzelne Gegenstände, in deren Besitz sie gelangen, zusammenzählen. Die aktive Aufmerksamkeit ist lebhaft, aber nicht andauernd, die passive ist sehr schlecht. Das Gedächtnis für Eindrücke des Alltagslebens ist gut, das Orientierungsvermögen in Zeit und Raum ist erhalten, die Elementarempfindungen weisen keine besondere Störungen oder Defekte auf.

---

[1]) Edmund Nobel: Myxödem und Myxödemtherapie. Sonderbeilage zur W. kl. W. 1925, Bd. 33, H. 32.

Wie in somatischer Hinsicht, so läßt sich die mongoloide Idiotie auch von der psychischen Seite her in zwei Formen einteilen: in die erethische und torpide. Bei der erethischen Form der mongoloiden Idiotie steht der Symptomenkomplex einer erhöhten psychomotorischen Beweglichkeit, einer euphorischen Stimmung, eines Betätigungsdranges im Sinne der Nachahmung im Vordergrunde. Die Intelligenz läßt sich als ein Zustand einer bedeutenden psychischen Rückständigkeit charakterisieren. Bei der torpiden Form der mongoloiden Idiotie, die hauptsächlich in Fällen des Vorherrschens hypogenitaler Erscheinungen vorkommt, beobachtet man eine völlige Teilnahmslosigkeit an den Vorgängen der Außenwelt selbst in nächster Umgebung, eine gleichgültige Stimmung, Interesselosigkeit, starres Dahinsitzen und andere Erscheinungen der Torpidität, die das Bild einer vollständigen Idiotie umrahmen.

Wir verlassen nun für einige Zeit den Mongolismus des Kindesalters und wenden uns der Schilderung des nicht minder wichtigen und interessanten Bildes des Mongolismus der Erwachsenen zu.

Die typischen Bilder der mongoloiden Idiotie des Kindesalters sind bei den Erwachsenen nicht mehr zu finden, vielleicht darum nicht, weil das Mongoloid (mongoloide Idiotie) des Kindesalters, als ein schwerer degenerativer Typus schon früh ausstirbt[2]). Hingegen sind es zwei andere Formen des Mongolismus, die bei den Erwachsenen häufig vorkommen, das sind: Das Mongoloid (der Erwachsenen) und der mongoloide oder Kalmückentypus.

Was das Mongoloid der erwachsenen Frauen (aller Wahrscheinlichkeit nach auch Männer) anlangt, so lassen sich hier zwei Formen des Mongoloides unterscheiden: Die eine Form des Mongoloides ist diejenige, die sich durch psychische Symptome, die sie nahe an das Mongoloid des Kindesalters, an die mongoloide Idiotie bringen, auszeichnet, die andere Form des Mongoloides zeichnet sich durch keine psychische Symptome aus und könnte auch als Forme fruste, als das Pseudomongoloid des Erwachsenen gelten.

Einige Beispiele mögen die Verhältnisse beim Mongoloid des Erwachsenen illustrieren:

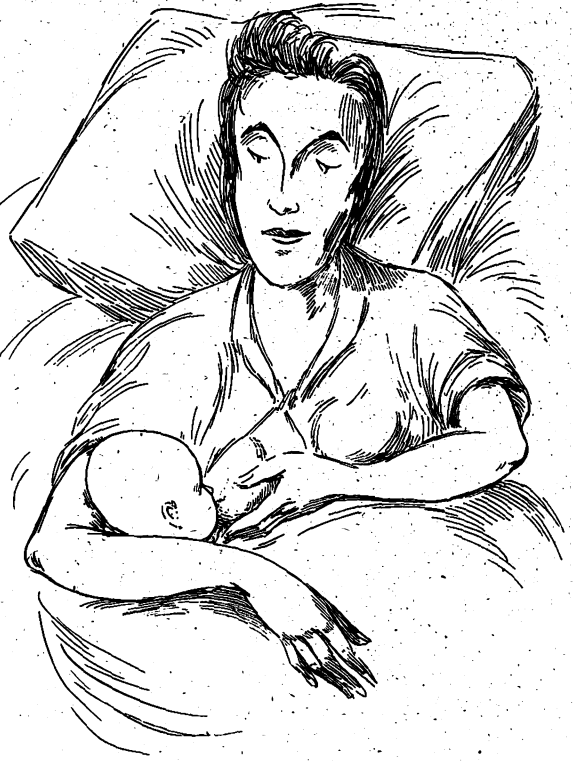
Frau D. W. L., 32 Jahre alt, hat am 22. Juli 1925 zum zweiten Male geboren. Die Geburt verlief glatt ohne Komplikationen (es kam zur Welt ein gesunder Knabe von 3400 g Gewicht), im Gegensatz zur ersten Geburt, die eine Zangengeburt war. Aborte und Fehlgeburten sind bei der Pat. nicht vorgekommen.

In der Nachgeburtsperiode fällt Pat. durch ein mächtiges Oedem der Beine, durch eine gelblich-graue Verfärbung der Haut und eine blasse Rosafärbung der Schleimhäute, welch letztere Erscheinungen eine Anämie vermuten lassen, auf. Bei der Untersuchung der inneren Organe (unternommen von Herrn Prof. W. W. Nefjódow, dem wir auch an dieser Stelle unseren verbindlichsten Dank aussprechen) stellt sich heraus: Das Herz ist vergrößert — Querdurchmesser — 4 cm nach rechts und 10 cm nach links = 14 cm. Es ist ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und längs des linken Randes der Brust wahrzunehmen. Der erste Ton ist klopfend. Blutdruck ist 135 mm und 65 mm. Auf Grund dieses Befundes wird die Diagnose einer funktionellen Mitralinsuffizienz in Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Geburt gestellt und t-ra nux vom. 10,0, t-ra ferri pom. 30,0, 20×3, nach dem Essen verordnet. Milz und Leber sind ebenfalls vergrößert, letztere ist 1½ Finger über den Rippenrand abzutasten. Im Harn sind Spuren von Eiweiß.

Der allgemeine Habitus der Kranken macht auf den ersten Blick den Eindruck eines mehr oder weniger regelmäßigen pyknischen Körperbaus. Doch ist die Körpergröße bedeutend kleiner. Typisch mongoloid wirkt das Gesicht. Es ist ein etwas flaches ,aber doch pastös ödematöses Gesicht, das mit dem myxödematösen Gesicht der Kretinen auch die weiteste Aehnlichkeit nicht aufweist, und dessen Eigenart zum Teil vielleicht mit der Herzkrankheit der Pat. zusammenhängt. Die Augen der Pat. sind schief gestellte typisch mongolische Schlitzaugen mit Epikanthus; eine breite, etwas flache Nase, eine gelbliche, grau-fahle Verfärbung des Gesichts, das von schwarzen Haaren umrahmt ist, vervollständigen das Bild. Es fallen dann weiter kurze, plumpe, dicke Extremitäten (Oedem!) und ein gewisser Grad der Ueberbiegsamkeit der Handgelenke auf, wie es oft für die mehr hypogenitale Form der mongoloiden Idiotie charakteristisch ist.

Diese mongoloide Kranke wies noch eine gewisse psychische Stumpfheit auf, ein Zurückbleiben in der intellektuellen Entwicklung (Pat. ist Analphabet), beruhend auf einer in der Kindheit schon bestehenden Unfähigkeit längere Zeit bei den Büchern, deren Inhalt die Pat. schwach oder gar nicht zu erfassen vermocht hatte, zu bleiben. Pat. kann die einfachsten arithmetischen Aufgaben nicht lösen, liest kaum, orientiert sich schlecht oder gar nicht in Fragen, die nicht unmittelbar ihr Alltagsleben berühren. Es besteht bei der Pat. ein höherer Grad „physiologischen Schwachsinns“ selbst dort, wo sie eine regere psychische Tätigkeit aufweist.

Das allgemeine Bild, das uns diese Pat. bietet, nähert sich also sehr dem Bilde der mongoloiden Idiotie des Kindesalters. Andererseits aber gibt es unter den erwachsenen Frauen mongoloide Typen, die in psychischer Hinsicht gar keine Abweichungen vom Durchschnitt aufweisen und deren Mongoloidie allein darin besteht, daß ihr Gesicht mongoloide Züge aufweist, ohne daß dies Gesicht dabei seine weiblichen Reize eingebüßt hätte. Eine etwas frei nach der Natur entworfene Skizze einer jungen, derart mongoloiden Mutter während des Nähraktes will uns das Bild einer solchen mongoloiden Frau vor Augen führen. Es handelt sich um eine neunzehnjährige Primipara, Russin (Moskauerin), die sonst hübsch stenoplastisch gebaut ist, und die im Bewußtsein ihrer weiblichen Reize sich oft kokett „Japanerin“ nennt — soweit erkennt Pat. selbst ihren allgemeinen Gesichtsausdruck als stark mongoloid verfärbt! Außer den etwas schief gestellten Schlitzaugen und einer mongoloiden Nasen-Augen-Konfiguration, die dem Gesicht den allgemeinen Ausdruck eines leichten Mongolismus verleiht, ist nichts Mongolisches oder Mongoloides in Körperbau oder in der Psyche der Pat. zu merken.



Das Pseudomongoloid.

Fälle von Pseudomongoloid — so möchten wir Fälle wie der letztbeschriebene nennen — kommen unter Frauen nicht außerordentlich selten vor, vielleicht öfter als das echte Mongoloid der Erwachsenen, und darum beanspruchen sie unsere Aufmerksamkeit, da in solchen Fällen leicht Verwechslungen eingegangen werden können.

Ganz etwas anderes als das Mongoloid, ist der „Mongolismus“ der Erwachsenen oder der mongolische und Kalmückentypus. I solchen Fällen besteht eine so weitgehende Aehnlichkeit zwischen dem echten Mongolen und dem mongolischen Typus des Europäers daß eine Unterscheidung durch die bloße äußere Untersuchung unmöglich ist und Fehler unvermeidlich sind. In solchen Fällen kann der ganze Körperbau des Europäers photographisch ähnlich demjenigen des Mongolen sein, so daß nicht einmal der Mongolenfleck fehlt! Wie täuschend solche Fälle von Mongolismus sein können, kann man aus folgendem Falle urteilen: Wir treten einmal an das Krankenbett einer Wöchnerin heran und fragen sie, ob sie russisch spreche, da die im Bett liegende Frau uns nicht anders als eine Mongolin zu sein scheint. Wir sind bald darauf ganz überrascht zu vernehmen, daß die „Mongolin" eine russische Bäuerin aus dem Gouvernement Kostroma ist, daß ihre Eltern echte Russen sind, daß unter ihren Ahnen und in der sonstigen Verwandtschaft keine „Mongolen" vorgekommen sind. Solche mongolische Typen kommen unter der russischen Bevölkerung in den verschiedenen Gouvernements Großrußlands (Moskau, Pensa, Kostroma usw.) häufiger vor und sind nicht anders als durch die Beimischung mongolischen Blutes zur Zeit der Unterjochung der Russen durch die Mongolen zu erklären.

---

[2]) In der Literatur ist nur ein Fall von mongoloider Idiotie (?) bekannt, der Fall Schönfeld, der das 58. Lebensjahr erreicht hat.

Es ist also sehr fraglich, ob der „Mongolismus", soweit es sich um den mongolischen Typus unter einer europäischen Bevölkerung handelt, eine „Krankheit" sei. Vielmehr ist es eine Rassenverirrung, die ihren Grund in erbbiologischen Verhältnissen haben muß. Hingegen haben wir es bei den anderen Formen des Mongolismus, insbesondere bei der mongoloiden Idiotie mit einer echten Krankheit zu tun, und es steht uns vor, die ätiologischen Momente und den Charakter der Krankheit klar zu legen.

Im allgemeinen ist man geneigt, in der mongoloiden Idiotie eine Krankheit, in derem Hintergrunde eine Störung des endokrinen Systems steht, zu erblicken. Jener Umstand, daß wir bei der mongoloiden Idiotie mit einem festen psychophysischen Syndrom zu tun haben, läßt am meisten an eine derartige Pathogenese zu denken, da, wie bekannt, nur Störungen der inkretorischen Drüsen in gleichem Maße Soma und Psyche beeinflussen. Schon zu Virchows Zeiten sah man zeitweise die mongoloide Idiotie als dem sporadischen Kretinismus angehörend an, und schuldigte darum eine Dysfunktion der Thyreoidea als Ursache der Krankheit an. In der Tat können viele Symptome der mongoloiden Idiotie als thyreogene Symptome betrachtet werden, so die pastöse Haut, die breite Nasenwurzel, die herabgesetzte Körpertemperatur, der aufgeblähte Bauch, der Nabelbruch, Kleinwuchs, große Zunge, schlechte Zähne, Erscheinungen, die alle als hypothyreotische Symptome angesehen werden. Doch ist es natürlich unmöglich, in der mongoloiden Idiotie eine Hypothyreose schlechtweg zu erblicken, da wir andererseits bei der mongoloiden Idiotie einer Reihe von Symptomen begegnen, die mit einer Eu- oder Dysfunktion der Thyreoidea weiter nichts zu tun haben, z. B. Symptome eines Hypogenitalismus. Es ist darum richtiger, in der mongoloiden Idiotie ein pluriglanduläres Leiden zu erblicken. So wäre z. B. der Erethismus bei der mongoloiden Idiotie durch eine vikariierende Hyperfunktion der Nebennieren zu erklären; bei der torpiden Form der mongoloiden Idiotie hingegen sind neben den Schilddrüsenstörungen solche eines Hypogenitalismus zu verzeichnen.

Im großen und ganzen sind aber die endokrinen Verhältnisse bei der mongoloiden Idiotie bei weitem nicht geklärt, und die Autoren streiten noch darüber, welche Blutdrüsen und in welcher Weise sie an dem Zustandekommen des Krankheitsbildes der mongoloiden Idiotie teilnehmen. Stölzner vertritt den Standpunkt, daß der „Mongolismus" thyreogen sei, und bringt als Beweis für diese seine Ansicht 10 Fälle von „Mongolismus", aus deren Zahl sieben Erscheinungen von Hypothyreose aufwiesen. Dollinger findet es für möglich, diese Meinung Stölzners zu bestreiten und für unrichtig zu erklären. Biedl nimmt bei der mongoloiden Idiotie Störungen der Thyreoidea, der Geschlechtsdrüsen, der Thymus, die von einer Unterentwicklung dieser Drüsen herrühren, an. Eine Dysfunktion der Genitaldrüsen bei mongoloider Idiotie finden Alt und Schüer als sehr wahrscheinlich und machen sie allein für die Krankheit verantwortlich.

Die pathologisch-anatomischen Befunde bei der mongoloiden Idiotie bringen weitere Beweise dafür, daß wir es hier mit inkretorischen Störungen zu tun haben. Vas hat 1922 sklerotische Veränderungen der Schilddrüse mit einer Atrophie der Epithelzellen und einer Wucherung des Bindegewebes, sowie eine Atrophie der Nebennierenrinde bei mongoloider Idiotie gefunden. Timme hat bei der röntgenologischen Untersuchung von 24 Fällen von Mongolismus in 23 Fällen eine Vertiefung in dem vorderen Teil der Fossa hypophysea, hauptsächlich unter dem Proc. clin. anterior beobachten können. Diese Veränderung steht in Verbindung mit Veränderungen des Vorderlappens der Hypophyse, die imstande sind, die Unterentwicklung der Genitalien und den Kleinwuchs bei der mongoloiden Idiotie zu erklären. Kraepelin fand bei der mongoloiden Idiotie das, was er Thymus persistens nennt.

Demnach gibt es gar keinen Zweifel darüber, daß die mongoloide Idiotie mit einer pluriglandulären Störung des Blutdrüsenapparates einhergeht. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß diese pluriglanduläre Störung Teilerscheinung einer allgemeinen Entwicklungshemmung sei. Und so sehen wir, daß Kraepelin den Mongolismus zur Gruppe der Oligophrenien rechnet.

Das Mongoloid der Erwachsenen hat bestimmt verwandte Züge mit der mongoloiden Idiotie des Kindesalters, ist aber nicht so pathologisch und erscheint nicht selten als eine abortive Form der mongoloiden Idiotie. Das Pseudomongoloid und der Mongolismus (mongolisicher Typus) sind überhaupt keine Krankheiten, sondern Rassenverirrungen, die nur erbbiologisch zu erklären wären, was wiederum nicht immer leicht fällt, da die Erbbiologie selbst eine Wissenschaft ist, die oft im Dunkeln tappt.

Zusammenfassung.

Der Terminus Mongolismus darf nicht wie bisher als identische Bezeichnung der mongoloiden Idiotie des Kindesalters verwendet werden. Mongolismus ist ein allgemeiner, überordneter Begriff, der zur Bezeichnung mehrerer verwandter Krankheiten und Zustandsbilder dient. Unter diesen Krankheiten und Zustandsbildern sind die mongoloide Idiotie des Kindesalters, das ihr verwandte Mongoloid des Erwachsenen, das Pseudomongoloid und verschiedene mongolische und mongoloide Typen hervorzuheben. Während die mongoloide Idiotie und das Mongoloid echte Krankheiten sind, handelt es sich bei dem Pseudomongoloid und den mongolischen Typen höchstens um eine konstitutionelle Minderwertigkeit, die oft ihren Ausdruck in einer verminderten Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen usw. findet. Von einer echten Krankheit kann bei diesen letzten Zustandsbildern keine Rede sein.

Der ärztliche Ehekonsens.

Von

San.-Rat Dr. SCHINDLER-Fulda.

Der Aufforderung des Herausgebers dieser Zeitschrift, einen Beitrag zum obigen Thema zu liefern, bin ich gern nachgekommen, weil ich Ansichten vertrete, die ich mir selbst in meinem Leben durch Erfahrung und Nachdenken erarbeitet habe, die aber noch nur von wenigen geteilt werden und stark von der üblichen Auffassung und Einstellung der Aerzte zu dieser schwierigen Frage abweichen. Ehekonsens! Hier stocke ich schon. Soll der Arzt, und ist es seine Aufgabe, einen Ehekonsens erteilen, kann er es überhaupt und darf er die Verantwortung auf sich nehmen, anstatt sie den Eheschließenden zu überlassen? Es gibt Länder, in denen die Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses bei der Eheschließung gefordert wird. Auch in Deutschland gibt es bereits Parteien, welche die Vorlage eines Gesetzes verlangen, durch welches die Eheschließenden verpflichtet sind, ein Gesundheitszeugnis vorzulegen. Die Meinung unter den Aerzten ist geteilt. Es gibt Aerzte, zu denen auch ich gehöre, welche die Ausstellung eines Gesundheitszeugnisses, der Heiratserlaubnis oder des Heiratsverbots durch den Arzt für unerwünscht und zweckwidrig halten. Wer ist gesund und wer ist krank? Kann das ein Arzt immer bei jedem so leicht und unzweideutig ermitteln, namentlich für den Zweck der Eheschließung, wo es auch auf psychische Abweichungen, Sonderbarkeiten, Gewohnheiten ankommt, ohne daß eine eigentliche erkennbare Krankheit vorliegt? Besonders auch, wenn der Ehekandidat oder die Kandidatin sich nicht dem Arzt eröffnet und eröffnen will und Vorgänge in ihrem Leben oder Familiendispositionen usw. verschweigen. Die Vorstellung der Parlamente, der Gesetzgeber im Staat, daß alles gut ist und wird, wenn nur der Arzt untersuche und sein Verdikt gab, ist zwar sehr schmeichelhaft für uns, aber doch eine falsche, die Reichweite der Erkenntnis in der ärztlichen Wissenschaft weit überschätzend. Wie leider auch viele Aerzte, sogar manche Hochschullehrer, stellt der Gesetzgeber den „negativen Befund" namentlich wenn er außer in der Klinik, auch im Laboratorium erhoben wird, als Zeichen der sicher erwiesenen Gesundheit in Rechnung. Ein negativer Befund ist aber immer nur ein negatives Ergebnis, ein non liquet. Eine entscheidende Bedeutung gewinnt der negative Befund nur, wenn es wirklich sicher so ist, daß der Untersuchte an bestimmten Krankheiten überhaupt niemals gelitten hat; war aber der Ehekandidat früher ernstlich krank, so kommt es durchaus auf die Eigenart der Krankheit an, ob ein negativer Untersuchungsbefund irgendein Urteil, eine Prognose stützen kann, denn unserem Erkennen sind bestimmte Grenzen gesetzt.

Fehlurteile, Mißgriffe in so persönlichen, wichtigen Angelegenheiten, wie die Eheerlaubnis, können das größte Unheil schaffen, und das Ansehen der Aerzte und das Vertrauen zu ihnen nur schädigen. Der Arzt soll sich nicht nötigen und drängen lassen, den allwissenden Herrgott zu spielen und etwas zu sagen, was er gar nicht vorhersehen, überhaupt nicht wissen kann. Ehen stiften, auch durch Konsens, ist immer undankbar. Für jeden ernsten Menschen heißt es vor der Heirat: erkenne dich selbst! Der Ehekandidat hat zu prüfen, ob er sich überhaupt für die Ehe eignet, ob er solche Charaktereigenschaften hat, welche die Voraussetzung für ein gutes Eheleben sind. Nur der hochintelligente Mensch, der sich selbst beobachten und analysieren kann, wird wissen, ob er körperlich und seelisch gesund und ausgereift ist, um eine Familie zu gründen und einer Frau das zu sein, was sie erwartet, um glücklich zu sein. Für diejenigen, die sich selbst nicht so erkennen, die Zweifel haben, ob sie körperlich oder psychisch voll gesund sind, ob sie schädliche Erbanlagen haben, die sich in der Deszendenz wieder finden und oft noch schädlicher auswirken, sind Beratungsstellen am Platze, und es gibt schon einige wenige, solche z. B. in Frankfurt a. M. Ich finde es auch durchaus richtig, daß der Leiter dieser Beratungsstellen für Eheschließende der Psychiater-Neurologe ist, weil die neuropathische Konstitution in ihrer Vielgestaltigkeit dem Fachmann sogar oft Rätsel aufgibt und der Psychiater andererseits am besten geübt und veranlagt ist, Menschen psychisch aufzuschließen, so daß sie sagen, was sie eigentlich verbergen oder in anderem Licht erscheinen lassen wollten. Ganz richtig bemerkt der Frankfurter Psychiater Räcke als Leiter einer solchen Beratungsstelle, daß auch für die körperliche Untersuchung der Neurologe genügend sachverständig sei, und er jederzeit andere Fachkollegen mit heranziehen könne. Was soll die Beratungsstelle? Es soll in ihr sich selbst genau kennen lernen, wer heiraten will. Er soll genügend unterrichtet werden über die Tragweite etwaiger Leiden, Eigenarten oder Erbanlagen, um dann selbst zur Einsicht und zum Entschluß zu kommen, ob er heiratet, oder lieber darauf verzichtet. Erlaubnisscheine werden nicht und sollen nicht ausgestellt werden.

Es kommt ja bei der Heirat auch nicht nur auf Gesundheit oder Krankheit an, sondern auf sehr viel andere Imponderabilien. Wer heiratet nicht? Da sind sehr oft die Ernsten, Bedenklichen mit hoher Auffassung von der Ehe, und tiefem Gemüt, die sich nach einem ruhigen stillen Glück sehnen, aber dem Weib an sich mißtrauen, sich vor ihren Ansprüchen fürchten, sie, die eine Kameradin suchen, welche auch für den Beruf des Mannes Verständnis hat, die mit ihm leiden, entbehren, hoffen kann, auf einen Erfolg, ohne den Glauben an den Mann zu verlieren! Unser herrlicher Brahms war so einer. Wir wissen es. Er heiratete nicht, weil er wußte, daß die Mitwelt für seine Werke noch nicht reif war, und er keine äußeren Erfolge zunächst erringen würde. Er selbst wisse, was seine Arbeiten wert sind und ihm mache es nichts aus, wieder ohne Beifall und Erfolg in seine einsame Wohnung zurückzukehren. Aber eine Frau könne das nicht ertragen, verstehen und ihm sei schon der Gedanke schrecklich, wieder vor seine Frau hintreten zu müssen, abermals kein Erfolg und die Frau verliere den Glauben an den Mann. Brahms entbehrte die Ehe sehr und sein sarkastisches, scharfes Benehmen Anderen gegenüber beruht sicher zum Teil darauf, daß er nicht glücklich war. Später, als er berühmt war und seiner Kritiker und Feinde sich erwehrt hatte, bemerkte er bissig: Und deswegen habe ich nicht geheiratet und habe zeitlebens mein Glück verscherzt. Er sah ein, daß er zu feinfühlig war, und vielleicht doch die geistig hochstehende Frau gefunden hätte, die an ihn geglaubt hätte. Wir jedenfalls können es zufrieden sein; Brahms durfte nicht glücklicher sein, sonst hätten wir seine Musik nicht, obwohl auch er sehr heiter sein konnte.

Andere wieder sind gesund, aber kommen nicht zu einem Ehebund, weil sie wenig sinnlich veranlagt, sich nicht entschließen können, zu heiraten, weil sie das Geschlechtsbedürfnis der Zukünftigen nicht kennen und die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über Ehescheidung sie abschreckt. Die frigiden unter den Männern und Frauen, die eine „Idealehe“ suchen und wünschen, eine Ehe ohne Geschlechtsverkehr. Dem „Schrei“ nach dem Kinde, der in der Vorkriegszeit in der Presse eine zeitlang so oft erörtert wurde zugunsten der unehelichen Mutter, steht die Furcht vor dem Kinde gegenüber! Mancher Selbstmord unmittelbar vor der Hochzeit beruht auf solcher seelischen Einstellung. Freunde, Verwandte, haben gut zugeredet, die Brautleute zusammengebracht und geglaubt, etwas Gutes getan zu haben. Es muß nicht jeder heiraten, es darf nicht jeder heiraten, es soll auch keinem Heiratsunlustigen zugeredet werden, denn keiner kennt die innerste geheime Ursache, warum auf eine Ehe verzichtet wird. Die wahre Liebe des Vaters zu seinen Kindern muß schon, bevor sie geboren sind, sich auswirken; er muß sie lieben, bevor sie da sind. Und wenn ein Mensch zu der Einsicht kommt, daß auch seinen Kindern wieder nur eine freudlose, traurige Jugend bescheert sein wird, daß verzehrende Krankheiten ihnen drohen, daß ihnen nur ein schweres Leben bevorstehen kann und daher auf Ehe verzichtet, so ist er ein guter Vater, der nicht den Vorwurf seines Kindes erleben will: warum bin ich geboren?

Die Eugenik beginnt allemal oder soll allemal vor der Ehe beginnen und nicht nach der Ehe mit künstlichem Abort! Kinder, die nicht leben dürfen, sollen überhaupt nicht erst gezeugt werden! Das ist die richtige Eugenik.

Nicht Gesetze, nicht Gesundheitszeugnisse und Eheverbote helfen hierzu, sondern nur die Aufklärung und die durch Erziehung gehobene Volkssitte. Die Aerzte selbst müssen dazu beitragen und mehr im Volke durch aufklärende Vorträge wirken. Vor allem fort mit der oberflächlichen Betrachtung der Dinge und der Redensart „liebenswürdiger, liberaler Aerzte: „Ach, das gibt sich alles in der Ehe.“ Das kommt noch sehr darauf an, und meistens gibt es sich nicht!

Da sind z. B. jene sonst einwandfreien Männer, welche nur durch Halbweltdamen geschlechtlich gereizt werden, jedem Mädchen ihrer Gesellschaftsklasse gegenüber kalt bleiben und bei ihrer Ehefrau absolut impotent sind und bleiben. Solche Männer haben oft die reizendsten und liebenswertesten jungen Frauen, denen sie alles an den Augen absehen und alles zu Liebe tun, nur das eine nicht, was die Frau glücklich macht. Auch wenn sich die Eheleute sonst noch so gut verstehen, es bleibt ein Schatten über der Ehe und die Frau leidet schwer und still. Der Arzt soll solchen Männern von der Heirat abraten; es gibt sich nicht, die Hemmungen werden nicht überwunden. Würden Gesundheitszeugnisse vom Staat gefordert werden, so würde der Arzt gar oft die Eignung zur Ehe bescheinigen in gutem Glauben, obwohl von ihr entschieden Abstand zu nehmen war. Es kommen da die sexuellen Perversionen aller Art in Betracht: gefragt, würden, wenn ein Zwang zur Gesundheitsbescheinigung ausgeübt würde, die Mehrzahl der Ehekandidaten die Frage nach Perversionen verneinen. Aber, auch wenn sie dieselben zugeben, wird der Arzt dennoch nicht immer wissen können und sagen dürfen, ob die Perversion sich in der Nachkommenschaft nicht nur wiederfindet, oder gar in schlimmerer Form. Wir kennen alle den Transvestitismus, die Neigung das andere Geschlecht in deren Kleidung zu kopieren. Erwiesen ist, daß Männer, welche infolge ihres habitus in Damenkleidern kaum auffallen und sich auch gut in ihnen bewegen, dennoch nicht homosexuell sind, sondern eine normalgeschlechtliche Triebrichtung haben und auch bei Frauen potent sind, während andere bis zum vollkommenen Austausch der Persönlichkeit invertiert oder perversiert sind als passive, feminine Homosexuelle. Nehmen wir an, ein Arzt solle sagen ob ein angeblich normal geschlechtlich empfindender Transvestit heiraten darf oder nicht. Das kann der Arzt gar nicht. Die Neigung kann auf Atavismen zurückgehen, sie kann erworben und durch Zufälligkeiten im Leben angezüchtet sein, aber sie besteht und ist fixiert. Wie werden die Kinder, das ist die Frage? Ist die Neigung nur eine Art Spielerei, vielleicht aus übertriebener Liebe und Schätzung des ewig Weiblichen, eine Art Theatralik oder sitzt sie dem betreffenden Individuum doch tiefer im Blut, so daß er mit dem Wechsel der Kleider auch seine Persönlichkeit und sein Persönlichkeitsgefühl austauscht. Es könnten dann seine Kinder Homosexuelle werden, welche sich auch entsprechend sexuell betätigen. Ich meine, auch solche Transvestiten, welche dennoch intersexuell verkehren und keine homosexuellen Triebe empfinden, sind so labile Persönlichkeiten, daß sie zur Begründung einer Familie nicht taugen. Ueber die Vererbung erworbener Eigenschaften wissen wir bisher allerdings noch nichts positives; aber gerade bei sexuellen erworbenen Eigenarten erscheint mir durch Aenderung der inneren Sekretion die Beeinflussung und Schädigung der Keimdrüsen wohl möglich derart, daß erworbene Perversionen vererbt werden können. Denn es erhebt sich die Frage, ob ein ganz normaler Mensch überhaupt für die Erwerbung von sexuellen Perversionen aufnahmefähig ist, Rezeptoren hat oder nur ein solcher, welcher bereits auch sonst zum Typ der Dégénerés gehört.

Die Eugenik würde durch die Zwangsuntersuchung bei der Eheschließung und durch die schönsten Gesundheitszeugnisse nicht gebessert, weil der untersuchende Arzt die Ahnenreihen der Heiratenden gewöhnlich ebenso wenig kennt, wie die Ehekandidaten selbst. Man sehe sich die Deszendenz berühmter rassiger Männer an, denen jeder Arzt früher, wie heute, ohne Bedenken, daß Heiratsvisum und die Gesundheitsbescheinigung ausgestellt hätte. Es geht aber nicht nur den Berühmten so. Ich kannte z. B. eine Familie, die sich in Berlin durch Fleiß, Talent, Genügsamkeit, Solidität zu einer angesehenen Stellung mit hohem Einkommen emporarbeiteten und zu gediegenem Wohlstand gelangten. Die Eltern waren gesund und das „Gesundheitszeugnis" für die Ehe war ihnen sicher, falls es gefordert worden wäre. Alle drei Söhne waren eigenartige Dégénerés, kräftige, schöne Menschen, begabt und in guten Stellungen, aber ohne Ausdauer, ohne Pflichtgefühl. Der älteste war Ingenieur in Staatsstellung. Hatte er mal einen vergnügten Abend, kam er spät nach Hause, so ging er auch spät in den Dienst. Sonst tadellos, verlor er die Stellung, weil er seine Gewohnheit nicht ließ. Die Eltern gaben ihm Geld und schickten ihn nach Amerika. Dort ging es ihm erst gut, als er eine Frau geheiratet hatte, welche sozusagen die Hosen anhatte. Sie führte ein großes Hotel, und er ein herrliches Leben, wie es für ihn paßte; Herumfahren, um einzukaufen, Geld auszugeben, zu repräsentieren. Mit dem frühen Tode der Frau ging es mit dem Mann wieder bergab, er verarmte ganz und verscholl. Der zweite Sohn war ebenfalls tüchtig in seinem Fach, aber er arbeitete nur solange, bis er eine größere Summe gespart hatte, dann tat er nichts, blieb zu Hause, las Bücher über Technik (sein Fach) und arbeitete erst wieder, wenn er alles Geld, das er erspart hatte, aufgezehrt hatte. Auch dieser Sohn endete in Amerika, der dritte in Rußland. An regelmäßige Arbeit konnten sie sich nicht gewöhnen. Die gebeugten Eltern fragten sich selbst, wo in ihrer Aszendenz der Dégéneré steckte, von dem ihre Jungen den Rückschlag bekamen. Aus dieser allgemeinen Betrachtung geht hervor, daß es nicht empfehlenswert ist, Gesundheitszeugnisse auszustellen und den Arzt zu beauftragen, klipp und klar zu sagen, wer heiraten dürfe und wer nicht. Denn auch bei wirklichen körperlichen und seelischen Erkrankungen, namentlich bei den chronischen Infektionskrankheiten, ist nur das grob Sichtbare resp. Merkbare zu erfassen möglich, das aber liegt auch dem Laien offen. Andererseits ist entschieden mit dem Schlendrian zu brechen, daß die Eltern, Vormünder, majorene Waisen selbst sich gar nicht mit dem Vorleben des Bräutigams, mit seiner Gesundheit, seiner Aszendenz befassen, im Gegenteil ein Nachforschen, die Forderung einer Untersuchung als Kränkung des Bräutigams betrachten.

Es soll allgemeine Gewohnheitsübung und Volkssitte aller Stände werden, daß die Heiratslustigen sich vor der Verlobung untersuchen lassen; sie sollen beraten werden, aber ohne Ausstellung eines Konsenses oder Verdikts und die Entscheidung dann selbst treffen unter voller, eigener Verantwortung! Beratungsstellen sind zu dieser Aufklärungsarbeit am besten geeignet, und der Vorstand derselben wird sich durch Zuziehung weiterer Sachverständiger in jedem Fall ein abschließendes Urteil bilden können, welches sowohl den Ehekandidaten unter einander, als auch deren Angehörigen mündlich mitgeteilt wird.

Der Sinn der Ehe, ihr Fundament beruht gewöhnlich auf dem Kindersegen und dem Wunsch, Kinder zu haben. Enttäuschung und viel Leiden der Frauen und Männer würden fortfallen, wenn schon vor der Verlobung durch eine Untersuchung auch der gesündesten Männer und Mädchen die Gewißheit geschaffen würde, daß die Ehe unfruchtbar bleiben muß. Winter in Königsberg hat sehr recht, wenn er ermahnt, immer zuerst den Mann zu untersuchen. Ich entnehme seiner Mitteilung: „Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität" in der D. M. W. 1921, Nr. 26, das Folgende:

„Die mikroskopische Untersuchung des Samens der Ehemänner ergab bei verschiedenen Gynäkologen übereinstimmend denselben Prozentsatz an Azoospermie (30 bis 33%) und Oligospermie (11 bis 12%). Der Samen soll stets mehrfach untersucht werden; praktisch ist die Oligospermie nicht günstiger zu beurteilen, als die Azoospermie, wenn auch theoretisch eine Konzeption noch möglich wäre. Auch die Nekrospermie ergibt wohl nur eine ungünstige Prognose (genügend zahlreiche, aber schwer bewegliche oder abgestorbene Spermatozoen)."

— Schwäche des Mannes, Ejaculatio praecox usw., kommt als Ursache der Sterilität der Frau nicht in Frage, solange noch überhaupt Samen in die Vagina ergossen wird.

„Im Gegensatz hierzu ist die Ursache der weiblichen Sterilität außerordentlich schwer und oft überhaupt gar nicht zu ermitteln. Die meisten Ursachen sind nur relativ, sie können, aber sie brauchen die Konzeption nicht zu behindern, z. B. die Stenose des Os externum, die Ante- und Retroflexio der Nulliparae, die Infantilität. Absolute Hindernisse aber sind: schwere Tubenerkrankungen, fötaler Uterus, dauernde Ovarialatrophie. Fast jede gynäkologische Krankheit kann eine Ursache zur Sterilität abgeben, schon irgendeine Funktionsstörung eines sonst nachweisbar nicht kranken Organs." Wie soll man sich, fragt Winter, in diesem Labyrinth zurechtfinden, welchen Weg soll man gehen, um zu einer richtigen Diagnose zu kommen?" Wir werden auch noch bei den chronischen Infektionskrankheiten immer wieder die Erfahrung machen, daß die Vorstellung, durch gesetzliche Untersuchungen und Gesundheitsbescheinigungen die Schädlinge zu ermitteln und auszusondern, zu wenig die der Erkenntnis der Ursachen und verborgenen Krankheitskeime gesetzten Grenzen berücksichtigt. Winter unterscheidet bei den Frauen primäre und sekundäre Sterilität, und ich lasse hier wörtlich folgen, was Winter hierüber sagte:

„Primäre oder sekundäre Sterilität.

Ich rate zunächst, eine Trennung zu machen zwischen primärer und sekundärer Sterilität, und verstehe unter letzterer das Ausbleiben weiterer Konzeption nach einer früher sicher nachgewiesenen Gravidität. Die Ursachen für die primäre und sekundäre Sterilität sind recht verschieden. Bei der primären Sterilität überwiegen die angeborenen Ursachen, bei der sekundären die erworbenen und namentlich die durch den voraufgegangenen Generationsprozeß erworbenen. Ich möchte diese Erfahrungen durch eine Tabelle aus meinem Material beweisen. Unter 155 Fällen ehelicher Sterilität mit einer ganz sicher zu beurteilenden Ursache fanden sich 121 primäre und 34 sekundäre Sterilitäten.

Die Ursachen waren folgende:

	bei primärer Sterilität	bei sekundärer Sterilität
Infantilität	15mal (12%)	—
Stenose am Muttermund	37mal (30%)	2mal (6%)
Lageveränderungen	28mal (23%)	—
Dammrisse und Deszensus	—	12mal (35%)
Adnexerkrankungen	24mal (20%)	8mal (23%)
Katarrhe (mit Endometritis)	17mal (14%)	7mal (20%)
Para- und Perimetritis	—	5mal (15%)

Bei der primären Sterilität spielen nach dieser Zusammenstellung die angeborenen Veränderungen der Infantilität, der Stenose und der Lageveränderungen (spitzwinklige Anteflexio und Retroflexio) die Hauptrolle, während bei sekundärer Sterilität die Erweiterungen des Introitus durch Dammriß und Deszensus, Adnexerkrankungen und Katarrhe und Entzündungen am häufigsten zu beschuldigen sind. Die Tabelle soll nichts über die absolute Häufigkeit der einzelnen Sterilitätsursachen besagen.

Die Berücksichtigung dieses Gedankens der primären und sekundären Sterilität wird der Erforschung der Ursachen eine gewisse Richtung geben; mehr kann sie nicht leisten."

Wenn schon überhaupt eine Untersuchung der Ehekandidaten vor der Verlobung stattfindet, so wäre es wohl gut, wenn sie sich auch auf die Weite des Beckens ausdehnt, um festzustellen, ob so große Geburtshindernisse vorhanden sind, daß der Kaiserschnitt oder die Perforation des kindlichen Schädels unvermeidbar erscheint. Daß es nur der erzieherischen Aufklärung des Volkes bedarf — die Gesundheitswochen dürften dazu besonders geeignet sein — ohne jeden gesetzlichen Apparat, zeigt sich bei der Bewertung des Diabetikers im Volke. Es ist allgemein bekannt, daß der Diabetiker einesteils impotent ist, anderenteils namentlich in jüngeren Jahren gesundheitlich schwer geschädigt ist und nur eine verkürzte Lebensdauer hat, daher als Ehemann nicht in Betracht kommt.

Zu den natürlichen Ursachen der Sterilität, welche wir kennen lernten, kommt diejenige hinzu infolge nicht geheilter Geschlechtskrankheiten. Die Statistiken weichen von einander ab, auf bestimmte

Zahlen kommt es hierbei auch gar nicht so an; immerhin gebe ich hier nur eines Beispiels wegen einige Zahlen, welche der bekannte Frauenarzt Dr. Hirsch in Berlin in Nr. 5 der Sexualethik 1925 zusammenstellte. Nur 14,7% der heiratsfähigen Männer waren gänzlich einwandsfrei und gesund. 54,33% hatten im Harn Fäden und Leukozyten, 27,7% Schleim und Epithelien und 3,3% Gonokokken. In seiner eigenen Praxis beobachtet Hirsch im Durchschnitt jährlich 6 Fälle von frischer gonorrhoischer Infektion der Ehefrau durch den Mann, welcher ungeheilt heiratete. Wie hoch mag die Gesamtzahl bei allen Aerzten sein? Der fünfte Teil aller in einem Jahre in Deutschland geschlossenen Ehen ist steril, die Tripperinfektion ist mit ca. 30% daran beteiligt durch Adnexerkrankungen der Frau, außerdem entfallen, wie wir sahen, 30% auf die Azoospermie und 12% auf die Oligospermie der nicht geschlechtskranken Männer. Andere berechnen die Sterilität infolge der Gonorrhoe noch wesentlich höher. Die Einkindsterilität nach Gonorrhoe ist hierbei noch nicht mitgezählt.

Wie soll sich der Arzt bei der Eheberatung verhalten, wenn „er" oder „sie" (z. B. Witwe) tripperkrank waren? Ich verweise auf meine im Verlag von Kornfeld in Berlin (Fischers Medizin. Buchhandlung) in der Berliner Klinik herausgegebene Monographie: „Dürfen Geschlechtskranke mit negativem Laboratoriumsbefund heiraten?" Was ich in dieser Schrift scharf und klar zum Ausdruck brachte, ist nichts anderes, soweit es die Gonorrhoe betrifft, als schon lange vorher Kromayer und auch Finger lehrten, daß ein negativer Gonokokkenbefund gar nichts beweise, zumal die Befunde in den einzelnen Untersuchungen desselben Individuums oft so bizarr sind, daß man gar nichts sagen könne, wenn nicht eine Restitutio ad integrum eintrat. Noch vorhandene eitrige Absonderungen, auch wenn Gonokokken fehlen, sind mit größtem Mißtrauen zu beurteilen, eine Gesundheitserklärung ist dann nicht möglich. Gegen diesen Standpunkt und die nüchterne Beurteilung unserer Erkenntnismöglichkeit wandte sich früher in sehr lebhaften, auch persönlich zugespitzten Kontroversen A. Neißer, der Entdecker der Gonokokken, welcher so weit ging, einen ehemaligen Gonorrhoiker für nicht mehr ansteckend und heiratsfähig trotz Fäden und Leukozyten zu erklären, wenn bei wiederholten Untersuchungen, auch nach Provokationen, keine Gonokokken nachweisbar waren. Wie der Lehrer, so seine zahlreichen Schüler, deren viele Universitätslehrer sind. Auch ich gehöre zu den Schülern Neißers, der eine wirkliche Schule, die „Breslauer Schule" geschaffen hatte. 20 Jahre lang habe ich geglaubt und nachgebetet, was Brauch der Schule war, 20 Jahre eigener Erfahrung bedurfte es, bis ich erkannte, daß es meine Pflicht sei, mich selbst von diesem phantastischen Selbstbetrug zu befreien und auch den anderen Aerzten die Verkehrtheit der Neißerschen Auffassung klar vor Augen zu führen! Wenn man weiß, welche schweren Folgen eine Gonorrhoe für die Frau hat, daß schon auf der Hochzeitsreise die jungen Frauen an foudroyanter Peritonitis infolge der Tripperinfektion starben, wie selbst eine unkomplizierte Cervix oder Uterusgonorrhoe, der nie ganz versiegende Ausfluß, das ewige Spülen, den Frauen das Dasein verbittert, so kann und darf man sich nur auf den Standpunkt stellen, daß nur der Gonorrhoekranke heiraten darf, bei dem eine vollständige Restitutio ad integrum eintrat, der Urin klar und frei von Fäden, Flocken, Leukozyten und selbstverständlich Gonokokken ist, erst recht dann, wenn eine Prostatitis bestand oder noch besteht. Ich habe schon vor vielen Jahren die Ruhigstellung der Prostata durch Atropin eingeführt, weil ich die Massage der Prostata zu Heilzwecken für falsch halte. Eine Prostata, in der Gonokokken sich angesiedelt haben, kann kein Arzt durch Ausmassieren von diesen wirklich befreien, wohl aber kann er erst recht die Gonokokken noch mehr im Gewebe durch das Massieren verbreiten. Besteht eine Schwellung der Prostata, findet man Eiterkörperchen in reichlicher Zahl, aber keine Gonokokken, so kann man doch niemals darauf hin irgendeinem Mann, wenn er auch sachgemäß behandelt wurde, sagen, daß er nicht mehr ansteckungsfähig sei, daß er unbedenklich heiraten könne. Das wissen wir eben nicht und können wir nicht wissen, und Neißer selbst hat eine Tripperinfektion mit Adnexerkrankung bei der Ehefrau eines seiner Patienten verschuldet. Er selbst hatte mich mit der Untersuchung der Frau auf Gc. und mit der Behandlung beauftragt. Wie man bei chronischer Cervixgonorrhoe mit dauerndem „weißen Fluß" bei dem Gewimmel von allerhand Bakterien bescheinigen will, daß die Kranke gonokokkenfrei und nicht mehr ansteckungsfähig ist, ist für jeden denkenden Arzt einfach unverständlich. Einerseits wissen wir, daß die Gonokokken, die man eine Zeitlang oder an den Untersuchungstagen nicht sieht, sehr wohl später wieder sichtbar sind, der Ausfluß wieder stärker wird. Andererseits ist die Gramsche Färbung gerade dann nicht ausreichend, gerade dann versagend, wenn man sie am meisten braucht, nämlich bei einzelnen Diplokokken-Paaren, die man seiner Erfahrung nach für Gonokokken hält, die man aber als solche durch keine Methode und auf keine Art identifizieren kann. Wie ist denn eigentlich die Sache? Ich sehe Präparate mir ganz fremder Menschen durch und sage, das sind Präparate von behandeltem oder altem chronischen Tripper, ohne daß Gonokokken sichtbar sind. Jawohl, es stimmt, die Gonorrhoe ist diagnostiziert. Wie soll ich nun wissen können, ob alle Gonokokken abstarben, zugrunde gingen, ob sie noch in Drüsengängen, Krypten sitzen und ob die Residuen nur noch ein „harmloser" Katarrh sind? Buschke hat den Nagel auf den Kopf getroffen, und auch er ist ein Schüler A. Neißers, wie auch E. Lessers, wenn er sagt, daß nur unsere völlige Hilflosigkeit uns zu der Einbildung verführt, wir hätten eine Prostatagonorrhoe geheilt, wenn wir keine Gonokokken im Präparat mehr sehen. Wenn Aerzte, wie Zieler, jede Gonorrhoe heilen und für heilbar erklären, woher kommt dann immer wieder die Infektion der Ehefrau? Die Aerzte dürfen sich nicht von der Sorge leiten lassen, daß die Kranken ganz fortbleiben, wenn man dem Volke die Wahrheit sagt. Solange die Jugend nie ernstlich die Wahrheit hört und die Aerzte mehr sagen, als sie wissen und verantworten können, solange Märchen erzählt werden, daß alle Kranken geheilt werden und nach erfolgter Behandlung heiraten dürfen — die Kinder, sie hören es gerne —, solange ist nicht nur nicht von irgendeiner Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Rede, sondern allein von ihrer immer weiteren Fortzüchtung. Die sittliche Pflicht der Aerzte, welche doch auch Familienväter sind, erfordert es, mit dem alten Schlendrian unklaren Denkens zu brechen und sich absolut auf den rigorosen, ehrlichen Standpunkt zu stellen, daß sie nichts sagen oder schreiben, was sie nicht bestimmt und sicher wissen und nur solche ehemalige Tripperkranke (an Strikturen nicht vergessen!) für geheilt und heiratsfähig erklären, welche keinerlei Residuen zurückbehielten und bei denen eine plena restitutio ad integrum besteht. So, wie diese Angelegenheit bisher gehandhabt wird, werden die Aerzte auch durchaus nicht den Anforderungen gerecht, welche an sie gestellt werden.

Ihre Aufgabe ist es allein nur, das gesunde, unschuldige Mädchen, den Gesunden überhaupt zu schützen, ohne Mitleid und ohne Rücksicht, ohne Kompromisse zugunsten des Geschlechtskranken. Man muß durchaus fest bleiben; denn nicht um die erkrankte Generation von heute handelt es sich, wie sie sich mit dem Verdikt des Arztes abfindet, sondern um die nachfolgenden Generationen, die noch gesunde Jugend. Und diese soll die ganze herbe Wahrheit hören. Fournier erzählte in einem seiner Werke, daß er einem reichen, jungen Mann mit frischer Lues unerbittlich die Heirat verbot, auch als er drohte, sich zu erschießen, wenn er das Mädchen nicht heiraten dürfe. Fournier drohte, der bekannten Familie selbst eine Warnung zu erteilen. Der junge Mann ging von Fournier in sein Hotel und erschoß sich. Fournier bedauerte den Vorgang an sich, aber nicht einen Augenblick sein beharrliches Verbot, und er würde, bemerkte er, wieder so handeln.

Wie steht es heute mit der Heirat der Syphilitiker? Wie es überhaupt um die Lues heute steht nach 20 Jahren Spirochäten-Wassermann-Diagnostik und 15 Jahren Salvarsanbehandlung, habe ich in meinem Buch: „Die Konstitution als Faktor in der Pathologie und Therapie der Syphilis" (1925, Verlag Karger-Berlin) auf Grund eigener Erfahrungen und mit Verwertung der internationalen Literatur in mehreren Kapiteln abgehandelt. Auch hier ist wieder der negative Befund, der negative Wassermann vor allem, die Fata morgana, die bei kritischer Betrachtung in Nichts zerfließt. Es ist erstaunlich, daß das kommende Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Richtlinien des Reichsgesundheitsamts nach den Lehren maßgebender Universitätsprofessoren absolut auf den negativen Wassermann und die Qualität der Salvarsanbehandlung aufgebaut sind. Der negative Wassermann (und wo bleibt der Liquor?) gilt als der Beweis der Heilung oder mindestens des Erlöschens der Infektiosität!

Im Anfang waren die Spirochäten und am Ende sind sie es noch! Immer dreht es sich allein um die Frage: sind im Organismus noch Spirochäten vorhanden und wo?, an Stellen, von denen sie nach außen entleert werden oder an solchen in geschlossenen inneren Organen? Die v. Wassermannsche Reaktion ist unspezifisch und nicht die Ursache der Lues; die Serum- und Liquorreaktionen sind nur eine Folge der Lues und sie sind negativ auch bei Gegenwart lebender, voll virulenter Spirochäten, auch nach intensiver Behandlung mit Salvarsan und Hg. Sowohl bei negativer, als auch bei positiver Reaktion saßen Jahre und Jahrzehnte lang die Spirochäten, die Restspirochäten da und dort, und ich habe an Hand der Literatur scharf „die Spirochätenträger“ bei latenter Lues mit negat. oder positiv. Wassermann herausgearbeitet, weil wir heute durch die Entdeckung Schaudinns, durch die Reaktion Wassermanns die Spirochätenträger überhaupt erst kennen lernen konnten. Wenn wir nun wissen, daß die Spirochäten bei klinisch völlig symptomlosen Luikern mit negativer Serumreaktion in der Harnröhrenschleimhaut, in der Cervixschleimhaut, in der normalen Haut des Penis, in alten, glatten Narben früherer Primäraffekte, in der normalen Mundschleimhaut, in den Tonsillen saßen, daß der Nachweis schwierig ist und nur selten gelingt, kann man da mit gutem Gewissen einem symptomlosen Luiker mit negativer Serum- und sogar Liquorreaktion sagen, daß er nicht mehr infektiös ist? Wir können leicht die Bazillenträger nach Typhus, Diphtherie, Cholera ermitteln, weil die Bazillen nur an einer bestimmten Lokalisation vorhanden sind; bei der Lues liegen die Spirochäten an allen möglichen Stellen und sind auch später so spärlich, daß ein negativer Befund gar nichts für die Prognose beweist. Dem Luiker oder der Luikerin kann es ganz gut gehen, aber die Infektionstüchtigkeit ist nicht erloschen; die Frau bekommt immer wieder Aborte, tote oder kranke Kinder, weil sie Spirochäten in utero beherbergt. Dora Fuchs untersuchte in der Jadassohnschen Klinik 16 Frauen, welche keinerlei Hauterscheinungen hatten, ein negatives oder positives Serum darboten, und bei 13 dieser Frauen, welche alle nachweislich mit syphilitisch manifestierten Männern in Verkehr standen, wurden Spirochäten im Cervixsekret gefunden, ohne daß etwa eine wahrnehmbare uterine Erkrankung bestand; 7 von den 13 Frauen hatten eine negative Serumreaktion, eine eine zweifelhafte, 5 eine positive Reaktion. Kann man von den 3 Frauen, bei denen selbst in der Klinik (gute Technik, vor allem genügend Zeit!) die Spirochäten nicht gefunden wurden, deshalb behaupten dürfen, daß sie nicht infektiös sind? Gerade die neuen Laboratoriumsmethoden haben uns erkennen lassen, daß wir niemals wissen und wissen können, ob eine Lues wirklich geheilt ist und noch weniger, ob die Infektiosität erlosch. Jadassohn wehrt sich psychisch noch gegen die Befunde in seiner eigenen Klinik, sowohl die der Dora Fuchs, als auch den von M. Friedmann: Mann mit Lues latens, „gut“ behandelt, klinisch und serologisch absolut negativ. Erhabene, etwas überhängende Raphe penis! ohne Erosionen oder sonstige Veränderungen. Friedmann bekam nun den Einfall, auf gut Glück hin, an verschiedenen Stellen die Haut anzuschaben, und siehe da, im Reizserum fanden sich sehr viel Spirochäten. Welch ein gefährlicher Partner für den geschlechtlichen Umgang! Jadassohn, mit einer der ältesten und bedeutendsten Schüler Neißers, hat sich in dieser Frage noch immer nicht selbständig gemacht und bewegt sich noch ganz in der Rhetorik Neißers. Er selbst ist so freundlich, meinen Standpunkt für utopisch und nicht für ernsthaft diskutabel zu halten, obwohl er notgedrungen zugibt, daß wir nichts wissen und keine Methoden haben, mit denen wir sicher erkennen könnten, ob jemand noch infektiös ist oder nicht. Aber — und nun kommt die Autosuggestion und die undisziplinierte autistische Denkart — man müsse unterscheiden zwischen der Gefahr und der Möglichkeit! Die Möglichkeit bestünde natürlich immer, aber die Gefahr sei nicht sehr groß, wenn die Lues alt genug ist, der Wassermann negativ ist und der Kranke gut, namentlich mit Salvarsan behandelt wurde. Und wie in allen prophylaktischen Maßnahmen könne „man“ nicht mit 100% Sicherheit arbeiten. Das sind die alten Neißerschen Redensarten, mit denen er sich selbst und die Kranken und das Volk beruhigte — einst. Heute ist für die Wiederholung solcher spitzfindiger Phrasen die Zeit nicht mehr, in der Zeit der Spirochätenuntersuchung und der Wassermannschen Reaktion. Gegen Jadassohn zeugen die veröffentlichten Befunde seiner eigenen Klinik. Die gesunde Familie mit gesunden Mädchen will die Tochter auch nicht der Möglichkeit aussetzen, durch den Ehemann syphilitisch werden zu können und auch jeder gesunde Mann, welcher außerehelich verkehrt, würde davon Abstand nehmen, das Mädchen zu wählen, welches Syphilis hatte und bei dem eben die Möglichkeit besteht, doch noch ansteckend zu sein. Die Interpretierung von Gefahr und Möglichkeit ist um so abwegiger, als eben heute auch die tertiäre Lues als genau so infektiös erkannt wurde, wie die primäre, sobald Spirochäten abgesondert werden. Ich führe gegen die Phrase von Gefahr und Möglichkeit folgende Ueberlegung an: Wie?, wenn sich Jadassohn gegen Lyssa immunisieren und entweder schon nach dem 12. Tage der prophylaktischen Kur oder erst nach vollendeter Immunisierung von einem tollen Hund beißen ließe? Die Gefahr, an Lyssa zu erkranken, wäre so gut wie ausgeschlossen, ja sogar auch die Möglichkeit, die mindestens ganz außerordentlich gering wäre. Aber dennoch bestünde sie. Würde Jadassohn oder ein anderer Arzt das Experiment wagen? Ich glaube, daß sie sich sehr davor hüten würden. Denn sie wissen nicht, ob gerade nicht sie zu schwache, zu wenig oder gar keine Antikörper entwickeln, ob nicht gerade sie zu den wenigen zählen unter den 100, bei denen die Immunisierung versagt, bei denen „man“ nicht mit 100% Sicherheit rechnen könne. Und bei der Syphilis lingt alles weit mehr im Dunkeln, als bei der Lyssa und die Unheimlichkeit der Lues liegt ja gerade darin, daß man, solange der Luiker lebt, niemals etwas bestimmtes weiß und daß die Zeit, zu der noch wieder neue Syphilome auftreten, unbegrenzt ist. Auch die Phrase von der guten und der schlechten Behandlung muß verschwinden; das sind Dermatologen-Einbildungen, die in der inneren Klinik, in der psychiatrischen Klinik, in der Kinderklinik sich in blauen Dunst auflösen. Man frage nur Nonne, Wilmanns oder Kraus; auch in meinem Buch wird jeder von Illusionen geheilt. Zum Beispiel findet er, daß es gar nicht auf die Menge des Salvarsans ankommt, gar nicht auf das Intervall, innerhalb dessen die Spritzen aufeinander folgen, daß es keine „Anbehandlung“ als Aggravation der Lues gibt, daß „gute“ und „schlechte“ Behandlung a priori falsche Begriffe sind und daß alles nur auf die Konstitution des Kranken ankommt. Keiner sonst hat bisher derartige Tabellen zusammengestellt und zusammenstellen können von Kranken, die nur allein mit Silbersalvarsan von den niedrigsten (0,45 Salvarsan) bis zu den höchsten Dosen (14 und 18,05 Salvarsan) behandelt wurden. Die Tabellen und die Ergebnisse kamen gerade dadurch oder erst dadurch zustande, als ich nicht hinter jedem Kranken herlief, wenn er plötzlich aus der Kur fortblieb, sondern ihn sich selbst überließ. Später holte ich diese „anbehandelten“ Ausreißer wieder heran, um zu sehen, was aus ihnen wurde. Das ist aus den Tabellen in meinem Buch abzulesen. Geschadet hat die „Anbehandlung“ keinem, sie standen sich sogar besser, als die konsequent hoch durchbehandelten Kranken mit Liquorerkrankungen (wegen oder trotz der hohen Dosen). Beweisend vor allem sind die Tabellen über konjugale Lues; derselbe Spirochätenstamm bei Mann und infizierter Frau, dieselbe Zeit der Behandlung, dasselbe Salvarsan, gewöhnlich sogar an demselben Tag. Entweder bleiben beide bei gleicher hoher Dosis unverändert positiv oder bei gleicher Dosis der Mann positiv, die Frau wird negativ, oder der Mann bleibt positiv und die Frau wird mit dem 10. Teil der Dosis ihres Mannes negativ und bleibt negativ. Oder primäre Luiker bleiben mit 14,0, 18,0 Silbersalvarsan von Anfang an in mehreren Kuren andauernd unverändert serum- und liquorpositiv mit tertiären Hauterscheinungen 6 Jahre nach der Infektion und ein Ausreißer schon in der ersten Kur nach der 9. Spritze (3,05 Silbersalvarsan nach dem bestehenden PA. und Exanthem) bekam die negative Serumreaktion und hatte sie noch 4 Jahre nach dieser abgebrochenen Kur, als er es mit der Angst bekam und sich wiederholt untersuchen ließ.

Vor der Paralyse schützt nur die Konstitution, der endokrine Apparat, die Rasse, nicht die Art der Behandlung. Merkwürdig, daß die Dermatologen das alles besser wissen, als die Psychiater. So fragte Nonne einen Dermatologen in Hamburg, ob er öfter Neurorezidive bei seinen Kranken sehe. Der Dermatologe sagte, daß er niemals Neurorezidive sah und daß solche nur nach schlechter oder ungenügender Behandlung einträten. Darauf eröffnete Nonne dem Dermatologen, daß er doch öfter Neurorezidive zu sehen bekam, und innerhalb der letzten Monate allein von ihm drei. Die Patienten kämen eben zu ihm und verschwänden bei dem Dermatologen. Die ganze Syphilisanschauung der Dermatologen steht im Widerspruch mit der nackten, häßlichen Wirklichkeit, und den Tatsachen.

Es ist geradezu niederschmetternd für mich als Dermatologen, der ich vorher einst 13 Jahre prakt. Arzt war, bevor ich als Assistent in die Neißersche Klinik eintrat, glücklicherweise 1904 kurz bevor die neuen Entdeckungen gemacht wurden, heute zu sehen, wie oberflächlich gerade auf dem Gebiete der Dermatologie hervorragende Autoren über die Syphilis urteilen, namentlich über die Nervenlues, von der sie, rund herausgesagt, doch gar nichts verstehen. Ich habe niemals in den Kliniken von Lassar, bei dem ich zuerst eine Zeitlang assistierte, bei Neißer und wieder bei E. Lesser in Berlin jemals

Tabiker, Paralytiker oder Kranke mit zerebrospinaler Lues gesehen, ich habe aber auch niemals, weder früher als Student, noch später als Assistent in den Vorlesungen Neißers oder eines anderen Dozenten je den Namen „Nonne“ gehört. Dennoch stellen die Dermatologen in ihren Publikationen über Tabes und Paralyse Behauptungen auf, die von den Neurologen und Psychiatern, welche die Nervensyphilitiker wirklich sehen, zurückgewiesen werden.

So wurde sogar eine gewisse Reklame, wie herrlich weit wir gekommen sind, in ärztlichen Standesblättern mit einer Diskussionsbemerkung von Pinkus getrieben, mit der er in der Berl. Medizin. Gesellschaft beweisen wollte und zu beweisen glaubte, daß die Salvarsanbehandlung vorbeugend gegen spätere Metalues, Tabes, wirke. Um so mehr ist es Pflicht zu verhindern, daß so oberflächliche Urteile immer weitere Verbreitung finden und ohne Widerspruch bleiben.

In der Sitzung der Berl. Med. Ges. vom 12. 11. 1924: „Tabesprobleme und Tabesbehandlung“, gab Pinkus als Diskussionsredner eine Statistik über die tabeskranken Prostituierten, die im städtischen Obdach auf der Krankenstation in Berlin 1908—1924 behandelt wurden. Er zählte nur die über 10 Jahre alten syphilitischen und vollausgebildeten Tabesfälle (Ataxie, Fehlen der Reflexe, Krisen, Parästhesien usw.). Unter 3000 alten Luesfällen fanden sich 135 ≙ 4,4% Tabikerinnen. Unbehandelt waren unter 3000, 900 mit 72 = 8% Tabes. Nur quecksilberbehandelt 1700 mit 55 = 2,6% Tabes und 400 auch mit Salvarsan behandelt mit 8 = 2% Tabes dorsalis. „Aus diesen, allen Ansprüchen, die an eine richtige Statistik gestellt werden können, genügenden Zahlen ergibt sich ein außerordentlich großer, günstiger Einfluß der Therapie, vor allem der Salvarsantherapie“, so sagte Pinkus! Wirklich?

Wo ist der große Unterschied, wenn auch noch mit Salvarsan behandelt wurde? Eine halbe Tabikerin; ½% weniger; 2,6% ohne Salvarsan; 2% auch noch mit Salvarsan! Der reinste Zufall waltet bei solchen summarischen Zählungen ob und wegen der ½% die große Ueberlegenheit des Salvarsans?

Aber abgesehen davon stelle ich andere Ansprüche an eine richtige Statistik als Pinkus, wenn man schon aus Statistiken etwas beweisen will.

1. Ataxie, Fehlen der Reflexe, Krisen, Parästhesien sind durchaus noch nicht sicher beweisend für eine Diagnose „Tabes“, am wenigsten, wenn ein Dermatologe und nicht ein Neurologe die Kranken untersucht. Man lese die entsprechenden Kapitel im Buch: „Syphilis und Nervensystem“ von Nonne. Heute darf man doch mit solchen Argumenten nicht etwas beweisen wollen; es müssen verlangt werden, wenn ein Dermatologe Nervenlues bearbeitet

a) die Mitarbeit des Neurologen als klinischer Untersucher,
b) Liquoruntersuchungen.

2. Das Salvarsan hat nichts genützt, die Lues ist nicht geheilt, wenn der Liquor krank ist; klinische Symptome brauchen gar nicht oder noch nicht vorhanden sein oder sogar nicht mehr.

3. Ein Hauptfehler der ganzen Zählung aber ist, daß nur die über 10 Jahre alten Luesfälle und nur die „vollausgebildeten Tabesfälle“ gezählt wurden. Der Dermatologe rubriziert die Tabes immer noch als Spätsymptom der Lues; der „Tertiarismus“ genügt ihm noch nicht, die Tabes ist „quartär“, das ist ganz falsch; am häufigsten tritt die Tabes ein im 5. bis zum 10. Jahr, oft genug noch viel früher, sogar exorbitant früh; aber eine Tabes im 2. bis 4. Jahr post infektionem ist durchaus nicht eine seltene Ausnahme. Auch die Tabes imperfecta, die formes frustes, die stationäre Tabes nur mit verschiedensten Pupillenveränderungen, welche die Neurologen jetzt so häufig sehen (auch das Bild der Paralyse hat sich geändert) gehen verloren, wenn die Tabes erst gezählt wird bei Luikern, welche schon im zweiten Jahrzehnt der Erkrankung stehen und bei denen nur eine „voll ausgebildete“ Symptomatik zur Diagnose herangezogen wird. Tabes ist aber Tabes, ob imperfekt, stationär, voll ausgebildet oder progredient, wenn man sie nur unter dem Gesichtswinkel betrachtet, ob die Therapie überhaupt oder das Salvarsan einen prohibitiven Einfluß ausübt.

4. Der geringe Prozentsatz der mit Salvarsan behandelten Tabiker, welcher in der Aufstellung von Pinkus gar nicht einmal hervortritt — ½%! —, würde sich aber daraus erklären, daß gerade die mit Salvarsan behandelten Kranken — erst recht, wenn sie stark behandelt wurden —, um so früher ihre Paralyse oder Tabes bekommen, lange vor dem 10. Jahr. Würde Pinkus seine Statistik nicht nach dem 10. Jahr aufgenommen haben, hätte er jede Tabes gezählt, so würde er, namentlich in Gemeinschaft mit einem Neurologen und unter Kontrolle der Liquorwertung etwas ganz anderes gefunden haben. Die Inkubationszeit der gesamten Neurolues reicht ohne jede Frühbehandlung bis zu 30 und 40 Jahren und nicht viel anders bei Vorbehandlung mit Hg, während bei einer solchen mit Hg und Salvarsan oder Salvarsan allein die Inkubation schon im ersten halben Jahr beginnt und mit dem sechsten bis siebenten endet. (Die Zeit für reine Salvarsanstatistik ist noch zu kurz.) Ich sehe gerade die Tabelle durch die Nonne auf Seite 897 seines Buches (IV. Auflage) gibt und was sehe ich auch hier mit einem Mal? Etwas, was ich immer fand, wenn ich Statistiken durchsah, nämlich, daß bezüglich der Neurolues die gar nicht Behandelten, ganz im Gegensatz zu den Behauptungen der Dermatologen, immer noch sich etwas besser stehen, als die mit Quecksilber oder mit Salvarsan und Quecksilber behandelten[1]. Die Neurolues ist eben durchaus Kismet, abhängig von der individuellen Konstitution, vom endokrinen Apparat und nicht von der Behandlung oder der Art der Behandlung. Es sind abwehrunfähige Organismen, die weder durch die Spirochäten, noch durch die Schwermetalle zur Produktion von Abwehrstoffen gereizt werden, aber um so früher ihrem prädestinierten Schicksal verfallen, je stärker und je früher sie durch die differenten Spezifica zu Anstrengungen getrieben werden, welche sie nicht leisten können. Das Gewebe ermüdet, der Status des Gleichgewichts ist aufgehoben und die Spirochäten dringen in das Gewebe ein. So haben Neurolues im zweiten Jahr von den mit Hg behandelten 7 und im 11. bis 15. Jahr 11, im 16. bis 20. Jahr 9, hingegen von den Unbehandelten im 2. Jahr nur 4, im 11. bis 15. Jahr nur 4, im 16. bis 20. Jahr nur 3. (Tabelle Nonne.)

So erklärt sich, daß in der Tabelle von Pinkus die Zahl der unbehandelten Tabiker hoch, die der mit Hg und Salvarsan behandelten niedrig ist und daß die Zahlen überhaupt keinen Wert haben, weil die Statistik unter unrichtigen Gesichtspunkten, von falschen Voraussetzungen ausgehend, aufgestellt wurde. Wir haben aber eine sehr exakt durchgearbeitete Statistik über die Neurolues der Prostituierten, in der jeder Fall an der Hand der alten Krankengeschichten nachuntersucht wurde und zwar von Kyrle. Dieser Dermatologe zog einen Neurologen zur klinischen Untersuchung mit hinzu, jede Kranke wurde auf Serum und Liquorreaktionen geprüft, und was war das Ergebnis? Die Zahl der Liquorkranken ohne oder bereits mit klinisch manifesten Erkrankungen war dieselbe, ob die Kranken gar nicht, ob sie mit Hg, mit Hg und Salvarsan oder nur mit Salvarsan behandelt wurden. Diese wirklich allen Anforderungen entsprechende Statistik gefiel Kyrle recht wenig, und er wiederholte seine Untersuchungen unter anderer Gruppierung in der Hoffnung, freundlichere Ergebnisse zu finden. Er bekam aber wieder dieselben häßlichen Zahlen, und nun wollte er von ihnen nicht wissen und „keine Schlußfolgerungen ziehen.“ Von dieser Statistik, welche der höchsten Beachtung wert ist, hört man in der Literatur überhaupt nichts, man schweigt sie tot und macht weiter in Optimismus. Die Statistik von Pinkus geht gleich als Salvarsanreklame durch die Blätter. Es ist aber schon so, wie Kyrle es fand. Die Psychiater-Neurologen sind überwiegend derselben Ansicht, daß die Behandlung gar keine Bedeutung für eine etwaige Verhütung der Metalues hat. Ja, die Psychiater in den verschiedenen Ländern stimmen darin überein, daß das Intervall um so kürzer wird, je gründlicher die Kuren waren (Collins, Kron, Leyden, Mauriac, Schuster, Norme) Außerdem spielt das Alter der Kranken eine Rolle, in welchem die Infektion erfolgte. Meggendorfer fand, daß das Intervall um so kürzer ist, je älter das Individuum zur Zeit der Infektion war, weil die Abwehrkraft des Organismus mit zunehmendem Alter sinkt. Wann werden die Dermatologen aufhören, ihre Märchen zu erzählen, daß der Tertiarismus nur die Folge einer schlechten oder unterlassenen Behandlung ist, daß die intensive Frühbehandlung besonders die Tabes, die Paralyse, die gummöse Lues des Zentralnervensystems verhüte? Der Nachteil für das Volk besteht aber darin, daß Männer mit Ansichten wie Jadassohn und Pinkus als Vorstand der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einen maßgebenden Einfluß ohne Korrektur auf die Behörden, den bevölkerungspolitischen Ausschuß des Reichstags ausüben und dem Volk ein Gesetz mit Zwangsuntersuchung und Zwangsbehandlung aufnötigen wollen. Die Berechtigung hierzu sehen

---

[1] Vide auch Karl Wilmanns und Gabriel Steiner: „Syphilis und Metasyphilis.“ Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1926, Bd. 101, und in derselben Zeitschrift meine demnächst erscheinende Entgegnung: „Metasyphilis und die Tendenz des Organismus zur Spontanheilung der Syphilis“ mit einer Replik von Wilmanns und Steiner.

Jadassohn und **Pinkus** in der negativen Serumreaktion und in der Wirkung des Salvarsans!! In meinem Buch findet man genügend Fälle, welche sogar im Primärstadium von Anfang an in mehreren Kuren mit maximalen Salvarsandosen behandelt waren und dennoch behielten sie von Anfang an die positive Serumreaktion und auch die positive Liquorreaktion, andere bekamen die Liquorerkrankung im Verlauf der Kuren trotz dieser.

Ich war natürlich auch früher glücklicher und freudiger, als ich gedankenlos den negativen Wassermann als maßgebend ansah und die Syphilis heilen zu können glaubte; aber wenn es auch schmerzlich ist, man kann sich doch deshalb nicht dauernd selbst belügen, seine Kranken, das Volk belügen, wenn man die Wahrheit erkannt hat. Nur die Wahrheit hilft, die ungeschminkte, krasse Wahrheit. Mögen ruhig die jetzt luischkranken zetern und klagen, die anderen, die noch nicht krank sind, die künftigen Generationen werden sich doch mehr vor den Geschlechtskrankheiten und der Syphilis hüten.

Es soll sogar zur Zeit eine Abnahme sowohl der Gonorrhoe, als auch der Syphilis bemerkbar sein, und zwar auch außerhalb Deutschlands. Sofort sind dieselben Dermatologen, die Venereologen mit der neuen Erklärung zur Stelle, daß es eine Folge der Salvarsanbehandlung sei, wenn jetzt die Syphilis seltener sei. Aber wie denn? Auch die Gonorrhoe wird seltener bei den den Arzt aufsuchenden Kranken. Auch eine Salvarsanwirkung? Die Ursachen liegen ganz wo anders. Einesteils vielleicht in der Furcht, von den Aerzten gemeldet zu werden (das kommende Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wirft schon seine Schatten voraus), anderenteils sicher in den wirtschaftlichen schlechten Verhältnissen überall in Europa. Dafür zeugt ein Brief eines Fabrikanten in Berlin, den ich für die Konstruktion eines kleinen Apparats zur Gonorrhoebehandlung interessieren wollte. Er antwortete, daß er zur Zeit nichts Neues mache: „Seit Monaten ist in einer Poliklinik kein Primäraffekt mehr gesichtet worden“, auch die Gonorrhoe ist kolossal zurückgegangen. Auch die schwere wirtschaftliche Lage wirkt hier mit. Das Dirnentum ist von den Straßen ziemlich verschwunden. Während sonst der Eingang der Johannisstraße an der Friedrichstraße von 10 bis 12 „Damen“ belagert war, ist heute kaum noch eine zu sehen. Wie die Zusammenhänge sind, entzieht sich meiner Beurteilung, ich glaube jedoch, daß hier die wirtschaftlich schlechte Lage die größte Rolle spielt.“[2])

Das entscheidende Wort in der Syphilis hat nicht der Dermatologe, sondern der Internist, der Kinderarzt und der Psychiater-Neurologe. Die Dermatologen aber treten nach außen immer als diejenigen hervor, welche die Syphilis am besten kennen. Mit nichten!.

Ich bleibe dabei, daß nach unseren modernen Kenntnissen ein Luiker **prinzipiell** kein heiratsfähiger Mann mehr ist, erstens weil er selbst von allerhand Gefahren ständig bedroht ist, die Arbeitsunfähigkeit, Siechtum und frühen Tod nach sich ziehen können, zweitens weil, wenn es ihm selbst auch gut geht, seine Frau dauernd gefährdet ist, angesteckt zu werden und die Nachkommenschaft meistens luisch krank oder minderwertig wird. Das Unglück, das ein Luiker als Ehemann in eine gesunde Familie bringen kann, ist zu groß und ein Mann von Ehre darf das einem lieben und gesunden Mädel, erst recht, wenn er sie liebt, nicht antun, sie zu heiraten, **zum mindesten nicht, ohne daß die Familie weiß, wen sie in sich aufnimmt.** Nur so kommen wir weiter, wenn es Volksmoral wird, daß, wer Syphilis hatte, ein für allemal in der Ehe versungen und vertan hat. Die Franzosen haben ein Sprichwort: Avec la vérole, il faut rester garçon! Der Volksinstinkt ist richtig; nur die Aerzte haben noch eine Zauberbrille auf, durch die sie die Syphilis in rosigem Licht geheilt sehen.

Es ist eigentlich kein gutes Zeichen für die Aerzte, daß dieses autistisch undisziplinierte Denken in der Medizin genau so, wie bei der Syphilis, bei der anderen großen Volkskrankheit, der Tuberkulose, ebenso unerfreulich zutage tritt. Ich empfehle allen Kollegen zu eindringlicher Beachtung den klaren Standpunkt E. **Hartmanns** in Magdeburg. (Welche Bedeutung hat die Unterscheidung zwischen offener und geschlossener Lungentuberkulose für die Bekämpfung der Tuberkulose. D. M. W. 1920, Nr. 42.) Dieselbe Gedankenlosigkeit, wie bei der Syphilis und der Gonorrhoe! **Hartmann** betont mit guten Gründen, daß der negative Bazillenbefund im Sputum keineswegs entscheidend für die Diagnose oder gar für die Prognose sei. Dennoch sei evtl. das Sputum infektiös bei der Verimpfung auf Tiere (**Curschmann**). Wie könne **Hamburger** schreiben, daß Tuberkulöse mit Auswurf nicht ansteckend sind oder wenigstens so lange nicht, als eben Tuberkelbazillen nicht nachweisbar sind! Manchmal findet man erst im zehnten oder gar noch späteren Präparat Bazillen; auch daran ist zu denken, daß viele Tuberkulöse nicht dauernd Auswurf produzieren und Bazillen ausscheiden, sondern mit Unterbrechungen nur zeitweise, daß sie auch ohne Auswurf beim Niesen, Husten in den herausgeschleuderten Tröpfchen Tuberkelbazillen verstreuen können. Die Einteilung in offene und geschlossene Tuberkulose je nach dem Fehlen oder Vorhandensein von Auswurf oder von Bazillen in ihm ist nach **Hartmann** weder berechtigt, noch wertvoll und sehr logisch und richtig unterscheidet er nur eine aktive oder inaktive Tuberkulose. Da jede aktive Tuberkulose nach **Richet** anatomisch von Anfang an als eine offene gelten muß, so ist jeder aktive Tuberkulöse auch infektiös und die klinische Unterscheidung in offene und geschlossene Tuberkulose ist hinfällig. Nicht auf das Sputum kommt es an, sondern ob — wenn auch noch so spärlich und schwierig hörbar — feuchte Rasselgeräusche vorhanden sind, deren Sekret als Sputum oder in Tröpfchen nach außen entleert wird. Feines Rasseln kann schon bestehen bei noch negativem Röntgenbefund. Inaktiv sind alle diejenigen Tuberkulösen, welche symptomlos wurden, keinen Auswurf, Husten, feuchtes Rasseln mehr haben. Besteht der inaktive Zustand mehrere Jahre, ist der Kranke völlig symptomlos geworden und voll arbeitsfähig geblieben, so kann er als klinisch geheilt gelten.“

Das wird auch die Forderung sein, wenn ein Tuberkulöser heiraten will; er muß mehrere Jahre bei voller Arbeitsfähigkeit und allen Untersuchungsmethoden als symptomlos, als klinisch geheilt angesehen werden können. Aber auch dann wird es auf den einzelnen Fall ankommen: 1. auf die Art der Arbeit, auf die Vermögensverhältnisse, so daß eine entsprechende Pflege und Schonung gewährleistet ist, ob Mann oder Frau (Verschlimmerung durch Schwangerschaft und Geburt), 2. bezüglich der Nachkommenschaft bei gesunder Frau, ob die Tuberkulose des Mannes vererbt — endogen — ist, ob er aus einer tuberkulösen Familie mit kranker Aszendenz stammt oder ob er aus gesunder Familie mit gesunder Aszendenz stammend exogen infiziert wurde. Die exogene Infektion ist durchaus bei den Kindern häufig. Welch eine Fülle von Untersuchungen, Erfahrungen, Wissen ist erforderlich, wenn ex officio nach einem Gesetz **ein** Arzt die Ehekandidaten prüfen und sie für gesund oder krank erklären müßte: Nach vielen Untersuchungen wäre oft der Arzt doch nicht in der Lage, verdächtige Kranke, die der Ehe fern bleiben sollen, als gesund oder als krank zu bezeichnen.

Und nun kommt noch weiter hinzu die Frage, ob Herz- und Nierenkrankheiten, Störungen des endokrinen Systems, Alkoholismus, die eigentlichen Geisteskrankheiten, die vererbten und vererbbaren Minderwertigkeiten einzelner wichtiger Organe oder des ganzen Organismus ein Veto für die Heirat und die Erzeugung von Nachkommenschaft abgeben.

Ich spreche mich daher dagegen aus, daß der Arzt oder die Beratungsstelle für die Eheschließung ein **Gesundheitszeugnis** ausstellen soll, ein Votum pro oder contra matrimonium gar, daß er damit die Verantwortung den Heiratskandidaten abnimmt; wir würden viel zu oft daneben hauen. Vor allem soll der beratende Arzt mit größter Strenge an die Prüfung herangehen, stets eingedenk, welches Unglück durch einen eheuntauglichen Mann oder ein solches Mädchen für sie selbst, für die Kinder entsteht und welche Vorwürfe er zu erwarten hätte, wenn er als liebenswürdiger Ehestifter und oberflächlicher Denker irgendwelche Konzessionen auf Kosten der Wissenschaft zugesteht. Der Arzt darf nicht **mehr** sagen, als die Wissenschaft uns zu erkennen gestattet. Die Ehekandidaten sollen also vor der Verlobung (!) streng geprüft und beraten werden, derart, daß sie selbst die ganze Tragweite ihres Entschlusses, zu heiraten, klar beurteilen können, wenn sie nicht zu den ganz einwandsfreien Menschen gehören. Ich bin insoweit einig mit **Max Hirsch**. Eheberatung, aber vor der Verlobung, nur verwerfe ich das „ausgestellte Heiratszeugnis“. Hirsch schrieb am Anfang seiner Abhandlung:

---

[2]) **Zusatzbemerkung bei der Korrektur nach einem halbem Jahr:** Inzwischen hat sich klar ergeben, daß auch dieses Gerede von der Abnahme der Syphilis infolge der Salvarsanbehandlung (auch auf dem Internationalen Kongreß in Paris!) nur Dunst und Selbsttäuschung ist! Die Syphilis 1926 steht heute zahlenmäßig wieder auf dem Stand von 1915, ja sogar bereits etwas darüber. Auch die Neuinfektionen haben **nicht** abgenommen. Vide: **Hofmann** und **Schneider**-Frankfurt a. M.: „Zur Frage der Geschlechtskrankenbewegung“, Februar 1926, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd. I, Heft 3. Und neuerdings ergab die amtliche Zählung an einem Stichtag in Frankfurt a. M. überraschend hohe Zahlen!

„Darum sollte es zur selbstverständlichen Vorbedingung einer jeden Eheschließung gehören, daß die Ehepartner sich ebenso wie über ihre wirtschaftlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Verhältnisse auch über ihre gesundheitliche Eignung zur Ehe Klarheit verschaffen. Es sollte für unsittlich, ja sogar für strafbar gelten, mit schweren gesundheitlichen Störungen körperlicher oder geistiger Art in die Ehe zu treten und Kinder zu zeugen. Das zu verhüten ist der Zweck des Heiratszeugnisses. Es soll nach meiner Meinung nicht, wie von manchen Seiten angestrebt wird, durch das Heiratszeugnis eine behördliche Entscheidung in Form von Eheerlaubnis oder Eheverbot herbeigeführt werden, sondern das Heiratszeugnis bezweckt zunächst einmal nur, die Ehekandidaten zu zwingen, daß sie sich durch eine ärztliche Untersuchung über ihre gesundheitliche Eignung zur Ehe Klarheit verschaffen. Und zwar zunächst jeder über sich selbst. Sodann aber auch, wenn der Wunsch dazu und das Einverständnis auf beiden Seiten vorliegen, über die gesundheitliche Eignung des anderen. So kann erreicht werden, daß dem gesundheitlichen Faktor bei der Eheschließung endlich die ihm gebührende Bedeutung zugemessen wird, und daß die schweren Gefahren vermieden werden, welche aus den Geschlechtskrankheiten und anderen körperlichen und geistigen Minderwertigkeiten den Ehepartnern, den Nachkommen und der Allgemeinheit drohen. In der Verhütung dieser Gefahren besteht der eigentliche Zweck des Heiratszeugnisses. Es handelt sich — das sei mit gutem Grunde wiederholt — weder um Eheerlaubnis noch um Eheverbot, sondern lediglich um den Zwang einer Musterung der Ehekandidaten auf ihre Eignung zur Ehe. Welche Folgerungen die Ehekandidaten aus dem Ergebnis der Untersuchung ziehen wollen, bleibt jedem von ihnen überlassen. Eine obrigkeitliche Einmischung in die freie Entscheidung soll nicht damit verbunden sein.

An dem Untersuchungszwang aber muß festgehalten werden.“

Wozu dann aber doch das „Heiratszeugnis“, welches beim Standesamt vorgelegt werden soll? Es ist ganz überflüssig, und der Arzt wäre eben doch dann gezwungen, immer ein schlüssiges Urteil abzugeben, eine Erlaubnis oder ein Verbot, und das will ja auch Hirsch selbst nicht. Hirsch widerspricht sich also am Schluß selbst und wird mit dem „Heiratszeugnis“ etwas unklar, wenn er schreibt:

„In der Wirklichkeit gestaltet sich nach meinem Vorschlage die Sache so, daß der Heiratswillige beim Standesamt neben allen bisher erforderlichen Personalausweisen auch eine Bescheinigung zu erbringen hat, daß die vorgeschriebene Untersuchung auf Ehetauglichkeit stattgefunden hat, daß das Heiratszeugnis ausgestellt und die Belehrung erteilt worden ist. Auf Grund dieser Bescheinigung hat der Standesbeamte die Eheschließung zu vollziehen. Von dem Inhalt des Heiratszeugnisses erhält er keine Kenntnis.

Gesetzgeberisch ist für diese Art des Vorgehens nichts weiter nötig als eine Aenderung des Gesetzes vom 6. 2. 1875 über die Beurkundung des Personenstandes bei der Eheschließung.“

Es wird dasselbe erreicht, wenn die Aufgebotenen nur eine Bescheinigung vorlegen, daß die Untersuchung auf Ehetauglichkeit stattfand und die Belehrung erfolgte.

Die ganze Uebung hat aber keinen Zweck, wenn den Eltern der Braut und denen des Bräutigams oder deren Vormündern das Ergebnis der Beratung oder der Belehrung vorenthalten bliebe. Der Arzt oder die Beratungsstelle ist und muß verpflichtet sein, den Eltern volle Auskunft zu geben, sobald ein Mann in einer Familie als Brautwerber auftritt. Auch die Geschlechtskrankheiten dürfen nicht verheimlicht werden, denn die Familien sollen ja gerade vor der Verlobung wissen, wem die Tochter gegeben wird. Ein Schweigegebot des Bräutigams an den untersuchenden Arzt käme im übrigen seinem Verzicht auf die Verlobung gleich, weil jeder Vater oder Vormund oder die majorene Braut die Einwilligung verweigern würde in der sicheren Voraussetzung, daß ihnen Nachteiliges verborgen werden solle. Schließlich warne ich noch einmal vor strikten Gesundheitszeugnissen und von ihnen viel zu erwarten. Ja nun, die Syphilis. Wie steht es um unser Wissen und Können? Die Laien und Kranken sind heute sehr aufgeklärt und kennen alles. Ein Luiker, ein Jahr nach der ersten Kur bei noch negativer Serumreaktion, weiß, daß er immer noch die negative Reaktion besitzt. Er will dennoch schon heiraten, nun gefragt, ob er Lues hatte, antwortet er: niemals! Der Arzt prüft die Serumreaktion: negativ. Drüsenschwellungen fehlen oder werden anders motiviert. Der Luiker wird nicht erkannt; Nonne beobachtete auch nach der sogenannten Abortivkur im serumnegativen Primärstadium „später dennoch“ Paralysen! Oder ein ursprünglich positiver Luiker hat gerade seine erste oder zweite Kur beendet, er ist klinisch latent und hat eben die negative Serumreaktion erreicht. Diesen Augenblick benutzt er, um sich ein Gesundheitszeugnis zu erschleichen, wenn die Aerzte weiter einen negativen Wassermann als Zeichen der Heilung und Gesundheit anerkennen. Und nicht anders ergeht es dem Arzt, wenn eine Zwangsbescheinigung gesetzlich eingeführt wäre und er den Ehekandidaten nach seiner Potenz und etwaiger habitueller Onanie befragt. Die Wahrheit würde der Arzt niemals erfahren. Es kommt also nur darauf an, die Gewissen zu schärfen, und, soweit es möglich ist, dem Fragenden einen Einblick in seinen Körper und Geist zu geben.

Ueber die urologische Röntgendiagnostik in der ambulanten Praxis.

Von

Dr. KURT KIRSCHMANN, Berlin.

Die technischen Fortschritte, die in den letzten Jahren in der urologischen Röntgendiagnostik gemacht worden sind, haben zu einer außerordentlichen Verbreitung dieser Untersuchungsmethode geführt. Dennoch bestehen aber vielfach Unklarheiten über die Indikationen der einzelnen diagnostischen Maßnahmen. Es dürfte daher nicht überflüssig sein, in einer kurzen zusammenfassenden Darstellung auf die hierbei in Betracht kommenden Gesichtspunkte einzugehen.

Die wichtigste Untersuchungsmethode ist nach wie vor die einfache Röntgenaufnahme des uropoetischen Systems. Die Einführung der Potter-Buckyblende in die röntgenologische Diagnostik hat hierbei erhebliche Fortschritte gebracht. Wenn man früher zur Darstellung der Nieren, Harnleiter und der Blase mindestens 5 einzelne Aufnahmen brauchte — wobei man immer noch nicht sicher war, alle Teile des Harnleiters dargestellt zu haben — ist es heute mittels einer einzigen Uebersichtsaufnahme auf einem 30/40-Film möglich, alle diese Organe auf einem Bilde festzuhalten. Nur in einzelnen Fällen ist für die Darstellung der Blase noch eine kleine Teilaufnahme notwendig. Dabei fällt die für den Patienten so lästige Kompression mit dem Albers-Schönberg-Tubus fort, und die Bilder werden ungleich schärfer und daher zuverlässiger. Bei korpulenten Patienten war ein einigermaßen ausreichendes Bild mit der alten Technik fast unmöglich. Die bewegliche Potter-Bucky-Blende aber ermöglicht auch in solchen Fällen noch hinreichend scharfe Bilder.

Ein weiterer technischer Fortschritt ist die Verwendung von doppelseitig begossenen Filmen, die gegenüber den Platten eine erhebliche Herabsetzung der Expositionszeit gestattet. Bei der Verwendung von Verstärkungsschirmen habe ich irgendwelche ins Gewicht fallende Nachteile nicht gesehen. Die Möglichkeit, etwaige Folienflecke mit Steinschatten zu verwechseln, ist bei den scharfen Bildern, die wir mit der Potter-Bucky-Blende erzielen, fast ausgeschlossen. Das Röntgenogramm selbst ist bei der beschriebenen modernen Technik so kontrastreich, daß in den meisten Fällen der Nierenschatten als solcher scharf hervortritt, so daß die Möglichkeit gegeben ist, Veränderungen der Größe, der Konfiguration und der Lage ohne weiteres auf dem Röntgenbilde festzustellen. Allerdings wird das schönste Röntgenogramm wertlos, wenn die Patienten für die Untersuchung nicht genügend vorbereitet sind. Eine völlige Entleerung des Darmes und auch eine Beseitigung der in dem Darm enthaltenen Luft ist Voraussetzung für eine diagnostisch verwertbare Nierenaufnahme. Die perorale Verabfolgung von Abführmitteln ist zwar erforderlich, genügt aber durchaus nicht. Vor jeder Nieren- bzw. Ureteraufnahme — und zwar möglichst kurz vor der Untersuchung — muß unbedingt ein Einlauf von 1½ Ltr. Wasser vorgenommen werden. Bei solchen Patienten, die zu starken Blähungen neigen, ist es zweckmäßig, einige Tage vorher Kohlepräparate per os zu geben. Außerdem müssen die Patienten selbstverständlich nüchtern zur Untersuchung kommen.

Wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind, so ist die röntgenologische Feststellung von Nieren-, Ureter- und Blasensteinen mit großer Sicherheit möglich. Selbst kleinste Steine sind röntgenologisch darstellbar, sofern sie eben nur schattengebend sind. Dies ist ja aber bei den meisten Nierenkonkrementen der Fall. Auf die einzelnen differentialdiagnostischen Merkmale zwischen Steinschatten und anderen schattengebenden Gebilden (Phlebolithen, verkalkte Mesenterialdrüsen usw.) soll in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden. Wenn bei Beachtung aller Eigentümlichkeiten der in Betracht kommenden Gebilde eine sichere Diagnose nicht zu stellen ist, so muß eine zweite Untersuchung vorgenommen werden. Handelt es sich darum, etwaige zufällige Schatten (z. B. Skybala oder Plattenfehler) als solche zu erkennen oder auszuschließen, so genügt eine Teilaufnahme der betreffenden Partie. Soll dagegen festgestellt werden, ob eine auf ein Konkrement verdächtige Verschattung zum Harnleiter bezw. zur Niere gehört, so muß eine Aufnahme mittels kontrastgebenden Ureterkatheters oder eine Pyelographie vorgenommen werden. Auch in den Fällen, wo trotz negativen Befundes bei der ersten Aufnahme der Verdacht auf Steine bestehen bleibt, besonders wenn also strahlendurchlässige Steine (Eiweißsteine oder Harnsäuresteine) angenommen werden müssen, kann eine pyelographische Kontrolluntersuchung die Diagnose sicherstellen. Diese Steine markieren sich dann natürlich als Schattenaussparung in der Kontrastfüllung.

Nierentumoren und -Abszesse, insbesondere paranephritische Abszesse, sind manchmal aus der Vergrößerung und Deformierung des Nierenschattens zu diagnostizieren. Dasselbe kann bei Hydronephrose der Fall sein. Bei der Nierentuberkulose sind auch Veränderungen des Nierenschattens (Aufhellungen, Verkleinerung des Organes im ganzen, Kerbung der Konturen, ferner auch Verkalkung) beschrieben worden. Es muß aber gesagt werden, daß für die Differentialdiagnose dieser Erkrankungen das Röntgenbild nicht immer entscheidend ist. In manchen Fällen mag man hier mit der Pneumoradiographie des Nierenlagers weiter kommen. Diese Untersuchungsmethode ist aber nicht ganz ungefährlich und einer ambulanten Anwendung derselben ist durchaus zu widerraten. Im weitaus den meisten Fällen macht die Verwendung der Potter-Bucky-Blende die Pneumoradiographie entbehrlich.

An der Blase liefert die gewöhnliche Röntgenaufnahme nur dann ein positives Resultat, wenn Steinschatten oder kontrastgebende Fremdkörper vorhanden sind. Zum Nachweis von Blasentumoren aber, ebenso wie zur Feststellung von Blasendivertikeln, Schrumpfblasen u. a. bedienen wir uns am einfachsten einer Kontrastfüllung der Blase. Hierfür verwenden wir nun nicht mehr das Collargol, bei dem Schädigungen vorgekommen sind, sondern eine schwache, 3- bis 5prozentige Bromnatriumlösung, die meist ohne irgendwelche Reizerscheinungen vertragen wird. Auch eine Verdünnung des für die Pyelographie so wertvollen kombinierten Kontrastmittels Umbrenal ist für die Blasenfüllung zu empfehlen. Die Füllung der Blase mit Luft liefert zwar gerade bei Tumoren sehr schöne Röntgenbilder, indem sich der Tumorschatten direkt von der luftgefüllten Blase abhebt, ist aber nicht ganz ungefährlich. Man verwendet daher statt der einfachen Luftfüllung neuerdings mit Vorliebe die Füllung der Blase mit Sauerstoff, bei der üble Zufälle nicht vorgekommen sind. Diese Methode eignet sich auch zum Nachweis von Blasensteinen, die bei der gewöhnlichen Aufnahme nicht festzustellen waren. Ferner lassen sich Prostata-Hypertrophie und -Tumoren durch Füllung der Blase mit Luft oder Bromnatriumlösung nachweisen.

Für die Untersuchung der Harnleiter verwenden wir schattengebende Ureterenkatheter und können auf diese Weise die Lage des Harnleiters feststellen. Ueber den Wert dieser Methode für die Untersuchung auf Uretersteine haben wir schon oben gesprochen. Bessere Aufschlüsse aber, insbesondere über Erweiterungen, Verengerungen und Wandveränderungen des Harnleiters, bekommen wir bei der Pyelographie, wenn die Ureteren durch die aus dem Nierenbecken abfließende Kontrastflüssigkeit gefüllt werden.

Das Pyelogramm selbst kann nach der einfachen Nierenaufnahme als die wichtigste röntgenologische Untersuchung in der Urologie bezeichnet werden. Die Größe des Nierenbeckens wird hierdurch einwandfrei festgestellt, und wir bekommen Aufschlüsse über Wandveränderungen und über die Konfiguration desselben. Hieraus ergibt sich der große Wert des Pyelogramms bei der Diagnose der Hydronephrose, der beginnenden Nierentumoren und auch der Nierentuberkulose. Ferner ist das Pyelogramm von überragender Wichtigkeit für die Feststellung von Anomalien, z. B. doppelten Ureteren, Hufeisenniere. Auch die Lage der Niere wird natürlich durch das Pyelogramm in einwandfreier Weise sichergestellt, was besonders bei abnorm gesenkten Nieren Beckennieren) wichtig ist. Die Pyelographie kann ohne Schwierigkeiten ambulant vorgenommen werden. Wenn keine Komplikationen vorliegen, kann die ganze Untersuchung in wenigen Minuten durchgeführt werden. Bei Benutzung des vorhin erwähnten Kontrastmittels Umbrenal habe ich irgendwelche Schädigungen noch nie gesehen. Unangenehm ist nur, daß zuweilen die Füllung des Nierenbeckens recht schmerzhaft ist, so daß wir unter Umständen von Morphium-Injektionen Gebrauch machen müssen. Die Schmerzen sind erheblich geringer, wenn nach der Aufnahme das Kontrastmittel wieder durch den Ureterenkatheter abgezogen wird.

Die übrigen für die Nierendiagnostik herangezogenen röntgenologischen Untersuchungsmethoden haben eine erheblich geringere Bedeutung. Das Pneumoperitoneum kann für die Feststellung abnormer Lage, Größe und Konfiguration (Tumoren!) unter Umständen von Wert sein, doch ist diese Methode ambulant nicht durchführbar, dasselbe gilt, wie schon gesagt, von der Pneumoradiographie des Nierenlagers.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß wir mit den ambulant durchführbaren Methoden — einfache Röntgenaufnahme, Kontrastdarstellung der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens — in der Praxis vollständig auskommen. Zweifellos wird man auch in der Urologie von der Röntgenuntersuchung in Zukunft noch häufiger Gebrauch machen, wenn die Kenntnis von dem großen diagnostischen Wert dieser Methodik einerseits und ihrer Ungefährlichkeit andererseits sich bei den Urologen, besonders aber bei den praktischen Aerzten durchgesetzt haben wird.

Aus der Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Allerheiligen zu Breslau
(Primärarzt: Prof. Dr. Ercklentz).

Beiträge zur Purpurafrage.*)

1. Purpura bei Tuberkulose; 2. Purpura bei Lues.

Von
Dr. H. MUENCH und Dr. J. OLES.

Wenn auch bisher objektive Belege für die Annahme enger Beziehungen zwischen Purpura und Tuberkulose fehlen, so wird doch immer wieder in der Literatur aus der Erfahrung am Krankenbett heraus ein besonderer Zusammenhang gefordert. So müssen wir auch in unserer Beobachtung für die Pathogenese der Purpura einen tuberkulösen Lungenprozeß verantwortlich machen.

Beobachtung 1: Vorgeschichte: In der Familie keine Tuberkulose. Nov. 23 bis Jan. 24 trockne Rippenfellentzündung. Im Jan. 25 abermals Rippenfellentzündung mit Husten und Auswurf. Febr. 25 zum ersten Mal Tuberkelbazillen nachgewiesen. Am 15. April Aufnahme auf der inneren Abteilung.

Befund: Schwächliche Frau, 35 Jahre, hoch fiebernd. R. Seite schleppt beim Atmen nach. Im Auswurf Tuberkelbazillen +. Elastische Fasern—. Herz o. B. Lungen: r. h. bis über Mitte Scapulae und r. v. bis zur 2. Rippe satte Dämpfung. L. h. o. bis Spina scapulae, ebenso l. v. supraklavikulär leichte Schallverkürzung. Auskultatorisch: r. im Bereich der Dämpfung bronchiales Atmen mit zahlreichen mittel-großblasigen Rg's, weiter unten zahlreiches Giemen und Pfeifen. L. o. im Bereich der Schallverkürzung etwas verschärftes Atmen mit vereinzelt auftretenden klingenden Rg's, besonders nach Hustenstößen. Weiter unten ebenfalls wie r., nur weniger, Giemen und Pfeifen, dazu im Bereich der Lingula kleinbasige Rg's.

17. April. Durchleuchtungsbefund (Auszug): Intensive Abdunklung des r. Oberlappens, mit grobstreifigen und mittelgroßfleckigen Verdichtungen darin. Im übrigen r. Lungenfelde mäßig viele mittelgroßfleckige und streifige Verdichtungen. R. Hilus nicht verbreitert. Im Blutbilde Thrombocyten normal.

27. April. Plötzlich Bluthusten, der zunächst auf Lungenbluten zurückgeführt wird. Am nächsten Tage wird die Ursache erkannt, da sich starke Sugillationen in der Mundschleimhaut zeigen; besonders die Schleimhaut, das Zahnfleisch der oberen Schneidezähne sind stark blutig imbibiert und aufgelockert, stark blutend. 2 Tage später deutliches Auftreten von kleinsten Hautblutungen an allen Extremitäten, vereinzelter am Stamm. Sofortige Haematombildung bei intravenösen Injektionen (Calcium). Blutiger Urin, blutige Stühle.

Lungenbefund: Ueber der r. Spitze und infraklavikulär deutlich tympanitischer Schall, ebenso r. h. o. Wintrich-Gerhardtscher Schallwechsel. Auskulatorisch über der Tympanie amphorisches Atmen mit großblasigen klingenden R. G., sonst im wesentlichen derselbe Befund wie früher. Im Auswurf Tbc. Baz. +, elast. Fasern +.

---

*) Vorträge am klinischen Abend der Schles. Gesellschaft für Vaterländische Kultur am 24. Juli 1925.

Blutbild: Hgl. 38%, Erythr. 340 000, Leuk. 6100, Neutrophile III. 9%, IV. 65%, Lymphoc. 26%. Thrombocyten 8‰ 24 320, also unterhalb der kritischen Zahl von Frank. Im roten Blutbild leichte Anisocytose.

3. V. Blutbild: Neutrophile II. 2%, III. 6%, IV. 78%, Lymphoc. 14%. Hgl. bleibt zunächst noch unter 30,38%, steigt dann langsam unter Neißer-Arsenstoß wieder an und erreicht am 17. VI. 50%. Das rote Blutbild zeigt anfangs gute Regeneration: Normoblasten. Das weiße Blutbild bleibt im wesentlichen unverändert. Die Thrombozyten steigen von 24 320 am 29. IV. auf 69 880 am 6. Mai, auf 505 620 am 13. Mai, fallen auf 64 800 am 16. Mai, steigen auf 106 000 am 22. Mai, auf 112 000 am 1. Juni, auf 226 800 am 11. Juni, auf 462 000 am 2. Juni. Die Blutungen sind 14 Tage nach Auftreten wieder vollkommen verschwunden, das Zahnfleisch hat sich wieder gereinigt. Pat. konnte sich jedoch nicht wieder erholen, zumal der Lungenbefund immer progredienter wurde. Exitus letalis am 6. VII.

Obduktion wurde verweigert.

Es ist wohl als gesichert anzusehen und wird auch von den meisten Autoren so angenommen, daß durch die tuberkulöse Infektion, die den ganzen Organismus in seiner Säftemischung und in seinem chemisch-physikalischen Zustande umstellt, eine Blutungsbereitschaft hervorgerufen wird. Diese bleibt zunächst noch latent und wird dann durch eine letzte, auslösende Ursache aktiviert, also in die Purpura übergeführt. Diesen Anstoß gab in unserer Beobachtung der tuberkulöse Lungenprozeß. Dieser, anfangs infiltrativ-käsigpneumonisch, wird plötzlich eingeschmolzen, es kommt zur Kavität, es kommt zur Resorption der Tuberkulotoxine und zwar in diesem Falle so reichlich, daß der Körper mit ihrer Absättigung bzw. Neutralisierung nicht fertig wird, es kommt zur anaphylaktoiden Purpura, wie sie Glanzmann u. a. beschrieben haben. Es sei an dieser Stelle auch an Wiechelt erinnert, der die hämorrhagische Diathese bei Tuberkulose durch die Resorption von Toxinen aus einem plötzlich zerfallenden tuberkulösen Herd erklärt. Wir nennen Cohn, der eine Schädigung der Gefäßwände durch tuberkulöse Toxine annimmt. Roemisch, Bauer und Goßner schildern solche Fälle, Goßner einen solchen mit Hodentbc., wo er eine „orthostatische Purpura" nach Aufstehen des Patienten beobachtete. Die Purpura trat nicht wieder auf nach Kastration, also nach Entfernen des tuberkulösen Herdes; es muß allerdings zugegeben werden, daß hier auch endokrine Deutungsmöglichkeiten vorliegen können.

Köhler glaubt, daß in die Ursachen wohl auch zentral-neurotische Verhältnisse mit hineinspielen (zentral bedingter Nachlaß des vasomotorischen Tonus). Cannata besonders meint, daß man auch an funktionelle Organstörungen denken müsse, wenn er die Tuberkuloseinfektion auch nicht immer in Abrede stellen will. Er denkt da besonders an die Nebennieren und führt aus, daß die Nebennieren in dem Adrenalin einmal einen Einfluß auf die Zirkulationsmechanik, auf den Gefäßtonus haben, sodann aber auch durch das Adrenalin die im Organismus zirkulierenden Gifte neutralisieren. Eine Alteration der Nebennieren (z. B. Tuberkulose) ruft Hypotonie hervor, die Toxine können nicht neutralisiert werden, es kommt zur anaphylaktoiden Purpura. Friedländer beobachtete Purpura bald nach Schluß einer Tuberkulininjektionskur. Mosny und Harvier beobachteten Purpura bei Beginn der Tuberkulose; bei jeder Tuberkulininjektion sahen sie einen neuen Schub von Purpura auftreten. Interessant sind neuerdings die beachtenswerten Versuche von Fischl, die vielleicht ein neues Licht auf die Beziehungsfrage Purpura-Tuberkulose werfen. Fischl rief bei einem tuberkulösen Individuum mit papula-nekrotischen Tuberkuliden durch Einspritzung von 0,2 ccm physiologischer Kochsalzlösung an einer beliebigen Stelle des Unterschenkels eine Purpura hervor. Später entwickelten sich auf den Purpuraflecken papulo-nekrotische Tuberkulide mit histologisch-epitheloiden Zellen und Langhansschen Riesenzellen. Fischl folgert daraus: „Es scheint durch unsere Befunde wahrscheinlich, daß aus Herden einer Purpura sich Tuberkulide entwickeln können" und sagt weiter: „Das experimentelle Hervorrufen von Hautblutungen beim tuberkulösen Individuum durch unspezifische Noxen (physiologische Kochsalzlösung, Meningokokken- und Typhusvakzine) kann durch Aktivierung einer vorhandenen latenten hämorrhagischen Diathese erklärt werden."

Physio-pathologisch hat man sich die Purpura vorzustellen als bedingt durch die agglutinierende Wirkung der Toxine, in unserem Falle der Tuberkulotoxine auf die Thrombozyten. Wir haben also bei der anaphylaktoiden Purpura eine periphere Zerstörung der Thrombozyten vor uns, der eine baldige energische, oft über das Ziel hinausschießende Reaktion folgt, wie ja auch unser Fall zeigt.

Beobachtung II. D., Anna, 49 Jahre alt. Erste Menses mit 13 Jahren, regelmäßig. Menopause mit 45 Jahren. Januar 1924 Bluterguß im linken Kniegelenk. April 1924 Auftreten einiger bläulicher Flecken in der linken Knöchelgegend.

Befund: Lungen o. B. Ueber dem Herzen ein systolisches Geräusch und ein stark betonter zweiter Aortenton. Blutdruck 160/80. Pulsus celer. Augenhintergrund (Prof. Lenz): Chorioiditis dissem. spezifica. Am linken Fußgelenk einige talergroße Flecken von bläulicher Verfärbung.

Hgl. 65%, Erythrozyten 2 720 000, Leukozyten 6800, Thrombozyten 35 300 (!), etwas über der von Frank angegebenen kritischen Grenze. Blutbild: Neutrophile III. 5%, Neutrophile IV. 64%, Lymphozyten 29%, Mono. 2%; Hypochromie. Gerinnungszeit normal (4 Minuten). Blutungszeit 4½ Minuten. Rumpel-Leede stark positiv. Retraktion merklich verzögert. Wassermann im Blut positiv, ebenso Sachs-Georgi und Meinicke. Liquoruntersuchung o. B. Wassermann im Liquor negativ. Resistenzbestimmung der roten Blutkörperchen 0,45 bis 0,31. Albumine 2,04 g%, Globuline 2,3, Fibrinogen 0,19, Blutkalk 9,76 mg%.

Unter einer rasch eingeleiteten antiluetischen Kur mit Neosalvarsan, Spirobismol und Jodipin verschwanden die Hautblutungen, die Blutungszeit wurde kürzer. Der Hämoglobingehalt stieg allmählich auf 80%, die Erythrozytenzahl auf 4 000 000, die Thrombozyten auf 120 000.

Kurz vor Beendigung der antiluetischen Behandlung (Neo-Salvarsan 3,85 g, Spirobismol 15 ccm) treten plötzlich unzählige Petechien auf, denen bald unstillbare Blutungen folgten. Temperaturen bis 41 Grad. Blutiger Urin, Teerstühle. Am Augenhintergrund ausgedehnte Netzhautblutungen. Mit fortschreitender Verschlechterung des klinischen Befundes fielen der Hgl.-Gehalt auf 20%, die Erythrozyten bis auf 1 500 000; Thrombozyten nicht nachweisbar. Leukozyten 1500! Neutrophile II. 1%, Neutrophile III. 15%, Neutrophile IV. 14%, Lymph. 70%! Rotes Blutbild: schwerste sekundäre Anämie. Blutungszeit nicht zu prüfen, völlige Irretraktilität des Blutkuchens.

Jegliche Therapie war machtlos (Kalzium, Afenil, Koagulen, Bluttransfusionen). Eine Milzreizbestrahlung brachte nur für zwei Tage Stillstand der Erscheinungen. Eine Splenektomie wurde wegen der luetischen Infektion nicht erwogen.

Die Sektion (Prof. Matthias) ergab eine Purpura mit schwerster sekundärer Anämie; subepikardiale und subpleurale Blutungen, Purpura ventriculi et intestini, perivaskuläre Blutungen am rechten Stirnhirn, linken Schläfenlappen und in der Wand der Längsfurche, Purpura cutis, Arthritis des linken Femurkopfes, Blutungen im Knochenmark, Augenhintergrundsblutungen.

Frische Ausstriche (Steinbrinck) ergaben: Milz: ziemlich reichlich große einkernige Zellen. Wirbelsäule: ganz vereinzelt Megakaryozyten. Sternum: mäßig viel Megakaryozyten.

Wiederholt sind im Laufe der letzten Jahre bei antiluetischen Kuren, oder im Anschluß an solche, schwere Schädigungen des hämatopoetischen Systems und der Kapillarwandungen beobachtet worden. Thrombopenien dieser Art sind von Frank und Gorke als Anaemia aplastica arsenobenzoica, leichtere Fälle durch Kuznitzky und Fuchs, Vill, Herzog, Leder und Juliusberg bekannt geworden. Anderer Meinung in der Entstehung dieser Erkrankungen sind Citron und Hirschfeld, die die Arsen- und auch Benzoldosen, die in den bekanntgewordenen Fällen zur Anwendung kamen, für zu gering halten, um derartige Störungen machen zu können. Sie sehen vielmehr die Hauptursache der Gefäßwandschädigung in der eigenartigen Konstitution des Salvarsans selbst. In unserer Beobachtung handelt es sich zunächst um einen Morbus Werlhof mit weitestgehender Schädigung des Knochenmarks, der Bildungsstätte, sowohl der Thrombozyten als auch der Leukozyten, klinisch schon aus der Leukopenie mit zunehmender Lymphozytose und Thrombopenie erkennbar. Die Aetiologie ist zwar nicht ganz eindeutig; warum sollte man aber nicht versucht sein, bei unserer Patientin die luetische Infektion selbst als schädigendes und auslösendes Moment anzusprechen; denn gegen eine Salvarsanintoxikation spräche wohl der Umstand, daß die Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese schon vor Beginn jeglicher antiluetischen Behandlung aufgetreten waren.

Literatur:

1. Glanzmann: Jahrbuch für Kinderheilkunde 1916, Bd. 83; 1918, Bd. 88.
2. Wiechelt: Dissertation, Greifswald 1897.
3. Cohn: M. M. W. 1901, Nr. 50.
4. Roemisch: M. M. W. 1902, Nr. 2.
5. Bauer: M. M. W. 1902, Nr. 18.
6. Gossner: M. M. W. 1902, Nr. 11.
7. Köhler: Zeitschrift für Tuberkulose 1909, 15.
8. Cannata: D. M. W. 1911, Nr. 21.
9. Friedländer: Dermatologische Zeitschrift 1906.
10. Fischl: Archiv für Dermat. und Syphilis 1921, 136/137.
11. Frank: Berl. Klin. W. 1915, Nr. 16, 17, 18; 1916, Nr. 21, 37, 41; 1917, S. 53.

12. Gorke: M. M. W. 1920, Nr. 43.
13. Citron und Hirschfeld: Medizinische Klinik 1925, Nr. 22.
14. Kaznelson: Deutsches Archiv für Klinische Medizin 1919, Nr. 128.
15. Seeliger: Klinische W. 1921, Nr. 17; Fol. hämatol. 1923, Nr. 29.
16. Wöhlisch: Deutsche Medizinische W. 1925, Nr. 38.

Zur Popularisierung der Heilkunde.

Von

Generalarzt a. D. Dr. BUTTERSACK-Göttingen.

Wir stehen mitten in einer geistigen Krisis, welche sich — vielleicht weniger aufdringlich, aber nicht minder nachhaltig — den politischen Umwälzungen anschließt.

Der Glaube an eine absolute Wahrheit, dieses Rückgrat des früheren Denkens, ist uns abhanden gekommen. An seine Stelle trat — nicht bloß in der theoretischen Physik — die Lehre von der allgemeinen und speziellen Relativität. Daher kommt es, daß jeder große oder kleine Partei-Häuptling den Anspruch auf Unfehlbarkeit erhebt, d. h. daß er allein die absolute Richtigkeit gepachtet habe. Der Wahn, daß sein Horizont die Unendlichkeit umfasse, macht ihn blind gegen die Erkenntnis, daß von anderen Standpunkten, von anderen Denkformen aus die Dinge sich anders ansehen, und taub gegen die Mahnung des klugen Peter Camper: „Ich habe Sie von der sklavischen Sitte, die Sachen immer nur von einer und derselben Seite zu betrachten, abziehen wollen. Das ist wenigstens das einzige Mittel, die Wahrheit zu entdecken."[1]) So sind Konflikte unvermeidlich. Aber während die Gegner sich mit allen Waffen des Scharfsinns und des Witzes bekämpfen, ahnen sie nicht, daß eben dieser Kampf das Mittel zur Erweiterung des allgemeinen Wissens, zum geistigen Fortschritt bildet.

Solche Antinomien bleiben auch der Heilkunde nicht erspart. Einen eigenartigen Weg zum Ausgleich haben die Herausgeber des Aerztlichen Volksbuches[2]) eingeschlagen. Weil die Versöhnung der entgegengesetzten Auffassungen in einer höheren Erkenntnis noch nicht erreicht ist, lassen sie die — fast möchte man sagen: feindlichen Brüder friedlich nebeneinander zu Wort kommen, den Allopathen, den Homöopathen, Röntgentherapeuten, Chirurgen, den Vertreter der physikalisch-diätetischen Heilmethoden usw. Die Wahl bleibt dann dem Leser, d. h. dem Patienten überlassen. Die Herausgeber gehen nämlich von der Voraussetzung aus, daß sich das Bewährte und wissenschaftlich Wahre allen Wißbegierigen mitteilen lasse, welche genug Aufmerksamkeit und Ausdauer zum Lernen mitbringen.

Ueber diese tiefste Wurzel des ganzen Unternehmens werden die Meinungen geteilt sein. Denn nicht das Detailwissen ist das Wesentliche, sondern die Art des Kombinierens, die Form des Denkens. Und gerade das ist eine Kunst, welche gelernt und unablässig geübt sein will. So wenig man aus dem Kochbuch die Kochkunst, mit Hilfe von Grammatik und Lexikon eine Sprache erlernen kann, so wenig kann man — auch aus dem schönsten Handbuch — das Heilen erlernen, auch nicht bei größter Aufmerksamkeit und Ausdauer. Ja, es steht zu befürchten, daß der Leser, stolz auf die Fragmente seines biologischen Wissens, diese nach der ihm persönlich geläufigen Denkform, etwa nach dem Geist des Bürgerlichen Gesetzbuches, der Harmonielehre oder nach Schuster- und Schneiderregeln kombiniert — und dadurch Unheil anstiftet, weil er das Nichtgewußte außer acht ließ. Zu der Bescheidenheit des wackeren Gaubius: Horum omnium nihil a me sciri, nihil intelligi, ingenue fateor atque aperte dico[3]) schwingt sich kaum einer auf. Eher liegt die Gefahr vor, daß in Ueberschätzung des eigenen Wissens und Könnens Dinge in Angriff genommen werden, welche mißlingen müssen.

> Fingit se medicum quivis idiota, profanus,
> Judaeus, monachus, histrio[4]), rasor[4]), anus[4])[5]).

Um die verschiedenen Schichten des Volkes, auch solche, welche keine besonderen Beziehungen zu den Naturwissenschaften haben, in allgemeinverständlicher Weise zu unterrichten, haben sich etwa 50 Aerzte zusammengetan — darunter Ragnar, Berg, Klapp, Rob. Heinz †, H. Much, Julius Tandler, Rud. Tischner — und legen ihr Aerztliches Volksbuch in zwei enggedruckten Folianten von 636 bzw. 893 Seiten vor.

Der erste Band enthält die allgemeinen Abschnitte: Anatomie, Fortpflanzung, Vererbung, Konstitution, Hygiene, Heilmethoden und Heilmittel u. dgl. Der zweite Band bringt die spezielle Pathologie und Therapie und läßt darin unparteiisch — wie erwähnt — Homöopathen neben Allopathen, Chirurgen usw. zu Wort kommen.

Die Ausstattung ist prachtvoll, die zahlreichen Bilder glücklich gewählt und schön, die Darstellung auf der Höhe der Zeit, flüssig und ohne Ausfälle gegen Andersdenkende. Offenbar schwebte den einzelnen Verfassern der Rat von La Bruyère vor: Il faut chercher seulement à parler et à penser juste, sans vouloir amener les autres à notre goût et à nos sentiments; c'est une trop grande entreprise. Ich könnte mir kaum ein besseres Kompendium denken für den Arzt, der in der Peripherie seines Bewußtseinsfeldes die erforderlichen klinischen Erinnerungsbilder besitzt, welche dem Gelesenen erst Leben verleihen. Diese Erinnerungen in der unbewußten „Sphäre" (Schilder, Kretschmer) bilden das, was Harnack die „Heimlichkeiten" der Wissenschaften nennt. Ohne deren Kenntnis kann kein Talent, kein Genie sich entfalten. In ihnen kommt die Riesenmäßigkeit der vorangegangenen Studien zum Ausdruck, welche Galilei die Pendelgesetze, Mozart seine unsterblichen Melodien, W. Siemens die Dynamomaschine, Moltke seine Feldzugspläne finden ließ.

Aber wie soll der Laie, welcher keine besonderen Beziehungen zu den Naturwissenschaften hat, ohne diese heimlichen Zutaten des Unbewußten auskommen? Er hat ja nicht einmal die Möglichkeit, dogmatisch zu werden und, wie ein talentloser Arzt, dogmatische Therapie zu treiben[6]). Denn die vielgerühmte angeborene Intuition, Erleuchtung ist — wenn sie überhaupt vorkommt — so überaus selten, daß man mit ihr praktisch noch viel weniger rechnen kann, als mit dem großen Los.

Was soll der Laie mit den — an sich wunderschönen Bildern des Augenhintergrundes und des Blaseninnern, der Beckenschemata, den mikroskopischen Präparaten von Endometritis, dem Sensibilitätsschema und den Röntgenspeisebreibildern? Eher könnte man sich Nutzen versprechen von den hübschen Bildern der verschiedenen Hauterkrankungen; aber wir wissen alle, wie schwierig gerade auf diesem Gebiete die Differentialdiagnosen sind. Das Bild des beginnenden Brustkrebses wirkt vielleicht eher verwirrend als nützlich.

Man darf den Menschen nicht mehr Kost — an Kalorien- wie Geisteswerten — zuführen, als sie zu verdauen vermögen. Diese zwei dicken Bände sind meines Erachtens zu viel. Weil kaum einer die nötige Zeit hat, um 1500 Seiten zu lesen, greift er naturgemäß den ihn gerade interessierenden Abschnitt heraus und verdaut ihn unter dem Druck von Furcht und Sorge, so gut oder so schlecht er kann.

Die Aerzte freilich finden eine Unmenge von Anregungen, namentlich hinsichtlich der Therapie, und werden um so dankbarer die homöopathischen Belehrungen aufnehmen, je mehr die Debatte pro et contra wieder in den Mittelpunkt gerückt ist. Aber außer vergessenen Kräutern finden sich auch sonst noch manche feine Bemerkungen von praktischer Bedeutung.

Alles in allem wird man dem Urteil von Rénon beitreten: La vulgarisation de l'hygiène est excellente; celle de la médecine est mauvaise pour tout le monde, pour les malades comme pour les médecins[7]). Denn ἰατρικὴ τεχνῶν μεν πασῶν ἐστιν ἐπιφανεστ'ατη (von allen Künsten ist die Heilkunde die vornehmste).

---

[1]) Peter Camper: Vorlesungen in der Amsterdamer Zeichenakademie. Berlin 1793, S. 17.

[2]) Heinrich Meng zusammen mit K. A. Fiessler und P. Federn: Das ärztliche Volksbuch. 2 Bände mit zahlreichen Tafeln. Stuttgart 1926. Hippokrates-Verlag.

[3]) H. Gaubius: Sermo academicus de regimine mentis quod medicorum est. Lugdun. Batav. 1747. S. 20. ingenue = ungeniert.

[4]) histrio = Marktschreier, rasor = Barbier, anus = alte Hexe.

[5]) Collectio Salernitana: Public. a cura di Salv. de Renzi, Torno I. Napoli 1852, S. 514, Vers 2090.

[6]) A. Goldscheider: Ueber wissenschaftliche Therapie in der inneren Medizin. Internat. Wochenschr. f. Wissenschaft, Kunst und Technik 1910, IV. Jahrg., Nr. 1, S. 13.

[7]) L. Rénon: Klinische Vorlesung am 26. Juni 1908.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 28, 9. Juli 1926.

Vereinfachung der Tubendurchblasung und Anwendung der Uterographie. Henkel.
* Standardisierung der Röntgenstrahlenmessung. Grebe, und Martius.
Kreislaufprobleme. Plesch.
Permeabilität der Meningen. Wittgentstein und Krebs.
* Insulinempfindlichkeit der Tuberkulösen. Ahlenstiehl.
Triphal bei Kehlkopftuberkulose. Finder.
Anästhesie und Tuberkulinreaktion. Eiberstein und de Moraes Cardoso.
Primäre Magentuberkulose. Severin.
Trübungsreaktion auf Lues. Meinecke.
Verhalten des Harnquotienten C:N bei der Jodwirkung. Watanabe.
Konzentrierte Insulinlösungen. Mahler.
Hämorrhagische (Vakuum-) Behandlung des Furunkels. Düker.
Zur Credéschen Augenprophylaxe. v. Hahn.
Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Davidsohn.
Technische Neuheiten. Schütz.
Ruhe in Kurorten. Schwalbe.

Standardisierung der Röntgenstrahlenmessung. Die Strahlenstandardisierung in R-Einheiten genügt als Grundlage, wenn bei Eichung der Instrumente am Primärstrahl unter Ausschaltung aller Streuwirkung auch diese Instrumente in der Praxis nur für Messungen an der Primärstrahlung benutzt werden.

Durch Kugelfunkenstreckenmessungen der an der Röhre liegenden Spannungen und Angabe der Filterung kann für die Vereinheitlichung der Härteangaben viel getan werden.

Die zur Zeit sicherste Eichung ist die mit einem Standardinstrument vorgenommene am Orte des praktischen Gebrauchs der Strahlen. Als Dosis ist die auf den Körper fallende Primärstrahlung in R-Einheiten anzugeben unter Angabe der Härte, Ort und Zeit der Applikation, der Feldgröße und unter Einsetzung des errechneten Wertes für Rückstreuung und Tiefendosis. Bei den in der Tiefentherapie gebräuchlichen mittleren Bedingungen gibt die auffallende Strahlung von 600 R etwa den Wert an, bis zu dem eine Hautschädigung ausgeschlossen erscheint.

Insulinempfindlichkeit Tuberkulöser. Bei aktiver Tb. ist die Insulinempfindlichkeit geringer als bei anderen Infektionen und bei inaktiver oder wenig aktiver Tb. Exsudative und produktive Formen verhalten sich gleichmäßig. Dieses Verhalten aktiv Tuberkulöser wird als durch Hungerwirkung geschonte Funktionstüchtigkeit des Inselapparates gedeutet.

Nr. 29, 16. Juli 1926.

Pathologie und Therapie der Sepsis: Verhandl. d. Vereins f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg Februar und März 1926.
Sepsis vom anatomisch-pathologischen Standpunkt. Kaiserling.
Erreger der Sepsis. Selter.
* Eitrige Allgemeininfektion. Kirschner.
Die geburtshilflich-gynäkologische Sepsis. Benthin.
Sepsis und Auge. Birch-Hirschfeld.
Sepsis in der Oto-Laryngologie. Stenger.
Sepsis in der Harnheilkunde. Cohn.
Sepsis in der Dermatologie und Venerologie. Scholtz.
Sepsis im Kindesalter. Stöltzner.
Besprechung der Vorträge: Adloff, Böttner, Wigand, Zangemeister, Matthes, Braatz, Beumer, Rosenow, Kirschner, Firgau, Kaiserling.
Epidemiologische Studien in Massenquartieren. Seligmann, Dingmann und Alterthum.
Inhalationswirkung von Sauerstoff und Radiumemanation auf den Blutzucker. Jacoby.
Blutkrankheiten im Kindesalter. Stettner.
Medizinalpolizei in neuerer Rechtsprechung des Preußischen Oberverwaltungsgerichtes. Lindenau.
Nachwort. Schwalbe.

Eitrige Allgemeininfektion. Die wichtigste Therapie ist die Prophylaxe. Jeder auch noch so unbedeutende Eiterungsherd muß lege artis behandelt werden. Bei ausgebrochener Allgemeininfektion muß der Ausgangsherd nach Möglichkeit ebenfalls allgemein chirurgisch behandelt werden. Desgleichen suche man Metastasen zu finden und zu behandeln. Die Pflege und Kräftigung des Gesamtkörpers ist äußerst wichtig. Alle anderen Maßnahmen sind kritisch anzuwendende Hilfsmittel. Schnelligkeit und Zielsicherheit retten hier oft ein Menschenleben.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 25, 18. Juni 1926.

Fortschritte auf dem Gebiet des vegetativen Nervensystems. F. Glaser-Berlin.
* Diätkuren, besonders Mastkuren mit Insulinpillen. Vogt-Tübingen;
Narkose und autogene Organübungen. Schultz-Berlin.
* Einfache Methoden zum Nachweis einer Niereninsuffizienz. Becher-Halle.
Zur Dringlichkeit operativer Maßnahmen bei akuter Mittelohreiterung. Soyka-Prag
Paradoxe Kontraktionen in der Beinmuskulatur als Symptom einer Läsion des Stirnpols. Klein-Prag.
Bedeutung der Kalziumgegenwart im Blute bei der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Schumacher und Liese-Berlin.
Primäre isolierte Lymphogranulomatose des Darmes. Heimann-Hatry-Köln.
* Untersuchungen über die Beeinflussung der Nierentätigkeit durch Kalziumsalze. Barath und v. Gyurkovich-Budapest.
Perniciosaähnliche Graviditätsanämie. Drexel-Dresden.
Bakterienhemmende und -tötende Wirkung von Silberchlorid. Pfab-Wien.
Physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hanffe-Berlin.
* Urgon für die Behandlung der Hyperidrosis und dysidrotischer Hautaffektionen. Schumann-Neubabelsberg.
* Behandlung der chronischen Obstipation mit einem festen Paraffinölpräparat. Köchlin-Leipzig.
Erfahrungen über Corydalon bei Arteriosklerose. May-Nauheim.

Diätkuren, besonders Mastkuren mit Insulinpillen. Da das Insulin die Aufnahmefähigkeit sämtlicher Zellen für Kohlehydrate steigert, die Nahrungsstoffe schneller aufspaltet, den ganzen Stoffwechsel anregt, so erklärt sich daraus die günstige Wirkung auf Appetit, gute Verträglichkeit größerer Nahrungsmengen und damit Hebung des Körpergewichts. Mastkuren mit Insulin haben sich besonders bei den konstitutionell Minderwertigen, dem Status hypoplasticus und asthenicus bewährt. Die Kur wird mit 2mal tgl. 5 Einheiten vor den Hauptmahlzeiten begonnen und täglich gesteigert bis zu 40—60 Einheiten. Steigerung des Appetits ist der Gradmesser für den Erfolg. Das Körpergewicht steigt in 8 Tagen um 1—2 kg. Besondere Diätvorschriften sind überflüssig, doch ist die Gesamt-Nahrungsmenge an Kohlehydraten anzureichern. Hypoglykämische Zustände sind in ihren Vorboten — Hungergefühl, Uebelkeit, Hitze-, Kältegefühl, Herzklopfen, Angst — sorgfältig zu beachten. Durch Einführen der Insulinpillen, die vom Magendarmkanal aus gut vertragen werden, ist die Therapie wesentlich erleichtert, doch sind für die ersten 14 Tage die subkutanen Injektionen beizubehalten. Zu den Spritzen wurde das Insulin Schering verwandt, die Pillen stammen von Dr. Fornet-Saarbrücken.

Einfache Methoden zum Nachweis einer Niereninsuffizienz. Zur raschen Orientierung am Krankenbett ist die Kaolinprobe durch ihre Einfachheit besonders geeignet. Eiweißhaltiger blasser Harn mit einem spezifischen Gewicht von 1010—1012 wird mit Kaolin versetzt und geschüttelt. Tritt nach dem Filtrieren eine erhebliche Verstärkung der Gelbfärbung auf, so kann man auf eine insuffiziente Schrumpfniere schließen. Die Probe ist immer positiv, wenn im Blut aromatische Darmfäulnisprodukte retiniert werden.

Die Beeinflussung der Nierentätigkeit durch Kalziumsalze. Die Kalziumsalze wirken nach den Untersuchungen Eisners funktionshemmend auf die Nierentätigkeit im Sinne einer Diureseanregung und Albuminurieverminderung. Die von Verf. beobachtete starke Herabsetzung der Nitrogenausscheidung nach Kalziumanwendung bei glomerulären Nierenprozessen mahnt zur Vorsicht, wenn auch die Erfahrungen der einzelnen Autoren darüber nicht einheitlich sind. Verff. sind demnach der Ansicht, daß bei glomerulären Erkrankungen mit Schädigung der N-Ausscheidung Kalziumtherapie abzulehnen ist, dagegen bei epithelial-tubulären Prozessen mit starker Albuminurie die Anwendung gefahrlos und nützlich ist, da durch Herabsetzung der Albuminurie der Eiweißverlust des Organismus vermindert wird und außerdem günstige diuretische Effekte erzielt werden.

Urgon für die Behandlung der Hyperidrosis und dysidrotischer Hautaffektionen. Das von der Urgon-G. m. b. H., München, hergestellte Urgon hat sich als sicher und schnell wirkendes Antiidrotikum bewährt. Die Anwendung ist einfach, das Mittel wird nach Umschütteln auf die gewaschenen und getrockneten Applikationsstellen aufgepinselt; es trocknet schnell an und erlaubt daher ein baldiges Ueberziehen von Kleidungsstücken. Es besteht aus Formaldehyd, Calz. chlorid, Zinc. oxydat., Amylum-Maidir, Alkohol, Salizyl-Methyl-Ester, Glyzerin und Aqua dest. als Schüttelmixtur. Sollte anfangs ein Brennen auftreten, so wird das Mittel mit Glyzerin zu gleichen Teilen verdünnt, bis allmählich die volle Konzentration ohne Beschwerden vertragen wird.

Behandlung der chronischen Obstipation mit einem festen Paraffinölpräparat. Bei habitueller Obstipation hat sich das Paraffin als Gleit-Abführmittel von jeher bewährt, konnte aber teils seines widerlichen Geschmackes wegen nicht immer angewendet werden, teils weil es häufig unwillkürlich aus dem Darm austritt und die Wäsche beschmutzt. Die chemischen Fabriken von Dr. J. Wiernik & Co. haben nun ein festes Präparat Mitilax hergestellt, das reines Paraffinöl in fester Emulsion darstellt. Außer der angenehmen Puddingform hat es den Vorzug des guten Geschmacks (nach Vanille). Anfangs sind meist 2—3mal tgl. 1 Eßlöffel erforderlich, später, d. h. nach 8—10 Tagen, kann die Dosis verringert werden. Die Wirkung ist auch nach Aufhören der Kur längere Zeit andauernd.

Nr. 26, 25. Juni 1926.

Angina pectoris. Kohn-Berlin.
Fortschritte auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. Glaser-Berlin.
Pleuritis adhaesiva obliterans in ihren Beziehungen zum tuberkulösen Infekt und zur Pneumonie. Koopmann-Hamburg.
Zosteriformer Varizellenausbruch. Ziel-Prag.
* Therapeutische Wirkung des Novoprotin bei Ulcus ventriculi. Grömer-Prag.
Geruch und Diagnostik. Ruediger-Waldenburg.
Asthma und Psychotherapie. Loewenstein-Hannover.
Anfallsweise auftretende perpetuelle Arythmie. Riderer-Kleemann-Schloß Honnegg.
Nasenverkürzung. Eitner-Wien.
Wirkung der Röntgenbestrahlung bei einem Fall von Tuberkulose mit Basedow und Amenorrhoe. Zweifel-München und Moatschinin-Belgrad.
Purpura mit Quaddelbildung. Werner-Berlin.
Physikalisch-chemische Grundlagen der Thrombose. Schulte-Bonn.
Physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hanffe-Berlin.
Medikamentöse Behandlung des Ulcus cruris mit Granugenpaste „Knoll" unter dem Kompressionsverbande. Fischer-Stuttgart.
Jobramag. Fehringer-Berlin.

Therapeutische Wirkung des Novoprotin bei Ulcus ventriculi. Verf. hat in 52 Fällen von Magen-Darmgeschwüren das Novoprotin mit sehr gutem Erfolge angewandt; es trat rasch Schmerzfreiheit und gutes subjektives Befinden ein, auch der Röntgenbefund wurde vielfach günstig geändert. Rezidive waren nicht selten, konnten aber rasch beherrscht werden. Am schlechtesten wurden chronische, jahrelang bestehende Fälle beeinflußt, durch kombinierte Behandlung mit anderen Mitteln ließ sich auch in solchen noch Erfolg erzielen. Die Anwendung ist ungefährlich, intravenöse Injektion von 2 ccm ist am wirksamsten. Individuelle Auswahl ist notwendig, operative Therapie nicht immer zu entbehren.

Wirkung der Röntgenbestrahlung bei einem Fall von Tuberkulose mit Basedow und Amenorrhoe. Außer dem lokalen Effekt hat die Röntgen-Radiumbestrahlung noch eine Fernwirkung, die sich besonders bei der Bestrahlung der Milz auf das gesamte endokrine System zeigt. Verf. wandte diese indirekte Bestrahlung bei einem Fall von Tuberkulose mit Basedow und Amenorrhoe an und erzielte einen vollen Erfolg, d. h. Besserung der Tuberkulose, Schwinden der Basedowsymptome und Wiederauftreten der Periode wenige Tage nach Beginn der Bestrahlung, nachdem sie 1 Jahr ausgeblieben war. Dabei blieb die Lebensweise unverändert ohne Krankenhausbehandlung oder Liegekur. Der Vorteil der indirekten Bestrahlung des Basedow besteht vor allem auch darin, daß der Einwand der Erschwerung einer späteren Operation damit hinfällig wird.

Nr. 27, 2. Juli 1926.

Fehler bei der Behandlung des Brustkrebses. Schlosser-Prag.
Angina pectoris. Kohn-Berlin.
* Wirkung des schnellen und die des langsamen Trinkens einer Elektrolytlösung auf den Stoffhaushalt. Arnoldi-Berlin und Zimmermann-Bad Salzschlirf.
Ist unsere gegenwärtige Behandlungsart der Nierentuberkulose die richtige? Stutzin-Berlin.
Diuretische Wirkung der Wismutsalze. Robitschek-Wien.
Wirkungen des kolloidalen Quecksilbers auf die Syphilis und dessen Ausscheidung durch den Harn bei Schmierkuren. Engelhardt-Gießen.
Basedow durch Mirion. v. Diettrich-Innsbruck.
Epidemiologie der Influenza. Kindborg-Breslau.
Behandlung der Afterschrunde und anderer schlecht heilender Substanzverluste. Rechnitzer-Ruma.
Wechseldouche zur Bekämpfung der Gelenkergüsse.
* Wert der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen und der Mátéfy-Reaktion für die Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hauffe-Berlin.
* Behandlung der Magenhypersekretion mit Gelonida stomachica. Warlo-Gleiwitz.
Behandlung stenokardischer und ähnlicher Zustände mit Jod - Kalzium - Diuretin. Unger-Berlin.
Compral, ein neues Analgetikum und Sedativum. Rosenthal-Berlin.
Trockenpresojod, die verbesserte Form der Preglschen Jodlösung. Gutzmann-Berlin.
Olyptol in der Dermatologie. Moos-Berlin.

Wirkung des schnellen und die des langsamen Trinkens einer Elektrolytlösung auf den Stoffhaushalt. Die verschiedene Wirkung eines Brunnens, der morgens nüchtern oder nachmittags getrunken wird, haben Verff. mit eigenen Versuchen nachgeprüft und sind dabei zu interessanten Ergebnissen gekommen, die eingehende Aufschlüsse über die Stoffwechselwirkung der Trinkkuren gibt. Dabei spielt die Zeit, in der ein Brunnen getrunken wird, eine wichtige Rolle, da das schnell (in 15 Min.) getrunkene Wasser noch eine rasche Darmentleerung bewirkte, wo der langsam, in 1 Stunde getrunkene Brunnen versagte. Bei schnellem Trinken erfolgten die Ausscheidungen vorwiegend auf extrarenalem Wege, wobei die Säureabgabe vermehrt ist, die Alkali- und Phosphatreserven geschont werden und eine hyperglykämische Reaktion erfolgt. Bei langsamem Trinken ist erstens die Defäkation weniger beschleunigt, die Ausscheidungen erfolgen mehr auf renalem Wege. Die individuelle Bedeutung beider Arten des Trinkens für die jeweilig erforderliche Wirkung ist deutlich.

Wert der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen und der Mátéfy-Reaktion für die Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose. Nach Ansicht des Verf. ist der Wert der Senkungsgeschwindigkeit und der Globulinfüllungsreaktionen in bezug auf die Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose viel zu hoch eingeschätzt, ebenso wenig sind die anderen serologischen Reaktionen und Komplementbindungsmethoden imstande, eine aktive Tuberkulose unzweifelhaft anzuzeigen oder auszuschließen. Auch liegt die Gefahr nahe, daß die Diagnose mehr mit Hilfe dieser Methoden als durch klinische Untersuchung gestellt wird, wie es besonders bei der Bronchialdrüsentuberkulose des Kindes häufig der Fall ist. Verf. will versuchen, die Beziehungen des Gesamtstoffwechsels zur Lungentuberkulose genauer zu erforschen und vielleicht brauchbare Resultate zu erhalten, die zur Klärung des Problems der aktiven und inaktiven Tuberkulose beitragen können.

Behandlung der Magenhypersekretion mit Gelonida stomachica. Die Gelonida stomachica der Firma Gödecke & Co., Berlin, die Extr. Bellad. 0,01, Bism. subnit. 0,2, Magn. est. 0,6 enthalten, haben sich bei einer Reihe von 30 Fällen von Hyperazidität wirkungsvoll erwiesen, die Schmerzen ließen nach, Sodbrennen, Aufstoßen und Erbrechen verlor sich allmählich, sowohl bei Magenneurosen wie bei schweren peretrierenden Ulcera. Angenehm ist die Tablettenform gegenüber den schlecht schmeckenden Pulvern, die außerdem unauffällig genommen werden können. 3—5 Tabl. täglich können ohne Bedenken genommen werden.

Nr. 28, 9. Juli 1926.

Fragestellungen auf dem Gebiete der klinischen Tuberkuloseforschung. Schmidt-Prag.
Angina pectoris. Kohn-Berlin.
* Behandlung der chronischen Morphiumerkrankung. Hahn-Baden-Baden.
Stielgedrehte Lymphzyste des Zoekums. Flick-Heidelberg.
Angeborenes Rhabdomyon der Zunge. Rütz-Berlin.
Reizkörpertherapie. Walcha-Riesa.
Rektale, duodenale und orale Anwendung des Natriumsalzes von Tetrabrom- und Tetrajodphenolphthalein. Weiß-New York.
Serumkrankheit. Spehlmann-Mitau.
Die lokalen Wirkungserscheinungen des intrakutan verwendeten Adrenalins. Lévai-Budapest.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hauffe-Berlin.
Targesin in der Rhino-Laryngologie. Wolfes-Berlin.
Veränderungen des Blutbildes bei Lungentuberkulose nach Kieselsäure-Behandlung. Pfalz-Münster.
Clavipurin und Hypophen in der Geburtshilfe. Ergänzung zu Nr. 52, 1925. Mandelbaum-Nürnberg.

Behandlung der chronischen Morphiumerkrankung. Die schwierige und vielumstrittene Morphiumentziehung geschieht nach Ansicht von Verf. am besten in einem ernsten allgemeinen oder in einem Spezialentziehungssanatorium, und zwar mittels der individualisierenden Methode, jedenfalls nicht plötzlich und mit Zuhilfenahme kleiner Dosen Skopolamin. Den Hauptwert legt Verf. jedoch auf die psychotherapeutische Einwirkung des Arztes, wobei sich ihm die psychokathartische Methode, die Freud seinerzeit angebahnt und wieder verlassen hat, und die Ludwig Frank ausgebaut hat, bewährt. Im Halbschlaf lernt der Patient in der Katharsis den Kausalzusammenhang zwischen seinen seelischen Voraussetzungen, pathogenen Erlebnissen und Symptomen kennen und wird durch Objektivierung von ihrem Affekt befreit. Die Behandlung sei in 6—8 Wochen möglich. Beeinflussung des Milieus ist daneben erforderlich. Die Bindung an den Arzt muß auch nach der Kur fortbestehen.

Nr. 29, 16. Juli 1926.

Migräne. Bonn-Königsberg.
* Genese und Therapie des Asthma cardiale. Brunn-Wien.
Zwei neue praktische Typen von Liegestühlen. Hirsch-Bonn.
* Aetiologie des Scharlachs. Kundratitz-Wien.
Reaktiver Dämmerzustand sub Partu. Eufinger-Frankfurt a. M.
Zwei große Münzen im kindlichen Oesophagus. König-Königsberg.
Arthro-Lues tardiva als spezifische Systemerkrankung. Grünzweig-Ostrau.
Frühbehandlung der Eklampsie. Becker-Hohenlimburg.
Seltener Fall eines Scheidentumors. v. Hoor-Debrecen
Verteilungsleukocytose. Mirkin und Rachlin- Kasan.
Lokale Wirkungserscheinungen des intrakutan verwendeten Adrenalins. Lévai-Budapest.
Die physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hauffe-Berlin.
Septojod bei Sepsis. Müller-Berlin.
Erfahrungen mit Peristaltin bei chronischer Obstipation. Danielsohn-Berlin.
Dormalgin, ein neues Analgetikum. Mallebrein-Karlsruhe.

Genese und Therapie des Asthma cardiale. Bei vielen Fällen von Asthma cardiale spielen der Wasserhaushalt und die Gewebe eine wesentliche Rolle dadurch, daß latente Oedeme in die Blutbahn kommen, das Kapillarsystem der Lunge mit verändertem Blut überschwemmt wird und die Grundlage zum Lungenödem bzw. Asthma cardiale geschaffen wird. Im Fieber verschwinden die Anfälle, weil die Gewebe einen erhöhten Turgor haben; ebenso beim Auftreten von Oedemen, wo das Gewebswasser nicht abgegeben wird. Der Einfluß der Hypophysenextrakte und der Opiate besteht sowohl in einer Gewebs- wie zentralen Wirkung, sie können selbst schon bestehendes Lungenödem beseitigen. Umgekehrt gibt es Fälle, wo durch Trockenkost oder durch Salyrgan dem Asthma cardiale vorgebeugt werden kann.

Aetiologie des Scharlachs. Nach den Untersuchungen des Verf. steht es nun fest, daß trotz verschiedener Einwände der klinische Symptomenkomplex des Scharlachs durch das Streptokokkentoxin hervorgerufen wird. Die Immunisierung mit Streptokokkentoxin ist für dieses Toxin streng spezifisch und kann durch das Toxin anderer Streptokokkenstämme nicht hervorgerufen werden. Durch das Ueberstehen einer Scharlacherkrankung tritt eine Immunität gegen große Mengen von Scharlachstreptokokkentoxin ein; in größerer Dosierung kann das Scharlachstreptokokkentoxin das typisch klassische Bild des Scharlachs erzeugt werden; diese Erscheinungen können andrerseits durch Scharlachrekonvaleszentenserum und Scharlachstreptokokkenheilserum hintenan gehalten werden. Der Streptokokkus haemol., der sich stets in den Tonsillen Scharlachkranker findet, muß demnach mehr als nur ein pathogenes Begleitbakterium sein.

Nr. 30, 23. Juli 1926.

* Myalgie und ihre balneologische Behandlung. Strasser-Wien.
Medikamentöse und Chemotherapie der Tuberkulose. Walder-Schöneberg.
Linksseitige Rekurrenslähmung bei Mitralstenose. Reiche-Hamburg.
Tödliche Kohlenoxydvergiftung durch Automobil-Auspuffgas. Treu-Lankwitz.
„Kalter Abszeß“ am therapeutisch gesetzten locus minoris resistentiae. Krutzsch-Altenburg.
* Gastroskopie. Zuntz-Hamburg.
Ein Fall hyperchromer Anämie infolge Dünndarmstriktur. Deutsch-Budapest.
Exanthema subitum; Erythema postfebrile. Buschmann-Bleialf (Eifel).
Vom oberen Intestinaltrakt ausgehender blutzuckersteigernder Reflex. Mahler und Bischaway-Prag.
Physikalische Therapie des praktischen Arztes. Hauffe-Berlin.
Behandlung der Lungentuberkulose mit „Surgovit“ und „Sanoxygen“. Flatauer-Berlin.
* Mutaflor bei verschiedenen Erkrankungen. Ulrich-Pforzheim.
Colisentocym. Hartung-Berlin.

Myalgie und ihre balneologische Behandlung. Die Arbeit gibt eine gute Uebersicht über die verschiedenen Theorien der Aetiologie myalgischer Erkrankungen, aus denen hervorgeht, daß eine einheitliche Auffassung zur Zeit nicht möglich ist. Die große Bedeutung der Neuralgie bei Myalgie wird anerkannt, doch können nicht alle Erscheinungen auf dieser Grundlage erklärt werden, daher neigt man dazu, den Sitz in die Muskulatur zu verlegen und neben der Neuralgie noch eine Veränderung der Muskelsubstanz anzunehmen, auf der die Schwellung und teilweise auch die Schmerzen beruhen. Therapeutisch ist eine Simultanbehandlung zu verlangen, die den Schmerz und den Hypertonus bekämpft; in erster Linie kommt Wärme, und zwar allmähliche Erwärmung, Duschenmassage, mehrstündige Bäder, wenn angängig, besonders bei sonst refraktären Fällen. Auch die unterschwellige Reiztherapie habe sich gut bewährt, aber doch weniger als bei den Gelenkkrankheiten.

Gastroskopie. Bei genügender Vorsicht ist die Gastroskopie nicht gefährlich und nicht so unangenehm für den Patienten, daß man sie deshalb unterlassen soll. Die wirkliche Schwierigkeit besteht in der Deutung des Gesehenen; der Schindlersche Atlas ist nur ein Anfang in dieser Hinsicht. Ein Nachteil ist, daß die Gastroskopie sich nicht immer ausführen läßt und vor allem, daß die Pylorusgegend in fast ⅓ der Fälle unsichtbar bleibt. Die Methode ist daher nicht andern überlegen, aber ihnen doch gleichwertig und verdient weitere Verbreitung zu finden.

Mutaflor bei verschiedenen Erkrankungen. Mutaflor enthält besondere Rassen des Bact. coli, die imstande sind, eine pathologische Dickdarmflora zu verdrängen und sich an ihre Stelle zu setzen. Der Wirkungskreis erstreckt sich auf alle Darmerkrankungen mit bakterieller Ursache, wo noch keine groben anatomischen Veränderungen vorliegen. Glänzende Erfolge zeigten sich ferner bei chronischen Obstipationen, die offenbar häufig ebenfalls bakteriellen Ursprungs sind, sekundäre Erfolge auf den Gesamtstoffwechsel, z. B. bei Lungentuberkulose, Zirkulationsstörungen, Menstruationsanomalien, Ulcera usw., was Verf. durch Wegfall der Giftwirkung der pathologischen Darmflora erklärt.

Haber.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 30, 23. Juni.

Ueber einige grundsätzliche Tuberkulosefragen. Schmincke.
Liquorgewinnung aus der Cisterna cerebello-medullaris durch Punktion. Kroiß und Dielmann.
Untersuchungen über die Beziehungen zwischen dem Wert des freien und gebundenen Blutaminostickstoffes zu dem Gehalt des Blutes an kernhaltigen Zellen. Becher und Hermann.
Dosierung der experimentellen Tetanusinfektion und ihre Behandlung für die Serumtherapie. Wolff-Eisner und Jahr.
Inkubationszeit. Hamburger.
Wechselinhalation. Malten.
Frühprognose der Furunkel. Schütz.
Ueber Intestinol. Hirsch.
Gibt es einen echten Salvarsan-Spätikterus? Bardach.
Gallenblasendarstellung im Röntgenbild durch Injektion mit Tetrajodphenolphthalein Merch. Schnürpel.
Atmungsregulation und ihre Störungen. Straub.
Noch ein Wort zu Martin Luthers letzter Krankheit. Vierordt.

Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 28, 9. Juli 1926.

Pathologische Steinbildung vom kolloidchemischen Standpunkt. Spiegel-Adolf.
Gallenfarbstoffbildung. Aschoff.
* Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Pfeffer.
* Klinische Bedeutung der Gaswechselbestimmung. Lublin.
Verwendung des Sexualzyklus als Test bei der Prüfung von Organextrakten. Wiesner.
Milchsäuregehalt des Blutes unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. Mendel und Bauch.
Zusatz von Gemüsebrühe zur Säuglingsnahrung. Bruchmüller und Müller.
* Therapie der Cystopyelitis im Kindesalter. Trendtel.
* Luesbehandlung mit „Albert 102“. Lewith.
Magensekretion und duodenaler Rückfluß. Rothschild.
Anbau von indischem Hanf. Sabalitschka.
Entstehung anaphylatoxinartiger Eigenschaften im Serum durch Schütteln. Dold.
Pilokarpinwirkung und Elektrokardiogramm. Herzfeld und Mosler.
Therapie der benignen Nebennieren-Hypofunktion. Hansen.
Therapeutische Prinzipien beim Asthma bronchiale. Muszkat.
Ernährungslage u. Lebenshaltung des deutschen Volkes von 1924—26. v. Tyszka.
Gustav Hauser zum 70. Geburtstage. Schridde.
25 Jahre Berliner Kinderasyl. Gottstein.

Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Das Mittel ist kein Spezifikum gegen Tuberkulose, seine Wirkung ist als Metallvergiftung aufzufassen. Das Mollgaardsche antitoxische Serum ist überflüssig und einflußlos. Direkte Wirkung des Mittels ist unwahrscheinlich; mit Fuld und Klemperer glaubt der Verfasser, daß es indirekt durch Hebung der Abwehrkraft des Körpers wirkt. In vivo besteht keine bakteriotrope Wirkung. Das Erbrechen ist wahrscheinlich eine Schwefelwirkung. Richtig ausgewählte Fälle wurden zweifellos günstig beeinflußt, besonders frische, exsudative Fälle ohne allzu starke Kachexie und Darmtuberkulose. Die streng individualisierende Anwendung des Mittels muß mit kleinen, dann allmählich steigenden Dosen begonnen werden.

Klinische Bedeutung der Gaswechselbestimmung. An Hand ausführlicher und mit vielen praktischen Versuchen illustrierter Schilderung warnt Verf. vor Ueberschätzung des klinischen Wertes der Respirationsversuche. Auch bei der differentiellen Diagnostik der Fettsucht hat die Methode noch keine sicheren Resultate ergeben.

Therapie der Cystopyelitis im Kindesalter. Blasenspülungen mit ¼ bis 1% $AgNO_3$ wirken günstig bei akuten und chronischen Fällen im frühen Kindesalter. Höhere Konzentrationen sind unbedingt zu vermeiden. Einmalige Spülung ist erfolglos, während sich 4 bis 5 Spülungen in dreitägigen Intervallen gut bewährten.

Luesbehandlung mit „Albert 102“. Das Mittel ist in spirillocider Wirkung dem Neosalvarsan unterlegen, dem Wismut aber überlegen. Rückbildung der luetischen Effloreszenzen erfolgte relativ langsam, besser nach Kombination mit Wismut. Serologisch sind die Erfolge zufriedenstellend. Nebenerscheinungen sind nach 0,2 g gering, die therapeutischen Erfolge von 0,2 g aber ebenso gut wie mit höheren Dosen. Die Durchschnittsdosis ist also 0,2 g, entsprechend etwa Dosis III (0,45 g) Neosalvarsan. Sehr bewährt hat sich das Mittel bei salvarsanüberempfindlichen Patienten in allen Luesstadien. Besonders und geradezu befreiend wirkte das Mittel hier bei seronegativen Sklerosen und in einem Falle von Lues latens. Das Präparat wird noch verbessert, wie der Erfinder soeben berichtet. Erfahrungen darüber stehen noch aus.

Nr. 29, 16. Juli 1926.

Das Reichsgesundheitsamt. Weber.
Habituelle Oligurie. Bauer.
Geheilte und heilende Formen generalisierter Tuberkulose. Klingenstein.
Einfluß körperlicher Arbeit auf die Sauerstoffsättigung und die aktuelle Reaktion des Arterienblutes Kreislaufkranker. Eppinger, Kisch und Schwarz.
Elastizitätsverhältnisse des Bindegewebes. Häbler und Pott.
Gewichtszunahme in der Malariabehandlung. Bunker.
Cholecystographie. Eimer.
Wärmehaushalt bei Dysfunktion der Blutdrüsen. Boenheim.

* Verlängerung der Lokalanästhesie durch ein Chinaalkaloid. v. Takéts u. Paunz.
Organische Eisenpräparate. Berger.
Organische Eisenpräparate. Heubner.
Die Vagina als „Testis" des Ovariums. Loewe.
Störung des Säurenbasengleichgewichts bei idiopathischer Tetanie. Mainzer.
Colorimetrische Mikro-Blutzuckerbestimmung. Mendel u. Bauch.
Neue Wasserstoffelektrode zur Messung CO_2-haltiger Körperflüssigkeiten. Schmitt.
Passive Anaphylaxie. Hajos.
Laboratoriumsbefunde bei perniziöser Anämie. Zadek.
Ernährungslage und Lebenshaltung des deutschen Volkes 1924—1926. v. Tyszka.
Eine neue Pneumothoraxnadel. Adler.
Wirkung der subkutanen Injektion von Hinterlappenextrakt der Hypophyse auf die Wasser- und Kochsalzausscheidung der Nieren. Bijlsma.
Tuberkulosetagungen in Honnef und Düsseldorf. Huebschmann.

Verlängerung der Lokalanästhesie durch ein Chinaalkaloid. Eine Kombination von Tutocain mit 0,1% Eucupin und Adrenalinzusatz bewirkt eine 24stündige Anästhesie der Operationswunde. Dies Kombinationspräparat ist wasserlöslich, sterilisierbar, verträgt sich mit Adrenalin und ist in den gebrauchten Dosen nicht toxisch. Keine Gewebsreizung, keine Störung der Wundheilung. Eine 24 Stunden währende Anästhesie hat große Vorteile im Hinblick auf Nachschmerz, subjektives Befinden, postoperativen Störungen und durch die Vermeidung dadurch hinfälliger Narkotika. Das Tutocain hat statt wie gewöhnlich ½% nur eine Konzentration von 0,2%. Eine 0,5%ige Tutocainlösung wirkt wie eine 1%ige Novocainlösung und hat in der genannten Kombination mehr Anästhesierungsvermögen als das Novocain. Das Tutocain ist gleichzeitig ein hervorragendes Antiseptikum in der Injektionsflüssigkeit und trägt viel zur Keimfreiheit der Lösung und des Operationsfeldes bei.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 27, 7. Juli 1926.

* Einiges über die Vitamine. Scheunert.

Einiges über die Vitamine. Einen kurzen interessanten Ueberblick über unsere jetzigen Kenntnisse der Vitamine gibt uns Scheunert, ohne direkt Neues zu bringen.

1. Jahrgang, Nr. 28, 14. Juli 1926.

* Ein neues wichtiges Arbeitsfeld der öffentlichen Hygiene. Nißle.
Die Preußische Landesanstalt für Wasser-, Boden- und Lufthygiene. Spotta.

Ein neues wichtiges Arbeitsfeld der öffentlichen Hygiene. Da die öffentliche Hygiene in der modernen Gesetzgebung zu wenig Beachtung gefunden hat, macht Nißle den wichtigen — und auch praktisch durchführbaren — Vorschlag, daß ohne Ausnahme alle Entwürfe, die in den Volksvertretungen des Reiches, der Länder und wenigstens auch der größeren Städte zur Entscheidung vorgelegt werden, vor der Abstimmung auf ihre gesundheitliche Wirkung geprüft und begutachtet werden, wobei zu erklären wäre, ob und aus welchen Gründen die Annahme des vorliegenden Entwurfs eine Förderung oder Schädigung der Volksgesundheit erwarten ließe.

1. Jahrgang, Nr. 29, 21. Juli 1926.

Deutsches Wohnungselend. Aust.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

2. Jahrg., Heft 7/8.

* Sportarztwesen und Stadtverwaltungen. Schrell.
Verbreitung der Syphilis. Schaede.
* Offene Fürsorge für Seelisch-Abnorme und Nervöse in Berlin und Paris. Bratz.
Aufnahme der in ärztlicher Behandlung befindlichen geschlechtskranken Personen in Frankfurt a. Main. Busch.
* Säuglingsklinik des Optantenlagers in Schneidemühl. Nahrath.
* Turnstunde. Kindermann.

Sportarztwesen und Stadtverwaltungen. Eine Organisation des Sportarztwesens ist dringend nötig. Hauptamtliche Anstellung von Sportärzten darf kein Dauerzustand werden, ist unzweckmäßig und belastet die Kommunen unnötig. Die sportärztliche Beratung und Ueberwachung der Schulkinder und Jugendlichen (Fortbildungsschüler) ist Sache der Schulärzte. Eine amtliche sportärztliche Beratung Erwachsener geht weit über das hinaus, was die Kommunen bisher zu leisten pflegen, da die individuelle Gesundheitspflege Erwachsener Sache der Sozialversicherung ist oder auf eigene Kosten geschehen muß. Man soll daher die praktische Aerzteschaft für die Sportarzttätigkeit heranziehen und dieselbe soll eine lediglich nebenamtliche Tätigkeit bleiben. Die Sportvereine sind verpflichtet, ihre Sportärzte selbst zu bezahlen; bei kleineren Vereinen oder Arbeiterorganisationen kann evtl. ein Zuschuß gegeben werden. Der Kommunalarzt ist der Vorgesetzte der Sportärzte; er hat für geeignete Ausbildungskurse zu sorgen, evtl. vorhandene Räumlichkeiten und Sporthelfer für die Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, auch das Material statistisch zu verwerten. Eine Anstellung hauptamtlicher Sportärzte lehnt Verf. ab.

Offene Fürsorge für Seelisch-Abnorme und Nervöse in Berlin und Paris. Paris hat seit 1922 eine gemeindliche offene Fürsorge für Seelisch-Abnorme. Es besteht eine poliklinische Sprechstunde an jedem Vormittag, außerdem stehen 130 Anstaltsbetten in offenen Pavillons zu Beobachtungs- und Behandlungszwecken zur Verfügung. Es sind ferner eine Anzahl Fürsorgerinnen vorhanden, die Hausbesuche machen, bekannte Kranke betreuen, neue aufspüren und heranziehen. Die Einrichtung hat sich gut bewährt: Eine ähnliche Einrichtung für Berlin zu schaffen, wäre dringend nötig. Auch hier muß Anschluß an die Anstalten (Beobachtungsstation) gesucht werden. Sie würde eine wirksame Entlastung der Irrenanstalten bedeuten. Eine Trennung der offenen Fürsorge in Fürsorge für Alkoholiker, Epileptiker, Psychopathen etc. ist unzweckmäßig und eine Verschwendung von Kraft und Geld.

Säuglingsklinik des Optantenlagers in Schneidemühl. Im August 1925 strömten die aus Polen vertriebenen Optanten zu Tausenden nach Schneidemühl. Es erwies sich als notwendig, eine Notklinik für Säuglinge einzurichten. Sie wurde behelfsmäßig in einem geräumten Lagerschuppen eingerichtet und vom Verf., der von Prof. Rietschel-Würzburg hingeschickt wurde, geführt. Sie umfaßte schließlich folgende Einrichtungen: Säuglingsabteilung in zwei Sälen mit 30 Betten, Infektionsabteilung in vier Einzelräumen mit 26 Betten, Beobachtungsabteilung in vier kleinen Räumen mit 4 Betten, Liegehalle, Baderaum für die Lagerkinder mit 8 Wannen und ein Verschlag für Höhensonne; Milchküche, Wäscherei. Alle Lagerkinder bis zum 5. Jahr wurden in gewissen Zeitabständen durchuntersucht. Es fanden sich nahezu 80% Rhachitiker. Säuglinge und Krabbler des Lagers erhielten täglich ein Bad. In die Klinik wurden aufgenommen: schwerkranke Kinder und pflegebedürftige Säuglinge der ersten Lebensmonate. Es wurde hier mit den einfachsten Mitteln ein gutes Fürsorgewerk geschaffen.

Tägliche Turnstunde. Rektor Kindermann, Halle, berichtet, wie er mit einfachen Mitteln eine tägliche Turnstunde für seine Schule organisiert hat. Es wechselt ab mit der eigentlichen Turnstunde der Schwimmunterricht, das Brausebad und der Spielnachmittag. Die geistige Leistungsfähigkeit der Kinder wird durch die tägliche Turnstunde nicht herabgesetzt. Die Ausgaben, die durch die Mehranstellung von Turnlehrern entstehen, machen sich reichlich bezahlt.

2. Jahrg., Heft 9.

* Wirtschaftliche Ausgestaltung der kommunalen Wohlfahrtspflege durch Kommunalarzt und Fürsorgerin. Langerdörfer.
* Ausbildung der Kommunalärzte. Korach.
Messungen und Wägungen in ihrer Bedeutung für die Klassenarbeit. Mosig.
* Ueber orthopädisches Turnen (Sonderturnen) in den Schulen. v. Vagedes.

Wirtschaftliche Ausgestaltung der kommunalen Wohlfahrtspflege durch Kommunalarzt und Fürsorgerin. Verf. macht einige beachtliche Vorschläge, um die in der Nachkriegszeit immer höher anschwellenden Kosten für Wohlfahrtspflege herabzumindern. U. a. setzt er sich ein für eine vereinfachte Organisation, derartig, daß die Einheitsfürsorgerin eingeführt wird, die im Hauptfach Gesundheitsfürsorgerin sein muß. Sie muß die Aufgaben der Gesundheits- und der Wohlfahrtspflege gleichmäßig wahrnehmen und untersteht dem Kommunalarzt. Auf 8000 Einwohner soll eine Fürsorgerin kommen. Er macht ferner den sehr beachtlichen Vorschlag, die Fürsorgerinnen den Volksschullehrerinnen in der Gehaltsgruppe gleichzustellen und ihnen überall Beamteneigenschaft zu geben.

Ausbildung der Kommunalärzte. So vielgestaltig die Tätigkeitsbereiche der Sozialärzte sind, so vielgestaltig sind die Ausbildungswege, die zum Kommunalarzt führen. Man hüte sich vor Schematisierung. Der Student sollte schon auf der Universität mehr als bisher Gelegenheit haben, die sozialhygienischen Probleme kennen zu lernen. Die sozialhygienischen Akademien sind durch die kreisärztlichen und gerichtsärztlichen Kurse sehr stark belastet, so daß vielfach die neuen sozialhygienischen Fächer zu kurz kommen.

Ueber orthopädisches Turnen. In Spandau besteht seit 1921 ein Schulsonderturnen. 25% der Schulkinder weisen Schiefhaltungen oder Rückgratsverkrümmungen auf, 7 bis 10% fixierte Skoliosen. Die Lehrkräfte müssen für das Sonderturnen eine besondere orthopädische Ausbildung haben, die Kurse müssen klein bleiben, höchstens 20 Kinder in 4 Wochenstunden. Spiele im Freien genügen nicht zur Verhütung und Heilung von Skoliosen. Geeignete Freiübungen und

Kriechübungen müssen gemacht werden. Apparate sind für das Schulsonderturnen überflüssig. Es soll möglichst mit entblößtem Oberkörper geturnt werden.

Paula Heymann, Berlin.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

152., Heft 1/2, Juli.

* Anaemia perniciosa im Gefolge sehr protrahierter typhöser Erkrankungen. Reiche.
Pupillenungleichheit und vegetative Asymmetrie bei Postencephalitis. Hansen und Goldhofer.
* Konstitutionstypen der Idiosynkrasie. Günther.
Vom Aneurysma dissecans der Aorta. Hanser.
Verhalten der Xanthoproteinreaktion im enteiweißten Blut unter normalen und pathologischen Verhältnissen; die Xanthoproteinkolometrie bei Krankheiten. Becher und Hermann.
Wichtigkeit und Bedeutung einer einheitlichen Methodik bei der Beurteilung gefärbter Blutausstriche. Piney.

Anaemia perniciosa im Gefolge sehr protrahierter typhöser Erkrankungen. Die Auffassung, daß sich eine in allen ihren Zügen perniziosagleiche Anämie ursächlich aus ganz ungewöhnlich hingezogen verlaufenen Paratyphuserkrankungen entwickeln kann, wird mit der Schilderung von 2 autopsistisch gesicherten Fällen belegt. Durch lange klinische Beobachtung war für den einen Fall eine mit 3½ Monaten weit über normalen Heilungsverlauf typhöser Darmulcerationen hinausgehende Krankheitsdauer erwiesen, während im zweiten Fall der Typhus sich über 8 Monate erstreckte, jedenfalls viele Monate vor Eintritt der mit Hunterscher Glossitis einsetzenden Anämie begann. Es ist wahrscheinlich, daß bei derartig protrahierten typhösen Erkrankungen durch Vermittlung langdauernder Toxinwirkungen ein Grund gegeben ist für die Entwicklung perniziösanämischer Blutveränderungen entweder infolge direkter lokaler Knochenmarksschädigung (Einschwemmen und lange Haftung der Erreger in dem Knochenmark unter Bildung von Nekrosen) oder eher infolge einer lähmenden Wirkung der Typhustoxine auf den blutbildenden Apparat, die sich für gewöhnlich zwar auf eine Hemmung der Granulozytenausschwemmung beschränkt, jedoch bei sehr langem Bestehen der Krankheit irreparable Schädigungen der Erythropoese bedingt. Für die jetzt vielfach verfochtene Theorie der intestinalen Entstehung des Morbus Biermer sind derartige Fälle von größter Bedeutung.

Konstitutionstypen der Idiosynkrasie. Die Idiosynkrasie stellt eine auf besonderer konstitutioneller Grundlage entstandene Form der Anaphylaxie dar. Sie beruht nicht auf einer Ueberempfindlichkeit des Organismus, sondern auf einer Andersempfindlichkeit infolge anaphylaktischer Umstimmung. Während für gewöhnlich Anaphylaxie durch vorhergehende parenterale Zuführung von körperfremdem Eiweiß als Antigen erzeugt wird, erfolgt bei der Idiosynkrasie die Entstehung des körperfremden Eiweiß durch anormale Vorgänge in dem dazu konstitutionell disponierten Organismus selbst.

Das Studium der anaphylaktischen Erscheinungen bei der Antipyrin-Idiosynkrasie ergibt, daß sich die befallenen Individuen nach 3 konstitutionellen Reaktionstypen sondern lassen. Die Pyretiker reagieren mit einem häufig von Schüttelfrost eingeleiteten Fieberanfall, umschriebenen Schmerzen bei pathologischen Krankheitsprozessen und den verschiedensten fixen oder universellen Exanthemen. Die Gruppe der Oxyphilen bietet die Symptome des Asthma bronchiale, der Urticaria und der angioneurotischen Oedeme bei Eosinophilie des Blutes. Bei der dritten Gruppe endlich findet sich das Syndrom des Herpes orogenitalis (Herpeseruption der Lippe, Zungenschleimhaut des Gaumens und der Genitales). Das männliche Geschlecht zeigt eine Prädisposition für diesen Herpetismus. Die Arzneimittelidiosynkrasie läßt sich nicht experimentell übertragen, da im Körper des Versuchstieres die ausschlaggebende konstitutionelle Disposition fehlt.

Biberfeld.

Zeitschrift für Tuberkulose.

45., Heft 5.

Rolle der sozialen Faktoren in der Tuberkulosemortalität. v. Friedrich-Budapest.
* Eigenserumbehandlung der Lungentuberkulose. Weicksel.
* Entstehung der paradoxen Zwerchfellbewegung. Dünner und Mecklenburg.
* Züchtung von Tuberkelbazillen aus mikroskopisch negativem Material. Schmidt und Sylla.
* Methodik der Lungenspitzenperkussion. Einls.
* Wirkung der Massenimpfungen nach Friedmann auf die Tuberkulosesterbestatistik. Szalai-Ungarn.
* Euphorie der Phthisiker. Hoffstaedt.
Bekämpfung der Rindertuberkulose in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Haupt.

Eigenserumbehandlung der Lungentuberkulose. Aus 10 ccm Patientenblut, welches einen Tag im Eisschrank stehen bleibt, erhält man durch Zentrifugieren 3 bis 4 ccm Serum. Dem Serum wird nach dem Vorgehen von Königsfeld 5prozentige Karbolsäurelösung im Verhältnis von 10 : 1 zugesetzt. Das so entstandene karbolisierte Serum ist wochenlang haltbar. Es wird zweimal wöchentlich subkutan gegeben, Anfangsdosis 0,1 ccm, langsam, unter Beachtung von Reaktionen, steigend auf 1,0 bis höchstens 2,0 pro dosi. Die Serumtherapie ist ein sehr mildes und ungefährliches Behandlungsverfahren. Besonders geeignet für die Behandlung sind die beginnenden und die zum Stillstand neigenden Fälle. Eine gewisse spezifische Wirkung der Eigenserumtherapie ist anzunehmen, war doch eine Steigerung der Hautempfindlichkeit gegenüber Tuberkulin im Verlaufe der Behandlung zu beobachten.

Entstehung der paradoxen Zwerchfellbewegung. Experimentelle Studie, welche die Entstehung der — nach Phrenicusexairese häufig zu beobachtenden — paradoxen Zwerchfellbewegung lediglich durch Aenderung des intrapleuralen Druckes zu erklären versucht.

Züchtung von Tuberkelbazillen aus mikroskopisch negativem Material. 35 Sputa und 5 Urine, welche mikroskopisch, auch nach dem Antiforminverfahren, tuberkelbazillennegativ waren, wurden kulturell auf verschiedene Nährböden untersucht. Der Bazillennachweis gelang auf diese Weise nur zweimal, während der Tierversuch neunmal positiv ausfiel. Das feinste Reagens auf Tuberkelbazillen bleibt demnach immer noch die Verimpfung des verdächtigen Materials auf Meerschweinchen.

Methodik der Lungenspitzenperkussion. Eine gute Orientierung über den Zustand der Lungenspitzen gestattet die unmittelbare Perkussion der Schlüsselbeine. Ein Klavikel dient als natürlicher Plessimeter. Es wird im Stehen perkutiert. Bei ruhiger Atmung orientiert man sich über den Schallunterschied zwischen den beiden Lungenspitzen. Aehnlich der Kreuzfuchsschen Methodik bei der Röntgendurchleuchtung wird nun der Patient aufgefordert, tief, aber nicht brüsk einzuatmen. Die freie Lungenspitze wird bei der Inspiration lufthaltiger, es kommt zur Aufhellung des Perkussionsschalles, während bei der befallenen Lungenspitze der Perkussionsschall als mehr oder weniger verkürzt wahrgenommen wird.

Wirkung der Massenimpfungen nach Friedmann auf die Tuberkulosesterbestatistik. Verf. hat seit 1922 in einem Vorort von Budapest mehr als 3000 Einwohner mit dem Friedmannschen Heilmittel behandelt. Die Sterblichkeitsziffer der Stadt an Tuberkulose ist im Zeitraum von 1922—1925 um 30% gesunken, ohne daß die Stadt sonstige Vorkehrungsmaßnahmen getroffen hätte. Verf. glaubt die Abnahme der Tuberkulosemortalität auf seine Friedmannimpfungen zurückführen zu sollen und „hofft in weiteren 1—2 Jahren die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer soweit herabzudrücken, daß die Wirksamkeit des Mittels außer Frage gestellt ist.“!

Euphorie der Phthisiker. Die paradoxe Euphorie der Phthisiker läßt sich als Teilerscheinung der tuberkulotoxischen Vergiftung erklären. Sie kommt auf dieselbe Weise zustande wie die charakteristischen psychischen Veränderungen durch Rauschgifte und andere bekannte exogene Faktoren. Als Angriffspunkt ist das vegetative Nervensystem anzusehen.

H. Zwerg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

63., Heft 3/4, Juli 1926.

* Beitrag zur Frage der chronischen Albuminurie im Kindesalter. Faerber und Demetriades.
Ueber den Leukozytengehalt der Niere des Neugeborenen und des Säuglings. v. Trossel.
* Zur Frage der Aetiologie des Erythema nodosum. Kundratitz.
Ueber die Diphterie und einige mit diesem Problem zusammenhängende Fragen. v. Szóntagh.
Weitere Untersuchungen zum Fieberstoffwechsel. Der Säure-Basenhaushalt im Fieber. Beck.
Zur Frage der angeblichen Sensibilisierung von Säuglingen gegen Tuberkulin mittels kombinierter intrakutaner Impfung von Kuhpockenlymphe plus Tuberkulin. Fedders und Goerber-Kaufmann.
* Bakteriologische Befunde bei Masernpneumonien. Henning.

Beitrag zur Frage der chronischen Albuminurie im Kindesalter. Mitteilung von 4 Fällen, die wegen einer chronischen Albuminurie, die bei 2 Fällen sogar mit Cylindrurie vergesellschaftet war, als chronische Nephritiden behandelt worden sind. Erst die genauere klinische Untersuchung brachte die Klärung dieser chronischen Albuminurien im Sinne einer orthostatisch-lordotischen Albuminurie vom Typus der funktionellen Daueralbuminurie (Jehle). In allen Fällen konnte durch kyphotische Lagerung des Patienten Eiweiß und Sediment in wenigen Stunden zum Verschwinden gebracht werden, während bei der im Anschluß daran eingenommenen lordotischen Körperhaltung stets wieder das Auftreten von Albumen (Essigsäurekörper bzw. Serumalbumin) und Sediment erzwungen werden konnte.

Zur Frage der Aetiologie bei Erythema nodosum. Beobachtungen an 81 Fällen ergaben in 100% positive Tuberkulinreaktionen. In den Erythema nodosum Effloreszenzen konnten reaktionsfördernde Substanzen für Tuberkulin (Prokutine) nachgewiesen werden. Dies veranlaßt den Autor mit Ernberg das Erythema nodosum als eine Autotuberkulinreaktion des Organismus anzusprechen, die als ein Frühsymptom einer beginnenden Tuberkulose aufzufassen ist. Im allgemeinen bedeutet das Auftreten eines Erythema nodosum im Rahmen der Tuberkuloseinfektion das erste Signal „Gefahr im Verzuge“, trotzdem ist in der Mehrzahl der Fälle die Prognose dieser Tuberkulosen nicht ungünstig.

Bakteriologische Befunde bei Masernpneumonien. Die mit Recht gefürchteten Masernpneumonien des Kleinkindes erwiesen sich in sämtlichen Fällen mit letalem Ausgang als Streptokokkensepsis. Der Nachweis von hämolytischen Streptokokken auf der Hustenplatte hat eine entscheidende Bedeutung für eine Prognosis pessima bei der Bronchopneumonie von masernkranken Kindern. Strengste Isolierung wegen der hohen Contagiosität und Virulenz derartiger Fälle.

Jahr.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

32., Heft 5.

Zehn Jahre Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge. Moll.
Günstige Einwirkung des Wärmeschirmes (nach Moll) bei der Behandlung von Hautkrankheiten des Säuglings. Allina.
Erholungsfürsorge als Mittel zur Bekämpfung der Kindertuberkulose. Eberhartinger.
Ernährungsstudien bei atrophischen Säuglingen. Franke und Wittenberg
Beobachtung der nervösen Anorexie im Kleinkindesalter. Loewy.
Kaseinfreie Einstellungsdiät bei Durchfallsstörungen im Säuglingsalter. Moll.
Das durchfällige Brustkind und seine Behandlung mit Calciamilch. Neubauer.
Entstehung des Erysipels. Reimann.
Ernährung des Kindes im Alter von 1—6 Jahren. Strarsky.
Bestimmung des Fettgehaltes in kleinen Milchmengen. Tavs.
Durchfälle mit Spirillenbefund im Säuglingsalter. Trias.
Kenntnis der Gonorrhoe im Kindesalter. Wengraf.
Die Milchzuckerbestimmung in kleinen Mengen von Frauenmilch. Wittenberg.

Festschrift anläßlich des 10 jährigen Bestehens der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien.

Jahr.

32., Heft 6, Juli 1926.

Vorkommen von Gasbazillen bei Melaena neonatorum. Hergt.
Anwendung der abgerahmten sauren Milch im Säuglingsalter. Popowa.
Sinusthrombose mit allgemeiner Sepsie beim Kinde im Spielalter — Heilung. Ochsenius und Sonnenhalb.

33., Heft 1, Juli 1926.

* Aktive Schutzimpfung gegen Ruhr im Säuglings- und Kindesalter. Weise.
* Nebenhöhleneiterungen beim Säugling. Kahn.
Helminthiasis mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Brüning.
Physiologie und Pathologie des Neugeborenen. Reuss.

Aktive Schutzimpfung gegen Ruhr im Säuglingsalter. Durch aktive Immunisierung sämtlicher Aufnahmen (479) der Leipziger Kinderklinik durch zweimalige intrakutane Injektionen von 0,1 ccm abgetöteter Ruhrbazillen der Flexnergruppe wurde eine ausgezeichnete Prophylaxe erzielt und so Hausinfektionen vermieden. Die Injektionen wurden in Abständen von 7 Tagen vorgenommen. Allgemeinerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Lokalerscheinungen waren nur sehr gering.

Nebenhöhleneiterungen beim Säugling. Beschreibung von 5 Fällen von eitriger Sinusitis beim Säugling. Beginn als einseitiger eitriger Schnupfen, der bald gefolgt ist von starker Schwellung der Lider des Auges derselben Seite, starke Protrusio bulbi meist nach vorn und außen. Livide Verfärbung der Conjunctiva tarsi, die aufgelockert erscheint im Gegensatz zur Conjunctiva bulbi, die jede Schwellung und Gefäßinjektion vermissen läßt. Stets starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, verfallenes graues Aussehen, Temperaturen über 40°, beschleunigte Atmung. Prognose stets dubiös. Von 5 Fällen starben 3, davon 1 im Anschluß an die vorgenommene Operation. Von den beiden geheilten Fällen trat einmal die Wendung zum Besseren unter profuser Eitersekretion aus der Nase ein, im anderen Falle nach Spontanperforation des Augenlidabszesses.

Jahr.

Archiv für Kinderheilkunde.

78., 2./3. Heft, 1926.

Hydrocephalus occultus, cerebrale Rachitis und Hydrocephalus rachiticus. H. Koeppe.
Cardiazol in der Kinderheilkunde. A. Sindler.
* Erfahrungen mit Diphtherie-Antitoxin. H. Nothmann.
Verhalten des kindlichen Blutes bei Infektion mit Eitererregern. E. Stettner.
Unheilbare Rachitis. A. Schier und A. Stern.
Geburtsgewicht und Vitaminzufuhr. H. Abels.
Behandlung des Ikterus beim Neugeborenen. P. Keufmann.
Zwillingspathologie. J. Siegl.
Milzpunktion im Säuglingsalter. E. Nassau.
Feersche Krankheit. A. Bratusch-Marrain.

Erfahrungen mit Diphtherie-Antitoxin. Ueber die aktive Schutzimpfung mit neutralen Diphtherie-Antitoxingemischen läßt sich nach den Erfahrungen des Verfassers folgendes sagen: Bei Verwendung einwandfreien Materials ist die Methode ungefährlich. Bei sorgfältig ausgewählten Kindern von 1 bis 6 Jahren bewirkt die Methode in etwa 10 % der Fälle lokale oder allgemeine Reaktionen, und zwar sind solche Reaktionen um so häufiger, je älter die Kinder sind. Beim Auftreten von Reaktionen muß man an Konstitutionsanomalien denken. Als Maßnahme des offenen Seuchenschutzes ist die Methode zu verwenden. Kontraindikationen sind Tuberkulose, Skrophulose, exsudative Diathese, Neuropathie, Erkrankungen des vegetativen Nervensystems, der Nieren, des Herzens, psychische Anomalien, Rekonvaleszenz von akuten Infekten. Eine positive Tuberkulinreaktion ohne klinischen Tuberkulosenbefund ist jedoch keine Kontraindikation.

Pogorschelsky, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 26.

Ergebnisse der Prüfung von 100 Seren auf die Dienstsche Schwangerschaftsreaktion. Fink.
Placenta accreta über multiplen interstitiellen Myomen. Ecke.
Seltene Peritonitisursache nach Kaiserschnitt. Schultheiß.
Der subkutane hohe Fascienquerschnitt. Mansfeld.
Möglichkeit der Beeinflussung geeigneter Fälle von primärer weiblicher Sterilität durch operative Maßnahmen am Ovarium und am Tubenostium. Isbruch.
Technik der tubaren Sterilisation. Peitmann.
Geburtshilfliche Untersuchung bei Kopflagen bzgl. der Position, der Fruchtwassermenge und der Deflexionshaltung. Hochenbichler.
* Compral, ein neues Analgetikum. Jaeger.
Autohämotherapie bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren. Malinin.

Compral, ein neues Analgetikum. Durch Verbindung eines sedativen und eines antipyretischen Heilmittels (Voluntal und Pyramidon) wird eine intensive, aber unschädliche schmerzstillende Wirkung erzielt. Das Mittel wurde zuerst nur bei zu schmerzhaften Nachwehen verabreicht und zwar durchweg mit gutem Erfolg, dann auch bei Stillbeschwerden infolge zu heftigem Einschießen der Milch, und endlich bei der spastischen Dysmenorrhoe. Besonders hier war der Erfolg regelmäßig und sehr befriedigend. Dosierung 1—3mal tägl 1—2 Tabletten. Der Erfolg tritt nach 15—30 Minuten ein. Herstellende Firma ist die I. G. Farbenindustrie A. G., Werk Leverkusen.

Nr. 27.

Physikalisches zur Landekerschen Ultraviolettbehandlung. v. Schubert.
* Schwangerschaftsstreifen und Konstitution. Seynsche.
Milchsäuregehalt des Schwangerenbluts. G. K. F. Schultze.
Aetiologie der Uterusruptur während der Geburt. Lederer.
Stumpfkarzinome nach supravaginaler Amputation myomatöser Uteri. Isbruch.
* Behandlung entzündlicher Unterleibserkrankungen mit Yatren-Kasein. Voelcker.
Zwei operierte Fälle von Uterus duplex bicornis. Sztehlo.

Schwangerschaftsstreifen und Konstitution. An 250 Frauen wurden die Beziehungen zwischen Konstitution und Striaebildung untersucht. Nach Ansicht des Verf. treten beim voll ausdiffenzierten Weib in der großen Mehrzahl der Fälle reichlich Dehnungsstreifen auf, während sie bei der mehr männlich differenzierten Frau in ihrer Häufigkeit stark zurücktreten und sehr oft ganz fehlen. Bei Hypoplastischen, Asthenischen und Dysplastischen ist die Entstehung der Dehnungsstreifen in gewissem Grade abhängig von den mehr männlichen bzw. mehr weiblichen Attributen dieser Gruppe. Der Einfluß mehrerer Schwangerschaften auf den Grad der Striaebildung ist gering, ebenso spielt auch das Lebensalter der Frau zur Zeit der ersten Geburt eine untergeordnete Rolle. Die Ursachen der verschiedenen Verteilung der Dehnungsstreifen auf die einzelnen Konstitutionstypen sind in dem der jeweiligen Gesamtkonstitution entsprechenden Zustand der Haut einschließlich des Unterhautfettgewebes, der Muskulatur und des Bindegewebes zu suchen.

Behandlung der entzündlichen Unterleibserkrankungen mit Yatren-Kasein. In Uebereinstimmung mit anderen Autoren sieht

Verf. in der Yatren-Kasein-Therapie der entzündlichen Unterleibserkrankungen eine wertvolle Bereicherung der konservativen Heilmethoden. Ausschlaggebend für den Erfolg ist die richtige Dosierung, die sich nach der Stärke der Herd- und Allgemeinreaktion zu richten hat. Bei akuten Fällen sind im allgemeinen starke, bei chronischen Fällen schwache Reize in öfterer Wiederholung angezeigt. Bei ganz akuten, hochfieberhaften Erkrankungen ist Vorsicht geboten. Bettruhe und Wärme sind wichtige Unterstützungsmomente der stationären Therapie. Jedoch lassen sich subakute und chronische Fälle auch bei ambulanter Behandlung günstig beeinflussen. Für die kleine Zahl von Fällen, die sich gegen die Yatren-Kasein-Therapie refraktär verhält, ist Wechsel des Reizmittels, Diathermie, und bei chronischen Prozessen Operation angezeigt.

Nr. 28.

* Manuelle Entfernung von „festsitzenden" Blutkoagula und Eihautresten aus dem Uterus bei Nachgeburtsblutungen. Prager.
Luesdiagnose durch Dunkelfeldnachweis der Spirochäten in der Nabelschnur. Philipp und Gornick.
Milchsäureentwicklung in der lebenden menschlichen Plazenta und Milchsäuregehalt des Bluts in der Schwangerschaft. Loeser.
Salpingostomatoplastik und Gravidität. Heimann.
Entwicklung von Sport und Leibesübungen der Frau, ihre prophylaktische und therapeutische Bedeutung in der Gynäkologie. Wiegels.
Uterussonde und Sterilitätsbehandlung. Pfeilsticker.
Kritische Bemerkungen zur sog. Eierstockbestrahlung. Temesvary.
* Laminariastifte.
Sechs Fälle künstlicher Vaginabildung nach Baldwin bei angeborenem Scheidendefekt. Rabinowitsch.

Manuelle Entfernung von „festsitzenden" Blutkoagula und Eihautresten aus dem Uterus bei Nachgeburtsblutungen. Retinierte Blutkoagula und Eihautreste im puerperalen Uterus sind eine Blutungsursache und müssen entfernt werden. Dies gelingt nicht durch Expression oder Sekalemedikation, sondern nur durch manuelle Entfernung der retinierten Teile bzw. Koagula. Aseptisches Arbeiten vorausgesetzt, bildet der Eingriff keine Gefahr für die Wöchnerin. Auch dem praktischen Geburtshelfer wird diese aktive Methode als einzig zuverlässig empfohlen.

Laminariastifte. Die Erweiterung des Cervicalkanals mittels Hegar'schen Dilatatoren in einer Sitzung ist allgemein zugunsten der Laminaria-Dilatation verlassen. Cervixrisse, Narben und spätere Stenosen sind hier nicht in dem Maße zu befürchten, wie bei der bruesken manuellen Dehnung. Laminariastifte sollen jedoch nie über 24 Stunden liegen bleiben, sonst Gefahr der Sekretstauung und Fieber! Gebogene Hohlstifte, wie sie die Firma Bürger herstellt, sind nach Ansicht des Verf. besonders empfehlenswert.

Schwab, Hamburg.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

Juni 1926.

Vererbung der Farbenblindheit. Siemens.
Eine Lichtfläche zur Normierung der Helladaptation. Drescher und Trendelenburg.
Vitalfärbung des vorderen Augenabschnittes. Hoffmann.
Verbesserungen an meinem Nystagmographen. Ohm.
Schemata zur Einzeichnung von Doppelbildern und Augenstellungen. Paul.
* Rekurrenserkrankungen des Auges. Löhlein.
Angeborene Staphylome. Peters.
Aus dem Unterlid entfernte Filaria loa. Volmer.
Zur Klinik der Augentuberkulose. Löwenstein.
* Einige Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel. Hippel.
Heilung einer sympathischen Ophthalmie. Undelt.
Vakzinetherapie bei Orbitalentzündungen. Segelken.
* Insulin und Augendruck. Richter.
Glaukosantherapie bei Glaukom. Archangelsky.
Das stärkste Miotikum. Hamburger.
Indikationsbreite der Zyklodialyse. Kreutzfeldt.
Eine Methode für Akinesie bei Augenoperationen. van Heuven
Somnifenbetäubung bei Augenoperationen. Krebs.
Glaskörpervorfall nach Diszissionen. Spir.

Rekurrenserkrankungen des Auges. Es handelt sich um zwei Fälle mit diffuser Iritis im Verlauf einer Malariakur bei progressiver Paralyse. Der Verlauf war gutartig. Die Beobachtungen decken sich mit denen russischer und polnischer Aerzte bei spontaner Rekurrensfälle, bei denen Iritis in 2—10 % der Fälle vorkommen.

Einige Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel. v. Hippel sah nicht unbeachtliche Erfolge bei der Behandlung der großknotigen tuberkulösen Iritis, die nach seiner Auffassung in erster Linie für die „Friedmann"-Behandlung in Betracht kommen. Die zweite Gruppe betrifft die „skrofulöse" Keratokonjunktivitis bei Kindern. Behandelt wurden 9 Fälle. Eine günstige Einwirkung wurde nicht festgestellt.

Insulin und Augendruck. Versuche am Kaninchen. Es gelang prompt durch Insulin den Augendruck von 18 mm Hg auf 30—35 mm Hg zu erhöhen. Trat bei Ueberdosierung hypoplykaemisches Koma ein, so sank der Druck auf Null, um nach Suprarenininjektion wieder auf normale Höhe zu steigen. Diese Wechselwirkung zwischen Insulin und Suprarenin ließ sich mit der Sicherheit eines Experimentes wiederholen.

Meesmann, Berlin.

Zeitschrift für Augenheilkunde.

Juni 1926.

Nervenfaserverlauf durch das Chiasma. Wilbrands.
Ungewöhnliche Hemianopsia inferior. Lehmann.
Iridodialyse und Sphinkterriß. Dohrmann.
* Behandlung des Trachoms mit intravenösem Kupferammoniumsulfat. Meerhoff.

Behandlung des Trachoms mit intravenösen Kupferammoniumsulfat. Verf. hat Versuche gemacht mit intravenösen Injektionen von frisch bereiteter 4% Kupferammoniumsulfatlösung. Die Wirkung soll ausgezeichnet sein. Behandelt wurden bis jetzt 6 Fälle.

Juli 1926.

Seltene luetische Krankheiten des Auges. Fuchs.
Eineiige Zwillinge. Beckershaus.
Entwicklung und Behandulng des Pterygiums. Bistis.
* Innerliche Behandlung der Augentuberkulose mit Partialantigenen Deycke. Beaucany.
Behandlung chronischer Tränensackfisteln. Loose.

Innerliche Behandlung der Augentuberkulose mit Partialantigenen von Deycke. Nach Deycke wird zur innerlichen Verabreichung dasselbe M. Tb. R. verwandt, wie zur Injektionskur gegeben wird: vom 1.—6. Tage (1 : 100 000 Millionen) beginnend mit 2 Tropfen, steigend bis 14 Tropfen; vom 7.—12. Tage (1 : 10 000 Millionen) beginnend mit 2 Tropfen, steigend bis 14 Tropfen; vom 13. Tage ab (1 : 1000 Millionen) beginnend mit 2 Tropfen usw.

Behandelt wurden in dieser Weise 50 Fälle. Subjektiv gut vertragen. Bei Temperatur über 38° Unterbrechung der Kur. Die Erfolge waren befriedigend, am besten bei den „skrofulösen" Keratokonjunktivitiden und der Tbc. Uveitis. Ambulante Behandlung ist durch der Einfachheit der Verabreichung. Ambulante Behandlung ist durchaus möglich.

Meesmann, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 27, 1. Juli 1926.

Darstellung und Kenntnis biologisch wirksamer Leukozytenkörper. Neumann.
Herzflimmern und elektrischer Strom. Haberlandt.
Prognostische und diagnostische Verwertbarkeit der Senkungsgeschwindigkeit bei Lungentuberkulose. Mayrhofer.
Halogenlösung zur Wundbehandlung. Albrecht.
* Jodgehalt der Schilddrüsenpräparate und ein neues Thyreoidinpräparat. Lenk und Liebesny.
Antigenes Vermögen der Lipoide. Ornstein.
Neue Leukofarbstoffprobe für den Nachweis okkulter Blutungen in den Faeces. Usami.
Grippeepidemie unter Schulkindern. Rosenblüth.
Wie entwickelt sich eine Atherosklerose der Nieren? Kollert.
Welche Grundsätze sind in bezug auf erste Hilfe und Behandlung bei Knochenverletzungen zu beachten? Böhler.
Ueber die geplante Studienordnung für Mediziner. Meyer.

Jodgehalt der Schilddrüsenpräparate und ein neues Thyreoidinpräparat. Die im Handel befindlichen Schilddrüsenpräparate zeigen große Unterschiede im Jodgehalt, wodurch das Auftreten von kardiovaskulären Störungen bei der Medikation mancher Präparate erklärt werden kann. Nur leicht resorbierbare Präparate sind von konstanter Wirksamkeit. Das auf Grund dieser Erwägungen hergestellte Schilddrüsenpräparat „Thyreoidea konstant Chewesto" hat einen Jodgehalt von 0,2 mg pro Tablette und ist leicht resorbierbar.

Nr. 28, 8. Juli 1926.

Notwendigkeit einer Qualitätsdiagnose bei der Lungentuberkulose. Neumann.
Ambulatorische Behandlung der kongenitalen Lues. Orel und Wimberger.
Neuere bakteriologische Befunde bei Balanitis gangraenosa. Scherber.
* Perorale Novasuroltherapie. Saxl.
* Resorption von Insulin durch Beigabe von Saponin. Lasch und Brügel.
Todesfälle nach Diphtherieimmunisierung im Badener Säuglingsheim. Fischl.
Prognostische und diagnostische Verwertbarkeit der Senkungsgeschwindigkeit bei Lungentuberkulose. Mayrhofer.
Einführung der Pharmakognosie in den Lehrplan der Mediziner. Wasicky.
Wie wirken die Mineralwasser in Bad Hall bei Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose? Spitzmüller.

Perorale Novasuroltherapie. Bei peroraler Verwendung von Novasurol (0,2 in einer gehärteten Gelatinekapsel) tritt eine leichte Steigerung der Wasserausscheidung auf, die bei längerer Darreichung des Medikamentes meist anhält. Indiziert ist die Therapie bei Wassersüchtigen, die durch Novasurolinjektionen entwässert wurden, um die Wiederkehr der Oedeme zu verhindern. In manchen Fällen führt die perorale Therapie eine vollständigere Entwässerung herbei als die vorangegangene Injektionsbehandlung. Durch die gleichmäßigere Entlastung des Wasserhaushaltes fühlen sich die Patienten wohler als nach den Injektionen. Das Medikament wird meist gut vertragen. Dosierung: 1 Kapsel täglich nach dem Frühstück, in leichteren Fällen jeden zweiten Tag. Kontraindikationen wie bei der Injektionstherapie mit Novasurol.

Perorale Resorption von Insulin durch Beigabe von Saponin. Durch Beigabe von Saponin konnten mit kleinen Insulingaben langdauernde Hypoglykämien erzeugt werden. Verwendet wurde Saponinum purum albissimum Merck 0,5 g, gelöst in 20—30 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung, dazu Insulin 10—20 klinische Einheiten. Die Methodik ermöglicht die perorale Insulinbehandlung des Diabetes.

Nr. 29, 15. Juli 1926.

Chemie des Verdauungsapparates. Glaessner.
Infektionen mit leukämischem Blutbild. Herz.
Papillom der Nabelschnur. Blau.
Fällungen im Insulin mit normalem Serum. Ornstein und Mera.
Bluttransfusion bei einem Fall von Hämophilie und die Blutgruppenbeziehungen in einer hämophilen Familie. Moritsch.
Targesin, neues kolloidales Silberpräparat zur Gonorrhoebehandlung. Ullmann.
Ambulatorische Behandlung der kongenitalen Lues. Orel und Wimberger.
Perorale Luesprophylaxe. Heymann.
Wie wirken CO_2-Bäder bei Herz- und Gefäßerkrankungen; wann sind sie indiziert und wann kontraindiziert? Hoffmann.

Nr. 30, 22. Juli 1926.

Chronische Obstipation und ihre chirurgische Behandlung. Finsterer.
Wasserbilanz und Blutzuckerspiegel in ihrer Beziehung zum Bluteiweißbild. Adamek, Driak und Starlinger.
Trommelschlägelfinger bei Herzkrankheiten. Ozyhlarz.
Serodiagnose der Syphilis in der Schwangerschaft. Klaften.
✦ Morphologische Blutuntersuchung als diagnostisches Hilfsmittel im Säuglingsalter. Stransky.
Operative Behandlung des Klappohres. Eitner.
Können die Heilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose mehr leisten? Götzl.
Gegenwärtiger Stand und Probleme der Geisteskrankenfürsorge in Wien. Dreikurs.
Welche Krankheitsbilder des Säuglingsalters werden auf Anaphylaxie zurückgeführt und welche Therapien kommen dabei in Betracht? Mautner.

Morphologische Blutuntersuchung als diagnostisches Hilfsmittel im Säuglingsalter. Die hochgradige Reaktionsfähigkeit des jugendlichen hämatopoetischen Apparates ermöglicht es in unklaren Fällen, mit Hilfe der morphologischen Blutuntersuchung zur richtigen Diagnose und Prognose zu gelangen. Eine Leukozytose mit prozentueller Vermehrung und Linksverschiebung der neutrophilen Zellen läßt an eine septische Infektion denken, bevor noch Lokalerscheinungen vorhanden sind (z. B. Osteomyelitis, eitrige Meningitis). Die Pyodermie kann von einer unter dem Bilde der Pyodermie einhergehenden Pyämie dadurch unterschieden werden, daß die letztere eine progrediente Anämie aufweist. Die Leukozytose ist bei den benignen Pyodermien oft stärker. Bei der Erythrodermia desquamativa ist ein Fortschreiten der Anämie und Leukozytose prognostisch ungünstig; in unklaren Fällen spricht eine Eosinophilie gegen diese Krankheit und für exsudative Diathese. Atypische Pertussisfälle können aus einer hochgradigen Leukozytose (20 000—40 000) richtig diagnostiziert werden. Ernährungsstörungen im Säuglingsalter üben keinen Einfluß auf das leukozytäre Blutbild aus.

Pick, Wien.

British medical Journal.

Nr. 3417, 3. Juli.

Epilepsie. Wilson.
Beeinflussung der Kalziummenge im Speichel durch diätetische Maßnahmen. Pattison.
✦ Pleuraerguß als Komplikation des Pneumothorax. Burrel.
Chronischer Obstruktionsikterus mit herdförmigen Nekrosen in der Leber und myeloider Umwandlung der Milz. Parkes Weber.
Drei Fälle von Verlegung des Blasenausganges nach Prostatatektomie. Irwin.
✦ Agglutination des Gonococcus beim Menschen. Jenkins.
Karzinom an der prolabierten Cervix. Macleod.
Bluterguß in die Bauchdecken. Gellert.

Pleuraerguß als Komplikation des Pneumothorax. Die regelmäßige Röntgendurchleuchtung zeigt fast bei jedem Pneumothorax geringe Flüssigkeitsansammlungen in den costo-diaphragmatischen Winkeln, die sich innerhalb sehr kurzer Zeit zurückbilden. Wesentlicher sind die mindestens das Zwerchfell bedeckenden, länger bestehenden Pleuraergüsse, welche in 41% der mit Pneumothorax behandelten Lungentuberkulösen sich einstellten. Die Fälle, bei denen der Erguß klar bleibt, unterscheiden sich prognostisch kaum von denen, bei welchen die Pneumothoraxbehandlung ohne Pleuramitbeteiligung verläuft. Hingegen stellt das Auftreten von Eiter in der Pleura eine sehr ernste Komplikation dar. Der Eiter muß abgelassen werden, der pleurale Druck so niedrig wie möglich gehalten werden, um die Lunge wieder auszudehnen. Wenn röntgenologisch nach kurzer Zeit keine Wiederausdehnung der Lunge feststellbar ist, so muß schleunigst die Thorakoplastik vorgenommen werden, um den Pyopneumothorax zu beseitigen. Vor der Operation muß die Pleurahöhle durch Spülungen (Salzlösungen, 2% Formalinglyzerin) gesäubert werden. Aktive Tuberkulose der andern Lunge bildet eine Kontraindikation für die Thorakoplastik. Bei der Behandlung des serösen Ergusses während der Pneumothoraxtherapie ist das therapeutische Handeln dem Einzelfall anzupassen. Bei Bestehenlassen eines derartigen Ergusses kommt es gewöhnlich zur Schwartenbildung mit Eingehen des Pneumothorax. In geeigneten Fällen ist das Endergebnis dieser cirrhotischen Vorgänge für den Kranken sehr günstig. Es kommt zur Schrumpfung der erkrankten Lungenpartien. Hingegen bei andern erscheint es zweckmäßiger, die Obliteration der Pleurahöhle zu verhüten. Vor der Nachfüllung muß der Erguß dann so weit wie möglich abgelassen werden. Gewöhnlich gelingt es bei 1—2 Punktionen den Erguß für dauernd zum Verschwinden zu bringen. Oft geben die intrapleuralen Druckverhältnisse den ersten Hinweis für die beginnende Flüssigkeitsansammlung (hoher Anfangsdruck und sehr rasches Ansteigen bei Einblasen geringer Luftmengen). Zum Ersatz der Flüssigkeit ist bei der Wiederauffüllung nur etwa ¼ der entnommenen Menge als Gas zuzuführen.

Für die Entstehung des Pleuraergusses beim Pneumothorax — gewöhnlich in den ersten 12 Monaten der Behandlung — werden die verschiedensten Momente verantwortlich gemacht (Reizwirkung des Gases an sich, Veränderungen des intrapleuralen Drucks, Verletzungen der Pleura parietalis durch wiederholte Punktionen). Mit größter Wahrscheinlichkeit ist die Ergußbildung eine Folge der Mitbeteiligung der Pleura am tuberkulösen Prozeß, die durch Trennung der beiden Pleurablätter infolge der Gasansammlung nur in der Produktion von Flüssigkeit manifest werden kann. Im cytologischen Verhalten gleichen diese Ergüsse den Tuberkulösen. Bei länger bestehenden sind fast immer Tuberkelbazillen nachzuweisen. Bei der Pneumothoraxbehandlung nichttuberkulöser Lungenerkrankungen kommt es nur ganz ausnahmsweise zur Exsudatbildung.

Agglutination des Gonokokkus beim Menschen. Agglutinine treten im Serum des Kranken bei Beschränktbleiben der Infektion auf den Genitaltraktus nicht auf, selbst wenn Komplikationen wie Epididymitis und Urethritis posterior entstanden sind. Bei einer Allgemeininfektion wie bei der Arthritis gonorrhoica d werden Agglutinine gegen die aus dem Gelenkpunktat gezüchteten Keime nur in so geringen Mengen nachweisbar, daß dieser Methode bei der bisherigen Technik noch keine diagnostische Bedeutung zukommt.

Nr. 3418, 10. Juli.

✦ Angina minor. Hay.
Die Stellung und Aufgabe der Tuberkulosefürsorge bei der Bekämpfung der Tuberkulose. Philip.
✦ Hypoglykämie nach Insulin bei Kindern. Harrison.
Lipiodoleinfüllung bei der Radiographie der Kieferhöhle zur Diagnostik der Tumoren. Mc. Kelvie.
Festnageln des abgebrochenen Processus styloides ulnae bei der Collesschen Fraktur. Hathaway.
Kongenitaler Defekt des Musculus pectoralis. Jones.
Die Blutgefäße der menschlichen Haut. Lewis.
Der Wert genauer anatomischer Kenntnisse. Shearer.
Huntingtonsche Chorea. Back.
Vergiftung durch Tabakeinreibung der Haut. Deacon.

Angina minor. Die rudimentäre Form der Angina pectoris, die „Angina minor“, ist viel häufiger als allgemein angenommen wird. Die Diagnose ist darum so schwierig, weil sie sich lediglich auf subjektive Symptome stützen kann. Genau so wie bei der voll ausgeprägten Form entstehen die Erscheinungen aus Herz-Gefäßstörungen. Charakteristisch ist der Schmerz, der in seiner Lokalisation und Ausstrahlung ganz verschieden auftreten kann (gewöhnlich Brustbeinmitte, häufig Epigastrium), und durch Anstrengung und Kälte ausgelöst wird. Die Intensität wechselt, wobei jedoch der Schmerz unter langsamem An- und Abschwellen einige Zeit ununterbrochen besteht. Der bei den Klappenerkrankungen des Herzens auftretende Schmerz wird wohl bei Anstrengung verstärkt, er stellt sich jedoch zumeist in Ruhelage ein. Es wird mehr in der Herzspitze empfunden, wo sich gewöhnlich eine Hauthyperästhesie findet. Bei Ausstrahlung werden die Schmerzen im ganzen Bereich eines oder beider Arme empfunden, während die typische segmentale Ausstrahlung wie bei der Angina pectoris fehlt.

Anfälle von Angina minor gehen häufig als warnendes Symptom den typischen Angina pectoris-Anfällen mit dem ausgesprochenen Vernichtungsgefühl, der Todesangst voran. Zuweilen wechseln sich die beiden Anfallsformen ab. Prognostisch wichtig ist die Feststellung, ob derartige Anfälle auf eine wesentliche Erkrankung des Herz-Gefäßapparates (primäre Angina) zu beziehen sind oder ob sie einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit ihre Entstehung verdanken, welche durch Einwirkung toxischer Einflüsse (chronische Appendizitis, orale Sepsis, Nierenerkrankung) oder allgemeiner nervöser Erschöpfung auf den Herzmuskel zustande kommt (sekundäre Angina).

Bei erheblichen arteriosklerotischen Gefäßveränderungen sind die Aussichten jeglicher Therapie sehr gering. Eine Herabsetzung des in der Hälfte der Fälle erhöhten Blutdrucks schadet gewöhnlich nur. Bemerkenswerter Weise verschwinden die Schmerzattacken oder verlieren an Intensität, wenn erhebliche Rhythmusstörungen der Herztätigkeit sich zeigen (Vorhofflimmern, dauernde Extrasystolien). Bei den Angina minor-Anfällen auf syphilitischer Grundlage zeitigt die energische antiluische Behandlung (2 Salvarsankuren und lange fortgesetzte Schmierkuren) gute Erfolge. Bei der sekundären Form der Angina sind durch radikale Beseitigung der Infektionsquelle und allgemeine Kräftigung des Organismus wertvolle und dauernde Resultate zu erzielen. Die Schwierigkeit liegt in der richtigen Diagnose. Auf keinen Fall darf die Diagnose „Angina“ abgelehnt werden, wenn bei charakteristischen Schmerzanfällen kein pathologischer Befund am Herz-Gefäßsystem zu erheben ist.

Hypoglykämie nach Insulin bei Kindern. Der Blutzuckerspiegel, bei welchem sich hypoglykämische Anfälle einstellen, liegt bei Kindern bis zu 12 Jahren viel niedriger als bei Erwachsenen. Während solche Anfälle beim Erwachsenen sich mit Regelmäßigkeit einstellen, wenn unter Insulin der Blutzuckerwert auf 0,06—0,08 g% abgesunken ist, werden bei ganz jungen Kindern extrem niedrige Werte beobachtet (0,03—0,04 g%), ohne daß klinische Erscheinungen manifest wurden. Bei Kindern sind wir zur Erkennung solcher Zwischenfälle der Insulintherapie lediglich auf objektive Zeichen angewiesen, da auch ältere Kinder ihre Empfindungen schlecht wiedergeben können. Oftmals sind Blässe, Mattigkeit und Schläfrigkeit die ersten Erscheinungen Pulsbeschleunigung und Schweißausbruch sind nicht konstant anzutreffen, letzteres Symptom ist bei Säuglingen zu uncharakteristisch. Bei der Bekämpfung der Hypoglykämie durch Zuckerzufuhr ist dafür Sorge zu tragen, daß Zucker nur in rasch resorbierbarer Form (Zuckerwasser, nicht als Zuckerstückchen) verabfolgt wird und daß durch die zugeführte Zuckermenge keine Hyperglykämie hervorgerufen wird (5 g Kohlehydrat beim leichten Anfall, 15—20 g beim schweren Anfall). Intravenöse Injektionen (Traubenzuckerlösung, Adrenalin) sind im allgemeinen entbehrlich.

Biberfeld.

Revista Española de Medicina y Cirurgia.

9., Nr. 97, Juli 1926.

* Behandlungsmethode des Nabelschnurvorfalls. Ruiz-Contreras.
Vakzine und Proteine bei Blenorrhagie und venerischen Läsionen. Barrio de Medina.

Behandlungsmethode des Nabelschnurvorfalls. Das Verfahren ist auf der Beobachtung aufgebaut, daß diese Komplikation bei gleichzeitigem Vorfall einer Extremität viel harmloser ist. Die Nabelschnur wird möglichst hoch gegen die articulatio sacroiliaca gedrängt, dann schiebt man eine 3 cm dicke 20 cm lange Gazerolle von vorne nach oben bis einige cm über die obere Enge. Dadurch wird die Kompression der Nabelschnur vermieden. Die Rolle stört bei weiteren Eingriffen nicht.

Mettenleiter.

Il Policlinico, Sez. prat.

33., Nr. 25, 21. Juni 1926.

Fortnahme des Appendix bei Ileusoperationen wegen Spulwürmern. Giardina.
Chirurgische Komplikationen der Spulwurmkrankheit. Zambelli.
* Kultur des menschlichen Tuberkelbazillus auf modifiziertem Kartoffelnährboden. Alessandrini.

Kultur des menschlichen Tuberkelbazillus auf modifiziertem Kartoffelnährboden. Die Nährböden von Petroff und Lubenau geben üppigere Kulturen des Tuberkelbazillus und schnelleres Wachstum, als die Glyzerin-Kartoffelnährböden, aber sie sind kostspielig und ihre Herstellung ist kompliziert. Verf. hat nun die letzteren derart modifiziert, daß sie den Nährböden von Petroff und Lubenau, wenigstens für die Kultur des menschlichen Tuberkelbazillus, vollkommen gleichwertig sind. Zu 100 g Bouillon fügt er 1 g Glukose und 5 g reinstes Glyzerin, nach Sterilisation und Erkalten 10 ccm normales Pferde- oder Rinderserum. Kartoffel in halbzylinderförmigen Stücken werden in enghalsigen Gefäßen, die zur Verhinderung der Austrocknung etwas Wasser enthalten, ½ Stunde bei 1 Atmosphäre sterilisiert und mit 3—4 ccm der obigen Bouillonmischung getränkt. Auch zur Kultur auf flüssigen Nährböden eignet sich die Bouillonmischung, wenn man 2—3 Kartoffelwürfel beimengt. Auf alkalischem Kartoffelnährboden viel schlechtere Entwicklung der Bazillen als auf saurem. Eventuell alkalisch reagierende Kartoffeln müßten 8—10 Stunden in 3 % Milchsäurelösung bleiben. Des Verfassers Nährboden hatte meistens ohne Hinzufügen von Säuren oder Basen den geeigneten Säuregrad von PH 6,7—6,9. Als Zuckerzusatz eignet sich am besten Glukose, weniger gut Laevulose und Laktose. Maltose hemmt scheinbar das Wachstum.

33., Nr. 26, 28. Juni 1926.

Gleichzeitiges Bestehen von pleuritischem Erguß und Reibegeräuschen. Pezzotti.
Ein Fall von tertiär luetischem Fieber. Bottaliga.
* Diverticulitis acuta. Fronticelli.

Diverticulitis acuta. Etwa 80 Fälle sind in der Literatur bekannt. Das Meckelsche Divertikel kommt bei 2% aller Menschen vor. Wie gewöhnlich wurde auch in dem Fall des Verf. (48jähr. Frau) die Fehldiagnose Appendicitis gestellt. Wie fast stets entsprechen die relativ geringen objektiven Symptome nicht der Schwere der entzündlichen Veränderungen. Die akute Diverticulitis tritt selten in der einfachen Form, häufiger mit Abszeßbildung, am häufigsten mit diffuser Peritonits auf, sei es durch Perforation oder einfacher Fortleitung. Differentialdiagnostisch können einige Zeichen von Wert sein. Bei Perforation ist die sehr akute peritonitische Reizung zunächst um den Nabel herum oder in den untern Quadranten lokalisiert, es fehlt das Pneumoperitoneum. Bei fehlender Perforation können das Fehlen früherer Anfälle, der geringe Symptomenkomplex auch bei bestehender Peritonitis, das Fehlen schwerer Reflexerscheinungen nützliche diagnostische Kriterien sein. Bei einer Appendicitisoperation mit Peritonitisbefund bei gesundem Appendix wird es nach Ausschluß einer Magenperforation gut sein, an die Möglichkeit eines entzündlichen Meckelschen Divertikels zu denken und die letzte Ileumschlinge daraufhin zu inspizieren.

33., Nr. 27, 5. Juli 1926.

Neue Serodiagnose der Syphilis. Sciarra.
* Subtotale Hysterektomie nach Roger-Solieri. Pansini.
2 Fälle von polycystischem Tumor des Mesenteriums. Polcenigo.
Pneumothoraxkur und Arbeit. Curti.

Subtotale Hysterektomie nach Roger-Solieri. Roger hat die Operation zuerst an einer graviden Ziege und an der Leiche einer Frau, Solieri zum ersten Male an der Lebenden ausgeführt und ist seitdem, mit bestem Erfolge für Mutter und Kind, viermal in dieser Weise vorgegangen. Die Indikationen waren stets dieselben: Die Notwendigkeit, die Geburt durch Kaiserschnitt zu beendigen und die Wahrscheinlichkeit einer Infektion der Uterushöhle bei konservativem Kaiserschnitt. Breite Incision und rascheste Ausführung sind Vorbedingung. Schnelle Entbindung des herausgenommenen Uterus von dem lebenden Foetus durch einen Assisten gelang in allen 4 Fällen, von denen die letzten 3 zur Mitteilung kommen. Der Verlauf war stets ideal. Die Fortnahme des ganzen innern Genitalapparats veränderte die Milchsekretion nicht im geringsten.

33., Nr. 28, 12. Juli 1926.

Beitrag zur Kenntnis der verschiedenen Frakturen der proximalen Tibiaepiphyse. Masci.
Eine besondere Art komplizierter Frakturen. Para.
* Behandlung der tuberkulösen Haemoptoe. Luzzatto-Fegiz.

Behandlung der tuberkulösen Haemoptoe. Die wirklich große Gefahr der Haemoptoe ist die Bronchopneumonie infolge Aspiration. Die Gefahr eines letalen Ausgangs durch Erstickung, Verblutung oder Embolie ist im Verhältnis zur ersten viel zu gering, um eine Behandlung mit narkotischen Mitteln zu rechtfertigen. Diese letztere Gefahr ist auch gewöhnlich unabwendbar, weil derartige allerstärkste Blutungen jeder Therapie spotten, während die große Gefahr der Bronchopneumonie vermieden werden muß und kann. Eine schematische Behandlung aller Formen von Haemoptoe gibt es nicht, aber bei allen Formen gelten 2 Hauptregeln: 1. absolute Verbannung des Morphiums und seiner Derivate; 2. keine übertriebene Furcht vor dem Husten und Suggestion des Kranken, daß nicht die Menge des Blutes, sondern das nichtexpektorierte Blut die Gefahr bedeutet. Selbstverständlich sind absolute Ruhe, leichte gelatinhaltige Nahrung, Laxantien, Eisblase, Abbinden der Glieder u. a. Sehr wichtig ist zur Vermeidung der Aspiration die halbsitzende Lage auf der kranken, blutenden Seite. Daneben Kampferöl, bei schwachem Myokard Digitalis. Als Koagulation 10 ccm 10 proz. NaCl-Lösung, ein- bis zweimal täglich intravenös, von schneller, vorübergehender

Wirkung, Calcium chlorotum in derselben Dosis von langsamer, dauerhafterer Wirkung. 10—20 ccm Coagulen täglich, aber nur in sehr schweren Fällen intravenös.

33., Nr. 29, 19. Juli 1926.

- * Die Ultrafiltration als Mittel zur Isolierung und zum Studium der für die Wassermann-Reaktion spezifischen Globuline. Frenti.
- Lymphogranulomatose mit starker Eosinophilie. Bonanno.
- * Zur Behandlung der offenen Knochengelenkstuberkulose nach Solieri. Carecchi.
- Photo- und Chemotherapie bei der Syphilis. Licciardi.

Die Ultrafiltration als Mittel zur Isolierung und zum Studium der für die Wassermann-Reaktion spezifischen Globuline. Verf. dehnte frühere Untersuchungen des Serums auf den besser zu solchem Zwecke geeigneten Liquor aus, und zwar unterwarf er normalen Liquor, solchen von Tabikern, Paralytikern, von Meningitiskranken aller Art, einer wirklichen Ultrafiltration durch 5% Kollodiumsäckchen nicht mittels einfacher Dialyse, sondern mittels elektrischer Aspiration. Er stellte fest, daß die komplementablenkenden Substanzen im Liquor mit + WaR. sich gegenüber der Kollodiummembran wie die im syphiltischen Serum verhalten, d. h. die Membran nicht passieren, daß ferner die Eigenschaft der Komplementablenkung in der WaR. nur an die Globuline des Liquors von Tabes-, Paralyse- und luetischen Meningitiskranken gebunden ist, während die Globuline im Liquor, die aus entzündlichen Prozessen anderer Natur stammen, keine positive WaR. geben, daß also den Globulinen bei der Syphilis eine Spezifität zukommt. Ob diese auf einer besonderen chemischen Konstitution der Globuline selbst beruht oder auf Substanzen, die eng an die Globuline gebunden sind und die Bedeutung wahrer Antikörper haben, bleibt noch eine ungelöste Frage. Die Verdauung des Liquors mit + WaR. oder seiner Globuline durch Trypsin vernichtet die Fähigkeit zur Komplementablenkung vollkommen.

Zur Behandlung der offenen Knochengelenkstuberkulose nach Solieri. Solieri behandelte tuberkulöse offene Knochengelenkserkrankungen unter Abschluß von Gipsverbänden während 5, 6 und mehr Monaten, ohne sich um die Eiterung zu kümmern und erzielte vorzügliche Heilerfolge selbst in schweren Fällen, die sonst verstümmelnden Operationen anheimgefallen wären. Pieri und andere berichten bei der Nachprüfung über ebenso gute Erfolge. Verf. bestätigt die guten Resultate dieser einfachen, von jedem praktischen Arzt auch in schweren Fällen anwendbaren Behandlungsmethode und führt dieselben — abgesehen von der absoluten Immobilisierung — nach der neuen Besredkaschen Theorie auf den Einfluß zurück, welchen der Impffaktor des Eiters auf die durch Maceration empfänglich gemachte Haut ausübt. In Voraussetzung dieser therapeutischen Wirkung kann eine derartige Behandlung, soweit es möglich ist, auf alle sezernierenden Formen der chirurgischen Tuberkulose ausgedehnt werden. Rontal.

Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 6, Juni 1926.

- * Die alkoholische Kupfersulfatlösung in der Dermatologie. Meyer.
- Kaustizität der flüssigen Luft. Montlaur.
- Hyperglykämie bei Dermatosen. Hudelo.
- Naevuskarzinom des Gesichts. Hudelo u. Rabut.
- * Lupus disseminatus des Gesichts und der Glieder. Hudelo und Rabut.
- * Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft. Galliot.
- Syphilis der Knochen und Unfall. Barthélémy.
- Kurve der kolloidalen Benjoinreaktion bei gewissen syphilitischen Meningitiden. Léchelle u. Mouquin.
- * Primäraffekt mit langer Inkubation. Jamain.
- * Traumatisches ulceröses Syphilid des Fußes. Giacardy und Lodéon.
- Histologie eines Tumors von einem Kranken mit Erythrokeratodermie. Milian.
- Mikroskopische Untersuchung auf Ducreybazillen. Levy und Kitchevatz.
- Ein Fall von Erythema annulare centrifugum. Watrin und Weill.
- * Säbelscheidentibien. Heredosyphilis „ultratarda". Etienne und Hanriot.
- Vitiligo mit bemerkenswert symmetrischer Ausdehnung und sehr ausgebreiteten Erhöhungen der Knochensensibilität gegenüber Vibrationen. Simon u. Michon.
- Ekzem, Azidosis und Insulin. Drouet und Verain.
- * Generalisierte tertiäre Syphilis. Weill.
- Hyperpigmentation calorischen Ursprungs. Weill.
- * Icterus syphiliticus in der Primärperiode. Benech und Créhange.
- * Ulcus molle-Ulceration am Genitale, hervorgerufen durch Nocardia. Watrin.
- Tödliche Quecksilberstomatitis. Watrin.
- * Primäraffekt mit außergewöhnlicher Lokalisation. Intravaginaler Schanker. Spillmann und Créhange.
- * Tabes, 5 Jahre nach dem Schanker bei einem 27 jährigen Kranken. Spillmann und Créhange.
- Ueber Pemphigus mit extensiven Blasen. Spillmann, Watrin, Créhange.
- * Intravenöse Syphilis d'emblée. Spillmann und Morel.
- Beziehungen zwischen Herpes- und Varizellenursprung. Spillmann u. Créhange.
- Lichen und Dermatitis lichenoides. Spillmann, Watrin und Créhange.

Die alkoholische Kupfersulfatlösung in der Dermatologie. Zweijährige Bemühungen, eine der Eau d'Alibour nahestehende aseptische Lösung mit alkoholischem Excipiens zu finden, führten schließlich zu folgenden, seit 6 Monaten benutzten Formeln:

Cuprum sulfur. anhydr.	0,5
Alcohol absol.	85,0

und

Cupr. sulfur. anhydr.	0,5
Alcohol absol.	85,0
Aether	15,0

eventuell auch 5—10% Glyzerin hinzusetzen. Diese Lösung ist fest zu verschließen, während des Gebrauchs nur kurze Zeit zu öffnen. Sie hat folgende Indikationen: 1. Pyodermien gleichgültig welcher Lokalisation. Hier ist das Verfahren wirksamer als Jodtinktur.

2. Seborrhoe. Im Gesicht etwas weniger wirksam als der Schwefel, kann die Kupferlösung neben Schwefel hergegeben werden. Bei der Akne des Gesichts ist das Verfahren sehr wirksam, es wirkt antiseptisch und antiborrhoisch. Für die Kopfhaut empfiehlt sich Einreibung mit Wattebausch, die schmerzlose und geruchlose, nicht schmutzende Flüssigkeit verdient eine vielfache Anwendung.

Sabouraud fügt hinzu, daß die Vorzüge von Zink- und Kupfersulfat noch lange nicht erschöpft sind, sie haben eine erstaunliche Wirkung auf die Seborrhoe.

Lupus disseminatus des Gesichts und der Glieder. Bei einem 11 jährigen Mädchen bestand ein Lupus vulgaris dissemenatus seit ihren dritten Lebensjahre. Die Ausdehnung der einzelnen Scheiben war eine auffallend große. Die Aussaat erfolgte, wie so oft, nach Masern, und später vergrößerten sich die einzelnen Herde noch wesentlich. Das Gesicht, die Glutäen und die Extremitäten waren bevorzugt. Die einzelnen Herde waren linsengroß, sprangen hervor und schuppten. Bei Glasdruck zeigten sich typische Lupushäufchen, bei Skarifikation erwiesen sich die befallenen Gewebe als sehr weich. Interessant war ferner, daß auch die Lues bei dieser Ausbreitung eine gewisse Rolle spielte, der Vater der Kranken war Syphilitiker. Da eine Lokalbehandlung ausgeschlossen war, wurde eine Allgemeinbehandlung mit dem Antigen von Nègre und Boquet und Höhensonnenbädern eingeleitet. Nach 2 Monaten blaßten die einzelnen Herde sichtlich ab, wurden trockener. Queyrat teilt 2 analoge Fälle mit, von denen der eine plötzlich etwa 10 tuberkulöse Hautgummen mit starkem Fieber bekam. Kochsche Bazillen waren nicht aufzufinden, aber die Ueberimpfung des Materials auf Meerschweinchen brachten bei diesen Tieren eine tödlich verlaufende Tbc. der inneren Organe hervor. Auch dieser Kranke bekam die disseminierte Tuberkulose nach Masern. Welcher Mechanismus dies zu Wege bringt, ist noch völlig unklar. Sézary meint, daß die Masern die Resistenz des Organismus gegenüber dem Tbc.-Bazillus herabsetzen, wie es negative Kutireaktion auf Tuberkulose bei diesen Kindern beweist.

Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft. Galliot vergleicht die Resultate der Arsen- und die der Wismutbehandlung in der Schwangerschaft. 56 hatten früher Störungen im Ablauf derselben gezeigt: wiederholte Aborte, Frühgeburten usw. Keine der in die Statistik aufgenommenen Frauen hat während der jetzigen Schwangerschaft manifeste Erscheinungen gezeigt, es handelte sich stets um ältere Syphilis, teils mit positiver, teils mit negativer Wa., aber alle hatten in früheren Schwangerschaften Erscheinungen gehabt. Die Behandlung dauerte 5 Monate und länger.

29 Frauen bekamen intravenöse Arsenobenzoltherapie, 27 dagegen intramuskuläre Wismuthydroxydinjektionen. In der ersten Gruppe kamen 26 rechtzeitig mit gesunden Kindern nieder, 2 bekamen eine Frühgeburt, 1 abortierte. In der zweiten Gruppe kamen 23 Frauen rechtzeitig nieder, 3 hatten Frühgeburten, 1 abortierte. Die Prozentzahlen sind mithin 89 für As und 85 für Bi.

Lortat-Jakob zieht unter den Bi-Präparaten das lösliche Wismut vor, weil es schnell ausgeschieden wird. Lacapère spricht zugunsten der kombinierten Kur, und zwar in alternierenden Serien von 914 und unlöslichen Wismutverbindungen, denn es gäbe eine große Anzahl von As- oder Bi-resistenten Kranken, bei denen man, da sie ja keine manifesten Erscheinungen haben, diesen Zustand gar nicht voraussehen könne. Daher sei die Abwechselung der beiden Mittel unter Vorausschickung von 914 zu empfehlen.

Queyrat klagt darüber, daß die syphilitischen Graviden viel zu spät zur Behandlung kommen. Um eine sichere Wirkung zu erzielen, muß aber die Behandlung gleich nach Ausbleiben der Menses einsetzen, sicher aber vor dem 4. Monat. Neuerdings zögern leider manche Syphilidologen, diese Fälle mit Arsenobenzolen zu behandeln, weil einige Frühgeburten und Todesfälle zu verzeichnen waren. Das seien aber große Ausnahmen, denen sehr zahlreiche günstige Resultate gegenüberstehen.

Galliot zieht die unlöslichen Wismutverbindungen vor, sie brauchen nur einmal wöchentlich injiziert zu werden, was für die meisten Frauen entscheidend ist, sich der Kur zu unterziehen. Das Arsen scheint nach seiner Statistik dem Bi überlegen, doch ist dies keine absolute Ueberlegenheit. Am besten sei es, beide Medikamente zu kombinieren. Schwangerschaftsalbuminurien, seien, wenn sie nicht syphilitisch sind, vorsichtig zu behandeln und zu kontrollieren, denn beide Medikamente schädigen gelegentlich, so daß man sich anders helfen muß.

Simon erinnert daran, daß er seit 3 Jahren systematisch alle syphilitischen Schwangeren allein mit oraler Arsinsäuretherapie behandelte. Die Resultate waren in jeder Beziehung zufriedenstellend, selbst wenn es sich um manifeste Syphilis und Gravidität handelte: Rechtzeitige Geburt anscheinend gesunder Kinder. Die Wirkung auf die Gerinnungsfähigkeit des Blutes, wie sie das Arsenobenzol leider hat, fehlt eigenartigerweise den Arsinsäurepräparaten völlig, daher seien sie für die Behandlung während der Gravidität sehr geeignet und immer dann vorzuziehen, wenn intravenöse Injektionen nicht gegeben werden können.

Primäraffekt mit langer Inkubation. Die Inkubationszeit scheint 44 Tage gedauert zu haben. Der suspekte Koitus hatte am 28. November stattgefunden und war in der fraglichen Zeit der einzige gewesen. Am 20. Januar beginnt eine ganz kleine Läsion am Penis sichtbar zu werden, die erst am 3. Februar zur Konsultation führt. Der Kranke, der schon viel über antisyphilitische Behandlungsmethoden gehört hatte, macht aber nun darauf aufmerksam, daß er am 5. Dezember wegen einer Indigestion 5 cg Calomel erhalten hatte, und daß er dieses Medikament einen Monat hindurch selbständig weiter genommen hatte.

Innerlich genommenes Calomel hat also möglicherweise die Eigenschaft, die Inkubationsperiode der Syphilis zu verlängern.

Traumatisches ulceröses Syphilid des Fußes. Bei einem Manne, der es unternommen hatte, die Reise um die Welt zu Fuß zu machen, trat die im Titel genannte Affektion auf, die erst verschiedene Male verkannt wurde, aber schließlich, nachdem sie sich ausgebreitet hatte und alle Charakteristika zeigte, die richtige Diagnose möglich machte, zumal auch andere Zeichen für Syphilis bestanden. Auch hier zeigt sich der Zusammenhang von wiederholtem Trauma und Auftreten der luetischen Affektion deutlich, denn der Mann marschierte seit 6 Monaten täglich 30 km.

Säbelscheidentibien, Heredosyphilis ultratarda. Bei einem 60-jährigen Manne bestand dies Symptom seit seinem 45. Lebensjahre. Acquirierte Lues war auszuschließen.

Generalisierte tertiäre Syphilis. Die Spätsyphilis der Haut ist in der Regel durch einzelne wenig ausgedehnte Herde charakterisert. Der vorgestellte Fall war dagegen mit multiplen Plaques und kirschengroßen Gummen übersät, so daß die Diagnose Lepra und Facies leontina erwogen wurde.

Icterus syphiliticus in der Primärperiode. Ein Kontrollmädchen bemerkt am 2. oder 3. November eine Läsion am Collum uterinum und versucht daher, sich der Untersuchung zu entziehen. Am 10. hat sie deutlichen Ikterus und am 21. findet sich ein Schanker am Collum uterinum schon auf dem Wege zur Ueberhäutung. Seit 2 Tagen bestehen außerdem Sekundärerscheinungen der Haut und Schleimhaut. Der Ikterus war von vornherein safranfarben, es bestanden farblose Stühle und starker Pruritus. Auf Arsentherapie heilen die Erscheinungen und der Ikterus verschwindet. Man möge nicht zögern, in diesen Fällen die spezifische Behandlung einzuleiten, es ist ähnlich wie bei der syphilitschen Albuminurie alles von der antisyphiltischen Behandlung zu erwarten, allerdings muß diese mit einem Uebermaß an Vorsicht angewendet werden.

Ulcus-molle-Ulceration am Genitale, hervorgerufen durch Nocardia. Ein junger Mann erkrankt an weichem Schanker, Ducreybazillen positiv, die Ansteckungsquelle (nach der in Frankreich, wie mir scheint, mit größerer Regelmäßigkeit und Eindringlchkeit gefahndet wird, als bei uns, Ref.), eine Prostituierte, wird gleichfalls wegen Ulcus molle ins Hospital gebracht. Bei dem Patienten verläuft die Heilung zunächst ganz glatt, kommt dann aber plötzlich zum Stillstand und ist auf medikamentösem Wege nicht mehr zu erzielen. Wa., Spirochäten, Gonokokken negativ. Es gelingt, auf Bouillon eine Kultur von einem Pilz zu züchten, der als eine Nocardia indentifiziert wird. Jodbehandlung, innerlich und äußerlich, scheitert vollständig, die Affektion vergrößert sich dauernd. Heilung erfolgt erst nach Kauterisation bis ins Gesunde hinein. Es muß sich um eine sekundäre Infektion des Ulcus von besonders virulentem Charakter gehandelt haben. Während der 7 Monate, die sie gedauert hat, war nie eine Drüsenschwellung aufgetreten.

Primäraffekt mit außergewöhnlicher Lokalisation. Die Lokalisation des Primäraffekts auf der Vaginalschleimhaut ist so extrem selten, daß Fournier während seiner langen Laufbahn nie einen derartigen Fall zu sehen bekam. Die Autoren teilen jetzt eine entsprechende Beobachtung mit und weisen darauf hin, daß man bei der Kontrolle sich nicht damit begnügen darf, das Spekulum in einer einzigen Position zu belassen, sondern es verschieben muß. Sie erinnern sich auch eines Falles, der erst im Sekundärstadium als syphilitisch agnosziert wurde, obwohl er immer regelmäßig kontrolliert worden war. Das Spekulum hatte einen doppelten Primäraffekt verdeckt.

Tabes, 5 Jahre nach dem Schanker bei einem 27jährigen Kranken. Patient war sehr ungenügend, nur mit 20 Injektionen von 1914 innerhalb dreier Jahre, behandelt worden; man hatte weder serologische, noch Liquoruntersuchungen bei ihm gemacht. Sekundärerscheinungen hatte er nie gehabt. Der im Beginn milde verlaufenden Syphilis muß man besonders mißtrauisch gegenüberstehen.

Intravenöse Syphilis d'emblée. Diese Form der Syphilis galt bisher noch als unbewiesen, die Literatur enthält nur wenige, ungenügende Beobachtungen, um überzeugend zu wirken. Die Autoren teilen nun eine Beobachtung von intravenös entstandener Syphilis ohne Schanker mit, die den Wert eines exakten Laboratoriumsversuches hat, dessen unglückliches Opfer ein Arzt geworden ist. Dieser bemerkte eines Tages einen roseolaähnlichen Ausschlag auf der Brust; es wurden drei Untersuchungen nach Wa. gemacht, die alle drei positiv ausfielen. Auf Novarsenobenzol tritt eine Herxheimersche Reaktion auf. Der Infektionsmodus ist außergewöhnlich. Der Kollege war zu einer Kranken mit lebensgefährlicher Blutung gerufen worden und hatte eine Transfusion vorgeschlagen. Da der Ehemann hiervon nicht sehr begeistert war, zögerte der Arzt nicht, sich selbst als Spender anzubieten. Unter ungünstigen Verhältnissen wurde die Transfusion gemacht, die Nadeln verstopften sich; es war nötig, einen Mandrin einzuführen, es war keine Zeit mehr, die Nadeln zu sterilisieren, ehe man sie wieder einführte, denn die Kranke verfiel immer mehr. Offenbar sind die Nadeln verwechselt worden. Die Kranke starb unmittelbar; es ist nicht mehr festzustellen, ob sie manifeste Erscheinungen hatte. Jedoch hat sie einen Abort gehabt und bei einem ihrer Kinder fand man jetzt kongenitalsyphilitische Stigmata. Auch diese tödliche Hämorrhagie fand bei Gelegenheit einer Frühgeburt statt. Der Gatte war Luetiker und hatte bei einer jetzt gemachten WaR. ein positives Resultat.

Es hat sich hier zweifellos um eine intravenöse Infektion gehandelt. Der Arzt hatte sich einer genitalen Infektion nicht ausgesetzt gehabt. Es fehlten bei ihm jede Spur eines Primäraffekts oder einer Drüsenschwellung.

K. Heymann, Berlin.

Journal of the American Medical Association, Chicago.

86., Nr. 25, 19. Juni 1926.

* Jodöl in der Röntgendiagnose von Kehlkopf-, Luftröhren- und Lungenerkrankungen. Iglauer.
Physiologie des sympathischen Nervensystems in Beziehung zu einigen chirurgischen Problemen. Forbes und Cobb.
Anatomie des sympathischen Nervensystems: Ranson.
Wirkung der Sympathektomie auf spastische Paralyse der Extremitäten. Davis und Kanavel.
Spinnengift. Bogen.
Lokale Anästhesie bei der Reposition von Frakturen. Cohen.
Eine Methode der Samenbläschen-Massage. Pomeroy.
* Cholecystographie und Anwendung von Phenoltetrajodphthalein. Graham, Cole, Copher und Moore.
* Cholezystographie in operativen Fällen. Mc. Coy und Graham.
* Präklinisches Stadium der Herzkrankheit. Smith.
* Diabetisches Koma und Insulin. Frissel und Hajek.
* Behandlung des Magenkarzinoms mit in den Magen eingeführtem Radium. Menees.
Kongenitale Varizen der Angularvene. Schwartz.
* Radiumapplikator für Behandlung von Kopf-, Gesichts- und Halserkrankung. Kennedy.
Ein neues Instrument zur Dilatation des Ureters und Extraktion von Steinen. Council.
Ein neues kombiniertes Stethoskop. Sprague.

Jodöl bei der Röntgendiagnose von Kehlkopf-, Luftröhren- und Lungenerkrankungen. Verf. benutzte vorzugsweise die bronchoskopische und eine eigene Intubationsmethode für die Injektionen. Das Instrument besteht aus einer kurzen O'Dwyerschen Röhre, an deren hinterer Wand in einer Rinne eine zweite engere Kanüle für die Passage des Oels eingelötet ist; letztere ist etwas länger als die Röhre, steht oben mit einem Gummischlauch in Verbindung und setzt sich nach unten in eine halbkreisförmige Verlängerung mit Ausflußöffnung fort. Das Instrument hat also zwei für Atmung und Oel getrennte Kanäle, ist für alle Arten anwendbar und erleichtert die Injektion außerordentlich. Jodifin und Lipiodol sind gleichwertig; 15—20 ccm genügen für eine Lunge. Um das Oel an eine besondere gewünschte Stelle der Lunge zu bringen, ist es vorteilhaft, die Injektion und den Lagewechsel des Patienten unter fluoroskopischer Kontrolle vorzunehmen. Sehr gute Röntgenbilder des normalen

Bronchialbaums und pathologische Veränderungen sind wiedergegeben. Bei Stenose des Larynx läßt sich die Ausdehnung der verengten Stelle durch Kontrastsubstanzen gut sichtbar machen, besonders gut bei tracheotomierten Kranken, ebenso Verzerrungen und Verlagerungen von Trachea und Bronchien. Zur Diagnose von Bronchiektasien, Lungenabszeß, Kavernenbildung, bronchopulmonären Fisteln und Begrenzung von Lungentumoren ist die Methode sehr brauchbar. Die Injektion wird gewöhnlich gut vertragen, gelegentliche Folgen sind Dyspnoe oder Fieber. Gegenanzeigen sind Fieber, Kachexie und Kompensationsstörungen des Herzens. Die Ausscheidung des Jodöls erfolgt zum großen Teil durch Expektoration, zum kleineren Teil durch Resorption. In 2 Fällen waren nach fünf Wochen noch Reste sichtbar.

Cholezystographie und Anwendung des Phenoltetrajodphthalein. Das Phenoltetrajod gibt in kleineren Dosen als das Tetrajodphenolpräparat zufriedenstellende Resultate mit geringeren toxischen Reaktionen. Die Toxizität der ganzen Gruppen muß dem Phenolphthalein radikal zugeschrieben werden. Die durchschnittliche Dosis betrug 0,04 g pro Kilogramm. Verff. benutzten bis zu 2,5 g für Erwachsene und gaben die Droge in einer einzigen Dosis in 30 ccm frisch destilliertem Wasser. Unter 50 Fällen sahen sie nur dreimal Schwindelgefühl von höchstens 10 Minuten Dauer, sonst gar keine Reaktionen. Die Thrombophlebitisgefahr ist verringert. Ein weiterer Vorteil liegt in der rascheren Ausscheidung durch die Leber. Vorzügliche Schatten nach 4 Stunden. Die intravenöse Methode ergab diagnostisch richtige Resultate in 97%, die innerliche nur in 75%. Die Hoffnung der Verff., die Droge gleichzeitig für eine Nierenfunktionsprobe verwerten zu können, hat sich nicht erfüllt, da nur 3% durch die Niere ausgeschieden werden. In allerletzter Zeit erhielten sie sehr gute Cholezystogramme mit dem Natriumsalz des Tetrajodisophenolphthalein bei wenig toxischen Wirkungen.

Cholezystographie in operierten Fällen. Von 26 Fällen, die zur Operation kamen, wurde die cholezystographische Diagnose in 96% bestätigt. Es wurde fast durchweg die intravenöse Methode ohne wesentliche üble Nebenerscheinungen angewandt. Die innerliche Darreichung von alkalischen Bromsalzen war gänzlich erfolglos. Von 212 aus der Literatur gesammelten Fällen wurde die Diagnose in 91% operativ bestätigt, und zwar bei intravenöser Anwendung gegen 80% bei innerlicher Anwendung.

Diabetisches Koma und Insulin. Bei Vergleich zweier großer Gruppen von Diabeteskranken aus den Jahren 1920/21 bzw. 1923/24, vor und nach Entdeckung des Insulin, wurde festgestellt, daß infolge der Insulinbehandlung die Mortalität an diabetischem Koma von 12% auf 0,7%, die Gesamtmortalität um 9% gesunken war. Die häufigste Todesursache bei Diabetes ist Infektion, welche durch Insulin nicht beeinflußt wird. Vorbeugen ist die Hauptaufgabe des Arztes.

Behandlung des Magenkarzinoms mit in den Magen eingeführtem Radium. Um Radiumtube und Tumor gleichzeitig sichtbar zu machen, ist Bariumbrei unbrauchbar. Verf. benutzte als Kontrastmittel Luft. Er ersann folgenden Applikator: Ein Gummiballon, mit einem Gummischlauch fest verbunden, trägt im Innern an einem biegsamen, spiralig gewundenen Draht das Radium. An ein T förmiges Verbindungsstück im Schlauch ist der Manometer angeschlossen. Das freie Ende des Gummischlauchs wird über die Spitze einer Spritze gezogen, um einen luftdichten Abschluß zu bilden. Der das Radium tragende Draht ist mit dem Kolben dieser Spritze fest verbunden, so daß sich jede Bewegung des Kolbens durch den Draht auf das Radium überträgt, das auf diese Weise ohne Austritt von Luft beliebig bewegt werden kann. Der Applikator wird wie eine Magensonde eingeführt, der Gummiballon aufgeblasen, wodurch die Unregelmäßigkeiten des Tumors wiedergegeben werden, das Radium wird mittels der Spritze unter Zuhilfenahme des Lagewechsels des Patienten genau lokalisiert. Das Röntgenoskop muß verstellbar sein, ohne die Lage des Kranken zu verändern. Täglich ein- bis dreistündige Sitzungen unter 0,5 mm Silberfilterung mit 50 mg Radium. Mehr würde die Behandlungszeit kürzen, aber das Ende des Applikators zu starr machen, um es in enge Kanäle zu bringen. Bei sehr engem Lumen, an der kleinen Kurvatur läßt es sich oft schwer in Stellung bringen, am leichtesten an der Kardia. Da die meisten Magenkrebse relativ strahlenunempfindlich sind, kann die Methode nur palliativ wirken durch Verlangsamung des Wachstums, Milderung von Schmerzen, besonders durch Zerstörung der Tumoroberfläche und Vorbeugen von Obstruktion. Vollkommene Rückbildung kann höchstens bei den seltenen medullären und diffusen Karzinomen erwartet werden. Perforation und schwere Blutungen lassen sich bei Vorsicht vermeiden.

Radiumapplikator für Behandlung von Kopf-, Gesichts- und Halserkrankung. Derselbe besteht aus einem ledernen Stirnband mit einem Kugelgelenk und einem biegsamen Kupferdraht, der am Ende eine ¼zöllige Gummiröhre zur Aufnahme des Radium trägt. Er ist durch Biegen des Drahtes in jedem Winkel anpaßbar und bleibt auch bei jeder Drehung des Kopfes in Kontakt mit der gewünschten Stelle. Radium ist in Entfernung ohne Gaze oder Moulagen anwendbar und kann mit einer Zange in die Tube eingeführt und aus ihr entfernt werden.

86., Nr. 26, 26. Juni 1926.

Der Einfluß der Urologie auf die Lebensdauer. Thomas.
Konstitutionelle psychopathische Minderwertigkeit ohne Psychose. Huddleson.
* Klinische Prüfungen des ovariellen Hormons mit Versuchen an Affen. Pratt und Allen.
* Periarterielle Sympathektomie. Mc. Nealy.
* Sympathektomie bei Angina pectoris. Cutler und Fine.
Doppelte Tubenschwangerschaft mit Ruptur beider Tuben. Clow.
Berufsdermatitis infolge Holzterpentins. Mc. Cord.
Ein stets gebrauchsfertiger Nähapparat. Marbel.
Aphonie bei Struma. Shuman.

Klinische Prüfungen des ovariellen Hormons und Versuche an Affen, den einzigen Tieren, die einen typischen menstruellen Zyklus haben. Zu den gleichen menstruellen Phänomenen wie beim Menschen gesellt sich noch eine ausgesprochene Rötung und Schwellung der Hautpartien um die äußeren Genitalien. Aus diesen Versuchen, zusammen mit früheren an niederen Säugetieren, folgt, daß das ovarielle Follikelhormon die periodischen Wachstumsprozesse im weiblichen Genitaltrakt veranlaßt. Wenn es zur Ovulation kommt, kann das Corpus luteum bei Frauen und vielleicht auch bei Affen diesen endokrinen Einfluß weiter ausüben, der in demselben Maße abnimmt, wie sich die nächste Menstruation nähert. Die Menstruation scheint teilweise durch ein zeitweiliges Fehlen der Hormonsekretion veranlaßt zu sein, nachdem dasselbe eine gewisse Zeit gewirkt hat. Eine spezifische Sekretion des Corpus luteum ist kein notwendiger, ursächlicher Faktor im menstruellen Zyklus. Zweifellos kann aber das Corpus luteum regulierend wirken. Die Hormonsubstanz oder eine sehr ähnliche wird wahrscheinlich auch von der Placenta sezerniert oder in ihr aufgespeichert, und ihre dauernde Nutzbarmachung während der Schwangerschaft ist für das Fehlen der Menstruation in dieser Zeit verantwortlich zu machen. Zu Versuchen an Menschen wurden Fälle von artefizieller, von natürlicher Menopause, primärer Amenorrhoe und spärlichen Menses ausgesucht. Auch beim Menschen, dessen Ovarien vorher entfernt sind, wie bei den Affen veranlaßt Injektion von Ovarienhormon Wachstum des Uterus. Während bei Affen die Entfernung des ovariellen Hormons durch Oophorektomie oder das Aufhören der Injektionen zu Menstruation führt, erschien bei Frauen nach dem Aufhören der Injektionen keine einer normalen Menstruation entsprechende Blutung. Die Injektionen erfolgten stets ohne geringste Reaktion. Bisher wurden nur Dosen von 1 ccm Flüssigkeit (0,5 bis 3 Ratteneinheiten zweimal täglich 2 bis 3 Wochen lang) angewandt. Verff. arbeiten an der Konzentrierung des Hormons, um größere Dosen geben zu können.

Periarterielle Sympathektomie. Verf. lehnt in dieser kritischen Studie Theorie und Praxis der Operation ab. Nach seinen Erfahrungen sollte dieselbe verlassen werden. In jedem Falle ist ein viel intensiveres Studium des sympathischen Nervensystems und der Pathogenese verschiedener Gefäßstörungen nötig, bevor man zu derartigen Operationen greift. Die technischen Schwierigkeiten sind nicht klein, und ernster Mißerfolge gibt es die Fülle. Ein Ersatz der Operation durch Resektion von Sympathikuswurzeln und Gaglien vermehrt noch das operative Risiko. Ein Gutes hat die Operation gehabt, sie hat dazu beigetragen, die allgemeinen Kenntnisse auf dem Gebiete der Nervenchirurgie zu erweitern.

Sympathektomie bei Angina pectoris. Verff. fordern eine viel strengere Indikationsstellung, als sie bisher geübt wurde, die sich auf einer erheblich präziseren Diagnose aufzubauen hat. Vor allen Dingen sind Fälle von Koronarthrombose, wie überhaupt die meisten mit schweren Herzstörungen einhergehenden Fälle auszuschließen. Von den zahlreichen bis Ende 1925 in der Literatur veröffentlichten Operationsfällen (83 allein von Leriche) waren nach ihrer Ansicht nur 80 Fälle wahrer Angina pectoris wirklich gut ausgewählt, die nach 6 verschiedenen Verfahren operiert wurden. Sie veröffentlichen 7 eigene, besonders lehrreiche Fälle. Ein- und doppelseitige Exstirpation des oberen Zervikalganglion oder der ganzen Zervikalkette und des ersten Dorsalganglions können temporäre Besserung oder Heilung bringen, aber auch wirkungslos bleiben. Am erfolgreichsten scheint ihnen die partielle Jonescösche Operation zu sein, die Fortnahme des Ganglion stellatum nach der Technik Jonescos oder Henrys. Sie sahen nie üble Folgen für das Herz. Eine syphilitische Angina ist nicht gefährlicher als irgend eine andere Form. Sehr gefährlich sind alle Fälle von vorgeschrittener Arteriosklerose des Gehirns mit schwerer Koronarerkrankung, selbst wenn die Operation die Schmerzen beseitigt. Sehr betrübend sind die Nebenwirkungen der Operation; eine der geringeren ist der Hornersche Symptomenkomplex. Aber qualvoll sind oft die Schmerzen in Schulter, Hals, Gesicht, Armen und Wange, besonders im Kiefergelenk, bisweilen schlimmer als die ursprünglichen Herzschmerzen. Hyper- und anästhetische Zonen wechseln je nach der Schwere der Verletzung des Zervikalplexus. Da dieses ganze Problem noch im experimentellen Stadium ist, sollten nur sehr sorgfältig studierte und ausgewählte Fälle zur Operation kommen.

Rontal.

Bulletin of John Hopkins Hospital.

Juli 1926.

*Die Behandlung der Frühsyphilis. I. Behandlungsplan zur allgemeinen Anwendung. Moore und Keidel. — II. Klinische Ergebnisse bei 402 Patienten. Moore und Kemp. — III. Die Wassermannsche Reaktion bei der behandelten Frühsyphilis. Moore und Kemp.

Bestrahlter Orangensaft und seine antirachitische Wirkung. Maslow, Shelling und Kramer.

Die Behandlung der Frühsyphilis: I. Behandlungsplan zur allgemeinen Anwendung. Für die Aufstellung eines Behandlungsplanes bei der Syphilis des Primär- und Sekundärstadiums an dem großen Material des „Syphilis Department" der John Hopkins Universität waren folgende Erwägungen maßgebend. Es muß die Methode der Wahl gefunden werden, welche es mit größter Wahrscheinlichkeit ermöglicht, den Durchschnittskranken zu heilen. Gewiß bietet jeder Kranke mit beginnender Syphilis genügend individuelle Probleme für die Therapie (Virulenz der Erreger, Widerstandsfähigkeit gegen die Infektion, gleichzeitiges Bestehen anderer Erkrankungen usw.). Diese Faktoren lassen sich am Beginn der Behandlung jedoch nicht übersehen, zudem unterscheiden sich die Frühsyphilitischen in vieler Beziehung von Lueskranken des Spätsekundär- und Tertiärstadiums (allgemeine Ausbreitung der Erreger im Körper mit leichter Gewebsschädigung gegenüber den lokalisierten spätsyphilitischen Veränderungen; die größere Heilungsmöglichkeit durch völlige Vernichtung der Spirochäten, welche in der Spätperiode kaum noch zu erzielen ist; endlich der bessere Allgemeinzustand, das Fehlen von Gefäß- und Organveränderungen bei den jüngeren Frühsyphilitischen), so daß der Verzicht auf individuelles therapeutisches Handeln und die Aufstellung einer Behandlungsnorm für diese ganze Gruppe berechtigt erscheint.

Für jede Behandlung sind Frühdiagnose und planmäßige Beobachtung des Kranken unumgänglich notwendig. Die Aussichten der Radikalheilung hängen von dem Zeitpunkt der Diagnose ab, wobei schon eine Verzögerung von wenigen Tagen verhängnisvoll werden kann. Nur regelmäßige, vollständige Untersuchungen des Kranken können Aufschluß geben, ob sich Veränderungen am Nervensystem oder an den Kreislauforganen vollziehen, ob der Behandlungsplan zu ändern ist.

Seit der Eröffnung des „Department of Syphilis" ist lediglich das Salvarsan als Arsenpräparat angewendet worden. Klinische Erfahrung und experimentelle Ergebnisse sprechen dafür, daß trotz der leichteren Darreichungsart und des selteneren Vorkommens von Allgemeinreaktionen die neueren Salvarsanpräparate (Neo-, Silber und Sulfosalvarsan) durch den Verlust an therapeutischer Wirksamkeit dem Salvarsan unterlegen sind. Zur Darreichung von Quecksilber wurden Schmierkuren angewendet, die, wie langjährige Erfahrungen zeigen, der intravenösen und intramuskulären Injektion von löslichen Quecksilbersalzen aus ökonomischen Gründen vorzuziehen sind. Die Injektion unlöslicher Salze erschien für den Gebrauch in einem Ambulatorium zu gefährlich.

Die Entscheidung, ob die Frühsyphilis kontinuierlich oder in regelmäßigen Intervallen behandelt werden soll, ist von überragender Bedeutung. Bei gleichzeitiger Darreichung von Salvarsan und Quecksilber muß die Behandlung nach gewisser Zeit ausgesetzt werden, um die gefäßschädigende Wirkung des Salvarsans und die nierenschädigende Einwirkung des Quecksilbers zu vermeiden. Außerdem erwirbt zumeist die Spirochaete eine Resistenz gegen diese beiden Medikamente, die ein Fortsetzen der Kur erfolglos macht. Durch eine Salvarsankur oder kombinierte Kur können weiterhin nur selten alle Spirochäten im Organismus abgetötet werden. Virulente Keime bleiben zumeist zurück. Schon der gewöhnliche Verlauf der unbehandelten Lues mit dem spontanen Verschwinden des Sekundärexanthems und dem Eintritt des Latenzstadiums macht eine gewisse Widerstandskraft des Patienten wahrscheinlich. Durch Einleitung der Behandlung im Primär- oder Sekundärstadium wird das Auftreten einer allgemeinen Gewebsreaktion und die Entwicklung der Spirochätenimmunität fast ganz oder völlig verhindert. So gelangt der Kranke ohne entsprechende Resistenz gegen die vereinzelt vorhandenen Erreger in das Behandlungszwischenstadium. Je nach Lokalisation der Erreger und den Abständen zwischen den einzelnen Kuren kann sich die allgemeine Aussaat und Gewebsreaktion wiederholen (Sekundärrezidiv) oder sich ein Neurorezidiv einstellen. Eine dauernd fortgesetzte Behandlung, bei welcher Arsen- und Quecksilberkuren sich abwechseln, bietet theoretisch ganz andere Aussichten auf die biologische Heilung. Eine Salvarsankur heilt die Gewebsschädigungen und bringt rasch die Spirochäten zum Verschwinden. Nach Beendigung der Arsenkur muß gegen die noch überlebenden, wahrscheinlich arsenfesten Erreger Quecksilber angewendet werden. Nach dem Wenigen, was über Quecksilberwirkung bei Lues bekannt ist, muß angenommen werden, daß es weniger spirochätozid wirkt als es die Immunität des Kranken fordert. Nach wenigen Wochen der Hg-Therapie kann wieder die parasitotrope Wirkung des Salvarsans ausgenützt werden, da inzwischen die Arsenfestigkeit der den ersten therapeutischen Stoß überlebenden Erreger abgeklungen ist. Dieser Typ der Dauerbehandlung mit wechselnden Salvarsan- und Hg-Kuren kann lange ohne Störung für den Kranken fortgesetzt werden. (8 Injektionen von 0,3—0,4 g Salv. in wöchentlichen Abständen, gefolgt von 4 wöchiger Schmierkur mit Jodkalimedikation, allmählich weniger Salvarsan während der Injektionskur und längere Ausdehnung der Schmierkuren.) Die Behandlung muß ein Jahr lang fortgeführt werden, nachdem Wa.-R. im Blut und der Liquorbefund normal sind und negativ geblieben sind. Nach dieser Behandlungszeit, die an die Ausdauer des Patienten große Ansprüche stellt, folgt eine Probezeit von einem Jahr. Wenn nach Abschluß dieser Periode sich keinerlei Anzeichen des Wiederaufflackerns der Erkrankung gezeigt haben, insbes. der Liquor völlig normal ist, wird praktisch die Heilung vorgenommen. Die Kontrolle (regelmäßige Blutentnahme zur Wa.-R.) wird noch Jahre lang weitergeführt.

II. Klinische Ergebnisse bei 402 Patienten. Nach den eben dargelegten Grundsätzen wurden ca. 2500 Kranke an der Spezialabteilung behandelt, von denen nur ein geringer Teil sich der Behandlung völlig unterzogen hat. Es stehen die Ergebnisse von 402 Fällen zur Verfügung, die lange genug beobachtet wurden. Die beachtenswerten Resultate zeigen, daß im allgemeinen die Chancen für die Heilung mit der Behandlungsdauer steigen, wenn auch im Ansprechen auf die Therapie große individuelle Schwankungen bestehen. Manche werden mit wenigen Injektionen geheilt, während bei andern auch eine sehr intensive und lange fortgesetzte Kur vergebens bleibt. Von den Kranken, welche nur 8 Salvarsaninjektionen erhielten, blieben nur 10% ohne Rezidiv; nach 2 Salvarsankuren mit Hg-Darreichung im Intervall wurden 37% geheilt, nach 4 Kuren wurden ca. 80% Heilungen erzielt. Eine Zusammenstellung der Fälle ohne Rücksicht auf Art und Dauer der Behandlung zeigt, daß die Aussichten für die vollständige Heilung doppelt so groß sind, wenn die Behandlung in den ersten 2 Wochen der Infektion (seronegatives Primärstadium) begonnen wird, als wenn bis zum Auftreten der Sekundärerscheinungen gewartet wird. Bei genauestem Zusammenarbeiten zwischen Arzt und Patient läßt sich die seronegative Lues im Primärstadium in 100% heilen, während unter optimalen Bedingungen bei der seropositiven Primär- und der Frühsekundärlues nur 80—95% zu heilen sind. Bei den restlichen 5—20% scheint sich — trotz aller Therapie — Spätsyphilis, insbesondere die Neurolues zu entwickeln. Bei der seronegativen Primärlues sind mit dem in Europa gebräuchlichem Abortivverfahren mit hohen Salvarsandosen bequemer sichere Erfolge zu erreichen als mit dem vom Verf. angewendeten kontinuierlichem Behandlungsverfahren mit mittleren Dosen, bei denen freilich die Gefahr der Allgemeinschädigung durch Ueberdosierung fortfällt. Bei fast der Hälfte der Patienten, welche 8 oder weniger Salvarsaninjektionen empfangen hatten, stellten sich schon während der relativ kurzen Beobachtungszeit Syphilisrezidive ein, die Lebensgefahr bedingten oder die Leistungsfähigkeit herabsetzten (Neurosyphilis, Tertiärerscheinungen). Nach 3 Behandlungszyklen entstanden noch bei einem Viertel derartige Folgen. Von den mit 4 oder mehr kontinuierlichen Kuren Behandelten erkrankten nur 3%. Ein Beweis für die Notwendigkeit der Dauerbehandlung!

Oft wiederholte Lumbalpunktionen zeigen, daß in den Anfangsstadien der Lues eine Entwicklung der Neurolues nicht zu befürchten ist, wenn nach 6 monatlicher Behandlung der Liquor normal ist, sofern nicht ein Sekundärrezidiv oder ein Positivwerden der Wa. R. eine neue allgemeine Durchseuchung anzeigen. Der Behauptung, daß die Tertiärsyphilis und insbes. Neurolues früher und häufiger bei ungenügender Salvarsanbehandlung als ohne jegliche Therapie sich einstellt, ist an Hand des Materials zu widersprechen.

In den letzten Jahren wurde statt der Schmierkuren intramuskulär Wismut injiziert, welches in seinem Wirkungsmechanismus dem Quecksilber nahesteht (immunitätssteigernd).

III. Die Wassermannsche Reaktion bei der behandelten Frühsyphilis. Bei dem angewendeten Behandlungssystem sind häufige Wiederholungen der Wa. R. zur Beurteilung des Fortschreitens der Heilung angestellt worden. So wurde die Reaktion fast bei jeder der wöchentlichen Salvarsanspritzen, gelegentlich im Intervall zwischen den Injektionskuren während der Quecksilberdarreichung, und sehr häufig während der Probezeit vorgenommen, so daß ca. 50 serologische Resultate bei der regelrecht durchgeführten Kur vorliegen. Diese Methode gibt mehr Anhaltspunkte für den Ablauf des Wechselspiels zwischen Erreger und Organismus als das allgemeinübliche Verfahren mit einmaligen Blutentnahmen vor, während und nach der Kur. Auf Grund eines besonderen statistischen Verfahrens wurden die Durchschnittszahlen an 879 Frühsyphilitikern ermittelt, wobei insbes. die Stärke des Reaktionsausfalls eine Berücksichtigung erfahren hat. Bei der seronegativen Primärlues findet sich sehr häufig nach der ersten Salvarsaninjektion eine provakatorische Beeinflussung der Wa. R., die jedoch selten bis zur völligen Hemmung der Hämolyse geht. Diese positive Schwankung tritt auch bei der seropositiven Primär- und der Frühsekundärperiode auf, wie sich mit dem Titrationsverfahren bei der Wa. R. zeigen läßt. Während der ersten Behandlungswoche bleibt die Wa. R. fast unbeeinflußt, dann setzt immer schneller der Umschlag ins Negative ein, bis ungefähr in der 7. Woche der Salvarsanbehandlung im Durchschnitt fast negative Reaktionen vorhanden sind. In der Geschwindigkeit, mit welcher die Wa. R. negativ wird und bleibt, lassen die einzelnen Frühsyphilitiker erhebliche Unterschiede erkennen. Bei der vom Verf. durchgeführten Behandlungsmethode verschwand die Wa. R. im Durchschnitt in der 24. Woche der kontinuierlichen Therapie für dauernd. Bei den unregelmäßig oder intermittierend Behandelten zeigt die Wa. R. beständig Neigung ins Positive umzuschlagen, bes. während der Behandlungspausen und läßt sich bei einer Wiederholung der Salvarsankur nicht mehr so rasch und vollständig beeinflussen. Bei einer Frist von mehr als 7½ Monaten zwischen 1. und 2. Salvarsankur war das Wa. R.-Rezidiv zehnmal so häufig wie bei der kontinuierlichen Behandlung. In 10% entstanden bei Sekundärlues Rezidiverscheinungen nach 2 mit Behandlungspausen durchgeführten Injektionskuren, während eine im Intervall vorgenommene Quecksilberbehandlung zwischen 2 Salvarsankuren den Prozentsatz der Rückfälle auf 2,6 herabdrückte. Die dauernde Beobachtung der Wa. R. erlaubt prognostisch wertvolle Schlüsse. Zwar ist es nicht unbedingt wichtig, daß eine nach 6 Salvarsaninjektionen noch immer bestehende Wa. R., wie sie sich in einem nicht unbeträchtlichen Teil der Frühsyphilitischen findet, gegen die Möglichkeit der völligen Heilung spricht. Hingegen deutet ein überraschend schnelles Verschwinden der Wa. R. nach 1 oder 2 Injektionen auf eine gewisse Widerstandslosigkeit gegenüber der Infektion hin, die in einem häufigeren Auftreten von Rezidiven zum Ausdruck kommt. Ein ähnliches biologisches Verhalten besteht bei den Kranken, bei welchen trotz ausgesprochener Allgemeinerscheinungen die Wa. R. nicht stark positiv oder sogar negativ ausfällt (seronegative Sekundärlues). Vermutlich ist der Körper nicht fähig, gegen die Spirochäten genügend Reagine zu bilden, so daß jeder Behandlungsfehler zum Rezidiv, zu erneuter Spirochätendurchseuchung führen muß. Eine dauernde Behandlung, welche durch Abtötung der Erreger den Körper davon befreit, eine allgemeine Immunität sich zu erkämpfen, ist hier notwendig.

Biberfeld.

American Journal of Ophthalmology.

Juni 1926.

- Augenbefunde bei Addisonscher Krankheit. Brown.
- Punkt-fokal und litokal-Gläser in der Praxis. Verwey.
- Netzhautablösung mit Iris- und Chorioidikakolobom. Komoto.
- Tratome und Orbitacysten beim Neugeborenen. Kearney.
- Expulsive Blutung nach Staroperation. Würdemann.
- Interstitielle Keratitis. Goldbach.
- Operation der juvenilen Katarakt. Bell.

Augenbefunde bei Addisonscher Krankheit. Br. beschreibt einen Fall mit charakteristischen Augensymptomen: Braunfärbung der Lider, mit braunschwarzer Linie am Zilienansatz am Oberlid. Am Fundus stärkere Pigmentation um die Makula und die Papille. Beide Pigmentherde waren durch einen schmalen Pigmentstreifen miteinander verbunden.

Meesmann, Berlin.

Buchbesprechungen.

Houben: **Fortschritte der Stickstoffchemie.** I. Abteilung das deutsche Patentschriftwesen. Band I. 1877—1900. Berlin-Leipzig 1926. Walter de Gruyter u. Co., 922 S. — Es ist eine merkwürdige Tatsache, daß die Chemie sozusagen seit ihrer Geburt die Heilkunde in ihren Machtbereich ziehen will. Schon Roderich a Castro (1. Hälfte des XVII. Jahrhunderts) schrieb 1614: rerum chymicarum speciositas totam fere Europam infectavit, und der etwas jüngere Baglivi freute sich über die pacati rumores chymicorum. Indessen, der Kampf ging weiter, so daß Bordeu (1722—1776) klagte: la chimie cherche, depuis qu'elle existe, à s'emparer de la médicine, und abermals 100 Jahre später mußte sich ein C. A. Wunderlich zur Wehr setzen; denn auch damals wieder (1845) hatte sich die Chemie vorgesetzt, tätig in die Streitfragen der Medizin einzugreifen und ist dabei angriffsweise verfahren. Was würden aber diese unsere Vorgänger sagen, wenn sie die machtgebietende Stellung der heutigen chemischen Industrie erlebten! Immer neue Präparate werden in den chemischen Laboratorien ersonnen und zusammengefügt. Kein Mensch vermag sich darin mehr zurechtzufinden. Da bietet das vorliegende Werk einen ebenso interessanten wie lehrreichen Mentor durch das mittlerweile höchst verschlungene Gebiet. Die erste Abteilung (Band I) umfaßt auf rund 900 Seiten die Patentschriften, und zwar im ersten Teil nach Klassen und Gruppen, im zweiten Teil chronologisch nach Patent-Nummern geordnet.

Man kann nicht genug staunen über dieses Produkt deutschen Fleißes, der ebenso in den Patenten an sich als in der Arbeit des Herausgebers zum Vorschein kommt, und nicht weniger über den Mut des Verlags, ein solch enormes Werk herauszugeben. — Die zweite Abteilung soll in Band II die aliphatischen Verbindungen, in Band III die Benzolring-Derivate, in Band IV die heterocyklischen Verbindungen enthalten.

Das vollendete Werk wird in Europa nicht seinesgleichen haben.

Buttersack, Göttingen.

Hans Blüher: **Traktat über die Heilkunde.** Eug. Diederichs, Jena 1926. 123 S. 4,50 M., geb. 6,50 M. — Gegenüber der Gemeinsamkeit des Glaubens und Denkens, welche frühere Zeiten zusammenhielt, leben wir heute in einer Periode des Individualismus: jeder geht seine eigenen Wege und beansprucht für sich möglichste Allgemeingeltung; und zwar tut er das nicht erst am Ende seines Lebens oder — nach Horaz — „nonum prematur in annum“, sondern die vielen Kongresse, Vereinsabende und dergl. führen zu einer Schnellreife des Gedankenpflänzchens, und die Stenotypistinnen, Rotationspressen und Radiovorträge schleudern die Ideen halbfertig hinaus. Besonders bedauerlich ist dabei, daß die Einzelnen keine Zeit mehr haben sich zu verstehen. Spätere Geschlechter werden unsere Zeit des Gärens mit Interesse durchmustern als die Phase, aus welcher neue Erkenntnisse und Anschauungsformen herausreiften. Dazu gehört die Schrift von Blüher. Sie gliedert sich in sechs Kapitel: Der Abfall des Hippokrates von der Priestermedizin der Asklepiaden. — Die Neurose als heilige Krankheit. — Metaphysik und Ethik. — Innere Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. — Der pathologische Ort. — Die katholische Medizin des Em. Coué.

Der Grundgedanke des Buches ist — wenn ich es richtig verstanden habe — dieser: alle Erscheinungen sind nur augenblickliche Auswirkungen (Leibniz, Momentane Geister) eines in unzugänglicher Tiefe wirkenden Etwas, auch wir selbst mit allen unseren Freuden und Leiden. Dieses Etwas hängt mit dem Universum zusammen. Fügen sich beide harmonisch ineinander, dann haben wir Gesundheit, andernfalls Krankheit. „Die Neurosen sind verpfuschte Sakramente“ (S. 78). Das wahre Heilen heißt nicht, mehr oder minder symptomatisch vorgehen, sondern die verlorene Harmonie wiederherstellen. Das kann aber nur eine Persönlichkeit, die sich zuvor selbst in Ordnung gebracht hat. Alle Achtung vor dem kausal-mechanischen Denken. Aber es bleibt meilenfern von dem metaphysischen Geist, für welchen der naturwissenschaftliche Geist nur „ein Angestellter“ ist. Singulär wie jede Persönlichkeit, muß auch jede Therapie sein. Der Arzt muß deshalb Seher, Durchschauer des Patienten mit seiner wunden Stelle sein, und gleichzeitig Wissender, Künstler und Priester. Eine ideale Aufgabe! Nur wird die Menschheit ewig von ihrer Erfüllung entfernt bleiben.

In der nächsten Auflage ist (S. 112) vis allemand, das Laster der Ernsthaftigkeit, in vice abzuändern.

Der schöne Druck ist besonders hervorzuheben.

Buttersack, Göttingen.

Th. H. van de Velde: **Die vollkommene Ehe.** Eine Studie über ihre Physiologie und Technik. Benno Konegen, Leipzig und Stuttgart. 336 Seiten. — Die Literatur über sexuelle Fragen schwillt seit einiger Zeit in ganz auffallender Weise an, wie vorher die Psychoanalysen-Literatur angeschwollen ist. Ob zwischen diesen beiden Tatsachen ein Zusammenhang besteht, entzieht sich meiner Beurteilung. — In einen gewissen Gegensatz zu den vielen Schriften und Büchern über sexuelle Fragen stellt sich das vorliegende Buch einmal um des Autors willen, der als früherer Direktor der Frauenklinik in Haarlem einen guten Namen hat, und dann um der Darstellung willen, die in wohltuendem Gegensatz steht zu der in dieser Literatur sonst üblichen Art. Auf Grund offenbar sehr reicher Erfahrung bespricht Verf. freimütig heikle Fragen, die schwer zu besprechen sind und besser unbesprochen bleiben, zumal er sich nicht nur an Aerzte, sondern auch an Laien wendet. Für Laien eine gefährliche Lektüre.

„Die Ehe ist eine Wissenschaft“ (Balzac) steht als Motto des Buches voran. Der Stoff gliedert sich in I. allgemeine Geschlechtsphysiologie, II. besondere Geschlechtsphysiologie und Anatomie, III. Geschlechtsverkehr und IV. Hygiene der Hochehe.

Keller.

Ludwig Levy-Lenz: **Sexualkatastrophen.** Bilder aus dem modernen Geschlechts- und Eheleben. 1926. A. H. Payne, Leipzig. 398 S. — Alles was lebt, will sich erhalten: das Individuum wie die höhere Lebenseinheit des Volkes. Dient die Zufuhr von Nahrung der individuellen Selbsterhaltung, so verlangt die höhere Einheit, die Art, die Fortpflanzung. Hunger und Liebe sind mithin die beiden Brennpunkte der Ellipse, in welcher unser Leben verläuft. Bis jetzt stand das Individuum beherrschend im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses; die Voit-Rubnersche Ernährungslehre nach Kalorien stellte die letzte Ausprägung dieses Denkens dar. Nunmehr schiebt sich mit Macht die erotische Komponente in den Vordergrund. Die Rassen- und Gesellschaftsbiologie wächst von Tag zu Tag und zieht gänzlich andere Dinge in den Kreis der bisherigen, aufs Individuum eingestellten Medizin. Natürlich verläuft die Fortpflanzung nicht überall glatt und reibungslos. Störungen ergeben sich teils aus Disharmonien im Individuum, teils aus solchen mit dem Partner und den sozialen Verhältnissen. Die hier möglichen pathologischen Situationen werden im vorliegenden Buch spannend geschildert. Katastrophen sind es nicht mehr und nicht weniger als die somatischen Katastrophen im Leben des Einzelnen; nur wirken sie sich anders aus, weil die Individualanomalien und Katastrophen sofort in das gesellschaftliche Leben eingreifen.

Fünf Bearbeiter haben sich in das große Gebiet geteilt: Magnus Hirschfeld behandelt den Transvestiten, Kinderschänder, Homosexuellen und den Mord im Sexualrausch; L. Klauber die Abtreibung, G. Lehnerdt (Kriminalist) die Prostitution in ihren verschiedenen Formen, L. Levy-Lenz die Syphilis, Joh. Werthauer die Eheketten mit dem Ausblick auf ein „verklärtes freies Menschentum“ nach Beseitigung des dermaligen Eherechts. In der Sowjet-Union hat man damit angefangen; die Erfolge sind nicht nachahmenswert.

Das Buch mit seinen lose aneinander gereihten Skizzen soll das allgemeine Verständnis für die sexuelle Psychologie und Soziologie wecken. Es wird als „interessante“ Lektüre gewiß großen Absatz finden. Ob es aber an den tatsächlichen Verhältnissen viel ändert, ist zweifelhaft.

Buttersack, Göttingen.

Therapeutische Notizen.

Pemberton u. a. haben bei **Arthritis deformans** mit 0,4% HCl per os und kohlehydratfreier Diät monatelang durchgeführt wesentliche Besserung erzielt hinsichtlich Beweglichkeit und Schmerzen. (Brit. med. J. 1925/6.)

Ueber die Behandlung ungewöhnlicher Manifestationen bei **Herzkrankheiten** schreibt Herrmann: Bei Koronarspasmen und Thrombose völlige Bettruhe mit Morphium, Vasodilatatoren: Amylnitritperlen, Nitroglyzerin in Tabletten 0,0005 unter der Zunge, Erythroltetranitrat 0,05 alle 2—3 Stunden. Euphyllin begünstigt die Koronarzirkulation 0,48 zwei- bis viermal täglich. In dringenden Fällen intravenös. Benzylsuccinat 0,4 zwei- bis dreimal täglich, kann über längere Zeit gegeben werden. J und Hg kommt bei Syphilis und Arteriosklerose, bei ersterer auch Wismuthsalizylat 0,3 alle 5 Tage intramuskulär. Bei Herzblock mit Adam-Stokesschen Anfällen und akuter Lebervergrößerung: Bariumchlorid 0,03—0,05 alle 3 Stunden. Ist vermehrter Vagustonus die Ursache: 0,0006 Atropinsulfat alle 3 Stunden. Bei paroxysmaler aurikulärer Fibrillation, wo akute Rhythmusstörungen das Leben bedrohen und akute Abdominalsymptome vorliegen, empfehlen sich heroische Dosen von Chinidinsulfat, wohl verdünnt 0,13—0,19 intravenös, nachdem man in nicht dringenden Fällen durch 0,065 per os oder $^{1}/_{10}$ dieser Dosis intravenös eine etwaige Idiosynkrasie festgestellt hat. Bei den mehr chronischen Formen der Herzinsuffizienz kommt Digitalis in Frage, nach Atropingaben in Fällen mit verzögerter Leitung, auch venaesectio, 500 ccm; letztere bessert auch Klappen- und kongenitale Fehler wie Mitralstenosen und Septumdefekte. Aneurysmen antworten gewöhnlich, namentlich wenn schon Druckerscheinungen vorliegen, nicht günstig auf antiluetische Behandlung. (Med. Clinics North Amer. 1926/Jan.)

Smith bezeichnet mit **hypertensiver kardiovaskulärer Nierenerkrankung** organische Veränderungen am Herzen, an den Arterien und Nieren entweder primär durch essentielle Hypertension oder durch eine vorausgehende Nephritis. Die Prognose hängt ganz von der Frühdiagnose und Prophylaxe ab. Deshalb ist auch die Blutdruckmessung im mittleren Lebensalter so wichtig. Die Affektion kann hinsichtlich der Ursache von 2 Gesichtspunkten aus betrachtet werden. Einmal die renale und nicht renale Gruppe. Die erstere umfaßt die Fälle, wo sich die Krankheit auf eine primäre Nephritis entwickelte, während sich bei der letzteren die sklerotische Nephritis auf dem Boden einer Arteriosklerose aufbaute, wobei die primäre Ursache die Anhäufung von Drucksubstanzen im Blut darstellt. Viel häufiger, als die erstere, die Hyperpiesie Allbutts. Dann die Fälle, bei denen noch eine gewisse vasomotorische Beweglichkeit vorhanden ist oder völlig verloren ist. Bei ersterer kann der tödliche Ausgang verhütet werden; bei letzterer sind die Aussichten trübe, und es kommt lediglich darauf an, den Motor Herz in Tätigkeit zu erhalten. Bei der renalen Form, namentlich wenn die Anamnese schon vorher Nierenentzündung aufweist und Niereninsuffizienz vorliegt, hängt die Prognose in erster Linie vom Charakter und Grade der Nephritis ab und den Wirkungen der Hypertension auf Herz und Arterien. Also muß die Behandlung die Nephritis einschließen N-arme Diät, Karrell, NaCl-freie Diät, Elimination, Verhüten von Komplikationen. Bei der essentiellen Hypertension sind die verschiedenen Ursachen in Betracht zu ziehen, geistige und körperliche Ueberanstrengung, Infektionsherde der Mandeln, Zähne, Sinus, des Appendix, der Gallenblase, der Genitourinalorgane, Intoxikationen von Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee; industrielle Intoxikationen, Autointoxikationen, Stoffwechsel- und endokrine Einflüsse, Diabetes mellitus. Bei Komplikationen, wie zerebrale Hämorrhagie und Angina pectoris, sind vasodilatatorische Heilmittel indiziert, Amylnitrit, Nitroglyzerin, Natriumnitrat, Benzylbenzoat usw. Bei Urämie und Koma: Aderlaß, ClNa-Infusion mit Glukose oder ev. Insulin. In Terminalstadien, wo das klinische Bild einem chronischen dekompensierten Klappenfehler gleicht, und wenn der Zustand nicht zu kritisch ist, Bettruhe und Karrell; sonst massive Dosen von Digitalis, Theobrominpräparate, Nauheim. (Med. Clinics North Amerika 1925/Juli.)

Bastedo faßt die Methoden der Dosierung und Anwendung der **Digitalis** wie folgt zusammen: 1. Wirkung kann sehr rasch per os erzielt werden. 2. Soll volle Wirkung erzielt werden, wie bei Vorhoffibrillation: Bettruhe und Ueberwachung. 3. Da Ueberdosierung schädlich ist, Einhalten bei der ersten toxischen Wirkung. 4. Bei nicht dringender Vorhoffibrillation berechnet man die Totaldosis auf der Basis 0,15 ccm pro Pfund Körpergewicht und gibt dann ¼ davon auf einmal und dann $^{1}/_{8}$ alle 6 Stunden, bis der gewünschte Effekt erreicht ist oder Digitalisation deutlich wird. Oder exakt: 1 Drachme der Tinktur (= 60 Grains = 3,8 g = 3,5 ccm) auf einmal und dann 0,5 Drachme alle 6 Stunden. Bei Digitalispulver $^{1}/_{10}$ dieses Betrages in Gramm oder Grain. Bei der Infusion siebenmal soviel in ccm. Dieselben Dosen auch in fiebernden Fällen, wie bei Pneumonie. Bei normalem Rhythmus genügen kleinere Dosen. 5. Bis Digitalisation erreicht ist, sorgfältige Ueberwachung wegen Ueberdosierung, die bei Ueberempfänglichkeit früh auftritt. In resistenten Fällen mehr, sobald die Anzeichen dafür deutlich sind, daß die Wirkung nicht erreicht wird. 6. Große Vorsicht bei Patienten, die das Mittel schon 3 Wochen lang genommen haben. 7. Ambulante Patienten sollen nicht digitalisiert werden. 8. Bei normalem Rhythmus ist selten die volle Wirkung nötig. 9. Intramuskuläre Administration nur, wenn der Magen aus anderen Gründen intolerant ist. Es ist zu bedenken, daß ein sensitiver Magen sehr früh gegen Digitalis intolerant ist; hier subkutan. Auch kann dauerndes Erbrechen die Anwendung per os hindern. 10. Intravenöse Anwendung ist besonders gefährlich und unnötig. Dann Strophantin. 11. Ist volle Digitalisation erreicht, dann Festhaltung der Wirkung durch täglich 2, 3, 5 oder 20—30 Minim (1 = 0,06 g). Aufzuhören hat man mit Digitalis, wenn die Digitalisation durch Elektrokardiograph deutlich ist; wenn der gewünschte Effekt erreicht ist (Verschwinden des Oedems, der Lebervergrößerung, langsamer stetiger Puls); bei ausgesprochener Nausea oder Erbrechen; bei Kopfschmerzen, Anorexie oder Schwindel; wenn der Puls unter 60 geht; wenn der Puls plötzlich zurückgeht; wenn ein regelmäßiger Rhythmus unregelmäßig oder intermittierend wird. (Med. Clinics North Amerika 1925/Nov.)

v. Schnizer.

Therapeutische Mitteilungen.

Erfahrungen mit Telatuten.

Von
Dr. HANS ZILLER in Berlin.

Meine ersten Versuche stammen aus der Zeit, als Telatuten noch unter dem Namen „Gefäßpräparat Heilner" im Umlauf war. Die mit dem Präparat gemachten Erfahrungen fielen so günstig und ermutigend aus, daß ich meine Versuche in einer großen Zahl von Fällen fortgesetzt und in 6 Jahren etwa 100 Kranke mit diesem Arteriosklerosemittel behandelt habe.

Im allgemeinen wurden in einer Serie 12 intravenöse Injektionen zweimal wöchentlich gegeben und nach 4 Monaten frühestens wiederholt. Mehr als dreimal 12 Injektionen im Zeitraum einiger Jahre haben sich bei meinen Fällen nicht als notwendig erwiesen. Zweckmäßig ist es, mit 0,3—0,5 ccm Telatuten zu beginnen, langsam zu injizieren, allmählich um 0,2 ccm zu steigen bis zu 1 ccm pro Injektion unter Berücksichtigung etwa auftretender Reaktionen, die oft auch ganz ausbleiben. Reaktionen — wenn sie überhaupt eintreten — sind im allgemeinen harmlos; nach einigen Stunden tritt mitunter Frösteln auf, mitunter auch leichte Temperatursteigerung. Die von mir beobachtete Höchsttemperatur war 38,5; in wenigen Stunden wieder völliges Wohlbefinden. Von unangenehmen Zwischenfällen ist einer in besonderer Erinnerung: Ausgesprochener Schock mit starkem Luftmangel, Herzflattern bis zu fast völligem Aussetzen des Pulses, äußerst bedrohliches Aussehen. — Es handelte sich um eine Kranke mit einem Vitium, bei der mit ¾ ccm begonnen wurde. Der Schock trat erst nach der 7. Injektion auf, und zwar ½ Stunde nach erfolgter Einspritzung. Ausgang auch in diesem Falle gut. In den Jahren 1921 und 1922, wo ich mit jeder Injektion 1 ccm Telatuten gab, habe ich häufiger plötzliche Gesichtsröte („mir wird ja so heiß") erlebt, später mit den geringeren Anfangsdosen nicht mehr.

Einige typische Beispiele für die Wirkung des Telatuten lasse ich folgen:

Fall 1: 1922. Herr K. Schl., 52 Jahre. Schwindelanfälle, Taumeln, Kriebeln der Hände und Füße, Fußschwellungen, Anfälle starker Atemnot. Blutdruck: Hg. 160, Febr. 1922: Serie von 12 Injektionen, Oktober 1922: Wiederholungskur, Dez. 1922: ausgezeichnetes Befinden, keine Atemnot, keine Schwindelanfälle und Fußschwellungen mehr. Psychisch sehr gehoben, fühlt sich 20 Jahre jünger. Hg. 140!! Mai 1924: Hg. 135, Besserung hält an. Jan. 1926: Zustand unverändert gut.

Fall 2: 1921. Herr H. K., 55 Jahre. Schwindelanfälle, Händekriebeln, allgemeines Krankheitsgefühl, Unlust, Depressionen, Vergeßlichkeit. — Hg. 190. Dez. 1921: Serie von 12 Injektionen. Hg. 190, subjektiv gebessert. Mai 1922: Wiederholungskur. 4 Wochen später Hg. 140. Keine Beschwerden völliges Wohlbefinden. — ½ Jahr danach Hg. 160. Klagen über Schwindel. 1923: 3. Kur. Dabei starke Reaktionen, Frieren und Temperatur bis 38,5. Hg. 140. Allgemeines Wohlbefinden, psychisch völlig umgewandelt. Dez. 1924: Hg. 130, gutes Allgemeinbefinden. Mai 1925: Hg. 140, Zustand unverändert gut.

Fall 3: 1922. Herr Fr. K., 52 Jahre. Kopfschmerzen und starke Schwindelanfälle, die ihn als Deckenmaler berufsunfähig machten, da er häufig von der Leiter stürzte. — Hg. 190. Febr. 1923: Serie von 12 Injektionen. Mai 1923: kein Schwindelgefühl bisher aufgetreten. Oktober 1923: Wiederholungskur. Vorzügliches Befinden, kann seinen Beruf wieder ausüben. Hg. 145. Jan. 1924: keine Schwindelanfälle wieder, keine Kopfschmerzen.

Fall 4: 1923: Herr O. M., 60 Jahre. Schwindelanfälle, „Einschlafen der Hände und Füße", Gedächtnisschwäche. — Hg. 160. Jod-Kali 8:200 6 Monate lang ohne jede Besserung. Hg. 165. März 1924: Serie von 12 Injektionen. Oktober 1924: wesentliche Besserung. Hg. 150.

Fall 5: 1922. Frau E. F., 59 Jahre. Luftmangel, Schwindelanfälle, Händekriebeln, Vergeßlichkeit. Hg. 180, Vitium cordis. Juli 1922: Serie von 12 Injektionen. Jan. 1923: Hg. 165. Juli 1924: Wiederholungskur. Schwerer Schock nach der 7. Injektion. Oktober 1925: Hg. 148. Juni 1926: Hg. 145. Gutes Allgemeinbefinden, keine Beschwerden mehr.

Fall 6: 1923. Frau I. M., 64 Jahre. Juli 1923: Schlaganfall mit Sprachlähmung. Erholung nach einigen Wochen. Schwerste Schwindelanfälle bleiben, Gedächtnisschwäche. — Hg. 195. September 1923: Serie von 12 Injektionen. Febr. 1924: Hg. 165, wesentliche Besserung, Schwindelanfälle leicht und nur noch selten. April 1924: Wiederholungskur. Okt. 1924: Hg. 160. Jan. 1925: Wiederholungskur. Hg. 160. Anfang 1926: Apoplexie, Exitus!

Diese 6 Fälle mögen genügen, um den Einfluß der Telatuten-Behandlung zu zeigen. Bei allen läßt sich subjektiv eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens feststellen und objektiv eine Herabsetzung des Blutdrucks, der mit einem Quecksilber-Sphygmomanometer nach Riva-Rocci gemessen wurde. Fälle, die nach einer Kur von 12 Injektionen unbeeinflußt schienen, gaben bei Wiederholung ebenfalls befriedigende Resultate, und selbst Fall 6 möchte ich als günstig für die Wirkung des Telatutens ansprechen, wo nach schwerem Schlaganfall der Patientin noch 3 Lebensjahre bei leidlichem Wohlbefinden ermöglicht wurden.

Eine Tabelle von wahllos herausgegriffenen Fällen soll zur weiteren Orientierung dienen:

Lfd. Nr.	Männer Jahr u. Name	Jahre	Hg.	Kur	4 Wochen nach Beendigung der Kur I.	II.	1 Jahr später Hg.
1.	1921 L. St.	67	180	1	Hg. 150		140
2.	1921 K. Oe.	54	180	2	Hg. 165	Hg. 140	130
3.	1922 J. R.	60	180	2	Hg. 165	Hg. 140	150
4.	1922 J. B.	63	180	1	Hg. 160		130
5.	1922 F W.	58	180	1	Hg. 165		—
6.	1923 A. R.	71	180	1	Hg. 170		Hg. 155 (1925 Exitus Magen-Leber-Carcinom)
7.	1923 H. L.	68	210	2	Hg. 190	Hg. 165	165
8.	1923 R. W.	45	190	1	Hg. 160		150 (1926 Hg. 145)
9.	1924 W. M.	73	160	1	Hg. 150		Hg. 150 (1926 Exitus Grippe-Pneunomie)
10.	1924 R. B.	59	185	2	Hg. 180	Hg. 140	—
11.	1925 C. J.	68	190	2	Hg. 170	Hg. 155	—
12.	1926 M. R.	57	185	1	Hg. 165		—
	Frauen						
1.	1922 E. F.	59	180	2	Hg. 170	Hg. 155	148 (Juni 192), Hg. 145)
2.	1922 A. Sp.	64	200	1	Hg. 170		—
3.	1922 K. G.	67	210	1	Hg. 180		—
4.	1922 A. F.	52	180	1	Hg. 165		160
5.	1922 A. B.	54	200	2	Hg. 190	Hg. 180	(1925) 165
6.	1923 B. R.	62	190	1	Hg. 180		165
7.	1923 M. D.	49	190	1	—		160

Lfd. Nr.	Frauen			Kur	4 Wochen nach Beendigung der Kur		1 Jahr später
	Jahr u. Name	Jahre	Hg.		I.	II.	Hg.
8.	1924 M. K.	59	200	1	Hg.	190	April 1925 Hg. 150 Oktober 1925 Hg. 165. Januar 1926 chron. parenchymatöse Nephritis. Hg. 180
9.	1925 A H.	52	165	1	Hg.	140	128
10	1925 E. Schm.	62	176	1	Hg.	165	½ Jahr später Hg. 155
11.	1926 M. Sch.	57	190	1	Hg.	180	—
12.	1926 J. Z.	56	170	1	Hg.	165	—

Betrachtet man die angeführten Daten, so ergibt sich der Schluß, daß es sich bei der blutdrucksenkenden Komponente des Telatuten nicht etwa nur um eine kurz vorübergehende Beeinflussung, sondern offenbar um eine kausal bedingte, hier für die Dauer eines Jahres beobachtete Wirkung handelt.

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkranke, Baden-Baden.
Leitender Arzt: Dr. H. Malten.

Die Jupiterlampe.

Von

HANS MALTEN.

Von allen Lichtquellen hat die natürliche Sonne zweifellos die günstigsten therapeutischen Eigenschaften. Dies gilt vor allem bezüglich der allgemeinen, sekundären Wirkungen, wo sie das beste lichttherapeutische Mittel darstellt. Diese Stellung verdankt das Sonnenlicht seiner gerade für den menschlichen Organismus überaus günstigen Kombination von milde und tiefgreifend wirkendem Ultraviolett mit intensiver Wärmestrahlung bei großen, eine gleichmäßige Ganzbestrahlung ermöglichenden Feldern.

Diesen Vorzügen gegenüber haftet der Sonnentherapie jedoch ein wesentlicher Nachteil an: Sie ist unzuverlässig. Zwei Drittel des Jahres scheiden für die therapeutische Verwendung der Sonnenbäder vollständig aus — und in den übrigen Monaten ist sie ganz vom Wetter abhängig. Trotzdem bildet das natürliche Sonnenlicht einen so wertvollen Heilfaktor, daß es viel mehr, wie bisher herangezogen werden sollte. Es ist der bedauerlichste Mangel bei einem großen Teil der Literatur über Lichttherapie, daß den Autoren jede eigene Erfahrung mit der natürlichen Sonnenbehandlung fehlt und damit der wichtigste Vergleichsmaßstab für die Beurteilung künstlicher Lichtquellen. Ganz unzuverlässig ist das Tierexperiment, da das Licht auf Dunkel-Tiere, wie Ratten und Mäuse, natürlich biologisch anders wirken muß, wie auf den von Natur lichtadaptierten Menschen. Der sicherste Wertmesser für eine Lichtquelle ist daher der therapeutische Effekt selbst, verglichen mit demjenigen der natürlichen Sonne.

Die Ungleichmäßigkeit der Sonnenstrahlung zu verschiedenen Jahreszeiten, die Abhängigkeit vom jeweiligen Wetter, verlangt die Schaffung einer Kunstlichtquelle, die zu jeder Zeit die therapeutische Wirkung der Sonne anzuwenden gestattet. Zu diesem Zwecke wurde zuerst die Kohlenbogenlampe herangezogen. Ihr Licht ist zwar sonnenähnlich, jedoch ist der Anteil der ultravioletten Strahlung an der Gesamtemission wesentlich geringer, wie bei der Sonne. Mehr aber noch als dieser Umstand verhinderte der überaus hohe Stromverbrauch der üblichen Bogenlampen ihre therapeutische Anwendung. Auch waren die Bestrahlungsfelder meist sehr klein und ungenügend für Ganzbestrahlungen. Die nächste Etappe auf dem Wege zu einem brauchbaren Sonnen-Ersatz war die Quarzlampe. Sie besaß die wesentlichen Vorzüge geringen Stromverbrauches, einfacher Handhabung und großer Bestrahlungsfelder, sowie eine große Intensität der ultravioletten Strahlung. Trotzdem besitzt aber auch ihr Licht noch wesentliche Mängel: Einmal fehlt ihm jede wesentliche Wärmewirkung, die doch für den therapeutischen Effekt von großer Wichtigkeit ist (vgl. „Das Lichtpigment"). Zwar läßt sich dieser Mangel einigermaßen durch die Kombination der Quarzlampe mit Wärmestrahlern (Glühlampen, Solluxlampe) beseitigen, jedoch wird dadurch die Apparatur kompliziert und teuer. Viel wichtiger ist jedoch die Tatsache, daß das Ultraviolett der Quarzlampe hauptsächlich von sehr wenigen Linien kurzer Wellenlänge geliefert wird und daher eine übergroße Reizwirkung auf die Haut ausübt. Die Gefahr starker Erytheme und höchst unangenehmer Konjunktivitiden ist daher eine unangenehme Beigabe der Lichttherapie mit Quarzlampen. Vor allem ist aber der therapeutische Effekt bezüglich der Sekundärwirkungen verhältnismäßig gering gegenüber dem der natürlichen Sonne, wie auch die erreichbare Pigmentierung weit hinter dem Sonnenpigment zurückbleibt. Daher haben gerade die sonnentherapeutisch arbeitenden Autoren die Unzulänglichkeit der Quarzlampe als Sonnen-Ersatz zuerst erkannt und betont.

Das Bestreben, diese Mängel zu beseitigen und eine der Sonne möglichst gleichwertige Lichtquelle zu schaffen, ließ auf die Bogenlampe zurückgreifen. Nach langdauernden Versuchen, mit zahlreichen Aenderungen und Verbesserungen gelang es schließlich, eine Bogenlampe zu bauen, die allen Anforderungen entspricht und unter dem Namen „Jupiter-Lampe" n. Stein-Wiesbaden in der medizinischen Welt eingeführt wurde.

Die Jupiter-Lampe Type 30 für Ganzbestrahlung ist eine sog. Zweiflammen-Bogenlampe, d. h. es sind bei ihr zwei Lichtbögen in denselben Stromkreis eingeschaltet. Dadurch wird die vorhandene Netzspannung vorzüglich ausgenützt und bei einem Stromverbrauch von nur 10 Amp. eine Lichtstrahlung von ca. 6000 Kerzen erzielt. Da die Kohlen bei der Jupiter-Lampe außerdem parallel angeordnet sind, fällt der bei anderen Bogenlampen erforderliche Nachschiebemechanismus weg, wodurch die Bedienung sehr vereinfacht wird. Beim Einschalten zündet die Lampe sofort automatisch und bedarf keiner weiteren Wartung, bis die Kohlen abgebrannt sind. Da die Jupiter-Lampe ohne Aenderung je nach den örtlichen Verhältnissen mit verschiedenen Netzspannungen, sowie mit Gleich- oder Wechselstrom betrieben werden kann, so ist sie ohne weiteres an verschiedenen Orten oder bei der jetzt nicht seltenen Aenderung der Stromart weiter zu verwenden. Der Lichtkegel der Jupiterlampe Type 30 ist in einem Umfange von 60° völlig homogen und reicht bei einem Bestrahlungsabstande von durchschnittlich 70 cm für Ganzbestrahlung aus. Eine kleinere Type von 3500 Kerzen Lichtstärke besitzt einen Stromverbrauch von nur 6 Amp. und eignet sich besonders für Lokalbestrahlung in der Dermatologie, Wundbehandlung, Zahnheilkunde, bei lokalen Schmerzen und Entzündungen, sowie zur Ganzbestrahlung von Kindern. Besonders wertvoll für den Praktiker ist diese kleine Lampe dadurch, daß sie mit allem Zubehör in einem mitgelieferten Handkoffer zu bettlägerigen Patienten in die Wohnung mitgenommen werden kann. Da die Hauslichtleitungen meist mit 6 Amp. gesichert sind, läßt sich die kleine Lampe ohne weiteres an jede Steckdose anschließen. Schließlich besitzt der Arzt in ihr auch eine vorzügliche, starke Lichtquelle für Operationen, ein Vorteil, der gerade auf dem Lande nicht zu unterschätzen ist. Da die Lampe sehr solid gebaut ist, verträgt sie auch einen unsanften Transport ohne Schaden, was bei Sollux- und Quarzlampen natürlich ausgeschlossen ist. Auch die größere Type 30 ist mittelst passender Ansätze für alle Zwecke der Lokalbestrahlung zu verwenden.

Der therapeutisch wichtigste Bestandteil der Jupiter-Lampe sind die zur Verwendung kommenden Spezialkohlen. Sie sind für die beiden oben beschriebenen Typen gleich.

Die Jupiter-Kohlen sind sog. Dochtkohlen, deren Füllung nach therapeutischen Gesichtspunkten gewählt ist. Die eine Sorte, Ultrakohlen genannt, liefert eine intensive Ultraviolettstrahlung, deren Erythemwirkung ungefähr der der Quarzlampe entspricht, kombiniert mit einer intensiven Wärmewirkung und mit großem Reichtum an sichtbarem Licht. Diese Kohlensorte eignet sich demnach sowohl für lokale Reizbestrahlung (Dermatologie) als auch zur Erzielung kräftiger sekundärer Allgemeinwirkungen. Je nach der Anwendungstechnik läßt sich mit ihnen auch ein intensives Pigment erzeugen, welches dem Sonnenpigment fast vollständig entspricht. Bei erstmaliger Anwendung beträgt die Erythemzeit der Ultrakohlen (Type 30, 60 cm Abstand) etwa 3—4 Minuten. Für die meisten therapeutischen Zwecke genügt eine tägliche Bestrahlungsdauer von 5 Minuten auf jeder Körperseite. Diese Dosis reicht für eine intensive Beeinflussung des Stoffwechsels, des Blutbildes und Blutdruckes sowie für einen kräftigen therapeutichen Effekt in den geeigneten Indikationsfällen vollständig aus. Die Gefahr unangenehmer Erytheme ist gering und läßt sich sicher vermeiden, wenn die ersten Bestrahlungen kurzdauernd (2 Minuten) mit langsamen Ansteigen bis 5 Minuten gegeben werden. Nur in solchen Fällen, bei denen sehr intensive Wirkungen gewünscht werden (s. unten), sind längere Bestrahlungszeiten angebracht. Ueber 10—15 Minuten pro Feld sind jedoch niemals erforderlich. Gegenüber den bisher üblichen Lichtquellen zeigen die Jupiter-Lampen mit Ultrakohlen eine im Verhältnis zur Bestrahlungszeit auffallende Pigmentwirkung, wodurch sich ihre überlegene therapeutische Wirkung erklärt. Tägliche Bestrahlungen von 5 Minuten erzeugen eine mittlere Bräunung, solche von je 10 Minuten Dauer eine intensiv schwarzbraune Färbung, wie sie bisher nur durch stundenlange Behandlung mit Sonnenbädern oder Bogenlichtscheinwerfern zu erzielen war.

Demgegenüber liefern die Jupiter-Weißbrandkohlen ein Licht, welches vollständig der natürlichen Sonnenstrahlung entspricht, mit großer Wärmeintensität und kräftiger Strahlung des sichtbaren Spektrums. Das Ultraviolett ist bei dieser Sorte wesentlich kürzer, reicht nur bis ca. 290 $\mu\mu$ und wirkt daher viel milder, als die Strahlung der Ultrakohlen. Ein Erythem tritt auch bei lang dauernder Bestrahlung nicht auf. Daher eignen sich die Weißbrandkohlen für 2 Gruppen von Indikationen: 1. zur Wundbehandlung, d. h. zur kräftigen Anregung der Granulationsbildung durch das langwellige Ultraviolett, da das kurzwellige UV. der Ultrakohlen (und noch mehr das der Quarzlampe) in diesem Falle durch Schädigung der proliferierenden Zellen nachteilig wirken würde. Auch bei akuten Hautkrankheiten ist die milde Wirkung der Weißbrandkohlen besonders erwünscht, während in chronischen Fällen die kräftiger wirkenden Ultrakohlen vorzuziehen sind. Ebenso geeignet sind die Weißbrandkohlen für die Behandlung der empfindlichen Schleimhäute, um die Gefahr einer Schädigung sicher zu vermeiden.

2. vermitteln die Weißbrandkohlen eine intensive und tiefgreifende Wärmewirkung, die besonders auf tieferliegende Entzündungsprozesse günstig wirkt. Von dieser Eigenschaft läßt sich erfolgreicher Gebrauch machen bei Abszessen, Otitiden, Nebenhöhlenentzündungen, Adnexentzündungen, Neuralgien, Migräne usw. Die Bestrahlungszeiten sind in diesen Fällen naturgemäß länger und betragen ¼ bis ¾ Stunden.

Neben den sonstigen günstigen Eigenschaften (einfache Bedienung, geringer Stromverbrauch, größte therapeutische Wirkung) besitzt die Jupiter-Lampe vor allem den Vorteil, durch einfaches Auswechseln der Kohlen zwei verschieden zusammengesetzte Strahlungen zu liefern, wodurch ihr Licht den jeweiligen therapeutischen Erfordernissen angepaßt werden kann, was bisher bei keiner andern Lichtquelle möglich war. Dadurch ist dem Praktiker die Möglichkeit gegeben, mit einer einzigen Lampe allen Indikationen der Lichttherapie gerecht zu werden, ein Vorteil, der bei der Bedeutung der Lichtbehandlung für die tägliche Praxis nicht hoch genug bewertet werden kann.

Unsere eigenen Erfahrungen mit der Jupiter-Lampe reichen über 1 Jahr zurück und bestätigen durchaus die auch an anderen Orten gemachten günstigen Erfahrungen. Wir haben z. Z. 4 Lampen in Gebrauch, von denen die eine bereits ca. 700 Brennstunden ohne jede Störung gearbeitet hat. Wir verwenden die Jupiter-Lampe meist zusammen mit unseren sonstigen bewährten physikalischen Anwendungsformen als Ersatz für die natürliche Sonne im Winter, sowie an sonnenlosen Tagen des Sommers, auch zur Eingewöhnung und schließlich bei empfindlichen Patienten, die keine Sonnenbäder vertragen. Nach der Zusammensetzung unseres Krankenmaterials überwiegen begreiflicherweise die Ganzbestrahlungen zum Zweck der sekundären Allgemeinwirkungen. So sahen wir vorzügliche Erfolge bei Anaemien, in Fällen nervöser Erschöpfung bis zur ausgesprochenen Neurasthenie, bei Verdauungsstörungen und thyreotoxischen Zuständen leichteren Grades. Ganz besonders günstig war die Wirkung bei Erkrankungen des Kreislaufapparates, vor allem bei den einfachen, praesklerotischen Hypertonien, wo meist bald ein erhebliches Absinken des Blutdruckes erreicht wurde. Auch Herzinsuffizienzen mit und ohne Klappenfehler reagieren durchweg gut, wie uns der Fall eines Wirtes zeigte, der an Insuffizienz bei einem seit 30 Jahren bestehenden Mitralfehler litt und wieder voll arbeitsfähig sowie beschwerdefrei wurde. Aehnliche Erfahrungen konnten wir noch in einer Reihe anderer Fälle machen. Ferner haben wir — nach dem Vorgange von Andersen — auch unsere Diabetiker ausnahmslos der Bestrahlung unterworfen und befriedigende Erfolge erzielt. In nicht zu fortgeschrittenen Fällen war stets eine günstige Wirkung auf die Zuckerverbrennung festzustellen, am deutlichsten bei einem Wirte, der mit einer Zuckerausscheidung von über 4% bisher unbehandelt zu uns kam und nach 8 Wochen ohne Diät zuckerfrei blieb. Besonderes Interesse beansprucht ein noch in Behandlung befindlicher Fall von perniciöser Anaemie, der unerkannt nach 1½ jährigem Bestande von uns aufgenommen wurde. Nach 4 wöchentlicher Bestrahlung war die Erythrocythenzahl von 1,5 auf 2 Mill., der Haemoglobingehalt von 30% auf 45% gestiegen, bei wesentlicher Besserung der Poikilocythose. Ueber diesen Fall wird noch a. a. O. eingehender berichtet werden.

Zur Lokalbestrahlung wurde die Jupiter-Lampe in einigen Fällen von Hauterkrankungen herangezogen. Gute Erfolge sahen wir bei einigen klimakterischen Dermatosen, sowie bei Furunkeln, besonders solchen der Oberlippe. Erwähnenswert ist auch die rasche Beeinflussung eines Herpes zoster mit stellenweisen Hautnekrosen an der Halsseite und auf der Brust. Während die Hauterscheinungen nach wenigen Tagen verschwanden, die Defekte sich überhäuteten, war ein Einfluß auf die begleitenden Neuralgien nicht festzustellen, so daß diese durch andere Maßnahmen beseitigt werden mußten. Immerhin war uns auch in diesem Falle die Bestrahlung eine wertvolle Unterstützung. Gerade bei den Hauterkrankungen ist die Möglichkeit, je nach Bedarf das Licht der Jupiter-Lampe durch Wechseln der Kohlen zweckentsprechend modifizieren zu können, eine wesentliche Erleichterung der Behandlung. So behandelten wir den oben erwähnten Fall von Herpes zoster zunächst mit einigen kräftigen Erythemdosen (Ultrakohlen) unter Einbeziehung der Umgebung, und ließen dann Bestrahlungen mit Weißbrandkohlen folgen.

Zusammengenommen halten wir auf Grund unserer Erfahrungen die Jupiter-Lampe für die zweckmäßigste der z. Z. vorhandenen Lichtquellen, da sie eine therapeutisch hochwertige Strahlung von großer Anpassungsmöglichkeit an die vorliegenden Indikationen bei geringen Kosten und einfacher Bedienung liefert.

Aus der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Allerheiligen Breslau.
(Primärarzt: Prof. Dr. Ercklentz.)

Ueber Salabrose, ein neues Ersatzkohlehydrat.

Von

Dr. J. OLES.

Schon vor Aufkommen der Insulinbehandlung hat man versucht, durch die Herstellung besonders geeigneter Kohlehydrate den Diabetiker vor den Gefahren der einseitigen Ernährung und der dabei drohenden Säurevergiftung zu schützen. Diesen Weg wiesen die Hafermehlkuren von v. Noorden, die Mehlfrüchtekuren Faltas und die Karamelkuren nach Schwarz und Grafe. Wenn auch das Insulin einen vollkommenen Umschwung in der Behandlung schwerer Diabetiker gebracht hat, so wird man doch bei vielen Patienten immer wieder gezwungen sein, durch rein diätetische Behandlung die diabetische Stoffwechselstörung zu bekämpfen, sei es bei Durchführung insulinfreier Perioden, sei es bei Patienten, bei denen aus irgendwelchen Gründen auf Insulinbehandlung verzichtet werden kann oder muß. Für diese Fälle, aber auch zur Unterstützung der Insulinbehandlung — als insulinsparend — müssen uns Nährmittel willkommen sein, die uns die Verabreichung einer kalorienreichen Nahrung bei weitestgehender Beschränkung der Eiweißzufuhr und einer in den Grenzen der Verträglichkeit bleibenden Fettmenge ermöglichen, ohne gleichzeitig die Gefahr einer Azidose zu bedingen.

Als solche Nährmittel kommen vorzugsweise Röstprodukte von Kohlehydraten in Frage. Zucker und Stärke bzw. Stärkeprodukte gehen beim Erhitzen über 170 Grad unter vermindertem Druck in Formen über, die man als Anhydrozucker bezeichnet. Ihre Darstellung geht auf Gélis 1859 zurück und wurde von Pictet fortgesetzt. Sie bilden einen wesentlichen Bestandteil der „Karamele". Mit ihrer Verwertbarkeit für den Diabetiker beschäftigte sich zunächst vor allem Grafe 1914, indem er die günstige Wirkung karamelisierter Mehlarten namentlich auf die Azidose nachwies.

Später dehnte er seine Versuche auch auf das Laevuglykosan, das Anhydrid der Laevulose aus. Kerb dagegen stellte das Di- und Tetraglykosan dar (1924) und erzielte damit gleiche Ergebnisse, nämlich 1. keine Mehrausscheidung von Zucker, auch nach großen Glykosanmengen, 2. keine oder nur unbedeutende Aenderung des Blutzuckerspiegels nach oben oder unten bei großen Einzelgaben im peripheren Blut, wohl aber im Blut der Pfortader, wo das Glykosan bereits in der Form eines Zwischenproduktes erschien. 3. Glykogenansatz bei Hungertieren nach Glykosanfütterung. Nonnenbruch verwandte bei seinen Versuchen neben dem α-Glykosan und dem Laevuglykosan das Saccharosan (Mellitose) mit gleich gutem Erfolge. Die Chemischen Werke Grenzach haben neuerdings ein Tetraglykosan unter dem Namen „Salabrose" hergestellt und uns zur klinischen Prüfung überlassen. „Salabrose" wird durch Polymerisation von reinem Traubenzucker gewonnen. — Ein ähnliches Präparat scheint in der von den Diasana-Werken hergestellten Diasana-Schokolade zu 35% enthalten zu sein (Bematt). — Ueber „Salabrose" liegt bisher ein klinischer und tierexperimenteller Bericht von Nothmann und Kühnau und ein klinischer von Kerb und Schilling vor. Sie fanden die früheren Ergebnisse von Kerb bestätigt. Weiter soll „Salabrose" die N.-Ausscheidung im Urin herabsetzen, wirkt also eiweißsparend und beseitigt das quälende Hunger- und Durstgefühl, schließlich befriedigt es das Verlangen nach süßschmeckenden Nahrungsmitteln. Sie erweist sich beim normalen Kaninchen, wie auch bei pankreasdiabetischen Hunden als Glykogenbildner. Zur Bekämpfung der Azidose ist die Salabrosezufuhr den Hafermehlkuren u. ä. mindestens gleichwertig. Bei schweren Diabetikern macht sie eine Einschaltung von Hunger- oder strengen Gemüsetagen überflüssig und kann hier, wie in der Komabehandlung, insulinsparend wirken.

Wir prüften nun ebenso wie Nothmann und Kühnau die Wirkung auf den Blutzucker und zwar nach Verabreichung von 100 g beim Gesunden und Diabetiker. Halbstündliche Blutzuckerbestimmung. Die Kurven verliefen ähnlich denen von N. und K. angegebenen, nur waren die Schwankungen — wohl in Anbetracht der höheren Salabrosegaben — stärker. Beim Normalen: Nach einer Stunde kurzer Anstieg, der nach 2½ Stunden wieder auf dem normalen Werte angelangt war, beim Diabetiker dagegen ein geringes Absinken ohne vorherige Steigerung. — Beobachtungen, wie sie auch in den Zahlenangaben von N. und K., wie in den Versuchen von Bematt mit Diasana-Schokolade angeführt sind. Klinische Ergebnisse: Wir gaben das Präparat zunächst in Dosen von 25, später 50 g, auf den Tag verteilt in Milch oder Kakao gelöst, gelegentlich rein oder in Butter verrieben. Es wurde von allen Patienten gern genommen. In einigen Fällen stiegen wir auf 100 g, ohne daß hier wie vorher eine Mehrausscheidung von Zucker im Urin oder eine Veränderung des Nüchternblutzuckers auftrat (Ausnahme s. u.). Die antiketogene Wirkung konnte nachgewiesen werden, 1. an einem Fall von Hunger-Acidose bei einer alten kachektischen Frau, 2. in zahlreichen Fällen von Diabetes (Ausnahme s. u.).

Als Beispiel möchten wir folgende Beobachtung anführen:

B., 54jährige Frau, vor einem Jahre zum ersten Male Zucker im Urin nachgewiesen. Am ersten Tag erhielt Patientin Kh. 80, E. 52, F. 33. Nach drei Tagen einer knappen Kost von Kh. 6, E. 12, F. 30 und Kh. 30, E. 50, F. 70 steigend, trat starke Acetonausscheidung auf, die am zweiten Tag nach je 50 g Salabrosezulage wieder verschwand. Sie erhielt noch sechs Tage diese Zulage zu einer Kost von Kh. 45, E. 71, F. 90 und schied dabei etwa 5 g Zucker aus, eine Menge, die sich auch nach einer einmaligen Zufuhr von 100 g „Salabrose" am achten Tage (Probe s. o.) nicht steigerte. Dabei blieb der Nüchternblutzucker dauernd auf gleicher Höhe (150 mg). Nach weiteren vierzehn Tagen konnte sie mit einer Kost von Kh. 52, E. 56, F. 100 ohne Zuckerausscheidung im Urin entlassen werden.

Einer besonderen Erwähnung dagegen bedarf folgende Beobachtung:

Das jetzt 14½ jährige Mädchen ist seit etwa zwei Jahren unter dauernder, teils klinischer, teils ambulanter Insulinbehandlung. Dreimal konnte sie bisher mit Insulin aus schwerstem Koma gerettet werden. Wiederaufnahme am 11. November 1925 zur Neueinstellung nach dem letzten Koma. Zwei Hafertage zusammen mit 45 E. Insulin vermochten die bestehende Acidosis nicht zu mildern. Nach zwei darauf folgenden Gemüsetagen versuchten wir daher, bei gleichen Insulinmengen (45 E.) und gleicher Kohlehydratzufuhr (26 Kh., 60 E.) die Acetonausscheidung durch tägliche Salabrosegaben von 50 g, später von 75 g und 100 g zu beeinflussen. Die Acetonausscheidung blieb jedoch auf konstanter Höhe (2 bis 3 g pro die). Dagegen war eine täglich zunehmende Mehrausscheidung von Zucker zu beobachten (von 0 g auf 37 g); vielleicht durc eine Umwandlung der als Glykogen deponierten Salabrose i Zucker, wie auch Nothmann und Kühnau eine Steigerung de Glykosurie nach höheren und längere Zeit verabfolgten Salabrosegaben beschrieben haben. Der Blutzucker blieb in unserem Falle stets gleich um 200 mg. Danach wurde erneut mit einer schonenden diätetischen Kur (26 Kh., 60 E.) und langsam steigender Salabrosezufuhr begonnen (ebenfalls bis 100 g pro die); es wurden dieselben Mengen von Insulin beibehalten, die Zeiten der Insulininjektionen aber geändert, mit dem Erfolge, daß die Glykosurie nicht wieder auftrat (siehe Steinbrinck „Insulinwirkung bei zeitlich verschobener Insulindarreichung"); die Acidosis konnte ebenfalls bis zum völligen Verschwinden beeinflußt werden.

Auf Grund unserer Beobachtungen können wir zusammenfassend sagen:

1. Salabrose macht keine Mehrausscheidung von Zucker (Ausnahme siehe oben).
2. Sie führt keine oder nur ganz geringe Aenderungen des Blutzuckerspiegels herbei.
3. Sie wirkt antiketogen und eiweißsparend.
4. Salabrose wird von den Patienten gern genommen und macht keine Magen- oder Darmstörungen.

Literatur:

1. Verh. der deutsch. Gesellschaft für innere Medizin 1924.
2. Verh. der deutsch. Gesellschaft für innere Medizin 1921.
3. Therapie der Gegenwart 1924 H. 1.
4. Münch. med. Wochenschrift 1925. Nr. 43.
5. D. med. Wochenschrift 1925. Nr. 24.
6. Therapie der Gegenwart 1925. H. 9.
7. Med. Klinik 1925. Nr. 39.
8. D. Archiv für klinische Medizin Bd. 116. S. 437.
9. Münch. med. Wochenschrift 1914. Nr. 26.

Druckfehler-Berichtung.

In Nr. 16, S. 726 muß die Ueberschrift statt „Archiv für Dermatologie und Syphilis" heißen: **„Zeitschrift für Urologie", Bd. 20, H. 6.**

In Nr. 9 der „Fortschritte der Medizin" auf Seite 390 muß es in der 10. Zeile von unten nach oben gerechnet statt „Auch die Mitbeherbung von Personal . . ." heißen: **„Auch die Mitbeherbergung von Personal . . ."**

In der 13. Zeile von unten muß es ferner statt „Ja oft ist eine besondere Beherbung . . ." heißen: **„Ja oft ist eine besondere Beherbergung . . ."**

Von jetzt ab

erscheinen Fortschritte der Medizin

jeden Dienstag

448.8
F77

LIBRARY
RECEIVED
SEP 20 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,— Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 20 — BERLIN, DEN 24. AUGUST 1926 — 44. JAHRGANG

2

Bei allen Erkältungskrankheiten,
Neuralgien, Pneumonie, Grippe, Dysmenorrhoe:

Gelonida antineuralgica,

deren Bestandteile
(Cod. ph. 0,01 Phenac.-Acetylsalic āā 0,25)
nach der Professor Treupelschen Kombinationstheorie den Krankheitsherd gleichzeitig von mehreren Seiten angreifen, um die Wirkungen der einzelnen Komponenten zu potenzieren, nicht nur zu kumulieren

Pp.: 1 Originalschachtel zu 10 oder 20 Stück, Klinikpackungen 100 Stück
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**
u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
In allen Apotheken zu haben.
EPISAN Berendsdorf
Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.
EPISAN Berendsdorf
Von Aerzten bestens empfohlen.
Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.**

Bad Salzschlirf und sein Bonifaziusbrunnen!
Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**
Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.**— / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

DDr. Fraenkel-Oliven's
Sanatorium „Berolinum", Lankwitz
für männliche und weibliche Nerven- u. Gemütskranke, für Morphinisten, Cocainisten usw. sowie für freiwillige Pensionäre. **Prospekte.**
San.-Rat Dr. **FRAENKEL** — **Berlin-Lankwitz** Viktoria-Str. 60
Fernsprecher: Lichterfelde 800.

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL
Zyma ERLANGEN
HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
Hovaletten
Zyma
KASSENPACKUNG
HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. Jean Kottmaier, Röntgenarzt, Mainz: Röntgenfortschritte in Diagnostik und Therapie . . . 837
Dr. Otto Krug, Magdeburg: Können bei der Entstehung der inneren malignen epithelialen Geschwülste auch exogene Reize mitsprechen? . . . 844
Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Franz-Josef-I.-Krankenhauses in Szolnok (Ungarn).
Dr. Emerich J. Orso, Chefarzt: Zur Therapie der Gonorrhoe . . . 845
Aus der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Allerheiligen, Breslau (Primärarzt: Prof. Dr. Ercklentz).
Dr Walther Steinbrinck, Oberarzt: Ueber Insulinersparnis durch zeitlich verschobene Verabreichung . . . 847

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter, Leipzig: Die Aufnahmepflicht in die ärztlichen Berufsverbände . . . 849
Briefkasten . . . 850

Laufende medizinische Literatur:

Medizinische Klinik, Jahrg. 22, Nr. 31 . . . 850
Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 30, 31 . . . 851
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 31 . . . 852
Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, Jahrg. 23, Nr. 13—15 . . . 852
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, **114.**, Heft 5/6, **115.**, 1./4. Heft . . . 853
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, **76.**, Heft 2 . . . 854
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, **61.**, Heft 4 . . . 854
Archiv für Kinderheilkunde, **78.**, Heft 4 . . . 854
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, **74.**, Heft 1—2 . . . 854
Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, **14.**, 4. Heft . . . 855
Zeitschrift für Urologie, Juli 1926 . . . 856
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 26—28 . . . 856
Ugeskrift for Laeger, Nr. 29, 30 . . . 857
Hygiea, Heft 13 . . . 857
British med. Journal, Nr. 3419 . . . 857
The Journal of Urology, Juni 1926 . . . 858
The Lancet, **211.**, Nr. 2—4 . . . 858
La Riforma medica, **42.**, Nr. 24—26 . . . 859
Il Policlinico, Sez. med. **33.**, Nr. 6—7 . . . 860
Rivista Ospedaliera, **14.**, Nr. 4—5 . . . 860
Paris médical, Nr. 28—30 . . . 861
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, **14.**, 1—4 . . . 862
The Journal of Biological Chemistry, **69.**, Nr. 1 . . . 866
Buchbesprechungen . . . 866

Therapeutische Mitteilungen:

Aus der Frauenklinik von Dr. Gutzmann, Berlin-Schöneberg.
Dr. Gutzmann: Beitrag zur Behandlung des Fluor . . . 867
Dr. med. Rudolf Gaschke, prakt. Arzt, Wien: Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Noctal . . . 867
San.-Rat Dr. Hugo Freund, Berlin: Zur Chemotherapie der Lungentuberkulose . . . 868
Einladung . . . 868

Silicol

Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

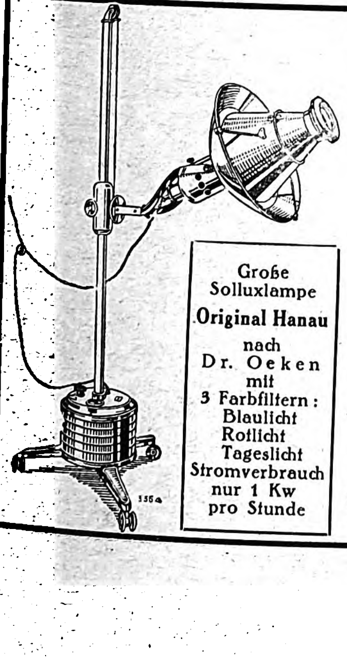
Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**



Große Solluxlampe
Original Hanau
nach
Dr. Oeken
mit
3 Farbfiltern:
Blaulicht
Rotlicht
Tageslicht
Stromverbrauch
nur 1 Kw
pro Stunde

Das Ideal-Heilmittel
bei akuten Entzündungsprozessen

Hyperämiebehandlung durch die Bestrahlung mit den leuchtenden Wärmestrahlen der
Solluxlampe * Original Hanau

Die Hyperämie, analog der Bierschen Stauung, gepaart mit der analgesierenden Wirkung der Strahlen, ist die Grundlage der verblüffenden Erfolge. **Sichere Erfolge** bei akuten **Entzündungen** des **Ohres,** der **Nase** und ihrer **Nebenhöhlen,** der **Mandeln,** des **Kehlkopfes,** der **Luftröhre,** der **Speichel- und Lymphdrüsen.**

Bei rechtzeitiger Anwendung kein Versager.

Aehnliche Erfolge werden gemeldet bei **Entzündungen** der **Hoden** und **Nebenhoden,** der **Prostata,** der **Sehnenscheiden** und **Gelenke,** des **Rippenfelles,** ferner bei **Kopfschmerz, Neuralgien, Zahnkrankheiten.**

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. / Hanau / Postfach 839.

Levurinose
„Blaes"
das altbewährte **Dauerhefe-Präparat**

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

Dormalgin

bei Schmerzen aller Art

Handelsformen: Päckchen mit
10 Tabl. zu je 0,2 g (außerdem
Tropfen, Ampullen u. Zäpfchen)

J. D. RIEDEL A.G.
BERLIN

Olobintin

bei Adnex-Erkrankungen

(10 $^0/_0$iges Terpentinöl-Präparat)
Handelsformen: Flasche mit 10 ccm,
Schachtel mit 5 Amp. zu je 1,1 ccm.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 20 24. AUGUST 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Röntgenfortschritte in Diagnostik und Therapie.

Von

Dr. JEAN KOTTMAIER, Röntgenarzt, Mainz.

Was wir noch in Zukunft auf diesem Gebiet erwarten können, zeigt uns die gelungene telegraphische Uebertragung eines Röntgenbildes zwischen Chicago und New York zwecks Diagnosestellung und ärztlicher Beratung.

Die Röntgenstrahlen im Dienste der Gerechtigkeit könnte man einen Bericht nennen über 7 Kranke, die vor ½ bis vielen Jahren ein ganz leichtes Trauma ohne Knochenverletzung erlitten, gefolgt von ganz kurzer bis länger dauernder Bewußtlosigkeit, deren Klagen über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl besonders beim Bücken, Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels, Abschwächung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, allgemeine Erschlaffung und Uebermüdbarkeit, Schlafstörung und zuweilen Alkoholüberempfindlichkeit dann als „traumatische Neurose“ abgetan wurden. In diesen Fällen fand sich, genau wie bei anerkannten Verletzungen auf lumbalem Weg eine mangelhafte Luftfüllung oder auch eine Erweiterung der Seitenventrikel, bzw. eine Verziehung nach der verletzten Seite oder eine starke Luftansammlung auf der Konvexität des Gehirns. Wieviele solcher „traumatischen Neurotiker“ mag es noch geben?

Unmittelbare oder mittelbare Erkrankungen des Opticus erfordern die röntgenologische Darstellung des Opticuskanals. Sie ist technisch nächst der Sella turcica am leichtesten zu erzielen. Dabei muß der Zentralstrahl mit der Achse des Opticuskanals zusammenfallen und die Platte im rechten Winkel treffen. Es hat sich gezeigt, daß bei einem Durchmesser von weniger wie 5 mm Sehstörungen infolge Schwellung des Nerven häufiger sind.

An einem größeren Material wurde festgestellt, daß die Sella turcica in 58% oval, in 24% rund und in 18% flach ist. Beim Kind überwiegt der runde Typ. Im Durchschnitt mißt sie anterior-posterior 1,06, vertikal 0,81 cm. Die Unterscheidung zwischen intra- und extrazellulärer Erkrankung ist im allgemeinen durch die entsprechenden Deformitäten der Sella möglich.

Bezüglich der Pathologie des Kreislaufs scheint die röntgenologische Feststellung wichtig, daß 25% aller Syphilitiker an Aortitis erkranken. Sie stellt eine Mahnung zu frühzeitiger, noch wirksamer energischer Behandlung dar.

Der Versuch einer Bronchialdarstellung mittels Jodpräparaten ist bei Kindern zu verwerfen; sie gelingt nicht. Außerdem ist sie bei in Entwicklung begriffenen tuberkulösen Prozessen gefährlich, weil sie ihre Verschlimmerung bewirken und zu Hämoptysen führen kann.

Eine neue Methode zur röntgenologischen Untersuchung der Pleura stellt die intrapleurale Injektion von 20prozentigem Jodipin dar. 8 ccm einer Mischung von Jodipin 1:2 Ol. oliv. werden sehr langsam injiziert. Bei Schmerz wird die Injektion sofort unterbrochen. Besteht ein Pleuraerguß, so werden nur 6 ccm einer Mischung von 2 Jodipin zu 1 Ol. oliv. verwendet. Die Nebenwirkungen sollen in diesen Fällen vorteilhafte sein.

Die Darstellung der Gallenblase beherrscht natürlich noch in besonderem Maße das diagnostische Interesse. Kein Wunder! Trotz der ungemein weiten Verbreitung der Gallenblasenerkrankungen blieb die Erkennung von Gallensteinen besonders bei uns in Deutschland kaum mehr als eine Ausnahme. Durch die Kontrastmethode der Amerikaner verrät heute die Gallenblase ihre Physiologie und Pathologie in mehr als 90%! Angesichts dieses Enthusiasmus ist es gut, wenn auch der Gegenindikationen der Methode gedacht wird. Störungen der Zirkulation, insbesondere Blutdrucksteigerung und Arteriosklerose, Diabetes, endokrine Störungen, Hyperthyreoidismus und Nierenkrankheit erfordern Vorsicht. Die Methode ist heute eben noch nicht frei von Nebenwirkungen; sie sind es, welche großenteils die Variabilität des technischen Teils z. Z. bedingen. Man suchte sie durch orale Darreichung des Kontrastmittels in magenunlöslicher Form zu umgehen, allein es zeigte sich, daß diese Weise nicht mit Sicherheit vor solchen Unannehmlichkeiten schützte, sondern auch zu Durchfällen führte, die nun wieder eine mangelhafte Füllung der Gallenblase mit Kontrastfarbstoff zur Folge hatten, wodurch die diagnostische Bilddeutung auf falsche Bahnen gebracht wurde. Denn praktisch ist bei richtiger Technik die Nichtdarstellbarkeit der Gallenblase nach der Kontrastmittelmethode immer pathologisch, während umgekehrt ein gutes Gallenblasenbild nicht immer für ihre Unversehrtheit spricht. Daß damit die orale Methode ein für allemal abgetan sei, scheint aber angesichts der Erfahrungen der Mayo-Klinik an 1100 Fällen unwahrscheinlich. Dort wurde die orale und die intravenöse Einverleibung des Kontrastmittels als gleichwertig beurteilt, so daß nur noch in Zweifelsfällen die intravenöse Einbringung des Jodpräparates vorgenommen wird. Eine Methode, das Gallenblasenkontrastmittel rektal einzuführen, ist folgende: Frühmorgens kräftige Rizinusgabe, nachmittags 5 Uhr Reinigungsklistier und 2 ccm Hypophysin intragluteal (zur Evakuierung der Gallenblase), 7 Uhr abends Opiumsuppositorium 0,02, 8 Uhr 1 mg Atropin intramuskulär, dann 0,12 g Tetrabromphenolphthaleinnatrium auf 1 kg Körpergewicht. Der Farbstoff wird im Verhältnis 1 : 30 in Aq. dest. oder auch font. gelöst körperwarm in langsamer Tropfenfolge während 1½ bis 2 Stunden einlaufen lassen. Während der Nacht rechte Seitenlage. Früh 6 Uhr am folgenden Tage 10 Tropfen Tinct. opii, 8 Uhr erste Röntgenaufnahme, weitere alle 4 Stunden, keine feste, möglichst flüssige Nahrung.

Die intravenöse Technik, wie sie zumeist bei uns geübt wird, legt großen Wert auf die Vorbereitung des Patienten. Durch Atropin- und Adrenalininjektionen sucht man dem Schock vorzubeugen, der anscheinend von einer Alteration des Sympathikus seinen Ausgang nimmt. Aus den Erfahrungen mit Salvarsan weiß man, daß die Geschwindigkeit der Injektion von Bedeutung ist. So wird sie beim Tetrajodphenolphthalein bis auf 15 bis 20 Minuten ausgedehnt! Allein es wird so sein, daß alle diese Momente gewiß für den Anfang wichtig sind, daß aber mit der Verbesserung des Präparates auch die Technik vereinfacht werden kann. Graham selbst und seine Schule versuchten die isomere Gruppe, das Phenoltetrajodphthalein, welches 0,055 g per Kilo das Serum stärker verfärbt und so bereits nach 4 Stunden intensive Gallenblasenbilder gibt. Dies Präparat soll zwar vollständig von toxischen Wirkungen frei sein, verrät aber eine größere Tendenz, Venenthrombosen zu verursachen, der man durch sofortige Kochsalzwaschung der injizierten Vene zu begegnen sucht. Diesen Mangel kann man um so weniger gering einschätzen, als man bereits den bisherigen Gallenblasenkontrastmitteln Todesfälle aus dieser Ursache zur Last legen kann. Ein bisweilen erwünschter Vorteil ist mit der Anwendung des neuen Mittels verbunden: Es werden genügende Mengen des Farbstoffes durch die

Nieren ausgeschieden, so daß bei alkalischem Harn zugleich mit der Untersuchung der Gallenwege eine kolorimetrische Funktionsprüfung der Nieren verbunden werden kann.

Wichtiger als diese Kombination der Untersuchungen dürfte die gleichzeitige Untersuchung von Gallenblase und Magendarmkanal sein. Der Gang einer solchen ist (z. B. in Hamburg-Eppendorf): 4½ Uhr nachmittags 0,001 Atropin und 2 ccm Hypophysin intramuskulär, 5 Uhr 3 g Tetrajodphenolphthalein in 25 ccm frisch destillierten Wassers langsam injiziert. Bettruhe. 8 Uhr früh Durchleuchtung. Die sichtbare Gallenblase wird auf der Haut mit Fettstift aufgezeichnet. Dann werden 2 Aufnahmen gemacht, eine im Stehen, eine in bisheriger Weise in Bauchlage. Die erstere unterrichtet über die physiologische Lage der Gallenblase, was von praktischer Wichtigkeit ist. Denn es hat sich herausgestellt, daß eine Cholecystoptose, evtl. bis zur Höhe des 5. Lendenwirbels reichend, z. Z. maximaler Blasenfüllung nach größerer Mahlzeit, nach bestimmten Speisen manchmal für ausgesprochen pathologische Erscheinungen, Druck, Uebelkeit und Erbrechen ursächlich sein kann, was sich durch Entfernen der Gallenblase beweisen ließ. Fehlt der Schatten oder zeigt die Gallenblase Unregelmäßigkeiten, so werden Kontrollaufnahmen angefertigt. Ist der Gallenblasenschatten jedoch deutlich, so wird die Untersuchung des Magendarmkanals begonnen. Gewöhnlich verliert der Gallenblasenschatten durch die Einnahme der Kontrastmahlzeit nicht an Dichtigkeit. Treten unter der Füllung des Bulbus oder des Antrums Deformierung oder Verziehung des Gallenblasenschattens auf, so ist der Rückschluß auf Adhäsionen berechtigt. Die Durchleuchtung im zweiten schrägen Durchmesser leistet, indem sie Trennung von Gallenblasenschatten und Duodenalsilhouette ermöglicht, besonders Wichtiges. Ist der Magen nach 2 Stunden leer, so wird die Untersuchung 4 bis 6 Stunden bis zur Füllung der Flexura coli dextra mit dem Kontrastmittel unterbrochen. Die dann vorgenommene Röntgenuntersuchung ergibt etwaige Beziehungen dieses Darmabschnittes zur Gallenblase, wie sie recht häufig sind. Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus ventr. bzw. duodeni und Erkrankung der Gallenblase wird durch die gleichzeitige Darstellung all dieser Organe gefördert. Noch sei der seitlichen Aufnahme der Gallenblase zur Darstellung ihrer Längsausdehnung gedacht, wobei die Rückenfläche mit der Platte einen Winkel von 60 bis 70 Grad bilden muß. — Die Röntgenuntersuchung der Gallenblase kann uns auch über jene Fälle aufklären, welche unmittelbar nach dem Essen Stuhldrang haben. Bei ihnen liegt die Gallenblase dem Colon dicht an. Ferner hat sich gezeigt, daß auch eine kranke Gallenblase "typische" Nahrungsschmerzen verursachen kann. Und schließlich kann sie — bei solchen Patienten liegt der Gallenblasenschatten im Nierenschatten — nach den Hoden und in die Inguinalgegend ausstrahlende Schmerzen machen.

Bei der röntgenologischen Differentialdiagnose Magenkarzinom mit ihren weittragenden Folgen, erinnere man sich noch des präpylorischen Gastrospasmus der Lues ventrikuli und der allerdings seltenen Linitis plastica.

Auch ohne Darmverschluß kann man am Duodenum bisweilen Antiperistaltik konstatieren, wenn Anchylostoma vorhanden sind. Zu langes Verweilen des Kontrastmittels und vermehrte Restbildung im Duodenum oder einzelnen seiner Abschnitte sind nicht zwingender Ausdruck einer Lumenverengerung, sie können lediglich Folge einer Funktionsstörung sein.

Die Hyperazidität wurde, freilich nicht unwidersprochen, an Hand röntgenologischer Untersuchungen als für Ulc. duodeni, nicht aber für Ulc. ventr. beweisend angesprochen.

Die Darstellung der Appendix wurde, dank der Potter-Buckyblende, interessanter. Von französischer Seite wurde Auflösung des Bariums in Chlormagnesiumwasser empfohlen, wonach der Wurmfortsatz nach 8 bis 9 Stunden in 85 bis 90% darstellbar sein soll. Nach anderen Angaben ist er auch ohnedies bei genügender Aufmerksamkeit in 93% sichtbar. Die Verzögerung seiner Entleerung ist bei sonst leerem Darm verdächtig, der laterale Verlauf stets pathologisch. Längere Wurmfortsätze als 8 cm neigen zu Stagnation und Entzündung. Der isolierte Coekumrest ist stets für Appendizitis charakteristisch, ebenso wie die kolbige Auftreibung des Appendix. Nach anderweitigen Angaben stellt eine Appendix, die im Röntgenbild sichtbar wird, einen Uebergang vom Normalen zum Pathologischen dar.

Bei Verdacht auf Perforation kann sich die Röntgendurchleuchtung als ungemein nützlich erweisen, da sie uns ermöglicht, bereits 2 Stunden nach der Perforation Luft im Abdomen nachzuweisen, die sich bei Lagewechsel entsprechend verschiebt. Diese Untersuchung läßt sich ohne große Beschwerden im Bett ausführen.

Im Gebiet des Dickdarms haben Röntgenuntersuchungen ergeben, daß Dickdarmanastomosen nur bei undurchgängiger Stenose ihren Zweck erfüllen.

Weiter läßt sich nach geringer Kontrastfüllung und Luftaufblähung mit Hilfe der Röntgenstrahlen die Ausdehnung der Polyposis coli et recti bequemer bestimmen, wie mit dem Rektoskop, welches in seiner Reichweite nach oben häufig ungenügend ist. Das Kontrastmittel bewirkt, indem es sich zwischen die (an ihrer Basis häufig karzinomatösen) Polypen legt, eine Marmorierung des Röntgenbildes, die sehr genau der Ausdehnung des Prozesses entspricht und so vor unzureichenden Operationen bewahrt.

Peri- und paranephritische Eiterungen treten beim Vergleich beider Nierengegenden als separate Schatten hervor. Das Nierenbild wird, da die Capsula adiposa infiltriert ist, scheinbar bedeutend vergrößert. Perinephritische Infiltration und Schwieligwerden der Capsula adiposa erzielen dazu noch eine geringgradige Deformierung des Nierenbildes.

Die Röntgenuntersuchung in der Gravidität gibt, was noch wenig bekannt ist, häufig eine Dilatation im oberen Harntrakt zu erkennen, welche mit oder ohne abdominale Schmerzen, eine Neigung zu Pyelitis schafft.

Zur funktionellen Diagnose der Nebenniere vor ihrer etwaigen operativen Entfernung kann man die Röntgenstrahlen heranziehen. Bestrahlte man eine der Lokalisation der Nebenniere entsprechende Stelle (2 cm rechts bzw. links von der Mittellinie im letzten Interkostalraum) mit 3 bis 4 H durch 8 mm Aluminiumfilter bei 10 bis 12 Wehnelt Härte, so fiel in den 6 Versuchsfällen nach 6 Stunden der Blutdruck bei allen um 18 mm Hg, der Blutzucker auf die Hälfte. Thrombozyten, Erythrozyten und Leukozyten nahmen ab. Links störte die Milz bisweilen die Resultate. Bei suprarenaler Gangrän waren die Veränderungen des Blutdrucks und des Blutes stärker, so daß also das hyperfunktionierende Organ stärker auf Röntgenstrahleneinwirkung zu reagieren scheint als das gesunde. Bestrahlungskontrollen nach Entfernung der Nebenniere — Röntgenbestrahlung und operative Entfernung hatten übrigens die gleichen Folgen — ließen keine Veränderungen von Blutdruck und Blutzuckergehalt erkennen. Bestrahlte man die Nebenniere mit „Reizdosen" (1 bis 2 H), so stieg in 4 von 6 Fällen der Blutdruck um 12 bis 15 mm, der Blutzucker auf das Doppelte, Thrombozyten, Eythrozyten und Leukozyten nahmen zu. Der Normalzustand stellte sich nach 2 Tagen wieder ein.

Originell ist eine neue Methode des Pneumoperitoneums, die Durchgängigkeit der Eileiter zur Voraussetzung hat. Auch müssen Urethra, Vagina, Cervix frei von Eiter sein, ebenso wie Entzündungsprozesse im Beckenbindegewebe und Verwachsungen von Darmschlingen mit der vorderen Bauchwand Kontraindikationen darstellen, desgleichen Schwangerschaft und Menses. Gleichwohl vertrugen 2 Patientinnen in der 6. Woche der Schwangerschaft den Eingriff ohne Schaden. Die geeignetste Zeit zur Ausführung des Pneumoperitoneums ist eine Woche nach den Menses. Die Cervix wird mit Jod behandelt, dann wird Keyes-Ultamannspritze eingeführt und unter Druckkontrolle und Beobachtung der Gasblasen in der zwischengeschalteten sterilen Wasserflasche werden 1000 ccm CO_2, das in 30 Minuten oder O, das in 24 Stunden resorbiert wird, eingeblasen. Der Druck steigt für gewöhnlich auf 80 bis 100 mm Hg, um bei offener Tube plötzlich auf 30 bis 40 mm Hg zu fallen und während der weiteren Dauer der Einblasung so zu bleiben. Ist die Tube noch bei 200 mm Hg undurchgängig, so muß der transperitoneale Weg beschritten werden. Kurze Zeit nach der Gasinjektion findet man röntgenologisch eine helle Linie zwischen Zwerchfell und Leber. Das transtubare Pneumoperitoneum hat auch therapeutischen Wert, indem es evtl. Verklebungen der Tube löst und so Sterilität heilt. Verwendet man als Blähungsmittel Sauerstoff bei tuberkulöser Peritonitis, so läßt sich eine günstige Wirkung auf den Verlauf der Krankheit feststellen. In diesem Sinne wurde das Pneumoperitoneum bis zu 15mal wiederholt. Ferner wirkt die Gasfüllung nach Entfernung großer Tumoren oder Flüssigkeitsmengen dem Schock entgegen.

Schließlich wäre in der Bauchregion noch der Uterusdarstellung zu gedenken. Als Indikationen kann man alle die Zustände an den inneren Genitalien ansehen, welche sich durch die bisherigen Untersuchungsmethoden nicht restlos aufklären lassen, wie besonders intrakanallikuläre Veränderungen. Gegenanzeigen der Methode sind jeder Infektionsverdacht oberhalb des äußeren Muttermunds und zunächst auch Schwangerschaft, obgleich Fälle bekannt wurden, die in der 6. Woche nicht mit Abgang des Eies reagierten. Bei Einleitung der Methode genügt gegen die damit verbundenen unangenehmen Sensationen Morphin. Als Kontrastmittel wurden Lipjodol, 40prozentiges, zur Tubendarstellung 20prozentiges Jodipin oder „Contrastol", dem im Gegensatz zu den genannten Mitteln eine besondere Reizlosigkeit auf das Peritoneum und die Tubenschleimhaut nachgesagt wird, verwendet. 2½ bis 3 ccm, etwas erwärmten Jodipins werden eingespritzt und sogleich eine Aufnahme gemacht, da der Uterus den Fremdkörper nach 3 bis 4 Minuten zum großen Teil ausstößt. Mehr als 5 ccm werden auch bei großem Kavum nicht nötig. Schädigungen sollen nie eingetreten sein. Lipjodol z. B. wurde, in die Bauchhöhle ausgetreten, in 7 bis 10 Tagen vom Peritoneum klaglos resorbiert. Eine etwas andere Methode der Uterusdarstellung spritzt tropfenweise bis zur ersten Uteruskontraktion, wobei sich an der Gewindespritze die Uteruskapazität in ccm ablesen läßt. Hierbei darf der Zervikalkanal weder erweitert noch der Muttermund verschlossen werden. Soll das Uteruskavum dargestellt werden, so muß das Uterusdepot unterhalten werden. Die röntgenologische Untersuchung des Uterus unterrichtet über seine Lage, Form, sein Volumen, seine Kontraktionen, welche beim vergrößerten, metritischen oder myomatösen Uterus ausbleiben. Uterushöhlenunregelmäßigkeit spricht für Fibrome. Ferner spielt die Methode eine Rolle in der Differentialdiagnose der Eileiterschwangerschaft, indem es hier ohne Eiaussparung zur Schwangerschaftsatonie bei einseitiger Eileitersperre kommt.

In der Pathologie des Knochengerüsts wurde besonders hervorgehoben, daß bei Verdacht auf Wirbelbruch unbedingt Aufnahmen in zwei Ebnen gemacht werden müssen. Ferner wurde darauf hingewiesen, daß sich der Psoasabszeß im Röntgenbild bisweilen einzig durch Kalkablagerungen zu erkennen gibt. — Der Tennisellenbogen ist eine typische Gelenkverletzung, welche durch die oft wiederholte gleichzeitige Beugung und Supinationsbewegung beim Schlagen des Balls zustande kommt. Es handelt sich um eine lokale Kapselentzündung und Schmerzhaftigkeit des Radiohumeralgelenks. Bei der Röntgenaufnahme von vorn ragt das Radiusköpfchen unter dem lateralen Humeruskondylus hervor, während normalerweise seine Kontur genau in jene des Radiusköpfchens übergehen soll. Das Gelenk ist so statisch gestört und disponiert zur „idiopathischen Arthritis deformans". — Die Platt- und Hohlfußbestimmung am Röntgenbild erfordert eine Einstellung der Röhre aus mindestens 80 cm Entfernung horizontal auf Kahnbeinmitte. Das Verhältnis von Gewölbelänge zu Gewölbehöhe (Abstand von der Hinterfläche des Kalkaneus zum ersten Metatarsophalangealgelenk: Kahnbeinmitte von der Auftrittsfläche) beträgt normalerweise 10 : 3 bis 10 : 3,3, ein darunter liegendes Verhältnis ist für Plattfuß, ein darüber liegendes für Hohlfuß beweisend. — Aus dem Röntgenbild lassen sich über das Alter der Frakturen der Diaphysen und Phalangen Schlüsse ziehen. Bei Diaphysenbrüchen ohne Verlagerungen der Stümpfe glätten sich die Ränder und Kanten der Fragmente am Ende der 2. Woche, der Kallus erschien am 16. bis 20. Tage; er grenzt sich scharf ab im 3. und 4. Monat. Die Dichtigkeit normalen Knochens erreicht er im 8. bis 10. Monat. Die Wiederherstellung der Knochenlamellen beginnt im 13. bis 14. Monat. Die Frakturlinien verschwinden im 6. bis 8. Monat, um später als Linie größerer Dichtigkeit (Knochennarbe) zu erscheinen. Am Ende des 2. Jahres sind noch Spuren des Kallus sichtbar. Bei Diaphysenbrüchen mit Verlagerung der Fragmente tritt die Glättung der Knochen Ende der 2. Woche ein; in der 3. bis 4. Woche erscheint der Kallus, der sich aber erst im 6. bis 7. Monat deutlich abgrenzt und gleichzeitig die Dichtigkeit des normalen Knochens bekommt, aber in viel geringerem Grade wie in obigen Fällen zur Resorption gelangt. Bei Frakturen der Phalangen und Metacarpen glätten sich die Fragmente schon Ende der 1. Woche; der Kallus erscheint vor dem Ende der 3. Woche, grenzt sich in der 4. scharf ab und erlangt im 6. bis 7. Monat die Dichtigkeit des normalen Knochens. Die Wiederherstellung der Knochenlamellen beginnt im 13. bis 14. Monat. Die Frakturlinie verschwindet im 6. bis 8. Monat.

Die „Somatometrie" will durch röntgenometrische Untersuchung Anhaltspunkte für die Beurteilung endokriner Drüsen geben. So zeigten sich bei Akromegalie der untere Teil des Gesichtes, die Höhe des Fußes und seine Länge sowie die Länge der Hand vergrößert. Eine Vergrößerung dieser Teile soll auf eine Hyperfunktion, eine Verkleinerung auf Hypofunktion hinweisen. Der Eunuchoidismus kann primär von den Hoden oder der Hypophyse ausgehen. Bei primärer Hyperfunktion der Hypophyse wird der Hoden stimuliert, und es kommt zu kurzen Unterextremitäten. Ist die Erkrankung primär vom Hoden bedingt, wird die Unterextremität verlängert. Beim Status thymolymphaticus ist der Unterschenkel länger als der Oberschenkel und der Unterarm länger als der Oberarm.

Es ergaben sich deutliche Wechselbeziehungen zwischen Schuppenflechte und Gelenkerkrankungen, wenn auch ihr Mechanismus vollständig unklar ist: Psoriasis arthritica. — Wichtige Beziehungen mit inneren Organen ließ ferner die Neurodermitis erkennen. Als ursächlich werden dabei atypischer Abbau der Eiweißkörper bzw. Störungen in Bildung und Zusammenspiel der Hormone angesehen. Röntgenologisch wurde in einer großen Zahl vermehrter Magensaftfluß, Hypersekretion, Hyperperistaltik, Hypermotilität angetroffen. Auch begegnete man bisweilen dem ptotisch elongierten Magen, Atonie, Hypertonie und einmal Kaskadenmagen.

Ferner bestehen Beziehungen zwischen Gallenfistel und porotischer Malazie. Der Knochenabbau tritt dabei am frühesten und stärksten an den Rippen auf (Biegsamkeit, Fraktur). Porose und Bildung osteoider Säume sind wie bei der senilen Osteomalacie. Kreuzschmerzen sind häufig auf Arthritis deformans der Articulatio sacroiliaca zurückzuführen. Solche Arthritiden treten besonders bei der tiefen Lendenskoliose auf. Auch die ein- oder beiderseitige Sakralisation des 5. Lendenwirbels kommt als evtl. Ursache in Betracht. Die subjektiven Beschwerden des Patienten machen eine Verwechslung des Krankheitsbildes mit Retroflexio bzw. Retroversio uteri möglich.

Von den verschiedenen Arthritisformen ist die Arthritis ulcerosa sicca meist röntgenologisch darstellbar. — Bei Arthritis deformans ist eine Verkalkung der das Hüftgelenk versorgenden Arterie sehr selten. Hingegen ist ausgesprochene Sklerose der Art glutea sup., obturat., circumflexa femoris auch beim Fehlen sichtbarer Gelenkveränderungen im Röntgenbild ein Frühsymptom des Malum coxae senile. — Während es z. B. unmöglich ist, zirkumskripte Knorpeldefekte in den inneren Abschnitten der Gelenkflächen röntgenologisch darzustellen, bevor im subchondrösen Gewebe reaktionäre Vorgänge einsetzen, läßt die Gelenksauskultation Kapselgeräusche und Gelenksgeräusche erkennen. Bisweilen schwinden sie im Verlauf einer wirksamen Behandlung, noch ehe radiologisch Veränderungen der Atrophie oder Produktion zurückgehen. — Skorbut läßt sich noch vor dem Auftreten klinischer Erscheinungen wie Schmerzen, Blutungen, bereits im Röntgenbild durch Verschwinden der Trabekel, durch Verbreiterung der Epiphysenlinien und einen dichten Schatten um die Ossifikationszentren der Epiphyse, der bei keiner anderen Störung des Knochenwachstums angetroffen wird, diagnostizieren.

Wenn bei der Besprechung der nun folgenden Wirkung der Röntgenstrahlen nicht nur auch die der Gammastrahlen des Radiums u. a. erwähnt werden, sondern auch der biologische Einfluß der Lichtstrahlen auf den Organismus gestreift wird, so ist die Erklärung in einer gewissen Gemeinsamkeit dieser Wirkungen zu suchen, wie Erythembildung und Pigmentation nach den verschiedenartigsten Bestrahlungen. Während bis vor kurzem noch behauptet wurde, Lichtbestrahlungen, welche keine Pigmentation oder noch nicht einmal ein Erythem im Gefolge hätten, seien nur wenig, wenn überhaupt wirksam, sind in letzter Zeit die Anschauungen hierüber wieder mehr geteilt. Während so von der einen Seite behauptet wird, die Heilwirkung des Lichtes bei der Rachitis sei an seinen ultravioletten Teil gebunden, gelang es gleichwohl Erfolge bei dieser Krankheit zu erzielen, ohne daß es je zu einem Hauterythem — vom flüchtigen Wärmeerythem abgesehen — gekommen wäre. Die stärkste Steigerung der bakteriziden Kraft (17%) ließ sich beim Menschen durch ein leichtes, bereits nach einem Tag abgelaufenes Erythem erreichen. Die Lichtmenge übte auch eine direkte Wirkung auf Staphylokokkenkulturen aus. In der Antisepsis mit Ultraviolettstrahlen in der Chirurgie haben wir wohl eine praktisch äußerst interessante und vielleicht auch vielversprechende Anwendung dieser Lichteigenschaft zu sehen. Van Lier veröffentlicht im laufenden Jahrgang der Presse médicale seine Erfahrungen, die er an 800 Operierten aller Art Aseptischen und Septischen sogar am Schädel und Hirn ohne irgendeine andere Art der Sterilisation als Ultraviolettlichtbestrahlung gemacht hat. Dabei waren die Resultate besser als mit den bisherigen bekannten Methoden. Zuerst wurden die Hände des Operateurs und die Instrumente bestrahlt. Es wurde ohne Gummihandschuhe gearbeitet. Das in gleicherweise sterilisierte Operationsfeld wurde während der ganzen Operation bestrahlt. Die Gewebe der zu operierenden Organe zeigten eine verschiedene Lichtempfindlichkeit, weshalb die Quarzlampe zum Zwecke der Dosierung mit einem Rheostaten versehen war. Wenn auch keine besondere Empfindlichkeit der Organgewebe mit Ausnahme der Niere gegen die direkte Lichteinwirkung bestand, so ist doch sehr vor Ueberdosierung zu warnen, da es andernfalls nach 6—8 Stunden zu ernsten Komplikationen kommt.

Welcher Art die einzelnen Reaktionen der Haut auf die Lichtreize sind, steht noch keineswegs im einzelnen fest. Man hat an Vitaminbildung in der Haut nach Ultraviolettlichtbestrahlung gedacht, man fand die Fermente (Diastase, Phenolase, Gelatinase und Lipase) danach teils vermehrt, teils vermindert, während die Röntgenstrahlen diese qualitativ ändern. Von den Lichtwärmestrahlen kann man durch Erhöhung der Bluttemperatur eine Steigerung der biologischen Vorgänge erwarten. Die oben, wenn auch in anderem Sinne, bereits ausgesprochene Warnung vor Ueberdosierung bei der Bestrahlung von lichtungewohnten Schleimhäuten leitet ihre Berechtigung auch von Allgemeinwirkungen (z. B. Herabsetzung des Blutzuckerspiegels um 10—20%) her, wie sie mit der gleichen Lichtquelle durch die Haut nicht auszulösen waren. Für die Bedeutung des Pigments bei der Rachitisheilung spricht, daß die Quarzlampe jede therapeutische Wirkung bei zwei rachitiskranken Negerkindern vermissen ließ. Auch schwarze Ratten konnten durch Quarzlicht nicht gegen Avitaminose geschützt werden. Das Rachitisproblem und die Heilung dieser Erkrankung scheint in ein neues Stadium verschoben durch die Tatsache, daß es gelingt, vitamingeschädigte Tiere ohne sie selbst zu bestrahlen, lediglich durch Darreichung bestrahlter Nahrung, vor allem Fette zu heilen. Im Lichte der Analysenquarzlampe änderte sich z. B. die Fluoreszenzstrahlung von Oelen unter Quarzlichteinwirkung. Die weißliche Farbe der vegetabilischen Oele schlägt nach der Bestrahlung in lebhaftes Gelb um, welches z. B. tierischen Fetten wie Lebertran und Butter von Natur aus eigen. Fette, Cholesterin und Vitamin A erlangen durch Ultraviolettbestrahlung eine Photoaktivität, welche in tagelanger Nachwirkung die photographische Platte zu beeinflussen vermag. Als praktisches Ergebnis dieser Erkenntnisse steht uns ja bereits die mit Ultraviolettlicht bestrahlte Milch zur Verfügung. (In Deutschland das Präparat „Ultractina“ der Edelweiß-Milchwerke in Kempten i. Allg.) — Schließlich sei auf dem Gebiet des Ultraviolettlichts noch einer therapeutischen Indikation gedacht, die im 1. Lebensjahre bei der Häufigkeit des Leidens größere Bedeutung erlangen kann: der Säuglingshydrokele. Sie ist durch Quarzlichtbestrahlungen zur Heilung zu bringen. —

Bezüglich der Vorgänge, welche sich bei der Ein- und Auswirkung der Röntgenstrahlen (bzw. der radioaktiven Strahlen) im Organismus abspielen, sind wir immer noch auf verhältnismäßig wenig Tatsächliches und mehr oder weniger wahrscheinliche Theorien, wie etwa die Punktwärmetheorie angewiesen, deren Berechtigung sich mehr von physikalischen als von biologischen Gedankengängen ableiten läßt. Es ist sogut wie unwahrscheinlich, daß unsere Erkenntnis über die Tatsächlichkeit der Strahlenauswirkung innerhalb des menschlichen Körpers durch solche am Lebenden kaum erweisbare persönliche, auf rein physikalischem Denken beruhende Anschauungen gefördert werden kann. Und es heißt die, nach der gottlob langsam weichenden Vorherrschaft der Physik, beim menschlichen Bestrahlungsproblem unbedingt nunmehr nötige Konzentration auf die biologische Frage stören, sich über den Wahrheitsgehalt derart einseitiger Theorien vom medizinischen Standpunkt aus zu unterhalten. Untersuchungen, z. B. wie sie Lieber-Innsbruck über die physikalisch-chemische Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Epilation anstellte, erscheinen als wertvolle Beiträge jetzt, wo es sich noch um die Sammlung biologischer Grundsteine handelt, tragfähig genug, dem Gebäude der „Pharmakologie der Röntgen- und radioaktiven Strahlen“ sicheren Boden zu bereiten. — Die Frage, ist man denn angesichts von Eigenschaften dieser Strahlen, welche sie z. B. mit den Lichtstrahlen oder den Stoffen der Protoplasmaaktivierung teilen, überhaupt berechtigt, von einer eignen Pharmakologie der Röntgenstrahlen zu sprechen, muß schon mit Rücksicht auf die Latenz ihrer Wirkung, die sich über Monate, ja Jahre erstrecken kann, bejaht werden. — Nach Lieber handelt es sich bei der Röntgenepilation um eine Aenderung des Membrangleichgewichts im Sinne Donnans mit nachfolgender Aenderung der Kalium-Kalzium-Verteilung. Von Natur aus sind Haarbälge und Epidermis reich an Kalium, Kalzium fehlt ihnen fast gänzlich. Schon 5 Tage nach der Bestrahlung nimmt das Kalium an den Haarbälgen deutlich ab, wogegen sich das Kalzium an der Unterseite der Oberhaut anzulegen und die Haarbälge abzukapseln beginnt. Dieses Verhältnis nimmt zu bis zur Epilation. Wachsen die Haare wieder, so kehrt es sich wieder um. Im Einklang damit sind die Ergebnisse der Untersuchungen von Zwaardemaker-Utrecht über die Mikroradioaktivität des Elements Kalium in der Biologie. Wäscht man Kalium aus den Zellen aus, so erlischt die Funktion des Organs, um sich bei Zufuhr von Kalium wieder einzustellen. Die gleiche Eigenschaft hat Rubidium. Nur sie allein sind radioaktiv. Während des ganzen Lebens sendet Kalium Partikel aus. Jedes solcher Partikel durchläuft in den Geweben einen Weg von einigen Millimetern und verursacht dabei eine Zerstörung von etwa 1800 Molekülen. Einige vereinigen sich wieder, andere verschwinden und erreichen vielleicht empfängliche Aufnahmestellen, wo sie gewisse Funktionen unterhalten. Bei dem Versuch, radioaktive Substanz durch Mischungen verschiedener radioaktiver Körper oder durch äußere Bestrahlung zu ersetzen, ergab sich ein physiologischer Antagonismus zwischen α- und β-Strahlen, auf der einen Seite Kalium, Rubidium, Kathodenstrahlen, β-Strahlen vom Mesothorium und Radium, auf der anderen Thorium, Uranium, Ionium, Radium, Radon und α-Strahlen vom Polonium. Die ersteren durcheilen einen langen Weg und sind negativ geladen, die anderen einen kurzen Weg; sie sind positiv geladen. Auf dem Weg bilden sich Ionen, die z. T. durch die Gewebe diffundieren und in genügender Anhäufung in empfänglichen Aufnahmestellen Reizungen hervorrufen (Ursprung der automatischen Funktionen). Die normalen Funktionen werden durch sehr kleine Mengen dieser freien Energie unterhalten. Vielleicht sind zur Begünstigung dieser Funktionen durch freie Strahlen oder Emanation viel kleinere Dosen nötig als die gegenwärtig im therapeutischen Sinne verabfolgten. Gelänge es etwa durch Zufuhr auf dem Blutwege exzessiv kleiner Mengen Radons der Reizwirkung überschüssigen Kaliums z. B. bei einigen Krebsen entgegen zu wirken, so wäre damit ein aussichtsreicher Weg beschritten. Wie sehr aber alle solche Vorgänge von einer geregelten Blutzirkulation abhängig sind, zeigte sich bei der Beobachtung mit Trypanblau vitalgefärbten Gewebes (Mesenterium). Das bestrahlte Gewebe entfärbte sich viel schneller als das unbestrahlte, aber nur so lange die gute Durchblutung nicht etwa durch Abklemmung des Gewebes unterbrochen wurde. Bei dieser Entfärbung scheint es sich um Oxydationsreaktionen zu handeln, katalysiert durch Elektronenbewegung strahlenaktiven Eisens. In diesen an die Zellstruktur gebundenen Oxydationsreaktionen liegt die Verbindung zwischen den elektrophysikalischen Vorgängen zu den chemischen Reaktionen und damit zu den Kernveränderungen.

Dem Zustand des Kernes, der Teilungsphase seines Chromatins hat man besonders von französischer Seite eine große Bedeutung für die Strahlenwirkung zugeschrieben. Wenn nun auch der Mitosenreichtum eines Gewebes nicht Grundbedingung seiner Strahlenempfindlichkeit ist, sondern ebenso wie alle übrigen Empfindlichkeitsschwankungen (Funktionszustand, Kernteilungsweise) der biochemischen Konstitution der Zelle hinsichtlich der Strahlenwirkung untergeordnet sind, so scheint es doch ziemlich wahrscheinlich, daß die Strahlenempfindlichkeit der Zelle z. Z. ihrer Teilung besonders gesteigert ist. In diesem Sinne sind neuere Angaben über das Teilungsintervall und die Dauer der Mitose von Interesse. Sie hat annähernd 60 Minuten Dauer, während das Intervall zwischen 2 Teilungen je nach der Art der Zelle 4—10 Tage beträgt. Man hat auch andererseits den sehr plausiblen Gedanken gehabt, daß ebenso wie bei gewissen Ruhezuständen von Samen, wie bei der Sporenbildung der Bakterien, die Zellen eines Karzinoms beispielsweise teilweise in einem Stadium sich befinden, welches sie gegen Röntgenstrahlen refraktär oder wenig empfindlich sein läßt. Ist der Sinn dieser beiden extremen Zustände der Mitose und des Ruhestadiums auch für gewisse Körperzellen und Blastomelemente richtig, so verstehen wir, daß es unbeschadet einer mehr oder weniger großen spezifischen Strahlenempfindlichkeit der verschiedenen Gewebe, Zellzustände geben kann, wo geringe Strahlenmengen genügen ihr Lebensgefüge zu stören, während zu gewissen Zeiten extrem große Mengen wirkungslos bleiben. Leider wissen wir zur Zeit viel zu wenig von der Biologie der Zelle und der Abhängigkeit ihres Zustandes vom Gesamtorganismus, als daß derartige Ideen und Analogieschlüsse mehr wie hypotetischen Wert beanspruchen könnten. Wenn wir aber schon auf Hypothesen angewiesen sind, um unsere im Grunde doch mäßigen Erfolge in der Blastomtherapie vielleicht an Hand solch spekulativer Arbeitsrichtlinien zu verbessern, in der Hoffnung, vielleicht empirisch fortzuschreiten, während wir theoretisch noch gehalten sind, so mögen es jetzt einmal mehr biologische Gedanken sein, die uns leiten, nachdem uns die jahrelange allzu physikalische Betrachtungsweise der Röntgenstrahlenwirkung zweifellos etwas ermüdet hat. Wir wollen nur bei der biologischen Betrachtungsweise der Röntgenstrahlenwirkung nicht vergessen, daß Karzinomzellen im Experiment ihre Uebertragungsfähigkeit erst bei einer Strahlenmenge, die etwa dem zehnfachen einer Karzinomdosis entspricht, verlieren, wollen uns aber auch an jene Fälle erinnern, wo metastatische Aussaat rein lokal nur da zur Rückbildung kam, wo die Röntgenstrahlen unmittelbar zur Wirkung gelangten. Direkte und indirekte, lokale und allgemeine Strahlenwirkungen in individuellem Verhältnis des Organismus, seiner Konstitution und wechselnden Kondition sind die Faktoren des Erfolges oder Mißerfolges, womit die Strahlentherapie der Blastome so gut wie bei jeder anderen Erkrankung rechnen muß. Wie rätselhaft aber diese Verhältnisse und ihre Beziehungen zu einander sein müssen, können wir daraus sehen, daß z. B. die Probeexzission, welche beim Blastom als diagnostische Vorbedingung allgemein gefordert worden war, mehr und mehr vor der Bestrahlung verpönt, und jetzt auch von solchen Klinikern, welche begreiflicherweise bis jetzt daran festhielten, nicht mehr ausgeführt wird, weil dann die Bestrahlungsresultate unverkennbar schlechter waren, wie ohne Probeexzission. Man hat zur Erklärung daran gedacht, daß bei diesem Eingriff Blastomzellen in die Blut- und Lymphbahnen gefördert würden und so frühzeitiger Metastasen verursachten. Aus diesem Grunde wird z. B. in Erlangen die Probeexzission erst nach der Bestrahlung zur Verifizierung der Diagnose vorgenommen. Es ist klar, daß durch solch einen Eingriff auch die lokalen Abwehrmaßnahmen der Blastomumgebung durchbrochen werden. Wie Tumortransplantationen zeigten, sind diese je nach dem Organ verschieden. So ließen Hoden ein Minimum von Widerstandskraft gegen das Transplantat erkennen, während das Maximum bei der Milz festgestellt wurde, jenem Reservoir roter Blutkörperchen, welche dem Blutstrom nach Bedarf zugeführt werden. — Wie sehr es auf das Gewebe, wie sehr es auf seine Lage ankommt, lehrt uns die Steigerung der Zytolyse, welche sich nach Radium- und Röntgenstrahleneinwirkung beim Uteruskarzinom als bedeutend stärker erweist, als beim Hautkrebs. Diese Reaktion des Organismus ist jedoch nicht nur strahlenspezifisch, denn sie ist auch nach chirurgischen Eingriffen zu beobachten, freilich für kürzere Zeit. Das Zeitmaß scheint nach der Strahleneinwirkung in einem gewissen Verhältnis zur Krebsdisposition zu stehen. Ob sich wirklich angesichts dieser mehrfach betonten Zusammenhänge lokaler und allgemeiner Art aus dem histologischen Bild allgültige Schlüsse über die Prognose ableiten lassen, wie dies wieder bezüglich des Hautkarzinoms verneint, bezüglich des Uteruskarzinoms behauptet wurde, scheint immer noch nicht geklärt. Am günstigsten soll das Medullarkarzinom mit unreifen Zellen, reichlich Protoplasma, Leukozyten und jungem Granulationsgewebe reagieren; am ungünstigsten das hochdifferenzierte zur Verhornung neigende Karzinom mit großen Zapfen und ruhendem, nicht leukozytär infiltriertem Bindegewebe.*) Die Verhornung allein bedingt noch keine ungünstige Prognose, auch das Verhalten der Mitosen war prognostisch nicht verwertbar.

Jedenfalls hat selbst die heutige problematische Erkenntnis von dem, was wir uns von der Röntgenstrahlenwirkung versprechen, auch in der Krebstherapie bei vielen Strahlentherapeuten vermocht, sie von der schematischen Applikation der „Karzinomdosis" abzubringen, und statt dessen eine mehr individuelle Bestrahlungsweise zu versuchen, die sich nicht mehr ängstlich an die zeitliche Konzentration hält, und die auch, wenn etwa die Hauptmasse des Tumors operativ entfernt ist, die „Karzinomdosis" als solche überhaupt für zu hoch hält. Sicher kommt jetzt bereits der unterteilten Bestrahlung im Krebsproblem eine ganz besondere Bedeutung zu. Man fand, daß die Schädigung einer Zelle durch Strahlenwirkung zeitlich entsprechend einer logarithmischen Kurve abnimmt und das man nach einiger Zeit auf Grund dieser Kurve die Zellschädigung wieder auf Sättigung bringen kann, wenn man die Differenz der Dosis dieses Tages gibt. Das gesunde Gewebe verträgt dies zwei- bis dreimal. Unter Ausbau dieser amerikanischen Technik konnte Holfelder-Frankfurt a. M. in den letzten 2 Jahren inoperable Magenkarzinome für die klinische Untersuchung zum Schwinden bringen.

War infolge der den Röntgenstrahlen vor allem zugewiesenen Aufgabe der Krebsheilung die Tendenz, möglichst hohe Dosen auf einmal zu geben, so scheint in naher Zukunft die Heilkraft der Röntgenstrahlen mehr in den Dienst der Bekämpfung benigner Erkrankungen gestellt, die Verabfolgung kleiner und kleinster Dosen Erfordernis. Demzufolge wird das Dosierungsproblem nur noch an Wichtigkeit gewinnen. Die Schwierigkeit ist die, das physikalische Maß in Beziehung zur biologischen Wirkung der Strahlen zu bringen. Es ist eigentlich unverständlich, wie über die Gewißheit, daß verschiedene Strahlenqualitäten auch verschiedene biologische Wirkung zu mindest quantitativ hervorbringen, zweierlei Meinung bestehen kann. So kommt es, daß trotz einer gewissen individuellen Hautreaktion nach der Verabfolgung einer Hauteinheitsdosis, die biologische Eichung für jede angewandte Strahlung besser vor Verbrennungen z. Z. schützt, wie eine Eichung nach Iontoquantimetereinheiten („R"), die vom rein physikalischen Standpunkt die beste sein mag. Röntgenpraktiker, wie Wintz und Rump-Erlangen haben deshalb die Helligkeit eines geeigneten Leuchtschirms dosimetrisch benutzt und gefunden, daß diese mit der HED jeweils verschiedener Strahlungsqualitäten, also mit den verschiedenen biologischen Auswirkungen an der Haut besser parallel ist. Es wäre vom praktischen Standpunkt außerordentlich erfreulich, wenn uns endlich ein leicht handbares Instrument von genügender Genauigkeit im Röntgen-Photometer zur Verfügung stände. Diese Diskrepanz zwischen physikalischer Dosimetrie der Röntgenstrahlen und ihrer biologischen Wirkung auf die Haut des Menschen verdient besonders hervorgehoben zu werden, weil gerade der gewissenhafte Strahlentherapeut bestrebt ist, seine bisher geübte, meist auf biologischer Reaktion am Patienten beruhende Dosierungsmethode, deren Ungenauigkeit ihm immer wieder betont vor Augen geführt wird, zu verbessern, und sie etwa zu Gunsten der iontoquantimetrischen Meßmethode zu verlassen, womit er dann bei Verwendung qualitativ verschiedener Strahlengemenge einen neuen Gefahrenfaktor übernimmt.

Während wir bei den Bestrahlungsweisen vor Einführung der Schwerfilter häufig Teleangiektasiebildung im bestrahlten Bezirk als Spätfolge, die freilich auch meist eine sekundäre Ursache hatte, trafen, sehen wir heute öfter indurative Schädigung von Blut- und Lymphgefäßen, die sich noch Monate nach Applikation der Röntgenstrahlen entwickeln kann. Während es bei diesen vor allem gilt Arzt und Patienten auf die Gefahren von Wärme- oder Kälteanwendung im ehemals bestrahlten Gebiete hinzuweisen, gelang es bei Teleangiektasien z. B. an der Hautklinik Breslau durch Doramadsalbe (α-Strahlenwirkung) für 6.24 Stunden in Pausen von 6—10 Wochen eine wesentliche Abblassung und Erweichung der Indurationen nach 3—5 Sitzungen zu erreichen. Die damit verbundenen Reaktionen waren stets mäßig. Den Röntgenspätschäden der Haut liegen Störungen im Teilungsapparat der Zellen zugrunde. Amitotische Zellteilung, Mehrkernigkeit der Zellen und Bildung von Zellmonstren finden sich bei Teleangiektasien, Leukomelanoderm, Atrophie, Sklerose, selbst bei chronischer Pigmentation kann es zu dieser Zelldystrophie kommen, die oft erst bei funktioneller Beanspruchung hervortritt. Diese in solchen Fällen zu vermeiden, bzw. auf ein Mindestmaß herabzusetzen, ist die Aufgabe eines verständigen Patienten, wozu ihn der Arzt anhalten muß.

Gegen die Allgemeinschäden durch Röntgenbestrahlung, den Röntgenkater hat man bei uterinen Leiden 1—2 ccm Corpus luteum Extract unmittelbar nach der Bestrahlung intravenös mit guter Wirkung versucht.

---

*) Dem Bindegewebe aber kommt sehr wahrscheinlich eine große Bedeutung in der Pathogenese des Krebses zu.

Bezüglich der Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste seien folgende Leitsätze von Schinz-Zürich angeführt: 1 HED=600 R. 1. Klinisch umschriebene, oberflächliche Haut- und Schleimhautkarzinome sind mit einmaliger Massendosis, 200 bis 250% der HED zu belegen. Sehr röntgenempfindliche Tumoren, wie Follikulome, Seminome, Embryome, gewisse Rundzellensarkome und Lymphoblastome schwinden, wenn die Haut mit 1 HED von einem größeren Einfallsfeld ein- oder mehrmals bestrahlt wird. 2. Bei ausgedehnten Metastasen ist die Behandlung wegen der Allgemeinintoxikation (zerfallende Tumorprodukte) auf Tage und Wochen auszudehnen. 3. Wenig sensible Tumoren wie Drüsenkarzinome und die Mehrzahl der Sarkome werden häufig mit kleinen Dosen in kurzen Intervallen bestrahlt. Großfernfelder und maximale Dosen sind wegen der Gefahr der Hautschädigung, der Röntgenschädigung des Darmes und der Allgemeinwirkungen verpönt. Die Tumoren müssen insgesamt mit 100% der HED innerhalb 8 bis 10 Tagen getroffen werden. 4. Bei Lymphogranulomen, leukämischen und aleukämischen Geschwülsten und Metaplasien ist die mehrfache Bestrahlung mit kleinen Dosen der einmaligen Großdosis überlegen. Prognostisch sind die Tumoren unter 3 wegen der unabhängig vom Lokalherd einsetzenden Kachexie und der Metastasen schlecht zu bewerten. Die unter 1 aufgeführten Geschwülste zeitigen gute Resultate, bei denen unter 2 sind sie ausgezeichnet, während sie bei denen unter 4 Lebensverlängerung und erträgliches Dasein darstellen.

Auch von russischer Seite werden beim Hautkrebs in 2 Sitzungen von dreitägigem Abstand je 1½ HED gegeben. Ist nach 3 bis 4 Sitzungen noch kein Erfolg erkennbar, so wird Radium, welches diesen dann noch bisweilen herbeiführt, versucht. In einem Fall von ulzeriertem Hautepitheliom wurden 1 HED ohne, 1 HED mit 1 mm Aluminiumfilter, 1 HED mit 5 mm Al-F. nur auf den Krebs konzentriert gegeben, dann wurden 2 mal 1 HED mit 0,5 mm Zink- und 3 mm Al-F., wobei auch das umgebende Gewebe bestrahlt wurde, verabreicht. Zur Verstärkung der Wirkung wird den Bestrahlungen Jontophorese mit metallischen Lösungen vorausgeschickt (kolloidales Silber). Sie bewirkt Aenderungen im Blutkreislauf und beschleunigt die Teilung der Zellen, wodurch diese empfindlicher gegen die nachfolgende Bestrahlung werden. Bei 2 inoperablen Mundkrebsen zeigte sich auf diese Weise rasch lokale Besserung und fast völlige Vernarbung sowie Hebung des Allgemeinzustandes. Das Rezidiv trat nach 4 Monaten auf.

Den Zungenkrebs behandelt man in Paris mit unfiltrierten radioaktiven Kapillaren mit vielen Einfallspforten. 46,5% Heilungen. Nur Frühfälle sehr geringer Ausdehnung und andererseits sehr weitgehende Krebse kamen für chirurgische Eingriffe in Frage.

Inoperable maligne Tumoren in Rachen, Mund und Kehlkopf, Antrum und Siebbeinlabyrinth, Nasopharyngeal- und Oesophaguskarzinome wurden (in den Vereinigten Staaten) kombiniert mit Diathermie und Radium erfolgreich angegangen. Beim Lippenepitheliom reagieren die des Mittelteils gut, weniger gut die seitlich gelegenen, während die des Mundwinkels sich meist refraktär verhalten oder mit rascher Bildung von Blumenkohlgewächsen ansprechen. Die zugehörigen Lymphdrüsen werden erst bestrahlt, wenn das Epitheliom auf die Schleimhaut übergreift.

Hypophysentumoren sind mit Ausnahme jener 20% cystisch entarteter die operativem Eingriff vorzubehalten sind, für Röntgenbehandlung gut geeignet.

Auf die Stauungspapille und die Allgemeinerscheinungen des Hirndrucks bei Hirntumoren wirkt Röntgenbestrahlung des Plexus chorioideus günstig. Die Akustikustumoren, die sog. Neurinome, gutartige Tumoren, werden operiert und nachbestrahlt.

Auch Rückenmarkstumoren sprechen überraschend häufig auf Röntgenstrahlen an. Vor Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses mit Radium sind durch bakteriologische Untersuchung virulente Keime auszuschließen. Machen sie Fieber, so können die Frauen nicht mit Radium behandelt werden. Ohne dieses ist ihre Anwesenheit eine Warnung, äußerst schonend vorzugehen.

Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses scheint nur dann nach Pariser Ansicht aussichtsvoll, wenn er noch keine Verbreitung in den äußeren Parametrien gefunden hat, weil man sonst mit zahlreichen Rezidiven rechnen muß. Einen inoperablen Krebs durch Curiebehandlung operabel zu machen, ist illusorisch.

Seitz-Frankfurt a. M. führt bei gutbeweglichem Uterus wegen Korpuskarzinom die Totalexstirpation aus, während in diesem Falle Döderlein-München die Bestrahlung nicht ablehnt. Er legt für 24 Stunden 100 mg Radiumbromid ein und wiederholt dies zwei- bis dreimal in sechswöchentlichen Pausen. Außerdem bestrahlt er das Abdomen mit Röntgenstrahlen ebenso wie die Hypophyse, der bekanntlich in der Pathologie des Uteruskrebses eine besondere Bedeutung zugesprochen wird.

Die Hypophysenbestrahlung wird ferner im Sinne einer Milderung hochgradiger klimakterischer Beschwerden (Glykosurie) herangezogen.

Bei Hyperfunktion der Hypophyse, wie sie sich durch Fettsucht verrät, bei Hyperfunktion der Thyreoidea, wie sie sich durch Abmagerung im Klimakterium zu erkennen gibt, wird die betr. Drüse mit ⅓ HED 0,5 Zn-Filter, bei der Thyreoidea Al-Filt., bestrahlt. Evtl. Wiederholung der Bestrahlung nach 8 Tagen oder auch Wechsel zwischen Hypophyse und Thyreoidea.

Weiter wird die Hypophyse bestrahlt bei hartnäckigem Pruritus senilis, dessen ätiologische Zusammenhänge mit den Involutionsveränderungen der Genitaldrüsen und ihren Rückwirkungen auf die anderen Hormondrüsen, insbesondere die Hypophyse nahe liegen. Schließlich wird berichtet, daß ihre Bestrahlung in mehr als der Hälfte der Fälle Amenorrhoe zum Weichen bringt. Daß man diese auch durch Röntgenbestrahlungen der Ovarien mit kleinsten Dosen (1/10 bis ¼ HED, evtl. noch zweifach unterteilt) heilen kann, beruht wohl auf Vernichtung lebensschwacher Follikel, wodurch den lebenskräftigeren vielleicht Raum zur Entfaltung freigegeben wird. Während man so minimale Mengen Röntgenlichts unbedenklich bei diesem Leiden empfehlen kann, wird man angesichts der „Kinder der Röntgenstrahlen“, äußerst genau auf Gravidität fahnden, ehe man zu Bestrahlungen der Ovarien oder des Uterus mit größeren Strahlenmengen schreitet. Eine Schwangerschaft im 3. bis 4. Monat wurde mit der Fehldiagnose Myom belegt und einer intensiven Bestrahlung unterworfen. Es kam zu Mikrozephalie mit Mikrophthalmus der Frucht. Aus diesem Grunde kann ich mich mit der Sterilisierung auf Zeit nicht befreunden. Beim Fehlen jedes Organbefundes kommt sowohl für die Amenorrhoe wie auch für die Menorrhagie die Röntgenbehandlung allerdings in verschiedener Weise in Frage, da es sich unter diesen Umständen um rein funktionelle Störungen handelt, die zu regulieren bzw. zu beseitigen, die Röntgenstrahlen am leichtesten imstande sind. — Angeregt durch die bereits früher gewürdigten Aeußerungen Sellheims gegen die Röntgenkastration und zugunsten des operativen Eingriffes wurden eine Anzahl von Untersuchungen und Beobachtungen veröffentlicht. So wurde die Blutserumreaktion verschieden gefunden, je nachdem das Sistieren der Menses Folge natürlicher Klimax, Röntgenkastration oder operativen Eingriffs war. Bei der Röntgenkastration soll es durch Schädigung des innersekretorischen Teils des Ovars zur Dysfunktion, gesteigert bis zu Psychosen kommen können. Diese klimakterischen Beschwerden sind auch die ausgleichende Ursache der meist als Epilepsie gedeuteten Krampferscheinungen in der Klimax. Durch Röntgen-„Reizbestrahlung“ der Ovarien soll schnelle Heilung bewirkt werden. Nach Pankow sind die Kastrationsfolgen nach Bestrahlung und Operation qualitativ und quantitativ gleich. Am meisten mit meinen Erfahrungen übereinstimmend ist die Berliner Meinung, wonach die natürliche Menopause eine mindestens 1 Jahr dauernde Blutdrucksteigerung (durchschnittlich 20 mm Hg) hervorruft mit konsekutiver Herzvergrößerung. Ebenso bewirkt Myom Hypertonie bzw. Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Operative Kastration erhöht den Blutdruck bei regelmäßig menstruierten Frauen um durchschnittlich 33 mm Hg (systolisch) bei klimakterischen dagegen nicht. Röntgenamenorrhoe nach Ovarialdosis bewirkt weder bei Menstruierten noch bei Klimakterischen Hypertonie, ein Beweis für die Erhaltung der inneren Sekretion des Ovariums nach der Röntgensterilisierung.

Bekanntlich hat man die Röntgenstrahlen auch bei Adnexentzündungen versucht. Sie brachten nur teilweise Erfolg und versagten insbesondere bei den an Zahl vorherrschenden gonorrhoischen Adnexitiden, besonders chronischer Art. Hingegen wird auch in 4 von 5 Fällen von „Tubeneiterung“ mit der Verabfolgung von jeweils 1 HED über sehr gute Erfolge berichtet. Uebereinstimmend hingegen scheinen sich die Meinungen über die Röntgenbehandlung der weiblichen Genitaltuberkulose zu entwickeln. Da die operativen Resultate schlecht sind, wird Röntgenbestrahlung allein oder mindestens als Nachbehandlung angewandt. Auch bei der männlichen Genitaltuberkulose sind die Erfolge sehr gut. In der Charité brachte die Bestrahlung sekundär tuberkulöser Fisteln (Ureterstumpf-Vas deferrens Fistel) stets Heilung.

Im Anschluß folge die Erwähnung tuberkulöser Erkrankungen sonstiger Organe, soweit sie in das Bereich der Strahlentherapie gehören. Die Lungentuberkulose zeigt meist produktive und exsudative Herdveränderungen nebeneinander. Sind die ersteren im Vordergrund oder von merklichen Ausmaßen, so scheint die Strahlenbehandlung wegen bronchogener Aussaat kontraindiziert. Bei der Röntgenbehandlung wird am besten ein Feld von 10 : 10 cm gewählt. Man gibt 3 bis 5%! der HED unter 1 mm Kupferfilter. Anders bestrahlte Menge seine tuberkulösen Schwangeren mit sehr gutem Erfolg. Er benutzte Fernfeld in 50 cm Fokushautabstand, 1 mm Kupferfilter, 200 kV, 2 mA und gab erstmals $^{1}/_{15}$ HED, nach 6 Wochen $^{1}/_{25}$ HED, nach weiteren 9 Wochen $^{1}/_{50}$ HED immer dasselbe Feld.

Bezüglich des Lupus verharrt die Hautklinik Gießen immer noch auf ihrem ablehnenden Standpunkt, während andererseits 4 bis 5 H unter 1 bis 2 mm Al-F. in Pausen von 3 bis 8 Wochen bei der exulzerierten und verrukösen Form doch in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden wie Licht usw. gegeben werden. Da der Lupus meist seinen Ausgang von der Rhinitis scrofulosa im Alter von 12 bis 20 Jahren nimmt, ist besonderer Wert auf deren Bekämpfung zu legen. Interessant ist der Bericht über einen Lupus erythematodes, der nach Bestrahlung der tuberkulösen Lymphadenitis geheilt wurde. Nach 6 Fällen der Literatur brachte auch die Exstirpation tuberkulöser Drüsen Heilung des gleichen Leidens.

Volle Aufmerksamkeit verdienen die Mitteilungen v. Wiesers-Wien auf der 17. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft über die Röntgentherapie bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen im Kindesalter. Es handelt sich um 300 Fälle, die innerhalb 3 Jahren gesammelt wurden. Allen Fällen gemeinsam war eine endokrine bzw. entzündliche Störung. Chronische Erkrankungen, wie Tuberkulose, Lues, Gonorrhoe, Nephritis bzw. Funktionsstörungen der Niere wurden bei der Behandlung berücksichtigt. Neben der klinischen Untersuchung zeigten Gasstoffwechsel und die Abderhaldensche Fermentreaktion den einzuschlagenden Weg. So wurden vor allem Hypophyse, Thyreoidea und Genitale und die Schädelbasis mit Dosen von 2 bis 10% am Erfolgsort belegt. Die ersten sichtbaren Erfolge traten nach 3 Monaten ein, der Abschluß der Behandlung erforderte z. B. bei einem schwer idiotischen, nicht schulfähigen Kinde 12 Monate. Zu Beginn der Behandlung wurde alle 4 Wochen bestrahlt, nach Eintritt einer Besserung in Intervallen von 6 bis 12 Wochen. Durchschnittlich waren 8 Serien erforderlich. Nach einer leichten Besserung tritt fast regelmäßig nach etwa 3 bis 4 Wochen ein Rückschlag ein, der aber durch neuerliche Bestrahlung behoben werden kann. Hiermit ist der innige Zusammenhang zwischen der Röntgentherapie und Ausheilung bewiesen. Bei enzephalitischen Prozessen insbesondere ist darauf zu achten, daß im Anfang bei der Bestrahlung der Hypophyse bzw. der Schädelbasis nicht mehr wie 2% der HED gegeben werden, da sonst mit einer Steigerung der Spasmen resp. der Erregungszustände zu rechnen ist. Organtherapie, die in einschlägigen Fällen mit betrieben wurde, konnte allein nie die Resultate der Röntgenbestrahlungen erreichen. 7 Serien im Verlauf von 1¼ Jahren machten aus einem schwer idiotischen, stuporösen, Kot schmierenden, pflegebedürftigen Knaben mit positivem Wassermann und mehreren erfolglosen antiluetischen Kuren, ein Kind, welches heute redet, alles versteht und hilfsschulfähig geworden ist. Ein neunjähriges, schwer idiotisches Mädchen mit hochgradigen Erregungszuständen, fortwährender Unruhe, Schreikrisen, Zerstörungssucht, das noch nicht einmal Kleider am Leibe duldete, wurde nach 14 Serien innerhalb 1½ Jahren nach einem weiteren halben Jahr hilfsschulfähig. Den Mund, der wegen eines schweren Gaumendefekts vorher nicht geschlossen werden konnte, schließt das Kind nach der Röntgenbehandlung vollkommen. Die Erregungszustände sind vollständig geschwunden. Weitgehend waren überhaupt die somatischen Aenderungen. So verschwanden mehrfach Ptose und Strabismus, Caput obstipum, ja sogar eine schwere Halbseitenlähmung, die das Mädchen zum Gehen unfähig machte, wurde stark gebessert, ebenso schwand der Speichelfluß vollkommen. Opisthotonus und choreiforme Zuckungen schwanden gleicherweise bei einem 15jährigen Knaben nach einer Behandlungsdauer von etwa 7 Monaten. Wachstumsrückstände strebten unter der Behandlung dem Ausgleich zu, das Genitale wandelte sich zur Norm. Aber auch selbst bei ganz kleinen Kindern war die Röntgenbehandlung erfolgreich. Das bekannte Bild der Mongoloide mit ihrer Ueberstreckbarkeit der Gelenke und dem charakteristischen Epicanthus wandelte sich schließlich so, daß die Kinder kaum mehr als Mongoloide zu bezeichnen waren. Je ein Fall von Kleptomanie und Poriomanie konnten vollkommen geheilt werden. Ein im Anschluß an eine Enzephalitis einsetzender Verblödungsprozeß konnte in kurzer Zeit günstig beeinflußt werden. Ein Hilfsschüler, 13 Jahre alt, mit Littleschem Symptomenkomplex mußte wegen schwerer Hausdissozialität ausgeschult werden. Röntgenbehandlung. Herbst 24 konnte er die Normalschule besuchen, Juli 25 bestand er die Aufnahmeprüfung für das Gymnasium. Mit Erfolg wurden auf diese Weise weitere hysterische Anfälle, Neurosen, Zwangsvorstellungen und besonders Erregungszustände behandelt. Auch an schweren Psychosen wurden ähnliche Bestrahlungsversuche gemacht mit (vorläufig) gutem Resultat. Man kann angesichts solcher Erfolge den Enthusiasmus des Autors mitempfinden, und wenn auch nur ein Teil sich bei weiteren Erfahrungen als untrügerisch erweisen sollte, so wären doch die Röntgenstrahlen für eine große Anzahl Unglücklicher zum Heile geworden.

Es erübrigt noch, eine Reihe von Krankheiten anzuführen, wobei die Röntgenstrahlen erfolgreich waren.

Bordier hält die Röntgenbestrahlungen in Verbindung mit Diathermie als wirksamste Methode bei Poliomyelitis. Negative Resultate beruhen auf falscher Technik. Die Diathermie gibt den atrophischen Gliedern die nötige Wärme und löst die Muskelspasmen. Vor ihrer Anwendung überzeuge man sich von der normalen Sensibilität, um sicher Verbrennungen zu verhüten, indem man wesentlich doch auch auf die Angaben der Patienten angewiesen ist.

Wieder wurde bei Trigeminusneuralgie Röntgenbestrahlung — 30% der HED, 30 cm. FHA, 0,5 mm Zn-F. und 1 mm Al-F., evtl. nach 4 Wochen wiederholt — empfohlen. Voraussetzung für den guten Erfolg ist, daß die Röntgentherapie als erstes angewandt wurde. Die Strahlen werden durch ein Feld von 3 qcm direkt auf das Gassersche Ganglion gerichtet.

Beim Othämatom ist Röntgenbestrahlung die Methode der Wahl. Ein oder zweimal werden in 14tägigem Intervall 3 H durch 3 bis 4 mm Al-F. gegeben.

Bei lymphatischen Schwellungen in der Umgebung der Ohrtrompete, bei infizierten Mandeln beseitigt Röntgenbehandlung die Erscheinungen. Sie wird zweckmäßig durch lokale (Kromayerlampe) und allgemeine Höhensonnenbestrahlungen unterstützt. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß es anläßlich einer Lokalanästhesie zur Mandelentfernung zu einer Halswirbelkaries kam!

Aktinomykose wurde erfolgreich mit Radium behandelt.

Beim Basedow hat sich folgende Probe nicht nur diagnostisch, sondern auch zur Kontrolle der Röntgentherapie als wertvoll erwiesen: ½ ccm Adrenalin 1 : 1000 bewirkt Zunahme der Pulsfrequenz, Steigerung des Blutdruckmaximums und Minimums sowie Zittern, Unruhe, Druckgefühl, manchmal Erbleichen, Schweißausbruch sowie Zunahme der Harnmenge proportional dem Hyperthyreoidismus. Beim Normalen bleiben diese Symptome aus.

Fremdkörper im Oesophagus, besonders Fischgräten lassen sich zweckmäßig in nachsteheder Weise entfernen: Eine Anzahl Wattescheiben von Markstückgröße in Bariumsuspension gut getränkt, werden verschluckt, nach einer Minute wird 1 Teelöffel oder mehr Bariummilch gegeben. Nach ein paar Minuten gelingt es dann leicht, unter röntgenologischer Kontrolle die Watte und den in ihr wie ein „Schmetterling in seiner Puppe“ liegenden Fremdkörper herauszuziehen.

Es liegen zwei weitere Bestätigungen der guten Resultate, welche sich mit Röntgenbehandlung des Ulcus pepticum erzielen lassen, vor.

Als neuere Indikation der Röntgentherapie hat sich die Enchinokokkenerkrankung bewiesen, wenn auch die Scolices in vitro leichter zerstörbar sind, als im Lebenden.

Bei Anurie und Oligurie im Verlauf einer Nierenerkrankung erwies sich Röntgenbestrahlung als heilsam. Echte und sekundäre Schrumpfniere kommt natürlich nicht in Frage.

Bei Prostatahypertrophie wird man sich der Erfolge der Röntgentherapie in gewissen Fällen erinnern. Es wurden nach Bericht je zweimal suprasymphysär, sakral und perineal ½ HED unter 0,5 Cu-F. bei 35 cm Fokushautabstand gegeben.

Zur Bekämpfung der Arthritis deformans — Aufbraucharthrose (Payr) — werden für die primäre Form 15 bis 30% der HED empfohlen.

Eine wirksame Behandlung des Lichen ruber planus wird aus Italien gemeldet, die eigenartig auf den Sympathikus Einfluß nimmt. Zu beiden Seiten der Wirbelsäule werden 4 Felder 10 : 15 mit 4 H bei 30 cm FHA unter 5 mm Al-F. und 2 mA bestrahlt.

Ein Fall von jodkalifester Sporotrichosis wurde durch Iontophorese in Verbindung mit Bestrahlung geheilt.

Können bei der Entstehung der inneren malignen epithelialen Geschwülste auch exogene Reize mitsprechen?

Von

Dr. OTTO KRUG, Magdeburg.

(Cavete: Laienpresse.)

Wenn ich im Folgenden von Geschwülsten spreche, so meine ich damit die in der Ueberschrift bezeichneten, speziell in der Mamma, am Magen etc. vorkommenden im Gegensatz zu den an der Haut sich bildenden. Bestimmte scharfe Grenzen in der Einteilung der Karzinome zu ziehen, ist wohl möglich, wenn man die Form der Epithelzellen zugrunde legt. Die Grenzen könnten sich aber ändern, sobald vielleicht von außen kommende Ursachen ihrer Entstehung nachgewiesen werden könnten. Theorien der Entstehung der malignen inneren epithelialen Geschwülste (in meiner Arbeit kurz genannt „Geschwülste“) gibt es wohl beinah so viele, als Forscher sich damit beschäftigt haben. Ein geringer Prozentsatz der letzteren vermutet die Entstehungsursache der Geschwülste nicht allein im Körper des Kranken. Anscheinend tritt in jüngster und allerjüngster Zeit diese immerhin nicht unmögliche und noch nie ganz verworfene Vermutung eines evtl. exogenen Einflusses etwas stärker in den Vordergrund als in den vergangenen Jahrzehnten. Ich zähle beinahe zwanzig Arbeiten und Theorien, die die krankhafte Epithelzellenwucherung in den Geschwülsten chemisch, biologisch, mechanisch, idiokinetisch etc., kurz endogen herzuleiten versuchen, und ca. fünfzehn Veröffentlichungen, die sich mit einem Erreger beschäftigen. Als Parasitensucher möchte ich über die Geschwülste einiges vorausschicken, das meiner Meinung nach wohl bekannt, aber retrospektiv analytisch meinen Beobachtungen angepaßt doch erwähnt werden muß.

1. Der Krankheitsprozeß der Geschwülste (angenommen in der Mamma) würde usque ad exitum vom Augenblick der bestimmten Diagnose gerechnet durchschnittlich zwei Jahre dauern; also ein chronischer, zum mindesten subchronischer Prozeß, der aber meiner Meinung nach ebenso lange zu seiner Entstehung braucht. Voraussetzung dabei ist das Fehlen jeder therapeutischen Beeinflussung.

2. In dem Krankheitsprozeß können Stadien verschiedener, geringerer oder stärkerer Wucherungsvermehrung eintreten.

3. Bei Operationen der Geschwülste ist eine Uebertragung der Krankheit beim Patienten oder Chirurgen nie ernstlich behauptet worden.

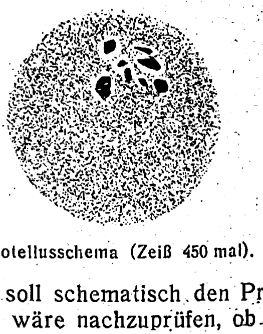
4. Exkrete ulceröser Geschwulstmassen im Endstadium der Krankheit sind noch nie als infektiös mit Bestimmtheit nachgewiesen.

Daraus könnte man schließen, daß, wenn bei der Bildung der Geschwülste ein exogenes Agens beteiligt ist, dasselbe als ein Gebilde mit wenig Eigenbewegung verschiedener Größe zunächst nur im kranken Körper schädlich wirksam gedacht werden kann. Außerhalb des Körpers aber müßte es seine Infektiosität infolge der veränderten Lebensbedingungen verlieren. Danach wäre eine kontagiöse Fähigkeit dem großen Unbekannten zunächst abzusprechen. Kommt er aber an die Außenwelt, dann sollte man glauben, er müßte erst eine Umwandlung oder Formveränderung durchmachen, um infektiös zu wirken.

Der Beweis dieser Theorie liegt noch in weiter Ferne; akzessorisch kommt noch in Betracht, daß präkanzeröse Momente (Druckstellen, älteres Körpergewebe, Narben, evtl. Konstitutionsdispositionen etc.) zu der Geschwulstbildung sicherlich ihr Teil mitzutragen.

Von dem Gedanken ausgehend, in geschwulstregionären Drüsen würde das Epithelzellen reizende exogene Agens wohl sicherlich am reinsten vorkommen, habe ich gleich nach Mammaoperationen mit dem Doppelmesser gemachte Schnitte von Ca.-Drüsen frisch und noch warm durchsucht. Tangentialschnitte, um möglichst marginale Partien der Drüse auf dem angewärmten Objekttisch zu sehen. Das Agens, glaubte ich, hat nicht nur verschiedene Größen, sondern scheint auch noch außer leichter Flüchtigkeit große Empfindlichkeit gegen äußere Einflüsse zu haben (Kälte, Alkohol, Formalin). Gelingt mit dem angewärmten Handmikrotom ein möglichst feiner Tangentialschnitt, so können ovoide, amöbengrüne, je nach den Lichtbrechungsverhältnissen aquamarinblau durchschimmernde, scheinbar leicht gekörnte Klümpchen gesichtet werden, die, solange der Objekttisch und das Präparat noch warm bleiben, von einer kleinen gelblichen ovalären Schleimhaut(?)schicht umgeben sind. Die Schicht verschwindet schon beim Erkalten oder wenn durch Zupfpräparat der Versuch der Isolation des Gebildes auf dem gewöhnlichen kalten Objektträger gelungen ist, und die Konturen der einzelnen Klümpchen berühren sich dann direkt mit einander. Polymorphe Gebilde, Uebergänge von allen möglichen Kreisgrößen mit und ohne Kern bis zur reinen Ellipsenform sind konstatierbar. Wenn eines dieser Gebilde zufällig im Gesichtsfeld im größten Durchmesser als Ellipse getroffen ist, so ist deutliche exzentrische Kernbildung sichtbar. Färbt man den Schnitt mit schwacher warmer Methylenblaulösung, so färben sich die Klümpchen deutlicher als die Umgebung und lassen auch Kernbildung sehen. Diese marginalwärts in der frischen Drüse zum Teil streifenweis vorkommenden Gebilde, nennen wir sie zunächst „Protellen“, haben nicht immer dieselbe Größe (ca. 30 bis 60 μ). Wahrscheinlich liegt es an der Elastizität ihrer zum größten Teil pflanzlichen Zusammensetzung. Diese schwammartigen Protellen möchte ich als nicht körpereigne Gebilde bezeichnen, weil stets nur in Geschwulstdrüsen, nie in der Geschwulst selbst (beim Hautkarzinom und dessen Drüsen habe ich sie bis jetzt nie gefunden) ich die Protellen wiederfand. Seit Jahresfrist versuchte ich sie zunächst zu eliminieren und eventuell umzuzüchten, weil aus den oben erwähnten Gründen sie meiner Meinung nach in Wesen und Gestalt innerhalb und außerhalb des Körpers irgendwie differieren müssen.

Könnten diese (vom ultravisiblen filtrierbaren Gesichtswinkel groß erscheinenden) körperfremden Gebilde nicht durch ihr Erscheinen und ihre zeitweilig außerordentliche Vermehrung oder durch reizende Ausscheidungen die Epithelien zur Schutzvermehrung und zum Erkranken gereizt haben? In dem dadurch entstehenden Kampf der Protellen und Epithelien liegt vielleicht das Geheimnis der Geschwulstbildung. Die Kachexie ist vielleicht auf die Absonderung der Protellenumsatzprodukte zurückzuführen. Die Elastizität, Flüchtigkeit, Ueberempfindlichkeit des Protellus und unsere zerstörenden Untersuchungsmethoden (Alkohol, Formalin, Kälte) sind vielleicht Schuld an seiner bisherigen Unsichtbarkeit und Unauffindbarkeit. Flüchtigkeit des Protellus sage ich deswegen, weil er in der Geschwulst und in großen Drüsen mit deutlichem Detritus bis jetzt unauffindbar war. Er verläßt scheinbar aus Nahrungsgründen relativ schnell das Feld seiner Tätigkeit, ohne von sich Spuren zu hinterlassen.



Protellusschema (Zeiß 450 mal).

Beifolgende Skizze soll schematisch den Protellus elasticus veranschaulichen. Zunächst wäre nachzuprüfen, ob der P. e. ein körperfremdes Gebilde ist. Ueber meine Versuche, den P. e. aus den Drüsen zu eliminieren und eventuell umzuwandeln, will ich erst berichten, wenn Impfungen mit dem infektiös verwandelten Protellus positive Ergebnisse zeigen. Zu meinen Versuchstieren habe ich seit ¾ Jahr nur Meerschweinchen genommen, absichtlich, weil Geschwülste bei ihnen fast gar nicht beobachtet sind. Das ist nach meiner Theorie mir auch erklärlich, weil Meerschweinchen Wasser und abgestorbenes Fleisch sich nicht einverleiben. Der Protellus in seiner Jugendform lebt meiner Meinung nach nur im Wasser und vermehrt sich in demselben hauptsächlich auf abgestorbenem Fleisch. Gelangt er in den Körper des Warmblüters, so wächst er unter günstigen Lebensbedingungen (Wärme, Lymphe) zu einem ca. zehnmal größeren Gebilde heran. Sollte bei den von mir geimpften Meerschweinchen Ca. nachgewiesen werden nach Monaten oder Jahren (die Geschwulstbildung ist meiner Meinung nach ein chronischer Infektionsprozeß), so hätte meine Theorie viel an Wahrscheinlichkeit gewonnen.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Franz-Josef-I.-Krankenhauses in Szolnok (Ungarn).

Zur Therapie der Gonorrhoe.

Von

Dr. EMERICH J. ORSOS, Chefarzt.

In letzter Zeit wurden die verschiedenen Behandlungsmethoden der Gonorrhoe von mehreren Autoren ausführlich mitgeteilt. Nennenswerte Neuerungen sind seither keine gebracht worden. Der enge Rahmen vorliegenden Referates erlaubt die ausführlichere Besprechung auch der sich gut bewährten Heilmethoden nicht. Ich bezwecke vielmehr die Anknüpfungspunkte der Pathologie der Gonorrhoe und der therapeutischen Bestrebungen hervorzuheben. Meines Erachtens kann ein solcher Umblick der nötigen individualisierenden Kritik des praktischen Arztes vom Nutzen sein.

In der zu Gebote stehenden Fülle der Heilmethoden kann man sich nur mit gewissen Kenntnissen in der Pathologie soweit zurechtfinden, daß man im gegebenen Falle das am meist entsprechende Verfahren auswählen kann. — Da die Gonorrhoe bekanntlich durch die Neißerschen Gonokokken verursacht wird, ist also bei der Behandlung eines jeden Falles die erste Bedingung das Vorhandensein oder Fehlen dieser Krankheitserreger festzustellen. Bei akuten Erkrankungen ist der Nachweis leicht. Trotz des meist eindeutigen Resultates ist eine Untersuchung doch durchaus nicht überflüssig, da es bekanntlich sowohl bei Männern, wie besonders bei Frauen auch Ausflüsse gibt, die wohl gonorrhoischen Charakter haben, doch von anderen Bakterien verursacht werden oder eventuell ganz bakterienlos sind. Bei chronischen Fällen ist die Diagnose schon viel schwieriger, da die Gonokokken selbst an Zahl sich sehr verringern und auch andere Bakterien an der Infektion sich beteiligen können (Mischinfektion). Die Identifizierung der Gonokokken hat besonders dann ihre Schwierigkeiten, wenn im Präparate auch andere Diplokokken, namentlich gonokokkenähnliche vorhanden sind. Zuweilen ermöglicht auch die Gramsche Methode keine sichere Diagnose, da die Begleitbakterien zuweilen ein gleiches tinktorielles Verhältnis zeigen, d. h. sich auch Gram-negativ erweisen. Ich selbst nehme in solchen Fällen nur die völlig typisch geformten, in ihren beiden Hälften gleichmäßig Gram-negativ gefärbten und intrazellulär liegenden Diplokokken als positiv in Betracht. — Solange nämlich Gonorrhoe tatsächlich noch besteht, sind typische Gonokokken noch immer zu finden, wenn auch nebenbei die Aschschen atypischen Formen eventuell überwiegen. Bei der diagnostischen Entscheidung kann jedoch allein der bakterioskopische Befund nicht ausschlaggebend sein. Die einzig sichere differentialdiagnostische Methode ist gegenwärtig das Kulturverfahren, und muß deshalb, wo es überhaupt durchführbar, vorgenommen werden.

Vom mikrobiologischen und auch pathologischen Standpunkte ausbilden die Gonokokken der verschiedenen Fälle strenge artliche Einheit (Frassi, Luigi). Nach eingehenden Untersuchungen ließen sich bisher innerhalb sechs Hauptgruppen nicht weniger als 26 Untergruppen (Variationen) unterscheiden. Burckas, Hermanies und Jötten gelang es, nachzuweisen, daß die einzelnen Gruppen sich nicht bloß bezüglich der Komplementbindung und Präzipitation, sondern auch durch ihre Infektionsavidität unterscheiden. Es sind namentlich Gruppen isoliert worden, die auffallend oft eben Komplikationen verursacht haben. In gewissen Gegenden wurden auch als endemisch betrachtbare Formen beobachtet, die bei Einheimischen angeblich nur eine milde Erkrankung, bei Fremden dagegen sehr heftige Erscheinungen hervorriefen. — Diese Virulenzunterschiede sollen auch in der Therapie möglichst berücksichtigt werden.

Bevor ich die wesentlichen Heilmethoden besprechen würde, möchte ich ganz kurz die Pathogenese der gonorrhoischen Erkrankung skizzieren. Zu Beginn vermehren sich die Gonokokken bloß auf der Oberfläche der Schleimhaut. Bald dringen sie zwischen den Epithelzellen der freien Oberfläche und auch der Drüsengänge in das subepitheliale resp. periglanduläre Bindegewebe ein. Dringen die Kokken auch in die Lymphgefäße ein, so führen sie bald zu einer Lymphknotenentzündung, und im Falle eines Weiterschreitens zu Septikämie, mit Metastasen der Gelenke, des Endokardiums, der Haut etc. Die Verbreitung des Infektionsprozesses ist naturgemäß die gleiche, wie bei anderen eitererregenden Bakterien, obwohl die Generalisierung der gonorrhoischen Infektion relativ selten und meist in beschränktem Maße vorkommt.

Parallel mit dem Grade der Invasion entwickeln sich auch die Krankheitserscheinungen. Ueberall, wo Gonokokken sich eingenistet haben, zeigt sich eine Reaktion. Den lokalen Erscheinungen folgen bald auch allgemeine, die sich besonders durch das positive Ausfallen der Komplementfixation manifestieren können. Es sei aber betont, daß sich auch die Reaktionserscheinungen des Organismus individuell verhalten können. — Bei Männern und Frauen, die mit demselben Virus infiziert sind, kann sich der Verlauf der Erkrankung auch bei gleicher und richtiger Behandlung verschieden erweisen. Schon die ersten Erscheinungen können sich zeitlich und der Intensität nach verschiedentlich äußern, und im weiteren Verlaufe treten eventuell noch wesentlichere Unterschiede in Erscheinung, vom glatten Ablauf bis zu den schwersten Komplikationen. — Gleichzeitig sei auf gewisse Ausnahmefälle hingewiesen. Wie bei maligner Lues die Wassermannsche Reaktion negativ ausfallen kann, so kommt auch bei bösartiger Gonorrhoe negative Komplementbildung vor. Negative Komplementreaktion kommt jedoch oft auch bei milderer, leicht heilbarer Gonorrhoe vor, und zwar nicht nur bei geschwächten alten Individuen, sondern auch bei kräftigen, gut genährten Jugendlichen. — Ein uns noch unbekanntes Plus von Seiten des Organismus kann die Heilung günstig, ein Minus dagegen hemmend beeinflussen. — Ob hier die Immunisierungsfähigkeit des Organismus eine Rolle spielt, ist noch fraglich. Bekanntlich läßt sich bei der Gonorrhoe keine wirkliche Immunität nachweisen, höchstens nur in geringem Grade und vorübergehend.

Es wäre allerdings als ein sehr großer Fortschritt zu bezeichnen, wenn wir die jeweilige Behandlung exakt nach der von Fall zu Fall konstatierbaren Eigentümlichkeit der Erreger sowohl, wie des Organismus einrichten könnten. Von diesem Ziele trennt uns aber noch manch schwieriger Schritt.

Die letzten 10 Jahre weisen in der Behandlung der Gonorrhoe manche wichtige Neuerungen auf, die hauptsächlich durch die spezifische und unspezifische parenterale Therapie gekennzeichnet werden. — Obwohl die Wrightschen spezifischen Behandlungsmethoden schon fast 20 Jahre alt sind, gaben doch erst die Schmidtschen Milchinjektionen diesen Bestrebungen einen Aufschwung. Bier und Keining sicherten dann ein zielbewußtes Weiterschreiten. — Man brachte verschiedene „Reizmittel" in den Körper, um dessen Reaktion aufzupeitschen und seine biologischen Vorgänge derart umzuformen, daß die Krankheit schneller, sicherer zur Heilung komme. Doch es ist nicht möglich, die bisherigen Errungenschaften hier ausführlicher zu erörtern. — Für die Praxis müssen wir wissen, daß wir über mehrere wertvolle Reizstoffe verfügen, nur darf bei der Anwendung derselben die Reizschwelle nicht überschritten werden. — Die Kranken reagieren auf gewisse Reizstoffe nicht gleichmäßig. Im Falle einer Unwirksamkeit ist der Stoff zu ändern.

Es ist überhaupt im voraus schwer zu bestimmen, ob in gegebenen Fällen ein körperfremdes nichtspezifisches oder ein spezifisches Mittel angewendet werden soll. Wir verfügen vorläufig noch über keinen Indikator oder irgend ein Verfahren, welche uns in der Frage, ob die anzuwendenden Heilstoffe überhaupt ein Resultat und was für eines haben werden, sicheren Bescheid geben könnten. Wir sind diesbezüglich noch ganz auf die Empirie angewiesen. Es ist aber unter allen Umständen abzuraten, daß der praktische Arzt systemlos mit einer ganzen Reihe parenteraler Mittel arbeite. Man soll mit allen

Wirkungsmöglichkeiten von 1 bis 2 Stoffen so weit vertraut sein, daß man sich nötigenfalls auch bei Gebrauch eines neuen Mittels zurechtfinden kann.

Als Reizmittel kann in erster Reihe ganz frische, eben aufgekochte Kuhmilch empfohlen werden. Falls einwandfreie Milch nicht zu haben wäre, so kann man sich am besten des Aolans bedienen, das keine unangenehme Nebenwirkungen hat. Die Milch- oder Aolaninjektionen sind 3- bis 4täglich zu geben. Unter keinen Umständen ist es zu empfehlen, größere als 7tägige Intervalle zu machen, weil die Gefahr der Anaphylaxie bei wiederholter Anwendung eines Mittels nach 7tägigen Pausen erhöht wird. — Die erste Injektion soll immer nur eine Tastdose sein, bei Milch z. B. 2 bis 3 cm^3. Die nächste Dose soll nur dann erhöht werden, wenn störende Erscheinungen, wie angioneurotische Symptome, hohes Fieber, Mattigkeit, Kopfweh, lokale Schmerzen und dergleichen nicht auftraten. Nach Müller läßt sich durch intrakutan applizierte Milch (3- bis 5mal 0,1 cm^3 Quaddel) oft auch bei solchen Kranken gute Wirkung und zwar ohne störende Nebenwirkungen erzielen, welche die Muskelinjektionen nicht ertragen können.

Außer Aolan ist noch eine Menge von Milch- und Eiweißpräparaten in Gebrauch. Sozusagen jedem Präparate kommen gewisse Vorteile zu. Den meisten Präparaten wird von der Fabrik aus eine ausführliche Gebrauchsanweisung beigelegt, die in der Regel von Fachmännern herrührt und gewöhnlich auch die Begleiterscheinungen angibt. Von Anwendung eines neuen Mittels ist somit jedermann in der Lage, die Gebrauchsanweisungen zu studieren.

Von den eiweißfreien parenteral gegebenen Mitteln ist das Oleum Terebinthinae rectif. (Klingmüller) und seine Kombination mit Chinin, das Terpichin, zu nennen. Letzteres hat sich als wirksames, mit nur geringen unangenehmen Nebenwirkungen behaftetes Mittel bewährt. Seine Zusammensetzung ist konstant und die Begleiterscheinungen viel leichter als bei Oleum Terebinthinae.

Die Heilsera und die Vakzine vertreten die spezifischen Mittel. Besonders französische und englische Autoren (Weil-Halle und H. Chabanier, Ivens, Sterian, Walker) berichten über bemerkenswerte mit Gonokokken-Heilsera erzielte Resultate. Außer ihren spezifischen Antitoxinen entfalten die Sera auch durch ihre Fremdkörpereigenschaft eine bedeutende Reizstoffwirkung. Leider sind die zuverlässigen frischen Heilsera schwer zu erhalten; außerdem sind sie kostspielig und erzeugen oft Serumkrankheit, was für ihre Verbreitung besonders hinderlich ist.

Obzwar die moderne Vakzinebehandlung, wie bereits erwähnt, schon fast 20 Jahre bekannt ist, hat sich ihre Anwendung erst in den letzten 10 Jahren so eingebürgert, daß wir diesbezüglich gründlichere Erfahrungen sammeln konnten. Bei Kranken, deren Organismus sich dazu eignet, kann mit Vakzine eine bessere Heilwirkung, als mit irgend einem körperfremden Mittel erreicht werden. — Die Wirkung einer Vakzine wird durch die enthaltenen Toxine und Antitoxine bedingt. Nach den letzten Mitteilungen geben Autovakzine zweifellos die besten Erfolge. Die eigenen Toxine resp. Antitoxine sind nämlich für jeden Krankheitserreger die wirksamsten. Nachdem aber die jeweilige Herstellung der Autovakzine sehr umständlich ist, und diese somit für die allgemeine Praxis schwer zugänglich sind, erzeugte man sogenannte polyvalente Vakzine, in welchen möglichst viele Stämme einer gewissen Bakterienart vereinigt sind. Diese polyvalenten Vakzine geben oft gute Resultate, denn wenn auch der infizierende Stamm zufällig in der Vakzine nicht vertreten ist, so werden die Toxine der nächstliegenden Stämme doch eine parenterale Wirkung hervorrufen, welche die Antitoxinerzeugung des Organismus erhöhen kann. Diese käuflichen Vakzine werden in der Regel mit Karbolsäure konserviert und verlieren leider mit der Zeit ihre Wirkung (Buschke und Langer, Heimann und Baumann, Löser, Hocquard). Diese Autolyse der Vakzine soll nach Bruck durch eine 40prozentige Urotropinlösung verhindert werden, wobei die Urotropinlösung selbst auch eine günstige Wirkung hervorrufen soll. — Bucura, Patzschke und Hartmann, Le Fur, Schumacher und Kliewe und andere erklären die oft beobachtete Unwirksamkeit der Polyvakzine bei Gonorrhoe des Weibes aus dem Fehlen der mitinfizierenden übrigen Keime. Die Heilresultate sind tatsächlich besser geworden, als man sämtliche züchtbaren Bakterien eines gegebenen Falles in der Vakzine verarbeitet hat. — Durch die letztgenannte Erfahrung angeregt, arbeitete ich eine recht einfache, rasch ausführbare Methode zur Bearbeitung einer „Vollvakzine" aus. Ich entnehme das Sekret des Kranken direkt dem Entstehungsort. Zerreibe bei akuten Fällen 2 bis 3 volle Oesen, bei chron. einen erbsengroßen Tropfen davon mit Yatrenum puriss. ungefähr 8 Min. lang, bis die Masse sich homogen eingedickt hat und verdünne es nachher unter ständigem Reiben mit sterilem Wasser auf 8 ccm und die Vakzine ist zum intravenösen Gebrauch fertig. — Bezüglich der Einzelheiten meiner Methode überweise ich auf die originale Mitteilung (Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 43). Die mit meiner Vakzine erzielbaren Resultate sind entschieden günstiger, als die bei Polyvakzinen sich ergebenden. Ich erkläre dies dadurch, daß in meiner Vakzine außer den Bakterien auch das pathologische Exsudat — Eiweiß, Schleim und Eiterzellen — mitenthalten sind.

Mag auch die spezifische Wirkung eines Serums, einer Vakzine oder eines nichtspezifischen Stoffes noch so vollkommen sein, in gewissen Fällen können diese Mittel dennoch versagen. Die prophylaktische Dosis kann doch weder die Entstehung, noch die Weiterentwicklung der Komplikationen verhindern.

Was die Technik der örtlichen Behandlung der Gonorrhoe des Mannes und des Weibes betrifft, so sind in den letzten Jahren keine wesentliche Neuerungen veröffentlicht worden. Die in Aufschwung gekommene Diathermie-Behandlung, obwohl örtlich angewendet, beruht eigentlich auf einer parenteralen Wirkung. Es wirkt hier vor allem die in den Geweben erzeugte Wärme und der Blutreichtum heilend.

In der Behandlung der männlichen Gonorrhoe hat R. Picker eine zielbewußte Therapie festgelegt. Seine Ueberlegungen und sein Vorgehen beruhen auf der gründlichen Kenntnis der Anatomie und Pathologie der Adnexe der männlichen Harnröhre. Picker fordert vor allem eine topische Diagnose der Erkrankung, um mit der Behandlung an der kritischen Stelle einsetzen zu können. Bei dem Manne ist das Verhalten der Sekretion und des Harnes besonders zu verfolgen. Der eitrige Tropfen an der Harnröhrenmündung deutet bloß das Vorhandensein eines gonorrhoischen Herdes irgendeines Abschnittes des Urogenitaltraktes an. Der Urin kann eventuell darüber Aufschluß geben, ob der Herd in den Drüsen der vorderen oder der hinteren Harnröhre sitzt. Man kann auch bei scheinbar ganz reinem Urin Eiterreaktion erhalten, als Zeichen der Infektion eines isolierten, kleinen Drüsenabschnittes (Spermatocystitis, Prostatitis). Die bei isolierter, nacheinander erfolgender Massage der einzelnen Drüsen hervortretende eitrige, gonokokkenhaltige Absonderung verrät uns oft einen hartnäckigen, Gonokokken liefernden Herd. Der Schwerpunkt der örtlichen Gonorrhoebehandlung beruht somit nach Picker auf dem Aufsuchen und systematischen Entleeren solcher Herde. Die Entleerung kann sofort nach Sistierung des eventuell bestandenen Fiebers beginnen. Wenn der septische gonorrhoische Fieberzustand nicht schwinden will, soll die systematische Entleerung der eiternden Adnexe selbst während des Fieberzustandes einsetzen. Die Massage ist erst zu beenden, wenn die Sekrete des Patienten dauernd gonokokkenfrei geworden sind.

Die übrigen Komplikationen der Gonorrhoe, namentlich die Nebenhodenentzündung, die Pyelitis, die Gelenksentzündungen, die Hauterkrankungen u. dgl. stellen Metastasen der hartnäckigen Prozesse der Adnexdrüsen vor. Wenn es uns neben einer Allgemeinbehandlung gelingt, diese keimbildenden Herde der Gonorrhoe zu heilen, so schwinden bald auch die metastatischen Erkrankungen. Die Art der desinfizierenden Lösung, mit welcher der Kranke sich während der radikalen Behandlung spült, ist belanglos. Es sei bloß eines betont: vermeiden wir die konzentrierten Lösungen und besonders das Argentum nitricum, da sie oft Schaden anrichten. Bei zielbewußter topischer Behandlung dienen die Lösungen nur zur Spülung und Desinfizierung und hierzu sind starke Lösungen nicht nötig.

Die Heilung der weiblichen Gonorrhoe kann auf mehreren Wegen erfolgen. Wo es überhaupt ausführbar ist, soll gleichfalls eine energische, topische Behandlung vorgenommen werden. Es ist also bei Erkrankung der Urethra, der Bartholinschen Drüsen und der paraurethralen Gängen die Durchspülung, bei Infektion des Zervikalkanals das Auswischen und Desinfizieren systematisch durchzuführen. Die obere Grenze der Erkrankung des Cervix ist schwer feststellbar; die Behandlung muß deshalb hier sehr vorsichtig geschehen. Auch nach meinen Erfahrungen ist die Spülbehandlung des Corpus sehr gefährlich, da der Druck der Spülflüssigkeit den infektiösen Schleim leicht in die Tuben treibt. Statt der Spülung lege ich immer einen Bazillus aus Butyrum Cacao mit 2% Albargin oder ähnliches ein. Die zervikalen und endometralen Prozesse gehen oft mit Hypertrophie der Schleimhaut und Erosion der Portio einher. Solange bis der durch diese Prozesse bedingte Ausfluß nicht schwindet, kann selten Besserung eintreten. — Um die Heilung zu befördern, führe ich, nach einer parenteralen oder autovakzinalen Vorbehandlung, eine Abrasion des Endometriums und der Erosion aus. Die nochmalige Ueberwucherung verhindere ich durch die Anregung einer raschen Epithelisierung, d. h. durch Aetzung nach der Blutstillung. Früher wendete ich Argentum nitric. an, später gab mir 2 prozentiges öliges Pelidol und besonders Granugenol Knoll weit bessere Erfolge. Mit letzterem Mittel hatte ich bei mäßiger Ueberwucherung und Erosion auch ohne Abrasion sehr zufriedenstellende Resultate, wenn ich nämlich vor der Pinselung mit Granugenol den Schleim des Zervikalkanals mit 3 prozentiger Sodalösung entfernte.

Das entwickelte Adnexexsudat und die abszedierte Bartholinsche Drüse sind nötigenfalls chirurgisch zu behandeln. Bei weniger schweren Adnex- und parametritischen Prozessen bewährt sich meist Diathermie gut. Bei parametralen Entzündungen ist außerdem bekanntlich Ruhe von Wichtigkeit. Die akut auftretenden Erscheinungen können mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen auffallend gut bekämpft werden. Wenn wöchentlich zwei- bis dreimal 0,3 g gegeben werden, vermindert sich auch das Exsudat bedeutend. Die antiexsudative (resorptive) Wirkung des Neosalvarsans wird durch zweitägig intravenös gegebenes 10 prozentiges Calcium Chlor. noch verbessert.

Die hartnäckigsten Erkrankungen werden meist durch unbemerkte paraurethrale, oder rektale Gonorrhoe aufrecht erhalten. — Dies kommt besonders bei Kindern zur Beobachtung (G. Stümpke). Auch bei Kindergonorrhoe (Vulvovaginitis) sind durch Autovakzinbehandlung gute Heilresultate zu erzielen. Die örtliche Behandlung besteht hierbei dann bloß in desinfizierenden Ausspülungen (2% Albargin), und zwar mit der Handspritze. Wenn es die Weite der Hymenöffnung zuläßt, führe man ein in Granugenol eingetauchtes Gazestreifchen in die Vagina ein. Nach dieser Behandlungsart habe ich wiederholt auffallend rasche Heilung erreicht. — Wenn möglich, so empfehle ich bei erwachsenen Frauen, wie auch bei Kindern Aufnahme in das Krankenhaus, da hier die nötige Ruhe, eine der Hauptfaktoren, am leichtesten durchführbar ist. Bei rektaler Gonorrhoe ist die Anstaltsbehandlung besonders angezeigt, da nur diese die bei solchen Fällen unbedingt nötige zweckmäßige Pflege genügend sichert.

Die lokalen Behandlungsweisen habe ich absichtlich nicht ausführlich erörtert. Es würde sonst jede einzelne Methode für sich eine eingehendere Besprechung erheischen. Eine Methode mag noch so präzis ausgearbeitet und genau beschrieben sein, in vielen Fällen muß sie schließlich doch individuell, der Kritik und Erfahrung des Arztes entsprechend geändert werden.

Als geheilt kann endlich die Gonorrhoe selbstredend nur dann betrachtet werden, wenn die Gonokokken aus dem Sekret der betroffenen Drüsen endgültig verschwunden sind und das mikroskopische Bild der Absonderung normal geworden ist. Dieser Zustand darf sich weder nach lokaler, noch nach parenteraler Provokation ändern. Zu diesem Ziele gelangt man aber am sichersten, wenn man sich nicht nur nach den allgemeinen Symptomen der Krankheit richtet, sondern wiederholt auch das Verhalten des Erregers prüft und auch die Konstitution des Patienten beachtet. Erlernt der Arzt die kritische Deutung der gegenseitigen Beeinflussungen dieser Faktoren, so wird er in den einzelnen Fällen meist die geeignetste Behandlungsart und das wirksamste Mittel auswählen können.

Literatur:

Prof. Dr. Carl Bruck: Klin. W. 1923, Jg. 2, Nr. 22. — Prof. Bucura: Arch. f. Gyn. 1923, Bd. 119, H. 3. — Burckas: Ref. Zbl. f. H. u. Gkr. 1921, Bd. 1, H. 7, S. 371. — Prof. Dr. A. Buschke und Dr. E. Langer: Med. Klin. 1922, Nr. 24. — Luigi Frassi: Rif. di clin. pediatr. 1921, Bd. 19, H. 5. — Le Fur René: Clinique 1923, Jg. 18, Nr. 17. — Heimann und Baumann: M. m. W. 1923, Jg. 70, Nr. 5. — John Hermanies: Journ. of infect. dis. 1921, Bd. 28, Nr. 2. — Jean Hocquard: Journ. de méd. de Paris 1923, Jg. 42, Nr. 40. — Frances Ivens: Bri.t med. Journ. 1921, Nr. 3133. — K. W. Jötten: Derm. Wschr. 1921, Bd. 72, Nr. 16; Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskr. 1921, Bd. 92, H. 1. — Dr. Keining: M. m. W. 1922, Nr. 50. — Alfred Löser: Zbl. f. Gyn. 1922, Jg. 46, Nr. 46. — W. Patzschke und E. A. Hartmann: M. m. W. 1924, Jg. 71, Nr. 12. — Dr. R. Picker: Die topische Diagnose der chronischen Gon. usw. des Mannes. Verlag: Oskar Coblenz, Berlin 1909; W. kl. W. 1908, Nr. 13; Ztschr. f. Urol. 1916, Bd. 10. — Stérian: Bull. et mém. de la soc. méd. des hop. de Paris 1923, Jg. 39, Nr. 3. — G. Stümpke: M. m. W. 1916, Nr. 49. — Allan Walker: Med. journ. of Australia 1922, Bd. 2, Nr. 26. — Weil-Hallé und H. Chabanier: Bull. et mém. de la soc. méd. des hop. de Paris 1922, Jg. 38, Nr. 10. — P. Schumacher und H. Kliewe: Archiv f. Gyn., Bd. 126, Heft 1.

Aus der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Allerheiligen, Breslau (Primärarzt: Prof. Dr. Ercklentz).

Ueber Insulinersparnis durch zeitlich verschobene Verabreichung[1]).

Von

Dr. WALTHER STEINBRINCK, Oberarzt.

Durch künstliche Zufuhr von Insulin läßt sich ein Idealzustand eines dauernd gleichen, möglichst normalen Blutzuckerspiegels nur dann annähernd erreichen, wenn wir die richtige Relation zwischen zugeführtem Insulin und Kohlehydraten anwenden, und vor allem diese zeitlich im optimalen Verhältnis aufeinander wirken lassen. Die Wirkung des Insulins beginnt sofort, erreicht aber erst nach einer gewissen Zeit (im allgemeinen nach ca. 2 Stunden) ihre Höhe[2]). Zur Vermeidung von hypoglykämischen Zuständen muß spätestens mit diesem Augenblick die Resorption der Kohlehydrate zusammentreffen, wenn nicht der Blutzuckerspiegel so hoch ist, daß diese Ge-

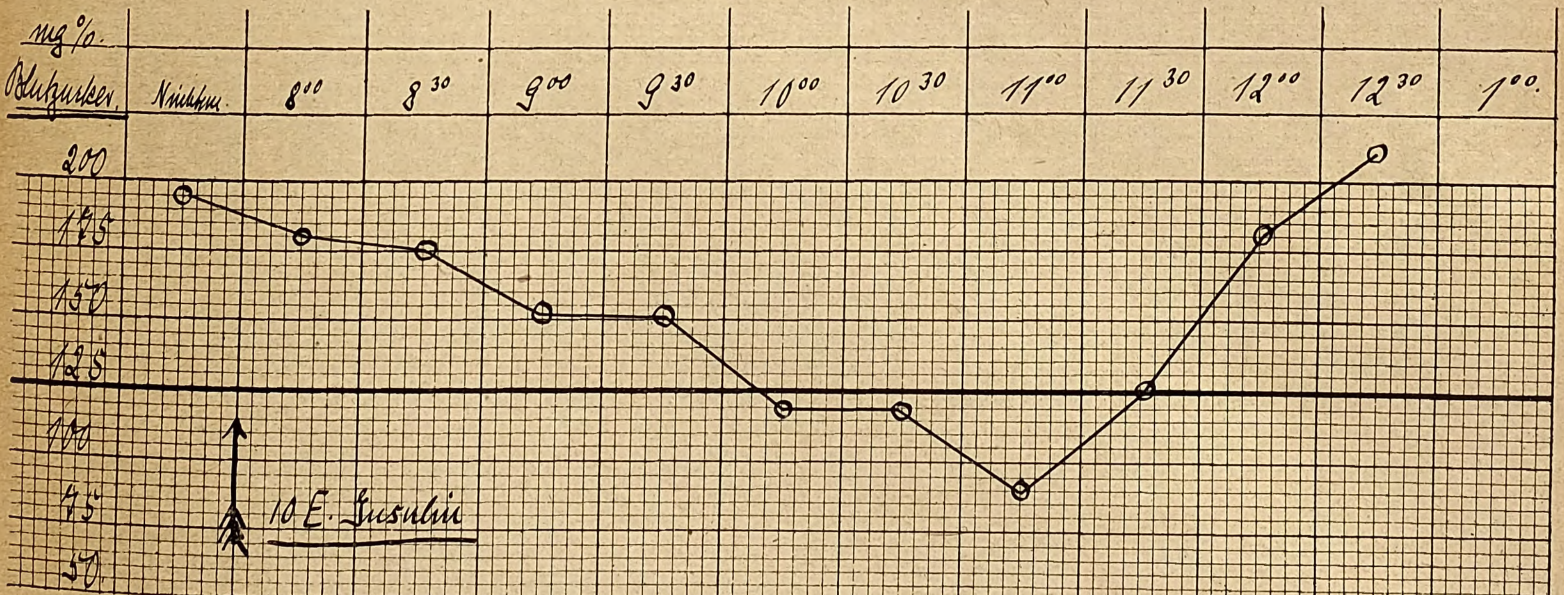
---

[1]) Nach klinischen Demonstrationen in der Schlesischen Gesellschaft für Vaterländische Kultur am 6. Februar 1926.

[2]) Als besonders seltene Beobachtung sei noch angeführt, daß Collip eine Hypoglykämie erst 1—4 Tage nach Injektion eines besonderen, aus einer Muschel gewonnenen Insulinpräparates auftreten sah.

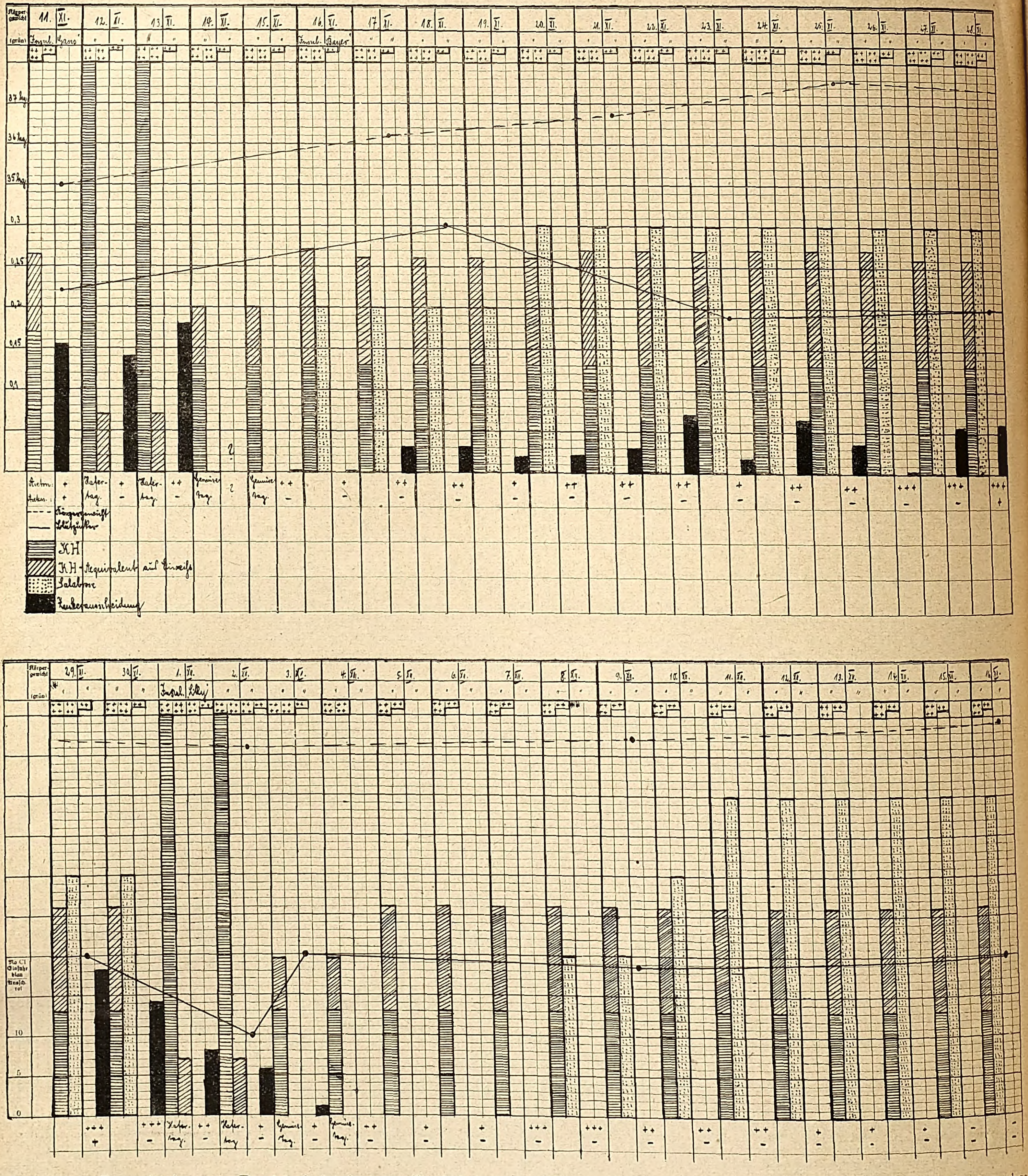
Kurve 1.

(Ueber Insulinersparnis durch zeitlich verschobene Verabreichung.)



Kurve 2 u. 3.

(Ueber Insulinersparnis durch zeitlich verschobene Verabreichung.)



fahr nicht in Betracht kommt. Empirisch ist festgestellt, daß es im allgemeinen günstig ist, die Insulininjektion eine halbe Stunde vor der Mahlzeit zu verabreichen und zwar jeder Mahlzeit, die eine nennenswerte Menge an Kohlehydraten enthält. In einer Reihe von Fällen bringt allerdings die zweite Kohlehydratmahlzeit wenige Stunden nach der ersten den Blutzucker nicht mehr weiter zum Ansteigen. Die quantitativen Verhältnisse müssen für jeden Einzelfall besonders erprobt werden.

Wie schwierig, aber auch wie lohnend eine solche exakte Einstellung im einzelnen Fall sein kann, zeigen unsere Beobachtungen.

1. (Gemeinsam mit Dr. Brucke.) Bei der jetzt 14jährigen Patientin wurde Herbst 1923 die Zuckerkrankheit festgestellt. Nach

längerer Behandlung zu Hause kam sie in die hiesige Universitätsklinik, wo sie bei einer Kost von ca. 60 Eiweiß, 84 Kh., 140 g Fett mit 40 Insulineinheiten noch etwas Zucker ausschied. Von dort wurde sie zu uns verlegt. Wir hielten uns zunächst an die gleichen Mengenverhältnisse und fanden dabei noch dauernd starke Zuckerausscheidungen bis zu 30 g (Kurve 1). Genauere Prüfung der stundenweisen Zuckerausscheidung bei einer Kost von 40 Kh., 45 E., 140 F. im weiteren Verlauf zeigte uns, daß der Höhepunkt gegen 10 Uhr vormittags, etwas weniger mittags, lag. Dementsprechend wurde das Insulin verteilt, morgen 15 E., mittags 20 E., abends 5 E. (Kurve 2). Aber auch unter dieser Anordnung erzielten wir weder Zucker- noch Azetonfreiheit. Erst bei Erhöhung der Insulindosen auf 70 E. (Verteilung 40 : 30, später 20 : 40 : 10, immer nach dem jeweiligen Höhepunkt der Zuckerausscheidung) trat Erfolg ein, so daß auch die Nahrungsmengen etwas erhöht werden konnten. Dieser Erfolg verlor sich bald wieder ohne äußeren Anlaß. Mehrfache, erneute Durchprüfungen unter verschiedensten Variationen führten uns zu folgendem Schema (Kurve 4): Kh. 40, E. 45, F. 140, Insulin dabei 15 : 30 : 15, und zwar aus später zu erörternden Gründen 1½ Std. vor der Mahlzeit. Mit dieser Einstellung konnte nach 3½monatiger Klinikbehandlung die Patientin entlassen werden. 6 Monate später hat sich der Erfolg noch gleichgehalten wie damals.

Der Erfolg der zeitlichen Umstellung war jedoch weniger deutlich als in der nächsten Beobachtung:

2. (Gemeinsam mit Dr. Oles.) Das jetzt 14½jährige Mädchen ist seit ca. 2 Jahren unter dauernder, teils klinischer, teils ambulanter Insulinbehandlung. Dreimal konnte sie bisher von Herrn Prof. Ercklentz mit Insulin aus schwerem Koma gerettet werden. Wiederaufnahme am 11. XI. 25 zur Neueinstellung nach dem letzten Koma.

2 Hafertage mit 150 g Haferflocken und 45 E. Insulin, dann 2 Gemüsetage mit gleichen Insulinmengen machten den Urin zuckerfrei, Azetonausscheidung blieb reichlich. Bei der weiteren Behandlung mit Kh. 26, E. 45, F. 140, Insulin 45 E. (3 × 15), dazu zunächst Zulage von 50, später 75 g Salabrose, verschwand die Azetonurie nicht, und es traten Zuckermengen von 3 bis 12 g auf, später bis 37 g. Dabei blieb der Blutzucker stets gleich um 200 mg. Hier müssen wir vielleicht eine Rückumwandlung der als Glykogen deponierten Salabrose in Zucker vermuten, wie auch Nothmann und Kühnau eine Steigerung der Glykosurie nach höheren und längere Zeit verabfolgten Salabrosemengen beschrieben haben.

Wir prüften nun wie vorher die stundenweise Zuckerausscheidung, fanden aber im Gegensatz dazu die Hauptausscheidung mittags und abends. Dementsprechend wurde das Insulin verteilt unter Erhöhung auf 50 E. und Wechsel des Präparates. Auch dies blieb ohne wesentlichen Erfolg.

Hier wie in der ersten Beobachtung ausgehend von dem Gedanken, daß die Wirkung der sonst gleichwertigen Insuline eine andere, vielleicht zeitlich verschobene war gegenüber den Durchschnittspatienten, legten wir eine Blutzuckerkurve nach 10 E. Insulin ohne jede Nahrungszufuhr an. Es zeigte sich dabei, daß der größte Tiefstand erst nach ca. 3 Stunden erreicht war. Um diesen Abstieg erst auf mittlerer Linie durch Nahrungszufuhr auszugleichen (durch Blutzuckerkurve bestätigt), gingen wir dazu über, die Insulin-Injektion jedesmal 1½ Stunden vor der entsprechenden Mahlzeit zu verabreichen. Wie vermutet, kamen wir nunmehr bei gleicher Kost wie vorher mit einer auf $^3/_5$ verminderten Insulinmenge aus trotz steigender Salabrosezufuhr bis 100 g pro Tag. Das Kind konnte bei dieser Einstellung ebenfalls völlig zucker- und azetonfrei entlassen werden. Nachrichten der Eltern 5 Monate später bestätigten Gleichbleiben des Erfolges. Die geldliche Ersparnis dürfte selbst bei wohlhabenden Patienten bei so langer, ununterbrochener Insulinbehandlung erheblich ins Gewicht fallen.

Es wird ja von Laqueur u. a. angenommen, daß die Beobachtung, daß gelegentlich Verringerung der Einzeldosen geradezu eine günstigere Wirkung auf die Stoffwechsellage ausüben kann, auf der gleichzeitigen Gegenwart eines hyperglykämisierenden Anti-Insulins beruhe, welches neben dem eigentlichen Hypoglykämie erzeugenden Agens, aber bei verschiedener Schwelle, in der Mischlösung vorhanden sein dürfte. Diese Deutung kommt bei der unter verschiedensten Bedingungen auch schon in früheren Zeiten und mit verschiedensten, gleichwertigen Insulinen untersuchten Patienten kaum in Frage, ebensowenig eine allgemeine Besserung der Stoffwechsellage, die uns ja oft sonst ein allmähliches Vermindern oder gar Aufhören der Insulinzufuhr ermöglicht. Vielmehr vermuten wir, daß wir auch bei anderen Patienten bei entsprechender Durchprüfung nicht so selten ähnliche Verhältnisse finden dürften. Ist doch jede Wirkung eines unreinen Medikamentes mehr als eines reinen und die eines, wenn auch gleichwertigen, doch stets unreinen Insulins im besonderen von zu vielen einzelnen Faktoren abhängig, als daß nicht auch hier individuelle Verschiedenheiten zu bemerken wären, die aber gerade hier von großer Bedeutung sind (Resorptionsverhältnisse, individuelle Ansprechbarkeit des Organismus mit verschiedenartigsten, synergistischen und antagonistischen Reaktionen usw.). Das gleiche dürfte selbst für das jetzt in Reinsubstanz dargestellte Insulin (Abel, Journ. of biol. chem. 6. 2. 26) seine Gültigkeit haben, wie sich aus den Befunden, z. B. mit reinem Adrenalin, von selbst ergibt.

Die Beobachtungen zeigen jedenfalls, wie wichtig in allen schwieriger liegenden Fällen eine gründliche, klinische Einstellung vor der ambulanten Insulinbehandlung ist, und wie sich durch zweckmäßig zeitlich und der Menge nach verteilte Insulingabe gelegentlich eine erhebliche Ersparnis an Insulin erzielen läßt. Bei Beginn der Insulinaera wurden zwar die meisten Patienten ähnlich durchgeprüft, dann aber wurde auf Grund der Beobachtungen fast stets an dem Halbstundenintervall festgehalten. Neuerdings haben von ähnlichen Gesichtspunkten aus, namentlich Priesel und Wagner (Klin. Wochenschr. 1925/26) mehrfach auf die gute Wirkung einer zeitlich veränderten Insulindarreichung aufmerksam gemacht. Sie verlängern allerdings bei stark hyperglykämischen Patienten das Intervall auf mehrere Stunden und halten im allgemeinen durch zweimalige (alle 12 Stunden) Darreichung von Insulin den Blutzuckerspiegel während des ganzen Tages auf einer der Norm angenäherten Höhe.

Die Kurven wurden seinerzeit in extenso demonstriert. Ich beschränke mich daher auf Wiedergabe kleinerer Abschnitte.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Die Aufnahmepflicht in die ärztlichen Berufsverbände.

Nicht oft begegnet man Rechtsfragen des Alltags, die so selten zur Aussprache kommen und von so eminent praktischer Bedeutung sind, wie die Standesfragen des ärztlichen Berufes. Zum großen Teile liegt es an der Fachpresse, die gerade die rechtliche Seite dieses ganzen Fragenkomplexes meistens übersieht und ihren Interessentenkreisen mithin vorenthält. Es wird sich daher um so mehr lohnen, im weiteren von der Rechtspflicht der Aufnahme von Mitgliedern in den ärztlichen Berufsverbänden im Rahmen ihrer Satzungen und sonstigen hierher gehörenden allgemeinen Gesetzesbestimmungen zu sprechen, zumal sie für den Mediziner, der in die Privatpraxis tritt, geradezu die Existenz bedeuten kann. Diese ungeheure soziale Bedeutung allein würde schon genügen, sich mit dem Fachverbandswesen eingehender zu beschäftigen, wenn nicht grundlegende Rechtsnormen hier ihre Anwendung fänden, die oft durch unrichtige Auslegung weder dem Gesetzgeber, den Betroffenen, noch den wirtschaftlichen Standesrücksichten im entferntesten gerecht werden können. Die Sachlage wird durch irrige juristische Konstruktionen noch komplizierter und verworrener, als sie in Wirklichkeit ist. Meistens liegt der Fall so, daß ein mit dem Studium und der Spitalerfahrung ausgestatteter Mediziner sich irgendwo niederläßt, um seine Privatpraxis hier zu eröffnen. Gleichzeitig sucht er aus verschiedenen Gründen um die Aufnahme in den ärztlichen Orts- oder Landesverband an. Die Bewilligung oder Ablehnung derselben geschieht so schablonenmäßig bei der Fülle der Gesuche, daß die darüber Entscheidenden sich meistens um die Folgen einer Abweisung nur wenig kümmern, trotzdem es ihnen klar sein müßte, daß die Nichteinhaltung der gewillkürten und gesetzlichen Normen einen groben Verstoß der ihnen anvertrauten Verbandsinteressen darstellt und mithin eine schwere Schädigung für das Ansehen und die Würde der gesamten Aerzteschaft bedeutet. Für den Einzelnen ist es eine enge Gefährdung der beabsichtigten Existenzgründung, zumal wenn die Ausübung der Kassenpraxis, auf die man im Anfang nur selten verzichten kann, die Mitgliedschaft zum ärztlichen Landesverbande — die Gesamtvereinigung der einzelnen Ortsgruppen — zur unbedingten

Voraussetzung hat. Es kann daher nicht genug betont werden, daß bei der Prüfung der Aufnahmebedingungen gründlich vorgegangen und nur ganze Arbeit geleistet werden muß. — Die Verbandssatzungen enthalten über die Aufnahme und den Ausschluß von Mitgliedern in der Regel allgemeine Bestimmungen, die meistens ziemlich präzise gehalten sind und fast überall gleich lauten. Da ein praktischer Fall der Verweigerung der Aufnahme in den Landesärzteverband bzw. in den ihm angeschlossenen Ortsverein und mithin der als notwendig damit eintretende Folge des Verlustes der Krankenkassenpraxis sich in Württemberg zugetragen hat, sollen diese Verbandsbestimmungen uns zur Grundlage der rechtlichen Beurteilung der allgemein interessierenden Fragen dienen. — Vorwegnehmen will ich die immer wiederkehrende Bestimmung, daß die Satzungen der einzelnen angegliederten Ortsvereine keine Bestimmungen enthalten noch Beschlüsse gefaßt werden dürfen, die denen des Landesverbandes zuwider laufen. Da dies rechtlich bindend ist, so kommen für unsere weiteren Ausführungen die Ortsvereinsstatuten innerhalb ihrer Aktionsfreiheit weniger in Betracht. Vielmehr gelten allgemein folgende Verbandsbestimmungen: Aufnahmefähig ist jeder approbierte deutsche Arzt. Die Aufnahme geschieht auf schriftlichem Antrag des Betreffenden und erfolgt durch Stimmenmehrheit vermittels Ballotage. Der Ausschluß erfolgt, wenn ein Arzt diesen Bedingungen nicht entspricht oder den sonstigen Satzungen oder Beschlüssen seines Ortsvereines oder Landesverbandes nicht nachkommt. Ueberdies wird noch angeführt — was nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen für das gesamte Vereins- und Verbandswesen gilt —, daß der Aufzunehmende geschäftsfähig und im Vollbesitze der bürgerlichen Ehrenrechte sein muß. In standesrechtlicher Hinsicht darf er sich keinen Verstoß gegen die mit der gewissenhaften Berufsausübung des Arztes verbundenen Pflichten schuldig gemacht haben. Im übrigen darf die Aufnahme wegen einer wissenschaftlichen, politischen oder religiösen Anschauung nicht verweigert werden. Ueber etwaige Meinungsverschiedenheiten und Streitfälle entscheidet der Vorstand des Landesverbandes. — Diese Satzungsbestimmungen wurden im Einvernehmen mit der Arbeitsgemeinschaft der dortigen Krankenkassen festgelegt, die einen Landesarztvertrag geschlossen hat, wonach nur Mitglieder des Landesverbandes und der ihm angeschlossenen Ortsvereine auf Kosten der Kassen die Versicherten behandeln dürfen. Da während der Vertragsdauer keine anderweitigen Vereinbarungen zwecks Uebernahme der ärztlichen Behandlung getroffen werden können, so besteht für jeden hinzukommenden Mediziner ein rechtliches Interesse, Mitglied des Ortsvereines bzw. Landesverbandes zu werden, falls er nicht auf die Kassenpraxis verzichten will. Andererseits ist den vertragschließenden Krankenkassen sehr daran gelegen, eine möglichst große Anzahl von Aerzten zur Behandlung ihrer Mitglieder zur Verfügung zu haben und ist aus diesem Grunde die weitgehende Fassung der Verbandsbestimmungen gefordert worden. — Unbestritten ist, daß die Arbeitsgemeinschaft gegen jede Verletzung der vereinbarten Satzungen mit Erfolg gerichtlich vorgehen kann. Größere rechtliche Bedenken treten erst auf, wenn ein außenstehender Arzt, dem unter Verletzung der Verbandssatzungen die Aufnahme verweigert wird, sein Recht erzwingen will. Nach dem Vereinsrecht können aus den Satzungen im allgemeinen Rechte und Pflichten nur für Mitglieder abgeleitet werden, zu denen der außenstehende Ansuchende noch nicht gehört. Daher ist es für ihn unmöglich, einen Aufnahmeanspruch gegenüber dem Aerzteverbande geltend zu machen. Diese Ansicht wird vielfach vertreten, hat jedoch in unserem Falle weniger Bedeutung als das verletzte Recht aus dem § 16 des Vertrages, der die Einigungs- und Schiedseinrichtungen für derartige Streitigkeiten vorsieht, zur selbständigen Verfolgung von seiten der einzelnen Aerzte abgeleitet werden kann, was von den beiden ersten entscheidenden Gerichtsinstanzen unbeachtet blieb. Das Reichsgericht geht sogar so weit, aus der geschilderten weiten Fassung der Aufnahmebestimmungen, schon den Aerzten, die den Satzungsbedingungen genügen, ein selbständiges Recht zur Erlangung der Vereins- bzw. Verbandsmitgliedschaft abzuleiten, das auf dem ordentlichen Gerichtswege erzwungen werden kann. Auch aus weiteren rechtlichen Erwägungen ist die abweisende Entscheidung des Landgerichtes Ellwangen und Oberlandesgerichtes Stuttgart irrig. Der Arztverband und die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen haben einen zivilrechtlichen Vertrag miteinander geschlossen, aus dem jeder Benachteiligte Rechte gemäß § 328 BGB. abzuleiten vermag, die ihm eingeräumt wurden. Durch die gegenseitigen Vereinbarungen ist zugunsten aller Aerzte, die um Aufnahme in den Berufsverband ansuchen, sich im Bezirke eines der Ortsvereine niederlassen und den im erwähnten Landesarztvertrage festgesetzten Bedingungen entsprechen, ein Rechtsanspruch begründet worden, der in dem unbedingten Erwerb der Verbandsmitgliedschaft gipfelt, sobald auch die satzungsgemäßen formalen Vorschriften erfüllt sind. Genau zu beachten ist auch der in den Vereinsstatuten vorgeschriebene Instanzenzug bei etwaigen Streitfällen, bevor der ordentliche Rechtsweg beschritten wird. Diese Verletzung der Satzungen kann zur abweisenden Entscheidung führen, wie es im vorliegenden Falle durch das Reichsgericht (IV, 167/22) geschehen ist. — Es kommen hier aber nach der ganzen Struktur der vertragschließenden Parteien noch öffentlich-rechtliche Momente für die Beurteilung der Frage in Betracht. Dem Landesarztverbande ist die Wahrung der Interessen der gesamten Aerzteschaft, soweit sie beruflicher Natur sind, anvertraut und sind aus diesem Grunde ihm gewisse öffentlich-rechtliche Befugnisse eingeräumt, was die willkürliche Abweisung eines Aufnahmegesuches unmöglich zuläßt. Im anderen Falle könnte es soweit kommen, daß die den Ortsvereinen bereits angehörenden Mitglieder eine Monopolstellung in der Arztbehandlung einnehmen würden, wozu die bestehenden Gesetze und auch das öffentliche Wohl gar keine Handhabe geben. Das gleiche gilt von den Krankenkassen in noch erhöhterem Maße, da sie im öffentlichen Interesse geschaffene Zwangsorganisationen sind, die der Versicherungspflicht weiter gesetzlich ihr unterworfener Bevölkerungskreise zu dienen haben. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, die mit der Gesamtorganisation der Aerzte allgemein verbindliche Abmachungen über die Behandlung ihrer Versicherten trifft, handelt nur in Erfüllung der ihr obliegenden öffentlich-rechtlichen Aufgabe der Fürsorge unter Wahrung der freien Wahl unter allen ansässigen Aerzten durch ihre Mitglieder. Auch diese Befugnis darf nicht willkürlich beengt werden, sondern als öffentliche Institution muß sie dafür Sorge tragen, daß keinerlei Beeinträchtigung der von ihr vertretenen Interessen geschieht, wozu die geschilderte Einengung des Kreises der zur Auswahl stehenden Aerzte führt. — Diese Erwägungen führen zu der Auffassung der Aufnahmepflicht der Berufsverbände, wenn die gesetzlichen und formalen Bedingungen erfüllt werden, und eines klagbaren Rechtes der Benachteiligten, was im allgemeinen Interesse gelegen ist.

Dr. J. Frankfurter, Leipzig.

Briefkasten.

Dr. Tl. in Ma.: Die Eisenbahnverwaltung haftet für ihr Reisegepäck, auch ohne daß sie es versichern lassen. Als Reisegepäck gelten alle zum persönlichen Gebrauche mitgenommenen Gegenstände mit Ausnahme der Wertgegenstände. Für letztere besteht ohne Versicherung keinerlei Schadenersatzanspruch. Darunter gehören alle Sachen, die einen besonders hohen Wert repräsentieren und müssen bei Gepäckaufgabe als solche deklariert werden. Umfang und Größe des Kolli ist dabei nicht entscheidend. Sowohl Beschädigung als auch gänzliches Abhandenkommen des Reisegepäcks machen die Bahnverwaltung, sobald ein Verschulden ihrerseits vorliegt, haftbar. Sie hat auch zu beweisen, daß im vorliegenden Falle höhere Gewalt (vis major) vorliegt, was ihre Ersatzpflicht allein ausschließen würde.

Fr.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Jahrgang 22., Nr. 31., 30. Juli 1926.

- * Paradentose (Alveolarpyorrhoe) und ihre Behandlung. Robert Neumann.
- Sichtbarmachung der Galle im Röntgenbild. Theodor Brugsch und Hans Horsters.
- * Bioptische und prognostische Beurteilung der Frühformen der Pneumokokkenperitonitis. Eduard Melchior.
- Behandlung der Sklerodermie mit intraveröser Injektion von Kochsalzlösung. Franz Herzog.
- Bronchitis fibrinosa chronica und ihr mikroskopisches Sputumbild. Heinrich Engel.
- Konstitutionelle Therapie. Felix Turan.
- Degkwitzscher Masernschutz. A. Reuter.

♦ Ambulante Behandlung der Cholelithiasis mit Duodenalspülungen. Anna Sucher.
Kongenitales Myxödem. Ernst Hoffstaedt.
♦ Hämatom der Nebenniere bei chronischer Nephritis. B. A. Photakis.
Frühdiagnose der Appendicitis. K. Rapp.

Paradentose (Alveolarpyorrhoe) und ihre Behandlung. Darüber berichtet Neumann uns in anschaulicher Weise zunächst die vier Formen, die wir als Veränderung bei den Paradentosen bemerken können:

1. Knochenschwund bzw. Knochen- und Zahnfleischschwund;
2. Vertiefung der normalen Zahnfleischtasche;
3. Geschwürsbildung an der Innenseite der Tasche bei den eitrigen Formen der Paradentosen;
4. In gewissen Fällen mehr oder weniger Zahnsteinablagerung.

Diese Krankheiten gehen manchmal ohne Eiterung vor sich, und es ist sicher, daß große Komplikationen vermieden blieben, wenn Spezialärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sich die Mühe nehmen würden, ihre Patienten über deren Mundverhältnisse zu befragen. Sehr interessant ist die Betrachtung der Frage, welche Behandlung richtiger sei, und Verf. kommt auf Grund der neuesten Literatur zu dem Ergebnis, daß die chirurgische den Vorzug vor der konservativen genießt. Neumann stellt sehr präzise Bedingungen auf für eine erfolgreiche operative Behandlung und belegt seine Ansicht mit mehreren wohlgelungenen Abbildungen. Zusammenfassend geht aus der Arbeit hervor, daß ein Erfolg nur dann bei Paradentosen zu zeitigen ist, wenn diese chirurgisch behandelt werden.

Bioptische und prognostische Beurteilung der Frühformen der Pneumokokkenperitonitis. Diese Form fällt insofern aus der Reihe der sonstigen eitrigen Bauchhöhleninfektionen heraus, als sie prognostisch ein wesentlich besseres Bild liefert. Gewöhnlich bekommt man diese Fälle mit wenig verändertem Allgemeinzustand, weichen Bauchdecken und funktionierendem Darme in Behandlung. Das alles darf uns nicht veranlassen, einen anderen Standpunkt einzunehmen, als wir es sonst einer Peritonitis gegenüber tun. Man soll also auch in solchen Fällen so früh als möglich operieren. Naturgemäß finden sich auch hier wieder Stimmen, welche mehr für eine abwartende Haltung sind. Wenn sogar Autoren, wie Jessen, Wolfsohn und Kirschner, sich in diesem Sinne äußern, so möchte man beinahe annehmen, daß man immer abwarten soll. Naturgemäß läßt sich eine Einstellung dazu nicht generalisieren, sondern man wird selbstverständlich von Fall zu Fall entscheiden müssen.

Ambulante Behandlung der Cholelithiasis mit Duodenalspülungen. Die ambulante Behandlung mit Duodenalspülungen wird sehr warm verteidigt. Verf. gibt eine eingehende Beschreibung der Technik und hat von 22 Fällen, welche sie so behandelt hat, angeblich nur drei Versager. Es ist wohl anzunehmen, daß das geschilderte Verfahren in der Hand sehr geübter Spezialisten vielleicht Erfolge zeitigt; jedoch wird man in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle die konservative Behandlung aufrecht erhalten.

Hämatom der Nebenniere bei chron. Nephritis. Ueber ein Hämatom der Nebenniere bei chronischer Nephritis wird aus Athen berichtet. Eine Patientin hatte über heftige Schmerzen in der linken Nierengegend und Blut im Urin geklagt. Nach Entfernung der linken Niere fand man das Hämatom in der Nebenniere oder besser gesagt, die Nebenniere war völlig in ein Hämatom verwandelt. Sie hat sicherlich Beziehungen zur Nephritis; denn sehr häufig wird bei dieser Erkrankung eine Zerstörung der Nebennierenrinde gefunden. Wenngleich manche Autoren bei Nierenentzündungen keine Veränderungen der Nebenniere fanden, so hat das nichts mit dem trotzdem bestehenden Zusammenhange zu tun.

Hofbauer, Berlin.

Deutsche med. Wochenschrift.

Nr. 30, 23. Juli 1926.

Typhusgefahr und ihre Bekämpfung. Schmidt.
Schutz vor dem Schutzserum. Schloßmann.
Grundlagen der endolumbalen und epiduralen Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. Schönfeld.
♦ Syphilis und Rekurrensspirochätose: experimentelle Studien über symptomlose Infektion und Superinfektion. Kolle und Schloßberger.
♦ Das Sexualhormon des östrischen Zyklus (Menformon). Laqueur, Hart und de Jongh.
♦ Dicksche Reaktion und aktive Scharlachimmunisierung. v. Bókay.
Komplizierte Regenerationsvorgänge bei Mensch und Tier. Tietze.
45. Deutscher Aerztetag. Witkowski.
F. B. Hofmann. Dittler.
Konservative Behandlung entzündlicher Nebenhöhlenerkrankungen. Zimmermann.
Bronchiektasenbehandlung. Schott.
Grundlagen und Praxis der Expektorantien. Uhlmann.
Soll die Ehefrau eines frisch infizierten Mannes sofort nach der Infektionsmöglichkeit antisyphilitisch behandelt werden? Joseph.
Zerfallenes Hypernephrom. Porges.

Syphilis und Rekurrensspirochätose: experimentelle Studien über symptomlose Infektion und Superinfektion. Es wird der Beweis erbracht, daß auch bei denjenigen Individuen, bei denen die Infektionsimmunität zur Verhinderung der Schankerbildung vollkommen ausreicht, bei denen also die heterologe Superinfektion von keinen Krankheitserscheinungen gefolgt war, ein Eindringen und eine Verbreitung der neu eingebrachten Erreger sowie deren Vermehrung in den Drüsen neben den von der Erstinfektion her vorhandenen Spirochäten stattfinden kann. Weitere Ergebnisse werden später mitgeteilt.

Das Sexualhormon des östrischen Zyklus (Menformon). Verf. benutzt als Testobjekt nicht das letzte Stadium der Brunst, sondern ein kurz vorhergehendes. Nach Injektion von zwei Einheiten Menformon bei senilen Mäusen kann nach mehrmonatiger Pause eine volle Brunst erzeugt werden. Nach mindestens einwöchentlicher Menformonbehandlung erfolgt starkes Wachstum noch unentwickelter weiblicher Genitalien. Einwandfrei wurde durch Kontrollen erwiesen, daß das Menformon hormonal antimaskulin wirkt, d. h. daß es die männlichen Geschlechtsorgane in der Entwicklung stark hemmt.

Dicksche Reaktion und aktive Scharlachimmunisierung. Der Verf. bestätigt bezügl. des Zusammenhangs der Hautreaktion und der Scharlachempfänglichkeit die Angaben Dicks. Die Hautreaktion ist ungefährlich bei Anwendung einwandfreier Toxinlösung und einwandfreier Technik. Die aktive Immunisierung mit dem Toxin im Wege methodischer Toxininjektionen bewirkt meist ein Negativwerden der Hautreaktion. Die evtl. auftretenden toxischen Erytheme besitzen keine besondere Bedeutung und verlaufen milde.

Nr. 31, 30. Juli 1926.

Entstehung bösartiger Tumoren. Blumenthal.
♦ Weibliche Sexualhormone. Loewe und Lange.
Encephalographie im Kindesalter. Koeppe.
Neues Kontrastmittel zur Darstellung der Gallenblase. Pribram.
♦ Pathogenese der Magensekretionsstörungen, Gaswechsel und Blutzuckerreaktion. 5. Mitteilung. Arnoldi und Schechter.
Orthostatische Wasserretention. Seyderhelm und Goldberg.
Dicksche Scharlachhautprobe und prophylaktische Immunisierung. Johan.
Auftreten der WaR. nach Milchinjektionen. Kirschenblatt und Narinnjan.
Insulinempfänglichkeit und Nebenniere. Unverricht.
Perniziöse Anämie und angebliche Gasvergiftung. Klieneberger.
Ursache des Ausbruchs von Skorbut. v. Hahn.
Zweitägige Vakzine. Paschen.
Eigenblutinjektion und Blutbild. Hirsch.
Maserntierserum. Schmidt.
Zinnbehandlung der Furunkel und Hordeola. Levy.
Latent verlaufende Gonorrhoeinfektion ohne primäre akute Urethritis. Cohn.
Neue Farblösung für Diphtheriebazillen. Stoltenberg.
Blutkrankheiten im Kindesalter: erbliche Blutschäden. Stettner.
Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse in deutschen Städten mit 15 000 und mehr Einwohnern im Jahre 1924. Prinzing.
Behandlung in Kurorten. Tobias.
Das v. Weningersche Tuberkuloseheilmittel. Dührssen.
Hormontherapie. Handovsky.

Weibliche Sexualhormone. Verf. zählen für das Zählverfahren Fehlerquellen auf. Die einzige Fehlerquelle, auf die schon von andrer Seite hingewiesen wurde, den „Fehlschuppenfehler“ Zondeks und Aschheims halten sie für bedeutungslos. Bei der Entnahme der Abstriche drohende Fehler können durch exakte Technik vermieden werden. Jedoch muß das Volumen der Prüfungseinspritzungen innerhalb einer Vergleichsreihe wegen der damit evtl. verbundenen Fehlerquelle möglichst einheitlich gewählt werden.

Pathogenese der Magensekretionsstörungen, Gaswechsel und Blutzuckerreaktion. 5. Mitteilung. Diese Störungen gehen ohne charakteristische Grundumsatzveränderungen einher. Doch ändert sich die Wärmebildung im Anschluß am Alkoholprobetrunk in bemerkenswerter Weise: bei Hyperaciden zeigt sich Neigung zum Abfall, Normacide bleiben unverändert oder fallen desgleichen ab, bei Hyp- und Anacidität steigt die Wärme stark an, bei Perniziosa wechseln die Befunde, bei Magenkrebs und damit verbundener Anacidität ist im Gegensatz zur einfachen Anacidität ein nur geringer Anstieg oder ein mehr oder weniger starker Abfall zu beobachten. Die Suprareninblutzuckerkurve zeigt bei Hyperacidität ähnlich wie beim Diabetes eine geringe, bei Hyp- und Anacidität eine starke und langdauernde hyperglykämische Phase, die Insulinblutzuckerkurve zeigt bei Hyp- und Anaciden einen anfänglichen Anstieg, der bei Hyperaciden fehlt.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 31, 30. Juli.

Spezifische Gefäßerkrankungen. Moritz.
Säuglings- und Kindertuberkulose. Oberndorfer.
Allergische Reaktion bei der Lepra. Hoffmann.
* Technik der Duodenalsondierung. Stepp.
Diphtherieerkrankungen, Di-Antitoxingehalt im Blut (Gewebe) und aktive Di-Schutzimpfung. Dold.
Die Blindheit in der Sierra Juarez (Mexiko). Weihmann.
Beeinflussung der Entwicklung von Froscheiern und -larven durch Bad Gasteiner Thermalwasser. Schneyer.
* Behandlung der orthostatischen Albuminurie mit Gymnastik (Kriechübungen). Wiese.
Krapp und Rachitis. Bauer.
Wirkung des Schmerzes auf den Blutdruck. Curschmann.
Leichte Prothese für Oberschenkelamputierte. Schilcher.
Die große Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926. Neustätter.
* Cholecystographie nach rektaler Einverleibung des Kontrastmittels. Stegemann.
* Ueber Retroportationsfähigkeit des menschlichen Dickdarms. Schwarz.

Technik der Duodenalsondierung. Der regelmäßigen Anwendung der Duodenalsonde bei diagnostisch unklaren Magen-, Dünndarm- und Gallenblasenerkrankungen steht vor allem die Tatsache entgegen, daß nicht selten auch der Geübte trotz stundenlangen Wartens keinen Gallenfluß erzielen kann. Zur Ausschaltung der zugrundeliegenden spastischen Zustände im Gebiet der Gallenwege werden 25 ccm leicht angewärmter Mandelölemulsion (Ol. amygd. dulc. 20,0 Gummiarab. 10,0 Aq. dest. ad 200.0) in den Magen eingespritzt, nachdem die Sonde durch die Nase eingeführt wurde. Bei rechter Seitenlage des Patienten gelangt die Sonde schnell in das Duodenum, so daß zumeist schon nach 25 Minuten Gallenfluß eintritt. Die spätere Prüfung des Gallenblasenreflexes wird durch die Oeleinführung nicht behindert.

Behandlung der orthostatischen Albuminurie mit Gymnastik (Kriechübungen). Unter den Kindern mit orthostatischer Albuminurie finden sich viele Astheniker, sowie Individuen, die wegen ihres blassen Aussehens, allgemeiner Schlaffheit und schlechter Körperhaltung auffallen. Neben der oft vorhandenen Lendenwirbelsäulenlordose ist sicher die starke Vasomotorenlabilität dieser Kinder für die Entstehung der Albuminurie von Bedeutung. Der zum Teil hohe tägliche Eiweißverlust kann bei den Schwächlingstypen auf die Dauer nicht gleichgültig sein. Verordnung von Bettruhe und Diät unter Verkennung der Sachlage führt zu unerträglichen Situationen sowohl für das Kind als auch für die Eltern. Durch systematisch betriebene Rumpfgymnastik wurde bei durchschnittlicher Behandlungsdauer von drei Monaten in 90% der Fälle der Urin eiweißfrei. Eine besondere Rolle bei dieser Uebungstherapie spielen die Klappschen Kriechübungen, wobei als Sonderübung das sogen. „Rutschen" in Anwendung kam, bei welchem die Kyphose der oberen Wirbelsäule in eine Lordose umgewandelt wird, während die Lordose im unteren Teil ausgeglichen und sogar überkorrigiert wird.

Cholecystographie nach rektaler Einverleibung des Kontrastmittels. Der Vorteil der rektalen Darreichung des Kontrastmittels liegt in der völligen Ungefährlichkeit. Keine andere Methode bringt so schonend und langsam das Mittel dem Organismus bei. Der intravenösen Methode steht sie allerdings an Zuverlässigkeit durch die wechselnde Resorption im unteren Darmabschnitt etwas nach. Kräftiges Abführen und Trinkverbot schaffen für die Aufnahme des Bromsalzes durch die Darmschleimhaut günstige Bedingungen. Die Technik der rektalen Methoden liegt darin, daß nach vorheriger Opiumgabe in einem Dauertropfeinlauf bei langsamst eingestellter Tropfenfolge in 200 ccm Wasser 6,0 g Tetrabromphenolphthalein-Natrium (Merck) zugleich mit Extr. Opii und Extr. Bellad. gegeben werden. Nach Schluß des Tropfeinlaufes wird ein Bleiklysma von Gummiarab. mit Dermatol (10%) verabfolgt, um eine entzündliche Reizung der Darmschleimhaut durch den Farbstoff zu verhüten. Vergiftungserscheinungen wurden nie beobachtet. Etwa 12 Stunden später erfolgen die Röntgenaufnahmen, bei welchen die Gallenblasenschatten ausreichende Dichtigkeit aufwiesen. Bei negativem Ausfall der Röntgenaufnahmen empfiehlt sich vorläufig eine Kontrolle durch intravenöse Zufuhr des Kontrastmittels. Beachtenswert erscheinen die Fälle, bei denen weder die rektale noch die nachherige intravenöse Zuführung des Bromsalzes eine Gallenblasenfüllung bewirkten, während bei der Laparotomie kein von der Norm abweichender Befund am Gallensystem festgestellt werden konnte.

Diese Feststellungen zeigen, daß die Cholecystographie ihre Grenzen hat und nur im Rahmen der übrigen klinischen Untersuchungsmethoden gewertet werden kann. Bilder wie die „Hakenblase" mit knigk nach außen abgeknicktem Fundus kommen nicht nur bei Verwachsungen vor, sondern auch bei völlig normalem Organ. Positive und negative Schatten innerhalb des Blasenbildes entsprechen nicht immer Steinen (Vortäuschung von Solitärsteinen durch Gasblasen des Darmes). Der Optimismus, die Cholecystographie ermögliche in 90 % die Stellung der richtigen Diagnose, erscheint unberechtigt. Die gute Verträglichkeit des einmal resorbierten Farbstoffes, die sichere Beibringung des Kontrastmittels im Tropfeinlauf, sowie das fast völlige Fehlen einer Darmschleimhautschädigung lassen die rektale Methode auch der neu ausgebauten peroralen Darreichungsart überlegen erscheinen, bei welcher erhebliche Folgeerscheinungen am gesamten Darmtraktus sich zeigen können (Brechreiz, blutig-schleimige Durchfälle, Verschlimmerung bestehender ulceröser Prozesse).

Ueber Retroportationstätigkeit des menschlichen Dickdarms. Durch rektale Einbringung von Massen, die vermöge ihrer Quantität und Qualität keinen Stuhldrang auslösen und nicht ausgestoßen werden, läßt sich als physiologischer Vorgang eine „Retroportation" des Kontrastinhalts bis in das Endteil des Colon descendens röntgenologisch nachweisen. Bei Obstipation können die Mengen innerhalb von 24 Stunden bis an das Coecum geschafft werden, so daß die Annahme berechtigt erscheint, die spastische Verstopfung kommt nicht durch krampfhaftes Festhalten der Stuhlmassen bei Hemmung der Darmbewegung zustande, sondern durch eine verstärkte Tätigkeit des Kolons mit Retropulsion des Dickdarminhaltes. Die Ergebnisse machen auch die diagnostisch wichtige Tatsache verständlich, daß pechschwarze Entleerungen auch bei Krankheitsprozessen vorkommen, die im Sigma, ja sogar im oberen Teil des Rektums sich befinden (Verschiebung der Blutergüsse lokalwärts und Durchmischung mit Stuhl); Teerstühle sind somit nicht für die Lokalisation der Blutungsursache in oberen Darmabschnitten beweisend. Biberfeld.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

23. Jahrgang, Nummer 13, 1. Juli 1926.

* Diätetische und physikalische Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Carl von Noorden.
Warum gelang es nicht mit der Diät die Magenabsonderung zu vermindern? A. Jarotzky.
Wesen und physikalische Behandlung der Gelenk- und Muskelerkrankungen. Fürstenberg.

Diätetische und physikalische Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Bei den Magenerkrankungen hat der Magenkatarrh in der Behandlung wieder mehr Interesse erweckt und bedarf besonders großer Fürsorge, da bei Nichtbeachtung sich chronische Krankheiten anschließen können. Der einzig richtige Weg beruht in Abführen und völliger Nahrungsentziehung. Ist der akute Katarrh geheilt, so muß man die Lebensweise des Patienten beobachten. Oft führt eine konstitutionelle Schwäche zur nervösen Dyspepsie und erfordert eine gewisse Schonung. Jedoch darf man einen derartigen Patienten nicht zum „Magenkrüppel" stempeln. Magenverstimmungen sind oft die ersten Zeichen der Tuberkulose oder des Magenkrebses. Der chronische Katarrh ist stets als ernstes Leiden zu betrachten, wobei sowohl beim subaziden wie beim superaziden Magen sich die Folgen der Sekretionsanomalie steigern, welche ohne die entzündlich bedingte Uebererregbarkeit kaum Beschwerden bringen würde. Wenn der Katarrh geheilt ist und der früher kranke Superazide später trotz völliger Gesundheit superazid bleibt, ist trotzdem der Katarrh geheilt. Der Katarrh der Superaziden ist einfacher zu behandeln wie der der Subaziden, welcher eine Schonungskur von längerer Dauer erfordert, die eben so ernst zu nehmen ist wie die Ulkuskur. Bei superaziden Zuständen findet man vor allen Dingen Sodbrennen und Schmerzen. Es empfiehlt sich auch hier stets, auf Ulcus zu fahnden. Da meist eine Supersekretion besteht, muß man Kostformen wählen, welche den Magen leicht passieren. Verfasser verwendet hier mit Erfolg fast ausschließlich Fleischkost. Daß auch nervöse Einflüsse bei Superaziden eine Rolle spielen, ist zum Teil psychogen, zum Teil vom vegetativen Nervensystem abhängig. Das wiedergewonnene Selbstvertrauen ist hier oft der Hauptgrund für einen Dauererfolg. Trotzdem darf man nie vergessen, daß auch das Organ selbst notleidend geworden ist, und man darf nicht darauf verzichten, die Nahrung der jeweiligen Leistungskraft des Organs anzupassen. Verfasser geht auf die verschiedenen Formen der Kuren bei Ulcuskrankheit ein und rühmt besonders die allerdings sehr strenge Kur nach Sippy. Von der Proteinkörpertherapie verspricht Verfasser sich auch gute Erfolge. Bei den Darmkrankheiten muß man zweierlei Formen der Katarrhe unterscheiden, die gärungsdyspeptische und die fäulnisdyspeptische Form. Bei der chronischen Stuhlträgheit darf man nie vergessen, daß der Darminhalt stets das Steuer für die automatische Darmbewegung ist, und die Behandlung daher in erster Linie eine diätetische sein muß. Auch hier ist der durch die Diät herbeigeführte Erfolg später ein starkes psychotherapeutisches Hilfsmittel. Sehr schwierig ist die Behandlung der Colica mucosa und erfordert viel Geduld. Dringend gewarnt werden muß vor kritiklosen Operationen. Bei der Obstipation zeigen physikalische Maßnahmen sehr gute Erfolge, jedoch lehnt Verfasser die Bauchmassage ab. Die sich zum Teil mit Einzelheiten sehr eingehend befassende Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

23. Jahrgang, Nr. 14, 15. Juli 1926.

Wasserstoffionenkonzentration und ihre Bedeutung für die Medizin. Pineussen.
* Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit und ihre klinische Bewertung. Schlesinger.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit und ihre klinische Bewertung. Die Herzarrhythmien teilt man in solche ein, die ohne Störung des Herzmechanismus verlaufen und solche mit Störung. Die ersteren, auch Sinusarrhythmien genannt, sind durch Vaguseinfluß bedingt. Bei erhöhtem Vagustonus kommt es zu verlangsamter Herztätigkeit, bei erhöhtem Sympathicustonus zur Beschleunigung. Besonders wichtig sind die Arrhythmien, bei denen der Herzmechanismus gestört ist. Bezüglich seines regelmäßigen Rhythmus ist das Herz nicht auf den Vagus angewiesen, sondern trägt die Bedingung für die regelmäßige Schlagfolge in sich selbst. Hierzu braucht es die Fähigkeit der Reizbildung, der Reizleitung, der Reizbarkeit und der Kontraktilität. Ist eine dieser Eigenschaften gestört, so kommt es zu Unregelmäßigkeiten. Praktisch interessiert nur die Störung der Reizbildung und Reizleitung. In der Herzmuskulatur ist nur der Sinusknoten berufen, Reize zu bilden. Wenn an einer anderen Stelle ein Reiz entspringt, wird der regelmäßige Ablauf gestört. Es kommt dann zur sogenannten Extrasystole, die zwischen zwei normalen Systolen auftritt. Sie können vom Vorhof, den Ventrikeln und dem Muskelgewebe ausgehen, jedoch erhält der normale Reiz immer wieder die Oberhand. Tritt dieses nicht ein, so kommt es zur paroxysmalen Tachykardie. Es handelt sich jedoch immer nur um einen Einzelreiz. Treten mehrere Reize auf, so entsteht das sogenannte Vorhofsflimmern, dessen Typus der Pulsus irregularis perpetuus ist. Die Störung der Reizleitung führt zum Herzblock, wobei die Vorhöfe doppelt so häufig schlagen wie die Ventrikel. Hier schlagen die Ventrikel aus eigener Kraft weiter, trotzdem die Reizleitung unterbrochen ist. Sehr häufig kann man ohne graphische Methode die Arrhythmien feststellen, wenn man zugleich den Puls fühlt und das Herz behorcht. Bei den Störungen der Reizbildung ist die Diagnose der paroxysmalen Tachykardie ziemlich leicht. Der Anfall tritt plötzlich auf, um ebenso plötzlich wieder aufzuhören. Es besteht nie eine nennenswerte Atemnot im Gegensatz zu den Beschleunigungen bei Herzschwäche. Ebenso läßt die Ruhelage beim Herzjagen die Pulszahl unbeeinflußt. Die Prognose ist ziemlich günstig, das wirksamste Mittel ist das Chinidin. Auch die Feststellung des Vorhofflimmerns ist ziemlich leicht, wenn man daran denkt, daß hier die größte Regellosigkeit herrscht. Dieses Symptom kommt besonders bei Mitralstenose vor. Es finden sich hier immer Veränderungen in der Herzmuskulatur. Besonders große Erfolge erzielt man sicher mit Digitalis. Schwierig ist die Differentialdiagnose zwischen Reizleitungsstörung und Extrasystole, da bei beiden Pulspausen vorkommen. Bei einer Pulszahl unter 40 in der Minute kann man sicher mit Herzblock rechnen. In zweifelhaften Fällen muß das Elektrokardiogramm entscheiden. Sind die Extrasystolen sehr häufig, so liegt meist eine ernstere Schädigung der Herzmuskulatur vor. Hier ist Digitalis kontraindiziert. Meist kommt man mit Beseitigung der Ursachen (Kaffee, Alkohol, Nikotin etc.) aus. Bei gehäuften Extrasystolen ist die Prognose oft trübe, weil es zur sekundären Herzschwäche kommt. Auch hier ist Vorsicht mit Digitalis geboten. Bei allen Herzarrhythmien wird man kausale Therapie treiben, jedoch gibt es auch Fälle, in denen symptomatische Behandlung von Erfolg ist.

23. Jahrgang, Nr. 15, 1. August 1926.

Tuberkulose und Syphilis am Auge. Sattler.
* Sport im Alter. Herxheimer.
* Ursachen und Behandlung der Cystitis. Jahr.
Die dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.

Sport im Alter. Der Sport ist sicher ein Mittel, um den Zeitpunkt des Alterns hinauszuschieben. Jemand, der von Jugend an an Sport gewöhnt ist, wird auch später der von ihm bevorzugten Sportart treu bleiben. Dagegen werden diejenigen, die früher kaum Leibesübungen getrieben haben, schwer die Frage beantworten können, welcher Sportart sie sich widmen sollen. Vor allem muß der betreffende Lust und Liebe zum Sport mitbringen, denn er darf nicht als Arbeit, sondern als Erholung angesehen werden. Uebungen, die auf Schnelligkeit und Geschicklichkeit beruhen, scheiden für das Alter aus. Mehr eignen sich Dauerübungen, Kraftübungen, Gerätturnen und Schwimmen. Bei den Dauerübungen leistet der ältere Organismus oft mehr als der junge. Lange Strecken laufen, Wandern, Bergsteigen etc. erfordern keine komplizierte Technik und können noch zwischen 40 und 50 Jahren erlernt werden. Kraftübungen eignen sich nur für Menschen mit guter Muskulatur. Beim Gerätturnen und Schwimmen muß einige Uebung aus der Jugend zurückgeblieben sein. Nie darf man eine plötzliche Steigerung der körperlichen Leistung verlangen, sondern allmählich und langsam vorgehen. Der Sport kann ruhig ermüden, zuweilen auch erschöpfen, jedoch darf eine Erschlaffung länger als 24 Stunden nicht bestehen. Bei der gegenwärtigen Entwicklung der Leibesübungen in Deutschland ist zu erwarten, daß mit dem Sport einem immer größeren Bedürfnis entsprochen wird.

Ursachen und Behandlung der Cystitis. Die Cystitis wird durch Bakterien hervorgerufen, welche entweder durch die Harnröhre, durch die Harnleiter oder durch die Blasenwand in die Blase gelangen. Durch die gesunde Harnröhre können bisweilen auch Bakterien in die Blase einwandern. Dies gilt besonders bei der Frau. Beim Manne sind Harnröhrenstrikturen Schlupfwinkel zahlreicher Bakterien. Durch die Harnleiter kommen die Bakterien in die Blase bei entzündlichen Erkrankungen aus dem oberen Harnweg, durch die Blasenwand, selbst wenn sie gesund ist, dringen sie auf dem Wege der Lymphbahnen ein. Die gesunde Blase ist durch die Beschaffenheit des Epithels gegen das Einwirken der Bakterien geschützt, und die Anwesenheit von Bakterien in der Blase hat nur dann eine Cystitis zur Folge, wenn noch andere Momente hinzutreten. Es handelt sich vor allem um mechanische und chemische Schädigungen, infolge des Geburtsaktes, infolge Entzündungen in der Nähe der Blase, durch Erkältungen etc. Sehr große Neigung zur Cystitis besteht bei Kranken mit Restharn, der durch die ammoniakalische Gärung des Epithels aufhört und die geschädigte Blasenwand der Wirkung der Bakterien aussetzt. Die Harnverhaltung führt fast immer zur Cystitis und findet sich bei Bewußtseinsstörungen, Rückenmarksschädigungen, mechanischer Behinderung der Harnentleerung, Blasentraumen etc. Zur Vermeidung der Cystitis kommt es darauf an, die Bakterien fern zu halten, die in die Blase eingedrungenen unschädlich zu machen und die eine Cystitis begünstigenden Momente auszuschalten. Das Einführen von Instrumenten in die Blase ist möglichst zu vermeiden, und wenn nicht zu umgehen, streng aseptisch vorzunehmen. Bei erhöhter Disposition muß man prophylaktische Blasenspülungen ausführen.

Die Therapie der Cystitis beruht vor allem in der Beseitigung der Ursachen des Prozesses, oft muß man den Darm mit behandeln. Bei akuter Cystitis kommt man mit Bettruhe, Wärme und Diät aus. Wildunger und Bärentraubenblättertee soll wegen der Häufung der Harnentleerung im akuten Stadium vermieden werden. Oft muß man Narkotika anwenden. Eine lokale Behandlung ist zu vermeiden. Bei der chronischen Cystitis steht jedoch die lokale Behandlung im Vordergrund. Beim Restharn kommt vor allem der Katheterismus mit Blasenspülungen zur Anwendung. Bisweilen muß man zum Dauerkatheter greifen, was besonders bei alten Leuten zweckmäßig ist, da sie dann nicht zu Bett zu liegen brauchen. Bei der Blasenspülung liegt der Heilwert in der mechanischen Reinigung sowie in der Anwendung von Medikamenten. Die Technik muß so schonend wie möglich ausgeführt werden. Am besten eignet sich 3prozentige Borsäurelösung, die nicht zu warm sein darf, da die Blase gegen Wärme sehr empfindlich ist. Es muß so lange gespült werden, bis der Urin ganz klar herauskommt. Nach Beendigung der Spülung läßt man einen Rest der Flüssigkeit in der Blase. Bei hartnäckiger Cystitis kann man Medikamente instillieren. In chronischen Fällen muß man oft dem Kranken die Spülungen selbst überlassen, in ganz vereinzelten Fällen muß man sich entschließen, eine suprapubische Blasenfistel anzulegen. Die allgemeine Behandlung der Patienten erfordert Diätvorschrift, Stuhlregelung, das Trinken natürlicher Wässer (Wildungen etc.). Großen Nutzen haben die Kranken von einem Kuraufenthalt, wo neben der Trinkkur auch Bäder zum Erfolge führen.

Kosminski.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

114., Heft 5/6, Juli 1926.

Gehalt des Liquor cerebrospinalis an wirksamen Substanzen des Hypophysenhinterlappens. P. Trendelenburg.
Verteilung der wirksamen Stoffe der Hypophyse auf die verschiedenen Teile derselben. H. B. van Dyke.
Wirkung von Pilokarpin und Atropin auf die Zuckerausscheidung der isolierten Froschnieren. M. Mancini.
Lähmt das Koffein die Endigungen sympathischer Nerven? Junkmann und Stroß.
Kombinationswirkungen. S. Loewe und H. Muischnek.
Kombinationswirkungen. E. Käer und S. Loewe.
Einfluß der Plazenta- und Ovariumlipoide auf die Giftempfindlichkeit des Uterus. Yoshio Miura.
Gehalt des Hypophysenhinterlappens an uteruserregender Substanz. Chubyung Pak.
Pharmakologische Untersuchungen am isolierten Schweineuterus. H. Seel.

115., 1/4. Heft, August 1926.

Wirkung des Atropins auf die alimentäre Glykämie. Allard.
Veränderungen des Gasaustausches und Blutchemismus nach Vagotomie. Cokkalis und Nissen.
Entstehung und Bedeutung der Milchsäure im Magen. Ehrmann.
Blutchemische Daten bei der parathyreopriven Tetanie. Frank, Haring und Kühnau.
Guanidinhypoglykämie. Frank, Nothmann und Wagner.
Eignung syphilitischer und normaler Menschenorgane zur künstlichen Erzeugung der syphilitischen Blutveränderung. Heimann.
Nachweis von Guanidinsubstanzen im Blut bei parathyreogener Tetanie. Kühnau.
Toxische Einwirkung artfremden Plasmas auf Kulturen embryonaler menschlicher Zellen. Lemmel und Löwenstädt.
Einfluß des Insulins auf die Kohlenhydratverwertung im nichtdiabetischen Organismus. Lublin.
Einfache und kombinierte Choleretica. Meißner.
Volumen der Eiweißkörper im Serum. Nitschke.
Untersuchungen am leberlosen Säugetier. Rosenthal, Licht und Melchior.
Muskeltonus. Schäffer und Licht.
Physiologie des menschlichen Nukleinstoffwechsels. Severin.
Klinische Bedeutung des Cholesterins in der Galle und im Blutserum. Stern und Suchantke.
Kohlehydratstoffwechsel in der Niere. Welz.
Milzveränderungen bei experimenteller Impftuberkulose des Meerschweinchens. Ziegler.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

76., Heft 2, 20. Mai 1926.

Franz Tuczek †. M. Jahrmärker.
Zirkuläre mit nichtpyknischem Habitus. Kurt Kolle.
✦ Zeitliche Zusammenhänge der Erscheinungen und Bedeutung der Déviation conjuguée im epileptischen Insult. Anne-Marie Schnell.
Bedeutung der Eugenik vom psychiatrisch-neurologischen Standpunkt für Eheschließung und Schwangerschaft. Siegbert Hirschfeld.
✦ Sterilisation zur Verhütung geistig minderwertiger Nachkommen. Erna Kohls.
Extrapyramidaler Blickkrampf als postencephalitisches Symptom. M. Fischer.
Beeinflussung psychischer Erkrankungen durch Hervorrufen schweren anaphylaktischen Schocks. Julius Schuster.
✦ Pupillendistanzmessungen. Becker.

Zeitliche Zusammenhänge der Erscheinungen und Bedeutung der Déviation conjuguée im epileptischen Insult. Verf. konnte beim klinischen Studium eines Status epilepticus die zeitlichen Zusammenhänge im Ablauf eines epileptischen Anfalls klarlegen. Es werden acht Phasen unterschieden, die allerdings fliehende Uebergänge haben. Häufig ist eine Déviation conjuguée und zwar nach der Seite, an der der Anfall beginnt oder häufiger ist. (Sehr viele generalisierte Anfälle verlaufen nämlich keineswegs absolut symmetrisch.) Oft tritt darauf noch eine entgegengesetzt gerichtete Déviation auf, die dann als Erschöpfungssymptom zu werten ist. Auch das Babinskische Zeichen ist ein Erschöpfungssymptom und findet sich deshalb erst einige Zeit nach Lösung des Anfalls und ist nicht im Anfall selbst zu erwarten.

Sterilisation zur Verhütung geistig minderwertiger Nachkommen. Die prophylaktische Sterilisation ist, medizinisch gedacht, einwandfrei berechtigt nur bei der Chorea Huntington, da uns bei dieser Erkrankung die Erblichkeitsverhältnisse genau bekannt sind. Bei allen übrigen psychischen und Hirnerkrankungen: Schizophrenie, manial-depressives Irresein, Psychopathie, Epilepsie, Alkoholismus, Schwachsinn, Anlageverbrechertum können keine allgemeingültigen Regeln aufgestellt werden. Es bedarf hier in jedem Einzelfall besonderer Beurteilung, am häufigsten dürfte die Sterilisation noch Anwendung finden können beim anphorenen Schwachsinn. Doch sollte man sich nicht scheuen, die Erkenntnisse der Erbforschung rassenhygienisch auszuwerten. Zu zwangsweiser Sterilisierung brauchte vorläufig gar nicht gegriffen zu werden. Doch ist die rechtliche Lage des Arztes auch bei Sterilisation mit Zustimmung des Patienten noch keineswegs geklärt, speziell Juristen sind der Ansicht, daß sich der Arzt dabei zum mindesten einer fahrlässigen Körperverletzung schuldig mache. Vorläufig ist der Arzt nur dann völlig geschützt, wenn er mit dem eugenischen einen therapeutischen Zweck verbinden kann.

Pupillendistanzmessungen. Ein bisher vernachlässigtes Degenerationszeichen und eine neue Handhabe zur Messung von Schädeleigentümlichkeiten ist die Messung der Pupillendistanz. Diese beträgt normalerweise 62—66 mm; als größte und kleinste Distanzen bei Normalen wurden 78 bzw. 54 mm festgestellt. Es wird der Genauigkeit halber der Abstand des inneren Randes der einen vom äußeren Rande der anderen Pupille gemessen. Verf. fand bei drei Fällen psychischer Erkrankungen Distanzen von 70 mm auf dem einen und 2×47,5 mm auf dem anderen Extrem. Es empfiehlt sich weitere Beobachtung auf solche Befunde hin. Panse, Berlin.—

Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie.

61., Heft 4, Juni 1926.

✦ Parkinson-Syndrom im Verlauf einer schweren Phthise. J. Wilder.
✦ Beharrende Rechtshändigkeit und die Selbstwahrnehmung des Defektes bei Erkrankungen des Großhirns. R. Klein.
✦ Zusammenhang zwischen Encephalitis und Basedowscher Krankheit. M. Inglessis.
Irradiationen bei Erkrankung des Ostium abdominale tubae Fallopii oder Uterus masculinus. M. N. Lapinsky.

Parkinson-Syndrom im Verlauf einer schweren Phthise. Fall von schwerer Lungentuberkulose toxischen Charakters; außerdem das Bild eines schweren, rasch progredienten Parkinsonsyndroms. Verf. glaubt auf Grund des klinischen und anatomischen Befundes, daß es sich um eine toxische Wirkung der Tuberkulose auf das Gehirn, um einen metenzephalitischen Parkinsonismus handelt.

Beharrende Rechtshändigkeit und die Selbstwahrnehmung des Defektes bei Erkrankungen des Großhirns. Mitteilung zweier Fälle. Die linke Praxieregion verteilt in einem gesetzmäßigen Verhältnis links und rechts hin die Aktion. Sie sorgt für das ungestörte Ineinandergreifen von links und rechts bei den Handlungen. In einem Falle mit isolierter Balkenläsion und kapsulärer Hemiplegie wurde die rechte Hand immer wieder zur Handlung herangezogen, trotzdem sie vollkommen gelähmt war, die linke apraktische, rein motorisch intakte Hand aus den Aktionen ausgeschaltet. Dieses Verhalten wird auf eine Erregungskonzentration in der linken Praxieregion bezogen; die Unterbrechung des Balkens führte zu einer Absperrung der linken und Ueberströmen nach der rechten Hand und überlud diese mit latenten Aktionen. Es ist zu unterscheiden: die Nichtwahrnehmung des Defektes und die Ausschaltung (Abspaltung) des defekten Organes.

Zusammenhang zwischen Encephalitis und Basedowscher Krankheit. 45jähr. Buchdrucker, früher gesund, September 1925 „Grippe“ mit sehr starken Kopfschmerzen, Fieber, Doppeltsehen, zeitweiser leichter Benommenheit. Etwa vier Wochen nach der Wiederherstellung Zittern an Armen und Beinen. Seitdem auch Kopfschmerz, Brustbeklemmungen, unruhiger Schlaf, Mattigkeit, Schwitzen, Gewichtsabnahme, Hervortreten der Augen, Langsamerwerden der Körperbewegungen. Befund: typischer Basedow. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß im September 1925 eine Encephalitis bei dem Patienten vorlag, und daß ein Zusammenhang zwischen dem Basedow und der Encephalitis besteht. Entweder handelt es sich um eine direkte toxische Schädigung der Schilddrüse oder um eine Schädigung derjenigen Gehirnpartien, welche die Funktion der Schilddrüse beeinflussen. Kurt Mendel, Berlin.

Archiv für Kinderheilkunde.

78., Heft 4, 17. Juli 1926.

Behandlung der Cholera infantum. A. Bratusch-Marrain.
Pathogenese der Cholera infantum. A. Bratusch-Marrain.
Hereditärer beiderseitiger Defekt der Klavikula. F. Vogel.
„Das Problem“ der Hysteroepilepsie. J. Susmann Galant.
✦ Salizylsäurevergiftung im Kindesalter. H. Meyer.
Zitronensäurevollmilch. H. Weißenberg.

Salizylsäurevergiftung im Kindesalter. Im Kindesalter kommt es bisweilen infolge der guten Resorptionsfähigkeit der kindlichen Haut auch bei äußerlicher Anwendung von Salizylsäure zu Vergiftungserscheinungen, die — wie die zwei vom Verf. beschriebenen Fälle zeigen — ähnlich wie beim Erwachsenen sind. Als Besonderheit des Kindesalters ist eine bei Salizylsäurevergiftung bisweilen auftretende „prodromale Dyspepsie“ aufzufassen. Die Prognose scheint im allgemeinen günstig zu sein.

Pogorschelsky, Berlin.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

74., Juli 1926, Heft 1/2.

Aetiologie und Pathogenese der Eklampsie und der Schwangerschaftstoxikosen. Arthur Dienst.
Einfluß humoraler Veränderungen der Schwangerschaft auf das rote Blutbild. Heinrich Schneider.
✦ Exstirpation von Ovarialtumoren bei Schwangeren. Bera v. Varö.
✦ Uterusrupturen. Scheffzek.
✦ Hypophysäre Amenorrhoe. Klaften.
Menschliche Isoantikörper in Blut und Milch. Konrad Heim.
✦ Konstanz der Isoagglutinationscharakteristik des Blutes. Barsky.
Stumpftumoren. Koerner.
✦ Anwendung psychischer Behandlungsmethoden in der Gynäkologie. Liegner.
Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung vom Rechtsstandpunkt. Bähr.

Exstirpation von Ovarialtumoren bei Schwangeren. In der Budapester Klink sind unter 22 750 Schwangerschaften dreißigmal Ovarialtumoren beobachtet worden, was einer Häufigkeit von 0,13 % entspricht. Derartige Geschwülste müssen immer bei vorhandener Schwangerschaft entfernt werden, da sie jederzeit Gefahren mit sich bringen. Während der Schwangerschaft besteht die Gefahr der Stieldrehung mit folgender Peritonitis. Während der Geburt kann die Geschwulst oder der Uterus zerreißen. Im Wochenbett besteht ebenfalls die Gefahr der Stieldrehung sowie der Verjauchung. Der während der Schwangerschaft ausgeführte Eingriff ist genau so gefahrlos, als wenn ohne Schwangerschaft operiert wird. Es wurde keine Frau verloren und nur in 10 % trat Abort ein. Es ist zweckmäßig, die Operationszeit nicht zur fälligen Zeit der Menstruation zu wählen, da dann die Gefahr einer Fehlgeburt droht.

Uterusrupturen. Bei Uterusrupturen tritt das Zeichen des Kontraktionsringes nicht so häufig auf, wie man allgemein annimmt. Wenn man auf dieses Zeichen wartet, kann man leicht von einer Ruptur überrascht werden. Schon das Nachlassen der Wehentätigkeit und das Absterben des Kindes sind warnende Zeichen. Zur Diagnose dicke Sonden zu verwenden, lehnt Verfasser ab. Bei der Therapie ist der vaginale Weg zu gunsten der Laparotomie völlig verlassen worden. Ist der Uterus zerrissen, so macht man am besten die Porrosche Operation.

Hypophysäre Amenorrhoe. Es gibt eine große Reihe von Amenorrhoen mit den verschiedensten Ursachen. Verfasser untersucht solche mit Erkrankung der Hypophyse und die nach Röntgenkastration und stellt fest, daß sowohl nach operativer Kastration sowie nach Röntgenbestrahlungen zwar herabgesetzte Grundumsatzwerte nach Ausfall der Eierstockfunktion gefunden werden, jedoch die Werte für den spezifisch dynamischen Eiweißquotienten normal sind. Dagegen fand er in Fällen von hypophysärer Amenorrhoe eine Heraufsetzung der letzteren, während der Grundumsatz ebenfalls normal blieb. Man kann demnach beide Typen auf diese Weise voneinander abgrenzen. Die Behandlung dieser Erkrankungen erfolgte mit den üblichen Organpräparaten in Verbindung mit Diathermie.

Konstanz der Isoagglutinationscharakteristik des Blutes. Verfasser prüft das von anderen Autoren angegebene Verfahren der isoagglutinatorischen Eigenschaften des Serums durch Chloroformäthernarkose und Medikamente nach und kommt zu dem Resultat, daß derartige Veränderungen nicht eintreten. Um bei Bluttransfusionen gute Erfolge zu haben, benutzt man am besten die Probe mit Testseren, die makroskopisch sichere Resultate gibt. Diese Bestimmung muß vor jeder Transfusion stattfinden, um Mißerfolge zu vermeiden.

Anwendung psychischer Behandlungsmethoden in der Gynäkologie. Die Psychotherapie ist in letzter Zeit in der Frauenheilkunde außerordentlich oft mit Erfolg angewandt worden. Hierbei darf man nicht vergessen, daß suggestive Faktoren bei der Behandlung von jeher eine wichtige Rolle spielten. Mit der Hypnose kann man häufig Schmerzempfindung ausschalten und kleinere gynäkologische Eingriffe vornehmen. Ebenso wird die Hypnose bei Entbindungen mit Erfolg angewandt, wobei es gelingt, völlige Amnesie für den Geburtsvorgang zu erzielen. Es führt jedoch zu weit, hinter jedem Fluor einen psychischen Affekt zu suchen, trotzdem besonders bei jung verheirateten Frauen dieses Symptom durch psychische Behandlung zu beeinflussen ist. Dankbare Behandlungsobjekte sind ferner die Dysmenorrhoe, die Obstipation, das Erbrechen der Schwangeren sowie die Beschwerden in den Wechseljahren. Die Psychoanalyse, die heute als Heilmethode ihre Berechtigung erwiesen hat, ist für den Gynäkologen nicht geeignet, sondern muß dem Psychoanalytiker vorbehalten bleiben.

Kosminski.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

14., 4. Heft, 1926.

✦ Augenzittern und Schielen in einem Fall von Lues des Vestibularapparates. J. Ohm.
✦ Wunddiphtherie in der Otochirurgie. Leonhard Seiferth.
Pathologie des Otolithenapparates. N. A. Popow und D. M. Rutenburg.
✦ Neues Kopfschwitzbad. Caesar Hirsch.
✦ „Partielle Labyrinthresektionen". W. Uffenorde.
Sprechkanüle für Tracheotomierte. M. E. Settelen.
✦ Meine Lehre vom Empyem. Warnung vor der Bezeichnung „Mastoiditis". A. Scheibe.
✦ Untersuchungen über den Blutchemismus bei Ozaena. Otto Fleischmann.
Photographische Aufnahme des Larynxinnern mit dem Laryngoskop nach Struyken. Struyken.
✦ Behandlung der Larynx-Trachealstenosen. W. Uffenorde.
Alkoholausspülungen mit dem Paukenröhrchen bei Cholesteatom. Eugen Hopmann.

Augenzittern und Schielen in einem Fall von Lues des Vestibularapparates. Nach eingehender Beschreibung eines charakteristischen Krankheitsfalles von Lues des Vestibularapparates kommt O. zu recht plausibelen Schlüssen: Es ergibt sich eine nahe Verwandtschaft der einzelnen Nystagmusarten. Die scharfe Trennung zwischen optischem und vestibulärem Nystagmus besteht nicht zu Recht. Optische und vestibuläre Nystagmuserregungen fließen in einem Zentrum zusammen. Es liegt höher als das der Augenmuskelkerne, wahrscheinlich im Deiterskern. Labyrinthäre, optische, willkürliche Erregungen, auch die Halsreflexe münden dort ein und wirken von dort durch die hinteren Längsbündel auf die Augenmuskeln. Vorliegender Fall war mit Schielen kombiniert. Bei der häufigen Verknüpfung von Nystagmus mit Schielen (kongenital) liegt es nahe, auch das Schielen auf die gleiche Ursache zurückzuführen. O. nimmt eine vestibuläre Theorie des Schielens an und regt an, bei vestibulären Erkrankungen nach Schielablenkungen zu suchen.

Wunddiphtherie in der Otochirurgie. Der Nachweis von Di-Bazillen genügt nicht immer zur Stellung einer einwandfreien Diagnose. Sehr häufig liegt eine lokale Mischinfektion vor, die ebenso wenig wie bei anderen Krankheitsformen als „Diphtherie" bezeichnet zu werden pflegt. Zur Vorsicht mahnt bei entsprechenden Krankheitsfällen das suspekte Aussehen der Wunde — evtl. schon eine schlechte Heilungstendenz mit geringen abendlichen Remissionen —, der naheliegende Verdacht beim zweifelhaften Abimpfungsversuch und, wie besonders betont wird, das histo-pathologische Bild. Finden sich in Gemeinschaft mit einem der erwähnten Symptome fibrinöse Entzündungen im Mikroskop oder fibrinoide Degenerationen mit Kruppmembranen oder gar ausgesprochene Löfflerbazillen, so ist die Diagnose sicher gestellt. Die Behandlung richtet sich nach Art der Erkrankung. Liegt eine stärkere oder Allgemeinerkrankung vor, so ist die übliche Therapie einzuleiten, bei nur bestehender, gelinder Lokalaffektion wird empfohlen, die Wundflächen täglich mit Jodglyzerin zu bestreichen.

Neues Kopfschwitzbad. Es wird ein Schwitzbad beschrieben, das auf Wärmezufuhr durch elektrische Heizwiderstände beruht. Lichtwirkung ist also nicht vorhanden. Die zugeführte Wärme wird in weit höheren Temperaturen vertragen als beim Lichtbad.

Partielle Labyrinthresektion. U. wendet sich gegen die hierorts früher veröffentlichten Leitsätze über „partielle" Labyrinthresektion. Er hält sie nicht für beweiskräftig und es für unmöglich, schematische Prinzipien für den Vorgang der Operation aufzustellen. Als allererstes kommt eine komplette Aufdeckung der erkrankten Mittelohrräume in Frage. Weitere Eingriffe sind von der Art der Erkrankung — ob das Entzündungsgebiet labyrinthär oder perilabyrinthär liegt — abhängig.

Meine Lehre vom Empyem. Warnung vor der Bezeichnung „Mastoiditis". Die Untersuchungen von Krainz — über die hier auch schon eingehend berichtet wurde — gehen nicht genau die gleichen Wege wie die, die Scheibe vor 22 Jahren angestellt hat. Sch. beschränkte sich hauptsächlich auf Fälle mit Knochenfisteln, während K. nicht besonderes Gewicht auf die histologische Untersuchung der Empyemzelle legte, ihrer strikt benachbarten Umgebung und die Ränder von Fisteln. Als primäres sieht Sch. das Empyem einer einzelnen Zelle an, subjektiv macht sich dieser Vorgang durch pulsierendes Klopfen bemerkbar, die Knochenzerstörung sei ein sekundärer teleologischer und zweckmäßiger Vorgang. K. verlegt den Beginn der Mastoiditis in das Gebiet der Markräume und der Gefäßkanäle. Ich habe gefunden, daß er seine Theorien recht wohl verständlich zusammengefaßt hat, und kann mich der Ansicht Scheibes in diesem Punkte nicht anschließen. Die Untersuchungsart der beiden Autoren ist eine verschiedene, die Ergebnisse sind nicht die gleichen, man darf auf den Fortschritt des Streites, soweit er wissenschaftliche Prinzipien berührt, gespannt sein. Wenn aber Scheibe fragt, warum K. seinen histologischen Untersuchungen nicht die klinische vorausgeschickt hat, wo er doch jetzt Kliniker und nicht pathologischer Anatom sei, so hätte Scheibe als der Aeltere erfahrungsgemäß wissen dürfen, daß er solche Anfragen wohl für die Fälle hätte reservieren dürfen, die Krainz nicht selbst operiert hat. Ich erlaube mir als Jüngerer für K. Partei zu ergreifen, da ich derart beleidigende Fragen in wissenschaftlichem Zusammenhang für unstatthaft halte und auch nicht glaube, daß sie geeignet sind, der Klärung wissenschaftlicher Probleme zu dienen.

Untersuchungen über den Blutchemismus bei Ozaena. F. kommt in seinen Untersuchungen über „Ozaena" auf neue Prinzipien zu sprechen, die es uns hoffentlich ermöglichen werden, dem Charakter des Leidens endlich auf die Spur zu kommen. Darüber, daß das bis jetzt nicht geschehen ist, und daß wir die vermutliche konstitutionelle Komponente, die doch wohl dahinter steckt, noch nicht kennen — trotz der bisherigen fleißigen Forscherarbeit —, darüber werden sich wohl alle einig sein. F. konnte nachweisen, daß der Mineralstoffwechsel bei Ozaena im Blute der Kranken im ganzen als normal angesprochen werden darf. Dagegen nimmt er an, daß zwischen Cholesterinmangel und Ozaena irgendwelche direkten Beziehungen bestehen. Er konnte nachweisen, daß frische Ozaenafälle im allgemeinen die niedrigeren Cholesterinwerte, alte die höheren aufweisen. Der Mangel an Blutcholesterin zeigt sich ebenfalls bei den sonstigen atrophischen Rhinitiden, während er bei den hypertrophischen Formen fehlt. Wichtig ist, daß der Cholesterinmangel, wie erwähnt, nicht vergesellschaftet ist mit Anomalien im Gebiet des Mineralstoffwechsels, wie das bei asthmatischen Zuständen und beim Heuschnupfen beobachtet werden konnte. Da Lecithin stark quellend, Cholesterin stark entquellend wirkt, im Ozaenablut ein stark vermehrter Fibringehalt nachweisbar ist, so ist mit einer gesteigerten Permeabilität der Zellmembranen zu rechnen. Cholesterinübergewicht schafft weiter einen vagischen Gewebszustand, der wieder eine Verschiebung im Säure-Basen-Gleichgewicht nach der sauren Seite hin bewirkt, wodurch die Gewebe in ihrer Infektionsempfindlichkeit gesteigert werden. Dies wird als Ursache der chronischen Naseneiterung angesehen. Durch die Undichte der Zellmembranen wird andererseits eine vermehrte Gewebsatmung bewirkt. Die Möglichkeit einer oxydativen Gewebsschädigung bei Cholesterinmangel besteht also auch noch. Da im Kalium-Kalzium-Gleichgewicht keine Störungen nachweisbar sind, so ist bei bestehender Sympathikusirritation diese als ein Sekundärvorgang, der Cholesterinmangel als das Primäre anzusprechen.

Behandlung der Larynx-Trachealstenosen. U. empfiehlt für Tracheotomiefälle, bei denen eine starre Kanüle schlecht vertragen wird, das Einlegen eines Gummidrains, das sich leicht wechseln läßt und auch gestattet, die Metallkanüle zeitweise fortzulassen.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

Juli 1926.

* Bedeutung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit in der Urologie. L. Litten und J. Szpiro.
Angeborene Herzröhrendivertikel. B. Kott.
Ueber die tabische Blase. S. Perlmann.
* Fassungskraft des normalen Nierenbeckens. W. Erdmann.
* Punktion bei Empyem der Samenblase. J. Ingall.
Seltenere Geschwülste des Hodens. S. Rubaschow.

Bedeutung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit in der Urologie. Die Verfasser haben an 41 urologischen Fällen 118 Bestimmungen der Blutsenkungsgeschwindigkeit ausgeführt. Angewandt wurde die Methode von Linzenmeier. Die Ablesung geschah in etwas modifizierter Weise, indem auch die Zwischenwerte zwischen den einzelnen Ablesungszeiten festgestellt und dann graphisch dargestellt wurden. Hierbei zeigte es sich, daß bei prognostisch günstigen Erkrankungen die Senkung langsam beginnt, dann etwas rascher wird, um zum Schluß wieder zu verlangsamen, während bei infausten Erkrankungen am Ende eine zunehmend raschere Senkung erfolgt. Im Rahmen der übrigen klinischen Untersuchungsmethoden hat sich dem Verfasser die Senkung als wertvoll erwiesen, speziell zur Unterscheidung zwischen Prostatahypertrophie und Ca sowie in der Differentialdiagnose der Nierenkoliken. Auch gab die von Zeit zu Zeit wiederholte Senkungsreaktion ein genaues Abbild des Krankheitsverlaufes und erleichterte so die Prognostik.

Fassungskraft des normalen Nierenbeckens. Die Untersuchungen zeigen, daß die normale Kapazität des Nierenbeckens außerordentlich variieren kann. Als Maximum hat sich unter Berücksichtigung der Fehlerquellen 12 ccm erwiesen, während das Minimum bei 0 (?) liegt, wobei trotzdem eine funktionstüchtige nicht erkrankte Niere vorhanden sein kann. Bezüglich des Entleerungsmodus konnte der Verfasser zusammen mit Perlmann feststellen, daß in der Regel die beiden unteren Kelche am längsten die Kontrastflüssigkeit zurückhalten. Umbrenal war hier bis 15' nachweisbar. Zuerst entleert sich meist der obere Kelch und darauf das Becken.

Punktion bei Empyem der Samenblase. Ingall hat in seinem Falle erfolgreich eine Punktion der Samenblase vom Damm her ausgeführt. Bei einer Wiederholung derselben geriet er allerdings anscheinend in die Harnblase. Er beschreibt dann ausführlich die topographische Anatomie der Samenblasen und die genaue Technik der Punktion nach eigenen Studien an Leichen.

E. Lehmann, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 26.

Paratyphus und akute Gastroenteritis. W. Silberschmidt.
Der anatomische Unterricht im Dienste des Medizinstudiums. H. Straßer.
Return to druys. A. Tschirch.
* Biologische Wertbestimmung der Digitalispräparate. A. Jaquet.
Behandlung des metapneumonischen Lungenabszesses durch Durstkur. O. Roth.
* Wertvolles Reagens zur Erkennung nichteinwandfreien Neosalvarsans. A. Hirsch.

Biologische Wertbestimmung der Digitalispräparate. Der Wert der biologischen Standardisation der Digitalispräparate ist nur ein bedingter. Von einer quantitativen Methode im eigentlichen Sinne des Wortes kann nicht die Rede sein. Wir haben es mit einem unbekannten Gemisch von wirksamen Körpern zu tun, welche in verschiedener Weise auf die verschiedenen Tierarten wirken und deren Wirkung selbst auf verschiedene Exemplare einer und derselben Tierspezies nicht konstant ist, so daß man die bei einer Tierspezies gewonnenen Werte nicht ohne weiteres auf eine andere übertragen darf. Und speziell ist es unzulässig, diese durch das Experiment gewonnenen Werte ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen.

Noch ein wichtiger Punkt bei der Beurteilung des Wertes der biologischen Standardisation der Digitalis für die ärztliche Praxis ist der folgende: Bei der Digitalis kommt es nicht so sehr auf die Einzeldosis an wie auf die Anhäufung eines Giftquantums, welches eine anhaltende Wirkung erzeugt. Diese Dosis wechselt nun von Fall zu Fall außerordentlich und kann nicht im Voraus bestimmt werden. Die Wirkung kann einzig und allein durch die ärztliche Beobachtung festgestellt werden. Einmal ist sie sehr bald erreicht, ein anderesmal ist eine größere Gesamtdosis erforderlich. Der einzige Unterschied ist, daß die Wirkung nach einem etwas schwächeren Präparat sich später einstellt als bei einem starken.

Worauf es namentlich ankommt ist, daß keine unwirksame Digitalisdroge mehr in den Handel kommt, wie das früher nicht selten der Fall war, als man über die Sammlung und Konservierung der Digitalisblätter nicht genügend orientiert war.

Wertvolles Reagens zur Erkennung nicht einwandfreien Neosalvarsans. Das Strontiumchlorid-Harnstoffpräparat „Strontiuran" als Lösungsmittel des Neosalvarsans bringt zwei wesentliche therapeutische Fortschritte: 1. Die Salvarsane werden entgiftet, d. h. die Salvarsanbekömmlichkeit wird erhöht. 2. Oxydationsprodukte werden angezeigt durch Bildung von Trübungen und damit dem Arzt die Möglichkeit gegeben, toxisch gewordenes Neosalvarsan auszuschalten.

Nr. 27.

Kann die Vriessche Mutationstheorie gewisse auffällige Erscheinungen auf dem Gebiete der medizinischen Erfahrungen erklären? Naegeli.
Entstehung und Funktion von Gefäßsystem und Blut auf epigenetischer Grundlage. M. Hausmann.
Nervenwucherungen im chronischen Magengeschwür und Magenherzgeschwür. M. Askanazy.
Operationsmethode des perforierten Magen-Duodenalgeschwürs. W. Odermall.
Experimentelle Untersuchungen bei Idiosynkrasie gegen Hühnerei. W. Jadassohn.
* Betrachtungen über Radioimmunisation. A. Rosselet.

Betrachtungen über Radioimmunisation: Daß unter dem Einfluß wiederholter Bestrahlungen die Radiosensibilität einer Neubildung variiert und abnimmt, ist den Radiotherapeuten nichts Neues mehr. Das Zustandekommen dieser Radioimmunisation denken wir uns als Folge einer veritablen Interaktion zwischen dem neoplastischen Gewebe und dem umgebenden. Daß dies letztere dabei noch wichtiger ist als das Protoplasma der neoplastischen Zelle selbst, ist durch zahlreiche Experimente erhärtet worden.

Wenn wir trotz der Gefahr dieser Radioimmunisation wiederholte Bestrahlungen anwenden, so geschieht das, weil wir unter Zugrundelegung dieser Arbeitshypothese durch vorsichtiges Handhaben sie zu vermeiden hoffen. Zur Schonung der umgebenden Gewebe filtrieren wir bei jeder neuen Bestrahlungsserie die Strahlen stärker. Wir können also ruhig von einer relativen Unschädlichkeit wiederholter Bestrahlungen sprechen und sie dort zur Anwendung bringen, wo ein Rezidiv dazu nötigt.

Nr. 28.

* Nase und Auge. A. Siegrist.
* Zur Aetiologie des Erythema nodosum. E. Feer.
Entzündung der weiblichen Brustdrüse durch diphtheroide Bazillen. P. Clairmont.
Neue Aufgaben der Medizin für das Recht. H. Zangger.
Ethylgas. F. Schwarz.
Einfluß der Peripherie auf Regulierung der Herztätigkeit. W. R. Heß.
* Energieverbrauch des Menschen bei Marscharbeit. Alfr. Fleisch.
Zweikalibrige, mehrfach durchlöcherte Sonde in der transversikalen Prostatektomie. E. Dind.

Nase und Auge. Verf. hat schon vor Jahren die Ansicht vertreten, daß wir ein gewisses Recht besitzen, eine entzündliche Augenaffektion auf eine Erkrankung der Nase oder der Nebenhöhlen zurückzuführen, wenn die Nebenhöhlenaffektion sich auf der gleichen Seite findet wie das Augenleiden, wenn eine gründliche und gewissenhafte Anamnese keine Aetiologie des Augenleidens zutage gefördert und wenn schließlich dasselbe prompt von dem Momente der Behandlung der Nase oder der Nebenhöhlen an sich völlig zurückbildet.

Ein hier mitgeteilter Fall zeigt erneut, daß es in der Regel weniger die eitrigen Entzündungen der Nebenhöhlen sind, welche zu schweren Sehnerven- oder Uvealeiden Veranlassung geben, sondern viel häufiger die chronischen, mit Granulationsbildungen einhergehenden.

Zur Aetiologie des Erythema nodosum. Das Erythema nodosum macht oft rheumatoide Erscheinungen, hat aber keinerlei Beziehungen oder Verwandtschaft zum akuten Gelenkrheumatismus.

Es ist eine spezifische Infektionskrankheit mit unbekanntem Erreger, die bisweilen kontagiös wird und in Epidemien auftritt.

Das echte Erythema nodosum befällt ausschließlich tuberkuloseinfizierte Menschen. Es bildet darum im Kindesalter einen wichtigen Indikator für bestehende Tuberkulose.

Die Knoten des E. n. sind tuberkulo-toxischer Natur bzw. Tuberkulide.

Energieverbrauch des Menschen bei Marscharbeit. Der Energieverbrauch für Zurücklegung eines bestimmten Weges ist dann am kleinsten, wenn das Individuum den betreffenden Weg mit der ökonomischen Maximalgeschwindigkeit zurücklegt und während der eingesparten Zeit liegend ausruht. Held.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 29, 22. Juli.

*Behandlung funktioneller Meno- und Metrorrhagien mit Sistomensin (Luteolipoid). H. C. Gram.
Bedeutung der analeptischen Ampullenpräparate in der Injektionstherapie der Privatpraxis. Becker.

Behandlung funktioneller Meno- und Metrorrhagien mit Sistomensin (Luteolipoid). Verf. behandelte Gram erfolgreich mit Sistomensin, einem Präparat, das durch Extraktion aus Corpora lutea erzeugt wird (Luteolipoid). In leichteren Fällen genügten Tabletten (dreimal täglich, 1—2), in schweren Injektionen.

Nr. 30, 29. Juli.

Sexuelle Umkehr der Federtracht und der Begriff der Hormonschwelle. Pézard, Sand, Caridroit.
Einige neue Befunde bei der Ovarientransplantation bei Hühnern. Pézard, Sand, Caridroit.
*Metallsalzbehandlung der Lungentuberkulose mit kleinen Dosen. N. Lunde.

Metallsalzbehandlung der Lungentuberkulose mit kleinen Dosen. Verfasser berichtet über günstige Resultate bei der Behandlung der Lungentuberkulose mit kleinen Dosen von Cadmium, Dosen von 0,5 bis 7,5 ccm bei allmählicher Steigerung. 2—4 ccm ist als Optimaldosis einer weinsauren Cadmiumsalzlösung mit 0,0006 mol. Konzentration anzusehen. S. Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

H. 13, 15. Juli.

*Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgien. G. Bauer.

Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgien. Verf. behandelte 24 Fälle mit 52 Injektionen. Von diesen blieben 7 rezidivfrei, während 13 echte Rezidive zeigten. Frische Fälle sind mit Wärme und inneren Mitteln zu behandeln. Sitzt die Neuralgie im 2. oder 3. Ast und greift nicht weiter, so ist eine basale Injektion vorzunehmen. Tritt dann ein Rezidiv ein oder greift die Neuralgie auf andere Aeste über, so kommt die Operation oder eine intraganglionare Injektion in Frage. S. Kalischer, Schlachtensee.

British med. Journal.

Nr. 3419, 17. Juli.

Isolierung im Nervensystem. Trotter.
Spirochaetosis ikterohämorrhagica in Norfolk. (4 Fälle von Weilscher Krankheit.) Burton-Fanning und Cleveland.
Thyreoidea- und Manganbehandlung der akuten Pneumonie. Nott.
*Mastoiditis und ihre Komplikationen. Munby u. Jowett.
Epidemische Encephalitis mit starkem Befallensein des Rückenmarks. Wright.
Mangan bei der Furunkulose. Young.
Chininvergiftung. Gooch.
Vergiftung durch Hauteinreibung mit Tabak. Ritchie.

Mastoiditis und ihre Komplikationen. An einem Material von 800 Fällen zeigten 1 von 4 chronischen und 1 von 9 akuten Fällen ernstere Komplikationen wie Hirnabszeß, Sinusthrombose oder Meningitis. Oft verdecken akute meningeale Erscheinungen den eigentlichen Krankheitsprozeß. Durch sofortiges und gründliches Eingreifen können diese Kranken noch gerettet werden. In einem guten Teil der Fälle trat nach Beseitigung der zugrunde liegenden Hirneiterung noch Genesung ein, obwohl ausgesprochene Liquorveränderungen vorhanden waren, ja der Liquor milchig getrübt war. Eitrige Meningitis als alleinige Komplikation der Mastoiditis ist so selten, daß ihr Auftreten niemals eine Exploratio-Operation hindern sollte. Schläfenlappenabszesse finden sich in 6% der Warzenfortsatzentzündungen und sechsmal so häufig in den chronischen als in den akuten Fällen. Kleinhirnabszesse sind ungefähr halb so häufig zu beobachten wie die temporo-sphenoidalen Abszesse. Die Symptome und Erscheinungen der Hirneiterungen wechseln außerordentlich von Fall zu Fall. Die lehrbuchmäßigen Symptome fehlen zumeist, eine Stadieneinteilung des Krankheitsablaufs ist undurchführbar. Oft rechtfertigt ein konstant vorhandenes Symptom die Ausführung der Operation. Wertvoll ist die relative Verlangsamung des Pulses gegenüber der Temperatur, während die Beobachtung der Temperaturkurve an sich wenig Anhaltspunkte gewährt, da die Mehrzahl der Hirneiterungen ohne Temperatursteigerung abläuft. Für Schläfenlappenabszeß spricht die sensorische Aphasie als Lokalsymptom in einer bestimmten Form, wobei der Kranke das Unvermögen, bestimmte Gegenstände zu benennen, durch Beschreibung zu verdecken sucht. Häufig und früh findet sich eine erweiterte, lichtstarre Pupille auf der Seite des Herdes. Bei den Kleinhirnabszessen gibt die allgemeine Untersuchung des Nervensystems viel häufiger Befunde wie bei den Schläfenlappenabszessen. Neuritis optica, Muskelatonie mit Verlust der tiefen Reflexe und Ataxie sowie zentrale Taubheit des gesunden Ohres sind nicht selten. Wertvolles leistet die diagnostische Hirnpunktion. Die Prognose der otogenen Hirnabszesse ist sehr ernst (63% Mortalität beim Schläfenlappenabszeß, 88% beim Kleinhirnabszeß). Diese hohe Sterblichkeit ist einmal durch die Schwierigkeit der Frühdiagnose bedingt (mit der Verschleierung der Hirnerkrankung durch die begleitende Meningitis), durch häufiges Hinzutreten der Sinusthrombose als weitere Komplikation sowie nicht zuletzt durch die Schwierigkeit der operativen Behandlung.

Sinusthrombose wurde in ca. 5% der Fälle beobachtet mit einer Mortalität von 75%. Bei Kindern ist ein atypischer Verlauf häufig. Wegen akuter Mastoiditis wird eine Radikaloperation ausgeführt, der Sinus lateralis zeigt äußerlich keine pathologischen Veränderungen. Nach dem Eingriff bleibt die Temperatur erhöht, ohne daß Schüttelfröste sich einstellen. Die gründliche Exploration des Sinus wird immer wieder aufgeschoben, bis Metastasen oder Lungenerscheinungen den wahren Charakter der Erkrankung erkennen lassen und eine Behandlung zu spät kommt. Etwas günstigere Ergebnisse finden sich bei den Sinusthrombosen im Gefolge der chronischen Mastoiditis, wobei jedoch häufig genug während der langen Fieberperioden mit und ohne Schüttelfröste durch falsche Diagnosen wertvolle Zeit verloren geht. Die Unterbindung der Vena jugularis soll nur dann vorgenommen werden, wenn der Thrombus bei der Eröffnung des Sinus nicht völlig entfernt werden kann oder wenn nach Entleerung des Hirnsinus noch ein Schüttelfrost sich einstellt oder intermittierendes Fieber länger als 48 Stunden nach der Operation bestehen bleibt.

„Seröse" Meningitis (steriler, trüber Liquor und meningitische Erscheinungen) klingt zumeist nach Ausräumung eines extraduralen Abszesses ab, da es sich gewöhnlich um eng umschriebene meningitische Veränderungen handelt (vergl. analoge Vorgänge bei entzündlichen Herderkrankungen in der Bauchhöhle).

Bei den unkomplizierten Mastoiditiden verdient das Krankheitsbild der Streptococcus-mucosus-Infektion besondere Berücksichtigung. Einige Zeit nach geringem Ohrlaufen stellen sich starke Kopfschmerzen ein. Bei normalem oder wenig verändertem Trommelfell finden sich nur geringe Anzeichen einer Mastoiditis. Bei der Operation zeigt sich ausgedehnte Knochennekrose mit Durchsetzung der Knochenfragmente mit dünnflüssigem, charakteristisch riechendem Eiter. Komplikationen sind bei dieser tückischen Erkrankung häufig. Biberfeld.

The Journal of Urology.

Juni 1926.

✣ Experimentelle Nephrotomien. Carson und Goldstein.
Spontanruptur einer Hydronephrose. (Kasuistik.) Lecorcyste.
Seltene Anomalie des linken Ureters. (Kasuistik.) Low und Epler.
Cystoskopische Entfernung eines Harnleitersteines. Vorstellung eines neuen Instruments. Cecil.
✣ Neues zusammengesetztes Universalcystoskop. Greenberg.
✣ Verletzungen der Harnröhre und der Blase. Peacock und Fischer Hain.
Herpes zoster der Blase. Dubois.
Fremdkörper in der Blase. Pedersen.
✣ Die chemische Reaktion des Prostatasekretes und des Samens. Muschat.
Torsion des Hodens. Meltzer.
Sarkom des Penis. Mark.

Experimentelle Nephrotomien. III. Die nahtlose Nephrotomie an Hunden mit einer Niere. Verfasser haben von 15 Hunden 13 zweimal, 1 dreimal und 1 viermal operiert. Zuerst wurde in jedem Falle die rechte Niere entfernt, nachdem sie vorher nephrotomiert worden war. Die Tiere wurden danach zwischen dem 32. und 71. Tage links nephrotomiert und danach in verschiedenen Abständen getötet. Die Blutungszeit, d. h. die Zeit bis die Blutung im Operationsgebiet stand, betrug nach der 1. Nephrotomie 7,84 Minuten im Durchschnitt, nach dem 2. Eingriff 7,92 Minuten. Bei zwei Tieren wurde eine zweite Nephrotomie an der solitären Niere ausgeführt, hierbei betrug die Blutungszeit in einem Falle 5½ bzw. 18 Minuten, im zweiten Falle 5½ bzw. 2 Minuten. An Komplikationen fanden sich Steine in zwei Fällen (13,3%), und zwar am 60. Tage und am 138 Tage nach dem Eingriff. Bei dem Tiere, das nach 138 Tagen den Stein aufwies, wurde die Nephrolithotomie ausgeführt und der Hund dann 137 Tage später getötet.

Es konnte durch die histologische Untersuchung der linken Nieren, die ohne Naht nephrotomiert worden waren, gezeigt werden, daß die Organschädigung gering war und keine Gewebsschädigung eintrat, nachdem von Moore und Corbett auf den großen Substanzverlust hingewiesen worden war, der nach der Naht der Nephrotomiewunde durch die Fäden entstände. Man könnte aus der geringen histologischen Destruktion schließen, daß die Organfunktion nur gering geschädigt ist.

Die ein- und mehrfache Nephrotomie und die Nephrolithotomie an einseitig nephrotomierten Hunden sind also sichere und erfolgreiche Eingriffe, die ohne Naht der Niere ausgeführt werden können.

Neues zusammengesetztes Universalcystoskop. Es handelt sich um ein Cystourethroskop, das ohne die Mercierkrümmung ist. Der Schaft hat eine Stärke von 26 Charr. und ist 20 cm lang. Sowohl das Licht wie die Optik können getrennt ein- und ausgeführt werden. Dadurch kann man sie, falls sie durch Blut oder Eiter verunreinigt werden, während der Untersuchung herausnehmen und reinigen, wobei der Schaft eingeführt bleibt. Das Instrument ist fernerhin mit einem Albarranschen Hebel armiert und kann so ebenfalls zum Ureterenkatheterismus und zu anderen operativen Maßnahmen verwandt werden. Man kann mit diesem Instrument in einer Sitzung die Harnröhre und Blase ableuchten und alle weiteren diagnostischen und therapeutischen Eingriffe ausführen, die sich während der Untersuchung noch ergeben sollten, und zwar kann man sowohl bei Füllung mit Luft als auch mit Wasser beobachten.

Verletzungen der Harnröhre und der Blase. Verletzungen der unteren Harnabschnitte sind nicht so selten und werden durch Fall mit gespreizten Beinen, Sturz aus der Höhe mit Beckenbrüchen und Autounfällen erzeugt. 89% der Fälle betreffen Männer, und zwar teils infolge ihrer Beschäftigung und teils durch die anatomische Lage der Organe.

Die akuten Symptome bestehen in Blutung, Schock, Harnretention, Extravasation und Peritonitis; die späteren Erscheinungen sind: Dysurie, Vermehrung der Miktionen, Hämaturie, periodische Retention und Rückenschmerzen.

Als sofortige Eingriffe kommen in Frage: Suprapubische Cystostomie, Dauerkatheter, suprapubische Blaseneröffnung plus Laparatomie und suprapubische Punktion. Spätere Eingriffe sind Dilatation und Bougierungen evtl. zusammen mit der Sectio alta, sowie die externe Urethrotomie. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhause war 16 Wochen, die durchschnittliche Zeit der Arbeitsunfähigkeit betrug 23 Monate.

Die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde in 17 Fällen festgestellt. Sie schwankte zwischen 20 und 100%, durchschnittlich 47%. — Nur 33% der Fälle dürfen als geheilt betrachtet werden.

Die chemische Reaktion des Prostatasekretes und des Samens. Die kolorimetische Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (ph) ergab für das Prostatasekret bei Gesunden Werte zwischen 7,4 und 7,0, im Durchschnitt 7,24. Bei chronischer Prostatitis schwankten die Messungen zwischen 7,5 und 7,0, durchschnittlich 7,3. Die Wasserstoffionenkonzentration des Samens bewegt sich zwischen 7,6 und 7,4, im Mittel ist sie 7,51. Messungen des Prostataexprimats und des Samens des gleichen Individuums ergaben, daß eine Differenz von 0,2—0,4 besteht, durchschnittlich ist die Reaktion des Samens um 0,26 alkalischer. Diese Messungen stützen also die Theorie nicht, daß das Prostatasekret die Spermatozoen durch seine alkalische Reaktion aktiviert.

E. Lehmann, Berlin.

The Lancet.

211., Nr. 2, 10. Juli 1926.

Nichttuberkulöse Infektionen der Niere. Cabot.
✣ Einseitige Phrenikuslähmung. Briscoë.
✣ Wirkungen primärer und sekundärer Röntgenstrahlen auf die Haut der Kaulquappe. Colwell und Thomson.
Syphilis des Herzens und der Aorta. Price.
✣ Akute hämorrhagische Pneumonie von Kindern. Sheldon.
Herzkrankheit und Epilepsie. Moon.
Der Verlust des Orientierungsvermögens bei versicherten Arbeitern. Dunn.

Einseitige Phrenikuslähmung. Zur Erklärung der unbestimmten Resultate des Verhaltens des Zwerchfells im Röntgenbilde bei einseitiger Phrenikuslähmung durch mechanischen Druck auf den Nerven unternahm Verf. Versuche an Katzen, die den Beweis erbrachten, daß die Funktionen von Tonus und Kontraktion zwei getrennte Faktoren sind, die in verschiedenem Grade in Mitleidenschaft gezogen sein können. Ein experimenteller Druck, wie er etwa dem im Körper vorkommenden vergleichbar ist, kann die respiratorischen Impulse im Phrenikus aufheben. Die zur Entstehung der Lähmung nötige Stärke des Drucks steht im umgekehrten Verhältnis zur Dauer seiner Anwendung. Je länger die Kompression des Nerven andauert, desto geringer wird der Verlust des Tonus, was die Entwicklung eines kompensierenden Mechanismus wahrscheinlich macht. Vollkommener Nervenblock zeigt sich entweder in paradoxer Kontraktion oder bei geringer Thoraxausdehnung in Unbeweglichkeit, unvollkommener in verringerter inspiratorischer Senkung oder in verspäteter Wirkung auf der affizierten Seite. Viele unbeständigen Resultate bei den Röntgenaufnahmen lassen sich so erklären. Die Kontraktionsfähigkeit wird durch den Druck nur allmählich herabgesetzt. Diese Herabsetzung ist in den späteren Stadien von einer Verzögerung in der Wirkung begleitet, so daß eine einseitige Verzögerung im Ablauf der Kontraktionen die Möglichkeit eines Druckes auf den Phrenikus nahelegt. Herabsetzung des Tonus geht nicht mit Herabsetzung der kontraktilen Fähigkeit parallel. In Fällen vollkommener einseitiger Lähmung bei jungen Leuten kommt es zu typischer paradoxer Bewegung und zu Hebung des Zwerchfells, Symptome, die bei älteren Leuten wegen des starren Thorax und der weniger elastischen Lungen weniger ausgesprochen sind. Bei partieller Lähmung können so bestimmte Bilder nicht erwartet werden, und in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um solche partiellen Lähmungen.

Wirkungen primärer und sekundärer Röntgenstrahlen auf die Haut der Kaulquappe. In mehreren Versuchsserien wurden Kaulquappen in runden, flachen Schalen, die Wasser, bzw. Mischungen von Wasser mit kolloidalen Elementen enthielten, den primären Strahlen der Coolidge-Röhre oder den sekundären der beigemischten kolloiden Elemente ausgesetzt. Die primären Strahlen verursachten eine sehr ausgesprochene zeitweilige Hypertrophie mit folgender Degeneration. Die Sekundärstrahlen von Kupfer zeigten vorwiegend destruktiven Charakter, ebenso in etwas geringerem Grade die des Selens. Im Gegensatz dazu stehen die Strahlenwirkungen von kolloidalem Silber; hier herrschen die hypertrophischen Veränderungen vor, in stärkerem Maße und andauernder als bei Strahlen irgendeines andern Kolloids. Nächst dem Silber wird die stärkste Hypertrophie durch Bestrahlung in Gegenwart kolloidalen Goldes (5% Mischung) hervorgerufen. Bei Blei und Wismut ist sie weniger stark und dauerhaft. Es sind wahrscheinlich Strahlen einiger Wellenlängen, die vornehmlich Hyperplasie erzeugen.

Akute haemorrhagische Pneumonie von Kindern. Im Anschluß an 6 plötzliche Todesfälle von anscheinend gesunden Kindern (8 Tage bis 5 Wochen alt), bei denen die Autopsie Blutungen in das Lungengewebe ohne die geringsten entzündlichen Erscheinungen ergab — Veröffentlichungen Brownes — berichtet Verf. über einen gleichen Fall. Das Blut stammte ersichtlich aus den Lungenkapillaren, das Kind hatte 4 Tage mit leichten Blutungen gelebt, die Lungen waren ausgedehnt und zeigten keine entzündlichen Erscheinungen. Keine Thrombose oder Infarkt, die großen Gefäße an den Lungenwurzeln ohne Koagula. Die Erklärung einer Infektion will Verf. nicht gelten lassen. Es handelt sich fast durchweg um frühgeborene Kinder, die anscheinend eine gewisse Prädisposition zu solchen Blutungen zeigen. Bei der haemorrhagischen Diathese Neugeborener kommt es gewöhnlich innerhalb der ersten 7 Lebenstage zu spontanen Blutungen in den Magendarmkanal.

211., Nr. 3, 17. Juli 1926.

Horsley-Vorlesung über das Nervensystem. Trotter.
* Weitere Beobachtungen über Immunität in Beziehung zu transplantabeln malignen Tumoren. Lumsden.
Psychisches Trauma. Davis.
Torsion der Gallenblase. Huddy.
Einige Fälle von langdauernder Morphiumsucht. Park.
Ein Fall von Ikterus mit Acholurie. Hadfield und Hewer.
Akute Intussusception bei einem Erwachsenen. Widgery.

Weitere Beobachtungen über Immunität in Beziehung zu transplantabeln malignen Tumoren. Bestätigung früherer Resultate in 50 neuen Versuchen, daß, wenn eine Ratte an beiden Hinterpfoten mit Jensens Ratten-Sarkom (J. R. S.) behaftet ist, die Heilung des einen Tumors durch Injektion von Antiserum konstant 7—10 Tage später zur Rückbildung des andern unbehandelten Tumors führt. Wiederholung dieser Versuche mit zwei Tumoren an beiden Seiten des Rattenkörpers ergab nicht das gleiche Resultat, weil die Tumoren zu rasch wuchsen, und der unbehandelte Tumor sich zu hochgradig entwickelt hatte, bevor die Rückbildung des behandelten ihn beeinflussen konnte. Eine in dieser Weise geheilte Ratte war gegen J. R. S. immun geworden, obwohl Sarkomzellen in dem Serum dieser Ratte in vitro frei wuchsen, selbst wenn das Tier durch wöchentlich wiederholte Injektionen hyperimmunisiert war. Bei Aussaat von Milz, Hoden, Speicheldrüse einer so hyperimmunisierten Ratte gleichzeitig mit Sarkomfragmenten in dem gleichen Rattenserum wuchsen normale und maligne Zellen, ohne sich gegenseitig zu schädigen. Die Immunität einer solchen Ratte kann demnach nicht die Folge einer humoralen oder allgemeinen Gewebsreaktion sein, weitere Versuche machen es auch unwahrscheinlich, daß Nerveneinflüsse dabei eine Rolle spielen. Impfung mit abgeschwächten Tumorzellen ergab weder Heil- noch immunisierende Wirkung. Maligne Zellen waren gegen fast alle benutzten Antisera empfindlicher als irgendwelche normalen Gewebszellen. Das Serum vieler normaler Kaninchen war letal gegen Krebszellen und schädigte auch normale Mauszellen. Anti-J. R. S.-Serum, vom Kaninchen oder Schaf stammend, tötet in vitro Maussarkom (M 63)-Zellen sehr rasch und umgekehrt Anti-M 63-Serum, von Kaninchen stammend, J. R. S.-Zellen. Aus der Anwendung von 22 verschiedenen Antisera bei etwa 500 Kulturen gewann Verf. den Eindruck, daß die heterologen Antisera, die er durch Injektion von malignen Maus- oder Rattenzellen in Kaninchen oder Schafe erhielt, 2 Arten von Antikörpern enthalten, antikarzinomatöse und solche gegen die Gruppe von Tieren (Mäuse, Ratten), von denen das Krebsantigen stammte, die ersteren scheinbar sehr labil, die zweiten sehr stabil. Ein durch Impfung eines menschlichen Mammakarzinoms auf Schafe erhaltenes Antiserum tötet M 63-Zellen in vitro sofort, ist aber nicht toxisch gegen normales Mausgewebe; es schädigt J. R. S. Zellen, aber nicht normales Rattengewebe in vitro. Es kann intravenös in größten Dosen (bis zu ⅕ des Körpergewichts) Mäusen injiziert werden, ohne ihnen zu schaden, und bei ferneren Injektionen ertragen die Tiere sogar die doppelte Dosis. Allerjüngste Versuche zeigten, daß wiederholt mit Spermatozoen höherer Säugetiere geimpftes Kaninchenserum Mauskrebszellen rasch tötete, in geringerem Grade Mausniere und gar nicht Fibroblasten und Herzmuskelzellen schädigte. Das scheint zu beweisen, daß Krebszellen sich gegen Antisera spezifisch labil verhalten, welche mit heretologen, hochpotentiellen Zellen hergestellt sind und scheint der weiteren Forschung ein weites Feld zu eröffnen.

211., Nr. 4, 24. Juli 1926.

Praktischer Arzt und Publikum. Hogarth.
Fortschritte in der Psychiatrie. Cole.
* Erfolgreiche Behandlung von schwerer Encephalitis lethargica mit Injektionen von elektrocolloidalem Gold und Silber. Fulter.
Zwei Fälle von Haemorrhagie in die Varolsbrücke. Muir Crawford.
Behandlung von Tuberkulosis verrucosa mit ultravioletten Strahlen. Weinbren und Hodgson.
* Behandlung variköser Venen mit Injektion. Alexander.

Erfolgreiche Behandlung von schwerer Encephalitis lethargica mit Injektionen von elektrokolloidalem Gold und Silber. Bei einem sehr schweren Fall gab Verf. am 8. Tage, als der Zustand des Kranken vollkommen hoffnungslos war, eine intravenöse Injektion einer 0,05% Suspension von Gold-Silber-Kolloid. Innerhalb 1 Stunde kehrte die schwer stuporöse Kranke zum Bewußtsein zurück, die Temperatur fiel um 1°, der Puls von 140 auf 120, die Atmung von 52 auf 36. Nach einer zweiten intravenösen und 2 weiteren intramuskulären Injektionen an den folgenden Tagen gingen die schweren Krankheitserscheinungen allmählich zurück bis auf die psychischen Symptome, die sich prompt besserten, als am 16. Krankheitstage die Injektionsbehandlung wieder aufgenommen wurde. Vollkommene Heilung ohne Nachkrankheiten trat ein.

Behandlung variköser Venen mit Injektion. Es handelt sich um die Sicard-Parafsche Behandlung mit Injektion von Natrium salicylicum, das die Venen obliteriert und für die umgebenden Gewebe nicht kaustisch wirkt. Verf. hat einige 100 Fälle, darunter solche von allerschwerster Art und größter Ausdehnung sehr erfolgreich behandelt, ohne daß die Kranken ihre berufliche Beschäftigung zu unterbrechen brauchten. Beginn mit 20% Lösung, nach 1 Woche die zweite Injektion einer 30%, es folgen Injektionen einer 40% Lösung. Gelegentliche Folgen sind Mattigkeit, Krampf im Fuß, dauern jedoch nur wenige Minuten. Exzidierte Venenteile nach der Behandlung zeigten einen der Gefäßwand fest anhaftenden Thrombus, der sich in einem fibrösen Strang organisierte. Embolien sind nie beobachtet. Die Methode ist meistens ganz schmerzlos und unschädlich.

Rontal.

La Riforma medica.

42., Nr. 24, 14. Juni 1926.

Die beste Methode objektiver klinischer Untersuchung. Martiri.
* Ueber den sogenannten Nierendiabetes. Pende.
Pneumoperitoneum bei exsudativer tuberkulöser Peritonitis. Tremiterra.

Ueber den sogenannten Nierendiabetes. Die zwei Fälle, über welche Verf. berichtet, haben ihn noch mehr in seiner Ueberzeugung bestärkt, daß dieses Krankheitsbild klinisch und pathogenisch nicht vollkommen vom klassischen Diabetes zu trennen ist und nicht mit zu großem Optimismus angesehen oder gar unbehandelt bleiben darf. In beiden Fällen bestehen Allgemeinsymptome wie man sie beim D. m. antrifft, in dem einen erschien die digestive Glykämiekurve verlängert. In beiden Fällen existierte eine Insuffizienz der Hypophyse und Vagotonie, in dem einen auch Zeichen von Insuffizienz der Nebenschilddrüse. Nervöse und endokrine Störungen und oft Vagotonie sind der Boden, auf dem sich Nierendiabetes, genau so wie D. m. entwickelt. Es handelt sich nicht, wie man meistens glaubt, um einen Defekt des Nierenfilters, sondern man muß die Zuckerausscheidung durch die Niere wie eine sekretorische Funktion, wahrscheinlich durch Vagusreizung, ansehen, die pathologisch gesteigert sein kann und welche die Bedeutung eines antiglykämischen Schutzes hat und ein Teil eines physiologischen Mechanismus ist, der dazu dient, das Blut von einem Zuckerüberschuß zu befreien. Dieser antiglykämische und Glykosurie hervorrufende Mechanismus hält sich das Gleichgewicht mit einem zu Hyperglykämie führenden Mechanismus. Diese beiden Regulatoren der normalen Glykämie können sich isoliert oder gleichzeitig ändern. Der Nierendiabetes, obwohl unabhängig von einer Pankreasinsuffizienz, ist nicht von dem nervösen und endokrinen Mechanismus unabhängig, der den intermediären Stoffwechsel der Kohlehydrate reguliert.

42., Nr. 25, 21. Juni 1926.

Nephrolithiasis mit zystischen verkalkten Dilatationen und Pyonephrose. Arena.
* Grundstoffwechsel und spezifische dynamische Wirkung der Nahrungsmittel bei Tuberkulösen. Margreth.
Einige fast konstante Zeichen im klinischen Verlaufe des Typhus bei Geimpften. Lovaglio.

Grundstoffwechsel und spezifische dynamische Wirkung der Nahrungsmittel bei Tuberkulösen. Die Bestimmung des Grundstoffwechsels bei 16 Tuberkulösen und meheren Gesunden bzw. Rekonvaleszenten ergab, daß derselbe bei den Tuberkulösen entweder normal war oder über der Norm lag (nur in 1 Fall herabgesetzt). Die höchsten Werte wurden bei akuter Entwicklung der Tuberkulose gefunden, nur sehr selten bei torpiden Formen oder Kranken mit gutem Ernährungszustand. Hinsichtlich des Einflusses von Eiweiß, Kohlehydraten und Fetten auf den Energiestoffwechsel besteht zweifellos ein Zusammenhang mit dem Zustand des Verdauungsapparates. Am ausgesprochensten ist die Verspätung im Erscheinen der spezifischen Kalorienreaktion für die Fleischnahrung, welche die größte mechanische und chemische Arbeit erfordert, weniger ausgesprochen für Kohlehydrate und Fette. Es besteht auch ein Zusammenhang mit der Menge der wirklich ausgenützten Nahrung. Während bei Tuberkulösen die Werte der spezifisch-dynamischen Wirkung der Eiweiße die normalen erreichen oder überschreiten, sind die Werte für Kohlehydrate und Fette normal oder unter der Norm. Der spezifische Kalorienkoeffizient ist also an den Verdauungsprozeß gebunden, der bei Tuberkulösen sowohl in Bezug auf Motilität wie auf Sekretion starken Veränderungen unterworfen ist.

42., Nr. 26, 28. Juni 1926.

Pathogenese und Therapie des Typhus. Barlocco.
* Der künstliche Pneumothorax in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Russi.

Der künstliche Pneumothorax in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Verf. empfiehlt den künstlichen Pneumothorax zur Heilung der mit Lungentuberkulose komplizierten Tuberkulose des

Larynx. Bericht über 8 Fälle. Auch bei sehr ernstem Charakter der Lungenkrankheit erzielt man bei gleichzeitigem Sprechverbot und roborierender Diät gute Resultate, vorausgesetzt, daß es sich nicht um zu weit fortgeschrittene und diffuse Prozesse im Kehlkopf handelt. Eine diffuse oder stark in die Tiefe greifende Erkrankung des Kehlkopfs kommt auch bei anscheinend gutartiger Lungenaffektion durch den Pneumothorax nicht zur Heilung. Für die Erklärung des komplizierten Mechanismus der Pneumothorax-Wirkung führt Verf. außer der Ruhigstellung der Lunge durch die mechanische Kompression und des Kehlkopfs durch die Verringerung des Hustens, außer der verminderten Resorption der Toxine und der Umwandlung der Lunge in einem ungünstigen Nährboden für den aeroben Tuberkelbazillus vor allen Dingen die Stickstoffwirkung an. Dieses Gas übt nicht nur eine rein mechanische Kompressionswirkung aus, die bisweilen von einer günstigen, pleuritischen Reaktion begleitet ist, sondern hat auch, wie es schon den alten Aerzten bekannt war, eine erhebliche sedative Wirkung und beeinflußt den Husten in günstiger Weise. Rontal.

Il Policlinico, Sez. med.

33., Nr. 6, 15. Juni 1926.

* Pulsierende Knochentumoren und besonders Knochenmetastasen des Hypernephroms. Alessandri.
* Klinischer Beitrag zur Operation der Frakturen der unteren Humerusepiphyse bei Kindern. Colucci.
Ueber eine angeborene Mischgeschwulst des Mesenterium. Piccinelli.

Pulsierende Knochentumoren und besonders Knochenmetastasen des Hypernephroms. An Hand einer erschöpfenden Uebersicht aus der Literatur und von 4 eigenen Operationsfällen (3 pulsierende und 1 nicht pulsierender Knochentumor mit Hypernephrommetastasen), ergänzt durch 2 ältere Fälle aus den Protokollen der Klinik kritisiert Verf. die Ansichten über das Wesen der pulsierenden Knochentumoren. Von der Auffassung Scarpas, daß es sich um Aneurysmen handle, kam man dazu, diese Tumoren als teleangiektatische Zentrale oder medulläre Sarkome oder als Endotheliome aufzufassen. Mag solches für einige wenige Tumoren zutreffen, so sind doch die Mehrzahl derselben als Metastasen der Thyreoidea oder der Nebennieren anzusehen. Er konnte 92 sichere Fälle von Nebennierentypus sammeln (86 bei Hypernephromen der Niere, 6 bei solchen der Nebennieren; in 27 dieser Fälle war der Tumor als pulsierend bzw. sehr stark vaskularisiert bezeichnet). Am klinisch interessantesten ist die Möglichkeit sehr früher Metastasen, lange bevor der primäre Tumor Symptome zeigt, was zu den häufigen Fehldiagnosen: Sarkom, Endotheliom führt. Gerade bei pulsierenden Tumoren muß man nach Ausschluß von Tumoren der Mamma und Prostata vorzugsweise an Metastasen der Thyreoidea oder der Nebennieren denken. Die diagnostischen Schwierigkeiten eines primären Nierenhypernephroms können sehr groß sein, und oft gibt nur Pyelographie, Pneumographie der Niere, Pneumoperitoneum einen Anhalt, wie in 2 Fällen des Verf. die Möglichkeit, daß ein primärer Tumor gar nicht existiert, besteht, man muß dann atypische Entwicklung in den Knochen gelangter normaler Nebennierenelemente annehmen, wie es für die Thyreoidea bewiesen ist. Ein anderer klinisch wichtiger Punkt ist, daß die Knochenmetastase die einzige sein kann und daß man dann Fortnahme des metastatischen Herdes und Nephrektomie mit Hoffnung auf Dauerheilung ins Auge fassen kann.

Klinischer Beitrag zur Operation der Frakturen der unteren Humerusepiphyse bei Kindern. Bericht über 7 Fälle mit Röntgenbildern, in denen die Indikation zur Operation durch die Möglichkeit der Reposition der Stümpfe gegeben war (5 suprakondyläre Brücke, 1 Y Fraktur, 1 Bruch in der Epiphysenlinie). Die häufigste Verlagerung ist die des oberen Fragments nach vorn, des untern nach hinten. Für diese Hyperextensionsfrakturen empfiehlt Verf. als das einfachste Verfahren: Incision im untern Drittel des Oberarms längs des Septum intermusculare internum bis zur Epitrochlea, Verlagerung der verschiedenen Nerven mit den Begleitsgefäßen nach innen hinten bzw. nach außen. Befreiung des oberen Stumpfes, Luxierung desselben vor die Operationswunde, Resektion von 3 mm bis höchstens 1 cm der Diaphyse, ebenso Fortnahme der Knochenspitzen am Epiphysenstumpf, Aushöhlen einer kleinen Grube vor und hinten am Diaphysenstumpf für das freie Spiel des Olecranon und des proc. coronoideus. Reposition der Fragmente, Nähte, 15 tägige Immobilisierung. Das funktionelle Resultat ergab nach Heilung p. p. i. eine Möglichkeit der Extension von 170—180°, der Flexion von 90—70°.

33., Nr. 7, 1. Juli 1926.

Zystische Nierendegeneration. Majeron
* Kreatiningehalt im Blute bei Nephritis. Menasci.
* Ausscheidung von ClNa und N bei Gesunden und Nierenkranken. Rapinesi.
Ueber Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff. Arezzi.

Kreatiningehalt im Blute bei Nephritis. Das Studium des Kreatiningehalts im Blute nach der Mayerschen Modifikation der Follinschen Methode an 22 Nierenkranken beweist, daß für das Kreatinin das Gleiche gilt, wie für Harnstoff und Harnsäure. Mit der alleinigen Untersuchung einer dieser Substanzen läßt sich die Nierenfunktion nicht abschätzen. Bei Nephritikern mit N.-Retention und urämischen Symptomen ist der Kreatiningehalt im Blute stets sehr stark vermehr (über 50 mg per Liter Blutserum gegen normale 10 bis 20 mg), und unter diesen Umständen ist der hohe Kreatiningehalt von ernster Prognose. In den übrigen Fällen bei geringeren, aber immerhin gegen die Norm erhöhten Kreatininwerten kann man daraus allein keine prognostische Schlüsse ziehen. Immerhin spricht es für eine schwere und ausgedehnte Nierenerkrankung, wenn sich der ursprüngliche anormale Retentionswert bei wiederholten quantitativen Untersuchungen unverändert und konstant erhält.

Ausscheidung von Chlornatrium und von Stickstoff bei Gesunden und Nierenkranken. Durch Hinzufügen von 10 bis 20 g NaCl zu einer bekannten und konstanten Diät konnte Verf. an sich selbst als einem gesunden Menschen und an 3 Kranken mit verschiedenen Nierenleiden Folgendes feststellen. Beim Gesunden wird der Salzüberschuß zum größten Teil am ersten Tage, der Rest am folgenden und ohne Vermehrung der Diurese ausgeschieden, falls die Flüssigkeitsaufnahme unverändert bleibt. Bei Aufnahme größerer Flüssigkeitsmengen wird der ganze Salzüberschuß am ersten Tage ausgeschieden. Die N-Ausscheidung nimmt unter der Kochsalzwirkung zu und besonders bei gleichzeitig vermehrter Wasseraufnahme, jedoch bestehen zwischen den Mengen des im Harn ausgeschiedenen NaCl und N keine Beziehungen. Die größten N.-Werte des Harns fallen mit denen der Polyurie zusammen. Bei Nierenkranken erfolgt die NaCl-Ausscheidung mit Verspätung, die aber großen Schwankungen unterliegt. Die durchschnittliche, tägliche N.-Ausscheidung nimmt zu, und die Zunahme ist meistens einige Tage nach der Darreichung des NaCl beträchtlich. Wie beim Gesunden, fallen auch hier die größten N.-Werte mit denen der Polyurie zusammen. Rontal.

Rivista Ospedaliera.

14., Nr. 4, April 1926.

* Das gastrische Krankheitsbild der Cholelithiasis. F. Ricci.

Das gastrische Krankheitsbild der Cholelithiasis. Verfasser gibt eine sehr exakte Uebersicht über Pathogenese und Symptomatologie (subjektiv und objektiv) der „gastralgischen“ bzw. „dyspeptischen“ Form der Cholelithiasis unter Einbeziehung der chemischen und röntgenologischen Untersuchungsmethoden. Er grenzt sie differentialdiagnostisch gegen die Krankheiten der Nachbarorgane ab und widmet der Therapie (interner sowie chirurgischer) einen kurzen Abschnitt.

14., Nr. 5, Mai 1926.

* Haemorrhagien bei Nephritiden. P. Pozzilli.

Hämorrhagien bei Nephritiden. Nephritiden können zu Hämorrhagien verschiedner Lokalisation Anlaß geben; einige haben nur geringe symptomatische Bedeutung, wie Nasenbluten und Hämaturie. Andere führen zu ernsten Komplikationen, sowohl was Multiplizität, Lokalisation als Menge anlangt.

Hämaturien sind im allgemeinen benigner Natur ,die Menge des ausgeschiedenen Bluts steht in keinem direkten Verhältnis zur Schwere der Erkrankung.

Die Hämaturien der chronischen Neplaitioen können sich zuweilen über lange Zeit erstrecken, ohne Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Menge, bzw. häufige Wiederholung lassen dann an eine chirurgische Behandlung, eine Dekapsulation denken. Ernst zu beurteilen ist ein Symptomenkomplex, der das Bild der Purpura haemorrhagica ergibt.

Leider ist es bisher noch nicht gelungen, nachzuweisen, ob der hämophile Zustand, den man bei Nephritikern findet, auf eine renale oder auf eine sekundäre Leberschädigung zu beziehen ist.

Im Zusammenhang hiermit soll noch erwähnt werden, daß es kontraindiziert ist, bei Urämikern Schröpfungen vorzunehmen. Es ist gefährlich, das Blut dieser Kranken einer, wenn auch lokalen und vorübergehenden, gerinnungshemmenden Wirkung auszusetzen. Held.

Paris médical.

Nr. 28, 10. Juli 1926.

✦ Emetin und arterieller Druck bei Lungentuberkulose. Mattei und Donati.
✦ Sonnenlicht und Lungentuberkulose. Meyer.
✦ Heilung des Röntgenepithelioms. Debedat.
✦ Osteomyelitis des Oberkiefers beim Kinde. Cadenat und Cola.
✦ Behandlung der äußeren Tuberkulosen durch colloidalen Bazillenextrakt. Grimbert.
Zirkulation der Lymphe nach Ausräumung der Achselhöhle. Foncin und Adrot.

Arterieller Druck bei Lungentuberkulose. 0,8 pro die subcutan senkt in 75 % der Fälle bei normalem Druck das Maximum in geringem Grade. Läßt das Minimum unverändert. Dauer der Injektionen vier bis sechs Tage. Bei erhöhtem Druck fällt von Anfang an das Maximum für vier bis acht Tage nach der letzten Injektion wegen der Kumulierung. Das Chlorhydrat des Emetins ist ein Herzgift, verursacht eine aurikuloventrikuläre Dissoziation; durch seine Wirkung auf das Myocard verändert es die Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit des Herzmuskels. Wenn man beim Menschen die Maximaldosis von 0,8 im Monat überschreitet, so sieht man sehr häufig schwere Herzzufälle; es tritt eine erhebliche Herzschwäche auf, der Puls ist nicht mehr zu zählen und in zwei bis drei Tagen kommt es zum Exitus. Diese Wirkung der toxischen Dosen erklärt die therapeutische Wirkung. Nun wird aber dieser Einfluß auf das Myocard noch durch die Niereninsuffizienz, die man häufig bei Hypertension findet, verstärkt, weil die schlechte Elimination die Kumulation noch erhöht. Die Senkung im großen Kreislauf durch Emetin gibt uns keine Auskunft über die Zustände im kleinen Kreislauf, von denen die Lungenblutungen abhängen.

Sonnenlicht und Tuberkulose. Bei der Anwendung des Sonnenlichts sind zwei Punkte zu berücksichtigen: 1. die ultravioletten Strahlen, die, unzweckmäßig angewandt, üble Herdreaktionen hervorrufen können und 2. die Wärmestrahlen, die, abgesehen von der Schweißbildung- und leichten Erkältungsgefahr, eine gefährliche Wärmeanhäufung im Körper hervorrufen können, die zu Kongestionen führt; der verdunstende Schweiß bildet um den Körper einen Isolierungsmantel, der die Wärme nicht zur Abgabe kommen läßt; dadurch Herzklopfen, Kopfschmerzen, Lungenkongestion. Meyer hat deshalb ein Sonnenbett konstruiert aus lichtdurchlässigen Wänden mit Klappen am Kopfende für frischen Luftzutritt und Luftzirkulation, mit einem Vorhang an der inneren Oberfläche nach Art der Photographenateliers, der den Kopf usw. schützt, im Querschnitt ein Trapez mit dem schmäleren Ende unten. Die Konstruktion ist ebenso für Luft- wie für Sonnenbäder geeignet. Durch die Konstruktion fallen die oben genannten Gefahren weg. Gegen die Fliegen helfen Drahtnetze dabei. Dosierung in Minuten:

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14. Tag
Füße	10	10	10	15	15	15	15	15	15	15	15	15	20	30
Unterschenkel		5	5	15	15	15	15	15	15	15	15	15	20	30
Oberschenkel und Vorderarme			5	5	5	10	10	10	10	10	10	15	20	30
Unterbauch u. Nieren				5	5	5	5	10	10	10	10	15	20	20
Rücken, Arme					5	5	5	5	5	10	10	10	20	20
Brust, Arme							5	5	5	5	10	10	10	20
Schultern, Hals, Kopf									5	5	5	10	10	10
Im Ganzen	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	60	60	60

Diese Dosen könen zwei- bis fünfmal am Tage außer in den Mittagsstunden verabreicht werden.

Heilung des Röntgenepithelioms. Debedat hat seit 25 Jahren epitheliomähnliche Veränderungen, die seit etwa einem Jahr übelriechendes, jauchiges Sekret produzieren und ganz das Bild eines ulcerierenden Krebses boten, zunächst ein leicht vorspringender Tumor am rechten Mittelfinger und linken Zeigefinger mit zunehmenden Nervenschmerzen im Plexus brachialis, keine Lymphangitis, später granulierend, bei der geringsten Berührung blutend. Chirurgen rieten ihm zur Amputation. Bordier riet ihm zur Diathermokoagulation nach vorheriger Kokainisierung, die wenige Minuten in Anspruch nahm. Dann einige Tage Verbände mit Kalköllinement, später Waschungen und Bäder mit isotonischen und antiseptischen Flüssigkeiten, O- und Salzwasser. Jede nicht isotonische Flüssigkeit wird nicht ertragen. Nach wenigen Tagen völlige Heilung. Debedat warnt energisch vor Biopsie wegen Uebertragung des malignen Elements in die Zirkulation.

Osteomyelitis des Oberkiefers beim Kinde. Uebersicht über 14 Fälle. Es handelt sich nicht um die Osteomyelitis des Säuglings und die der Dentition. Nach sechs Jahren ist die Affektion selten und meist durch die akute Sinusitis maxillaris ersetzt. Beginn: in voller Gesundheit plötzlich Schüttelfrost und Fieber, Schmerzen in der Nasolabialgegend, tief, Schwellung des Zahnfleisches; die Wange, die laterale Seite der Nase wird rapid von Oedem befallen, das sich auch über den Gaumen bis zur Raphe erstreckt. Merkwürdigerweise wird dabei die nasale Seite der Maxilla respektiert, im Unterschied zur Sinusitis maxillaris. Nur ausnahmsweise bilateral. Der Allgemeinzustand ist relativ wenig beeinträchtigt. Die Milchzähne sind im allgemeinen intakt, der Zahnfleischhals entzündet, gerötet; in der Umgebung ist Eiter. Mit der Eiterung können Follikel der zweiten Dentition wie Sequester abgestoßen werden. Sie tritt am zweiten oder dritten Tage auf, am Zahnhals, die Schleimhaut und das äußere Periost des Oberkiefers abhebend. Oft tritt in der Nähe der Orbita eine Hautfistel auf. Aus ihr kommen kleine Sequester, und es ist zu befürchten, daß bei großem Verlust von Keimen der zweiten Dentition sekundäre Atrophie des Kiefers die Folge sein wird. Es handelt sich um eine Affektion des Periodonts, die sich wohl in erster Linie auf dem Lymphwege rasch auf den Knochen ausbreitet, auf die dann der Organismus prompt, wie dies dem kindlichen Alter eigen, mit einer Reaktion des Allgemeinzustandes antwortet; da es nie zu Pyämie oder sekundären Lokalisation kommt, scheint die Virulenz nicht groß zu sein. Beim Kinde verläuft die Infektion rapider als beim Erwachsenen.

Behandlung der äußeren Tuberkulosen durch kolloidalen Bazillenextrakt hat sich in neun Fällen von tuberkulösen Hoden-Nebenhodenentzündungen, Adenopathien insofern als sehr wirksam erwiesen, als die Schmerzen sich rasch besserten, der Allgemeinzustand sich hob, die erweichten Partien sich schnell eliminierten, eine sklerosierende und resolutive Wirkung, letztere bei den periganglionären Reaktionen festzustellen war.

Nr. 29, 17. Juli 1926.

Kinder-Chirurgie und Orthopädie 1926. Mouchet und Roederer.
✦ Essentieller Hohlfuß. Brechot.
Folgen der Reduktion der kongenitalen Hüftgelenksluxation am Knochen. Curtillet und Tillier.
✦ Die epigastrischen Hernien beim Kinde. Martin.
✦ Talalgie. Roederer.

Essentieller Hohlfuß. Zu Grunde liegt ein muskulärer Hypertonus; die tendoaponeurotischen und ligamentösen Retraktionen sind nur sekundärer Befund. Dieser Hypertonus kommt von einer kongenitalen Verdickung der dura mater; es braucht also keine spina bifida occulta vorzuliegen. Es kommt dadurch zu einer Reizung der Nerven der Cauda. Und zwar durch Druck. So ist der Hohlfuß nur eine Uebertreibung der normalen Disposition des Gewölbes, die das Gehen hervorruft und durch diesen physiologischen Prozeß selbst vermehrt.

Die epigastrischen Hernien beim Kinde. Sie kommen häufiger vor, als man glaubt. Schematische Konstitution: Präperitoneales Lipom oder Lipom plus peritonealer Divertikel. Ursache: abnormes Auseinanderweichen der recti. Sie kann schon bei der Geburt vorliegen, kann auch erst vom fünften bis siebenten Jahr auftreten und ist häufiger in der zweiten Kindheit, weil hier mehr heftige Bewegungen vorkommen. Man unterscheidet die isolierte epigastrische Hernie, selten von Geburt an, oft gegen das zweite Jahr, meist zwischen dem 9. und 13. auftretend, ohne wesentliche Schmerzen oder Schmerzen nach der Mahlzeit, ziehend mit einem Gefühle der Schwere und Nausea. In den meisten Fällen ist die Hernie indolent. Meist wird sie nur durch Zufall gelegentlich anderer Leiden erkannt. Man findet im Stehen und im Profil eine kleine bis kirschgroße Masse außerhalb der Medianlinie, nicht immer reduktibel; man fühlt die Pforte bes., wenn man das Kind vom Liegen in sitzende Stellung gehen läßt. Beweglich und nur wenig schmerzhaft bei der Palpation. Allerdings gibt es auch eine schmerzhafte Form. Manchmal findet man nebenher auch inguinale und umbilikale Hernien. Bei rachitischen Kindern mit großem Bauch findet man sehr häufig gastrische Störungen. Symptome einer chronischen Appendicitis. Langsame Entwicklung, keine Einklemmungserscheinungen; bei Hustenanfällen, bei Keuchhusten kann man bei gutem Appetit Erbrechen, Koliken mit Abmagerung feststellen, was nach Behandlung verschwindet. Diagnose nicht schwer, wenn man daran denkt. Die Veränderung geht nicht, wie die Umbilikalhernie, zurück. Man sieht später oft Jünglinge und Erwachsene, die über gastrische Störungen klagen, die lediglich durch diese Hernien bedingt sind.

Talalgie. Früher nahm man als Ursache eine chronisch entzündliche Veränderung des Zellgewebes bei stehenden Berufen (Krankheit der Polizeidiener) oder eine Entzündung der Bursa subcalcanea an. Später unter dem Einfluß des Röntgenverfahrens sah man Exostosen. Aber sie rufen nicht die Talalgie hervor, sondern sie sind die Talalgie, nämlich eine Periostentzündung, die die Exostose hervorruft. Die natürlichen zufälligen Exostosen zeigen dieselbe Konsistenz, wie die übrigen Teile des Calcaneus, scharfe Ränder, Struktur des erwachsenen Knochengewebes. Die entzündlichen Exostosen sind heller, weniger dicht, von geringerer Calzifikation mit weniger scharfen Konturen.

Nr. 30, vom 24. Juli 1926.

⁕ Subkutane, massive, fibröse, fistulöse Tuberkulose und subkutanes, fibröses Sarkoid. Gougerot.
⁕ Behandlung der schmerzhaften Zustände im Bauch durch Diathermie. Fraikin.
Subtotale Gastrektomie. Butler - d'Hormond.
Chronische Metritis mit intestinaler Bakterienflora. Schil.

Subkutane, massive, fibröse, fistulöse Tuberkulose und subkutanes, fibröses Sarkoid. Das fibröse hypertrophische Tuberkulom infiltriert einen Teil eines Gliedes, meist des Oberschenkels en masse, ein harter Block mit diffusen oder scharfen Grenzen, an gewissen Stellen abszedierend und fistelnd, von jahrelanger Dauer, mit gelegentlichen Schüben in Form des harten, schmerzhaften Oedems, entsprechend der Bildung eines Abszesses ähnlich der Sklerodermie, den lignösen Phlegmonen und gewissen Aktinomykosen, analog gewissen massiven visceralen Tuberkulomen, wie dem hypertrophischen Coecaltuberkulum Dieulafoys. Dem gleich das subkutane Sarkoid völlig, auch in seiner Struktur; nur bildet sich hier kein Abszeß, keine Fistel, keine Erweichung. Beide Formen sind insofern verschieden; aber sie gehören zu den Tuberkulosen mit abnehmender Virulenz. Die Sarkoide haben verschiedene Form, die multiple benigne mit kleinen und großen Knötchen, infiltriert, diffus, in der Form des indurierten Erythems, sklerodermiform, massiv. Alle diese letzteren Formen sind tuberkulös, selbst die Sarkoidformen durch Fremdkörper. Diese Sarkoide sind unter oder in der Haut liegende Knoten, hart, gutartig ohne Erweichung, chronisch indolent, ohne Metastasen, den Allgemeinzustand wenig affizierend. Davon gibt es Uebergangsformen zwischen diesen beiden. Meist sind beide tuberkulös und eine antituberkulöse Therapie verspricht den besten Erfolg. Ob Mykosen und Syphilis mit eine Rolle spielen, ist nicht geklärt.

Behandlung der schmerzhaften Zustände im Bauch durch Diathermie. Diese Zustände umfassen die Colitiden, besonders die spasmodischen, die Perikolitiden und Periappendicitiden mit Adhärenzen, die entzündlichen Zustände unter der Leber am Duodenum, der Gallenblase mit ihren Verwachsungen. Auch die entzündlichen Zustände in der Umgebung des Uterus und der Adnexe. Technik: nicht über 2½ Ampères; der Patient darf keinen Schmerz, kein Brennen oder Prickeln spüren, sondern eine zunehmende angenehme Wärme, soll absolut ruhig liegen und jede Veränderung sofort melden. Allmähliches Ansteigen des Rheostaten; anfangs tägliche Sitzungen. 20—30 Minuten, im ganzen 20; nach 6—10 jeden zweiten Tag. Dann zwei Monate Ruhe. In allen Fällen rasche Linderung der Schmerzen, Gewichtszunahme, besonders auch bei Neuropathen, bei Vagotonie und Sympathikotonie. Wirkung durch die Veränderung des trophischen Nervensystems infolge der Zirkulationsveränderungen.

v. Schnizer.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

14., 1.

⁕ Chirurgische Schmerzbehebung bei tiefem Karzinom des Gesichtes und des Halses. Temple Fay.
⁕ Teratoider Tumor des Hodens mit Spätmetastasen im Mediastinum. A. Pohle.
⁕ Behandlung von Lungen- und Mediastinalneoplasmen mit Röntgentiefenbestrahlungen. Samuel Stern.
⁕ Röntgentherapie und Diathermie bei Blastomycose. Arthur U. Desjardins.
⁕ Zwerchfellläsionen. Edward L. Jenkinson.
⁕ Vereinzeltes penetrierendes Ulcus an der großen Kurvatur des Magens. Edward S. Blaine.
⁕ Negative Röntgendiagnose auf Magenkrebs. James W. Hunter.
⁕ Fraktur des Os Calcanei. Arche C. Hall.
Zentrales Chondrom des mittleren Drittels des Humerusschaftes. Charles M. Richards, James B. Bullitt und Doxey R. Wilson.
Fall von ausgedehnten generalisierten Knochenmetastasen nach primärem Brustkrebs. A. J. Bendick und A. W. Jacobs.
⁕ Geburtshilfliche Röntgenologie: Anencephalie. Howard P. Doub.

Chirurgische Schmerzbehebung bei tiefem Karzinom des Gesichtes und des Halses. Unterbrechung der hinteren Wurzel des 5. Nerven hat sich bei tiefem Gesichtskarzinom wertvoll erwiesen, indem dadurch zugleich eine Anästhesie erzeugt wird, welche eine ausgedehnte Behandlung erlaubt. Ligatur der hinteren Wurzeln der Zervikalnerven war erfolgreich, wenn der Zervikalplexus und die Zervikalwurzeln umwachsen wurden. Entfernung des Ganglion petrosum des 9. Nerven ist möglich, wenn der Tumor in die Nervenverzweigungen eintritt und so Schmerzen verursacht. Sind die Gefäße oder die sympathischen Ganglien befallen, so ist Sympathektomie möglich.

Teratoider Tumor des Hodens mit Spätmetastasen im Mediastinum. Teratoider Tumor (embryonales Karzinom) des Hodens chirurgisch und röntgenologisch behandelt, mit Lokalrezidiv nach einem Monat und Metastasen im Mediastinum nach 2 Jahren. Die Sekundärgeschwulst sprach gut auf Röntgentherapie an, der Patient war nach 10 Monaten noch wohl.

Behandlung von Lungen- und Mediastinalneoplasmen mit Röntgentiefenbestrahlungen. Auf diesem Gebiet haben die Röntgenstrahlen keine Konkurrenz. So gering auch die Hoffnung im einzelnen Falle sein mag, sollte man einen Versuch mit Bestrahlung machen. Es ist oft schwierig, die wahre Natur des Neoplasmas zu erkennen, und man ist dann genötigt, eine ungefähr genaue Diagnose zu stellen. Karzinome erfordern Volldosen, Sarkome ungefähr 80%, Lymphosarkome und Hodgins Erkrankung erfordern viel geringere und unterteilte Dosen. Thyome werden wahrscheinlich am besten mit einer halben Dosis behandelt.

Röntgentherapie und Diathermie bei Blastomycose. Röntgentherapie ist die Methode der Wahl. Bei 60 KV. werden ¼ oder 1 HED wöchentlich einmal bzw. alle 3 Wochen gegeben, was in der Heilwirkung dasselbe ist, wenn die Strahlen ungefiltert einwirken. Filterung ist nur bei größerer Dicke der Stellen nötig, wie sie sich gewöhnlich an Händen und Füßen finden. In solchen Fällen ist Kombination mit chirurgischer Diathermie empfehlenswert. Schwierig ist dabei die Anästhesie, die öfter durch Infiltration der Umgebung bzw. bei Extremitäten durch Blockierung erzielt werden kann.

Zwerchfell-Läsionen. Um Zwerchfellhernien zu erkennen, muß der Patient in verschiedenen Richtungen untersucht werden. Alle Gastrotestinalpatienten müssen in horizontaler Lage untersucht werden, wenn nicht viele Zwerchfellhernien unerkannt bleiben sollen. Von 28 waren nur 2 in aufrechter Stellung leicht auf Zwerchfellhernie verdächtig. Der Patient darf wenigstens 10 Stunden vor der Untersuchung nichts gegessen haben.

Vereinzeltes penetrierendes Ulcus an der großen Kurvatur des Magens. Die Schleimhautfalten sind an der großen Kurvatur des Fundusteils am tiefsten infolge unvollständiger Füllung dieses besonderen Teils. Diese Unregelmäßigkeit steht in direktem Kontrast zu der Zartheit der kleinen Kurvatur und dem distalen Teil der großen Kurvatur. Die Seltenheit dieses Befundes läßt gewöhnlich das Ulcus unentdeckt. Die Nähe des Anfangsteils des Jejunums, welches sich bei der Röntgenprojektion eng an den oberen Teil der großen Kurvatur anschließt, mag mit dazu beitragen, das penetrierende Ulcus dieser besonderen Stelle zu verfehlen.

Negative Röntgendiagnose auf Magenkrebs. Es ist unsinnig in jedem Falle mittels Röntgenstrahlen eine definitive Entscheidung einer Magenaffektion herbeiführen zu wollen, wenn auch die Röntgenuntersuchung eine der logischsten bei gastrointestinalen Erkrankungen ist. In der Mehrzahl der Fälle ist eine negative Röntgendiagnose auf Magenkrebs von Wert.

Fraktur des Os calcanei. In typischen Fällen ist Verzögerung verhängnisvoll. Zu großer Konservativismus gibt schlechte Resultate. Sorgfältige Röntgenuntersuchung ist wesentlich. Die Achillessehne soll verlängert werden, der eingekeilte Teil entfernt, das Fußgewölbe wiederhergestellt und eine sorgfältig angepaßte Fußstütze getragen werden. Eigene Schuhe und Massage sind wichtige postoperative Belange.

Geburtshilfliche Röntgenologie: Anencephalie. Von 7 Anencephalen waren 4 im Mutterleib erkannt. Spina bifida wurde in einem dieser 4 Fälle erkannt. Den intrauterinen Tod des Fötus kann man röntgenologisch an dem Kleinerwerden des Kopfes erkennen, welches zustande kommt, indem die Kopfknochen sich übereinander legen. Der Hydrocephalus wird für gewöhnlich erkannt, wenn Filmaufnahmen in verschiedenen Richtungen gemacht werden. Bei Extrauteringravidität in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft vermag die Röntgenuntersuchung eine wertvolle Unterstützung des Geburtshelfers zu sein. Mehrfache Schwangerschaft ist in allen Fällen der letzten Monate röntgenologisch zu erkennen; in mehreren Fällen gelang ihr Nachweis bereits mit 4½ Monaten. Bei der Differentialdiagnose zwischen suspektem Hydramnios mit oder ohne Monstrosität und Zwillingen sind die Röntgenstrahlen gewöhnlich überraschend genau. In solchen Fällen sollen die Aufnahmen so nahe wie möglich vor der Geburt gemacht werden, so daß die Lage jedes Fötus, welcher eine Austrittsstörung bewirken könnte, zur Zeit der Geburt geändert werden kann. Beim engen Becken ist evtl. ein Vergleichsmaß zwischen diesem und dem Kopf durch die Röntgenstrahlen zu gewinnen.

14., 2.

⁕ Cholecystographie durch orale Einverleibung löslicher strahlenundurchlässiger Salze. Carl S. Oakman.
⁕ Magendivertikel, gelegentlicher Befund im Laufe einer Untersuchung. Irving Gray.

- Röntgenographischer Nachweis von adenoiden Wucherungen. C. C. Grandy.
- Gebrauch absorbierbarer Filter bei Radiumemanationstuben. Arthur C. Heublein und Douglas Quick.
- Grenzen der Radiumtherapie in der Dermatologie. Laurence R. Taussig.
- Radiumtherapie in der Dermatologie. G. Allen Robinson.
- Van den Bergh Reaktion nach Röntgentiefenbestrahlung. Gordon Cameron und Hugo Flecker.
- Röntgentiefentherapie beim Brustkrebs. William A. Evans und T. Leucutia.

Cholecystographie durch orale Einverleibung löslicher strahlenundurchlässiger Salze. Das Tetrajodphenolphthalein ist wegen der geringeren Dosierungsmöglichkeit dem Tetrabromphenolphthalein vorzuziehen. Wenn auch die orale Methode im allgemeinen empfehlenswerter wäre, so ist sie wegen der Fehlermöglichkeiten ungenauer als die intravenöse. Es empfiehlt sich, ehe die Farbstoffmethode vollendet ist, wenn immer möglich, auch ohne ihre Hilfe Filmaufnahmen der Gallenblase zu machen. Die Anwendung der Färbemethode ist wahrscheinlich kontraindiziert in Fällen von Pylorusstenose, Hyperemesis, Choleduchosverschluß und vorgeschrittener Cirrhose.

Magendivertikel, gelegentlicher Befund im Laufe einer Untersuchung. Magendivertikel können angeboren oder erworben sein und sind nur durch Röntgenuntersuchung zu diagnostifizieren. Diese Krankheit hat keine charakteristischen Symptome, gleichwohl muß man sich ihres Vorkommens erinnern. Sie kann andererseits von Symptomen begleitet sein, wofür man andere Organe für verantwortlich hält, auch kann sie lediglich ein gelegentlicher Befund sein.

Röntgenographischer Nachweis von adenoiden Wucherungen. Durch seitliche Röntgenaufnahme des Kopfes gelingt es unschwer, adenoide Wucherungen des Nasopharynx darzustellen, indem sie den normalerweise bestehenden Schatten einengen. Differentialdiagnostisch muß man immer an den retropharyngealen Abszeß denken, der sich in den Lymphdrüsen in Höhe des ersten Halswirbels entwickelt. Der akute Abszeß mit seinen charakteristischen Symptomen ist von dem chronischen, der meist tuberkulöser Natur ist und beim Kinde mehr vorkommt, zu unterscheiden. Nach abwärts und rückwärts wachsende Tumoren der Nasenhöhlen kommen von der Vorderseite, während die vergrößerte pharyngeale Tonsille ihren Ursprung von der oberen hinteren Wand nimmt. Maligne Infiltration der Tonsillen oder der Zunge zeigen röntgenologisch den ganzen oberen Pharynx erfüllt. Diese Untersuchungen nahmen ihren Ausgang von einem Kinde, welches mit binasaler Hemianopsie, Kopfweh und vereinzeltem Erbrechen zunächst den Verdacht auf Hypophysentumor bot, welches aber in der Tat an einer Vergrößerung der retropharyngealen Drüse litt.

Gebrauch absorbierbarer Filter bei Radiumemanationstuben. Die radiumemanationhaltigen Röhrchen wurden in die Mitte einer eigens hergestellten Nadel eingeführt, die zuvor vermittels einer Spritze mit 50prozentigem Wismutsubkarbonat oder Wismutsubnitrat gefüllt war, umgeben von diesem resorbierbaren Material in das maligne Gewebe eingespritzt. Die Resorption des Wismuts, welches das Gewebe vor den weichen Betastrahlen schützt und so vor Nekrose bewahrt, dauert etwa 6 Monate. Es ist möglich, daß diese vereinfachte Methode eine allgemeinere Anwendung erlangt.

Grenzen der Radiumtherapie in der Dermatologie. Es besteht kein Unterschied zwischen Radium- und Röntgenwirkung gesteigert bis zum Geschwür, wenn man die letztere auf einen kleinen Bezirk beschränkt. Die Radiumtherapie soll niemals unbegrenzt fortgesetzt werden, sondern ersetzt und unterstützt durch andere therapeutische Maßnahmen, falls ein vernünftiges Maß von Bestrahlungen unwirksam ist. Ausgedehnte und hoffnungslose Karzinome, Sarkome und Melanose sollen nicht mit Radium behandelt werden, weil die Resultate unbefriedigend sind, und die Radiumtherapie dadurch in einen schlechten Ruf kommt.

Radiumtherapie in der Dermatologie. Bei Keloiden ist Radium wirksamer wie Röntgen. Frische, kleine, weiche, rasch wachsende Keloide jugendlicher Personen sprechen rasch und mit bestem Enderfolge an. Nach chirurgischer Entfernung großer Keloide ist Bestrahlung zur Verhinderung von Rezidiven empfehlenswert. Die Keloide werden in Felder von 1 : 3 cm aufgeteilt, welche so etwas größer als die 50 mg Standardradiumtube sind. Gefiltert wird mit 1 mm Messing und 1 mm Hartgummi. Der Radiumträger wird dann unmittelbar auf jede Stelle 1 Stunde aufgelegt. Kleine Keloide sprechen gut auf die Implantation von 10 mg Platinradiumnadeln an, welche 1 cm von einander entfernt während 2 Stunden liegen bleiben. Die Radiumapplikationen werden alle 4 bis 6 Wochen wiederholt, bis eine zarte bandförmige Narbe erzielt ist. Angiome werden ähnlich bestrahlt; der Radiumträger wird ½ Stunde auf den Bezirk gelegt, wenn der Durchmesser 2 cm beträgt. Die Behandlung mit Radiumnadeln ist dieselbe. Bei kavernösen Angiomen von mehr als 2 cm Durchmesser werden 100 mg Radium in 1 cm Entfernung für einen Wirkungsbereich von 5 cm im Quadrat während 2 Stunden appliziert. Bei sehr großer Ausdehnung wird mit einer größeren Radiummenge aus 3 bis 5 cm Entfernung bestrahlt. Bei den Portweinmalen ist eine Suberythemdosis erwünscht, herbeigeführt durch Radiumnadeln oder ungefiltertes Radium. Pigmentmäler reagieren besser auf Endothermie als auf Radium. Beim Melanom sollten sicherere Methoden als das Messer allein angewandt werden, wie intensive Bestrahlung oder Endothermie. Bei Warzen wird in jede einzelne eine 10 mg Radiumnadel gestochen und 1 Stunde darin belassen. Epidermoidkarzinome der Haut sind meist vom Basalzellentyp. 10 mg Radiumnadeln werden 0,5 cm von einander entfernt für 2 Stunden in die Basis des Karzinoms eingelegt. 6 bis 8 Wochen später wird die 50 mg Radiumtube, gefiltert mit 1 mm Messing und 1 mm Hartgummi für eine Stunde aufgelegt. Bei Mitbeteiligung des Ohr- oder Nasenknorpels ist wahrscheinlich Endothermie die beste Behandlung. Die Pflasterzellenvarietät des Hautkrebses ist widerstandsfähiger gegen Radium und bedarf größerer Dosen. Das Lippenepitheliom wird von Platinradiumnadeln umgeben. Während der Papillärtyp des Lippenkarzinoms die Lymphdrüsen des Nackens relativ spät befällt, neigt die ulceröse Form zu Frühmetastasen in den Lymphknoten. Lupus erythematodes wird stark durch Radiumbehandlung gebessert. Eine Volldosis, alle 6 oder 8 Wochen wird mit Radiumnadeln oder mit ungefiltertem Träger gegeben, bis das Maximum der Besserung erreicht ist. Da Rezidive an den Rändern der Krankheit leicht auftreten, muß der Radiumhalter die Grenze der gesunden Haut mitbestrahlen. Mit der Besserung des Primärherdes gehen auch die häufig vorhandenen Lymphknoten zurück. Beim Lupus vulgaris ist Radium von geringem Wert.

Van-den-Bergh-Reaktion nach Röntgentiefenbestrahlung. Die Anwendung der Diazoreaktion bei der Untersuchung des Serumbilirubins durch Hijmans van den Bergh hat ein beträchtliches Feld zur Untersuchung über die Ursachen der Gelbsucht eröffnet. Nebenbei entstand so eine neue Funktionsprüfung der Leber, auf der Kraft der Leber beruhend, Blutpigment in verschiedene Typen von Bilirubin zu verwandeln und diese in die Galle auszuscheiden. Vermöge der außerordentlichen Empfindlichkeit des Diazoreagens gegen Bilirubin (1:1500000 alkoholischer Lösung ergibt eine positive Reaktion) ist es möglich, kleinste Aenderungen im Gehalt dieser Substanz des Serums mit hohem Grade von Genauigkeit zu entdecken. Dazu wurden gewisse qualitative Differenzen entdeckt, die von dem vorherrschenden Typ des Bilirubins abhängen. Es ist zu hoffen, daß die Van-den-Bergh-Reaktion bei der Entdeckung der Fälle, welche sich Intensivbestrahlungen gegenüber refraktär verhalten, von Wert sein wird. Bei zwei Patienten zeigte der Titer nach Intensivbestrahlung starkes Ansteigen.

Röntgentiefentherapie beim Brustkrebs. Das Endresultat beim Mammakarzinom hängt von der Art der Ausbreitung der Krankheit ab: Embolische Invasion der Lymphgefäße und -Drüsen, fortschreitende Ausdehnung im Weg langsamer Durchsetzung der Lymphplexus rings um den Primärherd, Embolie der Blutbahn. Es werden dementsprechend fünf Gruppen unterschieden, Gruppe I und II operabel, III, IV, V inoperabel. Alle operablen Karzinome werden operiert und 10 bis 12 Tage nach der Operation bestrahlt. Die Seite der Primärerkrankung, die zugehörigen Drüsen sowie die mikroskopische krebsig befallene Zone werden mit 90—100% HED bestrahlt. Zur Erzielung einer homogenen Strahlung werden Felder von 20 : 20—26 cm gewählt. Der F—H—A beträgt 70—100 cm. Bei vorgeschrittenem Medullarkrebs wird die Behandlung auf das Epigastrium und die Abdominalorgane ausgedehnt, wobei in der Regel 110% der HED verabfolgt werden. Die Strahlenbehandlung wird nicht wiederholt, es sei denn, daß die Wahrscheinlichkeit besteht, daß das Karzinom nicht vollständig bei der Operation entfernt wurde, wie z. B. bei sehr ausgedehnter axillärer Beteiligung oder Ausdehnung des Karzinoms in die Supraclaviculardrüsen usw. In diesen Fällen werden die karzinomverdächtigen Stellen zwei Monate später nochmals bestrahlt, weitere drei Monate danach wird die dritte Serie verabfolgt. Die Frage, ob prä- oder postoperative Bestrahlung vorzuziehen sei, ist noch nicht geklärt. Alle inoperablen Karzinome sollen bestrahlt werden. Gelegentlich kommt es zu Heilungen; in allen Fällen bringt die Bestrahlung Erleichterung und Verlängerung des Lebens. Es gibt eine Krebsimmunität, und die Strahlentherapie stärkt vielleicht diesen Verteidigungsvorgang des Körpers.

14., 3.

- Klinische Untersuchung über einige gewöhnliche anatomische Abnormitäten des Kolons: II. Das tiefe Coecum. John L. Kantor.
- Röntgenbild des Empyems bei Kindern. John R. Carty und Charles Liebman.

Geheilte Miliartuberkulose der Lunge. William S. Middleton.

- Wirkungen der Radiumemanation auf Gallapfelgewebe. Michael Levine.

✦ Einfluß der Ultraviolettstrahlen auf das Angehen und das Wachstum transplantierbarer Ratten- und Mäusekarzinome. K. Sugiura und Stanley R. Benedict.
✦ Röntgenstrahlensterilität und die Hervorbringung geschlechtlicher Modifikationen. Laurence H. Synder.
✦ Röntgenbehandlung des chronischen Hustens der Kinder. Mulford K. Fisher.
Experimentelle Untersuchung über Zeichnungen im Röntgenogramm der Lungen des normalen Hundes. James W. Marquis.
Ungewöhnliche Metastase bei Hodgkins Granulom. N. H. Robin.
✦ Behandlung des Knochensarkoms mit Toxinen, Bestrahlung, Amputation oder Resektion. Joseph C. Bloodgood.

Klinische Untersuchung über einige gewöhnliche anatomische Abnormitäten des Kolon: II. Das tiefe Coecum. Das tiefe Coecum ist eine häufige, angeborene Anomalie und kommt in 18 % aller Patienten vor, und zwar öfter beim asthenischen Typ und bei Frauen. Diese Patienten stellen die „leichten Erbrecher" dar (59 %), und 48 % leiden infolge Autointoxikation an Kopfschmerz. Die genaue Natur dieser Zusammenhänge ist unklar und bisher wenig beachtet. Das tiefe Coecum kann einzig mittels Röntgenstrahlen festgestellt werden. Die häufig in solchen Fällen ausgeführte Appendektomie bringt selten Vorteile, während konservativ medizinische Behandlung Erleichterung oder Heilung in der großen Mehrzahl der Fälle bringt.

Röntgenbild des Empyems bei Kindern. Die Diagnose bietet beim Kind einige Schwierigkeiten, weil die kleinen Brustmaße nur eine geringe Ansammlung von Eiter ermöglichen, die nur ein wenig charakteristisches Röntgenergebnis hat. Nur selten sind deshalb die Rippenlinien nicht vorhanden, ebenso kann der Phrenikokostalwinkel trotz relativ großen Flüssigkeitsergusses deutlich gezeichnet sein. Der Thoraxinhalt ist beim Kinde viel verschieblicher als beim Erwachsenen; eine geringe Eiteransammlung kann genügenden Druck zu seiner Verlagerung ausüben. Die krankhaften Veränderungen greifen sehr schnell im kindlichen Thorax um sich; das ganze Bild kann sich über Nacht wandeln, weshalb man häufige Untersuchungen vornehmen soll. Das Empyem kommt häufiger bei männlichen Kindern vor. Unter einem Jahr ist die Erkrankung selten, am häufigsten ist sie zwischen drei und vier Jahren. Häufiger ist die linke Seite befallen; in einem geringen Prozentsatz können es beide sein. Die Entwicklung erfolgt dann regelmäßig nicht gleichzeitig; sie bietet eine schlechte Prognose. Die bei 78% der Kinder vorkommende Asymmetrie infolge Skoliose verrät sich durch Annäherung der Rippen gegeneinander; die so entstehende lokale Zusammendrängung des Thoraxininhaltes kann zu falscher Schattendeutung führen. Lagewechsel bewirkt Aenderung des Schattens, die glücklicherweise bei geringer Flüssigkeitsmenge größer ist, wodurch sie die schwierige Diagnose erleichtert. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Unterscheidung des Empyems von dem Stadium der Hepatisation der Lunge, welche jedoch nicht mit einer Verlagerung des Thoraxinhaltes einhergeht und häufig an die Grenze eines Lappens gebunden ist. Eine radikale Wandlung des Dichtigkeitscharakters über Nacht ist auf Anschoppung verdächtig; auch bringt Lagewechsel keine Veränderung des Schattens. In gleicher Weise ist die verdickte Pleura gegen das Empyem zu unterscheiden. Besteht hier wirklich eine Herzverlagerung, so ist sie nach der befallenen Seite zu gerichtet. Gegen Pericarderkrankung spricht meist das Fehlen von Pulsation und die Form des Schattens. Bronchektasie kann lediglich in ihren akuten Stadien, wenn sie der Pneumonie gleicht, verwirrend wirken. Beim Massivkollaps ist das Herz nach der befallenen Seite verlagert und die Dichte des Schattens ist größer.

Wirkungen der Radiumemanation auf Gallapfelgewebe. Kleine Mengen (0,1—0,6 mc.) Emanation in Glaskapillaren verursacht, in das Gallapfelgewebe gelegt, nur geringe Wirkung auf die Umgebung. Längere Exposition und größere Dosen führen zu Nekrose, die nach dem mikroskopischen Befund kaustischer Natur ist.

Einfluß der Ultraviolettstrahlen auf das Angehen und das Wachstum transplantierbarer Ratten- und Mäusekarzinome. Wegen der fraglichen Wirkung des Sonnenlichts auf die Malignität transplantierter Tumoren der Ratte wurden mit Ultraviolettlicht Versuche gemacht, die Empfindlichkeit und das Wachstum der Tumoren bei Albinoratten zu prüfen. In vitro zeigten die Experimente mit dem Flexner-Jobling Karzinom, daß seine Proliferationsfähigkeit schon nach verhältnismäßig kurzer Exposition aufgehalten wurde. Die Autoren führen diese Destruktion auf eine selektive Absorption der Karzinomzellen zurück. Die Resultate der Ultraviolettbestrahlung einer Krebsmasse in der Tiefe des tierischen Körpers äußerlich appliziert, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Entwicklung kleiner Tumoren wird durch starke Bestrahlungen aufgehalten; unzureichend bestrahlte kleine Tumoren wachsen rascher, große Tumoren werden selten günstig durch Ultraviolettbestrahlungen beeinflußt. Bestrahlungen mit Quarzlampe steigern nicht die Widerstandsfähigkeit der Ratten und Mäuse gegen die transplantierten Krebse.

Röntgenstrahlensterilität und die Hervorbringung geschlechtlicher Modifikationen. Ratten wurden zwecks Erreichung hereditärer Modifikationen mit Röntgenstrahlen bestrahlt. Es wurden lediglich männliche Ratten verwendet und versucht, die Spermazellen so wenig wie möglich zu schädigen, weshalb nur die Gegend der Hoden bestrahlt wurde. Die Ratten waren sexuell seit einem Monat aktiv. Diese Aktivität hält normalerweise ein Jahr und mehr an. Bei 65 KV, 10 MA, 40 cm F-H-A wurde verschieden lange geröntgt. Bestrahlte man ohne Filter während 40 Minuten, so trat Sterilität ein; mit Al-Filter konnte man bis zu einer Stunde bestrahlen, ohne den Jungen etwas anzumerken. Die Periode der Sterilität dauerte etwa drei Monate; danach wurden wieder Junge erzeugt, die sich in keiner Weise von den früheren unterschieden. Bestrahlte man 60 Minuten, wurden die Ratten öfter, nachdem sie einmal steril geworden waren, nicht mehr fruchtbar; bei 80 Minuten wurden sie vollständig steril. Das erste Junge nach der Sterilität wurde zur Bruder-Schwester-Paarung verwandt. Im ganzen wurden so 1024 Stück von solchen Jungen erzielt; bei keinem ist irgend etwas Pathologisches zu konstatieren. Dies stützt die Tatsache, daß die Röntgenstrahlen wachsendes Gewebe mehr angreifen als ruhendes. Die Frühstadien der Spermatogenese widerstehen den Wirkungen der Röntgenstrahlen, während die entwickelteren Stadien empfindlicher sind. Die Erzielung vererbbarer Modifikationen durch Röntgenstrahlen ist keine Tatsache. Dementsprechend gibt es keine Berichte über abnorme Kinder durch die Bestrahlung nichtgravider Frauen oder von Männern. Gleichwohl kann aber die Bestrahlung gravider Frauen zu schlecht entwickelten oder mißbildeten Kindern führen.

Röntgenbehandlung des chronischen Hustens der Kinder. Zu den röntgenologisch zu beeinflussenden, intrathorakalen Erkrankungen des Kindesalters gehört die oft fälschlicherweise diagnostizierte Thymusvergrößerung. Nur wenn die Drüse so groß ist oder eine solche Lage einnimmt, daß sie mechanisch obstruierende Symptome hervorruft, kann sie Gegenstand der Röntgenbehandlung sein. Wie aber eine nicht vergrößerte Thyreoidea krankhafte Erscheinungen hervorbringen kann, so kann eine Thymus, auch wenn sie normaler Größe ist, das Asthma thymicum herbeiführen. Der vierte Teil der Anzahl vergrößerter Thymusdrüsen entgeht dem röntgenologischen Nachweis. Wenn irgendwo beim Kinde, sind die Röntgenstrahlen bei der Thymuskrankheit indiziert, die sie in geradezu wunderbarerweise zum Guten wenden. Der Status thymolymphaticus ist praktisch immer mit Vergrößerung der Thymus verbunden. Verschiedener Pathogenese, wenn auch klinisch ähnlich in ihrer Symptomatologie, sind Mediastinitis, Peribronchialadenitis und Hilusitis. Der Husten ist rauh, quälend, ständig und häufig kommt es zu Paroxysmen, welche denen des Pertussis ähneln, jedoch ohne das Ziehen und ohne die Masse zähen Schleims. Die Paroxysmen sind oft schwer und lang anhaltend. Die paroxysmale Dyspnoe kann spastischem Husten oder sogar schwerem Asthma gleichen. Auch wenn die gewöhnlichen Ursachen längerdauernden Hustens ausgeschlossen werden, wie vergrößerte oder erkrankte Tonsillen, Lungentuberkulose oder ungelöste Pneumonie, Erkrankung des Herzens, Pleuraergüsse, Empyem und Bronchialasthma, so bleiben eine Anzahl von Kindern im Alter von zwei bis neun Jahren, die gesund und wohl genährt aussehen und gelegentlich einige Geräusche hören lassen, deren Husten bereits lange besteht und ermüdend oft während des Schlafes nicht aussetzt. Gelegentlich wird dabei etwas klarer Schleim hervorgebracht. Attacken paroxysmalen Charakters lassen sich vom Bronchialasthma durch fehlende Atemnot unterscheiden. Typische Röntgenbefunde waren nicht zu erheben, da die peribronchiale Fibrosis und einige vergrößerte Lymphdrüsen ein zu allgemeiner Befund sind. Kleine wöchentliche oder alle zehn Tage wiederholte Dosen Röntgenlichts heilten nach zwei bis fünf Sitzungen von 22 Kindern 20 vollständig.

Behandlung des Knochensarkoms mit Toxinen, Bestrahlung, Amputation oder Resektion. Im ganzen eine Ablehnung der Toxinanwendung, weder Bestrahlung noch Toxinanwendung vermochte Metastasen in der Lunge fernzuhalten. Hingegen haben eine größere Zahl von Sarkomkranken, die operiert worden waren, die Fünfjahrgrenze überschritten. Röntgen- und Radiumstrahlen sollten für jene Fälle reserviert sein, die eine operative Entfernung nicht zulassen.

14., 4.

✦ Beziehungen zwischen Urologie und Röntgenologie. Hugh H. Young.
✦ Röntgenbefunde bei ungewöhnlichen Ursachen zur Hämoptoe. D. S. Beilin.
✦ 5000 Röntgenuntersuchungen des Gastrointestinaltraktes. A. S. Merril.
✦ 1326 Röntgenuntersuchungen bei Verdacht auf Urinsteine. Henry J. Walton und Joseph H. Luscinian.
✦ Röntgentherapie bei Bronchialasthma. Maximilian A. Ramirez und Lewis Gregory Cole.
✦ Röntgenstrahlenwirkung auf die Zeugungsfähigkeit männlicher Ratten. D. R. Hooker.
✦ Maßeinheiten bei der oberflächlichen Röntgentherapie. George C. Andrews.
✦ Tetrajodphenolphthaleinnatrium. H. T. Clarke und E. E. Dreger.

Beziehungen zwischen Urologie und Röntgenologie. Es gibt nicht zwei Zweige der Medizin, welche voneinander so abhängig sind, wie die Urologie und Röntgenologie. Zystoskop und Röntgenstrahlen haben die Urologie zu einem der interessantesten, genauesten Gebiete gemacht. In dem Urologischen Institut, dem der Autor vorsteht, wird ein eigener Tisch verwendet, der sowohl bei röntgenologischen wie auch bei zystoskopischen Untersuchungen vermöge seiner Verstellbarkeit dienen kann. Auch die Potter-Buckyblende wird dabei verwendet. Ihr Nachteil, nur schwere stereoskopische Bilder damit zu erlangen, veranlaßte die Konstruktion einer Blende gleicher Wirkung mit horizontaler Lagerungsfläche. Die Untersuchungstechnik ist folgende: Der Patient sitzt an das vertikal gestellte Oberteil des Untersuchungstisches besonders innig angelehnt, weil die eigentliche Körperlast in zwei seitlichen, den Beinen entsprechenden Haltern ruht, wodurch ein besserer Ausgleich der Lendenlordose zustandekommt, wenn es sich darum handelt, vertikale Pyelogramme, welche bisweilen die äußerste Senkung der Nieren darstellen, zu erhalten, indem man zum Vergleich die horizontale Aufnahme heranzieht. Zum genaueren Studium wird der Ureterenkatheterismus ausgeführt, und nach Erlangung von Proben zu kulturellen oder mikroskopischen Zwecken wird unter Verwendung von Thoriumnitrat oder 15 proz. Natriumjodatumlösung ein Pyelogramm der verdächtigen Seite aufgenommen. Durch den Vergleich der horizontalen und vertikalen Aufnahmen treten nicht nur die Verlagerung der Niere hervor, sondern auch ihre evtl. Drehung oder die Knickung des Ureters. Manche vermeintliche Ureterstruktur findet so ihre Erklärung in einer starken Mobilität der Niere. Die Untersuchung der Blase wird meist in horizontaler Lage vorgenommen. Wünscht man einen Schatten besonders von der Prostata innerhalb des Blasenschattens zu erhalten, dann muß das Becken nach unten gekippt werden, was sich durch Verschiebung der Kniestützen nach unten erzielen läßt. In dieser Lage treten die Röntgenstrahlen mehr direkt durch die Beckenenge, und der Prostataschatten erscheint innerhalb der Grenzen des Beckens und wird nicht durch den Schambeinknochen verdeckt. Bei den Zystogrammen wird außer Thoriumnitrat 10 proz. Natriumjodid oder Luft verwendet, welch letztere von besonderem Wert bei Blasentumoren ist. Vermittels dieses kombinierten Zystoskopier- und Röntgentisches gelang es, Röntgenogramme der Samenblasen und der Ampulle der Vasa differentia nach Einführung schattengebenden Materials durch Ejakulationsgänge darzustellen. Diese Füllung ist mit einem besonderen Endoskop leicht. Urethrogramme können in horizontaler oder seitlicher Lage zum Nachweis von Irregularitäten, Strikturen, Divertikeln usw. aufgenommen werden. Solche Untersuchungen sind von Wichtigkeit besonders in Fällen von Inkontinenz und Klappenbildungen in der hinteren Harnröhre der Kinder. Bezüglich der Behandlung des Blasenkrebses gibt es kein Gebiet der Medizin, wo das gemeinsame Wirken mehr leisten könnte, wie das des Urologen und Röntgenologen. Wird der Blasenkrebs im frühzeitigen Stadium erkannt, so vermögen Hochfrequenz, Radium- und Röntgenstrahlen eine absolute Heilung in einem großen Prozentsatz zu erreichen. Durch eigenartige, zystoskopähnliche Radiumapplikatoren werden große Mengen Radium (200 mg) in innigem Kontakt mit dem Blasentumor gebracht ohne chirurgischen Eingriff. Diese Behandlung wird sehr unterstützt durch Röntgentiefenbestrahlungen, besonders wenn der Tumor in der vorderen Blasenwand sitzt. Auf Grund von 67 Fällen sagt der Autor: 1. Die beste Behandlung oberflächlicher Karzinome, seien sie lokalisiert oder ausgedehnt, besteht in der Kombination direkter Radiumapplikation auf die Oberfläche des Tumors und Röntgentiefentherapie. 2. Durch die Kombination von Radium- und Röntgenbestrahlung scheint es möglich zu sein, den Tumor mit einem Minimum von Schaden für die Blase und wenig oder keiner Reizung der Blasenschleimhaut zu zerstören. Ist die Geschwulst infiltrativ, aber gleichwohl operabel, so scheint die radikale Resektion die meisten Aussichten auf vollständige Entfernung zu bieten. 25% erwiesen sich jedoch wegen großer Ausdehnung oder wegen des Sitzes als inoperabel. Wenn das Karzinom noch nicht zu weit vorgeschritten war, so ließ sich in einem gewissen Prozentsatz noch ein ausgezeichnetes Resultat erzielen, wenn es möglich war, Radium direkt auf die Geschwulst zu applizieren und Röntgentiefenstrahlungen zu machen. Wo dies unmöglich ist, oder wo die Resultate nicht befriedigend sind, kann die suprapubische Cystotomie mit nachfolgender Spickung mit Radiumnadeln in einigen Fällen sehr wirksam sein. Neben vielen Mißerfolgen ließen sich so viele beachtenswerte Heilungen durch Radium, Röntgenstrahlen und die Fulguration bei gutartigen und bösartigen Blasengeschwülsten erzielen. Beim Prostatakrebs wurden beachtenswerte Resultate in der Wiederherstellung normaler Harnentleerung und in einigen Fällen mit Bezug auf Dauerheilung erzielt. Bei Prostata- und retrovesikalen Sarkomen ließen sich außerordentlich gute Resultate durch kombinierte Behandlung mit Röntgentiefenbehandlung und Radium erzielen. Große Tumormassen verschwanden vollkommen und die Patienten blieben für einige Jahre wohl. Bei gewissen seltenen Tumoren wurden gleichfalls gute Resultate erzielt, aber beim Karzinom blieben sie in der Tat unbefriedigend. Die Röntgentechnik war folgende: 200 000 Volt, 4 M-A, 1 mm Kupfer und 1 mm Aluminium, 50 cm Fokushautabstand, 4 Felder, von vorn und vom Rücken 20:20 cm, von beiden Seiten 10:15 cm. Die Hauteinheitsdosis wurde dann in 135 Minuten erhalten. Die Bestrahlungen wurden täglich mit 25 Minuten vorgenommen, am 5. Tage wurden 35 Minuten gegeben. An dem Herd kamen so 130% der HED zur Wirkung. Nach 4—6 Wochen wurden die Patienten kontrolliert, und selbst wenn keine Heilung zu erreichen war, wie bei Karzinomen mit Metastasen, so wurde doch bemerkenswerte Besserung und völliges Verschwinden der starken Schmerzen häufig erzielt.

Röntgenbefunde bei ungewöhnlichen Ursachen zur Hämoptoe. 495 Fälle des Massachusetts General Hospital. Phthise und Mitralinsuffizienz, die gewöhnlichsten Ursachen der Hämoptyse, werden nicht in Betracht gezogen. Die ungewöhnlichen Ursachen sind: Lungenabszeß, Neoplasma, Bronchiektasien, Fremdkörper, chronische Bronchitis mit Asthma, chronische Infektionen durch Aktinomykose, Blastomykose, Streptomykose, Pneumokiniose, Pneumonie, Syphilis, akute lymphatische Leukämie und andere unspezifische Ursachen. Eine sorgfältige Zusammenstellung der Röntgenbefunde mit dem klinischen Verlauf und den physikalischen und Laboratoriumsergebnissen sichern die Diagnose. Lungenabszesse unterscheiden sich von der Tuberkulose, deren Kavernen gewöhnlich leer sind, auch durch die tuberkulöse Involution der Lungenspitzen, das Sputum ist selten unrein, widrig. Der Verlauf und die klinische Beobachtung werden die Diagnose sichern. Die Bronchopneumonie gibt einen mehr gefleckten Schatten und ist meist beiderseits. Es besteht keine Höhlenbildung. Die Bronchiektasie ist gewöhnlich ein mehr diffuser Prozeß und die Bronchialveränderungen sind mehr ausgedehnt. Die makroskopisch-anatomischen Erscheinungen der Lungentumoren sind sehr verschieden und es gibt da keine wohldefinierten Typen. Die beschreibende Klassifizierung, der knotigen, der infiltrativen und der miliaren Karzinose sind auf die verschiedenen Stadien des Wachstums, aber nicht zur Unterscheidung von Typen anwendbar. Die Lobärpneumonie muß von der Phthise oder der ihr aufgepfropften Pneumonie unterschieden werden. Die Lobärpneumonie ist charakterisiert durch eine Zone gleichmäßiger Dichte, welche bei voller Entwicklung scharf begrenzt ist und meist einen Lappen ergreift. Der Schatten ist für gewöhnlich dreieckig mit der Basis zur Pleura und mit der Spitze zum Hilus gerichtet. Der Schattencharakter wechselt mit dem Fortschritt der Krankheit und mit Beginn der Lösung wird er fleckig. Verdickung der Bronchienschatten oder große Drüsen können noch lange Zeit nach Verschwinden des Schattens zurückbleiben. Bei der Bronchiektasie ist in ausgeprägten Fällen eine ausgedehnte Verdickung der Lunge längs den Bronchien und eine Vergrößerung der Hilusdrüsen zu finden. In den Lungenfeldern nahe den Bronchien sind einzelne oder multiple Herde größerer Dichte, welche vor und nach der Entleerung große Unterschiede im Film zeigen. In den Frühstadien kann man kleine ringförmige Schatten der dilatierten Bronchien sehen, später lassen sich oft Höhlen nachweisen. Die Pilzinfektionen der Lunge können dem röntgenologischen Bilde des Lungenabszesses ähnlich sein, so daß ihre Diagnose von der bakteriologischen und Kulturuntersuchung entschieden werden muß. Schließlich verweist der Autor noch auf die Wichtigkeit der stereoskopischen Untersuchungsmethode.

5000 Röntgenuntersuchungen des Gastrointestinaltrakts. 1. 4% falsche Diagnosen, in 1,2% konnte der röntgenologisch erhobene Befund operativ nicht bestätigt werden. 2. Von 2176 Fällen wurden nur 117 mit negativem Befund untersucht. 3. Weder ein Magengeschwür noch ein Krebs wurden bei der Operation gefunden, welche nicht schon durch die Röntgenuntersuchung entdeckt worden wären. 2 Duodenalgeschwüre waren nicht vor der Operation erkannt worden. 4. In einer gewissen Anzahl der Fälle von Gallenblasenerkrankung begnügte sich der Untersucher, lediglich den negativen Gastrointestinalbefund zu registrieren, indem er die Zeichen der Gallenblasenerkrankung übersah oder nicht wertete. Die Fehler bei Colonerkrankungen zeigen die Notwendigkeit. die Untersuchung des Colons in Zweifelsfällen vorzunehmen. 5. Bei 551 Fällen, welche röntgenologisch lediglich eine Ptose zeigten, war die klinische Diagnose auf peptisches Geschwür in 28% und die auf Krebs in 8% gestellt worden. Mutmaßlich wurden die Magensymptome durch reflektorische Ursache mit oder ohne Hyperazidität hervorgerufen. Doch bestehen Ulcera und Senkung in manchen Fällen nebeneinander. 6. Bei den Duodenalgeschwüren wurde der Röntgenbefund in 92% der Fälle bestätigt. Nur 22% der Duodenalgeschwüre kamen, soweit bekannt, mit leichteren Symptomen, wie vergleichsweise jenen des Magengeschwürs, 40% davon wurden operiert. 7. Nur etwa die Hälfte der durch Röntgenuntersuchung richtig erkannten Duodenalgeschwüre waren klinisch erkannt worden. 8. Reflexerregbarkeit oder Spasmen mögen einige der Abnormitäten, worauf die Diagnose des Duodenalgeschwürs beruht, verursachen und so der häufigste Grund des Irrtums sein. 9. Beim Magengeschwür wurden die Befunde in 93% bestätigt, die klinische Diagnose war in 56% gestellt worden. 10. Magenkrebs wurde unter 97 Fällen 95 mal erkannt, und einer der beiden Irrtümer hätte noch erkannt werden können, wenn nicht die Geschichte des Verschluckens eines Aetzmittels verschwiegen worden wäre. Die klinische Diagnose war richtig oder nahezu richtig bei 55 Fällen. 11. Pylorusverengerung wurde in allen 32 zur Operation gelangenden Fällen richtig erkannt. Selbst bei der Operation war es oft unmöglich, weitere pathologisch-diagnostische Fortschritte zu machen. 12. Appendicitis wurde mit Röntgenuntersuchung in 372 Fällen festgestellt. Aber es waren nur 35 davon nach unserer Vermutung akut. Von diesen 35 wurden durch die Operation tatsächlich 34 Fälle akut gefunden. 14 davon waren klinisch diagnostiziert worden. Es gibt keine pathognomonischen Röntgenzeichen in dieser Hinsicht und Gallenblasenerkrankungen und gynäkologische Affektionen verwirren die diagnostischen Verhältnisse. 13. In 34 operierten Gallenblasenerkrankungen von 171 als solche röntgenologisch erkannten Fällen, wurde die Diagnose 32 mal bestätigt. 14. Die Röntgendiagnose der Oesophagusverhältnisse wurde in allen Fällen operativ oder durch Oesophagoskopie bestätigt. 18 unter 70 Fällen wurden als solche klinisch nicht erkannt. 13 Kardiospasmen, 6 Divertikel wurden also solche klinisch nicht erkannt. Die übliche Diagnose war Verengerung. Striktur im Lebertunnel wurde oft für Spasmus gehalten. Andererseits wurde bei 24 Fällen von 35 klinisch als Verengerung angesehenen Fällen ein negativer Röntgenbefund erhoben. 15. Sichere Fälle von Magensyphilis kamen in dieser Serie nicht zur Untersuchung. 16. 47 von 51 als Adhäsionen angesprochene Fälle wurden bei der Operation bestätigt. 17 Dünndarmerkrankungen ohne dauernde Veränderungen des Lumens oder Verengerungen haben nur wenig oder nichts Sinnfälliges. 18. Der Dickdarm nach Reinigung, mit Kontrastmittel gefüllt, läßt Pathologisches, welches das Lumen nicht beeinflußt, übersehen.

1326 Röntgenuntersuchungen bei Verdacht auf Urinsteine. 1. Bei 1326 verdächtigen Fällen zeigten nur 16,04% positive Schatten. 2. Hypertrophische Arthritis der Wirbelsäule bewirkt Symptome ähnlich jenen der Urinsteine. 3. Das Verhältnis der positiven Befunde zwischen Männern und Frauen war 2:1. 4. Steine sind häufiger auf der rechten Seite. 5. Pyelogramme, welche eine Hydronephrose oder einen Hydroureter erkennen lassen, sind bei weitem am häufigsten rechts. 6. Gallensteinanfälle können eine Nierensteinkolik nachahmen. 7. Die Größe der meisten Steine ist gering, kleiner als 1 cm im Durchmesser.

Röntgentherapie bei Bronchialasthma. 35 Fälle, welche auf die übliche Form der Behandlung nicht ansprachen, wurden mit Röntgenstrahlen folgendermaßen behandelt: 200 000 Volt, 6—8 Milliamp., Fokushautabstand 50 cm, 0,75 mm Kupferfilter. Der Thorax wurde von verschiedenen Seiten mit verschiedener Anzahl von Feldern 10, 20, 25 Minuten bestrahlt. Bei 25 von 35 Fällen waren die Resultate vollständig negativ, 5 Fälle waren vorübergehend, 5 während sechs Monaten oder länger gebessert, so daß sie als geheilt angesehen wurden.

Röntgenstrahlenwirkung auf die Zeugungsfähigkeit männlicher Ratten. Männliche Ratten wurden verschiedenartiger Röntgenbestrahlung ausgesetzt und die Wirkung auf die Beweglichkeit des Spermas und weiter die Fruchtbarkeit beobachtet. Es konnten auch nicht annähernd gleichbleibende Resultate erzielt werden, woraus auf eine individuell extrem verschiedene, bisher noch nicht bei Versuchen dieser Art beobachtete Widerstandskraft zu schließen ist.

Maßeinheiten bei der oberflächlichen Röntgentherapie. Beachtet man die Schwäche der Formel mit Bezug auf die Spannung im Verhältnis zur Funkenstrecke, so läßt sich mit einer Spannung von 15 cm Funkenstrecke bei 3 Milliamp., 20 cm Abstand in 2 Minuten, oder bei 15 cm Funkenstrecke, 2 Milliamp., 20 cm Abstand in drei Minuten im individuellen Durchschnitt ein leichtes Erythem an den empfindlichen Stellen oder, auf dem Kopfe Epilation ohne Erythem erzielen.

Tetrajodphenolphthaleinnatrium. Physikalische und chemische Charakteristik dieses Salzes, welches in der Darstellung der Gallenblase eine so große Rolle spielt. Kottmaier.

The Journal of Biological Chemistry.

69., Nr. 1, Juli 1926.

Schätzung der Glukose bei Anwesenheit von Phosphatpuffern. M. B. Fisscher.
Höchster pH-Gehalt für die Glycogenasewirkung und dessen Einfluß auf die Regulierung des Glucoseniveaus im Körper. M. B. Fisscher.
Blutzucker. Bock, Schneider und Gilbert.
Wirkung des Lichtes auf die Kreatinin- und Kreatinausscheidung und den Grundstoffwechsel. Eichelberger.
Rolle der verschiedenen Gemüse- und Fruchtöle bei der Fruchtbarkeit und Laktation. Sure.
Sterilitätstypen, verursacht durch eine fruchtbarkeitsarme Diät mit abgerahmter Milch. Sure.
Laktationsfördernder Faktor in unverseifbaren Beständen des Weizenöls. Sure.
Vergleich der elektrometrischen und colorimetrischen Methode zur Bestimmung des pH im Mageninhalt. Kahn und Stokes.
Proteine der Weizenkleie. Murphy und Breese.
Chemische Zusammensetzung des Rinderblutes. Huffman und Robinson.
Elektrodialyse des menschlichen Blutserums. Bernhard und Beaver.
Phosphorstoffwechsel. Howard und Wilson.
Ketose während der Schwangerschaft. Harding und Drew.
Strophanthin. Jacobs und Hoffmann.
Pentamethylglucose und Dimethylessigsäure. Levene und Meyer.
Cholesterol- und Phospholipoidgehalt des menschlichen Hautepithels. Eckstein und Wile.
Neue Benedictmethode zur Bestimmung des Blutzuckers. Rockwood.
Methode zur Bestimmung der Hippursäure und Synthese der Hippursäure bei Kaninchen. Griffith.
Die optische Aktivität des Cysteins. Andrews.
Einfluß der Ernährungsart auf die Zusammensetzung des Körperfetts bei Schweinen. Ellis und Isbell.
Einfluß des Nahrungsfettes auf das Körperfett. Ellis und Isbell.
Einfluß des Amytals auf den Stoffwechsel des Hundes. Deuel.
Oxydation der methylierten Glukosen. Sobotka.

Buchbesprechungen.

E. Fankhauser: **Die Affektivität als Faktor des seelischen Geschehens.** Verl. Paul Haupt, Bern. 1916. 118 S. Preis geh. 4,80 Fr. In psychologischer Betrachtungsweise, zum großen Teil auf Wundt basierend, macht es sich der Verf. zur Aufgabe, die Rolle des Affekts im Seelenleben klarzulegen und hervorzuheben und in jeder psychischen Aeußerungsform den affektiven Komponenten nachzuspüren. Die Darstellungsweise ist recht klar und übersichtlich, glücklich ergänzt durch sinnfällige Beispiele und auch durch Versuche graphischer Darstellung. Die Affektivität ist für den Verf. das eigentliche Agens des psychischen Geschehens. „Sie ist das im Menschen, was ‚das Maß aller Dinge‘ ausmacht.“ Da F. praktisch tätiger Psychiater ist, macht er an der Grenze zur Psychopathologie nicht halt, sondern bringt gerade in der Charakterisierung des Affekts bei den Psychosen und Neurosen — z. B. bei der Schilderung und Zergliederung des paranoischen Affekts — gute und eigene Gedanken, die das Buch zu einer wertvollen Bereicherung der psychiatrischen Literatur machen.

Panse, Berlin.

San.-Rat Dr. A. Müller: **Der Kreuzschmerz.** Verlag A. Marcus und E. Weber. Bonn. 8. 76 S. 2,50 M. — Der Verfasser wendet sich gegen die althergebrachte Gewohnheit, Schmerzen in der Kreuzgegend beim Manne als neurasthenisch, bei der Frau als durch Gebärmutterverlagerungen bedingt, zu deuten. Im Gegensatz dazu lokalisiert der Autor die Schmerzempfindung in die Muskulatur. An Hand von zahlreichen Beobachtungen versucht der Verfasser für seine Annahme den Beweis zu liefern. Bei organischen Erkrankungen, die mit Kreuzschmerzen einhergehen, sollen diese nach Auffassung Müllers als Headsche Zonen in der Muskulatur betrachtet werden. Das kleine Werk ist für den Praktiker sehr wertvoll, da es Klarheit in ein Gebiet bringt, das bis jetzt fast unbearbeitet war.

Arnold Hirsch, Berlin.

Lehrbuch der Massage. Gemeinverständlich dargestellt von Sanitätsrat Dr. J. H. Lubinus, Spezialarzt für Orthopädie und Leiter der Staatlich genehmigten Lehranstalt für Heilgymnastik in Kiel. Dritte Auflage mit 76 Abbildungen. Verlag von J. F. Bergmann, München 1926. 56 Seiten von 93 widmet der Verfasser dem Bau des menschlichen Körpers und der Funktion seiner Organe, damit die Vorbedingungen einer wirksamen und vor allem unschädlichen Massage erfüllend. Die Sprache ist leicht verständlich, das Bildmaterial, besonders in dem zweiten Teil, der der Technik der Massage gewidmet ist, sehr instruktiv. Die Bezugnahme auf den einführenden Teil vor Besprechung der Massage der einzelnen Körperteile ist besonders lobenswert. Die Systematik der Massagetechnik ist genau, ohne sich ins Einzelne zu verlieren, so daß sich das Buch angenehm liest und auch eine Anregung für den Arzt darstellt. Mir scheint fast, als ob bei dieser Gelegenheit angesichts so vieler moderner Behandlungsmethoden ein Hinweis auf die ältere der Massage am Platze wäre.

Kottmaier, Mainz.

Therapeutische Mitteilungen.

Aus der Frauenklinik von Dr. Gutzmann, Berlin-Schöneberg.

Beitrag zur Behandlung des Fluor.

Von
Dr. GUTZMANN.

Bei dem Mangel an schleimgebenden Drüsen in der Vagina ist die Aetiologie der Scheidenkatarrhe wesentlich anders zu beurteilen als bei anderen Schleimhäuten. Die Vaginitiden sind meist als sekundäre Erkrankungen anzusprechen, wobei der eigentliche Katarrh, die vermehrte Absonderung, als ein Zeichen örtlicher Ernährungsstörung infolge Veränderung der Bildungstätigkeit des Gewebes auftritt.

Die Schädlichkeiten, die zu den katarrhalischen Entzündungen führen, kommen im allgemeinen von außen, sei es durch unsaubere Manipulationen oder durch eigentliche bakterielle Uebertragung, die ja am häufigsten auf den beim Coitus eingeführten Gonokokkus zurückzuführen ist. Selbstverständlich können auch Katarrhe durch Fortleitung von innen entstehen, z. B. durch primäre Uteruserkrankungen oder durch Fisteln zur Blase oder zum Rectum. Endlich gibt es zweifellos auch Kolpitiden konstitutionellen Ursprungs, wobei — besonders in der Kindheit und bei jugendlichen Personen — infektiöse Ursachen auszuschließen sind.

Beim akuten Katarrh ist die Schleimhaut gerötet, die Papillen in den Vaginafalten sind geschwollen infolge von Einlagerung von Leukozyten in die oberflächlichen Epithelschichten. Das normalerweise ziemlich trockene Sekret der Scheide wird dann verflüssigt, weißlich gefärbt und enthält reichlich Leukozyten.

Die Scheidenkatarrhe werden sehr häufig chronisch. Dann lokalisiert sich der entzündliche Prozeß mehr örtlich, und zwar ist gewöhnlich die vordere Wand stärker gerötet als die hintere.

Bei dem gonorrhoischen Scheidenkatarrh sind im akuten Stadium die Erscheinungen der gewöhnlichen Kolpitis in jeder Beziehung vermehrt. Schwellung und Rötung sind viel intensiver, die Papillen sind für Finger und Auge als dicke Wülste erkennbar. Das Sekret bekommt anfangs eine dünn-, später eine dickeitrige Beschaffenheit.

Wird der Prozeß chronisch, so flauen die Symptome ab. Die Schwellung der Schleimhaut läßt nach und das Sekret wird spärlicher. Sehr häufig ist ja das Uebergreifen auf die Bartholinschen Drüsen, bei aufsteigender Tendenz auf den Cervix, die Uterusschleimhaut und endlich die Adnexe. Bei längerem Bestehen nimmt der Ausfluß oft einen üblen Geruch an und reizt auch die Umgebung der Vulva, so daß z. B. intertriginöse Ekzeme recht häufig zur Beobachtung kommen.

Die Behandlung der Scheidenkatarrhe spezifischer und nicht spezifischer Natur ist von alters her eine Crux der Aerzte gewesen. Es darf bei keiner Form der Behandlung die Bekämpfung etwaiger anderer Krankheitsursachen, wie konstitutionelle Schwäche, Bleichsucht, Onanie, Blasen- und Darmkatarrhe vernachlässigt werden. Für die eigentliche örtliche Beeinflussung werden Spülungen mit den verschiedensten desinfizierenden und adstringierenden Mitteln verordnet, ohne daß der erwünschte Erfolg immer erreicht wird.

Eine neue Aera für das weitverbreitete Leiden bedeutete die Anwendung der trockenen Pulverbehandlung mit desinfizierenden und adstringierenden Mitteln, wie Dermatol, Tannin, Alaun u. a. Am Ende des vorigen Jahrhunderts war Landau der erste, der eine uralte Behandlungsmethode wieder aufgriff. Schon im Altertum hat man Hefe für die Behandlung von Scheidenkatarrhen benutzt. Landau führte im Spekulum dickflüssige Bierhefekulturen in die Scheide ein, tamponierte zur Verlängerung der Wirkung und erzielte schon mit dieser immerhin primitiven Methode gute Erfolge. Es wurde nun vielfach versucht, aus der Hefe die wirksame Substanz zu isolieren. Aber es zeigte sich, daß nur der lebenden Hefe ein effektiver Heilwert zukam. Trocknete man die Hefe — gleichgültig welcher Provenienz — durch Hitze, so wurde sie wirkungslos. In dem Dauerhefepräparat Levurinose „Blaes“ besitzen wir nunmehr seit einer Anzahl von Jahren eine Trockenhefe von unbegrenzter Dauerhaftigkeit. Die Levurinose ist durch Trocknung der Hefe im Kaltstrom gewonnen. Sie ist biologisch intakt und vollwertig.

Bei der Anwendung der Levurinose kommen sämtliche Fähigkeiten, die allmählich durch wissenschaftliche Forschungen als Wesen der Hefewirkung erkannt worden sind, zur vollen Auswertung. Die gärfähige Hefezelle ist imstande, allen Ansprüchen zu genügen, die man bei der Behandlung spezifischer und nicht spezifischer Vaginalkatarrhe stellen muß.

Levurinose wirkt in der Scheide austrocknend, antiphlogistisch und in dem Sinne antiseptisch, daß es durch seine biologische Arbeit, durch die Gärung, die etwa vorhandene schädliche Bakterienflora überwuchert. Eine örtliche Reizung findet dabei nicht statt.

Nachdem eine Anzahl Autoren, wie Trebing, Hirschfeld, Zacharias u. a., über ausgezeichnete Erfolge mit der Trockenhefebehandlung der Vaginalkatarrhe berichtet hat, entschloß ich mich meinerseits, die Levurinose auch an meinem Krankenmaterial nachzuprüfen. Ich benutzte dazu nicht den von anderer Seite empfohlenen Nassauerschen Sikkator; vielmehr lege ich ein gewöhnliches Milchglasscheibenspekulum ein, fülle die Scheide, besonders den hinteren Abschnitt um den Cervix, mit Levurinose an und schließe mit einem Wattetampon dicht ab. Nach ca. 10 Stunden lasse ich eine Spülung mit der üblichen Wasserstoffsuperoxydlösung machen und wiederhole die Behandlung in möglichst kurzen Abständen.

Es handelte sich in meinen Fällen um gewöhnliche Vulvitiden und Vaginitiden, ferner um spezifische Prozesse mit Erosionen und Entzündungen der Portio. Bei regelmäßiger Behandlung und genügender Ausdauer waren meine Erfolge ausgezeichnete. Bei Blutarmen und bleichsüchtigen Patientinnen wandte ich daneben roborierende Diät, Hydrotherapie usw. an, gab auch vielfach die Levurinose per os und konnte dabei die vielfach gerühmte innere Umstimmung durch das Präparat gleichfalls konstatieren. Bei einigen Diabetikern konnte ich dabei gleichzeitig einen Rückgang des Zuckers im Urin feststellen.

Nach meinen Erfahrungen kann ich Levurinose „Blaes“ für die Anwendung in der gynäkologischen Praxis aufs Wärmste empfehlen.

Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Noctal.

Von
Dr. med. RUDOLF GASCHKE, prakt. Arzt, Wien.

Dieses neue Präparat, das von der Firma J. D. Riedel A.-G., Berlin, hergestellt wurde, und nach Mitteilungen derselben eine in Wasser fast unlösliche, in Alkali und organischen Lösungsmitteln lösliche Isoprophyl-bromprophenylbarbitursäure ist, hatte ich Gelegenheit, in einigen Fällen aus der Privatpraxis zu erproben.

In allen diesen Fällen trat die erwünschte Wirkung ein, wobei besonders zu erwähnen ist, daß keine unangenehmen Nebenerscheinungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Herzbeschwerden u. dgl. zu verzeichnen waren. Sehr gut wird Noctal seitens des Magendarmkanals vertragen. Außer der hypnotischen Wirkung zeichnet sich das Noctal durch die im Mittel vorhandenen Brommoleküle, auch als Sedativum, aus. Bei fieberhaften Prozessen, wie Grippe, Angina usw. beobachtete ich, durch gleichzeitige Kombination von Antipyrin und Noctal oder Aspirin und Noctal, eine gesteigerte Wirkung desselben.

Auch verordnete ich bei schmerzhaften Erkrankungen das Noctal mit Morphin oder seinen Derivaten und habe sehr gute Resultate auf diese Art erzielt. Sogar bei längerem Gebrauch des Mittels tritt keine Gewöhnung ein, welche Erfahrung ich in zwei Fällen gemacht habe. Es kann ohne jede Gefahr durch längere Zeit gebraucht werden, wobei zu bemerken ist, daß auch nach Monaten, ohne Steigerung des Mittels, prompte Wirkung eintritt, genau so wie in der Anfangszeit der Darreichung.

Was die Dosierung anbelangt, so hängt diese ganz von der Art der Erkrankung, vom Alter und vom Geschlecht des Patienten ab. Für gewöhnlich erzielt man die normale Schlaftiefe bei

Männern mit 2 Tabletten à 0,1 = 0,2 g,
Frauen „ 1 Tablette à 0,1 = 0,1 g und
Kindern „ ½ Tablette à 0,1 = 0,05 g.

Im Vergleich zu anderen Hypnoticis, wie Veronal, Luminal usw., ist Noctal schon dadurch hervorzuheben, daß die Anwendung ganz kleiner Dosen zur Erreichung des ruhigen Schlafes vollkommen genügt, wobei ich weder eine giftige Wirkung noch unangenehme Nacherscheinungen beobachtet habe.

In einem Falle von Hysterie (bei einer 29jährigen Frau) machte ich die Erfahrung, daß nach wochenlangem, täglichem Gebrauch von 0,5—1,0 Veronal, wobei sich fast regelmäßig frühmorgens Vomitus einstellte, nach Aussetzen des Veronals und Einsetzen der Noctalmedikation, alle Nebenerscheinungen geschwunden sind.

Ich verordne das Schlafmittel Noctal in allen Fällen von Hysterie, Neurasthenie, einfacher Schlaflosigkeit, wie auch bei allen Erkrankungen, die mit Schlaflosigkeit verbunden sind, und habe gute Erfolge erzielt.

In einem Falle von Grippe verschrieb ich Antipyrin mit Noctal und brachte in Erfahrung, daß die Wirkung des Noctal bei gleichzeitiger Anwendung von Antipyreticis eine viel tiefere ist. In allen anderen Fällen, in denen ich Gelegenheit hatte, Noctal zu verwenden, war ausnahmslos ein sehr guter Erfolg zu verzeichnen.

Auf Grund meiner Erfahrungen ist das Noctal ein ausgezeichnetes, verläßliches, starkes und vollkommen ungiftiges Hypnotikum, das den allerbesten bekannten Schlafmitteln zumindest gleichzustellen ist.

Zur Chemotherapie der Lungentuberkulose.

Von

San.-Rat Dr. HUGO FREUND, Berlin.

Das Problem der Behandlung der Lungentuberkulose hat sich in den letzten Jahren als weit komplizierter erwiesen, als man früher ahnte. Man kann heute kaum begreifen, daß die gesamte Aerzteschaft der Welt 1890 von der Kochschen Entdeckung mit einer Art Begeisterung eine radikale Heilung der so verschiedenartigen Erkrankungen erhoffte, ohne Rücksicht auf die Konstitution der Befallenen. Man sieht heute ein, daß nur eine Kombination von Heilfaktoren wirksam sein kann, und deshalb darf man eine Methode nicht absolut verwerfen, die einstmals von vielen Beobachtern als wirksam anerkannt wurde. Das scheint mir aber der Fall bei der allgemeinen Zurückweisung des Kreosots zu sein, in die auch Schlapper in seinem Aufsatz in Nr. 5 der Zeitschrift einstimmt.

Im Anfang der achtziger Jahre veröffentlichte der bekannte Kliniker Sommerbrodt seine Erfahrungen, die er an einigen tausend Fällen gemacht hatte. Unglückseligerweise verdarb die chemische Industrie, die sich auf das Kreosot stürzte, die von Sommerbrodt inaugurierte Therapie. Sommerbrodts Vorschrift lautete: Kreosot 0,05 Bals. Tolut 0,2 als Einzeldosis, die bis zu zehn Kapseln pro die auf vollem Magen gegeben wurde. Seine Annahme, daß das Kreosot als Spezifikum gegen die Tuberkulose diente, war allerdings ein Irrtum. Ich bin der Meinung, daß das Kreosot im wesentlichen eine andere Bedeutung hat. Es dient dazu, um die Fette der Nahrung in eine leicht assimilierbare Form überzuführen. Kreosot, das Destillationsprodukt des Holzes, ist in jedem gut geräucherten Schinken nachzuweisen. Jedermann weiß, wie schwer verdaulich fettes Schweinefleisch, wie leicht verdaulich aber gut geräucherter Speck ist.

Das Fett wird durch das Kreosot in einen leicht assimilierbaren Zustand im Magen übergeführt. Eine Wirkung hat aber nur das volle Kreosot und nicht die von ihm abgeleiteten Präparate, etwa Kreosotal oder Guajacol. Die Verwendung dieser Präparate führt also nicht zu dem von Sommerbrodt erreichten Ziele, und mit Recht wurden diese vom Kreosot abgeleiteten Präparate verlassen.

Schlapper macht aber noch die Bemerkung, daß das Kreosot-Lebertran oft Erbrechen und Widerwillen erregt; ja, diese Kombination wurde auch nicht von Sommerbrodt empfohlen, sondern Balsam Tolut. Warum wurde dieser Balsam, der auf die begleitenden Katarrhe gut wirkte, aufgegeben?

Völlig falsch ist die Beobachtung, daß Kreosot den Appetit verdirbt. Im Gegenteil! Wenn sich die Patienten durch kleine Dosen allmählich an den eigenartigen Geruch, den sie übrigens in jeder Räucherkammer und jedem Meiler im Walde finden, gewöhnt haben, entsteht beim Kreosotgebrauch ein ausgezeichneter Appetit. Immer und immer wieder kann ich dies feststellen, nachdem ich mich von dem Irrwege der Anwendung der vom Kreosot abgeleiteten Präparate abgewandt habe.

Mein Rat ist: Rückkehr zu dem Originalpräparat. Auch die Kreosotpillen mit Tragacant und die keratinierten sind ein Irrtum, da sie unlöslich sind.

Ob das Kreosot noch eine spezifisch antituberkulöse Wirkung hat, möchte ich dahingestellt sein lassen. Als Kuriosum möchte ich erwähnen, daß mir vor über 30 Jahren bei einer Wanderung durch den Harz von alten Köhlern versichert wurde, der Aufenthalt bei den Meilern sei „gesund für die Lunge“. Vielleicht war es nur ein Köhlerglaube!

Einladung

zur 6. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin vom 13. bis 16 Oktober 1926 im Plenarsitzungssaal des Reichswirtschaftsrats, W 9, Bellevuestraße 15.

Von jetzt ab

erscheinen Fortschritte der Medizin

jeden Dienstag

48.8
F77

LIBRARY
RECEIVED
SEP 2 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 21 BERLIN, DEN 31. AUGUST 1926 44. JAHRGANG

Cardiazol (Knoll)
(Pentamethylentetrazol)

Außerordentlich rasch wirkendes

Analeptikum

Vollkommen wasserlöslich
Keine öligen Spritzen
Niemals Abszesse oder Nekrosen
Einheitliche Dosierung für alle Anwendungsformen
Kein Campher-Geruch oder -Geschmack
Verursacht keine Kumulation
Auch peroral gute Wirkung.

Ampullen (1,1 ccm)
Orig.-Packg mit 6 St. (M. 2.60)
Nach Bedarf 1 Ampulle.

Tabletten (0,1 g)
Orig.-Packg. mit 10 St. (M. 2.20)
Mehrmals täglich 1—2 Tabl.

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Als therapeutische Dosen **für Kinder** wurden in zahlreichen Versuchen ermittelt:

Subkutan oder intravenös: *Für Säuglinge ½ Ampulle oder ½ ccm steril. Lösung.*
Für ältere Kinder 1 ganze Ampulle zu 1,1 ccm.
Peroral: *Für Säuglinge 0,05 g oder ½ Tablette.*
Für ältere Kinder 0,1 g in Tabletten, Pulver oder Lösung.

Als Antidiarrhoikum ausgezeichnet bewährt und bei den meisten Kassen zugelassen **Tannalbin-Tabl.**
O.-P. No. X (M. -.65).

Leitz

Mikroskope

für monokularen und binokularen Gebrauch sind mit der neuen

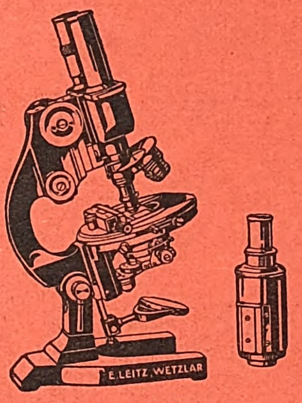
Feinbewegung mit Kugelführung

ausgestattet (D.R.P. und Ausl.-Pat.) und in Verbindung mit **Leitz-Optik** das vollkommenste Erzeugnis modernst. Fabrikation in unübertroffener Güte.

Neue bizentrische Dunkelfeldkondensoren

bieten eine bish. unerreichte Sichtbarkeit gefärbter und ungefärbter Bakterien.

Apparate für Blutuntersuchungen. Kolorimeter nach Bürker.



Stativ AABM
mit auswechselbaren Tuben

Verlangen Sie kostenlos
unsere Liste Nr. 541.

Leitz

Mikrotome

erstklassiger Präzisionsmechanik bieten Gewähr für höchste Schnittsicherheit. Paraffin-, Celloidin-, Gefrierschnitte.

Mikrophotographische Apparate und **Projektions-Apparate** modernster Bauart.

Kolposkop

nach Prof. Hinselmann

f. gynäkologische Untersuchungen sowie zur Beobachtung v. Schleimhautkanälen (Rachen, Tonsillen, Ohr, Mastdarm).

ERNST LEITZ / optische Werke / WETZLAR

Stellengesuche

Erfahrener,
kassenvertrauter Arzt sucht
Assistenz
oder längere Vertretung bei einem vielbeschäftigten Praktiker, Internisten oder Gynäkologen. **928**

Jüngerer Arzt
mit Kassenwesen vertraut sucht ab September
Vertretung.
Referenzen vorhanden. Off unter **975**

Dr. med., approbiert, mehrfach vertreten, kassenvertraut, firm in kl. Chir. und Geburtshilfe übern. Vertretung ab 1. Sept. **994**

Ärztin
(Kassen vertreten) sucht
Vertretung
für September. **26**

Appr. Arzt
Jude, übernimmt sofort für Sept. Vertretung von prakt. Arzt oder Internist. Erfahrung in Vertretungen und Kassenwesen. **37**

Hilfspersonal

Staatl. gepr. Schwester
sucht Stellung als Sprechstundenhilfe. Langjähr. in gynäkol. Abtlg. gearb. **2029**

Gebildete Hilfe
gesucht für Sprechstd. und Haushalt (½3–7). Gute Nähkenntnisse (Ausbessern) Bedingung. — Meldungen mit Gehaltsanspr. **18**

Dame erster Kreise
sehr gewandt u. repräsentabel, 25 J., evgl., Staatsexamen, sucht Stellung als Sprechstd.-Hilfe o. ähnl. **33**

Vertretung übernimmt erfahrener Arzt. Offerten unter **L S. 6275** an **Rudolf Mosse, Leipzig.**

Röntgen-Schwester, erfahren in Diagn., Höhensonne, Diathermie, Lichtbehandlung u. Krankenpflege sucht z. 1 X. Stellg. **989**

Schwester
a. ersten Kreisen, 26 J., Staatsex., firm in Narkose, Asepsis, ärztl. Buchführung, sucht Stellung evtl. in frauenlosen Arzthaushalt **32**

Impotenz

Muiracithin ist eine Kombination des bekannten Nerventonikums Lecithin mit dem nervenanregenden Extrakte der Muira puama (Brasilien), deren die Sexualsphäre anregende und auf den Gesamtorganismus als Stimulans wirkende Eigenschaft bei den Eingeborenen von altersher geschätzt wurde. Muiracithin ist vorwiegend indiziert bei nervösen Depressionszuständen, besonders der Sexualsphäre, bei beiden Geschlechtern.

Pharmakologisch ist Muiracithin geprüft worden von Prof. Nevinny, Innsbruck, klinisch u. a. von: Geheimrat Professor Dr. A. Eulenburg, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Posner, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Senator und Dr. Popper, Berlin / Professor Dr. Redlich, Wien / Dr. L. Steinsberg, Franzensbad / Professor Dr. Rabow, Lausanne / Professor Dr. Kolomoizew, Kasan.

Muiracithin wird in steigenden Dosen ordiniert, dreimal täglich 3—4 Pillen. Originalflacons zu 50 und 100 Pillen in allen Apotheken.

Muiracithin

Versuchsmengen und Literatur kostenlos.

SARSA
chem.-pharm. G. m. b. H.
BERLIN - FRIEDENAU

An- und Verkäufe

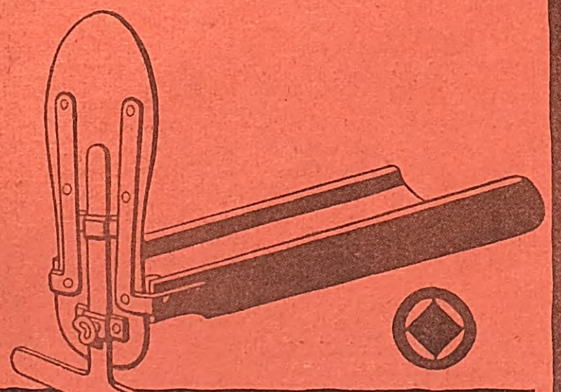
Geeichte Arztwage
zu kaufen gesucht. **38**

Leitz-Mikroskop neuestes Modell, Öl-J., 3 Ok. zu verkaufen. Pfalzburg 519.

Rasierklinge Streubel's Feingold
die beste im Handel, was fortwährend durch Lob- und Dankbriefe bestätigt wird.
10 Stück gegen Voreinsendung oder Nachnahme 2,75 Mark.

Gratis erhält jeder Besteller einen Rasierapparat dabei. Bei 20 Klingen zu 5,50 Mark sende auch eine große Stange Rasierseife od. Klingenschärfer gratis.

H. Streubel, Berlin SO 33, Taborstr. 12



BEINSCHIENE
nach Volkmann
B·BRAUN·MELSUNGEN

ff. Harzerkäse

goldgelb, pikant u. speckig, Kiste **Mk. 2.50**
Grossisten u. Wiederverkäufer Sonderpreise, empfiehlt

Bräutigam, Greifenhagen in Pomm.

Inhalt des Heftes:

Originale:

(Aus der Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna a. E. Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Ilberg.)

Dr. R. Spaar: Die Behandlung der progressiven Paralyse (Gehirnerweichung) mit Malaria 869
W. Jankowsky: Zur Herzphysiologie am Krankenbett 873
Dr. A. Münzer, Charlottenburg: Die beschränkte Lebensdauer der weiblichen Keimdrüse 876
Dr. Forster, Karlsbad: Zur Behandlung der Diabetes mellitus 877
Prof. R. Kafemann: Ueber Alkoholentwöhnung und Dicodidgewöhnung 880
Ober-Reg.-Med.-Rat v. Schnizer, Heidelberg: Die Anwendung der modernen Philosophie in der heutigen Medizin 881

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift, Nr. 30—32 882
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 32 . . . 884
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 32, 33 884
Reichsgesundheitsblatt, 1. Jhrg., Nr. 30, 31 885
Seuchenbekämpfung, 3. Jhrg., Heft 1 885
Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Heft 8 885
Folia Haematologica, 32., Heft 1 und 2 885
Deutsche Zeitschrift für Homöopathie, Heft 7 . . . 886
Die extrapulmonale Tuberkulose, Heft 9 886
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 102., Heft 5 886
Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage, 47., 3. Heft . . . 887
Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, 115., 2. Heft 887
Dermatologische Wochenschrift, Nr. 27—31 887
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 29, 30 888
Finska Läkaresällskapets Handlingar, 68., Juli 1926 889
British Medical Journal, Nr. 3420, 3421 889
La Presse Médicale, Paris, Nr. 53—56 891
Revue de la Tuberculose, Nr. 3 891
Gynécologie et Obstétrique, 13., Nr. 6; 14., Nr. 1 . . 892
La Riforma medica, 42., Nr. 27, 28 892
The Journal of the American Medical Association, Chicago, 87., Nr. 1—4 892
The American Journal of the Medical Sciences, 172., Nr. 652 895
Archives of internal Medicine, 38., Heft 1 896
The American Journal of Hygiene, 6., Nr. 4, 5 . . . 897
Long Island Medical Journal, 20., Nr. 7 897
Surgery, Gynecology and Obstetrics, 43., Nr. 1 . . . 897
Journal of Infectious Diseases, 39., Nr. 1 898
Buchbesprechungen 898
Mitteilungen 900

Therapeutische Mitteilungen:

Sanitätsrat Dr. Thoma, Hamburg: Ueber Dermaprotin bei Rheumatismus 901

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkranke, Baden-Baden. Leitender Arzt: Dr. H. Malten.

Hans Malten: Physikalische Behandlung der perniziösen Anämie 901

Bei Kaſſen zugelaſſen!

Digitalis-EXCLUD-Zäpfchen

(Digitalisgehalt eines Zäpfchens entspricht 0,075 g fol. dig. titr. = 120 F.-D.)

zur **rectalen** Behandlung

Gesamter Anwendungsbereich der Digitalis-Therapie

Digitalis-EXCLUD-Zäpfchen werden der Oral- und Injektions-Therapie vorgezogen, weil **frei** von Nebenwirkungen.

In den ersten Tagen 2–3, dann 1 Zäpfch. tägl. Gesamtmenge ca. 20 Zäpfch.. Für Dauertherapie 1 Zäpfch. pro die.

Literatur: *Klin. Woch Nr. 28, 1925, Privatdoz. Dr. S. G. Zondek (Charité, Geh.-Rat Kraus); Die Therapie der Herzkrankheiten, Dr. Haeberlin, Bad Nauheim.*

K.-P.: Schachtel 6 Stück M. 1,50

RHEUMASAN

Das führende perkutane

Antirheumaticum und **Antineuralgicum**

auch bei quälenden Herzsensationen

K.-P.: Tube M 0,70
½ Tube M. 1,25, 1/1 Tube M. 2,—

Proben und Literatur

Dr. R. REISS

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

HEYDEN

Chloramin-Heyden

p-Toluolsulfonchloramid-Natrium

Zur Desinfektion von Wunden und Körperhöhlen.

Starkwirkendes, unschädliches Desinfiziens, in Pulver- und Tablettenform, dem Sublimat im wäßrigen Medium ebenbürtig, im eiweißhaltigen Medium überlegen.

Billiges Mittel zur Händedesinfektion.

Zu Spülungen und zur Herstellung von Verbandwasser in 0,1—0,5 %iger wäßriger Lösung.

Packungen; Dosen zu 10, 50, 100 und 1000 g, Tabletten zu 0,5 g in Packungen zu 10, 20, 25 und 100 Stück.
Klinikpackungen: Beutel zu 1 und 5 kg pulv., Schachteln mit 1000 Tabletten zu 0,5 g.

Caseosan

Sterile Kaseinlösung „Heyden", etwa 5 % Kaseingehalt

Zur parenteralen Proteinkörpertherapie.

Schachteln mit 3 und 10 Ampullen zu 1 ccm, Schachteln mit 6 Ampullen zu 5 ccm.
Klinikpackungen: Schachteln mit 50 und 100 Ampullen zu 1 und 5 ccm.

Literatur steht den Herren Aerzten kostenfrei zur Verfügung.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden

Gehe

Standard Gehe
0,5 ccm
11,48
11,49
11,52

Hypophen

Weil
stark eingestellt,
dosiert nach Voegtlin-Einheiten,
geschützt durch Angabe des Verfalltermins,
ergibt sich größte Zuverlässigkeit und Nachhaltigkeit in der Anwendung.

Gehe & Co., A.-G., Dresden-N.

Gehe

Clavipurin

das souveräne Alkaloidsecalepräparat

infolge der Erhaltung des Alkaloidgesamtkomplexes in natürlicher Form und wegen seines erneut anerkannten hohen Alkaloidtiters zuverlässige Wirkung und auffallend gute Verträglichkeit.

Ampullen / Tropfen / Tabletten

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 21 31. AUGUST 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

(Aus der Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna a. E.
Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Ilberg).

Die Behandlung der progressiven Paralyse (Gehirnerweichung) mit Malaria.

Von

Dr. R. SPAAR.

Das Krankheitsbild der progressiven Paralyse ist uns noch nicht allzu lange bekannt. Die ersten Beschreibungen stammen aus dem Anfang des vorigen Jahrhunderts. Erst im Laufe der letzten Jahrzehnte ist infolge der modernen Untersuchungsmethoden, in erster Linie der serologischen und histopathologischen, das pathogenetische Geschehen dieser Erkrankung unserem Verständnis näher gerückt worden.

Lange Zeit tappte man, was die Entstehungsursache der Paralyse anlangt, völlig im Dunkeln und erging sich in zum Teil recht vagen Spekulationen. Erst die Entdeckung Noguchis 1913, der die Spirochaeta pallida, also den Lueserreger, auch im Gehirn der Paralytiker nachwies, gab denjenigen Anschauungen die sichere Grundlage, die seit ungefähr einem Vierteljahrhundert in der Lues die einzig sichere Ursache der progressiven Paralyse erblicken zu müssen glaubte. Entsprechend dem Wechsel der herrschenden Anschauungen von der Pathogenese dieser Erkrankung änderten sich auch die therapeutischen Beeinflussungsversuche und Maßnahmen gegen das an sich furchtbare Leiden, welches im allgemeinen innerhalb von zwei bis drei Jahren zum sicheren Tode führte. Es bedarf nicht besonderer Erwähnung, daß man mit allerlei Abführmitteln, Salben usw. anfangs dem Leiden zu Leibe gehen wollte, mit anderen Worten eine Therapie trieb, von der nichts zu erhoffen war. Recht frühzeitig aber suchte man bereits durch Eiterungen bzw. fiebererregende Mittel Einfluß auf den Verlauf der Paralyse zu gewinnen. So gab man sich richtige Mühe durch Einreibungen mit Ungt. Tartari stibiati-Eiterungen am Schädel zu erzeugen, ein Ergebnis, welches man auch durch Legen von sogen. Haarseilen herbeizuführen trachtete (vgl. Ilberg: „Von der Gründung der Irrenanstalt Sonnenstein im Jahre 1811 und der Behandlung der Seelenkranken daselbst vor 100 Jahren"). Aus diesem unklaren Anfangsstadium kamen die therapeutischen Bestrebungen lange nicht heraus, wenn auch L. Meyer z. B. (vgl. Weygandt: „Der Kampf gegen die progressive Paralyse", Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 76. Bd.) 1877 und 1880 über einige Heilungen berichtete. Schließlich aber griff im ärztlichen Denken in bezug auf die Angreifbarkeit und Heilbarkeit der Paralyse nur noch eine fatalistische Resignation Platz. Man beschränkte sich darauf, die Kranken in Anstalten zu verwahren, um sie dort bis zu ihrem Ende zu pflegen. Als die chemotherapeutische Aera einsetzte, hoffte man wieder, der Paralyse mit chemischen Mitteln beikommen zu können. In allen möglichen Formen der Darreichung und Kombination lösten sich Quecksilber, Salvarsan und Wismut in der Therapie der Paralyse ab; mit keinem der Mittel konnten aber einwandfreie, nennenswerte Erfolge erzielt werden. Die Quecksilber- sowohl als auch die intravenöse Salvarsantherapie der einmal sicher feststehenden Paralyse dürfte jetzt wohl als zwecklos aufzufassen sein. Wir haben nie einen Dauererfolg erlebt und evtl. während der Behandlung eintretende Remissionen sind nur mit der nötigen Kritik zu verwerten, da sie ja auch in unbehandelten Fällen jederzeit auftreten können. Ob mit den anderen chemischen Mitteln, wie z. B. Jodkalium, Wismut usw., ein Heilerfolg erreicht werden kann, bleibt dahingestellt. Nennenswerte und vor allem Dauererfolge haben wir in unserer Anstalt nicht gesehen. Aussichtsreicher wurden die therapeutischen Maßnahmen, als man mit Tuberkulin und Natrium nucleinicum an die Behandlung der progressiven Paralyse heranging. Man versuchte damals schon mit diesen Mitteln Fieber zu erzeugen. Aehnlich verhält es sich mit der modernen, unspezifischen, parenteralen Eiweißbehandlung der metaluetischen Prozesse.

Alles das blieben aber tastende Versuche. 1917 schritt dann Wagner von Jauregg nach mannigfachen Beobachtungen zur Impfung von Paralytikern mit Malaria.

Die Beobachtung, daß fieberhafte Vorgänge bessernd auf geistige Erkrankungen wirkten, ist ja schließlich, wie oben erwähnt, nicht neu. So berichtet auch bereits 1879 (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. 10, H. 1) Oks-Odessa von Dr. Rosenblums Beobachtungen über die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf die Heilung von Psychosen. Rosenblum hat damals u. a. über die günstige Beeinflussung von Geistesstörungen durch Febris intermittens (Malaria) berichtet. Der eigentliche Begründer der modernen Heilfiebertherapie der progressiven Paralyse — wie man die Behandlung dieser Erkrankung mit Malaria und Rekurrens genannt hat —, ist Wagner von Jauregg-Wien. Auf seinen grundlegenden Arbeiten aufbauend, hat diese neuartige Therapie Eingang gefunden in fast allen Kliniken und Heil- und Pflegeanstalten.

Es dürfte hier am Platze sein, einige kurze orientierende Bemerkungen über die Malaria an sich, „Naturmalaria", wie man sich auch ausdrückt, einzuflechten. Ziemann, einer der besten Kenner dieser Erkrankung, widmet ihr im „Handbuch der Tropenkrankheiten", herausgegeben von Mense, Band 3, eine großangelegte Monographie. Nach ihm ist die Malaria bereits im klassischen Altertum bekannt gewesen. Hippokrates bereits hat deutlich kontinuierliche Tertianafieber beschrieben. Aehnliches gilt auch von Schriftstellern aus dem 1. Jahrhundert vor Christi z. B. Varro, Livius, Celsus. Die Malariaverseuchung wurde schließlich in den von ihr befallenen Länderstrichen eine allgemeine. Man scheint ihr gegenüber ziemlich machtlos gewesen zu sein. Erst 1640 wurde die Chinarinde in die Therapie eingeführt, aber rund 200 Jahre später erst entdeckte Laveran, ein französischer Militärarzt in Algier, die Malariaparasiten. Seit dieser Zeit hat dann die Forschung immer neue wichtige Ergebnisse gezeitigt, bis schließlich die Erreger der verschiedenen Malariaformen und ihr Werdegang bis auf einige strittige Punkte klar erkannt wurden.

Die Malaria ist nach Ziemann nicht auf die tropische Zone beschränkt, sie findet sich auch in der gemäßigten Zone, wenn man auch sagen muß, daß sie in den Tropen bei weitem am häufigsten und schlimmsten auftritt. Nach Ziemann bewegt sich das Vorkommen der Malaria zwischen 62° nördlicher und 40° südlicher Breite. Früher ist die Malaria auch in Europa häufiger gewesen. Auch Epidemien kamen hier vor, so z. B. 1678—1679, 1806—1812; mehrmals wurde auch Deutschland von größeren Malariaepidemien heimgesucht, z. B. in der 50er Jahren, dann 1866—1872. Heute findet man sie hauptsächlich in Rußland, auf dem Balkan, in Italien. In Deutschland kommt sie noch vor in den Nordseemarschen, an Weser-, Jade- und Elbmündung, u. a. auch in der Nähe von Hamburg, an der Ostküste der Insel Rügen, in Ostpreußen, auch in der Gegend von Mainz und Speyer, bei Ingolstadt, Nürnberg, im Unstruttal und bei Halle. In Sachsen soll sie nach Ziemann bei Leipzig, Neustadt, Meißen vorkommen. Welche Ausdehnung die Krankheit zeitweise gehabt hat, mag daraus ersehen werden, daß Ziemann 1896 am Jadebusen 10% der Schulkinder chronisch infiziert fand, ferner Mühlens in der Wilhelmshavener Gegend sogar 30% der Einwohner.

Die Malariaerreger selber werden nun eingeteilt in:

1. Tertianaparasiten (Dauer der Entwicklung 48 Stunden).
2. Quartanaparasiten (Dauer der Entwicklung 72 Stunden).
3. Gruppe der Perniziosaparasiten.

Die Malariaparasiten gehören zu den Hämosporidien, sie sind als Blutparasiten zu bezeichnen, und zwar leben ihre ungeschlechtlichen Formen in den roten Blutkörperchen. Die geschlechtliche Entwicklung vollzieht sich im Magen der Anophelesmücke. Die Malariaerreger finden sich nur bei der Malaria und erzeugen, wenn sie von Mensch zu Mensch übertragen werden, jedesmal genau das gleiche klinische Krankheitsbild — die Malaria. Die Uebertragung auf den Menschen selber erfolgt durch die zu der Familie der Culicidae gehörenden Anophelesmücken, und zwar kommen nur die Anophelesweibchen in Betracht. Die Anophelesmücken müssen sowohl, was ihre Lebensgewohnheiten anlangt, als auch nach ihrer morphologischen Entwicklung (Eier, Larven, Puppen, erwachsene Insekten) streng von den mit ihnen fast überall vorkommenden und ihnen sehr ähnlich sehenden Culexarten (gewöhnliche Stechmücken) unterschieden werden. Anopheles trifft man in erster Linie in den Tropen, aber auch sonst weit verbreitet. Man unterscheidet eine ganze Menge verschiedener Anophelesstämme. Nicht alle übertragen Malaria. In Europa finden sich als Malariaüberträger nach Ziemann der Anopheles maculipennis, bifurcatus, nigripes, superpictus. So fand z. B. 1917—1918 Prell (zit. nach Ziemann) in Württemberg überall verbreitet, besonders in Rinder- und Ziegenställen, den Anopheles maculipennis. Die geschlechtliche Entwicklung der Malariaparasiten in der Anophelesmücke nennt man Sporogonie, die ungeschlechtliche im Menschen Schizogonie.

Der eigentliche Malariaanfall beginnt mit Schüttelfrost unter gleichzeitigem steilen Temperaturanstieg. Unter starkem Hitzegefühl hält sich die Temperatur einige Stunden (8—12 und länger), steigt unter Umständen bis 41° oder noch höher an, und es tritt dann unter gleichzeitiger Rückkehr zur Norm ein Schweißausbruch auf. Frost, Hitze und Schweiß sind die drei Kardinalsymptome des Malariaanfalles. Dem Anfall voraus können Prodromalsymptome in Form von Müdigkeit, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit gehen unter oftmals jetzt schon eintretendem geringem Temperaturanstieg. Der Schüttelfrost kann an Intensität und Dauer sehr wechseln und mit sehr quälenden Kopfschmerzen verbunden sein. Letztere sind fast immer deutlich vorhanden. Am Ende jedes Anfalles sieht man im nach Ziemann-Romanowsky oder Giemsa gefärbten Blutausstrich die Malariaparasiten in den roten Blutkörperchen, sehr deutlich erkennt man den Kern und den ringförmigen blauen Protoplasmaleib. Um den Kern besteht eine deutliche achromatische Zone. Kern und Protoplasmaleib schließen die sogen. Nahrungsvacuole ein. Das weitere Wachstum der Parasiten erfolgt nun, also in der fieberfreien Zeit, in Ringform im Erythrocyten endoglobulär, wie man sich ausdrückt. Das Hämoglobin der Erythrocyten wird dabei von dem Malariaparasiten verbraucht, der gleichzeitig als Stoffwechselprodukt das Malariapigment in sich bildet. Nach neueren Auffassungen ist das Malariapigment nicht mehr als Melanin, sondern als Hämatin aufzufassen (Ziemann). Der Kern behält nun bei der Entwicklung weiter seine Größe bei, während das Protoplasma zunimmt. Nach drei Tagen teilt sich bei der Tertiana der Kern, indem an die neugebildeten Kerne Protoplasmateile herantreten. Man nennt das Ganze die Teilungsfigur (Schizont) und die durch die Kernteilung unter Hinzutreten von Protoplasmateilen entstandenen einzelnen Teilchen in ihr die sogen. Merozoiten; ihre Zahl beträgt bei der Tertiana 8 bis 24. Sind mehrere Malariaanfälle vorübergegangen und hat der Körper Zeit gehabt, Antikörper zu produzieren, so kommt es zur Bildung von sogen. Gametocyten, aus denen dann die sogen. Gameten hervorgehen; sie lassen sich deutlich morphologisch von den Schizonten abtrennen und werden ihrerseits in weibliche und männliche Gameten eingeteilt. Die Gameten haben eine längere Lebensdauer als die Schizonten. Auch ihre Widerstandsfähigkeit gegen Chinin ist besonders bei den weiblichen Formen stärker. Saugt eine Anophelesmücke malariainfiziertes Blut, so gehen die Schizonten im Magen der Mücke zugrunde und es beginnt die geschlechtliche Fortpflonzung, indem sich aus den mitaufgesaugten Mikrogametocyten Mikrogameten im Magen der Mücke (Anophelesweibchen) bilden. Ein einziger Mikrogamet befruchtet nun einen jeweils vorhandenen Makromagneten, indem er in denselben, der mittlerweile eine Kernreduktion erfahren hat — der ausgeschiedene Kernteil dient zum Anlocken der Mikrogameten —, eindringt (Ziemann). Der neugebildete Körper heißt Ookinet, er zeigt Eigenbewegungen mancherlei Art. Er bohrt sich in die Magenwand der Mücke, wo er eine runde Gestalt annimmt; man nennt diese die Oozyste. Die Oozyste platzt schließlich, nachdem sich in ihr eine ganze Reihe spindelförmiger, leicht beweglicher Sichelkeime (Sporozoiten) gebildet haben, die ihrerseits nun in den Speicheldrüsen der Mücke sich festsetzen, um von dort aus beim Stech- und Saugakt der Mücke in das Blut anderer Menschen zu gelangen und hier ihr endoglobuläres Wachstum (Schizogonien) zu beginnen. Die endoglobuläre Entwicklung nimmt bei der Tertiana, wie der Name sagt, dreimal 24 Stunden in Anspruch. Finden sich zwei Generationen endoglobulärer Parasiten, die sich im Alter durch 24 Stunden unterscheiden, so erhält man tägliche Fieberanfälle, eine sogen. Tertiana duplicata. Die Tertiana zeigt noch einige färberische Eigentümlichkeiten, dahin gehört u. a. die Schüffnersche Tüpfelung, d. h. es finden sich in den Erythrocyten eine Anzahl bei der Romanowsky-Färbung rot erscheinender Tüpfelchen. Sechs Stunden nach dem Fieberanfall zeigen sich im allgemeinen die ersten Pigmentkörnchen in Erythrocyten. Mehr oder weniger zahlreich ist die Zerstörung der roten Blutkörperchen. Dabei wird ein zweites, die Eisenreaktion gebendes Pigment — das Hämosiderin — gebildet. Man findet das Letztere in erster Linie in den Leberzellen, in den Kupferschen Sternzellen, im Knochenmark, in der Milz usw.

Die Quartana- bzw. die Gruppe der Perniziosaparasiten braucht hier nicht besprochen zu werden. Paralytikerimpfungen werden mit ihnen jetzt wohl kaum ausgeführt. Man kann es höchstens erleben, daß, wenn man von mit scheinbarer Tertiana behafteten Ankömmlingen aus den Tropen abimpft, sich doch u. U. eine schwere Tropica beim Geimpften entwickelt, die anscheinend hinter der Tertiana verborgen, dann erst zur richtigen Geltung kommt und perikulös werden kann (Mühlens). Stets muß man aber bei den verschiedenen Malariafiebern verschiedene zugehörige Erreger unterscheiden; die unitaristische Auffassung der Entwicklung der Erreger ist allgemein aufgegeben.

Daß eine derartige schwere Infektion, wie sie die Naturmalaria doch darstellt, zu mannigfachen Erscheinungen fast aller Organsysteme des menschlichen Körpers führt, kann nicht Wunder nehmen. In erster Linie kommen hier in Betracht die inneren Organe und das Nervensystem. Ziemann widmet diesen Erkrankungen bei Malaria und deren pathologisch-anatomischem Substrat in seiner Monographie einige sehr erschöpfende Studien.

Aus diesen Befunden seien herausgegriffen die bekannte Milzschwellung der Malariker, die oft jahrelang andauern kann, auch dann, wenn alle Malaria scheinbar geschwunden ist. Im allgemeinen pflegt sich aber die Tertianamilz unter Chininbehandlung rasch zurückzubilden. Auch die Leber zeigt bei frischer Infektion meistens eine leichte Schwellung. In vielen Fällen findet sich Herpes von unter Umständen sehr großer Ausdehnung. Auch eine Malaria dysenterica ist beschrieben worden (Ziemann). Derselbe Verfasser hat auch auf die trockenen Hustenanfälle aufmerksam gemacht, die mit den Anfällen kommen und gehen und die er bei der nordeuropäischen Tertiana in 50% der Fälle vorfand. Selbstverständlich wirkt der Fieberanfall auf die Zirkulationsorgane. Blutdruck und Puls gehen im Froststadium unter Umständen sehr stark in die Höhe, um dann im Fieberanfall wieder herunterzugehen. Bei wiederholten Anfällen, die nicht sachgemäß behandelt werden, kann es zu Herzschädigungen kommen. Komplikationen seitens der Nieren in Form von Glomerulonephritis und Nephrosen können vorkommen. Wichtig sind die Erscheinungen des Zentralnervensystems; Ziemann betont, daß hier gerade die Folgeerscheinungen der Malaria noch andauern können, nachdem die Anfälle schon aufgehört haben, oder daß sie später erst nach Erlöschen der eigentlichen Infektion zum Ausbruch kommen können. Ganz abgesehen von den im akuten Anfall auftretenden deliranten und komatösen Formen der Bewußtseinsstörung, finden sich Schwindelanfälle und andere motorische Reizerscheinungen. Ebenso sind Psychosen sowohl im Stadium des Fieberanfalls als auch durch chronische Malaria bedingt nicht selten, wenn auch im allgemeinen die Tertiana selten Fieberdelirium-Psychosen hervorrufen soll. Herdförmige Erkrankungen des Gehirn und dadurch bedingte Reiz- bzw. Ausfallserscheinungen finden sich nicht selten, besonders bei der Perniciosa. Sie können sich äußern in aphasischen Störungen, Sprachstörungen, Para- und Hemiplegien. Der Symptomkomplex der multiplen Sklerose ist öfters angetroffen worden (Kiewiet de Jonge 1903, zit. nach Ziemann in einem Falle von Tertiana). Bemerkenswert ist dabei, daß seine Anzeichen sich sowohl an den Verlauf der einzelnen Fieberanfälle anschließen und mit ihnen zusammenfallen als auch nach Ablauf der eigentlichen Tertiana-Infektion sich einfinden können. Van Driel (zit. nach Ziemann) hat das Bild der spastischen Spinalparalyse bei gewöhnlicher Tertiana gesehen. Neuralgien sind nicht selten, ebenso wenig hemikranische Attacken. Pathologisch-anatomisch findet sich, besonders bei schweren frischen Infektionen, neben einer dunkelbraunen geschwollenen Leber eine vergrößerte Milz, die oft ein mehrfaches ihres Durchschnittsgewichtes erreicht; sie ist von breiartiger Konsistenz, Rupturen kommen vor. Auch das Knochenmark ist sehr blutreich. Haben von seiten des Gehirns Erscheinungen bestanden, was hauptsächlich bei der Perniciosa der Fall ist, so können die Hirnhäute und die Hirnoberfläche sehr blutreich, manchmal auch getrübt erscheinen. Hat der Betreffende einige Anfälle hinter sich gehabt, so erscheinen Rinde und zentrale Ganglien infolge der vielen in ihren Gefäßen enthaltenen Parasiten und Pigmentschollen dunkel- bis schiefergrau. Flohstichartige Blutungen in der weißen Substanz sind oft zu beobachten. Perikapillär wuchert die Glia, Ganglienzellen gehen zugrunde. Die von Dürck beschriebenen Malariagranulome finden sich scheinbar nur bei der Perniciosa. Das Rückenmark kann in gleicher Weise wie das Gehirn erkrankt sein.

Handelt es sich um Todesfälle bei einer lang hingeschleppten Infektion, so ist auch hier die Milz meist stark vergrößert; ihre Konsistenz ist vermehrt, ähnlich verhält es sich mit der Leber. Das weiche gelbe Knochenmark pflegt dann zum großen Teil in festeres rotes Knochenmark umgewandelt zu werden.

Die Impfmalaria selber hat nun mancherlei Eigenarten vor der soeben beschriebenen Naturmalaria voraus. Sie unterscheidet sich in vieler Hinsicht von ihr. Was die Eignung zu Impfzwecken überhaupt anlangt, so kommt heute wohl nur die Tertiana in Frage. Die Perniciosa scheidet aus wegen ihrer viel größeren Gefährlichkeit, nachdem manche üble Zufälle sich ereignet hatten (Weygandt und andere). Es ist nötig, daß man Tertianastämme nimmt, die schon eine Reihe von Menschenpassagen durchgemacht haben, es kommt dann weniger leicht zu plötzlichen, starken Blutüberschwemmungen mit Parasiten. Außerdem pflegt bei diesen Tertianastämmen eine Gametenbildung kaum oder gar nicht stattzufinden. Woran das liegt, ist unbekannt, jedenfalls verringert sich dadurch, nach Ansicht der namhaftesten Autoren, ganz erheblich die Gefahr der Malariaübertragung durch etwa vorkommende Anopheles auf Nichtparalytiker (Wagner v. Jauregg, Weygandt und andere). Es empfiehlt sich, wie auch wir es handhaben, sich vor der Impfung die schriftliche Einwilligung des noch geschäftsfähigen Impflings bzw. von dessen nächsten Angehörigen (Ehegatten, Eltern usw.) geben zu lassen. Es ist wichtig vor allen Dingen in tropischen und subtropischen Ländern oder bei Abimpfungen von aus den Tropen zurückkehrenden Malariakranken, daß man sich vergewissert, daß bei einem Parasitenspender nicht eine verkappte Tropica vorliegt. Man kann sonst nach den Angaben von Mühlens peinliche Ueberraschungen erleben. Nonne berichtet von ähnlichen Vorkommnissen. Das Malariablut bzw. die Plasmodien lassen sich konservieren und versenden.

Zu welchem Zeitpunkt soll nun abgeimpft werden? Das Malariablut ist im allgemeinen in jedem Stadium an sich infektionsfähig, scheinbar geht die Infektion — wie wir es beobachten konnten — bei Abimpfung im Fieberanstieg und -abfall gleich stark und oft an. Die Impfung selber erfolgt entweder subkutan oder intravenös, nachdem man das Blut aus einer Armvene des Spenders möglichst im Anfall entnommen hat. Es empfiehlt sich bei der subkutanen Impfung mindestens 5 ccm einzuspritzen, und zwar in der Weise, daß man die Nadel in der Subkutis mehrfach in verschiedener Richtung einstechend bewegt: Auf die Weise werden mehr Kapillaren eröffnet und die Aufnahme des parasitenhaltigen Blutes in die Blutbahn selber erleichtert. Bei der intravenösen Impfung kommt man im allgemeinen mit 1—2 ccm Impfblut nach allgemeinen Erfahrungen aus. Hämolytische Erscheinungen haben wir auch bei der Impfung von Frauen auf Männer und umgekehrt nie erlebt. Die intravenöse Impfung pflegt im allgemeinen nach unseren Erfahrungen leichter und rascher zum Ziele zu führen. Sie kürzt die Inkubationszeit ab. Ob die Infektion angeht und die Schnelligkeit, mit der sie angeht, hängt von verschiedenen Faktoren ab. In erster Linie ist von Einfluß die Widerstandsfähigkeit bzw. die Empfänglichkeit des betreffenden Impflings gegenüber der Malaria. Zweitens hängt sie selbstverständlich ab von der Anzahl der überimpften Plasmodien. Im allgemeinen beträgt bei der subkutanen Impfung die Inkubationszeit 7—12—14—21 Tage, manchmal auch noch länger, sie läßt sich durch die intravenöse Impfung auf 3—5—7 Tage verkürzen. Hat der Impfling vor Ausbruch der Paralyse einmal eine Malaria durchgemacht, so ist er deshalb nicht immer gegen die Impfmalaria (Kirschbaum) immun. Umgekehrt ist zweifellos die körperliche Widerstandsfähigkeit, die Fähigkeit, rasch und genügend Immunkörper zu bilden, manchmal so groß, daß auch Erstinfektionen nur sehr schwer angehen wollen. Man muß dann oft mehrere Male nachimpfen. Wichtig ist zu wissen, daß nun bei den Geimpften nicht immer eine einfache Tertiana wieder auftreten muß. Häufig sieht man, daß beim Ueberimpfen von einer Tertiana simplex sich aus der zunächst entstehenden Tertiana simplex eine Tertiana duplicata entwickelt. Die Tatsache, daß bei fiebernden Malariakranken die Fieberanfälle langsam von selbst aufhören ohne jedwede medikamentöse Beeinflussung nennt man Selbstimmunisierung. Sie kommt bei erstmalig Geimpften selten vor, häufiger ist sie bei mehrmals Geimpften. Doch kommt man schließlich bei längeren Impfpausen (8—12 Wochen) nach unseren Erfahrungen manchmal doch noch zum Ziel.

An der Impfstelle haben wir selten gröbere Erscheinungen gesehen. Kurz nach der Impfung pflegen bereits kleine Temperatursteigerungen aufzutreten, die man wohl nicht auf die Malaria selber beziehen kann, sondern auf die Resorption des eingespritzten Blutes zurückführen muß (Serumfieber). Bis zum Ansteigen der Temperatur pflegen wir die Geimpften zunächst zweistündlich, dann einstündlich zu messen. Auch nach dem Aufhören der Anfälle muß noch eine Zeitlang zweistündlich weiter gemessen werden. Nennenswerte körperliche Allgemeinerscheinungen treten in dieser Inkubationszeit nicht auf (Mühlens u. a.). Auch dem ersten Anfall kann, wie es auch für die Naturmalaria gilt, eine prodromale Temperaturerhöhung vorangehen. Die Anfälle selber zeigen dann in mehr oder weniger deutlicher Prägung die drei Kardinalsymptome: Frost, Hitze und Schweißausbruch. Temperaturanstiege bis 41° sind keine Seltenheit. Die Höhe der Temperatur allein ist kein Gradmesser für die Schwere des Anfalles. Man läßt den Geimpften im allgemeinen 8 bis 16 Anfälle durchmachen, doch muß hier individualisiert werden, die Gesamtkonstitution des Betreffenden und die Art, in der er auf die Malariaanfälle reagiert, in Betracht gezogen werden. Die Zumutung, die man in dieser Hinsicht an den Körper stellen kann, ist abhängig von seinem Gesamtverhalten, besonders aber von der Leistungsfähigkeit und dem Zustand der Kreislauforgane. Deshalb ist es unbedingt nötig sich bereits vor der Impfung ein genaues Bild von der Leistungsfähigkeit des Herzens und der Gefäße zu verschaffen. Wir pflegen unsere Patienten schon vorher immer etwas zu digitalisieren mit kleinen Digalengaben unter Berücksichtigung der Tatsache, daß der Paralytiker ein an sich nicht sehr widerstandsfähiges Herz hat und bei ihm im hohen Prozentsatz mit mesarteriitischen Prozessen an der Aorta gerechnet werden muß. Das Bestehen einer Aortitis luetica bezw. einer geringgradigen Aorteninsuffizienz ist nach unseren Erfahrungen und denen anderer Autoren z. B. Nonne kein Grund die Malariabehandlung an sich zu unterlassen. Selbstverständlich verpflichtet ihr Bestehen noch mehr wie sonst sich jederzeit genau Rechenschaft über die Leistungsfähigkeit des Herz- und Gefäßsystems zu geben. Genau wie bei der Naturmalaria leiden die Geimpften an mehr oder weniger deutlichen Allgemeinerscheinungen während der Anfälle. Wir beobachteten Ziehen im Rücken, Kopfschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit usw. Doch pflegen diese Symptome meist geringer zu sein als bei den Anfällen der Naturmalaria. Selbstverständlich muß man ständig das Blutbild auf den Parasitenbefund hin kontrollieren. Am besten färbt man nach Romanowsky. Die Technik des dicken Tropfens muß man beherrschen. Wir konnten fast stets bereits nach dem ersten Fieberanfall im peripheren Blut die Plasmodien nachweisen. Die Anzahl der Parasiten wechselt oft im Blutbild; besonders wenn man nicht einwandfreie Tertianastämme zur Impfung verwendet, kann man mitunter eine sepsisartige Vermehrung der Parasiten erleben (Mühlens). Im allgemeinen sahen wir bei den Impfungen in den roten Blutkörperchen jedesmal nur einen heranwachsenden Parasiten, nur ab und zu fand sich eine sogenannte Doppelinfektion eines Erythrocyten. Gametenbildung hat Mühlens anscheinend oft nachgewiesen. Sie kommen auch bei der gewöhnlichen Impftertiana vor. Im übrigen unterscheidet sich das endoglobuläre Wachstum bei der Impfmalaria nicht von dem der Naturmalaria.

Während der Fieberanfälle ist, wie oben schon erwähnt, unbedingt eine genaue körperliche Kontrolle der Impflinge nötig, der allgemeine Kräftezustand der Patienten ist im Auge zu behalten. Denn nach einigen Anfällen tritt meistens eine deutliche Kräfteverminderung ein, die sich nicht nur in zunehmender Blässe und Hämoglobinverringerung kund tut, sondern sich auch in einer ausgesprochenen Mattigkeit, manchmal Schläfrigkeit äußern kann. Hier droht die Gefahr des Kollapses und eines rapiden plötzlich einsetzenden Verfalles. Eine zunehmende Blässe der Haut ist bei der Impfmalaria im allgemeinen noch nicht alarmierend, erst das Auftreten eines starken Ikterus bezw. von Nasenbluten usw. bedeutet eine schwere unter Umständen rasch zunehmende Schädigung. Ein einziger Fall von unseren 60 Geimpften ging uns auf diese Weise einige Tage, nachdem durch eine Chinininjektion wegen Nasenbluten die Kur bei einem allerdings weit fortgeschrittenen Paralytiker abgebrochen worden war, verloren.

Was die körperlichen Erscheinungen der Impfmalaria sonst anlangt, so sahen wir im allgemeinen bei sorgfältiger Behandlung und Beobachtung keine körperlichen Dauerschäden. Man muß bei den Angaben der Geimpften — eben weil es Paralytiker sind — mit der nötigen Vorsicht zu Wege gehen. Bei dem größten Teil unserer Fälle sahen wir einen Herpes labialis. Er trat meist mit den ersten Anfällen auf; in einem Fall breitete er sich im Bereich des 2. und 3. Quintusastes in großer Ausdehnung aus. Während der Fieberanfälle erlebten wir paralytische Krampfanfälle, wenn auch selten. Auch kurz dauernde, auffallende Dysarthrie kam vor. Wir sahen ferner Neuralgien des N. supraorbitalis rechts. Sonstige Erscheinungen seitens des Gehirns, wie sie bei der Naturtertiana und vor allem der Perniciosa beschrieben sind, traten nicht auf. Delirante Zustandsbilder auf der Höhe der Anfälle sahen wir bei unseren malariafiebernden Patienten selten. Die Milz war sehr selten stärker nachweisbar vergrößert. Doch sind Milzrupturen beschrieben worden (Weygandt, Trömmer). Lebervergrößerungen fanden sich nachweisbar nie. In einem Falle konnten während der Fieberanfälle Angina pectoris-artige Anfälle beobachtet werden. Erbrechen sahen wir nie. In 4 Fällen fiel uns während der ersten Fieberanfälle ein trockener Husten auf, ohne daß an den Lungen ein besonderer Befund erhoben werden konnte. Dieser Husten verschwand von selber, die Malaria dauerte an. In einem anderen Falle kam es auch während der ersten Fieberanfälle bei einem Paralytiker, der vor 3 Jahren an der bei uns in der Anstalt heimischen Dysenterie gelitten hatte, zu mehrmaligen kurzen ruhrartigen Durchfällen mit Blut und Schleim, die von selber sistierten bei fortdauernden Tertianaanfällen. Nierenschädigungen sind selten, wir sahen sie nie. Der Blutdruck war im Anfallbeginn oft ganz erheblich erhöht, um dann im Schweißstadium sehr stark abzufallen. Es zeigt sich hier dasselbe Verhalten wie bei der Naturmalaria. Nasenbluten kam einmal zur Beobachtung. Nasenbluten und die schwere Form des Ikterus gelten als Signum mali ominis und erfordern ein Einschreiten gegen die Infektion. Leichter Ikterus ist häufig; er ist mit der mehr oder weniger zeitig einsetzenden Anämie der Haut verbunden.

Das Blut zeigt regelmäßig eine Hämoglobinämie, zurückzuführen auf den Untergang zahlreicher Erythrocyten. Plötzliche hochgradigste Anämie mit Leberschwellung haben Mühlens und Kirschbaum beschrieben. Im Blutbild selber findet man neben den Parasiten in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen eine oft sehr weitgehende Anisocytose, ferner deutliche Polychromasie, unter Umständen auch die Schüffnersche Tüpfelung. Kernhaltige rote Blutkörperchen sahen wir bisher nie. Neben einer deutlichen Linksverschiebung, die manchmal erhebliche Grade erreichen kann, trifft man im Blutbild des mit Malaria geimpften Paralytikers die von Schilling u. a. beschriebenen 3 Phasen: 1. die neutrophile Kampfphase, 2. die monocytäre Abwehr- bzw. Ueberwindungsphase und 3. die lymphocytäre Heilphase) an. Nach Abbruch der Fieberbehandlung gehen alle diese Erscheinungen sehr rasch und vollständig zurück. Es ist auch uns immer wieder aufgefallen, wie schnell sich unter der Chininbehandlung die Patienten wieder erholen.

Wie oben erwähnt, läßt man es im allgemeinen bei der nötigen Individualisierung zu 8—16 Fieberanfällen kommen. Um die Fieberanfälle abzukürzen, gibt man am besten Chininum hydrochloricum. Ursprünglich gab man verhältnismäßig hohe Dosen in Anlehnung an die Behandlung der Naturmalaria. Jetzt kommt man infolge der außerordentlich hohen Empfindlichkeit der Impfmalaria gegen Chinin mit verhältnismäßig kleinen Gaben aus. Man braucht in vielen Fällen nicht mehr als 5—6 g als Gesamtdosis und Tagesgaben von 0,75 g Chinin. Sicherer ist aber die von Mühlens und Kirschbaum angewandte sogen. „mittelstarke Kur“, bei der etwa 10,0 g nach folgendem Schema gegeben wurden: 3 Tage 1,0, 3 Tage 0,5 Chin. mur., 7 Tage Pause; 5 Tage je 0,5 g, 7 Tage Pause; 4 Tage 0,5 g, 7 Tage Pause; 3 Tage 0,5 g Chinin.

Wagner v. Jauregg gibt 5 g, und zwar 3 eingrammige und vier halbgrammige Tagesdosen von Chinin. Die Plasmodien sollen danach bereits nach dem ersten, höchstens zweiten Chinintage im Blut nicht mehr nachzuweisen sein; Malariarezidive hat er danach nie beobachtet. Chin. mur. ist das am meisten angewandte Malariabekämpfungsmittel; nehmen die Kranken dieses Mittel schlecht ein, dann muß man zu intramuskulären Injektionen von Chin. bimur. schreiten. Auch Chininurethan intramuskulär kann angewandt werden. Die sogenannte Dämpfung der Intensität der einzelnen Fieberanfälle nimmt man am besten nach dem Vorgang der Wiener Klinik (Kauders) mit 0,1—0,2 g Chinin vor. Sie empfiehlt sich in all den Fällen, in denen die Kranken schon bereits durch die ersten Anfälle sehr mitgenommen werden. Die Chininwirkung ist auch hier, wie bei der Naturmalaria, wohl in erster Linie eine indirekte; sie steigert ferner die Abwehrkräfte des Organismus.

Da bei manchen Menschen eine ausgesprochene Chininidiosynkrasie besteht, die sich nach Chiningaben in plötzlichen, schweren, parenchymatösen Blutungen, Erbrechen usw. dokumentiert, ist es unbedingt nötig, daß man sich vorher über eine etwa bestehende Chininunverträglichkeit informiert. Wir haben Chininidiosynkrasie bisher nicht beobachtet. Wir haben bisher nur einen Todesfall im direkten Anschluß an die Kur erlebt (siehe oben). Weygandt hat bei 500 Tertianakuren eine Mortalität von 7,6%, Nonne bei 322 Fällen eine solche von 8% gehabt. Unter letzteren waren Tropicageimpfte, in 13 Fällen handelte es sich um Herzinsuffizienz. Bei den Fällen von Mühlens und Kirschbaum handelte es sich zum Teil um fortgeschrittene Paralytiker, um Chininidiosynkrasie. Wir mußten bei 2 dekrepiten Paralytikern die Kur nach wenigen Anfällen wegen Herzschwäche abbrechen, einer davon starb nach einigen Wochen an seiner Paralyse. Ein anderer erkrankte nach abgeschlossener Behandlung an Ruhr, an der er zugrunde ging; ein weiterer durch die Kur nicht Gebesserter erstickte beim zu gierigen Essen. Nach Beendigung der Heilfieberbehandlung schließt man zweckmäßig eine Phlogetan- oder Salvarsankur an.

Eng mit diesen Fragen verknüpft erscheint die nächste, welche Paralytiker soll man bzw. darf man nun impfen? Selbst unter der Voraussetzung, daß man nur einwandfreie Tertianastämme verwendet, die schon eine ganze Anzahl von Menschenpassagen hinter sich haben, sollen nur solche Fälle geimpft werden, deren Herz- und Gefäßsystem möglichst einwandfrei ist. Man tut gut, sich davon vorher zu überzeugen (Röntgen). Eine Aortitis luetica ist nur dann ein Hinderungsgrund, wenn sie stärkere Erscheinungen macht.

Man soll ferner möglichst solche Kranke ausschließen, die in ihrem körperlichen Allgemeinzustand zu sehr entkräftet sind. Auch magendarmkranke Paralytiker sind nur mit Vorsicht zu impfen, man soll derartige Impflinge vorher in ihrem Kräftezustand bessern bzw. ihr Leiden beheben. Ob Frauen und Männer überhaupt gesondert hinsichtlich ihrer Widerstandsfähigkeit zu betrachten sind, ist nicht ganz sicher.

Die Erfahrung hat ferner gelehrt, daß je früher die Paralytiker zur Malariabehandlung kommen, um so besser die erzielten Resultate werden. Die beginnenden Paralysen, die zu erkennen mit Hilfe der serologischen Blut- und Liquoruntersuchungen nicht mehr so schwer ist wie früher, die sind es, die der Impfung vor allem zugeführt werden müssen. Auch juvenile und infantile Paralysen sind von der Impfung nicht auszuschließen. Dasselbe gilt auch von der dementen Form der Paralyse, wenn auch bei der expansiven Form, bei der man ja auch früher vor Anwendung der Heilfieberbehandlung die besten Remissionen beobachtete, vielleicht Besserungen häufiger zu sein scheinen, jedenfalls mehr in die Augen zu fallen pflegen. Schwere interkurrente Erkrankungen, wie Pneumonie usw., bilden selbstverständlich einen die Impfung ausschließenden Grund. Diese darf erst nach völliger Wiederherstellung des Kranken (Herz!!) unternommen werden. Ebenso scheiden aus der Malariabehandlung aus die schwereren Formen der Tuberkulose, alle die Formen der Lungentuberkulose, bei denen es sich um einen rasch fortschreitenden, sehr aktiven Prozeß handelt.

Berücksichtigt man alle diese Dinge, dann wird man vor Fehlschlägen einigermaßen gesichert sein. Selbstverständlich sind nicht alle Remissionen gleichwertig, immerhin sind sie, wie Nonne sagt, zahlreicher, weitgehender und langdauernder. Man unterscheidet vollkommene und unvollkommene Remissionen, bei ersteren wird vollkommene Arbeits- und Berufsfähigkeit erzielt ohne oder mit geringen psychischen Defekten, bei letzteren sind die Defekte mehr oder weniger deutlich.

Nonne (Ztschrft. f. d. ges. N. u. Psych. 1924, 44. Bd.) beziffert seine Resultate z. B. mit 23,7% als arbeitsfähig im Beruf ohne nachweisbare psychische Ausfälle; berufsfähig mit geringen psychischen Ausfällen wurden 47,5%; 28,8% blieben ungeheilt. 1925 erzielte derselbe Autor ungefähr 30% Heilungen, d. h. 30% seiner Geimpften wurden ihrer geistigen Verfassung nach praktisch normal, berufs- und erwerbsfähig. Nach Weygandt werden bei Impfungen im Frühstadium ⅓—¼ berufsfähig. Diese Zahlen gewinnen bedeutend an Wert, wenn man erstens bedenkt, daß es sich doch häufig um Berufe handelt, deren Vertreter ganz besonders starken geistigen Belastungen ausgesetzt sind, z. B. Journalisten, Aerzte, Großkaufleute, Ingenieure, Industrielle, und zweitens in Betracht zieht, daß vor der Malariatherapie der Paralyse Remissionen nur in 4% bis höchstens 16% vorkommen. Unsere Heilungsprozente erreichen nicht ganz diejenigen von Nonne; es mag das daran liegen, daß die Paralytiker oft reichlich spät in die Landesanstalt kommen.

Neben diesen mehr oder weniger vollständigen Remissionen kommen Fälle vor, bei denen aus dem paralytischen Krankheitsbild sich ein paranoid-halluzinatorischer Zustand entwickelt. Weygandt erblickt darin einen Uebergang in ein mehr chronisch-stationäres Endstadium. Auch wir sahen solche Bilder. Nicht jede Remission darf man im direkten Anschluß an die Malariakur erwarten. Manchmal dauert das Intervall bis zu ihrem Eintritt ½—1 Jahr, unter Umständen noch länger.

Auch die somatischen Symptome der Paralyse unterliegen der Beeinflussung durch die Impfung, so können sich Sprache und Schrift bessern, ebenso die Pupillenstörungen. Die Liquorreaktionen können weitgehende Rückkehr zu fast normalen Verhältnissen zeigen, doch erscheinen sie oft in alter Stärke wieder. Nach Mühlens, Kirschbaum u. a. gehen diese Besserungen nicht immer mit den psychischen Befunden parallel. Die Dauer der festgestellten Besserungen nach Heilfieberbehandlung beträgt 7 bis 9 Jahre.

Der pathologisch-anatomische Prozeß der Paralyse, der sich ja im wesentlichen in 2 Komponenten gliedert, in die Parenchymdegeneration der nervösen Elemente verbunden mit gliösen Reizerscheinungen, und in entzündlich-infiltrative Gefäßveränderungen, bleibt in vielen Fällen nicht unbeeinflußt. Zwar können die durch die Gaglienzelldegenerationen geschaffenen Ausfälle und Narben nicht wieder durch vollwertiges nervöses Gewebe ersetzt werden, aber die entzündlichen Infiltrate um die Gefäße gehen oftmals so stark zurück, daß man Bilder wie bei der stationären Form der Paralyse zu sehen bekommt. Spirochäten hat man in Gehirnen von nach der Impfung verstorbenen Paralytikern zum Teil gefunden (Forster), zum Teil vermißt (Bielschowsky, Kirschbaum). Ob tatsächlich nur eine Verschiebung des paralytischen Prozesses nach der Seite der einfachen Hirnlues zu eintritt, bedarf noch weiterer Klärung.

Zu guter Letzt noch ein kurzes Wort über die an sich wichtige Frage der Verbreitungsmöglichkeit der Malaria durch die Impfungen. Viele Gegenden Deutschlands beherbergen, wie wir gesehen haben, Anophelesarten, die als Malariaüberträger in Betracht kommen. Andererseits werden bei der Impfmalaria, zweifellos auch bei der Impftertiana Geschlechtsformen gebildet. Es muß also rein theoretisch die Frage der Malariaübertragung bejaht werden. Wagner v. Jauregg hat zwar in sehr sorgfältigen Untersuchungen und Versuchen mit Anopheles, die er an malariageimpften Paralytikern saugen ließ, keine Uebertragung gesehen. Neuerdings werden aber Uebertragungen beschrieben, so z. B. aus Schweden (Kling: Ztschr. f. ärztl. Fortbildg. 1926, Nr. 5). Nun hat die Impfmalaria an sich schon eine außerordentlich große Beeinflußbarkeit durch Chinin; Chininresistenz kommt hier überhaupt nicht vor. Ferner pflegt sie, wenn es sich um reine Tertiana und keine Tropica handelt, wie es ja in Deutschland wohl allgemein der Fall ist, sehr milde zu verlaufen, und weiterhin besteht doch die Möglichkeit, durch Verwendung von Malariastämmen, die zahlreiche Menschenpassagen hinter sich haben, die Gametenbildung auszuschalten. In Gegenden mit nachgewiesenen Anopheles kann man außerdem die Impfstationen mückensicher ausgestalten. Mit anderen Worten, die Gefahr einer Uebertragung auf andere Menschen an sich und die Gefahr der Verbreitung der Malaria dürfte deshalb als ganz gering anzuschlagen sein. Ob es nötig ist, die zu behandelnden Paralytiker an einer einzelnen Stelle des Landes zu konzentrieren, wie es teilweise gemacht worden ist, erscheint fraglich. Die Kur selber stellt einen nicht ungefährlichen Eingriff dar, sie ist nur anzustellen in einer gut geleiteten Krankenanstalt. Ambulant darf sie niemals durchgeführt werden, ein Arzt muß stets zur Verfügung sein, er muß selbstverständlich mit Symptomatologie, Parasitologie und Pathologie der Malaria an sich vertraut sein.

Alles in allem ist die Malariabehandlung der Paralyse nach Nonnes Worten zur Zeit die Methode der Wahl; es ist Wagner von Jaureggs unbestrittenes großes Verdienst, hier einen Weg gewiesen zu haben, auf dem es gelang, das Axiom von der mehr oder weniger unbeeinflußbaren Paralyse gebrochen zu haben. Immerhin ist man von Hoches Hoffnung, daß unsere Nachkommen die Paralyse nur noch aus den Büchern kennen werden, auch jetzt noch reichlich weit entfernt. Man hat vielleicht mit Recht gesagt, wir sind ein Stück vorwärts gekommen in der Paralysebehandlung, doch nur um eine Etappe — das Ziel des Kampfes haben wir trotz aller schönen Fortschritte nur zum Teil erreicht.

Zur Herzphysiologie am Krankenbett.

Von

W. JANKOWSKY.

Es bedarf keines Hinweises, daß für eine erfolgreiche Therapie genaue Kenntnis der physiologischen Vorgänge die Voraussetzung ist. Gerade bei den Störungen der Herztätigkeit, die in ihrer großen Verbreitung bei den verschiedensten Krankheitsbildern, man möchte sagen, den Kernpunkt der Medizin darstellen, sehen wir immer wieder, wie wenig eine schematische Behandlung etwa die einseitige Digitalis-Therapie leistet. Auf einige nicht haltbare Auffassungen in der Herzphysiologie, denen man in der Praxis häufig begegnet wie, daß die Höhe des arteriellen Druckes lediglich vom Kreislaufwiderstand abhängig sei, daß eine Tachykardie der Ausdruck einer Schwäche des Herzmuskels wäre und im engen Zusammenhang hiermit, daß eine Kreislaufinsuffizienz mit einer verminderten Arbeitsleistung des Herzens identisch sei, hatte Verf. bereits anderweitig kurz hingewieesen (1). Im Folgenden sei von den grundlegenden physikalischen Zusammenhängen, über die auch am Krankenbett Klarheit herrschen muß, ausgegangen.

Die physikalische Ursache des Blutkreislaufes ist die Druckdifferenz zwischen Aorta und Cava; die Ursache dieser Druckdifferenz ist die Herzarbeit. Die Größe der letzteren ist bedingt durch die Größe von mittleren Aortendruck (P), Schlagvolum (V) und Frequenz (n), und zwar ist die sogen. äußere Herzarbeit A gleich dem Produkt PVn. Genauer ist, wenn man die funktionelle Abhängigkeit von Druck und Schlagvolum $V = v_1 - v_2$ während einer Kontraktion berücksichtigt:

$$A = n \int_{v_2}^{v_1} P \, d v$$

Hierbei entspricht dem Aortendruck im Zustande des Herzmuskels die Spannung desselben.

Diese Gleichung besagt nur, daß bei einer Aenderung von jeder der drei Größen die Herzarbeit sich entsprechend ändert, sie gibt aber die Zusammenhänge im Kreislauf nicht wieder. Denn der arterielle Druck ist nicht primär vorhanden, sondern entsteht erst sekundär (hydrodynamisch) durch die Herzarbeit selbst, und außerdem stehen Druck, Schlagvolum und Frequenz in funktioneller Abhängigkeit voneinander.

Der arterielle Druck ist nicht identisch mit dem Kreislaufwiderstand, wie dies bisweilen angenommen zu werden scheint. Er ist eine Funktion von Herzarbeit und Kreislaufwiderstand zugleich, wobei letzterer vom Lumen und der Beschaffenheit des Gefäßsystems und der Viskosität des Blutes abhängig ist. Da der normale Herzmuskel, um automatisch den Kreislauf durchzuführen, sich weitgehend dem jeweils vorhandenen Widerstande anpaßt, so wird bei einer Zunahme des letzteren der Druck steigen und umgekehrt. Dies ist die wichtigste und dauernd vor sich gehende Regulation des Druckes. Ist jedoch der Herzmuskel zu einer weiteren Steigerung seiner Leistung nicht imstande oder unterbleibt diese, so kann auch der Druck nicht steigen. Umgekehrt kann bei gleichbleibendem Kreislaufwiderstand der Druck erhöht werden, wenn durch Vergrößerung von Schlagvolum und Frequenz die in der Zeiteinheit ausgeworfene Blutmenge vergrößert wird. Sinkt jedoch der Widerstand unter eine bestimmte Grenze, so kann auch der leistungsfähigste Herzmuskel keinen bestimmten Druck erzeugen, d. h. keine Arbeit von bestimmter Größe verrichten, da der durch die Arbeit zu überwindende Widerstand bzw. die Spannung des Muskels fehlt. Der Druck hängt also in jedem Falle von Kreislaufwiderstand und Herzarbeit zugleich ab.

Ebenso lassen sich bestimmte Angaben über die Beziehungen zwischen Druck, Schlagvolum und Frequenz untereinander machen.

Kommt es zu einer Steigerung der letzteren, so muß, wenn man zunächst eine Konstanz der anderen Faktoren annimmt, die in der Zeiteinheit ausgeworfene Blutmenge größer werden. Dies muß bei gleichbleibendem Kreislaufwiderstand zu einer Erhöhung des Druckes führen. Das gleiche gilt bei einer Zunahme des Schlagvolums allein. Der Druck kann also nicht konstant bleiben, sondern steht in notwendiger Abhängigkeit von Schlagvolum und Frequenz.

Umgekehrt muß bei einer Zunahme des Druckes — immer von mittleren Werten ausgerechnet — das Schlagvolum zunehmen, da die Füllung der Kammern größer wird. Dies hat eine weitere Steigerung der in der Zeiteinheit ausgeworfenen Blutmenge und mithin des Druckes zur Folge. Dieser Synergismus der drei Faktoren bedeutet also, daß die Herzleistung sich schneller als linear ändert und eröffnet erst das Verhältnis für die außerordentliche und schnelle Aenderung in der Größe der Herzleistung. Diese kann auf das ca. 30fache gesteigert werden und übertrifft hierin die uns bekannten Kraftmaschinen.

Auch das umgekehrte, d. h. ein nachteiliger Einfluß von Druck, Schlagvolum und Frequenz aufeinander kann eintreten. Steigt nämlich die Frequenz über eine bestimmte Grenze hinaus, so wird die Kammer nicht mehr genügend Zeit zur Füllung und Entleerung haben, und das Schlagvolum muß kleiner werden. Der theoretische Grenzfall würde dann vorliegen, wenn das Schlagvolum gleich Null geworden ist, also ein Kreislauf aufhört. Ebenso wird bei der Zunahme des Druckes über eine bestimmte Grenze das Schlagvolum kleiner werden müssen, da die Spannung des Herzmuskels nicht mehr ausreicht, die Kammer gegen den Aortendruck zu entleeren. Der Grenzfall liegt auch hier dann vor, wenn der Druck so groß geworden ist, daß das Schlagvolum gleich Null ist und der Herzmuskel reine Spannungsarbeit leistet. Diese wird in der Theorie als „maximale Kraft“ bezeichnet. Der andere Grenzfall bei sinkendem Druck ist dann vorhanden, wenn der Kreislaufwiderstand sich dem Nullwert nähert — z. B. Erweiterung großer Gefäßgebiete —, so daß die Herzarbeit ebenfalls auf den Nullwert sinken muß.

Diese Grenzfälle haben keineswegs nur theoretisches Interesse. Wenn sie auch keinem physiologischen Dauerzustand entsprechen können, so werden wir an den Grenzen der physiologischen Reaktionsbreite gerade die pathologischen Zustände zu suchen haben. Umgekehrt wird der Kreislauf am günstigsten bei bestimmten mittleren Werten, eben den physiologischen, von Kreislaufwiderstand, Schlagvolum und Frequenz durchgeführt werden, ganz analog wie eine Kraftmaschine die beste Leistung auch nur bei bestimmten Werten von Tourenzahl, Zylinderinhalt und Kompressionsgrad liefert. Diese Werte sind natürlich individuell und generell verschieden, u. a. ist das Herz des Säuglings auf eine höhere Frequenz eingestellt als das des Erwachsenen. Ebenso gehören zu jedem Zustand des Körpers ganz bestimmte Werte der genannten Größen und eine bestimmte Kreislaufmenge.

Die obigen Betrachtungen sind zunächst nur theoretische, wenn sie auch in den gesetzmäßigen hydromechanischen Zusammenhängen, die natürlich auch hier volle Gültigkeit haben, begründet sind. Wieweit sie im Organismus realisiert sind, darüber können nur die Beobachtungstatsachen entscheiden. Hierfür sind Untersuchungen am einkammrigen Kaltblüterherzen naturgemäß nicht ausreichend, sondern es kommen in erster Linie solche am Säugetierherzen und besonders am Starlingschen Herz-Lungenpräparat in Betracht, die neben Starling in Deutschland besonders Straube ausgeführt hat (vergleiche auch O. Frank). Um nur die Resultate kurz zu erwähnen, so ist von allgemeiner Bedeutung, daß der Herzmuskel das gleiche physiologische Verhalten wie der Skelettmuskel zeigt, d. h. eine mit zunehmender Spannung (Füllung) vermehrte Leistung. Im besonderen ergab sich im Hinblick auf das oben Dargelegte, daß bei mittleren Werten von Druck, Schlagvolum und Frequenz, die erwähnte Abhängigkeit dieser Größen untereinander vorhanden ist und ferner daß, allerdings erst bei sehr hohen Werten von Druck und Frequenz, in der Tat ein die Herzleistung vermindernder Einfluß bemerkbar wird. Auch die „maximale Kraft“ kann durch Abbinden der Aorta gemessen werden. Mehr als solche allgemeinen Resultate darf man von diesem biologischen Experiment nicht erwarten. Sie genügen auch im Hinblick auf die obigen theoretischen Darlegungen vollkommen, gegen deren Gültigkeit keine Beobachtungstatsache spricht. Genaue zahlenmäßige Angaben über die absoluten Werte der drei Faktoren in ihrer Beziehung zur Herzleistung würden keine weitere Bedeutung haben, da sie für jeden Kreislauf verschieden sind. Aber auch sonst darf man diese biologischen Experimente in ihrer Bedeutung für die pathologische Physiologie nicht überschätzen. Denn es lassen sich nicht alle Zustände, etwa wie in physikalischen Versuchsanordnungen reproduzieren, abgesehen davon, daß sich auch im Starlingschen Präparat das Herz in einem anormalen Zustand befindet. Wir müssen daher den Beobachtungen am Menschen speziell am Krankenbett eine besondere Bedeutung beilegen und kommen damit zugleich zur Nutzanwendung des Dargelegten.

Beim Menschen können wir nur den arteriellen Druck und die Frequenz messen, nicht aber das Schlagvolum. Trotzdem lassen sich auch hier über die Größe der Herzleistung bestimmte Angaben machen, zumal nur solche relativer Art in Betracht kommen. Denn ist das Schlagvolum wesentlich vermindert, so wird auch die geförderte Blutmenge unzureichend sein bzw. bei Arbeit werden, und dies ist objektiv an der eintretenden Atemnot zu erkennen. Auch die Größe des Pulses, die im Vergleich zu früheren Zeiten der medizinischen Praxis vielleicht heute zu wenig beachtet wird, gestattet Rückschlüsse auf das Schlagvolum. Finden wir daher den Druck normal oder erhöht, so werden wir bei mittleren Frequenzwerten ein normales Schlagvolum annehmen müssen und somit auf eine durchschnittliche bzw. erhöhte Herzleistung schließen müssen. Ist neben dem Druck auch die Frequenz erhöht, so wird eine erhöhte Herzleistung vorhanden sein müssen. Denn nehmen wir an, das Schlagvolum wäre hier wesentlich vermindert, so würde sich die Herzleistung in der Richtung der „maximalen Kraft“ bewegen und somit eine wesentliche Spannungsarbeit geleistet werden. Umgekehrt wird die Herzleistung unter dem Durchschnittswert liegen, wenn der Druck unter seinen Durchschnittswert gesunken ist, wobei es gleich ist, ob die Frequenz normal oder erhöht ist. Denn entweder ist der Kreislaufwiderstand so gering, daß auch ein leistungsfähiges Herz seine Leistung nicht produzieren kann oder der Herzmuskel ist, bei einem normalen Kreislaufwiderstand, nicht fähig, einen höheren Druck zu erzeugen. Der Druck stellt also ein (relatives) Maß für die Größe der Herzleistung dar. Dies ist auch ohne weiteres verständlich, da der Druck der unmittelbare Effekt der Herzarbeit ist, der selbst erst das Mittel zur Durchführung des Kreislaufes darstellt.

Wir können am Menschen pathologische Zustände, die den oben erwähnten Grenzfällen, in denen das Schlagvolum gleich Null wird und der Kreislauf somit aufhört, ziemlich nahe kommen. In beiden Fällen ist die Frequenz stark erhöht, doch verhält sich der Druck bzw. der Kreislaufwiderstand gerade entgegengesetzt. Im sogenannten Ohnmachtsanfall fällt der Druck infolge Erweiterung großer Gefäßgebiete stark ab, die Herzarbeit und die, durch den Querschnitt des Gefäßsystems fließende Blutmenge werden geringer als mit dem normalen physiologischen Zustande vereinbar ist. Umgekehrt liegt beim Schock eine äußerst starke Kontraktion der Arterien vor, und die Größe des Kreislaufes sinkt ebenfalls unter den normalen Mindestwert. Halten beide Zustände, die in ihrer Wirkung also gleich, in ihrer Ursache aber verschieden sind und naturgemäß eine verschiedene Behandlung erfordern, längere Zeit an, so kann der Tod eintreten, im ersten Falle bei diastolischem, im zweiten bei systolischem Zustand des Herzmuskels.

Zwischen diesen beiden Grenzfällen, in denen der Herzmuskel entweder mit einer zu großen oder zu geringen Spannung arbeitet, lassen sich im allgemeinen alle pathologischen Zustände einordnen.

Die wichtigste Rolle spielt unter diesen die sogenannte Herz- (bzw. Kreislauf-)insuffizienz, die allgemein als Herzmuskelschwäche gedeutet und behandelt wird. Hierbei ist zunächst zu beachten, daß ein relativer Begriff, wie der der Insuffizienz überhaupt nicht mit einer absoluten Größe, wie der Herzleistung, verglichen werden kann. Insuffizienz bedeutet das Mißverhältnis zwischen Leistung und Forderung. Die absolute Herzleistung kann hierbei weit über dem Durchschnitt liegen, wenn dies bei den Anforderungen auch der Fall ist. So ist das Herz eines Wettläufers im Zustande seiner Höchstleistung zu einer weiteren Arbeit zweifellos insuffizient, wenn diese Bezeichnung auch einseitig für pathologische Zustände verwendet zu werden pflegt. Umgekehrt wird ein schwächerer Herzmuskel bei geringen Anforderungen suffizient bleiben können. Demgemäß kann eine Insuffizienz, sowohl bei einer absolut großen, wie einer absolut geringen Herzleistung eintreten. Es wird allgemein angenommen, daß pathologisch nur der letzte Fall vorkommt. Doch deutet der Zustand bei der Hypertonie darauf hin, daß auch das Gegenteil möglich ist.

Insuffizienz liegt immer dann vor, wenn die in der Zeiteinheit durch den Querschnitt des Gefäßsystems fließende Blutmenge dem jeweils notwendigen Gaswechsel nicht genügt. Dieser Zustand ist an der notwendig eintretenden Atemnot zu erkennen. Eine solche Verminderung des Gaswechsels muß eintreten, sowohl wenn die Strömungsgeschwindigkeit und daher auch die in der Zeiteinheit durch den Querschnitt des Gefäßsystems fließende Blutmenge zu gering wird als auch, wenn sie zu groß wird. Im letzten Falle fehlt die zum Gasaustausch nötige Zeit, es muß ebenso zur Zyanose und, um das Mißverhältnis auszugleichen, zur beschleunigten Atmung kommen. Es wird allgemein als selbstverständlich angenommen, daß pathologisch nur der erste Fall vorliegt, wie überhaupt die ganze Herzphysiologie von dem Begriff der Stauung beherrscht wird. Obgleich zur Entscheidung dieser Frage noch entsprechende Messungen nötig sind, ist es nach Ansicht des Verf. auf Grund der physikalischen Zusammenhänge zweifellos, daß auch eine zu große Kreislaufgeschwindigkeit als Ursache der Insuffizienz auftritt. Dies muß dann der Fall sein, wenn die Herzarbeit bei erhöhtem Druck vergrößert ist. Denn zu einem erhöhten Druck gehört eine erhöhte Stromgeschwindigkeit und umgekehrt; eine Ausnahme stellt nur der Fall der Spannungsarbeit dar, wobei die Kreislaufmenge herabgesetzt ist. In der normalen Physiologie ist bei körperlicher Arbeit eine erhöhte Stromgeschwindigkeit vorhanden. Wir kennen hier den unangenehmen Zustand, wenn wir von einer forcierten Anstrengung plötzlich zur Ruhe übergehen. Die Atmung muß dann noch eine Zeitlang vertieft und beschleunigt sein, weil die vergrößerte Strömungsgeschwindigkeit und Blutmenge einen vergrößerten Gaswechsel erfordert. Ein Versuch, die Atemfrequenz willkürlich zu vermindern, vermehrt nur das Gefühl der Atemnot, womit der Zustand genau so wie in der Pathologie bezeichnet wird. Es ist dabei möglich, daß bei der forcierten Arbeit kurz zuvor eine Atemnot bestand, weil die Strömungsgeschwindigkeit (die Blutmenge) für den notwendigen Gaswechsel zu gering war. Hierbei spielt natürlich die Arbeitsfähigkeit der Lunge eine große Rolle, wie überhaupt enge Beziehungen zwischen Herz- und Lungenfunktion bestehen. Dieses Beispiel einer Atemnot infolge zu großer Strömungsgeschwindigkeit zeigt, daß man unvoreingenommen die physikalischen und physiologischen Zusammenhänge klären muß, wobei es prinzipielle Unterschiede zwischen normaler und pathologischer Physiologie nicht geben kann.

Arbeiten von Lange und seinen Schülern (4), sowie eigene Untersuchungen (1) haben gezeigt, daß in vielen Fällen von Herzinsuffizienz — ganz im Gegensatz zu der üblichen Meinung — der Druck gesteigert ist (neben der fast regelmäßig vorliegenden gesteigerten Frequenz). Im Einklang hiermit zeigte sich, daß bei einer Besserung des Zustandes der Druck sinkt und bei einer Verschlechterung wieder ansteigt. Die vorhandene Insuffizienz zeigt, daß die geförderte Blutmenge im Mißverhältnis zum Körperzustand steht, wobei also die Strömungsgeschwindigkeit, sowohl zu klein, wie zu groß sein kann. Es ist klar, daß es für den physikalischen Zusammenhang ganz gleich ist, unter welchen Umständen es zu einer Steigerung von Druck und Frequenz kommt. Die Herzleistung muß hier nach dem Dargelegten und in Uebereinstimmung mit den Starlingschen Versuchen gesteigert sein, und die Insuffizienzerscheinungen sind auf eine zu große Strömungsgeschwindigkeit zurückzuführen. Das Pathologische liegt also darin, daß die vermehrte Leistung, oft die Höchstleistung des Herzmuskels schon in Ruhe vorhanden ist. Daß dann keine weitere Arbeit der Körpermuskulatur geleistet werden kann, ist selbstverständlich.

Erhöhter Druck bei herabgesetzter Kreislaufmenge, wobei der Herzmuskel vorwiegend Spannungsarbeit leistet und die Strömungsgeschwindigkeit normal oder vermindert sein kann, kommt pathologisch ebenfalls vor. Doch kann dies, ebenfalls in Anlehnung an die Starlingschen Resultate, erst bei sehr hohem Druck (etwa über 200 mm Hg, aber natürlich individuell verschieden) eintreten. Das Krankhafte liegt hier darin, daß der Herzmuskel in der Richtung der „maximalen Kraft“ arbeitet.

Natürlich verlaufen auch viele Fälle von Insuffizienz mit normalem oder vermindertem Druck (bei gesteigerter Frequenz). Bei normalem Druck müssen wir annehmen, daß die geförderte Blutmenge gerade ausreicht, um diesen Druck aufrecht zu erhalten, daß also ein verminderter Kreislaufwiderstand vorhanden ist. Darüber hinaus kann der Herzmuskel keine Arbeit leisten, einfach weil auch hier die Höchstleistung bereits in Ruhe vorhanden ist. Diese kann nicht dauernd aufrecht erhalten werden, und es wird allmählich zu einem Sinken des Druckes kommen, wobei die Herzleistung auch absolut herabgesetzt ist. Der Herzmuskel arbeitet also in solchen Zuständen mit zu geringer Spannung. Außer durch einen zu geringen Kreislaufwiderstand kann dies durch eine Schwäche des Herzmuskels hervorgerufen sein. In vielen Fällen wird die Schädigung auf beide Teile des Kreislaufes zugleich einwirken und hierdurch erklärt sich die starke Drucksenkung (bei vermehrter Frequenz), die bei Infektionskrankheiten zu beobachten ist.

Neben solchen Fällen von vermehrtem oder vermindertem Druck bei gesteigerter Frequenz zeigen die Beobachtungstatsachen auch die gleichen Druckänderungen bei normaler Frequenz. Eine Insuffizienz liegt hier nicht vor. Die Kreislaufmenge muß also normal sein, und kann durch Erhöhung der Frequenz gesteigert werden. Bei der essentiellen Hypertonie befindet sich Herz- und Gefäßmuskulatur in einem vermehrten Spannungszustand. Das Herz leistet hier vermehrte Spannungsarbeit, die aber durchaus nicht ein frühzeitiges Versagen des Herzmuskels bedingt. Umgekehrt kennen wir Fälle, in denen der Blutdruck dauernd unter dem normalen liegt. Es handelt sich um individuelle Zustände, ohne daß diese als krankhaft zu bezeichnen wären. Ist dagegen wie bei der arteriosklerotischen Hypertonie die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels beschränkt (Auftreten von Atemnot), so handelt es sich um einen der oben besprochenen Insuffizienzfälle. Hierbei sei bemerkt, daß gewisse Gefahren dieser Zustände wie die Apoplexie nicht in dem erhöhten Druck, sondern im Zustand des Gefäßsystems begründet sind; denn sie treten auch bei normalem Druck auf und unterbleiben umgekehrt bei erhöhtem Druck im jugendlichen Zustand des Gefäßsystems.

Auf Aenderungen der Frequenz war schon bei der Insuffizienz hingewiesen. Auch hier gibt es individuelle Eigentümlichkeiten, die bedeutungslos sind. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß Verminderungen in der Schlagzahl (Myxödem) weniger belangvoll sind als eine Steigerung derselben (Thyreotoxikose). Zur Beurteilung des Zustandes ist auch hier die Feststellung des Druckes nicht zu entbehren. Zu den Aenderungen der Frequenz gehören auch die

Unregelmäßigkeiten in der Schlagfolge. Auch diese betreffen nicht die Frequenz allein, sondern es liegen immer Kontraktionen von einer verschiedenen Spannung vor (ungleicher Puls). Diese Veränderungen beruhen entweder auf Störungen in der nervösen Leitung oder auf Verengerung der Kranzarterien. Die absolute Größe der Herzleistung kann auch hier sowohl gesteigert, wie vermindert sein.

Aus den obigen Darlegungen, die nur kurz die Hauptpunkte berühren, ergibt sich, daß für die Pathologie und Therapie die Frage nach der absoluten Größe der Herzleistung von untergeordneter Bedeutung ist. Von ausschlaggebender Wichtigkeit ist es dagegen zu wissen, durch welche Aenderungen in den Werten der drei Faktoren: Druck, Schlagvolum und Frequenz, ein schädlicher Einfluß auf den Kreislauf ausgeübt wird. Denn nicht eine bestimmte nominelle Leistung ist der Zweck der Herzarbeit, sondern die Fortbewegung einer bestimmten Blutmenge. Es ist also notwendig, individuell die Abweichungen der drei Faktoren vom Durchschnittswert festzustellen. Hierbei zeigt sich, daß Druckmessungen auch von klinischer Seite oft vernachlässigt werden mit dem Hinweis, daß der Druck eine funktionell zu schwankende Größe wäre. Diese Fälle sind jedoch in Wirklichkeit recht selten und werden immer bald erkannt werden können. Mit weit größerem Recht müßte man zum Beispiel Säurebestimmungen im Magensaft ablehnen, da hier Schwankungen von mehreren hundert Prozent vorkommen können, wie sie beim Druck niemals auftreten.

Daß diese verschiedenen Zustände — vermehrte und verminderte Frequenz, großer und kleiner Kreislaufwiderstand, hoher und geringer Druck — eine ganz verschiedene Behandlung erfordern, ist selbstverständlich. Gerade durch die Nichtbeachtung dieser Selbstverständlichkeiten erklären sich viele Mißerfolge, und zwar muß das Ziel der Therapie immer sein, die für die Herztätigkeit maßgebenden Faktoren auf die Größe des optimalen bzw. des Durchschnittswertes zu bringen, nicht aber von der vagen Vorstellung einer Herzschwäche ausgehend die Herzleistung zu erhöhen. In nicht wenigen Fällen wird es sich im Gegenteil darum handeln, eine krankhaft gesteigerte Leistung herabzusetzen. Hier ist durch die wahllose Anwendung tonussteigernder Mittel oft das Gegenteil erreicht, das heißt geschadet worden.

Eine erhöhte Frequenz bedarf unbedingt der Beseitigung, da der Herzmuskel diesen Zustand nicht längere Zeit ohne Schädigung aushält. Das wichtigste Mittel hierfür ist das Morphin, das in der Befürchtung der Angewöhnung meist zu wenig verabfolgt wird. Wir werden aber hier wie anderweitig in der Therapie von zwei Uebeln das kleinere zu wählen haben. Vom Physosticmin hat Verf. keinen deutlichen, die Frequenz herabsetzenden Einfluß gesehen. Diesen haben dagegen die Digitalisstoffe als Nebenwirkung, die zur Vergrößerung des Schlagvolums gehören und mindestens ebenso wichtig ist als diese.

Eine Erhöhung der Frequenz bewirken eine ganze Reihe von Stoffen oft allerdings als Symptom einer bereits toxischen Wirkung. Therapeutisch kommt in erster Linie das Koffein in Betracht.

Die Vergrößerung der Diastole und damit des Schlagvolums und der Kreislaufmenge erklärt die große Bedeutung der Digitalisstoffe. Zur Herbeiführung der normalen Kreislaufmenge genügt aber in vielen Fällen die Vergrößerung des Schlagvolums allein nicht. Es muß immer gleichzeitig das Verhalten von Druck und Frequenz beachtet werden, durch das die Digitaliswirkung oft vereitelt werden kann. Umgekehrt kann in solchen Fällen auch ohne Digitalis ein voller Erfolg erzielt werden. Die Vergrößerung der Diastole bedeutet zwar eine Vergrößerung der Spannung und der Arbeitsleistung, doch stellen die Digitalisstoffe deswegen nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, ein drucksteigerndes Mittel dar. Da der Druck vom Kreislaufwiderstand und der geförderten Blutmenge abhängig ist, tritt, wie es tatsächlich zu beobachten ist, in manchen Fällen eine Drucksenkung, in anderen eine Drucksteigerung ein.

Ein Mittel, das primär den Druck beeinflußt, kann es überhaupt nicht geben, da der Druck selbst erst sekundär in der genannten Weise entsteht. Neben der Beeinflussung der geförderten Blutmenge können wir nur auf den Kreislaufwiderstand einwirken. Als Mittel diesen herabzusetzen, kommt in erster Linie wieder Morphin in Betracht. In allen Fällen der essentiellen oder arteriosklerotischen Hypertonie ist uns bisher kein sicheres Mittel bekannt, den gesteigerten Tonus der Herz- und Gefäßmuskulatur zu vermindern. Als Mittel zur Steigerung desselben hat sich Strychnin am brauchbarsten erwiesen, da das an sich stärkere Adrenalin nur vorübergehend wirkt.

Hier ist noch zu beachten, daß der Kreislaufwiderstand durch mechanische Momente in erster Linie Oedeme ebenfalls vermehrt werden kann. Diese Oedeme haben in vielen Fällen mit dem Kreislauf ursächlich nichts zu tun, sondern sind durch Stoffwechselstörungen bedingt (1). Daß ihre Beseitigung, wodurch sie auch immer erzielt werden mag, zu einer Besserung des Kreislaufes führen muß, ist ohne weiteres verständlich.

Die beschränkte Lebensdauer der weiblichen Keimdrüse.

Von

Dr. A. MUENZER, Charlottenburg.

Bestimmte Gesetze beherrschen die Entwicklung des Körpers nach der Geburt. In einer genau feststehenden Anzahl von Jahren wachsen die Organe und vervollkommnen sich, bis sie zu einem gewissen Zeitpunkt den Höhepunkt ihrer Bildung erreicht haben. Der Körperbau ist hiermit vollendet, der Gipfel der Leistungsfähigkeit erreicht. Jahre hindurch währt die Blüte. Aber dann beginnt der Abbau, unmerklich zunächst, später deutlicher werdend. Das Gebäude bröckelt unter der Gewalt des Alterns. Die Organe schwinden, ihre Arbeitsfähigkeit verringert sich, und schließlich tritt unter allmählich gänzlichem Versagen sämtlicher Teile des Organismus der natürliche Tod ein. — Im Leben ist ein ständiges Fließen, langsame Aufwärtsentwicklung, Blütezeit, allmählicher Abbau, leises Ausklingen bis zur endgültigen Auflösung. Dieses Grundgesetz des menschlichen Lebens aber erleidet für einige wenige Organe eine ganz seltsame Ausnahme. Eben diese Körperwerkzeuge, von denen gleich weiter unten die Rede sein soll, verfallen nämlich nicht dem gewöhnlichen Altersschwund, sondern atrophieren vorzeitig, d. h. sie gehen zugrunde, einige vollkommen, einige zum großen Teil, während der Körper sich entweder noch auf dem Höhepunkt der Entwicklung befindet oder zum mindesten noch keineswegs in den allgemeinen Auflösungsprozeß eingetreten ist.

Ich meine hier zunächst die Zirbeldrüse und den Thymus. Beider Funktion ist noch nicht klar erkannt worden. Zwar haben experimentelle und klinische Erfahrungen gewisse gründlegende Erkenntnisse geliefert. Z. B. wissen wir, daß bei Geschwülsten der Zirbel in früher Kindheit, also bei destruktiven Prozessen, eine Pubertas praecox eintritt. — Weiterhin beobachten wir häufig beim Basedow Hypertrophie bzw. Persistenz des Thymus, und wir haben alle oftmals gehört, daß bei plötzlichen Todesfällen ein persistierender Thymus gefunden wurde, so daß man sogar von Thymustod spricht. So wichtig aber auch diese Ergebnisse sind, sie haben uns doch zu einer gesicherten Kenntnis der Drüsenfunktion noch nicht verholfen. — Bei beiden Organen treten nun in der Zeit der Pubertät weitgehende Involutionserscheinungen ein und sie werden hiermit aus dem Arbeitsbetriebe des menschlichen Organismus mehr oder minder ausgeschaltet. Demgemäß scheint ihre Hauptbedeutung in der Anteilnahme an der Entwicklung des kindlichen Körpers zu liegen.

Viel wichtiger aber als die Rückbildung der beiden genannten Organe scheint mir der vorzeitige Schwund der weiblichen Keimdrüse. Die Menopause setzt in unseren Breiten etwa mit 45 Jahren ein, zu einer Zeit also, in der der Körper noch völlig leistungsfähig ist und in dem von wirklichem Altern, wenngleich der biologische Altersprozeß schon lange eingesetzt hat, noch nicht gesprochen werden kann. Wir sehen also, daß in unserem Körper neben den natürlichen Altersvorgängen ein vorzeitiger Altersschwund bestimmter Organe stattfindet, in dessen Mechanismus wir vorläufig noch nicht hineinschauen können. — Im folgenden will ich nun einige Worte über die weibliche Keimdrüse, die ja in dieser Beziehung unser höchstes Interesse erwecken muß, sagen. Insbesondere erscheint mir wichtig, zu erörtern, woher denn der Anstoß zur Rückbildung der Keimdrüse erfolgt. Dem normalen Altersprozeß liegt ja doch, wie wir wissen, die Abnutzung der Organe zugrunde. Jeder organischen und anorganischen Materie ist von vornherein eine gewisse Daseinsdauer bestimmt. Lediglich die Tatsache ihres Wirkens und Leistens bedingt den allmählichen Verbrauch der einzelnen Teile, bis endlich der Zeitpunkt der endgültigen Auflösung erreicht ist. Dasselbe gilt für die Organe des menschlichen Körpers.

Nur eben die weibliche Keimdrüse folgt, wie wir sahen, durchaus nicht den allgemeinen Altersgesetzen. Somit müssen für ihren Schwund besondere Bedingungen maßgebend sein.

Vom teleologischen Standpunkt aus betrachtet, scheint die beschränkte Lebensdauer der weiblichen Keimdrüse durchaus einleuchtend. Es soll nur die in der Vollkraft der Jahre stehende Frau Kinder erzeugen, denn nur sie gewährleistet eine gesunde und lebenstüchtige Nachkommenschaft. Aber die teleologische Betrachtungsweise verhilft uns nicht zur Aufdeckung physiologischer Gesetze.

Wenn wir nun, um weiter zu gelangen, die drei oben genannten Organe, Zirbel, Thymus und weibliche Keimdrüse, die alle dem gleichen Schicksal früher oder später verfallen, zunächst gemeinsam betrachten, so fällt eines von vornherein auf: alle drei sind Blutdrüsen. Liegt also, so werden wir gleich weiter fragen, der Anstoß zur Involution im Blutdrüsensystem selbst? Dominiert in dieser Organfamilie ein Glied derart, daß es die Daseinsdauer der anderen entscheidend beeinflußt? Der Gedanke an sich wäre wohl zu erwägen.

Oder liegt die Ursache in dem mit dem Blutdrüsensystem so eng verknüpften vegetativen Nervensystem? Vielleicht gar im Gehirn selbst, z. B. im Zwischenhirn, das ja die Funktion der Blutdrüsen sehr erheblich beeinflußt und möglicherweise sogar als das cerebrale Blutdrüsenzentrum gedacht werden kann. Von vornherein tauchen also eine ganze Reihe von Fragestellungen auf; aber jeder wird zugeben, daß wir ihnen ziemlich ratlos gegenüberstehen. Indessen finden sich bei längerem Nachdenken doch einige wenige Anhaltspunkte, die uns unter Umständen weiterhelfen können.

Da bringt uns die Pathologie der Zirbel mancherlei Aufklärung. Wir erinnern wiederum an das Krankheitsbild der Pubertas praecox, wie es bei Zirbeldrüsen-Tumoren beobachtet wird. Die Destruktion des Drüsengewebes bedingt die frühzeitige Entwicklung der Keimdrüse und der sekundären Geschlechtscharaktere. Umgekehrt müßte eine gewisse Hyperfunktion des Organs zur Einschränkung der Keimdrüsentätigkeit führen. Ob eine solche in späteren Lebensjahren vorkommt, weiß ich nicht, ich habe auch nichts darüber in der Literatur gefunden. Bekannt ist ja die Ansicht von Marburg, der mit einem Hyperpinealismus eine allgemeine Adipositas in Beziehung bringt, Das ist bisher noch eine unsichere Hypothese. Indessen haben wir im Hinblick auf unsere Problemstellung daran zu erinnern, daß in den Wechseljahren eine Zunahme des Fettgewebes als ganz gewöhnliches Symptom vorkommt. Bindende Schlüsse sind jedenfalls in keiner Weise zu ziehen.

Auf der anderen Seite steht die Hypophyse. Auch sie kettet eine nahe Verwandtschaft an die Keimdrüsen. Die Akromegalie, also Hyperfunktion, bedingt eine Atrophie der Keimdrüsen. Aber auch die Dystrophia adiposo-genitalis wirkt in gleicher Richtung. Sehr wichtig ist die Tatsache, daß in der Schwangerschaft, wie Erdmann und Stumme gefunden haben, die Hypophyse sich vergrößert.

Zweifellos bestehen also zwischen Hypophyse und Genitalfunktion sehr innige Beziehungen. Aber ob die Hypophyse im Klimakterium eine entscheidende Rolle spielt, ist in keiner Weise erwiesen.

Für die Beantwortung der zu erörternden Fragen ist bei der Hypophyse und Epiphyse von Bedeutung, daß sie nicht nur Blutdrüsen, sondern auch Hirnteile sind. Hiermit ist die Möglichkeit angedeutet, daß von ihnen der Anstoß zu einem peripherwärts sich auswirkenden Vorgang hergeleitet werden kann. Dabei brauchen beide Drüsen nicht einmal dominierende Zentra zu repräsentieren, vielleicht sind sie auch nur ausführende Organe eines übergeordneten Zentrums, z. B. des Zwischenhirns. Darüber sind die Akten noch nicht geschlossen.

Schließlich muß in diesem Zusammenhang noch die Schilddrüse erwähnt werden. Auch sie steht zum weiblichen Genitale in engster Beziehung; Pubertät, Menstruation und Gravidität gehen fast immer mit Schilddrüsenschwellung einher. Ebenso sind diese auch im Klimakterium nicht selten. Aber daß von der Schilddrüse aus ein plötzlicher Anstoß zur Rückbildung der weiblichen Keimdrüse erginge, das ist nicht im mindesten nachzuweisen.

Sollte aber nun wirklich eine dieser Blutdrüsen irgendwelche entscheidende Rolle in bezug auf die Funktionstüchtigkeit der Eierstöcke spielen, so bleibt immer noch das schwierigste Problem zu lösen: Warum wird lediglich die weibliche Keimdrüse beeinflußt, während doch die männliche unangetastet bleibt? Woher rührt dieser grundlegende Unterschied zwischen beiden Geschlechtern? Ist vielleicht in der weiblichen Hypophyse, Epiphyse oder Schilddrüse ein unbekannter Faktor wirksam, der in den Arbeitsbetrieb des Eierstocks hemmend eingreift. Ich gestehe gleich an dieser Stelle, daß an dem eben genannten Punkte unsere ganze Problemstellung und ihre Beantwortung zerschellt.

Nun könnte man sich noch vorstellen, daß von einem anderen Hirnteil der Impuls zur Rückbildung der Ovarien ausgelöst wird, z. B. im Zwischenhirn oder an anderen Hirnteilen. Auffällig bleibt doch immer, daß in den Wechseljahren die psychischen Ausfallserscheinungen bis zu einem gewissen Grade dominieren; leichte Erregbarkeit, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, depressive Verstimmungen und Unbeständigkeit sind an der Tagesordnung. Das deutet auf cerebrale Veränderungen. Natürlich wird man mir einwenden: Ja sind denn diese Veränderungen primär? Oder können sie nicht ebenso gut durch den Mangel des Keimdrüsensekrets am Erfolgsorgan hervorgerufen sein? Man brauche, so wird man sagen, nur an die psychischen Veränderungen bei Versuchstieren nach experimenteller Kastration zu denken. Das ist gewiß zugegeben, aber doch mit einem gewissen Unterschiede. Beim kastrierten Tiere spielen sich die psychischen Veränderungen hauptsächlich in der Weise ab, daß das Affektleben eine wesentliche Dämpfung erfährt. Indolenz, Apathie, Mangel an Antrieb sind hier dominierend. Die psychischen Veränderungen im Klimakterium sind eher gegenteilige. Hier ist die Erregbarkeit gesteigert, die Reizbarkeit erhöht und die Stimmung ist labil. Es ist durchaus nicht die Annahme von der Hand zu weisen, daß vom Cerebrum aus der Anstoß zur Hemmung der Keimdrüsentätigkeit ausgeht, wenn man sich lediglich an die eben genannten Veränderungen hält.

Weiterhin bleibt der Gedanke z uerwägen, ob der weiblichen Keimdrüse eine bestimmte Wachstumsenergie innewohnt, die eben nur eine abgegrenzte Lebensdauer gewährleistet. Daß in dieser Beziehung ganz bestimmte, allerdings von äußeren Einflüssen abhängige Energien vorhanden sind, wird durch folgende Tatsache nahegelegt: In warmen Ländern tritt die Pubertät des Mädchens recht früh ein, ebenso aber auch das Klimakterium. In kälteren Ländern verzögert sich diese Entwicklung ganz erheblich. Dabei bleibt die Lebensdauer der Keimdrüse immer ungefähr dieselbe; sie funktioniert, ganz gleichgültig, ob ihre Arbeitsleistung früher oder später beginnt; nur durch eine abgegrenzte Zahl von Jahren hindurch. Dies ist ein entscheidender Beweis dafür, daß im Organismus selbst die Aktivitätsdauer der weiblichen Keimdrüse begründet liegt. — Auch die Annahme einer bestimmten Wachstumsenergie der Ovarien, die ja viel für sich hat, läßt immer wieder uns die eine Frage erheben: Warum bestände eine solche nur für die weibliche Keimdrüse? Gleichen sich doch sonst die Funktionen aller anderen Organe, z. B. des Herzens, der Leber, der Niere usw. bei beiden Geschlechtern. Warum gerade dieser grundlegende Unterschied bei den Keimdrüsen?

Schließlich ist folgender Gedanke zu erwägen: Haben wir vielleicht in der beschränkten Lebensdauer der Ovarien die Erscheinung einer durch lange Zeiträume hindurch entwickelten Anpassung zu erblicken, und zwar derart, daß immer nur junge und lebenskräftige Frauen zum Fortpflanzungsgeschäft herangezogen wurden und daß infolgedessen die Arbeitsbereitschaft der Organe auf einen bestimmten Lebensabschnitt eingeengt wurde?

Wir müssen eingestehen, daß, wenn wir das Gesamte überschauen, wir hier einem physiologischen Grundproblem ratlos gegenüberstehen. Millionen- und Millionenmale wiederholt sich der gleiche Vorgang; er ist uns zu einer Selbstverständlichkeit geworden, über die wir uns keine Rechenschaft mehr ablegen. Sein Zustandekommen bleibt aber für uns in völliges Dunkel gehüllt, und es wird noch schwerer Arbeit bedürfen, bis das Licht der Erkenntnis hier hineingedrungen sein wird.

Zur Behandlung der Diabetes mellitus.

Von

Dr. FORSTER, Karlsbad.

1914 beschrieb ich zahlreiche Fälle von Diabetes, die bei gemischter Kost die besten Dauer-Resultate erreichten. (Therapie der Gegenwart, Heft 7; ebenso englisch: The treatment of Diabetes mellitus.) Der alsbald ausbrechende Weltkrieg zwang viele Diabetiker zu einer gemischten Kost und erbrachte so eine Bestätigung meiner Beobachtungen, ein Experiment, wie es in gleichem Umfange wohl kein Arzt hätte durchführen können. Von fast allen Diabetikern wurde diese gemischte Kost sehr gut vertragen; nach dem Kriege erschienen zahlreiche statistische Publikationen, welche den Wert der auf die Dauer auferlegten strengen Diät, in Frage stellten und auf die bei gemischter Kost erzielten Resultate hinwiesen. Mit der alsbald wieder einsetzenden Besserung der Ernährung verstummten diese Stimmen, die Kunstbrote tauchten wieder auf und bald kam die vorher so einseitig beobachtete strenge Diät wieder zur allgemeinen Geltung.

So erscheint als Resultat dieser Beobachtungen zunächst erwiesen: die Mehrzahl der Fälle von Diabetes hat auf die Dauer bessere Resultate bei Einhaltung einer gemischten Kost; strenge Diät auf längere Zeit sollte nur in besonderen Fällen angeordnet werden.

Als zweites Resultat ist anzunehmen: Die Unterscheidung zwischen Fällen, in denen der Diabetes das Krankheitsbild allein beherrscht (diese Fälle sind in der Minderheit und werden sofort für die Insulin-Behandlung vorgeschlagen) und jenen zahlreichen Fällen, in denen andere Krankheiten (Gicht, Fettsucht, Nierenleiden, Darmkatarrhe, Neurasthenie usw.) begleitet sind von Diabetes. Hier ist die Behandlung des Grundleidens (Gicht, Fettsucht usw.) von ausschlaggebender Bedeutung; die Zuckerkrankheit bessert sich hier oft ohne Spezialbehandlung; nicht daß sie in allen Fällen ganz verschwindet; sie hält sich meistens in mäßigen Grenzen und antwortet meist prompt auf alle Verschlechterungen des Grundleidens.

Man hatte früher die große Verschiedenheit der einzelnen Diabetes-Formen verkannt und sie in ganz einseitiger Weise alle nur auf strenge Diät eingestellt. Dies führte zu vielen Mißerfolgen, die aber immer wieder damit erklärt wurden, daß in diesen Fällen die strenge Diät eben nicht strenge genug eingehalten worden sei. Die vielen Fälle, in denen der Diabetes nicht als Grundkrankheit, sondern nur im Gefolge anderer Krankheiten auftrat, wurden nicht besonders behandelt. Die durch strenge Diät erzielten Erfolge waren oft nur Scheinerfolge; sie führten wohl zum Verschwinden des Zuckers, hatten aber dann Auftreten von Aceton zur Folge, Müdigkeit, Unbehagen. Im weiteren Verlauf gelang es immer schwer, den Harn zuckerfrei zu machen. Demgegenüber zeigen jene Fälle, welche nicht konstant mit strenger Diät behandelt wurden, bessere Resultate. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die strenge Einhaltung der Toleranzgrenze für tausende sich als verhängnisvoll erwies; nur der rasche Uebergang zu gemischter Kost vermochte dann noch eine Besserung herbeizuführen. Es ist das Verdienst einzelner Sanatorien in Deutschland, daß sie es zuerst wagten, eingeschworenen Anschauungen entgegenzutreten und eine ganz individuelle Behandlung durchzuführen. Es erregte die Verwunderung des Hausarztes, wie gut sein Patient diese gemischte Kost vertrug, wie sehr sich das Allgemeinbefinden besserte, was bei allerstrengster Diät und Hungertagen nie zu erreichen war. Damit hatte die einseitige Fleisch-, Fett-Ernährung ihre Geltung verloren, ja man hat sie bei weiterem Studium der Fälle (Insulin) direkt als Gift bezeichnet. Die von Amerika aus empfohlene Einführung von Hungertagen hatte den Vorteil, daß man in der Zwischenzeit eine gemischte Kost gab; so sehr nun diese Methode für ausgesuchte Fälle geeignet war, so sehr mußte ihre Verallgemeinerung Schaden bringen; immerhin war dieser nicht so groß als der bei den Fällen mit konstant durchgeführter strenger Diät.

Eine große Zahl Diabetiker lebt stets bei gemischter Kost und entsprechend abgestufter Kohlehydratzufuhr. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, in entsprechenden Zwischenräumen Milchkuren, Gemüsekuren, Haferkuren usw. einzuschalten; dabei hält sich der Prozentsatz des Zuckers tief und die sonst so gefürchteten Folgeerscheinungen (Impotenz, Linsentrübung, Furunkulose, Gangrän) bleiben am längsten aus. Die Hauptschwierigkeit liegt immer darin, solche Patienten zu einer individuellen Diät zu veranlassen. Letztere kann nur vom Arzte nach Berücksichtigung aller einschlägigen Momente festgestellt werden, weswegen auch hier von der Aufstellung eines Durchschnitts-Schemas abgesehen wird.

Im folgenden eine kurze Besprechung der wichtigsten Verbindungen der Diabetes mit anderen Krankheiten.

Verbindung mit Neurasthenie.

Man hat früher die Zahl der zuckerkranken Neurastheniker unterschätzt; sie ist ständig im Wachsen begriffen (Schädlichkeit des modernen Berufslebens). In einseitiger Weise wurde der Hauptwert auf die Diätbehandlung der Zuckerkrankheit gelegt und die Neurasthenie ganz übersehen. Die oft beträchtliche Unterernährung steigerte die Neurasthenie; die stete Antwort des Arztes auf die vorgebrachten Klagen war, erst müsse der Zucker ganz beseitigt werden. Ich verfüge über eine große Zahl von Fällen, in denen es durch kräftige Kost und antineurasthenische Behandlung gelang, solche verzweifelte Fälle der Heilung zuzuführen. Wie sehr dabei die Neurasthenie das Krankheitsbild überwiegend beeinflußt, zeigen jene Fälle, die seit Jahren keinen oder nur vorübergehend Zucker aufwiesen.

Starke Gemütserregungen beeinflussen die Zuckerkrankheit in ungünstigem Sinne. Die Mehrzahl dieser Kranken in den Weltstädten führt ihre Krankheit auf das heute übliche nervöse Tempo ihrer Arbeiten zurück; sie leben in einem dauernden Aufregungszustand, selbst die Erholungsstunden (Bergtouren) werden durch Ueberanstrengung zu einer weiteren Quelle von erregter Spannung. Sehr viel leiden solche Kranke unter Gemütsdepression, welche oft eine Folge der Lektüre populär-medizinischer Schriften ist, in denen die Zuckerkrankheit als durchaus unheilbar hingestellt wird. Solche Kranke sind gewöhnlich nicht geneigt, dem Arzte Einblick in ihr Seelenleben zu gewähren, sie verharren in ihren selbstquälerischen Anschauungen und ihre Behandlung erfordert oft sehr viel Takt von Seite ihres Arztes. Die bei strenger Diät meist folgende Unterernährung begünstigt die Entstehung von neurasthenisch-hypochondrischen Zuständen, deren Andauer oft das Leiden in ungünstiger Weise beeinflußt.

Erfolgreich ist meist eine kräftige Kost bei entsprechender Bewegung in frischer Luft, Abreibungen, Kohlensäure-, Sauerstoff-, Fichtennadel-Bädern, Gebirgsaufenthalt, warme Seebäder. Die ungünstigen Berichte über Kuren in Karlsbad beruhen auf einseitigen Beobachtungen; hat doch selten ein Kurort so herrliche Wälder wie Karlsbad, für Neurastheniker wie geschaffen.

Von Medikamenten die zahlreichen Nervina anzuführen, erübrigt sich, da sie ja nur individuell herangezogen werden sollen. Statistisch haben mir Baldrian Dr. Pierlot, Promonta Kalk Appeton die besten Erfolge gezeigt.

Als Typus seien folgende Fälle angeführt:

50 jähriger Kaufmann. Diagnose: Neurasthenie, Diabetes. Patient zu jeder Arbeit unfähig. Die zu Hause durchgeführten strengen Entziehungskuren hatten den Patienten sehr geschwächt und seine Reizbarkeit erhöht. Eine milde Karlsbader Trinkkur bei kräftiger Kost verminderte das Zuckerleiden. Seitdem hat Patient Karlsbad wiederholt gebraucht, ohne je wieder Zucker ausgeschieden zu haben. Durch entsprechende psychische Behandlung wurde eine vollkommene Heilung erzielt. Alkoholgenuß wurde aufgegeben und der Tabakkonsum verringert. Seit 4 Jahren Harn und Blut auf Zucker untersucht und normal befunden.

46 jähriger Bureauleiter: Neurasthenie; zeitweise Zuckerausscheidung. Sanatoriums-Behandlung mit strenger Diät sehr ungünstig. Uebergang zu gemischter Kost, Sport brachten Heilung. Beobachtungsdauer 9 Jahre.

Verbindung mit Gicht.

Eine der wichtigsten Kombinationen der Zuckerkrankheit ist jene mit Gicht.

Hier spielt die erbliche Belastung eine große Rolle (Anamnese); in einer nicht geringen Anzahl von Fällen handelt es sich um latente Gicht; bei der Harnuntersuchung wird oft Zucker festgestellt. Es ist bekannt, daß solche Formen der Zuckerkrankheit meist ohne einschneidende Aenderung der Diät schwinden; viel eher kommen hier Bewegung, Bäder, Sport in Betracht. Man hat früher viel darüber gestritten, ob einzelne Beschwerden mehr der Gicht oder der Zuckerkrankheit zuzuschreiben sind. Ebenso herrschten Meinungsverschiedenheiten darüber, ob das Hauptgewicht auf die Einschränkung der Kohlehydrate oder der Eiweißkörper zu legen sei. In der Mehrzahl der Fälle sind beide Krankheiten nur angedeutet. Schon eine Aenderung der zeitweiligen Kostform erwies sich oft vorteilhaft. Uebereinstimmend verbietet man die inneren Teile der Tiere und legt den Hauptwert auf eine recht abwechselungsreiche Kost. Den früher ängstlich beobachteten Unterschied zwischen rotem und weißem Fleisch pflegt man nicht mehr anzuerkennen. Am meisten Wert legt man auf tägliche Körperübungen bis zur angenehmen Ermüdung; individuelle Abstufung; ferner reichlichen Gebrauch von warmen Bädern oder Abreibungen mit nachfolgender Erwärmung (Bettruhe). Stete Durchspülung des Körpers mit entsprechenden Mineralwässern, Limonaden, leichten Tees, leichten Bieren. Alkohol in größeren Mengen wird vermieden. Von einschlägigen Fällen:

1. 58 jährige Dame. Gallensteine; Gicht. Ausheilung. Später Zucker festgestellt. Bei strenger Diät Müdigkeit. Zucker 5%; bei gemischter Kost beschwerde- und zuckerfrei. Wiederholte Konsilien mit Fachärzten. Immer wieder Versuche mit strenger Diät, die abgebrochen werden mußten. Bei gemischter Kost vollendete Patientin kürzlich das 82. Lebensjahr.

2. 42 jähriger Landwirt. Rückenschmerzen auf gichtischer Grundlage; Zucker 0,7; bei wiederholten Kuren in Karlsbad und entsprechendem Verhalten zu Hause (Muskelarbeit, Bäder, gemischte Kost) schwand der Zucker auf die Dauer. Beobachtungszeit 5 Jahre.

3. 50 jähriger Kaufmann; Gicht; digestive Beschwerden; Zucker 0,3; vollständige Ausheilung. Der 19 jährige Sohn des Patienten zeigte ebenfalls schon Spuren von Zucker. Aenderung der Lebensweise brachte Ausheilung; die seit 9 Jahren durchgeführte Harn- und Blutuntersuchung auf Zucker normal.

4. 46 jähriger Fabrikant; war zu Hause jahrelang erfolglos auf Zucker behandelt worden; verringerte den Zucker von 5% auf 3%; dabei aber starker Verfall der Kräfte und besonders drohende Herzschwäche. In einer sehr ernsten Verfassung kam Patient nach Karlbad; hier wurde sofort eine ausgiebige kräftige Ernährung angeordnet ohne jede Rücksicht auf den Diabetes. Auffallend rasch erfolgte eine ausgiebige Erholung; seitdem hat Patient Karlsbad wiederholt gebraucht und bei einer gemischten Kost sich stets wohlgefühlt; in den Sommermonaten war er bei reichlicher Bewegung meist zuckerfrei; in den Wintermonaten öfter Spuren von Zucker; der höchste Prozentsatz war 1%. Beobachtungsdauer 20 Jahre.

Zuckerkrankheit bei Erkrankung der Bauchspeicheldrüse.

Hier kommt das Insulin sowohl diagnostisch als therapeutisch in Betracht. Bei entsprechenden Fällen sieht man ein Ansteigen des Körpergewichtes, Verminderung der Zuckerausscheidung. Bei Nachweis von Aceton hat man neben dem Insulin noch die sogenannten Ersatz-Kohlehydrate empfohlen. Die Zufuhr von Fleisch in großer Menge ist direkt als Gift zu bezeichnen; man pflegt jetzt nie mehr als 80 g Eiweiß pro Tag zu geben. Anfangs verwendet man kleinere Insulin-Mengen (10—30 Einheiten, später 30—70 Einheiten). Nach Schwinden des Zuckers und des Acetons geht man zu Zulagen von Fett und Kohlehydraten über.

Verbindung mit chronischer Nierenentzündung.

In sehr vielen Fällen wird Zuckerkrankheit als Begleiterscheinung einer chronischen Nierenentzündung gefunden. Es liegt in der Natur dieses chronischen Prozesses, daß häufig Stillstände auftreten, die sich je nach dem Verhalten des Kranken auf viele Jahre erstrecken können. Allgemein hat man eine Einschränkung der Eiweißkost gefordert und Milch, Fett, Gemüse und Obst empfohlen. Die günstigen Erfolge der Milchkuren haben doch viele nicht zu ihrer Anerkennung veranlassen können, weil sie in der Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr die Hauptsache sehen; immerhin wird man ¾—1 l Milch pro Tag unbedenklich geben dürfen. Nierenkranke vertragen im allgemeinen die bei Zuckerkrankheit übliche Diät schlecht und antworten darauf oft mit Uebelkeit, Appetitlosigkeit und Durchfällen. Eine salzarme, reizlose Kost wird hier am besten vertragen. Die Symptome des Diabetes treten oft rasch und bedrohlich in Erscheinung; man darf aber nie übersehen, daß dies alles nur zeitweilig ist und meist rasch abklingt. Entscheidend ist allein die Herztätigkeit; man wird im Notfalle zu Digalen greifen; meist aber gelingt es, mit leichten Dosen auszukommen. Intervalle sind hier bis zu 30 Jahren beobachtet und spielt hier die reizlose Diät die Hauptrolle.

Beispiele:

46 jähriger Reisender; gichtische Schrumpfniere; Zucker 0,5; strenge Diät mußte abgebrochen werden. Milchkur, Milchmehlspeisen; als Diureticum ganz schwache Tee-Aufgüsse; warme Kleidung und speziell Nierengegend geschützt durch präparierte Katzenfelle; seitdem eiweiß- und zuckerfrei. Beobachtungsdauer 12 Jahre.

50 jähriger Private: Eiweiß seit 5 Jahren; Zucker bis 5%; bei Milch-Diät eiweißfrei; Zucker in Spuren; Anstieg bis 2%; Beobachtungsdauer 9 Jahre.

Verbindung mit Fettleibigkeit.

Von jeher hat man die Verbindung der Zuckerkrankheit mit Fettleibigkeit als milde Form bezeichnet. Rasche Gewichtsverluste werden meist schlecht vertragen und erzeugen oft Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Unbehagen. Methodische Muskelübungen werden am meisten verordnet (Sport); je nach der Art des Falles kommen Dampfbäder und Massage in Betracht. Eine individuell abgestufte Diätvorschrift erweist sich auf die Dauer als notwendig, wobei die Erscheinungen der Zuckerkrankheit oft rasch zurückgehen.

Beispiele:

52 jähriger Kaufmann; Fettsucht bei transitorischer Zuckerausscheidung. Bei reichlicher Bewegung, Dampfbädern und gemischter Kost Reduktion des Körpergewichtes ohne Beschwerden. Wiederholte Trinkkuren. Seit 6 Jahren Harn- und Blutuntersuchung normal.

48 jährige Gutsbesitzerin; Fettleibigkeit; zeitweise Zucker-Ausscheidung bis zu 2%; strenge Entziehungskuren zu Hause bekamen schlecht und steigerten die Zuckerausscheidung. Bei Trinkkur und Massage mäßige Abnahme des Körpergewichtes; zu Hause bei leichten gymnastischen Uebungen andauernd zuckerfrei; Beobachtungsdauer 19 Jahre.

Verbindung mit Magen-Darmkatarrhen (Flatulenz).

Darmkatarrhe mit abnormen Gärungs- und Zersetzungsvorgängen zeigen oft transitorische Zuckerausscheidung. Die in manchen Badeorten erzielten Erfolge erklären sich durch die veränderte Kost, die desinfizierende Wirkung mancher Mineralwässer und die beschleunigte Abfuhr des Darminhaltes. Der Zucker pflegt in solchen Fällen ohne besondere Diät zu schwinden. Bekanntlich hat man durch Magnesium-Perhydrol ähnliche Erfolge bei Zuckerkranken erzielt.

42 jähriger Buchhalter. Obstipation und Colica flatulenta. 0,7% Zucker. Durch Karlsbader Kur Beseitigung der Obstipation und Flatulenz. Zucker nie wieder festgestellt.

Zucker im Wochenbett.

Einen einschlägigen Fall habe ich in meiner eingangs zitierten Arbeit ausführlich publiziert.

Zucker bei Nikotinvergiftung.

Ein 42 jähriger Tabaksfabrikbesitzer rauchte beruflich täglich bis zu 30 Zigarren. Tabaksamblyopie: Zuckerausscheidung. Durch die Karlsbader Trinkkur und Verminderung des Tabakkonsums Ausheilung. Zucker nie wieder nachweisbar.

Psychische Behandlung.

Der Nutzen der seelischen Behandlung wurde schon zu einer Zeit anerkannt, als die Behandlung der Zuckerkrankheit noch in den Anfängen stand. Für den Arzt ein reiches Gebiet; denn wie immer auch die Behandlung der Zuckerkrankheit sich entwickeln mag, nie wird der Zuckerkranke des Arztes entbehren können. Nicht das erzielte Resultat selbst, sondern dessen Deutung ist es, die große, einschlägige Erfahrung erfordert. Nur der Arzt kann die Grundlinien der Behandlung entwerfen, während der Kranke nur zu sehr geneigt ist, die bei anderen Kranken dieser Art gemachten Beobachtungen auf sich zu übertragen, was gewöhnlich zu Enttäuschungen führt. Vielleicht ist bei keiner Krankheit das individuelle Moment von so großer Bedeutung wie gerade bei der Zuckerkrankheit.

Ueber den Nutzen der Autosuggestion liegen schon viele günstige Beobachtungen vor. Man hat dagegen eingewendet, die ganze Sache sei zu einfach. Die unleugbaren Erfolge aber verschaffen ihr immer mehr Anhänger und gerade die Einfachheit ist es, welcher eines der bekanntesten modernen Systeme seine täglich wachsende Bedeutung verdankt. Betreffs der psychischen Behandlung kommen zahlreiche Spezialwerke der Psychotherapie in Betracht. In der Hauptsache handelt es sich immer darum, den Kranken einen Punkt finden zu lassen, der ihn über sein Leiden hinaushebt. Er sieht dann seine körperlichen und seelischen Leiden von einem anderen Standpunkt, die Angstzustände schwinden. Hand in Hand mit dieser Ueberwindung der seelischen Hemmungen pflegt dann auch eine Besserung der körperlichen Symptome einzutreten. Deshalb soll man natürlich die Behandlung des Körpers durch die verschiedenen Heilmethoden nicht ausschalten, was eine neuerliche Einseitigkeit darstellen würde. Nur ist die Entwirrung der psychischen Konflikte das Grundprinzip; jede Kur hat nur zu beseitigen, was tatsächlich körperlich geschädigt wurde.

Beispiele:

42 jähriger Fabrikdirektor; seit 5 Jahren zuckerkrank. Strenge Diät ungünstig; bei gemischer Kost Wohlbefinden. Nach 6 monatlicher Behandlung durch Autosuggestion wesentliche Besserung; seitdem erhöhte Arbeitsleistung; trotz geschäftlicher Krisen Wohlbefinden.

52 jährige Kaufmannsgattin; seit 7 Jahren wiederholte Entziehungskuren mit nachfolgender starker Abmagerung. Behandlung

mit Autosuggestion. Seitdem bessere Stimmung. Bei Milchkur Ansteigen des Körpergewichtes. Vorsichtiger Uebergang zu gemischter Kost. Seitdem nie mehr Aceton nachweisbar.

Vorteile und Nachteile der strengen Diät.

Bei Diabetikern, die zu reichlicher Ernährung und Ueberernährung neigen, ist der Nutzen der strengen Diät erwiesen. Von jeher aber bestand bei vielen praktischen Aerzten eine Abneigung gegen zu lange durchgeführte strenge Entziehungskuren, man bediente sich ihrer meistens nur zur Beobachtung. Man hat diese Anschauungen seinerzeit als rückständig bezeichnet; sie waren aber nur die Erfolge einer jahrelangen Erfahrung. Der Praktiker hatte nur zu oft Gelegenheit, Fälle zu beobachten, in denen eine jahrelang durchgeführte Entziehungskur später zu Rückschlägen führte, die bei den mit gemischter Kost behandelten Diabetikern nicht oder selten oder in geringerem Grade auftraten. Auf Grund einer seit 28 Jahren hier geführten Statistik muß ich feststellen, daß alle meine Diabetiker bei gemischter Kost die besten Dauerresultate erreichten.

Die Hauptklagen der Zuckerkranken beziehen sich meist auf die Einförmigkeit der Kost. Die Kunstbrote erzeugen nicht das Gefühl der Sättigung, Kartoffeln werden auf Jahre hinaus verboten; Gemüse sind nur in wenigen Monaten vollsaftig und schmackhaft, für viele auch infolge ihres relativ hohen Preises ausgeschlossen. Mehlspeisen erfordern schon eine gewisse Kunst der Zubereitung, wenn sie unbedenklich genossen werden sollen. So bleibt für die Zuckerkranken fast nur Fleisch und Fett übrig, die bekanntlich dem Kranken widerstehen. Mit Vorteil hat man sie daher durch Fische und Eier zu ersetzen gesucht; ebenso Käse in reichlichen Mengen.

Milch bis zu 2 Liter täglich wird oft gut vertragen; ausschließlich nur Milch zu geben empfehle ich nicht.

Gemüsekuren werden von vielen Diabetikern mit Vorteil gebraucht; sie gestatten die leichte Zufuhr von viel Butter; mäßige Alkoholzufuhr hat sich in entsprechenden Fällen bewährt. Hafermehlkuren verlangen sorgfältige Auswahl der Fälle; bekanntlich soll an Hafertagen außer Eiweiß und Fett keine andere Nahrung gegeben werden.

Die planmäßige Verordnung derartiger Kuren erfordert große Erfahrung; die auf Grund solcher Beobachtungen geführte Statistik erweist deutlich, daß solche Fälle am längsten von Degenerationserscheinungen verschont bleiben.

Naturgemäß hört man besonders von Zuckerkranken der schweren Form Verdammungsurteile über die strenge Diät. Meist sind dies Kranke, die im Laufe der Zeit die verschiedensten Behandlungsmethoden durchgemacht haben und sich dann selbst auf eine mittlere Diät eingestellt haben. Regelmäßig berichten sie von starker Acetonausscheidung, Mattigkeit, Unbehagen im Gefolge der strengen Diät. Kranke, die jahraus jahrein nie mehr als 2% Zucker ausschieden, stiegen nach solchen Kuren auf 6—8%.

Beispiele:

58 jähriger Landwirt. Ueberernährung; 2% Zucker. Nach verschiedenen eingreifenden Behandlungen Aufnahme in eine Anstalt; Ausschließliche Ernährung nur mit Speck. Zuckerfrei entlassen. Nachher reichliche Aceton-Ausscheidung und Anstieg des Zuckers auf 8%; seit 16 Jahren Karlsbader Kur; Zucker bewegt sich zwischen 1—2%. Nach Karlsbad immer 5 Monate zuckerfrei; subjektives Wohlbefinden. Aceton nie wieder beobachtet. Kost besteht jetzt hauptsächlich aus Gemüse Fleisch, Obst, Topfenmehlspeisen, Schrotbrot. Der jetzt 74 jährige Herr erfreut sich einer bewundernswerten Rüstigkeit.

48 jährige Private. Nervenstörungen auf Grund von 6% Zucker. Aceton reichlich. Im Kriege Unmöglichkeit einer Diätbehandlung. Wegen Herzschwäche Alkohol verordnet; dann Genuß von Süßweinen. Seit 10 Jahren Karlsbader Kur; gemischte Kost. Aceton nie mehr nachweisbar. Zucker schwankt zwischen 1—3%.

Behandlung der verschiedenen Formen der Zuckerkrankheit.

Von den leichten Formen unterscheidet man zunächst eine Sondergruppe, es sind jene Fälle, welche zur Ueberernährung neigen. Meist genügt schon eine Umstellung oder Einstellung auf ein rationelles Kostmaß zur Beseitigung des Zuckers. Die zweite größere Gruppe erfordert Einstellung auf strenge Diät. Diese wird in solchen Fällen meist gut vertragen; man braucht sich also mit einer Umstellung auf gemischte Kost nicht zu beeilen. Immerhin rate ich aber dazu, weil einseitige Kost auf die Dauer zu widerraten ist. Beobachtung der Kranken auf Jahre hinaus ist angezeigt; entsprechende Vorschriften bezüglich Körperübungen, Bädern, Abreibungen. Die Kost soll eine möglichst abwechselungsreiche sein, Ueberladung mit Kohlehydraten wird man auch auf die Dauer vermeiden.

Bei den mittelschweren Formen wird der rasche Uebergang zur strengen Diät oft nicht gut vertragen. Nach anfänglichem Rückgang oft Steigerung der Zuckerausscheidung, die meist nach Auflassen der strengen Diät einsetzt. Besonders Fälle, die jahrelang nach strenger Diät gelebt haben, zeigen oft vehementes Ansteigen der Zuckerausscheidung, sobald die Zügel gelockert werden. Milch oder Gemüsekuren können hier den Uebergang zu gemischter Kost erleichtern. Die Mehrzahl unserer Zuckerkranken in den Badeorten gehört der mittelschweren Form an; fast alle lehnen strenge Diät auf die Dauer ab.

Schwere Fälle: Hier weichen auch die Anhänger der strengen Diät von deren Anwendung ab. Seit Einführung des Insulins wurde eine beträchtliche Anzahl schwerer Fälle dadurch günstig beeinflußt. Fälle mit Unterernährung sind oft noch durch eine roborierende Diät zu bessern. Ausnahmslos hört man von Kranken dieser Art ungünstige Berichte über ihren Zustand zur Zeit der strengen Diätbehandlung. Die noch rechtzeitig durch Uebergang zur gemischten Kost gerettet werden konnten sind in der Minderzahl gegen jene Fälle, welche bei jahrelang fortgesetzter strenger Diät schließlich an Unterernährung und Acidose zugrunde gingen.

Als Beispiele:

42 jährige Dame; Zuckerausscheidung bis 6%; Acetessigsäure, Aceton, Oxybuttersäure, komatöse Zustände. Herzschwäche. Während des Krieges Uebergang zu gemischter Kost. Seitdem andauernd wohl; die Herzbeschwerden schwanden auf Infus. Adonid. vern. Seitdem wiederholt Kohlensäure-Bäder und Trinkkuren in Karlsbad. Beobachtungsdauer 11 Jahre.

58 jähriger Kaufmann. Starke Abmagerung nach strenger Diät. 5% Zucker. Acidose. Kräftige Ernährung mit nachfolgender Arsenkur brachten Heilung. Beobachtungsdauer 7 Jahre.

Ueber Alkoholentwöhnung und Dicodidgewöhnung.

Von

Prof. R. KAFEMANN.

Am 5. Juli 1926 teilte der Wohlfahrtsminister den Herren Regierungspräsidenten zur Weitergabe mit, daß auf dringendes Ersuchen die Firma Knoll-A.-G. sich entschlossen hätte, Dicodid weder in Substanz noch in Lösung künftig in den Handel zu bringen, sondern nur in mit Zusatzmitteln versetzten Tabletten von Dicodid-Bitartrat zum innerlichen Gebrauch als Codeinersatz, da „D. bedauerlicherweise bereits in einer kleinen Anzahl von Fällen zu einem dem Morphinismus ähnelnden Dicodidismus geführt habe.“ Diese Verfügung muß bei denjenigen Aerzten, die sich Jahre hindurch mit eingehender Prüfung der D.-Wirkungen beschäftigt haben, Kopfschütteln und Bedenken erregen. Ich lernte D. vor 3 Jahren, an einer schweren Grippebronchitis erkrankt, kennen. Fieberlos, aber von früh bis abends unter schwerstem Hustenreiz stehend, nahm ich vormittags ca. 10 Uhr eine Pastille à 0,01 und stellte völliges Verschwinden des Hustenreizes für 7—8 Stunden fest unter Eintritt einer bemerkenswerten Euphorie und sofortiger Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Noch eine Pastille zu nehmen abends, erübrigte sich völlig. Auf Grund dieser Beobachtung an mir selber — diese sind immer die wertvollsten — fing ich bei zahlreichen Grippepatienten an, gleichfalls D. zu verordnen, ein bis zwei Pastillen, vormittags und abends (wenn nötig) je eine. Seit dieser Zeit habe ich Gelegenheit gehabt, zahlreichen Grippekranken D. zu verordnen. Die Gebrauchsdauer schwankte von 3 Tagen bis 5 Wochen. Ich habe nicht einen Patienten beobachtet, bei dem auch nur der Verdacht bestand, daß Dicodidismus sich ausgebildet hätte oder im Begriffe war, sich auszubilden. Alle verzichteten freiwillig nach Ablauf des Leidens auf jede weitere Medikation. Sehr bemerkenswert war, daß D. auch vom weiblichen Geschlecht vorzüglich vertragen wurde, was in Bezug auf Morphin bestimmt nicht der Fall ist. Ich habe Gelegenheit gehabt, bei einem befreundeten Frauenarzt während der letzten 3 Jahre einigen hundert Operationen in Narkose beizuwohnen. Auf meine Anregung wurde statt wie bisher Morphin vor den Operationen Dicodid subkutan appliziert. Der Operationsverlauf war stets ein vorzüglicher bei ganz minimalem Verbrauch des Narkosegemisches und nur zweimal auftretendem erheblicheren Brechreiz. Ich erweiterte darauf die Indikationen für Dicodidverordnung. Ich verordnete es bei jenen, bei uns so häufigen Supraorbitalneuralgien (innerlich) und in jenen Fällen, bei denen eine vorübergehende oder dauernde Alkoholentwöhnung wegen allgemeiner oder lokalisierter Neuritis, drohender Apoplexie usw. notwendig erschien. In der Regel wird der Arzt nur selten in die Lage kommen, bei gesunden Menschen einen mäßigen Alkoholgenuß inhibieren zu müssen, als welchen ich mit Prof. P. Schmidt-Halle 2 Schoppen Wein und 3 Gläser Bier betrachte. Es gibt aber doch zahlreiche Fälle, deren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit schon in relativ jungen Jahren durch exzessiven, besonders morgendlichen Alkoholgenuß schwer bedroht ist. Solche Individuen gibt es in allen Ständen und Lebensaltern, und jeder Arzt kennt einige. Ich meinerseits glaube nicht an einen „Alkoholismus" aus Gewöhnung als Krankheit und stimme Kreisarzt Dr. Finckh bei, der in der Ztsch. für Psychiatrie usw., Bd. 74, bemerkt: „Wenn man sich mit der Erklärung abfinden wollte: die Trunksucht kommt vom Trinken, so wäre das etwa gerade so, als wollte man behaupten, die Armut komme von der Poverteh!" Ich bin unerschütterlich davon überzeugt, daß der Alkoholismus als Krankheit nur auf dem Boden psychopathischer Zustände, allerlei Neuropathien mit algischen Reaktionsformen, mit Asthenie, neurotischen und spasmogenen Organopathien und Psychopathien mit quälenden endogenen Verstimmungszuständen, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen und bei abnormen Charakteren vorkommt. Wer wollte bezweifeln, daß bei allen diesen Bedauernswerten der Alkohol beruhigend und lindernd wirkt? Solcher gibt es Millionen und heute nach dem großen Krieg mit seinen Folgen mehr denn je, und es mutet seltsam an, wenn man in den sozialhygienischen Mitteilungen, Jan. 1920, in einem Aufsatz Geheimrat Kruses liest: „Der Alkoholismus gehört so gut wie ganz der Vergangenheit an." Die Mehrzahl dieser Patienten ist aber nicht derart erkrankt, daß sie einer Anstalt überwiesen werden müßten, vielmehr kann ihre Arbeitsfähigkeit oft noch für Jahrzehnte ihnen und ihren Familien zugute kommen. Sie besitzen auch oft noch genügende Reste von Intelligenz und Willenskraft, um die Heilbestrebungen des Arztes unterstützen zu können. Sie konsultieren Aerzte, erhalten aber in der Regel nur den Rat, das Trinken einzustellen. Es ist einleuchtend, daß mit Rücksicht auf die Genese der Trinkgewohnheiten und deren organischer Basis mit diesem Rat nichts erreicht wird und erreicht werden kann. Die sekundären Abstinenzerscheinungen sind derart quälend, daß nur erneute Alkoholzufuhr diese zu beseitigen vermag. In solchen Fällen hat sich mir Opium in Form von Dicodid (innerlich!) gegenüber den mannigfaltigen Medikamenten aus der Barbitursäuregruppe außerordentlich bewährt. Die Trinkfestigkeit, die bekanntlich keine Stärke, sondern Schwäche ist, und auf Schwäche des Zellebens beruht, verschwindet bereits nach wenigen Tagen Abstinenz, um sich allerdings bald wieder nach erneutem Alkoholgenuß einzustellen. Die Dicodidanwendung muß auf das Genaueste vom Arzt verordnet und überwacht werden. Alles hängt ab von der Art und der Zeit, in der wir es anwenden; von der richtigen Einschätzung der individuellen und zeitlichen Reaktionsfähigkeit des kranken Organismus. Von größter Wichtigkeit ist die Innehaltung der richtigen Menge und Pausen.

Für mich ist Dicodid diesen Zuständen gegenüber aus der Reihe der symptomatischen Beruhigungsmittel in die der Heilmittel gerückt, freilich nur in der Hand des zugleich psychotherapeutisch interessierten ärztlichen Künstlers. Allerdings muß ein solcher auch die Garantie besitzen, daß sein kunstvoller Heilplan nicht durchkreuzt wird von kurpfuschenden Apothekern und Apothekergehilfen. Es ist mir wohl bekannt, daß die Mehrzahl der Apotheker in Korrektheit ihres Amtes waltet. Andererseits habe ich abgesehen von zahlreichen eigenen Beobachtungen grade aus Kreisen dieser vernommen, wie groß die Kurpfuscherei in manchen Apotheken kleiner Orte ist, und wie sehr die in solchen wirkenden Herren geneigt sind, ihnen nahestehenden Personen unter der Hand Morphium, Opiate, Veronal usw. zu besorgen. Diese züchten die Dicodidisten, nicht die Aerzte, und erscheint deshalb die neue Verordnung, nach der die Apotheker gehalten sind, alle Morphium- und Opiumrezepte für 10 Jahre aufzuheben, zweckmäßig, wenn schon nach Analogie amerikanischer Zustände anzunehmen ist, daß diese strengen Bestimmungen die illegale Verwendung zu verhüten nicht in der Lage sein werden. Bei ärztlich streng kontrolliertem Gebrauch ist Dicodidismus unmöglich. Ich verfüge über eine Beobachtung, welche die Richtigkeit dieser Behauptung zwingend erweist. Ich werde sie im Telegraphenstil mitteilen.

Blühender Mann von 45 J. erhält am 30. Juni 1924 aus Rache einen Messerstich in die Brust, der die Mammaria interna durchtrennt. Drohender Verblutungstod. Operation in der chirurgischen Univ.-Klinik kurz ante exitum. Wenige Tage darauf Fieber, das zwischen 38 und 41° pendelnd ein Jahr währte. Totalvereiterung der linken Lunge, die 4 große Thorakoplastiken und Entfernung der Scapula nötig machten. Unerhörte Schmerzhaftigkeit der operierten Stellen bei Tag und Nacht, die Schlaflosigkeit und völliges Erlöschen der Eßlust nach sich zieht. Morphineinspritzungen wurden nicht vertragen, weil sie Brechreiz erzeugten, betäubten auch nicht annähernd so gut und dauernd die Schmerzen wie die nunmehr in Anwendung gezogenen Dicodideinspritzungen, die auch Eßlust und Schlaf erzeugten, Patient genoß vom Sommer 1924 bis zum Frühsommer 1926 ca. 3000 Pastillen Dicodid à 0,01, mehrere Monate hindurch tgl. 14. Mit fortschreitender Besserung reduzierte Pat. die Zahl der Pastillen bis auf 1—2 tgl., dann 1—2 die Woche, und ist jetzt seit Monaten völlig dicodidfrei. Die einzige Abstinenzerscheinung war unruhiger Schlaf während 2—3 Nächte. Nur haltlose Naturen, deren Widerstandslosigkeit gegen narkotische Substanzen durch gefällige Apotheker unterstützt wird, verfallen der „Sucht", die nun wieder Objekt ärztlicher Behandlung werden muß. Diese verdienen aber keine Berücksichtigung, wenn es sich um das Wohl der Allgemeinheit handelt. Es ist völlig unverständlich, weshalb Millionen Ampullen mit dem doch so viel stärker als D. wirkenden Morphium hergestellt werden dürfen, Dicodidampullen aber nicht. Es bleibt ein Trost: Verfügungen kommen, Verfügungen gehen, und sicher wird eines Tages ein besser beratener Wohlfahrtsminister wieder den alten Zustand herstellen.

Die Anwendung der modernen Philosophie in der heutigen Medizin.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat v. Schnizer-Heidelberg.

Die Aerzte zu Zeiten des Hippokrates waren zugleich Philosophen. Bei begrenzten theoretischem Wissen aber ist die Einführung der Philosophie in die Medizin eine große Gefahr: statt wissenschaftlicher Beobachtung, wissenschaftlichen Schlüssen kommt es zu wilden Spekulationen. Die Zeiten haben sich aber doch geändert. Man kann heute Operationen ausführen, die vor der aseptischen Aera sicheren Tod bedeuteten und so kann man unter jetzt ohne Schaden und zu großem Vorteil philosophische Ideen in der Medizin verwerten.

Unsere Sprache ist zu arm, um unsere Gedanken klar auszudrücken. Deshalb hat sich auch z. B. der Chemiker eine eigene Formelsprache geschaffen, die nur der Kundige versteht und die ihrem Wert und ihrem Sinne nach den Hieroglyphen etwa gleichkommt. Dies verdeutlicht der Begriff Irrtum. Irrtum ist eine Abweichung von der Wahrheit, und Unwahrheit ist der Gegensatz der Wahrheit und Wirklichkeit. Diese Definition ist aber nicht vollständig, weil sie nicht in Betracht zieht, daß ein Irrtum, eine Fiktion absichtlich, mit Willen und mit Erfolg bei der Forschung nach der Wahrheit gebraucht werden kann. In diesem letzteren Falle ist er ein Hilfsmittel, wie ein Stein beim Ueberschreiten eines Baches, eine Art geistiger Stenographie, ein Hilfsmittel, das korrigiert wird, sobald der Zweck erreicht ist. Dies schlägt in das Gebiet von Vaihingers: „als ob". In der Mathematik sind solche Fiktionen in Menge im Gebrauch. So nimmt man den Kreis als ein Polygon mit unendlich vielen Seiten an; dies ist sicherlich nicht der Fall, aber man erhält damit zu einem bestimmten Zwecke doch ein richtiges Resultat, wenn man nachher korrigiert und diese Seiten zum Punkt macht. Die Korrektion ist die Bedingung, um aus einer falschen Prämisse ein richtiges Resultat zu erhalten. Eine solche Fiktion ist also nur ein Kunstgriff, keine Hypothese oder Theorie, die mit der Wirklichkeit übereinstimmen muß. Wäre man sich klar, daß manche Ansichten Fiktionen sind, so würde man viele irrtümlichen Schlüsse auf Grund falscher Prämissen korrigieren können. Sie kommen wesentlich daher, daß wir das Wesen der Sprache nicht verstehen. Sie repräsentiert nicht die Wirklichkeit; die meisten wissen nicht, daß die logischen Funktionen nichts mit der objektiven Welt zu tun haben. Ihre Wege und Abwege sind nicht als wirkliche Ereignisse zu nehmen. Schließlich stimmen sie allerdings mit der Wirklichkeit überein.

Ein Beispiel: der teleologische Standpunkt, eine regelnde richtunggebende Kraft wird von manchen geleugnet, von manchen verfochten. Können sich aber brauchbare Mechanismen ohne Führung einer bewußten Kraft entwickeln? Bewegung ist nicht verständlich ohne Richtung, und Entwicklung ist Bewegung, und die Entwicklung in höhere Formen kann leicht erklärt werden durch Darwins Ueberleben der Tüchtigsten. Dieser teleologische Gedanke ist in der Medizin von wertvollem Einfluß. Man hat z. B. die inneren Drüsen mehr als Merkwürdigkeit, wie mit Interesse betrachtet, eben weil man die Teleologie nicht als Fiktion, was sie war, sondern als Theorie, als Hypothese betrachtete. Wir wissen aber jetzt, daß es lebens- und entwicklungswichtige Organe für Mensch und Tier sind.

Der Unterschied zwischen Fiktion und Theorie wird noch klarer: früher, vor Wassermann, hat man Fälle behandelt, wie wenn sie luetisch wären; trat Heilung ein, so war die Hypothese richtig, im anderen Falle falsch. Dasselbe gilt für die Norm. Sie ist eine reine Fiktion und hat nichts mit der Nützlichkeit zu tun. Für einen Gelehrten ist das kurzsichtige Auge nützlich, und das Auge des Künstlers sieht ganz anders wie die meisten und gerade deswegen ist er Künstler. Die Norm ist identisch mit dem Durchschnitt und alle Versuche, einen möglichst korrekten Durchschnitt festzustellen, sind wertlos und irreführend. So die Tafeln des normalen Blutsdrucks für jedes Alter. Der Blutdruck ist so labil, daß 5—20 mm nichts bedeuten. Und wenn er im Alter zunimmt, so liegt eben etwas Krankhaftes vor.

Die größte Verwirrung kommt bei der Diagnose. Was heißt Diagnose? Klassifikation eines gegebenen Falles vom pathologischen Gesichtspunkt aus. Also Einreihung in analoge Fälle, die einen ähnlichen Befund gaben. Analog ist aber nicht identisch; überhaupt gibt es keine identischen Krankheiten, sondern erkrankte menschliche Wesen. Es gibt auch keine Identität, sondern eigentlich nur Kontinuität auf Grund des Gedächtnisses. Derselbe Mann ist verschieden, je nachdem er irgendwo steht, nach Schwere und Beziehung der Massen. Er ist heute immun gegen eine Ansteckung, der er morgen wegen des Zustandes seiner inneren Drüsen unterliegt. Krankheit ist das Resultat von Bedingungen beim Patienten und die Natur dieser Bedingungen. Die größte Mehrzahl der Aerzte ist aber hier den theoretischen Frommen zu vergleichen, die ihre Grundsätze nicht in die Praxis umsetzen. Wenn wir die Gruppe Hodgkin, Lymphom, Lymphadenom usw. nehmen, so wird stets versucht, diese Formen zu analysieren und in Unterabteilungen zu zerlegen, völlig unnötig. Sicherlich kommen immer wieder gewisse Charakteristika vor, die ihre Einreihung gestatten, aber die Grenzfälle beweisen, daß diese Einteilung willkürlich, eine Fiktion, irreleitend ist. Eine Diagnose muß oft revidiert werden, nicht weil die Einreihung inkorrekt war, sondern weil man die spätere Entwicklung und die Möglichkeit der Veränderung der Form nicht in Betracht zog. Die Aerzte wollen einen Typ konstruieren; dies ist aber eine Fiktion, ohne die man sich nicht gegenseitig verständigen kann, nicht lehren kann; aber wenn der Student mit diesem Typ ins Leben tritt, so fühlt er sich, obgleich er die vertraute Sprache kann, doch unter Fremden, weil er nicht weiß, daß es sich hier nur um eine Fiktion handelt und daß dieser Typ eigentlich nicht existiert; er kann nicht individualisieren. Natürlich ist Einleitung nötig, es ist Gedankenstenographie. Der alten Auffassung der Lungenentzündung in lobäre und lobuläre steht heute die nach der Infektion (Art, Virulenz, Mischinfektion) gegenüber; aus dem Typ ist eine Einheitsgruppe geworden, die die Möglichkeit identischer Fälle völlig ausschließt. Also selbst bei Infektionen kann ein rigides Schema nicht aufgestellt werden, um so weniger bei verschiedenen Bedingungen, wie sie im Bereich der endokrinen Drüsen vorkommen. Gerade in diesem Gebiet gibt es keine Typen, keine Identität. Der Begriff Hyperthyrioidismus sagt noch nicht, wo im Uhrwerk der inneren Drüsen der Fehler liegt. Und gerade bei der Behandlung darf man nie vergessen, daß diese Klassifikationen nur künstlich, eine Fiktion sind: die Behandlung hängt nicht von der Diagnose ab, sondern von den lokalen Zuständen, und z. B. bei einem Gelenkrheumatismus kann man je nach dem verschiedenen Zustand einzelner Gelenke Hitze, Kälte und feuchte Umschläge am selben Körper gleichzeitig anwenden müssen. Das heißt nicht symptomatische Behandlung predigen, denn die Indicatio causalis, morbi und symptomatica ist völlig irreführend. Morphium kann bei Tabes der Schmerzen wegen symptomatisch sein, bei Angina pectoris lebensrettend wirken. Dies schließt die bei analogen Fällen gewonnene Erfahrung nicht aus, aber sie darf das Handeln nicht beherrschen. Es muß vielmehr logisch und bewußt, nicht aber rein empirisch sein. Hier gilt die Anschauung des Sokrates, der sagte: Ein Mann, der bewußt unrecht tut, sei ihm lieber als einer, der unbewußt recht tut. Der Arzt soll nicht überlegen: Fall B gleich dem Fall A, wo die und die Behandlung erfolgreich war, sondern so: Fall B hat die Symptome a, b, c und d. Ich muß diese Symptome so behandeln, daß normale Bedingungen wiederhergestellt werden. Dies erreiche ich, indem ich die Reaktionen 1, 2, 3 und 4 hervorrufe. Welche Mittel sind dazu nötig? Die Diagnose darf nicht Fetisch der Klassifikation sein. (Nach Wolff: Auffassungen der modernen Philosophie und ihre Anwendung in der Medizin. Medical journal and record, New York 1926/11.)

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 30, 23. Juli 1926.

Funktionsgesetze des vegetativen Nervensystems. Heß.
Versuche mit explantiertem Roussarkom. Wind.
✦ Experimentelle Syphilisstudien. Reiter.
✦ Maserserum vom Tier. Degkwitz.
✦ Entstehung und Bekämpfung des Asthmas. Hofbauer.
Röntgenuntersuchung der Gallenblase in Normalfällen mit Tetrajodphenolphthalein. Frigyér.
Biologie der Haut. Vollmer.
Einschlüsse der Erythrozyten bei experimenteller Anämie der Ratten. Lauda.
Kurzwelligste ultraviolette Strahlen im Sonnenspektrum. Dannmeyer, Kestner und Peemöller.
Funktionelle Diagnostik der endokrinen Erkrankungen. Bernhardt.
Nahrungscholesterin — Blutcholesterin — Gallencholesterin. Arndt.
Phenolvergiftung beim Menschen. Becher und Litzner.
Mykosen der Hände und Füße. Strempel.
Reichsgesundheitsamt und wissenschaftliche Forschung. Haendel.
Dilaudid, ein neues wirksames Morphiumderivat. Krüskemper.

Experimentelle Syphilisstudien. 4 bis 16 Monate nach der Erstinfektion gesetzte homologe Wiederinfektionen verlaufen, auch wenn sie im klinisch manifesten Stadium chemotherapeutisch mit wirksamen As-Präparaten beeinflußt wurden, in der Regel negativ. Nur ausnahmsweise gelingt es durch letztere, den Immunitätszustand derartig zu erschüttern, daß die Wiederinfektion unter dem typischen Bilde einer Erstinfektion mit Primäraffekt verläuft.

Wird eine nur wenige Tage alte Infektion mit voll wirksamen chemotherapeutischen As-Präparaten beeinflußt, dann kommt restlose Heilung zustande, der Infektionsprozeß wird vorzeitig unterbrochen und ein Immunitätszustand entwickelt sich nicht. Ist der chemotherapeutische Eingriff weniger kräftig, so kann die Infektion, solange die Wirkung des Eingriffes besteht, zur stummen Infektion abgedrosselt werden, läßt diese Wirkung nach, so kommt es zu verspäteten manifesten Erscheinungen.

Wurde bei einseitiger Infektion der infizierte Hoden später als zwei Tage exstirpiert, dann führte die Infektion trotzdem zur Allgemeininfektion mit ihren Folgen der Erzeugung eines Immunitätszustandes. Das Ergebnis hängt ab von der Intensität der Infektion, es erscheint daher nicht unmöglich, daß u. U. auch eine frühere Exstirpation zu denselben Folgen führt. Selbst im klinisch negativen latenten Infektionsstadium, das spontan oder nach chemotherapeutischer Behandlung eintrat, war Infektion des Lebergewebes möglich, während im Gegensatz hierzu selbst im akuten Infektionszustand mit Hirngewebe eine manifeste oder stumme Infektion nicht zu erzeugen war. Auch bei der experimentellen Kaninchensyphilis besteht das Phänomen der „stummen Infektion". Die Ergebnisse des Verfassers berechtigen, wenigstens in großen Umrissen die Parallele mit menschlicher Syphilis zu ziehen, wo nach mit Erfolg „abortiv" behandelten Fällen nur selten Wiederinfektionen beobachtet sind. Dies wird auf eine „stumme Infektion" mit ihren Folgen, d. h. einen Immunitätszustand zurückgeführt, der vor einer Wiederinfektion schützt. Mit im latenten Stadium gewonnenen Kaninchen-Immunserum gelingt es, die intratestale Infektion zeitweilig in der stummen Form zu halten.

Die Meinicke-Trübungsreaktion, die wohl den Beginn einer erfolgreichen Infektion anzeigt, ist nicht imstande, über den durch die Infektion erzeugten Immunitätszustand Aufklärung zu geben, da sie unabhängig von diesen allmählich wieder negativ wird und diese serologisch negativen Tiere gegen eine homologe Neuinfektion geschützt sind. Haftet eine Wiederinfektion, dann wird auch die Meinicke-Trübungsreaktion wieder positiv.

Aus dem Reizserum syphilitischer Säuglinge, das mittels Cantharidinkollodium erzeugt wird, lassen sich für das Kaninchen pathogene Syphilisstämme gewinnen

Masernserum vom Tier. Die Arbeit ist im wesentlichen die Erfüllung des Wunsches Noeggeraths, Kontrollen darüber anzustellen, ob seruminjizierte Kinder wegen der Injektion und nicht etwa wegen stattgehabter Durchmaserung oder mangels einer Infektion masernfrei blieben. Die Mitteilung Schloßmanns, daß die herstellende Firma das Masern-Schutz-Serum nach Degkwitz auf Grund Schloßmanns Vortrag und der anschließenden Diskussion aus dem Handel gezogen habe, wird als den Tatsachen nicht entsprechend bezeichnet. Allerdings wird im Interesse der Sache die Firma keine schriftlichen Empfehlungen des Serums vorerst mehr absenden. Degkwitz wirft vielen Nachprüfern seiner Methode mangelhafte Befolgung seiner Vorschriften und wohl z. T. auch mangelnde Objektivität und Voreingenommenheit vor. Nach seinen in der Arbeit mitgeteilten Ergebnissen erscheint sein Serum recht aussichtsreich, wenn auch in der Praxis Zurückhaltung zu empfehlen ist, bis die wissenschaftlichen Streitigkeiten wenigstens einigermaßen geklärt sind.

Entstehung und Bekämpfung des Asthmas. Der Verfasser bringt in das bis jetzt z. T. recht unwissenschaftlich behandelte Gebiet pathogenetische und diagnostische Darstellung, in dem er als Grundlagen jeder wissenschaftlichen Nachprüfung für die Diagnose und die experimentelle Pathologie für das echte Asthma folgende Grundbedingungen aufstellt: 1. Eine „reizbare Schwäche" der Vasomotoren als Grundlage, 2. eine Reizung der bronchialen Nervenendigungen als auslösendes Moment.

Nr. 31, 30. Juli 1926.

Klinischer Begriff der Demenz. Fleck.
Dystrophia musculorum progressiva und extrapyramidaler Symptomenkomplex. Westphal.
*Blutzusammensetzung und Gesamtblutmenge bei Hochgebirgsbewohnern. Lippmann.
*Erfahrungen mit dem neuen Maserntierserum. de Rudder.
*Klinische und bakteriologische Erfahrungen bei Endocarditis lenta. Lehmann.
Serodiagnostik der Tuberkulose. Klopstock und Köster.
*Artspezifische Behandlung progredienter Staphylomykosen. Benedek.
Aetiologie der nach Schutzimpfung gegen Lyssa vorkommenden Lähmungen. Lubinski.
*Veränderungen des roten Blutbildes in der Schwangerschaft. Schneider.
Mamillenreflex. v. Bramann.
Methodik der experimentellen Meerschweinchentuberkulose mit besonderer Rücksicht auf die Haut- und Lymphdrüsenerscheinungen. Karczag.
Angebliche blutbildende Wirkung des Germaniumdioxydes. Hammett.
Extrakardiale Digitaliswirkung (Kohlenhydrathaushalt). Leibowitz.
Zweiphasische Wirkung des Insulins auf den Blutdruck. Hahn.
Haarhypertrophie nach Röntgenbestrahlung. Breitländer und Felke.
Neuere Medikamente in der Behandlung der Lungentuberkulose. Unverricht.
Die Erfolge der Erholungsfürsorge. Ickert.
Eine kausale Therapie der Enuresis nocturna. Narath.
Corydalon. Wagner.

Blutzusammensetzung und Gesamtblutmenge bei Hochgebirgsbewohnern. Einwohner des Hochgebirges (1550 m) weisen eine etwa 20prozentige Vermehrung des Hämoglobins und der Erythrozyten auf. Das Blutkörperchenvolumen und die Gesamtblutmenge sind bedeutend erhöht.

Erfahrungen mit dem neuen Maserntierserum. Die bisherigen Ergebnisse des Verfassers waren Versager mit dem fabrikmäßig hergestellten Serum. Ein von Degkwitz selbst hergestelltes Serum scheint eine Wirkung zu besitzen, die aber noch weiter erprobt werden muß. Es scheint nötig, verschiedene Serumoperationsnummern nach ihrer Wirksamkeit getrennt zu verfolgen, um die Technik der Herstellung noch weiter ausbauen zu können. Dabei wäre es wünschenswert, das Serum jeweils gleichzeitig im Auslösch- und im „Kupierphänomen" zu versuchen, um zu sehen, ob eine solche Wirkung wirklich mit einer Schutzvorrichtung parallel geht. Serumreaktionen oder andere Nebenwirkungen wurden bei dem Fabrikserum kaum beobachtet. Dem Verfasser erscheint eine Empfehlung des Serums für die Praxis verfrüht.

Klinische und bakteriologische Erfahrungen bei Endocarditis lenta. Die Ansicht Schottmüllers, daß die Endocarditis lenta auf einer Infektion mit Str. viridans beruht und daß dieser Keim den spezifischen Erreger der Krankheit darstellt, muß nach Meinung des Verfassers auch heute noch als zu Recht bestehend anerkannt werden. Als Begründung dafür wird der stets negative Befund anderer Erreger und die in fast jedem Falle einwandfreie Feststellung des Str. viridans angeführt.

Die Mitteilungen über die ätiologische Bedeutung anderer pathogener Keime halten zum großen Teil in ihrer bakteriologischen Beweisführung einer strengen Kritik ebenso wenig stand, wie die Ansichten über den seltenen Nachweis des Str. viridans keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit machen können. Sie kommen daher als Argument gegen die Einheitlichkeit der Aetiologie der E. l. nicht in Betracht.

Die experimentelle neuere Streptokokkenforschung, insonderheit das Phänomen der Umwandlung der Streptokokken im Tierkörper, kann in keiner Weise auch nur mit Wahrscheinlichkeit für die Annahme geltend gemacht werden, daß die E. l. in gleicher Weise als Ausgang einer durch die verschiedenen Streptokokkenarten hervorgerufenen Erkrankungen anzusehen ist. Ferner kann als gesichert gelten, daß das klinische Krankheitsbild der E. l. auch heute noch ein so typisches Gepräge hat, daß seine Abgrenzung von anderen chronischen Herzklappenerkrankungen nicht nur klinisch durchführbar, sondern vor allem auf Grund der besonderen Symptomatologie sowie der spezifischen Aetiologie durchaus gerechtfertigt ist. Die Einwände gegen die scharfe Abgrenzung beruhen auf Einzelbeobachtungen, welche durch die Erfahrung im Großen vollständig widerlegt werden.

Der Verfasser folgert aus allem diesen, daß die Bezeichnung „Endocarditis lenta" beschränkt bleiben muß auf bestimmte, durch den typischen Symptomenkomplex ausgezeichnete Fälle, deren Viridansätiologie sichergestellt ist.

Unter allen Umständen ist abzulehnen, langanhaltende Fieberzustände unklarer Aetiologie und chronische, genetisch nicht klare Endokarditiden mit dem Epitheton „lenta" zu bezeichnen, da eine Verwirrung der Begriffe über protrahierte Fieberzustände im allgemeinen und über die Herzklappenerkrankungen im besonderen die unvermeidliche Folge wäre.

Artspezifische Behandlung progredienter Staphylomykosen. Bei den progredienten Staphylomykosen handelt es sich um eine Toxikose, die man ätiologisch durch Anwendung des NPS. als Antitoxin nach erfolgtem chirurgischen Eingriff auf das sicherste in ihrer Progredienz aufhalten kann. Als Technik ist die „kombinierte Methode" nach Rieder mit der Modifikation des Verfassers die Methode der Wahl. Als Mittel kommt einzig und allein das normale Pferdeserum als Antitoxin (A. St. Ly.) in Betracht. Läwens Blutabriegelungsmethode und die Verwendung des Di- oder eines anderen Serums als Antitoxin werden abgelehnt.

Veränderungen des roten Blutbildes in der Schwangerschaft. In der Schwangerschaft veranlassen die Aenderungen des bestehenden Gleichgewichtes der ionendispers, molekular und kolloidal gelösten Substanzen eine anfängliche Hydrämie des Blutes, später eine Plethora.

Die charakteristische Schwangerschaftspolycythämie geht gleichmäßig mit der gesteigerten Cholesterinämie einher als Zeichen der konstitutionellen Anpassungsfähigkeit des Blutapparates. Der charakteristische hyperchromatische Index zeigt eine lebhaftere Tätigkeit des blutbereitenden Systems an. Versagen des Ausgleichs der humoralen Veränderungen ergibt schon in geringem Grade und unter völlig normalem klinischen Verlaufe einen hämolytischen Zustand in der Gravidität, dessen Steigerung den Uebergang zu der Toxikose, der Hämatopathia gravidarum, bilden.

Nr. 32, 6. August 1926.

Krampfadern und variköser Symptomenkomplex. Magnus.
Theorie und Praxis der kurativen Diabetesbehandlung. Adlersberg und Porges.
Komplexe Natur der Blutgruppensubstanz A des Menschen. Brahn und Schiff.
Verschiedene Formen des Kammerrhythmus (Arhythmie und Eurhythmie) bei Vorhofflimmern. Mosler und Sachs.
*Diagnostische Bedeutung von Blutzuckerkurven nach Glukosebelastung beim Ulcus pepticum und Karzinom. Scherk.
*Neues Masern-Schutzserum nach Degkwitz. Progulski und Redlich.
*Verstärkung der Reaktion gegen Höhensonne durch Vorbestrahlungen. Ledermann und Meyer.
Neue (Gelenk-) Reflexe der Beine. Trömner.
Antagonismus parasitologischer Infektionen in der Immunitätsperiode. Joseph.
Bedeutung des Alfred de Mussetschen Zeichens bei Herzerkrankungen. Winogradoff.
Kriechphänomen des Neugeborenen. Bauer.
Graphische Darstellung des Differentialbildes der weißen Blutkörperchen. Schäfer.
Aetiologie der Relaxatio diaphragmatica. Reich.
Eine Art Mendelschen Reflexes an der Hand. Jacobsohn-Lask.
Glykolyse und Blutgerinnung. Stuber und Lang.
Entstehung anaphylatoxinartiger (serotoxin - artiger) Eigenschaften im Meerschweinchenserum durch längere Lagerung (Lagerungs-Serotoxin). Dold.
Nachweis von Peroxydasen im Serum. Kwasniewski und Henning.
Insulin-Traubenzuckertherapie der Leberinsuffizienz. Herszky.
Spätsyphilitische Erkrankungen der Gelenke. Schlesinger.
Pseudomyxoma peritonei und die Endometriosen des Bauchfells im Hinblick auf die Implantationshypothese. v. Gierke.

Diagnostische Bedeutung von Blutzuckerkurven nach Glukosebelastung beim Ulcus pepticum und Karzinom. Bei Karzinomen im allgemeinen und speziell denen des Verdauungstraktus zeigten die Fälle des Verfassers nach Glukosebelastung eine im Ganzen verzögerte Blutzuckerkurve. Ein negativer Ausfall der Kurve spricht nicht unbedingt gegen die Annahme eines Karzinoms. In je einem Falle von Magen- und Rektumkarzinom fand der Verfasser eine normale Kurve. Nach dem jetzigen Stand der Untersuchungen des Autors ist nur der positive Ausfall diagnostisch verwertbar, aber auch nur insoweit, als er bei Verdacht auf Karzinom als weiteres diagnostisches Hilfsmittel zu verwerten sein kann.

Bei Ulcus ventriculi und duodeni und bei benignen Pylorusstenosen hat Verfasser stets Kurven gefunden, bei denen der Blutzuckernüchternwert, der Gipfelpunkt nach Belastung und die Rückkehr zur Norm im Bereich der physiologischen Grenzen gelegen sind.

Neues Masern-Schutzserum nach Degkwitz. Das von Degkwitz angegebene Tierserum ist nicht imstande, die prophylaktisch behandelten Kinder vor der Masernerkrankung zu schützen. Es übt keinen mildernden Einfluß auf den Krankheitsverlauf aus und schützt nicht vor den gefürchteten Komplikationen. Das Hammelserum verursacht in den meisten Fällen eine für den Patienten nicht gleichgültige Serumkrankheit und übt oft einen hemmenden Einfluß auf das Auftreten der Masernerscheinungen aus, wodurch die Verlängerung der Inkubation bedingt sein kann.

Verstärkung der Reaktion gegen Höhensonne durch Vorbestrahlungen. Bei Bac. prodigiosus konnte durch Vorbestrahlung und im Abstand von ½ bis 7 Stunden folgender Restbestrahlung eine Sensibilisierung gegenüber Licht, wenn auch nicht regelmäßig, erzielt werden. Dieselbe Erscheinung trat auf, wenn einer Vollbestrahlung nach mehreren Tagen eine neue Vollbestrahlung folgte. In beiden Fällen gelang es den Verfassern noch nicht, die diesen Erscheinungen zugrunde liegenden Bedingungen gesetzmäßig zu fixieren.

Auch an der menschlichen Haut wurde eine, ebenfalls nicht regelmäßig eintretende sensibilisierende Wirkung durch diese Bestrahlungsmodifikationen erreicht.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 32, 6. August 1926.

Rentensucht und moralischer Schwachsinn. Schröder.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals. Kappis.
* Weibliches Sexualhormon, das Hormon des östrischen Zyklus (Menformon). Laqueur, Hart und de Jongh.
* Spezifische Funktion des Ovariums im weiblichen Körper und Aussichten der organotherapeutischen Verwendung von Ovarialpräparaten. Heyn.
Physiologische Grundlagen der intravenösen Kalktherapie. Glaser.
* Versuche einer prophylaktischen Immunisierung gegen Diphtherie auf peroralem Wege. Reiter und Soldin.
Einfluß des Insulins auf die Phagozytose im Tierkörper und auf den Komplementgehalt. Bayer und Form.
Chronische Gelenkerkrankung und Lymphdrüsenaffektion. Hirsch.
Psychische Veränderungen bei inneren Krankheiten. Jakobi.
Zystische Geschwülste am Penis. Mensch.
Kommen Geschwülste der hinteren Harnröhre und Prostata besonders häufig bei Arbeitern chemischer Betriebe vor? Oppenheimer.
Hämorrhagische Nephritis im Kindesalter. Hanssen.
Isacen, ein neues, synthetisches Abführmittel. Weiß.
Tetrophantherapie der Polyneuritis. Laserson.
Spasmolytische Wirkung der Purinderivate. Hoffmann.
Der jetzige Stand der Tabes- und Paralysetherapie. Löwenstein.

Weibliches Sexualhormon, das Hormon des östrischen Zyklus (Menformon). Durch Menformon wird der Stoffwechsel kastrierter, weiblicher Ratten gesteigert. Die Wirkung ist spezifisch, denn sie ist weder durch ein anderes, auf gleiche Weise bereitetes Extrakt aus einem anderen Organ, noch aber auch durch Menformon bei kastrierten Männchen zu erzielen.

Es wird von weiteren Eigenschaften des Menformons berichtet, die Wasserlöslichkeit nochmals betont, die Absorbierbarkeit kurz geschildert. Ferner hat sich das große Widerstandsvermögen des Hormons gegen Temperaturen bis zu 360° ergeben, und zwar auch in reinen, ballastfreien, wäßrigen Lösungen bis zu 170°. Das Hormon ist ferner erstaunlich resistent gegen Verseifen, Behandeln mit Alkali und Säuren; es hält u. a. Erhitzen bis gegen 170° in 10% Kalilauge aus. Die schon früher von den Amerikanern festgestellte Festigkeit gegen Pankreas wird bestätigt, sie gilt auch für die wäßrigen, relativ reinen Lösungen, ferner auch gegen Pepsin. Gegen Oxydation ist es empfindlich, gegen Reduktion anscheinend resistent. Versuche zur Flüchtigkeit und Sublimierbarkeit des Hormons hatten bisher nur negative Ergebnisse.

Die Bedeutung der geschilderten Tatsachen für die Darstellung, insbesondere reinster Produkte, wird erwähnt.

Spezifische Funktion des Ovariums im weiblichen Körper und Aussichten der organotherapeutischen Verwendung von Ovarialpräparaten. Aus den Ausführungen des Verfassers ergibt sich, daß die im Handel befindlichen wäßrigen Extrakte aus dem Ovarium, die Glandole und Optone biologisch unwirksam sind und daß man bei peroraler Verabreichung von Trockenpräparaten aus dem Ovarium und seinen Teilen nur bei besonders vorsichtiger Verarbeitung des Ausgangsmaterials eine spezifische Wirkung erwarten darf, die aber infolge der Dosierungsschwierigkeiten längst nicht immer erzielt wird. Bei den spezifisch wirksamen Lipoidextrakten dagegen sind die Gefahren der Gewebsnekrosen bei der Injektion noch nicht überwunden, so daß eine handelsmäßige Herstellung bis jetzt nicht erfolgt ist. Aus allem erwächst dem Praktiker die Pflicht, bei der Beurteilung therapeutischer Erfolge bei der Behandlung mit den vorhandenen Ovarialpräparaten sehr vorsichtig zu sein und die Erwartungen bei einer derartigen spezifischen Behandlung nicht allzu hoch zu schrauben. Und dennoch ist man nach den neuesten Forschungen zu der Hoffnung berechtigt, daß man mit den neuesten, besseren und wirklich spezifischen Mitteln die verschiedenen Insuffizienzerscheinungen der Ovarien wird behandeln können.

Versuche einer prophylaktischen Immunisierung gegen Diphtherie auf peroralem Wege. Die prophylaktische perorale Immunisierung mit TAL.-Gemischen liefert bei Vorbereitung des Magendarmkanals mit Natrium benzoicum unter Innehaltung der gewählten Fütterungsordnung einen durchaus befriedigenden Immunisierungseffekt.

Das Verfahren berechtigt besonders deshalb zu weiteren Nachprüfungen, weil es die Gefahr der Serumanaphylaxie zu verringern verspricht.

Der Schutzzustand beginnt etwa 5 Wochen nach beendigter Fütterung und hält mindestens 6 Monate an, doch ist eine längere Ausdehnung des Immunitätszustandes sehr wohl möglich, ließ sich jedoch an dem Material der Verfasser nicht prüfen.

Das Natrium benzoicum, in dem hier wiedergegebenen Modus angewandt, wirkt offenbar auf die Immunisierung befördernd, dürfte aber, wie es auch aus den Untersuchungen Pockels hervorzugehen scheint, und aus Mitteilungen der Verfasser ersichtlich ist, wohl kaum prinzipiell ausschlaggebend sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 32, 6. August.

Wandlungen der wissenschaftlichen Denkformen. Hoche.
Infiltrierende Dickdarmentzündungen und verwandte Prozesse. Propping.
Bewertung der pathologisch-histologischen Untersuchung. Dietrich.
Zustandekommen der hohen Werte des gebundenen und freien Aminostickstoffes im enteiweißten Blut bei Leukämien. Becher und Hermann.
Reizbarkeit im mechanisch-depressiven Irresein. Kahn.
Wechselbeziehungen zwischen spezifischer Hämolyse und Resistenzverminderung der Erythrozyten. Wolff-Eisner.
* Kriminelle Schwangerschaftsuntersuchung mittels Seifenlösung. Polano.
Beseitigung durch Rekurrenslähmung bedingter Stimmstörungen mit dem Kugelverfahren. Muck.
Der „offene" Gipsverband zur Fixation von Extremitätsbrüchen. Grzywa.
Cardiazol bei akuten Kreislaufstörungen im Kindesalter. Mertz und Eschbacher.
Weitere klinische Erfahrungen mit dem neuen wasserlöslichen subkutan und intravenös injizierbarem Kampferpräparat „Cardiazol". Biedermann.
Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung des Gesamteiweißes in kleinen Liquormengen (Sulfosalicylsäureprobe). Custer.
Kontraindikationen der Erst- und Wiederimpfung. Mader.
Strumaoperationen ohne direkte Unterbindung der großen Arterien. Gerlach.
Coué und sein Heilverfahren. Prüssian.

Kriminelle Schwangerschaftsunterbrechung mittels Seifenlösung. Bei kriminellem Abort mit Perforationsverdacht ist, auch wenn noch keine alarmierenden Symptome vorhanden sind, möglichst frühzeitig durch die Laparotomie der Zustand der Bauchhöhle zu prüfen. Wenn eine beginnende Peritonitis erkennbar ist, so muß bei Benutzung von Seifenlösung als Abortivum infolge der großen Gefahr der Allgemeininfektion radikal vorgegangen werden (abdominelle Uterusexstirpation). Eine ausgiebige Auswaschung der Leibeshöhle zur Neutralisierung der Seifenätzwirkung und Douglasdrainage ist anzuschließen. Die verstümmelnde abdominale Uterusexstirpation bietet die besten Möglichkeiten für die Genauigkeit der Revision, für die Vollständigkeit der Auswaschung und der Drainierung. Das Entscheidende für die Gefährlichkeit der Seifenlösungen als Abtreibungsmittel ist das Hineingelangen der Flüssigkeit in die freie Bauchhöhle, auch ohne Perforation. Die Tuben bilden keine feste Schranke für die Injektionsflüssigkeit, besonders wenn die Zervix leicht verletzt ist, wie es bei der Injektion ohne vorherige Zervixerweiterung der Fall ist.

Nr. 33, 13. August.

* Schüttelfrost. Müller.
Ileus und Gravidität. v. Mitzulicz-Radecki.
Experimentelle Prüfung der Wirkung des flüssigen Paraffins im Darm. Kondoleon und Joannides.
Wiederverschwinden bestandener klinischer Anzeichen von Aortenklapper-Insuffizienz. Graßmann.

Herzfehler im Greisenalter. Schönemann.
Klinische Erfahrungen mit Pharodorm, einem neuen Schlafmittel. Nancrati'.
Bemerkungen zur Triphalbehandlung. Görl und Voigt.
Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.
Was uns Brehmer gab. Blümel.
Einige Bemerkungen über die gesundheitlichen Verhältnisse an der Front. Neter.

Schüttelfrost. Im Beginn oder Verlauf einer Infektionskrankheit entsteht der Schüttelfrost nach Eindringen von Keimen in die Blutbahn erst dann, wenn die Erreger aufgelöst sind und die für den Körper toxischen Substanzen aktive biologische Reaktionen mit den Körperzellen eingegangen sind. Ein Schüttelfrost durch Bakterien, Vakzinen oder Fremdkörper (Salvarsan usw.), die noch unversehrt in der Blutbahn kreisen, ist nicht möglich. Der Schüttelfrost beruht auf einer durch diese Störung im Zellstoffwechsel der Gewebe plötzlich eintretenden Reaktion des autonomen Nervensystems, die eine akute Innervationsänderung in den Gefäßen der Peripherie und des Splanchnikusgebietes auslöst. Es kommt so gleichzeitig zur Vasokonstriktion in der Peripherie (klinisch: Frieren und Schütteln, Leukopenie) und zu einer Vasodilatation im Splanchnikusgebiet (evtl. Uebelkeit und Erbrechen bedingend).

Durch die Gefäßkontraktion in der Haut kommt es zu einer Verminderung der Wärmeabgabe, durch gleichzeitige Gefäßerweiterung und Stoffwechselerhöhung in der Leber entsteht eine Steigerung der Wärmeproduktion. Beide Momente tragen zu der Temperatursteigerung nach dem Schüttelfrost bei.

Biberfeld.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrg., Nr. 30, 28. Juli 26.

Deutsches Wohnungselend. Aust.
◆ Ausstellen unrichtiger ärztlicher Zeugnisse. Odin.
Tagung des Deutschen Verbandes für Schulkinderpflege. Grünewald.

Ausstellen unrichtiger ärztlicher Zeugnisse. Nach dem Entwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch ist der Kreis der in Betracht kommenden Personen auch auf Heilgehifen etc., Hebammen und Tierärzte erweitert; auch die Privatpersonen, welche ein solches Zeugnis benutzen, werden nach § 192, 2 bestraft. Bisher mußten die Zeugnisse zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft bestimmt sein; diese Einschränkung fällt jetzt weg. Es wird nicht mehr ein Handeln wider besseres Wissen verlangt, sondern es genügt der einfache Vorsatz. Strafe beträgt bis zu 2 Jahren.

1. Jahrg., Nr. 31, 4. August 26.

◆ Medizinische Anschauungen Kants im Lichte der modernen Wissenschaft. Bogusat.

Medizinische Anschauungen Kants im Lichte der modernen Wissenschaft. Es werden: „Ueber das Organ der Seele", „Versuch über die Krankheiten des Kopfes" und „Von der Macht des Gemüts, durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu werden" kurz besprochen und mit den neueren medizinischen Anschauungen verglichen.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

Seuchenbekämpfung.

3. Jahrgang, Heft 1.

Bedeutung des nosologischen Sexualdualismus bei Infektionskrankheiten. Günther.
Technik der Wagner-Jaureggschen Malariatherapie in der Praxis. Ueber Malariablutkonservierung. Kauders.
Beiträge zur experimentellen Therapie des Typhus abdominalis. Die Serumtherapie. Kraus.
Boxstation für Infektionskranke im Karolinen-Kinderspital der Gemeinde Wien. Knöpfelmacher.
Malariabekämpfung. Heinemann.
Tollwutimmunisierung und obligatorische Impfung aller im Verkehrsleben befindlichen Hunde. Scheru.
Organveränderungen bei Rotlaufserumpferden und deren Behandlung. Wollák.
Die seuchenhafte Gehirn- und Rückenmarksentzündung der Pferde. Zwick.

Henning, Berlin.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene.

Heft 8, 1926.

◆ Körperliche Entwicklung der Lehrlinge. Hoppe.
Versuchsschulen. Junge.
◆ Zur Verordnung über die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. Noack.
◆ Soziale Fürsorge in den Polikliniken. Tüllmann.

Körperliche Entwicklung der Lehrlinge. Verf. hat die Lehrlinge der Charlottenburger Berufsschulen untersucht, ob sich ein Einfluß des Berufes auf die allgemeine körperliche Entwicklung der Berufsschüler ermitteln läßt. Er hat zu diesem Zweck Messungen und Wägungen bei Aufnahme und Abgang von der Berufsschule vorgenommen und sich der Ottoger'schen Normalgewichtstabelle und des Relativindex bedient. Die Tabellen müssen im Original eingesehen werden. Die körperliche Entwicklung ist am besten in den schweren Berufen, es folgen die ungelernten Arbeiter, am schlechtesten bei den Lehrlingen der leichteren Berufe. Dieser Hemmung in der körperlichen Entwicklung in gewissen Berufen muß systematisch entgegengearbeitet werden durch Einrichtung von Turnstunden, Schwimmunterricht, Wanderungen usw. in den Berufsschulen.

Zur Verordnung über die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. Verf. weist auf zwei Schwierigkeiten hin, die durch Auslegung der Verordnung entstehen und die Versicherten schädigen:

1. Die Frage, ob überhaupt eine entschädigungspflichtige Berufskrankheit vorliegt, muß in jedem Fall geklärt werden und zwar, wenn erforderlich, durch eine geeignete ärztliche Untersuchung auf Kosten der Berufsgenossenschaft, auch dann, wenn es sich herausstellt, daß der Kranke keinen Anspruch auf Entschädigung hat. Die Krankenkassen sind für solche Untersuchungen nicht zuständig. 2. Ein Kranker muß auch dann entschädigt werden, wenn bei einer schon bestehenden Erkrankung eine wesentliche Verschlimmerung eintritt, die wesentlich verursacht ist durch Beschäftigung nach dem 31. 12. 1924. Beim Erlaß der Durchführungsbestimmungen für die Verordnung sollten diese Punkte berücksichtig werden.

Soziale Fürsorge in den Polikliniken. Verf. schlägt vor, Fürsorgerinnen für die Polikliniken einzuführen, die ähnliche Funktionen haben sollen wie die Schwestern in den Lungenfürsorgestellen und die ohne Zweifel eine sehr wirksame Unterstützung für die ärztliche Versorgung vieler poliklinischer Patienten sein würden. Nur würde durch eine solche Maßnahme der Charakter der Polikliniken völlig geändert, wir bekämen allmählich eine allgemeine Befürsorgung auch der Erwachsenen. Eine derartig einschneidende Maßnahme bedarf sehr sorgfältiger Erwägung und dürfte zu mancherlei sehr ernsten Bedenken Veranlassung geben.

Paula Heyman, Berlin.

Folia Haematologica.

32., Heft 1.

Thrombozytengenese bei niederen Vertebralen sowie ihre Stellung zum Megakaryozyten der Sänger. E. Hartmann.
Die zeitlichen und regionären Verschiebungen der Chlorosemorbidität. H. Franke.
◆ Genese der Blutplättchen im Lichte der Oxydasereaktion. S. Katsunuma.
Pseudoleukämie, Lymphosarkomatose, Lymphogranulomatose und ihre gegenseitigen Beziehungen. Zypkin.
◆ Morphologische Befunde bei Entzündungsvorgängen in Fällen von Leukämie. K. Bickhardt.
Oxydasennatur der Leukozytengranula. A. Neumann.

Genese der Blutplättchen im Lichte der Oxydasereaktion. Verf. unterstützt mit seinen Untersuchungen die Whright'sche Theorie, wonach die Blutplättchen als Abschnürungsprodukt der Knochenmarksriesenzellen aufzufassen sind. Mit der Oxydasereaktion konnte er in den Thrombozyten kleine staubartige Granula nachweisen, die an Größe, Lagerung und Zahl den in den Knochenmarksriesenzellen anzutreffenden entsprechen. Als weitere wichtige Stützen für die Whright'sche Theorie führt er an: 1. Vermehrung und Verminderung von Megakaryozyten und Thrombozyten geht immer Hand in Hand. 2. Megakaryozytenkernembolien finden sich immer bei Vermehrung der Blutplättchen. 3. Tiere ohne Megakaryozyten haben keine Blutplättchen. 4. Im hämatopoetischen Stadium ohne Megakaryozyten sind ontogenetisch noch keine Blutplättchen vorhanden.

Morphologische Befunde bei Entzündungsvorgängen in Fällen von Leukämie. Bei zwei Fällen von lymphatischer Leukämie fanden sich in akuten eitrigen Prozessen vorwiegend Lymphozyten. Die Zellen wurden im Schnitt ausgezählt. Es ergaben sich nur 5 bzw. 10 % polymorphkernige Zellen. Die übrigen Eiterzellen waren Lymphozyten. Bei einem Fall von myeloischer Leukämie wurden in einer Mundbodenphlegmone reichlich Myelozyten gefunden. Im Alveolarexsudat einer Pneumonie, die bei einem Falle von akuter Myeloblastenleukämie auftrat, wurden Myeloblasten gefunden. Aus diesen Befunden wird geschlossen, daß der leukämische Organismus auf entzündliche Reize, ähnlich wie der gesunde, reagiert. Die pathologischen Zellformen des Leukämieblutes treten an die Stelle der gelapptkernigen reifen Leukozyten.

32., Heft 2.

Untersuchungen an jungen Erythrozyten. Simmel.
* Histologische Untersuchung eines Falles von myeloischer Leukämie mit Messung der Mitosenwinkel. S. Petri.
* Ein Fall von aleukämischer Myelose mit dem klinischen Bilde des Morbus Mickulicz. S. Haunema.
Zur Hämatologie der weißen Maus und Ratte. M. Levy.
* Blutbefunde bei Pneumonie. A. Hittmair.
Intrauterine Entwicklung des menschlichen Blutes. C. S. Engel.
Die eosinophile Granulasubstanz des Blutes und ihre Darstellung. A. Neumann.

Histologische Untersuchungen eines Falles von myeloischer Leukämie mit Messung der Mitosenwinkel. Ein Fall von myeloischer Leukämie wurde mit Anwendung der Ellermannschen Granulafärbungsmethode und mit Messung der Mitosenwinkel histologisch untersucht. Als Besonderheit bot der Fall die Kombination der Leukämie mit Veränderungen, die bei perniziöser Anämie beobachtet werden. Die Winkelmessungen, die an den Mitosenwinkeln von Myelozyten, Myeloblasten und Erythrogonien ausgeführt wurden, ergaben eine völlige Uebereinstimmung mit den von Ellermann gefundenen Werten.

Ein Fall von aleukämischer Myelose mit dem klinischen Bilde des Morbus Mickulicz. Fall von akuter aleukämischer Myelose bei einem siebenjährigen Knaben. Blutbild: 3200 Leukozyten, davon 60 % polymorphkernige, 2 % große Myeloblasten, 28 % Mikromyeloblasten, 7 % Lymphozyten, 1 % Myelozyten, 2 % nicht zu definieren (Myeloblasten?). Außerdem fand sich eine harte Schwellung der Tränen-Ohrspeichel- und Submaxillardrüsen. Exitus letalis nach zwei Monaten. Histologisch werden mit Hilfe der Oxydasereaktion in den vergrößerten Drüsen Infiltrationen von myeloischen Zellen (nach der Beschreibung Myeloblasten!) nachgewiesen.

Blutbefunde bei Pneumonie. In einem Falle von kruppöser und einem Falle von Influenzapneumonie wurden erhebliche Veränderungen im Blutbild festgestellt. Im ersten Falle waren sie so hochgradig, daß man von einer myeloischen Reaktion sprechen konnte. Im zweiten Falle, der klinisch schwerer verlief, waren die Veränderungen viel geringer. Schwere des Infekts und Blutbild gehen demnach auch in den untersuchten Fällen nicht parallel. Ein Infekt, der nicht zum Tode führt, kann sich noch nach der Heilung durch Ausschwemmen von pathologischen Zellen in die Blutbahn bemerkbar machen. Henning, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie.

Heft 7, Juli 1926.

Quassia amara. J. Mezger.
Spongia tosta. v. Oiste.
* Radiumtherapie. W. Kröner.
* Behandlung der Diphtherie. Schepegrell.
Homöopathie und moderne Klinik. M. Schlegel.

Radiumtherapie. Bei der therapeutischen Wirkung des Radiums und seiner Emanation, welche nicht nur in der Dosierung — die üblichen Dosen entsprechen der 6.—9. Dezimalpotenz —, sondern auch in ihrer Wirkungsweise der Homöotherapie nahesteht, unterscheidet man eine allgemeine und eine lokale Einwirkung. Letztere wird mittels der Gammastrahlung der reinen Radiumsubstanz zur Gewebszerstörung bei Geschwülsten usw. benutzt, während erstere durch Einverleibung der Emanation eine Hebung der biologischen Zellfunktionen erzeugt, welche sich in einer Erhöhung des Stoffwechsels, insbesondere des N-Stoffwechsels auswirkt. Die Harnsäureausscheidung ist beträchtlich erhöht und die freie Harnsäure verschwindet aus dem Blut der Gichtiker. Auf diese Befreiung des Organismus von N-Schlacken führt Verfasser die beobachtete Blutdrucksenkung zurück. Das Indikationsgebiet ist dementsprechend vielseitig und umfaßt die subakuten und chronischen entzündlichen, rheumatischen und arthritischen Krankheiten der Konstitution und des Stoffwechsels.

Behandlung der Diphtherie. Nach einer kurzen Uebersicht über die geschichtliche Entwicklung der Diphtherie-Behandlung gibt der Verfasser als sein Verfahren der Wahl Injektionen von 2—3 ccm Pferdeserum, kombiniert mit Merkur. cyant. D. 4 an. Erstreckt sich die Diphtherie bis in den Kehlkopf, wird statt Merkur Brom D. 4 gegeben. Verfasser empfindet selber, daß dies schematische Verfahren keine Behandlung nach streng homöopathischen Grundsätzen darstellt, glaubt sich aber auf Grund seiner Erfolge zu diesem Vorgehen berechtigt. Dermikel.

Die extrapulmonale Tuberkulose.

Heft 9, 1926.

* Nasentuberkulose von klinisch-therapeutischen Gesichtspunkten. W. Stupka.
Indikation zur Tonsillektomie. J. Weleminsky.
* Leistungsfähigkeit der Phototherapie der Kehlkopftuberkulose. A. I. Cemach.
Zelluläre Abwehrkräfte des Organismus. F. Breinl.

Nasentuberkulose von klinisch-therapeutischen Gesichtspunkten. Morphologisch unterscheidet man die ulceröse und die proliferative Form der Nasentuberkulose. Die proliferative Form wird weiter eingeteilt in die tumoröse, die infiltrativ-granulierende Schleimhauttuberkulose und den Nasenlupus. Neben dieser anatomischen Einteilung ist eine Klassifizierung nach immunbiologischen Gesichtspunkten notwendig, d. h. die Einreihung in das Primär-, Sekundär- oder Tertiär-Stadium der Tuberkulose. Die Behandlung der Nasentuberkulose ist verschieden, sie richtet sich in erster Linie nach der Stadienzugehörigkeit. Im allgemeinen hat die Lokalbehandlung an Bedeutung eingebüßt, energische Maßnahmen am Herd sind nur zulässig bei gutem allgemeinen Immunitätszustand und bei nicht aussichtslosem Lungenprozeß. Auskratzungen bei Nasenlupus sind verlassen. Mehr Erfolg versprechen Vollsonnenbäder, allgemeine Kohlenbogenlichtbäder, sachgemäß durchgeführte Tuberkulin- oder Krysolgankuren und endlich örtlich-aktinische Maßnahmen wie Röntgen-, Radium- oder Quarzlichtbestrahlungen.

Leistungsfähigkeit der Phototherapie der Kehlkopftuberkulose. Die beste Behandlung der Kehlkopftuberkulose ist die Kombination der örtlichen Lichtbehandlung mit einer systematischen Allgemeinbehandlung, welche sich vornehmlich nach dem Charakter des Lungenprozesses zu richten hat. Jedes Licht kann lokale Tuberkulose heilen, Bogenlicht wirkt ebenso gut wie Quarzlicht, und umgekehrt. Mit keiner Lichtart kann jedoch das zur Heilwirkung erforderliche Erythem so sicher, so schnell, so billig und so bequem erzielt werden wie mit Quarzlicht. Wie das Tuberkulin, so kann auch das Licht unter Umständen gefährliche Reaktionen auslösen. Vorsichtige Dosierung und sorgfältige Beobachtung sind unerläßliche Voraussetzung für den Erfolg der Lichtbehandlung. H. Zwerg.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

102., Heft 5.

* Präparoxysmale Gefäßveränderungen nach experimentell gesetzter Hyperventilation beim Hunde. W. Jacobi.
* Periodischer Blickkrampf beim postencephalitischen Parkinsonismus. A. E. Kulkow.
Krankheitseinheit und Krankheitseinteilung. Pophal.
* Experimentelle und anatomische Untersuchungen zur Lehre von der Athetose. M. Minkowski.
Entstehung paraphrener Wahnbildungen und Erinnerungstäuschungen. H. Bürger.
Seltenere Komplikationen der Syringomyelie. Neuroepitheliom des IV. Ventrikels. Epileptische Anfälle. E. Hirsch.
Chronische Syphilis des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Gefäßlues. Rubustow.
Klinik und Histopathologie der chronischen Gefäßlues im Zentralnervensystem. Ma'amud.
Klinik und Histopathologie der chronischen Syphilis der Hirngefäße. Konstantin Löwenberg.
Liquorbefunde bei Spontan- und Impfencephalitis der Laboratoriumstiere. F. H. Lewy und F. M. Lewy.
Zucker- und Chlorwerte im Liquor gesunder und staupekranker Hunde. G. Aronowitsch.

Präparoxysmale Gefäßveränderungen nach experimentell gesetzter Hyperventilation beim Hunde. Verf. hat Hunden den Schädel trepaniert und die vorliegenden pialen Gefäße beim Auftreten von epileptischen Krampfanfällen, die durch elektrische Hirnreizung hervorgerufen wurden, studiert. Reizte er lediglich elektrisch, so konnte er keinerlei Gesetzmäßigkeit im Verhalten der Piagefäße erkennen. Hyperventilierte er dagegen das tracheotomierte Tier mit einem Blasebalg, versetzte es so in einen Zustand von Alkalose und reizte das Hirn dann elektrisch, so traten sehr häufig schon die epileptischen Anfälle bei verminderter Reizstärke auf. Präparoxysmal trat eine deutliche Vasokonstriktion mit Stasenbildung auf. Schnürte er dem Tier beim Versuch die Trachea ab und versetzte es in einen Zustand von Acidose (CO_2-Anreicherung), so konnten Anfälle — ab und zu nach Passage einer Spanne von gesteigerter Erregbarkeit — nur bei Vergrößerung der Reizstromstärke provoziert werden. Entsprechend verhielten sich die Piagefäße: deutliche Vasodilatation, mitunter nach vorübergehender Vasokonstriktion mit Oedem.

Verf. glaubt nach diesen Versuchen, daß die Vasokonstriktion, die oft in genetischen Zusammenhang mit den epileptischen Anfällen gebracht worden ist, nichts mit diesen zu tun hat, sondern lediglich Begleiterscheinung der krampfauslösenden Störungen im Säure-Basengleichgewicht ist.

Periodischer Blickkrampf bei postencephalitischem Parkinsonismus. Als „periodischen Blickkrampf“ bezeichnet Verfasser das, was schon von Ewald mit „Schauanfall“ bezeichnet worden ist. Verfasser legt Wert auf die Periodizität: alle drei bis vier Tage ein Anfall von zwei bis drei Stunden Dauer. Tonische konjugierte Abweichung der Bulbi nach einer Seite, während des Anfalles Anisokorie. Diese Anfälle sind der extrapyramidalen Epilepsie zuzurechnen.

Experimentelle und anatomische Untersuchungen zur Lehre von der Athetose. Zunächst wird an Hand der außerordentlich umfangreichen, nur von großen Kennern des Gebietes übersehbaren Literatur nachgewiesen, daß im Laufe der Zeit Störungen in so ziemlich jedem Hirngebiet für das Auftreten athetotischer Bewegungen verantwortlich gemacht worden sind, daß also die Frage der Lokalisation der Athetose als nicht geklärt angesehen werden muß. Im Anschluß an eine Zufallsbeobachtung entfernte Verfasser bei vier Katzen den linken Gyrus sigmoideus anterior und posterior. In drei Fällen traten einige Tage nach der Operation deutliche unwillkürliche athetotiforme Bewegungen in beiden Vorderpfoten auf. Die gekreuzte Vorderpfote war stärker befallen, die Hinterpfote gar nicht. In einem Fall traten außerdem sehr bald vorübergehende unwillkürliche Bewegungen des Schwanzes auf. Bei der vierten Katze — deren Operation und Beobachtung mehrere Jahre zurückliegt — waren damals bei gleicher Operation keine athetotischen Bewegungen bemerkt worden. — In Anbetracht der Tatsache, daß athetotische und auch choreatische Bewegungen sicher bei Verletzungen zahlreicher anderer Hirnteile vorgekommen sind, nimmt Verfasser an, daß sich Athetose und Chorea nicht auf Läsion einer bestimmten Bahn oder Hirnstelle beziehen lassen, auch nicht auf Reizung, Enthemmung oder Störung der zentrifugalen oder zentripetalen Regulation zurückzuführen sind, sondern „kombinierten Störungen des funktionellen Gleichgewichts und der Dynamik entsprechen, die sich aus einer Beeinträchtigung verschiedener zentralnervöser Faktoren bzw. ihres Zusammenwirkens unter Beteiligung innersekretorischer und humoraler Momente ergeben“, ihr Auftreten verdanken.

Panse, Berlin.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage.

47., 3. Heft.

Unblutige Korrektur schwerer Plattfüße. Fr. Mommsen.
* Untersuchung über die Festigkeit von Stoffen, welche bei der Auto- und Alloplastik verwandt werden. Max Lange.
* Therapie des Klauenhohlfußes. R. Scherb.
Archotomie und Archoplastik. H. v. Bayer.
* Quantitative Bestimmung des Trendelenburgschen Phänomens am Hüftgelenk. H. Knorr.
Experimentelle Beiträge zur Verhütung von Verwachsungen bei Sehnenverpflanzungen und zur Erzeugung eines straffen Bindegewebes mit chemischen Mitteln. P. Pitzer.

Untersuchung über die Festigkeit von Stoffen, welche bei der Auto- und Alloplastik verwandt werden. Das alloplastische Material ist in seiner Gesamtheit dem autoplastischen an primärer Festigkeit überlegen und erfüllt damit eine wichtige Voraussetzung für gute Leistungsfähigkeit des Implantates. Schwierigkeiten der Einteilung bestehen nach dem zahlenmäßig großen Material der Münchener orthopädischen Klinik nicht.

Therapie des Klauenhohlfußes. Zur Beseitigung leichterer Fälle von Klauenhohlfuß, bei denen durch passive Dorsalflexion die Fußgewölbevermehrung und die Klauen- oder Hammerstellung der Zehen ohne Anspannung der Plantarfascie zum Verschwinden gebracht werden kann, genügt die transmetatarsale Fixation der langen Extensorensehnen. In schwereren Fällen geht dieser Methode eine Ablösung der Weichteile am unteren Teil des Processus posterior calcanei voraus.

Quantitative Bestimmung des Trendelenburgschen Phänomens am Hüftgelenk. Leichte Formen des Trendelenburgschen Phänomens, die nur durch exakte Messung erkannt werden, sind für die Untersuchung von besonderer Wichtigkeit, da ihre Erkennung schnell Funktionsstörungen erklärt. K. gibt eine Meßmethode zur quantitativen Bestimmung des Trendelenburgschen Phänomens an, welche ohne Zeitverlust ausreichend genaue Ergebnisse liefert. Nächst den kleinen Glutäen, welchen die Hauptaufgabe zukommt, spielt für die Mechanik des Trendelenburgschen Phänomens der Glutäus maximus die wichtigste Rolle. Er verhindert das Vorkippen des Beckens. Die deutliche Insuffizienz der kleinen Glutäen, welche schon bei geringgradiger Annäherung der Insertionspunkte auftritt, erklärt sich dadurch, daß diese Muskeln bei ihrer geringen Faserlänge an einem langen Hebelarm angreifen. Die Gangstörung bei einseitiger Beinverkürzung ist in der Hauptsache durch aktive Insuffizienz der kleinen Glutäen bedingt.

Stimming.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

115., 2. Heft.

Nachruf für Otto Piffl.
* Zur Nomenklatur und Einteilung der nicht spezifischen Mittelohrentzündung. W. Uffenorde.
Kochlear- und Vestibularbefunde bei Turricephalus. Erich Ruttin.
* Ein vervollkommneter Lärmapparat. Kleestadt.
Polyposis der Kieferhöhle. Marx.
Neues otoskopisches Phänomen bei Epilepsie. W. Rudakoff.
Akustikustumor mit Berücksichtigung des Wallerschen Gesetzes für den Cochlearis. H. Raaflaub.
Der vor- und nachoperative Nystagmus. W. Rudakoff.

Zur Nomenklatur und Einteilung der nicht spezifischen Mittelohrentzündung. Ausgehend von einer älteren Arbeit des Verfassers hält dieser gegenüber den Scheibeschen Einwänden die Ansicht aufrecht, daß es chronische Mittelohr-Schleimhauteiterungen (mit der bekannten zentralen Perforation) gibt, die vermittels eines akuten Rezidivs gefährlich aufflackern und zu einem bösen Ende führen können. Sie sind also nicht durchweg als harmlos anzusprechen. Aus didaktischen Gründen schlägt U. vor, die Nomenklatur der Otitis media im Sinne von Kümmel-Heidelberg strenger nach dem topographischen Sitz der Erkrankungsherde zu erfassen. Er teilt folgende Formen ein:

I. Akute Tubenentzündung.
II. Akute Mittelohrentzündung.
1. Mesotympanale Form.
a) seröse Entzündung,
b) eitrige Entzündung,
α) geschlossene Entzündung,
β) offene Entzündung.
c) hämorrhagische Entzündung,
d) nekrotisierende Entzündung.
2. Epitympanale Form.
a) eitrige Entzündung,
b) hämorrhagische Entzündung,
α) geschlossene Entzündung,
β) offene Entzündung,
c) nekrotisierende Entzündung.
3. Retrotympanale Form.
III. Chronische Tubenentzündung.
IV. Chronische Mittelohrentzündung.
1. Mesotympanale Form.
a) chronisch-seröse Entzündung,
b) chronisch-eitrige Entzündung,
α) dauernde Form,
β) rezidivierende Form.
2. Epitympanale Form.
a) proliferierende,
b) cholesteatomatöse.
3. Retrotympanale Form.

Das Schema dürfte sich bewähren und seine Anwendung empfehlenswert erscheinen.

Ein vervollkommneter Lärmapparat. K. konstruierte einen neuen Lärmapparat, der vor dem Baranyschen den Vorteil haben soll, daß er das betreffende Ohr auch wirklich vollkommen vertaubt. Der Apparat wird elektrisch bedient. Der Lärm kann sowohl quantitativ wie qualitativ abgestuft werden.

Polyposis der Kieferhöhle. Folgende Merkmale gelten für die Polyposis der Kieferhöhle — auch ohne Vorhandensein intranasaler Polypen: Leichte Sondierbarkeit der Höhle vom mittleren Nasengang aus (infolge weiten accessorischen Ostiums), prall elastischer Widerstand beim Sondieren der Höhle, ungleichmäßige, fleckige Verschattung beim Röntgen mit weichen Röhren.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

Nr. 27, 3. Juli 1926.

* Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thalliumazetat. A. Buschke, E. Langer und B. Peiser.

Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thalliumazetat. Die Epilation mikroskoporie- und trichophytiekranker Kinderköpfe mit

Röntgenbestrahlungen hat bisweilen unangenehme Nebenwirkungen im Gefolge, auch kann das völlige Wiederwachsen der Haare nicht mit Sicherheit in Aussicht gestellt werden. Eine wesentlich bessere Methode ist die Epilation mit Thalliumazetat, bei der jedoch sehr genaue Dosierung erforderlich ist. Es wird pro kg Körpergewicht eine einmalige Dosis von 8 mg Thalliumazetat gegeben; sechs bis acht Tage danach beginnt Lockerung der Haare, nach 16 bis 19 Tagen ist der Kopf kahl. Vier Wochen später ein dünnes, farbloses, leicht entfernbares Haarkleid, dann kräftige Regeneration, die nach etwa drei Monaten vollständig ist. Daneben desinfizierende, antimykotische Behandlung, 5 bis 10% Jodtinktur mit 10% Schwefelvaseline abwechselnd. Zum Zwecke nur lokaler Epilation kann man Röntgen- und Thalliumbehandlung, beides in schwächerer Dosierung (4 mg Thallium pro kg und ⅓ bis ⅖ HED unter ½ mm Al) kombinieren. Die der Behandlungsmethode zugrunde liegenden Untersuchungen ergaben, daß die Thalliumalopezie (ebenso wie wohl auch die Alopezia areata) auf dem Wege über das endokrin-sympathische System zustande kommt; histologische Veränderungen der Haut spielen dabei keine Rolle. Die Alopezie betrifft bemerkenswerter Weise die Sinneshaare nicht, was damit zusammenhängt, daß diese dem Zentralnervensystem unterstehen.

Nr. 28, 10. Juli 1926.

* Prophylaxe und Therapie von Gingivitiden und Stomatitiden. P. G. Unna.
Geruchssinn der Läuse. Walther Pick.
Kasuistik und Therapie des Hautkarzinoms. A. Ravogli.

Prophylaxe und Therapie von Gingivitiden und Stomatitiden. Das chlorsaure Kali kann noch immer als das beste Mittel bei Stomatitiden und Anginen und für deren Prophylaxe gelten. Gefahren durch Resorption bestehen nicht. Für Zahnpasten ist ein Gehalt von 30% erforderlich; noch empfehlenswerter ist die Verwendung von Kalichlorat in Substanz als Zahnpulver.

Nr. 29, 17. Juli 1926.

* Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Antoni.

Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Die Kerne der weißen Blutzellen zeigen, wenn auch nicht ganz regelmäßig, Veränderungen (mangelnde Färbbarkeit, Aenderung der Kernkontur, zickzackartig oder wellig verlaufende gangartige Gebilde), die sich im Blut von Gesunden und bei anderen Krankheiten nicht in gleicher Weise finden, und die unter der Behandlung verschwinden. Ferner findet sich in der seronegativen Primärphase eine stärkere Lymphozytose (mittelgroße und ganz große Lymphozyten), die den Hauptanteil im Kampfe gegen das syphilitische Virus zu bewältigen hat, im frischen Sekundärstadium eine neutrophile Leukozytose mit ziemlich starker Linksverschiebung, stärkeres Auftreten von Monozyten. Experimentell zeigte sich beim Kaninchen ein Auftreten der Blutveränderungen noch vor Auftreten der klinischen Erscheinungen. Die Verwertung des Blutbildes für die Diagnose soll nur in Verbindung mit den sonstigen diagnostischen Methoden erfolgen.

Nr. 30, 24. Juli 1926.

* Neurodermitis durch Oxyuren. Beitrag zur Pathogenese der Prurigo. E. Schröpl.
* Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Ulcus gangraenosum. Gustav Vollmer.
* Behandlung der Gonorrhoe des Mannes mit Targesin. F. W. Portmann.

Neurodermitis nach Oxyuren. Für den Zusammenhang der Hauterscheinungen mit der Oxyuriasis spricht das Vorkommen gleichartiger und gleichlokalisierter Hauterscheinungen in vier Fällen mit jahrelang bestehender Oxyuriasis, der Erfolg der antihelminthischen Therapie, die Herdreaktion nach intrakutaner Injektion von Oxyurenextrakt. Die stets nachweisbaren Sensibilitätsstörungen lassen das Zustandekommen durch Vermittlung des Nervensystems annehmen.

Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei Ulcus gangraenosum. Die WaR. ist in einem nicht ganz geringen Prozentsatz der Fälle positiv, wird jedoch im Verlaufe der Erkrankung, wenn auch unter Umständen erst nach Wochen, wieder negativ.

Behandlung der Gonorrhoe des Mannes mit Targesin. Der Hauptwert des Präparates beruht auf seiner Reizlosigkeit und schnellen Sekretionsbeschränkung; es ist deshalb besonders im Anfangsstadium zu verwenden.

Nr. 31, 31. Juli 1926.

Histologie der sog. Darierschen Dyskeratose (Epitheliomatosis miliaris. Nékám). N. Melczer.
* Intravenöse Bromtherapie. H. Deselaers.

Intravenöse Bromtherapie. Von 27 Fällen (Pruritis universalis, verschiedenartige Ekzeme, Dysidrosis) wurden durch Behandlung mit Ekzebrol 17 geheilt. Besonders günstig war der Einfluß bei nässenden, akuten Ekzemen, bei denen die Wirkung wohl keine zentrale, indirekte, sondern unmittelbare örtliche, auf Verdrängung von Chlor durch Brom beruhende ist, wobei gleichzeitig die bei der Ekzemtherapie anzustrebende Erhöhung der Alkaleszenz eintritt.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 29.

* Bedeutung von Klimaeinflüssen für Asthma bronchiale und andere allergische Krankheiten. W. Storm van Leeuwen.
Beiträge zur Lehre von der Erkältung. R. Staehelin.
* Die Tonsillektomie. E. Oppikofer.
Ursachen und Folgen der Amyloidosis. C. Wegelin.
* Klinische Bedeutung der Schleimhautpolypen des Uterus. O. Beuttner.
Eineiige Zwillinge mit komplizierter Verschlingung der beiden Nabelschnüre. G. Rossier.

Bedeutung von Klimaeinflüssen für Asthma bronchiale und andere allergische Krankheiten. In etwa 95 % der Fälle ist das Asthma eine allergische Krankheit. Etwa 5—8% unserer Asthmatiker sind überempfindlich gegenüber Produkten der tierischen Haut oder gegenüber Nahrungsmitteln. Bei etwa 90 % der Asthmatiker aber sind Klimaallergene die einzige bzw. die wichtigste Ursache des Asthmas.

Auch für die allergischen Ekzeme und für die vielen Formen von Bronchitis und Emphysem sind die Klimaallergene wichtig. Die einfachste und — wo ausführbar — erfolgreichste Maßnahme in der Asthmabehandlung ist daher das Entfernen des Allergens. Dabei leistet das System der allergenfreien Kammern mit Reinluft-Ventilation hervorragendes. Die praktische Durchführung dieses Systems wird erleichtert durch Umstände, die sich empirisch gezeigt haben. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß es fast für alle Kranken, die überhaupt Nutzen von den allergenfreien Kammern haben, genügt, die aus Eternit bestehenden, luftdicht geschlossenen Kammern aus einem 10 m über das Dach hinausragenden Blechrohr zu ventilieren. Eine besondere Reinigung durch Kühlung ist nur selten nötig. Der zweite glückliche Umstand ist, daß die Patienten nicht dauernd in allergenfreien Kammern verweilen müssen. Meist genügt es, wenn sie die Nacht und einen Teil des Abends darin verbringen, so daß sie also am Tage ihrer gewohnten Beschäftigung nachgehen können.

Die Tonsillektomie. Verf. vertritt aus voller Ueberzeugung den Standpunkt, daß bei richtiger Technik und vorsichtiger Indikationsstellung die Tonsillektomie eine Methode darstellt, die speziell bei der rezidivierenden Angina und Peritonsillitis des Erwachsenen ausgezeichnete Resultate liefert. Gleichzeitig benutzt er die Gelegenheit, auf eine postoperative Komplikation der Mandelausschälung hinzuweisen, auf die postoperative Phlegmone der Mandelnische, — ein manchmal geradezu beängstigender Zustand, dem man jedoch mit Ruhe und Sicherheit gegenübersteht, wenn man weiß, daß er fast ausnahmslos spontan ausheilt.

Klinische Bedeutung des Schleimhautpolypen des Uterus. Verf. neigt der auch schon von anderer Seite vertretenen Ansicht zu, daß Schleimhautpolypen eine ernstere Erkrankung wahrscheinlich machen.

Es wird daher zu empfehlen sein, bei der Gegenwart von Polypen stets nach der „Hauptaffektion“ zu fahnden. Sämtliche exstirpierte Polypen sind einer genauen mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Wenn wir zur Zeit der Konstatierung eines Schleimhautpolypen noch keine Zeichen einer ernsteren Erkrankung vor uns haben, so soll die Patientin in strenger Beobachtung gehalten werden.

Die Fingerzeige, die uns die Gegenwart eines Schleimhautpolypen zu geben imstande ist, sind verschieden, je nach dem Alter der Patientinnen. Bei jungen Frauen werden wir zuerst an entzündliche Genitalaffektionen denken. Bei Frauen mittleren Alters kämen dazu noch die Uterusmyome in Frage. Bei alten Frauen besteht der Verdacht auf Uteruskarzinom.

Mitteilung sechs einschlägiger Krankengeschichten.

Nr. 30.

* Schreckneurosen. R. Bing.
Hysterischer Pseudoparkinsonismus. O. Binswanger.
* Chronisch-poliomyelitische Erkrankungen. R. F. v. Fischer.
Worauf beruht die Atrophie der Processus clinoidei posteriores bei Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. K. M. Walthard.
* Einfluß der Psyche auf körperliche Vorgänge. Hypnose und Blutzucker. A. Gigon, E. Aigner, W. Brauch.

Schreckneurosen. Nur Unfälle, die mit außerordentlichem psychischem Schock verbunden sind, können als Ursachen für Schreckneurosen in Betracht kommen. Die Feststellung, daß ein grober seelischer Insult stattgefunden hat, soll sich vor allem auf objektives Material stützen, nicht lediglich auf die subjektiven Angaben des Unfälligen, und zwar kommt es auf das Verhalten des letzteren in der allerersten Zeit nach dem erlittenen Trauma an. Es lassen sich da der Reaktionsweise nach zwei Gruppen von späteren Schreckneurotikern unterscheiden: Die erste Gruppe zeigt gleich nach dem Unfall mehr oder weniger intensive Verwirrung. Die zweite weist ein initiales Gebahren auf, das am besten als maniform zu bezeichnen ist.

Aus dem Massenexperiment des Weltkrieges ist zur Evidenz hervorgegangen, daß ein vollwertiger Organismus schon in wenigen Stunden, Tagen, spätestens aber Wochen auch die allerheftigsten Gemütserregungen zu überwinden pflegt.

In bezug auf die Symptomatologie der Schreckneurosen unterscheiden verschiedene Autoren „Schreckneurasthenien" und „Schreckhysterien". Bei letzteren besteht fast ausnahmslos bereits vor dem Unfall eine nervöse Krankheitsbereitschaft.

Von einem einheitlichen Behandlungsplan für die ganze klinische Gruppe kann nicht die Rede sein; von Fall zu Fall wird man entscheiden müssen, in welcher Auswahl oder Kombination hypnotische, suggestive oder sonstige psychotherapeutische Einwirkungen, evtl. durch medikamentöse oder physikalische Maßnahmen unterstützt, ins Feld zu führen sind.

Chronisch-poliomyelitische Erkrankungen. „Chronische Poliomyelitis" und „progressive spinale Muskelatrophie" sind keine selbstständigen, voneinander scharf zu trennenden Krankheiten, sondern verschieden akute Verlaufsformen von Erkrankungen der motorischen Zentren des Rückenmarks (und des Hirnstamms). Sie können als chronisch-poliomyelitische Erkrankungen zusammengefaßt werden.

Die chronisch-poliomyelitischen Erkrankungen sind keine Systemerkrankungen. Die Störung kann auf andere Systeme übergreifen. Die chronisch-poliomyelitischen Erkrankungen lassen sich aetiologisch in verschiedene Gruppen einteilen, von denen eine mit der akuten Poliomyelitis zusammenfällt.

Einfluß der Psyche auf körperliche Vorgänge. Hypnose und Blutzucker. Die von obigen Verfassern angestellten Untersuchungen liefern einen objektiven Beitrag zur Frage der Beeinflussung körperlicher Vorgänge durch die Psyche.

Bekanntlich sind viele Diabeteskranke außerordentlich beeinflußbar, so, daß psychische Aufregung ihre Krankheit verschlimmert, innere Zufriedenheit sie günstig beeinflußt. Von dieser Ueberlegung ausgehend, wurde die Frage aufgeworfen: Ist es möglich, in der Hypnose den Blutzucker beim Diabetes herabzusetzen?

Für die dazu nötigen Versuche wurden vier schwere Fälle gewählt, die alle schon ein Koma überstanden hatten und mit Insulin behandelt wurden. Bei allen vier Patienten gelang es, in tiefem hypnotischen Schlaf bei suggestiver Beeinflussung, den Blutzucker sowie den Harnzucker deutlich herunterzudrücken. Es kam dabei auch auf die Tiefe des hypnotischen Schlafes an; denn bei oberflächlicher Hypnose war die Wirkung nicht ersichtlich. Erwähnenswert ist hier noch der Umstand, daß von den vier ausgewählten Personen keine irgendwelche hysterische Stigmata aufwies.

Die Ergebnisse dieses Versuchs sollen nicht etwa dazu führen, eine Therapie des schweren Diabetes durch Hypnose zu empfehlen. Praktisch wichtig ist nur die Tatsache, daß die psychische Verfassung des Individuums keinen zu unterschätzenden Faktor darstellt.
Held.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68., Juli 1926.

Anhäufung von Fällen der akuten Nephritis — Nephritis epidemica. T. W. Tallquist.
Struktur der Geschwulstzellen in Fibromen und Sarkomen. Harry Castrén.
✦ Struktur der Geschwulstzellen eines übertragbaren Mäusesarkoms. Harry Castrén.
Vergleichende biologische Prüfung von Farnwurzelextrakten. Gösta Bergroth.
Gleichzeitiges Vorkommen von Tuberkulose und Karzinom im Magen. R. Faltin.
✦ Wirkung der Allyl-Aethyl-Barbitursäure auf Frösche, im Vergleich mit derjenigen der Diallyl- sowie der Diäthyl-Barbitursäure. G. J. Oestling.

Struktur der Geschwulstzellen eines übertragbaren Mäusesarkoms. Ein vom Verfasser untersuchtes, übertragbares Mäusesarkom wies hinsichtlich seines grobhistologischen Baues große Aehnlichkeit mit den polymorphzelligen Sarkomen des Menschen auf. Doch konnte C. in dieser Geschwulst nicht wie in den menschlichen Sarkomen Parenchymzellen verschiedener Typen unterscheiden. Sämtliche Zellen gehörten demselben — dem progressiven — Typus an. Die feineren Strukturen der Zellen — das Mikrozentrum, die perizentrische Plasmadifferenzierung, das Zytoretikulum, die mit Silber imprägnierbaren Strukturen und die Chondriosomen — zeigten in allem wesentlichen die gleiche Beschaffenheit wie in menschlichen Sarkomzellen.

Wirkung der Allyl-Aethyl-Barbitursäure auf Frösche, im Vergleich mit derjenigen der Diallyl- sowie der Diäthyl-Barbitursäure. Verfasser hat eine Allyl-Aethyl-Barbitursäure vom Schmelzpunkt 158 dargestellt und deren Wirkungen auf Frösche im Vergleich mit denen der Diallyl- und der Diäthyl-Barbitursäure studiert. Es wurden die kleinsten letalen Dosen der genannten drei Substanzen festgestellt. Desgleichen die geringsten Dosen, welche während der nächsten zwei Stunden nach der Einspritzung eine deutliche hypnotische Wirkung auf die Frösche ausübten. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen tabellarisch zusammenfassen, wobei die Dosen in mg pro g Frosch angegeben sind:

	Wirksame Dosis mg.	Letale Dosis mg.	Verhäl nis zwischen wirksamer und letaler Dosis
Diäthyl-Barbitursäure	0,10	0,50	1 : 5,0
Allyl-Aethyl-Barbitursäure	0,25	1,30	1 : 5,2
Diallyl-Barbitursäure	0,07	0,25	1 : 3,6

Keller.

British Medical-Journal.

Nr. 3420, 24. Juli 1926.

Jahresversammlung der British medical Association.
Der praktische Arzt und das Allgemeinwohl. Hogarth.
Beobachtung in vitro gezüchteter Gewebszellen im Dunkelfeld. Strangeways und Canti.
Verhinderung des Schwachsinns. Robertson.
Eine Methode zur Einrenkung gewisser Dislokationen im Schultergelenk. Newton.
✦ Goldbehandlung der Tuberkulose (2. Bericht der medizinischen Untersuchungskommission).

Goldbehandlung der Tuberkulose. Der zweite Bericht unterrichtet nur über die Ergebnisse klinischer Erfahrung. Das Grundproblem der Sanocrysinbehandlung, ob diese Therapie die experimentell an Versuchstieren hervorgerufene Tuberkulose zum Stillstand bringt, wird nicht berücksichtigt. Die zunehmende Erfahrung in der Auswahl und in der Behandlung der Fälle hat die Gefahren der Sanocrysinbehandlung beträchtlich vermindert. Unter 140 Fällen war nur ein Todesfall auf die Medikamentwirkung zu beziehen, während im ersten Bericht (Brit. med. Journ. 18. April 1925) über 30 Fälle zwei Todesfälle der Behandlung zur Last gelegt werden mußten. Genügend Gefahr bleibt jedoch bestehen. Plötzliche oder rasch fortschreitende Verschlimmerungen des tuberkulösen Prozesses, Schädigung von Leber und Nieren sowie der Haut (spezifisches Arzneiexanthem, nicht zu verwechseln mit dem rasch abklingenden harmlosen Erythem) sind Gefahrmomente, welche die Goldbehandlung für den Kranken viel riskanter erscheinen lassen als die Salvarsantherapie für den Syphilitiker. Deshalb müssen die Kranken während der Kur Bettruhe einhalten und dauernd unter ärztlicher Kontrolle gehalten werden. Im letzten Jahre ist man dazu übergegangen, abweichend von den dänischen Originalvorschriften, geringere Sanocrysindosen zu verabfolgen und den Zeitraum zwischen den einzelnen Injektionen zu vergrößern, um so die Behandlung gefahrloser zu gestalten. Wie weit diese Abschwächung der Kur im Interesse des Kranken den endgültigen Heilerfolg in Frage stellt oder beeinflußt, sei dahingestellt. Das Serum wurde kaum noch angewandt. Für die Diagnose des spezifisch tuberkulösen Lungenherdes scheint ein Aufflackern der entzündlichen Lungenerscheinungen unter Sanocrysin nicht verwertbar zu sein. Denn auch bei der Behandlung der Lues mit ähnlichen Goldsalzen wurden derartige Reaktionen beobachtet. Inwiefern die Goldbehandlung den Verlauf der tuberkulösen Erkrankung günstig beeinflußt und die Abwehrkräfte des Kranken bis zur endgültigen Heilung hebt, darüber sind übereinstimmende Urteile nicht zu erhalten. Ein Teil der Untersucher glaubt mit Ruhebehandlung im Sanatorium in derselben Zeit das Gleiche zu erreichen. Andere betonen den raschen Rückgang aller Erscheinungen der Tuberkulose, insbes. Verminderung der Auswurfmenge und Verschwinden der Tuberkelbazillen. Diese Ergebnisse stützen sich lediglich auf klinische Eindrücke, da bisher kein Mittel zur Verfügung steht, die Veränderungen der Widerstandskraft des Tuberkulösen im Laboratorium zu erkennen. Jedenfalls weist das Sanocrysin einen Weg zur medikamentösen Behandlung der Tuberkulose. Für den allgemeinen Gebrauch ist es noch nicht zu verwerten. Weitere Erfahrungen müssen in klinischen Instituten gesammelt werden. Denn es sind unbestreitbar gute Erfolge erzielt worden. Eine Ablehnung wäre verfrüht.

Nr. 3421, 31. Juli.

✦ Untersuchungen über ein ideales Antigen für die therapeutische Immunisierung. Horder und Ferry.
✦ Symptome, Pathogenese, Diagnose und Behandlung der Addisonschen Anämie. Todd.
Herzerscheinungen bei der perniziösen Anämie. Coombs.
Mangelhafte Ernährung in ihrer Beziehung zu vermeidbaren Krankheiten.
Wissenschaftliche Gesichtspunkte. Cowell.
Der Standpunkt des Klinikers. Machay.
Die Bedeutung für die Tropenmedizin. Bassett-Smith.
Das öffentliche Wohl. Wheatley.

Untersuchungen über ein ideales Antigen für die therapeutische Immunisierung. In den 20 Jahren, seitdem Wright die Grundsätze der therapeutischen Immunisierung gegen die verschiedensten Infektionen durch Injektionen von Bakterienvaccinen klarlegte, sind wesentliche Fortschritte auf diesem Gebiet nicht erzielt worden. So sind die therapeutischen Bestrebungen bei den septischen Allgemeinerkrankungen bald auf ein chemisch wirkendes Agens, bald auf die Bakteriotherapie gerichtet. In den letzten Jahren beherrscht die Proteinkörpertherapie das Feld mit dem Ziel, durch unspezifische Reize, die Abwehrkraft des Organismus zu steigern.

Die Methoden, bakterielle Antigene für Immunisierungszwecke nutzbar zu machen, haben von Zeit zu Zeit gewechselt, wenn sie auch auf der Tatsache fußten, daß den Aufschwemmungen abgetöteter Bakterien in einem neutralen Medium Schutzwirkung gegenüber bakteriellen Infektionen zukam. Die vielen Verfahren, die sich im Laufe der Zeit herausgebildet haben, lassen sich auf vier Grundmethoden zurückführen, indem als Endprodukt verwertet wird: 1. die Bakteriensuspension von einer auf festem Nährboden gewachsenen Kultur, 2. die Bouillonkultur eines Mikroorganismus, 3. das Filtrat einer solchen Bouillonkultur oder 4. ein mit irgendwelchen Methoden gewonnener Extrakt der Bakterienzellen. Bei jedem dieser Verfahren wird das Antigen nur im „Rohzustand" hergestellt, behaftet mit mehr oder weniger großen Beimengungen, die für den Immunisierungsvorgang nutzlos sind, nicht selten dem Kranken schaden. Die Hauptaufgabe mußte es sein, das Antigen möglichst frei von diesen Stoffen zu erhalten, zumeist Eiweißkörpern des Bakterienleibes oder des Nährbodens, die sich bei parenteraler Zufuhr als schädlich erwiesen. Bisher führten die Versuche, das Antigen rein darzustellen, zumeist zu einer Schwächung des Vermögens, Antikörper zu erzeugen. Während der letzten zwei Jahre sind wichtige Erkenntnisse über das Wesen, die eigentliche Zusammensetzung des Antigens erzielt worden. Von den verschiedenen Typen der Pneumokokken wurde eine lösliche und stark spezifische Substanz gewonnen, die fast stickstoffrei ist und Lipoidcharakter aufweist. Dieses Antigen ist wahrscheinlich nur locker an die Eiweißfraktion des Bakterienleibes gebunden.

Neuere Untersuchungen der Verff. mit sogen. endotoxin-bildenden Bakterien (Typhus-Coligruppe, Pneumokokken usw.) lehrten, daß der Antigengehalt von Kulturfiltraten weitgehend von dem Alter der Bouillonkultur abhängt und daß er entgegen den theoretischen Erwartungen mit dem Alter der Kultur abnimmt und innerhalb der ersten 24 Stunden am größten ist. Dieses Ergebnis spricht dafür, daß die Antigene weder aus dem Zelleib stammen noch von den Bakterien nach Art der Toxine an das Nährmedium abgegeben werden (der Antikörpergehalt hätte sonst mit dem Alter der Kultur anwachsen müssen), sondern lose an den Zelleib gebunden sind, von welchem sie leicht „abgewaschen" werden können, ohne daß die Zelle aufgeschlossen wird. Es erwies sich die bakterienfreie Waschflüssigkeit junger Typhusbazillenkulturen wirksamer im Erzeugen von Antikörpern, als die Zelleiber selbst und als die bakterienhaltige Aufschwemmung. Weitere Untersuchungen zeigten, daß sich durch Waschung der Organismen mit Salzlösung das Antigen frei von den toxischen Substanzen gewinnen ließ, während die so vorbehandelten Erreger selbst bei ihrer Injektion ebensolche Nebenwirkungen hervorriefen wie die nicht gewaschenen Bakteriensuspensionen. Die giftigen Stoffe sind somit wahrscheinlich an das Zellplasma gebunden; die Antigene werden hingegen vom Ektoplasma, der Zellhülle geliefert und weichen völlig in ihrer Zusammensetzung von den toxischen Stoffen ab. Der Eiweißgehalt dieser Antigenlösungen ist sehr niedrig. Durch Eiweißausfällung leidet das Immunisierungsvermögen dieser „Ektoantigene" sehr wenig, wie sich mit Hilfe von Agglutinationsproben und Komplementablenkung im Tierexperiment demonstrieren läßt. Ueberhaupt zeigten sich diese neuen Antigene den bisher bekannten bei vergleichender Tieruntersuchung in jeder Weise überlegen, so daß mit ihrer Darstellung die Forderungen fast erfüllt erscheinen, die an ein Antigen gestellt werden können; sie befinden sich in wäßriger Lösung, sind eiweißarm, praktisch völlig ungiftig und besitzen im hohen Grade die Fähigkeit, Abwehrkräfte zu mobilisieren.

Innerhalb der letzten zwei Jahre wurden diese „Immunogene" in der Praxis erprobt, so daß bisher die Grundsätze für das therapeutische Vorgehen und das Anwendungsgebiet einigermaßen festgelegt sind. Besonders bei Strepto-, Pneumo- und Gonokokkeninfektionen wurden vielversprechende Erfolge erzielt, über welche an Hand von Krankengeschichten noch berichtet werden soll. Am zweckmäßigsten erwies sich die intramuskuläre Injektion, die am besten täglich vorgenommen wird. Nebenwirkungen traten entsprechend den Laboratoriumsergebnissen nicht auf.

Symptome, Pathogenese, Diagnose und Behandlung der Addisonschen Anämie. Die Früherscheinungen der perniziösen Anämie, der häufigsten Form der Blutkrankheiten, bestehen oft in so unbestimmten Beschwerden (Müdigkeit, Neurasthenie), daß sich Fehldiagnosen kaum vermeiden lassen. Charakteristisch sind die Symptome von seiten des Magen-Darmtraktus, welche der Anämie um Jahre vorausgehen können. Diarrhöen mit Perioden der Verstopfung abwechselnd, finden sich in etwa 50% als Frühsymptom. Bekannt ist die Glossitis, der große diagnostische Bedeutung zukommt. Es treten Einrisse und Wunden an der Zunge auf, die langsam mit Atrophie des Epithels abheilen. Durch weiteres Auftreten derartiger Herde wird so ein großer Teil der Zungenoberfläche atrophisch und zeigt eine papillenlose, glatte Oberfläche. Zumeist vergesellschaftet mit der Glossitis ist eine eitrige Periodontitis. Diese Glossitis kommt auch bei anderen Erkrankungen gelegentlich vor, jedoch selten so ausgesprochen. Durch Abwischen der Zunge mit verdünnter Salzsäure kann oft der wahre Umfang der Erkrankung deutlich gemacht werden. Nervenstörungen nach Art der kombinierten Systemerkrankungen des Rückenmarks werden zumeist im Spätstadium beobachtet. In einem Drittel der Fälle gehören Klagen über Empfindungsstörungen zu den Frühsymptomen, welche durch Degeneration sensibler Bahnen in den peripheren Nerven oder im Rückenmark zustande kommen. Sie werden gewöhnlich in ihrer Bedeutung verkannt, da die Sensibilität kaum quantitativ, sondern qualitativ verändert ist. Tiefensensibilität und Vibrationsgefühl schwinden lange vor Beeinträchtigung der übrigen Sensibilitätsqualitäten. Späterhin kommen Störungen der Pyramidenbahn hinzu (spastische Paraparese der Beine, der gewöhnlich eine schlaffe Lähmung mit positivem Babinski folgt). Häufig sind auch cerebrale Krankheitsbilder, wie Verwirrungszustände, Depressionen und der Symptomenkomplex der Korsakowschen Psychose.

Die Erkrankung ist von sehr langer Dauer und besteht schon Jahre, bevor die Diagnose gestellt wird. Allmählich größer werdende Zeiträume mit Anämie wechseln mit immer kürzer werdenden Perioden relativen Wohlbefindens ab, in denen Diarrhoen und Glossitis bestehen bleiben. Der Behandlung zugänglich sind die ersten anämischen Phasen, bei denen rasch ein therapeutischer Erfolg erzielt wird, bei denen jedoch auch ohne Therapie die Besserung eintritt. Allmählich sinkt die Widerstandskraft. Die anämischen Perioden werden länger und sind therapeutisch kaum noch abzukürzen. Nur mit der Frühdiagnose ist überhaupt eine Lebensverlängerung zu erreichen.

Die Aetiologie des Morbus Biermer ist ungeklärt. Vermutlich spielen Autointoxikationsprozesse im Darmtraktus eine wesentliche Rolle, wie das Auftreten der perniziösen Anämie bei Darmstenosen und bei der Gastrektasie wahrscheinlich macht. Wie weit die Achylia gastrica und die Besiedlung des Dünndarms mit Bact. coli krankheitsauslösend wirken, bleibe dahingestellt. Auch konstitutionelle Momente verdienen eingehende Berücksichtigung, wie das immerhin nicht seltene familiäre Auftreten der kryptogenetischen perniziösen Anämie sie wahrscheinlich machen. Jedenfalls ist ein Vergiftungsprozeß bei dieser Krankheit wirksam, der durch Schädigung das Knochenmark zur Bildung mangelhafter Blutzellen zwingt und außerdem durch vermehrte Hämolyse im retikulo-endothelialen Apparat das Knochenmark durch Ueberanstrengung sich erschöpfen läßt.

Für die Klinik ist wichtig, daß, abgesehen von den schubweise auftretenden Perioden der Hämolyse, die Anämie kaum oder gar nicht ausgeprägt sein muß. Die Zahl der Erythrozyten und der Hämoglobingehalt können normal sein oder oberhalb der Norm liegen. Hämatologisch am wertvollsten ist der Nachweis der Vergrößerung des durchschnittlichen Erythrozytendurchmessers, über 7,7 μ, auch ohne Auftreten besonderer Megalozyten oder kernhaltiger Megaloblasten. Die Auszählung der Leukozyten ergibt keine charakteristischen Veränderungen (Leukozytose im Wechsel mit Leukopenie). Selten gelangt im Terminalstadium der Symptomenkomplex der aplastischen Anämie zur Beobachtung durch völligen Aufbrauch aller Knochenmarkselemente (schwerste Anämie, hämorrhagische Diathese infolge Thrombopenie, Leukozytenschwund, Fehlen jeglicher Regeneration und Hämolyse). Die Therapie ist dann völlig machtlos. Bluttransfusionen scheinen das Ende noch zu beschleunigen.

Bei der Art des Krankheitsablaufes ist es kaum möglich, den Erfolg einer bestimmten Behandlungsart sicher zu beurteilen. Das Knochenmark spricht eben, so lange es möglich ist, auf irgendeinen Reiz an und eine Remission setzt ein. Für die Therapie sind folgende Gesichtspunkte zur Zeit maßgebend. Die erythropoetische Funktion des Knochenmarks wird angefacht (Arsenstöße, die bei Vorhandensein spinaler Symptome gewöhnlich schaden, Bluttransfusionen und Entfernung des hämolytischen Gewebes der Milz bei besonderer Vergrößerung dieses Organs). Die Magen-Darmtätigkeit wird sorgfältig überwacht (dauernde Gaben von Acid. hydrochl. in ausreichenden Dosen, lakto-vegetabile Diät bei nachweisbarer Pankreasschädigung). Die Verringerung der intestinalen Infektionsprozesse endlich wird angestrebt durch Verfüttern von Bac. acidophilus-Kulturen zur Verdrängung der Colistämme. Zur Adsorption der toxischen Produkte ist Kaolin geeignet (morgens nüchtern in Wasser aufgeschwemmt bis zu 3 Teelöffeln). Bei besonders hoher Indikanausscheidung im Urin lassen sich die abnormen Fäulnisvorgänge durch Colonspülungen nach Appendicostomie wirksam bekämpfen.

Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 53, 3. Juli 1926.

Gibt es beim Menschen eine Fluorose oder Fluor-Kachexie? H. Cristiani.
Beitrag zum Studium der infantilen Osteomalacie. J. Dereux.

Nr. 54, 7. Juli 1926.

✦ Die Behandlung der Paralyse mit Stovarsol. A. Sézary und A. Barbé.
Zur Transfusion mit Citratblut. R. Benda und R. Le Clerc.

Die Behandlung der Paralyse mit Stovarsol. Von der Erwägung ausgehend, daß das nervöse Gewebe einen stark reduzierenden Faktor besitzt und die eingeführten Medikamente erst dann auf das Trepanema wirken können, wenn sie einen Oxydationsprozeß durchgemacht haben, haben Verf. zur Behandlung der Paralyse das Stovarsol benutzt, das ein Natrium-acetyloxy-amino-phenylarsenat darstellt, gewonnen aus fünfwertigem Arsen, das in Verbindung mit dreiwertigem Arsen der Arsenobenzene erst nach vorausgegangener Reduktion wirksam wird.

Behandelt wurden 44 Fälle von Paralyse; in 29 Fällen wurde die Leukozytose erheblich vermindert, stieg aber nach der Kur wieder etwas an; in 24 Fällen wurde die Hyperalbuminose bedeutend geringer, in 17 Fällen die Wassermannsche Reaktion modifiziert. Indessen besteht auch hier kein Zusammenhang zwischen der klinischen Besserung und der Abänderung der biologischen Reaktionen, häufig war gerade bei den klinisch gut beeinflußten Patienten der Liquor wenig oder gar nicht verändert. Jedenfalls wurden durch die Behandlung Erfolge erzielt, die ohne Behandlung nicht eintraten, während in keinem Falle die anormalen Symptome ganz zum Verschwinden gebracht werden konnten.

Nr. 55, 10. Juli 1926.

✦ Stickstoffarme Diätetik. Ch. Richet und R. Monceaux.
Das Fieber der Schmelzer in Gelbsiedereien. Heim de Balsac, Agasse-Lafont und Feil.

Stickstoffarme Diätetik. Das stickstoffarme Regime eignet sich nach den Erfahrungen der Verff. nicht für Gesunde, da es zu einer Einschmelzung der Muskulatur und zu einem Gewichtsverlust von 4 bis 5 Pfund in 8 Tagen führen kann. Es ist dagegen von Vorteil für Hypertoniker, bei Azotämien, Nephrosklerosen, Gicht. Kontraindikation besteht bei Tuberkulösen, Anämischen, Rekonvaleszenten, Kindern, Jugendlichen, schwangeren und stillenden Frauen. Genaue Angabe eines strengen und eines gemäßigten Regimes.

Nr. 56, 14. Juli 1926.

✦ Anginöse Schmerzanfälle und Infarkt des Myokards. R.-J. Weissenbach und M. Kaplan.
Infektion beim Gastroduodenalgeschwür. R. Clément.
Das supra-inguinale Relief. H. Meige und S. Huard.

Anginöse Schmerzanfälle und Infarkte des Myokards. Infarktbildung des Myokards kann häufig beinahe symptomlos verlaufen, da die Entwicklung sehr langsam vor sich gehen kann, es kommt dabei auf die Wichtigkeit des thrombosierten Gefäßes, der betreffenden Anastomosen und auf Ausbreitung, Lokalisation und funktionellen Wert der ischämisierten Zone des Myokards an. Die wesentlichen Symptome der Infarktbildung sind heftige Schmerzanfälle mit Ausstrahlungen in Rücken, Hals und Arme. Die Schmerzen sind äußerst intensiv, von sehr langer Dauer und reagieren fast gar nicht auf die übliche medikamentöse Therapie; dieser letzte Punkt ist differentialdiagnostisch ausschlaggebend. Haber.

Revue de La Tuberculose.

Nr. 3, 1926.

✦ Pleurafüllung mit größeren Oelmengen. A. Bernou.
✦ Prognostischer Wert wiederholter Bazillenuntersuchungen. Guinard.
✦ Urobilinurie bei Lungentuberkulose. Jagnov und Haimovici.
✦ Prophylaxe und Behandlung der Pleuraexsudate bei künstlichem Pneumothorax. Geeraerd.
Was soll man unter phyisologischem Pleuradruck verstehen? Bernou und Cardis.
Superinfektion am Auge des Meerschweinchens. F. Arloing.
Mediastinalhernie im Verlaufe der Pneumothoraxbehandlung. Durand.
Schutzimpfungsversuche beim Meerschweinchen. Vaudremer.
Bedeutung der Zwerchfellsenkung beim Pneumothorax. Sergent, Oury u. Cottenot.
Lungen- und Bronchialdrüsen-Pseudotuberkulose beim Säugling. Ribadeau-Dumas und Tisserand.
✦ Einfluß einer Lufteinfüllung auf den Pleuradruck der anderen Seite bei doppelseitigem Pneumothorax. Bordet und Parodi.
✦ Nach Acetonvorbehandlung aus Tuberkelbazillen gewonnene Methyalkohol-Extrakte und ihre Wirkung auf die Tuberkulose. Boquet und Nègre.
✦ Behandlung der Drüsentuberkulose mit dem Methylalkohol-Antigen von Boquet und Nègre. Courcoux und Biderman.
Indikationen zur Kollapstherapie. Dumarest.
Irrtümer in der Diagnostik der Lungentuberkulose vom Standpunkt des Oto-Rhino-Laryngologen. Canuyt.

Pleurafüllung mit größeren Oelmengen. Der sogenannte Oleothorax ist eine äußerst wichtige Bereicherung der chirurgischen Therapie der Lungentuberkulose. Wer ihn anwendet, muß seine, den einzelnen Indikationen Rechnung tragende Technik beherrschen und die so behandelten Fälle sorgfältig beobachten. Am besten bewährt zur Pleurafüllung hat sich 20prozentiges Gomenolöl. Beim tuberkulösen Empyem bzw. beim mischinfizierten Pyopneumothorax wird man mit Hilfe des Oleothorax die gefürchtete operative Eröffnung der Pleurahöhle vermeiden können. Ebenso ist der Oleothorax eine wirkungsvolle Waffe gegen die prognostisch sehr dubiösen Lungen-Pleura-Fisteln. Durch die Oeleinfüllung gelingt es meist, diese Fisteln durch Verklebung und Förderung der Narbenbildung zum Verschluß zu bringen und die Sekundärinfektion zu beherrschen. Dadurch wieder ist es möglich, den sonst der Thorakoplastik ausgelieferten Kranken vor diesem Eingriff zu bewahren. Im Verlaufe des künstlichen Pneumothorax kann man mittels der Oeleinfüllung die Bildung unerwünschter Pleuraadhäsionen, welche oft genug den Pneumothorax zum vorzeitigen Abschluß bringen, hintenanhalten bzw. kommt man um eine infolge der flächenhaften Adhäsionen notwendig werdende Phrenicusexairese oder Thorakoplastik herum.

Prognostischer Wert wiederholter Bazillenuntersuchungen. In regelmäßigem Abstande wiederholte Untersuchungen des Auswurfs auf Tuberkelbazillen sind für die Prognose von größtem Wert. Die Zahl der dem Phthisiker noch bevorstehenden Lebensjahre ist umgekehrt proportional der Zahl der positiven Untersuchungsergebnisse.

Urobilinurie bei Lungentuberkulose. Das Auftreten von Urobilin im Harn des Lungentuberkulösen ist ein erster Hinweis auf eine beginnende Leberinsuffizienz.

Prophylaxe und Behandlung der Pleuraexsudate bei künstlichem Pneumothorax. Sobald sich im Verlaufe des künstlichen Pneumothorax die ersten Anzeichen eines Exsudates bemerkbar machen, empfiehlt es sich, die gesamte Luftmenge abzulassen und durch die gleiche oder eine etwas größere Menge reinen Sauerstoffs zu ersetzen. Vor geringem Ueberdruck am Schlusse der O_2-Einfüllung braucht man sich nicht zu fürchten, da der Sauerstoff sehr schnell — viel schneller als Luft oder Stickstoff — resorbiert wird. Die Kranken müssen täglich untersucht werden. Entfaltet sich die Lunge wieder, was oft schon nach 24 oder 48 Stunden der Fall ist, so wird erneut ausreichend Sauerstoff nachgefüllt und diese O_2-Einfüllung alle 2 oder 3 Tage so lange wiederholt, bis das Exsudat nicht mehr ansteigt und die Temperatur normal geworden ist. Nunmehr kann in der üblichen Weise wieder Stickstoff nachgefüllt werden. Das Wichtigste an diesem Behandlungsverfahren ist die sorgfältige Ueberwachung des Kranken. Verliert man ihn auch nur wenige Tage aus den Augen, so haben die Pleurablätter infolge der rasch erfolgenden Resorption des Sauerstoffs Gelegenheit, miteinander zu verkleben; es bilden sich meist sehr schnell flächenhafte Adhäsionen, welche die Fortsetzung der Pneumothoraxbehandlung unmöglich machen.

Der Einfluß einer Lufteinfüllung auf den Pleuradruck der anderen Seite bei doppelseitigem Pneumothorax. Bei der Nachfüllung des doppelseitigen Pneumothorax muß nicht nur auf der Seite der Nachfüllung, sondern auch auf der anderen der intrapleurale Druck manometrisch gemessen werden, um eine Verdrängung des Mediastinums, die nicht selten bedenkliche Grade erreichen kann, mit Sicherheit zu vermeiden.

Nach Acetonvorbehandlung aus Tuberkelbazillen gewonnene Methylalkohol-Extrakte und ihre Wirkung auf die Tuberkulose. Mit dem Bazillen-Extrakt von Boquet und Nègre gelingt es, die experimentelle Tuberkulose des Meerschweinchens und Kaninchens in ihrem rapiden Verlauf aufzuhalten, sie meist auf nur ein Organ zu beschränken und die Lebensdauer erheblich zu verlängern. Die Acetonvorbehandlung soll sich über 5 Tage erstrecken. Mit methylisiertem Tuberkulin läßt sich keinerlei Wirkung auf die Tuberkulose der Versuchstiere erzielen, sondern nur mit dem aus den Tuberkelbazillen selbst gewonnenen Methylalkohol-Extrakte.

Die Behandlung der Drüsentuberkulose mit dem Methylalkohol-Antigen von Boquet und Nègre. Besonders gute Resultate mit dem Antigen von Boquet und Nègre wurden bei frischer Drüsentuberkulose erzielt, bei den schon lange Zeit bestehenden, älteren Drüsenveränderungen war eine Wirkung weniger deutlich erkennbar. Lokal- und Allgemeinreaktionen sind selten, sie sind zudem harmloser und vorübergehender Natur. Die Behandlung muß dem Einzelfall angepaßt werden. Im allgemeinen empfiehlt es sich, das Mittel zwei- bis dreimal wöchentlich zu injizieren (subkutan), mit 0,1 ccm zu beginnen und rasch höher zu gehen bis 2 ccm reines Antigen pro dosi. Bei 500 Injektionen sahen Verff. nur dreimal eine leichte Drüsen-Herdreaktion, die Behandlung ist somit ausgesprochen milde und gefahrlos.

H. Zwerg.

Gynécologie et Obstétrique.

13., Nr. 6, Juni 1926.

Biologische Tätigkeit des Corpus luteum. P. Angel und P. Bouin.
Pathologie und Histologie der akuten Infektion des Säuglings. Nicolajew-Moskau.
* Hämolytisches Myom des Uterus. G. Carajannopoulos-Athen.
* Entbindungsanstalt für tuberkulöse Frauen. A. Couvelaire-Paris.

Haemolytisches Myom des Uterus. Es handelt sich um einen Fall eines Fibromyoms des Uterus, der klinisch und histologisch einen durchaus gutartigen Charakter zeigte; die Blutuntersuchung der Patienten ergab vor der Operation Haemolysine im Serum, die bereits 3 Tage nach der Entfernung des Tumors nicht mehr vorhanden waren. Verf. ist der Meinung, daß hier Zustände des Myoms vorliegen, die sehr leicht in ein malignes Stadium übergehen können, und daß es notwendig ist, auch Kranke mit Myomen sehr sorgfältig ärztlich zu beobachten, um nicht den richtigen Zeitpunkt zur Ausführung der Operation zu versäumen. Im Falle des Verfassers zeigte die Patientin 3 Monate lang vor Einlieferung in die Klinik eine sehr hochgradige Anaemie, ohne erhebliche Blutungen zu haben, und einen sehr schlechten Allgemeinzustand.

Entbindungsanstalt für tuberkulöse Frauen, die der Klinik Baudelocque angegliedert ist, beherbergte von November 1921 bis Mai 1926 315 Kranke und hat sich für Mütter und Kinder als sehr nützlich erwiesen.

14., Nr. 1, Juli 1926.

Physiologie des menschlichen Amnion. H. Keiffer.
Pathologie der endokrinen Drüsen in der Gynäkologie und ihre biologische Diagnostik. Castaño und A. M. del Pont.
* Prophylaxe geburtshilflicher Verletzungen. G. Serdukoff.
Frühzeitige Unterbrechung der Extrauterinschwangerschaften und ihre Beziehung zum Menstruationsrhythmus. A. Czainicianu (Bukarest).
* Großes Myom des Dünndarms, mit Störungen am weiblichen Genitalapparat. H. Müller.
Behandlung der Malaria bei der schwangeren Frau. M. Ubago (Nicaragua).

Prophylaxe geburtshilflicher Verletzungen. Seit vier Jahren hat Verf. in seiner Klinik bei fast allen Geburten steriles Vaselinöl in die Scheide injiziert, um die Entwicklung des Kopfes zu erleichtern und um die Zahl der Verletzungen der Scheidenschleimhaut und des Dammes zu verringern. Er gießt 50—60 Gramm davon in die Tasche der Scheide, welche zwischen den Kopf des Foetus und dem Damm liegt, den man mit zwei Fingern etwas anziehen muß. Seine Resultate mit dieser Methode sind ausgezeichnete: Die Verletzungen der Scheidenschleimhaut und der äußeren Genitalorgane haben sich um die Hälfte verringert, die Zahl der Dammrisse um 5%.

Großes Myom des Dünndarms, mit Störungen am weiblichen Genitalapparat. Verf. berichtet über einen sehr seltenen Fall eines kindkopfgroßen Myoms, das, wie sich bei der Operation herausstellte, vom Dünndarm ausging und an diesem mit einem kurzen, daumendicken Stiel aufsaß, das aber auch mit Harnblase und Gebärmutter verwachsen war. Infolge der außerordentlich starken und die Patientin sehr schwächenden Menstruationsblutungen stellte man die Diagnose des Tumors vor der Operation auf Uterusmyom und war über den Befund äußerst überrascht.

Rudolf Katz, Berlin.

La Riforma medica.

42., Nr. 27, 5. Juli 1926.

Ungewöhnliche Form der Aphasie. Bianchi.
* Kali-Gehalt im Blute Krebskranker. Paolucci.
Paraepilepsie. Vergera.

Kali-Gehalt im Blute Krebskranker. Untersuchungen an 15 Krebskranken und sechs Gesunden. Die K-Werte bei Gesunden schwankten zwischen 22,01 und 34,08 mg% (im Durchschnitt 25,67), bei Kranken mit Epitheliomen zwischen 17,75 und 73,84 mg% (im Durchschnitt 37,11); bei schweren Formen mit ausgedehnten Metastasen betrug der Durchschnittswert 39 mg%. Der Unterschied zwischen Kaligehalt im normalen Blut und bei Krebskranken war also durchschnittlich 11,44%. In Anbetracht des Umstandes, daß es sich bei den Gesunden um jugendliche Personen handelte, und der Kaligehalt mit dem Alter zunimmt, wie sich der Ca-Gehalt vermindert, kann man aus den Untersuchungsresultaten schließen, daß die Vermehrung des Kali im Blute Krebskranker zu gering ist, um daraus diagnostische Schlüsse ziehen zu können, wie es französische Forscher behaupteten.

42., Nr. 28, 12. Juli 1926.

Traumatische Epilepsie. Giordano.
* Dermatitis chronica atrophicans. Versari.
Krutalhernie des Ureter. Rinaldo.
Pathogenetische Betrachtungen über Harnleiterprolaps. Broglis.
Technische Modifikation der Proben von Pandy, Weichbrodt und Nonne-Apelt. Goria.

Dermatitis chronica atrophicans. Die charakteristischen Merkmale des histologischen Bildes bei einem ausführlich beschriebenen Fall von primärer, diffuser Hautatrophie (Typus Buchwald) waren: Vermehrung der Hornschicht, Fehlen von Schweiß-, Talgdrüsen und Haaren; in der Papillar- und tiefen Schicht des Rektikulum nur spärliche, fragmentierte, elastische Fasern. Blutgefäße zeigen im Retikulum dicke Wände und enges Lumen (Veränderungen des elastischen Gewebes der Intima und Hypertrophie der Muskularis). Im subkutanen Gewebe endarterlitischer Prozeß (Proliferation der Intima, Verdickung der Media). Geringe periarterielle Veränderungen. In einer ausführlichen Analyse dieses Falles und der zugehörigen Literatur bekennt sich Verfasser zu der Ansicht, daß die unter dem Namen der Acrodermatitis, des paralytischen Erythems, der Erythromelie, der erythematösen Anetodermie beschriebenen Krankheitsbilder nur Varianten ein und derselben Erkrankung sind, weist aber die Einteilung von Rusch in zwei Arten der idiopathischen Hautatrophie zurück, da es einen nicht entzündlichen Typus nicht gibt. Um die Namensverwirrung im Interesse einer vereinfachten Bibliographie zu beseitigen, schlägt er die Benennung: Dermatitis chronica atrophicans vor, der man in Einzelfällen die Autorennamen (Pick, Herxheimer, Jadassohn) hinzufügen kann.

Rontal.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 1, 3. Juli 1926.

Unsere geburtshilfliche und gynäkologische Verantwortlichkeit. Ward.
* Flagellaten-Befunde im Darm. Lynch.
* Betrachtungen über Physiologie und Funktion der Nieren. Hench.
* Wichtigkeit der Symbiose oder engen Association verschiedener Arten von Organismen. Castellani.
* Bedeutung der Achlorhydrie. Cheney.
* Wirkungen einer ausschließlichen, lange fortgesetzten Fleischnahrung. Lieb.
Vorkommen des Schwindels bei endokrinen Störungen. Drury.
Neue Vorrichtung für Massenfärbung von Präparaten. Kracke.
Verbesserter Verband für die Analgegend. Montagne.
Doppelseitige Pyosalpinx bei einem 5 jährigen Kinde. Burke.
Intensive ambulante Insulinbehandlung des Diabetes. Gray.

Flagellaten-Befunde im Darm. Eine über vier Jahre ausgedehnte Untersuchung von 1040 Magendarmerkrankungen, mit der Absicht, die verschiedenen Krankheitszustände bei den Trägern von Flagellaten und von flagellatenfreien Personen zu vergleichen. 23% der Kranken beherbergten Flagellaten, in der Hauptsache Trichomonas hominis und Chilomastix mesnili, viel seltener Giardia und Tricercomonas intestinalis. Häufigeres Vorkommen dieser Protozoën bei Achlorhydrie als bei Hyperacidität. Alle Flagellaten werden experimentell schon in leicht sauren Lösungen vernichtet. Bei hoher Magenacidität ist demnach die Passage der Flagellaten durch den Magen sehr erschwert. Im Einklang damit steht ihr häufigeres Vorkommen im höheren Lebensalter, in dem Anacidität oft angetroffen wird, ebenso der Umstand, daß Magen- und Duodenalgeschwüre in 10% bei flagellatenfreien Kranken, niemals bei Trägern von Flagellaten angetroffen werden. In jedem Falle ist herabgesetzte Magensäure eher die Ursache als die Folge des Flagellatenbefundes. Chronische Cholecystitis kam wohl häufiger bei Flagellatenträgern vor, aber sie ist eine Krankheit des späteren Alters und meistens von Herabsetzung der Magensäure begleitet. Alle übrigen Magendarmleiden verteilten sich etwa in gleicher Weise auf beide Gruppen. Eine Analyse dieser Fälle zeigt, daß die Darmflagellaten nicht als pathogene Protozoën anzusprechen sind.

Betrachtungen über Physiologie und Funktion der Nieren. Funktionen der Nieren sind Ausscheidung einiger Stoffwechsel-Endprodukte, Regulierung des Körperhaushalts für Wasser und Salze, Aufrechterhaltung des Säure-Basengleichgewichts, Synthese der Hippursäure und vielleicht von Harnammoniak. Die verschiedenen Theorien der Nierenphysiologie führen heute zu der Annahme, daß durch die Glomeruli eine mechanische Filtration einer proteinfreien Flüssigkeit erfolgt, die weiter in den Tubuli durch einen Prozeß der Reabsorption allein oder zugleich mit aktiver Sekretion im Urin verarbeitet wird. Obwohl sich diese physiologischen Auffassungen nicht immer mit den pathologischen Störungen in Einklang bringen lassen, ist es doch möglich, mit Hilfe klinischer Beobachtung und einiger Untersuchungen die einzelnen Formen ziemlich scharf zu trennen. Albuminurie wurde in der Mayo-Klinik in 39% einer sehr großen Zahl von Kranken bei der ersten Probe gefunden, von diesen hatten jedoch nur 40% eine Nierenerkrankung. Unterscheidung bedeutungsvoller von bedeutungslosen Formen der Albuminurie ist nur durch exakte Untersuchung möglich. Die Vollhardsche Einteilung und Differentialdiagose der verschiedenen Typen entspricht allen Anforderungen. Für Diagnose, Prognose und Therapie sind von größtem Wert 5 Funktionsproben, die Phenolsulfophthaleinprobe, die Vollhard-Fahrschen Wasser- und Konzentrationsproben, an Stelle der schwierigen Harnstoffbestimmung des Blutes die schnell ausführbare Hench-Aldrichsche Speichel- und Blutindexprobe und die Untersuchung der roten Blutzellen und des Hb. Die zwei letzten Proben sind auch für die Prognose sehr wichtig und von jedem Praktiker leicht ausführbar. Einfache Michdiät bei chronischer Nephritis ist nicht gutzuheißen, sie enthält bei N Retention zuviel Eiweiß, bei Oedemen zuviel Flüssigkeit und Salze. Bei NRetention ohne Oedeme niedrige Eiweißdiät (40 g täglich) bei genügendem Kaloriengehalt und reichliche Flüssigkeitsmengen. Gelegentlich Bluttransfusion nach Entnahme von 300—500 ccm urämischen Blutes. Bei der chlorämischen Form mit Oedemen ist Beschränkung von Salz- und Flüssigkeitsaufnahme indiziert, von Eiweiß kontraindiziert. Beförderung der Ausscheidung durch Abführmittel, Schwitzen, keine Packungen oder Diuretika: 2½—3 Liter Wasser, besonders wenn Wasser- und Konzentrationsproben ein niedriges spezifisches Gewicht anzeigen, Glukose per Klysma oder intravenös (500 ccm einer 10—20% Lösung), Koffein, anorganische Salze und besonders bei Wasser- und Salzretention Kalzium- oder Ammoniumchlorid (per os 5—16 g täglich. Vorsicht wegen Acidose!), und allen voran Novasurol (0,5—2 ccm einer 10% Lösung alle 3—5 Tage intramuskulär oder intravenös nach Hg-Toleranzprobe). Daneben Diätvorschriften.

Wichtigkeit der Symbiose oder engen Assoziation verschiedener Arten von Organismen. Die gewöhnliche Bäckerhefe ist keine Reinkultur von Hefe, sondern enthält meistens eine oder mehrere Arten von Saccharomyces in enger Assoziation mit einer oder mehreren Bakterienarten. Die Gesamthefe ergab mehr Gasgärung in Kohlehydraten als irgendeiner der aus ihr isolierten Keime. Ein aus der Hefe isolierter Bazillus, der in Maltose nur Säure, aber kein Gas erzeugte, zeigte Gasgärung, wenn ein aus derselben Hefe isolierter, in Maltose inaktiver Saccharomyces hinzugefügt wurde. Auch neue Versuche mit pathogenen Bakterien und einer pathogenen Hefe (Cryptococcus graciloides) zeigten, daß einfache, saure Gärung einiger Kohlehydrate, welche durch nie Gas erzeugende Mikroben verursacht wird, in Gärung mit Gasbildung übergeht, wenn man einen Keim hinzufügt, der für sich allein weder Säure noch Gas erzeugt. Ein Beispiel von vielen: Der Flexnersche Dysenteriebazillus erzeugt in Maltose und Mannitol Säure, aber nie Gas; Bacillus morgani erzeugt in beiden Kohlehydraten weder Säure noch Gas, die Mischung beider erzeugt aber Säure und Gas. Die Vorbedingung ist, daß der hinzugefügte Bazillus fähig ist, Gasbildung in Glukose zu erzeugen. Es gibt Krankheiten, die durch eine echte Symbiose zweier Keime hervorgerufen werden, die jeder für sich allein die Krankheit nicht erzeugen. Hierher gehört die Plaut-Vincentsche Angina. Hierher gehören auch drei seltene Krankheitsbilder, Trichomykosis rubra und nigra und Stomatitis cryptococcobacillaris. Genaue Beschreibung der vom Verf. gefundenen symbiotischen Keime. Eine Reihe typischer Symptome von Krankheiten, deren spezifische Erreger bekannt sind, verdanken wahrscheinlich ihre Entstehung der Assoziation dieser Erreger mit einem oder mehreren nichtspezifischen Keimen, so z. B. der schimmlige Geruch des Favus, die honiggelben Krusten der Framboesie, die starke Gasauftreibung des Abdomens bei einigen Typhusfällen (wahrscheinlich durch den assoziierten B. morgani, da der Typhusbazillus nie Gas erzeugt).

Die Bedeutung der Achlorhydrie. Nachweis der Achlorhydrie ist nur durch fraktionelle Magenanalyse möglich. Ausführlich wird die Diagnostik der verschiedenen Krankheiten besprochen, die zu Achlorhydrie führen können. In erster Linie ist an perniziöse Anämie zu denken, für deren Diagnose Achlorhydrie unerläßlich, wenn dieselbe auch allein für sie nicht maßgebend ist. Erst nach Ausschluß der perniziösen Anämie kommen in Betracht Magenkrebs, chronische Gastritis, chronische Cholecystitis. Befund freier HCl schließt die Krebsdiagnose nicht aus, ebensowenig ist Achlorhydrie für dieselbe wesentlich. Vollkommene Anacidität ist ein Spätsymptom des Krebses. Achlorhydrie bei chronischer Gastritis ist stets mit reichlicher Schleimsekretion kombiniert. Von 70 operativ bestätigten Gallenblasenleiden zeigten 37 sehr erhebliche Hyposekretion oder Achlorhydrie; die Ursache sieht Verf. in einer die Cholecystitis oft begleitenden chronischen Gastritis. Differentialdiagnostisch kommt ferner in Betracht die subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks Colliers, deren Symptome den im Verlaufe der perniziösen Anämie gefundenen sehr ähnlich sind. Verf. glaubt, daß die perniziöse Anämie auf dem Einfluß eines Toxins beruht, das zuerst auf die Magensekretionszellen wirkt und allmählich dann Zentralnervensystem oder Blutbildungsorgane oder beide schädigt. In einer kleinen Gruppe von Fällen ist Achlorhydrie nur durch Neurosen zu erklären, die allerdings häufiger zu Hypersekretion führen. Es kommen in Frage Visceroptose mit Neurasthenie (Glénards Krankheit), Neurasthenie allein und Hysterie.

Wirkungen einer ausschließlichen, lange fortgesetzten Fleischnahrung. Die Mitteilungen fußen auf der Geschichte, den Erfahrungen und der klinischen Beobachtung des nicht nur auf vielen andern Gebieten, sondern auch auf dem der biologischen Wissenschaften und der Stoffwechsellehre sehr bewanderten Polarforschers Stefansson, der 11½ Jahre in arktischen Zonen, im ganzen 9 Jahre von ausschließlicher Fleischnahrung und Wasser, 6 Jahre gänzlich ohne Salz lebte. Die längste ununterbrochene Dauer der Fleischnahrung betrug 9 Monate. Er erreichte während dieser Zeit sein höchstes Gewicht, fühlte sich geistig und körperlich nie so wohl, wie in dieser Periode seines Lebens, unabhängig von Tätigkeit oder Ruhe, von höherer oder niederer Temperatur. Er litt nie an Verstopfung, behielt gesunde Zähne, kräftiges Herz. Während dreier Jahre beobachtete er unter 600 ausschließlich Fleisch essenden Eskimos nicht einen Fall von Verstopfung. Nach seinen Beobachtungen werden die Eskimos, wenn sie zu gemischter Nahrung übergehen, frühzeitig alt, neigen zu Verstopfung und häufigeren Krankheiten.

87., Nr. 2, 10. Juli 1926.

Unterricht in den Magendarmkrankheiten auf unseren medizinischen Schulen. Simon.
◆ Epidemiologie der Poliomyelitis. Aycock.
Aetiologie und Behandlung der perniziösen Anämie. Barker.
◆ Krebs, Störung des Vitamingleichgewichts und Röntgenstrahlenwirkung. Burrows, Jorstad und Ernst.
◆ Sporadische Meningokokkenmeningitis. Mc. Lean und Caffey.
◆ Behandlung der idiopathischen Purpura haemorrhagica. Sooy und Moise.
Scharlach nach Nasen- und Halsoperationen. Lovett.
Günstiger Erfolg des Nebenschilddrüsen-Extrakts in einem Fall von Ostitis deformans. Bassler.

Epidemiologie der Poliomyelitis. Die am meisten anerkannte Theorie, daß sich die Poliomyelitis durch direkten Kontakt verbreitet, stützt sich auf den Befund des Virus in den oberen Respirationswegen und die Infektion von Tieren durch die Nasenschleimhaut. Langjährige epidemiologische Studien stehen mit dieser Theorie nicht in Einklang. Wohl wird die Krankheit nicht selten von einer Person auf andere übertragen, doch nur in etwa 5% der Fälle kann man an direkte Kontaktinfektion denken. Meistens fällt das Einsetzen multipler Erkrankungen in einer Familie so nahe zusammen, daß es sich wahrscheinlich um gleichzeitige Infektion handelt. Auch direkte Kontaktinfektion durch nicht erkannte, abortiv verlaufende Fälle oder durch gesunde Träger des Virus kommt in größerem Umfange nicht in Betracht. Die Untersuchungen sprechen für Verbreitung der Infektion auf indirekten Wegen. In einer kürzlich aufgetretenen Epidemie konnte Milch als ein Mittel der Uebertragung festgestellt werden, doch ist dieses sicher nur einer von vielen Wegen.

Krebs, Störung des Vitamingehalts und Röntgenstrahlenwirkung. Sehr komplizierte, hochtheoretische Ausführungen, die zu sehr bemerkenswerten Schlüssen führen, vorausgesetzt, daß sie bestätigt werden. Zum Wachstum von Gewebskulturen ist ein Zusammendrängen und Stagnation der Zellen neben O notwendig, das Wachstum hängt von genügender Konzentration einer von den Zellen gebildeten, „Archusia“ genannten Substanz ab. Eine zweite von den wachsenden Zellen gebildete Substanz, die anscheinend Wasser und Nährstoffe in die Zellen zieht, wird als „Ergusia“ bezeichnet. Verfasser identifiziert nunmehr diese beiden Substanzen mit Vitamin B und A. Im Lichte ihrer Untersuchungen ist Krebs das Resultat einer Ursache, die Vitamin B im Ueberschuß erzeugt oder das Wachstum hemmende Vitamin A aus kleinen Gewebspartien entfernt. Röntgenstrahlen vermehren den Vitamin B-Gehalt in den Geweben, können in geeigneter Dosis Krebs erzeugen, ebenso wie sie durch übermäßige Vitamin B-Bildung Krebs zerstören können. Krebs wäre also nur das Resultat einer Störung des Vitamingleichgewichts. Krebsheilung muß die Wiederherstellung desselben erstreben, Krebsprophylaxe eine Störung verhindern. Große Dosen Röntgenstrahlen führen zur Befreiung großer Mengen des Vitamin B mit sekundärer Bildung von Vitamin A. Die Rolle der Röntgenstrahlen in geeigneter Dosis bei der Krebsheilung besteht darin, daß sie einen Ueberschuß von Vitamin B aus den Zellen in Freiheit setzen. Krebsgewebe hat einen sehr hohen Vitamin B-Gehalt, eine leichte Reizung genügt schon, denselben noch zu erhöhen, und dann kommt es zu Zellgeneration. Zwei Probleme stehen im Vordergrund, eine genaue Kontrolle der Strahlendosierung und die Erzeugung einer geeigneten

Reaktion im umgebenden normalen Gewebe. Eine zu große Dosis setzt die Blutversorgung herab und macht so die Gewebe geeigneter für die Krebsverbreitung, die durch einen Schutz dieser Blutversorgung verhindert wird. Durch das Blutgefäßsystem werden die Vitamine im Gleichgewichtszustand von außen zugeführt. Genaue Messung der Röntgenstrahlen und geeignete Diät und Ernährungsbedingungen des Kranken vor Einsetzen der Röntgentherapie sind die Hauptziele.

Sporadische Meningokokken-Meningitis. Die Mortalität ging nach Einführung der Serumtherapie von nahezu 100% auf 50% im Säuglingsalter zurück. Von 97 in den letzten zehn Jahren in New York mit Serum behandelten Kindern (sporadische Fälle) genesen 61%. 44 Kinder im Alter zwischen 35 Tagen bis 4½ Jahren bleiben ein bis zehn Jahre unter Beobachtung. Bei vier Kindern entwickelte sich als Folge der Krankheit Taubstummheit, bei je zweien Hydrocephalus, bzw. Sehstörungen, bei einem geistige Störung. Fünf Kinder starben während der Beobachtungszeit aus unbekannten Gründen, 30 sind am Leben und in jeder Beziehung gesund. Von 11 Kindern, die wegen Blockade des subarachnoidalen Raumes Ventrikel- oder Zysterneninjektionen bekamen, wurden acht dauernd geheilt.

Behandlung der idiopathischen Purpura haemorrhagica. Nachdem Verfasser an weißen Mäusen eine erhebliche Vermehrung der Blutplättchen durch Quarzlampen-Bestrahlung festgestellt hatten, behandelten sie zehn akute und chronische Fälle von idiopathischer Purpura haemorrhagica erfolgreich mit dieser Methode. Technik: Beginn mit zwei Sitzungen von je sechs Minuten Dauer in 33 cm Entfernung über die ganze dorsale und ventrale Oberfläche des Körpers, tägliche Steigerung um drei Minuten. Selten wird eine Bestrahlungszeit von über 28 Minuten nötig. Von gutem Erfolge war auch die präoperative Bestrahlung in zwei Fällen sehr ausgesprochener hämorrhagischer Diathese (vor einer Zahnextraktion und einer Tonsillektomie) begleitet.

87., Nr. 3, 17. Juli 1926.

Säuglingsnahrung. Grulee.
Nichttuberkulöse, eine latente Tuberkulose vortäuschende Peribronchitis. Meader.
Rheumatische Pneumonie. Rabinowitz.
Primärer Lungenkrebs. Lichty, Wright und Baumgartner.
* Die Nabelschnur. Vaux und Belk.
* Morbus Basedow bei Kindern. Helmholz.
Die chirurgische Behandlung akuter paranasaler Sinusitis. Shea.
Wohltätige Wirkung von Herzblock bei einigen Herzkrankheiten. Biskop.
Haemorrhagie bei einem Fall von Recklinghausenscher Krankheit. Carrington.
Riesenzellensarkom, von der Aponeurose des Vorderarms ausgehend. Christopher.
Eine neue Klemme für vaginale Hysterektomie. Hendrichs.
Der Handgriff eines Rasierapparates im Bronchus. Campbell.
Komplikation einer Rippenfraktur mit Ileus. Vaudrel.

Die Nabelschnur. Die histologischen Strukturen variieren außerordentlich. Die sternförmigen Zellen der Whartonschen Sulze sind an einigen Stellen zahlreicher als an anderen, fehlen bisweilen ganz. Weite Räume ohne Zellbekleidung stellen Lymphräume vor, wahrscheinich besteht ein Zusammenhang derselben mit dem Hauptgefäß. Die Gefäße zeigen viele Variationen an Zahl der Arterien und Venen (bis zu fünf) und auch in ihrer Struktur. Besonders wechselt die Menge des elastischen Gewebes, das meistens sehr spärlich ist. Klappen an den Arterien sind eben makroskopisch sichtbar. Zur Injektion für die Röntgenographie wurde nach vielen Versuchen Hg am geeignetsten befunden, es ließ sich unter so geringem Druck injizieren, daß die normalen Verhältnisse nicht geändert wurden. Aufnahme in 90 cm Entfernung. (10 Ma., 7½ cm Funkenlänge, eine Sekunde). Kein Gefäß zeigte mehr als drei Verästelungen. An scharfen Biegungen erscheinen in den Arterien kleine Erhebungen, Klappen vergleichbar, die den Rückfluß des Blutes zu verhindern bestimmt sind; denn Injektion gegen die normale Stromrichtung war selbst bei größerem Druck unmöglich. Ein interessanter Befund waren Anastomosen zwischen den Arterien durch sehr kleine Kanälchen. Die Venen zeigten keine Klappen. Verfasser denken, die anatomischen Varietäten mit manchen Befunden während des intrauterinen Lebens und mit manchem fötalen Tod in Einklang bringen zu können.

Morbus Basedow bei Kindern. Von den zwei Formen des Hyperthyreoidismus, Basedow und adenomatösem Kropf mit Hyperthyreoidismus kommt der letztere niemals, der erstere selten bei Kindern vor. Basedow und Hyperthyreoidismus sind bei Kindern ein und dieselbe Erkrankung. In den letzten fünf Jahren wurden in der Mayo-Klinik unter 3432 Basedowerkrankungen 30 Fälle bei Kindern unter 14 Jahren beobachtet (4 Knaben, 26 Mädchen). Frühe Erkennung der Symptome ist nicht häufig, aber sehr wichtig. In mehr als der Hälfte der Fälle setzte die Krankheit vor dem zehnten Jahre ein. Eine vermehrte Thyrotoxin-Produktion steigert den Grundstoffwechsel mit sekundärer Erhöhung der Pulszahl, gesteigerter Hauttemperatur und Transpiration, Polyphagie und nervöser Erschlaffung, ein abnormes Produkt der Drüse ruft die Augen-, die nervösen Veränderungen und die Krisen hervor. Die ersten Symptome waren die nervösen bei elf, Schilddrüsenvergrößerung bei neun, Tachykardie bei vier, Exophthalmus bei zwei, Magendarmstörungen bei einem Kind. Sehr bemerkenswert ist die Schwäche des quadriceps femoris in etwa 47%, Polyphagie bei Gewichtsverlust in etwa 50%. Erhöhung des Grundstoffwechsels in allen Fällen und erhebliche Reduktion nach Lugolscher Lösung. Die Wirkung des Jods auf die nervösen Symptome ist das wertvollste Zeichen für die Diagnose eines milden Falles. Die Einführung der Plummerschen Behandlungsmethode (0,3 bis 0,6 ccm dreimal täglich von der Lugolschen Lösung) in die Therapie und die präoperative Vorbereitung ist ein großer Fortschritt. Präluminare Operationen, wie Ligatur u. a. sind fast unnötig geworden. Die Besserung spricht sich zunächst in der Herabsetzung des Grundstoffwechsels (bei 14 unter 30 Kindern um 19 Punkte) und dem Verschwinden der toxischen Symptome aus. 24 Kinder wurden nach vorbereitender Jodbehandlung operiert, mit zwei Todesfällen (einer an Bronchopneumonie eine Woche, einer an Krise ein Tag nach der Operation).

87., Nr. 4, 24. Juli 1926.

Grenzen der öffentlichen Gesundheitspflege. Nicoll.
Wichtigkeit früher Diagnose und Behandlung von Larynxtuberkulose. Spencer.
* Infektion der oberen Respirationswege als Ursache von Cholera infantum. Jeans und Floyd.
Quecksilberpräparate. Peterson.
Gegenwärtige Kenntnisse über die Schwangerschaftstoxämie. Polak.
* Unmittelbare und Spätresultate der Eklampsie im Chicagoer Lying-In Hospital. Greenhill.
* 879 Fälle von Schwangerschaftstoxämie mit Konvulsionen im New Yorker Lying-In Hospital. Davis und Harrar.
* Intravenöse Magnesiumsulfat-Behandlung der Präeklampsie und der Eklampsie. Mc. Neile und Vruwink.
Durch Wasser betriebene Milchpumpe. Ast.
* Skarlatinoide Infektion durch Streptokokkus viridans. Steinfield.
* Wiedererscheinen einer Reaktion an den Stellen vorangegangener Dickproben mit dem Auftreten eines Masernexanthems. Ferry.
Die Gonorrhoediagnose durch Kultur. Gradwohl.
Die Behandlung von Röntgenstrahlennägeln. Pope.

Infektion der oberen Respirationswege als Ursache von Cholera infantum. Seit Verfasser zuerst durch Autopsien auf den Zusammenhang von Mastoiditis bzw. Nebennasenhöhlenentzündung und Cholera infantum hingewiesen wurden, haben sie in allen zur Behandlung kommenden Fällen der letzteren Krankheit diese Infektion der oberen Respirationswege ursächlich nachweisen können, ohne damit behaupten zu wollen, daß sie die einzige Aetiologie für die Cholera infantum darstellen. Ihre Kranken hatten ein Alter von vier Wochen bis 1½ Jahren (durchschnittlich von fünf Monaten). Die primären Infektionen sind nicht immer leicht zu diagnostizieren, die Magendarmsymptome herrschen vor. Geeignete Drainage der ursächlichen Infektion bringt schnelle vollkommene Heilung des Darmleidens ohne jede lokale Behandlung. Sie hatten den Eindruck, daß Einsetzen der Darmsymptome akuter und schwerer und Genesung rascher bei primärer Mastoiditis als bei paranasaler Sinusitis zustande kommt.

Unmittelbare und Spätresultate der Eklampsie im Chicagoer Lying-In Hospital. Unter nahezu 30 000 Geburten in 8½ Jahren 0,28% Eklampsiefälle. Unter 78 Eklampsiefällen 6,5% mütterliche Mortalität. Operative Entbindung in 62,5%, spontane Entbindung in 36,3% (davon 11,3% Einleitung der Frühgeburt). Die Krämpfe hörten in 78,2% nach der Entbindung auf. Von den 78 Patienten hatten 18% sehr gute pränatale Behandlung. Zwillinge in 6,4%. Unter den 83 Kindern Mortalität in 27,7%, einschließlich von 7,7% bereits beim Eintritt ins Hospital toten Foeten. Nur 62,7% aller Kinder wogen über 2000 g. Von den 60 weiter in Beobachtung gebliebenen Müttern starben zwei an chronischer Nephritis und drei weitere leiden an dieser Krankheit (vier davon bereits vor der Entbindung daran erkrankt), 55 sind gesund. Unter 18 folgenden Schwangerschaften elfmal normaler Verlauf, einmal Eklampsie, dreimal präeklamptische Symptome mit voller Genesung. Verfasser redet weder der konservativen noch der radikalen Behandlung das Wort. In erfahrenen Händen zieht er meistens die Entleerung des Uterus vor. Wahl der Methode je nach dem Zustand der Mutter, der Größe des Kindes und der Beschaffenheit des Cervix. Bei Primiparen mit lebensfähigem Kind und geschlossener Cervix niedriger oder cervikaler Kaiserschnitt unter Lokalanästhesie so schnell als möglich nach der ersten Konvulsion. Außerhalb des Krankenhauses ist konservative Therapie indiziert.

879 Fälle von Schwangerschaftstoxämie mit Konvulsionen im New Yorker Lying-In Hospital. Diese Fälle verteilen sich auf die letzten 30 Jahre bei allen jeweilig modernen Behandlungsmethoden. Verfasser kommen zu dem Schluß: Geburtshilfliche Intervention nur bei geburtshilflichen Indikationen, aber nicht wegen der Konvulsionen an und für sich! Schnelle Entbindung ohne Schock und Trauma wäre das Ideal, ist aber unmöglich. Abdominaler Kaiserschnitt gab ihnen 22%, vaginaler 19% Mortalität. Große Dosen Morphium sind in vielen Fällen sehr erfolgreich. Die Eklampsie hat infolge der systematischen Vorgeburtsprophylaxe wesentlich abgenommen (bei etwa 5500 jährlichen Geburten von 75 Eklampsiefällen in 1914 auf acht bis zwölf seit 1922). 30jährige Beobachtungen zeigten immer wieder eine Eklampsiekurve, die im Januar ansteigend, im April den Höhepunkt, im Juli den Tiefpunkt erreichte, um dann wieder anzusteigen. Die durchschnittliche Mortalität betrug 23%, stieg zur Zeit der geburtshilflichen Geschäftigkeit 1905 auf 36%, um dann wieder bei konservativer Behandlung auf 20% und seit 1918 (Morphiumbehandlung) auf 15% zu fallen. Eine Gefahr großer Morphiumdosen für das Kind besteht nicht; die durchschnittliche Gesamtmortalität der Kinder fiel von früher 55% seit 1919 auf 34%. Einwöchentliche Harn- und Blutuntersuchungen in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten! Eine Standardbehandlung gibt es nicht, doch ist konservative Therapie mit reichlichen Morphiumgaben am empfehlenswertesten.

Intravenöse Magnesiumsulfat-Behandlung bei Präeklampsie und Eklampsie. Intravenöse Injektion einer zehnprozentigen Magnesiumsulfatlösung (10 bis 25 ccm) setzt den Blutdruck herab, verringert das Oedem, vermehrt die Diurese und hat günstigen Einfluß auf alle anderen Symptome der Schwangerschaftstoxämie. Es unterdrückt eklamptische Anfälle in nahezu allen Fällen und wirkt günstig auch auf alle anderen eklamptischen Symptome. Die Mortalität ging mit dieser Behandlung von 36%, dem Durchschnitt der vorangegangenen fünf Jahre, auf 14,8% zurück, viel wesentlicher war aber die Herabsetzung der Morbidität in den präeklamptischen Krankheitsserien. Von 45 Patienten mit ausgesprochen präeklamptischer Toxämie entwickelte sich nur in sechs Fällen Eklampsie. Die Injektionen sind unschädlich, Verfasser sahen nie Respirationsstörungen. Ob eine geringer prozentige Lösung mit größeren Volumen vorzuziehen ist, müssen weitere Untersuchungen zeigen. Größere Flüssigkeitszufuhr am besten in der Form von Glukose-Infusionen.

Wiedererscheinen einer Reaktion an den Stellen vorangegangener Dickproben mit dem Auftreten eines Masernexanthems. Ein Mann, der nie Scharlach gehabt hatte und als Testobjekt für die Standardisierung von Scharlachtoxin und -Antitoxin diente, wurde mehrfachen Dickproben mit 1, 3, 5 und mit Antitoxin überneutralisierten Hautreaktionsdosen unterworfen; die ersteren fielen positiv, die letzteren negativ aus. Als er sechs Tage später von leichten Masern befallen wurde, erschienen gleichzeitig mit dem Masernausschlag an allen für die Dickprobe benutzten Injektionsstellen — mit Ausnahme der Stellen, an denen das überneutralisierte Toxin eingespritzt war — die typischen Dickreaktionen wieder, um nach 24 Stunden zu verschwinden, während der Masernausschlag bestehen blieb. Da der Scharlachstreptokokkus hämolytischer Art, der vom Verfasser isolierte Str. morbilli ein Str. viridans ist, die beiderseitigen Toxine spezifisch sind und nur durch das entsprechende Antitoxin, bzw. Rekonvaleszentenserum neutralisiert werden, so läßt sich das obige Phänomen schwer erklären, wenn man nicht annehmen will, daß es durch ein nichtspezifisches Toxin erzeugt ist, das beiden Organismen gemeinsam ist und neben ihrem spezifischen Toxin vorkommt.

Skarlatinoide Infektion durch Streptokokkus viridans. Im letzten Winter wurde in New York bei gleichzeitigem Bestehen einer Scharlachepidemie ziemlich häufig eine akute Infektion angetroffen, bei welcher stets aus Rachen und etwaigen Exsudaten der Str. viridans isoliert wurde. Plötzliches Einsetzen wie bei Influenza mit hoher Temperatur und überaus raschem Puls ohne Herpes und Lungenerscheinungen, mit Auftreten eines scharlachähnlichen Exanthems nach 24—28 Stunden und fast stets komplizierender hämorrhagischer Nephritis, die in der Scharlachepidemie viel seltener war. Dauer ein bis zwei Wochen, Prognose günstig. Differenzierung von Scharlach durch das Fehlen des Str. haemolyticus, durch die Infektiosität für alle Lebensalter, das atypische Exanthem und in zwei Fällen durch eine nachträgliche wahre Scharlachinfektion. Ein nach der Dickmethode hergestelltes Toxin ergab bei Gesunden positive Hautreaktionen und wurde durch Rekonvaleszentenserum, nicht aber durch normales Serum neutralisiert.

Rontal.

The American Journal of the Medical Sciences.

172., Nr. 652, Juli 1926.

* Aetiologie und Pathogenie der Achylia gastrica. Faber.
Physiologie des Meltzer-Lyonschen Versuches. Chiray und Pavel.
* Aetiologie und Pathologie des Ulcus pepticum. Levine.
Veränderung der Physiologie des Magens nach Magenoperationen. de Takats.
* Behandlung der afrikanischen Schlafkrankheit mit intramuskulär verabfolgtem Trypasamid. King.
* Staphylokokkeninfektion des Nierenparenchyms. Aschner.
Blutungen, ihre Bedeutung und ihre Behandlung. Mills.
* Diagnostischer Wert der Farbe des Blutserums bei der perniziösen Anämie. Fishberg.
Diagnostischer Wert der Kottmannschen Reaktion für die Dysfunktion der Schilddrüse. Katayama.
Verschiedenartigkeit der Reaktion auf Insulin. John.
Amphotrope Wirkung von Medikamenten auf das vegetative Nervensystem und ihre physiologische und klinische Bedeutung. Barath.
* Angebliche anthelmintische Eigenschaft von Quisqualis indica. Chen und Hsiang-Chuan Hou.
Lokale und allgemeine Erscheinungen nach Lipoidolinjektion in den Subarachnoidalraum. Ebaugh und Mella.

Aetiologie und Pathogenese der Achylia gastrica. Nach Ansicht des Verfassers ist die Achylia gastrica eine Folge der Erkrankung der Magenschleimhaut und ihres ausgedehnten Drüsenapparates. Es liegen ihr dieselben Ursachen zugrunde, die auch in anderen Organen Krankheiten hervorrufen: direkte Reizung oder hämatogene Intoxikation durch Bakteriengifte oder Autotoxine. Mit Ausnahme des Anfangsstadiums der Intoxikationen ist die richtige Bezeichnung der Krankheit Gastritis, worunter nicht Magenkatarrh zu verstehen ist, sondern eine entzündliche Erkrankung des Drüsengewebes, analog den Entzündungen anderer Drüsenorgane wie Leber und Nieren.

Aetiologie und Pathologie des Ulcus pepticum. Verfasser betrachtet als das Anfangsstadium des Ulcus pepticum eine Erosion, die durch mechanische, chemische oder physikalische Ursachen, zirkulatorische und nervöse Störungen, Infektion und allergische Vorgänge hervorgerufen werden kann. Erosionen im Bereiche der Magenstraße zeigen, infolge der besonderen Struktur derselben, eine schlechte Heilungstendenz. Sie werden durch die destruktive Wirkung des sauren Magensaftes in peptische Geschwüre verwandelt. Besonders prädisponiert zu ulcerativen Prozessen sind der Isthmus, der Pylorus und der Anfangsteil des Duodenum infolge des Widerstands, den sie dem sauren Magensaft bieten.

Behandlung der afrikanischen Schlafkrankheit mit intramuskulär verabfolgtem Tryparsamid. In 20prozentiger Lösung wird das Tryparsamid bei intramuskulärer Anwendung gut vertragen, während es in 30prozentiger Lösung stärkere subjektive Störungen und manchmal Abszesse verursacht. Es entfaltet in Blut, Lymphe und Cerebrospinalflüssigkeit eine entschieden trypanocide Wirksamkeit und ist daher ein Spezifikum gegen die durch Trypanosoma gambiense hervorgerufene afrikanische Schlafkrankheit, bei der es sich in allen Stadien, mit Ausnahme gewisser Fälle, die vorher mit Arsen- und Antimonpräparaten behandelt worden sind, gleich wirksam erweist. Verfasser fand die Menge der Zellen in der Rückenmarksflüssigkeit umgekehrt, die Besserung der klinischen Symptome direkt proportional der Zahl der wöchentlichen Injektionen.

Staphylokokkeninfektion des Nierenparenchyms. Die Staphylokokkeninfektionen des Nierenparenchyms entstehen gewöhnlich metastatisch von einem Furunkel, einem Karbunkel, einer Paronychie oder anderen peripheren Läsionen aus. In akuten Fällen entwickelt sich früh eine perinephritische Eiterung; dann ist die Diagnose leicht. In subakuten und chronischen Fällen sind die klinschen Erscheinungen so mannigfaltig, daß sie die verschiedensten thorakalen, abdominellen und spinalen Erkrankungen vortäuschen können. Wenn keine auffallenden Urinveränderungen bemerkbar sind und zystoskopische sowie bakteriologische Untersuchungen unbestimmte Resultate liefern, so ist die Diagnose eines Rindenabszesses oder Nierenkarbunkels oft sehr schwierig. Beginnende Fälle können nur erkannt werden, wenn man ständig an die Möglichkeit eines solchen Zustandes denkt und sorgfältigst nach einer vorausgegangenen peripheren Staphylokokkeninfektion forscht.

Die Prognose ist bei geeigneter chirurgischer Therapie bei jungen Leuten ausgezeichnet; bei Kindern und älteren Leuten ist sie ernster, besonders wenn weitere Metastasenbildungen oder Beteiligung der Venen hinzukommen. Die Nephrektomie ist nur in den wenigen Fällen notwendig, in denen das Nierenparenchym ergriffen wird und dauernde Bakteriämie besteht.

Diagnostischer Wert der Farbe des Blutserums bei der perniziösen Anämie. In den aktiven Stadien der perniziösen Anämie ist das Blutserum stärker gefärbt als normal, es ist goldfarbig, goldbraun, oder selten sogar dunkelbraun. Dies beruht nach Ansicht des Verfassers auf einer Vermehrung des Bilirubingehalts und auf dem Vorhandensein des Hämatin. Bei einem anämischen Patienten spricht das Vorhandensein von blassem Blutserum entschieden gegen die Diagnose „perniziöse Anämie“. Der Verfasser weist auf die Wichtigkeit der Blutserumfarben für die Differentialdiagnose zwischen perniziöser Anämie und sekundärer Anämie hin.

Angebliche anthelmintische Eigenschaft von Quisqualis indica. Versuche an Hunden und an Menschen ergaben, daß weder der isolierte Schleim aus dem Samen, noch der Samen der Quisqualis indica selbst irgend eine anthelmintische Wirkung auf Askariden ausübt.

Arnold Hirsch.

Archives of internal Medicine.

38., Heft 1, Juli 1926.

Insensible Perspiration in ihrer Beziehung zur menschlichen Physio- und Pathologie. Benedict und Root.
Geschwindigkeit der Harnstoffausscheidung als Nierenfunktionsprüfung. Kawahara.
Magen- und Duodenalgeschwür. Sturtevant und Shapiro.
* Ueber Oedem. Kunde.
* Isthmusstenose der Aorta und ihre Diagnose intra vitam. King.
* Rolle des Insulins im Eiweißstoffwechsel. Janney und Shapiro.
Bedeutung des systolischen und diastolischen Blutdrucks für die Aufrechterhaltung des Kreislaufes in den Kranzarterien. Smith, Miller und Graber.
* Vorhofflimmern mit regelmäßigem ventrikulärem Rhythmus. Levy.
Aeußere Faktoren in ihrer Bedeutung für die Ergebnisse der Kottmannschen Reaktion (Kolloidschutz und Photoaktivität zur Messung des Schilddrüsensekrets im Serum). Kasanis und Knapp.
Wasserstoffwechsel: Der Zuckerstoffwechsel bei der Dehydration. Andrews.

Ueber Oedem. Für den frühzeitigen Nachweis von Oedemen ist die Tatsache von Bedeutung, daß die durch intrakutane Injektion von 0,2 ccm 0,8% Salzlösung erzeugten Hautquaddeln rascher beim Oedematösen verschwinden als beim Normalen. Das Verschwinden dieser Quaddeln in weniger als einer Stunde gibt wertvolle prognostische Anhaltspunkte sowie Richtlinien für das therapeutische Handeln bei den Nephrosen, abklingenden Glomerulonephritiden und findet sich bemerkenswerterweise auch beim Scharlach und der Diphtherie, wobei die Verkürzung der Quaddelzeit entsprechend der Schwere des Falls zunimmt. Zur Analyse dieser Probe wurden Vergleiche angestellt mit dem Schadeschen Elastometer, welches durch Messung der Hautelastizität schon ganz geringfügiges Oedem erkennen läßt, das mit Palpation noch nicht nachweisbar ist. Ausgedehnte Untersuchungen zeigen, daß die Quaddelprobe im allgemeinen empfindlicher ist als das Elastometer. Bei den akuten toxischen Zuständen in der Schwangerschaft ist Oedem mit dem Elastometer erst dann zu erkennen, wenn die Quaddel bereits nach 10 Minuten verschwunden ist. Auch bei den Nierenerkrankungen bestehen derartige Unterschiede. Bei der Hydropsie der Herzkranken geben beide Methoden fast gleiche Ergebnisse. Die Faktoren, welche bei chronischer Nephritis zur Albuminurie und Stickstoffretention führen, beeinflussen nicht immer die Quaddelzeit; sie müssen nicht eine Oedemtendenz der Haut bewirken. Für die frühzeitige Erkennung des Gewebshydrops — bekanntlich können bis 6 kg Wasser abgelagert werden, ehe der Fingerdruck an geeigneter Stelle eine Delle erzeugt ist — leistet die so einfache Bestimmung der Quaddelzeit Erhebliches und ist in der Praxis heranzuziehen.

Isthmusstenose der Aorta und ihre Erkennung intra vitam. Die kongenitalen Herzfehler sind gewöhnlich durch mehrfache Mißbildungen bedingt, welche zu einer Fülle nicht analysierbarer Symptome führen und so zumeist die Diagnose eines bestimmten Vitiums als Unmöglichkeit erscheinen lassen. Die kongenitale Isthmusstenose der Aorta hingegen macht so eindeutige, charakteristische Erscheinungen, daß ihre Erkennung auf den ersten Blick möglich ist. In den ausgeprägten Fällen findet sich eine scharf umschriebene oder diffuse Verengerung, seltener eine totale Obliteration der Brustaorta in dem Abschnitt, der zwischen Abgangsstelle der linken Halsschlagader und der Einmündung des Duktus Botalli liegt. An sich wird trotz dieser erheblichen Veränderung des Kreislaufes oft eine lange Lebensdauer beobachtet, wenn auch das dritte Lebensjahrzehnt — wie bei den meisten kongenitalen Vitren — bisweilen die Krise bedeutet, weil in diesem Zeitraum die ersten Erscheinungen von Herzschwäche (Dyspnoe, Cyanose, Oedeme) sich einstellen. Der Tod erfolgt durch Versagen des Herzmuskels. Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch das Auftreten erweiterter arterieller Gefäßstränge zwischen den Schultern unterhalb des Schwertfortsatzes und am Hals, welche den Kollateralkreislauf zur Umgehung der verengten Aorta herstellen. Am wichtigsten ist die doppelseitige, von oben nach unten zunehmende Pulsation in der Interseapulargegend, wo systolische Geräusche vernehmbar sind. Infolge der geringeren Blutzufuhr zu den unteren Extremitäten ist die Pulswelle an den Art. femorales schwächer fühlbar als an den Art. radiales. Selten tritt intermittierendes Hinken auf. Gewöhnlich findet sich am rechten Arm eine größere Pulswelle wie am linken zugleich mit höherem Blutdruck. Nicht selten ist die Aorteninsuffizienz auf kongenitaler Grundlage mit der Isthmusstenose vergesellschaftet und verdeckt bei nicht eingehender Untersuchung das Grundleiden (Pulsus differens, lebhafte Gefäßpulsation). Nur der Nachweis des arteriellen Kollateralkreislaufes schützt vor diesem Irrtum. Die Röntgenuntersuchung kann die Diagnose wenig fördern. Die Stenose liegt hinter dem Herzen und wird zur Rechten derart vom Wirbelsäulenschatten überlagert, daß dieser Aortenteil nicht zur Beobachtung gelangen kann. Der Hauptwert der Durchleuchtung liegt in der Möglichkeit, ein Aortenaneurysma sicher auszuschließen, welches der mit dem Krankheitsbild nicht Vertraute nur zu leicht annimmt (Pulsation und Gefäßgeräusche am Thorax, Hypertrophie des linken Ventrikels usw.), besonders wenn gleichzeitig eine Aorteninsuffizienz besteht.

Rolle des Insulins im Eiweißstoffwechsel. Der Angriffspunkt der Insulinwirkung ist an den Gewebszellen des gesamten Organismus zu suchen. Nach Tierexperimenten kommt eine Behinderung der Glykogensynthese in der Leber für die Erklärung der Hypoglykämie nicht mehr in Frage. Insulin bringt große Traubenzuckermengen in den Geweben zum Ansatz, wobei die Kohlehydrate nicht verbrannt werden, sondern in andere Stoffe umgewandelt werden. Experimente erweisen, daß Insulin die eiweißsparende Wirkung der Kohlehydrate noch vergrößert. Beim Normalen sinkt im Stoffwechselversuch das notwendige Eiweißminimum bei Insulin-Traubenzuckerzufuhr noch unter den Stickstoffwert bei Traubenzuckerzufuhr allein. Vermutlich wird die Eiweißsynthese aus Bausteinen des Kohlehydratstoffwechsels unter Anlagerung von Aminogruppen durch das Insulin gefördert. Dem Insulin käme neben reiner katabolischen (glykolytischen) Wirkung im Stoffwechsel auch eine anabolische (proteinogene) Funktion zu.

Der Stoffwechsel des Diabetikers ist neben Glykosurie und Hyperklykämie gekennzeichnet durch Stickstoffunterbilanz, Neigung zur Azidose und Lipämie. Beim schweren, mit Insulin unbehandelten Diabetes bleibt der Stickstoffverlust bestehen trotz kalorisch gleichwertigen Ersatzes der für den Körper unverwertbaren Kohlehydrate durch Eiweiß- und Fettzufuhr. Für die Eiweißeinschmelzung müssen somit andere als rein kolorisch-dynamische Gründe vorliegen. Die Annahme erscheint berechtigt, daß die normale Protoplasmaregeneration durch Eiweißentstehung aus den Zwischenprodukten des Kohlehydratstoffwechsels ausbleibt, weil Insulin nicht mehr in genügender Menge zur Verfügung steht. Bei langdauernder Störung der Eiweißsynthese kommt es zum Ausbruch des Koma. Nicht die Azidose ist die Ursache dieses akuten Zusammenbruchs, denn Koma kann auch bei geringer Azidose auftreten. Die Anhäufung der Säurekörper ist nur eine Begleiterscheinung des Eiweißmangels und des abnormen Fettabbaues, welche durch das Fehlen der normalen Kohlehydratbausteine zustande kommen. Auch die Lipämie ist nur eine Folge dieser abnormen Stoffwechsellage, bei welcher in pathologischer Weise Teile des Kohlehydratmoleküls in Fettkörper umgewandelt werden. Die Störung im Eiweißaufbau des Zellprotoplasmas ist verantwortlich für die Disposition des Diabetikers zu Infektionen, für die langsame Wundheilung, für den Wachstumsstillstand des jugendlichen Diabetikers und die Muskelschwäche der auf ausreichende Diät gesetzten Kranken.

Insulin beseitigt alle diese klinischen Veränderungen und Abweichungen des Stoffwechsels lediglich dadurch, daß nunmehr eine völlige Verwertung und Ausnützung der Kohlehydrate gewährleistet ist und damit die notwendige Eiweißsynthese aus den Kohlehydraten vor sich gehen kann.

Auch bei der Inanition treten ähnliche Störungen zutage. Durch ungenügende Zufuhr von Kohlehydraten und Eiweiß kommt es ebenso wie beim Insulinmangel des Diabetikers zu dauerndem Eiweißverlust, zur Azidose und zur Stickstoffausschwemmung vor dem Tode. Zufuhr von Kohlehydraten — jedoch nicht von Fett — reduziert den Stickstoffverlust auf ein Minimum, da Insulin überreichlich zur Verfügung steht. Nach diesen Gedankengängen erscheint Insulinanwendung therapeutisch bei allen Vorgängen berechtigt, bei denen die Gewebseinschmelzung eine Rolle spielt wie Unterernährung, Trauma mit Azidose, Schwangerschaftstoxikose und Sepsis. Ermutigende Erfolge konnten bisher schon auf diesem Gebiet erzielt werden.

Vorhofflimmern mit regelmäßigem ventrikulärem Rhythmus. Das wichtigste Kennzeichen der durch Vorhofflimmern erzeugten Herzarhythmie ist die Unregelmäßigkeit der ventrikulären Herzaktion, der Pulsus irregularis perpetuus. Diese Unregelmäßigkeit der Herzkammertätigkeit bleibt nicht immer bestehen. Sie kann anfallsweise auftreten und ohne ersichtlichen Grund verschwinden. Andererseits verschwindet sie, wenn durch ein Medikament wie das Chinidin dem Vorhofflimmern ein Ende bereitet wird und der normale Sinusrhythmus wiederhergestellt wird. Durch Digitalisdarreichung kommt infolge Unterbrechung im Reizleitungssystem bei Vorhofflimmern gelegentlich ein atrio-ventrikulärer Herzblock zustande, wobei infolge Kammerautomatie ein regelmäßiger Aktionsrhythmus an den peripheren Arterien erkennbar ist, zumeist mit einer Pulsfrequenz von 30—40 Schlägen. Diagnostisch wichtiger ist die Tatsache, daß — wenn auch selten — trotz noch bestehenden Vorhofflimmerns die

Herzkammern sich mit einer normal erscheinenden Frequenz von 60 und mehr Schlägen kontrahieren. Diese zu prognostischen Irrtümern führende Erscheinung kommt gewöhnlich unter Digitalisierung einer Arrhythmia perpetua zustande, vielleicht durch Unterbrechung des atrio-ventrikulären Reizleitungsbündels in der Nähe des Aschoff-Tawaraschen Knotens, wobei die so erzeugte Kammerautomatie einen normalen Sinusrhythmus vortäuscht. Biberfeld.

The American Journal of Hygiene.

6., Nr. 4, Juli 1926.

✦ Potenz, Polyvalenz und therapeutische Wirkung von Antimeningokokkenseren. Wadsworth und Kirkbridge.
Beziehung des Plankton zur Anopheles'arve. Coggeshalt.
Epidemiologie der Pneumonie. Untersuchung an Pneumokokkenträgern unter vier Gruppen von Menschen durch eine Periode von Monaten. Powell, Altwater und Felton
Tierische Infektionen mit den Trophozoiten von Darmprotozoen und ihre Beziehung zur Funktion der Cysten. Hegner.
✦ Modifizierung des Infektionsverlaufs bei der Vogelmalaria durch Aenderung des Blutzuckergehalts. Hegner und Mac Dougall.
Geburtenhäufigkeit in den Vereinigten Staaten. Pearl.
Eine Theorie über die Muskelkontraktion. Clark.
Ist die Bildung von Guarnierischen Körperchen nur eine Antwort des Säugetierorganismus auf die Infektion mit Vakzinevirus. Andervont.

Potenz, Polyvalenz und therapeutische Wirkung von Antimeningokokkenseren. Die Verf. sehen die Agglutinationsprobe als die einfachste, sicherste und praktischte Methode der Wertbestimmung von Meningokokkenseren an. Durch Immunisierung von Pferden mit sechs ausgewählten typischen Meningokokkenstämmen erhält man ein Serum von höherem Titer und stärkerer Polyvalenz als durch Immunisieren mit einer größeren oder kleineren Anzahl von Stämmen. Nimmt man eine zu große Anzahl von Stämmen, so opfert man sowohl den hohen Agglutinationstiter wie auch die Polyvalenz. Die Mortalität der mit dem hergestellten Serum behandelten Fälle ist ungewöhnlich niedrig (15,3 % bei 68 Fällen), ungeachtet der widrigen Umstände, unter denen einige Fälle behandelt wurden. Einzelne Fälle reagierten auf die Behandlung überhaupt nicht. Die Wichtigkeit der Frühdiagnose und sofortigen Serumbehandlung wird bestätigt; trotzdem werden einige auffallende Erfolge bei spät behandelten Fällen beobachtet.

Modifizierung des Infektionsverlaufs bei der Vogelmalaria durch Aenderung des Blutzuckergehalts. Erhöht man den Blutzuckergehalt, so entstehen günstigere Bedingungen für den Parasiten; die Infektion dauert bis zum letalen Ausgange. Entsprechend der Hypothese der Autoren sollte ein Herabsetzen des Blutzuckerspiegels ungünstigere Bedingungen für die Parasiten schaffen. Die Ergebnisse der letzten Versuchsanordnung sind noch nicht sicher.

6., Nr. 5, Juli 1926.

Moskitokontrolle in Barranquilla, Columbia als Prophylaxe gegen das Gelbfieber. Dunn.
Schätzung der Zahl der beherbergten Hakenwürmer mit Hilfe der Verdünnungs-Eizählmethode. Hill.
Beobachtungen über die Hakenwurmerkrankung in Mexiko. Carr.
Vergleich der Eizählmethoden von Stoll und Lane für die Schätzung der Wurmzahl. Soper.
Wiederauftreten des Hakenwurms drei Jahre nach Behandlung in einem sanierten Gebiet in Porto Rico und seine Beziehung zur dauernden Wurmkontrolle. Hill.
Methoden von Stoll und Lane bei der Hakenwurminfektion und die Sicherheit der Diagnose mit der Schwimmethode Willis. Hausheer, Herrick und Pearse.
Wert des Ausstrichs bei der Hakenwurmdiagnose.

Henning, Berlin.

Long Island Medical Journal.

20., Nr. 7, Juli 1926.

Aerztliche Praxis und öffentliche Gesundheit. Hon. Louis I. Harris.
✦ Mediastinaltumoren. John G. Williams und Francis W. Currin.
Arteriosklerose mit und ohne Hypertension. Tasker Howard.
Stomatologie. Edward E. Cornwall.
Akute Harnverhaltung. Nathaniel P. Rathbun.
Akute Gonorrhoe. Louis Chargin, Walter Seckel und Abraham Stone.

Mediastinaltumoren. Diese Geschwülste kann man auf die verschiedenste Art einteilen; entweder man ordnet sie nach ihrem Bau oder nach den Organen, in welchen sie entstehen. Nicht ungewöhnlich — jedoch sehr selten — ist der kongenitale vergrößerte Thymus. Ebenso kommt es vor, daß Lymphosarkome gefunden werden. Maligne Tumoren im Mediastinum sind meistens sekundär. Des weiteren findet man dort auch gutartige Gewächse, wie z. B. Dermoide, Chondrome und Fibrome. Durch die Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes bekommt man wohl Kenntnis von der Gegenwart eines Mediastinaltumors; aber wir erfahren dabei nichts über seinen Charakter. Anamnese und klinische Untersuchung sind wichtige Hilfsmittel zur Bestimmung der Art des Tumors und zur Differenzierung vom Aneurysma. Die Mehrzahl der gutartigen Geschwülste reagieren nicht auf Röntgentherapie, während der weitaus überwiegende Prozentsatz der malignen Tumoren unter dieser Behandlung verschwindet. Aus diesem Grunde ist die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen eine wichtige diagnostische Maßnahme zur Charakterbestimmung des Tumors. Die am meisten im Mediastinum vorkommenden Geschwülste sind jene, welche die Lymphknoten beteiligen: die sogenannten Lymphome.

Hofbauer, Berlin.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

43., Nr. 1, Juli 1926.

Das Blasendreieck als Faktor des Urinverschlusses. Frank Hinman.
Arthroplastik der Hüfte. Willis C. Campbell.
„Tenosuspension" bei habitueller Schulterdislokation. Melvin S. Henderson.
Kombinierte intrauterine und extrauterine Schwangerschaft. Emil Novak.
✦ Die Neigung der Schwangerschaftstoxämie zur Azidosis. Walter E. Levy.
Physiologische Kochsalzlösung, ihre Anwendung bei normaler und toxämischer Schwangerschaft. Abraham F. Lash.
Kurze Betrachtung der Gallenblasenchirurgie. William J. Mayo.
✦ Rektum- und Signoidkarzinom. A. W. Jacobs.
✦ Uretherstriktur, Symptome, Behandlung, Komplikationen und Resultate. Alexander Hamilton Peacock.
Wert der Enterocolostomie, verbunden mit Enterostomie bei akuter Peritonitis. John Wesley Long.
Pathologische Fraktur infolge Charcotscher Krankheit am Hüftgelenk. Atha Thomas.
✦ Konkurrenz zwischen Tuberkulose und Krebs in der Brust. Lawrence Weld Smith.
Maligne epitheliale Neoplasmen, Karzinom und Epitheliom bei Personen unter 26 Jahren. L. Haynes Fowler.
Konservativer Kaiserschnitt mit Inzision des unteren Uterussegmentes. J. M. Munro Kerr.
Technik der Cardiolyse. Victor Schmieden.
Technik der Beingleichstellung. Robert O. Ritter.
Zweilappeninzision bei Brustkrebs. Richard R. Smith.
Maßnahme zur Beendigung der Laparotomie bei Verschluß der offenen Fallopischen Tuben. J. Earl Miles.
Verbandsmethoden bei Hautplastiken. Ferris Smith.
Verlängerung der Wirkung der Lokalanästhesie. G. de Takats.
Konservative Behandlung von Cervikalerosionen durch Elektrokoagulation. Frank M. Mike's.

Die Neigung der Schwangerschaftstoxämie zur Azidosis. Die Eklampsie und die präeklamptische Toxämie sind Schwangerschaftskrankheiten, bei denen es sich immer um Zerstörung von Lebergewebe handelt. Die Frage der Schwangerschaftstoxämie ist eine der wichtigsten, welche den Geburtshelfer beschäftigen. Die therapeutische Seite dieser Krankheit ist absolut empirisch; wenngleich das spezifische Toxin oder die Toxine isoliert sind und die Aetiologie der Komplikation an sich bekannt ist, so muß die notwendige Behandlung in der Hauptsache gegen die Symptome direkt gerichtet sein. Frank hat festgestellt, daß bei Eklampsie irgendein zirkulierendes Gift schwere Veränderungen hervorruft, welche am deutlichsten in der Leber bemerkt werden; denn diese zeigt bei der Sektion typische Veränderungen. Hauptsächlich ist schon makroskopisch eine fettige Degeneration mit Hämorrhagien sichtbar. Die mikroskopische Untersuchung erweist nekrotische Gebiete, welche von Thromben in den kleinen interlobulären Portagefäßen durchsetzt sind. Diese nekrotischen Gebiete sind gewöhnlich zentral und bestehen aus toten Leberzellen. Die Zerstörung der Lebersubstanz verursacht naturgemäß Unordnung in der Carbohydrat-Umwandlung und der Glykogenaufspeicherung. Die rationelle Behandlung geschieht am besten mit Glukose oder mit Glukose und Insulin zusammen.

Rektum- und Sigmoidkarzinom. Die Mehrzahl der Fälle von Rektumkarzinom werden erst dann erkannt, wenn es gewöhnlich zu spät ist, um etwas durch radikale chirurgische Maßnahmen zu erreichen. Will man ein gutes chirurgisches Resultat erzielen, so muß man sich auf eine sichere Frühdiagnose stützen können; denn die chirurgischen Statistiken sind in bezug auf die vorgeschrittenen Fälle nicht sehr ermutigend. In jenen Fällen kann nur die Kombination von Chirurgie und Radiotherapie einiges leisten gegen die Verschlimmerung der Symptome und so wird eine Kontrolle über das Wachstum der Neubildung ausgeübt. Wenn nämlich Radium sachgemäß gegeben wird, so erreicht man dadurch ein bestimmtes Stillstehen der destruktiven Wirkung in der Mehrzahl der Rektumneubildungen. Im allgemeinen ist der heutige Standpunkt der, daß das Radium ein äußerst wertvoller Hilfsfaktor für die chirurgischen Maßnahmen ist; ja es gibt einzelne Fälle, in denen es geeignet erscheint, Radiotherapie sowohl vor wie auch nach der Operation anzuwenden. Röntgentiefentherapie sollte allgemein nach dem Becken zu appliziert werden. Dadurch hat man die Hoffnung, daß die Zerstörung im Lymphgewebe zum Stillstand gebracht wird und so die Möglichkeit der Metastasenbildung genommen wird; des weiteren können dadurch auch metastatische Knoten in ihrer Bildung gehemmt bzw. zerstört werden.

Ureterstriktur, Symptome, Behandlung, Komplikationen und Resultate. Wenn wir unsere Kenntnisse über die Ureterstriktur betrachten, müssen wir überrascht sein, mit welcher Regelmäßigkeit diese Erscheinung auftritt. Wenngleich sie keine ungewöhnliche Krankheit ist, so hat man doch viele Jahre hindurch die Ureterstriktur nicht erkannt und sie fast immer für eine Sage gehalten. Wir finden sie öfter bei Frauen als bei Männern und die Infektion durch Streptokokken scheint für die Art der Striktur von Bedeutung zu sein. Häufig tritt infolge einer Ureterstriktur eine Nierenkolik auf, wodurch der Gedanke an einen Calculus wachgerufen wird. Es kommt vor, daß abdominelle Beschwerden nach langem Suchen als Ureterstriktur erkannt und dann durch Dilatation festgelegt werden; ja einzelne Fälle sogar sind infolge der nichtgestellten Diagnose operiert worden. Manche Strikturen sind nicht zu dilatieren und in jenen Fällen hilft nur die Ureterotomie oder eine Inzision.

Konkurrenz zwischen Tuberkulose und Krebs in der Brust. Ueber einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Tuberkulose und Krebs in der rechten Brust einer 38 jährigen Frau berichtet Smith. Er hat die in Frage kommende Literatur genau studiert und findet zwei Theorien:

Die erste besagt, daß diese beiden Krankheiten unabhängig voneinander an derselben Stelle auftreten können; im Gegensatz dazu steht die andere Theorie, nach welcher beide Krankheiten bei ihrem Vorkommen an derselben Stelle in bezug auf ihr Wachstum absolut abhängig voneinander sind. Im vorliegenden Falle hatte die Tuberkulose sich auf den Scirrhus aufgepflanzt.

Hofbauer, Berlin.

Journal of Infectious Diseases.

39., Nr. 1, Juli 1926.

* Antikörperbildung nach Immunotransfusion bei maligner Endocarditis. Howell, Portis und Beverley.
Mutation von Streptokokken bei akuter maligner Endocarditis. Howell, Portis und Beverley.
Unterschiede in Peroxydase- und Methämoglobinbildung bei grünen (α) Streptokokken. Valentine.
Rolle der Bakteriophagen bei Streptokokkeninfektionen. Dutton.
Bakterizide Eigenschaften des Blutes gonokokkeninfizierter Frauen. Robinson.
* Orale Typhusvakzination. Burke und Barnes.
Glutathiongehalt tierischer Gewebe und seine Beziehung zur Tuberkulose. Uyei.
Funde bei Rocky-Mountains-Fleckfieber in Colorado. Becker.

Antikörperbildung nach Immunotransfusion bei maligner Endocarditis. Bei einem Falle von akuter maligner Endocarditis wurden haemolytische und grüne Streptokokken aus dem Blute gezüchtet. Der Patient erhielt in 5 Monaten 12 Bluttransfusionen von immunisierten Spendern. Das Serum des Spenders zeigte zur Zeit der Transfusion einen Agglutinintiter von 1 : 10 000 bz. 1 : 20 000. Der Titer im Serum des Empfängers, der vor den Transfusionen sehr niedrig war, stieg nach den Transfusionen über die Werte des Spenderblutes hinaus, so daß die Autoren eine aktive Immunisierung annehmen. Ueber den endgültigen Erfolg dieser Therapie ist nichts angegeben.

Orale Typhusvakzination. Agglutinine (1 : 5000) traten im Blut von Kaninchen auf, die mit abgetöteten Typhusbazillen gefüttert wurden. Eine künstliche Erodierung der Darmschleimhaut (mit Galle) war unnötig. Die subkutane Vakzination war hinsichtlich des Agglutinintiters wirksamer als die orale. Die Absorption des Typhusproteins durch die Darmwand nimmt wahrscheinlich bei längerem Kontakt der Mukosa mit dem Protein ab.

Henning, Berlin.

Buchbesprechungen.

A. B. Genss: **Der Abort in der Russischen Sozialistischen Förderativen Sowjet-Republik.** (Heft II. von „Was lehrt die Freigabe der Abtreibung in Sowjet-Rußland?), Agis Verlag, Wien VIII, 1926. 25. Seiten. — Die Freigabe und Legalisierung des Aborts, die in der RSFSR seit 1920 besteht, hat sich bewährt. Infolge des Aufbaues des sozialistischen Heilwesens und des sozialen Fürsorgewesens für Mutter und Kind ist die Kindersterblichkeit während der letzten Jahre rapide gesunken und eine hohe Geburtenzahl erreicht worden, so daß der jährliche Geburtenüberschuß rasch ansteigt. Der Abort in der RSFSR. spielt infolgedessen geburtenpolitisch keine erhebliche Rolle. Wohl aber bedeutet vom sanitären Standpunkt aus der noch immer nicht völlig beseitigte Pfuscherabort eine Gefährdung der Frauen. Die Ursachen der Aborte sind in den Städten wie auf dem Lande in erster Linie sozialer Natur (Geldmangel, Wohnungsnot usw.), in zweiter Linie medizinischer Natur. Die Gruppe der Ehefrauen der Arbeiter und Angestellten abortiert häufiger als die Gruppe der selbständig tätigen Arbeiterinnen und Angestellten. Alkohol trinkende Frauen verfallen und abortieren häufiger als abstinente Frauen. Alphabetinnen verfallen seltener, aber abortieren häufiger als Analphabetinnen. Am häufigsten abortieren die Bewohnerinnen der Gouvernementsstädte, dann folgen die Provinzstädte und zuletzt das Land. Kinderlose abortieren selten. Nach dem ersten Abort wird verhältnismäßig selten abortiert. — Verf. betrachtet es als Hauptaufgabe in der Abortfrage für die Zukunft, in Anbetracht des gefährlichen Treibens der abtreibenden Pfuscher durch vorbeugende Aufklärung und sanitäre Versorgung den schädlichen Kurpfuscherabort zu beseitigen.

Rudolf Katz, Berlin.

Die **Licht-Therapie.** Von Dr. Hans Malten, Baden-Baden. 88 Seiten, 66 Abbildungen. Verlag von J. F. Bergmann, München 1926. Das Buch ist aus der Praxis hervorgegangen und behandelt die Anwendung der Lichttherapie auf den verschiedenen medizinischen Disziplinen. Ueberall wurden die praktischen Gesichtspunkte betont und die Therapie bewußt gegenüber der Theorie bevorzugt. Besonders wohltuend ist die kritische Besprechung der einzelnen Lichtquellen, welche sich von den einseitigen Einflüssen einer reklametüchtigen Industrie fern hält. Ohne eine wahllose Polypragmasie zu fördern, bietet das Werkchen eine erschöpfende Zusammenstellung der Indikationen, die dem Praktiker eine erfolgreiche Anwendung der Lichttherapie ermöglichen. Das kleine Werkchen ist besonders auch zur Einführung geeignet, indem es die Grundsätze der Lichttherapie durch Randleisten besonders hervorhebt und so das unbedingt nötige Wissensgerippe herausstellt.

Kottmaier, Mainz.

Dr. Kurt Singer: **Leitfaden der Neurologischen Diagnostik.** Eine Differentialdiagnose aus dem führenden Symptom für praktische Aerzte und Studierende. Zweite umgearbeitete und wesentlich ergänzte Auflage. Mit 34 Abbildungen. 246 Seiten. 1926. Geheftet 9.— M., gebunden 11.40 M. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin - Wien. — Das, was den meisten Lehrbüchern der Neurologie und den meisten Kompendien fehlt und was für den Lernenden, den Praktiker und den Internisten das Wichtigste ist, versucht Verf. in dem vorliegenden Buch herauszuarbeiten oder zu umreißen. Die Methode der neurologischen Diagnostik. Er zeigt, wie man aus der Erkenntnis, Verwertung und Abgrenzung eines Symptomes oder eines führenden Symptomenkomplexes zu einer konkreten diagnostischen Schlußfolgerung kommen kann. Worauf es den Verf. ankommt ist: den Praktiker bis zu der Grenze eines Wissens und Ueberlegens zu führen, an der er das Feld dem Spezialisten anvertrauen soll, grobe diagnostische Irrtümer, die zu einem Dauerschaden des Patienten führen können, abzuwehren, das Gefühl der Verantwortlichkeit bis zu dieser Grenze hin aber durch Zeichnung und Kennzeichnung bestimmter diagnostischer Denklinien zu festigen. Das psychiatrische Gebiet ist nur grade gestreift, ebenso ist auch die feinere Diagnostik des Augenhintergrundes, die eben doch eine rein spezialistische sein muß, nicht behandelt Die hier vorliegende Neuauflage des vor einigen Jahren zum ersten Male erschienenen Leitfadens ist in fast allen Kapiteln umgearbeitet, erweitert und wesentlich ergänzt. Das Einleitungskapitel über die allgemeine neurologische Untersuchung und Diagnostik ist neu hinzugekommen, um die Wichtigkeit der methodischen Gesamtuntersuchung von vornherein zu betonen, auch um eine allgemeine Grundlage für die speziellen Kapitel zu schaffen und gewisse technische Handgriffe zu erläutern. Ferner sind in der Neuauflage die dem Praktiker interessierenden komplizierteren Fragen der inneren Sekretion, der Tumordiagnostik und der vasomotorischen Neurosen erörtert worden.

Das klar und lebendig geschriebene Buch wird auch dem beschäftigten Praktiker die Möglichkeit geben, sich so zu orientieren, daß er abseits von großen neurologischen Lehrbüchern und abseits von karger Kompendienweisheit sich persönlich ein Bild von seinen neurologischen Fällen machen kann.

Rudolf Katz, Berlin.

O. Roepke: **Vorbeugen, der beste Schutz gegen Tuberkulose und andere ansteckende Krankheiten.** Verlag der Deutschen Lebensversicherung, Berlin-Schöneberg 1926. Preis brosch. 1,— M. — Die kleine Schrift (79 Seiten) ist ein vortreffliches Merkbüchlein für jeden Laien, dem seine Gesundheit lieb ist. In lebendiger, eindringlicher Sprache schildert der Verf. die große Bedeutung der Tuberkulose und der anderen infektiösen Erkrankungen, gibt wertvolle Hinweise, wie man sich vor Ansteckung schützen und für sein Teil mithelfen kann, eine weitere Ausdehnung der Tuberkulose einzudämmen. Nirgends gerät die Darstellung in Widerspruch zu den Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung. Dadurch unterscheidet sich das Büchlein vorteilhaft von anderen populär-medizinischen Schriften. Man kann ihm nur weiteste Verbreitung wünschen. H. Zwerg.

Die Krebskrankheit und ihre Bekämpfung. Sechs gemeinverständliche Aufsätze von: Wegelin, Bern; Silberschmidt, Zürich; de Quervain, Bern; Meyer-Rüegg, Zürich; Jadassohn, Breslau; Guggisberg, Bern. Herausgegeben von der Schweizerischen Vereinigung für Krebsbekämpfung. Rascher & Cie., A.-G., Verlag, Zürich, Leipzig, Stuttgart. 151 S. 1,60 M. — Das Buch, das der Vorstand der Vereinigung für Krebsbekämpfung mit einem Vorwort von Roux u. Wegelin herausgibt, ist für den gebildeten Laien gedacht und will sich in den Dienst der frühzeitigen Erkennungsmöglichkeit und aufklärenden Belehrung stellen. Es ist zu begrüßen, daß so bekannte Forscher die Beiträge gestiftet haben, die zusammen ein unübertreffliches Gesamtbild der fürchterlichen Krankheit darstellen. Wesen und Entstehung der Krebskrankheit beschreibt Wegelin, ihre Verbreitung und soziale Bedeutung Silberschmidt, die Erkennung und Bekämpfung des Krebses im allgemeinen schildert de Quervain; Meyer-Rüegg behandelt die Krebskrankheit bei Frauen, während Jadassohn den Hautkrebs schildert und Guggisberg ein Bild von der Strahlenbehandlung der Erkrankung entwirft.

Aus allen Aufsätzen spricht deutlich die Liebe zur Volksbelehrung und man empfindet wohltuend den Unterschied eines solchen Buches mit den so unrühmlich bekannten „Aufklärungsschriften". Der Arzt kann auch manches aus dem Werk lernen und für die Belehrung seiner Patienten später verwerten. Arnold Hirsch, Berlin.

Gerhard Denecke: **Kursus der klinischen Untersuchungsmethoden für Studierende der Zahnheilkunde.** Verlag J. F. Bergmann, München, 1926. 104 S. Preis geh. 5,10 M., geb. 6,30 M. — Das Werk ist in allen seinen Teilen ungemein belehrend, doch sehe ich seinen ganz besonderen Vorzug darin, daß es dem angehenden Zahnarzt das große Gebiet der medizinischen Klinik von einem anregenden und ganz modernen Standpunkt aus schildert. Ich habe es mit großem Vergnügen vollkommen gelesen und muß gestehen, daß mir viele konstitutionelle und andere Zusammenhänge zwischen Zahnheilkunde und Allgemeinmedizin noch nie so anregend und reizvoll dargestellt worden sind, obwohl ich gerade auf diesem Gebiete manches gute Buch gelesen habe. Das kleine Werk kann selbstredend nicht die großen Lehrbücher ersetzen, steht aber an stofflichem und wissenschaftlichem Gehalt und an Vollkommenheit der Didaktik hinter keinem derselben zurück.

Arnold Hirsch, Berlin.

M. Grünewald: **Die Anwendung des Dämmerschlafes zur schmerzfreien Geburt.** Verlag der Gutzmannschen Buchdruckerei, Dresden-A. 45 S. — Verf., der an der wissenschaftlichen Ausgestaltung des geburtshilflichen Dämmerschlafes selbst Anteil genommen, bringt hier in handlicher Form eine populäre und doch wissenschaftlich durchaus zuverlässige und eingehende Darstellung dieser wohltätigen Methode, die bei weitem nicht die Ausbreitung gefunden hat, die sie verdient. Es wird die Entwicklung des Dämmerschlafes von seiner ursprünglichen Form zur schematischen und schließlichen neuesten, morphinarmen gezeichnet, wie sie derzeit insbesondere von Opitz in Freiburg ausgeführt wird. Auch die Hypnosengeburt wird besprochen, sowie der Aether-Rektaleinlauf, allerdings ohne dessen ausgedehnte Anwendung unter Gwathmey in Amerika zu berühren. Aus Gründen der weiteren Verbreitung des Dämmerschlafes unter den Aerzten möchte der Ref. wünschen, daß in einer u. U. notwendig werdenden zweiten Auflage vielleicht die Musterdämmerschlafgeburtsjournale, die dem Ref. bei seiner Uebersicht (Münchn. med. W. Nr. 5, 1926) von Geh.-R. Opitz zur Verfügung gestellt wurden und aus denen sich die Dosierung, die zuweilen notwendig werdende Abweichung vom Schema, die u. U. notwendigen Pituglandolinjektionen usw. in bequemster Weise ersehen lassen, berücksichtigt werden. Bei der Schwierigkeit der Literaturzusammenstellung und der verhältnismäßig geringen Zahl von Geburtshelfern, die dem Dämmerschlaf Interesse entgegenbringen, ist die Arbeit des Verf. besonders verdienstvoll.

Rob. Kuhn.

S. Jeßner: **Diagnose und Therapie des Ekzems.** Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 14. u. 16. Dritte verbesserte Auflage. 168 S. Curt Kabitzsch. Preis geh. 6,30 M. — Auch die dritte Auflage dieses Werkes ist in der bekannten flüssigen Sprache Jeßners geschrieben, so daß dieser sonst so spröde Stoff niemals ermüdend und uninteressant wirkt. Alles theoretische, hypothetische, unsichere ist vermieden und besonders in dem Hauptabschnitte Therapie nur in eigener Praxis erprobtes gegeben. Hier werden zuerst die einzelnen Formen des Ekzems im allgemeinen abgehandelt, dann dieselben noch einmal nach ihrer Lokalisation geordnet. Nur die Röntgentherapie, die bei der Behandlung des Ekzems sehr wertvolles leistet, ist etwas stiefmütterlich behandelt und mit drei Seiten erledigt, doch wird vielleicht dieser Mangel für den Allgemeinarzt eher als Vorteil erscheinen, da er ja gewöhnlich ohne Strahlentherapie auskommen muß. Wer also diese vielgestaltige, therapeutisch oft so schwer anzugehende Krankheit wirklich mit Erfolg behandeln will, wird in diesem Werke einen willkommenen, nicht versagenden Führer finden. Dr. Bab.

Ivan Bang: **Lehrbuch der Harnanalyse.** 2. verb. und ergänzte Auflage, bearbeitet von Prof. v. Krüger (Rostock). Verlag J. F. Bergmann. 1926. 146 S. 8,70 M. — Die wenig veränderte Neuauflage dieses wertvollen Leitfadens der Harnuntersuchungsmethoden gibt eine Zusammenstellung der für den praktischen Arzt notwendigen Untersuchungen, die unter besonderer Hervorhebung der Fehlerquellen eingehend beschrieben sind. Kurze theoretische Begründungen sowie Hinweise auf die physiologische und pathologische Bedeutung der im Harn auftretenden Substanzen tragen wesentlich zum Verständnis der klinischen Harnanalyse bei. Neuere Forschungsergebnisse sind durchwegs ihrer Bedeutung entsprechend berücksichtigt. Das Kapitel „Harnsedimente" ist durch Beschreibung der organisierten Sedimente ergänzt worden. Biberfeld.

Der Arzt als Erzieher, Heft 1: Die Herzleiden, ihre Ursachen und Bekämpfung von Dr. O. Burwinkel. 34./35. Aufl. Verlag Aerztliche Rundschau, München. — Diese gewandt geschriebene gemeinverständliche Darstellung bietet dem Laien als Leser eine gewisse Aufklärung durch eingehende Erörterungen der Art, der Folgezustände und der mannigfachen Ursachen der Kreislauferkrankungen. Die für die Verhütung und Bekämpfung dieser Störungen wichtigen Faktoren werden eingehend besprochen, wobei das Hauptaugenmerk auf die Regelung der Lebensweise, auf die Körperbewegung und Körperpflege gerichtet und so versucht, erzieherisch auf das Publikum einzuwirken. Es ist wünschenswert, daß auch einem derartigen Leserkreis eine „moderne" Auffassung von der Pathogenese und den Folgen der Arteriosklerose gegeben wird. Die Bedeutung der Lues für die Entstehung der Herzerkrankungen müßte ihrer Wichtigkeit gemäß noch wirkungsvoller hervorgehoben werden. Daß „das in die Blutbahn verschleppte Trippergift häufig zur Ursache schwerer Zerstörungen an den Herzklappen wird", ist ebenso wenig zutreffend wie die Behauptung, daß das viel verwandte Natrium salicylicum keinen günstigen Einfluß hat und Klappenfehler für das Leben zurückbleiben läßt, die, abgesehen von diätetischen und roborierenden Maßnahmen unter kräftigen Blutentziehungen seltener werden. Derartige Ungenauigkeiten finden sich noch sonst verstreut und dürften in einer Neuauflage dieses an sich wertvollen Büchleins ausgemerzt werden.

Heft 52: Das Asthma und seine Behandlung von Dr. M. Bickel. 2. Auflage. Für die Aufgabe, das für den Laien Wissenswerte über das Asthma in einer kurzen Darstellung zusammenzufassen, läßt sich schwer eine einwandfreie Lösung finden. Denn gerade auf diesem Gebiet zeitigt die Forschung ständig neue Ergebnisse und drängen sich fast täglich andere Fragestellungen auf. Im großen und ganzen gibt das vorliegende Heft einen ausreichenden Ueberblick über die verschiedenen Seiten des Asthmaproblems (Bedeutung der Ueberempfindlichkeit, der inneren Sekretion, der Konstitution, der Psyche usw.), doch dürfte das Gebotene in seiner Fülle verwirrend auf manchen Laien einwirken. In dem der Behandlung gewidmeten Teil müßten die für jeden Kranken durchführbaren Methoden eingehender besprochen werden als die Vorzüge der nur für wenige ausführbaren Badereisen nach Reichenhall und anderen Orten (Atemgymnastik 5 Zeilen, klimatische Therapie 1½ Seiten).

Die Darstellung der chirurgischen Asthmabehandlung (Sympathicusdurchschneidung oder Vagusdurchtrennung) im Rahmen dieser Abhandlung dürfte kaum von wesentlichem Nutzen sein.

Biberfeld.

A. v. Borosini: **Verjüngungskunst von Zarathustra bis Steinach.** 3. Aufl. Dresden 1926. Emil Pahl. 82 S. 2 bzw. 2,50 M. — Hygienische Bücher gibt es bekanntlich genug. Allein es handelt sich nicht sowohl darum, was vorgetragen wird, sondern wie das geschieht. In dieser Beziehung nimmt v. B. eine besondere Stelle ein: er versteht es, die Physiologie in ihrer wissenschaftlichen wie praktischen Seite so anregend und einleuchtend vorzutragen, daß man ihm gern folgt und seine Ratschläge beherzigt. Freilich, vom Einsehen zum Handeln ist ein zwar kleiner, aber schwieriger Schritt. Es ist ein Jammer, daß nur wenige Menschen die erforderliche Selbstzucht geübt haben, um sich selbst die Gesetze des Handelns vorzuschreiben. Wie viele Menschen an diesem Mangel zugrunde gehen, läßt sich nicht entfernt abschätzen. Aber wenn irgend jemand belehrbar und lernbereit ist, so kann er an Hand von v. B.s Schrift sein Leben nicht bloß verlängern, und ebenso das seiner Frau. Denn gerade auf dem Gebiet des sexuellen Lebens gibt er beachtenswerte Winke. Besonderes Gewicht legt er auf Lichtbäder, welche er als Geschlechtssonnenbäder auf seinem Sonnenstuhl verwendet.

Die Quarzlampen-Gesellschaft Hanau hat Bilder des Sonnenstuhls und der Quarz- und Sollux-Lampen beigegeben.

Der Druck ist nachahmenswert schön.

Buttersack.

Bruno Springer: **Die genialen Syphilitiker.** Verlag der Neuen Generation, Berlin-Nicolassee, 1926. — 238 S. 5 M. — Vor einem Jahr wurde in diesen Blättern ein Buch von Waldvogel besprochen, in welchem dieser Autor die Tuberkulose und die Syphilis als geniefördernde Faktoren anspricht. Hier ist das Gegenstück dazu. An Hand von 43 Lebensskizzen entwirft Spr. ein eindrucksvolles Bild, wie verheerend die Lues auf die feinsten Köpfe gewirkt hat. Von den 43 Beispielen seien hervorgehoben: Die drei Päpste Alexander VI., Julius II., Leo X., Hutten, Napoleon, Beethoven, Lenau, Schopenhauer, Nietzsche, Mussolini, Lenin, Wilson, Rob. Mayer. Zwar wird nicht jeder überzeugt sein, daß diese Männer alle an Lues litten. Ist diese Diagnose schon intra vitam schwierig, so post mortem kaum sicher zu stellen. Immerhin muß es zu denken geben, daß die Paralyse bei auffallend vielen dem Schaffen und Leben ein Ziel setzte. Ohne Bedenken werden wir dem Verf. beistimmen, daß nicht Gesetzesparagraphen und Polizeimaßnahmen das Gespenst der Syphilis zu bannen vermögen, sondern nur eine Aenderung im Charakter, eine höhere Selbstzucht der Allgemeinheit. Sonst erliegen wir der Seuche. „Der Geist der Menschheit wird syphilisfrei sein oder er wird nicht sein."

Druck und Ausstattung des Buches ist hervorragend schön.

Buttersack.

Dr. A. Mißriegler: **Die liebe Krankheit.** Verlag Dr. Madaus & Co.. Radeburg (Bez. Dresden). 1925, 270 Seiten, geb. 6,50 M. —

Der bekannte Psychoanalytiker M. ist der Meinung, daß die intensive Spezialisierung in der Medizin und ihre Mechanisierung eine große Gefahr in sich birgt: Der Mediziner geht nicht mehr vom Zustand des Menschen selber aus, sondern von der Lehre der Krankheit. Der Fachmann im Arzt hat den Menschen in ihm überwuchert. Auf Grund von zahlreichen Beobachtungen schildert Verf. in leichtem, feuilletonistischem Plauderstil, wie die tieferen Ursachen vieler Leiden zu erklären sind und wie man sie auf Grund dieser Erkenntnis heilen kann. An der Hand sehr interessanter Fälle aus seiner Praxis hebt er immer wieder „bewußt einseitig" die seelische Seite in jeder Krankheit und die entsprechende psychoanalytische Behandlung hervor, obgleich er weiß, daß unzählige Aerzte all das, was er in seinen Aufsätzen sagt, mehr oder minder bewußt schon lange tun.

Trotzdem ist es ein Vergnügen, die in ausgezeichneter und flüssiger Sprache geschriebenen „psychoanalytischen Skizzen", wie ich sie nennen möchte, zu lesen.

Rudolf Katz, Berlin.

Dr. Richard v. Scheven: **Was Eltern wissen müßten.** Leipzig. Verlag Kabitzsch. — Der Autor verfaßte eine kleine Broschüre von 15 Seiten, der er als Wartezimmerzeitschrift vor den üblichen Journalen den Vorzug gibt. In ihr wird kurz das Hals-, Nasen-, Ohrenfach in gemeinverständlicher Weise behandelt. Das Heftchen ist flott und nicht ohne Witz geschrieben. Es hat aber wohl den Nachteil, daß es das Publikum zum Nachdenken anregt — was im Wartezimmer des Arztes nicht jedermanns Sache sein wird — und immerhin 15 Seiten lang ist. Vielleicht läßt es sich noch etwas kürzen. Für die Art vernünftig-wissenschaftlicher Propaganda muß man dem Verfasser Dank wissen. Erich Rosenbaum, Berlin.

Mitteilungen.

Zuverlässige medizinische Injektionsspritzen.

Die Einführung des Eichzwanges für mit Hohlnadeln armierte medizinische Injektionsspritzen ist in letzter Zeit von den maßgebenden Behörden Gegenstand eingehender Beratung gewesen. Den Anstoß dazu gab die immer zunehmende Ungenauigkeit der Spritzen, eine Folge des Wettbewerbes in der Preisstellung auf Kosten der Güte der Arbeit. Bekanntlich herrscht in der Chirurgiemechanik ein Ueberangebot, hervorgerufen durch Inflationsgründungen und andere üble Erscheinungen der Nachkriegszeit. Billige, dafür aber auch vielfach unzuverlässige Spritzen kommen in Massen auf den Markt.

Gesetzliche Bestimmungen über die Eichung von Injektionsspritzen — es handelt sich nur um Spritzen, die mit Glaszylinder und eingeschliffenem Metall- oder Glaskolben versehen sind, erstere die sogenannten Rekordspritzen — sind seit 1913 vorhanden, doch wurde die Eichung so gut wie gar nicht in Anspruch genommen; einmal, weil die übliche Fabrikationsmethode in Bezug auf Genauigkeit nicht ausreichte, um eichfähige Spritzen in größeren Mengen herzustellen, andererseits weil von den ärztlichen Verbrauchern das Verlangen nach geeichten Spritzen nicht gestellt wurde.

Mit dem oben angedeuteten Ueberangebot billiger Spritzen hat nun aber ihre Güte mehr und mehr abgenommen und es sind Spritzen im Gebrauch, die nicht annähernd den angegebenen Inhalt aufweisen. Nach einem Bericht von J. H. Lorenzen in Nr. 57 dieses Jahres der Apotheker-Zeitung hat kürzlich eine Prüfung sämtlicher Spritzen eines Krankenhauses ergeben, daß Spritzen von 1 ccm Inhalt bis zu 50% größeren Inhalt aufwiesen, d. h. 1,5 ccm faßten.

Da die zwangsmäßige Eichung der Spritzen aus den oben angedeuteten Gründen als eine zuweit gehende und die im Gebrauch leicht zerbrechliche Spritze stark verteuernde Maßnahme erscheint, so soll vorerst einmal seitens der Fabrikanten eine Beseitigung der Uebelstände angestrebt werden. Dies kann u. E. dadurch geschehen, daß die unterzeichnete Fachvertretung auf die Spritzenfabrikanten einwirkt, daß jede Spritze vom Fabrikanten auf ihren Fassungsraum durch Auswägen geprüft wird und nur Spritzen abgegeben werden, die nach den Preislisten und der Erklärung des Verkäufers nach ihrem angegebenen Inhalt, z. B. 1 oder 2 ccm ausgewogen ist. Ueber das Maß der zulässigen Abweichungen je nach Größe der Spritzen müßte eine Verständigung herbeigeführt werden; bei einer 1 ccm Spritze dürfte die Abweichung 10 v. H. nicht übersteigen. Eine solche Maßnahme würde zweifellos zu einer Besserung und womöglich gänzlichen Beseitigung der Uebelstände führen und die Einführung des sehr umständlichen und kostspieligen Eichzwanges erübrigen. Die angedeutete Maßnahme würde aber vermutlich dem Arzte in der Regel genügen, da, wie oben gesagt, eine Genauigkeit bei Injektionsspritzen, wie sie durch die Eichung gegeben wäre, abgesehen vielleicht von in Hundertstel ccm geteilten Tuberkulinspritzen, nicht erforderlich ist.

Den Verbrauchern von Injektionsspritzen wird deshalb empfohlen, in der Folge nur solche Rekord- oder Ganzglasspritzen zu kaufen, bei denen der Verkäufer sich ausdrücklich verbindlich macht, daß die Spritze auf den angegebenen Inhalt ausgewogen ist. Solche Spritzen würden zweckmäßig auf dem Zylinder die Firma des Fabrikanten bzw. Verkäufers oder ein eingetragenes Warenzeichen tragen, damit die Richtigkeit der über die Spritze gemachten Angaben nachgeprüft und der Verkäufer nötigenfalls zur Rechenschaft gezogen werden kann.

Alle Beteiligten, Verbraucher, Fabrikanten und Händler sind darüber einig, daß der Eichzwang für medizinische Spritzen mit großen wirtschaftlichen Erschwerungen verbunden sein würde. Aufgabe der unterzeichneten Fachvertretung wird es deshalb sein, die Herstellung zuverlässiger Injektionsspritzen unter Wahrung vorstehender Grundsätze mit allen Mitteln zu fördern.

Die Fabrikantengruppe
im Reichsverband der Chirurgiemechanik.
R. Hauptner, Vorsitzender.

Therapeutische Mitteilungen.

Ueber Dermaprotin bei Rheumatismus.

Von

Sanitätsrat Dr. G. THOMA, Hamburg.

Gegen Rheumatismus gibt es sehr viele Mittel, aber die wenigsten helfen etwas. Man ist deshalb danach aus, immer neue Heilmittel zu versuchen, weil Rheumatismus große Schmerzen macht. Ich habe ein neues, mir von der Firma Hugo Rosenberg in Freiburg i. Br. zugeschicktes Heilmittel ausprobiert und gefunden, daß dasselbe die rheumatischen Beschwerden in ganz kurzer Zeit zum Verschwinden bringt. Das Mittel heißt Dermaprotin und wird in sehr kleinen Mengen auf die schmerzenden Stellen leicht eingerieben. Die Schmerzen verschwinden sehr bald und die Bewegungsfähigkeit der Muskeln wird auch vollkommen schmerzfrei, was ich sonst bei andern Einreibungen nicht fand.

Ich habe in den vielen Jahren meiner ärztlichen Praxis viele Rheumatismuskranke zu behandeln gehabt, aber allen konnte ich nicht helfen, bis mir das Dermaprotin zur Verfügung stand. Rheumatismus ist die Simulantenkrankheit; wenn ein Arbeiter nicht arbeiten will, so geht er zum Arzt und sagt, er habe Rheumatismus; durch Untersuchung mit Instrumenten ist die Krankheit nicht festzustellen, es sind nur subjektive Beschwerden, die der Kranke hat. Solche Kranke habe ich mit Dermaprotin nicht behandelt; meine Kranken waren alle keine Simulanten, ihnen mußte ich glauben, daß sie an Rheumatismus litten. Und ich habe allen mit Dermaprotin geholfen. Es ist ja auch eine so einfache Kur mit dem Dermaprotin, da nur geringe Dosen etwas sanft mit dem Finger eingerieben werden müssen. Das Dermaprotin verschmiert nicht die Haut, wie es Salben tun; es wird leicht so eingerieben, daß nichts auf der Haut zurückbleibt. Die Heilerfolge sind ganz überraschend, und gesund will doch jeder gerne werden.

Das Hauptsymptom des Muskelrheumatismus ist der Muskelschmerz. Derselbe kann lokal sein, kann sich aber auch über größere Körperflächen hinbreiten. Diese Schmerzen zu beseitigen ist die Hauptaufgabe der Therapie. Meistens ist der Muskelrheumatismus auch chronisch, seltener akut, aber die Schmerzen sind dieselben. Ich habe alle Arten von Muskelrheumatismus behandelt, und zwar immer mit Dermaprotin und damit die besten Erfolge erzielt, da innere Mittel meistens schädliche Nebenwirkungen haben und die sonstigen zahlreichen Einreibungsmittel nicht helfen. Die Prognose bei Muskelrheumatismus ist ja immer günstig, da Lebensgefahr nie besteht, aber je veralteter der Rheumatismus ist, umso unwahrscheinlicher die Heilerfolge. Hier kann nur nach meinen Erfahrungen Dermaprotin helfen und hat bei mir immer geholfen.

Dermaprotin richtig angewandt, ist von ausgezeichneter Heilwirkung bei Rheumatismus. Ich kann das Mittel allen an Rheumatismus Leidenden bestens empfehlen, denn ich habe die besten Erfahrungen damit gemacht. Schädliche Nebenwirkungen, wie sie besonders bei innerlichen Rheumatismusmitteln auftreten, kommen bei Dermaprotin nicht vor. Selbstverständlich werde ich Dermaprotin allen, die mich um Rat bei Rheumatismus angehen, immer verordnen. Ich empfehle jedem an Rheumatismus Leidenden, einen Versuch damit zu machen. Alle, die es bis jetzt angewandt haben, waren mit dem Erfolg zufrieden.

Aus dem Dr. Maltenschen Institut für Nerven- und Stoffwechselkranke, Baden-Baden. Leitender Arzt: Dr. H. Malten.

Physikalische Behandlung der perniziösen Anämie.

Von

HANS MALTEN.

Wohl über keine andere Krankheit gehen die Ansichten der maßgebenden Autoren so weit auseinander, wie bezüglich der genuinen perniciösen Anaemie, des Morbus Biermer. Das gilt nicht nur von der Auffassung über die Ursachen und das Wesen dieser Krankheit, sondern ganz besonders von den empfohlenen therapeutischen Maßnahmen. Letzteres wird verständlich, wenn man bedenkt, daß eine sichere Heilung der perniziösen Anämie wohl überhaupt noch nicht beobachtet wurde, andererseits vorübergehende Besserungen aber auch spontan eintreten können und daher nicht immer auf die angewendete Therapie zu beziehen sind. Was die Behandlung selbst angeht, so sind wohl schon alle Mittel herangezogen worden, die überhaupt einen Erfolg versprechen, und es ist bezeichnend, daß gerade chirurgische Maßnahmen keinen geringen Raum unter den therapeutischen Versuchen bei dieser doch internistischen Krankheit einnehmen. Von diesen bisher empfohlenen Methoden sind zu erwähnen: Arsenmedikation (Naegeli), Bluttransfusion (Bürger), Bolusbehandlung (Lichtwitz), Magendarmspülungen (Grawitz), Milzextirpation (Eppinger), Dünndarmfistel zur Spülung (Leyderhelm), Auslöffelung des Knochenmarkes (Waltershöfer) und Nebennierentransplantation (Stephan) sowie Behandlung mit Epithelkörperchensubstanz (Noodt).

Gegenüber diesen teilweise recht eingreifenden Verfahren ist es erstaunlich, daß bisher noch kein Versuch mit physikalischen Mitteln gemacht zu sein scheint. Bei der intensiven Beeinflussung des Blutbildes durch physikalische Methoden, vor allem durch die Lichttherapie, ist es doch mindestens naheliegend, diese Wirkung auch zur Behandlung der perniciösen Anaemie versuchsweise heranzuziehen. Bei der weiten Verbreitung der Quarzlampe darf aber als sicher angenommen werden, daß derartige Versuche schon mehr wie einmal gemacht worden sind — offenbar ohne Erfolg, so daß eine Veröffentlichung unterblieb. Dieser Umstand spricht an sich aber nicht gegen die Möglichkeit einer lichttherapeutischen Beeinflussung der perniziösen Anämie, da die biologische Wirkung der Quarzlampe relativ (d. h. im Vergleich mit der natürlichen Sonne) gerade auf das Blutbild sehr gering ist. Nachdem wir jedoch in der Jupiter-Lampe mit Ultrakohlen eine Lichtquelle besitzen, deren Strahlung gerade die therapeutisch wichtigen Eigenschaften der Hochgebirgssonne in bisher unerreichter Vollkommenheit aufweist, besteht die Möglichkeit, auch in solchen Fällen noch Erfolge zu erzielen, wo die Quarzlampenbestrahlung früher versagt hatte. Hierzu scheint auch die perniziöse Anämie zu gehören, wie aus dem Folgendem hervorgeht.

Krankengeschichte (summarisch): Frau W. P., 57 J., kommt mit folgenden Angaben zur Untersuchung:

Vor 1 Jahre vorübergehend „Gelbsucht", mit großer Müdigkeit. Arzt stellte Leberschwellung fest, behandelte „auf Leberleiden". Dann Besserung, aber immer müde. Magerte ab. Seit 4 Wochen wieder Gelbfärbung der Haut, verstärkte Müdigkeit, große Schwäche, Schmerzen in der Zunge, bitterer Geschmack, Widerwille gegen Fleisch, Schmerzen in den oberen Rippen, Kraftlosigkeit, Gehstörungen, oft anfallsweise Herzklopfen, schläft sehr viel, Stimmung gedrückt und apathisch. Bisher zu Hause behandelt, sollte zwecks Feststellung der Diagnose später ins Krankenhaus aufgenommen werden.

Befund: Graziler Körperbau, mäßiger Ernährungszustand. Strohgelbe Hautfarbe, extreme Blässe der Lippen. Keine Färbung der Skleren. Conjunktiven weiß.

Zunge stellenweise atrophisch, dazwischen 2 je pfenniggroße, etwas prominente gerötete Plaques. An der Herzbasis anaemische Geräusche, Puls 90. Lungen und Abdomen o. B. Nervensystem: Stark ataktischer Gang, bei Romberg erhebliches Schwanken, Sehnenreflexe schwach und schwer auslösbar, Nystagmus in Endstellungen. — Keine Lues oder Malaria. —

Urin: Bilirubin (pos.), sonst o. B.

Stuhl: Keine Wurmeier, kein Blut.

Blut: Rote 1,68 Mill. Hmglbn. 30% Weiße 3300. Ausgeprägte Poikilozytose, zahlreiche Makro- und Mikrozyten, sowie kernhaltige.

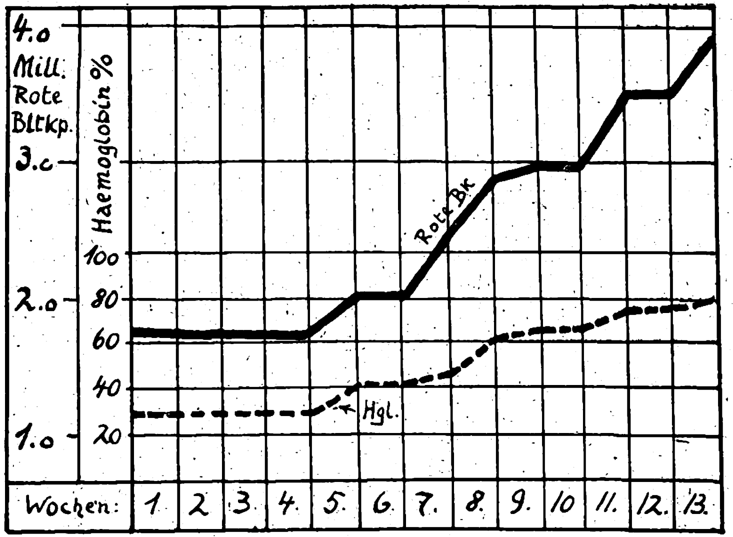
Diagnose: Morbus Biermer, anaemische Pseudotabes.

Bei der allgemeinen Hinfälligkeit der Patientin versprach eine Behandlung zunächst wenig Erfolg und nur der dringende Wunsch der Angehörigen bestimmte uns, wenigstens einen Versuch zu machen. Wider Erwarten besserte sich der Zustand jedoch im Verlaufe der folgenden 13 Kurwochen derart, daß ein tatsächlicher Einfluß der Behandlung auf das Leiden nicht zu bestreiten ist. — Von der Ueberlegung ausgehend, daß die perniziöse Anämie durch das Auftreten abnormer, erythrotoxisch wirkender Stoffwechselprodukte bedingt ist und mithin in letzter Linie eine Stoffwechselstörung darstellt, versuchten wir, die bekannte energische Stoffwechselwirkung physikalischer Maßnahmen zur Beseitigung der bestehenden Störungen auszunützen. Da nur eine intensive Beeinflussung aussichtsreich schien, beschränkten wir uns nicht auf die Bestrahlung mit der Jupiter-

Lampe, sondern kombinierten diese in einer auch in anderen Fällen besonders wirksamen Weise mit hydrotherapeutischen Anwendungsformen. Vor allem sind es die heiß-kalten Wechselduschen, die bei individueller Anpassung gerade die Stoffwechselwirkung der Lichttherapie besonders aktivieren und von denen wir daher in diesem Falle reichlich Gebrauch machten.

Verlauf (s. Kurve):

	Rote Blkp.	Hmgl'n.
1—2. Woche: Tgl. Bestrahlung mit Ultrakohlen, Vorderseite und Rücken je 5 Min., dazu tgl. 2 Wechselduschen. Es tritt kein Lichterythem auf, auch reagiert die Haut nicht in der üblichen Weise mit Rötung bei der Wechseldusche. Befinden subjektiv etwas besser, objektiv unverändert.		
3.—4. Woche: Behandlung wie oben. Geringe Pigmentation, langsam besser werdende Reaktion auf Wechselduschen. Etwas frischeres Aussehen, bessere Gehfähigkeit	1,62 Mill.	30%
5. Woche: Wegen mangelnder Wirkung Erhöhung der Strahlendosen: Verkürzung des Lampenabstandes von 60 auf 40 cm. 3 Felder: Brust und Oberbauch, Unterleib und Oberschenkel, Rücken, je 10 Min. Wechselduschen wie bisher. Jetzt dauernd fortschreitende Besserung!	2,0 Mill.	40%
6. Woche: Schwarzbraune Pigmentation der Bestrahlungsfelder. Befinden wesentlich besser, Appetit gut, Stimmung lebhaft und froh. Keine Knochenschmerzen mehr.	2,0 Mill.	40%
7. Woche: Keine Beschwerden mehr in der Zunge.	2,5 Mill.	45%
8. Woche: Kein bitterer Geschmack, aber noch Widerwille gegen Fleisch.	2,92 Mill.	60%
9. Woche: Pat. macht kleine Spaziergänge	3,0 Mill.	65%
10. Woche:	3,0 Mill.	65%
11. Woche: Fühlt sich wohl, sieht frisch aus, Lippen normal rot. Gang noch etwas ataktisch.	3,5 Mill.	75%
13. Woche:	3,9 Mill.	80%



Aus äußeren Gründen mußte bedauerlicherweise die Behandlung am Ende der 13. Woche abgebrochen werden, obwohl die eingeschlagene Therapie offenbar noch nicht am Ende ihrer Wirkung angekommen war. Obenstehende Kurve zeigt die erreichte Zunahme der Erythrozyten und des Hämoglobins. Das Blutbild selbst zeigte allerdings noch eine deutliche Poikilozytose, aber keine kernhaltigen mehr. Die Zahl der weißen Blutkörperchen betrug am Ende der Behandlung 4500. Die subjektiven Beschwerden waren bis auf eine eben merkbare Abneigung gegen Fleischspeisen und eine mäßige Ataxie der Beine vollkommen geschwunden. Wenn nach diesem Entlassungsbefunde auch von einer Heilung der perniziösen Anämie keine Rede sein kann und es leider dahingestellt bleiben muß, ob eine solche durch längere Behandlung vielleicht doch zu erreichen gewesen wäre, so ist jedenfalls in diesem Falle durch eine eingehende rein physikalische Behandlung eine durchgreifende Besserung des subjektiven und objektiven Befindens erreicht worden, so daß aus der hinfälligen, apathischen und blassen Patientin eine frisch aussehende, sich wohl fühlende Frau wurde. Bei einer Nachuntersuchung 10 Wochen nach Schluß der Behandlung hatte sich das Allgemeinbefinden noch weiter gebessert. Der Blutbefund zeigte folgende Werte: Rote Bk. 4,5 Mill., Hglbn. 85%. Keine Poikilozytose. Es war also eine vollständige Remission eingetreten. Bei der Unsicherheit und meist sehr geringen Wirkung der anderen bisherigen Behandlungsmethoden stellt eine derartige Besserung zum mindesten einen schätzenswerten Erfolg dar, der eine eingehende Nachprüfung an größerem Material verlangt. Da nicht anzunehmen ist, daß unser Fall ungewöhnlich günstig lag, so eröffnen die an ihm gewonnenen Erfahrungen der physikalischen Behandlung bei perniziöser Anämie die besten Aussichten. Maßgebend für den Erfolg scheint eine möglichst intensive Hautwirkung bei Vermeidung jeder Reizüberlastung des Organismus zu sein. Die Verwendung therapeutisch hochwertiger Lichtquellen und Beherrschung der physikalischen Behandlungstechnik sind daher unerläßliche Voraussetzungen.

Schließlich erhebt sich die Frage, wie diese günstige Wirkung der physikalischen Therapie zu erklären ist. Wir hatten den sicheren Eindruck, daß der ausschlaggebende Faktor in der Behandlung die Bestrahlung ist, und daß die hydrotherapeutischen Maßnahmen hauptsächlich durch deren Aktivierung, sowie durch eine mehr allgemeine Anregung des Stoffwechsels wirken. Auf welchem Wege beeinflußt also die Lichttherapie den Morbus Biermer? Es ist naheliegend, hier die günstige Wirkung des Lichtes auf die primären Anämien vom chlorotischen Typ heranzuziehen. Dem widerspricht jedoch, daß wir es in diesem letzteren Falle mit einer Reizwirkung auf das insuffiziente Knochenmark zu tun haben, während bei der perniziösen Anämie nicht Knochenmarksinsuffizienz, sondern vermehrter Blutzerfall Ursache der Blutverarmung ist. Dieser Blutzerfall ist nach der heute vorherrschenden Ansicht endotoxisch bedingt. Die Lichtwirkung müßte daher auf einer Verminderung dieser Toxinbildung beruhen, was sich nur schwer verstehen läßt, wenn man wie bisher den Magen-Darmkanal als Bildungsort jenes Toxins betrachtet. Wesentlich leichter begreiflich wird die Lichtwirkung auf die perniziöse Anämie nach der von Stephan angegebenen Theorie (Münch. med. Wochenschr. 1926, 16). St. betrachtet den vermehrten Blutabbau als Folge einer ungenügenden Hemmung durch die Nebennieren infolge Hypofunktion dieser Organe. Bei der führenden Rolle der Nebennieren im Brenzkatechinstoffwechsel, zu dem neben dem Adrenalin auch das Melanin des Hautpigmentes gehört, sind damit Beziehungen zwischen der Pathogenese der perniziösen Anämie und der Lichtwirkung ohne weiteres gegeben. Alle Schwierigkeiten sind damit allerdings noch nicht beseitigt. Denn nach der Stephanschen Theorie müßte die Lichtbehandlung eine Funktionssteigerung der Nebennieren bewirken, um den pathologischen Blutabbau zu hemmen. Die bisherigen experimentellen und therapeutischen Erfahrungen sprechen aber eher für das Gegenteil (Sinken des Blutdruckes nach Bestrahlungen), d. h. für eine Funktionshemmung der Nebennieren durch das Licht. Immerhin besteht jedoch die Möglichkeit, daß gerade bei den von uns angewendeten Lichtdosen diese Hemmung in eine Reizwirkung umschlägt oder überkompensiert wird. Besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang vielleicht die von Stephan angeführte und von Klara Noordt (Münch. med. Wochenschr. 1925, 27) hervorgehobene Tetanie bei Morbus Biermer, als Ausdruck einer bestehenden und möglicherweise kausal wichtigen Unterfunktion der Epithelkörperchen. Wie wir aus der Lichttherapie der Rachitis wissen, steigert die Lichtwirkung die Funktion dieser Organe (Kalkansatz) unter gleichzeitiger Vergrößerung derselben (bis 50% H. Humphris). Auf diesem Wege würde sich jedenfalls die lichttherapeutische Beeinflussung der perniziösen Anämie am leichtesten mit unseren anderweitigen Erfahrungen in Uebereinstimmung bringen lassen. Auf jeden Fall werden eingehendere Versuche in dieser Richtung noch manchen klärenden Beitrag zu der Frage nach der Pathogenese der perniziösen Anämie liefern.

Zusammenfassend läßt sich sagen:

1. Bei einem seit ca. 1 Jahre bestehenden Falle perniziöser Anämie wurde durch eine 13 wöchige Behandlung mit physikalischen Mitteln (Bestrahlung mit Jupiter-Lampe, Wechselduschen) eine wesentliche Besserung des Befindens und des Blutbildes erreicht. Die Zahl der roten Blutkörperchen stieg von 1,68 Mill. auf 3,9 Mill., das Hämoglobin von 30% auf 80%.
2. Dieser therapeutische Erfolg spricht dafür, daß die genuine perniziöse Anämie eine endokrine Störung im Sinn Stephans ist.

44876
F77

LIBRARY
RECEIVED
SEP 20 1926
U. S. Department of Agriculture.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 22 BERLIN, DEN 7. SEPTEMBER 1926 44. JAHRGANG

Bei den Kassen zugelassen!

Carbo-Bolusal

(Carbo sang., Aluminium, Kieselsäure, Bismut, Kalk, Magnesiumsuperoxyd).

Pulver
K.-P.: M. 0.70
½ Dose
(K.-P.) M. 160,
¹/₁ Dose M. 3.60

Tabletten
¹/₁ Dose (60 St.)
M. 1,50.

Adsorbierendes

Darmdesinfiziens und **Antidiarrhoicum**
Dysenterie, Gärungsdyspepsie, Proktitis ulcerosa, Darm-Tuberkulose, Ulcus ventriculi

1—3 mal täglich ½ Eßlöffel resp. 2—3 Tabl. in Tee oder Kakao ½ Stunde vor dem Essen.

Literatur: Prof. Dr. Albu, Prof. Dr. Lennhoff, Dr. R. F. Weiß, Hofrat Dr. C. Uhl, Dr. E. Blumenthal.
Literatur und Proben

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

Prompt wirkendes Diuretikum

Dosis: 3mal täglich 1 Teelöffel in wenig Wasser
Handelsformen: Originalpackungen zu 30 u. 60 ccm

Literatur und
Proben kostenlos

Diuretysatum Bürger

Ysat (Dialysat) aus Bulbus Scillae, Fol. Betulae, Fruct. Juniperi

Neueste Literatur:
Dr. Rosenbaum, Berlin-Neukölln: Oedembehandlung mit Diuretysatum-Bürger. Med. Klinik 1925, Nr. 26.

Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode
a. H.
G. m. b. H.

ohne Reizerscheinungen und Organschädigungen

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**
u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
In allen Apotheken zu haben.
EPISAN Berendsdorf
Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.
EPISAN Berendsdorf
Von Aerzten bestens empfohlen.
Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.**

Bad Salzschlirf und sein Bonifaziusbrunnen!

Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**
Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

ff. Harzerkäse
goldgelb, pikant u. speckig, Kiste **Mk. 2.50**
Grossisten u. Wiederverkäufer Sonderpreise,
empfiehlt
Bräutigam, Greifenhagen in Pomm.

UNGIFTIGES SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL
Zyma ERLANGEN
HOVALETTEN
HOVALETTEN ZYMA
CHEMISCHE FABRIK ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
Hovaletten Zyma
KASSENPACKUNG

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Prof. Dr. W. Vaubel, Darmstadt: Die immer mehr zunehmende Erkenntnis der Diphtherie als allgemeine Volkskrankheit 903
Kinderarzt Dr. Eugen Neter, Mannheim: Zur Vitaminfrage 907
Aus der III. medizin. Abteilung des Kaiser-Josef-Spitales in Wien. Vorstand: Prof. Dr. Ernst Czyhlarz.
Dr. Ernst Pick, Abteilungsassistent: Der künstliche Pneumothorax 908
Dr. Paul Braun, Frauenarzt, Stettin: Ovarialpräparate und Anaphylaxie 910
Dr. med. Hans Erdmann, Skaistkaln (Lettland): Zur Prophylaxe des Schnupfens und Erkältungskrankheiten 912
Dr. med. et phil. Walter Lustig, Medizinalrat an der Regierung Koblenz: Das Berufsgeheimnis . . 912
Emmy Keller: Sitten und Kriminalität in U. S. A. (Nach Weefare Magazine, 17. Januar 1926.) 915

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter, Leipzig: Ist für eine Privatheilanstalt die Bezeichnung Stadtsanatorium zulässig? 916
Briefkasten 917

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 34 917
Klinische Wochenschrift, Nr. 33, 34 917
Deutsche Medizin. Wochenschrift, Nr. 33, 34 919
Medizinische Klinik, Nr. 32, 33 920
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 31—34 920
Reichsgesundheitsblatt, 1. Jahrg., Nr. 32, 33 921
Archiv für soziale Hygiene u. Demographie, **1.**, Heft 5 921
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, **115.**, 5./6. Heft 923
Folia haematologica, **32.**, Heft 3 923
Therapie der Gegenwart, Heft 7, 8 923
Deutsche Zeitschrift für Homöopathie, Heft 8 923
Die Tuberkulose, Nr. 15 923
Zeitschrift für Tuberkulose, **45.**, Heft 6 924
Zeitschrift für Kinderheilkunde, **41.**, 4. Heft 924
Archiv für Kinderheilkunde, **79.**, Heft 1 924
Dermatologische Wochenschrift, Nr. 32, 33 924
Archiv für Dermatologie und Syphilis, **150.**, Heft 3 . 925
Zeitschrift für urologische Chirurgie, **20.**, Heft 1/2 . . 925
Zeitschrift für Urologie, **20.**, Heft 8 926
Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfleiden, **115.**, 3. Heft 926
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 31 927
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 70. Jahrgang, Nr. 3—4 927
Hygiea, Heft 14 928
Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 8 928
Ugeskrift for Laeger, Nr. 31, 32 928
British Medical-Journal, Nr. 3423 928
The Lancet, **211.**, Nr. 5, 6 929
Revista Española de Medicina y Cirurgica, Nr. 98 . . 930
Revista Clinica de Bilbao, **1.**, Nr. 7 930
Archivos Españoles de Pediatria, **10.**, Nr. 7 930
El Siglo Médico, **78.**, Nr. 3786, 3787, 3788, 3789, 3790 930
La Medicina Ibera, **20.**, Nr. 452, 453, 454, 455, 456, 457 930
La Riforma medica, **42.**, Nr. 29 930
Il Policlinico, Sez. chir., **33.**, Nr. 7 931
Il Policlinico, Sez. med., **33.**, Nr. 8 931
Il Policlinico, Sez. prat., **33.**, Nr. 30—32 931
The Journal of American Medical Association, **87.**, Nr. 5 932
Medical Journal and Record, Nr. 1 932
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine, **11.**, Nr. 9 933
The Urologic and Cutaneous Review, Nr. 8 933
Buchbesprechungen 934

Silicol

Kolloides **Kieselsäure-Eiweiß**
gegen Lungenkrankheiten,
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

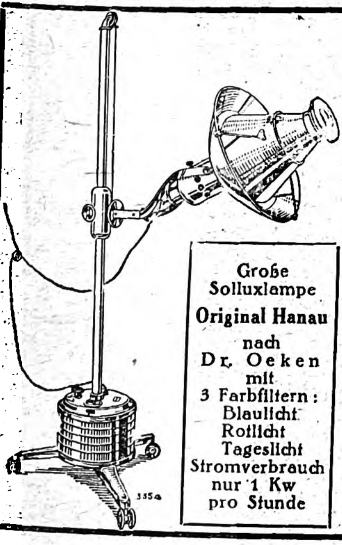
Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**



Das Ideal-Heilmittel
bei akuten Entzündungsprozessen

Hyperämiebehandlung durch die Bestrahlung mit den leuchtenden Wärmestrahlen der
Solluxlampe * Original Hanau

Die Hyperämie, analog der Bierschen Stauung, gepaart mit der analgesierenden Wirkung der Strahlen, ist die Grundlage der verblüffenden Erfolge Sichere Erfolge bei akuten Entzündungen des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, der Mandeln, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Speichel- und Lymphdrüsen.

Bei rechtzeitiger Anwendung kein Versager.

Aehnliche Erfolge werden gemeldet bei Entzündungen der Hoden und Nebenhoden, der Prostata, der Sehnenscheiden und Gelenke, des Rippenfelles, ferner bei Kopfschmerz, Neuralgien, Zahnkrankheiten

Große
Solluxlampe
Original Hanau
nach
Dr. Oeken
mit
3 Farbfiltern:
Blaulicht
Rotlicht
Tageslicht
Stromverbrauch
nur 1 Kw
pro Stunde

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. / Hanau / Postfach 839.

Schering

Mineral-Tabletten „SCHERING“ Nr. I

zur Herstellung von

Schering's künstlichem Karlsbader

(nach Spezialverfahren, zum Patent angemeldet)

Durch Auflösen von je 1 Tablette A und B in 200 ccm warmen Leitungswassers von 40—50° erhält man ein künstliches Mineralwasser, das neben den bekannten Wirkungen der natürlichen Karlsbader Quelle einen angenehmen und erfrischenden Geschmack aufweist.

Indikationen:

Stoffwechselstörungen und Gallenleiden

Vorzüge:

Billigkeit und vortrefflicher Geschmack

Der Inhalt einer Schachtel entspricht 4 Liter Brunnen

Dosierung: Gemäß dem üblichen Gebrauch der Karlsbader Kur
Originalpackung: Karton, enthaltend je 1 Röhre mit 20 Tabletten A und B

Proben und Literatur auf Wunsch kostenlos!

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.)
BERLIN N. 39

SCHERING SCHERING

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 22

7. SEPTEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Die immer mehr zunehmende Erkenntnis der Bedeutung der Diphtherie als allgemeine Volkskrankheit.

Von

Prof. Dr. W. VAUBEL, Darmstadt.

Die Diphtherie ist schon seit dem Altertum bekannt. Sie ist sicher schon seit Jahrtausenden, vielleicht von Anfang an ein Begleiter des Menschengeschlechts gewesen. Ihre Gefährlichkeit ist dank der Erfindung des Diphtherieheilserums in immerwährender Abnahme begriffen, wenigstens in bezug auf das akute Stadium dieser Erkrankung. Bei rechtzeitigem Erkennen und rechtzeitigem Eingreifen ist fast immer die Möglichkeit der Heilung gegeben. Dazu genügt die klinische Diagnose. Rechtzeitiges Einspritzen von nicht einmal übermäßigen Dosen, meist 1 ccm, die sehr selten wiederholt zu werden brauchen, nebst Prießnitz-Umschlägen um Hals und Bauch, wirken vorzüglich, so daß meist innerhalb weniger Tage jede Gefahr beseitigt ist. Anaphylaxie wird bei kleinen Dosen wohl nur sehr selten beobachtet. Vielleicht haben auch die Prießnitz-Umschläge hierbei eine gute Wirkung. Der anaphylaktische Schock wird öfter sehr gefürchtet, so daß mancher Arzt seine sämtlichen Di-Patienten ins Krankehaus schickt. Ja, es gibt noch solche Aerzte, die überhaupt kein Di-Serum anwenden, aus Angst schaden zu können. Es muß deshalb hier nochmals darauf hingewiesen werden, daß der anaphylaktische Schock längst nicht so häufig auftritt, zumal sozusagen gar nicht, wenn man kleine Dosen nimmt und zugleich Umschläge anwendet. Es ist deshalb zu verwerfen, wenn man wohl die jungen Mediziner auf den anaphylaktischen Schock hinweist und ihnen die Gefahren zeigt, es aber unterläßt ihnen die Möglichkeit zu geben diese zu vermeiden. Deshalb möglichst baldige kleine Dosen Di-Antitoxin. Damit soll nicht gesagt sein, daß in schon vorgeschrittenen Fällen entsprechend den Untersuchungen von Behring u. a. nicht auch größere Dosen Di-Antitoxin verwendet werden müssen, bei denen dann allerdings anaphylaktische Erscheinungen häufiger auftreten können.

Nun erhebt sich die Frage, muß nicht die klinische Diagnose regelmäßig durch bakteriologische Untersuchung gestützt werden? Dies wäre vielfach ein großes Risiko, denn Zeit gewonnen, alles gewonnen gilt hier in allererster Linie. Dazu kommt noch die Möglichkeit eines negativen Ergebnisses bei einem klaren klinischen Befund, des ferneren der Umstand, daß ein negaiver Bescheid gegeben wird, nur weil die betreffende Untersuchungsanstalt der Ansicht ist, es liege eine Pseudo-Di vor. So st es vorteilhafter für Arzt und Patient sich allein auf das klinische Bild zu verlassen und rechtzeitig Di-Serum zu verwenden. Das Ergebnis dieser, durch erfolgreiche Behandlung in zahlreichen Fällen gestützten Erfahrungen ist also folgendes:

Sobald man glaubt, daß klinisch das Bild einer Diphtherie gegeben ist, soll man eine kleine Inektion von 1 ccm Di-Serum geben und gleichzeitig auwarme Umschläge um Hals und Brust verrdnen, ca. drei am Tage. Gleichzeitige Verwenung von Apfelsinen- oder Zitronensaft wirkt ünstig. Selbst wenn schon früher das gleiche erum eingespritzt wurde, ist bei diesen kleinen Mengen ein anaphylaktischer Schock kaum zu befürchten. Ist Rinder- oder Hammelserum rasch zur Hand, so wechselt man, falls eine längere Zeit seit der ersten Einspritzung verstrichen ist, diese mit Pferdeserum ab. Auf das Ergebnis einer bakteriologischen Untersuchung zu warten ist Zeitverlust und oft vom Uebel. Bei den allermeisten Fällen genügt unter solchen Umständen einmalige Einspritzung. Bei Scharlach-Di, die meist schlechter reagiert, kann man innerhalb weniger Tage zwei und dreimal einspritzen.

Nun gibt es Fälle von Darmdiphtherie usw., bei denen man zu keiner Diagnose kommt, weil im Rachen nichts zu sehen ist bzw. die Entzündung, die wahrscheinlich nur leicht war, schon abgeklungen ist und der Patient doch einen recht kranken Eindruck macht. Ein Beispiel möge dies erläutern:

Pat. E. M., 4 Jahre alt, seit 5 Tagen in meiner Behandlung, Rachen ohne Belag und Entzündung. — Schwerkranker Eindruck, Puls matt, Nahrungsaufnahme verweigert, keine Zeichen von Lähmung irgendwelcher Art. — Oefter zweimal täglich besucht. Am 6. Tag Lähmung beider Beine. Sofort Di-Inj., Umschläge. Am 7. Tag Besuch, Bett leer, niemand im Zimmer. Beim Heraustreten aus der Tür kommt das Kind an der Hand einer Nachbarin munter aus dem Garten. Sofort wieder Bettruhe, die auch 14 Tage strikte eingehalten wurde, Umschläge. Vollständige Heilung.

Bekannt sind ja auch die Fälle, die bei scheinbar völliger Gesundheit öfter zu plötzlichem Tode führen. Hier wird vielleicht dringend zu erwägen sein, ob nicht auch bei andauernden Darmerkrankungen mit unklarer Aetiologie die Di-Injektion vorsichtshalber ausgeführt werden sollte.

Neben den akuten Formen gewinnen die chronischen Di-Erkrankungen immer mehr an Bedeutung, und hier erhebt sich nun die Frage: Sind diese chronischen Erkrankungen wirklich echte Di. oder kommt diese nur bei akuter Erkrankung in Frage, so daß wir es bei positivem Befund von Di-Bazillen doch nur mit sog. Pseudodiphtherie zu tun haben.

Wir wissen, daß echte Di-Bazillen recht verschiedenes Verhalten zeigen können, so bald Säure erzeugend, bald Alkali freimachend, bald virulent, bald avirulent. Man hat auch beobachtet, daß virulente Formen in avirulente und diese wieder in virulente Formen übergehen können. Ferner hat man festgestellt, daß sog. Pseudo-Di-Bazillen, die sich vielfach durch plumpere Form und durch geringeres Färbevermögen der Polkerne auszeichnen, in echte Di-Bazillen übergehen können, so daß doch wohl der schon von Behring und Lehmann-Neumann vertretene Satz zu Recht besteht:

Di- und Pseudo-Di-Bazillen gehören zum gleichen Stamme, sie sind ineinander überführbar. Es gibt nur ein Corynebacterium Diphtheriae mit verschiedenen Uebergangsformen.

Die Diphtherie-Diagnose durch Bakterienfärbung läßt sich nach den Untersuchungen von C. Sonnenschein (1) am besten in folgender Weise führen:

a) Karbol-Gentianaviolett 5 Min., wobei auch leicht die Plaut-Vincentschen Symbionten unterschieden werden können.
b) Gramfärbung-Di. grampositiv.
c) Boraxmethylenblau (nach Manson 5% Borax, oder Fallières 0,05 Borax), 5 Min. Abspülen, Chrysoidin (2:300) 1—5 Sekunden je nach Aufstrichdicke.

„Durch diese drei verschieden gefärbten Ausstriche (Neißer) können die Di-Bazillen und andere Krankheitserreger meist hinreichend sicher erkannt und ihre ätiologische Bedeutung für die betreffende Affektion richtig bewertet werden.“ Die Diagnose kann durch Kultur, am besten auf Löfflerschem Blutserum sichergestellt werden.

Welche Formen gelten nun als wirklich echte Di-Formen? Tausendfach sind die Untersuchungen, die hier angestellt wurden, und sie haben wohl zu dem feststehenden Ergebnis geführt, daß zunächst die mehr oder minder schlanken Stäbchen mit Polkörnern hierher zu rechnen sind mit öfter sich zeigender Winkelstellung zu einander. Aber die Formen können auch andere sein, und so finden wir für Di. wie auch für Pseudo-Di. einen Diplokokkus in etwa Hantelform angegeben. Ueberraschend ist es nun, daß man auch bei der Anlegung von nach dem mikroskopischen Bild sozusagen reinen Streptokokken-Impfungen Di-Bazillen vom reinsten Typ erhalten kann mit Stäbchen- und Hantelform. Man kann beobachten Polkörner in Schläuchen, Polkörner für sich mit vielen leeren Schläuchen, ein dickes Polkorn neben einem dünnen in einem Schlauch, zwei dicke Polkörner im Schlauch oder außerhalb des Schlauches, sich wie gewöhnliche Streptokokken von größerem Kaliber verhaltend, auch lange Stäbchenform, sehr dicke Stäbchenform. Bei rasch wachsenden Kulturen findet man nach 30 Stunden nur Kokken, nach sechs Stunden nur reine Stäbchen usw., ein buntes Bild der verschiedensten Art. Ich stehe nicht an die Behauptung aufzustellen:

Der Di-Bazillus tritt in verschiedenen Erscheinungsformen auf: 1. Typische Stäbchen mit Polkörnern, 2. Hantelförmige Diplokokken mit oder ohne Hülle, 3. längere oder dickere Stäbchen, 4. größere, dickere Kokken, die sich in Diplokokken spalten können, 5. kleinere bis kleinste Kokken, auch vielleicht Stäbchen. Ein mehr oder weniger großer Prozentsatz von Kokken ist auf Diphtherie zurückzuführen und als eine besondere Erscheinungsform der Di-Bazillen anzusehen.

Die Behauptung, daß der Di-Bazillus sich auch in der Kokkenform zu präsentieren vermag, mag vielleicht als sehr kühn angesehen werden, aber sie ist gut fundiert. Selbstverständlich soll damit nicht behauptet werden, daß nicht auch häufig Mischinfektionen vorhanden sein werden, die sich dann auch in ihrer Virulenz gegenseitig steigern können, aber vielfach müssen wir die Diplokokken und auch sonstige Kokkenformen, insbesondere die grampositiven, als Sproßformen des Di-Bazillus ansehen. Die Erscheinungsformen der niederen Pilze sind so mannigfaltig. Sie bleiben sich vielfach in einer einmal angenommenen Form treu, und so scheint mitunter eine Zusammengehörigkeit ausgeschlossen. Wie sehr man sich dabei täuschen kann, zeigt die neuere Beobachtung hinsichtlich der Hefen, die jetzt als besondere Erscheinungsform der Schimmelpilze anzusehen sind. Wenn es heißt, auf Löfflerschem Serum wachsen ausschließlich die Di-Bazillen, während andere Arten sehr zurücktreten, so mag es sein, daß diese Art von Nährboden für die eine Form des Wachstums eine besonders günstige und elektive ist. Aehnliche Erscheinungen für Kokkenbildung sind ja auch für Rotz und andere Bazillen nachgewiesen. Auch für Coli sind sehr verschiedenartige Formen bekannt geworden. Zunächst nehme ich an, daß die Kokkenform eine Sproßform ist. Natürlich könnten auch solche Fälle vorliegen, wie sie Merkl beschreibt, daß durch die Einwirkung der hämolytischen Fermente aus Pestbazillen mikrokokkenartige Formen werden. Auch für Coli wurde ähnliches beobachtet. Aber mögen es nun reine Formen des Di-Bazillus sein oder auch Mischinfektionen, im Effekt bleibt es dasselbe.

Und nun zur chronischen Diphtherie. Sie ist in den letzten Jahren öfter beschrieben worden. So teilt Sonnenschein einen Fall von Nasennebenhöhlen-Diphtherie mit, wie er auch von anderen schon beobachtet worden ist. Abraham beschreibt 36 Fälle von Rhinitis atrophicans durch Di. verursacht. Auch mir sind in der letzten Zeit eine Anzahl von Fällen von chronischer Di. in Behandlung gekommen, so daß ich mich veranlaßt sah diese Frage besonders zu prüfen. Ich werde einige Fälle beschreiben.

1. E. B., 68 Jahre alt, seit vier Jahren Schmerzen im Hals, war bei verschiedenen Aerzten, auch Halsärzten ohne Erfolg. Vorherrschend ausgesprochene Myokarditis, auf die wohl auch die Schwächeanfälle zurückzuführen sind. Im Rachen kleine, gerötete Erhebungen von geringer Ausdehnung ohne Belag. Rechte Halsseite schmerzhaft und druckempfindlich. Di-Baz. +, Hantelform, in Kultur reinste Stäbchenform. Diagnose: Chronische Di., wahrscheinlich schon sehr lange bestehend, mit Rachen- und Nasenentzündung sowie Myokarditis. Behandlung: 2 Di.-Injekt. ohne wesentlichen Erfolg. Prießnitz-Umschläge, Jodpinselungen, Gurgeln mit den verschiedensten Mitteln, allmähliche Besserung. Myokarditis günstig beeinflußt durch Arsen-Eisen. Auf Wunsch weitere Behandlung mit Onkolysin.

2. K. L., 25 Jahre alt. Rasch auftretende Polyneuritis nach Angina mit starkem Uebelsein, die aber nicht behandelt wurde. Polyneuritis wesentlich gebessert durch Einreibungen, Massage. Jetzt nach 1½ Jahren noch Ulcerationen im Rachen. Di-Baz. +.

3. K. N., 35 Jahre. Im Kriege Polyneuritis unbekannter Aetiologie. Noch jetzt bestehen Lähmungserscheinungen an Gaumensegel, Arm und Bein. Wahrscheinlich auf Di-Erkrankung zurückzuführen, noch jetzt Di. +. Kokken, hantelf. Diplokokken typ. Stäbchen, Kultur typ. Stäbchen. Di-Serum wenig Erfolg, Strychninkur, Zustand bessert sich allmählich.

4. W. A., 61 Jahre alt, als Kind Di. vor der Serum-Aera. Oefter Kopfschmerz. Chron. Rachenerkrankung. Angina lac. mit positiven Di-Baz. seit mindestens 48—50 Jahren. Starker Juckreiz, durch Darniederhaltung der Rachen-Entzündung behoben.

5. A. S., 59 Jahre alt, langjährige Kopfschmerzen, starker Juckreiz, mehrfach an Stirnhöhle operiert. Chron. Rachen- u. Nasenkatarrh mit Di +.

6. A. P., 35 Jahre alt. Epididymitis, keine Go., Aetiologie unbekannt. Chron. Rachen-Di. ohne klinische Merkmale.

7. A. F., 35 Jahre alt. Grippe, Blinddarmreiz. Chron. Rachen-Di. ohne klinische Merkmale. Di-Baz. +. Guter Erfolg mit Di-Serum.

8. A. Pm., 36 Jahre alt. Andauernd Kopfschmerz in Stirn und Hinterkopf. Herzschwäche. Chron. Rachen-Di. Je eine Di-Serum-Injektion an drei auf einanderfolgenden Tagen, Serum-Ekzem. Vollständige Beseitigung der Kopfschmerzen und Besserung des Allgemeinbefindens. Arsen-Eisenkur.

9. A. G., 45 Jahre alt. Kopfgrippe. Chron. Rachen-Di. Stäbchen, Hantelf. Diplokokken, kleine Kokken, außerdem ziemlich viele kreisrunde Bläschen mit und ohne Kern, wie sie öfter beobachtet werden und auch bei Rhinosklerom beschrieben werden.

10. A. M., 61 Jahre alt. Arteriosklerose, Herzasthma, chron. Bronchialkatarrh. Chron. Rachen-Di. mit akutem Anfall, wobei für einige Zeit totaler Geruchsverlust. Serum-Beh. guter Erfolg.

11. I. H., 45 Jahre alt. Heisere Stimme, mitunter ganz stimmlos, nach Facharzt Katarrh ohne Bedeutung, Ekzem an Bein, Rücken, After. Chron. Rachen-Di.

12. W. S., 62 Jahre alt. Arteriosklerose, Augenerkrankung, Netzhautablösung. Chron. Rachen-Di. trotz starken Rauchens.

13. F. N., 40 Jahre alt. Nervenleiden, Apathie, Kopfweh. Chron. Rachen-Di.

14. E. M., 62 Jahre alt. Gallenleiden, Chron. Rachen-Di.

15. F. N., 58 Jahre alt. Gallenleiden, Chron. Rachen-Di.

Diese Beispiele zeigen, daß eine chronische Diphtherie in sehr vielen Krankheiten als Grundursache anzusehen ist. Die Tatsache, daß Di-Antitoxin im Blute der meisten Menschen vorkommt, ohne daß sie nachweisbar akute Di. überstanden haben, mag vielleicht als weiterer Beweis für die große Verbreitung der chronischen Diphtherie angesehen werden. Allerdings wird auch im Pferdeserum bei 30% der unbehandelten Tiere Di-Antitoxin nachgewiesen. Doch könnte auch hier eine chronische Diphtherie in Frage kommen, wobei natürlich auch die Besiedlung von Magen, Gallenblase, Blinddarm und Dickdarm von großer Bedeutung sein kann. Es fragt sich nun, wo ist der Sitz dieser chronischen Di.? Es gibt wohl nur wenig Menschen, die nicht eine leichtere oder stärkere chronische Entzündung im Rachen oder in der Nase haben. Dies dokumentiert sich unter Umständen nur durch Rötung einzelner Stellen oder größerer Teile, vielfach aber auch durch Erhebungen, deren Aussehen je nach Witterungseinflüssen und sonstigen Umständen Veränderungen zeigt. Auch die Pfropfenbildung mit Heraustreten der kleinen, weißen Massen ist hierher zu rechnen. Wenn diese auch öfter ein Bild des Soorpilzes geben, so finden sich doch in den meisten Fällen neben Kokken, Hanteln auch typische Stäbchen, zumal in der Kultur. Es kann also mit guten Gründen die Behauptung aufgestellt werden, daß die chronische Di. hauptsächlich eine Rachen- oder Nasenerkrankung ist, die wohl nahezu alle Menschen befällt.

Warum sie nicht immer zu akuten Erscheinungen führt, liegt wohl an der symbiotischen Gewöhnung und dem außerordentlichen Anpassungsvermögen dieses Pilzes, der kalt und warm, trocken und feucht, süß, sauer und salzig gleich gut vertragen kann, der bald säurebildend, bald alkalifreimachend wirkt und, wie die Ergebnisse der Kultur zeigen, bald virulent, bald avirulent ist, der sich in dieser oder jener seiner Erscheinungsformen fortzupflanzen und bei passender Gelegenheit in eine andere überzugehen vermag. Wenn also die chronische Di. keine akuten Erscheinungen auslöst, so liegt dies an der Anpassung der Symbiose. Erst wenn von einem anderen Individuum ein virulenter Di-Stamm übertragen wird oder aber durch sonstige Einflüsse die chronische Form in eine akute übergeht, tritt eine aktive Aktion ein, und namentlich scheinen es tatsächlich die Formen der kleinen dünnen Stäbchen, vielleicht Hungerformen, zu sein, die diese Aktivität besitzen, Formen, die, sobald sie auf günstigen Nährboden kommen, sich rasch und üppig ausbreiten.

Welche Schädigungen vermag eine chronische Di. für den Träger hervorzurufen? Vielfach scheint es sich um eine harmlose Symbiose zu handeln, aber in anderen, so in den oben erwähnten Fällen, sind Schädigungen nicht von der Hand zu weisen. Zeigen die Rachenpartien infolge Erkältung verminderte Resistenz, so stürzen die Bazillen mit Wucht auf die geschwächten Partien. Es kommt zu einer Ausbreitung und vermehrtem Wachstum mit allen unangenehmen Erscheinungen. Stecken die Füße längere Zeit in nassen Schuhen, ohne daß gleichzeitig lebhafte Bewegung des Körpers stattfindet, so wird dort das Blut vermehrt hinströmen, während es an anderen Partien vermindert ist, was insbesondere für die Rachenpartien von größerer Bedeutung ist, weil bei diesen eine ständige Hyperämie notwendig ist, um der Einwirkung der eingeatmeten kühleren Luft sowie der fortgesetzten Abkühlung durch verdunstende Feuchtigkeit zu begegnen. Wird doch überhaupt $^1/_6$ der Körperwärme für die Erwärmung der Nasen- und Rachenpartien verbraucht. Jede Verminderung wird sich also dort auf der kleinen Stelle am empfindlichsten bemerkbar machen.

Eine chronische Rachen-Di. kann also abwechselnd in eine akutere Form übergehen und dadurch virulenter werden. Aber auch unter den gewöhnlichen Verhältnissen ist anzunehmen, und zwar mit gutem Recht, daß die Di-Bazillen auch im latenten Stadium gewisse Giftstoffe abscheiden und den Wirt schädigen. Diese Toxine können und werden wahrscheinlich dieselben sein, wie sie die akute Di. erzeugt, und werden langsam in gleicher Weise wirken. Aber außer den Di-Toxinen als solche können und werden Spaltungsprodukte der verschiedenen Nährstoffe entstehen und eine schädigende Wirkung ausüben.

Ueber die Natur der durch die akute Di. erzeugten Toxine ist noch nichts sicheres bekannt. Wir wissen, daß sie filtrierbar sind. Nach neueren Untersuchungen sollen sie tatsächlich zu den höheren Spaltprodukten der Eiweißkörper gehören. Fernerhin ist das Toxin als amphoterer Elektrolyt anzusehen, dessen toxische Eigenschaften an seine Säure-Eigenschaften gebunden sind. Seine Toxizität wird dementsprechend durch Aenderung der (H^1) verändert. Das Optimum liegt bei pH 8,6—8,8 (5).

Bei der chronischen Di. beobachteten die Patienten vielfach einen sehr unangenehmen metallischen Geschmack, wie wenn man an Eisenmetall leckt. Welche Substanz dies verursacht und ob in der Tat Eisenjonen beteiligt sein können, ist nicht zu entscheiden.

Der fürchterliche Geruch bei der akuten Di. wird nicht immer beobachtet. Er ist wohl nur durch nebenher laufende Zersetzungen bedingt und hat wohl sonst keine Beziehungen zur allgemeinen toxischen Wirkung des Di-Giftes.

Von einiger Bedeutung dürfte aber neben der Proteolyse und Bildung des gewöhnlichen Toxins die Bildung der organischen Säuren sein, und es käme hier vor allem die Bildung von Milchsäure in Betracht. Rohrzucker, Milchzucker und Mannit werden vom Di-Bazillus nicht zerlegt, wohl aber Traubenzucker, Maltose und Galaktose. Von anderer Seite wird auch die Zerlegbarkeit des Milchzuckers behauptet. Für das Traubenzuckermolekül $C_6H_{12}O_6$ besteht eine ganze Reihe von Zerfallsmöglichkeiten:

1. Die allgemein bekannte in Alkohol und Kohlendioxyd, wobei zunächst Brenztraubensäure entsteht, aber sich auch nebenbei Glyzerin bildet:
   $C_6H_{12}O_6 = 2\,C_2H_5OH + 2\,CO_2$.
2. Zerfall in Essigsäure:
   $C_6H_{12}O_6 = 3\,CH_3COOH$.
3. Zerfall in Milchsäure:
   $C_6H_{12}O_6 = 2\,CH_3CHOHCOOH$.
4. Zerfall in Azetessigsäure, Essigsäure und Wasser:
   $C_6H_{12}O_6 = CH_3COCH_2COOH + CH_3COOH + H_2O$.
5. Zerfall in Azeton und Malonsäure:
   $C_6H_{12}O_6 = CH_3COCH_3 + COOHCH_2COOH$.
6. Zerfall in Azeton, Glykolsäure und Ameisensäure:
   $C_6H_{12}O_6 = CH_3COCH_3 + CH_2OHCOOH + HCOOH$.
7. Zerfall in Azeton, Methylalkohol und Oxalsäure:
   $C_6H_{12}O_6 = CH_3COCH_3 + CH_3OH + COOH \cdot COOH$.
8. Zerfall in Buttersäure bzw. Buttersäure und Methylalkohol, wie er auch durch die Buttersäurebakterien stattfindet.

Hierzu kämen noch oxydierende und reduzierende Einflüsse sowie Einwirkungen von Ammoniak usw., wodurch die Reihe der Umsatzmöglichkeiten vergrößert wird und auch auf das Gebiet der stickstoffhaltigen Substanzen übertragen wird.

Von den obigen, möglicherweise aus dem Traubenzucker entstehenkönnenden Substanzen sind der Methylalkohol und die Oxalsäure als direkt giftig zu bezeichnen. Desgleichen rufen Ameisensäure und Azetessigsäure unter Umständen schädigende Wirkung hervor. Auch eine fortgesetzte Beschickung mit Milchsäure kann nicht als durchaus günstig für die Magenfunktion angesehen werden, wenngleich wir ja auch in der Milch, Sauermilch, Apfelwein usw. Milchsäure in größeren Mengen ohne Schädigung zu uns nehmen und im Muskel fortgesetzt Milchsäure vorhanden ist. Die Milchsäure-Bildung wird auch in Beziehung zur Myokarditis gebracht. Von der Malonsäure wissen wir bis jetzt nichts sicheres Nachteiliges inbetreff ihrer Giftwirkung, aber sie hat verschiedene Umsetzungs- und Reaktionsmöglichkeiten. Azeton soll bei Di. seltener auftreten im Gegensatz zur „Angina“, wo bereits bei sehr geringen Graden von Infektion häufig schon Azetonurie vorhanden ist. „Die Streptokokken und Staphylokokken neigen also zur Azetonbildung, die Di-Bazillen nicht. Dagegen findet sich Azeton stets bei septischer Diphtherie.“ Dies Vorkommen von Azeton beweist, daß dann auch die anderen, oben erwähnten, nicht ganz unschuldigen Zerfallsprodukte entstehen können.

Die Di-Toxine werden mit dem durch entsprechende Behandlung im Pferde-, Rinder- oder Hammelblut erzeugten Antitoxin bekämpft, über dessen chemische Konstitution wir auch nichts sicheres wissen. Das Antitoxin wirkt außer auf den Lebensprozeß des Di-Bazillus hauptsächlich auf das frisch erzeugte Gift oder das noch nicht lange in Wirksamkeit getretene. So werden kürzlich aufgetretene Lähmungen rasch beseitigt, während schon seit längerer Zeit bestehende nur wenig beeinflußt werden, selbst bei wiederholten Injektionen, wobei dann auch größere Dosen Antitoxin zur Verwendung kommen sollen.

Welche Folgen können akute Di-Erkrankungen haben und wie verhält es sich mit der chronischen Diphtherie hierbei? Von der akuten virulenten Diphtherie kennen wir als Krankheitserscheinungen neben dem Auftreten des entzündlichen Belags sowie der Möglichkeit des Uebergreifens auf Trachea und Kehlkopf bei Croup und auf die Lunge wohl hauptsächlich folgende:

Fieber, Kopfschmerz, Halsschmerz, Muskel- und Gelenkschmerzen, schwere Vergiftungserscheinungen, Somnolenz, Herzschwäche, Störungen der Magen- und Darmtätigkeit.

Dabei treten auf: Lähmungen im Akkommodationsmuskel des Auges ohne gleichzeitige Pupillenlähmung, Gaumenmuskellähmung, Lähmung der Arm- und Beinmuskulatur. Weiterhin sind bei oder nach Di. beobachtet worden: Pneumonie, Myo- und Perikarditis, Nierenentzündung, Erkrankung der weiblichen Genitalien, Otitis und Nasennebenhöhlenerkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes.

Wir sehen, daß also die Di-Erkrankung eigentlich in allen Teilen des Körpers mehr oder weniger schwere Krankheitserscheinungen hervorrufen kann, die zum Teil direkt lebensbedrohend sind. Auch kommen die Di-Bazillen im Blut und den inneren Organen sehr häufig vor. So fand Frosch (6) in 14 Fällen von Di-Erkrankung 10 Fälle mit Di-Bazillen im Blut und in den inneren Organen.

Es ist wohl als sicher anzunehmen und dies ergibt sich auch aus den Beobachtungen der Folgeerscheinungen, daß die chronische Diphtherie in gleicher Weise wirkt wie die akute, daß also eine sog. avirulente Kultur nur wenig Giftstoffe erzeugt, daß aber auch diese allmählich auf den Körper wirkenden eigentlichen Toxine sowie auch die sonstigen aus dem Lebensprozeß der Di-Bazillen sich ergebenden Zersetzungsprodukte erheblich schädigend auf den menschlichen Organismus wirken können.

Typisch hierfür ist die Krankheitsgeschichte von Fall 1 mit der Myokarditis als Folgeerscheinung.

Da nun die chronische Rachendiphtherie eine so weit verbreitete und nicht zu vernachlässigende Erkrankung ist, müssen wir genau untersuchen, wie etwa ihre Wirkung, abgesehen von Otitis, Nasennebenhöhlenerkrankungen, Myokarditis usw. sonst noch sein möchte. Zunächst kann man hier das ganze Gebiet der Stoffwechselerkrankungen heranziehen, für welche wir noch keine Erklärung haben, so vor allem für Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Arthritis deformans, Rachitis, Muskelschwund. Hierzu kommen Blinddarm- und Gallenblasenentzündungen, ferner das große Heer der Nervenerkrankungen von Polyneuritis bis zu den Gehirnsymptome machenden Entzündungen, soweit sie nicht durch andere Ursachen, die uns bereits bekannt sind, hervorgerufen werden. Daran schließen sich die Erkrankungen von Nase, Ohr und Auge, bei letzterem besonders Akkommodationsstörungen, Trübungen der Medien. Das gleiche gilt für einen Teil der Neubildungen wie Krebs und Sarkom. Sie alle werden erzeugt durch eine Noxe oder mehrere derselben, für deren Herkunft wir bisher keine Deutung haben. Alterserscheinungen allein sind es sicher nicht, die diese Veränderungen und Schädigungen begünstigen und hervorrufen.

Vom Rhinosklerom-Bakterium, das als Diplokokkus vielleicht den Di-Bazillen nahesteht, wissen wir, daß die in der Nase erzeugten Entzündungen einen sarkomartigen, kleinzelligen Charakter zeigen. Wenn wir die neuesten Ergebnisse der Untersuchungen von Warburg (7) unserer weiteren Betrachtung zugrunde legen, so handelt es sich nach diesem Forscher bei Carcinom und Sarkom um die Tätigkeit von in einem dem Erstickungsstadium ähnlichen Zustand befindlichen Zellen, bei denen Kohlensäure erzeugt, Glukose verbraucht, aber auch Milchsäure produziert und in das Blut abgegeben wird. Bei dieser Milchsäurebildung handelt es sich im wesentlichen um eine Spaltung des Traubenzuckers, wie sie oben in Gleichung 2 wiedergegeben ist, an Stelle einer Oxydation, wie sie sonst normalerweise vor sich geht. Während aber in normalen Zellen die Milchsäuregärung erst bei der Erstickung in Erscheinung tritt, scheidet die Tumorzelle immer Milchsäure aus, auch wenn sie mit Sauerstoff gesättigt ist. Die Tumorzelle verhält sich also wie eine erstickte, normale, wachsende Zelle, trotz Anwesenheit von Sauerstoff. Die Zelle gärt, aber sie oxydiert nicht. Weitere Untersuchungen ergaben, daß die Tumorzellen wie Hefe auf die Dauer nicht ohne Sauerstoff leben können, aber daß beide imstande sind, zeitweilig ohne Sauerstoff auf Kosten der Gärung zu wachsen, und es scheint die in den Tumorzellen auftretende anormale Gärung zu genügen, um Krebs hervorzurufen. Diese Erscheinung sieht Warburg (7) als eine Art Erstickung an. Wenn auch dieser Zustand der Tumorzellen dem einer Erstickung ähnlich ist, so scheint mir durch diesen Vergleich doch keine hinreichende Erklärung gegeben zu sein, warum sich die Zelle so verhält. Sondern es muß wohl angenommen werden, das in den Tumorzellen ein Ferment tätig ist, das Glukose in Milchsäure spaltet, und das eine weitere Oxydation unmöglich macht oder nur in unvollständiger Weise stattfinden läßt. Woher kommt dieses Ferment? Möglicherweise stammt es aus dem gesunden Körper, aber vielleicht ist es auch ein Stoffwechselprodukt von an irgendeiner Stelle des Körpers ansässigen fremden Zellen und wird, wie üblich, in dem Haushalt des tierischen Körpers als fremdartiger Bestandteil besonders an den loci minoris resistentiae angesammelt. Ein locus minoris resistentiae ist nun die Carcinomstelle auch schon vor der Entwicklung des Tumors in Anbetracht dessen, daß wir schon vor derselben eine bereits vorhandene Schädigung an dem Ort der Entwicklung anzunehmen haben. Es brauchen also nicht dort in den Tumorzellen befindliche Bakterien die Ursache des verkehrten Stoffwechsels der Carcinomzellen zu sein, sondern die Ausscheidungsprodukte solcher können hier zur Wirkung kommen, die an einer ganz anderen Stelle des Körpers ihren Sitz haben. An dieser Stelle ist auf die immer vorhandenen Erkrankungen des Rachens hinzuweisen.

Wenn wir von diesem Gesichtspunkte aus die durch die Erkrankungen des Rachens usw. möglicherweise auftretenden Schädigungen von Magen und Darm, insbesondere auch ihrer Drüsentätigkeit sowie die des Pankreas, ins Auge fassen, so ist es nicht von der Hand zu weisen, daß eine Möglichkeit der Schädigung dieser Drüsentätigkeiten durch Spaltprodukte der die Rachenerkrankungen verursachenden Spaltpilze vorhanden ist. Auch hier mögen zunächst andere Momente als auslösend wirken, wie mechanischer Druck oder chemischer Reiz irgendwelcher Art. Wir sehen also, daß auch hier Anknüpfungspunkte vorhanden sind, und daß es notwendig ist, auch in dieser Beziehung die Tätigkeit der Rachenbakterien usw. sorgfältig zu untersuchen und zu überwachen. Das gleiche gilt auch für Stoffwechselerkrankungen anderer Art. Der locus minoris resistentiae spielt auch hierbei eine größere Rolle, wozu noch körperliche Veranlagung im einen oder anderen Falle hinzutritt.

Von Wichtigkeit ist aber auch die fortgesetzte Zufuhr von Bakterien ins Blut, aber auch in Magen und Darm und ihre dortige Ansiedlung an Stellen geschädigter Schleimhaut oder in der Gallenblase oder im Blinddarm. Wie O. Specht (8) mitteilt, fanden Gundermann und Huntemüller bei fast tausend untersuchten Gallenblasen-Erkrankungen in ca. 50 % der Fälle Bakterien in der Leber und in der Galle, in fast 100 % in der Blasenwand, und zwar vorherrschend Staphylokokken. Aehnliche Ergebnisse zeitigten die Untersuchungen von Scheele, Rohde, Rosenow u. a., die außerdem feststellten, daß selbst zeitweise latente Keime zu akuter Infektion führen können besonders dann, wenn irgendeine Behinderung des Gallenabflusses aus der Blase oder den höheren Gallenwegen oder eine Schädigung der Blasenwand vorlag, wie letzteres häufig genug durch Steine gegeben wird. Von gleicher Wichtigkeit waren in diesem Zusammenhang die Feststellungen Popperts, daß die vielen postoperativen Beschwerden, die sog. Schmerzrezidive, die früher in erster Linie auf Verwachsungen zurückgeführt wurden, zum größten Teil auf infektiöser Basis beruhen. Wenn auch Specht in seinen Untersuchungen nur einmal Pseudodiphtherie feststellte, sonst meist Staphylokokken neben Streptokokken neben vereinzelt Koli, Pneumokokken und Paratyphus, so darf nach dem Obigen wohl angenommen werden, daß diese Strepto- bzw. Staphylokokken sich doch zum Teil auf Diphtherie und Pseudodiphtherie zurückführen lassen werden. Das gilt insbesondere auch für die beobachteten Diplobazillen.

Ich stehe nicht an, auch Masern und Scharlach, sowie u. U. auch Keuchhusten, bei denen ja immer gleichzeitig eine Rachenerkrankung vorhanden ist, auf diese in ihren Formen so reiche Familie der Di-Bazillen zurückzuführen. In allen von mir untersuchten Fällen habe ich einzelne der Formen oder auch sämtliche beobachtet sowohl in älteren wie auch in frischeren Fällen. Stellt man sich auf den Standpunkt, daß nur typische Stäbchenbildung als maßgebend anzusehen ist, so gibt man sich nach meinen Untersuchungen einer Täuschung hin. Meist sind auch sämtliche Formen, oft gleichmäßig verteilt, vorhanden, seltener die eine oder andere in Reinkultur. Ich will und kann noch nicht bestreiten, daß möglicherweise gewisse Streptokokkenformen selbständige Individuen von isoliertem Charakter darstellen, aber für einen Teil glaube ich einen Zusammenhang mit den Di-Bazillen als sicher annehmen zu müssen, wenigstens sprechen meine Untersuchungen durchaus dafür.

Die Aufgabe einer modernen Hygiene ist es also, die chronische Diphtherie bzw. chronische Mischinfektion des Rachens usw. zu bekämpfen. Wir wissen, daß hier die verschiedensten Bestrebungen im Gange sind. So hat man schon eine große Zahl der verschiedensten Präparate für die Bekämpfung der Di-Bazillenträger vorgeschlagen, insbesondere Gurgeln mit diesem oder jenem Stoff. Das Problem ist aber noch nicht gelöst. Denn wenn es auch gelingt, den vorderen Teil des Rachens frei zu machen, so kommt man bei dem Gurgeln zu wenig in den hinteren Teil, als daß ein voller Erfolg möglich wäre. Dazu kommt noch der Umstand, daß man bei dem Gurgeln nicht an die tiefersitzenden Kolonien herangelangen kann, insbesondere auch nicht an die der Luftröhre, sowie der Nase mit ihren vielen Ausbuchtungen. Allzu schroffe Pinselungen und Aetzungen schaden mehr als sie nützen.

Das Problem als solches besteht: Entfernung und Verhütung der akuten und chronischen Rachendiphtherie oder doch Darniederhaltung ihres Lebensprozesses als eine Kulturtat für die Menschheit, Untersuchung der Folgeerscheinungen einer chronischen Diphtherie in bezug auf Stoffwechsel-, Nerven- und Organerkrankungen aller Art.

Zu den akuten und chronischen Schädigungen dieser Symbiose können noch die durch Bakterien anderer Art hinzutreten, ferner aber die Wirkungen von eingeatmeten tierischen und pflanzlichen Produkten, so die Pollenwirkung, die wahrscheinlich nicht nur im Sommer, sondern wohl auch schon im Frühjahr und in anderen Jahreszeiten eine bedeutsame Rolle spielt, so daß nicht nur der in unserer Gegend erzeugte Pollen, sondern auch bei günstigen Winden der aus anderen weitabliegenden Ländern zugeführte Pollen eine wichtige Rolle für Allgemeinerkrankungen zu spielen vermag. Hierzu kommt noch das ganze Heer von sonstigen eingeatmeten Produkten, die häufig nur mechanische Reize ausüben. Des öfteren findet man weiße und gelbe Protoplasmaklümpchen, die vielleicht auf den Pollenstaub zurückzuführen sind, aber auch sonstige verschiedenartige Gebilde. Der Pollenstaub wirkt nicht nur mechanisch, sondern direkt aggressiv biochemisch. Von sonstigen Gebilden, die wohl nur mechanischen Reiz ausüben, sei hier ein Fall wiedergegeben, dessen völlige Aufklärung zunächst größere Schwierigkeiten bot. Als Ursache eines heftigen, plötzlich eintretenden Rachen-, Nasen- und Bronchialkatarrhs wurden die Schuppen des Silberfischchens festgestellt. Der Patient erinnerte sich nachher, daß er tatsächlich von staubigen Büchern Hüllen/ von Silberfischchen weggeblasen hatte. Bei der Feststellung der Herkunft der Schüppchen unterstützte mich der leider kürzlich verstorbene Herr Dr. Schwan, Kustos am Hessischen Landesmuseum.

So gibt es mannigfaltige Ursachen, dic die latente Wirkung der symbiotischen Bakterien zu einer akuten zu steigern vermögen und die sonst nur chronischen, aber unter Umständen doch sehr bedeutsamen Schädigungen zu energischer wirkenden werden lassen.

Literatur.

1. C. Sonnenschein: Münch. med. Wochenschr. 1925. S. 725.
2. Merkl, s. Kolle u. Wassermann, Handb. d. patholog. Mikroorganismen. Bd. 4, I. 506.
3. C. Sonnenschein: l. c.
4. A. Abraham: Deutsch. med. Wochenschr. 1925. S. 2114.
5. F. v. Gröer: Biol. Zeitschr. 38., 13. u. 14. 1923.
6. Frosch: Kolle u. Wassermann, Handb. d. patholog. Mikroorganismen. Bd. 2, 830.
7. Warburg: Ref. über Vortrag in Kiel, Chem. Ztg. 1926. Zeitschr. angew. Chem. 1926.
8. O. Specht: Münch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 20.

Zur Vitaminfrage.

Von

Kinderarzt Dr. EUGEN NETER, Mannheim.

Als im Jahre 1881 in Bunges Laboratorium die Versuche mißlangen, Mäuse mit reinen (gereinigten) Nahrungsstoffen zu ernähren, erkannte der geistvolle Physiologe, daß neben dem Kaseïn, Fett, Kohlehydrat und Mineralsalz noch Stoffe in der Milch enthalten sein müssen, die für das Leben unentbehrlich sind. „Es wäre lohnend, die Versuche fortzusetzen“, schloß Bunge seine später sich als bedeutungsvoll erweisende Mitteilung. Die moderne Literatur über das Problem dieser „Zusatz“stoffe brachte unübersehbares Material über die Wirkung der Vitamine und auch mancherlei Theorie über das Wesen dieser lebenswichtigen Stoffe.

Wenngleich noch nicht genügend isoliert dargestellt, in ihren physikalischen und chemischen Eigenschaften noch unzulänglich erkannt, gelten die Vitamine („vita“ — „amino“körper) als „stickstoffhaltige Substanzen, sehr kompliziert gebaute kristalline Körper, die chemisch einer neuen Gruppe angehören“ (Weitzel[1]). Der tierische Organismus ist nicht imstande, selber die Zusatzstoffe aufzubauen; die Pflanze allein besitzt die Fähigkeit, Vitamine zu schaffen, und bildet daher den Ausgangspunkt für diese dem Menschen unentbehrlichen Lebensstoffe.

Man hat die Vitamine in verschiedene Gruppen eingeteilt, von denen der fettlösliche Faktor A, der wasserlösliche Faktor B und der gleichfalls wasserlösliche Faktor C die bekanntesten sind. Verschiedene Fällungsmethoden und andere Verfahren möglichster Isolierung der an ihrer Wirkung erkennbaren Vitamine bestärkten die Vorstellung, daß man es bei den Zusatzstoffen tatsächlich um chemische Individuen, um noch unbekannte Substanzen zu tun hat. Diese Theorie — bisher außerordentlich wertvoll durch ihre Anregung zu erfolgreichen Forschungen — scheint mir ungenügend begründet und bedarf einer Revision, wenn vermieden werden soll, daß sich die weiteren Forschungen in falschen Bahnen bewegen.

Der fettlösliche Faktor A (und Faktor D) sind identisch mit dem antirachitischen Prinzip. Funk, der die Bezeichnung Vitamine prägte, brachte die Rachitis in Beziehung zu seinen Vitaminen. Funk betrachtet die Vitamine als Betriebsstoffe für endokrine Organe, besonders für Thymus und Epithelkörperchen; Mangel an Vitaminen führe zu Unterfunktion dieser Organe und damit zur Rachitis. In neueren Arbeiten wurde — in der üblichen Uebertreibung zeitgemäßer Schlagworte — die Rachitis schlechthin als Avitaminose bezeichnet, eine Schablonisierung, unbegreiflich für den, der den schwierigen Komplex des Rachitis-Problems aus klinischer und experimenteller Erfahrung kennt. Es ist ebenso unmöglich, durch eine vitaminreiche Nahrung die Entwicklung einer Rachitis zu verhindern, ebenso wie es möglich ist, durch bestimmte Methoden (z. B. Einsperren der Versuchshunde in enge Käfige) bei normaler Ernährung experimentell Rachitis zu erzeugen. Durch Ablehnung des Begriffes Avitaminose für die Pathogenese der Rachitis soll die hohe Bedeutung der Vitamine für die Entstehung und Behandlung der Rachitis nicht geschmälert werden; die Ernährungsweise spielt bei der Rachitis eine unbestrittene große Rolle. Wie kompliziert aber das ganze Problem der Rachitis sich uns darstellt, zeigen die sehr zahlreichen neueren Versuche mit den ultravioletten Strahlen und deren Bedeutung für die Frage der Rachitis und der Vitamine. Durch Huldschinski ist die Höhensonne in die Behandlung der Rachitis eingeführt worden und hat seitdem zunehmende Anwendung und Anerkennung gefunden. Man sah unter der Höhensonne im klinischen Bilde und im Experiment die Rachitis zurückgehen, d. h. man konnte deutlich eine außerordentlich starke Einwirkung der ultravioletten Strahlen auf den rachitischen Prozeß nachweisen. In weiteren Versuchen ließ sich Folgendes feststellen: Füttert man mit der post mortem bestrahlten Haut von Ratten solche Versuchstiere, die man künstlich — durch vitaminarme Kost — rachitisch gemacht hatte, so sieht man diese Tiere ebenso gesund werden, wie wenn man sie direkt mit Höhensonne behandelt hätte. (Etwas schwer glaublich fast erscheint jene Arbeit, die berichtet, daß unbestrahlte Tiere, die mit bestrahlten Tieren in einem Käfig zusammengebracht wurden, trotz rachitis-erzeugender Ernährung nicht krank wurden, so daß man zur Annahme gezwungen sei, daß das wirksame Prinzip der Strahlen von einem Tier auf das andere überzugehen vermag). Man ging in den Bestrahlungsversuchen weiter, indem man Nahrungsmittel ultravioletten Strahlen aussetzte und dabei die Entdeckung machte, daß nach der Bestrahlung Vitamin-Eigenschaften bei solchen Nahrungsstoffen gefunden wurden, die vorher solche nicht besessen hatten: Mehle, insbesondere aber pflanzliche (nicht mineralische) Oele und andere Stoffe erlangen durch Bestrahlung mit Höhensonne antirachitische Eigenschaften. In der gleichen Weise kann auch chemisch reines Cholesterin biologisch „aktiviert“ werden: in öliger Lösung ist das Cholesterin zehn Monate nach der Bestrahlung noch aktiv; in wässriger oder alkoholischer Lösung geht die „induzierte Strahlenenergie“ rasch verloren: Ebenso wie Cholesterin verhalten sich seine Esterverbindungen, während Cholestanole, d. h. hydrierte, ihrer Doppelbindung beraubte Cholesterine bei Bestrahlung inaktiv bleiben (György). Die Annahme, daß der Lichtwirkung auf Cholesterin eine Oxydation zugrunde liegt, ist unwahrscheinlich. — Milch, in 30 bis 40 cm Abstand 30—60 Minuten lang in offenen Schalen mit Höhensonne bestrahlt, erwirbt — unter Annahme eines an Lebertran erinnernden Geschmackes (Jecorisation) — antirachitische Wirksamkeit; eine Kinderklinik hat diese Erfahrung insofern schon in die Praxis umgesetzt, als sie bestrahlte Milch herstellt und verkauft zur Verwendung bei Kindern, bei denen Rachitis verhütet oder behandelt werden soll. Versuche (György) ergaben, daß auch „bestrahltes Milchpulver sowohl die floride, unkomplizierte Rachitis sowie die Tetanie zu völliger klinischer und blutchemischer Heilung zu bringen imstande ist“. Selbst prophylaktisch erwies sich das bestrahlte Milchpulver als erfolgreich. Lebertran soll nach 30 Minuten langer Bestrahlung seine native Vitaminwirkung verlieren d. h. inaktiviert werden.

---

[1] Weitzel: Die Vitamine. 3. Auflage Verlag d. Aerztl. Rundschau in München. 1926.

Die Theorie von der chemischen Individualität der Zusatzstoffe ist schwer in Einklang zu bringen mit den Ergebnissen der Höhensonnen-Experimente. Es liegt nun nahe, überhaupt die Existenz der Vitamine zu bestreiten[2] und das, was wir als Auswirkung dieser hypothetischen Stoffe kennen, als eine Eigenschaft der uns bisher bekannten Stoffe zu deuten, als einen besonderen physikalisch-chemischen Zustand, in dem z. B. das betr. Fett oder Mineralsalz sich in diesem Augenblick befindet. Ein Teil der uns bekannten Stoffe kann durch bestimmte Methoden „aktiviert" werden, d. h. Eigenschaften erlangen, deren Auswirkung identisch ist mit dem, was wir als Vitaminwirkung bezeichnen. Ebenso können diese Stoffe wiederum durch verschiedene Verfahren ihrer Vitaminwirkung beraubt, „inaktiviert" werden. Ganz bestimmt gibt es in der Natur eine Reihe von anderen, uns noch unbekannten Wegen, auf denen die Nahrungsstoffe und Mineralien die zur Rede stehenden Eigenschaften erwerben und verlieren können. Leichter vorstellbar wird die gegebene Auffassung durch einen Vergleich mit dem Magnetismus: Ein Eisenstab kann auf verschiedene Weise magnetisch aktiv gemacht werden und ebenso seine magnetische Eigenschaft verlieren; dieser Vorgang wird ohne Zuhilfenahme eines besonderen magnetischen „Zusatz"stoffes durch die Theorie einer Umlagerung der Molekular-Magnete erklärt. Eine von außen kommende Kraft (Magnete, elektrischer Strom usw.) bewirkt im inaktiven Eisenstab eine Umstellung der divergent zueinander gelagerten kleinsten Magnet-Teile im Sinne einer gleichgerichteten Lagerung dieser Molekular-Magnete; und die Folge dieser anderen molekularen Anordnung, wohl in Hinsicht auf die Oberflächenwirkung, ist der nunmehr erzielte magnetisch-aktive Zustand des Eisens. — *Ebenso ist vielleicht auch das Vitamin kein Stoff für sich, sondern nur die Auswirkung eines besonderen (optimalen?) Zustandes des Nahrungsstoffes und Minerals*, einer Vitactivität, die durch Umlagerung innerhalb des Moleküls erworben wird und wieder verloren gehen kann.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine in der Zeitschrift „Die Naturwissenschaften" (1925-1926) erschienene Arbeit von Baudisch u. Welo. Die Verfasser gehen von der bekannten Tatsache aus, daß Mineralquellen an der Stelle, wo sie zutage treten, ganz besondere therapeutische Wirkungen auslösen können, daß aber die Heilkraft des frischen Wassers oft schon im Laufe von Stunden abklingt, um schließlich völlig zu verschwinden. Daß diese Quellen reichlich mineralische Bestandteile enthalten, genügt nicht, um ihre Heilwirkung zu erklären, da die aus der Quelle isolierten und wieder in Lösung gebrachten Salze nicht mehr die therapeutische Wirkung des frischen Wassers besitzen. Für dieses „Altern" der Quellen, für die Verflüchtigung des sog. „Brunnengeistes" fehlt noch jedes Verständnis. Es liegt nahe anzunehmen, daß die anorganischen Salze der frischen Quelle sich in einem labilen „aktiven" Zustand befinden, der sich im Laufe einer gewissen Zeit in einen stabilen „inaktiven" umwandelt. Die bei manchen Quellen hierbei auftretenden äußeren Veränderungen (wie z. B. das durch Ausscheidung von Eisenoxydhydrat entstehende Opalisieren) spielen wohl keine besondere Rolle bei dem „Altern" des Wassers; es müssen feinere Vorgänge sein, die hier schuld sind. Manche Wasser zeigen z. B. in frischem Zustand katalytische Eigenschaften, die allmählich verschwinden. Die Verfasser versuchten nun durch eigene Experimente zuerst mit Eisensalzen dem Wesen des aktiven und inaktiven Zustandes etwas näher zu kommen. Läßt man metallisches Eisen mit CO_2 in wässriger Suspension reagieren, so entsteht Ferrobicarbonat, welches im Moment des Entstehens eine gewisse Wasserlöslichkeit besitzt. Diese in statu nascendi vorhandene Eigenschaft des Ferrobicarbonat schwindet sehr rasch, ebenso wie seine andern kurzlebigen Eigenschaften, z. B. die Fähigkeit, durch den aufgenommenen und koordinativ gebundenen Sauerstoff gleichzeitig anwesende oxydable Verbindungen (Milchsäure) zu oxydieren; nach wenigen Sekunden des „Alterns" verliert sich die Fähigkeit des frischen Ferrohydrats, Alkalinitrate zu Nitriten zu reduzieren. Saugt man — wie die Verfasser weiter fanden — die frische Glauberquelle am Ursprung der Fontäne in luftleere Ampullen und schmilzt diese sofort zu, so befindet sich der kristallklare Inhalt unter schwachem Kohlensäuredruck. Werden nun einige der so hergestellten Ampullen im Tageslicht aufbewahrt, während der andere Teil in den Dunkelraum kommt, so trüben sich die belichteten Röhrchen schon nach Bruchteilen einer Stunde, während die Dunkelampullen unter sonst gleichen Umständen noch nicht die geringste Veränderung zeigen. Die Lichtenergie hat eine teilweise Ausscheidung der im Mineralwasser gelösten Eisensalze bewirkt, hat das „Altern" beschleunigt. Umgekehrt konnten die Verfasser nachweisen, daß Ferrocyannatrium, eine stabile, unreaktive Verbindung, durch den Einfluß des Sonnenlichtes sehr rasch in eine außerordentlich reaktive übergeführt werden kann und dann selbst in einer Verdünnung noch von 1 : 200 000 deutlichen Einfluß auf das Wachstum der Bakterien gewinnt. — Mit dieser Aenderung des Ferrocyannatrium geht gleichzeitig auch eine Wandlung seiner magnetischen Kräfte einher. Einen aus $Fe So_4 + Fe_2 (SO_4)_3 + Na OH$ künstlich hergestellten Magnetit $Fe O \cdot F_2 O_3$ gelang es den Verfassern durch Erhitzen auf 300° (im Sauerstoffstrom) in ein noch stärker magnetisches, durch weiteres Erhitzen auf 550° in ein fast unmagnetisches Eisenoxyd überzuführen. Diese beiden, magnetisch vollkommen verschiedene Eisenoxyde zeigen bei der chemischen Analyse keine Unterschiede. Die Röntgen-Interferenzphotographie ließ erkennen, daß bei der Umwandlung des Magnetit $F_3 O_4$ in oxydierten Magnetit $(F_2 O_3)$ die *kubische* Kristallstruktur des Moleküls unverändert bleibt. Bei höherem Erhitzen ändert sich jedoch die Kristallstruktur in eine *rhomboedrische*. Diese beiden, im atomaren Aufbau ihres Moleküls allotropen Formen derselben chemischen Substanz zeigen sich nun auch *biologisch* verschieden (Versuche über den Einfluß des Eisenoxyds $Fe_2 O_3$ auf das Wachstum von Bakterien — Lepisepticus, Influenzabazillus; diese Versuche bedürfen wohl noch der Nachprüfung).

Soweit die Versuche der Verfasser; die Ergebnisse erscheinen mir nicht unwichtig für unser Problem der Vitamine. Vielleicht daß von *dieser* Seite her — durch das Studium des atomaren Aufbaues unserer Nahrungsstoffe und Mineralsalze und der Beeinflussung und Wandlung dieses Aufbaues — Forschung und Praxis wertvolle Anregung gewinnen werden.

Aus der III. medizinischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitales in Wien.
Vorstand: Prof. Dr. Ernst Czyhlarz.

Der künstliche Pneumothorax.

Von

Dr. ERNST PICK, Abteilungsassistent.

Der von Forlanini im Jahre 1892 zum erstenmal ausgeführte künstliche Pneumothorax (Pn.) ist der am häufigsten ausführbare operative Eingriff zur Behandlung der Lungentuberkulose und zeitigt häufig so gute Erfolge, daß er mit Recht als der größte Fortschritt der Tuberkulosetherapie in den letzten Jahrzehnten bezeichnet wird. Die Ausführung der Operation wird zwar in den meisten Fällen dem Lungenspezialisten bzw. Internisten vorbehalten bleiben, jedoch kann der praktische Arzt durch Belehrung und Aufklärung über Zweck und Dauer der Behandlung, durch die rechtzeitige Ueberweisung des Patienten an den Facharzt und durch die Ueberwachung des Kranken während der Pn.-Behandlung viel zum Erfolg der Therapie beitragen. Es erscheint daher zweckmäßig, daß die praktischen Aerzte über das Verfahren genauer orientiert sind.

Die Pn.-Therapie bezweckt eine Ruhigstellung der erkrankten Lunge und dadurch eine Verlangsamung ihres Blut- und Lymphstromes. Die Toxine werden in geringeren Mengen in den Organismus ausgeschwemmt, weshalb die toxischen Symptome bei ausreichendem Lungenkollaps rasch schwinden; andererseits fördert der Kollaps der Lunge und die Toxinstauung in ihr die Tendenz zur Schrumpfung. Ein weiterer Erfolg der Pn.-Therapie ist das oft sehr rasche Verschwinden des Sputums und damit der Infektionsgefahr für die Umgebung.

Der schwierigste Teil der Pn.-Behandlung ist die *Indikationsstellung*. Es kommt hier nicht nur darauf an, den Gesamtcharakter der Erkrankung richtig zu beurteilen, sondern es erscheint notwendig, die Art des Prozesses in jeder Lunge getrennt zu erfassen. Ferner spielen Intelligenz, Geduld und Gewissenhaftigkeit des Patienten wie auch seine wirtschaftlichen Verhältnisse eine wesentliche Rolle bei der Indikation. Die Durchführbarkeit des Pn. hängt wesentlich vom Zustande der Pleura ab. Ausgedehnte, ältere Verwachsungen verhindern den Lungenkollaps, geringere Adhäsionen stören den Erfolg des Pn. in vielen Fällen nicht.

---

[2] *Erich Müller*; Archiv f. Kindh., Bd. 77.

Unbedingt angezeigt ist die Anlegung des Pn. bei einseitigen Prozessen, die so ausgedehnt sind, daß voraussichtlich eine Spontanheilung nicht eintreten kann. Produktive und indurierende Prozesse geben dabei eine bessere Prognose als exsudative, bei denen es meist trotz Pn. zum Fortschreiten des Prozesses und Uebergreifen auf die gesunde Seite oder zu Empyembildung kommt. Sehr geeignet sind kavernöse Prozesse, wenn die Kaverne nicht durch Adhäsionen fixiert oder infolge sehr starrer Wandungen inkompressibel ist. Bei ganz großen, dünnwandigen Kavernen besteht die Gefahr des Einreißens ihrer Wand mit konsekutivem Pyopneumothorax. Schwere, langdauernde Hämoptoen indizieren die Anlegung des Pn., wenn die blutende Seite bekannt ist. Hochgradige Kachexie bildet eine Kontraindikation. Bei Erkrankung beider Lungen ist der Pn. möglich, wenn der Prozeß auf der besseren Seite nicht über ein Drittel der Lunge einnimmt, keine Progredienz und keine Zerfallserscheinungen zeigt. Unterlappenprozesse der besseren Seite kontraindizieren im allgemeinen den Pn.; relativ gutartig sind Herde in der Lingula der linken Lunge, die manchmal selbst dann, wenn sie während der Behandlung der anderen Seite auftreten, keine Tendenz zum Fortschreiten zeigen. Bei schwerer, doppelseitiger produktiv-cirrhotischer Tuberkulose wurde in einigen Fällen ein beiderseitiger, partieller Pn. mit gutem Anfangserfolg angelegt (Samson, 1), älter ist die Verwendung des einseitigen symptomatischen „Entspannungspneumothorax“ nach Gwerder bei solchen Fällen.

Gleichzeitig bestehende Kehlkopftuberkulose hindert die Pn.-Anlegung nicht, dagegen bilden Tuberkulose des Darmes, der Nieren und Amyloidose eine strikte Kontraindikation. Das Bestehen eines Diabetes neben einseitiger Tuberkulose halten manche Autoren für eine Kontraindikation gegen Pn. (Ulrici, 2), andere verlangen eine strenge Diät- und Insulinbehandlung vor der Anlegung des Pn. (Rosenberg, 3). Wir selbst sahen in einem Falle, bei dem durch kohlehydratarme Diät die Glykosurie nicht wesentlich beeinflußt worden war, nach Pn.-Anlegung schnelle Abnahme und später vollkommenes Verschwinden der Zuckerausscheidung. Gravidität stellt keine Kontraindikation des Pn. dar; ja manche Autoren sehen die Unterbrechung der Schwangerschaft bei einseitigen Prozessen erst dann für berechtigt an, wenn eine Pn.-Behandlung undurchführbar ist (van Voornveld).

Außer bei der Lungentuberkulose kommt der Pn. noch in Betracht bei der Behandlung von Bronchiektasien, wo allerdings meist Pleuraadhäsionen den Kollaps der Lunge verhindern, ferner in Fällen von exsudativer Pleuritis, die trotz jeder anderen Therapie wochenlang hoch fiebern, deren Exsudat sich trotz wiederholter Punktionen immer wieder rasch erneuert und die sichtlich verfallen. Hier sehen wir oft schon nach einer Lufteinblasung (nach vorhergegangener, teilweiser Absaugung des Exsudates) einen vollkommenen Umschwung des Krankheitsbildes, rasche Entfieberung und Besserung des Kräftezustandes. Ganter (4) behandelt das chronische Emphysem mit partiellem Pn. und erzielt dadurch eine bessere Ventilation der Lunge. Elias (5) sah rasches Abklingen des akuten metapneumonischen Empyems unter Pn.-Behandlung.

Wie schon früher erwähnt wurde, ist das psychische Verhalten und die Intelligenz des Patienten von wesentlicher Bedeutung für die Indikationsstellung und Prognose der Pn.-Behandlung. Diese erfordert viel Geduld und Einsicht von seiten des Kranken, da sie ja jahrelang fortgesetzt werden muß und der Patient während dieser Zeit kurgemäß leben soll, wenn man einen Dauererfolg erzielen will. Bei sehr mißtrauischen, empfindlichen und ungeduldigen Individuen lehnen wir im allgemeinen den Eingriff ab; doch findet man nicht selten so veranlagte Patienten, die durch beruhigendes und aufklärendes Zureden und vor allem durch die bald nach der Anlegung sich geltend machende Besserung späterhin sehr zuverlässig und dankbar werden.

Was die wirtschaftlichen Verhältnisse anlangt, so möchte ich Epstein (6) darin beipflichten, daß bei günstigen Verhältnissen die Indikation strenger gezogen und länger zugewartet werden kann, während mittellose Patienten in geeigneten Fällen möglichst rasch der Pn.-Behandlung zugeführt werden sollen.

Es wurde bereits erwähnt, daß die technische Durchführbarkeit des Pn. vom Verhalten der Pleura abhängt; in vielen Fällen verhindern Pleuraverwachsungen die Anlegung. Meist kann man das Vorhandensein und die Stelle der Adhäsionen durch die physikalische und Röntgenuntersuchung feststellen. Nicht allgemein bekannt ist die Tatsache, daß der Klopfschall über Verwachsungen manchmal leicht tympanitischen Beiklang ergibt, der nicht selten für normalen Lungenschall gehalten wird. In vielen Fällen ist das vor kurzem von Sorgo (7) beschriebene Symptom der vermehrten Sukkulenz oder Adhärenz der Haut über einer veränderten Pleura von diagnostischem Wert; letzten Endes entscheidet aber doch der Anlegungsversuch, bei dem auch der gewiegte Fachmann zuweilen Ueberraschungen erlebt.

Zur Technik des künstlichen Pn. wäre folgendes zu sagen: Die Erstanlegung und die ersten Nachfüllungen sollen nie ambulatorisch gemacht werden. Absolut aseptisches Arbeiten ist unbedingt notwendig. Als Füllungsmittel verwendete man früher Stickstoff, weil er langsamer resorbiert wird als Luft. Da der Unterschied aber nur gering ist, nimmt man jetzt meist Luft, die vorher durch ein Wattefilter geleitet wurde. Nur für die Erstanlegung, bei der die Gefahr einer Luftembolie größer ist als bei den Nachfüllungen, wird manchmal Sauerstoff oder Kohlendioxyd verwendet, weil diese Gase vom Blute rascher resorbiert werden als Luft. Die in zahlreichen Modifikationen existierenden Pn.-Apparate bestehen im Prinzip aus zwei graduierten, an der Basis kommunizierenden Zylindern, deren einer mit Luft, der andere mit einer Sublimatlösung gefüllt ist. Ferner besitzt der Pn.-Apparat ein Manometer zur Ablesung des Druckes im Pleuraraum. Luftrezipient und Manometer stehen durch einen Schlauch, an dem die Punktionsnadel befestigt wird, mit dem Pleuraraum in Verbindung. Bei entsprechender Hahnstellung drängt die Flüssigkeit des einen Zylinders die im anderen vorhandene Luft in den Pleuraraum. Durch Zurückdrehen des Hahnes kann die Zufuhr natürlich jederzeit unterbrochen werden. Das Zylindersystem kann durch eine graduierte Luftpumpe ersetzt werden. Wichtig ist die Wahl der Pn.-Nadel. Es sollen nur stumpfe Nadeln mit seitlicher Oeffnung verwendet werden, um eine Verletzung der Lunge und die Verlegung der Kanülenöffnung durch die angelagerte Pleura visceralis zu vermeiden. Wir benützen seit Jahren nur die einfache, dünne Nadel nach Deneke, während von anderen Doppelnadeln bevorzugt werden. Diese bestehen aus einem kurzen, scharfen Troikart, der nur die Haut und die Subkutis durchbohrt, und aus einer genau hineinpassenden, stumpfen Salomonschen Kanüle, mit welcher die Interkostalmuskulatur und die Pleura parietalis durchstochen wird.

Die Pn.-Anlegung selbst gestaltet sich folgendermaßen: Eine halbe Stunde vor der Operation bekommt der Patient Codein und Brom. Kardiaka und eine dicke Venenpunktionsnadel werden auf alle Fälle bereitgestellt. Nach Aufsuchung und Bezeichnung des Punktes, wo eingestochen werden soll — wir bevorzugen die mittleren Partien der Axillarlinie —, wird der Patient so gelagert, daß die entsprechenden Interkostalräume klaffen. Dann wird die Hautstelle desinfiziert und mit Novokain oder Chloraethyl anästhesiert. Die durch einen sterilen Schlauch mit dem Pn.-Apparat verbundene Nadel, deren Durchgängigkeit durch Durchblasen von Luft geprüft wurde, wird eingestochen, bis man im Pleuraraum zu sein glaubt. Jetzt wird das Manometer beobachtet. Liegt die Nadel richtig im freien Pleuraraum, so zeigt es einen deutlich negativen Druck an (ca. 5—8 cm Wasser). Nun erst läßt man tief atmen, wobei deutliche respiratorische Ausschläge auftreten. Unter ständiger Kontrolle des Pulses und Aussehens wird nun unter schwachem Druck ein wenig Luft eingeblasen und nach 20—50 cm^3 neuerlich der Druck gemessen. Im ganzen lassen wir bei normalem Verlauf der Erstanlegung 250—300 ccm Luft einfließen, verschließen nach rascher Entfernung der Nadel die Stichwunde mit Heftpflaster und weisen den Patienten an, beim Husten die Faust fest auf die Punktionsstelle zu pressen, um nach Möglichkeit die Entstehung eines Hautemphysems zu vermeiden.

Nicht selten kommen folgende Abweichungen vom normalen Verhalten des Manometers vor: Der Anfangsdruck wird nur ganz wenig negativ, die respiratorischen Schwankungen sind klein und bewegen sich um den Nullpunkt (z. B. -1, $+1$). Dieses Verhalten spricht dafür, daß die Nadelöffnung sich in der Lunge befindet. In diesem Falle ist die Nadel sofort zu entfernen. Nachher auftretende, kleine Hämoptysen sind meist ohne Bedeutung. Wenn das Manometer überhaupt keine Ausschläge zeigt oder wenn ein negativer Druck mit kleinen respiratorischen Schwankungen nach Einblasung einiger cm^3 schon positiv wird und der Patient über Schmerzen klagt, können wir Pleuraadhäsionen an dieser Stelle annehmen. Wird der Druck beim Einstich deutlich negativ, zeigen sich aber weiterhin gar keine respiratorischen Ausschläge, so handelt es sich um eine Verstopfung der Nadel mit Blut oder Gewebsteilchen. In diesem Falle können wir mit einer frischen Kanüle an derselben Stelle nochmals punktieren. Die Verlegung der Nadel kann dadurch seltener gemacht werden, daß man die Haut zuerst mit einem Franckeschen Schnepper durchtrennt.

Die erste Nachfüllung machen wir meist 48 Stunden nach der Erstanlegung mit einer etwas größeren Luftmenge; jede folgende in langsam größer werdenden Intervallen und mit steigenden Luftmengen. Feste Regeln lassen sich nicht aufstellen, jedenfalls soll der Druck wenigstens in den ersten Monaten negativ bleiben; auf subjektive Beschwerden, wie Schmerzen und Dyspnoe muß Rücksicht genommen werden; zeitweilige röntgenologische Kontrolle ist notwendig, um eine stärkere Verschiebung des Mediastinum und eine Ausbuchtung derselben an seinen physiologisch schwachen Stellen rechtzeitig zu erkennen. In jedem Falle muß der Druck auf dem individuellen Optimum erhalten werden, wie neuerdings auch wieder Serio (8) betont. Im allgemeinen halten wir uns im Gegensatz zu manchen anderen an das Prinzip, lieber häufiger kleine Mengen einzublasen und glauben durch dieses Vorgehen den Pn. häufiger exsudatfrei zu erhalten, als wenn von vornherein große Luftmengen in größeren Zwischenräumen nachgefüllt werden. In unkomplizierten Fällen pflegt der Pneumothorax in einigen Monaten stabilisiert zu sein; es genügen dann Nachfüllungen in 4—6 wöchigen Intervallen, die Füllungsmenge beträgt nun bei einem kompletten oder fast kompletten Pn. 1000—1500 ccm und auch mehr. Häufig merken die Patienten am Wiederauftreten von Husten, Fieber und Auswurf selbst, wann es Zeit zur Nachfüllung ist; in anderen Fällen zeigt eine Hämoptoe den Termin an, wenn auch röntgenologisch die Lunge noch gar nicht ausgedehnt erscheint.

Die Dauer einer Pn.-Behandlung beträgt 2—3 Jahre. Nach Einstellung der Nachfüllungen muß der Lungen- und Allgemeinbefund besonders sorgfältig kontrolliert werden, um eventuell die Füllungen doch noch fortsetzen zu können, wenn der Prozeß wieder aktiv wird.

Leider ist die Pn.-Behandlung nicht frei von störenden und gefährlichen Komplikationen. Die gefürchtetste ist die Luftembolie, die durch Eintritt von Luft in eine Lungenvene und ins linke Herz Störungen der Koronar- oder Hirnzirkulation hervorruft. Die Symptome sind Bewußtlosigkeit, Krämpfe, Störungen der Atmungs- und Herztätigkeit. Ueber die Prophylaxe wurde schon das Wichtigste gesagt; an dieser Stelle soll nochmals hervorgehoben werden, daß man niemals Luft einblasen oder den Patienten tief atmen lassen soll, bevor nicht durch das Spiel des Manometers die Lage der Nadel im Pleuraraum sichergestellt ist. Bei Nachfüllungen gehe man ebenso vorsichtig vor wie bei Anlegungen. Trotz aller Vorsichtsmaßregeln kommt es doch ab und zu zu einer Luftembolie, weshalb von Brauer statt der Stichmethode die Schnittmethode eingeführt wurde, die darin besteht, daß die Pleura parietalis durch Schnitt freigelegt wird, worauf man unter der Leitung des Auges die Kanüle in den Pleuraraum einführen kann. Die Therapie der Luftembolie besteht in der Verwendung von Kampher, Adrenalin, Lobelin; ferner kommen ausgiebige Aderlässe in Betracht. Von Gähwyler (9) wurde eine Flexion im Hüftgelenk als lebensrettender Eingriff beschrieben.

Seröse Pleuraexsudate treten in einer großen Reihe von Fällen auf (bis 50%). Sie wirken manchmal günstig auf den Verlauf des Prozesses ein, dadurch daß sie einerseits mechanisch im gleichen Sinne wirken wie der Pneumothorax und andererseits auf immunbiologischem Wege die Heilungstendenzen des Organismus unterstützen (v. Muralt). Die Exsudate werden nach Möglichkeit konservativ behandelt. Wichtig ist die Kontrolle des Druckes im Pleuraraum; bei starkem positiven Druck muß ein Teil des Exsudates abgelassen werden. In manchen Fällen hindert das Exsudat durch Verschwartung und Verkleinerung des Pleuraraumes die Fortsetzung der Pn.-Behandlung; dasselbe kann eine von vornherein trockene Pleuritis adhaesiva machen (Unverricht (10); Warnecke (11), die nur in Fällen auftritt, bei denen schon anfangs Verwachsungen bestanden. Exsudate treten seltener auf, wenn der Pleuradruck niedrig gehalten wird. Wichtig ist ferner absolut aseptisches Arbeiten und die Vermeidung von Lungenverletzungen (nur stumpfe Kanülen!).

Das Pleuraempyem stellt eine sehr bedenkliche Komplikation dar. Sterile Empyeme sind so zu behandeln wie seröse Exsudate. Bei mischinfizierten Empyemen kann man manchmal durch häufige Punktionen, eventuell kombiniert mit Spülungen (Lysoformlösung, Borsäure, Jodkalilösung) den Prozeß beherrschen; in anderen Fällen erzielt man Heilung durch extrapleurale Thorakoplastik.

Eine meist harmlose Komplikation ist das Hautemphysem. Bei Verwendung dünner Nadeln, Vermeidung hoher Druckwerte und bei zweckmäßigem Verhalten beim Husten (Kompression der Einstichstelle) kommt das Emphysem selten vor.

Ein infolge von teilweisen Verwachsungen unzulänglicher Pn. kann in manchen Fällen verbessert werden. Die Lösung von Adhäsionen durch hohen Druck ist als zu gefährlich abzulehnen; dagegen können in geeigneten Fällen strangförmige Verwachsungen mit dem Thorakoskop von Jacobaeus sichtbar gemacht und durch Galvanokauter durchtrennt werden (Ulrici (12); Weber (13). In anderen Fällen kann ein ungenügender Lungenkollaps durch Phrenikotomie suffizient gemacht werden (Gergely (14); Ulrici (12).

Nach der Pn.-Anlegung treten öfters vorübergehende Temperatursteigerungen auf, die als Autotuberkulinisation aufzufassen sind und keine üble Bedeutung haben. Es ist vorteilhaft, ängstliche Patienten vor Ausführung des Eingriffs auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen.

Bei der Beurteilung der Erfolge des künstlichen Pn. müssen wir zwischen vorübergehenden und dauernden Erfolgen unterscheiden. Temporäre Besserungen erzielen wir in der Mehrzahl der behandelten Fälle. Diese Erfolge beruhen auf der Toxinanschaltung und Einschränkung des Auswurfes und verhelfen zahlreichen Patienten zu einem erträglichen Leben und sogar zu vorübergehender Arbeitsfähigkeit. Leider kommt es in einem großen Teil dieser Fälle teils durch Uebergreifen des Prozesses auf die gesunde Seite, teils durch die Unmöglichkeit der Fortführung der Behandlung zu neuerlichen Verschlechterungen. Die Zahl der Dauerheilungen ist daher wesentlich geringer, aber doch ansehnlich genug, um die Berechtigung der Pneumothoraxbehandlung zu erweisen, besonders wenn man sich vor Augen hält, daß die meisten der erfolgreich behandelten Kranken ohne die Behandlung verloren gewesen wären. Dauerheilungen lassen sich nur durch langjährige Beobachtung feststellen. Die vor kurzem veröffentlichte Statistik von Zinn und Siebert (15) erstreckt sich über 15 Jahre und weist Dauererfolge auf bei 49 von 183 Krankenhauspatienten und bei 28 von 61 Privatpatienten auf.

Es ist zu hoffen, daß die Zahl der dauernd Geheilten durch bessere Organisation der Pn.-Behandlung und vielleicht auch durch weitere Verbesserung der Methode mit der Zeit noch größer werden wird.

Literatur (nur Literatur der letzten zwei Jahre):

1. Samson: Zeitschr. f. Tbc. 44/3.
2. Ulrici: Klin. Wochenschr. 1924/47.
3. Rosenberg: Med. Klin. 1925/20.
4. Ganter: Münch. med. W. 1926/6.
5. Elias: Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 38/4.
6. Epstein: Zeitschr. f. Tbc. 43/6.
7. Sorgo: Wiener klin. W. 1926/17.
8. Serio: Münch. med. W. 1925/44.
9. Gähwyler: Beitr. z. Klin. d. Tbc. 63/4.
10. Unverricht: Klin. Wochenschr. 1926/6.
11. Warneke: Beitr. z. Klin. d. Tbc. 58/1.
12. Ulrici: Berl. med. Ges.
13. Weber: Schweiz. med. W. 1924/44 u. 46.
14. Gergely: Zeitschr. f. Tbc. 44/4.
15. Zinn u. Siebert: Ergebnisse der Pn.-Therapie bei Lungentuberkulose. Leipzig 1926.

Ovarialpräparate und Anaphylaxie.

Von

Dr. PAUL BRAUN, Frauenarzt, Stettin.

In letzter Zeit mehren sich die Mitteilungen über Fälle von Anaphylaxie, die nach Einverleibung verschiedener neuerer Medikamente beobachtet wurden und besonders Hautsymptome in Form von urticariellen Exanthemen aufwiesen. Vor allem scheint die Proteinkörpertherapie relativ häufig anaphylaktogene Eigenschaften zu entwickeln (E. Gildemeister, W. Seiffert). So berichtet K. Schreiner über Shockanfälle und Urticaria nach wiederholter Milchinjektion, Lehner über anaphylaktischen Shock nach intrakutaner Aolaninjektion. Auch v. Randenborg, Zschau, Büttner konnten mehrere Fälle veröffentlichen, bei denen nach Anwendung der Proteinkörpertherapie typische anaphylaktische

Symptome (Dyspnoe, Zyanose, blaurote Flecke, klonisch-tonische Krämpfe der Gesichtsmuskulatur, Oedeme) auftraten. Ochsenius berichtet über ein Kind, das sieben Tage nach einer Omnadininjektion von einem morbilliformen Exanthem befallen wurde. Da das Kind vorher niemals eine Seruminjektion erhalten hatte, erscheint es zweifelhaft, ob es sich hier um eine reine Anaphylaxie, wie O. dies annimmt, gehandelt hat. Dasselbe gilt für den von Neumann-Spengel veröffentlichten Fall von Urticaria nach einmaliger Fulmargininjektion. Dagegen konnte Böttner experimentell an Tieren durch Collargoleinspritzungen typische Anaphylaxie erzeugen.

Diese wenigen Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, daß gerade die moderne Therapie mit ihren Injektionen eiweißhaltiger oder albuminoider Substanzen Gefahren in sich birgt, die die Anwendung dieser Mittel nur auf strengste Indikation hin als angebracht erscheinen lassen. Mit Recht wendet sich C. Hirsch gegen das Ueberhandnehmen der Injektionstherapie und erwähnt die mannigfachen Schädigungen, die nach Injektionen auftreten können. Zu diesen Schädigungen muß auch die Anaphylaxie gerechnet werden.

Auffallenderweise sind bisher noch niemals anaphylaktische Erscheinungen nach Injektion von Hormonpräparaten beobachtet oder wenigstens publiziert worden. Die Krankengeschichte eines diesbezüglichen Falles soll daher kurz mitgeteilt werden:

Frau E. Sch., 30 Jahre alt, ist früher immer gesund gewesen. 1 partus 1920 o. B. Mitte März 1925 ein Abort. Seitdem starke Blutungen, die die Patientin Mitte April 1925 veranlaßten mich aufzusuchen. Fast das ganze etwa 8 Wochen alte Ei befand sich noch in utero und wurde entfernt. Danach glatter Heilungsverlauf. Seit dieser Zeit klagte die Patientin darüber, daß die Perioden, die schon früher bei regelmäßigem Intervall nur zwei Tage gedauert hätten, jetzt noch schwächer geworden seien und nur ¼ Tag anhielten. Auch leide sie sehr unter Kopfschmerzen, die ebenfalls seit Jahren, wenn auch nicht so heftig wie augenblicklich bei ihr aufträten.

Status: Mittelgroße, anämisch aussehende Frau mit reichlich entwickeltem Fettpolster. Gewicht: 136 Pfund (vor dem Abort 151 Pfund). Innere Organe o. B. Blutdruck 120 mm Hg, Hämoglobin 80% n. Sahli. Urin frei von Eiweiß und Zucker. — Der gynäkologische Befund bietet außer einer geringen Verkürzung der ligg. sacro-uterina keine Besonderheiten. Die Adnexe liegen frei beweglich und zeigen nirgends Verdickungen. — Die Sekrete enthalten keine Gonokokken.

Die Anamnese und der vollkommen negative Befund deuteten auf eine gewisse Unterwertigkeit der Ovarien, die wohl schon früher bestanden hatte (die normale Schwangerschaft und Geburt sprechen nicht unbedingt dagegen) aber infolge des Abortes und des damit verbundenen Kräfteverlustes besonders manifest geworden war. Da diätetische Maßnahmen und allgemeine Stärkungsmittel keinen Erfolg hatten, beschloß ich eine Ovoglandolkur. Die Patientin erhielt im ganzen in der Zeit vom 26. Juni bis 10. Juli 1925 zwölf Ovoglandolinjektionen, die gut vertragen wurden (außerdem per os Ovaradentabletten). Der Erfolg war gleich Null. Die Perioden blieben wie bis dahin kaum angedeutet, und die Kopfschmerzen hielten in unverminderter Stärke an. Trotz des Mißerfolges versuchte ich im November 1925 eine weitere Kur und gab am 27. November die erste Ovoglandolinjektion intraglutäal. Am nächsten Tage zeigte sich an der Injektionsstelle eine etwa fünfmarkstückgroße Rötung und Verhärtung, die lebhaften Juckreiz verursachte. Ich dachte zunächst an eine bakterielle Verunreinigung und beobachtete von nun an peinlichste Asepsis wie bei intravenösen Injektionen. Trotzdem wiederholte sich bei den folgenden Einspritzungen dasselbe Bild: An allen Einstichstellen entwickelten sich mehr oder weniger große, heftig juckende Effloreszenzen, die durch keine lokale Behandlung zu beseitigen waren und besonders in der Bettwärme der Patientin recht unangenehme Beschwerden bereiteten. Ich brach daher nach der fünften Injektion die Kur ab. Erst 14 Tage später waren die Efflorescenzen und damit auch der Juckreiz verschwunden.

Diese Symptome deuteten zweifellos auf anaphylaktische Vorgänge hin. Zunächst wurden mehrere Ampullen derselben Packung bakteriologisch untersucht und steril befunden.[1] Auch die Eiweißprobe war negativ. Dagegen fiel die Biuretreaktion stark positiv aus, was auf reichlichen Gehalt an Peptonen hinwies, also denjenigen Körpern, die erfahrungsgemäß Giftwirkungen hervorbringen können und in erster Linie für die Erscheinungen der Anaphylaxie angeschuldigt werden. Von vornherein war nicht anzunehmen, daß es sich bei diesen Körpern um primär toxisch wirkende Peptone handelte. In diesem Falle hätten auch bei der ersten Serie im Juni Giftwirkungen beobachtet werden müssen, es sei denn, daß der Peptongehalt des Ovoglandols infolge eines Herstellungsfehlers wechselte. Die Fabrik teilte mir aber auf Anfrage mit, daß das Ovoglandol zwar „albuminoide Eiweißspaltprodukte“ enthielte, die die Biuretreaktion gäben, daß die Herstellung des O. aber stets die gleiche bliebe. Ferner gab sie an, daß das Ovoglandol stets frei von Eiweiß sei (man konnte ja auch daran denken, daß durch autolytischen Abbau von evtl. vorhandenem Eiweiß toxisch wirkende Produkte entstünden). Nach alledem ergibt sich zur Veranschaulichung der geschilderten Erscheinungen folgender Gedankengang: Durch Einverleibung primär unschädlicher, dem Eiweiß nahestehender Körper erfolgt eine Umstimmung des Organismus derart, daß dieselben in zweiter Serie beigebrachten Körper toxogene Eigenschaften annehmen, daß demnach erst sekundär ein toxisches Produkt entsteht. Es sind dies also die Vorgänge, wie sie jetzt allgemein zur Erläuterung der anaphylaktischen Erscheinungen beschrieben werden und wie wir sie auch für unseren oben geschilderten Fall annehmen müssen.

Welche Folgerungen sind für die Praxis aus der Tatsache zu ziehen, daß nach Ovoglandolinjektionen anaphylaktische Symptome auftreten können? Die Frage ist leicht zu beantworten, wenn man die Verwendung des Ovoglandols und der Ovarialpräparate überhaupt hinsichtlich der Indikation und der therapeutischen Erfolge betrachtet. Ovarialpräparate finden bekanntlich überall da Verwendung, wo wir eine hormonale Störung der Eierstöcke im Sinne eines Minus supponieren, sei es, daß es sich um rein funktionelle Störungen handelt, wie bei der A-Oligo-Dysmenorrhoe, Frigidität, Sterilität, sei es, daß auch organische Hemmungen bemerkbar sind, wie bei zahlreichen Formen der genitalen Hypoplasie, dem Infantilismus. Ferner versuchen wir im Klimakterium sowie nach der operativen und aktinotherapeutischen Kastration, sofern die bekannten Ausfallserscheinungen eine Behandlung erforderlich machen, die fehlenden Inkrete durch Ovarialpräparate zu substituieren. Die Häufigkeit mit der entsprechend den eben genannten Krankheiten und Symptomen — einige seltenere Krankheiten, die wir auf ovarielle Unterwertigkeit zurückführen (gewisse Dermatosen u. m. a.), sollen hier nicht erwähnt werden — die Ovarialpräparate Anwendung finden, steht nun aber in einem großen Mißverhältnis zu der Zahl der Erfolge. Besonders aus den Untersuchungen von B. Zondek und S. Loewe geht hervor, daß die bisher im Handel befindlichen Präparate überhaupt kein spezifisches Hormon in wirksamer Menge enthalten.

Auch das neuerdings von B. Zondek und H. Bernhardt nach dem Sauerstoffverbrauch biologisch geprüfte und von Hannes warm empfohlene Ovowop scheint den Erwartungen nicht zu entsprechen. A. Heyn hat neben guten Erfolgen auch Versager erlebt. Ich habe in einer Reihe von Fällen in praxi keinen Unterschied in der Wirkung gegenüber den älteren Präparaten feststellen können. Allerdings darf man jetzt annehmen, daß das auf Grund der Untersuchungen von Allen und Doisy in jüngster Zeit von E. Laqueur u. s. M. dargestellte Menformon sowie das von B. Zondek angegebene Follekulin spezifisches Hormon enthalten. Damit würden in Zukunft der ovariellen Substitutionstherapie auch die langersehnten praktischen Erfolge beschieden sein.

Daß aber bisher Ovarialpräparate so häufig gegeben wurden, hat m. E. folgende Gründe: Erstens wurden suggestive Einflüsse, wie sie allein schon eine Injektion oder das Wort „Eierstockpräparat“ darstellen, und die gerade für den Ablauf gewisser Genitalfunktionen von hervorragender Bedeutung sind, in ihrer Wirkung auf das angewandte Präparat bezogen. Und ebenso wurden die meist im Zusammenhang mit der Injektionskur verordneten Allgemeinmaßnahmen, wie Diätetik, Elektro-Hydrotherapie, klimatische Kuren usw. in ihrem Wert unterschätzt, indem man evtl. Erfolge den Eierstockpräparaten zuschrieb. Wenn ferner viele, die von der geringen Wirksamkeit der bisherigen Ovarialpräparate überzeugt waren, sie dennoch verordneten, so taten sie es bewußt aus suggestiven Gründen, ein Standpunkt, der durchaus empfehlenswert erscheint, solange die Unschädlichkeit der Präparate gewährleistet ist. Die Beobachtung aber, daß Ovoglandol anaphylaktische Erscheinungen auslösen kann, dürfte als hinreichend angesehen werden, dieses Mittel in Zukunft nur mit größter Vorsicht anzuwenden.

---

[1] Für die Unterstützung bei den Untersuchungen sage ich Herrn Dr. Helmann, ehem. Vorstand des chem.-bakt. Laboratoriums des Städt. Krankenhauses meinen verbindlichsten Dank.

Ob auch andere Ovarialpräparate Anaphylaxie hervorrufen können, ist einer weiteren Prüfung vorbehalten. Ferner soll untersucht werden, ob auch durch Zuführung per os anaphylaktische Symptome entstehen können.

Literaturverzeichnis.

Böttner: M. m. W. 1921, Nr. 28. — K. Büttner: D. m. W. 1922, Nr. 32. — E. Gildemeister und W. Seiffert: B. kl. W. 1921, Nr. 24. — W. Hannes: D. m. W. 1925, Nr. 46. — A. Heyn: D. m. W. 1926, Nr. 32. — C. Hirsch: D. m. W. 1926, Nr. 1. — E. Laqueur, P. C. Hart und S. E. de Jongh: D. m. W. 1925, Nr. 41; 1926, Nr. 1, 2, 30, 32, dort auch weitere Literatur! — Lehner: W. m. W. 1923, Nr. 36. — S. Loewe: Ztbl. f. Gyn. 1925, H. 31. — Neumann-Spengel: D. m. W. 1922, Nr. 52. — K. Ochsenius: M. m. W. 1925, Nr. 52. — U. R. Robinson und B. Zondek: Ztbl. f. Gyn. 1925, S. 2368. — K. Schreiner: W. kl. W. 1923, Nr. 33. — B. Zondek und H. Bernhardt: Kl. W. 1925, Nr. 42. — Zondek und Aschheim: Klin. Wochenschrift 1925, Nr. 29. — Zschau: M. m. W. 1921, Nr. 21.

Zur Prophylaxe des Schnupfens und Erkältungskrankheiten.

Von

Dr. med. HANS ERDMANN in Skaistkaln (Lettland).

Ich konnte es oft beobachten, daß das vom Laienpublikum angewandte Aufschnupfen von Spiritus, um einem Schnupfen vorzubeugen, tatsächlich oft von einem in die Augen springenden Erfolge gekrönt wird. Das Alkoholaufschnupfen durch die Nase ist jedoch sehr unangenehm und daher stellte ich Versuche an mit Lösungen des Lokalanästhetikums Ortoform in Alkohol und zwar mit Lösungen von Ortoform 0,5—1,0 in Alkohol 70—96°. Ich machte die Versuche an mir und an ambulatorischen Kranken. Wie bekannt, hat ja das Ortoform die Eigenschaft, die sensiblen Nervenendigungen und Nervenstämme, mit denen es in direkte Verbindung kommt, zu anaesthesieren, es wirkt dabei antiseptisch, ist ungiftig und löst sich gut in Alkohol. Es bewährten sich mir oben erwähnte Lösungen von 0,5—1,0 Ortoform in 70—96° Alkohol, je nach dem Falle. Das Einbringen geschieht einmalig mit einer gewöhnlichen Augenpipette durch den unteren Nasengang und nachträglichem Aufschnupfen. Das Brennen und Augentränen ist ein momentanes, bald stellt sich Unempfindlichkeit ein und die Nase wird angenehm frei; eine etwa nachhaltige Reizung der Schleimhaut findet nicht statt, man kann einen beginnenden Schnupfen kupieren. Man kann den Ortoformspiritus, um eine stärkere Desinfektion zu erreichen, auch mit Salol und Thymol in nicht zu starken Lösungen in demselben Spiritus kombinieren. Ueber Behandlung von Rhinopharyngitis mit Anästhesin-Salol, Thymolölinhalationen habe ich in dem hiesigen Aerzteblatt „Latrigos Aerzte-Jurnal" 1924, 3/4 burtrica, S. 88, 89 und 90 berichtet. Als Schnupfenmittel ist das Ortoform vielfach in der Literatur empfohlen worden, so von Prof. William Cheatham (The American Therapist, Februar 1899, Nr. 8) bei Coryza und Hydrorrhoe der Nase; ferner in Verbindung mit Natr. sozojodolic 2,0 : 10,0 als Einblasung in den Nasenrachenraum bei Schnupfen von Dr. G. Spieß (Archiv für Laryngologie und Rhinologie 1901, Bd. 12, Heft 1) und des weiteren von Dr. Edward W. Wright (New York. Medikal-Journal, Mai 1899) bei der Behandlung des Heufiebers im Verein mit Superarenin empfohlen worden, auch sind außerdem noch viele Arbeiten über Ortoform bei Erkrankungen der Nase, des Mundes, des Larynx und Pharynx erschienen, vor allem wird eine langdauernde Anästhesierungsfähigkeit des Ortoforms bis zu mehreren Stunden hervorgehoben. Da meine Erfolge, mit Ortoform gelöst, in Spiritus günstig sind, so bitte ich sie nachzuprüfen. Selbstredend ist es bei Neigung zu Schnupfen und Pharyingitiden, bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und der Kehle äußerst wichtig, diese Organe abzuhärten. Rachengurgelungen bei Infektionsgefahr mit H_2O_2-Lösungen, sonst täglich, besonders bei feuchtem, nebeligem Wetter, bevor man aus einem warmen Zimmer nach draußen geht, Gurgelungen mit Salzwasser, dasselbe auch durch die Nase häufig aufschnupfen, auch zuweilen etwas Salzwasser langsam schluckweise trinken, morgens mit kaltem Wasser den Hals waschen und nachher gründlich abreiben, den Hals frei tragen, keine wollenen Kragen und Halswärmer benutzen, am Körper bei kühler Witterung Netzhemde unter dem Hemde tragen, starkes Schwitzen und Naßwerden der Füße verhindern, den Schweißfuß energisch behandeln, häufig Strümpfe wechseln und den Fuß durch kalte Fußbäder, im Sommer auf dem Lande durch Barfußgehen abhärten, — auf eine abhärtende Therapie der Haut und der Schleimhäute kommt es vor allem an.

Das Berufsgeheimnis.

Von

Dr. med. et phil. WALTER LUSTIG,
Medizinalrat an der Regierung Koblenz.

Nach § 300 des StGB. werden **Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie Gehilfen dieser Personen** mit Geldstrafe bis zu 1500 M. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind.

1. Der Kreis der zur Geheimhaltung verpflichteten Personen.

Soweit die Krankenbehandlung in Frage kommt, sind zur Schweigepflicht angehalten:

a) Aerzte, Apotheker und Hebammen.

Daß Aerzte im Sinne des § 300 StGB. auch Zahnärzte sind, wird allgemein angenommen. Allerdings werden die Zahnärzte nicht besonders genannt. Auch rechne ich im Gegensatz zu Collmann[1]) hierher die im Ausland approbierten Aerzte und Zahnärzte, die in Deutschland Praxis treiben. Dagegen besteht für nichtapprobierte Krankenbehandler keine Schweigepflicht. Die Fortlassung der Kurpfuscher im Gesetz ist zu begrüßen, da es durch nichts begründet ist, durch die Ausdehnung der Schweigepflicht auch auf diese Personen staatlicherseits ihrem Gewerbe Vorschub zu leisten, worauf ich noch später zurückkomme.

b) Die Gehilfen der zu a) genannten Personen.

Darunter sind nicht nur die unmittelbar bei Krankenuntersuchung und -behandlung behilflichen Personen — Assistenten, Schwestern, Laborantinnen usw. — zu verstehen, sondern auch die vom Arzt[2]) mit der Eintragung in die Bücher und Krankenblätter, sowie mit der Erledigung der Korrespondenz beauftragten Hilfskräfte gemeint[3]), da diese Personen den Arzt in seiner Berufstätigkeit unterstützen.

Dabei ist es gleichgültig, ob dies berufsmäßig, dauernd oder gelegentlich, aushilfsweise geschieht[4]). Die Zweifel, die in Theorie und Praxis hinsichtlich der Schweigepflicht der gelegentlichen Gehilfen des Arztes bestehen, teilt u. a. das Oberverwaltungsgericht Dresden in seinem Urteil vom 3. Februar 1911 nicht. Ebenso wenig Riß[5]).

2. Was ist geheim zu halten?

a) Es muß ein Privatgeheimnis sein.

Damit ist gemeint, daß es sich um Sachen handeln muß, an deren Geheimhaltung eine Privatperson interessiert ist. Ferner darf das Geheimzuhaltende nicht nachweislich einem größeren Personenkreise bekannt sein. Um ein Beispiel anzuführen:

Erkennt der Arzt bei einer Patientin, daß sie ein künstliches Auge hat, und ist diese Tatsache nachweislich nicht nur den ihr Nahestehenden, sondern auch einem größeren Personenkreise bekannt, so dürfte in der Offenbarung dieser Tatsache keine Verletzung der Schweigepflicht liegen, da sie kein Geheimnis mehr ist. Jedoch können Dinge, von denen andere unsichere oder ungewisse Kenntnisse haben, nicht als offenkundig angesehen werden. So kann es, um dafür ein Beispiel anzuführen, zwar bekannt sein, daß ein Ehepaar in Unfrieden untereinander lebt, aber der Arzt, der bei der Untersuchung des Ehegatten Merkmale von Mißhandlungen findet, darf diese nicht unbefugt offenbaren, da aus diesem Bekanntgeben ein Schluß auf die Roheit und die Intensität des ehelichen Unfriedens gezogen werden könnte. Daher liegt die Geheimhaltung dieses Untersuchungsergebnisses im hohen Interesse der betreffenden Eheleute[6]).

b) Das Geheimnis muß dem Arzt kraft seines Berufes anvertraut sein.

Dem Arzt muß das Geheimzuhaltende kraft seines Berufes anvertraut sein. Darunter ist zu verstehen, daß nur alle die

---

[1]) Collmann: Z. f. ger. Med. 1925.

[2]) bzw. den übrigen im Gesetz genannten Personen.

[3]) Ebermayer, Lob, Rosenberg: Das StGB.

[4]) Siehe Anm. 1.

[5]) D. M. W. 1925, Nr. 49.

[6]) RG. IV, StS. Urteil v. 26. Juni 1894.

Tatsachen in die Geheimhaltung einzubeziehen sind, die der Arzt anläßlich einer von ihm erbetenen Untersuchung oder Behandlung kraft seines Berufes erfährt, sofern der Zusammenhang zwischen Anvertrauen und ärztlicher Tätigkeit gewahrt bleibt[7]). „Dabei mag es, wie Ebermayer[8]) sagt, eine selbstverständliche Anstandspflicht des Krankenpflegers und noch mehr des Arztes sein, solche bei Gelegenheit der Berufsausübung aber nicht kraft seines Berufes erfahrenen Geheimnisse nicht weiter mitzuteilen, eine Rechtsverpflichtung, deren Verletzung strafbar wäre, kann jedoch nicht anerkannt werden.“ Mit diesen Worten wendet sich Ebermayer gegen die Ansicht v. Kirchberg[9]), der alles, „was der Arzt bei seiner Tätigkeit hinsichtlich des Patienten hört und sieht, Familienverhältnisse, persönliche Eigenschaften des Kranken und seiner Angehörigen, in die Geheimhaltung einbezogen wissen will“. Es ist jedoch, wie gesagt, alles das einzubeziehen, was zwischen ärztlicher Tätigkeit und Anvertrauen einen Zusammenhang hat.

Ferner liegt keine Verletzung des Berufsgeheimnisses vor, wenn der Arzt z. B. bei einer Gesellschaft oder auf der Straße bei Personen, die ihn nicht konsultieren, einen Ausschlag bemerkt, diesen als ansteckend erkennt und diese Tatsache offenbart.

Ebensowenig liegt auch ein Anvertrauen vor, wenn das Geheimnis zufällig offenbart wird, wenn z. B. ein Patient einen an ihn gerichteten Brief versehentlich bei dem Arzt zurückläßt[10]).

Auf der anderen Seite braucht die Geheimhaltung nicht ausdrücklich verlangt zu werden. Es ist als selbstverständlich anzunehmen, daß die Kranken an der Geheimhaltung aller Tatsachen, die sie dem Arzt anläßlich ihrer Untersuchung oder Behandlung anvertrauen, oder die der Arzt durch die ihm gewährte Gelegenheit zu Wahrnehmungen bei der körperlichen oder psychischen Untersuchung erfährt, ein Interesse haben.

3. Nur die unbefugte Offenbarung ist strafbar.

Unter unbefugt ist zu verstehen, daß die Offenbarung weder im Einverständnis des Kranken erfolgt, noch durch gesetzliche Bestimmung begründet ist, noch durch höhere Pflichten oder Rechte erforderlich wird.

a) Ob das Einverständnis des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters vorliegt, dürfte gewöhnlich leicht zu entscheiden sein. Das Einverständnis kann natürlich jederzeit zurückgenommen werden. Andererseits braucht es nicht immer besonders ausgesprochen zu werden, es kann auch stillschweigend geschehen; so z. B. ist es als gegeben anzusehen, wenn eine Mitteilung an denjenigen erfolgt, auf dessen Kosten oder in dessen Auftrage sich jemand untersuchen oder behandeln läßt. Wenn jemand sich in eine Universitätsklinik zur Behandlung begibt, erklärt er sich mit der wissenschaftlichen Behandlung seines Behandlungsfalles einverstanden[11]). Im allgemeinen wird jedoch stets das Einverständnis zu einer wissenschaftlichen Veröffentlichung eines Krankheitsfalles eingeholt werden müssen, da das wissenschaftliche Interesse die Offenbarung eines Berufsgeheimnisses nicht rechtfertigt. Um ein anderes Beispiel anzuführen: Kann der Arzt, der von der Herrschaft zu einem kranken Dienstmädchen auf deren Veranlassung gerufen wird, ein stillschweigendes Einverständnis der Kranken zur Mitteilung an die Herrschaft annehmen, wenn dieses nicht ausdrücklich widerrufen wird. Dagegen dürfte der Krankenhausarzt nicht ohne besondere Erlaubnis zu einer Auskunft an die Herrschaft befugt sein.

b) Rechtlich begründet ist:

α) Die Meldung ansteckender Krankheiten nach dem Reichsseuchengesetz und dem Seuchengesetz der einzelnen Länder, sowie auf Grund der übrigen Gesetze; so z. B. in Preußen nach dem Tuberkulose- und Krüppelfürsorgegesetz.

β) Die Meldung gewerblicher Vergiftungen als Berufserkrankungen nach der Verordnung vom 12. Mai 1925.

γ) Die Meldung der Geburten und Sterbefälle auf Grund des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes.

δ) Die Anzeigeerstattung gemäß § 139 StGB. bei Vornahme eines Hochverrates, Landesverrates, Münzverbrechens, Mord, Raub, Menschenraub oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist[12]).

) Die Auskunfterteilung an die Träger der Reichsversicherungsordnung. Selbstredend kommt dies nur bei denjenigen Patienten in Frage, die auf Kosten der Versicherungsträger behandelt werden. Auch soll die Auskunft nur das enthalten, was die Kostenträger zu wissen nötig haben. Durch die Reichsversicherungsordnung ist für Geheimhaltung der abgegebenen Erklärungen, soweit sie sich auf die persönlichen Verhältnisse des Patienten beziehen, gesorgt. Hierher gehören auch Mitteilungen an die Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten, falls letztere organisch mit den Landesversicherungsanstalten verbunden sind und damit der Schweigepflicht der Reichsversicherungsordnung unterworfen sind.

c) Durch höhere Pflichten begründet wird die Offenbarung in folgenden Fällen:

α) Wenn sie notwendig sind, um Gefahr für Leib und Seele Dritter abzuwenden oder wenn die Offenbarung im allgemeinen Interesse liegt. Durch diese Tatsachen wird eine höhere sittliche Pflicht des Arztes begründet, die auch von der neueren Reichsgerichtlichen Rechtsprechung anerkannt wird. Um ein Beispiel anzuführen, ist es nicht als unbefugte Offenbarung anzusehen, wenn ein Arzt bei einem kranken Kindermädchen die Herrschaft vor Ansteckung der Kinder warnt, oder wenn er den Eltern einer Braut von der geschlechtlichen Erkrankung des Bräutigams, oder den Angehörigen von ansteckenden Krankheiten eines Familienmitgliedes Mitteilung macht[13]). Dagegen glaubt Ebermayer, daß der Arzt zu einer solchen Offenbarung keine Rechtspflicht habe. Auch folgendes Beispiel ist lehrreich: Die Polizei nimmt von einem schwerverwundeten Räuber, der aus dem Gewahrsam entwichen ist, an, daß er sich in ärztliche Behandlung begeben wird. Um ihn leichter wieder festnehmen zu können, ergeht an die Aerzte eine Aufforderung, im g. F. Anzeige zu erstatten. Auch in diesem Falle ist die Offenbarung nicht unbefugt, da durch das Interesse der Allgemeinheit an der Unschädlichmachung des gemeingefährlichen Verbrechers die sittliche Pflicht des Arztes zur Offenbarung höher ist, als die Pflicht zur Geheimhaltung[14]). Aehnlich verhält sich der in der D. M. W. 1926 besprochene Fall. Ein Arzt hatte Grund zur Vermutung, daß der Gatte einer Patientin an Rückenmarkschwindsucht leidet und seinem Berufe als Lokomotivführer nachgeht. Soll er schweigen oder darf er reden? M. E. wird er sofort den Gatten zu einer Untersuchung veranlassen müssen, und hat die sittliche Pflicht, falls sich die Vermutung bestätigt oder der Gatte sich der Untersuchung nicht unterzieht und seinen Beruf nicht alsbald aufgibt, der betr. Aufsichtsbehörde davon Kenntnis zu geben.

β) Die gesetzliche Redepflicht bei einem Offenbarungseide ist höher als die Schweigepflicht des Arztes. Diese Ansicht vertritt Ebermaier (l. c.) gegenüber Schubert[15]), der es nicht als erlaubt betrachtet, wenn ein Arzt, z. B. ein Spezialarzt für Syphilis die Namen seiner ihm Honorar schuldenden Patienten in das dem Gericht vorzulegende Vermögensverzeichnis aufnimmt.

Nach Riß (l. c.) besteht eine Mitteilungspflicht für einen Arzt, der amtlich berufen ist, eine Anstalt in gesundheitlicher Beziehung zu überwachen, an den Anstaltsleiter. Als Beispiel führt er an, daß ein Schularzt von der Tuberkuloseerkrankung einer Lehrerin der Schulaufsichtsbehörde oder ein Gefängnisarzt bei einer schwangeren oder geschlechtskranken Gefangenen auch gegen ihren Willen der Gefängnisverwaltung Mitteilung zu machen hat. M. E. ist die Mitteilungspflicht nur soweit begründet, als sie erforderlich ist, um gesundheitliche Maßnahmen, sei es im Interesse der Kranken oder der Umgebung, durchzuführen.

---

[7]) Siehe Anm. 1.

[8]) R. Mosse: Arzt und Patientin in der Rechtsprechung.

[9]) D. Krankenpfl. Z. 1911, Nr. 9.

[10]) Riß: l. c.

[11]) Riß: l. c.

[12]) Die Unterlassung dieser Anzeige ist strafbar.

[13]) RGSt., Bd. 38, S. 63.

[14]) E. D. M. W. 1924, S. 807.

[15]) D. J. Z. 1914, S. 822.

d) Durch höhere Rechte wird die Offenbarung in folgenden Fällen begründet:

α) Eltern oder Vormünder haben auf Grund ihres Erziehungsrechtes ein Recht, Auskunft über die Krankheit des Kindes bzw. Mündels zu verlangen, auch wenn das Kind selbst ein Recht auf Bewahrung des Berufsgeheimnisses hat[16]. Das Erziehungsrecht ist also höher als das Recht der Kinder.

β) Der Arzt hat im Falle einer strafgesetzlichen Untersuchung gegen ihn z. B. wegen fahrlässiger Tötung oder Körperverletzung, das Recht, wie jeder andere Beschuldigte gemäß § 136, Absatz 2 StPO. die gegen ihn vorliegenden Verdachtsgründe zu beseitigen und die zu seinen Gunsten sprechenden Tatsachen bekannt zu machen. Wenn er dabei das Recht dritter Personen auf Geheimhaltung verletzt, so macht er sich nicht nach § 300 StGB. strafbar, da ein Recht auf Ermittelung der Wahrheit höher bewertet werden muß, als jedes andere Recht.

γ) Das Recht des Arztes, eine Honorarforderung unter Preisgabe des Namens des Patienten einzuklagen oder abzutreten geht über das Recht des Patienten auf Geheimhaltung; denn letzterer hat es ja in der Hand, die Klage zu vermeiden. Allerdings darf der Arzt nur das offenbaren, was zur Begründung seiner Forderung notwendig ist.

Dasselbe gilt in den Fällen, in denen es sich um eine gegen ihn erhobene Klage auf Schadenersatz handelt. Auch hier steht das Recht des Arztes, alles, was zur Begründung der Abweisung der Klage dient, zu offenbaren, höher als das Recht des anderen auf Geheimhaltung.

4. Zeugnisverweigerung vor Gericht.

Gemäß § 53 StPO. Absatz 2 und § 383 Absatz 5 ZPO. sind Aerzte, — nicht die übrigen im § 300 StGB. genannten Personen, für die ein Berufsgeheimnis besteht — berechtigt, wenn es sich um Tatsachen, die ihnen bei Ausübung ihres Berufes mündlich oder schriftlich anvertraut sind, oder um andere Wahrnehmungen, die sie infolge ihrer Zuziehung als Arzt gemacht haben, ihr Zeugnis zu verweigern.

Die Berechtigung zum Schweigen gilt aber nur soweit, als die Pflicht zur Verschwiegenheit vorliegt[17]. Wenn also auf der einen Seite der Arzt bei unbefugter Aussage vor Gericht sich nach § 300 **strafbar** machen kann, ist er andererseits **berechtigt,** wenn ihn höhere sittliche Pflichten dazu veranlassen, und **verpflichtet** zum Reden, wenn er von der Schweigepflicht entbunden wird; dabei kann jedoch der Berechtigte die Entbindungserklärung jederzeit widerrufen.

Die Entscheidung darüber, ob höhere sittliche Pflichten die Offenbarung begründen, steht allein dem Arzt zu. Ein Recht zur Nachprüfung der Gründe, die den Arzt veranlassen, von seinem Zeugnisverweigerungsrecht keinen Gebrauch zu machen, steht verfahrensrechtlich niemanden zu[18].

5. Dauer der Schweigepflicht.

Es ist selbstverständlich, daß die Schweigepflicht auch durch den Tod des Patienten nicht aufhört, jedoch sollen die Grenzen für den Arzt, wenn es sich um einen Toten handelt nicht so eng gezogen werden, da eine Entbindung von der Schweigepflicht nicht mehr eintreten kann. Er wird reden dürfen und g. F. vor Gericht aussagen müssen, wenn durch ein Schweigen erhebliche Interessen des Verstorbenen oder der Lebenden gefährdet werden und höhere sittliche Pflichten der Schweigepflicht gegenüberstehen. So wird er das Geheimnis bewahren müssen, wenn die Erhaltung des guten Namens des Verstorbenen in Frage steht. Wie das Reichsgerichtsurteil vom 2. April 1914 ausführt, gehört Geisteskrankheit nicht zu den Leiden, die den sittlichen Wert und das Andenken des Verstorbenen berühren. Ebermayer bezweifelt mit Recht, daß die Rücksicht auf finanzielle Interessen der Erben des verstorbenen Patienten ausreichen, den Arzt zur Aussage zu zwingen.

Nach dem amtlichen Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches von 1925 lautet der entsprechende § 293 wie folgt:

„Verrat von privaten Geheimnissen.“

„Wer ohne besondere Befugnis ein Privatgeheimnis offenbart, daß ihm bei berufsmäßiger Ausübung der Heilkunde, der Krankenpflege, der Geburtshilfe, des Apothekergewerbes kraft seines Berufes anvertraut oder zugänglich gemacht worden ist, wird mit Gefängnis bis zu 6 Monaten oder mit Geldstrafe bestraft.

Die Personen, die einen Beruf selbständig ausüben, stehen den berufsmäßigen Gehilfen gleich, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen.

Wer ein Geheimnis zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses offenbart und dabei die einander gegenüberstehenden Interessen pflichtgemäß abgewogen hat, ist nicht strafbar.

Die Tat wird nur auf Verlangen des Verletzten verfolgt.“

Worin besteht nun der hauptsächlichste Unterschied zu dem geltenden Recht?

1. Einbeziehung der Kurpfuscher in die Schweigepflicht.

Der hauptsächlichste Unterschied zu dem geltenden Recht ist wohl in der Erweiterung des Kreises der zur Geheimhaltung verpflichteten Personen zu sehen. Während es bisher nur ein Berufsgeheimnis für approbierte Medizinalpersonen und deren Gehilfen gibt, soll ein solches nunmehr auch für Kurpfuscher geschaffen werden. Fragen wir uns zunächst, ob dazu ein Bedürfnis vorliegt, so muß ich diese Frage auf das **Entschiedenste verneinen.** Dabei befinde ich mich im Gegensatz zu Dietrich, der bei den diesbezüglichen Verhandlungen im Landesgesundheitsrat auf den Antrag Puppes, das Berufsgeheimnis nur auf Aerzte zu beziehen, sagte: „Das geht auf keinen Fall. Man muß den Kurpfuschern auch die Pflicht auferlegen, solange wir die Freigabe der Heilkunde haben.“[19]

Wir müssen doch daran festhalten, daß die Geheimhaltungspflicht den **Aerzten** deswegen auferlegt ist, weil sie als berufene Hüter der allgemeinen Gesundheitspflege auf **Grund staatsseits geforderter und gewährleisteter wissenschaftlicher Vorbildung** anerkannt sind und somit **fundamentale, allgemeine, öffentliche Zwecke zu erfüllen haben.** Die Inanspruchnahme der Aerzte durch das Publikum hängt wesentlich von dem Vertrauen ab, das man ihnen entgegenbringt und wird gefördert durch das Bewußtsein der Kranken, der Arzt wahre das ihm anvertraute Geheimnis. Ich sehe nun keine Notwendigkeit ein, durch die gedachte Einbeziehung der Kurpfuscher in die Schweigepflicht, diese den Aerzten gleichzustellen und gleichsam durch diese Maßnahme die Inanspruchnahme der Kurpfuscher durch das Publikum unbewußt zu fördern. Dies liegt nicht im Interesse der allgemeinen Gesundheitspflege und widerspricht dem Bestreben, die Allgemeinheit vor Schaden zu bewahren.

Andererseits spreche ich den Kurpfuschern und den Gehilfen die Fähigkeit ab, die im Absatz 2 des § 293 E vorgesehene Interessenabwägung richtig ausführen zu können. Jedenfalls bietet mir ihre durchschnittliche Vorbildung und ihre Ausbildung sowie ihre Methoden bei der Krankenuntersuchung und -behandlung keine Gewähr dafür.

2. Nur berufsmäßige Krankenbehandler und ihre berufsmäßigen Gehilfen sind zur Geheimhaltung verpflichtet.

Nach dem geltenden Recht ist auch der Arzt, der nicht mehr berufstätig ist, der aber „kraft seines Standes“ gelegentlich, z. B. in Notfällen zur Hilfe herangezogen wird, zur Geheimhaltung verpflichtet; nach der Fassung des Entwurfs ist die **berufsmäßige** Ausübung der Heilkunde Vorbedingung, dabei braucht sie aber nicht Hauptberuf zu sein.

Desgleichen würde sich auch auf **gelegentliche** Gehilfen der Krankenbehandler die Schweigepflicht **nicht** erstrecken (s. S.), dagegen auch auf Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an berufstätiger Tätigkeit teilnehmen.

---

[16] Köhler, zitiert aus Ebermayer StGB.: l. c.

[17] D. M. W. 1924, S. 817.

[18] RGST., Bd. 19, S. 366; Bd. 48, S. 369 c. e. E. l. c.

[19] Veröff. aus dem Gebiet der Med. Verw., Bd. 21, 2. Heft, 1926.

M. E. wären hier die jetzt geltenden Bestimmungen zweckmäßiger, die sich auch auf die nicht berufsmäßige Ausübung der Krankenbehandlung oder Krankenpflege bezieht, denn es besteht kein Grund, die Fälle auszunehmen, in denen die Betätigung gelegentlich erfolgt.

3. Offenbarung des kraft des Berufes anvertrauten oder zugänglich gewordenen Privatgeheimnisses ohne besondere Befugnis.

a) Der Zusatz **„zugänglich geworden“** stellt eine genauere Fassung dar. Auch nach dem geltenden Recht wird unter Anvertrauen eines Privatgeheimnisses alles das verstanden, was der Arzt kraft seines Berufes erfährt, d. h. was zwischen „Anvertrauen und ärztlicher Berufstätigkeit“ einen Zusammenhang hat. Die Worte „zugänglich geworden“ beziehen sich natürlich auch nur auf das, was dem Arzt kraft seines Berufes zugänglich geworden ist — ohne daß es ihm besonders anvertraut zu sein braucht — also z. B. eine Mammaplastik, die der Arzt bei der Untersuchung einer Herzerkrankung findet.

b) **Ohne besondere Befugnis** stellt eine strengere Fassung dar, als das Wort unbefugt. Damit will der Gesetzesgeber sagen, daß der Arzt, wenn er offenbart, eine besondere Befugnis dazu haben muß, die er g. F. nachzuweisen hat. Nach dem geltenden Recht wäre es Sache des Gerichtes, den Nachweis der fehlenden Befugnis zu erbringen. Die Beweisführung ist also umgekehrt.[20]

c) **Bei pflichtgemäßer Abwägung gegenüberstehender Interessen** ist die Offenbarung befugt, falls sie berechtigte öffentliche oder private Interessen erforderlich machen.

Diese Fassung ist für die Aerzte außerordentlich zu begrüßen, da sie viel dazu beitragen wird, den oft bestehenden Gewissenskonflikt zu beseitigen. Wie bereits bei der Besprechung des geltenden Rechts erwähnt, steht auch die neuere reichsgerichtliche Rechtsprechung auf dem Standpunkte, daß eine durch höhere sittliche Pflichten begründete Offenbarung keine unbefugte ist.

Es muß auch hier noch einmal betont werden, daß die Ausübung des Rechts, das auch den Kurpfuschern eingeräumt wird — nämlich die pflichtgemäße Interessenabwägung — scheitern dürfte an ihrer ungenügenden Kenntnis der medizinischen Wissenschaft.

4. Für die beamteten Aerzte kommt außerdem bei Verletzung des Amtsgeheimnisses eine Bestrafung nach § 133 des E in Frage. Während das geltende StGB. im allgemeinen auf einen strafrechtlichen Schutz des Amtsgeheimnisses verzichtet, so tut dies der E nicht. Geheimnisse, die ein beamteter Arzt nur auf Grund einer Untersuchung, die er im amtlichen Auftrage ausführt und in seiner Eigenschaft als Beamter erfährt, fallen unter den Schutz des § 133 des E. Auch hier finden wir die Worte: ohne besondere Befugnis und auch die Interessenabwägung einander gegenüberstehender Interessen verankert. Der § 133 des E lautet:

„Ein Amtsträger, der ohne besondere Befugnis ein ihm kraft seines Amtes anvertrautes oder zugängliches Geheimnis offenbart, und dadurch ein berechtigtes, öffentliches oder privates Interesse gefährdet, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Wer ein Geheimnis zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen Interesses offenbart und dabei die einander gegenüberstehenden Interessen pflichtgemäß abgewogen hat, ist nicht strafbar.

Ein Amtsträger, der ein ihm kraft seines Amtes anvertrautes oder zugängliches Geheimnis gegen Entgelt oder in der Absicht offenbart, sich oder einen anderen unrechtmäßig zu bereichern oder jemandem einen Nachteil zuzufügen, wird mit Gefängnis bestraft.

Die Offenbarung des Privatgeheimnisses wird nur auf Verlangen des Verletzten verfolgt.

Zum Schluß sei darauf hingewiesen, daß ein Arzt bei unbefugter Offenbarung eines Berufsgeheimnisses wegen etwaiger Nachteile, die dem Beteiligten daraus erwachsen, **schadenersatzpflichtig** gemacht werden kann, also **zivilrechtlich haftbar ist.** In Betracht kommt hierfür der § 823, evtl. der § 824 u. 826 des BGB.

---

[20] Riß: l. c.

Sitten und Kriminalität in U. S. A.

(Nach Welfare Magazine 17, Januar 1926.)

Wir stehen inmitten einer sozialen Revolution. Sie begann vor einigen Jahren. Niemand weiß, wann sie beendet sein wird. Wie alle Revolutionen, so hat auch diese ihre unseligen Wirkungen. Wenn die menschliche Gesellschaft ihr Gleichgewicht wiedererlangt haben wird, werden hoffentlich bessere Zeiten kommen.

Das Department of Commerce der U.S.A. hat jüngst interessante Tabellen aufgestellt. Im Jahre 1924 wurden in den Vereinigten Staaten 1 178 206 Ehen geschlossen, 3,7 % weniger als im Jahre 1923. 1924 wurden 170 876 Ehen geschieden, 3,5 % mehr als im Jahre 1923. Auf 10 Ehen kam fast eine Scheidung.

Zur Zeit der Besiedlung, als das Land schwach bevölkert war, arbeiteten die Eheleute Schulter an Schulter, um ihr Heim zu gründen und ihre Farm auf dem Urboden erstehen zu lassen. An äußeren Vergnügungen wurde wenig geboten. Die Gatten fanden ihre Stütze einer am andern. Arbeit, Gefahren, Freuden trugen sie gemeinsam. Die Kinder bildeten den Mittelpunkt des Familienlebens. Als das Land mehr und mehr bevölkert wurde, kamen Erleichterungen durch die neuen technischen Mittel dem Haushalt zu Hilfe. Die Hausfrau bekümmerte sich nicht mehr um die Milchwirtschaft, um die Wäsche und andere Haushaltspflichten. Der Staubsauger trat an Stelle des Besens, und Beheizung wie Beleuchtung gingen den Weg moderner Technik. Die Folge davon ist, daß die Frau, die Gründerin und Erhalterin des Heims, wenig zu tun hat. Sie wird mehr und mehr in die Oeffentlichkeit gedrängt. Während der Gatte im Büro, in der Fabrik, im Handel beschäftigt ist, um den Unterhalt für die Familie zu beschaffen, ist sie von dieser Tätigkeit ausgeschlossen. Sie sieht sich daher nach anderem Zeitvertreib um, und häufig besteht dieser darin, Ausflugsorte oder andere Vergnügungsstätten allein zu besuchen.

Der Gatte ist seinerseits der Meinung, daß er noch immer der Herrscher des Hauses sei. Er kümmert sich nicht um die Bestrebungen und Wünsche der weiblichen Familienmitglieder. Er ist überzeugt, seine Pflicht getan zu haben, wenn er ihnen nur reichlich Geld in die Hand gibt. Seine Zeit teilt er zwischen Beruf und Klub, trifft dort mit seinen Geschäftsfreunden zusammen, nimmt an ihren Vergnügungen teil und kümmert sich nicht um seine Verbindlichkeiten der Häuslichkeit, Weib und Kindern gegenüber.

Viele Frauen haben in Anbetracht dieser Umstände sich entschlossen, sich einem Beruf zu widmen. Sie haben sich überzeugt, daß sie mit den Männern konkurrieren können, verlangen mehr Freiheit und größere Beachtung. Das junge Mädchen sieht nicht mehr ihre Versorgung in der Ehe, sondern bereitet sich schon in jungen Jahren auf einen Beruf vor, um ihr Brot zu verdienen. Es ist heutzutage nicht selten, daß ein junges Mädchen ein größeres Gehalt bezieht, als der junge Mann, der sie ehelichen will. Sie steht dann vor der Frage, ob sie ihren Beruf aufgeben und mit einem Einkommen in der Ehe durchhalten will, das geringer ist als das, welches sie bisher für ihre eigenen Bedürfnisse zur Verfügung hatte.

Phonograph und Radio haben das Interesse für musikalische Ausbildung gemindert, der Jazz hat die klassische Musik vertrieben. Das Kino mit seinem verdunkelten Saal ist als Treffpunkt der Jugend an Stelle des Salons und Empfangsraumes getreten. Was dort zur Schau gestellt wird, ist oft nicht einwandfrei. Das Automobil hat die Landstraßengasthöfe zum Gefolge. Heute verlangt die Jugend eine Freiheit, die bislang in diesem Lande unbekannt war. Wenn die Eltern versuchen einzuschreiten, ist das Resultat ein offener Widerstand, und die Kinder werfen den Eltern deren eigene Lebensweise vor.

Ueber venerische Krankheiten schreibt B. C. Roloff (Illinois), ein hervorragender beamteter Arzt: Vor fünf Jahren waren 90 % der Männer, die die Klinik aufsuchten, durch Prostituierte infiziert. Heute geben mindestens 60 % Infektion durch ihre „weiblichen Freunde“ zu. Vor fünf Jahren waren 90 % der Frauen, die sich an die Klinik wendeten, verheiratete Frauen im Alter von 22 Jahren aufwärts, und sie gaben an, durch ihre Ehemänner infiziert worden zu sein. Heute ist der Altersdurchschnitt der Frauen 16 Jahre, der größte Teil unverheiratet; — die Quelle der Infektion „männliche Freunde“.

13% der in den Hospitälern für Geistes- und Nervenkrankheiten eingelieferten sind Paralytiker (Ursache Syphilis). Bei anderen verwandten Krankheiten ist die Aetiologie nicht immer klar, doch mag auch in diesen Fällen der Prozentsatz von syphilitischer Aetiologie nicht klein sein.

Die Zeit der alten Familiengemeinschaft ist vorüber. Wann ein Umschwung im neuzeitlichen Werdegang eintreten wird, ist nicht zu berechnen. Erst wenn die jetzt so unsichere und tastende öffentliche Meinung zu einem festen Zusammenschluß sich durchgerungen haben wird, wird auch die Gesittungsrevolution ihr Ende haben.

Die allgemeine Richtung geht heute dahin, möglichst vielen ein möglichst angenehmes Leben zu bereiten, aber niemand weiß, wie dies durchgeführt werden kann. Egoismus, der Wille „sich auszuleben", die Gleichgültigkeit der Eltern gegen die Kinder, die hauptsächlich durch Eigennutz hervorgerufene Zerstörung der Ehen, der Wunsch nach Amüsement und Flirt, die Scheu der Jugend vor den Verantwortlichkeiten des Lebens, alles das ist das Resultat der verwirrten Sittenanschauungen. Krieg und Nachkriegszeit haben das Uebel beschleunigt und verschlimmert.

Respekt vor dem Gesetz ist nur da vorhanden, wo das Gesetz für den Augenblick mit den persönlichen Wünschen parallel geht. Ethik, Moral sind ebenso beiseite geworfen wie die Durchführung der Gesetze durch energische Beamte.

Die Mentalität der Massen befindet sich in unsagbar verwirrtem Zustande. In einem Atem wird die gleiche Sache verhöhnt und lügnerisch befürwortet. Bubikopf und kurze Röcke werden als hygienisch gepriesen und gleichzeitig als unmoralisch abgelehnt; der allzu freie Verkehr zwischen den Geschlechtern wird verurteilt, andererseits wird er in der Praxis nicht nur nicht verhindert, sondern oft sogar begünstigt; es wird zugestanden, daß Ehe und Häuslichkeit die Grundfesten unserer Zivilisation sind, doch lächelt man nachsichtig, wenn man erfährt, daß von sechs Ehen eine geschieden wird; man gibt zu, daß Kinder das Band der Ehe sind, und gleichzeitig wird Beschränkung der Geburten befürwortet.

All dies ist zum großen Teile das Produkt einer Propaganda, die die öffentliche Meinung beeinflußt und auf selbstsüchtige Ziele hinlenkt. Die oft wiederholte Lüge wird schließlich ganz oder zum Teil für Wahrheit genommen.

Diese gefährliche, zum mindesten schädliche Propaganda hat zum Ursprung: soziale Verhältnisse — Commercionalismus — politische Einstellung. Die tüchtigsten Beamten sind machtlos dagegen.

Emmy Keller.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Ist für eine Privatheilanstalt die Bezeichnung Stadtsanatorium zulässig?

Im praktischen Aerzteberuf tauchen bis zu einem gewissen zulässigen Grade die gleichen Wettbewerbsfragen auf, wie im gesamten sonstigen Wirtschaftsleben. Es ist bekannt, daß für die freien akademischen Berufe die Geschäftspropaganda, die für den materiellen Erfolg jedes Unternehmens von überaus großer Wichtigkeit ist, nur in den engsten Grenzen zulässig ist, soweit die Standesehre und -würde dabei gewahrt bleibt. Daß die Vorschriften über den unlauteren Wettbewerb noch nebenher gelten, erhellt aus dem Gesagten. Diese allgemeine Fassung, die die Rechtslage am ehesten charakterisiert, zeigt schon, daß jeder Einzelfall genauestens auch nach dieser ideellen Seite hin untersucht werden muß, falls kein Verstoß gegen andere positive Gesetzesbestimmungen des Gewerbeschutzes vorliegt. Zu letzteren zählt das Firmen- und Namensrecht, das in den Zivilrechtsordnungen, wie das Bürgerliche und Handelsgesetzbuch, geregelt ist. Am häufigsten kommen Verletzungen des § 12 BGB. vor, der den Namen von natürlichen und juristischen Personen schützt, und sind daher zur Aburteilung den ordentlichen Zivilgerichten zugewiesen. Der Vollständigkeit halber erwähne ich hier, daß diese Auffassung des Namensschutzes durch die erwähnte Gesetzesbestimmung nicht ganz unbestritten ist, zumal sie sich unter den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches befindet, die von den „natürlichen" Personen handeln. Daran liegt auch zum großen Teil die verschiedentliche Abweichung der einzelnen Gerichtsentscheidungen. Selbst die höchste Instanz hat in dieser so wichtigen Frage des gesamten Wirtschaftslebens keine eindeutige Haltung bisher eingenommen, und ist es daher interessant, den ganzen Fragenkomplex, soweit es sich um den Aerzteberuf handelt, hier eingehender zu besprechen. Die Standesfragen in bezug auf eine Ehr- und Würdeverletzung schalten bei der folgenden Betrachtung gänzlich aus, da sie ausschließlich in die Kompetenz der hierfür zuständigen Standesvertretung gehören und von dieser im Disziplinarverfahren entsprechend dazu Stellung genommen wird. Hingegen hat die Rechtsprechung umfangreiches Material vom widerrechtlichen Gebrauch fremder Namen sowohl natürlicher als auch juristischer Personen, die dadurch neben großen Geldeinbußen auch einen immateriellen Schaden erleiden können. Das letztere wird meistens bei den juristischen Personen der Fall sein, zu denen vornehmlich öffentlich-rechtliche Verbände — wie Stadt, Kreis, Land, Reich — gehören. Auch hier müssen die ordentlichen Gerichte zur Feststellung einer Rechtsverletzung angerufen werden, die gemäß der gesetzlichen Bestimmungen auf Unterlassung der unzulässigen Bezeichnung erkennen, da es sich nur um einen privatrechtlichen Anspruch aus dem Namensrechte, das billigerweise sämtlichen juristischen Personen zugestanden werden muß, handelt. Die etwa von diesen ausgehende Aufforderung auf Aenderung der bisherigen Bezeichnung hat daher keinen polizeilichen Charakter und kann deshalb nicht auf dem Verwaltungswege geregelt und erzwungen werden. Diese irrige Meinung ist in Fachkreisen vielfach verbreitet und es ist daher angebracht, besonders darauf hinzuweisen. Daran ändert nichts, daß die Standesvertretungen, die gewisse Rechte und Befugnisse der Verwaltungsstellen haben und daher vielfach als Behörde angesehen werden, sich im Disziplinarwege mit derartigen Angelegenheiten bei Verstößen beruflicher Natur gleichfalls zu befassen haben. Diese haben den vorliegenden Fall nur nach dieser Richtung hin zu prüfen, der allgemeinen Berufsanschauung Rechnung zu tragen und nach ihrem freien Ermessen gemeiniglich zu entscheiden. Das Gerichtsurteil ist hierbei nicht ausschlaggebend und kann daher für diese nur gewisse Anhaltspunkte liefern, weshalb beide Verfahren vollständig getrennt von einander geführt werden. Die Gerichtsentscheidung auf Unterlassung ist eine zivilrechtliche Anordnung der Justizbehörde, die ganz anderes Gepräge hat, als der strafrechtlich zu bewertende Disziplinarausspruch der Standesvertretung. Für schwere Vergehungen, die mit dem Strafgesetze in Kollision kommen, kann und muß das ergangene Strafurteil der Gerichte der Disziplinarbehörde als Grundlage bei Fällung ihrer Entscheidung dienen. Gewöhnlich ist der Sachverhalt jedoch dergestalt, daß es sich bloß darum handelt, ob ein Privatunternehmen nach außen hin eine Bezeichnung führen darf, die im Publikum leicht falsche Vorstellungen hervorrufen kann. Hierher gehört zweifellos die Frage, ob die Kommunen eine Verletzung ihres Namensrechtes darin erblicken und zur Klage schreiten dürfen, wenn eine Privatanstalt sich als Stadtsanatorium bezeichnet. Hier kommen bei der rechtlichen Beurteilung im allgemeinen die Beweggründe, die den Inhaber zu dieser Bezeichnung veranlassen, zur ausschlaggebenden Geltung. Es sind hier nur die Fälle zu subsumieren, wo damit bloß gewisse wirtschaftliche Vorteile erreicht werden sollen, ohne die Stadt dadurch materiell zu schädigen. Damit soll hingewiesen werden, daß ein Privatunternehmen sich nicht eine Bezeichnung einer der Stadtverwaltung unterstehender und dadurch kennzeichnender Heilanstalt beilegen darf, die infolge des gleichlautenden Inhaltes leicht zu Verwechslungen führen und die Stadt dadurch Einbußen in ihren Einnahmen haben kann. Vielmehr soll etwa hier der Gegensatz zu einem Waldsanatorium hervortreten oder mit dieser Bezeichnung die Vorstellung einer gründlich-wissenschaftlichen, nach dem Stande der jeweiligen Forschung erfolgenden Behandlung der Kranken oder Erholungsbedürftigen hervorgerufen werden. Selbst bei dieser weiten Fassung und gleichsam nur als Aushängeschild dienenden Bezeichnung als „Stadtsanatorium" ist nach der bisherigen Urteilsfällung der Gerichte die Unterlassung derselben ausgesprochen worden. Dieser Anschauung ist entgegenzuhalten, daß der Name der Stadt in der Bezeichnung ausdrücklich genannt sein muß, um eine Verletzung ihres gesetzlichen Schutzes darin erblicken zu können. Das Wort „Stadt" ist in diesen Fällen nur eine Gattungsbezeichnung, die mit dem persönlichen Rechte der Kommunen nicht verwechselt werden darf, was auch das Reichsgericht in mehreren Entscheidungen anerkannt hat. Ebenso ist absolut nicht die Absicht damit verbunden, den Namen der Stadt als für das Unternehmen eigen zu führen, was das Wesen dieses Rechtes ausmacht. Es ist nur eine versteckte, in vornehmer Art gehaltene Reklame des mit „Stadtsanatorium“ bezeichneten Unternehmens, deren Untersagung schwerlich gebilligt werden kann. Meistens wird durch einen derartigen Namen auf die Ortsverhältnisse hingewiesen, daß nur ein einziges derartiges Unternehmen daselbst besteht, was auch nach der herrschenden Verkehranschauung zugestanden werden darf. Die Verhältnisse liegen nicht so, daß der Anschein erweckt werden soll, daß die Heilanstalt von der Kommune geleitet, betrieben oder in einem sonstigen Zugehörigkeitsverhältnis zu ihr steht, sondern der Privatcharakter des Sanatoriums wird auch der Umwelt gegenüber mit dem Verbindungswort „Stadt“ in keiner Weise beeinträchtigt oder eingeschränkt und daher ist diese Verbindungsbezeichnung „Stadtsanatorium“ auch Privatheilanstalten zuzugestehen, was von wirtschaftlichen Gesichtspunkten aus vollkommen gerechtfertigt erscheint. Eine andere Auslegung des in Frage kommenden § 12 BGB. würde den inneren Gehalt jedes Namensschutzes, der hauptsächlich Beeinträchtigungen der Person gegen Mißbrauch ihres Namens hintanhalten will, ganz verkennen.

Dr. J. Frankfurter, Leipzig.

Briefkasten.

Dr. Vy. in Kö.: Die Regelung der Honorare ist der Privatvereinbarung mit dem Patienten oder seinen Angehörigen überlassen. Für Sonderleistungen, wie Operationen oder besonders schwierige Arbeiten, kann ein Extra-Honorar verlangt werden. Sie können sich als Gläubiger an der Konkursmasse beteiligen und gehören dann dem Gläubiger-Ausschuß an. Die Quote ergibt sich erst nach dem Schlußtermin. — Die bestehenden Medizinaltaxgebühren stellen nur den Durchschnittsmaßstab für ärztliche Behandlung dar. Für Spezialärzte sind sie höher als für den praktischen Arzt und dürfen Ihre gestellten Forderungen vom Konkursgerichte als normal angesehen und nicht beanstandet werden, zumal ihr Patient dagegen keinen Einspruch erhebt. Beim zuständigen Amtsgerichte erfahren Sie den anberaumten Termin zur Anmeldung der Konkursforderung, eventuell wird ein Prüfungstermin für Neuanmeldungen vom Gerichte festgesetzt. Fr.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 34, 20. August.

Infektion und Nervensystem. Haberland.
Traumatische Epilepsie nach Hirnschüssen und berufliche Leistungsfähigkeit. Steinthal.
Ulcus tropho-neuroticum der Glutäalgegend, entstanden 9 Jahre nach Schrappnellverletzung der Cauda equina. Hagen.
Behandlung der Aphonie bei Stimmbandlähmung durch Rekurrensparalyse. Kretschmann.
Krankheitsverlauf des Typhus abdominalis bei Schutzgeimpften. Schembra.
Erforschung biochemischer Aeußerungen der Lebenstätigkeit der Gewebskulturen. Krontowski.
Hypertrichosis sekundaria. Partheil.
Kasuistik des Jodbasedow. Kaffler.
Die fraktionierte Magenausheberung als differential-diagnostisches Hilfsmittel. Tiefensee.
✦ Weitere Erfahrungen über die Bandwurmkur mittels der Duodenalsonde. Schneider.
Vereinfachung der Technik der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Guthmann.
Gedanken eines Arztes über die Medizin. Bier.
✦ Neuere therapeutische Indikationen der Liquorpunktion. Curschmann.

Weitere Erfahrungen über die Bandwurmkur mittels der Duodenalsonde. Die Einführung der Duodenalsonde in die Therapie der Taenienerkrankung bringt einen großen Fortschritt gegenüber der Kapselmethode, da sie viel sicherer zur Beseitigung des Parasiten führt. Nach gründlicher Entleerung des Kranken am Vortage (Abführmittel in ausreichender Dosis) und Verabfolgung blander Diät wird das Wurmmittel (Extr. filic. mar. 3,0 + Extr. cort. pun. granat. 6,0 aufgerührt in Inf. sennae 5,0 : 50,0) mit der Sonde in das Duodenum eingegeben. Der Abgang des Wurmes erfolgt durchschnittlich in 2 Stunden. Die blande Diät am Vorabend erleichtert das Aufsuchen des Wurmkopfes in dem fast fäcesfreien Stuhl.

Neuere therapeutische Indikationen der Liquorpunktion. Die Gefahren der Subokzipitalpunktion (Verletzung der Medulla oblongata, Gefäßarrosion) sind nicht zu unterschätzen, so daß trotz der großen diagnostischen Vorzüge dieser Methode (Jodölfüllung des Liquorraumes, Ventrikelfüllung mit geringen Mengen Luft) für die regelmäßige therapeutische Anwendung dem Praktiker zur Lumbalpunktion zu raten ist. In Fällen von typischer Krampfurämie sind mit der Liquorpunktion ausgezeichnete, lebensrettende Erfolge zu erzielen, selbst bei Kranken, bei denen Aderlässe und Infusionen nutzlos erschienen. Die Liquorpunktion brachte auch in den Urämiefällen Erfolg, wo keine Drucksteigerung, kein Hydrocephalus bestand. Nicht die Druckentlastung bedingt also den therapeutischen Effekt, sondern die Entfernung von giftigen Retentionsprodukten aus dem Gehirn, die sich infolge der erhöhten Durchlässigkeit der meningealen Schranken im Liquor ansammeln. Eine häufigere therapeutische Anwendung der Liquorpunktion ist bei der frühluischen Meningitis (bei Herxheimerscher Reaktion im Bereich der Meningen nach Salvarsanprovokation) und bei der Encephalitis epidemica — selbst bei ganz geringem und uncharakteristischem Liquorbefund — anzuraten. Von großer Bedeutung ist die Liquorpunktion neuerdings bei der Behandlung exogener Vergiftungen. Vor allem wurde bei der Methylalkoholvergiftung eine auffallende und regelmäßige Heilwirkung auf die schwere Sehstörung und die übrigen Intoxikationserscheinungen erzielt. Die prompte Wirkung der Liquorentnahme auch in schwersten Fällen mit niedrigem Liquordruck spricht für die Entfernung des Giftes aus dem Arachnoidealraum als Ursache der Besserung. Es ist deshalb auch in lebensbedrohlichen Fällen von akuter Aethylalkoholvergiftung (Jugendliche mit schwerem Koma, Areflexie und Atemlähmung) die gleiche Therapie anzuwenden, da es bei derartigen Vergiftungen zu hoher Konzentration des Alkohols im Liquor kommt.

Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 33, 13. August 1926.

Das Altern des Menschen als Problem der Physiologie. Hirsch
✦ Das individuelle Verhalten der Zelle. Lehmann.
✦ Blutmilchsäure und Karzinom. Büttner.
✦ Theorie und Praxis der kurativen Diabetesbehandlung. Adlersberg und Porges.
Krebsätiologie auf Grund klinischer Beobachtungen. Philippson.
✦ Genese zentralnervös bedingter Störungen des Fettstoffwechsels. Raab.
Röntgentherapie der Karzinome bei Kombination der Röntgenstrahlen mit intravenösen Dextroseinjektionen. Mayer.
Sind die von Antoni mittels des sogenannten Ringoldschen Färbeverfahrens gefundenen Kernveränderungen der weißen Blutzellen für Syphilis spezifisch? Mulzer.
Das Ovarialhormon und seine klinische Anwendung. Zondek.
Verhalten der Brunst bei der Parabiose der Ratte. Pfeiffer und Zacherl.
Weitere Herzhormon-Versuche. Haberlandt.
Die „Nirvanolkrankheit“, eine anaphylaktische Reaktion vom Typus der Serumkrankheit. de Rudder.
Dissoziation der beiden Vorhofskontraktionen mit dem Kammersystolenausfall. Ken Kure und Kaneko.
✦ Bedeutung von Hautreaktionen für Diagnose und Therapie allergischer Krankheiten. Leeuwen.
✦ Neues Mittel zur Behandlung von Gallenwegserkrankungen auf organo-therapeutischer Grundlage. Adler und Guttmann.
Neues Absaugeinstrument für Hals-, Mund- und Rachenoperationen. Richter.

Das individuelle Verhalten der Zelle. Es wurde gezeigt, daß die experimentelle Zellforschung mit der individuellen Untersuchungsmethode eine Brücke von der allgemeinen Biologie zur allgemeinen Therapie schlägt. Auf dieser Brücke gelangte der Verfasser über den allgemein-biologischen Begriff der Regeneration zu dem selbstverständlichen Gesetz von der Individualität eines jeden Organismus, auch des elementarsten. Auf dem Grunde dieses biologischen Grundgesetzes wird auch die Lehre von den Gesetzen des Lebens, die allgemeine Biologie aufzubauen sein.

Blutmilchsäure und Karzinom. Es erscheint dem Autor fraglich, ob ein vermehrter Milchsäuregehalt im Blute Krebskranker diagnostisch von großer Bedeutung ist. Man kann zwar mit einiger Sicherheit sagen, daß ein Krebskranker bei vermehrter Blutmilchsäure eine Leberschädigung hat. Ob die Ursachen aber Metastasen sind — eine solche Abgrenzung wäre ja chirurgisch bedeutungsvoll — oder ob es sich nur um eine sekundäre Schädigung durch Stauung, Anämie usw. handelt, läßt sich nicht immer feststellen. Auch können zweifellos benigne Pylorusstenosen, die zu starker Inanition führten, die Zellfunktion der Leber soweit beeinträchtigen, daß man erhöhte Milchsäurewerte findet.

Theorie und Praxis der kurativen Diabetesbehandlung. Es werden die theoretischen und experimentellen Grundlagen der kurativen Diabetestherapie untersucht. Diese stellt sich die Aufgabe, nicht nur eine vorübergehende symptomatische Besserung zu erzielen, sondern die Stoffwechselstörung als solche zu mildern oder wenn möglich zu beseitigen. Dabei scheint in erster Reihe die Erzielung eines Glykogenansatzes in der Leber von Bedeutung zu sein.

Bei der Behandlung leichter und mittelschwerer Fälle ließ sich dieses Ziel durch Anwendung einer eiweißreichen und fettarmen Kost erreichen, deren Kohlehydratgehalt so gewählt wurde, daß eine abundante Glykosurie vermieden wurde.

Bei der Behandlung schwerer Fälle ermöglicht die Kombination von Insulin mit einer Diät, die große Mengen Kohlehydrat, mäßige Mengen Eiweiß und nur geringe Mengen Fett zuführt, Glykogen in der Leber zum Ansatz zu bringen. Bei Fällen, deren Stoffwechsellage bei anderen diätetischen Verfahren sich fortschreitend verschlechterte, gelang es auf diese Weise, weitgehende Toleranzsteigerungen zu erzielen.

Genese zentralnervös bedingter Störungen des Fettstoffwechsels. Mitteilung eines Falles von hochgradiger, rein cerebraler Adipositas (Enzephalitis des Tuber cinerum ohne irgendeine Beteiligung der Hypophyse), sowie eines anderen Falles von Adipositas, welcher, entsprechend angeführten eigenen Versuchsergebnissen des Verfassers, als Folge einer schweren syringomyelitischen Schädigung des Halsmarkes („zervikale“ Adipositas) aufgefaßt werden kann, da die nervösen Verbindungen zwischen dem fettstoffwechselregulierenden Hypophysenzwischenhirnsystem und der Peripherie durch das Halsmark verlaufen.

Bedeutung von Hautreaktionen für Diagnose und Therapie allergischer Krankheiten. Die Allergiker unterscheiden sich von Normalen u. a. dadurch, daß ihre Haut spezifisch überempfindlich ist gegen Allergene. Fast alle Allergiker reagieren mit positiver Hautreaktion auf ein Extrakt von Schuppen der menschlichen Kopfhaut. Daneben haben die Allergiker noch eine oder mehrere (bzw. sehr viele) positive Hautreaktionen. Dies beruht nicht auf einer allgemein gesteigerten Reizbarkeit der Haut.

Ueberempfindlichkeit der Haut geht oft — aber nicht immer — zusammen mit Ueberempfindlichkeit anderer Organe. Starke Reaktion auf Pollen ist entscheidend für die Diagnose Heufieber oder Heuasthma. Starke Reaktion auf Produkte der tierischen Haut, auf Klima-Allergene, ist entscheidend für andere allergische Symptome (meistens Asthma, gelegentlich Urticaria). Starke Reaktion auf Nahrungsmittel ist meistens ein Beweis der Ueberempfindlichkeit des Magen-Darmtraktus oder anderer Organsysteme.

Mittelstarke Reaktionen sind nur auf Grund der Erfahrungen zu beurteilen. Negative Hautreaktion gegen Pollen schließt Heufieber praktisch aus. Schwache und negative Hautreaktionen gegenüber tierischen Haaren und Klima-Allergenen sprechen gegen die Allergie; es kommen aber Ausnahmen vor. Negative Reaktionen mit Nahrungsmitteln und Arzneimitteln haben wenig Bedeutung.

Die Deutung der Reaktion, ob stark oder schwach, kann nur auf Grund der Erfahrung geschehen, welche man mit in ihrer Wirkung bekannten oder selbst hergestellten Extrakten gesammelt hat. Hautreaktionen sind noch nicht reif für die allgemeine Praxis. Auch die diagnostische Reaktion kann bei starker Ueberempfindlichkeit gefährlich sein.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen positiver Hautreaktion und der Bedeutung des Allergens als kausales Agens kann nur unter Berücksichtigung der Wohnungs- und Lebensverhältnisse und der Gewohnheiten der Patienten beantwortet werden.

Neues Mittel zur Behandlung von Gallenwegserkrankungen auf organotherapeutischer Grundlage. „Cholasa“ entspricht in seiner Zusammensetzung den Anforderungen der modernen Therapie in jeder Beziehung. Es wird hervorgehoben, daß „Cholasa“ neben den obligaten Bestandteilen der Choleretica und Cholagoga zwei neue Faktoren in sich vereinigt, nämlich:

1. die Hypophysenwirkung, oral angewandt, als Cholekinetikum;
2. das organotrope Lebereiweißabbauprodukt.

Parallelversuche haben ergeben, daß eine Cholasa-Komposition, in welcher die organotrope Komponente, also das Lebereiweißabbauprodukt, weggelassen wurde, bei weitem geringere Wirksamkeit zeigt als das Präparat, welches diesen Stoff enthält und bei den von den Verfassern geschilderten Fällen angewandt wurde.

Durch letztere Komponente wird zum ersten Mal in der Therapie der die Gallenwegserkrankungen stets begleitenden Insuffizienz des Leberparenchyms, also der Schädigung der Drüsenzelle wirksam entgegengetreten. Dadurch dürfte „Cholasa“ nicht nur für den Internisten von Wert sein, sondern auch dem Chirurgen bei Vor- und Nachbehandlung von operativen Fällen dieser Erkrankungen wertvolle Dienste leisten.

Nr. 34, 20. August 1926.

Neues in der Pathogenese der peptischen Geschwüre. Simnitzky.
◆ Weitere Untersuchungen über das Vorkommen von Hämatin im Blutserum bei Menschen und Tieren. Bingold.
◆ Beziehungen der galvanischen Muskelerregbarkeit zu Elektrolytstörungen und zur allgemeinen vegetativen Uebererregbarkeit. Hopmann.
◆ Kalium- und Kalzium-Gehalt des Gesamtblutes Kreislaufkranker und das Verhalten desselben unter dem Einfluß körperlicher Arbeit. Kisch.
Praktischer Wert der interferometrischen Methode der Abderhaldenschen Reaktion. Kaufmann.
Hypochrome Früh- und Remissionsstadien der perniziösen Anämie. Olivet.
Kann man auf serologischem Wege die Lokalisation maligner Tumoren ermitteln? Volkmann.
Schule, Pubertät und Rückgratverkrümmung. Kochs.
Gewinnung von Choleragift. Hahn und Hirsch.
Experimentalstudien über die Entstehung des Aortenschmerzes und seine Leitung zum Zentralnervensystem. Spiegel und Wassermann.
Kulturbild und Pathogenität der Parathyphusbazillen. Elkeles.
Quantitative Bestimmung von Atropin neben Papaverin in einer Arznei. Heubner.
Salvarsanschäden des inneren Ohres. Kobrak.
Hämatoporphyrine und Hämatoporphyrie. Schumm.

Weitere Untersuchungen über das Vorkommen von Hämatin im Blutserum bei Menschen und Tieren. Beim Menschen ist der Vorgang des Blutfarbstoffabbaues so fein ausreguliert, daß außer dem Bilirubin ein Zwischenkörper normalerweise im Blutserum nicht in Erscheinung tritt. Das Auftreten eines solchen, besonders des Hämatins, ist also keinen Zufälligkeiten unterworfen. Der Verfasser entnimmt seinen Untersuchungen, daß die Hämatinämie an ganz bestimmte Krankheitszustände gebunden ist. Bei Vergiftungen endogener oder exogener Art kommt es viel häufiger zu einer Hämatinämie als zu einer Methämoglobinämie oder Sulfohämoglobinämie. Die Mechanik der Hämatinbildung wurde experimentell zu erforschen versucht. Es kann vorläufig als Tatsache angenommen werden, daß die Auswirkung des Giftes, das zur Hämatinbildung führt, eine gewisse Intensität nicht überschreitet. Chemische Gifte und das Toxin des Gasbazillus verhalten sich nach dem Experimente in mancher Beziehung gleichsinnig. Die Einwirkung auf den Hämoglobinkörper ist keine direkte, es ist vielmehr wahrscheinlicher, daß zur Giftwirkung erst eine Umbildung des Giftes mit Hilfe von Gewebsbestandteilen (Gewebsatmung) in Frage kommt, und daß erst dadurch das Gift zum Hämatinbildner wird.

Das alleinige Auftreten von Hämatin bei gewissen Vergiftungen (Toluylendiamin, Phenylhydracin, Gasbazillentoxin) läßt eine gewisse Verwandtschaft mit dem Gifte der perniziösen Anämie ahnen. Auch die negativen Resultate, die die Milzexstirpation bei diesen Erkrankungen ergibt, verstärken diese Vermutung.

Beziehungen der galvanischen Muskelerregbarkeit zu Elektrolytstörungen und zur allgemeinen vegetativen Uebererregbarkeit. Der Grad der galvanischen Muskelerregbarkeit stellt ein feines Kriterium für die Elektrolytlage der Gewebe dar. Eine Disposition zur vegetativen Uebererregbarkeit auf der Grundlage einer bestimmten Elektrolytkonstellation macht sich auch an der Skelettmuskulatur durch die Herabsetzung der Schwellenwerte bei galvanischer Prüfung bemerkbar. Ein Vergleich der Resultate von 40 Gesunden mit denjenigen von 40 Kranken unter der Diagnose Organoneurose (Kardiospasmus, spastische Obstipation, Vasoneurose usw.), geordnet nach den Graden der Schwellenwerte, zeigt den Schwerpunkt des Feldes der Gesunden bei 9 Milliamp., der Neurosen bei 6,5 Milliamp. Ein Drittel aller Fälle aus beiden Kategorien vereinigt sich im mittleren Feld bei 7 bis 9 Milliamp.

Es bestehen Wechselbeziehungen zwischen ängstlicher Affektlage und Muskelerregbarkeit. Bei Zyklothymikern sprach der Muskel im Stadium ängstlicher, depressiver Spannung leichter auf den galvanischen Reiz an, als später im Entspannungsstadium.

In ähnlicher Weise konnten Erregbarkeitssteigerungen bei Epileptikern zwischen gehäuften Anfällen und bei der anaphylaktischen Ueberempfindlichkeit nachgewiesen werden.

Es bestehen verwandtschaftliche Beziehungen zwischen der tetanischen und epileptischen Krampfbereitschaft der Muskeln zu der vegetativen Uebererregbarkeit und der anaphylaktischen Ueberempfindlichkeit, wahrscheinlich auf der Basis ähnlicher Elektrolytstörungen der Gewebe.

Kalium- und Kalzium-Gehalt des Gesamtblutes Kreislaufkranker und das Verhalten desselben unter dem Einfluß körperlicher Arbeit. Bei allen jenen Kreislaufkranken, bei welchen es zur Ausbildung von Oedemen (Hydropsie) gekommen ist, liegt der Kalziumwert des Gesamtblutes in ausgesprochener Weise und ausnahmslos unter der Norm. Allem Anschein nach liegt der Blutkalziumspiegel um so niedriger, je hochgradiger die Hydropsie ist. Wo keine Oedeme bestehen, ist der Kalziumwert normal.

Bei Kreislaufkranken mit ausgesprochenen Insuffizienzerscheinungen ist der Kaliumwert des Gesamtblutes zumeist bedeutend größer als der Norm entspricht. In jenen Fällen, bei welchen Insuffizienzerscheinungen nicht ausgeprägt sind, finden sich normale oder aber auch unternormale K-Werte.

Im Anschluß an eine mäßige körperliche Arbeitsleistung (ca. 700 bis 1000 kgm) steigt der Kaliumgehalt des Gesamtblutes bei manifester Kreislaufinsuffizienz ausnahmslos an; diese Steigerung kann auch ganz beträchtliche Grade erreichen (in der Versuchsreihe des Verfassers betrug die maximalste Steigerung 37,8 mg%). Bei organischen Herzfehlern mit guter Kompensation fehlt eine Steigerung des K-Spiegels nach mäßiger Arbeit.

Der gut kompensierte Herzkranke verhält sich bezüglich seines K- und Ca-Gehaltes im Gesamtblut wie ein Normaler.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 33, 13. August 1926.

- Typhus in Torgelow (Vorpommern). **Straub.**
- * Mechanismen der Blutstillung. Morawitz.
- Passive Uebertragung der Ueberempfindlichkeit bei Tuberkulose der Menschen und der Tiere. Schilling und Hackenthal.
- Persistenz der Spirochäten bei experimenteller Rekurrens. Kroó.
- Grundlagen einer unschädlichen therapeutischen Verwendbarkeit lebenden Protoplasmas. Böhme.
- * Erfahrungen über die therapeutische Verwendung lebender Bakterien beim Menschen. Schlayer und Wolf.
- * Grundsätzliches über die Verwendung des neuen Fiebermittels Saprovitan in der Neurologie. Dreyfus und Hanau.
- Pharmacologia phantastica. Ehrismann und Joachimoglu.
- Kreislaufprobleme. Plesch.
- Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die roten Blutkörperchen. Krömeke.
- Exsikkose und Toxikose im Säuglingsalter. Orgler.
- Bedeutung des Vitamingehalts der Nahrung für die Ernährungs- und Entwicklungsstörungen des Kleinkindes. Landé.
- Die sozialhygienische Bedeutung der Rachitis. Aschenheim.
- Syphilitische Pseudolähmung. Engel.
- Der jetzige Stand der Tabes- und Paralysetherapie. Löwenstein.

Mechanismen der Blutstillung. Aus den Ausführungen des Verfassers geht hervor, daß für die Blutstillung Blut und Gefäße als eine untrennbar verknüpfte Einheit betrachtet werden müssen und daß es ebenso falsch ist, zur Erklärung aller Anomalien nur an das Blut als nur an die Gefäße zu denken. Praktisch wichtig wird die Frage, wenn es sich um Operationen von Kranken mit Blutungsneigung handelt. Hier lehrt die Erfahrung folgendes: Am gefährlichsten — soweit mangelnde Blutstillung in Frage kommt — ist es sicher, bei verminderter Gerinnungstendenz zu operieren, also z. B. bei Hämophilen oder Cholämikern. Ist nur die Blutungszeit verlängert, die Gerinnung aber normal, so sind die Aussichten günstiger. Das lehrt der meist günstige Ausgang der bisher bei Thrombopenie ausgeführten Milzexstirpationen. Sind Blutungs- und Gerinnungszeit normal, besteht aber trotzdem eine rein vaskulär bedingte hämorrhagische Diathese, so scheinen die Gefahren schwerer Nachblutungen geringer zu sein, als bei Zusammentreffen von Gefäß- und Blutveränderungen. Die Bestimmung der Blutungszeit nach Duke, der Gerinnungszeit mit einer der zahlreichen Methoden ist aber unbedingt anzustreben, wenn man in die Lage gesetzt ist, einen auf Blutungsneigung verdächtigen Kranken zu operieren. Leider gibt es noch keine gleich brauchbare einfache Methode, um auch die Blutstillungsmechanismen der Gefäße isoliert zu prüfen.

Grundlagen einer unschädlichen therapeutischen Verwendbarkeit lebenden Protoplasmas. In dem Saprovitan ist das völlig neuartige Prinzip verkörpert, lebendes Protoplasma in unschädlicher Weise der Therapie nutzbar zu machen. Die wissenschaftliche Begründung läuft auf Gedankenrichtungen hinaus, die unter teilweiser Abwendung von bisherigen bakteriologischen Anschauungen, in organischem Zusammenhange mit früher verfolgten und niedergelegten Ergebnissen bei „pathogenen“ Bakterien, hier auch geeigneten lebenden Saprophyten eine sehr bedeutsame nutzbare Rolle in der parenteralen Resorption zuweist. Die Injektion geschah bisher ausnahmslos intravenös. Die Wirkung ist unspezifisch-kolloidtheoretisch, teils wohl auch antagonistisch im bakteriologischen Sinne zu erklären.

Die Anwendung ist völlig gefahrlos und unschädlich. Das Mittel gibt die erste Möglichkeit in die Hand, willkürlich ein auch qualitativ zu bemessendes, kurzdauerndes Fieber auszulösen und dieses jederzeit zu wiederholen; andererseits gestattet die Dosierung gleichwohl auch eine völlig fieberlose Resorption.

Das Indikationsgebiet ist noch nicht abgegrenzt; es kommen neben demjenigen der Reiztherapie vor allem psychiatrisch-neurologische, besonders aber Paralyse durch Ersatz der Malariatherapie in Frage. Klinische Methodik und Grundlagen sind im Augenblick noch nicht als endgültige zu betrachten.

Erfahrungen über die therapeutische Verwendung lebender Bakterien beim Menschen. Die Versuche der Verfasser zeigen, daß es gelingt, mit Hilfe der Bakterientherapie auch beim kranken Menschen therapeutische Erfolge ohne Schädigung zu erzielen. Die Autoren ziehen folgende Schlüsse: 1. daß die Wirkung der Injektion der bisher ausgeprobten lebenden Bakterien durchaus den allgemeinen Proteinkörperwirkungen zuzurechnen ist; 2. daß auch nach diesem Maßstab gemessen die Verwendung der Bakterien der geschilderten Art weniger gefährlich ist, als a priori erscheinen konnte. Schlayer und Wolf schließen sich, bezüglich des Gebiets, auf welchem sie ihre therapeutischen Studien machten, dem Urteil psychiatrisch-neurologischer Beobachter über die Malariaerkrankung an. Auch bei ihrer Methode scheint die künstlich gesetzte Injektion mit den verwandten Bakterien an therapeutischer Wirksamkeit weit über das hinauszugehen, was man bei den übrigen Reizkörpern, aber auch mit den abgetöteten Bakterien derselben Gruppe erlebt hat. Es ist selbstverständlich, daß diese Behauptung der weiteren Kontrolle und Nachprüfung bedarf und daß es sich vorläufig erst um eine Anzahl klinischer Beobachtungen handelt, die Brauchbarkeit und Ungefährlichkeit des Prinzips charakterisieren sollten. Es müssen auch noch weitere Beobachtungen mit anderen Bakterien gemacht werden, zumal durchaus die Untersuchungen der Verfasser erwiesen wurde, daß die Furcht vor den lebenden Bakterien übertrieben war. Insbesondere kann die Möglichkeit, dadurch etwa eine der spontanen Infektion gleichkommende Erkrankung zu setzen, offenbar, wenigstens für die in Betracht kommenden Bakterien, so gut wie ausgeschlossen werden. Ein zweites, für eine alternierende Behandlung, besonders für Indikationen der Neurologie, in Frage kommendes Saprovitangemisch steht in diesem Sinne bereits zur Verfügung.

Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, daß vielfach bei geeigneter Dosierung die Reaktionen so gehalten werden konnten, daß sie mit viel geringeren Nebenwirkungen einhergingen als z. B. vorher gegebene Hyperthermandosen und andererseits, daß der therapeutische Erfolg um so viel nachhaltiger war als bei diesen. Es wird immer Sache einer gewissen persönlichen Erfahrung bleiben müssen, wie man mit diesen biologisch hochwertigen Mitteln therapeutischer Einwirkung bezüglich der Dosierung umzugehen hat. Sie schematisch zu behandeln, dürfte jedenfalls nicht gut möglich sein.

Grundsätzliches über die Verwendung des neuen Fiebermittels Saprovitan in der Neurologie. Das Saprovitan ist in allererster Linie als ungefährlicher Ersatz des Indikationsbereichs der Malaria zu verwenden. Ob das Saprovitan der Malaria in seiner Wirksamkeit einigermaßen ebenbürtig ist, ist noch eine Frage. Es scheint, als ob die Malaria bei der Behandlung der Neurolues dem Saprovitan (ausgenommen bei Tabes) an therapeutischem Erfolg überlegen ist. Der geringere Heileffekt des Saprovitans hängt sehr wahrscheinlich mit seiner fast völligen Unschädlichkeit für den Organismus zusammen.

Sein Indikationsbereich in der Neurologie wird also dort zu suchen sein, wo es sich um eine Umstimmung des Organismus durch gefahrloses, rasches und zuverlässig einsetzendes hohes Fieber handelt.

Vor allem aber bestehen nach den Beobachtungen der Verfasser keine Bedenken, Saprovitan auch außerhalb der Klinik, ganz im Gegensatz zur Malaria, anzuwenden. Das Saprovitan dürfte infolge seiner Zuverlässigkeit und Unschädlichkeit das Fiebermittel des praktischen Arztes sein. Wenn man die Garantie hat, daß der Patient sich ½ Stunde nach der Injektion zu Hause im Bett befindet, so kann man die Saprovitaninjektion auch in der Sprechstunde vornehmen.

Nr. 34, 20. August 1926.

- Innere Medizin und Psychotherapie. Hansen.
- Entstehung und Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen. Strauß.
- Chirurgische Probleme im Bilde der physikalischen Chemie. Wymer.
- Schutz vor dem Schutzserum. Degkwitz.
- Umfrage über das „Kolitisproblem“. David.
- Entstehung der syphilitischen Blutveränderung. Bergel.
- * Bakteriologie der Ruhr, besonders der diesjährigen. Elkeles und Schneider.
- Prophylaxe und Therapie des Gelben Fiebers an der westafrikanischen Küste. Rüder.
- Was leistet die Waltersche Brommethode? Walter.
- Sind Insulin und Blausäure Gegengifte? Szolnoki.
- * Prüfung der Magensekretion ohne Magenausheberung. Lewin.
- Neue Heilmethode des Kardiospasmus. Sternberg.
- Behandlung des akut blutenden Magengeschwürs mit Eigenblutinjektionen. Rausche.
- Therapie mit den Gesamtalkaloiden der Tollkirschenblätter. Weggen.
- Omnadin in der Hand des praktischen Arztes. Mayer-Homberg.
- Konservative Furunkelbehandlung nach Schütz. Brann.
- Atophanyl bei Erythema exsudativum multiforme. v. Pezold.
- Coramin, ein neues Analeptikum. Alsberg.
- Akute Morphiumintoxikation. Gottschalk.
- Unverträglichkeitserscheinungen nach Adalinverabreichung bei einem Säugling. Rosenbaum.
- Jodtinktur als Antihidrotikum. Seifert.
- Der jetzige Stand der Tabes- und Paralysebehandlung. Löwenstein.

Bakteriologie der Ruhr, besonders der diesjährigen. Die Verff. raten zu folgendem Vorgehen: Die praktizierenden Aerzte sollen jeden Fall von typischer akuter klinischer Ruhr unabhängig von dem bakteriologischen Ergebnis als „übertragbare Ruhr“ behandeln und polizeilich melden. Die erste diagnostische (blutig-schleimige!) Stuhlprobe soll unmittelbar nach der Ausscheidung durch Boten dem diagnostischen Laboratorium überwiesen werden. Nachuntersuchungen können durch die Post befördert werden.

Die diagnostischen Laboratorien, die solche Stühle sofort nach Eingang verarbeiten müßten, sollten sich möglichst bald D- und E-Serum herstellen. Das Untersuchungsamt in Charlottenburg-Westend ist bereit, D- und E-Stämme zu liefern, notfalls kann auch in geringen Mengen agglutinierendes D- und E-Kaninchenserum abgegeben werden.

Die Verfasser erinnern an die Möglichkeit der Schutzimpfung bedrohter Personen aus der Umgebung Erkrankter. Zur Vermeidung eine schädlichen Inkubationsimpfung soll zunächst der hundertste Teil der üblichen ersten Impfdosis subkutan gespritzt werden. Erst wenn diese Impfung gut vertragen wird, schließen sich die weiteren Impfdosen an. Die Verfasser stellen zur Zeit einen, auch die D- und E-Rassen enthaltenden polyvalenten Impfstoff her. Auch Boehnckes Impfstoff „Dysbacta" kommt hierfür in Frage.

Prüfung der Magensekretion ohne Magenausheberung. Die Kohlensäurespannung der Atmungsluft kann zur Bestimmung der sekretorischen Magenfunktion insofern herangezogen werden, daß nach Probefrühstück dieselbe bei Hyperaziden steigt und bei Hypaziden unter die Norm sinkt. Diese Aenderungen beziehen sich auf die Werte bei Normaziden. Bei Anaziden fand sich keine Aenderung gegenüber der Nüchternuntersuchung. Der Verfasser kontrollierte nun die Aenderungen der Kohlensäurespannung durch die Säuresekretion mit dem von Arnoldi modifizierten Fridericia-Apparat und gleichzeitig mit der Benedikt-Fuldschen Methode. Diese Methode beruht darauf, daß man nach der Einnahme einer wäßrigen Lösung von doppelkohlensaurem Natron bei Anwesenheit von Magensäure einen typischen Auskultationsbefund der Magengegend erhält. Man hört nämlich ein Blasenknistern, das von Darmgeräuschen gut zu unterscheiden ist. Beide Methoden kombiniert ergeben eine gute Orientierung als Notbehelf, wenn die Magenausheberung verweigert wird oder aus anderen Gründen nicht durchgeführt werden kann. Die Benedikt-Fuldsche Methode könnte die CO_2-Spannungsuntersuchung gut insoweit ergänzen, als sie über die Frage nach dem Vorliegen von Nüchternsekret Auskunft zu geben vermag, was mit der Gasuntersuchung nicht möglich ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 32, 6. August 1926.

Gefährlichkeit des Quecksilberdampfes und der Amalgame. Alfred Stock.
Rolle der transistorischen Niereninsuffizienz im Krankheitsbild der arteriosklerotischen Hypertonie. Otto Klein.
Das psychogene Fieber. Felix Deutsch.
Augensalben. L. von Liebermann.
Sichtbarmachung der Gallenblase im Röntgenbild durch Erhöhung ihrer physiologischen Funktionen. Ernst Rachwalsky.
✤ Mikroschnellbestimmung des Blutzuckers. E. Kaufmann.
Technik der Hypertrichosis mit dem Elektrokauter (Kaltkauter). Erwin Last.
Variko-atonischer Symptomenkomplex. F. Schlunk.
Konstitutionelle Therapie. Felix Turan.
✤ Pleurarisse nach alten Pleuritiden. Franz Koch.
✤ Gehäuftes Auftreten von Schilddrüsenschwellungen unter der Schuljugend. Carl Lämel.
Rekurrensinfektion syphilis- und frambösiekranker Kaninchen. H. Schloßberger und R. Prigge.

Mikroschnellbestimmung des Blutzuckers. Seitdem die Bangsche Methode zur Bestimmung des Blutzuckers als ungenau erkannt wurde, wird von allen in dieser Disziplin arbeitenden Forschern — soweit sie Gelegenheit dazu haben — eine neue Methode ausgearbeitet. Verf. gibt in vorliegender Arbeit eine Methode mit Kolorimeter und Farbtest an, wobei er jedoch die Durchführung der Bestimmung nicht ganz ausführlich und genau berichtet. Die Blutzuckerbestimmung nach Hagedorn und Jensen ist wohl nach wie vor die beste, welche wir zur Zeit besitzen. Die Anwendung dieser Methode ist trotz aller Anfeindungen leicht und schnell durchführbar, so daß wir zufrieden sein können mit ihr und es zweckmäßig erscheint, nicht alle Neuerungen nachzuprüfen, da der Zeitverlust meistens kein entsprechendes Aequivalent bietet.

Pleurarisse nach alten Pleuritiden. Verf. will in seiner Arbeit nur von den Pleurarissen sprechen, welche nach längst abgelaufenen alten tuberkulösen Pleuritiden auftreten und gibt dazu zwei Krankengeschichten. Im ersteren Falle handelt es sich um einen Mann, der während des Geschlechtsverkehrs plötzlich einen heftigen Schmerz in der Höhe der achten Rippe verspürt und nur auf dem Rücken liegend bei ganz oberflächlicher Atmung den Schmerzen einigermaßen begegnen kann. Mehrere Jahre vorher hatte er Tbc. beider Oberlappen gehabt. Nach 8 Tagen Bettruhe gänzliches Aufhören des Fiebers und Heilung. Im zweiten Falle hat Verf. die Beobachtung an sich selbst machen können und kam infolge Kenntnis des ersten Falles sehr rasch zur richtigen Diagnose; auch er mußte eine Woche das Bett hüten.

Die Bezeichnung „Pleurariß" ist sehr glücklich gewählt; denn nach starker körperlicher Anstrengung kann es bei alten Phthisikern zu einem Einriß in das viszerale, mit vielen kleinen Blutgefäßen durchsetzte Pleurablatt kommen, und wenn sich kein Pneumothorax bildet, so ist das mit der Verklebung der beiden Pleurablätter zu erklären.

Gehäuftes Auftreten von Schilddrüsenschwellungen unter der Schuljugend. In einer dritten Mitteilung gibt Verf. aus seiner Praxis als Schularzt uns Kenntnis über das Kropfvorkommen bei den schulpflichtigen Kindern in Berndorf (Nieder-Oesterreich). Er hat in den letzten 5 Jahren alle Schüler und Schülerinnen untersucht und fand bei 8172 Kindern 2163 mit Kropf behaftet, d. h. 26%. Er hat den Kindern ein absolut verläßliches Jodsalz verordnet und hat keinen Fall von Jodschaden bei ihnen gemerkt.

Nr. 33, 13. August 1926.

✤ Stillsche Krankheit. H. Strauß.
Gefährlichkeit des Quecksilberdampfes und der Amalgame. Alfred Stock.
✤ Leberfunktionsprüfung nach S. M. Rosenthal. Fritz Reimann, Hugo Adler, Hans Edel.
Gelenkstörungen bei Akromegalie. Erich Ballmann.
„Köhlersche Krankheit." A. Mosenthal.
Verteilung und Häufigkeit einiger Bakterienkrankheiten in Spanien. Ricardo Moragas y Gracia.
Konstitutionelle Therapie. Felix Turan.
Künstliche Bakteriennährböden. R. Fetscher und H. Zirkler.
Physikalische Therapie des praktischen Arztes. Georg Hauffe.

Stillsche Krankheit. Ueber dieses eigenartige, bei Kindern vorkommende Krankheitsbild, kennt man in Deutschland wohl kaum ein Dutzend Fälle und in ganz ausführlicher Arbeit gibt Verf. uns eine Schilderung über die Krankheit an sich und über einen speziellen Fall aus seinem Krankenhause. Es ist wichtig, daß ein Zusammenhang zur hereditären Lues nicht zu bestehen scheint; hingegen könnten endokrine Momente eine Rolle spielen; denn Verf. hat in seinem Falle einiges beobachtet, was an Myxödem erinnert. Die Therapie der Stillschen Krankheit ist wohl nicht sehr erfolgreich; sowohl Proteinkörperinjektionen, wie auch Diphtherieheilserum haben nur einen vorübergehenden Erfolg gezeitigt. Eine Dauerheilung hat Verf. nur in einem von ihm beobachteten Falle gesehen.

Leberfunktionsprüfung. Dadurch, daß der Bilirubingehalt im Blutserum nur ganz grob die Leberschädigungen darstellt, hat man schon lange nach einer neuen Methode gesucht und Rosenthal versuchte, ein System zur Leberfunktionsprüfung anzugeben. In der vorliegenden Arbeit wird systematisch gezeigt, daß diese Probe keine festen quantitativen Beziehungen zur Stärke der Leberzellschädigung zeigt. Diese Probe ist an sich theoretisch, also als direkte Methode der Leberfunktionsprüfung nicht brauchbar, wohingegen sie in der Praxis immerhin ein ungefähres Maß für die Schädigung der Leber als Gesamtorgan bietet.

Hofbauer, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 31, 29. Juli 1926.

✤ Klinische Bedeutung der Röntgenuntersuchung des Magens. Hitzenberger.
Experimentelles zum Tonsillenproblem. Russ und Suchanek.
Proteinkörpertherapie und vegetatives Nervensystem. Lukács.
✤ Medikamentöse Beeinflussung der Blutzusammensetzung. Donath und Perlstein.
Ein typischer Herd von Menschen befallenden leptusartigen Milbenlarven in Niederösterreich. Toldt.
Wie behandelt man eine akute Nephritis? Saxl.
Diagnostik und interne Therapie der Gallensteinkrankheit. Adlersberg.

Klinische Bedeutung der Röntgenuntersuchung des Magens. Die Röntgenuntersuchung deckt palpatorisch und perkutorisch nicht nachweisbare Vergrößerungen des Magens auf, ebenso eine durch entzündliche oder maligne Schrumpfung oder durch spastische Zustände hervorgerufene Verkleinerung. Die Lage des Magens zu einem im Epigastrium befindlichen Tumor wird oft nur durch Röntgenuntersuchung geklärt. Die Diagnose eines Ulcus ventriculi oder duodeni kann oft röntgenologisch gestellt oder ausgeschlossen werden. Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus duodeni und Cholelithiasis ist manchmal nur auf röntgenologischem Wege möglich. Manche Magenkarzinome werden bei der Durchleuchtung früher erkannt als durch andere Untersuchungsmethoden, auch zur Beurteilung der Operabilität (Ergriffensein eines kleineren oder größeren Teiles des Magens, Verschieblichkeit oder Unverschieblichkeit) ist die Methode von Wert. In der Beurteilung des Operationsresultates von Magenoperationen übertrifft die Röntgenuntersuchung alle anderen Methoden; lokale

Rezidiven, nach Karzinom, Ulcus pepticum jejuni, Funktion von Magen-Dünndarmverbindungen werden deutlich erkannt. Bei bestehender Ptose des Magens kann der Effekt einer Bauchbinde röntgenologisch leicht kontrolliert werden. Manchmal werden sicher bestehende Ulcera ventriculi röntgenologisch nicht gefunden; die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Karzinom ist nicht immer zu stellen; manchmal ist eine Wiederholung der Röntgenuntersuchung notwendig, um zu einem sicheren Resultat zu gelangen.

Medikamentöse Beeinflussung der Blutzusammensetzung. Nach der Injektion von Salvarsan kommt es beim normalen Menschen zu einer Vermehrung der Monozyten, die ihren Höhepunkt nach 24 bis 48 Stunden erreicht. Die Lymphozyten werden meist vermindert. Nach einigen Injektionen wird die Reaktion schwächer. Bei Trypaflavin- und Scharlachrotinjektion kommt es zu einer weniger ausgiebigen Steigerung der Monozyten und zu einer Vermehrung der Lymphozyten. Bei Ausbleiben der Reaktionen liegt eine geänderte Reaktionsbereitschaft des Organismus vor. Das Auftreten der Reaktionen spricht für die engen Beziehungen der verwendeten Mittel zum retikulo-endothelialen System.

Nr. 32, 5. August 1926.

* Komplizierende Pneumothoraxzwischenfälle. Schuberth.
Besonders lange Dauerheilungen nach Magenresektion wegen auch histologisch nachgewiesenen Carcinoma ventriculi. Schönbauer und Friedel.
Konstitutionelle Dispositon zur Prostatahypertrophie. Blatt.
Paralyse und die prophylaktische Rolle der Malaria bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems in der Türkei. Kerim.
Makroskopisches und mikroskopisches Schicksal. Widmer.
Belandlung von Fluor und entzündlichen Erkrankungen der Adnexe mit Oriol. Schauenstein.
Diagnose und Therapie der akuten eitrigen Mittelohrentzündung. Beck.

Komplizierende Pneumothoraxzwischenfälle. Schuberth beschreibt 2 Fälle von Spontanpneumothorax nach Anlegung eines künstlichen Pneumothorax auf der anderen Seite. In dem einen Fall wird bullöses Emphysem mit zirkumskripten Verwachsungen als Ursache des Spontanpneumothorax angenommen, im anderen ein akuter, destruktiver Prozeß mit Perforation in den Pleuraraum. In einem dritten Fall war bei guter Kompression der Lunge der Pleuraraum in mehrere Kammern geteilt, deren eine Eiter enthielt, während die übrigen von serösem, sterilem Exsudat erfüllt waren. Trotz Probepunktion konnte das Empyem erst bei der Autopsie gefunden werden. In einem vierten Fall wurde ein steriles Pneumothoraxexsudat mehrfach punktiert und mit Preglscher Jodlösung nachgespült. Nach der letzten Punktion, bei der Jod nicht mehr verwendet wurde, trat ein universelles Exanthem auf, das bullös wurde und sich durch Sekundärinfektion in eine Dermatitis verwandelte.

Nr. 33, 12. August 1926.

Chinin bei kruppöser Pneumonie. Berger.
* Technik der Bronchographie. Suchanek.
„Hypothyreosis." Der Ernährungsfaktor in der Aetiologie des Kropfes. Kirsch.
Neue Wege auf dem Gebiete der Elektrotherapie. Weiß.
Durch essigsaures Thallium hervorgerufene Alopezie an der kindlichen Kopfhaut. Pauchly.
Behandlung der Malaria mit Cadmiumpräparaten. Reitler.
Liquor-Diagnostik bei Syphilis. Uras.

Technik der Bronchographie. Alle Methoden der Bronchographie haben den Nachteil, daß viel Kontrastmasse verbraucht und sie nur teilweise ausgenützt wird. Suchanek vermeidet diesen Fehler dadurch, daß er nach Anaesthesierung des Larynx, der Trachea und Bronchien eine Duodenalsonde mittels gekrümmter Kornzange durch die Glottis führt und durch entsprechende Lagerung des Patienten vor dem Röntgenschirm die Olive in den gewünschten Bronchus dirigiert. Aeußerst geringer Jodipinverbrauch bei dieser Methodik.

Nr. 34, 19. August 1926.

Wert der Blutgruppenbestimmung in der Paternitätsfrage. Moritsch.
Angriffspunkt von Schlafmitteln. Méhes.
* Seltene Komplikation bei Insulinbehandlung. Güdemann.
Cardiazol., Pickler.
Chinin bei kruppöser Pneumonie. Berger.
Wie lassen sich Erkrankungen, die zu Dämpfungen an der Lungenbasis führen, im Röntgenbild erkennen? Hitzenberger.

Seltene Komplikation bei Insulinbehandlung. Ein durch Insulinbehandlung längere Zeit wesentlich gebesserter Diabetiker erkrankt während der Insulinkur an schwerer Hämaturie, die nach Aussetzen der Injektionen abnimmt, aber nach jeder weiteren Insulineinspritzung (auch nach Wechsel des Präparates) neuerlich exazerbiert. Histologisch Hyperämie des Nierenparenchyms und kleinste Ekchymosen im Nierenbecken. Ernst Pick, Wien.

Reichsgesundheitsblatt.

Nr. 32, 1. Jahrg., 11. August.

* Gerichtlich entscheidendes Gutachten auf Grund der Blutgruppenbestimmung. v. Scheurlen.
Bedeutung der internationalen Kongresse für das Rettungswesen. Hesse.

Gerichtlich entscheidendes Gutachten auf Grund der Blutgruppenbestimmung. Die Blutgruppenbestimmung hat in diesem Falle vor Gericht ihre praktische Verwertung gefunden und gezeigt, daß der Angeklagte nicht der Vater der Kinder sein konnte. Als beste Veröffentlichung über das Gebiet der Blutgruppenbestimmung wird „Lattes: Die Individualität des Blutes in der Biologie, in der Klinik und in der gerichtlichen Medizin" empfohlen (Verl. Springer, Berlin).

1. Jahrgang, Nr. 33, 18. August.

* Eugenik in der Sozialhygiene. Aust.

Eugenik in der Sozialhygiene. Erst bei durchschnittlich vier Kindern pro Ehe findet eine langsame Vermehrung einer Bevölkerungsgruppe statt. Die Mehrbelastung der Familie, die durch die Aufzuchtskosten des 3. und der folgenden Kinder muß vom Gesetzgeber ausgeglichen werden. Die Raubwirtschaft unserer jetzigen Finanzpolitik vernichtet die Familie, die Haupterwerbsquelle des Staates, sie ist von unbegreiflicher Rohheit. Sie wirkt geburtenfeindlich und merzt die besten Volksbestandteile aus. Ausgiebige Berücksichtigung der Familiengröße muß verlangt werden, jedes Einkommen und jedes Vermögen muß in so viel gleichen Teilen veranlagt werden, als Familienmitglieder vorhanden sind; ganz besondere Berücksichtigung des ländlichen Grundbesitzes, um die Erhaltung einer ausreichenden Kinderzahl zu gewährleisten. Die Beweggründe zur Verhütung von Geburten sind hauptsächlich wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Art; deshalb Reform in beider Beziehung. Auch die Auswanderung muß hierdurch (Siedelungsgebiete!) unterbunden werden, dazu kommt noch Arbeitsdienstpflicht, Alkoholismus-, Säuglingsfürsorge.

Michaeli, Bitterfeld.

Archiv für soziale Hygiene und Demographie.

1., Heft 5, Juli 1926.

Häufigkeitskurven menschlicher Masse. Karl Freudenberg.
* Wohnungsbeschaffung für Tuberkulöse. Hans Langer.
* Wertigkeit unehelicher Mütter. R. Vorster.
Bewegung der Bevölkerung in der Ukraine vor und nach dem Weltkriege. E. Roesle.
* Geographische Breite und Tuberkulose im hohen Norden. Karl Freudenberg.
Das Rettungswesen, Entwicklung, Stand und kulturelle Bedeutung. Erich Hesse.
* Die ärztlich interessierende Literatur der Leibesübungen in den letzten Jahren. Wolfgang Kohlrausch.
Erwerbslosenfürsorge und Arbeitslosenversicherung. Heinz Potthof.

Wohnungsbeschaffung für Tuberkulöse. Der Verfasser, ein erfahrener Tuberkulose-Fürsorgearzt, kommt mit Recht zu dem Ergebnis, daß trotz mancher Skepsis über Superinfektion jede Heilbehandlung vergebens ist, wenn nicht ausreichende vorbeugende Maßnahmen getroffen werden. Als solche kommt vor allem die Wohnungssanierung in Betracht. Als Beispiel der Bedeutung der Wohnungsverhältnisse kann eine Beobachtung in Stettin dienen, wonach in übervölkerten Haushaltungen Offentuberkulöser dreimal so viel Angehörige an offener Tuberkulose erkranken als in hygienischen Haushaltungen, und daß in den ersteren die Kinder bereits im ersten Lebensjahre sämtlich infiziert sind, während in letzteren mehr als 50% während des ersten Lebensjahres vor der Infektion bewahrt bleiben. Der Versuch der Asylierung der Tuberkulösen bzw. der Herausnahme der Kinder aus dem gefährdeten Milieu stößt leider noch auf wesentliche Schwierigkeiten. So kommt nur Besserung der Wohnungslage in Frage. Die Bevorzugung der Tuberkulösen bezüglich Wohnungen stößt auf prinzipielle Schwierigkeiten. Es müssen andere Wege gefunden werden. Vor allem Neubauten. Welche Bauform (ob Hochhaus, ob Siedlung)* für die Zwecke der Tuberkulosesanierung besonders geeignet ist, ist schwer zu sagen. Denn jede Bauform hat günstige und ungünstige Eigenschaften. Neubauten sind jetzt teuer. Es können aber auch Wohnungen durch Prämiengewährung auf dem Wege des Wohnungstausches oder Wohnungskaufes beschafft werden. Jedenfalls soll man keine großzügigen Pläne machen, denn zu weitgehende Forderungen können das Sanierungswerk nur hemmen. Das Entscheidende seines Vorschlages sieht der Verfasser darin, daß in dem Etat der Tuberkulosefürsorgeämter Mittel zur Wohnungssanierung bereit gestellt werden müssen, damit so der Initiative der Tuberkulosefürsorgeämter die Freiheit selbständigen Handelns überlassen werde, durch die sie in der Lage sind, als Käufer auf dem Wohnungsmarkt aufzutreten. Der Verfasser schätzt den Bedarf für Charlottenburg auf 150 000 M. Denn nach seiner Schätzung dürften mit einer Sanierung von 50—60 Familien hier die dringendsten Bedürfnisse der Wohnungssanierung von tuberkulösen Familien befriedigt sein. Und diese Mittel sind doch geringfügig im Vergleich zu den Aufwendungen, die für die Heilbehandlung der Tuberkulose erforderlich sind. Denn es handelt sich nur um einmalige Aufwendungen, die einen sicheren Erfolg der damit geleisteten Maßnahmen versprechen, während die Erfolge der Heilbehandlung bei größten Anforderungen immer ungewiß bleiben.

---

*) Vgl. das Referat über Dr. Hans Kampfmeyer: Wohnungen, Siedlungen und Gartenstädte in Holland und England. „Fortschritte der Medizin", S.

Wertigkeit unehelicher Mütter. Der Rostocker Hygieniker Reiter, der sich durch Untersuchungen über die soziale Hygiene der unehelichen Kinder verdient gemacht hat, behauptet, „daß" es berechtigt erscheint, im allgemeinen von einer angeborenen körperlichen Minderwertigkeit der unehelichen Kinder zu sprechen, wobei er nicht ausschließt, daß auch unter diesen Kindern vollwertige Individuen vorhanden sind." Um der Klärung dieser Minderwertigkeit näherzukommen, hat es der Verfasser versucht, die Mütter unehelicher Kinder zu untersuchen. Das Material ist etwas gering; es sind nur 224 Fälle untersucht worden, darunter:

57	Dienstmädchen in Privathäusern	mit	24,6%
55	Fabrikarbeiterinnen	„	23,7%
44	Arbeiterinnen in der Landwirtschaft	„	18,5%
41	Dienstboten im Restaurant	„	17,6%
9	Haustöchter	„	3,9%
7	Kontoristinnen	„	3,0%
6	Verkäuferinnen	„	2,5%
4	Handwerkerinnen	„	1,7%

Die betreffenden Väter verteilen sich wie folgt:

79	Fabrikarbeiter	mit	33,8%
39	Handwerker	„	16,6%
30	Arbeiter in der Landwirtschaft	„	12,8%
26	Soldaten	„	11,1%
25	Kaufleute und Angestellte	„	10,6%
23	Väter unbekannt	„	10,0%
12	Hausierer, Kellner usw.	„	5,9%

Das Durchschnittsalter beträgt 21 Jahre, das Durchschnittsalter der ersten Menstruation 16 Jahre, als durchschnittliches Alter der ersten Kohabitation ergab sich ein Alter von 19 Jahren. Dies betrachtet der Verfasser als zu hoch. Zur Zeit der Kohabitation waren im ganzen 38 gleich 16% Frauen betrunken. Auf die Berufe verteilt waren betrunken:

Von 41	Dienstmädchen im Restaurant	17 gleich	34,2%
„ 57	Dienstmädchen im Privathaus	8 gleich	14,0%
„ 44	Arbeiterinnen in der Landwirtschaft	7 gleich	15,9%
„ 55	Fabrikarbeiterinnen	3 gleich	6,0%

Daß nur der Alkohol vorbeugende Maßnahmen mißglücken ließ, glaubt der Verfasser nach den Angaben der Frauen kaum. Von 234 Frauen waren 169 primapara und 65 multipara. Davon wieder 54 secundopara, 7 drittgebärende, 2 viertgebärende, 1 fünftgebärende, 1 neuntgebärende. Von diesen 65 multipara sind bei den 45 die folgenden Kinder nicht vom gleichen Vater, beim Rest waren die Angaben ungewiß. Von diesen 65 multipara waren 9 (gleich 13%) zur Zeit der Kohabitation betrunken. Bei der Frage der Wertigkeit hat sich der Verfasser die Aufgabe gestellt, festzustellen, ob die Mutter körperlich vollwertig gesund war, bzw. ob die von Reiter gefundene Minderwertigkeit so vieler unehelicher Kinder durch eine körperliche Minderwertigkeit der Mutter bedingt ist. Von 234 Müttern sind 13 (0,5%) selbst unehelich geboren. Mit körperlichen Leiden wurden nur 30 Fälle gefunden, darunter 12 Fälle mit Krämpfen (der Verfasser betont ausdrücklich, daß eklamptische Fälle ausgeschlossen sind und nur Fälle herangezogen wurden, wo schon früher Krämpfe auftraten, hierbei war eine Differenzierung in hysterische und epileptische Fälle nicht möglich), 12 Fälle mit Neurosen, 5 Fälle mit starken melancholischen Erscheinungen und ein Fall mit multipler Sklerose. In weiteren 20 Fällen war irgendein Glied der Familie erkrankt. In 10 Fällen war der Vater starker Alkoholiker oder Verbrecher, in acht Fällen litt die Mutter an Anfällen und in zwei irgendeins der Geschwister an Krämpfen. Im ganzen sind demnach 50 uneheliche Kinder (21%) von Seiten ihrer nächsten Abstammung belastet. Die lange Ausführung des Verfassers über die mögliche Wirkung des Alkoholgenusses der Mutter auf die Minderwertigkeit der Kinder lassen wir ohne Erwähnung, da diese Annahme höchst hypothetischer Natur ist. Aber wird auch dieser Umstand mitgerechnet, so kommt man auf 88 Kinder gleich 38%, bei denen eine Minderwertigkeit von Seiten der Eltern oder der Familie vorliegt. Also die von Reiter festgestellte Minderwertigkeit der unehelichen Kinder ist zum Teil durch die Minderwertigkeit der Mutter, zum Teil aber durch die besonderen Umstände bei der Befruchtung zu erklären.

Mit Recht sagt der Verfasser, daß die unehelichen Geburten nicht nur mit der Minderwertigkeit der Mädchen zu erklären seien, sondern auch mit den äußeren Umständen, vor allem der Wohnungsnot; dies ist auch aus der auffallend hohen Zahl der Arbeiterinnen und Arbeiter in den von uns oben angegebenen Tabellen zu ersehen. Interessant ist auch, zu erwähnen, daß nur zwei Fälle die besonders starke sexuelle Veranlagung der Patientinnen ergaben. Andererseits war es nur in zwei Fällen der rein mütterliche Trieb der Frau, der bewußt und mit Willen das Kind anstrebte. Daß hier auch Volkssitten und Gebräuche, wie die in gewissen Gegenden Oberbayerns und Württembergs übliche Probeehe eine Rolle spielten, muß berücksichtigt werden. Der Verfasser ist der Meinung, daß es sich hier meist um Individuen handelt, die der sogenannten „Hemmung" entbehren, die nach dem unmittelbaren Sinneseindruck ohne Vorstellung der Folgen einfach ihrem Triebe nachgehen.

Geographische Breite und Tuberkulose im hohen Norden. Es ist sehr schwer, eine Beziehung zwischen der geographischen Breite und der Tuberkulose festzustellen, vor allem infolge der Verschiedenheit der sozialen Verhältnisse. Eine solche Erfassung ist nur dort möglich, wo alle anderen Faktoren möglichst gleichmäßig wirken. Man darf also nur Länder oder Landesteile miteinander vergleichen, die von einer Bevölkerung annähernd gleicher Rasse, gleicher Kulturstufe, gleichartiger Beschäftigung und gleichartigen Wohlstandes bewohnt sind; auch die Statistik muß selbstverständlich in den verglichenen Gebieten überall zuverlässig und vergleichbar sein. Außerdem dürfen aber auch keine klimatischen Unterschiede vorkommen, die auf anderen Faktoren als der geographischen Breite beruhen, z. B. auf Verschiedenheiten der Höhenlage, Meeresentfernung, vorherrschender Windrichtung und dergleichen. Schweden und Norwegen erfüllen — natürlich nicht in idealer Vollständigkeit — ziemlich entsprechend alle diese Forderungen. Beide Länder werden von einer fast rein germanischen Bevölkerung bewohnt, die Kulturstufe ist in dem gesamten Gebiete beider Länder gleichmäßig hoch; in der Beschäftigung der Bevölkerung herrscht in Schweden außerhalb der großen Städte, die beim Vergleich ohnedies ausgeschaltet werden müssen, die Landwirtschaft überall entschieden vor; in Norwegen ist die Verteilung von Landwirtschaft, Industrie, Fischerei und anderen Berufen (ebenfalls ohne die Großstädte) ziemlich gleichmäßig über das Land hin; der Einkommensdurchschnitt schwankt — in beiden Ländern, abgesehen von den Großstädten — ziemlich unwesentlich. Die Statistik ist in beiden Ländern sehr gut. Die geographischen Verhältnisse sind innerhalb jedes der beiden Länder recht gleichmäßig. Jedes der beiden Länder erstreckt sich bei so großer Gleichmäßigkeit aller sonstigen Verhältnisse über mehr als 12 Breitengrade, also etwa dem Breitenunterschiede Berlin—Neapel entsprechend. Sie bieten daher günstige Gelegenheit, den Einfluß der geographischen Breite — in dieser Zone — auf die Tuberkulose beobachten zu können. Der statistische Vergleich zeigt nun deutlich, wie in beiden Ländern die Tuberkulosemortalität von Süden nach Norden hin steigt und jenseits des Polarkreises sehr hohe Werte erreicht. Womit kann man diese Erscheinung erklären? In den sozialen Verhältnissen ist kein großer Unterschied zwischen den einzelnen Breiten. Ein Einschlag fremdrassiger Bevölkerung ist allerdings in den nördlichsten Breiten beider Staaten vorhanden, aber er ist viel zu gering, um damit die Steigerung der Tuberkulose nach Norden hin zu erklären. Es müssen also die klimatischen Faktoren als Hauptursache betrachtet werden. Was die Temperatur betrifft, so ist kein wesentlicher Unterschied in den Temperaturverhältnissen an den beiden äußeren Extremen beider Länder zu verzeichnen, wohl aber in der Verteilung des Sonnenscheins. Durch beide Länder geht ja der Polarkreis, jenseits dessen der 24stündige Wechsel von Tag und Nacht zeitweise aufhört und durch ununterbrochenen Stand der Sonne über dem Horizont im Sommer, bzw. unter demselben im Winter abgelöst wird. Während im Süden Schwedens auch der kürzeste Tag noch 6½ Stunden, im Süden Norwegens noch 6 Stunden zählt, geht in Hammerfest die Sonne vom 18. November bis zum 23. Januar überhaupt nicht auf. Diese lange arktische Winternacht, bzw. der Zustand nahe dem Polarkreise, der sich ihr annähert, scheint großen Einfluß auf die Verbreitung der Tuberkulose zu haben. Was das unmittelbar Wirksame hierbei ist, etwa das lange Fehlen der Sonnenstrahlen als solches oder die lang andauernde Zusammendrängung der Bevölkerung in den Wohnräumen mit der dadurch erhöhten Exposition, läßt sich auf statistischem Wege natürlich nicht entscheiden.

Die ärztlich interessierende Literatur der Leibesübungen in den letzten Jahren. Diese interessante Abhandlung läßt sich nicht referieren, da sie selbst ein Uebersichtsreferat darstellt. Hier werden insgesamt 47 Neuerscheinungen auf dem Gebiete der Leibesübungen von medizinischem Standpunkte aus besprochen.

M. Kantorowicz, Berlin.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

115., 5./6. Heft.

- Wirkung des Atropins auf die alimentäre Glykämie bei Leberkranken und Diabetikern. Bertram.
- Blutdrucksteigerung durch Kampfer bei gehirnlosen Katzen. Bijlsma.
- 5 proz. Heißwasseraufguß der Digitalisblätter bei ihrer langfristigen Wertbemessung. Focke.
- Wirksamkeit der Hinterlappensubstanz menschlicher Hypophysen. Lampe.
- Gewebsoxydasen im krankhaft veränderten Organ. Staemmler.
- Superposition der Extrasystole bei Schädigung des Herzens. Mangold und Shimizu.
- Verstärkte Schlafmittelwirkung durch gleichzeitige Beeinflussung verschiedener Hirnteile. Molitor und Pick.
- Wirkung des Phlorrhizins auf die isolierte Froschniere. Hartwich.
- Experimentelle Studien über Morphingewöhnung. Joël und Ettinger.
- Die zentralen und peripheren Wirkungen des a-Lobelins. Antal.
- Durchblutungsversuche an der überlebenden Hundeextremität. Bornstein.
- Gefäßwirkung einiger Substanzen an der mit Kalbsblut durchströmten Hundeextremität. Erichson.

Folia haematologica.

32., Heft 3.

- Ueber die Fehlerberechnung der hämatologischen Methoden; ein Beitrag zur kritischen Beurteilung der gefundenen Werte. T. Brandt.
- * Die Schwankungen der Leukozytenzahl und Leukozytenformel im peripheren Blut des Menschen und die Verdauungsleukozytose. F. Michailow.
- Fall von Mikrolymphozytenleukämie. K. Gordon und G. Chesney.
- Ueber den hohen Färbeindex der perniziösen Anämie. E. Kompia.
- * Ueber die zellige Zusammensetzung des Knochenmarks nach Erfahrungen mit der Sternalpunktion nach Seyfarth. W. Weiner und P. Kaznelson.

Die Schwankungen der Leukozytenzahl und Leukozytenformel im peripheren Blute des Menschen und die Verdauungsleukozytose. Die Zahl der Leukozyten im peripheren Blute des Menschen kann zu denselben Stunden an verschiedenen Tagen verschieden sein. Die Schwankungen der absoluten Zahlen sind sehr groß. Ziemlich beständig sind die Prozentverhältnisse der einzelnen Formen. Im Laufe eines Tages kann sich die Leukozytenzahl beträchtlich ändern, ohne daß man eine Norm in diesen Schwankungen findet. Die Verdauungsleukozytose (falls sie existiert) wird dadurch völlig verdeckt. Es gelang auch nicht, irgendein Parallelgehen von Temperaturkurve, Blutdruck und Leukozytenzahl und -Formel festzustellen.

Ueber die zellige Zusammensetzung des Knochenmarks nach Erfahrungen mittels der Sternalpunktion nach Seyfarth. Verff. führten Sternalpunktionen nach Seyfarth (D. m. W. 1923) aus bei perniciöser Anaemie, kryptogenetischer achylischer Chloranaemie, bei haemolytischem Ikterus, bei posthaemorrhagischer Anaemie, Polycythaemie, Leukämie, thrombopenischer Purpura, Leberzirrhose, Typhus abdominalis, Malaria, Lymphogranulomatose, Endocarditis lenta, Lungentuberkulose, Enteritis und Sepsis aus. Sie fanden nur bei Blutkrankheiten wirklich starke Veränderungen in der zelligen Zusammensetzung des Knochenmarks z. B. Myeloblastenmark ausschließlich bei Myeloblastenleukaemie, lymphatisches Mark bei lymphatischer Leukämie, erythroblastisches Mark bei schweren Anaemien und bei Polycythaemie. Bei perniciöser Anaemie treten Megalocyten und Erythrogonien in größeren Mengen auf. Bei symptomatischen Blutveränderungen sind nur geringfügige Abweichungen von der Norm in der Zellzusammensetzung des Knochenmarkes festzustellen.

Hennig, Berlin.

Therapie der Gegenwart.

H. 7, 1926.

- Digitalisreaktivität und die verschiedenen Methoden der Digitaliseinverleibung. Fraenkel und Doll.
- Therapie der kruppösen Pneumonie. Beckmann.
- Diät nach Magen-Darm-Operationen. Kelling.

H. 8, 1926.

- * Unterstützung der Tuberkulose-Behandlung durch Umsatzsteigerung. G. Klemperer.
- * Hypnotische Uebungstherapie des Bronchialasthma. Laubenheimer.
- Die optische Kontrolle der Heilung des Ulcus. Sternberg.
- Therapeutische Verwendung der Scillapräparate. Lehr.
- * Mittel zur Förderung der Milchsekretion. Block.
- Behandlung der Epilepsie. Stern.

Unterstützung der Tuberkulose-Behandlung durch Umsatzsteigerung. Verf. ist der Meinung, daß durch Steigerung des Umsatzes die Heilungsaussichten Tuberkulöser verbessert werden. Er hat deshalb solche Kranke mit Schilddrüse behandelt: 0,1—0,3 Phyrephorin (Freund u. Redlich) täglich, bei manchen Kranken ging er sogar bis auf 0,6—0,9. Pulskontrolle nötig, bei Steigerungen über 80 hat die Medikation auszusetzen, und nach Tagen mit kleinerer Dosis wieder anzufangen. Daneben reichliche Ernährung: 100 bis 120 g Eiweiß, 100 g Fett, 300 g KH sind mindest wünschenswert. Zur Steigerung der Wirkung hat Verf. die Phyreoidin-Kur mit Insulin kombiniert. Er glaubt in diesem Verfahren eine wirksame therapeutische Unterstützung bei der Behandlung Tuberkulöser zu haben und hat Gewichtszunahmen von 1—2 kg wöchentlich erzielt.

Hypnotische Uebungstherapie des Bronchialasthmas. Verf. hat gute Erfolge bei Bronchialasthma mit folgender Therapie: er führt in Hypnose einen allgemeinen Hypotonus der Körpermuskulatur herbei und suggeriert dann eine Verlangsamung und Verflachung der Atmung; es gelingt so bei Ausschaltung des Willens eine normale Atemregulierung subkortikal in Gang zu setzen.

Mittel zur Förderung der Milchsekretion. Verf. bespricht die verschiedenen Laktagoga und kommt zu dem bekannten Schluß, daß eben allen nicht mehr als ein suggestiver Einfluß zukommt. Das beste Mittel ist und bleibt maximale Entleerung und systematische Steigerung des Anspruchs an die Brust.

P. Heyman, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie.

Heft 8, August 1926.

- Asthma cardiale. E. Bernauer.
- Herzasthma. Gisevius.
- Eröffnungsfeier des Mediz. diagnostischen Institutes des Berliner Vereins hom. Aerzte. H. Rabe.
- Das homöopath. Krankenhaus in London. W. Gerlach.
- Zur Facharztfrage. A. Zweig.
- Aerztliche Wissenschaft und Homöopathie. Hannes.
- * Thuja occidentalis bei Kopfschmerz und Neurasthenie. J. Mezger.
- * Migräne als Symptom von Gallen- und Leberleiden. W. Friedländer.
- Merkuralsiechtum und Quecksilbertherapie. F. Müller.
- Homöopathische Behandlung von multipler Sklerose. M. F. Kranz-Busch.
- Wirksamkeit von Hochpotenzen bei Meerschweinchen. Beckley-Stearns.

Thuja occidentalis bei Kopfschmerz und Neurasthenie. Auch ohne das deutliche Hervortreten des wichtigsten Symptoms von Kopfschmerz bei der Thuja-Prüfung: Schmerz wie von einem Nagel im linken Tuber frontale, hat sich das Medikament unter folgenden Bedingungen als nützlich erwiesen: Kombination der Kopfsymptome mit chronisch-entzündlichen Affektionen des weiblichen Sexualapparates, bei denen wieder sehr häufig eine alte Gonorrhoe zugrunde liegt, des weiteren mit chronischer Prostatitis, verbunden mit Blasen- und Nierenbeckenreizung. Charakterisiert ist der Kopfschmerz durch seine ausgesprochene Bevorzugung der linken Kopfhälfte und des Hinterkopfes. Abgerundet wird das Bild durch starken Schweißausbruch bei der geringsten Bewegung. Gegeben wurde die 30. Dezimalpotenz in einmal wöchentlicher Gabe.

Migräne als Symptom von Gallen- und Leberleiden. Die ursächlichen Zusammenhänge der Migräne mit inneren Erkrankungen sind schon sehr häufig erörtert worden, ohne jedoch eindeutig klargestellt zu sein. Therapeutisch wurden auch zahlreiche auf den Magen-Darm-Kanal und die Leber einwirkende Medikamente mit Erfolg verwertet, wobei besonders auf die anerkannte Wirkung der Karlsbader und Kissinger Wasser hingewiesen sei. Bei einer großen Zahl von Gallen- und Leberleiden fanden sich Anzeichen der typischen Migräne und, wichtiger, bei allen Patienten, welche jahrelang wegen Migräne behandelt worden waren, eine Druckschmerzhaftigkeit der Gallenblase oder Leber. Die Aehnlichkeit der Symptome bei Migräne und Leber-Gallenerkrankungen (Erbrechen, Uebelkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Verstopfung, Augenstörungen), der häufige Subikterus im Migräneanfall und vor allem der Erfolg der Therapie mit heißen Leibumschlägen, strenger Leber-Gallendiät und Regelung des Stuhlganges führen Verfasser zu der Annahme einer Abhängigkeit der Migräne von Gallen- und Lebererkrankungen.

Dermitzel.

Die Tuberkulose.

Nr. 15, 10. August 1926.

- * Versuche, den Allgemeinzustand bei Lungentuberkulose aller Formen durch Kalk- und Kieselsäuregaben zu beeinflussen. B. Leonhardt.
- * Frühdiagnose der tuberkulösen Coxitis. P. Pitzen.
- Der Senkungsquotient bei Tuberkulose. Wahl und G. Lutz.

Versuche, den Allgemeinzustand bei Lungentuberkulose aller Formen durch Kalk- und Kieselsäuregaben zu beeinflussen. Ein unschädliches Kalkpräparat, das den Allgemeinzustand auch bei nicht gutartigen Tuberkulosen günstig beeinflußt, ist das Calcophan. Zur perlingualen Kieselsäuredarreichung eignet sich das Silicophan. Es hat sich besonders bei Prozessen mit Schrumpfungstendenz bewährt.

Frühdiagnose der tuberkulösen Koxitis. Die Diagnose einer tuberkulösen Koxitis läßt sich auch im Anfang im allgemeinen ohne Röntgenbild stellen. Eine genaue Anamnese und eine gewissenhafte Untersuchung, insbesondere die exakte Prüfung der Beweglichkeit führt immer zum Ziel. Auch nur beim Verdacht einer Tuberkulose ist das Hüftgelenk so zu behandeln, als ob es tuberkulös erkrankt sei. Dadurch richtet man niemals Schaden an. H. Zwerg.

Zeitschrift für Tuberkulose.

45., Heft 6.

Brehmers Lehre von der „Therapie der chronischen Lungenschwindsucht" im Wandel der Zeiten. Blümel.
* Die Perkussion der Lungenspitzen. Plesch.
Zur Frage der Mischinfektion bei der Lungentuberkulose. Czaplewski.
* Erfahrungen mit Sanocrysin bei Lungentuberkulose. Poindecker.
* Ueber Lipoidtherapie bei Lungentuberkulose. Freymuth.

Die Perkussion der Lungenspitzen. Die bisherigen Methoden der Lungenspitzenperkussion berücksichtigen nicht genügend die topographische Anatomie der Lungenspitzen. Das I. Rippenpaar liegt breit um die Lungenkuppe herum. Hinten artikuliert die I. Rippe mit dem 7. Hals- und 1. Brustwirbel, vorne haftet sie in einem breiten Gelenk an dem Manubrium sterni. Die direkte Perkussion des Manubrium bringt die I. Rippe und somit die Lungenspitzen beiderseits zum Mitschwingen. Um vergleichend perkutieren zu können, wird eine Hand auf die Gegend der einen Lungenspitze gelegt, während der Mittelfinger der anderen Hand ständig das Sternum im jugulum beklopft. Durch den leisen Druck auf die Lungenspitze wird diese in ihrer Resonanz gehemmt, während die andere ungestört mitschwingen kann. Das Ungewohnte bei dieser Art der Perkussion liegt darin, daß gerade diejenige Spitze durch die Perkussion exploriert werden soll, auf der die Hand des Untersuchers nicht ruht.

Erfahrungen mit Sanocrysin bei Lungentuberkulose. Im Verlaufe der Sanocrysinbehandlung auftretende Magendarmstörungen, Albuminurien und Exantheme sind als reine Metallgiftwirkungen aufzufassen. Das übliche Maß überschreitende Besserungen wurden mit Sanocrysin nicht erzielt. Von 34 behandelten Fällen verloren 9 die Bazillen, so daß die Annahme einer echten chemotherapeutischen Wirkung nicht ganz von der Hand zu weisen ist.

Ueber Lipoidtherapie bei Lungentuberkulose. Helpin ist ein unspezifisches Lipoidpräparat, das Ovolecithin und Glyzerin, Natrium-, Kalium- und Kalziumsalze enthält. Seine intramuskuläre Anwendung, 3 ccm pro dosi, ist völlig gefahrlos. In nicht zu schweren Fällen von Lungentuberkulose wirkt es appetitanregend und gewichtsansatzfördernd. H. Zwerg.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

41., 4. Heft, 1926.

* Klinik der Säuglingspneumonie. Nassau.
Rachitisstudien. Glykolyse. Freudenberg und Welcker.
* Kindliche Anämien. de Rudder und Wesener.
Aphthoid-Pospischill. Feßler und Feyrter.
Beziehungen der Elektrolytverteilung zum Funktionszustand der quergestreiften Skelettmuskulatur. Behrendt.
Pankreas-Diabetes beim Säugling. Arndt und Welcker.
Harnstoffgehalt des Speichels im Säuglings- und Kindesalter. Falkenheim.
Aetiologie der Stillschen Krankheit und der herdförmigen Sklerodermie. Stoye.
* Dissoziation von Diphtherietoxin-Antitoxingemischen. Schönberger.

Klinik der Säuglingspneumonie. In einer ausführlichen, inzwischen auch als Sonderausgabe bei Springer erschienenen Arbeit bespricht Verfasser die Statistik der Lungenentzündungen im Säuglingsalter, die Symptome der Bronchopneumonie, die einzelnen Krankheitsbilder und die Behandlung der Lungenentzündung. Die ausführliche Bearbeitung des Kapitels kann in seinen Einzelheiten nicht referiert werden. Kurz erwähnt sei nur die vom Verfasser vorgenommene Einteilung der verschiedenen Krankheitsbilder. Er unterscheidet folgende Form der Bronchopneumonie: die pulmonale, die kardiovaskuläre, die atonische, die intestinale oder alimentäre Form, ferner die meningeale und eklamptische und endlich die toxische und septische Form. Einzelheiten, besonders Bemerkungen über Veränderungen des Blutbildes und seine prognostische Bedeutung, über Angaben von Veränderungen des intermediären Stoffwechsels sind im Original nachzulesen.

Kindliche Anämien. Zwei Kinder aus gesunder Familie ohne Lues und Tuberkulose erkranken im Alter von zwei und fünf Monaten an einer mit Milzvergrößerung einhergehenden Anämie. Der klinische Befund ist bei beiden durchaus übereinstimmend. Die starke Herabsetzung der osmotischen Resistenz läßt neben anderen besonderen Merkmalen des Blutbildes an der Diagnose eines hämolytischen Ikterus nicht zweifeln. Ein drittes Kind soll nach Angabe der Eltern unter gleichen Erscheinungen zugrunde gegangen sein. Während klinisch also an dem Bestehen eines familiären hämolytischen Ikterus keine Zweifel bestehen, steht im Gegensatz hierzu der pathol-anatomische Befund. Es fanden sich keine Zeichen für hämolytischen Ikterus, dagegen ließen sich Zeichen der Anämia Pseudoleukämica teilweise nachweisen.

Dissoziation von Diphtherietoxin-Antitoxingemischen. Die Tatsache, daß gelegentlich außerhalb des Körpers das ursprünglich neutrale Toxin-Antitoxingemisch gespalten wurde und das freigewordene Toxin dann deletär gewirkt hat, hat Verfasserin veranlaßt, zu untersuchen, ob nicht innerhalb des kindlichen Organismus unter Umständen eine gefahrdrohende Dissoziation vorkommen kann.

Zur Prüfung der Frage wurde eine solche Versuchsanordnung gewählt, daß auch dann, wenn eine solche Dissoziation eintrat, höchstens solche Mengen Toxin frei wurden, als sie bei der Anwendung der Schickschen Probe in Frage kommen. Die Versuchsergebnisse lassen sich so zusammenfassen, daß eine Spaltung überneutraler Toxin-Antitoxingemische, in einer Quantität einverleibt, in der die Giftmenge ein Fünfzigstel letaler Meerschweinchendosen entsprach, innerhalb des Organismus nicht vorkommt; zum mindesten wird nicht so viel Gift frei, als zur Auslösung einer Hautreaktion erforderlich ist.

Beck, Tübingen.

Archiv für Kinderheilkunde.

79., Heft 1, 7. August 1926.

* Serumbehandlung der Meningitis cerebrospinalis nach Liquorverdrängung. J. Siegl und K. Gollgruber.
Klinik und Histopathologie der Tay-Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie. H. Lupp.
Fall kongenitaler Lues bei eineiigen Zwillingen. F. Weiß.
Chondrodystrophia foetalis. K. Freund.
Die Infektionsabteilung der Universitätskinderklinik in Rostock. H. Brüning.

Serumbehandlung der Meningitis cerebrospinalis nach Liquorverdrängung. Empfehlung einer von Hamburger angegebenen Methode, mittels einfacher Lumbalpunktion größere Mengen von Meningokokkenserum einzuverleiben und durch allmähliches Ersetzen des gesamten Liquors durch Luft das Serum hinauf in das Schädelinnere zu bringen. Die Methode ist relativ einfach und wird nach den Angaben der Verfasser von den Kindern ausgezeichnet vertragen. Man nimmt beim Kinde in üblicher Weise die Lumbalpunktion vor und läßt den Liquor bis zur Einstellung auf normalen Druck herausfließen. Das Kind wird dann aufgesetzt und nun mit einer 10-ccm-Spritze ebenso viel Luft eingeblasen. Dann wird wieder Liquor so lange abgelassen, wie sich überhaupt entfernen läßt. Dann wird Meningokokkenserum in derselben Menge wie Liquor abgelassen wurde, in den Lumbalkanal gebracht. Besonders ist auf zweckentsprechende Lagerung der Patienten zu achten. Verfasser beschreiben dann vier Fälle, die mit dieser Methode behandelt wurden. Davon wurden drei völlig geheilt, der vierte Fall ging an einer Grippekomplikation zugrunde.

Pogorschelsky, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

Nr. 32, 7. August 1926.

Die in Ungarn einheimischen Mikrosporon-, Trichophyton-, Epidermophyton- und Achorionpilze. Stefan Ballagi.
* Chlorkalzium als die toxischen Eigenschaften des Neosalvarsans unschädlich machendes Mittel. S. N. Grschebin und J. B. Lipskerow.
* Ist mit dem Gonotest Julia eine Vereinfachung oder Verbesserung der Diagnose der weiblichen Gonorrhoe zu erreichen? H. G. Rottmann.

Chlorkalzium als die toxischen Eigenschaften des Neosalvarsans unschädlich machendes Mittel. Experimentelle und klinische Untersuchungen ergaben, daß Chlorkalzium nicht die Eigenschaften besitzt, das Neosalvarsan unschädlich zu machen.

Ist mit dem Gonotest Julia eine Vereinfachung oder Verbesserung der Diagnose der weiblichen Gonorrhoe zu erreichen? Der mit einem roten und einem blauen Lakmusstreifen versehene Fingerling soll durch Feststellung der Reaktion des Scheidensekretes (die durch

Cervixtripper verändert wird) die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe bzw. ihrer Heilung zu erleichtern. Die Ergebnisse sind jedoch so wenig zuverlässig und eindeutig, daß das Gonotest ein brauchbares Diagnostikum nicht darstellt. Für die Untersuchung von Prostituierten kommt es überhaupt nicht in Frage, da diese häufig Spülflüssigkeiten benutzen, die Lakmuspapier beeinflussen.

Nr. 33, 14. August 1926.

✦ Sklerodermie mit Syphilis. Ernst Liebner.
✦ Praktische Verwertung der Reinkulturen von Spirochaete dentium und pallida. Hans Reiter.
Buckys Methode zur Rationalisierung der Röntgen-Oberflächentherapie. Olga Manheimer.
✦ Seltene Verlaufsweise von Syphilis. N. G. Sakrepa.
✦ Gonorrhoebehandlung mit Targesin. Rudolf Polland.

Sklerodermie mit Syphilis. Bei einem Syphilitiker zirkumskripte Sklerodermieherde an den Armen, tubero-serpiginöse Erscheinungen in auffallend großer Zahl an den Unterschenkeln. Diese schwanden unter spezifischer Behandlung und es verblieben an den befallenen Stellen typische Sklerodermieherde. Die Sklerodermie hatte hier vielleicht als Noxe provozierend auf das Auftreten des Syphilids gewirkt.

Verwertung der Reinkulturen von Spirochaete dentium und pallida. Es gelang die Züchtung von Reinkulturen auf flüssigen Nährböden, wodurch die Möglichkeit der Herstellung brauchbarer Vakzinen gegeben ist. Von Spir. dentium kommen diese für die Behandlung der Alveolarpyorrhoe in Betracht, von Spir. pall. scheinen damit bei Paralyse bereits gute Erfolge erzielt worden zu sein. Auch ein Immunserum ist aus den Reinkulturen gewonnen worden.

Seltene Verlaufsweise von Syphilis. Mehrmals wechselndes Auftreten von gummösen und kondylomatösen Erscheinungen. Es ist danach zu schließen, daß Kranke auch nach der gummösen Periode noch ansteckend sein können.

Gonorrhoebehandlung mit Targesin. Die Erfolge sind günstige, besonders da infolge der Reizlosigkeit des Mittels schon von Anfang an stärkere Dosierungen (2—3%) angewendet werden können. Auch können die Einspritzungen häufiger ausgeführt werden, was für die Heilung wichtig ist. Ernst Levin, Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

150., H. 3, 1926.

Cutis rhomboidalis nuchae mit kolloidaler Degeneration. Franz Piorkowski.
Vererbung und Lokalisation der Scheckenbildung, Bedeutung für die Naevusätiologie. Meirowsky und Spickernagel.
✦ Durch Ascaridiasis hervorgerufene Prurigo Hebrae-ähnliche Dermatose. Armas Cederberg.
✦ Prinzipielles und Experimentelles zur Salvarsantherapie. H. Th. Schreus.
✦ Beziehungen von Syphilis und Salvarsan zu dem Krankheitsbild der akuten gelben Leberatrophie. Alfred Neddermeyer.
✦ Therapeutischer Wert von „Albert 102“. J. L. Kritschewski.
✦ Epilation mit Thallium acet. oxydulat. Gustav Peter.
✦ Hautveränderungen bei Lungentuberkulose. Arth. Jordan.
✦ Sterilisierende Wirkung des durch Serum entgifteten Salvarsans. E. S. Heronimus.
Atrophie der Hypophysis cerebri bei einem der Poikilodermia atrophicans vascularis (Jacobi) nahestehenden Fall von Hautatrophie. Leo Wertheim.
Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkung des Pyramidons auf das Genitale. Fritz Lasch und Alfred Perutz.
Zusammenhänge von Oxydation, Diffusion und trypanozider Wirksamkeit von Salvarsanlösungen. H. Th. Schreus und H. Weisbecker.
Juckempfindung in ekzematös erkrankter Haut. Stephan Rothmann.
✦ Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. P. Wichmann.
✦ Bedeutung prophylaktischer Arbeit des Neurologen bei der Bekämpfung der Syphilis. M. M. Kosinzew.
Unterempfindlichkeit und Ueberempfindlichkeit. R. Doerr.
Die experimentellen und klinischen Grundlagen zum neuropathischen Typ des Ekzems. Ernst Brill.

Durch Ascaridiasis hervorgerufene Prurigo Hebrae-ähnliche Dermatose. Eine seit 8 Jahren bestehende Prurigo Hebrae schwand nach auf Santonin erfolgendem Abgang von 57 Askariden innerhalb 14 Tagen. Rezidiv bei erneuter Infektion mit Askariden und Wiederschwinden nach deren Beseitigung. Eine individuelle Ueberempfindlichkeit der Haut gegen das Helminthentoxin muß vorhanden sein; es handelt sich um eine anaphylaktische Toxicose. Die zunächst bestehende starke Eosinophilie ging zur Norm zurück.

Prinzipielles und Experimentelles zur Salvarsantherapie. Eine Verbesserung der Salvarsanwirkung soll dadurch erzielt werden, daß durch richtige kurzzeitige Kumulation (mehrfache kleine Dosen in Zwischenpausen von Minuten) bei Steigerung der Gesamtdosis eine bessere Sättigung des Körpers mit Salvarsan zu erzielen ist.

Beziehungen von Syphilis und Salvarsan zu dem Krankheitsbild der akuten gelben Leberatrophie. Keiner der vielfachen, für die akute gelbe Leberatrophie in Frage kommenden ätiologischen Faktoren stets noch eine schädigende Noxe hinzukommen. Das trifft auch für reicht allein aus, das Bild hervorzurufen oder zu erklären; es muß die Lues zu. Salvarsan kommt überhaupt nicht in Frage, vielmehr ist bei einer im Gefolge der Lues auftretenden akuten gelben Leberatrophie Behandlung mit Salvarsan zu versuchen.

Therapeutischer Wert von „Albert 102“. Die sterilisierende Kraft von „Albert 102“ ist höher als die des Salvarsans, jedoch ist seine Toxizität eine wesentlich größere; es bildet keinen Fortschritt auf dem Gebiete der Chemotherapie der Syphilis.

Epilation mit Thallium acet. oxydulat. Thall. acet. (vorsichtige Dosierung erforderlich, da schon bei 9 mg pro Kilo schwere Intoxikationserscheinungen auftraten) prompte Enthaarung mit gutem Wiederwachsen. Die Behandlungsmethode ist sehr geeignet bei in großem Umfange auftretenden Mikrosporien und Trichophytien des Kopfes. Die Wirkung wird als Resultat einer Sympathikusreizung aufgefaßt.

Hautveränderungen bei Lungentuberkulose. Die Haut Lungenkranker bietet verschiedenen Dermatosen günstige Entwickelungsbedingungen (Akne vulg., Seborrhoe, frühzeitige Alopezia, Hypertrichosis, Onychogryphosis, Rosacea, Pityriasis tabescentium, Ekzeme). Dagegen wurde Hauttuberkulose nur bei 2% der Kranken gefunden.

Sterilisierende Wirkung des durch Serum entgifteten Salvarsans. Das durch Serum entgiftete Salvarsan hat sicher keine geringere sterilisierende Kraft als das in Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung gelöste.

Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Die von Antoni mit der Ringold-Färbung als charakteristisch für Syphilis bezeichneten Veränderungen an den Leukozyten (veränderte Farbaufnahme und unscharfe Zeichnung der Kontur der Kerne, gangartige Gebilde) müssen sicher als Folge abgelaufener Infektionen bzw. Intoxikationen gedeutet werden. Sie sind jedoch kein für Syphilis charakteristisches Merkmal.

Bedeutung prophylaktischer Arbeit des Neurologen bei der Bekämpfung der Syphilis. Zahlreiche neurologische Erkrankungen beruhen auf Syphilis, ohne daß den Kranken von dieser etwas bekannt ist. An einem großen Materiale wurde durch Zusammenarbeit von Aerzten verschiedener Spezialität der Zusammenhang in zahlreichen Fällen aufgedeckt und dadurch Heilung bewirkt. Die Diagnose kann häufig nur durch Untersuchung der Angehörigen der Kranken sicher gestellt werden. Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

20., H. 1 u. 2.

Pathogenese und die Therapie der Ureterocele. J. Gottlieb.
Kasuistik und Behandlung der durchgehenden epispadischen Urethraverdoppelung. A. Ritter.
Cystische Erweiterung des unteren Harnleiterendes mit Steinbildung. J. Minder.
✦ Technik der Säure-Alkaliausscheidungsprobe zur Funktionsdrainage kranker Nieren. G. v. Pannewitz.
✦ Hufeisenniere. Eisendraht, Phifer und Culver.
Angeborene Riesenharnblase, zugleich angeborenes Blasendivertikel. H. Angerer.
✦ Histologie der Harnblasenrupturen. Ernst Lehmann.
Klinik und Diagnostik der strahlendurchlässigen Nierensteine. Z. Kairis.
✦ Zottengeschwülste des Nierenbeckens. Koloman Haslinger.
Kasuistik der Nierenkapseltumoren. Koloman Haslinger.
Die Nephrotomie. A. Roseno.

Technik der Säure-Alkaliausscheidungsprobe zur Funktionsdiagnose kranker Nieren. Der Verfasser gibt eine genaue Schilderung der Apparatur, der Bestimmung der Wasserstoffzahl (pH), der Ausführung der Probe in Verbindung mit der Cystoskopie und dem Ureterenkatheterismus bei Erwachsenen und Kindern und äußert sich auch über die Verwendung der Probe bei extrarenalen Erkrankungen.

Die Technik gestaltet sich so, daß man eine Stunde vor der Cystoskopie dem Patienten 25 Tropfen verdünnte Salzsäure per os verabreicht und im Ureterenkatheterurin beiderseits die Wasserstoffionenkonzentration bestimmt. Hierauf werden 50 ccm 4% Natr. bicarb. intravenös gegeben und in Abständen von 3 Minuten die Ionenzahl untersucht. Man kann natürlich auch bei doppelseitigen Erkrankungen die Bestimmungen am Blasenharn ausführen.

Auf Resultate wird nur kurz eingegangen. Die Probe hat Bedeutung über die Nierenpathologie hinaus, da sie die „Konstanterhaltung“ der Isotonie prüft und so Einblicke in die Physiologie und Pathologie des Elektrolytstoffwechsels gewährt.

Hufeisenniere. Die Autoren publizieren mit sehr instruktiven Röntgenbildern 4 Fälle eigener Beobachtung und eine Zusammenstellung von 152 anderen Fällen. Man soll an eine Hufeisenniere denken, wenn Nieren oder Steinschatten an einer oder an beiden Seiten sehr nahe am Rückgrat liegen oder wenn verzerrte Nierenbecken ihre Kelche median gerichtet haben.

Histologie der Harnblasenrupturen. Bekanntgabe zweier Fälle, bei denen die Ruptur einmal durch gonorrhoische Striktur, das andere Mal bei einem Paralytiker durch Sturz bedingt war. Durch Einstülpung des Peritoneums und Ausstülpung der Mucosa bei starker Kontraktion der Muskularis sowie durch eine starke fibrinöse Exsudation ist der Organismus bestrebt, den Riß zu verkleinern. Kommt es so oder durch evtl. Netzanlagerung zum notdürftigen Verschluß der Wunde, so können die stürmischen Symptome zunächst völlig aussetzen und fangen erst wieder an, wenn bei infizierten Blasen eine Peritonitis beginnt oder eine Resorptionsintoxikation erfolgt. Andererseits wird gezeigt, wie die Blasenrupturen bei kleineren Rissen durch Ruhigstellung des Organs spontan ausheilen können.

Zottengeschwülste des Nierenbeckens. Die Aetiologie der Nierenbeckengeschwülste ist ungeklärt. Die Tumoren treten relativ selten auf und bleiben dann vielfach nicht auf das Nierenbecken beschränkt, sondern verbreiten sich descendierend in 50% der Fälle auf den Urether und die Blase. Sie neigen sehr zu maligner Degeneration. Die Stellung der Diagnose ist äußerst schwierig und meist nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Therapeutisch kommt nur eine radikale Nephro-Uretherektomie in Frage.

E. Lehmann, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

20., H. 8.

Spontane Ruptur der rechten Niere. Amberger.
Baßgeigensaite und Radioisolierschlauch als Fremdkörper der Blase. M. Kruspe.
* Behandlung der Niereninsuffizienz bei der Prostatahypertrophie. Gerh. Düttmann.
Theoretisches und Klinisches über das Antigonorrhoikum Targesin. C. Siebert und Henryk Cohn.
Notiz zur Evakuation von Blasenpapillomen nach Born. G. Praetorius.
* Die Spermakultur der Gonokokken. Orlowski.
Perinephritis dolorosa und ihre Behandlung. W. A. Gorasch.
* Ueber Nierenresektion. S. Perlmann und Z. Kairis.
Vaginal-Elektrode für Diathermie. Valerius Marselos.

Behandlung der Niereninsuffizienz bei der Prostatahypertrophie. Verafsser hat bei Prostatikern die Niereninsuffizienz, die vornehmlich in Störung der Wasser- und Salzausscheidung besteht, durch Eigenblutinjektionen und zweimal durch paravertebrale Anaesthesie bekämpft. Er konnte auf diese Weise erhebliche Besserung in der Funktion der Niere feststellen. Diese „Reizkörpertherapie“ hob in rascher Weise auch den Appetit und das Allgemeinbefinden der Kranken. Auch die Anlegung einer Blasenfistel, wie sie als erster Akt der zweizeitigen Prostatektomie vorgenommen wird, faßt der Autor im Sinne einer Proteinkörpertherapie auf, ist jedoch der Ansicht, daß die parenterale Reiztherapie derjenigen durch Sectio alta insofern überlegen ist, als sie einzeitige Prostataentfernung ermöglicht.

Auch nach dem Eintritt annähernd normaler Nierenfunktion soll man mit der Radikaloperation noch 1—2 Wochen warten, damit die Intoxikation des Organismus überwunden wird und der Stoffwechsel etwa normal abläuft, nachdem alle retinierten Stoffe eliminiert wurden.

Die Spermakultur der Gonokokken. O. hat bei 6 Fällen chronischer Gonorrhoe laufend Spermakulturen wie sie von französischen Autoren zwecks Feststellung der Heilung angewandt werden, angelegt und in zwei Fällen Gonokokken gefunden. Stets fanden sich daneben Diplokokken, Staphylokokken und Streptokokken. Pseudodiphtheriebazillen beobachtete er hingegen nicht. Bei einem dieser Fälle, der eine doppelseitige Epididimitis durchgemacht hatte, war erst die 4. Untersuchung positiv. Der einmalige negative Ausfall besagt also nichts. Ueber den Prozentsatz der Fälle, in denen etwa bei chronischer Gonorrhoe mit Ausfluß und Fäden Gonokokken angehen würden, vermag der Autor keinerlei Angaben zu machen.

Ueber Nierenresektion. Die Verfasser haben an Hunden Nierenresektionen ausgeführt und die Resektionswunde der Niere durch Transplantation eines Muskel- oder Fettlappens gedeckt. In bestimmten Abständen wurden die Tiere getötet und die Niere nach der Christellerschen Methode der Ganzschnitte histologisch untersucht. Als Ergebnis haben diese Versuche gezeigt, daß nicht nur die Resektion großer Teile einer Niere gut vertragen wird, sondern daß auch bei einnierigen Tieren bis zu einem Drittel des restierenden Organs gefahrlos entfernt werden darf, wenn eine hinreichende Zeit zwischen beiden Operationen gelassen wird.

Das zur Deckung der Resektionsfläche erwählte freie Muskeltransplantat fällt regelmäßig der Nekrose anheim und wird resorbiert. Vom Nierenparenchym und der Kapsel aus dringt Bindegewebe in die Muskulatur ein und erzeugt eine Narbe. Das restierende Nierenparenchym ist pathologisch — abgesehen von einer kompensatorischen Hypertrophie — nicht verändert. Wenn man einen Fettlappen transplantiert, so wird er resorbiert und ebenfalls bindegewebig umgewandelt, jedoch eignet sich die Muskulatur besser zur Transplantation und zur Stillung der Blutung. Die modernen urologischen Untersuchungsmethoden ermöglichen heute eine sichere Indikationsstellung für die Nierenresektion, insbesondere die Pyelographie.

E. Lehmann, Berlin.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

115., 3. Heft, 1926.

* Untersuchungen über den Blutharnsäurestoffwechsel und seine Beziehungen zu verschiedenen Ohrerkrankungen. J. Berberich.
Behandlung der Ozaena. G. V. Th. Borries.
Multiple Osteome des Trommelfells. J. Berberich.
* Hirnnervenbeteiligung bei Eiterungen in perilabyrinthären Zellen. Helmut Loebell.
Verhalten des Nystagmus bei seröser Labyrinthitis. v. d. Hütten.
Einfache Methode zur Messung der Gegenrollung des Auges. C. E. Benjamins.
Funktion der Bogengänge. H. Heermann.
Röntgenologischer Beitrag zum Studium der Schädelasymmetrie. Helmuth Richter.

Untersuchungen über den Blutharnsäurestoffwechsel und seine Beziehungen zu verschiedenen Ohrerkrankungen. In der vorliegenden Arbeit handelt es sich zweifelsfrei um ganz besonders wichtige und wertvolle Untersuchungen der Frankfurter Klinik. Durch Nachuntersuchungen der von den ungarischen Forschern German und Kelemen festgestellten Theorien konnte Berberich den Nachweis erbringen, daß in einem hohen Prozentsatz (6—8%) von Nervenschwerhörigkeit die Erkrankung auf gichtischer Grundlage beruht. Dieser Hinweis ist deshalb so wertvoll, weil abgesehen von der Lues und dem Diabetes im allgemeinen der Otologe und der Praktiker bei dieser Art von Leiden innere Krankheitszusammenhänge all zu oft übersehen. Zur Diagnose einer gichtischen Schwerhörigkeit ist erforderlich: Purinfreie Ernährung 4 Tage hindurch, nüchterne Blutentnahme. Besteht eine Hyperurikämie über 4 mg%, so erscheint die Diagnose gesichert. Der Hörprüfungsbefund ergibt die Daten einer Nervenschwerhörigkeit. Therapeutisch kommt Atophan 4—5 Tage lang dreimal täglich ½—1 g in Frage. Es wird nach dem Essen gleichzeitig mit etwas Natr. bicarb. gegeben. Mindestens tritt vor der notwendigen Weiterbehandlung eine Pause von 4—5 Tagen ein. Selbstverständlich muß vor der Diagnose jede Nierenerkrankung durch Untersuchung auf Alb., Sacch., und Formelemente im Urin auszuschließen sein. Zu erwähnen ist noch, daß der Verf. bei Otosklerose Harnsäurewerte an der unteren Grenze der Norm (0,8—2,3 mg%) gefunden hat. B. gibt ein neues Operationsverfahren zur Verengerung der Nasenlumina bei Ozaena an. Bekanntlich besteht die Tendenz der verlagerten lateralen Nasenwände, von der Nase weg nach der Seite der Kieferhöhle wieder zurückzuweichen. B. versucht das dadurch zu verhindern, daß er aus der fazialen Wand der Kieferhöhle bei Operationsbeginn ein möglichst dickes Stück herausmeißelt, das er nach Mobilisierung der medialen Kieferhöhlen-(= lateralen Nasen-)-wand in den oberen knöchernen Wundwinkel gedreht als Keil einschiebt. Dadurch hofft er einem Zurückfedern vorzubiegen. Weitere Beobachtung wird notwendig sein, um den Wert der Methode zu erweisen.

Hirnnervenbeteiligung bei Eiterwegen in perilabyrinthären Zellen. Berichtet wird über zwei Fälle mit ausgesprochendster Trigeminusneuralgie. Der eine zeitigt heftige Spätattacken nach erfolgter Radikaloperation, die nach Verätzung von Granulationen an der medialen Antrumwand schwanden. Der andere Fall wurde bei heftigsten Neuralgien und akuter Otit. media antrotomiert. Die Schmerzen verschwanden erst allmählich. Erklärt werden diese Erscheinungen durch eine entzündliche Läsion des Ggl. Gasseri auf dem Wege des mitbefallenen Zelltraktus entlang der Pyramidenkante.

Ad 9) Unter Berücksichtigung photographischer Erfahrungen werden die Kassetten mit zwei Filmen beschickt; man erhält so jeweils doppelte Aufnahmen. In der Mitte auseinandergeschnitten kann man dann die gleichnamigen Hälften zusammenkleben. Beim Vergleich zeigte sie eine deutliche Differenz der Größenunterschiede beider Seiten zu Gunsten der rechten (bis zu 5 cm) bei Rechtshändern. Das Verfahren verdient weiter überprüft zu werden.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 31.

Beziehungen zwischen Hautleiden und endokrinen Störungen. Br. Bloch.
* Therapie des Infantilismus (Infantilismus dystrophicus universalis s. Chetivismus). Ad. Ostwald.
Akute Encephalitis im Kindesalter. M. Stooß.
* Meningitis carcinomatosa. E. Schlittler.
Encephalitis epidemica. F. Wanner.

Therapie des Infantilismus. (Infantilismus dystrophicus universalis s. Chetivismus.) Der Begriff des Infantilismus ist ein weiterer als der des Hypogenitalismus. Bei letzterem gehen alle Veränderungen von einer Unterentwicklung des Genitals aus, beim Infantilismus ist der gesamte Organismus in seiner Entwicklung rückständig und das Genitale ist es nur im Rahmen der Gesamtheit. Der Begriff des Infantilismus ist ein rein formaler, kein ätiologischer, da die verschiedensten Ursachen den Zustand auslösen können. Neben exogenen nimmt man in neuerer Zeit auch endogene Ursachen an, worunter man Störungen seitens der endokrinen Organe versteht.

Entsprechend der pathogenetischen Bedeutung der endokrinen Drüsen hat man dem Infantilismus auf opotherapeutischem Wege beizukommen gesucht. Nicht sehr ermunternd waren die Resultate mit Ovarial-Hypophysen-Thymus- und Nebennierenpräparaten. Dagegen werden Erfolge mit Schilddrüsenpräparaten gezeitigt. Verf. konnte bei 2 Kindern, die auf Grund andauernder Verdauungsstörungen in der Entwicklung sehr zurückgeblieben waren, mittels Schilddrüsentherapie wesentliche Zunahme der Körperlänge unter Verschwinden der Verdauungsstörungen erzielen.

Wie alle auf diesem Gebiete erfahrenen Aerzte empfehlen, ist eine Schilddrüsenmedikation konsequent wenigstens 3 Monate durchzuführen, ehe man sie als erfolglos aufgibt.

Meningitis carcinomatosa. Erfahrungen am Sektionstisch haben gezeigt, daß Karzinommetastasen an Meningen, Gehirn und Rückenmark relativ häufig sind. Es überwiegen daher auch die metastatischen Geschwülste des Zentralnervensystems weitaus über die primären.

Es wird hier ein klinisch und anatomisch untersuchter Fall von gänzlichem beidseitigen Verlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktion beschrieben, akut aufgetreten im Verlauf einer Karzinomatose, der einen typischen Fall von metastatischem Meningealkrebs darstellt. An das Vorliegen dieses Krankheitsbildes ist natürlich vor allem zu denken, wenn ein Primärtumor vorliegt. Aber auch da, wo Symptome eines solchen fehlen, ist der Verdacht nicht von der Hand zu weisen, sobald bei einem über 30 Jahre alten Menschen plötzlich ohne Fieber doppelseitige Taubheit auftritt und zugleich allgemeine und lokale Hirnsymptome. Die Lumbalpunktion bestätigt u. U. die Richtigkeit dieser Annahme.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70. Jahrg., Nr. 3, 17. Juli 1926.

Elektrische Pasteurisation der Milch. van Leersum.
Umkehrbare Gelbbildung und Fixation. van Herwerden.
Ueber Lungenkrebs. de Vries.
* Serumbehandlung bei Encephalitis post vaccinationem. Aldershoff.
* Vakzineserum gegen postvakzinale Encephalitis. Boudijk Bastiaanse.
Rektumsarkom und Karzinom der Gallenblase. Dijkstra.

Serumbehandlung bei Encephalitis post vaccinationem. Ueber die Ursache der nach Pockenimpfung auftretenden Encephalitis bestehen folgende Theorien:

1. Das Vaccinevirus ist neurotrop geworden.
2. Mit dem Vaccinevirus ist ein unbekannter Krankheitskeim gemischt oder lebt mit ihm symbiotisch.
3. Das Widerstandsvermögen des Geimpften gegenüber dem Virus der Encephalitis lethargica wurde durch die Impfung vermindert und dadurch kommt die Krankheit zum Ausbruch.

In der Sitzung der hygienischen Sektion des Völkerbundes im Haag wurde auf die Möglichkeit, Antikörper mit heilender Wirkung bereiten zu können, hingewiesen. Fehlt diesem Hinweis auch noch jede wissenschaftliche Basis, so meinte Autor doch, dem Verlangen nach einem Antivaccineserum entsprechen zu müssen. Es wurde von gegen Pockenstoff kräftig immunisierten Schafen ein Serum bereitet, das jetzt zur Verfügung steht.

Vaccineserum gegen postvaccinale Encephalitis. Das Serum von Tieren, die auf die gewöhnliche Weise ein oder mehrmals vacciniert sind, ist zweifellos nicht wirksam genug. In Betracht kommt das Serum von Menschen oder Tieren, die kürzlich ernste Pocken überstanden haben. Solche Tiere kommen in Bulgarien vor. (Sheeppox).

Es ist aber auch nach Gordon möglich, ein gegen Pockenvaccine absolut wirksames Serum zu erhalten von Tieren, die wiederholt sehr kräftig kutan und intravenös aktiv immunisiert worden sind. Gordon gab einem Kaninchen 1 ccm subkutan von diesem Serum und infizierte es am folgenden Tage mit stärkstem Pockenstoff, worauf die Pocken nicht angingen.

Es besteht also jetzt die Gelegenheit, falls neue Fälle von postvaccinaler Encephalitis vorkommen sollten, mit dem Aldershoffschen Immunserum, das an und für sich unschädlich ist, den Versuch zu machen, auf den Krankheitsverlauf günstig einzuwirken. Selbstverständlich ist auch hier je früher um so besser. 9—15 Tage nach der Vaccination auftretendes Fieber, Kopfschmerzen, Brechen, und danach Bewußtseinsstörungen sollten gleich bei Beginn mit dem Serum behandelt werden.

Nr. 4, 24. Juli 1926.

* Untersuchungen über das Rous-Sarkom, betreffend die Mitteilungen von Gye über die Ursache bösartiger Geschwülste. Flu.
Menschen mit Angstvorstellungen. Breukink.
Vitalfärbung von Auge und Augenlidern. Marx.
Nebenmilz an dem Epididymus in einem angeborenen Leistenbruch bei einem Säugling. Finaly.
„Creeping disease". Hemmes.
Kniescheibenbruch. Huese.

Untersuchungen über das Roux-Sarkom, betreffend die Mitteilungen von Gye über die Ursache bösartiger Geschwülste. Der Autor bespricht ausführlich die Untersuchungen Gyes, die er etwa folgendermaßen resumiert: Es ist bewiesen, daß die Rouxgeschwulst Nr. 1 durch ein Virus verursacht wird. Dies Virus kann gezüchtet werden. Das Mäusesarkom (37 S) läßt sich auf Mäuse verimpfen, wenn man die durch Chamberlandkerzen filtrierten anaeroben Kulturen des Mäusesarkoms verwendet. Die Rattengeschwülste (9) und Jensens Rattensarkom, das Mäusesarkom (63) und der menschliche Brustkrebs enthalten einen Faktor, der das Virus des Rouxsarkoms vertreten kann. Der gemeinschaftliche Faktor in allen diesen Geschwülsten ist so gut wie sicher ein Virus. Dies Virus allein ist aber unwirksam. Zum Entstehen von Geschwülsten beim Rouxsarkom ist es nötig, daß das Virus aus einer der Geschwülste zusammenwirkt mit einem chemischen Stoff, dem spezifischen Faktor, der durch die Zellen des Rouxsarkoms geliefert wird.

Diese Ansichten Gyes sind sehr revolutionär, sie würden, wenn sie sich bestätigen, die bisher noch stets aufrecht erhaltene Lehre von der Spezifität der pathogenen Keime erschüttern. Aber gerade, weil aus seiner Lehre so weittragende Folgerungen gezogen werden dürften, ist ihr gegenüber größte Skepsis und schärfste Kritik am Platze.

Die Möglichkeit, daß bei Gyes Versuchen nach Behandlung des Sandfiltrats mit Chloroform nicht alles Virus abgetötet wurde, ist von G. nicht berücksichtigt. Ferner ist es gewagt, aus der Tatsache, daß das Mäusesarkom filtrierbar ist, zu schließen, daß auch dies Sarkom durch ein dem Rouxsarkom identisches Virus verursacht wird.

Endlich geht Gye zu leicht darüber hinweg, daß das Rouxsarkom noch nicht einheitlich als echte Geschwulst, sondern von vielen Autoritäten als eine Entzündungsgeschwulst, ein Plasmom angesehen wird.

Flu gelang es nunmehr in seinen ausgedehnten (zu kurzem Referat ungeeigneten) Versuchen, mit Extrakten aus normalen Organen von Huhn und Meerschweinchen dieselben Resultate zu erzielen, wie Gye bei Verwendung von Geschwulstextrakten von Maus, Ratte und Mensch. Die Geschwülste entwickelten sich sogar bei Anwendung dieses Extrakts aus normalen Organen schneller und kräftiger und hatten eine bedeutend verkürzte Inkubationszeit. Mithin ist eine sowohl in normalem, als auch in Geschwulstgewebe vorkommende Substanz imstande, das Virus des Rouxsarkoms so zu aktivieren, daß dieses auch in subinfektiöser oder nichtinfektiöser Dosis zu maximaler Geschwulstbildung führen kann.

Nur bei Verwendung einer Chloroformmenge, die nicht imstande gewesen war, alles Virus in den Filtraten zu töten, entwickelten sich Geschwülste.

Nach der Gyeschen Vorstellung wäre aber ein positives Resultat bei Verwendung ausreichender Chloroformmengen unmöglich gewesen, da ja in dem Rouxextrakt und in den mit Chloroform behandelten primären Kulturen nur der chemische Faktor anwesend sein sollte. Flu betrachtet es nach Mitteilung seiner sämtlichen Kontrollversuche als zu gesucht, daß alle diese genannten Flüssigkeiten das hypothetische ubiquitäre Virus von Gye enthalten sollen. Er hält es für logischer, zu sagen, daß in Extrakten oder Autolysaten von Geschwulstgewebe, aber in noch größerer Menge und mit größerer Wirksamkeit in normalen Organen eine Substanz vorkommt, die imstande ist, Virusmengen des Rouxsarkoms, die an und für sich nicht fähig sind, zur Infektion zu führen, so zu aktivieren, daß sie kräftige, Krankheit verursachende Eigenschaften aufweisen. Die Schlußfolgerung Gyes sei also umzukehren: Daß das ubiquitäre Virus, das zu seinem Wirksamwerden einen spezifischen Faktor aus Geschwülsten nötig hat, daß dies Virus also nicht spezifisch, der chemische Faktor aber wohl spezifisch sein soll, ist nach Autor falsch. Vielmehr besteht das ubiquitäre Virus nicht, das Virus des Rouxsarkoms ist spezifisch und kann auch in subinfektiösen Gaben durch einen nicht spezifischen, von weit auseinanderliegenden Tiergruppen hergeholten Stoff aktiviert werden.

Was nun die von Gye behaupteten Beziehungen zwischen Rouxsarkom und Mäusesarkom einerseits und zwischen Rouxsarkom und andern bösartigen Geschwülsten anderseits angeht, so glückte dem Autor die Nachprüfung der diebezüglichen Versuche ebensowenig wie den andern Kontrolluntersuchern (Harde und Henri). Es gelang niemals, mit zellfreien Filtraten von Mäusesarkomkulturen bei Mäusen diese Geschwulst entstehen zu lassen.

Schließlich weist der Autor noch auf die nahen Analogien, die zwischen dem, was an Gyes Werk haltbar ist, und unseren bisherigen Anschauungen über Agressine bestehen. Schweinepestbazillen z. B. sind auch erst von einer gewissen Dosis ab für Meerschweinchen infektiös, aber man kann auch mit einer subinfektiösen Dosis dies Tier tödlich infizieren, wenn man gleichzeitig ein steriles Exsudat, aus der Brusthöhle entnommen, mit einspritzt. Hier also aktivierende Wirkung von Bakterien- und anderen Extraten auf sublethale und subinfektiöse Dosen von pathogenen Bakterien — dort aktivierende Wirkung von Extrakten aus Geschwülsten und normalen Organen auf nichtinfektiöse Mengen des Agens aus den Rouxsarkomen.

K. Heymann, Berlin.

Hygiea.

H. 14, 31. Juli.

Lupus erythematodes acutes disseminatus. Ake Bergland.
* Eine sehr wirksame Farbensinnprüfung. C. G. Boström.

Eine mehr wirksame Farbensinnprüfung. Als die beste Farbensinnprüfung (für Chauffeure, Eisenbahnbeamte usw.) empfiehlt Boström die Test-Tafeln für Farbenblinde von Ishihara und die pseudoisochromatischen Tafeln Stillings. Durch sie kann auch leicht eine Täuschung und Dissimulation ausgeschlossen werden.

S. Kalischer.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 8, August.

Apherismen über Gynäkologie und Geburtskunde. Kr. Brandt.
* Erfahrungen über Erythema nodosum und Tuberkulose. T. Bydal.
Retroperitoneale Geschwulstbildungen. Erling Hjort.
Wesentliche Ursache bei der akuten und chronischen Dyspepsie bei Säuglingen. Toverad Utheim.

Erfahrungen über Erythema nodosum und Tuberkulose. Erythema nodosum ist in den meisten Fällen der Ausdruck oder Beginn oder Vorläufer der Tuberkulose. In 56% der Fälle stellte sich später offenbare Tuberkulose ein, nach Wochen oder Jahren, besonders Affektionen der Pleura und Lunge. Man soll diese Kranken als suspekt lange Zeit beobachten.

S. Kalischer.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 31, 5. August.

Longitudinale Zweiteilung der Federn. Pézard, Sand und Caridroit.
* Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des Phlorizidin-Diabetes. Chr. Lundsgaard und Sv. A. Holböll.
Reisebrief, besonders über Krebs. Fr. Bang.

Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des Phlorizidin-Diabetes. Der Phlorizidin-Diabetes erweist sich in pathogenetischer Hinsicht wesentlich verschieden von dem experimentellen oder klinischen Pankreas-Diabetes; während dieser auf einer Hemmung oder einem Ausfall der Insulinwirkung auf die $\alpha\beta$-Glukosen beruht, besteht der Phlorizidin-Diabetes in einer Hemmung der anderen Komponente, nämlich des Insulinkomplements auf die $\alpha\beta$-Glukosen. Das Resultat ist in beiden Fällen das gleiche, nämlich das Aufhören der Ny-Glukosen-Bildung mit den daraus folgenden Stoffwechselstörungen.

Nr. 32, 12. August.

* Benigne Glykosurie. Knud Faber.
* Untersuchungen über den Einfluß der Behandlung bei dem Vorkommen von Ng-Glukose in dem Blut der Diabetiker. Einar Rud.
Polyarthritis chronica, Achylia gastrica, Anaemia gravis aplastica. Hans Sörensen.

Benigne Glykosurie ist dann anzunehmen, wenn längere Zeit der Blutzucker unter 0,11% bleibt, obwohl die Nahrung reichlich Kohlehydrate enthält. Dies ist kein Diabetes. Als ergänzende Untersuchung kann die Bestimmung des Typus der Glykosurie vorgenommen werden. Die Mikromethode, die von Bang, Hagedorn, Normann, Jensen ausgearbeitet wurde, gibt uns die Möglichkeit, die Blutzuckerkurven bei den verschiedenen Ernährungsarten festzustellen. Die benigne Glykosurie, auch die zyklische, entwickelt sich fast nie zu echtem Diabetes.

Untersuchungen über den Einfluß der Behandlung bei dem Vorkommen von Ny-Glukose in dem Blut der Diabetiker. Ny-Glukose konnte in 11 Fällen von Diabetes, die nicht behandelt wurden, im Blute nicht nachgewiesen werden. In 3 leichteren Fällen war dieselbe nach rationeller diastetischer Behandlung nachweisbar, in 8 schwereren nicht. 2 bis 3 Stunden nach der Insulinbehandlung fand sich bei diesen Kranken Ny-Glukose im Blut. Auch fand sich in dieser Zeit bei diesen Kranken konstant ein größerer Zuckergehalt im Kapillar- und Venenblut.

S. Kalischer.

British Medical-Journal.

Nr. 3423, 7. August.

Jahresversammlung der British medic. Association: Geburtshilfliche und gynäkologische Abteilung.
Indikationen und Methoden der Schwangerschaftsbeendigung vor Lebensfähigkeit des Kindes.
* Indikationen für die Einleitung des Aborts. Eden.
Die zu berücksichtigenden Gesichtspunkte. Mc. Ilroy.
Langsame und schnelle Methoden der Aborteinleitung. Barris.
Herzinsuffizienz als Indikation. Price.
Geisteskrankheit als Indikation. Cole.
Ethische Gesichtspunkte. Evers.
Fingergangrän durch Konpression der Art. subclavia. Henry und Handousa.
Generalisierte tuberkulöse Bauchfellentzündung mit akutem Ileus, Operation und Genesung. Parry.

Indikationen für die Einleitung des Aborts. Eine Schwangerschaftsunterbrechung kommt nur dann in Frage, wenn aller Wahrscheinlichkeit nach die Vollendung der Gravidität das Leben der Mutter gefährden würde oder für dauernd ihre Gesundheit schädigen könnte. Ueber die Notwendigkeit, bei Lungentuberkulose einzugreifen, bestehen weitgehende Meinungsverschiedenheiten. Nach Ansicht des Vortragenden bestehen die von Osler aufgestellten Prinzipien zu Recht: Bei einer Frau mit inaktiver oder ausgeheilter Lungentuberkulose ist der Abort einzuleiten bei ausgesprochener hereditärer Belastung und reduziertem Allgemeinzustand. Bei aktivem Prozeß (Fieber, Auswurf mit Bazillen usw.) beschleunigt die Gravidität den Krankheitsablauf, und diese schreitet nach dem Wochenbett zumeist rasch fort. Endlich wächst die Gefahr der Krankheitsverschlimmerung mit jeder neuen Schwangerschaft, die eben für jede Tuberkulöse ein Risiko bedeutet. Statistische Ergebnisse sprechen weiterhin dafür, daß die Kinder der Tuberkulösen siebenmal häufiger als andere Säuglinge im ersten Lebensjahr an Tuberkulose erkranken, so daß es gar nicht im Interesse der Allgemeinheit liegen kann, Frauen mit aktiver Lungenerkrankung die Gravidität vollenden zu lassen.

Für die Nierenkrankheiten sind folgende Erwägungen maßgebend: Die Prognose ist bei der chronischen Nephritis günstiger als bei der Nephrose. Das Auftreten von Albuminurie und von Oedemen des renalen Typus in den ersten Schwangerschaftsmonaten nach überstandener Nephritis rechtfertigt, ja erfordert die Unterbrechung. Im übrigen sind klinische Beobachtung und die Ergebnisse der Nierenfunktionsprüfung entscheidend. Der Diabetes gibt viel seltener als früher infolge der Insulinbehandlung einen Anlaß zur Schwangerschaftsbeendigung. Ganz scheidet jedoch bisher diese Stoffwechselkrankheit (bei deren Diagnose eine Verwechslung mit Laktosurie und renaler Glykosurie zu vermeiden ist) aus der Reihe der Indikationen nicht aus. Psychische Störungen bedingen nur selten die Aborteinleitung (schwere Fälle von Chorea gravid. mit Fieber). Interessant erscheint die Mitteilung eines Falles, in welchem Vortragender bei einer Psychopathin die Schwangerschaft unterbrechen mußte, bei welcher eine übertriebene, bis zu Todesvorstellungen sich steigernde Angst vor der Geburt bestand. Die Ursache dieser Furcht war in der völlig unbegründeten Aeußerung eines Arztes zu suchen, der eine Geburt für die Kranke als lebensgefährlich erklärt hatte.

Viel seltener sind die rein geburtshilflichen Anzeigen des Aborts (Hyperemesis gravidarum mit Albuminurie, Blutdrucksteigerung und körperlichem Verfall, die Blasenmole usw.).

In den folgenden Vorträgen wird den eben wiedergegebenen Anschauungen verschiedentlich widersprochen, insbesondere betont Evers, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung für Lungentuberkulöse kaum in Frage kommt. In den akut ablaufenden Krankheitsfällen läßt sich durch den künstlichen Abort keine wesentliche Verlängerung der Lebensdauer erzielen. Das Schicksal der Kinder ist durch frühzeitige Trennung von der Mutter günstiger zu gestalten. Außerdem bedeuten die Inokulationsexperimente von Calmette einen großen Fortschritt für die Verhütung der Tuberkulose bei so gefährdeten Kindern. Bei Herzfehlern kommt der Abort vor Lebensfähigkeit des Kindes nicht in Betracht, da der wachsende Uterus in dieser Periode gar nicht zu einer Kreislaufstörung führen kann. Bei den großen Erfolgen der Therapie bei den Schwangerschaftskomplikationen erscheinen die Gefahren eines solchen Zusammentreffens aus theoretischen Vorstellungen heraus überschätzt. Sie rechtfertigen kaum je die Unterbrechung.

Biberfeld.

The Lancet.

211., Nr. 5, 31. Juli 1926.

♦ Mechanismus der Pankreassekretion. Mellanby.
♦ Wirkung innerlich dargereichten Vorderlappen-Hypophysenextrakts bei Kindern. Gardiner-Hill und Smith.
♦ Sekundäre Ulcera des Jejunum und ihre Röntgendiagnose. Scott.
Verwendung von Holzkeilen zur Erhöhung der Lendengegend bei Gallensteinoperationen. Turner.
Blasenstein mit Paraffinkern. Skaw.

Mechanismus der Pankreassekretion. Die Reihenfolge der Vorgänge beim normalen Tier, die zur Sekretion von Pankreassekret führen, ist folgende: Während der Ruheperiode des Verdauungskanals sezerniert die Leber andauernd Galle, die in der Gallenblase (bei Pferd und Ratte in den Gallengängen) aufgespeichert wird. Nach dem Essen, meistens innerhalb 20 Minuten, beginnen vom Pylorussphinkter aus peristaltische Wellen längs des Duodenum, wodurch die Muskulatur um die Oeffnung des Choledochus erschlafft. Galle wird nunmehr von der ausgedehnten Gallenblase ins Duodenum gepreßt, mischt sich hier mit dem Mageninhalt, der ihr die geeignete Reaktion gibt, welche die Resorption von Gallensalzen durch die Darmschleimhaut ermöglicht. Die Gallensalze absorbieren bei ihrem Durchgang durch die Zellen das in ihnen enthaltene, präformierte Sekretin und gelangen ins Pfortaderblut. Verf. stellte fest, daß Hinzufügen von Gallensalzen zu einer sauren Sekretinlösung eine Fällung von Gallensäuren veranlaßt, und das ganze Sekretin zu dem Praecipitat adsorbiert wird. Das Sekretin verursacht die Pankreassekretion (bei der Katze erzeugt 0,03 mg Sekretin 3 ccm Pankreassaft), wenigstens soweit es sich um die Flüssigkeitsmenge und den Bikarbonatgehalt handelt, während der Stoffwechsel der Enzyme des Pankreas unter Kontrolle der Vagusnerven steht. Das in die Leber gelangte Gallensalz regt die Sekretion weiterer Galle an. Das Sekretin im Pfortaderblut veranlaßt ferner einen Zustand tonischer Kontraktion in der Gallenblase, so daß bei Oeffnung des Sphinkter Oddi genügender Druck zur Entleerung der Galle in das Duodenum vorhanden ist. Pankreassekretion hört auf, wenn keine Galle mehr in das Duodenum gelangt, will sagen, wenn die peristaltischen Wellen im Duodenum aufhören, was wahrscheinlich nach Entleerung des Magens geschieht. So steht die Verdauungsfunktion des Pankreas in engen Beziehungen zu der Stoffwechseltätigkeit der Leber.

Wirkung innerlich dargereichten Vorderlappen-Hypophysenextrakts bei Kindern. Die experimentellen Forschungen zeigten die engen Beziehungen des Vorderlappens der Hypophyse zu Wachstum und Genitalfunktion. Ueber die Frage der Obesitas gehen die Meinungen noch auseinander. Partielle Fortnahme des Vorderlappens führt zu degenerativen Veränderungen in Schild- und Geschlechtsdrüsen. Einjährige Beobachtungen der innerlichen Behandlung von Kindern mit Vorderlappenextrakten (Armours Präparat in allmählich steigenden Dosen bis zu 0,9 g täglich, Monate lang fortgesetzt) zeigten Erfolge hinsichtlich des Wachstums, der Knochenentwicklung und einer Besserung im Kohlehydratstoffwechsel bei Kindern mit Infantilismus, vorausgesetzt daß die Epiphysen noch nicht verschmolzen waren. In einer zweiten Gruppe von Kindern mit geringerem Grade des Infantilismus und unregelmäßiger, spärlicher Menstruation kam es zu häufigeren und stärkeren Menstrualblutungen, jedoch nie zu Einsetzen der Menstruation in den Fällen primärer Amenorrhoe. In einer dritten Gruppe von Kindern mit Obesitas wurde diese niemals günstig beeinflußt. In allen Fällen zeigte sich eine konstante Wirkung auf die anormalen Blutzuckerkurven, die eine Steigerung der Kohlehydrat-Toleranz bedeuteten.

Sekundäre Ulcera des Jejunum und ihre Röntgendiagnose. Die sekundäre Jejunalulcera als Folge der Gastroenterostomie haben wahrscheinlich ihren Ursprung in der Einwirkung des sauren und ungenügender Magenverdauung unterworfenen Nahrungsbreies, sitzen meist in der Nähe der Anastomose oder wenige Zentimeter von ihr entfernt in der abführenden Schlinge, die Mehrzahl von ihnen in dem gastrojejunalen Winkel. Röntgenographie allein ist von sehr geringem diagnostischen Wert, die meisten Jejunalulcera sind sogar schwer auf dem Röntgenbild zu erkennen, nachdem sie auf dem Schirm lokalisiert sind. Große Uebung im Gebrauch von Hand und Auge ermöglichen fast stets eine Diagnose, und zu diesem Zwecke bildete Verf. seine systematische, röntgenoskopische Palpation für die Diagnose der Magenulcera aus, die erst mühevoll erlernt sein muß und eine große Geschicklichkeit erfordert. Die Technik für die Jejunalulcera ist etwas modifiziert. Man läßt einen Mund voll des sehr rahmigen Bariumbreies verschlucken. Sobald derselbe an der Kardia angelangt ist, wird er durch die palpierenden Hände vorsichtig durch die Anastomosenöffnung hindurchmanöveriert, wobei die linke Hand durch sanften Druck einen Uebertritt in den Magen zu verhindern hat, da Schatten in der zuführenden Schlinge ein verwirrendes Bild ergeben, die rechte Hand die Emulsion in der ersten kurzen Strecke der abführenden Schlinge abgrenzen muß. Der Brei wird sodann durch die Anastomosenöffnung hin- und zurückbewegt, und dieser „Weißwaschungsprozeß“ verursacht eine Adhäsion des Breis an dem Geschwürskrater, und somit einen isolierten, dunklen Fleck auf dem Schirme, der sich von dem fortgedrückten Brei durch größere Dichtigkeit gut unterscheidet. Ein tiefes Ulcus ist natürlich leichter zu entdecken. Nachdem durch Verminderung des Druckes der rechten Hand die ersten 15 cm des Jejunum so durchforscht sind, läßt man den Rest des Breies verschlucken, um die übliche Untersuchung zu vollenden.

211., Nr. 6, 7. August 1926.

Vorlesung über Funktion und Zweck. Leather.
Untersuchung über Sprue und Addisons Anämie. Newham, Morris undManson-Bahr.
♦ Verlängerung des Beckenkolon und ihre chirurgische Behandlung. Slesinger.
♦ Beobachtungen über klimatischen Bubo. Hanschell.
Die Intelligenz von Verbrechern. Grierson und Rixon
Multiple Hautkrebse beruflichen Ursprungs. O'Donovan.
Ein Fall akuter Magendilatation mit 12 Fuß weit hörbarem Plätschergeräusch. Snell und Savin.

Verlängerung des Beckenkolon und ihre chirurgische Behandlung. Das Beckenkolon ist bei Gesunden sehr verschieden lang, relativ länger bei Kindern als bei Erwachsenen. In einigen Fällen führt eine durch Röntgenuntersuchung feststellbare extreme Verlängerung, sei sie kongenitaler Natur oder, wie häufiger, durch langdauernde Konstipation erworben, zu schweren Symptomen, Anfällen von Verstopfung, begleitet von Fieber, Urtikaria und andern anaphylaktischen Erscheinungen, die, wenn sie durch innerliche Behandlung keine Besserung finden, schließlich chirurgische Maßnahmen erfordern. In 5 solchen Fällen (darunter 2 siebenjährige Kinder) operierte Verf. mit großem Erfolg. Linke paramediane Inzision. Resektion des überflüssigen Kolonteils zwischen den schräg angelegten Darmklemmen, um einen weiten Umfang für die Vereinigung zu schaffen. Nach End-zu-End-Vereinigung wird eine Lanesche Kollektomiesonde mit Oeffnungen am Ende und an den Seiten durch einen Assistenten vom Anus aus eingeführt, vom Operateur durch die Darmvereinigung hindurch bis ins Colon descendens geleitet und durch eine Naht am Anus befestigt. Sie bleibt 5 bis 6 Tage liegen, um die Nahtlinie zu sichern. Zum Schluß wird ein breiter Streifen der Fascie an der äußeren Seite des Mesenteriums nahe dem Darm befestigt, in Nachahmung von Bändern, wie sie die Natur oft bei Verlängerung des Beckenkolon in wohltätiger Weise schafft, um einen weiteren Zug des mit Faeces überladenen Kolon zu verhindern.

Beobachtungen über klimatischen Bubo. Eine in tropischen und subtropischen Gegenden im Anschluß an den Koitus vorkommende inguinale Adenitis und Periadenitis, ohne irgendeine erkennbare primäre Erkrankung in der Geschlechts- oder Analgegend außer einer milden Balanitis, meist mit Fieber verlaufend. Mikroarganismen unbekannt. Verf. warnt dringend vor Inzision oder Exzision der Drüsen, die stets zu sekundärer Infektion führt. Bei vereiterten Drüsen eventuell sterile Aspiration, bei Verdacht auf Durchbruch Jodtinktur und steriler Verband. Dagegen empfiehlt er als ein prompt wirkendes Mittel, das sich ihm übrigens auch bei Schankerbubonen bewährte, intravenöse Injektion von toten Typhusbazillen oder einer Mischung mit Paratyphus A- und B-Bazillen (100 Millionen). Bei vorhandenem Fieber folgt in 1 bis 2 Stunden Temperatursteigerung um 1½ bis 2°, bei fieberloser Krankheit Frost mit hoher Temperatur. Nach einigen Stunden Abfall der Temperatur zur Norm und rasche Heilung. 14tägige Bettruhe nötig, um Rezidive zu verhindern. Selten wird nach 4 bis 5 Tagen eine zweite stärkere Injektion notwendig.

Revista Española de Medicina y Cirurgia.

Nr. 98, August 1926.

Das Kinderhospital Nazareth (Barzelona). Fr. Soler y Garde.
Therapeutische Fortschritte bei Darmerkrankungen. J. M. Rosell.
* Schmerzstillung in der Gynäkologie. F. Carreras.

Schmerzstillung in der Gynäkologie. Gute Wirkung von Veramon bei Dysmenorrhoe, menstruellen Kopfschmerzen, Kompressionsneuralgie, im Anfangsstadium von Karzinomen. Während der Geburt beruhigt das Mittel, ohne Kontraktionsschmerz oder -intensität zu beeinflussen. Es ruft eine gute Analgesie hervor und hat keine Nachwirkungen. Die Dosis betrug 0,4 bis 1,6 g.

Mettenleiter.

Revista Clinica de Bilbao.

1., Nr. 7, 1926.

Pericarditis haemorrhagica. A. Zulueta.
Dauernde Bradykardie. M. Iriarte.
Akute Baucherkrankungen. Juán Viar.

Mettenleiter.

Archivos Españoles de Pediatria.

10., Nr. 7, Juli 1926.

* Bakteriologische Untersuchungen über die Darmflora der Säuglinge. G. Vidal Jordana.
Kala-Azar in Madrid. J. Bravo y Frias.
Wanderschule für Kinder- und Säuglingspflege. E. Cacace.

Bakteriologische Untersuchungen über die Darmflora der Säuglinge. Die Zusammensetzung der normalen Bakterienflora ist von der Ernährung abhängig. Zwischen Brustkindern und künstlich ernährten Kindern bestehen nur Unterschiede in der Zahl gewisser Bakterienarten. Nach den Untersuchungen des Verf. läßt sich die Theorie der exogenen Infektion, abgesehen von den spezifischen Erkrankungen, nicht aufrecht erhalten. Auch die endogene Infektion ist kein ursächlicher Begriff, sondern erst sekundär durch einen Nährschaden bedingt. Die Veränderung der Darmflora während einer Erkrankung ist ebenfalls durch die Nahrung oder die Nahrungsreste verursacht, die infolge der ungenügenden Verdauung zurückbleiben. Für die Therapie ergibt sich daraus die Wichtigkeit der diätetischen Behandlung. Die Verabreichung bestimmter Mikroben zur Regulierung der Darmbakterienflora spielt dagegen keine große Rolle.

Mettenleiter.

El Siglo Médico.

78., Nr. 3786, 3. Juli 1926.

Gegenwärtiger Stand der Immunitätslehren. M. Salazar.
Rektoskopie in der Diagnostik der Mastdarmkrankheiten. M. Soldevilla.
Ulcus pepticum und seine Heilung. Gastroenterostomie. Luna Ganan.

78., Nr. 3787, 10. Juli 1926.

Immunität im allgemeinen. M. Salzar.
Moderne Serologie der Syphilis. E. Meinicke.

78., Nr. 3788, 17. Juli 1926.

Der natürliche Widerstand gegen Infektionen. M. Salazar.
Einfluß der Vitamine in der Ernährung der kleinen Kinder. B. Hernandez Briz.
Die Goldsalze in der Behandlung der Lungentuberkulose. F. Garcia Triviño.

78., Nr. 3789, 24. Juli 1926.

Melanosarkom, mit Röntgenstrahlen und Radium behandelt. J. y S. Ratera.

78., Nr. 3790, 31. Juli 1926.

Antigene und Antikörper bei der Immunität. M. Salazar.
Synonyme Ausdrücke in der Medizin. V. Peset.

Mettenleiter.

La Medicina Ibera.

20., Nr. 452, 3. Juli 1926.

Epileptiformer Pleurareflex. A. Perer.
Röntgenbehandlung der Duhringschen Krankheit. Goyarrola.

20., Nr. 453, 10. Juli 1926.

* Diagnose der Meningitis. G. Marañon.
Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose und Tabes mesaraica. M. S. Ruiz Zorrilla.

Diagnose der Meningitis. Mitteilung zweier, bisher nicht beschriebener Symptome. Mit einer Hand wird der Kopf rasch gebeugt, mit der anderen die Knie gestreckt gehalten. Die Großzehen strecken sich wie beim Babinski (Nacken-Plantar-Reflex). Der Bauch des Kranken wird rasch von vorn her eingedrückt. Dabei beugt sich der Oberschenkel der betreffenden Seite. In schweren Fällen beugen sich beide Oberschenkel beim Eindrücken einer Bauchseite (Bauch-Beuge-Reflex). Die Zeichen lassen sich in der Hälfte der Fälle nachweisen und haben vor allem große prognostische Bedeutung, da sie hauptsächlich bei schweren Erkrankungen positiv sind.

20., Nr. 454, 17. Juli 1926.

Die Cystographie. S. Pascual.
Ein Fall von Mediastinalerkrankung mit geringen Erscheinungen. G. Trivino.

20., Nr. 455, 1926.

Die Beziehungen der Nervendrüsen. E. Bonilla.
* Einfache und genaue Fällungsreaktion der Serodiagnostik der Syphilis. M. Garriga.
Wechselfieber in Castilien. A. P. Jimenez.

Einfache und genaue Fällungsreaktion der Serodiagnostik der Syphilis. Pulverisiertes Rinderherz wird dreimal mit reinem Azeton (Merck) und einmal mit absolutem Alkohol extrahiert. Der Extrakt muß nach Beifügen von Cholesterin (0,5 : 100,0) drei Monate stehen. Dann wird er nochmal filtriert und mit Cuttingscher Lösung ($NaCl_1$, 25%, 99,0; KCO_3 0,5% 1,0) 1 : 20 verdünnt. 1 ccm dieser Mischung wird mit 0,1, 0,2 und 0,3 ccm inaktiviertem Serum zusammengebracht. Ablesung nach 6 bis 7 Stunden Brutschrankaufenthalt oder 24stündigem Stehen in Zimmertemperatur. Die Fällung ist deutlich erkennbar. Die Reaktion verläuft mit der Wassermannschen gleichsinnig, ist aber bei Fällen im latenten Stadium empfindlicher als diese.

20., Nr. 456, 31. Juli 1926.

Hirntumor ohne Drucksteigerung. C. Juarros.
Beitrag zur Klinik der Eklampsie. C. R. Cordoba.
Aktive Immunisierung mit Diphtherieantitoxin. Madero, Cadahia y Nicolas.

20., Nr. 457, 7. August 1926.

Sekundäre Hautatrophie. Barrio de Medina y N. Calvin.

Mettenleiter.

La Riforma medica.

42., Nr. 29, 19. Juli 1926.

Richtlinien des sozialen Kampfes gegen die Tuberkulose. Ferranini.
* Ueber lokale retikuloendotheliotrope Chemotherapie bei der Lungentuberkulose. Ascoli, Fichera und Giuffrida.
Akute eitrige Mastitis bei einem Manne. Fovvaca.
Einige Normen klimatischer Therapie. Ceresole.

Ueber lokale retikuloendotheliotrope Chemotherapie bei der Lungentuberkulose. Verff. versuchten nicht nur auf trachealem Wege eine lokale Therapie gegen die Lungentuberkulose zu richten, sondern auch direkt auf die Elemente in den erkrankten Lungen, welche den Sitz der Krankheit bilden, einzuwirken. In Anbetracht der Wichtigkeit des R.-E.-Systems für die Bildung des Tuberkels — besonders bei den exsudativen Formen — und der bekannten Affinität der Kolloide für das R.-E.-System, begannen sie mit einem zu diesem Zwecke hergestellten Gold-Lysalbinat ihre Versuche, die erfolglos blieben. Da das Semicolloid Neosalvarsan im Körper vom R.-E.-System aufgenommen wird, benutzten sie dieses als Vehikel für das Gold in einer neuen Neocrisol genannten Verbindung. Daß es gelingt, auf dem supraglottealen Wege Medikamente auch in wässriger Lösung durch geeignete Lagerung an die gewünschte Stelle im Bronchialbaum zu bringen, wurde röntgenoskopisch nach Einführung von 5—10% Collargollösungen nachgewiesen. Sehr vorsichtiges Vorgehen mit langsam steigenden Dosen war wegen der Gefahr von Haemorrhagien notwendig. Ganz ließen sich dieselben nicht vermeiden, doch sind sie bei eventuellem Auftreten durch endotracheale Adrenalininjektionen zu beherrschen. Nach den anfänglichen Reaktionen auch auf kleine Dosen stellte sich mit der Zeit eine große Toleranz ein. Weder Nieren- noch Hautstörungen wurden je beobachtet. Erfolge traten nur in frischen und exsudativen Formen ein. Die einjährigen Erfahrungen aus ihren Versuchen, die sie nur als einen Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen ansehen, bewiesen ihnen, daß der R.-E.-Tropismus nicht der einzige Faktor sein kann, der bei der Wirkung im Spiele ist, da das wirksame Neocrisol 20 mal weniger Gold enthält als das ursprünglich angewendete unwirksame Präparat. Rontal.

Il Policlinico, Sez. chir.

33., Nr. 7, 15. Juli 1926.

◆ Wert der Phenolsulfophthaleinprobe. Bonadies.
Betrachtungen über einen Fall von Blasenmole mit rascher maligner Degeneration. Forti.
◆ Intramuskuläres Lipom des rechten Musculus latissimus dorsi in seinem axillären Teil. Moriconi.
Cholesterinämie beim Menschen nach der Splenektomie.

Wert der Phenolsulfophthaleinprobe. Untersuchungen an 53 Gesunden und Kranken. Bei Gesunden Ausscheidung in der ersten Stunde nach intravenöser Injektion von 6 mg 50—80% mit unregelmäßiger Kurve (ausnahmsweise größte Ausscheidung in der zweiten halben Stunde). Durch provozierte Polyurie bald geringere, bald stärkere Ausscheidung. Bei Personen mit nur einer Niere gibt die Probe keine zuverlässige Auskunft. Bei Nephritis und Nephrose unterrichtet sie nicht sicher über den Funktionszustand der Niere, bei der Nierentuberkulose und anderen destruktiven Nierenleiden gibt sie oft bei zufriedenstellender Funktion sehr niedrige Werte und ist nur bei sehr schweren Fällen verläßlich, wo die Diagnose auch ohne diese Probe auf der Hand liegt. Auch beim Ureterenkatheterismus gibt sie nicht immer praktische Resultate, weil ihr Verlauf oft durch hemmende nervöse Einflüsse gestört wird. Das Gleiche gilt von der Nephrolithiasis. Trotz der vielfachen Möglichkeiten von Fehldiagnosen ist die Probe, allerdings nur im Verein mit anderen, wertvoll, besonders wenn die Werte um den normalen Durchschnitt herum liegen.

Intramuskuläres Lipom des rechten Musculus latissimus dorsi in seinem axillären Teil. Intramuskuläre Lipome sind sehr selten im Verhältnis zu den subkutanen. Sehr viele als intramuskulär beschriebene waren tatsächlich intermuskuläre Lipome. Ein Charakteristikum der Lipome ist ihre Schmerzlosigkeit. Die Schmerzhaftigkeit in dem beschriebenen Falle hätte leicht zu einer Fehldiagnose geführt, wenn nicht eine exakte Diagnose durch den Röntgenbefund möglich gewesen wäre, und zwar durch die scharfen regelmäßigen Umrisse und die größere Transparenz im Verhältnis zum Muskelgewebe. Die ersteren sprachen für einen benignen Tumor. Parasitäre Zysten würden einen dunkleren Schatten gegeben haben, als die Muskelmassen. Die größere Transparenz gegenüber den Muskeln kommt nur dem Fettgewebe zu. Es konnte in dieser Beziehung höchstens noch ein Muskelmyxom in Frage kommen. Die Operation bestätigte die Röntgendiagnose.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. med.

33., Nr. 8, 1. August 1926.

Myotonische Dystrophie. D'Autona.
◆ Klinisches Studium der Akrodystrophie. Musante.
Muskelerregbarkeit in Physiologie und Klinik mittels der Chronaxie. Meldolesi.

Klinisches Studium der Akrodystrophie. Bei dem 59jährigen Kranken Formveränderungen und trophische Störungen an den Endphalangen der Finger beider Hände in Form von Verdickungen, dünner atrophischer, braun pigmentierter, stark cyanotischer Haut bei normaler Sensibilität und gekrümmten, rissigen, deformierten Nägeln. Im Röntgenbilde zeigten die Endphalangen eine Verdickung, besonders im diaphysären Teil mit Verdichtung des Knochens bei rarefizierter Epiphyse, Unregelmäßigkeit der Umrisse. Im Schädel zwei verkalkte Stellen, bei lateraler Aufnahme eine entsprechend der Sutura parietale, die andere etwas über dem Felsenbein, bei vorderer Aufnahme in der Mittellinie. Lokalisierung in der großen Sichel und nach hinten von der Hypophyse. Verbreiterung der in ihren Umrissen undeutlichen Sella. Trommelstockartige Verdickungen der Finger waren auszuschließen, da sie nur die Weichteile bei unveränderten Knochen betreffen. Die seit langem bestehende Beschränkung des Leidens auf Endphalangen und Nägel schließt auch eine hypertrophische Osteopathie Pierre Maries aus, die allerdings an Händen und Nägeln beginnt. Mit einer Akromegalie in abortiver Form stehen die Atrophie der Haut und die Nagelveränderungen im Widerspruch, eine Verbreiterung der Sella im Röntgenbild kann nicht als pathologisches Zeichen für Hypophysenveränderung gelten. Das Krankheitsbild muß also in die Akrodystrophien neurogenen Ursprungs eingereiht werden, zurückzuführen auf Veränderungen peripherer Nerven oder der trophischen Zentren peripherer trophischer Nervenfasern. Die im Röntgenbild gefundenen Verkalkungen sprechen für die letztere Annahme.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. prat.

33., Nr. 30, 26. Juli 1926.

◆ Hämotonischer Index und Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen bei der Lungentuberkulose. Secco.
Statistische Bemerkungen über 10 jährige Tetanusbehandlung. Majeron.
Klinischer Beitrag zum Studium der atrophischen Cirrhose. Oliviero.

Hämotonischer Index und die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen. Untersuchungen dieser beiden angeblich prognostisch wichtigen Proben an 170 Tuberkulösen. Der hämotonische Index, d. h. das Verhältnis zwischen maximalem arteriellem Blutdruck, Hb-Titer und Zahl der roten Blutkörperchen, das normalerweise konstant sein soll — Werte zwischen 3 und 4 wurden als günstig, über 8 als sehr ungünstig angesehen — entbehrt nach Verf. jeden prognostischen Wertes, da besonders Hb-Gehalt und Blutkörperchenzahl von der Schwere der Krankheit ganz unabhängig und sehr unbeständig sind. Den Widerstand der roten Blutkörperchen fand er in den schweren Formen der Lungentuberkulose zwar stets erhöht, aber die Unterschiede gegenüber den normalen Werten erscheinen zu gering, um daraus sichere Schlüsse ziehen zu können.

33., Nr. 31, 2. August 1926.

Behandlung schwerer Epilepsieformen mit Injektion von Luminalnatrium in die große Zysterne. Ayala.
◆ Chlorkalzium-Tropfklistier bei der Lungentuberkulose. Tedeschi.
Lymphom des Coecum. Cinaglia.

Chlorkalzium-Tropfklistier bei der Lungentuberkulose. Da die von Rosen empfohlene intravenöse Chlorkalziumbehandlung bisweilen Schockwirkung hervorruft und besonders bei schwerer Tuberkulose oft schlecht vertragen wird, versuchte Verf. mit recht günstigem Erfolge, das Medikament im Tropfklistier zuzuführen. Es wirkt zwar weniger rasch, als bei der intravenösen Methode, ist aber stets unschädlich und wird sehr gut vertragen. Er gibt eine 0,4%-Lösung des chemisch reinen Chlorkalzium, im Beginn 500 ccm, nach einigen Tagen einen Liter, 10 Tage lang täglich, dann fünf- bis sechsmal jeden zweiten Tag. Nach einer Pause von 10 bis 12 Tagen weitere 10 Klistiere einen Tag um den andern. Bisweilen wird nach 15 bis 20 Tagen noch eine dritte Serie notwendig. Die Therapie wurde bisher in 25 Fällen nur bei aktiver, akuter Tuberkulose mit oft hohem Fieber angewandt. Wenn auch der Erfolg bisweilen nur vorübergehend war, so sind doch die Resultate im allgemeinen als gut zu bezeichnen, und diese unschädliche Therapie empfehlenswert.

33., Nr. 32, 9. August 1926.

Blutserumtherapie. Urbino.
◆ Behandlung schwerer Epilepsieformen mit Injektion von Luminalnatrium in die große Zisterne. Ayala.
Große Echinokokkenzyste der Milz mit 502 Tochterblasen und einer großen exogenen Zyste der Harnblase. Graziani.
Hydatidenzyste des Knies. Bivona.

Behandlung schwerer Epilepsieformen mit Injektion von Luminalnatrium in die große Zisterne. Mit dieser Behandlung gelingt es schneller und sicherer, als mit allen bisher angewandten Mitteln, einschließlich der endolumbalen Injektion, epileptische, epileptiforme oder eklamptische Anfälle zu unterdrücken und bisweilen den Status epilepticus, welches auch immer seine Aetiologie oder Pathogenese sei, zu heilen. Die Lösung muß frisch bereitet werden durch Zusatz von 2 bis 3 ccm sterilen, warmen (30°), destillierten Wassers zu den 0,22 g der Droge enthaltenden Ampullen. Geringere Dosen sind nicht wirksam. Die Injektion muß langsam und vorsichtig erfolgen. Der Kranke bleibt einige Stunden in horizontaler Lage mit tiefer liegendem Kopf. Empfehlenswert ist einige Stunden zuvor eine intravenöse oder subkutane Injektion von Luminalnatrium, die einen soweit beruhigenden Einfluß hat, daß die suboccipitale Punktion sicherer und leichter gelingt. Das Luminal ruft im Liquor eine Lymphozytose, leichte Hyperalbuminose und positive Pandysche Reaktion hervor, die aber weder zu subjektiven noch objektiven Symptomen von Meningenreizung führen, von kurzer

Dauer und ganz unschädlich sind. Die Behandlung ergab auch in allerschwersten Formen, wo alle andern Mittel versagt hatten, oft noch Erfolge. Auch bei der Dementia paralytica ist es empfehlenswert, epileptiforme Krisen, die zu rascher Verschlimmerung des Leidens führen, durch dieses prompt wirkende Mittel zu unterdrücken, in der gleichen Weise bei der Eklampsie. Seine eigentliche Domäne sind aber die essentiellen Formen der Epilepsie.

Rontal.

The Journal of American Medical Association.

87., Nr. 5, 31. Juli 1926.

- * Osteochondritis oder Epiphysitis. Christie.
- * Osteomyelitis variolosa. Huenekens und Rigler.
- Studium über kongenitale Syphilis auf Grund 25 jähriger Statistik in Boston. Sylvester.
- * Die kollaterale Zirkulation bei der Thromboangiitis obliterans. Lewis und Reichert.
- * Obesitas postencephalitica. Walsh.
- Einfluß des Lig. spinoso- und tuberoso-sacrum auf die Bewegungsbeschränkung des Sakroiliakalgelenks. Slocumb und Terry.
- * Funktion der Leber in Beziehung zur Operation von Gallenblase und Gallengängen. Crile.
- * Die Wirkung von Leberextrakt auf die Blutdrucksteigerung. Major.
- Messung der Ausflußmenge des Herzbluts beim Menschen und ihre Veränderungen. Robertson.
- Die Depressor-Substanz im Lebergewebe und ihre physiologische Wirkung. James, Langhton und Macallum.
- Tägliche Schwankungen in den Komplementbindungs- und Fällungsreaktionen bei unbehandelten syphilitischen Kranken. Greenbaum und Yagle.
- Die Gefahren der CO-Vergiftung auf der Straße. Wilson, Gates, Owen und Dawson.
- Intravenöse NaCl-Injektionen beim Bromoderma. Bechet.

Osteochondritis oder Epiphysitis. Eine Uebersicht über die unter sehr verschiedenem Namen bekannten Krankheitsbilder, die alle nach Verf. derselben Krankheitseinheit angehören und die durch typische Röntgenbilder und die Beschreibung der für die Diagnose charakteristischen Röntgenbefunde illustriert werden. Es handelt sich um die Legg-Calvé-Perthessche Osteochondritis deformans juvenilis coxae, um die Osgood-Schlattersche Krankheit, um die Köhlerschen Krankheiten des Os scaphoideum und des zweiten Metatarsus, um Scheuermanns Osteochondritis deformans juvenilis dorsi, um die Epiphysitis des Calcaneus, die Osteochondritis dissecans Königs und die sehr seltene sogenannte Osteomalacie des Os lunatum. Ueber die Aetiologie herrscht noch keine absolute Klarheit. Die infektiöse Theorie hat anscheinend wenig Berechtigung. Wahrscheinlich ist die Krankheit die Folge eines lange fortgesetzten, seltener eines akuten Traumas, das zu Störungen der Zirkulation und in der Folge zu Nekrose von Knochen und Knorpel der Epiphyse führt.

Osteomyelitis variolosa. Ein Fall von Pocken bei einem 4jährigen Kinde mit dem klinischen Bilde einer akuten polyartikulären Arthritis, die sofort nach dem Ausbruch der Krankheit einsetzte. Zahlreiche Röntgenbilder zeigen einen symmetrischen, weitverbreiteten, destruktiven Prozeß in der Epiphysenlinie der langen Knochen und im ersten Halswirbelkörper. Diese Knochenerkrankung dauerte noch 2 Monate nach Verschwinden der Pocken an, es kann jedoch zu fast vollkommener Wiederherstellung mit Ausnahme einer Dislokation des ersten Halswirbels, die ohne ernste Folgen blieb. Interessant ist das frühzeitige Verschwinden der Epiphysenlinie an beiden Tibien, welche eine Erklärung der von andern beobachteten Knochendeformitäten gibt. (Verkürzung der Tibia und bei weiter wachsender Fibula Verunstaltung des Beines.)

Die kollaterale Zirkulation bei der Thromboangiitis obliterans. Beschreibung von 3 Fällen, von denen es bei 2 Patienten infolge Gangrän zur Amputation kam. Stereoröntgenbilder nach Injektion von Oxychlorid-Wismut in den amputierten Gliedern (100 bis 120 ccm waren zur Füllung nötig im Gegensatz zu 40 ccm bei einem arteriosklerotischen Falle) zeigen die Entwicklung eines sehr ausgedehnten Kollateralkreislaufs, vorzüglich in den kleinen Gefäßen, der wahrscheinlich durch das langsame Fortschreiten des Krankheitsprozesses begünstigt wird. Die Lokalisation des Thrombus ist maßgebend für den Krankheitsverlauf. Bei der aszendierenden Form führt Thrombusbildung, die auf die Poplitea übergreift, zu Gangrän. Bei der deszendierenden Form beschleunigt Thrombusbildung der Cruralis unterhalb des Ursprungs der Profunda die Bildung des Kollateralkreislaufs, der für die Ernährung des Beines selbst bei späterem Verschluß der Poplitea genügt. Infolgedessen halten Verff. die Ligatur der Cruralis dicht unterhalb des Abgangs der Profunda für geeignet, der Gangrän vorzubeugen und die oft unerträglichen Schmerzen zu lindern, wie es in dem dritten Falle geschah. Die Ursache dieser Schmerzen wird verschieden interpretiert. In vielen Fällen fand man die die großen Nerven ernährenden Gefäße verschlossen, aber nicht in allen, und die Schmerzen kommen auch im Frühstadium der Krankheit vor. Verff. glauben, sie durch einen arteriellen Spasmus erklären zu müssen. Durch die obige Ligatur werden die chronisch entzündeten Hauptgefäße außer Funktion gesetzt und mit der Beseitigung des arteriellen Spasmus die Schmerzen gelindert.

Obesitas postencephalitica. Beschreibung von 4 Fällen, in denen eine sehr ausgesprochene Obesitas der epidemischen Enzephalitis folgte. Auch in der Literatur ist über genügend derartige Fälle berichtet, um einen ursächlichen Zusammenhang, unabhängig von einem Hypopituitarismus, annehmen zu müssen. Dafür spricht auch das Entstehen von Adipositas bei Hunden, bei welchen eine lokale, traumatische Enzephalitis des Mittelhirnes erzeugt wurde. Bei Fällen einer sich rasch entwickelnden Obesitas sollte man daher die Möglichkeit einer Enzephalitis, die oft sehr milde und abortiv verlaufen kann, im Auge behalten, bevor man eine einfache, funktionelle endokrine Störung annimmt.

Funktion der Leber in Beziehung zu Operation von Gallenblase und Gallengängen. Auf Grundlage einer in 1682 Gallenblasenoperationen gesammelten Erfahrung kommt Verf. zu dem Schlusse, daß über Technik und Wahl der Operation keine festen Regeln aufzustellen sind und das oberste Prinzip die Erhaltung der Leberfunktion sein muß. Bei den operativ riskanten Fällen muß eine genügend lange Vorbereitung des Kranken auf eine normale Herstellung der Blutgerinnungszeit, des Wasser-Stoffwechsels, der Alkalisierung durch subkutane Infusion von Glukose und $NaHCO_3$, auf eine Stärkung der Funktion von Herz und Nieren hinzielen. Bluttransfusion, Bettruhe, geeignete Diät sind wichtig. Bei der Operation wird die Leberfunktion am sichersten erhalten durch eine weite Freilegung des Operationsfeldes (Mognihans paramedianer Schnitt), klaren Ueberblick, blutlose Schnittführung, ein Minimum von Trauma und Anästhesie, ein Optimum von Temperatur. Bei Beobachtung dieser Regeln ist es gleichgültig, in welcher Weise die Gallenblase entfernt wird. Bei Excision von oben nach abwärts Kompression der Gallenblasenbasis und der Gefäße mit gebogener Klemme. Trotz aller Vorsicht war aber dennoch nicht in allen Fällen eine Funktionstörung der Leber zu vermeiden. Versuche zeigten, daß sehr häufig hierbei die thermogene Funktion der Leber gestört war, durch welche ⅕ der Körpertemperatur erzeugt wird. Aus experimentellen Forschungen zog er den Schluß, während der ganzen Operation durch Diathermie die Temperatur der Leber auf normaler Höhe zu halten (eine Platte auf die untere seitliche Partie des Thorax, die zweite gegenüber der Leberkuppe) und während der kritischen postoperativen Zeit die Diathermiebehandlung fortzusetzen. Aetheranästhesie, welche die Temperatur der Leber herabsetzt, wird am besten durch N-Oxydul ersetzt. In besonders riskanten Fällen Lokalanästhesie. Durch die Diathermie erhebliche Besserung der Operationsresultate.

Die Wirkung von Leberextrakt auf die Blutdrucksteigerung. Methylguanidin setzt den Blutdruck bei Tieren und Menschen stark herauf. Bei hohem Blutdruck wurde verringerte Ausscheidung im Harn gefunden, die sich beim Sinken des Blutdrucks erheblich steigerte. Der vom Verf. durch alkoholische Fraktionierung hergestellte und gereinigte Leberextrakt hat blutdruckherabgesetzte Eigenschaften. Er zeigte, daß Hiatamin, Cholin und Pepton in einer von Leberextrakt abweichenden Weise auf den Blutdruck wirken. Zur Anwendung des Leberextrakts bei Kranken wurde eine zufriedenstellende Methode der Standardisierung ausgearbeitet. Die bisherigen Resultate an 100 Patienten lassen noch keine sicheren Schlüsse hinsichtlich der Wirkung zu. Die lange bestehenden, schweren Formen der Hypertension scheinen nicht auf die Behandlung zu reagieren, wohl aber frische Fälle von kürzerer Dauer, bei denen jedoch Spontanheilung nicht sicher auszuschließen ist.

Rontal.

Medical Journal and Record.

Nr. 1, 7. Juli 1926.

- Der John-Bull-Geist in der Medizin. Crichton-Müller.
- * Akute Perikarditis. Elwyn.
- Benzylbenzoat. Macht.
- Ein ungewöhnlicher Fall von Amnesie. Gordon.
- Rektumkarzinom. Landsmann.
- Behandlung des Rektumkarzinoms. Drueck.
- Idiopathische Paralysis agitans. Fong.
- Gynäkologische Operationen bei Geisteskranken. Mc. Donald.
- Aetiologischer Faktor der Puerperalinfektion. Bessesen.
- Senkungsprobe in der Gynäkologie. Smiley.
- Koffein in der Brustmilch bei Kaffee- und Teetrinkern. Irvin.

Akute Perikarditis. Kommt auch bei anderen als rheumatischen Erkrankungen vor und wenn auch meist sekundär, oft als einzige und früheste Manifestation. Die Herzfunktion wird dadurch in zwiefacher Weise beeinflußt. Einmal die Kontraktilität des Herzens, weil auch die tieferen Schichten außer der Epicardschicht geschädigt werden je nach der Grundkrankheit, der Virulenz der Infektion und der Reaktion dieser Ventrikelschichten. Dann die mechanische Wirkung des Exsudats. Bei rein fibrinösem Exsudat ist sie gering. Bei flüssigem Exsudat kommen ferner zwei Faktoren in Betracht, die Menge des Exsudats und die Rapidität des Auftretens. Der normale Perikardialsack hat die Funktion der Ueberdehnung des Herzens zu verhindern, er faßt nur 150—200 ccm; ist aber das Perikard entzündet, bis zu 2 L und M. Ersteres tritt bei Herzruptur ein, wo die plötzliche Ansammlung von etwa 200 ccm plötzlichen Tod verursacht. Es kommt zu Kompression der Mündungen der Venae cavae, Verminderung der Diastole der Vorkammern, also vermindertem Einfluß, vermehrtem Venendruck: das Herz pumpt sich selbst leer und hört schließlich mit Kontraktionen auf. Das Herz wird nach vorn gedrängt. Es kommt zu Kompression der Nachbarorgane, bes. des linken oberen Lungenlappens, selten des Oesophagus und der Trachea. Die akute Perikarditis kommt vor bei akuten Krankheiten, Leukämie, Skorbut, Purpura Hämorrhagica, bei den verschiedenen Sepsisformen, bei lokalen Nachbarinfektionen, wie Mediastinalabszeß, Leberabszeß, Epyem, aber selten und ist dann ganz überdeckt von dem ursprünglichen Leiden und meist ein Vorläufer des Todes. Viel häufiger bei Pneumonie, rheumatischem Fieber, Tuberkulose, Myocardinfarkt, Tumor. Bei Urämie.

Am häufigsten bei rheumatischem Fieber. Recht interessant ist die Statistik von Combs: man findet perikardiale Läsionen in der ersten Dekade bei 100%, in der zweiten bei 83%, in der dritten bei 41, in der vierten bei 23 und über 40 bei 26%; in allen Altern bei 53%. Es kommen hier alle Formen vor, auch die hämorrhagische, Ruptur kleiner Gefäße des Granulationsgewebes. Menge 100—400. Wichtig sind die Aschoffschen Knötchen. Sie kann beim akuten Rheumatismus zu jeder Zeit, vor und nach den Gelenkerscheinungen auftreten. Charakteristisch sind: Fieber, Schmerzen und der Befund. Aber sie kann auch völlig latent, ohne subjektive Erscheinungen, ohne Fieber auftreten. Schmerzen am Sternum, im Präkordium, im Epigastrium, zwischen den Schulterblättern oder in der Halsmuskulatur. Kann sehr heftig, anginaähnlich sein. Aussehen bleich milchweiß, mit leichter Cyanose, mit Dyspnoe, was charakteristisch ist. Andere Symptome: das plötzliche Auftreten von Husten, Schmerzen in der linken Schulter, Schwierigkeit beim Schlucken, bes. in der Sternalgegend. Die Dyspnoe kann auch durch myokardiale Veränderungen bedingt sein. Das kratzende Reibegeräusch wie Lederknarren geht nicht über die Herzränder hinaus, besteht während Systole und Diastole, ist verschieden laut und nicht immer typisch. Es kann auch bei großer Flüssigkeitsansammlung gehört werden, bei einer dicken Lage fibrinösen Exsudats, dabei aber auch fehlen; oft geht eine Verdoppelung des 2. Tones voraus, manchmal ist es mit der Diastole oder Systole oder beiden synchron und kann in solchen Fällen zur Diagnose einer rheumatischen Erkrankung der Aortenklappe verleiten. Es kann auch über der Herzregion gefühlt werden. Auch zeitweise verschwinden. Wichtig ist das perikardiale Reiben und die Dämpfung im zweiten und ersten Zwischenrippenraum. Ferner ist von Bedeutung eine Dämpfung links hinten unten über der Lunge. Puls klein, 100 bis 160, Blutdruck vermindert,. Puls oft collabierend, manchmal während der Inspiration nicht gefühlt. Die Jugularvenen sind ausgedehnt und pulsieren. Röntgen von großem Wert.

Tuberkulöse Perikarditis. Weniger häufig als die rheumatische, statistisch nicht zu erfassen; Perikardverwachsungen, die keinen Anhalt für Tuberkulose geben, sind nach manchen Pathologen meist das Endresultat einer früheren tuberkulösen Perikarditis. Primär ohne sonst einen tuberkulösen Herd ist außerordentlich selten. Infektionsweg: Blutweg selten, meist von einem tuberkulösen Lymphknoten auf dem Wege des Lymphweges. In chronischen Fällen fibriflöses Exsudat, das die beiden Schichten des Perikards zum Verwachsen bringt; in dieses Exsudat wächst tuberkulöses Granulationsgewebe, das später käsig wird, oft das ganze Herz umgibt, und später durch nichtspezifisches Gewebe ersetzt wird, dessen tuberkulöse Herkunft durch nichts mehr zu erkennen ist. In anderen Fällen ist die Bildung von Tuberkeln im Perikard von einem manchmal serofibrinösen, häufig hämorrhagischen, selten purulenten Exsudat begleitet; dessen Menge oft bis zu 2 L betragen kann. Verdickung des Perikards mit Ulceration, Verkäsung und Verkalkung kommt vor.

Der klinische Verlauf der tuberkulösen Perikarditis kann ganz latent sein und erst bei der Autopsie festgestellt werden, bes. bei den chronischen Formen mit Verwachsungen. In akuten Fällen läßt der Präkordialschmerz und das Reibegeräusch das Leiden vermuten. Schmerz, Dyspnoe und die anderen Herzsymptome sind jedoch weniger häufig als bei der rheumatischen Form. Hier ist das Myocard schwer affiziert.

v. Schnizer.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11., Nr. 9, Juni 1926.

Die Erkennung der Opiumalkaloide durch Selen-Schwefelsäure; die Spezifität dieses Reagenz' für die Phenolgruppe. V. E. Levine.
+ Wirkung des Atropins und die Rolle des autonomen Nervensystems bei der Insulinwirkung. E. F. Müller und H. B. Corbitt.
Die Wirkung von oral verabreichter Schleimsäure auf die Nierenfunktion. W. C. Rose und R. W. Jackson.
Wert und Art der Mitteilungen und Aufzeichnungen über histologische Untersuchungen. L. A. Turley.
+ Kokain-Adrenalin-Mischung. E. L. Ross.
Gebrauch von Natriumthiosulfat zu diagnostischen Zwecken. C. N. Myers, E. Marples, M. Groehl und B. Throne.
Unmöglichkeit, die Schilddrüsentoleranz bei weißen Ratten zu bestimmen. J. A. Charke.
Nierenfunktionsindex. A. Bernhard, H. G. Jacobi und F. J. Jensen.
Untersuchung über das für die WaR. verwandte Antigen. S. L. Leiboff.
Prognostischer Wert der Eosinophilen in Fällen von Ohrentzündung. V. Brewer.
Antiskorbutisches Vitamin in frischem Rindfleisch. G. Medes.
Einfluß von Herdinfektionen bei Diabetes in bezug auf die Aenderungen der Blutzuckerkurve. B. Holcomb.
Standard-Glasscheibe zur Bestimmung des Ikterusindex im Blutserum. M. Preston.
Technik der pathogen-selektiven Methode der Kulturen. M. Solis-Cohen und A. J. Rubenstone.
Dauerhafte Standardlösung zur Zuckerbestimmung nach Benedicts „klinisch-quantitativer Probe“. J. A. Behre und W. Muhlberg.
Einfache Methode der quantitativen Blutkultur. R. A. Kilduffe.
Modifikation des Bluttransfusionsapparates nach Unger. H. W. Jones.
Einfache Methode zum Nachweis der Dibothriocephalus-latus-Eier im Stuhl. H. B. Schmidt.

Wirkung des Atropins und die Rolle des autonomen Nervensystems bei der Insulinwirkung. Verff. machten in einer Reihe experimenteller Untersuchungen die Beobachtung, daß Insulin intrakutan injiziert auf den Blutzucker stärker und anhaltender einwirkt als bei subkutaner Darreichung. Obgleich also bei intrakutaner Einspritzung (im Gegensatz zur subkutanen) die Insulinresorption verzögert und damit die Insulinkonzentration im Blutkreislauf vermindert ist, wird dennoch eine größere Menge Blutzucker umgesetzt. Es kann demnach einerseits die Insulinämie nicht allein verantwortlich gemacht werden für die Blutzuckersenkung nach Insulin, und andererseits muß es neben dem resorptiven noch einen anderen Weg für die hypoglykaemische Insulinwirkung geben. Dieser Weg geht über das parasympathische Nervensystem, und er ist bei der Intrakutaninjektion vermöge der nahen Beziehungen der Haut zum autonomen Nervensystem von besonderer Bedeutung. Wahrscheinlich wirkt das intrakutane Insulindepot als direkter Vagusreiz auf die glykogenbildende Leberfunktion und damit indirekt blutzuckersenkend. Charakteristischerweise bleibt die Wirkung des intravenös oder subkutan verabreichten Insulins durch Atropin unbeeinflußt, während die intrakutane Insulinwirkung durch Atropingaben erheblich vermindert wird.

Kokain-Adrenalin-Mischung. Hunde und Katzen wurden intravenös toxische bzw. letale Dosen eines Kokain-Adrenalin-Gemisches injiziert, dabei wurde die antitoxische Wirkung des Atropins und des Nitroglyzerins studiert. Das Atropin erwies sich als völlig wirkungslos. Dagegen wurde die Toxizität des Kokain-Adrenalins durch Nitroglyzerin wesentlich herabgesetzt, so daß z. B. eine sonst sicher letale Kokain-Adrenalin-Dosis bei gleichzeitiger Nitroglyzerinzufuhr nicht den Tod der Versuchstiere zur Folge hatte. Die toxische Blutdruckerhöhung wurde durch das Nitroglyzerin nicht beeinflußt.

Walter Goldstein, Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 8, August 1926.

Thallium-Epilation bei Mykosen des menschlichen behaarten Kopfes und ihre experimentellen Unterlagen. A. Buschke, Erich Langer, Bruno Peiser, Berlin.
+ Punktion der regionären Drüsen zwecks frühzeitiger Diagnosenstellung bei Syphilis. Maurice B. Wolff, Chicago.
Bismut bei Syphilis. Nicholas L. Rosenberg, Pittsburgh.
Ein Fall von Paralyse. Cattier, Paris.
+ Syphilophobie. Tom. A. Williams, Miami Beach.
Die Wichtigkeit von urogenitalen Symptomen. Thomas M. Dorsay, Louisville.
+ Unspezifische Urethritis. Leon M. Beilin, Chicago.
Behandlung von Hautkrankheiten durch Entgiftung. Watson Smith, Bournemoreth.

Punktion der regionären Drüsen zwecks frühzeitiger Diagnosenstellung bei Syphilis. Kann man bei Verdacht auf Primäraffekt kein für die Dunkelfelduntersuchung geeignetes Reizserum erhalten, da eine Behandlung mit chemischen Mitteln bereits stattgehabt hat oder eine starke Phimose vorliegt oder der Sitz der verdächtigen Affektion in der Urethra die Entnahme verhindert usw., so ist es zweckmäßig, die geschwollenen regionären Drüsen zu punktieren, aspirieren und das so gewonnene Punktat der Dunkelfelduntersuchung zuzuführen. Bisweilen empfiehlt es sich, bei der Punktion einige Tropfen Kochsalzlösung vor der Aspiration zu injizieren.

Syphilophobie. Die Syphilophobie ist nur eine spezielle Form der Phobien. Wie diese ist auch sie auf endogene psychische Störungen zurückzuführen. Sie gehört daher nicht vor das Forum des Dermatologen, der erfolglos mit seiner Behandlung bleiben wird, sondern vor das des Neurologen.

Unspezifische Urethritis. Eine unspezifische Urethritis, also ein Harnröhrenausfluß, der nicht auf Go beruht, daher nicht ansteckend ist und nicht zu Komplikationen neigt, ist nicht so selten, wie vielfach angenommen wird. Ihre Aetiologie ist mannigfach: endogen bei Gicht, rheumatischer Diathese; ferner Erkrankungen der Harnwege, wie Oxalurie, Gries, Steinbildung, Tumoren der Urethra usw.; weiterhin Erkrankungen des Verdauungstraktus, wie Hyperacidität, Einnahme von Terpentin, Capsicum, Canthariden usw. Weiterhin wird eine Urethritis verursacht durch sexuelle Traumen wie Coitus interruptus, Masturbation, geschlechtliche Erregungen usw. Auch chemische Einspritzungen aller Art können sie hervorrufen, die ja häufig aus prophylaktischen Gründen vorgenommen werden, desgleichen unzweckmäßige Sondierungen, Katheterisierungen und andere mechanische Reizungen. Schließlich führt auch der Kontakt mit nicht infizierten Menstrual-Lochial-Leukorrhoesekret Reizungen der Harnröhre herbei, die zum unspezifischen Harnröhrenausfluß führen. Dieser kommt auch bei Kindern bisweilen vor; es finden sich bei diesen im Sekret meistens Diphtheriebazillen, Meningokokken, während bei dem Ausfluß der Erwachsenen sich mehr Staphylokokken und Mikrokokken finden. Die Differenzierung im einzelnen Falle kann nur das Mikroskop resp. das Kulturverfahren ergeben. Bab.

Buchbesprechungen.

Robert Schröder, Kiel: **Lehrbuch der Gynäkologie.** Zweite neubearbeitete Auflage, 725 Seiten mit 330 teils farbigen Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1926. Geb. 39 M. — Das zum ersten Male im Jahre 1922 erschienene Lehrbuch besitzt eine gewisse wissenschaftliche Originalität, die es aus der Reihe sämtlicher gynäkologischer Lehrbücher heraushebt, insofern, als es die gynäkologische Materie von anderen Gesichtspunkten, als es bisher üblich war, darstellt. Das schon seit mehreren Jahren im Hörsaal der Klinik verfolgte Prinzip, lebendige, zusammenhängende Krankheitsbilder zu geben und zu zeigen, wie die Gynäkologie überall die engsten Beziehungen zum Gesamtorganismus der Frau hat und deshalb nur durch weitgehende Berücksichtigung dieser Wechselbeziehungen verstanden werden kann, geschieht hier im Rahmen eines Lehrbuches zum ersten Male. Ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis und die dort zu findende Disposition des Buches lehrt seine Sonderstellung in der deutschen gynäkologischen Lehrbuchliteratur. Durch seine geschlossene patho-physiologische Auffassung der Frauenkrankheiten, die sich eben grundsätzlich von der Systematik nach einzelnen Organen und Organabschnitten, wie sie alle bis dahin erschienenen Lehrbücher zeigen, unterscheidet. — Die Neuauflage hat verschiedene Veränderungen und Ergänzungen erfahren. Insbesondere ist auf die Therapie mehr Wert gelegt, auch sind die Zusammenhänge der gynäkologischen Erkrankungen mit der Konstitution und dem Verhalten des übrigen Körpers noch mehr herausgearbeitet und die Forschungsergebnisse der letzten Jahre überall berücksichtigt. Eine große Anzahl von Mikrophotogrammen mittlerer oder stärkerer Vergrößerung sind durch farbige Zeichnungen ersetzt worden, da sie das zu Zeigende wesentlich deutlicher herausbrachten; dagegen hat Verf. in der neuen Auflage die Mikrophotogramme, soweit sie lupenvergrößerte Bilder betrafen, bewußt stehen gelassen, da sie nach Ansicht des Verfassers für den Leser anschaulicher sind als Zeichnungen.

Daß das vorliegende Lehrbuch von Schröder in verhältnismäßig kurzer Zeit eine Neuauflage erleben konnte, ist ein vollgültiger Beweis dafür, daß die vom Verf. gewählte Art der Darstellung der Gynäkologie das Richtige getroffen hat. Wir sind davon überzeugt, daß auch diese neue Auflage im neuen Gewande dieses ganz vorzüglichen Werkes die gleiche wohlwollende und günstige Aufnahme der Fachkollegen finden wird. Rudolf Katz, Berlin.

Dr. A. von Rothe: **Kinegrammata medica.** Die Kinegrammata, die im Verlage von Georg Stilke, Berlin, erscheinen, verfolgen den Zweck, durch zahlreiche Abbildungen die dem Operationsfilm entnommen sind, die einzelnen Hauptabschnitte der Operationen ohne Schematisierung und ohne Umzeichnung vor Augen zu führen. Ohne genauen Text, nur durch kurze Bezeichnungen der Operationsphasen, wird der Verlauf der Operation klar und leicht verständlich gemacht. Nicht nur für denjenigen, der sich den Verlauf der Operation vor Augen führen will, sind die Kinegrammata medica eine Bereicherung, sondern auch für den fertigen Chirurgen, der dadurch Gelegenheit hat, die Technik anderer bedeutender Chirurgen kennen zu lernen.

Die erste Mappe enthält die Exstirpation einer Gallenblase von Hermann Küttner. Wie bereits gesagt, sind die Hauptpunkte aus der Operation herausgegriffen, die notwendig sind, um uns diese vorbildliche Operation von Anfang bis zu Ende ohne weitere Erklärung und Erläuterung verstehen zu lassen.

Die zweite Mappe „Typische Appendektomie“ stammt aus einem Filme, in dem Dr. von Rothe selbst der Operateur ist. Auch ihm ist es gelungen, in der Darstellung unsere Abbildungen von der Appendektomie zu vervollkommnen und zu bereichern.

Der Preis pro Mappe beträgt 2,50 M. Die Mappen sind im Verlage von Georg Stilke, Berlin NW 7, und in jeder größeren Buchhandlung zu haben. E. Gohrbandt.

E. Schilf: **Das autonome Nervensystem.** 207 S. Verlag G. Thieme. Leipzig 1926. Preis 16,50 M.; geb. 18,— M. — Schilf ist Physiologe und sein Buch behandelt die Physiologie des autonomen Nervensystems. Die Art der Darstellung ist vorbildlich schlicht und klar, die Art der Einteilung glücklich und übersichtlich. An Abbildungen (im ganzen 25) ist sehr gespart, was man allerdings bei der plastischen Schreibweise nicht sehr empfindet. — Seine umfassende Kenntnis der einschlägigen Literatur (nicht zuletzt als Uebersetzer und Verehrer des großen englischen Physiologen Langley, an den er sich oft anlehnt) ermöglicht es dem Verf., dem Leser einen guten Einblick in den Stand des Wissens in diesem „spröden“ und relativ jungen Forschungsgebiet zu verschaffen. Vieles ist im Fluß, vieles noch unbekannt, manches widerspricht sich noch. Sch. nimmt zu allem in recht kritischer Weise Stellung, oft gestützt auf eigene Forschungen und Experimente und verleiht so dem Buch eine angenehme subjektive Note. — Wenngleich der Verf. mehrmals betont — und auch in den Anhangskapiteln „Vagotonie“ und „Chirurgie des autonomen Nervensystems“ Belege dafür bringt —, daß sich die Ergebnisse physiologischer Tierexperimente nicht ohne weiteres auf die menschliche Pathologie übertragen lassen, bildet das Buch gerade für den Kliniker (speziell auch Neurologen) eine ausgezeichnete Grundlage für das Verständnis und den Ausbau der Klinik des autonomen Nervensystems.

Panse, Berlin.

Placzek: **Das Geschlechtsleben des Menschen.** (Ein Grundriß für Studierende, Aerzte und Juristen.) 2., wesentl. veränderte und erweiterte Auflage. Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1926. Preis 8,40 M., geb. 10 M. — Aus der Erwägung, daß unter den ungünstigen Zeitverhältnissen der Studierende, aber auch die verarmte akademische Welt im allgemeinen nicht mehr imstande ist, umfangreiche Lehrbücher bzw. Einzeldarstellungen auf dem Gebiete sexualwissenschaftlicher Forschungen zu erwerben, hatte Verf. seinen „Grundriß des menschlichen Geschlechtslebens“ erscheinen lassen, um so mehr, als das Interesse der Aerzte- und Juristenwelt ja deutlich im Wachsen begriffen ist. Es ist ein Buch, das dem Leser in anschaulicher und einprägsamer Weise das Sexualwissen vermittelt, und zwar nicht nur das als gesichert geltende Tatsachenwissen, sondern auch das der Klärung und Sicherung bedürftige Forschungsmaterial. Um den Umfang der ersten Auflage nicht bedenklich oder gar störend anwachsen zu lassen, hat er in der zweiten das Wissensmaterial weiter streng kritisch gesichtet und auf die Notwendigkeit seiner unumgänglichen Mitteilung geprüft. Immer behält er dabei den didaktischen Endzweck im Auge.

Es ist naheliegend, daß der Verf. des öfteren Stellung zur psychoanalytischen Ausdeutung sexueller Fragen nimmt, wobei er zu einer immer wiederkehrenden Ablehnung dieser Methode kommt. Wiewohl man die Gesamtaffektivität nicht vom Sexualtrieb trennen darf, so mißbilligt er doch, daß manche Psychoanalytiker sie in lauter Sexualtriebe auflösen. Held.

Clara Schott: **Merkbüchlein für junge Mütter.** Verlag der Gutzmannschen Buchdruckerei und Verlagsanstalt, Dresden-A. Brosch. 1 M., geb. 1,50 M. — Das kleine Büchlein enthält in hübscher Ausstattung vorgedruckte Fragen über Gewichtsfeststellung, Zeit des Stillens usw., gibt knappe Anleitung über Stillen, Zeiten des Anlegens, Pflege der Brust und Zusammensetzung der künstlichen Nahrung, Waschen, Baden, Pudern, Wickeln des Kindes. Die geschmackvollen Vignetten, Gedichte, das reichliche Schreibpapier machen die Schrift zu einem empfehlenswerten Geschenkbüchlein.

Robert Kuhn.

F 71

LIBRARY
RECEIVED
5 1926
U.S. Department of Agriculture

4

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 23 BERLIN, DEN 14. SEPTEMBER 1926 44. JAHRGANG

Schering

ARCANOL

vereinigt die entzündungswidrigen Eigenschaften des ATOPHAN mit denen der Acetylsalicylsäure. Daher ist es

das souveräne Mittel gegen Grippe und Katarrhe der oberen Luftwege

Original-Packung:
Röhre mit 10 Tabletten zu je 1,0 gr

Proben und Literatur unter Bezugnahme auf diese Zeitschrift kostenfrei durch:

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering.)
BERLIN N. 39

SCHERING SCHERING

EPISAN
Berendsdorf

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**
u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
In allen Apotheken zu haben.

Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.

Von Aerzten bestens empfohlen.

Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.**

EUPHYLLIN BYK
(Theophyllin-Aethylendiamin)
Injicierbares Diuretikum und Kardiotonikum von hervorragender Wirkung

INDIKATIONEN: Oedeme, cardialer und renaler Hydrops, Urämie, Eklampsie, Herzkrankheiten, Laparotomien.

BYK-GULDENWERKE *Proben und Literatur kostenlos* ***BERLIN NW 7***

ff. Harzerkäse
goldgelb, pikant u. speckig, Kiste **Mk. 2.50**
Grossisten u. Wiederverkäufer Sonderpreise,
empfiehlt
Bräutigam, Greifenhagen in Pomm.

Aclavagin
das zuverlässige lokale Spezifikum gegen
Fluor albus
Muster und Literatur durch:
Karl Horn & Co. A.-G., Frankfurt a. M.

ADRESSEN
aller Branchen des In- und Auslandes, u. a. etwa 43 000 Aerzte Deutschlands, sowie sämtliche Fachärzte liefert nach neuesten Zusammenstellungen
Adolf Schustermann / Adressenverlag
BERLIN SO 16 • Rungestr. 22/24
Moritzplatz 15116 u. 15117 Gegründet 1891

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus dem „Oskar-Helene-Heim" in Berlin-Dahlem (Direktor: Prof. Dr. K. Biesalski).

Dr. Josef Rey, ehem. Assistent, Primärarzt am Brüderkrankenhaus Breslau und leitender Arzt der orthop. Heil- und Pflegeanstalt Lilienthal: Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung nach Ablauf des akuten Stadiums 935

L. Schall, leitender Arzt der Kinderabteilung am Landeskrankenhaus Homburg-Saar: Indikationen zur Behandlung mit Röntgenstrahlen im Kindesalter 940

Dr. E. Kosminski, Frauenarzt, Berlin: Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität unter Berücksichtigung der neueren Forschung 943

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Problem der Zeugenschaft 945

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 35 946

Klinische Wochenschrift, Nr. 35 947

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 35 . . . 947

Reichsgesundheitsblatt, 1. Jahrg., Nr. 34 948

Deutsches Archiv für klinische Medizin, 152., H. 3, 4 948

Zentralblatt für Herz- u. Gefäßkrankheiten, 18., Nr. 16 949

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 63., Heft 6 . . 949

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 77., Heft 3 950

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 103., Heft 1 u. 2 951

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 61., Heft 5 951

Archiv für klinische Chirurgie, 141., 2. Heft 952

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 196., 6. Heft; 197., 1.—6. Heft 952

Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 29—32 953

Dermatologische Wochenschrift, 83., Nr. 34, 35 . . . 954

Schweiz. med. Wochenschrift, Nr. 32, 33 955

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 18., Heft 2 955

Acta Medica Scandinavica, 61., Heft 1 955

Acta psychiatrica et neurologica, 1., Fasc. 2 956

The Lancet, 211., Nr. 7 956

Rivista Ospedaliera, 16., Nr. 6 957

La Presse Medicale, Paris, Nr. 57—60 957

Révue de Medicine, 43. Jahrg., Nr. 1 u. 2 957

Révue neurologique, 33., II., Nr. 1, 2 958

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 7., Nr. 7 958

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, Nr. 2 . . . 959

Medical Journal and Record, Nr. 2 959

Archives of Internal Medicine, August 961

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, Vol. 14, 5 963

The American Journal of Syphilis, Vol. 10 964

Buchbesprechungen 966

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Erwin P. Hellstern, Facharzt für innere Krankheiten und Sportarzt: Therapeutische Beeinflussung grippöser Erkältungskrankheiten mittels Arcanol 967

Dr. med. Kamprath: Beobachtungen über ein neues Heilmittel bei Pertussis 968

Melsunger Medizinisch-Pharmazeutische Mitteilungen 968

Bei den meisten Krankenkassen-Verbänden zur Verordnung zugelassen und in die Ergänzungsliste des H. V. D. K. K. zum „Deutschen Arzneiverordnungsbuch 1926" als wirtschaftlich für die Kassenpraxis geeignet, aufgenommen.

Menostaticum

ERGOPAN, OXYMETHYL-HYDRASTININ, CAPS. BURS. PAST., VIBURN., CHAMOMILL.

Gut schmeckendes, schmerzlinderndes und krampfstillendes

HAEMOSTYPTIKUM

UTERINES ANODYNUM

Von prompter, zuverläßiger Wirkung, selbst in schwersten Fällen

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN **BERLIN-JOHANNISTHAL**

VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN
TEMMLER
TEMMLER WERKE BERLIN

NITROSCLERAN

Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.

Subkutan, intravenös und oral.

— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

Levurinose „Blaes"

das altbewährte **Dauerhefe-Präparat**

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

Athenstaedts Spezialpräparate

Tinctura Ferri Athenstaedt
in langjähriger Praxis bewährtes Roborans, Tonicum, Stomachicum.
Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa
Athensa :: Arsen-Athensa
Athensa- und Arsen-Athensa-Tabletten
Confectio Athenstaedt (Athenstaedts Eisentinktur in Schokoladen-Umhüllung)

Liquor Alsoli 50%
Ungiftiges Desinficiens, Adstringens. Hochkonzentriertes unbedingt haltb. Tonerdepräparat.

Alsol-Creme - Alsol-Streupulver

Acetonal-Haemorrhoidal-Zäpfchen

Acetonal-Vaginale

Toramin -- Perrheumal

Das wirksamste Antilueticum der Wismutgruppe:

Milanol-Injection

Schüttelemulsion f. Erwachsene, 0,06 g Bi = 1 ccm.
Steril verschlossene Originalgläser mit 15 ccm Inh.
Originalschachteln mit 12 Ampullen je 1,5 ccm.

=

Milanol-Oel

Klare Oellösung f. Säugl. u. Kinder, 0,02 g Bi = 1 ccm.
Steril verschlossene Originalflaschen mit 5 ccm.

=

Hervorragende Verträglichkeit
Schmerzlose Anwendung

Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten zur Verfügung

Athenstaedt & Redeker : chem. Fabrik : Hemelingen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 23 — 14. SEPTEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Aus dem „Oskar-Helene-Heim“ in Berlin-Dahlem (Dir.: Prof. Dr. K. Biesalski).

Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung nach Ablauf des akuten Stadiums.

Von

Dr. JOSEF REY, ehem. Assistent, Primärarzt am Brüderkrankenhaus Breslau und leitender Arzt der orthop. Heil- und Pflegeanstalt Lilienthal.

(Mit 14 Abbildungen.)

Die Behandlung der Poliomyelitis nach Ablauf des akuten Stadiums ist eine der dankbarsten Aufgaben der modernen Orthopädie. Die Methoden sind außerordentlich wechselvoll und der Heilplan ist der Lage jedes einzelnen Falles anzupassen. Hierbei spielen nicht nur rein ärztliche, sondern auch soziale Gründe eine maßgebende Rolle. Der eine wird rein konservativ mit Apparaten versehen, ein zweiter erhält Nachtschienen zur Verhütung von Kontrakturen und wird nur zu bestimmten Uebungen angehalten, der dritte wird operiert. Und doch kann ein durchaus gleichartiger Befund zu so verschiedener Behandlung zwingen, wenn soziale Gründe, die Berufswahl, das Geschlecht des Patienten, die häuslichen Verhältnisse, die Geldfrage in ihren Auswirkungen beurteilt werden müssen.

Wenn wir im folgenden einen kurzen Abriß davon geben, was wir unter orthopädischer Behandlung der abgelaufenen Poliomyelitis verstehen, so sind wir weit davon entfernt, damit ein starres Schema aufstellen zu wollen. Eine Behandlungsmethode, die dem einen Patienten von entscheidendem Nutzen ist, kann bei dem anderen aus rein sozialen Gründen sich verbieten. In der Darstellung werden die Behandlungsgrundsätze und Richtlinien, wie sie im Oskar-Helene-Heim üblich sind, die Leitlinie geben.

Das akute, fieberhafte Stadium der Poliomyelitis pflegt oft nur wenige Tage anzuhalten, um der Entfieberung und einer langsamen Besserung der allgemeinen Symptome Platz zu machen. Die Lähmungserscheinungen, die plötzlich, unvermittelt aufgetreten sind, gehen nun langsam zurück. Es dauert Wochen und Monate, in denen sich die gelähmte Muskulatur wieder erholt. Man beobachtet sogar selbst bei schwersten Lähmungen aller Stamm- und Extremitätenmuskeln oft ein relativ gutes Wiedererwachen der Funktion. Aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle pflegt der dauernde Ausfall der einen oder der anderen Muskelgruppe zurückzubleiben. Nach Lovetts Statistik handelt es sich um etwa 61%, die dauernde Schädigungen davontragen. Es sind gewisse Muskelgruppen bevorzugt, z. B. der Tib. ant., der Quadriceps, der Glut. med., der Opponens pollicis, der Deltoides.

Wir sehen nach einiger Zeit, daß der Zustand des Patienten, das Ausbreitungsgebiet der Lähmung stationär geworden ist, und nun erst wird gewöhnlich der Orthopäde hinzugezogen. Aber gerade in der ersten Zeit ist nur zu häufig bereits vieles versäumt worden: Die orthopädische Prophylaxe der Kontrakturen. Man versucht meistens sein Heil mit Massage, Mediko-Mechanik, Elektrisation, Heißluft und Hydrotherapie und übersieht dabei die fehlerhafte Lagerung des Patienten in der behandlungsfreien Zeit. Der Patient wiederum ist befriedigt, daß etwas geschehen ist und vernachlässigt die ständigen aktiven Uebungen, die ihn doch den ganzen Tag über beschäftigen könnten.

Daß man nach Ablauf des akuten Stadiums mit Massage beginnen soll, ist in jedem Lehrbuch zu lesen. Aber die Ansichten über deren Wert sind in orthopädischen Kreisen geteilt. Die geschwächte Muskulatur muß Zeit haben, ihre regenerativen Kräfte zu sammeln; sie hat zunächst Mühe genug, sich selbst am Leben zu erhalten. Und nun kommt die kräftige Hand des Masseurs und schädigt das Wenige, das mit Mühe sich bisher erhalten konnte. Massieren sollte u. E. nur der Arzt und auch dieser nur dann, wenn er sich genau über die Verteilung der Lähmungszonen, über den Kräftezustand der geschwächten Muskeln im klaren ist. Daß er auch mit der Technik der Massage völlig vertraut sein muß, braucht nicht besonders betont zu werden. Ist die Erfüllung dieser Vorbedingungen nicht möglich, so tut man besser, auf die ganze Massagebehandlung zu verzichten; man würde mehr Schaden als Nutzen bringen. Die Massagebehandlung in der ersten Zeit nach dem akuten Stadium erscheint uns auch darum nicht unbedenklich, als die Infektionsgefahr doch noch vorliegt. Es sind ja Uebertragungen von Poliomyelitis noch Monate nach der akuten Krankheit beobachtet worden.

Mit der Massagebehandlung pflegt die Elektrotherapie einherzugehen. Die Elektrisation ist ungleich schonender und daher weniger bedenklich in ihrer Anwendung. Aber auch hierin sind gewisse Einschränkungen zu beachten, die den Wunsch aufkommen lassen, daß auch diese Behandlung lieber vom Aerzte als vom Laien ausgeführt werde. Sie erfordert ebenfalls eine genaue Kenntnis des Ausbreitungsgebietes der Lähmung und manche Kunstgriffe, die nur lange Uebung und Erfahrung lehren. Es ist für den Patienten zwar eindrucksvoll aber völlig wertlos, mit galvanischen Rollen und faradischen Pinseln die Haut zu streichen. Auch die elektrische Reizung des Muskels von seinen typischen Erregungspunkten aus, wie sie das Lehrbuch zeigt, hat seine Schwierigkeit. Die Versuche werden meist ohne Effekt bleiben und zu dem Fehlschluß verleiten, der Muskel sei völlig degeneriert. Die Erregungspunkte sitzen beim paretischen Muskel ganz anders als beim normalen. Auch ein Schema aufzustellen ist unmöglich, weil die Lage der Punkte fast bei jedem Patienten verschieden ist. Die Verteilung und Ausdehnung der gelähmten Partien im Muskel ist gerade bei der Poliomyelitis außerordentlich wechselvoll. Oft gelingt es erst in mehreren Sitzungen, sich ein klares Bild zu schaffen und die Erregungspunkte aufzufinden. In vielen Fällen wird eine Reizung der Uebergangszone des Muskelbauchs in die Sehne von Erfolg sein. Genaue Angaben über die Dosierung zu machen, ist ebenfalls nicht möglich. Man wird zweckmäßig nur gerade bis zur Reizgrenze gehen. Diese liegt je nach Ausdehnung der Parese naturgemäß verschieden. Man richte sich auch nach der jedem Muskel zukommenden Funktion. Wichtig ist es, jeden Muskel für sich zu behandeln. Wenn man über die Lage des Falles völlig im klaren ist, so können später auch die funktionell zusammengehörigen Muskelgruppen zusammen behandelt werden. Der faradische Strom leistet viel Gutes in Fällen, die bereits auf dem Wege zur Besserung sind. Der Bergonié-Apparat erfüllt in ausgezeichneter Weise die Forderung eines rhythmischen, in kurzen Zwischenräumen unterbrochenen faradischen Stromes. Gute Erfahrungen wurden von anderer Seite auch mit dem Myomotor (Schmidt & Seifert) gemacht. Denselben Dienst leistet der dem Pantostat anschließbare Rheotrop (Reiniger-Siemens-Veifa). Es ist nicht gut, die Elektrotherapie zu lange auszudehnen. Ihre Wirkung wird nachlassen; die Muskeln sprechen weniger an; sie werden übermüdet. Es empfiehlt sich daher, Pausen von mehreren Wochen einzuschieben, in denen man sich auf die aktive Uebung allein beschränkt. Wir pflegen im Oskar-Helene-Heim nach acht Wochen Elektrisation vier Wochen lang völlig auszusetzen.

Von pädiatrischer Seite wurde in neuester Zeit vielfach über die Erfolge der Diathermiebehandlung bei spinaler Kinderlähmung berichtet (Picard). Die objektive Prüfung der Resultate ist naturgemäß sehr schwierig, da niemals bekannt sein wird, wie weit die Lähmung in der Rekonvaleszenz von selbst ohne jedes Zutun sich bessert.

Es wurde oben bereits angedeutet, von welcher Wichtigkeit es ist, auf die exakte Lagerung des Patienten im Bett zu achten. Es ist ein folgenschwerer Irrtum, wenn hier und da erklärt wird, die Kontrakturen der beteiligten Gelenke seien ein Symptom, ein notwendiges Uebel jeder Lähmung der Extremitäten. Die Kontrakturen entstehen durch falsche Lagerung und haben keine direkte Beziehung zur eigentlichen Krankheit. Unser Bild zeigt die typische falsche Ruhelage, die der Patient ohne Anleitung des Arztes im Bette einzunehmen pflegt (Abb. 1). Die Hüftgelenke sind gebeugt, weil das Gesäß auf dem weichen Polster durchsinkt. Die Kniegelenke stehen ebenfalls in Beugestellung, der Druck der Bettdecke erzeugt Spitzfüße. Richtig ist diejenige Lage, welche die für die Funktion wichtigen Muskeln von Spannung und Ueberdehnungsgefahr befreit, die Stellung zugleich, welche die Gelenkkapsel möglichst entspannt und somit ein Schlottergelenk verhütet (Abb. 2). Der Arm muß also im Schultergelenk rechtwinklig abduziert (Deltoides), im Ellbogen rechtwinklig gebeugt sein. Der Unterarm ist in Supination (Supinator), das Handgelenk dorsalflektiert (Extensoren), die Finger gestreckt, der Daumen in Opposition (Opponens) einzustellen. Für die Beine ergibt sich folgende Lage: Hüftgelenke gestreckt, in mittlerer Rotation und nur wenig gespreizt (Glutaei und Spinamuskeln), Kniegelenke gestreckt (Quadriceps), Fußgelenk im rechten Winkel, Ferse hohlgelegt (Strecker und Triceps surae). Das läßt sich auf verschiedene Weise durchführen. Eine einfache behelfsmäßige Art zeigt die Abb. 2 für die Beine: Das Kopfkissen fehlt. Das Gesäß wird durch ein unter die Matratze geschobenes Querbrett gestützt. Die Knie sind durch einen queren Sandsack festgehalten. Die Füße liegen in einfachen Federbrettern. Die Stellung des Armes entspricht etwa derjenigen, wie sie zur Behandlung der Erbschen Lähmung üblich ist (Betstellung).

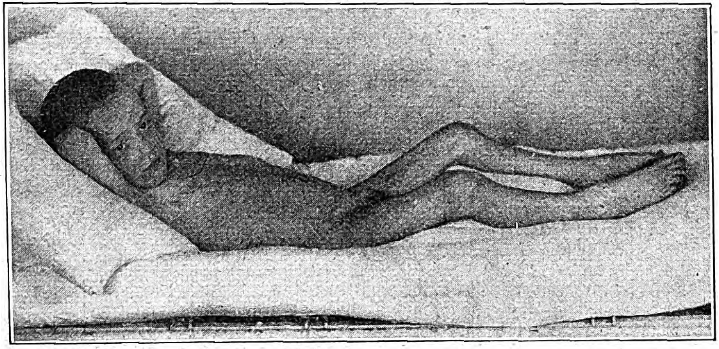


Abbildung 1.

Falsche Lagerung: Weiche Unterlage, Kopfkissen, Durchsinken des Gesäßes, Beugestellung der Hüft- und Kniegelenke, Spitzfüße.

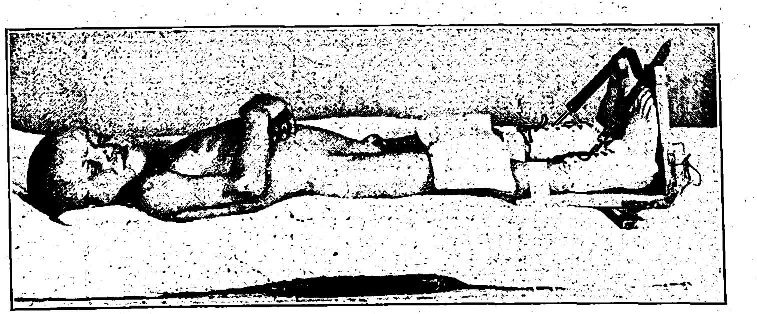


Abbildung 2.

Richtige, symmetrische Lagerung: Kein Kopfkissen, Gesäß hochgelagert. Hüft- und Kniegelenke gestreckt. Füße im rechten Winkel eingestellt.

Im akuten Stadium, das mit schmerzhaften Zuständen häufig verbunden ist, verzichten wir darauf, auf eine bestimmte Lagerung zu dringen. Wenn von mancher Seite zur Linderung der Schmerzen die Herstellung eines Gipsbettes gefordert wird, so halten wir diese Maßnahmen für unnötig quälend und für entbehrlich. Bis zur Fertigstellung und Nachtrocknen des Gipsbettes sind mehrere Tage notwendig, nach deren Ablauf gewöhnlich die Schmerzanfälle ohnedies bereits nachgelassen haben. Wenn wir anfangs den Patienten sich selbst überlassen haben, so ist es unsere Pflicht, nach Abklingen der Reizsymptome mit aller Energie auf die strikte Durchführung der richtigen Lagerung zu dringen. Man befreie die paretischen Muskeln von Ueberdehnung, und man wird überrascht sein, wie weit die Wiederherstellung der Funktion gehen kann. Es ist daher falsch, wenn man sagt: alles, was ein Jahr nach Ablauf des akuten Stadiums sich nicht wieder einstellt, sei endgültig tot. Der Satz gilt nur mit der Einschränkung: wenn die Muskeln während dieser Zeit nicht überdehnt waren (Biesalski). Ueberdehnung ist schon für den gesunden Muskel von großem Nachteil, und wenn sie längere Zeit andauert, mit erheblichen Schädigungen verbunden. Für den paretischen Muskel aber bedeutet sie die Ursache zu schwerster Degeneration und fibröser Entartung. Jeder Muskel hat seine bestimmte Faserlänge, die über eine enge Grenze hinaus nicht ohne schweren Nachteil gedehnt werden kann. Die Grenze der Elastizität einer Muskelfibrille darf nicht überschritten werden. Den gleichen Effekt hat aber auch eine längere Fixierung in der Nähe dieser Elastizitätsgrenze. Besonders empfindlich sind hier die zweigelenkigen Muskeln, z. B. der Quadriceps. Schon dem Gesunden fällt es schwer, bei gebeugtem Hüftgelenk (z. B. im Sitzen) das Kniegelenk zu strecken. Der Widerstand der durch die Hüftbeugestellung angespannten ebenfalls zweigelenkigen Kniebeuger macht sich bemerkbar. Was schon dem Normalen schwer fällt, verlangt man vergebens vom paretischen Muskel. Bei einer Beugekontraktur von Hüft- und Kniegelenk wenn auch geringen Grades wird auch ein leidlich guter Quadriceps nicht genügend Standfestigkeit im Kniegelenk geben können. Wenige Kontrakturgrade können hier völligen Ausfall der Funktion bedeuten. Die Schwerlinie verläuft beim Normalen von der Hüftgelenksmitte durch die Kniegelenksmitte zum Fußgelenk (R. Fick). Eine oft übersehene Kniekontraktur (oder Hüftkontraktur) verschiebt die Kniegelenksachse und den Schwerpunkt vor die Schwerlinie. Fehlt nun überdies die muskuläre Sicherung, so ist das Stehen unmöglich, der Patient knickt in die Kniee ein. Ziel und Zweck der Behandlung und der Prophylaxe ist also vor allem die Erhaltung der normalen Gelenkfunktion, der normalen statischen Verhältnisse.

Wir sehen heute in der Provinz Brandenburg wenigstens nur selten noch die außerordentlich schweren Formen von Kontrakturen, wie sie noch vor wenigen Jahren fast die Regel waren. Es scheint, daß die lebhafte Propaganda vor allem der Deutschen Vereinigung der Krüppelfürsorge nicht ohne segensreiche Wirkung geblieben ist. Mäßige Kontrakturen aber sind nach wie vor sehr häufig. Diese sind zwar leichter zu beseitigen, bedeuten für den Patienten aber dieselbe Funktionsstörung. Ein Gelähmter ohne Kontrakturen ist in fast allen Fällen in einem geeigneten Apparate oder nach Operationen, die einen Apparat ersetzen, auf die Beine zu bringen. Die Kontrakturen erst verhindern dies. Sie schaffen auch erst die Mißgestalt des Körpers, die wir uns unwillkürlich als mit dem Begriffe Krüppel verbunden vorstellen (Abb. 3).

Die Beseitigung der Kontrakturen ist eine Aufgabe, die von den Patienten wie dem Arzte viel Geduld und Mühe verlangt. Bevor an eine Behandlung des Grundleidens herangegangen werden kann, muß der Zustand erreicht werden, der nach der akuten Lähmung bestand. Der Aufwand von Zeit, Unannehmlichkeit und Geld hätte eine sachgemäße Lagerung vermeiden können. Im Oskar-Helene-Heim pflegen wir nur von unblutigen Methoden in der Kontrakturbehandlung Gebrauch zu machen. Leichtere Fälle lassen sich durch Steilextension und Belastung oft noch korrigieren. In schwereren Fällen haben wir im Quengelgipsverband ein Universalmittel, das ohne Schmerzen, ohne Gewalteinwirkung in langsamen stetigem Druck und Zug die normale Form wiederherstellt. Auf die Technik dieses Verbandes näher einzugehen, liegt außerhalb des Rahmens unserer Abhandlung. Etappenredressements in Narkose wenden wir nur bei Kindern in den ersten Lebensjahren an, wo die Quengelgipsbehandlung technische Schwierigkeiten machen würde. Die Tenotomie vermeiden wir stets. Sie bedeutet immer eine Schwächung des Muskels, den wir unter Umständen später zum Ersatz eines gelähmten verwenden könnten. Sartorius oder Tensor fasciae, z. B. deren Schrumpfung so häufig eine Hüftkontraktur bedingt, sind in vielen Fällen zum Ersatz des Quadriceps sehr gut verwendbar.

Zu den Kontrakturen rechnen wir auch die Fußdeformitäten, wie sie bei ungeeigneter Lagerung durch einseitigen Muskelzug auftreten (Spitzfuß, Plattfuß, Knickfuß, Hohlfuß, Klumpfuß, Hackenfuß). In der ersten Zeit ist es leicht, die Deformität durch einen Fingerdruck zu beseitigen. Bald aber beginnen Knochen und Gelenke sich der falschen Stellung anzupassen und es bildet sich die knöcherne, fixierte Fehlform. Diese zu beseitigen, bedarf es unblutiger Redression oder blutiger Operation. Wir bedienen uns seit Jahren der unblutigen Redression im Osteoklasten nach Schultze-Duisburg. Eine Rückbildung der einmal knöchern gewordenen Fehlform durch eine Sehnenplastik zu erwarten (Wullstein) halten wir nicht für angebracht. Wir haben es uns im Gegenteil zum Gesetze gemacht, jede Deformität zu beseitigen, bevor wir eine Sehnenverpflanzung ausführen.

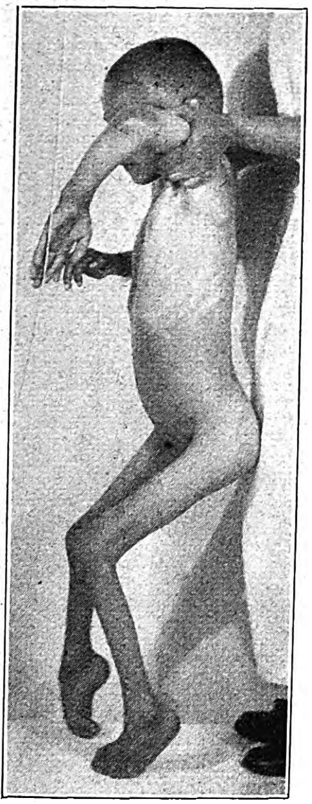


Abbildung 3.
Schwere Kontrakturen beider Hüft- und Kniegelenke. Klumpfüße bdts.

Die Indikation zu operativem Vorgehen stellen wir heute leichter als vor dem Kriege. Es sind hier rein soziale Gründe maßgebend. Ohne Zweifel ist es möglich, fast jeden Gelähmten in geeigneten Apparaten zum Stehen und Gehen zu bringen. Aber der Apparat bringt mannigfache Mißstände. Er ist recht oft reparaturbedürftig, ein Umstand, der für den Patienten jedesmal Bettarrest bedeutet. Der Apparat muß ferner mit dem Wachstum des Kindes in kurzen Zeitabständen verstellt werden und hat eine immerhin beschränkte Lebensdauer. Seine Herstellung ist kostspielig; sein Tragen ruiniert die Unterwäsche, stellt endlich erhebliche Anforderungen an peinliche Hautpflege, die von einem allein im Berufsleben stehenden Patienten oft nicht zu erfüllen sind.

Wir entschließen uns aus all diesen Gründen und in der Regel auf Wunsch des Patienten immer mehr zur Operation, die den Apparat ersetzen oder wenigstens abbauen und vereinfachen kann. Zwei große Gruppen unterscheiden wir in unseren Operationsmethoden. Die Arthrodese, welche aus einem schlaffen unbrauchbar herabhängenden Gliede eine tragfähige Stelze macht, aber auf die Gelenkbewegung verzichtet. Die Sehnenverpflanzung, welche durch zweckmäßige Verteilung der noch vorhandenen motorischen Kräfte den Ausfall funktionswichtiger Muskeln ersetzt. Der oberste Grundsatz in der Aufstellung eines Heilplanes ist Einfachheit. Häufig ist der Patient mit einer einfachen Arthrodese funktionell besser daran, als mit komplizierten Sehnenplastiken (z. B. Opponenslähmung s. u.).

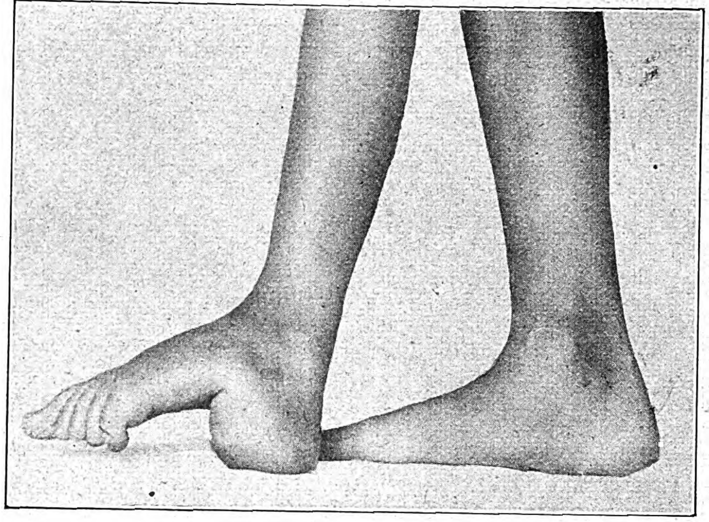


Abbildung 4.
Schwerer Hackenfuß. Lähmung sämtlicher Fußmuskeln. Belastung unmöglich.

Die Arthrodese wird in Fällen angewandt, wo die völlige Lähmung aller Muskeln jede aktive Bewegung unmöglich macht. Die operative Versteifung des Hüftgelenks wird nur selten ausgeführt, leistet aber bei schwersten Lähmungen der Beckenmuskulatur so gute Dienste, daß weder Arzt noch Patient sie bereut. Sie soll vor allem dem Patienten auf die Beine helfen, bringt aber den oft schwerwiegenden Nachteil, daß sie das Sitzen erheblich behindert. Durch die Abschrägung der einzelnen Sitzhälfte im „Arthrodesenstuhl" läßt sich viel Erleichterung schaffen. Die Indikationsstellung wird gerade hier auch dem Berufe und den sozialen Umständen Rechnung tragen müssen. Häufiger wird die Kniearthrodese ausgeführt bei völliger Lähmung der Strecker und Beuger. v. Baeyer bevorzugt hierbei die Einstellung in leichter Beugehaltung, die kosmetisch und funktionell von Vorteil ist. Eine doppelseitige Kniearthrodese wird man aus äußeren Gründen wenn

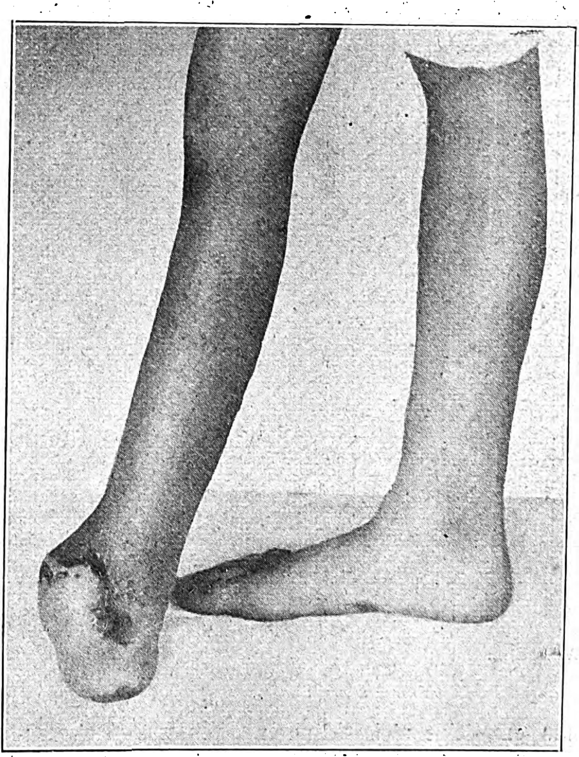


Abbildung 5.
Pat. der Abb. 4. Amputation im Chopart und Arthrodese der Sprunggelenke. Volle Gebrauchsfähigkeit ohne Prothese.

irgendmöglich zu vermeiden suchen. Die Totalarthrodese aller Fußgelenke wird ausgeführt, wenn bei schwersten Lähmungen eine sichere belastungsfähige Stütze geschaffen werden muß, in der Regel also verbunden mit Knie- und Hüftarthrodese. Hierbei pflegen wir die Extensoren an der Tibia zu fixieren, um das lästige Einschlagen der Zehen zu verhüten (Biesalski). Der Fuß steht in leichter Plantarflexion, einmal um die Verkürzung auszugleichen, dann auch, um das Abwickeln beim Gang zu erleichtern. Recht oft führen wir die Versteifung des unteren Sprunggelenks und des Chopart aus (Biesalski). Diese Operation erhält die Dorsal- und Plantarflexion im oberen Sprunggelenk und beseitigt das seitliche Kippeln, die Pro- und Supination. Diese Vereinfachung des Fußgelenks empfiehlt sich mitunter auch zur besseren „Führung“ einer Sehnenplastik. In gewissen Fällen von Quadricepslähmung führen wir auch einen kleinen Eingriff am oberen Sprunggelenk aus, der einen knöchernen, vorderen Anschlag schafft und damit die Standsicherheit des Kniegelenks erhöht (Putti). Es gibt schwere Fälle von Lähmung der gesamten Fußmuskulatur; die Form des Fußes ist in schwerstem Maße verändert, und macht den Gang fast unmöglich (Abb. 4). Hier haben wir uns, besonders wenn trophische Geschwüre der Zehen bestanden, zur Amputation im Chopart entschlossen, stets aber eine Arthrodese beider Sprunggelenke hinzugefügt (Biesalski). Das Bein ist nun voll gebrauchsfähig und bedarf keiner Prothese (Abb. 5). Es genügt ein gewöhnlicher Stiefel, dessen Vorderteil mit Kork oder Filz ausgefüllt ist.

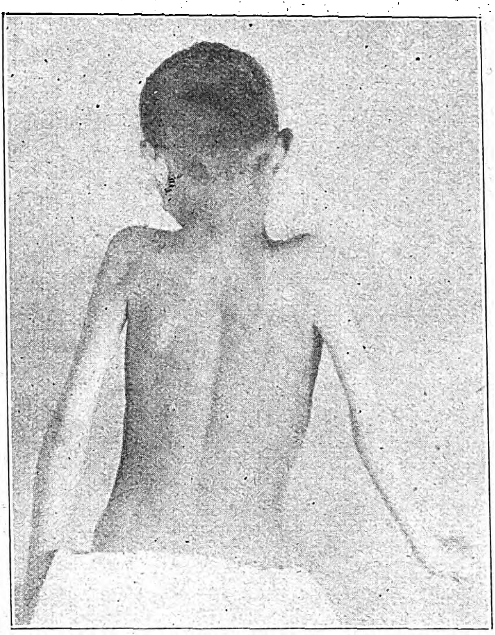


Abbildung 6.
R. Deltoideslähmung. Schlottergelenk

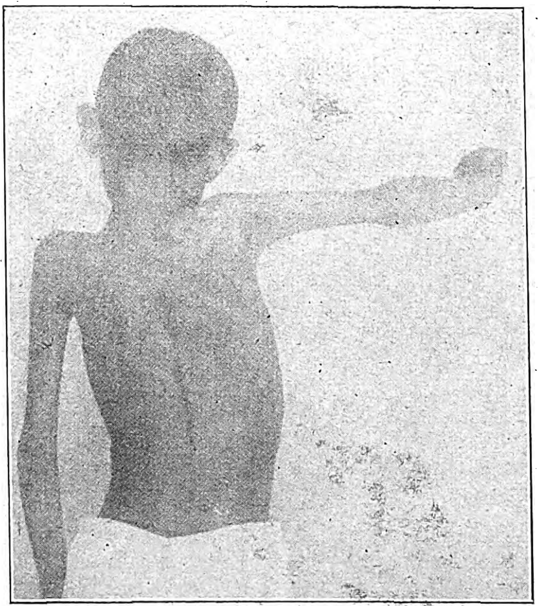


Abbildung 7.
Pat. der Abb. 6 nach Arthrodese des r. Schultergelenks. Aktive Elevation mit der gesunden Schulterblattmuskulatur.

Am Arm ist der Vorzug der Arthrodese am einleuchtensten beim Schultergelenk. In der Technik bevorzugen wir die Gochtsche Methode, die am sichersten zur knöchernen Ankylose führt. Die Lähmung des Deltoides macht den Arm völlig gebrauchsunfähig. Nach Versteifung des Schultergelenks in fast rechtwinkeliger Abduktion übernehmen die Schulterblattmuskeln (Trapezius, Supraspinatus, Levator scapulae) das Seitwärtsheben des Armes. Die Abb. 6 und 7 zeigen den Erfolg der Operation. Das Ellbogengelenk wird selten arthrodesiert. Man stellt dann einen Winkel von 70 bis 80 Grad bei Supination der Hand ein. Die Versteifung des Handgelenks in Dorsalflexion wird häufiger ausgeführt. Sehr oft ist die Indikation gegeben zur Arthrodese des Daumengrundgelenks (Spitzy). Sie vermag in vielen Fällen bei Lähmung des Opponens pollicis die Hand wieder völlig gebrauchsfähig zu machen. Abb. 8 und 9 zeigen eine Patientin, die mit der operierten Rechten wieder jede Handarbeit ausführt.

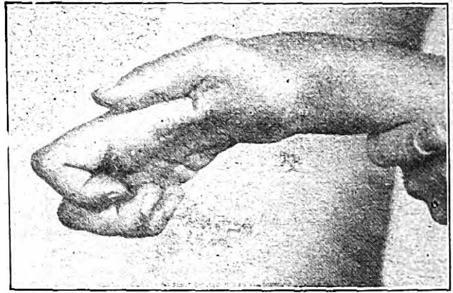


Abbildung 8.
Opponenslähmung, typische „Affenhand“.

Der Eingriff der Arthrodese setzt voraus, daß der Körper imstande ist, eine knöcherne Vereinigung der angefrischten Gelenkenden zu erreichen. Im Wachstumsalter besteht außerdem die Gefahr einer Epiphysenschädigung, die schwere Atrophie, Verkürzung, Verkrümmungen durch ungleiches Längenwachstum zur Folge haben kann (Abb. 10). Wir beschränken daher in der Regel die Arthrodese auf ältere Kinder und Erwachsene.

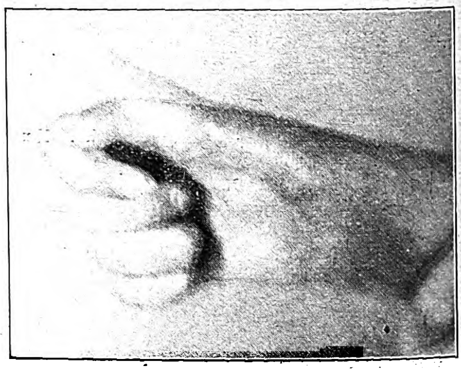


Abbildung 9.
Pat. der Abb. 9 nach Arthrodese des Daumengrundgelenks (Zweiphasenphoto).

Bei Lähmungen geringeren Umfanges stehen uns nicht selten funktionstüchtige Muskeln zur Verfügung, die wir zum Ersatz von ausgefallenen wichtigen Muskeln verwenden können. In der Indikationsstellung der Sehnenverpflanzung speziell ist es von Wichtigkeit, einfach zu sein, lieber auf Einzelheiten zu verzichten, um eine um so kräftigere Wirkung des funktionswichtigen

Muskels zu erzielen. Gewisse typische Operationsmethoden haben sich im Laufe der Zeit ausgebildet, von denen ich nur die wichtigsten erwähnen möchte.

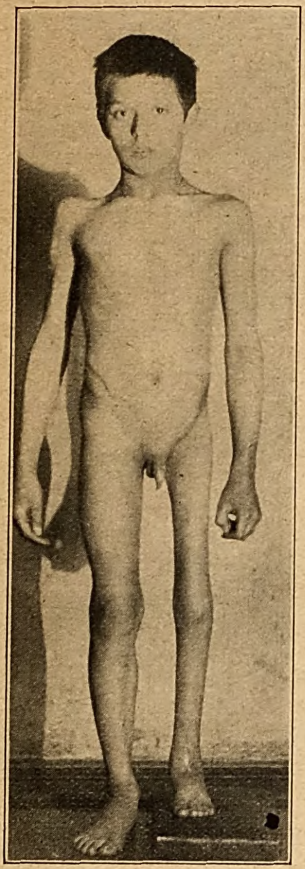


Abbildung 10.
Frühzeitige Arthrodese des Kniegelenks und der Fußgelenke. Wachstumsstörung und Atrophie.

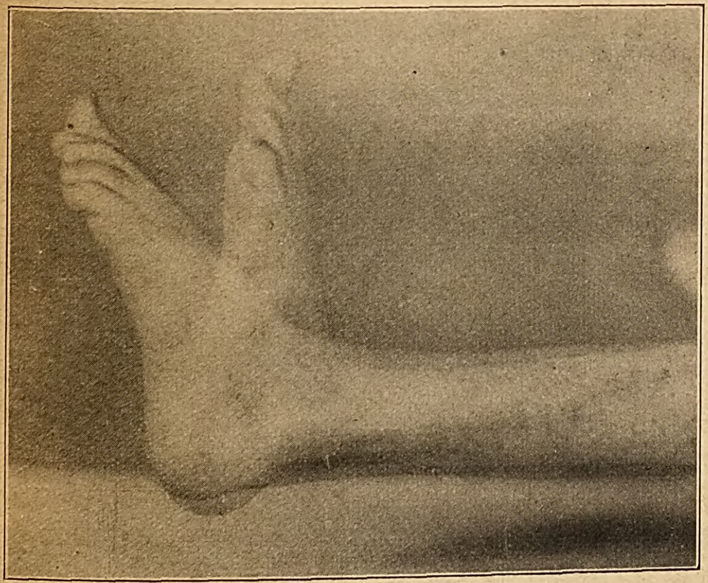


Abbildung 11.
Ersatz des Tib. ant. durch Peron. lg. Aktive Dorsalflexion. (Zweiphasenphoto.)

Als Ersatz des gelähmten Tib. ant., dessen Folge der schlaffe Spitzfuß, eine sehr häufige Störung ist, verwenden wir den Peroneus longus (Abb. 11). Seit vielen Jahren halten wir uns genau an die Methode Biesalski's, die den Weg durch die Scheide unter Bildung einer Fascienbrücke wählt. Der Ersatz des Quadriceps ist auf mehrfache Weise möglich, je nach Ausbreitung der Lähmung. Häufig verwenden wir von den Kniebeugern den Biceps und Semitendinosus und können damit einem Genu recurvatum erfolgreich entgegenarbeiten (Abb. 12 und 13). Oft ist auch der Sartorius, der wie der Tensor fasciae von einem höheren Segment versorgt wird, so kräftig entwickelt, daß er sich zur Plastik eignet. In vielen Fällen auch hatten wir beste Resultate mit der am raschesten ausführbaren Verpflanzung des Tensor Fasciae nach Spitzy. Der gelähmte Triceps surae (Hackenfuß) kann durch Peronäus long. und Flex. dig. comm. ersetzt werden.

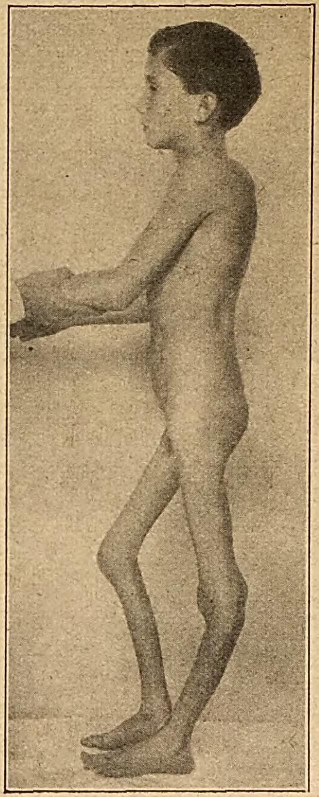


Abbildung 12.
Quadricepslähmung und Genu recurvatum (Beuger vorhanden).

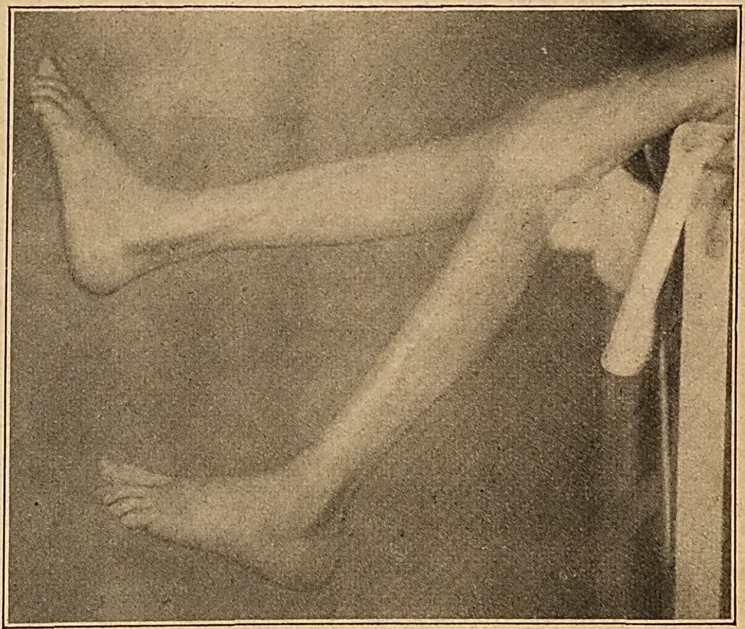


Abbildung 13.
Pat. der Abb. 12 nach Quadricepsersatz durch Biceps und Semitendinosus. Aktive Streckung. Recurvatum beseitigt. (Zweiphasenphoto.)

Die bisher genannten Operationen werden häufig angewandt, seltener veranlassen uns die Verhältnisse zu weiteren Eingriffen. Der Glut. med., dessen Lähmung einen Watschelgang (positiver Trendelenburg) zur Folge hat, konnten wir in einigen Fällen mit gutem Resultat durch den Sacrospinalis ersetzen (Abb. 14). Der Tib. posticus (Plattfuß) kann vom Flex. dig. u. a. ersetzt werden; die Peronei (Klumpfuß) durch die Ausschwenkung des Ext. dig. sublimis auf den äußeren Fußrand (Biesalski). Eine befriedigende Lösung der Frage, wie der überaus wichtige Glut. max. zu ersetzen ist, ist noch nicht erreicht. Bei einseitiger Lähmung des Glut. max. ist der Patient auch ohne den plastischen Ersatz zum Gehen zu bringen. Bei doppelseitigem Ausfall hat man oft nur die Wahl zwischen einer Hüftarthrodese und einem recht umfangreichen Apparat.

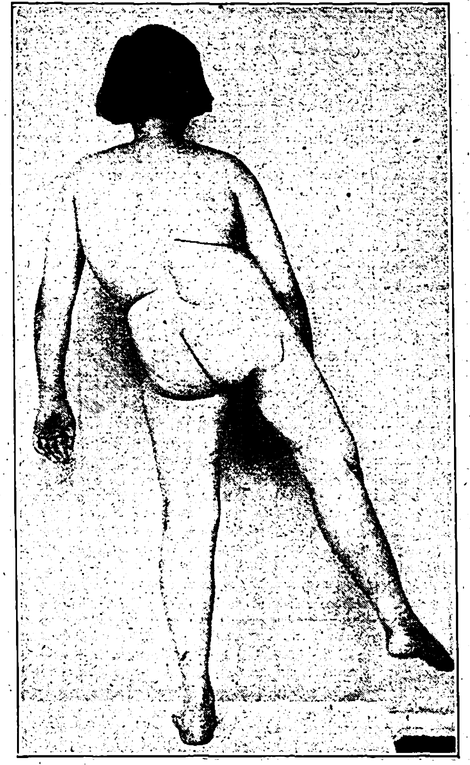


Abbildung 14.
Ersatz des gelähmten Glut. med. durch den Sacrospinalis rechts.
Aktives Seitwärtsheben.

Am Arm hat der Ersatz des Deltoides durch den Pectoralis major, der operationstechnisch nicht einfach ist, in manchen Fällen gute Resultate gebracht. Wir selbst konnten mehrfach auch den Supraspinatus als Kraftspender verwenden. Die besten Resultate jedoch erzielt hier die Arthrodese des Schultergelenks. Der gelähmte Biceps läßt sich durch den Triceps ersetzen, die gelähmten Fingerbeuger durch einen der beiden Flex. carpi, ähnlich die Fingerstrecker durch einen Ext. carpi.

Eine richtige Nachbehandlung ist Vorbedingung für die gute Funktion einer Plastik. Wir bewegen am fünften Tage nach der Operation die zugehörigen Gelenke und verhüten damit Verklebungen der Sehnen mit der Scheide, des Muskels mit dem Zwischengewebe. Vom zehnten Tage ab wird elektrisiert und werden aktive Uebungen versucht. Vermag der Patient aktiv den verpflanzten Muskel zu benutzen, so ist gewöhnlich das Resultat gesichert und rasche Kräftigung zu erwarten. Ich pflege daher schon vor der Operation mit dem Patienten die isolierte aktive Innervierung des zu verpflanzenden Muskels einzuüben, was gewöhnlich keine großen Schwierigkeiten macht. Auch in der Nachbehandlung einer Sehnenplastik gelten die gleichen Grundsätze, wie bei der frischen Lähmung: Schutz vor Ueberdehnung und Sicherung gegen Kontrakturen.

In der Verordnung von Apparaten leiten uns die gleichen Richtlinien, wie bei der Indikationsstellung zur Operation. Nicht die Lähmung eines Muskels, sondern der ganze Mensch als statisch-dynamische Einheit wird untersucht und behandelt. Die Wirkung der Arthrodese kann naturgemäß in einem Bänderapparat ebenfalls erreicht werden. Eine ausschaltbare Feststellvorrichtung gibt darüber hinaus die Möglichkeit, in der Ruhe das Gelenk passiv zu bewegen. Die Wirkung einer Plastik können Gummizüge ersetzen. Die veränderte Statik kann durch Verlagerung einer Gelenkachse z. B. rekonstruiert werden. Die Aussichten, durch Apparate einen Gelähmten wieder auf die Beine zu bringen, ist in jedem Falle günstig. Aber die vielen Mißstände und Unannehmlichkeiten, die das Tragen und Pflege des Apparates mit sich bringt, veranlaßt uns, seine Anwendung auf frische Fälle ein bis zwei Jahre nach der akuten Krankheit und auf Kleinkinder zu beschränken, bei denen aus den oben erwähnten Gründen eine operative Behandlung nicht angängig ist.

Wir sehen, daß die Arbeit des Orthopäden in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung auch bei schweren Fällen imstande ist, recht befriedigende Erfolge zu erreichen. Es ist hierzu aber notwendig, daß die Behandlung des Patienten, während ihrer ganzen Dauer in derselben Hand bleibt. Diese Forderung ist auch in den Ausführungsbestimmungen des Preuß. Krüppelfürsorgegesetzes von 1920 aufgenommen. Im Gesetze ist weiterhin niedergelegt, daß nur in der Hand eines Fachorthopäden, der über das gesamte Rüstzeug der modernen orthopädischen Heilmethoden verfügt, Aussicht besteht, das Endziel zu erreichen, die höchstmögliche Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Wenn es also auch für den Haushalt einer Gemeinde eine Belastung bedeutet, die Kosten für die oft mehrjährige Heimbehandlung aufzubringen, so macht sich die Ausgabe doch bezahlt. Es handelt sich darum, einen pflegebedürftigen Kranken, der sein Leben lang der Gemeinde zur Last fallen würde, zu einem selbständigen Berufe zu bringen und das ist in fast allen Fällen durchaus möglich. Kein Zweig der öffentlichen Fürsorge erweist, wie Polligkeit ausführte, so offenkundig und handgreiflich seine Wirtschaftlichkeit, wie gerade die Krüppelfürsorge.

Indikationen zur Behandlung mit Röntgenstrahlen im Kindesalter.

Von
L. SCHALL,
leitendem Arzt der Kinderabteilung am Landeskrankenhaus
Homburg-Saar.

Wir erleben z. Z. in der Anwendung der Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken eine Umstellung. Die großen Hoffnungen, mit denen das Heilmittel in der Krebsbekämpfung begrüßt wurde, sind ebenso großen Enttäuschungen, ja vielfach einem völligen Skeptizismus gewichen. Dagegen werden andere Indikationsgebiete teils erweitert, teils neu erforscht, die das Interesse des Internisten und auch des Kinderarztes besonders berühren.

Die Kinderheilkunde speziell stand anfänglich der Röntgentherapie mit großer Zurückhaltung gegenüber, was namentlich durch die vielfach noch ungeklärten Verhältnisse der Strahlenwirkung auf den wachsenden Organismus bedingt war. Daß hierin eine Aenderung einzutreten scheint, ist sicher zu begrüßen, insofern die Röntgenstrahlen eine wertvolle, in manchen Fällen sogar unersetzliche Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges darstellen. Andererseits liegt im Schwinden der Furcht vor der Schädigungsmöglichkeit aber auch eine gewisse Gefahr. Die ursprüngliche Beschränkung auf experimentell und klinisch gut beobachtete und gesicherte Anwendungsgebiete ist teilweise einem Herumprobieren gewichen. Es steht daher zu befürchten, daß wir bei der Anwendung der Röntgenstrahlen die gleichen Enttäuschungen erleben, wie bei der Höhensonne, die ja bekanntlich vorübergehend eine kritiklos angewandte Panazee geworden war. War dies bei der Ultraviolettlichttherapie eine relativ harmlose Angelegenheit, so liegen die Verhältnisse bei der Röntgenstrahlenanwendung grundsätzlich anders. Noch übersehen wir die Schädigungsmöglichkeiten beim Kind nicht vollkommen. Röntgenverbrennungen werden wir — einwandfreie Technik vorausgesetzt — weniger zu fürchten haben. Auch die Wachstumsstörungen, die auf Grund des Tierexperimentes so lange als Bestrahlungsfolgen beim Kind gefürchtet wurden, haben in praxi wohl keine allzugroße Bedeutung. Dagegen haben uns die als Allgemeinwirkungen der Röntgenstrahlen immer mehr erforschten Veränderungen der Körpersäfte, der innersekretorischen Drüsen, ja des ganzen Stoffwechsels gelehrt, daß den Röntgenstrahlen eine weit über die örtliche Wirkung hinausreichende Bedeutung zukommt. Dabei sind die Beziehungen zwischen Allgemeinwirkung und Dosierung gerade beim Kind speziell gelagert und noch keineswegs endgültig geklärt.

Wenn beispielsweise von Kretzschmer aus der Goldscheiderschen Klinik schlechte Esser oder sonst im Allgemeinbefinden beeinträchtigte Kinder, also großenteils wohl solche, die wir als Neuropathen zu bezeichnen pflegen, zwecks Behebung dieses Zustands in zweimonatlichen Abständen mit Röntgendosen bestrahlt werden, die auf das Körpervolumen des Kindes umgerechnet etwa einer Kastrationsbestrahlung der Frau gleichzusetzen sind, wenn diese Behandlungsmethode dann auf eine Stufe mit der „unspezifischen Reizkörpertherapie“ gestellt wird, so ist ein solches Vorgehen zum mindesten geeignet, beim Laien und bei dem mit den Eigenheiten der Röntgenstrahlenwirkung nicht vertrauten Arzt ganz falsche Vorstellungen über die Gefährlichkeit dieses Heilmittels zu erwecken.

Es scheint daher angezeigt, in aller Kürze die Anwendungsgebiete zusammenzufassen, bei denen nach unseren bisherigen Erfahrungen die Röntgenstrahlen eine wertvolle Unterstützung der Therapie oder gar die Methode der Wahl sind*). Um eine möglichst erschöpfende Darstellung zu bringen, sollen auch die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters in den Kreis der Besprechung einbezogen werden, ohne daß damit eine nur dem Fachmann zukommende Stellungnahme zu der Frage: Messer oder Bestrahlung angemaßt werden soll.

Wir stellen die Tuberkulose an die Spitze unserer Ausführungen, da sie mit Abstand das Hauptkontingent der der Röntgenbehandlung zugeführten Kinder stellt. Folgen wir der bekannten 3 Stadien-Einteilung, so mag zunächst betont werden, daß das primäre Stadium, der sogenannte Primärkomplex keine Indikation für die Röntgenbestrahlung abgibt. Dagegen ist ein großer Teil der Krankheitserscheinungen des sekundären Stadiums einer erfolgreichen Röntgenbehandlung zugänglich. Beginnen wir mit der Drüsentuberkulose. Die Tuberkulose der peripheren Drüsen mit ihrer Hauptlokalisationsform am Hals spricht ganz ausgezeichnet auf die Röntgenbehandlung an. Dies gilt besonders für die weichen elastischen Drüsenschwellungen des tuberkulösen Lymphogranuloms. Je mehr Bindegewebe vorhanden, je geringer die Rückbildungsfähigkeit. Im übrigen können auch erweichte und fistelnde Drüsen mit bestem Erfolg, namentlich auch mit ausgezeichnetem kosmetischen Resultat bestrahlt werden. Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, daß die häufig auch als „skrofulös“ bezeichneten Drüsenschwellungen im Quellgebiet der Tonsillen und des Nasenrachenraums nichts mit Tuberkulose zu tun haben, sondern durch entzündliche Prozesse dieser Organe hervorgerufen werden. Hier erübrigt sich eine Röntgenbehandlung.

Die Tatsache, daß unter der Röntgenbehandlung eine tuberkulöse Drüse erweichen und durchbrechen kann, ein Vorkommen, daß bei den peripheren Drüsen für den Heilungserfolg ziemlich bedeutungslos ist, hat dazu geführt, für die Bronchialdrüsentuberkulose eine Indikation zur Röntgenbestrahlung nicht unbedingt gelten zu lassen. Dies hat um so mehr eine Berechtigung, als die Bronchialdrüsentuberkulose erfahrungsgemäß auch bei der bisher üblichen diätetischen Behandlung meist eine gute Prognose gibt. Es ist jedoch zu bemerken, daß sich die Mitteilungen in der Literatur häufen, die von ausgezeichneten Erfolgen der Röntgenbestrahlung der Bronchialdrüsentuberkulose berichten, besonders was die Schnelligkeit der Rückbildung betrifft. Es mag daher der Einstellung des einzelnen überlassen bleiben, von Fall zu Fall zu entscheiden.

Bei der Mesenterialdrüsentuberkulose bestehen an und für sich dieselben Bedenken gegen die Röntgenbestrahlung. In Wirklichkeit liegen die Dinge aber doch anders; während der Durchbruch einer verkästen Hilusdrüse in einen Bronchus eine Katastrophe darstellt, ist die Aussaat in das Peritoneum bei der fast regelmäßig gleichzeitig bestehenden Bauchfelltuberkulose harmloser zu bewerten. Die Mesenterialdrüsentuberkulose stellt daher wie die Bauchfelltuberkulose in beiden Formen sowohl der exsudativen wie der adhäsiven eine Indikation zur Röntgenstrahlenbehandlung dar. Soviel aus der Statistik zu ersehen, scheinen sich die Heilerfolge seit der Einführung der Röntgentherapie gegenüber der operativen Aera doch nicht unerheblich gebessert zu haben. Von den Darmtuberkulosen, die meist ungünstige Heilaussichten geben, ist nur bei der isolierten Ileocoecaltuberkulose von erfolgreicher Röntgenbehandlung berichtet worden.

Die Urogenitaltuberkulose tritt im Kindesalter an Bedeutung zurück. So lange eine Mitteilung über einen Fall von einwandfreier Heilung einer Nierentuberkulose mit Röntgenstrahlen noch fehlt, darf auf keinen Fall bei einseitiger Erkrankung die Entfernung der Niere durch die Bestrahlung ersetzt werden. Sind beide Nieren ergriffen oder erkrankt nach Entfernung der einen Niere die zurückgebliebene, kann ein Bestrahlungsversuch natürlich gemacht werden. Bessere Aussicht auf Erfolg scheint die Blasentuberkulose zu geben.

Viel wichtiger ist die Hauttuberkulose im Kindesalter. Es ist an dieser Stelle unmöglich, dieses Spezialgebiet eingehend zu behandeln. Besonders für den gefährlichsten Vertreter, den Lupus, gilt der Satz, daß die Therapie von Fall zu Fall zu wählen ist und sich unter keinen Umständen einseitig auf die Röntgenbehandlung festlegen soll. Am besten scheinen noch die hyperthrophischen Formen zu reagieren. Immerhin stehen eine Reihe bekannter Dermatologen auf dem Standpunkt, daß die Röntgenstrahlen in der Lupusbehandlung gegenüber dem Licht vollständig zurückzutreten haben. Auf keinen Fall darf man sich vorstellen, daß die Röntgenstrahlen ein bequemer, absolut zuverlässiger Weg zur Heilung der verschiedenen Lupusformen sind. Dankbarer sind das Skrofuloderm und die Tuberculosis cutis verrucosa. Ungeeignet sind dagegen die disseminierten Formen, beispielsweise der Lichen scrofulosorum.

Bei der Tuberkulose der Knochen und Gelenke ist die Frage Messer oder Röntgenstrahlen bis jetzt noch nicht eindeutig zu beantworten. Das eine ist wohl sicher, daß die Erfolge mit der Röntgenbestrahlung wie überhaupt mit den konservativen Behandlungsmethoden beim Kinde ungleich besser sind als beim Erwachsenen. Keineswegs sollen die Röntgenstrahlen aber allein im Heilplan stehen. Man kann nicht auf chirurgisch-orthopädische Maßnahmen verzichten, ohne schlechte Resultate zum mindesten quoad functionem in Kauf nehmen zu müssen. Im übrigen bestehen je nach dem Sitz der Erkrankung große Unterschiede im Erfolg. Am günstigsten ist die Tuberkulose der kleinen Knochen und Gelenke zu beeinflussen. Namentlich die Spina ventosa heilt meist prompt nach 2—3 Bestrahlungen. Bei den großen Gelenken geben beispielsweise Ellbogen und Handgelenk eine bessere Prognose als das Kniegelenk. Immerhin ist auch bei den ungünstigeren Lokalisationen die Röntgenbehandlung im Kindesalter nicht aussichtslos.

Wenden wir uns endlich der tertiären Phthise, der Lungentuberkulose, zu, so haben sich auf Grund der Arbeiten von Bacmeister und Küpferle die Röntgenstrahlen auch hier einen Platz in der Therapie erobert. Bacmeister hat das Anwendungsgebiet streng begrenzt. Die Röntgentherapie vermag bei langsam progredienten, stationären und zur Latenz neigenden Formen der Lungentuberkulose die Heilung einzuleiten und zu beschleunigen. Sie ist aber nicht nur machtlos, sondern sogar schädlich bei allen progredienten exsudativ-käsigen Formen, bei denen das zu beeinflussende Granulationsgewebe zurücktritt und bei allen fortschreitenden produktiven Prozessen, bei denen die Virulenz der Bakterien durch zu starke Schädigung des Granulationsgewebes jedes Heilungsbestreben des Körpers überwindet. Es sind also geeignet, die produktiven Formen, sowohl die cirrhotischen wie die nodösen, wenn sie klinisch langsam progredient oder stationär sind oder zur Latenz neigen. Diese Formen sehen wir aber gerade im Kindesalter außerordentlich selten. Das rasche Fortschreiten und das Ueberwiegen exsudativer Prozesse ist ja für die Kindertuberkulose charakteristisch.

Ein größeres, klinisch genau beobachtetes Material bestrahlter kindlicher Lungentuberkulosen steht bislang zur Beurteilung der Frage noch nicht zur Verfügung. Mehrfach scheint eine ambulante Bestrahlung auch bei Kindern vorgenommen zu sein. Ich möchte nicht versäumen, die ernstliche Warnung Bacmeisters vor diesem Vorgehen zu unterstreichen. Was für die Bestrahlung der Erwachsenenphthise gilt, muß für die kindliche Phthise mit ihrem in der Regel bösartigerem Charakter noch in viel höherem Grade gelten. Nur unter ständiger klinischer und serologischer Kontrolle des Befundes darf die Bestrahlung der kindlichen Lungenphthise vorgenommen werden, sonst sind schwere Schädigungen unvermeidbar. Es möge noch erwähnt werden, daß gar nicht selten metapneumonische Infiltrate der Lunge für Tuberkulose gehalten und einer Röntgenbehandlung unterzogen werden. Die eintretende Rückbildung darf dann natürlich nicht zur Beurteilung der Bestrahlungserfolge bei Lungentuberkulose herangezogen werden.

---

*) Anmerkung: Es kann hier natürlich auf Einzelheiten der klinischen Bilder ebensowenig eingegangen werden, wie auf die Literatur und die Fragen der Technik und Dosierung Diese sind ausführlich dargestellt in Birk und Schall, Strahlenbehandlung der Kinderkrankheiten. Verlag Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1924, und Lehrbuch der Strahlentherapie Bd. III S. 713 ff., gleicher Verlag, 1926.

Wenden wir uns zu dem Gebiet der Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion, so steht, nicht an Häufigkeit, wohl aber an Bedeutung für die Röntgenstrahlenanwendung im Kindesalter die Hyperplasie der Thymusdrüse beim Säugling an 1. Stelle. Birk hat als erster die verschiedenen Formen der Thymushyperplasie im Säuglingsalter scharf getrennt. Die Vergrößerung der Drüse beim Status thymico-lymphaticus, eine Teilerscheinung der Hyperplasie des gesamten lympathischen Systems, gibt eben so wenig eine Indikation zur Röntgenbestrahlung wie die gleichzeitig mit einer Struma einhergehende Thymothyreohyperplasie der Neugeborenen. Dagegen ist bei der isolierten Thymushyperplasie mit dem bekannten Symptomkomplex des Stridors, der parasternalen Dämpfung und des röntgenologisch darstellbaren Thymusschattens die Röntgenbestrahlung die Methode der Wahl. Es ist besonders wichtig, daß der Erfolg ziemlich rasch, in 24, spätestens aber in 48 Stunden zu erwarten ist. Für den chirurgischen Eingriff der Thymektomie kommen daher nur noch die das Leben unmittelbar bedrohenden Fälle in Betracht, wobei noch zu überlegen ist, ob nicht eine Intubation mit Bestrahlung vorzuziehen ist.

Die Schilddrüse bietet im Kindesalter nur sehr selten Veranlassung zur Röntgenbehandlung. Die Basedowsche Krankheit, die ein dankbares Gebiet der Röntgenbehandlung ist, spielt im Kindesalter eine ganz untergeordnete Rolle. Die Struma parenchymatosa, namentlich in Form des Schulkropfs, gibt keine Indikation für die Röntgenbestrahlung ab. Geht sie auf Jodmedikation nicht zurück, so ist der chirurgischen Behandlung der Vorzug zu geben. Die angeborene Struma bildet sich fast regelmäßig spontan zurück.

Bei den Erkrankungen der Hypophyse wird man bei Geschwülsten unter allen Umständen zur Röntgenbehandlung greifen. Ob die innersekretorischen Störungen, soweit sie einer Hypophysenerkrankung zur Last zu legen sind, also namentlich das Bild der Dystrophia adiposo-genitalis, einer erfolgreichen Röntgenbehandlung zugänglich sind, ist sehr fraglich.

Ein Versuch, durch Nebennierenbestrahlung auf den Diabetes mellitus einzuwirken, hat keine Dauererfolge gezeitigt. Dagegen ist darauf hinzuweisen, daß die Bestrahlung der Nebennieren keineswegs einen ungefährlichen Eingriff darstellt. Ueberhaupt sind alle Organe der inneren Sekretion strahlensensible Gebilde, die schon durch relativ kleine Dosen in ihrer Funktion gestört werden können. Wir wissen heute noch nicht sicher, wie groß der Anteil dieser Organe an den Erscheinungen ist, die wir als Allgemeinwirkungen der Röntgenstrahlen der lokalen Strahlenwirkung gegenüber stellen.

Eine wertvollere Unterstützung sind uns die Röntgenstrahlen bei sind die Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe. Schon lange wurden die Leukämien, und zwar die myeloischen wie die lymphatischen, bestrahlt. Bei den chronischen Formen wurden auch mehr oder weniger länger dauernde Heilungserfolge mitgeteilt. Dagegen scheiden die akuten Formen vollkommen aus, weswegen der Methode im Kindesalter fast keine Bedeutung zukommt; denn was die Leukämien des Kindesalters auszeichnet, ist eben ihr akuter Verlauf. Da bei diesen Formen als Folge der Bestrahlung Verschlimmerungen des Zustandes beobachtet wurden, ist auch ein Versuch zu widerraten. Dasselbe gilt für die aleukämischen Formen.

Eine wertvollere Unterstützung sind uns die Röntgenstrahlen bei der Behandlung des Lymphogranuloms. Leider handelt es sich auch hier nur um vorübergehende Erfolge, die allerdings, was die Verkleinerung der Tumoren anbetrifft, oft geradezu frappant sein können. Immerhin sind Fälle von mehrjähriger Rezidivfreiheit mitgeteilt, was bei der ungünstigen Prognose des Krankheitsbildes den Versuch einer Röntgenbestrahlung unter allen Umständen rechtfertigt. Für das meist noch strahlensensiblere Lymphosarkom liegen die Verhältnisse ganz ähnlich. Die verschiedenen Megalosplenien (Jaksch-Hayem, Gaucher, Banti) geben keine Indikation für die Röntgenbestrahlung. Umstritten ist noch die blutstillende Wirkung der Milzbestrahlung bei haemorrhagischen Diathesen und Haemophilie. Bei einem Teil der Fälle ist sie zu beobachten, weswegen ein Versuch bei schwerer Blutungsgefahr zweifellos berechtigt erscheint. Nur soll man sich nicht darauf verlassen, im Vertrauen auf die blutstillende Wirkung der Milzbestrahlung einen chirurgischen Eingriff beim Bluter zu wagen.

Kurz mag hier auf die Strahlenbehandlung der Geschwülste eingegangen werden. Von den bösartigen kommt im Kindesalter dem Sarkom mit Abstand die größte Bedeutung zu. Leider können wir keine einheitliche Röntgenstrahlenempfindlichkeit der Sarkome annehmen. An Hand großer Statistiken hat Jüngling gezeigt, daß ein ganz bestimmter Prozentsatz, jeder 5. bis 6. Sarkomfall sich gegen die Röntgenbestrahlung refraktär verhält. Den einzelnen Sarkomformen kommt außerdem nach ihrem Sitz oder Ausgang ein unterschiedliches Verhalten zu. Es sei nur an die Verschiedenheit der periostalen und myelogenen Knochensarkome in Bezug auf ihre Prognose erinnert. Die Frage Operation oder Bestrahlung ist daher nicht generell zu lösen. Eine absolute Indikation für einen Bestrahlungsversuch geben daher nur die inoperablen Fälle.

Von den gutartigen Tumoren bieten Lipome und Fibrome keine Aussicht auf Erfolg. Dagegen ist das Nasen-Rachenfibrom ein dankbarer Gegenstand für die Röntgentherapie, die der schwierigen, oft verstümmelnden Operation vorzuziehen ist. Von den Haemangiomen kommen für die Röntgenbehandlung die rasch und plastisch wachsenden Formen in Betracht, wenn sie aus irgendeinem Grunde dem Messer oder anderen chirurgischen Maßnahmen nicht zugänglich sind. Von verschiedenen Seiten wird der Radiumbestrahlung der Vorzug gegeben. Sitz und Ausdehnung der Geschwulst müssen im Einzelfalle die Wahl der Mittel bestimmen. Zur Röntgenbestrahlung geeignet sind endlich noch die Warzen, die sich bei genügend hoher Dosierung — daher Vorsicht in der Nähe der Epiphysen! — sicher durch Röntgenstrahlen entfernen lassen.

Bei Hirntumoren soll, wenn die Operation keine Aussicht auf Erfolg verspricht oder verweigert wird, ein Versuch mit der Bestrahlung gemacht werden. Es liegen z. Z. doch eine Reihe von Veröffentlichungen vor, die nicht nur von einer vorübergehenden auffallenden Besserung aller Symptome bis zum völligen Verschwinden, sondern in einer Reihe von Fällen von einer 3 ja 5 Jahre anhaltenden Heilung berichten.

Es mögen hier noch weitere Erkrankungen des Zentralnervensystems in ihrer Beziehung zur Röntgentherapie besprochen werden. Diese wird namentlich bei der Heine-Medinschen Krankheit (Poliomyelitis) aber auch bei der Encephalitis und der Epilepsie von einzelnen, meist ausländischen Autoren warm empfohlen. Für die Epilepsie hielt die Angabe einer Nachprüfung nicht stand. Neuerdings wird von Wieser berichtet, daß es ihm gelungen ist, verschiedene Erkrankungen des Zentralnervensystems im Kindesalter, namentlich Fälle von Idiotie durch Bestrahlung der Hypophyse zu bessern. Eine Nachprüfung und daher endgültige Stellungnahme steht noch aus. Auf jeden Fall wird man gut tun, gerade bei den Erkrankungen des Zentralnervensystems einen gewissen Skeptizismus der Röntgenbestrahlung entgegen zu stellen.

Aus dem Symptomenkomplex der exsudativen Diathese, deren weite Verbreitung im Kindesalter ja bekannt ist, mögen noch einzelne Krankheitsgruppen herausgegriffen werden, die der Röntgenstrahlenbehandlung mit teilweise gutem Erfolg unterzogen werden können. Es sind dies einmal gewisse Ekzemformen, namentlich die chronisch indurierenden, intertriginösen Ekzeme, die bei manchen Kindern als hartnäckige Residuen der exsudativen Hauterscheinungen des Säuglingsalters an bestimmten Praedilektionsstellen (Kniekehlen, Ellenbeugen, Handgelenken) bestehen bleiben. Doch soll die Röntgenbestrahlung in diesen Fällen immer das ultimum refugium sein.

Zum Formenkreis der exsudativen Diathese können wir auch das Asthma bronchiale rechnen, das sehr häufig der internen Behandlung große Schwierigkeiten entgegensetzt. Auch hier hat ein Versuch mit Röntgenstrahlen oft ganz überraschende Erfolge. Es werden ziemlich übereinstimmend von verschiedenen Autoren 30% Heilungen und 30% weitgehende Besserungen mitgeteilt. Die kindlichen Fälle schneiden dabei eher noch besser ab.

Endlich möge hier noch die Hyperthrophie der lymphatischen Apparate des Rachenrings erwähnt werden. Es wird namentlich von amerikanischen Autoren der Röntgenbestrahlung vor der operativen Entfernung der Vorzug gegeben. Eine Reduktion des lymphatischen Gewebes gelingt schon mit relativ kleinen Dosen mit großer Konstanz. Ueber die Frage, ob es möglich ist, die Bakterienflora zu beeinflussen, sind die Ansichten noch geteilt. Immerhin ist interessant, daß die Methode bereits angewandt wird, um Diphtheriebazillenträger rascher keimfrei zu bekommen.

Es erübrigt sich noch, einige Indikationsgebiete zu streifen, die in ihrer Bedeutung bis jetzt noch mehr zurücktreten. So sind die Versuche, den Keuchhusten durch Röntgenbestrahlung günstig zu beeinflussen, noch nicht soweit gediehen, daß man diese für Säuglinge und Kleinkinder, um die es sich ja hierbei in erster Linie handelt, keineswegs indifferente Therapie schon allgemein empfehlen könnte. Gerade beim Keuchhusten leidet die Beurteilung therapeutischer Erfolge ganz besonders unter der Schwierigkeit der Entscheidung des post hoc oder propter hoc.

Die Mitteilung einer ausgezeichneten Wirkung der Nierenbestrahlung mit ganz kleinen Dosen in einem Fall von Anurie beim Kind, berechtigt in Fällen, die medikamentös nicht zu beeinflussen sind, zu einem Versuch.

Endlich kann die neuerdings stark propagierte Röntgenbehandlung der pyogenen Infektionen Bedeutung für die Kinderheilkunde gewinnen. In erster Linie ist an die Furunkulose zu denken, die sich zweifellos in vielen Fällen sehr günstig durch Röntgenbestrahlung beeinflussen läßt. Aber auch bei Phlegmonen, Osteomyelitis usw. werden gute Erfolge berichtet. Selbstverständlich dürfen diese Erkrankungen nur der Bestrahlung zugeführt werden, wenn sie gleichzeitig unter ständiger ärztlicher Kontrolle stehen, so daß der Moment des chirurgischen Eingriffs nicht versäumt werden kann.

Fassen wir zusammen, so sind es im wesentlichen verschiedene Erkrankungsformen der Tuberkulose, bei deren Bekämpfung wir die Röntgenstrahlen nicht mehr missen möchten. Des weiteren ist es die Thymushyperplasie, das Lymphogranulom, ein Teil der Sarkomformen, gewisse Formen des chronischen Ekzems und das Asthma bronchiale, wo die Röntgentherapie in ihren Erfolgen konkurrenzlos dasteht. Bei all den übrigen Indikationsstellungen wird man gut tun, keinen allzugroßen Optimismus an den Tag zu legen und streng abzuwägen, ob ein Erfolg sich nicht auf andere, weniger eingreifende Weise erzielen läßt. Nur so läßt sich ein Rückschlag allzuhoch gespannter Erwartungen vermeiden.

Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität unter Berücksichtigung der neueren Forschung.

Von

Dr. E. KOSMINSKI, Frauenarzt in Berlin.

Unter einer sterilen Ehe versteht man nach den allgemein gültigen Anschauungen eine eheliche Gemeinschaft von 3—5 Jahren Dauer, in der es zu keiner Schwangerschaft gekommen ist. Wir wollen uns hier nur mit den Ursachen beschäftigen, die auf seiten der Frau liegen. Selbstverständlich ist die vorherige genaue Untersuchung des Ehemannes auf Azoospermie, Oligospermie, Nekrospermie und Impotenz. Auch soll hier auf die Frage der gewollten Sterilität, die in der heutigen Zeit der wirtschaftlichen Not eine große Rolle spielt, nicht eingegangen werden. Während manche Autoren eine Vermehrung der sterilen Ehen nach dem Kriege nicht feststellen können, haben andere eine erhebliche Zunahme zu verzeichnen. So behandelte Fuchs in den Jahren 1909—1913 4,7% seiner gesamten Klienten wegen Sterilität, während in den Jahren 1922—1925 ihn 14% konsultierten. Winter schätzt die Zahl der durch Sterilität hervorgerufenen Kinderverluste in Deutschland auf ca. 200 000 im Jahr. Nach anderer Schätzung sind in Deutschland 7—15%, in Berlin 11% aller Ehen steril, wobei in einem Drittel der Fälle die Schuld den Ehemann allein, in einem weiteren Drittel die durch den Ehemann erkrankte Frau trifft und erst im letzten Drittel die Frau allein als Ursache der Sterilität in Frage kommt. Während bei dem Manne die Sterilität eine Krankheit sui generis bedeutet, ist sie bei der Frau nur ein Symptom, dessen Aetiologie auf eine große Reihe von Erkrankungen zurückgeführt werden kann. Im allgemeinen kann man heute sagen, daß die Gonorrhoe, die man früher in 60% der Fälle als Ursache ansah, keineswegs in diesem Maße beschuldigt werden kann. Vielmehr kann man, soweit überhaupt eine solche Schätzung möglich ist, annehmen, daß 10—20% auf Gonorrhoe, 30% auf chronische Entzündungen, 25% auf Hypoplasien entfallen, während der Rest konstitutionelle Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und psychische Hemmungen zur Ursache hat. Nach Winter unterscheidet man primäre und sekundäre Sterilität, letztere, wenn bereits früher einmal eine Schwangerschaft eingetreten war. Da ich mich in dieser Abhandlung hauptsächlich mit den neueren Ergebnissen der Forschung befassen will, führe ich nur kurz die aetiologischen Momente auf, deren Kenntnis schon seit langem Gemeingut aller Aerzte geworden ist, während ich auf einige etwas genauer eingehen will.

Bekannt sind unter den wichtigsten Ursachen der Sterilität Vaginismus, schlecht geheilte Dammrisse, Cervixstenosen, Lageanomalien, Hypoplasie des Genitalsystems, Infantilismus, Endometritis, Tuben- und Eierstockerkrankungen, primäre oder sekundäre Beeinflussungen durch chronische allgemeine Erkrankungen, wobei nach Winter als häufigste Ursache die Cervixstenose und die Adnexerkrankungen vorherrschen. Bei vielen dieser Erkrankungen ist die Ursache eine so ins Auge springende, daß sie ohne spezialistische Kenntnisse schon nach kurzer Untersuchung festgestellt werden kann. Bei anderen bedarf es genauerer Nachforschung unter Zuhilfenahme neuerer Untersuchungsmethoden. Bei den Hypoplasien und Infantilismen können wir heute durch die Untersuchung des Vaginalabstriches auf seinen Reinheitsgrad sowie durch die Abrasio manches klar stellen. Finden wir einen Reinheitsgrad I, so können wir die feminine Sterilität schon mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen (Lahm). Finden wir eine zyklusgerechte Schleimhaut, so rechnen wir mit einer normalen Ovarialfunktion. Dagegen ist ein Schleimhautbild, das Veränderungen wie Regeneration, Hyperplasie oder Hypertrophie zeigt, immer der Ausdruck verminderter Vitalität der Ovarien und Zeichen einer Dysfunktion. (Temesvary.)

In diesem Zusammenhang interessieren uns besonders die Forschungen, die Kehrer in den letzten Jahren auf dem Gebiete des Sterilitätsproblems gemacht hat. Er führt nämlich in jahrelanger Beobachtung zum großen Teil die Ursache der weiblichen Sterilität auf die Dyspareunie zurück, besonders dann, wenn noch irgendwelche anderen Konzeptionshindernisse vorhanden sind. Die Dyspareunie führt infolge des Ausfalles des normalen Defluxes allmählich zur chronischen Induration des Uterus mit Verkürzung der Ligamenta kardinalia und vor allem zur kleinzystischen Degeneration der Ovarien. Der als häufigste Ursache der Dyspareunie geübte Coitus interruptus wirkt im gleichen Sinne. Es kommt auch hier als Folge der dauernden Congestion zur chronischen Oophoritis. Die Congestion der Ovarien führt zur Abschwächung der Follikelruptur und damit zur kleinzystischen Degeneration. Inwieweit die Dyspareunie als Ursache der Sterilität anzusprechen ist, bleibt weiteren Beobachtungen vorbehalten. Tatsächlich kann sie nur ein relatives, nie ein absolutes Hindernis sein. Nach meiner Ansicht werden frigide Frauen, die nie zum Orgasmus kommen, häufig gravide, eine Erfahrung, die von vielen Autoren bestätigt wird.

Eine weitere Ursache, die erst seit einigen Jahren bekannt ist, ist die Spermaimmunisierung infolge Resorption bei zu häufigem Geschlechtsverkehr. Es ist eine bekannte Tatsache, daß Prostituierte in Bordellen nur äußerst selten schwanger werden, wobei Infektionen mit nachfolgenden Genitalerkrankungen nur eine geringe Rolle spielen. Ob die von manchen Autoren bei Bordellmädchen oft beobachtete Vermännlichung der Gesichtszüge auch als Auswirkung einer Umstimmung durch Spermaresorption zurückzuführen ist, möchte ich doch bezweifeln. Ferner ist besonders im Kriege beobachtet worden, daß in langjährigen sterilen Ehen nach Rückkehr des Ehemannes sofort Befruchtung erfolgte. Auch tierexperimentell hat man festgestellt, daß Kaninchen, denen man parenteral Spermaflüssigkeit zuführte, bei der darauf folgenden Belegung steril blieben, während vorher stets prompt Schwangerschaft eintrat. Wahrscheinlich ist die Wirkung der Badekuren in den Frauenbädern, außer auf die heilkräftigende Bäderbehandlung, auch auf die Trennung der Ehegatten und die damit verbundene Fernhaltung der Spermawirkung zurückzuführen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich, wenn auch nicht hierher gehörend, erwähnen, daß bei habituellem Abort wegen der Coitusgefahr (Menge) auch die Trennung der Ehegatten indirekt zur Beseitigung der Sterilität beiträgt.

Die häufig beobachtete Tatsache, daß eine Ehe jahrelang steril bleibt, trotzdem beide Ehegatten vollkommen gesund sind, führt man auf eine noch nicht geklärte Unvereinbarkeit beider Keimzellen zurück, die man in der Tierzucht schon lange unter dem Begriff Inkompatibilität kennt. Als eine ebenfalls noch nicht geklärte Ursache sind die hormonalen Störungen zu erwähnen, als deren Ausdruck man häufig Fettsucht beobachtet. Bei der thyreogenen ist der ganze Körper betroffen, bei der hypophysären hauptsächlich Hüfte und Oberschenkel. Durch Prüfung des Grundumsatzes kann man beide Typen von einander trennen. Während er bei der thyreogenen Fettsucht herabgesetzt ist, zeigt er bei der hypophysären normale Werte. Letztere ist oft mit einer ovariellen Komponente vergesellschaftet. Diejenige Ursache, die in den letzten Jahren am meisten die Gemüter der Gynäkologen beschäftigte, ist der Tubenverschluß, der nach Nürnberger überhaupt die häufigste Ursache der Sterilität darstellt und deren Nachweis heute bei der Behandlung der Sterilität eine wichtige Aufgabe ist. Schon Graff stellte auf der 17. Tagung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Jahre 1922 die Forderung auf, daß keine Frau mehr wegen Sterilität einem operativen Eingriff unterzogen werden darf, bevor sie nicht auf Tubendurchgängigkeit untersucht worden ist.

Das Verfahren der Tubendurchblasung, das von dem Amerikaner Rubin 1920 angegeben worden ist, ist in einer schon recht beträchtlichen angewachsenen Literatur von vielen Autoren nachgeprüft und sowohl zu therapeutischen als auch vor allem zu diagnostischen Zwecken verwendet worden.

Auf den Wert des Sekretabstriches der Scheide und der Abrasio bei der Diagnosestellung habe ich bereits oben hingewiesen. Bevor ich auf die Tubendurchblasung (auch Pertubation und Tubenperflation genannt) eingehe, möchte ich eine ebenfalls aus Amerika stammende Methode erwähnen, die Salpingographie. In Deutschland wurde die Methode u. a. von Schober, Kok und Geller nachgeprüft. Sie besteht darin, daß man in den Cervixkanal unter mäßigem Druck eine 20prozentige Bromnatriumlösung einspritzt oder besser Lipiodol, da beim Bromnatrium öfter Reizungen der Tubenschleimhaut beobachtet worden sind. Es gelingt dann typische Röntgenbilder zu erhalten, die eine Diagnose ermöglichen. Der Sitz des Tubenverschlusses ist jedoch meist nicht feststellbar. Bei Durchgängigkeit sieht man den dreieckigen Schatten der Uterushöhle, zwei fadenförmige Schatten der Tube, sowie einen nach unten konvexen, nach oben planen Schatten des Douglas. Findet man letzteren Befund, so ist er ein sicherer Beweis für die Durchgängigkeit mindestens einer Tube. Fehlt er, so sind sicher beide verschlossen. Die lateralen Tubenenden sind dann oft keulenförmig verdickt (Geller).

Ein anderes Verfahren zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit stammt von Ott. Er spritzt fein pulverisierte Holzkohle in die Bauchhöhle durch den hinteren Douglas und untersucht dann in Abständen den Cervixschleim. Sind die Tuben durchgängig, so gelangen durch den von der Bauchhöhle durch die Tuben uterinwärts gerichteten Lymphstrom Kohleteilchen in den Uterus und sind im Cervixschleim nachweisbar. Die Methode soll nach Angabe des Verfassers die Gefahren der Tubenperflation ausschließen, was nach einem jüngst veröffentlichten Fall von Lemperg nicht ganz zutrifft. Er sah nach dem Ottschen Verfahren zahlreiche Einsprengungen im Netz und Zeichen chronischer Peritonitis. Ein ähnliches Verfahren stammt von Nürnberger, die sogenannte Chromodiagnose, die aber nur bei gleichzeitiger Vornahme der Laparatomie Verwendung finden kann. Es wird in den Cervixkanal eine sterile Karminlösung eingespritzt, die bei Durchgängigkeit der Tube am abdominalen Tubenostium erscheint. Diese Verfahren haben bisher jedoch nicht die Verbreitung gefunden, wie die nunmehr zu erörternde Tubendurchblasung.

Die ursprünglich von Rubin angegebene Apparatur, die aus einer Sauerstoffpumpe, einem Reduktionsventil und anderen komplizierten Instrumenten besteht, wurde in Deutschland durch Sellheim, der an der Ausarbeitung der Methode den größten Anteil hat, wesentlich vereinfacht. Er verwendete seinen „Tubenschneuzer" und benutzte hierzu eine 150 ccm fassende Glasspritze, die durch einen Gummischlauch mit einem in die Uterushöhle eingeführten Metallröhrchen verbunden wird. Zur Abdichtung verwendete er einen Gummistöpsel. In dieses einfache System wird ein Manometer eingeschaltet. Verschiedene Autoren haben das Instrumentarium modifiziert (Engelmann, Ottow, Schubert, Koch, Pribram). Meines Erachtens reicht jedoch Sellheims Instrumentarium völlig aus. Es empfiehlt sich jedoch, anstatt einer 150 ccm fassenden schwer zu handhabenden Glasspritze eine kleinere Lührsche Spritze mit 40 ccm Inhalt zu verwenden. Die Methode hat ebenso begeisterte Anhänger wie Gegner gefunden. Wie bei jedem noch nicht genügend erprobten Verfahren sind unglückliche Zufälle in der ersten Zeit nicht ausgeblieben. Aus Amerika wurden sogar Todesfälle berichtet, in Deutschland sind mehrere Fälle von Luftembolie, subkutanem Emphysem, Pelveoperotinitis und Aufflackern alter Entzündungsherde beobachtet worden. Bei genauer Indikationsstellung und genügender Vorsicht ist jedoch die Methode als gefahrlos zu bezeichnen. Als Gegenanzeige gelten Schwangerschaft, Menses, Blutungen, eitrige Prozesse der Beckenorgane und Katarrhe. Auch Herzfehler und Status lymphaticus sind Kontraindikationen. Bei Myomen und vorheriger Abrasio besteht nach den experimentellen Untersuchungen von Schallehn besonders die Gefahr einer Luftembolie. Manche Autoren machen vor jeder Pertubation prinzipiell eine Senkungsreaktion, um frische Entzündungsprozesse auszuschließen. Bei Vornahme der Methode ist es notwendig, jede zur Blutung führende Verletzung zu vermeiden. Auch der Druck, der im Manometer abgelesen wird, darf nicht zu hoch sein. Im allgemeinen kommt man mit 50 mm Hg. aus. Man spürt an dem Spritzendruck, wie bei Durchgängigkeit der Tuben die Luft leicht eindringt. Bei einem Druck über 100 mm muß man schon mit gewissen Widerständen rechnen. Als einwandfreies Zeichen des positiven Ausfalls kann man über den Tubenostien ein dem Darmgeräusch ähnliches Schallphänomen auskultieren, das oft mit bloßem Ohr hörbar ist, jedoch nicht konstant vorkommt. Häufig sammelt sich die eingeblasene Luft unter dem Zwerchfell und erzeugt den pathognomonischen Schulterschmerz, der auf eine Reizung des Phrenicus zurückzuführen ist. Einige Autoren schlagen vor, die in die Bauchhöhle eingedrungene Luft vor dem Röntgenschirm nachzuweisen. Oft sieht man dann einen schmalen Luftspalt zwischen Leber und Zwerchfell (Traugott). Die Methode hat einen hohen diagnostischen Wert, besonders zur Nachprüfung von Operationen, die zur Beseitigung der Sterilität an den Tuben vorgenommen werden, worauf ich später noch eingehen werde. Inwieweit die Pertubation therapeutisch verwendet werden kann, muß noch durch weitere Beobachtungen festgestellt werden. Sicher können oft die Tuben durch Beseitigung von Schleim wegsam gemacht werden. Nach Scheller sind im ganzen 64 therapeutische Erfolge in der Literatur mitgeteilt worden, zu denen dieser Autor 5 aus eigener Beobachtung veröffentlicht. Immerhin muß man daran festhalten, daß Luftdurchgängigkeit nicht mit Eidurchgängigkeit gleichbedeutend ist.

Wenn ich nun auf die Behandlung der Sterilität zu sprechen komme, so versteht sich von selbst, daß man zunächst alle die konservativen Methoden anwenden muß, die nach Lage der Dinge erforderlich sind. Ich erwähne nur kurz die Beseitigung des Fluor- oder Cervixkatarrhs, einer Adnexerkrankung, einer Lageanomalie, die Medikation mit Eierstock- und Schilddrüsenpräparaten in geeigneten Fällen etc. Sehr bewährt hat sich bisweilen die Umstimmung der Schleimhaut durch Formalinpinselung (Menge). Auch eine Abrasio wirkt im gleichen Sinne, indem sie die Schleimhaut wieder befähigt, die Implantation des Eies zu gewährleisten. Bekannt sind die Erfolge durch Diszision und Dilatation des Cervixkanals, sei es mit Laminaria, sei es mit Dilatatoren. Nagel hat in 20 Fällen bei langdauernder Sterilität nach dieser Methode Gravidität beobachtet. Wie sich diese Erfolge erklären lassen, ist noch ungewiß. Mit Recht wird der Methode entgegengehalten, daß dort, wo eine dünne Sonde passiert, die Spermatozoen mit Leichtigkeit ihren Weg finden werden. Ich sehe in der Dilatation keine rein mechanische Erweiterung und Passierbarmachung des Cervix. Vielmehr glaube ich, daß auch die Dehnung des Uterushalskanals, wie sie besonders durch Laminaria bewirkt wird, die Muskulatur von ihrem Krampfzustand befreit und die Spermaflüssigkeit nicht mehr nach ihrem Eindringen sofort wieder herausgepreßt wird. Tatsache ist, daß die Methode häufig zum Erfolg führt, besonders wenn Uterus und Adnexe normalen Befund bieten.

Aus gleichen Erwägungen hat Nassauer vor einigen Jahren sein Fruktulet angegeben. Er selbst und einige andere Autoren haben mit diesem Instrument, einem durchlöcherten Intrauterinstift, gute Erfolge gehabt. Im allgemeinen wird das Fruktulet wegen seiner oft festgestellten Schädlichkeit abgelehnt. Ich selbst wende von jeher niemals Intrauterinpessare an, habe schon viele schwere Erkrankungen nach Einsetzen derselben von anderer Seite gesehen und möchte aus diesem Grunde das Fruktulet nicht empfehlen.

Die früher häufig versuchte künstliche Befruchtung, die bei Unmöglichkeit der natürlichen Besamung infolge Impotenz des Mannes angewendet wurden, hatte nur in seltenen Fällen Erfolg. Aus Amerika wird von 5 positiven Resultaten bei 19 Fällen berichtet, wobei die Möglichkeit eines danach stattgehabten Koitus nie sicher ausgeschlossen werden kann. In Deutschland haben Döderlein und Bumm nur über vereinzelte Erfolge berichtet. Man darf bei der Einspritzung des Samens nur wenige Tropfen in die Uterushöhle gelangen lassen, da durch Einfließen der Spermaflüssigkeit in die Bauchhöhle leicht peritoneale Reizungen auftreten können. Der Grund, warum der Erfolg so außerordentlich unsicher ist, liegt vielleicht in einer Eigentümlichkeit der Samenelemente, die einer Vereinigung feindlich sind (sogenannte Samenfeindschaft der Engländer). Jedenfalls wird wegen des geringen Erfolgs die Methode nur selten Verwendung finden.

Wenn ich mich nunmehr zu den operativen Methoden wende, so genügt oft schon bei einer Probelaparatomie die einfache Lösung von Verwachsungen, um prompt Schwangerschaft eintreten zu sehen. Auch die Entfernung einer kranken Adnexseite zeitigt Erfolge. Bei schwerer Parametritis posterior hat Fränkel eine Methode angegeben, indem er nach erfolgloser Resorptionstherapie die Ligamenta sacro-unterina durchschneidet und durch Netzinterposition ein Rezidiv verhindert. Ein Verfahren, das schon vor vielen Jahren von Martin angegeben wurde und seit der Tubendurchblasung wieder mehr in Aufnahme gelangte, ist die Salpingostomatoplastik. Auch hier sind die Erfolge oft sehr zweifelhaft. Kontraindiziert ist die Operation bei Tuberkulose und Pyosalpinx, auch wenn der akute Prozeß abgeklungen ist. Die Methode von Brewitt, solche Eitertuben zu punktieren und nach Aspiration des Eiters Terpichin einzuspritzen, halte ich für recht gewagt. Seitz lehnt eine Plastik ad hoc überhaupt ab und will sie nur bei einer auch sonst erforderlichen Operation gelegentlich bei strengster Auswahl der Fälle vornehmen. Wichtig ist bei der Operation, daß das Ovarium dem Tubenostium gut nahegebracht und am besten am Tubentrichter fixiert wird. Selbstverständlich muß durch Sondierung festgestellt werden, ob die Tube uterinwärts durchgängig ist, da gerade im Isthmus oft das Haupthindernis sitzt. Die relativ geringen Erfolge beruhen auf der Wiederverklebung des Ostiums, deren Eintritt man jetzt durch Pertubation feststellen kann. Eine Nachbehandlung mit Diathermie ist stets von guter Wirkung. Bei Hydrosalpinx findet man häufig als Begleiterscheinung eine Salpingitis isthmica nodosa, die nicht selten die Ursache des Mißerfolges der Stomatoplastik ist. 38% der Unwegsamkeiten kommen auf den intramuralen Tubenteil (Kennedy). Daher ist in neuerer Zeit die Methode der Tubenresektion und -implantation angegeben worden, die größere Aussicht auf Erfolg zu versprechen scheint.

Anspach prüfte an Tierexperimenten die Einheilung der Tubenstümpfe und zeigte, daß dieselbe bei vorsichtiger Technik, besonders wenn die Gefäßverbindung nicht gestört wird, prompt erfolgt. Andere Autoren (Straßmann, Volkmann, Unterberger, Mandelstamm u. a.) haben die Implantation nach Resektion des Isthmus ausgeführt und die Tubendurchgängigkeit mit der Luftdurchblasung nachgeprüft. Unterberger veröffentlicht einen einwandfreien Erfolg von Schwangerschaft nach 11½jähriger steriler Ehe, wobei sich zeigte, daß der Partus glatt vor sich ging und eine Gefahr der Uterusruptur an der Nahtstelle nicht bestand. Man muß auf Empfehlung von Mandelstamm möglichst normale Verhältnisse herstellen, da sonst eine Stenose oder gar ein Zusammenwachsen der implantierten Stellen eintritt. Ob der von Kiparsky angegebene Implantator die Methode verbessert, muß die Zukunft lehren. Auch die Möglichkeit einer freien Transplantation bei völliger Resektion der erkrankten Tuben oder gar ein Ersatz durch andere Organe wird noch zu erproben sein.

Noch einen Schritt weiter ging zuerst der Franzose Tuffier, der bei fehlenden Tuben das Ovarium in die Uteruswand einnähte. Unter Erhaltung des Gefäßstieles öffnete er die Hinterwand des Uterus durch einen Schnitt und leitete das eine Ende des Eierstockes in die Uterushöhle, während er den größeren Teil in der Uteruswand fixierte. Wichtig ist die Erhaltung des Ligamentum ovarii proprium mit den Gefäßen, ferner eine sehr subtile Technik und Verwendung feinsten Nahtmaterials. Er fand in zwei Fällen bei späterer Nachprüfung, daß die Ovarien gut eingeheilt und morphologisch völlig intakt waren. Amerikanische Autoren pflanzten das Ovarium in den Tubenstumpf und sahen danach in 12% Gravidität eintreten. In Deutschland haben sich Mansfeld, Mayer, Gellert u. a. mit dieser Methode befaßt. Benesch und Köhler wiesen zwar im Tierexperiment die Erfolglosigkeit der intrauterinen Verlagerung nach, da sich stets zeigte, daß die Ovarien nach einiger Zeit ausgestoßen wurden. Allerdings führen sie die Mißerfolge auf die Dünnwandigkeit der tierischen Uteri zurück. Gellert jedoch veröffentlicht einen Fall, nachdem er nach Implantation des Ovars in dem Uterus Schwangerschaft eintreten sah. Bei den geringen Erfahrungen, die mit dieser neuen Methode vorliegen, bleibt der Erfolg noch abzuwarten. Es muß gerade aus dem intrauterin gelegenen Keimepithel das Ei in die Uterushöhle ausgestoßen werden, um eine Befruchtung zu gewährleisten.

Diese Methoden setzen alle das Vorhandensein eines gesunden Ovariums voraus, das also autoplastisch verwendet wird. Auch die Erfahrungen mit der Homoioplastik ermutigen zu weiteren Versuchen. Bei infantilen Ovarien wird das Transplantat einen aktivierenden Reiz ausüben. Bei vorzeitigem Follikelsprung, bei verzögerten Eireifungsvorgängen, die oft Sterilität bedingen, erreicht man durch die Homoiotransplantation eine Erotisierung und regere Ovulation der schlecht arbeitenden Eierstöcke (Sippel). Bisweilen besteht zwar die Gefahr, daß die blutfremden Organe Abbaufermente erzeugen, die das Implantat resorbieren, weshalb Mandelstamm die vorherige Hämagglutinationsprüfung empfiehlt. Die Hauptschwierigkeit wird in der Beschaffung einer genügenden Menge Ovarien liegen. Eierstöcke von karzinomkranken und tuberkulösen Frauen zu verwenden, wie vorgeschlagen wurde, dürfte doch ein zu gewagtes Experiment darstellen, da, wenn auch selten, Metastasen im Ovarium beobachtet wurden. Da es Zondeck gelungen ist, Ovarien länger zu konservieren, so wird man diese im Bedarfsfalle, vielleicht von Kliniken mit großem Material, einfordern können.

Dasselbe Ziel, wie die Homoioplastik, strebt die von Flatau und Thaler zuerst angegebene Röntgenreizbestrahlung an. Die Zahl der Gegner dieser Methode ist groß, da die Dosierungsmöglichkeit noch immer eine unsichere ist. Jedenfalls muß man an dieses Verfahren mit sehr genauer Indikationsstellung und peinlichster Auswahl der Fälle herangehen, um Schaden zu vermeiden und Erfolge zu erzielen. Es muß mit kleinsten Dosen begonnen werden, die Patienten dürfen ein Alter von 30 Jahren nicht überschritten haben. Am besten eignen sich Frauen mit asthenischem Habitus, bei denen eine Subfunktion der hypoplastischen Ovarien besteht. Bei Infantilismus darf höchstens einmal bestrahlt werden. Flatau sah in über 50% der Fälle Erfolge, bei 21 Fällen von Sterilität mit asthenischem Habitus trat in 12 Fällen Gravidität ein. Andere Autoren (Thaler, Linzenmeier, Caufmann, Meiner, Sippel, Geller) sahen ähnliche Erfolge. Es empfiehlt sich jedoch, anstatt von einer „Reizbestrahlung" von einer „Schwachbestrahlung" zu sprechen, da das Wesen der Strahlenwirkung im Sinne eines Reizes noch nicht geklärt ist. Während manche Autoren an eine direkte Wachstums- und funktionsfördernde Kraft glauben, meinen andere, daß es sich um indirekte Reize infolge erhöhten Zellzerfalls und Freiwerdens von Fermenten handelt. Es besteht noch eine weitere Theorie, daß nach Fortfall von Hemmungen bestimmte Zellgruppen frei werden und einer Hyperfunktion verfallen. Vielleicht werden die Eier mit geringer Vitalität von den Röntgenstrahlen vernichtet und die gesunden können aus der Tiefe vom Ballast befreit, kräftig heranreifen (Lahm). Eine Schädigung der Nachkommenschaft ist nicht zu fürchten, da diese nur bei Bestrahlung nach erfolgter Konzeption beobachtet worden ist. Die Erfolge bei der Röntgenschwachbestrahlung ermutigen jedenfalls zur Weiterarbeit auf diesem Gebiet.

Die Behandlung der Sterilität ist, wie ich mich zu zeigen bemühte, keine leichte. Man muß oft mit großer Geduld von seiten der Patienten und des Arztes an dieses Problem herangehen. Die in den letzten Jahren gefundenen neuen Methoden beweisen, daß wir dem Ziel in manchem näher gekommen sind und daß es heute gelingt, in vielen Fällen eine erfolgreiche Behandlung durchzuführen, die früher vergeblich jahrelang von Arzt zu Arzt und von einer Badekur zur anderen wanderten. Trotzdem bleibt noch vieles auf dem Gebiete der Sterilitätsbehandlung zu erforschen, um den oft schwer unter ihrer Unfruchtbarkeit leidenden Frauen zu dem heiß ersehnten Kinde zu verhelfen.

Problem der Zeugenschaft.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer.

Beim Psychopathen sind zwei Gesichtspunkte von Bedeutung: einmal die Glaubwürdigkeit der Aussage und die Quantität der ausgesagten Ereignisse. Der Koeffizient der Glaubwürdigkeit ist das

Verhältnis der Summe der exakten Aussagen zur Summe der exakten und falschen Aussagen. Der Koeffizient des Wissens ist das Verhältnis der Summe der exakten Aussagen zur Summe der exakten und falschen und zweifelhaften Aussagen. Nach den Versuchen kommt man zu dem Schlusse, daß allgemein die Zeugenschaft von Psychopathen hinsichtlich Glaubwürdigkeit und Wissen hinter der von geistig Gesunden zurücksteht. Indessen, wenn man sich die Ergebnisse der Versuche genauer ansieht, so kann man doch verschiedene Koeffizienten feststellen je nach der betreffenden geistigen Affektion. Und man findet dann, daß es Psychopathen gibt, bei denen der Glaubwürdigkeitskoeffizient gleich oder überlegen ist dem schwächsten, der von geistig Gesunden, Normalen geliefert wird. Man sollte also niemals von vornherein die Zeugenschaft eines Psychopathen, gleichgültig, welche krankhafte Form vorliegt, verwerfen. Dem Werte nach kann man nach Rogues de Fursac hinsichtlich der Glaubwürdigkeit wie folgt klassifizieren: An der Spitze steht die Melancholie, dann folgen abnehmend die chronische halluzinatorische Psychose, die Manie, das cerebrale Trauma, die Schizophrenie, die geistige Minderwertigkeit, die Epilepsie, die progressive Paralyse, die senile Demenz, die cerebrale Arteriosklerose. Hinsichtlich der Melancholie muß man eine Reserve machen: sie muß von jeder Schwächung, von jedem geistigen Zerfall frei sein, also reine Melancholie. Dann kann der Koeffizient sogar höher sein als bei Normalen. Wenn man die beiden Koeffizientenreihen miteinander vergleicht, so findet man, daß die Größe des Wissens bei den Psychopathen beträchtlich viel schwächer ist als der Grad der Glaubwürdigkeit, besonders wegen der Zahl der Irrtümer, die sie begehen. Ebenso wie der Wert der Zeugenschaft schon beim Normalen variiert hinsichtlich des Elements, auf das sie sich bezieht, Farbe der Kleidung, Worte, Zeit usw., so ist es auch bei den Psychopathen. Allgemein ist der letzteren Zeugenschaft gut für räumliche Verhältnisse, mehr weniger ungenügend für das Signalement, Farben, Worte, Lokalisation in der Zeit. Die Resultate dabei sind bei allen Kranken miserabel.

Hinsichtlich der Suggestibilität der Psychopathen: am leichtesten sind die Minderwertigen zu suggerieren, dann abnehmend die Epileptiker, die Paralytiker, die senilen Dementen, die cerebralen Arteriosklerotiker, die Schizophrenen. Die minimalste Suggestibilität besteht bei den Manischen. Praktisch: in jedem Falle Individualisierung.

Jedoch sind diese Feststellungen sozusagen à froid gemacht, Tage nach dem zu bezeugenden Ereignis. Die Beobachtung kann erheblich gestört sein, wenn sie in der Ueberraschung, in kurzer Zeit, in einer mit dramatischen Elementen überladenen Atmosphäre gemacht wird. Praktisch kommen mehr die leichten Psychopathen, die sich in Freiheit befinden, die Desequilibrierten, die Intoxikierten, die Debilen in Frage. Ihre Aussage hat oft nicht mehr Wert als die von Kindern. Deshalb muß besonders ihre Glaubwürdigkeit experimentell sichergestellt sein. Interessant ist, daß unter dem Einfluß der Encephalitis epidemica Psychopathen sich gern selbst bezichtigen.

Um zeugen zu können, muß man sich erinnern, und um sich erinnern zu können, muß man gesehen haben; nun sieht man um so besser, wenn man mit Interesse sieht; Psychopathen haben aber für ihre Umgebung kein Interesse. Dieses Interesse kann auch je nach dem Geschlecht verschieden sein.

Allerdings ist ein Unterschied zu machen zwischen der Zeugenschaft als psychologisches Experiment und der der juristischen Praxis; erstere ist eine reine Erkenntnisoperation ohne affektive Elemente, während bei der letzteren persönliche, materielle Interessen und der Faktor Leidenschaft in Frage kommen. Ferner greifen auch Normale, um sich nicht bloßzustellen, zur Negation oder zur zweifelhaften Haltung. Viel wichtiger ist sodann für die Bewertung des Zeugen die gesunde Würdigung eines Erlebnisses, als die Details, für die der Intelligente oft nur eine nebensächliche Erinnerung hat. Nicht bloß die Auffassungsgabe, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis sind dabei zu bewerten, sondern auch die Erregbarkeit, die bei Normalen schon groß, bei den kleinen Psychopathen aber wesentlich größer ist. Endlich darf die Glaubwürdigkeit nicht als Wertmesser für die Intelligenz eines Individuums gelten. Sie steht dabei gar nicht in vorderer Linie, obwohl die Urteilskraft dabei eine Rolle spielt, sondern die Qualität und Quantität der gelieferten Auskunft. Außerdem kann der Irre insofern unabhängiger sein, als er die Vorsicht des Normalen außer acht läßt. Und schließlich ist die Mythomanie heute eine nicht seltene Folge der Encephalitis, was besonders bei falschen Anschuldigungen ein wichtiges Kapitel ist. Kinder. Wenn ein Kind gehört wird, um die Aussagen eines glaubwürdigen Erwachsenen zu bestätigen, liegt die Sache einfach. Ist es aber der einzige Zeuge, so muß seine Aussage immer suspekt sein bis zum Gegenbeweis. Die systematische Untersuchung aller kindlichen Zeugen würde unzweckmäßig sein: zu lange Dauer, Unzufriedenheit der Eltern. Trotzdem hat man einen gewissen Maßstab für die Glaubwürdigkeit: Aussagen der Polizei, der Schule, Konfrontation mit Zeugen. In speziellen Fällen ist aber eine Untersuchung nötig. Dann drei Fälle: Entweder das Kind ist deutlich normal; dann Nachforschung, ob das Kind zur Lüge geneigt ist. Oder es liegt eine intellektuelle Insuffizienz vor. Oder das Kind ist hinreichend intelligent, macht eine wahrscheinliche Angabe, aber die allgemeine Haltung, die Präcision der angewandten Ausdrücke erwecken berechtigten Verdacht; hier ist es Aufgabe des Arztes, zu untersuchen, ob er es mit irgendeiner Art Lügner zu tun hat. Auf Grund solcher Beobachtungen zieht Collin folgende Schlüsse: Behörden und Pädagogen sind sich darin einig, die Zeugenschaft eines Kindes zwischen 8 und 15 Jahren anzuzweifeln. Dann eine eingehende Untersuchung, bei der die Präcision der Wiedergabe eine Rolle spielt. Sogar das normale Kind hat imaginative Tendenzen, die rasch in die Fabulation übergehen und leicht pathologisch in die Mythomanie sowie eine gewisse Suggestibilität. Man kann ein Kind für falsche Zeugenschaft nicht verantwortlich machen und bekämpft die gewöhnliche Lüge am besten durch präcise Fragestellung und dadurch, daß man auch selbst über die sonderbarsten Antworten keine Verwunderung äußert. Alle abnormen Kinder sind eingehend zu untersuchen. Nach Collin gibt es vier Klassen abnormer Kinder, die die Prognose bestimmen: 1. Normale moralisch vernachlässigte oder von schlechter Erziehung, bei denen im allgemeinen bei Milieuwechsel die Prognose gut ist. 2. Kranke, die entsprechend behandelt werden müssen. 3. Debile Intellektuelle, die erziehbar und in gewissem Grade brauchbar sind. 4. Von Natur Perverse mit schlechter Prognose. (Collin, Rogues de Fursac, Paris médical 1926/28.)

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 35, 27. August.

Krankhafte Störungen der Lebenstriebe. L. R. Müller.
Bedeutung regionärer Stoffwechselstörungen für die Entstehung des varikosen Komplexes. Großmann.
Biochemische Untersuchungen am Harn der Marburger Olympiakämpfer. Flößner und Kutscher.
Schnürfurchen am Schädel des Neugeborenen infolge Rigidität des Muttermundes. Mayer.
Handgriff nach Schatz-Unterberger unter der Geburt. Nettesheim.
Intravenöse Strophantintherapie in der Praxis. Doll.
Vermehrung der roten Blutkörperchen im Gebirge und Ikterus neonatorum. Ziegelroth.
„Sonnenbronchitis" bei exsudativen Kindern. Klare.
* Anwendung des Somnifens bei der Narkose. Sigwart.
* Blutdruck als Erkennungsmittel des anatomischen Herzbefundes. Kroschinski.
* Ergebnisse der Nachprüfung der Dietelschen Methode zur Vorbeugung und Behandlung entzündlicher Erscheinungen bei Salvarsaninfiltration. Landesmann und Worowitzky.
Neuartige Gelenkkonstruktion für Oberschenkelprothesen. Wirth.
Volkstümliche Arzneipflanzen in der Vergangenheit und Gegenwart. Kroeber.
Noch einmal die staatliche Säuglingspflegerinnenprüfung. Klotz.

Anwendung des Somnifens bei der Narkose. Durch intravenöse Injektion dieses wasserlöslichen Barbitursäurepräparates in einer Menge von 5 ccm kurz vor Beginn der Betäubung ist der Eintritt der tiefen Narkose bei minimalem Verbrauch von Chloroform-Aethergemisch in kürzester Zeit zu erzielen. Ein stärkeres Excitatationsstadium tritt nicht auf. Auffallend ist die häufige Weitstellung der Pupillen bei dieser Art der Narkoseeinleitung, die zu Besorgnissen jedoch keinen Anlaß bietet. Die Wirkung des Somnifens hält oft noch 10 Stunden nach der Operation an, so daß das Stadium des quälenden Brechreizes nach Aufhören der Chloroform-Aetherzufuhr verschlafen wird. Irgendwelche nachteilige Folgen dieses stundenlangen Hindämmerns, besonders von Seiten der Atmungsorgane wurden nicht beobachtet.

Blutdruck als Erkennungsmittel des anatomischen Herzbefundes. Der durch die Umschnürung des Armes bei der Blutdruckmessung gesetzte Reiz wird durch Vasomotoren auf das Herz übertragen. Die funktionellen Geräusche der verschiedensten Herkunft verlieren den Geräuschcharakter und nähern sich den normalen Tönen. Die auf Dilatation und Klappeninsuffizienz beruhenden Auskultationsphänome werden in ihrem pathologischen Charakter verstärkt. Am klarsten zeigt sich diese Erscheinung, wenn in dem Augenblick auskultiert wird, wo die Quecksilbersäule den maximalen Blutdruck anzeigt.

Ergebnisse der Nachprüfung der Dietelschen Methoden zur Vorbeugung und Behandlung entzündlicher Erscheinungen bei Salvarsaninfiltration. Zur Verhütung der Salvarsanfiltrate hat sich folgendes Vorgehen bestens bewährt. Bei paravenöser Injektion (Schmerz und Beule an der Injektionsstelle) sofort die Spritze von der Nadel abnehmen, die im Infiltrat sitzen bleibt, und mit einer anderen Spritze so viel als nur irgend möglich von der Flüssigkeit aspirieren! Dann eine mit 10 ccm steriler Kochsalzlösung gefüllte Spritze an die zurückgelassene Kanüle ansetzen und teils in das Infiltrat, teils in das umgebende Gewebe einspritzen, so daß ein ziemlich großes Polster entsteht! Je rascher die Maßnahmen, desto sicherer der Erfolg. Die Erklärung der günstigen Ergebnisse bei diesem Vorgehen ist mit der Verdünnung der ätzend wirkenden konzentrierten Salvarsanlösung und der rascheren Resorption der Infiltrate durch die injizierte Kochsalzlösung gegeben. Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 35, 27. August 1926.

Leibesübungen im Kindesalter. Gottstein.
Methodik der Funktionsprüfung der Atmung, insbesondere bei Asthma bronchiale, chronischer Bronchitis und Emphysem. Baß.
◆ Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. Steiner, Henning und Steinfeld.
◆ Nervöse Beeinflussung der Nierensekretion. Glaser.
Experimentelle Veränderungen der chemischen Resistenz von Bakterien. Paneth.
◆ Klinik des Hämatinerbrechens. Samson.
Einwirkung „überweicher“ Röntgenstrahlen auf Bakterien. Schepmann u. Flecke.
Serodiagnose der Syphilis an der Leiche. Krauspe und Schmechel.
◆ Akute Magenruptur nach Einnahme von Natrium bicarbonicum. Murdfield.
Weilsche Krankheit. Adamski.
Humorale Uebertragung der Herznervenwirkung. Kahn.
Herpes-Aetiologie. Loewenthal.
◆ Schicksal von Blutergüssen in Gelenken. Seeliger.
Trauma und Geschwulst. Richter.
Die Schilddrüsentherapie, ihre Indikationen und Gegenindikationen. Oswald.
Verwendung der intravenösen Hypophysinkochsalzinfusion bei der Behandlung der Vergiftungen durch Oleum chenopodii. Vogt.
Motilität der Gallenblase (Ergotaminreflex). Campanacci und Groppali.

Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. Rekurrensspirochäten können aus dem intrakutanen Gewebsraum eines exzidierten und wieder inplantierten Hautlappens in das lebende Gewebe einwandern. Der Austritt der Spirochäten aus einem, einer gesunden Ratte implantierten, völlig verschlossenen Hautbeutel in die normale Ratte hinein ist durch das Zustandekommen der Infektion bewiesen. Haut und Hautbeutel von Rekurrensimmunratten lassen die Rekurrensspirochäten nicht durch.

Nervöse Beeinflussung der Nierensekretion. Bei vermindertem Vagustonus kann eine verringerte Ca-Ausscheidung (in 17% der Fälle nachgewiesen), bei verstärktem Vagustonus eine vermehrte Ca-Ausscheidung im Urin auftreten (in 11% der Fälle nachgewiesen).

Diese beim Menschen experimentell nachgewiesene nervöse Beeinflussung der Ca-Ausscheidung im Urin beleuchtet das Krankheitsbild der Phosphaturie und Calcariurie, das häufig den Ausdruck einer reizbaren Schwäche des Nervensystems darstellt.

Klinik des Hämatinerbrechens. Das Hämatinerbrechen, welches nicht durch lokale Prozesse resp. hämorrhagische Diathesen hervorgerufen ist, beruht auf einem konstitutionellen Moment, das in einer Zustandänderung oder Labilität des vegetativen Systems zu suchen ist. Als konditionelle Momente kommen in der Hauptzahl der Fälle Infekte und Ernährungsstörungen in Frage. Doch kann auch die vegetative Störung auf exogene Momente zurückgeführt werden; in der Hauptsache handelt es sich dabei um Luesfälle, bei denen eine zweite Schädigung hinzutritt: Salvarsan oder Infekt. Auch beim Pylorospasmus und bei stärkeren Stenoseerscheinungen kommt es nicht selten zum Hämatinerbrechen. Intensität und Dauer des Hämatinerbrechens sowie die jeweilige Mitwirkung konstitutioneller Faktoren sind für die Prognosestellung richtunggebend. Je stärker der konstitutionelle Faktor jeweils im Vordergrunde steht, als desto günstiger ist die Prognose zu stellen und umgekehrt; je mehr jedoch die Schwere des Hämatinerbrechens auf exogene Faktoren beruht, desto mehr betrachtet es der Verfasser als ein Signum mali ominis. Die Therapie ist ebenso vielseitig wie die Aetiologie des Leidens und hat sich im großen ganzen nach dieser zu richten.

Akute Magenruptur nach Einnahme von Natrium bicarbonicum. Bei einem 39jährigen Manne kommt es zur Spontanruptur des Magens in unmittelbarem Anschluß an Zufuhr einer Messerspitze Natr. bicarb. in den hochgradig mit Flüssigkeit und Speise überfüllten Magen bei Hyperazidität des Mageninhaltes.

Wie Versuche an der Leiche beweisen, kommt es schon bei bedeutend geringeren Flüssigkeitsmengen zur Magenruptur als in früheren Versuchen, wenn der Flüssigkeit Natr. bicarb. zugesetzt wird. Diese Tatsache erklärt sich durch eine starke Gasbildung im Moment des Natr.-bicarb.-Zusatzes in den hyperazetischen Mageninhalt.

Es ist als sicher anzusehen, daß in dem vom Verfasser geschilderten Falle eine Lahmlegung des neuro-myomotorischen Entleerungsmechanismus für das Zustandekommen der Berstung eine Rolle spielt.

Für das Zustandekommen der Rupturen im allgemeinen gelten die von Busch aufgestellten Grundsätze.

Schicksal von Blutergüssen in Gelenken. Ein gerinnungshemmendes Ferment ist weder in der Synovia noch in den Zellen der Synovialis nachzuweisen.

Ob eine Gerinnung von Blut in Gelenken eintritt oder nicht, ist abhängig von dem Funktionszustand der Gelenke unmittelbar nach Auftreten des Blutergusses. Befindet sich das Gelenk in Ruhe, so tritt die gewöhnliche Gerinnung ein. Nachträglich kommt es zu einer Ausschwemmung der körperlichen Elemente aus dem Blutkuchen. Bei Bewegungen dagegen findet eine Defibrinierung des Blutes statt, ähnlich der im Reagensglas durch Schlagen oder Schütteln, so daß eine Gerinnung nicht mehr auftreten kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 35, 27. August 1926.

Experimentelle Studien zur Malariabehandlung. Morgenroth, Abraham u. Schnitzer.
Entstehung und Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen. Strauß.
Entstehung der syphilitischen Blutveränderung und die Eigenschaften eines Spirochätenimmunserums. Klopstock.
Behandlung der perniziösen Anämie mit Bluttransfusionen und gleichzeitigen Insulingaben. Verbesserte Bluttransfusionstechnik. Walinski.
Ersatz der spezifischen Serumtherapie durch die Proteinkörpertherapie. Herzfeld, Mayer-Umhöfer und Becker.
◆ Pathogenese des Morbus Vaquez. Zadek.
Abhängigkeit der Toxizität des Kalziums von der Ernährung. Koopmann.
Lichtschutz durch Tannin und verwandte Substanzen. Mayer.
Scharlachschutzimpfungen mit Streptococcus haemolyticus-Vakzine und Dick-Reaktion. Strößner.
Kontrakturen paretischer Augenmuskeln. Cohn und Isakowitz.
Dosierungstechnik bei der Röntgentiefentherapie der Lungentuberkulose. Schulte-Tigges.
◆ Therapie spastischer Zustände mit Betilon. Heger.
◆ Klinische Erfahrungen mit einem neuen Morphiumderivat (Dilaudid). Taschenberg.
Erfahrungen mit Kampferlösung Hoechst. Beckmann.
Heilung eines Kindes mit Melaena neonatorum durch Röntgenbestrahlung. Irle und Schoeneck.
Eine durch den Roller verursachte Hüftgelenkserkrankung. Orgler.

Pathogenese des Morbus Vaquez. Es besteht beim Morbus Vaquez kein verminderter Blutabbau. Vielmehr sind die Symptome gesteigerten Blutzerfalles in der Regel konstant nachweisbar. Die Plethora beim Morbus Vaquez ist bedingt vornehmlich durch Vermehrung reifer Erythrozyten, daneben durch an Zahl zurücktretende Leukozyten, unter denen fast stets pathologische Granulozyten spärlich vorhanden sind. Die Hyperaktivität des Knochenmarkes ist durchweg deutlich nachweisbar. Die gesteigerte Erythropoese kommt vornehmlich in einer Hyperämie und nicht sehr weitgehender Normoblastose des roten Röhrenknochenmarkes zum Ausdruck. Die gesteigerte Leukopoese zeigt sich im Auftreten zahlreicher myeloischer Zellen im Röhrenknochenmark. Beim Morbus Vaquez besteht eine vermehrte Blutbildung so zwar, daß von den roten Blutkörperchen in der Regel nur reife Exemplare in die Blutbahn gelangen, während von den Leukozyten auch jugendliche Formen vom Knochenmark abgegeben werden. Im peripherischen Blute werden beim Morbus Vaquez die Zeichen vermehrter Erythropoese vermißt, weil alle diesbezüglichen Untersuchungsmethoden an das Vorhandensein unreifer, jugendlicher Erythrozyten gebunden sind. Das Wesen des Morbus Vaquez beruht auf einer konstant vermehrten Bildung reifer Erythrozyten.

Therapie spastischer Zustände mit Betilon. Wie die Ergebnisse der Tierexperimente erwarten ließen, hat man in dem Betilon ein wirksames Mittel bei Krankheitszuständen, die mit Spasmen der glatten Muskulatur einhergehen oder durch sie hervorgerufen werden. Es bewährte sich insbesondere bei Asthma bronchiale, sowohl im eigentlichen Anfall, als auch in der Behandlung des chronischen Zustandes. Ferner zeigte Betilon eine rasche Wirkung bei Angina pectoris und krampfartiger Kontraktion der Gallenblasenmuskulatur, speziell im cholezistitischen Anfall. Auch in der Behandlung der spastischen Obstipation wurden mit der Betilontherapie günstige Erfolge erzielt. Der besondere Vorzug des Betilon liegt darin, daß es die Möglichkeit gibt, bei allen diesen schmerzhaften Zuständen ohne Opiate auszukommen.

Klinische Erfahrungen mit einem neuen Morphiumderivat (Dilaudid). Das Dilaudid wirkt gut auf den Hustenreiz, ist ein vorzügliches Analgetikum und wirkt bei Herzkranken und bei Bronchialasthma beruhigend. In Verbindung mit Skopolamin beseitigt es Aufregungszustände. Nebenwirkungen wie Uebelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit traten nicht auf. Die Unruhe und damit verbundene Schlaflosigkeit, die oft nach Morphin auftreten, waren nicht festzustellen. Die Einwirkung auf das Großhirn ist nicht dieselbe euphorische wie bei Morphin.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, 25. August 1926, Nr. 34.

Geschichtliche und kritische Erörterung der im internationalen Schiffahrtsverkehr bis zum Kriegsausbruch bestehenden gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Conrad.

Michaelis, Bitterfeld.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

152., H. 3 u. 4, August 1926.

Cholinwirkung auf den menschlichen Blutkreislauf. Schliephake.
Physikalische und chemische Untersuchungen bei der experimentellen Malariainfektion des Menschen. Wiechmann und Horster.
* Ursprung der Ehrlichschen Diazo-Reaktion. Hermanns.
Magensaftsekretion. V. Ueber die Magenlipase. Delhougne.
Spontanes hypoglykämisches Coma. Stenström.
* Retikuloendotheliale Reaktion oder „Retikuloendotheliose"? (3. Leukämieform.) Krahn.
Hat das Insulin beim Gesunden auf die Ausscheidung von Gesamtstickstoff, Aminosäurenstickstoff und kupferoxyd-reduzierende Substanzen im Harn einen Einfluß? Zinsser.
* Beziehungen der Entzündungen und Sklerosen der Herzklappen zum spezifischen Muskelsystem. Viehlinger.
* Beobachtungen an Scharlachkranken. Benjamin.
Beitrag zur Chemie des Sputums. Kubasch.

Ursprung der Ehrlichschen Diazo-Reaktion. Die Bildung eines roten Farbstoffes bei Zugabe von Diazoniumsalz zum Urin spielt als Symptom bei einer Reihe verschiedener Krankheiten eine ungeklärte Rolle, da bisher der Ursprung dieser Reaktion trotz zahlreicher Untersuchungen nicht entdeckt werden konnte. Es steht fest, daß sie nicht auf Uebertritt von Zersetzungsprodukten aus dem Darmkanal zurückzuführen ist. Um einen Einblick in die chemische Zusammensetzung der Substanzen zu erlangen, welche der Diazoreaktion zugrunde liegen, wurde eine Darstellungsmethode zur Isolierung des Produktes in reinem Zustande ausgearbeitet (Isolierung des bei der Reaktion entstehenden Azofarbstoffes durch Kuppelung des Urins mit Dichlordiazobenzol). Als Resultat der mühseligen chemischen Untersuchungen sind folgende Ergebnisse für das Wesen dieser Reaktion von Bedeutung. Zunächst liegt der Diazoprobe kein einheitlicher chemischer Stoff zugrunde. Bei den verschiedenen Krankheiten gelangen verschiedene Ausscheidungsprodukte im Urin zur Beobachtung. Es handelt sich dabei um aromatische Verbindungen, deren Ringsystem der oxydativen Aufsprengung im Organismus entgangen ist; wahrscheinlich um Stoffwechselendprodukte, die dem geweblichen, endogenen Eiweißstoffwechsel und nicht den mit der Nahrung aufgenommenen Eiweißkörpern entstammen. Denn die Intensität der Diazoprobe ist unabhängig von der Nahrung und der zugeführten Menge aromatischer Aminosäuren. Interessant erscheint, daß zwei von den drei isolierten phenolartigen Verbindungen — welche die Diazoreaktion zeigten — stickstoffreie Substanzen sind. Die intensive beim Typhuskranken auftretende Diazoreaktion unterscheidet sich von der bei schwerer Tuberkulose vorkommenden Reaktion dadurch, daß das im Typhusurin vorhandene „Chromogen" flüchtig ist. Die im Tuberkuloseharn auslösbare Diazoreaktion geht auf die Mehrausscheidung einer auch beim Normalen in Spuren vorkommenden, aromatischen Verbindung endogenen Ursprungs zurück. Vielleicht ist dieser im Tuberkulose-Urin nachweisbare Körper identisch mit dem durch Gelbfärbung bei Permanganatzusatz zum Urin in Erscheinung tretenden Urochromogen, welches für die Prognosestellung bei der Tuberkulose von großer Wichtigkeit ist.

Retikuloendotheliale Reaktion oder „Retikuloendotheliose" (3. Leukämieform?). Bei Erwachsenen und noch häufiger bei Kindern können akute Infektionen zu leukämoiden Blutveränderungen (Auftreten granulozytärer, lymphozytärer und erythrozytärer Jugendformen) und zu myeloiden Metaplasien in den verschiedensten Organen, ja zur Lymphknoten- und Milzschwellung führen, ohne daß eine echte Leukämie zu bestehen braucht. Die Entscheidung, ob eine irreparable Vegetationsstörung, eine Leukämie mit infauster Prognose oder eine symptomatische, lymphatische oder myeloische Reaktion auf infektiös-toxischer Basis vorliegt, kann sehr schwierig sein. Gewöhnlich werden bei den diagnostisch in Frage kommenden akuten Leukämien zumeist Leukozytenwerte erreicht, die weit über das Maß der infektiösen Leukozytosen hinausgehen. Bei der Autopsie zeigt die Leukämie zumeist eine starke Ausbreitung der myeloischen Metaplasien (Uebergreifen auf das Zwerchfell), die eine Sonderung der beiden proliferativen Vorgänge am hämatopoetischen System erlaubt.

Eine solche Unterscheidung ist noch schwieriger beim reticuloendothelialen System, weil dieses monozytäre Blutzellsystem als Schutzapparat auf die verschiedensten Reize in schnellster und ergiebigster Form mit Zellwucherung reagiert. So ist das Auftreten von Monocyten und unreifen Vorstufen im Blut bei einer ganzen Reihe infektiöser, toxischer und parasitärer Erkrankungen beschrieben (Typhus, Salvarsanintoxikation, Endocarditis lenta) und besonders bei schweren Allgemeininfektionen nach nekrotisierender Angina mit Leber-, Milz- und Lymphknotenschwellung als „Monozytenangina" bezeichnet worden. Diese auffallende Reaktionsweise des Organismus ist vermutlich durch die besondere Art des jeweiligen Infektionserregers bedingt und nicht durch konstitutionelle Momente hervorgerufen, da bei solchen Individuen ein erneuter Infekt nicht zur Monocytenvermehrung führt. So entstehen auf infektiös-toxischer Grundlage reticulo-endotheliale Wucherungen in Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark und leukaemoide Blutbilder (Ausschwemmung monocytärer Stammzellen) in einem Grade, wie er für analoge Fälle lymphatischer und myeloischer Reaktion fremd ist, infolgedessen ist die Deutung — echte Leukämie oder leukämoide Reaktion — sehr schwierig. Auf Grund einer eigenen Beobachtung mit klinischem und anatomischem Befund (Sepsis mit Knochenmarksinsuffizienz und allgemeiner Hyperblasie der Reticulum- und Endothelzellen) und kritischer Bewertung des vorliegenden Materials lehnt Verf. das Vorkommen einer dritten Leukämieform, der „Reticuloendotheliose" ab und spricht derartige Veränderungen des hämatopoetischen Systems als einen symptomatischen, durch Allgemeininfektion hervorgerufenen leukämieähnlichen Krankheitsprozeß an.

Beziehungen der Entzündungen und Sklerosen der Herzklappen zum spezifischen Muskelsystem. Die im Kreuzpunkt von Aorten- und Tricuspidalklappen und der Herzscheidewand gelegenen Teile des Reizleitungssystems können durch Ausbreitung von ursprünglich an den Klappen beginnenden Entzündungs- und Degenerationsprozessen geschädigt und zerstört werden. Bei der schleichend sich entwickelnden aufsteigenden Sklerose der Aortenklappen im hohen Alter sucht das Muskelsystem den von den Klappen vordringenden Kalkmassen immer wieder auszuweichen, bis es schließlich von dem langsam aber unaufhaltsam fortschreitenden Verkalkungsprozeß festgehalten und unterbrochen wird. Als Zeichen der erstaunlichen Anpassungsfähigkeit dieser Muskelfasern ist das Fehlen jeglicher Rhythmusstörung trotz anatomisch weit vorgedrungener Verkalkung anzusehen. Die Zerstörung der Reizleitungsbündel führt zur Verlängerung der Ueberleitungszeit, zum Ventrikelsystolenausfall und schließlich zum Herzblock und veranlaßt nicht selten den Sekundenherztod aus scheinbar voller Gesundheit heraus.

Dasselbe Ausbreitungsbestreben findet sich bei der ulcerösen Endocarditis, deren überstürzter Verlauf im krassen Gegensatz zu den Vorgängen bei der Arteriosklerose steht. Die in wenigen Tagen sich entwickelnde Aorten- oder Mitralinsuffizienz und ein plötzlicher Pulsabfall auf 30—40 Schläge trotz des hohen septischen Fiebers sind die Zeichen der fortschreitenden Zerstörung, des Uebergreifens der Nekrose von den Klappen auf das Myocard und der Vernichtung des atrioventriculären Knotens oder des Hisschen Bündels. Rasch führt die toxische Myocardschädigung im Verein mit dem durch das Vitium bedingten Stauungserscheinungen zum Tod bei dieser zumeist durch Streptokokken bedingten Form der Endocarditis.

Beobachtungen an Scharlachkranken. Der Scharlach ist im Säuglings- und Kleinkindesalter selten und in seinen Erscheinungen viel uncharakteristischer als beim älteren Kind und beim Erwachsenen (Fehlen des stürmischen Beginns, kein initiales Erbrechen, flüchtige schwache Ausschläge), ohne daß bei dem an sich leichten Ablauf der Erkrankung das Ausbleiben von Komplikationen (Otitis, Lymphadenitis) gewährleistet werden kann. Für den Scharlach der Erwachsenen ist das Rheumatoid (Gelenk- und Gliederschmerzen) beim Beginn der Entfieberung kennzeichnend. Während des Fieberanstieges unverkennbar ist zumeist eine Wasserretention (Schwellung des Gesichts, zuweilen leichte Oedeme an den Extremitäten), deren Verschwinden während der Entfieberung dem Beginn der Harnflut nach Ablauf des Fieberstadiums vorausgeht. Es scheint beim Temperaturanstieg zur Wasserbindung in den Geweben, beim Abstieg zur Entquellung der Zellen und Ausscheidung des Wassers in die Gewebsflüssigkeit zu kommen. Als Zeichen der im Organismus sich abspielenden Elektrolytverschiebungen während der verschiedenen Fieberphasen ist das Auftreten des Chvostekschen Facialisphänomens bei Erwachsenen während des Temperaturabfalls anzusehen. In anderen Fällen verschwindet ein schon konstitutionell vorhandenes Phänomen im Fieber und kehrt während der Entfieberung verstärkt zurück. Beim Scharlach sind Endokarditis und Myokarditis als Komplikationen sehr selten und werden aus Mißdeutung der vasomotorischen Blutverschiebung, der akzidentellen Geräusche und der Rekonvaleszenz-Arhythmien nur zu häufig fälschlich diagnostiziert.

Die Tatsache, daß beim Scharlach gleichartige Krankheitserscheinungen nach einem freien Intervall sich wiederholen (zweites Kranksein) wird damit erklärt, daß aus unbekannter Ursache nach vorübergehender Immunität die Widerstandskraft gegen den Erreger erneut absinkt und dadurch das noch im Körper befindliche Virus wiederum sich auswirken kann. Die klinische Beobachtung zeigt, daß für das zweite Kranksein auch die exogene Reinfektion von Bedeutung ist. Der typischen Glomerulonephritis in der zweiten Periode geht zumeist eine interstitielle, lymphozytäre Niereninfiltration voraus, in den ersten Krankheitstagen, die jedoch zur Heilung neigt. Erst wenn die sich bereits erholende Niere durch das zweite Kranksein erneut geschädigt wird, entwickelt sich aus der leichten entzündlichen Infiltration die glomeruläre Stase. Die im Harn auftretenden morphologischen Bestandteile sind als Maßstab für die Schwere der anatomischen Nierenveränderungen nicht zu verwerten.

Biberfeld.

Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten.

18., Nr. 16, August 1926.

* Konstitutionelle Hypertonie. R. F. Weiß.
* Der Einfluß der Atmung auf die Herztätigkeit. Rumpf.

Konstitutionelle Hypertonie. Versuch einer Zeichnung des Krankheitsbildes der konstitutionellen Hypertonie, das aber an dem zur Zeit herrschenden Wirrwarr in der Auffassung und Deutung der Krankheitserscheinungen kaum etwas ändern dürfte.

Der Einfluß der Atmung auf die Herztätigkeit. Bei der Atmungsgymnastik, die für die Behandlung Herzkranker von großem Wert ist, wird vielfach übersehen, daß die Tiefatmung sich aus zwei Komponenten zusammensetzt, der kostalen und der Zwerchfellatmung. Die letztere wird vielfach vernachlässigt und ist doch die weit wichtigere, da sie, richtig ausgeführt, die Wirkung einer Pumpe hat, die die Herztätigkeit unterstützt. Lanke, Wernsdorf.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

63., Heft 6.

* Heterogenetische Tuberkulinallergie in ihrer Bedeutung für die Entstehung der Tuberkulinempfindlichkeit. Adam.
Vergleichend pathologisch-anatomische Studien über die Bedeutung der Lymphgefäße in den Lungen für die Verbreitung von Infektionserregern und Entzündungsvorgängen. Borm.
Sektionsmethoden zur topographischen Darstellung von Lungenveränderungen. Brauer und Fahr.
Kasuistik der Karzinome auf dem Boden von Lupus vulgaris. Dietel.
Entstehung, Erscheinungen und Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. Döderlein.
* Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. Doorntract, Koolman und Kretschmer.
Sepsis tuberkulosa acutissima und atypische Tuberkulosen mit vorwiegendem Befallensein des lymphatischen Systems. Esser.
* Erzeugung von Tuberkulin-Lokalempfindlichkeit auf Grund von Versuchen am Meerschweinchen und Menschen. Fernbach.
Genital- und Bauchfell-Tuberkulose beim Weibe. Gragert.
* Häufigkeit der Tuberkulose. Hamburger und Mayrhofer.
* Mineralstoffwechsel und Klinik der Tuberkulose. I. Heinelt.
Kombinationsformen bei Lungentuberkulose. Henius und Basch.
* Insulinbehandlung von nichtdiabetischen Lungenkranken. Hofhauser und Schön.
Neue Mittel zur Abtötung der Tuberkelbazillen im Sputum. Jötten und Sartorius.
* Tuberkulose und Schwangerschaft. Jünger.
Hauttuberkulose in Pommern. Leipold.
Tuberkulöse Labyrinthitis. Marx.
Genitaltuberkulose des Weibes und Konstitution. Mayer.
Nachuntersuchungen Lungenkranker in der Fürsorgestelle der Stadt Bonn. Oeckinghaus.
Schwankungen der Tuberkulinempfindlichkeit nebst Bemerkungen über Meningitis tuberculosa I. Ossoinig.
* Tuberkulose der axillaren Lymphknoten bei Geschwülsten der Brustdrüse. Prym.
* Goldbehandlung des Lupus erythematodes. Rothmann.
Beziehungen der Allergie zum Asthma bronchiale. Samson.
Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungentuberkulose. Schmitt.
Behandlung der Hauttuberkulose. Schubert.
Das Krankheitsbild der Sclero-Perikeratitis progressiva mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Tuberkulose. v. Szily.
Lungentuberkulose und Lymphocytose. Weicksel.
Procutine. Wichmann.
* Pathologische Anatomie der Tuberkulose. Wurm.
* Spezifität der Tuberkulinreaktion. Zieler und Hämel.
Tuberkulosefragen. Vorlesungen in Budapest, April 1926. Muck.

Heterogenetische Tuberkulinallergie in ihrer Bedeutung für die Entstehung der Tuberkulinempfindlichkeit. Schon im Jahre 1913 konnte Verf. bei Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit abgetöteten Tuberkelbazillen bzw. Organbrei lokale Tuberkulinempfindlichkeit erzeugen. Jetzt ist es ihm in 3 von 11 Fällen gelungen, bei völlig tuberkulinunempfindlichen Säuglingen durch sechsmalige Injektion von 0,1 bis 1,0 ccm einer Colivakzine eine deutliche Tuberkulinreaktion auf 1 cg, in einem Falle sogar auf 1 mg Alttuberkulin auszulösen. Die gleichen Versuche mit Typhusvakzine schlugen fehl. Die unspezifische Auslösbarkeit der Tuberkulinempfindlichkeit beweist am besten, daß eine neue zelluläre Reaktion des Organismus und nicht eine spezifische Einstellung gerade auf Tuberkelbazillenbestandteile vorliegt.

Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. Die Röntgentiefentherapie der Tuberkulose sollte mehr als bisher angewendet werden. Bei Verwendung kleiner, möglichst keine stärkere Reaktion verursachender Dosen lassen sich mit ihr sehr gute Erfolge erzielen, wie die veröffentlichten Krankengeschichten mit Röntgenogrammen zeigen.

Erzeugung von Tuberkulin-Lokalempfindlichkeit auf Grund von Versuchen am Meerschweinchen und Menschen. Tuberkulosefreie Kinder wurden intralymphoglandulär mit 1 mg abgetöteter, humaner Tuberkelbazillen geimpft. Dadurch gelang es, in einem Teil der Fälle eine echte über 1 Jahr anhaltende Tuberkulinlokalempfindlichkeit zu erzeugen. Die erzeugten Tuberkulinpapeln konnten durch nachträgliche subkutane Tuberkulinzufuhr zum Aufflammen gebracht werden, ein Beweis für ihre Spezifität.

Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose. Zum Nachweis der Tbc.-Infektion mittels Tuberkulinreaktion am Lebenden ist es notwendig, bei Kindern bis zu 1 mg, bei Erwachsenen bis zu 100 mg Alttuberkulin Koch zu geben. Nur so erfaßt man wirklich alle Infizierten. Die Kurve der Häufigkeit stattgehabter Infektion bei Kindern zeigt mit zunehmendem Alter ein gleichmäßiges Ansteigen. Im Alter von 20 bis 25 Jahren ist die Bevölkerung der Kulturstaaten bereits durchweg tuberkuloseinfiziert. In Großstädten ist dies schon im Pubertätsalter der Fall.

Mineralstoffwechsel und Klinik der Tuberkulose. Eine Gruppe von Lungenkranken erhielt die übliche gemischte Kost (3300 bis 3600 Kal.), die andere Gruppe eine überwiegend laktovegetabilische Kost ohne Kochsalz (ebenfalls 3300 bis 3600 Kal.), eine Kostform, wie sie der von Sauerbruch, Hermannsdorfer und Gerson zur diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose empfohlenen entspricht. „Mineralogen“ und Phosphorlebertran wurde jedoch nicht gegeben. Trotzdem war — also ohne Ueberfütterung mit Mineralsalzen — ein Rückgang der katarrhalischen Lungenerscheinungen festzustellen, bei einem Kranken sogar, obgleich er infolge unzureichender Nahrungsaufnahme Phosphor und Erdalkali verlor! Aus den Stoffwechseluntersuchungen ergib sich andererseits die große Bedeutung seelischer Vorgänge für den Verlauf der Tuberkulose. Ein Kranker, welcher auf der allgemeinen Tuberkulosestation sein Gewicht 3 Monate lang konstant hielt, nahm bei derselben Kostform wie bisher sofort und anhaltend an Gewicht zu, als er in das mit wenigen Kranken belegte, freundliche Stoffwechselzimmer verlegt wurde und den Eindruck gewann, daß bei ihm ein besonderes und wirkungsvolles Behandlungsverfahren durchgeführt werde.

Insulin-Behandlung von nichtdiabetischen Lungenkranken. Es gelang bei Lungenkranken (Nichtdiabetikern) durch Insulin den Appetit zu heben und — auch in sehr schweren Fällen — Gewichtszunahmen zu erzielen. Parallel mit der Besserung des Allgemeinzustandes ging die Besserung des Lungenbefundes. Weitere Versuche sind wünschenswert. Auf Symptome einer evtl. auftretenden Hypoglykämie muß geachtet werden.

Tuberkulose und Schwangerschaft. Hinsichtlich der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose wird folgender Standpunkt präzisiert: Bei latenter Tuberkulose der Lungen besteht keine Indikation. Bei der manifesten Tuberkulose dagegen ist die Schwangerschaft zu unterbrechen, es sei denn, daß es sich um eine Kranke des zweiten oder dritten Stadiums in den letzten 3 Schwangerschaftsmonaten handelt. Hier soll im Interesse des Kindes von der Einleitung der Frühgeburt abgesehen werden.

Tuberkulose der axillaren Lymphknoten bei Geschwülsten der Brustdrüse. In 7 Fällen von Mammakarzinom und 1 Fall von Myxosarkom der Mamma wurde eine Tuberkulose der Achseldrüsen gefunden, ohne daß in der Mamma oder im Gebiet der oberen Extremität eine Tuberkulose nachweisbar war. Die Achseldrüsentuberkulose bei Geschwülsten der Brustdrüse weist nicht auf eine etwa gleichzeitig vorhandene Mammatuberkulose hin, vielmehr ist in diesen Fällen stets in erster Linie an eine verborgene Lungentuberkulose zu denken, von der aus die axillaren Lymphknoten von dem Brustfell aus auf dem Lymphwege direkt durch die Brustwand infiziert worden sind. Die Achseldrüsen gehören also praktisch zum Abflußgebiet der Pleura und Lunge. Daß man Achseldrüsentuberkulose relativ häufig gerade beim Mammakarzinom findet, beruht allein darauf, daß beim Krebs die axillaren Lymphknoten am häufigsten zur histologischen Untersuchung kommen. Man hat auch nicht selten Kohlepigment, das nur aus der Lunge stammen kann, in den Achseldrüsen gefunden.

Goldbehandlung des Lupus erythematodes. Bericht über 29 Fälle von Lupus erythematodes, behandelt mit Aurocanthan bzw. Krysolgan. Es wurden, entgegen der herrschenden Gepflogenheit, große Dosen in kurzen Zeitabständen gegeben. Verf. glaubt, daß dadurch eine bestimmte Gruppe von Goldschädigungen, die anaphylaktischen Symptome vermieden werden können. (Dieser Meinung kann für bestimmte, in der Literatur beschriebene, vom Verf. nicht angegebene Fälle nicht beigetreten werden. Ref.) Neben dem anaphylaktischen Schock sind noch tuberkulöse Herd- und Allgemeinreaktionen sowie Goldvergiftungssymptome (Nierenreizung, Darmkatarrhe, Stomatitis) Ausdruck einer Goldschädigung. Die mit Krysolgan bei Lupus erythematodes erzielten Erfolge sind überaus zufriedenstellend, wenn auch nicht ganz gleichmäßig. 15 Patienten sind nach Abschluß der Kur erscheinungsfrei, 10 wesentlich gebessert. Rezidive sind gutartig und leicht beeinflußbar. Hohe Dosen in kurzen Intervallen haben sich bewährt, ernstere Schädigungen sind nicht aufgetreten.

Pathologische Anatomie der Tuberkulose. I. Ueber das Verhalten der Gefäße in tuberkulösen Lungenherden. In sehr anschaulichen Mikrophotogrammen wird gezeigt, daß im Tuberkel Kapillaren vorkommen. Bei diesen Kapillarbefunden handelt es sich nicht um Reste von Blutgefäßen des ursprünglich hier vorhandenen normalen Gewebes, wie Lubarsch meint, sondern um neugebildete nutritive Tuberkelgefäße, waren doch gerade in älteren produktiven Herden die Kapillarbefunde viel häufiger als in ganz jungen Tuberkeln. Das Dogma von der absoluten Gefäßlosigkeit des Tuberkels läßt sich somit in der bisherigen Form nicht mehr aufrechterhalten. (Die bemerkenswerten Untersuchungsergebnisse des Verf. bringen — sollten sie weiterhin bestätigt werden — möglicherweise Klarheit in mannigfache Fragestellungen des Tuberkuloseproblems wie hämatogene Metastasierung, Entstehung der Miliartuberkulose u. a. Ref.)

II. Beitrag zur Genese der Langhansschen Riesenzellen. Die herrschende Auffassung von den Langhansschen Riesenzellen ist die, daß sie aus Fibroblasten durch vielfache Kernteilung ohne Plasmateilung entstehen. In sehr demonstrativen histologischen Bildern zeigt Verf., wie die Riesenzelle aus einem soliden Gefäßsproß hervorgeht. Das Stadium der mit dem Gefäßsproß im Zusammenhang stehenden Riesenzelle ist ein sehr rasch vorübergehendes, die Wahrscheinlichkeit seines Nachweises somit äußerst gering. Die beschriebene Entstehungsart der Riesenzellen ist die wichtigste, das Vorkommen anderer Entstehungsmöglichkeiten soll nicht in Abrede gestellt werden.

Spezifität der Tuberkulinreaktionen. Die Zweifel an der Spezifität der Tuberkulinreaktion wurden auf Grund umfangreicher Untersuchungen mit folgenden Feststellungen zurückgewiesen: Auf kleinste Tuberkulinmengen ($^{1}/_{10}$ mg und weniger) reagieren mit positiven Hautimpfungen nur Tuberkuloseinfizierte, niemals Menschen, die vollkommen frei von Tuberkulose sind. Auf Hautimpfungen mit anderen bakteriellen Stoffen (Coli, Dysenterie u. a.) bekommt man positiv ausfallende Intrakutanimpfungen in gleicher Weise bei tuberkulösen und tuberkulosefreien Menschen: Bei den nach subkutaner Zuführung von Alt-Tuberkulin auftretenden „Aufflammungen“, welche zudem nur in einem Teil der Fälle und auch hier nur unregelmäßig zu beobachten sind, handelt es sich nicht um echte, der Tuberkulinherdreaktion vergleichbare Aufflammungen, sondern um solche, die den längst bekannten Pseudoreaktionen entsprechen, also als unspezifisch angesehen werden müssen.

H. Zwerg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

77., Heft 3, 20. Juni 1926.

*Physiologie der motorischen Region des Menschen und Messung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenerregung in den zentralen Abschnitten des menschlichen Nervensystems. Hans Berger.
*Erkrankungen des zentralen Nervensystems beim Fleckfieber. P. M. Feldmann.
Konstitutionsuntersuchungen an manisch-melancholischen Frauen. W. Jacobi und K. Kolle.
Schwankungen der Psychosen-Aufnahmen vor, während und nach dem Kriege. Karl Hudovernig.
Therapeutische Werte der intraspinalen Lufteinblasung. M. Fischer.
Neuartige heredo-degenerative Erkrankungsform, lokalisiert in Striatum und Rinde mit ausgedehnter Myelolyse. B. Ostertag.
Einheit oder Vielheit des syphilitischen Virus bei der progressiven Paralyse. Gian Carlo Peracchia.

Physiologie der motorischen Region des Menschen und Messung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenerregung in den zentralen Abschnitten des menschlichen Nervensystems. Der Arbeit liegen außerordentlich gründliche, sich über Jahre erstreckende Untersuchungen an solchen Personen zugrunde, denen bei einer Schädel- (Kriegs-) Verletzung oder bei einem in einer anderen Region liegenden Hirntumor zwecks Operation oder Entlastung der Schädel über einer der beiderseitigen motorischen Regionen (Gyrus centralis anterior) trepaniert worden war. In allen Fällen (im ganzen 21) war der Defekt natürlich häufig geschlossen, und die Operation lag mehrere Monate oder Jahre zurück. Die motorische Region wurde durch die Haut hindurch beim nichtnarkotisierten Patienten mittels Induktionsstromes mit einer 0,5 cm im Durchmesser messenden Elektrode gereizt. Obgleich auch in manchen Fällen die Möglichkeit vorlag, benachbarte Hirnregionen zu reizen (z. B. den Gyrus centralis posterior) wurden außerhalb der motorischen Region nie irgendwelche Reizerfolge erzielt, auch keine Gefühlssensationen etc. Innerhalb der motorischen Region brachte schon Verschiebung um 2 bis 3 mm verschiedene Reizerfolge, obgleich die Elektrode zwecks Vermeidung von allzu großer Stromdichte relativ groß gewählt werden mußte. Es gelang, eine große Anzahl von Bewegungen an Kopf und Extremitäten hervorzurufen. Die Bewegungen hatten — wie auch schon von anderen Autoren bei Affenversuchen beobachtet wurde — nie den Charakter einer einzelnen Muskelaktion, sondern stellten einen zusammenhängenden Teil einer zusammengesetzten Bewegung dar, wie sie uns aus den üblichen Zweckbewegungen geläufig sind, z. B. neben kleineren Bruchstücken wie „Abweichen der vorgestreckten Zunge nach der Gegenseite“ auch „Bewegung zwischen Daumen, Zeigefinger und den übrigen Fingern, wie beim Schreiben oder Festhalten eines Bleistiftes“ oder „Faustschluß, Beugen im Ellenbogengelenk, Heben und Außendrehung im Schultergelenk wie beim Zuschlagen“. Interessant war die Stellungnahme der so völlig klaren Patienten zu den Bewegungen. Sie traten als etwas Fremdes auf, die Kranken wurden überrascht von dem Auftreten und sehr erstaunt darüber. Nie wurden sie als Zwang, eine Bewegung ausführen zu müssen, empfunden, vom Auftauchen einer Bewegungsvorstellung war keine Rede. Die Berechnung der Fortpflanzungsgeschwindigkeit des elektrischen Reizes im Hirn und in den Pyramidenbahnen ist bei der Vielheit der zu beachtenden Faktoren sehr schwierig. B. kommt nach sehr komplizierten Versuchsanordnungen und genauen Berechnungsversuchen zur Annahme einer Latenzzeit der menschlichen Hirnrinde von 0,045 Sek. und einer Fortpfalnzungsgeschwindigkeit in den Pyramidenbahnen von 4,64 bis 6,87 m in der Sekunde. Diese Werte stellen jedoch nur Annäherungswerte dar.

Erkrankungen des zentralen Nervensystems beim Fleckfieber. Verf. beobachtete bei der Fleckfieberpandemie in Rußland 1920/21 55 Fälle mit dabei auftretenden Affektionen des Nervensystems. Und zwar 28 Hemiplegien, 18 disseminierte Enzephalitiden, 4 Rückenmarksaffektionen, 1 akuten Hydrocephalus und 4 akute Ataxien (die letzteren werden in dieser Arbeit nicht besprochen). Die nervösen Erkrankungen treten während der Fieberperiode oder auch erst in den ersten 10 bis 11 Tagen nach dem Fieberabfall auf. Die Hemiplegien bildeten sich auch im Verlauf von über 1½ Jahren meist gar nicht oder nur unvollkommen zurück. Die Schwere der nervösen Symptome geht nicht der Verlaufschwere der Fieberperiode parallel. Am höchsten war die Mortalität der Enzephalitiden mit bulbärem Charakter, und diese bildeten sich auch am schlechtesten zurück. In 2 Fällen kamen choreiforme Bewegungen zur Beobachtung. Pathologisch-anatomisch sind die letal verlaufenden Fälle nicht näher untersucht.

Panse, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

103., Heft 1 und 2, 28. Juni 1926.

Normale und pathologische Histologie des Sympathikus. Ernst Herzog.
Pathogenese einiger Formen des runden Magen-Darmgeschwüres. N. Burdenko und B. Mogilnitzki.
Pluriglanduläres Syndrom mit pathologisch-anatomischem Bild. N. Itzenko.
* Pathologie und Pathogenese der Dementia praecox (Schizophrenie). Franz Theodor Münzer.
* Behandlung der Dementia paralytica mit Rekurrens Duttoni. R. Schröter
* Kenntnis der serologischen und anatomischen Befunde bei Paralysen mit langsamen Verlauf. Toni Schmidt-Kraepelin.
Modifikation der Biondi-Färbung zur Darstellung des Bindegewebes im Nervensystem. D. Grombach.
Chronische experimentelle Medinalintoxikation. Hans Hoff und Otto Kauders.
Denkstörungen und Sprache bei Schizophrenen. Kurt Beringer.
* Diffuse Karzinose der Meningen. F. Kino.
Das Aufnahmematerial der Rheinischen Provinzial-Fürsorge-Erziehungsanstalt Euskirchen im Etatjahr 1924/1925. Richard Settels.
„Noctal" und „R. 296" als Schlaf- und Beruhigungsmittel bei Geisteskranken. Heinz Mehner.
* Erfahrungen mit „aktiver" Therapie bei Psychosen. M. Thumm.
Einwirkung cerebraler Veränderungen auf angiospastische Zustände in peripheren Gefäßen. Friedrich Meints.
Epilepsiepathogenese und der O. Foerstersche Hyperventilationsversuch. Felix Frisch.
Phänomene der vegetativen Asymmetrien, insbesondere der vegetativen Hemisyndrome, bei Geisteskranken psychogenen Ursprungs. Serejski, M. J. Frumkin und M. Kaplinsky.
Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Die Erkrankungsverhältnisse in den Neffen- und Nichtenschaften von Paralytikerehegatten. Balder Kattentidt.
Bemerkenswerter Fall von Hodenaplasie und seine neurologische Begutachtung. Lothar Ziegelroth.

Pathologie und Pathogenese der Dementia praecox. Verf. versucht dem Verständnis des Wesens der Schizophrenie dadurch näher zu kommen, daß er ausgewählte Einzelfälle genau auf endokrines Gesamtsystem und Nervensystem hin pathologisch-anatomisch untersucht. Weitere Einzelfälle sollen folgen. Im vorliegenden Falle starb ein 25jähriger Schizophrene nach relativ kurzdauernder Erkrankung durch Suicid. Pathologisch-anatomisch fand sich: Sehr große persistente Thymus mit Vermehrung und Vergrößerung der Hassallschen Körperchen, sehr kleine (zus. 32 g) Hoden mit herdförmiger degenerativer Atrophie und Verfettung. Vermehrung der Zwischenzellen. Die voluminösen Nebennieren zeigten Rindenknötchen und einzelne Adenome, im Mark Anzeichen von Entwicklungshemmung. Pankreas bot starke Verminderung der Langerhansschen Inseln. Die Schilddrüse war parenchymreich, zeigte Kolloid in den Lymphräumen und einen abnormen Gewebsherd. Eines der Epithelkörperchen war in die Schilddrüse verlagert, sie zeigten wenig eosinophile Zellen. Die Hypophyse bot Kernhaufen und ein adenomähnliches Gebilde. — Im Gehirn fand sich Schädigung der Rindennervenzellen in Form wabiger Zellveränderung und lipoider Sklerose, fleckweiser Ausfall von Nervenzellen. Alle Veränderungen hauptsächlich im Frontal-, Temporal- und Parietalhirn. — Verf. glaubt, daß diese Veränderungen, wenn sie auch die Schizophrenie nicht auslösen, der somatische Ausdruck jener eigenartigen Konstitutionsstörung sind, die eben der Dem. praec. zugrunde liegt. Endokrine Anomalien werden bei der Schizophrenie immer angetroffen und können als typische Erscheinungen der schizophrenen Konstitution aufgefaßt werden. Ferner könnten die manifesten endokrinen Störungen das Bild der Psychose beeinflussen und die Ursache vieler somatischer Begleiterscheinungen sein.

Behandlung der Dementia paralytica mit Recurrens Duttoni. An der Anstalt Arnsdorf in Sa. wird seit 6 Jahren bei D. p. die Recurrenstherapie angewandt. Im ganzen wurden bisher 190 Fälle behandelt, davon liegen 140 dieser Arbeit zugrunde. Verf. hält die Recurrens- gegenüber der Malariatherapie für unbedingt gleichwertig im Erfolg. Die Spirochaeta Duttoni wird in Mäusen weitergezüchtet. Nach mehreren Tierpassagen nimmt die Pathogenität für den Menschen ab, für die Mäuse zu. Nach jeder 50. Mäusepassage läßt Verf. den Stamm eingehen und einen neuen durch Ueberimpfung von einem fiebernden Recurrensparalytiker auf eine Maus entstehen. Kontraindikationen hat die Behandlung nicht, das Fieber erlischt spontan, läßt sich nötigenfalls durch Omnadin kupieren. Sie eignet sich nach Ansicht des Verf. zur Therapie im Privathaushalt, da Komplikationen sehr selten sind.

Kenntnis der serologischen und anatomischen Befunde bei Paralysen mit langsamem Verlauf. In späteren Stadien langsam verlaufender Paralyse kann Wa. R., Hormomastix und Goldsolreaktion im Liquor negativ werden. (Die Wa. R. auch im Serum.) Wenngleich die „geheilten" Fälle größere Neigung zur serologischen Besserung erkennen lassen, geht das Verschwinden der genannten Reaktion nicht immer einer klinischen Besserung parallel. Das Ueberstehen langwieriger hochfieberhafter Eiterungen (Dekubitus usw.) scheint dabei begünstigend zu wirken. Schwer ist in diesen langsam und oft typisch verlaufenden Paralysefällen oft die klinische Abgrenzung gegenüber der Hirnlues. Trotz langsamen und scheinbar stationären Verlaufes können sich patholog-anatomisch frische entzündliche Veränderungen und schwere Degenerationserscheinungen am Nervensystem finden.

Diffuse Karzinose der Meningen. In seltenen, aber schon beschriebenen Fällen metastasiert ein Karzinom im Zentralnervensystem nicht in Form umschriebener Knotenbildung, sondern es stellt sich eine rapide und ganz diffuse karzinomatöse Durchwucherung der Meningen ein. Das klinische Bild ist stürmisch, mit meningitischen, aber äußerst rasch wechselnden Symptomen. Nur initial kann man das Vorherrschen spinaler oder zerebraler Symptome unterscheiden. Die Therapie ist machtlos. Die Metastasierung geschieht auf dem Wege der peripheren Nerven. Die peri- und endoneuralen Lymphspalten hängen direkt zusammen auf den Lymphbahnen der Arachnoiden und Pia. — Mitteilung eines Falles.

Erfahrungen mit „aktiver" Therapie bei Psychosen. Unter „aktiver Therapie" versteht der Verf. zusammen mit Simon, der sie zuerst an der Prov.-Anstalt Gütersloh systematisch durchgeführt hat: ärztlich-pädagogische Führung in Verbindung mit konsequentester Beschäftigungsbehandlung. Verf. hat den seiner Schilderung nach sehr gelungenen Versuch gemacht, diese Therapie auch in der von ihm geleiteten Anstalt bei Konstanz durchzuführen. In wenigen Wochen war das Bild der Anstalt verändert, es gab keine unruhigen Abteilungen mehr, die Bettsäle wurden leer, die Tagsäle bevölkert mit ruhig Arbeitenden, die Kolonnen der Außenarbeiter wurden verstärkt. Die alten, auch ganz unsozialen, z. T. unsauberen chronischen Bettfälle wurden aus den Betten an die Arbeit gebracht, frisch aufgenommene, auch erregte Kranke gleich der Arbeit zugeführt. Der Bedarf an Beruhigungsmitteln und Dauerbädern sank sehr schnell. Ausgenommen wurden nur schwere Fälle akuter Verwirrtheit und tiefe Dämmerzustände. Es gelang 100% der Männer und 94—96% der Frauen zur Arbeit zu bringen. Und das in einer Anstalt, die immerhin im Jahre ca. 300 Neuaufnahmen frischer Fälle hat.

Panse, Berlin.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

61., Heft 5, Juli 1926.

* Zur Kasuistik und Auffassung der Narkolepsie. Hans Strauß.
* Konstitutionsuntersuchungen an Paralytischen. W. Gründler.
* Reflex der kleinen Zehe. L. Nemlicher und G. D. Leschtschenko.
Lage- und Stellreflexe bei Tabes dorsalis. E. Levinger und C. Eickhoff.
Intermittierende Pseudoneurasthenie und Zwangsneurose. H. Klein.
Henschens Prioritätsstreit um die Entdeckung der Sehsphäre. E. Niessl v. Mayendorf.

Zur Kasuistik und Auffassung der Narkolepsie. Der vom Verf. mitgeteilte Narkolepsie-Fall zeigte Anfälle von Tonusverlust in den Beinen, die teilweise mit Zufallen der Augen verliefen, und Anfälle von Kälteparästhesien mit gleichzeitiger Gänsehautbildung, die der Ausdruck einer Vasokonstriktion und Piloarrektion sein dürften. Dazu „Schlafanfälle" im Gehen und Stehen. Die Narkolepsie bedarf zu ihrem Zustandekommen zweier Komponenten, einmal einer in einem bestimmten Gehirnapparat (Hirnstamm) gelegenen Schwäche, zum anderen des Vorliegens gewisser irritativer Noxen, entweder in Gestalt eines an diesen Apparaten ablaufenden Prozesses oder in Gestalt humoraler Abweichungen, von denen zweifelhaft bleiben muß, wieweit sie spezifischer Natur sein müssen.

Konstitutionsuntersuchungen an Paralytischen. Die geisteskranken Paralytiker wie Epileptiker zeigen ein gleiches, eindeutiges Ueberwiegen der zuerst bei den Schizophrenen gefundenen Körperbauformen wie diese selbst. Zwischen Körperbauform und Syndromgestaltung sind bei der Paralyse Beziehungen nachzuweisen; die exogene Noxe bringt das beim Paralytiker gewissermaßen zur Auslösung, was bei ihm konstitutionell-anlagegemäß vorgebildet ist. Körperbauliche Besonderheiten, die bei anderen Arten von Geisteskranken sich nicht ergeben haben, lassen sich auch bei den Paralytikern nicht herausstellen. Irgendeine Körperbauform, wie sie uns das deskriptiv geschulte Auge im Verein mit Bandmaß und Tasterzirkel diagnostizieren läßt, kann pathognomonisch-prädisponierend für die Paralytiker nicht verantwortlich gemacht werden.

Reflex der kleinen Zehe. Bei Reizung mit dem Hammerstiel des hinteren lateralen Teiles der Fußsohle (wie beim Babinski) tritt eine Ablenkung der kleinen Zehe auf. Dieser „Reflex der kleinen Zehe" (Punsepp) hat nach Untersuchungen der Verff. keine diagnostische Bedeutung. Er ist nichts anderes als die erste Komnente des Fächerzeichens.

Kurt Mendel, Berlin.

Archiv für klinische Chirurgie.

141., 2. Heft.

❖ Divertikelileus. Fritz Kaspar.
❖ Gleitbrüche des Dickdarms. Arnold Jacobson.
Umformung transplantierter Knochen im Röntgenbild. Guleke.
❖ Aetherbehandlung der Peritonitis. Georg Wolfsohn.
Narcylen-Ueberdruck-Narkose. H. Killian.
❖ Lymphangiome und deren chirurgische Behandlung. B. Brandsburg.

Divertikelileus. Bei bestehendem M.-Divertikel kann der Darmverschluß durch Inversion und Invagination, Evagination, Striktur und Stenose, Kompression, Volvulus, Darmeinklemmung und Abschnürung, seitliche Darmabklemmung, Abknickung und Torsion bedingt werden. Von diesen Möglichkeiten überwiegen bei weitem die Typen der seitlichen Abschnürung, der Abknickung und Torsion, die mehr als die Hälfte aller Divertikel-Verschlüsse ausmachen, ihnen folgt die Einklemmung unter dem Divertikel und die Strangulation. Erst an dritter Stelle kommen die Invaginationen. Die übrigen Verschlußarten treten weit in den Hintergrund. Das klinische Bild bei Divertikelileus gleicht dem des Dünndarmverschlusses. Es gibt nur wenig charakteristische Zeichen, daß ein Divertikelileus vorliegt. Der Divertikelileus bevorzugt die ersten drei Lebensdezennien. Er tritt häufiger beim männlichen, als beim weiblchen Geschlecht auf. Gleichzeitig bestehende anders geartete Defektbildungen werden uns an die Möglichkeit des Bestehens eines M.-Divertikels denken lassen. Den größten diagnostischen Wert besitzen bestehende Nabelfisteln. Die Mortalität der operierten Fälle von Divertikelileus beträgt 65%, während die Mortalitätsziffer bei sonstigen Darmverschließungen nur 49% beträgt. Verfasser glaubt, daß die höhere Sterblichkeit bei dem Divertikelileus durch die entzündlichen Prozesse des Darmanhanges und die dadurch bedingten Verwachsungen, durch die nekrotisierenden Veränderungen und Perforationen bedingt ist.

Gleitbrüche des Dickdarms. Verfasser gibt in der Bearbeitung dieser vielfach noch wenig bekannten Bruchform zunächst eine Definition des Gleitbruches. Von einem solchen kann nur dann die Rede sein, wenn der Darmteil mit seinem Peritoneum tatsächlich einen Teil des Bruchsackes selbst darstellt, wenn die ernährenden Gefäße außerhalb des Bruchsackes liegen und der von serosa nicht umhüllte Darmteil auf der Rückseite der Bauchwand liegt. Nach Besprechung der entwicklungsgeschichtlichen Grundlagen werden die verschiedenen Theorien zur Entstehung eines Gleitbruches abgehandelt. Unter Heranziehung zahlreicher charakteristischer Fälle wird dann auf die einzelnen Formen dieser Bruchart eingegangen. Der Vergleich der bisher vorliegenden Statistiken mit der der Hildebrandschen Klinik (32 : 3450) ergibt für die Häufigkeit des Vorkommens das übereinstimmende Resultat von 1%.

Die Diagnose ist ante operationem nicht mit Sicherheit zu stellen, da sichere Anhaltspunkte fehlen. Auf die Möglichkeit, eine schwere Darmschädigung zu setzen, wenn bei der Operation die Natur des Bruches nicht erkannt wird, wird besonders hingewiesen. In dem Abschnitt Therapie werden die einzelnen Operationsverfahren beschrieben, von denen als das einfachste und sicherste die Reposition des wieder verschlossenen Bruchsackes in die Bauchhöhle anzusehen ist.

Aetherbehandlung der Peritonitis. Bei prophylaktischer Aethereingießung in die Bauchhöhle mit nachfolgender Infektion des Peritoneums mit Coli, Staphylokokken, Streptokokken oder Pneumokokken ergab sich ein günstiger Einfluß des Aethers. Die ätherisierten Tiere blieben leben oder erkrankten nur leicht, während Kontrolltiere vielfach starben. Spritzt man gleichzeitig eine tödliche Dosis von Bakterien und Aether intraperitoneal bei der Maus ein, so wird der Tod nicht aufgehalten. Ist bereits eine allgemeine Bauchfellentzündung im Gange, so ist die Aethereingießung in den meisten Fällen von guter Wirkung. Der Tod des Versuchstieres wird vielfach aufgehalten oder sogar verhindert. Die am Menschen durchgeführte Aetherbehandlung von Bauchfellentzündungen bestätigen die Resultate der Tierexperimente. Beim Menschen empfand Verfasser es als besonders vorteilhaft, daß nach Aethereingießung im allgemeinen die Narkose weiter ruhig verlief und allem Anschein nach auch die Herzkraft gehoben zu sein schien, so daß nur selten Herzmittel gegeben werden mußten. Auch die Darmtätigkeit wurde durch die Aethereingießung günstig beeinflußt.

Lymphangiome und deren chirurgische Behandlung. Verfasser beschreibt eine Anzahl von Lymphangiomen, die er zur Bekräftigung der embrionalen Theorie des Ursprunges anführen zu können glaubt. Für die Behandlung der Lymphangioektasien können dieselben Methoden angewandt werden, wie bei der Elephantiasis. Will man bei der Exstirpation der Lymphangiome vor Rezidiven sicher sein, so muß man den Abschnitt der tiefergelegenen Fascie mitentfernen, um eine Kommunikation zwischen den oberflächlichen und den tiefergelegenen Lymphgefäßen zu ermöglichen. Bei den großen Lymphangiomen der Bauchwand kann man ein biologisches Drain aus Netz oder Lig. teres formen und die Geschwulsthöhle in die Bauchhöhle hineindrainieren. Die Drainage-Oeffnung muß aber zur Vermeidung von Darmein- oder abklemmung sorgfältig vernäht werden.

Gohrband.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

196., 6. Heft, 1926.

❖ Technische Fortschritte in der Behandlung tiefliegender Lungen- und Hiluseiterungen. F. Sauerbruch.
Nervenregeneration in menschlichen Hautnarben. H. Jäger und E. Traum.
Fibroepitheliale Geschwülste des Nierenbeckens. Simon Perlmann.
❖ Behandlung der Blasengeschwülste. L. Hartinger.
Blasendivertikel. Adolf Herrmannsdorfer.

Technische Fortschritte in der Behandlung tiefliegender Lungen- und Hiluseiterungen. Infolge unserer modernen Untersuchungsmethoden gelingt es uns verhältnismäßig leicht, auch tiefliegende Eiterungen im Innern der Lunge bei freier Pleurahöhle anzugeben. Leider stößt ihre Eröffnung auf große technische Schwierigkeiten; denn das Abtamponieren der Umgebung, wie wir es von der Bauchhöhle kennen, führt nicht zum gewünschten Erfolg. Gewöhnlich ist das Bild solcher Lungenabszesse nicht unbedingt lebensbedrohlich. Man kann jedenfalls im akuten Stadium in vielen Fällen abwarten, ob der Abszeß nicht spontan ausgehustet wird. Länger als 6—8 Wochen soll man jedoch im allgemeinen nicht warten. Während dieser Wartezeit hat man schon viel erreicht, wenn es zu einer Verklebung der Pleurablätter über der Eiterung gekommen ist. Diesen erwünschten Verklebungsvorgang sucht man vielfach durch chemische Mittel zu erreichen, deren Anwendung jedoch unsicher ist. Als zuverlässigstes Hilfsmittel, den Pleuraspalt zum Verschluß zu bringen, wendet Sauerbruch die Paraffinplombe an. Bei der Lungentuberkulose hat die Paraffinplombe nicht den Erfolg, den wir mit der paravertebralen Rippenresektion erreichen. Ihr Wert tritt mehr bei den Eiterungsprozessen mit offener Pleurahöhle zu Tage. Das auf die zarte Pleura gelegte Paraffin komprimiert einmal normale als auch pathologische Hohlräume und bewirkt ferner durch Fibrinausschwitzungen der Pleura eine Verklebung der Pleurablätter. Die Paraffinplombe kann drei verschiedene Wirkungsarten haben. Bei Abszessen mit geringerer Veränderung in der Umgebung kann sie durch Kompression die Abszeßhöhle so beeinflussen, daß ihre Wandungen sich aneinander legen, und ausheilen. Bei Abszessen mit starken Entzündungserscheinungen in der Umgebung tritt vielfach, nachdem es zu einem Verkleben der Pleurablätter gekommen ist, eine Drucknekrose und eine Perforation des Abszesses in das Paraffinbett auf, ein durchaus wünschenswerter Ausgang. Tritt weder Heilung noch Perforation ein, so ist mit dem Verschluß der Pleurahöhle schon viel gewonnen.

Sauerbruch hat 10 Patienten mit Lungenabszessen mit der Paraffinplombe behandelt und in sämtlichen Fällen Heilung erzielt. Zum Schluß wird die Technik der Plombenanlage angegeben. Die Bildung des Haut- und Muskellappens hängt von der Größe und Lage des Abszesses ab. Die Rippen werden mit ihrem Periost unter Schonung des Brustfelles reseziert. Die Interkostalgefäße werden unterbunden und mit ihrem Zwischenmuskel entfernt. Eine entsprechend geformte Paraffinplombe wird auf dies so entstandene zarte Pleurafenster gelegt und zuverlässig verankert. Der Verschluß der Wunde geschieht ohne Tamponade oder Drainage.

Behandlung der Blasengeschwülste. Auf Grund der Ergebnisse an der Sauerbruchschen Klinik kommt Verfasser für die Behandlung der Blasengeschwülste zu folgenden Schlüssen:

Mögen die kleineren oder mittleren Papillome gut- oder bösartig sein, die Elektrokoagulation ist die Methode der Wahl. Bei größeren Geschwülsten kommt außerdem noch Verätzung mit Trichloressigsäure oder Schlingenabtragung, aber nur mit nachfolgender Koagulation in Frage. Handelt es sich um breit infiltrierende Krebse, so bleibt trotz der bisher nicht zufriedenstellenden Resultate nur die partielle oder totale Blasenresektion übrig. Bei inoperablen Geschwülsten kann die Elektrokoagulation palliativ angewandt werden.

197., 1./6. Heft, Juli 1926.

Neues Modell eines möglichst druckkonstanten Ueberdruckapparates. Sudeck und Helmut Schmidt.
❖ Röntgenbestrahlung der akuten Entzündungen. Otto Kingreen.
❖ Zelluloid als alloplastisches Material im Tierversuch. C. E. Jancke.
❖ Traumatische Gehirnstörungen und alloplastischer Knochen- und Duraersatz. René Sommer.
Ungewöhnlich ausgedehntes ossifizierendes Chondrom des Nasenrachenraumes. R. Stich.
❖ Erfolge der Nachbestrahlung radikal operierter Mammakarzinome. W. Anschütz und Johanna Hellmann.
Beitrag zur Frage des Parallelismus zwischen klinischem und histologischem Bild der Struma. Hermann Hueck.

Resektion der ersten Rippen. Fritz Berndt.
Chronische Neuralgie der untersten Interkostalnerven und ihre Behandlung. Baum.
Fremdkörper im rechten Bronchus nach wiederholten bronchoskopischen Extraktionsversuchen durch Pneumotomie geheilt. Rudolf Göbell.
Röntgendiagnose der Echinokokken. Otto Kingreen.
◆ Wann und wie soll der Lungenechinokokkus operiert werden? C. Lehmann.
Beitrag zur Kenntnis und chirurgischen Behandlung der eitrigen Mediastinitis. Georg Ernst Konjetzny.
Subkutane Verletzungen intraabdomineller Organe durch stumpfe Gewalt. Hans Schmidt.
Studien über Ausschaltung von ulcuskranken Magenteilen durch die Naht. Sattler.
◆ Berechtigung der Magenresektion beim frei perforierten Magen- und Duodenalgeschwür. Egbert Schwarz.
Kritische Betrachtungen zu den Operationen am makroskopisch unveränderten Magen. Max Kappis.
Volvulus der Gallenblase mit Gangrän. Jenckel.
Statistik über 223 Ileusfälle. Hans Gollwitzer.
◆ Behandlung der Appendizitis im Intermediär- und Spätstadium. Karl Reschke.
Entstehung und Einteilung der Leistenbrüche unter besonderer Berücksichtigung ihrer Begutachtung. Leistenbruch, Konstitution, Bauchdruck. M. Verth.
◆ Die Diagnose der Zystenniere. Max Grauhan.
Zur Klinik der Prostatahypertrophie. H. Brokate.
Genitalkrebs und Lymphogranulomatose der Parotis. Walther Fischer.
Wampenbildung an Kopf, Hals und Brust. Doppelseitige erbliche Quadratfüße. O. Creite.
Sakralabszesse bei kongenitalen Hautverlagerungen (bei sogenannten Dermoidfisteln, bei Foveae sacrococcygeae, Eckerschen Fisteln oder kaudalen Rückenmarksresten). F. Oehlecker.
Spätergebnisse der periarteriellen Sympathektomie. Otto Stahl.
Erworbene Deformitäten durch Wachstumsstörungen infolge örtlicher Beeinflussung der Epiphysenknorpel. Karl Reschke.
◆ Behandlungsergebnisse der Schulterversteifung und ihre soziale Bedeutung. Johannes Seiffert.
Kinematik des Ellenbogengelenks mit besonderer Berücksichtigung der Tricepsfunktion. Alfred Schulz.
Operation der seitlichen Kniescheibenverrenkungen. Carl Deutschländer.
Operative Behandlung des Hallux valgus. C. Mau und H. I. Lauber.
Chirurgische Behandlungsmethoden in der chinesischen Medizin. W. Nauck.
Zur Frage der parenchymatösen Magenblutung. H. Puhl.

Röntgenbestrahlung der akuten Entzündungen. Verfasser teilt uns die Erfolge der Röntgenbestrahlung bei akuten Entzündungen mit. Die Behandlung der Furunkel und akuten Schweißdrüsenabszesse ist zufriedenstellend. Die Behandlung der Parulis und der Erysipeloide muß als gut bezeichnet werden. Geradezu erstaunliche Erfolge wurden bei gonorrhoischen Arthritiden und akuten Lymphadenitiden erzielt. Bei tiefliegenden Abszessen trat insofern eine günstige Beeinflussung ein, als die Abszesse eher zum Einschmelzen gebracht wurden. Bei schweren fortschreitenden Phlegmonen wurden keine Erfolge erzielt, so daß Verfasser bei ihnen von dem Versuche der Röntgenbestrahlung abrät.

Zelluloid als alloplastisches Material im Tierversuch. Verfasser hat im Tierexperiment das Zelluloid als brauchbares Material zu alloplastischen Transplantationen angewandt und es als brauchbar befunden. Das Zelluloid heilt reaktionslos ein. Seine Verwendung ist am Platze, wenn es an autoplastischem Material, das natürlich in jedem Falle zu bevorzugen ist, mangelt. Abgesehen von Tierexperimenten hat Verfasser das Zelluloid bei Menschen zur Schienung der Wirbelsäule bei der Spondylitis und bei frischen Frakturen angewandt und ist mit seinen Erfolgen zufrieden.

Traumatische Gehirnstörungen und alloplastischer Knochen- und Duraersatz. Verfasser teilt uns seine Erfolge mit alloplastischem Material für Knochen- und Duraersatz mit. Die Duradefekte wurden mit Billrothbatist, die Knochenlücke mit Zelluloid bedeckt. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß eigentlich die Autoplastik die Methode der Wahl ist, daß aber die Alloplastik angewandt werden darf, wenn autoplastisches Material nicht zur Verfügung steht, oder wenn die Autoplastik erfolglos angewandt worden war. Billrothbatist und Zelluloid scheinen sich nach Untersuchung des Verfassers am besten zur Plastik zu eignen. In drei Fällen von Epilepsie wurde mit der kombinierten Alloplastik reaktionsloses Einheilen und völlige Heilung erzielt.

Erfolge der Nachbestrahlung radikal operierter Mammakarzinome. Auf Grund sehr exakter Nachuntersuchungen glauben die Verfasser die Röntgennachbestrahlung beim radikal operierten Mammakarzinom nicht aufgeben zu dürfen. Die Meßmethode für die Nachbestrahlung ist von H. Meyer ausgearbeitet und besteht in kleinen, häufig angewandten Dosen. Nach Meyers Angaben ist auch die Bestrahlung an der Kieler Universitätsklinik ausgeführt worden. Bestrahlt werden drei Felder (Brustseiten, Achselhöhlen, Klavikulargrube) und zwar vierwöchentlich 6 bis 7 Bestrahlungen hintereinander. Alsdann tritt eine Pause von 2 bis 3 Monaten, steigend auf Pausen von 4 bis 6 Monaten ein. Die Bestrahlung wird bis zum Ende des 2. Jahres fortgesetzt, so daß bis zum Ende des zweiten Jahres ca. 10 bis 11 Bestrahlungen stattgefunden haben. Falls der Zustand der Haut oder das Allgemeinbefinden der Patienten die rasche Aufeinanderfolge der Bestrahlung nicht verträgt, so müssen größere Pausen gemacht werden. Gearbeitet wurde mit ⅔ HED.

Wann und wie soll der Lungenechinokokkus operiert werden? Die Indikation zur Operation des Lungenechinokokkus muß verschieden gestellt werden. Liegt der Echinokokkus zentral, so ist der konservative Standpunkt gerechtfertigt, liegt er an der Oberfläche, so ist seine Entfernung der rationellste Weg zur raschen und komplikationslosen Heilung. Ist der Echinokokkus perforiert, so ist der chirurgische Eingriff dringend indiziert, bei Spannungsl- und Pyopneumothorax, bei Lungenabszessen und Empyem und bei verzögerter Ausheilung infolge von Schwartenbildung.

Berechtigung der Magenresektion beim frei perforierten Magen- und Duodenalgeschwür. Das perforierte Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür soll so früh wie möglich operiert werden. Kommen Patienten kurz nach der Perforation in chirurgische Behandlung, so ist zu erstreben, das Ulkus zu resezieren. Sind mehr als 12 Stunden nach der Perforation verflossen, so wird man sich im allgemeinen auf ein Uebernähen des Geschwüres beschränken müssen. Die Gastroenterostomie lehnt Verfasser ab, da er in ihr nur eine Komplikation erblickt und eine neue Gefährdung des Patienten durch Bildung eines Ulcus pept. jejuni für möglich hält.

Behandlung der Appendizitis im Intermediär- und Spätstadium. Jeder Kranke, der im akuten Stadium innerhalb der ersten 48 Stunden in die Klinik kommt, wird operiert. Ist dieser Zeitraum verstrichen, so werden nur noch die Fälle operiert, bei denen man mit Sicherheit annehmen kann, daß der Prozeß auf den Wurmfortsatz beschränkt geblieben ist. Besteht bereits ein entzündlicher Tumor oder ein umschriebener Abszeß, so wird abgewartet oder höchstens eine Abszeßinzision ausgeführt. Allen Kranken, die konservativ behandelt wurden, wird der Rat gegeben, sich in 8 bis 12 Wochen den Wumfortsatz entfernen zu lassen. An der Greifswalder Universitätsklinik wurde, abgesehen von Fällen mit freier Peritonitis, die Mortalität auf 0,9% beschränkt.

Die Diagnose der Zystenniere. Sämtliche Autoren stimmen darin überein, daß die Zystenniere eine ausgesprochen doppelseitige Erkrankung ist. Man muß also bei dieser Krankheit die Nierenexstirpation als einen Kunstfehler betrachten, falls nicht als besondere Indikation lebensbedrohliche Blutung oder Vereiterung der Niere vorliegt. Daß eine Anzahl von Patienten die Nephrektomie überstanden hat und für Jahre anscheinend geheilt war, darf uns nicht von der Ansicht abbringen, nur im äußersten Notfalle die Niere zu opfern. In letzter Zeit hat besonders die palliative Eröffnung der Zysten viele Fürsprecher gefunden. Verfasser meint, daß durch diese Eröffnung, durch die Verminderung des Binnendruckes dem in den Wandungen gelegenen Parenchym die Möglichkeit zur Erholung gegeben wird.

Behandlungsergebnisse der Schulterversteifung und ihre soziale Bedeutung. Frische Schultergelenkerkrankungen (abgesehen von denen, die ins Gebiet der Tuberkulose und der Arthr. def. gehören, also eigentliche chronische Erkrankungen sind) führen bei richtiger Behandlung in den meisten Fällen zu völliger Funktionstüchtigkeit des Gelenkes. Aeltere Schultergelenkserkrankungen haben aus bestimmten physiologisch-anatomischen Gründen eine weniger günstige Prognose. Sind Fälle falsch vorbehandelt worden, indem z. B. der Arm zu lange fixiert gehalten wurde, so ist die Prognose der Funktionswiederherstellung selbst bei richtiger Nachbehandlung zum wenigsten recht zweifelhaft. Vom sozialen Gesichtspunkte aus muß ein Unterschied zwischen den versicherten und nicht versicherten Patienten gemacht werden. Die nicht versicherten haben im allgemeinen eine bessere Prognose als die versicherten.

Gohrbandt.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 29.

Elastisches Gewebe der Vagina. Speiser.
◆ Bedeutung der Chloroformatmung für die Behandlung und Aetiologie der intrauterinen Asphyxie. Lauros und H. Müller.
Dekapitation mit dem Blondschen Fingerhut. H. Baumm.
Schwangerschaft nach Tuberimplantation. Pfeilsticker.
Vorzeitige Lösung der richtig sitzenden Plazenta (retroplazentares Hämatom). Prager.
Verwachsungen in der Cervix uteri nach Abortus. P. P. Müller.
Verwachsung in der Cervix uteri nach Curettage. Feuchtwanger.
Ein seltener Fall von Polymastie und Polythelie. Abgabekoff.

Bedeutung der Chloroformatmung für die Behandlung und Aetiologie der intrauterinen Asphyxie. Ein therapeutischer Nutzeffekt der Chloroformatmung beim Schlechterwerden der kindlichen

Herztöne ist in solchen Fällen zu erwarten, wo die Ursache der Störung in einer mangelhaften, ungenügenden Erschlaffung der Uteruswand während der Wehenpausen zu suchen ist. Sinken die kindlichen Herztöne in den Wehenpausen unter 100 in der Minute ab, ohne sich wieder zu erholen, und werden sie irregulär, so werden kleine Gaben Chloroform, ca. 5—8 Tropfen in der Minute, verabreicht. Wenn sich die Herztöne in den nächsten beiden Wehenpausen nach dieser Chloroformatmung nicht deutlich erholen, so ist anzunehmen, daß eine andere Ursache für die Asphyxie vorliegt, und damit ist auch die Indikation zur möglichst raschen operativen Beendigung der Geburt gegeben.

Nr. 30.

Strahlenbehandlung der Collumkarzinome. W. Fürst.
Anteoperative Röntgenbestrahlung des Uteruskarzinoms und ihre Tiefenwirkung. F. Heimann.
Beziehungen zwischen fötalem und mütterlichem Blutzucker. Hellmuth.
* Medikamentöse Schnellentbindung, speziell bei Anwendung des Thymophysin-Temesvary. Burckhardt.
Luftembolie beim Kaiserschnitt. Kraul.
* Wachstumsschnelligkeit gutartiger Tumoren. Pfeilsticker.
Biologische Gefahren der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Kakuschkin.
* Verhütung des Abortus nach Operationen an Schwangeren. v. Varo.
Verwachsungen in der Cervix uteri nach Curettagen. Löbel.

Medikamentöse Schnellentbindung, speziell über die Anwendung des Thymophysin-Temesvary. Die medikamentöse Unterstützung der Wehentätigkeit in der Austreibungsperiode birgt fraglos Gefahren für Mutter und Kind in sich. Besonders gefürchtet sind die tetanischen Dauerkontraktionen des Uterus, wie sie sich bisweilen bei der Anwendung von Hypophysen-Extrakten einstellen. Temesvary suchte durch kombinierte Darreichung von Hypophysen- und Thymus-Präparaten die tonussteigernde Wirkung der Präparate in die richtigen Bahnen zu lenken, d. h. statt der Dauerkontraktionen rhythmische Kontraktionen zu erzielen, und beobachtete dabei, daß die zeitliche Dauer der Wirkung verlängert wurde, wenn kombinierte Präparate statt der einfachen Hypophysenextrakte verabreicht wurden. So entstand das Thymophysin, hergestellt durch die Chemosan-Werke-Wien. Kontraindikationen für das in der Eröffnungs- und Austreibungs-Periode anzuwendende Mittel bilden: Verengtes Becken, resp. räumliches Mißverhältnis zwischen Becken und kindlichem Kopf, Querlagen oder fehlerhafte Einstellung des vorliegenden Teils, Mißbildung des Kindes, Entwicklungsanomalien der Gebärmutter und Scheide, ferner Herz- und Nervenkrankheiten, sowie Ausdehnung des Uterus durch Zwillingsschwangerschaften und Hydramnion. Erforderlich sind durchschnittlich 1—2 Injektionen. Die 2. soll ca. 2 Stunden nach der 1. erfolgen. Verf. hat sich von der vorzüglichen, rasch einsetzenden Wirkung des Präparats wiederholt überzeugt und kann sich der abfälligen Kritik von Knaus über dasselbe nicht anschließen.

Wachstumsschnelligkeit gutartiger Tumoren. Daß histologisch gutartige Tumoren gelegentlich durch ein ätiologisch unklares, rapides Wachstum klinisch gefährlich werden und einen operativen Eingriff unvermeidlich machen, ist eine bekannte Tatsache. Verf. berichtet über drei Fälle: ein Ovarialkystom, ein Myom und ein Dermoid, deren rapide Vergrößerung teilweise eine Schwangerschaft vorgetäuscht hatte.

Verhütung des Abortus nach Operationen an Schwangeren. Es wurde beobachtet, daß die Schwangerschaft vornehmlich bei solchen Frauen eine Unterbrechung erfuhr, bei welchen der Zeitpunkt des operativen Eingriffs gerade mit dem Zeitpunkt der sonst fälligen Menstruation zusammentraf. Verf. zog daraus den Schluß, daß die Reizbarkeit der Uterusmuskulatur auch in der Schwangerschaft zur Zeit der Fälligkeit der Menstruation besonders gesteigert ist. Ist also ein operativer Eingriff wegen Eierstockgeschwulst usw. erforderlich, so wähle man den Zeitpunkt der Operation möglichst so, daß der Eingriff mit dem für die Menstruation errechneten Zeitpunkt nicht zusammenfällt. Daß bei der Operation jeder Druck und jede Zerrung am graviden Uterus unbedingt vermieden werden muß, ist selbstverständliche Vorbedingung für die Erhaltung der Schwangerschaft. — Postoperativ empfiehlt es sich sehr, die Reizbarkeit der Uterus-Muskulatur durch Novatropin-Papaverin-Gaben herabzusetzen. Dosierung: dreimal täglich 1,5 mgr Novatropin und 2.0—2.5 cgr Papaverin, subkutan injiziert: späterhin per os dieselbe Menge. Bei Beobachtung dieser Gesichtspunkte sah Verf. nur in 10% der Fälle, daß es zum postoperativen Abortus spontan kam.

Nr. 31.

Narkoseacidose. G. K. F. Schultze.
Galvanisation des atonischen Uterus. Kraul.
Intraabdominelle Blutungen aus den Ovarien (Corpus luteum). F. Beck.
Isolierte Tubentorsion. Horsch.
* Antiluetische Behandlung Gravider. Fabricius.
Genitalfurunkel als ausschlaggebende Indikation zum Kaiserschnitt bei engem Becken. Kubig.
Thymophysin in der Eröffnungsperiode. Jahreiss.
Entstehung der primären Bauchhöhlenschwangerschaft. St. Meczewski.
Morbidität und Mortalität an Puerperalinfektion. Konstantinoff.

Antiluetische Behandlung Gravider. Auch bei klinisch und serologisch nicht nachweisbarer Lues empfiehlt sich bei habituellem Abortus eine energische antiluetische Kur. Man erreicht damit mit großer Wahrscheinlichkeit, daß kein Abortus eintritt und das Kind gesund zur Welt kommt. Verf. berichtet über 2 Fälle, in welchen klinisch absolut kein Zeichen einer Lues vorhanden war, die aber mehrfach abortiert hatten. Nach einer gründlichen spezifischen Kur in beiden Fällen: normaler Partus und lebende, klinisch und serologisch gesunde Kinder.

Nr. 32.

Die deutsche Frau der Nachkriegszeit und ihre Erholung. Sellheim.
* Ergebnisse der Dilatationsbehandlung nach Menge bei Dysmenorrhoe. Schwoerer und Wichmann.
Ist die Born-Schröder-Fränkelsche Menstruationstheorie im Sinne nach Grell zu verwerfen? Greil.
Schwangerschaftsreaktion nach Dienst. Großmann und Mesewinkel.
Dekapitation mit dem Blondschen Fingerhut. Ecke.
Traumatische Neurose im Klimakterium nach Perityphlitis. v. Wolff.
Neue Hebosteotomienadel. Malfatti.
Echte Zysten der Milz. Mondré.
Neues Scheidenspekulum. Silin.

Ergebnisse der Dilatationsbehandlung nach Menge bei Dysmenorrhoe. An dem großen Material der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik wird die Mengesche Dysmenorrhoe-Behandlung schon seit 1908 mit gutem Erfolg angewandt. Sie besteht bekanntlich darin, daß der Zervixkanal bis Hegar 16 aufgeweitet und das Uteruskavum mit ölgetränkter Xeroformgaze fest tamponiert wird. Die Gaze soll 7 Tage liegen bleiben. In nur 16% aller Dysmenorrhoe-Fälle hatte die Klinik mit diesem Verfahren Versager zu verzeichnen. Unter diese Gruppe fallen die Patienten mit funktioneller Störung des vegetativen Nervensystems, die Genital-Hypoplasien und endlich die Fälle von Dysmenorrhoe auf psychischer Basis. Ferner gehören hierher die Fälle, in denen ein anderes, für die Dysmenorrhoe ätiologisch in Betracht kommendes Leiden nicht rechtzeitig erkannt und genügend gewürdigt wurde. Ob es der modernen Konstitutionsforschung gelingen wird, die für die Mengesche Dilatationsbehandlung nicht geeigneten Fälle von vornherein auszuscheiden, bleibt noch sehr fraglich.

Schwab, Hamburg.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 34, 21. August 1926.

Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei Psoriasis. S. Bettmann.
* Die Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Adolf Hirsch.
Zur Frage der Gilchristschen Hautblastomykose. L. N. Maschkilleison.

Die Diagnose der Syphilis aus dem Blutbild. Von Antoni sind mit der sogenannten Ringold-Färbung Veränderungen des Blutbildes beschrieben worden, die er als für Syphilis charakteristisch bezeichnet. Sie bestehen in schlechter Kernfärbbarkeit, Kernwandhyperchromasie, angenagten und unscharfen Konturen, Verwaschenheit der Kerne und einer eigenartigen Gangbildung an den Kernen der Leuko- und besonders der Lymphozyten. Nachuntersuchungen des Verf. konnten keine Unterschiede zwischen normalem und syphilitischem Blut nachweisen, bei denen beiden die beschriebenen Befunde in einem Teil der Fälle vorhanden waren, in einem anderen fehlten. Die Gänge lassen sich von den bekannten oxychromatischen Aufhellungen nicht mit genügender Sicherheit differenzieren, um daraus eine Luesdiagnose zu stellen.

83., Nr. 35, 28. August 1926.

* Hautgangrän nach Kohlenoxydvergiftung. Siegmund Schoenhof.

Hautgangrän nach Kohlenoxydvergiftung. Bei einer 46 jährigen Frau, die Zeichen einer nicht zu alten Syphilis aufwies, kam es 4 Wochen nach einer im übrigen gut überstandenen Kohlenoxydvergiftung zu zwei isolierten Hautnekrosen an der linken Ferse und Fußsohle. Die Syphilis hat dabei jedenfalls höchstens eine unterstützende Rolle gespielt. Die Aehnlichkeit der Erscheinungen mit denen der neurotischen Hautgangrän bzw. den Hautveränderungen nach Läsionen des Zentralnervensystems läßt die Annahme berechtigt erscheinen, daß es sich, wie bei diesen Formen, auch bei der Hautgangrän nach Kohlenoxydvergiftung um Reizungen des Sympathikus bzw. vasomotorische Reizphänome handelt, womit die besondere Affinität des Kohlenoxyds zum Nervengewebe im Einklang steht.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. med. Wochenschrift.

Nr. 32.

✦ Pulsus alternans minimus. W. Löffler.
✦ Leistungsfähigkeit des Bluttransfusion in der Therapie der Anaemia graviditatis perniciosoformis. A. Reist.
Pathologie und Therapie der Polycythaemia vera. H. Ryser.
✦ Strahlenresistenz der Melanome. G. Miescher.
Studium der im Gefolge maligner Tumoren auftretenden toxischen Dermatosen. E. Ramel.
Miscellanea curiosa. J. Fallscheer-Zürcher.

Pulsus alternans minimus. Bei den spärlichen Zeichen, die uns das Herz über den Zustand seiner Muskulatur zur Verfügung stellt, muß man über jedes Indiziium froh sein, das bis zu einem gewissen Grade über die Muskelkraft des Herzens Aufschluß geben kann. Der Pulsus alternans ist einer der wenigen Indikationen, die eine Verminderung der Kontraktilität des Myokards anzeigen. Es kann mit den einfachsten Mitteln bei der auskultatorischen Blutdruckmessung festgestellt und gemessen werden und verdient daher die Aufmerksamkeit der Praktiker in hohem Maße.

Leistungsfähigkeit der Bluttransfusion in der Therapie der Anaemia graviditatis perniciosoformis. In der Behandlung der perniciosoformen Graviditätsanämien stellt die Bluttransfusion ein äußerst wertvolles Mittel dar und ist für die schweren Fälle geradezu die Therapie der Wahl, welche, in konsequenter Weise bis zur eintretenden Remission durchgeführt, höchstwahrscheinlich imstande sein wird, die Mortalität dieser Erkrankung auf ein Minimum herabzudrücken. Dies wäre um so erfreulicher, als es sich einerseits gewöhnlich um mehrgebärende Frauen handelt, die im Falle eines unglücklichen Ausganges unersetzliche Lücken in der Familie hinterlassen, und andrerseits nach den bisherigen Erfahrungen die einmal eingetretene Heilung mit größter Wahrscheinlichkeit eine dauernde bleibt, im Gegensatz zur Biermerschen Anämie, bei welcher der Transfusionserfolg sich gewöhnlich mit einer vorübergehenden Remission begnügen muß.

Die Verwendung von mit den Empfängern gruppengleichen Spendern ist nach dem Stand der heutigen Erfahrungen eine conditio sine qua non, und die direkte Transfusion, von Vene zu Vene ausgeführt, liefert ein wertvolleres Resultat als die indirekten Methoden, welche durch die Blutdefibrinierung oder den Natriumzitratzusatz eine mechanische oder chemische Schädigung des Blutes bedingen können.

Die Transfusion erscheint geeignet, durch ihre Anwendung vor einer einzuleitenden Schwangerschaftsunterbrechung das Risiko der dabei eventuell auftretenden Blutverluste für die Patienten zu vermindern.

Strahlenresistenz der Melanome. Die Ergebnisse des Verf. stehen im Einklang mit den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen, nämlich, daß der ablehnende Standpunkt in der Frage der Strahlenbehandlung der Melanome zu Recht besteht. Erfolge sind zwar nicht ausgeschlossen, am ehesten noch beim Primärtumor zu erwarten. Allein, es ist auch dort ungewiß, weil die Möglichkeit, daß in wachsenden Tumoren bereits Ruheinseln sich ausgebildet, trotz Probeexcision nicht ausgeschlossen werden kann, und Strahlenresistenz mit Regelmäßigkeit dort angetroffen wird, wo es sich um klinisch und histologisch durch geringe Proliferation charakterisierte Tumoren handelt.

Nur nebenbei sei noch erwähnt, daß die große Neigung der Melanome zur Aussaat von Zellmaterial in Lymphspalten und Lymphgefäße und damit zur Bildung von Rezidiven und Metastasen die Prognose noch in besonderer Weise verschlechtert.

Nr. 33.

Theorie des Neonnitarismus. Tièche.
Insulinwirkung auf Alkalireserve und Blutzucker im Comadiabetikum. W. Singer.
Wirkung des Koffeins, koffeinhaltigen Kaffees und der Kaffee-Röstprodukte auf die Kreislauforgane mit dem Sahlischen Volum-Bolometer. J. Mensch.
✦ Verwendungsmöglichkeiten des Sistomensins und Agomensins in der Gynäkologie. A. Schwarz.
✦ Einfluß der Röntgenbestrahlung auf gewisse Bestandteile des Blutes. A. Gigon und M. Ludin.

Verwendungsmöglichkeiten des Sistomensins und Agomensins in der Gynäkologie. Seitdem man erkannt hat, daß Störungen im endokrinen System die Ursache vieler gynäkologischer Erkrankungen sind, wendet man sich mehr und mehr der oralen und parenteralen Organotherapie zu.

Zwei in den letzten Jahren auf dem Markt erschienene Präparate haben sich in der gynäkologischen Fachwelt schon sehr eingelebt: es sind dies Agomensin und vor allem Sistomensin Marke Ciba. Beide werden durch Extraktion aus Corpora lutea gewonnen, und zwar stellt das Agomensin einen wasserlöslichen wirksamen Bestandteil dieser Drüse dar, während sich das Sistomensin im lipoidlöslichen Teile des Extraktes vorfindet.

Sistomensin verwendet der Verf. bei stillenden Müttern, wenn die Sekretion nachließ, bei profusen Menstruationen, bei klimakterischen Blutungen, bei Fluor, der nicht auf infektiöser Basis beruht.

Agomensin, in seiner Wirkung nicht ganz so zuverlässig wie Sistomensin, findet Verwendung bei allen ovariellen Ausfallserscheinungen.

Einfluß der Röntgenbestrahlung auf gewisse Bestandteile des Bluts. Nach der Röntgenbestrahlung irgendeines Körperteils sind stets deutliche Veränderungen im Blute nachweisbar. Kohlenstoff und Stickstoff verlaufen gleichsinnig, was dafür spricht, daß die Eiweißkomponenten des Bluts hauptsächlich durch die Bestrahlung beeinflußt werden. Der Wassergehalt des Bluts verhält sich umgekehrt zum Kohlenstoffgehalt; beim Sinken des letzteren tritt eine Wasseranreicherung, beim Steigen eine Eindickung des Blutes auf. Bekannt ist die starke Leukopenie nach Röntgenbestrahlung; Veränderungen im Serumeiweiß sind von einigen Autoren mit Sicherheit nachgewiesen worden.

Eine Erklärung für den divergierenden Ausfall der Bestrahlungsreaktion bei den verschiedenen Patienten läßt sich nach den bisherigen Versuchen nicht geben. Sehr wahrscheinlich kommen verschiedene ursächliche Momente in Betracht, u. a. der Krankheitszustand des betr. Individuums.

Held.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.

18., Heft 2, 1926.

✦ Organische und psychogene Hyperkinesen. Robert Bing.
Die sogenannten Basalganglien. S. Kodama.
Sprache und Denken. Ludwig Binswanger.
✦ Instruktiver Fall von Unfallneurose. C. v. Monakow.

Organische und psychogene Hyperkinesen. Die epidemische Enzephalitis hat gezeigt, daß eine Reihe von für psychogen gehaltenen Affektionen organisch bedingt sind: Tic, klinische oder tonische Spasmen, Atemstörungen, Torticollis spaticus usw. Auch die Chorea und Athetose besitzen eine anatomische Grundlage; entzündliche Prozesse im Corpus striatum und Thalamus, Nekrosen, Sklerosen, Degenerationen, Zellatrophien, tumorartige Gebilde, syphilitische, arteriosklerotische Prozesse in dieser Region sind das anatomische Substrat für die akute bzw. chronische Chorea; auch die Athetose ist striären Ursprungs. Affektionen der Putamen sind besonders von choreatischen Bewegungen, diejenigen des Nucleus candatus von athetotischen begleitet. Auffallend ist der anfallsartige Charakter, die Periodizität dieser Störungen; eine Erklärung hierfür steht noch aus. Bemerkenswert sind ferner die psychischen Störungen bei der Maladie destics und bei postenzephalitischen Spasmen. Es scheint ein Parallelismus zwischen der motorischen und psychischen Aktivität zu bestehen. Es ist nicht wunderbar, daß die organisch bedingten Spasmen und Tics psychotherapeutisch beeinflußbar sind, geheilt können sie durch diese Behandlung nicht werden.

Instruktiver Fall von Unfallneurose. Mitteilung eines Obergutachtens. Fall von Neurose nach Unfall, deren wesentlichster Bestandteil eine moralische Schwäche bildet. Das nervöse Leiden trägt teils hysterischen, teils hypochondrischen Charakter, birgt ferner unverkennbare Bestandteile eines alten Alkoholismus in sich, welcher zu einer gewissen Demoralisation geführt hat. Simulation ist nicht vorhanden, wohl aber Aggravation und Begehrlichkeit, die indessen in irgendeiner Form und Umfang einen nahezu regelmäßigen, man kann sagen, integrierenden Bestandteil fast jeder Neurose darbietet. „Hysterische Symptome lassen sich nur vereinzelt, d. h. nicht zu einer natürlichen Gruppe aufgebaut, selten auf die Dauer künstlich nachahmen."

Kurt Mendel, Berlin.

Acta Medica Scandinavica.

64., Heft 1, 6. August 1926.

✦ Einwirkung des Salvarsans auf die Blutzuckerkurve. Heden.
✦ Systematisierte und makulöse Teleangiektasien. Barkman.
Darmparasiten in Finnland. Ehrström.
✦ Perorale Adrenalinblutdruckwirkung. Brems.
✦ Säurebehandlung der Koliinfektion der Harnwege. Johansen und Warburg.

Einwirkung des Salvarsans auf die Blutzuckerkurve. Nach Ansicht des Verfassers wirkt das Salvarsan, ebenso wie das Guanidin senkend auf die Blutzuckerkurve. Außerdem kommen eine Reihe von anderen Eigentümlichkeiten, speziell bezüglich der Laktosesalvarsankurve, vor, die jedoch weitere Untersuchungen erforderlich machen.

Systematisierte und makulöse Teleangiektasien. Bei einer Kranken mit scheinbar ganz gewöhnlichen grobfleckigen, einseitigen Teleangiektasien ergab eine genaue neurologische Untersuchung das Vorliegen einer Syringomyelitis. Bei den auf die einzelnen Marksegmente bezüglichen Symptome traten besonders vasomotorische und trophische Störungen der Haut hervor, die dieselbe Ausbreitung nach den einzelnen Wurzeln wie die Teleangiektasien hatten, und die anatomisch einer Affektion der grauen Marksubstanzen entsprachen. Ergriffen waren die Abschnitte zwischen dem vierten Halssegment und dem fünften Dorsalsegment. Nach Ansicht des Verfassers muß für die Entstehung der anämischen Naevi und der Teleangiektasien besonders das vasomotorische Nervensystem als Angriffspunkt aller theoretischen Erklärungsversuche betrachtet werden. Wahrscheinlich ist im Falle des Autors der Seitenstrang des Rückenmarks das pathogenetische Agens für die vasomotorischen Störungen, die ihrerseits wieder die Teleangiektasien hervorgebracht haben. Dennoch erscheint es dem Autor nicht unmöglich, daß die Teleangiektasien nicht erst Folgeerscheinungen der trophischen Hautstörungen sind. Selbst in diesem letzten Falle aber würden sie auf einer Störung im Zentralnervensystem beruhen. Sollte die Hypothese des Autors wirklich Allgemeingültigkeit haben, so könnte man auf Grund solcher und ähnlicher Beobachtungen — klinischer und pathologisch-anatomischer — an Läsionen von vasomotorischen und trophischen Zentren denken.

Perorale Adrenalinblutdruckwirkung. 4 mg Adrenalin per os gegeben, haben eine konstant auftretende und ausgesprochene blutzuckererhöhende Wirkung. Eine Blutdruckwirkung fehlt hingegen, äußert sich oft als Senkung, seltener als Druckanstieg. Es gibt keinen Parallelismus zwischen der peroralen Blutdruck- und Blutzuckerwirkung, ebensowenig zwischen der peroralen und der subkutanen Blutdruckwirkung.

Es werden Vermutungen betreffs der Ursache der Dissoziation der glykämisierenden und pressorischen Wirkung von peroralen Adrenalingaben ausgesprochen. Außerdem werden verschiedene Seiten der Adrenalinwirkung im allgemeinen berührt, mit speziellem Hinblick auf die Frage von der Anwendbarkeit von Adrenalinversuchen zur pharmakologischen Leistungsprüfung des vegetativen Nervensystems; hierauf hofft Verfasser in einer späteren Mitteilung zurückkommen zu können.

Säurebehandlung der Koliinfektion der Harnwege. Der wachstumshemmende Einfluß saurer Medien auf das Bacterium coli ist experimentell längst festgestellt. Außerdem wurde gezeigt, wie wichtig für die antiseptische Wirkung das Hexamethylentetramins ein saures Lösungsmittel ist. In 40 Fällen von Infektionen der Harnwege, darunter 35 Coli-Pyurien, wurde die Säuretherapie mittels Kalziumchlorids und Ammoniumchlorids durchgeführt. Von 35 Fällen mit Coli-Pyurie wurde eine vollkommene Heilung mit sterilem Urin in 20 Fällen erreicht, d. h. in 57% der Fälle. Bei den unkomplizierten Fällen wurde der Urin in 80% bakterienfrei gemacht. In 11 Fällen, also in 30%, wurde die Symptomfreiheit erreicht, doch wurde der Urin nicht steril. Bei den übrigen Fällen, d. h. in ungefähr 13%, hatte die Behandlung keinen Erfolg. Besonders die komplizierten Fälle verhielten sich gegenüber der Säuretherapie refraktär.

Arnold Hirsch, Berlin.

Acta psychiatrica et neurologica.

1., Fasc. 2, 1926.

* Katatonie und Melanodermie. V. Wigert.
* Multiple Neurofibromatose. H. Höglund.
Tonische Augenkrisen bei chronischer epidemischer Encephalitis. A. Wimmer.
* Glykorhachie bei epidemischer Encephalitis und anderen Affektionen des Zentralnervensystems. C. J. Munch-Petersen und K. Winther.

Katatonie und Melanodermie. Bei Addisonscher Krankheit kommen häufig psychische Störungen vor, die zumeist als „neurasthenische" geschildert werden: Asthenie, ausgeprägtes Schwächegefühl, Erregbarkeit, Schlafsucht, Schlaflosigkeit, Depression, ängstliche Verstimmungen, amentiaähnliche und deliröse Zustände, Schizophrenie. Verf. bringt hier die Krankengeschichten von 5 Fällen von schwereren schizophrenen Krankheitszuständen, sämtliche von katatonem Typ, bei welchen eine bedeutende, in 4 Fällen generelle und im fünften ziemlich ausgebreitete Epidermis-Hyperpigmentation beobachtet wurde, welche stark an diejenige erinnert, die man bei Addison findet. Es waren aber Zeiten von Nebenniereninsuffizienz nicht nachweisbar. Wahrscheinlich wirkt bei der Schizophrenie ein nervöser Faktor auf gewisse (endokrine) Organe ein, so daß eine Autointoxikation der Epidermis entsteht. Die Melanodermie kann also anderen bei der Schizophrenie vorkommenden innersekretorischen Phänomen gleichgestellt werden.

Multiple Neurofibromatose. Mitteilung eines Falles von Recklinghausenscher Krankheit mit Sektionsbefund.

Glykorhachie bei epidemischer Encephalitis und anderen Affektionen des Zentralnervensystems. Bei der epidemischen Encephalitis findet sich zuweilen eine Glykorhachie von wechselnder Intensität, zugleich eine schwache Hyperglykämie. Auch bei Diabetes, Urämie, gewissen Intoxikationen und mehreren ansteckenden Krankheiten kommt Glykorhachie, stets mit Hyperglykämie, vor, desgleichen bei Hirn- und Rückenmarkstumor (hier aber ohne Hyperglykämie), bei Epilepsie, Paralysis agitans, Encephalomalacie, Poliomyelitis acuta, Dementia praecox, progressiver Paralyse, Meningitis syphilitica. Der Zuckergehalt im Liquor hat ferner einen differentialdiagnostischen Wert in Fällen von Meningitis gegenüber Meningismus usw., auch vielleicht in Fällen von Epilepsie gegenüber Hysterie, er hat einen prognostischen Wert in Meningitisfällen, weil ein Steigen des Zuckergehaltes im Liquor ein Sinken der Intensität des krankhaften Prozesses anzeigt, schon lange ehe die klinischen Zeichen auf den günstigen Ausgang hindeuten.

Kurt Mendel, Berlin.

The Lancet.

211., Nr. 7, 14. August 1926.

Klinische Verwendung der Spaltlampe. Butler.
* Untersuchung des Mageninhalts bei Kindern. Cassie und Cox.
* Intrauterine Injektion reinen Glyzerins. Compton.
* Wirkung des Lichts auf Leberthran. Peacock.
Tonischer Spasmus der Augen bei der Déviation conjugée. Barkas.
Ausbruch von Kinderdiarrhoe mit Befunden eines parasitären Pilzes. Cookson und Thorp.

Untersuchung des Mageninhalts bei Säuglingen und der Wert der Milchsäuremilch. Das Kind ist, wenn es nicht akut erkrankt ist, fähig, mit verschiedener Nahrung genügend HCl für eine geeignete pH-Konzentration zu sezernieren, wie sie etwa der des normalen brustgefütterten Kindes (6,5) entspricht, und es ist sehr zweifelhaft, ob man wenigstens für die Magenverdauung durch Benutzung saurer Milchmischungen, welche die pH zu höherer Konzentration steigern, Nutzen schaffen kann. Erbrechen bei normalem Stuhl erfährt durch saure Milchmischung keine Besserung. Milchsäure-Milch, durch B. bulgaricus hergestellt, ist dagegen von großer Heilwirkung bei chronischer Enteritis. Ob das die Folge einer Verdrängung der pathogenen Mikroben durch harmlose Keime ist oder durch die vermehrte Säure des Duodenalinhalts zustande kommt, der die Verdauungssekrete befördert und so ein weniger reizendes Verdauungs-Endprodukt hervorruft, ist zweifelhaft; wahrscheinlich spielen beide Faktoren dabei eine Rolle. Die Milchsäuremilch wirkt auch günstig bei Kinderekzem und bei schweren Fällen von Urticaria. Wegen der Gefahr pathogener Verunreinigung sollte außerhalb des Hospitals nur vorsichtiger Gebrauch von der Milchsäuremilch gemacht werden.

Intrauterine Injektion reinen Glyzerins, experimentelle Studie über die bakteriologische Grundlage der lokalen Behandlung puerperaler Sepsis mit diesem Mittel. Im Hinblick auf die von Hobbs neuerdings empfohlene Methode intrauteriner Glyzerininjektion bei septischen Zuständen des Uterus und seiner Adnexe, die jener auf die rein physikalische, lymphagoge Wirkung einer Gewebsdrainage zurückführte, stellte Verf. Versuche über die Wirkung des Glyzerins auf die in den Geschlechtsorganen vorkommenden pathogenen Bakterien und auf Gewebszellen an. Aus der Bestimmung der Zeitgrenzen, innerhalb welcher die antiseptische, bzw. bakterizide Wirkung zustande kommt, geht hervor, daß reines Glyzerin nur schwach bakterizid wirkt im Gegensatz zu seinem ausgesprochenen antiseptischen Charakter. Die verschiedenen Keime (Enterokokkus, B. cutis communis, B. coli, Staphylo-, Strepto-, Gonokokken) besitzen in dieser Reihenfolge verschiedene Grade vitaler Widerstandskraft bei Kontakt mit reinem Glyzerin. Der nächst dem Gonokokkus am wenigsten widerstandsfähige Streptokokkus wird verhältnismäßig früh das Opfer bakterizider Wirkung des Glyzerins, jedoch erst längere Zeit nach der durch Glyzerin erzeugten Wachstumshemmung. Gestützt auf die Arbeitsmethoden Flemings wies er sodann nach, daß Glyzerin viel weniger toxisch für Leukozyten ist als z. B. für einen der sehr widerstandsfähigen Keime, den Staphylokokkus. In sehr sinnreichen, übersichtlichen Kurven wird der Vergleich der Wirkung auf Gewebszellen und Mikroorganismen dargestellt und vergleichsweise eine solche Kurve mit Kalipermanganat wiedergegeben, das eine viel schädlichere Wirkung auf Gewebszellen, als auf den Staphylokokkus zeigt.

Wirkung des Lichts auf Lebertran. Irgendwelche Quelle weißen Lichts von genügender Intensität bewirkt in normalem Leberthran das allmähliche Verschwinden der normalen goldglänzenden Fluoreszenz. Von der Intensität des Lichts hängt die Schnelligkeit dieses zufällig entdeckten Phänomens ab. In Versuchen konnten Oxydation und Temperaturveränderungen als ursächliche Faktoren ausgeschlossen werden. Bevor vollkommene „Delumination" des Leberthrans eintrat, wurde die Zerstörung des Vitamins A durch die negative Arsenchlorid-Reaktion festgestellt. Gänzlich deluminiertes Oel gewinnt, wenn es einige Monate im Dunkeln gehalten wird, langsam einen Teil seiner Fluoreszenz wieder, dagegen scheint das Vitamin A dauernd zerstört zu sein. Mit der Veränderung in der Fluoreszenz des Oels ändert sich auch der Absorptionsstreifen im Spektrum, indem er sich, ins Ultraviolette hinein ausdehnt; das voll deluminierte Oel hat aber einen breiteren Streifen als das noch etwas fluoreszierende, aber seines Vitamins A beraubte Oel. In dem Maße, wie die Fluoreszenz zurückkehrt, nähert sich der Absorptionsstreifen wieder der Norm. Delumination und Zerstörung des Vitamin A gehen also parallel, aber sind nicht identische Erscheinungen. Nach weiteren Versuchen wird Vitamin D anscheinend nicht durch Licht zerstört. In allen quantitativen Experimenten über wachstumbefördernde Eigenschaften des Leberthrans muß also die Art der Aufbewahrung des Oels und seine merkwürdige Reaktion gegen Licht in Rechnung gezogen werden. Rontal, München.

Rivista Ospedaliera.

16., Nr. 6, Juni 1926.

* Neue Orientierungen in der Sympathikus-Chirurgie. G. Pieri.

Neue Orientierungen in der Sympathikus-Chirurgie. Bis zum vergangenen Jahre beschäftigte sich die Sympathikus-Chirurgie ausschließlich mit der Abtragung von Ganglien. Inzwischen haben wir gelernt, so wenig wie möglich an diese Zentren zu rühren, deren Funktion ja noch so wenig geklärt ist. Der augenblickliche Stand unserer Kenntnisse läßt uns mehr den peripheren Angriff des Sympathikus, die Resektion des Rami communicantes bevorzugen. Ueber die Verwendung der Ramisektion in der Behandlung der Angina pectoris sind bisher 2 Fälle veröffentlicht, die zu weiteren Versuchen ermutigen. Ein weiteres Indikationsgebiet stellen die gastrischen Krisen dar und jene Magenstörungen, bei denen die Operation die Anwesenheit eines vermuteten Ulkus nicht bestätigt, sondern vielmehr eine Gleichgewichtsstörung des Vagosympathikus als ursächliches Moment aufdeckt. — Nephralgien ohne eigentlichen Organbefund fanden nach Durchschneidung der Rami communicantes des XII. Dorsal- und I. Lumbalnerven wesentliche Erleichterung.

Die Ramisektion kommt ferner in Betracht: für Gallenkoliken ohne Steine oder entzündliche Veränderungen der Gallenblase, für schmerzhafte postoperative Adhaesionen, für chronische Zystitiden, für Neuralgien des Testis und der weiblichen Beckenorgane.

Nach den Experimenten von Hess und Faltitscheck eröffnet sich der chirurgischen Behandlung viszeraler Atomien ein neues Feld; in diesen Fällen beseitigt die Ramisektion den inhibitorischen Einfluß des Sympathikus, gestattet der motorischen und sekretorischen Vagustätigkeit das Uebergewicht und korrigiert auf diese Weise das gestörte Gleichgewicht des vegetativen Nervensystems.

Held.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 57, 17. Juli 1926.

* Gegenwärtiger Stand der antituberkulösen Vakzination. A. Calmette.

Gegenwärtiger Stand der antituberkulösen Vakzination. Die Erfahrungen über die antituberkulösen Impfungen gefährdeter Säuglinge mit dem BCG sind insofern als sehr günstig anzusehen, als die Sterblichkeit an Tuberkulose der geimpften Säuglinge von 0 bis 1 Jahr 1% beträgt, die der Nichtgeimpften dagegen 25%. Sämtliche Kinder waren in der Häuslichkeit in Kontakt mit tuberkulösen Müttern geblieben. Behandelt wurden in zwei Jahren 11 208 Kinder mit je 3 Dosen von 1 Zentigramm einer jedesmal frischen Emulsion von BCG zwischen dem dritten und zehnten Tage nach der Geburt. Die Unschädlichkeit des Verfahrens läßt ohne Bedenken eine zwei- bis viermalige Wiederholung der Impfung in 1 bis 2 Jahren Intervall zu. Aehnlich günstige Resultate liegen aus New York vor, wo die Sterblichkeit von 6,09% im Jahre 1898 auf 0,94% im Jahre 1923 gesunken ist.

Nr. 59, 24. Juli 1926.

Die Melitokokkenspondylitis. H. Roger.
* Histophysiologische Untersuchungen der Lunge. L. Binet.

Histophysiologische Untersuchungen der Lunge. Das Gefäßendothel der Lunge spielt eine wichtige Rolle im Fetthaushalt. Die Lunge hält Fette auf, die in den Blutkreislauf gelangt sind, und zerstört sie, und zwar sind es die Endverzweigungen der Lungenarterie und der Kapillaren, welche die Fetttröpfchen aufnehmen. 15 bis 20 Minuten nach einer Oelinjektion zeigen die Gefäßendothelzellen deutliche Hypertrophie mit Schwellung und Rundung des Kerns; zugleich verlieren die Fetttröpfchen ihre Kreisform und werden gezackt, wobei sich Vakuolen im Innern bilden. Der histochemische Charakter verändert sich: Die Osmiumfärbung wird grau statt schwarz, Sudan gelb statt rot. Diese intramuskuläre Verdauung geht allmählich vor sich; nach 2 bis 3 Stunden ist das Fett wieder ausgeschieden. Die Morphologie der fettbeladenen Zellen ist noch nicht näher bekannt, auch nicht, ob sie anderen Organen oder von Ort und Stelle entstammen.

Nr. 60, 28. Juli 1926.

* Die Insufflation der Fallopischen Tuben mit dem Tubenpermeabilimeter. Laurentie und Moussalli.

Ein Apparat zur Bluttransfusion. B. Desplas und E. Peyre.

Die Insufflation der fallopischen Tuben mit dem Tubenpermeabilimeter. Nach den Erfahrungen der Verff. hat sich die Durchblasung der Tuben mit Sauerstoff mittels des Tubenpermeabilimeters besonders bei Sterilität bewährt, da häufig die Durchgängigkeit der Tuben durch Schleimpfröpfe behindert ist, die durch die Durchblasung beseitigt werden. Ebenso hat sich diese zunächst diagnostische Methode bei gewissen tuberkulösen Peritonealaffektionen auch therapeutisch erfolgreich erwiesen durch Einblasung von 50 ccm Sauerstoff, wodurch eine Laparotomie vermieden werden konnte. Der Prozeß ist unschädlich, Nebenwirkungen sind bis auf die kurzdauernden Schmerzen nicht beobachtet worden. Unter 350 Beobachtungen hat sich einmal eine Luftembolie ereignet, als unter den ersten Fällen noch Dosen bis zu 400 ccm gegeben wurden. Indessen blieben auch hier nach überstandenem Coma und Hemiplegie keine Folgen für später zurück.

Haber.

Révue de Médicine.

43. Jahrgang (1926), Nr. 1.

* Die Pathogenie der Hämogenie. Emile Weil und Joh. Wall.
* Arteriosklerose und Blut-Viscosität. Gabriel und Georgette Perrin.

Die Pathogenese der Hämogenie. Mit Hämogenie wird eine hämorrhagische Diathese bezeichnet, die dem weiblichen Geschlecht eigen ist, gewöhnlich in der Kindheit oder in der Pubertät auftritt und durch kapilläre Haut- und Schleimhautblutungen charakterisiert ist, sowie durch besondere Blutschwächen: Verlängerung der Blutungszeit, Irretraktilität des Gerinnsels, Fehlen oder starke Verminderung der Hämatoblasten. Sie ist aufzufassen als eine angiohämatische erworbene oder vererbte Veranlagung, bedingt durch funktionelle Mängel der Gesamtheit des hämatopoetischen Systems (Leber, Milz, Knochenmark), wobei die Leberveränderungen vorwiegen. Ihre Grundursache ist vermutlich zu suchen in der Einwirkung chronischer Infektionen (Tuberkulose, Syphilis).

Arteriosklerose und Blutviskosität. Für gewöhnlich ist mit der vorzeitigen Sklerose eine Zunahme der Viskosität des Bluts verbunden, besonders bei Plethorikern, Gichtikern, Diabetikern; die Zunahme des arteriellen Drucks ist in diesen Fällen die Folge einer allgemeinen, peripheren Sperre (der sklerosierten Kapillaren). In anderen Fällen ist die Viskosität normal oder herabgesetzt, wenn die Sklerose die Nieren-Kapillaren ergriffen hat; es entsteht eine Nierensperre, eine kardiorenale Affektion mit Retention der Toxine im Organismus, die an der geringeren Toxizität des Harns zu erkennen ist.

Nr. 2.

* Die Albumosen des Bluts, besonders bei der katarrhalischen Gelbsucht. Chevallier.
* Die funktionellen Stenosen des Duodenums. Terris.

Die Albumosen des Bluts, besonders bei der katharrhalischen Gelbsucht. Der Gehalt des Bluts und des Harns an Albumosen schwankt je nach der Ursache und dem Grad der ikterischen Erkrankung. Akute Angiocholitis und Cholezystitis sind mit einer Zunahme der Blut-Albumosen verbunden (Hyperalbumosämie). Bei der katarrhalischen Gelbsucht sind sie auf der Höhe der Krankheit vermindert, gegen das Ende tritt eine ruckhafte Steigerung ein (Crise albumosémique). Vermutlich sind die Albumosen lokaler leukozytärer Herkunft und ihr Stand entspricht dem Stande des leukozytären Katarrhs der äußeren Gallenwege.

Die funktionellen Stenosen des Duodenums. Darunter versteht Verfasser alle mechanischen Störungen, die die Passage behindern, ohne daß eine wirkliche Schädigung der Häute des Duodenums besteht. Zum Teil sind sie veranlaßt durch angeborene Mißbildungen von Bauchfell und von Gekröse, zum Teil durch erworbene Anomalien, meist von Darmsenkungen und von Entzündungen der Nachbarorgane herrührend. Die Folge der Verengerung sind Störungen in der Absonderung der anliegenden Drüsen (Leber, Pankreas, Magen, Duodenum), die zusammen dann den Komplex der Autointoxikation schaffen. Lanke, Wernsdorf.

Revue neurologique.

33., II., Nr. 1, Juli 1926.

* Subakute nekrotische Myelitis. Ch. Foix und Th. Alajouanine.

Subakute nekrotische Myelitis. 2 Fälle werden mitgeteilt. Die subakute nekrotische Myelitis ist als selbständige Krankheitseinheit charakterisiert: 1. klinisch durch eine fortschreitende, anfangs spastische, dann schlaffe amyotrophische Paraplegie, durch Sensibilitätsstörungen entsprechend den Paresen und Atrophien durch albumino-zytologische Dissoziation im Liquor (massive Hyperalbuminose mit leichter oder mäßiger Lymphozytose), durch einen subakuten Verlauf mit Ausgang in Tod nach 1 bis 2 Jahren; 2. pathologisch-anatomisch durch eine nekrotisierende Myelitis, welche besonders die graue Substanz befällt, sich aber auch auf die weiße Substanz ausdehnt; besonders ergriffen ist die Intumescentia lumbosacralis; die Myelitis ist begleitet von einer starken Endomeso-Vaskularitis, die die extra- und intramedullären Gefäße betrifft und eine hochgradige Hypertrophie derselben bedingt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht und sind von der subakuten nekrotischen Myelitis zu differenzieren: Poliomyelitis, syphilitische Myelitis, multiple Sklerose, Myelitis acuta, Landrysche Paralyse, Neuromyelitis optica, Myelomalacie, Mißbildungen. Die Gefäßläsionen sind sehr ausgesprochen und scheinen eine wichtige Rolle in der Pathogenese des Leidens zu spielen. Die Aetiologie ist höchstwahrscheinlich infektiös.

33., II., Nr. 2, August 1926.

* Röntgenbehandlung der Tumoren der infundibulo-hypophysären Gegend. G. Roussy, S. Laborde und J. Bollack.
Stell- und Haltungsreflex. G. Bychowski.
* Babinskische Zeichen ohne Pyramidenläsion. A. Rouquier und D. Couretas.

Röntgenbehandlung der Tumoren der infundibulo-hypophysären Gegend. Die Dauer der durch Röntgenbehandlung erzielten Besserungen war zwar oft lang, doch nicht definitiv. Nur in einem einzigen (von 8) Falle ist seit 2 Jahren völlige Heilung zu verzeichnen. Jedenfalls hält die Röntgenbehandlung den fortschreitenden Verlauf des Hypophysentumors auf, bringt — zuweilen weitgehende — Besserung, insbesondere bezüglich der Augensymptome. Unangenehme Nebenwirkungen der Röntgenbehandlung wurden zumeist nicht beobachtet, höchstens können Hirndrucksteigerung oder toxische bzw. entzündliche Vorgänge (meningeale Reaktionen) sich einstellen, und zwar bei sehr voluminösen und radioresistenten Geschwülsten.

Babinskisches Zeichen ohne Pyramidenläsion. 2 Fälle werden mitgeteilt. Bei beiden bestand eine lumbosakrale Funiculitis mit Atrophie der Beuger und Strecker der Zehen und des Fußes sowie positives Babinskisches Zeichen. Verff. sehen in diesen Fällen den Babinski als ein Symptom peripherischen, nicht pyramidalen Ursprungs an: die Zehenstreckung beim Babinski ist hier bedingt durch die stärkere funktionelle Schwäche der Beuger gegenüber derjenigen der Strecker. Die Feststellung eines einfachen plantaren Hautreflexes in Extension darf nicht genügen bei Individuen mit trophischen Störungen der Waden- und Fußmuskulatur, um das Vorhandensein einer Pyramidenbahnläsion anzunehmen; vielmehr kann die einfache Funiculitis den Babinski-Reflex — ohne daß die Pyramidenbahn ergriffen ist — hervorrufen.

Kurt Mendel (Berlin).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

7., Nr. 7, Juli 1926.

* Angioneurotrophische endokrine Affektionen der Syphilis und Erythromelie (Pick). Audry.
* Rolle der Salicylsäure und gewisser vegetabilischer Abführmittel in der Provokation der Dyshidrosen. Lortat-Jacob, Pelissier und Gilbert-Dreyfus.
Ikonographische Studie der Staphylokokkenpustel und der von ihr abgeleiteten Läsionen. Saboureaud.
* Lokalisierte Dystrophien der Heredosyphilis. du Bois.
Dermographismus. Dujardin und Decamps.
Etappen der gemischt-kombinierten Arsen-Quecksilber-, dann Arsen-Wismutbehandlung. Richon.

Angioneurotrophische endokrine Affektionen der Syphilis und Erythromelie. Seit einigen Jahren wird die Syphilis in steigendem Maße für die Entstehung der Angioneurosen verantwortlich gemacht. Die Raynaudsche Krankheit ist, wenn nicht immer, so doch oft eng mit der Syphilis verknüpft. Ein ähnlicher Fortschritt der pathogenetischen Betrachtung zeigt sich bei der allgemeinen Sklerodermie. Nachdem man früher hier die Rolle der Lues kaum in Betracht gezogen hat, mehren sich jetzt die Mitteilungen über die engen Beziehungen dieser beiden Krankheiten.

Die Erythromelie oder auch Acrodermatitis atrophicans ist eine sehr häufige Erkrankung, die aber leider in Frankreich vielfach nicht diagnostiziert werde. Daher teilt Autor einen Fall einer alten unbehandelten Syphilitikerin mit akut auftretender Erythromelie ausführlich mit Obduktionsbefund mit. Es fand sich eine wahrscheinlich syphilitische Nephritis, fettige Degeneration der Leber und enorme Veränderungen der Ovarien, die zystisch-sklerotisch waren.

Von den drei Erythromelien, die Audry bisher beschrieben hat, waren zwei sicher syphilitisch (Frauen), er faßt diese Krankheit als eine angioneurotische endokrine Aeußerung der Syphilis auf.

Rolle der Salicylsäure und gewisser vegetabilischer Abführmittel in der Provokation der Dyshidrosen. Es ist noch umstritten, ob die Dyshidrosis eine echte Einheit, ein Syndrom oder eine parasitäre Affektion ist. Nun hat aber einer der Autoren seit Jahren Gelegenheit gehabt, die Rolle der Salicylsäure bei der Entstehung von Hauterscheinungen vom Typ der Dyshidrosis zu verfolgen: alle diese Kranken hatten entweder salicylhaltige Abführmittel genommen oder salicylhaltiges Bier getrunken. Eine Reihe sehr eindrucksvoller Krankengeschichten wird wiedergegeben. Der klinische Aspekt war klassisch so wie Tilbury Fox die Affektion geschildert hatte: Kleine papulöse bis vesikulöse, bläschenförmige Elemente. Es folgt eine Maceration mit Epidermisablösung, ein Zustand, der bisweilen in Eiterung übergeht. Das Natrium salicylicum machte nur selten eine Dyshidrosis, fast stets waren es vegetabilische Salicylate.

Lokalisierte Dystrophien der Heredosyphilis. Die kongenitalen Mißbildungen sind heute für uns nicht mehr der Ausdruck einer einfachen, zufälligen, isolierten Störung, sondern ein Stigma, das mehrere Glieder derselben Familie treffen und auf mehrere Generationen übertragen werden kann. Apert betonte die Notwendigkeit, für jede derartige Anomalie festzustellen, ob sie das Resultat einer auf Infektion beruhenden Störung des Foetallebens oder ob sie wirklich erblich-familiär angeboren ist. Im ersten Fall hat sie nur für den Träger selbst Bedeutung und wird ebenso wenig vererbt, wie eine extrauterine Läsion. Im zweiten Fall ist sie den allgemeinen biologischen Gesetzen unterworfen, ein wahres Stigma hereditärer Degeneration.

Mit Recht erklären die Pathologen die Syphilis als nicht hereditär, denn der Uebergang der Erreger von Mutter auf Foetus ist kein Hereditätsphänomen im biologischen Sinne; wenn aber die syphilitische Durchseuchung der elterlichen Sexualzellen morphologische oder humorale Veränderungen bei der Nachkommenschaft erzeugen kann, dann ist syphilitische Heredität nicht mehr zu leugnen.

Seit mehr als 20 Jahren sammelt Verfasser alle Beobachtungen, die sich auf Mißbildungen beziehen, 3 von diesen Formen glaubt er bei Fehlen jeder anderen Ursache auf die Liste der syphilitischen Dystrophien setzen zu dürfen:

1. Die Lingua scrotalis. Bei 21 dieser Fälle hat er die erworbene elterliche Syphilis festgestellt. In 6 Fällen war Syphilis der Großeltern mehr als wahrscheinlich, bei 5 anderen waren die Angaben zu unsicher. Niemals fand sich gleichzeitiges Bestehen der Affektion bei Eltern und Kindern. Dreimal war sie familiär bei mehreren Brüdern und Schwestern, stets mit deutlichem Ueberwiegen des einen oder des anderen Geschlechts. Fünfmal bestanden neben ihr noch andere als syphilitisch gedeutete Mißbildungen. Die Wa. war in allen Fällen, in denen sie gemacht wurde, negativ, bis auf einen aktiosyphilitischen Fall.

2. Mißbildungen des fünften Fingers, der anstatt seine normale Länge zu erreichen, viel kürzer bleibt, als es seinem Verhältnis zu den anderen entspricht. Dieser „infantile“ fünfte

Finger kommt je nachdem ein- oder doppelseitig vor, bewegt sich normal, ist aber hinderlich beim Geigenspiel und zwingt die Frauen, sich an den Handschuhen den kleinen Finger verkürzen zu lassen. Von den elf Beobachtungen, die hierher gehören, stammen 4 von syphilitischen Eltern ab, 5 andere hatten mehr als wahrscheinlich syphilitische Großeltern, die 2 übrigen ermöglichten keine derartige Anamnese.

3. Der sogenannte Tennisschlägerdaumen (pouce en raquette) stellt eine Mißbildung dar, die sich ausschließlich auf die Daumenendphalanx erstreckt und den Aspekt dieses Fingers in charakteristischer Weise verändert: Die Basis des Knochens übertrifft an Breite erheblich das Phalanxköpfchen. Der Nagel ist breiter als lang. Diese Anomalie kommt bei beiden Geschlechtern vor, ist ein- oder doppelseitig.

Es fanden sich 36 derartige Fälle. Nur einmal waren auch die anderen Finger ergriffen, hier zeigten alle 20 (Finger und Zehen) dieselbe Abweichung. Bei keinem war die elterliche Syphilis mit Sicherheit nachzuweisen, die der Großeltern konnte in 5 Fällen mehr oder minder sicher retrospektiv diagnostiziert werden. Wa. war stets negativ, dagegen konnte in allen Fällen anamnestisch eine Fülle von Tatsachen erhoben werden, die dafür sprachen, daß die Syphilis in der Entstehung der Störung eine Rolle spielte. 15 mal war die Abweichung hereditär und bestand beim einen oder anderen Elternteil; 22 mal war sie familiär und bestand bei mehreren Brüdern oder Schwestern mehr oder minder ausgesprochen, ohne daß die Eltern eine Mißbildung hatten. Typ eines derartigen Falles ist folgender: 25 jähriger italienischer Arbeiter hat zwei Tennisschlägerdaumen, Wa. neg. Vater, einzig Ueberlebender von drei Geschwistern, hatte Tennisschlägerdaumen, starb mit 48 Jahren an einer für Typhus gehaltenen Krankheit. Mutter 52 Jahre, gesund, hat 9 Schwangerschaften und damit 10 Kinder gehabt, von denen 6 ganz jung gestorben sind. Das erste, ein Mädchen, starb bei der Geburt. Das zweite, ein Mädchen, ist jetzt 28 Jahre, hat zwei Tennisschlägerdaumen, ist kinderlos verheiratet. Das dritte, ein Mädchen, starb mit 16 Jahren an Meningitis. Das vierte, ein Junge, jetzt 25 Jahre, hat zwei Tennisschlägerdaumen, ist gesund. Das fünfte, ein Mädchen, 23 Jahre, zwei Tennisschlägerdaumen, ist zurückgeblieben. Das sechste, ein Junge, starb mit 14 Monaten an Schwäche. Das siebente, ein Junge, starb mit 16 Monaten an Meningitis. Das achte, ein Junge, 15 Jahre, gesund. Das neunte und zehnte, zwei Jungen, Zwillinge, starben mit 13 Monaten an Schwäche.

Verf. glaubt, daß diese durch viskerale Läsionen der Eltern und durch Multimortalität der Kinder ausgezeichneten Familien als syphilitisch anzusehen sind, denn keine andere Krankheit könnte eine solche Fülle von Ereignissen erklären.

Ferner werden noch zwei Beobachtungen von Deformationen aller 20 Finger und Zehen bei Luetikern der zweiten Generation, deren Eltern syphilitische Dystrophien hatten, mitgeteilt. Alle Behandlungsversuche, die das Ziel hatten, diese drei Gruppen von Deformationen zu beeinflussen, waren resultatlos, allerdings hatten sie erst spät eingeleitet werden können. Vielleicht wären die Aussichten für eine von Geburt an eingeleitete Hormontherapie besser gewesen. K. Heymann (Berlin).

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

Nr. 2, August 1926.

- ✦ Akute Nephritis bei Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Urämiebehandlung. Blackfan.
- ✦ Milchsäure bei den Toxämien in der Schwangerschaft. Stander und Radelett.
- Einfluß der Veränderungen der Wasserstoffionenkonzentration auf die refraktäre Periode des künstlich durchströmten Säugetierherzens. Carter und Dienaide.
- Fremdkörpercysten in der Bauchhöhle, welche parasitäre Cysten vortäuschten. Guthrie.

Akute Nephritis bei Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Urämiebehandlung. Der akut nach Infektionen (gewöhnlich durch Streptokokken) entstehenden Glomerulonephritis ist die schleichend sich entwickelnde, zumeist ohne erkennbare Ursache auftretende tubuläre Nephritis, die Nephrose, gegenüberzustellen. Es wird angenommen, daß die Schwere der glomerulären Erkrankung vom Grad der Oedeme, der Menge und Dauer der Hämaturie sowie überhaupt vom Umfang der Urinausschädigung sich abhängig erweist. Die Beobachtungen bei Kindern zeigen jedoch, daß trotz starker Oedeme und geringer Urinmenge keine unmittelbare Gefahr besteht, so lange sich der Blutdruck um 110—130 mm Hg hält. Ein ständig steigender Blutdruck, Brechen, Kopfschmerzen und Sehstörungen sind Alarmsymptome, die therapeutisches Handeln erfordern. Verhältnismäßig oft kommt es bei Kindern zu derartigen Erscheinungen, ohne daß sichtbare Oedeme und stärkere Hämaturie bestehen. Zudem können die akute Blutdrucksteigerung mit Hirnreizerscheinungen sich in jedem Stadium der Nierenerkrankung entwickeln.

Sektionsergebnisse (festes, schweres Gehirn mit Abplattung der Hirnfurchen) machen es wahrscheinlich, daß ein Gehirnödem diese Form der Urämie bedingt. Der gesteigerte Hirndruck führt zu einer kompensatorischen Blutdrucksteigerung durch Kompression der Medulla oblongata im Foramen magnum mit Reizung des Vasomotorenzentrums. Bei der Lumbalpunktion kann die Druckentlastung daher nur vorsichtig vorgenommen werden. Oft ist kein erhöhter Liquordruck infolge der veränderten Kreislaufbedingungen in der Hirn-Rückenmarkshöhle nachweisbar.

Therapeutisch wertvoll hat sich die Zufuhr von Magnesium sulfuric. bei der eklamptischen Urämie erwiesen. Beim Auftreten der Hirnreizerscheinungen ist die intravenöse Injektion von einer 1%igen Lösung (10 ccm pro kg) mit einer Geschwindigkeit von 2 ccm in der Minute vorzunehmen. Bei schnellerem Einspritzen treten Unregelmäßigkeiten in der Atmung sowie ein Abfall der Pulsfrequenz auf. Durch die Injektion verschwinden die cerebralen Symptome und die Hypertension schlagartig, während die renalen Veränderungen unbeeinflußt bleiben. Die Wirkung der einmaligen Injektion hält etwa 5—12 Stunden an, so daß gewöhnlich gleichzeitig das ursächliche allgemeine Oedem bekämpft werden muß, wobei das Magnesiumsulfat peroral und rektal verabreicht ausgezeichnete Dienste leistet (30—45 g in 50% Lösung per os, 60—90 g rektal alle sechs Stunden). Die prompte Wirkung der intravenösen Magnesiuminjektion auf die cerebralen Reizerscheinungen ist weniger durch eine sedative Magnesiumwirkung bedingt (1% Lösung zu schwach!) sondern vielmehr durch eine Aenderung der osmotischen Druckverhältnisse, deren Mechanismus noch unklar ist.

Milchsäure bei den Toxämien in der Schwangerschaft. Bei der Gravidität mit leichter Nierenschädigung oder ausgesprochener Nephritis findet sich eine Erhöhung des Milchsäurespiegels im Blut, die bei Rückgang der klinischen Erscheinungen verschwindet. Welche Faktoren bei diesem Vorgang eine ausschlaggebende Rolle spielen, die verminderte Milchsäureausscheidung, eine Verhinderung der Oxydation und Störung in der Milchsäuresynthese zum Glykogen oder eine Störung im Säuren-Basengleichgewicht des Blutes, bleibt zur Zeit unentschieden.

Biberfeld.

Medical Journal and Record.

Nr. 2, 21. Juli1926.

- Fehlschläge und Erfolge bei der Radiotherapie des Krebses. Philips.
- ✦ Perikarditis. Elwyn.
- ✦ Gynäkologische Operationen bei Irren. Mc. Donald.
- Ein Fall von Rattenbißfieber. de Fronzo.
- ✦ Puerperalfieber. Bessesen.
- Gehirnkrankheiten. Shuman.
- Behandlung der gonorrhoischen Arthritis durch Vasektomie. Greenberg.
- Parotisabszeß nach Tonsillitis. Lobell.
- ✦ Präklinik und Prophylaxe der diabetischen Gangrän. Stark.
- Dislokation des carpalen Semilunarknochens. Mc. Bride.
- ✦ Lungenkomplikationen nach Aether- und Aethylenätheranästhesie. Lundy.
- ✦ Abnormität in der Pfortaderzirkulation. Montague.
- ✦ Diagnostischer Wert der Anazidität. Hartmann und Sager.
- ✦ Hämorrhagie als Komplikation des Gastroduodenalulcus. Manheim.
- ✦ Gallensteine. Kellog.

Perikarditis. Perikarditis bei aktiver Tuberkulose muß nicht immer tuberkulös sein. Eine hämorrhagische Punktionsflüssigkeit ist dabei immer suspekt. Die Perikarditis kann auch Komplikation einer Genitourinaltuberkulose sein. Verlauf: in chronischen Fällen 4 bis 8 Monate, endend in Tod oder in der Bildung von Verwachsungen. Bei Pneumonie schwanken die Angaben über die Häufigkeit: 0,9 bis 5,3%. Purulente Perikarditis ist selten und tödlich. Erreger: Strepto-, Staphylo- und Pneumokokkus. Diagnose: schwierig, manchmal unmöglich. Der Schmerz wird durch die Pneumonie verdeckt; das Reiben wird oft nicht gehört. Die Perkussion läßt hier oft im Stich. Auch die Auskultation. Die Herztöne scheinen auch durch mächtige Mengen Eiters nicht gedämpft zu sein. Gerade Eiter kann übersehen werden. Bei Urämie ist akute Perikarditis häufig, besonders bei chronischer. Sie wird in der Mehrzahl der Fälle chronischer Glomerulonephritis bemerkt, im Endstadium. Flüssigkeitsmenge nicht groß. 50—200, gelegentlich bis zu 1 l. Selten hämorrhagisch, meist steril. Oder sekundär Pneumokokkus oder Bac. coli. Sie kommt meist erst vor, wenn die Niereninsuffizienz weit vorgeschrtten ist. Bei einem Blut-N von unter 100 muß die Ursache wo anders gesucht werden. Bei Aelteren mit hohem Blutdruck ist oft Myokardinfarkt die Ursache. Bei chronischer Urämie findet man auch die Symptome der Urämie: Ermüdung, Erbrechen, Nausea, Kußmaulsche Atmung, mentale Symptome, Blässe, Anämie, einen urinösen Geruch aus dem Munde, Verminderung der Urinsekretion, Fixation des spezifischen Gewichts, Retinitis, Zunahme des Blut-N. Die allgemeine Durchtränkung der Gewebe mit Harnstoff, der Reiz der serösen

Häute, also auch des Perikards, ist wahrscheinlich die Ursache der Perikarditis. Hier findet man regelmäßig das Reibegeräusch, seltener den Präkordialschmerz. Die Flüssigkeitsmenge ist durch Perkussion selten festzustellen. Sie ist immer das Signal des tödlichen Ausganges, der nie länger als 3 Monate auf sich warten läßt.

Nach Thrombose der Koronararterie ist das perikardiale Reiben ein diagnostisch außerordentlich wichtiges Symptom. Wenn der Infarkt groß genug ist die Herzoberfläche zu erreichen, so scheidet sich darüber Fibrin aus, und es kommt manchmal zu einem hämorrhagischen Exsudat. Klinisches Bild: plötzlicher heftiger Schmerz in der Sternalgegend oder im Epigastrium, ausstrahlend in den Hals, die linke Schulter, Arm, Vorderarm oder beide Vorderarme. Ganz das Bild der Angina pectoris, aber streng lokalisiert, dauernd für Stunden und Tage. Ausgesprochene Dyspnoe und Orthopnoe im Unterschied zur Angina pectoris. Die Dyspnoe ist bedingt durch Myokardinsuffizienz und Lungenödem, die plötzlich auftreten. Aengstlicher Ausdruck, aschgraue bleiche Gesichtsfarbe. Rapider, unregelmäßiger, weicher Puls. Sinken des systolischen Blutdrucks. Perikardiales Reiben innerhalb 12—24 Stunden, oft nur wenige Tage, auch wochenlang. Geringes Fieber, polymorphnukleare Leukozytose. In leichteren Fällen auch wenig Schmerzen und Dyspnoe.

Perikarditis durch Tumor des Perikards — meist Karzinom — ist selten. Hämorrhagisches Exsudat.

Es gibt dann noch seltenere Formen der Perikarditis bei Streptokokkenseptikämie, Empyem und bei Tonsillitis. Letztere Form war schwer zu charakterisieren, vielleicht gehörte er in die Gruppe der valvulären und muralen Endokarditis.

In manchen Fällen ist die Ursache nicht ohne weiteres klar. Bei Kindern und jungen Leuten ist die rheumatische Herzaffektion die gewöhnliche Ursache; im mittleren Alter die Koronarobstruktion mit Infarkt. Wird Urämie vermutet, so bestätigt die Blutuntersuchung den Verdacht. Primäre Tuberkulose des Perikards und Tumoren sind selten. Bei Pneumonie, septischen Infektionen und manchmal bei Tuberkulose ist das Exsudat purulent. In solchen Fällen und bei der rheumatischen Form Aspiration. Rasch wiederauftretendes hämorrhagisches Exsudat spricht für Tumor. Behandlung betrifft 1. die Grundkrankheit; 2. Ruhe für das Herz, absolut, halb sitzend, und 3. Milderung der Schmerzen; Eisblase, Codein, Morphium, dann Diuretin wegen seiner vasodilatatorischen Wirkung auf die Koronargefäße und als Diuretikum; Sorge für Stuhl. Bei der rheumatischen Form Ueberwachung des Herzens, da sich leicht ein Herzfehler ausbilden kann. Dann Digitalis. Aspiration ist bei Myokardinfarkt und bei Urämie kaum nötig, nicht immer bei Rheumatismus; die Behandlung der purulenten Form ist chirurgisch.

Gynäkologische Operationen bei Irren. Von 537 Frauen wiesen 47% Veränderungen der Beckenorgane auf, die Symptome verursachten oder früher oder später verursachen konnten. Nach Taußigs Untersuchungen sind gynäkologische Erkrankungen etwas häufiger bei Irren wie bei geistig Gesunden. Bei den 3 wichtigsten Gruppen, seniler, terminaler Demenz und Paranoia hatten etwa ⅓ der Frauen Beckenveränderungen, bei Dementia praecox etwa die Hälfte. Bei den Imbecillen ⅔ und bei den manisch Depressiven 74%. Bei Dementia praecox zeigte ein hoher Prozentsatz Entwicklungshemmung. Auch bei Imbecillen. Von besonderer Bedeutung sind die entzündlichen Beckenveränderungen und die damit verbundenen Lageveränderungen des Uterus bei der manisch depressiven Psychose. Von den 252 Frauen benötigten 141 Behandlung, davon 94 operative. Von 107 Frauen setzte die Psychose in 60% zwischen 20 und 40, in 10% vor 18 und in 10% nach 40 Jahren ein. Bei den manisch Depressiven ist der hohe Prozentsatz weitaus durch entzündliche Beckenerkrankungen bedingt. Nach der Operation eine ziemliche Menge von Heilungen. In einer gesammelten Statistik wurde unter 3664 irren Frauen bei 2086 gynäkologische Veränderungen festgestellt, die Symptome hervorriefen und sicherlich einen Einfluß auf das vegetative Nervensystem hatten. Wenn die Operationen nicht verstümmeln und unter den besten physikalischen Bedingungen ausgeführt werden, haben sie keine Folgen, obgleich auf Grund der ganzen Stoffwechselaufmachung und der Schwierigkeit der postoperativen Behandlung, Mangel an Mitarbeit durch den Patienten usw. die Mortalität etwas höher ist. Postoperative Psychosen sind im allgemeinen nicht häufig; sie treten entweder unmittelbar nach der Operation und Anästhesie auf oder später infolge Septikämie und Schock, oder Wochen und Monate später durch die schwächende Krankheit oder beim Verlust der inneren Ovarialsekretion nach Ovariotomien. Dabei ist auch die Stoffwechselstörung und die durch den Verlust der Ovarialsekretion entstehende Intoxikation in Betracht zu ziehen. Es werden alle Formen von Psychosen gefunden, und der chirurgische Eingriff ist lediglich sozusagen die Auslösung des Stechers, wenn die Erschöpfung, die geistigen und Stoffwechselstörungen, in genügendem Grade vorliegen, so kann jedermann irr werden, aber manche leichter wie andere. Im allgemeinen verändern sich die Zellverhältnisse, Permeabilität, Viskosität, die kolloidale Struktur usw., es kommt durch Toxine und Gifte (Anästhetika, Alkohol, Syphilis usw.) zu einer Vaguspräponderanz, zu einer Störung des Vagus-Sympathikusgleichgewichts.

Im allgemeinen kommen 3 Klassen von Operationen in Frage: 1. das Leben bedrohende chirurgische Operationen; 2. Veränderungen, die zu Stoffwechselstörungen führen und die der Gynäkologe auch bei Gesunden operieren würde, und 3. Operationen geringerer Störungen, wie Retroversion des Uterus usw. Die dritte Klasse ist die umstrittenste. Hierher gehören außer der Retroversio schmerzhafte Menstruation, Hernien, Tonsillektomie, Colektomie, Infektion des Cervix uteri, alles Fälle, die unter Umständen zu einer Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem führen können. Auch die Hernie ist Ausdruck des Verlustes des Nerventonus. Infektionen sind sicherlich zu beseitigen, aber sie haben nicht die Bedeutung für die Entstehung der Psychosen, die ihnen manche Autoren zuschreiben. Vagotoniker neigen zu gewissen Infektionen mit pyogenen Organismen, wie Sympathikotoniker zu Pneumonie. Zu beachten ist noch, daß Irre selbst bei heftigen Schmerzen nicht klagen, daß Krebs bei ihnen selten ist.

Puerperalfieber. Hauptfrage: Sterilisation der Vagina. Rasieren, Waschen, Einlauf, dann Bepinseln der Labien, des Perineums, des Introitus mit 10 proz. Mercurochrom. Einführen eines Speculum, das mit einer Glyzerinlösung befeuchtet ist: Glyzerin 500, Mercurochrom 10, Tinct. Jodi (3½ proz.) 3. Von dieser Lösung werden dann 5 ccm eingeführt ins Gewölbe der Vagina und durch einen sterilen Wattebausch zurückgehalten.

Präklinik und Prophylaxe der diabetischen Gangrän. Diese Punkte werden gewöhnlich übersehen, obgleich es ein Gangränsyndrom gibt. Bei den toxischen und fremden Elementen im Blute kommt es leicht zu Arteriosklerose, Glukose, Acetonkörper, die Endprodukte des Proteinstoffwechsels. Jeder Diabetiker um 50 ist gangränverdächtig, besonders die fetten mit hohem Druck, komplizierender Nephritis oder Myokarditis. Subjektive Zeichen für das Nahen der Gangrän gibt es nicht, aber physikalische Symptome. ⅓ aller Diabetiker, die ihren Diabetes 10 Jahre haben, sind Nephritiker. Gelegentlich findet man krampfähnliche Schmerzen in einem Bein auch in Ruhe oder brennende Schmerzen längs eines Nerven oder in einem Fuß für einige Minuten oder Stunden mit Rötung, Schwellung und Druckempfindlichkeit der Haut. Auch nach einem kurzen Gang, die dann in der Ruhe schwinden. Verminderter Pulsschlag in irgendeiner Beinarterie. Also: Schmerzen, Parästhesien oder trophische Störungen im Bein, Veränderungen im Lumen der Arterien, verminderte Pulsation sind das Ausschlaggebende. Es ist viel wichtiger, die drohende Gangrän zu diagnostizieren, denn sie ist durch Insulin zu heilen, besonders die Endarteriitis. Dies kann durch Röntgen nachgewiesen werden. Die Verhütung der Gangrän beruht 1. auf Behandlung des Diabetes und 2. der komplizierenden Affektionen, besonders der zirkulatorischen und Herzkomplikationen. Und das beste Mittel ist hier Insulin, das indiziert ist, wenn eins der obenerwähnten Zeichen auftritt. Hat aber nur Wert bei absoluter Ruhe. Sie kommt auch bei Herzsymptomen in Frage: Pseudoanginaanfällen, schwache Pulsation, Herztöne, Dekompensation, Arhythmie oder sonstige Zeichen zirkulatorischer Störung. Daneben Jod. Ferner Licht- und Hitzestrahlen zur Besserung der Zirkulation. Die populäre Meinung, daß vorgerücktes Alter eine Versicherung gegen Diabetes sei, ist falsch. Ultraviolettes Licht ist ohne Erfolg. Unter Umständen passive Bewegungen. Angesichts der Tatsache, daß in den Vereinigten Staaten über 1 Million Diabetiker sind, eine weitere Million Kandidaten dieser Krankheit und daß 1/7—⅛ davon Gangrän bekommen, ist die Bedeutung dieser Frage klar.

Lungenkomplikationen nach Aether- und Aethylenätheranästhesie. Material: 1200 Fälle. Bei 560 Duodenalulcera trat Bronchopneumonie in 3,2% auf. Befriedigende Anästhesie wurde in 84% erreicht; tödlicher Ausgang trat in 2,1% ein, woran fast in der Hälfte der Fälle das Anästhetikum Schuld war. Bei 66 Fällen von Magenulcus trat in 4,5% Bronchopneumonie auf; befriedigende Anästhesie in 87%, Tod in 1,5%, woran das Anästhetikum nicht schuld war. Bei 574 Fällen von Cholecystitis trat Bronchopneumonie nicht 1,7% auf, befriedigende Narkose in 83%, Tod in 1,3%, woran in der Hälfte der Fälle die Narkose schuld war. Die günstigsten Resultate wurden erzielt bei Magenulcus mit Aethylenäther, bei Cholecystitis ohne Lithiasis mit Aether. Bei Duodenalulcus nach vorausgehender Anwendung von Morphium und Atropin mit Aether. Im allgemeinen können aber keine bestimmten Schlüsse gezogen werden.

Abnormität in der Pfortaderzirkulation. Das Pfortadersystem leitet das Blut vom kardialen Magenende bis zum Ende des Rektums zum rechten Herzen. Die hier zu besprechenden Abnormitäten sind funktionell, ein Zustand permanenter lokaler Plethora, chronischer passiver Kongestion, weshalb man bei Sektionen nicht viel findet. Die Natur hilft sich in solchen Zuständen mit dem Collateralkreislauf, und man hat in ausgesprochenen Fällen Varicen des Oesophagus, Hämorrhoiden und das bekannte Caput Medusae vor sich. Dieses vollendete Bild sieht aber der Praktiker selten; wichtiger ist vielmehr das präklassische Bild. Portale Plethora im gastro-intestinalen Gebiet, nicht im hämorrhoidalen führt zu bestimmten klinischen Symptomen: intestinale Indigestion, Flatulenz, Konstipation, Colitis mucosa je nach dem betroffenen Abschnitt. Die erste deutliche Wirkung ist Ausdehnung der großen und kleinen Venen mit Verlust ihrer Elastizität und Hämatemese, Meläna und Hämorrhoidalblutung als Folge. Diese mechanische Ausdehnung beschränkt auch in gewissem Grade die Motilität des Magens und der Gedärme: Stasis ihres Inhalts, Vergrößerung der Leber und Milz. Eine zweite wichtigere Folge ist eine ausgesprochene chemische Veränderung des Blutes. Die in Frage kommenden Eingeweide, Magen, Därme, Pankreas, Leber und Milz haben eine vorherrschend glanduläre Struktur mit der Aufgabe, die verschiedenen digestiven Fermente herzustellen, ein delikater physiologischer Prozeß, der eine ganz bestimmte Durchblutung erfordert. Nun besteht bei portaler Plethora Anoxämie. Es kommt also zu einer ausgedehnten ernsten Störung der Drüsentätigkeit und damit zu Verdauungsstörungen. Jedenfalls werden die normalen fermentativen und putrefaktiven Vorgänge im Darm verändert. Ebenso die rhythmischen Kontraktionen der intestinalen Muskulatur, die u. a. auch den Blut- und Lymphstrom nach dem rechten Herzen über das Pfortadersystem treiben. Zu diesen 2 Faktoren kommt noch ein dritter: sowohl diese rein mechanische Wirkung wie die chemische Veränderung des Blutes führen höchstwahrscheinlich zu Funktionsstörungen in den Nervenapparaten, dem Meißner- und Auerbachschen Plexus. Also muß Flatulenz und Konstipation die verständliche Folge sein. Die klinische Wirkung auf die Milz zeigt sich lediglich in ihrer Vergrößerung, vielleicht auch in einer Einwirkung auf die Bildung des Magensaftes und in gewissen Blutveränderungen, wie Polycythämie. Vom Pankreas sieht man den Effekt der fettigen Diarrhoe. Endlich führen die Zirkulationsstörungen noch zu Veränderungen im Lymphkreislauf: lokale Vermehrung der Lymphe, vermehrte Schleimbildung infolge der veränderten Drüsenfunktion — Diarrhoeen unbekannten Ursprungs, Colitis mucosa.

Wir finden diesen Zustand bes. sekundär bei Klappenveränderungen des linken Herzens, namentlich der Mitralklappe. Auch bei Tricuspidalfehlern, aber seltener. Die führenden Symptome bei kardialer Insuffizienz sind Anorexie, Indigestion, Flatulenz, Konstipation, Diarrhoe, Leibschmerzen, Hämorrhoiden. Aber jeder, venöse Stase im rechten Herzen bedingende Zustand wirkt auf das Pfortadersystem, Emphysem, Lungencirrhose, intrathorakale Tumoren: gastrointestinaler Katarrh, Hämatemese, Ascites, leichter Ikterus, Lehmstühle. Auch Cirrhose, Syphilis der Leber, Krebs in der Umgebung des Wurzelgebietes der Pfortader kommen zunächst wegen Dyspepsie, Hämatemese und leichtem Ikterus in Behandlung. Später wird chronischer Magenkatarrh, gelegentlich eine Magenblutung, häufig Meläna und Milzvergrößerung beobachtet.

Diagnostischer Wert der Anazidität. Von 492 Fällen von Anazidität betrafen 96 Magenkarzinome, wovon 64 inoperabel waren; 8 Fälle betrafen maligne Erkrankung anderer Körperteile (Blase, Pankreas, Gallenblase, Leber, Thyrioidea usw). 105 Fälle kamen bei Kranken unter 40 Jahren vor. Ferner Karzinom des Magens wurde festgestellt in 3,1% von Fällen mit geringer Quantität freier HCl (4—20). 98 Fälle wurden bei Cholecystitis beobachtet; nach gewissen Autoren soll eine direkte Beziehung bestehen zwischen Anazidität und Gallenblasenerkrankung und Appendicitis. In 87 weiteren Fällen lagen verschiedene nervöse Krankheiten vor funktioneller Natur und in 40 davon lag keine andere organische Abnormität vor, als die Abwesenheit freier HCl. Völlige Unterdrückung der freien HCl kann durch nervöse Einflüsse entstehen, so Furcht vor der Einführung der Sonde, Migräne oder Kopfschmerz zur Zeit der Einführung. In 57 Fällen perniziöser Anämie, wie die Anazidität jedem anderen Symptom vorausgehen kann, und zwar 10, 8 und 4 Jahre vor dem Tode. In 49 war die Anazidität das einzige Symptom. 4 Fälle betrafen Appendicitis, 13 peptisches Ulcus, 7 Syphilis, darunter 4 Magensyphilis.

Hämorrhagie als Komplikation des Gastroduodenalulcus. Schwere Hämorrhagie kommt in 25% von Gastroduodenalulcus vor, bei einem Gesamtmaterial von 426 Fällen. Mortalität: 4% der blutenden Fälle, 1% der Ulcusfälle im allgemeinen. Chirurgische Behandlung vermindert die Mortalitätsrate nicht. Die Hämorrhagie scheint den Lebenslauf bei einem Ulcus nicht wesentlich zu ändern. Die Wahrscheinlichkeit der Perforation ist bei blutenden Fällen nicht größer. Es liegt kein Beweis vor, daß die Hämorrhagie durch Wiederholung zu einer tödlichen Blutung führen kann.

Gallensteine. Gallensteine findet man in 7—10% aller Autopsien und in 25% bei solchen von Leuten über 60. Bei Frauen häufiger als bei Männern und zehnmal häufiger bei solchen, die geboren haben als bei sterilen. Unter 30 verhältnismäßig selten, kommen sie immerhin sogar in der frühen Kindheit vor. Es ist nicht angängig, Gallensteine und Cholecystitis zu trennen, weil mit Ausnahme des seltenen Cholesterinsteines Infektion immer vorkommt. In 60% bestanden die Steine aus einer Mischung von Cholestearin und Bilirubinkalzium. Aetiologische Faktoren: Stagnation der Galle, Infektion, katarrhalische Entzündung, Niederschlag von Cholesterin und Bilirubinkalzium. Die biliäre Stase wird begünstigt durch sitzende Lebensweise, Fettsucht, seltene Mahlzeiten, Konstipation, Druck, Adhäsionen, Enteroptose und Schwangerschaft. Chronische Cystitis kommt vor nach Typhus, chronischer Infektion des Kolon, der Zähne und Mandeln. Die Steine können ruhig bleiben oder eine von der akuten Entzündung zum Empyem zur Gangrän fortschreitende Tendenz zeitigen. Es kann zur Dilatation, Kontraktion der Gallenblase, zu pericholecystitischen Adhäsionen, zu Perforation, plötzlich mit Peritonitis und zu Fistelbildung kommen ins Duodenum, ins Kolon, in den Magen, seltener in den Urinaltrakt und in die Brusthöhle oder nach außen in die Bauchwandung. Der Ductus cysticus wird häufig verstopft; im Ductus communis führt ein Stein u. U. zu Obstruktion mit Ikterus und Cholangitis. In der Vaterschen Ampulle kann er zu Pankreatitis führen. Komplikationen von Seiten des Magendarmkanals treten auf und die Absorption entzündlicher Produkte führt zu Arthritis, Neuralgie und Migräne. Gelegentlich malignes Ende. Typhus, Pneumonie, akute Appendicitis gehen häufig voraus. Frühsymptome: obstinate Dyspepsie, Sodbrennen, Gefühl der Fülle, Auftreibung, manchmal durch Aufstoßen gebessert oder durch Erbrechen, mit bemerkenswerter Konstanz durch fette Nahrung vermehrt. Stechender Schmerz manchmal bei tiefem Atmen unter dem Rippenbogen. Dumpfer epigastrischer Schmerz durch Nahrungsaufnahme nicht gebessert. Die Symptome kommen und gehen in Intervallen und sind nicht so klar wie beim Ulcus und oft davon und von Appendicitis schwer zu unterscheiden. Migräne als toxisches Symptom ist häufig und oft das einzige Symptom. Der Kolikanfall ist bekannt. Der Schmerz bei Entzündung oder Ausdehnung der Blase beginnt plötzlich oder allmählich und verschwindet gewöhnlich langsam. Typisches Beispiel für die Reflexschmerzen: Pylorospasmus der Hyperchlorhydrie. Die ausstrahlenden Schmerzen in die rechte Schulter und den rechten Arm können oft das einzige Symptom sein und werden oft als Neuritis behandelt. Auch Ausstrahlen in die linke Seite des Abdomens und in die Präcordialregion, Angina vortäuschend. Oberflächliche Empfindlichkeit im rechten oberen Quadranten, Rigidität des Rectus. Die einer Kolik vorausgehenden Schmerzen können irre leiten, wenn sie in regelmäßigen Intervallen nach dem Essen oder Nachts auftreten. Gelegentlich Klagen unter dem Bilde einer Interkostalneuralgie. Das heftige dauernde Erbrechen bei der Kolik bessert die Schmerzen nicht.

Ikterus, der der Kolik vorausgeht, ist praktisch immer durch den Stein verursacht. Ohne Schmerzen: Entzündung oder Neubildung oder Druck von außen. Steine in der Gallenblase oder im Ductus cysticus verhindern den Abfluß der Galle nicht, wenn nicht der Ductus communis durch Entzündung oder Lymphdrüsen abgedrückt wird. Im Ductus communis kann er auch intermittierenden Ikterus verursachen. Pruritus oft noch nach Verschwinden des Ikterus. Bei entzündlichen Reaktionen Fieber; geringes Fieber während der Kolik; ein Stein im Ductus communis mit Cholangitis kann Malaria vortäuschen.

Bei der Untersuchung ist bimanuelle Palpation wichtig. Am besten im warmen Bad. Bei Stein im Ductus communis Empfindlichkeit am Mayo-Robsonschen Punkt: Verbindung des äußeren Drittels mit den zwei inneren der Linie vom 9. Rippenknorpel zum Nabel. Scharfer Schmerz bei Druck auf das vordere Ende der 11. Rippe. Empfindlichkeit über dem rechten Phrenicus, der rechten Schulter und dem Scapulawinkel.

v. Schnizer.

Archives of Internal Medicine.

August.

* Klinische Physiologie des Magens. Bloomfield und Keefer.
Statistische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Hypertension und Obstipation. Alvarez, Mc Calla usw.
* Eine vergleichende Studie über die Leberfunktionsprüfungen bei gewissen Erkrankungen des hämatopoetischen Systems. Green und Conner.
* Dauernde Extrasystolen. Otto und Gold.
* Richtlinien zur therapeutischen Punktion bei Perikardergüssen; eine experimentelle Untersuchung. Williamson und Ets.
Beziehungen von Monilia zu den Infektionen der oberen Luftwege. Kothis, Wachowiak und Fleisher.
Koronararterienthrombose bei kongenitalem Fehlen der linken Kranzarterie. Smith und Graber.
* Mykotische Aneurysmen. Leas und Thatcher.
Experimentelle Ulcuserzeugung des Ulcus durch lokale Anaphylaxie. Shapiro und Joy.
* Einheitliche Natur der Beeinträchtigung renaler Funktionen. Fishberg.

Klinische Physiologie des Magens. Eingehende Untersuchungen bei Magengesunden ergaben, daß der auf einen bestimmten Reiz (Alkohol) hin abgesonderte Magensaft an Menge und Säurewert ganz erheblich bei den verschiedenen Individuen schwankt, jedoch bei wiederholter Untersuchung derselben Versuchsperson sich in seiner Zusammensetzung als konstant erweist. Die Motilität zeigte sich immer als sehr variabel. Dasselbe Individuum kann bei einer Gelegenheit innerhalb weniger Minuten vollständige Entleerung zeigen, während späterhin ohne erkennbare Ursache sich im Magen eine Menge Inhalt ansammelt, die erst nach längerer Zeit verschwindet. Zwischen der Menge des sezernierten Magensaftes und dem Grad der Azidität bestehen keinerlei Beziehungen. Die Bezeichnungen „normal, superazid und hyponormal“ können daher nur mit größter Vorsicht angewandt werden. Der Magensaftbefund allein kann kaum — mit Ausnahme schwerer anatomischer Erkrankungen wie Karzinom — eine bestimmte Krankheit des Magens kennzeichnen.

Eine vergleichende Studie über die Leberfunktionsprüfungen bei gewissen Erkrankungen des hämatopoetischen Systems. Die funktionellen Störungen der Leber sind meistens nicht bedeutend genug, um klinische Bedeutung bei der Mehrzahl der Bluterkrankungen zu erlangen. Die Ablagerung von Eisen und Fett im Lebergewebe (perniziöse Anämie) oder die Infiltration dieses Organs mit leukoblastischen Zellen (Leukämie) führt bei dem bedeutenden Regenerationsvermögen der Leberzellen nicht zu Schädigungen, die sich durch Funktionsprüfung mit Belastungsproben erkennen ließen.

Wertvoll ist der Nachweis einer Bilirubinvermehrung im Serum für die Unterscheidung zwischen hämolytischen und den gewöhnlichen sekundären Formen der Anämie. So erlaubt es der Serumbilirubinspiegel bei dem hämolytischen Ikterus und bei der perniziösen Anämie die Größe der hämolytischen Vorgänge abzuschätzen. Die fortlaufende Untersuchung des Bilirubingehaltes ist von großem Wert beim Verfolgen der durch die Bluttransfusion ausgelösten Vorgänge und der Beobachtung der künstlich durch den therapeutischen Gebrauch von Phenylhydrasin hervorgerufenen hämolytischen Krisis bei der Polycytämie. Für die Erkennung von Leberstörungen spielt der Bilirubinnachweis im Serum bei diesen Erkrankungen keine Rolle. Für die hämolytische Genese eines Ikterus ist die vermehrte Bilirubinmenge mit indirekter Diazoreaktion beweisend, wenn auch nicht selten infolge der häufigen Kombination mit Gallensteinen beim hämolytischen Ikterus die direkte Diazoreaktion positiv ausfällt.

In Fällen von lange bestehendem Milztumor mit Anämie (Bantischer Krankheit) gibt die Phenoltetrachlorphthaleinprobe oft Aufschluß, ob schon in der Leber cirrhotische Veränderungen entstanden sind. Die Retention des Farbstoffes gibt somit für die Prognose wichtigen Aufschluß. Bei der myeloischen, weniger bei der lymphatischen Leukämie kommt es zu einer Vermehrung der Aminosäuren im Blut und zu einer Steigerung des Reststickstoffgehaltes. Diese Veränderungen der Blutzusammensetzung gehen wahrscheinlich auf die gesteigerte Stoffwechseltätigkeit der ausgeschwemmten weißen Blutzellen zurück und sind nicht durch eine allgemeine Stoffwechselstörung bedingt.

Dauernde Extrasystolen. Kranke, bei denen sich häufige Extrasystolen für längere Zeit einstellen, sind ziemlich selten zu beobachten. Schätzungsweise behält nur jeder fünfte Herzkranke mit solchen Pulsarrhythmien diese unregelmäßige Tätigkeit des Herzens über eine lange Periode, über einen Monat hinaus. Sorgfältige Beobachtungen an solchen Herzkranken (Herzfehler auf syphilitischer, rheumatischer und arteriosklerotischer Basis, Myodegeneratio cordis) zeitigten wichtige Ergebnisse über die therapeutische Beeinflussung dieser Störungen. Bei einer Pulsfrequenz bis zu 100 Schlägen bestehen keinerlei Beziehungen zwischen der Zahl der Extrasystolen und der Herzschläge. Erst wenn die Pulsfrequenz von 100 überschritten ist, zeigen die vorzeitigen Herzkontraktionen eine Neigung zum Verschwinden, die dem Anstieg der Pulsfrequenz proportinal ist. Im allgemeinen haben Bettruhe und Atropinmedikation keine Wirkung auf die persistierenden Extrasystolen. Körperliche Anstrengung und Adrenalin lassen sie an Häufigkeit zunehmen, während diese unter Chinin, Chinidin und Digitalis absinkt. Diese Beeinflussung ist einigermaßen konstant. Sie steht jedoch in ihrem Grad keineswegs in Beziehung zu der Entstehungsart der jeweiligen Rhythmusstörung (auriculäre oder ventriculäre Extrasystolen) oder zur Aetiologie und dem Typus der vorliegenden Herzerkrankung. Nur in einem kleinen Teil der Fälle führt die Abstinenz von jeglichen Reizmitteln (Tee, Tabak, Alkohol, Coffein) zum Verschwinden oder zur Verminderung der Extrasystolen. Bei den meisten Patienten ist die Anwendung medikamentöser Therapie nötig. Chinin befriedigt am wenigsten wegen der großen notwendigen Dosis, welche leicht Vergiftungserscheinungen hervorruft. Chinidin wirkt zumeist nur dort, wo Chinin auch Einfluß hat, nur intensiver. Die häufigen „refraktären“ Fälle erfordern hohe Dosen, die eine Wiederkehr der Rhythmusstörung nach Absetzen der Droge bisweilen nicht verhindern können. Zuverlässiger erscheint Digitalis, welchem bei der Behandlung dieser vorzeitigen Herzkontraktionen eine bedeutendere Rolle als bisher zuerkannt werden müßte. Denn in fast allen Fällen war durch Digitalisverabfolgung eine beträchtliche Verminderung der Extrasystolen oder ihr völliges Verschwinden für eine gewisse Zeit zu erzielen. Der therapeutische Erfolg hängt von der Dosierung ab, die für den Einzelfall ermittelt werden muß und oft an die toxische Dosis heranreicht.

Richtlinien zur therapeutischen Punktion bei Pericardergüssen; eine experimentelle Untersuchung. Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Kranken mit serösem oder serofibrinösen Herzbeutelerguß ohne sonstige Komplikation stirbt plötzlich infolge Abklemmung der großen Venen durch das Exsudat. Experimentelle Untersuchungen machen es wahrscheinlich, daß der Druck im Herzbeutel als Maßstab für die Gefahr dienen kann und daß weniger die Menge und Lage des Exsudats, sondern die Geschwindigkeit, mit welcher der Erguß sich entwickelt, für den Tod verantwortlich zu machen sind. Ein stetiger Abfall des Blutdrucks und besonders eine plötzliche Beschleunigung der Drucksenkung geben die Indikation für die therapeutische Herzbeutelpunktion und die sofortige Druckentlastung.

Mykotische Aneurysmen. Bakterielle Infektionen von Blutgefäßen kommen entweder durch einen embolischen Gefäßverschluß, durch Implantation von infiziertem Material in die Intima oder durch Emboli in die Vasa vasorum zustande, welche in der Gefäßwand verlaufen. Die geschilderten zwei Fälle machen es wahrscheinlich, daß der letztere Mechanismus bei der septischen Endocarditis zur Entstehung der diagnostisch wichtigen mykotischen Aneurysmen führte. Denn Schmerzen infolge entzündlicher Vorgänge in der Gefäßumgebung waren die ersten Zeichen der embolischen Gefäßerkrankung. Erst späterhin kam es zur Schwellung, welche die embolische Verstopfung des Gefäßlumens anzeigte. Befallen waren die obere Mesenterialarterie und die Vena jugularis.

Einheitliche Natur der Beeinträchtigung renaler Funktionen. Für die Erklärung der bei den Nierenerkrankungen auftretenden Funktionsstörungen haben das Studium der extrarenalen Faktoren sowie die Aufstellung des Begriffes der Schädigung renaler Teilfunktionen eine bedeutende Rolle gespielt. Die Tatsache, daß bei der Stoffwechselurämie die Reststickstoffbestandteile im Blut beträchtlich erhöht sind, während bei den mit Oedemen einhergehenden Formen die Kochsalzausscheidung behindert ist, führte zur Kennzeichnung und Unterscheidung verschiedener Krankheitsformen (Nephritis, Nephrose) auf funktioneller Grundlage. Auch beim Zustandekommen der Urämie soll die Störung der Nierenteilfunktionen von wesentlicher Bedeutung sein, indem das Versagen der Nierentätigkeit nicht gleichmäßig eine Retention der sonst ausgeschiedenen Stoffe zur Folge hat. In der Tat zeigt die chemische Blutuntersuchung bei der Urämie an, daß manche Körper (Harnstoff, Indikan, Phenol, Phosphate und Sulfate) im Serum beträchtlich vermehrt sind, während Chlor, Natrium, Kalzium, Magnesium und der Wassergehalt eher in geringerer Konzentration als der Norm entsprechend im Serum nachweisbar sind. Und doch besteht eine Funktionsstörung der Niere, welche alle Funktionen gleichmäßig betrifft. Denn grade die Stoffe werden im Blut angehäuft, bei denen normaler Weise die Niere eine große Konzentrationsarbeit leisten muß. Die Konzentration des Harnstoffs im Urin ist physiologisch 65 mal größer als die Konzentration im Blut. So müssen beim Versagen der Nierentätigkeit im Blut sich zunächst die Harnbestandteile ansammeln, bei welchen das Konzentrationsgefälle zwischen Harn und Blut am größten ist. Bei andern Stoffen hingegen — wie beim Kochsalz — wo die durchschnittliche Konzentration im Harn sich wenig von der im Blut unterscheidet — bedingt erst verhältnismäßig spät die Nierenschwäche eine Retention. Für das Zustandekommen der so verschiedenen Retention der Harnbestandteile im Blut des Urämiekranken sind weiterhin noch extrenale Faktoren (Ausscheidung von Calcium, Magnesium durch den Dickdarm, von Wasser durch Haut und Lungen) und die verschiedenen Rollen der einzelnen Stoffe im Gewebsstoffwechsel von Bedeutung. Durch diätetische Maßregeln gelingt es, die Stoffe, welche keine Retention zeigen wie das Kochsalz aus dem Urin zum Verschwinden zu bringen, während die Eiweißbeschränkung in der Nahrung den Gewebszerfall nicht hindert und so ständig Abbauprodukte entstehen, welche bei dem geschädigten Ausscheidungsvermögen der Niere zur Ansammlung von Reststickstoff, Kreatinin, Indikan führen müssen. Der Urin bei der Schädigung der Nierentätigkeit ist vor allem gekennzeichnet durch die Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens. Diese kommt im Volhardschen Durstversuch (Unvermögen einen Harn mit hohem spezifischem Gewicht zu liefern) besser zum Ausdruck, als durch Bestimmung der Ambardschen Konstante. Bei absoluter Niereninsuffizienz kann das spezifische Gewicht nicht über 1010 hinaus getrieben werden, dem osmotischen Druck des enteiweißten Serums entsprechend. Durch kompensatorische Polyurie kann für eine gewisse Zeit, die Ausscheidung der Stoffwechselschlacken bewerkstelligt werden. Statt der Konzentration von Urea auf 2% und von Kochsalz auf 1—1½% im normalen Harn können nur 0,9 resp. 0,4% im isothenurischen Harn ausgeschieden werden. Bei der Lipoidnephrose, dem oft zitierten Beispiel für eine isolierte Schädigung der Kochsalzausscheidung, läßt sich zeigen, daß die Niere wohl imstande ist, NaCl in größerer Menge zu eliminieren (Anstieg der Kochsalzkonzentration im Urin bei Eiweißdiät, bei der Thyreoidindiurese). Die Oedeme bei der Nephrose können nicht durch ein Versagen der Kochsalzausscheidung zustande kommen, da bei der mechanischen Anurie mit hoher Kochsalzretention keine Oedeme entstehen. Vielmehr ist die verminderte Kochsalzausscheidung im Harn nicht die Ursache, sondern die Folge des auf allgemeiner Gefäßschädigung beruhenden Hydrops, der die Ansammlung von Kochsalz in der Oedemflüssigkeit bedingt und der Niere das Kochsalz entzieht. Weitere Erfahrungen zeigen, daß die Verschlechterung der Nierentätigkeit immer einer Erniedrigung der maximalen Konzentration, mit welcher jeder Harnbestandteil ausgeschieden wird, zum Ausdruck kommt, gleichgültig welches anatomische Substrat der Nierenschädigung zugrunde liegt. Diese Erscheinungen der Hypofunktion finden sich einheitlich bei den arteriosklerotischen und entzündlichen Nierenveränderungen, bei der polycystischen Nierendegeneration und den durch Urinstauung bewirkten Veränderungen bei Prostatahypertrophie und Ureterkompression. Die isolierte Retention eines Harnbestandteiles geht immer auf extrarenale Faktoren zurück und nicht auf das Unvermögen der Niere gerade diesen Stoff auszuscheiden.

Biberfeld.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. 14, 5.

* Gegenwärtige Kenntnisse über Pneumoconiosis. K. Pancoast und E. P. Pendergraß.
* Wirkung der Anstrengung auf die Herzgröße. Beobachtungen an Tieren und Marathonläufern. B. Gordon.
* Diagnose und Behandlung intrathorakalen Lymphdrüsenerkrankung vom röntgenologischen Standpunkt. D. Lawson.
* Röntgendiagnose des Gastrojejunalgeschwürs. B. Moore und W. J. Marquis.
* Der erkrankte Appendix als Ursache von Azidosis bei Kindern. A. L. Gray.
Dyschezie. H. J. Isaacs und M. J. Kaplan.
* Knochenmetastasen des primären Brustkrebses. G. Giles.
* Anwendung von Corpus luteum zur Verhütung der Uebelkeit bei der Bestrahlungstherapie uteriner Erkrankungen. H. Lafferty und C. C. Phillips.
* Röntgenbehandlung des Bowen Typs des Hautkrebses. H. H. Hazen.

Gegenwärtige Kenntnisse über Pneumoconiosis. Das wirksame Agens der Anthracosis, Siderosis, Chalicosis ist Silicium, welches eine aktive Fibrosis der Lunge hervorruft, die häufig mit Lungentuberkulose verwechselt wurde. Die Röntgendiagnose ist, wie allgemein anerkannt wird, die leichteste und zuverlässigste Methode die Wirkung von Staubinhalationen beim Lebenden zu untersuchen, weshalb unsere Kenntnisse über die Pneumoconiosis verhältnismäßig jüngeren Datums sind. Die wichtigsten Faktoren bei der Hervorbringung der Lungenfibrose sind: 1. die zeitliche Ausdehnung der Staubeinatmung, 2. die Menge des Staubes, seine Konzentration, 3. die Art des Staubes mit besonderer Berücksichtigung des Siliziums und 4. die Größe der Partikel, deren Gestalt und Ecken jedoch nicht die Rolle beim Zustandekommen der Lungenfibrosis spielen, die man ihnen früher zuschrieb. Wenn auch ein beträchtlicher Teil des Staubes aus so großen Partikeln besteht, daß sie nicht in die Lunge eindringen können und wieder ausgehustet werden, so hat sich doch gezeigt, daß mehr wie 90% des Staubes der Luft aus Partikeln von weniger als 12 Mikron Durchmesser bestehen, so daß das unbewaffnete Auge unfähig ist, den Staubgehalt der Luft zu beurteilen. Wegen dieser geringen Größe gerade auch der gefährlichen Staubarten genügt die Atmung nicht, sie aus der Lunge fernzuhalten. Silicium kommt hauptsächlich in Gold-, Kupfer-, Zink-, Blei-, Nickel-, Silber- und Kobaltminen vor. Die Arbeit in Anthrazitkohlenminen führt leichter zu Pneumoconiosen als die in bituminösen Minen. In den oben genannten Minen sind nach 4½ Jahren mehr wie 50% der Bohrarbeiter — sie stellen die gefährdetste Gruppe dar — befallen, von den übrigen nur 29%; nach 8½ Jahren sind es 75% bzw. 39%, nach 15 Jahren sind die entsprechenden Zahlen 100% bzw. 50%. Die Tätigkeit des Gebläses und des Mahlens verursacht gleichfalls viel Staub. Granitschneiden bringt viel freies Silicium als Staub hervor. In dieser Hinsicht sind noch mehr oder weniger gefährliche Industrien: Töpfereien, Sandpapierherstellung, Werkzeugschärfung, Metallpolierer- und -Schleiferei, Ziegeleien, besonders Feuersteinziegeleien und Industrien, welche Sandstrahlengebläse gebrauchen; schließlich zeigen Farmer, welche in Gegenden, wo Sandstürme mit Vorliebe vorkommen, häufig fibrotische Veränderungen der Lunge. Die Vorbeugungsmaßnahmen zerfallen in solche, welche sich gegen die Hervorbringung der Pneumoconiose richten und in solche, welche die Arbeiter mit fortgeschrittener Silicose vor der Tuberkulose bewahren sollen. Alle Sprengungen sind am Ende der Schicht vorzunehmen und durch Wassersprengung die Staubentwicklung zu dämpfen, die Arbeiter dürfen erst ½ Stunde später die Mine betreten. Wassersprengungen sind das wichtigste Prophylaktikum, wenn auch die Ventilation eine große Bedeutung hat. Bedrohte Arbeiter werden sowohl über als unter Tag bei den genannten Minen ausgeschaltet. Systematisch werden alle Arbeiter untersucht. Die in Rede stehenden Gefahren sind daraufhin in Broken Hill (Afrika), wo die meisten Erfahrungen gesammelt wurden, seit 1920, dem Beginn der Kommissionstätigkeit, stark vermindert worden. Pathologisch-anatomisch ist es noch nicht ausgemacht, welche Individuen mehr gefährdet sind, die Nasenatmer oder die Mundatmer, was wohl für den Menschen das näherliegende scheint. Die in die Alveolen eindringenden Staubteilchen locken „Staubzellen" herbei, die wahrscheinlich endothelialen Ursprungs sind. Soweit sie nicht nach außen befördert werden können, treten sie durch die nächste Alveolenlymphspalte in die Lymphbahnen und gelangen so zu der nächsten Lymphdrüse, die unter ihrem Reiz anschwillt und die Staubzellen zu den ferneren Drüsen abschiebt. Die Staubzellen zerfallen nicht. Wird der Nachschub weiter fortgesetzt, so kommt es zur Ueberfüllung des Lymphsystems und schließlich zur Fibrose der Lunge, indem sich die Staubzellen zu Fibroblasten umwandeln. Die Lymphkanäle obturieren durch zusammengeballte Zellen, aus gleicher Ursache verdicken das interalveolare und das interlobuläre Gewebe. Die Vergrößerung der Hilusdrüsen sind röntgenologisch zusammen mit der Verdickung der Wände des Bronchialbaums die charakteristischen Veränderungen des ersten Stadiums der Erkrankung. Auf dem Wege der Lymphbahn kann es auch zu Verdickungen der Pleura kommen, Adhäsionen und selten Ergüsse können entstehen. Durch Zusammenfluß der kleinen fibrösen Knoten entstehen makroskopische Knoten von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, die das für das zweite Stadium charakteristische Röntgenbild ergeben. Die interstitielle Fibrosis verschmälert, indem sie in die Alveolen eindringt, die Bronchiolen und Gefäße umwächst, diese Gebilde. Bei intensiver Staubzufuhr schreitet der generalisierende Prozeß rascher fort, und es kommt zur diffusen Fibrosis, häufig ohne daß die Erscheinungen des zweiten und noch weniger die des ersten Stadiums stark in Erscheinung treten. Diffuse Fibrosis in Gegenwart noch vorhandener Knoten, größere, durch Zusammenfluß kleinerer entstandene Knoten oder große unregelmäßig gestaltete konsolidierte Herde als Folge einer massiven Fibrosis sind die bezeichnenden Erscheinungen des dritten Stadiums. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß Staubzellen, welche noch nicht zu fibrösem Gewebe umgewandelt sind, die Lunge verlassen können, wodurch es zur Verminderung der Zelldepots in den Lymphzentren kommt. Die silicotische Lunge prädisponiert in ihren vorgeschritteneren Stadien zu interkurrenten respiratorischen Infektionen, besonders zu Tuberkulose und in geringerem Maße zu Pneumonie. Rassenmäßig leiden Italiener am wenigsten, dann folgen Amerikaner, Engländer, Spanier, Schotten, Schweden, Norweger, Dänen, Franzosen und Irländer. Pigmentation und Fibrosis gehen nicht notwendig nebeneinander her. Röntgentechnisch sind die gleichen Bedingungen maßgebend, wie bei der Lungentuberkulose: kurzzeitige Aufnahmen schon mit Rücksicht auf die bei Lungenfibrose oft bestehende Kurzatmigkeit, die noch nicht einmal immer gestattet 1 oder 2 Sekunden in tiefster Inspiration zu verharren. Bei fortgeschrittenen Silikosen ist das Diaphragma wenig oder gar nicht mehr beweglich infolge der Fibrose oder auch durch Pleurastränge.

Wirkung der Anstrengung auf die Herzgröße. Beobachtungen an Tieren und Marathonläufern. Kaninchenversuche ließen keine Herzerweiterung nach Erschöpfung erkennen. Ebenso waren auch bei Marathonläufern eine geringe Verkleinerung zu konstatieren. Auch durch jahrelanges Training war bei Athleten keine Herzhypertrophie zu erzielen.

Diagnose und Behandlung intrathorakaler Lymphdrüsenerkrankung vom röntgenologischen Standpunkt. Vorläufiger Bericht. Die Hilusdrüsenerkrankung, häufig auf Tuberkulose beruhend, ist eine Einheit. Die Erkennung dieser Erkrankung ermöglicht der Röntgenologe. Dabei müssen Internist und Röntgenologe sowohl bei der Diagnose als auch der Behandlung zusammenarbeiten. Diese Krankheit nimmt für gewöhnlich, wenn nicht immer, ihren Ausgang von einem Lungenherd. Die Röntgentherapie — ⅓ HED 180 KV ½ mm Cu- + 1 Al-Filter, evtl. bis zu dreimal in Intervallen von je 6 Wochen — sollte in allen Fällen in Verbindung mit der üblichen medizinisch-hygienischen Behandlung angewandt werden.

Röntgendiagnose des Gastrojejunalgeschwürs. Die Mayoklinik hatte nach Verlauf von 10 Jahren unter 4146 Gastroenterostomierten

2,3% Gastrointestinalulzera. 60 (von insgesamt 200) wurden in den ersten 2 Jahren entdeckt, 103 in den ersten 4 Jahren, und 19 wurden erst mehr wie 10 Jahre später gefunden. 21 Jahre und 6 Wochen waren die Intervalle in zwei extremen Fällen. Die Aetiologie dieser Sekundärgeschwüre ist wohl meist kombiniert. Traumen und irritierende Nähte vermögen sicher auslösend zu wirken. Disposition ist ungewiß. Allen Präventivmaßnahmen zum Trotz treten sie auf. Die Gastrojejunalulzera sind vereinzelt und meist kleiner als die peptischen Geschwüre. Nie sahen die Autoren maligne Entartung eines sekundären Magengeschwürs. Das penetrierende Ulkus ist bei weitem der häufigste Typ des Gastrointestinalgeschwürs. Sie liegen meist in der Nahtlinie oder beim Jejunum nahe der Anastomose. Perforierende stomale Ulzera sind gewöhnlich; sie enden schließlich in Abszessen in die vordere oder hintere Bauchhöhle. Die häufigste Komplikation des perforierenden Gastrojejunalgeschwürs ist eine Fistel in das Kolon. Die klinische Unterscheidung der Symptome des Gastrointestinalgeschwürs von einem rezidivierenden Ulcus pepticum ist sehr schwer. Die Röntgenuntersuchung kann dabei von großem Wert sein. Um die besten Verhältnisse zu erzielen, darf die am abhängigsten Teil des Magens angelegte Anastomosenöffnung nicht kleiner als 6,25 cm sein, die Jejunumschlinge wird nach links gedreht und genügend lang gemacht, um Zerrungen an der Anastomose zu vermeiden. Bei der normalen Funktion solcher Anastomosen breitet sich der Kontrastbrei mehr oder weniger fächerförmig aus, bis er die Oeffnung zum Jejunum erreicht, wo er gleichmäßig oder in Schüben eintritt. Die Schnelligkeit dieses Zuflusses wird stark von der Bauchdeckenspannung beeinflußt, indem muskuläre Erschlaffung die Passage durch die Anastomosenöffnung sehr erleichtert. Der Magen ist nach der Gastroenterostomie gewöhnlich kleiner als vor der Operation, es sei denn, daß sein Tonus durch vorausgegangene Obstruktion geschwächt war. Bei normal funktionierender Anastomose ist die Peristaltik nicht verstärkt, die Form des Magens ist die gewöhnliche, abgesehen von einer leicht grubenförmigen Verziehung nach der Anastomose hin. Nach ihrer Oeffnung hin sind auch die Schleimhautfalten gerichtet. Das Jejunum läßt keinen Unterschied gegen nichtoperierte Fälle erkennen. Das Gastrojejunalgeschwür gibt sich röntgenologisch durch indirekte, anormale Verhältnisse im gastroenterostomierten Magen anzeigende und direkte Zeichen, welche den Sitz des Leidens erkennen lassen, kund. Die erste Gruppe umschließt Magenretention, Hyperistaltik, Magenerweiterung, Magenspasmus und Duodenumerweiterung. Zur zweiten Gruppe gehören Deformität um die Anastomosenöffnung, Verengerung und Irregularität des Jejunums, spärlicher Zufluß durch die Anastomosenöffnung und Fixierung nach der Seite der Anastomose. Diese Zeichen können vereinzelt oder in verschiedener Kombination auftreten. Ist die Anastomose zu eng, kam es infolge eines Traumas nach der Operation zu Adhäsionen, war die Jejunalschlinge zu kurz oder nicht richtig gewählt, so kann es entsprechend den Röntgensymptomen zur Fehldiagnose, Gastrojejunalgeschwür, kommen. Deshalb ist es für den Röntgenologen von großem Wert zu wissen, welche Art der Gastroenterostomie gemacht wurde, und wer sie ausgeführt hat. Die Colonfistel infolge des Gastrojejunalgeschwürs wird zweckmäßiger mittels Kontrasteinlaufs nachgewiesen, wobei der rasche Rückfluß des Kontrastmittels in den Magen die Diagnose sichert.

Der erkrankte Appendix als Ursache von Azidosis bei Kindern. Cyklisches Erbrechen und andere gastrointestinale Störungen, welche oft auf Azidose zurückgeführt werden, können Folgen eines erkrankten Appendix sein, der bei dem Mangel direkter Anzeichen meist in solchen Fällen übersehen wird.

Knochenmetastasen des primären Brustkrebses. Krebsmetastasen können sich im Knochen durch den Blutstrom, lymphatische Verstopfung und lymphatische Durchdringung ausbreiten. Knochenmetastasen kommen häufiger vor, als man allgemein annimmt. Die distalen Knochen der Ellenbogen- und Kniegegend zeigen gelegentlich starkes Befallensein. Rheumatische Schmerzen bei bekanntem Primärkarzinom sollten immer an Knochenmetastasen denken lassen und zu sorgfältiger Röntgenkontrolle des Skeletts veranlassen. Die Prognose der Knochenmetastasen ist immer ernst, wenn auch nicht ganz hoffnungslos. Durch fraktionierte Röntgendosen über lange Zeit kann das Leben über Monate und Jahre verlängert werden unter Erleichterung der quälenden Symptome, wenn die Metastasierungen ausgedehnter geworden sind.

Anwendung von Corpus luteum zur Verhütung der Uebelkeit bei der Bestrahlungstherapie uteriner Erkrankungen. Die Folgen der Röntgenbestrahlung (Uebelkeit usw.) treten häufiger und schwerer bei Frauen als bei Männern auf. Die gutartig Erkrankten schienen mehr unter den Allgemeinwirkungen zu leiden, wie die malignen Fälle, was die Autoren auf die größere Aktivität der inneren Sekretion der Ovarien bei den jüngeren, meist gutartig erkrankten Patienten zurückführt. Gleichwohl spielte das Alter nur eine geringe Rolle bei der Schnelligkeit, womit die Kranken auf die Einverleibung von 1 ccm Corpus-luteum-Extrakt intravenös reagierten. Bei einigen Patienten waren 2 ccm erforderlich; die Injektionen wurden unmittelbar nach der Bestrahlung gemacht. Sie wurden auch beim Schwangerschaftserbrechen und in der künstlich herbeigeführten Menopause erfolgreich angewandt.

Röntgenbehandlung des Bowen Typs des Hautkrebses. Von 9 Patienten, 4 Männern, 5 Frauen, mit zusammen 58 erkrankten Stellen hatten 7 eine angeboren trockene Haut. Die histologische Untersuchung zeigte, daß die Plaques schon von Anfang an karzinomatös waren. Die malignen Zellen stammten von den Basalzellen des Rete. Die Tumoren wachsen langsam und erlangen nur gelegentlich ernsten Charakter. Chronische Reize spielen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Krankheit. Die Knoten und fungösen Tumoren sprechen sehr gut auf Bestrahlung an, ebenso heilen die kleinen Plaques sehr gut, die großen und die Keratosen sind hingegen oft sehr widerstandsfähig.

Kottmaier, Mainz.

The American Journal of Syphilis.

Vol. 10, 2. April 1926.

* Nervensyphilis bei Eheleuten. A. Gordon.
* Frühzeitig rezidivierende Syphilis. Ch. C. Dennie.
* Untersuchungen an Hoden syphilitischer Patienten. E. R. Salebby.
Ausgedehnte Hautsyphilis. Klinische Unterscheidungen. H. Goodman.
* Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems. F. I. Farnell.
* Gut und schlechtbehandelte Syphilis. A. B. Jackson.
* Syphilitische Rektalerkrankungen. I. F. Montague.
* Tryparsamidbehandlung bei Nervensyphilis. L. Berg.
* Syphilisbehandlung. M. Scholtz.
Klinische Bedeutung der inkompleten Wassermannreaktion. I. S. Lawrence.
Vernes Flockungsmethode, ein serologisches Hilfsmittel. A. B. Baylis, A. E. Sheplar und W. I. Mac Neal.
Treponema Pallida-Antigene in der Wassermannreaktion. A. I. Hinklemann.

Nervensyphilis bei Eheleuten. Syphilisinfektion unter Eheleuten ist häufiger, als man allgemein annimmt. Sie geht nicht nur vom Mann auf de Frau über, sondern auch auf andere im gleichen Haushalt lebende Personen (Brüder oder Schwestern). Es konnte festgestellt werden, daß Nervensyphilis eines infizierten Ehegatten mit Vorliebe auch das Nervensystem des anderen Teiles befällt. In diesem Zusammenhange gewinnen wertvolle Arbeiten verschiedener, in Nervensyphilis erfahrener Autoren an Bedeutung, die annehmen, daß das Treponema eines Paralytikers biologisch nicht identisch ist mit dem Treponema aus hartem Schanker oder Schleimhauterkrankungen. Wenn z. B. das Virus eines Paralytikers auf die Skrotalhaut, das Präputium oder die Analgegend eines Kaninchens übertragen wird, entsteht anstatt eines harten Schankers nur eine papulosquamöse Effloreszenz. Es zeigt sich hier eine bestimmte Affinität zu Epithelzellen. Außerdem besteht eine ungewöhnlich lange Inkubation. Auch heilen die Papeln sehr langsam. Dabei ist die Virulenz, trotz der verschiedenen Passagen von einem Tier auf das andere, beinahe gleich Null. Wenn also das Versuchstier von einer Infektion mit neurotropem Virus wieder genesen ist und gegen dieses Virus geimpft, so kann es sich noch eine Hautinfektion zuziehen und umgekehrt. H. Pette referiert über diesbezügliche Experimente. Er machte aus Hirngewebe frisch gestorbener Paralytiker eine Emulsion und injizierte sie in die Testikel gesunder Versuchskaninchen. Es entstand nur eine leichte lokale Reaktion und nichts einem echten Primäraffekt Aehnliches. Sieben von zwölf Kaninchen zeigten zwischen 2 bis 6 Wochen Lymphozytose, Zunahme des Globulins in der Spinalflüssigkeit und histologische Veränderungen im Hirngewebe: diffuse Entzündung, besonders der Meningen und Blutgefäßveränderungen, wie man sie gewöhnlich bei Paralyse findet. Klinisch sah man halbseitige Lähmungen, Krämpfe usw. Aus diesen sehr beweisenden Ergebnissen schließt der Verf., daß es zwei Treponemata bei Syphilis geben müsse, ein neurotropes und ein dermotropes. Nimmt man ein neurotropes Virus an, so kann man folgern, daß es zuerst vom dermotropen nicht unterschieden ist und erst im intrazerebralen Leben einen anderen Charakter annimmt. Die Tatsache bleibt bestehen, daß wir im Besitze vieler klinischer Beobachtungen sind, aus denen die Existenz eines neurotropen Virus klar hervorgeht. Z. B. finden sich viele Fälle, wo Kinder von neurosyphilitischen Eltern ebenfalls am Zentralnervensystem erkranken. Nonne berichtet von zwei Brüdern, die beide neurosyphilitische Erscheinungen zeigten, obgleich sie die Erkrankung aus ganz verschiedenen Quellen erwarben. In solchen Fällen muß die hereditäre Prädisposition in Erwägung gezogen werden. Verf. bringt zum Schluß vier sehr instruktive Fälle: Fall 1. Herr S., Literat, arbeitete sehr viel, auch auf Kosten des Schlafes. Mit 18 Jahren Luesinfektion. Mit

29 Jahren heiratet er ein Mädchen von 21, das ebenfalls literarisch tätig ist. Die Frau hat zwei extrauterine Schwangerschaften, kein lebendes Kind. Der Mann erkrankt mit 39 Jahren an Paralyse, die Frau mit 41. Fall 2. Herr I. M. erwirbt Syphilis mit 21 Jahren. Mit 25 Jahren verläßt er, als Dr. phil. die Columbiauniversität. Er widmet sich dem Fürsorgedienst in New York. Mit 30 Jahren heiratet er ein Mädchen von 23, das ebenfalls sozial arbeitet. Von Morgen bis Abend sind beide rastlos beschäftigt. Keine Kinder. Beide erkranken Mitte der Dreißig an Tabes. Fall 3. Herr F. O. D., Farmer, erwirbt Syphilis mit 20 Jahren. Er heiratet mit 32 Jahren eine Lehrerin von 24. 4 Fehlgeburten, keine lebenden Kinder. Beide Ehegatten erkranken in späteren Jahren an Neurosyphilis. Fall 4. Herr C. M., Musiklehrer, erkrankt mit 19 Jahren an Syphilis. Mit 29 Jahren befallen ihn Attacken von Gedächtnisschwäche. Obwohl vom Arzte gewarnt, heiratet er ein starkes, gesundes Mädchen von 20 Jahren. Drei Fehlgeburten, kein lebendes Kind. Mit 38 Jahren erkrankt der Mann mit Irregularität der Pupillen, ungleichen Patellarreflexen und schwerem Kopfweh. Zur selben Zeit zeigt sich schwerer Schwindel bei der Frau und Schwinden der Patellarreflexe. Positive Wassermann-Reaktion. Das Kind hat epileptiforme Anfälle.

Frühzeitig rezidivierende Syphilis. Frühzeitig rezidivierende Syphilis nennt man Rezidive sekundärer Syphilis, die der Behandlung mit Salvarsan schnell folgen. Sie werden verursacht durch: a) erste ungenügende Behandlung, b) mangelhafte Abortivkuren, c) Initialbehandlung nur mit Arsenpräparaten, im präeruptiven und eruptiven Stadium, wodurch die Immunität des Patienten vermindert wird, d) zu kleine Dosen in größeren Intervallen, die die Spirillen arsenfest machen, e) Ueberbehandlung mit Salvarsan und Unterbehandlung mit Quecksilber. Frührezidive werden verhindert durch: a) frühzeitige, energische, langdauernde Behandlung, b) den Gebrauch von Quecksilber im präeruptiven und eruptiven Stadium der Syphilis, mindestens 3 Monate lang. Von da ab kann man Salvarsan verwenden, c) Salvarsan sollte in hohen Dosen und kleinen Zwischenräumen gegeben werden, Kontraindikationen ausgenommen, d) man sollte immer eingedenk sein, daß Quecksilber unser bestes Antisyphilitikum ist. Wenn das Rezidiv eingetreten ist, soll man Alt-Salvarsan in hohen Dosen gebrauchen, bis der Patient nicht mehr infektiös ist. Daneben intramuskuläre oder intravenöse Quecksilbergaben bis zur Toleranzgrenze, abwechselnd mit Wismut.

Untersuchungen an Hoden syphilitischer Patienten. Die Spirochaete pallida hat eine besondere Vorliebe für die Genitalorgane. Makro- und mikroskopisch wurden Hoden von 40 Syphilitikern untersucht. Außer den verschiedenen Graden von Fibrose waren makroskopisch untersucht. Außer den verschiedenen Graden von Fibrose waren makroskopisch charakteristische Veränderungen nicht festzustellen. Mikroskopisch fanden sich perivaskuläre Rundzelleninfiltrate, bestehend aus Plasmazellen und Lymphozyten. Der Grad der Infiltration schwankte von ganz wenigen Zellen bis zu großer Anzahl. Das Stroma zwischen den Tubuli zeigte fibroblastische Proliferation. Auch sah man hyaline und fibromatöse Entartungen verschiedener Grade. Die Blutgefäße schienen verdickt. Die Hodentubuli waren teilweise atrophisch und fibromatös entartet. Die Basalmembran war verdickt, und es zeigte sich verminderte Spermatogenese. Die Sertolischen Zellen schienen leicht hypertrophisch. Diese pathologischen Veränderungen konnten in beiden Hoden nachgewiesen werden, doch oft in dem einen stärker, als in dem anderen. In 17 von den 23 Fällen war die Wa.-Reaktion positiv, in 2 negativ, in 4 wurde sie nicht gemacht. Die Levaditifärbung versagte in allen Fällen, ausgenommen bei einem 7 Monate alten Foetus, wo sich Spirochäten in großer Anzahl fanden. 2 Ratten wurden mit einer Emulsion (von 8 Fällen) in die Hoden injiziert und 4 Monate lang beobachtet. Keine der Ratten erkrankte syphilitisch.

Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems. In der Privatpraxis des Nervenarztes muß eine etwas andere Behandlungsmethode Platz greifen, als die En-masse-Behandlung in den Hospitälern und Kliniken, wo mehr die Syphilis behandelt wird, als der Patient und seine Syphilis. Ein vorgeschrittener hypotonisch-atak. tischer Tabiker mit negativem Wassermann und negativer Spinalflüssigkeit, 8 Zellen im Kubikmillimeter und einer Goldkurve in der syphilitischen Zone, der an furchtbaren Wurzelschmerzen leidet, reagiert prompt auf die für ihn geeignete Therapie mit wöchentlichen intravenösen Injektionen mit hypertonischer Jodlösung, 10 g pro Dosis. Ein Vagotoniker mit Pseudohyperthyreoidismus, fehlenden Patellarreflexen, Argyll-Robertsonschen Pupillen, negativem Blutbefund und einem bis ins Kleinste klar ausgeprägten, für Neurosyphilis charakteristischen Bild der Spinalflüssigkeit zeigte nach 30 extraduralen Behandlungen Abnahme aller Beschwerden, bis auf einen Mangel an Energie. Nach 20 Dosen Tryparsamid im Wechsel mti 10 g Jodnatrium hoben sich Ehrgeiz und Tatenlust wieder. Besonderer Nachdruck ist auf intravenöse Injektionen großer Dosen hypertonischer Jodlösung (bis zu 10 g) zu legen. Für die Serumbehandlung geeignet ist der extradurale Raum. Sein netzförmiges, mit Blutgefäßen reich versehenes Gewebe wirkt gleich einer dialysierenden tierischen Membran.

Gut und schlecht behandelte Syphilis. Die gewaltige Verantwortung einer richtigen Syphilisbehandlung wird immer mehr auf die Schultern des praktischen Arztes gelegt. Er darf nicht versäumen, die Diagnose in jeder Weise sicher zu stellen und mit der Behandlung umgehend zu beginnen. Nur auf diese Art, bei intensiver Mitarbeit des Patienten, ist es möglich, schwere Nachkrankheiten: kardiovaskuläre Entartungen und Neurosyphilis, zu vermeiden. Viele Verbrechen und Morde würden nicht begangen, wenn jede Syphilis richtig behandelt würde. Bei jeder schwangeren Frau sollte ein Wassermann gemacht werden. So könnte manches Kind noch gesund geboren werden. Der Arzt sollte jedem syphilitischen Patienten, den er behandelt hat, eine Karte mitgeben mit allen Daten der Diagnose und Therapie, damit, wenn der Patient zu einem anderen Arzte geht, dieser gleich über den Fall unterrichtet ist. Ueberall soll der Arzt Syphilis vermuten. Es ist besser, er behandelt ein Kankroid als Schanker, wie einen Schanker als Kankroid.

Syphilitische Rektalerkrankungen. Anorektalsyphilis ist häufiger, als man bisher annahm. Primär tritt sie auf in der gewöhnlichen Form einer oberflächlich scheinenden Ulceration mit eingesunkenem Zentrum, scharfbegrenzten Rändern und induriertem Grunde. Sie würde bisher häufig übersehen, weil die Muskelfasern des Sphinkters die Ränder des Geschwüres zusammenpressen, so daß es als „Fissur" diagnostiziert wurde. Multiple Fissuren sind häufig multiple Primäraffekte. Der Wassermann ist meist noch negativ. In allen Fällen von Rektalulkus mit induriertem Grunde sollte Dunkelfelduntersuchung gemacht werden. Im Sekundärstadium findet man am After Papeln, die nur mit breiten gonorrhoischen Kondylomen verwechselt werden können. Daneben sicht man seltener Schleimhautplaques. Diese sind oft nur mit dem Rektoskop festzustellen. Im Tertiärstadium findet man in einigen wenigen Fällen eine proliferierende Proktitis. Sie besteht aus von der Schleimhaut ausgehenden, zottigen, leichtverletzlichen Gebilden, die ulcerieren können und zu Strikturbildung neigen. Am häufigsten sind gummöse Entzündungen. Selten im After, reichlicher in der Schleimhaut des Rektum entstehen ovale oder runde Auftreibungen. Sie sind ganz schmerzlos, 1 bis 5 cm im Durchmesser. Im Verlaufe verfallen sie käsiger Degeneration und brechen durch. Solche Ulcera neigen nicht zur Striktur. Gelegentlich einer längerdauernden, diffusen gummösen Entzündung kommt es zu tiefausgestanzten Ulcera mit verdickter Basis und scharfen Rändern. Die sie umgebende Rektalwand ist steif. Der natürliche Ausgang dieses sich über lange Zeit erstreckenden Prozesses ist die Striktur des Rektums. Der Autor bestreitet die allgemeine Ansicht, daß die Mehrzahl gutartiger Strikturen im Rektum spezifischer Natur sei, er behauptet vielmehr, daß jede chronische Entzündung in Striktur ende. Eine Form syphilitischer Rektalerkrankung, die häufiger übersehen wird, ist die Atonie des Sphinkters, als Folge degenerativer Prozesse in den hinteren Wurzeln der ihn versorgenden Nerven. Die Insuffizienz des Anus ist sehr bezeichnend und sollte uns immer den Verdacht auf Syphilis nahelegen.

Tryparsamidbehandlung bei Nervensyphilis. Verf. hat in über längere Zeiträume geführten Untersuchungen sich von dem Wert des Tryparsamid überzeugt. Er erzielte 40% klinischer Heilungen. Dazu kommen noch 5% gebesserte Fälle. Patienten mit Neigung zu Optikuserkrankungen wurden ausgeschieden. Die klinische Besserung ging selten mit der Wa.-Reaktion parallel. Viele Patienten zeigten auch am Schluß der Behandlung stark positive Reaktion. Nur eine kleine Gruppe war am Ende negativ. In einer großen Anzahl der Fälle kamen die Zellen im Liquor zu normalen Zahlen. Fortgesetzte ophthalmoskopische Untersuchung macht sogleich auf ungünstige Einwirkung des Mittels aufmerksam. Sollten vorübergehende Sehnervenstörungen auftreten, muß sofort mit der Behandlung ausgesetzt werden. Die zweite Kur folgt der ersten nach mehreren Monaten. In gleichen Abständen können so 6 Kuren in den nötigen Intervallen gemacht werden.

Syphilisbehandlung. Der augenblickliche Stand der Syphilisfrage führt zu folgenden Schlüssen: Die allgemeine Auffassung der Syphiliskontrolle ist zu dogmatisch und schematisch. Sie ist zu einseitig auf die chemischen und serologischen Ergebnisse eingestellt und berücksichtigt zu wenig das vollständige Gesamtbild der klinischen und biologischen Gesichtspunkte. Der Wert der Wa. R. beherrscht ganz das klinische Urteil und wird vom Durchschnittsmediziner als diagnostischer und therapeutischer Gradmesser weit überschätzt. Daß die Wa. R. nicht genügt, sieht man an den fortgesetzten Bemühungen der Serologen, ergänzende Reaktionen, wie z. B. die Flockungsmethoden, zu finden. Die letzte Modifikation von Kahn dürfte vielleicht Ergänzung oder Ersatz des Wassermann werden. Die spezifische Behandlung, besonders mit Salvarsan, bringt absolute Heilung nur in den ersten Stadien. Sie ist unsere beste Waffe bei wirksamen Abortivkuren. Tritt keine frühzeitige Sterilisation ein, wird vollständige Heilung durch sie nicht mehr erzielt. Die spezifische Behandlung mit Arsen, Quecksilber oder Wismut verursacht toxische Reaktionen und sollte nie nur auf Grund eines positiven Wassermann in infinitum fortgesetzt werden, wenn die klinischen Erscheinungen geschwunden sind. Die chemotherapeutische Methode des Syphilisnachweises ist nicht entsprechend, weil sie den natürlichen Verteidigungsmechanismus nicht beachtet, ja ihm direkt entgegenarbeitet. Die unspezifische Syphilistherapie — Malaria-Impfung, Milchinjektionen, Serumtherapie usw. — eröffnet neue therapeutische Möglichkeiten von augenblicklich noch unbekannter Bedeutung. Vorläufig ist es noch nicht möglich, eine definitive Standardtherapie für die Syphilis aufzustellen. Die klinische Auswertung der Fälle sollte den serologschen Ergebnissen gleichgesetzt werden.

E. Kottmaier, Mainz.

Buchbesprechungen.

Hygiène du Travail. Encyclopédie d'hygiène, de pathologie et d'assistance sociale, envisagées au point de vue du travail, de l'industrie et des professions. Genève, 1925/26. Bureau International du Travail. Hefte 1/8. Preis komplett M. 32,—. — Bei der heutigen Verbreitung der sozialen Medizin kann sich der Arzt nicht mehr mit Beschreibungen von Krankheitsfällen begnügen, er muß sich vielmehr mit Untersuchungen der Gesundheitsbedingungen der arbeitenden Bevölkerungsschichten befassen. Besonders muß der Arzt ein klares Bild über professionelle Krankheiten gewinnen. Leider ist festzustellen, daß die vorhandene gewerbehygienische Literatur für einen Nichtspezialisten unzureichend ist. Es ist darum das Unternehmen des Internationalen Arbeitsamtes, eine Enzyklopädie der Arbeitshygiene herauszugeben, lebhaft zu begrüßen. Nur ist es bedauerlich, daß die Enzyklopädie in französischer, bzw. englischer Sprache erscheint; deutsch sind nur die Benennungen. Die Abhandlungen sind von 3 Standpunkten aus verfaßt:

1. der Arbeit;
2. des Arbeiters;
3. des Milieus der Arbeit,

wobei ziemlich jede Arbeit in folgende Unterabteilungen geteilt ist: Der Stoff selbst (z. B. Quecksilber, Kohlenoxyd, Trinitrotoluol, Zelluloid, Phosphor, Schlachthäuser, Telephon, Filzhutfabrikation usw. — um nur einige zu nennen), ferner die Ursachen des Schadens, Quelle der Vergiftung, bzw. der Ansteckung, Anwendung, giftige Wirkung, Statistik, Symptome, Diagnostik, Gegenmittel, Prophylaxis, Gesetzgebung, Bibliographie.

Der Arzt muß allerdings ins Auge fassen, daß das Werk auch für Laien geschrieben ist. Er wird aber durch die Lektüre des Werkes genau über den status praesens unterrichtet sein, und hier liegt die große Bedeutung der Enzyklopädie für den ärztlichen Leser, während der Sozialpolitiker wohl den größeren Wert auf den normativen Teil legen wird.

Unter den deutschen Mitarbeitern sind u. a. verzeichnet: Bresina (Wien), Chajes (Berlin), Engel (Reichsgesundheitsamt), Fischer (Reichsversicherungsamt), Frey, Holtzmann (Karlsruhe), Koelsch (München), Lehmann (Würzburg), Rasch (Hamburg), Schmidt (Halle), Silberschmidt (Zürich), Thelewy (Düsseldorf), Thiele (Dresden), Wehzel (Berlin), Zarger (Zürich).

Seltsamer Weise fehlen unter den Mitarbeitern einige Autoritäten auf dem Gebiete der Gewerbehygiene. Um nur ein paar Namen zu nennen: der Berliner Toxikologe Prof. L. Levin und der Berliner Arzt, Prof. Sommerfeld, der in den Fachkreisen dank seiner zahlreichen Schriften und vorzüglichen Sammlung einen Ruf als einer der besten Gewerbehygieniker genießt.

Der sprachkundige Arzt wird hier wertvolles Material finden. Es ist zu wünschen, daß die Enzyklopädie auch in deutscher Sprache erscheint.

M. Kantorowicz, Berlin.

Erich Plate: **Störungen des Ganges, ihre Ursachen und Folgen.** Der Verfasser stellt gleich im Anfang die Frage auf: in welcher Weise müssen die aufrechte Haltung und der Gang in dieser Haltung ausgeführt werden? Der ganze Bewegungsapparat (hauptsächlich aber Knochen und Gelenke) ist in Form und innerem Ausbau von der funktionellen Beanspruchung abhängig. Ein vollständiges Verständnis der Funktion ist ohne genaue Kenntnis des gesamten Bewegungsapparates unmöglich. Jede Bewegung wird durch Muskeltätigkeit hervorgerufen. Bei Ausführung derselben muß möglichst geringe Kraft aufgewendet werden, um den gewünschten Zweck zu erreichen. Vergleichen wir die Veränderungen, die durch den aufrechten Gang beim Menschen zustandekommen mit dem Körperbau der Vierfüßler, so ist dadurch beim Menschen keine Ueberlegenheit erzielt. Nur die Entwicklung des Gehirns kann diesen Mangel ersetzen. Von anderen Veränderungen fallen besonders auf: die starke Differenzierung der Hand- und Vorderarmmuskulatur, die Umbildung des Thorax, neue Funktion der Bauchmuskeln, Formänderung der Wirbelsäule, neue Beckenfunktion. Am meisten ändert sich der Fuß. Bei ihm entsteht die normale Form nur durch die muskuläre Tätigkeit. Der menschliche Fuß ist zum Stützorgan geworden. Wichtig für den Fuß ist die Lage des Talus, der durch die Fußgabel und durch Bänder in seiner Stellung gehalten wird. Für die Erhaltung des Gewölbes kommen folgende Muskeln in Frage: Tibialis anterior, Peroneus brevis, longus, tertius und Tibialis posterior. Von großer Bedeutung ist der Flexor hallucis longus, weil er durch seinen Verlauf unter dem Sustentaculum sali das Gewölbe hält und eine Rotation des Calcaneus um seine sagittale Achse verhindert. Die kurzen Sohlenmuskeln beteiligen sich ebenso an der Erhaltung des Längs- und Quergewölbes. Dann wird genau die gesamte Muskel- und Gelenktätigkeit beim Stehen und Gehen besprochen, wobei Verf. besonders die Beweglichkeit der ganzen Wirbelsäule betont, durch welche die beim Gehen entstandene starke Sordosierung der Lendenwirbelsäule ausgeglichen wird. Es besteht ein Unterschied zwischen dem Gang der Kinder und dem der Erwachsenen, weil bei ersteren der Bewegungsapparat noch nicht funktionell formiert ist. Ausführlich beschreibt der Verfasser die Entwicklung des Gehens bei Kindern und macht aufmerksam auf die Gefahren der Rachitis, der Spätrachitis und der Osteomalazie. Die pathologischen Veränderungen des Fußes treten infolge der mangelhaften Muskelarbeit auf. Die arthoogenen Muskelatrophien beruhen auf einer Störung der sensiblen Gelenknerven. Folge davon ist Sinken und Abflachen des Längs- und Quergewölbes. Der entzündliche Plattfuß, Hammergehen und Hallux valgus werden eingehender besprochen. Die Therapie muß in erster Linie eine Kräftigung der geschwächsten Muskulatur zustande bringen. Eine Reihe von verschiedenen Apparaten wird angegeben, deren Zweck ist: Dehnung der Muskeln und der Gelenke oder Verschiebung derselben gegeneinander. Einer Uebungstherapie der geschwächten Muskulatur schließt sich die Koordinationsgymnastik nach Haybund an. Wichtig ist für den normalen Fuß eine gute Zirkulation. Die bei dem Plattfuß häufig vorkommenden Krampfadern behandelt P. mit Wechselduschen. Die Schmerzen in Knie und Hüfte werden durch Wärme und Massage günstig beeinflußt. Dasselbe gilt für die Veränderungen und Schmerzen der Wirbelsäule.

Carl du Prel: **Die vorgeburtliche Erziehung als Mittel zur Menschenzüchtung.** Ein Beitrag zur Lösung der sozialen Frage. 2. Auflage. Leipzig, Verlag Max Altmann. 31 S. Geh. —,60 M. — Die Eigenschaften der Rasse sollen nicht einfach hingenommen werden, sondern man soll eine allmähliche Verbesserung der Rasse anstreben und zwar mittels Beeinflussung des Fötus. Aus dem „Versehen“ der werdenden Mütter sowie aus dem wohltätigen Einfluß, den das Betrachten schöner Statuen auf die Körperbildung der griechischen Kinder hatte, ergibt sich, daß diese Möglichkeit besteht. Verf. belegt diese Tatsache auch durch eine Anzahl von Anekdoten, die in ihrer Anschaulichkeit den didaktischen Wert der Schrift wirksam unterstützen. Er kommt zum Schlusse, daß die Anlagen der Kinder vorgeburtlich bedeutend gesteigert werden können, daß aber heute die schlechte Lektüre, das Hasten der Hochzeitsreise und das leere gesellschaftliche Treiben der ersten Ehemonate in den besseren Schichten, die Angst und Sorge sowie geisttötende Arbeit in den arbeitenden Klassen, sowie soziale Rücksichten bei der Gattenwahl einer Verbesserung der Rasse gerade entgegenarbeiten.

Robert Kuhn.

H. Seebaum: **Schule und Haus im Kampfe gegen die Tuberkulose.** Begleitwort zu den Tuberkulosetafeln. Verlag Rudolf Schick und Co., Leipzig 1926. — Als Begleitwort zu den bekannten Tuberkulosetafeln ist die in Form eines leicht verständlichen, sehr eindringlichen Vortrags abgefaßte Broschüre zu langatmig. Die einleitenden Bemerkungen über Bakterienkunde sind in der vorliegenden Form entbehrlich, möge ihre Niederschrift dem Verfasser auch besondere Freude bereitet haben. Was in dem Büchlein (27 Seiten) über Tuberkulose geschrieben steht, ist begrüßenswert und hält — der Verf. ist Nichtarzt — wissenschaftlicher Kritik stand. Besonders hervorgehoben zu werden verdient die sehr einfache, naive Darstellung, welche der Auffassung des Schulkindes und des weniger gebildeten Erwachsenen ausgezeichnet gerecht wird.

H. Zwerg.

Therapeutische Mitteilungen.

Therapeutische Beeinflussung grippöser Erkältungskrankheiten mittels Arcanol.

Von
Dr. med. ERWIN P. HELLSTERN,
Facharzt für innere Krankheiten und Sportarzt.

Vor einiger Zeit konnte ich über die günstige Beeinflussung des Verlaufes einer grippösen Erkrankung, wo hauptsächlich Magen- und Darmerscheinungen im Vordergrund standen, berichten¹), indem durch Einführung einer neuen und einfachen Ernährungsart²) Heilung erzielt wurde. Das Interesse weitester Kreise an der Behandlungsweise der immer wiederkehrenden „Grippe" ließ nun weiter nachstehende Untersuchungen entstehen.

Es handelt sich dieses Mal wieder um das Auftreten einer grippösen Infektion, bei der aber hauptsächlich Hals- und Brustschmerzen das Krankheitsbild beherrschten. Der Beginn der Erkrankung fällt in den Februar dieses Jahres. Es kamen 28 Fälle schwererer Art innerhalb von 14 Tagen in einer Anstalt zur Beobachtung. Täglich meldeten sich 1—3 Kranke, die in Spitalbehandlung kamen. Daneben gab es noch eine Anzahl Leichtkranker, die ambulant behandelt werden konnten. Die Fälle sind alle bezüglich Beginn, Verlauf, Ende und Dauer der Krankheit ziemlich gleich und wurden mit dem gleichen Mittel behandelt. Der Höhepunkt der Erkrankungen war Mitte Februar. Die Infektion wurde wieder von außen eingeschleppt, da die „Außenarbeiter" zuerst erkrankten. Es handelte sich aber dieses Mal um eine richtige Erkältungskrankheit, bestehend in Katarrhen der oberen Luftwege, leichten Lungenerscheinungen wie beginnende Bronchitis, Pleuritis, Pneumonie usw., Kopf- und Halsschmerzen mit etwas Mandelentzündung, Ohrbeschwerden, starkem bellendem Husten, Luftmangel u. a. m., die ich unter dem Namen „akute Grippe" zusammenfaßte. Dabei bestand anfangs immer Fieber, mitunter bis 40—41° und starkes Mattigkeitsgefühl. Magen- und Darmstörungen, wie bei der früheren Infektion, sah ich dieses Mal nicht.

Zur energischen Bekämpfung der bestehenden Symptome und um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern, verordnete ich Arcanol³), dessen Existenz ich ganz zufällig entdeckte. Es besteht nach Mitteilung der Fabrik aus gleichen Teilen Azetylsalizylsäure und Atophanmethylester. In Wasser ist es unlöslich, muß daher in einem halben Glase Wasser, worin die Tabletten gut zerfallen, aufgeschwemmt werden. Ich gab das Mittel nach dem Essen, ließ etwas Wasser nachtrinken. Magenbeschwerden bekamen nach größeren Gaben nur vereinzelte Patienten, denen ich dann eine Messerspitze doppeltkohlensaures Natron verordnete, wobei die Schmerzen gleich verschwanden. Ich gab bei schwereren Fällen, sehr hohem Fieber, täglich dreimal 2 Tabletten ein, was höchstens zwei Tage lang nötig war, oder alle zwei Stunden 1 Tablette bis zu 6, ja 8 Tabletten. Störungen irgendwelcher Art, außer den leichten Magenbeschwerden mitunter, beobachtete ich selbst bei den erwähnten hohen Dosen nicht, dagegen konnte ich stets einen Erfolg feststellen. Das Fieber sank meist nach 2—3 Tabletten auf 37—38°, die oben beschriebenen Erscheinungen gingen zurück, die Kranken fühlten sich frischer. Die Behandlungszeit bei den Patienten konnte ich durch Arcanol wesentlich verkürzen, nach 3—5 Tagen bestanden keinerlei Krankheitszeichen mehr und es konnte die Mehrzahl der Patienten geheilt und arbeitsfähig entlassen werden. Rezidive beobachtete ich nicht, obwohl immer wieder neue Ansteckungen vorkamen. Letztere verhinderte ich in den meisten Fällen, indem ich den bei den leichtesten Erscheinungen bereits sich Krankmeldenden prophylaktisch je 2 Tabletten Arcanol verabfolgte. Ich kann also die günstigen Erfahrungen, die Lange⁴) bei Arcanolmedikation bei Grippekranken sammelte, vollauf bestätigen. Auch an mir selbst probierte ich die zuverlässige prophylaktische Wirkung des Mittels aus. Trotz der ständigen Berührung mit Grippekranken blieb ich von einer Infektion verschont, da ich in der genannten Zeit täglich eine Arcanol-Tablette zu mir nahm. Außer der beschriebenen Arcanolmedikation kamen sonst keine Heilmittel in Anwendung. Selbstverständlich verordnete ich den 28 Schwerkranken anfangs Bettruhe.

Zur Illustration des Angeführten mögen einige besonders schwere und charakteristische Fälle kurz beschrieben werden:

A. 37 Jahre, Außenarbeiter. Asthenisch-schizothym. Erkrankt plötzlich aus vollem Wohlbefinden heraus an „Grippe". Ist müde und matt, klagt über Husten und Brustschmerzen, Halsbeschwerden. Temperatur 39,7°. Aufnahme in die Krankenabteilung. Bettruhe. Alle drei Stunden 1 Arcanol-Tablette, im ganzen 6 Tabletten. Befund bei Aufnahme ergab leichte Hals- bezw. Mandelentzündung, leichte Bronchitis. Am anderen Morgen Temperatur 37,5, fast kein objektiver Befund mehr. Jetzt dreimal täglich 1 Arcanoltablette. Tags darauf 36,9 Morgentemperatur. Fühlt sich wohl. Nach zwei Tagen Schonung geheilt und arbeitsfähig entlassen.

B. 22 Jahre. Pyknisch - cyklothymer Reaktionstyp. Gesund. Außenarbeiter. Bekommt im Laufe des Morgens bei der Arbeit Fieber, meldet sich krank. Temperatur 38,7, Aufnahme in die Krankenabteilung. Leichte anginöse Beschwerden, Husten. Geringer objektiver Hals- und Lungenbefund. Stechen beim Atmen, besonders r. h. u., daselbst auch etwas Knacken. Jodanstriche und Wärmeflaschenapplikation. Zweimal 2 Arcanol - Tabletten. Anderen Morgen 36,8, fühlt sich wohl. Kein objektiver Befund mehr. Nach zwei Tagen Schonung geheilt und arbeitsfähig entlassen.

C. 63 Jahre, Mischtyp. Leichte chronische Stauungsbronchitis mit entsprechender Beteiligung des Herzens. Hyperaciditätsbeschwerden. Fühlt sich mittags matt, fiebert, hustet stark. Temperatur 40,2. Kommt in die Krankenabteilung. Alle zwei Stunden eine Arcanol-Tablette, Temperatur anderen Morgen 39,2. Klagt über leichten Druck in der Magengegend. Bekam sieben Tabletten. Erhält etwas Neutralon. Beschwerden verschwinden rasch. Erhält dreimal 2 Tabletten Arcanol, Temperatur abends 38,4. Lungenerscheinungen wie vor Aufnahme. Anderen Tags dreimal eine Tablette Arcanol, da Frühtemperatur 37,8, abends 37,5. Tags darauf objektive und vor allem subjektive Besserung, ohne Fieber. Bleibt zur Schonung noch einige Tage im Spital, dann geheilt und arbeitsfähig entlassen.

D. 32 Jahre. Athletischer Habitus, schizothymer Typ. Plötzlich Fieber, müde und matt. Brustschmerzen, Husten, heiser, Kopfschmerzen. Temperatur 39,9. Leichter Katarrh der oberen Luftwege, geringe, beginnende Angina, alle drei Stunden eine Arcanol-Tablette. Nach zwei Tagen fieberfrei, ohne objektiven Befund. Noch etwas angegriffen. Einige Tage Schonung, dann geheilt und arbeitsfähig.

E. 54 Jahre. Asthenisch-schizothym. Klagt über Kopf- und Ohrenbeschwerden, Fieber und Abgeschlagenheit. Otitis media, chron. purul., schon lange bestehend, oft in Behandlung. Temperatur 38,9. Bettruhe in der Krankenabteilung, dreimal täglich zwei Arcanol-Tabletten. Anderen Morgen Besserung des Befindens und der Beschwerden, abends 37,8. Wieder tags darauf dreimal zwei Arcanol-Tabletten. Nebenher Ohrspülungen wegen starker Sekretion, aber später ohne größere Schmerzen. Nach vier Tagen geheilt, noch geringe Ohrbeschwerden, Ausfluß läßt nach. Kann ambulant weiter behandelt werden.

F. 46 Jahre. Asthenisch-athletischer Mischtyp. Schizothyme Reaktionsart. Läßt sich dem Arzt vorführen wegen Kopf- und Ohrenschmerzen, Fieber und Mattigkeit. Temperatur 37,9. Spitalaufnahme. Bekommt mittags und abends je 2 Arcanol-Tabletten. Anderen Tag Besserung der Beschwerden. Kein objektiver Befund. Kein Fieber mehr. Erholt sich rasch, in einigen Tagen geheilt, da abends immer eine Arcanol-Tablette. Ohne Beschwerden geheilt entlassen.

G. 31 Jahre. Pyknisch - cyklothym. Heftige Beschwerden rechtes Ohr. Proc. mastoid. angeblich Druckempfindlichkeit. Trommelfell normal. Ohreinlage und 2 Arcanol-Tabletten. Beschwerdefrei tags darauf.

H. 27 Jahre. Gesund. Plötzlich Schüttelfrost, Husten, Lungenbeschwerden, Temperatur mittags 41°. Alle zwei Stunden eine Arcanol-Tablette. Fieber anderen Tags in der Frühe 38,5. Auf der Lunge an manchen Stellen Atmung leicht verschärft. Dreimal täglich eine Tablette Arcanol, im ganzen acht Stück erhalten. Am

---

¹) Münch. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 7, S. 277.

²) Erscheint ausführlich anderen Orts.

³) Hergestellt von der Chem. Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering).

⁴) Münchener Medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 1, S. 45.

dritten Tag etwas Neutralon, da angeblich Druck in der Magengegend, abends einmal Arcanol. Nächsten Tag beschwerdefrei. Kein Fieber mehr, kein objektiver Befund.

Die angeführten Beispiele ließen sich beliebig vermehren, der Raumersparnis halber sei auf Erwähnung anderer, die sich alle gleichen, verzichtet.

Zum Schluß läßt sich zusammenfassend sagen, daß die neuen Arcanoltabletten ein souveränes Mittel bei Bekämpfung von Erkältungskrankheiten, d. h. grippösen Infektionen, verbunden mit leichten Hals- und Lungenerscheinungen, Kopf- und Ohrenschmerzen, Fieber, Husten, Mattigkeit u. a. m. darstellen und nach eigenen Erfahrungen an einem größeren Krankenmaterial bestens empfohlen werden können. Die Behandlung gestaltet sich einfacher, die Behandlungszeit, das ist Krankheitsdauer, wurde herabgesetzt. Das Mittel ist im allgemeinen gut verträglich. Empfindliche Patienten nehmen bei eventuell auftretenden geringen Magenstörungen etwas Natr. bicarb., wodurch die Beschwerden rasch beseitigt werden und die weitere Arcanolmedikation ermöglicht ist. Desgleichen bewährte sich das Mittel als Prophylaktikum gegen Grippeinfektion, wobei eventuell schon bestehende leichte Krankheitserscheinungen rasch verschwinden.

Beobachtungen über ein neues Heilmittel bei Pertussis.

Von

Dr. med. KAMPRATH.

Der Pertussis ist eine meist in Epidemien auftretende, sehr kontagiöse, auf die Respirationsorgane lokalisierte Erkrankung. Wenn auch schon viel über diese Infektionskrankheit geschrieben worden ist, so hat doch dieses Frühjahr mir wieder eine Menge Fälle zugeführt, die ich mit dem neuen, von der Firma Temmler hergestellten Mittel „Thymosatum" behandelt habe.

Ehe ich zu den einzelnen Fällen komme, möchte ich kurz auf den Infektionserreger eingehen, der in dem zäh-schleimig-eitrigen Sputum enthalten ist. Von Bordet und Gengou ist ein feines, kurzes, ovoides Stäbchen angegeben worden, das im Initialstadium bei Keuchhusten im Sputum gefunden wird. Es färbt sich am stärksten an beiden Polen, ist gramnegativ und läßt sich auf bluthaltigen Agarnährböden in kleinen durchsichtigen Kolonien kultivieren. Es soll bei jungen Tieren eine dem Keuchhusten ähnliche Erkrankung hervorrufen. Außerdem sind von Ritter, Jochmann und anderen verschiedene Influenza-Bazillen sehr ähnliche Bakterien beschrieben. Ich habe nun die Beobachtung gemacht, daß nach Bromoformgaben ebenso bei Thymosatum die ovoiden Stäbchen im Sputum ziemlich schnell schwanden — allerdings wären diese Beobachtungen nachzuprüfen.

Das von den Temmler-Werken hergestellte Thymosatum enthält Thymian und Bromoform. Es wirkte sehr gut, erleichterte auch bei Bronchitis und Pneumonie die Expektoration und milderte bei diesen Kranken Reizhusten. Von den Kindern wurde es infolge seines angenehmen Geschmackes gern genommen.

1. H. M. Viereinhalbmonatlicher Säugling. Vier Monate an der Brust ernährt. Erhält jetzt noch dreimal Brust und zweimal einhalb Milch plus einhalb Haferschleim. Seit zweieinhalb Wochen starker Husten. Trinkt schlecht, hat abgenommen. Stuhlgang angeblich nicht schlecht, zweimal am Tage, kein Erbrechen.

Der starke Reizhusten bei auffallend geringem Lungenbefund (keine Reprise) — Bronchialdrüsen — Tuberkulose, akute Tracheitis und Bronchitis sind mit Sicherheit auszuschließen — sichert die Diagnose: Keuchhusten.

Erhielt Euchinin, nach 10 Tagen keine wesentliche Besserung. Erhielt dann alle Stunden einen halben Teelöffel Thymosatum. Nach 8 Tagen werden die Anfälle seltener, nach 4 Wochen, da keine Komplikationen eingetreten war, völlige Heilung.

2. K. J. Acht Monate alt. Seit mehreren Tagen Bronchialkatarrh, der mit Konjunktivitis und Kitzel im Halse verbunden ist. Gegen Abend besonders viel Husten. Nach eineinhalbwöchiger Dauer dieses katarrhalischen Stadiums ausgesprochenes Stadium Convulsivum. Diagnose: Keuchhusten. Erhält alle 3 Stunden einen Teelöffel Thymosatum. Nach ca. 8 Tagen nur noch seltene Anfälle, nach zweieinhalb Wochen völlige Heilung.

3. A. N. Neun Monate alt, ißt schlecht und ist abgemagert. Nach dreitägiger Inkubation mit einem leichten Bronchialkatarrh und Heiserkeit beginnt das Stadium convulsivum mit den kennzeichnenden Hustenanfällen. Erhält alle zwei Stunden einen Teelöffel Thymosatum und ist nach reichlich 2 Wochen geheilt.

4. H. B. 6 Monate alter Säugling. Seit drei Wochen starker Husten, trinkt schlecht, ist abgemagert, erbricht ab und zu. Ueber den Lungen einige wenige bronchitische Geräusche. Rachenorgane sind frei. Keine Temperaturerhöhung. Ausgesprochener Reizhusten. Diagnose: Keuchhusten. Erhält neben Phosphor-Lebertran und großen Dosen Kalizum Euchinin und im Wechsel Bromoform. Darnach keine wesentliche Besserung, daher wird Thymosatum versucht, alle zwei Stunden einen halben Teelöffel. Nach 5 Wochen völlige Heilung.

5. R. O. 4¾ jähriger Knabe. Das Kind wird nur aus dem Grunde zur Untersuchung gebracht, weil das linke Auge seit einigen Tagen ohne jedwede äußere Veranlassung blutunterlaufen ist. Eine geringe Gedunsenheit des Gesichtes, verbunden mit dem völligen Verdecktsein des Augenweißes mit der Blutung bringt den Verdacht auf Keuchhusten nahe. Auf Befragen gibt die Mutter an, daß seit drei Wochen Husten besteht. Der Lungenbefund ist normal. Während der Untersuchung erfolgt eine Reihe von kurzen, starken Hustenstößen ohne Pause, darauf die Reprise. Bei Besichtigung der Mundhöhle zeigt sich ein Zungenbändchengeschwür. Keine Temperaturerhöhung. Diagnose: Keuchhusten. Trotz wechselnder Medikamente keine wesentliche Besserung. Erhält dann viermal täglich einen Kinderlöffel Thymosatum, nach 4 Wochen völlige Heilung.

Die reizmildernde und desinfizierende Wirkung des Thymosatum, besonders bei Keuchhusten, aber auch bei Bronchitis und Pneumonie, läßt dieses Medikament als ein äußerst brauchbares erscheinen. Wenn auch nicht behauptet werden soll, daß es spezifisch wirkt (wie man das den Chinin-Präparaten zuschreibt), so ist doch nach meinen Erfahrungen dem Arzt ganz entschieden ein schnellerer Erfolg mit diesem neuen Medikament beschieden.

Melsunger Medizinisch-Pharmazeutische Mitteilungen*).

Nr. 44/45.

* Zur Frage des ausschließlichen Katgutgebrauches am Magen-Darmkanal. Wolff.
* Extensionsbehandlung der Oberschenkelfrakturen. Braun.
Zur Kenntnis der Jodtinktur. Kümmell.

Zur Frage des ausschließlichen Katgutgebrauches am Magen-Darmkanal. Die reichen Erfahrungen Noetzels und E. Gohrbandts haben bewiesen, daß die ausschließliche Katgutnaht am Magen-Darmkanal wohl möglich ist; jedoch ist es wohl ratsam, bei vorliegenden Spannungsverhältnissen, die nicht immer gänzlich auszuschließen sind, nur die Schleimhautnaht mit Katgut, die Serosanaht dagegen mit Seide vorzunehmen. Zur ausschließlichen Katgutnaht am Dünn- und Dickdarm liegt keine unbedingte Notwendigkeit vor, da einesteils die Ulkusgefahr nicht besteht, andernteils aber bei der geringen Infektiosität des Dünndarminhalts und der bakteriziden Kraft des Bauchfells die Gefahr der Fadeneiterung im Hintergrunde steht. Der Dickdarminhalt ist als infektiös bekannt und gefürchtet, jedoch liegen hier bei Anastomose und Resektionen meist mehr oder minder Spannungsverhältnisse vor, die die Verwendung von Seide, wenigstens für die Serosanaht, gerechtfertigt erscheinen lassen.

Der Verfasser hält es für erforderlich, daß der gewissenhafte Chirurg sich nur ganz allmählich und erst dann, wenn ihm an großem Material der Beweis der Sicherheit geliefert ist, zum ausschließlichen Katgutgebrauch entschließt.

Extensionsbehandlung der Oberschenkelfrakturen. Braun führt in seiner Arbeit aus, daß die richtige Anwendung von Braunscher Lagerungsschiene, Schmerzklammer und Betzschem Extensionsgerät im Verein mit sachgemäßer, nicht nur ärztlich kontrollierter, sondern möglichst von der Hand des Arztes ausgeführter Nachbehandlung in der Therapie der Oberschenkelfrakturen einen in jeder Hinsicht zufriedenstellenden Erfolg verbürgt und damit andere kostspielige Apparaturen entbehrlich macht.

Arnold Hirsch, Berlin.

---

*) Wie auch andere große pharmazeutische Firmen, hat die Firma B. Braun-Melsungen ein eigenes wissenschaftliches Organ, das gleichzeitig über die allgemein interessierenden technisch-industriellen Arbeiten der Firma informieren soll.

F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 24 BERLIN, DEN 21. SEPTEMBER 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
OCT 19 1926
U. S. Department of Agriculture

4

8

Zur internen Behandlung der

Gonorrhoe

und anderer Erkrankungen des Urogenitaltraktus:

Arhovin an Stelle der Balsamica

(Chemisches Kombinationspräparat aus Diphenylamin 38, Thymol 2, Aethylbenzoat 60)

Nicht reizend, keine schädlichen Nebenwirkungen, harnklärend, sekretionsbeschränkend, schmerzlindernd.

Rp. 1 Originalschachtel zu 15, 30, 50 Stück, Klinikpackungen zu 250 Stück.

Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**
u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1.—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
In allen Apotheken zu haben.
EPISAN Berendsdorf — Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.
EPISAN Berendsdorf — Von Aerzten bestens empfohlen.
Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.**

Bad Salzschlirf und sein Bonifaziusbrunnen!
Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**
Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

DDr. Fraenkel-Oliven's
Sanatorium „Berolinum", Lankwitz
für männliche und weibliche Nerven- und Gemütskranke, für Morphinisten, Cocainisten usw. sowie für freiwillige Pensionäre. Prospekte.
San.-Rat Dr. FRAENKEL / Berlin-Lankwitz, Viktoriastraße 60
Fernsprecher: G. 3 Lichterfelde 0800.

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma
ERLANGEN
HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA G.M.B.H. ERLANGEN
Hovaletten
Zyma
ORIGINALPACKUNG
KASSENPACKUNG

HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat
Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium
Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung
Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen
Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne
Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.

Prof. E. Schiff: Ikterus als führendes Symptom bei Erkrankungen des Kindesalters 969

Dr. Margarete Levy, Berlin: Betrachtungen über Psychotherapie der Lungentuberkulösen . . 972

San.-Rat Dr. H. Fischer, Fallingbostel: Unbewußt oder unterbewußt? 977

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für Lungenkrebs abgelehnt 977

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 36 . . . 978
Klinische Wochenschrift, Nr. 36 978
Medizinische Klinik, Nr. 34, 35 979
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 36, 37 979
Reichsgesundheitsblatt, 1. Jahrg., Nr. 35 980
Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin, **51.**, Heft 1—4 980
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, **116.**, Heft 1—2 981
Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung (Neue Folge) 1926, Nr. 1 982
Allgemeine Homöopathische Zeitung, **174.**, Nr. 1 . . 982
Zeitschrift für klinische Medizin, **103.**, Heft 5—6 . . 982
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, **64.**, Heft 1—2 983
Monatsschrift für Kinderheilkunde, **33.**, Heft 2, 4 . . 984
Zeitschrift für Kinderheilkunde, **41.**, Heft 5—6 . . 984
Jahrbuch für Kinderheilkunde, **63.**, Heft 5—6 . . . 985
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **198.**, 1.—2. Heft 985
Archiv für klinische Chirurgie, **141.**, 3. Heft 986
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, **34.**, Heft 6 986
Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, **16.**, 1. Heft 988
Dermatologische Wochenschrift, **83.**, Nr. 36, 37 . . 988
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 34 989
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 70. Jahrgang, zweite Hälfte, Nr. 5—7 989
Hygiea, Heft 15 990
Hospitalstidende, Nr. 30 990
Ugeskrift for Laeger, Nr. 33, 34 990
Upsala Läkareförenings Förhandlingar, **31.**, Heft 1—2 991
Acta Medica Scandinavica, **64.**, Heft 2—3 991
Acta obstetricia et gynecologica scandinavica, **5.**, Heft 1—2 991
Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wiener Universität, **28.**, Mai 1926 992
The Lancet, **211.**, Nr. 8—9 992
British Medical-Journal, Nr. 3423—3425 993
Il Policlinico, Sez. prat., **33.**, Nr. 33—35 994
Il Policlinico, Sez. chir., **33.**, Nr. 8 995
La Riforma medica, **42.**, Nr. 30—32 995
Paris Medical, Nr. 31—34 996
La Presse Médicale, Paris, Nr. 61—69 997
The Journal of American Medical Association, Chicago, **87.**, Nr. 6—7 998
The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 2—7 1000
Archives of Physical Therapy X-Ray Radium with International Abstract. Official Journal American College of Physical Therapy, **7.**, Nr. 7 1001
American Journal of Obstetrics and Gynecology, **12.**, Nr. 1—2 1002

Bücherbesprechungen 1003

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. Siegfried Waldenburg, Frauenarzt, München: „Oskalson“, ein neues Kalkpräparat für die gynäkologische Praxis 1005
Dr. med. Gotthard Schiller, Berlin: Mitteilung eines durch dreimalige intravenöse Gaben von Introcid günstig beeinflußten Falles leichter Sepsis 1005
Sanitätsrat Dr. Kuznitzky, Köln a. Rh.: Preß-Kaustik 1006
Prof. Dr. Rahel Hirsch, Berlin: Ueber Intestinol 1006

Kongreß-Kalender 1006

Silicol

Kolloides **Kieselsäure-Eiweiß**
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen - Eiweiß - Phosphat - Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

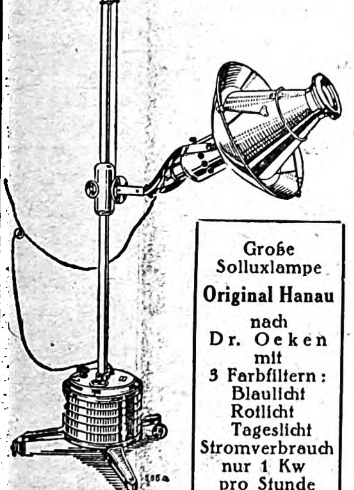
Tricalcol

Kolloides **Kalk-**Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**



Große
Solluxlampe
Original Hanau
nach
Dr. Oeken
mit
3 Farbfiltern:
Blaulicht
Rotlicht
Tageslicht
Stromverbrauch
nur 1 Kw
pro Stunde

Das Ideal-Heilmittel
bei akuten Entzündungsprozessen

Hyperämiebehandlung durch die Bestrahlung mit den leuchtenden Wärmestrahlen der
Solluxlampe * Original Hanau

Die Hyperämie, analog der Bierschen Stauung, gepaart mit der analgesierenden Wirkung der Strahlen, ist die Grundlage der verblüffenden Erfolge. **Sichere Erfolge** bei akuten **Entzündungen** des **Ohres**, der **Nase** und ihrer **Nebenhöhlen**, der **Mandeln**, des **Kehlkopfes**, der **Luftröhre**, der **Speicheldrüsen** und **Lymphdrüsen.**

Bei rechtzeitiger Anwendung kein Versager.

Aehnliche Erfolge werden gemeldet bei **Entzündungen** der **Hoden** und **Nebenhoden**, der **Prostata**, der **Sehnenscheiden** und **Gelenke**, des **Rippenfelles**, ferner bei **Kopfschmerz, Neuralgien, Zahnkrankheiten.**

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. / Hanau / Postfach 839.

HEYDEN

Chloramin-Heyden

p-Toluolsulfonchloramid-Natrium

Zur Desinfektion von Wunden und Körperhöhlen.

Starkwirkendes, unschädliches Desinfiziens, in Pulver- und Tablettenform, dem Sublimat im wäßrigen Medium ebenbürtig, im eiweißhaltigen Medium überlegen.

Billiges Mittel zur Händedesinfektion.

Zu Spülungen und zur Herstellung von Verbandwasser in 0,1—0,5 %iger wäßriger Lösung.

Packungen: Dosen zu 10, 50, 100 und 1000 g, Tabletten zu 0,5 g in Packungen zu 10, 20, 25 und 100 Stück.
Klinikpackungen: Beutel zu 1 und 5 kg pulv., Schachteln mit 1000 Tabletten zu 0,5 g.

Caseosan

Sterile Kaseinlösung „Heyden", etwa 5% Kaseingehalt

Zur parenteralen Proteinkörpertherapie.

Schachteln mit 3 und 10 Ampullen zu 1 ccm, Schachteln mit 6 Ampullen zu 5 ccm.
Klinikpackungen: Schachteln mit 50 und 100 Ampullen zu 1 und 5 ccm.

Literatur steht den Herren Aerzten kostenfrei zur Verfügung.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden

Levurinose „Blaes"

das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzema, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 ⁄ Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG ⁄ Nr. 24 21. SEPTEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.

Ikterus als führendes Symptom bei Erkrankungen des Kindesalters.*)

Von

Prof. E. SCHIFF.

Die mit Ikterus einhergehenden Erkrankungen gehören beim Kinde nicht zu den Seltenheiten. Wir sehen den Ikterus bereits beim Neugeborenen und finden ihn in jeder Altersperiode. Die dem Ikterus zugrundeliegenden Erkrankungen sind verschiedener Natur. Diese Tatsache weist schon daraufhin, daß wir in der Gelbsucht nur ein Symptom erblicken dürfen. Stets muß bei einem jeden Ikterusfall die Grundkrankheit ermittelt werden.

Die Lehre vom Ikterus hat in der letzten Zeit ganz entschieden Fortschritte gemacht. Wir sind heute in der Lage pathogenetisch verschiedene Ikterusformen gegeneinander abzugrenzen. Um die moderne Ikterusdiagnostik zu verstehen sind zunächst einige praktisch bedeutsame allgemeine Fragen zu erörtern. Erst dann wollen wir die spezielle Pathologie besprechen.

Die wesentlichsten Bestandteile der Galle sind der Gallenfarbstoff, die Gallensäuren und das Cholesterin. Die Muttersubstanz des Bilirubins ist der Blutfarbstoff, die der Gallensäuren ist noch nicht bekannt. Praktisch wichtig ist, daß alle drei Körper durch die Leber mit der Galle zur Ausscheidung gelangen. Die Frage, wo die Gallenfarbstoffbildung erfolgt, ist noch nicht mit Sicherheit zu beantworten. In den letzten Jahren nahm man insbesondere unter dem Einfluß von Aschoff einen dualistischen Standpunkt ein. Man hat die Leberzellen nur als ein Ausscheidungsorgan für Bilirubin angesehen und verlegte die Gallenfarbstoffbildung in das sogenannte reticulo endotheliale System. Eine Stütze erhielt diese Lehre durch van den Bergh, der zeigen konnte, daß das Bilirubin der Galle und das reine Bilirubin verschiedene chemische Eigenschaften haben, ferner daß bei manchen Ikterusformen nur die eine, während bei anderen nur die andere Bilirubinform im Blute nachweisbar ist. Je nach der Wasser- bzw. Alkohollöslichkeit unterschied man ein direktes und ein funktionelles Bilirubin.

In der allerletzten Zeit wird an dieser Lehre wieder gerüttelt. Wenn auch an der unhepathischen Bilirubinbildung nicht gezweifelt werden kann, so glauben Retzlaff, Melchior, Rosenthal, Licht auf Grund ihrer Experimente den Standpunkt vertreten zu müssen, daß die Rolle des retikulären Systems bei der Gallenfarbstoffbildung zu sehr überschätzt wurde und kommen wieder zu der alten Lehre Minkowskis zurück, wonach es ohne Leber keinen Ikterus gibt. Aschoff demgegenüber hält auch heute noch an seiner Lehre fest. Bei dieser Sachlage ist es natürlich nicht möglich über den Ort der Gallenfarbstoffbildung vorderhand etwas Sicheres auszusagen. Das eine glaube ich aber doch behaupten zu dürfen, daß als Schema die Lehre Aschoffs sowohl für das Verstehen der pathogenetischen Vorgänge wie auch für die Einordnung der pathogenetisch verschiedenen Ikterusformen manche Vorzüge bietet.

Die Galle gelangt aus der Leber in den Dünndarm. Hier erleidet der Gallenfarbstoff eine gewisse Umwandlung. Er wird durch die Darmbakterien zum geringen Teil zerstört, während der größte Teil zu Urobilinogen reduziert, vom Darm aus resorbiert wird und als Bilirubin wieder durch die Galle in den Darm zur Ausscheidung gelangt. Man spricht von einem entero-hepatischen Kreislauf des Bilirubins. Praktisch bedeutsam ist, daß die gesunde Leber das Urobilinogen quantitativ zurückhält, während die kranke das nicht tut. In diesem Falle wird Urobilinogen mit dem Harn ausgeschieden. Die Uribilinogenurie ist eine der feinsten Kriterien für die gestörte Leberfunktion. Von praktischer Bedeutung ist auch die Mitberücksichtigung der Gallensäuren. Anhäufung von Gallensäuren im Blut oder Urin spricht ebenfalls für gestörte Lebertätigkeit. Aehnliches gilt auch vom Cholesterin. Hierauf möchte ich aber nicht weiter eingehen, weil die Bestimmung des Cholesterins in der Praxis noch viel zu umständlich ist und weil der Nachweis von Bilirubin und Gallensäuren zu diagnostischen Zwecken im allgemeinen ausreicht.

Diese kurzen schematischen Erörterungen sollen vorläufig genügen und wir wollen uns nun der Frage zuwenden, wie der Ikterus entsteht.

Die erste Vorbedingung hierzu ist die Anhäufung von Gallenfarbstoff in der Blutbahn die Bilirubinämie. Eine zweite Bedingung ist, daß der Gallenfarbstoff die Gefäßwand passierend die Blutbahn verlassen kann. Nur so wird der Farbstoff die Möglichkeit haben, das Gewebe zu färben, also das herbeizuführen, was wir am Krankenbett als Ikterus zu sehen bekommen. Der Austritt des Gallenfarbstoffes aus der Blutbahn kann nur erfolgen, einmal wenn im Blute eine hohe Bilirubinkonzentration vorliegt, ferner wenn die Gefäßwand für den Gallenfarbstoff durchlässiger geworden ist. Ein jeder Prozeß, der den Abfluß der Galle in dem Darm unterbricht, führt zu einer Gallenstauung und hierdurch zum Ikterus. Diese Form der Gelbsucht, die meist durch Tumoren oder Mißbildungen bedingt ist, wird als Stauungs- oder als mechanischer Ikterus bezeichnet. Das Hindernis sitzt in diesen Fällen am Ausführungsgang der großen Gallenwege. Es ist nun ohne weiteres klar, daß in diesen Fällen die Stauung die ganze Galle betrifft. Wir sehen also im klinischen Bild den weißen acholischen Stuhl, weil ja keine Galle bzw. Sterkobilin in den Darm gelangt ist. Wir finden ferner eine durch Bilirubinämie bedingte Dunkelfärbung des Blutserums und da, wie bereits erwähnt, in diesen Fällen, eine Stauung der gesamten Galle vorliegt, sind auch im Blute die Gallensäuren wie auch das Cholesterin vermehrt anzutreffen. Da diese Stoffe mit dem Blute auch der Niere zugeführt werden, so fällt im dunklen Urin die Bilirubinreaktion wie auch die Prüfung auf Gallensäuren mittelst der Schwefelblumenprobe nach Hay positiv aus. Nachdem bei vollkommenem Verschluß der großen Gallenwege keine Galle in den Darm gelangt, kann es auch keine Gallenfarbstoffreduktion im Darm geben. Der acholische Stuhl enthält also kein Hydrobilirubin, beim Uebergießen des weißen Stuhles mit einer Sublimatlösung bleibt die Rotfärbung aus. Auch finden wir im Urin weder Urobilin noch Urobilinogen.

Eine zweite Gruppe von Ikterus ist anatomisch durch die Destruktion der Leberzellen charakterisiert. Die Gallenkapillaren verlieren ihre Stütze, sie kommen frei zu liegen und ihr Inhalt kann sich unter gewissen Bedingungen mit Leichtigkeit direkt in den perikapillarem Lymphraum ergießen. Diagnostisch wichtig in diesen

---

*) Nach einem Fortbildungsvortrag.

Fällen ist, daß der Weg der Galle zum Darm offen bleibt. Daß dies tatsächlich der Fall ist, kann auch durch die Duodenalsondierung erwiesen werden. Aus diesem Grunde vermissen wir bei diesen Ikterusfällen den gallenfarbstoffreien acholischen Stuhl, wenn auch natürlich durch mangelhafte Gallensekretion die Stühle oft heller als normal erscheinen können. Da Galle in den Darm gelangt, und die Leberfunktion gestört ist, kommt es auch zur Urobilinogenurie bzw. Urobilinurie; im übrigen finden wir dieselben Verhältnisse wie beim mechanischen Ikterus: Vermehrung von Bilirubin, Gallensäuren und Cholesterin im Blute und Ausscheidung von Gallenfarbstoff und Gallensäuren im Urin. Diese Fälle werden als parachymatöser Ikterus bezeichnet oder nach Eppinger als Ikterus durch Destruktion des Leberparenchyms.

Die dritte Gruppe von Ikteruserkrankungen ist im klinischen Verhalten hauptsächlich dadurch gekennzeichnet, daß trotz der Gelbsucht im Urin kein gelöster Gallenfarbstoff ausgeschieden wird. Auch sind im Harn keine Gallensäuren nachweisbar. Das Blut enthält reichlich Bilirubin, es fehlt aber die Cholesterinämie wie auch die Anhäufung von Gallensäuren. Der Abfluß der Galle in den Darm ist nicht gestört. Es wird sogar eine recht farbstoffreiche pleiochrome Galle abgesondert, dementsprechend sind auch die Stühle dunkel gefärbt. Natürlich enthält der Urin reichlich Urobilinogen. Während also bei den ersten beiden Ikterusformen alle Gallenbestandteile im Blute nachweisbar sind, kreist bei dieser Form nur das Bilibruin. Dieses Serumbilirubin ist chemisch im Gegensatz zu dem Gallenfarbstoff der bei den vorher erwähnten beiden Ikterusformen im Blute anzutreffen ist, durch die indirekte Diazoreaktion charakterisiert, d. h. die Probe fällt nur in alkoholischer Lösung positiv aus. Im allgemeinen können wir in der Praxis auf diese Reaktion aber verzichten, weil schon das Fehlen von gelöstem Gallenfarbstoff im Urin für die Beurteilung des Ikterus in der Regel ausreichend ist. Dieser Ikterusform liegt eine hochgradig gesteigerte Blutmauserung zugrunde. Man bezeichnet diese Fälle am besten als hämolytischen Ikterus.

Alle diese drei pathogenetisch verschiedenen Ikterusformen können beim Kinde vorkommen. Ueber die Zugehörigkeit der verschiedenen mit Ikterus einhergehenden Erkrankungen zu der einen oder der anderen Gruppe soll folgendes Schema orientieren:

I. Mechanischer Ikterus:
  Kongenitaler Verschluß der großen Gallenwege.
  Druck einer geschwollenen Drüse oder eines Tumors an der Leberpforte.
II. Parenchymatöser Ikterus:
  Der sogen. Ikterus cat.
  Ikterus bei Infekten.
  Der septische Ikterus.
  Der sogen. Ikterus neonatorum familiaris gravis.
III. Hämolytischer Ikterus:
  Ikterus neonatorum und der hämolytische Ikterus.

Wenn ich jetzt zur Besprechung der Klinik der verschiedenen mit Ikterus einhergehenden Erkrankungen übergehe, so will ich mich nicht an dieses Schema halten. Ich glaube, daß es viel zweckmäßiger ist, die differentialdiagnostischen Gesichtspunkte an die Spitze zu stellen, und so möchte ich zunächst die aus Ikterus einhergehenden Erkrankungen beim Säugling kurz besprechen.

Die häufigste Ikterusform, der wir beim Säugling in den ersten Lebenstagen begegnen, ist der Ikterus neonatorum. Auf die vielen Hypothesen, die über den Ikterus neonatorum aufgestellt worden sind, wollen wir uns nicht einlassen. Erwähnt sei nur, daß die Mehrzahl der Aerzte diese Ikterusform nicht als etwas Krankhaftes, sondern als physiologisch ansieht, während Czerny und auch ich selbst einen entgegengesetzten Standpunkt einnehmen. Die Untersuchungen von Hirsch und Ylppö ergaben, daß in den ersten Lebenstagen der Bilirubingehalt des Blutes bei einem jeden Kinde, wenn auch in verschiedenem Grade, gesteigert ist. Tatsache ist ferner, daß trotz der Bilirubinämie nicht ein jedes neugeborene Kind ikterisch wird und, wie wir selbst finden konnten, in der letzten Zeit von Kaufmann aus der Prager Kinderklinik auch bestätigt wurde, ist für das Auftreten des Ikterus nicht die Bilirubinkonzentration im Blute das Entscheidende. Wir fanden ferner, daß beim Ikterus neonatorum das Serumbilirubin nur die indirekte Reaktion gibt, und von größter diagnostischer Bedeutung ist, daß beim Ikterus neonatorum der Stuhl niemals acholisch gefunden und der Harn keinen gelösten Gallenfarbstoff und keine Gallensäuren enthält. Kurzum, der Ikterus neonatorum zeigt die wesentlichsten Charakteristika des hämolytischen Ikterus, nur daß es sich hier nicht um eine krankhafte Hämolyse handelt, sondern um den physiologischen Untergang von roten-Blutkörperchens. Hierdurch wie auch vielleicht durch den Untergang mütterlichen Blutes in den Placentarhämatomen (Schick und Wagner) kommt es zu einer vermehrten Gallenfarbstoffbildung. Dieses große Angebot an Bilirubin kann die Leber nicht bewältigen, ein Teil des Bilirubins wird mit der Galle ausgeschieden, während ein anderer Teil des Gallenfarbstoffes sich im Blute anstaut. Auf diesem Wege kommt es zur Bilirubinämie. Wie bereits erwähnt, wird aber trotz der Bilirubinämie nicht ein jeder Säugling ikterisch. Dies ist nur so zu erklären, daß zum Auftreten des Ikterus außer der Bilirubinämie noch eine gesteigerte Permeabilität der Blutkapillaren notwendig ist. Hierbei können endogene Momente von Bedeutung sein, so ist z. B. bekannt, daß Frühgeburten mit einer großen Regelmäßigkeit ikterisch werden, ferner spielen sicherlich die verschiedensten, wahrscheinlich auch die banalen Infekte hierbei eine Rolle. Die von uns postulierte gesteigerte Durchlässigkeit der Blutkapillaren beim Ikterus neonatorum konnte durch Ratnoff (unter L. F. Meyer) wahrscheinlich gemacht werden. Er fand bei ikterischen Neugeborenen im Stuhl okultes Blut, während er dies bei den nichtikterischen vermißt hatte. Physilogisch ist also beim Neugeborenen nur die Bilirubinämie, weil sie bei einem jeden Kinde nachweisbar ist, nicht aber der Ikterus, der nur in einem gewissen Prozentsatz der Fälle vorkommt. In der Regel verläuft der Ikterus neonatorum in einigen Tagen, manchmal kann er auch 2—3 Wochen lang bestehen. Die Prognose ist immer gut, der Versuch, eine Therapie einzuleiten, ist überflüssig, auch ist eine solche nicht möglich.

Nicht ein jeder Ikterus beim neugeborenen Kinde verläuft so harmlos. Wenn auch selten, so wird man doch manchmal von den Eltern die anamnestische Angabe zu hören bekommen, daß sie bereits ein oder mehrere Kinder in den ersten Lebenstagen an einem schweren Ikterus verloren haben. Diese Fälle erfordern eine ganz besondere Beachtung. Stets muß man bei diesen die Prognose mit einer großen Vorsicht stellen. Beachtet man die schon erwähnten allgemeinen Gesichtspunkte der Ikterusdiagnostik, so wird es in der Regel keine Schwierigkeiten machen, diese Ikterusfälle in der Neugeborenenperiode vom Ikterus neonatorum abzutrennen. Nie soll man die Diagnose auf Ikterus neonatorum stellen, wenn der Urin dunkel ist, also gelösten Gallenfarbstoff enthält. Charakteristisch für diese Fälle ist: daß der Urin, wie eben angedeutet, reichlich gelösten Gallenfarbstoff und auch Gallensäuren enthält, ferner daß im Blute eine Bilirubinform kreist, die die direkte Diazoreaktion gibt. Der Stuhl ist braun gefärbt. Oft sind Milz und Leber vergrößert. Das Kind macht in der Regel einen schwerkranken Eindruck. Von Bedeutung ist schließlich die familiäre Häufung bei dieser Erkrankung. Die oft zu beobachtetenden Fiebertemperaturen sind wahrscheinlich durch infektiöse Prozesse bedingt. Die Aetiologie dieser Erkrankung, die sicherlich falsch mit dem Namen Ikterus neonatorum gravis belegt wird, ist nicht bekannt. Man dachte an Sepsis, jedoch sind bisher in diesen Fällen Bakterien im Blute nicht gefunden worden. Mit einer großen Wahrscheinlichkeit scheinen konstitutionelle Momente eine gewisse Rolle zu spielen, wofür die familiäre Häufung sprechen dürfte. Die Prognose der Erkrankung ist in der Regel infaust; die meisten Fälle verlaufen letal. Im Gegensatz zum Ikterus neonatorum handelt es sich hier nicht um einen Ikterus vom Typus des hämolytischem, sondern um eine Ikterusform, die wir als parenchymatösen Ikterus besprochen haben. Auch diese Erkrankungen sind wir leider nicht in der Lage, therapeutisch zu beeinflussen.

Es kommt beim Neugeborenen auch ein Ikterus vor, der ebenfalls schon bei der Geburt beobachtet werden kann und der durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist: Im Urin ist reichlich gelöster Gallenfarbstoff, es fehlt aber das Urobilinogen. Der Stuhl — und das ist diagnostisch von der größtven Bedeutung — ist weiß und enthält keinen Gallenfarbstoff und Gallenfarbstoffderivate. Diese Charakteristika sprechen dafür, daß wir es in diesen Fällen mit einem typischen mechanischen Ikterus zu tun haben. Fast immer handelt es sich hier um einen kongenitalen Verschluß der großen Gallenwege. Wenn auch die Kinder oft mit diesem Leiden auch mehrere Monate am Leben bleiben können, so verschlimmert sich doch ihr Zustand immer mehr und mehr. Das spezifische Parenchym in der Leber geht zugrunde, es entwickelt sich eine schwere Cirrhose der Leber und schließlich, wenn nicht schon vorher interkurrente Infekte dem Leben ein Ende gemacht haben, so geht das Kind unter den schwersten cholämischen Erscheinungen zugrunde. Es wurde wiederholt der Versuch gemacht, auf operativem Wege die Mißbildung zu beseitigen, bisher aber leider ohne Erfolg.

Ikterische Zustände kommen beim Säugling auch aus anderen Ursachen vor. So kann Ikterus bei septischen Zuständen auftreten, wie auch in seltenen Fällen bei kongenitaler Lues ein Ikterus beobachtet werden kann. Die richtige Deutung dieser Ikterusfälle wird, wenn man nur die Grundkrankheit berücksichtigt, selten auf Schwierigkeiten stoßen.

Ikterus ist auch beim älteren Säugling hier und da zu beobachten. Der sogenannte Ikterus catarrhalis ist im Säuglingsalter so selten, daß man praktisch an diese Erkrankung gar nicht zu denken braucht. In den meisten Fällen handelt es sich hierbei um einen Ikterus bei Pyurie und selten um Ikterusfälle bei ausgedehnten Pneumonien. Für die Prognose der Grundkrankheit hat der Ikterus in diesen Fällen keine Bedeutung. Die Gelbfärbung klingt in der Regel in einigen Tagen ab.

Schließlich ist noch daran zu erinnern, daß Gelbfärbung der Haut beim Säugling auch ohne „Ikterus“ vorkommen kann. Es handelt sich hier um eine Gelbfärbung, die durch Genuß von Nahrungsstoffen herbeigeführt wird, welche reichlich ein gelbes Pigment enthalten. (Mohrrüben und Eier.) Man spricht in diesen Fällen von einer Carotinämie bzw. Xantophilie. Nach Fortlassen der erwähnten Nahrungsstoffe schwindet schon in einigen Tagen die Gelbfärbung, die sonst keine pathologische Bedeutung hat. Daß in diesen Fällen sowohl im Blute wie auch im Urin Gallenfarbstoff bzw. Gallenfarbstoffderivate fehlen, ist selbstverständlich.

Die häufigste mit Gelbsucht einhergehende Erkrankung des älteren Kindes ist der sogen. Ikterus catarrhalis. Diese Bezeichnung rührt noch von der Zeit her, als man glaubte, daß der Ikterus in diesen Fällen durch eine Duodenitis und hierdurch bedingten Verschluß der Papilla vateri bedingt wird. Gegen eine solche Auffassung sprechen aber sowohl die anatomischen Befunde wie auch die klinischen Untersuchungen. Soweit bisher Fälle von Ikterus catarrhalis zur Sektion gelangt sind, wurde ein Verschluß der Papilla vateri nicht beobachtet. Auch findet man im klinischen Bilde nur ganz ausnahmsweise die Zeichen des Verschlusses der großen Gallenwege. Fast nie ist der Stuhl vollkommen acholisch und bei der Duodenalsondierung wird man sich unschwer davon überzeugen können, daß Galle in den Darm abgesondert wird. Die histologischen Untersuchungen Eppingers zeigen unzweideutig, daß es sich beim sogenannten catarrhalis um eine Hepatitis handelt. Nordmann hatte in vier Fällen von schwerem Ikterus catarrhalis die Laparatomie ausgeführt und fand die großen Gallenwege frei. In den probeexcidierten Leberstückchen fand er schwere parenchymatöse Veränderungen. Der Ikterus catarrhalis ist also kein Stauungsikterus, sondern jene Form von Gelbsucht, die als parenchymatöser Ikterus bezeichnet wird. Die Bezeichnung Ikterus catarrhalis ist also nicht berechtigt. Wir sprechen im allgemeinen von einem Ikterus simplex. Korrekter ist natürlich die von Lepehne vorgeschlagene Bezeichnung Hepatitis akuta ikterica. Aetiologisch handelt es sich nach Eppinger in diesen Fällen um eine enterale Intoxikation. Er denkt an diese Entstehung aus dem Grunde, weil die Patienten oft über gastrointestinale Beschwerden berichten die dem Ikterus vorangegangen sind. Daß gelegentlich solche Störungen auch einen Ikterus herbeiführen können, soll nicht geleugnet werden. In der großen Mehrzahl der Fälle spielen aber beim Zustandekommen der Gelbsucht die gastrointestinalen Vorgänge ätiologisch sicherlich keine Rolle. Dagegen spricht, daß eine ganze Reihe von sicheren und schweren Dünndarmerkrankungen nur ausnahmsweise einen Ikterus zur Folge haben. So sehen wir z. B. fast nie einen Ikterus bei Typhus abdominalis oder bei den Nahrungsmittelvergiftungen, die in der Regel durch Paratyphus B und verwandte Bazillen hervorgerufen werden. Wir sehen fast nie einen Ikterus catarrhalis beim Säugling, obwohl Magen- und Darmstörungen bei diesen doch an der Tagesordnung sind. Gegen die erwähnte Auffassung Eppingers spricht auch das häufig epidemische Auftreten der Erkrankung. Auch wir haben wiederholt Geschwistererkrankungen und gehäuftes Auftreten von Ikterus in Schulklassen gesehen. Das epidemische Auftreten, wie auch der Umstand, daß wir weder bei den familiären noch bei den Schulerkrankungen ein gleichzeitiges Erkranken mehrerer Kinder gesehen haben, sondern daß zwischen den einzelnen Erkrankungen in der Regel eine 3—4 Wochen lange Inkubationszeit bestand, spricht dafür, daß es sich um eine infektiöse Erkrankung handelt, und daß der Infekt von Kind zu Kind übertragen wird. Wir schließen uns also vollkommen Czerny, Heubner, Filatow und anderen an, die den sogen. Ikterus catarrhalis schon längst als eine infektiöse Erkrankung angesehen haben. Leider ist uns der Erregernachweis bisher nicht gelungen. Auch konnten wir durch serologische Untersuchungen keinen Anhaltspunkt für die Natur des Erregers gewinnen. Impfversuche am Meerschweinchen blieben ebenfalls erfolglos.

Den voll entwickelten Ikterus simplex zu erkennen, macht in der Regel keine Schwierigkeiten. Schwierig ist aber die Diagnose im Prodromalstadium der Erkrankung. Dieses zu kennen ist wichtig, weil in diesem Stadium diagnostische Irrtümer recht häufig vorkommen. Der Beginn des Ikterus simplex ist nicht einheitlich. In manchen Fällen beginnt die Erkrankung ganz akut mit Fieber und Durchfall, während bei anderen der Beginn ein schleichender ist. In diesen letzteren Fällen ist im Gegensatz zu den ersteren die Obstipation die Regel. Oft klagen die Kinder über mehr oder weniger heftige Kopfschmerzen; häufig steht das Erbrechen im Prodromalstadium im Vordergrund. Die gleichzeitig bestehende Hungerazetonurie führt dann recht häufig zu der Fehldiagnose des azetonurischen Erbrechens. Geht das Erbrechen mit großer Mattigkeit und Apathie einher, so wird an einen zerebralen bzw. meningealen Prozeß gedacht. Schwierigkeiten macht auch das ungleichmäßige Verhalten der Fieberkurve im Beginn der Erkrankung. In manchen Fällen sind Temperaturen hoch, in anderen ist die Temperatursteigerung nur unbedeutend. Daß die Kinder im Prodromalstadium abmagern ist klar, wenn man nur das Erbrechen und die Appetitlosigkeit berücksichtigt. Nach einigen Tagen schwindet dann das Fieber und als neues Symptom tritt der Leibschmerz auf. Dieser wird meist unterhalb des rechten Rippenbogens oder im Epigastrium lokalisiert. Erst jetzt verändert sich allmählich die Beschaffenheit des Urins. Der Harn wird rötlich braun, die Braunfärbung beruht aber nicht auf der Anwesenheit von Bilirubin, sondern sie rührt von der Urobilinausscheidung her. Das muß betont werden, sonst könnte der negative Ausfall der Bilirubinreaktion leicht diagnostische Irrümer veranlassen. Oft ist in diesem Stadium der Stuhl etwas heller, weil beim Ikterus simplex die sekretorische Funktion der Leberzelle ebenfalls gestört ist. Man kann sich hierüber überzeugen, wenn man Tetrachlorphenolphthalein intravenös injiziert. Der Farbstoff wird mit der Galle in diesen Fällen verzögert ausgeschieden. Wenn auch der Stuhl, wie gesagt, oft eine hellere Farbe aufweist, so ist in ihm doch Gallenfarbstoff mit den üblichen chemischen Methoden nachzuweisen. Nun wird der Urin immer mehr und mehr dunkel; es kommt zur Bilirubinurie und allmählich entwickelt sich der Gewebsikterus. Die Zeit vom Krankheitsbeginn bis zum Auftreten der Gelbfärbung der Haut kann verschieden lang dauern. Sie kann nur wenige Tage, wie auch 3—4 Wochen betragen. Fast am selben Tage, wenn der Ikterus aufgetreten ist, zeigt sich im klinischen Bild eine auffallende Aenderung. Das Erbrechen hört auf, der Appetit wird besser, nur der Gewebsikterus zeigt noch an, daß die Erkrankung nicht abgeklungen ist. Im Stadium des Gewebsikterus zeigt das Krankheitsbild manche Divergenzen im Vergleich zum Erwachsenen. Hautjucken, Bradikardie, Hautblutungen kommen zwar auch beim Kinde vor, gehören aber zu den Seltenheiten. Fast in jedem Falle ist die Leber stark vergrößert, die Lebervergrößerung ist bereits im Prodromalstadium vorhanden und überdauert oft noch eine längere Zeit den Ikterus. Insbesondere bei den langdauernden Ikterusfällen finden wir oft die Leber hochgradig vergrößert. Ihre Konsistenz ist vermehrt und wie bereits angedeutet, kann sie noch wochen-, ja auch monatelang nach dem Schwinden des Gewebsikterus bestehen. Es muß scharf betont werden, daß auch diese Fälle in der Regel einen günstigen Ausgang haben. Nie sahen wir eine Lebercirrhose sich aus diesen langdauernden Ikterusfällen sich entwickeln, ebensowenig haben wir bei den monatelang bestehenden und schwersten Ikterusfällen die Entwicklung der sogenannten akuten gelben Leberatrophie beobachtet. Alle von uns beobachteten Fälle, auch diejenigen bei welchen in der Rekonvaleszenz ein Rezidiv des Gewebsikterus sich einstellte, zeigten einen günstigen Verlauf. Vielleicht hängt die gute Prognose in diesen Fällen mit der von Ponfick beobachteten enormen Regenerationsfähigkeit der Leberzellen zusammen, die beim wachsenden Organismus vielleicht noch eine viel intensivere ist.

Wie sollen wir uns nun therapeutisch in diesen Fällen verhalten? Ich erwähnte bereits, daß von der Gelbfärbung der Haut abgesehen, subjektive Störungen fast ausschließlich nur in dem Prodromis vorherrschen und diese beim Auftreten der Gelbsucht schwinden. Wir hätten also im Prodromalstadium die hepatogene Intoxikation und später die Gelbsucht zu behandeln. Diejenigen Autoren, die die auslösende Ursache der Erkrankung im Darm suchen, verordnen gern Abführmittel. Meist wird das Karlsbader Wasser und von Eppinger das Calomel empfohlen. Man versucht durch diese Medikation den schädlichen Stoff aus dem Darm zu entfernen. Natürlich haben auch wir wiederholt Abführmittel bei unseren Ikterusfällen verabreicht. Leider konnten wir uns aber von einer günstigen Wirkung nicht überzeugen. Weder haben wir durch Verabreichung von Abführmitteln im Prodromalstadium das Auftreten des Ikterus verhüten können, noch zeigten die subjektiven Beschwerden bei derselben Medikation eine Besserung. Ebensowenig ist es uns gelungen, auf diätetischem Wege den Verlauf der Erkrankung irgendwie zu beeinflussen. Berechtigt ist nach unserer Auffassung die Therapie eigentlich nur im Prodromalstadium. Wir pflegen in Anbetracht der gestörten Lebertätigkeit eine möglichst eiweiß- und fettarme und kohlehydratreiche Nahrung zu verordnen. Wir reduzieren den Fettgehalt der Nahrung nur aus dem einzigen Grunde, weil die Kinder im Beginne der Erkrankung oft einen ausgesprochenen Widerwillen gegen fettreiche Speisen zeigen. In letzter Zeit empfiehlt Eppinger in schweren Fällen eine mit Insulin kombinierte Traubenzuckerbehandlung und berichtet über günstige Erfolge. Wir selbst haben bisher noch nicht die Möglichkeit gehabt, dies nachzuprüfen. Um den Gewebsikterus zu beseitigen wurden verschiedene galletreibende Mittel empfohlen, z. B. Ol. menthae pip. 0,5, Sacch. ad. 20 dreimal täglich eine Messerspitze. Brugsch empfiehlt das Atophan in Form des Ikterosans. Das Mittel wird intramuskul. gespritzt. Auch wir haben wiederholt 3—5 ccm intramuskulär injiziert, konnten uns aber nicht von einem günstigen Einfluß überzeugen.

Schließlich wäre noch die Klinik des hämolytischen Ikterus zu besprechen. Diese Erkrankung kommt auch im Kindesalter vor und man wird immer an die Möglichkeit eines hämolytischen Ikterus zu denken haben, wenn bei einem ikterischem Kind der Urin keinen gelösten Gallenfarbstoff enthält. Bedeutungsvoll in diesen Fällen ist auch das Fehlen von Gallensäuren im Urin. In den meisten der Fällen findet sich auch ein mehr oder weniger erheblicher Milztumor. Gewisse Besonderheiten zeigen sich im Blute. Zunächst die auffallende Kleinheit der Erythrocyten, die sogenannten Mikrocytose, ferner Zeichen gesteigerter Knochenmarkstätigkeit. Wir finden eine starke Polychromasie und eine starke Vermehrung der Substantia granulofilamentosa. Das Wesentlichste aber ist die Abnahme der osmotischen Resistenz hypotonischen Kochsalzlösungen gegenüber. Wie bekannt bleiben die normalen Erythrocyten in einer 0,9%igen NaCl-Lösung unverändert. In verdünnten Lösungen z. B. zwischen 0,46 bis 0,42% fängt bei gesunden Erythrocyten die Hämolyse an. Ist nun die Resistenz der roten Blutkörperchen gesunken, so tritt die Hämolyse schon bei solchen Kochsalzkonzentrationen auf, bei welchen die normalen Erythrocyten noch nicht hämolysiert werden. (Z. B. bei 0,7—0,6%.) Von größter Bedeutung ist, daß der hämolytische Ikterus in Schüben verläuft; längere Zeit hindurch kann der Patient sich absolut wohl fühlen und nur die vergrößerte Milz, die Mikrocytose und die herabgesetzte Resistenz der roten Blutkörperchen weisen auf die Erkrankung hin. Ganz plötzlich tritt nun eine Verschlimmerung ein. Mattigkeit, Kopfschmerzen treten auf. In kurzer Zeit entwickelt sich eine hochgradige Anämie. Man spricht von einer hämolytischen Krise. Tritt in diesem Stadium auch der Gewebsikterus auf, so macht die Diagnose keine Schwierigkeiten. Nun gibt es aber auch solche Fälle, bei welchen der Gewebsikterus ausbleibt, und in diesen kann, speziell wenn die stürmischen Erscheinungen abgeklungen sind die hochgradige Anämie schon diagnostische Irrtümer veranlassen. Diese ohne Gewebsikterus einhergehenden Fälle werden einfach als hämolytische Anämie bezeichnet. Man wird auch in diesen Fällen die Diagnose unschwer stellen können, wenn man nach den bereits erwähnten Blutveränderungen sucht. Der hämolytische Ikterus bzw. die hämolytische Anämie ist eine familiäre Erkrankung. Oft wird man nicht nur beim Kind, sondern auch bei den Geschwisterkindern, wie auch bei dem Vater oder bei der Mutter die Erkrankung vorfinden. Bemerkenswert ist in manchen Fällen die Syntropie zwischen hämolytischen Ikterus und Turmschädel. Schon im Säuglingsalter können Fälle von hämolytischem Ikterus vorkommen.

Ueber die Pathogenese dieser Erkrankung sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden. Manche denken an die Funktionsuntüchtigkeit der kleinen Erythrocyten. Andere an eine Hypersplenie, an eine Steigerung der erythrocytenzerstörenden Tätigkeit der Milz. Die letztere Ansicht führte auch dazu beim hämolytischem Ikterus aus therapeutischen Gründen die Milz zu entfernen. In der Tat ist bis zum heutigen Tage die einzig erfolgreiche Therapie die Milzexstirpation in diesen Fällen. Auch wir haben bei mehreren Kindern diese Operation mit gutem Erfolg ausführen lassen. Natürlich ist die Milzexstirpation kein kleiner Eingriff und man wird sich zur Operation nur dann entschließen, wenn die hämolytischen Krisen mit einer großen Häufigkeit auftreten. Man hat auch in neuerer Zeit versucht, anstatt der Splenektomie, die manchmal wegen Verwachsungen große Schwierigkeiten bereiten kann, nur die Arteria lienalis zu unterbinden. Uns fehlen hierüber eigene Erfahrungen. Es müßte einmal bei Gelegenheit versucht werden, im Stadium der hämolytischen Krise eine Bluttransfusion auszuführen. Manches spricht dafür, daß durch diesen Eingriff die hämolytische Krise rasch zum Schwinden gebracht werden könnte.

Wir werden manchmal Fällen begegnen, die manche Züge der hämolytischen Anämie aufweisen, während wir andere vermissen. So sehen wir, wie bereits erwähnt, Fälle ohne Ikterus, dann auch solche, bei welchen zwar Ikterus besteht aber die Resistenz der roten Blutkörperchen normal ist. Dann kommen auch Fälle vor, bei welchen die hämolytischen Krisen zu beobachten sind, das Blut reichlich funktionelles Bilirubin enthält, die Resistenz der roten Blutkörperchen aber normal ist und weder Gewebsikterus noch Gallenfarbstoff im Harn nachzuweisen sind. Ob auch alle diese Fälle in die Gruppe des hämolytischen Ikterus gehören, ist heute noch nicht mit Sicherheit zu beantworten. Dasselbe gilt auch von der sogenannten familiären Cholämie (Gilbert). Sie ist durch einen ganz leichten Ikterus charakterisiert; das Blut enthält vermehrt Gallenfarbstoff; es fehlt aber die Mikrocytose und die Resistenz der roten Blutkörperchen ist normal. In den meisten Fällen fehlt auch die Milzschwellung.

Ich habe absichtlich nicht alle mit Ikterus einhergehenden Erkrankungen des Kindes hier besprochen. Solche, die nur ganz selten, oder bei uns überhaupt nicht zur Beobachtung kommen, habe ich nicht berücksichtigt. Der Zweck meiner Ausführungen war nur, auf Grund der modernen Ikteruslehre, die Pathogenese und die Diagnostik der wichtigsten, in der Praxis am häufigsten vorkommenden mit Ikterus einhergehenden Erkrankungen kurz darzustellen.

Betrachtungen über Psychotherapie der Lungentuberkulösen.

Von

Dr. MARGARETE LEVY, Berlin.

So große Fortschritte die somatische Behandlung der Lungentuberkulose in den letzten 15 Jahren gemacht hat, so gesichert die Behandlungsmethoden, insbesondere chirurgischer Art geworden sind, so gilt das nicht in demselben Maße von der psychischen Behandlung. Diesem Punkte ist bisher von medizinischer Seite nicht genügende Beachtung geschenkt worden. Das nimmt vielleicht deshalb weniger Wunder, wenn man berücksichtigt, daß die landläufige medizinische Ansicht dahin geht, die psychischen Veränderungen bei der Lungentuberkulose als auf toxischer Basis entstanden, zu betrachten, Veränderungen, die die Schwankungen der Krankheit zum Besseren oder Schlechteren getreulich mitmachen. Ein so erfahrener Tuberkulose-Therapeut wie Jessen steht z. B. auf diesem Standpunkt. Zu ganz anderer Ansicht gelangt neuerdings Stern, der dem toxischen Moment zwar auch eine Bedeutung nicht abspricht, im wesentlichen aber die psychischen und charakterlichen Veränderungen der Tuberkulösen auf Einflüsse des Milieus zurückführt, und daraus den Schluß zieht, daß an diesem Punkte die Psychotherapie des Arztes einzusetzen hat. Aehnliches hat Kollaritz auf der Tuberkulose-Tagung in Davos 1924 in einem Vortrag ausgesprochen. Auch G. Klemperer, Haase, F. Klemperer betonen die Wichtigkeit einer geeigneten Psychotherapie und in allerletzter Zeit wies Eliasberg auf dem Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden auf die eminente Bedeutung der Psychotherapie bei chronischen Krankheiten hin.

Von Laien ist das Moment des Milieueinflusses und die Bedeutung der Psychotherapie schon früher gewürdigt worden als von ärztlicher Seite. Klabund, z. B., hat sich in einem im Jahre 1917 erschienenen „Die Krankheit" betitelten Buch folgendermaßen ausgesprochen: Die Aerzte bedenken nicht, daß sie das, was sie auf der einen Seite gewinnen, auf der anderen Seite wieder verlieren. Einer macht neun Jahre Kur und wird als geheilt entlassen. Seine Lunge ist faktisch geheilt. Wie aber steht es mit seinen übrigen seelischen und leiblichen Organen? Seine Nerven sind herunter. Seine Energie wie alter Kuchen zerbröselt. Er ist ein wachsweicher Klumpen angefressenen Fleisches. Zu keiner, auch der geringsten Arbeit taugt er mehr. Er ist ethisch verlottert.

Im letzten Jahr hat der „Zauberberg" von Thomas Mann bei den Davoser Aerzten und den Medizinern des Tieflandes einen Sturm der Entrüstung hervorgerufen. Ein Werturteil in literarischer Beziehung soll hier nicht abgegeben werden, meine medizinische Ansicht habe ich schon andernorts dargelegt, und wenn ich die Bedeutung des Buches in medizinischer Beziehung würdigen soll, so lasse ich Thomas Mann am besten mit seinen eigenen Worten sprechen, die er in einem offenen Brief an den Herausgeber der Deutschen medizinischen Wochenschrift gerichtet hat: „Der Zauberberg verdankt seinen Erfolg seiner geistigen Thematik und Problematik, mit der noch vor 15 Jahren in Deutschland kein Hund vom Ofen zu locken gewesen wäre, die aber dank aufwühlender Erlebnisse heute jedem auf den Nägeln brennt." In der Erfassung dieses Problems liegt für den Mediziner in der Tat die Bedeutung dieses Buches, und über Davos hinaus, das nur den Rahmen für die darin geschilderten Personen bildet, greift es an ein Problem von allgemeiner Bedeutung, wie Kollaritz es nennt, das Problem der geistigen Führung, der geistigen und sozialen Führung des Tuberkulösen durch den Arzt. Stern sagt sehr richtig, daß jeder Tuberkulöse seine Krankheit „erlebt" nach Temperament und Charakter auf verschiedene Weise.

Die Krankheit ist für den bisher Gesunden ein unbekanntes Neuland mit verschlungenen Wegen, aus dem herauszufinden, er außer seiner eigenen Willenskraft, der sachgemäßen Führung eines Kundigen bedarf.

Diesem Bedürfnis ist bisher von medizinischer Seite zu wenig Rechnung getragen worden. Aus diesem Mangel heraus ist es wohl zu verstehen, daß die Couésche Lehre trotz ihrer offenbaren Mängel gerade unter den gebildeten Laien der Lungen-Kurorte so große Anhängerschaft gefunden hat.

Von akademischen Lehrern ist bisher kaum auf die Notwendigkeit hingewiesen worden, ihre Schüler außer in der somatischen Therapie der Lungentuberkulose auch in einer zweckmäßigen, planmäßigen psychischen Behandlungsweise ihrer Kranken zu unterrichten. Dazu finde ich, wie gesagt, nur Hinweise in einem bemerkenswerten, von G. Klemperer in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 12. XII. 1923 gehaltenen Vortrag. Wenn aber Stern dafür plädiert, daß der Therapeut, besonders der Leiter eines Lungensanatoriums sich der Mitarbeit eines speziell psycho-therapeutisch Geschulten bedienen solle, so geht diese Forderung entschieden zu weit. Gehören doch zu einer vernünftigen psychischen Behandlung eines Tuberkulösen weniger spezielle psycho-therapeutische Methoden, wie bei den psychogen entstandenen Krankheiten, als der Wille und die Fähigkeit des Arztes, sich in die Psyche und Gedankengänge seiner Patienten einzufühlen. Wie weit das freilich erlernbar ist, mag dahingestellt sein.

Jeder Lungentuberkulöse stellt nach der anatomischen Verschiedenheit seiner Erkrankung, seiner biologischen Reaktion auf den Einfall des Tuberkel-Bazillus und vor allem durch seine psychische Reaktionsweise „auf den Einfall der Krankheit", wie Stern sich ausdrückt, eine Besonderheit dar, die einer individuellen psychischen Behandlung bedarf. Außerdem aber spielen Grad der Erkrankung, ihre Verlaufsweise, Gewöhnung, das soziale Milieu, aus dem der Kranke stammt, Nationalität, Temperament etc. eine wichtige Rolle.

Trotz aller Verschiedenheit lassen sich aber doch gewisse Richtlinien für die psychische Behandlung aufstellen, für:

1. Kranke mit letaler Prognose,
2. sich nicht bessernde Tuberkulöse,
3. schwerkranke besserungsfähige Tuberkulöse,
4. leichte heilungsfähige Tuberkulöse.

Bei den Kranken der ersten Kategorie, denen besonders alle akuten Formen, wie Miliartuberkulose, käsige Pneumonie und die chronischen mit Larynx oder Darm-Tuberkulose kombinierte Formen, sowie die ausgedehnten kavernösen Phthisen zuzurechnen sind, kann die psychische Beeinflussung durch den Arzt naturgemäß nur begrenzt sein. Wie es nur unser Ziel sein kann, die Leiden solcher Kranken zu lindern, so kann auch die psychische Behandlung nur darin bestehen, den gesunkenen Mut der Kranken zu heben, sie auf einen guten Ausgang zu vertrösten und die Hoffnung auf Besserung wachzurufen. Die diesen Kranken eigene Euphorie, die ihnen die Aussichtslosigkeit ihres Zustandes so häufig bis zum Ende verbirgt, ist ein wirksames Mittel, das die Natur dem Arzt in die Hand gibt, und die er nicht bekämpfen darf. Mag der physische Zustand dieser Kranken auch zuweilen diese oder jene Maßnahme wünschenswert erscheinen lassen, so muß doch auf den psychischen Zustand Rücksicht genommen werden. Der Transport in ein Krankenhaus z. B., wo dem Patienten nur allzu rasch die Aussichtslosigkeit seiner Krankheit klar wird, ist nur da angebracht, wo die häusliche Pflege nicht ausreicht, und der Kranke eine ernste Gefährdung für seine Umgebung bildet. Die Entfernung aus einem Sanatorium sub finem vitae ist eine unnötige Grausamkeit, denn der Aufenthalt in einem schönen Klima ist ein außerordentlich wirksamer psychotherapeutischer Faktor. Wenn in der Ebene rauhe Witterung, Nebel, Regenschauer den Kranken ins Zimmer bannen, ist es ihm oft noch vergönnt, in den Kurorten des Südens, der Wüste oder des Hochgebirges stundenlang bei Sonnenschein, strahlend blauem Himmel und wohltuender Wärme im Freien zuzubringen.

Schwieriger und vielfältiger ist die psychische Beeinflussung bei denjenigen Schwertuberkulösen, deren Zustand sich nicht oder nur sehr langsam bessert. Diesen Kranken drückt die Dauer und schwere Beeinflussung der Krankheit entweder den Stempel des Leichtsinns oder des Depressiven auf. Der Leichtsinnige glaubt, Schonung nicht nötig zu haben und hemmungslos sein Leben genießen zu müssen, da ja schließlich doch für ihn alles gleich ist. Der Depressive glaubt nicht an eine Heilungsmöglichkeit und leidet unter dem Mißverhältnis zwischen dem zum Leben notwendigen Maß an Leistungsfähigkeit und der dazu vorhandenen körperlichen Kraft. Stellen diese beiden Gruppen auch psychisch Gegensätze dar, so liegen ihrer psychischen Behandlung doch gemeinsame Prinzipien zugrunde. Vernünftige Belehrung über die Heilbarkeit der Tuberkulose, Ablenkung durch Beschäftigung, Einwirkung darauf, sich mit dem Bestehenden abzufinden und einzurichten. Freilich gehört zur Erreichung dieses Zieles von Seiten des Patienten große Geduld, von Seiten des Arztes Geduld und Geschicklichkeit. Ist der Euphorische einmal zu der Ueberzeugung gelangt, daß er nicht verloren ist, hat er durch vernünftige Ablenkung, durch Arbeit, gelernt, seinem Leben einen Inhalt zu geben, so wird er schließlich auch unzweckmäßigen, schädlichen Vergnügungen entsagen. Auch der Depressive wird durch dieselben Maßnahmen sein psychisches Gleichgewicht wiederfinden, eine unerläßliche Notwendigkeit, um überhaupt mit dem Erlebnis der Krankheit fertig zu werden, wenn ein Zustand völliger Genesung nicht erreicht werden kann. Die ausschließliche gedankliche Einstellung auf die Krankheit ist der physische und psychische Ruin des Patienten.

Daß das Sichabfinden und Sicheinrichten mit der Krankheit sehr wohl möglich ist, zeigt das Heer jener Ladeninhaber, Handwerker, Pensionsbesitzer, Modistinnen, Sprachlehrer etc., die die Kurorte des Hochgebirges und des Südens bewohnen. Wenn ich speziell von dem Lungenkurort aller Kurorte — Davos — sprechen darf, das ich eingehender kenne, so möchte ich an den jüngst verstorbenen Schöpfer des Alexander-Spengler-Denkmals, der als Schwerkranker den Meißel führte, an einen bekannten Meister auf dem Gebiete der Holzschneidekunst, der in dürftigen Verhältnissen in einem Bauernhause des Dischmatales lebt, an einen Dichter, dessen Werke über alle Bühnen Deutschlands gehen, erinnern. Auf diese Kranken sollten die Aerzte ihre Patienten hinweisen, diese sollten ihnen als Beispiel dienen. Es ist außerordentlich bedauerlich, daß von ärztlicher Seite an diesen Persönlichkeiten achtlos vorübergegangen wird, und auf Grund oberflächlicher Eindrücke, wie sie in den Reiseeindrücken in Arosa von Prussian geschildert wurden, die Hochgebirgskurorte als ausschließliche Vergnügungsstätten gebrandmarkt werden.

Man wird mir einwenden, daß das Prinzip des Sichabfindens für den körperlich Arbeitenden nicht anwendbar ist. Das ist nur bis zu einem gewissen Grade richtig, wenn man in Betracht zieht, daß bei Umstellung auf andere Arbeit als die erlernte, die für den körperlich Arbeitenden leichter ist, als für den geistigen Arbeiter, auch bei bestehender Krankheit ansehnliche Leistungen möglich sind. Für die Richtigkeit dieser Ansicht hat uns der Weltkrieg ein Experiment im Großen geliefert.

Die Patienten der Volksheilanstalten sind psychisch weniger gefährdet als die Patienten der Privatheilanstalten, weil bei ihnen das Ziel von vornherein auf eine möglichst schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gerichtet ist. Ein Patient übt infolgedessen auf den anderen einen starken, erzieherischen Einfluß aus.

Das psycho-therapeutische Ziel des Arztes muß es also sein, den Kranken zu einer Beschäftigung im Rahmen seiner körperlichen und geistigen Kräfte zu erziehen, um ihn für die, wenn auch in entfernter Zeit liegende Arbeitsfähigkeit, beruflich und sozial wieder brauchbar zu machen. Dieses Prinzip verfolgen seit langem die englischen Heilstätten mit großem Erfolg.

Auch bei den Kranken der dritten Kategorie ist die psychische Beeinflussung ein wichtiger Faktor. Sie sind nur bis zu einem gewissen Grade von denen der zweiten Kategorie zu trennen. Der proteusähnliche Verlauf der Tuberkulose erschwert die Individualprognostik auch bei großer medizinischer Erfahrung und eingehender Kenntnis der Genese und des Verlaufs des einzelnen Falles ganz außerordentlich. Auch bei diesen Kranken muß die ausschließliche psychische Einstellung auf die Krankheit vermieden werden, ihr Denken und Streben auf die Wiedererlangung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, auf die Rückkehr in das häusliche Milieu, auf Pflichtübernahme gerichtet sein. Und wo das nicht in völliger Gesundheit möglich ist, muß der Kranke es lernen, sich seinen Kräften entsprechend zu betätigen. Es ist ja aus sozialen oder finanziellen Gründen durchaus nicht immer möglich, den Kranken bis zur völligen Genesung von Haus und Beruf fernzuhalten. Jeder erfahrene Arzt wird unter seinen Patienten eine Anzahl kennen, die noch im Stadium einer aktiven Tuberkulose ihre berufliche Arbeit wieder aufnehmen mußten, und bei denen die Tuberkulose trotzdem ausheilte. Damit soll aber, um Mißdeutungen vorzubeugen, durchaus nicht der vorzeitigen Unterbrechung einer Kur das Wort geredet werden in den Fällen, in welchen die soziale Lage des Patienten demselben eine über lange Zeit ausgedehnte Kur ermöglicht. Hinweis auf Wiedererlangung der Gesundheit, systematische gedankliche Hinlenkung auf Berufserfüllung, Ablenkung durch richtig dosierte Arbeit wird die Patienten, welcher Temperamentsart sie auch sein mögen, zur Mitarbeit am Gesundwerden anregen. Auch hierbei haben Beispiele ihre große pädagogische Bedeutung, und die Mitarbeit der einzelnen Patienten ist nicht zu entbehren. Nur wenige Aerzte und Patienten wissen, daß der ausgezeichnete Organisator des Davoser Musiklebens, der über einen schönen voluminösen Baß verfügt, ein Schwerkranker war, der jahrelang einen Pneumothorax trug. Nur wenige kennen eine Davoser Pension, die scherzhaft die „Pension der Intellektuellen" genannt wird. Der Besitzer, jetzt von einem schweren Lungenprozeß geheilt, hat sich, da er seinem Beruf als Jurist hat entsagen müssen, literarischer Tätigkeit und kunsthistorischen Studien zugewendet und sich im Laufe der Jahre einen geachteten Namen als Kunsthistoriker erworben. Und mit derselben Hingabe, wie an seinen Beruf, widmet er sich dem Wohl seiner Gäste, die ihm nicht nur viele geistige Anregung verdanken, sondern für die er auch ein Muster an Pflichterfüllung bedeutet und denen er ein gutes Vorbild ist.

Andersartige, nicht minder schwierige psycho-therapeutische Aufgaben, wie bei den Schwerkranken, erwachsen dem Arzt bei den Kranken der vierten Kategorie. Der Arzt, der eine inzipiente Lungentuberkulose diagnostiziert, trägt eine ganz besonders schwere Verantwortung. Es kann deshalb nicht genug darauf hingewiesen werden, die Diagnose auf beginnende, aktive behandlungsbedürftige Tuberkulose erst dann zu stellen, wenn die Gesamtheit aller diagnostischen und klinischen Möglichkeiten erschöpft sind. Mit Recht warnte Jessen auf der Tuberkulose-Tagung 1924 in Davos vor der Ueberbewertung einzelner Untersuchungsmethoden. Man vergesse doch ja nicht, daß unbedachte und unüberlegt gestellte Diagnosen auf „Lungenspitzen-Katarrh" oder „Hilusdrüsen-Tuberkulose", besonders aber Vermutungen ohne Sicherheit, das Leben eines Patienten richtunggebend bestimmend beeinflussen kann, daß dadurch schwere depressive oder hypochondrische Stimmungen ausgelöst werden können. Bumke spricht in solchen Fällen direkt von iatrogenen Erkrankungen. Diese Ueberlegung darf selbstverständlich nicht dazu führen, einen Leichtkranken für gesund zu erklären. Weder der Grundsatz, lieber einen Menschen zuviel für tuberkulös zu erklären, als einen zu wenig, noch der umgekehrte darf Geltung haben.

Von ganz besonderer Bedeutung ist bei diesen Kranken die psychische Beeinflussung in dem Augenblick, in welchem die Lungentuberkulose diagnostiziert wird, deshalb, weil die einzelnen Individuen auf den „Einfall" der Krankheit, wie Stern es nennt, in ganz verschiedener Weise reagieren. Es würde zu weit führen, auf jede der Typen der Sternschen Einteilung einzugehen. Je nach der Art des Individuums muß natürlich auch die psychische Beeinflussung durch den Arzt verschieden sein. Strenge, die bei dem aggravierenden oder fatalistischen Typ angebracht ist, paßt nicht für den religiösen oder reflexiven Kranken. Der euphorische Kranke muß gehemmt, der depressive angespornt werden.

Zwei Typen scheinen mir aber für die Psychotherapie besondere Aufmerksamkeit zu verdienen. Der eine, der infantil-euphorische, der andere, der Kranke mit starker Vitalität. Der erste gehört durchaus nicht immer zu den wenig intelligenten oder noch sehr jugendlichen Menschen, denen genügende Lebenserfahrung abgeht, sondern die Reaktion auf den Krankheitseinfall entspricht einfach der ganzen sonstigen optimistischen Auffassung dieser Kranken von den Dingen des Lebens, die sie zu einer groben Verkennung tatsächlicher gesundheitlicher Gefahren führt. Das Fehlen von Schmerzen, die Geringfügigkeit der Krankheitserscheinung bei der inzipienten Tuberkulose nähren die Euphorie des Kranken. Dieser muß durch vernünftige Aufklärung über die wahre Natur der Krankheit entgegengewirkt werden. Nichts ist für den Kranken verhängnisvoller, als das Verschweigen der richtigen Diagnose und durch umschreibende Ausdrücke, wie Lungenspitzenkatarrh, Hilusdrüsenschwellung etc., Zeit für die günstigsten Heilungschancen zu verlieren. Die Natur gibt uns in manchen Fällen ein gutes Hilfsmittel in die Hand, die schädliche Euphorie zu bekämpfen, die initiale Haemoptoe. Daß die Prognose dabei gut ist, ist wahrscheinlich auf das psychische Moment zurückzuführen. Vorher bewußt ignorierte Symptome werden durch dieses Ereignis in ein besonderes Licht gerückt und lassen den Patienten den Ernst der Krankheit erkennen, denn die Lungenblutung pflegt auch auf den leichtsinnigsten Patienten einen nachhaltigen, tiefen Eindruck zu machen.

Schwieriger sind der psychischen Beeinflussung durch den Arzt Kranke mit starker Vitalität zugänglich, weil sie im ganzen meist viel stärker durch den Einfall der Krankheit psychisch betroffen sind. Nur selten freilich werden die Aerzte solche Patienten ganz im Beginn der Krankheit in Behandlung bekommen, da meist kleinere Schübe der Tuberkulose bei ihnen fast unbemerkt vorübergehen und dank der dieser Art Patienten innewohnenden Energie leichte Ermüdbarkeit, geringe Temperaturerhöhung, leichte dyspeptische Erscheinungen usw., überwunden werden, bis akute Erscheinungen sie zum Aufgeben beruflicher Arbeit, sportlicher Betätigung, Reisen plötzlich zwingen. Solche Kranken pflegen durch das Bewußtsein, krank zu sein und ihrem Körper nicht mehr alles zumuten zu können, wie vernichtet zu sein. Es dauert eine Weile, bis daß sie den Shock überwunden haben. Aber der Hinweis auf die Heilbarkeit der Tuberkulose, Hinweis auf andere geheilte Patienten, Betonung der Notwendigkeit der Mitarbeit des Kranken bei der Gesundung durch gewissenhafte Durchführung von Kurvorschriften und Ablenkung vom ständigen Denken an die eigene Krankheit, vermögen auch diese Art von Kranken sehr günstig zu beeinflussen.

Bei den Leichtkranken ebenso wie bei den Schwerkranken muß das Ziel jeder Phthisiotherapie nicht nur sein, die Tuberkulose zu heilen, sondern den Kranken auch psychisch für sein Berufs- und Familienleben zu trainieren, ihn zu befähigen, aus der rückwärtigen Stellung, in die er sehr häufig durch seine Krankheit gedrängt wurde, herauszugehen, um den Kampf um die Existenz erfolgreich zu führen. Dosierte Arbeit ist für den leichtsinnigen, euphorischen Kranken das beste Mittel, ihn vor schädlichen Vergnügungen, unzweckmäßiger körperlicher Anstrengung zu bewahren und ebenso für den depressiven Kranken, ihm seinen hypochondrischen Vorstellungen zu entreißen. Der Leichtkranke oder „Prophylaktiker", der Jahr für Jahr einen Kurort aufsucht und zu Hause ein unproduktives Müßiggänger-Dasein führt, muß aus der Menge der wirklich Kranken verschwinden.

Aus der Fülle der Fragen, die psycho-therapeutische Bedeutung haben, können hier nur wenige gestreift werden. Ich habe schon weiter oben darauf hingewiesen, daß Stern unbedingt zugestimmt werden muß, wenn er sagt, daß psychische Veränderungen bei den Lungentuberkulösen sehr häufig Einflüssen des Milieus zu danken sind. Daraus ergibt sich die bedeutsame Frage, welcher Patient gehört in ein Sanatorium, welcher nicht. Wie wirkt sich das Sanatoriumsleben psychisch auf den Kranken aus? Das Sanatoriums-Problem ist nach meiner Ansicht ein bisher ungelöstes Problem und die Entscheidung, welcher Kranke für ein Sanatorium paßt, für den Arzt oft gar nicht einfach. Daß der Schwerkranke, der körperlicher Wartung und Pflege bedarf, oder der sehr Jugendliche, der Aufsicht braucht in einer Pension oder in einem Hotel sich nicht selbst überlassen werden darf, ist selbstverständlich. Ob aber der Sanatoriumsaufenthalt für einen Leichtkranken, nicht Bettlägerigen, immer zweckmäßig ist, ist fraglich, und nur von Fall zu Fall zu entscheiden. Das Prinzip von Kollaritz, den Kranken unmittelbar nach der Feststellung der Krankheit wenigstens für kurze Zeit in ein Sanatorium zu schicken, damit er erst einmal lernt, wie er sich zu verhalten habe, darf nicht verallgemeinert werden. Es hängt ganz und gar von Temperament und Einstellung des Patienten auf seine Krankheit ab, ob aus diesem Sanatoriums-Aufenthalt, der der Erziehung des Patienten dienen soll, nicht ebenso oft ein Schaden wie ein Vorteil entstehen kann. Das trifft besonders für die Patienten der Privat-Sanatorien zu, in denen das erzieherische Moment der Erlangung der Arbeitsfähigkeit, das in den Volksheilstätten eine so große Rolle spielt, fortfällt. Ich möchte es nur auf diejenigen angewendet wissen, die ihrer euphorischen Anlage entsprechend, die Bedeutung ihrer Krankheit nicht richtig einzuschätzen wissen. Die von Natur ängstlichen, hypochondrischen werden durch das Sanatoriumsleben häufig in ihrer die Krankheit überschätzenden Auffassung bestärkt. Eine andere Art von Kranken sieht es gar nicht ungern, von ständiger Fürsorge durch Arzt und Pflegepersonal umgeben zu sein, selbst dann, wenn sie nicht unbedingt erforderlich ist, fühlt sich vernachlässigt, wenn ihr zugunsten schwerer Kranker nicht die nach ihrer Ansicht gebührende Achtung geschenkt wird, und sucht recht oft den Sanatoriumsaufenthalt über die notwendige Zeit hinaus auszudehnen. Andere Patienten hingegen, besonders solche, die aus dem lebhaften Wunsche nach völliger Genesung heraus aufs Gewissenhafteste alle Kurvorschriften befolgen, empfinden die ständige Kontrolle im Sanatorium als eine unangenehme Beeinträchtigung ihrer persönlichen Freiheit. Selbstverständlich hängt viel oder alles von der Persönlichkeit des leitenden Arztes eines solchen Sanatoriums ab. Disziplin und Pünktlichkeit sind unbedingte Erfordernisse, die aber nicht mit Hilfe drakonischer Maßnahmen erzwungen werden dürfen, sondern von deren Zweckmäßigkeit und Nutzen die Patienten überzeugt werden müssen, so daß alle Vorschriften ohne Zwang von außen befolgt werden. Ein viel beschäftigter Davoser Arzt tat mir einmal den sehr wahren Ausspruch: „Liegekur ist Selbstdisziplin".

Mit all dem soll nichts gegen Sanatoriumskuren gesagt werden, deren Wert ganz unbestritten ist, aber der Arzt soll nur den Patienten in ein Sanatorium schicken, der sich physisch und psychisch für eine Sanatoriumsbehandlung eignet. Und er soll auch, wenn irgend möglich, einige Sanatorien und Lungen-Kurorte, in die er seine Patienten schickt, selbst kennen. Es ist ein leider fühlbarer Mangel, daß ein großer Teil der Aerzteschaft die Lungen-Kurorte und ihre Einrichtungen nicht kennt, ein Mangel, dem hoffentlich die in den letzten Jahren in St. Blasien, Davos und anderen Lungen-Kurorten eingerichteten Kurse abhelfen werden. Eine zweite Frage von großer Bedeutung, von der schon weiter oben gesprochen wurde, ist die Frage: Soll der Arzt dem Patienten die Wahrheit über die Art und Dauer seiner Erkrankung sagen? Beides ist mit einem „Ja" zu beantworten. Das Trauma der Diagnose muß, wie Kollaritz sehr richtig sagt, mit in Kauf genommen werden, da der Patient in einem Kurort oder in einer Heilstätte ja doch sehr bald durch seine Mitpatienten über die wahre Natur seiner Erkrankung aufgeklärt wird. Aber nicht nur das, das Verschweigen oder die Umschreibung der Diagnose, läßt den Kranken häufig den richtigen Zeitpunkt für den Beginn einer Kur versäumen. Daß dem Kranken nicht nur die Diagnose gesagt wird und gleichzeitig versucht wird, eine auf Allgemeinerfahrung und Kenntnis des speziellen Falles beruhende, möglichst richtige Individualprognose zu stellen, die den Kranken einerseits nicht unnötig entmutigt, ihn andererseits die Bedeutung des Befundes nicht unterschätzen läßt, ist gleichfalls von Wichtigkeit. Ueber die voraussichtliche Dauer der Krankheit, so weit sie sich überhaupt voraussagen läßt und die Dauer einer Kur ist dem Kranken ebenfalls reiner Wein einzuschenken. Nichts ist für den Patienten, der von seinem Arzt mit der Weisung für einen 4—6 wöchigen Aufenthalt in einen Kurort geschickt wird, um sich seinen „Lungenspitzenkatarrh" auszuheilen, deprimierender, für seine Geduld eine härtere Probe, nichts eine herbere Enttäuschung, als seinen Aufenthalt immer von neuem wieder verlängern zu müssen. Von vornherein auf die lange Dauer der Erkrankung und des Kuraufenthaltes hingewiesen, gewinnt der Patient viel leichter sein psychisches Gleichgewicht und erträgt sein Leiden und die Unbequemlichkeit und Eintönigkeit des Kurlebens mit viel größerer Geduld. Psychotherapeutische Aufgabe des Arztes muß es also sein, namentlich in beginnenden Fällen mit gut übersehbarem Verlauf, den Patienten von der Notwendigkeit einer klimatischen Kur womöglich bis zum Ablauf des Prozesses zu überzeugen. Aber soll deshalb der Kranke seinen Kuraufenthalt über Jahre hindurch ausdehnen? Solche ununterbrochenen, protrahierten klimatischen Kuren sind weder vom klimatologischen, noch vom psychologischen Standpunkt zu rechtfertigen. Erfahrungsgemäß erkrankt der für Jahre aus seinem Heimatklima entfernte Tuberkulöse, in die Heimat zurückgekehrt, leicht wieder. Aus diesem Grunde ist schon seit mehreren Jahren von namhaften Phthisiotherapeuten den unterbrochenen Klimakuren das Wort geredet worden. Die Richtigkeit dieser Maßnahmen haben auch exakte psychologische Untersuchungen von Loewy ergeben, der feststellen konnte, daß Atemfrequenz, Blutdruck, respiratorischer Quotient, morphologische Blutbestandteile usw., die beim Uebergang von der Ebene ins Hochgebirge gesetzmäßige Aenderungen erfahren, beim längeren Aufenthalt im Hochgebirge zur Norm zurückkehren.

Das Hochgebirge hört also nach einer gewissen Zeit auf, als Stimulans zu wirken, und fungiert erst wieder als solches, nach einem Aufenthaltswechsel in der Ebene. Aber nicht minder hoch — und das gilt besonders für Kuren im Hochgebirge — ist das psychische Moment des Klimawechsels zu veranschlagen. Die Sehnsucht der Patienten, dem nicht endenwollenden Winter und dem herben Frühling des Hochgebirges zu entfliehen und den Frühling der Ebene, die Pracht der Baumblüte und den Schmuck der blühenden Wiesen zu genießen, ist durchaus verständlich. Nicht die Vorstellung, daß die Schneeschmelze der Gesundheit unzuträglich ist, sondern der begreifliche Wunsch nach einem Wechsel ist es, der mit Beginn der Schneeschmelze die Patienten der Hochgebirgsorte in Scharen dem Süden zueilen läßt. Vielfach besteht auch der Wunsch, dem psychisch-schädigenden Einfluß eines langen Kuraufhaltes, wie er sich in allmählich zutage tretendem Fatalismus, Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten, Sinken der Energie, Verlust der Ethik äußert, zu entfliehen. Der Wechsel des Milieus, der Wechsel der Landschaft, die Veränderungen der Lebensbedingungen, sind von ganz besonders heilsamem, psychischem Einfluß, so daß bei einer notwendigen Rückkehr in einen Kurort die Monotonie desselben leichter erträglich ist. Diesem Moment fangen auch die Phthisiotherapeuten an, mehr und mehr Rechnung zu tragen.

In welches Klima sollen wir unsere Lungenkranken schicken? Die klimatologische und therapeutische Seite dieser Frage ist oft genug diskutiert worden. In Deutschland hat allmählich die Ansicht an Boden gewonnen, daß der Kranke in dem Klima seine Tuberkulose ausheilen soll, in dem er sie acquiriert hat. Ob diese Auffassung zu Recht besteht oder nicht, soll hier nicht erörtert werden, obwohl die auffallend rasche, günstige Beeinflussung der cirrhotischen Formen im Hochgebirge außer Frage steht. Sie läßt jedenfalls den psychotherapeutischen Faktor gänzlich außer acht, sehr zu Unrecht. Vergleichende klimatologische Tabellen über die Sonnenscheindauer (vgl. van Oordt, Physikalische Therapie innerer Krankheiten), reden eine eindringliche Sprache. Kuren in einem über der Nebelgrenze gelegenen Ort mit langer Sonnenscheindauer lassen sich für den Patienten mit einem viel geringeren Aufwand an Energie durchführen, als eine Kur in einem trüben, nebligen Klima, in welchem der Patient während des Winters, in Decken eingehüllt, fröstelnd seine Liegekur macht, ohne die Möglichkeit, sich zu beschäftigen und froh ist, wenn er die Liegezeit glücklich hinter sich hat oder bei mangelhafter Kontrolle sich ihr überhaupt entzieht. Mag auch von therapeutischen Gesichtspunkten weder Nebel, noch Regen als heilungshindernder Faktor zu betrachten sein, so steht doch der Patient meistens völlig unter dem deprimierenden Eindruck des Nebels und der Idee, in so einem solchen Klima nicht gesund werden zu können. Während der Anblick eines wolkenlosen blauen Himmels, weiter Schneefelder, strahlender Sonnenschein den Lebensmut auch Schwerkranker beleben, sie mit neuer Hoffnung erfüllen und so einen auf psychischem Wege wirkenden, wichtigen Heilfaktor darstellen. Sonnenreiche, nebelfreie Tage erlauben dem Patienten außerdem, sich einen großen Teil des Tages während der Liegekur mit leichter Arbeit zu beschäftigen, die ihn von der ausschließlich gedanklichen Einstellung auf seine Krankheit abzulenken vermag. Es ist schwer zu verstehen, daß viele Aerzte noch immer das Heil für ihre Patienten darin erblicken, daß sie während der langen Stunden der Liegekur stumpf und gedankenlos vor sich hindösen, ein Verhalten, welches viele Patienten dazu verleitet, sich für die Entbehrungen während der Kur durch ihnen unzuträgliche Vergnügungen schadlos zu halten.

Alle diese Ueberlegungen sollten ein starres Festhalten an einem Dogma verhüten, und bei der Auswahl eines Klimas sollte auch der Psyche eines Patienten Rechnung getragen werden. Stellt auch der Süden und die Wüste für die Lungentuberkulösen kein Heilklima sensu strictiori dar, so ist doch auch von der Verschickung in diese Klimate aus psychischen Rücksichten öfter Gebrauch zu machen. Auf alle Fälle gehört der Lungenkranke in einen Ort, der im allgemeinen von Lungenkranken aufgesucht wird, der über die zur Kur notwendigen Einrichtungen verfügt, und an dem der Kranke nicht genötigt ist, seine Krankheit vor seinen Mitmenschen zu verheimlichen.

Schwieriger als die Entscheidung über die Wahl des Klimas ist die Entscheidung über den Zeitpunkt der Rückkehr des Patienten in die Heimat. Es gehört bekanntlich zu den schwierigsten Problemen in der Medizin, mit Sicherheit einen nicht mehr aktiven Prozeß von einem aktiven zu unterscheiden und speziell die biologischen Methoden lassen uns hierbei fast völlig in Stich. Außer dem gesundheitlichen und finanziellen Gesichtspunkt spielen aber auch psychische Momente bei dieser Entscheidung eine wichtige Rolle. Art und Schwere der Erkrankung dürfen nicht immer allein ausschlaggebend sein. Den Kranken mit letaler Prognose, der die Aussichtslosigkeit seines Zustandes nicht kennt, aus einem Sanatorium zu entfernen, wie es so häufig geschieht, ist eine überflüssige Grausamkeit.

Einen unausgeheilten Kranken auf gänzlich unbestimmte Zeit von Beruf und Familie fernzuhalten, läßt sich nicht immer durchführen und stellt nur da eine dringende Notwendigkeit dar, wo der Kranke eine ernste Gefahr und Infektionsquelle für seine Umgebung darstellt. Mag auch aus physischen Gründen oft ein langer Kuraufenthalt erwünscht sein, so stehen diesem hindernd gegenüber die Sehnsucht nach der Familie, die berechtigte Furcht, sich bei längerer Trennung von derselben loszulösen, die Sorge um den möglichen Verlust der beruflichen Stellung, finanzielle Bedenken usw. Optimaler Nutzen einer Klimakur kann aber nur dann gewährleistet werden, wo Sorgen das psychische Gleichgewicht nicht stören, denn psychogene Verschlechterungen stehen ganz außer Frage.

Erhebliche Schwierigkeiten machen die Bestimmung der Dauer des Kuraufenthalts und der Zeitpunkt der Heimkehr bei den sehr Leichtkranken und den sogenannten Prophylaktikern. Ich glaube, daß die Zahl der Leichtsinnigen und der Phthisiophoben nicht größer ist als die Zahl derer, die nach kurzer Zeit an dem behaglichen Müßiggang des Kurlebens Gefallen gefunden haben, und einmal zur Kur verschickt, Jahr für Jahr die Lungenkurorte wieder aufsuchen. Heimgekehrt bilden diese mit der Weisung auf Schonung entlassenen Patienten eine Belastung für ihre Familie, deren Arbeit und Interessen sie nicht teilen, auch wenn die soziale Lage ihre Mitarbeit dringend nötig macht.

Wie überall in der Medizin, gilt in der Frage der Heimkehr und der Wiederaufnahme der Arbeit des Kranken der Grundsatz: nicht schematisieren, sondern individualisieren. Physisches, Psychisches, Soziales, Finanzielles, gegeneinander abwiegen. Der Aengstliche, Depressive soll angespornt, der Leichtsinnige zurückgehalten werden. Im gewohnten Milieu wie an einem Kurort leben zu wollen, ist eine Utopie, namentlich in der Großstadt, und Schonung kann nur bedeuten, gesundheitliche Schädigungen im Rahmen des Möglichen zu vermeiden.

Und nun zur Frage der Arbeit. Ich habe schon davon gesprochen, daß ihr ein doppelter Wert innewohnt. Erstens Ablenkung, zweitens Training für den Zustand der Gesundheit. Aber unter Arbeit soll nicht verstanden werden, daß der Kranke mit spielerischer dilettantischer Beschäftigung, die ihm schließlich doch keine Befriedigung gewährt, seine Zeit totschlägt. Vielfach muß er erst zur Arbeit erzogen werden. Es ist ein trauriges Eingeständnis von mangelnder pädagogischer Begabung, wenn der Leiter eines großen Lungensanatoriums, das über eine prachtvolle, mehrsprachige Bibliothek verfügt, anläßlich einer Besichtigung durch Aerzte resigniert erklärte, mit dem Lesen von Nietzsche fangen die Patienten an und mit Schmökern hören sie auf. Die geistig Regsamen werden oftmals gern die Zeit der unfreiwilligen Muße dazu benutzen, um die während der Ueberbürdung mit beruflicher Arbeit entstandenen Lücken ihrer Bildung auszufüllen, das aus dem Gedächtnis Entschwundene wieder aufzufrischen oder Neues, später Verwendbares hinzuzulernen. Ihre Bestrebungen sollen ärztlicherseits unterstützt werden. Aber auch die geistig wenig Beweglichen sollen zur Arbeit angehalten werden und werden es auch sehr häufig durch das Beispiel ihrer Mitpatienten. Den großen Sanatorien für Knochentuberkulöse im Wallis und an der deutschen Nordseeküste, die zum größten Teil von Kindern im schulpflichtigen Alter besucht werden, sind schon lange Internate angegliedert, und es steht ihnen eine Anzahl von Lehrkräften zur Verfügung, die den Unterricht der Kinder besorgen. Diese Einrichtungen, die sich ausgezeichnet bewährt haben, zeigen, daß sich Kur und Arbeit sehr wohl vereinigen lassen. Ein Zwang kann freilich auf den Erwachsenen nicht ausgeübt werden, aber welche Therapie ließe sich überhaupt mit Zwang durchführen und nicht vielmehr durch suggestiven Einfluß und das Vertrauen, das der Patient dem Arzt entgegenbringt.

Was für die geistige Arbeit gilt, gilt ebenso eine maßvoll betriebene körperliche Arbeit oder für einen für den Patienten geeigneten Sport. Es ist nicht einzusehen, worin für einen geheilten Patienten, dessen Heimkehr ohne Gefahr gestattet werden kann, der Nutzen einer bis zum letzten Augenblick seines Kuraufenthaltes durchgeführten Liegekur besteht, die ihn unfähig macht, auch nur die Strapazen einer kurzdauernden Heimreise zu ertragen. Die maßvoll betriebene körperliche Arbeit hat nicht nur einen physischen, sondern auch einen psychischen Wert. Der erste größere Spaziergang, den der Patient machen darf, die erste leichte Gartenarbeit, der erste Eislauf, erste Anfänge zu seiner gewohnten beruflichen Arbeit geben dem Kranken das Glücksgefühl wiederkehrender Gesundheit.

Ich kann im Rahmen dieser kurzen Arbeit nur auf wenige Fragen eingehen, die die psychische Beeinflussung des Lungenkranken umfassen. Man wird mir den Einwand machen, daß meine Ausführung nur eine bestimmte Kategorie von Kranken betrifft. Aber, wie schon gesagt, ist die Gefahr für die Psyche des Kranken bei den Patienten der Volksheilstätten, deren Arbeitsfähigkeit so rasch wie möglich wieder hergestellt werden soll, weit geringer als für die Patienten der sozial höher gestellten Schichten.

Der Patient der öffentlichen Krankenanstalten ist leider sehr häufig ein Schwerkranker, wenn nicht gar Totkranker. Aber auch er bedarf einer psychischen Therapie durch eine erfahrene Persönlichkeit, nicht wie so häufig, durch den jüngsten Assistenten, dem die Tuberkulose nichts anderes als eine uninteressante Massenerkrankung bedeutet.

Man wird ferner einwenden, daß manche von meinen Ansichten gegensätzlich sind zu den gewohnten und allzu negativistisch. Ich habe zwar meine Erfahrungen nicht gewonnen auf Grund einer so ausgedehnten Enquete wie Stern, sondern daraus, daß, wie er sich ausdrückt, der kranke Arzt eine Sonderstellung seinen Mitpatienten gegenüber einnimmt. Während eines langen Kuraufenthaltes verging kaum ein Tag, an dem nicht Patienten zu mir kamen, um mir ihre Krankengeschichte zu erzählen, mir ihre Röntgenplatten zu zeigen, mich wegen vorzunehmender operativer Maßnahmen um Rat zu fragen oder über neue Tuberkulosemittel Auskunft zu erbitten, mit mir über ihre Befürchtungen und Hoffnungen zu sprechen und auf manche Fragen Antwort zu erhalten, deren Beantwortung im Rahmen einer überfüllten Sprechstunde oder bei der in den Sanatorien vielfach üblichen in Abstand von mehreren Wochen stattfindenden Nachuntersuchungen nicht möglich ist.

Der Kranke sucht seelischen Anschluß an den Arzt, einen wohlmeinenden Freund, der ihn über seine Krankheitserscheinungen hinaus beraten soll und mit dem er sich aussprechen kann. Unsere ärztliche Aufgabe darf sich nicht allein darauf beschränken, die Tuberkulose diagnostisch zu erfassen, sie zu heilen zu versuchen, sondern auch dahin zu streben, daß auch der kranke Mensch behandelt wird, und daß der von seiner Tuberkulose Geheilte nicht einer mit Klabunds Worten charakterisierter Geheilter ist.

Literatur.

1. Jessen: Lungenschwindsucht und Nervensystem. (Verlag von S. Fischer 1905.)
2. Stern: Beitrag zur Psychologie des Lungenkranken. Deutsche medizin. Wochenschrift 1925, Nr. 28.
3. Stern: Die Psyche der Lungenkranken. Halle 1925 (Carl Marhold).
4. Klabund: Die Krankheit. Verlag 1905.
5. Thomas Mann: Der Zauberberg.
6. M. Levy: Bemerkungen zum Zauberberg von Thomas Mann. Deutsche medizin. Wochenschrift 1925, Nr. 28.
7. Kollaritz: Die psychische Führung der Tuberkulösen. Schweizer med. Wochenschrift 1925, Nr. 17. (Nach einem Vortrag d. Tuberkulosetagung in Davos 1924.)
8. G. Klemperer: Suggestion und Autosuggestion. (Vortrag gehalten in d. Berl. Med. Gesellschaft am 12. Dezember 1923.
9. E. Haase: Die Seelenverfassung der Tuberkulösen. Ther. d. Gegenwart. 1925, 5. Heft.
10. Oswald Bumke: Der Arzt als Ursache seelischer Störungen. Dtsch. med. Wochenschrift. 1925, Nr. 1.
11. van Oordt: Physikalische Therapie innerer Krankheiten.
12. A. Löwy: Neuere Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie im Höhenklima. Zeitschr. f. d. gsamte physikalische Therapie, Bd. 29, H. 5.
13. Prüssian: Reiseeindrücke aus Arosa und Davos. 1920.

Unbewußt oder unterbewußt?

Von

S.-R. Dr. H. FISCHER, Fallingbostel.

Eine Bemerkung zu dem Aufsatze „Ueber die Arbeit des Unbewußten" von San.-Rat Dr. Arnold Siegmund in Hameln.

Der Verfasser spricht in seinem Aufsatze von einer Tätigkeit des Unbewußten und lehnt den Ausdruck Unterbewußtsein ab. Aber schon unserem logischen Empfinden widerstrebt es, ein Unbewußtes als aktiv tätig aufzufassen. Nun ist aber das Unterbewußtsein oft aktiv tätig, und daher dürfte es sich mit dem Unterbewußtsein wohl etwas anders verhalten, als man gemeiniglich denkt.

Gleichwie nämlich bei Tage Mond und Sterne von der Sonne bis zur Unsichtbarkeit überstrahlt zu werden pflegen, trotzdem sie doch noch das gleiche Licht wie zuvor aussenden, so ähnlich könnte auch im Wachzustande das gleichsam weiblich geartete Unterbewußtsein von dem gleichsam männlich gearteten Oberbewußtsein dermaßen an Intensität übertroffen werden, daß es uns als unbewußt erschiene, obgleich es ebenfalls, nur in weit geringerem Grade als das Oberbewußtsein, bewußt wäre.

Umgekehrt könnte im Traume, in der Hypnose und am meisten im Trancezustande das Unterbewußtsein das Oberbewußtsein beträchtlich überstrahlen, um erst beim Erwachen die Herrschaft wieder an das Oberbewußtsein abzutreten.

Im tiefen Schlafe dagegen wären beide, Oberbewußtsein und Unterbewußtsein, beinahe unbewußt, sie ruhten sich aus, nur daß hierbei das Oberbewußtsein wegen seiner tagsüber angestrengteren Tätigkeit noch weniger minimalbewußt als das Unterbewußtsein wäre, weshalb denn auch bei plötzlichem Erwecken sehr häufig dem Erwachen ein kurzdauerndes, schreckhaftes Träumen infolge früheren Erwachens des zuvor nur vegetativ tätig gebliebenen Unterbewußtseins vorausgeht.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Lungenkrebs abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer.

Vorgeschichte:

Der 1878 geborene A. R. wurde im Juni 1915 zum Landsturm eingezogen, kam im März 1916 wegen chronischen Kehlkopfkatarrhs ins Lazarett. Aus dem Krankenblatt ist zu ersehen, daß er seit etwa 10 Jahren heiser sei und auch Husten und Auswurf gehabt habe. Diagnose: Lungenerweiterung, abgeheilter Prozeß der rechten Lunge, akuter Katarrh der linken Lunge, Mitralstenose. Er wurde Ende Mai garnisondienstfähig zur Truppe entlassen. Anfang Juli kam er wegen des chronischen Kehlkopfkatarrhs von neuem ins Lazarett. Die Beobachtungsstation in der Klinik in F. fand einen alten ausgeheilten Lungenprozeß und chronische Heiserkeit infolge funktioneller Stimmbandlähmung. Er wurde am 1. September beschränkt kriegsverwendungsfähig entlassen.

1918 im Januar kam er wegen akuter Mittelohrentzündung 14 Tage ins Lazarett und im Juni wurde er wegen Bronchitis am rechten Unterlappen und systolischem Geräusche an der rechten Spitze 4 Tage im Revier behandelt und Ende November endgültig entlassen.

1919 stellte er im Juni Versorgungsantrag wegen Lungen- und Kehlkopfleidens, im Oktober wurde eine Erwerbsverminderung von 30% für eine geringgradige Lungenveränderung, vorwiegend an der rechten Lungenwurzel, mit Spitzenbeteiligung angenommen, ein alter ausgeheilter Prozeß; es besteht noch Unterernährung, außerdem Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung für ein bereits bestandenes Kehlkopfleiden (chronischer Kehlkopfkatarrh).

1920 im August Nachuntersuchung: 30% Erwerbsminderung.

1922 im März Umanerkennung; Erwerbsminderung = 20%. 1923 Abfindung.

1925 Antrag auf Wiedergewährung unter Vorlage von ärztlichen Zeugnissen, wonach er vom Dezember 1924 bis Februar 1925 wegen Lungenerkrankung im Krankenhaus M. war; wonach er ferner seit März 1921 mit Unterbrechung wegen chronischer Bronchitis behandelt wurde. Die Röntgenuntersuchung ergab 1922 beginnende Verknöcherung der Rippenknorpel. Juli amtsärztliche Untersuchung: Der alte Lungenprozeß ist wieder aufgeflackert. Der jetzige Zustand wurde für Dienstbeschädigungsfolge angenommen, E. M. = 100%.

Es liegen die Krankenblätter des Krankenhauses in M. vor. Danach trat R. am 29. Dezember 1924 dort ein. Gab erst an, daß er seit dem Kriege dauernd heiser sei, seit 5 Jahren Gewichtsabnahme habe und starke Nachtschweiße. Es wurde zunächst eine diffuse Bronchitis angenommen; der Kehlkopf als nicht tuberkulös angesprochen. Blutkörperchensenkungszeit: 128 Minuten. Auf Grund mehrfacher Röntgendurchleuchtung wurde die Differentialdiagnose zwischen Lungentuberkulose und Neubildung der Lunge gestellt. Wichtig ist noch, daß R. in der Vorgeschichte weiterhin angibt, daß er seit 2—3 Jahren etwas huste, und daß er etwa seit 5 Wochen, also seit November 1924, eine starke Gewichtsabnahme bemerkt habe. Im weiteren Verlauf trat dann Fieber zwischen 38 und 40° auf, im ganzen geringer Auswurf, in dem Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen wurden. Ende März: Pleurapunktion ergab keine Flüssigkeit. Blutkörperchensenkungszeit: 18 Minuten.

Im Juni 1925 wurde er dann auf seinen eigenen Wunsch wieder entlassen, Mitte August 1925 wurde er wieder aufgenommen, klagte seit der letzten Untersuchung über Drücken in der Magengegend; feste Speisen bringe er wieder heraus, weil sie beim Schlucken nicht hinuntergehen; die Atemnot habe zugenommen und zwischen den Schulterblättern habe er derartige Schmerzen, daß er nicht auf dem Rücken liegen könne. Die Magengegend ist oberhalb des Magens stark druckempfindlich. Die Leber überragt den Rippenbogen um 2 Querfingerbreite. Am 24. August Entnahme einer Drüse über dem Schlüsselbein, die histologisch untersucht, einen Krebs, Carcinoma solidum ergab. Am 27. August: Temperaturanstieg, Gesichtsrose, der er am 28. August erlag. Man hatte im Krankenhaus trotz des negativen Befundes der Tuberkelbazillen neben dem Lungentumor an eine Tuberkulose gedacht, weil eine Ponndorf-Reaktion stark positiv ausfiel.

Sektionsbefund: Klinische Diagnose: Bronchialkarzinom links, Rechtsverkrümmung der Trachea, kompliziert durch Lungentuberkulose?, Gesichtsrose.

Gesamtbefund: Linksseitiges Bronchialkarzinom mit Metastasen in der ganzen linken Lunge außer in der Spitze, auf der rechten Pleura, im linken Vorhof, in der Leber, in den Lymphdrüsen der Brust- und Bauchhöhle und in den Nebennieren. Braune Herzatrophie, Stauungsleber und Stauungsnieren. Die Geschwulst am linken Hilus hat die linke Vorkammer durchwachsen, so daß die anliegende Wandung sehr derb und verdickt ist. Die linke Lunge fühlt sich sehr derb und fest an und zeigt auf dem Schnitt, vom unteren Hautbronchus ausgehend, eine nach unten ziehende, zusammenhängende, markige, überquellende Geschwulstmasse. Sie ist mit der Brustwand stark verwachsen, mit dicker Schwarte, nur die Spitze ist frei. Rechte Lunge frei und gut lufthaltig. Die Spitzen tragen keine alten Narben. heilt war, folglich mit dem 1924 in keinem Zusammenhang steht, und weil sich der Krebs mit aller Wahrscheinlichkeit hier nicht auf dem Boden des Lungenleidens entwickelt hat. Denn Krebs beruht auf einer Anlage; seine Ursache ist unbekannt; ebenso ist auch die Auslösung dieser Anlage hier unbekannt. Man kann nur mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit sagen, daß der Krebs der Lunge durch den Krieg nicht ausgelöst wurde. Denn ein Lungenkrebs verläuft im allgemeinen erheblich rascher als 7 Jahre, die zwischen der Entlassung und dem Tode liegen. Ein Krebs kann wohl auf dem Boden einer Tuberkulose-Kaverne entstehen; aber auch dann müßte er — ganz abgesehen davon, daß für das Lungenleiden 1916 nur D. B. durch Verschlimmerung in Frage kommt und diese 1919 behoben war — erheblich viel rascher verlaufen sein. Hiergegen spricht aber auch der Sektionsbefund. Das Krankenblatt aus M. ergibt vielmehr deutlich, daß R. 1921 oder 1922 zu husten angefangen hat, was wohl auf Rechnung des beginnenden Krebses gesetzt werden kann; daß er im Herbst 1924 plötzlich stark abgenommen habe und daß sich dann im weiteren Verlaufe die Erscheinungen, welche auf ein Wachstum der Geschwulst deuteten, rasch folgten. Demnach ist der Beginn des Krebses 1921 oder 1922 zu setzen. Er ist als eine von Kriegseinflüssen unabhängige Neuerkrankung aufzufassen. Nach diesen Ausführungen ist der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als unwahrscheinlich abzulehnen.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 36, 3. September 1926.

Arbeit und Lehre in der Universitäts-Frauenklinik. Stoeckel.
* Chirurgie der Gallenwege. Muennich.
Stoffwechseländerung durch Bestrahlung. Flickinger.
* Therapie der septischen Meningitis. Metzger.
Chronische multiple Knotenbildung am Körper mit häufig rezidivierender eitriger Iritis und Skleritis. Fuchs.
* Das „Omnimeter“ ein neues Universal-Meßgerät für die Konstitutionsforschung. Knebel.
* Erfahrungen mit Helpin. Axenoff.
* Hautproben mit Oxyurenextrakt. Schröpl.
Einwirkung der Inhalation von Sauerstoff auf den Blutzucker. Heubner.
Brauchbarkeit der Metalltherapie bei Infektionskrankheiten. v. Neergard.
Diätetik bei Infektionskrankheiten. Schall.
Behandlung der Angina. Schultz.
Maligner Tumor des Magens. von den Velden.
Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dietel.

Chirurgie der Gallenwege. In allen Fällen von Schmerzen im Epigastrium muß man in erster Linie an Cholelithiasis als häufigste Ursache denken. Magen- oder Duodenalgeschwüre, Nephrolithiasis und Abdominaltumoren kommen erst in zweiter Linie. Der größte Teil der an Magenschmerzen leidenden Frauen hat eine Cholelithiasis. Der Verfasser erinnert daran, daß die Gelbsucht nur in 5 bis 10% der Fälle vorkommt und die Wanderung von Steinen in den Darm auch wenig häufig ist. Daher warnt er vor dem Irrtum, dieses Symptom zur Diagnosestellung unbedingt für erforderlich zu halten. In jedem Fall von Darmverschluß unbekannter Aetiologie soll man an die Möglichkeit eines Gallensteins als Ursache denken.

Verfasser ist der Ansicht, daß als Therapie die interne Behandlung der Cholelithiasis nicht in Frage kommt. Man könne zwar die Entzündungserscheinungen zeitweise mildern oder unterdrücken und die Beschwerden des Kranken für eine Zeit zum Verschwinden bringen, aber es gäbe kein Heilmittel, das fähig wäre, die einmal gebildeten Steine zu lösen oder ihre Austreibung zu fördern. Verfasser läßt die Internbehandlung nur als Palliativwirkung gelten.

Muennich ist mit anderen namhaften Chirurgen für die Frühoperation. Er hält sie für das vernünftigste Mittel, den Kranken mit dem geringsten Risiko zu heilen. Er gibt eine genaue Technik der Operation an.

Therapie der septischen Meningitis. Es wurde gezeigt, daß intravenöse Joddarreichung neben häufigen Lumbalpunktionen bei septischer Meningitis den Heilungsprozeß günstig beeinflußt. Ferner wurde festgestellt, daß auch bei hoher Joddarreichung, trotz „geschädigter Barrière“ kein Jod in den Liquor übergeht, weil das Jod bei diesen beiden fieberhaften Erkrankungen noch schneller ausgeschieden wurde als sonst. Die Zisternenpunktion als „Punktion der Wahl“ lehnte der Verfasser ab.

Das „Omnimeter“, ein neues Universal-Meßgerät für die Konstitutionsforschung. Das „Omnimeter“ ist ein neues Universalmeßgerät für die Konstitutionsforschung. Es besteht aus einem einfachen Beckenmeßzirkel, auf dem nach mathematischen Gesichtspunkten ein neuartiges Winkelbogenkreuz beweglich angebracht ist.

Es ist also ein sog. Kombinationsinstrument. Mit der Einfachheit eines Beckenzirkels gestattet es, alle nur denkbaren gradlinigen Maße (Höhe, Breite, Tiefe), sowie jeden beliebigen Winkel im Raume direkt ablesen. Das Omnimeter ist leicht transportabel und billig. Es genügt, neben ihm ein einfaches Stahlbandmaß zu besitzen um allen Anforderungen des klinischen Meßbetriebes gerecht zu werden.

Das Omnimeter zeichnet sich vor allen bisher gebräuchlichen Instrumenten durch seine Handlichkeit und Vielseitigkeit aus. Seine Resultate sind wissenschaftlich exakt.

Erfahrungen mit Helpin. Durch Helpininjektionen kann man eine starke Gewichtszunahme bei den Kranken erzielen, auch wenn die Behandlung ambulant durchgeführt wird.

Die Gewichtszunahme beginnt nach 15 (täglichen) Injektionen und wird nach 40—50 Injektionen besonders deutlich. Werden die Injektionen noch länger fortgesetzt, so lassen sich große Gewichtszunahmen erzielen (10—14 kg).

Die Gewichtszunahme ist von langer Dauer.

Hautproben mit Oxyurenextrakt. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daß die Oxyuren nicht nur eine lokale Wirkung auf die von ihnen unmittelbar befallenen Gewebe ausüben, sondern eine Zustandsänderung des gesamten Wirtsorganismus, also eine Allergie verursachen, welche sich durch die entzündliche Reaktion der Haut manifestiert. Hierfür kann die Erklärung nur in einem von den Oxyuren erzeugten Toxin gemacht werden. Daher wird es notwendig sein, die bisherige Meinung, daß die Madenwürmer für den Gesamtorganismus bedeutungslose Darmschmarotzer sind, einer Korrektur zu unterziehen. Bei der Häufigkeit der Oxyuriasis, insbesondere im Kindesalter, hält es Verfasser für angezeigt, die ätiologische Bedeutung dieser Würmer für das Zustandekommen einiger Krankheiten, über deren Natur noch Dunkel herrscht, zu untersuchen. Es wird an die therapeutischen Effekte einer Wurmkur bei Spasmophilie und genuiner Epilepsie erinnert. Auch auf den alten Volksglauben von der Schädlichkeit der Madenwürmer und auf die Wurmkuren der „alten“ Aerzte wird hingewiesen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 36, 3. September 1926.

Die seelischen Erscheinungen der Pubertät. Hoffmann.
Spezifisch-dynamische Wirkung, Hypophysenvorderlappen und Fettsucht. Kestner, Liebesschütz-Plaut und Schadow.
Inaktivierung des antirachitischen Faktors im Lebertran durch Bestrahlen mit Ultraviolettlicht. Adam.
* Erythrozyten-Resistenz und Krebsdiagnose. Cohnreich.
* Nephrektomie der Eiterniere beim Säugling. Brüning.
* Hypoglykämie mit tödlichem Ausgang. Heimann-Trosien und Hirsch-Kauffmann.
Röntgenologische Differentialdiagnose zwischen Hernia und Relaxatio diaphragmatica. Schönfeld.
Blutgruppenverteilung in der Berliner Bevölkerung. Schiff.
* Erfahrungen mit Vanadium (Northovan) bei Syphilis. Freund.
Die Milz als Reservoir roter Blutkörperchen. Scheunert und Krzywanek.
Milchsäurebildende Fähigkeit des menschlichen Blutes gegenüber Kohlenhydraten. Abraham.
Diagnostik der Bronchialbaumfüllung mit 40 proz. Jodipin. Henius.
Schwangerschaftsdauer beim Menschen. Seitz.
Organisation der lebenden tierischen Gewebe vom funktionellen Standpunkte. Berczeller.
Diagnose der Schlafmittelvergiftungen. Lange und Guttmann.

Erythrozytenresistenz und Krebsdiagnose. Zu den etwa 100 Intestinalkarzinomen der Literatur, die bei geringen Ausnahmen Erhöhung der osmotischen Erythrozytenresistenz aufwiesen, wird eine Anzahl neuer Untersuchungen mitgeteilt, die im gleichen Sinne verliefen. Es zeigten von 93 sicheren Intestinalkarzinomen 83 diese Erhöhung. Bei Gesunden und Nichtkarzinomatösen findet sich die Erhöhung der Resistenz nicht, mit der einen Ausnahme des Stauungsikterus.

Es wird eine Theorie aufgestellt, die das verschiedene Verhalten der intestinalen und extraintestinalen Karzinome entwicklungsgeschichtlich zu fassen sucht.

Die Resistenzerhöhung erscheint in weitem Sinne pathognomonisch für das Intestinalkarzinom und wird daher zur Bereicherung der Diagnostik empfohlen. Eine einfache klinische Methode zur Bestimmung der Erythrozytenresistenz ist die modifizierte Schriftprobenmethode.

Nephrektomie der Eiterniere beim Säugling, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Pyelonephritis. Unter dem bisher als Pyelitis des Säuglings beschriebenen Krankheitsbild verbirgt sich oft eine eitrige Nierenentzündung. Die Infektion des Harnapparates beim Säugling erfolgt meist auf hämatogenem Wege und dann von der Niere aus absteigend. Die Nierenentzündung verläuft oft vorwiegend einseitig und kann dann in schweren Fällen erfolgreich durch operative Entfernung der Niere behandelt werden. Die Nephrektomie der einen Seite beeinflußt einen etwa bestehenden infektiösen Prozeß der anderen Niere in günstigem Sinne. Der Säugling erträgt den operativen Verlust einer Niere genau wie ein Erwachsener.

Hypoglykämie mit tödlichem Ausgang. Man muß sich bemühen bei mit Insulin behandelten Kindern die hypoglykämische Reaktion zu vermeiden. Bei sorgfältigster Beobachtung, täglicher Bestimmung des Nüchternblutzuckers — bei auffallenden Werten evtl., mehrmaligen Untersuchungen am Tage — sahen die Verfasser bei den von ihnen behandelten Kindern bisher keine Hypoglykämie mehr.

Erfahrungen mit Vanadium (Northovan) bei Syphilis. Die von Merk und Krösl geschaffene Northovanspirozidbehandlung ist eine nicht zu unterschätzende Bereicherung des Arzneischatzes im Kampfe gegen die Syphilis und bietet besonders dem praktischen Arzte, der zumeist vor intravenösen Salvarsaninjektionen noch immer eine gewisse Scheu hat, große Vorteile.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 34, 20. August 1926.

✦ Masernprophylaxe. H. Bischoff.
Klinik der Trichinoseerkrankungen. F. Karpeles und K. Blum.
✦ Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in parazervikaler Anästhesie. Paul Schneider.
Einige Gesichtspunkte zur Luestherapie, mit besonderer Berücksichtigung der Hg-Inhalationsbehandlung. A. Joseph.
Erfahrungen mit der subepithelialen Tuberkulinbehandlung nach Sahli. E. Ladeck.
Ein in Panmyelophthisis übergegangener Fall von Polycythaemia rubra. Ladislaus Detre.
Erfolge der künstlichen Pneumothoraxbehandlung bei Lungentuberkulose in Japan. Shigehiro Katsura.
Ist die Gonotestreaktion für die Diagnose der weiblichen Zervixgonorrhoe verwertbar? Ernst Lindner.
✦ Neurale progressive Muskelatrophie und Störungen der inneren Sekretion. I. Herzog.
Ileus verminosus. Adolf Goldberger.
Einfluß der Technik und anderer äußerer Faktoren auf die Titerhöhe hämolytischer Amboceptoren. H. Dold und H. Groß.

Ueber **Masernprophylaxe** schreibt Bischoff eine sehr lesenswerte Arbeit. Die Krankheit selbst führt wohl stets zu mehr oder minder großen Epidemien. v. Pfaundler hat 1926 in einer sehr ausführlichen statistischen Arbeit die Todesfälle für die verschiedenen Lebensjahre prozentual berechnet und kommt für das erste Lebensjahr auf 23%. Diese Zahl sinkt rapide, so daß man sagen kann: die Säuglinge sind am meisten, Kleinkinder schon weniger und Schulkinder oder noch ältere so gut wie gar nicht mehr bedroht. Eine besondere Gruppe stellen die Rachitiker dar; denn bei ihnen werden die Lungen als locus minoris resistentiae von schweren lang andauernden Pneumonien ergriffen, denen das Kind schließlich zum Opfer fällt. Verf. geht dann auf die verschiedenen Behandlungsansichten ein und zitiert besonders Degkwitz in seinen allgemein bekannten Ansichten über die Masernserumtherapie. Zum Schlusse bleibt leider die Tatsache bestehen, daß das menschliche sowohl wie auch das Tierserum den Nachteil der zu geringen Dauer des Schutzes besitzt.

Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in parazervikaler Anästhesie. Bei der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, vor allem bei bestehender Lungentuberkulose oder Herzfehler glaubt Schneider in der parazervikalen Anästhesie die Methode der Wahl in Bezug auf die Betäubung gefunden zu haben. Er injiziert 10 ccm einer 1 prozentigen Tutocainlösung, der auf je 10 ccm ein Tropfen einer 1‰-igen Adrenalinlösung zugesetzt wird. Die genaue Stelle, wie er sie in seiner Arbeit beschreibt, zu treffen, ist Sache von Technik und Uebung; aber es ist sicherlich danach eine ungefährliche instrumentelle Dilatation bei absoluter Schmerzausschaltung, die sich auch auf die Ausschabung selbst bezieht, einwandfrei möglich.

Neurale progressive Muskelatrophie und Störungen der inneren Sekretion ist sicherlich mit eine der seltensten heriditären Dystrophien. Verf. schildert den Untersuchungsbefund von Zwillingen, welche an derselben Krankheit litten und von zwei Vettern, deren Väter Brüder waren. Im ersten Falle hat Verf. infolge des eunuchoiden Habitus der Kranken Extr. testiculi (Richter-Budapest) therapeutisch mit sehr gutem Erfolge versucht; in anderen Fällen hat er damit keinen Erfolg gehabt. Es ist sehr interessant zu erfahren, daß diese Krankheit fast ausschließlich bei Männern sichtbar vorkommt, nicht weniger bemerkenswert ist die Tatsache, daß die neurale progressive Muskelatrophie bei den weiblichen Mitgliedern, durch welche die Krankheit fortgepflanzt wird, latent bleibt.

Nr. 35, 27. August 1926.

✦ Stundenlange Lähmung des Atemzentrums mit Wiederherstellung der Funktion. (Mit 2 Abb.). Hugo Sellheim.
Wirkungswert weiblicher Sexualhormone. (Mit 8 Abb.). W. Blotevogel, M. Dohrn, H. Poll.
Isolierte Neuralgien des N. peroneus und tibialis. Fritz Kraus.
Erfahrungen mit dem Masernschutzserum vom Tier nach Degkwitz. (Mit 3 Abb.). Kurt Erichson.
Bleivergiftung der Brenner. Ferdinand Lebermann.
Kann man die Tuberkuloseinfektion im Kindesalter ohne Tuberkulinreaktion erkennen? Hermann Moro.
Behandlung des Pemphigus neonatorum und der Dermatitis exfoliativa mit Rivanol. H. Völckers.
Heilung der chronischen weiblichen Gonorrhoe mit Frischvakzine und Lebendvakzine. Alfred Loeser.
Lamblia intestinalis und Cholezystitis. Ludwig Winkler.
Tödlich verlaufener Fall von Pyrogallol-Vergiftung. L. Kislitschenke.
Physikalische Methode zur Isolierung von Typhusbazillen. (Mit 1 Abb.). R. Fetscher.

Stundenlange Lähmung des Atemzentrums mit Wiederherstellung der Funktion. Ueber einen sehr seltenen Fall von stundenlanger Lähmung des Atemzentrums mit Wiederherstellung der Funktion berichtet Sellheim. Bei einer 56 jährigen Patientin gelang es ihm nach mehrstündiger absoluter Lähmung durch Anwendung von Strophantin und künstlicher Atmung sowie Adrenalininjektion die absolute Funktion wieder herzustellen. Ein solcher Fall ist noch nicht bekannt gewesen; denn in einem Falle von Atemstillstand nach Lumbalanästhesie mit Aethernarkose gelang es Franz nach einer Stunde und 10 Minuten, die Patientin wenigstens für 10 Stunden dem Leben zurückzugeben. Hofbauer-Wien berichtet über einen Fall von Aussetzen der Atemtätigkeit bei Erhaltenbleiben der Herzaktion bei Zerebellarzyste.

Hofbauer, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 36, 3. September.

✦ Die Beeinflussung der Azidose bei Hyperemesis mit Insulin. Seidl.
✦ Insulinmastkuren und Insulinempfindlichkeit beim Tuberkulösen. Unverricht.
Insulinbehandlung diabetischer Staroperierter. Schock.
Die Mamillarlinie — eine unbrauchbare Richtlinie für die Abschätzung der Herzgröße. Graßmann.
✦ Wie beurteilt man die Schwere eines Morbus Basedow-Falles vor der Operation. Gmelin.
Entstehung und Behandlung des Kropfes. Hoffmann.
Asthma und Silicium. Zickgraf.
Wird die Gallenblase durch die Bauchpresse entleert? Bársony und Koppenstein.
Dick-Toxin und Scharlachstreptokokken. Bieling.
Der Erreger der Masern. Flesch.
Selten gesuchte motorische Punkte. Geigel.
Häufigkeit der Epididymitis non gonorrhoica. Burmeister und Cahn.
Fall von Zuckergußdarm. Schrödl.
Bringt uns die interferometrische Serodiagnostik in ihrer gegenwärtigen Form bei der Diagnose von Endokrinstörungen weiter? Hellmuth.
Der Zelluidfingerling. Kulenkampff.
Neues Modell einer Nadel für die Subokkipitalpunktion. Emdin.
Die krankhaften Störungen der Lebenstriebe. L. R. Müller.

Die Beeinflussung der Azidose bei Hyperemesis mit Insulin. Die pathologisch-anatomischen Befunde von degenerativen Leber- und Nierenveränderungen bei der Hyperemesis ähneln den nach Einwirkung bekannter Gifte festgestellten Parenchymschädigungen. Sie beweisen, daß die Hyperemesis nicht nur nervös oder psychisch bedingt ist, sondern auf einer Intoxikation beruht. Schon klinisch treten viele Organstörungen hervor, welche allein durch eine Neurose nicht erklärt werden können (Bilirubinvermehrung, verringerte Lävuloseausscheidung). Infolge schwerster Leberschädigung kommt es zur Anhäufung der intermediären, sauren Stoffwechselprodukte im Blut und zur Ketonurie. Es bleibe dahingestellt, ob das Erbrechen durch eine Störung im Kohlehydratstoffwechsel endogen bedingt ist oder ob lediglich der Kohlehydratausfall durch das Erbrechen zur Azidose führt. Jedenfalls läßt sich durch Insulin auch bei niederem Blutdruckniveau die Verbrennung der Kohlehydrate erzwingen und dadurch die Azetonämie und die mit ihr verbundene gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems beseitigen. Insulin (zweimal täglich 20 E) war bei Fällen von unstillbarem Erbrechen mit Azetonurie von spezifischer Wirkung, ebenso war die Beeinflussung der Gewichtskurve deutlich, welche besonders in den ersten Schwangerschaftsmonaten steil anstieg. Wenn kein Insulin mehr gegeben wird, kann die Gewichtszunahme wieder verloren gehen und die Azidose zur früheren Höhe ansteigen. Bei länger bestehenden Schwangerschaftstoxikosen nimmt der Einfluß des Insulins immer mehr ab, so daß trotz guter Anfangserfolge die Unterbrechung der Gravidität noch notwendig werden kann.

Insulinmastkuren und Insulinempfindlichkeit beim Tuberkulösen. Mastkuren scheitern bei vielen Lungentuberkulösen zumeist an dem Darniederliegen des Appetits, der gewöhnlich auch durch Stomachika, Arsenkuren und Freiluftbehandlung nicht zu heben ist. Die Insulinmastkur (zweimal täglich 5 E, um 5 E steigend bis auf 50 E) führt bei den meisten Kranken rasch zu einer erstaunlichen Besserung des Allgemeinbefindens. Der beste Gradmesser für einen Erfolg und für die richtige Dosierung des Mittels ist die Vermehrung des Appetits. Aktiv Tuberkulöse wurden bisher von der Behandlung ausgeschlossen, obwohl bei ihnen eine geringere Insulinempfindlichkeit und höherer Blutzuckerwert sich finden wie bei den chronisch verlaufenden fieberlosen oder subferilen Fällen. Ungeeignet sind Kranke mit Neigung zu Blutungen, die durch Insulin hervorgerufen werden können. Auch während der Menstruation ist Insulin deshalb abzusetzen.

Wie beurteilt man die Schwere eines Morbus-Basedow-Falles vor der Operation? Akutes Auftreten der Krankheitserscheinungen, starke psychomotorische Unruhe, harte Konsistenz einer kleinen Struma mit starker Venenzeichnung und lebhaften Gefäßgeräuschen; labiler Puls und starke Stoffwechselsteigerung sind Momente, die dazu mahnen, erst nach langer Vorbereitung durch Bettruhe an die Operation heranzugehen. Entscheidend ist die Beantwortung der Frage, ob der Kranke imstande ist, noch die Steigerung an schädlicher spezifischer Substanz zu verarbeiten, mit welcher der Körper durch das Auspressen des Schilddrüsensekrets während der Operation überschüttet wird! Wenn dem Organismus keine Reserven zur Bewältigung dieser gesteigerten Arbeitsleistung zur Verfügung stehen, so tritt unter der Schockwirkung der vermehrten Giftausschwemmung innerhalb kurzer Zeit nach dem Eingriff der Tod ein.

Nr. 37, 10. September.

* Die intravenöse Hypophysinkochsalzinfusion zur Behandlung der postoperativen Darmlähmung. Vogt.
Arterienelastizität bei der Tuberkulose. Hochrein.
Vererbungspathologie der Akne. Siemens.
Die Beeinflussung der Säuren-Basenverhältnisse des Körpers durch Mineralstoffpräparate. Beckmann und Ewig.
Adsorption von Gasen und Dämpfen durch verschiedene Kohlenarten. Rakusin.
Die wabigen Synchien im vorderen Abschnitt des Auges. Bonnefon.
Zur Sportarztfrage. Herxheimer.
Die vertrauliche Sterbekarte nach Schweizer Muster in Nürnberg. Bandel.
Die Meldepflicht der gewerblichen Berufskrankheiten vom Standpunkt des praktischen Dermatologen unter besonderer Berücksichtigung der Stellung der Gewerbeekzeme. Hasselmann.
Das medizinische Schrifttum der Gegenwart. Eggers.

Die intravenöse Hypophysinkochsalzinfusion zur Behandlung der postoperativen Darmlähmung. Nach Freilegung einer Vene und Einbinden einer stumpfen Kanüle läßt man 500 ccm physiologischer Kochsalz- oder Normosallösung, der 4 bis 5 1-ccm-Ampullen Hypophysin beigefügt sind, in ca. 20 Minuten einströmen. Bei nicht weit fortgeschrittener vasomotorischer Lähmung führt der Hypophysenextrakt zu einer unschädlichen initialen vasomotorischen Reaktion (blasse Hautfarbe, Blutdruckanstieg, Pulsverlangsamung). Bei Auftreten von Atemnot, Herzangst und Brechreiz muß hingegen die Infusion unterbrochen werden und kann erst nach Einspritzen von Herzmitteln langsam unter steter Regulierung der Tropfenfolge fortgesetzt werden. Die Hauptwirkung, die Beeinflussung der Darmträgheit stellt sich bei günstigen Fällen im Anschluß an die vasomotorische Reaktion nach 5 bis 7 Minuten ein. Bei Verzögerung der vasomotorischen Reaktion kann die Hypophysindosis vorsichtig erhöht werden (1 bis 2 Ampullen, Höchstdosis 7 bis 8 Ampullen). Bei hartnäckigen Fällen ist nach Ablauf von 12 Stunden der Einlauf von Hypophysinkochsalzlösung zu wiederholen. An jede derartige Infusion ist eine Dauertropfinfusion von 10% Kaloroselösung (1 l in 24 Stunden, jedoch nie länger als 48 Stunden) zu schließen. Das Hypophysin beeinflußt das Gefäßsystem, den Magendarmkanal, die Nierentätigkeit auf den Allgemeinzustand und ist an Nachhaltigkeit und Ungefährlichkeit der Wirkung beträchtlich dem Adrenalin überlegen. Als Hauptindikationsgebiet ist die Bekämpfung der postoperativen Darmlähmung und ihrer Folgeerscheinungen am Gefäßsystem, als Ausdruck der nach der Laparotomie einsetzenden Peritonitis zu bezeichnen. Der Zeitpunkt für die Infusion ist gegeben, wenn am dritten oder vierten Tag nach dem Eingriff die Peristaltik durch die gewöhnlichen Mittel nicht in Gang kommt. Die Prognose ist als absolut schlecht zu bezeichnen, wenn auch die Hypophysinkochsalzinfusion nicht zu einer Anregung der Darmtätigkeit führt. Die Erfolge der Methode werden kaum von einer anderen (konservativen oder operativen) Behandlungsart der postoperativen Peritonitis erreicht. Biberfeld.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrg., Nr. 35, 1. September 1926.

Geschichtliche und kritische Erörterung der im internationalen Schiffahrtsverkehr bis zum Kriegsausbruch bestehenden gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen (Forts.). Conrad.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

51., Heft 1/2.

* Experimentelle Untersuchungen über die Permeabilität der Kapillaren des Menschen. Hoff und Leuwer.
Elastizitätsprüfungen an Streifen von Hundeaorten. Moissejeff.
* Körpertemperatur beim männlichen und weiblichen, beim kastrierten und feminierten Meerschweinchen. v. Bormann.
* Senkungsreaktion und Bluteiweißbestimmung bei Malaria. Radosavljevic und Rostic.
* Experimentelle Enterokokkeninfektion der Gallenblase. Meyer und Löwenberg.
Wirkung von Opiumpräparaten auf die motorische und sekretorische Funktion des Magens. Alius.
* Morphologische Beiträge zur Wirkung der Bromide sowie der Zufuhr großer Salzmengen auf das Zentralnervensystem. Gärtner.
Verhalten bei den menschlichen Kapillaren. Reizung mit galvanischem Strom. Heimberger.
Hexosephosphorsäure im wachsenden Organismus. Mark.
Abhängigkeit der Gefäßreaktion des entzündeten Ohres vom elektrolytischen Zustande. Tutkewitsch und Strum.
* Einfluß des Hypophysins auf den Magenchemismus. Elkeles.
* Verhalten der respiratorischen Mittellage bei Stenosenatmung. Baß.
* Verhalten der respiratorischen Mittellage bei Ueberdruck- und Unterdruckatmung. Baß.
Die sogenannte Reversion der Hämolyse. Starlinger und Strasser.
Einfluß der Toluylendiamin-Vergiftung auf die Reversion der Hämolyse. Landa und Starlinger.
Beobachtungen über die galvanische Erregbarkeit des neuromuskulären Apparates. Golant-Raner, Raissa.
Die autonome tonische Innervation des Ohrmuskels bei Kaninchen. Imagawa, Takuji und Yuma Sunaga.
Peptidasenhaushalt des Kaninchens bei verschiedenen Fieberformen. Pfeiffer und Standenath.
Abbau von Acetessigsäure durch Kolibazillen. Weiß und Pogány.
Wirkung der Bittermittel auf die Magensaftsekretion. Mahler.
Narkose und thyreoidierte Tiere. Herzfeld.
Weibliche Sexualhormone. Loewe und Lange.

Experimentelle Untersuchungen über die Permeabilität der Kapillaren des Menschen. Bei intravenöser Injektion von Kongorot kommt es normalerweise nur zu einem minimalen Austritt dieses hochmolekularen Farbstoffs aus den Gefäßen, bei Furunkeln wurde aber eine kongorote Färbung des entzündlichen Hautgebietes, ein starker Farbstoffaustritt in die Haut festgestellt. Hierdurch ist die erhöhte Gefäßwanddurchlässigkeit im Bereich der Entzündung bewiesen. Durch Beobachtung des Einstroms intravenös injizierter Kongorotlösung in mit verschiedenen Salzlösungen angelegte Intrakutaninjektionen konnte nachgewiesen werden, daß der Austritt des Farbstoffs durch die Kapillarwand Abhängigkeit vom osmotischen Druck und Jonenbestand zeigt.

Körpertemperatur beim männlichen und weiblichen, beim kastrierten und feminierten Meerschweinchen. Es wurden vergleichende Temperaturmessungen im Rektum bei normalen und kastrierten männlichen und weiblichen Meerschweinchen sowie bei feminierten männlichen Meerschweinchen ausgeführt. Im Einklang mit früheren Befunden wurde beim Meerschweinchen in einer Tiefe von 8 cm eine höhere Temperatur festgestellt als in einer Tiefe von

3—5 cm. Ein Einfluß der Kastration und Feminierung auf die Körper- oder Analtemperatur ließ sich nicht feststellen. Es ist wahrscheinlich, daß die abweichenden Befunde darauf zurückzuführen sind, daß bei Messung in geringerer Tiefe sich die Außentemperatur bemerkbar macht, indem sie unkontrollierbare Schwankungen der Analtemperatur hervorruft.

Senkungsreaktion und Bluteiweißbestimmung bei Malaria. Aktive Malaria ist charakterisiert durch beschleunigte Senkung der roten Blutkörperchen. Mit der Dauer der Stärke nimmt diese krankhafte physikalisch-chemische Zusammensetzung des Plasmas bis zu einem im Einzelfall schwankenden Höhepunkt zu. Im Fieberanstieg findet sich eine relative Verlangsamung der Senkungsgeschwindigkeit, eine Erhöhung des Fibrinogengehalts. Im Fieberabfall umgekehrte Bewegung. Diese Plasmaveränderungen sind unabhängig von der bloßen Anwesenheit von Plasmodien im peripheren Blut, vielmehr sind sie bedingt durch deren Sporulation, gleichgültig, ob diese von klinischen Krankheitserscheinungen gefolgt ist oder nicht. Im Gegensatz zu anderen mit Senkungsbeschleunigung und Fibrinogenvermehrung einhergehenden Erkrankungen, bei denen aber Chinin keine spezifische Wirkung hat, findet man bei Malaria nach regelrechter Chinindarreichung eine sofortige Rückkehr der Plasmazusammensetzung zur Norm, nach einer typischen vorübergehenden Steigerung. Sie fällt zeitlich zusammen mit dem Schwinden der chininempfindlichen Parasitenformen.

Experimentelle Enterokokkeninfektion der Gallenblase. Bei Kaninchen, denen lebende Enterokokken intravenös injiziert wurden, waren diese bei der nach verschieden langer Zeit vorgenommenen Tötung stets auch in der Gallenblase zu finden. Dagegen erwies sich bei Tieren, die in gleicher Weise mit hämolytischen oder Viridans Streptokokken gespritzt wurden, der Gallenblaseninhalt stets als steril, auch dann, wenn die Tötung bereits 24 Stunden nach der letzten Einspritzung erfolgt war, und wenn im Blut und anderen Organen noch zahlreiche Streptokokken vorhanden waren. Aus den Versuchen wird auf eine elektive Beziehung der Enterokokken zur Gallenblase geschlossen. Zu erklären sind die Befunde in erster Linie durch die ungleiche Resistenz der Enterokokken und Streptokokken gegenüber den Einflüssen der Galle.

Morphologische Beiträge zur Wirkung der Bromide, sowie der Zufuhr großer Salzmengen auf das Zentralnervensystem. Vergiftet man Tiere mit Bromiden (subkutan oder peroral), legt man ihre Gehirne in kochsalzhaltiges Formol und behandelt sie weiter mit der Ramon y Cajalschen Goldsublimatmethode, so ergeben sich Bilder, die eine Lokalisation der Bromide wenigstens an der protoplasmatischen Glia gestatten. Die Wirkung der Bromide als Sedativa wird physikalisch-chemisch erklärt als Auflockerung von Membranen, wodurch die Amplitude zwischen Auflockerung und Verdichtung herabgesetzt wird, was eine Erregbarkeitsverminderung zur Folge hat. Die Zufuhr größerer Bromidmengen auf subkutanem Wege hat eigenartige Veränderungen des Nisslbildes, besonders der Kerne, zur Folge, die näher beschrieben werden. Durch Zufuhr großer Kochsalzmengen lassen sich dieselben Veränderungen am Nisslbild erzielen, wie durch Zufuhr großer Bromidmengen. Diese Veränderungen werden deshalb als spezifisch bei Zufuhr großer Salzmengen angesehen und auf Wasserentziehung zurückgeführt. Bei Verdurstungstod finden sich weder die für Bromide charakteristischen Gliabilder, noch die für Salzzufuhr charakteristischen Nisslbilder. Es wird der Schluß gezogen, daß bei Verdurstung keine so hochgradige Wasserverarmung des Gehirns eintritt wie nach Zufuhr großer Salzmengen.

(Die vorliegenden Untersuchungen führen zu einer weittragenden und vollkommen neuartigen Auffassung auf pharmakologischem und therapeutischem Gebiet. Das kam auch in der an den Vortrag anschließenden Diskussion zum Ausdruck. Während es bisher als Gesetz galt, daß sich Cl und Br im Organismus quantitativ ersetzt, muß man nun an die Möglichkeit einer Bromspeicherung im Gehirn mit anatomischen Veränderungen denken. Anmerkung des Referenten.)

Einfluß des Hypophysins auf den Magenchemismus. An einem Hunde, dem eine permanente Magenkanüle in den Fundus eingelegt worden war, und an einem Pawlowschen Kleinmagenhund wurde durch intramuskuläre Injektion von 0,3 bzw. 0,5 ccm Hypophysin ein herabsetzender Einfluß auf die Säurekonzentration und die Sekretmenge des Magens beobachtet. Das Wesentliche wird in der Herabsetzung der Sekretmenge gesehen. Der herabsetzende Einfluß auf die Säurekonzentration wird dadurch erklärt, daß die Sekretmenge gering ist. Durch die alkalische Sekretion der Pylorusgegend und durch den duodenalen Rückfluß findet eine teilweise Neutralisation statt. Die durch Histamin hervorgerufene Sekretion konnte durch Hypophysin nicht gehemmt werden. Die Herabsetzung der Sekretmenge erklärt sich vielleicht daraus, daß das Hypophysin eine Kontraktion der intraabdominellen Gefäße hervorruft, und so die Blutzufuhr zum Magen verringert ist. Die mit Hypophysin am Menschen vorgenommenen Untersuchungen ergaben bisher mit den tierexperimentell erhobenen Befunden Uebereinstimmung.

Verhalten der respiratorischen Mittellage bei Stenosenatmung. Bei Asthmakranken wird das Verhalten der respiratorischen Mittellage unter den Bedingungen der Stenosenatmung mittels plethysmographischen Methode der Atemregistrierung untersucht. Dabei findet sich entgegen dem Verhalten des Normalen regelmäßig eine Senkung der Mittellage. Dieses abnorme Verhalten wird auf ein Versagen der für die Einstellung der Mittellage verantwortlichen regulatorischen Vagusfunktion zurückgeführt. Es wird die Ansicht ausgesprochen, daß diese Störung in der nervösen Atmungsregulation die primäre Ursache für das Auftreten asthmatischer Zustände abgibt. Der Bronchialmuskelkrampf ist dagegen nach Ansicht des Verf. erst sekundär und durch diese primäre Regulationsstörung bedingt. Kranke, die das Bild der Vagotonie ohne Asthma boten, zeigten das gleiche Verhalten.

Verhalten der respiratorischen Mittellage bei Ueberdruck- und Unterdruckatmung. Unter den Bedingungen der Ueberdruckatmung zeigt der Asthmakranke in Bezug auf die Einstellung der respiratorischen Mittellage ein vom normalen abweichendes Verhalten, das auf ein Versagen der für die Einstellung der Mittellage verantwortlichen nervösen Regulationsvorgänge hinweist. Der Nachweis dieser Störung gelingt auch bei Versuchen mit Unterdruckatmung. Das abnorme Verhalten beim Asthmakranken ist nicht auf die begleitenden bronchitischen Veränderungen zurückzuführen, da andere Kranke mit ausgesprochener chronischer Bronchitis ohne Asthma ein normales Verhalten in Bezug auf die Regulation der Mittellage zeigen.

51., Heft 3/4.

* Ionenverschiebungen und Säurebasengleichgewicht. Beckmann, Baß, Dürr und Drosite.
* Die Wasserverschiebungen nach Nierenexstirpation. Beckmann, Baß, Dürr und Drosite.
Funktionen der Milz und ihre Beziehungen zu anderen innersekretorischen Organen. Ssacharoff und Suboff.
Wirkung von Arzneimitteln auf den respiratorischen Gaswechsel. Gabbe.
Wirkung der Hypophysenpräparate. Gollwitzer-Meier.
Beeinflussung des Harnquotienten C:N durch Arzneimittel und Beziehungen der Lage des Quotienten zu dem Gehalt des Harns an Harnsäure und Purinbasen beim normalen Menschen. Hörig und Wada.
Wirkung von Insulin-Glukose auf nichtdiabetische schwere Krankheitszustände. Osato.
Blutmengenbestimmungen mittels der Farbstoffmethode. Hartwich und May.
Der Einfluß von sympathiko- und vagotropen Mitteln auf die Phloridzinglykosurie. Dünnar und Mecklenburg.
Rolle der Leber im Aminosäurenstoffwechsel. Worsi und Gelbird.
Alimentäre Hämoklasie bei Prurigo vulgaris. Brack.
Verstärkung der Ureterenwirkung durch Mekopon. Miyadere.
Einfluß der Muskelarbeit auf die Magensekretion nach Versuchen am Hunde. Bridzins.
Chemismus des Diabetes insipidus. Haymann und Fanconi.
Ueber die Einwirkung der verschiedenen Ovarialbestandteile auf den Blutzuckergehalt. Kylie.

Ionenverschiebung und Säurebasengleichgewicht. Bei nephrektomierten Hunden fanden sich Ionenverschiebungen und Aenderungen des Säurebasengleichgewichts im Blut. Daraus geht hervor, daß nach der Nephrektomie gleichzeitig mit sauren Substanzen reichlich Alkalien in das Blut übertreten, so daß zunächst das Alkali der Bikarbonatverbindungen nicht in Beschlag genommen wird. Diese Fähigkeit des Gewebes zu Alkaliausschüttung ist jedoch begrenzt.

Die Wasserverschiebungen nach Nierenexstirpation. Bei nierenexstirpierten Hunden fand sich innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem Eingriff ein Wasserabstrom aus der Blutbahn ins Gewebe, der sich im späteren Stadium umkehrt und zu einem mäßigen Anstieg der Plasmamenge führt.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

116., Heft 1/2.

Lobelin. hydrocloric. cryst. Ingelheim. Walbaum.
Steigerung der peroralen Traubenzuckerresorption durch Saponin. Lasch u. Brügel.
Insulingehalt im Pankreas von Diabetikern. Pollak.
Einfluß von Saponinen auf die Resorption von Kurare. Kofler und Fischer.
Wirkung von Chinin und Chininderivaten auf Stoffwechsel und Wärmehaushalt. Rosenthal und Lipschitz.
Wirkung des Aethylalkohols auf die Elektrolytempfindlichkeit von Eiweißkörpern. Wels.
Pentamethylentetrazol. Hildebrandt, Eichler und Hildebrandt.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

(Neue Folge.) 1926, Nr. 1.

Ernst Westhove, Ludwigshafen. Curschmann.
Technische Lösungsmittel. Brückner.
* Schließt die chemische Industrie Berufsgefahren und Schädlichkeiten ein, die Entstehung und Verlauf einer Tuberkulose ungünstig beeinflussen? Hergt.
Gehirnblutung, Gehirnerkrankung oder gewerbliche Vergiftung. Hopmann.
Ist auf Grund der vorhandenen Erfahrungen die Möglichkeit und die Notwendigkeit der Aufstellung von Vorschriften zur Verhütung von Berufskrankheiten gegeben? Pfeil.
* Augenreizungen der Spinner in Kunstseidefabriken. Rodenacker.

Schließt die chemische Industrie Berufsgefahren und Schädlichkeiten ein, die Entstehung und Verlauf einer Tuberkulose ungünstig beeinflussen. Auf Grund einer eigenen ausgedehnten jahrelangen Erfahrung und auf Grund der vorliegenden statistischen Unterlagen über die Tuberkulosemortalität verschiedenster Berufsgruppen sagt Hergt, daß die chemische Industrie in dieser Beziehung ungleich besser gestellt ist, als die meisten anderen Berufe. Offenbar deshalb, weil bezüglich der Tuberkulosemorbidität die Schwere der Arbeit neben den übrigen sozialhygienischen Faktoren mehr ins Gewicht fällt, als die Art der Arbeit. Die Reizgase, die man gerne für die Propagierung einer Lungentuberkulose verantwortlich macht, verleihen in der Regel eher einen Schutz gegen eine Neuansteckung, als daß sie eine solche begünstigen. Und über den Einfluß chronischer gewerblicher Vergiftungen können wir vorläufig nur soviel sagen, daß nach bisherigen Erfahrungen, die von verschiedenen Untersuchern gemacht worden sind, es mehr als unwahrscheinlich ist, daß diese Zustände immunbiologisch eine Rolle spielen und die Disposition für eine Lungentuberkulose erhöhen. Die chemische Industrie weist keine spezifischen Berufsgefahren auf, die zur Tuberkulosemorbidität in einer Wechselbeziehung stehen, weder in dem Sinne, daß durch die Arbeit in chemischen Betrieben eine erhöhte Disposition geschaffen noch der Verlauf einer bestehenden Phthise durch gewerbliche Einflüsse bestimmt wird.

Augenreizungen der Spinner in Kunstseidefabriken. Einen Beitrag zur Schwefelwasserstoffvergiftung liefert Rodenacker. In den Viskose verarbeitenden Kunstseidefabriken treten zuweilen akute, sehr lästige und schmerzhafte Bindehautkatarrhe auf. Die Ursache ist der entstehende Schwefelwasserstoff; es ist aber keine einfache Reizfolge. Es tritt keine Gewöhnung und nichts Erlernbares in den Wechselbeziehungen zwischen Gift und Organismus auf. Schwefelwasserstoff kann kein Nervengift sein, auch wenn Krämpfe auftreten. Die Krämpfe sind die Folge einer inneren Erstickung. Weil die Dosis pro Körpereinheit dieselbe ist, kommt als Angriffspunkt für den Schwefelwasserstoff nur etwas in der Zelle selbst in Frage, das in bescheidener Menge vorhanden ist, in sicher noch kleineren Mengen schwanken darf und lebensnotwendig ist. Es wird von dem Schwefelwasserstoff mit Beschlag belegt, blockiert oder desorganisiert. Es ist das Atmungsferment, die Summe der in den Zellen vorhandenen katalytisch wirkenden Eisenverbindungen. Bei der Zellatmung verbindet sich das Eisen in seiner zweiwertigen Form mit dem molekularen Sauerstoff zum höherwertigen Eisen. Nur als solches kann es der organischen Substanz Sauerstoff abgeben, wobei es wieder zweiwertig wird. Nur auf diesem Umwege über den Katalysator gehen die Oxydationsvorgänge in der Zelle vor sich. Schwefelwasserstoff ist ein bekannter Katalysatorvergifter. Es führt das katalytisch wirkende Eisen in die katalytisch unwirksame Schwefeleisenverbindung über. Dabei erlischt die Zellatmung schlagartig, und wir haben die apoplektiformen Todesfälle durch Schwefelwasserstoff. Die interessanten Ausführungen haben ihre Bestätigung dadurch gefunden, daß intravenöse Zufuhr von kolloidalem Eisen prompte Besserung erzielte.

Michaelis, Bitterfeld.

Allgemeine Homöopathische Zeitung.

174., Nr. 1, März 1926.

Homöopathie und Schulmedizin 1925. Wapler.
Grundlage der Homöopathie. Scheidegger.
Homöopathie in Frankreich. Balzli.
Hahnemann als Chemiker. von Lippmann.
Die Homöopathie in Schweden 100 Jahre. Sjögren.
* Homöopathische Therapie umschriebener Eiterbildungen. Aebly.
* Echinacea angustifolia. Arnulphy.
* Echinacea in der Gynäkologie. Boudard.

Homöopathische Therapie umschriebener Eiterbildungen. Im Anschluß an die Veröffentlichungen von Geheimrat Bier über seine Erfolge mit Sulfurjodat bei gewissen Staphylomykosen veröffentlichte Trouvère einen Artikel, in dem er gegenüber der doch recht ungenauen Mittel-Differential-Diagnose Biers 85 Mittel mit ihren Indikationen für dieses Gebiet anführte. Mit Recht wendet sich Verfasser gegen diese Ueberzahl, da ein Menschenleben nicht ausreicht, eine Bestätigung der Indikationen zu erproben. Bei 90% der Fälle glaubt er, trotz genügender Individualisierung, mit einem halben Dutzend von Mitteln auskommen zu können und nur für die nicht ansprechenden 10% eine größere Anzahl in Betracht ziehen zu müssen. Es folgt eine kurze Besprechung der gebräuchlichsten Medikamente mit besonderer Berücksichtigung des Sulfurjodat. Hervorgehoben zu werden verdient die Anwendung von Myristica sebifera bei der Behandlung von Panaritien und Phlegmonen, da es, falls die Kupierung der Eiterung nicht mehr möglich ist, eine Ausbreitung der Infektion verhindert und Lokalisation und Reifung der Eiterung begünstigt. Als Ersatz für die Inzision erwähnt Verfasser die sog. „chemische Inzision“ mittels einer mit reiner Karbolsäure befeuchteten Knopfsonde und folgenden Kataplasmen bei wasserscheuen Patienten. An Stelle der gebräuchlichen Seifenbäder verwendet Verfasser solche mit verdünnter Natron- oder Kalilauge, deren quellende Wirkung noch stärker sein soll.

Echinacea angustifolia. Die zu den Kompositen gehörige Pflanze verdankt ihre Anwendung in der Homöopathie der Beobachtung eines Kollegen, daß die Indianer sich dieses Pflanzenbreies zum Verbinden der Wunden bedienten. Die mitgeteilten Prüfungsergebnisse sind leider noch recht ungenau und dürftig. Empirisch hat es sich zusammen mit Bryonia und Hydrastis canad. besonders bewährt bei Affektionen des Wurmfortsatzes. Ganz überragend ist seine Wirkung bei Septicämie (Referenten gelangen zwei Heilungen von Sepsis mit im Blut nachgewiesenen Streptokokken bzw. Staphyloccus hämolyticus mit diesem Mittel, kombiniert mit Lachesis und Chininum arsenicosum). Angewandt wird die Urtinktur in Gaben von drei Tropfen stündlich resp. subkutane Injektionen.

Echinacea in der Gynäkologie. Empfehlung des Mittels, kombiniert mit anderen streng indizierten Mitteln, bei akuten und chronischen Metritiden und zur Behandlung des septischen Aborts.

Dermitzel.

Zeitschrift für klinische Medizin.

103., Heft 5/6, August 1926.

Syphilis als ätiologisches Moment in der Entstehung mancher chronischer Herz- und Aortenerkrankungen. Pletnew.
Beitrag zur Theorie der Endokarditis. Jegorow.
Klinik des Herzgefäßsystems bei Malaria. Berland.
* Wesen und Behandlung des Coma diabeticum. Hetényi.
Chemische und klinische Bedeutung der Ehrlichschen Aldehydreaktion im Blutserum. Adler und Hilgenfeldt.
Psychoanalyse und klinische Medizin. Balint.
* Laboratoriumsbefunde bei perniziöser Anämie. Zadek.
Wirkung eines vierzehntägigen Aufenthaltes in einem Erholungsheim auf das Blutbild. Kaufmann.
Blutbilirubin. J. Förster und B. Förster.
Wirkung der intrasisternös verabreichten Hypophysenpräparate. Janossy.
Entstehung des Trainingszustandes. Herxheimer
* Alimentäre Beeinflussung der Cholestearinämie beim Menschen. Mjassnikow.
Physiologie und Pathologie des Greisenalters. Rosenberg.
Anwendung des Sulfrogels bei chronischen Gelenkerkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung des Blutbildes und des Schwefelgehaltes der roten Blutkörperchen. Weicksel.
Veränderungen der Herzgröße, der Puls- und Atemfrequenz und des Blutdrucks nach maximaler Laufleistung. Ackermann.

Wesen und Behandlung des Coma diabeticum. Die zurzeit herrschende Theorie über die Pathogenese des Koma, daß die im Organismus als unvollständige Abbauprodukte entstehenden Säurekörper zum typischen Vergiftungsbild führen, daß das Koma mit einer Säurevergiftung wesensgleich ist, ist weder experimentell noch klinisch lückenlos begründet. Für die heute bestehende Auffassung wurde geltend gemacht, daß das Koma nur in den schwersten, mit starker Azidose einhergehenden Fällen auftritt, daß die Durchschwemmung des Körpers mit Alkalien in manchen Komafällen von Erfolg begleitet ist. Experimentelle Beweise sind bisher noch nicht erbracht, obwohl man Tieren eine Säuremenge einverleibte, die jene vielfach übertraf, welche im Blut Komatöser zu finden ist. Gewiß tritt das Koma im allgemeinen nur bei jenen schweren Diabetikern auf, welche vor der Insulinära nicht aglykosurisch und azidosefrei gemacht werden konnten und bei welchen monatelang eine allmählich zunehmende Azidose bestand. Weiterhin ist bekannt, daß das typische Koma schlagartig, ohne Vorboten sich rasch entwickeln kann (starke Ueberlastung mit Kohlehydraten, nach Operation, nach der Narkose, im Verlauf akuter Infektionserkrankungen). Bei all diesen Fällen findet sich im Koma eine starke Azidose. In letzter Zeit sind mehrere Fälle in der Weltliteratur beschrieben, wo bei Eintritt des typischen Koma keine Zeichen der Säureüberladung des Organismus bestanden, wo keine Herabsetzung der Blutalkalireserve und keine nennenswerte Ausscheidung von Ketonkörpern sich zeigten. Erst im weiteren Verlauf des Koma stellte sich zumeist eine starke Azidose ein, wie es Verf. einwandfrei in 3 Fällen beobachten konnte. Die Fälle von Koma, die ohne Azidose zum Tode führen oder in denen die Azidose erst nach Ausbruch oder im Abklingen des Koma sich zeigt, widersprechen der Rolle der Säurevergiftung als Ursache dieses Zustandes entschieden. Auch die Erfolge der vor der Insulinanwendung geübten Alkalitherapie sind nicht so überzeugend, daß sie wirksam die Säuretheorie stützen könnten (zumeist Versager). Selbst größere Sodagaben, welche den Harn dauernd alkalisch hielten, genügten nicht, das Eintreten des Koma zu verhindern.

Für die Erkennung vom Wesen des Koma sind folgende Gedankengänge entscheidend, die sich bedeutsam in therapeutischer Hinsicht auswirken. Die diabetische Grundstörung besteht in einer Erniedrigung der Zuckerverwertungsfähigkeit der Zellen. Zuckerbestimmungen im Blut und Gewebe von Diabetikern erweisen, daß im Gewebe dieser Kranken eine Erhöhung des Zuckergehaltes vorhanden ist, die nicht allein durch die gleichzeitige Hyperglykämie erklärt ist. Im Koma findet sich diese Erhöhung der Zuckerwerte in den Geweben besonders stark ausgeprägt, es kommt eine enorme Ueberzuckerung der Gewebe zustande. Die Zuckerverwertungsfähigkeit der Zellen sinkt im Koma auf ein Minimum herab. Die Ernährung der Gewebe hört auf und ein weiteres Leben wird unmöglich gemacht. Das Koma ist keine Komplikation, sondern nur der höchste Grad der diabetischen Grundkrankheit der natürliche Ausgang der echten Zuckerkrankheit. Die Steigerung der Azidose ist eine sekundäre Erscheinung infolge Behinderung der Kohlehydratverwertung, die nicht unbedingt auftreten muß. Das seltsame Bild des Koma wird dadurch hervorgerufen, daß durch eine langsame oder plötzliche Verminderung der Zuckerverarbeitung in den Zellen oder durch völlige Impermeabilität der Zellenoberfläche für Zucker der zum Tode führende absolute Kohlehydrathunger entsteht. Die Erscheinungen dieses endogenen Hungertodes werden so mannigfältig durch Symptome, die der Zuckerüberschwemmung der Gewebe und der sekundär entstehenden Ketonkörperanhäufung zuzuschreiben sind. Die Grundlage der Komatherapie kann nur die Insulinverabreichung bilden. Das Insulin allein kann die diabetische Grundstörung, deren Kulmination das Koma darstellt, beseitigen. Die Einverleibung von Zucker bzw. Alkalien ist gemäß dieser Auffassung nutzlos.

Laboratoriumsbefunde bei perniziöser Anämie. Die hämatologische Diagnose des Morbus Biermer, mit ihrem Hauptcharakteristikum der hyperchromen Megalozytose, ist in den Vollstadien und Rezidiven (sehr selten Ausnahmen mit hypochromen, aber sonst typischen Blutbild) unter allen Umständen möglich, soweit fast immer in den meisten Frühperioden und relativen Remissionsstadien. Blutkrisen, Zustände nach Milzexstirpation, Komplikationen (Nephritis mit starken Oedemen, Sekundärinfektion mit Tuberkulose) und Remissionen mit vorübergehend erniedrigtem Färbeindex und Ausschwemmung von Mikrozyten können die Diagnose erschweren. Selten treten absolute Remissionen ein, die lange Zeit anhalten und bei denen keine Anämie besteht, so daß die Diagnose zur Unmöglichkeit wird. Die zytologische Beschaffenheit des Leichenmarks, insbesondere die Megaloblastose, ist für die perniziöse Anämie pathognomonisch. Diese degenerativ-toxische, mangelhafte Reaktion der Erythropoese auf die krytogenetische Noxe hin ist nicht irreparabel. Mehrfache Knochenmarkspunktionen am Lebenden an der gleichen Stelle zeigen die Rückbildungsfähigkeit des megaloblastischen roten Markes zu Fettmark in der Remission und die Umwandlung zum roten Mark während des Rezidivs. Die perniziöse Anämie ist deswegen unheilbar, weil aus unbekannten Gründen die Toxinquelle nach kürzerem oder längerem Versiegen immer wieder so mächtig fließt, daß die verzweifeltsten Bemühungen des toxisch geschädigten Blutbildungsapparates endlich erlahmen müssen. Die Funktionsstörung der Blutbildung bedingt hingegen nicht den Tod. Als führendes Symptom der toxischen Vorgänge ist der gesteigerte Blutuntergang in den Vollstadien und Rezidiven zu betrachten. Durch quantitative Urobilinbestimmung in den Faeces (Koprocholie) ist der Grad der Hämolyse zuverlässiger feststellbar als mit dem Nachweis der Bilirubinvermehrung im Serum. Die quantitative Bilirubinbestimmung im Duodenalsaft ist ebenfalls zuverlässig, jedoch wegen der Umständlichkeit und Belästigung des Kranken nur selten anwendbar. Die Urobilinurie ist inkonstant und nicht geeignet, Aufschluß über das Maß der Hämolyse zu gewähren. Das Bestehen einer über die Norm hinausgehenden Hämolyse in den Remissionsperioden (Urobilinwerte gewöhnlich normal) ist von prognostisch schlechter Bedeutung. Es zeigt, ebenso wie das plötzliche Auftreten gesteigerter Koprocholie, während der Remission trotz relativ günstiger Blutwerte, das herannahende Rezidiv an.

Alimentäre Beeinflussung der Cholesterinämie beim Menschen. Die dauernde Einführung von Cholesterin (8 Eier = 2 g) mit der Nahrung hat beim Gesunden keine Hypercholesterinämie zur Folge. In einigen Fällen von diffuser Lebererkrankung bewirkt mehrtägige Cholesterinzufuhr eine starke Steigerung der Blutwerte, die erst nach einem gewissen Zeitraum auftritt. Eine alimentäre Steigerung der Cholesterinämie nach einmaliger Zufuhr findet sich beim Leberkranken kaum, während sie bei Nephrosen sehr deutlich in Erscheinung tritt. Eine dauernde Cholesterinzufuhr bewirkt bei Nephrose und Atherosklerose oft ein allmähliches, geringes Anwachsen der bereits bestehenden Hypercholesterinämie. Diese wird bei Atherosklerose durch endogene Veränderungen des Lipoidhaushaltes hervorgerufen und führt zur Ablagerung von Cholesterin in den abgenützten und geschädigten Partien der Gefäßwände. Da bei Atherosklerose bei verstärkter Zufuhr von Cholesterin diese Blutüberladung wächst, ist eine entsprechende Regelung der Nahrung zu empfehlen. Eine fortgesetzte cholesterinarme Ernährung kann jedoch bei den vorliegenden endogenen Störungen nur von relativem Nutzen sein. So geht nach monatelang verabfolgter laktovegetabiler Diät die Cholesterinämie nur unwesentlich zurück. **Biberfeld.**

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

64., Heft 1.

- ✦ Lungentuberkulose nach Trauma. Zollinger.
- ✦ Tuberkulose der Achsellymphdrüsen. Jehn.
- ✦ Klinischer Beitrag zur Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Jessen.
- Tuberkuloprotein (Toeniessen) in der Heilstättenpraxis. Loben.
- Atypische Aussaat bei Tuberkulose. Tumorartige Tuberkulose. Isolierte Organtuberkulose. Epikrise. Esser.
- Spezifität der Tuberkulinreaktion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer histologischen Grundlage. Zieler.
- ✦ Morbidität der Juden: Die Tuberkulose. Gutmann.
- ✦ Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose im Vergleich zur Partigentherapie. Jannasch.
- Häufigkeit der menschlichen Tuberkulose und einige mit dieser zusammenhängende Fragen. Koopmann.
- ✦ Lungentuberkulose und Glomerulonephritis. Tillgren.
- ✦ Tuberkulose des Pflegepersonals. Mücke.
- Messung und Dosierung der Sonnenstrahlen in der Tuberkulosebehandlung. Knipping.

Lungentuberkulose nach Trauma. Der Zusammenhang einer nachgewiesenen Lungentuberkulose mit einem voraufgegangenen Unfall wird im allgemeinen viel zu häufig bejaht. Die Kriegserfahrungen haben gelehrt, daß die Entstehung einer echten primären traumatischen Tuberkulose der Lungen auf dem Boden einer perforierenden Verletzung nicht vorkommt. Nach einer Thoraxquetschung darf man nur dann den Zusammenhang einer Tuberkulose mit der Kontusion bejahen, wenn das Trauma geeignet war, Bedingungen zu schaffen, die es den Tuberkelbazillen ermöglichen, sich am Orte des Traumas festzusetzen, zu vermehren und in bemessener Frist eine krankmachende Wirkung zu entfalten. Ganz allgemein von Bedeutung ist, daß der Verletzte zur Zeit des Unfalls frei von manifester oder objektiv nachweisbarer latenter Tuberkulose sein muß. Ist dies nicht der Fall, so kann es sich nur um Verschlimmerung einer bereits bestehenden Tuberkulose durch das Trauma handeln. Besondere Skepsis ist angebracht in den Fällen, wo das voraufgegangene Trauma in einer Zerrung, im Heben einer schweren Last und ähnlichem bestand. Der strikte Beweis, daß eine Verletzung einer gesunden Lunge überhaupt eine Anlage für Tuberkulose schafft, ist bis heute nicht erbracht.

Tuberkulose der Achsellymphdrüsen. Bei Lungentuberkulose findet man, sobald Pleuraverwachsungen bestehen, fast regelmäßig Achseldrüsentuberkulose, häufig auch Anthrakose. Die Drüsen werden, vom parietalen Pleurablatt aus, lymphogen infiziert. In die Lymphgefäße der Pleura costalis gelangt die Lymphe der Lunge auf dem Wege über die pleuritischen Adhäsionen, in denen neugebildete Lymphgefäße nachgewiesen werden konnten.

Klinischer Beitrag zur Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Ueberragende Erfolge wurden nicht erzielt. Die bescheidenen Resultate stehen in keinem Verhältnis zu den Gefahren der Behandlung. Das deutsche Präparat Triphal scheint gleich gute Wirkungen bei anscheinend völliger Gefahrlosigkeit zu haben. (Dasselbe kann Referent aus eigener Erfahrung bestätigen.)

Morbidität der Juden: Die Tuberkulose. Die Tuberkulosesterblichkeit bei den Juden bleibt unter gleichen äußeren Bedingungen beträchtlich hinter der allgemeinen zurück. Die Gründe für diese Sonderstellung der Juden sind in einem anlagemäßig vererbten Schutz und in einer durch frühzeitiges Ueberstehen der Krankheit erreichten, erhöhten Widerstandsfähigkeit zu suchen. Sonst käme noch die größere Einsicht in die Gefahren der Krankheit als ursächlicher Faktor in Betracht. Ungünstige äußere Verhältnisse bedingen wie bei allen Menschen so auch bei den Juden erhöhte Tuberkuloseerkrankung und -sterblichkeit.

Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose im Vergleich zur Partigentherapie. Die mit Sanocrysin erzielte durchschnittliche Besserung war nicht erheblicher, als es bei der Behandlung mit Partigenen gewöhnlich der Fall ist. Die Partigenbehandlung, insbesondere innerlich angewandt, hat den Vorzug der Einfachheit, Gefahrlosigkeit und Billigkeit, was für das Sanocrysin nicht zutrifft. Vielleicht empfiehlt es sich, Sanocrysin dort anzuwenden, wo nach längerer Vorbehandlung mit Partigenen der Durchseuchungswiderstand soweit gehoben ist, daß unter bestimmten Vorsichtsmaßregeln kräftigere Reaktionen noch weiter helfen können.

Lungentuberkulose und Glomerulonephritis. Das Zusammentreffen zweier unserer gewöhnlichsten Krankheiten, diffuse Glomerulonephritis und Lungentuberkulose, ist ein verhältnismäßig seltenes Ereignis. Ein kausaler Zusammenhang ließ sich in den vom Verfasser beobachteten 4 Fällen nicht nachweisen. Die Lungentuberkulose vermag in diesen Kombinationsfällen die Entstehung einer renal bedingten Hypertonie nicht zu verhindern.

Tuberkulose des Pflegepersonals. Verfasser hat die Tuberkuloseerkrankungsfälle des Pflegepersonals am Allg. Krankenhaus Eppendorf vom Jahre 1889 bis 1925 zusammengestellt. Um eine Ansteckung mit Tuberkulose eindeutig und einwandfrei mit dem Pflegedienst in Zusammenhang bringen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Tuberkulose des Erkrankten muß sichergestellt sein.
2. Die Erkrankten dürfen bei ihrem Eintritt nicht tuberkulosekrank gewesen sein.
3. Sie müssen in ihrem Dienst überhaupt mit Tuberkulosekranken in Berührung gekommen sein.
4. Es muß die Wahrscheinlichkeit vorliegen, daß die Erkrankten sich bei der Pflege infiziert haben.
5. Soziale Faktoren sowie alle anderen den Ausbruch einer Tuberkulose begünstigenden Einflüsse müssen dabei ausgeschaltet sein.

Bei dieser kritischen Sichtung des Materials ist festzustellen, daß — entsprechend der nicht hohen Erkrankungsziffer — die Infektionsgefahr auf Tbc.-Stationen keineswegs eine besonders große ist. Die besonderen Verhältnisse des Krankendienstes überhaupt und die durch den Beruf aufgezwungene Lebensweise spielen sicher eine größere Rolle als die sog. erhöhte Exposition.

Heft 2.

Hermann Brehmer und sein Werk. Schlapper.
Hermann Brehmer als Hygieniker. Hahn.
Neue Versuche mit Tuberkulin. Bergell und Schlapper.
Brehmers „Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht" im Spiegel seiner und unserer Zeit. Blümel.
Behandlung des tuberkulösen Pyopneumothorax. Bramesfeld.
Begriff der Mischinfektion. Kirchner.
✦ Verschiedene Formen der Knochentuberkulose im Röntgenbild. Kremer.
Lungensteine. Ritschel.
✦ Technik und Erfolge des künstlichen Pneumothorax. Schröder.
Kontrastdarstellung des Bronchialsystems. Schröter.
✦ Bronchiektasien. Steinmeyer und Kathe.
✦ Aßmannsche infraklavikuläre Krankheitsherde. Warnecke.
Angeborener Schulterblatthochstand. Warnecke.

Verschiedene Formen der Knochentuberkulose im Röntgenbild. An der Einteilung der Knochentuberkulose in granulierende Form, fibröse Form und käsige Ostitis ist festzuhalten. Notwendig ist, diese Formen röntgenologisch voneinander zu unterscheiden, da sie eine verschiedene Behandlung erfordern.

Technik und Erfolge des künstlichen Pneumothorax. Schröder wendet zur Erstanlegung des künstlichen Pneumothorax nicht die fast allgemein geübte Stichmethode an, sondern eine modifizierte Schnittmethode (nach den Angaben von Kaufmann). Unangenehme Zwischenfälle, insbesondere die gefürchtete Luftembolie, hat er bei diesem Verfahren nicht erlebt. Ueber 115 Pneumothoraxfälle liegen Angaben hinsichtlich des Dauererfolgs vor. 42 Fälle = 36,5% sind dauernd geheilt. Die Heilung liegt in 3 Fällen 11 bis 15 Jahre, in 9 Fällen 7 bis 10 Jahre, in 24 Fällen 4 bis 7 Jahre und in 6 Fällen 3 Jahre zurück. 66 Fälle = 57,5% sind trotz Pneumothoraxbehandlung zugrunde gegangen. Bei der Schwere des Krankenmaterials sind diese Erfolge durchaus befriedigend.

Bronchiektasien. An Hand von 13 klinisch gut beobachteten Fällen kommen Verff. zu dem Schluß, daß erbliche Belastung bei der Entstehung von Bronchiektasien keine Rolle spielt. Aetiologisch wird vielmehr dem bei fast sämtlichen Kranken nachgewiesenen Katarrh der oberen Luftwege (Nase, Rachen, Kehlkopf) Bedeutung beigemessen. Infolge Fehlens der filtrierenden Wirkung der Nasenschleimhaut und der dadurch geschädigten Funktion der Schleimhäute der oberen Luftwege, welche sich auch auf die Luftröhre und die Bronchien fortsetzt, bietet der Körper den Erregern der Bronchitiden und Bronchopneumonien, in deren Gefolge sich Bronchiektasien entwickeln, keinen genügenden Widerstand. Auch Wirbelsäulenverbiegungen sind ätiologisch von Bedeutung. Diagnostisch ist die Jodipinkontrastfüllung des Bronchialbaums von Wert. Die übliche konservative Behandlung, auch die Behandlung mit Autovakzine war ohne erkennbaren Nutzen. Angesichts der Mißerfolge der medikamentösen und klimatischen Therapie ist die von Brauer empfohlene großchirurgische Behandlung der Bronchiektasien am ehesten anzuraten.

Aßmannsche infraklavikuläre Krankheitsherde. Unter 937 weiblichen Lungenkranken boten 19 das von Aßmann beschriebene Krankheitsbild eines unterhalb des Schlüsselbeines in den äußeren Partien des oberen Lungenfeldes gelegenen tuberkulösen Infiltrats, das klinisch keine oder nur geringfügige Symptome macht, sondern meist nur röntgenologisch nachweisbar ist. Diese infraklavikulären Herde sind nicht an ein bestimmtes Lebensalter — die beobachteten Kranken befanden sich im Alter von 20 bis 49 Jahren — oder an bestimmte Berufskreise gebunden, sie sind vielmehr, wenn auch in beschränkter Anzahl, in jedem Krankenmaterial anzutreffen. Hinsichtlich der Genese dieser Infiltrate neigt Verf. der Auffassung zu, daß sie durch exogene Reinfektion entstanden sind. In 15 von 19 Fällen ließ sich die wahrscheinliche Ansteckungsquelle ermitteln.

H. Zwerg.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

33., Heft 2, August 1926.

Immunbiologie der Kindertuberkulose. Lebedew und Ginsburg.
Ein neuer Bizepsreflex. Galant.
Idiopathische Herzhypertrophie. Kostulovic.
✦ Dick-Test. Kostulovic.
Encephalitis des Kindes. Saenger und Kemkes.
Herzbeteiligung bei Spasmophilie. Corsdress.
Pathologie des Oesophagus im Kindesalter. Stamm.

Dicktest. Nachprüfung der Dickschen Angaben: a) in Bezug auf auf die Erzeugung von Scharlachsymptomen mittels des Toxins des Streptococcus haemolyt., des angeblichen von Dick gefundenen Scharlacherregers; b) hinsichtlich der von Dick angegebenen Hautreaktionen: dabei konnten wesentliche Ergebnisse des amerikanischen Autors nicht bestätigt werden. So gelang es nicht durch intramuskuläre Injektion von Dick Toxin experimentell Scharlach bzw. Scharlachsymptome zu erzeugen. Ferner fiel der Dicktest bei Kindern ohne Scharlach in der Anamnese, nur in 27,5% positiv aus, also in einer Häufigkeit, die sich deckt mit dem von Gottstein angegebenen Kontagionsindex für Scharlach; die entsprechenden Zahlen von Dick lauten 41,6% positive Hautreaktionen. Während nach den Angaben von Dick im Verlaufe des Scharlachs die Reaktion ausnahmslos negativ wird, konnte der Autor nur eine Abnahme der positiv reagierenden Kinder von 36 auf 22,2% beobachten. Als Schlußfolgerung ergab sich, daß eine positive Dick-Reaktion bei gegebener Infektionsmöglichkeit nicht aussagt über die Sicherheit der Infektion.

33., Heft 4, September 1926.

Scapula scaphoidea. Brückner.
Intraperitoneale Infusion. Tezner und Ebel.
✦ Eine neue Behandlungsmethode der Sooraffektion. Fischl.
Ichthyosis congenita. Frankenhaus.
Die angebliche Photoaktivität bestrahlter Substanzen. Beck.

Eine neue Behandlungsmethode der Sooraffektion. Zweistündlich Austupfen der Mundschleimhaut mit 2½% Lösung von Liquor Ferri sesquichlorati ergibt prompte Reinigung der betroffenen Schleimhäute von den ihnen anhaftenden Soormassen innerhalb 24 bis längstens 48 Stunden.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

41., Heft 5/6.

Pupillomotorische Erregbarkeit im Kindesalter. De Rudder.
Normale und pathologische Morphologie des Blutes der Neugeborenen. Stransky.
Rachitis und morphologisches Blutbild. Beurteilung der Knochenmarkfunktion. Stransky und Wittenberg.
Ernährung frühgeborener Kinder in den ersten Lebenswochen. Langer.
✦ Hypogalaktie. Gerschenson.
Aktivitätsdiagnose der Tuberkulose im Kindesalter. Rominger und Rupprecht.
Wasserversuche bei fiebernden Säuglingen. Hirsch.
Beeinflussung der anorganischen Serumphosphate durch orale Phosphatzufuhr. Röckemann und Stoffel.
Eiweiß- und Harnstoffieber. Baumecker und Schönthal.
✦ Verwendung von Ninhydrin zur Liquordiagnostik. Rau.
✦ Offene Boxen bei der Bekämpfung der Tröpfcheninfektion in Spitälern. Dzialoszynski.

✦ Tuberkulinreaktionen. Spezifische Tuberkulinlymphangitis. Pflüger.
H-Ionenkonzentration und CO_2-Gehalt. György, Kappes und Kruse.
Titrierbares Alkali des Blutes. Falkenheim und Kruse.
Kältehämoglobinurie bei Zwillingen. Orel.
Klinik der angeborenen Herzfehler. Doxiades und Schmidt.
Rationierung der künstlichen Ernährung. Trepka-Bloch.

Hypogalaktie. Verf. hat, um die Stillfähigkeit der Mütter zu bestimmen, das Material der zentralen Mütterberatungsstelle in Odessa aus den Jahren 1919 bis 1922 zusammengestellt. Die in Frage kommenden Frauen setzen sich ihrer sozialen Stellung nach zusammen aus etwa 15% Arbeiterfrauen, 20% Frauen von Angestellten und zu etwa 65% aus Frauen des „deklassierten Teils der Bevölkerung, dem richtigen Armenproletariat“.

Der Nationalität nach sind es etwa 65% Jüdinnen und 35% Russinnen. Im ganzen hat Verf. 4966 Frauen in den Bereich seiner Betrachtung gezogen, jedoch nur solche, denen wegen sicher festgestellter Hypogalaktie „gemischte Ernährung“ verordnet worden war.

Besonders beachtenswert aus der vorliegenden Mitteilung sind folgende Angaben: Im Jahre 1918 hat mehr als ein Drittel der Mütter ihre Kinder nicht mehr als einen Monat ausschließlich gestillt. Bei 48% trat eine Hypogalaktie nach dem 3. Monat ein und nur bei 42% war genügend Milch bis zum Anfang des 2. Lebenshalbjahres vorhanden. Auffallend ist, daß sich die Stillfähigkeit während des Krieges bis zum Jahre 1918 von Jahr zu Jahr mehr verschlechterte. Da die ökonomische Lage der Arbeiter gerade in dieser Zeit nur unwesentlich sich veränderte, kann nach Ansicht des Verf. die Verschlechterung der Stillfähigkeit nur in psychischen Emotionen, wie sie der Krieg mit sich brachte, gelegen sein.

Mit dem Kriegsende läßt sich wieder eine Besserung der Stillfähigkeit nachweisen. Sie sinkt aber sofort wieder ab mit dem Augenblick, in dem die Macht an die Sowjetregierung überging. Ursache: Neben Hunger außerordentlich erschwerte Lebensbedingungen. Mangel an Heizmaterial, stundenlanges Anstehen bei Besorgung der Lebensmittel. Trotzdem in den Jahren 1921-22 „grausame“ Hunger-, Typhus- und Choleraepidemien das Land heimsuchten, hebt sich auffallenderweise in diesen Jahren die Stillfähigkeit ganz außerordentlich. Ursache dieser paradox klingenden Erscheinung: Nur die allerstärksten und kräftigsten Mütter überlebten und gebaren in dieser schlimmen Zeit. Diese Ueberlebenden waren naturgemäß auch die besten Ammen.

Alles in allem schließt Verf. aus seinen Zahlen, daß die Stillfähigkeit einer Mutter nicht so sehr von genügender Ernährung als vielmehr von verschiedenen äußeren Bedingungen, die auf die neuropsychische Sphäre einwirken, abhängt.

Verwendung von Ninhydrin zur Liquordiagnostik. Die Ninhydrinreaktion zeigt eine blau- bis rotviolette Färbung und wird durch die vermehrten Eiweißkörper und ihre Abbaustufen hervorgerufen. Die Stärke der Reaktion läuft ungefähr parallel dem Gesamtstickstoffgehalt der Lumbalflüssigkeit. Wird 1 ccm. Liquor mit 3 Tropfen einer 1%igen Ninhydrinlösung versetzt und 30 Sekunden gekocht, so liegt der Schwellenwert bei einem Stickstoffgehalt, der einer Eiweißkonzentration von 0,6% entspricht, d. h. man findet bei 0,6%igen Eiweißlösungen ausnahmslos Reaktionen, die als deutlich positiv zu bezeichnen sind.

Die 1%ige Lösung wird am zweckmäßigsten in dunklen Flaschen aufbewahrt.

Offene Boxen bei der Bekämpfung der Tröpfcheninfektion in Spitälern. In Krankenräumen ohne Ventilationsdämpfung verstreuen hustende Säuglinge Tropfen im Umkreis von 4—5 m. Mithin gefährden sie die ganze übrige Belegschaft des Raumes. Die Ausstreuung der Keime findet vorwiegend in der Richtung des Luftstromes von den Fenstern zur Tür statt. Es kann aber auch eine gegenteilige Verbreitung erfolgen. Die Aufstellung offener Boxen ändert demgemäß hieran nichts wesentliches. Bei Boxen, deren Wände nicht bis zum Boden bzw. bis zur Decke reichen, erfolgt die Keimverbreitung nach beiden Richtungen. Offene Boxen ohne gleichzeitige Ventilationsdämpfung haben keinen Sinn.

Tuberkulinreaktionen. Spezifische Tuberkulinlymphangitis. Verf. hat auf Grund von 268 abgestuften Pirquetschen Reaktionen das allergische Verhalten der verschiedensten tuberkulösen Krankheitsformen geprüft. Dabei ergab sich folgendes: Die höchste Allergie zeigten Kinder mit Skrophulose, mit Knochen- und Gelenktuberkulose, ferner solche mit gutartiger geschlossener Lungentuberkulose und mit aktiver Bronchialdrüsentuberkulose. Mittelstark reagierten Fälle von offener Tuberkulose und ausgeheilte Prozesse. Noch schwächer als bei diesen waren die Reaktionen bei reinen Darm- und Mesenterialdrüsentuberkulosen. Die schwächste Allergie fand sich bei schweren kavernösen Lungentuberkulosen, die durch Darm- oder Kehlkopftuberkulose, durch beginnende Meningitis, miliare Aussaat oder Amyloidose kompliziert waren. Die gelegentlich auf der Höhe der Reaktion festgestellten lymphangitischen Streifen sind durchaus abhängig von der Stärke der Reaktion und von der Konzentration der verwendeten Tuberkulinlösung. Es scheint sich nach Verf. hierbei um eine toxische Entzündung der Lymphgefäße zu handeln. Eine Verunreinigung des Tuberkulins kommt nach Verf. als auslösendes Moment nicht in Frage.

Beck, Tübingen.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

63., Heft 5/6, August 1926.

Beiträge zur Klinik der Pneumokokkenmeningitis im Säuglingsalter. Stransky und Wittenberg.
✦ Zur Kenntnis der Albuminurie im Säuglingsalter. 1. Mitteilung: Die Albuminurie der Neugeborenen. Faerber und Boutemard.
✦ Beitrag zur Kenntnis der Nickkrämpfe. Lederer.
✦ Der Einfluß parenteral einverleibten Pferdeserums auf den Stoffwechsel und die Körperzusammensetzung. Watabe.
Zur Pathogenese der Ernährungsstörungen beim Säugling. 7. Mitteilung: Experimentelle Exsikkose und Resistenz Infekten gegenüber. Schiff und Bayer.
Bemerkungen zur Arbeit v. Fedders und Goerber-Kaufmann: Zur Sensibilisierung von Säuglingen gegen Tuberkulin usw. Moro und Keller.

Zur Kenntnis der Albuminurie im Säuglingsalter. 1. Mittl.: Die Albuminurie der Neugeborenen. Auf Grund klinisch-experimenteller Befunde ist die Albuminurie der Neugeborenen als Folge der geringen Flüssigkeitszufuhr in der Nahrung der ersten Lebenstage anzusehen; beginnend in den ersten Stunden nach der Geburt bleibt sie nachweisbar bis zum Erreichen einer bestimmten Trinkmenge ($^1/_{10}$ des Körpergewichts). Regelmäßig findet sich der sog. Essigsäurekörper.

Beitrag zur Kenntnis der Nickkrämpfe. Auf Grund von klinischen Beobachtungen an 11 Fällen von sogenannten Nick(Salaam)krämpfen wird die Auffassung vertreten, daß es sich um motorische Varianten der Epilepsie im Kindesalter handelt. Die als Massenbewegungen in Erscheinung tretenden Krämpfe sollen durch dissoziierte Funktion des Pallidums bedingt sein (Pallidum epilepsie). Die Blitzkrämpfe entsprechen den „Petit mal“, während die Salaamkrämpfe das Analogon zum großen epileptischen Anfall bilden. Die Enzephalographie ergibt in der Mehrzahl der Fälle eine starke Erweiterung sämtlicher Ventrikel.

Der Einfluß parenteral einverleibten Pferdeserums auf den Stoffwechsel und die Körperzusammensetzung. Eingehende Stoffwechseluntersuchungen, die sich auf Monate erstrecken (Dauerversuch), ergaben, daß die stärkere Gewichtszunahme von Fällen, die mit Pferdeseruminjektionen behandelt wurden, in erster Linie vom Mehrfettansatz herrührt. In Bezug auf den N- und Mineralhaushalt besteht kein Unterschied zwischen Serum gespritzten und ungespritzten Tier.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

198., 1.—2. Heft.

* Konzentrationsschwache Gallenblase. (Ihre Beziehungen zur Cholezystographie.) H. Friedrich.
Pathologische Physiologie der Gelenke im Hinblick auf die Arthritis deformans. P. Seeliger.
Beziehungen der sog. Funktion des Knochens zur Knochenregeneration. Hans Burckhardt.
✦ Praktische Erfahrungen mit einigen „narbenlösenden Mitteln“. H. u. W. Kurtzahn, v. Bülow.
Frakturbehandlung. K. Mermingas.
* Wirkungsweise des Heftpflasterverbandes bei der Behandlung von Knochenbrüchen. V. Dumpert und K. Flick.
✦ Vereinfachtes Operationsverfahren bei habitueller Schulterluxation. F. Rupp.
Beitrag zur Therapie der Luxationen und Luxationsfrakturen im unteren Kopfgelenk. F. Ruszynski.
✦ Statistischer Beitrag zur Strumektomie. G. Fiedler.
Zystische Halstumoren: Struma papillomatosa cystica lateralis. A. Rühl.
Behandlung des Morbus Basedow mit Ergotamin (Gynergen). L. Schönbauer.
Vikariierende Menstruation als Strumanachblutung. Jalcowitz.
Intestinale Lymphogranulomatose. M. Biebl.
Behandlung postoperativer Magenblutungen mit Eigenblutinjektionen. C. Rausche.
Geheilte multiple Leberruptur nebst Darmverletzung. J. Erdély.
Aneurysmen der Arteria lienalis. Hans Näher.
Subokzipitaltuberkulose. Achmed Nureddin.

Konzentrationsschwache Gallenblase. (Ihre Beziehungen zur Cholezystographie.) Gallenblasen, deren Aeußeres bei der Operation kaum Veränderungen aufweist, können ihre mangelhafte Funktion im Röntgenbilde durch die fehlende Darstellbarkeit zu erkennen geben. Die Diagnose der mangelhaften Funktion wird noch dadurch verstärkt, daß man bei der Punktion der Gallenblase nur helle Galle erhält. Die Ansichten über die Aetiologie der konzentrationsschwachen Gallenblase sind nicht einheitlich. Verf. glaubt, letzten

Endes die Gründe in einer Zustandsänderung der Schleimhaut (organisch oder funktionell) erblicken zu müssen, wenn er es auch nicht ganz von der Hand weist, daß die histologische Beschaffenheit der Schleimhaut, sowie Zu- und Abflußstörungen an der mangelhaften Konzentrationsfähigkeit mitbeteiligt sind.

Praktische Erfahrungen mit einigen „narbenlösenden Mitteln". Verf. glaubt bei der Beurteilung der Wirksamkeit narbenlösender Mittel die Verschiedenartigkeit der Aetiologie der Narben berücksichtigen zu müssen. Traumatisch bedingte Narben müssen von denen unterschieden werden, die durch krankhafte konstitutionelle Anlage des Patienten bedingt sind. Thiosinamin und Fibrolysin, deren Wirkung theoretisch nicht einwandfrei begründet ist, hat auch praktisch bei Kontrakturen und Keloiden versagt. Mit mit Harnstoff gesättigter Rhodankaliumlösung wurde bei Hautnarben wohl eine vorübergehende Erweichung, aber keine klinische Heilung erzielt. Ein vorübergehender Erfolg würde ebenfalls durch Cholinchloridinjektionen erzielt, sein Dauererfolg ist aber ebenfalls von geringer Bedeutung. Dem Humanol eine narbenerweichende oder -lösende Wirkung zuzuschreiben, hält Verf. für irrig. Bei Strahlenbehandlung von Narbenkontrakturen, Keloiden und Dupuytrenscher Kontraktur wurden keine wesentlichen Besserungen erzielt. Bei Keloiden scheint eine gewisse Aussicht auf Besserung gegeben zu sein, wenn nach Exzision des Keloids Bestrahlung des offen gelassenen Wundgrundes ausgeführt wird. Auch die Versuche mit Pepsin-Pregl-Lösung ergaben, abgesehen von Narbenkontrakturen, nach Verletzungen bei gleichzeitiger medikomechanischer Behandlung, bei denen mitunter geringe Besserung eintrat, einen negativen Erfolg. Auch für die Adhäsionen in der Bauchhöhle hält Verf. die Pepsin-Pregl-Lösung nicht für geeignet.

Wirkungsweise des Heftpflasterverbandes bei der Behandlung von Knochenbrüchen. Soll der nach Bardenheuer angelegte Heftpflasterverband die richtige Wirkung erlangen, so ist die Reposition der Bruchenden unbedingt notwendige Voraussetzung. Erst dann trägt er den Dehnungsgesetzen der Weichteile und Muskeln Rechnung. Ist die Reposition nicht erfolgt, so ist er weder in anatomischer noch funktioneller Hinsicht geeignet.

Vereinfachtes Operationsverfahren bei habitueller Schulterluxation. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu der Ansicht, daß die Schultergelenksluxationen vielfach durch Druckwirkung zustande kämen, die von der sich anspannenden Bizepssehne auf den Humeruskopf ausgeübt wird. Auf Grund dieser Ueberzeugung wird ein neues Operationsverfahren, nämlich die zuverlässige Fixation der Sehne am Humeruskopf, vorgeschlagen. Die Operation wird derart ausgeführt, daß nach Freilegung des Sulcus intertubercularis die Bizepsscheide gespalten wird. Die Bizepssehne selbst wird an den Gelenkhöckern zu beiden Seiten der Rinne unter Durchstechung von Periost und Knochen mit starken Nähten befestigt. Einnähen der Sehne in die Gelenkkapsel. Etagenweiser Wundverschluß. Verband in Abduktionsstellung. Verf. will selbstverständlich mit dieser Methode kein allgemeines Operationsverfahren bei Schulterluxationen vorschlagen. Er glaubt aber, mit dem von ihm vorgeschlagenen Eingriffe, der nur wenige Minuten dauert, in einem großen Teil der Fälle auskommen und weit kompliziertere Operationsmethoden vermeiden zu können.

Statistischer Beitrag zur Strumektomie. Unter 265 Strumaoperationen, unter denen sich 30 Basedowfälle, 23 Thyreotoxikosen und 6 maligne Strumen befanden, betrug die Gesamtmortalität 14 = 5,2%. Bei den 216 einfachen Strumen kamen nur 3 Fälle (zweimal wegen Luftembolie, einmal wegen Herzschwäche) zum Exitus = 1,3%. Die Operationsmortalität der Basedowstrumen scheint von der zweckmäßigen Vorbehandlung abzuhängen. Von 18 nicht vorbehandelten Fällen starben 6 = 33⅓%, von 12 vorbehandelten nur 2 = 16,1%. Von den Basedowfällen wurden die 23 Thyreotoxikosen abgesondert. Ohne Vorbehandlung starben von 4 Fällen 1 = 25%, mit Vorbehandlung von 19 1 = 5,2%. Also auch für die Thyreotoxikosen scheint die Vorbehandlung eine wichtige Rolle zu spielen. Von den 6 malignen Strumen starb 1.

Gohrbandt (Berlin).

Archiv für klinische Chirurgie.

141., 3. Heft.

Divertikelileus. Fritz Kaspar.
Arthritis deformans im Rippenquerfortsatzgelenk. Arnold Bernstein
✦ Thrombose und spontane Blutstillung. Julius Sebestyén.
Calcaneusepiphyse. Ernst Bergmann.
Angeborener Metatarsus varus und seine Behanlung. Ernst Bergmann.
Entstehung und chirurgische Behandlung der Venenerweiterung des Samenstranges. J. A. Goljanitzki.
Hydrocele encystica. Schiele.
Syphilitische Dünndarmstriktur. R. Hinz.
Hydronephrotische Retentionscyste der Niere mit sekundärer Blutung nach Trauma. R. Hinz.
✦ Folgen der Unterbindung der Lungenarterie. S. A. Smirnoff.
Sinus pericranii (Stromeyer). F. Sorge.
Chirurgische Behandlung des Magen- und Duodenalulcus. Heinrich Börger.
Xanthomzellenbildung in pathologisch veränderten Mammae. Erich Lobeck.
Cholecystogastrostomie bei Magen- und Duodenalulcus nach der Operationsmethode von Bogoras. N. N. Nasarov.
✦ Einwirkung von Acridinfarbstoffen und Sanocrysin auf die Streptokokkeninfektion der Peritonealhöhle. Hans Landau.

Thrombose und spontane Blutstillung. Beim Verschluß eines Gefäßes kommen folgende Möglichkeiten in Betracht: Bildung eines inneren Thrombus mit sekundärer Organisation, Endothelwucherungen aus dem subendothelialen Gewebe, glattes Verkleben der Intima und ihre Kombinationen. In durchgetrennten Gefäßen ist das Entstehen eines Thrombus häufiger, als beim abgebundenen Gefäß. Die Bildung der Thromben ist in den Arterien seltener als in den Venen. In den Arterien bildet sich der Thrombus häufiger oberhalb der Abbildung, bei den Venen häufiger unterhalb. Ob sich ein Thrombus bildet oder nicht, hängt besonders von den Muskeln und elastischen Elementen der Gefäßwandung ab, ferner von den umgebenden Gewebsarten und den Druckverhältnissen, ferner von der Stelle der Nebenäste und der Möglichkeiten der Ausbildung eines kollateralen Kreislaufes. Auch das Material und die Art der Abbildung sind nicht ohne Einfluß auf die Thrombenbildung. Durch weitere Untersuchungen stellt Verfasser fest, daß der Thrombenbildung bei der Frage der spontanen Blutstillung nur eine ganz untergeordnete Rolle zugeschrieben werden kann. Seiner Ansicht nach besteht die Möglichkeit einer spontanen Blutstillung an offenen Gefäßen nur infolge der eintretenden Druckerhöhung an Gefäßstümpfen. Ob diese Druckerhöhung innerhalb oder außerhalb des Gefäßes vor sich geht, ist gleichbleibend.

Folgen der Unterbindung der Lungenarterie. Bei Unterbindung der Lungenarterie geht die Lunge in funktioneller Hinsicht zugrunde, indem fibröse Atrophie des Lungengewebes eintritt. Als Spätfolgen der Unterbindung werden starke Veränderungen in der Schleimhaut der Bronchien, zuweilen sogar Höhlenbildung im Lungenparenchym gefunden. Auf Grund dieser Untersuchungen kann die Unterbindung von Zweigen der Lungenarterie bei Bronchiektasien nicht als angezeigt angesehen werden. Bei Verletzung der Lungenarterie ist zweckmäßiger die Arteriennaht als die Unterbindung anzusehen.

Einwirkung von Acridinfarbstoffen und Sanocrysin auf die Streptokokkeninfektion der Peritonealhöhle. Verfasser versucht, die mit Streptokokken infizierte Peritonealhöhle durch Spülung mit Acridinfarbstoffen ¼ bis 2 Stunden nach der Infektion zu verhüten. Mit Durchspülung mit Trypaflavin gelang es, einige Mäuse zu retten, in einzelnen Fällen ihren Tod zu verzögern. Ein besserer Erfolg wurde erreicht, wenn die Tiere subkutan mit Sanocrysin vorbehandelt wurden. Es gelang dem Verfasser, mit dieser Kombination: subkutaner Sanocrysin-Injektion in offener Trypaflavinspülung deutliche Erfolge zu erzielen.

Gohrbandt.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

34., Heft 6.

✦ Röntgenologische Differentialdiagnose der Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren. R. Kienböck.
Röntgenprojektorische und röntgenanatomische Symbole. I. Robinsohn.
✦ Der solitäre umschriebene rundliche Schatten im Lungenröntgenogramm. M. Lüdin.
✦ Mukozele der Keilbeinhöhle. E. L. Meisels.
✦ Intensitätsverteilung der Röntgenstrahlenenergie innerhalb und außerhalb des Strahlenkegels bei verschiedenen Betriebsbedingungen. A. Abraham.
✦ Glühventilgleichrichter. H. Chantraine und B. Profitlich.
✦ Strahlenausbeute von gashaltigen und gasfreien Röhren. H. Chantraine.
Wie wirkt sich das „Stäbchensehen" in der Röntgenoskopie aus? W. Hausmann.
✦ Statistisches über den Röntgenbetrieb in den Krankenhäusern Deutschlands. H. Th. Schreus.
✦ Eine Durchleuchtungsaufnahmeeinrichtung. R. Feissly.
Der Periskoptubus. W. Alberti.
✦ Streustrahlenschutz in der Diagnostik. E. Schlechter.
Ein „Fernschalter" für gezielte Momentaufnahmen. H. Dressen.
✦ Vergleichende Untersuchungen im Handel befindlicher Bariumsulfatkontrastmittel. G. Geyer.
Eigentümliches Phänomen in Amputationsstümpfen. Breitländer.
Eine verkalkte Pleuraschwarte. W. Arnold.
✦ Fortschritt der Rotlichtröntgendurchleuchtung mit meiner verbesserten, beweglichen Pendelzugaufhängung der Lampe. G. H. Schneider.
Stereoskopische Röntgenographie des Türkensattels. H. Richter.
Angeborener Radiusdefekt mit Verbildung der Handwurzelknochen. A. Herzog.
Verfahren zur Kontrolle des Milliamperemeterausschlages während des Betriebes bei therapeutischen Röntgenbestrahlungen. H. Herrmann.

Röntgenologische Differentialdiagnose der Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren. Die Unterscheidung eines Aortenaneurysmas von einem Mediastinaltumor ist bei der äußeren klinischen Untersuchung häufig ganz unmöglich, so daß die Entscheidung von der Röntgenuntersuchung abhängig gemacht werden muß. Doch ist auch bei der Durchleuchtung und bei der Aufnahme große Vorsicht geboten, ja, man kann sagen, daß die Unterscheidung beider Leiden zu den schwierigsten Aufgaben der Röntgendiagnostik gehört. Man muß sich stets die typischen Formen vor Augen halten, um im gegebenen Fall das Röntgenbild richtig werten zu können. Bei den Affektionen der Aorta ist zu unterscheiden zwischen den Erweiterungen auf atherosklerotischer Grundlage und denjenigen auf syphilitischer Grundlage. Die Atherosklerose der Aorta führt zu einer ziemlich gleichmäßigen zylindrischen Dilatation geringeren bis mittleren Grades. Im sagittalen Bild des Thorax findet sich eine gleichmäßige Vergrößerung des ganzen suprakardialen Aortenteils, eine Verbreiterung und Verlängerung. Dabei zeigen sich alle drei Hauptteile der Aorta in ähnlicher Weise verändert. Der Vorsprung der Aorta ascendens auf der rechten Seite führt zu einer Ausfüllung der normalen Einbuchtung zwischen Aortenbogen und dem Bogen des rechten Vorhofs. Das Aortenbild als ganzes bleibt erhalten, es ist nur allseitig vergrößert, aber nicht verunstaltet. Gelegentlich ist eine Verkalkung im Röntgenbild direkt zu sehen. Sehr selten kommt es bei der Atherosklerose zu aneurysmatischen Bildungen. Bei den Dilatationen syphilitischer Natur finden sich aneurysmatische Erweiterungen sehr häufig, sie sind spindelig oder sackförmig und sind gelegentlich in der Mehrzahl vorhanden. Auch hier ist die Aorta meistens gleichzeitig verlängert. Im Gegensatz zu den atherosklerotischen Formen führt die luetische Aortenerkrankung zu gröberen Deformationen des Gefäßbildes. Es können auch beide Krankheiten — Atherosklerose und Syphilis — kombiniert vorkommen. Für die Praxis ist die Unterscheidung der Aortenaneurysmen nach ihrem Sitz in Ascendens-, Arcus- oder Descendensaneurysmen wichtig. Es ist aber zu beachten, daß die einzelnen Formen miteinander kombiniert sein können. Ein charakteristisches Bild gibt das umschriebene Sinusaneurysma der Aorta mit Dehnung und Ausbuchtung am Anfangsteil des Gefäßes, besonders am Bulbus im Gebiet der Valsalvaschen Taschen. Sehr wichtig ist die Beachtung der Pulsation. Diese hängt nicht nur von dem Ausmaß der wirklichen Pulsationsgröße ab, sondern auch von der Tiefenlage. Sie erscheint um so stärker, je weiter nach hinten das pulsierende Organ liegt. Die Pulsation selbst hängt ab von der Stärke der Herzarbeit, der Ausdehnung des Rohres insbesondere auch von der Elastizität der Wand.

Was nun die Mediastinaltumoren anbelangt, so kommen in Betracht 1. die intrathorakale Struma, 2. Thymustumoren, 3. mediastinale Lymphome, 4. die primären Karzinome und Sarkome der Mediastinallymphdrüsen und schließlich 5. Neurofibrome, Fibrome, Lipome, Teratome und Dermoide. Ferner sind differentialdiagnostisch zu beachten die Geschwülste der Lungen und Bronchien, die mediastinalen Pleuraexsudate, Erkrankungen der Speiseröhre und Wirbelsäule. Für die Differentialdiagnose sind nun folgende Regeln aufzustellen:

Eine allseitige Vergrößerung des Aortenkuppenbildes spricht mit größter Wahrscheinlichkeit für eine Aortenaffektion. Differentialdiagnostisch sind zu beachten insbesondere Oesophaguskarzinome, welche ähnliche Röntgenbilder ergeben und auch Pulsationserscheinungen zeigen können. Eine einseitige Vergrößerung des Aortenkuppenbildes kann hervorgerufen werden durch bloße Verschiebung und Freilegung der Kuppe nach links. Wenn der Vorsprung dann einem Rohr von der Breite der normalen Aorta entspricht oder dieselbe nur wenig übertrifft, so ist mit ziemlicher Sicherheit auf Tumor zu schließen. Besonders häufig ist dieses Bild bei rechtsseitigen thorakalen Strumen. Ein vollständiges Fehlen des Kuppenbildes und ein Ersatz desselben durch unregelmäßig geformte und auch seitlich stärker ausladende Massen spricht ebenfalls für Tumor. Gelegentlich findet man dann einen dichteren Kernschatten, der der Aorta entspricht. In seltenen Fällen kann das Bild vorgetäuscht werden durch ein Aneurysma dissecans. Unregelmäßige wellige Konturen können bei beiden Erkrankungsarten vorkommen, doch sind aus dem Verlauf der Außenlinien immerhin einige Rückschlüsse möglich. Sehr unregelmäßig konvexe oder besonders konkave oder eckige Linien sprechen für Geschwülste, namentlich bösartige. Gleichmäßig bogig-konvexe Linien kommen sowohl bei Aortenerkrankungen als auch bei gutartigen Tumoren vor (Strumen, Fibrome, Lipome usw.). Es ist zu beachten, daß bei solchen Tumoren auch Pulsation vorhanden sein kann. Gerade, senkrecht verlaufende parallele Grenzen sprechen für Tumor, besonders für Thymustumor. Unregelmäßige zackige oder verschwommene Grenzen sind mit größter Wahrscheinlichkeit auf bösartige Tumoren zu beziehen. Es kommen zwar auch bei Aneurysmen von erheblicher Größe und Wandverdünnung Zackenbildungen in den Grenzlinien vor, doch sind dieselben dann meistens kleiner und kürzer. Streifige Verkalkungslinien in den Randzonen sprechen für verkalktes Gefäß, Bewegung beim Schlucken für Struma.

Wichtig ist auch die Beachtung der Nachbarorgane. Bei Aortenaffektionen ist häufig das Herz vergrößert, manchmal auch verzogen. Bei Aneurysmen der Aortenwurzel besteht oft gleichzeitig eine Aortenklappeninsuffizienz mit entsprechendem typischen Röntgenbild. Bei den Aneurysmen der Aorta descendens dagegen ist das Herz meist unbeteiligt. Bei Tumoren sind charakteristische Erscheinungen am Herzen selten, erst im späteren Stadium der Erkrankung tritt infolge Herzmuskelschwäche allgemeine gleichmäßige Herzerweiterung auf. Durch einen Perikarderguß oder durch Einwucherung von Geschwulstmassen in die Herzwand können auffallende Röntgenbilder hervorgerufen werden. Ein negativer Herzbefund spricht eher für Geschwulst als für Aneurysma. Die Verschiebung der Luftröhre und der Speiseröhre kann durch beide Erkrankungsgruppen hervorgerufen werden. Bei Aneurysma ist die Trachea aber meist nur im unteren Teil verschoben, im oberen Teil dagegen fast normal gelagert. Die Verschiebung des rechten Hauptbronchus nach rechts oben spricht für ein rechtsseitiges Bogenaneurysma.

Schließlich hat sich die Beachtung zweier Faustregeln als sehr zweckmäßig herausgestellt. Die Thoma-Kienböcksche Regel besagt, daß bei großen Aortenaneurysmen sich meistens gleichzeitig eine Dehnung der benachbarten Aortenabschnitte findet. Der negative Befund, das Fehlen von solchen Dehnungserscheinungen, spricht mit großer Sicherheit für Tumor. Der positive Befund ist weniger entscheidend. Die Regel gilt nur bei großen sackförmigen Aneurysmen. Die zweite Regel, die Kienböcksche Aortenasymmetrieregel, erfordert die Herstellung eines Pausbildes von dem in Frage stehenden Schatten und dem Herzen. Verbindet man die rechte untere Randlinie (Aszendenzlinie) und den linken oberen Kontur (Bogenkuppenlinie) durch zwei Bogenlinien, so erhält man ein eiförmiges Bild, das Aortenoval. Ebenso ergänzt man die Herzkonturen zu einem geschlossenen Herzoval. Beide Ringe bilden miteinander einen nach links offenen Winkel. Es lassen sich bei den verschiedenen Arten der Aortenerkrankungen bestimmte Typen herausheben, immer aber findet sich im suprakardialen Aortenbild eine charakteristische Asymmetrie in der Form. Auch der Schattenton zeigt eine Asymmetrie insofern, als der rechtsliegende Aszendensteil dunkler erscheint, als der linksliegende Arkusabschnitt. Ferner ist die Randkontur rechts schärfer als links, während die Pulsation auf der linken Seite stärker ist. Die genannten Merkmale, der positive Asymmetriebefund nach Kienböck, spricht mit großer Sicherheit für Aortenerkrankung, der negative dagegen ist nicht sicher zu verwerten.

Die Röntgendiagnose hat alle genannten Merkmale zu beachten, selbstverständlich darf auch der übrige klinische Untersuchungsbefund nicht vernachlässigt werden.

Der solitäre, umschriebene, rundliche Schatten im Lungenröntgenogramm. Kurze differentialdiagnostische Bemerkungen zu den in Betracht kommenden Erkrankungen: primäres Lungensarkom, primäres Lungenkarzinom, intrathorakale Struma, Lungenechinokokkus, interlobäres Empyem, Lungenabszeß, Lungenaktinomykose, Lungeninfarkt.

Intensitätsverteilung der Röntgenstrahlenenergie innerhalb und außerhalb des Strahlenkegels bei verschiedenen Betriebsbedingungen. Durch Untersuchungen auf photographischem und ionometrischem Wege werden die bekannten Ergebnisse der Holfelderschen Untersuchungen bestätigt. Es zeigt sich, daß der Strahlenkegel bis in große Tiefen hinein erhalten ist. Der Randstrahl des Strahlenkegels bildet eine scharfe Grenze zwischen Strahlenlicht und Strahlenschatten. Der Streustrahlenmantel außerhalb des Strahlenkegels ist birnenförmig und hat sehr geringe Energiewerte. Die Intensität nimmt von der Mitte des Strahlenkegels nach dem Rande zu nicht wesentlich ab. Die Intensitätskurve hat in den ersten zwei bis drei cm-Teilen einen Buckel und erst von da ab beginnt steiler Abfall.

Mukozele der Keilbeinhöhle. Beschreibung eines Falles von Mukozele der Keilbeinhöhle bei einem 13jährigen Mädchen, bei der röntgenologisch eine starke Vergrößerung und intensive Verschattung der Keilbeinhöhle gefunden wurde. Im klinischen Bilde bestanden Kopfschmerzen, Erbrechen, Abnahme der Sehschärfe, Schläfrigkeit, Aufhören der Menses, auffallende Verfettung. Operation. Heilung.

Glühventilgleichrichter. Die Vorzüge des Glühventilgleichrichters bestehen zunächst in seinem geräuschlosen Arbeiten. Ferner ist der Spannungsabfall sehr gering, er beträgt nur gegen 100 Volt, während der Scheibengleichrichter einen Spannungsabfall von über 6000 Volt aufweisen kann. Ferner werden bei dem Glühventilgleichrichter die Oberschwingungen vermieden, die bei den älteren Apparaten unter Umständen die Strahlenausbeute erheblich beeinträchtigen können. Ferner ist die Gleichrichtung bei Glühventilgleichrichtern immer zuverlässig, während bei der Gleichrichterscheibe eine Verschiebung die Stromphasen beeinflussen und zu Fehlaufnahmen führen kann.

Andererseits führt bei dem Weichstrahlenverfahren der Scheibengleichrichter bei gleicher Strahlenausbeute zu einer wesentlich geringeren Wärmebelastung des Brennflecks der Röntgenröhre. Verfasser meinen, daß dem Glühventilgleichrichter nicht die Zukunft gehören wird.

Strahlenausbeute von gashaltigen und gasfreien Röhren. Die gashaltige Röhre liefert bei weicher Strahlung doppelt so viel Röntgenstrahlen als die gasfreie Röhre. Bei der letzteren liefert etwa nur der dritte Teil des durch die Röhre fließenden Stroms die bilderzeugenden Röntgenstrahlen. Der einzige Weg zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit der gasfreien Röhre ist die Einführung von reiner Gleichspannung.

Statistisches über den Röntgenbetrieb in den Krankenhäusern Deutschlands. Eine Umfrage an 496 deutsche Krankenhäuser ergab u. a. die erstaunliche und betrübliche Tatsache, daß in 80% der kleineren Krankenhäuser der Röntgendienst nur durch Schwestern, Assistentinnen oder anderes, nichtärztliches Personal versehen wird. Es liegt auf der Hand, daß hierin eine große Gefahr für die Kranken und gleichzeitig auch für die Krankenhausleitung begründet ist. Ferner ist diese Tatsache ein Zeichen dafür, wie wenig auch heute noch die Voraussetzungen für sachgemäß röntgendiagnostisches und röntgentherapeutisches Arbeiten erfüllt sind.

Eine Durchleuchtungsaufnahmeeinrichtung. Beschreibung eines Apparates, der es in bequemer Weise ermöglicht, Röntgenaufnahmen unmittelbar im Anschluß an die Durchleuchtungen vorzunehmen (gezielte Momentaufnahmen).

Streustrahlenschutz in der Diagnostik. Untersuchungen über die bei den gewöhnlichen Diagnostikstativen austretende Streustrahlung ergaben, daß der Schutz für die indirekte Strahlung unzuverlässig ist. Um die Strahlung auf das für das Personal zuträgliche Maß zu beschränken, ist erforderlich, strahlengeschützte Röhren zu verwenden und außerdem einen besonderen Streustrahlenschutz in Form von Bleigummistreifen anzubringen, die zu beiden Seiten des Patienten aufgehängt werden.

Vergleichende Untersuchungen im Handel befindlicher Bariumsulfatkontrastmittel. Die Kontraststärke ist bei den meisten Präparaten ausreichend, am besten bei Eubaryt, Röbaryt und Röntyum. Die Homogenität der Aufschwemmung ist am besten bei Röntyum, Citobarium, Baradiol sowie nach kurzem Aufkochen das Idrabarium und Röbaryt oral. Für Rektaleinläufe besonders geeignet Eubaryt und Röbaryt rectal. Bezüglich des Geschmackes stehen Eubaryt und Citobarium an erster Stelle. Ein allen Anforderungen genügendes Mittel ist bis jetzt noch nicht gefunden.

Fortschritt der Rotlichtröntgendurchleuchtung mit meiner verbesserten beweglichen Pendelzugaufhängung der Lampe. Es wird empfohlen, die Durchleuchtungen nicht im dunklen Zimmer vorzunehmen, sondern bei rotem Licht. Hierzu ist es erforderlich, daß der Durchleuchtungsschirm mit einem Grünfilter armiert ist, das die Fluoreszenzstrahlen des Schirmes hindurchläßt. Der Schirm erscheint dann schwarz. In der von Heyden ausgearbeiteten Garnitur ist die Farbe des roten Lichtes so gewählt, daß sie die genaue komplementäre Farbe zu dem Fluoreszenzlicht darstellt. Sch. empfiehlt nun, außer der Differenzierung an der Helligkeit der Rotlampe eine weitere feine Regulierung vorzunehmen, indem die Lampe beweglich an einem Zugpendel befestigt ist. Hierdurch gewinnt das Röntgenbild an Nuancierung.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

16., 1. Heft, 1926.

✦ Kommen rechtsseitige otogene Sinusthrombosen häufiger vor wie linksseitige? Ludwig Haymann.
✦ Störungen der Rythmenproduktion bei taubstummen Kindern. Oskar Benesi.
Ein Fall von primärer Diphtherie des äußeren Ohres. Cornelius Veits.
✦ Der blutende Septumpolyp. Wilhelm Schreyer.
✦ Erklärungen, Erwiderungen, erläuternde Bemerkungen zu Scheibes Artikel: „Meine Lehre vom Empyem. Warnung vor der Bezeichnung Mastoiditis" usw. Joseph Beck, H. Herzog, W. Krainz und G. Pommer.
Anatomie und Behandlung der Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes. G. Engelhardt.
✦ Neuer Weg zur Leitungsanästhesie des 2. Trigeminusastes. Slobodnik.
✦ Operation der Zahnzysten. H. Loebell.
✦ Flora des Tracheobronchialbaumes am Lebenden. F. Haßlinger und H. Sternberg.
✦ Oberflächliche Kleinhirnaffektionen. F. Leiri.
✦ Mucosus-Meningitis. Ernst Urbantschitsch.

Kommen rechtsseitige otogene Sinusthrombosen häufiger vor als linksseitige? Unter Berücksichtigung eines größeren Materials der Münchener Ohrenklinik konnte die bisher bestehende Ansicht nicht bestätigt werden, daß rechtsseitige Sinusthrombosen häufiger als links vorkommen, und daß interkranielle Komplikationen am rechten Ohr häufiger als am linken auftreten. Für die Operationsindikation kommt die Seitenangabe nicht weiter in Frage.

Störungen der Rhythmenproduktion bei taubstummen Kindern. Der Vestibularfunktion wird eine bedeutende Rolle bei der Produktion willkürlicher Rhythmen zugeschrieben. Die labyrinthäre Beeinflussung der Rhythmizität wird in den Otholithenapparat verlegt.

Der blutende Septumpolyp. Septumpolypen und teleangiektatische Granulome haben miteinander große Aehnlichkeit. Zur Therapie wird Ausschneiden der anliegenden Septumschleimhaut oder Verschorfung und Kauterisation der Ansatzstelle empfohlen.

Mastoiditis und Empyem. Je nach Temperament gehen die Autoren auf die Scheibeschen Angriffe ein, sowohl auf die wenig geschmackvoll-persönlichen, wie auf die mannigfach merkwürdig wissenschaftlichen. Hervorgehoben sei der Herzogsche Artikel. Denn man geht wohl nicht fehl, wenn man mindestens zu zwei Drittel in Korrespondenz der Scheibeschen Vorwürfe Herzog und weniger Krainz als antwortenden Gegner ansieht. Vielleicht kann man daraus auch eine gewisse Gegnerschaft der einzelnen Universitätsinstitute ersehen. Für Uneingeweihte verbirgt sich ja hinter mancher wissenschaftlichen Streitfrage eine persönliche Differenz. Der vorliegende Artikel hebt wenigstens erfreulich das gesunkene Niveau des Kampftones. Sachlich sei berichtet, daß das Material Krainz wohl weit umfangreicher ist, als das ältere Scheibes. K. untersuche Knochenstücke (natürlich möglichst erkrankte) aus allen Teilen des Warzenfortsatzes, während Sch. sich seinerzeit auf die Untersuchung der Fistelränder beschränkte. Daß eine klinische Untersuchung vorherging, und nicht einfach wild drauf los operiert wurde, wird von der berufensten Seite energisch festgestellt. Erstaunt darf man darüber sein, daß genug Belege beigebracht werden, wo Sch. selbst den Ausdruck „Mastoiditis" gebrauchte. Nach vorliegender Arbeit erscheint dem Ref. keine zwingende Notwendigkeit vorzuliegen, den Ausdruck „Mastoiditis" fallen zu lassen.

Neuer Weg zur Leitungsanästhesie des 2. Trigeminusastes. Daß alle bisher veröffentlichten Methoden zur Anästhesie des Ggl. spheno. palat. ihre Schwierigkeiten haben — einschließlich der kürzlich publizierten Methode von Reddingius — ist wohl bekannt. Jeder weitere Versuch, vereinfachte Wege ausfindig zu machen, darf daher nur begrüßt werden. Ob die vorliegende Methode die bessere ist, muß erst die Zukunft erweisen. Jedenfalls ist sie von dem Autor recht einleuchtend beschrieben. Die Injektion wird vom Munde aus in der Nische zwischen Wange, Proc. alveol. und Proc. pterygoid. vorgenommen. Eine eigens dazu konstruierte Kanüle ist notwendig.

Operation der Zahnzysten. Bei Zahnzysten muß zuerst der kranke Zahn selbst versorgt werden. Bei großen Zysten ist nach Luc-Caldwell zu operieren, der Zystenbalg am Boden der Kieferhöhle aber nicht anzutasten.

Flora des Tracheobronchialbaumes am Lebenden. Die Untersuchungen ergaben, daß sich im Larynx eine geringe Bakterienflora finden kann, die tieferen Luftwege aber unter gewöhnlichen Umständen steril befunden werden.

Oberflächliche Kleinhirnaffektionen. L. konnte beobachten, daß der Finger-Nasenversuch gebremst werden kann, wenn oberflächliche Kleinhirnläsionen vorliegen. Sollte sich das Phänomen bewahrheiten, so kämen wir in die Lage, beginnende Kleinhirnaffektionen zeitiger als bisher diagnostizieren zu können.

Mucosus-Meningitis. U. führt eine große Zahl von Krankengeschichten an, in denen der Nachweis einer Mucosus-Infektion erbracht werden konnte. Die Auszüge erscheinen deshalb besonders wertvoll, weil keine Rücksicht auf den letalen Ausgang genommen, sondern wahrheitsgetreu berichtet wird. Der Prozentsatz der Fälle, in denen es bei Nachweis des Mucosusbazillus zum Exitus kam, ist erschreckend hoch. U. postuliert deshalb, daß auch bei normalem oder annähernd normalem Trommelfellbefund die beiderseitige Antrotomie vorzunehmen ist, falls durch die frühzeitige Lumbalpunktion der diagnostische Nachweis der Infektion erbracht werden kann.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 36, 4. September 1926.

Muchow-Lewysche Leprareaktion. A. Paldrock.
Resorption von subkutan eingespritztem Magisterium Bismuti auf Grund von röntgenographischen Untersuchungen. E. Sonnenberg.
Präkolumbische europäische Syphilis. Philipp Hildebrand.

83., Nr. 37, 11. September 1926.

◆ Pelveoperitonitis gonorrhoica beim Manne. Carl Stern.
◆ Nachweis der Syphilis aus dem Blutbilde nach Antoni. C. Stern und W. Strauss.
Therapie des Pemphigus vulgaris. H. Th. Schreus und Grete Esser.
Bewertung der Kolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis. H. Th. Schreus, H. G. Rottmann und H. Wegener.
Lehre des Ekzems. (Funktionsprüfungen usw.) Evening.
◆ Urtikarielles Mesurolexanthem. Adolf Helfer.
Hemiatrophia faciei und Sklerodermie. Fritz Ben.
Untersuchungsergebnisse mit der aktiven Methode des Komplementablenkungsversuches. Max Hesse und Ernst Kiene.

Pelveoperitonitis gonorrhoica beim Manne. Analog der gonorrhoischen Pelveoperitonitis der Frauen mit ihren Adhäsionen und Pseudomembranen läßt sich auch beim Manne ein ähnliches Krankheitsbild nachweisen, bei dem, ohne daß ein Prostataabszeß voraufgegangen wäre, eine seröse Durchtränkung des ganzen Organes und seiner Umgebung mit chronisch-entzündlichen Veränderungen zu Verhärtungen und Verdickungen des interstitiellen Bindegewebes führt. Sie sind als breite Infiltration zu fühlen, die sich seitlich auf der Beckenwand fortsetzt und eine noch oben nicht abgrenzbare Verdickung zeigt. Prostata und Samenblasen sind dadurch fest eingemauert und erstere in ihrer normalen Beweglichkeit beschränkt. Subjektive Beschwerden können dabei fehlen, doch kann das Krankheitsbild auch Ursache sexuell neurasthenischer Zustände sein. Therapeutisch ist von Massage abzuraten und außer Bettruhe Arzberger und Hyperämie in Form von Dithermie vom Mastdarm aus zu empfehlen.

Nachweis der Syphilis aus dem Blutbilde nach Antoni. Die von Antoni beschriebenen Kernveränderungen der Lympho- und Leukozyten (Färbbarkeit, Gangbildung), die für Syphilis charakteristisch sein sollten, finden sich auch bei anderen Erkrankungen (Tuberkulose, Ekzem, Pyodermie, Mikrosporie). Daß die Erscheinungen bei Syphilis quantitativ häufiger vorkommen, mag sein, doch sind die Unterschiede quantitativer und qualitativer Art so feine, daß sie höchstens für den ganz besonders ausgebildeten Kliniker, keinesfalls aber für den Praktiker verwertbar sind.

Urtikarielles Mesurolexanthem. Bei kombinierter Mesurol-Neosilbersalvarsankur trat in 2 Fällen nach 2,0 bzw. 6,0 g Mesurol ein unter starkem Jucken mit fleckigem Erythem beginnendes, dann urtikariell werdendes und in Kürze mit einem Erythem wieder verschwindendes Exanthem an Armen und Beinen auf, das sich in mehrfachen Schüben wiederholte. Da das weiter gegebene Salvarsan keine Erscheinungen auslöste, solche jedoch nach weiteren Mesuroldosen sich wieder zeigten, wird das letztere als Ursache der Komplikation angesprochen. Durch vorübergehende Minderung der Dosen ist eine Desensibilisierung der Haut zu erzielen, so daß schließlich sogar größere Dosen anstandslos vertragen werden.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 34.

Behandlung Nervenkranker von einem praktischen Gesichtspunkt aus betrachtet. O. Veraguth.
Schwindelapparate gegen Schwerhörigkeit. E. Schlittler.
◆ Garage-Unfälle. I. Dettling.
◆ Erfahrungen des im Oriente praktizierenden Arztes betreffs Vorkommen, Verlaufes und Ausganges der akuten und chronischen Appendizitis. I. Falscher-Zürcher.
Anwendung von Allonal. M. Haeß und Ch. Huyssen.

Garage-Unfälle. Der Leichenfund in der Garage ist eine Situation, die immer Anlaß zu ganz bestimmt gerichteten Untersuchungen geben muß, seit man weiß, daß durch die Auspuffgase der Automobilmotore tödliche giftige Gase in großen Mengen entweichen und sich in geschlossenen Räumen relativ schnell zu tödlichen Konzentrationen ansammeln können.

Beim Leerlaufen von Motoren in Garagen ist die Möglichkeit der Kohlendioxydbildung eine relativ große, weil einerseits die Benzinzufuhr oft allzu reichlich ist, andererseits weil der Motor in der geschlossenen Garage die Luft um so schneller verbraucht, je kleiner der Raum ist.

Auch geringe Kohlenoxydkonzentrationen können den Tod herbeiführen bei bereits geschwächten und kranken Menschen, in erster Linie bei Anämien, Karzinom, Pleuritiden.

Verschiedene Regierungen haben Verbote und Vorschriften in puncto Leerlaufenlassens von Motoren in die Reglements für Garagen aufgenommen. Durch die gesetzlichen Vorschriften und die Aufklärung aller Chauffeure wird diese in ihren Grundlagen wissenschaftlich vollständig erforschte Gefahr in kurzer Zeit bekämpft werden können, wenn das Zuwiderhandeln als grobe Fahrlässigkeit von Gesetzeswegen behandelt und geahndet wird.

Erfahrungen des im Oriente praktizierenden Arztes betreffs Vorkommen, Verlaufs und Ausganges der akuten und chronischen Appendizitis. Dem praktischen Arzt, selbst dem Chirurgen am Hospital, stehen im Orient nicht die wissenschaftlichen Hilfsmittel zu Gebote, um seine Erfahrungen am Krankenbett wissenschaftlich zu prüfen und zu sichten, so daß das Persönliche seiner Erlebnisse, seiner Eindrücke, seiner mühsam erworbenen Kenntnisse immer etwas Problematisches behalten muß. Immerhin ergeben die Einzelerfahrungen von Jahrzehnten einen Gesamteindruck, welcher beweist, daß Menschen, Verhältnisse, Krankheiten und ärztliches Handeln im Orient denselben Grundsätzen unterliegen, wie in Europa, so daß z. B. in Appendizitisfällen hier wie dort — die Frühoperation aller ärztlichen Weisheit Anfang und Ende sein muß.

Hierbei ist zu bemerken, daß — gemäß dem subtropischen Klima — die akuten Appendizitiden meistens einen rapid ungünstigen Verlauf nehmen. Oft tritt schon nach 16 Stunden Perforation und allgemeine Peritonitis ein.

Bei chronischen und subakuten Appendizitiden, die aus irgendeinem triftigen Grunde nicht chirurgisch behandelt werden können, hat sich die folgende konservative Behandlung der Amerikaner bestens bewährt: keine Laxativa, sondern früh und abends je 1 Eßlöffel Olivenöl, keine Opiate. 0,25 bis 0,5 Salol ein- bis zweimal täglich; der Kranke darf soviel er will Eiweißwasser trinken oder auch Mineralwasser; als Nahrung erhält er in 24 Std. nur zweimal 125 bis 150 g Joghurt. Bei Fieber und Schmerzen werden zwei- bis dreistündlich hydropathische Leibumschläge gemacht.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70. Jahrgang, 31. Juli 1926, zweite Hälfte, Nr. 5.

◆ Entfernung der Gebärmutter nach Kaiserschnitt. Nijhoff.
◆ Künstliche Immunisierung gegen Diphtherie. Limborgh Meyer.
Blutzuckerbestimmung für die Praxis. Sybrandy.
◆ Weilsche Krankheit. van Gelder.
Anwesenheit von Lebenserscheinungen in Heterotransplantaten von Knochengewebe. Finaly.
Entdeckung der Mikroglia und ihre Bedeutung für die Neurogliafrage. Polderman.

Entfernung der Gebärmutter nach Kaiserschnitt. Von 250 Kaiserschnittoperationen, die in der Groningenschen Universitätsklinik ausgeführt worden waren, mußte neunzehnmal die Entfernung der Gebärmutter angeschlossen werden. Zweimal geschah dies bei Kaiserschnitt wegen Beckenverengung, weil die Gebärmutter sich schlecht kontrahierte, dreimal waren eine große Anzahl teils subseröser, teils intramuraler Myome die Ursache: Hiervon zweimal machte ein faustgroßes Myom im Cavum Douglasi den Durchtritt des Kindes unmöglich und in einem dritten Fall war durch einen anderen der Frau im dritten Schwangerschaftsmonat angeraten worden, wegen multipler Myome die Entfernung der Gebärmutter machen zu lassen, sie folgte aber diesem Rat nicht. Bei der Operation ergab sich eine große Anzahl von Myomen, so daß die supravaginale Amputation nötig wurde. Ferner wurde dreimal wegen Zervixkarzinom zur Sectio Caesarea und Uterusexstirpation übergangen. In 3 anderen Fällen wurde schon vor der Geburt beschlossen, die Operation zur Verhütung von Störungen im Wochenbett auszuführen. (Uterusruptur, Bauchwandfistel, Placenta praevia). Siebenmal waren Blutungen am Ende der Schwangerschaft der Anlaß zur Operation, hiervon waren 3 Multiparae mit Placenta praevia, bei denen sofort nach Geburt des lebenden Kindes die zuführenden Blutgefäße abgeklemmt wurden, so daß die Frau bei der Operation kaum mehr Blut verlor und das Wochenbett ohne schwere Anämie überstanden wurde. Der Autor weiß wohl, daß diese prophylaktische Operation, die durch Tubenresektion zur Sterilisation führt, von anderen abgelehnt wird, steht aber auf dem Standpunkt, daß eine Frau, die mehr als 6 oder 12 Kinder geboren hat und durch Blutungen vor der Geburt geschwächt ist, am besten daran ist, wenn sie ihr Wochenbett frei von Nachblutungen durchmacht und für immer von einer Wiederholung der durch Blutung gestörten Schwangerschaft geschützt ist. Eine Frau mit Placenta praevia kam leider nicht vor der Geburt in die Klinik, sondern während der Geburt und nachdem sie bereits mehrfach untersucht war. Hier kam es nach dem klassischen Kaiserschnitt zur eitrigen Endometritis und Tod am 11. Tage nach der Operation. Hier ist also die Gebärmutter zum Schaden der Frau nicht entfernt worden.

Künstliche Immunisierung gegen Diphtherie. Verfasser kommt zu dem Resultat, daß die künstliche Immunisierung gegen Diphtherie mittels dreier Subkutaninjektionen von ½—1 ccm des T. A. U.

genannten Impfstoffes sehr großen Wert hat und soviel wie möglich angewendet werden sollte. Die Behandlung ist ungefährlich und verursacht geringe Beschwerden. Man soll vor allem junge Kinder immunisieren, da diese die geringsten Beschwerden nach den Einspritzungen haben, andererseits auf sie die größte Krankheits- und Sterbeziffer fällt. Die Schicksche Reaktion hat zweifellos wissenschaftlichen Wert, ihre Anwendung in der Praxis ist aber nicht ratsam.

Weilsche Krankheit. Im Sommer 1925 hat in Delft eine kleine Epidemie von mäßig-schweren und leichten Fällen von Weilscher Krankheit geherrscht. Diese Epidemie reduzierte die Sterblichkeit an dieser Krankheit in Niederland von 75 auf 23%. Höchstwahrscheinlich sind die Infektionen dadurch zustande gekommen, daß Leptospirae tragende Ratten das Wasser infiziert haben. Wahrscheinlich wäre es lohnend, auch bei vager Vermutung auf Weilsche Krankheit, das Blutserum auf Antikörper zu untersuchen. Die Behörden werden darauf achten müssen, daß auch in Holland offizielle Badeanstalten die Weilsche Krankheit verbreiten können. Diese Erkrankung ist wahrscheinlich nicht so ernst, wie bisher angenommen wurde.

70. Jahrg., Nr. 6, 7. August 1926.

Typischer Fall von Skorbut. Herman und Horst.
Pertubation. Tholen.
* Eigenartige Lokalisation des Thrombus. Broers.

Eigenartige Lokalisation des Thrombus. In drei Fällen fand sich eine Thrombose eines oberflächlichen Gefäßes bei oder im Sulcus coronarius penis. In einem Falle war Typhus, in einem anderen Typhus und Cholera voraufgegangen, der dritte war tuberkulös. Möglicherweise hatten die akuten Infektionskrankheiten zu einer Insuffizienz des Gefäßendothels geführt. Ein Koitus hatte bei diesen beiden Kranken als Gefäßwandbeschädigung gewirkt. Cave Verwechslung mit Entzündung der Tysonschen Drüsen! Die Thromben bildeten sich spontan zurück.

70. Jahrg., Nr. 7, 14. August 1926.

* Vergiftung mit Tetrachlorkohlenstoff. Kehrer u. Oudental.
Pocken oder Windpocken? Hulshoff.
* Behandlung des Status epilepticus mit Somnifen. van Walsem.
Folgen der Abschließung des Appendixlumens. Finaly.
Oeffnen eines Gipsverbandes. Winters.

Vergiftung mit Tetrachlorkohlenstoff. Nachdem die Autoren bei 9000 Wurmkuren mit 5 ccm Tetrachlorkohlenstoff und 1½ ccm Ol. chenopodii niemals nachteilige Folgen gesehen hatten, erlebten sie plötzlich ab Ende Mai 1924 in verhältnismäßig kurzer Zeit 5 Todesfälle. Meist trat nach einer, kurze Zeit auf die erste Wurmkur folgenden zweiten Kur Fieber, Gelbsucht, Blutungen usw. auf. Der pathologisch-anatomische Befund erinnerte sehr an Phosphorvergiftung: Fettige Entartung der zentralen und perizentralen Teile des Leberläppchens, Nekrose, ferner perakute Stauungsmilz, fettige Degeneration der Nieren, Nekrose der Nebennierenrinde. — Da die Literatur über Tetrachlorkohlenstoffvergiftungen sehr spärlich ist, wurden auch einige Versuche an Affen gemacht, bei denen es sich aber herausstellte, daß sie eine ganz andere Empfindlichkeit gegenüber dem Mittel hatten, als der Mensch. Ihre Toleranz war vielfach größer, so daß diese Tiere über die noch völlig dunkle Frage der Empfindlichkeit keinen Aufschluß geben. Alkoholiker vertragen das Mittel sehr schlecht. Die Autoren fordern zu weiteren Versuchen auf, die den Einfluß von Darmveränderungen auf die Resorption von CCl_4 klären könnten. Vorsicht bei Wurmkuren, die lieber mit kleinen Mengen zu beginnen sind.

Behandlung des Status epilepticus mit Somnifen. Der Status epilepticus, dieser „plötzlich das Leben gefährdende Zustand“, wurde seit Juli 1924 mit Somnifen behandelt, und zwar wurden stets, sowie auf einen Insult ein zweiter folgte, ohne daß befriedigende Wiederkehr des Bewußtseins eintrat, 2 ccm Somnifen intramuskulär injiziert. Nur selten wurde eine zweite Injektion nötig. In zweijähriger Therapie wurde nie intravenös injiziert. Es erfolgte nie mehr ein Todesfall! Dennoch kamen sehr bedrohliche Zustände vor: Ein Kranker bekommt morgens um 9 Uhr den ersten Anfall, sofort einen zweiten. 9 Uhr 15 erhält er die ersten 2 ccm Somnifen. Dennoch folgen noch 11 Anfälle von unverminderter Intensität. Um 9 Uhr 45 die zweite Injektion. Danach noch 3 Anfälle unvermindert heftig. Um 10 Uhr ist die Temperatur 40,2. Aber im Laufe des Tages wird Patient immer klarer, am nächsten Tage normal. 4 Kranke, die Verfasser nicht in seinem Bereich hatte, und die also kein Somnifen bekamen (Beurlaubung, Uebergang in eine andere Anstalt), sind infolge der Unkenntnis der zu Hilfe gerufenen Aerzte, die das Somnifen nicht kannten, gestorben. Aus dieser Erfahrung heraus vertritt Verfasser den Standpunkt, daß bei jedem drohenden Status unbedingt frühzeitig Somnifen zu geben ist. Ist der Status erst vollständig entwickelt, dann verschlechtert sich die Prognose enorm, wie aus einer Statistik von Stubbe Teglbjaerg hervorgeht: Von der Gruppe, die das Mittel innerhalb der ersten 2 Stunden erhalten hatte, starb keiner, alle genasen; nach durchschnittlich 7½ Stunden erfolgter Therapie starb von 4 einer, von 9 Fällen mit voll entwickeltem Status starben 4.

Bei 2 Fällen mit deutlicher Aura hat das Mittel den Anfall verhindert. Stellt man sich Fälle vor, in denen eine deutliche, nicht zu kurze Aura besteht, dann könnten diese sich schnell selbst injizieren, ohne erst auf ärztliche Hilfe warten zu müssen, was für die soziale Brauchbarkeit dieser Kranken von größter Bedeutung wäre.

K. Heymann, Berlin.

Hygiea.

H. 15, 15. August.

* Trauma und Tuberkulose, besonders mit Berücksichtigung der Unfallsentschädigung. J. Ackermann.
Claude Bernard. R. Fahraeus.

Trauma und Tuberkulose, besonders mit Berücksichtigung der Unfallsentschädigung. Die Schwierigkeit bei der Bestimmung der Unfallsentschädigung für Tuberkulose nach Trauma liegt in der Abgrenzung des Begriffs Entstehung oder Verschlimmerung des Leidens. Sicher soll stets der bereits vorher vorhanden gewesene Krankheitszustand berücksichtigt werden, selbst wenn es sich um eine ausgebrochene lokale Tuberkulose durch Trauma handelt. Die überwiegende Anzahl der angemeldeten Fälle soll nicht entschädigt werden, da Unfallschäden meist nicht vorliegen und nicht zu erweisen sind. In schweren Fällen, wo der Zusammenhang ersichtlich ist, kann auch volle Entschädigung in Frage kommen. Meist liegt aber alte Tuberkulose und keine Unfallsfolge vor oder zufälliges Zusammentreffen mit einer Verschlimmerung des alten Leidens, mit Manifestwerden bisher latender Zustände.

Kalischer.

Hospitalstidende.

Nr. 30, 29. Juli.

Angeborene Klapp-Bildungen in der Pars prostatica der Urethra. J. Spohr.
* Verteilung einiger Nicht-Elektrolyten zwischen den Blutkörperchen und dem Plasma im Menschenblut. Chr. Lundsgaard und S. A. Holböll.

Verteilung einiger Nicht-Elektrolyten zwischen den Blutkörperchen und dem Plasma im Menschenblut. Azetme, Fruktose, Galaktose und Harnstoff finden sich in den Blutkörperchen wie im Plasma in Mengen von 70—100. Untersucht man die Konzentration dieser Stoffe im Gesamt-Blute, so findet man geringere Werte. Die Konzentration des Plasmas ist allein maßgebend für den Austausch zwischen dem Blute und seiner Umgebung.

Kalischer

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 33, 19. August.

Hauptrichtungen in der modernen medizinischen Therapie. Knud Faber.
Becken-Luxationen. P. Verning.
* Wert des Auftretens der Ny-Glukose im Blut bei Diabetikern nach einer Insulininjektion. Einar Rud.

Wert des Auftretens der Ny-Glukose im Blute bei Diabetikern nach einer Insulininjektion. Ny-Glukose im Blute bei Diabetikern ist nach der Injektion von Insulin etwa 1—2 Stunden nachweisbar; nach 3—4 Stunden ist gar keine oder nur geringe Mengen im Blute vorhanden. 2 Stunden nach der Injektion erreichte die Ny-Glukose ihre höchste Höhe.

Nr. 34, 26. August.

* Behandlung der Varizen der Unter-Extremitäten und deren Folgezustände mit Injektionen einer konzentrierten Kochsalzlösung. Svend Lomhold u. Viggo Genner.
Herabsetzung in vitro der verschiedenen Monosaccharide, die dem Menschenblut zugesetzt werden. S. A. Holböll.
Mund- und Klauenseuche. S. N. Vendel.
Diastasebestimmung als Nierenfunktionsprüfung. Edmund Polack.

Behandlung der Varizen der Unter-Extremitäten und deren Folgezustände mit Injektionen einer konzentrierten Kochsalzlösung. Varizenbehandlung. Injektionen hypertonischer Kochsalzlösungen (20%) werden bei unkomplizierten Varizen intravenös lokal mit Erfolg und ohne Gefahr der Embolie vorgenommen.

Kalischer.

Upsala Läkareförenings Förhandlingar.

31., Heft 1/2, Juli 1926.

✦ Resultat der Behandlung der Nierentuberkulose. Anders Westerborn.
✦ Proteolytische Enzyme im Harn. Ivas Thorling.

Resultat der Behandlung der Nierentuberkulose. Westerborn berichtet über 151 Fälle (100 Männer, 51 Frauen). Von diesen wurde bei 121 die Nephrektomie vorgenommen. Ueber 139 Patienten konnte nachher Näheres erfahren werden. Von den Nichtnephrektomierten leben vier; bei zwei von diesen war nach einer Röntgen-Nachuntersuchung die Nephrektomie später notwendig. Von den 121 Nephrektomierten leben 47 symptomenfrei, zehn haben leichte Blasenbeschwerden, neun größere; 43 sind an Tuberkulose gestorben, zwei an interkurrenten Krankheiten. Bei der Hälfte der Männer war Genitaltuberkulose vorhanden, ohne deshalb eine schlechtere Prognose zu bieten, wie Männer ohne diese. Weniger gut war die Prognose bei Männern mit Prostata-Tuberkulose oder Strikturen. Tuberkulosebazillen fanden sich in 85% der Operierten. Doppelseitige Nierentuberkulose konnte in 13 Fällen klinisch festgestellt werden. In 60% der Fälle konnten die Nierenveränderungen röntgenologisch sichergestellt werden. Wo nach Sondierungen der Zystoskopie Miliartuberkulose ausbrach, lag meist eine Striktur tuberkulöser Natur vor. 15 der Männer hatten Strikturen; bei diesen soll man intrauretrale Eingriffe meiden.

Proteolytische Enzyme im Harn. Thorling hebt hervor, daß wir über die proteolytischen Enzyme im Harn, abgesehen von ihrer Gegenwart im Harn und ihrer Beeinflußbarkeit durch einige pathologische Prozesse, keinen festen Anhaltspunkt haben. Die reinen Enzyme sind nicht darstellbar und wir können nur ihre relative Menge in einer Lösung durch eine Abschätzung des Digestionsvermögens bestimmen. Thorling wandte bei seinen Untersuchungen die von Hedin (Zeitschr. für physiolog. Chemie, Bd. 112, 1921) angegebene Methode an. Flaschenkinder (Säuglinge) zeigten in einer Anzahl eine deutliche Tendenz zu einer großen Ausscheidung von Harnpepsin, und zwar in einem weit früheren Alter als die Brustkinder, wo die Ausscheidung erst in der Entwöhnungsperiode auftritt. Doch bestehen hier individuelle Verschiedenheiten. Bei den Brustkindern ist es die Aenderung der Diät, welche eine reichlichere Ausscheidung von Harnpepsin hervorruft. Die Erepsinmenge zeigt während des ersten Lebensjahres eine gewisse Uebereinstimmung mit der Pepsinmenge; doch kommt das Erepsin im ersten Lebenshalbjahr reichlicher vor, als das Pepsin. Debile Kinder neigen in einem bestimmten Abschnitt der Entwicklung zu einer reichlichen Pepsinausscheidung, exsudative hingegen zu einer geringen. Bei schweren anämischen Zuständen der Säuglinge kommt es zu einer Steigerung der in alkalischer Lösung wirksamen Enzyme. Chronische Ernährungsstörungen der Säuglinge haben die Tendenz zu stärkerer Wirkung jenes Enzyms, welches auf Kasein in alkalischer Lösung einwirkt. Die Pneumonie beeinflußt den Enzymgehalt allseitig und die lokale Erkrankung bietet spezielle Voraussetzungen als Enzymquelle; doch auch bei Diphterie und Scharlach findet eine Steigerung des Harnpepsins statt. Das Digestionsvermögen des Harns ist bei Infektionskrankheiten erhöht, unabhängig von der Art der Bakterien und von Lokalherden der Krankheit. Die bei der Pyelitis vorliegenden Enzymwirkungen beruhen vor allem auf den weißen Blutkörperchen (Zerfall von Zellen in den Entzündungsherden). Die enzymalischen Wirkungen, welche in dem unfiltrierten Harn stärker hervortreten, beruhen auf dem Freiwerden von Enzymen aus dem körpereigenen Zellmaterial im Harn. Dieses Zellmaterial stellen polynukleare weiße Blutkörperchen und Ephitelzellen aus den Harnwegen. Die weißen Blutkörperchen sind besonders Träger von protolytischen Enzymen. Bei der myeloiden Leukämie wie bei den lymphatischen Leukämien ist der Enzymgehalt nicht wesentlich verändert.

Kalischer.

Acta Medica Scandinavica.

64., Heft 2 und 3, 27. August 1926.

Sechs gleichzeitige Fälle von Kretinismus im selben Landstädtchen in Süd-Seeland. Christensen.
Chronische essentielle Thrombopenie. Jedlicka und Altschuller.
Lipoidgehalt des Blutes beim Diabetes. Blix.
Tödliche akute Form der Poliomyelitis. Petrén und Slövall.
✦ Fettdiarrhöen. Thaysen.

Fettdiarrhoen. Während früher eine abnorme Fettmenge im Stuhl ohne Ikterus als Zeichen einer Pankreaserkrankung angesehen wurde, zeigt der Verfasser, daß auch in Europa eine Fettdiarrhoe — die nicht tropische Sprue — vorkommt, was ihm Veranlassung gab, die Genese der Fettdiarrhoen näher zu untersuchen. Bei der Untersuchung von 5 Fällen pankreatogener Fettdiarrhoe und 3 Fällen nichttropischer Sprue hat sich folgendes herausgestellt:

Die einfachen klinischen Untersuchungsmethoden, wie Kernprobe, Kreatorrhoe, Fermentuntersuchung im Stuhl und Duodenalsaft geben keine sicheren Anhaltspunkte für die Entscheidung, ob eine Fettdiarrhoe pankreatogen ist oder nicht.

Die Stoffwechseluntersuchungen zeigten, daß weder der Grad der Fettausscheidung, die Spaltung des Fettes im Stuhl noch die Bildung von Seifen unterscheiden lassen, ob die Fettdiarrhoe pankreatogen ist oder nicht.

Da jedoch die pankreatogenen Fettdiarrhoen häufig mit einer Azetorrhoe und fast immer mit einer Sekretionsstörung der endokrinen Funktion des Pankreas einhergehen, dieses aber nie bei der tropischen und nichttropischen Sprue gefunden wird, so liegt also kein Anhaltspunkt dafür vor, daß die Fettdiarrhoen bei der Sprue auf eine Störung der Bauchspeicheldrüse beruhen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Acta obstetricia et gynecologica scandinavica.

Vol. 5, Heft 1.

Persistenz der Kloake mit kongenitaler Hydrometra und Hydrokolpos. O. Nordentoft.
✦ Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. John Olow.
✦ Geburtsverlauf bei Steißlage. H. Friis-Rasmussen.
✦ Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. Sally Hjelt.

Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. Im Gegensatz zu Krönig steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die weibliche Genitaltuberkulose zum Exitus führen kann. Dies gilt besonders für die ulzerös-adhäsive Form der Tuberkulose; die entzündlich-exsudative Form erscheint prognostisch günstiger. Die einzige Therapie, die ein dauerndes günstiges Resultat gewährleistet, ist die Radikaloperation. Die Abrasio ist sowohl als diagnostischer als auch als therapeutischer Eingriff zu verwerfen. Hat man irrtümlicherweie kurettiert, und ergibt die histologische Untersuchung die Diagnose „Endometritis tbc.", so führe man sofort die Radikaloperation aus, auch wenn sich klinisch keine Zeichen von Adnextuberkulose finden. Denn bei Uterustuberkulose sind die Adnexe stets mit befallen.

Geburtsverlauf bei Steißlage. Bericht über 465 Fälle aus den Jahren 1910 bis 1921. Die puerperale Morbidität ist im Verhältnis zur Durchschnittszahl aller Geburten erhöht. Dammrisse wurden in 55,2%, bei Primiparen in 73% der Fälle beobachtet. Die Totalmortalität der Kinder betrug 14,2%, bei Primiparen 8,8%; bei älteren Primiparen unter 18 Kindern 6 tote. Die Gründe für die schlechte Prognose besonders bei den älteren Primiparen sind: die Neigung zu vorzeitigem Blasensprung, die lange Dauer des Geburtsaktes, die Unnachgiebigkeit der mütterlichen Weichteile, die Häufigkeit geburtshilflicher Läsionen. Zur Verbesserung der Resultate ist daher, sobald der Steiß gut sichtbar ist, die Episiotomie vorzunehmen und zu extrahieren. Bei Mehrgebärenden ebenfalls Extraktion, wobei sich die Episiotomie erübrigt.

Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. Die Beobachtung an 125 Fällen ergibt, daß 40prozentige intravenöse Urotropininjektionen ein gutes, wenn auch nicht absolut wirkendes Mittel darstellen. Wegen evtl. Komplikationen (Tenesmus, Haematurie) soll die Injektion nur nach Operationen gegeben werden, nach denen erfahrungsgemäß häufig eine Harnverhaltung zu erwarten ist. Das sind vor allem die Operationen, bei denen die Blase direkt berührt wird (z. B. Kolporrhaphia ant. usw.) oder bei denen die anatomische Lage der Blase verändert wird (z. B. die Schautasche Interposition). Auch soll nicht sofort im Anschluß an die Operation, sondern erst dann, wenn Harnverhaltung auftritt, injiziert werden. Am meisten wird das Cylotropin empfohlen: Dosis: 3 ccm intravenös.

Vol. 5, Heft 2.

✦ Präklimakterische und klimakterische Metrorrhagien und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Paul Freudenthal.
✦ Zweimalige Tubenschwangerschaft auf derselben Seite. Ekkart Petersen.
✦ Geht die Reizung zur Entbindungsarbeit vom Fötus aus? Emil Jerlov.
Heterotope „uterus-schleimhautähnliche" Proliferationen. Carl Semb.

Präklimakterische und klimakterische Metrorrhagien und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Verf. hat im ganzen 65 Patientinnen wegen präklimakterischer und klimakterischer Blutungen bestrahlt (80 bis 100 Holzknechteinheiten in 4 bis 5 Serien mit dreiwöchiger Pause; Filter: 3 bis 4 mm Aluminium). In einem Falle traten in größeren Zwischenräumen noch zweimal stärkere Blutungen auf; in einem anderen Falle bestand noch nach 5 Jahren Oligomenorrhoe. Alle übrigen Patientinnen wurden amenorrhoisch. Die

Ausfallserscheinungen sind i. a. nicht so stark wie nach operativer Kastration. Hinsichtlich der Indikation sind als Blutungsursachen auszuschleßen: Ovarialtumoren, Adnexentzündungen, Zervixpolypen, Karzinom. Stets ist vor der Bestrahlung zu kürettieren und die Mukosa histologisch zu untersuchen. 39 Fälle zeigten die Bilder der glandulären Hyperplasie, die für die Röntgenbehandlung besonders geeignet sind.

Zweimalige Tubenschwangerschaft auf derselben Seite. Eine Patientin wurde im Jahre 1921 wegen rechtsseitiger Tubargravidität operiert. In dem bei der Operation zurückgelassenen uterinen Tubenstumpf siedelte sich 4 Jahre darauf nochmals ein Ei an. Zur Verhütung eines solchen Vorkommnisses rät Verf., stets die gesamte Tube zu entfernen.

Geht die Reizung zur Entbindungarbeit vom Fötus aus? Im Anschluß an Versuche von Fahraeus, die den kontraktionsauslösenden Reiz von Schwangerenblut auf den überlebenden Kaninchenuterus demonstrierten, führte Verf. eigene Versuche aus. Es zeigte sich, daß unmittelbar nach der Entbindung entnommenes defibriniertes und zu gleichen Teilen mit Ringerlösung versetztes Nabelstrangblut den überlebenden Meerschweinchenuterus zu lebhaften, anfangs tonischen, später klonischen Kontraktionen anregte. Kontrollversuche mit reiner Ringerlösung, mit Blut von Männern, Schwangeren und Nichtschwangeren ergaben keine oder eine weit geringere Wirkung. Verf. zieht daraus den Schluß, daß das Nabelstrangblut wehenauslösende Hormone enthält, daß demnach der Reiz zur Entbindungsarbeit vom Fötus ausgeht.

Paul Braun, Stettin.

Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wiener Universität.

28., Mai 1926.

Morphologie des Schläfelappens. O. Marburg.
Wirkung der Röntgenstrahlen auf das wachsende Gehirn. R. Demel.
*Ursprung der Nervenfasern der Neurohypophyse im Zwischenhirn. E. Stengel.
Ponsgliome. G. Sato.
*Ventralsitzende Rückenmarksgeschwülste. F. Korner.
Hirnschwellung bei Hirntumoren. I. Takagi.
Experimentalstudien am Nervensystem. E. A. Spiegel und Falkiewicz.
Rindentumor bei Recklinghausenscher Krankheit. E. Pollak.
*Nebennierenentnervung. A. Ciminata.
Vaskuläre und perivaskuläre Inkrustationen im Nervensystem. A. Kawata.
*Stirnhirnveränderungen beim Parkinsonismus. U. Poppi.
Ganglienzellen bei Hirnblutung. E. Stengel.
Galvanische Alternative. U. Poppi.
Periphere Nerven bei Lepra. Y. Takeuchi.
*Pseudobulbärparalyse. A. Kawata.
*Multiple Sklerose. T. Falkiewicz.
Gehirnrinde malariabehandelter Paralytiker und Luetiker. I. Nakamura.
Pathogenese der Tabes. H. Spitzer.
*Cerebrospinale Syphilis. G. Nagasaka.

Ursprung der Nervenfasern der Neurohypophyse im Zwischenhirn. Ganglienzellen des Zwischenhirns entsenden Nervenfasern in den Hinterlappen der Hypophyse. In diesem selbst konnten keine Gaglienzellen gefunden werden. Die Hypophysenfasern entspringen nicht in einem einzigen Kerne des Zwischenhirns, sondern in mehreren Zellgruppen. Fasern der Hypophyse nehmen aus kleinen, median gelegenen, spindelförmigen Zellen am Boden des dritten Ventrikels ihren Ursprung, ferner aus einer paarigen, im lateralen vordersten Anteile des Tuber cinereum liegenden Zellgruppe, die dem Nucleus supraopticus nicht angehört. Letzterer selbst ist höchstwahrscheinlich als Ursprungsstätte eines ansehnlichen Teiles der in die Neurohypophyse gelangenden Fasern aufzufassen. Auch in einer Zellgruppe, die medial dem Tractus opticus anliegt, entspringt eine Anzahl dieser Fasern.

Ventral sitzende Rückenmarksgeschwülste. Mitteilung eines Falles (ventral sitzendes Fibro-Endotheliom). Initial auftretende Schmerzen und krampfartige Zuckungen, totale Sensibilitätsstörung. sich erst später entwickelnde Parese sprachen für einen dorsalen Sitz: Es zeigte sich, daß das klinische Bild der ventralen Tumoren absolut keine Differenz gegenüber jenem der dorsalen zu zeigen braucht. Wir sind bis heute nicht in der Lage, ein sicheres Kriterium für die ventral sitzenden Tumoren festzustellen. Sie werden teils unter dem Bilde des dorsalen oder dorsolateralen extraspinalen, teils unter dem Bilde des intraspinalen Tumors verlaufen.

Nebennierenentnervung. Bei Entnervung beider Nebennieren konnten Katzen und Hunde längere Zeit (über 3 Monate) bei gutem Allgemeinbefinden am Leben erhalten werden. Ein Einfluß der Nebennierenentnervung auf die Krampfbereitschaft des Organismus war nicht festzustellen. Die durch Schmerzreize ausgelöste Steigerung des Blutzuckers ist nach Entnervung beider Nebennieren deutlich geringer als an normalen Tieren. Durch die Entnertvung wird die Adrenalinproduktion durch die Nebenniere anscheinend nur in geringem Maße herabgesetzt, sondern vor allem die Ausscheidung dieser Substanz in die Blutbahn gestört.

Stirnhirnveränderungen beim Parkinsonismus. 6 Fälle werden mitgeteilt; in allen handelte es sich um ein akinetisch-hypertonisches Syndrom. Verf. wollte feststellen, ob das Stirnhirn überhaupt hier eine Rolle spielt, und wenn, welcher Teil des Stirnhirns hauptsächlich in Frage kommt. Aus den Befunden des Verfassers geht hervor, daß eine Einheitlichkeit in bezug auf die Affektion des Stirnhirns keineswegs Geltung hat, daß man das eine Mal bei gleichem klinischen Befund das Stirnhirn konform den anderen Teilen schwer erkrankt findet, das andere Mal das Stirnhirn aber bis auf die Meningen und eine leichte Reizung der Glia intakt ist. In der Mehrzahl der Fälle finden sich allerdings Stirnhirnveränderungen, vorwiegend meningealer Natur und die Areale 9, 10 und 11 betreffend. Dem Stirnhirn fällt aber kaum eine besondere Rolle beim Zustandekommen des akinetisch-hypertonischen Syndroms beim Parkinsonismus zu.

Pseudobulbärparalyse. 5 Fälle werden mitgeteilt. Die Pseudobulbärparalyse kann — wie die Littlesche Krankheit — nicht als selbständige Krankheit gelten, sie ist lediglich ein Symptom und tritt im Rahmen der verschiedensten Erkrankungen des Zentralnervensystems auf. In den 5 Fällen von pseudobulbärparalytischem Symptomenkomplex, die Verf. bringt, handelte es sich um arteriosklerotische Veränderungen, hauptsächlich in den Stammganglien, doch auch in anderen Hirnabschnitten (Pons, Rinde, Kapsel). Die hervorgerufenen Krankheitsbilder können durch die bei der Arteriosklerose sich ergebenden trophischen Störungen des Gewebs vollständig voneinander verschieden sein je nach ihrer Intensität und der mehr lokalisierten oder generalisierten Ausbreitung.

Multiple Sklerose. Aus den Befunden des Verf. ergibt sich folgendes: 1. ist es keineswegs häufig der Fall, daß eine genaue Beziehung topischer Art zwischen Skleroseherd und Gefäß besteht, etwa in dem Sinne, daß sich der Herd im Gebiete des größten in ihm befindlichen Gefäßes ausbreitet; 2. läßt sich feststellen, daß in den ältesten Herden mit vollständiger Sklerose keine wie immer geartete Reaktion an den Gefäßen wahrzunehmen ist. Sie sind, wie dies bei alten Sklerosen immer der Fall ist, in ihrer Wand verdickt, ohne daß man außer dieser Fibrose, welche die Media und Adventitia betrifft, irgend etwas anderes Pathologisches wahrnehmen kann. In den jüngeren Herden zeigt hingegen ein Teil der Gefäße perivaskuläre Infiltrate, und zwar in dem Sinne, daß man ganz deutlich die Infiltratzellen als Körnchenzellen erkennen kann. Ein anderer Teil der Gefäße zeigt aber neben den Körnchenzellen, oder auch ohne solche, deutliche Infiltrate der Adventitia, bestehend aus lymphoiden Zellen, vielleicht auch einzelnen Plasmazellen dabei. Es fehlt noch der Beweis, daß der sklerotische Prozeß ein reiner Gefäßprozeß, etwa im Sinne der entzündlichen Prozesse, ist.

Cerebrospinale Syphilis. 6 Fälle werden besprochen. Es geht aus ihnen hervor, daß die schweren Veränderungen der Meningen, die chronisch progressiven auf der einen Seite ebenso wie die schweren Veränderungen des Ependyms und des Subependyms, klinisch kaum wesentliche Erscheinungen hervorzurufen brauchen, mit Ausnahme vielleicht zweier Symptome. Das eine Symptom ist der Schmerz (Kopf- oder Rückenschmerz, je nachdem, welcher Teil der Meningen ergriffen ist), und das zweite Symptom ist die Pupillenstörung offenbar dann, wenn das Ependym unter dem Aquädukt schwer sklerotisch ist. Alle anderen Erscheinungen lassen sich lediglich durch die Gefäßveränderungen erklären, die entweder zu Malazien oder zu Blutungen geführt haben. Der Tod der 6 Fälle war nicht bedingt durch den cerebralen oder cerebrospinalen Prozeß, sondern durch Aortenaffektion, Herzerkrankung bzw. Nephritis nach Blasenstörung. „Man wird mehr denn je den Begriff der Lues latens cerebrospinalis anerkennen müssen und wird in einer größeren Anzahl der Fälle als bisher eine Veränderung der Meningen und des Ependyms annehmen müssen.“

Kurt Mendel, Berlin.

The Lancet.

211., Nr. 8, 21. August 1926.

*Ueber hämorrhagische Diathese. Tidy.
*Der vergleichende Wert von Nierenfunktionsproben bei Kranken mit Prostatahypertrophie. Marrack und Robinson.
*Vorhofflattern bei einem jungen Kinde. Poguton und Wyllie.

Sonnenbehandlung der Lungentuberkulose. Wood.
* Die Wirkungen von Röntgenstrahlen auf das Roussarkom. Ruß und Scott.
Die Technik der Bluttransfusion. Gibson.
Prophylaxe des Typhus in Irrenanstalten. Hogg und Latham.

Ueber hämorrhagische Diathese. Unter die Folgeerscheinungen hämorrhagischer Diathese fallen primäre Purpura-Erkrankungen, wie sie in der Literatur unter den verschiedensten Namen beschrieben sind, wie chronische, rezidivierende, hereditäre Purpura, essentielle Thrombopenie, einige der wenig scharf umgrenzten Krankheitsbilder von Kinder-Blutkrankheiten und einige Formen lokaler Schleimhautblutungen. Die Krankheit tritt meistens sporadisch auf, kann aber auch hereditär oder familiär sein. Die ursächliche Störung ist wahrscheinlich in einer abnormen Durchlässigkeit des Endothels der kleinen Blutgefäße zu suchen. Wesentliche Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen Gruppen nicht, die wohl in den Wirkungen sekundärer Veränderungen und im Grade der Schwere der Krankheit von einander abweichen können. Zu den sekundären Phänomenen gehören Veränderungen in der Gesamtzahl und Verteilung der roten Blutkörperchen, in der Zahl der Blutplättchen, in dem Zustand des Knochenmarks und der Größe der Milz. Doch findet man nie konstante oder typische Veränderungen. Eine Abnahme in der Zahl der Blutplättchen führt nicht notwendigerweise zu Blutungen, spielt aber bei ihrem Vorkommen und ihrer Schwere eine Rolle. Sie kann bei allen Formen von Purpura vorkommen, ist für eine besondere Form nicht spezifisch. Splenektomie wirkt günstig, ohne Heilung zu bringen. Diese Operation sollte in jedem Falle hämorrhagischer Diathese in Erwägung gezogen, ihre Indikation aber wesentlich von dem klinischen Befunde abhängig gemacht werden. Blutplättchenzahl, Größe der Milz, Blutungszeit sind bei diesen Erwägungen von sekundärer Bedeutung. Bei akuten Formen mit vorgeschrittener Anämie müssen stets Bluttransfusionen der Operation vorangehen. Verf. schlägt für die ganze Gruppe dieser Krankheiten den Namen „Angiostaxis" vor.

Der vergleichende Wert von Nierenfunktionsproben bei Kranken mit Prostatahypertrophie. Vergleichende Untersuchungen der Blut-Harnstoff-, der Harnstoff-Konzentrations- und der Phenolsulfophthaleinproben an einer großen Zahl von Prostatikern. Operationen kamen fast durchweg nur in Fällen zur Ausführung, in denen obige Proben keine Kontraindikation ergaben, und von 113 Prostatektomien starben nur 16 und litten nur 11 unter ernsten Komplikationen. Bei weitem am wertvollsten ist die Blutharnstoff-Untersuchung. Unter 61 Kranken mit Blutharnstoff unter 40 mg% gab es nur 3 Todesfälle (darunter zweimal gesunde Nieren), unter 101 Kranken mit Blutharnstoff über 40 mg% gab es 28 (27,7%) Todesfälle. Unter 59 Kranken mit Blutharnstoff über 50 mg% wurden nur 7 operiert mit 3 Todesfällen. Die Harnstoff-Konzentrationsprobe ist von einigem Wert zur Ergänzung der obigen Probe, hauptsächlich wohl in jenen Fällen, in welchen der Blutharnstoff nach der Behandlung gefallen war; eine Harnstoffkonzentration zwischen 1,5 und 2% ist dann von schlechterer, eine solche unter 1,5% von guter Bedeutung. Aus der Phenolsulfophthaleinprobe können zufriedenstellende Schlüsse nur bei hohen Resultaten über 40% gezogen werden; doch erhält man bei Prostatahypertrophien häufig so überraschend niedrige Resultate bei vollkommen gesunden Nieren, daß der Wert dieser Probe recht fraglich ist.

Vorhofflattern bei einem jungen Kinde. Bei dem 3½jährigen Kinde wurden seit dem vierten Lebensmonat beobachtet und bestanden wahrscheinlich seit der Geburt Anfälle von Vorhofflattern mit anderen Formen von Arhythmie (extremste Tachykardie, zahlreiche Extrasystolen, ein vollkommen unregelmäßiger Rhythmus nach Art eines Delirium cordis). Die Anfälle hörten bald allmählich, bald ganz plötzlich auf. Abgesehen von einer starken Herzverbreiterung bekommt man zwischen den Anfällen den Eindruck eines vollkommen gesunden, kräftigen Kindes von normalem Wachstum mit regelmäßigem Puls von 82. Alles spricht gegen das Bestehen einer kongenitalen Mißbildung des Herzens, die bisweilen ohne Herzgeräusche und Cyanose bestehen kann. Das Kind überstand eine Bronchopneumonie und eine Tonsillitis in normaler Weise. Bei geringsten Erregungsreizen, wie Kitzeln, schnellte der Puls um 30 bis 40 Schläge empor oder es gab einen kleinen Anfall. Gelegentlich in Anfällen aufgenommene Elektrodiagramme demonstrieren das Herzflattern. Der interessante Fall ist wohl der erste in der Literatur beschriebene von Herzflattern in so jugendlichem Alter.

Die Wirkungen von Röntgenstrahlen auf das Roussarkom. Die tödliche Röntgenstrahlendosis für Jensens Rattensarkom, L. genannt, ist die minimale notwendige Dosis zur Verhinderung von Wachstum bei Verimpfung des Tumors auf empfängliche Tiere. Sie schwankt bei schnell bzw. langsam wachsenden Tumoren nur um + 10%. Von 5 verschiedenen Tierkarzinomen und -Sarkomen brauchte keines mehr als L + 30%. 90 Fälle von menschlichen malignen Tumoren wurden durch Impfung mit bestrahlten (vorsichtshalber 2 L) autologen Tumoren zwecks Immunisierung behandelt, keiner ist nach dieser Dosis gewachsen. Bei allen diesen vielen Tumoren lag die letzte Dosis zwischen 1 und 2 L. Das Roussarkom unterscheidet sich von ihnen allen dadurch, daß es durch zellfreie Filtrate, selbst durch getrocknete, übertragen wird. Bei Verimpfung von Roussarkomstücken, die mit 1 bis zu 5 L. bestrahlt waren, auf Hühner kam es stets zu dem gleichen rapiden Wachstum wie nach Verimpfung unbestrahlter Tumorstücke; auch Bestrahlung von zellfreiem Virus mit 2 bis 3 L hatte gar keinen Einfluß auf das Wachstum der Tumoren. Das getrennt behandelte Virus des Roussarkoms erwies sich als sehr resistent gegen Röntgenstrahlen. Entweder enthalten die übrigen Tumoren kein dem Roussarkom ähnliches Virus oder ihre Röntgenstrahlenempfänglichkeit ist von dem Gewebe abhängig, in welchem sie wachsen oder es existiert eine noch unbekannte, für das Wachstum wesentliche Substanz, die nicht durch Röntgenstrahlen affiziert wird.

Nr. 9, 28. August 1926.

Studentennummer für den Jahrgang 1926-27.
Leitfaden für den medizinischen Unterricht und die Erlangung der medizinischen Grade an den einzelnen Hospitälern und Universitäten.

Rontal.

British Medical-Journal.

Nr. 3423, 14. August.

Jahresversammlung der British medical Association, Pädiatrische Sektion.
Mechanismus der Vererbung. Crew.
Sitzung der chirurgischen Abteilung der British med. Association.
Anästhesie in der Bauchchirurgie.
* Allgemeine, kombinierte und regionäre Betäubung. Finsterer (Wien).
* Einschätzung des Risikos in der Magenchirurgie. Movts.
Azetylen-Sauerstoffnarkose bei Magenoperationen. Brandt.
Endotracheale Stickstoffoxydul-Sauerstoff-Aethernarkose in der Magenchirurgie Hewer.
* Intravenöse Somnifennarkose in der Magen-Darmchirurgie. Macdonald.
Kaliumchlorid und kongenitale Struma. White.
Herpes und Varizellen. Meldrum.
Hirnsyphilis, Krampfanfälle und Tod. Goodman.

Allgemeine, kombinierte und regionäre Betäubung. Bei den großen Eingriffen in der Bauchchirurgie kann die Schädigung der parenchymatösen Organe bei der langen Aether- oder Chloroformnarkose den Tod herbeiführen. Deswegen sollte immer bei jeder Laparatomie die kombinierte Anästhesie durchgeführt werden, bei welcher durch zentrale Novokaininjektion die Sensibilität der Operationsfelder aufgehoben wird, während Bewußtlosigkeit durch Anwendung von Stickstoffoxydul oder Narcylen erreicht wird. Durch sorgfältige Anästhesie des der vorderen Bauchwand anliegenden Peritoneums kann der größte Teil des Allgemeinnarkotikum beseitigt werden. Die einfachste und ungefährlichste Methode der regionären Betäubung ist durch die mesenteriale Novocaininjektion gegeben, welche vor allem den operativen Schock vermindert und für die Fälle ausreicht, wo kein Lichen am Mesenterium erforderlich ist. Zum Erzielen einer völlig schmerzlosen Bauchoperation muß das Peritoneum der hinteren Bauchwand durch die paravertebrale oder „spinale" Betäubung ausgeschaltet werden. Die paravertebrale Anästhesie kann dort nur angewendet werden, wo einseitige Injektion genügt (Cholezystektomie, Kolonresektion). Bei der Chirurgie des Oberbauchs leistet die Splanchnikusanästhesie Hervorragendes und ist in der Braunschen Modifikation (Novokaininjektion von der eröffneten Bauchhöhle aus) gefahrlos. Für die gynäkologischen Operationen und die chirurgischen Eingriffe am Rektum reicht die parasakrale Betäubung völlig aus (besonders in Kombination mit der Ausschaltung des Mesosigmoids durch Injektion an der Vorderfläche des fünften Lendenwirbels während der Operation). Die Todesfälle an postoperativem Schock, Pneumonie und Darmatonie können durch die regionäre oder kombinierte Betäubung fast ganz vermieden werden.

Einschränkung des Risikos in der Magenchirurgie. Für die Beurteilung der für den Kreislauf entstehenden Gefahren gibt die Beobachtung des Blutdrucks wesentliche Aufschlüsse: Das systolische Blutdruckmaximum allein bietet kaum wesentliche Anhaltspunkte. Wertvoller ist schon die Bestimmung des diastolischen Drucks. Für die Einschätzung des Gefahrmomentes ist vor allem das „Blutdruckverhältnis" zu bestimmen, welches durch Teilung des mit der Blutdruckmessung gefundenen Pulsvolumens (Differenz zwischen systolischem und diastolischem Druck) durch den diastolischen Druck gefunden wird. Ein hoher oder niedriger Faktor zeigt immer Gefahr an. Fälle mit einem Wert zwischen 0,3 und 0,7 sind operabel. Bei einem

Faktor unter 0,25 oder über 0,75 ist der Operation zu widerraten (normal $\frac{40\ \text{Pulsvolumen}}{80\ \text{diastolischer Druck}} = 0{,}5$ inoperabel $\frac{20\ \text{Pulsvolumen}}{80\ \text{diastolischer Druck}} = 0{,}25$). Auch die Bestimmung des „Energieindexes" gewährt gewisse Vorteile (systolisches Blutdruckmaximum mit dem diastolischen Minimum zusammengezählt und die Summe mit der Zahl der Pulsschläge multipliziert), da ein Wert zwischen 12000 und 18000 mm das Nichteinsetzen von Kreislaufstörungen wahrscheinlich macht (z. B. 120 mm + 80 mm × 72 = 14500 mm). Für die während der Operation auftretenden Blutdruck- und Pulsfrequenzveränderungen gelten folgende Regeln. Von Einfluß auf den jede fünf Minuten zu messenden Blutdruck sind der psychische Zustand des Operierten, die Lage auf dem Operationstisch (Beckenhochlagerung am stärksten beeinflussend), die verabfolgte Dosis von Narkotikum und die Art des jeweils vorgenommenen Eingriffs (Gewebszerrung, Abstopfen der Bauchhöhle). Eine Zunahme der Pulsfrequenz um 25% mit gleichzeitigem Absinken des Blutdrucks um 10 bis 25% während der Operation zeigen Gefahr an. Eine Pulsfrequenz von 100 und mehr und ein langsam bis auf 80 mm systolisches Maximum absinkender Blutdruck sind für den Operationsschock kennzeichnend. Wenn trotz therapeutischer Maßnahmen dieser Kollapszustand während der Operation 30 Minuten und länger bestehen bleibt, so ist der Tod in den nächsten 24 bis 72 Stunden fast unvermeidbar. Diese Blutdruck- und Pulsbeobachtung kündigt schon 20 Minuten vor den übrigen Symptomen den Eintritt des Schocks an. Gefahr besteht nicht, wenn der Puls ohne gleichzeitige Blutdrucksteigerung sich um 15% beschleunigt oder wenn der Blutdruck um 10% ohne Verminderung der Pulszahl absinkt.

Intravenöse Somnifennarkose in der Magen-Darmchirurgie. Neuere Untersuchungen von Fredet (Frankreich) beweisen, daß nach intravenöser Somnifengabe Allgemeinnarkose eintritt, daß dieses Präparat auf das Gehirn einwirkt und daß seine schädigende Wirkung auf Leber und Niere sehr gering ist. Fernerhin konnte er darlegen, daß dieses Präparat aus zwei Verbindungen besteht, deren eine für eine langsam eintretende und sehr nachhaltige betäubende Wirkung verantwortlich zu machen ist und als überflüssig fortgelassen werden kann. Ein rascher und vorübergehender Effekt entsteht bei Verwendung der anderen Komponente des Allylisoprophylmalonylharnstoffs. Zum Erzielen des für die Magen-Darmchirurgie notwendigen Grades von Narkose empfiehlt sich folgendes Vorgehen: 1 bis 2 cg Morphium subkutan in Kombination mit ⅔ bis ¾ mg Skopolamin. 20 bis 45 Minuten später erfolgt ganz langsam die intravenöse Injektion des Präparats, dessen Dosis von Alter, Gewicht und Allgemeinzustand des Kranken abhängt (bei kräftigen Erwachsenen bis 0,07 g, bei Kachektischen bis 0,03 g; jedes Zentigramm in 1 ccm Wasser lösen!). 5 Minuten nach der intravenösen Injektion für wenige Minuten Aether oder Chloroform geben, bis der Hautschnitt ausgeführt ist! Während der Operation braucht für gewöhnlich kein Narkotikum gegeben werden. Die Patienten wachen 4 bis 5 Stunden nach der Operation auf. Kein postoperatives Erbrechen. Keine motorischen Erregungszustände, wie so oft nach alleiniger Anwendung von Somnifen. Dieses einfache Verfahren ist vor allem heranzuziehen bei Operationen mit langer Dauer und bei Bestehen irgendwelcher Komplikation von Seiten der Lunge, der Niere oder der Leber und sehr heruntergekommenen Kranken.

Nr. 3424, 21. August.

Die mit der Ausübung des ärztlichen Berufes verbundenen Gefahren und ihre Vermeidung. Hempson.
Jahresversammlung der British medical Association (Dermatologische Abteilung).
Ekzem. Whitfield.
* Behandlung der Psoriasis. Mc. Kenna und Skinner.
Erholung nach Herzmassage. Glover.
Nervenschwellung bei Lepra. Cochrane.
Stickoxydulnarkose, Status epilepticus, Lumbalpunktion und Heilung. Healey.
Verzögertes Auftreten der Scharlachexanthems am 5. Krankheitstag. Philipps.

Behandlung der Psoriasis. Bei der akut sich entwickelnden Psoriasis (rasch aufschießende, punktförmige Eruptionen, Hautjucken, Spannungsgefühl zusammen mit Allgemeinbeschwerden) kann eine energische Behandlung, eine Chrysarobinkur großen Schaden anrichten. Bis zum Abklingen der stürmischen Allgemeinerscheinungen ist eine vorsichtige, expektative Therapie (Ichtyolsalbe, Antimonwein, Diät- und Stuhlregelung) dringend erforderlich. Dem Arsen wird seit langem ein bedeutender Einfluß bei der Psoriasis zugeschrieben, wahrscheinlich sogar zum größten Teil übertrieben. Es nützt für gewöhnlich nur bei der ersten Attacke der Krankheit, wenn der Rückbildungsvorgang bereits eingesetzt hat und wenn die Dosen rasch bis an die Toleranzgrenze gesteigert werden. Die Salvarsanpräparate erweisen sich als völlig wirkungslos.

Verschiedene Momente machen es wahrscheinlich, daß eine „allgemeine Gleichgewichtsstörung" im Körper durch den Proteinschock zum Verschwinden der Psoriasis führen könnte. Die Schuppenflechte geht oft nach Masern oder Scharlach zurück. Während der Schwangerschaft verschwindet sie, um während der Laktation sich wieder einzustellen. Oft bewirken Klima- oder Ortsveränderungen erhebliche Rückgänge der Eruption, ebenso wie beim Auftreten der einzelnen Krankheitsschübe jahreszeitliche Einflüsse erkennbar sind. Die Ergebnisse der unspezifischen Therapie in der verschiedensten Anwendungsart enttäuschen zumeist, da sie allein nicht imstande ist, den akuten Schub zu beseitigen, sondern bestenfalls andere Medikamente in ihrer Wirkung unterstützt. Die besten Erfolge wurden mit Terpichininjektionen erzielt (2 intramuskuläre Injektionen von je 1 ccm intraglutäal wöchentlich), wodurch die Entwicklungszeit der Hauteffloreszenzen abgekürzt wurde und die Involution schneller eintrat.

Wertvolles leistet hingegen die Röntgenbestrahlung, welche gewöhnlich jede Eruption verschwinden läßt, die ihrem Einfluß unterworfen wird. Als Nachteil ist zu buchen, daß die Röntgenbestrahlung nur bei umschriebenen Herden und nicht zur Behandlung des Körpers angewendet werden kann und daß die Bestrahlung das Rezidiv nicht verhindert, und sodann nicht ohne Folgen immer wieder vorgenommen werden kann. Die Röntgenstrahlen wirken rein lokal ohne jegliche Allgemeinwirkung und beseitigen schnell und sauber hartnäckige Psoriasflecke. Eine Vorsichtsmaßregel ist zu beobachten: Bei einer akuten Psoriasis befindet sich die ganze Haut in einem hochgradigen Reizzustand. Bei der Bestrahlung sind die an den Herd grenzenden Hautpartien mit größter Sorgfalt vor den Strahlen zu schützen. Die Allgemeinbestrahlung des an Psoriasis Erkrankten mit der Quecksilberdampflampe leistet zuweilen Hervorragendes. Die ultravioletten Strahlen wirken besonders auf die Epidermiszellen ein, in denen sich die pathologischen keratoplastischen Vorgänge vollziehen.

Einschneidende Diätvorschriften sind nutzlos, wenn auch ein Ueberschuß von Kohlehydrat oder Eiweißzufuhr zu vermeiden ist. Schwefel, Arsen, Jodkali bei der inneren Behandlung sind unsicher in ihrer Wirkung. Bei den akuten und subakuten Stadien sowie bei den mit Arthritis kombinierten Fällen leistet bisweilen Salizyl Gutes (dreimal täglich 0,6 bis 1,0 g in Lösung). Von den örtlich angreifenden Mitteln steht das Chrysarobin an erster Stelle, wenn auch Rezidive schneller sich einstellen als nach Gebrauch von den nicht ganz so rasch wirksamen Teerpräparaten.

Nr. 3425, 28. August.

Jahresversammlung der British medical Association, Pädiatrische Sektion.

Ventrikuläre Anarchie. A. Clerc und R. Lévy.
Akute Nephritis bei Kindern.
Begriffsbestimmung, Aetiologie und Behandlung. Parsons.
Kropf in der Kindheit. Milligan.
Entwicklung der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Martin.
Reform der Armenpflege und der öffentlichen Gesundheit in ihrer Beziehung zu London. Fenton.
Armenwesenreformen vom Standpunkt der städtischen Gesundheitspflege. Oarrow.
Standpunkt des Medizinalbeamten für das Armenwesen. Baly.
Juristische Begriffsbestimmung des „lebenden Kindes". Carter.
Kommentar und Ratschläge zur Umfrage 426 (Krebs). Brown.
Querlage bei normalem Becken und normalem Kind. Burke.
Adrenalin beim Herzstillstand. Intrakardiale Injektion bei einem 6 Monate alten Säugling. Livingstone.

Biberfeld.

Il Policlinico Sez. prat.

33., Nr. 33, 16. August 1926.

Behandlung der Rachitis. Sabatini.
Von den Zähnen ausgehende Halsfistel. Brusotti.
Trauma und Tuberkulose. Fossataro.
* Gefahren des Automobilismus. Filippini.

Gefahren des Automobilismus. Vermehrung der Unglücksfälle mit zunehmendem Automobilismus. In Amerika, wo die Zahl der Automobile seit 1915 von etwa 1¾ auf 13 Millionen gestiegen ist, nahm die Zahl der durch das Automobil hervorgerufenen Todesfälle von 5,8 auf 14,9 pro 100000 Einwohner zu. Die Gesamtziffer betrug in 1923 allein 16452. Die Benutzung von Automobilen ist als schädlich allen Personen abzuraten, die zu Vagotonie neigen, die an Störungen des Coecum, des Appendix, der Leber, der Nieren (Urämiegefahr!) leiden; auch Personen mit Varicen und gewissen Herzstörungen fühlen oft den schädlichen Einfluß von Automobilfahrten. Nicht zu unterschätzen sind die Schäden durch das Entweichen der Auspuffgase, die infolge der meistens unvollständigen

Verbrennung der Betriebsstoffe viel CO enthalten, fast stets in gleicher Menge wie CO₂, bei schlecht funktionierendem Motor oft das Doppelte der CO₂. Für Paris hat man eine tägliche Produktion von 100 Millionen Liter CO seitens der Automobile errechnet (d. h. 5 Liter pro qm). Die Verbreitung des CO ist aber nicht gleichmäßig, sondern auf einzelne Gegenden (besonders Straßenkreuzungspunkte) und einzelne Stunden des Tages beschränkt. Verdünnung in der Luft und Ventilation verhindern übermäßige Ansammlung, aber CO hat eine Dichtigkeit, welche derjenigen der Luft fast gleichkommt. Die Gefahrzone beträgt etwa 2 Meter über dem Straßenniveau. Am meisten gefährdet sind Straßenarbeiter, Straßenpolizisten und die Bewohner der Erdgeschosse. Bei undichtem Boden der Karosserie kann Gas in den geschlossenen Wagen dringen und Schaden stiften. Sehr viel größer sind die Gefahren in schlecht ventilierten Garagen. In New York fand man in 75% aller Garagen CO-Gehalt bis zu 2 pro mille (!) und bei 69,5% der Chauffeure, die vielfach an Kopfschmerzen und starker Blässe bei normalem Hb-Gehalt litten, CO im Blute. Abhilfemaßnahmen außer guter Ventilation Aenderung der horizontalen in eine vertikale Lage des Auspuffrohres. Zur vollkommeneren Verbrennung und zur Vermeidung der Detonationen hat man Aethylgasolin (5 ccm auf 5 Liter Benzin oder Benzol) — eine Mischung von Tetraäthylblei mit anderen Substanzen — mit gutem Erfolge benutzt. Dieses Produkt ist aber stark giftig, wie sich in den Fabriken bei der Herstellung zeigte. Letale Dosis bei der Inhalation 5,11 mg per Liter Luft, bei Hautapplikation 0,6 ccm per Kilo Gewicht. Die Bleisalze der Auspuffgase schlagen sich nieder und können mit dem Staub zur Einatmung gelangen. Verf. berechnet für Rom bei dem Gebrauch des Mittels eine jährliche Verbreitung von 28 Doppelzentnern Blei in den Straßen. Die Gefahren der Bleiintoxikation sind in der Automobilindustrie und für das Publikum viel geringer als bei der Fabrikation, aber sie sind zweifellos nicht ganz auszuschalten. Die Schlußfolgerungen einer Untersuchungskommission in Amerika werden als zu optimistisch bezeichnet. Die italienische Regierung hat einstweilen die Einfuhr von Tetraäthylblei verboten.

Nr. 34, 23. August 1926.

Tuberkulöse Pleuritis und histogene Immunität. Moro und Pirani.
Die Pigment-Syphilis. Faberi.
Wann muß man die Appendizitis operieren? Urbani.

Nr. 35, 30. August 1926.

✦ Mechanismus der Wirkung des Chinin und des Chinidin beim Vibrieren und Flimmern der Vorhöfe. Meltolesi.
Fall von eingeklemmter Kruralhernie mit Inhalt von Blase und Tube. Baricci.
Das Kirmissonsche Häkchen für Extraktion von Münzen und ähnlichen Fremdkörpern aus dem Oesophagus. Avoni.

Mechanismus der Wirkung des Chinin und des Chinidin beim Vibrieren und Flimmern der Vorhöfe. Von 40 Fällen mit Vorhofflimmern erreichte Verf. mit der Chinidintherapie (von täglich 1 bis 1½ g und vorangegangener Toleranzprüfung) die Wiederherstellung des Rhythmus des Sinus in 40% der Fälle. Diese Regulierung des Rhythmus trat jedoch nur in den Fällen ein, wo das Flimmern mit isolierten Störungen des Tonus des Myokards verbunden war, blieb stets aus, wenn außer den Störungen des Tonus noch solche der Kontraktilität vorhanden waren. Diese Feststellung ermöglicht es, die Chinintherapie von vornherein auf die Fälle von reiner Tonusstörung zu beschränken und die Fälle, welche bei den funktionellen Proben Störungen der Kontraktilität zeigen, von der Chinidinbehandlung auszuschließen. Mit der progressiven Besserung der Tonusstörungen durch Chinidin geht ein allmähliches Verschwinden des Flimmerns parallel. Bei Intoleranz gegen Chinidin beobachtet man eine Verstärkung des Flimmerns. Es geht aus den Untersuchungen hervor, daß das Vorhofflimmern durch einen Zustand der Hypotonie des Myokards aufrecht erhalten wird. Das Chinidin wirkt also auf das Flimmern durch seine tonischen Eigenschaften, die denen des Chinin überlegen sind. Das stimmt mit der günstigen Wirkung des kürzlich in Amerika angewandten Veratrin überein, das in kleinen Dosen ebenfalls auf die Muskulatur wirkt und den Tonus erhöht.

Rontal.

Il Policlinico Sez. chir.

33., Nr. 8, 15. August 1926.

Fall von Ulcus simplex des Ileum. Arvigoni.
Hernie des processus vermiformis. Bacheca.
Fibrome des N. medianus und ulnaris. Margottini.
Pseudolipoma arborescens des Kniegelenks. Marinacci.
Chirurgische Behandlung der Angina pectoris durch Exstirpation des Halssympathikus. Masci.
✦ Rekonstruktion der Patella nach der Methode Dalla Vedova. Valdoni.

Rekonstruktion der Patella nach der Methode Dalla Vedova. Bei einem neunjährigen Kinde mit primärer zentraler Karies der Patella, wo der Prozeß noch nicht das Gelenk ergriffen hatte, entfernte Dalla Vedova die Patella und deckte den Substanzverlust durch Herunterschlagen eines Zipfels der Quadrizepssehne, den er mit einem gestielten Lappen der Patellarsehne vernähte. In die so gebildete Furche transplantierte er ein Knochenperioststück von ovaler Form aus der Tuberositas tibiae und stellte auf diese Weise die mechanische Funktion der Patella in vollkommener Weise her. Röntgenographisch veränderte sich das transplantierte Knochenstück im Laufe der Monate und hatte nach 2½ Jahren eine der normalen Patella sehr ähnliche Form angenommen. Mittels experimenteller Untersuchungen an Kaninchen konnte Verf. die anatomischen Veränderungen des transplantierten Knochens beobachten und seine Entwicklung durch röntgenologische Studien verfolgen. Es entwickeln sich vitale Prozesse einer partiellen Resorption und Knochenumbildung, allmählich von der Peripherie aus ins Innere vordringend. Ausführliche Schilderung und bildliche Darstellungen. Die anatomischen und funktionellen Verhältnisse gestatten es, daß der transplantierte Knochen auch in nicht knöchernem Bett zwischen Weichteilen sich wie ein dem normalen durch seine architektonische Struktur ähnlicher Knochen entwickelt und imstande ist, in seinen Dimensionen sich den funktionellen Bedürfnissen anzupassen.

Rontal.

La Riforma medica.

42., Nr. 30, 26. Juli 1926.

Serodiagnose des Krebses. Izar.
✦ Schwellung der männlichen Brustdrüse bei Lebercirrhose. Silvestrini.
✦ Hemikolektomie wegen Stase im Zoekum und Kolon. Grimaldi.

Schwellung der männlichen Brustdrüse bei Lebercirrhose. Dieses Phänomen wurde zuerst vom Verf. beobachtet, der nunmehr zu früher veröffentlichten Fällen 4 neue hinzufügt. Es handelt sich um einen wirklichen chronischen Entzündungsprozeß mit Proliferation des Epithels. Die Schwellung kommt in der Hauptsache durch eine starke Bindegewebsneubildung zustande. Er lehnt eine Identität mit der Gynäkomastie ab, bezeichnet den Prozeß als ein „Wiederaufleben der Brustdrüse". Möglicherweise spielen endokrine Einflüsse eine Rolle, wie z. B. beim Adenom des Thymus im Morbus Basedow, in der Weise, daß eine Störung gewisser Drüsenfunktionen Stoffe in den Kreislauf bringen kann, die fähig sind, atrophische, im Organismus ruhende Elemente zu einer neuen Funktions- und Reproduktionstätigkeit zu reizen.

Hemikolektomie wegen Stase im Zoekum und Kolon. 32 jähriger Mann. Nach 7 jährigem Leiden vor einem Jahre wegen angeblicher Pylorusstenose eine G. E., die sein Besserwerden in keiner Weise linderte. Bei der Röntgenuntersuchung regelmäßige Funktion der neuen Anastomose, erhebliche Ptosis des Zoekum und der Flexura hepatica, Stagnation des Baryum nach 24 Stunden im Colon ascendens, Reste von Baryum noch nach 48 Stunden im Zoekum. Die Operation enthüllte eine Pericolitis membranosa Jackson. Eine Hemicolektomie dextra (Resektion von 12 cm Ileum, Zoekum, Colon ascendens und einem Stück des Transversum) und eine Anastomose zwischen Ileum und Flexura sigdmoidea beseitigte alle Beschwerden und führte ein gutes funktionelles Resultat herbei. Im einzelnen wird dargelegt, warum Verf. sich nicht auf eine Fortnahme der Jacksonschen Membran oder eine einfache Anastomose ohne Resektion beschränkte und warum er das Ileum mit der Flexura sigmoidea, nicht aber mit dem Colon transversum anastomosierte.

42., Nr. 31, 2. August 1926.

Die Hepatitis nach modernen Auffassungen. Barlocco.
✦ Die konjunktivale Staphylokokkenreaktion. Moriconi.
✦ Die endokrinen Faktoren des Dementia praecox. Marotta.

Die konjunktivale Staphylokokkenreaktion. Taddei bekam bei der Operation eines osteomyelitischen Herdes zufällig einen Tropfen Blut ins Auge, das am nächsten Tage eine intensive, aber bald vorübergehende Konjunktivitis zeigte. Da er gerade an einem Furunkel litt — in beiden Fällen Staphylokokkennachweis —, war an ein Phänomen allergischer Natur zu denken. Verf. führte nun an 120 Personen, die zum großen Teil an Staphylokokkeneiterungen litten, zum kleineren Teil sicher frei von jeder Staphylokokken-Infektion waren, 144 konjunktivale Reaktionsproben mit Staphylokokken-Infiltraten von 3—34 tägigen Bouillonkulturen aus. Kontrollen mit Instillation steriler Bouillon in das zweite Auge. Die positive Reaktion bestand in leichter Rötung des unteren Augenlides, Verdickung der Uebergangsfalte, der Plica semilunaris und der Karunkel. Beginn frühestens nach 24 Stunden, Verschwinden nach 48 bis spätestens 72 Stunden. In allen 44 eiterfreien Fällen fiel die Reaktion negativ aus. Von 38 Fällen, in welchen Staphylokokken durch Kultur festgestellt waren, reagierten 33 bei der ersten, die restlichen fünf bei einer zweiten Instillation. Von 44 Fällen, in denen die Staphylokokkennatur nur nach dem klinischen Bild angenommen wurde, reagierten 32 positiv. Da zudem in einigen Fällen, wo Strepto- oder Diplokokken als pathogene Faktoren nachgewiesen waren, die Reaktion negativ ausfiel, so kann man dieselbe als spezifisch ansehen. Der positive Ausfall in einigen Fällen offener Tuberkulose kann wohl durch Sekundärinfektion erklärt werden. Die Reaktionen wurden, um Autosuggestion auszuschließen, von Kollegen festgestellt, welche weder die Fälle kannten, noch über die Instillationen von Toxin bzw. steriler Bouillon orientiert waren.

Die endokrinen Faktoren des Dementia praecox. Verf. untersuchte die Störungen des hormonalen Gleichgewichts bei 20 Kranken mit Dementia praecox mittels der verschiedenen zu Gebote stehenden Proben von Goetsch, Parisot und Richard, Bram und der sogenannten biologischen Sondierung von Leone, deren Technik genau wiedergegeben ist. Nach den Untersuchungen besteht bei der Dementia praecox eine Funktionsstörung von Hoden, Schilddrüse und Nebennieren. In vielen Fällen, besonders bei akuten Formen, ließ sich klinisch Hyperthyreoidismus, seltener und weniger bestimmt eine Dysfunktion der Nebennieren feststellen. Die Resultate der Leoneschen Methode stimmten mit den klinischen Beobachtungen stets überein. Die Diagnose solcher Störungen des endokrinen Systems ist wichtig zur Bestimmung einer schizophrenischen Konstitution, auf deren Boden sich leicht das klassische Bild der Dementia praecox durch besondere ätiologische Momente, wie Infektionen verschiedener Natur, entwickelt.

42., Nr. 32, 9. August 1926.

Intrakranielle Lymphosarkose bei aleukämischer Lymphadenose. Arena.
* Studien über karbolisierte Tollwutvakzine und Vorschläge für eine Aether-Karbolvakzine. Volpino und Finocchio.
Perkussions-Auskultation in der Diagnose von Pleuraexsudaten. Secco.
Der wissenschaftlich-praktische Wert der Meinicke-Reaktion. Cavallucci.

Studien über karbolisierte Tollwutvakzine und Vorschläge für eine Aether-Karbolvakzine. Verff. benutzten in 500 Fällen ohne einen einzigen Mißerfolg stets eine Suspension von getötetem Virus und mit geringer Modifikation der Fermischen Methode eine 4% Suspension des fixen Virus in 1% Karbolsäure, die sie bei 18—22° sechs Tage stehen ließen. Ueber 40 Tage alte Suspensionen wurden nicht mehr gebraucht. Die Behandlung dauerte im Durchschnitt 25 Tage (Erwachsene täglich 4, jugendliche Personen 3, kleine Kinder 1,5 ccm.) Sie arbeiteten nunmehr eine neue Methode aus unter Benutzung von Aether, dessen abschwächender Einfluß auf das fixe Virus in Frankreich zur Herstellung eines Vakzine benutzt wurde, während sie sich die die Nervensubstanz entgiftenden Eigenschaften des Aethers zunutze machten. Abweichend von der französischen Technik zerrieben sie eine Viertel Stunde lang Gehirn und Rückenmark eines Kaninchens mit vorgeschrittener Paralyse ganz fein in einem Mörser, fügten 50 ccm Aether in wohlverschlossener Flasche unter häufigem Schütteln hinzu. Nach sechs Stunden Abgießen des Aethers und neuerliches Zerreiben der gepulverten Masse, um jede Spur Aether zu entfernen. Hinzufügen von ½% Karbollösung (100 ccm für jede 5 g Nervensubstanz). Die Flüssigkeit ist transparent und wenigstens viermal weniger toxisch. Während ½ ccm einer Suspension von 5% Nervensubstanz in 1% Karbollösung zur sofortigen Tötung eines Kaninchens genügt, gebraucht man von der neuen Suspension für denselben Zweck 2 ccm. Verff. hoffen größere Mengen davon ohne Schaden geben zu können mit dem Vorteil, die Dauer der Kur abzukürzen.

Rontal.

Paris Medical.

Nr. 31, 31. Juli 1926.

Emphysem und die Veränderungen der elastischen Fasern bei den Pneumopathien. Rosenthal.
Parabronchitische Ausschwitzungen und andere aseptische Reaktionen der Pleura. Petzetakis.
* Manganzitrat. Normet.

Manganzitrat. Zu empfehlen in allen Fällen, wo sich ein neurotropes Virus an der Nervenzelle fixiert; also bei der Grippe, der Zerebrospinalmeningitis, den Röteln, dem hämoglubinurischen Ikterus. Die Wirkung ist nicht klar; es scheint, daß das Toxin durch einige Moleküle O verändert wird. Die Injektion ¼ ccm pro kg intravenös folgender Lösung: Natriumzitrat 52 g Magnesiumzitrat 10 g Eisenkaliumtartrat 3 g Manganzitrat 1 g Aqua ad 1000. ruft nach einer Stunde Schüttelfrost, reichlich Schweiß und eine Temperaturerhöhung hervor; letztere ist bei sehr mageren Individuen heftig. Nach 6 bis 8 Stunden kehrt die Temperatur auch bei Fiebernden zur Norm zurück. Sonst keine Nebenwirkungen. Bei schweren Anämien wird die Injektion schlecht ertragen.

Nr. 32, 7. August 1926.

* Behandlung der Pyelonephritiden, besonders der durch Kolibazillen. Wolfromm.
* Kompensatorische Nierenhypertrophie. Bayle.
* Methylenblau bei renovesikaler Tuberkulose. Blanc.

Behandlung der Pyelonephritiden, bes. der durch Kolibazillen. Der Kolibazillus erreicht die Niere vom Darm aus am häufigsten auf dem Blutwege, siedelt sich dort im Parenchym wenig, seltener im Ureter und in der Blase mit Vorliebe im Becken an. Dabei handelt es sich darum, ob freier Urinabfluß besteht oder nicht. Im ersteren Falle kommt es zur einfachen Pyelonephritis, die zu heilen ist, aber auch chronisch werden kann; im letzteren Falle kommt es zu Komplikationen, Verschlimmerung der lokalen Affektion, Pyonephrose, zu kleinen miliaren Abszessen in der Niere zur Septikämie. Die Behandlung ist im Grunde einfach, wenn man die Hindernisse des Urinabflusses beseitigen kann und den intestinalen Infektionsherd. Gelingt letzteres nicht, so ist der Erfolg unsicher, man muß sich auf die Behandlung der Pyelonephritis beschränken, die recht rebellisch sein kann. Manchmal heilt sie völlig; man kann aber erst von einer Heilung sprechen, wenn die bakteriologischen Untersuchungen mehrere Jahre negativ waren; denn jeden Moment kann ganz plötzlich ein Rezidiv auftreten. Man hat nämlich nicht selten Besserungen, die klinisch, aber nicht bakteriologisch als Heilungen anzusprechen sind. In der Mehrzahl der Fälle bleibt die Pyelonephritis gutartig. Sie ist außerordentlich verbreitet. Manche Fälle heilen einfach durch Ruhe. Dann heiße Applikationen, Bäder, trockene Schröpfköpfe; die Kranken sind gegen Kälte sehr empfindlich. Bei der Ernährung ist zu vermeiden: Substanzen, die die Nieren reizen, deren Spaltprodukte in den Nieren ausgeschieden werden und die intestinale Fermentationen hervorrufen können oder Verstopfung (frische Milch, Eier, unverdauliche Fette). Also Fruchtkompotte, leichte Fette, Butter, Kefir, Joghurt. Als Getränke, obgleich nicht ganz logisch, diuretische Mineralwässer. Dann Diuresekur, 2—3 l täglich in Teilen von ca. 150 g stündlich, am besten im Liegen; Ueberwachung des Blutdrucks. Oft recht günstige Erfolge. Dann Substanzen, die im Harn Formaldehyd ausscheiden. Urotropin. 1,5 pro die dreimal täglich mit der gleichen Menge Natriumbenzoat. Manche Autoren gehen bis zu 8 g täglich. Dann muß man aber eine Substanz geben, die den Harn sauer macht, also Natriumbenzoat, Natriumphosphat. Das Urotropin darf nicht zu sehr verdünnt werden, also Restriktion der Getränke, Dampfbäder. Bei Polyurie ist es wirkungslos. Auch intravenös: 40% — 10 — 15 ccm täglich. Per os kann Urotropin digestive Störungen, Diarrhoe verursachen; intravenös kann es anaphylaktische Eigenschaften zeigen, vesikale Hämaturien. Also bei Hämaturie nicht indiziert. Man kann auch Salol 2—4 g täglich geben. Auch Farbstoffe kommen in Frage: Akriflavin 1 cg pro kg. Also per os 5—50 cg. Daneben Natronbikarbonat. Intravenös weniger. Oder Argoflavin 20 ccm intravenös täglich einer 0,5% Lösung. Merkurochrom 3—5 mg pro kg. Gentianaviolett 8 mg pro kg. Meroxyl 35—40 ccm einer 1% Lösung. Endlich Neosalvarsan 15 bis 30 cg alle 5—6 Tage. Die antiseptischen Medikamente wie Urotropin wirken nur in saurem Harn; der Kolibazillus entwickelt sich im alkalischen Harn schlecht. Man kann also beide Prinzipien verfolgen. Zur Alkalinisation verwendet man Natriumbikarbonat, Natriumzitrat, Natriumphosphat, auch Kaliumsalze, die den Vorteil der Diurese haben, Kaliumazetat, Kaliumzitrat. Abends 3—12 g u. m. Man kann auch mit beiden Methoden abwechseln, jede etwa 10 Tage lang, um dann bei der zu bleiben, die am besten hilft. Günstige Erfolge sieht man auch durch Spülungen und Ausdehnung der Blase. Spülungen des Nierenbeckens. Die Behandlung mit Vakzinen und mit dem Bakteriophagen ist nicht gefährlich, aber Triumphe hat sie nicht gezeitigt. Es empfiehlt sich endlich, Erfolge durch eine Mineralwasserkur zu stärken.

Kompensatorische Nierenhypertrophie. Tierversuche ergaben: Nach einseitiger Nephrektomie hypertrophiert die Niere wie jede hyperfungierende Drüse. Es produzieren sich dabei keine neuen Tubi und Glomeruli, sondern es kommt zu Zellhypertrophie und Hyperplasie.

Methylenblau bei renovesikaler Tuberkulose. Aus den physiologischen Eigenschaften des Methylenblau, der elektiven Affinität für das Chromatin im lebenden Zustand, der Affinität für die Achse der Nerven, der Ausscheidung durch die Nieren, resultiert einmal eine antiseptische Wirkung (auf die Leukozyten und Mikroben), die die Anwendung bei verschiedenen Infektionen rechtfertigt; dann als Antineuralgikum. Es verbreitet sich also in dieser Richtung über den ganzen Urinalbaum. Es ist demnach bei solchen renovesikalen Tuberkulösen anzuwenden mit bilateralen, inoperablen Läsionen, bei Nephrektomien mit Blasenveränderungen, wo Ureterenkatherismus nicht auszuführen ist, also kurz bei solchen, die operiert oder noch zu operieren sind oder bei denen eine kausale chirurgische Behandlung nicht möglich ist. Innerlich gibt man 0,05 in Pillen zweimal täglich mit den Mahlzeiten mit zehntägiger Pause im Monat, was lange fortgesetzt werden kann ohne Schaden. Dann lokal für die Blase mit Instillationen einer einprozentigen Lösung in 7% künstlichem Serum zwei, steigend bis zehn ccm alle zwei Tage. Der Farbstoff imprägniert besonders die kranken Partien. Die Wirkung tritt unmittelbar ein, sowohl hinsichtlich der Schmerzen, wie der Pollakiurie und bessert besonders das vesikale Oedem. Aus der positiven Wirkung kann man aber auch den Schluß ziehen, daß es sich um eine Tuberkulose handelt.

Nr. 33, 14. August 1926.

Senkungsgeschwindigkeit und digestive Hämoklasie. Popper und Kreindler.
◆ Therapie der Dermatosen. Veyrieres und Valette.
Gold bei der Therapie der Hauttuberkulosen. Hufschmitt.

Therapie der Dermatosen. Selten ist eine Dermatose Symptom einer kongenitalen Hautmißbildung Ichthyosis usw. Sonst ist sie immer Reaktion eines äußeren oder inneren Reizes. Aeußere Ursachen: Kontakt mit Insekten, Pflanzen, Chemikalien, Wärme-, Licht-, Bakterienwirkung. Innere Ursachen: Wirkung des allgemeinen oder vegetativen Nervensystems, Funktionsstörungen oder Veränderungen der Nervenenden, Elimination gewisser Arzneimittel, gewisser Zersetzungsprodukte von Nahrungsmitteln, von Bazillenprodukten, von schädlichen in den Geweben oder durch fehlerhafte Funktion gewisser Organe entstandenen Substanzen. Zu den letzteren gehören auch die Blutdrüsen. Diese Reaktionen sind aber nur möglich, wenn die Haut nicht ihre normale Widerstandsfähigkeit hat. Dies kann allgemein, lokal, kongenital, hereditär oder erworben sein, vorübergehend oder dauernd. Bei denselben Ursachen können die verschiedenen Häute auf verschiedene Weise reagieren; jede Haut reagiert gewöhnlich nur auf gewisse spezifische Reize, nicht gleichzeitig auf verschiedene. Schon hieraus ersieht man, daß eine innere Therapie recht schwer ist; sie ist besonders präventiv. Ihre Aufgaben sind recht vielfache und erfordern deshalb das Rüstzeug der ganzen Medizin; sie ist also nie rein dermatologisch. Eine äußere Ursache kann, wenn sie erkannt ist, beseitigt werden; handelt es sich um eine Elimination von Bakteriensekretionen, so hat man eine glatte Wirkung bei Syphilis; weniger glatt, aber immerhin noch brauchbar wirkt das Jod bei den Affektionen der Aktinomykose, Sporotrichose und manchmal auch der Blastomykose. Bei Arznei- und Nahrungsexanthemen läßt die Heilung gewöhnlich nicht lange auf sich warten. Bei Organ- und innerer Drüsenstörung ist eine genaue Diagnose das Wesentliche, um Erfolg zu erzielen. Die richtige Anaphylaxie erklärt nur wenig Hautaffektionen und man hat heute die alte Säftetheorie zur kolloidoklasischen Diathese modernisiert. Man hat jedoch mit der nicht spezifischen Desensibilation nichts erreicht, außer mit hohen intravenösen und dann schädlichen Dosen. Man kam dann in der Methode des Schocks zu der ebenso alten medicatio pertubatrix. Aber auch sie konnte den Allgemeinzustand nicht ändern; wenigstens die Methode des brutalen Schocks, die nur vorübergehende Erfolge gibt. Eine Serie weniger brutaler Schocks würde, wie die Behandlung der progressiven Paralyse nahelegt, bessere Erfolge geben.

Die äußere Behandlung leistet weniger wie die innere, weil sie die oben angeführten inneren Ursachen nicht beseitigen kann. Aber die Wirkung zeigt sich meist erst nach einiger Zeit. Ferner: die Hauterscheinung kann noch ziemlich lange nach Beseitigung der Ursache bestehen, weil die Haut eine Gewohnheit, eine Orientierung, angenommen hat, die nur durch äußere Behandlung geändert werden kann. Die innere Behandlung verlangt Kenntnis der allgemeinen Medizin; die äußere spezielle Kenntnisse. Sie lindert sofort und danach beurteilt der Patient die Behandlung. Um sie recht durchzuführen, ist einmal eine genaue, bis ins einzelne gehende Diagnose nötig, und dann muß der Arzt die Pharmakologie gründlich beherrschen; er darf keineswegs mechanisch die Formeln einer Rezeptsammlung anwenden.

Nr. 34, 21. August 1926.

Wert der Wirbelpunktion bei der otogenen Meningitis. Portmann, Moreau und Forton.
Nervenzustände bei der antirabischen Behandlung. Paulian.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 61, 31. Juli 1926.

Die häufigsten Dermatosen des behaarten Kopfes und ihre Behandlung. R. Sabouraud.
Die Anfangssymptome des Oesophaguskarzinoms. J. Guisez.
◆ Asthma, Klima und Habitation. Ph. Pagniez.

Asthma, Klima und Habitation. Verf. stützt sich im wesentlichen auf die Arbeiten Storm van Leeuwens und Kremers, die in Frankreich noch wenig bekannt sind. Er betont die Wichtigkeit der Feststellung der klimatischen und der häuslichen Allergene, für die der Asthmatiker individuell empfindlich ist, wofür in der Leeuwenschen Klinik besonders konstruierte Kammern eingerichtet sind, in der entweder die einen oder die anderen Allergene ausgeschlossen werden können. Bleibt der Patient in einer der Kammern anfallsfrei, so bietet die weitere Feststellung z. B. der häuslichen und Nahrungsallergene weiter keine Schwierigkeiten mehr. Bei diesem Verfahren werden 76% vollständige Heilungen, 14% weitgehende Besserungen und 10% unbeeinflußte Fälle festgestellt. Haber.

Nr. 62, 4. August 1926.

Coxa vara interna, vergesellschaftet mit Coxa valga externa. A. Mouchet und C. Roederer.
Leprasyphilis der Zehenglieder durch säurebeständige Bazillen. G. Delamare und Achitono.
Modifikation der Meltzer-Lyonschen Probe. I. Hatziegann und H. Halitza.
◆ Gallenblase und hypophysäre Organtherapie. G. Ischok.

Gallenblase und hypophysäre Organtherapie. Die Arbeit stützt sich im wesentlichen auf die Untersuchungen Schönbubes und Ralks (Frankfurt), über den „Pituitrin-Reflex“ der Gallenblase. Nach einer subkutanen Injektion von Hypophysenextrakt erfolgt nach etwa 35 bis 40 Minuten eine Gallenabsonderung, sowohl beim normalen, wie beim gallenerkrankten Menschen, die zunächst hellgelb, allmählich dicker und dunkler wird. Erst nach über einer Stunde wird die Sekretion wieder normal. Die französischen Autoren, namentlich Chiray, kommen ungefähr zu denselben Resultaten, glauben jedoch, daß die klassische Meltzer-Lyonsche Probe genauere Resultate gibt. Indessen habe die hypophysäre Therapie ihr besonderes Anwendungsgebiet, da die enge Beziehung zwischen dem weiblichen Genitalapparat zur Hypophyse, andererseits die erhöhte Bereitschaft der Frau für Zellenerkrankungen, eine derartige Therapie durchaus gerechtfertigt erscheinen kann. Vermutlich ist sie am besten im Intervall anzuwenden, nachdem der akute Anfall überwunden ist, besonders wo Kontraindikationen für eine Operation bestehen.

Nr. 63, 7. August 1926.

◆ Der renale Diabetes. M. R. Castex.
Gleichzeitiges Auftreten von Pylorus- und Corpus-Ulcus. X. Delore, P. Mallet-Guy P. Duchoux.
◆ Verschiedene Blutdrucksenkungsmittel bei artieller Hypertension. Ch. Mattei und I. Dias-Cavaroni.

Der renale Diabetes. Nachdem Verfasser zunächst die Theorien deutscher Autoren erörtern, kommen sie nach Beobachtung von sechs eigenen Fällen zu dem Ergebnis, daß es sich beim renalen Diabetes um eine intestinale Toxämie handelt, die in 83% mit einer intestinalen Protognose verbunden war. In der Pathogenie spiele die Acidose eine Hauptrolle, die ebenfalls toxisch-intestinalen Ursprungs ist. Die Prognose sei durchaus günstig; mit einer biologischen, diätetisch-medikamentösen Therapie wurden alle Fälle restlos geheilt.

Verschiedene Blutdrucksenkungsmittel bei arterieller Hypertension. Die vom Verf. näher auf ihre Wirkung untersuchten Mittel sind Natriumnitrit, Trinitrin, Benzylbenzoat, Lauchtinktur, Mistel und Chloral. Davon erwiesen sich: 1. Natriumnitrit als unwirksam und zuweilen gefährlich, 2. Trinitrin als unzuverlässig und flüchtig, 3. Benzylbenzoat und Lauchtinktur haben nur eine geringe und inkonstante Wirkung auf die arterielle Hypertension, 4. Mistel und Chloral geben leidlich befriedigende und konstante Resultate; besonders der wässerige Auszug der Mistel bewirkt bei intramuskulärer Anwendung eine Herabsenkung des arteriellen Druckes. Das Chloral wirkt besonders auf den systolischen Druck mit deutlicher Variation des Minimums; aber auch die Wirkung der beiden letzten Medikamente reicht nicht über zehn Tage hinaus. Aus diesen Beobachtungen schließt Verf., daß es kein blutdruckherabsetzendes Mittel gibt, sondern nur eine blutdrucksenkende Therapie.

Nr. 64, 11. August 1926.

Exzematöse Dermatitis durch Tragen gefärbter Pelzarten. G. Thibierge und J. Lacassagne.
◆ Asthmatische Respiration im Anfall. F. Claude und P. Simonin.
Das westafrikanische Denguefieber. J. Legendre.
◆ Krebs und Glykose-Metabolismus. M. Wolf.

Asthmatische Respiration im Anfall. Die graphische Aufzeichnung der Respiration im Asthma-Anfall hat ergeben, daß im allgemeinen eine Verlangsamung von 16 auf 12, sogar auf 8 respiratorische Bewegungen erfolgt, daß aber im Verlauf sehr heftiger Anfälle eine Zunahme bis zu 28 eintreten kann. Benutzt wurde dabei ein Mareyscher Pneumograph, der im Niveau des Sternums auf die

Mammilla-Linie plaziert wurde. Nachdem zunächst eine normale Kur aufgenommen wurde, ließ man den Patienten SO²Dämpfe einatmen, die regelmäßig einen Asthma-Anfall auslösten. Die Verlangsamung wurde bei leichteren, die Beschleunigung der expiratorischen Dyspnoe bei schweren Krisen beobachtet.

Krebs und Glykose-Metabolismus. Verf. erörtert im wesentlichen die Forschungen Warburgs und seine Ergebnisse. Der Metabolismus beim Krebs ist in erster Linie ein Spaltungsvorgang. Das Epithel des menschlichen Karzinoms besitzt eine glykolytische Aktivität besonders im anaeroben Milieu; zwischen dem Krebs des Menschen und der Ratte scheint dabei kein Unterschied zu bestehen, ebensowenig zwischen Epitheliom und Sarkom. Bei benignen Tumoren besteht eine Verminderung der Beziehung zwischen Spaltungs- und Oxydations-Metabolismus. Maligne Tumoren produzieren durch jedes aufgenommene Molekül O_2 drei- bis viermal soviel Milchsäure als gutartige Tumoren. Im ganzen wolle Warburg die vage und ungenaue Auffassung des chronischen Reizes ersetzen durch den klaren umschriebenen Begriff des Sauerstoffdefizits.

Nr. 65, 14. August 1926.

* Diagnostik des Schilddrüsensyndroms. M. Labbé.
Bronchiale Dilatation. A. Reverdin,
* Chemischer Ursprung des Bilirubins und die Rolle der Leberzelle bei seiner Entstehung. H. Hinglais.

Diagnostik des Schilddrüsensyndroms. Das beste und sicherste Mittel zur genauen Diagnose aller Schilddrüsenerkrankungen ist die Bestimmung des Grundstoffwechsels, die auch bei den abortiven Formen nicht versagt und fast den Wert eines spezifischen Testes hat. Vermehrung bei Hyperthyreoidismus, Herabsetzung bei Hypofunktion ist eine Regel ohne Ausnahme. Da es nur wenige Ursachen der Veränderung des Metabolismus gibt und die mächtigste davon das Thyreoidin ist, so ist jede Modifikation ein genauer Hinweis zur Gestaltung der Therapie.

Chemischer Ursprung des Bilirubins und die Rolle der Leberzelle bei seiner Entstehung. Nach einer ausführlichen Uebersicht über die bisherigen Forschungen, namentlich auch deutscher Autoren, über die Entstehung des Bilirubins, kommt Verf. zu dem Gesamtergebnis, daß kein Beweis dafür erbracht ist, daß die Epithelzellen der Leber biliäres Pigment bilden, daß im Gegenteil dieses außerhalb der Zellen gebildet werden kann, da nach Entfernung der Leber noch Gelbsucht auftreten konnte.

Nr. 66, 18. August 1926.

Hyperglykämie bei Dermatosen. L. Hudelo und R. Kourilski.

Nr. 67, 21. August 19296.

Diskontinuierliche Anwendung großer Dosen Natriumsalizylat bei akutem Gelenkrheumatismus. G. Caussade und A. Tardieu.
* Flockungsreaktion syphilitischer Sera in Gegenwart eines Gemisches von Antigen und Benzoe-Harztinktur. Divarre de la Rivierre et N. Kossovitch.
* Sichtbarwerden der Gallenblase nach oraler Anwendung von Tetraiodophenolphthalein. A. Lomon und Laurent-Gérard.
Die Porphyrinurie. J. Rouillard.

Flockungsreaktion syphilitischer Sera in Gegenwart eines Gemisches von Antigen und Benzoe-Harztinktur. Das Neue der Methode besteht in der Mischung eines Antigens und einer Harztinktur, die dazu dient, die Flokulate zu gruppieren. Die Methode ist einfach, spezifisch und empfindlich, besonders wenn das Serum nach Erhitzung auf 56° sofort mit dem Antigen-Harzgemisch zusammengebracht wird. Die Substanz, welche die Flockung erzeugt, scheint verschieden von derjenigen zu sein, die die Wassermannsche Reaktion gibt; die Flüssigkeit, deren Flockungsvermögen erschöpft ist, kann häufig noch eine WaR. ergeben.

Sichtbarwerden der Gallenblase nach oraler Anwendung von Tetraiodophenolphthalein. Die orale Anwendung von Tetraiodophenolphthalein mittels Pillen, die keratinisiert sind mit Gluten oder Tolu, gibt keinerlei intestinale Erscheinungen und erzielt eine gute Opafikation der Gallenblase.

Nr. 68, 25. August 1926.

Ventrikuläre Anarchie. A. Clerc und K. Lévy.
Therapeutische Sera, ihre Reinigung und Konzentration; die chemische Lokalisation der spezifischen Eigenschaften. A. Besson und G. Ehringer.
* Neue Theorien über den extra-hepatischen Ursprung des Bilirubins und ihre Anwendung in der normalen Physiologie. H. Hinglais.
* Neue symptomatische Behandlung der Parkinsonschen Erkrankung. A. Ravina.
Pathologie des Gedächtnisses. L. Dugas.

Neue Theorien über den extra-hepatischen Ursprung des Bilirubins. Das Gesamtergebnis der neuen Forschungen über die Entstehung des Bilirubins geht dahin, daß die Epithelzellen der Leber nicht als Ursprungsort des Bilirubins anzusehen sind, daß dieses im Gegenteil außerhalb und unabhängig von der Tätigkeit dieser Zellen gebildet werden kann. Als sichere Quelle kann das Hämoglobin gelten; auch scheint es wahrscheinlich, daß die retikulo-endothelialen Zellen diese Funktion ausüben können, doch ist vorläufig diese Frage noch als ungelöst zu betrachten.

Neue symptomatische Behandlung der Parkinsonschen Erkrankung. Als rein symptomatisches, aber relativ ungiftiges gut vertragenes Therapeutikum bei Parkinsonismus hat sich Datura stramonium bewährt, das, als Pulver angewendet, besonders die muskuläre Rigidität günstig beeinflußt, die Gesichtsmimik belebt und die automatischen Bewegungen vieler hervorruft. Mit der körperlichen geht die psychische Besserung Hand in Hand. Die angewandten Dosen betragen 0,50 bis 1,50 g täglich in Pillen zu 0,05 bis 0,2 g, möglichst ein- bis zweistündlich bei den Mahlzeiten zu nehmen in Serien von 20 Tagen mit je einem zehntägigen Intervall, währenddem nichts oder ein anderes Medikament gegeben werden kann.

Nr. 69, 28. August 1926.

Aortendystrophie und ihre Beziehung zur Syphilis. M. Letulle, Laignel-Lavastine und J. Heitz.
Sphygmomanometrische Akustik; eine neue Methode der Auskultation. Ph. Fabre.
* Soll die chirurgische Behandlung hypophysärer Tumoren nur ausnahmsweise angewendet werden? Saint-Martin.
Knötchen-Erythem und Tuberkulose. K. Rachid.
Metastasen im Plexus chorioideus als Ausgangspunkt einer Meningokokken-Ventrikulitis und Meningitis. W. Klepacki.

Soll die chirurgische Behandlung hypophysärer Tumoren nur ausnahmsweise angewendet werden? Verf. kommt nach Beobachtung von drei Fällen von Hypophysentumoren zu dem Ergebnis, daß die Operation auf transseptalem Wege einen ungefährlichen Eingriff darstellt, der bessere Dauererfolge gibt als die Bestrahlungstherapie. Nach dieser hat sich die anfängliche Besserung der Hemianopsie und der Kopfschmerzen nur von kurzer Dauer erwiesen, abgesehen davon, daß sie in vielen Fällen gänzlich versagt, während nach der Operation die Besserung noch nach neun Monaten im selben Maße anhielt. Die Aussichten sind um so besser, je früher der Eingriff geschieht.

Haber.

The Journal of American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 6, 7. August 1926.

Untersuchungsproben des Liquor. Ayer.
* Behandlung peripherer Gefäßstörungen der Extremitäten. Brown.
* Organstörungen bei Blutdrucksteigerung. Diagnose und Therapie. Miller.
* Hyperglykämie ohne Glykosurie bei 1000 Diabetikern. Stone.
* Wirkung der Injektionen von Dextrose und Dextrose-Insulin auf den Blutzucker. Thalheimer, Raine, Perry und Buttles.
Schutzmaßregeln bei Katarakt-Expression. Green.
Retention von Vegetabilien im Magen. Bryan.
Pseudohypertrophische Muskellähmung. Lewin.
* Blastomykose der Blase. Rhamy.
Hämophilie mit Volkmannscher ischämischer Myositis und Neuritis. Lord.
Entfernung einer oberen Zahnplatte aus dem Oesophagus. Mc. Reynolds.
Zungenspatel für Tonsillektomie. Davis.
Eine Methode für eine sofortige Behandlung der Patellarfraktur. Corrigan.
Kürbis als Ursache positiver Benzidinreaktion in dem Stuhl von Diabetikern. Massee.

Behandlung peripherer Gefäßstörungen der Extremitäten. Es handelt sich um Gefäßstörungen funktionellen oder organischen Ursprungs. Unter den ersteren sind die gefäßverengernden (milde Formen: toter oder weißer Finger, Akrozyenose, schwere Formen: Raynaudsche Krankheit) und die gefäßerweiternden (Erythromelalgie) zu unterscheiden, unter den letzteren Phromboangiitis und Endarteriitis obliterans. Diabetische Gangrän hat eine ähnliche arteriosklerotische Grundlage wie die Endarteriitis. Bei der Raynaudschen Krankheit und den verwandten vasospastischen Störungen ist jede innere Therapie nutzlos. Abschälung der Arterien gleichfalls ergebnislos, dagegen brachte Adsons Operation für die unteren Extremitäten (Entfernung des 2., 3., 4. lumbalen Sympathikusganglion und perivaskuläre Neurektomie der Art. iliaca com.) in 3 Fällen, für die oberen Extremitäten (Entfernung der unteren Zervikalganglien) in 1 Falle glänzende Heilungserfolge (längste postoperative Periode bisher 1 Jahr; Vermehrung der Oberflächentemperatur bis zu 14° C). Bei der Erythromelalgie waren innere und chirurgische Behandlung gleichmäßig enttäuschend. Bei den organischen Störungen sind prophylaktische Maßnahmen sehr wichtig: Verhinderung von Traumen und Hautinfektion. Tabak als Gefäßtoxin ist besser zu verbieten. Infektionsherde in Zähnen, Tonsillen, Prostata u. a. sind auszuschalten. Im Frühstadium lassen intermittierendes Hinken und Schmerzen bei Ruhe nach, später führen die kontinuierlichen Schmerzen zu dem bejammernswerten Krankheitsbild. Intravenöse Injektion von 2% Natriumzitrat leistet wenig, gleiche Injektion von 25—75 mikrog. Radiumchlorid gaben in 50% der Fälle für höchstens 7 Tage Erleichterung, desgleichen Röntgentiefenbestrahlung der Sakralgegend. Als bestes Mittel erwies sich ein milder Proteinschock durch intravenöse Injektion von Typhusvakzine (in 75% 1—10 tägige Besserungen). Injektionen in 1—5 tägigen Intervallen in Dosen, die Fieberreaktion von 2—3° erzeugen. Im Frühstadium von gutem Erfolge kontinuierliche Wärmebehandlung (in Form von elektrischem Licht, Warnung vor Verbrennungen!) und Kontrastfußbäder als Gefäßübung. Wegen Doppelseitigkeit der Erkrankung sind konservative Maßregeln dringend erwünscht, und daher frühe Diagnose — leider zu selten — wesentlich. Bei beginnenden, trophischen Störungen und unerträglichen Schmerzen nach Adson, um der Amputation vorzubeugen, die sodann, wenn sie später nötig wird, in tieferem Niveau ausgeführt werden kann. Die Auswahl der Operationsfälle wird durch die Proteinreaktion erleichtert. Ergibt diese präoperative Probe keine Erhöhung der Oberflächentemperatur, dann wäre eine Operation erfolglos. 5 Fälle wurden bisher nach Adson mit gutem klinischen Erfolg operiert, doch war die postoperative Dilatation nicht so hochgradig, wie bei der Raynaudschen Krankheit. Die größte postoperative Zeit bisher 3 Monate, sodaß einstweilen keine Schlüsse möglich sind. Bei Endarteriitis obliterans kommt es selten zu Gefäßdilatation, und der Allgemeinzustand dieser älteren Patienten mit Herz- und Nerenstörungen kontraindiziert eine so große Operation wie die Adsonsche.

Organveränderungen bei Blutdrucksteigerung. Diagnose und Therapie. Organstörungen sind meistens die Folge der Hypertension oder durch dieselben Faktoren hervorgerufen wie jene (Nierenstörungen, Retinitis). Veränderungen am Herzmuskel spielen nur eine sehr geringe Rolle. Die Fälle, in denen Nierenveränderungen im Spätstadium der Hypertension erscheinen, werden als essentielle Hypertension bezeichnet; dieser Gruppe gehören die meisten Kranken mit Hypertension an. Jedoch kann die Niere als ursächlicher Faktor nicht ganz ausgeschlossen werden. Einige Amine, wie Guanidin, sind vielleicht ätiologisch verantwortlich zu machen. Die häufigsten schweren Folgezustände der Hypertension sind Gehirnblutungen und Kompensationsstörung des Herzens, Urämie ist relativ selten. Eine Prognose ist fast unmöglich. Vorbeugemaßregeln sind rein spekulativer Natur, solange die Aetiologie unbekannt blieb. In wieweit eine Behandlung erfolgreich ist, läßt sich schwer bestimmen. Die starken Variationen des Blutdruckes — Verf. wies sogar erhebliche Schwankungen im Anschluß an Träume nach — stellen alle Schlußfolgerungen in Frage. Den Kranken frei von Aufregungen aller Art zu halten, ist die vornehmlichste Aufgabe der Behandlung. Es ist unwahrscheinlich, daß größere Flüssigkeitsaufnahme den Blutdruck erhöht, starke Beschränkung des NaCl in der Nahrung bringt keine Vorteile. Solange keine N.-Retention vorliegt, ist ein Fleischverbot nicht indiziert; bis zu 150 g Protein täglich beeinflussen nicht den Blutdruck. Obesitas ist zu vermeiden zur Schonung eines überbürdeten Herzens. Volle Entziehung von Kaffee und Tabak ist eine unnötige Beschränkung. Aderlaß wirkt nur temporär. Gegen maßvolle Schwitzkuren ist nichts einzuwenden. Alle Drogen wirken im besten Falle vorübergehend. Radium wässer sind wirkungslos, die Wirkung der Diathermie sehr problematisch. Die Schlußsätze des Verf. seien wörtlich wiedergegeben: „Die Behandlung der Hypertension ist eines der vielen ungelösten therapeutischen Probleme. Es ist daher Pflicht des Arztes, durch Ratschläge und Ermutigung wenigstens zu einem zufriedenen Leben des Kranken beizutragen, ihn nicht beständig an eine Gesundheitsbedrohung zu erinnern, seine Gedanken von dieser Krankheit abzulenken und ihn vor allem von zu häufigen Blutdruckmessungen abzuhalten." Goldene Worte, wenn man sich die traurigen Folgen vor Augen hält, welche die Furcht vor dem hohen Blutdruck heuzutage im Publikum zeitigt.

Hyperglykämie ohne Glykosurie unter 1000 Diabetikern. Verf. fand unter 500 ohne bzw. mit Insulin behandelten Diabetikern 2,6 bzw. 4,6% Hyperglykämische bei zuckerfreiem Harn. Bei dem Studium dieser Fälle fiel ihm eine große Aehnlichkeit mit einer Gruppe von Diabetikern auf, bei welchen die Autopsie eine hyaline Degeneration der Lagerhaus-Inseln ergeben hatte, und er bringt daher die Erhöhung der Nierenschwelle für Glukose mit einer solchen hyalinen Degeneration in ursächlichen Zusammenhang. Da hyaline Veränderungen eine Späterscheinung des Diabetes sind, so würden andauernde klinische Befunde einer Hyperglykämie ohne Glykosurie eine sehr ungünstige prognostische Bedeutung haben, unabhängig davon, daß jede Hyperglykämie ob mit oder ohne Glykosurie zu Infektionen prädisponiert.

Wirkungen der Injektionen von Dextrose und Dextrose-Insulin auf den Blutzucker. Intravenöse Injektionen von 1,75 g Dextrose pro Kilo Körpergewicht in 25% Lösung innerhalb 20 Minuten und in 10% Lösung innerhalb 2 Stunden bei gesunden Personen. Im ersteren Falle sehr ausgesprochene Hyperglykämie mit folgender, leichter Hypoglykämie bei beträchtlicher Dextrose-Ausscheidung im Harn. Im 2. Falle allmählicher Blutzuckeranstieg in der ersten Stunde, dem in der zweiten ein stärkerer Blutzuckerfall, ähnlich einem milden Insulinschock, folgt. Der Dextroselösung beigemischtes, also intravenös zugeführtes Insulin (1 Einheit auf 3 g Dextrose) verursacht ein rascheres und stärkeres Verschwinden des Zuckers aus dem Blute, also subkutane Darreichung.

Blastomykose der Blase. Der einzige Fall einer blastomykotischen Zystitis in der Literatur. Die Keime zeigten bierhefeähnliche längliche Zellen, in Bouillonkulturen Filamente, keine Endsporen, wuchsen gut auf Glukose-, Blutagar- und Löfflers Blutserum. Es bestand keine Glykosurie.

87., Nr. 7, 14. August 1926.

Angina pectoris und Pseudoangina. Kilgore.
Chronische Perikarditis. Musser und Herrmann.
✤ Die klinische Erkennung des Pulsus alternans. Morris.
Subakute bakterielle Endokarditis. Bierring.
✤ Behandlung der perniziösen Anämie mit einer besonderen Diät. Minot u. Murphy.
✤ Beziehnungen von primärer und sekundärer Anämie zu Vitamin-A-Mangel. Koessler, Maurer und Longhlin.
Ist Trachom eine Mangelkrankheit. Roger.
✤ Entfernung von Immobilisationsverbänden. Geist.
✤ Bestimmung des spezifischen Gewichts von einigen Tropfen Urin. Kirkpatrick und Kling.
Kerosen-Vergiftung. Barbour.
Neue Methode der Bluttransfusion. Donahue.

Die klinische Erkennung des Pulsus alternans. Derselbe ist bei Erkrankung des Myokards häufig, wird nur deshalb so oft übersehen, weil er weniger deutliche physikalische Zeichen gibt, also z. B. das Vorhofflimmern. Eine Differenz beim systolischen Druck zwischen den großen und kleinen Pulswellen kann oft bei der Blutdruckuntersuchung durch Palpation oder besser noch durch Auskultation über der Brachialarterie entdeckt werden. Ein weiteres physikalisches Zeichen beim Pulsus alternans ist eine Differenz in der Intensität der Herztöne oder in der Tonhöhe eines Herzgeräusches. Unter 19 Fällen mit konstantem Alternieren des Pulses fand Verf. das letztere Phänomen siebenmal (36,8%). Der Wechsel in der Intensität der Töne über der Brachialarterie war bei allen Patienten, die einen sphygmographischen Pulsus alternans aufwiesen, so angesprochen und wurde vom Verf. auch dort festgestellt, wo sich später typischer Pulsus alternans entwickelte, daß er als wertvolles, frühes klinisches Zeichen gelten kann und prognostisch sehr wichtig wird, da ja Pulsus alternans ohne Tachykardie bei Herz- und Herznierenkrankheiten eine ernste Prognose gibt.

Behandlung perniziöser Anämie durch eine spezielle Diät. Diätetische Behandlung der perniziösen Anämie ist von einer nicht zu unterschätzenden Wichtigkeit. Verff. behandelten 45 Patienten, darunter einige bis zu 2 Jahren, mit einer Diät, die reich an Eiweiß und Eisen, besonders an Leber war, viel Früchte und frische Vegetabilien enthielt und sehr arm an Fett war. Im einzelnen bestand sie aus Kalbs- oder Rindsleber (zwischen 120 und 140 g oder mehr), die bisweilen durch Lammnieren ersetzt wurde, 120 g oder mehr Rinder- oder Hammelfleisch, nicht weniger als 300 g Vegetabilien, die 1—10% Kohlehydrate enthielten, besonders Lattich und Spinat, 250—500 g Früchten, etwa 40 g Butterfett, um die Speisen schmackhaft zu machen, eventuell 1 Ei und 240 g Milch, dazu Brot, Kartoffeln und Zerealien, wenig Zucker, im Ganzen etwa 2000—3000 Kalorien (340 g Kohlehydrate, 135 g Protein und höchstens 70 g Fett). Diese Diät enthält etwa 0,03 g Eisen und 1 g Purin. Im Beginn stößt man auf große Schwierigkeiten und gibt am besten Leber, Früchte und etwas Vegetabilien. In der ersten Woche gelingt es selten, über 1000 Kalorien zuzuführen. Nach 2 Wochen ist eine allmähliche Steigerung bis zu obiger Diät fast stets möglich. Daneben Bettruhe und Acid hydrochlor. dil. 15 ccm täglich. Im Anschluß an die Diät bei allen Patienten — auch ohne Salzsäure — eine rasche, deutliche Remission ihrer Anämie mit erheblicher Besserung der Symptome, angenommen die Störungen infolge eines Rückenmarksdegeneration. Die Zahl der roten Blutkörperchen, durchschnittlich etwa 1½ Millionen pro cmm vor der Behandlung, betrug 3,4 Millionen nach 1 Monat und stieg bei 27 bis 6 Monate lang beobachteten Kranken auf 4½ Millionen. Bei Kranken, die bereits 2 oder mehr Rezidive hinter sich hatten, erreichte die Blutkörperchenzahl nicht so hohe Werte wie bei denen, die im 1. oder 2. Rezidiv die Kur begannen. Zu den frühesten Symptomen der Besserung gehörten das Verschwinden der Darmstörungen, die Vermehrung der jungen roten Blutkörperchen im peripheren Blut und die Abnahme des ikterischen Index im Serum. Alle Kranken blieben bisher in relativ gutem Gesundheitszustand außer 3, welche die Diät unterbrochen hatten, von welchen sich zwei nach Wiederaufnahme der Diät rasch besserten. Die Zeit für die Beurteilung ob die Remissionen länger als in andern Fällen andauern werden, ist noch zu kurz. Fälle, in denen häufig Bluttransfusionen ausgeführt wurden, reagierten weniger auf die Diät.

Beziehungen von primärer und sekundärer Anämie zu Vitamin A. Verff. glauben, daß die perniziöse Anämie wenigstens in vielen Fällen, auf eine Intoxikation mit Bakteriengiften beruht, die vorzugs- weise von B. coli oder welche im oberen Dünndarmteil bei Personen gebildet werden, die an Achylia gastrica leiden. Die Achylia gastrica, die oft mit einer ähnlichen Störung im Dünndarm verbunden ist, führt zu der Ueberschwemmung des letzteren mit den Mikroorganismen, deren Gifte bei einer tiefgehenden Veränderung von Struktur und Funktion der Dünndarmzellen zur Resorption gelangen. Diese Ver- änderungen aber sind das Resultat eines langdauernden Vitamin-A- (vielleicht auch -B- und C-) Mangels, der entweder die Folge einer chronischen Unterernährung mit diesen Nahrungsstoffen oder ihrer mangelhaften Ausnutzung ist. Die Vitamintheorie der perniziösen Anämie und anderer schwerer Anämien, nach welcher Veränderungen des Blutes und des Magendarmtraktus auf jahrelangem Vitamin-A- Mangel beruhen, während die nervösen Symptome, bzw. die Tendenz zu Blutungen vielleicht ihre Ursache in Vitamin-B- bzw. C-Mangel haben, fand in experimentellen Arbeiten ihre Bestätigung und bildete die Grundlage für die Behandlung von Kranken. Verff. konnten durch eine Vitamin-A-Mangeldiät bei weißen Ratten eine der menschlichen perniziösen Anämie sehr ähnliche Erkrankung erzeugen. Blutregene- ration war ohne Gegenwart von Vitamin A unmöglich. Beimengung von Vitamin A zu der Diät von Tieren, deren Vitamin-A-Reserve vollständig erschöpft war, führte zu rascher Bildung neuer Blut- zellen. Die Menge und Intensität der Blutregeneration lief der Menge des zugeführten Vitamin A parallel. Auf der Basis dieser theoretischen Ueberlegungen und experimentellen, sowie klinischen Beobachtungen beruht die von ihnen mit guten, vorläufigen Erfolgen gegebene Diät: Leberthran (viermal täglich 5 ccm), Butter (fünf- bis sechsmal à 10 g), Milch (6 Gläser zu 250 ccm), Sahne 100 ccm, 2—3 Eigelb oder ganze Eier, 100 g Orangen bzw. frischer Saft, 100 g Tomaten, 100 g Lattich oder Kopfsalat, 100 g Spinat oder Karotten, 100 g Fleisch (Leber, Niere, Bries oder Gehirn), 100 g Weizen-Milchbrot. Diese Diät ent- hält 2676 Kalorien (90 Kohlehydrate, 98 Eiweiß und 173 Fett). Da- neben reichliche Mengen Acid. hydrochl. dil. vor, während und nach dem Essen und dreimal 2 Hefetabletten (gleich 200 mg konzentrierten Hefextrakt).

Entfernung von Immobilisationsverbänden. Verf., Orthopäde von Beruf, ist sich darüber klar, daß es leichter ist, zu sagen, wann ein Schienenverband, sei es aus Pflaster, Holz, Leder oder Stahl ange- legt werden muß, als den richtigen Zeitpunkt für seine Abnahme zu bestimmen. Obwohl er selbst keine dahingehenden Ratschläge erteilt, so beklagt er es lebhaft, daß fast alle chirurgischen und ortho- pädischen Lehrbücher aller Sprachen mit Stillschweigen über diese wichtige Frage hinweggehen und fordert Remedur. Er wird vergeb- lich darauf warten. Das Schweigen hat seine guten Gründe. Es gibt vieles in der Medizin, was sich nicht aus Lehrbüchern erlernen läßt, am allerwenigsten kann diese Frage schematisch beantwortet werden. Jeder Chirurg sieht im Schienenverband ein notwendiges Uebel. Die Erfahrung allein leitet ihn bei der Bestimmung des Zeit- punktes für die Abnahme. Die Empfehlung der allmählichen Befreiung vom Verband („jede Woche eine Stunde länger“) mag in manchen Fällen praktisch sein; ob immer durchführbar, ist eine andere Frage.

Bestimmung des spezifischen Gewichts von einigen Tropfen Urin. Verff. benutzten eine Mischung von Tetrachlorkohlenstoff und Xylen (ersteres von hohem, letzteres von niederem spezifischen Gewicht) im Verhältnis von 1 : 3,5. Die sehr intensiv gemischte Flüssigkeit hat bei 25° C ein spezifisches Gewicht von 1020. Für jeden Grad unter oder über 25° C ist beim Ablesen der Urometerskala 0,001 hinzuzufügen oder abzuziehen. Sinkt der Urintropfen in der Mischung zu Boden, bzw. schwimmt er auf der Mischung, so muß man nun tropfenweise unter Umrühren soviel Tetrachlorkohlenstoff bzw. Xylen hinzufügen, bis er die deutliche Tendenz hat weder zu steigen noch zu fallen. Die Urometerskala zeigt dann das spezifische Gewicht des Harns an unter der notwendigen Korrektur infolge von Tempe- raturdifferenzen. Die Mischung kann nach Abfiltrieren des Harns wiederholt benutzt werden. Die Methode ist besonders beim Unterkatheterismus von Nutzen, wo man bisweilen nur wenige Tropfen Harn zur Verfügung hat.

Rontal.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 2, 8. Juli 1926.

Elimination des Jod im Urin Normaler und Basedowiker. Cattell.
Cholagogische Eigenschaften des Magnesiumsulfat. Mendenhall, Mc. Clure und Cate.

Nr. 3, 15. Juli 1926.

Pädiatrik in der allgemeinen Praxis. Garland.
Urologische Ursachen von Leibschmerzen. Barney.

Urologische Ursachen von Leibschmerzen. Außer Appendix, Gallenblase, Intestinaltrakt und den Organen des weiblichen Beckens können Nieren und Ureter die Ursache von Leibschmerzen abgeben. Auch wenn normaler Harnbefund, normaler Röntgenbefund, vorliegt. Etwa 15 bis 20% solcher krankhaften Zustände der Nieren und Ureter wurden vorher wegen anderer abdominaler Zustände ohne Erfolg operiert und in nur wenigen Fällen wurde der Urinaltrakt vorher überhaupt untersucht. Deshalb ist er bei allen dunklen Fällen zu- nächst auszuschließen. Die Schwierigkeit der Diagnose liegt haupt- sächlich darin, daß die Schmerzen jede andere abdominelle Erkran- kung vortäuschen können. Eine der häufigsten, bis jetzt oft über- sehenen Ursachen, besonders bei Frauen, ist die Ureterstriktur; die Aetiologie ist noch nicht klar: Ptosis der Niere, Hernienbildungen der Scheide; meist in der oberen Hälfte. Hier ergibt Röntgen und die Bauchuntersuchung nichts; wohl aber ist ein Pyelogram und ein Uretrogram ausschlaggebend. Eine weitere Ursache sind aberrie- rende Nierengefäße, die oft Kolik, Schmerzen und Hydronephrose hervorrufen. Auch hier normaler Urinbefund. Der Zustand kann auch durch Steinbildung kompliziert sein. Oft kommt hier Nephrek- tomie in Frage. Auch Lageveränderungen der Niere, Torsion, Ad- härenzen können ursächlich in Frage kommen. Endlich kann auch die Hufeisenniere, die früher oder später immer operativen Eingriff nötig macht, Appendizitis vortäuschen.

Nr. 4, 22. Juli 1926.

Ichthyol. Blaisdell.
* Neuere Auffassung der traumatischen Neurose. Coriat.
* Cholezystographie. Eveleth.
* Trypanosomiasis. Lewis.

Neuere Auffassung der traumatischen Neurose. Die traumatische Neurose ist Folge eines Ereignisses, eines auslösenden Faktors in der Form eines Unfalls, der die Egotendenzen der Selbsterhaltung mehr oder weniger stark betrifft und so die Neurose auslöst. Dieser Schlag ist als eine psychische Verwundung der Persönlichkeit auf- zufassen und die neurotischen Symptome sind die Anstrengungen, den Folgen der Verwundung zu entgehen, sie sollen das verwundete Ego vor weiteren Schädigungen angesichts der Realitäten des Lebens schützen. Im Gegensatz zur französischen Auffassung, die im Trauma eine direkte Ursache der Neurose sieht, eine geistige Disso- ziation. Nun entwickeln bei einem Unfall nicht alle Personen eine traumatische Neurose, nur die, deren Ego nicht die vollständige reife Entwicklung des Erwachsenen erreicht hat. Diese Neurosen sind also nicht Folge einer mechanischen Gewalt, einer wirklichen physi- kalischen Schädigung, sondern sind bedingt durch die Bedrohung des Lebens oder der Integrität der Persönlichkeit durch den Unfall. Das Ego schützt sich vor den Folgen durch die Flucht in die Krank- heit. Bei den traumatischen Neurosen wird das Ego von außen bedroht, bei den Neurosen ohne Unfall durch Instinkte aus dem Unterbewußtsein, also von innen. Findet bei dem Unfall eine schwere physikalische Schädigung statt, so entwickelt sich die trau- matische Neurose gar nicht oder weniger schwer. Man unterscheidet Neurosen aus sexueller Verneinung, aus der Unfähigkeit, sich äußeren Bedingungen zu adaptieren, solche, die in kritischen Perioden des Lebens, in der Pubertät, bei Geburten, bei der Laktation und bei der Menopause auftreten. Ferner Neurosen, die durch Hemmungen der Ego- und Libidoentwicklung entstehen bei Individuen, die aus ihren Kindheitsmethoden der Reaktion noch nicht herausgetreten sind und endlich Neurosen durch Trauma bei Individuen derselben Art. Heilung durch Psychoanalyse. Prognose je nach der Ver- anlagung.

Cholezystographie. Etwa 90% der Normalen zeigen einen opaken Schatten der Gallenblase; ist es nicht der Fall, so können drei Ur- sachen vorliegen: Veränderung der Kapseln im Magen und Er- brechen; der Kapselinhalt verbindet sich mit der H Cl des Magens zu einem unlöslichen Salz oder die rapide Peristaltik gibt nicht die zur Absorption nötige Zeit. Sehr wichtig ist eine korrekte Technik: Laxans zwei Tage vor der Untersuchung, nicht mehr am Tage der Untersuchung; schon vorher eine Filmaufnahme; viel Wasser während der Verabreichung der Farbe. Kerasolkapseln. Bei etwa 10 bis 2% Nausea, Erbrechen oder Diarrhoe vorüber- gehend. Mittlere Dosis 40 Grain (1 = 0,06) auf 150 Pfund, in 5 Grainkapseln alle 15 bis 30 Minuten gegeben, etwa drei Stunden nach einer leichten Mahlzeit mit Fetten. Dann keine Mahlzeit mehr, bis die Aufnahme fertig ist. Die Kapseln lösen sich im Darm und werden durch die mesenterica superior und andere Pfortadervenen auf- genommen und erreichen die Gallenblase in 12 bis 18 Stunden. Dann Aufnahme und an Fett reiche Diät. Nach 1½ bis zwei Stunden nimmt die Sichtbarkeit ab. Die Sichtbarkeit hängt ab:

von einer korrekten Technik, von der Exkretion der Farbe durch die Leber, vom Offensein des ductus hepaticus, cysticus und communis, von der Fähigkeit der Blase, sich zu entleeren und zu füllen, daß die einmal gefüllte Blase hinreichend lange die Farbe hält, um einen Schatten zu geben, daß die Blase die Farbe konzentrieren kann. Fehler bei richtiger Technik: schlechte Absorption der Farbe, Verschluß des ductus cysticus (Stein, Katarrh usw.), Leberinsuffizienz, kleine Blase mit obliteriertem Lumen. Kontraindikationen: Obstruktion des ductus communis, extensive Leberschädigung, ausgesprochener Diabetes, Hyperthyreoidismus, Arteriosklerose, Herzerkrankung, Hyperemesis, vorgeschrittene Leberzirrhose, Schwangerschaft.

Trypanosomiasis. Die regeren Handelsbeziehungen mit Afrika haben diese Krankheit in den Vereinigten Staaten häufiger gemacht. Falls die üblichen 3 g Dosen von Tryparsamid das Blut von Trypanosomen nicht befreien, 7 g jede andere Woche, fünf bis sechs Monate lang. In den Zwischenwochen 100 mg Dosen von Tartarus emeticus intravenös, wie das Tryparsamid.

Nr. 5, 29. Juli 1926.

Verdünnungs- und Konzentrationsprobe bei der Nierenfunktion. Pratt.
Laennec. Coues.
Laennecs klinisch-pathologische Studien. Morrison.
Beziehung des Kolon zu Abdominaltumoren. Baldwin.
Subkutane Einführung von Lösungen. van Hook.

Nr. 6, 5. August 1926.

◆ Krebs und Divertikulitis des Dickdarms. Miller.
◆ Postoperative massive Atelektase. Fades.
Wirkung des Lichts auf den Vitamin-A-Gehalt des Lebertrans. Holmes und Pigott.

Krebs und Divertikulitis des Dickdarms. An der Hand von fünf Fällen führt Miller hinsichtlich der Symptome aus: beim rechtsseitigen Kolon sind Krämpfe und Schmerzen, die Appendizitis suggerieren, sowie Anämie das gewöhnliche. Beim Colon transversum: Krämpfe, Kolik, manchmal Erbrechen, verschiedentlich Konstipation. Beim absteigenden Kolon und Sigmoid: abdominale Krämpfe und Konstipation, die eventuell in Obstruktion enden kann. In all diesen Fällen kann ein Tumor fühlbar sein oder nicht. Blut im Stuhl: je näher dem Rektum, um so häufiger. In der rechten Hälfte inkonstant, im ganzen ungewöhnlich, außer bei Rektumkarzinom. Diarrhoe selten, häufiger als Obstipation beim rechtsseitigen Kolonkrebs. Bei unbestimmten, gastrointestinalen Symptomen im Krebsalter ist Röntgen und die Untersuchung auf okkultes Blut wichtig. Probelaparotomie ist immer von Wert und man muß sich stets dabei darauf gefaßt machen, plötzlich vor einem recht ernsten Zustand zu stehen. Im Ganzen liegen die Verhältnisse günstig für eine Operation. Divertikel des Dickdarms sind nicht so selten, wie man annimmt. Symptome erst bei Entzündung. Keine Kachexie; kapriziöser Zustand des Darms. Oft Blasenstörungen. Manchmal auch Fistelbildung zwischen Blase und Divertikel. In jedem Falle, wo die Erscheinungen der Appendizitis links auftreten, sollte Divertikulitis vermutet werden., Konservative Behandlung ist der radikalen chirurgischen vorzuziehen.

Postoperative massive Atelektase. Kommt in allen Altern von 10 bis 50 Jahren vor. Von 26 Fällen betrafen 20 Männer. Das Anästhetikum spielt keine Rolle. In 20 Fällen trat sie nach Appendektomie und Hernienoperation auf. In 15 Fällen rechts, in acht links, in einem beiderseitig. Ursache: Bronchialobstruktion, schwache Atembewegungen; vielleicht spielt auch eine langdauernde, liegende Stellung, Frieren und schwere Erholung vom Anästhetikum eine Rolle. Plötzliches Auftreten bis zu sechs Tagen nach der Operation. Es gibt auch einen latenten Typ. Zyanose, ängstlicher Gesichtsausdruck, Liegen auf der affizierten Seite, Atemnot bei Lagewechsel, kurze rapide Atmung mit trockenem Husten mit intermittierenden Schmerzen auf der affizierten Seite, Temperatur- und Pulsanstieg sind die typischen Symptome. Meist ist das Herz nach der affizierten Seite gedrängt. Es sind zwei Formen beschrieben, solche mit fehlendem Stimmfremitus und fehlendem Atemgeräusch und solche ohne diese Zeichen. In Wirklichkeit sind dies jedoch nur verschiedene Stadien, das erstere ein Zeichen der Wiederausdehnung der Lunge. Nach Verschwinden der Zyanose kehrt das Herz wieder in seine normale Lage zurück, ebenso das Zwerchfell, die Lunge dehnt sich wieder aus, es tritt ein reichliches zähes Sputum auf. Differentialdiagnose: postoperative Pneumonie, Lungenembolie oder Infarkt. Prognose gut. Tod meist durch andere Faktoren bedingt. Behandlung symptomatisch.

Nr. 7, 12. August 1926.

Behandlung der gewöhnlichen Frakturen. Allen.
Was tut dem Publikum not? Armstrong.
Behandlung der Irren. Viets.
◆ Diätetische Behandlung der Epileptiker. Clark.

Diätetische Behandlung der Epileptiker. Die Art der Diät hat wenig oder gar keinen Einfluß auf die Schwere der Anfälle und ihre Häufigkeit. Günstig ist die Reduktion der Chloride bei gleichzeitiger Verabreichung von Brom, wenig Eiweiß, namentlich tierisches, am besten vegetarisches Regime. Aber im allgemeinen kann der Epileptiker essen, was er will; er muß sich nur vor akuter oder chronicher Indigestion hüten und vor Konstipation, weil diese die Anfälle begünstigen.

v. Schnizer.

Archives of Physical Therapy X-Ray Radium with International Abstract.

Official Journal American College of Physical Therapy.

7., Nr. 7.

◆ Elektrotherapie, spezielle Technik in der chirurgischen Elektrotherapie. E. Ward Grant, Baltimore, Maryland.
◆ Elekrothermische Methoden in der Behandlung von Neoplasmen und verwandter Krankheiten. L. Clark William, Philadelphia.
◆ Wirkung kurzwelliger Röntgenstrahlen und Gammastrahlen auf das lymphoide Gewebe des Nasenrachenraumes. John R. Ranson und Sanford Withers, Denver, Colorado.
Autokondensation bei Blutdrucksteigerung. Fred B. Moor, Loma Linda, Calif.
Chirurgische Diathermie bei Papillomen der Blase. F. L. Nelson, Ottumwa, Ia.
Melanosarkom des Nackens, behandelt mit Elektrokoagulation. J. W. Duncan, Omaha, Nebr.

Elektrotherapie, spezielle Technik in der chirurgischen Elektrotherapie. Bei der Anwendung der chirurgischen Diathermie ist strenge Asepsis wie bei allen Operationen notwendig. Die meisten Geschwülste, die mit Elektrodesikkation oder Elektrokoagulation behandelt werden, sind infiziert und durch chemische Antisepsis nicht zu sterilisieren. Der elektrische Strom, wie die Diathermie ihn liefert, besorgt aber die Sterilisation mit großer Sicherheit. Vor dem Eingriff wird das Operationsfeld mit Aether und Alkohol gereinigt und danach sorgfältig getrocknet. Die bei der Operation benutzten Instrumente, insbesondere die Elektroden, müssen ausgekocht werden. Nach der Operation wird die Wunde mit einer dünnen Lage von 1 oder 2% gelber Quecksilberoxydsalbe bedeckt. Eine wichtige Maßnahme besteht darin, vor der eigentlichen Operation die Geschwulst mit einem Koagulationswall zu umgeben. Hierdurch wird verhindert, daß wachstumsfähige Zellen in das gesunde Gewebe eindringen und zu Rezidiven führen. Die Geschwulst selbst wird am besten mit einem scharfen Diathermiemesser entfernt.

Elektrothermische Methoden in der Behandlung von Neoplasmen und verwandter Krankheiten. Die elektrothermischen Methoden verdienen eine erheblich größere Beachtung, als ihnen im allgemeinen zuteil wird. Wir haben zu unterscheiden zwischen Desikkation und Koagulation. Für die Desikkationsmethode eignen sich gutartige oder kleine maligne Geschwülste. Die Hitze wird dabei durch einen monopolaren Hochfrequenzstrom des Oudinschen Teils erzeugt, wobei der Strom mittels einer Stahlnadel den erkrankten Stellen zugeführt wird. Man gebraucht hierzu nur eine einzige Funkenstrecke. Der Desikkationseffekt wird durch einen hochgespannten statischen Strom erzeugt, der mittels Leydener Flasche und eines Resonators in hochfrequenten Strom transformiert wird. Die modernen Hochfrequenzapparate sind von atmosphärischen Einflüssen abhängig. Die Desikkationsmethode zeichnet sich aus durch gute kosmetische Resultate. So ist sie besonders angebracht bei kleinen Geschwülsten an der Kornea und an den Stimmbändern, ferner bei lokalisierten, gutartigen Geschwülsten der Blase, des Rektum, Erosionen der Zervix, der Urethra, Angiomen, Pigmentnaevi, Lupus vulgaris, Lupus erithemathodes, ferner bei Haemorrhoiden und entzündeten Tonsillen. Im Gegensatz zur Desikkation wird die Koagulation von einem bipolaren Hochfrequenzstrom des d'Arsonvalschen Typs erzeugt, wozu mehrere Funkenstrecken gehören. Er ist durchdringungsfähiger und intensiver als die bei der Desikkation verwendete Stromart. Es ist ferner zu beachten, daß die Desikkation immer mit einer verhältnismäßig hohen Spannung und niedriger Stromstärke erzeugt wird, wohingegen zur Koagulation ein d'Arsonvalscher Strom von verhältnismäßig niedriger Spannung und höherer Stromstärke gehört. Die Koagulation eignet sich zur Zerstörung größerer Geschwülste. Die aktive Elektrode soll stets spitz sein. Die inaktive Elektrode kann aus irgendeinem leitfähigen Material bestehen und wird auf dem Rücken befestigt. Die Stromstärke schwankt zwischen 200 und 2500 Mill. Amp., entsprechend der Größe der Geschwulst. Bei beiden Methoden soll in einer einzigen Sitzung die Geschwulst zerstört werden. Bei lokalisierten gutartigen oder bösartigen Erkrankungen ergaben histologische Untersuchungen sowohl als auch klinische Beobachtungen eine Ueberlegenheit der elektrothermischen Methoden gegenüber den Bestrahlungen, bei den ersteren wird nur das erkrankte Gewebe zerstört, die Vitalität des umgebenden normalen

Gewebes wird nicht beeinflußt. Nachbehandlung, wenn solche nötig ist, ergibt daher bessere Chancen. Bei Bestrahlungen jedoch ist es unmöglich, das umgebende gesunde Gewebe zu schonen. Im Falle eines Rezidivs sind die Aussichten daher erheblich schlechter. Aus diesem Grunde sollten bei lokalisierten Erkrankungen die elektrothermischen Methoden angewandt werden. Selbstverständlich gibt es genügend Fälle, die für die chirurgische Hochfrequenz-Behandlung ungeeignet sind und der Bestrahlung vorbehalten bleiben müssen.

Wirkung kurzwelliger Röntgenstrahlen und Gammastrahlen auf das lymphoide Gewebe des Nasenrachenraumes. Die Anwendung der Röntgenstrahlen ist eine rationelle Methode um eine Verkleinerung des lymphoiden Gewebes des Nasenrachenraumes zu erzielen. Dieses Gewebe ist sehr radiosensibel und infolge der Strahlenbehandlung ist ein Schrumpfen der vergrößerten Tonsillen zu erreichen, wie auch eine Verminderung der pathogenen Flora. Insbesondere sind Streptokokken und Diphtheriebazillen zum Verschwinden zu bringen, selbst in solchen Fällen, in denen die vorherige Tonsillektomie in dieser Hinsicht keinen Erfolg hatte. Die Dosis der Röntgen- oder Gammastrahlen, die für einen Dauererfolg notwendig ist, beträgt ungefähr 50% der Hauterythemdosis am Herd. Diese Dosis kann in 1 bis 4 Sitzungen gegeben werden, Spannung: 200 Kilovolt, Filter; ½ mm Kupfer plus 1 mm Al. Focus Hautdistanz 50 cm. Bei Applikation dieser Dosis in einer Sitzung kommt es gelegentlich zu einer mehr oder weniger deutlichen Reaktion (Trockenheit im Munde und Behinderung der Nahrungsaufnahme), bei Unterteilung in 3—4 Sitzungen wird eine solche vermieden. Bereits 24 Stunden nach der Bestrahlung konnte eine Zerstörung der Lymphozyten festgestellt werden. Später, 1—3 Monate nach der Bestrahlung, trat eine leichte Fibrosis der Tonsillen ein. In manchen Fällen oblitieren die Krypten, so daß keine Taschen zurückbleiben, in denen sich die Bakterien ansammeln könnten. Als Folge der Bestrahlung wurde wiederholt beobachtet, daß verschiedenartigste Erkrankungen: Arthritis, Rheumatismus u. a., deren Ursprung auf eine Tonsilleninfektion zurückging, ausheilten. In einigen von diesen Fällen war vorher eine Tonsillektomie ohne Erfolg vorgenommen worden. In 23 Fällen wurden Diphtheriebazillenträger bestrahlt mit dem Erfolg, daß bei allen innerhalb von 9 bis 27 Tagen die Bazillen verschwanden.

Kurt Kirschmann, Berlin.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. 12, Nr. 1, Juli 1926.

Zur Biomechanik und Pathologie der ektopischen Schwangerschaft mit Betrachtung einiger ihrer klinischen Erscheinungen. M. R. Robinson.
Differenzierung des Krebsgewebes. J. E. Davis.
✦ Klinische und pathologische Hauptmerkmale der Pubertätsblutungen. S. A. Wolfe.
✦ Normale und pathologische Physiologie der Schwangerschaft. H. Ehrenfest.
✦ Heilung der mit Amenorrhoe verbundenen Sterilität durch Röntgenbehandlung. I. C. Rubin.
Konservative Behandlung der unkomplizierten Retrodeviation des Uterus. P. Brooke Bland.
Pertubation. Peter Graffagnino.
Magensarkom. G. F. Chandler.
✦ Behandlung der Eklampsie mit intravenösen Magnesiumsulfatinjektionen. E. M. Lazard, J. C. Irwin, and J. Vruwink.
✦ Brustkrebsmetastasen. W. A. Coventry.

Klinische und pathologische Hauptmerkmale der Pubertätsblutungen. Pubertätsblutungen treten in Form von Menorrhagien oder Metrorrhagien auf und sind den klimakterischen Blutungen nahe verwandt. Charakteristisch ist das Fehlen von Entzündungserscheinungen, Neubildungen oder Schwangerschaft. Auf Grund eines Studiums an 26 Fällen stellt Verf. folgende Hauptmerkmale fest: 1. Die Meno- oder Metrorrhagien werden entweder gleich bei Eintritt der Geschlechtsreife oder erst im Anschluß an Oligomenorrhoe oder andere Menstruationsstörungen beobachtet. 2. der allgemeine körperliche Befund ist in den meisten Fällen normal; in 2 Fällen wurden Hypophysenstörungen angenommen. 3. Normale Blutungs- und Gerinnungszeit. 4. Pathognomonisch ist die weiche und klaffende Zervix; der Uteruskörper ist manchmal vergrößert. Die Uterusschleimhaut zeigt mikroskopisch die Bilder der glandulären, interstitiellen und vaskulären Hyperplasie. 5. Kurettage ist wirkungslos. 6. Dagegen prompter Erfolg nach intrauteriner Radiumbestrahlung (250 bis 600 mgh, 1 mm Messing, 0,5 mm Silber). Bei Auftreten von Rezidiven nochmalige Bestrahlung. — Die Hyperplasie der Uterusmukosa wird durch krankhafte Veränderungen in den Ovarien bedingt, und zwar findet man entweder Persistenz eines Follikels oder zystische Degeneration. Corpus luteum-Bildung fehlt. Die Ursache der ovariellen Störungen ist unbekannt.

Normale und pathologische Physiologie der Schwangerschaft. Uebersicht über die modernen Anschauungen und Forschungsergebnisse. Von wesentlicher Bedeutung ist es, daß die Schwangerschaftsveränderungen auch im prämenstruellen Stadium beobachtet werden. Diese Tatsache wird an Hand einiger Beispiele erläutert: Erhöhung des Blutdrucks; Steigerung des Grundumsatzes; verminderte Fähigkeit der Assimilation von Kohlehydraten; Abweichungen des Eiweißstoffwechsels; vermehrte Schilddrüsentätigkeit; erhöhte Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems; Vergrößerung des respiratorischen Quotienten; vermehrte Tätigkeit des hämatopoetischen Systems. Die Schwangerschaftsveränderungen sind demnach zum großen Teil nicht durch die Schwangerschaft selbst, sondern durch die Ovarialhormone — Hormone der Follikel, des Corpus luteum und der Plazenta — bedingt. Diese Hormone — die Plazenta übernimmt während der Gravidität die Funktion des c. l. grav. — bilden „eine zusammenhängende Kette von wirksamen Substanzen, die die sexuelle Entwicklung und das Sexualleben der Frau von der Pubertät bis zur Menopause bestimmen." Entsprechend den Bedürfnissen der fortschreitenden Gravidität nehmen die Schwangerschaftsveränderungen an Intensität zu. Es besteht also zwischen den Veränderungen in der Gravidität und denen im Prämentruum nur ein gradueller oder mehr quantitativer Unterschied. Zur Erläuterung dieser Anschauung wird eine Reihe von Vorgängen näher besprochen: Der latente Gewebshydrops (Oedembereitschaft); die vermehrte Wärmeproduktion; die Beschleunigung des Kohlehydratabbaues; die Modifikationen des Ca-Stoffwechsels; die Aenderungen in der Blutzusammensetzung. — Von Bedeutung ist ferner der Uebertritt fetaler Stoffwechselprodukte in das mütterliche Blut (Vermehrung des Fibrinogen- und Cholesteringehaltes; Beschleunigung der Blutkörpersenkungsgeschwindigkeit). — Schließlich haben die veränderten topographischen Verhältnisse innerhalb des Abdomen Einfluß auf die Atmung, die Herztätigkeit und die Ausbildung von Venektasien an den unteren Extremitäten. (Ob der Druck des graviden Uterus auf die Ureteren ätiologisch mit der Schwangerschaftspyelitis in Zusammenhang steht, erscheint zweifelhaft.) — Konstitutionell minderwertige Frauen oder Frauen, bei denen ein Organ oder Organsystem erkrankt ist, zeigen sich u. U. den Anforderungen nicht gewachsen. Sie reagieren mit Symptomen, die in das Gebiet der pathologischen Physiologie der Schwangerschaft gehören und in vielen Fällen das klinische Bild der Schwangerschaftstoxikosen ergeben.

Heilung der mit Amenorrhoe verbundenen Sterilität durch Röntgenbehandlung. Verf. behandelte 12 sterile und amenorrhoische Frauen mit Röntgen-Reizbestrahlungen der Ovarien (5 bis 10% der HED.). In 11 Fällen trat die Periode ein. 9 Frauen wurden gravid, von denen eine abortierte, während die übrigen acht eine normale Schwangerschaft durchmachten und gesunde Kinder zur Welt brachten.

Behandlung der Eklampsie mit intravenösen Magnesiumsulfatinjektionen. Bericht auf Grund der Erfahrungen an 142 Fällen. Die intravenöse Injektion von Magnesiumsulfat im präeklamptischen Stadium verhütet den Ausbruch der Krämpfe, bzw. bringt die Krämpfe zum Stillstand. Mortalität 9%. Im präeklamptischen Stadium werden neben diätetischen Maßnahmen und Medikation von Sedativen, falls der Blutdruck 150 mm Hg. übersteigt, 20 ccm einer 10 prozentigen Lösung gegeben. Zweimal täglich Blutdruckmessung und Wiederholung der Injektion, wenn der Blutdruck nicht sinkt. Im Stadium der Krämpfe sofort 20 ccm der 10 prozentigen Lösung und stündliche Wiederholung der Injektion, bis die Krämpfe aufhören. Danach stündliche Messung des Blutdrucks, bei dessen Anstieg wiederum injiziert wird. Bei großer Unruhe der Patienten Chloralhydrat und Brom per rectum. Operative Entbindung, insbesondere sectio caesarea, nur auf strenge (geburtshilfliche) Indikation hin. Auch nach der Geburt tägliche Blutdruckmessung und evtl. Wiederholung der Injektionen. — Die Einspritzungen sind i. a. unschädlich. Manchmal tritt Uebelkeit auf; selten wird Temperaturanstieg beobachtet. (Vgl. diese Zeitschrift 1926, S. 441.)

Brustkrebsmetastasen. Finden sich Metastasen in der Axilla, so kommt die Operation zu spät. Stets ist durch Röntgenbilder festzustellen, ob im Darmbein, Femurkopf oder in der Wirbelsäule bereits Metastasen vorhanden sind. In diesem Falle palliative Behandlung. Die prä- und postoperative Röntgenbestrahlung hat nicht die erhofften Resultate ergeben.

Vol. 12, Nr. 2, August 1926.

Experimentelle Studien über die Schwangerschaftstoxinämien. J. Hofbauer.
✦ Gebrauch von jodiertem Oel (Jodipin) als diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. Quitman U. Newell.
Allgemeines Oedem eines Fötus, dessen Mutter Symptome der Eklampsieniere aufwies. B. L. Lieberman.
Eine durch Chorionepitheliom des Uterus komplizierte Schwangerschaft. John J. Gill.
✦ Grundumsatz, Körpergewicht und Blutchemie nach doppelseitiger Oophorektomie. S. H. Geist und M. A. Goldberger.
Probleme der Organerhaltung in der Beckenchirurgie. W. P. Graves.

✦ Biomechanik und Pathologie der ektopischen Schwangerschaft mit Betrachtung einiger ihrer klinischen Erscheinungen. M. R. Robinson.
✦ Behandlung der Eklampsie mit Blutserum von Eklamptischen. John J. Mc Mahon.
Varicocele des Ligamentum latum. Wm. H. Fisher.
Präoperative Verantwortlichkeit des Gynäkologen. W. T. Dannreuther.
✦ Rat zur Drainage beim Kaiserschnitt. S. S. Rosenfeld.
Klinische Studie über 133 Schwangerschaften nach Kaiserschnitt. K. M. Wilson.

Gebrauch von jodiertem Oel (Jodipin) als diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. Röntgenaufnahmen nach intrauteriner Injektion von 40prozentigem Jodipin stellen ein wertvolles Hilfsmittel in der Diagnostik gynäkologischer Erkrankungen dar. Man gewinnt ein sicheres Urteil über die Lage und Größe des Uterus; über die Frage, ob die Tuben durchgängig sind oder nicht; über das Verhältnis des Uterus zu Tumoren im kleinen Becken; über den Sitz von Fremdkörpern; ferner klärt das Verfahren die Differentialdiagnostik zwischen chronischer Appendizitis und rechtsseitiger Salpingitis einerseits und tuberkulöser und gewöhnlicher Salpingitis andererseits. Instruktive Abbildungen veranschaulichen den Wert der Methode, die nach den Erfahrungen des Verf. an 38 Fällen technisch leicht ausführbar und vollkommen gefahrlos ist.

Grundumsatz, Körpergewicht und Blutchemie nach doppelseitiger Oophorektomie. Die Untersuchungen an 48 Fällen ergaben in keiner Beziehung eindeutige Resultate. Die gefundenen Abweichungen berechtigen jedenfalls nicht dazu, als Argument für die Erhaltung der Ovarien angeführt zu werden.

Biomechanik und Pathologie der ektopischen Schwangerschaft mit Betrachtung einiger ihrer klinischen Erscheinungen. Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen an 129 Fällen von Tubargravidität zu folgenden Schlüssen: Die Biomechanik der extrauterinen Schwangerschaft ähnelt der intrauterinen hinsichtlich der Art der Eieinbettung, der Ausbildung der Reflexa und der dezidualen Reaktion, wie sie am Bindegewebe zahlreicher Organe beobachtet wird. Eine wahre Reflexa fehlt nur dann, wenn das Ei sich intramural ansiedelt; in diesem Falle werden die Hüllen von der Tubenwandung selbst gebildet, die die Rolle der Reflexa übernimmt. Oder die Reflexa wird deshalb vermißt, weil bereits ihre Verschmelzung mit der Vera stattgefunden hat. (Alle diese Vorgänge wurden an Hand zahlreicher mikroskopischer, in Heft 1, Vol. 12, veröffentlichter Bilder demonstriert.) Die deziduale Reaktion resultiert aus der Wirkung der Hormone; die Entzündungstheorie ist daher zu verwerfen. Die quantitative und qualitative Mangelhaftigkeit des ektopischen Eibettes ist für den Uebergang in den pathologischen Zustand verantwortlich. — Als Ursachen für die Extrauteringravidität sind im wesentlichen Störungen der Tubenperistaltik anzusehen, die kongenitalen (Fibrosis tubae), entzündlichen oder psychischen Urprungs sein können. Ferner vermag eine übermäßig rasche Entwicklung des Eies zur Einbettung innerhalb der Tube zu führen. Erst in letzter Linie kommen mechanische innerhalb oder außerhalb der Tube gelegene Ursachen (Tumoren, Entzündungen, Divertikel usw.) in Betracht. — Der Ausdruck „Tubarabort“ ist deshalb nicht korrekt, weil nicht wie beim intrauterinen Abort eine Lösung der Plazenta innerhalb der utero-plazentaren Gefäßzone stattfindet, sondern weil sämtliche das Ei begrenzenden Membranen zerstört werden. Entsprechend den verschiedenen Endstadien der Tubenschwangerschaft schlägt Verf. daher folgende Bezeichnungen vor: 1. Innere Ruptur; 2. äußere R.; 3. innere und äußere R.; 4. intrakapsuläre Ruptur (bei der es weder nach dem Tubenlumen noch nach der Bauchhöhle zu einer Ruptur kommt; selten!). — Eine uterine Blutung in Verbindung mit Extrauteringravidität zeigt bis auf sehr seltene Ausnahmen den Tod des Eies an (und die hiermit einhergehende Involution des corp. lut. gr.). Ein Rückfluß von Blut aus der Tube in das Cavum uteri (als Ursache uteriner Blutung) muß als hypothetisch angesehen werden. — Die Mortalität bei den Fällen des Verf. betrug 0,7%. — Sobald die Diagnose feststeht, soll so schnell wie möglich operiert werden. Sofortige Morphiumgaben machen dadurch, daß sie die Herztätigkeit verlangsamen, die Gerinnungsfähigkeit erhöhen und die Blutung verringern, den unvermeidlichen Zeitverlust, wie er bei den Vorbereitungen zur Operation entsteht, weniger gefährlich. Vaginale oder abdominale Inzisionen sind in jedem Falle zu verwerfen. Das von mancher Seite empfohlene konservative Vorgehen sollte sich höchstens auf die Erhaltung des entsprechenden Ovars beschränken. — Prophylaktische Sterilisation nach ektopischer Schwangerschaft muß abgelehnt werden. — Die von einigen Autoren 2 bis 24 Stunden nach dem Fruchtkapselaufbruch beobachtete Anurie ist nicht auf eine konkommittierende Nephritis, sondern auf den durch die intraabdominale Blutung verursachten niedrigen Blutdruck zurückzuführen. — Schulterschmerzen, zuerst von Oehlecker beschrieben, entstehen durch Reizung des N. phrenicus und Weiterleitung auf sensible Aeste aus dem 4. Zervikalnerven, wenn sich größere Blutmassen unterhalb vom Diaphragma ansammeln. — Das „Cullensche Zeichen“ (bläuliche Verfärbung in der Umgebung des Nabels) konnte vom Verf. niemals beobachtet werden.

Behandlung der Eklampsie mit Blutserum von Eklamptischen. Von 10 mit Blutserum von genesenen Eklamptischen behandelten Fällen kamen 2 ad exitum, 8 zeigten bald nach der Injektion eine auffallende Besserung und wurden geheilt. Es wurden 40 bis 160 ccm Serum intravenös oder intramuskulär gegeben; in einem Falle direkte Transfusion. Um stets Serum zur Verfügung zu haben, wurde es folgendermaßen konserviert: Das in 500 ccm-Erlenmeyerkolben aufgefangene Blut wurde 2 Stunden in schräger Stellung bei Zimmertemperatur belassen und über Nacht in den Eisschrank gestellt. Am nächsten Tage wurde das Serum in 50 ccm-Kolben abpipettiert und 0,25% Trikresol (gelöst in etwa 5 ccm Kochsalzlösung) hinzugefügt; die Kolben wurden danach versiegelt aufbewahrt. — Verf. kann sich die Wirkung der Seruminjektionen nicht erklären, glaubt aber auf Grund seiner Erfolge, daß sie in der Behandlung der Eklampsie von großer praktischer Bedeutung sind.

Rat zur Drainage beim Kaiserschnitt. Verf. empfiehlt, in allen Fällen, bei denen Verdacht auf Infektion besteht, ein dünnes Drain auf der Uteruswunde mit Catgut 0 zu fixieren und durch den unteren Wundwinkel hinauszuleiten.

Paul Braun, Stettin.

Buchbesprechungen.

L. Normand: **Grundriß der diätischen Therapie innerer Krankheiten.** Verlag Franz Deuticke, Leipzig-Wien 1926. 131 S. — Dieses kleine Buch, das bei geringem Umfange in außerordentlich praktischer Form dem praktischen Arzte alles Wünschenswerte auf dem Gebiete der Diätetik bringt, verdient eine weitere Verbreitung. In einem kurzen ernährungsphysiologischen und einem speziellen diätetisch therapeutischen Teil kommen Theorie und Praxis zu ihrem Rechte. Ganz besonders wertvoll sind aber die Nahrungsmittel- und Diättabellen wegen ihrer klaren Ordnung und Uebersichtlichkeit, die den dort Ratsuchendem schnell und gründlich orientiert. Zum ersten Male werden hier sämtliche Nahrungsmittel in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit an Kalorien, Eiweiß, Fett, Kohlehydraten, Zellulose, Kochsalz, Kalk, Eisen, Vitamin, Purin, Oxalsäure gebracht, jede Art in einer besonderen Tabelle. Auch die künstlichen Nährpräparate sind berücksichtigt und eine allgemeine Nahrungsmitteltabelle in üblicher Weise bringt den Abschluß. Bei Durchsicht dieser Tabellen fragt man sich unwillkürlich, warum diese praktische Methode bisher niemals zur Anwendung gelangte. Ein weiterer Vorzug des kleinen Werkes liegt in Diättabellen für eine große Reihe von Krankheiten, in deren Behandlung die Diät eine Hauptrolle spielt, wie die verschiedenen Anomalien der Magensaftsekretion, die Störungen der motorischen Funktion, Ulkus, Obstirpation, die verschiedenen Nieren- und Herzgefäßleiden, die Stoffwechselkrankheiten. Diese Tabellen bringen Angaben über Art, Quantum und Zubereitung der Nahrungsmittel nebst vielen andern wichtigen Hinweisen. Trotz aller dieser vielen Tabellen hat Verf. in dankenswerter Weise jede schematische Behandlung dieses gewaltigen Stoffes vermieden: denn das Buch soll keine Eselsbrücke für den Arzt, sondern dem selbständig denkenden Praktiker ein wertvolles Hilfsmittel sein. Rontal.

Dr. Hans Kampfmeyer: **Wohnungen, Siedlungen und Gartenstädte in Holland und England.** Schriften der Deutschen Gartenstadt-Gesellschaft. Neue Folge. Berlin-Friedenau 1926. Deutscher Kommunal-Verlag G. m. b. H. 96 Seiten. Preis: 5 M. — Wenn Hygieniker der Pettenkoferschen Richtung mit denen von Koch seinerzeit oft Antipoden bildeten, so waren sie doch darin einer Meinung, daß die Tuberkulose in erster Linie eine Wohnungskrankheit ist. Hat doch Max Rubner auf dem I. Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose den Satz aufgestellt: „Die Tuberkulose geht der Wohnungsdichtigkeit parallel[1].“ Noch präziser sagt Koch: „… Je beengter sie (die Wohnung) ist, je mehr es ihr an Licht und Luft fehlt, umso mehr wird durch dieselbe die Ansteckung begünstigt. Von vielen Autoren wird der Armut und der Bevölkerungsdichtigkeit ein entscheidender Einfluß auf die Phthisisfrequenz zugeschrieben, und es geschieht dies mit Recht; aber in Wirklichkeit sind es die mangelhaften und zu beengten Wohnungen, in welche durch die Armut und durch die Zunahme der Bevölkerungsdichtigkeit die Menschen getrieben werden. Ich möchte sogar noch einen Schritt weiter gehen und den Satz aufstellen, daß es nicht so sehr die Wohnungen im ganzen, sondern die Beschaffenheit des Schlafraumes ist, welche die Gefahr der Ansteckung schafft. Selbst in einer geräumigen und an und für sich gesunden Wohnung kann die Ansteckungsgefahr eine sehr große werden dadurch, daß die Bewohner die Nacht dicht zusammengedrängt in einem engen

---

[1] Vgl. Bericht über den Kongreß. 1899. S. 308—334.

Schlafraum zubringen . . .[2]“ Und wie die Wohnungsbeschaffenheit auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten wirkt, zeigt die soeben in der 2. Auflage erschienene, sehr empfehlenswerte Schrift des bekannten Wohnungspolitikers Victor Noack „Kulturschande“[3]. Die heutige Wohnungsbeschaffenheit läßt aber viel zu wünschen übrig. Um den modernen hygienischen Anforderungen nachzukommen, fehlt es heute an den nötigen Mitteln. Der Verfasser des vorliegenden Buches versucht den Weg zu zeigen, der gestattet, auch für minderbemittelte Kreise eine hygienische Wohnung zu schaffen. Eine solche ist nur in einer Gartenstadt denkbar. Die Uebermittlung des Gartenstadtgedankens ist darum die Hauptsache des Buches. Gartenstädte sind besonders in Holland und England verbreitet. Die Erfolge dieser Bewegung unterliegen keinem Zweifel. Die deutsche Gartenstadtgesellschaft hat darum eine Studienreise nach Holland und England unternommen. Die Ergebnisse dieser Reise sind in diesem Buche niedergelegt, gleichzeitig erläutern zahlreiche, vorzüglich ausgestattete Bilder und Pläne den Bericht. Der Verfasser weist darauf hin, daß nur Dezentralisation der Großstädte und die Verdrängung der Mietskasernen durch Siedlungsbauten die Bevölkerung apanieren könne. Und er hat Recht. Denn bei genauem Studium des Buches kann die niedrige Tuberkulosesterblichkeit in Holland und England im Vergleich mit Deutschland, die die folgende Tabelle zeigt, kaum mehr wundernehmen.

Die Sterblichkeit an Lungen- und Miliartuberkulose in[4]):

Jahre	1911	1912	1913
Deutsches Reich	13,9	13,4	12,4
Niederlande	11,9	11,0	10,6
England und Wales	10,8	10,4	9,89

Victor Noack hat neuerdings mit Recht bemerkt: „Man klagt über sozialpolitisch rückständige Einstellung vieler Aerzte und Aerztinnen und ist umso mehr davon überrascht, als man sie, die berufsmäßig am häufigsten soziales Elend unmittelbar kennen lernen, für die „geborenen“ Sozialpolitiker zu halten geneigt ist. Woher nun dieses sozialpolitische Manko bei einer exquisit sozialpolitischen Berufsgattung? Mir scheint die ärztliche Fachausbildung einseitig medizinisch. Man sollte von Medizinern wie von Juristen auch ein sozialpolitisch-nationalökonomisches Studium fordern. Unsere Zeit drängt dazu, den Menschen als Teil des Ganzen zu behandeln. Der Zug der Zeit geht von Individual- zu Sozialökonomie. So betrachtet ist die Gesundheitspflege wichtigstes Stück der Nationalökonomie, und der Arzt, die Aerztin sollen ihre Berufstätigkeit entsprechend ausüben. Der gesunde Mensch ist wertvolles Gut der Volkswirtschaft. Dies gibt einen Hinweis auf die Aufgabe der Aerztin bei der Bekämpfung der Wohnungsnot und der Menschenplagen, die der Mietskaserne entspringen.“[5]) Jeder Arzt wird wohl diesen Worten zustimmen. Es können sich aber auch Skeptiker bezüglich der Gartenstädtbewegung finden. Diesen gilt das folgende Schlußwort des rezensierten Buches: „Als vor mehr als 20 Jahren die Deutsche Gartengesellschaft ihren Kampf gegen die Mietskaserne begann und dafür eintrat, auch den Minderbemittelten das Wohnen im Kleinhause mit Garten zu ermöglichen, da lächelte man über die wirklichkeitsfremden Idealisten. Heute stehen Millionen hinter dieser Forderung, und zahlreiche Gartenvorstädte und Gartensiedlungen mit Hunderttausenden von Heimstätten bewiesen ihre Durchführbarkeit. Der erst als Utopie verspottete Gartenstadtgedanke hat in wenig Jahren die öffentliche Meinung der ganzen Welt erobert. In allen Kulturstaaten begrüßen ihn die bekanntesten Fachleute als einen Ausweg aus den chaotischen Zuständen der bisherigen städtischen Entwicklung. In den englischen Gartenstädten hat er seine Wirtschaftlichkeit erprobt, und zahlreiche Gemeinden sind bemüht, sich in der gleichen Richtung zu entwickeln.

Wie für andere technisch-wirtschaftliche Probleme, wie für die Eisenbahn, das Flugzeug, das Radio gilt auch für die Gartenstadt das weise Wort: „Die Utopien von gestern sind die Wirklichkeiten von heute und die Selbstverständlichkeiten von morgen.“

M. Kantorowicz, Berlin.

W. Eliassow: **Zur Epidemiologie der ansteckenden Kinderkrankheiten.** Verl. Rich. Schötz-Berlin 1926. Preis 2 M. — Diese fleißige, mit zahlreichen Tabellen und Statistiken ausgestattete kleine Arbeit entstammt dem Sozialhygienischen Untersuchungsamt der Stadt Frankfurt. Verf. sucht an der Hand der Literatur der Mortalitätzahlen von Preußen, sowie des vorhandenen Morbiditätsmaterials von Berlin und Frankfurt folgende Fragen zu beantworten: Was läßt sich über die Kurve des Verlaufes der Epidemien aussagen, über das Werden und Vergehen, das Anschwellen und Nachlassen der Seuchen? Sind Einflüsse der Jahreszeit vorhanden? Welche Altersklassen, welches Geschlecht, welche sozialen Schichten sind besonders betroffen? In Betracht gezogen sind Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten.

Michaelis, Bitterfeld.

Charles Baudouin: **Der Couéismus.** Darmstadt 1926. Otto Reichl Verlag. 67 S. — Der Couéismus fängt bereits an, langweilig zu werden. Die verschiedenen negativen Einstellungen: wissenschaftliche Ablehnung und Lächerlichmachen, beweisen, wie der Zauber der Persönlichkeit und der Bewegung im Verklingen begriffen ist. Da tritt ein warmer Freund und Anhänger, Prof. Baudouin, Genf, auf den Plan, um zu retten, was zu retten ist. Indem er die verschiedenen Ausartungen des Couéismus preisgibt, gibt er zu, daß da doch etwas nicht stimmt. Der Kernpunkt der sog. Neuen Nancyer Schule ist: das Ziel ins Unbewußte zu pflanzen; dann dirigiert dieses von selbst den psycho-psychischen Apparat in der gewünschten Richtung.

Coués Landsmann, Vauvenargues (1715—1747), hat den Grundgedanken in seinem Aphorismus vorweggenommen: le sentiment de nos forces les augmente.

Druck und Ausstattung sind beneidenswert geschmackvoll.

Buttersack.

Klebs-Sudhoff: **Die ersten gedruckten Pest-Schriften.** München, Verlag der Münchner Drucke. 1926. 222 Seiten mit vielen Textbildern, 24 Tafeln und Faksimilis, von Steinhöwels Büchlein der Pestilenz, Ulm 1473. M. 30,—. — Es ist nicht schön von uns Deutschen, daß wir unsere eigenen Heroen so gern an die zweite Stelle rücken oder gar ganz vergessen. So haben wir uns auch suggerieren lassen, daß die Erneuerung der Wissenschaften fast ausschließlich Verdienst der Italiener sei. Erst neuerdings besinnen wir uns auf unseren eigenen Anteil daran. Aus solchen Ueberlegungen mag der Gedanke Sudhoffs geboren sein, die Erinnerung an den Ulmer Stadtarzt Heinrich Steinhöwel zu erwecken; das geschieht durch Neuherausgabe seiner verschiedenen Schriften, namentlich seines Pestbuches. Arn. Klebs hat mit unendlichen Fleiß eine erstaunlich vollständige Untersuchung über medizinische Inkunabeln dazu geliefert.

Steinhösel war ein weitgereister, weltgewandter Mann mit einem offenen Blick und natürlich-schalkhaftem Verstand. Er würde in unsere Zeit gut hereinpassen und sich kaum wundern, wieder den verschiedenen Kurpfuschern zu begegnen: „Schneider, Becken, alte Weib, Torhüter, Blaycher, die weder Artzneybücher nicht allein nie gelernet, sunder auch rege gesehen habend, die auff wol gerat allen siechen ein artzney gebaut, daran ettlich siechen in leben beleibent, aber man viel der selben werdent dadurch getödtet! und ertödtent til tausend, ee das sy wenig gesund machent.“

Wie klug kommen wir Heutigen uns vor, und wie rettungslos erliegen wir dem gleichen Aberglauben! So sind die Schriften Steinhöwels voll von interessanten Beziehungen zur Gegenwart.

Daß in einer so ungünstigen Zeit ein solch wertvolles und kostbares Werk erscheinen könnte, ist zu verwundern.

Buttersack.

Otto Rohrbach: **Dermatologie in der Kassenpraxis — Heilkunst und Kassenpraxis.** Sonderhefte des Bremer Aerzteblattes. Bremen 1926. Johs. Storm. — Die billige Gestaltung der Behandlung liegt bei den Erkrankungen der Haut- und Geschlechtskrankheiten nicht in der Wahl dieses oder jenes Mittels, sondern in der sicheren Erkennung der Krankheit und in der Aufstellung eines genauen Behandlungsplanes. Hierbei zeigt sich, gerade bei Hautkrankheiten, daß anscheinend teure Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie serologische, bakteriologische, histologische Untersuchungen, Röntgenbehandlungen usw., dadurch, daß sie geeignet sind, den Krankheitsablauf zu beschleunigen, weit billiger arbeiten als billige Salbenbehandlung. Einengende oder beschränkende Bestimmungen der Kassen wandeln sich ins Gegenteil um. Gespart kann werden durch Vermeidung teurer Salbengrundlagen, Anwendung von Pasten, die sparsamer als Salben sind, von Trockenpinselungen, da diese Verbandstoffe ersparen und zweckmäßige Mengenverordnung. Ein Sparen bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten hat dort Halt zu machen, wo das Allgemeinwohl verlangt, daß jede Infektionsgefahr sobald als möglichst beseitigt wird. Dies sind die Leitgedanken des flott geschriebenen — 19 Seiten dicken Aufsatzes, von dem nur zu wünschen wäre, daß alle, die auf Zulassung von Heilmitteln usw. bei Krankenkassen Einfluß haben, es einmal in die Hand nehmen und durcharbeiten würden.

Dr. Bab.

---

[2]) Robert Koch: „Zur Epidemiologie der Tuberkulose.“ Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 67, S. 15.

[3]) Victor Noack: „Kulturschande.“ Die Wohnungsnot als Sexualproblem. Beiträge zum Sexualproblem. Herausgegeben von Dr. med. Felix A. Theilhaber. Heft VI. 26 Seiten. Preis —,40 M. 2. Auflage. Berlin 1926.

[4]) Die Tabelle ist der Doktor-Dissertation des Verfassers dieser Zeilen über „Tuberkulosesterblichkeit, ihre sozialen Ursachen und volkswirtschaftlichen Folgen“ entnommen.

[5]) Victor Noack: „Die Büchse der Pandora. Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose als Folgen der Wohnungsnot.“ Vierteljahrsschrift Deutscher Aerztinnen. 2. Jahrgang. 1926. Heft 2. S. 44.

Therapeutische Mitteilungen.

„Oskalson", ein neues Kalkpräparat für die gynäkologische Praxis.

Von

Dr. SIEGFRIED WALDENBURG, Frauenarzt in München.

In früheren Jahren begnügte man sich, den blutarmen, den stärkungs- und erholungsbedürftigen Frauen und Mädchen Eisen in jeder möglichen Zusammensetzung zu verabreichen. Der Erfolg war nicht selten ein negativer, häufig stellten sich bei längerem Gebrauch der Eisenpräparate Magenstörungen ein, so daß selbst in denjenigen Fällen, in denen eine anfängliche Besserung des Allgemeinbefindens zu verzeichnen war, schließlich der therapeutische Erfolg illusorisch wurde. Aehnlich verhält es sich mit dem Arsen.

Und doch besteht ein großes Bedürfnis nach solchen Mitteln, welche imstande sind, die allgemeinen Körperkräfte ohne schädliche Nebenwirkungen anzuregen. Es ist verständlich, daß die chemisch-pharmazeutische Wissenschaft bestrebt ist, Mittel zu finden, welche diesen Anforderungen entsprechen. Solche Mittel sind in den Kalkpräparaten gefunden worden, von denen ich seit über einem Jahre das „Oskalson" 1) bevorzuge.

Es erübrigt sich an dieser Stelle, den allgemeinen außerordentlichen Wert der Kalktherapie hervorzuheben und ihre Wirksamkeit — Steigerung der Kalkzufuhr und Verhütung von Kalkverlusten — näher zu beleuchten. Die Kalkbehandlung ist Allgemeingut der Aerzte geworden. Ich habe das Oskalson in zahllosen Fällen angewandt und glaube berechtigt zu sein, ein abschließendes Urteil abzugeben.

Meine Erfahrungen beschränken sich ausschließlich auf mein Spezialgebiet, auf kranke Frauen, auf Schwangere, Wöchnerinnen und stillende Mütter.

Was zunächst die chemische Zusammensetzung des Oskalson betrifft, so ist das Oskalson 2) ein Doppelsalz aus Kalziumchlorid, Kalziumlaktat und Kalziumbilaktat und besitzt die Formel $CaCl_2 + 2\,Ca\,(C_3H_5O_3)_2 + CaH_2\,(C_8H_5O_3)_4$.

Das Oskalson wird in Form von Pulver und Drops in den Handel gebracht. Das Pulver enthält auf einen Kinderlöffel = 10 g 4,5 g Gesamtkalksalze, beziehungsweise nach Blühdorn auf Chlorkalzium-Wirkung umgerechnet 3,5 g. Die Drops enthalten 0,25 g Gesamtkalksalze, beziehungsweise auf Chlorkalzium-Wirkung umgerechnet 0,15 g pro Drop.

Das Oskalson besitzt vor anderen Präparaten den nicht zu unterschätzenden Vorzug eines angenehmen Geschmacks. Das Oskalson ist therapeutisch außerordentlich wirksam, ist leicht bekömmlich und frei von schädlichen Nebenwirkungen.

Ich will nunmehr in Kürze einiges aus meinen speziell gynäkologischen Erfahrungen berichten. Ich glaube, daß der Praktiker über den Wert eines Stärkungsmittels mehr Erfahrungen sammeln kann, als der Kliniker, der die Patienten nur verhältnismäßig kurze Zeit beobachtet und sie dann in den meisten Fällen aus den Augen verliert. Ich habe also das Oskalson zunächst bei verschiedenen Frauenkrankheiten verordnet, und zwar jedesmal, wenn neben oder nach der fachärztlich gynäkologischen bzw. operativen Behandlung eine Kräftigung des Allgemeinbefindens notwendig war, sei es, daß es sich um Frauen handelte, die von jeher anämisch waren, sei es bei solchen Frauen, die durch ihr gynäkologisches Leiden in ihrem Kräftezustand geschwächt waren. Es sind insbesondere die chronischen Entzündungen der weiblichen Sexualorgane, welche, selbst wenn sie keine momentane Lebensgefahr darstellen, doch durch ihre für gewöhnlich lange Dauer die Patientinnen außerordentlich herunterbringen, den Kräftezustand reduzieren und die Frauen ihres Lebensmutes und ihrer Energie berauben. Es genügt in solchen Fällen nicht, daß der Arzt sich auf die rein fachärztliche Behandlung beschränkt. Hier brauchen wir eine wirksame Allgemeinbehandlung und hier brauchen wir Mittel, um die schwindenden Kräfte wieder zu heben, Mittel, welche wir wochen- und monatelang geben können, ohne befürchten zu müssen, daß der Magen angegriffen wird oder daß sonstige schädliche Nebenwirkungen eintreten. Ein solches Mittel ist tatsächlich das Oskalson. Ich habe in der Verabreichung von Oskalson eine äußerst erwünschte Unterstützung meiner gynäkologischen Therapie gefunden.

Aber nicht nur bei kranken Frauen hat sich mir das Oskalson vorzüglich bewährt. Auch für die geburtshilfliche Praxis möchte ich es wärmstens empfehlen. Vielfach habe ich es Frauen während der Schwangerschaft gegeben — und zwar im Hinblick auf die Lactation — und ich habe es die Frauen nach der Entbindung weiter nehmen lassen. Ich habe es ferner Wöchnerinnen mit schwacher Lactation gegeben. Die Wirkung war auch hier im allgemeinen eine sehr erfreuliche. Ich konnte in zahlreichen Fällen eine Steigerung der Lactation konstatieren. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, daß die Milchsekretion durch Oskalson sehr günstig beeinflußt wird. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß ich bei mehreren Fällen von Extrauteringravidität zur Nachbehandlung das Oskalson verabreicht habe. Gerade in diesen Fällen, wo so häufig monatelang die Kräfte daniederliegen, hat sich das Oskalson außerordentlich bewährt. Schließlich möchte ich noch erwähnen, daß ich das Oskalson bei klimakterischen Störungen zur Unterstützung der Organotherapie mit Erfolg vielfach verordnet habe.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß das Oskalson für die gynäkologische und geburtshilfliche Praxis zur Hebung der Körperkräfte und zur Anregung und Vermehrung der Lactation ein unentbehrliches Heilmittel darstellt, welches von den Frauen stets gern genommen und stets gut vertragen wird.

Bezüglich der Dosierung empfehle ich: Durchschnittlich dreimal täglich einen Teelöffel Oskalson-Pulver oder dreimal täglich 2 bis 3 Oskalson-Drops, bzw. je nach Lage des Falles eine entsprechend größere Dosis.

---

1) Hergestellt von der Firma: Dr. Colman G. m. b. H., Berlin-Weißensee.

2) Dr. E. Kohen (aus dem Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin): Kl. Wochenschrift., 4., Nr. 31. — Dr. K. Werner (3. med. Klinik in Freiburg i. B.): Fortschritte der Medizin, 42., Nr. 20. — Dr. J. Colman: Chemiker-Zeitung 1924, Nummer 121.

Mitteilung eines durch dreimalige intravenöse Gaben von Introcid 1) günstig beeinflußten Falles leichter Sepsis.

Von

Dr. med. GOTTHARD SCHILLER, Berlin.

Am 7. 7. 26 kam Frau Z., eine kräftige, 28jährige Patientin, die bis auf eine Reizung der Gallenblase vor Jahren stets gesund gewesen war, jetzt aber seit dem 2. 7. an remittierendem Fieber und einer Mandelentzündung litt, in meine Behandlung. Die rechte Tonsille wies einen großen, harten (wie sich bei der am Tage darauf vorgenommenen Inzision zeigte) Eiterpropf auf. Der Puls war klein und beschleunigt (120 Schläge in der Minute), die Temperatur hatte tägliche Anstiege bis 38,8 und 39 Grad. Außer einer Endokarditis valv. mitral. bestand eine rechtsseitige Bronchopneumonie. Da sich durch die übliche symptomatische Behandlung eine Besserung nicht erzielen ließ, und am 17. 7. im Urin Eiweiß auftrat, sich auch eine Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend einstellte, verabreichte ich am 20. 7. erstmalig 1 ccm Introcid 1) intravenös, verab- Temperatur auf 37° absank und sich bis zum 26. 7. zwischen 37° und 37,5° hielt. Am 26. 7. stieg das Fieber auf 37,9°, fiel aber am nächsten Tage auf 37,4° ab. Die nunmehr gemachte Injektion von 2 ccm Introcid intravenös zeitigte einen weiteren Temperaturabfall auf 36,5°. Zugleich trat Wohlbefinden ein, so daß Pat. den Wunsch äußerte, aufstehen zu dürfen, dem allerdings nicht entsprochen wurde.

Als am 31. 7. die Temperatur auf 37,4° anstieg, wurde die 3. Introcidgabe (2 ccm intravenös) injiziert. Nach einem reaktiven Anstieg auf 38,9° fiel die Temperatur auf 36,2° ab und blieb dann dauernd unter 37°. Das Befinden der Patientin besserte sich derart, daß ich von weiteren Introcidgaben absah. Am 15. 8. war der Urin eiweißfrei, und die Pat. konnte das Bett verlassen. Ausgang in Heilung.

Meine früheren Erfahrungen 2) über die fieberherabsetzende und die Abwehrfunktionen des Körpers anregende Kraft des Introcids, besonders in leichten Sepsisfällen, sehe ich in vorstehend mitgeteiltem Falle bestätigt,

---

1) Jodcerverbindung, hergestellt von Hans Potratz G. m. b. H., Hamburg 39, Mühlenkamp 63, neuerdings auch in Ampullen als Sparpackung für die Kassenpraxis.

2) Schiller: Erfahrungen mit Introcid bei septischen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Endokarditiden. Inaugural-Dissertation, Berlin 1925.

G. Katz und G. Schiller: Erfahrungen über die Introcidbehandlung der Sepsis. Therapie der Gegenwart, März 1926.

Preß-Kaustik.

Von

Sanitätsrat Dr. KUZNITZKY, Köln a. Rh.

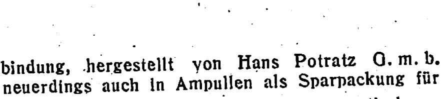
Rezidive oberflächlich zur Abheilung gebrachter Hauttuberkulose gehen bekanntlich immer von kleinen und kleinsten Knötchen aus, die, zunächst vereinzelt, sich in der Tiefe des Gewebes entwickeln. Teils liegen sie im alten Narbengewebe selbst, teils in der Umgebung desselben, in der Kutis und Subkutis. — Bei einfacher Besichtigung entgehen sie meistens der Beobachtung, weil zwischen ihnen und der Hautoberfläche eine optisch verdeckende Blutschicht liegt. —

Durch die bekannte Glasdruckmethode gelingt es ja aber mit Leichtigkeit, in dem durch den Druck blutleer gemachten Gewebe auch kleinste Rezidivanfänge als braune Punkte durch das Glas hindurch sichtbar zu machen. —

Nicht so leicht ist die exakte Vernichtung der auf diese Weise sichtbar gemachten kleinen Herde unter möglichster Schonung des umliegenden Gewebes. Denn beim Abheben des Glasstückes (Glasspatel usw.) schießt das Blut sofort wieder in die vom Druck befreite Gewebestelle, dabei die Kapillaren womöglich noch stärker füllend, als zuvor, und — man ist wieder mehr weniger auf ein „ungefähr“ angewiesen.

Selbst bei großer Schnelligkeit, manueller Geschicklichkeit und Uebung trifft man, wie die nachherige Glasdruckkontrolle zeigt, doch nicht immer genau den Herd, so daß schließlich die Verletzung des Gewebes notgedrungen größer wird, als es eigentlich erforderlich wäre. — —

Das müßte — namentlich beim Sitz der Erkrankung im Gesicht — vermieden werden.



Es ist mir gelungen, dies auf einfache Art zu erreichen. — Ich ließ einen kleinen Apparat 1) anfertigen, der im Prinzip etwa wie ein Komedonenquetscher gebaut ist. Natürlich ist der Ring viel größer. Ein Durchmesser der Oeffnung im Lichten von 1 cm bis 1,5 cm erwies sich mir am brauchbarsten. Die untere Seite des Ringes ist abgeschliffen, damit er ganz flach angepreßt werden kann. — Auf die zu untersuchende Hautstelle lege ich nun ein ca. 0,2 mm dickes zelluloidähnliches Plättchen von entsprechender Größe. Diese Plättchen 2) haben ungefähr Aussehen und Eigenschaften des Zelluloids, besitzen diesem gegenüber aber den großen Vorzug schwerer Brennbarkeit. Man kann also mit dem Kauter Löcher in die Plättchen brennen, ohne daß sie aufflammen. — Findet man nun in dem durch den Druck des Kompressionsfensters blutleer gemachten Gewebsabschnitt Rezidiv-Knötchen, so kann man sie, ohne den Druck zu mindern, durch das angepreßte Plättchen hindurch mit großer Genauigkeit kaustisch veröden. — Desinfektion erübrigt sich, weil die Plättchen nach jeweiligem Gebrauch fortgeworfen werden. — Ich habe die erfreuliche Beobachtung gemacht, daß die Schmerzhaftigkeit der Prozedur überdies infolge der Druckanämie, unter der die zu behandelnde Stelle steht, nach übereinstimmender spontaner Aussage der Patienten ganz erheblich herabgesetzt wird. —

Ueber Intestinol.

(Ein neues Präparat gegen Dyspepsie und vermehrte Gasbildung.)

Von

Prof. Dr. RAHEL HIRSCH, Berlin.

Münchn. med. Wochenschr. 1926, Nr. 30.

Intestinol ist ein mit Tierkohle kombiniertes Pankreaspräparat mit dosiertem, nach Fuld-Einheiten eingestelltem Pankreatingehalt. — Es enthält ferner Sekretin (das Hormon der Duodenalschleimhaut und gallensaure Salze). Die pharmakologische und biologische Prüfung des von der chem. und pharmaz. Fabrik Dr. Georg Henning in Berlin-Tempelhof hergestellten Intestinols wurde im pharmakologischen Institut der Universität Berlin von Prof. Joachimoglu ausgeführt, um festzustellen, ob die verdauende Wirkung der im Intestinol enthaltenen Pankrinfermente durch die Kohle unbeeinflußt bleibt. — In drei Versuchen wurde erwiesen, daß die Fermente bei Anwesenheit von Kohle ihre Wirksamkeit entfalten, — daß Tierkohle die Fermentwirkung nicht stört —. Mit schweren Verdauungsstörungen einhergehende Gasbildung im Darm — verbunden mit Uebelkeit und dergleichen — wurden durch Intestinol besser beeinflußt, als durch einfaches Kohlenmittel, selbst schwerverdauliche Speisen konnten ohne Beschwerden genossen werden; es stellt somit die Intestinolmedikation eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes dar.

---

1) Hersteller: Neumann & Co., Köln, Minoritenstr. 21a.

2) Zu dem Apparat in jeder beliebigen Menge von Neumann & Co. lieferbar.

Kongreß-Kalender.

(* bedeutet Kongresse.)

* 22.—25. September: 6. Tagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft in Düsseldorf.
* 23.—24. September: Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Düsseldorf.
* 24.—25. September: Krebskonferenz in Düsseldorf.
* 24.—26. September: Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Düsseldorf.
* 30. September bis 2. Oktober: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Wien.
* Ende September: Würzburg, Bayerischer Aerztetag.
Erste Hälfte Oktober: 10tägiger Fortbildungskurs für praktische Aerzte, Göttingen.
* 13.—16. Oktober: Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.
* September 1927, 2. Hälfte: Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

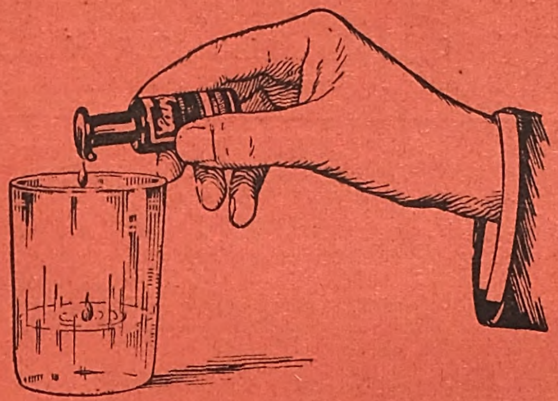
Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 25 BERLIN, DEN 28. SEPTEMBER 1926 44. JAHRGANG

RARY
RECEIVED
OCT 19 1926
U.S. Department of Agriculture

20 Tropfen
= *0,1 g Cardiazol (Knoll)*

Cardiazol
liquid. (Knoll)
10 % ig



3—4 mal täglich, in besonderen Fällen auch in ständlichen Pausen

wirkt rasch
und intensiv

bei Kreislaufstörungen

Herzinsuffizienz,
Infektionskrankheiten
usw.,
auch für chronische Kuren und
an Stelle von Digitalis geeignet.

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

10 ccm Orig.-Packung (M. 2.20)
10 ccm Sparpackung („ 1.95)

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. (Knoll)
zur Behandlung asthmatischer und stenokardischer Zustände.

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**

u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)

In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.

Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.

EPISAN Berendsdorf

Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.

In allen Apotheken zu haben.

EPISAN Berendsdorf

Von Aerzten bestens empfohlen.

Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84a.**

PROTASIN

Milcheiweisspräparat zur parenteralen Reizkörpertherapie
Proben u. Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim

Bad Salzſchlirf und ſein Bonifaziusbrunnen!

Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**

Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

Homefa

GLOBULI VAGINALES

die unentbehrlichen Adjuvantien in der gynäkologischen Praxis!

Muster und Literatur durch
KARL HORN & CO., A.-G. / FRANKFURT a. M.

KRIPKE

ESTON-OVALE

gegen
Colpitis, fluor albus
einfach, sicher und ganz sauber wirksam

Rp. 1 Schachtel (6 Stck.) Eston-Ovale

Kripke, Dr. Speier & Co.
Berlin SO 26, Admiralstr. 18E

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. Arthur Münzer, Charlottenburg: Zur Frage der Serumtherapie bei Basedow und Akromegalie . 1007
Dr. med. Strahlmann, Delmenhorst: Zur Frage der „Mineralisierung“ der Tuberkulose 1008
Dr. med. Curt Kayser, Facharzt für innere Krankheiten, Berlin-Wilmersdorf: Die Kalktherapie in Theorie und Praxis 1011
Dr. Kurt Heymann, Berlin: Ueber den Ehekonsens an spätlatente Luetiker 1013
Geh. San.-Rat Dr. Schwarze, Berlin: Ueber lokale Behandlung des Keuchhustens 1014
Eberhartinger: 1915—1925. Zehn Jahre Kinderfürsorge der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien und der ihr angeschlossenen Fürsorgeaktionen 1016
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.
Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Rentenerhöhung wegen Herzschwäche abgelehnt 1017

Laufende medizinische Literatur:

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 37, 38 . . 1019
Klinische Wochenschrift, Nr. 37 1020
Reichsgesundheitsblatt, 1., Nr. 36 1021
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 116., Heft 3/4 1021
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Heft 16—19 1021
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 23., Nr. 16, 17 . 1022
Allgemeine Homöopathische Zeitung, 174., Nr. 2 . . 1023
Deutsche Zeitschrift für Homöopathie, Heft 9 . . . 1023
Zentralblatt für innere Medizin, 47., Nr. 36, 37 . . . 1024
Archiv für Verdauungskrankheiten, 38., Heft 1, 2 . . 1024
Zeitschrift für Tuberkulose, 45., Heft 7 1025
Die Tuberkulose, Nr. 17 1025
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 92., 4. bis 6. Heft 1026
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 77., Heft 4 1026
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 103., Heft 3 1026
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 61., Heft 6 1027
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 74., Heft 3—5 1027
Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete, 14., Heft 1/2 1028
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 35—38 1028
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 35 1029
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 70., zweite Hälfte, Nr. 8—12 1030
El Siglo Médico, 78., Nr. 3790—3795 1032
Revista de Tuberculosis, 14., Nr. 163 1032
Archivos Espan de Pediatria, 10., Nr. 8 1032
Revista Ospedaliera, 16., Nr. 7 1032
Biologie Medicale, 16., 24. Jahrg., Nr. 6 1032
The Journal of the American Medical Association, Chicago, 87., Nr. 8, 9 1033
The American Journal of Medical Sciences, 172., Nr. 2 1035
The Journal of Laboratory and Clinical Medizine, 11., Nr. 10 1036
The Journal of Infectious Diseases, 39., Nr. 2 . . . 1036
The American Journal of Röntgenology and Radium Therapy, 14., 6; 15., 1—3 1037
American Journal of Obstetrics and Gynecology, 11., Nr. 6 1040
Buchbesprechungen 1041

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. M. Fischenick, Bonn: Experimentelle Ergebnisse einer Haustrinkkur mit Salzschlirfer Bonifazius-Brunnen 1043
Dr. med. Hans Erdmann, Saistkaln (Lettland): Ichthyolinjektionen als milde Reiztherapie bei chronischen, entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen 1043
Melsunger Medizinisch-pharmazeut. Mitteilungen aus Wissenschaft und Praxis, Heft 46 1044
Kongreß-Kalender 1044
Einladung 1044
Therapeutische Notizen 1044
Mitteilungen 1044

Go!

Bei den Kassen zugelassen!

Buccosperin-Tabletten (Dragiert)

Extr. Bucco, fol. uvae ursi, Acetylsalicyls, Salol, Hexamethylentetramin, Ol. menthae, Camphor. monobrom., benzoes. Papaverin.

Diuretisch, harnsäurelösend, anaphrodisierend, schmerzstillend.
Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis, Harngrieß, ferner bei **allen anderen Unterleibsleiden** der Frau.

1—2 Dragees 3 mal täglich. K.-P.: Schachtel (40 St.) M. 1,50.

Ester-Dermasan-Ovula mit Silber

(Keine Silberflecke)

Schmerzstillend! Resorptiv! Epithelregenerierend!
Fluor genit. bezw. **Gonorrhoe, Adnexitiden, erodierte Portio.**

1 Ov. tief einführen. K.-P. (6 St.) M. 1.80.

Lenirenin-Zäpfchen mit Belladonna

Prostatitis, Tenesmen. 1 Supp. nach Defaekation. K.-P. (6 St.) M. 1.30.

Proben und Literatur.

Jod-Dermasan Arthritis gonorrhoica.

Einreibung. Topf M. 2.—.

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

Levurinose
„Blaes"
das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzema, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

Athenstaedts Spezialpräparate

Tinctura Ferri Athenstaedt
in langjähriger Praxis bewährtes Roborans, Tonicum, Stomachicum.
Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa
Athensa :: Arsen-Athensa
Athensa- und Arsen-Athensa-Tabletten
Confectio Athenstaedt (Athenstaedts Eisentinktur in Schokoladen-Umhüllung)

Liquor Alsoli 50%
Ungiftiges Desinficiens, Adstringens. Hochkonzentriertes unbedingt haltb. Tonerdepräparat.

Alsol-Creme - Alsol-Streupulver
Acetonal-Haemorrhoidal-Zäpfchen
Acetonal-Vaginale
Toramin -- Perrheumal

Das wirksamste Antilueticum der Wismutgruppe:

Milanol-Injection
Schüttelemulsion f. Erwachsene, 0,06 g Bi = 1 ccm.
Steril verschlossene Originalgläser mit 15 ccm Inh.
Originalschachteln mit 12 Ampullen je 1,5 ccm.

=

Milanol-Oel
Klare Oellösung f. Säugl. u. Kinder, 0,02 g Bi = 1 ccm.
Steril verschlossene Originalflaschen mit 5 ccm.

=

Hervorragende Verträglichkeit
Schmerzlose Anwendung

Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten zur Verfügung

Athenstaedt & Redeker : chem. Fabrik : Hemelingen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 25 28. SEPTEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Zur Frage der Serumtherapie bei Basedow und Akromegalie.

Von

Dr. ARTHUR MUENZER, Charlottenburg.

Wenn wir den Basedow als Ausdruck eines Hyperthyreoidismus auffassen, so können wir für diese Erkrankung drei verschiedene Arten von ätiologischer Therapie unterscheiden. An erster Stelle ist die operative Behandlung — partielle Strumektomie — zu nennen. Durch sie wird das Volumen der übermäßig sezernierenden Schilddrüse reduziert. Der übrigbleibende Rest genügt dann zur Erledigung der hormonalen Funktion. Zweifellos ist diese Therapie in theoretischer und praktischer Hinsicht die bestfundierte; ihre Erfolge sind unbestritten. In gleicher Richtung wirksam ist die zweite Art ätiologischer Behandlung — die Röntgenbestrahlung der Thyreoidea. Auch sie erstrebt eine Volumenverminderung des Drüsenparenchyms. Indessen sind die Erfolge doch nicht so eindeutig wie bei der Operation. Auch wird ja häufig noch immer betont, daß durch die Bestrahlung bisweilen Verwachsungen entstehen, die einer später doch noch notwendig werdenden Operation hinderlich sein können.

Die dritte Art ätiologischer Therapie ist kurz als Serumtherapie zu bezeichnen. Sie ist gekennzeichnet durch das Bestreben, die im Uebermaße produzierten Hormone durch Serum, dem die Schilddrüsenprodukte entzogen sind, zu neutralisieren. Man hat das Serum von Myxoedemkranken, von Hunden, denen die Thyreoden exstirpiert wurden, versucht. Es wurde die Milch thyreoidektomierter Tiere verwandt. Besonderer Beliebtheit erfreut sich das Antithyreoidin Möbius, das von Merck hergestellt wird. Auch das Rodagen, ein Pulver aus der Milch entkropfter Ziegen bereitet, ist in einer Anzahl von Fällen versucht worden. Aber diese therapeutischen Bestrebungen — so interessant sie auch an sich sein mögen — haben noch keineswegs zu feststehenden Ergebnissen geführt. Um einmal das Prototyp dieser Mittel herauszugreifen, das Antithyreoidin Möbius, so finden wir hinsichtlich seiner Wirksamkeit die divergentesten Auffassungen. Kürzlich noch hat Grawitz*) über recht günstige Erfolge berichtet, während z. B. Kraus in der letzten Auflage des Meringschen Lehrbuches diese Behandlungsmethode mit der lapidaren Bemerkung abtut: „Die Serumtherapie ist verhältnismäßig wenig nütze“ (vgl. auch H. Schlesinger, Wiener klin. Wochenschrift 1925).

Angeregt durch diese so grundverschiedene Beurteilung, möchte ich mich in folgendem kurz mit dem Problem befassen, inwieweit die theoretischen Grundlagen der Antithyreoidintherapie dem heutigen Stand unserer Kenntnisse entsprechen.

Die Schilddrüse entsendet normalerweise wie jedes endokrine Organ ihre Hormone in das Blut. Es muß also das Blut des an Basedow Leidenden mit Schilddrüsenstoffen übermäßig beladen sein. Bringt man nun dieses Blut mit dem Serum eines Tieres zusammen, dem die Schilddrüse herausgenommen ist, so kann man sich zweierlei denken: Einmal könnte in dem nunmehr im Ganzen vermehrten und verdünnten Serum die Verteilung der Schilddrüsenstoffe derart sein, daß sie der Norm entspricht, oder aber man könnte sich vorstellen, daß die im Uebermaße abgesonderten Sekrete durch das zugeführte „Mangel-Serum“ irgendwie neutralisiert werden. Beides sind Hypothesen, deren Richtigkeit wir nicht erweisen können. Aber wenn überhaupt die Lehre von der inneren Sekretion zu Recht besteht, wird man dem eben erwähnten Gedankengang eine gewisse Folgerichtigkeit nicht absprechen; er hat ja auch zu der Herstellung des Antithyreoidins geführt.

Wie wird nun das Antithyreoidin Möbius gewonnen? Es wird aus dem Serum thyreoidektomierter Hammel darstellt. Einer inzwischen erfolgten privaten Mitteilung der Fabrik Merck verdanke ich die Kenntnis, daß Antithyreoidin auch von Schafen gewonnen wird. Abgesehen davon, daß dies in der Literatur, wenigstens soweit ich sie übersehe, nicht bekannt ist, wird auch hiermit die Forderung nicht erfüllt, die ich im folgenden aufstelle. nämlich die ausschließliche Herstellung eines Antithyreoidin masc. und femin., welches auch dem Arzt als solches kenntlich gemacht werden muß; also es wird das Serum eines kastrierten Schafbocks genommen und mit 0,5% Phenol zu einer Lösung verarbeitet, die meist in Tropfenform gereicht wird, aber auch subkutan injiziert wird. Auch Tabletten werden hergestellt. Wenn wir nunmehr — gerade mit Rücksicht auf die näher zu besprechende Geeignetheit des Präparates Antithyreoidin — die nosologische Stellung des Morbus Basedow näher ins Auge fassen, so muß zuvörderst auf folgenden Umstand aufmerksam gemacht werden: Die Schilddrüsenerkrankungen, Basedow und Myxödem, befallen weit häufiger Frauen als Männer. Man rechnet beim Basedow auf ungefähr 15 Frauen 1 Mann. (Angaben von Kraus im Mehringschen Lehrbuch.) Wir wissen ferner, daß alle wichtigen Sexualphasen, so Gravidität, Puerperium, Klimakterium, prädisponierende Momente für die Entstehung der Erkrankung abgeben. Weiterhin geht der Basedow sehr häufig mit Störungen im Bereich des Genitalsystems einher; Dysmenorrhoe und Amenorrhoe sind oftbeobachtete Symptome. Die Ovarien werden häufig atrophisch oder hypoplastisch gefunden. — Aus allen diesen Tatsachen erhellt mit voller Deutlichkeit, daß der Basedow in engen Beziehungen zum Ablauf der Geschlechtsfunktionen steht. Aber nicht nur das. Wir müssen noch genauer präzisieren, indem wir sagen, daß die Erkrankung besonders mit der Tätigkeit der weiblichen Keimdrüse irgendwie zusammenhängt. Man kann fast, wenn man das Morbiditätsverhältnis zwischen Mann und Frau betrachtet, von einer Geschlechtsspezifität der Basedowerkrankung reden. Das kann uns übrigens gar nicht wundernehmen, wenn wir uns aus der Physiologie die nahen verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Schilddrüse und weiblichem Geschlechtsorgan ins Gedächtnis zurückrufen. Man erinnere sich nur an den Pubertätskropf der jungen Mädchen, an die Schilddrüsenschwellung während der Menstruation, in der Gravidität und im Klimakterium. Gerade die weibliche Schilddrüse scheint in einer sehr feinen Weise auf jede Alteration der Keimdrüse zu reagieren. Es muß also mit aller Entschiedenheit darauf hingewiesen werden, daß bei der Genese der Basedowkrankheit die Keimdrüse eine bedeusame, allerdings noch näher zu umgrenzende Rolle spielt und daß sie auf die Gestaltung des Krankheitsbildes eine unverkennbare Wirkung ausübt. Auch bei unseren therapeutischen Bestrebungen werden wir auf die engen Korrelationen, die zwischen den beiden endokrinen Organen bestehen, die gebührende Rücksicht zu nehmen haben. Schon häufig ist der Versuch unternommen worden, den Basedow mit Geschlechtsdrüsen-Präparaten zu behandeln. Und daß hiermit sehr gute Erfolge erzielt werden, beweisen die jüngst ver-

---

[1]) Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 4.

öffentlichten Ergebnisse von Brugsch und Rothmann[2]). Als besonders wichtig sind hierbei die Verminderung der Unruhe und der nervösen Erscheinungen, sowie die Erniedrigung des Grundumsatzes anzuführen.

Meine Hauptfrage lautet nun: Ist die für den Basedow zweifellos wesentliche Bedeutung der Keimdrüse bei der Herstellung des Antithyreoidins genügend berücksichtigt[3])? Hierauf muß ich sogleich mit einem entschiedenen „Nein“ antworten, und zwar aus folgenden Gründen: Das Antithyreoidin wird aus dem Serum von thyreoidektomierten Hammeln gewonnen, also von einem kastrierten männlichen Tier. Demgemäß ist hiermit das Serum eines sexuellen Neutrums gegeben, dem die so wichtigen Keimdrüsen-Hormone fehlen. Weder der Tatsache von der Geschlechtsspezifität des Basedow, noch dem Umstande, daß für gewöhnlich eine Hypofunktion der Keimdrüsen vorliegt, ist Rechnung getragen. Der günstige Einfluß der Keimdrüsenpräparate auf die nervösen Symptome und den Grundumsatz ist nicht berücksichtigt. Meine Forderung geht deshalb dahin, ein Antithyreoidin herzustellen, das ausschließlich von einem vollwertigen Sexualtypus stammt, nicht aber von einem kastrierten Individuum, und zwar sowohl ein Antithyreoidin masc. (vom Schafbock) und ein Antithyreoidin fem. (vom weiblichen Schaf).

Ich möchte noch weitergehen und gerade im Hinblick auf die jüngste Arbeit von Brugsch und Rothmann, sowie auf die pathologisch-anatomischen Ergebnisse darauf hinweisen, hierbei die Keimdrüsen-Medikation nicht zu vernachlässigen. Demzufolge mache ich den erweiterten Vorschlag, das Antithyreoidin mit dem entsprechenden Keimdrüsen-Extrakt zusammen zu koppeln, also Antithyreoidin masc. mit Testikularextrakt, Antithyreoidin fem. mit Ovarialextrakt. Diese Medikation müßte in einer noch näher zu eruierenden Dosierung verabreicht werden. Hiermit würde die Bekämpfung der Erkrankung von zwei Seiten aus in Angriff genommen werden. Merck hat mir inzwischen mitgeteilt, daß eine direkte Vermischung des Antithyreoidins mit Keimdrüsenpräparaten bei den an und für sich ziemlich labilen Wirkungsstoffen des Serums seines Erachtens nicht in Frage komme; es mache ja aber keine Schwierigkeiten, beide Präparate nebeneinander zu verordnen. Ich stimme dem bei.

Dem Basedow wesensähnlich ist die Akromegalie. Auch sie entsteht auf der Grundlage einer übermäßigen Sekretion einer Blutdrüse, nämlich der Hypophyse, genauer des Hypophysenvorderlappens. Allerdings unterscheidet sich die Symptomatologie des Leidens ganz beträchtlich von der des Basedow. Das hindert aber nicht, die innere Verwandtschaft der beiden Erkrankungen anzuerkennen. In einem Hauptpunkte, der auch für die Therapie sehr wichtig ist, ähneln sich übrigens die beiden Drüsenerkrankungen doch, nämlich in der Beeinträchtigung der Genitalfunktion. Diese ist allerdings bei der Akromegalie viel mehr betont, denn die Potenz- und Menstruationsstörungen — insbesondere die Amenorrhoe — bilden einen fast integrierenden Bestandteil des Krankheitsbildes. Entsprechend der Wesensgleichheit der beiden Erkrankungen finden wir auch eine völlige Uebereinstimmung hinsichtlich der Therapie. Die Resektion der Hypophyse ist mit der partiellen Strumektomie in Parallele zu setzen, und ebenso bildet die Röntgenbestrahlung der Glandula pituitaria ein Analogon zu derjenigen der Schilddrüse. In beiden Fällen wird die gleiche therapeutische Wirkung erstrebt. Merkwürdigerweise hat man bisher noch nicht versucht, wenigstens soweit ich die Literatur übersehen kann, ein Serum gleich dem Antithyreoidin für die Bekämpfung der Akromegalie herzustellen. Und doch liegt dieser Gedankengang recht nahe. Hierzu müßte den betreffenden Tieren die Hypophyse, zum mindesten der Hypophysenvorderlappen exstirpiert und dann das Serum als Therapeutikum — Antihypophysin — verarbeitet werden[4]). Genau wie das Antithyreoidin müßte auch das letztere Präparat geschlechtsspezifisch eingestellt werden, also Antihypophysin masc. und Antihypophysin fem. Es ist nicht einzusehen, warum wir nicht die gleichen Erfolge mit dem Antihypophysin erzielen sollten wie mit der entsprechenden Medikation beim Basedow. Die Voraussetzungen, unter denen die Herstellung der beiden Sera erfolgt, sind jedenfalls völlig identisch.

Zudem ist immer zu bedenken, daß die Serumbehandlung zweifellos die einfachste und billigste therapeutische Methode darstellt. Allerdings ist die Exstirpation der Hypophyse, die zur Gewinnung des Serums vorgenommen werden muß, nicht so einfach wie die Strumektomie durchzuführen. Aber das kann kein Hinderungsgrund für die Anwendung des Verfahrens bilden.

Wenn man die Blutdrüsenerkrankungen in bezug auf ihre organtherapeutische Beeinflußbarkeit betrachtet, so wird man gewiß zu dem Schlusse kommen, daß ein Drüsenmanko, wie z. B. beim Myxoedem und beim Diabetes, mit größter Leichtigkeit auszugleichen ist. Hier brauchen eben einfach die fehlenden Hormone, wenn wir sie nur ausreichend kennen, zugeführt zu werden. Viel schwieriger liegen die Verhältnisse bei den hypersekretorischen Störungen. Für deren Bekämpfung wir vorerst noch keine anderen Mittel als die vorerwähnten, die aber zweifellos komplizierterer Natur sind als die Hormonal-Substanzen. Eine andere Möglichkeit, nämlich die Zuführung antagonistisch wirkender Drüsenprodukte, hat bis jetzt noch nicht zu einwandfreien Ergebnissen geführt.

Zusammenfassung.

1. Für die Bekämpfung der Basedowschen Erkrankung wird die Herstellung eines geschlechtsspezifischen Antithyreoidins vorgeschlagen, d. h. eines Serums, das von einem männlichen bzw. weiblichen Tiere stammt und für den entsprechenden Geschlechtstypus verwandt wird. Zur Verstärkung der Wirkung erscheint die Hinzufügung des entsprechenden Keimdrüsenextraktes wichtig.

2. Zur Bekämpfung der Akromegalie wird die Herstellung eines geschlechtsspezifischen Antihypophysins vorgeschlagen, d. h. eines Serums von Tieren, denen die Hypophyse bzw. der Hypophysenvorderlappen exstirpiert ist.

Zur Frage der „Mineralisierung“ der Tuberkulose.

Von

Dr. med. STRAHLMANN, Delmenhorst.

Durch die Veröffentlichungen von Sauerbruch, Herrmannsdorfer und Gerson aus der chirurgischen Klinik München über die Tuberkulose-Behandlung durch diätetische Umstellung im Mineralbestande des Körpers ist das Interesse wissenschaftlich interessierter Kreise auf das Problem des Mineralstoffwechsels beim Gesunden und Kranken gerichtet worden. Es ist sehr erfreulich, daß dieses wichtige Kapitel endlich einmal vor einem wissenschaftlichen Forum aufgerollt wird, nachdem es lange genug nur einzelne Forscher beschäftigt hat (Albu und Neuberg, Schulz)[1]).

Vor allem, was das Wesen der Tuberkulose-Erkrankungen betrifft, so weicht die heutige klinische Auffassung sehr stark von der ab, welche in der Blütezeit der Kochschen Aera ganz selbstverständlich die allein maßgebende zu sein schien! — Es mußten wohl erst die Enttäuschungen der verschiedenen Tuberkulinepochen kommen, um diesen Wandel innerlich vorzubereiten. Schon als vor etwa 20 Jahren Nägeli in seiner Arbeit über Häufigkeit, Lokalisation und Ausheilung der Tuberkulose nachweisen konnte, daß 97% aller Menschen einmal tuberkulös erkrankt sein müßten, ohne daß sie alle an Tuberkulose zugrunde gegangen waren, gewann mehr und mehr die Ansicht Raum, daß es, abgesehen von der Schwere der Infektion, noch einen anderen ausschlaggebenden Faktor für den Verlauf der Krankheit geben müsse, den man als „Konstitutionskraft“ bezeichnete, ohne damit allerdings irgendwie klare Anschauungen zu verbinden. Erst die klinischen Arbeiten der Neuzeit über das weite Gebiet der inneren Sekretion und die Fortschritte der Erkenntnisse über das vegetative Nervensystem, wie sie die Müllerschen Untersuchungen ergeben haben, konnten uns in dieser Hinsicht weiterbringen, so daß man heutzutage mit dem Begriff „Konstitution“ ganz exakte Vorstellungen verbindet. Neuere Forschungen haben ergeben, daß die gegen Tuberkulose-Infektion widerstandsfähigen Menschen gewisse anorganische Stoffe im Körper haben, welche dem „Typus phthisicus“ meistens fehlen. Kahle, Rößle und Kobert haben in überzeugender Weise die Wichtigkeit der anorganischen Körperbestandteile, vor allem von Kalzium und Silizium, für den Verlauf der menschlichen Phthise einwandfrei nachweisen können! (Kahle, Münch. med.

---

[2]) Medizinische Klinik 1926, Nr. 8.

[3]) Ich habe eben diese Fragestellung schon in einer früher in den „Fortschritten der Medizin“ erschienenen Arbeit angedeutet (1926, Nr. 11).

[4]) Auch diesen Gedankengang habe ich in der vorerwähnten Arbeit angedeutet.

[1]) Albu und Neuberg: Handb. d. Mineralstoffwechsels. Berlin 1906. — Schulz: Vorlesung über Wirkung und Anwendung der anorganischen Arzneimittel. Leipzig.

Wochenschrift 1914, Nr. 14, **Kobert**: „Ueber kieselsäurehaltige Heilmittel“, Rostock 1916, **Rößle**: Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 35, Heft 1). Als vor etwa 30 Jahren die französischen Forscher **Robin**[2]) und **Binet** ihre Hypothese von der „**Demineralisation**“ der Phthise aufstellten, erregten sie in Frankreich großes Aufsehen, während sie in Deutschland wenig Beachtung fanden. Schon **Robin** hatte den Satz geprägt, daß die Tuberkuloseveranlagung sich in einer Abweichung des Mineralstoffwechsels kundgebe. Allerdings konnte er seine Anschauungen nur auf Urin-Untersuchungen hin gründen, nur selten Gewebe und Säfte untersuchen und dabei finden, daß erhöhten Kalzium- und Magnesium-Werten im Urin des Phthisikers eine Verarmung des ganzen Körpers, vor allem der Knochen und des Blutes, an Mineralstoffen entspreche. Seine Ansichten, daß beim Phthisiker vornehmlich Phosphorsäure, Kalk und Fluor vermindert seien, während der Gesunde einen Ueberschuß an Mineralien habe, daß also Mineralreichtum den Organen Schutz gegen die Tuberkulose verleihe, scheint durch moderne Untersuchungen deutscher Forscher immer mehr bestätigt zu werden. Während noch **Otto**[3]) nur zugibt, daß eine Demineralisation nur bei vorgeschrittener Tuberkulose vorkomme, aber kein Frühzeichen sei, wie **Robin** behaupte, räumt **Vorhoeve**[4]) schon ein, daß bei den untersuchten Tuberkulösen ein größeres Kalkbedürfnis vorliegt als beim Gesunden und schließt daraus, daß der Phthisiker also doch zur „**Dekalzifikation**“ neige. **Rosenfelds**[5]) pathologisch-anatomische Prüfung tuberkulöser Lungen ergab einen Kalkgehalt, der etwa um 25% niedriger war als der gesunder Lungen; außerdem fanden **Rosenheim**[6]) und **Schmidke** im 3. Stadium der Erkrankung den Blutkalkspiegel deutlich vermindert. Sind diese klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen schon beweisend genug, so werden sie weiterhin ergänzt durch klinisch-therapeutische Beobachtungen und Erfahrungen aus der Praxis. Schon die Beobachtung über die Häufigkeit der Tuberkulose bei Arbeitern in der Zement-, Kalk- und Gips-Industrie sind so eindeutig, daß sie schon längst das Interesse der Fachärzte im steigenden Maße hätten in Anspruch nehmen müssen. Nimmt man die Erfahrungstatsache hinzu, daß Gegenden mit „hartem“ Wasser viel weniger tuberkulöse Erkrankungen aufweisen als Gegenden mit „weichem“, d. h. kalkarmen Wasser, so ist dies ein doppelter Beweis der Heilwirkung der anorganischen Stoffe bei Tuberkulose. Diese Beobachtungen lassen sich mit genügenden Einzeltatsachen belegen. — Schon 1888 berichtete **Halter**, Lengerich/Westfalen, über Erfahrungen, welche er bei 50 Kalkofenarbeitern gemacht hatte. Diese Arbeiter waren gezwungen, täglich erhebliche Mengen von Kalkstaub zu atmen. Nie kam während längerer Beobachtungszeit **ein einziger Fall von Phthise vor**. (Berlin. Klin. Wochensch. 1888, S. 726 f. f.). Diese Tatsache wurde 1890 von dem Deutschböhmen **Grab** statistisch belegt. Er beobachtete nämlich, daß in dem Kalkbrennort Hlobutscheg innerhalb eines Zeitraumes von 10 Jahren pro Jahr von 1000 Menschen 1,56 an Tuberkulose starben, während in dem Nachbarorte Buttowitz, wo ganz andere staubfreie Verhältnisse herrschten, von tausend Lebenden pro Jahr 3,37 (also mehr als doppelt soviel) an Tuberkulose zugrunde gingen. (**Grab**: **Prager mediz. Wochenschr.** 1890, S. 290 ff). Bald nach **Grabs** Mitteilungen wurden auch in Deutschland von nichtärztlicher Seite, so in den Kalk-, Gips- und Zementwerken in **Porta**, **Bielefeld**, **Brackwede**, die gleichen Beobachtungen gemacht und in Fachblättern veröffentlicht. 1904 bezeichnete **Roth** in seinem „**Kompendium der Gewerbekrankheiten**“ die Mitteilung des Deutschen Gipsvereins als bemerkenswert, daß innerhalb von 17 Jahren **nicht ein einziger Fall von Tuberkuloseerkrankung** in einem Gipswerk mit 400 Arbeitern vorgekommen sei. 1908 wies der **Engländer Burns Selkirk** auf die vollkommene Tuberkulosefreiheit der Arbeiter an Kalköfen und in Zementfabriken in der Umgebung von Edinburgh hin. (**Brit. medic. Journal** 1908, S. 1493). Aus Spanien hat **Fissak** die erstaunliche Tatsache mitgeteilt, daß von 40 824 Todesfällen an Tuberkulose nur ganze 17 auf Kalk- und Gipsbrenner kommen. (Zitiert nach Prof. **Loew**: „Der Kalkbedarf beim Gesunden und Kranken.“) 1913 machte **Schultze**, dem das amtliche Material von 91 preußischen Zementfabriken aus den Jahren 1908—1910 zur Verfügung stand, die Feststellung, daß von 28 946 Versicherten in diesen Jahren nur 75 an Tuberkulose erkrankten, von **denen nur 18 starben**! — (Deutsch. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1913, Bd. 45, S. 220 ff.) — Wer noch weitere Belege wünscht, kann diese bei Linnekogel: „Die Kalzium-Siliziumtherapie der Tuberkulose“ (Lehmanns mediz. Verlag, München 1925.) finden. Die angeführten Beispiele kann man beliebig vermehren. Noch kürzlich schrieb ein Kollege aus dem Kreise Mansfeld an den Verfasser und bestätigte aus eigener Erfahrung diese Beobachtungen.

Das zweite anorganische Heilmittel der Tuberkulose, auf das zuerst der Pharmakologe **Schultz**, dann **Kobert**, **Kahle** und **Kühn** aufmerksam machten, ist die Kieselsäure, das Silizium! — Schon **Schultz** konnte durch seine Untersuchungen den einwandfreien Beweis erbringen, daß wichtige Beziehungen zwischen Kieselsäure und Bindegewebe bestehen. (Schultz: M. m. W. 1902, Nr. 11; Kobert: Ueber kieselsäurehaltige Heilmittel, Rostock, Verlag Werkentin.) Die Kieselsäure spielt bei der Bildung von Heilungsgewebe, d. h. frischem Bindegewebe, eine erhebliche Rolle, wie **Kobert** feststellte. Bei allen tuberkulösen Prozessen ist die Proliferation von Bindegewebe neben Einlagerung von Kalk der wichtigste Heilungsprozeß. Der Organismus hat das **Bestreben**, den **Krankheitsherd mit einem festen Bindegewebewall zu umgeben, einzukapseln und schließlich zu verkalken**. Fehlt die Kieselsäure, ist der Organismus zu diesen Heilungsvorgängen nicht befähigt. Die Experimente **Kahles** und später **Kühns** an tuberkulös infizierten Meerschweinchen haben den einwandfreien Beweis geliefert, daß bei Kieselsäure-Verfütterung bzw. Injektionen die tuberkulöse Infektion nicht zum Ausbruch kam, während die anderen nicht behandelten Tiere rasch an Tuberkulose eingingen. (**Kahle**: M. m. W. 1914, Nr. 14; **Kühn**: M. m. W. 1918, Nr. 52.) Die Arbeiten **Zickgrafs** und **Helwigs** haben ferner ergeben, daß der Kieselsäure noch eine weitere bedeutsame Wirkung zukommt, nämlich auf das Blutbild. Sie besteht in einer **beträchtlichen Zunahme der mehrkernigen neutrophilen Leukozyten**, einer **deutlichen Steigerung des opsonischen Index** und der Beschleunigung der **Kernreifung im Sinne Arneths**, indem die lymphozytären Elemente mehr oder weniger zurücktreten. (Vgl. Hellwig, Zentralbl. für Balneologie, Bd. III, 1918, Zickgraf: Zentralbl. für innere Medizin 1908, Nr. 20.) Der Jenenser Pathologe **Rössle** hat experimentell festgestellt, daß man im Mikroskop eine Siliziumbehandlung bei **einem schon schwerkranken Tier bereits nach 5 Tagen an der plötzlich erwachten fibroplastischen Tätigkeit der Tuberkelzellen erkennen könne**. Die **Vernarbung durch Bindegewebe auf die Behandlung mit Kieselsäure-Präparate hin entspreche vollkommen der natürlichen Vernarbung, nämlich durch demarkierende, abkapselnde, zirkuläre Isolierung des Tuberkulinneren**, zweitens aber in Form einer Durchwachsung mit Totalinduration (**Rößle**: M. m. W. 1914, Nr. 14). Damit ist der Wert der Kieselsäure als Tuberkulose-Prophylaktikum und Therapeutikum **wohl genügend** dargetan.

Schon 1903 begann **Reckzeh** in der medizinischen Klinik in Berlin als erster in Deutschland seine Versuche mit Kalkstaub-Inhalationen bei bettlägerigen Lungenkranken. Doch waren seine Versuche noch zu primitiv, um definitive Erfolge erzielen zu können. (**Reckzeh**: Berl. klin. Woch. 1903, S. 275 ff.). **Schütt** stellte fest, daß die Kalziumsalze bei fiebernden Tuberkulösen den Blutzuckergehalt herabdrücken, welcher bei Tuberkulösen erhöht ist und für die Entstehung des Fiebers eine große Bedeutung hat. (Beitr. zur Klinik d. Tb. 1915, Bd. 36, H. 1, 391.) **Edward Prest** fand die günstige Einwirkung des Kalkes auf die Lungentuberkulose in folgenden Beobachtungen: **Sinken der Temperatur, Aufhören der Nachtschweiße, Zunahme der Energie Verschwinden der Blutungen, Veränderung der Blutbeschaffenheit**. (Centralbl. f. d. ges. Tb.-Forsch., Bd. 15, S. 191.) **Linnekogel** betont in seiner neuen Broschüre mit Recht, daß Kalzium beruhigend auf den Sympathikus wirke; es sei experimentell festgestellt, daß das Fieber besonders bei der Tuberkulose die Folge einer Sympathikusreizung sei. Der Pharmakologe **Hans-Horst Meyer**, Wien, hat sich eingehend mit der Wirkung der Kalziumsalze auf den Organismus beschäftigt und betont, daß schon eine geringe Steigerung des Kalkgehaltes die Reaktionsfähigkeit der Zelle, daß heißt klinisch ausgedrückt, die Vitalität des Organismus erhöhe. Und dies Ziel hat die Tuberkulose-Behandlung vor allem ins Auge zu fassen. — Schließlich sei noch aufmerksam gemacht auf die Arbeit des amerikanischen Kollegen F. Tweddel, über welche Feld-Frankfurt berichtet hat. Tweddel wendet schon seit 3 Jahren die Kalziumtherapie bei Fällen von Lungentuberkulose an und konnte sehr gute Erfolge beobachten. (Referat von Feld i. Centralbl. f. d. ges. Tb.-Forsch., Bd. 17, Heft 9, 1922, S. 576, über Tweddel: „The Need, of calcium Therapie in Tuberkulosis.“ Med. Rec., Bd. 101, Nr. 4, S. 141—145, 1922.) Was die antitoxische Wirkung von Kalzium angeht, konnte Verfasser selbst seine Wirkung bei gleichzeitiger Morphiuminjektion beobachten; die eigentliche Morphiumeinwirkung wurde sehr stark abgeschwächt, wenn nicht aufgehoben! Die Wirkung auf die Toxine des Tuberkelbazillus wird ganz zweifellos eine ähnliche sein und erklärt schon allein das allmähliche Verschwinden des Fiebers.

---

[2]) **Robin**: Med. Klin. 1909, Nr. 16.

[3]) **Otto**: Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 41.

[4]) **Vorhoeve**: Arch. f. klin. Medizin 1913, 110., S. 23 u. f.

[5]) **Rosenfeld**: Biochem. Zeitschr. 1923, 142., S. 239.

[6]) **Rosenheim** und **Schmidke**: Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose 1924, 59., S. 149.

Bei der Kalziumtherapie der Tb. stehen uns 3 Applikationswege offen, der orale, der Inhalationsweg und die Injektionsmethode. Was zunächst die Inhalationstherapie betrifft, so ist diese durch die kürzlich erschienene Broschüre Linnekogels bekannter geworden. Lange genug angewandt ist diese Methode sicher wirksam. Die Einwände, daß der feine Kalkstaub gar nicht bis in das feinste Lungenparenchym dringt, muß jeder unvoreingenommene Leser der Linnekogelschen Schrift fallen lassen. Aber Linnekogel betont selbst, daß auf diesem Wege rasche Erfolge nicht erreichbar sind, daß es zuweilen Monate, ja Jahre bis zur endgültigen Ausheilung des Leidens dauert. Dasselbe sagt übrigens auch Herrmannsdorfer von der neu eingeführten diätetischen Therapie, auf welche wir noch gleich zu sprechen kommen. Will man nun den Wert der Inhalationsmethode für die ambulante Tuberkulosepraxis beurteilen, so ist sie für den Patienten insofern sehr geeignet, als dieser selbst seine Behandlung zu Hause in die Hand nehmen kann, wenn er einen Inhalationsapparat besitzt. Für die ärztliche ambulante Praxis stellen sich insofern Schwierigkeiten heraus, als die wenigsten Kollegen neben Warte- und Sprechzimmer ein besonderes Behandlungszimmer besitzen werden, in dem die Inhalationen vorgenommen werden könnten. Diese müßten dann regelmäßig und ziemlich lange bis zu einer Stunde vorgenommen werden. Nur wenige Kollegen werden über besondere Behandlungszimmer verfügen. Verfasser hält aber allein vom psychischen Standpunkt aus eine dauernde Behandlung und Beaufsichtigung der Tuberkulösen für unbedingt wünschenswert. Der Kranke, vor allem der Lungenkranke, will behandelt werden und will sehen, daß etwas mit ihm geschieht. Hierfür kommt die Injektionsbehandlung in erster Linie in Frage. Aber beide Methoden ergänzen sich auf das glücklichste insofern, als neben der ärztlich durchgeführten Injektionstherapie eine regelmäßig zu Hause betriebene Inhalationsbehandlung den organischen Heilungsprozeß intensiver fördert und die Psyche der Kranken wohltätig ablenkt. Außerdem kommt das Inhalier-Verfahren für all die Fälle in Betracht, wo aus irgendeinem Grunde die Injektionsbehandlung abgelehnt wird. Der zweite Behandlungsweg ist die kürzlich aus der Sauerbruchschen Klinik von Herrmannsdorfer propagierte diätische Therapie, welche den Hauptnachdruck auf die orale Zufuhr von Mineralstoffen legt.

Die von Gerson-Bielefeld inaugurierte, von Herrmannsdorfer in der chirurgischen Klinik München ausgebaute diätische Mineralsalztherapie ist kürzlich in Nr. 2 und 3 der M. m. W. eingehend geschildert worden. Neben der Einschränkung des Kochsalzes ist nach H. die Zufuhr von Mineralien, speziell in Form des „Mineralogens“ erforderlich. — Es ist zweifellos ein großer Fortschritt, wenn die Einsicht von der Bedeutung der anorganischen Stoffe in immer weitere Kreise dringt und es ist eigenartig, daß auf diesem Gebiete, welches eigentlich Domäne der Internen ist, 2 große chirurgische Kliniken mit gutem Beispiel vorangehen. Herrmannsdorfer hat unbedingt recht, wenn er sagt, daß „das Problem des Mineralstoffwechsels bei der Tuberkulose erst aufgerollt wird und daß die Erklärung der verwickelten Stoffwechselvorgänge bei einer solchen Kost außerordentlich schwierig ist. Sind wir aber hier auf dem Gebiet der Vitaminforschung schon sehr weit gekommen, so ist doch zuversichtlich zu hoffen, daß wir auch hier in allernächster Zeit erheblich fortschreiten können, wenn erst unsere Kliniker ihre Aufmerksamkeit auf diese wichtige Frage lenken werden. Wenn man die von H. ausgeführten Krankheitsberichte und ihren Verlauf bei der verabfolgten Diät eingehend verfolgt, so ist ganz sicher von günstigen Resultaten zu reden, welche allerdings, wie H. ehrlich zugibt, erst mehrere Wochen, oft sogar erst Monate nach Beginn der Behandlung sichbar werden. Verfasser selbst verordnete bisher seinen chronischen Lungenkranken ein Phosphorsäurepräparat „Recresal“ und konnte eine meistens prompt einsetzende Besserung des Appetits und des Gesamtstoffwechsels, sowie eine Steigerung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit feststellen. Bei anderen Nährsalzen, welche Verfasser Lungenkranken verordnete, hatte er oft den Eindruck, als ob keine erhebliche Beeinflussung stattfände, so daß der Gedanke nahe liegt, daß gerade die Darmtätigkeit der Phthisiker eine insofern abweichende ist, daß die für ihn so notwendigen Mineralsalze vom Darm nicht genügend resorbiert werden. Genügt doch für den Gesunden der in unserer täglichen Nahrungsmenge enthaltene Mineralbestand, um seinen Bedarf voll zu decken. Man könnte sich denken, daß der Darm immer nur gewisse Mengen von mineralischen Stoffen täglich resorbiert ohne Rücksicht darauf, daß der Tuberkulöse einen Mehrbedarf hat, und den Ueberschuß einfach ausscheidet! — Damit soll nur ein Gedankengang hervorgehoben, keine Behauptung ausgesprochen werden! Diese beobachtete Erscheinung trifft auch vielleicht nur bei einem Teil der tuberkulös Erkrankten, welche dem Typus phthisius nahestehen, zu, während er bei dem größten Teil der einmal an Tuberkulose erkrankten Menschen wohl nicht in Frage kommt, sonst wären natürlich nicht die von H. angeführten Erfolge möglich! — Erwägt man all diese Fragen, so ist vor allem im Interesse der praktisch tätigen Kollegen sehr wünschenswert, wenn die innere Klinik diesen Problemen nachgehen und eine möglichst baldige Klärung herbeiführen könnte. — Eine ebenso schwierige Frage wie die Resorption der Mineralien im allgemeinen durch den Darm, ist diejenige, ob alle Mineralien in der gleichen Weise und Menge vom Darm resorbiert werden. Z. B. ist der Fall möglich, daß Kalzium verhältnismäßig gut, dagegen Silizium weniger gut resorbiert wird; außerdem Silizium in gewisser organischer Verbindung gut, in anorganischer Verbindung schlecht resorbiert wird. — Verfasser neigt außerdem der Ansicht zu, daß anorganische Salze nur in einer bestimmten Konzentration von dem Darm resorbiert werden, während sie in stärkerer Dosis nur abführend wirken. Das Gersonsche „Mineralogin“ scheint — nach Herrmannsdorfer zu urteilen — vom Darm gut resorbiert zu werden. Je mehr die wissenschaftliche Forschung diese Fragen behandeln wird, desto energischer wird man dem Kurpfuschertum das Wasser abgraben können, welches jetzt mit vollen Segeln im Fahrwasser der modern gewordenen einseitigen Homöopathie und Biochemie schwimmt. — Weitere Erfahrungen muß man natürlich abwarten. — Jedenfalls gilt von der diätischen Tb.-Therapie dasselbe, wie von der Inhaliermethode, daß sie mehr für die häusliche Selbstbehandlung in Frage kommen, während die Injektionsmethode in der ambulanten Praxis methodisch durchgeführt werden kann. Was der Injektionsmethode von vornherein einen erheblichen Vorsprung sichert, ist die Tatsache, daß die injizierten Chemikalien direkt in das Blut übergehen, während die Mineralien im Magen-Darm-Kanal unbekannten Resorptionsverhältnissen unterliegen, welche erst noch einer genaueren Durchforschung bedürfen. — Die ambulante Injektionstherapie der Tuberkulose mit Kalzium-Silizium stellt einen Ausschnitt aus der unspezifischen Reiztherapie dar, mit der besonderen Note, daß diese anorganischen Stoffe ein anerkanntes Heilmittel speziell gegen die Tuberkulose darstellen. Es liegt natürlich im Wesen der unspezifischen Reiztherapie, daß Mittelreize, d. h. Reize, welche der Durchschnitt der Kranken gut verträgt, für viele hypersensible Kranke doch noch zu stark wirken, von diesen wird dann auch meistens wegen zu starker örtlicher Reizwirkungen die Injektionstherapie abgelehnt — was natürlich nichts gegen die hervorragende Wirksamkeit dieser Methode besagt. — Was die unspezifische Reiztherapie der Infektionskrankheiten im Allgemeinen betrifft, so ging sie aus von den Proteinkörpern. Neuerdings sind die Lipoide, eingeführt von Much, mehr in den Vordergrund getreten. Es war sicher ein therapeutischer Fortschritt, als Much den Satz aufstellte, daß nicht nur Eiweiß, sondern auch Lipoide als Reiz eine abgestimmte Reizantwort, eine spezifische Antikraft erzeugen könne!

Es bedeutet da nur einen Schritt weiter, wenn man auch anorganische Reizmittel, auf welche Schultz-Greifswald schon immer hingewiesen hatte, in die unspezifische Reiztherapie einführte. Ueber die Indikationen im einzelnen gehen die Ansichten noch weit auseinander; jedenfalls ist alles auf diesem Gebiet noch sehr im Werden. Nur soviel läßt sich heute vielleicht schon sagen, daß die Indikation für die Protein- und Lipoid-Therapie mehr das Gebiet der akuten Infektionskrankheiten betrifft, während die anorganischen Reizstoffe mehr bei den chronischen Infektions- und Stoffwechselkrankheiten angewandt werden. Ich erinnere z. B. nur an die Indikation der Ameisensäure, welche zuerst von Krull-Güstrow eingeführt wurde, bei dem chronischen Gelenkrheumatismus, der Gicht und dem Ischias. Dies gilt auch von der anorganischen unspezifischen Reiztherapie der Tuberkulose, bei der Kalzium und seine Verbindungen, wie Arsen-Kalzium und Phosphorkalzium, sowie Silizium die Hauptrollen spielen. Sie wirken nicht im eigentlichen Sinne spezifisch wie das Tuberkulin, sondern man erreicht mit seiner Anwendung eine so günstige Herdumwandlung der erkrankten Organe, daß die Wirkung vollkommen der spezifischen gleichzusetzen ist, ja sie vielleicht übertrifft, ohne das Gefahrenmoment der Tuberkulin-Anwendung zu besitzen, welches vor allem bei ambulanter Behandlung leider sehr zu beachten ist. (Man könnte sich eigentlich fragen, mit welchem Recht da noch die Tuberkulin-Therapie den Namen einer spezifischen führt?) Wo sind da überhaupt die Grenzen der spezifischen und unspezifischen Therapie zu finden? Man muß hier doch wohl Much allgemein zustimmen, wenn er sagt: „Die chronische Tuberkulose steht sicher unter dem Gesetz der spezifischen Immunität. Was aber nicht sagt, daß sie nur spezifisch behandelt werden darf. Denn auch der unspezifische Reiz kann die spezifische Immunität günstig beeinflussen, nicht unmittelbar, sondern mittelbar. Der Eingriff in das Getriebe der spezifischen Immunität ist auf verschiedenem Wege, spezifisch und unspezifisch möglich.“ (Vgl. Hans Much: „Moderne Biologie, spezifische und unspezifische Therapie“, Leipzig 1922, S. 37, Verlag: Kurt Kabitsch.) Bei der Kalzium-Siliziumreiztherapie der Tuberkulose handelt es sich nach Ansicht des Verfassers um eine unspezifische Organtherapie, welche noch außerordentlich ausbaufähig ist und deshalb eine zukunftsreiche biologische Therapie darstellt. — Welche von drei Applikationswegen, welche in Betracht kommen, die Inhaliermethode, die diätetische Mineralsalztherapie oder die Injektionsmethode sich überwiegend durchsetzen werden, muß man abwarten. Jedenfalls ist die Injektionsmethode die Therapie der Wahl für die ambulante Praxis, welche man jederzeit mit dem Inhalieren und der Diät verbinden kann. Wichtig ist, daß ein Arzt dauernd den Kranken unter Beobachtung hält, und dies geschieht am besten, wenn derselbe sich dreimal in der Woche zur Injektion einfinden muß! In ganz schweren Fällen wird man vielleicht alle drei Methoden anwenden müssen! Gemeinsam ist allen drei Methoden die wissenschaftliche Front und diese wird in nächster Zeit gegen allerhand Angriffe zu verteidigen sein. Außerdem kämpfen wir gemeinsam für die energische ambulante Therapie, für welche die Kalzium-Siliziumbehandlung am meisten sich eignet. Alle Kollegen müssen an diesem Kampf sich beteiligen, wenn wir wollen, daß die Tuberkulose in Deutschland wieder zurückgedämmt wird. Andere sehr wesentliche Faktoren, wie allein die Wohnungsfrage, zu ändern, steht oft nicht in der Macht der Aerzte. Man muß noch viel mehr Prophylaxe treiben, und diese eben ist Hauptdomäne der Allgemeinpraktiker. Es muß noch ein viel engeres Zusammenarbeiten von Lungenheilstätten, Fürsorgestellen und ambulanter Therapie erstrebt werden. Man mag über die Erfolge der Tuberkulin-Kuren urteilen wie man will, diese Therapie kommt in erster Linie nur für die Kliniken und Krankenhäuser in Frage, als ambulante Behandlung hat sie sich nicht durchsetzen können, und wird sich auch wohl in Zukunft nicht durchsetzen! — Die Hauptmasse der Tuberkulösen wird für die längste Zeit der Krankheit auf ambulante Behandlung angewiesen sein. Möge sich die Kalzium-Silizium-Therapie der Tuberkulose als ein geeignetes Verfahren für die Allgemeinpraxis immer weiter entwickeln und festen Fuß fassen. Der Gedanke der Mineralisierung der Tuberkulose ist einwandfrei wissenschaftlich begründet und bedarf nur noch präziser Ausarbeitung in Einzelheiten! Möge die innere Klinik diesen wichtigen biologischen Zukunftsproblemen immer mehr Beachtung schenken und so den inneren Zusammenhang zwischen Theorie und Allgemeinpraxis fördern. —

Die Kalktherapie in Theorie und Praxis.

Von
Dr. med. CURT KAYSER, Berlin-Wilmersdorf,
Facharzt für innere Krankheiten.

Angaben über die Verwendung von Kalksalzen für klinisch-therapeutische Zwecke findet man schon in den Lehrbüchern aus der Mitte des vorigen Jahrhundert. Allein, da es sich hierbei nur um Erfolge auf Grund reiner Empirie handelte, so hielt sich die Kalktherapie nicht auf die Dauer. Der Boden wurde ihr erst bereitet, als die experimentell-pharmakologische Forschung, gestützt auf die neueren Ergebnisse der physikalischen Chemie, einsetzte. Zwei Worte charakterisieren dieses Stadium der Entwicklung am besten: Ionentheorie und Mineralstoffwechsel. Etwa um 1900 begann die klinische Medizin neben dem bisherigen Studium der organischen Nährstoffe, Eiweiß, Fett und Kohlehydrate, sich auch mit der Bedeutung der anorganischen Salze, wie Kalium, Natrium, Magnesium und Kalzium, zu beschäftigen. Hand in Hand damit gingen die Untersuchungen über die Elektrolyte, über Osmose usw. Sie wirkten befruchtend auf die klinische Erforschung des Salzstoffwechsels, speziell des Natriums resp. Chlornatriums. Die Arbeiten von Meltzer waren bahnbrechend auf dem Gebiete der Magnesiumtherapie, und schließlich wandte sich das experimentelle und klinische Interesse auch dem Kalkstoffwechsel und den Kalziumionen zu.

Wie so oft in der klinischen Medizin wurde die Bedeutung des Kalziums zunächst stark überschätzt, und die Kalktherapie galt eine zeitlang bei den mannigfaltigsten Erkrankungen als durchaus modern. Im Laufe der Jahre kristallisierten sich dann unter der kritischen Lupe wissenschaftlich-experimenteller Forschung strengere Indikationen und gesichertere Erfolge heraus, über die im folgenden berichtet werden soll:

Blut.

Basierend auf den Ergebnissen der physiologischen Forschung, daß die Blutgerinnung nur bei Gegenwart von Kalksalzen vor sich gehen kann, hat zuerst Wright den Einfluß des Kalks auf die Blutgerinnung unter pathologischen Zuständen studiert. Er fand, daß durch Kalkzufuhr bei Haemophilie, Purpura, Skorbut und ähnlichen Erkrankungen eine günstige Beeinflussung im Sinne einer Steigerung der Blutgerinnung stattfand, und im Anschluß an diese Tatsache wurden später Kalksalze bei Blutungen aller Art, so bei Lungen-, Magen-, Darm- und Haemorrhoidal-Blutungen, mit Erfolg verabreicht. Ueber die im Einzelfalle dabei angewandte Methode resp. die Auswahl der geeigneten Präparate soll weiter unten berichtet werden.

Neuere Untersuchungen haben weiter gezeigt, daß es, wenn auch nur für Minuten, gelingt, durch Kalkgaben die Gerinnbarkeit auch des normalen Blutes zu erhöhen. Wenn dabei strittig bleibt, ob es sich in diesem Falle um eine spezifische Kalkwirkung oder um osmotische Vorgänge schlechtweg handelt, so wird dadurch am therapeutischen Effekt jedenfalls nichts geändert.

Blutgefäße.

Die Beeinflussung der Blutgefäße resp. der Gefäßwände geht zurück auf kolloid-chemische Untersuchungen von Jaques Loeb: Furchungszellen von Seeigeleiern fallen in kalkfrei gemachtem Wasser auseinander infolge Lockerung und Verbreiterung der Kittsubstanzen; Kalkzufuhr führt dagegen zur Verschmälerung und Festigung dieser Kittsubstanz. So kommt es durch Kalkzufuhr bei allen Arten von Zellen und Zellverbindungen zu einer entquellenden und abdichtenden Wirkung. Klinisch wurde durch Januschke und Chiari der experimentelle Beweis für diese Tatsache in folgender Weise erbracht: Bringt man einem Kaninchen einen Tropfen Senföl auf die Conjunctiva, so resultiert eine starke Conjunctivitis. Behandelt man das Tier vorher mit Kalk, so bleibt bei gleicher Versuchsanordnung die Conjunctivitis aus. In ähnlicher Weise läßt sich die nach Vergiftung mit Diphtherie-Toxin auftretende Pleuritis durch Kalkvorbehandlung verhindern. Die abdichtende Wirkung des Kalziums erstreckt sich aber auch auf die Schleimhäute und die serösen Häute des Organismus. So wird daher das Kalzium zu einem ausgezeichneten exsudationshemmenden Mittel, und damit eröffnete sich der Kalktherapie ein weites Anwendungsgebiet. Bei Urticaria, Serumexanthem, Heufieber, Jodismus, Bromismus und ähnlichen auf exsudativer Diathese beruhenden Erkrankungen konnten mit Kalkgaben Erfolge erzielt werden. Ebenso wurden durch Kalk auch exsudative Schleimhautkatarrhe, wie Schnupfen, gewisse Formen von Bronchitis, Darmkatarrhe — spez. die Cholica mucosa — und schließlich asthmatische Zustände günstig beeinflußt. Blum will auch bei der menschlichen Pleuritis unter kochsalzarmer Diät mit hohen Kalkgaben nennenswerte Erfolge gesehen haben. Schließlich hat man sogar den schon oben erwähnten Einfluß des Kalks auf haemorrhagische Diathesen, wie Skorbut, petechiale Blutungen usw., mindestens zu einem Teil auf die gefäßwandabdichtende Wirkung und nicht allein auf die Förderung der Blutgerinnung beziehen zu müssen geglaubt.

Nervensystem.

Gelegentlich seiner Studien über die Einwirkung verschieden konzentrierter Salzlösungen auf niedere Meeresorganismen konnte Jaques Loeb zeigen, daß dem Kalziumion im Gegensatz zum Natriumion eine die Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzende Wirkung zukommt. O. Loewi gelang es, die durch Physostigmin hervorgerufenen fibrillären Zuckungen eines Muskels durch Kalziumzufuhr zu unterdrücken, und H. H. Meyer erklärte diese Tatsache mit einer Einwirkung des Kalziumions auf autonome Nervenendapparate in der Muskulatur.

Damit war die wissenschaftliche Grundlage für die Wirksamkeit der Kalktherapie bei Erregungszuständen im Gebiete des vegetativen Nervensystems gegeben. Nachdem Erich Meyer und Curschmann bei der Tetanie der Erwachsenen, speziell bei der Graviditätstetanie, mit großen Kalkgaben gute Erfolge gesehen hatten, gelang es im Jahre 1912 mir selbst zum ersten Male, durch orale Kalkgaben eine planvolle prophylaktische Therapie des Asthma bronchiale mit ausgezeichnetem Dauererfolg durchzuführen. Dabei handelt es sich wohlgemerkt nicht um die Behandlung des akuten asthmatischen Anfalls, wofür ja andere sicher wirkende Mittel, wie Morphium, Adrenalin, Atropin und deren Kombinationen zur Verfügung stehen, sondern vielmehr um eine über Wochen ausgedehnte Behandlung in der anfallfreien Zeit mit dem Ziel, die Wiederkehr weiterer Anfälle zu verhüten. Gleichzeitig mit diesen Erfolgen konnte ich selbst und später Hoffmann über gute Resultate mit prophylaktischer Kalkbehandlung des Heuschnupfens und Heuasthmas berichten.

Mit diesen, damals neuen Indikationen der Kalktherapie auf dem Gebiete der inneren Medizin war der klinischen Verwendung der Kalksalze eigentlich erst Bahn gebrochen, und eine große Anzahl von Arbeiten schloß sich an diese meine ersten Erfolge an. Teils handelte es sich dabei um Bestätigung meiner Erfahrungen beim Asthma, teils wurden verwandte Krankheitsbilder, wie z. B. die Bronchotetanie durch Curschmann, erfolgreich mit Kalk behandelt.

Durch weitere Untersuchungen konnte beim Asthma und speziell bei der Tetanie gezeigt werden, daß es sich hier um Erkrankungen handelt, bei denen eine Kalkverarmung des Blutes oder der Körperflüssigkeiten nachweisbar ist, also ein Defizit gedeckt werden muß.

Da der Kalkstoffwechsel bekanntlich unter dem Einfluß der Hormone bestimmter Drüsen, speziell der Epithelkörperchen, steht, versuchte man Kalk auch bei der Spasmophilie, und heute gilt das Kalzium für diese Erkrankung geradezu als das souveräne Mittel.

Neuere Untersuchungen behaupten zwar, daß diese Kalkverarmung nur sekundärer Natur sei und schreiben der Verschiebung des Säure-Basen-Gleichgewichts die Hauptrolle, speziell bei der Tetanie, zu. Indessen, diese Fragen sind noch nicht restlos geklärt, und die Tatsache einer nachweisbaren Kalkverarmung und einer therapeutischen Kalkanreicherung läßt sich jedenfalls nicht wegdisputieren.

Daß klimakterische Beschwerden durch Kalksalze häufig günstig beeinflußt werden, sei hier nur registriert. Die Beziehungen des Kalkstoffwechsels zum Ovarium und dessen Hormonen lassen eine bündige Erklärung dafür noch nicht zu. Allein, für die Beeinflussung der klimakterischen Störungen ist wohl zu einem guten Teil die Beruhigung des vegetativen Nervensystems durch Kalkgaben verantwortlich zu machen. Aehnlich liegen die Verhältnisse hinsichtlich gelegentlicher guter Kalkerfolge bei Behandlung der Basedowschen Krankheit und des Kropfherzens.

Herz.

Bei der großen Bedeutung, die das vegetative Nervensystem für das Herz hat, kann es nicht wunder nehmen, daß sich das Kalzium auch in der Herztherapie bald Eingang zu verschaffen gewußt hat. Hier treffen wir aber noch auf ganz andere, besonders interessante Verhältnisse. Von grundlegender Bedeutung sind dabei die Versuche von Ringer: Entzieht man einer Nährflüssigkeit, in der das isolierte Herz schlägt, das Kalzium, so hört das Herz zu schlagen auf und nimmt seine Tätigkeit erst wieder auf, sobald von neuem kalkhaltige Flüssigkeit zugesetzt wird.

Weiterhin konnten durch Konscheg und Loewi und nicht zuletzt durch planvolle Untersuchungen von Zondeck und Kraus wichtige Beziehungen zwischen Kalzium- und Digitalis-Wirkung aufgedeckt werden. Am isolierten Froschherzen steigert ein Zuviel an Kalzium die systolische Wirkung der Digitalis, während das gänzliche Fehlen von Kalzium die Wirkung herabsetzt. Ueberhaupt hat sich gezeigt, daß das Kalzium auf den Herzmuskel eine der Digitalis äquivalente Wirkung ausübt und beide sich bis zu einem gewissen Grade gegenseitig ersetzen können. Nach Loewi besteht die Wirkung der Digitalis bzw. des Strophantins in einer Sensibilisierung des Herzmuskels für Kalzium. Diese Feststellung hat besonders Singer veranlaßt, in Fällen, in denen es, wie bei Kreislaufschwäche, auf eine akute Herz-Wirkung und Anregung der Diurese ankommt, Digitalis und Kalzium gleichzeitig, ersteres per os, letzteres intravenös, darzureichen. Die beschriebene Wirkung schien dabei außerordentlich günstig, und Singer faßt sein Urteil dahin zusammen, daß er sagt: „Kalzium ist zugleich die Peitsche und der Zügel für die Digitalis.“

Aber auch für Fälle von nervöser Tachykardie, ja selbst für Herzblockstörungen, sind mit Kalzium von Bönninger und anderen gute Erfolge berichtet worden.

Nicht ohne Bedeutung ist dabei eine Nebenbeobachtung, daß nämlich die so häufig bei der Digitalisdarreichung beobachteten dyspeptischen Störungen bei gleichzeitiger Kalkmedikation ausbleiben.

Infektionskrankheiten.

Die Verwendung von Kalzium zur Therapie von Infektionskrankheiten geht zurück auf physiologische Untersuchungen von Hamburger. Dieser holländische Autor stellte fest, daß das Kalzium eine vermehrte Phagozytose des Blutes bewirkt und sich somit für die Behandlung von Infektionskrankheiten, speziell Pneumonie und Grippe, eignet. Indessen, die klinische Medizin in Deutschland hat bisher damit keine nennenswerten Erfolge erzielt.

Man hat ferner daran gedacht, die Kalktherapie für die Behandlung der Tuberkulose auszunutzen. Mußte es doch auffallend erscheinen, daß, wie statistische, gewerbehygienische Feststellungen zeigten, Arbeiter in Kalkbrennereien auffallend selten an Tuberkulose erkranken. Allein auch hier haben die klinischen Erfahrungen nicht das gezeigt, was man sich ursprünglich davon versprach, abgesehen von der bereits oben erwähnten erfolgreichen Behandlung tuberkulöser Lungenblutungen durch intravenöse Kalktherapie.

Stoffwechsel.

Auf die wichtige Rolle, die der Kalk im normalen und pathologischen Stoffwechsel spielt, ist schon eingangs hingewiesen worden. Seitdem wir wissen, daß Mensch und Tier zum Zellaufbau, zum Knochenwachstum, zur Dentition, zur Laktation und zum Aufbau des kindlichen Organismus während der Schwangerschaft Kalk in größerem als dem normalen, mit der Nahrung zugeführten Masse benötigt, hat man natürlich mit bestem Erfolg in diesen Fällen Kalkzulagen in medikamentöser Form gegeben. Aber auch bei Knochenerkrankungen, wie bei der Osteomalacie und der Ostitis fibrosa, wurden durch Kalkgaben Erfolge erzielt. Dabei muß man sich aber gegenwärtig halten, daß hier nicht ein absoluter Kalkmangel im Stoffwechsel vorliegt, wie man irrigerweise früher annahm, sondern es handelt sich hier vielmehr um eine mangelnde Fähigkeit des Gewebes hinsichtlich der Kalkassimilation und Kalkfixation.

Es kommen also außer der Kalkbehandlung noch andere kausaltherapeutische Momente, zum Teil innersekretorischer Natur, hinzu.

Vergiftungen.

Ein ausgesprochener Kalkmangel, dem durch Kalkzufuhr mit geradezu lebensrettendem Erfolg abgeholfen wird, tritt auf bei bestimmten Formen von Vergiftungen. Durch Oxalsäure wird der Kalk im Organismus ausgefällt, und das einzig wirksame, lebensrettende Antidot bei der Kleesalzvergiftung ist demnach der Kalk. Die bei intravenöser oder intralumbaler Magnesium-Injektion bisweilen auftretende Lähmung des Atemzentrums kann mit einem Schlage durch intravenöse Kalzium-Injektion behoben werden, und die einmal eingetretene Kokainvergiftung wird durch Kalzium als Antagonisten des Kokains paralysiert.

Damit sind in großen Zügen und ohne Anspruch auf Vollzähligkeit jedenfalls die wichtigsten, durch klinisch-experimentelle Erfahrungen gesicherten Indikationen der Kalktherapie umrissen. Es erübrigt sich nunmehr, über die Applikationsweise und die Auswahl der Präparate in großen Zügen zu berichten.

Applikationen.

Zur Einverleibung der Kalksalze stehen uns im wesentlichen drei Wege zur Verfügung: der orale, der intravenöse und der inhalatorische. Die orale Medikation wird in allen denjenigen Fällen die Methode der Wahl sein, in denen es darauf ankommt, eine prophylaktische oder eine Dauerwirkung zu erzielen. Das gilt z. B. von der Schwangerschaft, der Laktation, der Dentition und vom Asthma. — Die intravenöse Form eignet sich besonders für die Fälle, in denen eine schlagartige Wirkung erwünscht ist, also für Vergiftungen, für Blutungen usw. — Die inhalatorische Methode hat bisher noch wenig Anhänger gefunden. Indessen wird sie z. B. für manche Asthmaformen von Curschmann besonders empfohlen.

Die subkutane oder intramuskuläre Kalkinjektion hat sich wegen der dabei auftretenden Nekrosen nicht bewährt. Auch die von Saxl für diesen Zweck empfohlene Kombination von Kalzium und Gelatine (Kalzine) hat, wie ich aus eigener Erfahrung berichten kann, versagt.

Gelegentlich sind ferner bei Darmerkrankungen Kalkwasser-Einläufe mit Erfolg gemacht worden.

Die Anwendung des Kalks in Suppositorienform, wie z. B. im Noridal, das bei Hämorrhoidalblutungen verwandt wird, hat sich nur wenig einzubürgern vermocht.

Schließlich sei noch bemerkt, daß auch die orale Verabreichung des Kalziums bisweilen an geschmacklichen Schwierigkeiten scheitert, die erst in neuerer Zeit durch die Kombination von Kalzium mit Kakao völlig behoben worden sind.

Präparate.

Für die Auswahl der Präparate ist in erster Linie die Indikation maßgebend. Weiterhin wird man je nach Lage des Falles auf größtmöglichen Gehalt an Kalzium resp. Kalziumionen bedacht sein.

Zur intravenösen Injektion eignet sich sterile zehnprozentige Chlorkalziumlösung oder das Afenil (Chlorkalzium-Harnstoff). Man injiziert davon beim Menschen 10 ccm intravenös möglichst langsam und gleichmäßig. Die dabei auftretende Hitzewelle ist belanglos und hört mit Abschluß der Injektion prompt wieder auf.

Für Blutungen habe ich selbst zur intravenösen Injektion eine Kombination von Kalzium mit essigsaurem Aethylendiamin empfohlen, die unter dem Namen Haemosistan von den Chemischen Werken in Berlin-Marienfelde in den Handel gebracht wird und sich ausgezeichnet bewährt.

Für die orale Kalktherapie existiert eine außerordentlich große Reihe von Mitteln, meist in Tablettenform: Kalzan, Calcimint, Oskalson, Kompretten von Calzium-chloratum und Calcium lacticum, Candiolin, Transannon usw. Während die ersteren ganz allgemein für das Indikationsgebiet der Kalktherapie verwandt werden, sind die Transannon-Tabletten hauptsächlich für die Behandlung klimakterischer Beschwerden geeignet.

Allen vorerwähnten Präparaten haftet indessen, abgesehen von den obenerwähnten geschmacklichen Schwierigkeiten, der Fehler an, daß sie in sehr großen Mengen genommen werden müssen, um die therapeutisch wirksame Tagesdosis zu erreichen. Diese beträgt in der Mehrzahl der Fälle etwa 3 g, bei der Spasmophilie der Kinder sogar 8 bis 10 bis 12 g pro die. In letzterem Falle empfiehlt sich die rezeptmäßige Verordnung von 10 bis 20prozentiger Chlorkalzium-Lösung, der man als Geschmackskorrigenz ein größeres Quantum Himbeersaft hinzufügt. Gänzlich einwandfrei im Geschmack ist die gleichfalls von den Chemischen Werken in Berlin-Marienfelde hergestellte, Calcaona benannte Kombination von Chlorkalzium mit Kakao. Hier wird in einem Teelöffel Kakaopulver ½ g CaO zugeführt, so daß man die übliche Tagesdosis von 3 g damit bequem erreichen kann.

Die Kalktherapie ist, wie wir gesehen haben, noch ziemlich jung und mit mancherlei Mängeln behaftet. Trotzdem hat sie, maß- und kritikvoll angewandt, bisher ausgezeichnetes geleistet und ihr weiterer Ausbau dürfte daher ein Ziel sein, daß des „Schweißes der Edlen“ wert ist.

Ueber den Ehekonsens an spätlatente Luetiker.

Von

Dr. KURT HEYMANN, Berlin.

Wenn ich zu Schindlers Ausführungen in Nr. 19, soweit sie den ärztlichen Ehekonsens an spätlatente Syphilitiker betreffen, einige Bemerkungen knüpfe, so tue ich das in großer Wertschätzung des Autors, dessen Buch ich in dieser Zeitschrift besprechen konnte, und dessen, von jeder Autoritätsdienerei freie Art mir die größte Freude macht. Sein Bestreben, Illusionen zu zerstören und Klarheit zu schaffen, verdient rücksichtslose Unterstützung. Ich glaube aber, daß Uebertreibungen der guten Sache schaden, daß undurchführbare Forderungen besser nicht aufgestellt werden sollten.

Schindler will das Eheverbot, das wir bisher nur für begrenzte Zeit erließen, über alle Luetiker prinzipiell und lebenslänglich verhängt wissen, weil wir heute noch nicht imstande sind, zu beurteilen, ob die Lues wirklich erloschen ist. Dieses Eheverbot würde nun aber zu Unrecht alle diejenigen Spätlatenten treffen, die, gleichgültig ob nach „genügender“ oder „ungenügender“ Behandlung, lebenslänglich rezidivfrei bleiben, ihre Partner nicht infizieren und gesunde Kinder bekommen. Die alten Praktiker kennen sehr viele solche Fälle von (spontanem?) Erlöschen oder sehr günstigem Verlauf der Lues.

Nehmen wir aber einmal an, es würden sich wirklich zahlreiche Aerzte von Schindler überzeugen lassen und allen Spätlatenten prinzipiell die Ehe verbieten. Was wäre die Folge? Ein Teil dieser Personen würde doch heiraten — ohne Ehezeugnis, ein anderer Teil, der das Attest braucht, würde es von einem Kollegen, der anderer Ansicht ist, doch bekommen. Von der Ehe abschrecken lassen würden sich nur Wenige und gerade die Gewissenhaften, Aengstlichen, Autoritätsgläubigen, die man auch ohne Eheverbot gut kontrollieren kann.

Nehmen wir nun weiter an, Schindlers Feldzug gegen die Ehe der Spätlatenten könnte so wirksam gestaltet werden, daß sein Wunsch in Erfüllung ginge, und diese Personen blieben tatsächlich sämtlich ehelos, was wären die Folgen?

1. Eine gewaltige Abnahme der Eheschließungen überhaupt, denn es würden viel mehr Personen von dem Verbot betroffen werden, als wir denken.

2. Eine große Anzahl von Menschen, die sonst (mehr oder minder) monogam leben, würde nun ausgesprochen polygam, ein Teil vermutlich in verantwortungslosestem irregulärem Geschlechtsverkehr leben. Kurz: anstatt eine Person einer Gefahr auszusetzen (über deren Größe gleich gesprochen werden soll), setzt man nun viele Personen der Gefahr aus, die Lues würde also nicht eingeschränkt, sondern nur in einem anderen, größeren Personenkreise heimisch werden, die Gesunden wären weniger geschützt als bisher. Ich kann nicht einsehen, daß hierdurch etwas gewonnen wäre. Eine Einschränkung wäre vielleicht möglich durch absolutes Koitusverbot an alle Spätlatenten — und das ist eine Absurdität.

Ich vermisse ferner bei Schindler die Unterscheidung zwischen frischen und alten Fällen. Es ist nicht richtig, daß die Ansteckungsgefährlichkeit dieser beiden Gruppen die gleiche ist. Niemand bestreitet, daß es Spirochätenträger der Frühperiode gibt (obwohl diese Kenntnis bezüglich der Prophylaxe noch lange nicht genügend ausgebaut und propagiert, obwohl ferner diese Spirochäten nur morphologisch und nicht durch den Tierversuch identifiziert worden sind), daß die Spirochätenträger mit zunehmendem Infektionsalter immer seltener werden, ergibt sich aus dem zu immer spärlicheren Einzelbildungen neigenden Verlauf der Syphilis überhaupt. Lange Zeit hindurch war es der Forschung überhaupt unmöglich, in den gummösen Erscheinungen der Tertiärperiode die Spirochäten aufzuspüren, immer noch bedarf es besonderer Kunststücke, sie zu finden. An erscheinungsfreien Stellen bei Leuten, deren Syphilis 10 Jahre alt und älter ist, Spirochäten zu vermuten, ist zwar erlaubt, man darf aber deshalb noch nicht zu ähnlichen praktischen Schlußfolgerungen kommen, als wäre die Pallida ein ubiquitäres Virus. Schindler steht mit seiner Ansicht, die tertiäre wäre ebenso infektiös wie die Frühsyphilis, völlig allein. Sie widerspricht aller Erfahrung, sie widerspricht auch den neuesten Hypothesen, die gerade mit einer vermuteten Veränderung der Pallida im Verlaufe ihres Aufenthalts im Organismus dem Tabes- und Paralyseproblem näherzutreten suchen.

Es gibt in der Syphilidologie eine ganze Anzahl von Fragen, die heute die gewissenhafteste Forschung allgemeingültig und prinzipiell bindend zu beantworten sich außerstande erklären muß. Sie wird nie aufhören, die echte kompromißlose Wahrheit ergründen zu wollen. Bis es aber so weit ist, müssen wir uns hüten, voreilige Konsequenzen für die Praxis, noch dazu von zwangsmäßigem Charakter, zu ziehen. Es bleibt: das Kompromiß.

Muß die erscheinungsfreie Ehefrau eines durchschnittlich behandelten, vor 10 Jahren infizierten, jetzt erscheinungsfreien Luetikers während der Schwangerschaft antiluetisch behandelt werden?

Legt man diese, kürzlich in Holland diskutierte, oder eine andere Frage aus der Praxis einem Kollegium von Autoritäten der Syphilisforschung zur Beantwortung vor, so werden vermutlich mehr Standpunkte auseinandergesetzt werden, als das Kollegium Teilnehmer hat. Heute müssen diese Dinge eben noch von Fall zu Fall entschieden werden, und es scheint mir, daß solche Entscheidungen zum Heile des Patienten ausfallen können, selbst wenn die theoretischen Grundlagen der Entscheidung nicht unanfechtbar sind.

Ebenso ist es mit dem Ehekonsens. Auch ich halte alle diese schönen Berechnungen, daß der Luetiker nach dieser oder jener Behandlung, nach 3 Jahren noch nicht, aber wohl nach 4 Jahren, heiraten dürfe, für völlig nebelhaft. Man kann den Konsens nach 5 Jahren prinzipiell verweigern, und alles kann gut gehen — und man kann ihn einem andern nach 10 Jahren erteilen, und er erkrankt im 11. Jahre. Aber wie man sich auch entscheidet und an welche Therapie man glaubt, die Hauptsache ist, daß der Arzt diese Personen unter Beobachtung behält und das erreicht er jedenfalls nicht durch starren Fanatismus.

So sehr ich Schindlers Pessimismus bezüglich Unmöglichkeit der Prognose für den Kranken selbst teile, so sehr trenne ich mich von ihm in der Einschätzung der Infektiosität der alten, lange behandelten Fälle. M. Joseph, einer der ältesten lebenden Syphilidologen, hat es niemals erlebt, daß ein bei ihm „ausreichend" behandelter Patient nach Empfang der Eheerlaubnis seine Frau infiziert oder luetische Kinder gezeugt hätte. Ich möchte Schindler fragen, ob er über Fälle verfügt, die, gleichgültig nach welcher Behandlung, nach 5 oder 10 Jahre zurückliegender Infektion geheiratet und dann noch Frau oder Kinder syphilitisch infiziert haben?

Was Schindler über das autistische undisziplinierte Denken sagt, unterschreibe ich wörtlich. Suggestion, Reklamewirkung, Nachbeten, Gewohnheit zeitigen verderbliche Folgen. Es wäre lohnend, eine Variante des Bleulerschen Buches nur für die Syphilis zu schreiben. Es ist auch charakteristisch, daß in keiner andern Disziplin so leicht persönliche leidenschaftliche Gegnerschaften entstehen, wie bei den Syphilidologen. Das kommt eben daher, daß wir das meiste gar nicht wissen, sondern nur glauben.

Der Vorgang ist nicht so, daß aus großen, alten Statistiken neue Erkenntnisse gewonnen oder frühere revidiert werden, sondern: mit vorgefaßter Meinung werden eigene Statistiken willkürlich begrenzten Zeitraums aufgestellt, oder die Zahlen der Anderen studiert und ausgebeutet. Jeder liest heraus, was am besten zu seinem therapeutischen Glaubensbekenntnis paßt. So hat sich die bittere Wahrheit, daß Unbehandelte, schlecht Behandelte, nach allen Regeln der Kunst kombiniert Behandelte und Salvarsanbehandelte bezüglich der Neurolues alle ziemlich gleich dastehen, so spät Bahn gebrochen. In meiner Arbeit: Neue Wege der Luestherapie (in dieser Zeitschrift), habe ich auf ähnliche Erscheinungen hingewiesen, wie jetzt Schindler auf Kyrle. Ich zitierte Aussprüche und Statistiken u. a. von Finger, Bernhard, Ruelle und auch die sprechenden Befunde eines pathologischen Anatomen. Diese Stimmen mehren sich, verkündigen sie uns den toten Punkt der Chemotherapie? Es ist eigenartig, daß in diesen und ähnlichen Arbeiten entweder gar keine Konsequenz gezogen wird, oder wenn sie gezogen wird, dann geschieht das so zahm und ängstlich, als stünde der Verfasser unter einem Druck. Auch andere Autoren wagen nicht, die Konsequenzen zu ziehen, die offiziellen Stellen helfen nicht aus dem Dilemma heraus, und auch Schindler hat aus seinem therapeutischen Nihilismus in seinem Buch nicht die Folgerungen abgeleitet. Er sagt nichts darüber, ob er sich von der kostspieligen Methode, die den Kranken doch nicht mehr genützt hat, als wenn er sie minder kostspielig oder vielleicht zeitweise gar nicht behandelt hätte, abgewendet hat? Was hat er an ihre Stelle gesetzt? Wir können eben heute die Chemotherapie noch nicht abbauen, ohne etwas besseres an ihre Stelle setzen zu können, und so muß eben leider, leider weiter gewurstelt werden. Ich fordere Abbau aller therapeutischen Uebertreibungen, Schluß mit der Jagd nach der doch nur ausnahmsweise möglichen (?) sterilisatio magna! Behandeln müssen wir den Kranken, schon wegen seiner gesunden Umgebung, schaden wir ihm wenigstens selber möglichst wenig! Einigen wir uns auf eine milde, individualisierende Behandlung mit der Methode, die jeder am besten beherrscht. Hüten wir uns vor Heilungsversprechungen! Vor Garantiescheinen! — Das ist das, was wir heute tun können. Mit der Salvarsanbehandlung der spätlatenten Fälle muß gebrochen werden. Hier kann von Sterilisation keine Rede mehr sein; ein brüskes Mittel, das schnell ausgeschieden wird und daher unzählige Male, noch dazu intravenös (!), wiedergegeben werden muß, ist hier ein Kunstfehler. Mit einem lange im Körper verweilenden Antisyphilitikum, wie dem Wismut, erreicht man hier mehr und schadet weniger.

Hieraus ergibt sich im großen Ganzen die Beschränkung der Salvarsantherapie auf das manifeste Frühstadium der Erwachsenen. Das ist die Vielen schmerzliche Konsequenz, die wir heute ziehen sollen. — Was nun die Anbehandlung betrifft, worunter ich die wiederholte Einverleibung subtherapeutischer Dosen verstehe, so kann man sie nicht leugnen. Es ist möglich, mit kleinen Salvarsan-, Stovarsol- oder Wismutdosen abnorm bewegliche Spirochäten und besonders lange Formen künstlich zu erzeugen (Kardoso, Giemsa) oder Rezidive von akut-entzündlichem Charakter sind die Folge. In gewissem Zusammenhang hiermit steht auch das Phänomen der Provokation der Wa. durch As. oder Bi. Auch mehren sich die Berichte von neurologischer Seite, daß einige isoliert bleibende Salvarsanspritzen Veranlassung zu Neurorezidiven geben. Möglich, daß alle unsere Behandlung gewissermaßen nur Anbehandlung, also ungenügend ist, daß wir zwar viele Spirochäten töten, andere aber gerade zur Neurotropie reizen. Gewiß, daß im Mittelpunkt aller Therapie die Konstitution stehen muß, was betont zu haben, Schindlers Verdienst ist.

Ueber lokale Behandlung des Keuchhustens.

Von

Geh. San.-Rat Dr. SCHWARZE, Berlin.

Die Pathogenese dieser Erkrankung ist noch ganz unbekannt. Von den vielen darüber aufgestellten Hypothesen ist keine stichhaltig und infolgedessen bleibt die Behandlung noch immer recht unerquicklich! Die aromatischen und narkotischen Mittel, ob sie eingenommen, inhaliert oder eingespritzt werden, haben immer nur symptomatische, palliative Wirkung. Die Vaccinen haben vollständig versagt! Allein die Kombination von Chinin mit Antipyrin und die neuerdings von Rostock und Würzburg aus empfohlene Einspritzung von Yatren scheint gewisse spezifische Wirkungen auszuüben.

Schon seit längerer Zeit ist man auf den Gedanken gekommen, Infektionen auf ihren ersten Wegen zu ertappen und lokal zu behandeln. Zwar sind schon seit lange Diphtherie und Anginen mit Aetzungen verschiedener Art an den Halsmandeln behandelt worden, aber mit wenig befriedigendem Erfolg. Ich glaube, daß daran hauptsächlich die unvollkommene Art der Ausführung der Aetzung schuld ist, indem, soweit ich es übersehe, die Rachenmandeln bzw. die kleineren adenoiden Wucherungen nicht mitbehandelt worden sind.

Von diesen Gedanken und der Erfahrung ausgehend, daß eine Komposition von Chinin und Antipyrin, innerlich verabfolgt, bei Keuchhusten, fraglos gewisse Wirkungen hat, habe ich angefangen, diese Kindergeißel mit lokalen Auswischungen der Nase, des ganzen Nasen-Rachenraums, der Halsmandeln und des unteren Rachens zu bekämpfen.

Die Wirkung dieser Komposition ist eine doppelte: Erstens eine desinfizierende durch das Chinin, und zweitens eine anästhesierende, also Husten beseitigende. Betreffs der desinfizierenden bzw. Bakterien abtötenden Wirkung des Chinins glaubt Michaelis (Z. f. Immun. Forschung) festgestellt zu haben, daß die Chinin-Alkaloide im Reagenzglase starke, im Körper aber nur geringe bakterientötende Wirkung haben, die im entzündlich veränderten Gewebssaft noch ungünstiger wird. Was die anästhesierende Wirkung des Antipyrin betrifft, so haben, soviel ich übersehe, die Amerikaner zuerst davon in Komposition mit Karbolsäure und Kampfer ausgedehnten Gebrauch gemacht.

Sei dem wie es wolle, jedenfalls ist diese zweite Wirkung eine ganz ausgesprochene und gehören Antipyrineinspritzungen bei Neuralgien zu bekannteren Anwendungen, ebenso wie man solche Einspritzungen in die Schleimhaut schon für lokale Anästhesie empfohlen hat. Für meine Zwecke kommen dieselben nicht in Betracht.

Das zweitstärkste Chininsalz (Bimur. carbam.) mit gleichen Teilen Antipyrin löst sich bis beinah 100% in Wasser zu einer klaren Lösung, die nicht die geringsten ätzenden Eigenschaften auf die Schleimhaut hat. Das ist die Hauptsache. Ich gehe nun folgendermaßen vor: Mit einer der dafür konstruierten Nasen-Rachenraum-Sonden, welche mit Watte armiert und mit der Chinin-Antipyrinlösung getränkt ist, wische ich zunächst den Nasen-Rachenraum speziell das Rachendach und die hinteren Muschelenden gründlich ab. Dann kommen die Halsmandeln und der untere Rachen heran. Als zweiter Akt folgt mit einer anderen entsprechend dünnen Sonde die Auswischung der Nasengänge, sowohl des Nasenbodens wie des unteren Nasenganges bis zum hinteren Ende und auch das Septum entlang in der Richtung zum Siebbein hinauf. Diese Manipulationen bedingen natürlich, wenn man keine Verletzungen machen will, eine gewisse Uebung, sind aber doch für jeden Arzt zu erlernen. Sie sind auch bei Kindern in den ersten Lebensjahren ausführbar, wenn diese entsprechend festgehalten werden. Ich gebe allerdings den guten Rat, sie nicht durch die Eltern halten zu lassen und sie nicht in deren Gegenwart zu machen, weil sie etwas gewaltsam und grausam aussehen. Nach Proben an Erwachsenen findet zuerst eine Zusammenziehung der Schleimhaut statt, nach einiger Zeit tritt dann eine Schwellung mit vermehrter Schleimabsonderung ein, die bei Kindern mit exsudativer Veranlagung stärker ist, aber je nach Stärke der benutzten Lösung nach 24—48 Stunden schwindet und nun besteht eine gewisse Trockenheit der Schleimhaut und ein Nachlaß aller Reize an der Rachen- und Nasenschleimhaut, so daß Kitzel nicht mehr empfunden werden und auch Nadelstiche nur als Berührung angegeben werden. Diese Empfindungslosigkeit hält in abnehmender Weise 24 bis 48 Stunden vor. Gegenüber einer Kokainisierung mit mittleren Lösungen scheint die Schmerzempfindung weniger abgestumpft zu sein. Sie hält dafür aber entschieden längere Zeit an. Die schwächsten Lösungen, mit denen man eine Wirkung erzielt, sind eine 10 prozentige Chinin-Antipyrinlösung, die stärksten eine 50 prozentige. Detaillierte Vorschriften über die Verwendung der stärkeren und schwächeren Lösungen unterlasse ich hier vorläufig, weil sie für die Auswischung und den gleich zu beschreibenden Sprühapparat verschieden sind.

Nach der Auswischung lasse ich etwa 48 Stunden vergehen, wiederhole sie, falls kein wesentlicher Erfolg bei vorgeschrittenen Fällen eingetreten ist und wieder nach Pause von 2 bis 3 Tagen erfolgt die weitere Behandlung mit einem Sprüh-Apparat, den man vernünftigen Eltern in die Hand geben kann. Die erste Auswischung unterlasse ich nur, wenn ihre Ausführung auf unüberwindlichen Widerstand seitens des Kindes oder der Angehörigen stößt, dann muß man natürlich auch für die Zerstäubungen eine etwas stärkere Chinin-Antipyrin-Lösung nehmen, trotzdem wird die Wirkung immer unzuverlässiger sein.

Der Sprühapparat hat im ganzen die gewöhnliche Konstruktion, aber derart, daß der horizontale Schenkel vorn eine kleine Verdickung hat, so daß der Ansatz nicht zu tief in die Nase eingeführt werden kann und also Verletzungen vermieden werden. Das Gummigebläse ist so eingerichtet, daß beim einmaligen Zusammendrücken desselben nur ca. 10 Tropfen in die Nase mit so kräftigem Strahl gelangen, daß ein Teil davon sicher in die Rachenhöhle gelangt. Für jeden einzelnen Gebrauch des Sprühers wird seine Röhre bis zur Marke 1,0 g gefüllt, welche jedesmal verbraucht wird.

In Frage kommen ein Sprühapparat und 3 Sonden verschiedener Länge und Biegung für den Nasen-Rachenraum — bei Kindern etwa bis zum dritten bzw. siebenten bzw. elften Jahre — sowie eine abgeplattete Sonde für die Auswischung der Nase. Da das Antipyrin nur auf ärztliches Rezept abgegeben werden darf, müssen zwei Lösungen vom Arzt verschrieben werden:

1. eine starke zum Auswischen, etwa:
   Chinin. dihydrochl. carbamid.
   Antipyrin . . . . aa 2,5
   Aq. destill. 5,0
2. eine schwache zum Sprühen, etwa:
   Chinin. dihydrochl. carbamid.
   Antipyrin . . . . aa 0,5
   Aq. destill. 5,0

Die Fabrik Dr. Ernst Silten, Berlin NW. 6, Karlstr. 20a, bringt die fertigen Präparate unter dem Namen „Chinolysin forte“ bzw. „Chinolysin mite“ zugleich mit Sprühapparat und Sonden in den Handel. Den Apparat und Sonden für die Kinder verschiedenen Alters passend führt auch das Medizinische Warenhaus, Karlstraße.

Die Lösungen wären für sehr kleine Kinder noch bis zur Hälfte zu verdünnen. Der Sprühapparat für die schwache Lösung ist so eingerichtet, daß bei einmaligem Zusammendrücken sich in jedes Nasenloch 0,5 g entleeren; also bekommt das Kind bei jeder Anwendung, die höchstens alle 24 Stunden nur einmal, am besten des Abends erfolgen soll, jedesmal höchstens 0,1 g Chinin und 0,1 g Antipyrin, bzw. noch weniger, also Dosen, die man auch kleinen Kindern zumuten kann.

Zur Tränkung der den Nasen-Rachenraum auswischenden Sonde wird die starke Lösung benutzt.

Ich habe ausprobiert, daß in die Watteumwicklung nicht mehr als etwa 20 Tropfen einziehen. Für die einzelne Auswischung sitzen also an der Sonde höchstens je 0,5 Chinin und Antipyrin, von denen noch ein ganzer Teil in der Watte sitzen bleibt, also (bei sehr kleinen Kindern zu verdünnen) ebenfalls eine durchaus zulässige Dosis.

Uebrigens halte ich es nicht für ausgeschlossen, daß sowohl von der eingespritzten wie von der eingewischten Flüssigkeit einige kleine Tropfen heruntergleiten, so daß vielleicht noch eine direkte perlinguale Resorption stattfindet, die nach Mendels Feststellungen viel wirksamer ist als die Resorption durch den Magen, also auch viel kleinere Dosen erfordert. Daß der erfahrene Arzt auch bei dieser ganzen Behandlung individualisieren muß, ist wohl selbstverständlich.

Was nun die Wirkung dieser Behandlung betrifft, so kann ich allerdings nicht mit einem Massenmaterial aufwarten, sondern ich muß meine Erfahrungen zu weiterer Prüfung überlassen. Ich habe in jedem Falle schon etwa 24 Stunden nach der ersten Auswischung eine ganz erhebliche Minderung der Anfälle nach Häufigkeit und Stärke gesehen. In Fällen, die in der schönsten Blüte stehen, habe ich die Auswischung nach etwa 48 bis 72 Stunden wiederholt. Mehr als drei Auswischungen erinnere ich mich nicht, angewendet zu haben, weil der Krankheit ihre Macht genommen war. Neben den Auswischungen erfolgt die weitere Behandlung mit dem Sprühapparat, die jedoch in 24 Stunden höchstens einmal in jedes Nasenloch nötig ist, um die Anfälle binnen kurzer Zeit in leichtere Hustenanfälle umzuwandeln. Zunächst pflegen die nächtlichen typischen Anfälle aufzuhören, die also von äußeren Reizen beim Essen und Aufregungen unabhängig sind. Sollte 24 Stunden nach der Applikation noch eine starke Schleimabsonderung durch die Nase da sein, wartet man mit der nächsten Applikation lieber noch einen Tag ab.

Nach meinen Erfahrungen liegen die Reizpunkte, welche die Anfälle auslösen, nicht im Kehlkopf, sondern höher, so daß eine lokale Behandlung mit Auswischung des Kehlkopfes kaum zu berücksichtigen ist. Es würde aber natürlich bei größeren Kindern nichts dagegen zu sagen sein, auch dort noch eine lokale Behandlung mit denselben Lösungen vorzunehmen.

Man könnte nun daran denken, meine Lösung nach drei Richtungen hin zu verbessern: 1. der Lösung eins der anderen Anästhetika der Kokainreihe zuzusetzen. Ich rate davon ab, weil man mit diesen Mitteln, selbst mit dem harmloseren Alypin oder dem wohl auch giftschwachen Psicain bei Kindern doch vorsichtig sein muß, speziell wenn mit der Sprühbehandlung etwa unvorsichtig umgegangen wird und dadurch eine Ueberschwemmung der Schleimhaut stattfinden könnte; 2. könnte man daran denken, Suprarenin zuzusetzen. Auch davon rate ich ab. Nachdem das Suprarenin zuerst eine sehr erwünschte Blutleere und Abschwellung der Schleimhaut bewirkt hat, folgt nach einigen Stunden eine um so größere Erweiterung der Blutgefäße, die bei kleinen Kindern besonders, wenn etwas von der Lösung in den Kehlkopfeingang käme, doch vielleicht eine vorübergehende Atemnot bewirken könnte. 3. Wäre daran zu denken, das salzsaure Chinin durch andere Chininpräparate zu ersetzen, welche nicht den bitteren Geschmack haben, den man den Kindern natürlich gern ersparen würde. In Betracht käme das

Chinium tannicum oder das Chinophenin. Beide sind aber erheblich schwächer. Das Chineonal (chin. biaethyl. barbituricum) hat eine höhere sedative Wirkung und erfordert etwa gleiche Dosis, aber ist ebenfalls schwächer, so daß man wohl bei dem alten Präparat bleiben muß.

Bei den Fällen von Keuchhusten, die durch Bronchialkatarrh und Bronchopneumonien kompliziert werden, muß natürlich deren Behandlung nach allgemeinen Grundsätzen eintreten.

So lange die Verbreitung katarrhalischer Erscheinungen nur bis in die Luftröhre und oberen Bronchien geht, bin ich mit täglichen Einpustungen von Cycloform und Anästhesin ausgekommen, die man in reichlichen Mengen ohne schädliche Wirkung einblasen kann. Lungenentzündungen habe ich bei meinem Material nicht beobachtet. Ich würde sie, abgesehen von der Allgemeinbehandlung, zunächst mit Zimmerscher Chininschokolade und Antipyrineinspritzungen behandeln. Diese Einspritzungen sind einige Minuten sehr schmerzhaft, allerdings nur einige Minuten. Für diese Fälle kämen auch die vor kurzem aus den Kinderkliniken Würzburg und Rostock dringend empfohlenen intramuskulären Einspritzungen vierprozentiger Yatrenlösung (3 bis 4 ccm) in Betracht. Durch diese findet eine Beeinflussung der Infektion auch auf dem Blutwege statt. Ihre Wirksamkeit spricht für die Infektion des ganzen Körpers wenigstens in den ausgebildeten Stadien der Erkrankung, während ich für die Anfangsstadien nur eine Infektion des Nasenrachenraumes annehme, aus dessen Depots die Toxine erst allmählich in den Körper verschleppt werden.

Wir sind allgemein gewohnt, wenn ein Kind ungefähr 14 Tage lang hustet und dann erst die ausgesprochenen Keuchhustenanfälle bekommt, dieses Vorstadium als zur Krankheit gehörig zu betrachten, ebenso wie wir dies mit dem vorhergehenden Masernschnupfen und mit der vorhergehenden Angina bei Scharlach tun. Die Patienten leiden tatsächlich in dieser fälschlich Prodromalstadium genannten Zeit schon an ihrer Infektionskrankheit; aber wir sind bisher nicht imstande oder eigentlich nicht gewohnt, in dieser Zeit eine spezifische Behandlung einzuleiten, selbst dann nicht, wenn schon gewisse Fingerzeige im Nasenrachenraum auf die Eingangspforte der Infektion deuten.

Warum sollen wir nun aber bei den genannten Infektionskrankheiten, zu denen ich noch die Meningitis, Polyomyelitis ant., und das sogenannte Drüsenfieber rechne, nicht schon vom ersten Tage an, an dem wir ihre Invasion vermuten oder bemerken, versuchen, den Einfall unschädlich zu machen oder wenigstens Wachstum und Vermehrung des Infektionsstoffes zu vermindern? Systematische und großzügige Versuche nach dieser Richtung hin sind meiner Kenntnis nach noch nicht gemacht worden. Ich will beileibe nicht behaupten, daß Aussprühen und Auswischen des Nasenrachenraums mit einer Chinin-Antipyrinlösung oder auch mit Jodpräparaten eine Panacee bilden sollen, und daß es möglich wäre, alle Herde in diesen buchtigen Schleimhäuten zu entfernen, aber was würde diese Maßnahme schaden? Wir entfernen doch z. B. operativ Halsmandeln und kratzen das Rachendach ab, oft mit eklatantem Erfolg bei dauernd rezidivierendem Gelenkrheumatismus! Die Ohrenärzte wissen doch schon lange, daß manche eitrige Mittelohrentzündung sich sehr rasch bessert, wenn man in dieser Weise vom Rachen aus vorgegangen ist! Einzelne Tachykardien bei Kindern schwinden doch fast plötzlich, nachdem man ihnen in dieser Weise den Rachen ausgeräumt hat! Ich selbst habe bei einem Fall von wochenlangem Drüsenfieber, manchmal bis 40 Grad, bei einem fünfjährigen Kind die adenoide Geschwulst gerade im höchsten Fieberstadium entfernt mit dem Erfolg, daß nach etwa 12 Stunden die Temperatur bis unter die Norm sank! Auch in einem Fall von heftigem Keuchhusten bei einem sechsjährigen Kind mit großer adenoider Geschwulst habe ich dieselbe entfernt und die Anfälle ließen sofort an Heftigkeit und Zahl nach.

Was ich mir also als Ideal vorstelle, ist, daß man Kindern, die längere Tage husten, ohne daß man in Luftröhre und Bronchien etwas findet, ein bis mehrere Male den Nasenrachenraum und die Mandeln auswischt, und man wird erstaunt sein, wie rasch dieser Hustenkitzel schwindet. Jedenfalls hat die ungeheure Mehrzahl von Kindern, speziell die mit lymphatischem Habitus kleinere Schwellungen und Wucherungen am Rachendach und den hinteren Muschelenden, die für gewöhnlich nicht belästigen, sondern nur gelegentlich einer Infektion erhebliche Reizungen machen.

Zum Beispiel erzielt man gleiche Erfolge bei dem Hustenreiz, der so oft nach katarrhalischen Formen von Influenza wochenlang ohne Lungenbefund zurückbleibt. Einige Auswischungen und Einblasungen von Anästhesin machen auch hier bald ein Ende.

Daß bei follikulären Anginen eine energische Abwischung und Ausdrückung der Pfröpfe durch mit Jodtinktur oder Jodglyzerin getränkter Wattesonde das hohe Fieber häufig nach 12 Stunden beseitigt, ist so bekannt, daß ich es nur deshalb erwähne, weil das Jod natürlich eine viel stärkere Desinfektionskraft hat wie die Chinin-Antipyrinlösung, so daß ich es bei fieberhaften und ernsteren Infektionen stets bevorzuge.

Vor allem müßten alle Personen, also hauptsächlich Kinder, dieser Art Behandlung unterzogen werden, die einer Infektionsmöglichkeit zu genannten Krankheiten ausgesetzt sind, auch ohne daß sich schon Symptome zeigen. Schaden kann damit nicht gestiftet werden und das wäre erst eine richtige Prophylaxe, die begründet ist und vielleicht auch Erfolge hat!

Mit einigen Worten möchte ich schließlich als besonders geeignet zur Behandlung mit Chinin-Antipyrinlösung auf den Heuschnupfen hinweisen. Allerdings habe ich selbst darüber keine Erfahrungen, aber gerade bei dieser ungefährlichen und doch so lästigen Affektion könnten die beiden Komponenten der Abstumpfung der Empfindlichkeit und Desinfektion der Schleimhäute wahrscheinlich ganz besonders gut wirken. Ich glaube, daß man hier mit schwachen Lösungen auskommt, die einzupusten wären, und ohne Schaden längere Zeit, eventuell täglich angewendet werden könnten.

Daß es sich beim Heuschnupfen um eine konstitutionelle Diathese handelt, die man vielleicht etwas sehr summarisch als eine Eigentümlichkeit bzw. Schwäche des endokrinen Systems bezeichnen kann und die oft erblich sich in manchen Familien bei den meisten Mitgliedern findet, ist für mich eine oft beobachtete Tatsache. Ich fange deshalb jetzt an, diese „Diathese“ mit den Hormonen der Nebenniere, Hypophyse und evtl. noch anderen außer in der obigen Weise zu behandeln.

1915 — 1925.

Zehn Jahre Kinderfürsorge der Reichsanstalt für Mutter- u. Säuglingsfürsorge in Wien und der ihr angeschlossenen Fürsorgeaktionen.

Vor kurzem ist eine Broschüre*) anläßlich des 10jährigen Bestandes der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien, XVIII., Glanzingasse 37, erschienen, in welcher die segensreiche Tätigkeit dieser Anstalt und der ihr angeschlossenen Aktionen, nämlich der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge der Kriegspatenschaft und der Erholungsfürsorge der Vereinigten österreich. Krankenkassenhilfe, gewürdigt wird. Die Broschüre gibt nicht nur in statistischen Tabellen ein Bild über die ungeheure Arbeit und die großen Erfolge, die von Seiten des Direktors der Reichsanstalt, Hofrat Prof. Dr. **Leopold Moll**, auf dem Gebiete der offenen und geschlossenen Säuglingsfürsorge und der Erholungsfürsorge für tuberkulös gefährdete Kinder geleistet wurden, sondern sie enthält auch einen reichen Schatz von Erfahrungen, die Prof. Moll als bewährter Fachmann auf dem Gebiete der Kinderfürsorge im Laufe der Jahre gesammelt hat. Sie ist so ein lesenswertes Buch für jeden, der sich mit Kinderfürsorge beschäftigt, aus dem man mancherlei Anregung entnehmen kann.

Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge gliedert sich in eine Lehranstalt und in eine Fürsorge- und Krankenanstalt. Die Reichsanstalt enthält eine Pflegeschule zur Heranbildung von Säuglings- und Kleinkinderfürsorgerinnen. Im Laufe der vergangenen zehn Jahre wurden 352 Fürsorgerinnen ausgebildet, welche zum größten Teil in der offenen Fürsorge nicht nur in den Bundesländern, sondern auch in den Sukzessionsstaaten und im Auslande tätig sind. Die Schülerinnen werden theoretisch in Vorlesungen über alle wichtigen Fürsorgezweige unterrichtet und auch — darin liegt der Hauptwert dieser Fürsorgerinnenschule — praktisch in der mustergültig geführten Anstalt in der Pflege und Befürsorgung von Säuglingen und Kleinkindern unterwiesen. Auch auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung hat die Anstalt auf schöne Leistungen zurückzublicken, indem 31 Kurse von insgesamt 624 Aerzten des In- und Auslandes in den Jahren des Bestandes frequentiert wurden. Im Laufe der zehn Jahre des Bestandes wurden insgesamt 4630 Kinder mit 310 754 Verpflegstagen und 1944 Mütter mit 81 930 Verpflegstagen in der Anstalt aufgenommen. Die Erfolge drücken sich hauptsächlich in der ganz geringen Sterblichkeit der aufgenommenen Säuglinge aus. Dieselbe beträgt durchschnittlich ca. 17% der Gesamtaufnahmen, nach Abzug der Todesfälle in der ersten Woche sogar nur 13%. Wenn man bedenkt, daß ja eine große Zahl der Eltern ihre Kinder vielfach erst in ganz desparaten Fällen einer Anstaltsbehandlung zuführen, so ist man erstaunt über diese geringe Sterblichkeitsziffer. Die Mortalität an Ernährungsstörungen ist besonders in den letzten Jahren gesunken, seitdem in der Anstalt die milchlose Einstellungsdiät bei Durchfallsstörungen nach Prof. Moll konsequent durchgeführt wird. Es soll noch erwähnt werden, daß auch eine sehr bedeutende Herabminderung der Mortalität der Frühgeburten in der Anstalt erzielt wurde.

---

*) Die Broschüre ist zu beziehen durch die „Minerva“ Wissenschaftliche Buchhandlung G. m. b. H., Wien, zum Preise von 6,— Schilling pro Exemplar.

Diese Erfolge sind zum größten Teil der ärztlichen Behandlung der Kinder, zum nicht geringen Teil aber auch den besonders gewissenhaften Pflegedienst zuzuschreiben. In einem Kapitel „Rundgang durch die Anstalt“ werden dem Leser die verschiedenen Krankheitsfälle, die hauptsächlich in der Anstalt Aufnahme, Behandlung und Genesung finden, vorgeführt. Eine große Zahl von Kindern wird aber auch aus sozialen Gründen aufgenommen, wie überhaupt die Anstalt als Fürsorgeanstalt das soziale Moment in allem und jedem berücksichtigt.

Bemerkenswert ist auch, daß die Ausgaben der Anstalt zu 70% durch eigene Einnahmen gedeckt werden. Der Rest wird durch eine staatliche Subvention getragen.

Angeschlossen an die Anstalt ist eine Mutterberatungsstelle, in welcher die Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern Beratung und Fürsorge finden. Ueber 90% der Säuglinge werden gestillt, ein Erfolg, der auf die große Stillpropaganda zurückzuführen ist. Auch die Stilldauer der Kinder ist eine sehr lange und beträgt in den meisten Fällen sechs Monate. Dementsprechend ist auch das Gedeihen der Kinder als ein ausgezeichnetes zu bezeichnen.

Im zweiten Teil der Broschüre werden die 10 jährigen Leistungen des Vereines „Kriegspatenschaft“ auf dem Gebiete der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge auseinandergesetzt. Dieser Verein wurde gleich zu Beginn des Krieges durch Prof. Moll ins Leben gerufen. Zur Zeit des Kriegsendes wurden in Wien ca. 10 000 Säuglinge und 6000 Schwangere befürsorgt. In den Nachkriegsjahren konnte, dank der ausländischen Hilfsaktionen und in den letzten Jahren durch die reichlichen Subventionen von Seiten der Krankenkassen, besonders des Verbandes der Krankenkassen, die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge erweitert und ausgebaut werden. Derzeit erhält der Verein 25 Mutterberatungsstellen mit 26 Aerzten, 22 Fürsorgerinnen und 16 Hilfsfürsorgerinnen in Wien. Die verhältnismäßig große Anzahl der Mutterberatungsstellen hat den großen Vorteil, daß die Mütter nur kurze Wege zu den Beratungsstellen zurückzulegen haben und daher auch regelmäßig die Beratungsstunden aufsuchen können. Der Verein, welcher unter dem Protektorat des Herrn Bundespräsidenten Dr. Michael Hainisch steht, kann es sich zum größten Teil als sein Verdienst zuschreiben, daß durch die ausgedehnte Stillpropaganda, die durch die Stillprämien der Krankenkassen besonders gefördert werden, die Sterblichkeit der Säuglinge in Wien in der Kriegs- und Nachkriegszeit zurückgegangen ist. Die Hauptarbeit obliegt den Fürsorgeärzten, welche die Säuglinge und Kleinkinder in den Beratungsstellen untersuchen und den Müttern die entsprechenden Ratschläge in der Pflege und Ernährung erteilen. In dieser Arbeit liegt ein großes Stück Volksaufklärung auf dem Gebiete der Aufzucht der Säuglinge und Kleinkinder. Die zarten widerstandslosen Säuglinge sind ja besonders gefährdet, wenn nicht die Pflege und Ernährung in richtiger Weise geleitet wird. Auch durch Hausbesuche der Fürsorgerinnen werden die Mütter im eigenen Heim beraten und zum Besuch der Mutterberatungsstellen aufgefordert. Im Jahre 1924 beispielsweise wurden 22 241 Hausbesuche gemacht. Am besten drückt sich jedoch der große Erfolg der Mutterberatungsstellen darin aus, daß die Stillhäufigkeit bei den befürsorgten Kindern durchschnittlich 94% beträgt und daß gegen 70% der Kinder sechs Monate lang gestillt werden. Die Mütter haben zu den Mutterberatungsstellen ein derartiges Vertrauen gewonnen, daß sie auch mit den nächsten Kindern immer wieder die Beratungsstellen aufsuchen und auch mit den Kleinkindern jahrelang dort erscheinen, um sich Rat zu holen. Gerade die Befürsorgung des Kleinkindes, das so häufig an Infektionskrankheiten und Tuberkulose erkrankt, ist unter den jetzigen schlechten Ernährungs- und Wohnungsverhältnissen ein dringendes Bedürfnis und sollte noch weiter ausgebaut werden. Durch die segensreiche Fürsorgetätigkeit des Vereines „Kriegspatenschaft“, die aus privater Initiative hervorgegangen ist und anfangs aus privaten Mitteln, später durch die Subventionen der Krankenkassen erhalten wurde, hat sich Prof. Moll ein großes Verdienst um die Aufzucht unserer Jugend in den schlechten Kriegs- und Nachkriegsjahren erworben.

Aber nicht nur den Säuglingen und Kleinkindern hat Prof. Moll sein Augenmerk zugewendet, sondern auch den tuberkulös gefährdeten Kindern, die infolge Unterernährung in ihrer Widerstandskraft geschwächt sind und in engen finsteren Wohnungen zusammen mit tuberkulösen Familienmitgliedern wohnen müssen. Der Gesundung dieser tuberkulös gefährdeten Kindern gilt die im Jahre 1921 ins Leben gerufene Erholungsfürsorge der Vereinigten österreich. Krankenkassenhilfe. Durch zahlreiche Untersuchungen und Messungen an Wiener Schulkindern wurde erhoben, daß die Wiener Kinder zum großen Teil unterernährt, engbrüstig und hochaufgeschossen, also tuberkulös disponiert sind; außerdem wurde festgestellt, daß auch viele Kinder dazu noch ständig der Gefahr einer tuberkulösen Infektion und Erkrankung ausgesetzt sind. Diese Kinder werden durch die Vereinigte österreichische Krankenkassenhilfe in schöne, hygienisch einwandfreie, ärztlich geleitete Heime an der See, besonders in Rimini und Riccione an der Adria, sowie in österreichischen Gebirgsgegenden auf acht Wochen entsendet. Zur Bezahlung der Verpflegskosten haben die Krankenkassen nach vielen Milliarden zählende Unterstützungen der Aktion zukommen lassen. Die Erfolge, die durch einen zweimonatlichen Erholungsaufenthalt bei den Kindern erzielt werden, drücken sich nicht nur in bedeutenden Gewichtszunahmen aus, sondern zeigen sich vor allem darin, daß die Kinder in ihrer Widerstandskraft gestärkt, ein besseres frischeres Aussehen zeigten und auch psychisch sehr vorteilhaft beeinflußt wurden. Eine wiederholte Beobachtung ist, daß die Kinder nach einer achtwöchentlichen Kur am Meere nicht mehr so häufig an Katarrhen der oberen Luftwege, Halsentzündungen (Bronchialkatarrhen), wie früher leiden. Viele der Kinder, die noch gar nicht aus Wien hinausgekommen sind, haben in den Erholungsorten zum erstenmal das Meer oder das Gebirge kennengelernt und in der freien Natur fröhliche Stunden, die ihnen zu Hause oft nicht beschieden waren, verleben können. Aus den Erfahrungen, die Prof. Moll und seine Mitarbeiter in den vielfachen Untersuchungen vor und nach der Kur gewonnen haben, gelangten sie auch zu einer sicheren Indikationsstellung für die Auswahl der Kinder für einen Erholungsaufenthalt an der See bezw. im Gebirge. Außerdem enthält die Broschüre bemerkenswerte Anregungen für eine richtige Behandlung, Beaufsichtigung, Ernährung und Pflege von erholungsbedürftigen, tuberkulös gefährdeten Kindern. Die Aktion hat auf dem Gebiete der Bekämpfung der Kindertuberkulose wirklich Großes geleistet.

Die inhaltsreiche Broschüre, welche die wichtigsten Teile der Kinderfürsorge, nämlich die geschlossene und offene Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, sowie die Tuberkulosenfürsorge der Kinder umfaßt, gibt ein Bild über die reiche Tätigkeit und Erfolge der Fürsorge für das Kind. Möge das schöne Werk in allen seinen Teilen weiter geführt werden können zum Wohle der Kinder Wiens, die unter der wirtschaftlichen Not unserer Zeit schwer leiden.

Eberhartinger.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Rentenerhöhung wegen Herzschwäche abgelehnt.

(Gerichtliches Gutachten.)

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1890 geborene Goldarbeiter R. O. hat 1912 aktiv gedient und 1913 im Februar infolge Erkältung eine linksseitige Lungenentzündung überstanden, als deren Folge eine Beschleunigung der Herztätigkeit und chronische Herzmuskelinsuffizienz zurückblieb, wofür Dienstbeschädigung angenommen und die Erwerbsminderung = 50% geschätzt wurde. Bei der Nachuntersuchung 1914: Erwerbsminderung

= 50%. Ebenso bei der Nachuntersuchung 1915. Im Dezember 1915 wurde die von der Lungenentzündung übrig gebliebene Herzschwäche in der Klinik in F. als thyriotoxische Erscheinung aufgefaßt und, da weitere Fortschritte in der Krankheit vorlagen, d. h. die Herzbeschleunigung zugenommen hatte, die E. M. mit 75% bewertet.

1918 im Mai wurde dem entgegen bei der Nachuntersuchung von dem fachärztlichen Beirat, ebenfalls einem Kliniker, ein Basedow nicht festgestellt, und die E. M. mit 50% bewertet. Derselbe Satz blieb bei der Umanerkennung im März 1922.

Im Mai 1925 stellte O. einen Heilverfahrensantrag bei der Landesversicherungsanstalt, weil er seit Januar in Behandlung, im Februar in das Krankenhaus P. kam, wegen Herzinnenhautentzündung und Gelenk-Rheumatismus. O. führte das Herzleiden auf die militärische Dienstbeschädigung zurück. Im Mai 1925 waren die akuten Erscheinungen abgelaufen. Im Juni 1925 wurden dem O. wegen erheblicher Herzschwäche eine Badekur in Nauheim zugesprochen. Der behandelnde Arzt nimmt an, daß der Gelenk-Rheumatismus Folge des 1913 erworbenen Herzleidens sei; diese stehe im Vordergrund. Er nimmt die Erwerbsunfähigkeit hauptsächlich wegen des Herzleidens an. Oktober 1925 Erhöhungsantrag: Die Dienstbeschädigung solle auf die rheumatische Erkrankung ausgedehnt werden. Gleichzeitig Kurzeugnis: Eine rheumatische Erkrankung war während der Kur nicht nachzuweisen. Die Kur hat die körperliche Leistungsfähigkeit so gehoben, daß O. wieder arbeitsfähig ist. Die Diagnose wurde auf Aderverkalkung gestellt.

Die Nachforschungen bei der Ortskrankenkasse, bei der er seit 1905 Kassenmitglied war, ergaben, daß er zum ersten Mal vom Juli bis August 1922 wegen Gelenk-Rheumatismus behandelt wurde.

Der Antrag auf Erhöhung wurde abgeschlagen, wogegen O. Berufung einlegte. Im Februar 1926, gerichtsärztliches Zeugnis: Es wird im Gegensatz zu früher wieder ein typischer Basedow festgestellt. Die rheumatischen Beschwerden beruhen nicht auf dem D. B.-Leiden (demnach sind sie also eine Neuerkrankung. v. S.). Die E. M. wird auf 80% geschätzt und die ganzen Erscheinungen von Seiten des Herzens als Dienstbeschädigung aufgefaßt und in Zusammenhang gebracht mit der Erkrankung 1913.

Klagen:

Wenn ich nur kurz gehe, starkes Herzklopfen und Atemnot. Nach einiger Zeit dann Reißen in den Gliedern. Immer zitterig, schwindelig, Kopfschmerzen. Deshalb muß ich mich oft ½ Stunde hinlegen.

Befund:

36 Jahre alt, 175 cm groß, 95 kg nackt, 96/102 cm Brustumfang, 107/114 cm Nabelumfang. — Kräftig gebaut, kräftig entwickelte Muskulatur, reichliches Fettpolster, Fettsucht. Frische Gesichtsfarbe, gut durchblutete Schleimhäute, kein ausgesprochener Stich ins Bläuliche. Halsumfang am Ansatz 42 cm. Rachen o. B. Zähne gut. — Brustkorb breit, gut gewölbt, beim Einatmen sich gleichmäßig ausdehnend. Schlüsselbeingruben verstrichen. Lungengrenzen: vorn oberer Rand der 7. Rippe, hinten 12. Brustwirbeldorn, mäßig verschieblich. Klopfschall hell, laut allenthalben. Atmung weich, hauchend allenthalben, jedoch in den abhängigen Partien vereinzelt Giemen und rauhes Atmen. Herz: Spitzenstoß Pulsationen = O., Töne etwas dumpf, aber rein. Puls im Stehen 84, regel- und gleichmäßige Schläge, von geringer Spannung, mäßiger Füllung. — O. atmet zunächst während der Aufnahme der Vorgeschichte stark beschleunigt, 32 bis zu 36 Züge in der Minute, was aber bei der Ablenkung während der Unterhaltung aufhört und einer normalen Atmung Platz macht. Dasselbe bei der Untersuchung: auch hier verminderte Atmung bei Ablenkung. Nach 10 Kniebeugen von 5 : 5 Sek. gemessen: 10, 10, 10, 9, 9, 9, 9, 8, 8, 8, 8, 7 Schläge. Die Atmung wird während dieser Zeit stark beschleunigt. Nach weiteren 10 Kniebeugen von 15 : 15 Sek. gemessen: zunächst oberflächliche, sehr beschleunigte Atmung 10 Züge, dann nach Ablenkung 8, 8, 8, 7, 7, 7, 6, 6 Züge. Nach diesen Kniebeugen schwankt er erheblich und tut, als ob er fallen wolle. Die Gesichtsfarbe ist darnach nicht verändert. — Blutdruck 100/140 mm Hg. R. R. — Armschlagaderpulsation wegen des Fettpolsters nicht zu bemerken. Leber, Milz nicht vergrößert, stark entwickeltes Fettpolster am Leib, keine Oedeme, Reflexe verstärkt. Für einen typischen Basedow liegen heute keine Anhaltspunkte vor: Keine Hautschrift, Zittern der ganzen Hände und Arme, aber nicht der Fingerspitzen. Offenbar ist dieses Zeichen dem O. teilweise bekannt. Die Schilddrüse ist in beiden Lappen vergrößert. v. Gräefe, Möbius ist heute bei mehrfachen Untersuchungen nicht nachzuweisen. Auch sonst keine Klagen, die auf Basedow deuten. Röntgenbefund: Herz nicht deutlich vergrößert, medial gelagert. Aortenknopf vermehrt vorspringend.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen Mann, bei dem 1913 nach einer Lungenentzündung zunächst lediglich eine beschleunigte Herztätigkeit festgestellt wurde und eine chronische Herzmuskelinsuffizienz, die sich in einer Verbreiterung des Herzens nach links zeigte. Damals betrug das Gewicht 69 kg, heute 95 kg. Bei den folgenden Untersuchungen bis 1915 wurde lediglich eine beschleunigte Herztätigkeit festgestellt und eine geringe Erweiterung nach links, bis dann 1915 das ganze Bild als Basedow aufgefaßt wurde. Deshalb Erhöhung auf 75%. 1918 konnte ein Basedow nicht mehr festgestellt werden und es wurden wieder 50% angenommen. Das Gewicht betrug damals 80 kg. 1925 wurde in Nauheim eine Arteriosklerose festgestellt, breite Aorta, aber keinerlei rheumatische Erscheinungen, nachdem zu Beginn des Jahres 1925 plötzlich wieder ein Gelenk-Rheumatismus auftrat, der schon 1922 zum erstenmal festgestellt wurde. Ein Basedow ist dem Arzt der Versorgungskuranstalt nicht aufgefallen; wäre er vorgelegen, so wäre er sicherlich erwähnt worden. 1926 im Februar hat dann der Gerichtsarzt wieder einen deutlichen Basedow festgestellt, der aber heute nicht festzustellen ist. Ein organischer Herzfehler ist auch von dem Gerichtsarzt nicht festgestellt worden, wie überhaupt nicht während der zahlreichen Untersuchungen. Heute liegt vor: 1. eine ganz erhebliche Fettleibigkeit, welche hauptsächlich in den letzten Jahren zugenommen hat, 2. eine gewisse Nervosität des Herzens, jedoch weicht das Verhältnis zwischen Puls und Atmung an der Belastung nicht erheblich von der Norm ab, 3. allgemeine Aderverkalkung, 4. heute ist weder ein Gelenk-Rheumatismus noch ein Basedow, oder Zeichen dafür festzustellen.

Was zunächst das Herz betrifft, so steht heute eine gewisse Beschleunigung der Herztätigkeit im Vordergrund, kein Anzeichen für einen Herzklappenfehler oder für eine Endokarditis. Es gilt hier festzustellen, was direkte Folge der Dienstbeschädigung 1913 durch die Lungenentzündung ist.

Es ist bekannt, daß bei Infektionskrankheiten entzündliche Erscheinungen auf der Herzinnenhaut, sei es nun an den Wandungen oder an den Klappen, auftreten. An den Klappen führen diese entzündlichen Erscheinungen zu Veränderungen, welche die Unterlage der Herzklappenfehler bilden. Ein solcher liegt aber hier nicht vor. Sehr wahrscheinlich ist aber, infolge der Lungenentzündung, eine schwielige Veränderung der Herzzwischenwand zurückgeblieben; daraufhin deutet der Verlauf nach der Lungenentzündung und die 1925 in Nauheim festgestellte verlängerte Ueberleitungszeit. Solche schwieligen Veränderungen kommen aber auch bei Arteriosklerose vor; sie können unter Umständen zu Veränderungen in der Herztätigkeit führen, welche unter dem Bilde einer Herznervosität auftreten. Trotz des 1922 überstandenen Gelenk-Rheumatismus ist es nicht zu einem organischen Herzfehler gekommen. Dies braucht auch nicht in allen Fällen zu sein, obgleich der Gelenk-Rheumatismus mit Vorliebe die Herzklappen befällt. Heute liegt also nur eine verhältnismäßig geringe Beschleunigung der Herztätigkeit vor. Geringe Anzeichen einer Herznervosität. Nervosität des Herzens kommt aber auch bei Fettsucht vor, die hier vorliegt und unter Umständen auch bei Arteriosklerose. Außerdem liegt aber hier noch eine Vergrößerung der Schilddrüse vor. Um einen Basedow mit typischen Erscheinungen handelte es sich heute sicher nicht. Dafür spricht, daß diese Basedow-Erscheinungen bei den vielen Untersuchungen nur zweimal beobachtet wurden, nämlich 1915 und 1926. Es kommt nun vor, daß gerade bei Fettleibigen und Arteriosklerotikern das gegenseitige Ineinanderarbeiten der inneren Drüsen gar nicht so selten gestört ist. Rein zufällig, ganz unabhängig von dem D. B.-Leiden, liegt nun hier auch eine Vergrößerung der Schilddrüse vor und gerade in solchen Fällen kann es namentlich bei Fettleibigen zeitweise zu basedowähnlichen Erscheinungen kommen, deren Ursachen in inneren Gründen, wahrscheinlich in einer Gleichgewichtsstörung der Funktion der inneren Drüsen, die sich immer gegenseitig beeinflussen, liegt; dann kann es vorübergehend und zeitenweise zu einer Dysfunktion der Schilddrüse, d. h. zu einer fehlerhaften Tätigkeit kommen. Diese Störung ist aber lediglich durch die inneren Drüsen bedingt, keineswegs durch das D. B.-Leiden. Im übrigen ist es für die Beurteilung ohne Belang, ob ein Basedow vorliegt oder nicht, weil er in keiner Weise mit dem D. B.-Leiden 1913 in Zusammenhang zu bringen ist, sondern als davon unabhängige Neuerkrankung aufzufassen ist.

Wieviel nun von den Erscheinungen, die das Herz heute gibt, auf das D. B.-Leiden, wieviel auf die anderen Ursachen, nämlich die allgemeine Aderverkalkung, die Fettsucht und die Vergrößerung der Schilddrüse kommt, läßt sich heute nicht genau sagen. Soviel läßt sich aber mit Sicherheit sagen, daß der Hauptanteil der heutigen Erscheinungen nicht mehr als Folge der Lungenentzündung 1913 anzusehen ist, sondern auf die drei anderen Leiden entfällt.

Für die Aderverkalkung kann Dienstbeschädigung nicht angenommen werden, weil sie lediglich Alterserscheinung ist, die in ihren ersten Anfängen wahrscheinlich auf einer bis in die Jugend zurückreichenden Anlage beruht. Auch für die Fettsucht und die Schilddrüsenvergrößerung ist eine Anlage angenommen worden, wobei zweifelhaft ist, wieweit diese beiden von einander gegenseitig beeinflußt werden, bzw. wieweit die allgemeine Fettsucht Folge oder Ursache der Gleichgewichtsstörung der inneren Drüsen ist. Auch für diese beiden Leiden kann Dienstbeschädigung nicht angenommen werden, und keines der drei Leiden hängt ursächlich mit der Lungenentzündung 1913 zusammen. Die im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes stehende Nervosität des Herzens ist aber durch alle vier Leiden bedingt, jedoch entfällt der größte Teil nicht auf das Dienstbeschädigungsleiden, wie schon betont. Der 1922 überstandene Gelenk-Rheumatismus ist eine Neuerkrankung, völlig unabhängig vom Dienstbeschädigungsleiden auch insofern, als die durch das Dienstbeschädigungsleiden gesetzten Schädigungen des Herzens keineswegs durch diesen Gelenk-Rheumatismus verschlimmert wurden oder ihn etwa begünstigen könnten. Denn dieser Gelenk-Rheumatismus hat, trotz der Schädigung durch die Dienstbeschädigung 1913, irgendwelche Folgen für das Herz nicht hinterlassen, obgleich der Gelenk-Rheumatismus in der Regel das Herz, besonders die Herzklappen, schädigt. Also kann auch für den Gelenk-Rheumatismus Dienstbeschädigung nicht angenommen werden. Auch die in dem Berichte der Krankenkasse verzeichneten, 1914 zuerst aufgetretenen stenokardischen Anfälle können nicht auf Rechnung des Dienstbeschädigungsleidens gesetzt werden, sind vielmehr Folgen der Aderverkalkung, welche in diesem Falle die Ernährungsgefäße, die Kranzadern des Herzens, befallen hat.

Nach diesen Ausführungen ist heute nur ein geringer Teil der krankhaften Erscheinungen von Seiten des Herzens Folge des Dienstbeschädigungsleidens, während der Hauptteil auf nicht durch Dienstbeschädigung bedingte Leiden entfällt, die teilweise Alterserscheinungen, teilweise Neuerkrankungen sind. Diese Trennung liegt wissenschaftlich vollkommen klar und ist wissenschaftlich auch vollkommen begründet, auch in dem angegebenen allgemeinen Grade. Sie muß deshalb, weil sie den Tatsachen und dem Verlaufe entspricht vorgenommen werden und es geht nicht an, das ganze Krankheitsbild zu entschädigen, wie dies der Gerichtsarzt tut, weil die einzelnen getrennten Teile auch zeitlich klar liegen. Für den auf die D. B. entfallenden Anteil ist der Satz von 50% Erwerbsminderung reichlich bemessen. Es liegt deshalb ein Grund zur Rentenerhöhung nicht vor. Nachuntersuchung 1928.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 37, 10. September 1926.

Innere Sekretion des Epithelkörperchens und Möglichkeit ihres Ersatzes; gleichzeitig ein Beitrag zur Behandlung der Epithelkörperchen-Tetanie des Menschen. Blum.
Wirkung des Hochgebirges auf den Menschen. Müller.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals. Kappis.
◆ Klinische Bedeutung der Blutsenkungsreaktion. Haselhorst.
Ulcus ventriculi und Tabes. Pfitzner.
Erfahrungen an 2617 Aborten. Sternberg.
◆ Akute Thalliumvergiftung beim Menschen nebst weiteren Beobachtungen bei der klinischen Verwendung des Thalliums. Buschke, Peiser und Klopstock.
Immunsubstanzen des Kolostrums. Hainiß.
◆ Lungentuberkulose und Selbstmord. Koopmann.
Herzsektion bei 350 Paralytikern und 15 Tabikern. Ostmann.
Tumor im rechten Vorhof. Giegler.
Behandlung der verschluckten Fremdkörper. Paulino.
◆ Erfahrungen mit Arsen Elektroferrol. Berger.
Klinische Erfahrungen mit dem neuen Antigonorrhoikum Transargan. Thoma.
Kausale Therapie der Hämorrhoidalerkrankungen. Gronau.
Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dietel.

Klinische Bedeutung der Blutsenkungsreaktion. Obwohl die Senkungsprobe nicht in allen Punkten die Hoffnungen, die man anfangs auf sie gesetzt hat, erfüllt hat, so muß sie doch für eine größere Reihe von Krankheiten in der Hand des kritischen Beurteilers als ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnose und für die Beurteilung des Verlaufs mancher chronischer Erkrankungen bezeichnet werden.

Besonders in der Gynäkologie hat sie sich einen wichtigen Platz erworben, der ihr dauernd eingeräumt bleiben möge.

Akute Thalliumvergiftung beim Menschen nebst weiteren Beobachtungen bei der klinischen Verwendung des Thalliums. Das Thallium hat sich bei seiner ausgedehnten therapeutischen Verwendung bei Kindern diesen gegenüber als viel besser verträglich erwiesen als bei Erwachsenen, bei denen entsprechende Dosen bereits toxische Erscheinungen hervorrufen. Diese Verschiedenheit der Empfänglichkeit des Organismus beim Kinde und Erwachsenen, die auch von anderen Pharmaka, wie z. B. den das vegetative Nervensystem angreifende Atropin, Adrenalin und Pilokarpin bekannt ist, könnte vermutlich durch die mit der Pubertät einsetzende Umstellung gerade des endokrin-vegetativen Systems, dessen Hauptangriffspunkt das Thallium darstellt, bedingt sein.

Die Beobachtung eines Falles von akuter Thalliumvergiftung beim Erwachsenen lehrt, daß die der chronischen Vergiftung zukommenden Veränderungen, wie sie beim Tier in Form von Entwicklungsstörungen, Katarakt, Skelettveränderungen und Magenwucherungen von den Verfassern beschrieben worden sind, bei der akuten Vergiftung des Menschen fehlen, wo neben der auch hier eintretenden ausgedehnten Alopezie Störungen von seiten des Nervensystems und des Digestionstraktus im Vordergrund stehen.

Abgesehen von der Alopezie, ist beiden Krankheitsbildern gemeinsam der Wirkungsmechanismus des Thalliums auf den Organismus, der im Sinne einer Alkalose und dementsprechend primären und sekundären Schädigung des endokrin-vegetativen Apparates zu deuten ist. Dafür scheint zu sprechen die im Falle der Verfasser bestehende An- bzw. Subazidität des Magensaftes, die sie auch in einem anderen Falle sowie bei Thalliumtieren gefunden haben, ferner sind auch die Blutlymphozytose und Eosinophilie mit Störungen endokrin-vegetativer Natur in Zusammenhang zu bringen. Weitere Versuche mit Thallium beim Menschen zu therapeutischen Zwecken, die bei Haarerkrankungen sowie bei Karzinom und Sycosis barbae, kombiniert mit Röntgen bzw. Radium angestellt worden sind, zeigen zwar die gute Verträglichkeit des Mittels in kleinen Dosen von 0,1 g auch für Erwachsene, über die Erfolge mit dieser Behandlung läßt sich aber noch kein abschließendes Urteil fällen.

Lungentuberkulose und Selbstmord. In einer auffällig hohen Prozentzahl der Fälle von frischer tuberkulöser Aussaat endeten die von ihr befallenen Personen ihr Leben durch Selbstmord. Dieser Befund bestätigt die von Heller und Pfeifer bereits gesammelten Erfahrungen, daß an vielen Selbstmördern pathologisch-anatomische Veränderungen gefunden werden, die als Ursache des Selbstmordes anzusprechen sind. Daraus gehen im besonderen mit größter Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang von Selbstmord mit frischen Tuberkuloseprozessen hervor.

Erfahrungen mit Arsenelektroferrol. Arsenelektroferrol wirkt durch seine kolloidale Natur als parenteral gesetzter Knochenmarksreiz, dessen Wirkung durch die spezifische, die Regeneration des gelben Markes anregende Eisen- und Arsenkomponente erheblich unterstützt wird. Die Applikation des Asferrols ist daher am besten intravenös vorzunehmen. Bei langsamer Injektion sind stärkere Allgemeinerscheinungen vermeidbar.

Asferrol bewirkt bei A) sekundären Anämien 1. zunächst meist einen Erythrozytenanstieg, einem Hämoglobinanstieg vorausgehend, als Ausdruck einer vermehrten Tätigkeit des Knochenmarkes;

2. einen Hämoglobinanstieg;
3. eine Eosinophilie im weißen Blutbild als Ausdruck einer gesteigerten Reaktion;
4. anscheinend arsenelektroferrol-refraktär Fälle sind nach einbis dreimaliger Injektion von 10—20 ccm Spenderblut mit Asferrol wieder „mobilisiert";
5. alle sekundären Anämien mit Ausnahme von schweren kachektischen Anämien und toxischen Anämien (Karzinom, Tuberkulose) sind durch Asferrol meist mit gutem Erfolg zu beeinflussen.

B. Biermersche Anämie. Von fünf mit Asferrol behandelten Fällen von perniziöser Anämie erwiesen sich vier als arsenelektroferrolrefraktär. Von diesen waren zwei bereits nach der 2. bzw. nach der 3. Remission. Ein Fall reagierte in gleichem Sinne wie die oben erwähnten sekundären Anämien auf Asferrol. Das rote Blutbild zeigte schon nach den ersten Injektionen eine erhebliche Vermehrung der kernhaltigen Elemente als Ausdruck einer gesteigerten Knochenmarksfunktion.

Nr. 38, 17. September 1926.

- * Nichttuberkulöse Lungenblutungen. Hoffmann.
- Schmerzlinderung in der Geburtshilfe. Pankow.
- * Narkoseempfindlichkeit und Schockbereitschaft. Rehn und Kilian.
- Pathologie und Therapie der maxillaren Gewebsveränderungen und Gewebslücken. Bruhn.
- Rheobase und Chronaxie. (Grundschwelle und Kennzeit.) Ebbecke.
- Salvarsanresistenz und Salvarsandosierung. Hoffmann.
- Psychogene Reaktionen und der traumatischen Neurosen. Aschaffenburg.
- * Genuine Epilepsie. Tilmann.
- Wirkungsweise temperaturherabgesetzter Gifte. Freund.
- Neue Wege zur experimentellen Erforschung der sympathischen Ophthalmie. v. Szily.
- Therapie des Magenulcus. Momburg.
- Nachuntersuchungen an Staubkranken. Böhme und Lucanus.
- Operation der Gaumenspalte und Hasenscharte. Hohmeier.
- Tuberkulosegefährdete Kinder. Engel.
- Stromeintrittsstelle beim elektrischen Stromtode. Schridde.
- Behandlung der chronischen Gonorrhoe durch Malariaübertragung. Lenzmann.
- Verkehrsunfälle im Wuppertal. Nehrkorn.
- * Behandlung der Tabes mit Malaria. Bering.

Nichttuberkulöse Lungenblutungen. Allen vom Verfasser angeführten Fällen ist es gemeinsam, daß sie zeitweiligen, zum Teil sehr reichlichen Blutauswurf hatten, ferner, daß sie bei ihnen die Diagnose „Lungentuberkulose“ gestellt wurde. Ebenso ist ihnen gemeinsam, daß in allen Fällen klinisch das Bestehen eines Mitralfehlers, und zwar Mitralstenose festgestellt und Stauungen in der Lunge nachgewiesen werden konnten. Niemals fanden sich Tuberkelbazillen, wohl aber Herzfehlerzellen während der Monate lang dauernden Behandlung im Auswurf. Nur einer der Fälle kam ad exitum.

Die Obduktion ergab nichts von Lungentuberkulose, wohl aber wurde der Mitralfehler festgestellt. Aus der großen Zahl von Fehldiagnosen innerhalb eines halben Jahres in einer einzigen Klinik schließt der Verfasser, daß viel zu wenig an das Bestehen einer Mitralerkrankung beim Vorliegen von Lungenblutungen beobachtet wird.

Hoffmann betont, daß eine recht genaue Untersuchung des Herzens in allen Fällen von Hämoptoe vorgenommen werden muß, daß der Auswurf auf Herzfehlerzellen und Tuberkelbazillen immer wieder und wieder untersucht werden muß, daß bei anhaltendem Fehlen von Tuberkelbazillen und bei Feststellung eines Mitralfehlers doch an diesen als Quelle der Blutungen gedacht werden muß.

In mehreren vom Verfasser geschilderten Fällen zeigt es sich, daß abundante Blutungen vorkamen, die in einem Falle zu einer schweren Anämie mit dem Blutbilde einer unzureichenden Reparation geführt haben, nämlich dem Auftreten basophil getüpfelter Erythrozyten, so daß also durch die bei auf dem Boden eines Mitralfehlers entstehenden Blutungen schwere anämische Zustände vorkommen. Die in allen Fällen beobachtete vermehrte Lungenzeichnung, die auf Stauungen, vielleicht sogar auf arteriosklerotische Veränderungen im Pulmonalgebiet hindeutet, muß für die Diagnose ebenfalls beachtet werden. Viele der umschriebenen, teils scharfen, teils mehr verwaschenen Schattenflecke deuten auf alte, vernarbte und frische, hämorrhagische Infarkte hin.

Narkoseempfindlichkeit und Shockbereitschaft. Als sicher bekannt darf man die Entstehung der Azidose durch Chloroform und Aethernarkose sowie auch durch Shock (Wymer) annehmen. Befindet sich nun ein Warmblüter a priori im Erschöpfungszustand seiner Alkalireserven, ist sein Regulatorensystem angegriffen im Sinne einer Azidose, so ist er einer Aether- und Chloroformnarkose, sowie dem Operationsshock schlecht gewachsen; es kommt zu lebensbedrohenden Zuständen. Die das Atemzentrum anregende Wirkung von Wasserstoffionen kommt unter den Verhältnissen dieser Narkosen meist nicht zustande, offenbar durch Lähmung der betreffenden Zellen, die durch Säure eher gefördert als gehemmt erscheinen. Oft wurde am Tier das ganz allmähliche, unmerkliche Asphyktischwerden beobachtet, das man vom Operationstisch her kennt und als schlimmes Vorzeichen fürchtet, denn solche Kranke erholen sich trotz aller Vorsicht schlecht oder gar nicht und können noch nach Stunden oder Tagen sterben. Die Verfasser gewannen den Eindruck, daß unter der Wirkung der Azidose an den lebenswichtigen Zentren eine Schädigung zustandekommt, welche sich durch Mangel an Reversibilität auszeichnet.

Somit wurde gefunden, daß Verschiebungen im Säurebasengleichgewicht nach der sauren Seite eine Gefahr für die Narkose und die Operationsbehandlung bedeuten, während die künstliche Erhöhung der Alkalireserve im Versuch eine erhebliche Zunahme der Toleranz gegenüber Narkotika (Chloroform und Aether) und Eingriff eintreten läßt. In gleich günstigem Sinne wirkt die Narzylennarkose. Die klinische Erfassung dieser experimentell erwiesenen Tatsachen erscheint den Verfassern danach von weitgehender Bedeutung.

Genuine Epilepsie. Kein epileptisches Gehirn hat eine normale Oberfläche, ferner bestehen bei 75% der genuinen Epilepsiefälle erhöhter Hirndruck und chronische entzündliche Veränderung in der Arachnoidea, die zu erhöhter Bildung von Zerebrospinalflüssigkeit im Subrachnoidealraum und zu narbigen Veränderungen in dem Arachnoidealraum führen, wodurch die Durchspülung des Subarachnoidealraumes und der Stoffwechsel in der ganzen Hirnrinde behindert wird. Auch der Druck der angesammelten Flüssigkeit wirkt in demselben Sinne. Der Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit zeigt, daß es sich wohl um entzündliche Vorgänge handelt. In diesen Veränderungen sieht der Verfasser die Ursache der Epilepsie. Da diese auch bei allen sogenannten symptomatischen Epilepsien anerkannt sind, ist eine Sonderstellung der genuinen Epilepsie nicht mehr notwendig. Die Veränderungen der Meningen sind meist so gering, daß sie nur am lebenden Gehirn gesehen werden, am toten Gehirn nicht mehr.

Behandlung der Tabes mit Malaria. Wie auch andere Autoren steht der Verfasser auf dem Standpunkt, daß die Malariabehandlung imstande ist, die Tabes in einem hohen Prozentsatz der Fälle günstig zu beeinflussen, daß sie zwar eine gewisse Gefahr in sich birgt, diese aber bei Vorsicht auf ein Mindestmaß herabgedrückt wird. Er hält sich somit für durchaus berechtigt, die Malariakur weiter anzuwenden und zu empfehlen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 37, 10. September 1926.

- Funktionelle Gefäßstörungen unter besonderer Berücksichtigung des Zentralnervensystems. Neubürger.
- * Gewebsatmung. Meyer, Erich und Reinhold.
- Energiehaushalt, Wasserhaushalt und Gewicht bei Fettsucht. Lauter.
- Wirkungsmechanismus des Salvarsans. Mayer.
- * Mediaverkalkung und Kalkgicht. Müller.
- Prüfung des Ohmschen Venenpulszeichners. Ohm.
- * Haschisch-Rausch. Joel und Fränkel.
- * Chinosol. Heubner und Siegel.
- Beiträge zum Permeabilitäts-Problem. Engel und Kerekes.
- Physiologische Untersuchungen an einem diabetischen Hunde. Krzywanek.
- Spätwirkungen erschöpfender Muskelarbeit auf den Sauerstoffverbrauch. Herxheimer, Wissing und Wolff.
- Kongenital-luische Aorten-Insuffizienz. Reiche.
- Klinik der Myotonia congenita. Hamburger.
- Einfluß der sozialen Lage auf die Entwicklung der Kleinkinder im Alter von 2—6 Jahren. Zellner.
- Unterricht in der physikalischen Therapie. Grober.

Gewebsatmung. Die Tierversuche der Verfasser ergaben, daß es mit der angewandten spektroskopischen Methode gelingt, Veränderungen im Sauerstoffverbrauch der Gewebe zu erkennen. Sie fanden, daß geschädigtes Gewebe eine herabgesetzte Sauerstoffzehrung besitzt, und daß diese bereits nach verhältnismäßig kurzdauernder Schädigung eintritt. Eine Schädigung des Gewebes entsteht durch Abklemmung oder artefizielle Infiltration des Gewebes. Diese Feststellung ist für die Vorgänge bei der Wundheilung von Bedeutung, bei der es auf eine optimale Atmung der Gewebe ankommt.

Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr durch kurzes Abklemmen der Trachea führt zu einer Beschleunigung der Sauerstoffzehrung im Gewebe. Der Versuch ist wohl so zu deuten, daß durch Aufhebung der Sauerstoffaufnahme durch die Lunge ein Sauerstoffhunger der Gewebe entsteht und nach Unterbrechung der Zirkulation der in verminderter Menge angebotene Sauerstoff schneller verbraucht wird.

Chinin setzt die Gewebsatmung herab. In Fällen, in denen es eine zentrale Erregung hervorruft, wird hierdurch die hemmende Wirkung verdeckt. Nach den Beobachtungen der Verfasser lähmt Zyankalium die Gewebsatmung.

Die Injektion von Proteinkörpern (Milch, Typhusimpfstoff) beschleunigt ohne Steigerung der Temperatur die Gewebsatmung. Die Beschleunigung kann über mehrere Tage anhalten. Nach Coffein konnte ebenfalls eine Beschleunigung der Sauerstoffzehrung beobachtet werden. Ob und inwieweit insbesondere beim Koffein neben der direkten Einwirkung auf die Zelle eine Veränderung in der Kapillardurchströmung von Bedeutung ist, können die Verfasser vorläufig noch nicht entscheiden; es sind aber hierüber Versuche im Gange.

Bei einigen Giften (Chinin, Zyankali, Typhusimpfstoff) fanden sie außer der geschilderten Wirkung noch eine zweite, die dann auftritt, wenn die Erregung des Zentralnervensystems vorherrscht. Es kommt dabei zu einer hochgradigen Steigerung der Sauerstoffzehrung des Gewebes.

Ob man auf Grund dieser Beobachtungen über den Sauerstoffverbrauch in der Haut berechtigt ist, Schlüsse auf den Sauerstoffverbrauch in anderen Organen oder auf den Gesamtstoffwechsel zu ziehen, muß noch weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben.

Die Verfasser stellten Selbstversuche sowie Versuche an Kranken verschiedener Art an, aus diesen geht hervor, daß die

Methode auch am Menschen anwendbar ist. Es kann auf Grund dieser Untersuchungen vorläufig nur gesagt werden, daß beim Morbus Basedow die Sauerstoffzehrung beschleunigt, bei der endogenen Fettsucht annähernd normal ist.

Mediaverkalkung und Kalkgicht. Die Beobachtungen der menschlichen Pathologie und die älteren Experimente sprechen dafür, daß der Angriffspunkt der ursächlichen Stoffwechselwirkung bei der Kalkgicht sehr wahrscheinlich in den Nieren gelegen ist. Ob dabei tatsächlich, wie man aus den Versuchen Rabls folgern könnte, Störungen der Wasserstoffionenkonzentration eine hervorragende Rolle spielen, das müßte erst durch Untersuchungen der Kliniker an Nierenkranken festgestellt werden. Der Verfasser möchte aber den weiteren Schluß ziehen, daß alle Mediaverkalkungen, soweit sie nicht erwiesenermaßen als dystrophische anzusprechen sind, auf die gleiche ursächliche Stoffwechselstörung bezogen werden müssen, nur mit dem Unterschied, daß die reinen Verkalkungen Mönckebergs einem chronischen, langsamen Verlauf entsprechen, während die Kalkgicht und die Kalkmetastase die akute Form der gleichen Krankheit darstellen.

Haschisch-Rausch. Die Verfasser stellen der Pharmakopsychologie die experimentelle Psychopathologie mit bestimmten neuartigen Methoden gegenüber, und machten unter solchen Gesichtspunkten Studien mit verschiedenen Rauschmitteln bei geeigneten und in der Selbstbeobachtung geübten Versuchspersonen. Bei der Haschischvergiftung schildern sie die allgemeine Bedeutung von Rauschgiftversuchen, analysieren Rauschbewußtsein, Realitätsbewußtsein, Zeitsinn, Zwangserleben, Motorik, Vorstellungs- und Gedankenablauf sowie die Primitivreaktionen. Der Rausch baut die komplexe Persönlichkeit ab und läßt charakteristische Reaktionsformen zum Durchbruch kommen. Sie haben deliranten, motorischen, paranoiden Typ. Diese Typen können sich im gleichen Rausch ablösen und untereinander verbinden. Bei fast allen Rauschzuständen ist ein Regreß ins Infantile erkennbar.

Chinosol. Das Chinosol wurde von den Verfassern vor längerer Zeit auf Wunsch der Herstellungsfirma geprüft und zwar mit recht wenig guten Ergebnissen. Die Verfasser hätten diese negativen Resultate nicht veröffentlicht, wenn nicht ein m. E. haarsträubender Prospekt der Firma das Mittel in den höchsten Tönen anpriese. Das Mittel ist eine Mischung äquivalenter Mengen von o-Oxychinolin und Kaliumbisulfat. Das Chinosol dürfe zu keinen besonderen Leistungen berufen sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1., Nr. 36, 1926.

* Geschichtliche und kritische Erörterungen der im internationalen Schiffahrtsverkehr bis zum Kriegsausbruch bestehenden gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Conrad.

Geschichtliche und kritische Erörterungen der im internationalen Schiffahrtsverkehr bis zum Kriegsausbruch bestehenden gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Von dieser historisch-kritischen Arbeit seien folgende Schlußthesen angeführt: Die mittelalterliche Land- und See-Quarantäne ist der Ausgangspunkt gewesen für die Entwickelung der in der internationalen Schiffahrt geltenden, gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Die Verkehrsbedürfnisse im Suezkanal und der diesbezügliche Einfluß Englands haben dazu geführt, daß 1892 im Suezkanal und demzufolge 1893 in Europa das neuzeitliche Inoperationssystem eingeführt wurde. Die jetzt geltenden internationalen Bestimmungen mit Bezug auf Cholera, Pest und Gelbfieber sind auf Flecktyphus, Pocken und Trachom auszudehnen, und eine internationale Ueberwachung der mohammedanischen Pilgerstätten ist einzuführen.

Michaelis, Bitterfeld.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

116., Heft 3/4.

Gekreuzte Bluttransfusionen bei Urämie. Nyiri.
Gewöhnung an Narkotika. Haffner und Wind.
Beeinflußbarkeit der Narkose des Froschherzens. Wind.
Die Wirkungsvariation im Gemisch Veronal-Phenazetin. Käer und Loewei
Die Säugerherzwirkung von Strophanthus-Digitalis-Gemischen. Snamenski.
Versuche der Blutauswaschungen am Lebenden mit Hilfe der Dialyse. Haas.
Aminosäureaufnahme durch Erythrozyten und ihre Beziehungen zur Reststickstoffverteilung. Häusler.
Wirkung einwertiger Kationen, insbesondere des Kaliums auf die Herzreizbildung beim Frosch. Kisch.
Wirkung des Kampfers und einiger Kampferersatzpräparate auf das Rückenmark der dekapitierten Katze. Blume.
Wirkung verschiedener Arzneimittel auf die Schmerzempfindlichkeit der Zahnpulpa. Heinroth.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

Heft 16.

Krankenhausverwaltung und Hygieneausstellung. Weinstock.
* 25 Jahre ärztlicher Tätigkeit im Kinderasyl der Stadt Berlin. Meyer.
Betrachtungen über Einrichtung einer Diätküche vom wirtschaftlichen Standpunkt. Schaper.
Matratzen, ihre Form, Füllung und Instandhaltung. Hättasch.
Das Verordnen von Spezialitäten. Richter.
Kognak, seine Herstellung und Beurteilung. Martell.
Gummitreibriemen für Wäscheschleudern (Zentrifugen). Voges.

25 Jahre ärztlicher Tätigkeit im Kinderasyl der Stadt Berlin. Der Leiter des Kinderasyls der Stadt Berlin gibt in diesem Aufsatz einen Ueberblick über die Entwicklung der Säuglingsfürsorge. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit wird an Zahlenmaterial gezeigt. Die Hauptursachen der Säuglingssterblichkeit wird kritisch zusammengefaßt. Die Geschichte des Kinderasyls spiegelt einen Teil der Entwicklung der öffentlichen Säuglingsfürsorge wieder.

Heft 17.

Wärmewirtschaftliche Fragen. Aschof.
Das neue Röntgeninstitut der Privatfrauenklinik San.-Rat Littauer-Dr. Hirschberg in Leipzig. Hirschberg.
* Wem soll die verantwortliche Leitung eines Krankenhauses übertragen werden? Braeuning.
* Verhütung und Bekämpfung von Nahrungsmittelvergiftungen in geschlossenen Anstalten. Gutfeld.
Herstellung und Aufbewahrung steriler Lösungen unter besonderer Berücksichtigung des Tutocains. Steichele.
Schweineschmalz, seine Herstellung und Prüfung. Martell.

Wem soll die verantwortliche Leitung eines Krankenhauses übertragen werden? Die Aerzte treten dafür ein, daß die Leitung des Krankenhauses ausschließlich in ärztlichen Händen liegt, die Verwaltungsbeamten sind für ihre Gleichstellung mit den rein medizinischen Fachleuten. In der letzten Zeit sind häufiger Verwaltungsbeamte zu Worte gekommen. Die Leitung eines Krankenhauses muß nach Ansicht des Verf. einheitlich sein und soll daher durch den Chefarzt erfolgen. Gleichstellung von Arzt und Verwaltungsbeamten führt zu Reibereien, mindestens zu schwer überbrückbaren Mißverständnissen. Es würde behauptet, der Verwaltungsbeamte sähe seine Hauptaufgabe im Sparen und der Chefarzt in der besten Krankenversorgung. Der Arzt kann am besten beurteilen, wo gespart werden darf. Wenn Verwaltungsbeamte dafür eintreten, daß sich zwischen Arzt und Verwaltungsbeamten eine mittlere Linie finden muß, so ist nach Ansicht von B. diese Linie unerwünschte Mittelmäßigkeit. Es ist sicher, daß Aerzte oft keine ausreichende Kenntnis in Verwaltungsfragen haben. Die Behörden müßten mehr als bisher bei der Anstellung von ärztlichen Verwaltungsdirektoren neben klinischer und wissenschaftlicher Befähigung auch verwaltungstechnische Fähigkeiten verlangen. Weder Arzt noch Verwaltungsbeamter hat die Zeit, sich in alle Zweige der Organisation zu vertiefen. Ein jeder Teil des Krankenhausbetriebes muß seinen verantwortlichen, aber dem ärztlichen Direktor unterstellten Leiter haben. (Verfasser ist der ärztliche Verwaltungsdirektor eines Tuberkulosekrankenhauses. Läßt sich eine solche Regelung auch für andersgeartete Krankenanstalten mit Erfolg durchführen? Anmerk. des Ref.)

Verhütung und Bekämpfung von Nahrungsmittelvergiftungen in geschlossenen Anstalten. Trotz mustergültiger Durchführung der Fleischbeschau in Deutschland ist es unmöglich, einige wenige Bakterien in einer Fleischprobe festzustellen. Gelegentlich kommen in Anstalten Nahrungsmittelinfektionen vor. Bekanntlich meldet sich das Anstaltspersonal beim Auftreten von Magen-Darmstörungen selten. Durch Verfügungen und regelmäßige belehrende Vorträge ist diesem Umstand entgegenzuarbeiten. Von erkrankten Personen müssen sofort Blut-, Stuhl- und Urinproben zur bakteriologischen Untersuchung eingeschickt werden. Während der Sommermonate muß die Untersuchung auf Bazillenträger in geringen Zeitabständen erfolgen. Erfahrungsgemäß gelingt es selten, beim Eintreten einer Nahrungsmittelinfektion die schuldige Speise nachträglich herauszufinden. Es muß daher verlangt werden, daß Teile sämtlicher an einem Tage verarbeiteter Lebensmittel in ungekochtem Zustande mindestens 24 Stunden in sauberen verschlossenen Gefäßen im Eisschrank aufbewahrt werden.

Herstellung und Aufbewahrung steriler Lösungen unter besonderer Berücksichtigung des Tutokains. Größere Krankenhäuser sind niemals sicher, plötzlich einen oder mehrere Eingriffe in örtlicher Betäubung ausführen zu müssen. Vom Krankenhausapotheker wird zweckmäßig das Anästhesiemittel in Substanz bezogen. Der Preis ist billiger, und jede gewünschte Konzentration kann selbst hergestellt werden. Zur Aufbewahrung wurde ein einheitlicher Flaschentypus gewählt. Gläser, die Alkali ausscheiden, wie gewöhnliches Natronglas, sind für diese Zwecke ungeeignet. Die Firma Schott u. Gen.-Jena stellt unter dem Namen Fiolaglas ein Normalglas mit geringster Alkaliabgabe her. Die Firma Greiner, Neuhaus a. Remweg, stellt die Aufbewahrungsgläser verschiedener Größe her. Wichtig ist ein Verschluß mit Gummikappe; da alle Röhrengläser gleichweite Halsöffnung haben, wird eine einheitliche Verschlußkappengröße von der Firma Schack und Pearson, Hamburg, Burstah 29, hergestellt. Zur Aufbewahrung des Suprarenins wird ein besonderes Gefäß, das Sterilgläschen nach Hinz-Thim, Firma Braun-Melsungen benutzt. Größte Sparsamkeit und Haltbarkeit der anästhesierenden Wirkung sprechen für die Zweckmäßigkeit der lange erprobten Methode.

Heft 18.

Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen.

Heft 19.

* Herrmann Brehmer. Schelenz.
Das Tuberkulosekrankenhaus (für innerlich Tuberkulosekranke) der Stadt Breslau in der Heilstätte Herrnprotsch. Brieger.
* Die Verweildauer des Kranken im Krankenhaus. Alter.
Neubau des Physikalisch-Therapeutischen Instituts der Universität Jena. Riemerschmid und Grober.
Wärmewirtschaftliche Fragen Aschof.
* Zahnärztliche Stationen an Krankenhäusern. Frohmann.
Der Doecker-Pavillon auf der Gesolei. Stein.

Herrmann Brehmer. Verf. betont in seiner kleinen Denkschrift zum 100. Geburtstag von Brehmer mit Recht, wie wichtig die Kenntnis geschichtlicher Tatsachen auf dem Gebiet der Tuberkuloseforschung ist. 1857 wirkte Brehmer revolutionär mit seinem Buch: „Die chronische Lungenschwindsucht und Tuberkulose, ihre Ursache und ihre Heilung.“ Ueberall wurde er von Hochschullehrern bekämpft, denn er war nur praktischer Arzt in Görbersdorf. Alexander von Humboldt, Schönlein und Flügge-Hannover waren die einzigen, die den Begründer des Heilstättenwesens förderten. Eine gründliche naturwissenschaftlich-mathematische Ausbildung befähigte diese eigenartige, mit Tatkraft, Weitblick und auch persönlicher Engherzigkeit ausgestattete Persönlichkeit zu neuartigen Schöpfungen. Manche seiner Gedanken, wie die Auffassung der Pathogenese, die Alkohol- und Wasserbehandlung sind überholt. Die Pläne der Unterbringung Tuberkulöser in gesonderten Anstalten, die Freilufttherapie, die Auffassung von dem günstigen Einfluß klimatischer Faktoren auf die Heilbarkeit sind geblieben.

Die Verweildauer des Kranken im Krankenhaus. Die Auskunftsstelle Düsseldorf hat an 161 Krankenhäuser Deutschlands mit verschieden hoher Belegziffer eine Rundfrage über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Klassenpatienten und Kranken III. Klasse gerichtet. Trotz der verhältnismäßig geringen Zahl, die sich auf Erhebungen aus dem ungünstigen Verwaltungsjahr 1925 gründen, lassen sich einige sichere Schlüsse ziehen: I. Die Aufenthaltsdauer ist in der III. Klasse stets höher. II. Die geringste Belegzeit zeigen kleine städtische Krankenhäuser unter 150 Betten, die höchste großstädtische Anstalten mit mehr als 2000 Betten. Ganz anders ist es in Amerika, neuerdings auch in Frankreich und England. Ganz frühzeitig setzt eine offene Krankenhausfürsorge ein, die ausreichende Schonung entlassener Kranker erstrebt. Auch in Deutschland sollte in größerem Umfang die Fürsorge dafür eintreten, daß Rekonvaleszenten mit schlechter häuslicher Versorgung die Genesungsperiode nicht in den überfüllten Anstalten verbringen.

Zahnärztliche Stationen an Krankenhäusern und ähnlichen Anstalten. Jedes große Krankenhaus muß eine zahnärztliche Station mit Betten haben. Die Station darf von vornherein nicht zu klein angelegt werden, weil kleine Stationen unwirtschaftlich arbeiten. Die große Inanspruchnahme der zahnärztlichen Hilfe würde besonders auch durch die langdauernde und zahlreiche Nachbehandlung der einmal dort aufgenommenen, bis 80%, rasch eine Vermehrung von Zahnärzten, Pflegepersonal und Betten erfordern. Die Tätigkeit des Zahnarztes besteht in der Behandlung: 1. der akuten Zahnschmerzen, akuter, subakuter und chronischer Zahn- und Kiefererkrankungen ambulant auf seiner Abteilung (wenn nicht möglich, auf den in Frage kommenden Stationen). 2. in der Feststellung des Mundstatus möglichst bei allen Kranken. 3. in der Behandlung der frisch eingelieferten schweren Zahn- und Kieferfälle, Kieferbrüche usw. 4. der plastischen Operationen an Kiefern und benachbarten Weichteilen des Gesichts. 5. in der Herstellung von Stütz- und Dehnungsapparaten für den Mund und Ersatzprothesen von Gesichtsteilen, in Vereinbarung mit den Chirurgen über die Schnittführung.

Gottstein.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

23., Nr. 16, 15. August 1926.

* Behandlung der Neurolues. Nonne.
Behandlung des Tetanus neonatorum. Boecker.
* Moderne Syphilisbehandlung und ihre Bedeutung für die Heilung. Galewsky.
Technik und Verwendung der Paravertebralanästhesie. Wiedhopf.

Behandlung der Neurolues. Unter Neurolues begriff man bisher 3 verschiedene Formen. Nämlich die Endarteriitis, ferner die meningitische Form, die entweder am Hirn und im Rückenmark oder nur an einem von beiden auftritt und drittens die gummöse Form. Seit der Untersuchung des Liquor wissen wir, daß dieser schon außerordentlich früh erkrankt. Oft ist er auch nur allein krank, ohne sonstige Anzeichen. Die Frage, ob bei Erkrankung des Liquors schon eine Neurolues vorliegt, ist noch nicht geklärt. Auch die Tabes und Paralyse rechnet man zur Neurolues. Das Wichtigste ist bei dieser Erkrankung die Prophylaxe. Seit Einführung des Salvarsans weiß man, daß die Lues geheilt werden kann durch die Tatsache der Neuinfektionen, doch sind viele Fälle bekannt, wo nach gelungener Abortivkur doch später eine Neurolues auftrat. Nach dem heutigen Standpunkt muß die kombinierte Quecksilber-Salvarsankur im ersten Jahr mindestens drei- bis viermal durchgeführt werden. Das Gesicht der Lues hat sich geändert. Man sieht die Lues II heute viel seltener. Die Tabes und Paralyse ist jedoch bisher nicht seltener geworden. Man beobachtete, daß diese Erkrankungen vorwiegend bei solchen Menschen auftraten, bei denen die Lues II fehlte. Wenn die Infektion unbekannt und daher nicht behandelt war, war die Inkubation eine ungewöhnlich lange. Sicher ist, daß eine ungenügende Behandlung gefährlicher ist, als eine Nichtbehandlung. Eine wichtige Rolle spielt vor allem die dem Organismus innewohnende Abwehrfähigkeit. Außer der spezifischen Behandlung muß vor allem der Körper gekräftigt werden. Was die Behandlung der manifesten Neurolues anlangt, steht auch heute noch Quecksilber und Jod an erster Stelle. Salvarsan hat die Aussichten nicht gebessert. Daher soll man bei den drei Formen der Neurolues stets Quecksilber geben, wobei die Schmierkur besser wirkt als die Injektion. Falls letztere nötig werden, ist Wismut zu bevorzugen. Es ist zwecklos, die Kur fortzusetzen bis alle Symptome verschwunden sind. Denn wenn sich Narbengewebe gebildet hat, bleiben oft noch Symptome zurück. Man muß das Gesamtbild beurteilen, wie lange man behandeln soll, wozu große Erfahrung gehört. Die Heilung des Liquors ist sicher ein günstiges Zeichen, doch bietet sie keine Garantie. Umgekehrt kann ein Kranker gesund bleiben, auch wenn der Liquor nicht geheilt ist. Auch hier ist die Beurteilung des Gesamtbildes die Hauptsache. Die Erfolge der spezifischen Therapie bei Neurolues sind bisher nicht gut gewesen und haben sich erst seit Einführung der Malariatherapie, besonders bei der Paralyse, gebessert. Nach Wagner sollen 30% wieder erwerbsfähig werden, die Remissionen sind langdauernd und nur ein kleiner Prozentsatz bleibt ungebessert. Die stürmisch einsetzenden Fälle liegen für die Behandlung günstiger als die langsamen. Der beste Malariatyp ist der Quartanatyp. Bei Miterkrankung des Herzens ist die Kur jedoch gefährlich. Ebenso ist bei chronischen konstitutionellen Erkrankungen abzuraten. Bei der Tabes sind die Erfahrungen noch nicht groß und schwerer zu beurteilen, da oft Spontanbesserung auftritt. Ueberhaupt soll man in der Therapie der Tabes nicht zu aktiv sein. Ueber die intralumbale Behandlung der Neurolues sind die Akten noch nicht geschlossen. Die damit verbundenen Gefahren sind nicht zu unterschätzen. Wie Verfasser eingehend ausführte, ist bei der Behandlung der Neurolues Vorsicht und große Kritik am Platze.

Moderne Syphilisbehandlung und ihre Bedeutung für die Heilung der Syphilis. Bei der modernen Luesbehandlung stehen 3 Fragen im Vordergrunde des Interesses.

1. Wird die Lues durch Salvarsan wirklich geheilt oder nur scheinbar?
2. Wird durch die Frühbehandlung die Lues II verhindert, die Lues III jedoch nicht?
3. Ist daher die Paralyse nicht im Abnehmen?

Die Salvarsanbehandlung hat den Zweck, das Eindringen der Spirochäte in den Körper zu verhindern, die eingedrungenen abzutöten und durch Steigerung der Schutzkräfte des Körpers die Heilung zu erreichen. Bei der Prophylaxe hat sich Sublimat zur äußeren Anwendung am besten bewährt. Das Stovarsol kann man ebenfalls als Vorbeugungsmittel sehr empfehlen. Ob es das Salvarsan ersetzen kann, ist fraglich. Man nimmt in Deutschland an, daß das auch unter dem Namen Spirozid gebräuchliche Präparat schwächer ist. Die

Abortivbehandlung ist in den letzten Jahren sehr gefördert worden. Die Trennung der seronegativen und seropositiven Lues ist nur scheinbar. Die Diagnose muß schnellstens gesichert werden, damit die Abortivkur wirken soll. Verfasser schildert seine Methode der Abortivkur und hebt hervor, daß die Kur nicht verzettelt werden darf, daß keine zu kleinen Dosen gegeben werden und daß der Zwischenraum zwischen erster und zweiter Kur höchstens 6 Wochen betragen darf. Es ist zu hoffen, daß die Zahl der Ansteckungen im Rückgange ist und wir von einer Abnahme der Lues I sprechen können. Im Gegensatz zu Nonne ist Verfasser der Meinung, daß wir es mit einer Abnahme auch der Lues III zu tun haben. Auch die Form der Tabes und Paralyse scheint milder geworden zu sein. Das Wismut ist ein gutes Ersatzmittel für das Quecksilber. Eine abortive Heilung allein, vermag es nicht zu erzielen. Als sehr großen Fortschritt bezeichnet der Verfasser die Malariabehandlung der Paralyse. Auch bei Tabes sind in geeigneten Fällen Erfolge zu erzielen. Die Nachbehandlung mit Salvarsan wird neuerdings sehr empfohlen, jedoch darf man nicht vergessen, daß die Malariaimpfung ein schwerer Eingriff ist und auch schon Todesfälle beobachtet wurden. Jedenfalls haben wir in der Behandlung der Lues große Fortschritte gemacht und brauchen den Paralytiker nicht mehr als hoffnungslosen Fall zu betrachten.

23., Nr. 17, 1. September 1926.

Hauterkrankungen und innere Medizin. Buschke u. Gumpert.
✦ Chromodiagnostik der Leberfunktion. Lepehne.
✦ Neue Forschungen über Masernerreger und Masernschutz. von Mallinckord.
Dringliche Chirurgie des praktischen Arztes. Sonntag.
Ursachen plötzlicher Todesfälle beim Baden. Rosin.

Chromodiagnostik der Leberfunktion. Zur Funktionsprüfung der Leber verwendete man früher Methylenblau, welches mit der Galle ausgeschieden wird. Brauchbare Ergebnisse erzielte man jedoch nicht. Man versuchte es dann mit parenteral beigebrachten Farbstoffen, jedoch ließen sich aus der Zeit zwischen Injektionen und Auftreten des Farbstoffes in der Galle keine Schlüsse auf Störungen ziehen. Die Bestimmung der Farbstoffmenge dagegen soll ein gutes Maß der Leberfunktion sein. Weitere Versuche wurden mit Indigokarmin gemacht. Spritzt man diese Lösung in die Vene, so scheidet die gesunde Leber den Farbstoff nach 15—45 Minuten aus. Bei Erkrankung der Leber ist die Ausscheidung stark verzögert oder überhaupt nicht vorhanden. Diese Probe ist von vielen Seiten nachgeprüft und bestätigt worden. Auch die Prüfung mittels Einführung der Duodenalsonde wird vielfach angewendet, zumal mit ihr oft therapeutische Erfolge verbunden sind. Man untersuchte auch das Auftreten des Farbstoffes im Blut und konnte feststellen, daß beim Gesunden nach einer Stunde kein Farbstoff mehr im Blut ist, während Bei Erkrankungen der Leber der Versuch noch positiv war. Man hat jedenfalls mit dieser Methodik eine verhältnismäßig einfache und genau reagierende Funktionsprobe der Leber. Hierbei ist von besonderer Wichtigkeit, daß nicht nur die klinisch sichtbaren Erkrankungen, sondern auch beginnende Leiden mit dieser Methode festgestellt werden können.

Neue Forschungen über Masernerreger und Masernschutz. Bei den Erkrankungen mit unbestimmtem Erreger sind die Untersuchungen über Schutzimpfungen noch sehr unklar. Bei den Masern gelang es, durch Uebertragung von Nasenschleim kranker Menschen typische Masern hervorzurufen. Italienische Forscher behaupten, den Masernerreger gefunden zu haben. Diese Versuche konnten von deutschen Forschern nicht bestätigt werden. Versuche mit italienischen Vakzinen hatten negativen Erfolg. Dagegen haben österreichische Forscher eine gewisse Wirksamkeit der Impfung nicht abgelehnt. Nach Degkwitz ist das Masern-Virus ein unsichtbarer Erreger, der im Nasensekret und im Blut kurz vor dem Ausschlag vorhanden ist, so daß die Behandlung mit Serum von an Masern Erkrankten versucht wurde. Ein absoluter Schutz wird nur in 50% erreicht. Degkwitz stellte weiter fest, daß das Virus erhalten werden konnte und sich auch vermehrte. Die aktiven Schutzimpfungen wurden von ihm eingeführt, waren jedoch nicht ungefährlich. Um einen anaphylaktischen Schock zu vermeiden, verwendete er Schafserum. Von großer Wichtigkeit ist der Tag der Impfung, da der Schutz nur dann eintritt, wenn die Injektion vor dem 7. Tage der Infektion erfolgt. Nicht nur bei erkrankten, sondern auch bei bedrohten Kindern hatte das Serum gute Erfolge. Verfasser hat die Methode nachgeprüft und kann sie besonders bei gefährdeten Kindern sehr empfehlen.

Kosminski.

Allgemeine Homöopathische Zeitung.

174., Nr. 2, Juni 1926.

Causticum. Wagner.
Causticum. Aebly.
Prof. Much und die Homöopathie. Aebly.
Homöopathie in Frankreich. Balzli.
✦ Homöopathische Therapie der Lungentuberkulose. Trouvère.
Eine interessante Reminiszenz. Balzli.

Homöopathische Therapie der Lungentuberkulose. Im Anschluß an frühere Veröffentlichungen anderer homöopathischer Kollegen bespricht der Verfasser die von ihm meist benutzten und bewährt gefundenen homöopathischen Medikamente bei der Lungentuberkulose. Mit Recht stellt er den Phosphor an die Spitze, obwohl er glaubt, eine oft nicht indizierte Anwendung des Medikamentes rügen zu müssen. Besonders bewährt gefunden im Beginn der Tuberkulose und im Endstadium zur Erzielung der Euthanasie. Besonders bei beginnender Tuberkulose ist vor der Anwendung tieferer Potenzen als die 15. Dezimalpotenz zu warnen. Gleichfalls für das erste und auch das zweite Stadium kommt Arsenicum jodatum in Frage. Stannum deckt vor allem die Tuberkulose, welche zu „unerwarteten“ Gemütssymptomen führt, d. h. Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit. Silicea wird über- und unterschätzt. Zur zweckentsprechenden Anwendung muß man sich streng an das Prüfungsbild halten. Es folgt eine Reihe weiterer Mittel mit einzelnen Indikationen und die Besprechung der üblichen diätetischen und physikalischen Therapie.

Dermitzel.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie.

Heft 9, September 1926.

✦ Eine Frage der Pharmakotechnik. Kranz-Busch.
✦ Antipyrin bei Scharlach und Dysmenorrhoe. Gisevius.
Scharlach und Antipyrin. Diskussionsbemerkungen.
Opium und seine Gemütssymptome. Planer.
✦ Fünf Malariafälle. Nordwall.

Eine Frage der Pharmakotechnik. Hahnemann stellte vor 100 Jahren die Behauptung auf, daß „die Substanzen durch die pharmakotechnische Behandlung ihr physikalisch-chemisches Verhalten dergestalt verändern, daß, wenn man in ihrer rohen Stoffgestalt nie eine Auflösbarkeit derselben in Wasser oder Weingeist wahrnehmen kann, sie nach dieser Behandlung doch gänzlich sowohl in Wasser wie in Weingeist auflöslich werden.“ Mit der sechsten Dezimalverreibung sollte die Auflösbarkeit beginnen. Diese Lehre Hahnemanns hat Verfasser in einer großen Reihe von Versuchen nachgeprüft, nachdem schon vor ihm von anderer Seite die Richtigkeit dieser Lehre angezweifelt war, so von Prof. Wesselhoeft, Boston, welcher bei seinen Verreibungen die Stoffteilchen je nach der Ursubstanz bis auf $^{1}/_{1200}$ mm bis $^{1}/_{3000}$ mm verkleinern konnte. Doch ließ sich darüber hinaus eine Verkleinerung trotz weiterer Verreibung nicht mehr erzielen. Diese Ergebnisse Wesselhoefts hat Verfasser mit den modernen mikroskopischen Meßmethoden nachgeprüft und ihre Richtigkeit erwiesen. Die Untersuchungen ergaben, daß die aus der sechsten Verreibung hergestellten Auflösungen Polydispersoide sind. Es muß also bei weiteren Potenzierungen sehr rasch der Fall eintreten, daß sich in großen Teilen des Medikamentes keine Spur der betreffenden Arzneisubstanz findet, wie ja auch als derzeitig erkannte Grenze für die Anwesenheit des letzten Moleküls die 24. Dezimalpotenz gilt. Wie sind nun die nicht von der Hand zu weisenden Wirkungen der Hochpotenzen zu erklären? In niederen Potenzen rechnet Verfasser mit grob-materiellen Wirkungen, während es sich bei den Hochpotenzen nur um immaterielle resp. ultra-materielle Wirkungen handeln kann, welche er sich als elektrisch-magnetische Schwingungen im Lichte der modernen Forschung vorstellt, Anschauungen, welche auch Krawkow bei seinen Untersuchungen über die Empfindlichkeit des lebenden Protoplasmas als Erklärung für die von ihm nachgewiesene Wirksamkeit der 30. Dezimalpotenz heranzieht. Aus London berichtet Verfasser, daß dort bei Arbeiten mit dem Emanometer noch deutliche Reaktionen des Instrumentes bei der 400. Dezimalpotenz von Natrium muriaticum erfolgt sind. Sollten die festgesetzten Versuche die Richtigkeit der bisherigen Beobachtungen ergeben, haben wir es zweifellos mit einer der wichtigsten Entdeckungen der Neuzeit zu tun, und auch die heißumstrittene Frage der Hochpotenzen würde damit vielleicht eine Klärung finden.

Antipyrin bei Scharlach und Dysmenorrhoe. Bei einem typischen Fall von Scarlatina, welcher sich durch ein enormes Hautjucken auszeichnete und auf verschiedene homöopathische Medikamente schlecht ansprach, führte die Anwendung von Antipyrin zu einem sofortigen Erfolg. Sie erfolgte auf Grund der Aehnlichkeit des Antipyrinbildes, das in seinen Vergiftungserscheinungen in ausgesprochener Weise Hautausschläge, ausgezeichnet durch heftiges Jucken und Brennen, bietet. Zur Anwendung bei Dysmenorrhoe führte den Verfasser eine Beobachtung von Clarke: bei einer Patientin, welche regelmäßig große Mengen des Medikamentes einnahm, wenn sie glaubte Kopfschmerzen zu bekommen, entwickelte sich eine ausgesprochene Dysmenorrhoe, welche nach Aussetzen des Mittels wieder verschwand. Verfasser berichtet über gute Erfolge bei verschiedenen Fällen.

Fünf Malariafälle. Auf Grund feinausgearbeiteter homöopathischer Symptomenbilder gelang die prompte Heilung von fünf beobachteten Malariafällen mit verschiedenen homöopathischen Medikamenten wie Natrium muriaticum D. 6, Ipecacuanha D. 3, Arsenicum album D. 4 und Ignatia D. 4.

Dermitzel.

Zentralblatt für Innere Medizin.

47., Nr. 36, 1926.

* Ueber die Pathogenese der Nierenblutungen und ihre anatomischen Ursachen. Vorläufige Mitteilung. Aus der Med. Univ.-Klin. Halle a. S. Volterra.

Ueber die Pathogenese der Nierenblutungen und ihre anatomischen Ursachen. Untersuchungen über Kapillarblutungen bei 20 Fällen von Nephritis und Nephrosklerose, besonders über kleine, in der bisherigen Literatur nur kurz erwähnte Blutungen. Als wichtigste anatomische Ursache für die Ruptur der Gefäßwand unter dem Druck der Blutströmung fand Verf. eine Veränderung der retikulären Adventitiaschicht der Kapillargefäße und kleinen Venen in Form von Verdickung der Gefäßwand. Sie geht vor sich durch reine Kollagenisierung, d. h. Evolution des retikulären zu kollagenem Bindegewebe, und durch hyaline Degeneration. Charakteristisch für die verschiedenen Nierenkrankheiten scheint die Verteilung der Blutungen zu sein, so treten z. B. Blutungen bei diffuser chronischer Glomerulonephritis immer und fast ausschließlich in der Rinde auf, während die Hämorrhagien bei arteriosklerotischer Niere nie in der Rinde, sondern nur in der Marksubstanz festzustellen sind. Bei Stromaschädigung können die Adventitien der betroffenen kleinen Gefäße ihre Aufgabe nicht erfüllen und lassen Blutzellen in das Gewebe austreten. Ein Fall von rein tubulären Blutungen ohne Glomerulusbeteiligung bei nichteiteriger Herdnephritis nach Endocarditis lenta, bei dem die zerstörende Wirkung auf die Retikularbestandteile der Kapillarwand vermutlich von den Bakterien ausging, wird besonders hervorgehoben. Die Beobachtungen beweisen die Wichtigkeit des Normalzustandes der Retikularschicht (Adventitia) für die Widerstandsfähigkeit der Kapillargefäße und eröffnen nach Ansicht des Verf. dem Studium der allgemeinen Hämorrhagiengenese neue Wege.

47., Nr. 37, 1926.

* Zur Beeinflussung der Blutzuckerregulation bei Leberkranken durch Belastung anderer Funktionen der Leber im Intermediärstoffwechsel. Aus der Deutschen mediz. Univ.-Klin. Prag. O. Klein und Holzer.

Zur Beeinflussung der Blutzuckerregulation bei Leberkranken durch Belastung anderer Funktionen der Leber im Intermediärstoffwechsel. Durch Anreicherung der Kohlehydratreserven wird die Leistungsfähigkeit des Leberparenchyms und des Gesamtorgans gehoben, während Hungern bzw. Kohlehydratkarenz zu Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bzw. der Blutzuckerregulation führt. Die Zufuhr großer Wassermengen ist für die Blutzuckerregulation Leberkranker insofern von Bedeutung, als bei gleichzeitiger Zufuhr großer Wassermengen und Zucker die Blutzuckerkurve meist steriler verläuft und höher ansteigt als unter gleichen Bedingungen ohne Wasserzufuhr. Untersuchungen über das Verhalten der Blutzuckerkurve nach Glukosebelastung unter gleichzeitiger Zufuhr von Harnstoff ergaben, daß unter bestimmter Versuchsanordnung die Blutzuckerkurve bei diffusen Lebererkrankungen (Icterus cat., Cirrhose usw.) bei gleichzeitiger Harnstoffverabreichung weniger hoch ansteigt und früher zum Ausgangswert oder unter diesen hinab absinkt als bei Glukoseverabreichung ohne Harnstoffzufuhr. Diese letzteren Beobachtungen wurden gleichsinnig, aber in geringerem Ausmaß, auch bei gesunden Individuen gemacht. Der Weg der Beeinflussung der Blutzuckerregulation durch die Harnstoffzufuhr ist noch fraglich: Resorption vom Darm glauben die Verff. ausschließen zu sollen und lassen die Frage offen, ob es sich um direkte Beeinflussung der Blutzuckerregulation in der Leber oder um Hemmung des Glykogenabbaues infolge Parasympathikusreizung durch Harnstoff handelt. Veröffentlichung weiterer ausgedehnter Untersuchungen wird in Aussicht gestellt.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

Archiv für Verdauungskrankheiten.

38., Heft 1 bis 2.

Fruktosurie. I. Snapper, A. Grünbaum und S. van Creveld-Amsterdam.
Hämorrhoidalblutungen als vikariierende Menstruation. Liesel Auerbach-Berlin.
* Die Schilddrüsentherapie der Fettsucht. Rud. Fritz Weiß-Berlin.
* Ulkuspathologie und Therapie. Leo Jarno-Budapest.
* Endokrine Faktoren in der Genese und Therapie des Ulcus ventriculi. L. Alkan-Berlin.
Krankheitsbild der „Proctostasis paradoxa“. Josef Schaffler-Budapest.
Frühdiagnose der Neoplasmen im Darmtraktus und ihrer Lokalisation. H. Illoway-New York.
Die wissenschaftliche Bewegung in Spanien während der letzten Zeit. José Ma Rossell-Barcelona.

Die Schilddrüsentherapie der Fettsucht. Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung des Thyreoidins bei Fettsucht ist scharfe Indikationsstellung. Die gewöhnliche Fettsucht ist keineswegs als eine reine Unterfunktion der Schilddrüse aufzufassen. Diese erzeugt vielmehr Myxödem. Bei Fettsüchtigen scheint die Ansprechbarkeit bestimmter Teile des Organismus auf Thyreoidin herabgemindert zu sein. Demgemäß liegt eher ein erhöhter Verbrauch als eine verminderte Produktion an Schilddrüseninkret vor. Zufuhr von Thyreoidin bewirkt infolgedessen Erhöhung des Thyreoidinspiegels, so daß zwar die hormonale Reizdosis entsprechend dem Grad der verminderten Reaktionsbereitschaft im Erfolgsorgan gesteigert wird, aber für die anderen Körperteile Hyperthyreoidismus entsteht. Als Erfolgsorgan ist das Unterhautzellgewebe, das Stütz- und Fettgewebe, an den inneren Organen aufzufassen. Eine Stütze für diese Auffassung ist die Tatsache, daß bei gewöhnlicher Fettsucht der Grundumsatz normal ist. Bei einer solchen Betrachtungsweise werden sowohl die therapeutischen Erfolge wie auch die Schädigungen durch Thyreoidinzufuhr leicht verständlich.

Die Gruppierung der Fettsucht und ihre Therapie geht aus einer im Original einzusehenden Uebersicht hervor, in der Verf. — mit Recht — immer wieder den Wert der Diätetik gegenüber wahlloser Anwendung von Organpräparaten betont. Untersuchungen von B. Zondek und von Straub haben zudem gezeigt, daß die meisten im Handel befindlichen Organpräparate unwirksam sind. Schilddrüsen- und Keimdrüseninkret wirken nur bei oraler Verabreichung von Trockenpräparaten, während Nebennieren-, Hypophysen- und Pankreaspräparate nur bei parenteraler Anwendung wirksam sind. Gut wirksam sind die Merckschen Tabletten und Thyreoid-Dispert.

Ulkuspathologie und Therapie. Verf. hat festgestellt, daß bei Ulcus ventriculi und duodeni eine Hypocholesterinämie besteht, die er in Wechselwirkung mit innersekretorischen und nervösen (Vagus, Sympathikus) Faktoren für die Entstehung der Ulcera verantwortlich macht. Durch orale Verabfolgung eines aus Cholesterin und antipeptischen Substanzen der Galle bestehenden Präparates namens Salvacid gelang ihm die Beseitigung der Ulkussymptome in 2 bis 4 Wochen. Gleichzeitig konnte er feststellen, daß sich infolge der Medikation der Cholesterinspiegel im Serum auf normale Werte erhöht hatte.

Endokrine Faktoren in der Genese und Therapie des Ulcus ventriculi. Untersuchungen von Thorell haben ergeben, daß der Magen anatomisch und funktionell nicht einheitlich, sondern als aus zwei Organen bestehend aufzufassen ist. Diese sind der Mischmagen (Corpus + Fornix) und der Austreibungsmagen (Antrum). Beide Organe haben eine entgegengesetzte Innervation. Der Sympathikus innerviert den größten Teil des Fornix und die in seiner Nähe liegenden Teile der großen Kurvatur motorisch; dagegen hat der Sympathikus längs der kleinen Kurvatur und dem Antrum tonussenkende Eigenschaften. Der Parasympathikus zeigt dagegen im Fornix tonussenkende, in den übrigen Teilen, besonders im Antrum, aber tonussteigernde Wirkungen.

Die Tätigkeit von Vagus und Sympathikus wird nach den Untersuchungen von Kraus und Zondek reguliert durch die Verteilung der Elektrolyte Kalium und Kalzium. Den Kalziumhaushalt beherrscht die Parathyreoidea. Ist infolge Störung der Elektrolytverteilung, insbesondere Nichtfunktionieren der Kalziumverschiebung, der Sympathikus mehr oder minder außer Funktion gesetzt, so gewinnt der tonussteigernde Vagus das Uebergewicht, und es kommt zu spastischen Erscheinungen am Pylorus, die zum chronischen Ulkus führen, falls sie dort eine Erosion vorfinden. Die Beziehungen zwischen Magenerkrankungen und Tetanie, deren Entstehung mit dem Ausfall des Parathyreoideainkretes zusammenhängt, sind bekannt. Aber auch bei nicht manifester Tetanie lassen sich, wie Peritz und Fleischer gezeigt haben, in Fällen von Ulcus ventriculi spasmophile Reaktionen aufzeigen.

Auf Grund dieser Anschauungen hat Verf. an 26 Fällen von Magenerkrankungen die Wirkung von Paraglandolinjektionen untersucht und überraschende Besserungen, zum Teil Dauererfolge, erzielt.

A. Fiegel, Berlin.

38., 5./6. September 1926.

- ◆ Einfluß der Kastration auf die Magensekretion. J. Gaslunas.
- ◆ Einfluß des Wasserstoffsuperoxydes und Magnesiumperhydrols auf die Magensekretion. C. Dienst.
- ◆ Eintritt von Duodenalinhalt in den Magen während der fraktionierten Ausheberung. H. Salinger.
- Kalzium und Kalium im Blutserum bei Ulcus ventriculi duodeni. H. Steinitz.
- Chlorstoffwechsel bei Sekretionsstörungen des Magens. G. Holler und I. Bloch.
- Vegetatives Nervensystem und Magensekretion. S. Pokras und V. Michelson.
- ◆ Pankreasfunktion mit Hilfe der Magen-Duodenalsonde. G. Bjelenky.
- Wohin soll man das Magen-Duodenalgeschwür in der Pathologie einreihen? Th. Barsony.

Einfluß der Kastration auf die Magensekretion. Veränderte Magensekretion während der Menstruation ist von verschiedenen Seiten beobachtet worden, teils fand man Steigerung, teils Herabsetzung. Auch beim Manne kommt es bei Abusus sexualis zu dyspeptischen Störungen. Magenbeschwerden während des Klimakteriums erklärt Boehnheim damit, daß es infolge der verminderten Tätigkeit der Ovarien zu einer Vermehrung der Säuresekretion kommt. Verf. beobachtete den sekretorischen Effekt der Kastration bei Hunden, deren Magensekretionsverhältnisse er vorher genau studiert hatte. Er fand unmittelbar nachher bald eine Steigerung, bald eine Herabsetzung der Sekretion, in der folgenden Zeit prävalierte entweder die Herabsetzung oder die normale Größe der Sekretion. Thymoglandol beeinflußte die Magensekretion nicht, Hypophysenpräparate bewirkten eine Herabsetzung der Salzsäureproduktion.

Einfluß des Wasserstoffsuperoxyds auf die Magensekretion. Praktisch günstige Erfahrungen ließen vermuten, daß dem Magnesiumperhydrol durch seinen Gehalt an H_2O_2 eine Sonderstellung in der Reihe der therapeutisch angewandten Alkalien zukommt. Versuche mit verdünnten H_2O_2-Lösungen mit Hilfe der fraktionierten Methode ergaben tatsächlich einen stark säureherabsetzenden Einfluß, der Säureanstieg erfolgte erst ganz allmählich etwa 30 Minuten nachdem das H_2O_2 den Magen verlassen hatte. Eine gesteigerte Schleimproduktion wurde hervorgerufen ,ein Unterschied bezüglich der Saftmenge wurde nicht festgestellt (entgegen den Ergebnissen einiger anderer Autoren). Die Entleerung war etwas verzögert. Die nach Darreichung reiner Alkalien nachträglich einsetzende Steigerung der Säurekonzentration (auch bei Magnesia usta beobachtet) wird durch die H_2O_2-Komponente des Magnesiumperhydrol unterdrückt. Verf. stellt noch größere Erwartungen an ein Alkalipräparat mit noch höherer H_2O_2-Komponente.

Eintritt von Duodenalinhalt in den Magen. Rückfluß von Duodenalinhalt (festgestellt mit Hilfe der fraktionierten Ausheberung) wurde in erster Linie bei Gastritiden beobachtet, fand sich aber auch bei anderen Magenkrankheiten. Bei der digestiven Supersekretion ist der Rückfluß selten, in den beobachteten Fällen war dann zugleich eine Gastritis oder ein offener Pylorus. Dem Duodenalrückfluß folgte ein neuer Säureanstieg, so daß man ihn als einen Sekretionsreiz ansprechen muß.

Pankreasfunktion mit Hilfe der Magen-Duodenalsonde. Schon seit 1921 hat man auch in Rußland sich der fraktionierten Magensaftausheberung bedient und Duodenalsonden mit Magenschläuchen kombiniert, um die beiden zu untersuchenden Organe gleichzetig beobachten zu können. Der Duodenalsaft bei nüchternem Magen kommt meist in Wellen aus dem Duodenum, die sich beim Menschen durch größere Regelmäßigkeit auszeichnen können. Je mehr bei Hyperazidität die Sekretion des Magens erhöht ist, desto schneller ist die Bewegung der Duodenalflüssigkeit und desto weniger ausgeprägt ihr wellenförmiger Gang. Verschiedenartige Erreger (Wasser, Salzsäure, Oelemulsionen) zeigten je nach der Art des eingeführten Reizes verschieden starke Ermüdbarkeit des Pankreas. Am deutlichsten war dies bei einer 10prozentigen Emulsion von Olivenöl (50 ccm). Der Duodenalsaft zeigte hier größere Fermentmenge und größere Alkalität, die Sekretion erschöpfte sich nach mehrfachen Reizen hintereinander (was bei Salzsäure nicht der Fall war). In der Emulsion haben wir also einen maximal wirkenden Errger, mit dem wir unabhängig von der Magenfunktion die Sekretionsfähigkeit der Bauchspeicheldrüse (Stärke der Fermente) und der Leber (Gallenmenge und Grad der Aktivierung der Lipase durch sie) bestimmen können. Auch therapeutisch bessere Effekte als mit den bisherigen Methoden wurden erzielt. Erich Wolffenstein, Berlin.

Zeitschrift für Tuberkulose.

45., Heft 7.

Bericht der Verhandlungen der Deutschen Tuberkulosekonferenz, Honnef a. Rh., am 26. und 27. Mai 1926. Vgl. Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 16, S. 716—720. H. Zwerg.

Die Tuberkulose.

Nr. 17, 1926.

- ◆ Lokale Behandlungsmethode der chirurgischen Tuberkulose nach Calot in Berck sur mer. Fohl.
- Bedeutung der Heilgymnastik für Lungentuberkulose. Sylvan.
- ◆ Karyonbehandlung der Lungentuberkulose. Zolnai.
- Karyonbehandlung. Kuthy.
- ◆ „Weninger 174". Dührssen.

Lokale Behandlungsmethode der chirurgischen Tuberkulose nach Calot in Berck sur mer. In dem über zahlreiche natürliche Heilfaktoren verfügenden, am Strande des Aermelkanals gelegenen Berck sur mer wird zur Unterstützung der Allgemeinbehandlung ein von Calot angegebenes, seit 20 Jahren bewährtes Injektionsverfahren angewendet, welches Verf. seit 3 Jahren am St. Georg-Krankenhaus zu Leipzig bei chirurgischer Tuberkulose mit bestem Erfolge ausübt. Verwendet werden 2 verschiedene Lösungen, die bindegewebsanregend wirkende Lösung Calot I und die Gewebszerfall und -erweichung hervorrufende Lösung Calot II. Lösung Calot I besteht aus:

Olei Oliv.	70,0
Aeth. sulf.	30,0
Kreosot.	5,0
Guajacol.	1,0
Jodoform.	10,0

Diese Lösung ist vor Gebrauch stark zu schütteln.

Die möglichst frisch zu bereitende Lösung Calot II enthält:

Campher-Naphtol	2,0
Glyzerin	12,0

(Campher-Naphtol, in Deutschland nicht offizinell, stellt man sich her aus Beta-Naphtol 1,0; Camphor. 2,0.)

Der so häufige tuberkulöse kalte Abszeß wird unter den üblichen Kautelen durch Punktion möglichst gründlich entleert, die Abszeßhöhle wird bei liegender Nadel mit der Lösung I angefüllt in einer Menge, die etwa der Hälfte des entleerten Eiters entspricht. Bei den folgenden, im Intervall von etwa 7 Tagen zu wiederholenden Punktionen und Injektionen schwindet allmählich der eitrige Charakter des Abszeßinhaltes und seine Menge nimmt beständig ab. Am Ende einer Kur, die jeweils aus 7—8 Punktionen und Injektionen besteht, und etwa 6—8 Wochen dauert, wird ein letztes Mal punktiert ohne nachfolgende Injektion. Unter einem die Gegend des Abszesses kräftig komprimierenden Verbande, der 3 Wochen unverändert liegen bleibt, kommt es zu einer Verklebung der sich eng berührenden gereinigten Abszeßwände, zur Obliteration der Abszeßhöhle und somit zur Ausheilung. Die Lösung Calot II findet Anwendung bei der granulierenden Form der chirurgischen Tuberkulose, z. B. beim tuberkulösen Lymphom. Das tuberkulöse Granulationsgewebe verfällt unter dem Einfluß der Camphernaphtollösung einer aseptischen Nekrose, es bildet sich im weiteren Verlauf der Behandlung eine zentrale, allmählich größer werdende Abszeßhöhle, welche schließlich durch eine letztmalige Punktion restlos entleert und durch Kompressionsverband zur Obliteration gebracht wird. In ähnlicher Weise vollzieht sich die Behandlung tuberkulöser Fisteln. Bei einem vielfach verzweigten Fistelgangsystem findet eine bei 40° erstarrende Fistelpaste Anwendung, die folgende Zusammensetzung hat:

Kampher-Phenol	
Kampher Napht. aa	6,0
Guajacol.	15,0
Jodoform.	20,0
Lanolin.	100,0

Verf. ist mit seinen nach der Calot-Methode erzielten Erfolgen überaus zufrieden. Unbeeinflußt blieben nur tuberkulöse Analfisteln, Fälle von schwerer multipler Tuberkulose und überhaupt Fälle in sehr elendem Allgemeinzustand. Die Methode ist ungefährlich. Fistel- und Narbenbildung wird vermieden. Bei Abszessen, die von einem tuberkulösen Knochen- oder Gelenkherd ausgehen, ist natürlich außerdem eine sachgemäße orthopädische und Allgemeinbehandlung notwendig.

Karyonbehandlung der Lungentuberkulose. Das in 3 Stärken hergestellte Karyon ist ein Nußbaumblätterextrakt, der eiweißfreie, organische, kristalloide Stoffe enthält. Der Nutzen des Präparates ist sehr begrenzt, allgemein roborierende Maßnahmen, wie z. B. Arsenkuren leisten mehr.

„Weninger 174." In einer Polemik gegen Klare nimmt der Frauenarzt Prof. Dührssen erneut Partei für die überlegene Wirksamkeit des Weningerschen Mittels bei Lungentuberkulose. Fachleute seien neuen Entdeckungen gegenüber oft skeptisch gewesen, sie seien durch die weiteren Erfahrungen jedoch häufig ad absurdum geführt worden. Ablehnende Arbeiten über Weninger 174 lägen überhaupt nicht vor. (Das Weningersche Mittel ist in Deutschland eingehend geprüft worden von Beckmann, Krankenhaus Moabit. Die Arbeit Beckmanns kommt — dieses Urteil wird sich jeder unbefangene Leser bilden müssen — zu einem ablehnenden Resultat. Ebenso sprach sich kürzlich Prof. Zinn, der Leiter der Tuberkulose-Abteilung, Krankenhaus Moabit, in der D. M. W. aus: „Unsere Erfahrungen mit Weninger 174 sind völlig negativ; ganz dasselbe steht schon in der Arbeit von Beckmann.“ Daß Prof. Dührssen trotzdem aus der Arbeit Beckmanns, die einen in einigen wenigen Fällen beobachteten, höchst bescheidenen Nutzen des Präparates zugibt, herauszulesen sich bemüht, was Günstiges über das Präparat nur herauszulesen ist, dürfte am besten beweisen, wie schlecht es in Wahrheit um das Weningersche Mittel bestellt ist. Ref.)

H. Zwerg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

92., 4. bis 6. Heft, September 1926.

Spastische Gliederstarre und sog. „spastische spinale Paralyse“. Friedrich Schultze.
* Myotonische Dystrophie. G. Deusch.
* Behandlung der Myasthenie mit Tetrophan. L. F. Bonn.
Akute infektiöse Myelitiden. S. M. Margulis.
* Pachymeningitis haemorrhagica interna. Arthur v. Sarbó.
* Geschwülste des Plexus coeliacus. Bernhard Singer.
* Tryparsamid. Rudolf Freund und Lotte Koopmann.
Intrazisternös verabreichte Medikamente. Julius Jánossy.
Räumliches Zusammenarbeiten von Auge und Hand. Karl Scholl.
* Epilepsie und Tetanie. Ilse Sachs.

Myotonische Dystrophie. 53 jähriger Patient mit myopathischem Gesicht, Atrophie der Musc. sternocleidomastoidei und Flexores carpi radiales, ohne aktive Myotonie, aber mit mechanischer myotonischer Reaktion an Daumenballen und Zunge, ferner den typischen Zeichen des Katarakt, der Genitalhypoplasie, der kachexieähnlichen Abmagerung und der Stirnglatze. Diagnose: myotonische Dystrophie. Hereditär war nichts zu eruieren. Die Untersuchung des Grundumsatzes ergab normale Werte. Niedriger Blutdruck. Langsamer Puls. Psychisches und charakterologisches Intaktsein.

Behandlung der Myasthenie mit Tetrophan. 66 jähr. Landwirt. Seit 20 Jahren zuckerkrank (hereditär). Seit 2 Jahren Myasthenie. Starke Hypertonie. Pulsus irregularis perpetuus. Flimmerarythmie (Elektrokardiogramm). Tetrophan (zweimal täglich 0,05 bis dreimal täglich 0,1 steigend) brachte wesentliche Besserung. Es wirkt tonussteigernd.

Pachymeningitis haemorrhagica interna. 6 Fälle werden mitgeteilt. Häufig wird ein invalides Gehirn von dem Leiden betroffen. Aetiologisch kamen Lues, Influenza, Kopftrauma, Arteriosklerose in Betracht. Wahrscheinlich ist eine infektiöse Noxe bei der Hervorrufung der Pachymening. haemorrh. int. im Spiele. Meist akuter Beginn, starke Kopfschmerzen, welche okzipital oder an der Kopfdecke sitzen, dann Bradykardie, Augenhintergrundsymptome, manchmal einseitig und nur im Verwaschensein der Papillengrenzen bestehend, Störungen des Sensoriums und der Psyche (Korsakoffscher Symptomenkomplex, Wiederholen derselben Handlung, desselben Satzes, Unfähigkeit das Wesentliche eines Vorganges zu erfassen, Desorientiertheit, Zerfahrenheit, Unaufmerksamkeit, Interesselosigkeit). Zuweilen schwere Bewußtseinstrübung mit retrograder Amnesie. Liquor wasserklar, steril, alle Reaktionen negativ, Eiweißgehalt minimal, Zellenzahl 2—3. Keine Nackensteifigkeit. An der nichtgelähmten Seite Kernig +. Häufiges Gähnen. Trismus. Sehr charakteristisch ist das gekreuzte Verhalten der Extremitäten: auf der einen Seite Lähmung, auf der andern Reizerscheinungen, oft Kontraktur. Entweder Ausgang in Heilung mit kleinen Defektsymptomen oder katastrophale Verschlimmerung, Sopor, Koma. — Die Erscheinungen der Pachymeningitis haemorrhagica interna sind äußerst wechselvoll, in dem gekreuzten Verhalten der Reiz- und Lähmungserscheinungen besitzen wir aber ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal. Es gilt dies allerdings nur für die halbseitige Pachymening. haemorrh. int., bei welcher dieses Merkmal, neben dem Verlauf, der Aufeinanderfolge der Erscheinungen uns in die Lage versetzen, das Leiden zu richtiger Zeit zu diagnostizieren und dadurch einen evtl. erfolgreichen operativen Eingriff zu ermöglichen.

Geschwülste des Plexus coeliacus. 2 Fälle: retroperitoneal gelegene, vom sympathischen Nervensystem ausgehende Geschwülste (ganglienzellenhaltiges Neurom bzw. Neurinom). Bei den retroperitoneal gelegenen, besonders zwischen Wirbelsäule und Nieren gelagerten Tumoren ist immer an eine Nervenfasergeschwulst zu denken, auch wenn sich bei der operativen Entfernung Geschwülste als zystische präsentieren.

Tryparsamid. Es handelt sich um ein neues Arsenpräparat zur Bekämpfung der Trypanosen und Spirillosen. Von einer „Heilung“ der Neurolues durch Tryparsamid kann nicht die Rede sein. Manchmal sahen Verff. eine weitgehende Besserung der gastrischen Krisen bei Tabes, ein deutliches Nachlassen der Kopfschmerzen und lanzinierenden Schmerzen bei Lues cerebrospinalis. Die Erfolge mit der Tryparsamidbehandlung, insbesondere der Spätformen der nervösen Lues, stehen denen der amerikanischen Autoren nach; immerhin kann man in geeigneten, noch reaktionsfähigen Fällen einen Versuch mit Tryparsamid machen. Sein Hauptwert liegt in der guten Verträglichkeit auch seitens Hg- und Salvarsan-empfindlicher Personen. Dem steht als Nachteil die Neigung zur Erzeugung von Arsendermatitiden gegenüber, die zwar nicht bedenklich sind, aber zur zeitweiligen Unterbrechung der Kur zwingen.

Epilepsie und Tetanie. Es ist kein Zusammenhang zwischen Epilepsie und Tetanie nachweisbar. Bei Epileptikern ließen sich einige Kiefermißbildungen und Schmelzhypoplasien nachweisen, die von in frühester Kindheit stattgehabten Kalkstoffwechselstörungen zeugen können, aber durchaus nicht mit irgendwelcher Sicherheit auf eine durchgemachte Tetanie schließen lassen. In einem einzigen Fall wurde Schichtstar festgestellt. Das Trousseausche Phänomen war niemals, das Chvosteksche nie mit Deutlichkeit auszulösen. Der Blutkalkgehalt des Epileptikers ist im Intervall normal, bisweilen leicht erhöht, niemals erniedrigt; im Anfall immer erhöht. Es steht somit im direkten Gegensatz zu dem des Tetanikers.

Kurt Mendel, Berlin.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

77., Heft 4.

* Enzephalographie und Myelographie. R. Wartenberg.
Verschiedenheit der Bilder bei wiederholter enzephalographischer Untersuchung des Gehirns. Julius Schuster.
* Kritisches über die „Affektepilepsie“ (Bratz), die „Psychasthenischen Krämpfe“ (Oppenheim) und den epileptischen Charakter. H. Krisch.
Körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie. Hans Delbrück.
Grundbegriffe der Sprachneurologie. E. W. Scripture.
Chronische, systematisierende Zwangserkrankung. Walter Jahrreiß.
Permeabilitätsschwankung der Geistes- und Nervenkranken. Paul Büchler.
Gründungsversammlung der Vereinigung südostdeutscher Neurologen und Psychiater am 27. und 28. März in Breslau (110. Tagung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie). Georgi.

Enzephalographie und Myelographie. An 3 recht eindrucksvollen Fällen von Schädeltraumen wird deutlich gemacht, wie förderlich für die Diagnostik hierbei enzephalographische Bilder sein können. In 2 dieser Fälle wiesen lediglich die psychischen Veränderungen auf die organische Natur der Traumafolgen hin, neurologisch fand sich nichts, enzephalographisch Erweiterung und Verschiebung der Ventrikel, „Gehirnwanderung“, Schrumpfungsprozesse. Im 3. Fall konnte man auch schon durch die neurologische Untersuchung lokalisieren, das Enzephalogramm klärte aber die Natur der Schädigung (Hämatom). Einen 4. Fall konnte auch das Enzephalogramm nicht klären. Verf. hebt jedoch im Gegensatz zu anderen Autoren hervor, daß selbst ein positiver enzephalographischer Befund noch keinen Freibrief für die vielen Rentenhysteriker nach Kopftraumen bedeuten kann. Auch mit positivem Enzephalogramm kann man beschwerdefrei sein. Bezüglich der Myelographie (1 Fall) gibt Verf. zwar zu, daß sie ein feines, sogar zu feines Reagens sein kann, daß sie aber auch Gefahren habe (Reizungen). Es wurde Lipiodol benutzt. (Andere Autoren berichten bezüglich des deutschen Präparates Jodipin günstiger. Ref.) Vor allem dürfe auf Grund der neueren technischen Untersuchungshilfsmittel die alte klinisch-neurologische Diagnostik nicht zu kurz kommen.

Kritisches über die „Affektepilepsie (Bratz) und die „Psychasthenischen Krämpfe“ (Oppenheim) und den epileptischen Charakter. Verf. ist der Ansicht, daß es „affektepileptische Anfälle“ im Sinne von Bratz, d. h. auf affektive Reize reaktiv auftretende epileptische Anfälle bei Psychopathen nicht gibt. Er selbst, Bumke, Kraepelin, Redlich hätten nie etwas derartiges beobachtet. Es handele sich um eine überflüssige, auf falscher Deutung beruhende Konstruktion, die nur geeignet sei, verschleiernd zu wirken und die Klärung der Epilepsiefrage zu verzögern. Dasselbe gelte für die „psychasthenischen Anfälle“ Oppenheims und für die unausrottbare Behauptung, daß Reizbarkeit ein Charakteristikum „des“ epileptischen Charakters sei. Belegt wird diese Auffassung des Verf. durch längere eingehende klinische Erwägungen.

Panse, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

103., Heft 3.

* Histologische Veränderungen des Zentralnervensystems bei der bleivergifteten Katze. K. B. Lehmann, H. Spatz und Frau K. Wisbaum-Neubürger.

✦ Schwererziehbarkeit und kindliche Kriminalität. Rudolf Allers und Edith Freund.
Tikähnliche Myoklonie bei zwei Brüdern. S. Davidenkow.
Therapie des Herzjagens. Julius Schuster.
Wesen der sog. pathologischen Reflexe. I. N. Filimonoff.
✦ Klinik der gewerblichen Vergiftungen. A. E. Kulkow.
✦ Syphilidogene Erkrankungen des Nervensystems in China. Maximilian Pfister.

Histologische Veränderungen des Zentralnervensystems bei der bleivergifteten Katze. Zwölf Katzen wurden mehrere Wochen hindurch mit Bleiweiß gefüttert und bekamen so von 413 bis 8000 mg Blei. Nach etwa einem Monat zeigten sich in verschiedener Intensivität schwere nervöse Symptome in Form von epileptischen Krampfanfällen, Gangstörungen, Haltungsanomalien, Zittererscheinungen und motorischen wilden Erregungserscheinungen. Neun Katzen starben auf der Höhe der Vergiftung oder wurden getötet. Es fanden sich durchweg gut charakterisierte Nervenzellveränderungen, die zur „Verflüssigung“ führten und amöboide Umwandlung der Glia. Am stärksten im Rückenmark, weniger in Großhirn- und Kleinhirnrinde. Das Ammonshorn war nicht besonders betroffen (wegen der epileptischen Anfälle vielleicht zu vermuten gewesen), Gefäße und periphere Nerven waren völlig intakt. Drei Katzen wurden auf der Höhe der Vergiftung das Blei entzogen, sie genasen rasch und boten, nach einiger Zeit getötet, völlig normalen Befund. Es ist nicht sicher, ob ihr Zentralnervensystem auch so schwer verändert war, wie bei den übrigen Katzen, es ist sogar nicht wahrscheinlich. Die Frage der Reversibilität müßte noch mit geeigneteren Methoden nachgeprüft werden.

Schwererziehbarkeit und kindliche Kriminalität. Mitteilung von mehreren Fällen, in denen psychopathische Kinder durch Aufdeckung und Klarlegung ihrer Motive Trotzeinstellung und Unart und entsprechende Belehrung der Eltern erheblich gebessert wurden, wenigstens temporär. (Die Beobachtungszeit ist durchweg zu kurz um weitergehende Schlüsse zuzulassen.) Als Motive werden eruiert: „Verzweiflung an der Möglichkeit positiver Erfolge“, „Ueberzeugung vom eigenen Unwert“, „Streben nach Prestige“, „Auflehnung gegen den Zwang des Gebotes“, „Vorwurf gegen die Eltern und Entehrung dieser“. Die Verfasser sind optimistisch bezüglich der Prognose und erwarten viel von einer verständigen Umwelt.

Klinik der gewerblichen Vergiftungen. Aus russischen Fabriken wurden 16 Bleivergiftungen, eine Anzahl von Benzinvergiftungen und drei Fälle von gemischter Schwefelkohlenstoff- und Schwefelwasserstoffvergiftung beobachtet. Bei den Bleivergiftungen kann der Entwicklungsgrad der Bleilähmungen unabhängig sein vom Grad der allgemeinen Bleiintoxikation (Bleikoliken, Bleisaum, basophile Erythrozytentüpfelung). Neben den Extensoren waren auch andere Muskelgruppen befallen. Zuweilen fanden sich auch sensible Störungen. In einem Fall fand sich eine Neuritis N. optici. Im Liquor fand sich vereinzelt leichte Lymphozytose. Bei den Benzinvergiftungen, die Arbeiterinnen betrafen, scheint es sich neben Ohnmachten im wesentlichen um plötzlich um sich greifende psychogene Krankheitsäußerungen gehandelt zu haben. In elf Fällen Erbrechen und Uebelkeit. Sonst nichts mit Sicherheit Organisches. Bei den Schwefelwasserstoff- und Schwefelkohlenstoffvergiftungen fand sich schwere Polyneuritis, in einem Fall kombiniert mit Pyramidenbahn- und ataktischen Symptomen. Alle boten einen psychischen Hemmungszustand, waren apathisch und dösig. Genauer sind sie psychisch nicht untersucht.

Syphilidogene Erkrankungen des Nervensystems in China. Verfasser arbeitet seit mehreren Jahren an der neurologischen Abteilung des Peking Union Medical College und berichtet über seine dortigen Erfahrungen. Die Syphilis ist in China sehr häufig, sie gilt weniger als beschämende Erkrankung, als vielmehr als ziemlich unvermeidliche Begleiterscheinung des Sexualverkehrs. Schon seit langer Zeit wird von den chinesischen Volksärzten Hg. in Form von Kalomel und Zinnabar, Arsen, Blei- und Pflanzendrogen, vor allem die Saraparillawurzel angewandt. In den letzten Jahren spielt das Salvarsan eine große Rolle. Es gilt als Allheilmittel. Doch wird es bei der Indolenz der Chinesen oft nur in verzettelten Dosen gegeben, so daß Neurorezidive relativ häufig sind. Die Gesamtzahl der behandelten Fälle von Syphilis des Zentralnervensystems betrug 17% der neurologischen Fälle und 0,7% aller Kranken des Hospitals. Häufig waren noch luetische Myelitis, Meningitis, Arteriitis und spastische Spinalparalyse. Seltener Gehirnsyphilis, Neuritis, Epilepsie und Gummi. Die Tabes ist zumindest im Pekinger Bezirk häufiger als z. B. in der Heidelberger Gegend. Auffallend oft ist der Opticus beteiligt. Die Häufigkeit des Vorkommens von Psychosen in China ist schwer zu beurteilen. In ganz China gibt es eine einzige Irrenanstalt in Canton. Sonst werden die Geisteskranken bei den Familien in strenger Obhut gehalten und nur bei Erregung vorübergehend in Polizeigewahrsam gebracht. Doch wurden 29 Paralysen beobachtet. Psychisch boten sie keine Abweichung von den bei Europäern gewohnten Bildern. Daß die Neurosyphilis in China bisher für selten galt, liegt an der mangelhaften Erfassung der Kranken. Sie wird in der Gegend von Peking mindestens ebenso häufig beobachtet, wie in den Kulturländern Europas.

Panse, Berlin.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

61., Heft 6, August 1926.

✦ Symptomatologie des Delirium tremens. H. Zingerle.
✦ Kataplegische Anfälle bei Narkolepsie. B. Mankowsky.
✦ Klinisch-statistischer Beitrag zur Kenntnis der multiplen Sklerose. E. Obständer.
Sehhügelstiel des inneren Kniehöckers. Niessl v. Mayendorf.
✦ Schauanfälle bei Encephalitis epidemica. P. Gründler.

Symptomatologie des Delirium tremens. Fall von beginnendem Alkoholdelir mit stark gesteigerter Automatose. Pat. zeigte die Mehrzahl der bisher beim Menschen beobachteten Haltungs- und Stellreflexe bis zum Rollen des Körpers um sich selbst, in Begleitung von elementaren Bewegungen und starker allgemeiner Muskelspannung, vereinzelt auch eine tonische Nachkontraktur; besonders ausgeprägt und lebhaft waren jene automatischen Bewegungen, welche unter dem Einflusse von asymmetrischen Hautreizen, von Druck, Kälte, Nadelstichen auftreten. Es traten ferner spontan unwillkürliche Bewegungen und Stellungsänderungen auf, die mit den reaktiv ausgelösten zweifellos weitgehende Aehnlichkeit aufweisen.

Kataplegische Anfälle bei Narkolepsie. Fall von postenzephalitischer Narkolepsie (Schlafanfälle) mit Areflexie. Affekte (Lachen, Erschrecken) lösten oft einen Anfall aus. Ferner Zeichen rascher Ermüdbarkeit der Muskeln, die an Myasthenie erinnerten (aber keine myasthenische Reaktion) und den Anfällen des „affektiven Tonusverlustes“ (Kataplexie) ähnlich waren. Befallen waren anscheinend besonders der Nucleus ruber und andere den Tonus regulierende Apparate im Mittelhirn: Gegend der grauen Substanz des Aquaeductus Sylvii und Boden des dritten Ventrikels, wo auch die vegetativen Zentren lokalisiert sind. Myasthenie, kataplegische Erscheinungen bei Narkolepsie und die paroxysmale mereditäre Paralyse sind einander zu nähern; ihnen ist gemeinsam die Störung der Muskelfunktionen im Sinne der Abnahme. Sie beruht wahrscheinlich auf einer Funktionsstörung der vegetativen Zentren, welche die Muskelfunktion und das Ionengleichgewicht regulieren und am Boden des 3. Ventrikels, sowie in der Regio hypothalamica gelegen sind.

Klinisch-statistischer Beitrag zur Kenntnis der multiplen Sklerose. Verf. kann sich auf 270 klinisch behandelte Fälle von multipler Sklerose beziehen. Die multiple Sklerose gehört zu den häufigsten organischen Nervenkrankheiten. 160 Frauen und 110 Männer. Es fand sich ein ständiges Anwachsen der absoluten Zahlen von Erkrankungen in den letzten Jahren. 9,6% Schwerarbeiter, 6,2% Leichtarbeiter, 84% gehören allen Arten geistiger Arbeiter an, zusammen mit Frauen, die im (städtischen) Haushalt tätig waren. Auch zwischen 46 und 60 Jahren tritt die Krankheit gar nicht so selten auf. Auch familiäre Fälle sah Verf. Bezüglich exogener Ursachen konnte Sicheres nicht ermittelt werden. Zwei Kranke glaubten an einen Zusammenhang ihres Leidens mit der Genitalfunktion (regelmäßige Verschlechterung bzw. Besserung des Zustandes während der Menses). 27 Fälle zeigten einen akuten, 95 einen exazerbierend-remittierenden, 149 einen progredienten Verlauf. Im Liquor 29 mal Zellenvermehrung, 17 mal Eiweiß, 14 mal Globulinvermehrung und deutliche Ausflockung des Goldsols in 74 Fällen. Die Therapie bestand in: Neosalvarsan, Typhus-Vakzine, Kakodylinjektionen, Staphylokokkenvakzine, Strychnin, Fibrolysin, Mirion, Quecksilber, Milchinjektionen (kein abschließendes Urteil).

Schauanfälle bei Encephalitis epidemica. 3 Fälle von epidemischer Enzephalitis mit zwangsmäßigen, anfallsweise auftretenden „Schauanfällen“, bei denen die Bulbi in extremer Aufwärtsrichtung stehen. Die Anfälle tragen tonischen Charakter und dauern bis zu einer halben Stunde und länger. In dem einen Falle ließ sich eine deutliche Aura feststellen. Gelang es dem Pat. einzuschlafen, ging der Anfall sofort vorüber. Nie Benommenheit. Nie kommt es trotz der langen Dauer der Krämpfe zu einer Lähmung. Rekonvaleszentenserum schien günstig zu wirken. Die Schauanfälle beruhen höchstwahrscheinlich auf einer Schädigung des Corpus striatum (der tonische Charakter der Anfälle, ihre willkürliche Beeinflußbarkeit sprechen dafür, ferner auch ihr Vorkommen bei der epidemischen Enzephalitis, deren Sitz ja vorzugsweise im Striatum zu suchen ist).

Kurt Mendel, Berlin.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

74., Heft 3/4, August 1926.

Beeinflussung der Kolloidstabilität des Plasma durch den monatlichen Zyklus. Eufinger.
✦ Prophylaktische mediane Dammspaltung während der Geburt. Prof. v. Ott.

* Physiologische Richtung der Gynäkologie. Dick.
Kalzium-Therapie in der gynäkologischen Praxis unter besonderer Berücksichtigung des Hämosistan. Braun.
* Verdauungsstörungen (Atonia ventriculi und Obstipation) als eine Hauptursache atypischer Uterusblutungen. Bauer.
* Röntgenographie als diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. Rosenblatt und Kaß.

Prophylaktische mediane Dammspaltung während der Geburt. Zur Vermeidung des Dammrisses hat Verfasser bereits 1895 die mediane Dammspaltung angegeben, da die Vernähung der Schnittwunden mit glatten Rändern ein bedeutend besseres Verheilen gewährleistet, als die unregelmäßigen Risse. Außerdem wird die zweite Geburtsperiode erheblich verkürzt. Verfasser vermied hierdurch in vielen Fällen die Entstehung des Vorfalles und empfiehlt die Methode aufs dringendste.

Physiologische Richtung in der Gynäkologie. Die Gynäkologie beruhte bisher hauptsächlich auf der Anatomie und zwar der makroskopischen, mikroskopischen und topographischen. Die operative Richtung feierte ihre Triumphe und erlangte einen hohen Grad von Vollkommenheit. So geschah es, daß anstatt der Wissenschaft vom Weibe eine solche von erkrankten Beckenorganen entstand. In den letzten Jahren ist dieser Standpunkt gewechselt worden. Der heutige Gynäkologe betrachtet das Weib in allen Lebensäußerungen, und besonders die biologische Chemie hat diese Richtung gefördert, wozu auch die Endokrinologie zu rechnen ist. Das Dunkel der Eierstockfunktion nimmt allmählich ab. Die Konstitutionsforschung zeigt, daß der Eierstock mit den Funktionsdrüsen in enger Verbindung steht. Auch die Neurosen gewannen die Beachtung des Frauenarztes. Die psychologische Richtung ist schließlich in den letzten Jahren in den Vordergrund getreten, so daß ein neues Kapitel, daß man als sexuelle Gynäkologie bezeichnen kann, sich eröffnet. Viele Operationen werden bei Erforschung dieses Gebietes sich vermeiden lassen. Die Psychoanalyse wird von dem Frauenarzt vorläufig noch abgelehnt, jedoch hat die Hypnotherapie Beachtung gefunden. Bei Betrachtung der Entwicklung der Frauenheilkunde sieht man also einen Weg, der von der reinen Organbehandlung zur Behandlung des sogenannten weiblichen Organismus führt, wobei die psychologische Richtung im Vordergrund steht.

Verdauungsstörungen (Atonia ventricula und Obstipation) als eine Hauptursache atypischer Uterusblutungen. Auf Grund der Untersuchungen des Verfassers kommt dieser zu dem Schluß, daß die atypischen Gebärmutterblutungen oft nur sekundäre Folgeerscheinungen von Beckenerkrankungen sind und nichts mit Schleimhautveränderung des Uterus oder Erkrankung des Ovariums allein zu tun haben. Die häufigste Ursache der Beckenhyperämie, die auch den Ausfluß oft zur Folge hat, besteht in einer Obstipation und in dem sogenannten Plätschermagen. Durch wirksame Behandlung dieser Leiden können die durch Verdauungsträgheit verursachten Blutungen behoben werden. Die Behandlung des Plätschermagens wird ausführlich geschildert und hat nach Angaben des Verfassers sehr gute Erfolge erzielt. In der enormen Häufigkeit der Eingeweideerschlaffung bei den Frauen wird die Ursache der oft schwer zu behandelnden Gebärmutterblutungen gesehen.

Röntgenographie als diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. Die erst kürzlich in der Gynäkologie eingeführte Röntgenographie ist ein Hilfsmittel ersten Ranges. Sie ist, aseptisch durchgeführt, unschädlich und ermöglicht die genaue Erforschung des Zustandes der Genitalorgane. Verfasser stellt die Methode höher als die Tubendurchblasung, die unsichere Resultate gibt.

74., Heft 5, September 1926.

* Toxikosen mit Perniziosabefund. Offergeld.
Uterussteine. Esser.
Entstehung der Fetalinklusionen, komplizierten Dermoide und Teratome und ihre Beziehungen zueinander. Budde.
Bedeutung der Blutgruppenbestimmung für die Bluttransfusion. Walter Baer.

Toxikosen mit Perniziosabefund. Die Schwangerschaft galt als eine der Ursachen der perniziösen Anämie, obwohl meist nur ein zufälliges Zusammentreffen stattfand. In der Schwangerschaft entsteht eine Hypertrophie des Blutes durch Aenderung der geformten Elemente. Es findet ein ungemein reger Auf- und Abbau statt und der vermehrten Neubildung steht ein erhöhter Zerfall gegenüber. In krankhaften Fällen kommt es zur Hämolyse, die als Toxikose aufzufassen ist. Der gesteigerte Zerfall geht im mütterlichen Körper vor sich, wobei die innersekretorischen Drüsen eine wichtige Rolle spielen. Besonders beteiligt ist auch das Knochenmark. Die Produkte der hormonalen Tätigkeit verwandeln das ablastische Knochenmark in ein erytroblastisches. Es kommt unter dem Einfluß der Schwangerschaftsprodukte zu Veränderungen, die dem Bild der perniziösen Anämie ähneln. Diese Kombination ist nicht allzu selten. Je stärker die Reaktion ist, desto mehr ähnelt der Befund einer Perniziosa. Es tritt ein dieser Krankheit ähnliches Bild auf. Oft tritt Frühgeburt wegen Sauerstoffmangel ein, auch Infektionen treten häufiger auf. Viele Autoren halten für die beste Behandlung die schnellste Entleerung des Uterus. Andere sehen einen Erfolg in der Behandlung der Bluterkrankung, wobei sich besonders die Ernährung mit rotem Knochenmark bewährt hat. Bei frühzeitigem Erkennen sind die internen Mittel zu versuchen, jedoch soll man nicht zu viel Zeit verlieren, um mit der Entleerung nicht zu spät zu kommen.

Kosminski.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete.

14., Heft 1/2, 1926.

Bedeutung der Konstitution bei Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege. Albrecht.
* Allgemeine Behandlung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Lues des Ohres. E. Schmidt.
* Pathologie und Klinik der Lues des inneren Ohres. Grünberg.
Gutartige Tumoren der Gaumenmandel mit Bemerkungen über die Mandelkapsel. Klestadt.
Plastische Methode der endonasalen Siebbeinausräumung. Schlesinger.
* Hämatologische Untersuchungen bei gewissen Infektionszuständen im Rachen. V. Schmidt.
Herstellung von Gipsmodellen nach einem natürlichen menschlichen Kehlkopf für Unterrichtszwecke. Pfeiffer und Lampert.
Kleinnodulöses, einem Lupus täuschend ähnlich sehendes Syphilid der Epiglottis. Cohen.
Zwei Fälle von Tuberkulose des weichen Gaumens, von denen der eine klinisch als primäre Tuberkulose aufzufassen ist. Cohen.
* Angeborene Membran des Kehlkopfes bei Sängern. Scheinmann.
Nasenzähne im Kindesalter. Better.
Heutige Stand der Laryngo-Endoskopie in Deutschland. Panconcelli-Calcia.
* Immun-biolog. Hauttiter in der oto-laryngologischen Praxis. Blumenfeld.

Allgemeine Behandlung der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Lues des Ohres. Durch das Salvarsan können Meningorezidive provoziert werden. Trotzdem wird zu energischen Kuren im Frühstadium der Lues geraten, wenn sich dadurch auch nicht alle Neurorezidive vermeiden lassen werden.

Pathologie und Klinik der Lues des inneren Ohres. Charakteristisch für Lues des Innenohres sind:

Apoplektiforme Schwerhörigkeit oder Taubheit.
Starke Verkürzung der Kopfknochenleitung.
Einengung der oberen und unteren Tongrenze.
Disharmonie zwischen kalorischer und rotatorischer Erregbarkeit.
Hennebertsches Fistelsymptom.

Ein einzelnes dieser Symptome besagt nichts. Sind mehrere vorhanden, so liegt der Verdacht nahe. Die Lumbalpunktion kann endgültigen Aufschluß ergeben, ist jedoch nicht als ungefährlich anzusehen.

Hämatologische Untersuchungen bei gewissen Infektionszuständen im Rachen. Je jünger ein normales Individuum ist, desto höher ist die Zahl der Lymphozyten im Blutbild.

Bei Bestehen adenoider Vegetation erweist sich eine geringere Zahl der Lymphozyten gegen die Norm.

Bei chronischer Tonsillitis und Bestehen von Beschwerden (Schmerzen im Halse, Müdigkeit, Nachtschweiße) läßt sich eine Leukozytose nachweisen. Bei Scharlach besteht eine bleibende Leukozytose über die ersten zwei Wochen nach dem Fieberstadium, während bei einfacher Angina tonsillaris die Leukozytose mit dem Fieberstadium gleich beendet ist.

Angeborene Membran des Kehlkopfes bei Sängern. Bei Sängern ist jeder chirurgische Eingriff zur Entfernung von Larynx-Diaphragmen abzulehnen, da er für die Stimmbildung schädlich sein kann.

Immunbiolog. Hauttiter in der oto-laryngologischen Praxis. B. verwendet in der Praxis die Muchschen Partialantigene. (Firma Kalle u. Co., Biebrich.) Er empfiehlt mit dem Gemisch M. T. B. R. 1—2 Hautquaddeln mit $^1/_{10}$ und $^1/_{100}$ Millionen anzulegen. Eingespritzt wird $^1/_{10}$ ccm. Nach 4—5 Tagen entwickelt sich die spezifische Reaktion. Die Stichöffnung und ihre Umgebung rötet sich. Bei der Palpation ist deutliche Infiltration fühlbar. Besteht passive Energie, so ist von energischen lokalen Maßnahmen abzusehen und Allgemeinbestrahlung zu empfehlen, neben der sonstigen Therapie.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 35, 26. Aguust 1926.

Biologische Eigenschaften der Haut und hormokutane Salbenbehandlung der Rachitis. Lévai.

* Säuretherapie in der kleinen Chirurgie. Jalcowitz und Schlosserer.
Tabes dorsalis. Sperling.
Urologische Station der II. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien. Haslinger.
* Chinin bei kruppöser Pneumonie (Schluß). Berger.
Notruf! Gruber.
Das erste Jahrhundert ärztlicher Mikroskopie. Fischer.
Welche Veränderungen beobachtet man im Klimakterium an den Beckenorganen und wie werden die durch sie hervorgerufenen Störungen behandelt? Novak.
Gibt es Salvarsanschäden des Nervensystems und welche sind ihre Ursachen? Pollak.

Säuretherapie in der kleinen Chirurgie. Durch Darreichung von Ammoniumchlorid (3 × 10 in Oblaten, maximal 10 Tage lang) wurden bei akut entzündlichen Prozessen (Panaritien, Phlegmonen, Furunkeln, Lymphadenitiden) gute Erfolge erzielt. Die Behandlung ist nur bei offenen Prozessen indiziert; die übliche chirurgische Therapie darf nicht vernachlässigt werden.

Chinin bei kruppöser Pneumonie. Die Chinintherapie nach Aufrecht zeigt die besten Resultate unter allen Methoden der Pneumoniebehandlung, wenn auch ein Teil der Fälle sich refraktär verhält. Für das Versagen der Therapie kommt als Ursache eine zu spät einsetzende Behandlung, Unterdosierung und Fehlen einer Pneumokokkeninfektion in Betracht. Durch die Frühbehandlung in den ersten Tagen wird die Pneumonie entweder sofort kupiert oder es kommt zu vorzeitiger Lyse. Die Spätbehandlung erzielt keine Abkürzung der Krankheitsdauer, aber eine Besserung des Fiebers, der Dyspnoe, Tachykardie, eine Verminderung der Sterblichkeit. Dosierung: Am ersten Tag 0,5 g Chinin intramuskulär, am zweiten Tag 0,7 bis 1,0 g, eventuell zweimal 0,5 g, wenn mit der ersten Injektion kein wesentlicher Erfolg erzielt wird.

Nr. 36, 2. September 1926.

Beiträge zur Hyperventilationsfrage. Weeber und Schwarzacher.
* Füllung des Bronchialbaumes mit Jodölen und Bromipin. Rad.
Hypotonische Hypertension. Lenaz.
Diagnostische Verwertbarkeit der Störung im Säurebasengleichgewicht des Organismus bei Ulcus ventriculi und duodeni. Popper.
Methodik der Grundumsatzbestimmungen mit dem Kroghschen Apparat. Stolz.
Beziehungen zwischen Neurosen und Herz- bezw. Gefäßerkrankungen. Dattner.
Laryngologische Literatur des Jahres 1925. Suchanek.

Füllung des Bronchialbaumes mit Jodölen und Bromipin. Bei der Füllung des Bronchialbaumes mit Jodölen kann es zu folgenden Schädigungen kommen: 1. Lobulärpneumonien, die allerdings nach Ansicht der meisten Autoren durch gleichzeitig eingeführte zersetzte Speiseteilchen und Tumorzerfallsteilchen bedingt sind. 2. Jodschädigungen, die dadurch entstehen, daß das Kontrastmittel zwar schnell aus den Bronchien ausgehustet wird, aber in den Alveolen lange liegen bleiben kann. Indiziert ist die Kontrastfüllung bei Verdacht auf Bronchiektasien, zur Darstellung von Bronchusfisteln, Bronchusstenosen, Kavernen, Abszessen, Lungentumoren. Kontraindikationen bilden schwerer Allgemeinzustand, progrediente Phthise, Hämoptoe, Idiosynkrasien gegen das Kontrastmittel. Statt des meist verwendeten Lipojodols bzw. Jodipins verwendet Rad zur Vermeidung eventueller Jodschädigungen auf Anregung Schlesingers Bromipin 33⅓% (Merck). Dieses kann wegen seiner Zähflüssigkeit bei niederer Temperatur nur bei einer Dauertemperatur von 37 bis 40° verwendet werden. Schädigungen wurden auch bei offener, progredienter Tuberkulose niemals beobachtet.

Nr. 37, 9. September 1926.

Bedeutung der Leber für die Blutverteilung. Baer und Roestler.
Mediastinalwandern bei künstlicher Bronchusstenose. Haßlinger und Hitzenberger.
* Halbseiten-Fernreflexe als diagnostische Wegweiser. Knotz.
Prädisposition des ektopischen Hodens zur Tumorbildung. Rubaschow.
Vorkommen von Lungentuberkulose bei Lupus vulgaris. v. Seutter.
Eukodalismus. Berliner.
Gewebsdiuretische Wirkung des Salyrgans. Recht.
Behandlung der lokalisierten und generalisierten Ostitis fibrosa. Mandl.

Halbseitenfernreflexe als diagnostische Wegweiser. Die von Mackenzie in ihrer Bedeutung erkannten Reflexphänomene sind besonders für den praktischen Arzt diagnostisch äußerst wertvoll, weil er am häufigsten frische Fälle zu Gesicht bekommt und weil ihm klinische Untersuchungsmethoden (Laboratorium, Röntgen) meist nicht zur Verfügung stehen. Besonders viel leisten die Fernreflexe für die Erkennung der erkrankten Seite. Bei Lungen-, Pleura- und Herzerkrankungen findet sich oft Bulbus-, Ohr- und Okzipitalisdruckempfindlichkeit der entsprechenden Seite, ferner Empfindlichkeit der Trigeminusäste, die manchmal spontan schmerzen. Die gleichseitigen Hals- und Schultermuskeln sind gespannt und hyperalgetisch. Seltener sind obige Reflexe bei Baucherkrankungen. Bei diesen (Appendix, Gallenblase, Niere) findet man meist Fernreflexe im Bereich der unteren Extremität. Zu diesen gehören: Druckempfindlichkeit des Foramen ovale unterhalb des Lig. Pouparti (Empfindlichkeit des Psoas); Mac Burneyscher Punkt (Summation des Druckschmerzes der Bauchwand und des Psoas); Hyperalgesie der Perianalgegend, Spannung und Empfindlichkeit der Waden-, Zehenrücken- und Fersengegend. Letztere Fernreflexe, besonders bei Adnexerkrankungen, bei Blasen-, Uterus-, Prostata- und Hämorrhoidalleiden.

Nr. 38, 16. September 1926.

Versprengte Pellagra im neuen Oesterreich. Arzt.
Versuche, den Harn einer Niere dauernd in das Blut zu leiten. Brücke.
* Prinzipielles zur Syphilisbehandlung. Finger.
Prognose in der operativen Chirurgie. Fraenkel.
Phylogenetische Gewohnheit und Säuglingsturnen. Hamburger.
Pathophysiologie der „akuten Halluzinose" Wernickes. Hartmann.
Inoperabler Ovarialtumor behandelt nach E. G. Mayer. Holzknecht.
Behandlung des scheintot geborenen Kindes. Kermanner.
Morphologische Betrachtungsweise in der Pathologie. Lang.
Wirkung des Insulins und des Insulin-Antagonisten des diabetischen Blutes. Loewi.
Schlaftheorien und Hirnrindenfunktion. Marburg.
Eitrige Aortitis. Maresch.
Echte und entzündliche Geschwülste der Augenhöhle und ihre Behandlung. Meller.
Ausgänge der akuten Entzündung des Warzenfortsatzes und ihre Beeinflussung. Neumann.
Plötzlicher Herztod und dessen Nachweis an der Leiche. Reuter.
Karzinom und Sarkom in ein und demselben Auge. Seefelder.
Gastrische Krisen der Tabetiker und ihre Behandlung. Wagner-Jauregg.
Neueres über Saponine. Wasicky.
Behandlung der Mondbeinverrenkung. Wittek.
* Postanginöse Pyämie. Zange.

Prinzipielles zur Syphilisbehandlung. Die chronisch-intermittierende Quecksilber-Salvarsanbehandlung kann wohl die sekundären Haut- und Schleimhauterscheinungen zum Verschwinden bringen und dem Auftreten von Gummen vorbeugen, sie kann aber nicht die Entstehung der Aortitis, Tabes und Paralyse verhindern und sie auch nicht heilen. Die kombinierte Malaria-Salvarsankur dagegen kann in älteren Sekundärfällen, die trotz mehrerer spezifischer Kuren blut- oder liquorpositiv geblieben sind, fast immer das Blut bzw. den Liquor sanieren. In frischeren Fällen von primärer und sekundärer Lues genügt meist eine kombinierte Kur, es wurden nur ganz wenige Rückfälle beobachtet. Technik: Vorbehandlung mit 3 g Neosalvarsan, intravenöse Injektion von 5 bis 10 cm^3 einer frischen Malaria tertiana, 8 bis 10 Anfälle abwarten (erster Anfall nach 5 bis 9 Tagen), dann am Tage des zu erwartenden Anfalles in Intervallen von 8 Stunden zweimal je 5 ccm Chininum bisulfuricum 10% + Urethan 5% intravenös, Wiederholung der Injektionen am zweitnächsten Tage; Nachbehandlung mit 3 g Neosalvarsan.

Postanginöse Pyämie. Die engere Ursache der Pyämie nach akuten Halsentzündungen ist eine Thrombophlebitis der Vena jugularis interna am Halse, von wo aus es zur Ausschwemmung eitriger Thrombenteile in die allgemeine Blutbahn kommt. Die Jugularisthrombose ist meist die Folge einer primären Thrombophlebitis der retrotonsillären Venen. Diagnose: Meist nach Abklingen einer Mandelentzündung Schüttelfröste, steile Fieberzacken, infektiös-embolische Infarkte mit nachträglicher Abszeßbildung, Fortbestehen oder Zunahme einer schmerzhaften Halsdrüsenschwellung im Kieferwinkel, Auftreten eines tastbaren Stranges im Verlauf der Vena jugularis interna; andauernd sich verschlechterndes Allgemeinbefinden, eventuell positiver bakteriologischer Blutbefund. Therapie: Ausschälung der Mandeln, breite Freilegung des Infektionsherdes vom Mund aus; Unterbindung der Vena jugularis und Ausrottung der zum Mandelgebiet führenden, erkrankten Venen.

Ernst Pick, Wien.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 35.

* Stieltorsion der hydropischen Gallenblase. Feldmann.
Beziehungen des Vakzinevirus zum Zentralnervensystem vakzine-empfänglicher Tierspezies. Walthard.
Nervöse Zwischenfälle im Gefolge der Pockenimpfung. Frommel.

Stieltorsion der hydropischen Gallenblase. Die Stildrehung der Gallenblase ist ein seltenes Krankheitsbild, von dem bis jetzt 25 Fälle bekannt sind. Voraussetzung für die Torsion ist eine bewegliche, vergrößerte Gallenblase, die an einem bandartigen Stiel hängt. Solche Wander- oder Pendelgallenblase kommt auf Grund angeborener oder erworbener anatomischer Anomalien vor. Die Torsion wird durch gewisse pathologische Veränderungen der Gallenblase und durch die Enteroptose begünstigt. Die Auslösungsursache liegt oft in mechanischen Momenten (plötzliche Bewegung, lebhafte Peristaltik, Trauma). Frauen, besonders ältere, die mehrere Geburten durchgemacht haben, sind besonders zu dieser Erkrankung disponiert. Das klinische Bild ist dasjenige der akuten Cholezystitis; Ileus und peritonitische Symptome können vorherrschen. Die Diagnose kann nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein; der Nachweis eines prallelastischen, beweglichen nierenförmigen Tumors im rechten oberen Quadranten ist zu verwerten. Die Therapie besteht in der Exstirpation der Gallenblase, die, wenn rechtzeitig ausgeführt, lebensrettend wirken kann. Von 25 Fällen von Gallenblasentorsion wurden 22 operiert (drei Fälle waren Autopsiebefunde), davon starben fünf.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70., zweite Hälfte, Nr. 8, 21. August 1926.

* Behandlung von Psychotikern mit Somnifen in der psychiatrischen Anstalt „Maasoord" in Portugal. Donkersloot.
Wert der Rektaluntersuchung in der Geburtshilfe. van Tongeren.
Knabenüberschuß bei den Geburten und das Zahlenverhältnis der beiden Geschlechter bei der Konzeption. Mijsberg.
* Bedeutung der Lufteinblasung für die Gehirndiagnostik. van der Horst und Sillevis Smitt.

Behandlung von Psychotikern mit Somnifen in der psychiatrischen Anstalt „Maasoord" in Portugal. Das Urteil über das von Kläsi eingeführte Somnifen klingt sehr günstig, und zwar auch dann, wenn die betreffenden Anstalten die Dosen bis zu einer erstaunlichen Höhe getrieben hatten. Verfasser behandelte 50 Kranke mit Psychosen. Er richtete sich erst streng nach den Originalvorschriften des Erfinders, ging dann in einzelnen Punkten von ihnen ab, um später wieder zu ihnen zurückzukehren. Sehr wichtig ist die vollkommene Ruhe in dem Behandlungszimmer, wie der Autor es eingerichtet hatte. Ein Kollege, dessen Station geräuschvoller lag, klagte über Störungen seiner Patienten, die dann wach und erregt wurden. Aus dieser Abteilung konnte denn auch kein einziger entlassen werden. Ferner trägt die gewissenhafte Kontrolle durch ein geübtes Pflegepersonal sehr zum Gelingen der Kur bei. Schließlich wurde die Pflege aller Somnifenpatienten ausschließlich drei erfahrenen Schwestern zuerteilt und allen anderen verboten, sich den Kranken zu nähern. Die von anderen Autoren geübte häusliche Somnifenbehandlung lehnt Verfasser ab. Auch möchte er nur Kranke behandeln, die frei von körperlichen Affektionen sind. Ausdrücklich auszuschließen sind Nierenkrankheiten. Kläsi hatte einen diesbezüglichen Todesfall, Autor zwei. Kompensierte Herzfehler müssen gleichfalls ausgesondert werden.

Autor begann die Kur des Abends. Neunzehnmal leitete er die Kur mit Hyoscin-Morphin ein, aber die Somnolenz blieb öfter aus, auch erfolgte zuweilen sehr heftiges Erbrechen. Die auch nach Somnifen eintretende Abnahme der Pulsfrequenz nahm nach Morphin-Hyoscin beunruhigende Formen an, z. B. bis 42 (!). Auch wurde der Puls schlaff. Aus diesen Gründen sieht Verfasser von der Einleitung mit Hyoscin-Morphin ab.

Die Dosierung ist schwierig. Es ist ratsam, sich lieber kleiner Dosen, 4 bis 6 ccm innerhalb 24 Stunden, zu bedienen, denn mit ihnen wird der gleiche oder sogar bessere Erfolg erzielt, als mit großen. Einen wirklichen Dauerschlaf zustande zu bringen, glückt nur selten. Offenbar ist die individuelle Empfindlichkeit des Kranken von großer Bedeutung. Immerhin schlief ein Katatoniker und ein Schizophrener 17,5 Stunden, ein Maniker 20, ein Melancholiker dagegen nur 10 und eine schwermütige Schizophrene nur 8,5 Stunden. Je mehr Schlaf sich aber erzielen läßt, um so günstiger die Resultate bei Schizophrenie. Bei Manie war dies nicht der Fall. Die Menstruation ist kein Grund zur Unterbrechung der Kur. Dauer der Behandlung 7, 9, 14 Tage. Nebenwirkungen: Erbrechen, Speichelfluß, Schluck- und Kaustörungen, Ataxie, Veränderungen der Herztätigkeit, Gesichtsödem, vorübergehender Nystagmus, Temperaturerhöhungen.

Ergebnisse: Von 50 Kranken blieben 9 unbeeinflußt, 7 vorübergehend beeinflußt, 10 in günstigem Sinne verändert, 7 gebessert, 17 sehr gebessert. Ein Drittel der Kranken konnte entlassen werden, zwei Drittel waren in günstigem Sinne beeinflußt, nur ein Fünftel war unbeeinflußt. Niemand wurde psychisch ungünstig beeinflußt.

Acht der behandelten Patienten waren chronisch, 42 akut psychotisch. Von den chronischen wurde nicht einer entlassen. Die frühzeitig behandelten akuten Fälle gaben die besten Resultate.

Im ganzen ist Verfasser der Ansicht, daß man das Somnifen dankbar begrüßen muß, denn die Psychiatrie ist arm an Mitteln, die direkt auf Psychosen einwirken.

Bedeutung der Lufteinblasung für die Gehirndiagnostik. Die Autoren schildern den Vorgang bei der ventrikulären und lumbalen Lufteinblasung, die sie bei 40 Kranken anwandten, und teilen einige Krankengeschichten mit. Es zeigte sich, daß sie in der Diagnostik stets weiter kamen dadurch, daß einer der Ventrikel entweder nicht mit Luft gefüllt war oder nicht auf normaler Stelle saß. Hierdurch wurden Vermutungen bestätigt oder doch Anweisung gegeben, in welcher Hirnhälfte der Prozeß saß. Besonders bei Geschwülsten des Hirnlappens war die diagnostische Bedeutung des Verfahrens groß. Von Nebenerscheinungen und Komplikationen sahen sie: Schmerzen in Schulter, Brustkasten, Rücken, als Reizerscheinungen, die durch die längs der Wurzeln entlangstreichende Luft hervorgerufen waren; ferner Kollaps; um diese Erscheinungen zu reduzieren, wurden die Patienten wie zu einer Operation vorbereitet. Mehrere wurden durch die Lufteinblasung viel ruhiger, schliefen schließlich ein. Epileptiker, Paralytiker, allgemeine Demente, vertragen die Insufflation besonders gut. Komplikationen waren: 1. epileptiformer Insult, 2. Atmungsstillstand, 3. Mißlingen der Insufflation.

Im allgemeinen ereignete sich nie ein ernster Zwischenfall, wenn die Luft ventrikulär eingeblasen wurde.

Hauptwert der Methode; Es gelingt, die Art des Leidens festzustellen: 1. Bei lobarer Atrophie, 2. Differenzierung von raumbeengenden und Retraktionsprozessen, wobei dann eventuell der verengte Ventrikel auf heterolateralen Hydrozephalus weist.

Menge der einzublasenden Luft: 65 ccm. Hierdurch werden die Ventrikel zwar nicht völlig gefüllt, aber man vermeidet so Reizerscheinungen und Gefahren. — Die Lufteinblasung ist also ein gutes diagnostisches Hilfsmittel, nicht nur bei vermutetem Tumor, sondern überhaupt bei der Hirndiagnostik von Sitz und Art des Leidens. Stauungspapille ist eine strenge Kontraindikation.

Zweite Hälfte, Nr. 9, 28. August 1926.

Luftembolien ins Gehirn durch Fruchtabtreibung. Burgerhout.
„Weißer Fluß." Nijhoff.
Direkte Messung des Aderdrucks. Goudsmith.
Reflexe von Magnus und de Klein während eines epileptiformen Anfalls. Verhaart.

70., zweite Hälfte, Nr. 10, 4. September 1926.

* Teergeschwülste der Haut, Lunge und des Vorderarms. Bonne.
Einführung in die Chemotherapie der Karzinome. Watermann.
* Behandlung des Lippenkrebses. Wassink.
* Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. den Hoed.
* Jucken als Prodromalerscheinung bei Brustkrebs. Verhave.

Teergeschwülste der Haut, Lunge und des Vorderarms. Genaue Schilderung der Mäuseversuche des Verfassers. Es besteht ein scharfer Gegensatz zwischen dem Eindruck, den das experimentelle Studium des Karzinoms gibt und dem bei der menschlichen Pathologie gewonnenen. Bei der Maus beobachtet man erst ein Anfangsstadium, das noch zur Rückbildung fähig ist. Beim Menschen dagegen einen unerbittlich fortschreitenden Prozeß, der zum Tod des Individuums führt. Im ersten Falle ein kontinuierlicher Vorgang, der ohne Schwankungen und an mehreren Punkten gleichzeitig schließlich zum Karzinom führt, im andern Falle ein plötzliches Vorhandensein eines Karzinoms, das vielleicht auf verändertem Boden entstanden ist, aber vom ersten Beginn bis zum Schluß alle seine charakteristischen Eigenschaften bewahrt. Wollte man an dieser Vorstellung auch für das experimentell entstandene Karzinom festhalten, dann müßte man den Beginn des Karzinoms auf einen völlig willkürlichen, weder klinisch, noch histologisch, noch sonstwie feststellbaren Termin schieben. Der Ausgleich dieser Gegensätze ist eine der wichtigsten Fragen der Krebsforschung.

Behandlung des Lippenkrebses. Wichtig für den Ablauf des Lippenkarzinoms ist vor allem die Frage, in welchem Stadium die Behandlung einsetzt. Die Radiumtherapie verdient nach Ansicht des Autors den Vorzug vor der chirurgischen. Verfügt man über die Hilfsmittel der Bestrahlung, dann hat man selbst bei ausgebreiteten primären Karzinomen das Recht, solange regionäre Drüsenschwellungen fehlen, dann eine abwartende Haltung einzunehmen, wenn man den Kranken unter regelmäßiger Kontrolle halten kann. Bestehen Drüsenschwellungen, die möglicherweise doch nicht auf Metastasen beruhen, dann bestrahle man prophylaktisch und halte den Kranken unter strenger Kontrolle. Fehlt hierfür die Gelegenheit, dann mache man eine vollständige Drüsenausräumung und eine Nachbestrahlung. Findet man Halsdrüsen, die vermutlich auf Aussaat beruhen, dann mache man gleichfalls eine möglichst vollständige Halsdrüsenausräumung, eventuell nach Röntgenbestrahlung, doch in jedem Falle schließe man unmittelbar eine Reihe von Bestrahlungen an.

Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Autor ist der Ansicht, daß die inoperabeln Karzinome der Portio uteri durch Strahlenbehandlung in einem gewissen Prozentsatz dauernd geheilt werden können, wenn sich noch keine Fernmetastasen entwickelt haben und die Geschwülste selbst noch nicht allzu weit in die Umgebung übergegriffen haben. Nach Erfahrungen am „Antoni van Leeuwehoekhuis zu Amsterdam" scheint die Dessauersche Methode weniger günstige Resultate zu liefern, als die Bestrahlung mit kleinen Feldern. Aus der Literatur und den eigenen Erfahrungen hat Verfasser den Eindruck gewonnen, daß von Radiumbestrahlung mit großen Dosen (4000 bis 7000 mgr-Stunde) und starker Filtration (1½ mM. Au gleich etwa 3 mM Pb) gemeinsam mit nicht zu starker Röntgenbestrahlung mehr zu erwarten ist, als von den beiden vorigen Methoden. Außer durch die Technik werden die Resultate durch das Wegbleiben der Kranken aus der Behandlung stark beeinflußt, deshalb soll die Behandlung nach Möglichkeit während des Aufenthaltes in der Klinik zu Ende geführt werden. Die Nachbestrahlung operierter Portio- und Zervixkarzinome ist nützlich. Carcinomata corporis uteri möge man operieren. Besteht eine Kontraindikation oder Inoperabilität, dann haben wir in Röntgen- und Radiumstrahlen ein wichtiges Kampfmittel, mit dem auch bleibende Resultate erzielt werden können.

Jucken als Prodromalerscheinung des Gebärmutterkrebses. Mitteilung eines Falles, bei dem das Hautjucken das erste Merkmal eines Karzinoms der Brustdrüse war. Die Patientin kam nur des unerträglichen Hautjuckens wegen in Behandlung, dabei wurde die Existenz der im Durchmesser 5 cm großen Geschwulst erst entdeckt. Verfasser fordert zur Beachtung dieses Warnungsmerkmals auf.

Nr. 11, 11. September 1926.

✦ Vakzine-Behandlung des Keuchhustens. Krijger.
Einfluß der gesetzlichen Unfallversicherung auf unsere Begriffe betreffend die sogenannte Arthritis deformans. Brocx.
Ophthalmyiasis subretinalis. Zeeman.
Klinik der Schläfenlappengeschwülste. van der Horst.
Beschaffenheit von Muskeln. Reys.
Neue Nadel für intravenöse Einspritzungen. Levy.
✦ Durchbruch einer Kaverne bis unter die Haut der Brustwand. van der Lee.
✦ Seltener Fund in der Scheide. Hermans.

Vakzinebehandlung des Keuchhustens. An der Utrechtschen Poliklinik bot sich Gelegenheit, 52 Kinder mit Keuchhusten aller Grade zu behandeln. Die Vakzine wurde vom „Rijksserologisch Instituut" geliefert. Die Dosierung wurde folgendermaßen gehandhabt: 2000, 3000, 5000, 5000, Millionen Keime mit je zweitägigem Zwischenraum, dies auch für Säuglinge. Manchmal folgte nach einer Woche Pause noch eine Injektion von 5000 oder 7500.

Eine deutliche Verschlimmerung der Anfälle konnte in 3 schon an sich schweren Fällen aus derselben Familie beobachtet werden, Verfasser sieht dies als eine Herdreaktion an. Möglicherweise war hier ein Stamm im Spiele, der in der Vakzine nicht mit verarbeitet war. Ein Versuch, diesen Stamm auf Agarplatten wachsen zu lassen, mißglückte. Im ganzen waren die Ergebnisse der Vakzinetherapie aber befriedigend, so daß der Autor folgende Schlußfolgerungen zieht: Die Behandlung wird fortgesetzt, obwohl in manchen Fällen die Resultate zweifelhaft waren. Das Ergebnis war nicht besser, wenn frühzeitig eingespritzt wurde. Bei spätem Einsetzen der Behandlung ließen sich auch noch günstige Erfolge erzielen. Die Kinder, welche eine deutliche allgemeine und Herdreaktion zeigten, wurden am günstigsten beeinflußt. Bei Säuglingen ist die Vakzinetherapie sehr zu empfehlen.

Durchbruch einer Kaverne bis unter die Haut der Brustwand. Die Patientin hatte eine Schwellung auf dem Rücken, die bei jedem Hustenstoß zunahm, um alsdann wieder rasch kleiner zu werden und größtenteils zu verschwinden. Fluktuation war nicht deutlich, vielmehr bestand der Eindruck, daß bei jedem Hustenstoß Luft oder Luft vermischt mit Flüssigkeit in die Höhle gepreßt wurde. Post mortem fand sich auf der Rückenseite unmittelbar auf den Rippen gelegen und teils durch eine dünne Muskelschicht bedeckt, teils nur durch Haut bedeckt, eine große Abszeßhöhle, deren Wand an verschiedenen Stellen mit käsigem Belag versehen war. Die Höhlung breitete sich etwas weiter aus, als klinisch bemerkbar gewesen war. Nach oben zu streckte sie sich bis unter das ganze Schulterblatt aus. Hier waren 3 Rippen kariös. Zwischen den beiden obersten befand sich eine kleine Oeffnung, die zu einer Kaverne führte, während längs der dritten Rippe eine nicht sichtbare, aber wohl zu sondierende Verbindung nach der Pleurahöhle führte.

Seltener Fund in der Scheide. Bei einer Kranken, die wegen Abortus incompletus febrilis provocatus criminalis im Krankenhaus war, fand sich in der Scheide ein Stück Fleisch, halb roh, halb gekocht, makroskopisch und mikroskopisch am meisten an ein Stück Ochsenzunge erinnernd, mit glatter Schnittfläche an der einen und Epithelbekleidung an der andern Seite. Größe 7 zu 4½ zu 2 cm, Gewicht 52 Gramm. An der Portio uteri einige Stichwunden mit schmutzigem Belag. Die Patientin tat sehr erstaunt, als man ihr das Stück zeigte, sie wußte von nichts. Ihre Schwester, die die Abtreibung bei ihr versucht hatte, war nach Canada verzogen (!). Masturbation? Aberglaube?

Nr. 12, 18. September 1926.

✦ Postvakzinale Enzephalitis. Bouwdijk Bastieanse, Bijl, Terburgh.
✦ Dicksche Reaktion in der Praxis. Rademaker.
Die als leblos Angegebenen. Sanders.
Rivanol bei septischen Prozessen. Coopman.

Postvakzinale Enzephalitis. Aus Anlaß der sich in Holland neuerdings mehrenden Fälle von postvakzinaler Enzephalitis haben die Autoren, ein Neurologe, ein Bakteriologe und ein Epidemiologe die Frage einem gründlichen Studium unterzogen, außerdem wurden unter Beratung und Beteiligung durch Levaditi einige Untersuchungen am Pasteurinstitut in Paris ausgeführt. Auf Grund der Vorgeschichte, der Krankheitsbeschreibung, der histopathologischen Untersuchung, der Epidemiologie, der Tierexperimente, der Untersuchung der Lymphe auf neurotrope Eigenschaften und auf Anwesenheit eines anderen Ultravirus als des Vakzinevirus, ferner der Zerebrospinalflüssigkeit und des Gehirngewebes auf ein Ultravirus fassen die Autoren ihre Ergebnisse etwa folgendermaßen zusammen:

1. Vom 1. Januar 1924 bis 1. Juli 1925 sind in Niederland verschiedene Fälle vorgekommen, in denen in der Regel 10 bis 13 Tage nach der Impfung mit Kuhpockenlymphe, sich sowohl klinisch als histopathologisch das Bild der akuten Gehirnentzündung, sitzend hauptsächlich in der weißen Substanz, gezeigt hat.

2. Diese Fälle postvakzinaler Enzephalitis kamen hauptsächlich in kleinen, zuweilen aneinandergrenzenden Gemeinden vor. In den Gemeinden wurde oft mehr als ein Fall gleichzeitig wahrgenommen. Im März wurden die meisten Fälle gemeldet, als auch die Enzephalitis lethargica mehr als in andern Monaten herrschte. (Die beiden epidemiologischen Kurven zeigen eine erstaunliche Verwandtschaft. Ref.)

3. Die zur Vakzination der krank gewordenen Kinder verwendete Lymphe war aus 3 verschiedenen Instituten bezogen. Für die Anfertigung der Stoffe hatten 12 Kälber gedient, er war sowohl von niederländischer, als von ausländischer Abkunft.

4. Die Anzahl der Erkrankungen ist weder örtlich noch zeitlich parallel der Anzahl der ausgeführten Impfungen.

5. Es ist gelungen, durch Impfung mit Kuhpockenlymphe in das Gehirn von Kaninchen Enzephalitis hervorzurufen. Im Gehirn dieser Kaninchen konnte ein Virus nachgewiesen werden, das mit dem Neurovakzin Levaditis identisch ist. Enzephalitis konnte beim Kaninchen durch Impfung in die Haut, Hornhaut oder Hoden nicht hervorgerufen werden.

6. Ein anderes Ultravirus als das Vakzinevirus konnte in der Kuhpockenlymphe nicht nachgewiesen werden.

7. In der Zerebrospinalflüssigkeit und im Gehirn von Kindern, die an der Krankheit litten oder daran gestorben waren, konnte ein Ansteckungsstoff nicht nachgewiesen werden.

Was nun die eigentliche Ursache der postvakzinalen Enzephalitis betrifft, so sind die Autoren der Meinung, daß sie noch nicht geklärt ist. Ein Zusammenhang zwischen Vakzination und der kurze Zeit danach entstehenden Enzephalitis ist nicht zu leugnen. Wahrscheinlich wird sie durch ein Ultravirus hervorgerufen. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß die wahrgenommenen Fälle von postvakzinaler Enzephalitis durch direkte und ausschließliche Wirkung der Lymphe hervorgerufen sein sollen, wenigstens muß ein noch unbekannter Faktor dabei mitwirken. Wahrscheinlicher ist es, daß der Vakzinationsprozeß das latent anwesende Virus aktiviert. Hierdurch können die klinischen und histologischen Abweichungen noch am ungezwungensten erklärt werden.

Dicksche Reaktion in der Praxis. Von dem verdünnten Toxin des „Rijksserologischen Instituts" wurden erst große Mengen vorrätig gehalten, die dann aber sehr schnell an Stärke abnahmen, so daß es zu empfehlen ist, von dem Standardtoxin stets frische Verdünnungen herzustellen. Von diesen Kleinigkeiten hängt schließlich ab, ob die zu prüfenden Personen reagieren oder nicht. Die Dicksche Reaktion versucht nun den Nachweis, ob sich Antistoffe gegen Scharlach finden oder nicht, sie verdient Anwendung als Reaktion zur Beurteilung des „Scharlachkrankheitsprozesses" und als Reaktion zur Beurteilung der Empfänglichkeit gesunder Personen. Also ist sie von höchstem Interesse für alle, die mit Scharlachkranken in Berührung kommen, Pflegepersonal, Kinderheime, Ferienkolonien usw. Eine vorher positive Reaktion wird durch das Ueberstehen von Scharlach meist negativ. Dieser Umschlag hat die Diagnose in einigen zweifelhaften Fällen bekräftigt. In den ersten 4 Tagen der Krankheit kann eine negative Reaktion vorkommen, weil die Haut, obwohl vorher positiv reagierend, schon genügend Antistoffe enthält, oder weil die Haut zeitlich nicht imstande ist zu reagieren. Die Dicksche Reaktion, wenn sie vor dem Ausbruch der Krankheit bei einer empfänglichen Person gemacht wird oder wenn sie sich nicht zeigt, weil sie während des Exanthems nicht ablesbar ist, verrät sich zur Zeit des Exanthems häufig durch einen weißen Fleck, der beweist, daß hier lokal an der Eintrittspforte des eingebrachten Toxins die Antistoffbildung dem Rest der Haut voraus ist. Eine früher gemachte positiv ausgefallene Reaktion hat die Neigung, bei Ausbruch der Krankheit aufzuflammen, vor oder gleichzeitig mit den ersten Erscheinungen von Unwohlsein, aber bevor an der übrigen Haut etwas wahrzunehmen ist. So kann man in diesen Fällen die Diagnose sehr früh stellen und es ist ratsam, alle Kranken auf Kinderstationen in Krankenhäusern systematisch nach Dick zu untersuchen, da die Reaktion gänzlich ungefährlich ist.

Elfmal von den 278 Fällen des Verfassers blieb die Reaktion nach Ueberstehen von Scharlach positiv.

Man soll in allen zweifelhaften Fällen die positive Reaktion mit einer Kontrollreaktion vergleichen, um zu sehen, ob sie nicht auf einer Pseudoreaktion beruht. Diese schließt eine Empfänglichkeit für Scharlach nicht aus. In 29 Fällen war vor Ausbruch des Scharlachs die positive Reaktion festgestellt.

Niemals wurde ein Scharlach gesehen, wenn die Person negativ reagiert hatte. Ein Ausnahmefall, der in der Nachschrift erwähnt wird, zeigte bei der Empfänglichkeitsbestimmung ein erbsengroßes elastisches Knötchen, das erst bei Ausbruch des Scharlachs verschwand. Vielleicht lag hier eine ausnahmsweise träge Resorption des Toxins vor, das keinen roten Hof an der Einspritzungsstelle gab.

K. Heymann, Berlin.

El Siglo Médico.

78., Nr. 3790.

Antigene und Antikörper bei der Immunität. Martin Salazar.
Heilung des Ulcus ventriculi durch Gastroenterostomie. Luna Gañan.

78., Nr. 3791—3793.

Erworbene Immunität. Martin Salazar.
Spezifische Therapie des Rückfallfiebers. Ascoli.
Goldsalze in der Behandlung der Lungentuberkulose. F. Garcia Trivino
Aortenerkrankungen. G. R. Gonzalo.

78., Nr. 3794.

Klinische Betrachtungen. A. Morales.
Mutterschutzfrage in Argentinien. L. Bard.

78., Nr. 3795.

Bakteriolysine. Martin Salazar.
* Symptome für die Diagnostik der hereditären Lues. E. A. Beretervide.
Herzerkrankungen als Begleiterscheinung. G. R. Gonzalo.
Diurese. Ferre.

Symptome für die Diagnostik der hereditären Lues. In 80% ergibt die Vorgeschichte wichtige Anhaltspunkte. Abnorme Kopfgröße ist bedeutungsvoll. Wasserkopf hat immer eine spezifische Ursache. Auffallende Gesichtsasymmetrie und angeborener Strabismus convergens, Nasenveränderungen, Narbenbildung in der Mundgegend zusammen mit Hautverfärbung sind sehr zu beachten. Langdauernde, aller Therapie trotzende Otitis muß Verdacht auf Lues erwecken. Neben den klassischen Hutchinsonschen Zähnen ist die Größe der Zähne, das Fehlen von Schmelz und Dentin hervorzuheben. Exostosen, besonders an Tibia und Clavicula, weisen auf Lues hin. Bronchiektasen, Asthma, Mediastinitis und Pleuropulmonale Sklerose kommen vor. Bei 10% der Fälle beobachtete Verf. ausgesprochene Bradykardie. Eine große Rolle spielt Milzvergrößerung in diesem Alter. Spezifische Gelenkerkrankungen sind häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. An endokrinen Veränderungen finden sich besonders adiposogenitale Störungen und chronisches Myxödem. Die radiologische Aortenmessung gibt oft einen Hinweis. Bis zu acht Jahren darf ihr Durchmesser 1 cm nicht überschreiten. Zwischen 9 und 14 Jahren ist ein Durchmesser von über 1,3 cm bereits als groß zu bezeichnen. Die Wa.-Reaktion hat keinen großen Wert. Die Therapie muß kombiniert sein, wobei die hohe Toleranz der Kinder für Jodkalium hervorzuheben ist.

Metterleiter.

Revista de Tuberculosis.

14., Nr. 163, Juli 1926.

Prognostik der Lungentuberkulose. Garcia del Real.

Metterleiter.

Archivos Espan de Pediatria.

10., Nr. 8, August 1926.

* Klinische und bakteriologische Betrachtungen auf Grund von 400 Masernfällen. F. Cirajas Labajo.
Angeborene Skoliose eines 10 jährigen Mädchens. J. Guerra y Estape.
Neueste Kenntnisse über Ursache und Prophylaxe der Masern. G. Caronia.

Klinische und bakteriologische Betrachtungen auf Grund von 400 Masernfällen. Koplicksche Flecken konnten nur in ungefähr 3% aller Erkrankungen festgestellt werden. Dieses Zeichen läßt sich demnach als Diagnosticum nicht verwerten. Das Symptom von Sebilleau fand sich in 30%; am häufigsten wurde Nasenbluten beobachtet. Zweimal trat Meningitis als Komplikation auf. Prophylaktisch muß Rekonvaleszentenserum nach den Grundsätzen von Debré gegeben werden.

Metterleiter.

Rivista Ospedaliera.

16., Nr. 7.

* Lungentuberkulose und endokrine Drüsen. C. Galassi.

Lungentuberkulose und endokrine Drüsen. Daß die endokrinen Drüsen einen bemerkenswerten Einfluß auf die Entwicklung der Lungentuberkulose ausüben, steht fest. Indessen ist es — bei der Dürftigkeit unserer Kenntnisse auf endokrinem Gebiet — unmöglich, die Beziehungen zwischen tuberkulöser Infektion und Drüsen mit innerer Sekretion klar zu präzisieren.

Dessenungeachtet kann man heute schon so viel sagen: 1. Eine leichte Hyperfunktion der Schilddrüse stimuliert wahrscheinlich die Abwehrkräfte und schafft so gewissermaßen einen relativen Schutz gegen die Tuberkulose; wird sie stärker, so setzt sie den Organismus den Gefahren eines allzu lebhaften Stoffwechsels aus und führt somit zur Erschöpfung der eigenen Verteidigungsmittel. 2. Das Fehlen oder die Hypofunktion der Schilddrüse, Anzeichen eines angeborenen oder erworbenen generativen Zustandes, schafft eine weniger aktive Abwehr gegen tuberkulöse Infektionen, doch verleiht sie dem Krankheitsprozeß einen langsamen und benignen Verlauf. 3. Für die Thymusdrüse lassen sich ähnliche Erwägungen anstellen, doch steht sie im ganzen an Wichtigkeit hinter der Schilddrüse zurück. 4. Die Wichtigkeit der Nebennieren in bezug auf die Tuberkulose wird von französischen Autoren sicher überschätzt, zum mindesten kann man sie nicht immer nachweisen. Ihre Hypofunktion scheint auf die Entwicklung der Tuberkulose einen hemmenden Einfluß zu haben. 5. Viel evidenter ist der von den Geschlechtsdrüsen ausgehende Einfluß auf die Tuberkulose, die in ihrer Funktion geschwächten Drüsen wirken stimulierend. 6. Alle diese Beziehungen treten bei der Frau stärker als beim Mann hervor.

Held.

Biologie Medicale.

16., 24. Jahrgang, Nr. 6, Juni/Juli 1926.

Biologische Interpretation der Zellteilung. Legrand.
* Entdeckung des Pestbazillus. Lagrange.
* Stovarsolnatrium und die Hundestaupe. Bouchet, Vater und Sohn.

Entdeckung des Pestbazillus. Im Hinblick auf die sich vielfach widersprechenden Ansichten über die Entdeckung des Pestbazillus stellte sich der Autor die Aufgabe, die gesamte Literatur über dieses Thema zu revidieren. Im Juni 1894 begaben sich Kitasato an der Spitze einer japanischen Mission und der französische Arzt Yersin nach Hongkong und teilten jeder für sich der wissenschaftlichen Welt mit, daß sie den Pestbazillus entdeckt hätten. Beide hatten bereits eine in bakteriologischer Beziehung ruhmreiche Vergangenheit hinter sich. Yersin hatte gemeinsam mit Roux seine klassisch gebliebenen Studien über Diphtherie und ihr Toxin veröffentlicht, Kitasato den Tetanusbazillus isoliert und kultiviert und gemeinsam mit Behring die antitoxischen Fähigkeiten des Antitetanus-Serums erwiesen. Verfolgt man nun mit Sorgfalt die damaligen Mitteilungen in den Zeitschriften, so läßt sich leicht erkennen, wer der eigentliche Entdecker des Pestbazillus gewesen ist. Am 12. Juni trafen die Japaner, jeder von einem Assistenten und einem freiwilligen Teilhaber, einem Studenten der Medizin, begleitet, in Victoria ein. Am 15. Juni kam Yersin allein dort an. Aoyama schildert die Stadt, die Verteilung der Hospitäler, er erkrankt aber ebenso wie ein Helfer an der Pest nach einer Sektion. Drei Hospitäler werden ergriffen: Ein Seehospital, genannt Hygiea, reserviert für die Europäer, ein chinesisches Hospital und ein altes Polizei-Revier, das Kennedy-Town, das von englischen Aerzten geleitet wird, und in dem auch Sektionen gemacht werden können. Da dies alles bald nicht mehr ausreicht, wird ein im Bau befindliches Schlachthaus und eine Art von Strohhütte primitiv eingerichtet: es gab weder Betten, noch Decken, noch Moskitonetze, nur Hindus und Japaner hatten Matratzen, eine Photographie zeigt uns die Kranken halbnackt auf der Erde liegend in einem Schuppen, in dem die Mücken freien Zutritt haben. Noch heute staunt der Europäer über den unbeschreiblichen Zustand der Chinesenstadt Victoria, in der 165 000 bis 250 000 Menschen unter den furchtbarsten Bedingungen eingesperrt leben. Am 14. Juni beginnt Kitasato mit seiner Arbeit. Er findet bei einer Autopsie zahlreiche Bazillen in einem Bubo inguinalis und in allen Eingeweiden. Die Sektion war aber elf Stunden nach dem Tode gemacht, und so zweifelt der Forscher an der Spezifizität, legt Kulturen an und entnimmt der Milz ein Material, um eine Maus zu impfen. Am selben Tage macht er einen Blutausstrich von einem Kranken mit einem Bubo axillaris und Fieber von 40,5: er findet einen Bazillus mit Kapsel, der an den Erreger der Geflügelcholera erinnert. Trotz der Zweifel von Kitasato veröffentlicht die lokale Presse am selben Tage die Nachricht, daß der Forscher den Pestbazillus entdeckt hätte. Am nächsten Tage nimmt Yersin an einer Sektion Kitasatos teil und bemerkt, daß dieser Autor nicht die Drüsen untersucht, sondern sich mit der Blutuntersuchung begnügt. Erst später sei Kitasato zur Prüfung der Bubonen übergegangen. Immerhin kultiviert und inokuliert er seinen Erreger und fand, daß von den Laboratoriumstieren allein die Tauben unempfänglich sind, während Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten, Mäuse, in 24 bis 48 Stunden zugrunde gehen und daß in ihrem Organismus der Erreger überall vorhanden ist. Es erscheint am 11. August in Lancet ein Resumé der Befunde mit Abbildung eines Blutausstrichs, in dem sich Bazillen (?) etwa vom Aussehen von Diplokokken finden. Am 25. August hat Kitasato im Lancet das Wort: Der Bazillus findet sich im Blute, den Bubonen, der Milz, den Eingeweiden, es ist ein Stäbchen mit abgerundeten Enden und bipolarer Färbung. Ich kann im Augenblick nicht genau sagen, ob Gramms Doppelfärbung brauchbar ist. Die Bazillen zeigen eine sehr leichte Beweglichkeit. Das Optimum für die Kultur ist bei 36 bis 39 Grad, der Erreger trübt die Bouillon gleichmäßig. — Wirkung auf Gelatine, Sporenbildung wurden nicht beobachtet, die Impfresultate wurden mitgeteilt. Dies wäre also die Priorität Kitasatos, aber die Beschreibung des Pestbazillus ist doch zu unvollständig, meint der Verfasser, um ihn als pathogen zu charakterisieren. Die Frage der Färbbarkeit nach Gramm wird nicht erörtert, dagegen an eine Beweglichkeit geglaubt und dies spricht dafür, daß Kitasato zwischen mehreren von ihm miteinander verwechselten Bazillen geschwankt hat, daß er sie nicht hat isolieren und differenzieren können. Die Veröffentlichung seiner ersten Resultate war übereilt. Kitasato kehrte nach Japan zurück, seine offizielle japanische Veröffentlichung trug alsdann einer Anzahl von Tatsachen keine Rechnung, die er erst 1897 veröffentlichen konnte, wo er die Anwesenheit des Yersinschen Bazillus in den Bubonen neben den Bazillen im Blute mitteilte und den konstanten Befund von Drüsenschwellungen bei inokulierten Tieren erwähnte. Nichts davon hat er in seiner Mitteilung von 1894 gesehen, sondern nur ein Bakterium, das im Tierversuch kaum Drüsenschwellungen veranlaßt und die Tiere in zwei bis fünf Tagen tötet. Die gleiche Konfusion fand Verfasser in den Arbeiten Aoyamas. In den Schnitten aus Bubonen fand dieser: „Kitasatobazillen", Mikrokokken, Streptokokken, „Pestbazillen" und grammnegative Mikrokokken. Die Bazillen im Blut und die in den Bubonen hält er wegen der Verschiedenheit ihrer Größe nicht für identisch. Die Kitasatoschen Blutbazillen seien nur Streptokokken. Also: Aoyama erkennt ein Jahr später die Befunde Kitasatos nicht an, obwohl er sein Mitarbeiter gewesen war. Es erfolgt 1897 eine neue Epidemie in Japan. Kitasato hält seinen Irrtum aufrecht. Er fand jetzt, daß Pestbazillen, die der Geflügelcholera so ähnlich sehen, grammpositiv seien, ferner Staphylo- und Streptokokken. Jetzt erheben sich in der wissenschaftlichen Welt noch mehr Zweifel, Zettnow, Ogata greifen die Befunde an, Metschnikoff hingegen irrte und hielt die Befunde von Yersin und Kitasato für identisch. Darauf zog sich Kisato zurück, Ogata war der Erste, der auf den Gedanken kam „die wichtige Rolle der Flöhe, die die Ratten, wenn sie nach dem Tode erkaltet sind, verlassen, und die dann direkt das Virus auf den Menschen übertragen können", zu unterstreichen. Noch 1923 sagt Kitosato, daß japanische Autoren die Erreger der Pest und der Dysenterie (Shiga) entdeckt hätten. Aber 1925 erklärt er mit größtem Freimut, daß nicht er selbst, sondern Yersin der Entdecker des Pestbazillus sei. (Congrès de Médicine d'Extrême-Orient.) Es folgen wichtige Dokumente über die Tätigkeit Yersins, faksimilierte Tagebuchaufzeichnungen, Abbildung des ersten Ausstrichts mit Pestbazillen. Als historisch hoch interessant seien einige Tagebuchstellen hier referiert: In Kennedy Town angelangt, trifft Yersin mit Kitasato zusammen, der gerade eine Autopsie machte. Der Kontakt mit den Japanern war sehr schwierig. Yersin kennt nur ein paar Brocken deutsch, dies war die einzige Möglichkeit, sich zu verständigen. Es ist ihm unmöglich, zu einer Sektion zugelassen zu werden, sie seien für die japanische Mission reserviert, er muß sich auf Blutuntersuchungen beschränken, findet in ihnen aber keine Mikroorganismen. Er ist mit seinem Material in einer offenen Gallerie vor den Augen aller Neugierigen ausgestellt. Er beschließt daher, im Hospital selber zu wohnen, sich dann eine Strohhütte erbauen zu lassen. Man glaubte damals noch an die Uebertragbarkeit der Pest durch den Mückenstich oder durch Fliegen. Yersin hofft, den Erreger in den Bubonen zu finden. Aber wie soll er an die Leichen herankommen? Er verteilt ein Trinkgeld, um wenigstens an die schon sezierten Toten, die in einem Keller liegen, bevor sie beerdigt werden, herantreten zu können. Es gelingt ihm, eine Bubonengeschwulst in einer Minute zu exstirpieren. Er macht ein Präparat und sieht auf den ersten Blick eine Unmenge von Bakterien, alle einander ähnlich. Es sind sehr kleine Stäbchen mit abgerundeten Enden und schlecht mit Methylenblau gefärbt. Er macht eine Aussaat auf Agar, und Inokulationen auf Mäuse und Meerschweinchen. Er sendet etwas Pulpa nach Paris. Er wiederholt die Exstirpationen und findet immer das gleiche Bild. „Es ist sehr möglich, daß mein Erreger der der Pest ist, aber ich habe noch nicht das Recht, es zu behaupten!" „Meine inokulierten Tiere sind gestern gestorben und zeigen bei der Autopsie die für Pest charakteristischen Bubonen." Nun macht er mit Hilfe des Konsuls eine Beschwerde beim Gouverneur, die den Erfolg hat, daß ihm jede zweite Sektion gestattet wird. Bald findet er auch dieselben Mikroben in den Kadavern der Ratten, die massenhaft in der Stadt herumliegen.

Am 3. August verläßt er Hongkong, geht nach Saigon. Aber schon am 30. Juli verlas der Leiter des Pasteurinstituts in Paris vor der Akademie der Wissenschaften Bruchstücke aus den Briefen Yersins und verkündete die Entdeckung des Pestbazillus durch ihn. Im September erschien seine erste Arbeit hierüber in den Annales de l'Institut Pasteur. Hier war der Pestbazillus völlig richtig beschrieben. Es folgte in Paris die Immunisierung von Laboratoriumstieren und 1895 eine weitere Reise nach dem Orient. Dort immunisierte er Pferde gegen die Pest und begab sich mit diesen Seren nach Hongkong im Juni 1896 und von da nach Kanton, wo er seinen ersten therapeutischen Versuch an einem jungen Chinesen ausführte. Mit 30 ccm Serum heilte er von 23 Fällen 21. Der Yersinsche Bazillus hatte seine Probe bestanden.

Stovarsolnatrium und die Hundestaupe. Die bisher gegen diese Erkrankung empfohlenen therapeutischen und prophylaktischen Mittel waren alle wirkungslos geblieben. Von dem Gedanken ausgehend, daß das Stovarsolnatrium das Medikament der Wahl bei der progressiven Paralyse sei, erhofften sie von dem Mittel, dem eine so ausgesprochene Affinität zum Nervenwege eigen ist, eine Beeinflussung der ja gleichfalls vorzugsweise nervösen Erkrankung der Hundestaupe. Diese Hypothese erwies sich als richtig. Seit Juli 1925 haben die Autoren systematisch das Medikament angewendet, von 44 Fällen wurden 31 geheilt, ohne daß irgendeine nervöse Komplikation eingetreten wäre. Alle Hunde, die mit Bronchialerscheinungen eingeliefert wurden, konnten vor Ausbruch der Nervenerkrankung bewahrt werden. Auch in den Fällen, bei denen die Stovarsoltherapie erst spät beginnen konnte, war der Ausgang doch noch günstig, aber ein Teil der Tiere starb an der Infektion, obwohl das Nervensystem geschützt wurde. 8 Fälle starben, weil sie schon fast moribund eingeliefert waren, 3 andere waren zu jung, um der Infektion standhalten zu können: von den 31 Erfolgen war einer besonders interessant, weil sich bei ihm die Paraplegie bereits gebildet und nun wieder zurückentwickelt hatte. Die injizierte Dosis schwankte zwischen 15 und 25 cgr., intravenös in die Vena saphena ext. Im ganzen erklären die Autoren, im Stovarsolnatrium ein Mittel gefunden zu haben, das bei der Behandlung der Hundestaupe von großem Wert ist und das imstande ist, nervöse Komplikationen zu verhindern oder sogar in der Entwicklung begriffene zu heilen.

K. Heymann, Berlin.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

87, Nr. 8, 21. August 1926.

Biologische Vorbereitung für das Studium der Medizin und Zahnheilkunde. Waite.
Consecratio medici. Cushing.
Praktikantentum in der Klinik. Du Bois und Reznikoff.
Standard-Hospital als Schule zur Heranbildung besserer Aerzte und Pflegerinnen. Colwell.
Unterricht in der Tropenmedizin. Reed.
Neue Prüfungsmethode für Studenten der Medizin. Cleveland.
* Das weibliche Geschlechtshormon. Frank und Goldberger.
Vergiftung mit weißer Schlangenkrautwurzel. Walck.
* Prophylaktische Anwendung von Masern-Rekonvaleszentenserum. Park und Freeman.
* Prophylaktischer Wert von Rekonvaleszentenblut bei Masern. Haas und Blum.
Vollkommene Aphonie infolge Struma mit Genesung. Bernstein.
Angioneurotisches Oedem von Penis und Skrotum. Ezickson.

Das weibliche Geschlechtshormon. Verff. bestimmten in zwei Fällen von Mißbildung das Geschlecht durch Feststellung des weiblichen Geschlechtshormons im zirkulierenden Blute. Durch die Injektion von Lipoidextrakt des Blutes in kastrierte Mäuse erzeugten sie eine positive Reaktion des Vaginalschleims. Personen mit funktionierenden Ovarien haben, gleichgültig ob Vagina, Uterus, Tuben und äußere Genitalien aplastisch sind oder eine Mißbildung vorliegt, eine in dieser Weise demonstrierbare Menge des weiblichen Geschlechtshormons zwischen dem 5. und 15. Tage nach der Ovulation. Es müssen daher Blutproben zur Bestimmung desselben in wöchentlichen Intervallen entnommen werden. Negative Resultate sind nicht beweisend, da Ovarien aus irgend einem Grunde kurze oder längere Zeit funktionell außer Tätigkeit sein können, aus positiven Befunden können sichere Schlüsse gezogen werden. Die Probe ist natürlich vor dem Pubertätsalter nicht verwertbar.

Prophylaktische Anwendung von Masern-Rekonvaleszentenserum. Prophylaktische Injektionen bei 1500 Kindern liegen den Schlußfolgerungen der Verff. zugrunde. Eine Injektion von 6 ccm Rekonvaleszentenserum oder -Plasma genügte für Kinder unter drei Jahren, von 10 ccm für ältere Kinder, die nicht länger als fünf Tage der Maserninfektion ausgesetzt waren, um die Infektion zu verhüten oder andernfalls dieselbe so milde zu gestalten, daß keine Komplikationen auftraten. Das Serum gibt eine Immunität von nur 2—4 Wochen, eine milde Infektion meistens eine für das Leben andauernde Immunität. Die zeitige Anwendung des Serums ermöglicht es, in Hospitälern, Internaten u. a. den Ausbruch ernster Epidemien und demzufolge Komplikation mit Pneumonie zu verhindern. Die Anhäufung von Antigen ist am stärksten kurz nach der Rekonvaleszenz, ist nach drei Monaten etwas geringer. Um der Hauptschwierigkeit zu begegnen, genügend große Mengen Rekonvaleszentenserum zu erhalten, schlägt Verf. vor, jeder praktische Arzt sollte bei Masernfällen seiner Praxis Kindern 10—25 ccm, Erwachsenen entsprechend mehr Plasma für seinen eigenen Bedarf entziehen. Für Institute hätte das Gesundheitsamt zu sorgen, das in New York jederzeit Aerzte zur Blutentnahme entsendet und dem zuweisenden Arzte einen Teil des Plasma zur Verfügung stellt.

Prophylaktischer Wert von Rekonvaleszentenblut bei Masern. Verff. sammelten ihre Erfahrungen in einer sieben Monate dauernden Masernepidemie eines Kinderheims. 175 Kinder erhielten Injektionen von Rekonvaleszentenplasma, 95 solche von Rekonvaleszentenblut. Plasma, das zwischen 1—4 Monaten nach der Entfieberung gewonnen und 4½ Monate vor der Injektion konserviert war, schützte bei Injektion von 5—10 ccm 51% der Kinder drei Monate oder länger. Wenn es keinen Schutz gegen die Erkrankung gewährte, so milderte es in allen Fällen die Erkrankung erheblich. Bis zu 1 Monat nach der Entfieberung gewonnenes Plasma schützte 88% der Kinder für die gleiche Zeit. Der prophylaktische Wert des Plasma war der gleiche, wenn die Kinder 4—7 Tage lang der Infektion ausgesetzt waren. Nach dieser Zeit verhinderte es weder noch milderte es die Erkrankung. Injektion von ganzem Blut, bis zu 3 Monate nach der Entfieberung gewonnen, schützte in Dosen von 5—7 ccm 41% der Kinder 2 Monate lang oder länger und milderte in den übrigen Fällen die Erkrankung, selbst wenn sie 2 Monate später ausbrach. Ein Masernrezidiv innerhalb eines Monats ist möglich, aber sehr selten. Im ganzen erkrankten 53% der geimpften Kinder gegen 84% der nicht geimpften. Die dauernde Immunität der durch die Impfung gemilderten Erkrankung ist für Kinderheime von großem Wert. 6 Bronchopneumonien und 10 Komplikationen mit Otitis media ereigneten sich während zweier Monate unter 100 Masernkindern, davon 5 bzw. 8 bei ungeimpften. Kein Todesfall in der Epidemie gegen 12 bzw. 6 Todesfälle unter den leichteren Erkrankungen zweier früherer Epidemien. So wertvoll die Impfungen mit Rekonvaleszentenblut sind, so wäre doch eine aktive Immunisierung mit abgeschwächtem Virus oder Toxin vorzuziehen.

87., Nr. 9, 28. August 1926.

* Standardisierung von Scharlach-Antistreptokokkenserum. Wadsworth und Mitarbeiter.
* Identifizierung des Scharlach-Streptokokkus. Tunnicliff.
* Morbus Basedow mit toxisches Adenom. Graham.
Hohe Jejunostomie bei Darmverschluß. Orr und Haden.
Poliomyelitis-Epidemie. Knapp, Godfrey und Aycock.
Erhöhte Reflexerregbarkeit der untern Extremitäten nach Ueberanstrengung. Spiller.
* Herstellung eines sehr wirksamen, vasodilatinfreien Pankreassekretins. Weaver, Luckhardt und Koch.
Der Sanitätsbeamte und die Gesundheitspflege auf dem Lande. Bishop.
Gesundheitspflege auf dem Lande. Covington.
* Metastatische Tumoren des Gehirns. Shelden.
* Radon als Palliativmittel bei der Behandlung von Karzinomen der Mundhöhle. Simpson und Flesher.
* Fluoroskopische Sichtbarmachung der Tubenperistaltik bei Frauen. Rubin und Bendick.
Orthopädisches Gerät bei Ankylose des Ellbogengelenks. Grosso.
Neues Harnbecken für die Behandlung von männlichen Harn- und Geschlechtsleiden. Goldnamer.
Praktischer Aspirations- und Spülapparat für die Pleurahöhle. De Martini und Wynn.
Modifikation von Beers suprapubischer Drainagekappe. Gardner.
Ungewöhnliche Fremdkörper im Magendarmtraktus. Buckstein.
Praktisches Drainagerohr für geschlossene Drainage bei Empyem. Mc Guire.
* Rezept für Epilierungswachs. Pusey.
Spontane Ruptur des Extensor pollicis longus. Barnes.

Standardisierung von Scharlach-Antistreptokokkenserum. Die beiden bisherigen Methoden der Standardisierung nach Dochez durch das Auslöschphänomen bei Scharlachkranken, nach den Dicks durch intrakutane Injektionen von Toxin plus Serum bei empfänglichen Personen sind unbefriedigend. Im ersteren Falle Schwierigkeiten, genügend Fälle mit geeignetem Scharlachausschlag zu finden, Verschiedenheiten der Reaktion, Schwierigkeit des Ablesens der Reaktion; im zweiten Fall Schwierigkeit, für Toxin empfängliche, aber gegen Pferdeserum nicht überempfindliche Personen zu finden, die große Zahl der Injektionen bei einem Menschen, die wiederholten Injektionen von artfremdem Serum, die Verschiedenheit der Empfänglichkeit für Toxin. Seit 2 Jahren arbeiten Verff. an einer geeigneten Methode unter Benutzung von Ziegen. Von 17 Tieren eigneten sich 14 zur Titrierung. Die verschiedenen Tiere variierten leicht in ihrer Empfänglichkeit für Toxin, es war daher nötig, bei jedem Tier Kontrollproben mit einem Serum von bekanntem Titer vorzunehmen. Von 16 Sera, deren Titer an Menschen und Ziegen geprüft war, in 15 Fällen Uebereinstimmung. Die neue Methode der Titrierung ist genauer, verläßlicher und praktischer als die alten. Die Schwierigkeit, genügend geeignete Tiere zu beschaffen, kann durch Vereinbarung mit Züchtern behoben werden. Die Tiere werden zwar gegen Pferdeserum überempfindlich, immerhin können 50—60 Injektionen an einem Tier zu gleicher Zeit ausgeführt werden, was eine Titrierung von 10 bis 14 Sera erlaubt. Eine zweite Serie von Injektionen ist nach 3 bis 4 Tagen möglich, da sich dann die Ueberempfindlichkeit noch nicht entwickelt hat. Am besten sind 2—4 jährige Ziegen mit ganz weißer Haut zu verwenden. Die Methode besteht in vergleichenden Proben von Testsera mit einem Standardserum gegen eine Testdosis eines Standardtoxin zu gleicher Zeit am gleichen Tiere. Ein geeignetes Standardtoxin und ein Standardserum wurden gewählt und an Menschen titriert, der Titer des letzteren betrug 200 E. per Kubikzentimeter und hat sich seit 9 Monaten nicht verschlechtert. Parallele Titrierungen an der Ziege. Wachsende Dosen von Testserum in Kombination mit einer Testdosis von Standardtoxin werden in Mengen von 0,1 ccm intrakutan der Ziege einverleibt. Kontrollproben zu gleicher Zeit mit Mischung von Standardserum und Standardtoxin, mit erhitztem und nicht erhitztem Standardtoxin, mit Toxinbouillon und Serum allein. Ablesung nach 18—24 Stunden.

Identifizierung des Scharlachstreptokokkus. Die Dicks empfehlen zur Erkennung von Scharlachstreptokokken die Neutralisierung von Toxin mit Immunserum, Rosenow die Präzipitinreaktion. Verf zeigte, daß Scharlachstreptokokken durch konzentriertes Scharlach-Rekonvaleszentenserum agglutiniert und auf diese Weise von allen anderen Streptokokken unterschieden werden konnten. Das konzentrierte Serum behält sein Agglutinationsvermögen etwa 6 Wochen. In gleicher Weise spezifisch erwies sich Serum von Kaninchen, die mit Str. scarlatinae in richtiger Weise immunisiert waren. Es ist wesentlich, nur wenige Dosen zu geben, da sich sonst Polyvalenz entwickelt. Herstellung des konzentrierten Rekonvaleszenten- und eines Kaninchen-Immunserums werden im Detail beschrieben. Sie eignen sich beide zur Entdeckung gesunder Streptokokkenträger und bei zweifelhaften Fällen von Scharlach. In verdächtigen Fällen, in denen die Schultz-Charltonprobe keine klare Auskunft gibt, ist häufig eine Schnelldiagnose erwünscht. Da für die Identifizierung von Streptokokken durch Agglutininreaktionen wenigstens 3 Tage nach Anlegung der Originalkultur nötig sind, versuchte Verf. eine Methode, die Kokken in den hämolytischen Kolonien der Originalblutagarplatte zu erkennen. Es gelang ihr dies mit einer vereinfachten Opsoninmethode. Gleiche Mengen Serum, Zitratblut und dünne Bakteriensuspension werden in einer Kapillarpipette gemischt, die Mischungen kommen 25 Minuten bei 36° in den Thermostaten. Ausstrichpräparate. Zählung von 50 oder mehr polymorphonukleären Leukozyten und Bestimmung des phagozytären Index. Ueberschreitet der letztere den in gleicher Weise bestimmten von normalem Serum, so ist der Schluß berechtigt, daß es sich um Scharlachstreptokokken handelt. Der phagozytäre Index des Immunserums, dividiert durch den des normalen Serums, zeigt den Opsoninwert des Immunserums an. Bei zuvor erhitzten Sera ist die Identifizierung in 1 Stunde möglich. 12 Stämme hämolytischer, nichtskarlatinöser Streptokokken geben mit Immunserum einen Index zwischen 0,8—1,0, 16 Scharlachstämme einen solchen zwischen 1,6—5,5.

Morbus Basedow und toxisches Adenom. Verf. hebt hervor, daß es weder ein einziges Symptom oder Zeichen, noch irgendwelche anatomischen oder histologischen Veränderungen in der Schilddrüse, sowohl im adenomatösen wie im nichtadenomatösen Teil gibt, die absolut pathognomonisch für den Basedow im Gegensatz zum toxischen Adenom sind. Bei beiden kommt Dysthyreoidismus ebenso wie Hyperthyreoidismus vor. Der Grad von Hypertrophie und Hyperplasie der Schilddrüse bestimmt die Jodmenge, welche bei beiden ohne schädliche Folgen vertragen wird. Wenn eine geringere Menge Jod beim toxischen Adenom klinische Besserung und Senkung des Grundstoffwechsels hervorbringt, als beim Basedow, so ist dies nur der Verschiedenheit im Grade der Hypertrophie und Hyperplasie bei beiden Krankheitszuständen zuzuschreiben. Man darf nicht große Mengen Jod längere Zeit Kranken mit Thyreotoxikose geben, die nur leichte Grade von Hypertrophie und Hyperplasie aufweisen. Die Reaktion gegen Jod ist bei beiden Zuständen wesentlich die gleiche. Verf. betrachtet daher Basedow und toxisches Adenom als klinische Abarten ein und desselben Krankheitszustandes.

Herstellung eines sehr wirksamen, vasodilatinfreien Pankreassekretins. Verff. beschrieben eine einfache und wirksame Methode der Herstellung einer hochwertigen Lösung von Pankreassekretin, indem sie in eine exzidierte Duodenojejunalschlinge nach sorgfältiger Auswaschung für 10—30 Minuten eine 0,2—0,4 proz. Salzsäurelösung füllten. Sie bezeichneten diese Lösung als „neues Sekretin" im Gegensatz zu dem alten nach der Methode von Bayliss und Starling hergestellten Sekretin. Das neue Sekretin enthält nur eine sehr geringe Menge von Vasodilatin, wie in Blutdruckkurven gezeigt wird. Aus dieser neuen Sekretinlösung fällten sie das Pankreassekretin durch Sättigung der Lösung mit kristallinischem NaCl. Der Vasodilatin-Teil blieb dabei wesentlich im Filtrat. Wiederholte Auflösung in Wasser und Fällung mit NaCl führten zu einer weiteren Reinigung des Präparats, und so konnte schließlich ein Hormon hergestellt werden, das gänzlich frei von Vasodilatin war, wenigstens insoweit solches durch intravenöse Injektion bei Hunden erkennbar ist. Bei dem alten Sekretin ließ sich eine solche Trennung von Vasodilatin nicht bewerkstelligen. Die besten Präparate des neuen Sekretin mit dem geringsten Vasodilatingehalt sind die in vivo hergestellten, anderenfalls müssen sie möglichst unmittelbar post mortem bereitet wenden. Eine andere Methode der selektiven Adsorption an Permutit und ähnliche Erden mit folgender HCl-Behandlung ergab viel weniger sichere Resultate. Die neuen Sekretinpräparate blieben monatelang, auch ohne Zusatz von Konservierungsmitteln, aktiv, besonders wenn sie gekocht sind.

Metastatische Tumoren des Gehirns. Etwa 5% aller Gehirntumoren in der Mayo-Klinik wurden im Leben oder post mortem als Metastasen erkannt. In Wahrheit ist der Prozentsatz wahrscheinlich ein höherer. Die metastatischen Tumoren unterscheiden sich in nichts von den primären. Alle Kranken mit Gehirntumoren müssen sorgfältig untersucht werden unter Zuhilfenahme von Röntgenoskopie, um eine maligne Krankheit an anderer Stelle zu finden oder auszuschließen. Primäre Lungenkarzinome verursachen mit Vorliebe Metastasen im Gehirn, Meningen und der Wirbelsäule. Aber auch bei exaktester Untersuchung wird es immer wieder Fälle geben, wo der primäre Tumor unentdeckt bleibt, besonders bei kleinen Hypernephromen. Verf. bringt 2 interessante Fälle im Detail und etwa 40 verschiedene, in Gruppen eingeteilte Fälle von sekundären Gehirntumoren in tabellarischer Uebersicht.

Radon als Palliativmittel bei der Behandlung von Krebs der Mundhöhle. Die Radonstrahlen unterscheiden sich von den Radiumstrahlen nur dadurch, daß das Radon alle 24 Stunden 16% des Strahlungsvermögens verliert. In 7 Jahren bildeten Verff. folgende Technik aus: Bei Oberflächenbehandlung wurden sie 1000 mc, gefiltert mit je 2 mm Silber und Gummi, über einer Partie von 4 bis 6 qcm 15 Minuten lang an. Bei intratumoraler Behandlung ist es sehr wichtig, um der Gefahr der Metastasierung vorzubeugen, eine Oberflächenbehandlung vorauszuschicken. Unter Lokalanästhesie sodann Versenkung von ungefilterten Glasröhrchen mit je 0,5 bis 1,0 mc Radon in 1 cm Entfernung voneinander, die sich während des Heilungsverlaufs einkapseln oder herausfallen. Schutzmaßregeln für Arzt und Patient gegen die lokale und allgemeine Wirkung der Radontuben werden beschrieben. Zur Bestrahlung der Nackendrüsen Verwendung von weichen Holzblöcken 4×4×4 cm als Radonträgern. In 4 cm Entfernung können 1000 mc 7 Stunden lang angewandt werden. In den 3 Jahren 1920—1922 Behandlung von 56 inoperablen Fällen (nur 4 Frauen). Nur in 27 Fällen keine Lymphdrüsen palpabel. In der Annahme, daß 17 Kranke, über die nichts zu erfahren war, gestorben sind, betrug die Gesamtmortalität 64,3%, während 20 Kranke (35,7%), darunter 14 ohne palpable Lymphdrüsen, 3 bis 5 Jahre lang von Krebssymptomen frei sind. Von den 9 Zungenkrebs-Kranken sind 4 seit 3—5 Jahren gesund, von denen 2 palpable Nackendrüsen hatten; von den 5 Gestorbenen waren 2 bei ihrem Tode karzinomfrei.

Fluoroskopische Sichtbarmachung der Tubenperistaltik bei Frauen. Rhythmische Kontraktionen der Tuben wurden an Versuchstieren und an exstirpierten, in 0-haltiger Lockescher Lösung suspendierten tierischen und menschlichen Tuben beobachtet. Während Laparotomien wurden sie bisher nie gesehen (allgemeine oder lokale Anästhesie und andere Gründe). Verff. studierten das Verhalten von Tuben, die durch Einblasung von CO_2 als vollkommen oder partiell blockiert gefunden wurden, an 24 Frauen mittels Lipiodolinjektion unter fluoroskopischer Beobachtung. Es genügten meistens zur Füllung 5 ccm, nur in 2 Fällen war die doppelte Menge nötig. In 7 Fällen Blockade der Tube nahe der Uteruswand, in 17 Fällen waren eine oder beide Tuben sichtbar. In 15 wurde Perlenbildung des Lipiodols festgestellt, wie sie Dyroff als charakteristisch für Peristaltik beschrieben hatte. Zwei Abschnitte der Tuben waren deutlich unterscheidbar, der erste haarfein, 2,5—7,6 cm lang, gerade nach ab- und auswärts verlaufend, ohne jede Peristaltik, der zweite gewunden, mehr oder weniger dilatiert, der Ampulle entsprechend, 2,5—10 cm lang. Im letzteren ließ sich eine wahre, wellenförmige Peristaltik von der Fimbria zur Uterushöhle, etwa 5—9 mal in der Minute, erkennen. Diese Beobachtungen sind ein Beweis, daß die Tube rhythmischer Peristaltik fähig ist. Weitere Untersuchungen bei offener Tube sind nötig. Bei ganz blockierten Tuben keine Komplikationen, in einem Falle bei partiell blockierter geringe Leibkrämpfe. Das Lipiodol wurde später aspiriert oder floß von selbst ab. In einigen Fällen, besonders bei dilatierten Tuben, blieb etwas Lipiodol monatelang liegen, ohne zu irgendwelchen Beschwerden zu führen.

Rezept für Epilierungswachs. Nach Verf. übt die mechanische Entfernung von ganzen Haaren, gleichgültig nach welcher Methode, keinen Reiz auf das Wachstum aus. Eher könnte das wiederholte Trauma des Haarfollikels zu einer leichten entzündlichen Reaktion führen, die genügend Sklerose um die Follikel erzeugt, um ihre Schrumpfung zu veranlassen. Am besten eignet sich zur Epilierung das Wachs; derartige Kosmetika sind im Handel unverhältnismäßig teuer. Die gleichen Dienste leistet folgende Technik: Zu 1 Teil über leichtem Feuer geschmolzenen Bienenwachs fügt man 4 Teile gepulverten Harzes. Unter Umrühren wird die Masse 1—2 Minuten weiter erhitzt, sodann in einer gut eingefetteten Schale geformt. Auf der Oberfläche Markierung in Würfelform, nach Erkalten können die Würfel abgebrochen werden, oder die Masse wird in zylinderförmig gerolltes, innen eingefettetes, schweres Wachspapier gegossen und so Stäbchen geformt. 7,5 ccm Wachs und 30 g Harz machen ein handliches Stäbchen von 1½ cm Durchmesser und 7½ cm Länge. Würfel erfordern die 2—3 fache Menge. Rontal.

The American Journal of Medical Sciences.

172., Nr. 2, August 1926.

✦ Lymphoblastom, abdominelle Veränderungen und Erzeugung von Frühsymptomen. Minoth und Isaacs.
✦ Familiäre perniziöse Anämie; Achlorhydrie als dominierender ätiologischer Faktor. Dorst.
Aetiologie der Herzkrankheiten. Wood, Jones und Kimbrough.
Aetiologische Faktoren bei der Angina pectoris. Kahn.
✦ Rheumatisches Fieber. Mackie.
✦ Bedeutung des amphorischen Atmens und des Münzenklangphänomens, mit besonderer Berücksichtigung ihres prognostischen Wertes. Bendove.
Akuter Omentovolvulus. Koster.
Mit Jodmangel verbundene Symptome beim einfachen Kropf. Martin.
Konstitutionelle und hereditäre Züge bei Diabetikern. Barach.
Zur quantitativen Schätzung des Gesamtproteingehalts des Liquor cerebrospinalis. Young und Berett.
Neue Tabelle zur Berechnung des Milchzuckers (in Milch oder Urin) und des Traubenzuckers (in Blut oder Urin). Haskins.
Graphische Studie der Muskeltätigkeit des Colons, mit besonderer Berücksichtigung seiner Reaktion auf Nahrungsaufnahme. Welch und Plaut.

Lymphoblastom, abdominelle Veränderungen und Erzeugung von Frühsymptomen. Unter 477 Fällen von Lymphoblastom traten abdominelle Erscheinungen in 25% als Initialsymptom auf, in 20% in einem frühen Stadium und in sehr großer Zahl in den letzten zwei Dritteln des Krankheitsverlaufes. Die Symptome von Seiten des Abdomens sind sehr mannigfaltig und führen daher oft zu Fehldiagnosen. Schmerzen in Bauch und Rücken, Beschwerden in den Beinen und verschiedene gastrointestinale Erscheinungen können sehr früh vorhanden sein; urogenitale Symptome, Ikterus, Zeichen von Befallensein des Pankreas, der Nebennieren und des Rückenmarks pflegen spät aufzutreten. Fieber und Hauterscheinungen können sich früh zeigen und sogar Anfangssymptome bilden, während die Hauptschädigung im Abdomen sitzt. Eine Gravidität kann bei Patientinnen mit Lymphoblastom völlig normal verlaufen und ist nichts Ungewöhnliches. Unter den Fällen von abdominellen Frühsymptomen bestand nur in 27% Leistendrüsenschwellung und nur in 23% Schwellung anderer oberflächlichen Lymphknoten. Fälle dieser Art sind im späteren Lebensalter häufiger als in der Jugend. Ebenso kommen Fälle mit frühen, aber nicht initialen Bauchsymptomen hauptsächlich im dritten Lebensjahrzehnt vor.

Wenn Erscheinungen von Seiten des Abdomen auftreten, verschlechtert sich damit die Prognose bezüglich der Lebensdauer. Eine Bestrahlung des Abdomen kann bei solchen Patienten merklich die Erscheinungen vermindern. Sie verlängert die Krankheitsdauer im allgemeinen nicht, kann dies aber vielleicht zuweilen tun. Ebenso kann die Dauer eines Falles nur selten durch eine chirurgische Radikaloperation ausgedehnt werden.

Familiäre perniziöse Anämie; Achlorhydrie als dominierender ätiologischer Faktor. Verfasser hat Gelegenheit, bei sechs Angehörigen einer Familie, von der fünf Mitglieder an perniziöser Anämie gestorben waren, die Sekretionsverhältnisse des Magens zu prüfen. Obgleich keiner der sechs Fälle ein anormales Blutbild aufwies, zeigte sich doch auffallenderweise bei zweien eine völlige Achlorhydrie, bei zweien eine wesentliche, an Achlorhydrie grenzende Hypochlorhydrie und nur bei zweien eine normale Magensekretion. Da bei den an perniziöser Anämie gestorbenen Familienmitgliedern auch eine Achlorhydrie bestand, fand sich also bei neun von den elf Personen ein und derselben Familie ein Säuremangel im Magensekret, und fünf von diesen bekamen eine perniziöse Anämie. Verfasser schließt aus diesen Beobachtungen, gestützt auf die Resultate anderer Forscher, daß die Achlorhydrie der wesentlichste Faktor für die Entwicklung der p. A. sei und oft angeboren vorkomme. Er erklärt den Zusammenhang dadurch, daß, bei Fehlen des normalen Magensaftes und damit seiner keimtötenden Funktion, sich eine Bakterienflora im oberen Magen-Darmtraktus entwickele, die sonst nur in den unteren Darmabschnitten vorkommt und, durch die von diesen Organismen eine genügende Zeit hindurch erzeugten Toxine, den direkten Anlaß zu den Veränderungen gebe, die wir klinisch als p. A. kennen. Verfasser hält die Achlorhydrie für ein Zeichen ernster klinischer Bedeutung, so daß er jeden mit ihr behafteten Patienten als einen zu perniziöser Anämie disponierten Fall betrachtet wissen möchte und daher zur sofortigen Darreichung von Salzsäure rät, selbst dann, wenn keinerlei Magenbeschwerden vorhanden sind. Alle Mitglieder einer mit perniziöser Anämie behafteten Familie sollte man gründlichst untersuchen und auf ihre Magensekretion hin prüfen, und ihnen im Falle eines bestehenden Säuremangels sofort große Säuremengen zuführen. Verfasser empfiehlt, um Durchfälle zu vermeiden, mit kleinen Dosen anzufangen und allmählich zu größeren Mengen zurückgreifen. Außerdem soll der Patient veranlaßt werden einen Teil der Salzsäure vor, einen während und einen nach der Mahlzeit zu nehmen.

Die Frage, ob die Entwicklung der perniziösen Anämie auf diese Weise verhindert werden kann und ob eine solche Therapie in den Anfangsstadien der Erkrankung noch von Wert ist, wird nach Ansicht des Verfassers frühestens in 5 bis 10 Jahren nach sorgsamen experimentellen Studien zu beantworten sein.

Rheumatisches Fieber. In fast 70% aller Fälle tritt der Rheumatismus als ein chronisch rezidivierendes Leiden auf, das durch Fieber, Arthritis und Leukozytose gekennzeichnet ist. Das Alter des Patienten ist für die Prognose von großer Bedeutung. Dies geht aus der Tatsache hervor, daß das häufigste Vorkommen des ersten Anfalls, der Herzkomplikationen und der Neigung zu Rezidiven meist unter dem Alter von 15 Jahren zu beobachten ist. Eine Beteiligung des Herzens findet man nach Ansicht des Verfassers in 68% aller Fälle. Zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr zeigen 78% diese Komplikation im ersten Anfall, und erst nach dem 25. Lebensjahr sinkt dieser Prozentsatz bis unter 50%. Der Verfasser fand bei Rheumatikern über doppelt soviel Tonsillarinfektionen als bei Nichtrheumatikern. In solchen Fällen von Infektion scheint die völlige Entfernung der Tonsillen das Vorkommen von Rezidiven des Rheumatismus zu verringern, aber nicht ganz zu beseitigen. Rezidive kommen in 71% aller Altersgruppen vor; bei Patienten, die zur Zeit des ersten Anfalls über 20 Jahre alt waren, in 59%; die unter 20 Jahren waren in 78% und die zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre standen in 93%.

Eine wichtige Tatsache für die Beurteilung des wahren Wertes jeglicher Therapie und Prophylaxe des Rheumatismus ist darin zu sehen, daß nur 57% der ersten Rückfälle in der Zeit von vier Jahren nach dem ersten rheumatischen Anfall zu verzeichnen waren.

Bedeutung des amphorischen Atmens und des Münzenklangphänomens mit besonderer Berücksichtigung ihres prognostischen Wertes. Amphorisches Atmen bezeichnet nicht nur das Vorhandensein eines Pneumothorax, sondern auch einer Perforation in der Pleura visceralis der kollabierten Lunge, kann also zur Differentialdiagnose zwischen einem offenen und geschlossenen Pneumothorax benutzt werden. Die Intensität des amphorischen Geräusches wechselt mit dem Sitz der Pleuraöffnung, dem intrapleuralen Drucke und der Atmungstiefe. Ein blasendes, lang anhaltendes, amphorisches Geräusch ist ein prognostisch übles Zeichen; es zeigt eine bestehende Bronchialfistel an, die die Wiederausdehnung der kollabierten Lunge verhindert. Das Verschwinden der amphorischen Atmung ist ein günstiges Zeichen, sofern sich keine Flüssigkeit in der Pleurahöhle entwickelt hat; es deutet auf einen Verschluß der Pleuraperforation und Aussicht auf nachfolgende Wiederausdehnung der Lunge hin.

Zuweilen findet man amphorisches Atmen auch über großen Kavernen; dieses besitzt aber selten dieselbe musikalische Eigenschaft und Tonhöhe, und man hört auch meist feuchte Rasselgeräusche, entsprechend der Sekretion in die Höhle.

Münzenklang hört man ebenso über offenen wie über gederen Kantelen (um Täuschungen durch gewöhnliche Hautsaprodesto höher ist der Ton und je ausgedehnter der Pneumothorax ist, desto schallender ist er. Manchmal ist er auch über großen oberflächlichen Kavernen vernehmbar; hier ist er aber leise und von weniger musikalischem Charakter. Wenn bei spontanem Pneumothorax die amphorische Atmung fehlt und der Münzenklang widerhallend ist, so kann man einen hohen intrapleuralen Druck vermuten. Ein allmähliches Zurückgehen der Klanghöhe zeigt eine Verminderung des intrapleuralen Druckes und eine langsame Wiederausdehnung der kollabierten Lunge an.

Arnold Hirsch, Berlin.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11., Nr. 10, Juli 1926.

Mikroorganismen bei zwei Fällen von Erosio interdigitalis. G. V. Stryker und M. S. Fleisher.
Verteilung des Kalziums im Blut. P. L. Kirk und C. G. King.
Cytomorphose der Tuberkelbazillen und anderer säurefester Mikroorganismen. H. J. Corper.
Bestimmung des Adrenalins unabhängig vom Blutzucker. H. Friend.
Grundumsatz bei einfacher und pathologischer Fettleibigkeit. H. M. Jones.
* Sarzine bei Psoriasis. M. A. Marcus.
Schnellbestimmung des Eiweiß im Urin. F. B. Kingsburg, C. P. Clark, G. Williams, A. L. Post.
Vereinfachte Technik der Shaffer-Hartmannschen Blutzuckerbestimmungsmethode. E. P. Bugbee, A. E. Simond.
* Methode der Hautskarifizierung. E. B. Wood.
Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration in Nährböden und Herstellung kolorimetrischer Standardlösungen. B. W. Culyer.
Alarmvorrichtung für die Sterilisatoren nach Arnold. J. W. Clurchman und L. Siegel.
Gonokokkenkulturen für Vakzine. J. W. Smith und B. Cross.
Atmungshormone. J. J. R. Macleod.

Sarzine bei Psoriasis. Der Verf. hat eingehende bakteriologische Untersuchungen an Psoriasiskranken angestellt. Unter ganz besonschlossenen Pneumothorax; je höher der intrapleurale Druck ist, phyten möglicht zu vermeiden) hat er besonders die Schuppen und das Reizserum der Effloreszenzen genau untersucht. In 50 Kulturen von 40 Psoriatikern konnten 38mal offenbar identische Sarzine gezüchtet werden. Die Zahl der durch andere Mikroorganismen verunreinigten Kulturen (Kokken etc.) ist verhältnismäßig gering. In Kontrolluntersuchungen an Gesunden und anderen Hautkranken konnten nie Sarzine nachgewiesen werden. Agglutinations- und Komplementbindungsversuche fielen negativ aus. Ueber weitere Untersuchungen, insbesondere über die Möglichkeit, Psoriasiseffloreszenzen per inoculationem auf Tier oder Mensch zu übertragen, werden spätere Veröffentlichungen in Aussicht gestellt.

Methode der Hautskarifizierung. Das einfachste und praktischste Instrument zur Hautskarifierung (zwecks Pirquet-Reaktion etc.) ist ein ganz gewöhnlicher Zahnbohrer, der auf die Haut aufgesetzt und zwischen Daumen und Zeigefinger einmal herumgedreht wird.

Walter Goldstein, Berlin.

The Journal of Infectious Diseases.

39., Nr. 2, August 1926.

Klassifikation von Organismen der nichtaufgetriebenen Büchsen, die nichtsaure Nahrungsmittel enthalten. Cameron und Esty.
* Standardisierung von Typhusvakzine durch photometrische Methoden. A. Baylis.
Bakteriologische Untersuchung von Kühen in einer unter Aufsicht stehenden Molkerei. Stark.
Wirksamkeit eines Colibakteriophagen in einem synthetischen Nährboden. I. Caldwell.
Isolierung von Substanzen mit Immuneigenschaften. Locke, Main und Hirsch.
* Praecipitinreaktion als Erkennungsmittel von Infektionen mit dem hämolytischen Scharlachstreptokokkus. E. C. Rosenow.
Gasbildung durch Synergismus von Bakterien. Holmann und Meekison.

Standardisierung von Typhusvakzine durch photometrische Methoden. Die gewöhnliche Methode der Keimzählung durch Vergleich mit Erythrozyten hat manche Fehlerquellen. Wenn eine Vakzine zu Immunisierungszwecken gebraucht wird, müssen diese Fehler in Rechnung gestellt werden. Die photometrische Methode (auf Absorption und Diffusion des Lichtes in der getrübten Flüssigkeit beruhend) arbeitet genau und gestattet ein Ablesen mit der größten Schnelligkeit.

Praecipitinreaktion als Erkennungsmittel von Infektionen mit dem hämolytischen Scharlachstreptokokkus. Seitdem Dick und Dick gezeigt haben, daß der Scharlacherreger in einem spezifischen hämolytischen Streptokokkus zu suchen ist, der sich auch bei Anginen ohne Exanthem auf den Tonsillen findet, wurde das Bedürfnis nach einer einfachen Methode, Scharlachinfektionen von unspezifischen Infektionen zu trennen, wach. Verf. hat mit der Praecipitinreaktion gute Ergebnisse erzielt. Er überschichtete unverdünntes Scharlachstreptokokkenserum und Dicksches Antitoxin mit geklärten Extrakten aus Eiter und Nasenrachenwaschwasser. Bei Scharlach und bei Infektionen mit dem Scharlachstreptokokkus fiel die Praecipitinreaktion positiv aus. Am stärksten war der Ausfall in den ersten Krankheitstagen und sank dann allmählich ab. Henning, Berlin.

The American Journal of Röntgenology and Radium Therapy.

14, 6.

♦ Cholezystographie: Ihre Entwicklung und Anwendung. E. A. Graham, W. C. Cole und G. H. Copher.
♦ Klinische und experimentelle Cholezystographie. M. C. Sosman, L. R. Whitaker und P. J. Edson.
♦ Weitere Entwicklung in der jejunalen und oralen Verabreichung des Tetrajodphenolphthaleinnatriums. W. H. Stewart und E. J. Ryan.
Cholezystographie und operative Resultate in 182 Fällen. J. A. Saralegui.
Riesenzellentumoren des mittleren Schafts der Fibula. B. R. Kirklin und W. D. Gatsch.
Bariumsulfat als Schutzmaterial gegen Röntgenstrahlen. F. L. Hunt.
♦ Strahlenwirkung auf Plattenepithelkrebsmetastasen in zervikalen Lymphknoten. D. Quick (Tor.) und M. Cutler.
♦ Radiotherapie beim inoperablen Zervixkarzinom. C. D. Brooks.
♦ Auswertung der Zervixkarzinombehandlung mit Radium. W. P. Healy.
♦ Eindrücke bezüglich der Radiumbehandlung des Rektosigmoidkarzinoms. J. T. Case.
♦ Statistische Untersuchung über Bestrahlungstherapie in 801 Fällen von Brustkrebs. G. E. Pfahler und B. W. Widmann.

Cholezystographie: Ihre Entwicklung und Anwendung. Hier dürfte zunächst die Technik des Vaters der Methode interessieren: Zur Zeit der Injektion darf die Verdauung nicht in fortgeschrittenem Stadium sein, weil nur bei maximaler starker Gallensekretion ein intensiver Schatten zu erzielen ist, indem sich die Farbe in maximaler Konzentration in der Gallenblase ansammelt. Bei 125 Pfund Körpergewicht werden 3,5 g Tetrajodphenolphthaleinnatrium in 28—30 ccm frisch destillierten Wassers gelöst — verwendet man Tetrabromphenolphthaleinnatrium, so sind die entsprechenden Zahlen 4,5—5 bzw. 35—40 g — durch ein feines Papierfilter filtriert, im Wasserbad 15 Minuten sterilisiert, in 2 Dosen im Abstand von einer halben Stunde gegeben, zwischen 7,30 und 9 Uhr vormittags. Der zu Untersuchende bleibt bis zum Mittag nüchtern, wo er ein Glas Milch haben kann. Die Abendmahlzeit wird eiweißlos gestaltet. Wasser ist nach Belieben erlaubt, Alkalisation des Mageninhalts durch öfters gereichtes Natriumkarbonat ist unterstützend. 4, 8, 24 und 32 Stunden nach der Injektion werden Röntgenogramme angefertigt. Nach 4—7 Stunden tritt eine feine, aber deutliche Linie hervor, die den Umrissen der Gallenblase entspricht, dieselbe aber etwas größer erscheinen läßt, als sie bei der Laparotomie gewöhnlich ist. Nach 24 Stunden ist der Schatten mehr distinkt aber auf ungefähr die Hälfte der ersten Größe vermindert, zugleich verblaßt er gradweise. Fehlen des Gallenblasenschattens trotz der empfohlenen Technik zeigt entschieden eine Krankhaftigkeit des Gallensystems an. Abnormalitäten geringeren Grades geben sich durch späte Schattenbildung, deren Schwäche, das Fehlen der Größenverminderung, Verzerrung des Umrisses, unregelmäßige Sprenkelung usw. zu erkennen. Mit fortschreitender Erfahrung zeigt sich die Methode mehr als eine Funktionsprüfung der Gallenblase, als daß sie imstande wäre, scharf bestimmte pathologische Erkrankungen nachzuweisen. So lassen sich z. B. Zystikusverschluß und Fibrose der Gallenblase mit Hilfe der Cholezystographie nicht unterscheiden, indem beim ersten Fall der Farbstoff am Eintritt gehindert wird, während im Falle der Fibrose die Gallenblase nicht fähig ist, die normale Funktion der Gallenkonzentration auszuüben. Durch das Uebergreifen einer sekundären Lymphatitis nach einer Hepatitis auf das Lymphgefäßsystem der Gallenblase kommt es in deren Wand zu einer Entzündung, welche sich nicht auf die Schleimhaut der Gallenblase beschränkt, wodurch die Gallenblase die Fähigkeit der Konzentrierung der Galle verliert. Die Empfindlichkeit der Cholezystographie in Bezug auf den Nachweis dieser entzündlichen Vorgänge in der Gallenblasenwand geht soweit, daß Gallenblasen, die auf Grund röntgenologischer Anzeigen entfernt wurden, obgleich sich bei der Operation kein krankhafter Befund an ihnen erheben ließ, sich nachträglich bei mikroskopischer Untersuchung doch noch als krank erwiesen. Gallensteine lassen sich bisweilen durch ihre „negativen Schatten" erkennen, wenngleich sie öfter erst bei der Operation nachweisbar waren, indem eine so schwer erkrankte Gallenblase überhaupt keinen Schatten von sich gab. Die Genauigkeit der Resultate war 95% bei intravenöser Verabfolgung des Mittels, bei oraler 80%. Durch die Verwendung des Tetrajodphenolphthaleinnatriums in der genannten Weise ließen sich die toxischen Nebenwirkungen praktisch vermeiden.

Klinische und experimentelle Cholezystographie. Die intravenöse Einverleibung des Tetrajodphenolphthaleinnatriums ist eine zuverlässige Methode nicht oder schlechtfunktionierende Gallenblasen nachzuweisen. Die orale Darreichung des Mittels ist leichter, gibt jedoch häufiger unangenehme Nebenwirkungen und ist nicht so zuverlässig. Ihr Hauptwert beruht im Nachweis einer normalen Gallenblase und in der Darstellung eines gewissen Prozentsatzes nicht opaquer Steine. Fehlt der Gallenblasenschatten oder ist er schwach, so muß der Sicherheit halber noch eine Untersuchung mit Hilfe der intravenösen Methode vorgenommen werden. Die Cholezystographie ist eine wertvolle Methode zum Studium der Physiologie der Gallenblase. Es ließ sich zeigen, daß die Gallenblase ihren Inhalt in das Duodenum entsprechend der Zufuhr der Nahrung entleert, in einem Maße, das von der chemischen Beschaffenheit der Nahrung abhängt. Die Abhängigkeit von dieser war jedoch nicht eindeutig.

Weitere Entwicklung in der jejunalen und oralen Verabreichung des Tetrajodphenolphthaleinnatriums. Die intravenöse Verabreichung des Tetrajodphenolphthaleins, insbesondere des Tetrabromphenolphthaleins ließ sich nicht frei von Nebenwirkungen gestalten. Daher wurde die Farbe vermittels Sonde direkt appliziert, indem ihre Lage im Jejunum röntgenologisch sichergestellt wird, um eine Regurgitation in den Magen zu verhindern. 6 Uhr 30 früh werden 300 ccm warme Milch mit etwas Rahm gegeben, was genügt, die Gallenblase vollständig zu entleeren. 8 Uhr 30 werden etwa 1,7 bis 2,0 g Tetrajodphenolphthalein in 300 ccm frisch destillierten Wassers gelöst langsam, für gewöhnlich in 2 Dosen, gegeben. 4, 8, 24 und 36 Stunden später werden Röntgenaufnahmen gemacht. Aber auch diese Methode erwies sich nicht frei von starken Reaktionen, und sie konnte nur im Krankenhaus ausgeführt werden. Deshalb wurde zur ambulanten Behandlung die möglichst frische Droge, deren Lichtunbeständigkeit wahrscheinlich einen großen Teil ihrer Giftigkeit bewirkt, im Dunkeln in Kapseln aus Harz gefüllt. Die empfohlenen Dosen sind für gewöhnlich zu groß. Auch bei der oralen Methode genügen bei ca. 135 Pfund etwa 2 g. Nausea, Erbrechen und Diarrhöen kommen als Schlimmstes vor. Die Nebenwirkung erlangte aber niemals ernsten Charakter. Nach Darmreinigung — vornehmlich wird Pulv. liquirit. comp. am Abend vorher gegeben; am Morgen folgt ein einfaches Reinigungsklistier — wird eine Untersuchung der Gallenblasengegend morgens um 10 Uhr vorgenommen. 6 Uhr 30 nachmittags gibt es eine dicke Suppe, ein Rahmhühnchen, gebratene Kartoffeln, Brot und Butter und ein Glas Milch. Die reichliche Fettmenge dieser Nahrung wird die Gallenblase teilweise oder vollständig in 1 bis 2 Stunden leeren. 9 Uhr abends werden 2 Kapseln des Farbstoffes gegeben, immer 15 Minuten später 2 weitere, bis die 8 die Farbstoffmenge enthaltenden Kapseln geschluckt sind. 9 Uhr des folgenden Morgens wird bei leerem Magen eine Serie von Aufnahmen gemacht, um 1 Uhr folgen weitere, 1 Uhr 30 wird eine regelrechte Mahlzeit gegeben, 2 Uhr 30 wird wieder eine Aufnahme gemacht, die letzte erfolgt am folgenden Morgen. Normalerweise erscheint die Gallenblase in der 12. Stunde, verkleinert sich leicht und wird in ihren Umrissen deutlicher 4 Stunden später. Nach der ersten Mahlzeit verkleinert sie sich noch weiter und verschwindet teils oder gänzlich. 36 Stunden nach der Kontrastaufnahme soll kein Schatten mehr vorhanden sein. Die Cholezystogramme kann man einteilen in solche mit indirekten und solche mit direkten Anzeichen einer Erkrankung der Gallenblase. Das wichtigste direkte Zeichen ist die unmittelbare Sichtbarkeit der Gallensteine, die in der Regel von undurchsichtiger Galle umgeben, hervortreten. In einigen Fällen absorbiert die rauhe Fläche der Gallensteine genügende Mengen Farbe, um sichtbar werden zu können, auch wenn die Umrisse der Gallenblase nicht darstellbar sind. Fleckung des Gallenblasenschattens zeigt kleine Steine an, wenn man sich vor Täuschungen durch Gasüberlagerungen schon hüten muß. Ueberlagerungen werden es auch sein, die nicht in jedem Falle von Gallensteinen ihren Nachweis gestatten. Viele solcher Fälle zeigen einen kontrahierten Schatten mit Unregelmäßigkeit der Begrenzung. Das zweite direkte Zeichen ist die Deformität des Gallenblasenumrisses infolge Verwachsungen. Man muß sich überzeugen, daß diese Unregelmäßigkeit konstant ist und nicht von äußerem Druck herrührt. Die indirekten Zeichen der Erkrankung der Gallenblase sind: 1. Fehlen des Schattens, 2. sein spätes Erscheinen, 3. die Beständigkeit seiner Größe und 4. sein schwaches Hervortreten. Die Verlegung des Gallenganges kann innerlich durch Steine oder Schwellung der Schleimhaut verursacht sein, äußerlich können Tumoren, Verwachsungen oder Nierensteine seinen Verschluß bewirken. Die Gallenblase selbst kann durch Obliteration, durch Schrumpfung Polypenbildung oder Ausfüllung mit Steinen, Füllung mit „Gallenschlamm“ unfähig zur Aufnahme frischer Galle werden, so daß eine Schattenbildung nicht möglich ist; auch kann die Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase so sehr gelitten haben, daß eine Schattenbildung nicht sichtbar hervortritt. Alle diese Anomalien gehen ohne Gelbsucht einher. Besteht sie, so wird es sich, wenn es zu keiner Schattenbildung kommt, wahrscheinlich um eine geschrumpfte leere Gallenblase handeln, infolge eines chronisch intermittierenden Prozesses verursacht durch einen Stein im gemeinsamen Gang (Courvoisiers Gesetz). Andere Ursachen sind Verlegungen an der Einmündung des Duct. cysticus in den gemeinsamen Gang durch Karzinom des Duct. hepaticus, durch Karzinom am Leberhilus, so daß es nicht zum Eintritt der Galle kommen kann. Zur exzessiven Ausdehnung der Gallenblase kann es durch die Verlegung des gemeinsamen Ganges, z. B. durch chronische Pankreatitis, Karzinom des Pankreaskopfes oder der Papilla vateri kommen. Chirurgisch zu werten sind die Fälle nur nach klarem klinischen Verlauf. Bei der Differentialdiagnose Gallensteine-Nierensteine raten Verfasser, erst die weniger eingreifende Untersuchung der Gallenblase vorzunehmen. Schließlich wird noch der Intensivierung des Leberschattens durch das Tetrajodphenolphthaleinnatrium gedacht, die leicht Vergrößerungen, Irregularitäten und Knotenbildung, besonders im unteren Leberrand, erkennen läßt. Endlich warnen die Verfasser jene, welche auf Grund einer einfachen Untersuchung Krankheiten der Gallenblase erkennen wollen, bevor sie nach Graham untersucht haben. Solche vermeintlichen Gallenblasen erwiesen sich häufig als Auswirkung eines Druckes auf den Magen oder den Anfangsteil des Duodenums durch eine ausgezogene Gallenblase.

Strahlenwirkung auf Plattenepithelkrebsmetastasen in zervikalen Lymphknoten. Die Arbeit setzt sich zum Ziele, die Wirkung verschiedener Bestrahlungsarten und Intensitäten auf metastatische Pflasterzellenkarzinome in den Lymphknoten zu untersuchen, die Wirkungsweise der Bestrahlung bei der durch sie hervorgebrachten Tumorrückbildung und die Reaktion des Lymphoidgewebes auf die verschiedenen Arten und Intensitäten der Bestrahlung zu studieren. An 40 Schnitten aus karzinomatös befallenen Lymphknoten wurden nach oberflächlicher Bestrahlung 2 verschiedene Typen festgestellt. Die erwachsenen, vollständig differenzierten Pflasterzellen und ein Uebergangstyp, dem der squamöse Charakter fehlt. Während der reife Typ nur auf intensive Bestrahlung anspricht, bildet sich der Uebergangstyp schon auf geringe Dosen Röntgenlichts oder Radium zurück. Makroskopisch kommt es dabei zu Fibrosis und Verdickung der Kapsel sowie zentraler Nekrose. 3 Typen der Rückbildung nach Bestrahlung konnten festgestellt werden: Massive Zentralnekrose mit wenig oder gar keiner Reaktion des Nachbargewebes, die man als spontane Tumordegeneration ansehen kann. Nach kombinierter Intensivtherapie mit Röntgen- und Radiumstrahlen kommt es zu einer Reaktion, die sich vornehmlich im Bereich der Strahlen am Bindegewebe abspielt, wobei eine wirksame Rückbildung des Tumors beobachtet wird. Der Bestrahlung des Uebergangstyps folgt rasche und ausgedehnte nekrotische Verflüssigung, verbunden mit reicher Lymphozyten- und Plasmazellenexsudation. Die Rückbildung des Tumors war viel stärker, wenn sie von einer begünstigenden Reaktion im Gewebe der Tumorumgebung begleitet war. Diese scheint durch wiederholte Intensivbestrahlungen nicht nur nicht gehemmt, sondern begünstigt zu werden. Das normale Lymphgewebe zeigte sich hohen Dosen gegenüber resistent.

Radiotherapie bei inoperablem Zervixkarzinom. Ist der Zervikalkanal noch erhalten, so werden 50 bis 100 mg Radium bis 2400 bis 4000 mgh eingelegt, 3 Tage später wird die gleiche Dosis in Dritteilung an den folgenden Tagen gegeben, so daß die Radiumbehandlung innerhalb 10 Tagen abgeschlossen ist. Erlaubt es die Beschaffenheit des Patienten, so wird die Röntgenbestrahlung unmittelbar angeschlossen. Ist der Zervikalkanal bereits zerstört, so werden Radiumnadeln angewandt. Keinem Patienten wurde, auch wenn die Krankheit innerhalb der nächsten 3 Monate nach der Bestrahlung zum Stillstand gekommen war, zur Operation geraten. Probekürettement wurde nicht angewandt.

Auswertung der Zervixkarzinombehandlung mit Radium. 1915 bis 1924 wurden 1173 Fälle von Zervixkarzinom mit Radium behandelt. Auf Grund dieser Statistik bedeutet die Diagnose Zervixkarzinom die Indikation für Radiumtherapie, Operation scheint nur bei ernsten Kontraindikationen angezeigt.

Eindrücke bezüglich der Radiumbehandlung des Rektosigmoidkarzinoms. Bei inoperablen Fällen wird eine Kolostomie angelegt, welche die Tumorregion vollständig von dem Fekalstrom befreit. Ein mit reinem Glyzerin getränkter Tupfer, mit einem Seidenfaden armiert, wird in die abdominale Oeffnung des den Tumor tragenden Darmteils geschoben und vermöge der (durch das Glyzerin) angeregten Peristaltik innerhalb 2 bis 3, manchmal allerdings auch 24 bis 48 Stunden auf natürliche Weise durch den Anus befördert. Bisweilen war durch ein Klystier der zögernde Durchtritt zu beschleunigen. Ein Gummischlauch, der die Radiumtuben durch Einschnürungen voneinander getrennt hält, wird vermittels des Seidenfadens an die Karzinomstelle geleitet. Durch eine wulstförmige konische Verdickung am abdominalen Ende des Gummischlauches, welches ein Durchgleiten durch die karzinomatöse Stenose verhindert, wird die Gewähr der richtigen Radiumapplikation geboten. Je nach der Enge der Striktur kann man gezwungen sein, zunächst mit kleineren Radiummengen längere Zeit einzuwirken, evtl. wurde auch ungefiltertes Radium verwandt.

Statistische Untersuchung über Bestrahlungstherapie in 801 Fällen von Brustkrebs. Dieselben Umstände, welche die Klassifikation der Brustkrebse für den Chirurgen komplizieren, gelten auch für den Radiologen. Vergleichende Statistiken müssen nicht nur die Dauer, Erkrankung vor und nach der Operation, sondern auch die Ausdehnung des befallenen Gewebes in Rechnung stellen, und doch können die Schlüsse dann nur relativ sein. Die Röntgenbestrahlung hat nicht nur ihren Nutzen beim Brustkrebs, sondern ihre Notwendigkeit bewiesen. Die Zusammenarbeit des Chirurgen, Internisten und Radiologen ist unumgänglich.

15, 1.

- Dosierungsstudie mit Bezug auf den Gebrauch ungefilterten Radons. O. Failla und andere.
- Behandlung des Penisepithelioms mit Radium- und Röntgenstrahlen. L. Dean.
- Maligne Tumoren des Hodens; Diagnose, Prognose und Behandlung. L. Keyes.

Vollständige Isolierung gegen Erde als Schutz gegen Hochspannungsgefahr. W. F. Hemler.

- Röntgenuntersuchung bei Bronchiektasien. J. J. Singer und E. A. Graham.
- Sekundärerscheinungen bei Gallenblasenerkrankung. W. W. Belden.

Darstellung des Bronchialbaums vermittels intratrachealer Injektionen.

Dosierungsstudie mit Bezug auf den Gebrauch ungefilterten Radons. Ziel der Untersuchung ist, die Menge Radons (Radiumemanation) zu bestimmen, die Zahl der sie enthaltenden Kapillaren und ihren gegenseitigen Abstand bei der Behandlung des Epidermoidkrebses, besonders des Mundes. Die ungefähr nötige Menge Radons zur Behandlung eines Tumors kann durch folgende Beziehung bestimmt werden: Zahl der 1 mc (Millicurie) enthaltenden Nadeln = 0,34mal die Gesamtoberfläche des Tumors. Vermittels plastischen Materials wird ein Modell des Tumors angefertigt, und so die Oberfläche so gut wie möglich berechnet.

Behandlung des Penisepithelioms mit Radium- und Röntgenstrahlen. Bei der Behandlung des Primärepithelioms des Penis und auch seiner Metastasen muß das Element der Infektion so gut wie möglich ausgeschaltet werden. Das oberflächliche Epitheliom des Penis bildet sich vollständig zurück unter einem oberflächlichen Radiumemanationsapplikator und einer Dosis von 65 mch auf 1 qcm gefiltert durch 0,5 mm Silber. Der tiefergreifende Tumor wird am besten durch die geringst traumatisierende Methode der Applikation oberflächlicher Radiumemanationsträger rings um seinen Umfang behandelt. Sind die Schwellkörper befallen, so wird nach sorgfältiger Strahlenbehandlung die lokale Amputation als Behandlung der Wahl angeschlossen. Durch diese voroperative Bestrahlung des Peniskarzinoms ist eine mehr konservative Operationsweise mit geringerer Gefahr des lokalen Rezidivs möglich. Bilden sich metastatisch befallene Lymphknoten nicht auf Intensivröntgenbehandlung zurück und lassen sich keine Infektionen dafür anschuldigen, so ist eine sorgfältige Ausschälung der befallenen Knoten angezeigt. Steht Intensivröntgenbestrahlung zur Verfügung, so ist der Radiumpack zur Ausführung der Tiefentherapie unnötig.

Maligne Tumoren des Hodens; Diagnose, Prognose und Behandlung. Die Tumoren beginnen im Rete testis, in der Gegend der Vereinigung des oberen Teils der Epididymis mit dem Hinterteil des Hodens. Klinisch unterscheiden sich der syphilitische Typ des malignen Tumors durch das Fehlen der WaR., der Hämatocele und der Hydrocele durch das Fehlen der Durchsichtigkeit, während der tuberkulöse und der kryptorchidische Typ sich meist nur durch die Beobachtung unterscheiden lassen. Ein Vergleich der therapeutischen Resultate, ob Operation oder Bestrahlung, ist kaum möglich, da die Radiotherapie dort die Behandlung übernimmt, wo die Chirurgie aufgibt.

Röntgenuntersuchung bei Bronchiektasie. Sorgfältige Analyse der in verschiedenen Richtungen aufgenommenen Röntgenbilder in Verbindung mit der Vorgeschichte und den physikalischen Zeichen ist die beste Methode der Feststellung von Bronchiektasien. Bei doppelseitiger Erkrankung ermöglicht der Pneumothorax in besonderen Fällen die Unterscheidung der kränkeren Seite. Sobald die Diagnose gestellt ist, soll der eitrige Inhalt drainiert werden. Nachfolgende Aufnahmen unterrichten über die relative Größe des bronchiektatischen Bezirks. Atelektase und bronchiektatische Lappen können vor der Operation diagnostiziert werden.

Sekundärerscheinungen bei Gallenblasenerkrankung. Eine Gallenblasenuntersuchung ohne Untersuchung des Magens und des Duodenums ist unvollständig, weil so die Verwachsungen und der Druck einer vergrößerten Gallenblase nicht in Erscheinung treten. Verwachsungen mit der Pars superior des Duodenums sind am häufigsten. Von geschwürigen Veränderungen unterscheiden sie sich, indem sich diese Abnormität beim Geschwür bis zu einem gewissen Grad mit der Leerung des Magens stärker ausprägt, während sie, ist sie durch Verwachsung mit der Gallenblase bedingt, mit der Leerung des Magens zurückgeht. Auch zur vollständigen Obliteration kann es durch bandähnliche Adhäsion mit dem ersten Teil des Duodenums kommen. Füllungsdefekte infolge Kombination von Verwachsung und Ulkus sind selbst bei der Operation schwierig zu deuten. Am absteigenden Duodenum bringen die Verwachsungen mit der Gallenblase Rechtsverlagerung, Verengerung und Fixation hervor, wodurch es in Verbindung mit Adhäsionen der Pars superior häufig zu scharfer Winkelbildung und Knickung am absteigenden Teil des Duodenums kommt, ohne daß es immer organischerweise zu Magenretensionen käme. Vielleicht der wichtigste Befund ist die Verwachsung der Gallenblase mit der Flexura hepatica. Die so entstehende Formänderung hat das Aussehen eines sackartigen Gebildes, welches für gewöhnlich eine kleine Gasblase über dem bariumgefüllten Kolon enthält. Die Druckdeformitäten am Magen durch die Gallenblase finden sich gewöhnlich am Antrum auf der Seite der großen Kurvatur. Durch die Farbstoffmethode der Gallenblasendarstellung läßt sich in Zweifelsfällen bestimmen, ob es etwa ein Riedelscher Lappen ist, der ähnliche Erscheinungen hervorbringen kann.

15., 2.

✦ Gewebsreaktionen nach Bestrahlung (Caldwell Lecture 1925). J. Ewing.
✦ Unterteilte Röntgenbestrahlung. J. D. Morgan.
✦ Aneurysma der Carotis int. und des Willisschen Gefäßkranzes vom Röntgenstandpunkt. M. C. Sosman und E. C. Vogt.
Kongenitale Diaphragmahernie mit Sektionsbericht über 7 Fälle. A. S. Unger und M. D. Speiser.
Pyelitis während der Schwangerschaft. P. F. Butler.
Vollständige doppelseitige Duplikation der Ureter und der Nierenbecken. J. T. Mckinney und S. B. Cary.
Tuberkulose des Sakroiliakalgelenks. C. J. Mccullough.
✦ Experimentelle Untersuchungen über die biologischen Einwirkungen des Radiums auf das Gewebswachstum in vitro. M. J. Sittenfield.

Gewebsreaktionen nach Bestrahlung. Die Heilung des Karzinoms durch Bestrahlung ist das Resultat eines richtigen Verhältnisses zwischen der Schädigung der Tumorzellen, welche ihren teilweisen oder völligen Untergang herbeiführt und der Schädigung des umgebenden Gewebes, welche eine reaktive Entzündung herbeiführt, wodurch die Tumortrümmer entfernt und oft lebensfähige Tumorzellen zerstört werden. Diese Gewebsreaktionen sind spezifisch in dem Sinne, daß sie, als Ganzes genommen, unter keinen anderen Umständen beobachtet werden. Eine wirksame Bestrahlung gibt es nur bei Tumorgewebe, welches ungefähr in normalem Zustand des Wachstums und der Ernährung, fähig zu entzündlicher Reaktion ist. Sich teilende Zellen und rasch wachsende Tumoren sind empfindlicher als ruhende Zellen und stabile Tumoren, doch ist diese Differenz nicht unabänderlich. Von den drei Hauptmethoden der Bestrahlung, der einzeitigen, unterteilten und der lange ausgedehnten bringt jede verschiedene Gewebsreaktionen hervor, und es wäre erwünscht, wenn die Wahl der Methoden so weit wie möglich dem Charakter der Reaktion, die man hervorzurufen beabsichtigt, angepaßt würde, statt mehr dem therapeutischen Effekt, den man im allgemeinen erhält. Eine hohe Gesamtdosis ist das erste wesentliche zur Zerstörung wirklich karzinomatöser Prozesse, und in der Regel werden die besten Resultate erzielt durch Verabfolgung dieser Dosis so bald wie möglich. Radium scheint mehr zur selektiven spezifischen Wirkung auf die Tumorzellen zu neigen, während Röntgenstrahlen mehr das Bindegewebe beeinflussen und zur Reaktion bringen. Ein großer Teil der destruktiven Wirkung der Strahlen auf den Tumor, besonders die Nekrose der einzelnen Zellen oder großer Massen in großen oder abgekapselten Tumoren wird durch Vermittlung der Blut- und Lymphzirkulation bewirkt. Bevor die Strahlentherapie aus dem Felde therapeutischer Erfahrung gebracht werden kann, müssen noch ausgedehnte histologische Untersuchungen über die histologischen Veränderungen in verschiedenen Tumoren durch verschiedene Dosen vorliegen. Die wirksame Bestrahlung löst im Körper als Ganzes eine vorteilhafte Reaktion aus. Die Natur dieser Reaktion ist komplex und ihre Faktoren sind reichlich dunkel.

Unterteilte Röntgenbestrahlung. Verfasser gibt z. B. täglich zweimal 5 Minuten einer Strahlung, die sich in nichts von der sonst üblichen Intensivbestrahlung unterscheidet, und er wiederholt diese täglichen Dosen innerhalb 1 bis 2 Wochen. Nach einem Intervall von beispielsweise 2 Wochen wird die gleiche Serie drei- bis viermal wiederholt. Die Erfolge waren häufig überraschend; bisweilen schien es jedoch, als ob in einigen Fällen die Zellen resistent gegen die Bestrahlung geworden wären. Erythembildung trat nicht ein; es kam lediglich allmählich zu einer schwachen Pigmentbildung, die sich bei einigen Fällen bereits in den kurzen Zwschenpausen zwischen den einzelnen Serien der Bestrahlung zurückbildeten. Der Autor fragt angesichts der erzielten Resultate — u. a. wurde ein auf Intensivbehandlung auch mit Radium refraktär gewordenes Zungenkarzinom durch die unterteilte Bestrahlung seit 2 Jahren zur Rückbildung gebracht —, ob man berechtigt sei, den Patienten der allgemein üblichen Bestrahlungsweise noch auszusetzen.

Aneurysmen der Carotis int. und des Willisschen Gefäßkranzes vom Röntgenstandpunkt. Aneurysmen an den Arterien der Schädelbasis sind keine seltene Erkrankung. Im Zusammenhalt der Vorgeschichte, des klinischen und Röntgenbefunds ist ihre Diagnose möglich.

Experimentelle Untersuchungen über die biologischen Einwirkungen des Radiums auf das Gewebswachstum in Vitro. Sicher gibt es eine unmittelbare Radiumwirkung auf den Kern der Zelle, wahrscheinlich aber auch eine unmittelbare vermittels Aenderungen im Medium, die zur Ueberwindung der das Wachstum anregenden Substanzen führen oder zur Verstärkung der das Wachstum hemmenden Faktoren.

15., 3.

Physikalische und biologische Probleme der Heliotherapie. E. A. Pohle.
✦ Behandlung des intraoralen Karzinoms mit Kontaktapplikation von Radium. G. W. Grier.
✦ Radiumemanation in der Behandlung von Krebs der Zunge und anderer Teile der Mundhöhle. F. E. Simpson und R. E. Flesher.
✦ Untersuchung über die Resultate, die beim Zungenkrebs mit Radium und Röntgenstrahlen erzielt wurden. B. F. Schreiner und H. F. R. Brown.
✦ Radiumtherapie des Epidermoidkarzinoms der intraoralen Gruppe, wie sie von dem Radiuminstitut Paris ausgeführt wird. M. Lenz.
✦ Röntgenuntersuchung von 500 Kindern wegen Thymusvergrößerung. C. W. Perkins.
✦ Methode zur Abschätzung der Thymusgröße. F. O. Cole.
Aehnlichkeit der Röntgenbefunde bei multiplen Myelomen und bei Sporotrichosis. W. Altschul.
Röntgenographische Demonstration der Trachea und der Bronchien. A. C. Furstenberg und P. M. Hickey.
✦ Wert und Sicherheit einer einfachen Methode der Pneumoencephalomyelographie. F. Liberson.
Traumatische Coxa vara. William Colin.

Behandlung des intraoralen Karzinoms mit Kontaktapplikation von Radium. Empfehlung dieser Methode so weit wie möglich, da die Verwendung von Radiumnadeln anscheinend bisweilen zu Drüsenmetastasen vermöge der traumatischen Wirkung der Einführung in die Geschwulst führt.

Radiumemanation bei der Behandlung von Krebs der Zunge und anderer Teile der Mundhöhle. Radiumemanation ist beim intraoralen Kanzer von großem Wert. Um die besten Resultate zu erzielen, sind zum wenigsten 500 bis 1000 oder mehr Millicürie erforderlich und einige Erfahrungen über deren Wirkung. Die Verwendung kleiner Mengen Radiums durch Anfänger sind geeignet, die Methode zu mißkreditieren und die Chance des Patienten zu verringern.

Eine Untersuchung über die beim Zungenkrebs mit Radium und Röntgenstrahlen erzielten Resultate. Radiumemanationsnadeln mit 0,3 bis 0,5 Millicurie wurden zur Behandlung des Primärherdes verwendet. Die Lymphwege wurden intensiv röntgenbestrahlt: 130% während 3 oder 4 Sitzungen innerhalb 10 bis 12 Tagen. In Gruppe I — der Tumor ist auf die Zunge und das umgebende Gewebe beschränkt — wurden unter 46 Fällen 16 für 4 Jahre bis herab zu 1 Monat (!) geheilt. In Gruppe II — es bestanden bereits Metastasen — wurden 11 von 77 Fällen primär geheilt. Innerhalb 2 Monaten bis einem Jahr traten bei 6 Patienten Rezidive an der Zunge auf. 5 blieben bis zum Tode geheilt; der als Folge von Nackenmetastasen auftrat.

Radiumtherapie des Epidermoidkarzinoms der intraoralen Gruppe, wie sie von dem Radiuminstitut Paris ausgeführt wird. Bei ganz kleinen intraoralen Tumoren wird das Messer vorgezogen. In gleicher Weise, wenn sich ein Zungenkarzinom aus einer Leukoplakie entwickelt, wird Resektion der Zunge gemacht. Bleibt die Zunge frei, befällt aber das Karzinom die die Maxilla deckende Schleimhaut, so wird entweder die Resektion, gefolgt von externer Curietherapie, gemacht, oder die betreffende Stelle wird mit intraoraler Radiumbehandlung angegangen. Karzinome des Rachens, des Mundbodens und der Zunge werden kombiniert mit interstitiellem, gefiltertem Radium und äußerlich in 3 cm Entfernung von der Haut aus mit Radium behandelt, gefiltert mit 1 mm Platin oder 2 mm Blei. Die äußere Behandlung, welche 8 bis 10 Tage dauert, geht der interstitiellen voraus oder folgt ihr, um Radiumnekrosen /zu vermeiden. Die Dosenberechnung geschieht auf Grund einer Moulage, die von jedem einzelnen Fall angefertigt wird. Je nach der Tiefe wird der qcm mit 132 bis 396 mch bestrahlt. Die Nadeln zur interstitiellen Behandlung sind aus 0,5 mm Platiniridium, 2,7 und 3,5 cm lang, 1,5 mm dick. Sie enthalten 0,66 oder 1 mg Radiumelement bzw. das Doppelte an Radiumemanation. Jede Nadel besitzt an den beiden Enden ein Oehr zur Fixierung bzw. leichteren Entfernung, wozu ein Faden nach außen geleitet, hinter dem Ohr befestigt wird. Das Radiumsalz bzw. das Radon nimmt in der Nadel 15 bzw. 30 mm Länge ein. Auf 1 ccm erkrankten Gewebes kommt 1 Nadel, welche für 8 Tage liegen bleibt. Je nach der Ausdehnung der Geschwulst werden so 1500 bis 3500 mch gegeben. Der Mund wird täglich mit Wasser, Salzwasser oder ganz dünnen Kaliumpermanganatlösungen gespült, um Infektion fernzuhalten. 174 Zungenkrebse mit oder ohne Nackenmetastasen wurden so behandelt. In 63,1% der operablen und in 46,5% aller Fälle wurde Heilung des primären Zungenkrebses erzielt, ja sogar 24,1% aller Fälle waren 1 bis 5 Jahre noch frei von Nackenmetastasen oder sonstigen Krebserscheinungen.

Röntgenuntersuchung von 500 Kindern wegen Thymusvergrößerung. Alle Kinder sollten vor jedem operativen Eingriff klinisch und röntgenologisch auf Thymusvergrößerung untersucht werden. Bei Thymusvergrößerung genügt die einleitende Anästhesie oder ein geringer Schock des Systems, plötzlichen Tod ohne vorausgegangene klinische Symptome herbeizuführen. Kongenitale Herzanomalie und Thymushypertrophie kann die Röntgenuntersuchung unterscheiden, obgleich die Symptome einander ähneln. Alle Kinder unter 3 Jahren zeigen eine breite Herzbasis, welche nicht mit einer Thymusvergrößerung verwechselt werden darf. Eine vergrößerte Thymusdrüse kann so tief über dem Perikard liegen, daß sie bei der Röntgenuntersuchung keinen charakteristischen Schatten wirft. Die Röntgenstrahlung stellt eine befriedigende Methode der Behandlung dar.

Eine Methode zur Abschätzung der Thymusgröße. Durch vergleichende Messung des internen Transversaldurchmessers der Brust an der Vereinigung zwischen zweiter Rippe und Sternum mit dem Transversaldurchmesser des Suprakardialschattens in derselben Höhe wurde das normale Verhältnis wie 3 : 1 (ungefähr) gefunden bis zu einem Alter von 6 Jahren. Nähert sich das Verhältnis 2 : 1 oder wurde es erreicht, so gilt die Thymus als vergrößert.

Wert und Sicherheit einer vereinfachten Methode der Pneumoenzephalomyelographie. Während des durch die Punktion herbeigeführten Ersatzes der Spinalflüssigkeit durch Luft kam es bisher zu Druckerscheinungen an den sehr empfindlichen spinalen Hüllen. Ein graduierter Zylinder von meist 100 ccm Fassungsvermögen wird von einem doppelt durchbohrten Gummistopfen verschlossen. Die Durchbohrungen sind von zwei Röhren durchsetzt, wovon die eine bis nahe zum Boden reicht, während die andere lediglich den Stopfen durchdringt. Beide Röhren sind untereinander mit einem Schlauchsystem verbunden, welches mit zwei Ansätzen an die beiden Enden der Punktionsnadel angeschlossen ist. Dazu besteht noch eine Abzweigung zum Manometer. Durch Senken des Zylinders wird der Austritt des Liquors gefördert, der Eintritt der Luft zugleich ermöglicht.

Kottmaier, Mainz.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

11., Nr. 6, Juni 1926.

* Eine statistische Studie über Leitung der Geburt bei engem Becken im Johns Hokpins-Hospital. J. Whitridge Williams und Ko Chi Sun.
Verbesserte prophylaktische Methode der Eklampsiebehandlung mit Berichten über die Methoden von Williams, Stander, Speidel und King. B. Stroganoff.
* Glukose und Insulin bei den Schwangerschaftstoxämien. J. Jeff Miller.
Phocomelus mit kongenitaler zystischer Elephantiasis. H. A. Harris.
Asymmetrischer Janizeps. G. T. Pack und I. C. Berey.
Schweißdrüsen im menschlischen Nabel. O. C. Perkins und A. M. Miller.
* Beckenausgangsmessung. C. O. Mc. Cormick.
* Radiotherapeutische Menopause. J. A. Corscaden.
* 79 Fälle von Placenta praevia. B. L. Lieberman.
Schutz des Perineums. A. Villarma.
* Schwangerschaftserbrechen, seine Ursache und Behandlung durch Eierstockextrakt. Ph. J. Carter.
Schädelpunktion bei intrakraniellen Geburtsverletzungen. B. S. Dunham.
Fötale Dystokie. H. Thoms.
Ablatio placentae. W. E. Welz.
Purpura haemorrhagica und Gravidität.
Syphilis der Placenta bei Negern. J. R. Mc. Cord.
Schwangerschaft im übrig bleibenden Horn eines Uterus didelphis nach Torsion und partieller Hysterektomie. C. E. Caswell.
Vorlesungen über Geburtshilfe vor ländlichen Gesellschaften im Staate New York.

Eine statistische Studie über Leitung der Geburt bei engem Becken im Johns Hopkins Hospital. Das Material umfaßt 11 530 Mütter mit 11 925 Kindern, davon 6407 weiße und 5223 farbige Patientinnen. 3100 hatten enge Becken. Zieht man 577 Trichterbecken ab, welche gesondert zu besprechen sind, so bleiben 2523 Frauen mit engem Becken, mit insgesamt 2975 Entbindungen. Dabei ereigneten sich 29 mütterliche Todesfälle, nur 6 davon sind aber nicht auf andere Erkrankungen (Typhus, Endokarditis, Eklampsie, Influenza usw.), sondern auf das enge Becken zurückzuführen. Während in den früheren Perioden 1896 bis 1905 prophylaktische Wendung und hohe Zange eine Rolle spielten und man erst zur Sectio caesarea schritt, wenn es nach moderner Auffassung fast schon zu spät hierfür war, und während in der zweiten Periode die Pubotomie eingeführt wurde, die man dann aber wieder verließ (seit 1920 ist keine mehr in Johns Hopkins ausgeführt worden), weist die jüngste Periode eine vermehrte Anwendung der Sectio auf. Es hat sich auch gezeigt, daß das Lig. latum einen außerordentlichen Schutz gegen Infektion bei Vornahme des Schnittes in der Zervix gewährt. Immerhin ist die supravaginale Amputation meist durch glatteren Heilungsverlauf ausgezeichnet. Die Frauen mit einfach plattem und die mit trichterförmigem Becken sind oft groß, so daß nur regelmäßige Beckenmessung vor Irrtum schützt.

Glukose und Insulin bei Schwangerschaftstoxämien. Sowohl bei Eklampsie als bei den andern Toxämien der Gravidität ist die Ursache bis jetzt unbekannt. Die letzten Jahre haben aber bei verschiedenen Toxämien gute Erfolge der Glukose gezeigt und neuerdings noch bessere in Verbindung mit Insulin. Dies weist auf Stoffwechselstörung als Ursache hin, insbesondere im Kohlenhydratstoffwechsel. Es zeigt sich bei letal verlaufenen Toxämien Fettnekrose der Leber. Dies konnte auf vorübergehendem Mangel an Glykogen beruhen. Methode: Besser als Klysma und subkutane Injektion ist intravenöse Infusion. 5% Lösung, dazu je 1 Einheit Insulin pro je 3 g Glukose, bis zu 10 bis 15 Einheiten. Das Insulin wird dabei gesondert injiziert. Es wurden so 40 Toxämien und 20 Eklampsien mit gutem Erfolg behandelt, bei letzteren dazu die modifizierte Stroganoffmethode.

Beckenausgangsmessung. Der Messung des Beckenausgangs wird viel weniger Aufmerksamkeit zugewendet als der des Eingangs, dabei sind Geburtsstörungen infolge Enge des Beckenausgangs viel häufiger als infolge Enge des Beckeneingangs, so daß dadurch viele Verletzungen geschehen. Die Tuberositates ischiadicae werden durch eine Transversallinie vereinigt, welche die Basis von je einem Triangel, einem urogenitalen und einem posterioren oder rektalen bildet. Es werden der transversale, der anteriore und posteriore sagittale Durchmesser beschrieben und gemessen. Abbildungen, besondere Instrumente. Das Normalmaß für den transversalen Durchmesser ist 8 cm, für den posterioren sagittalen 7,5.

Radiotherapeutische Menopause. Das Material betrifft 203 Patientinnen. Allgemeinbefinden und Erwerbsfähigkeit haben sich bei fast allen gehoben. Größere Gewichtszunahme fand nur in wenigen Fällen statt. Rasches Altern (Ergrauen der Haare, Faltigwerden der Haut) wurde nur in zwei Fällen gefunden. Der Uterus wurde meist erheblich kleiner. Die Libido schien unverändert zu bleiben, doch sind die Angaben darüber nicht zuverlässig. Für Angaben betreffs Auftreten klimakterischer Arthritis ist die Zeit noch zu kurz. Von 10 Frauen unter 25 waren Hitze und Wallungen fehlend bei 3, mild bei 6, stark bei 1, bei 25 Frauen zwischen 25 und 38 abwesend bei 6, mild bei 17, stark bei 2, bei Frauen über 38 abwesend bei 14, mild bei 106, stark bei 14, auf das Nervensystem wirkte die Kastrierung in der Mehrzahl der Fälle günstig, die Libido war fast durchweg unverändert, nur bei einer Frau unter 25 Jahren vermindert, auch der Blutdruck war bei den jüngeren Gruppen unbeeinflußt. Psychische Störungen ernster Natur waren selten. Verf. schließt, daß die Folgen, welche man der künstlichen Menopause zuschreibt, auch auf die allgemeinen Ursachen hin, auf denen sie beruhen können, zu untersuchen sind.

79 Fälle von Placenta praevia. Dieselben ereigneten sich in den letzten 5 Jahren unter 7928 Geburten = 1%. Am häufigsten wurden Wendung und Extraktion angewendet, vorherige Einführung eines Ballons nur bei besonderen Schwierigkeiten. Es starben 11 Mütter = 13,8%, während von europäischen Kliniken Döderlein 19%, Krönig 18%, Chaclaies (Frankreich) 15% Mortalität angeben. Anormale Lagen kamen in 11%, also ziemlich oft, vor.

Schwangerschaftserbrechen, Ursache und Behandlung. In Anlehnung an Hofbauers Auffassungen behandelt Verf. seit 10 Jahren bereits das Erbrechen mit Eierstockpräparaten. In den milden Fällen gibt er Ovarialtabletten, in den mittelschweren injiziert er täglich 1 ccm, dabei nur flüssige Nahrung, in den schweren gibt er dazu noch Luminalnatrium und läßt die Patienten Bettruhe einhalten, keine

Nahrung durch den Mund, sondern Glukoseklysmen und subkutane Injektionen von Glukose, 1 ccm Ovarialextrakt stündlich und 1 Luminalnatrium (subkutan) dreistündlich. Dies wird 48 Stunden fortgesetzt, tritt Besserung ein, so wird Glukose und Insulin nach Titus und Thalheimer gegeben. In den milden Fällen hatte Verf. 100% Erfolge, in den mittelschweren auf 26 Fälle 4 Mißerfolge. Verf. nimmt an, daß die Sekretion des Ovars im allgemeinen die Absonderung des Pituitrins bewirkt, mangelt es an genügender Ovarialsekretion, so tritt kein Pituitrin in die Zerebrospinalflüssigkeit, und es kommt zur Hyperemesis.

Robert Kuhn, Baden-Baden.

Buchbesprechungen.

Swen Johansson: **Ueber die Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter.** Ins Deutsche übertragen von Rudolf Popper-Stockholm. 1926. Jena bei Gustav Fischer. — Diese Monographie hat sich zur Aufgabe gestellt, die verschiedenen, mit der Knochen- und Gelenktuberkulose zusammenhängenden Probleme vom allgemein-medizinischen und allgemein-chirurgischen Standpunkt aus zu behandeln, und nicht bloß vom einseitig spezialistisch-chirurgischen aus. Die Unterlage bilden über 500 Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose nebst einer Reihe von solchen Fällen, bei denen die Diagnose auf Tuberkulose sich später nicht bestätigte. Was diesen Fällen ihren besonderen Wert verleiht, ist, daß sie fast alle von demselben Chirurgen behandelt wurden, und zwar nach einheitlichen Prinzipien, und daß sie eine lange Reihe von Jahren verfolgt wurden.

Uns interessieren naturgemäß hier weniger die chirurgisch-orthopädischen Einzelheiten, als vielmehr die allgemein-medizinischen Beobachtungen, von denen die wichtigsten hier wiedergegeben seien, so das Urteil des Verfassers über die Senkungsreaktion: „Als Differentialdiagnostikum hat sich die Senkungsreaktion bei gewissen Fällen von Gelenkkrankheiten unbestimmter Natur von Wert erwiesen, indem man in einem normalen Senkungswert eine Stütze für die Diagnose ‚ichttuberkulös' erhielt . . . . ., während man durch einen vom normalen abweichenden Senkungswert eine weitere Stütze für die Diagnose Tuberkulose erhielt. Selbstverständlich muß aber das ganze klinische und röntgenologische Bild in Betracht gezogen werden. Besonders zur Scheidung tuberkulöser und septischer Knochenerkrankungen hat sich die Probe von großem Nutzen erwiesen, indem hohe Werte für septische Infektion sprechen."

Von der Tuberkulinherdreaktion hat der Verfasser keine große Meinung. Was die Sterblichkeit anbetrifft, so war sie bei den Kindern, die aus tuberkulösen Familien stammten, nicht größer als bei denen, wo keine Ansteckungsquelle nachgewiesen werden konnte.

Bezüglich der Vergesellschaftung der Knochentuberkulose mit Bronchialdrüsentuberkulose ergab sich, daß sicher in nahezu 50% und höchstwahrscheinlich in einer noch bedeutend größeren Anzahl von Fällen röntgenologisch nachweisbare, vergrößerte Bronchialdrüsen vorhanden waren. Halslymphome hingegen waren nur in der sehr geringen Zahl von 30 Fällen nachweisbar. Noch geringer war die Zahl der gleichzeitig lungenkranken Kinder, nämlich unter 274, ad hoc untersuchten, Fällen nur 6.

Was die Behandlung anbetrifft, so soll sie in einer sozialen, einer allgemeinen Licht- und einer orthopädisch-chirurgischen Lokalbehandlung bestehen. Er lehnt also auf der einen Seite die rein konservative Behandlung Biers wie auch die frühere aktive (er spricht in diesem Zusammenhang von der „unkritischen Resektionsaera") Behandlung ab und geht einen Mittelweg.

Birk, Tübingen.

Hugo Kämmerer: **Allergische Diathese und allergische Erkrankungen.** J. F. Bergmann, München. 1926. 195 S. 13,50 M., geb. 16,20 M. — Verf. sah den Reiz seiner Aufgabe nicht etwa nur darin, dem Unkundigen oder Halbkundigen ein neues Wissensgebiet darzustellen, ihm die diagnostischen und therapeutischen Wege eines noch jungen Forschungszweiges zu zeigen. Den Ansporn für seine Arbeit bildete grade das Problematische, die fast zwischen jeder Zeile auftauchende offene wissenschaftliche Frage, die bisherige Mangelhaftigkeit experimenteller Durchforschung. Durch Zusammenfassung der Probleme regt er den forschenden und experimentierenden Arzt zu Versuchen und eigenem Nachdenken an.

Als Grundlage für das Verständnis des ganzen Stoffgebietes dient ein Kapitel über experimentelle Anaphylaxie — auf die Bedürfnisse dieses Buches zugeschnitten. Innerhalb dieses Kapitels finden die Schockgifte, vor allem das Histamin eine breitere Bearbeitung. Der relativ breite Raum, der in den Einzelkapiteln pathogenetischen Erörterungen gewidmet ist, wird den nicht verdrießen, der nicht nur Ergebnis sondern auch Verständnis sucht.

Die Erkrankungen, die hier behandelt werden, wie Asthma bronchiale, Nesselsucht, Quinckesches Oedem, Heufieber, Migräne, Ekzem sind jedenfalls diejenigen, bei denen eine allergisch-anaphylaktoide Genese zum mindesten von verschiedenen Seiten zur Diskussion gestellt wurde. Wahrscheinlich spielen diese allergisch-anaphylaktischen Maßnahmen auch bei anderen inneren Erkrankungen eine Rolle; indessen sind diese Dinge noch so wenig geklärt, daß für den Verf. leicht die Gefahr bestände, sich in müßigen theoretischen Spekulationen zu verlieren. Sein Bestreben geht vielmehr dahin, seine Abhandlungen so zu gestalten, daß der Praktiker an Hand der Angaben auch diagnostische und therapeutische Technizismen auszuführen vermag.

Ohne mit der eignen Meinung zurückzuhalten, stellt er sie doch niemals ungebührlich in den Vordergrund und erteilt auf strittigem Gebiet verschiedenen Ansichten das Wort.

Sehr energisch wendet er sich gegen die in den letzten Jahren ständig wachsende Richtung in der Medizin, für welche die psychisch-funktionelle Aetiologie alles, die somatische nichts ist. Weit entfernt davon, den Einfluß des Nervensystems grade auf allergische Vorgänge zu verkennen, bezeichnet er doch die Neigung, exogene Schädlichkeiten, wie sie die Allergene darstellen, einer Moderichtung zu Liebe zu übersehen und zu vernachlässigen, als Rückschritt objektiv wissenschaftlichen Denkens.

Das Buch verdient, einen größeren Leserkreis zu finden, und damit Interesse für ein Gebiet zu wecken, das bis jetzt in Deutschland weit weniger als im Ausland Forscher und Praktiker beschäftigte.

Held.

R. Aschenbach: **Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Behandlung.** Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin, München. 1926. 92 Seiten. Pr.: 3,— M. — Die rheumatischen Erkrankungen bilden eins der wichtigsten Betätigungsgebiete des Praktikers; waren doch 1922, also in der Zeit der stärksten Tuberkulose-Ausbreitung, bei einer der größten Berliner Ortskrankenkassen über das Dreifache von Tuberkulose-Erkrankungen solche an rheumatischen Leiden gemeldet. Dieser Vergleich zeigt auch die überragende soziale Bedeutung einer wirklich erfolgreichen Bekämpfung dieser Leiden und der Verfasser ist vollkommen im Recht, wenn er in seinem Werk die Aufmerksamkeit der Behörden auf diesen Punkt zu lenken sucht.

Um es voraus zu nehmen: der therapeutische Abschnitt des Werkes ist in seiner präzisen Klarheit ein Vergnügen zu lesen, besonders die Behandlung der physikalischen Therapie. Dem Praktiker, der so häufig seinen Patienten in der Auswahl des Badeortes raten soll, wird hier dieses ihm oft fernliegende Gebiet in seinen wichtigsten Indikationen und Möglichkeiten nahe gebracht.

Die strenge Abgrenzung der rheumatischen Erkrankungen von anderen chronischen Gelenkaffektionen wird in der Praxis doch seine Schwierigkeiten haben, da der Verfasser nur solche Gelenkaffektionen zu den „rheumatischen" zählt, deren Entstehung indirekt in ursächlichem Zusammenhang mit einem Kälteschaden steht; sieht er sich doch an anderer Stelle zu der Anerkennung genötigt, daß auch eine angeborene Veranlagung für diese Krankheit vorhanden sein muß. Für die Entstehung der primär chronischen rheumatischen Polyarthritis bei Frauen mittlerer Stände macht Verfasser die geringere körperliche Betätigung dieser Kreise verantwortlich. Referenten scheint auch diese Tatsache viel eher im Sinne der Konstitution verwertbar.

Die Differentialdiagnose gegenüber tuberkulösen Gelenkaffektionen durch die Tuberkulin-Reaktion nach Pirquet stellen zu wollen, dürfte doch bei Patienten außerhalb der Pubertät kaum durchführbar sein.

Panse, Berlin.

Prof. Dr. Hans W. Maier, 1. Oberarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzi-Zürich: **Der Kokainismus.** Geschichte, Pathologie, Medizinische und behördliche Bekämpfung. Leipzig, 1926. Georg Thieme Verlag. VIII., 269 Seiten. Preis 15,— M., geb. 17,50 M. — Wir müssen dem Züricher Psychiater, Prof. Maier, für seine umfassende Darstellung auf Grund umfangreicher Literatur und eigener Beobachtungen über ein leider sehr akut gewordenes

Problem äußerst dankbar sein. Hier wird ein ungeheures Material über den Kokainismus allseitig und in recht klarer Weise auf dem verhältnismäßig knappen Raum von etwa 270 Seiten auf Grund der ziemlich erschöpfenden Literatur zusammengetragen: Botanisches, Geschichtliches, Chemisches, Physiologisches, Geographisches, Soziales und Gesetzliches, aber hauptsächlich eine ausführliche Darstellung der Kokainwirkung auf den Menschen, wobei auch zahlreiche, sehr instruktive kasuistische Beispiele neben der Darstellung der Differenzialdiagnose, Prognose und Therapie nicht vernachlässigt worden sind.

„Man spricht viel von den Schrecken des Gaskrieges und denkt oft zu wenig daran, wie die drohende Ausbreitung des Gebrauchs stark toxisch wirkender Mittel, z. B. des Kokains, zu Genußzwecken sich zu einer viel größeren Gefahr für unsere Bevölkerung auswachsen kann. Heute sollte es möglich sein, die erst in der Entwicklung begriffene Sucht noch auszurotten; möge es so gründlich gelingen, daß diese Darstellung ihrer Entstehung ihrer Erscheinungsart recht bald nur noch Interesse für die Geschichte der Medizin und der Verirrungen unserer Kulturepoche haben wird!“ (S. 254.) Daß es an erster Stelle Sache der Aerzte sein muß, die Bekämpfung des Kokainismus zu fördern, braucht nicht besonders erwähnt zu werden. Allein schon aus diesem Grunde ist das Buch jedem Arzte lebhaft zu empfehlen. Aber abgesehen davon wird hier der Leser keine Spur von Trockenheit und somit eine recht spannende Lektüre finden. Das Buch ist mit einem umfangreichen Literaturverzeichnis, sowie mit Namens- und Sachregister versehen.

M. Kantorowicz, Berlin.

C. G. Jung: **Das Unbewußte im normalen und kranken Seelenleben.** III. vermehrte und verbesserte Auflage der Psychologie der unbewußten Prozesse. Verlag: Raschen u. Cie. A.-G., Zürich. 1926. 166 S. Preis brosch 4,60 M. — Jung geht bekanntlich innerhalb der modernen analytischen Psychologie seine eigenen Wege. Im vorliegenden Buch legt er seine Ansichten dar, für Aerzte, aber auch für das gebildete Laienpublikum. Letzteres ist sehr schwer — dessen ist J. sich auch bewußt —, da die Materie kompliziert ist, oft der allgemeinen Erfahrung fernliegt. Doch hat J. die Schwierigkeiten dank seines glänzenden bildhaften Stils gut überwunden. Jedem, auch dem, der den psychoanalytischen Forschungsmethoden in Nichtkenntnis oder kritisch fernsteht oder sie ablehnt, wird die Lektüre nutzbringend sein.

Jung hat die Lehre Freuds mit der einseitigen Hervorkehrung der Sexualität und die Gesichtspunkte Adlers mit der Betonung des Machtprinzips dahin vereinigt, daß er zwei psychologische Persönlichkeitstypen — den extravertierten und den intravertierten — aufgestellt hat. bei denen sich Neurosen nach jeweils einem der beiden genannten Wege entwickeln können. Jede der beiden Theorien hat also ihren Geltungsbereich. Auch in den weiteren Ausführungen über das Gegensatzproblem und über das persönliche und das überpersönliche oder kollektive Unbewußte geht J. durchaus eigene Wege, auf denen ihm selbst die Psychoanalytiker nur z. T. werden folgen können.

Panse, Berlin.

Prof. Grotjahn: **Das Gesundheitsbuch der Frau.** 3. vermehrte Auflage. 10.—15. Tausend. Verlag J. H. W. Dietz Nachfolger, Berlin. 159 Seiten. — Dieses Buch aus der Feder des bekannten Sozialhygienikers erscheint bereits in 3. Auflage. Es ist in erster Linie für unsere Frauen und Töchter bestimmt, aber auch für alle Männer und die heranwachsende „junge Mannschaft“, damit sie von vornherein eine zureichende Kenntnis von den Tatsachen und Vorgängen des geschlechtlichen Lebens aus ärztlich-hygienischer Quelle schöpfen. Das Buch orientiert in klarer Weise über das, was jede werdende Mutter über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, sowie über die Ernährung und Pflege des Neugeborenen wissen soll. Es bringt zahlreiche praktische Anweisungen und vermeidet dabei jedes unnütze oder zuweitgehende Beiwerk. Ein, auch die Einzelheiten berücksichtigendes Inhaltsverzeichnis erleichtert das Nachschlagen bei vorkommenden Fällen.

Rudolf Katz, Berlin.

Dr. med. Max Grünewald: **Die Anwendung des Dämmerschlafes zur schmerzfreien Geburt.** Verlag der Gutzmannschen Buchdruckerei und Verlagsanstalt, Dresden-A. Preis 1 M. — Nach den Entbehrungen und seelischen Erschütterungen der Kriegsjahre und deren Folgezeit ist die innere Kraft vieler Frauen zusammengebrochen. Sie scheinen die körperliche Anstrengung einer Geburt, weil sie meinen, ihr Gesundheitszustand sei solchen Anstrengungen nicht mehr gewachsen. Bei solchen empfindlichen Frauen wirkt daher die seelische Beeinflussung einer schmerzlosen Geburt außerordentlich günstig auf die Gebärfreudigkeit. Sie überstehen leichter und frischer die Geburt ihres Kindes. Für solche Frauen ist es zweifellos von großem Nutzen, sich über das Wesen der schmerzlosen Geburt aufzuklären. Dazu bietet sich in diesem Buche G.'s die beste Gelegenheit, da Verf. in demselben sachkundig und in leichtverständlicher Form die Methode des Dämmerschlafes behandelt und das Resultat langjähriger wissenschaftlicher Forschungen wiedergibt. Ein ungemein wichtiges Buch für jede Frau und jeden Ehemann!

Rudolf Katz, Berlin.

Clara Schott: **Merkbüchlein für junge Mütter.** Verlag der Gutzmannschen Buchdruckerei und Verlagsanstalt, Dresden-A. Preis brosch. 1 M., geb. 1,50 M. — Die beliebte Schriftstellerin Clara Schott bietet mit dem originellen „Merkbüchlein“ jungen Müttern eine wertvolle Gabe. In kurzgefaßter Form sind Ratschläge und Verhaltungsmaßnahmen auf dem Gebiete der Säuglingspflege enthalten ,daneben Rubriken, in denen nach Vorschrift alle wichtigen Angaben über das Kind von der Mutter einzutragen sind. Dadurch wird das Büchlein imstande sein, über Generationen hinaus, über körperliche und geistige Veranlagung Aufschluß zu geben. Feinsinnige Gedichte erhöhen den Reiz dieses praktischen Heftchens, welches in vornehmer Aufmachung, auf bestem Schreibpapier in sauberster Ausführung gedruckt und mit geschmackvollen Vignetten illustriert ist. Auch Platz zum Eintragen drolliger Bemerkungen und Fragen des Kindes und zum Einkleben von Kinderphotographien ist vorgesehen.

Rudolf Katz, Berlin.

Dr. Paul Henkels: **Lehrbuch der veterinärmedizinischen Röntgenkunde.** Verlag Paul Parey, Berlin. Lexikon-Format, 274 Seiten, 92 Textabbildungen, in Glanzleinen gebunden 25,— Rm. — Eine schwere Aufgabe, die der Verf. mutig durchführt. Der humanmedizinische Röntgenologe, der die medizinische Röntgenologie in ihrer 30 jährigen technischen Entwicklung naturgemäß bestimmte, hat meist keine Ahnung, welche Schwierigkeiten der veterinärmedizinischen Röntgenkunde allein die Anpassung der für die Anwendung beim Menschen bestimmten Apparatur an die röntgenologisch ungünstigeren anatomischen Verhältnisse des Tieres und an seine Unvernunft machen. So sei nur erwähnt, daß beispielsweise der Rumpf des Pferdes auch für höchstbelastbare Röhren gänzlich undurchlässig ist. Dazu kommt, daß die Tierfürsorge noch weniger reich mit Geldmitteln bedacht ist, wie die menschliche Medizin. Alldem zum Trotz hat Verf. in jahrelanger Arbeit mühselig sein tüchtiges Werk vollbracht. Er hat dem werdenden veterinärmedizinischen Röntgenologen einen Leitfaden an die Hand gegeben, der ihn in den praktisch wohl am meisten diagnostisch in Frage kommenden Fällen, Huhn, Katze, Hund und Pferd führen kann, indem er für Moment- und Zeitaufnahmen bestimmte Rezepte zur Untersuchung von Kopf und Hals, Schultergelenk einschließlich Schulterblatt und Brustkorb, Bauch, Harntrakt und Rückenmarkskanal, Becken und Hüftgelenk, vordere Extremtät, hintere Extremität zur Verfügung stellt, um ihn vor deprimierenden Mißerfolgen zu bewahren. Der normalen und pathologischen Anatomie des Tieres im Röntgenbild geht eine Einführung in den physikalisch-technischen Teil auf 154 Seiten, sehr klar verständlich verfaßt, voraus. Der Schluß des Buches ist der veterinärmedizinischen Röntgentherapie gewidmet. Es ist verständlich, daß der Autor bei Erwähnung der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen mehr seine persönliche Anschauung hervortreten läßt, die wesentlich auf der Anschauung Liebers von dem Eingriff der Röntgenstrahlen in das Donnansche Gleichgewichtsverhältnis an der Zellmembran beruht, als daß er sich in breiten Ausführungen der zahlreichen Meinungen dieses Gebietes ergeht. So ist es wohl auch mehr didaktisch, wenn dem biologischen Grundgesetz auch auf dem Gebiet der Röntgenstrahlenwirkung eine wenig eingeschränkte Herrschaft zugesprochen wird. Zur Bestrahlungstechnik der einzelnen Erkrankungen, z. B. dem beschriebenen Fall der Furunkulose des Pferdes könnte vielleicht ein 3 mm Al-Filter noch größeren Nutzen und Sicherheit bringen. Schließlich sei noch des schönen Gewandes und der bildlich guten Ausstattung lobend gedacht.

Kottmaier, Mainz.

Therapeutische Mitteilungen.

Experimentelle Ergebnisse einer Haustrinkkur mit Salzschlirfer Bonifazius-Brunnen.

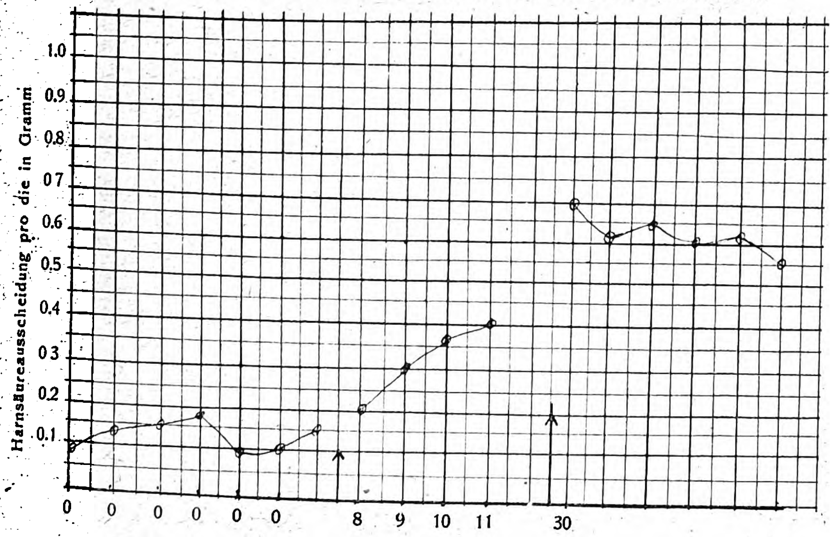
Ein Beitrag zur Gichtbehandlung.

Von
Dr. med. M. FISCHENICH, Bonn.

„Die alte Garrodsche Lehre, daß der Gichtkranke wenig Harnsäure durch die Nieren ausscheidet und Harnsäure im Blut staut, ist durch die Arbeiten von Brugsch und Schittenhelm an purinfrei ernährten Gichtkranken fundiert worden. Es kann gar keinen Zweifel mehr geben, daß der endogene Harnsäure-Wert der Gichtkranken im Urin niedriger und im Blute höher als beim Gesunden ist, und daß je nach der Schwere des Falles diese Verschiebung deutlicher wird." (Ztschr. für physiolog. Chemie, Bd. 143, S. 48, 1925.)

Es ist daher von Interesse, nachzuweisen, wie die Heilbrunnen der Gicht auf den Harnsäure-Stoffwechsel einwirken. Deshalb wurde bei einem Gichtkranken vor, während und nach einer Haus-Trinkkur mit Salzschlirfer Bonifaziusbrunnen die Harnsäureausscheidung quantitativ bestimmt. Die Kur wurde nach den üblichen Vorschriften bei gleichmäßiger purinarmer Diät vorgenommen. Die Bestimmungen wurden in Tages-Urinmengen nach der Methode von Folin und Schaffer ausgeführt.

Das Ergebnis wird durch beiliegende Kurve veranschaulicht.



Vor Beginn der Kur bewegte sich die Harnsäure-Ausscheidung an der unteren Grenze des Normalen, um 0,1 g pro die. Nach Darreichung von 8 Flaschen nahm die Ausscheidung deutlich zu (bis zu 0,4 g) und der Patient hatte das Empfinden einer Besserung des Allgemeinzustandes. Nach Beendigung der Kur hatte die Harnsäure-Ausscheidung den Wert von 0,7 g pro die erreicht, um dann im Laufe von Wochen wieder abzusinken. Außer diesen objektiven Tatsachen spricht auch das subjektive Befinden des Patienten für die heilsame Wirkung des Bonifazius-Brunnens: Gichtschmerzen bestanden nicht mehr, die Hämorrhoidal-Beschwerden, die ihn vorher sehr plagten, hatten vollständig aufgehört, er konnte wieder ohne Ermüdung größere Spaziergänge machen und fühlte sich erfrischt und verjüngt.

Ichthyolinjektionen als milde Reiztherapie bei chronischen entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen.

Von
Dr. med. HANS ERDMANN, Skaistkaln (Lettland).

In der Dermatologischen Wochenschrift von 1926, Nr. 24, findet sich eine Arbeit des Warschauer Professors der Dermatologischen Universitätsklinik Straszynski über Reizkörpertherapie in Form von Injektionen von Ammon. sulfoichthyol bei Haut und Geschlechtskrankheiten. S. löst das Ichthyol in Aq. dest. im Verhältnis von 2%, filtriert sodann die Lösung, kocht sie 15 Minuten in einem Kolben und füllt sie dann in sterile Gläser ab. S. injiziert in 2—3 tägigen Intervallen 3,0 intramuskulär und berichtet von schönen Erfolgen bei Epididymitis gon., Pyelitis, Ulcus molle und Bubo, Furunkulose und Psoriasis. Dr. Hans Blencke berichtet ferner (Fortschrite der Medizin 1926, Nr. 18, 16. Aug., Seite 778), daß er die auf Mirion nicht ansprechenden Fälle von Arthritis deformans mit innerlicher Darreichung kleiner Ichthyoldosen behandelt. Ich halte es für zweckmäßiger, die Arthritis deformans mit 2 proz. Ichthyolinjektionen zu behandeln, die intramuskulär injiziert fast völlig schmerzlos sind; vor allem glaube ich auch, daß es zweckmäßig wäre, statt der schmerzhaften, Fieber und Allgemeinreaktionen auslösenden Schwefelölinjektionen nach Mayer-Bisch zuvor auch bei chronischen Arthritiden es mit dem mild wirkenden Ichthyol in Form von Injektionen zu versuchen. Ich habe selbst indes das Ichthyol bei degenerativen Gelenkleiden, bei der Arthritis deformans verwandt, und zwar mit geringeren Dosen, um allmähliche Schwellenreize zu erzielen, begonnen. Wenn auch meine bisherigen Versuche gering an Zahl sind, so ermutigen sie jedoch, weitere Versuche anzustellen. Ich beginne bei der Arthritis deformans von der 2 proz. Ichthyollösung nicht gleich mit 3,0, sondern zuvor mit 0,5 und 1,0 und steigere ganz allmählich bis zur optimalen Wirkung so bis 3,0 und weniger und setze sodann die Injektionen in der optimalen Dosis die Intervalle verlängernd fort. Die Intervalle wähle ich je nach dem Falle ein- bis zweimal wöchentlich, später einmal wöchentlich, sodann einmal in zwei und später in drei Wochen. Ist ein guter Status morbi erzielt, gehe ich langsam, das Quantum verringernd, zur ursprünglichen Anfangsdosis zurück. Man wird, wie ich es beobachten konnte, das erreichen, was man will, Herabsetzung der Schmerzen und bessere Beweglichkeit. Ich fordere die Herren Kollegen auf, die Wirkung nachzuprüfen mit kleinen Anfangsdosen beginnend! Ichthyolinjektionen sind ein mildes Reizpräparat und machen keine stürmischen Allgemeinreaktionen; bei entzündlichen (nicht degenerativen) Gelenkleiden könnte man indes wohl mit stärkeren Dosen behandeln und würde auch dann nicht so stürmische Herd- und Temperaturreaktionen wie bei Schwefelölinjektionen erhalten, und es kämen, außer dem Schwefel des Ichthyols, noch die anderen dem Rheumatismus günstig beeinflussenden Bestandteile des Ichthyols zur Geltung. Das Ichthyol muß unbedingt intramuskulär injiziert und darf nicht subkutan verabfolgt werden, denn dann bekommt man Infiltrate, während die intramuskuläre Injektion keine Lokalerscheinungen am Orte der Injektion macht. Zweckmäßig wäre es auch, in geeigneten Fällen Mirioninjektionen mit Ichthyolinjektionen zu kombinieren.

Melsunger Medizinisch-pharmazeutische Mitteilungen aus Wissenschaft und Praxis.

Heft 46.

Neues Saugrohr zum Absaugen von Flüssigkeiten beim Operieren. Zander.
Behandlung des Wochenbettfiebers in der Allgemeinpraxis. Reichardt.
Unblutige Korrektur schwerer Plattfüße. Mommsen.
Zur Kenntnis der Jodtinktur. Kümmell.
Pillenherstellung und -zerfallbarkeit.

Arnold Hirsch, Berlin.

Kongreß-Kalender.

(* bedeutet Kongresse.)

* 30. September bis 2. Oktober: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Wien.

* Ende September: Würzburg, Bayerischer Aerztetag.

Erste Hälfte Oktober: 10tägiger Fortbildungskurs für praktische Aerzte, Göttingen.

* 13.—16. Oktober: Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.

* September 1927, 2. Hälfte: Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.

Einladung

zur 6. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin vom 13. bis 16. Oktober 1926 im Plenarsitzungssaal des Reichswirtschaftsrats, W 9, Bellevuestraße 15.

Therapeutische Notizen.

Die künstliche Ernährung des Säuglings.

Die langjährigen Meinungsverschiedenheiten über die bei der künstlichen Ernährung des Säuglings einzuschlagenden Wege dürften durch die wiederholten Veröffentlichungen von Finkelstein und v. Pfaundler (Finkelstein: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten, 3. Aufl., 1924; v. Pfaundler in Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe, 2. Aufl., Band 1) zu einem gewissen Abschluß gekommen sein. Die mannigfachen Maßnahmen, die zu der möglichsten Ausschaltung der vermeintlichen Kuhmilchschädlinge führen sollten, als die zeitweise u. a. das Eiweiß, dann wieder das Fett angesehen wurden, haben zu einer erheblichen Verwirrung, zum mindesten aber zu einer beträchtlichen Unübersichtlichkeit in der Säuglingsdiätetik geführt.

Finkelstein lehnt die Schädlichkeit des Eiweiß (Biedert) oder des Fettes (Czerny) der Kuhmilch ab. Nach seiner Ansicht dürften durch den einen oder den andern Bestandteil ausschaltende Maßnahmen nichts erreicht werden, weil ja der Unterschied zwischen Muttermilch und Kuhmilch im wesentlichen in ihrer Artverschiedenheit zu erblicken sei. So beschränkt sich Finkelstein auf eine Korrektur, die den bekannten Mehrgehalt der Muttermilch an Kohlehydraten berücksichtigt, indem sie den Kohlehydratgehalt sowohl der Vollmilch, als auch besonders der Milchverdünnung entsprechend steigert.

Die Anreicherung der Kohlehydrate hat gleich mit Beginn der künstlichen Ernährung zu erfolgen. Kohlehydratzusätze können mit gutem Erfolge schon in den ersten Lebenswochen, wenn nötig vom dritten Lebenstage ab gegeben werden. (v. Pfaundler.)

Finkelstein wendet sich entschieden gegen den natürlichen Kohlehydratmangel der üblichen Milchverdünnungen mit Zuckerzusätzen und rät nachdrücklich zur gleichzeitigen Anwendung von zwei Kohlehydraten: Zucker und Mehl.

Der Erfolg dieser Zucker-Mehl-Zusätze ist „im Vergleich zu den einfachen Zuckermischungen so gesetzmäßig......, daß man heute, im Gegensatz zu früheren Zeiten und Lehren, mit vollstem Rechte die Ernährung mit Milch-Mehl-Zuckermischungen grundsätzlich als den mehlfreien überlegen erklären darf“ (Finkelstein).

Die Tatsache wird weiter durch eine Tabelle erhellt, die die Ernährungserfolge mit den genannten Milch-Mehl-Zuckermischungen bei Neugeborenen wiedergibt. Diese ist auf einer, der Gesamtauflage unserer heutigen Nummer beiliegenden Drucksache der Firma R. Kufeke in Bergedorf-Hamburg zum Abdruck gelangt, auf die wir besonders aufmerksam machen.

Hyperemesis gravidarum — Calorose.

Bei Hyperemesis gravidarum empfiehlt Prof. Vogt (Univers.-Frauenklinik Tübingen) als erfolgreiche Behandlung Bettruhe und Hungerkur. Während der Kur erhält der Körper nur durch rektale Zufuhr Flüssigkeit, wozu sich 5prozentige Caloroselösung am besten eignet. Sie liefert außer Wasser auch Kalorien, unter Schonung des überempfindlichen Magens, und ermöglicht etwas längere Dauer der Kur als Einlauf physiologischer Kochsalzlösung. Morgens und abends wird ein Tropfeinlauf von je einem Liter Caloroselösung gemacht, welche körperwarm ist (Thermosbehälter). Wenn trotzdem im Urin Aceton auftritt, gibt man oral etwas Alkohol oder Schokolade. — Auch bei in der Schwangerschaft drohender Urämie sind durch Calorose-Einläufe gemilderte Hungerkuren mit Nutzen anzuwenden. (Med. Kl. 1926, Nr. 25.)

Mitteilungen.

Bekanntmachung der Chemischen Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft.

Von seiten der Herren Aerzte ist in neuerer Zeit verschiedentlich der Wunsch geäußert worden, daß die Zahl der pharmazeutischen Spezialpräparate nicht vergrößert, sondern verringert wird. Angesichts der erheblichen Anzahl der alljährlich von den zahlreichen Fabriken herausgebrachten Präparaten erscheint diese Meinung verständlich. Wie mehrere andere große Firmen, haben wir auch diesem Wunsche Rechnung getragen und stellen die nachverzeichneten Mittel nicht mehr her: Acopyrin, Actol, Arseno-Hyrgol, Blenal, Calodal, Calomelol, Digitotal, Euphorine, Hyrgol, Itrol, Jodäthyl-Thiosinamin, Mercoid, Orphol, Salocreol.

Soweit die Herren Aerzte gewohnt sind, obige Präparate zu verschreiben, können bis auf weiteres noch vorhandene Bestände geliefert werden. Wir bitten jedoch mit dem Zuendegehen der Bestände in absehbarer Zeit zu rechnen.

Im Hinblick auf die Streichung von 14 Präparaten möchten wir darauf hinweisen, daß aus unserer Fabrik seit Jahresfrist trotz zahlreicher auch von ärztlicher Seite erfolgter Anregungen und Studien absichtlich nur drei Spezialpräparate neu hervorgegangen sind, die sich überdies auf bereits langjährig bewährte Ausgangsprodukte aufbauen.

Im Verfolg der Untersuchungen von Chloramin entstanden die Gyneclorina-Tabletten, die als wirksames, ungiftiges Desinfektionsmittel zu Vaginal-Spülungen sehr günstig aufgenommen worden sind, und das Septamid-Streupulver als Trockendesinfektionsmittel. Aus dem altbewährten Acetylin (Acetylsalicylsäure Spezialmarke Heyden) entstand das Coffetylin, das die entfiebernde, schmerzstillende Wirkung des Acetylins mit dem das Zentralnervensystem anregenden Effekt des Coffeins vereinigt, und wie wir aus den zahlreichen uns unaufgefordert zugehenden ärztlichen Aeußerungen entnehmen, viel Beifall in Aerztekreisen findet.

F77

LIBRARY
RECEIVED
OCT 30 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 26 — BERLIN, DEN 5. OKTOBER 1926 — 44. JAHRGANG

Seit 20 Jahren

SIRAN

(Kal. sulfoguajacolic. – Extract. Thymi – Sir. Menthae comp.)

mit bestem Erfolge verordnet bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane, hartnäckigem Husten, Influenza, Keuchhusten, Asthma, Bronchitis, Grippe, Lungenleiden.

Zur Ordination
bei fast sämtlichen Krankenkassenverbänden zugelassen und in das Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926 aufgenommen.

In allen Apotheken vorrätig!

Verbraucherpreis: O.-P. Mk. 2,15, K.-P. Mk. 1,75

Proben und Literatur auf Wunsch!

TEMMLER-WERKE Vereinigte Chemische Fabriken / **BERLIN-JOHANNISTHAL**

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**
u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen. In allen Apotheken zu haben. Von Aerzten bestens empfohlen.
Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.**

Bad Salzſchlirf und ſein Bonifaziusbrunnen!
Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**
Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

DDr. Fraenkel-Oliven's
Sanatorium „Berolinum", Lankwitz
für männliche und weibliche Nerven- und Gemütskranke, für Morphinisten, Cocainisten usw. sowie für freiwillige Pensionäre Prospekte.
San.-Rat Dr. **FRAENKEL** / **Berlin-Lankwitz,** Viktoriastraße 60
Fernsprecher: G. 3 Lichterfelde 0800.

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL
Zyma ERLANGEN
HOVALETTEN ZYMA
CHEMISCHE FABRIK ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
Hovaletten Zyma
KASSENPACKUNG
HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus dem Johns Hopkins-Hospital, Baltimore (Direktor Prof. Howland †) und der Universitäts-Kinderklinik Szeged. Direktor: Prof. Hainiss).

J. Dresel und K. Waltner: Antirachitische Aktivierung unwirksamer Stoffe durch ultraviolette Strahlen 1045
Dr. C. Funck, Köln: Ueber die antiallergische Behandlung der Hypertonie und Arteriosklerosekrankheiten 1047

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter: Die Verantwortlichkeit bei falscher Arztbehandlung 1048
Briefkasten 1049

Kongreßberichte:

89. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf 1050
Kinderheilkunde 1050
Röntgenologie 1052
Dermatologie 1056

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 38, 39 1059
Medizinische Klinik, Nr. 36, 37 1061
Reichsgesundheitsblatt, **1.**, Nr. 36-38 1062
Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung, **3.**, Neue Folge, Nr. 2, 3 1062
Zeitschrift für physikal. Therapie, **32.**, Heft 1 . . . 1062
Folia Haematologica, **32.**, Heft 4 1063
Krankheitsforschung, **3.**, Heft 1 1063
Wiener Archiv für innere Medizin, **13.**, Heft 1 . . . 1063
Zentralblatt für Innere Medizin, **47.**, Nr. 38, 39 . . . 1064
Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten, **18.**, Nr. 17, 18 1064
Zeitschrift für Tuberkulose, **46.**, Heft 1 1064
Beiheft zur Zeitschrift für Tuberkulose, Nr. 25 . . 1064
Die Tuberkulose, Nr. 16, 18 1064
Jahrbuch für Kinderheilkunde, **64.**, Heft 1/2 1065
Zeitschrift für Kinderheilkunde, **42.**, Heft 1/2 . . . 1065
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **198.**, 3. u. 4. Heft 1066
Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete, **14.**, Heft 3 1067
Zeitschrift für Röntgenologie, **6.**, Nr. 17 1067
Zeitschrift für Sexualwissenschaft, **13.**, Heft 6 . . . 1067
Dermatologische Zeitschrift, **48.**, Heft 5/6 1068
Dermatologische Wochenschrift, **83.**, Nr. 38, 39 . . 1068
Vierteljahrsschrift Deutscher Aerztinnen, **2.**, 4. Heft 1069
Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung, **12.**, Heft 4 1069
Schweiz. med. Wochenschrift, Nr. 36 1070
Ugeskrift for Laeger, Nr. 35—38 1070
Hygiea, Heft 16 1070
Upsala Läkareförennings Förhandlingar, Neue Folge, **33.**, Heft 3 1070
Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 9 1071
Finska Läkaresällskapets Handlingar, **68.**, Aug. 1926 1071
Acta chirurgica scandinavica, **60.**, Fasc. VI 1071
British Medical Journal, Nr. 3426, 3427 1071
Brain, **49.**, 1. Teil, 2. Teil 1072
La Presse Médicale, Nr. 70—73 1072
Biologie Medicale, Sondernummer, Sept. 1926 . . . 1073
Revue d'orthopédie, Heft 4 1074
Archivio di ortopedia, **42.**, Heft 2 1075
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine, **11.**, Nr. 11 1075
The American Journal of Hygiene, **6.**, Nr. 5 1075
The Journal of Urology, **16.**, Heft 1, 2 1075
The Urologic and Cutaneous Review, Nr. 9 1076
Buchbesprechungen 1077
Kongreß-Kalender 1080

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. Walter Braun, Frauenarzt, Berlin: Beiträge zur Fluortherapie unter besonderer Berücksichtigung der Granugenol-Kapseln (Knoll) 1081
San.-Rat Dr. Semon, Frauenarzt, Königsberg i. Pr.: Zur Anwendung der Laminariastifte, besonders der sterilen gebogenen nach Dr. med. Mitscherlig 1081

Silicol
Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin
Lösung von Eisen - Eiweiß - Phosphat - Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol
Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen
Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

STOVARSOL
(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)
Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues
(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)
Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)
Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen
Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25
Literatur auf Anfrage.
Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!
LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS
Generalvertrieb: **Theodor Traulsen, Hamburg 36,** Kaufmannshaus. Telegr.-Adresse: „Stovarsol" Hamburg.

Catamin

bei Krätze und Ekzem

O.-P.: Tube mit 55 g, Topf mit 130 g

J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN

Gonosan

bei Gonorrhoe

O.-P.: Schachtel mit 30 Kapseln zu je 0,3 g

Levurinose „Blaes"

das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 26 5. OKTOBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

(Aus dem Johns Hopkins-Hospital, Baltimore (Direktor: Prof. Howland †) und der Universitäts-Kinderklinik Szeged. Direktor: Prof. Hainiss).

Antirachitische Aktivierung unwirksamer Stoffe durch ultraviolette Strahlen.

Sammelreferat

von

J. DRESEL und K. WALTNER.

O. Kestner (1), bewogen von dem Gedanken, daß bei der durch das Höhenklima bewirkten Vermehrung der roten Blutkörperchen nicht allein der verminderte Sauerstoffdruck, sondern vielleicht auch Strahlenwirkung eine Rolle spielt, stellte folgende Versuche an: Es wurden Hunde z. T. durch Blutentzug, z. T. durch Pyrodininjektionen anämisch gemacht. Diese Hunde wurden dann teilweise unter vermindertem atmosphärischen Druck gehalten und teilweise mit einer Quarzlampe bestrahlt. Aus den Resultaten folgerte er, daß nicht der verminderte Sauerstoffdruck, sondern die Strahlenwirkung das wirksame Prinzip darstellt. Bei weiteren Versuchen fand er, daß nicht nur die direkt bestrahlten Hunde eine schnellere und vollkommenere Blutkörperregeneration zeigten, sondern auch Hunde, die in einem Nachbarzimmer gehalten wurden und zu welchen bloß aus der unmittelbaren Nähe der Bogenlampe abgesaugte Luft durch Röhren hingeleitet wurde. Er folgerte daraus, daß die Strahlen der Quarzlampe — und wahrscheinlich auch die Strahlen der Höhensonne — Stoffe aus der Luft bildeten, welche bei der Einatmung fördernd auf die Regeneration der roten Blutkörperchen wirken. Er dachte an die Nitroxylverbindungen.

Im Anschluß an diese Experimente Kestners hatten E. M. Hume und H. H. Smith (2) — angeregt durch H. Meyer — untersucht, ob bestrahlte Luft einen wachstumsfördernden Einfluß auf junge Ratten ausübe, die mit einer fettlöslichen vitaminfreien Nahrung ernährt waren. Wie bekannt, hat die direkte Bestrahlung solcher Tiere eine ausgesprochen wachstumsfördernde Wirkung. Sie bestrahlten den leeren Käfig der Versuchstiere jeden zweiten Tag für 10 Minuten. Nach der Bestrahlung wurden die Ratten wieder in den Käfig gebracht und der Käfig mit einem Tuche zugedeckt. Aus den Resultaten folgerten sie, daß die bestrahlte Luft des Käfigs eine wachstumsfördernde Wirkung ausübe. Dieser Gedanke schien bestätigt durch einen anderen Versuch: In einem bestrahlten Käfig, der ausgelüftet wurde, konnte keine Wirkung beobachtet werden. Wenn sie, wie in den Versuchen Kestners, die bestrahlte Luft durch ein Röhrensystem in den Käfig leiteten, konnten sie keine wachstumsfördernde Wirkung wahrnehmen; ihre Kontrolltiere zeigten sogar ein besseres Wachstum. Daraus folgerten sie, daß nicht durch den Quarzbrenner gebildete Gase — sie dachten vornehmlich an Ozon — als wirksam betrachtet werden können, sondern diese eher wachstumshemmend wirken. Sie meinten, daß die Wirkung in einer durch das Bestrahlen hervorgerufenen Ionisation der Luft läge und daß diese während der Röhrenpassage verloren ginge.

Später haben H. Chick und M. Tazelaar (3), im Gedanken daran, daß X- und Y-Strahlen eine stärkere Ionisation der Luft hervorrufen als ultraviolette Strahlen, ihre Rattenkäfige der Emanation von Radiumbromid ausgesetzt. Der Erfolg war jedoch negativ.

Die Versuchsresultate von Hume und Smith (2) wurden bald von T. A. Webster und L. Hill (4) widerlegt. Sie konnten keine Wirkung von bestrahlter Luft feststellen. Auch J. S. Hughes, Ch. Nitcher und R. W. Titus (5) konnten keine rachitisverhütende Wirkung der bestrahlten Luft wahrnehmen. (Diese Experimente waren an jungen Hühnern ausgeführt.)

Hume und Smith (6) bemerkten aber, daß die Versuchseinrichtung von Webster und Hill (4) in einem Punkte, den man damals noch als unwichtig betrachtete, von ihrer abwich. Die letzteren bestrahlten den gänzlich leeren Käfig, während ihre Käfige Sägemehl enthielten. Mit dieser Beobachtung haben Hume und Smith, wenn auch unbewußt, die Aufmerksamkeit auf den wichtigsten Punkt des ganzen Problems gelenkt. Sie wiederholten ihre Versuche und fanden, daß dem Sägemehl eine entscheidende Bedeutung zukommt: die Bestrahlung des gänzlich leeren Käfigs blieb auch in ihren Experimenten wirkungslos. Sie konnten aber eine wachstumsfördernde Wirkung auch dann beobachten, wenn sie statt des Sägemehls eine Holzplatte auf den Boden des Käfigs legten, sogar dann, wen sie diese Holzplatte außerhalb des Käfigs bestrahlt hatten. Auch beobachteten sie, daß in den Fäzes der Versuchstiere ständig Holzpartikel vorhanden waren. Sie fügten damals noch hinzu, daß ihre im Gange befindlichen Versuche dafür sprächen, daß das Einverleiben bestrahlter Holzpartikel zum Zustandekommen einer wachstumsfördernden Wirkung scheinbar nicht notwendig sei.

Noch vor dieser zweiten Mitteilung von Hume und Smith haben H. Steenbock und A. Black (7) berichtet, daß bestrahlte Nahrungsstoffe eine wachstumsfördernde und antirachitische Wirkung haben.

Diese Autoren stellten im Hinblick auf die ersten Versuchsresultate von Hume und Smith und gewisser Experimente von H. Goldblatt und K. M. Soames (8) folgende Fragen: 1. Hat ein bestrahltes Tier irgendeine Wirkung auf ein im selben Käfig gehaltenes unbestrahltes Tier? (sie dachten an sekundäre Strahlenwirkung). 2. Kann eine D-vitaminarme (antirachitisches Vitamin) oder freie Substanz durch Strahlenwirkung aktiviert werden?

Die erste Frage wurde gestellt, weil sie in den Experimenten, die sie zur Untersuchung der wachstumsfördernden Wirkung der direkten Bestrahlung angestellt hatten, fanden, daß die bestrahlten und Kontrolltiere, im selben Käfig gehalten, gleich gutes Wachstum zeigten, wenn dagegen die Kontrolltiere in einem separaten Käfig untergebracht wurden, die zu erwartende mangelhafte Entwicklung eintrat.

Sie gelangten zur Stellung der zweiten Frage durch die Experimente von Goldblatt und Soames (8). Die letzteren hatten in ihren an Ratten angestellten Versuchen bewiesen, daß der fettlösliche Vitamingehalt der Leber von dem fettlöslichen Vitamingehalt der gegebenen Nahrung abhängig ist. Wenn sie die Leber von Tieren, die mit einer entsprechenden Menge von den genannten Vitaminen ernährt worden waren, solchen Tieren verfütterten, die von fettlöslichen Vitaminen frei ernährt waren, so begannen diese im Wachstum stillstehenden Tiere wieder zu wachsen und die eventuell schon ausgebildete Xerophthalmie heilte. Die Leber solcher Tiere, die ohne fettlösliche Vitamine ernährt waren, war wirkungslos. Wenn aber diese Tiere (einige Wochen hindurch) bestrahlt wurden, zeigte auch ihre Leber eine wachstumsfördernde Wirkung. Goldblatt und Soames fanden es nicht berechtigt, auszusprechen, daß in ihren Versuchen durch Strahlenwirkung fettlösliches Vitamin gebildet wird, jedoch machten sie die Bemerkung, daß bei ihrem Verfahren eine Vitamin-Photosynthese nicht ausgeschlossen sei.

Steenbock und Black (7), wie gesagt, fanden, daß eine D-vitamindefiziente Diät nach Bestrahlung günstig auf das Wachstum ihrer Versuchstiere wirke und auch der Aschengehalt der Knochen dieser Tiere größer sei, als der der Kontrolltiere. Da andere Autoren die Möglichkeit erwähnten, daß bei der Bestrahlung gebildeten Gasen eine Rolle zukomme, bestrahlten sie ihr Nährgemisch, auch eingeschlossen in eine Quarzflasche. Das Resultat war auch jetzt positiv. Die Bestrahlung war dann auch wirksam, wenn die Quarzflasche keine Luft, sondern CO_2 enthielt. Die Bestrahlung des Nährgemisches in einer braunen Flasche hingegen hatte keine aktivierende Wirkung. Die aktiven Stoffe behielten ihre Wirksamkeit selbst nach einer 45 Minuten langen Erwärmung auf 96°. Außerdem wiederholten sie die Versuche von Goldblatt und Soames und fanden, daß nicht nur die Leber, sondern auch die Muskeln nach Bestrahlung antirachitisch wirksam werden und daß diese Eigenschaft der Organe auch dann zustande kommt, wenn sie nicht das lebende Tier, sondern nur die herausgenommenen Organe bestrahlten.

Auch E. M. Nelson und H. Steenbock (9) fanden, daß die Bestrahlung des leeren Käfigs wachstumsfördernd wirkt, wenn sie dagegen den Käfig vor Bestrahlung gründlich reinigten, blieb die Wirkung aus. Sie nahmen an, daß in dem ungereinigten Käfig aktivierbare Stoffe (hauptsächlich Faeces) gewesen seien, die von den Tieren einverleibt wurden.

A. F. Heß (10) berichtete, daß durch Bestrahlung dem Baumwollsamenöl, Leinöl antirachitische Wirkung verliehen werden kann. Mineral-Oel konnte nicht aktiviert werden. Radiumbromid, Ozon im Trinkwasser verabreicht, Oel + Radium, H_2O_2 erwiesen sich als wirkungslos.

Der Befund mit den Oelen wurde von Steenbock (11) kurz darauf bestätigt.

Nach diesen Resultaten haben die beiden Autoren (Steenbock und Heß) und ihre Mitarbeiter in schneller Reihenfolge zahlreiche Artikel veröffentlicht.

Positive antirachitische Aktivierungsresultate wurden erhalten mit Bestrahlung der rachitisproduzierenden Diät Nr. 3143 (12), Kokusnußöl, Maisöl, Sahne, Milch, grünem Salat (13), käuflichem Kasein, Galle, Lanolin, Getreide und ihren Produkten (Stärke, Mehlen), Cholesterol-Phytosterol (ungesättigte Sterole), Trockenmilch, Mais, Bisquit, Fleisch, Schweinefett, Butter, Gemüsen (Spinat, Salat, Karotten); negative Resultate dagegen mit Gelatine, Glyzerol, Chlorophyll, Hämoglobin, roten Blutkörperchen, Phosphatiden des Eidotters, reinem Protein, reinen Kohlehydraten, reinem Fett, Salzen, Wasser, Hydrochinon, Phlorogluzin, Paraffin, Dihydrocholesterol, Dihydrophytosterol (saturierte Sterole) (14, 15).

Heß, M. Weinstock, D. Helman (16) wiesen nach, daß das aktive Prinzip bestrahlter Oele in dem unverseifbaren Teil enthalten ist. Daß auch bei Lebertran dieser Teil der wirksame ist, wurde von T. F. Zucker, A. M. Pappenheimer und M. Barnett (17) bereits 1922 bewiesen. Auch zeigten diese, daß nicht das Cholesterin der aktive Stoff ist, denn das fast cholesterinfreie Produkt erwies sich als das aktivste. Im Zusammenhang mit ihren Bestrahlungsversuchen fanden Nelson-Steenbock (18) jetzt, daß das aus Lebertran mit Digitonin gefällte Cholesterin weder eine antixerophthalmische, noch antirachitische Wirkung besitzt. Diesem Cholesterin kann aber durch Bestrahlung eine antirachitische Wirkung verliehen werden.

Hess und Weinstock (19) zeigten, daß aktiver Spinat auch nach ½stündlichem Kochen noch wirksam ist, und bestrahlte Trockenmilch wenigstens 3 Monate hindurch aktiv bleibt. Weiterhin fanden sie, daß bestrahlte Trockenmilch, bestrahltes Gemüse auch bei Kindern die Rachitis heilend beeinflußt, und daß bestrahltes Cholesterin auch subkutan injiziert seine Wirkung entfaltet; menschliche Haut und Haut von Kälber verhindern — wenn bestrahlt — bei jungen Ratten die Entwicklung der Rachitis (Haut ist reich an Cholesterin). Ihre Spektraluntersuchungen (20) zeigten, daß bestrahltes Cholesterin weniger ultraviolette Strahlen absorbiert, als nichtbestrahltes. Wenn hingegen Cholesterin sehr lange (17 Stunden) bestrahlt wurde, absorbierte es mehr von diesem Teil des Spektrums als der unbestrahlte Stoff und hatte auch seine rachitisheilende Wirkung wieder verloren.

Im Einklang mit diesem Befunde wurde von Steenbock und Black (21) und Steenbock und A. L. Daniels (22) festgestellt, daß langes Bestrahlen (mehr als 10 Stunden) die Aktivität des Olivenöls wieder zerstört. Auch Lebertran verliert durch langdauernde Bestrahlung seine antirachitische Wirksamkeit.

In derselben Publikation berichten sie, daß bestrahltes Olivenöl, in einer Flasche verschlossen und im Dunkeln aufbewahrt, wenigstens 10 Monate hindurch seine Aktivität beibehält. Bestrahlung durch Fensterglas hindurch ist wirkungslos, bei Bestrahlung durch eine Wasserschicht hingegen können Stoffe aktiviert werden. Alten, ranzigen Pflanzenölen kann keine Wirksamkeit verliehen werden. Auch diese Autoren konnten die Wirkung aktivierter Stoffe an Kindern bestätigen.

In der Zwischenzeit wurden auch von anderen Untersuchern Resultate über das Problem mitgeteilt.

Es wurden Heilerfolge an rachitischen Kindern mit bestrahlter Milch von S. J. Cowell (23), B. Kramer (24), P. György (25) wiedergegeben. H. Mackay und H. F. Shaw (26) heilten die Rachitis und Tetanie ihrer Patienten mit bestrahlter Trockenmilch. Ueber bemerkenswerte Heilerfolge bestrahlter Trockenmilch wurde vor kurzem auch von György (27) berichtet.

Mit dem Cholesterin hat man sich verständlicherweise recht intensiv beschäftigt. Die interessanten Versuche H. Beumer's (28), wiesen nach, daß die Menge des Cholesterins durch die Bestrahlung vermindert wird: nach Bestrahlung war aus der alkoholischen Lösung mit Digitonin 8—9% weniger Cholesterin fällbar. O. Rosenheim und T. A. Webster (29) fanden, daß Cholesterin, Phytosterin, Coprosterin nach Bestrahlung einen niedrigeren Schmelzpunkt haben. Cholesterin kann auch in einer Nitrogenatmosphäre oder in Paraffinöl aktiviert werden. J. C. Drummond, O. Rosenheim und K. H. Coward (30) aktivierten aus Gehirn und Lebertran gewonnenes Cholesterin. F. W. Schlutz und M. Morse (31) fanden das Spektrum des Cholesterins nach Bestrahlung verändert.

Aktiviertes Cholesterin, in Leinöl aufbewahrt, ist nach einem Jahre noch wirksam. Rekristallisation schwächt die Wirkung des bestrahlten Cholesterins ab. Cholesterin aus Eigelb oder Knochenmark ist inaktiv. Bestrahltes Cholesterin hemmt die hämolysierende Wirkung des Digitonins mehr, als nichtbestrahltes. Cholesterinazetat (ein ungesättigter Ester) kann aktiviert werden [Hess, Weinstock und E. Sherman (32, 33)]. Hydrierte Cholesterinprodukte (Cholestanole, Cholsäure) können nicht aktiviert werden [György, M. Jenke und G. Popovicin (34)]. Von Digitonincholesterin kann durch Bestrahlung das alkohollösliche, aktive Prinzip abgespalten werden [K. Waltner (35)]. L. G. Parsons (36) berichtet über einen Fall mit Rachitis, der, nach vorhergehender erfolgloser Behandlung mit Lebertran, mit bestrahltem Cholesterin geheilt wurde.

Die das Problem betreffenden übrigen Untersuchungen sind folgende: Auch H. Vollmer, J. Serebrijski und E. Zadeck (37) konnten der rachitiserzeugenden Diät Nr. 3143 durch Bestrahlung eine heilende Wirkung verleihen. Die bekannten positiven Resultate mit Leinöl und Mehl und die negativen mit Salzen (Calc. lact., Ferrum citr.) wurden von Webster-Hill (37) bestätigt. Der Ziegenmilch kann durch Bestrahlung des Tieres eine ausgesprochene antirachitische Wirkung verliehen werden. Das direkte Bestrahlen der Milch bewirkt aber eine wenigstens achtmal intensivere Aktivität. Die minimal-optimale Bestrahlungszeit der Ziegenmilch ist 30 Minuten [Steenbock, E. B. Hart, Hoppert und Black (38)]. Die minimal-optimale Bestrahlungszeit eines aus Weizen hergestellten Kindermehls ist 10 Minuten [Waltner (39)]. Der nicht antirachitisch wirkenden Milch einer stillenden Frau wurde von Hess, Weinstock und Sherman (40) durch Bestrahlung der Frau intensive Wirkung verliehen.

György und Popovicin (41) und György, Jenke und Popovicin (34) bestätigten die Befunde betreffs der Aktivierbarkeit des Salatöls, Olivenöls, Rattenhaut, Cholesterins, Cholesterinesters H. Chick und M. H. Roscoe (42) fanden, daß im Winter, Frühjahr und Herbst gepflanzter Spinat reine, im Sommer gepflanzter eine schwache, aber ausgesprochene antirachitische Wirkung hat. Bestrahlen ruft eine intensive Wirksamkeit dieser Pflanze hervor.

Hume-Smith (43) berichteten in neuester Zeit, daß ihre Experimente negative Resultate gaben, wenn sie das bestrahlte Sägemehl durch eine Quarzplatte von den Versuchstieren isolierten. Auch sie konnten pflanzliche Sterole aktivieren.

H. L. Maslow, D. H. Shelling und B. Kramer (44) fanden, daß bestrahlter Apfelsinensaft eine heilende Wirkung auf rachitische Ratten ausübt.

Aus bestrahltem Mehl gebackener Bisquit behält seine Aktivität unverändert mindestens 2—3 Monate. Rohrzucker und Nährzucker können nicht aktiviert werden. Bei Untersuchungen über die optimalminimale Menge des bestrahlten Nährgemisches Nr. 3143 und einer kalkarmen Diät wurde gefunden, daß die optimale Wirkung erreicht wird, wenn 50% der Diäten bestrahlt wird. Tyrosin kann aktiviert werden. Bestrahltes Eosin ist inaktiv. Bestrahltes Kindermehl und Eosin besitzt keine intensivere Wirkung als das aktive Kindermehl ohne Zugabe von Eosin [Waltner (45)].

Literatur:

1. Zeitschr. f. Biol. 1921. 73. 1. 7. — 2. Biochem. Journ. 1923. 17. 364. — 3. Biochem. Journ. 1924. 18. 1346. — 4. Journ. Physiol. 1923. 78. 57. — 5. Journ. Biol. Chem. 1925. 63. 205. — 6. Biochem. Journ. 1924. 18. 1334. — 7. Journ. Biol. Chem. 1924. 61. 405. — 8. Biochem. Journ. 1923. 17. 446. — 9. Journ. Biol. Chem. 1924. 62. 575. — 10. Amer. Journ. Dis. Child. 1924. 28. 517 und Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1925. 22. 5. 6. — 11. Science 1924. 60. 224. — 12. Journ. Biol. Chem. 1924. 62. 209. — 13. Journ. Biol. Chem. 1924. 62. 301. — 14. Journ. Biol. Chem. 1925. 63. XXV. — 15. Journ. Biol. Chem. 1925. 63. 297. 305. und Zeitschr. f. Kinderheilkunde 1925. 39. 395. — 16. Journ. Biol. Chem. 1925. 63. XXV. und Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1925. 22. 76. — 17. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1922. 19. 167. — 18. Journ. Biol. Chem. 1925. 64. 299. — 19. Journ. Biol. Chem. 1925. 64. 181. und Lancet 1926. 1. 12. — 20. Journ. Biol. Chem. 1925. 64. 193. und Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1925. 22. 227. und Journ. Amer. Med. Ass. 1925. 84. 1910. — 21. Journ. Biol. Chem. 1924. 64. 263. — 22. Journ. Amer. Med. Ass. 1925. 84. 1093. — 23. Brit. Med. Journ. 1925. I. 595. — 24. Amer. Journ. Dis. Child. 1925. 30. 195. — 25. Klin. Wochenschr. 1925. 1118. und Deutsch. med. Wochenschr. 1925. 1991 und Jahrb. f. Kinderh. 1926. 111. 201. — 26. Lancet 1925. II. 283. und 1926. I. 8. — 27. Klin. Wochenschr. 1926. 747. — 28. Münch. med. Wochenschr. 1925. 1585. — 29. Lancet 1925. I. 1025. — 30. Journ. Soc. Chem. Indust. 1925. 44. 123. — 31. Amer. Journ. Dis. Child. 1925. 30. 199. — 32. Journ. Biol. Chem. 1925. 66. 145. — 33. Journ. Biol. Chem. 1926. 67. 413. — 34. Jahrb. f. Kinderh. 1926. 112. 35. — 35. Magy. orv. arch. 1926. — 36. Brit. Med. Journ. 1926. I. 519. — 37. Zeitschrift f. Kinderh. 1925. XL. 716. — 38. Brit. Med. Journ. 1925. I. 957. — 39. Journ. Biol. Chem. 1925. 66. 441. — 40. Magy. orv. arch. 1926. — 41. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1926. 23. 636. — 42. Jahrb. f. Kinderh. 1926. 112. 22. — 43. Biochem. Journ. 1926. 20. 137. — 44. Biochem. Journ. 1926. 20. 335. 340. — 45. Bull. Johns Hopkins Hosp. 1926 39. 56. — 46. Magy. orv. arch. 1926.

Ueber die antiallergische Behandlung der Hypertonie und Arteriosklerosekrankheiten.

Von

Dr. C. FUNCK, Köln.

Einleitend sei kurz bemerkt, daß ich 1911 und 1914 (1) die Genese einer Gruppe von Hypertonie- und Arteriosklerosekrankheiten wie auch von Urämie-, Migräne-, Pruritis-, Ekzemkrankheiten als durch den Uebergang von blutfremdem Eiweiß durch die Barriere der Darmschleimhaut und Leber bedingt unter die „Nährschäden Erwachsener" einreihte und den Nachweis blutfremder Eiweißabbauprodukte im Blut für einzelne Fälle erbrachte. Mit Ausnahme des Asthma wurde also damals schon die ganze Gruppe der neuerdings wieder als allergisch definierten Erkrankungen in ihrer Genese erkannt. Der Auffassung einer allergischen Genese der Arteriosklerose sind später auf Grund klinischer, pathologisch-physiologischer und pathologisch-anatomischer Befunde viele Autoren beigetreten, und zwar Hülse (2), Volhard (3), Kuczynski (4), Anitschkoff (5), Heteny (6), Turan (7). 1911 wandte ich als erster gegen diese Krankheiten die Transduodenalspülung an (l. c.), deren Indikationsgebiet durch Einhorn (8), Jutte, Seyderhelm u. a. später erweitert wurde. Die Behandlung durch Transduodenalspülung schaltet die Nahrungsallergene und einen großen Teil der Bakterienallergene des Darmes aus, sie schafft also, wie van Leeuwen (9) es später für die Bronchial- und Nasenschleimhaut tat, in diesen Fällen für die Darmschleimhaut ein „allergenfreies Klima". Neuerdings empfehlen ja van Leeuwen und Kremer bei Asthma zur Beschleunigung der Heilwirkung auch Hungerdiät und ebenso Vogt (10) bei Hyperemesis, Hypertonie, Pruritus und Migräne, dem „pseudourämischen Aequivalent".

Erfolge einerseits und technische und durch äußere Gründe bedingte Schwierigkeiten dieser Therapie andererseits führten zu dem Versuch, die Allergenbefreiung als Behandlungsart bei Hypertonie- und Arteriosklerosekrankheiten durch eine enterale antiallergische Behandlung zu ersetzen, nachdem eine Proteintherapie per injectionem schon von verschiedenen Autoren beschrieben wurde.

Die Vorarbeiten für diese Versuche bestanden in der Ausführung von Testproben, welche nicht geringe Schwierigkeiten boten, jedoch später durch die Ergebnisse der den meinen parallel laufenden Forschungen anderer Autoren auf dem Gebiet der Therapie anderer allergischer Erkrankungen, vorzüglich des Asthma, erleichtert wurden. Die Herstellung der Teststoffe erfolgte zuletzt in einer Modifikation der Cocaschen (11) Methodik. Als Ausgangsmaterial wurden verschiedene Sorten Tiereiweiß (Muskelfleisch), Eier, Milcheiweiß, Erbsen, Fische und Weizenmehl genommen (Einzelangaben erscheinen ausführlich a. a. O.), und zwar wurden die Stoffe entsprechend der gewohnheitsgemäßen Ernährung des Kranken gewählt. Eine Menge Fehlerquellen müssen vermieden werden, so z. B. darf man kein frisches Fleisch bei gewohnheitsgemäßem Genuß von Gefrierfleisch verwenden, muß Ballasteiweißkörper und Fette exakt ausscheiden usw.

Bei der physiologischen Kontrolle der Testextrakte wurde die subkutane Injektion wegen in einzelnen Fällen sehr unliebsamer Allgemeinreaktion nach wenigen Versuchen verlassen, intravenöse Injektion wurde gar nicht versucht. Vergleiche zwischen Intrakutan- und Kutanprobe führten zu alleiniger Anwendung der ersteren; die Kutanprobe scheint für Nahrungsallergien zu wenig empfindlich zu sein. Um die Resultate möglichst eindeutig zu gestalten, wurden nur solche Hochdruckkranke und Arteriosklerotiker geprüft, welche folgenden Bedingungen genügten: Blutdruck mit allen Kautelen gemessen zwischen 140 und 190 mm; Urin: normal verlaufende Verdünnungs- und Konzentrationsprobe, chemisch und mikroskopisch absolut frei, in Anamnese kein Asthma, Urtikaria, Ekzem, Prurigo, Heufieber, Epilepsie, Migräne, zur Zeit keine Infektion, keine Gicht, Zähne und Zahnfleisch gesund. Es sollten eben ausschließlich essentielle oder kryptogenetische Hypertonie- und Arteriosklerosekrankheiten geprüft werden. Aus demselben Grunde wurden bei den Versuchen Frauen (Gravidität, ovarielle Funktionen) ausgeschlossen, ebenso Personen mit klinisch nachweisbaren sonstigen Erkrankungen, vor allem Magen-, Darm- und Lebererkrankung, positiver Gärungs- oder Fäulnisprobe, Anomalien der Darmflora; durch letztere Maßnahmen sollte der Einfluß abnormer bakterieller Zwischenprodukte aus dem Darm nach Möglichkeit ausgeschaltet werden.

Die Extrakte wurden sämtlich vorher an anscheinend nicht allergischen Menschen geprüft, wobei unter 40 Prüfungen zwei ganz schwache Reaktionen sich ergaben. Bei der Prüfung von 15 Hypertonikern, die nach obigen Gesichtspunkten ausgewählt waren, ergaben sich folgende Resultate (die intrakutane Prüfung gibt bei positiver Reaktion eine scharf umrandete Quaddel nach höchstens 20 Minuten, im Gegensatz zu der kaum angehenden Quaddel der Kontrollösung):

Patient I: R +; E ++; W +; M +; Nr. II: E +; H +; K ?; W +; Nr. III: E ++; Nr. IV: W +; R +; E +; Nr. V: keine + Reaktion; Nr. VI: E ++; Er +; Nr. VII: E ?; Nr. VIII: K +; E ++; Er +; Nr. IX: R +; S +; E +; M ?; Nr. X: R +; W +; E +; Nr. XI: E ?; Nr. XII: K +; W +; M +; E +; Er +; Nr. XIII: M ++; R +; Nr. XIV: E ?; Nr. XV: R +; E +.

K = Kalbfleisch; S = Schweinefleisch; R = Rindfleisch; E = Hühnereieiweiß; W = Weizenmehl; H = gewässerter Hering; M = Quarkkäse; Er = pulverisiert gelbe Trockenerbsen.

Die 15 Hautteste ergaben also eine ganz negative, drei fragliche und etwa 73% positive Reaktionen, meist Gruppenreaktionen, während van Leeuwen bei Asthma 90% allergische Fälle findet. Unter den Reaktionen fällt die Seltenheit der Milchreaktion bei der Verbreitung dieses Nahrungsmittels, dagegen die Häufigkeit der Reaktion auf Hühnereieiweiß auf. (Im Rheinland geht das Volkswort: „Viel Eieressen gibt Arterienverkalkung".)

Das generelle Resultat dieser Proben ist bei der Mehrzahl dieser Hypertoniker eine positive Intrakutanreaktion mit Extrakten, die bei Gesunden eine solche Reaktion nicht auslösen, d. h. also, daß in diesen Fällen eine Allergie gegen die Grundsubstanz dieser Extrakte besteht. Die ganze Versuchsanordnung bestätigt die seit 1914 von mir vertretene Ansicht über die Genese eines großen Teils der Hypertonie- und Arteriosklerose-Krankheiten, lediglich aus neuzeitlicheren Gesichtspunkten erörtert und mit neuzeitlicher diagnostischer Technik erhärtet. Die Wege der Regulierung bzw. Erhöhung des Gefäßtonus zu erforschen und den von mir (l. c.) und von Kylin (12) und anderen Autoren betonten Zusammenhang von Hypertonie und Blutzucker in seiner Bedeutung zu klären, lag nicht in der Richtung unserer Untersuchung; auch die Gruppierung der Hypertonie- und Arteriosklerosekrankheiten, ihre Koordination mit Nierenerkrankungen u. a. ist für unsere Untersuchungen von unmaßgeblicher Bedeutung, da letztere ganz generell gerichtet sind.

Was die erstrebte antiallergische Behandlung betrifft, so sei kurz erwähnt, daß es bisher selten gelang, eine nachweisbare spezifische Desensibilisierung per injectionem zu erzielen. Die

Ursache dieser Mißerfolge liegt zweifellos an der Vielfältigkeit der Allergene, die eine spezifische Desensibilisierung in ambulanter Behandlung erschweren. Einen geringen, aber oft nachweisbaren Einfluß hatten (selbstverständlich ceteris paribus) länger durchgeführte Inhalationen eines zerstäubten Aminosäuregemisches durch einen Netro-Inhalator. Weitaus deutlicher waren die Ergebnisse einer oralen Desensibilisierung nach den Vorgängen von Storm van Leeuwen (l. c.), Pagniez (13), Wallis, Mackenzie und Nicoll (14), O'Keefe (15), Lichtwitz (16) u. a. Als Desensibilisator wurden Pepton, Deuteroalbumosen und höhere Aminosäuren gegeben und unter Ausschaltung jeder suggestiven Wirkung, Druckabfälle bis 20 mm erzielt. Ob bei dieser enteralen Proteintherapie die ergotropische bzw. organotropische Fernwirkung (Robert Lewin) (17) oder der universelle desensitierende Effekt vorwiegt, muß dahingestellt bleiben.

Die Nachprüfung eines Eiweißabbauprodukte verschiedenster Stufen enthaltenden Präparates bei zehn weiteren, vorher nicht behandelten Fällen von Hypertonie und Arteriosklerose ergab (stets ceteris paribus) eine depressorische Wirkung von 10 bis 60 mm im Verlauf von drei Monaten; deutlich war die objektiv festzustellende Wiederkehr der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit. Auch bei diesem definierten Gemisch von Eiweißabbauprodukten steht dahin, wieweit die von Grießbach (18), Lewin (19) und anderen Autoren betonte organotrope und ergotrope Valenz neben der Fähigkeit besteht, bei ungenügender Desaminierung eine Desensibilisierung und dadurch eine Besserung der allergischen Hypertonie und ihrer gesamten Folgeerscheinungen zu erzielen. Im Licht obiger Ausführungen erscheint die Anschauung über die Wirkung des Jod bei den Arterioskleroseerkrankheiten einer pathologisch-physiologischen Begründung nahe gerückt. Wir kennen die darmantiseptische Eigenschaft des Jod und vor allem seine antiallergische Wirkung (Duprez) (20), seine beschleunigende Wirkung auf den Abbau parenteral zugeführten oder im Organismus befindlichen blutfremden Eiweißes (Hesse) (21) und endlich seine protoplasmaaktivierende, eine Heilentzündung anregende, also ergotropische Wirkung (Oppenheim) — Wirkungen, die auch durch parenteral angreifende Eiweißabbauprodukte zu erzielen sind.

Auf der Basis dieser Berührungspunkte des pathologisch-physiologischen Geschehens bei peroraler Anwendung von definierten Eiweißabbauprodukten einerseits und Jod andererseits erhebt sich die Frage, ob nicht eine Kombination beider Mittel im Sinne einer Bürgischen Wirkungspotenzierung ein noch besseres therapeutisches Resultat als der Einzelfaktor ergäbe.

Zusammenfassung: Meine Auffassung von der Wichtigkeit des Faktors der Allergie bei der Genese der überwiegenden Zahl der Hypertonie- und Arteriosklerose-Krankheiten hat gerade in den letzten Jahren so zahlreiche klinische, pathologisch-physiologische und pathologisch-anatomische Bestätigungen durch die oben zitierten Beobachtungen erhalten, daß sie heute ebenso begründet ist, wie die neuere Erkenntnis der Pathogenese der anderen Allergiekrankheiten. Es ist mir wohl bewußt, daß Besonderheiten des Cholesterinstoffwechsels, vasomotorische Diathese, innersekretorische Momente, Elektrolytverschiebungen und eine Reihe anderer Faktoren bei der Genese der Arteriosklerose- und Hypertonie-Krankheiten eine wesentliche Rolle spielen, jedoch sind diese Faktoren dem allergischen Faktor nicht koordiniert, sondern subordiniert. Für die rationelle Therapie wird diese Erkenntnis der Genese die Bedeutung haben, daß die Aufmerksamkeit immer mehr auf die Verfeinerung der Diagnose latenter Insuffizienzen der Stoffwechselorgane und dadurch genauer begründete diätetische Maßnahmen gelenkt wird; daß ferner die spezielle Diagnostik der Arteriosklerose und Hypertonie-Krankheiten vom kausal-genetischen Gesichtspunkt verfeinert wird; nicht zuletzt, daß bei zu vermutender Krankheitsbereitschaft, Heridität oder sich schon zeigendem Stigmata neben der diätetischen eine aktive Prophylaxe durch enterale antiallergische Behandlung konsequent durchgeführt wird.

Literatur:

1. Funck: Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 27. — Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. 20, H. 4.
2. Hülse: Zeitschr. f. Innere Med. 1924, Nr. 38, 39.
3. Volhard: Zeitschr. f. Krankheitsforschung, Bd. 1, H. 4.
4. Kuczynski: Zeitschr. f. Krankheitsforschung, Bd. 1, H. 2.
5. Anitschkoff: Virchows Archiv 1923, S. 245; 1924, S. 73.
6. Heteny: Wiener klin. Arch. f. Innere Med. Bd. 10, H. 2.
7. Turan: Wiener Med. Wochenschr. 1926, Nr. 16.
8. Einhorn: Die Duodenalsonde, Leipzig 1924.
9. Storm van Leeuwen: Allergische Krankheiten, Berlin 1926.
10. Vogt: Med. Klinik 1926, Nr. 25.
11. Coca: Journ. of Immun. 1922, 7.
12. Kylin: Die Hypertoniekrankheiten, Berlin 1926.
13. Pagniez: Ann. de Med. 1920, 183.
14. Wallis, Mackenzie, Nicoll, Lancet, 1923, 204.
15. O'Keefe: Boston med. and surg. Journ. 1920, 183.
16. Lichtwitz: Kl. Wochenschr. 1925, Nr. 49.
17. Robert Lewin: Aerztl. Rundschau 1925, 4.
18. Griessbach: Münch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 49.
19. Lewin: Vox Medica, Jahrg. 3, Nr. 3.
20. Duprez: Cpt. rend. des séances d. l. soc. biol., Bd. 89.
21. Hesse: Archiv f. exper. Pathologie, Bd. 102.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Die Verantwortlichkeit bei falscher Arztbehandlung.

Bisher wurden allgemein nur die Fälle erörtert, wo die unrichtige Behandlung Merkmale einer strafbaren Handlung darstellte und in der Hauptsache die Sühne des Strafrichters zur Folge hatte, wie bei zu starker Röntgenbestrahlung, chirurgischen Eingriffen und a. m. Von den selbstständigen strafbaren Tatbeständen der ärztlichen Handlungen gegen das keimende Leben soll gleichfalls hier nicht die Rede sein, da die etwa daraus entspringenden Schadenersatzansprüche nur sekundär nebenherlaufen und in der strafbaren Tat selbst schon begründet sind, sobald sich die Schädigung des Organismus mit dieser in einen kausalen Zusammenhang bringen läßt. Weit wichtiger und nicht so unbestritten sind die Beurteilungen der täglichen Vorkommnisse in der ärztlichen Praxis, die wegen ihrer eminenten Bedeutung in die weitesten Fachkreise hineingetragen zu werden verdienen. Vorweggenommen sei die irrige Ansicht, daß eine Verschlimmerung des behandelten Leidens an und für sich den Arzt schon haftbar macht. Soweit geht kein Gesetzgeber, wenn er auch eine besonders erhöhte Sorgfalt von den sachkundigen Berufen, zu denen die Aerzteschaft gezählt wird, bei ihrer Ausübung verlangt. Ist bei der Diagnose und der darauf beruhenden Behandlung nach streng wissenschaftlichen Grundsätzen vorgegangen worden und waren die eingetretenen bösen Folgen nach diesen nicht vorauszusehen oder aber der Kranke damit einverstanden, so kann der Arzt für diese nicht verantwortlich gemacht werden und es entfallen jegliche Geldentschädigungen. Anders hingegen werden die nicht seltenen Fälle zu bewerten sein, wo die Krankheit nicht richtig erkannt und infolgedessen falsch behandelt wurde. Meistens ist der Vorgang der, daß ein zweiter Arzt zur weiteren Konsultation hinzugezogen wird. behandelt und das Leiden gänzlich behebt. Hier sei folgende gerichtliche Streitsache erwähnt. Der zu Rate gezogene Arzt hat bei einem Patienten eine durch Fall verursachte Verrenkung des rechten Hüftgelenks auf Rheumatismus des Knies behandelt. Die Folge davon war, daß die Schmerzen nicht nur nicht nachließen, sondern sogar immer heftiger wurden. Der Kranke wurde daraufhin ins Spital gebracht, wo durch Röntgenaufnahme das obengenannte Leiden festgestellt und behandelt wurde. Nun sind zwei Möglichkeiten gegeben. Die weitere Behandlung hat alles mit vorgeschriebener Sorgfalt unternommen und der erwünschte Heilerfolg ist auch eingetreten. Da kann nur der Erstbehandelnde zur Verantwortung gezogen werden und muß dann für allen Schaden aufkommen, der durch ihn verursacht wurde. Je nach der Schwere der Folgen ist die Höhe und Vielheit der Ersatzansprüche bestimmt. So kann im gegebenen Falle auch ein immaterieller Schaden geltend gemacht werden bei weiblichen Patienten nämlich — die durch den herbeigeführten Schönheitsfehler verminderte Heiratsaussicht. Sonst handelt es sich meistens um die Heilungskosten und das Schmerzensgeld. Komplizierter in der Beurteilung sind jedoch die bösartigen Krankheiten, die durch Unachtsamkeit des Nacharztes entweder weiter bestehen oder sogar noch schlimmere Folgen eintreten lassen. In der oben erwähnten Gerichtssache wurde die medizinisch gebotene Einrenkung des Schenkelkopfes nur versucht, im übrigen aber beschränkte sich die Weiterbehandlung nur auf Fußmassage. Dies verursachte in der Folge eine Gelenksentzündung, die den Patienten bettlägerig und für längere Zeit erwerbsunfähig machte. Aus diesem Grunde machte er nun gegen die beiden behandelnden Aerzte seine Ersatzansprüche im gesetzlichen Ausmaße geltend. Das Landgericht Essen und Oberlandesgericht Hamm sind der Ansicht, daß nicht eine Pflichtverletzung des ersten Arztes in der Falschbehandlung vorgelegen habe und habe daher dieser allein die materiellen Nachteile und Unkosten des Kranken zu tragen. Der nachfolgende vergebliche Einrenkungsversuch mit seinen Auswirkungen sei nur eine notwendige Folge der vorher stattgefundenen unrichtigen medizinischen Maßnahmen am Patienten und daher der Nacharzt nicht dafür verantwortlich, daß es ihm nicht gelungen ist, den Oberschenkelkopf an die frühere Stelle zurückzuführen. Er habe daher keinerlei Entschädigungen zu leisten und mithin auch nicht die von ihm als Oberarzt vertretene Heilanstalt. — Dieser Rechtsspruch wurde mit Recht bekämpft, da er das Wesen dieser Fälle wenig erfaßt hat und daher zu einer Beurteilung kommt, die weder im Sinne der gesetzlichen Haftpflichtbestimmungen noch des allgemeinen Rechtsempfindens gelegen ist. Vom medizinischen Standpunkte aus kann der kausale Zusammenhang zwischen der Behandlung und ihren Folgen allein beurteilt werden. Je nach Bejahung oder Verneinung von Grund und Ursache — dieses Naturgesetz findet gerade in dieser Rechtsmaterie deutlich seinen Ausdruck — wird die ganze Schadenersatzfrage richtig zu lösen sein. Im allgemeinen wird man folgendes sagen können, ohne dadurch auch nur einen moralischen Vorwurf machen zu wollen. Erfahrungsgemäß und nach dem natürlichen Verlaufe der Dinge kommen in der Arztpraxis Irrtümer und Fehler vor, die teils bei äußerster Sorgfalt nicht vermieden werden können, teils auf zurechenbares Verschulden des Behandelnden zurückzuführen sind. Außer Zweifel hat die erste Behandlung gefehlt, da man jedem Arzte zumuten muß, eine Fußverrenkung festzustellen und daß Entsprechende anzuordnen. Insofern ist er die Ursache, daß das Leiden immer schlimmer wurde und daher durch einen anderen Arzt ersetzt werden mußte. Dieser hat zwar die Krankheit richtig erkannt und entsprechend behandelt, doch nicht mit der nötigen Sorgfalt eines Spezialisten für Orthopädie, deren Krankenhausabteilung er leitet. Die Zurückführung des Oberschenkelkopfes hätte nicht bloß versucht werden dürfen, sondern in dem angetroffenen Krankheitsstadium war noch ein zielbewußteres Vorgehen in der Einrenkung geboten und möglich. Erfahrungsgemäße stichhaltige Gründe für dieses als bloße Nachlässigkeit zu wertende Verhalten wurden nicht vorgebracht, und daher liegt hier ein Teilverschulden des Nacharztes an der Erwerbsunfähigkeit des Behandelten mit vor und hat er dem Grade seiner Pflichtverletzung entsprechend einen Teil der gestellten Ansprüche zu tragen. Das Reichsgericht sagt in einem Urteile vom 3. Juni 1921, daß eine Schadenersatzpflicht jeden Arzt trifft, der durch sein Verschulden — leichtes und grobes — die bösen Folgen eines Leidens mitverursacht hat (III. 41/21), was den Interessen der Betroffenen mehr entspricht und jedem zu seinem Rechte eher verhilft. — Nicht selten bewegen sich die Fälle einer falschen Behandlung nach der Richtung hin, daß der Patient rechtlich dafür verantwortlich gemacht wird. Sie stehen im engsten Zusammenhange mit den im Arbeitsrechte gegründeten Vorschriften der Gewerbehygiene und sozialen Fürsorge. Ein in einem Industriebetriebe beschäftigter Arbeit erleidet einen Unfall und begibt sich in die Behandlung eines Arztes, durch dessen falsche Anordnungen und Maßnahmen das Leiden sich verschlimmert und der dadurch die Fürsorge des Unternehmers in Anspruch nehmen muß, um die materiellen Nachteile wieder wettzumachen. Die Haftbarkeit des Arztes bei nachgewiesenem Verschulden ist bereits vorher erwähnt worden. Anders und verschieden ist die Rechtsprechung in der Frage, ob der Verletzte nicht die Pflicht hat in derartigen Fällen einen anderen Arzt zu befragen und ob er diese Unterlassung nicht als eigenes Verschulden sich mit anrechnen lassen muß und im Zusammenhange damit auch die daraus entstehenden bösen Folgen. Die Anschauung des Landgerichtes Kassel, daß der Geschädigte gemäß § 254 BGB. verpflichtet ist, den erlittenen Schaden zu mindern und sich daher das Verschulden des zu diesem Zwecke beigezogenen Arztes wie sein eigenes anrechnen lassen muß, wird man schon aus sozialen Gründen schwerlich teilen dürfen, abgesehen von rechtlichen Bedenken. Andererseits wird er dieser gesetzlichen Pflicht nur dann genügen — das ist unbestritten —, wenn er sich in die Behandlung eines staatlich approbierten Arztes begibt, der durch Prüfungen und praktische Betätigung seine Eignung zu diesem Berufe dargetan hat, was bei landläufigen Heilkundigen nicht der Fall ist. Darüber hinaus geht aber auch in diesen Fällen die Sorge um das eigene Wohl nicht. Gleichfalls kann von dem Verletzten nicht verlangt werden, daß er die Anordnungen des behandelnden Arztes überprüfe und bei negativem Ausfall einen anderen Arzt konsultiere. Dieses Verhalten fällt schon außerhalb der gesetzlich geforderten verkehrsmäßigen Sorgfalt, die der Schadensersatzfordernde beobachten muß. Dies ist die fast unwidersprochene Anschauung des Reichsgerichtes, das in seinem Urteile vom 29. November 1909 ausdrücklich betont, daß der Beschädigte für die vom zugezogenen Arzte begangenen Versehen nicht haftbar gemacht werden kann (VI. 554/08).

Dr. J. Frankfurter.

Briefkasten.

Dr. Rö. in Lu.: Die Niederlassungsmöglichkeit im Auslande als Arzt ist vielfach beschränkt und hat fast jeder Staat andere Bestimmungen. Die Staatsbürgerschaft spielt insofern keine Rolle, als Sie gegenüber einheimischen Kollegen rechtlich nicht benachteiligt sind, soweit es sich um eine Privatpraxis handelt. Um nur einiges herauszugreifen, ist in sämtlichen Nachfolgestaaten des ehemaligen Oesterreichs das Kurpfuscherwesen unter Strafe gestellt. Darunter wird auch die Praxis desjenigen gezählt, der sein Doktordiplom im Auslande erworben hat. Um rechtmäßig daselbst den ärztlichen Beruf ausüben zu dürfen, müssen sie dasselbe nostrifizieren, d. h. vom Ministerium für Volksgesundheit bestätigen lassen. Die Aerztekammer kommt dabei weniger in Frage, doch können Sie darüber von ihr alles Nähere erfahren, besonders nach der wirtschaftlichen Seite hin, ebenso bei den im Reiche befindlichen Konsulaten.

Med.-Rat Dr. Tu. in E.: Der akademisch graduierte Zahnarzt gehört unter die freien Berufe und unterliegt nicht der Gewerbeordnung. Das von ihm ausgeübte Spezialfach wird rechtlich als ärztliche Tätigkeit gewertet und sind chirurgische Eingriffe bei Mundhöhlenerkrankungen gestattet, was jedoch Ersatzansprüche bei unsachgemäßer Ausführung nicht ausschließt. Heilkundige und Inhaber einer Zahnpraxis haben in diesen Fällen noch ein Strafverfahren wegen Körperschädigung zu gewärtigen. Auch unterliegen diese den Vorschriften der Gewerbeordnung, da ihre Tätigkeit als Betrieb im Sinne derselben aufgefaßt wird. Das Inserieren in Zeitungen ist denselben gestattet, insoweit es sich nicht durch den Inhalt als unlauterer Wettbewerb darstellt. In Ihrem Falle wird die Behörde nichts einzuwenden haben.

Dr. By. in Wi.: Sie sind verpflichtet, jederzeit — auch bei Nacht — Kranke zu behandeln, sobald sie gerufen werden. Wenn Sie verreisen, müssen Sie einem in ihrer Behandlung stehenden Patienten einen Vertreter zur Verfügung stellen, für den Sie bei unrichtiger Verordnung von Medizin nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche verantwortlich sind, insofern Sie für eingetretene Gesundheitsschäden mithaften. Darüber entscheiden die Landgerichte und als höchste Instanz das Reichsgericht. Diese Angelegenheit ist zweckmäßig Ihrem Rechtsbeistand zu übergeben, zumal bei den höheren Gerichten der Anwaltszwang gesetzlich vorgeschrieben ist. Ueber die weiteren Fragen werden Sie eingehender im medizinisch-rechtlichen Teil unterrichtet werden, der alle 14 Tage in den folgenden Nummern veröffentlicht wird.

Fr.

Kongreß-Berichte.

89. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf.

Kinderheilkunde.

Donnerstag, den 16. September:

W. Keller (Heidelberg): „Zur Frage der Herdreaktion“.
Doelter (Heidelberg): „Ueber Bouillonempfindlichkeit“.
Moro (Heidelberg): Allergie und Parallergie“.
von Groer (Lemberg): „Tuberkulinempfindlichkeit und verwandte Erscheinungen“.
Becker (Bonn): „Experimentelle Untersuchungen über die Abwehrreaktion des Organismus“.
Scheer (Frankfurt): „Beiträge zum Hypervitaminoseproblem“.
Thomas (Köln): „Ueber Vitamine“.
Kohl (Leipzig): „Das Vitaminproblem in der Rachitistherapie“.
Aurnhammer (Augsburg): „Rachitisprophylaxe bei Frühgeburten“ (Verhütung durch jecorisierte Buttermilch).
Ullrich (München): „Gewebsreaktionen bei menschlicher und tierischer Rachitis“.
Wieland (Basel): „Aus der Strahlentherapie der Rachitis“.
Henschel (München): „Ueber Stoffwechselveränderungen bei Rachitis“.
Helmreich (Wien): „Studien über die Energetik des kindlichen Stoffwechsels“.
Bode und Striek (Würzburg): „Respirationsstoffwechsel und dynamische Eiweißhyperthermie“.
Beck (Tübingen): „Ueber die Veränderungen des Stoffwechsels bei Proteinkörperzufuhr“.
Weiß (Wien): „Vorübergehende und bleibende Schädelasymmetrie des Neugeborenen“.
Wateff (Sofia): „Die Bedeutung der Auskultation der Herztöne außerhalb der Herzgegend“.

Freitag, den 17. September:

Heschele s (Lemberg): „Kriterien der therapeutischen Erfolge bei Lues congenita“.
Bossert-Buchholz (Essen): „Experimentelle Untersuchungen zur Pneumoniebehandlungsfrage“.
Nordheim (Hamburg): „Der rote Hals“.
Redlich (Lemberg): „Masernfragen“.
Lust (Karlsruhe): „Ueber paramorbillöse Enzephalitis“.
von Bókay (Budapest): „Ueber die Prophylaxe des Scharlachs mit dem Verfahren nach Dick“ (Erfahrungen in Ungarn).
Nobel (Wien): „Scharlachprobleme“.
Schlesinger (Frankfurt): „Untersuchungen an sporttreibender Jugend“.
Rosenbaum (Leipzig): „Die Auswirkungen der täglichen Turnstunde“.
Referate über das Thema: Kind und Leibesübungen. Referenten: Noeggerath und Azone.
Gottstein (Freiburg i. Br.): „Ueber die Atmung als Maß der körperlichen Leistungsfähigkeit“.
Trendtel (Kiel): „Ueber individuelle Verschiedenheiten des isoelektrischen Punktes des Frauenmilchkaseins“.
Koeppe (Gießen): „Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen“.
Flachs (Dresden): „Die Wertung des Gewichts in der Kinderheilkunde“.
Rosenhaupt (Mainz): „Die zweite Dentition“.
Dúzar (Berlin): Adrenalintetanie (Filmvorführung).
Doxiades (Berlin-Charlottenburg): „Ueber Fetalismus“.
Mader (Frankfurt a. M.): „Liquorstudien im Kindesalter“.
Thoenes (Leipzig): „Ueber Pankreasinsuffizienz“.
Abels (Wien): „Ueber die Entstehungsbedingungen des Strophulus und der idioergischen Reaktionen“.
Hugo Meyer (Kiel) und Rominger: „Langfristige ununterbrochene Mineralstoffwechseluntersuchungen an Säuglingen: Methodik und Ergebnisse.

Sonnabend, den 18. September:

Vollmer (Charlottenburg): „Ueber Photoaktivität“.
Wiskott (München): „Pathogenetisches über alimentäre Anämien“.
Basch (Wien): „Therapeutisch verwertbare Versuche über den Wasserhaushalt bei Nierenkranken“.
Frick (Magdeburg): „Ueber Säuglingsempyem“.
Gleitmann (Wilhelmshaven): „Ueber Scharlachentstehung und Verbreitung“.
L. E. Holt, jun. (Baltimore): „Ueber das Verhältnis zwischen Tetanie und Alkalose“.
György (Heidelberg): „Zur Physiologie des wachsenden Organismus“.
Brehme (Heidelberg): „Ueber den Milchsäuregehalt des Blutes im Säuglingsalter“.
Schelbie (Bremen): „Was leistet die konservative Behandlung der Pylorusstenose im Säuglingsalter?“
Hamburger (Berlin): „Strittige Fragen aus der Säuglingsernährung“.
Adam (Hamburg): „Zur Pathogenese der schweren Durchfallserkrankungen des Säuglings“.
Buschmann (Bleialf): „Lipoidtherapie der Atrophie mit Dekomposition = schwere Dekomposition Finkelstein“.
Stoeltzner (Königsberg): „Dextrin-Maltose-Gemische in der Säuglingsernährung“.
Bosch (Berlin): „Ueber den Fettansatz im Säuglingsalter“.
Lasch und Silber (Göttingen): „Zur Frage der fettfreien Ernährung“.
Leiner (Wien): „Ueber einige Reflexe im Kindesalter und ihre diagnostische Verwertung“.
Siegert (Köln): „Knochenbildung und Wachstum bei angeborener Idiotie und Athyreose“.
Zappert (Wien): „Die durch fötale Röntgenschädigungen bedingte Mikrozephalie“.
Schall (Homburg): „Demonstration eines Apparates zur selbsttätigen Einschaltung der Röntgenröhre bei der Atmung“.
Priesel und Wagner (Wien): „Der Insulinbedarf des zuckerkranken Kindes“.

Sonntag, den 19. September:

„Das Schädeltrauma bei der Geburt“. Referenten: Schwartz (Frankfurt a. M.) und Ylppö (Helsingfors).
v. Jaschke (Gießen): „Mechanik und klinische Bedeutung des Schädeltraumas bei der Geburt“.
Zappert (Wien): „Chronische Erkrankungen des Nervensystems als Folgen von Geburtsverletzungen des Gehirns“.
Voß (Frankfurt a. M.): „Klinische und pathologisch-anatomische Folgeerscheinungen geburtstraumatischer Schädigungen des Felsenbeins“.
Berberich (Frankfurt a. M.): „Geburtstraumatische Veränderungen der Hypophyse“.
Büngeler (Frankfurt a. M.): „Ueber die Beziehungen der Veränderungen des Blutbildes Neugeborener zum Geburtstrauma“.

Da alljährlich eine Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde stattfindet und außerdem die Kinderärzte der verschiedenen Gegenden des Reiches in der Zwischenzeit zu gesonderten Besprechungen zusammentreffen, kann jede Versammlung nur wenige neuartige und doch ausgereifte Tatsachen bringen. Oft werden nur gemeinsame Erfahrungen und verschiedene Ansichten ausgetauscht, und manche Fragen werden fast stets von neuem besprochen. Zu diesen gehört in der Kinderheilkunde z. B. die Ernährungsstörung, die Intoxikation, die Empyembehandlung des Säuglings und Kleinkindes, der Pylorospasmus. Sieht man von Einzelvorträgen ab, so bleibt die Frage, ob eine Tagung neue Wege weist, ob aus der Fülle von über 70 Vorträgen, Referaten und Demonstrationen erweiterte Anschauungen sprechen. Mag die Kritik an einer Einzelforschung noch so hart sein, die diesjährige Tagung in Düsseldorf zeigte, daß die Pädiatrie neuartige Ziele verfolgt. Zwei Hauptthemen standen im Vordergrund der diesjährigen Tagung. Das erste „Das Schädeltrauma bei der Geburt“ beschäftigte sich mit den Einwirkungen, die das Kind treffen, bevor der Kinderarzt eigene Beobachtungen sammeln kann. Das zweite „Leibesübungen im Kindesalter“ behandelte Wege der Forschung und Therapie, die über das Pubertätsalter hinausgehen.

Zappert-Wien besprach die durch foetale Röntgenschädigungen bedingte Mikrozephalie, also einen pränatalen Einfluß, der in den letzten Jahren wiederholt erforscht wurde. Bericht über ein Krankheitsbild der Neugeborenen, das entsteht, wenn der Foetus in seinen ersten Lebensmonaten starken Röntgenbestrahlungen wegen Behandlung der Mutter ausgesetzt worden war. Er bezeichnet es als radiogene foetale Mikrozephalie. Es handelt sich um eine reine Mikrozephalie mit geistiger Zurückgebliebenheit, zu welcher sich überaus häufig angeborene Störungen in der Augenentwickelung (Mikrophthalmie, Kolobome, Atrophien des Optikus, Ankyloblepharon, Epikanthus, Strabismus u. a.) hinzugesellen. Zuweilen besteht mongoloide Gesichtsbildung. Die Kinder sind stark untergewichtig, zeigen aber die Zeichen der Reife. Nicht selten finden sich auch andere Mißbildungen (Hypospadie, Hypophalangie der großen Zehe, Verkümmerung des Penis u. a.) bei diesen Kindern. Es konnten gut beobachtete Fälle dieser Krankheit zusammengestellt werden. Man kann annehmen, daß mehr als die Hälfte aller im Foetalleben bestrahlten und lebend zur Welt gekommenen Kinder diese Veränderungen aufweisen. Es handelt sich zweifellos um Entwicklungshemmungen, welche gerade jene Organe erfaßten, die sich zur Zeit der Strahleneinwirkung im Stadium einer fortgeschrittenen Differenzierung und Reizempfindlichkeit befanden. Es gelingt auch, bei Tierembryonen durch exogene Einwirkungen Schädigung des Auges und der vorderen Hirnanteile hervorzurufen. Interessant ist das Vorkommen von mongoloider Gesichtsbildung bei diesen Fällen, da dies auf ein Verharren der Gesichtsausbildung auf einer frühen Embryonalstufe zurückgeführt werden muß. Seitdem diese Fälle bekannt geworden sind, vermeiden die Gynäkologen sorgsam, schwangere Frauen zu bestrahlen und halten die Einleitung des künstlichen Aborts für angezeigt, wenn sich später herausstellt, daß eine bestrahlte Frau gravide gewesen war. Bestrahlungen der Ovarien vor der Geburt rufen keine derartigen Schädigungen des Foetus hervor.

Das Thema der Geburtsschädigung wurde von Pädiatern, Pathologen, Geburtshelfern und Otologen in einer gemeinsamen Sitzung besprochen.

Ylppö-Helsingfors hob hervor, daß 3 bis 4% aller Kinder tot zur Welt kommen, und daß weitere 3% schon in den ersten 3 bis 5 Lebenstagen zugrunde gehen. Die Sterblichkeitsziffer der Säuglinge wird gerade durch diese Zahlen in ausschlaggebender Weise beeinflußt. Unter den Totgeburten befindet sich eine große Anzahl von Frühgeburten, die man bis jetzt häufig als nicht lebensfähig betrachtete. Die Erfahrungen lehren aber, daß Frühgeburten, die ein Geburtsgewicht von 700 bis 1000 g erreicht haben, unter günstigen äußeren Bedingungen am Leben bleiben können. Ihr Tod in den ersten Lebenstagen muß in der Mehrzahl der Fälle auf Schädigungen bei der Geburt zurückgeführt werden. Bei der Sektion findet man nämlich bei ihnen in den verschiedensten Organen, vor allem in den Gehirnhäuten und in der Gehirnsubstanz, sehr ausgedehnte Blutungen. Diese entstehen so leicht bei Frühgeburten, da die Blutgefäße und Kapillaren so schwach entwickelt sind, daß sie nicht einmal dem normalen Geburtsdruck standhalten können. Bei den ausgetragenen Kindern spielen aber in erster Linie Momente mit, die von seiten der Mutter bzw. des Geburtsverlaufes herrühren. Es werden langdauernde Entbindungen und (das andere Extrem) Sturzgeburten erwähnt, sowie alle operativen Beendigungen. Eine große Reihe dieser Kinder überleben das Geburtstrauma; ein Teil unter Hinterlassung verschiedenster Störungen von seiten des Zentralnervensystems, z. B. Little, verschiedenen Intelligenzstörungen, Krampfzuständen. So ist die Auswirkung des Geburtstraumas sowohl auf die Mortalität der Neugeborenen (Totgeburt, „Lebensschwäche“) als besonders auch auf die Morbidität des gesamten Lebensalters eine ungemein mannigfache. Die Morbidität ist allerdings noch wenig erforscht, und es bedarf hier noch reger Zusammenarbeit, vor allem der Pädiater und Neurologen.

Schwartz-Frankfurt a. M. behandelte die geburtstraumatische Schädigung des Kopfes Neugeborener und ihre Bedeutung für die Pathologie. Vor allem wird die überragende Bedeutung der „Minderdruckwirkung“ (der Druckdifferenzen) zwischen Uterusinhalt und Atmosphäre, die sich während der Austreibungsperiode entwickelt, für das Entstehen der geburtstraumatischen Schädigung hervorgehoben. Es werden dann die einzelnen Arten der geburtstraumatischen Läsionen des Gehirns geschildert (Kreislaufstörungen im Bereich der Vena magna Galeni, Vena terminalis, Vena lateralis ventriculi usw., typische Erweichungsprozesse der Hirnsubstanz). Die sehr große Häufigkeit der geburtstraumatischen Schädigungen des Zentralnervensystems wird hervorgehoben: Der Häufigkeit und ihrer Bedeutung nach steht diese Erkrankung in der Reihe der wichtigsten Volkskrankheiten neben der Tuberkulose. Es wird weiterhin gezeigt, daß viele sogenannte „angeborene“ anatomische Erkrankungen des Zentralnervensystems durch die traumatische Schädigung bei der Geburt entstehen. Das Problem der Aetiologie der Epilepsie und Idiotie hängen eng mit den Fragen der traumatischen Schädigung des Zentralnervensystems bei der Geburt zusammen. Zur Vorbeugung der besprochenen Erkrankung sind große soziale Organisationen notwendig. Hinreichender Mutterschutz in den letzten Monaten der Schwangerschaft, um die Frügeburten zu vermeiden. Klinisch müßte man eingehender auf Erscheinungen bei Neugeborenen achten, die man gewohnt ist, bei Erwachsenen mit Hirnschädigung aufzufinden.

v. Jaschke-Gießen besprach die **Mechanik und klinische Bedeutung des Schädeltraumas bei der Geburt.** An Hand von entsprechenden Bildern wird zunächst die Mechanik des Schädeltraumas bei normalen Geburten dargestellt und dabei zwischen zwei Komponenten, der sog. „Minderdruckwirkung“ und dem Effekt der „zirkulären Schnürung“ unterschieden. In der Eröffnungsperiode kommt eine „Minderdruckwirkung“ und „zirkuläre Schnürung“ nur in Ausnahmefällen und nur in geringem Grade in Frage. Nur bei vor- und frühzeitigem Blasensprung herrschen schon in der Eröffnungsperiode bald Verhältnisse, wie sie später nur in der Austreibungsperiode vorliegen. Hier steht das unterhalb des Berührungsgürtels gelegene Schädelsegment während der Wehen unter „Minderdruckwirkung“, der gesamte Hirnschädel unter dem Einfluß „zirkulärer Schnürung“. Die „Minderdruckwirkung“ ist in erster Linie verantwortlich zu machen für die Entstehung des Kephalhaematoms, sowie der innerhalb der Schädelkapsel zu beobachtenden Stauung im zerebralen Venensystem, die bis zu Diapedese- und Rhexisblutungen führen kann. Abgesehen von durch besondere Gefäßzerreißlichkeit disponierten Kindern handelt es sich dabei aber meistens um geringfügige Blutungen. Die großen Blutergüsse infolge von Sinuszerreißungen sind dagegen hauptsächlich Folge der „zirkulären Schnürung“ und der von dieser abhängigen Verschiebung der Schädelknochen und damit des Schädelinhalts. Die „Minderdruckwirkung“ dürfte hier nur eine unterstützende Rolle spielen. Unter pathologischen Verhältnissen wie bei rigiden Weichteilen oder engem Becken erreicht nicht nur häufig die „Minderdruckwirkung“ sehr viel höhere Grade, sondern es finden sich auch noch weitere Verformungen des Hirnschädels und Gehirns, wie auch Verbiegungen der Knochen, die selbst zu Frakturen führen können. Ueber die klinische Bedeutung des Schädeltraumas ließ sich an dem Material von Jaschke feststellen, daß in höchstens 1% aller Geborenen das Schädeltrauma als Ursache für das Absterben des Kindes unter der Geburt in Frage kommen kann. Unter Abzug der intra partum verstorbenen Frühgeburten reduziert sich diese Zahl sogar auf 0,22%. Die von allen Seiten betonte Gefährdung der Frühgeburten tritt also auch darin klar hervor. Ferner ließ sich feststellen, daß weitere 5,5% noch in den nächsten 2 Lebensmonaten starben. Dabei ließ sich aber in fast der Hälfte der Fälle eine andere Todesursache einwandfrei feststellen, so daß insgesamt nur in 2,8% der Fälle das Schädeltrauma oder dessen Folgen als Ursache des Todes nach der Geburt in Frage kommt; alle zweifelhaften und alle nicht obduzierten Fälle wurden als durch Schädeltrauma verstorben angesehen. Die Beantwortung der Frage, welche Spätfolgen das Geburtstrauma hat, und ob dabei auch den Residuen kleiner und kleinster zerebraler Blutungen irgendeine Bedeutung zukommt, scheint zur Zeit noch unmöglich. Mit aller Vorsicht spricht sich v. Jaschke dahin aus, daß nach Vollendung des ersten Lebensjahres wesentliche Folgen nicht mehr zu erwarten sind. Insgesamt glaubt v. J. unter vollster Anerkennung der Forschungsergebnisse von Schwartz, daß keine Berechtigung vorliegt, die Geburt geradezu als Katastrophe aufzufassen, und daß ein übertriebener Pessimismus in den bisher feststellbaren Tatsachen keine Stütze findet.

Zappert-Wien behandelte die chronischen Erkrankungen des Nervensystems als Folgen von Geburtsverletzungen. Hierher gehören vor allem die Porenzephalie mit ihren Folgeerscheinungen, der Idiotie und der Epilepsie. Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen Geburtstrauma und manchen Formen des „idiopathischen“ Hydrocephalus internus. Für angeborene Fälle von zerebraler Kinderlähmung war die Beziehung zum Geburtstrauma schon lange bekannt, hat aber durch die Kenntnis der intrazerebralen Blutungen starke Stütze erfahren. Dies gilt nicht nur für die typischen spastischen Hemi-, Para- und Diplegien, sondern auch für die choreatisch-athetotischen Bewegungsstörungen, deren Lokalisation in dem durch Blutungen im Bereich der Vena terminalis oft geschädigten Corpus striatum zu suchen ist. Auch andere angeborene Defekte lassen auf Läsionen im strio-pallidären System schließen, wenn auch das ausgeprägteste Pallidumsyndrom, der Parkinsonismus, angeboren ebensowenig vorkommt wie Geburtsverletzungen gerade dieses Gehirnteils. Ob die genuine Epilepsie mit zerebralen Geburtsverletzungen in Beziehung gebracht werden kann, ist wegen fehlender anatomischer Grundlagen nicht zu entscheiden. Möglich ist ein Zusammenhang zwischen Epilepsie und geburtstraumatisch entstandener Sklerose des Ammonshorns. Die Entstehung der diffusen Hirnsklerose und der tuberösen Sklerose aus Residuen von Geburtsblutungen muß abgelehnt werden. Ebenso liegt kein beweisender Grund vor, Spasmophilie oder Nervosität mit Geburtstraumen in Beziehung zu bringen. Die Untersuchungen von Schwartz über die Häufigkeit und Bedeutung der Blutungen, Erweichungen, Verödungen, Sklerosierungen im Gehirn Früh- und Neugeborener gehören zu den bedeutendsten Erkenntnissen der neueren Kinderpathologie. Es müssen die bisherigen Lehren über foetal entstandene Hirnläsionen einer Revision unterzogen werden. Auch die Frage, ob angeborene Hirnläsionen unter Umständen nicht erst viel später klinische Symptome hervorrufen können, bedarf des Studiums. Doch ist Vorsicht bei allen diesen Folgerungen notwendig, um die neuen Lehren nicht in Mißkredit zu bringen.

Voß-Frankfurt a. M. besprach die Folgeerscheinungen geburtstraumatischer Schädigungen des Felsenbeins, Berberich-Frankfurt a. M. die geburtstraumatischen Veränderungen der Hypophyse und Büngeler-Frankfurt a. M. die Beziehungen der Veränderungen des Blutbildes Neugeborener zum Geburtstrauma.

So ergeben sich verwandte Fragen und gedankliche Verbindungen zu dem anderen Thema der Tagung: **„Leibesübungen im Kindesalter“.** Verhütung von Schädigungen durch Körperzucht, Beeinflussen von Wachstumsminderwertigkeiten, die sich im zeugungsfähigen Alter für folgende Geschlechter geltend machen können. Auch noch aus einem anderen Grunde besteht ein innerer theoretisch und praktisch wichtiger Zusammenhang von verwandten Fragen. Zappert hatte im ersten Vortrag betont, daß Bestrahlung foetale Organe schädigt, die sich im Stadium fortgeschrittener Differenzierung und Reizempfindlichkeit befinden. Vorträge und Aussprache des Arbeitsgebietes der Leibesübungen ließen erkennen, daß die fördernden Faktoren von besonderer Einflußstärke in dem Lebensalter sind, wo der Wachstumstrieb die höchste Entwicklung zeigt.

Noeggerath-Freiburg sprach recht eingehend über das Gesetz, daß die Leibesübungen nur dann wachstumsfördernd sind, wenn sie richtig dosiert in Zeiten stärksten Wachstums oder auch größter Variabilität der Zuwachswerte wirken. Die Besonderheiten der Beeinflussung des Gesamtkörpers wie namentlich des Herzens und der Atmungsorgane sowie endlich des Stoffwechsels wurden geschildert.

Schlesinger-Frankfurt a. M., der eine besonders große Erfahrung auf dem Gebiet der Wachstumsprobleme des Kindesalters besitzt, teilte eine Reihe exakter Messungsergebnisse an sporttreibender Jugend mit. Erst von den Entwickelungsjahren ab findet sich ein Vorsprung im Längenwachstum bei turnenden Kindern, nicht schon früher. Vor diesem Alter zeigt sich jedoch schon der Einfluß körperlicher Uebungen am Spirometerwert. Dieser Gewinn, die erhöhte Vitalkapazität des sporttreibenden Kindes, ist keine schnell vorübergehende Ueberwertigkeit, wie etwa der Wachstumsvorsprung, sondern ein dauernder Bestand. Recht bemerkenswert ist die Erfahrung, daß auch Schädigungen durch Ueberanstrengung meistens eine gute Prognose geben. Uebereinstimmend mit diesem Ergebnis stellte Rosenbaum-Leipzig fest, daß 10- bis 12jährige Kinder bei täglicher Turnstunde im strengen Vergleich mit gleichaltrigen nichtturnenden, keinen Vorsprung an Länge und Gewicht gewannen. Ein Hauptgewinn dieser Schulung ist die Resistenz gegen Infekte, was sich ganz eindeutig aus reichem lange beobachteten Vergleichsmaterial ergibt. Referent hat kürzlich darauf hingewiesen (Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 35), daß die Bewegungstherapie bei verschiedenartigsten Krankheitszuständen noch eingehender Forschung bedarf.

Basch-Wien teilte nun auf der Tagung mit, wie günstig der Einfluß systematischer Bewegungen für die Oedemausschwemmung bei nierenkranken Kindern ist. Es kommt anfangs zu einer hydraemischen Plethora und dann zu einem Vorgang, den er als „endogenen Wasserstoß“ bezeichnet; die Ausschwemmung ist oft stärker als in Bettruhetagen, und ungünstige Erscheinungen wurden nicht beobachtet.

Wenn auch führende Beobachtungen dahin leiten, fördernde und schädigende Einflüsse über das Kindesalter hinaus zu verfolgen, zeigen gerade die Befunde von Schlesinger, welche Fähigkeit zum Ausgleich der gesunde jugendliche Organismus besitzt. Für den Kinderarzt bleibt immer als wichtigere Frage: Wie wird der kindliche Organismus mit Schädigungen fertig, welche Kräfte zeigt das Kind in der Beherrschung von Infekten, in der Abwehr von konstitutionell hemmenden Bedingungen?

Becker-Bonn prüfte im Tierversuch die Leistungsfähigkeit des retikuloendothelialen Apparates. Speicherungsversuche ergaben, daß auch beim jungen Tier von wenigen Tagen die Fähigkeit zur Speicherung vorhanden ist. Eine ortsständige Zellproliferation findet nicht statt. Charakteristisch ist schnellste Reaktion mit Abstoßung der Makrophagen in die Blutbahn. Beziehungen zur kindlichen Haematopoese und zur Reaktion auf Infekte werden betont.

György-Heidelberg hob hervor, daß beim kindlichen Organismus mit einer hohen Gewebsglykolyse gerechnet werden muß. Die Warburgschen Untersuchungen über die Atmung von Tumorgewebe werden auf normal wachsende Organe übertragen. Nicht nur ein Tumor wächst stark, auch der Säugling. Es stellte sich heraus, daß Nierenschnitte beim Rattensäugling eine stärkere anaerobe Glykolyse als bei der älteren Ratte zeigen.

Brehme-Heidelberg prüfte im Zusammenhang mit den Fragen der Glykolyse den Milchsäuregehalt des kindlichen Blutes. 400 Milchsäurebestimmungen ergaben, daß Beziehungen zwischen Wachstum und Glykolyse bestehen. Vor allem sind auch jahreszeitliche Schwankungen vorhanden. In den Monaten stärksten Wachstums schnellt auch der Milchsäurewert herauf. Uebereinstimmend mit anderen früheren Untersuchungen der Heidelberger Schule zeigt sich auch hier die Tendenz zur Stoffwechselverlangsamung bei Rachitikern. Für den praktischen Kinderarzt ergibt sich vor allem die Frage: Finden sich auch Wege, um die persönliche Fähigkeit des einzelnen Kindes zur Abwehr zu beurteilen? Suchen wir nur nach Zeichen, um im allgemeinen die Reaktionsfähigkeit des wachsenden Organismus auf Reize physiologisch zu erforschen? Kennen wir z. B. Mittel, um die Abwehrfähigkeit und Prognose bei kindlichen Infektionskrankheiten im Einzelfall zu ergründen?

Die Erfahrungen von Bokay mit der Dickschen Probe an sehr reichem Material stimmen mit den Angaben der Dicks vollkommen überein. Zwischen dem Ausfall der Probe und der Empfänglichkeit für Scharlach besteht ein enger Zusammenhang. Deshalb wird die Kutanprobe vom Standpunkt der Prophylaxis für sehr wertvoll gehalten, und die allmählich steigernde aktive Immunisierung empfohlen. Eine längere Aussprache zeigte jedoch, daß diese Frage keineswegs spruchreif ist. In einem Säuglingsheim kam es zu schnellem vollständigen Erlöschen einer Scharlachepidemie, obwohl ein hoher Prozentsatz der Insassen positiv reagierte. Solange die Scharlachätiologie, der Anteil an toxischen und rein infektiösen Schädigungen, noch ungeklärt ist, bleibt der Wert der Reaktion unbestimmt. Herkunft des Serums ist von ausschlaggebender Bedeutung. Die Angaben in der Literatur sind oft widersprechend. Die Auswertung am Tier ist nicht möglich. Individuelle Faktoren der Haut spielen eine große Rolle.

Auch bei anderen Reaktionen üben unbekannte Bedingungen, die noch völlig der Aufklärung bedürfen, einen Einfluß aus. Sehr eingehend berichteten Moro, Keller und Doelter-Heidelberg über die Frage der tuberkulösen Herdreaktion.

Tuberkulinfreie Organismen mit geeigneten Entzündungen (Vakzination mit Kuhpockenlymphe und Bouillon) zeigen auf Alttuberkulin, lokale Herdreaktionen und Fieber. Tuberkulinpositive Kinder reagieren meist auch bei intrakutaner Injektion von eingeengter Glyzerinbouillon Höchst positiv. Verlauf dieser unspezifischen Reaktion gleicht dem bei Tuberkulinreaktion.

Nur die eingeengte Glyzerinbouillon Hoechst macht diese Erscheinungen. Es ist anzunehmen, daß durch den Einengungsvorgang Veränderungen entstehen, die sie in ihrer Wirkung auf die menschliche Haut der spezifischen Tuberkulinkomponente ähnlich machen.

Mühselige Untersuchungen auf dem Gebiet der Immunitätsforschung führen oft zu Hoffnungen, die sich in langer Beobachtung an großem Krankenbestand mit ausreichendem Vergleichsmaterial nicht bestätigen. Diese Tatsache zeigt sich häufig bei der Einführung von Heilseren. Auch auf diesem Gebiet ergibt sich, wie überlegen oft klare klinische Beobachtung theoretischen Anschauungen ist.

Redlich-Lemberg zeigte, daß in der Beurteilung von Mitteln in der Masernprophylaxe immer wieder die Tatsache vergessen wird, daß Masern im Stadium des ausgebildeten Exanthems nicht mehr ansteckungsfähig sind. Infolgedessen sind alle angeblich erfolgreichen Untersuchungen, bei denen sich die Infektionsquelle in dieser Krankheitsperiode befand, nicht beweisend. Ferner ist die Entfernung eines gefährdeten Kindes von der Infektionsquelle zu beachten.

Es sind 4 Jahre vergangen, seitdem Otto Heubner auf der Naturforscherversammlung in Leipzig davor warnte, die rein klinische Arbeit in der Pädiatrie zurücktreten zu lassen. In noch schärferen Worten betonte jetzt Schloßmann, daß sich vielfach in der Medizin gegenwärtig ein bedenklicher Rückschlag in die Schellingsche Philosophie finde, daß eine gefährliche Kombination zwischen Laboratoriumsexperiment und philosophischer Auslegung die Gewohnheit des Tages sei.

Das vorliegende Referat bringt nur einen Teil der Vorträge, und auch manche wertvolle Arbeit ist wegen Raummangel unberücksichtigt geblieben. Aber dieser Ausschnitt soll zeigen, daß die Kinderheilkunde fähig ist, auf sachlicher, rein naturwissenschaftlicher und klinischer Grundlage weiter zu wirken.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Röntgenologie.

Die große Ausstellung in Düsseldorf hatte auch auf uns Röntgenologen ihre mächtige Anziehungskraft ausgeübt und Gäste selbst aus Tiflis und New York an den Rhein gelockt. In der Tat handelt es sich ja auch um eine Schau gewaltiger Ausmaße mit einer Fülle des Belehrenden auf allen Gebieten, die mit dem Leben des gesunden und kranken Menschen verbunden sind. Merkwürdigerweise war allerdings die größte deutsche Firma auf dem Gebiet des Baues von Röntgenapparaten nicht vertreten, was insofern auch seine gute Seite hatte, als man auf diese Weise einmal die Leistungsfähigkeit der anderen Hersteller vor Augen hatte. Noch ist zu sagen, daß wir als Aerzte auf einen Widerstreit zwischen Theorie und Praxis der Hygiene hinweisen müssen. Der über Hannover reisende Teilnehmer mußte es ärgerlich finden, daß man im Bahnhof trotz der herrschenden Typhusepidemie Trauben anbot; in Düsseldorf mußte es uns auffallen, wie schwer es den Minderbemittelten gemacht wurde, ihre menschlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Nicht als ob dazu nicht reichlich Gelegenheit gewesen wäre! Aber jede Benutzung des Klosetts 15, jedes Waschen 20 Pf. Dieser Unfug, auch so gut wie in allen Restaurants eingeführt, war gewiß nicht geeignet, der Masse der Ausstellungsbesucher die Befolgung der hygienischen Lehren in der Praxis schmackhaft zu machen. Auch das grundlegende Beispiel der Hygieneausstellung in Dresden bezüglich Sitzgelegenheiten innerhalb der Ausstellungshallen war recht oft nicht befolgt zum Schaden der Aufnahmefähigkeit, zumal bei der Fülle des Gebotenen. Sonst war, mit Ausnahme des Wohnungsnachweises, welcher anscheinend öfter nach dem Bibelwort, die letzten werden die ersten sein, handelte, das Ganze gut geordnet, insbesondere fand auch die Fachpresse liebenswürdigste Unterstützung. Ueberhaupt brauchten die Teilnehmer nur immer mit dem nötigen Kleingeld für Toilette und Garderobe versehen zu sein und die größeren Scheine für den sonstigen Bedarf nicht zu sparen, um sich bei der bestimmten und doch wirklich sehr höflichen Bevölkerung recht wohl zu fühlen.

Ein Hauptreiz der gemeinsamen Tagung im großen Verband der Naturforscher und Aerzte liegt für die Fachwissenschaften darin, daß sie Gelegenheit haben, die Zusammenhänge mit dem Ganzen, besonders der Gesamtmedizin, zu stärken. Die Röntgenologie insbesondere, belastet mit der unvermeidlichen Enttäuschung, die sie in bezug auf die Therapie des Krebses bereiten mußte, scheint mir ihre Vertreter um so mehr zu umfassenden Anstrengungen zu verpflichten, als wir uns anfangs gewiß in diesem allzu schönen Glauben an unsere erlösenden Fähigkeiten gesonnt haben. Heute dämmert es mehr und mehr, besonders durch das Licht aus der neuen Welt, daß keine noch so genaue Dosierungstechnik im Einzelfall den Erfolg verbürgt, ohne Rücksicht auf das biologische, das konstitutionell-konditionell bedingte Geschehen, ohne Beachtung der pathologischen Physiologie. In diesem Sinne fesselte gleich das erste Thema der ersten Sitzung der medizinischen Hauptgruppe: **Fortschritte auf dem Gebiet der Vitaminforschung.** Ref. Stepp-Jena. Denn jüngst war von amerikanischer Seite die Anschauung verbreitet worden: Die Gleichgewichtsstörung der Vitamine A und B führt durch stärkere Produktion des Vitamins B bzw. Vernichtung des Vitamins A zur Krebsbildung. Röntgenstrahlen bringen in höheren Dosen zu große Mengen Vitamin B hervor, gefolgt von sekundärer Bildung des Vitamins A. Zu große Röntgendosen führen nicht nur zur schnellen Erschöpfung der Milz, sondern schädigen auch das Blutgefäßsystem, wodurch es zur Stase, einer Vorbedingung der Zellwucherung kommt. Der letztere Umstand würde das zweite Thema der ersten Hauptsitzung besonders interessant machen, wenn sich die Lehre von der „Physiologie und Pathologie der Kapillaren“ nicht noch im Anfang divergierender grundlegender Beurteilung befände. Kapillarschlingenbildungen, die auch auf dem Kongreß von dem einen Kenner für charakteristisch gehalten wurden, haben in den Augen des anderen keineswegs etwas Pathognomonisches. Wir Röntgenologen sind an all diesen Fragen stark interessiert, weil der Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Kapillaren im Sinne einer Erweiterung zu Anfang sichersteht. Außer der klinisch konstatierbaren Blutdrucksenkung, die so bei längeren Bestrahlungen bewirkt wird, wissen wir jedoch über die physiologischen und pathologischen Vorgänge, die sich an den Haargefäßen abspielen, nichts genaues, so daß dieses Thema dem Bericht über das dermatologische Referat, das sich gleichfalls in seiner Weise damit befaßte, überlassen werden mag.

Stepp führte aus: Ohne Vitamin kein Leben! Mangel des fettlöslichen Vitamins A führt im Experiment zu Stillstand des Wachstums und schweren Augenerkrankungen. Uebereinstimmend damit zeigte sich in Dänemark mit steigender Butterausfuhr Zunahme von Augenerkrankungen, in Norwegen die Kindersterblichkeit und die Sterblichkeit an Tuberkulose gesteigert. Das im Tier enthaltene Vitamin A entstammt seiner pflanzlichen Nahrung. Je vitaminreicher diese, um so vitaminreicher die tierischen Organe und Fette. Aus dem fettlöslichen Vitamin A konnte noch ein selbständiges antirachitisches Vitamin abgetrennt werden, welches zur Knochenbildung unentbehrlich ist, und im Gegensatz zu dem erstgenannten fettlöslichen Vitamin verhältnismäßig wärmestabil ist. Durch Ultraviolettbestrahlung von Hühnern läßt sich der Gehalt der Eier an antirachitischem Vitamin auf das Zehnfache steigern. 0,1 mg auf 100 g Nahrung genügen, um den Vitaminbedarf zu decken. Es hat sich gezeigt, daß ein großer Unterschied des Vitamingehalts der Milch besteht, je nachdem ob die Tiere Weidengänger sind oder nicht. Es wird an die Aktivierung des Olesterins durch Ultraviolettbestrahlung erinnert. Außer diesen 2 fettlöslichen Vitaminen gibt es noch 2 wasserlösliche. Das antineuritische Vitamin B, ohne dessen Anwesenheit eine geregelte Funktion des Magendarms nicht möglich ist, welches zugleich auch in enger Beziehung zum Zentralnervensystem und dem Kohlehydratstoffwechsel steht. Tiere, kohlehydratfrei ernährt, vertragen den Mangel an Vitamin B sehr gut. Das antiskorbutische Vitamin C findet sich in allen tierischen und pflanzlichen Geweben mit aktivem Leben. Es entsteht in besonders großer Menge bei der Keimung. Seine Bedeutung scheint mehr für die Pflanze als für das Tier von Wichtigkeit. Ein Fortpflanzungsvitamin (Antisterilitätsvitamin) ist in den Getreidesamen und grünen Pflanzen, nicht aber im Lebertran, der sich durch seinen sonstigen Reichtum an Vitaminen auszeichnet, enthalten. Stepp neigt der Auffassung zu, daß derjenige, welcher reichlich Vitamine in seiner Nahrung genießt, am leistungsfähigsten ist.

In Anbetracht dessen, daß die Vitamine gerade in ihrer Beeinflußbarkeit durch die Röntgenstrahlen in naher Zukunft eine große Rolle spielen werden, besteht die Notwendigkeit, auch von röntgenologischer Seite auf das Essentielle hinzuweisen.

Als erstes Hauptthema hatte der Vorsitzende der röntgenologischen Abteilung Haudek-Wien, der in unübertrefflich scharfsinniger Weise das Wesentliche hervorhob und in diesem Sinne die Diskussion leitete, dem Referenten Friedrich-Berlin das Thema **„Der Comptoneffekt und seine Bedeutung für die Strahlentherapie“** gestellt. Röntgenstrahlen, welche auf einen Körper treffen, erzeugen Streustrahlen. Bisher hatte man fälschlicherweise angenommen, daß diese Streustrahlen von gleicher Wellenlänge wären, wie die auf den Körper treffenden Primärstrahlen. Compton hat nachgewiesen, daß der Einfallswinkel des Primärstrahls von Wichtigkeit für die Wellenlänge der Streustrahlen ist. Ebenso verhält es sich mit den Rückstoßelektronen.

Wintz-Erlangen: **Die Bedeutung des Comptoneffektes für die Tiefentherapie.** Der Comptoneffekt ist um so größer, je härter die Primärstrahlung. Nur genau gleiche Strahlenqualitäten sind vergleichbar. Gleiche Luftionisationswirkung verbürgt nicht gleiche biologische Wirkung. Deshalb ist das Photometer, dessen wesentlicher Bestandteil ein nicht strahlenselektiv absorbierender Leuchtschirm ist, mit Bezug auf die biologische Strahlenwirkung ein geeigneteres Dosimeter als die strahlenselektiv wirkenden Ionisationsinstrumente, deren Angaben dementsprechend nicht der biologischen Wirkung parallel gehen, so daß die Gefahr von Hautschädigungen gegeben ist. Bei 30 Kilovolt (0,2 bis 0,3 A. E.) liegt das Maximum der Hautreaktion unter Aluminiumfilter. Bei den freien Elektronen treten an Stelle der Primärstrahlen Elektronen, die je nach dem Aggregatzustand mehr oder weniger beweglich sind. Die Streustrahlenzusatzdosis im Körper ist bei einem Einfallsfeld von 20 : 20 cm höchstens 35 bis 40%.

Küstner-Göttingen: **Ueber die Ionisation durch Röntgenstrahlen.** Redner zeigt und erklärt eine bildliche Darstellung eines Ionisationsinstrumentes, welches den Fehler der Strahlenselektivität nicht besitzt. Durch vergleichende Messungen an den verschiedensten Orten seines Gebrauchs konnte festgestellt werden, daß die Eichung der Instrumente in Göttingen sich durch den Transport nicht geändert hatte.

Schoenholz-Düsseldorf: **Die Toleranzdosen der Haut in R-Einheiten.** Vortragender befindet sich bezüglich des Begriffs der Hauteinheitsdosis (HED) mit Wintz in einem gewissen Gegensatz, indem er bei Verwendung harter Therapiestrahlen nach etwa 55 Tagen ein zweites Erythem beobachtete, welches viel intensiver als das erste nach 3 bis 5 Tagen war. Dieses Verhalten ist von großer Bedeutung für die Bestrahlungstechnik Pfahlers, der nach Ablauf von beispielsweise 3 Wochen eine sog. Sättigungsdosis verabfolgt, wodurch eine Kumulierung in der Haut zustande kommen kann.

Bucky-New York: **Ausblicke der Grenzstrahlentherapie.** Zwischen der Ultraviolettstrahlung und den Röntgenstrahlen liegt ein breites Strahlenbereich mit bedeutender biologischer Wirkung. Redner spricht diesen „Grenzstrahlen“ andersartige Wirkungen zu, wie denen der beiden angrenzenden Strahlengebiete. Z. B. tritt nach Einwirkung der Grenzstrahlen allein innerhalb der ersten Viertelstunde ein Leukozytensturz ein. 12 Kilovolt Spannung ist die oberste Grenze, welche die spezifisch wirkenden Grenzstrahlen hervorbringt. Hierbei erzielt man bei genügend langer Bestrahlung Epilation. Das Bestrahlungserythem hängt von der Bestrahlungsdauer ab. Es spielt sich stets bei der Grenzstrahlung in der Haut ab, so daß „Röntgenschädigungen“ ausgeschlossen sind. Vortragender demonstriert am eignen Unterarm die Wirkung verschieden langer Grenzstrahleneinflüsse, vom leichtesten rosa Hauch bis zum dunkelsten Erythem. Nach Ansicht des Autors sind 95% aller Dermatosen der Grenzstrahlung zugänglich. Insbesondere dürfte seine Nachricht interessieren, daß der Lupus nunmehr in 3 Wochen bis 3 Monaten heilbar ist. Es wird unter 12 Kilovolt bis zur Blasenbildung bestrahlt. Eine Erklärung für die Heilung eines Kankroids der Nasenmuschel, welches bereits auf den Knochen übergegriffen hatte, als es der Grenzstrahlenbehandlung nach vergeblicher Radium- und Röntgenbehandlung zugeführt wurde, vermag B. nicht zu geben. Das Bild zeigte eine fast völlige Vernarbung, die nach dem dem Redner zwischenzeitlich von seinem Assistenten gewordenen Bericht sich gänzlich geglättet habe. Die Grenzstrahlung wirkt stark auf das autonome Nervensystem. So dürften sich vielleicht die Erfolge bei Polycythämia rubra, die nach 6 Wochen zur Normalisierung des Blutbildes kam, zu erklären sein. Aehnliche Vorgänge dürften auch der Heilung des Ulcus pepticum, der spastischen Obstipation, dem Status thymico-lymphaticus, dem Keuchhusten, aber auch der Peritonitis tuberculosa und Stoffwechselstörungen zugrunde liegen. Redner war außerordentlich optimistisch und erklärte, hierhergekommen zu sein, um zur Mitarbeit des allzu umfangreich gewordenen Anwendungsbereichs der Grenzstrahlung aufzufordern (siehe auch das Referat über die Sektion „Dermatologie“).

In der Diskussion erfolgte bezüglich der Erythembildung Widerspruch, wie überhaupt beklagt wurde, daß die technischen Angaben Buckys zu wünschen übrig gelassen hätten. Ein Erythem, das entsprechend seiner Literaturangabe erzeugt worden sei, sei wie jedes andere nach Ablauf von 6 Wochen zurückgegangen. Demgegenüber präzisiert Bucky seine Technik dahin, daß das für Grenzstrahlung spezifische Erythem bei 9, besser noch bei 8 Kilovolt nach 10 Minuten Bestrahlung auftrete. Bei 11 bis 12 Kilovolt komme es bereits zu Teleangiektasien. Der Leukozytensturz komme auch bei einem Einfallsfeld von 1 qcm zustande. Zur Beeinflussung des autonomen Nervensystems in den oben genannten Krankheitsfällen werden auf dem Rumpf 4 große Felder, jeden Tag 1 Feld mit ½ HED bestrahlt, dann nach eintägiger Pause wird die Serie in gleicher Dosierung mit Dazwischentreten von je eintägiger Pause zwischen den einzelnen Feldern wiederholt.

Teilhaber-München: **Die Reiztheorie und die Lichtbehandlung.** Die Ausführungen des Redners gipfelten dahin, daß jeder Strahlenreiz Krebs zu erzeugen, aber auch zu heilen vermag. So kann man auch mit einfachem Sonnenlicht, wie die alte Geschichte lehrt, Kankroide, die doch durch die Sonnenbelichtung vielfach hervorgerufen werden, heilen. Aehnliches gilt für die Diathermie und die Röntgen- und Radiumstrahlen.

Holfelder-Frankfurt a. M.: **Experimentalbeitrag zur Biologie der Strahlenwirkung bei allgemeiner und örtlich begrenzter Anwendung.** Der Comptoneffekt bewirkt immer einen Komplex von Strahlung. Es wurden Bestrahlungsversuche angestellt, wobei Mäuse als Ganzes nur an begrenzten Stellen exponiert wurden. Bisher wurde die verschiedene Strahlenempfindlichkeit des Menschen im Vergleich zu der der Maus nicht genügend berücksichtigt. Es handelt sich bei den Versuchen des Vortragenden um 500 Mäuse, die entweder ganz oder nur mit ihrem Hinterteil bestrahlt wurden. Dabei waren sie entweder aufgeschnallt oder im Paraffinblock eingebettet. Bei Allgemeinbestrahlung wurden 400 bis 600 R gegeben. Der Tod trat am 6. Tage ein. Die Sektion ergab keinen pathologischen Befund. Die Lymphozten nahmen bis zum Tode zu. Wurde eine so bestrahlte Maus nach 2 Stunden getötet, so fanden sich besonders in den Lungen Hämorrhagien. Tötet man nach 4 Tagen eine allgemein bestrahlte Maus, so waren diese Hämorrhagien wiederresorbiert. Wurden die Tiere mit mehr als 600 R bestrahlt, so trat der Tod oft bereits am zweiten Tage nach der Bestrahlung ein. Ein Erythem war nie festzustellen. Die örtliche Bestrahlung, nur am Schwanzende vorgenommen, ließ es bei 1400 R erst in der 7. Woche zur Epilation kommen. Bei 2400 R trat Nekrose auf. Schon der vierte Teil der Erythemdosis der Maus wirkt bei Allgemeinbestrahlung tödlich. Die Karzinomdosis bei der Maus steht im selben Verhältnis zu der des Menschen wie die Erythemdosis.

Jugenburg-Petersburg: **Beitrag zur Frage der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den N- und NaCl-Stoffwechsel bei Tieren.** Durch Röntgenbestrahlung steigt die N-Retension. Am meisten wird der Stickstoff in der Leber gespeichert. Chlornatrium wurde infolge Röntgenbestrahlung stärker ausgeschieden.

Brummer-Hamburg: **Permeabilitätsänderungen von Zellen unter Strahleneinwirkung.** Die Permeabilität der Zellen wird erst von Strahlen von der Wellenlänge des Ultraviolett gesteigert. Ebenso verhalten sich die Röntgenstrahlen der Zelle gegenüber und auch die Weichstrahlung Buckys verhält sich nicht anders.

Jungmann-Wien. **Die Röntgenfrühdiagnose der Schwangerschaft.** Die Feststellung der Schwangerschaft war bisher röntgenologisch erst etwa von der 15. Woche ab möglich. Durch Ausbau der Technik: Potter-Bucky-Blende in Verbindung mit der Anwendung eines Tubus, ist es nun möglich, die Schwangerschaft in der 8. bis 9. Woche bereits nachzuweisen. Damit sind wir an die unterste Grenze des Nachweises von Knochenkernen, worauf die Methode beruht, herangerückt. (Die Kalkablagerung beginnt in der 6. Woche.) Entgegen den Methoden, welche sich zum Nachweis der Gravidität eines Kontrastmittels, wie Lipjodol, Jodipin u. a. bedienen, ist diese Methode auch für die Frucht gänzlich ungefährlich. Die Bedeutung der Röntgenfrühdiagnose der Schwangerschaft ist wegen der Möglichkeit der Unterscheidung zwischen Tumor und Gravidität mit ihren evtl. verhängnisvollen Folgen der Bestrahlung eines Fötus von Wichtigkeit, andererseits aber auch im Klimakterium mit seinen so häufigen eingebildeten Schwangerschaften von Wert.

Doehner-Tiflis: **Beobachtungen am endemisch kranken Kolon.** Redner wendet nur noch die Kontrastmahlzeit an und lehnt das Kontrastklysma ab, weil es die feineren Veränderungen am Kolon nicht zur Darstellung bringt. Infolge der Amöbenruhr, wie sie im Kaukasus besonders häufig ist, kann es nicht nur zu den Röntgenerscheinungen der Marmorierung, wie sie lokalen Entzündungen eignet, kommen, sondern auch zur Lähmung der Darmmuskulatur, die ihren Ausdruck in Divertikelbildung findet. Der Ileokoekalsphinkter kann die Entleerung des Darminhaltes sowohl nach dem Dickdarm als auch nach dem Dünndarm vermitteln. Redner nimmt noch besonders an den Flexuren des Dickdarms eine Anzahl von Sphinktern an auf Grund seiner röntgenologischen Beobachtungen. In der Diskussion wurden vom Vorsitzenden Bedenken dagegen geäußert, solange weder die Anatomen noch die Chirurgen irgendeine Grundlage für die Existenz dieser Sphinkter nachgewiesen hätten. Zeitweise Spasmen an gewissen Stellen seien wohl öfter zu konstatieren, ohne daß man gleich von Sphinktern reden müsse. Die weitere Frage des Vorsitzenden, ob etwa im Anschluß an die Amöbenruhr öfter Dickdarmkarzinom zu konstatieren gewesen sei, wird vom Vortragenden verneint.

Kohlmann-Freiburg zeigt einen **verkalkten Hirntumor** — sie besitzen meist gutartige Tendenz —, der sich bereits bei einer gewöhnlichen Frontal- und Lateralaufnahme nach Sitz und ungefähren Ausmaßen bestimmen ließ. Er betont dementsprechend, daß vor Ausführung der Enzephalographie doch immer eine der bisher üblichen Röntgenaufnahmen gemacht werden solle, die in diesem Falle die immerhin nicht ganz ungefährliche Enzephalographie überflüssig machte.

Thaller-Hamburg: **Zweck und Technik weiterer Erhöhung der Röhrenleistung in der Diagnostik.** Mehr wie 200 Kilowatt verträgt zur Zeit keine Röhre. Durch Anbringung von 2 Anodenwicklungen läßt sich die Leistungsfähigkeit der Röhre steigern. Auf die Frage des Vorsitzenden, ob eine solche mehrleistende Röhre aus dem Bedürfnis der Aerzte hervorgegangen sei, oder ob lediglich gezeigt werden solle, was eine solche Röhre zu leisten imstande sei, antwortet Vortragender in letzterem Sinne.

Franke-Hamburg: **Die derzeitigen Aussichten einer Röntgenkinematographie.** Vortragender bespricht die Möglichkeit der Aufnahmen für Leuchtschirmbilder, nachdem die direkte Kinematographie nur 16 Wechsel in der Sekunde gestatte, Versuche mit Hilfe der Photographie des gespiegelten Schirmbildes führen nicht zum Ziel. Mit einer Zeiss-Kamera gelingen 25 Aufnahmen des Schirmbildes in 1 Sekunde. Vortragender glaubt berechnen zu können, daß nach Literaturangaben über die Dosishöhe der diagnostisch angewandten Röntgenstrahlen 1000 solcher Aufnahmen möglich seien, die er aber vorsichtshalber auf 500 während 20 Sekunden beschränkt. In der Aussprache wird auf das Gefährliche von 500 Aufnahmen in 20 Sekunden hingewiesen. Frühere derartige Versuche führten unfehlbar zu schweren Röntgenschädigungen, die z. T. heute noch nicht reguliert sind. Außerdem wurde an den Grödelschen Kinematographen erinnert, der nur deshalb z. Z. nicht in Betrieb zu nehmen sei, weil die geeigneten Filme nicht hergestellt würden.

Herrmann-Berlin: **Ein Sicherungsverfahren vor Hochspannungsschäden bei Röntgeneinrichtungen.** Es handelt sich um den bekannten Apparat „Securo“ der Firma Sanitas-Berlin, der im Prinzip darauf beruht, daß der der Hochspannungsleitung sich Nähernde, in einer unter dem Boden laufenden Antenne einen Strom auslöst, der ein Relais ausschaltet, bevor der Betreffende noch mit den Hochspannung führenden Teilen des Röntgenapparates in Berührung kommt.

Heidenhain-Worms: **Die Röntgentherapie der Entzündungen.** Referent bespricht die Wirkungen der Röntgenschwachbestrahlung auf chronische Entzündungen einschließlich der Tuberkulose. Schon Iselin legte nicht nur auf die rein örtliche, sondern auch auf die Allgemeinwirkung der Röntgenbehandlung Gewicht. Diese Allgemeinwirkung tritt bereits ein, wenn auch an den örtlichen Erscheinungen gar keine Wirkung zu beobachten ist. Der Lokalprozeß kann noch 1 Jahr lang bei der Tuberkulose bestehen und Meerschweinchenversuche zeigen, daß er in diesem Stadium noch infektionsfähig ist. Die Allgemeinwirkung der Röntgenbehandlung mag zu einem großen Teil die Heilung des örtlichen Prozesses bedingen. In diesem Punkte besteht Aehnlichkeit mit der Lichtwirkung. Als Dosis werden 50 bis höchstens 200 R (10—40% der HED) lokal gegeben. Nach Kohler müssen am gewünschten Orte $^1/_{20}$—$^1/_{30}$ der HED zur Wirkung kommen. Auch bei der Bestrahlung akuter Entzündungen hinkt die örtliche Wirkung der Allgemeinwirkung nach, ebenso verhält es sich mit der postoperativen Pneumonie und dem Gesichtsfurunkel. Die Heilung ist an einen Immunisierungsvorgang gebunden, was sich nicht nur im Tierexperiment nachweisen ließ, sondern beispielsweise bei versehentlicher Bestrahlung der falschen Seite bei einem Fall von postoperativer Pneumonie, die sich daraufhin besserte, in Erscheinung trat. Von den entzündlichen Fällen sind die frischen ohne Einschmelzung des Gewebes die bestgeeignetsten zur Röntgenschwachbestrahlung. Nachweisbarem Eiter muß Abfluß verschafft werden. Dann kann die Röntgenbestrahlung eine schnellere Heilung herbeiführen. Phlegmone mit Gewebseinschmelzungen sind von der Bestrahlung auszuschließen. Die Rückbildung des Entzündungsprozesses akuter Art vollzieht sich entweder kritisch, d. h. die Temperatur sinkt plötzlich ab, oder lytisch im Sinne einer allmählichen Temperatursenkung; örtlich kann es nach der Röntgenbestrahlung bereits nach Stunden zur Einschmelzung des Gewebes kommen, weshalb die Röntgenbehandelten am besten im Krankenhaus zweimal täglich kontrolliert werden müssen. Je schlechter der Kranke sich befindet, um so geringer sei die Strahlenmenge. Im einzelnen waren die Bestrahlungsresultate bei Furunkel (70 Fälle, 61 =) 87% Heilung. Von 16 Peritonitiden, welche unmittelbar, nachdem sie sich von der Narkose erholt hatten, bestrahlt worden waren, wurden 15 geheilt. Angina phlegmonosa reagiert sehr gut auf die Bestrahlung. Auch das Erysipel zeigt deutliche Heilungstendenz, besonders, wenn man größere Felder bestrahlt, unter Berücksichtigung des wahrscheinlichen Ausbreitungsgebietes. Die Osteomalazie kann erst nach Eröffnung Gegenstand der Röntgenschwachbestrahlung sein. Ebenso sprechen Pneumonien, die sich nicht lösen wollen, günstig auf diese Art der Röntgenbestrahlung an. Der Referent empfiehlt große Felder und die Mitbestrahlung der gesunden Umgebung. Die Qualität der Strahlen, ob leicht- oder schwergefiltert, ist gleichgültig. Bei Mastitis und Parotitis kommen die höheren der genannten Dosen in Betracht. Als Gebrauchsdosis haben 1—3 H zu gelten, wobei 2 H 100 R entsprechen.

G. Wagner-Prag: 2. Referat des gleichen Themas. Unterscheidung von Parametritis, d. h. entzündlichen Prozessen, die sich wirklich in den Parametrien abspielen von parametranen Entzündungen, also solchen, die neben dem Uterus bestehen. Bei der Anwendung der Schwachbestrahlung in der Gynäkologie sind zwei Umstände zu beachten: 1. Die Möglichkeit einer Keimschädigung. 2. Die intraperitoneale Lage der zu beeinflussenden Organe mit ihrer erschwerten Beobachtungsmöglichkeit und der größeren Gefährlichkeit des evtl. erforderlich werdenden Eingriffs im Vergleich zu den äußeren Anwendungsmöglichkeiten der Röntgenschwachbestrahlung. Abgesehen von tuberkulösen Erkrankungen hat Referent unter Beachtung dieser Gesichtspunkte rund 300 Fälle der Schwachbestrahlung zugeführt. Da dem Referenten vor allem das Ziel der Heilung vorschwebte, wurde auf die bisher geübte, konservative Behandlung neben der Schwachbestrahlung nicht verzichtet. Bei der Schwachbestrahlung wurde die Beeinflussung der Keimdrüsen beabsichtigt, da die Kastration, welche wohl die entzündlichen Vorgänge an den Adnexen von den monatlichen Fluktuationen befreit, nur bei älteren Frauen oder komplizierten Fällen Anwendung fand. Die temporäre Kastration aber ist zu ungewiß in ihrer Dauerwirkung, weil entzündliche Ovarien empfindlicher auf Röntgenstrahlen reagieren als gesunde. Die Schwachbestrahlung erwies sich bei Enzündung der Adnexe, bei Kondylomen, der Bartholinitis, der Furunkulose, dem Pruritus und bei jenen Zystitiden, die ihren Hauptsitz in der Gegend des Trigonums haben, als heilsam. Die Vaginitis gonorrhoica verhielt sich gegen Röntgenschwachbestrahlungen vollständig negativ. Die Dosierung muß elastisch sich nach Absicht und Methode der lokalen Ausdehnung des Prozesses und dem Zustand des Patienten anpassen. Referent wandte eher etwas höhere Strahlenmengen — 150 bis 200 R — für gewöhnlich einmal an. Eine Wiederholung wurde erst nach einer Pause von wenigstens 10 Tagen vorgenommen. Bei diffuser Peritonitis wurden besonders kleine Dosen gegeben. Die Schmerzstillung nach der Bestrahlung beruht wohl auf der danach einsetzenden Hyperämie. Bei Pelveoperitonitis z. B. ist diese Wirkung ausgezeichnet. Die Temperatur ist selten gesteigert, manchmal kommt es nach der Bestrahlung zu einer kleinen Zacke. Blutuntersuchungen 4, 8, 12 Stunden nach der Bestrahlung vorgenommen, zeigten eine ungleiche Reaktion. Die Schwachbestrahlung hatte eine Steigerung der Leukozytenzahl zur Folge. Bestand eine solche bereits, so kam es zum sofortigen Abfall innerhalb der ersten 4 Stunden. Die Lymphozytenzahl steigt sofort, es fehlt also die negative Phase, und es kommt sofort zu Heilungsvorgängen. Die lokale Wirkung der Schwachbestrahlung ist verschieden. Die chronischen Fälle reagieren sehr langsam, die akuten oft sehr schnell. Die Zahl der Dauererfolge beträgt 75% der behandelten Fälle. 9 Gravidae, darunter eine gonorrhoische, wurden schwachbestrahlt ohne jeden Schaden. Handelt es sich nicht um ganz verschleppte Fälle, so erzielt man bei der puerperalen Parametritis 100% Heilung. Adnextumoren entzündlicher Genese reagieren weniger gut. Bei den puerperalen Adnexentzündungen blieb bisweilen trotz Röntgenschwachbestrahlung die Schmerzstillung aus. Von 3 Todesfällen, die sich nach Röntgenschwachbestrahlung ereigneten, dürfte an einem die Röntgenschwachbestrahlung nicht ganz unbeteiligt gewesen sein. Es handelte sich um eine Streptokokkenperitonitis bei puerperaler Sepsis, die nach Röntgenschwachbestrahlung eine deutliche Verschlechterung erkennen ließ. Referent meint selbst, vielleicht waren die Dosen zu hoch. Vorübergehend kam es auch für 2—3 Monate zur Amenorrhoe. In einem Falle traten Wallungen auf, trotzdem kam es zur Konzeption. Schließlich betont Referent nochmals neben den Erfolgen das vollständige Versagen der Röntgenschwachbestrahlung bei der Schleimhautgonorrhoe, selbst wenn die Adnexerkrankung bereits geheilt ist. Den Röntgenstrahlen kommt in diesem Zusammenhang sogar eine gewisse provokatorische Wirkung zu. Die Röntgenschwachbestrahlung steht neben, nicht über den anderen Behandlungsmethoden. Sie erzielt keine Keimfreiheit. Ihre Heilwirkung geht ohne negative Phase einher. Vielleicht beruht ihre Heilwirkung auf einem „Reizeffekt" des retikuloendothelialen System. Pordes-Wien behandelt das gleiche Thema, besonders in seiner Beziehung zu den Erkrankungen der Zähne, des Kiefers und der Augen. Die Bestrahlungstechnik war wesentlich die Heidenhains. Die Röntgenschwachbestrahlungen lösen Wirkungen aus, die den optimalen Verlauf der Selbstheilung imitieren. Von den Erkrankungen der Zähne und Kiefer gehören Periodontitis und Periostitis zu den besten durch Röntgenstrahlen zu beeinflussenden Indikationen. Reine Pulpitis, wie sie sich durch Schmerz bei kalt, heiß, süß, sauer verrät, ist kein Feld für Röntgenschwachbestrahlungen. Hingegen spricht Periodontitis — sie verrät sich durch Klopfempfindlichkeit — nach nicht gelungener Wurzelbehandlung, ausgezeichnet auf diese Behandlung an. Granulome, periapikale Reaktionsherde nach Zahnkronen, Periodontitiden, Periostitiden sind die dankbarsten Indikationen. Technik: Einfallsfeld 4:4 cm, bei Mitbeteiligung der Drüsen, großes Feld, 100 R durch 3 mm Aluminium. In 50% kam es zur Frühreaktion, die in wenigen Stunden in Heilung übergehen kann. In vorgeschrittenen Fällen kommt es zur Abszeßbildung. Hierbei ist besonders deren Symptomarmut zu betonen. Deshalb bedingt das Fortbestehen von Fieber und Schmerz bereits die Notwendigkeit chirurgischer Eröffnung. Z. Z. kann der Röntgenologe, der einen Zahnkranken bestrahlt, die Weiterbeobachtung des Patienten noch nicht dem Zahnarzt allein überlassen, der dieses Krankheitsbild nach der Röntgenschwachbestrahlung noch nicht genügend kennt. Postoperative Komplikationen reagieren sehr gut auf die Röntgenschwachbestrahlung. In dieser Hinsicht gedenkt Referent seiner Erfolge nach Komplikationen durch den Weißheitszahn Periodontitis plastica und Alveolarschwund (Paraodontitis) bieten bei Röntgenschwachbestrahlung ebenfalls gute Aussicht.

Pordes hat auch bei verschiedenen Augenerkrankungen einen Versuch mit Röntgenschwachbestrahlung gemacht. 3 Fälle von Blepharitis sind in ihrem Heilverlauf gemäß ihrer Aetiologie nicht sehr überraschend. 3 Fälle von Iritis, 1 Fall von Chorioiditis wurde mit 2 H aus 50 cm während 6 Minuten bestrahlt. Am eindrucksvollsten ist wohl jener Fall von sympathischer Ophthalmie, wobei das einzige Auge so gut wie verloren war, weshalb noch ein Versuch mit Röntgenschwachbestrahlung gemacht wurde. Es wurde 1 H unter 3 Al-Filter gegeben, nach 8 Tagen wurde eine 2., nach 6 Wochen eine 3. Bestrahlung ausgeführt. Heute erscheint das Auge gerettet.

Kohler-Freiburg: Die Höhe der Dosis ist nicht sehr wichtig bei der Schwachbestrahlung. In schweren Fällen sind deshalb immer kleine Mengen zu empfehlen (30 R). Die Strahlenwirkung wurde experimentell nach intrakutaner Einspritzung von Diphtherietoxin erprobt. Nach der Bestrahlung kam es zum Fallen der Leukozyten und der Oedeme. Die Agglutinisation war ebensowenig gesteigert wie die Bakteriolysie. Vielleicht beruht die günstige Wirkung der Röntgenschwachbestrahlung auf einer Aktivierung des Bindegewebes.

Zweifel-München: **Die Behandlung der Mastitis mit Röntgenstrahlen.** Sie hat möglichst früh zu erfolgen. So kann sie zur Schmerzlosigkeit und zum Temperaturabfall führen. Technik: 15 bis 20% der HED unter 0,5 Zn-Filter, 30—35 cm FHA, 1 großes Feld.

Baer-Düsseldorf: **Ueber die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen insbesondere der Gonorrhoe mit Röntgenstrahlen.** Septische Tuben werden nicht bestrahlt. Gonorrhoische Adnexerkrankungen werden zuerst dem Versuch anderweitiger konservativer Behandlung unterworfen. Bei der tuberkulösen Adnexentzündung beruht die Heilwirkung der Röntgenschwachbestrahlung wohl auf sekundärer Hyperämie. Es wurden 8—12% oder 26—30% der HED gegeben. Die höheren Dosen verdienen nach Ansicht des Vortragenden den Vorzug. Die Schwachbestrahlung führt bisweilen zur Metrorrhagie mit Aufflackern der gonorrhoischen Entzündung. Bei der Tuberkulose der Adnexe ergaben sich durch Röntgenbehandlung 50% Heilungen.

Im Laufe der Diskussion wird von Seiten der Chirurgischen Klinik Frankfurt a. M. der hohe Wert der Röntgenschwachbestrahlung besonders bei Gesichtsfurunkel und Zellgewebsphlegmone hervorgehoben, dazu aber auch das Sprechverbot und die Ruhigstellung betont. Bei der Angina phlegmonosa und der chronischen Angina sind die Resultate sehr gut, wenn möglichst geringe Dosen (90 bis 120 R) gegeben werden. Die Verabfolgung — dies scheint besonders wichtig — soll nicht in wenigen Minuten stattfinden, da es sonst zu Frühreaktionen mit Schwellungen im Hals kommen kann. Deshalb wird eine Entfernung von 50 cm FHA gefordert. Ferner wird von anderer Seite auf die gute Wirkung der Schwachbestrahlung bei periartikulären Prozessen hingewiesen. Die Frauenklinik Erlangen verteidigt ihre Angaben über die zeitliche Kastrationsdosis. Im ganzen ist sie mit der Anwendung der Röntgenstrahlen zurückhaltender geworden. Die Chirurgische Klinik Dortmund bestätigt ihrerseits die guten Erfolge der Schwachbestrahlung bei Gesichtsfurunkel, Angina, Phlegmonen, Parametritis. Besonders bemerkenswert ist die Mitteilung über die Heilung einer Paranephritis und eines Erysipels, welches im vorletzten Jahre 22 Rezidive gemacht hatte. Durch den jahrelangen Bestand war das Gesicht elephantiastisch verdickt. Da eine außerordentliche Lichtempfindlichkeit der Patientin erfahrungsgemäß sicher stand, so wurde nur eine Dosis von 5% der HED gegeben. Von derselben Seite wurde über Erfolglosigkeit der Bestrahlung bei Pneumonie berichtet. Es folgten noch Bemerkungen über die guten Wirkungen der Röntgenschwachbestrahlungen in orthopädischen Fällen und bei der Typhusperiostitis. Gegenüber der gemeldeten Erfolglosigkeit der Röntgenschwachbestrahlung bei Pneumonie wird darauf aufmerksam gemacht, daß die ganze erkrankte Lunge aus einer Entfernung von 50 cm bestrahlt werden muß. Ferner wurden bei großen Drüsen erhöhte Dosen in dem Sinn gefordert, daß nicht mehr wie 20% der HED aber mehrfach gegeben werden. Von der Erlanger Klinik wird die Mastitisbehandlung mit Schwachbestrahlung gerühmt. Durch Schwachbestrahlung mit 40% der HED (200—220 R) wird in der Zeit der Laktation die Drüsentätigkeit der Mamma ausgeschaltet. Dem Einwand der Tübinger Frauenklinik, daß auch durch Starkbestrahlungen bei Karzinomen die entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung des Karzinoms schwinden, begegnet der Vorsitzende mit der Bemerkung, daß sie wohl trotz Starkbestrahlung schwinden. In seinem Schlußwort unterstreicht der zweite Referent Wagner-Prag seine Ausführungen und fügt hinzu, daß bei etwaigen Menorrhagien im Anschluß an Röntgenschwachbestrahlungen Milzbestrahlung anzuwenden sei. Zusammenfassend hebt der Vorsitzende Haudek-Wien hervor, daß es bei dieser neuen Methode der Röntgenschwachbestrahlung nicht so sehr auf eine von der Höhe der Strahlendosis abhängige Röntgenstrahlenwirkung ankomme, denn wir sehen die günstige Beeinflussung der entzündlichen Vorgänge nach kleinsten ungefilterten, leicht- oder schwergefilterten Strahlenmengen. Im Zusammenhalt mit den Resultaten der Buckyschen Grenzstrahlenanwendung ist vielleicht der Schluß berechtigt, daß auch bei der Röntgenschwachbestrahlung Reflexwirkungen, wie sie ja bei der Entstehung des Magen-, des Duodenalgeschwürs, der spastischen Obstipation, den Gallenblasenerkrankungen eine Rolle spielen, besonders beteiligt sind.

Als letztes Thema folgte: **Ovarialbestrahlung und Nachkommenschaft.** Referenten: Martius-Göttingen, Nürnberger-Halle. Martius: Der Frucht drohen durch Röntgenstrahlen Gefahrenmöglichkeiten phänischer, phänisch-genischer und genischer Art. Sonach kommt erbbiologisch gesprochen 1. Parakinese, 2. Idiokinese in Frage. Die erstere zeigt sich beim spät, d. h. nach der Bestrahlung befruchteten Keim durch vorübergehende Unfruchtbarkeit, mangelhafte Widerstandsfähigkeit der Nachkommen. Die Frühbefruchtung, wobei das Ei bei der Bestrahlung bereits befruchtet war, führte im Experiment zur Verringerung der Wurfzahl bei Mäusen, statt 6—7 nur 3 Junge. Bei der Frau ist die Abortbereitschaft nach Röntgenbestrahlung der Ovarien anscheinend erhöht. In der Literatur sind etwa 140—150 sogenannte Strahlenkinder aufgeführt. Allein es ist nicht genügend berücksichtigt, daß auch die gleichen Abnormalitäten ohne Bestrahlungen immer in einem gewissen Prozentsatz auftreten. Drei Mißbildungen, dazu ein mongoloider Typ sind ein viel zu geringes Material, um jetzt bereits ein Urteil abgeben zu können. Dazu müssen erst die zweite und dritte Generation dieser Strahlenkinder abgewartet werden. Alle bisher festgestellten Röntgenschädigungen sind als nichtvererbbar anzusehen. Bei der hochgradigen Uebereinstimmung zwischen Röntgenstrahlen- und Alkoholwirkung auf den Keim ist anzunehmen. daß die Röntgenstrahlen lediglich eine parkinetische Wirkung besitzen. Besonders scheint man an Störungen in der inneren Sekretion beim Nachkommen, an intestinal angeborene Störungen denken zu müssen. Die mongoloide Idiotie gilt als parakinetische Erscheinung, und so ist es nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, daß der eine Fall von mongoloidem Typ tatsächlich auf das Konto der Röntgenstrahlenschädigung des Keimes zu setzen ist. Chromosomale Mutationsschädigungen sind experimentell mit Röntgenstrahlen erzeugbar. Diese Veränderungen, wobei ein einzelnes Gen oder eine Gruppe von Genen geschädigt wird, beruhen darauf, daß die Chromosomen bei der Teilung nicht voneinander weichen. Wenn auch die Gefahr chromosomaler Aenderungen nicht für den Menschen zu leugnen ist, so ist sie doch gering. Hier gilt das „Alles- oder Nichts-Gesetz“. Entweder kommt es zur Schädigung, dann sind die Keime nicht lebensfähig, oder die Schädigung bleibt aus. Die parakinetische Gefahr hält der Referent jedoch für groß, sie besteht mehr in phänischer als genischer Hinsicht.

Nürnberger zum gleichen Thema. Bei den angeblichen Keimschäden kann es sich auch um Schädigungen des mütterlichen Uterus und dementsprechend schlechtere Ernährungsmöglichkeit des Fötus handeln. Eine phänische Schädigung ist beim Menschen noch nicht mit Sicherheit beobachtet. Das Urteil über die genische Schädigung ist noch nicht spruchreif. Auch für phänische Schädigungen bei Spätbefruchtung fehlt die zwingende logische Bindung. Bei bestrahlten Tieren konnte nach Ablauf der Röntgenstrahlenwirkung keine erhöhte Abortbereitschaft festgestellt werden. Mißbildungen kommen beim Menschen auch ohne Bestrahlung vor. Bezüglich der genischen Schädigung ist zu sagen: auch bei Tieren der dritten Mäusegeneration sind trotz Bestrahlung der Stammtiere genische Schädigungen noch nicht zu sehen. Die Frage der Keimschädigung durch Röntgenstrahlen ist dahingehend zu beantworten: bei Frühbefruchtung ist ihre Möglichkeit zuzugeben, doch ist sie vielleicht seltener als man annimmt. In der Aussprache verteidigt die Erlanger Frauenklinik ihren Standpunkt der Schwangerschaftsunterbrechung bei Frühbefruchtung.

Dyroff-Erlangen: Experimentelle Beiträge zur Frage der Nachkommenschaftsschädigung durch Röntgenstrahlen. Wir müssen dem geschädigten Ei Zeit lassen, sich zu erholen oder zugrunde zu gehen. Aborte können auch das Resultat einer Uterusmuskulaturschädigung infolge des fehlenden Ovarieneinflusses nach Bestrahlungen sein. Wenn von geschädigter Fruchtbarkeit als Strahlenfolge gesprochen wird, so darf nicht vergessen werden, daß die Experimente nicht nur von der Brunstzeit der Tiere abhängig sind, sondern daß die Muttertiere, wenn man ihnen die Jungen nicht gleich fortnimmt, diese häufig auffressen. D. hat unter Beachtung dieser Umstände bis in die dritte Generation ungeschädigte Nachkommen bestrahlter Kaninchen gezüchtet. In der Aussprache erklärte die Würzburger Frauenklinik, daß sie keine Schädigungen der Kinder nach Bestrahlung der Mutter je gesehen habe. Angesichts der Möglichkeit einer Keimschädigung durch die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen wird vom Vorsitzenden die praktisch äußerst wichtige Frage gestellt, ob wir auch auf die „Regulationsbestrahlungen“, wie sie die Wiener Schule häufig anwendet, verzichten müssen, oder ob gar die Röntgendiagnostik der Schwangerschaft in den ersten Monaten zu fürchten sei. Man einigte sich dahin, daß eine Röntgendosis unter 5% der HED auf das Ovarium unbedenklich sei, während 10% der HED bereits am Ovar Veränderungen hervorbringen, die eine Konzeption in der nächsten Zeit unerwünscht machen. Schließlich erklärt Martius, die Frage der Keimschädigung bei Spätbefruchtung ist zur Zeit noch nicht gelöst, Nürnberger betonte die fehlende Stichhaltigkeit der Beweise für eine Keimschädigung durch Röntgenbestrahlung des mütterlichen Ovars.

J. Kottmaier, Mainz.

Dermatologie.

Zwei Themata waren es besonders, um die sich die Aufmerksamkeit der Sektion 29 gruppierte: **Die Gewerbedermatosen** unter **besonderer Berücksichtigung der Industrie** und **Die Malariabehandlung der Frühsyphilis.** Drei Stunden des ersten Tages waren ausschließlich den Gewerbedermatosen gewidmet. Im Hauptreferat führte Bloch-Zürich aus: Berufsdermatosen nennen wir ganz verschiedene Hauterkrankungen (Ekzeme, Pigmentierungen, akneiforme Pusteln), die nur das eine Gemeinsame haben, daß sie bei beruflicher Arbeit erworben werden. Sie gewinnen aber besondere Bedeutung, wenn wir uns bewußt werden, daß ¼—⅓ aller Hautkrankheiten Berufsdermatosen sind. Auch die ganze große Gruppe der Industriedermatosen gehört hierher (Streichholz-, Pflaster-, Pelz-, Chinin-, Odoldermatitis). Die Haut hat die biologische Funktion, den Körper vor dem Eindringen fremder Substanzen zu schützen. Darum sehen wir die Berufsdermatosen als Abwehrreaktionen der lebenden Haut gegen exogene Schäden an. Indessen haben wir neben der exogenen Ursache meist noch eine endogene bzw. konstitutionelle. Exogener und endogener Faktor sind in ihrem Verhältnis schwankend. So gibt es Reize, die in einer gewissen Intensität alle Menschen krank machen (Röntgenstrahlen, Radium, Aetzmittel). Andere Substanzen wieder üben auf Tausende von Menschen nicht den geringsten Reiz aus, während sie bei wenigen, besonders Disponierten, schwere Krankheitsbilder hervorrufen. Diese Erscheinung nennen wir: Idiosynkrasie. Bekanntlich zählen alle Berufsdermatosen, besonders das Ekzem, zu den idiosynkratischen Erkrankungen. Bei ihnen tritt das endogene Moment besonders stark hervor, so daß man von einer Ekzembereitschaft spricht. Diese Bereitschaft beruht auf verschiedenen Faktoren: individueller Konstitution der Haut, Korrelation der endokrinen Drüsen, Zustand des Nervensystems und der Psyche. Auch der endogene Faktor ist keine absolute Größe. Man kann durch Sensibilisierung mit gewissen Substanzen Ekzembereitschaft bei allen Menschen hervorrufen. So hat Redner durch hochkonzentrierte Primelextrakte sämtliche Versuchspersonen gegen Primeln überempfindlich gemacht. Er schließt daraus, daß die sogenannte angeborene Idiosynkrasie nur quantitativ, nicht qualitativ ist. Ein ähnliches wie beim Ekzem gilt mit geringen Abweichungen für Urtikaria, Toxikämien, Asthma, Heufieber. Jadassohn ist es gelungen bei Urtikaria und Heufieber durch den Praußnitz-Küsterschen Versuch im Serum freie Antikörper nachzuweisen. Diese sind als echte, der Anaphylaxie verwandte Antikörper anzusehen und den Reaktionen der Haut beim Eindringen von Infektionserregern (Tuberkelbazillen, Trichophyten, Spirochäten) zu vergleichen. Aerztlich und sozial ist das Ekzem die praktisch wichtigste Berufsdermatose. An zweiter Stelle steht der Berufshautkrebs. Am meisten finden wir diese Krankheit bei See- und Landleuten, Aerzten, Röntgentechnikern (Licht-, Radium-, Röntgenkarzinom), bei Schornsteinfegern, Brikett-, Teer-, Paraffinarbeitern, Tabakarbeitern (Schneebergerkrebs), bei Baumwollspinnern und Anilinarbeitern (Blasenkrebs). Solche Krebse lassen sich experimentell beim Tier, z. B. mit den hochsiedenden, aus Kohlenstoff, Sauerstoff und Wasserstoff bestehenden Teerdestillaten erzeugen. Auch hier haben wir eine Karzinombereitschaft. Doch spielt sie eine weit wichtigere Rolle wie die Ekzembereitschaft, da beim Krebs die konstitutionelle Komponente immer notwendig ist. Nur die Haut reagiert mit Krebs auf einen Reiz, die von Haus aus dafür disponiert ist. Nach Bloch beruht das Karzinom auf einer proliferativen Idiosynkrasie der Zelle. Die prophylaktischen Maßnahmen sind gesetzlich und individuell. Die individuelle Prophylaxe muß sich auf eine Desensibilisierung der Haut richten.

Anschließend an das Hauptreferat sprach Touton-Wiesbaden über die **phytogenen Gewerbedermatosen,** Erkrankungen, die ihre Ursache in Schädigungen durch pflanzliche Stoffe haben. Nicht alle sind reine phytogene Dermatosen. So wird z. B. das Mal de Provence nicht durch das Schilfrohr selbst, sondern durch Rostpilze, der Schwarzholzausschlag durch Milben verursacht. Ein besonders instruktives Beispiel sind die durch Spargelsaft hervorgerufenen Dermatosen. Man sieht außerordentliche wechselnde Bilder, vom leichten Ekzem bis zur Blasenbildung. In Braunschweig und Umgebung, wo während der Saison etwa 10 000 Arbeiter und Arbeiterinnen mit der Konservierung des Spargels beschäftigt waren, trat die Ueberempfindlichkeit gegen den Spargelsaft so stark hervor, daß gewerbepolizeiliche Maßnahmen ergriffen werden mußten. Man machte dort die Beobachtung, daß eine ganze Anzahl der Arbeiter längere oder kürzere Zeit hindurch sich mit dem Schälen und Zerkleinern des Spargels beschäftigen konnte, ohne sensibilisiert zu werden. War einmal das Ekzem ausgebrochen, so trat auch, trotz Fortsetzung der Tätigkeit, keine Gewöhnung (Desensibilisierung) ein, sondern die Reize kamen in immer kürzeren Intervallen und steigerten sich bei jedem Rezidiv. Diese spezifische Ueberempfindlichkeit ist auch direkt vererbbar. Die Reizstoffe selbst und ihre chemische Konstitution sind bis jetzt unbekannt. Manche derselben scheinen zu den Glykosiden, andere zu ätherischen Oelen und Harzen zu gehören, besonders scheinen Alkaloide und Saponine in Frage zu kommen.

Es folgte eine Reihe Vorträge mit sehr guten Reproduktionen und Krankenvorstellung. So zeigte Barnewitz-Essen Ekzeme und Pigmentationen bei Bergarbeitern, Melanosen und Hyperkeratosen bei Druckern. Diese Pigmentationen treten meist an den Stellen stärkster mechanischer Beanspruchung auf, z. B. bei Bergarbeitern an den aufgestützten Ellenbogen und in der Gürtelgegend, wo, bei entblößtem Oberkörper, die Hose durch den Lederriemen gehalten wird. Experimentell konnten diese Ausschläge und Pigmentationen erzeugt werden, wenn man in strahlender Wärme und Feuchtigkeit (Grubenwasser) mechanische Reize auf die Haut einwirken ließ. Arzt-Wien zeigte Bilder von schweren Verätzungen mit Schwefelsäure und Ammoniaksoda, Verbrennungen mit flüssigem Blei, Starkstromverletzungen und Epitheliome bei Paraffinarbeitern. Das Bäckerekzem hat nach Telecki-Düsseldorf in den letzten Jahren eine starke Zunahme erfahren. Er macht dafür die viel häufiger verwendeten Bleichmittel verantwortlich. Die Pernakrankheit ist eine schwere Chlorakne durch Perchlornaphthalin.

In einem gewissen Zusammenhang mit den vorausgegangenen Vorträgen stand das zweite Referat: **Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut** von Zurhelle-Bonn. Dermatosen der Mundschleimhaut sind häufig das einzige Anzeichen einer Allgemeinerkrankung. Oft ermöglichen erst sie, da meistens besonders charakteristisch, eine exakte Diagnose. Dies gilt vom Lichen ruber, Lupus erythematodes, dem schweren, zum Tode führenden Pemphigus vulgaris u. a. m. Besonders wichtig sind die Munderscheinungen bei toxischer Schädigung durch Medikamente (Quecksilber, Wismut, Salvarsan) oder durch gewerbliche Mittel (Silber, Phosphor, Blei, Perlmutter- und Tabakstaub, Antimon). Hier sind sie meist das erste Anzeichen einer beginnenden Allgemeinintoxikation und eine Warnung vor weiterer Behandlung oder Beschäftigung. Oft ist man dann noch imstande, die Allgemeinerkrankung zu kupieren oder abzuwenden. Bei manchen medikamentösen Schädigungen (Chinin, Salizylpräparate), sowie infektiösen Prozessen (infektiöse Warzen, Aphthen, auch Grippe) finden wir zugleich Erscheinungen an Mund- und Genitalschleimhaut, ein Zusammentreffen, das auf die entwicklungsgeschichtliche Verwandtschaft beider Teile zurückzuführen ist. Oft sind isolierte Mundschleimhauterscheinungen nicht eindeutig, so daß man bakterielle, serologische und mikroskopische Untersuchungsmethoden heranziehen muß, um Pilze, Bakterien, Spirochäten (evtl. durch Punktat der zugehörigen Drüse nach Hoffmann) zu eruieren. Seltenere und kompliziertere Formen der Tuberkulose und beginnender Krebs verlangen die histologische Untersuchung. Verdacht auf Syphilis: Wassermann und Liquorbestimmung. Groß ist die Mannigfaltigkeit etwaiger Tierexperimente: Rattenimpfung bei Pilzerkrankung durch Sporotrichose, Meerschweinchenimpfung bei Rotz und Tuberkulose, Hornhautimpfung am Kaninchen bei Verdacht auf Pocken und Vakzineerkrankung, Uebertragungsversuch auf die Plantarfläche des Meerschweinchens bei Verdacht auf Maul- und Klauenseuche, welche beim Versuchstier zunächst eine Blasenbildung, nach 3—4 Tagen eine Allgemeinerkrankung zur Folge hat. Unsere zunehmende Erkenntnis zunächst isoliert auftretender Erkrankungen der Mundschleimhaut, zeigt uns immer besser ihren Zusammenhang mit inneren Leiden und stellt auch hier die stets enger werdende Verbindung zwischen Dermatologie und Gesamtmedizin her.

Dieses zweite Hauptreferat leitete eine allgemeine Aussprache über entzündliche Erkrankungen und das Wesen der Entzündung als solcher ein. Im Vordergrund stand die Frage der Kapillarfunktion. Schon in der ersten allgemeinen Sitzung der medizinischen Hauptgruppe hatten Ebbecke-Bonn und Otfried Müller-Tübingen über **Physiologie und Pathologie der Kapillaren** gesprochen. Die Kapillaren, die feinen Haargefäße zwischen Arterien und Venen, hielt man früher nur für dünnwandige Röhrchen, eine Art Diffusionsmembran. Jetzt weiß man, daß sie selbst starkes Leben haben und eine vielartige Eigentätigkeit. Die Kapillarzellen sind wie kleine Amöben, die nebeneinander sitzen. Reize können sie zur Ausdehnung und Kontraktion, zu Wucherung und Wanderung bringen. Auf Reize hin ändern sie ihre Oberflächenspannung, ihre Klebrigkeit, ihre Durchlässigkeit, ihre Membranbeschaffenheit, immer in Anpassung und Uebereinstimmung mit dem sie umgebenden Gewebe. Wie innig die Berührung der Blutzellen mit der Kapillarwand beim Durchtritt sein muß, geht daraus hervor, daß 1 ccm Blut zur Zurücklegung einer Strecke von 1 mm 4—5 Stunden braucht. Die Gesamtfläche des Kapillarnetzes ist beiläufig 80 qm, und es ist wohl mehr wie Zufall, daß die Gesamtoberfläche der Lungenkapillaren ebenso groß ist wie die der Haut. Indem sie große Röhrennetze bilden, beeinflussen die Kapillaren, in Gesamtheit von einem Reiz getroffen, den Kreislauf entscheidend. Für gewöhnlich aber sind sie in kleinsten Bezirken für sich, nur locker mit dem Nervensystem verbunden, an ihrer unmerklich stillen und stetigen Arbeit, die als feinste Regulierung für die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme des Gewebes unentbehrlich ist. Besondere Aufgaben haben sie bei Krankheiten. Gewisse Arzneien, Gifte, auch Röntgenstrahlen, Bakterien wirken als starker Reiz auf sie ein. Bei Herz-, Nieren-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten sind sie hervorragend beteiligt. Besonders wichtig scheinen Krampf- und Erschlaffungszustände an den Kapillaren, die auf erblicher Grundlage bei den sogenannten Vasoneurotikern auftreten. Hierher gehören das Pelzigsein der Hände und Füße, das Rot- und Blauwerden von Zehen, Fingern, Nasenspitze, die sogenannte Cutis marmorata, auch die Kreuz- und Nackenschmerzen nervöser Menschen und viele andere Krankheitserscheinungen. Im Anschluß an die obengenannten Referate sprach in der Sitzung der dermatologischen Gruppe Bettmann-Heidelberg über: **Kapillarmikroskopische Untersuchungen.** Bettmann zeigte an sehr instruktiven Mikrophotographien, daß die einzelne Hautstelle bereits im normalen Zustande außerordentliche Verschiedenheit aufweist. Schon ganz leichte mechanische Reize, die makroskopisch gar nicht wahrnehmbar sind, rufen mikroskopisch starke Veränderungen hervor. Die von Müller und Ebbecke als pathologisch gewerteten Kapillarschlingen, die man nur den Vasoneurotikern zusprach, sind bei jedem normalen Menschen zeitweilig anzutreffen. Vasoneurotiker gibt es in diesem Sinne nicht.

Der Nachmittag war mit einer gemeinsamen Sitzung der Gynäkologen, Pädiater, Dermatologen, Nerven- und Augenärzte ausgefüllt. Zur Diskussion stand das Thema: **Lues congenita.** Gammeltoft-Kopenhagen zeigte an Tabellen das Schicksal behandelter und nichtbehandelter luetischer Neugeborener bis zum 12. Jahre. Wenn die Kinder überhaupt durchkommen, so ist es im Endeffekt nicht sehr wesentlich, ob sie behandelt waren oder nicht. Die Grundbedingung für ein Durchkommen sieht Ref. in sachgemäßer Pflege vom ersten Tage an. Ist diese im mütterlichen Hause nicht zu haben, so stehen in Dänemark Heime zur Verfügung, in denen solche Kinder für ein Jahr aufgenommen werden. Auch die Schwangerenfürsorge ist in anderen Ländern besser ausgebaut, als in Deutschland. Jede Schwangere hat in Dänemark Recht auf Fürsorge, ob sie bemittelt ist oder nicht. Weiter untersuchte Redner an Tabellen, wie Behandlung oder Nichtbehandlung der Mütter auf die Kinder einwirkten. Merkwürdigerweise fiel hier eine frühere, nicht sehr intensive Behandlung der Mutter gegenüber vollständiger Nichtbehandlung kaum ins Gewicht. Die besten Resultate zeigten Neugeborene, deren Mütter intensiv während der Schwangerschaft behandelt worden waren. Buschke besprach die Behandlung der hereditären Lues. Im Vordergrund steht noch immer das Quecksilber. Intramuskuläre Sublimatinjektionen sind nicht schmerzhaft und werden gut vertragen. Salvarsan wird am besten intravenös in die Temporalvene eingespritzt, ist aber auch intramuskulär, stark konzentriert, in geringer Flüssigkeitsmenge nicht sehr schmerzhaft. Was die Uebertragung der Lues auf die Kinder anbelangt, so sprachen sich alle Redner für die maternelle Uebertragung aus. Eine Infektion durch die paternelle Erbmasse wird abgelehnt.

Freitag war die Sektion 29 von den Röntgenologen zum Vortrag Bucky: **Ausblicke der Grenzstrahlentherapie** geladen. Es handelt sich dabei um ganz weiche Röntgenstrahlen, wie sie bisher in der Medizin noch nicht verwendet wurden. Redner schreibt ihnen eigenartige Wirkungen zu, z. B. Leukozytensturz innerhalb der ersten ¼ Stunde nach ihrer Einwirkung auf die Haut. 95% aller Dermatosen sollen dieser Grenzstrahlenbehandlung zugänglich sein. Das fundamental Wichtige bei ihrer Anwendung sei ihre absolute Ungefährlichkeit mit Bezug auf Röntgenschäden. Redner zeigte am eigenen Unterarm Folgen verschieden langer Bestrahlungen, die sich vom zartrosa Flecken bis zum tiefroten Erythem erstreckten. Auch bei Epilation kommt diese Grenzbestrahlung in Betracht. Ganz besonders aber müssen die Mitteilungen des Referenten von der Heilbarkeit des Lupus innerhalb drei Wochen bis drei Monaten interessieren. Die Bestrahlungtechnik geht darauf hinaus, Blasenbildung zu erzielen. Ferner demonstrierte Redner das Bild eines seitlich an der Nase sitzenden Kankroids, welches der Röntgen- und Radiumbehandlung getrotzt und bereits auf das knöcherne Nasengerüst übergegriffen hatte. Eine Erklärung für die Wirkung der Grenzstrahlen in diesem Falle vermochte der Vortragende nicht zu geben. Die infiltrative Schwellung, welche noch auf dem Bilde zu erkennen war, ist, den Mitteilungen des New Yorker Assistenten des Ref. entsprechend, in idealer Weise geschwunden. In der Diskussion wurde bemängelt, daß die bisherigen Angaben über die Technik der Bestrahlungen zu ungenau gewesen seien. Ein nach diesen hervorgerufenes Erythem habe sich erst nach sechs Wochen, genau wie man dies bisher zu sehen gewohnt war, zurückgebildet.

In der anschließenden dermatologischen Sitzung sprach Lipschütz-Wien über **Herpes zoster und Varizellen und ihre Beziehungen zueinander.** L. arbeitet seit 15 Jahren an der Klärung dieses Problems. Im Mittelpunkt steht die Frage: Ist Zoster überhaupt infektiös? Die Tatsache spricht dafür, daß man Zoster experimentell durch Impfung auf die Kornea des Kaninchens übertragen kann. In vielen, sehr schönen Schnittpräparaten zeigte Ref., daß sich beim Zoster ganz regelmäßig Gebilde finden, die in Beziehung zu den Zellkernen stehen. Diese „Zosterkörperchen" finden sich nur beim echten Zoster, nicht beim Herpes simplex. Die Versuche einer Uebertragung auf den Menschen blieben erfolglos, wenn es sich um Erwachsene und schulpflichtige Kinder handelte. Kleinkinder reagierten positiv. Es kommt zu einer Lokalreaktion. Zuerst entsteht ein roter Fleck, dann ein Bläschen, das nach einigen Tagen wieder eintrocknet. Das oder die Bläschen sind aber viel größer als die bekannten Herpesbläschen. Die Untersuchung ergab, daß es sich hier um echte Varizellen handelte. Eine Tatsache verdient noch Erwähnung: Kinder, die Varizellen überstanden hatten, waren refraktär gegen die Herpesimpfung und umgekehrt. Im Serum von Zoster und Varizellen wurden spezifische Antikörper nachgewiesen. L. ist der Ansicht, daß Zoster- und Varizellenvirus den gleichen Stamm haben und nur in ihrer Wirkungsweise verschieden sind. Bei Varizellen dürfte es sich mehr um ein dermotropes, bei Zoster um ein neurotropes Virus handeln. Den echten Zoster vom sogenannten Herpes simplex zu trennen, ist nicht schwer. Echter Zoster läßt sich nur auf Kleinkinder verimpfen. Seine Inkubation ist 10—14—16 Tage, während Herpes simplex eine Inkubation von nur 24 Stunden hat.

Hierauf folgten ziemlich wahllos die noch zurückgebliebenen Referate des Vortages mit einer großen Anzahl von Patientenvorstellungen. Bemerkenswert darunter war die Demonstration einer neuen Hefepilzerkrankung, der **Schizosaccharomykose**, durch Benedek-Leipzig. Geheilt wird sie durch intrakutane Einspritzungen mit Autoserum. Klein zeigte eine Auswahl aus 40 durch Aurophos gut gebesserten Fällen von Bazin und Lupus pernio, Arzt-Wien Photographien von Knochenbildungen in der Haut. Das mikroskopische Bild bewies die Tatsächlichkeit echter Knochenbildung.

Der ganze Freitagnachmittag war ausgefüllt mit der Besprechung **über die Malariabehandlung der Frühsyphilis.** Das Thema war mit Absicht etwas enge gestellt, doch ließ es sich bei der Wichtigkeit dieser neuen Behandlungsart nicht vermeiden, daß das ganze Problem der Syphilisbehandlung mit Malaria aufgerollt wurde. Besonders interessant war der Austausch der in verschiedenen Kliniken gesammelten Erfahrungen. Die Einführung der Malariaimpfung in die Therapie ist eine der hervorragendsten medizinischen Leistungen der letzten Jahre. Dies zeigte auch die herzliche, spontane Begrüßung, die dem Vater der Methode, Wagner von Jauregg-Wien, zuteil wurde.

Zuerst sprach Bering-Essen von seinen **bisherigen Erfahrungen über die Malariabehandlung der Frühstadien der Syphilis.** Ist das Zentralnervensystem noch nicht charakteristisch erkrankt, der Liquor aber bereits positiv, so muß eine Sanierung des Liquors angestrebt werden. Liquorveränderungen im Sekundärstadium bedeuten eine Gefährdung des Zentralnervensystems. Gleichwohl bieten positiver Wassermann, neben den Liquorresultaten, Auszählung der Lymphozyten, Nonne, Pandy, Mastix- und Goldreaktion erst ein Bild. B. führt nur noch die Okzipitalpunktion, und zwar im Sitzen, aus, da die Lumbalpunktion häufig von Meningismus gefolgt war. Die Okzipitalpunktion konnte in 1230 Fällen ambulant, ohne Schädigung vorgenommen werden. Vorhandene Exantheme waren auf den Liquorbefund ohne Einfluß, wohl aber auf den Verlauf der Erkrankung. Schon im Frühstadium der Syphilis waren bei 372 Patienten in 9% starke und in 23% schwache Liquorveränderungen zu konstatieren. Bei Lues latens, sechs Jahre p. inf., fanden sich bei 157 Fällen 23% bedeutende und 14% geringere Liquorveränderungen. Die Gefahr der Infektion des Zentralnervensystems nimmt also zu. Bei 119 gut behandelten Fällen war der Liquor in 9%, bei 85 mittelgut behandelten in 22%, bei 180 schlechtbehandelten Fällen in 26% stark positiv. Trotz intensivster Behandlung gibt es immer Fälle, die nicht reagieren. Alle Fälle des zweiten Stadiums müssen nach zwei bis drei Jahren wieder der Liquorkontrolle unterworfen werden. Es besteht keine Regel zwischen Wassermann und Liquorbefund. Der Blutwassermann sagt nichts über den Zustand des Zentralnervensystems. Mit der Malariabehandlung muß möglichst frühzeitig begonnen werden. 457 Fälle wurden zu Heilzwecken mit Malaria infiziert, davon 137 nachuntersucht. Die Besserung des Liquorbefundes setzt oft erst später, bis zu 18 Monaten nach Abschluß der Behandlung ein. Am raschesten besserte sich der Zellbefund, es folgt die Goldsolkurve und schließlich langsam die WaR. Die Malaria ist auf die Sekundärerscheinungen von geringem Einfluß, wie überhaupt die Malariakrankheit allein nicht zur Luesbehandlung geeignet ist. Anders steht es in den bisher gegen die übliche Behandlung refraktären Fällen. Diese reagieren auf Malaria ganz enorm. Der Vortragende beginnt die Behandlung mit einer energischen Wismutkur (25 Spritzen zu 0,1 Bi.), dann wird mit Malaria infiziert, alsdann eine Nachkur mit Salvarsan. Rezidive im Liquorbefund sind bei dieser Art der Behandlung noch nicht beobachtet. Ein Fall blieb unbeeinflußt, ein Fall wurde verschlechtert, vielleicht im Sinne einer Provokation. Die Rekurrensbehandlung wird abgelehnt, weil sie sich im Gegensatz zur Malaria vom Arzte nicht beherrschen läßt. Die Infektion mit Malaria zu Heilzwecken bietet für die Umgebung des Patienten keine Gefahr. Die Kranken liegen unter den anderen Patienten, schon um Heimlichkeiten vorzubeugen. Für dekrepide Kranke ist die Kur nicht ganz ungefährlich. Die Hauptgefahr droht von seiten des Herzens. Ausgezeichnete Pflege ist erforderlich, weshalb unbedingt der Krankenhausbehandlung das Wort geredet wird. Referent faßt seine Ausführungen dahingehend zusammen: 1. Energische Salvarsan-Wismutkur ist in jedem Fall von Syphilis Bedingung, 2. Malariakur ist angezeigt in allen Fällen, wo der schon positive Liquor im Sinne einer Bedrohung des Nervensystems gewertet werden muß.

Die Klinik Finger-Wien (Referent Stein) arbeitet mit kombinierter Salvarsan-Malariabehandlung. Die Malariakur ist die beste unspezifische Behandlungsmethode, die wir kennen. Die kombinierte Kur wird mit 3 g Neosalvarsan eingeleitet. Die Malaria-Salvarsankur ist als einzige imstande, bestehende Liquorveränderungen, die trotz vorhergegangener antisyphilitischer Behandlung nicht gewichen sind, zu beseitigen. Sie ist sozusagen der letzte Rettungsanker. Bereits im Sekundärstadium wird auch bei negativem Liquorbefund die kombinierte Malaria-Salvarsankur eingeleitet. Denn diese Methode wirkt anscheinend umso intensiver auf WaR. und Liquorbefund, je früher sie Anwendung findet. Es ist möglich, daß sie die ganze, bisher übliche kombinierte Behandlungsweise zu ersetzen vermag. Bei einer nur halbwegs geeigneten Pflege ist sie gefahrlos. Auch Gravidität ist keine Kontraindikation. Je älter die Erkrankung, desto schwieriger die Heilung. Deshalb Frühbehandlung! Nur in etwa 1% der behandelten Fälle blieb der Liquor unbeeinflußt. Eiweißabbauprodukte anderer Art besitzen keine Heilwirkung. Auffallend waren für unsere (reichsdeutschen) Begriffe die relativ hohen Gesamtdosen von Salvarsan. Durchgängig erhielt ein Patient im Verlaufe seiner Kuren mehr wie 40 g. Eine Steigerung bis 55 g scheint nichts Ungewöhnliches zu sein. Seit 1922 wurden auf der Klinik Finger 501 Patienten nachuntersucht. Davon waren in 92% der Wassermann und in 98% der Liquor günstig beeinflußt.

Mulzer-Hamburg unterstreicht die Kontraindikationen: Herzfehler, Lungentuberkulose, Arteriosklerose. Die Mückenmalaria konnte mobilisiert werden, deshalb wurden nur Frauen als Blutspender genommen, da Seeleute allzu häufig mit Malaria infiziert sind. Referent beginnt die Kur mit 3 g Neosalvarsan und zehn bis zwölf Spritzen Wismut. Dann werden 5 ccm defibrinierten Blutserums intravenös eingespritzt. Es folgen acht bis zehn Anfälle. Die Malariakur kann nur in gut eingerichteten Kliniken durchgeführt werden. Im Urin fanden sich Urobilin, Urobilinogen und Spuren Albumen. Bisweilen schwollen Milz und Leber schmerzhaft an und stellten sich Bronchitiden mit Atemnot ein. Prophylaktisch würden dreimal fünf Tropfen Digitalysat gegeben. Die Patienten müssen energisch abmagern. Die Malaria wurde mit folgenden Tagesdosen Chinin kopiert: fünfmal 0,2, viermal 0,2, dreimal 0,2, zweimal 0,2, einmal 0,2. Nach der Kupierung trat meist schnelle Erholung ein. Direkt nach der Kupierung beginnt die Nachkur mit 3 g Neosalvarsan. Eine Unterbrechung der Kur war nie erforderlich. Das Saprovitan (ein neues Mittel der Fiebererzeugung) ist keineswegs ein Ersatz der Malariabehandlung der Neurolues.

Zieler-Würzburg unterstreicht die Bemerkung Berings, daß die Malariabehandlung nur im Krankenhaus sachgemäß durchgeführt werden könne. Die Malariakur als solche schütze nicht vor Tabes und Paralyse, nur die kombinierte Kur verspreche Erfolg.

Die Bonner Klinik lehnt bei negativem Liquor die Malariabehandlung der Frühsyphilis ab. Mit der bishergen intensiven Kur ist die Lues auch im Sekundärstadium in hohem Prozentsatz heilfähig. Die Salvarsanresistenz liegt im Organismus des Kranken begründet.

Delbanco-Hamburg lehnt die Malariakur vollständig ab, da es für ihn eine Gewissensfrage sei, ohnehin kranke Menschen noch mit einer so schweren Krankheit wie Malaria zu infizeren.

Kirschbaum vom Tropeninstitut Hamburg sprach über die Parasitologie der Malaria. Diese Krankheit ist durchaus nicht ungefährlich. Immerhin ist die Malaria tertiana noch harmlos. Zu beachten ist, daß bei ihr in 80% das „Anfangsfieber“ auftritt. Man versteht darunter eine tagelange Temperaturunregelmäßigkeit, die etwa am vierten Tage in den großen Anfall übergeht. Früher an spontaner Malaria Erkrankte reagieren meist nicht im Sinne einer Heilwirkung auf Tertianaimpfung. Man kann aber bei solchen Patienten eine Malaria quartana versuchen, welche immerhin durch Chiningaben ärztlich noch zu beherrschen ist. Wird Chinin per os nicht gut vertragen, gibt man es intramuskulär. Auf diese Art ist die Wirkung eine nachhaltigere. Referent erinnert daran, daß das Salvarsan als solches gegen die Malaria sehr wirksam sei, weshalb die in Wien geübte Salvarsan-Nachbehandlung zugleich der Malariabekämpfung und der Luesheilung dient. In den Tropen erworbene Malaria schützt nicht vor Paralyse.

Aus dem Krankenhaus München-Schwabing wird gegen Erbrechen im Laufe der Kur die alte Mischung: Chloroform-Gummi-Aq. dest. aa empfohlen. Intravenös wird Solvochin besser vertragen als Chinin. Auch bei Lues 1 und 2 wurden dort gute Resultate erzielt. Ist der Liquor im Frühstadium positiv, wird Malariakur eingeleitet. Diese bewirkt eine stärkere Aufnahmefähigkeit für Wismut.

Dreyfuß-Frankfurt unterscheidet zwischen primär negativem und sekundär negativem Liquor. Als primär negativen Liquor bezeichnet er das Punktat eines fünf Jahre nicht antiluetisch Behandelten. Diese Fälle bleiben sicher von Paralyse verschont. Bei primär positiven Liquorfällen kommt es in 40% zu Paralyse. Bei Frühfällen ist eine Liquorsanierung in allen Reaktionen zu erzielen, wobei die Kolloid- und die WaR. die wichtigsten sind. Die kombinierte Malaria-Salvarsanbehandlung leistet für die Nervenlues unendlich mehr, wie die bisherigen Verfahren. Es gibt Tabiker, deren Liquor für immer negativ bleibt. Saprovitan ist das einzige Medikament zur sicheren Erzeugung von Fieber. Seine Wirkung ist zeitlich begrenzt. Jedoch stellt seine Anwendung lediglich einen „Ersatz“ für die Malariabehandlung dar, denn kein Mittel ist so sicher wie sie.

In der ferneren Diskussion wird darauf hingewiesen, daß man dem Patienten nach der Kupierung Zeit zur Erholung lassen müsse, ehe man die zweite Salvarsankur beginnt. Im Gegensatz zu der von einem Redner geforderten Abmagerung, wird Wert darauf gelegt, daß die Patienten, unter Heranziehung der Lichtbehandlung erholt, die Klinik verlassen. Ein Wiener Neurologe macht darauf aufmerksam, daß auch die Behandlung der Paralyse mit spezifischen Mitteln keineswegs ungefährlich sei (paralytische Anfälle nach Injektionen). Da man nicht weiß, wann eine Paralyse einsetzt, soll die Malariakur dann angewendet werden, wenn zwei oder drei Kuren den Liquor positiv lassen. Ein Vergleich der Spontanmalaria mit der gametenfreien Impfmalaria scheint unzulässig.

Wagner v. Jauregg-Wien weist auf die wunderbare Nachwirkung der Malariakur auf den Liquor im Gegensatz zu den spezifischen Mitteln hin. Während der günstige Einfluß der spezifischen Mittel auf den Liquorbefund oft rasch schwindet, erleben wir bei der Malariakur noch nach Jahren Liquorsanierung. Bei der Spontanmalaria kennt man paralytische Remmissionen, bei der Impfmalaria sind sie bis heute unbekannt. Der Autor weist darauf hin, daß es bisweilen geraten erscheine, dem mit Malaria Infizierten Zeit zur Erholung durch die Darreichung kleiner Chinindosen zu gewähren.

In vorgerückter Stunde wurden noch einige Vorträge nachgeholt.

Frühwald-Chemnitz demonstrierte **Sphinkterveränderungen der Blase bei der Gonorrhoe der Frau.** Der im Endoskop normal als glatter Rand erscheinende Sphinkter wird durch die Gonorrhoe in höckeriger Art verändert. Es kann auch zu beträchtlicher Polypenbildung kommen.

Müller-Wien: **Die Ballungsreaktion (MBR) im Liquor cerebrospinalis.** Das Reagens besteht aus Herzlipoid und Cholesterin. Schering stellt einen cholesterinierten und eingeengten Extrakt her, der dauernd haltbar ist. Nach Zusatz dieses Extraktes tritt, bereits nach einigen Stunden Bebrütung, Ballung auf.

Barnewitz-Essen: **Uebertritt per os genommenen Broms in das Blut und den Liquor cerebrospinalis in den verschiedenen Stadien der Lues.** Während 5 Tagen wird Brom gereicht. Das Verhältnis des im Blut nachweisbaren Broms zu dem im Liquor beträgt 3:1. Die Lues macht im Verlaufe der Infektion eine erhöhte Durchlässigkeit für Brom. Diese ist anscheinend von schlechter Prognose. Der Funktionszustand der Blut-Liquorschranke bietet so vielleicht einen prognostischen Ausblick.

Bergel-Berlin: **Der klinische, anatomische, serologische Symptomenkomplex der Syphilis als Ausdruck der Abwehrreaktion des Organismus mit Filmvorführung.** Ref. hat in den Lymphozyten ein fettspaltendes Ferment entdeckt. Er hält deshalb die Lymphozytenansammlungen in den syphilitischen Krankheitsherden und die Lymphdrüsenschwellungen für Abwehrreaktionen des Organismus gegen die ein Lipoid enthaltenden Spirochäten. In sehr schönen kinematographischen Vorführungen zeigte B., daß in der Tat die Lymphozyten imstande sind, Spirochäten zu vernichten, indem sie sie in sich hineinziehen und dort zerstören. Auch konnte Ref. durch bestimmte Vorbehandlung von Tieren Extrakte gewinnen, die unter den Augen, wie ebenfalls im Film gezeigt wurde, lebende Spirochäten zu körnigem Zerfall und zur Auflösung bringen. Zum Schluß demonstrierte Ref. im Film Bilder aus dem Gebiet der experimentellen Kaninchensyphilis, Erkrankungen der Herzklappen und Gefäße, die den anatomischen Veränderungen beim Menschen durchaus entsprechen.

E. Kottmaier. Mainz.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 38., 17. September 1926.

Standpunkte in der inneren Medizin. v. Krehl.
Untersuchungen über die Sonderstellung des Nervensystems zur Spirochäteninfektion. Plaut.
✦ Kann das Tierexperiment zur Diagnose der menschlichen Syphilis verwendet werden? Mulzer.
Zum Problem der Purpura fulminans. Mosawitz.
Verhalten der Darmfäulnisprodukte im Blut und Harn beim Schütteln mit Kohle. Becher.
Grundlegende Fragen der vererbungsbiologischen Zwillingsforschung. Verschner.
✦ Insulin und Nichtdiabetiker. Jaksch-Wartenhorst.
Nachweis und Registrierung aktiver Bewegungen der Portio. Hinselmann und Korallus.
✦ Fortschritte in der Behandlung des Krebses. Opitz.
Seroreaktion zum Nachweis präzipitierender Antikörper bei aktiver Tuberkulose. Lehmann-Facius und Loeschke.
Röntgenbestrahlung akuter Entzündungen. Schüler.
Psychologie des Sportmanns. Ruhemann.
Gegenwärtiger Stand der Benedictschen Methode zur Bestimmung des Gasstoffwechsels. Müller.
Erfrierung. v. Zumbusch.

Kann das Tierexperiment zur Diagnose der menschlichen Syphilis verwendet werden? Bisher hat das Tierexperiment zur Feststellung der Diagnose bei klinisch zweifelhafter Syphilis des Menschen keine große Rolle gespielt. Das Kaninchen erwies sich wohl als außerordentlich brauchbares Versuchstier für die experimentelle Syphilisforschung, doch erkankten diese Tiere erst dann regelmäßig und mit schweren syphilitischen Erscheinungen, wenn ein durch viele Hodenpassagen in seiner Virulenz gesteigertes Material verimpft wurde. Verimpfungen von menschlichem syphilitischen Material riefen nur geringfügige, lediglich dem Geübten erkennbare lokale Impfaffektionen (Orchitis circumscripta) hervor, selbst wenn dieses von frischem Syphilis stammte und massenhaft Spirochäten enthielt. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch, daß obwohl keine Krankheitserscheinungen sich zeigen, die Infektion haften kann („stumme Infektion“). Durch Verimpfung von Milz-, Leber- und Knochenmarkbrei solcher mit menschlichem Material anscheinend erfolglos geimpfter Kaninchen auf Affen wurden typische Primäraffekte hervorgerufen. Einen weiteren Fortschritt bedeutete die Erkenntnis, daß Organverimpfungen von anscheinend ergebnislos mit menschlichem syphilitischem Blut vorbehandelten Kaninchen, sogen. „Nullern“ zu pathologischen Liquorveränderungen führen konnten. So konnte die Liquorpunktion in Ergänzung der Tierexperimente zur Feststellung der menschlichen Lues dienen, indem die Liquorveränderungen einwandfrei auf die Anwesenheit von Spirochäten im Blut des Spenders schließen ließen. Weiterhin ergab sich bei Verimpfung von Hodenstücken oder Poplitealdrüsen der anscheinend erfolglos mit direkt vom Menschen stammendem Material geimpften Versuchstieren, daß — abgesehen von wenigen Versagern — die meisten der geimpften Tiere mit syphilitischen Primäraffekten und Drüsenschwellungen erkankten. Die menschliche Syphilis hat somit — ohne daß eine Schankerbildung sich ergab — bei den Tieren gehaftet und zu einer chronischen symptomlosen Lues geführt. Diese „stumme Infektion“ ist sicherlich auch beim Menschen häufiger als allgemein angenommen wird. Jedenfalls sind diese Vorgänge bei der experimentellen Kaninchensyphilis geeignet, das biologische Geschehen bei der menschlichen Syphilis dem Verständnis näher zu bringen. So läßt sich durch das Tierexperiment erweisen, daß die Spirochäten die unverletzte Schleimhaut passieren können (Vagina, Konjunktiva) und eine syphilitische Allgemeininfektion ohne Primäraffektbildung bedingen können. Das Drüsenverimpfungsverfahren an nur einer Passage und an nur einem Tier ist kein unbedingt zuverlässiges Mittel zur Entscheidung, ob ein Kaninchen spirochätenfrei ist oder nicht. Durch Kombination der verschiedenen Verimpfungsmethoden, durch Einfügen von Passagen und Verwendung von Impfserien gelingt es, den Prozentsatz negativer Impfresultate so weit herabzudrücken, daß aus negativ verlaufenem Tierversuch weitgehende Schlüsse auf das Nichtvorhandensein von Lues oder auf Heilung der Syphilis bei dem Spender des Ausgangsmaterials zu ziehen sind. So können viele Probleme der Luespathologie und -Therapie (Abortivheilung, Malariawirkung) ihrer Lösung nähergebracht werden.

Insulin und Nichtdiabetiker. Bekannt sind die guten Erfolge der Insulintherapie bei den durch Abmagerung bedingten Fällen von Enteroptose. Bei der Basedowschen Krankheit wird eine Reihe von Symptomen durch lange durchgeführte Insulininjektionen gebessert (Tachykardie, Tremor, Schweißausbruch). Dauererfolge wurden nicht erzielt. Am besten sind die Ergebnisse der Insulinbehandlung bei Lebererkrankungen, wie sie zuerst P. F. Richter angab. Beim Icterus catarrhalis verschwindet der Ikterus bei täglicher Darreichung von

40—100E ohne weitere therapeutische Maßnahmen sehr rasch. Schon nach der ersten Injektion sinkt der Bilirubinspiegel im Blut deutlich, während die Alkalireserve ansteigt. Unterstützend wirkt die gleichzeitige Durchführung einer Karlsbader Trinkkur. Bei den einer Heilung natürlich nicht mehr zugänglichen diffusen Lebererkankung wie Zirrhose und Karzinomatose bewirkte das Insulin in den meisten Fällen eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens, zu einem Teil resultierten beträchtliche Gewichtssteigerungen. Auffällig war auch hier der Rückgang der Bilirubinämie mit Abnahme des Ikterus sowie häufig das Schwinden des so lästigen Hautjuckens. Interessant erscheint die Tatsache, daß bei Leberkranken der Blutzucker bei vollständiger Deckung der Insulindosen mit Kohlehydraten stärker absinkt, als es beim Normalen unter gleichen Bedingungen der Fall ist. Daher treten die Erscheinungen der Hypoglykämie bei solchen Kranken leichter und früher auf, wenn sie auch zumeist ungefährlich bleiben.

Fortschritte in der Behandlung des Krebses. Die vereinzelt beobachteten sicheren Spontanheilungen des Krebses, sowie die Tatsache, daß die in den Organismus verschleppten Krebszellen zumeist vernichtet werden und sich nur zu einem kleinen Teil zu Metastasen entwickeln, beweisen, daß der Körper über Kräfte verfügt, welche gelegentlich den Krebs zu vernichten imstande sind. Für gewöhnlich führen diese Heilungsbestrebungen nicht zum Erfolg, da die Abwehrkräfte verhältnismäßig leicht von der Geschwulst überwunden werden. Es erscheint keineswegs aussichtslos, diese im Körper vorhandenen Abwehrkräfte so zu unterstützen, daß sie die Rückbildung des malignen Tumors bewirken. Der Grund für das Versagen der meisten bisher angewandten „Mittel" im weitesten Sinne liegt in den so verschiedenen Entstehungsbedingungen, der Ungleichartigkeit der Fälle und dem häufig gewählten falschen Angriffspunkt. Nur zufällig kann ein beliebiges Mittel grade so auf die Erkrankung einwirken, daß freie Bahn den Abwehrkräften geboten wird. Der Erfolg kann nur erwartet werden, wenn durch Zusammenstellung nach verschiedener Richtung wirkendes Mittel die Geschwulst in umfassender Weise angegriffen wird.

Der Plan, auf diesem Wege der Heilung des Krebses näher zu kommen, ist nur zu verwirklichen, wenn die entsprechenden pathophysiologischen Grundlagen des Geschwulstwachstums und der Geschwulstrückbildung vorhanden sind. Sehr fruchtbar erweisen sich die genaue histologische Untersuchung und die Beobachtung der chemischen und physikalischen Lebensvorgänge unter und nach dem Einfluß der Röntgen- und Radiumbestrahlung. Zur Ergänzung der gewonnenen Ergebnisse wurden ausgedehnte Versuchsreihen mit Impfkrebsen an Tieren aufgestellt. Die so vermittelten Erfahrungen führen zu der Auffassung, daß nicht, wie allgemein angenommen wird, die Wirkung der Strahlen in einer Abtötung der Geschwulstzellen sich erschöpft, sondern daß im Geschwulstbett und im ganzen übrigen Körper sich Vorgänge abspielen, welche wahrscheinlich für die Rückbildung ausschlaggebend sind. Die Allgemeinreaktion kommt an den verschiedensten Organsystemen zum Ausdruck (Vaguserregung, Reizung der Blutbildungsstellen, Pankreashypersekretion, Akalisierung des Blutes). Auch im Geschwulstbett vollziehen sich unter der Bestrahlung große Veränderungen, welche der Schädigung der Krebszellen zeitlich vorangehen. Als direkte lokale Folge der Strahleneinwirkung sind eine mächtige Flüssigkeitsansammlung, Wucherung der fixen Gewebszellen, eine lebhafte Neubildung von Kapillaren und eine allgemeine Hyperämie wahrzunehmen.

Weiterhin legen die bisher über die Krebskrankheit bekannten Tatsachen die Auffassung nahe, daß der eigentliche Beginn der Erkrankung nicht in einem Geschwulstherd allein zu erblicken ist. Die so oft im Vordergrund stehende Geschwulstentwicklung ist nur die Folge einer gewissen Zustandsänderung des Körpers, die sich aus äußeren Bedingungen (Gewohnheiten der Zivilisation), aus erworbener oder angeborener Körperverfassung (pyknischer Typ häufiger vom Krebs befallen als der ausgesprochen vagatonische, Alter) und örtlicher Veranlagung (Häufigkeit des Krebses in alten Narben) ergibt. Wenn der Krebs erst entstanden ist, so finden sich viele Erscheinungen, die entweder eine Folge des örtlichen Krankheitsherdes oder eine Fortentwicklung der Krebsveranlagung darstellen (Serumlabilität, Auftreten abnormer Stoffwechselprodukte, zunehmene Säuerung des Blutes). Jedenfalls ist der Krebs eine Erkrankung, die anfangs an sich örtlich bleibt, jedoch durch lange vorausgehende, vielfältige und nicht immer gleichartige Störungen erst ermöglicht wird. Aus dieser „Anlage" wird bald eine Allgemeinerkrankung, die in gegenseitiger Abhängigkeit mit dem Geschwulstwachstum weiter abläuft. Die bisherigen Mißerfolge der Krebsbehandlung sind deswegen erklärlich, weil die therapeutischen Maßnahmen nur gegen eine einzelne Erscheinung in dem so vielseitigen Krankheitsbildung, zumeist unmittelbar gegen die Krebszellen gerichtet wurden. Es gilt nicht die Krebszelle, sondern die Krebskrankheit zu bekämpften!

In erster Linie wird die Umstimmung des Körpers angestrebt, um die Krebszellen durch Entziehung der für sie erforderlichen Bedingungen an der schrankenlosen Vermehrung zu hindern. Die Krebszelle ist trotz ihrer ungeheuren Vermehrungsfähigkeit ein sehr hinfälliges Gebilde, dessen Vernichtung nur deswegen so schwer gelingt, weil die Krebszelle sich selbst ihre Lebensbedingungen schafft. Der abnorme Stoffwechsel führt durch Verbrennung des Zuckers unter Milchsäuregärung bei geringem Sauerstoffverbrauch zur sauren Reaktion der Umgebung und damit zur Wucherungsfähigkeit der Krebszelle. Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es — von diesen Gedankengängen ausgehend — regelmäßig selbst in fortgeschrittenerem Stadium die Impfkrebse bei Mäusen zum Rückgang zu bringen. Für den Menschen wurden zwei im Prinzip verschiedene Reihen von Mitteln, nach ausgiebiger tierexperimenteller Prüfung, benützt. Es wurden einmal „Anabole" zugeführt, einfache chemische Körper vom Charakter der Olefine, die mit einer „Kontaktsubstanz" (Farbstoff, Metall, Schwefelverbindungen) verbunden sind. Durch diese Anabole wurde eine ausgesprochene Stoffwechselwirkung erzielt, die erst indirekt zum Rückgang der Geschwulst führte. In der Mehrzahl der Fälle wurde selbst bei schwer kachektischen eine ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens (Erwachen der Eßlust, Gewichtszunahme) beobachtet. Auch kam es vielfach zu einer unvollständigen Rückbildung der Geschwülste. Eine Heilung des Krebses ist mit den Anabolen allein im Tierversuch nicht zu erreichen. Zur Unterstützung dieses Präparates wurde eine Regelung der Kostform durchgeführt. Gewisse Salze (Kalzium, Silizium, Phosphorsäure und Arsen) wurden verabfolgt, Kochsalz und Kalzium wurden soweit als möglich entzogen (Ersatz durch Natrium formicicum). Das tierische Fett in der Nahrung wurde durch pflanzliches Oel ersetzt. Von größter Wichtigkeit ist die kalorisch reichlich bemessene Nahrungszufuhr, um die Widerstandskraft des Körpers zu fördern.

Die zweite Reihe von Präparaten „919" zielt auf eine direkte Beeinflussung der Geschwulstzellen (Mischung von Adrenalin, Cholin, Cer und Trypanblau). In günstigen Fällen ruft dieses Präparat sehr starke Rückbildungsvorgänge, ja Einschmelzung selbst großer Geschwülste hervor. Die Allgemeinwirkung auf den Kranken tritt — bei deutlicher Herdreaktion — in den Hintergrund. Die besten Ergebnisse wurde bei Kombination der Zufuhr dieser Präparate (intramuskuläre Injektion bei völliger Bettruhe) mit Bestrahlung beobachtet, auch bei solchen Kranken, die vorher vergeblich bestrahlt wurden. An der Vervollkommnung dieser Mittel wird noch gearbeitet, so daß sie vorläufig dem freien Handel nicht zur Verfügung stehen. (Anabol wird bereits an Krankenhausärzte abgegeben.) Bisher wurden (mit Ausnahme von drei Uteruskrebsen) 36 Fälle inoperable und hoffnungslos Krebskranke mit den Einspritzungen behandelt (zum überwiegenden Teil Portio-Uterus und Mammakarzinome), 19 wurden erheblich gebessert (Rückgang der Geschwulst, Beeinflussung des Allgemeinbefindens), 10 starben, 7 wurden nicht sonderlich beeinflußt. Von Heilung kann bei der Kürze der Beobachtungszeit nicht die Rede sein. Es ist jedenfalls festzustellen, daß in einer Reihe von verzweifelten Fällen neben den unter solchen Umständen zu erwartenden Mißerfolgen zweifelsfreie und längere Zeit anhaltende Besserungen herbeigeführt werden konnten, auch dort, wo die Strahlenbehandlung fehlgeschlagen war und operative Eingriffe nicht mehr in Frage kamen.

Eine Reihe von Krankengeschichten mit zahlreichen histologischen Abbildungen bezeugt, daß auch in den erfolglos mit Einspritzungen behandelten Fällen eine deutliche Einwirkung auf die Geschwulst zustande kommt (Verschwinden und Degeneration der Krebszellen, Zunahme des Bindegewebes), welche den mit der üblichen Röntgen-Radiumbestrahlung erzielten Veränderungen gleichzustellen ist.

Nr. 39, 24. September.

Verhalten des Kreislaufsystems beim Wettlaufe. Brandeis.
Klinische Erfahrungen bei puerperalen Gasbazilleninfektionen. Lehmann.
Mißerfolge nach Appendektomien. Kelling.
Wesen und Behandlung des Kardiospasmus. Schindler.
Nährwertbegriff sowie über volkstümliche Nährwertangaben und deren graphische Darstellungen. Fincke.
Psychopathologie und Therapie einer Janetschen Abspaltung. Schack.
Beiträge zur forensischen Geburtshilfe. Hofmeier.
Klinische Erfahrungen zur Cholezystographie Schöndube.
Fortschritte in der Behandlung des Krebses. Opitz, Vorländer und Jung.
Experimentelle und biologische Versuche zur Karzinomtherapie. Vorländer und Jung.

Klinische Erfahrungen zur Cholezystographie. Die Injektion des Kontrastmittels (3,5 g Tetrajodphenolphthaleinnatrium Merck in 40 ccm Aq. bidest. gelöst in 7 bis 8 Minuten intravenös injiziert, im Anschluß an die Injektion sofort zur Vermeidung einer Thrombophlebitis 10 ccm physiologische Kochsalzlösung nachspritzen!) wird am besten in den Vormittagsstunden vorgenommen, um durch die nach fünf Stunden vorzunehmende erste Röntgenaufnahme den wichtigen Füllungsbeginn einwandfrei beobachten zu können. Am Abend desselben Tages werden eine zweite und evtl. eine dritte Platte angefertigt. Eine störende Fehlerquelle ist bei diffuser Erkrankung der Leber gegeben (stärkerer Ikterus), weil bei ausgedehnter Parenchymschädigung der Farbstoff nicht in genügender Konzentration in die Gallenblase ausgeschieden werden kann.

Bei galle- und lebergesunden Menschen ist die Gallenblase nach fünf Stunden kontrastreich gefüllt, nach acht Stunden ist das Maximum der Dichte erreicht. Wenn nach acht Stunden der Beginn der Füllung nicht deutlich wurde, so ist eine pathologische Behinderung des Füllungsvorganges anzunehmen. Die Entleerung der Gallenblase ist nach 30 bis 35 Stunden beendet. Der Bestimmung der Entleerungszeit kommt keine große Bedeutung zu, zumal die einwandfreie Feststellung auf Schwierigkeiten stößt (zu große Zahl von Aufnahmen nötig, Patient darf keine Nahrung zu sich nehmen!).

Der Uebergang zwischen dem normalen kontrastreichen Schatten und pathologisch zarten Kontrastbild ist zwar ein fließender (Hinzutreten äußerer Faktoren, Dicke der Patienten), so daß zur sicheren Beurteilung größere Erfahrung notwendig ist. Neben der Dichtigkeit ist eine Aenderung der Gallenblasenform während der Beobachtung von ausschlaggebender Bedeutung. Mehrere, einige Stunden auseinanderliegende Aufnahmen sind daher unbedingt erforderlich. Normale Blasen erscheinen meist nach fünf bis acht Stunden groß, um später oft um die Hälfte verkleinert und kontrastreicher zu werden. Zur Prüfung der normalen Elastizität und der muskulären Kontraktilität sind Funktionsproben zweckmäßig. Nach der subkutanen Injektion von Hypophysenhinterlappenpräparaten (1 ccm Pituitrin, Parke, Davis) oder eine Probefettmahlzeit (mit Butter geschmolzene Mahlzeit von Gemüse und ein Stück Speck oder 20 ccm Olivenöl) kommt es nach kurzer Zeit zur Verkleinerung der Gallenblase und zum Fließen von Blasengalle (Kontrolle durch die Duodenalsonde). Bei der Kontraktion der Gallenblase bleibt die im Leberbett verankerte „Leberkurvatur“ fast unverändert, während an der „freien Kurvatur“ peristaltikähnliche Wellenlinien oder isolierte Einziehungen sich zeigen. Die Lage und Form der Gallenblase erleiden auch beim Normalen große Veränderungen. Nur konstante starke Einkerbungen und Einziehungen, fixierte Verlagerungen, mühselige Abknickungen und ausgesprochene indirekte Symptome (Winkelung der absteigenden Duodenalschlinge, Rechtsverziehung des Magens) machen eine Pericholezystitis mit Verwachsungen wahrscheinlich.

Bei negativem Ausfall der Cholezystographie und Negativbleiben der Pituitrinprobe ist die Diagnose Zystikusverschluß bei Cholelithiasis zu stellen, wenn das klinische Bild auf diese Diagnose hinweist. Als weitere röntgenologische Beweismittel sind Form- und Lageveränderungen des pathologisch zarten Gallenblasenschattens sowie positive Konkrementaufnahmen zu verwerten. Gute Steinschatten der nicht kontrastgefüllten Gallenblase treten bemerkenswerter Weise nur bei Zystikusverschluß auf, weil die Kalkimprägnation der Steine vorwiegend in der geschlossenen Gallenblase sich entwickelt. Die relative Häufigkeit von positiver Cholezystographie und negativem Ausfall der Funktionsproben lassen den Schluß zu, daß in pathologischen Fällen die Austreibungsfähigkeit der Gallenblase verloren geht, ehe die Fähigkeit, Lebergalle aufzunehmen, geschädigt ist. Diagnostisch am schwierigsten sind die gar nicht so seltenen Fälle von Lithiasis, wo trotz Vorhandensein von Steinen in der Gallenblase die Cholezystographie und die Funktionsprüfungen positiv ausfallen. Diagnostische Hilfe bieten zuweilen die mit der Duodenalsonde zu erhebenden Befunde (primärer Fluß dunkler Gallepartien, zum Teil mit pathologischem Sediment wie Cholesterinkristallen und Bilirubinschollen), welche röntgenologisch verdächtige Zeichen zu unterstützen vermögen (Schattenflecke auf der Konkrementaufnahme, schwache oder verspätete Füllung der Gallenblase, stärke Impression des Bulbus duodeni). Etwa in 3% der Fälle sind die Steine mit Kontraststoff imbibiert oder als Aussparungen im Schattenbild der Gallenblase sichtbar.

In der Schwangerschaft, wo am häufigsten eine reine Motilitätsstörung, eine Dyskinesie vorkommt, sind die kontrastreichsten Füllungen bei einer (50 Stunden) sehr verlangsamten Entleerungszeit anzutreffen. Die übernormale Eindickung der Gallenblase, wie sie in dem kontrastreichen Schatten zum Ausdruck kommt, sowie die Entleerungsverzögerung sind Zeichen der schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten einsetzenden Gallestauungen, welche die Konkrementbildung und Cholezystitis entstehen lassen.

Beschleunigte Entleerung ist vor allem bei konstitutioneller Ptose der Gallenblase anzutreffen, infolge einer Hypermotilität, die zu der Atonie des ptotischen Magens in gewissem Gegensatz steht. Bisweilen ist in derartigen Fällen das Auftreten tetanischer Anfälle nach der Pituitrininjektion zu beobachten, als Zeichen der allgemeinen Muskelübererregbarkeit.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 36, 3. September 1926.

Urologisches in Beziehung zu der Marienbader Heilquellen. Leopold Casper, Berlin.
✦ Eidetische Anlage beim Erwachsenen. K. vom Hofe.
✦ Rektoskopie bei atonischer Obstipation und zur Operationsbehandlung. V. Schmieden.
Bestrahlungstherapie der Struma maligna. Claus Barthels.
Möglichkeit von Schädigungen durch Proteinkörperinjektionen. Otto Laufer, Prag.
Bedeutung der renalen Hämaturien in der Chirurgie. Paul Balkanyi.
Statistik und Klinik der Lungengeschwülste. Heinrich Biberfeld.
✦ Ueberempfindlichkeit und Elektrolytwirkung. Erwin Pulay, Wien.

Eidetische Anlage beim Erwachsenen. Diese Bezeichnung, welche E. R. Jaensch geprägt hat, benutzt man in Bezug auf Personen, deren Anschauungsbilder anschaulich, d. h. sie sehen infolge des Charakters wirklicher Wahrnehmung die betreffenden Gegenstände tatsächlich vor sich entstehen. Es ist ein ganz präziser Unterschied, ob jemand nur eine Vorstellung von dem Geschehenen oder dem Gegenstande hat oder ob er die Bilder tatsächlich anschaulich vor sich sieht.

Im allgemeinen weiß man, daß bei Kindern diese Anschauungsbilder weit mehr ausgeprägt sind als bei Erwachsenen. Wenn man die Erscheinungen der Anschauungsbilder vom sinnesphysiologisch-psychologischen Standpunkte aus betrachtet, so kommt man zu Beziehungen zwischen Empfindungen einerseits und Vorstellungen anderseits; das sind Begriffe, welche heute noch zu den psychischen Grundelementen gezählt werden. Man weiß, daß Empfindungen im allgemeinen psychische Erscheinungen sind, welche durch Einwirkung eines äußeren Reizes auf ein Sinnesorgan hervorgerufen werden. Helmholtz hat darauf hingewiesen, daß unsere Wahrnehmungen nicht mehr auf reinen Empfindungen beruhen, sondern durch psychophysische Momente verändert zum eigentlichen Bewußtseinsinhalt werden.

Rektoskopie bei atonischer Obstipation und zur Operationsbehandlung. L. v. Aldor hat vor längerer Zeit die Möglichkeit angegeben, durch Rektoskopie charakteristische Veränderungen für die habituelle Obstipation zu finden. Er hat beschriebenn, wie bei der spastisch-hypertonischen Form bei Einführung des Rohres eine sichtbare Ringmuskelkontraktion des Darmes die Einführung des Instrumentes sperrt; diese wird durch warme Oeltupfer überwunden. Schmieden bestätigt weiter, daß der Darm bei der chronisch-atonischen Obstipation der Enteroptotiker an der leichten Passierbarkeit, an der Beweglichkeit, an der Blässe und völligen Glätte der Schleimhaut erkennbar ist. v. Aldor hat einen solchen Fall mit Hypophysin behandelt; jedoch war der Erfolg nur vorübergehend und Schmieden kommt zu dem Ergebnis, daß nach Versagen aller internistischen Mittel nur die Kolektomie übrig bleibt. Er geht darin mit v. Finsterer konform; denn nur die jedem Fall genau angepaßte, technisch richtig durchgeführte und erhebliche Wegverkürzung durch Resektion der untätigen Dickdarmabschnitte kann in solchen schweren Fällen Aussicht auf Erfolg haben.

Ueberempfindlichkeit und Elektrolytwirkung. Ueberempfindlichkeit ist für das Zustandekommen von Ekzem und Urtikaria anzunehmen. Pulay legt seinen Betrachtungen die Anschauungen von Friedrich Kraus-Berlin und seiner Schule, darunter besonders von Georg Peritz, zugrunde, wonach angenommen wird, daß die Elektrolyte die Regulatoren der Zellfunktion sind. An Hand der vorgenommenen Untersuchungen kommt Puley zu dem Schluß, daß die Ueberempfindlichkeit letzten Endes von der funktionellen Bereitschaft des vegetativen Systems abhängt, wobei der Weg über das Elektrolytsystem geht.

Nr. 37., 10. September 1926.

Form und Leben. A. Dietrich, Köln.
✦ Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Duodenalsaftes für die Klinik der Abdominalerkrankungen. W. Löwenberg.
Frühdiagnose der intrapulmonalen Tumormetastasen. Robert Kleinböck.
Der niedere arterielle Blutdruck — arterielle Hypotonie. Fritz Munk, Berlin.
Gesichtsekzem. Felix Pinkus, Berlin.
✦ Submuköses Myom im puerperalen Uterus. H. R. Schmidt.
Entstehung und Entfernung der oberflächlichen Gefäßektasien nach Röntgen- und Radium-Mesothoriumbestrahlungen. Joh. Fabry, Dortmund.
✦ Behandlung der eitrigen Peritonitis. Robert Pamperl.
Möglichkeiten einer internen Desinfektion der Galle. F. Rabe, Hamburg.
Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs. Leo Hess und J. Faltitscheck.
Tokokinine Stoffe mit sexualhormonartiger Wirkung aus Pflanzenzellen. M. Dohrn und W. Faure, H. Poll und W. Biotevogel.

Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Duodenalsaftes für die Klinik der Abdominalerkrankungen. An 300 Kranken haben Kuttner und Löwenberg den Duodenalinhalt bakteriologisch genau untersucht. Sie haben zunächst die bereits 1909 von Hirschberg und Liefmann gefundenen Feststellungen, daß der nüchterne Magen bei normaler Sekretion und Entleerungsfähigkeit keine wachstumsfähigen Keime enthält, bestätigt gefunden. Bei Herabsetzung der Salzsäuresekretion oder bei Entleerungsstörungen hingegen kommen mehr oder weniger Keime verschiedenster Art zur Entwicklung. Als pathogene Keime sind wohl hauptsächlich Colibazillen und Enterokokken anzugeben. Die Letzteren, welche wahrscheinlich identisch mit dem Streptococcus lacticus und Streptococcus faecalis sind, werden von Sittler, Tissier, Scheer u. a. als normale Darmbewohner angesehen. Sie können jedoch ebenso wie die Colibazillen pathogene Bedeutung gewinnen, wenn sie ihre gewöhnliche Ansiedlungsstätte verlassen und in andere Organe, besonders in die Harn- und Gallenwege einwandern. Verff. kommen auf Grund der eingehendsten bakteriologischen Prüfung bei den einzelnen Krankheitserscheinungen zu einer plausiblen Erklärung für das Zusammentreffen von entzündlichen Erkrankungen verschiedener Bauchorgane. Zur Behandlung, die in Spülung besteht, nehmen sie mit besonderer Vorliebe 200—300 ccm einer 10—15 prozentigen Magnesiumsulfatlösung, welche aber zeitweise infolge der durch Transsudation in dem Darm auftretenden Durchfälle unterbrochen werden muß. Ueber die Vakzinebehandlung liegt noch kein abschließendes Urteil vor.

Submuköses Myom im puerperalen Uterus. Hofmeier hat nachgewiesen, daß ein Myom in der Schwangerschaft weder eine Schwangerschaftsunterbrechnung noch eine Myomektomie erforderlich macht. Trotzdem verdienen myomatöse Schwangere und Wöchnerinnen noch immer die sorgfältigste Beobachtung; denn es sind besonders die submukösen Myome, welche infolge ihres atrophischen oder mehr oder weniger vollkommen fehlenden Schleimhautüberzuges eine pathologisch festsitzende Plazentarinsertion (Placenta accreta) bedingen. Diese können nun infolge ihrer innigen Verbindung mit der Plazenta bei der manuellen Lösung der Plazenta mit herausgeschält werden und geben dann, wie auch zuweilen im Wochenbett, mitunter Anlaß zu starken Blutungen. Schmidt kommt zu dem Ergebnis, daß nach Stellung der Diagnose die Behandlung in einer baldigen Totalexstirpation des Uterus bestehen soll; bei tiefsitzenden, gestielten Myomen genügt meistens die einfache Abtragung.

Behandlung der eitrigen Peritonitis. Aus der Schlofferschen Klinik schreibt Pamperl eine sehr lesenswerte Arbeit über die Behandlung der eitrigen Peritonitis. Besonders klar bringt er die Indikationsstellung zum Ausdruck und beschreibt auch genau die Technik der Schnittführung, sowie die Wahl des Bauchschnittes. Was besonders wichtig erscheint, ist folgender Kunstgriff. Bei jeder Operation wegen eitriger Bauchfellentzündung wird vor Eröffnung des Peritonaeums, also noch bevor sich infektiöse Stoffe aus dem Bauchraum entleeren können, die Weichteilwunde gründlich mit Perubalsam ausgestrichen. Verf. hat danach in sehr seltenen Fällen, jedenfalls in einem ungeheuer niedrigeren Prozentsatz als vorher, Wundinfektionen beobachtet. Sehr wichtig ist ferner die Lagerung der Operierten, welche am Besten in halbsitzende Stellung mit Knierolle gelegt werden. Des Weiteren geht Pamperl auf die postoperative Harnverhaltung ein und sagt mit Recht, daß das sicherste Mittel, die aseptische Katheterisierung nur allzuoft eine Zystitis zur Folge hat, während durch Applikation von Wärme die meist psychische Hemmung erfolgreich beeinflußt wird.

Hofbauer, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1., Nr. 36, 8. September 1926.

* Geschichtliche und kritische Erörterung der im internationalen Schiffahrtsverkehr gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Conrad.

Geschichtliche und kritische Erörterung der im internationalen Schiffahrtsverkehr gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: Die mittelalterliche Land- und See-Quarantäne ist der Ausgangspunkt gewesen für die Entwickelung der in der internationalen Schiffahrt geltenden, gegen ansteckende Krankheiten gerichteten Bestimmungen. Die Verkehrsbedürfnisse im Suezkanal und der diesbezügliche Einfluß Englands haben dazu geführt, daß 1892 im Suezkanal und demzufolge 1893 in Europa das neuzeitliche Inspektionssystem eingeführt wurde. Die internationalen Bestimmungen mit Bezug auf Cholera, Pest und Gelbfieber sind auf einen befriedigenden Stand gebracht worden. Es wäre wünschenswert, wenn die Bestimmungen mit allgemeiner Geltung auf Flecktyphus, Pocken und Trachom ausgedehnt würden.

1., Nr. 37, 15. September.

* Ursache der bösartigen Geschwülste. Konrich.

Ursache der bösartigen Geschwülste. Ueber den Stand der Forschung über die Ursache der bösartigen Geschwülste berichtet in knapper, aber alles Wesentliche enthaltender Arbeit Konrich; auch die englisch-amerikanische Literatur findet genügend Erwähnung, so daß die fließend und leichtverständlich geschriebene Arbeit zur Lektüre empfohlen werden kann.

Nr. 38, 22. September 1926.

* Zusammensetzung der in Dresden ausgeschenkten Biere. Beythien.
* Eigenart des elektrischen Unfalles. Grünewald.

Zusammensetzung der in Dresden ausgeschenkten Biere. Nach den in Dresden ausgeführten Untersuchungen nähern sich die jetzigen Biere im großen und ganzen der Zusammensetzung der früheren Friedensbiere, ja die Luxusbiere bayerischer Brauereien haben die Friedensstärke stark überschritten, wie Beythiens Tabellen zeigen.

Eigenart des elektrischen Unfalles. Grünewald macht sich die Jellineksche Ansicht über die elektrischen Unfälle zu eigen und empfiehlt dessen Rettungskasten.

Michaelis, Bitterfeld.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

3., Neue Folge, Nr. 2.

Verhütung des Berstens großer Schleifsteine. Folkhard.
Die Nürnberger Industrie. Heydroch.
Entwicklung und Erfolg der Unfallverhütung bis 1923. Leymann.
Sicherheitsmaßnahmen bei Ausbesserungsarbeiten auf Schiffen mit Mineralöltanks Rasch und Wolters.

3., Neue Folge, Nr. 3.

* Bleifrage. Böttrich.
Arbeitseignung. Bolt.
Seilbahnen. Folkhard.
* Konstitutionshygienische Untersuchungen bei jugendlichen Arbeitern. Fürst.
Milzbrandgefahren im Handel. Kupfer.
Schädigungen der Hörnerven. Leiser.
Gehalt von Abgasen an Salzsäure. Schröder.

Bleifrage. Böttrich betont nochmals auf Grund seiner großen Erfahrung die Wichtigkeit der persönlichen Sauberkeit aller Bleiarbeiter, denn nur die Neulinge würden von der akuten Bleikolik befallen. Bespricht die Differentialdiagnose zwischen Cholelithiasis, Perityphlitis, Bleikolik und evtl. kombiniertes Vorkommen; ferner zwischen Grippe, Encephalitis epidemica und akuter Bleiintoxikation. Bei Bleiarbeitern, die sich völlig gesund fühlten und nur durch ihr Kolorit auffielen, machte B. die Beobachtung, daß ein Ohrläppchenschnitt nicht blutete infolge Aenderung der peripheren Blutzirkulation. Die kapillaren Blutgefäße waren durch Anschwemmung von Bleiprodukten oder durch den Einfluß derselben auf die festen Blutbestandteile bewirkten Aenderungen in der Fortsetzung ihres Kreislaufes gehemmt. Eventuell könnte dies als Frühsymptom einer Bleivergiftung verwendet werden.

Konstitutionshygienische Untersuchungen bei jugendlichen Arbeitern. Bei seinen konstitutionshygienischen Untersuchungen hat sich bei Fürst der Kaupsche Index sehr bewährt. Eine hierauf beruhende Maßtabelle hat er ausgearbeitet (vgl. Gesundheitswacht, München), welche bei Schuluntersuchungen usw. gute Dienste leisten kann. An einer Reihe von Bildern wird der spezifische Einfluß traditioneller einseitiger Arbeitshaltungen auf den Körper gezeigt, ihre Beseitigung durch orthopädisches Turnen empfohlen.

Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für physikal. Therapie.

32., Heft 1, 1926.

* Tod im Glühlichtbad. Nickau.
* Ueber die Wirkung von Sauerstoffinhalationen und ihre Verwendbarkeit in der Herztherapie. Simon.
* Ueber die minderwertige und unzureichende Atmung von Kindern und ihre Richtigstellung und Verbesserung durch rationelle Lungengymnastik. Ide.
* Zur Frage über das Studium des Konstitutionstypus bei Podagristen in Kurorten. Huck.
* Der Einfluß der Schlammbehandlung auf den Harnstoffgehalt im Blute des Menschen. Lurje, Turkeltaah und Livschitz.

Tod im Lichtbade. Der Tod der 46jährigen Patientin erfolgte infolge Fahrlässigkeit der Schwester, die die ihr anvertraute Kranke im Lichtbade vergessen hatte; als Todesursache kommt weder der elektrische Strom, noch die im Bade acquirierten Verbrennungen, sondern Herzlähmung durch starke Wärmeeinwirkung und Wärmestauung im Körper bei nicht mehr ganz normalem Herzmuskel in Frage.

Ueber die Wirkung von Sauerstoffinhalationen und ihre Verwendbarkeit in der Herztherapie. Durch kurze Sauerstoffinhalationen wurden die Werte für die Viskosität des Blutes und die Sauerstoffzehrung der roten Blutkörperchen geringer. Der respiratorische Gaswechsel wird herabgesetzt, der respiratorische Quotient steigt, der Grundumsatz sinkt. Erhöhter Blutdruck wird in manchen Fällen gesenkt, in anderen bleibt er unverändert. Die Zahl der roten Blutkörperchen und ihr Hämoglobingehalt werden nicht beeinflußt. Die Zahl der Pulse und der Atemzüge kann im Sinne einer Steigerung, einer Verminderung oder gar nicht verändert werden. Am Elektrokardiogramm ist kein Einfluß nachweisbar.

Die hervorgerufenen Veränderungen sind um so größer, je stärker die ursprünglichen Befunde vom Normalen abweichen; sie sind oft noch längere Zeit nach der Inhalation feststellbar. Die Sauerstoffatmung ermöglicht dem kranken Organismus also ein mehr den physiologischen Verhältnissen sich näherndes Arbeiten. Es wird angenommen, daß die Sauerstoffinhalation nicht nur eine Wirkung auf die Eliminierung der Kohlensäuren aus dem Blute ausübt (Loewy), sondern auch auf die bei Sauerstoffmangel in der Muskelzelle entstehende Milchsäure (Meyerhof). Die unökonomische Ausnutzung des vorhandenen Sauerstoffs bei Herzkranken kann durch sie gewissermaßen kompensiert werden. Die subjektiven Beschwerden vieler Herzkranker werden durch sie erheblich gebessert. Die Sauerstoffinhalation sollte daher als unterstützende Herztherapie in weiterem Maße als bisher Verwendung finden.

Ueber die minderwertige und unzureichende Atmung von Kindern und ihre Richtigstellung und Verbesserung durch rationelle Lungengymnastik. Der Autor hält es für einen großen Kunstfehler, Kinder aus tuberkulösen Familien jahrelang mit allen möglichen Kräftigungs- und sonstigen Mitteln zu behandeln, ohne auf ihre unzureichende Atmung zu achten. Er tritt warm für die Einführung regelmäßiger Lungengymnastik in den Schulen ein. „Toute gymnastique, qui n'est pas respiratoire, est criminelle" (Tissier).

Zur Frage über das Studium des Konstitutionstypus bei Podagristen in Kurorten. Unter den Podagristen herrscht der pyknische Typus vor, zugleich begegnet man aber hier auch anderen Typen: asthenischen und gemischten (hauptsächlich pyknisch-asthenischen). Der athletische Typus unterläuft selten mit. Den Podagristen sind die Hauptzüge des Stammtypus eigen, zu denen sich häufig für die dysplastischen Formen von Kretschmar charakteristische Merkmale gesellen (Anomalien: der Pigmentation, des Wachstums und der Verteilung des Haares, der Entwicklung und des Wachstums des Skeletts u. a.). Das verhältnismäßig seltene Vorkommen des athletischen Typus unter den Podagristen kann als gewisses Hilfsmittel bei der Differentialdiagnose des Podagra und des chronischen Rheumatismus dienen. Entscheidende Momente für die Podagradiagnose sind die Bestimmungen der Harnsäure im Blut und im Urin (nach Brugsch-Schittenhelm), zuweilen auch Röntgenuntersuchungen. Da das Podagra eine Stoffwechselkrankheit ist, so hängt es von dem Funktionszustand des vegetativen Nervensystems und der endokrinen Drüsen ab. Die von einer großen Anzahl von Kranken mit verschiedenen Polyarthritisformen besuchten Schlammkurorte bieten günstige Bedingungen zum Studium der konstitionellen Eigentümlichkeiten der Podagristen dar.

Der Einfluß der Schlammbehandlung auf den Harnstoffgehalt im Blute des Menschen. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß der Harnstoffgehalt in dem venösen Blute unter dem Einflusse von Schlammbädern keine merklichen Veränderungen erfährt.

L. Katz.

Folia Haematologica.

32., Heft 4.

Zellformen des Bindegewebes und des Blutes und die Blutbildung beim erwachsenen Huhn. S. W. Mjassojedoff.
Sogenannte Pseudospirochäten. B. Kimura.
* Erblichkeit und perniziöse Anämie. E. Meulengracht.
* Methode der Blutuntersuchungen. B. Spiethoff.

Erblichkeit und perniziöse Anämie. Während die Arbeiten früherer Zeit mehr darauf gerichtet waren, die Aetiologie der Biermerschen Krankheit durch Feststellen der äußeren Krankheitsursachen zu erforschen — Arbeiten, die bisher erfolglos verliefen —, glaubt der Autor, daß man sich mehr den inneren Krankheitsursachen, d. h. dem Genotypus der Individuen zuwenden müsse. Es wird festgestellt (an Hand von Stammbäumen), daß die Krankheit meist eine bestimmte erbliche Anlage zu ihrer Entwicklung erfordert. Lebenslagefaktoren bewirken bei den mit der Anlage belasteten Personen gewissermaßen ein Verkürzen der „Inkubation", die Krankheit wird eher manifest. Man sieht die Krankheit im allgemeinen als eine Insuffizienz des Knochenmarks an. Autor weist darauf hin, wie unwahrscheinlich diese Theorie ist, da in Wirklichkeit der ganze Organismus befallen ist. Die Anämie stellt nur ein Teilsymptom dar.

Methode der Blutuntersuchungen. Es kommen bei gesunden Individuen alle möglichen Kombinationen in der Zusammensetzung der einzelnen Zellarten vor. Autor hat bei verschiedenen gesunden Personen 14 Tage lang täglich bis sechsmal das Blutbild bestimmt. Nach seinen Untersuchungen gestattet eine einmalige Stichprobe zu irgendeiner Zeit keinen Einblick in das Blutleben, während das Mittel von vier über einen Tag verteilten Zählungen brauchbare Werte ergibt. Es besteht unter den einzelnen Zellarten keine feste Korrelation zu den Phasen ihrer Aktivität, so braucht z. B. einem Anstieg der Leukozyten nicht ein Abnehmen der Lymphozyten zu entsprechen. Es treffen vielmehr Höhephasen beider Zellen zusammen. Jede Zellspezies lebt ihr Eigenleben. Ihre Zahl im strömenden Blute wird durch die Nachfrage reguliert. Der Einfluß des Schlafes auf das Blutbild ließ sich nicht feststellen, weil die Versuchspersonen regelmäßig bei der Blutentnahme erwachten.

Henning, Berlin.

Krankheitsforschung.

Zwanglose Studien zur Pathogenese.

3., Heft 1, August 1926.

Zur Genese von Hautkarzinomen. Fischer.
Neue ätiologische und pathogenetische Untersuchungen in der Rickettsiengruppe (Fleckfieber und Rocky Mountain Spotted Fever). Kuczynski und Brandt.
Untersuchungen über das Wesen des Fleckfiebererregers. Fejgin.
Die Pathogenese des Milzbrandes. Sanarelli.

Jahr.

Wiener Archiv für innere Medizin.

13., Heft 1, 1. September 1926.

Ueber vorübergehende Veränderungen der Eiweißkörper und der Viskosität des Blutserums unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Petschacher und Tropper.
Klinische, experimentelle und pharmakologische Studien über die Abfangfunktion des Reticulo-Endothelial-Systems. Saxl und Donath.
Klinische Studien zur Pathologie und Therapie der Pleuritis. Nyiri.
Untersuchungen über den Ammoniakgehalt des Menschenblutes bei einigen pathologischen Zuständen. Taubenhaus und Sternberg.
Angina pectoris während Insulinbehandlung. Hetémji.
Ueber die Reversibilität der Magensekretionstypen. Simnitzky.
* Die bakterielle Ursache des Asthma bronchiale und über eine Beziehung zwischen Anaphylaxie und Tuberkulose-Immunität beim Menschen. Großfeld.
Experimentelle Studien über die Schmerzempfindlichkeit des Herzens und der großen Gefäße und ihre Beziehung zur Angina pectoris. II. Mitteilung. Singer.
Untersuchungen zur Pathologie des respiratorischen Stoffwechsels. V. Mitteilung. Stolz.
Bemerkungen zu „Beiträge zur Physiologie der Drüsen" von Leon Asher, Nr. 75, „Untersuchung über den Eisenstoffwechsel in seiner Abhängigkeit von Milz und Ovarien. Von Yuzuru Torninaga. Biochem. Zeitschr., 1925, Bd. 156, H. 5/6. Landa.

Die bakterielle Ursache des Asthma bronchiale und über eine Beziehung zwischen Anaphylaxie und Tuberkulose-Immunität beim Menschen. Die meisten Fälle von Bronchialasthma beruhen auf einer tuberkulösen Infektion und können als anaphylaktische Reaktion zwischen dem bakteriellen Antigen und dem Antieiweißkörper des Tuberkelbazillen-Eiweiß aufgefaßt werden. Im echten asthmatischen Anfall kommt es zu einer venösen Hyperämie der Lunge und zur Stauung der Bronchialgefäße. Die Hyperämie übt ihrerseits eine Schutzwirkung gegen die Tuberkulose aus. Dadurch wird einerseits das häufige Zusammentreffen von Tuberkulose und Asthma, andrerseits die Gutartigkeit der Tuberkuloseerkrankung bei gleichzeitig bestehendem Asthma erklärt. Die heterogenen Auslösungsfaktoren sind unspezifische äußere und innere Reize, welche Zerfall von Tuberkelbazillen und damit Produktion von Antigen bewirken. Das Vorhandensein von Tuberkelbazillen-Zerfallsprodukten bewirkt häufig eine Aenderung der Funktion der innersekretorischen Drüsen und führt z. B. zur Hypadrenalinämie, durch die eine Prädisposition zur anaphylaktischen Reaktion auf heterogene Antigene geschaffen wird. So erklärt sich das gleichzeitige Auftreten von Heuasthma und tuberkulösem Asthma bei manchen Menschen.

Ernst Pick, Wien.

Zentralblatt für Innere Medizin.

47., Nr. 38, 1926.

* Betrachtungen über Verarbeitung, Wirkung und Ausscheidung des Wismut (mit besonderer Berücksichtigung des Bismogenol). K. Stephan.

Betrachtungen über Verarbeitung, Wirkung und Ausscheidung des Wismut (mit besonderer Berücksichtigung des Bismogenol). Wismut wird in der Syphilisbehandlung vorwiegend in Form intramuskulärer Einspritzungen unlöslicher Verbindungen, besonders als Bismogenol verwendet. Die Arbeit bringt Literatursichtung über Bismogenolpublikationen, sowie naheliegende Veröffentlichungen und schließt eigene Folgerungen über die Wismutbehandlung der Lues an.

Das intramuskulär injizierte Wismut bildet Depots, aus denen es sofort langsam und gleichmäßig resorbiert wird, wie röntgenologisch sichergestellt ist. Spirochäten verschwinden rasch aus Primäraffekten und nässenden Papeln. In den Organen wirkt Wismut als Zellaktivans, fördert die auf Vernichtung der Spirochäten gerichtete Zelltätigkeit. Schließlich wird es durch Harn und Stuhl ausgeschieden. Auf Grund von Tierversuchen Kolles glaubt Verfasser von der prophylaktischen Wismutanwendung erwarten zu dürfen, daß sie durch Anfachung der Abwehrkräfte des Körpers alle Spirochäten im Falle einer Infektion werde vernichten können. Wismut scheint ferner nach Art der Katalysatoren die spirochätozide Kraft des Salvarsans zu verstärken.

Nebenerscheinungen sind bei der intramuskulären Injektion unlöslicher Wismutverbindungen gering, geringer als bei Hg. Man gebe unter 0,1 pro dosi (1 ccm Bismogenolemulsion enthält 0,06 metallisches Bi) und 2,0 bis 2,5 g pro Kur. Wegen der speichernden Wirkung haben einige Autoren eine 10- bis 14tägige Pause in der Mitte der Kur vorgeschlagen.

Die löslichen Wismutsalze sind stärker toxisch, ihre Wirkung hält weniger lang an, weil sie rascher ausgeschieden werden. Bei intravenöser Anwendung findet infolge sofortiger Ausscheidung keine Speicherung statt; Nebenwirkungen, besonders Neuralgien, ja Todesfälle, sind beschrieben: Heildosis und letale Gabe liegen nahe beisammen, so daß auch Verf. von dieser Anwendung abrät.

Zusammenfassend wird Salvarsan als Mittel der Wahl zum Versuch der Abortivheilung der seronegativen Primärlues empfohlen, dagegen Bismogenol allein oder in Kombination mit Salvarsan bei Lues II und III, wo es mit größerer Wahrscheinlichkeit restlose Heilung erzielt als Salvarsan allein. Dieses erreicht die im Nervengewebe sitzenden Spirochäten nicht (daher die sog. Neurorezidive), während Wismut als derzeitiges bestes Therapeutikum gerade der Neurolues unter Ausschluß der Paralyse angesprochen wird.

47., Nr. 39.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie (April bis Juni 1926, Seite 921 bis 945). Prof. C. Bachem. — Zu kurzem Bericht nicht geeignet.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten.

18., Nr. 17, September 1926.

* Klinik und pathologische Anatomie der perpetuellen Arrhythmie mit Anfällen von paroxysmaler Tachykardie. L. Roemheld und K. Tietze.

Klinik und pathologische Anatomie der perpetuellen Arrythmie mit Anfällen von paroxismaler Tachykardie. 60jähriger Patient, seit 19 Jahren an Anfällen von paroxismaler Tachykardie leidend, die allmählich häufiger und heftiger werden, stirbt im tachykardischen Anfall, der 12 Tage lang ununterbrochen gedauert hat. Die Therapie, insbesondere auch Chinidin, hatte in der Behandlung der Anfälle durchaus versagt. Die anatomische Untersuchung ergab eine weitgehende Schädigung des ganzen Herzens — erweiterte Höhlen, Muskelhypertrophie, schwielige Verdickungen aller Klappen — und insbesondere weitgehende Veränderungen am Sinusknoten und am Reizleitungssystem, im wesentlichen sklerotischer Natur.

Nr. 18.

* Kreislaufschwäche als Spätfolge des Aneurysmas peripherer Arterien. Grünbaum.

Die Kreislaufschwäche als Spätfolge des Aneurysmas peripherer Arterien. Als Spätfolge des Aneurysma arterioso-venosum peripherer Gefäße kommt es zu Herzklappenfehlern und zur chronischen Herzinsuffizienz. Die Frühoperation ist daher auch beim Fehlen nennenswerter lokaler Störungen, die mit dem Aneurysma in unmittelbarem Zusammenhang stehen, angezeigt.

Zeitschrift für Tuberkulose.

46., Heft 1.

Die Veränderungen der Lymphknoten in den Venenwinkeln bei Tuberkulose und ihre Bedeutung. Ghon, Kudlich und Schmiedl.
* Der Einfluß des Lichtes auf Tuberkulin. Hausmann, Neumann und Schuberth.
Die Fürsorgepflichtverordnung im Dienst der Tuberkulosebekämpfung. Oertel.
* Strafvollzug und Tuberkulose. Hellstern.
Gründungssitzung der Rheinisch-Westfälischen Tuberkulosevereinigung.
Die Tuberkulose als Entzündung. Hübschmann.
Ueber Phrenikuslähmungen durch zervikale und thorakale tuberkulöse Prozesse. Simon.

Der Einfluß des Lichtes auf Tuberkulin. Konzentriertes Tuberkulin ist lichtresistent. Es gelang jedoch, verdünnte Tuberkulinlösungen durch intensive Bestrahlung mit der Quarzquecksilberdampflampe in ihrer intrakutanen Reaktion stark abzuschwächen bzw. unwirksam zu machen. Diese „Lichtzerstörung" verdünnter Tuberkulinlösungen steht in keinem Zusammenhang mit der heilenden Wirkung des Lichtes auf tuberkulöse Prozesse.

Strafvollzug und Tuberkulose. Von einem „bedenklichen Ansteigen" der Tuberkulose in den Gefängnissen kann nach den statistischen Erhebungen des Verfassers, was die Strafanstalten Bayerns angeht, nicht die Rede sein. Im Jahre 1925 ist vielmehr seit sechs Jahren der günstigste Stand der Tuberkulosemorbidität erreicht worden, was zum Teil allerdings auf die Abnahme der Kriminalität zurückzuführen ist. Die hygienisch-diätetischen Maßnahmen für tuberkulöse Strafgefangene haben sich bewährt, Haftaussetzung wegen Bestehens einer Tuberkulose ist nur noch sehr selten nötig. Die Errichtung einer Fachabteilung für tuberkulöse Gefangene ist weiterhin anzustreben.

H. Zwerg.

Beiheft zur Zeitschrift für Tuberkulose.

Nr. 25.

* Ueber die Klassifikation der chronischen Lungentuberkulose. Sternberg-Leningrad.

Ueber die Klassifikation der chronischen Lungentuberkulose. Die bekanntesten bisherigen Klassifizierungen der chronischen Lungentuberkulose sind die alte Turbansche Einteilung und die moderne von Aschoff-Nikol. Beide haben ihre Mängel, die alte Einteilung von Turban ist zwar einfach und klar, sie trifft aber nicht ausreichend den Kern der Sache. Die den pathologisch-anatomischen Charakter der Tuberkulose in den Vordergrund stellende Klassifikation von Aschoff-Nikol hat insofern Nachteile, als klinisch die Unterscheidung exsudativer und produktiver Formen oft nicht leicht ist und zudem häufig beide Formen gemischt vorkommen. Eine dritte, kürzlich von Turban empfohlene Einteilung bedeutet im Vergleich zu seiner alten einen Rückschritt, sie entbehrt der so dringend notwendigen Kürze, Klarheit und Einfachheit und wird sich daher wohl nicht einbürgern. Sternbergs neue, vom II. Tuberkulosekongreß (Moskau) bestätigte Klassifikation verfolgt das Ziel, alle Fälle chronischer Lungentuberkulose vom Gesichtspunkt der Statik und Dynamik der Krankheit in Gruppen zu zerlegen, in einfacher, gemeinverständlicher Form, ohne jede überflüssige Detailisierung. Das ist notwendig, wenn eine Klassifikation Erfolg haben soll. Beibehalten wird — hinsichtlich der Ausdehnung des Prozesses — die alte erprobte Turbansche Einteilung, die schon Gemeingut aller Aerzte geworden ist. Hinzukommt die biologische Kennzeichnung des Prozesses durch Unterscheidung folgender Gruppen: 1. Praktisch gesund, 2. Kompensiert, 3. Subkompensiert, 4. Dekompensiert. An einigen praktischen Beispielen wird gezeigt, wie diese Klassifikation gehandhabt werden soll. Die statikodynamische Einteilung Sternbergs hat offensichtliche Vorzüge: sie ist kurz und leicht faßbar, sie kennzeichnet den Prozeß ausreichend hinsichtlich Ausdehnung und Kompensationsgrad — dem Untersucher wesentlich erscheinende Einzelheiten bleibt jedem überlassen in einem Ausmaße, wie er es für nötig hält, in Klammern beispielsweise hinzuzufügen — sie dürfte jedem Arzt mit Durchschnittserfahrung bald geläufig werden. Die Einführung des Begriffes Kompensation erscheint dem Referenten lediglich als eine allerdings recht brauchbare Umschreibung des in Deutschland mehr gebräuchlichen Wortes inaktiv. Vielleicht ließe sich, sollte das Sternbergsche Schema sich einbürgern, damit der Streit um Auslegung der Begriffe aktiv und inaktiv beilegen, wobei freilich offen bleibt, ob dann nicht ein neuer entbrennt, bei dem es um kompensiert und dekompensiert ginge! Ref.) —

H. Zwerg.

Die Tuberkulose.

Nr. 16.

Beitrag zur Insulinbehandlung des durch eine Lungentuberkulose komplizierten Diabetes. Ernst.
Kann bei einer erst jahrelang nach Kriegsende als manifest erkannten Lungentuberkulose ein Zusammenhang mit dem Kriegsdienst angenommen werden? Wassmund.
Interkostalneuralgie. Blümel.

Nr. 18.

♦ Ueber die Prognose der Lungentuberkulose. Eversbusch.
♦ Zur Kieselsäurebehandlung der Lungentuberkulose und Bronchitis. Köhler.
Die operative Behandlung der Knochentuberkulose. Simon.
Phlyktäne und Skrofulose. Hinzelmann.
Vertrauensarzt und Begutachtung von Lungentuberkulose. Blümel.
Zur Kalziumtherapie der Tuberkulose. Erdmann.

Ueber die Prognose der Lungentuberkulose. Nach einem Fortbildungsvortrag zusammengefaßte Abhandlung, welche die wichtigsten Punkte hinsichtlich der Prognostik streift, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Zur Kieselsäurebehandlung der Lungentuberkulose und Bronchitis. Als zweckmäßige Form der Kieselsäuredarreichung bei Lungentuberkulose empfiehlt Verf., die im Volke so beliebte Teebehandlung nicht zu vernachlässigen. Ihm hat sich der kieselsäurehaltige Repulmontee (Chem. Fabrik Hugo Sternberg, Dresden) bewährt, welcher stark expektorierend und zugleich antihidrotisch und herzanregend wirkt. Besteht neben Tuberkulose nervöse Reizbarkeit, so empfiehlt sich Kiesel-Baldrian-Tee. H. Zwerg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

64., Heft 1/2.

Das Hühnerei in der Ernährung der Spasmophilen. K. Klinke.
Angeborener Ikterus bei normal gebildeten Gallenwegen. C. de Lange.
Zur Frage der Vermeidung schockartiger Nebenwirkungen bei der Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum. P. Bode.
Zur Pathogenese der Ernährungsstörungen beim Säugling. 8 Mittl. Experimentelle Exsikkose und Kohlehydratstoffwechsel. E. Schiff und E. Choremis.
Beobachtungen und Studien an einem Falle atypischer Hämophilie. W. Reimold, Th. Stöber und K. Klinke.
Ueber einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Ph. Leitner.

Jahr.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

42., Heft 1 und 2.

♦ Erfolge und Aufgaben der Kinderheilkunde. A. Schloßmann.
Wärmeregulierung der Frühgeburten. A. Eckstein.
♦ Hospitalismus in Säuglingsanstalten. Eckstein-Schloßmann.
♦ Natürliche Begrenzung der Laktation beim Menschen. E. Aaron.
Ausscheidung von gelben Pflanzenstoffen in der Frauenmilch. H. Paffrath und A. Consten.
Serumkalkgehalt des Blutes Neugeborener und ihrer Mütter. A. Nohlen.
Experimentelle Avitaminose bei Affen unter besonderer Berücksichtigung des Stickstoff- und Mineralstoffwechsels. H. Paffrath und H. Schloßmann.
Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta. A. Sindler.
Untersuchung über den Jodgehalt der Schilddrüsen. B. Syring
♦ Jodausscheidung in der Milch. W. Rasche.
Halbmikromethode der Wassermannschen Reaktion zum Nachweis der Lues. A. Nohlen und S. Ball.
Verhalten der Diphtheriebazillenträger zur Schickschen Reaktion. H. Meyer.
Friedreichsche Ataxie und Friedreichähnliche Erkrankungen im Kindesalter. E. Neustadt-Steinfeld.
♦ Pathogenese und Therapie eitriger Pleuraerkrankungen im Säuglingsalter. E. Burghard.
♦ Klinische Beobachtungen bei epidemischer Parotitis. S. Meyer und H. Reifenberg.
♦ Fehldiagnosen bei der Aufnahme infektionskranker Kinder. S. Meyer und H. Herz.
♦ Häufigkeit des Diphtherieserumexanthems. Fr. Gierthmühlen

Erfolge und Aufgaben der Kinderheilkunde. Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Pädiatrie und der Stellung der Pädiater an den deutschen Hochschulen kommt Verf. zu dem Schluß, daß der ganze bisher zurückgelegte Weg uns — im Verein mit der zweifellos in der breiten Masse des Volkes allmählich einsetzenden besseren Würdigung des gut beschlagenen Kinderarztes — mit einer gewissen Befriedigung erfüllen muß. Trotzdem bleibt noch viel zu tun übrig.

Zahlreiche gute oder wenigstens doch genügende Anstalten geben den Pädiatern die Möglichkeit klinischer Tätigkeit. Die Versorgung von Säuglingen in solchen Anstalten ist ein völlig gelöstes Problem, das nur mehr vom Wollen, nicht aber mehr vom Können abhängt.

Die Säuglingssterblichkeit ist stark gesunken, doch muß für die Kinder der ersten Lebenstage noch sehr viel getan werden. Dies letztere namentlich durch bewußte Zusammenarbeit von Geburtshelfer und Kinderarzt, die Rubrik „Tod durch Lebensschwäche“ muß zusammenschrumpfen.

Ganz besonders aber müssen die Infektionskrankheiten ein Feld für den Kinderarzt sein. Ihm muß das betreffende Krankenmaterial zugängig gemacht werden.

Weiter beansprucht Verf. alle internen Erkrankungen mit Einschluß der Veränderungen der Pubertät für den Kinderarzt. Das Ideal sind besondere Abteilungen für Kinder an den Krankenanstalten. Daß die Leitung dieser Abteilungen einem Kinderarzt übertragen werden muß, bedarf keiner weiteren Begründung.

Hospitalismus in Säuglingsanstalten. In Ergänzung und Fortsetzung der bekannten Schloßmannschen Ausführungen aus dem Jahr 1920 zu dieser Frage hat Verf. Untersuchungen über die Sterblichkeit der Düsseldorfer Heimkinder angestellt und hat ihre Nachforschungen auch auf die aus dem Heim entlassenen Kinder ausgedehnt. In den Bereich ihrer Betrachtung hat sie 537 Kinder gezogen. Von diesen waren 146 ehelich, 391 unehelich. Mortalität im Heim: 57 Kinder = 10,6%, nach der Entlassung 23 = 4,28%.

52 von den 57 gestorbenen Heimkindern standen im ersten Lebensjahr. Die Mehrzahl der Todesfälle fällt in die ersten 3 Lebensmonate. Ursache: meist schon bei der Aufnahme festgestellte Lebensschwäche und — meist parenterale — Ernährungsstörungen. Ein großer Prozentsatz der toten Kinder betraf eheliche. Die Gesamtsterblichkeitsziffer des Heims liegt im Rahmen der Säuglingssterblichkeit in Deutschland. Die Sterblichkeit der in offenen Fürsorgestellen untergebrachten Kinder ist im Vergleich zu den übrigen am geringsten, eine Tatsache, die für die gute Organisation der Fürsorgemaßnahmen im Regierungsbezirk Düsseldorf spricht. Bemerkenswert ist, daß die Hälfte der nach der Entlassung gestorbenen Kinder innerhalb der ersten 3 Lebensmonate zugrunde ging. Diese Kinder gediehen wohl unter den günstigen Bedingungen des Heims, nicht aber unter der Belastung der Außenpflege. Im Heim selbst wächst mit zunehmender Dauer des Aufenthalts die Morbidität. Trotz der verhältnismäßig hohen Morbidität steht die Mortalität dazu im umgekehrten Verhältnis. Jenseits des ersten Lebensjahrs spielt letztere keine Rolle mehr. Die hohe Erkrankungsziffer bei geringer Mortalität ist also kein Grund, die Dauer des Heimaufenthaltes abzukürzen.

Die geistige Beeinflussung der Heimkinder ist allerdings nicht gleichwertig mit derjenigen von Kindern, die in Pflegestellen oder im Elternhaus untergebracht sind. Sie kann vielleicht gefördert werden durch Einstellung von Kindergärtnerinnen, durch Einführung von Säuglingsturnen u. a. Von einem eigentlichen Hospitalismus darf man aber trotzdem nicht mehr reden, da ja der Erfolg der körperlichen Aufzucht ein recht guter ist.

Natürliche Begrenzung der Laktation beim Menschen. In Ergänzung der bekannten Arbeit von Birk und der neuerdings erschienenen Veröffentlichung von de Rudder hat Verf. die Frage untersucht, inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Milchproduktion und dem Verhalten des Körpergewichtes der laktierenden Ammen besteht. Die Beobachtung der Milchproduktion und des Körpergewichts bei 24 Ammen während eines Zeitraums von fast 24 Monaten bei einer großen Zahl dieser Frauen ergab eine weitgehende Unabhängigkeit der Milchproduktion vom Verhalten des Körpergewichts. Die Mehrzahl der Ammen nahm — bei reichlicher Ernährung und sehr geringer dienstlicher Beanspruchung — an Gewicht ab, während die Milchmenge in dieser ganzen Zeit annähernd konstant blieb.

Das gelegentlich in der Praxis zu beobachtende Versagen der Milchproduktion bei stillenden Frauen ist nicht sowohl auf einen ursächlichen Zusammenhang mit der Stoffwechsellage der stillenden Frau zurückzuführen, sondern beruht in der Mehrzahl der Fälle auf nervösen Einflüssen. (Eine Tatsache, die ja z. B. schon aus der Zeit der Belagerung von Paris 1870/71 bekannt ist und wie sie auch neulich erst von Gerschenson aus dem revolutionären und nachrevolutionären Rußland mitgeteilt worden ist. Ref.)

Ueber die Jodausscheidung in der Milch. Verf. hat die Ausscheidung von Jod in der Milch untersucht, und zwar mit ganz besonderer Berücksichtigung der Kropfprophylaxe und -behandlung bei Säuglingen. Ihn interessierte vor allem die Frage, ob bei den Jodgaben an stillende Mütter die Jodausscheidung durch die Milch nicht in solchen Mengen erfolgt, daß sie für den Säugling gefährlich werden könnten.

Methode: Blum und Grützner. Ergebnisse: Bei 3—4 maliger Verabreichung von JK per os in Zeitabständen von 48 Stunden zeigte die von einer Kuh und 2 Ziegen gelieferte Milch einen Jodgehalt von etwa 11% des verabreichten Jods. Bis zu 5 Tagen nach Verabreichung von JK war Jod in der Milch nachzuweisen.

Bei einmaliger Verabreichung von JK an Ammen hält sich der Jodgehalt in der Milch bis zu 12 Stunden nahezu konstant, um dann abzufallen. 1 Stunde nach Verabreichung von Jodkali ist schon Jod in der Milch nachzuweisen. Nach 24 Stunden ist die Jodausscheidung in die Milch beendet. Wegen der Unmöglichkeit der Dosierung lehnt Verf. die Verabreichung von Jod an stillende Mütter zu Zwecken der Kropfbehandlung beim Säugling ab.

Zur Pathogenese und Therapie eitriger Pleuraerkrankungen im Säuglingsalter. Die eitrigen Pleuraerkrankungen des Säuglingsalters trennt man zweckmäßigerweise in 2 Formen, nämlich in die fibrinös-eitrige Form und das eigentliche Empyem. Erstere, mit rascher

Verschwartung ist verhältnismäßig häufig. Diagnose in vivo wegen des geringen Ergusses oft unmöglich. Besonders durch langdauernde Pertussis geschwächte Kinder fallen einer Allgemeininfektion mit Empyembildung zum Opfer. Die häufigste Ursache der Brusthöhlenciterung ist der Durchbruch eitriger Lungenherde in den Pleuraraum. Dies ist am häufigsten der Fall nach Grippe.

Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen stellt Verf. folgende Einteilung der Genese der eitrigen Rippenfellerkrankungen auf. Sie entstehen 1. pneumogen, 2. hämatogen, 3. lymphogen, 4. thrombophlebitisch.

Die therapeutischen Ueberlegungen sind nicht ermutigend. Die Ergebnisse der Rippenresektion sind schlecht. Drainage z. B. nach Perthes kommt nicht in Frage. Verf. hat mit wiederholten Pleurapunktionen die besten Erfolge gesehen. Eine allgemeine Regel, wo man einstechen soll, gibt es nicht. Rivanolspülungen ohne erkenntlichen Erfolg.

Klinische Beobachtungen bei epidemischer Parotitis. Verff. haben die in den Jahren 1909—1925 in der Düsseldorfer Klinik beobachteten und behandelten Fälle von epidemischer Parotitis kritisch beleuchtet. Besonders hervorzuheben sind folgende Beobachtungen: Vor allem fällt auf eine ungleiche numerische Beteiligung der Geschlechter. Die größere Zahl der Erkrankungen betraf Knaben. Relativ hohe Beteiligung des Säuglings- und Kleinkindesalters (im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung). Nur in einem einzigen Fall (2 Monate alter Säugling) wurde Vereiterung der Parotis beobachtet. Bei 3 graviden Frauen kam es zu vorzeitiger Geburt unmittelbar im Anschluß an die Erkrankung. Auffallend ist die deutliche Bevorzugung der linken Parotis. Der diagnostische Wert der entzündlich veränderten Ausführungsvorgänge der Parotis ist nicht hoch anzuschlagen. Anlaß zu Fehldiagnosen gaben häufig Kieferwinkeldrüsenschwellungen mit kollateralem Oedem, desgleichen Fälle von Perulis und Entzündungen in die Parotis eingelagerter präaurikularer Lymphdrüsen. Doppel- und dreifache Infektionen (mit Masern, Varizellen, Scharlach, Diphtherie), wie sie öfters beobachtet wurden, waren ohne nachteiligen Einfluß auf die Grundkrankheit, bzw. verliefen gut. Ein Einfluß der Jahreszeit ließ sich nicht erkennen.

Im ganzen zeigte die epidemische Parotitis in den genannten Jahren eine gewisse Einförmigkeit des klinischen Bildes und ausgesprochene Gutartigkeit des Verlaufs.

Fehldiagnosen bei der Aufnahme infektionskranker Kinder. Verff. haben bei Sichtung ihres Materials infektionskranker Kinder gefunden, daß gewisse Erscheinungen immer wieder verkannt, übersehen oder falsch gedeutet wurden. Es zeigte sich, daß die akuten Exantheme Masern, Scharlach, Varizellen meist richtig erkannt wurden. Röteln waren selten, Ringelröteln niemals richtig erkannt worden. Koplikscne Flecken waren häufig übersehen oder unterschätzt worden. Die häufigsten Fehldiagnosen waren veranlaßt durch Krankheiten, welche die akuten Exantheme nachahmten: Arznei und Nahrungsmittelexantheme, Serumkrankheit, Rash, Erysipel. Grippeexantheme waren für Scharlach bzw. Masern gehalten worden, Bläschen und knötchenförmige Hautkrankheiten verschiedenster Aetiologie hatten als Windpocken imponiert. Dagegen war da, wo Varizellen bestanden, Pemphigus, Variola und Varilois genannt worden. Häufig Verwechslung der verschiedensten Anginen mit Rachendiphtherie. Kehlkopfdiphtherien waren als Pneumonie oder andere Erkrankungen der tieferen Luftwege eingewiesen. Diphtherie wurde anderseits oft fälschlich angenommen bei Pseudokrupp, Asthma, Retropharingealabszeß. Typhus wurde irrtümlich diagnostiziert bei Zystitis und Pneumonie, Ruhr oft bei Invagination. Genickstarre war oft verkannt worden infolge der begleitenden grippalen Infektion.

Ueber die Häufigkeit des Diphtherieserumexanthems. Bei 2772 mit Diphtherieserum behandelten Fällen trat in 10,2% der Fälle ein Serumexanthem auf. Die Häufigkeit des Serumexanthems war abhängig von der Menge des verabreichten Serums, ohne aber ein konstantes Verhältnis darzustellen. Bei intravenöser Verabreichung des Serums trat es ungleich häufiger auf. Bei Erwachsenen kein Unterschied zwischen Männern und Frauen — was die Häufigkeit anbetrifft —, im Kindesalter waren Knaben häufiger befallen als Mädchen. Neuropathische und exsudative Diathese scheinen zum Serumexanthem zu prädisponieren. Jahreszeitlich ließ sich ein Hochstand der Kurve in den Monaten Mai-August, Juli und Januar feststellen. Bei Kehlkopfdiphtherie wurde es angeblich seltener beobachtet als wie bei Rachendiphtherie. Auftreten meist am 5. bis 7. Tage nach der Serumverabreichung; Dauer einen Tag. Nie schwerer Verlauf, meist urtikarieller Charakter.

Beck, Tübingen.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

198., 3./4. Heft.

Fremdkörpertuberkulose des Bauchfells. C. Cororini und St. Iatrou.
* Chirurgische Behandlung der Invagination kleiner Kinder. W. F. Suermondt.
Chirurgischer Magenvolvulus. L. v. Friedrich.
Angeborene präsakrale Geschwülste in Theorie und Praxis. Max Budde.
* Klinik und Statistik des Peniskarzinoms. V. Föderl.
Anwendung der Payrschen Pepsin-Pregl-Lösung zur Beseitigung durch krankhafte Veränderungen der Vorsteherdrüse bedingter Harnverhaltung. Siegfried Hoffheinz.
* Pneumoradiogramm des Nierenlagers bei der Gallenblasendarstellung. A. Roseno und H. Hartoch.
* Pneumocysta cerebri. Erwin Siegmund.
Tumor des verlängerten Rückenmarks. Ricardo Lozano und Isaac Costero.

Chirurgische Behandlung der Invagination kleiner Kinder. Verf. kommt auf Grund eigener Erfahrungen und auf Grund vergleichender Statistiken in der Literatur zu der Auffassung, daß bei der Darminvagination junger Kinder nicht früh genug operiert werden kann; da die Mortalität schon nach 24 Stunden enorm zunimmt. Wenngleich es bei den unblutigen Repositionsversuchen manchmal gelingt, die Invagination zurückzubringen, so bleibt doch stets eine Unsicherheit über den Ernährungzustand der Wand des reponierten Darmes bestehen. Bei der Ileocoecalinvagination schlägt Verf. vor, eine Appendikopexie anzulegen. Sie wird in folgender Weise ausgeführt: Nachdem von einem Mittelschnitt aus die Desinvagination ausgeführt ist, wird in der Appendixgegend ein kleines Loch in der Bauchwand angelegt, durch das der Wurmfortsatz, der von seinem Mesenteriolum gelöst ist, hindurchgezogen und fixiert wird. Der Wurmfortsatz liegt also außerhalb der Bauchhöhle, das Koekum liegt breit der Bauchwand an, verklebt mit dem Peritoneum und kann sich nicht mehr invaginieren. Der vorgelagerte Wurmfortsatz wird mit einigen Nähten an der Haut fixiert. Er nekrotisiert nach einigen Tagen und stößt sich meist, ohne eine Fistel zu hinterlassen, ab. Unter 25 so operierten Fällen hatte sich nur einmal eine Fistel gebildet, die operativ geschlossen werden mußte. In diesem Verfahren der Appendikopexie beruhen ferner die Vorteile, daß man auf sehr einfache Weise, falls ein Ileus uns dazu zwingt, ohne einen neuen operativen Eingriff eine Darmfistel anlegen kann, daß die kleinen Patienten ihren Wurmfortsatz los sind und später nicht mehr an Appendizitis erkranken können. Stellt sich bei der Operation heraus, daß der Ernährungszustand der Darmwand so mangelhaft ist, daß man eine spätere Perforation befürchten muß, so schlägt Verf. die sofortige Resektion der geschädigten Darmpartie vor. Er hält die sofortige Resektion für erfolgreicher als die Vorlagerung der Invaginationsgeschwulst.

Klinik und Statistik des Peniskarzinoms. Die Prognose des Peniskarzinoms ist aus folgenden Gründen günstig anzusehen: Die Diagnose kann leicht und frühzeitig gestellt werden. Das Peniskarzinom selbst gehört zu denjenigen Formen, die gutartigen Charakter besitzen. Ein Uebergreifen des Karzinoms auf die regionären Lymphdrüsen findet verhältnismäßig selten statt. Die direkte hämatogene Propagation ist sehr unwahrscheinlich. In den Fällen, wo es zu Metastasen in inneren Organen kommt, liegt gewöhnlich ein direkter Durchbruch von Drüsenmetastasen in die Schenkelvene vor. Die Keimstätte des Peniskarzinomes gehört einer scharf abgegrenzten anatomischen Region an. Bei exakter Operation kann man die ganze Region mit den Krebskeimen entfernen.

Die Operationstechnik gestaltet sich außerordentlich einfach und besteht gewöhnlich in der Amputation des Penis. Es ist in jedem Falle ratsam, vor der Amputation die Drüsenausräumung vorzunehmen. Die Drüsen und Lymphgefäße werden in toto mit dem sie umgebenden Fettgewebe ohne grobe Läsion entfernt. Eine besondere Beobachtung verdient die Versorgung der Urethra, um später keine Striktur zu bekommen.

Das Pneumoradiogramm des Nierenlagers bei der Gallenblasendarstellung. Die Differentialdiagnose bei gleichzeitiger Gallenblasen- und Nierenerkrankung ist häufig recht schwierig. Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase wird uns nicht immer die volle Aufklärung geben, besonders nicht in den Fällen, wo der Zystikusverschluß nur ein sekundärer ist. Gelingt es uns auch nicht, die Niere diagnostisch darzustellen, so kann durch ein Pneumoradiogramm des Nierenlagers nach Rosenstein eine Abgrenzung beider Organe erreicht werden. Durch das Pneumoradiogramm werden häufig die Schatten der Leber und der rechten Niere, die sonst übereinander liegen, auseinandergedrängt und isoliert, so daß die topographische Beziehung beider Organe klarer wird. Schädigungen haben Verf. bei der kombinierten Darstellung von Gallenblasen- und Nierenschatten niemals beobachtet. In den Fällen, in denen Aszites besteht, ist bei der Cholezystographie nach Ablassen der Flüssigkeit das Pneumoperitoneum als die Methode der Wahl vorzuziehen.

Pneumocysta cerebri. Sind bei einer Schädelverletzung die lufthaltigen Höhlen mitbetroffen, so können als seltene Komplikation intrakranielle Luftansammlungen auftreten. Die Diagnose kann am sichersten mit Hilfe des Röntgenbildes gestellt werden. Ein chirurgisches Eintreffen erfordern die intrazerebralen Luftansammlungen nicht, doch wird zur Ausfüllung solcher Höhlen, die nicht infiziert sind, frei transplantiertes Fettgewebe empfohlen.

Gohrbandt, Berlin.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete.

14., Heft 3, 1926.

✦ Ueber experimentelle Tonsillenreaktionen. Schmidt.
Zur Klinik und Pathologie der Neurofibromatosis des Gehirns und des Hörnerven. Zugleich ein Beitrag zur Klinik der psychogenen Hörstörungen. Steurer.
✦ Ueber protrahierte otogene Meningitis serosa. Blumenthal.
✦ Tuberculosis oesophagi. Plum.
Zur Technik der Tonsillektomie. Kessel.
Zur Histopathologie der Kieferhöhlenschleimhaut. Krumbein.
✦ Leukämische Veränderungen der oberen Luft- und Speisewege. Seelenfreund.
Ein Fall einer Zyste der Epiglottis. Borschim.
✦ Lokalanästhesie oder Narkose bei Tonsillektomie. Dahmann.
Ueber korrekte Nasenchirurgie. Schlesinger.
✦ Versuche mit Lichtbildern bei verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Kragh.

Ueber experimentelle Tonsillenreaktionen. Durch Massage gesunder Tonsillen findet ein Sinken der Blut-Leukozytenzahl statt, das im wesentlichen den Lymphozyten zuzuschreiben ist. Nach einer Tonsillitis ist zuerst in den Tonsillen eine Vermehrung der Lymphozyten zu beobachten, während diese später wieder abgebaut werden und die Keimzentren sich vermehren. Als wahrscheinlich wird eine Antistoffbildung der Lymphozyten in den Tonsillen gegen die Infektion angenommen, während im freien Kreislauf polynukleäre Leukozyten gegen die passierten Tonsillartoxine auftreten.

Ueber protahierte otogene Meningitis serosa. Bl. beschreibt einen Fall, wo nach Entleerung eines Extraduralabszesses 3 Monate nach Ausheilung des Ohres eine Leptomeningitis weiterbestand. Das Lumbalpunktat war bei hohem Druck stets klar. Es erscheint mir zweifelhaft, ob tatsächlich eine seröse Meningitis weiterbestanden hat. Es kann sich auch um eine Entzündung der Ventrikelauskleidung gehandelt haben, um einen entzündlichen Hydrocephalus internus, der eben seinen Ausdruck in dem gesteigerten Lumbaldruck fand. Es wird vom Ref. für vorteilhafter gehalten, mit dem Ausdruck „Meningitis serosa" mehr als bisher üblich Zurückhaltung zu üben, und den einer sogenannten protahierten Meningitis serosa lieber erst gar nicht in den medizinischen Wörterschatz einzuführen.

Tuberculosis oesophagi. Schluckbeschwerden Tuberkulöser finden bei mäßigem laryngealen Befund ihre Erklärung noch durch die Oesophagoskopie. Beobachtet wurden entzündliche und ulzeröse Erscheinungen in der Gegend der physiologischen Engen. Der Charakter und die Heilungstendenz dieser Erkrankungsform scheint relativ gutartig zu sein, da bei Sektionen sehr selten Veränderungen der Oesophaguswand vorgefunden werden.

Leukämische Veränderungen der oberen Luft- und Speisewege. Bei Beschreibung der Fälle erscheint der erneute Hinweis wertvoll, daß die chirurgische Koagulations-Diathermie mehr als bisher verdient, zur Stillung letaler Blutungen herangezogen zu werden.

Lokalanästhesie oder Narkose bei Tonsillektomie. Eine rite ausgeführte Tonsillektomie führte mittels Lokalanästhesie zur Bildung einer Wirbelkaries. Sicher wurde bei den Injektionen infektiöses Material verschleppt. Bei nicht ganz einwandfreien Fällen wird daher angeraten, die Operation in Schwebe und Narkose auszuführen.

Versuche mit Lichtbehandlung. Anscheinend konnte in einzelnen Fällen von Schwerhörigkeit des schalleitenden Apparates durch Bestrahlung mit Quarz- und Kohlenbogenlicht eine Besserung erzielt werden. Größere Versuchsreihen sind notwendig, um allzu gerechtfertigte Zweifel zu zerstreuen.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Zeitschrift für Röntgenologie.

6., Nr. 17.

Neue Milliamperemeterbeleuchtung. W. Nölke.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

13., Heft 6, September 1926.

✦ Zur Psychologie und Soziologie jugendlicher unehelicher Mütter. Jul. Moses.
Zur Soziologie und Psychologie der jüdischen Ehen. W. Hanauer.
Zur Reform des Rechtes der unehelichen Kinder. Fr. E. Traumann.
Der Unehelichenschutz im Deutschen Reich. W. Buhre.
Frauenarbeit und Geburtenrückgang. H. Guradze.
✦ Zur Frage der Aetiologie der Ejaculatio praecox. Grage.
✦ Ueber die Sekretion der weiblichen Brust infolge ihrer sexuellen Erregbarkeit. M. Samuel.

Zur Psychologie und Soziologie junger unehelicher Mütter. Das Material stammt ebenso wie bei dem von uns auf Seite 922 referierten Aufsatz aus Mannheim. Hier aber handelt es sich um eine andere Zusammenstellung, nämlich um jugendliche Mütter, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Dieser Aufsatz kann also als eine wertvolle Ergänzung zu dem vorigen gelten. Das Material ist um so leichter herauszugreifen, weil die Jugendlichen unter 18 Jahren Objekte der gesetzlichen Jugendwohlfahrtspflege und speziell in Baden, wo die Fortbildungsschulpflicht der Mädchen sich bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres erstreckt — auch der schulbehördlichen Maßnahmen werden. Nach der Aufstellung des städtischen Mannheimer Jugendamtes betrug am 11. November 1925 die Gesamtzahl der bei der Entbindung noch fortbildungsschulpflichtigen Mädchen 46, davon im Alter von 15 Jahren 3, von 16 Jahren 21 und von 17 Jahren 22. Nach dem Beruf waren 21 berufslos, 13 Arbeiterinnen, je 3 Kontoristinnen und Dienstmädchen und je 1 Näherin, Stenotypistin, Modistin, Einlegerin, Packerin, Verkäuferin. Vom soziologischen Standpunkte aus ist es noch wichtig, festzustellen, daß diese jugendlichen Mütter, im Gegensatz zu den älteren Schicksalsgenossinnen, im Elternhause wohnten. Hier spielen wirtschaftliche Faktoren eine Rolle, denn da die Kinder zum Haushalt beitragen, fürchten die Eltern, diesen Beitrag bei zu strenger Behandlung zu verlieren. Auch dulden sie stillschweigend, daß Kleidung, Wäsche, Schmuckgegenstände des Mädchens von Liebhabern bestritten werden. Wird aber das Mädchen schwanger, um so unbarmherziger werden die Eltern. Es wird mit dem Hinauswerfen gedroht und nur dank der Wohlfahrtsorgane wird die Verwirklichung dieser Drohung vermieden. Bemerkt sei noch, daß in einer großen Anzahl von Fällen die Anlässe zur sexuellen Betätigung der Mädchen im Hause selbst lagen, wo schlechte Vorbilder, enge Wohnverhältnisse, auch inzestuöse Handlungen auf sie einwirken. Ein besonders trauriges Kapitel für sich sind die Dienstmädchen. In den von uns oben angegebenen Zahlen sind sie schwach vertreten, aber im allgemeinen, wie auch aus dem Referat auf Seite 922 zu ersehen ist, stehen sie an erster Stelle. Dies ist dadurch zu erklären, daß die Mädchen meistens vom Lande kommen, wo andere Sitten über den vorehelichen Verkehr herrschen, der gewöhnlich zur Heirat führt; mit diesen Anschauungen scheitern sie aber unter den andersartigen Anschauungen in der Stadt. Zu berücksichtigen ist auch, daß sich gerade die leichtsinnigen, lebenshungrigen Mädchen vom Lande nach der Stadt wenden, wo sie als Dienstmädchen leicht unterkommen. Ohne genügenden Schutz werden sie von dem Glanz der Großstadt leicht erregt. Ihre Zeit ist gewöhnlich karg, und diese nützen sie unüberlegt aus. Die Erfahrung zeigt, daß eben solche Mädchen, besonders nachdem sie einmal geboren haben, in großer Zahl zur Gewerbeunzucht übergehen. Auch die Legitimierung der unehelichen Kinder kommt bei Dienstmädchen seltener vor: im allgemeinen werden 21% der unehelichen Kinder durch den Vater legitimiert. Während aber bei Fabrikarbeiterinnen 26% legitimiert werden, sind es bei Dienstmädchen nur 5%. Hier liegen danach wichtige Probleme für die Fürsorge. — Was die Väter betrifft, so sind diese meistens auch junge Burschen. Nach der obigen Statistik haben nur 5 Väter nicht ermittelt werden können. Von den übrigen waren: 11 20jährige, 8 21jährige, je 3 18- und 25-jährige, je 2 17-, 19-, 22-, 23- und 24jährige und je 1 29- bis 44jährige. Nach den Berufen waren: 9 Schlosser, je 5 Taglöhner und Kaufleute, 3 Schneider, je 2 Monteure, Chauffeure, Schreiner, Landwirte, Schuhmacher und Metzger und je 1 Wagner, Musiker, Geschäftsführer, Drogist, Bauunternehmer. Also auch daraus ist zu ersehen, daß es sich hier nicht um Angehörige der höheren Schichten handelt. — Unter den 46 Fällen erfolgte in 25 Fällen Vaterschaftsanerkennung, in 8 schwebte Unterhaltungsklage, in 4 erfolgte Heirat der Kindeseltern, in 1 Fall ist der Kindesvater gestorben, in 3 Fällen wurde die Unterhaltungsklage abgewiesen, und in 5 Fällen war die Vaterschaft nicht festzustellen. In einem Fall erfolgte Anzeige wegen Notzucht. — Von den 46 unehelichen Müttern wurden 11 Fälle der Fürsorgeerziehung zugewiesen. Diese Mütter stehen größtenteils unter Schutzaufsicht. Sämtliche Mütter sind im Haushalt untergebracht. Was die Kinder anbelangt, so wurden 43 bei der Kindsmutter untergebracht, 1 im Säuglingsheim und 2 in Privatpflege. Dank der zähen Arbeit des Jugendamtes sind die Mütter und Kinder verhältnismäßig gut wirtschaftlich versorgt. Schwieriger ist die vorbeugende Tätigkeit, die nicht zuletzt von dem weiteren Ausbau des öffentlichen Jugendschutzes abhängig ist. Dies soziologische

Material, wie unmittelbare Beobachtungen geben folgende Aufschlüsse zur Psychologie der unehelichen jugendlichen Mütter. Rein sexualpsychologisch besteht kein Unterschied zwischen den jugendlichen Müttern und ihren Altersgenossinnen, deren Geschlechtsverkehr nicht zur Schwängerung führte. Die Motive der sexuellen Preisgabe sind meistens aus einem Leichtsinn, seltener aus einer Geschlechtslust entstanden. Im letzteren Falle sind es solche Mädchen, bei denen die Geschlechtslust schon in der Kindheit durch Angriffe geweckt worden war. Unter solchen befinden sich psychisch abgeartete Individuen, frühreife, triebhafte Psychopathen und schwachsinnige Mädchen mit abnormer Triebdynamik. Aber bei den meisten ist es einem Zufall zuzuschreiben, oft wurde eine Nacht des Tanzes zum Verhängnis. Die naturhafte weibliche Sprödigkeit fehlte nicht, aber sie wurde durch Verhaltungsweisen maskiert (Kichern, Lachen, Kokettieren), die von dem männlichen Partner als Bereitwilligkeit zum sexuellen Verkehr gedeutet und ausgenutzt wurden. Eitelkeit, Gefallsucht, Eifersucht auf Nebenbuhlerinnen, Dankbarkeit gegen den Mann, der die Lebensgenüsse verschafft, Alkoholisierung, das anfeuernde Beispiel von Freundinnen usw. halfen die Sprödigkeit überwinden und dem Partner das gewähren, was er stürmisch, lockend oder drohend verlangte. Die Furcht, seine Gunst zu verlieren oder zu erleben, daß er sie anderen Mädchen zuwendet, halten das Mädchen bei dem Manne fest, oder es wiederholen sich bei einem anderen die gleichen seelichen Mechanismen. So gehört der Geschlechtsverkehr zu der gesamten Lebensform, welche die Mädchen gewählt haben, ohne daß er sich besonders hervorhebt in den Gefühlen und Eindrücken dieses Lebens." (S. 170 f.) Interessant ist, festzustellen, daß der Geschlechtsakt als solcher mehr oder weniger gleichgültig bleibt. Erst bei wiederholtem Verkehr wird die Geschlechtslust geweckt. Bei der Feststellung der Schwangerschaft kommen Reue- und Schuldgefühl, was nicht mit Angstgefühlen zu verwechseln ist. Was die Einstellung zum Manne anbelangt, so besteht bei den jüngeren Müttern ein erheblicher Unterschied gegenüber den älteren unehelichen Müttern; es findet sich nämlich oft bei den ersteren eine Leere der Gefühle gegen den Mann oder die Männer, die als Schwängerer in Betracht kommen. Die Erwägungen über das Verhalten des Erzeugers zu Mutter und Kind liegen bei den jungen Mädchen noch fern. Auch sind junge Mütter oft ohne mütterliches Gefühl. Wird das Kind entfernt, so hat die Mutter keine Sehnsucht nach dem Kinde, bleibt das Kind, so ist ihr Gefühl zu dem letzteren dem gegen ein Spielzeug oder gegen jüngere Geschwister zu vergleichen.

Zur Frage der Aetiologie der Ejaculatio praecox. Prof. R. Kazemann schreibt (siehe Zeitschrift für Sexualwissenschaft, XII., März 1926) die Ursache der Ejaculatio praecox der Onanie zu. Indem der Verfasser diesen Ausführungen beipflichtet, erklärt er an Hand von zwei Beobachtungen die Ursache auch durch unnormale Verhältnisse. Allerdings muß eine individuelle Veranlagung zu sexuellen Störungen, eine nervöse Disposition vorhanden sein, diese Anlage kann im Laufe des Lebens dauernd latent bleiben. Es bedarf erst bestimmter Schädigungen, meistens seelischer Natur, einer Disharmonie in dem fein abgestimmten Wechselspiel des Organismus, bevor es zum Krankheitsgeschehen kommt, aber der günstige Boden muß vorhanden sein. Im ersten Falle handelt es sich um einen ledigen Akademiker, der Verkehr mit der Stütze des elterlichen Haushaltes hatte. Der Verkehr fand in der elterlichen Wohnung statt. Die Gefahr der Ueberraschung war vorhanden, daraus unangenehme Folgen. Die Ejaculatio praecox verschwand nach plötzlichem Abbruch des sexuellen Vorgangs und trat bei späterer sexueller Betätigung unter anderen Bedingungen nie wieder auf.

Bei dem zweiten Falle handelt es sich um den Geschlechtsverkehr eines Schlossers im Jahre 1916 in Lille mit einer Französin im Stehen, da sie die Kohabitation in anderer Form ablehnte. Hier war die Behandlung schwerer, weil die Idee beim Patienten zu stark überwertig war. Jedenfalls kann nur kausale Therapie zum Ziele führen; „die zentralen Reize, welche in das empfindliche Zusammenspiel der peripheren Organe und des lumbalen Ejakulationszentrums störend eingreifen, müssen gedämpft, resp. ausgeschaltet werden."

Ueber die Sekretion der weiblichen Brust infolge ihrer sexuellen Erregbarkeit. Einige Beobachtungen der Fälle innerhalb sechs Monaten beweisen deutlich, daß Aussaugen der Mammae vom Manne, sei es als Akt der sexuellen Befriedigung, sei es als Anreizmittel zur Kohabitation, einen starken Milchfluß aus der Brust verursacht, ohne daß Schwangerschaft vorlag. Das Ausbleiben des Aktes führte zum Aufhören der Sekretion. M. Kantorowicz.

Dermatologische Zeitschrift.

48., H. 5/6, September 1926.

Verallgemeinerte Warzenerkrankung (Verrucosis generalisata) und ihre Beziehung zur Epidermodysplasia verruciformis (Lewandowsky). Erich Hoffmann.
Atrichia congenita. Leo Kauftheil.
Multiple Karzinoide der Haut. Frederick Schmidt.
* Eingewachsene Barthaare (Pili incarnati). Frederick Schmidt.
Pathogenese der Acrodermatitis atrophicans. Carl Moncorps.

Eingewachsene Barthaare (Pili incarnati). In 3 Fällen bestand ein klinisch der Sycosis barbae ähnlicher Zustand mit zahlreichen Knötchen und Pusteln. Die Untersuchung ergab jedoch als Ursache ein eigentümliches Wachstum einiger Haare (das übrigens mit dem Verhalten der embryonalen Haare übereinstimmt). Nach Austritt aus dem Haartrichter verläuft das Haar leicht bogenförmig und bohrt sich mit der Spitze in die benachbarte Haut ein, oder es gelangt überhaupt nicht gänzlich an die Oberfläche, sondern verläuft unter der Hornschicht fort. Die klinischen Entzündungserscheinungen sind Reaktionen auf diesen Zustand.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 38, 18. September 1926.

Zur Kenntnis des Brookschen Epithelioms und des Jarischschen Trichoepithelioms. Dimitrios Zarafonitis.
Beitrag zur Lehre des Ekzems (Funktionsprüfungen usw.). Evening.
* Beitrag zur Therapie des Pemphigus vulgaris. H. Th. Schreus und Grete Esser.
Kritischer Beitrag zur Bewertung der Kolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis. H. Th. Schreus, H. G. Rottmann und H. Wegener.
Ueber einige Untersuchungsergebnisse mit der aktiven Methode des Komplementablenkungsversuches. Max Hesse und Ernst Kiene.

Beitrag zur Therapie des Pemphigus vulgaris. In der Blasenbildung des Pemphigus ist wahrscheinlich nur ein Symptom zu sehen, das im Gefolge einer hier vorhandenen Stoffwechselstörung auftritt, und zwar soll ein gesteigerter Eiweißzerfall zugrunde liegen. Eine geeignete Therapie müßte daher darauf gerichtet sein, durch Beeinflussung bzw. Herabsetzung des Eiweißumsatzes auf eine Eiweißersparnis hinzuwirken. Mit Rücksicht darauf, daß eine solche nach Strahleneinwirkung gelungen ist, und daß andererseits in einem Falle von Pemphigus vulgaris eine gewisse monatliche Periodizität der einzelnen Blasenschübe vorhanden zu sein schien, wurden in diesem und einem zweiten Falle Bestrahlungen der Ovarien mit einer für die Depression der Funktion genügenden Dosis vorgenommen. Es zeigte sich in beiden Fällen eine auffallende Aenderung des Krankheitsbildes, Ausbleiben der ausgedehnten Attacken, nur noch vereinzelte Bläschen, in dem einen Falle Freibleiben seit 10 Monaten. Die Stoffwechselanomalie (Kochsalzretention) war geschwunden.

83., Nr. 39, 25. September 1926.

Naevi spili der Mundschleimhaut bei Vorhandensein von Naevi spili der Haut in ausgedehnter, ungewöhnlicher Form. A. Foerster.
* Klinische Erfahrungen mit dem Arsenpräparat Albert 102. Friedrich Fölsch.
* Therapeutische Versuche mit Impfmalaria bei Syphilis. Karl von Berde.

Klinische Erfahrungen mit dem Arsenpräparat Albert 102. Die bisherigen Erfahrungen über Albert 102 sind sehr widersprechend. Verf. kann auch kein endgültiges Urteil abgeben, da seine Untersuchungen sich auf nur 38 Fälle beziehen. Die Verträglichkeit war jedenfalls eine gute, keine wesentlichen Nebenerscheinungen, auch Weiterbehandlung zweier Fälle von Salvarsandermatitis war ohne Störung durchführbar. WaR. und Liquor im allgemeinen gut beeinflußt, Spirochaeten in Primäraffekten schwanden langsamer als bei Salvarsan. Sekundäre Lues scheint je nach der Art der Erscheinungen verschieden zu reagieren, papulo-krustöse Formen werden schwerer beeinflußt.

Therapeutische Versuche mit Impfmalaria bei Syphilis. Um den Einfluß der Malariabehandlung bei Frühsyphilis und besonders bei Fällen mit Liquorveränderungen festzustellen, wurde eine Salvarsan- oder Wismutbehandlung nicht vorausgeschickt, sondern erst nach Feststellung der Malariawirkung angeschlossen. Eine sehr gute Wirkung, die sogar die sonstiger Heteroproteine und auch des Quecksilbers übertraf, zeigte sich auf Primäraffekte, ebenso wurden auch manifeste Sekundär- und Tertiärerscheinungen verhältnismäßig schnell zum Schwinden gebracht. Jedoch entsprach dem die Wirkung auf die Syphilis als Allgemeinkrankheit (allgemeine Drüsenschwellung, WaR.) durchaus nicht; es wurde auch das Auftreten von Sekundärerscheinungen kurz nach Kupierung der Malaria beobachtet, ebenso auch in einem nicht geringen Teil der Fälle Rezidive. Die an die Malariaimpfung angeschlossene Salvarsanbehandlung machte sich auf die WaR. erst nach Monaten bemerkbar, der seronegative Zustand dauerte gewöhnlich kaum ½ Jahr; klinische Rezidive wurden danach nicht beobachtet. Liquorveränderungen wurden durch die Malariabehandlung nicht in jedem Falle beseitigt, Rezidive traten ein. Die Impfmalaria ist als unspezifischer Reiz aufzufassen, sie kann vorläufig nur als Unterstützung der Chemotherapie in besonderen Fällen in Frage kommen.

Ernst Levin, Berlin.

Vierteljahrsschrift Deutscher Aerztinnen.

2., 4. Heft, Oktober 1926.

Der Versammlung des Bundes Deutscher Aerztinnen zum Gruß! Martha Fraenkel.
Die soziale Abteilung auf der Gesolei. S. Wronsky.
✦ Die deutsche Aerztin (Statistische Notizen). Anne-Marie Durand-Wever und Laura Turnau.
✦ Methodik der Körpermessungen. Wolfgang Kohlrausch.
Sonderturnen in den Schulen und orthopädische Gymnastik. Eugen Mattias.
✦ Aerztliches über weibliche Gymnastik und Körperkultur. Clara Bender.
Körperkultur der berufstätigen Frau. Gertrud Heckler.
Schwangerschaft und Leibesübungen. (Eine Bitte an Kolleginnen.) Hildegard Caspar.
Atmung und Leibesübungen. Elisabeth Hörnicke.
Sonnenbehandlung. Alida Janecke.

Die deutsche Aerztin. Nach der letzten Zählung gibt es 1395 approbierte Aerztinnen, d. h. 1 Aerztin auf 44 444 Einwohner. Verteilt nach Stadt und Land, leben in Großstädten mit über 100 000 Einwohnern 67,6%, in Mittelstädten von 10 000 bis 100 000 Einwohnern 20% und in Kleinstädten oder auf dem Lande 12,4% aller Aerztinnen. Die geringe Zahl in kleinen Orten erklärt sich hauptsächlich dadurch, daß Aerztinnen nur selten allgemeine Praxis treiben, Fachärzte sind aber mehr an Städte gebunden. Außerdem herrscht noch in manchen ländlichen Gegenden Deutschlands ein Vorurteil gegen den weiblichen Arzt. Unter den 46 deutschen Großstädten hat München prozentual die meisten Aerztinnen, während es in Hamborn überhaupt noch keine Aerztin gibt. Die Fragen nach der Art der Betätigung und nach dem Zivilstand konnten wegen mangelhafter Angaben nicht für die gesamten Aerztinnen Deutschlands beantwortet werden, wohl war es aber möglich, einige Bezirke von Groß-Berlin nach dieser Richtung hin zu bearbeiten. In 12 Bezirken sind 5,8% nicht beruflich tätig und ⅓ verheiratet und ⅔ ledig. In den Mittelstandsgegenden mit Privatpraxis kommt auf etwa 5500 Einwohner eine Aerztin, in Proletariergegenden mit fast ausschließlicher Kassenpraxis erst auf etwa 50 000 bis 100 000 Einwohner. Dies ist nicht auf das Vorurteil der Bevölkerung gegen die Aerztinnen zurückzuführen, sondern vielmehr auf das System der Zulassung zur Kassenpraxis (Karenzzeit).

Methodik der Körpermessungen. Der anthropometrische Ausschuß des Deutschen Aerztebundes zur Förderung der Leibesübungen hat beschlossen, daß im Sinne einer wünschenswerten Einheitlichkeit der sportärztlichen Untersuchungen im Reich einige Feststellungen, verbindlich für alle Untersuchungen, gemacht werden sollen. Es ist ferner beschlossen, sich nur auf folgende Maße zu beschränken: Gewicht, Größe, Brustumfang und Stammlänge, als dringend erwünscht der Spirometerwert, Schulter- und Beckenbreite, sowie Oberarm- und Wadenumfang. Weitere Maße schienen dem Ausschuß Sache des wissenschaftlichen und persönlichen Interesses des einzelnen Untersuchers zu sein. Nur bei einer genau festgelegten Meßtechnik sind solche Untersuchungen wertvoll. Um hier eine Einheitlichkeit zu gewährleisten, ist beschlossen, daß sich die Untersuchungen streng an die Martinsche Meßtechnik zu halten haben. Es wurden deshalb die „Richtlinien für Körpermessungen" von Martin (Verlag J. F. Lehmann, München 1924) als maßgebend zugrunde gelegt. In diesem Buch sind auch die statistischen Verarbeitungsmethoden genau angegeben. Der Verfasser, ein Schriftführer des Deutschen Aerztebundes zur Förderung der Leibesübungen, beschreibt die Martinsche Meßtechnik und zwar nur soweit, als sie für den praktischen Sportarzt ohne viel Gerätschaften brauchbar ist.

Aerztliches über weibliche Gymnastik und Körperkultur. Heute ist die Meinung, daß die schwächere Körperkraft der Frau eine Entartungserscheinung und durch Kultureinflüsse bedingt sei, nur selten vertreten. Die meisten stimmen darin überein, daß der weibliche Organismus in allen seinen Teilen verschieden von dem des Mannes ist, daß er anderen Aufgaben dient und sonach andere Entwicklungsziele anzustreben hat. Infolgedessen muß die weibliche Gymnastik nach völlig anderen Gesichtspunkten eingestellt sein als die des Mannes. Nach dem 12. Lebensjahr ist es ratsam, den Turnunterricht nicht mehr gemeinsam vorzunehmen. Es ist dabei zu beachten, daß bei den Mädchen in der Pubertätszeit besonders die Rumpflänge schnell wächst, dagegen bleiben Brustkorb und Schultern noch längere Zeit relativ schmal. Ebenso bleibt die Muskulatur im Verhältnis zunächst stark zurück, besonders die Rückenmuskeln. Daraus ergibt sich eine Neigung zu Rückgratverkrümmungen und zu einer Unfähigkeit der Mädchen im Pubertätsalter, besondere Kraftanstrengungen zu leisten (vgl. E. Matthias, Eigenart in Entwicklung, Bau und Funktion des weiblichen Körpers und ihre Bedeutung für die Gymnastik. Bern, 1923). Im Wachstum bleiben ferner zunächst Lungen und Herz relativ zurück; ihre Leistungen sind in der Pubertät die schlechtesten der ganzen Lebenszeit. Dies bringt große Gefahr bei Uebertreibungen beim Sport (Herzerweiterung, Lungenerkrankung). Großes Gewicht wird deshalb auf eine sachgemäße Ausbildung der Atmungstechnik zu legen sein.

Was das Gymnastiktreiben während der Menses betrifft, so sind Schwimmen, Reiten, Springen und alle Erschütterungen des Körpers unbedingt zu untersagen. Andere leichtere Uebungen sind je nach dem Individuum und nach vorheriger Konsultation mit dem Arzte zulässig. Die Verfasserin ist der Meinung, daß, weil das Mädchen in diesen Tagen die Schule besucht und auch bei den im Beruf stehenden Erwachsenen durch das stundenlange Sitzen eine unzweckmäßige Blutverteilung gerade im Unterleib bewirkt wird, eine mäßige Körperbewegung sogar wünschenswert sei, da sie wieder genügenden Blutumlauf herstellen kann. Das Dispensieren der schwächlichen Mädchen vom Turnunterricht ist nicht ratsam. Dagegen sind Rekordleistungen im weiblichen Turnen und überhaupt im weiblichen Sport unter allen Umständen ein Unfug; sie haben mit Körperkultur nicht das geringste zu tun. Auch Schauturnen, Wettkämpfe und dergleichen sind ärztlich zu verwerfen. Aerztliche Untersuchungen im Berliner Stadion ergaben, daß eine erschreckend hohe Zahl von Preisturnerinnen Rückgratsverkrümmungen und Brustkorbabnormitäten aufwies. Körperkultur ist Individualeigentum jedes Menschen; und jeder muß selbst nach Neigung und Ausprobieren herausfinden, welcher Weg für ihn der richtige ist. Eine Frau kann z. B. zur vollkommenen Athletin ausgebildet sein und gerade dadurch ernste Schwierigkeiten bei einer Entbindung haben, weil die abnorm starke Muskulatur des Beckenbodens trotz normalen Knochenbaus Widerstände für das Kind schafft. Die Frau ist von dem Wege der Vermännlichung abzulenken und auf den Weg der generativen Ertüchtigung ihres Körpers hinzuleiten. Vor allem muß — was zum Teil schon durchgeführt wird — eine entsprechende Gymnastik für Mutterschaft und Beruf erlernt werden. Im letzteren Falle ist eine dem Beruf entsprechende, sich alle 1 bis 2 Stunden wiederholende und 1 bis 3 Minuten dauernde Gymnastik zu empfehlen. Im ersteren Falle hat man in der Breslauer Klinik gute Erfahrungen gemacht, indem man dort die Frauen, die zur Entbindung aufgenommen sind, täglich bis zum Ende der Schwangerschaft vorsichtig systematisch geleitete Uebungen ausführen läßt. Die Erfolge sind über alles Erwarten günstig in bezug auf Dauer und Ablauf der Geburt; auch ein sonst so häufiger Dammriß wurde äußerst selten beobachtet. — Einseitige Ausbildung der Muskelkräfte ist nicht das wesentliche. Einige Uebungen, die vorzugsweise die Innenmuskeln der Oberschenkel kräftigen, wie Herrensattel usf., sind zu vermeiden.

M. Kantorowicz.

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung.

12., Heft 4, September 1926.

Vergleichend-morphologische Betrachtungen über die Entstehung der Ferse und des Sprunggelenkes der Landwirbeltiere mit besonderer Beziehung auf den Menschen. M. Westenhöfer.
Lipoidstoffwechsel und Konstitution. Prof. H. Much.
✦ Lipoidstoffwechsel und Keimdrüsen. R. Jaffé.
✦ Typische Geburtsverletzungen der Labia minora. H. Ziem.
Konstitutionstypenlehre der Frau. Beitrag 4: Der athletische und subathletische Konstitutionstypus der Frau. J. S. Galant.
Ehe und Familie in Sowjetrußland. P. Krische.

Lipoidstoffwechsel und Keimdrüsen. Gerade die morphologischen Untersuchungen der Keimdrüsen haben gezeigt, daß die Ablagerung bestimmter Lipoide zu bestimmten Zeiten in bestimmten Zellen erfolgt, und daß in dieser Ablagerung, die mit Wahrscheinlichkeit durch Speicherung aus dem Blut erfolgt, der Ausdruck irgend einer Funktion zu erblicken ist. Diese Funktion ist mit Wahrscheinlichkeit in der Korrelation mit anderen endokrinen Drüsen und vielleicht auch mit anderen Organen des Genitaltraktus zu suchen.

Typische Geburtsverletzungen der Labia minora. Verletzungen der Labia minora (Nymphen), besonders in Form von kleinen Einrissen und Perforationen sind nicht ganz seltene, während der Geburt vorkommende Ereignisse. Bei Defekten der Nymphen in Form von runden oder ovalen glattrandigen Löchern ist ebenfalls an eine traumatische durch den Geburtsakt bedingte Entstehung zu denken. Obwohl durch Verletzungen der Nymphen selten ernstliche Komplikationen veranlaßt werden, geben sie doch wegen gelegentlicher sofortiger oder späterer Komplikationen Veranlassung zu sofortiger chirurgischer Versorgung. Bei unbekannten Blutungen aus dem Genitale nach der Geburt ist stets auch an die Möglichkeit von Verletzungen der Nymphen zu denken.

Rudolf Katz, Berlin.

Schweiz. med. Wochenschrift.

Nr. 36.

* Vergleichende physikalische Hörprüfungen. W. Tobler.
* Die Aufrichtung der mobilen Retroflexio uteri auf rekto-vaginalem Wege. Ch. Perret.

Zum Tuberkulosegesetz. E. Olivier.
Zum Tuberkulosegesetz. Antwort an E. Oliver. A. Gigon und F. Kitzler.

Vergleichende physikalische Hörrohrprüfungen. Verf. erbringt den objektiven Beweis dafür, daß die Schlauchstethoskope die akustischen Phänomene in der Weise verstümmeln, daß die hohen Schallkomponenten mehr oder weniger unterdrückt und die tiefen dadurch begünstigt werden. Seine Versuche tun einwandfrei dar, daß ein langes, dünnes Gummirohr, wie es bei binaurikulären Stetoskopen verwendet wird, ganz abgesehen davon, daß ihm die soeben erwähnten Nachteile des Gummirohrs anhaften, den Schall schlechter leitet als ein Holzrohr von den Dimensionen der gewöhnlichen Holzstethoskope.

Die Ausrichtung der nichtadhärenten Retroflexio uteri auf rekto-vaginalem Wege. Küstner gebührt das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß man die Aufrichtung eines retroflektierten Uterus so vollziehen kann, daß man die vordere Muttermundslippe mittels Museux anhakt und mit der zweiten Hand erst vom Rektum, dann von der Vagina aus, den Uterusfundus nach hinten und oben hebelt. Bedauerlich tritt diese Küstnersche Methode in den Lehrbüchern der Gynäkologie ganz zurück gegenüber der bimanuellen Methode.

Das vom Verf. angegebene Verfahren weicht ein wenig von dem Küstnerschen ab, insofern, als er von der durch 2 Gummihandschuhe geschützten Hand nur den Zeigefinger benutzt, um ins Rektum einzugehen; es bedarf dann keines sehr starken Zuges an der Portio, um die Retroflexio in eine Retroversio überzuführen. Die gleichzeitige Beugung von Faust und Zeigefinger hebt den Uterusfundus. Die Aufrichtung der Portio vaginalis vollzieht sich in der Sagittalebene ohne Zug, der die Elastizitätsgrenze der Sig. uterina überschreitet.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 35, 2. September.

Mund- und Klauenseuche. S. N. Verdal.
Ein Fall von Phlegmonen unter dem Muscul. pectoralis maj. dextr. hämatogenen Ursprungs. Jens. Hjortred.

Nr. 36, 9. September.

Narbenverengungen in der Speiseröhre. Einar Thomsen.
Zunehmende Häufigkeit des katarrhalischen Ikterus (Hepatitis epidemica) und der akuten gelben Leberatrophie im späteren Alter. Axel Thisted.

Nr. 37, 16. September.

* Anämien mit Nephritis und Infektionen. H. C. Gram.

Albuminurie und spezielles Verhalten des Albumins und Globulins im Urin. Terben Geill.

* Syphilis und Nieren. T. W. Tallquist.

Kongreß der Irren- und Nervenärzte in Genf (Juli 1920). H. L. Schon.

Anämien mit Nephritis und Infektionen. Die Anämien bei Nephritis beruhen auf einer Herabsetzung der im Körper befindlichen Erythrozytenmasse. Der Zusammenhang zwischen Hydrämie und Plethora serosa ist nur ein geringes. Eine Plasmavermehrung kommt mitunter bei Nephritis vor und kann zur Anämie beitragen.

Syphilis und Nieren. Nierenveränderungen bei Syphilis durch frische oder alte Lues allein zeigen nie das Bild der akuten Glomerulonephritis. Da wirken infektiöse Prozesse mit, wie Angina, Influenza usw. Auch chronische Nephritis durch Lues allein ohne andere Ursachen scheint mehr als selten.

Nr. 38, 23. September.

* Tuberkuloseentwicklung und Sanocrysinbehandlung bei Kindern. Th. Oldenburg.
* Fütterungsversuch an Ratten mit Nestles Kindermehl. Ch. R. Oestergaard.

Ueber Pleuritis calcificans. H. P. Sörensen.

Die Sanocrysinbehandlung der Tuberkulose wird von Oldenburg abgelehnt und als gefahrvoll hingestellt wegen der Neigung der Kindertuberkulose, sich zu generalisieren, wegen der Empfindlichkeit des kindlichen Organismus, der leichten Bildung von Toxinen etc.

Die Fütterungsversuche an Ratten mit Nestlés Kindermehl lehrten, daß dieses als einziges Nahrungsmittel für den wachsenden Organismus nicht geeignet ist und daß man sogar damit eine experimentelle Rachitis bei Tieren erzeugen kann. S. Kalischer.

Hygiea.

H. 16, 31. August 1926.

* Psychische Entwicklungsstörungen bei kongenital syphilitischen Kindern und Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Gösta Ahman.

Einrichtung für das direkte mikroskopische Studium von Präparaten, die gleichzeitig im Projektionspräparat abgezeichnet werden. S. von Wachenfeld.

Psychische Entwicklungsstörungen bei kongenitalsyphilitischen Kindern und Untersuchung des Liquor cerebrospinalis derselben. Psychische Entwicklungsstörungen bei kongenitalsyphilitischen Kindern sind nach des Verf. Ansicht nicht immer auf entzündliche meningeale Veränderungen zurückzuführen, wie sie sich sehr häufig ca. in ⅔ der Fälle intrauterin schon oder später bei diesen Kindern finden. Diese meningealen Entzündungen sind meist nur leichter und vorübergehender Natur; nur selten sind sie schwer und gehen mit degenerativen Veränderungen des Zentralnervensystems einher. Die systematische Untersuchung der Spinalflüssigkeit bei den hereditärsyphilitischen Kindern könnte vielleicht prognostisch von Bedeutung sein für die später zu befürchtenden psychischen Anomalien. Diese können jedoch anscheinend auch ohne diese meningealen Vorgänge auftreten (degenerative) oder auf dem Umwege endokriner Veränderungen. S. Kalischer, Schlachtensee.

Upsala Läkareförennings Förhandlingar.

Neue Folge, **33.**, Heft 3—6, September 1926.

Ein Beitrag zur Geschichte der Lösungsoperationen bei Beckenneigung. J. Ohlow.
Einige Worte über Erblichkeit und Milieu vom konstitutionsanatomischen Standpunkt. A. J. Hammar.
Ueber die Erfahrungen über die Zystinurie in unserem Lande. C. Th. Mörner.
Eine Studie über das Neuro-Epithelioma-Pliomatosum. J. Naeslund.

* Die Einwirkung einiger narkotischer Mittel auf das parasympathische Nervensystem. Hakan Rydin.

Erfahrungen über eine Enteritisepidemie. Olof Bratt.
Ueber die gegenwärtigen Untersuchungen der durchsichtigen Medien. J. Nordensen.
Die Glaskörpertheorien des primären Glaukoms. J. Nordensen.
Zur Kenntnis der Vakzinola an der Bindehaut des Auges. L. Cronstedt.
Zwei Fälle von Dystrophia myotonica. G. Nylin.

* Die Brom-Chlor-Verteilung im Organismus bei einem Fall von akuter letaler Brom-Natrium-Vergiftung. E. Vilén.

Rachitisproblem. J. Thorling.
Experimentelle Parthenogenesis und Ephebogenesis bei Wirbeltieren. W. Bosnens.
Gibt eine der gegenwärtigen Theorien sicheren Aufschluß über die Pathogenese der Sklerodermie? A. Barkman.

* Gibt es eine primäre Mumps-Meningitis? G. Bergmark.
* Ueber die Ekehornsche Reklopexie bei Erwachsenen. P. Häggshöm.

Zur Frage der Spätrezidive bei Carcinoma mammae. U. Quensel.
Ein Fall von meningealem Mekrom mit reflektorischer Pupillenstarre. E. Ehnmark und B. Jacoborsky.
Neuere Betrachtungen über das Auftreten der Lungentuberkulose und ihrer Formen. J. Naeslund.
Operierter Fall von eitriger Perikarditis. A. Westerborn.
Ueber Narkose-Albuminurie. A. Bjure.

* Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der orthostatischen Albuminurie und der Varikozele. A. Kristensen.

Ein Fall von spontaner Verkleinerung eines Nierensteines. E. Hasselström.

* Conjunktivitis phlyctaenulosa und Skrofulose bei Helminthiasis und Pedikulosis. Ein Beitrag zur Pathogenese der Skrofulose. H. Laurell.

Die Einwirkung einiger narkotischer Mittel auf das parasympathische Nervensystem ist für Chloroform, Chloralhydrat, Chloralamid eine derartige, daß geringe Konzentrationen die Reizbarkeit der Endorgane (Herz, Darm) verstärken, während große Dosen lähmend wirken. Chloreton und Isopral vermindern die Reizbarkeit der vagotropen Endorgane und heben sie ganz auf; sie wirken hemmend und inhibitorisch.

Die Brom-Chlor-Verteilung im Organismus. Sie wurde in einem Falle von akuter letaler Brom-Natrium-Vergiftung untersucht, wobei sich herausstellte, daß die weiße Hirnsubstanz, die Basalganglien und das Kleinhirn für Brom, sowie auch für Chlor nahezu identische Ziffern aufweisen, während die Hirnrinde doppelt so viel Brom enthielt. Das Gehirn besitzt in der Rinde ihren wasserreichsten Teil, wodurch sich diese Tatsache erklärt. Der Patient hatte 100 g Bromnatrium genommen. Der Kranke starb an Koma und Lungenerscheinungen. 100 g Bromnatrium enthalten 78 g Brom.

Die Ekehornsche Rektopexie. Sie wurde in 9 Fällen bei Erwachsenen angewandt. Wegen Gefahr narbiger Verengerung des Rektallumens soll sie nicht häufiger als zweimal bei einem und demselben Individuum vorgenommen werden. In einem der Fälle führte sie durch Infektion zum Tode, in 4 Fällen war sie beinahe wirkungslos, in 4 Fällen führte sie zu dauernder Heilung.

Die Mumps-Meningitis. Sie tritt meist erst nach den Drüsensymptomen auf, doch kann sie mitunter den Drüsensymptomen vorausgehen und sogar als primäre Mumps-Meningitis ohne Drüsensymptome verlaufen. Die Lumbalflüssigkeit ist dabei wechselnd, mitunter zellhaltig; meist ist der Druck stark erhöht. Diese Meningitis tritt meist bei Kindern oder Erwachsenen auf, die mit Mumps-Kranken zusammenwohnen.

Narkose-Albuminurie. Sie zeigt große Aehnlichkeit mit der Albuminurie bei Diabetes, da sie ebenfalls bei einer relativ geringen Azidose bzw. Alkalose auftritt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine durch das Narkosemittel erzeugte Nierenaffektion, die durch direkte Wirkung des Giftes auf das Nierenepithel oder durch Zirkulationsstörungen in den Nieren zustande kommt.

Die orthostatische Albuminurie findet sich in größerer Frequenz bei Personen mit erweiterten Funikelvenen. Von 830 Individuen hatten 215, d. h. 15%, erweiterte Funikelvenen und 182, d. h. 21%, orthostatische Albuminurie. 70 Personen, d. h. 8,4%, hatten gleichzeitig beide Zustände. Bei Personen mit erweiterten Funikelvenen kommt daher die orthostatische Albuminurie häufiger vor als bei Personen ohne solche. Meist handelt es sich um schwächliche, asthenische Personen.

Die Pathogenese der Skrophulose ist noch unklar. Die hypothetischen Diathesen und selbst die Tuberkulose sind nicht als Grundbedingungen der Skrophulose erwiesen. Phlyktaesen können experimentell hervorgerufen werden, auch wo eine Infektion mit Tuberkulose nicht vorliegt. Eine tuberkulöse Infektion koinzidiert oft mit skrophulösen Symptomen wegen der unhygienischen Verhältnisse. Die Spezifizität der Tuberkulinreaktion erscheint dem Verf. noch zweifelhaft. Die Tuberkulose ist bei den Skrophulosen weit weniger häufig als allgemein angenommen wird. Die primären skrophulösen Symptome (Schleimhaut, Haut, Phlyktaenen) treten oft auf Grund von Ekto- und Entoparasiten (Pediculi, Oxyuris) auf, welche dem Organismus Stoffe einimpfen, gegen die er Antikörper bildet; er wird allergisch. Dann folgt das rein exsudative Stadium mit Haut-, Schleimhautläsionen, Drüsenschwellungen, dem sich das bakterielle Stadium und die Neigung zur Aufnahme nicht-spezifischer Bakterien aller Art anschließt.

Kalischer, Schlachtensee.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 9, September.

Virulenz und Virulenzbestimmungen. Kr. Skajaa.
Tonometrie. Hj. Schiötz.
* Bismutbehandlung der Neurosyphilis. Haakon Soethre.

Die **Bismutbehandlung der Neurosyphilis** wird als unschädlich leicht ausführbar und für ambulatorische Behandlung geeignet bezeichnet. Für früh auftretende Nervensyphilis kann sie eine völlige Heilung erzielen. Bei späterer (Metalues) und besonders bei Paralyse treten oft Rezidive auf, und eine intermittierende oder mit andern Mitteln kombinierte Bismutbehandlung ist hier vorzuziehen. Bei Tabes wirkt dieselbe oft besser als die anderen antisyphilitischen Mittel, ohne auf Schmerzen und andere Stimmungen der Tabes provokatorisch oder verschlimmernd zu wirken; doch eine Heilung ist auch hier nicht erzielt. Oft zeigen Liquor, serologische und klinische Erscheinungen Rezidive, so daß die Bismutbehandlung wiederholt werden muß.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

68., August 1926.

Darmparasiten in Finnland. Robert Ehrström.
Rezidivierende Gravidität derselben Tube. Robert Hasselblat.
Funktionen im Otolithenapparat. F. Leiri.
Nährwerte des finnischen Kalbfleisches. R. Björkstein, O. Klingendahl und E. Saarinen.

Diese Arbeiten, welche die Verhandlungen der finnischen Aerztegesellschaft darstellen, erscheinen demnächst in deutscher Sprache, und zwar zum größten Teil in den Acta Medica Scandinavica. Eine Besprechung vorher ist nicht erwünscht.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Acta chirurgica scandinavica.

60., Fasc. VI.

* Behandlung der Frakturen der Femurdiaphyse. Ein Versuch, einige der bei der Dauerzugbehandlung in Frage kommenden Kräfte zu berechnen. R. Faltin.
Proceedings of the Northern Orthopedic Association at its 7th Meeting in Copenhagen, 23rd and 24th June 1925. P. G. K. Bentzon.
Klinische und experimentelle Betrachtungen über periarterielle Sympathektomie. Emerich Polak.
* Treatment by Alcoholic Injection in Trigeminal Neuralgia. Gunnar Bauer.

Behandlung der Frakturen der Femurdiaphyse. Ein Versuch, einige der bei der Dauerzugbehandlung in Frage kommenden Kräfte zu berechnen. Verf. hält es für notwendig, daß man die Art und die Größe der zu überwindenden Widerstände kennen und wissen muß, wenn man die Frakturen der Femurdiaphyse zweckmäßig behandeln will. Er hat zu diesem Zwecke das Gewicht des Unterschenkels am Lebenden berechnet und kann durch ein einfaches Verfahren mit ziemlicher Genauigkeit das gesuchte Gewicht angeben. Legt man einen Patienten auf den Rücken und hebt das Bein von der Ferse mit einer Federwage ca. 25 cm in die Höhe, so kann man den Ausschlag als den gesuchten Wert betrachten. Durch zahlreiche Experimente hat er fernerhin versucht, die Kräfteverteilung und die Kräfteverluste zu erforschen, die bei der Dauerzugbehandlung in Frage kommen.

Treatment by Alcoholic Injection in Trigeminal Neuralgia. Nach kurzer Schilderung der Fortschritte, die die Aetiologie und die Diagnose der Trigeminusneuralgie in den letzten Jahren erbracht hat, geht Verf. auf die therapeutischen Maßnahmen ein. Bei frischen Fällen hält er Wärme und interne Medizin für angebracht. Bei dauernden Fällen ist zunächst basale Alkoholinjektion zu versuchen. Als letzte Abhilfe ist zur Exstirpation des Ganglion Gasseri zu schreiten. Bei einem Vergleich der basalen Alkoholinjektionen und der Exstirpation des Ganglion kommt Verf. zu der Ansicht, daß beide Behandlungsmethoden gleich gute Erfolge zeitigen, vorausgesetzt, daß sie von Aerzten ausgeführt werden, die Erfahrung auf dem Gebiete besitzen.

British Medical Journal.

Nr. 3426, 4. September.

Stellung der Anatomie in der Medizin. Keith.
* Der Beruf des Mediziners.
Berufsstudium und Examen.
Statistische Angaben über den medizinischen Beruf.
Der allgemeine Medizinerverband (Einschreibung der Medizinstudierenden, Berufserziehung, über die Examensbedingungen).

Der Beruf des Mediziners. Die vorliegende Nummer der Zeitschrift wendet sich einer alten Gepflogenheit gemäß anläßlich des Semesterbeginns an die jungen Medizinstudierenden und ihre Eltern. Der Gang des medizinischen Studiums und seine Kosten, die Examensbedingungen werden eingehend erörtert. Die Aussichten des medizinischen Berufes werden dargelegt. Interessant erscheint die Tatsache, daß seit 1924 die Zahl der Einschreibungen für das Medizinstudium mit ca. 1000 für Großbritannien und Irland weit unter dem Jahresdurchschnitt der letzten 14 Jahre vor dem Krieg sich bewegt (1400). Auch in England ist somit der mit den Kriegsjahren einsetzende Zustrom abgeflaut. Bis Ende 1925 waren fast 52 000 Aerzte niedergelassen, 10 000 mehr als 1913. Dementsprechend entfällt jetzt in England im Durchschnitt auf je 945 Menschen ein Arzt (in den Vereinigten Staaten von Nordamerika bereits auf 753).

Ueberaus wertvoll sind die detaillierten Angaben über die Möglichkeiten jedes einzelnen Zweiges der Medizin (Kommunal-, Kolonial-, Militär- Polizenarzt usw.) und des jeweils notwendigen Studienganges. Eine in dieser Form gebotene Aufklärung wäre auch in Deutschland notwendig.

Nr. 3427, 11. September.

* Das gleichzeitige Vorkommen von Magen- und Dünndarmgeschwüren. Wilkie.
* Der Mensch als Zwischenwirt der Taenia solium. Roth.
Fall von ausgedehnter Verbreitung des Cysticercus cellulosae im menschlichen Körper. Priest.
Jahresversammlung der British medical Association. Abteilung für soziologische Medizin.
Wirkung einförmiger Arbeit in der modernen Industrie auf Körper und Geist. Davies.
Einfluß der Ermüdung auf Körper und Geist in der modernen Industrie. Hichens und Vernon.
Durch einseitigen Muskelspasmus bedingte Skoliose. Verrall.
Heilung durch intrakardiale Aetherinjektion. Bolton.

Das gleichzeitige Vorkommen des Magen- und Dünndarmgeschwürs. Die Erfolge der chirurgischen Behandlung des Magen- oder Dünndarmgeschwürs sind umstritten, wenn auch feststeht, daß die einfachste Gastroenterostomie beim Ulcus duodeni in ca. 85% der Fälle zum Verschwinden der bisherigen Symptome führt. Weniger erfolgreich wirkt die Gastroenterostomie beim typischen Ulkus der kleinen Magenkurvatur, bei welchem eher eine direkte Geschwürsbeseitigung Dauerheilung verspricht. Zu den Mißerfolgen der chirurgischen Behandlung trägt sicherlich das gleichzeitige Vorkommen von Magen- und Dünndarmgeschwüren bei. Unter 300 wegen Ulkusbeschwerden Laparatomierten fand sich 221 mal ein Ulcus duodeni, 37mal ein Magengeschwür. In 42 Fällen waren beide Erkrankungen vereint. Bemerkenswert erscheint die Häufigkeit des Ulcus duodeni gegenüber dem Ulcus ventriculi bei Männern (4,4:1) und bei Frauen (2:1). Aus der Vorgeschichte des Kranken und den Ergebnissen der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden zu entscheiden, ob ein Ulcus ventriculi resp. duodeni oder beide zusammen vorhanden sind, ist meistens ungemein schwierig. Bisweilen weist der Röntgenbefund schon früh auf das kombinierte Vorkommen hin (leichte Unregelmäßigkeit der kleinen Kurvatur mit entsprechendem Spasmus an der gegenüberliegenden Seite). Späterhin entstehen organische Veränderungen, die leicht röntgenologisch sichtbar sind (Sanduhrmagen, Sanduhrduodenum). In therapeutischer Hinsicht ist eine Scheidung dieser Kranken in zwei Gruppen vorzunehmen. Bei den Frühfällen mit „aktivem" Ulkus ohne Stenoseerscheinungen ist unter genügend ausgedehnter und wirksamer intensiver Behandlung eine Heilung mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten. Aus sozialen Gründen oder bei Fehlschlagen der konservativen Therapie ist chirurgisch einzugreifen, wobei eine Gastroenterostomie angelegt und das Magengeschwür ausgeschaltet werden muß (Kauterisation, Exzision, Gastrektomie). In den Fällen von lange bestehendem kombinierten Magen-Dünndarmgeschwür, wo das klinische Bild durch Stenoseerscheinungen gekennzeichnet ist, leistet naturgemäß die interne Behandlung wenig. Hier ergeben die Operationen, welche rein mechanisch durch Anlegung von Anastomosen entlasten, ohne die Geschwüre selbst anzugreifen, die besten Resultate.

Der Mensch als Zwischenwirt der Taenia solium. Unter Zusammentreffen besonderer Umstände vollzieht sich der völlige Entwicklungsgang dieses Parasiten im Menschen selbst, wobei es zur Ueberschwemmung des ganzen Körpers mit den Onkosphären auf dem Blutweg kommt. Gehirn, Herzmuskel, Leber, Knochensystem und das Auge (Nachweis der Zysten mit dem Augenspiegel) können befallen werden. Am häufigsten wird die Skelettmuskulatur in Mitleidenschaft gezogen, wobei sich die Zysten zwischen die Muskelfasern einlagern, verkalken und so klinisch manifest werden. In anderen Fällen finden sich Hunderte von derartigen Knötchen des Cysticercus cellulosae im subkutanen Gewebe verstreut. Interessante Aufschlüsse über die Ausbreitung des Leidens vermitteln die Röntgenaufnahmen des Körpers, welche die große Zahl der kontrastreichen Zysten in der Muskulatur erkennen lassen. Die Diagnose ist durch histologische Untersuchung exzidierter Knötchen (Erregernachweis!) sicherzustellen. Biberfeld.

Brain.

49., 1. Teil, 1926.

Projektion der Retina im primären optischen Neuron beim Affen. B. Brouwer und W. Zeeman.
Hepato-lentikuläre Degeneration. St. Barnes und E. Hurst Weston.
* Rotierte oder „cerebellare" Kopfhaltung. W. Russell Brain.
Retina und Corpus cerviculatum lat. bei tagblinden Affen. W. Wollard.
Prognose bei disseminierter Sklerose. I. Taylon.
* Funktion der rechten Hemisphaere in Beziehung zur linken für Sprache, Musik und Rechenfähigkeit. I. Henschen

Rotierte oder „zerebellare" Kopfhaltung. Die rotierte Kopfhaltung entsteht als Ausdruck eines tonischen Reflexes, der die Halsextensoren unter dem Einfluß eines vom Labyrinth ausgehenden Impulses in einem Spannungszustand erhält, der dem Schwergewicht des Kopfes adäquat ist. Experimentelle Zerstörung eines Labyrinths oder Sektion des N. VIII. einer Seite führt zur Rotation des Kopfes nach der lädierten Seite. Läsionen von Pons, Mittel- oder Vorderhirn rotieren den Kopf je nach ihrer Lage nach der gesunden oder kranken Seite. Läsionen, die sich nur auf das Zerebellum beschränken, führen zu keiner Rotation des Kopfes. Klinische Beweise fanden sich bei einer unilateralen Otitis interna und ein Akustikustumor, bei denen der Kopf nach der kranken Seite rotiert war, während in fünf Fällen von Pons- und Mittelhirnläsionen der Kopf zur normalen Seite rotiert war. Kleinhirntumoren können den Kopf sowohl nach der kranken wie nach der normalen Seite rotieren. Ersteres kommt vermutlich durch Druck auf den homolateralen Akustikus zustande, letzteres in vorgeschritteneren Fällen durch Druck auf Pons und Medulla der kranken Seite.

Funktion der rechten Hemisphaere in Beziehung zur linken für Sprache, Musik und Rechenfähigkeit. Das Schlußergebnis der interessanten Arbeit über die noch immer umstrittene Rechts-Links-Frage spricht wieder zugunsten der Theorie, daß die primäre Organisation die Ursache der Vorherrschaft der linken Hirnhälfte ist. Das Naturgesetz scheint dahin zu gehen, daß zur vollen Entwicklung höherer Fähigkeiten, die ursprünglich über zwei Organe verteilt waren, eine Konzentration auf nur eins derselben notwendig ist; die Entwicklung hängt immer von der Differenzierung der prä-existierenden Fähigkeit ab. Die rechte Hemisphaere sei somit als eine Art Reserveorgan zu betrachten, das unter Umständen die Funktion der linken in unvollkommener Weise übernehmen kann.

2. Teil, 1926.

* Klinische und pathologische Resultate der kombinierten Erkrankung des pyramidalen und extrapyramidalen Systems mit besonderem Hinweis auf ein neues Syndrom. I. Lhermittee und D. Ucalpine.
Lymphorrhagien in der Muskulatur bei Basedow. L. Dudgeon und A. Urquhart.
* Tiefensensibilität. O. M. Duthie.
Rückenmarksabszeß mit funktioneller Heilung nach Operation. H. Woltmann und A. Adson.
* Enthirnungsstarre beim Faultier. C. P. Richter und L. H. Bartemeier.
Die Kolloid-Paraffinreaktion im Liquor cerebrospinalis. M. Critchley.

Klinische und pathologische Resultate der kombinierten Erkrankung des pyramidalen und extrapyramidalen Systems. Verff. knüpfen an einen Fall an, bei dem klinisch Rigidität mit Akinesie, choreiformen Bewegungen und Symptome einer Pyramidenbahnläsion bestanden, bei pathologischen Veränderungen im Corpus striatum, besonders im Putamen und leichten Degenerationen beider Pyramidenbahnen. Die striären Läsionen gingen deutlich von außen nach innen, am deutlichsten im Putamen, geringer im äußeren Abschnitt des Globus pallidus und kaum bemerkbar im inneren Teil. Die choreiformen Symptome der Facial-, Pharyngeal- und Laryngealmuskulatur seien den Läsionen im Putamen und dem Nucleus caudatus zuzuschreiben, dagegen seien die cortico-ponto-bulbären Fasern dieser Partien wenig oder gar nicht verändert.

Tiefensensibilität. Untersuchungen an 20 Fällen von Läsionen peripherer Nerven haben ergeben, daß Nervenfasern, die bis zu ihrer Aufteilung im Subkutangewebe an Sehnen entlanglaufen, mit der Tiefensensibilität im Zusammenhang stehen, wenn auch nicht in dem Maße wie Head angenommen hat. Eine Teilung dieser Fasern führt außer zu einer leichten Herabsetzung der Druckempfindlichkeit sonst zu keinen nennenswerten Sensibilitätsstörungen. Einige wenige Fasern können wohl mit Impulsen, die vom Gelenk ausgehen, zusammenhängen, aber eine besondere Fähigkeit der Lokalisation hängt offenbar nicht von ihnen ab. Die Fasern scheinen dem Verlauf der Sehnen bis zu deren Insertion zu folgen und verteilen sich dann in den benachbarten tieferen Geweben.

Enthirnungsstarre beim Faultier. Beim enthirnten Faultier zeigt sich, entsprechend der Theorie Sherringtons, Flexorrigidität der Glieder, Klauen und des Rumpfes und Reflexhängen in seiner normalen Haltung. Diese ändert sich je nach Höhe des gelegten Schnittes. Sind die roten Kerne entfernt, so entspricht die Haltung der Ruhelage des Tieres. Da die Rigidität in den Klauen weniger ausgeprägt ist, können die Tiere nicht gut hängen. Liegt der Schnitt oberhalb des roten Kernes, so ist die Rigidität von Rumpf und Gliedern geringer, die Fähigkeit des Hängens dagegen besser. Die Hängelage ist die normale aktive Haltung. Die Uebereinstimmung der Arbeit mit derjenigen von Magnus und Rademacher ist erwiesen. Haber.

La Presse Médicale.

Nr. 70, 1. September 1926.

Die Theorie der Anaphylaxie in bezug auf die funktionelle Veränderung der organischen Sensibilität. A. Lumière.
Die Opafikationsreaktionen bei der Serodiagnostik der Syphilis. S. Untermilch.

Nr. 71, 4. September 1926.

* Die Wirkungsweise der Sympathikus-Operationen und ihr Einfluß auf die Leukozytose. R. Leriche und R. Fontaine.
Tuberkulöses Aortenatherom. G. Paisseau und A. Lambling.
Operative Eingriffe beim Choledochus. R. Weglowski.
Rotlauf beim Menschen. Serumtherapie (Toposerumtherapie und allgemeine Serumtherapie).
* Eine eigentümliche Theorie der Aetiologie des kongenitalen Nanismus. A. Rewina.

Die Wirkungsweise der Sympathikus-Operationen und ihr Einfluß auf die Leukozytose. Die chirurgischen Eingriffe beim Halssympathikus sowohl wie beim periarteriellen Nerven provozieren als Endergebnis immer eine Hyperleukozytose und zwar beim Halssympathikus sofort, beim periarteriellen dagegen erst nach einer Initialphase von Leukopenie. Die Vermehrung betrifft hauptsächlich die polynukleären Neutrophilen. Die therapeutische Wirkung durch Beeinflussung der Vasomotoren besteht in der Modifikation des Säurebasengleichgewichts, welche die Umwandlung der reparatorischen Fähigkeiten der Gewebe erklären. Im Verlauf von fünf bis zehn

Tagen nach der periarteriellen Sympathektomie zeigt sich eine Sterilisation chronisch infizierter Wunden. Nach 48 Stunden zeigt sich bereits ein Verschwinden der interzellulären Mikroben durch die Leukozyten, der ulzeröse Grund stößt sich ab, die eitrig-fibrinöse Absonderung hört auf und die Wunde reinigt sich durch den Zustrom und die Fixation der großen Mononukleären.

Eine eigentümliche Theorie der Aetiologie des kongenitalen Nanismus. Nach der Theorie Jansens (Leyden) ist der Zwergwuchs wie eine Reihe anderer Wachstumsmißbildungen eine Folge des Mißverhältnisses zwischen dem Wachstum des Amnions und dem des Embryo. Bleibt ersteres zurück, so wird die normale Einrollung des Embryo zu stark, die Schultern werden nach vorn an die Rippen gedrückt, die Claviculae werden gekrümmt, das Sternum eingedrückt, die Extremitäten verkürzt. Die Ursache kann physikalischer, chemischer, infektiöser oder hereditärer Natur sein.

Nr. 72., 8. September 1926.

Gehalt an Chloruren der Expektorationsprodukte. L. Hugouneng und J. Enselme.
Der Benzyl-Zimtsäure-Aether bei der Behandlung einiger Formen von chirurgischer Tuberkulose. B. Desplas und J. Jakobson.
Radiologische Untersuchung des Douglasschen Raumes mittels Lipiodine-Injektionen. Bertrand, Villemur und Baillat.
✦ Enervation oder Ramisektion? G. Sieri.
Neue Erfahrungen über die periodische Hydarthrose und ihre Pathogenese. J. Mouzon.

Enervation oder Ramisektion? Verf. berichtet über seine Erfahrungen, die er bei der Durchschneidung der Rami communicantes zur Beseitigung von Schmerzen bei viszeralen Prozessen gewonnen hat. Er geht aus von der Beobachtung Läwens, daß die paravertebrale Anästhesierung am Austritt der Nervenstämme nicht nur in dem peripheren parietalen Verteilungsgebiet der Nerven, sondern auch in den von ihm versorgten Eingeweiden Unempfindlichkeit hervorruft. Er hat nun die Durchschneidung der Rami in solchen Fällen ausgeführt, wo der Schmerz das einzige oder quälendste Symptom eines viszeralen Prozesses war, dem weder intern noch chirurgisch abzuhelfen war, und hat jejdesmal promptes Sistieren der Schmerzen sofort nach der Operation erzielt. Behandelt wurden Fälle von Gallen-, Nieren-, Blasen- und Genitalschmerzen, wo häufig vorher ein chirurgischer Eingriff keinen organischen Befund ergeben hatte, und er sofort die Ramisektion verschloß.

Nr. 73., 11. September 1926.

✦ Chirurgische Behandlung der Angina pectoris. D. Daniepolu.
Strepto-Enterokokkeninfektionen der Zähne und ihre viszeralen Metastasen. Ph. Lesbre und Ch. Granclaude.
Diagnostik der hereditären Syphilis durch die Radiographie der Verbindungsknorpel. M. Springer.
Retraktile Mesenteritis durch Hernie. M. Breton.
Beitrag zum Studium der Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. S. Davidovitch.

Chirurgische Behandlung der Angina pectoris. Verf. schließt sich im wesentlichen der Auffassung Leriches an, daß die wirksamste chirurgische Behandlung der Angina pectoris die Sympathectomie cervicalis verbunden mit Sektion des N. vertebralis und der Rami communicantes zwischen dem Ganglion cervicale inf. und dem ersten thorakale einerseits und den VI., VII., VIII. Hals- und I. Dorsalwurzeln andererseits, und, falls vorhanden, des Geflechtes zwischen Laryngeus sup. und Vagusstamm. In Fällen, wo dieser Eingriff als ein zu großer Schock zu fürchten sei, kann man sich begnügen, den Halsstrang oberhalb des Ganglion cervicale inf., den N. vertebr. mit oder ohne Sektion der oben erwähnten Rami commun. und derjenigen Vaguszweige, die frei in den Thorax eintreten, zu durchschneiden, je nach anatomischer Verteilung der Nerven und Schwere des Falles. Gegebenenfalls kann in einer zweiten Sitzung des Halssympathikus exstirpiert werden. Verf. empfiehlt überhaupt die zweizeitige Operation auch für die erstgenannten Nerven; falls die erste Sitzung nicht genügt, seien in der zweiten der stehengebliebene Teil des Halssympathikus zu resezieren, die Geflechte, die vom Vagus thorac. ausgehen, zu durchschneiden und diejenigen vom Laryngeus sup. Alles dies ist zunächst auf der linken Seite vorzunehmen, falls die Anfälle noch immer nicht aufhören sollten, auch auf der rechten. Die Operation bietet keine besondere Gefahr und ist in allen Fällen von Angina pect. anzuraten, wo der Allgemeinzustand und der des Herzens keinen schweren Operationsschock fürchten lassen.

Haber.

Biologie Medicale.

Sondernummer, September 1926.

Klinische und therapeutische Dokumente über die Schlafkrankheit.

✦ Die Schlafkrankheit. Jamot.
✦ Klinische Studie über das Tryparsamid. Dokumente des Rockefeller-Institutes.
Bibliographischer Ergebnisbericht der wichtigsten Arbeiten über das Moranyl (309 Poulenc — 205 Bayer).

Die Schlafkrankheit. Nach einer kurzen Besprechung des Infektionsmodus geht Redner (der Vortrag wurde in der Sorbonne gehalten) auf die Klinik ein. In der sogenannten ersten Periode zeigt sich Fieber, Gliederschmerz und Anschwellung sämtlicher der Palpation zugänglichen Drüsen, besonders der zervikalen. Die Europäer haben auch ein zirziniertes, bisweilen serpiginöses Erythem von rotvioletter Farbe auf Rumpf und Gliedmassen. Bei den Schwarzen existiert dieser Ausschlag nicht. Auch sind die Europäer viel empfindlicher gegen die rheumatoiden Schmerzen. Das Kopfweh ist ein weiteres charakteristisches Symptom. Die Eingeborenen pflegen sich ein stark zusammengeschnürtes Tuch um den Kopf zu binden. Die Kranken sind häufig in enervierter, gereizter Stimmung, die Schlaflosigkeit ist in diesem Stadium die Regel.

Nach einiger Zeit tritt der Erreger, der sich bisher nur in Blut und Lymphe vermehrt hatte, über die Meningealgrenze in die Subarachnoidalräume über, das zweite Stadium der Krankheit beginnt. Jetzt verschlimmern sich alle Symptome und die Kranken magern ab. Jetzt erst suchen sie ärztliche Hilfe auf. Leider ist dann schon ein Teil der Heilungschancen vorüber. In Ausnahmefällen fehlt aber diese Verschlimmerung und so kommt es, daß man Kranke findet, die noch einen ganz gesunden Eindruck machen und die doch schon Trypanosomen im Liquor haben. In der Mehrzahl der Fälle setzt jetzt die Neigung zur Schläfrigkeit und eine intellektuelle Verstumpfung ein, oder im Gegenteil, es treten Erregungszustände ein. In dementem Zustand kommt es zu krankhaften Impulsen, Morden und Diebstählen. Die meisten Kranken vernachlässigen sich jetzt, magern erschreckend ab, ihre Haut wird schmutzig und ichthyotisch. Ausnahmsweise aber kommt es zu einer ödematösen Infiltration der Subkutis, die ein blühendes Wohlsein vortäuschen kann, daher oft irrtümliche und folgenschwere Heranziehung der Kranken zu Zwangsarbeiten.

In der dritten Periode kommt es allmählich zu schweren nervösen Erscheinungen: Zungenzittern, motorische Inkoordinationen, Abasie, Aphasie, epileptiforme Krämpfe usw. In diesem terminalen Stadium machen die Kranken einen furchtbaren Eindruck, wenn sie als wahrhafte Phantome des Todes sich einherschleppen, niederfallen und einschlafen.

Prognose. Manche tierische Trypanosomiasen heilen spontan, möglicherweise ist es gelegentlich beim Menschen ebenso. Aber in der Literatur existiert keine einzige derartige Beobachtung, vielmehr verlaufen alle beobachteten unbehandelten Fälle tödlich.

Redner gibt einige epidemiologische Zahlen. In gewissen Gegenden sind früher ganze Volksstämme an der Krankheit zugrunde gegangen. In der Gegend von Dia und Kadei gelang es ab Mitte 1920 bis zum Beginn 1926, von 120 000 Einwohnern mehr als 50 000 als trypanosomeninfiziert zu erkennen, in Akonolinga, dem wahrhaften Herde der Endemo-Epidemie sogar von 47500 Einwohnern 26780! Diese hohen Krankenziffern erheben sich in manchen Flußdörfern sogar bis zu einem Prozentsatz von 80—97%.

Redner schildert den Einfluß der Kolonisierung auf die Weiterverbreitung der Krankheit, die vor der europäischen Invasion stets in abgeschlossenen Bezirken lokalisiert war, durch die Bahnung von Straßen, durch Handel und Verkehr der einzelnen Volksstämme untereinander aber an Ausdehnung gewaltig zugenommen hat.

Es gibt Orte, die den Eindruck von Kirchhöfen machen. Die Bewohner sind in einem bemitleidenswerten Zustand der Unterernährung und Depression. Die wahren „Schläfer“ findet der Besucher aber nicht ohne weiteres, das hängt mit dem tückischen Beginn und dem chronischen Ablauf der Krankheit zusammen. Außerdem haben die Einwohner die Gewißheit, daß die typischen Schläfer verloren sind, denn sie haben noch nie ein anderes Ende bei ihnen gesehen als den Tod an der Krankheit, die sie übrigens für sehr übertragbar halten. Sie setzen die Schläfer also in der Steppe aus, wo sie oft von den wilden Tieren getötet werden. So sehen die Europäer die schweren Fälle fast nie, so wurde Umfang und Bedeutung der Schlafkrankheit von vielen verkannt, so wurden den Kranken die Rücksichten verweigert, auf die ein jeder Anspruch hat.

In Kamerun hatten die deutschen Aerzte vor dem Kriege in den Stämmen des Nyong und Doumé ungefähr 5000 Trypanosomenkranke festgestellt, als Redner mit seinen Mitarbeitern später diese Ortschaften besuchte und aufs Sorgfältigste nach diesen Trypanosomenkranken suchte, fand er kaum 10, die anderen waren nach Aussage der Dorfvorstände alle gestorben. Die Völker am Uganda verloren im Laufe der ersten 10 Jahre des Jahrhunderts 200 000 von 300 000.

Die Studien des Redners über den Einfluß der Schlafkrankheit auf die Geburtenziffer führten ihn zu der Schlußfolgerung, daß die Ehen der Trypanosomenkranken häufig steril sind, selbst wenn ein Gatte gesund ist, daß die Geburtsziffer infolge der Krankheit sinkt und der Prozentsatz der sterilen Frauen steigt.

Therapie. Vor 25 Jahren besaßen wir keine Waffe gegenüber der Schlafkrankheit, Vakzine- und Serumtherapie waren machtlos. Seit der Aera des Atoxyls, das jetzt in Frankreich Trypoxyl heißt, hat sich dies geändert. Aber jahrelange Studien waren nötig, zur Vermeidung von Nebenwirkungen und zur Feststellung der richtigen Dosis. Jetzt heilt man die Mehrzahl der Kranken, die in der ersten Periode in Behandlung kommen. In allen andern Fällen, die mehr als die Hälfte der Gesamtkrankenziffer ausmachen, ist das Atoxyl machtlos.

Das Emetin war ein weiterer Fortschritt, es war bei atoxylresistenten Parasiten des Blutkreislaufs noch wirksam.

Aehnlich ist es mit den Salvarsanen, die leider gegenüber den im Nervensystem befindlichen Erregern machtlos sind.

Bayer 205, das Fournau unter Nr. 309 und dem Handelsnamen Moranyl synthetisch dargestellt hat (beide Präparate sind absolut identisch) ist sehr wertvoll, wirkt auch noch, wenn die andern Medikamente versagen; aber das Urteil kann erst in Zukunft nach weiteren eingehenden Studien gefällt werden. Alle bisher genannten Mittel versagen gegenüber den Erregern, die im Zentralnervensystem sitzen.

Seit 1920 hat das Tryparsamid auch hierin eine Aenderung gebracht. Dies fünfwertige As-Präparat geht in den Liquor über, wo es die Parasiten vernichtet. Es bessert die nervösen Symptome und hebt den Allgemeinzustand der Kranken. Alle Untersucher sind hierin einig. Redner selbst hat einige 40 Fälle behandelt und ist von der unerhofften Wirkung begeistert.

Ein junges Mädchen von 18 Jahren, das seit einem Jahre zum Skelett abgemagert war, wurde in zweimonatiger Tryparsamibehandlung völlig geheilt. Ein zehnjähriges Kind, das seit mehreren Monaten aphasisch war, kontinuierlichen Tremor hatte und von spastischen Muskelkontraktionen gequält war, überhaupt unmittelbar moribund erschien, so daß ein Arzt schon die Krankenhausaufnahme verweigert hatte, wurde ohne jede Hoffnung der Tryparsamidbehandlung zugeführt. Nach 3 Wochen begann es zu gehen, nach zwei Monaten hörte die Aphasie auf. Ein dementer Kranker, der Tag und Nacht heulte, wurde nach zwei Injektionen ruhig und verständig.

Wenn das Tryparsamid auch noch nicht die Therapia magna sterilisans, von der Aerzte und Chemiker träumen, verwirklicht hat, so ist es doch die Krönung von 20jähriger Arbeit.

Den Schluß des Vortrags bilden Angaben über die mühsamen und von unendlicher Arbeit sprechenden prophylaktischen Maßnahmen, die durch eine Anzahl ambulanter Laboratorien, jedes unter Leitung eines Arztes, hauptsächlich die Erkennung und Aussonderung der Kranken zu besorgen haben. Drüsenpunktion, mikroskopische Untersuchung, Lumbalpunktion, Behandlung.

Klinische Studie über das Tryparsamid. Dieses Produkt des Instituts Rockefeller ist chemisch das Natronsalz der N-phenylglycinamido-p-arsinsäure, leitet sich vom Atoxyl her und ist auf synthetischem Wege erstmalig von Jakobs und Heidelberger hergestellt, von Brown und Pearce klinisch erprobt worden. Es hat in der Behandlung der Schlafkrankheit der Menschen und Tiere, sowie in der Therapie der Neurosyphilis große Bedeutung erlangt. Nachdem sich eine hohe Toleranz und Gewichtszunahme bei starker Trypanozidie im Tierversuch ergeben hatte, hat Miß Pearce das Präparat in Afrika bei den Trypanosoma-Gambiensekranken erprobt. Andere Autoren unternahmen gleichzeitig die Ausprobierung bei der Pferdetrypanosomiasis, dem sog. „mal de Cadera“ und ferner bei der menschlichen Neurosyphilis. Es ergeben sich folgende vorläufige Feststellungen nach einer mehrjährigen Experimentationszeit.

Ein Ergebnisbericht von Warrington Yorke unterrichtet kurz und kondensiert über die Wirkung des Mittels bei der menschlichen Schlafkrankheit. Brown und Pearce behandelten in einer ersten Gruppe 77 Kranke und fanden bei der Mehrzahl klinische Besserung, Sanierung des Liquors, Sterilisation des Blutes, wenig Rückfälle. Die Fernresultate dieser Behandlung konnten van den Branden und van Hoof mitteilen. Die Mehrzahl der Behandelten schien geheilt. In prophylaktischer Beziehung war das Ergebnis der französischen Aerzte weniger günstig. Lefrou und Ouzi Hau fanden bei 5 Kranken, daß eine einzige Dosis von 1—3 g Medikament nur eine vorübergehende Sterilisierung veranlaßte, nach einigen Tagen aber Rückfälle nicht verhindern konnte. (Drei Fälle rezidivierten, die beiden übrigen konnten 4 Monate und ein Jahr beobachtet werden, sie blieben frei von Erscheinungen.)

Chesterman teilte 1923/24 das Ergebnis der Tryparsamidbehandlung bei 40 älteren Fällen mit. Alle waren bei Beginn liquorkrank und erhielten 8 Injektionen, eine pro Woche. In 40,5% der Fälle war eine klinische Besserung bei gutem Allgemeinbefinden und zweijährigem Freibleiben von Rezidiven festzustellen. Dies waren also sämtliche Fälle, die mit irgend einer anderen Behandlung nicht zu retten gewesen wären. Es folgen 14 sehr günstige Fälle französischer Kolonialärzte und im Dezember 1925 eine Veröffentlichung von Laigret über 95 Kranke, die im Institut Pasteur zu Brazzaville (Afrika) mit Tryparsamid behandelt wurden. Dieser Autor kommt zu folgenden Schlüssen: Seit Einführung des Tryparsamids hat sich das Aussehen des Lazaretts völlig verändert. Die moribunden Liquorkranken, die einen beklagenswerten Eindruck machten, existieren nicht mehr; eine Kachektische nahm 19 Kilo zu, Gelähmte, Demente konnten dem normalen Leben wiedergegeben werden. Die Mortalität, früher 4—12%, fällt jetzt auf 3—2%, ja auf 0 in manchen Monaten. Leider bestand damals noch Mangel an dem Präparat und so konnten nicht alle damit behandelt werden. Es scheint nunmehr ratsam, das Tryparsamid an die Stelle des Atoxyl zu setzen. Vom Standpunkt der Prophylaxe aus gesehen hat sich ergeben: 100 Kranke der ersten Periode ein Jahr beobachtet, zeigten 100 Sterilisationen. Von 95 Kranken der zweiten Periode, die im Durchschnitt 7 Monate beobachtet waren, ein einziger Rückfall (Parasiten im Blut bei einem ungenügend Behandelten) und eine einzige Rückkehr der Parasiten in den Liquor. Dies alles trotz Medikamentmangel.

Pearce und auch Chesterman heben die Wichtigkeit der Dosierung hervor, an der noch gearbeitet wird. Mißerfolge kämen größtenteils auf Konto der zu zaghaften Dosierung. Chesterman glaubt, daß bei den nervösen Formen der Krankheit das Tryparsamid dem Bayer 205 überlegen sei.

Es folgen einige Mitteilungen über die Pferdetrypanosomiasis, an die sich gleichfalls sehr günstige Erwartungen knüpfen.

Nebenwirkungen. Nausea, Erbrechen, nitritoide Krisen sind relativ selten. Am schwersten ist die Amblyopie. Man kann sie nicht mit Sicherheit voraussehen und nicht vermeiden. Je nach der Empfänglichkeit der Kranken und der Höhe der Dosen und unabhängig von jeder sichtbaren Läsion entwickeln sich Erscheinungen von seiten der Augen überhaupt in 10—50% der Fälle. Hiervon sind die meisten kleine Zwischenfälle, die vorübergehen, seltener bildet sich eine wirkliche Verminderung der Sehschärfe oder des Gesichtsfeldes aus. Die von den einzelnen Autoren angegebenen Zahlen widersprechen einander noch.

Die großen Gewichtszunahmen frappieren alle Autoren. Vorsichtsmaßregeln bei der Behandlung: Tryparsamid in kristallisierter Form ist stabil, die Lösungen viel weniger. Man soll also jedesmal die Injektionsflüssigkeit frisch und steril herstellen. Vor jeder Behandlung ist das Gesichtsfeld von einem Spezialisten zu untersuchen und die Sehschärfe zu kontrollieren. Manche Autoren fassen eine auftretende Optikusläsion als absolute, manche als relative Kontraindikation auf. Die ersten Symptome sind rein subjektiv, man kann also nun aufhören oder unterbrechen und nach Verschwinden der Erscheinungen vorsichtig wieder anfangen. Fast alle Autoren haben mitgeteilt, daß sich die Sehstörungen, wenn überhaupt, schon am Anfang der Behandlung einstellen, etwa zwischen der fünften und siebenten Spritze. Hat sich dann noch nichts gezeigt, so kann man etwas beruhigter die Kur beenden.

K. Heymann, Berlin.

Revue d'orthopédie.

Juli 1926, Heft 4.

* Das gelähmte Kniegelenk. Froelich.

Fibröse zystische Ostitis mit bösartigem Ausgang. Nové-Josserand.

* Intrauteriner Beinbruch und seine Behandlung mit Hilfe des Knochenspans. O. E. Schulz.

Bruch des Griffelfortsatzes am Wadenbein. Perrin und Labry.

* Vierzehnjähriger Knabe ohne Hals. Ingelrans.

Kahnbeinluxation mit Begleitfrakturen. Rondet und Rolland.

* Fünf Fälle von erworbenem Hohlfuß mit Metatarsus varus, korrigiert durch Keilresektion im Vorderfuß. Contargyris.

* Der Metatarsalgurt zur Behandlung der Mortonschen Krankheit. Forestier.

Das gelähmte Kniegelenk. Froelich gibt eine Uebersicht seiner behandelten Fälle. Er teilt ein in 4 Behandlungsgruppen:

1. Kranke, die nach Korrektur der Fußdeformität trotz Knielähmung leidlich gehen konnten. Voraussetzung: Hyperextension oder gute Streckbarkeit des Knies, wenn letztere mit leichter Spitzfußstellung einhergeht.
2. Kranke, die im Apparat gehen. Je nach Art der Lähmung umgreift die geschlossene Schiene auch Teile des Beckens und Unterschenkels.
3. Kranke, deren Knie durch Osteoklasie oder Osteotomie in Ueberstreckung gebracht werden mußte, und die darauf ohne Apparat zu gehen imstande sind.
4. Kranke, deren Quadrizeps durch Muskelverpflanzung ersetzt wurde. Am besten eignen sich zur Verpflanzung der Sartorius, der Bizeps und der Semitendinosus.

Damit ist die Zahl der wirklich guten Methoden erschöpft. Krankengeschichten.

Die angeborene Unterschenkelfraktur kommt nicht zur Heilung, wenn sie nicht durch einen vorübergehend mit Muskeln und Knochenhaut im Zusammenhang belassenen Knochenspan aus der lebenden

Nachbarschaft überbrückt wird. Nach Einheilung des Spans wird der Ernährungsstiel durchschnitten. Beschreibung eines Falles. (Transplantatio isotopica, analog der Transplantation gestielter Hautlappen.)

Vierzehnjähriger Knabe ohne Hals. Aeußere Beschreibung eines Klippel-Feilschen Symptomenkomplexes. Röntgenbild der synostosierten Halswirbelsäule.

Hohlfuß und Metatarsus varus, Keilresektion. Die Behandlung legt Wert auf die Verlagerung des Keiles in die hinteren Abschnitte des Vorderfußes, was uns seit langem bekannt und wertvoll gewesen ist.

Metatarsalgurt. Ein in bald vermoderten Handbüchern der Orthopädie schon vielfach dargestellter einfacher Apparat zur Stützung des vorderen Quergewölbes wird wiederum beschrieben und abgebildet.

Debrunner, Zürich.

Archivio di ortopedia.

42., Heft 2, 1926.

✦ Die Brüche des Fußhalses. Lussana.
Wert der Tarsusresektion nach der Methode von Obalinsky. Anglesio.
Vollständige Kahnbeinausrenkung am Fuß. Anglesio.
✦ Angeborener Knickplattfuß. Camera.

Die Brüche des Fußhalses. Auf ungefähr 250 Seiten bespricht Lussana die verschiedenen Formen der tiefen Unterschenkelbrüche, deren Mechanismen er an Hand vieler gut schematisierter Tafeln auseinandersetzt. Genaue anatomische und physiologische Darlegungen gehen voran. Dann folgen die einseitigen, die beidseitigen Knöchelbrüche mit und ohne Verlagerung der Bruchstücke, die Spreizbrüche der Fußgabel, dann die höheren Fußhalsbrüche, stets geläufig erklärt an Röntgenbildern und Federzeichnungen. Interessant sind die Ausführungen über die entzündlichen Spätschädigungen der Sprunggelenke bei nicht einwandfrei reponierten Brüchen. Daraus ergeben sich Winke für vorsichtige Prognosestellung. Sehr exakt ist daher die Therapie besprochen. Die Verfahren der Reposition und Immobilisation sind ebenso genau wie die blutigen Methoden beschrieben. Die Arbeit ist als abgeschlossene Monographie günstig zu bewerten; reiche Literaturangaben geben ihr das Gepräge einer Nachschlageschrift.

Angeborener Knickplattfuß. Empfehlung einer blutigen Durchtrennung der lateralen Fußbänder und der Auslöffelung des Taluskopfes mit nachfolgender Redression des Fußes im Säuglingsalter. Gipsverband.

Debrunner, Zürich.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

11., Nr. 11, August 1926.

✦ Einige wichtige Seiten des Diabetesproblems mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose. E. S. du Bray.
Bedeutung des Wechsels in der Zusammensetzung von Blut und Urin nach Einnahme von Traubenzucker. J. Katayama.
Harnsäure-Untersuchungen. R. E. Wiener und H. J. Wiener.
Senkungsreaktion der Erythrozyten. W. H. Morriss und E. H. Rubin.
Mikroskopische Untersuchungen über die Kapillarinnervation und die Färbbarkeit der Endothelzellen. J. S. Barksdale.
Mercurochrom in der Behandlung des Typhus. Drei Fälle mit Komplikationen. J. H. Foster und H. A. Chao.
Erregende Wirkung des Adrenalins auf den Darm. W. J. R. Heinekamp.
Elektrokardiogramm bei Koronarthrombose. N. E. Clarke und F. J. Smith.
Giftigkeit der Lokalanästhetika. H. C. Hamilton.
Genaue Methode zur Bestimmung des Harnstoffs im Blut und Urin durch direkte „Nesslerisation". J. H. Roe und O. J. Irish.
Einfache Wasserstoffelektrode für biochemische Zwecke. A. D. Garrison, H. O. Nicholas und J. G. Pasternack.
Modifikation des Goadpasture-Verfahrens für die Peroxydasereaktion in Blutausstrichen. D. N. Beacom.
Modifikation des Thalhimer-Apparates für langsame intravenöse Injektionen von Traubenzucker- und Salzlösungen. G. T. Pack.
Verbesserter Kolonien-Zählapparat. T. C. Buck und J. C. Swenarton.
Zahnärztlicher Beitrag zur Grundstoffwechseluntersuchung. J. B. Williams und M. Nolting.

Einige wichtige Seiten des Diabetesproblems mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose. Die Zahl der Zuckerkranken in den Vereinigten Staaten ist in der letzten Zeit beträchtlich angewachsen, so daß umfassende Fürsorgemaßnahmen (analog zur Tuberkulosebekämpfung) zwecks frühzeitiger Erfassung und Behandlung der Diabetiker als wichtig und erfolgversprechend empfohlen werden müssen. Außer der Harnanalyse und der Bestimmung des Nüchternblutzuckerwertes ist die Blutzuckerkurve nach einmaliger Traubenzuckerbelastung in zweifelhaften Fällen von entscheidender diagnostischer Bedeutung. Auftreten von Zucker im Harn oder Ansteigen des Blutzuckerwertes auf über 17% nach Einnahme von 100 g Glukose spricht für echten Diabetes, besonders wenn andere innersekretorische Störungen (z. B. Hyperthyreoidismus u. a.), bei denen auch Hyperglykämie und Glykosurie, beobachtet werden, ausgeschlossen werden können. Mit Recht wird gewarnt vor leichtfertiger Stellung der Diagnose „renaler Diabetes"; denn erstens ist dieser Krankheitstyp sehr selten, und zweitens haben sich viele unter dieser Fahne segelnde Fälle nach ausreichender Beobachtungszeit als echter Diabetes entpuppt. Bei mit Insulin behandelten Diabetikern findet sich gelegentlich trotz Hyperglykämie kein Zucker im Urin. Eine derartige konstante Erhöhung der Nierenschwelle kann infolge des dauernden abnormen Sekretionsreizes der Hyperglykämie auf die Pankreassekretion für den Organismus schädlich sein.

Walter Goldstein, Berlin.

The American Journal of Hygiene.

6., Nr. 5, September 1926.

Einfluß der Jahreszeiten auf die Morbidität der Erkrankungen der Atmungsorgane. D. F. Smiley.
Sporenbildende Anaerobien in der Milch Baltimores. E. A. Bliss.
Kulturmethode für die Diagnose von Darmflagellaten im Feldlaboratorium. C. Mc. Dowell.
Indoltumor Carrels in Beziehung zu Gyes Hypothese von der Entstehung der bösartigen Geschwülste. C. E. Simon und M. D. Beck.
✦ Mechanismus der Bakterizidie des Magen- und Duodenalsaftes. L. Arnold und L. Brody.
Brasilianische Moskitos. F. M. Root.

Mechanismus der Bakterizidie des Magen- und Duodenalsaftes. Bakterien (B. prodigiosus oder pyocyaneus), die 12 bis 18 Stunden nach der Mahlzeit einem Hunde in den Magen eingeführt wurden, erreichen das Coecum nicht. Werden die Bakterien mit einer alkalischen gepufferten Milch eingegeben, so sind sie sehr zahlreich und sehr lange im Coecum nachzuweisen. In einer sauer gepufferten Milch gelangen die eingeführten Keime zwar in geringer Zahl ins Coecum, verschwinden aber bald wieder. Die Selbstdesinfektion des oberen Teiles des Dünndarms ist bedingt von der Gegenwart eines sauer gepufferten Materials. Sie wird beim gesunden Tier gewährleistet durch die normale Magensekretion. Gelangt eine neutral oder alkalisch gepufferte Substanz ins Duodenum, so geht die bakterizide Kraft verloren, und die in dem Material enthaltenen Bakterien gelangen in den Dickdarm.

Henning, Berlin.

The Journal of Urology.

16., Heft 1.

Leukoplakie des Harntraktus. Briggs und Maxwell.
Doppelseitige Ureteronephrose mit kongenital klaffendem Ureter. J. L. Sargent.
✦ Fluoroskop als Hilfsmittel zur Herstellung von Pyelogrammen. W. W. Cross.
Rezidivierende Harnsteine. Frank Hinman and Th. Gibson.
✦ Ergebnisse mit der Keilexzision bei der Prostatektomie. Bumpus.
Leiomyom der Prostata. Bugbee.
✦ Vesikulographie mit jodiertem Oel. Belfield und Rolnick.
✦ Kandale Analgesie bei der Zystoskopie. Goldstein.
Peristierende Kloaken. Pennock und Stark.

Fluoroskop als Hilfsmittel zur Herstellung von Pyelogrammen. Der Autor empfiehlt die Pyelogramme unter Leitung des Auges zu machen. Während es schon an und für sich mißlich ist, blind zu spritzen, hat man bei seiner Methode den Vorteil, beobachten zu können, ob und wie das Nierenbecken sich füllt, wie der Ureter arbeitet und wann die Füllung vollendet ist. Bis jetzt war man auf die subjektive Druckäußerung des Patienten angewiesen, wenn man pyelographierte und bekam dadurch öfters ungenügende Bilder, z. B. gibt der Patient früher Schmerz an, wenn der Katheter bis in einen Kelch vorgeschoben worden war oder er andererseits noch im Harnleiter steckte. Diese Schwierigkeiten können jetzt vermieden werden. Man kann die Lage des Harnleiterkatheters noch nachträglich regulieren und ist frei von der Empfindungsangabe des Kranken, die um so unsicherer war, als die Druckempfindlichkeit des Nierenbeckens meist umgekehrt proportional zur Schwere der Erkrankung ist.

Ergebnisse der „punch"-Prostatektomie. Bumpus berichtet über eine Serie von 114 Fällen, von denen er 72 mit dem Caulkschen Instrument und 42 mit dem Braaschschen Messer operiert hat. Er hatte Erfolge in 74 Fällen, und zwar waren die Durchschneidungen durch

Kauterisierung besser als die mit dem Messer, was jedoch möglicherweise eher an dem größeren Kaliber des Caulkschen Instrumentes liegt, als an der Verschorfungsmethode; 35 der 72 Fälle berichteten völliges Verschwinden der obstruierenden Erscheinungen und sind mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden, obwohl ⅓ von ihnen noch Nykturie und häufigen Harndrang hat. Dieses letztere ist unerwartet, doch muß bedacht werden, daß die Sperrbildung am Blasenhals oft entzündlicher Natur ist und weniger durch glanduläre Hypertrophie verursacht zu sein braucht.

Die Erfolge beim Durchschneiden der Hindernisse mit dem Messer waren gering; nur 4 Patientinnen von 22 waren mit dem Ergebnis zufrieden. Entweder beruht dies darauf, daß man zu kleine Stücke exzidierte oder auf ungenügender Erfahrung mit dem Gebrauch des Braaschschen Instrumentes.

In 6 von den 114 Fällen mußte eine Prostatektomie angeschlossen werden, doch fand sich nur einmal glanduläre Hypertrophie, bei der anderen handelte es sich um entzündliche Veränderungen.

Außerdem wurde die Operation mit vorübergehendem Erfolg bei drei Fällen maligner Prostatatumoren ausgeführt.

Der Verfasser glaubt, daß mit dem neuen Instrument von Braasch, welches die Exzision unter Leitung des Auges gestattet und nachher exaktere Blutstillung durch Elektrokoagulation ermöglicht, die Erfolge diejenigem mit dem Caulkschen Apparat erreichen werden.

Vesikulographie mit jodiertem Oel. Die Verfasser stellten röntgenographisch die Samenblasen dar, indem sie sie nach einer Vasotomie mit verschiedenen kontrastgebenden Jodlösungen in Oel füllten. Sie bringen 12 sehr gute Abbildungen, welche beim Lebenden aufgenommen wurden und die Gestaltung sowie verschiedene Details der Samenblasen zur Darstellung bringen.

Kaudale Analgesie zur Zystoskopie. An 286 Patienten hat der Autor 518 mal eine epidurale Injektion ausgeführt. Hierbei wurde 455 mal (87,84%) eine völlige Schmerzlosigkeit erreicht, während 63mal (12,16%) der Eingriff erfolglos war. Von den 286 Kranken erhielten 242 (84,62%) eine einmalige oder mehrfache wirksame Einspritzung während bei 44 oder 15,38% der Eingriff erfolglos war. Bei 218 oder in 76,22% aller Fälle war die Anästhesie bei sämtlichen Injektionen erfolgreich.

Die Technik war die allgemein übliche; es wurden 30 bis 40 ccm 2% Novocain injiziert. Die Analgesie trat nach 5 bis 8 Minuten am Anus auf, nach 10 bis 12 am Damm, nach 12 bis 15 am Skotum und zuletzt nach 15 bis 20 Minuten am Glied und der Harnröhre.

Fünfmal trat eine schwere Reaktion nach der Operation auf mit starker Exzitation etwa 2 bis 5 Minuten lang, zwölfmal wurde geistige Verwirrtheit bis zum Eintritt der Unempfindlichkeit beobachtet, öfters zeigte sich Schwindel, Sehstörungen, Leibschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen, gelegentlich sank auch der Blutdruck vorübergehend. Fünfmal infizierte sich auch die Stichwunde. Die kaudale Anästhesie erzeugt in erfolgreichen Fällen jedoch eine völlige Erschlaffung der Blase und der Harnleiter während der ganzen Untersuchungszeit und Behandlung bei gänzlicher Schmerzlosigkeit und ist daher besonders bei kontrakten reizbaren Blasen (Tbc.!) angezeigt. Sie gestattet auch eine erfolgreichere Behandlung und sollte daher vom Urologen bei Kranken, die die Zystoskopie fürchten, ausgeführt werden.

16., H. 2.

✦ Arzneifestigkeitscharakter und sein Einfluß auf den Arzneiwechsel bei Behandlung chronischer Harninfektionen. Feirer, Meader und Leonar.
Pyelonephritis, ihre Entstehung, erzeugende Ursachen und treibende Kräfte. Caulk.
Ureterozele. Patch.
✦ Extreme Erweiterung der Harnleiter durch Infektion. Grant.
✦ Rolle der Epididimitis als Komplikation der Prostatektomie. Randall.
Fremdkörper in der Blase. Bethune.

Arzneifestigkeitscharakter und sein Einfluß auf den Arzneiwechsel bei Behandlung chronischer Harninfektionen. Das Bacterium coli und der Bazillus lectis aerogenes können gegenüber dem Silbernitrat und dem Merkurochrome eine enorme Resistenzsteigerung gewinnen, wenn man sie im Reagenzglas solchen Konzentrationen dieser Mittel aussetzt, welche ein Wachstum noch erlauben. Unter den gleichen Bedingungen können diese Keime vier- bis fünfzehnmal so resistent werden gegenüber dem Formaldehyd und dem Akriflavin, doch erwerben sie nur eine geringe Toleranz auf für Hexylresorcinol und Phenol.

Die Arzneifestigkeit ist sehr spezifisch. Keine von 30 arzneifestgemachten Kulturen zeigte eine gesteigerte Toleranz gegenüber einem anderen der üblichen Antiseptica als nur demjenigen Mittel, mit dem sie vorbereitet worden war.

Die Erwerbung der spezifischen Arzneifestigkeit durch Bakterien kann einhergehen mit gleichzeitiger größerer Empfindlichkeit gegenüber anderen keimtötenden Mitteln, ohne daß jedoch die wachsende Sensibilität zu der erworbenen Festigkeit in einer bestimmten Beziehung zu stehen braucht. Wenn ein Stamm eine große Resistenz gegenüber dem Derivat eines Schwermetalls (Merochrom) erworben hat, so braucht sie darum doch noch keine bemerkenswerte Schwächung gegenüber einem anderen Desinfiziens aufweisen, während derselbe Stamm, wenn er der Wirkung eines Arzneimittels ausgesetzt wird, der nur eine geringe Resistenzsteigerung hervorruft (Hexylresorcinol) sehr viel empfindlicher gegenüber anderen Medikamenten werden kann.

Werden Kulturen der Einwirkung einer Arznei (Hexylresorcinol) ausgesetzt, so können ihre Ueberimpfungen eine große Empfindlichkeitssteigerung gegenüber einem anderen Mittel (Formaldehyd) aufweisen, während jedoch das umgekehrte nicht einzutreten braucht.

Praktisch wird hieraus gefolgert, daß man bei der Behandlung chronischer Harninfektionen mit dem Medikament wechseln muß.

Die zukünftige Forschung wird sich damit zu befassen haben, eher synthetische Phenolpräparate zu schaffen als Derivate des Schwermetalls.

Extreme Erweiterung der Harnleiter durch Infektion. Der Fall betrifft ein 18 Monate altes Kind, das beim Harnlassen große Schmerzen hatte und dicken, trüben, colihaltigen Harn zeigte. Die Zystoskopie ergab zwei etwa 7 mm weite Harnleiteröffnungen, durch welche Katheter leicht ins Nierenbecken geschoben werden konnten. Eine Zystographie mit 60 ccm Flüssigkeit durch einen Ureterenkatheter ergab enorm dilatierte Harnleiter und Nierenbecken. Therapeutisch wurde zwei Monate lang eine Dauerdrainage vorgenommen durch 2 Harnleiter und einen Blasenkatheter. Eine dann unter gleichen Bedingungen ausgeführte Röntgenkontrastaufnahme zeigte nur noch geringen Rückfluß in die weniger dilatierten Ureteren. Klinisch war bedeutende Besserung eingetreten, nach 3 Monaten war der Urin klar, die Miktion normal und das Kind hatte 6 Pfund zugenommen.

Der Autor weist besonders darauf hin, daß sich keinerlei Anhaltspunkte für ein Abflußhinderniß ergaben und führt die Erweiterung der oberen Harnwege auf die schwere Infektion zurück.

Rolle der Epididymitis als Komplikation der Prostatektomie. Randall beobachtete 100 aufeinanderfolgende Fälle von Prostatektomie, um diese Frage zu studieren. Die Epididymitis trat dreiundzwanzigmal auf (23%), und zwar viermal bei 34 perinealer Prostatektomie (11,7%) und neunzehnmal nach 66 suprapubischen Operationen (28,7%).

In keinem der Fälle schritt die Nebenhodenentzündung bis zur Abszeßbildung voran, dagegen trat sie auch zweimal nach vorhergegangener Vasektomie auf, ein Beweis dafür, daß die Infektion sich nicht nur intralumenal ausbreitet. Bei den 4 perinealen Fällen war die Epididimitis zweimal links und zweimal rechts, die suprapubischen Fälle wiesen sechsmal rechts, fünfmal links, viermal doppelseitige Entzündungen auf. (Viermal war keine nähere Lokalisation angegeben.)

Verfasser schildert ferner genau die Umstände und den Zeitpunkt, an dem die Entzündung auftrat, sowie das Verhältnis des Auftretens bei Privat und 3.-Klasse-Fällen. Von den 4 Fällen mit perinealer Operation starb einer am 37. Tage post operat, an unbekannter Ursache, von den 19 anderen Patienten verlor Randall einen durch Angina und einen durch eine Sepsis, die von einer chronischen Otitis media ausging.

Die Heilung der Wunden und die Reonvaleszenz war bei beiden Operationsmethoden verzögert. Andere Komplikationen wurden bei den Epididymitisfällen häufig beobachtet, z. B. eine rekto-urethrale Fistel, dank einem vergessenen Tupfer, 3 Blasensteine, 2 Adenokarzinome, einen Lungenabszeß (keine Narkoseschädigung), da Rückenmarksanästhesie, einmal diletierte Ureteren. Obwohl auch andere Fälle Komplikationen zeigten, wird das Auftreten der Nebenhodenentzündung als Symptom einer geringeren Resistenzfähigkeit und als entsprechendes Prognostikum angesehen.

Die Behandlung bestand in Wärmeapplikation und Resorbentien. Nur in einem Falle mußte eine Orchidektomie vorgenommen werden gleichzeitig mit dem Versuch, die Rekto-urethral-Fistel zu schließen, in einem zweiten Falle eine Reaktion des Vas deferens wegen wiederholter Rezidive. Der Verfasser will jetzt angesichts des hohen Prozentsatzes der Epididimitis dazu übergehen, regelmäßig die doppelseitige Vasoligation vor der Prostatektomie vorzunehmen.

E. Lehmann, Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 9, September 1926.

Gegenwärtiger Stand der Impotenzbehandlung. Victor G. Vecki, St. Franzisko.
Urologie des Allgemeinpraktikers. Eivind Klaveness, Monticello.
Klinische Bilder der Nieren- und Ureterinfektionen. Thomas M. Dorsey, Louisville.
✦ Das Sexualproblem. Edward R. Palmer, Louisville.
✦ Behandlung des Ekzems mit Natriumthiosulfat. Binford Throne, Laird S. van Eyk, Eleanor Marples, C. Meyers; New York.
✦ Mundinfektion und Nierenkrankheit. Irwin M. Cutler, Louisville.

Das Sexualproblem. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich das Krankheitsbild der beiden wichtigsten Geschlechtskrankheiten, Lues und Gonorrhoe, erheblich verändert. Die Lues ist — wohl infolge der modernen Salvarsantherapie, aus einer Erkrankung, die hauptsächlich die Haut ergriff, zu einer der Zirkulationsorgane und des Zentralnervensystems geworden, während die Gonorrhoe einen bösartigen Charakter angenommen hat. Das letztere ist dadurch zu erklären, daß die „Prostituierten" sich verjüngt haben. Die Gonokokken, die von ihnen acquiriert werden, befinden sich daher in einem akuten Zustand, nicht in einem chronischen, wie bei alten Puellis, und erzeugen daher intensivere, mit tiefen Infiltrationen einhergehende Krankheiten. Der Hauptverbreiter der Gonorrhoe ist und bleibt die Prostitution — natürlich die Prostitution im allerweitesten Sinne gemeint —, nicht etwa nur die eingeschriebenen oder für jeden mit Geld käuflichen Mädchen. Der Mann wird nämlich immer außerehelichen Geschlechtsverkehr ausüben, denn er ist polygam veranlagt, während das heutige Moralgesetz die Monogamie verlangt. Beim Streit zwischen Natur und menschlichen Gesetzen siegt aber unbedingt die Natur. Will man daher die Geschlechtskrankheiten bekämpfen, so muß man die „Prostituierten" sanieren. Dies ist nicht durch polizeiliche Maßnahmen zu erreichen, denn diese haben überall ein vollständiges Fiasko erlebt, sondern durch solche des Allgemeinwohles, denen sich nicht nur die Frauen, sondern auch die Männer zu unterziehen hätten.

Behandlung des Ekzems mit Natriumthiosulfat. Das Ekzem und vor allem der meist damit verbundene Pruritus beruht auf Störung des Gleichgewichtes zwischen Chloriden und Karbonaten im Blute. Diese wird behoben durch intravenöse Injektion von Natriumthiosulfat dreimal wöchentlich 0,5 g. Im Notfalle kann es auch oral gegeben werden. In 80% sahen die Autoren günstigste Erfolge, selbst bei chronischen Fällen ohne jede weitere Therapie; etwa 8 Injektionen genügten meistens.

Mundinfektion und Nierenkrankheit. Nierenerkrankungen aller Art, von der akuten Nephritis bis zur Steinbildung, sind häufig auf Infektionen der Mundhöhle — besonders der Zähne und der Tonsillen — zurückzuführen; dies geht hervor: 1. aus dem Verschwinden der Nierenstörungen nach Sanierung der Mundhöhle, 2. aus der Identität der beiderseitigen Krankheitskeime, und 3. aus dem analogen Sitz der Bakterien im entsprechenden Gewebe der Pulpa und der Niere. Der Verbreitungsweg der Bakterien ist hauptsächlich die Blutbahn; die Nierenarterien sind praktisch als Endarterien anzusprechen, hierdurch wird ein Niederschlagen der Bakterien in der Niere herbeigeführt. In allen Fällen von Erkrankung der Nieren ist daher eine Sanierung der Mundhöhle, also besonders der Zähne und Tonsillen, herbeizuführen.

Bab.

Buchbesprechungen.

A. von Domarus: **Grundriß der inneren Medizin.** 2. verb. Auflage mit 58 z. T. farbigen Abbildungen. XVI, 650 Seiten. Gebunden 18,— M. — Dieser Grundriß bietet mehr als dem bescheidenen Titel entspricht. In leichtfaßlicher Form wird das klinisch Wichtigste aus dem großen Gebiet der inneren Medizin einschließlich der Neurologie dargestellt. In kurzer, klarer und knapper Form werden die einzelnen Krankheitsbilder in ihrem Wesen scharf umrissen, wobei die Punkte treffend hervorgehoben sind, auf welche es bei der Diagnose und Therapie ankommt. Die so schwierige Auswahl dessen, was geboten und was fortgelassen ist, erweist die didaktische Befähigung des Verf. Eigene Erfahrung und kritisches Denken treten überall hervor, besonders in den treffenden einführenden Bemerkungen über klinische Untersuchungsmethoden. Die übersichtliche einheitliche Darstellung des umfangreichen Stoffes lassen das Buch sehr geeignet erscheinen — entsprechend den Absichten des Verf. — den jüngeren Medizinern zur Einführung in die innere Medizin zu dienen und auf das Studium ausführlicherer Lehrbücher vorzubereiten. Die neuesten Ergebnisse medizinischer Forschung sind weitgehend berücksichtigt, so daß das Werk auch dem Allgemeinpraktiker und Spezialärzten aus anderen Disziplinen zur Orientierung über die wesentlichen theoretischen und praktischen Fortschritte dieses Sonderfaches zu empfehlen ist. Druck und Ausstattung sind preisentsprechend.

Biberfeld.

I. R. F. Rassers: **Die Pathogenese des chronischen Magengeschwürs nebst einigen Bemerkungen zur Frage einer rationellen Therapie.** Leiden 1926. S. C. van Doesbourgh. — „Die zirkumskripte Form des Geschwürs deutet auf eine ganz lokale Ursache, . . es scheint mir doch unerläßlich, anzunehmen, daß an der Stelle, wo die Korrosion (durch den sauren Mageninhalt) stattfinden soll, . . die Zirkulationsverhältnisse unterbrochen oder doch arg gestört sind. Sobald einmal die regelmäßige Zirkulation irgendwo am Magen aufgehört hat, so fehlen natürlich auch die Möglichkeiten zu einer regelmäßigen Neutralisierung der eindringenden Säure durch die Alkalien des Blutes und es wird die Anätzung geschehen." Diese Worte Virchows aus dem Jahre 1853 haben bis heute noch nicht an Bedeutung verloren, und die lokale Störung in der Gefäßversorgung spielt in fast allen Ulkustheorien eine Rolle. Verf. sucht experimentell das Problem der Andauung eines solchen Bezirkes, „die Bedingung der weiteren Verschwärung" zu klären und stützt sich auf die Beobachtung, daß durch Adsorption neutrale Salze in Säure und Base getrennt werden können. Er ernährte Hunde absolut salzfrei, bis die Säuresekretion im Magen versiegt war (nach etwa 14 Tagen) und schaffte so in bezug auf die Sekretionsverhältnisse im ganzen Magen die Bedingungen, wie sie im normalen Magen nach Abschluß eines Gefäßes an einer Stelle entstehen. Durch Einführung einer Salzsäurepepsinlösung konnte er nun richtige Ulzera erzeugen. Er nimmt an, daß im normalen Magen bei der Salzsäuresekretion in der Drüsenzelle des Magens das Kochsalz dissoziiert wird und die vom Protoplasma der Magendrüsenzelle adsorbierte NaOH einen Schutz gegen die andauende Wirkung der sezernierten Salzsäure und das Pepsin entfalten kann. Verf. hält diese NaOH für identisch mit dem Antipepsin Katzensteins. Als chirurgische Theorie empfiehlt er die Jejunostomie, um jeglichen Sekretionsreiz auszuschließen. Er weist auf die Wichtigkeit des Pylorus bei der Sekretion hin und fordert eine konservative Chirurgie. Die bemerkenswerte Arbeit ist mit Versuchsprotokollen und guten Reproduktionen der pathologisch-anatomischen Befunde versehen, und ist ein interessanter Beitrag zur Lösung des Ulkusproblems.

Wolffenstein-Berlin.

L. Borchardt: **Konstitution und innere Sekretion.** O. Mass: **Abhängigkeit der Wachstumsstörungen und Knochenerkrankungen von Störungen der inneren Sekretion.** Sammlg. zwangloser Abhandl. a. d. Gebiete d. Stoffwechselkrankh. IX. Bd., Heft 6 und 7. Carl Marhold, Halle 1926. Geh. je 2,20 M. — Die Literatur über die innere Sekretion ist in den letzten Jahrzehnten unübersehbar gewachsen, so daß man Spezialist sein muß, um sich in den unzähligen Arbeiten durchzufinden. Aber auch die Handbücher dieses Gebietes nehmen mit jeder Auflage an Umfang zu, so daß ein Studium aus begreiflichen Gründen nicht jedem zugänglich ist. Es ist deshalb zu begrüßen, daß eine Reihe von Heften erscheint, die das wesentlichste aus der inneren Sekretion behandelt. In dem ersten Heft bespricht der Verf. die Konstitution und ihre Einflüsse auf die innere Sekretion und in einem zweiten Teil — zugleich als Einleitung für die folgenden Abhandlungen — die innersekretorischen Störungen und ihre Einflüsse auf die Konstitution. In dem zweiten Heft wird alles Wissenswerte über den Einfluß der einzelnen endokrinen Organe auf die Wachstumsverhältnisse des Organismus behandelt.

Wolffenstein-Berlin.

A. Vogeler: **Diätetische Therapie nebst Diätbeispielen.** Selbstverlag. Braunlage 1926. Fünfte Auflage (34.—52. Tausend). — In der Therapie spielt die Diätetik neben der medikamentösen Behandlung immer noch eine viel zu geringe Rolle, denn es erfordert viel Zeit und Mühe, nach Tabellen einen Kostzettel aufzustellen. Ein sehr gutes Hilfsmittel hierbei ist das vorliegende Buch, das neben den üblichen Nahrungsmitteltabellen von sachkundiger, erfahrener Seite gesammelte Diätvorschriften (auch diagnostische und solche für Kinderkrankheiten) in übersichtlicher Weise enthält. Für die einzelnen Krankheiten sind ganze diätetische Pläne aufgestellt, die dem vielbeschäftigten Arzt ein schnelles und doch erfolgreiches Arbeiten ermöglichen. In einem Anhang findet man einfache wichtige Rezepte, wie sie in der täglichen Küche nicht bekannt sind. Die hohe Auflage spricht für die Beliebtheit des Büchleins.

Wolffenstein-Berlin.

Ragnar Berg: **Die Nahrungs- und Genußmittel, ihre Zusammensetzung und ihr Einfluß auf die Gesundheit mit besonderer Berücksichtigung der Aschenbestandteile.** Emil Pahl, Verlag für angewandte Lebenspflege. Dresden 1926. 4. vermehrte Auflage. Preis 3,75 M. — Die Erkenntnis von der Wichtigkeit der Mineralstoffe in den Nahrungsmitteln schafft sich immer mehr Bahn und wird besonders von diätetischen Kuranstalten gefördert. Die vorliegende Tabelle ist aus dem physiologi-chem. Laboratorium, Dresden, Weißer Hirsch, hervorgegangen und bringt alle bisher bekannten Aschenanalysen von Nahrungsmitteln. Am Schluß befindet sich eine Tabelle über die Vitaminwertigkeit einzelner Bestandteile unserer Nahrung. Die Tabelle dürfte vor allem in Laboratorien Verwendung finden, die praktischen Hinweise z. B. auf die Entmineralisierung der Gemüse durch unnützes Abbrühen haben indessen auch weiteres Interesse.

Wolffenstein-Berlin.

Otto Fischer: **Die Praxis der Insulinbehandlung.** Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld. Berlin 1926. Preis 3,50 M. — Gestützt auf das große Material der Stoffwechselabt. des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses (Brauer) wird über die Praxis der Insulinbehandlung in klarer und äußerst übersichtlicher Form entsprechend den Erfordernissen der Praktiker berichtet, unter Weglassung des großen theoretisch-wissenschaftlichen Ballastes, der die Insulinliteratur für den praktischen Arzt ungenießbar und unerschließbar macht.

Jahr.

Alfred Reh: **Die ansteckenden Krankheiten des Kindesalters, die sogen. Kinderkrankheiten.** Gemeinverständliche Darstellung für Schule und Haus. 1926. Imprimerie Populaire Strasbourgeoise. Strasbourg. — In einer überaus fesselnden Darstellung werden dem Laien Wesen und Symptomatologie der akuten Infektionen des Kindesalters nahegebracht, in der Absicht, aufklärend zu wirken und Verständnis zu wecken für die verantwortungsvolle ärztliche Arbeit im Erkennen, Behandeln und Verhüten der Verbreitung der ansteckenden Kinderkrankheiten.

Jahr.

Kurt Klare: **Die Reizbehandlung der Hauttuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.** Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Medizin, Band 24, Heft 3. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1926. Preis 1,50 Rm. — Die kleine Schrift, mit zahlreichen instruktiven Abbildungen versehen, gibt einen guten Ueberblick über diejenigen Behandlungsmethoden der Hauttuberkulose, welche sich dem Verf. in langjähriger Praxis bewährt haben. Sie kann als verläßlicher therapeutischer Ratgeber gerade dem Praktiker wärmstens empfohlen werden.

H. Zwerg.

A. Zimmer: **Orale Reiztherapie.** F. C. W. Vogel, Leipzig 1926, 107 Seiten. — In dieser Arbeit, welche Zimmer selber als einen Beitrag zu der Stellungnahme Biers zur Homöopathie bezeichnet, beschäftigt er sich zuerst eingehend mit der an Bier geübten Kritik und kommt zu dem auch von anderer Seite festgestellten Ergebnis, daß die Kritik doch sehr an den Problemen vorbeigeredet hat. Auch kennzeichnet er die Heubnersche Auffassung der Homöopathie als irrig. Da es nur eine wirkliche Wissenschaft geben kann, muß eine Basis für gemeinsame Arbeit mit den sich wissenschaftlich einstellenden homöopathischen Aerzten zu finden sein. Er betont dann noch einmal ausdrücklich die mit Sulfurjodat. beobachteten Heilungen. Des weiteren beschäftigt er sich mit der Wirkungsart der sogenannten Reiztherapie, wobei er zu dem Ergebnis kommt, daß man zwar von gewissen organ-spezifischen Beziehungen der Mittel sprechen müsse, doch führen ihn seine Beobachtungen im Gegensatz zu Much zu dem Anerkenntnis, daß die Reiztherapie und die mit ihr in wesentlichen Punkten verwandte Homöopathie als eine klare und ausgesprochene Organismustherapie anzuerkennen ist. Besonders betont sei sein dringender Rat, sich von dem Schematismus, wie er in den den einzelnen Präparaten beigefügten Prospekten empfohlen wird, freizumachen und entsprechend den möglichst genauen Beobachtungen des einzelnen Patienten zu individualisieren.

Daß der vorliegenden Arbeit weitere Veröffentlichungen aus der Bierschen Schule folgen werden, ist zu erwarten und zu begrüßen, denn nur so ist der zum Teil völlig abwegigen und irrigen Kritik, wie sie an Bier und weiter an der Homöopathie geübt worden ist, und leider auch heute noch von Leuten geübt wird, die die Homöopathie fast nur vom Hörensagen kennen, zu begegnen.

Dermitzel.

Th. Gassmann (Vevey-Corseaux): **Die Beziehungen des Phosphors zum Kohlehydratstoffwechsel und zu den Zuckerkrankheiten.** Bern. Verlag K. J. Wyss Erben. 20 Seiten. — Auf experimentell-chemischem Wege ist es dem Verf. gelungen, eine Phospor enthaltende Substanz im Schnee-, Gewitterregen- und Eiswasser zu entdecken, die zugleich mit dem Wasser von der Pflanze aufgenommen wird und synthetisch an die zuckerhaltigen Stoffe wie Glukose, Stärke und Zellulose gebunden wird. Auf Grund chemischer Versuche lassen sich in dem aus Glukose aufgebauten Glykogen zwei verschiedenartige Phosphorverbindungen nachweisen, eine kleine Menge der in absolutem Alkohol leicht löslichen phosphorhaltigen Substanz unbekannter Zusammensetzung, sowie eine esterartig an das Glykogenmolekül gebundene Phosphorsäure. Durch direkte Oxydation geht die phosphorhaltige Substanz (z. B. unter Salpetersäureeinwirkung) in die reine Phosphorsäure über. Im menschlichen Organismus findet bei der Glykogensynthese unter Einwirkung von Oxydationsfermenten ein ähnlicher Vorgang statt, wobei unter Einfluß des Pankreassekretes die phosphorhaltige Substanz in Phosphorsäure umgewandelt werden soll. Bekanntlich bestehen zwischen Kohlehydratstoffwechsel und Phosphorsäurebildung enge Beziehungen (Auftreten des Hexosediphosphorsäureesters beim Arbeitsstoffwechsel im Muskel, Vergärung von Traubenzucker in Gegenwart von Phosphorsäure). Nach Ansicht des Verf. entsteht der Diabetes mellitus, wenn infolge Versagens der Pankreastätigkeit Glykogen nicht mehr gebildet werden kann, da die Umwandlung der phosphorhaltigen Verbindung im Glukosemolekül ausbleibt. In welcher Weise das Pankreashormon eingreift, ist vorläufig ungeklärt, so daß diese Deutung der diabetischen Stoffwechselstörung als reine Hypothese bezeichnet werden muß, deren Wert zukünftige Untersuchungen bestätigen müssen. Das Verständnis des schwierigen Problems wird durch die schwerfaßliche Darstellungsart des Verf. sicherlich erschwert.

Biberfeld.

Prof. Dr. Paul Zander, Darmstadt: **Vorbereitung, Durchführung, Nachbehandlung chirurgischer Eingriffe.** Kleine klin. Bücherei, Heft 28. Repertorien-Verlag, Leipzig 1926. Preis brosch. 4 M., geb. 5,50 M. — Das Buch richtet sich an den operierenden Arzt und den praktischen Chirurgen und gibt eine Darstellung der Vorbedingungen für das Gelingen chirurgischer Eingriffe. Verf. bespricht die Grundsätze der heutigen Schmerzverhütung, Aseptik und Wundversorgung und weist darauf hin, wie sehr die einfache Empirie in diesen Dingen nach Möglichkeit einer Ergänzung und Anregung durch das wissenschaftliche Verstehen bedarf. Das gilt besonders für die Wundversorgung und Wundnachbehandlung. Er legt besonders Wert darauf, zu zeigen, welche Fehler uns unterlaufen können und wo Gefahren drohen, da wir nur, wenn wir schonungslos uns die Fehler eingestehen, aus ihnen lernen können. Die einzelnen Abschnitte, die die Vorbedingungen für das Gelingen der Operation, die Verhütung der Schmerzempfindung und der Wundinfektion sowie die Richtlinien bei der rationellen Wundbehandlung erörtern, bringen eine Fülle von Ratschlägen und Winken, die sich aus reicher praktischer Erfahrung herleiten und sind durchaus beachtenswert. — Das Kapitel über Furunkel, Fingerverletzungen und Infektionserkrankungen des Arztes selbst fällt zwar aus dem Rahmen dieser Abhandlung heraus, dürfte aber für manchen Arzt sehr wertvoll sein. Ebenso dürften die Ratschläge über das Operieren auf dem Lande im häuslichen Milieu des Patienten, sowie das „Merkblatt über den Gang und die Vorbereitungen für das Operieren im Privathaus" vielen Praktikern recht erwünscht sein. — Ein ausgezeichneter Leitfaden, der durch seine klare und prägnante Darstellung der allgemeinchirurgischen Grundlinien einer jeden operativen Betätigung bei allen operierenden Aerzten Anklang finden wird!

Rudolf Katz, Berlin.

Prof. Dr. A. Gottstein, Prof. Dr. A. Schloßmann, Dr. L. Teleky: **Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge.**[1] II. Band: Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten. Berlin. Verlag von Jul. Springer. 1926. VIII, 816 S. Preis 54 M., gebunden 59,70 M. — Wenn die von uns auf Seite 966 dieser Zeitschrift besprochene Enzyklopädie der Arbeitshygiene nach ihrer Vollendung ein alphabetisch geordnetes Nachschlagewerk darstellen wird, so ist der zweite Band des Handbuches der sozialen Hygiene in erster Linie ein Wegweiser für die Aerzte. Wie die Herausgeber hervorheben, soll der vorliegende Band vor allem den Bedürfnissen der auf gewerbehygienischem Gebiete und als Begutachter tätigen Aerzte dienen. Aus diesem Grunde ist hier größerer Wert auf die Darstellung klinischer Krankheitsbilder gelegt, als auf den technischen Teil der Gewerbehygiene. Allerdings sind auch hier Verhütung sowie andere Zweige der Gewerbehygiene zur Darstellung gekommen, aber da man kein Gebiet vernachlässigen wollte, sind die meisten Aufsätze relativ kurz. Der Band ist in drei Abschnitte eingeteilt: in A) Allgemeiner Teil, B) Gewerbepathologie und Hygiene und C) Hygiene einzelner Gewerbe und Berufe. Insgesamt sind hier 77 Abhandlungen untergebracht, die Fachleute zum Verfasser haben. Es muß leider festgestellt werden, daß nicht alle Arbeiten von gleichem Wert sind. Nicht ganz sorgfältig ist die Arbeit über Berufsmorbidität und -mortalität (Franz Koelsch-

---

[1] Vgl. diese Zeitschrift, Seite 320.

München). Auch ist festzustellen, daß einige spezielle Aufsätze an Hand der alten Literatur geschrieben zu sein scheinen. Um nur ein paar Beispiele hervorzuheben: Kein Verfasser hat Stellung zu der aufsehenerregenden Arbeit von Kißkalt und Schütz über „Beziehungen zwischen Bleivergiftung und Tuberkulose“[2] genommen. Allerdings widerspricht ihre Feststellung einigen recht zuverlässigen Statistiken.[3] Jedenfalls sollte diese Arbeit im Handbuch kritisch behandelt werden, wenn auch die Herausgeber mit Recht nicht auf alle Tierexperimente bzw. Statistiken Wert legen. Und ein anderes und letztes Beispiel, um nicht den Rahmen dieser Besprechung zu sprengen: in bezug auf Zinn zitiert der Verfasser (H. Fischer, Stuttgart) die Lehmannschen Ausführungen: „Weder bei der Gewinnung des Zinns in den Zinnhütten noch bei der Verarbeitung des Zinnmetalls sind bisher Krankheitserscheinungen beobachtet worden.“[4] Der Würzburger Hygieniker, Prof. Lehmann, genießt einen Ruf als einer der besten Gewerbehygieniker. Es ist jedoch festzustellen, daß er hier versagt hat. So zeigt die englische Statistik, an deren Zuverlässigkeit nicht zu zweifeln ist, daß die Zinngrubenarbeiter die höchste und zwar eine erstaunlich hohe Tuberkulose-Sterblichkeit haben. Der Berliner Toxikologe Prof. Lewin hat dies, auf eine Anfrage des Schreibers dieser Zeilen, dem Arsen, dem sehr häufigen Begleiter der Metalle, zugeschrieben. Er ist auch mit den Lehmannschen diesbezüglichen Ausführungen nicht einverstanden. Der englische Gewerbehygieniker Prof. Collis erklärt, daß die Ursache in der Entwicklung des feinen Kieselstaubes liegt. Auch auf Grund seiner Ausführungen ist die Lehmannsche Arbeit zu widerlegen. Wenn jemand schon eine Arbeit über Gewerbehygiene schreibt, zumal für ein Handbuch, ist zu verlangen, daß der Verfasser auch das Rohmaterial verwendet. Zu diesem gehört nicht zuletzt die Statistik. Die Todesursachen-Statistik nach der Beschäftigung ist zwar nicht auf der Höhe. Relativ zuverlässig ist aber die holländische und ganz zuverlässig die englische. In der letzteren finden wir alle zehn Jahre eine genaue Todesursachen-Statistik nach 132 Berufsarten und nach vier Altersklassen (25. bis 65. Lebensjahr). Das müßte jedenfalls jedem Gewerbehygieniker geläufig sein.

Sehr instruktiv sind die Ausführungen von Teleky über „Gewerbehygienisches Arbeiten und Forschen“, „Begriff, Diagnose, rechtliche Stellung der Berufskrankheiten“, „Verhütung gewerblicher Gesundheitsschädigungen“ und „Die Aufgaben des Arztes in der Durchführung der Gewerbehygiene“. In der letzten Abhandlung sagt er u. a.: „. . . auch der praktische Arzt hat auf gewerbehygienischem Gebiete mitzuarbeiten . . . Selbstverständlich ist es notwendig, daß der praktische Arzt wenigstens in industriellen Bezirken sich zur Erfüllung dieser Anzeigepflicht mehr, als es bisher geschehen, mit den gewerblichen Erkrankungen beschäftigt . . . Aber abgesehen von der Anzeigepflicht, wäre der praktische Arzt auch noch weiter berufen, in der Gewerbehygiene und bei der Bekämpfung der Berufskrankheiten mitzuarbeiten. An ihn kommt in erster Linie das ganze einschlägige Material an kranken Menschen, wenn auch seit Einführung der freien Arztwahl wohl nur selten mehr ein Arzt die sämtlichen Arbeiter eines Betriebes im Erkrankungsfalle behandelt. Doch ist andererseits durch die freie Arztwahl der einzelne Arzt vom Betriebe unabhängiger geworden, und viele wenigstens können auf Schädigungen durch berufliche Arbeit öffentlich und den Behörden gegenüber hinweisen, ohne wirtschaftlichen Schaden fürchten zu müssen. Dabei ist aber doch noch das dem Einzelnen zuströmende Material in vielen Fällen groß genug, um einen richtigen Einblick in die vorliegenden Verhältnisse zu gestatten. Wenn die Aerzte sich daran gewöhnen, mehr auf Zusammenhang zwischen Beruf und Erkrankung zu achten, wenn sie sich gewöhnen, mehr als es bisher geschieht, sich als Mitarbeiter auch auf diesem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zu fühlen, so werden sie auch auf diesem Gebiet viel Nützliches leisten können.“ (S. 56 ff.)

Allein aus diesem Grunde wünschen wir die weiteste Verbreitung des Buches unter den Aerzten. Aber davon abgesehen und trotz der oben angeführten Nachteile, bietet das Buch eine aufschlußreiche Einführung in das Gebiet, das, nicht zuletzt dank der Stellung der Kassenpraxis in der heutigen ärztlichen Praxis, mehr als wichtig für jeden Arzt geworden ist.

M. Kantorowicz.

Prof. Dr. A. Gottstein, Prof. Dr. A. Schloßmann, Dr. L. Teleky: **Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge.** III. Band: Wohlfahrtspflege, Tuberkulose, Alkohol, Geschlechtskrankheiten. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1926. VIII, 794 Seiten. Preis 54 M., gebunden 59,70 M. — Mit dem dritten Bande fängt die Darstellung der Gesundheitsfürsorge an, der ein Aufsatz über Fürsorge im allgemeinen vorausgeschickt wird. Der Verfasser dieses Aufsatzes ist der bewährte Fachmann, der sächsische Ministerial-Rat Dr. Hans Maier. Die Lektüre dieses Aufsatzes ist dem Arzt ganz besonders zu empfehlen, denn da das medizinische Studium, trotz der sozialhygienischen Disziplin, gerade auf diesem Gebiete Lücken aufweist, wird hier der ärztliche Leser wertvolle Aufschlüsse für seine Praxis finden. Maier stellt hier zahlreiche Probleme auf, auf die wir leider in einer karg bemessenen Besprechung nicht eingehen dürfen. Wir wollen nur bei einem verweilen und zwar bei dem ethischen Problem über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, eine Frage, die sich wohl jeder praktische Arzt nicht selten gestellt hat. Indem Maier sich mit der Schrift von Binding-Hoche über „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (Leipzig, 1923) auseinandergesetzt, lehnt er dieses Recht entschieden ab. Dagegen heißt er das Bestreben gut, Geisteskranke, Schwachsinnige und andere aus Anlage asozialen Personen unfruchtbar zu machen. Mit Recht sagt er, daß die Entscheidung über die Voraussetzungen und die Fälle der Anwendbarkeit, d. h. die Typisierung der Betroffenen, die Aufgabe ärztlicher Wissenschaft sein wird. (Vgl. S. 14 f.)

Der zweite Aufsatz ist der sozialen Pathologie der Tuberkulose und ihrer Bekämpfung gewidmet. Der Hauptreferent für dieses Gebiet ist Ludwig Teleky (Düsseldorf). Nur über „Krieg und Tuberkulose“ ist von Sigismund Peller, Wien[1], über „Geschlossene und halbgeschlossene Anstalten und Einrichtungen für tuberkulöse Kinder“ von Georg Simon, Aprath, über den „Luxus und seine Bekämpfung“ von Richard Volk, Wien, und über „Tuberkulosebekämpfung in Oesterreich bzw. im Auslande“ von Alfred Goetzl, Wien, geschrieben. Es gibt kaum eine Krankheit, der eine solche Fülle von Literatur gewidmet ist, wie der Tuberkulose. Aber es gibt so gut wie keine Arbeit (wenn wir von der Wolffschen absehen, die leider nicht so ausführlich ist, wie der Stoff es erfordert), die eingehend systematisch und zugleich kritisch den ganzen Komplex der sozialen Probleme behandelt, die auf diese oder jene Weise zu dem Tuberkuloseproblem in Beziehung stehen. Diese Lücke wird von der Telekyschen Arbeit zum großen Teil ausgefüllt. Von besonderem Wert ist die Telekysche Behandlung der Bekämpfung der Tuberkulose. Es ist leider festzustellen, daß dieses Kapitel noch viel umstritten wird. Umso wichtiger erscheint uns die Telekysche Behandlung des Problems. Inwiefern die Verschickungen usw. eine Bekämpfung der Tuberkulose darstellen, dies sind Probleme, auf die wir leider nicht eingehen können, die aber von eminenter Bedeutung sind. U. a. beschäftigt sich Teleky mit dem schwierigen Problem des Verhältnisses der Aerzteschaft zur Fürsorgetätigkeit. Eigentlich gehören diese Seiten (S. 270 ff.), an denen kein Arzt vorbeigehen sollte, mehr in den Maierschen Aufsatz. Darin sehen wir eine gewisse Systemlosigkeit, die auch in den ersten beiden Bänden festzustellen ist. Indem Teleky eine ablehnende, ja feindliche Stellung der Aerzteschaft gegenüber den Fürsorgestellen beklagt, und die Ursachen dessen zu analysieren versucht, kommt er zu dem Ergebnis, daß eine Schulung der Aerzteschaft zu sozialhygienischem Denken und zur Fürsorgetätigkeit nottut. Er ist grundsätzlich für den Anschluß der Behandlung von der Fürsorgestelle (nur ausnahmsweise ist dies zugelassen, wo es nicht anders geht, aber auch zeitlich getrennt von den Fürsorgestunden). — „Unterlassung der ärztlichen Untersuchung Kranker durch die Fürsorgestellen“ — sagt er ferner — „schädigt den Zweck jeder Fürsorgetätigkeit, Ausschluß von Selbstmeldern hemmt die Tätigkeit der Fürsorgestelle, erschwert das Erfassen von Frühfällen, ist aber auf der anderen Seite nicht geeignet, die ablehnende Haltung oder den Widerstand mancher Aerzte zu verringern; dieser, der weniger auf materiellen Erwägungen als auf unrichtiger innerer Einstellung gegenüber Volksgesundheitsfragen beruht, ist wirksam nur durch allmähliche Erziehungsarbeit zu bekämpfen.“ (S. 276.) Er empfiehlt eine möglichst genaue Untersuchung des angeblich Tuberkulösen in den Fürsorgestellen. Er weist darauf hin, daß sich meistens bei solchen Untersuchungen eine große Zahl der Untersuchten als gesund erweist „und dies auch in Orten, wo Selbstmelder grundsätzlich nicht angenommen werden, sondern nur von Aerzten oder Organisationen (und diesen meist wieder auf Grund ärztlicher Untersuchung) Zugewiesene und auch bei der selbstverständlichen Ausscheidung der zur Untersuchung in die Fürsorge bestimmten Familienmitglieder . . . Es ist aber den Aerzten keineswegs ein Vorwurf daraus zu machen, daß unter den von ihnen in die Fürsorge Gesandten sich viele Nichttuberkulöse befinden; es ist nicht nur begreiflich, sondern voll gerechtfertigt, daß sie viele zweifelhafte Fälle eben zum Zweck der Diagnosestellung der Fürsorgestelle zuweisen . . .“ (S. 276 f.) Da die Fürsorgestellen als wirksamstes Mittel in der Tuberkulosebekämpfung gelten dürfen, und da ferner der Erfolg der Fürsorgetätigkeit nicht zuletzt vom Arzte abhängt, ist diesem Problem von Seiten der Aerzte eine besondere Beachtung zu schenken.

---

[2] Vgl. Prof. Dr. Karl Kisskalt und Prof. Dr. Franz Schütz: „Versuche über die Beziehungen zwischen Bleivergiftung und Tuberkulose“ (das 7. Kapitel der „Untersuchungen über Konstitution und Krankheitsdisposition“) in: Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 103. Bd., 3. Heft, Seite 560 ff.

[3] Vgl. darüber Supplement to the 65the Annual Report of the Registrar General of Births, Deaths and Marriages in England and Wales. p. CXXI f.

[4] Vgl. K. B. Lehmann „Arbeits- und Gewerbehygiene“ im „Handbuch der Hygiene“. Herausgegeben von Rubner, v. Gruber und Ficker. 4. Bd., 2. Abt., S. 221 f. Leipzig 1919.

[1] Wer das von uns Seite 320 (Heft 7) dieser Zeitschrift besprochene Buch von Dr. Georg Wolff über den „Gang der Tuberkulosesterblichkeit und die Industrialisierung Europas“ gelesen hat, dem werden methodologische Fehler der Pellerschen Abhandlung sofort auffallen.

Der dritte Aufsatz ist dem Alkohol und seiner Bekämpfung, geschrieben von dem Heidelberger Sozialhygieniker Prof. E. Dresel, gewidmet. Das Problem des Alkoholismus ist ein recht strittiges, über welches ein übereinstimmendes Urteil noch nicht zu erwarten ist. Auch Dresel hat dieses Problem nicht gelöst. Manche seiner Ausführungen sind hypothetischer Natur, manche sind zu widerlegen, die meisten aber sind anregend und erleichtern doch die Lösung. Schade nur, daß die meisten Kapitel viel zu kurz sind.

Die vierte und letzte Abhandlung ist von Hans Hanauer über „Die Geschlechtskrankheiten der Prostitution“. Wir werden uns kaum irren, wenn wir behaupten, daß dies die erste Abhandlung ist, die eine solch zusammenfassende Arbeit über das Problem darstellt. Es wird aus diesem Grunde an anderer Stelle ausführlicher über diese Arbeit gesprochen werden.

Alles in allem: es ist nur zu wünschen, daß sich recht viele Aerzte dieses aufschlußreichen Buches bedienen.

M. Kantorowicz.

Jahrbuch der Krankenversicherung 1925. Verlagsgesellschaft Deutscher Krankenkassen m. b. H., 304 Seiten. — Das Buch gibt eine Uebersicht über die wichtigsten Vorgänge auf dem Gebiete der Krankenversicherung im Jahre 1925. Es zerfällt in 4 Teile: 1. Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung; 2. Einzelfragen der Kranken- und Sozialversicherung; 3. Volksgesundheitspflege; 4. Die Einrichtungen des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V. Im Anhange werden die Verhältnisse bei den Ortskrankenkassen im Jahre 1925 geschildert, wobei zahlreiche statistische Daten angegeben sind. Daraus ersehen wir, daß bei den 986 Kassen, deren Statistik erfaßt war, die durchschnittliche Mitgliederzahl 8 692 934 betrug, wobei sich bei 6,39% der Kassen mit 44,46% Mitgliedern der Kassenbezirke auf Großstädte erstreckte, bei 16,63% der Kassen mit 18,50% Mitgliedern auf Mittelstädte, bei 24,74% der Kassen mit 7,50% Mitgliedern auf Kleinstädte und bei 52,22% der Kassen mit 29,55% Mitgliedern auf Landbezirke (Kassenbezirke, die mehrere Gemeinden umfassen). Ferner gibt der Bericht interessante Aufschlüsse über Kasse, Mitgliederbewegung, Krankenstatistik, Krankenhäuser, Aerzte usf. Auf das letztere Kapitel sei aus bekannten Gründen besonders hingewiesen. Darüber hinaus kann der Arzt hier interessante Auskünfte über den Stand der sozialen Medizin finden.

M. Kantorowicz.

Oda Olberg, Rom: **Die Entartung in ihrer Kulturbedingtheit.** Bemerkungen und Anregungen. Verlag von Ernst Reinhardt, München 1926. 179 Seiten. Preis 7,— M. — „. . . Ohne Mediziner oder Biologe zu sein, wage ich mich an Fragen heran, die in das Gebiet der Biologie gehören. Zum Ueberfluß bin ich noch etwas Schlimmeres als Nichtfachmann, als Dilettant, bin als politischer Tagesschriftsteller seit Jahrzehnten an eine Berufsarbeit gebunden, die vielleicht nicht der wissenschaftlichen Betrachtungsweise abträglich zu sein braucht, die aber sicher die materielle Möglichkeit einschränkt, mit dem im Bereich einer Wissenschaft Tag für Tag Geförderten auch nur halbwegs Schritt zu halten. Ich bin mir in der Tat einer großen Lückenhaftigkeit in der Kenntnis der modernen einschlägigen Veröffentlichungen bewußt. Anstatt des ‚pereat‘, das der Scholastiker gegen jene schleudert, die ‚praeter nos nostra dixerunt‘, möchte ich alle, die etwa schon von ihnen Gesagtes bei mir wiederfinden sollten, um Nachsicht bitten. Von den neuesten Arbeiten über das Entartungsproblem haben mir nur die vorgelegen, die angeführt sind, also herzlich wenig . . . .“

Und trotzdem sind diese, wie die Verfasserin selbst eingesteht, fragmentarischen „Bemerkungen und Anregungen“ von solcher Frische und Feinheit erfüllt, daß selbst ein biologisch vorgebildeter Arzt hier viele Anregungen finden dürfte.

Selbst eine kurze Skizzierung des Inhaltes des Buches würde den Rahmen der karg bemessenen Besprechung sprengen. Hier wird das Problem der Wirkung des durch die Kultur erleichterten Daseins auf die Entartung der Menschheit erörtert, wobei die Verfasserin die „kulturbedingte“ Entartung von der „umweltbedingten“ streng unterscheidet. Auch die Fragen der sozialen Psychopathologie, vor allem „Entartung und Verbrechen“, werden eingehend besprochen. Daß die Verfasserin, die auf neu-malthusianischem Boden steht, die eugenischen Fragen stark berücksichtigt und auch Stellung zum Abortus nimmt, ist selbstverständlich.

Nicht alle werden sich mit den Ausführungen einverstanden erklären. Trotzdem wird wohl jeder Leser mit dem Gefühl der Dankbarkeit für wertvolle Anregungen das Buch schließen.

M. Kantorowicz, Berlin.

Sexualpsychologie. Dokumente zur Geschichte der Sexualität. Geleitet von Dr. Fritz Dorsch. 1926. Julius Umbach Verlag, Kandern (Baden). Preis jedes Bändchen 2,— M. — Der Verlag Julius Umbach hat es unternommen, Dokumente zur Geschichte der Sexualität herauszugeben. Als erster Band dieser Sammlung liegt uns eine Untersuchung des bekannten Schwaben aus dem 18. Jahrhundert, des Halleschen Juristen, Friedrich Christoph Jonathan Fischer über die „Probenächte der deutschen Bauernmädchen“ vor. Wir haben bereits auf Seite 922 dieser Zeitschrift in unserem Referat über die „Wertigkeit der unehelichen Mütter“ angedeutet, welche eugenische Bedeutung dieser noch heute in manchen entlegenen Orten übliche Gebrauch hat. Es wird dazu die Fischersche Schrift von besonderem Interesse sein. Da es sich um ein Dokument handelt, wollen wir an dieser Stelle auf eine Kritik verzichten, zumal darüber in einer anderen Arbeit über „Hygiene der menschlichen Fortpflanzung“ die Rede sein wird. Jedenfalls wird die Lektüre dieses Bändchens, sowie des zweiten der Sammlung, das „Sexualethische Anweisungen“ von Martin Luther enthalten wird, warm empfohlen.

M. Kantorowicz, Berlin.

Kongreß-Kalender.

(* bedeutet Kongresse.)

Erste Hälfte Oktober: 10tägiger Fortbildungskurs für praktische Aerzte, Göttingen.
1.—30. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs an der Staatl. Frauenklinik, Dresden.
4.—6. Oktober: Ferienkurs über Diagnose und Therapie der allergischen Krankheiten, Leiden (Holland).
4.—9. Oktober: II. Tuberkulosefortbildungskurs, Regensburg.
4.—9. Oktober: Aerztekurs in Leibesübungen, München.
4.—16. Oktober: Sportarzt-Lehrgang, Gießen.
4.—30. Oktober: Internationale ärztliche Fortbildungskurse, Berlin.
4. Oktober bis 13. November: Lehrgang über Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten, Düsseldorf.
* 10.—16. Oktober: 1. Internationaler Kongreß für Sexualforschung, Berlin.
11.—23. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Dresden.
11. Oktober bis 18. Dezember: Kurs über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie, Hamburg.
* 13.—16. Oktober: Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.
16.—23. Oktober: Kurs über die Anwendung der Röntgenstrahlen, Göttingen.
18.—23. Oktober: Fortbildungskurs in der Brillenlehre für Augenärzte, Basel.
18.—23. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Greifswald.
18.—23. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Erlangen.
* 22.—23. Oktober: Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte, Freiburg i. Br.
* 23.—24. Oktober: 5. Tagung der Vereinigung deutscher Röntgenologen und Radiologen in der tschechoslowakischen Republik, Prag.
* 24. Oktober: 7. Tagung der Vereinigung der Südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte, Freiburg i. Br.
25.—30. Oktober: Fortbildungskurs für Röntgentherapie und Röntgendiagnostik, Bonn.
25.—30. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Rostock.
1.—13. November: Aerztliche Fortbildungskurse, Leipzig.
1.—13. November: Kurs für innere Medizin, Dresden.
1. November 1926 bis 12. Februar 1927: Sozialhygienischer Lehrgang für Kreisarzt-, Schul- und Fürsorgearztanwärter, Charlottenburg.
6.—20. November: Vortragszyklus über den Stand der Röntgendiagnostik und Radium- und Röntgentherapie, Essen.
16.—27. November: Kurs der Sonderfächer (Ohren-, Nasen-, Augenheilkunde und Dermatologie, Dresden.
7.—19. März 1927: Kurs für Chirurgie und Orthopädie, Dresden.
* Ende Mai 1927: 2. Russischer Urologen-Kongreß, Leningrad.
* September 1927: 2. Hälfte. 5. Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.
* 1928: Deutscher Balneologenkongreß, Baden bei Wien.

Therapeutische Mitteilungen.

Beiträge zur Fluortherapie unter besonderer Berücksichtigung der Granugenol-Kapseln (Knoll).

Von

Dr. WALTER BRAUN, Frauenarzt (Berlin).

Es ist eine bekannte Tatsache, daß da, wo für ein Leiden viele Heilmittel angegeben werden, im großen und ganzen doch keines so recht die Erwartungen erfüllt, so daß, je mehr Medikamente und Verfahren bekannt sind, in gleichem Maße auch die Skepsis sich geltend macht. Diese Beobachtung gilt nun ganz besonders vom Fluor genitalis der Frau, dessen richtige Beurteilung und Therapie ein äußerst schwieriges Problem für den Arzt darstellt. Unzählig sind die Mittel, mit denen man den Ausfluß beseitigen zu können glaubte, und bis heute sind wir trotz aller zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmittel und der darauf aufgebauten Therapie über mehr oder minder erfolgreiche Versuche nicht hinausgekommen.

Es kann nicht Aufgabe dieser Arbeit sein, die verschiedenen Behandlungsmethoden des Fluor einer Kritik zu unterziehen, ebensowenig wie die verschiedenen Ursachen desselben hier besprochen werden sollen. Soviel sei jedoch hier betont, daß Spülungen mit Desinfizientien oder Adstringentien ebensowenig genügen können wie die Trockenbehandlung, jene, weil sie zu einer Auflockerung der Vaginalschleimhaut führen, diese, weil sie häufig die Ursache für Verschmierungen und Verklebungen im Scheidenkanal abgeben.

Wie für jede rationelle Therapie, so ist auch für die des Fluor eine exakte Differentialdiagnose die Grundlage jeder Behandlung zugleich mit einer genauen Untersuchung des ganzen weiblichen Organismus, nicht nur der Unterleibsorgane. Denn nur, wenn wir die Therapie auf der möglichst breiten Basis der Anamnese und der alle Organe umfassenden Untersuchung aufbauen, wird es gelingen, auch therapeutisch die richtigen Angriffspunkte zu finden. Häufig findet man dann Zustände von Chlorose, Infantilismus, Hypofunktion der Ovarien, Unterernährung, nervöse Störungen und ähnliches, Befunde, die als die eigentlichen Ursachen für den Fluor anzusprechen sind, und die eine kausale Behandlung bedürfen. Besonders ist es die Konstitution der Frau, und die mehr oder weniger aus ihren Bahnen gelenkte Tätigkeit der Keimdrüsen, die zum Fluor führen, so daß man mit Lahm sagen kann: „Die konstitutionell- und genitalgesunde Frau hat keinen Fluor und wird auch so leicht keinen bekommen; die konstitutionell aber minderwertige Frau reagiert auf Schädigungen, welche innerhalb normaler „Reizwerte“ liegen mit einer Veränderung der quantitativen und qualitativen Zusammensetzung des Scheideninhaltes.“

Von dem Fluor flavus, der seine Ursachen in schweren Gebärmutter- und Adnexerkrankungen, Gonorrhoe, Lageanomalien, Tumoren, Fremdkörpern hat, unterscheidet sich der sogenannte „weiße Fluß“, der meistens mit konstitutionellen Störungen zusammenhängt als ein Symptom einer Allgemeinerkrankung. Aber beide Formen, auch der „harmlose“ Weißfluß, bedingen starke subjektive Beschwerden der Frau, die oft zu einer reinen Qual werden können. Jeder Arzt kennt solche Frauen, die seelisch schwer unter dem Ausfluß leiden, besonders wenn er so stark auftritt, daß er die Wäsche beschmutzt oder zu Affektionen der Haut an den Oberschenkeln führt. Hysterische Störungen sind oft die Folge, und schwere seelische Depressionen lassen die bedauernswerten Patientinnen kaum mehr ihres Lebens froh werden.

Hier eröffnet sich ein weites Feld für die Tätigkeit des Arztes, und gerade die Beseitigung des so lästigen Fluor wird von den Frauen besonders dankbar empfunden.

In dieser Beziehung haben mir die von der Firma Knoll, Ludwigshafen a. Rh., hergestellten Granugenol-Kapseln wertvolle Dienste geleistet. Granugenol-Kapseln sind Gelatinekapseln mit je 2 g Granugenolinhalt. Das letztere stellt ein partiell gereinigtes Mineralöl dar, dem unter Befreiung von schädlich wirkenden Stoffen ein biologisch garantierter Gehalt an wirksamen Bestandteilen belassen wird, die hauptsächlich auf das Epithel und Bindegewebe wachstumerregend wirken.

Die Technik der Granugenol-Anwendung ist folgende: Nach Einführung des Spekulums ist es von großer Bedeutung, daß die vollkommen entfalteten Scheidenwände gründlich und sorgfältig gereinigt werden, am besten durch ein H_2O_2-Bad und durch darauffolgendes trockenes Austupfen. Daran schließt sich ein ebenso sorgfältiges Ausstreichen der Vaginalwände mittels eines mit Granugenol getränkten Stieltupfers. Schließlich wird noch eine Granugenol-Kapsel eingelegt und mittels eines lockeren sterilen Tupfers leicht fixiert. In Fällen, in denen flüssiges Granugenol nicht zur Verfügung steht, wird eine aufgeschnittene Granugenol-Kapsel zum Tränken des Tupfers verwendet.

Im Verlaufe von etwa 1½ Jahren habe ich das Präparat an einer sehr großen Anzahl von Fluor-Fällen angewandt, und zwar habe ich, um mir ein möglichst klares Bild über die Wirkung machen zu können, grundsätzlich alle Fälle von Fluor damit behandelt, einschließlich akuter Gonorrhoen.

Ueber meine Resultate, die durchaus befriedigende, in manchen Fällen sogar überraschende Erfolge zeigten, möchte ich folgendes bemerken:

Es ist naheliegend, daß in alten Fällen, wo es sich um einen unkomplizierten, gutartigen Scheidenkatarrh (Kolpitis) handelt, auch die Wirkung des Präparates am auffallendsten in Erscheinung trat. Hier gelang es häufig in 6—8 Sitzungen eine vollkommene Heilung zu erzielen; manchmal berichteten die Patienten schon nach zwei- bis dreimaliger Anwendung, daß der Ausfluß verschwunden sei. Dieselbe Heilungstendenz zeigte auch der relativ harmlose Fluor albus bei jungen Mädchen und Frauen. Es ist jedoch nicht zu vergessen, daß dieser Fluor außerordentlich häufig als Begleiterscheinung von Bleichsucht, Nervosität und von Störungen der inneren Sekretion auftritt, und daß neben der lokalen Behandlung auch eine diese Leiden berücksichtigende spezielle Behandlung einsetzen muß.

Dieselben guten Erfolge sah ich bei der Behandlung von Erosionen und des damit in Verbindung stehenden Fluor. Handelt es sich um ein großes Ektropium, das weitgehend mit Erosionen bedeckt ist, dann ist natürlich die operative Behandlung am Platze; jedoch bei bis 5 Mark-Stück großen Schleimhautdefekten führt die Granugenoltherapie so gut wie immer zum Ziele. Hierher gehören auch die Schleimhautschädigungen und der Ausfluß, die durch zu lange oder schlecht liegende Pessare entstehen. Hier genügt die Beseitigung des Fremdkörpers und eine zwei- bis dreimalige sorgfältige Behandlung, damit Dauerheilung eintritt.

Etwas komplizierter liegen die Verhältnisse, wenn es sich um Ausfluß bei Metritis und Adnextumoren handelt. Hier erzielte ich gute Resultate mit der kombinierten Behandlung, indem ich die Erkrankung sowohl mit Granugenol anging, als auch mittels Reiztherapie und Heißluftbehandlung zu beeinflussen suchte. Natürlich ist bei einer großen chronischen Pyosalpinx die Operation immer noch das schnellste Verfahren; aber in den Fällen, wo diese abgelehnt wurde, habe ich bei der oben angedeuteten Therapie doch sehr gute Erfolge gesehen, besonders hinsichtlich des Fluor.

Es bleibt noch der Fluor bei akuter und chronischer Gonorrhoe. Bei der ersteren habe ich gefunden, daß eine möglichst zurückhaltende Behandlung immer noch am besten ist, während bei der chronischen Gonorrhoe der Ausfluß durchaus der Granugenolbehandlung zugänglich ist. In solchen Fällen habe ich statt des H_2O_2-Bades mit mehr Erfolg das Lapisbad nach Menge mit anschließender Granugenolbehandlung angewandt.

Zusammenfassend möchte ich mich dahin aussprechen, daß wir in dem Granugenol ein Mittel besitzen, das durch seine biologische Wirkung geeignet ist, heilend auf die Erosionen und die krankhafte Sekretion des Scheidengewebes zu wirken. Das Präparat hat außerdem vor vielen anderen den Vorteil, daß es nicht schmiert oder die Wäsche beschmutzt und bildet eine wertvolle Bereicherung der Fluortherapie.

Zur Anwendung der Laminariastifte, besonders der sterilen gebogenen, nach Dr. med. Mitscherling.

Von

Sanitätsrat Dr. SEMON, Frauenarzt, Königsberg i. Pr.

Der Anwendung der Laminariastifte zur Erweiterung des Uterus stehen immer noch viele Aerzte ablehnend und mißtrauisch gegenüber. Wenn manche noch heute der brüsken Erweiterung durch die Hegar'schen Metallstäbe vor der langsamen schonenden Erweiterung durch Quellstifte den Vorzug geben, so liegt das zunächst daran, daß sich jene in einer Sitzung, im Rahmen einer Narkose, bewirken läßt, während für die Erweiterung durch Quellstifte ein Zeitraum von 24 bis 48 Stunden mit Bettruhe erforderlich ist. Ferner halten viele die Laminariastifte für gefährlich wegen der Schwierigkeit ihrer Sterilisation und gewisser technischer Schwierigkeiten bei der Einführung und bei der Entfernung. Da der Gynäkologe bei einer großen Anzahl von Eingriffen ohne vorgängige Erweiterung der Zervix und des inneren Muttermundes nicht auskommen kann, so ist die Frage, ob brüske Dilatation oder langsame durch Quellstifte mehr zu empfehlen sei, in der Tat von großer Wichtigkeit. Was die Gefährlichkeit, das allerwichtigste Moment in dieser Frage, betrifft, so ist folgendes zu erwähnen: Es ist sehr zweifelhaft, ob es überhaupt möglich ist, durch Metalldilatatoren einen Uterus bis zur Fingerdurchgängigkeit (und diese Weite ist in den meisten Fällen erforderlich) ohne Zerreißung zu erweitern. Ich glaube auf Grund verschiedener Beobachtungen, daß es bei der Anwendung der Hegarstifte in diesem Falle fast stets zu mehr oder weniger großen Einrissen in der Gegend des inneren Muttermundes kommen muß. Man merkt das besonders daran, daß nach anfänglich sehr starkem Widerstand die Einführung des Stabes unter einsetzender Blutung plötzlich auffallend leicht gelingt. Es ist mir wahrscheinlich, daß manche Fälle von chronischer Parametritis auf solche unerkannt gebliebenen Verletzungen, auch wenn der Verlauf nicht fieberhaft war, zurückzuführen sind. Ich halte auch in Bezug auf die leider noch immer so oft vorkommende Perforation des Uterus bei Aborten die Hegar'schen Dilatatoren für die allergefährlichsten Instrumente, weil bei ihnen eine gewisse Kraftanwendung niemals ganz zu vermeiden ist. In diesen Fällen schafft der Hegar-Stab die erste Verletzung, die dann den nachfolgenden Instrumenten, der Abortzange, der Curette den Einlaß durch den falschen Weg öffnet und damit die Grundlage für die weiteren verderblichen Ereignisse, das Fassen und Herunterziehen des Darmes usw. bildet. Natürlich kann man auch bei roher Kraftanwendung mit dem Laminariastift eine schwere Verletzung bzw. Perforation schaffen, aber der Unterschied ist der, daß wir beim Einführen des Laminariastiftes durch Auswahl der passenden Größe jede solche Kraftanwendung ausschalten können, da derselbe erst nach dem Einlegen seine allmählich erweiternde Wirkung ausübt. Ein weiterer Punkt ist die Frage der Sterilisation und der Infektionsmöglichkeit. Wenn es nicht möglich wäre, die Laminariastifte vollständig steril zu machen, so müßten sie allerdings aus dem ärztlichen Instrumentarium verschwinden. Es ist nun sowohl durch experimentelle Prüfungen, als auch durch zahllose Fälle in der Praxis erwiesen, daß wir jetzt vollständig einwandfreie und ausreichende Methoden zur Sterilisation der Laminariastifte haben. Ich arbeite seit etwa 30 Jahren mit Laminariastiften, habe mir früher dieselben selbst sterilisiert durch ¼- bis ½stündiges Auskochen in einprozentigem Sublimat-Alkohol, in dem die Stifte dann bis zur Verwendung unberührt liegen blieben, und war mit dieser Methode stets zufrieden, habe keinen Fall erlebt, in dem ich eine Infektion gerade durch den Stift bewirkt zu haben glaubte. Die Untersuchungen von Aschoff und Amersbach über Salpingitiden nach Laminaria-Erweiterung haben gewiß viele Aerzte aufs Neue abgeschreckt. Es ist aber zu bedenken, daß, wie nach jedem intrauterinen Eingriff so auch nach der Laminariadilatation, der ja der eigentliche Eingriff erst nachfolgt, schwere Infektionen eintreten können. Wir wissen, wie leicht die in dem weiblichen Genitaltraktus befindlichen Keime durch ganz geringe Eingriffe verschleppt, mobilisiert und virulent gemacht werden können. Dies kann natürlich sowohl durch das Einlegen eines Laminariastiftes wie durch Dilatationen mit Hegar'schen Stäben, schließlich auch durch eine einfache Sondierung oder Aetzung erfolgen, wie es auch oft genug geschehen ist. Diese in der Tat bestehende Gefahr würden wir erst dann vermeiden können, wenn uns die bakteriologische Untersuchung absolut sichere Kriterien für die Virulenz der in Frage kommenden Bakterien geben kann. Daß auch hier bei einer gröberen Verletzung, einer tiefergehenden Gewebszerreißung, wie sie durch Metallinstrumente viel leichter entsteht, die Infektionsgefahr eine größere ist, wird niemand bestreiten. Da man nunmehr in der Technik soweit vorgeschritten ist, daß zuverlässig sterilisierte Laminariastifte in den Handel gebracht werden, und da ferner die Möglichkeit der Verletzung durch Laminariastifte völlig zu vermeiden ist, erscheint auch gerade bei diesen die Infektionsgefahr weitaus geringer, bei vorsichtiger Indikationsstellung annähernd ausgeschaltet. Die Sterilität der Bürgerschen Stifte scheint durch die Kontrolle der hygienischen Universitäts-Institute so gesichert, daß man ihnen vor den im eigenen Betriebe sterilisierten getrost den Vorzug geben kann.

Nun sehen viele Aerzte Schwierigkeiten bei der Einführung und bei der Entfernung der Laminariastifte. Bei der Einführung besteht allerdings eine nicht geringe Schwierigkeit darin, daß die Laminariastifte bisher nur in gerader Form hergestellt wurden und sich daher oft Schwierigkeiten bei der Ueberwindung des Knickungswinkels ganz besonders bei stark anteflektiertem, jedoch auch bei stark retroflektiertem irreponiblem Uterus ergaben. Es ist nicht immer möglich, durch Herabziehen der Portio mit der Faßzange diesen Knickungswinkel auszugleichen. Man erlebt es dann sehr häufig, besonders in den Fällen, in denen die Laminariadilatation allein schon eine erfolgreiche Behandlung ergibt, nämlich bei den hypoplastischen stark anteflektierten Uteri, die meist die anatomische Grundlage schwerer und schwerster Dysmenorrhoe, vielleicht auch gewisser Fälle von primärer Sterilität bilden, daß man mit der stark gekrümmten Uterussonde bequem den inneren Muttermund passiert, dagegen die Einführung des Stiftes unmöglich ist. Ich habe mir über diese Schwierigkeit schon früher dadurch hinweggeholfen, daß ich nach einem alten Rat von B. S. Schultze den geraden Stift nach Eintauchen in steriles heißes Wasser der Krümmungsachse entsprechend gebogen habe. Jedoch ist dies Verfahren natürlich sehr unvollkommen, die dünnen Stifte verlieren ihre Festigkeit und biegen sich sehr leicht wieder zurück, die dicken können hierbei zerbrechen und schließlich wird durch diese Manipulation auch die Asepsis gefährdet. Es ist daher mit ganz besonderer Freude zu begrüßen, daß die Firma Ysatfabrik Bürger, Wernigerode a. H., nach Angaben von Dr. med. Mitcherling Stifte in den Handel bringt, die sowohl fertig sterilisiert als auch gebogen in sterilen Glasphiolen eingeschlossen, somit vollkommen gebrauchsfertig und für alle Fälle anwendbar sind. Die Einführung eines solchen gebogenen Stiftes gestaltet sich, wie ich mich nun schon in einer größeren Zahl von Fällen überzeugen konnte, außerordentlich leicht und schmerzlos. Natürlich muß man sich, wie immer, vorher über die Weite des inneren Muttermundes durch Sondierung vergewissert haben. Da die Stifte in den gangbaren Größen von 3—8 mm hergestellt werden, wird man wohl stets den ohne Widerstand einzuführenden Stift wählen können. Nicht nur die Schmerzlosigkeit der Einführung, sondern auch die sichere Vermeidung jeglicher, auch noch so geringen Schleimhautverletzung erachte ich für einen außerordentlich großen Vorteil. Bei retroflektiertem Uterus wird sich die Einführung vielleicht etwas schwieriger gestalten, aber entsprechend modifiziert, auch stets bewirken lassen. Und gerade bei diesen Fällen ist sowohl die Anwendung der starren Dilatatoren als auch der geraden Laminariastifte nicht unbedenklich wegen der Gefahr der Perforation der vorderen Wand, zumal bei oder nach Aborten oder beim Laktationsuterus.

Das Entfernen der gequollenen Stifte dürfte wohl auch keinerlei Schwierigkeiten bereiten. Zwar ist theoretisch das so sehr gefürchtete Einklemmen der Stifte am inneren Muttermund bei starker Rigidität desselben ebensowohl möglich wie bei den ungebogenen Stiften. Jedoch habe ich auch bei diesen niemals mehr Schwierigkeiten bei der Entfernung erlebt, seitdem ich den von Asch gegebenen Rat befolge. A., der gleichfalls ein absoluter Gegner der brüsken Dilatation ist, rät für den Fall, daß der Stift sich nach 24stündigem Liegen nicht entfernen läßt, denselben weitere 24 Stunden liegen zu lassen. Ich habe dieses einfache Vorgehen stets erfolgreich befunden. Man kann aber annehmen, daß der gebogene Stift sich eher leichter wird entfernen lassen als der gerade, somit dem Arzt wie der Patientin die unangenehme Situation der vergeblichen Bemühungen zur Entfernung ersparen wird.

Zusammenfassend kann ich allen Aerzten, die Laminariastifte anwenden, die Verwendung der gebogenen Stifte nach Mitscherling (hergestellt von der Ysatfabrik Bürger, Wernigerode a. H.) mit bestem Gewissen empfehlen. Andere, die sich bisher zur Verwendung der Laminariastifte noch nicht entschließen, werden vielleicht durch diese neueste Vervollkommnung zu einem Versuch bewogen.

446,8
F77

LIBRARY
RECEIVED
NOV 2 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 27 BERLIN, DEN 12. OKTOBER 1926 44. JAHRGANG

Gegen Nachtschweiß jeder

Dosis: 3 mal täglich 20 – 30 Tropfen.
Originalpackungen: Tropfgläser zu 15, 30 und 60 ccm

Literatur und
Proben kostenlos

Salvysatum Bürger

Ysat (Dialysat) aus Fol. Salviae

Neueste Literatur:
Dr. Zwerg, städtisch Krankenhaus Hasenheide, Berlin-Neukölln: Zur Behandlung der Nachtschweiße Tuberkulöser. Dtsch med. Woch. 1925, Nr. 42.

Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode
a. H.
G. m. b. H.

Aetiologie ohne Nebenwirkungen

Vertreter für die Tschechoslowakei: **F. L. Bittner, Brünn.**

Jod-Dermasan

Bei den Kassen zugelassen.

Potenzierte Resorptionswirkung

Bindung des Jod an tiefwirkendes, hyperaemisierendes Ester-Dermasan

Bewährt bei: **Gelenk- u. Knochenschmerzen (auch luetischen u. tuberkulösen), Arthritis deform., Neuralgien, „Herzschmerzen", Herpes zoster, tab. Schmerzen; Struma. – Periostitiden, Furunkel. Syphilit. Efflorescenzen.**

Topf M. 2.–

Robural

enthält alle ernährungsnotwendigen Bestandteile in konzentrierter Form wie:
Lecithin, Vitamine, Kalzium, Strontium und andere für den Stoffwechsel erforderlichen Mineralstoffe, **Kakao** etc.
Wohlschmeckendes, appetitanregendes, leicht resorbierbares **Roborans u. Nerven-Tonikum**
Tuberkulose, Anämie, Anorexie, nervöse Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Rekonvalescenz, Schwangerschaft, Stillzeit, Ekzeme. Ferner zur Unterstützung der Wund- u. Knochenbruchheilung.

2 Teelöffel trocken oder mit Wasser, Milch, Sahne **ungekocht** verrührt.

100 g M. 1.10; 250 g M. 2.60; 500 g M. 5.–

Literatur
und Proben

Dr. R. Reiss, **Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,** Berlin NW 87/Fm.

EPISAN

Spezialmittel gegen **Epilepsie**

u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)

In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.

Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.

EPISAN Berendsdorf

Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.

In allen Apotheken zu haben.

EPISAN Berendsdorf

Von Aerzten bestens empfohlen.

Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84a.**

PROTASIN

Milcheiweisspräparat zur parenteralen Reizkörpertherapie
Proben u. Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim

Bad Salzſchlirf und ſein Bonifaziusbrunnen!

Gegen **Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden!** – Auskunft auch über **Hauskuren** durch die **Badeverwaltung.**

Ermäßigte Mittelstandskuren **3 Wochen** / Pauschalpreis **Mk. 189.—** / Erstes Haus / Der neue Badehof / Sol- u. Moorbäder i. Hause.

Homefa

GLOBULI VAGINALES

die unentbehrlichen Adjuvantien in der gynäkologischen Praxis!

Muster und Literatur durch

KARL HORN & CO., A.-G. / FRANKFURT a. M.

KRIPKE

ESTON-OVALE

gegen

Colpitis, fluor albus

einfach, sicher und ganz sauber wirksam

Rp. 1 Schachtel (6 Stck.) Eston-Ovale

Kripke, Dr. Speier & Co.

Berlin SO 26, Admiralstr. 18E

Calcaona

Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao

Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym

Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan

Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal

Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Dr. A. Münzer, Charlottenburg: Keimdrüsenpräparate . . . 1083

Dr. med. et phil. Walter Lustig, Med.-Rat an der Regierung in Koblenz: Approbation sowie ärztliche Bezeichnungen in dem in Aussicht genommenen Strafrecht . . . 1084

San.-Rat Dr. Schindler, Fulda: Zu Kurt Heymanns Ehekonsens an spätlatente Luetiker. Eine Antwort auf seine Fragen . . . 1085

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für Arteriosklerose anerkannt . . . 1086

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für einen Herzfehler abgelehnt . . . 1087

Kongreß-Berichte:

89. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf
Geburtshilfe und Gynäkologie . . . 1088

4. Tagung des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen in Düsseldorf am 24. und 25. September 1926 . . . 1092

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 40 . . . 1092
Medizinische Klinik, Nr. 38, 39 . . . 1093
Klinische Wochenschrift, Nr. 39, 40 . . . 1094
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 39, 40 . . . 1095
Reichsgesundheitsblatt, **1.**, Nr. 39 . . . 1096
Zeitschrift für physik. Therapie, **32.**, 2. Heft . . . 1096
Zentralblatt für Innere Medizin, **47.**, Nr. 40 . . . 1096
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, **93.**, H. 1-3 . . . 1097
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 33-39 . . . 1097
Archiv für Gynäkologie, **129.**, Heft 2 . . . 1098
Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete, **14.**, Heft 4 . . . 1099
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Juli—August 1926 . . . 1100
Dermatologische Wochenschrift, **83.**, Nr. 40, 41 . . . 1100
Zeitschrift für Urologie, **20.**, Heft 9 . . . 1100
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, **116.**, 5./6. Heft . . . 1101
Zentralblatt für Gewerbehygiene u. Unfallverhütung. Neue Folge, **3.**, Nr. 4, 5 . . . 1101
Geschlecht und Gesellschaft, **14.**, Heft 6 . . . 1101
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 37 . . . 1102
Acta Dermato-Venereologica, **7.**, Fasc. 1. März, Juni . . . 1102
British Medical Journal, Nr. 3428 . . . 1103
The Glasgow Medical Journal, **106.**, Nr. 9 . . . 1104
Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia, **1.**, Nr. 4, 5 . . . 1105
Revue neurologique, **33.**, Bd. II, Nr. 3 . . . 1105
Annales d'occulistique, Juli, August . . . 1105
Bruxelles Médical, Nr. 48 . . . 1106
The Journal of American Medical Association, Chicago, **87.**, Nr. 10, 11 . . . 1106
Medical Journal and Record, Nr. 3—5 . . . 1108
The American Journal of the Medical Sciences, **172.**, Nr. 3 . . . 1110
American Journal of Ophthalmology, Juli, August, September 1926 . . . 1111
The Journal of Oriental Medicine, **5.**, Nr. 2 . . . 1111

Buchbesprechungen . . . 1112

Mitteilungen . . . 1114
Tagung . . . 1114
Kurs . . . 1114

Kongreß-Kalender . . . 1114

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. G. Kolb, Münster i. W.: Einige Erfahrungen mit Pituigan . . . 1115

Dr. med. Hans Fuchs, Berlin: Ueber ein „konzentriertes Eiweiß-Fleisch-Präparat" deutscher Provenienz als Kräftigungsmittel . . . 1115

Dr. A. Durand, prakt. Arzt, Berlin-Friedenau: Zur Frage der Dysmenorrhoe-Therapie . . . 1115

Therapeutische Notizen . . . 1116

Bei großen Krankenkassenverbänden zur Verordnung zugelassen.

VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN TEMMLER WERKE BERLIN

Menostaticum

ERGOPAN, OXYMETHYL-HYDRASTININ, CAPS. BURS. PAST., VIBURN., CHAMOMILL.

Gut schmeckendes, schmerzlinderndes und krampfstillendes

HAEMOSTYPTIKUM
UTERINES ANODYNUM
Von prompter, zuverläßiger Wirkung, selbst in schwersten Fällen

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN **BERLIN-JOHANNISTHAL**

NITROSCLERAN

Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

Ha-eR

Die bewährten Ha-eR Präparate

CHOLOGEN

Das seit mehr als 20 Jahren bewährte führende Mittel bei **Cholelithiasis** und anderen Erkrankungen des Leber-Gallensystems. Auch bei monatelangem Gebrauch keine unerwünschten Nebenwirkungen.

PROBEN U. LITERATUR ZUR VERFÜGUNG ★

PHYSIOLOG.-CHEMISCHES LABORATORIUM
HUGO ROSENBERG · FREIBURG i BREISGAU

®

Ha-eR

Die bewährten Ha-eR Präparate

DERMAPROTIN

Perkutan anzuwendendes Eiweiß-Emulsionsgemisch zur **Reiztherapie**

Einfach in der Anwendung, sicher in der Wirkung, unbegrenzt haltbar, frei von allen störenden Nebenerscheinungen.

PROBEN U. LITERATUR ZUR VERFÜGUNG ★

PHYSIOLOG.-CHEMISCHES LABORATORIUM
HUGO ROSENBERG · FREIBURG i BREISGAU

Phenalgetin

Vom R. P. A. als W. Z. gesch.

Das neue und billige *Antineuralgicum*

(Acetylsal. — Phenacetin aa 0,25
Cod. ph. 0,01 Nuc. Col. 0,05)
O. P. 20 Tabl. K. P. 10 Tabl.

Von fast allen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen

Indikationen: Neuralgien, Grippe, Migräne, Kephalgie, Gicht, chronische und subchronische Fälle von Rheumatismus, Pleuritis sicca, Dysmenorrhoe, Arthritiden, Zahnschmerzen und Schmerzen nach Operationen.

Ist durch seine Zusammensetzung von potenzierter Wirkung

Literatur und Aerztemuster auf Wunsch kostenlos.

Dr. Hugo Nadelmann, Stettin. I

INTROCID

(Cer-Jod.-Verbindung)

Sepsis / Bösartige Geschwülste
Entzündungen aller Art

Literatur und Proben den Herren Aerzten zur Verfügung durch

HANS POTRATZ G. m. b. H. / **HAMBURG 39 E.**
MÜHLENKAMP 63

Vertrieb für Mittel- und Süddeutschland (Sachsen, Thüringen, Bayern, Württemberg und Baden) · Vertriebsstelle der Virusforschungsanstalt Jena zu **ERFURT**, Moltkestraße 90.

Oskalson

Drops und **Pulver**

Für die Kalktherapie

Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat,** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10,0 Oskalson-Pulver = 3,5 Ca Cl_2
(Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Ca Cl_2
(Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G. m. b. H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 27
12. OKTOBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Keimdrüsenpräparate.

Von

Dr. A. MUENZER, Charlottenburg.

Als Brown-Séquard im Jahre 1889 in der Société de Biologie die Versuche mitteilte, die er mit Injektionen von Testikularsaft an sich selbst durchgeführt hatte, legte er hiermit den Grundstein der Organtherapie oder, besser gesagt, Hormontherapie. Erst in späteren Jahren gelangte man zur therapeutischen Verwendung der übrigen Blutdrüsen, so auch zur Ovarialtherapie. Naturgemäß konnte die Hormonbehandlung erst Allgemeingut der Klinik und Praxis werden, nachdem die Lehre von der inneren Sekretion sich durchgesetzt hatte. Da schien es dann eigentlich leicht, in gewissen Fällen die Natur nachzuahmen. Es war doch so einfach, bei Versagen eines endokrinen Organs den Extrakt eines gleichen vom Tiere gewonnenen auf oralem, subkutanem oder intravenösem Wege zu verabreichen und somit den entstandenen Ausfall zu decken. Man setzte dabei voraus, daß die Organbestandteile zum größten Teile unverändert in den Blutkreislauf gelangten. So kindlich eine solche Auffassung auch anmutet, so sehr sie über wichtige physiologische Grundfragen einfach hinweggeht, so hat doch die Erfahrung gezeigt, daß die Hormontherapie auf durchaus einwandfreier Grundlage aufgebaut ist. Hiervon legen die hervorragenden Erfolge der Thyreoidin- und Insulinbehandlung beredtes Zeugnis ab.

Die Keimdrüsentherapie ist seit den Tagen Brown-Séquards ständig geübt worden und hat — allerdings in etwas veränderter Gestalt — unter dem Einfluß der Arbeiten Steinachs, Voronoffs u. a. eminent an Bedeutung gewonnen. Man hoffte, alle möglichen Störungen mit ihr zu beheben, und zwar besonders diejenigen, deren Entstehung man von dem Versagen der endokrinen Keimdrüsenelemente abhängig machten: Potenz- und Libidostörungen, Menstruationsanomalien, die bekannten vasomotorisch-neurotischen Ausfallserscheinungen im Klimakterium — starkes Schwitzen, Frieren, Blutwallungen — Schmerzphänomene, Stimmungsschwankungen usw. Die Erfolge waren wechselnd. Zahlreich sind die Präparate, die hergestellt worden sind; ich nenne von Präparaten der männlichen Keimdrüse Spermin, Testogan, Testiglandol, Testikulin, von solchen der weiblichen Keimdrüse Oophorin, Novarial, Ovoglandol, Ovaraden, Ovowop u. a.

Nun ist aber für die Herstellung der verschiedenen Präparate eine große Schwierigkeit einmal darin gegeben, daß man das Hormon der Geschlechtsdrüsen nur mangelhaft oder gar nicht kannte, und zweitens hatte man es bei der Keimdrüse nicht mit einer einfach innersekretorischen Drüse zu tun, sondern mit einem doppelsekretorischen Organ. Wenn man nun einen Extrakt aus der Gesamtdrüse herstellte oder sie in einer anderen Weise zu einem Präparat verarbeitete, so mußte man darauf gefaßt sein, daß die in ihm enthaltenen äußersekretorischen Anteile die Wirksamkeit der innersekretorischen hemmten. Wir brauchen uns hierbei nur an die Pankreaspräparate zu erinnern. Die bisherigen Bauchspeicheldrüsenpräparate, wie Pancreon, Pancreatin, beeinflußten den Diabetes in keiner Weise, weil sie den hormonalen Stoff des Pankreas nicht in völliger Reinheit enthielten. Trotzdem man schon lange die Langerhansschen Inseln als Produktionsort des Hormons kannte, hat es der langwierigsten Arbeit bedurft, bis die Entdeckung des Insulins gelangte und hiermit das Pankreashormon gefunden war.

Von dem Testikularhormon wissen wir noch nichts, hingegen ist das Ovarialhormon Gegenstand eifrigster Studien geworden, und zweifellos sind hier schon beachtenswerte Fortschritte erzielt worden. Besonders zu nennen sind die Forschungsergebnisse von Loewe, Zondek, Allen und Doisy, Laqueur und seinen Mitarbeitern. Ich will jedoch an dieser Stelle nicht näher darauf eingehen und erspare mir auch Literaturangaben, weil ich das vorliegende Problem von anderen Gesichtspunkten aus zu behandeln gedenke.

Die Schwierigkeit der ganzen Fragestellung liegt in dem Umstande, daß die Produktionsstätte der Keimdrüsenhormone noch nicht sichergestellt ist. Für das männliche Geschlechtsorgan wird von einer ganzen Reihe von Autoren, allen voran Steinach, der innersekretorische Anteil in die Leydigschen Zellen verlegt. Diese Auffassung wird jedoch aufs lebhafteste bestritten, und man ist vielfach der Ansicht, daß die Zwischenzellen in irgendeiner Beziehung zum Stoffwechsel des Hodens stehen, daß aber die Samenzellen als Träger der innersekretorischen Funktion zu gelten haben. Der Streit hierüber ist noch nicht entschieden.

Für die Ovarien wird von Zondek behauptet, daß der Follikelapparat die Hormone produziert; daher wird das Ovarialhormon auch Follikulin genannt.

Bei den einfach innersekretorischen Drüsen, z. B. Schilddrüse, Hypophyse usw. begegnet die therapeutische Verwendung keinen Schwierigkeiten. Man braucht sich nur einen Preßsaft aus der Drüse herzustellen oder verarbeitet das getrocknete Organ zu einem Pulver, Tabletten u. dgl. Ohne weiteres kann man dann annehmen, daß in dem betreffenden Präparat der wirksame hormonale Stoff enthalten ist. Dabei ist nicht einmal notwendig, daß wir das Hormon selbst kennen.

Anders bei den doppelsekretorischen Drüsen, wie schon oben hervorgehoben wurde. Hier würde die einfache Verarbeitung des Gesamtorgans ein Präparat ergeben, in dem beide Komponenten der Drüsen enthalten sind und die sich wahrscheinlich gegenseitig in irgendeiner Weise beeinflussen würden. Daher ja auch die vielfachen Bemühungen um die reine Darstellung des Hormons.

Ich möchte nun einen anderen Weg, um zu dem erwähnten Ziele zu gelangen, angeben*): Wenn es gelingt, die äußersekretorische Komponente auszumerzen oder ihre Tätigkeit einwandfrei zu unterbinden, so muß der übriggebliebene Rest der Keimdrüse das gesuchte Hormon enthalten. Dabei brauchen wir gar nicht einmal zu wissen, an welche morphologischen Bestandteile die endokrine Funktion der Keimdrüse gebunden ist; nur der generative Anteil muß genau bekannt sein. Gibt es nun eine solche Möglichkeit? Darauf ist mit „Ja" zu antworten. Einmal kann man an der männlichen Keimdrüse die Steinachsche Operation, d. h. die Ligatur bzw. Durchtrennung des Funiculus spermaticus ausführen; hierbei atrophiert der samenbereitende Anteil der Drüse. Oder aber — das gilt für beide Geschlechter — man kastriert das Tier und transplantiert ihm die entsprechende Keimdrüse. Es ist erwiesen, daß ein solches Tier seinen Geschlechtscharakter nicht verliert; ein Beweis dafür, daß das endokrine Organ gut funktioniert, während die generativen Funktionen naturgemäß erloschen sind. Allerdings werden die Transplantate meist nach einem gewissen Zeitraum wieder resorbiert. Das ist aber für unsere Zwecke gleichgültig. Ich schlage nun vor, aus solchen transplantierten Keimdrüsen, und zwar einige Zeit nach der Ueberpflanzung, Hormonpräparate herzustellen. Hier kann man dann völlig überzeugt sein, daß die die Keimstoffe bereitenden Anteile nicht mehr wirksam sind. In einem solchen Material können nur die inkretorischen Bestandteile vorhanden sein. Die exakte Nachprüfung wird ergeben, ob die therapeutische Leistungsfähigkeit solcher Präparate diejenige der bisher gebrauchten übersteigt. Die theoretischen Voraussetzungen hierfür scheinen mir jedenfalls gegeben. Es ist auch möglich, daß die physiologisch-chemische Forschung evtl. Unterschiede zwischen Extrakten bzw. Präparaten aus der Gesamt-Keimdrüse und solchen von transplantierten Organen aufdeckt und daß es dann gelingen wird, auf ganz anderem Wege das wirksame Inkret der Keimdrüsen herzustellen. Vielleicht bedeutet also der oben angegebene Weg nur eine Zwischenlösung, die uns der endgültigen Beantwortung des strittigen Problems näher bringt.

---

*) Vgl. hierzu Münzer: Probleme der Organtherapie. Fortschritte der Medizin, 1926, Nr. 11.

Anmerkung bei der Korrektur.

Nachträglich habe ich bei Lipschütz (Die Pubertätsdrüse und ihre Wirkungen, Bern, 1919) die Angabe gefunden, daß Ancel und Basin kastrierten Meerschweinchen Extrakte von interstitieller Drüse, und zwar von kryptorchen Hoden größerer Säugetiere, mit gutem Erfolge injiziert haben; ebenso injizierte Pézard kastrierten Hähnchen Extrakte aus kryptorchen Schweinehoden. Diese Experimente sind auf den gleichen Gedankengängen wie meine Vorschläge aufgebaut.

Approbation sowie ärztliche Bezeichnungen in dem geltenden und in dem in Aussicht genommenen Strafrecht.

Von

Dr. med. et phil. WALTER LUSTIG, Med.-Rat an der Regierung in Koblenz.

1. Schutz der Bezeichnungen „Arzt“, „Doktor“, „Professor“.

a) In erster Linie werden diese Bezeichnungen durch § 147 Absatz 3 der Reichsgewerbeordnung geschützt; danach wird derjenige, der sich, ohne hierzu approbiert zu sein, als Arzt (Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt, Tierarzt) bezeichnet, oder sich einen Titel beilegt, durch den der Glaube erweckt wird, der Inhaber sei eine approbierte Medizinalperson, mit Geldstrafe bis zu 300 Mark und im Unvermögensfalle mit Haft bestraft.

b) Wenn derjenige, der sich unbefugt die Bezeichnung „Dr.“ oder „Professor“ zulegt, approbiert ist, so trifft die Voraussetzung für Bestrafung aus § 147 Absatz 3 der RGO. nicht zu. In diesen Fällen erfolgt aber eine Bestrafung aus den Bestimmungen des Strafgesetzbuches.

Das geltende Strafrecht belegt nach § 360 Absatz 8 des StrGB. denjenigen mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft, der unbefugt ..... Titel, Würden ..... annimmt.

Nach dem amtlichen Entwurf eines Allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches von 1925 (in Zukunft mit „E“ bezeichnet) wird gemäß § 359 Absatz 1 mit Geldstrafe bestraft:

> Wer unbefugt inländische oder ausländische Titel oder Würden führt.

Die Vorschriften bezwecken, wie die amtliche Begründung sagt, weniger den Schutz des rechtmäßigen Trägers oder Besitzers von Titel und Würden als den Kampf gegen unlautere Elemente, welche die im Volk bestehende Wertung solcher Auszeichnungen ausbeuten, da das unbefugte Führen von Titeln häufig dazu dient, Betrügereien und andere schwere Straftaten vorzubereiten oder auszuführen.

Die im geltenden Recht aufgetretenen Zweifel, ob auch die unbefugte Annahme ausländischer Titel oder Würden strafbar sei, entscheidet der E im bejahenden Sinne.

Nach den für Preußen geltenden Bestimmungen bedürfen preußische Staatsangehörige, die auf einer Hochschule außerhalb Preußens einen akademischen Grad erworben haben, sofern dieser nicht auf einer deutschen Hochschule auf Grund einer vor dem 1. April 1923 bestehenden Satzung verliehen worden ist, zur Führung desselben der Genehmigung des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung. Derselben Bestimmung sind nichtpreußische Staatsangehörige und Ausländer unterworfen; jedoch genügt es für diese, falls sie sich nicht vorübergehend und nicht im amtlichen Auftrage in Deutschland aufhalten, wenn sie nach dem Recht ihres Heimatstaates zur Führung des akademischen Grades befugt sind (Verordnung des Staatsministeriums vom 30. September 1924).

2. Schutz vor Erschleichung der vom Staate erteilten Zeugnisse und Befähigungsnachweise.

Während im geltenden Strafrecht diesbezügliche Bestimmungen fehlen, enthält der E diese neue Bestimmung, die die Erschleichung der Befähigung zu einem Amte mit Strafe belegt.

§ 140 sagt:

„Wer bei einer Prüfung, die bei einer Behörde zum Nachweis der Befähigung zu einem Amte oder Berufe zur Erlangung einer Anstellung oder eines Titels abzulegen ist, eine Prüfungsarbeit abgibt, die er ganz oder im wesentlichen von einem anderen hat anfertigen lassen, oder wer einen anderen bestimmt, eine solche Prüfung für ihn abzulegen, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Ebenso wird bestraft, wer einem anderen für solche Prüfung eine Prüfungsarbeit ganz oder im wesentlichen anfertigt, oder wer für einen anderen eine solche Prüfung ablegt.

Wer die im Absatz 2 bezeichneten Taten gewerbsmäßig begeht oder wer sich öffentlich zur Herstellung von Prüfungsleistungen für andere angibt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft.“

Diese Vorschriften sind, wie die amtliche Begründung sagt, erforderlich geworden, weil sich in immer zunehmendem Maße Personen damit beschäftigen, Prüfungsarbeiten für andere gegen Entgelt anzufertigen; ja, es ist sogar vorgekommen, daß sie auch mündliche Prüfungen für andere abgelegt haben. Bisher konnten derartige Personen regelmäßig nicht bestraft werden; sie konnten vielmehr ihr unlauteres Treiben, auch wenn dieses wiederholt aufgedeckt wurde, immer wieder weiter ausüben. Auch gegen Personen, die sich der von anderen gefertigten Prüfungsarbeiten bedient hatten, oder die andere für sich die mündliche Prüfung hatten ablegen lassen, konnte in der Regel strafrechtlich nicht eingeschritten werden, da die Voraussetzungen des Betruges nicht immer gegeben waren, zumal dann, wenn die Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung gerade in den wichtigsten Fällen, nämlich in den meisten staatlichen Prüfungen, nicht gefordert wird.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß durch diesen § sämtliche Fälle von Prüfungen, auch die Abschlußprüfungen an den Schulen erfaßt werden, da diese die Befähigung zum Ergreifen gewisser Berufe geben. Auch muß betont werden, daß der zur Bestrafung erforderliche Tatbestand vollendet ist, sobald die Arbeit bei der Prüfungsbehörde abgegeben wird; ob der Täter später die Prüfung besteht oder die Anstellung oder einen Titel erlangt, darauf kommt es nicht an.

3. Entziehung der Approbation.

Die Entziehung der ärztlichen Approbation ist nach dem § 53 der RGO. möglich; und zwar kann die Approbation von der Verwaltungsbehörde zurückgenommen werden:

a) wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren sie erteilt worden,

b) wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind; im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer der Aberkennung.

Bekanntlich ist in Preußen für die Zurücknahme der Approbation der Bezirksausschuß zuständig, bei dem ein diesbezüglicher Antrag nach erteilter Ermächtigung des Regierungspräsidenten von der für den Wohnort des Betreffenden zuständigen Ortspolizeibehörde anzubringen ist. Gegen die Entscheidung des Bezirksausschusses ist die Berufung an das Oberverwaltungsgericht zulässig. Ich weise darauf hin, daß die Entziehung der Approbation auch auf kürzere Zeit als auf die Dauer der Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte ausgesprochen werden kann, jedoch niemals auf längere Zeit. Mit dem Tage des Aufhörens des Ehrverlustes gelangt die Approbation wieder zur Geltung. Es ist also dazu keine ausdrückliche Zurückgabe notwendig.

Durch die Entziehung der Approbation verliert der Betroffene die Berechtigung, sich Arzt zu nennen und unterliegt den Bestimmungen des nichtapprobierten Heilkundigen.

Der neue E kennt einen Ehrverlust nicht, er beseitigt alle Ehrenstrafen mit der Begründung, daß das Mißtrauen und das Uebelwollen, welches einem Vorbestraften entgegen gebracht wird, schon als solches ein schweres Hindernis für die Wiedereingliederung in die Gesellschaft für die Betroffenen bringt. Die Begründung sagt weiter, daß man dem bestehenden Vorurteil nicht Aufschub leisten dürfe durch Richtersprüche, die den Verurteilten für ehrverlustig erklären und die ihn dadurch der Möglichkeit berauben, noch erstandener Strafe den Kampf um ein redliches Dasein mit Aussicht auf Erfolg wieder aufzunehmen.

Demnach wäre es in Zukunft überhaupt nicht mehr möglich, mit Ausnahme der unter 3a genannten Fälle, die ärztliche Approbation zu entziehen. Dies ist im Interesse des Ansehens des Aerztestandes kein erstrebenswertes Ziel. Dazu kommt, daß der E die Rechtsanwaltschaft anders behandelt als die Aerzte. Denn nach § 55 des E verliert derjenige, der unfähig wird, öffentliche Aemter zu bekleiden, dauernd die öffentlichen Aemter, die er inne hat. Den öffentlichen Aemtern stehen gleich ..... die Rechtsanwaltschaft sowie öffentliche Würden.

Hier müßte neben der Rechtsanwaltschaft auch die Approbation im Sinne der RGO. aufgenommen werden, wie es auch in der Sitzung des verstärkten Ausschusses des Preußischen Landesgesundheitsrates vom 30. und 31. Oktober 1925 gefordert wurde.

4. Verlust der akademischen Grade und der Berufs- und Amtstitel.

Während nach dem geltenden Recht bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte die Entziehung der Approbation nur — wie erwähnt — in einem besonderen Verwaltungsverfahren auf Grund der RGO. erfolgen kann, so ist der Verlust des Dr.-Titels und der anderen Ehren- und Amtstitel bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte eine unmittelbare Folge des Rechtsspruches; und zwar bewirkt nach § 33 StrGB. die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte den dauernden Verlust der öffentlichen Aemter, Würden, Titel. Allerdings besteht die Möglichkeit, den Dr.-Grad bzw. andere akademische Auszeichnungen neu zu erwerben.

Unter öffentlichen Würden sind auch die akademischen Grade zu verstehen.*) Hierher gehören auch die Berufstitel „Privatdozent und Professor“, und die Amtstitel z. B. „Kreisarzt“, „Medizinalarzt“ usw. Außerdem fallen hierunter natürlich die Ehrentitel, soweit sie überhaupt noch bestehen, wie „Geh. Sanitätsrat“ und „Sanitätsrat“.

Der neue E des StrGB. kennt nun einen Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte als Strafe nicht. Jedoch sieht er den dauernden oder vorübergehenden Verlust der Amtsfähigkeit als Strafe vor und stellt dieser im § 55 u. a. die öffentlichen Würden gleich, mit der Maßgabe, daß derjenige, der unfähig wird, öffentliche Aemter zu bekleiden, zugleich dauernd die öffentlichen Aemter, die er inne hat, verliert, also auch die Würden und sämtliche oben als öffentliche Würden aufgeführten Bezeichnungen.

Zu Kurt Heymanns Ehekonsens an spätlatente Luetiker.

Eine Antwort auf seine Fragen.

Von

San.-Rat Dr. SCHINDLER, Fulda.

Herr Kollege Heymann hat mir eine strikte Frage vorgelegt: „Ich möchte Schindler fragen, ob er über Fälle verfügt, die, gleichgültig nach welcher Behandlung, nach 5 oder 10 Jahre zurückliegender Infektion geheiratet und dann noch Frau oder Kinder syphilitisch infiziert haben?“ Ich verfüge in der Tat über solche Fälle aus eigenem Wissen, ohne daß ich sie selbst primär behandelt hätte. Nur zwei will ich hier anführen:

Ein Luetiker mittlerer Jahre heiratet nicht, weil er aus Furcht, die Ehefrau anstecken zu können, nicht heiraten will. Ein sehr bekannter, erfahrener Universitäts-Dermatologe, der noch lebt und amtiert (also keiner der großen Toten; ausdrücklich bemerkt: auch nicht Joseph) redete diesem Herrn zu, doch zu heiraten: „Sie! können doch nun wirklich heiraten, der Sie so gut und so lange behandelt wurden. Der Herr tat, was er nicht wollte. Kinder hatte er nicht, aber nach Jahren ging seine Frau an einem ganz schweren Aortenaneurysma zugrunde. Auf Wunsch nenne ich unter Diskretion Herrn Kollegen Heymann den Professor.

Anderer Fall: 6 Jahre post inf. geheiratet, Mann negativ, latent — gesund. 2 Kinder (8 und 10 Jahre alt), unterentwickelt, schwächlich, sehr anfällig; Frau muß alle Jahre nach Nauheim: Aortenerweiterung.

Kenneth Walker („Syphilis and mariage“) berichtet über Fälle, in denen bei negativer Serumreaktion noch nach 8 und 12 Jahren Eheinfektionen ohne frische Erkrankung des Mannes vorkamen; ferner einmal 4 Jahre post-mortem-conjugis-paralytici-Infektion des zweiten Mannes durch die Witwe.

In Diskussionen englischer und französischer Gesellschaften wurden ähnliche Fälle berichtet und von einigen Aerzten die Frage aufgeworfen, ob die anderen Herren nicht auch des öfteren erlebten, daß trotz negativer Reaktion, guter Behandlung, sonst völliger Symptomlosigkeit Spätinfektionen eintreten und trotz latent gesunder Eltern nach langen Jahren plötzlich syphilitische Kinder erscheinen?

Die Frage Heymanns wird aber noch viel wuchtiger dadurch beantwortet, daß immer häufiger einwandfreie Fälle bekannt werden, in denen hereditär-luetische Eltern, insbesondere Mütter, mit absolut gesundem Mann verheiratet, luetische Kinder zur Welt bringen. Lues der dritten Generation!

Für jede Diskussion meiner Thesen dankbar, möchte ich, zumal ich mit anderen Dingen zur Zeit sehr beschäftigt bin, nur ganz kurz Heymann einiges erwidern: Ich betrachte nicht die Pallida als ubiquitär, obwohl sie auch an erscheinungsfreien Stellen sitzen kann und saß. Ich habe alles davon abhängig gemacht, wo evtl. Restspirochäten sitzen, in geschlossenen Organen oder in solchen, wo sie nach außen entleert werden. Selten nur aber wissen wir das „Wo“? und gewöhnlich können wir es auch nicht nachweisen.

Im übrigen habe ich keine Veranlassung, meinen klaren Standpunkt in dem Ehekonsens für Luetiker zu ändern. Ich stehe auch nicht allein, wie Heymann glaubt. Es sind vier große Kliniker, deren Zustimmung ich sogar schriftlich habe; ich will sie absichtlich nicht hier nennen. Ein griechischer Arzt in Athen schrieb mir in bestem Deutsch einen Brief, in welchem er mein Buch als „bahnbrechend“ bezeichnet.

Es kommt ja nicht allein darauf an, ob die Ehefrau infiziert wird, sondern auch vielmehr darauf, daß der Luiker überhaupt gesundheitlich ein so großes Fragezeichen und daher kein empfehlenswerter Ehemann ist.

Nur kurz folgendes: Hereditärer Luiker, Keratitis duplex von Jugend auf, wiederholt und lange behandelt, seit vielen Jahren negativ. Als er das 30. Lebensjahr erreicht hatte, wurde ihm die Heirat erlaubt. Im 32. Jahre, nachdem 2 Kinder geboren wurden, stellte sich plötzlich die Sehnervenatrophie erst auf dem einen, dann auf dem anderen Auge ein und der Kranke, der immer noch „negatives Blutserum“ hatte (Liquor, wie so oft unbekannt) und nur über Kopfschmerzen klagte, wurde mir zur Salvarsankur überwiesen, die ich auf Verantwortung des Augenarztes vornahm. Prompter einstweiliger Stillstand, aber das Familienelend ist schon da; denn es mußte der junge Ehemann aus 10jährigem Dienst scheiden und sich eine andere Beschäftigung suchen. Die Eltern leben noch, sind gesund und wollen von nichts wissen. Sohn und Eltern im heimlichen Groll gegeneinander.

Abderhalden lief in Halle auf der Straße eine ihm ganz unbekannte Frau nach mit dem Verzweiflungsschrei, ihr zu helfen, sie wolle sich sonst das Leben nehmen: „Ihr ältester Sohn (Oberlehrerfacultes) säße in der Blindenanstalt und flechte Körbe, ihr zweiter Sohn, jetzt 21 Jahre, bekäme dasselbe Augenleiden und wolle sich auch lieber das Leben nehmen, wenn er erblinden sollte. Nun sage eine ihrer Freundinnen, daß sie, die Mutter, an dem Unglück der Kinder schuld habe, weil sie geschlechtskrank und syphilitisch sei. Aber sie wisse von nichts, sie habe sich nichts vorzuwerfen und sie sei niemals krank gewesen. Nun wolle ihr Mann nichts mehr von ihr wissen.“ Abderhalden glaubte aus der Anamnese Anhaltspunkte gewonnen zu haben, daß die Frau hereditäre Luikerin war.

---

*) Goltdammers Archiv für Strafrecht, Bd. 54, S. 320 und Bd. 44, S. 63.

Ferner: Eine Witwe heiratet wieder. 40 Jahre alt, bekommt sie ein tertiäres Nasengumma, das von berühmten Rhinologen als Tuberkuloseerkrankung lange erfolglos behandelt wurde. Schon auf Meterdistanz war a vista die Diagnose „Lues“ klar. Ich lehnte jede Einmischung ab und empfahl einem anderen Rhinologen die Blutuntersuchung, welche komplett + war. Die Nase wurde geheilt, aber die Reaktion blieb +. Der Ehemann wurde in meinem Ordinationszimmer ohnmächtig, als er der Syphilis seiner Frau sicher war und sie weinte; sie sei unschuldig und könne die Krankheit nur von ihrem ersten Manne haben. — Genug davon!

Auch Heymann, wie fast alle Kritiker meiner Thesen, hat nicht beachtet, daß ich zwar als das Richtigste und Erstrebenswerteste den prinzipiellen Ausschluß aller Syphilitiker von der Ehe ohne jede Zwangsmaßnahmen fordere und wünsche, daß ich aber immer sage: Der Luiker dürfte nicht heiraten, zum mindesten nicht, ohne vorher der Braut oder der neuen Familie selbst oder durch einen Arzt eröffnet zu haben, daß er Lues infiziert ist. Ich werde niemals aufhören, dagegen Stellung zu nehmen, daß die Aerzte lediglich auf Sentiments hin — es sind ja nur ganz willkürliche Anschauungen und Urteile — im verschwiegenen Ordinationskämmerlein dem Delinquenten — denn das ist der Luiker schließlich doch in puncto Heirat — Absolution erteilen, ihm noch gut zureden und der Delinquent daraufhin sich verlobt, und weder das Mädchen, noch die Familie weiß, daß die Verlobung mit einem Syphilitiker stattfand. Ich frage alle Kollegen hiermit öffentlich als Mensch und als Arzt: Wie kommt ihr dazu, nach dem bisherigen Brauch einer anständigen, gesunden Familie, in der die Töchter gesund und sittenrein aufwuchsen, einen Syphilitiker einzuschmuggeln, ohne daß die Familie etwas davon erfährt und gefragt wurde, ob sie einen Syphilitiker haben will? Sowie die Braut und die Familie vor der Verlobung aufgeklärt ist und der Arzt nach seinem subjektiven Ermessen der Familie klar machte, was Lues ist, es könne so und es könne auch anders gehen und dann doch die Heirat erfolgt, so habe ich nichts dagegen. Es werden aber nicht viele Familien oder Mädchen sein, die sich einen Syphilitiker als Brautwerber wünschen. Nur das erachte ich unbeugsam als gänzlich unzulässig, daß der Arzt noch immer die Heimlichkeit unterstützt und sich anmaßt, einseitig nach Gutdünken zu dekretieren, daß der luische Herr Y. heiraten darf, ohne daß die Braut oder die Familie vorher weiß, daß der Herr Lues hatte und von ihrem Recht Gebrauch machen kann a limine, dankend den Herrn abzulehnen, weil sie auch einen Bräutigam ohne Lues bekommen könne, oder sonst lieber gar keinen wollen.

Was die Luiker sexuell machen, wenn sie nicht heiraten sollen, interessiert mich gar nicht, ist auch für die Frage der Heiratserlaubnis absolut irrelevant. Freilich, stehe ich auf dem Standpunkt: Navigare necesse est, coitus non necesse. Alle Krankheiten aus unerlaubtem Coitus sind nun einmal schuldhafte und niemand ist genötigt, sich solche Krankheiten zu holen. Am wenigsten darf die Tochter einer Familie in der Ehe ein Opfer der Lues werden. Allen liberalen Kollegen, die nicht meiner strengen Ansicht sind, wünsche ich von Herzen luische Schwiegersöhne mit negativer oder positiver Blut- oder Liquorreaktion und klinischer einstweiliger Latenz! Vestigia terrent! Kannte so einen Kollegen. Tochter: Liebesheirat mit reichem Großindustriellen; großes Glück; reizender Mensch. Nach wenigen Jahren unklare Iritis, dann Magenverstimmung und schließlich alles Lues; Tod an luetischer Leberzirrhose mitten in den besten Lebensjahren. Weh, nun war all ihr Glück zerstört. Der Kollege hat umgelernt. Also mindestens wissen muß der andere Partner, mit wem er eine Ehe eingehen soll; dann entscheidet er und nicht der Arzt, ob der Bräutigam heiratsfähig ist oder nicht bzw. als heiratsfähig von der! Familie erachtet wird!

Die zweite sehr berechtigte Frage Heymanns, welche Konsequenzen ich bezüglich der Behandlung selbst aus meinem Buch zog, findet er in einer der nächsten Nummern der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie beantwortet. Ich zog für mich die Konsequenzen.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Arteriosklerose anerkannt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1873 geborene Landrat F. T. trat 1897 als Einjährig-Freiwilliger ein, wurde 1914 im August als Oberleutnant d. L. eingezogen, 1916 am Auge leicht verwundet, kam er 1917 im Januar wegen tuberkulöser Halsdrüsen, wegen welcher er schon einmal 1914 operiert wurde, in Lazarettbehandlung und wurde deswegen wieder operiert und kam nach einem Kuraufenthalt als kriegsverwendungsfähig Mitte Februar zum Regiment zur Entlassung. Im Juni desselben Jahres leichte Verwundung am Oberarm. 1918 Juni Verwundung am linken Oberschenkel, langwierige Heilung, Gasödem. Im Oktober entlassen: Beschwerden von Seiten des Herzens, Unruhe, Atemnot, mangelhafter Schlaf. Beschleunigung und ungleichmäßige Herztätigkeit, Kreislaufschwäche, wahrscheinlich sekundär durch das Gasödem.

Im März 1919 aus dem Heeresdienst entlassen als felddienstunfähig wegen chronischen Nervenleidens und Schwäche im linken Bein nach Verwundung.

1922 Antrag auf Versorgung und Badekur. Bei der Entlassung aus letzterer: Schädigung des Herzens durch überstandene Gasphlegmone. 1924 Antrag auf Heilverfahren wegen Herzleidens: Dienstbeschädigung für die Verwundungsfolgen am linken Unterschenkel, für das Herzleiden; für das Lungenleiden im Sinne der Verschlimmerung. E. M. = unter 25%. 1925 September Tod durch Gehirnblutung. Der behandelnde Arzt bescheinigt, daß schon 1924 ein harter und beschleunigter Puls feststand und daß er die Aderverkalkung als Folge der Kriegsstrapazen und des Herzleidens auffasse. Schon im November 1924 habe ein Schlaganfall mit leichten Lähmungserscheinungen der rechten unteren Gliedmaßen bestanden.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen Offizier, dessen Hauptleiden die Aderverkalkung und deren Einflüsse auf das Herz und das Gefäßsystem, eigentlich erst als Spätfolge der Verwundung am linken Oberschenkel, insbesondere des Gasödems, in Vordergrund trat. Schon wenige Monate nach der Verwundung und nach dem Gasödem zeigten sich Störungen von Seiten des Herzens: Unruhe, Atemnot bei Anstrengungen, erregter Puls, unregelmäßige Herztätigkeit, Schlaflosigkeit. Es ist bekannt, daß solche Schädigungen des Herzens zunächst unter dem Bilde eines Nervenleidens auftreten, wie dies hier der Fall war, weshalb auch zunächst außer der Schwäche des linken Beines ein chronisches Nervenleiden als Dienstbeschädigungsfolge angenommen wurde. Die später angenommene Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung für das Lungenleiden trat im weiteren Verlaufe mehr in den Hintergrund.

Es ist bekannt, daß langwierige Eiterungen das Herz durch Entzündung der Innenhaut schädigen können, besonders wenn solche Eiterungen aus der schweren Infektion, wie einer Gasphlegmone, beruhen. Abgesehen von den organischen Veränderungen am Herzen, kommt es dabei auch zu Störungen des ganzen Gefäßsystems, besonders zu Veränderungen in den Gefäßwandungen, wodurch dann weiterhin auch Veränderungen in den Druckverhältnissen entstehen. Dies äußert sich dann in Erhöhung des Blutdrucks. Der ganze ziemlich langwierige Verlauf zeigt, daß dies auch hier vorlag, und daß hier die Fernerscheinungen von Seiten des Herzens gegenüber den lokalen und nervösen Erscheinungen erheblich in den Vordergrund traten. 1924 trat dann durch diese Folgen, wie der Hausarzt bescheinigt, ein Schlaganfall auf, d. h.: die veränderten Gefäßwände haben dem erhöhten Druck nachgegeben und zu Blutungen im Gehirn geführt. Die Erfahrung lehrt, daß sich solche Blutungen leicht wiederholen: Die zweite hat dann zum Tode geführt.

Die Sachlage ist also folgende: Im Anschluß an eine Verwundung und eine Gasphlegmone, einer schweren Infektion, kam es bei dem langen Krankenlager in Verbindung mit den allgemeinen Strapazen des Krieges zu einer Schädigung des Herzens und des Gefäßsystems. Diese Schädigung trat zuerst auf unter dem Bilde eines Nervenleidens, wie Allgemeinerscheinungen nervöser Natur, oft als Beginn eines Herzleidens, besonders mit Veränderungen der Druckverhältnisse beobachtet werden. Erst später traten dann die Erscheinungen von Seiten des Herzens und des Gefäßsystems in den

Vordergrund, nämlich der harte Puls, der erhöhte Druck und infolgedessen die Gehirnblutung. Man kann also die beiden Gehirnblutungen wissenschaftlich sehr wohl als mittelbare Folge der Verwundung und ihrer Komplikationen bezeichnen.

Nach diesen Ausführungen ist der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als wahrscheinlich zu bezeichnen.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für einen Herzfehler abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1880 geborene Gärtner v. H. hat 1901/03 aktiv gedient, wurde im August 1914 eingezogen Am 14. 9. 14 kam er mit Muskel-Rheumatismus ins Lazarett und gab dort an, daß er schon dreimal an Gelenk-Rheumatismus gelitten habe. Es handelte sich damals lediglich um Muskelschmerzen im Rücken. Am 26. 9. wurde er in ein Heimatlazarett überführt. Dort bestanden Schmerzen in sämtlichen Gelenken, aber keine Schwellungen und am 2. 11. wurde er als Rekonvaleszent entlassen. Am 9. 11. wurde er wieder dem Lazarett überwiesen wegen Gelenk-Rheumatismus und Herzinsuffizienz. Das dürftig geführte Krankenblatt spricht lediglich von Rheumatismus in beiden Fuß- und Handgelenken und von Anzeichen einer Herzinsuffizienz. Am 12. 12. 14 wurde v. H. zur Feststellung der Dienstunbrauchbarkeit dem Lazarett in H. überwiesen. Das Krankenblatt ergibt, daß er 1910 im Kreuz und in den Füßen 2 bis 3 Wochen krank war, daß er 1912 6 Wochen wegen Rheumatismus in den Füßen, Schultern und Handgelenken mit Schwellungen erkrankt war und über Schmerzen im rechten Hoden klagte und daß er 1914 14 Tage wegen rheumatischer Beschwerden erkrankt war. Am 9. 9. 1914 sei er mit Schüttelfrost und Schwellung an den Füßen erkrankt. Knie-, Hüft-, Hand- und Ellenbogengelenke seien geschwollen gewesen. Den Mund habe er kaum öffnen können und im Gesicht Schmerzen gehabt. Das Krankenblatt ergibt lediglich, daß er Schmerzen in den Gelenken und in der Nierengegend, sowie im Rücken und in der Schultergegend gehabt habe und dies auf eine Erkältung im Dienst zurückführte. Der Schüttelfrost ist nicht erwähnt. Die Herzbeschwerden werden nur flüchtig als Anzeichen von Herzinsuffizienz erwähnt.

Es wurde festgestellt, starke Fettleibigkeit, normale Herzgrenzen, reine Töne. In den Unterschenkeln geringe Oedeme. Gelenke ohne Befund. Röntgenbefund: Querliegendes, nicht vergrößertes Herz, die große Körperschlagader wurde zunächst als etwas verbreitert angesehen, wurde aber bei der zweiten Aufnahme ohne krankhaften Befund festgestellt. Das Krankenblatt schließt: 1. Es steht nicht fest, ist vielmehr sehr unwahrscheinlich, daß v. H. echten Gelenkrheumatismus gehabt hat. 2. Ein Herzfehler besteht nicht. 3. v. H. leidet an erheblichen Plattfüßen. Hierdurch werden die Oedeme erklärt. Er ist fettleibig und sehr sensibel. Die subjektiven Beschwerden werden übertrieben stark zum Ausdruck gebracht.

1918 am 25. 5. kam er wegen einer Rißwunde am linken Unterschenkel ins Lazarett und wurde am 17. 6. dienstfähig entlassen. 20. 11. 18 endgültig entlassen.

November 1925 Antrag auf Versorgung wegen Herz- und Leberleidens. Ursache: Die Erkrankungen im September 1914, unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses, wonach er am 8. 11. 1925 an den Folgen eines schweren Herzleidens als Folge gelenkrheumatischer Beschwerden, welche s. Zt. als Dienstbeschädigung anerkannt wurden, gestorben sei. Nach dem Kriege, wann ist nicht genau angegeben, sei v. H. alljährlich zeitweise wegen seiner Herzbeschwerden in Behandlung gewesen. Im Mai 1925 habe das Herzleiden eine heftigere Form angenommen. Im Juni 1925 haben die Erscheinungen zugenommen und es sei Aufnahme im Akademischen Krankenhaus in H. erfolgt. Der Arzt führt das Herzleiden auf den im Krieg überstandenen Gelenk-Rheumatismus zurück.

Das Krankenblatt des Akademischen Krankenhauses ergibt: v. H. sei bis zum Kriege vollkommen gesund gewesen. Dies steht im Widerspruch mit seinen Angaben hinsichtlich des Gelenk-Rheumatismus vor dem Kriege von 1910/14. Im November 1914 sei er an Gelenk-Rheumatismus erkrankt mit hohem Fieber und Gelenkschwellungen. Diese Angabe widerspricht ebenfalls den in den vorhandenen Krankenblättern. Er sei darnach wieder ins Feld gekommen, völlig wiederhergestellt gewesen, 1918 entlassen worden und bis vor 2 Jahren, also bis 1923, ganz gesund gewesen und ein eifriger Turner. 1923 im März sei er plötzlich im Zimmer umgefallen. Es sei ihm schwarz vor den Augen geworden und er sei ungefähr 1 Minute bewußtlos gewesen. In den letzten 2 Jahren habe er öfter bei größeren Anstrengungen Schmerzen in der Herzgegend gehabt. Sonst keinerlei Beschwerden, keine geschwollenen Beine, keinen Nachtharn. Im Mai habe er plötzlich Schmerzen in der Herzgegend bekommen, krampfartiges Zusammenziehen, Ausstrahlen nach allen Richtungen, starke Atemnot. Nach einigen Tagen Besserung, nach 10 Tagen vorsichtiges Aufstehen. Dann sei er aufs Feld gegangen, wonach wieder Atemnot, geschwollene Beine und Schwäche aufgetreten seien. Deswegen hat er 1925 die Klinik aufgesucht. Der klinische Befund ergab eine Vergrößerung des Herzens, ein systolisches Geräusch an der Spitze, eine Vergrößerung der Leber. Kurze Zeit darauf Tod. Keine Sektion.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen Mann, der nach seiner aktiven Dienstzeit 1901/03 in den Jahren 1910, 1912 und 1914 vor seiner Einstellung im Feld Gelenk-Rheumatismus überstand. Während der Dienstzeit ist er an unklaren rheumatischen Beschwerden 1914 erkrankt. Damals lag aber, wie das Krankenblatt eindeutig ergibt, ein Gelenk-Rheumatismus nicht vor. Gelenkschwellungen bestanden jedenfalls nicht. Er war fettleibig und hatte Plattfüße und es ist wahrscheinlich, daß seine rheumatischen Erscheinungen dadurch bedingt waren, wie ja Plattfüße so häufig durch Veränderungen der Statik rheumatismusähnliche Beschwerden in den Beinen veranlassen, was auch im Krankenblatt deutlich ausgesprochen ist. Auch am Herzen wurde damals nichts krankhaftes gefunden. Dies schließt aber keineswegs aus, daß v. H. sich nicht bei den vor der Einstellung durchgemachten Rheumatismuserkrankungen doch einen Herzfehler erworben haben kann, der sich eben, wie dies so häufig vorkommt, später wieder ausgeglichen hat. Er ist dann nach der Entlassung erst wieder 1925 in ärztliche Behandlung gekommen, wo er die Klinik aufsuchte, und wo eine Herzmuskelentartung und ein Nachlaß des Herzens (Alkoholismus) festgestellt wurde. Aktenmäßig hat nun der behandelnde Arzt ausgesagt, daß H. alljährlich nach dem Kriege wegen seiner Herzbeschwerden in der Sprechstunde war. Die Angabe des behandelnden Arztes, daß er im Kriege einen Rheumatismus überstanden habe, welcher ein Herzleiden zur Folge hatte, widerspricht den Aktenunterlagen. Im wesentlichen hat das Herzleiden von neuem nach dem Gelenk-Rheumatismus nach dem Kriege erst 1923 eingesetzt. Nach den Erscheinungen im Krankenblatt der Klinik kann es sich bei den damaligen Anfällen sehr wohl um eine Verkalkung der Kranzarterien gehandelt haben. Jedenfalls waren, und das ist wesentlich, im Kriege Erscheinungen von Seiten des Herzens, wie die Krankenblätter ergeben, nicht vorhanden. Wieweit an der Herzmuskelentartung der Alkoholismus oder der früher vor dem Dienst überstandene Gelenk-Rheumatismus oder endlich eine Arteriosklerose schuld war, läßt sich heute für jedes einzelne nicht mehr genau entscheiden. Zweifellos hat aber nach dem Krankenblatt eine Arteriosklerose vorgelegen, welche nach den Erscheinungen besonders auch die Kranzadern des Herzens, dessen Ernährungsgefäße ergriffen hat.

Im Vordergrund des Bildes steht aber die Herzmuskelentartung, richtiger 1925 die Insuffizienz.

Es ist hier die Frage zu beantworten, inwieweit diese Herzmuskelentartung, die durch Herznachlaß zum Tode führte, durch Kriegseinflüsse bedingt ist.

Nach dem Verlaufe ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß v. H. bei dem dreimaligen Gelenkrheumatismus schon eine Schädigung des Herzens erlitten hat. Nach den Krankenblättern war er im Felde schon fettleibig, aber damals waren Erscheinungen von Seiten des Herzens nicht festzustellen. Schweren Dienst hat er im Felde, wo er hauptsächlich bei Pferdelazaretten verwandt war, sicherlich nicht versehen. Er ist ferner nach der ersten Erkrankung 1914 späterhin bis zum Schlusse des Krieges, abgesehen von einer geringfügigen äußeren Erkrankung nicht wieder erkrankt. Die Erkrankung im Kriege war mit Sicherheit kein Gelenkrheumatismus, sondern beruhte im wesentlichen auf den Plattfüßen. Wenn also v. H. schon gleich nach dem Kriege alljährlich zeitweise ärztliche Hilfe in der Sprechstunde suchte, die sich auf das Herz bezogen, so kann hier von einer Verschlimmerung durch den Kriegsdienst nicht die Rede sein, weil, falls im Kriege irgendeine Verschlimmerung des Herzleidens aufgetreten wäre, diese sich zweifellos so bemerkbar gemacht hätte, daß ärztliche Hilfe noch während des Krieges in Anspruch genommen werden mußte. Dies hat aber nicht stattgefunden. Es lag im Kriege überhaupt kein Herzleiden vor. Auch ist die angebliche geringe Insuffizienz im Kriege 1914 durch Unterlagen nicht bestätigt. Sie scheidet aus, weil kurz darauf ein normaler Herzbefund festgestellt wurde. Es ist auch nicht trotz der im Felde sicherlich reichlichen Gelegenheit zu Erkältungen zu einem Rückfalle des Gelenkrheumatismus aus der Vorkriegszeit gekommen, der unter Umständen das Herzleiden hätte verschlimmern können. Wieweit nun die Herzmuskelentartung zurückreicht, läßt sich mit Sicherheit nicht sagen, im Kriege bestanden Anzeichen hierfür nicht und wenn sie sich kurz nach der Entlassung bemerkbar gemacht haben, wie aus dem ärztlichen Zeugnis anzunehmen ist, so sind sie im wesentlichen durch die Fettleibigkeit bedingt, vielleicht auch damals schon durch den Alkoholismus. Solche Herzmuskelentartungen verlaufen lange in schleichender Weise. Wären sie durch den Krieg irgendwie verschlimmert worden, wobei nochmals betont wird, daß v. H. im Kriege keine anstrengende Tätigkeit gehabt hat, so hätte sie sicherlich viel eher Erscheinungen gemacht und viel früher zum Tode geführt. So wie aber der Verlauf liegt, hat es sich bei den nur zeitweise nach dem Kriege stattfindenden Behandlungen lediglich um den schicksalsmäßigen Verlauf eines durch den Krieg nicht bedingten und nicht verschlimmerten Leidens gehandelt und deshalb ist der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod nicht als wahrscheinlich anzunehmen.

Kongreß-Berichte.

89. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Eröffnung der Abteilungssitzung durch Prof. Pankow, Düsseldorf. Mit kurzen Worten gedenkt er des jähen Todes von Opitz, Freiburg, der einer Embolie nach Autounfall erlag. Die Versammlung ehrt den Dahingeschiedenen durch Erheben von den Sitzen.

Samuel-Köln berichtet: **Ueber neuere Methoden zur Behebung der Sterilität und über künstliche Befruchtung.** Nach kurzer Erwähnung der geeigneten Verfahren, z. B. Tubendurchblasung, Transplantation von Ovarialgewebe u. dgl., demonstriert er ein selbsthaltendes Instrument zur Tubendurchblasung und Uterosalpingographie, das eine Assistenz überflüssig macht. Projektion von Bildern und Röntgenaufnahmen. Für künstliche Befruchtung benutzt S. ein einem weiblichen Katheter ähnliches Instrument, das auf jede Rekordspritze paßt, mit dem das Sperma ohne Druck in den Uterus gespritzt wird. 3 erfolgreiche Fälle.

In der Diskussion leugnet Sellheim die Gefährlichkeit der Tubendurchblasung bei geeigneter Technik und richtiger Auswahl der Fälle. Bei Röntgenaufnahmen wird Jodipin als Kontrastmittel benutzt, und es werden mehrere Aufnahmen in zeitlichen Abständen gemacht. Zur Technik der Uterusfüllung betont Dyroff, daß das Füllen tropfenweise ohne Druck geschehen müsse. Bei maximaler Füllung kontrahiere sich dann der Uterus und treibe das Kontrastmittel in die Tube. Jegliche Brüskierung des Uterus müsse peinlichst vermieden werden. Hierzu berichtet Geh. Rat Zweifel über Erfahrung an hunderten von Fällen über Auffüllung von Uteri bei Gebärmutterkrebs mit Pyoktanin zur Vermeidung von Pyometren, daß bei jeglicher Vermeidung von Reizen — kein Anhaken der Portio, keine kombinierte Untersuchung — die blaue Flüssigkeit in beide Tuben, bis in die freie Bauchhöhle fließt, ja auch in Pyosalpringes eindringt.

Nahmmacher-Jena: **Die Uterographie,** die, wie 50 Fälle erwiesen haben, keine Nachteile für die Patientinnen brachte, wird als ein wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel angesehen, wo die übliche Untersuchungstechnik versagt bei der Differentialdiagnose zwischen Uterus- und Adnextumoren. Gegenindikation bilden Fälle mit frischen Entzündungserscheinungen, Fieber, Gravidität und Gonorrhoe. Blutungen sind nicht als Kontraindikationen anzusehen. Als Kontrastmittel dient 40% Jodipin. Es werden zuerst die normalen Verhältnisse des Genitale bei der Röntgenographie an Diapositiven erklärt. Bei Uterustumoren verliert das Cavum meistens seine Dreiecksform, teils durch den Druck des Tumors, teils durch die Längenausziehung, wie es besonders bei großen Myomen gefunden wird. Bei erhaltener Dreiecksform sind die Konturen wellenförmig, auch auf den Kontrollaufnahmen. Dieses Bild bieten kleine submuköse Myomknoten, um die sich die Kontrastflüssigkeit legt. Bei Ausziehung der Tube im uterinen Teil handelt es sich um seitlich von der Uteruswand ins Lig. latum wachsende Tumoren. Sind im Röntgenbild sichtbare Lageveränderungen durch Uterustumoren bedingt, so findet sich neben der Lageveränderung noch eine Cavumveränderung in Form von Unregelmäßigkeiten der Konturen. Bei Verlagerung durch Adnextumoren findet sich keine Veränderung des Cavum. Bei Ovarialtumoren ist die Tube um den Tumor herum ausgezogen. Die Tube der gesunden Seite ist viel mehr geschlängelt. Bei Tubenverschluß durch Stieldrehung, Verwachsungen oder Druck ist der Sitz des Verschlusses genau bestimmbar. Die Geschwülste selbst sind bei der Aufnahme nicht zu erkennen.

In der Diskussion erörtert Dyroff die Möglichkeit einer chemischen Schädigung des Tubenepithels durch das bakterizide Jodipin und möchte deshalb das Jodöl durch ein Bromöl ersetzt haben. Zur Frage der Kontraindikationen der Uterographie berichtet Braun, Brandenburg, als Kuriosum über einen Fall von Schwangerschaft im 4.—5. Monat, wo er zu diagnostischen Zwecken 4 ccm einer 20% Jodipinlösung injizierte, ohne daß die Schwangerschaft, deren Bestehen durch den röntgenographischen Nachweis des Foeten erwiesen wurde, zur Unterbrechung kam.

A. Mayer-Tübingen (Autoreferat): **Ueber Bedeutung der künstlichen Gewebezüchtung für die Klinik.** Die künstliche Gewebezüchtung hat bisher in die Forschungsmethoden der Klinik auffallend wenig Eingang gefunden. Einer der Gründe liegt wohl darin, daß sie hauptsächlich mit tierischem Material arbeitet, während die Klinik mit dem lebenden Menschen zu tun hat. Gemeinsame Untersuchungen mit Herrn Heim ergaben, daß auch menschliches Gewebe künstlich züchtbar ist. Zur Züchtung verwendeten wir bis jetzt: Plazenta, Dezidua, Amnion, maligne Tumoren. Die in Betracht kommenden biologischen Fragen sind zahlreich. An der Plazenta z. B. bedeutet eigenes Wachstum des Synzytiums, daß das Synzytium kein Degenerationsprodukt der Langhanszellen ist. Dem histologischen Phasenwechsel des Endometriums scheint ein besonderes Wachstumsverhalten im Explantat zu entsprechen. Die Züchtung der menstruellen Desquamate kann ein Licht auf die Genese der Endometriome werfen. Das Endometrium des Neugeborenen verhält sich anders, als das dem physiologischen Tode nahestehende senile Endometrium. Bei malignen Tumoren wuchsen die jüngeren Metastasen lebhafter als die ältere Muttergeschwulst (Reifegrad der malignen Tumoren). Weiter auftauchende Fragen sind: Einfluß der Umgebung auf das normale Wachstum — Gewebewachstum unter dem Einfluß von Röntgenreizdosen oder Röntgenschädigungen. — Künstliches Wachstum und Funktion. Beeinflussung des Wachstums durch Pharmaka oder Wachstumshormone (Follikel, Corpus luteum). Jedenfalls verdient die künstliche Gewebezüchtung von seiten der Klinik besondere Beachtung.

H. V. Klein-Wien: **Unterschiede in der Widerstandskraft der weiblichen und männlichen Keimdrüsen.** Ontogenetischer Unterschied: Fehlen von Zellen im embryonalen Ovarium, die den Leydigschen Zellen entsprechen. Weiterer Unterschied in dem verschiedenen Zeitpunkt des Erlöschens der spezifischen sekretorischen Funktionen. Schädigungen mit dem Messer, Hitze, qualitative Nahrungseinschränkung, Nikotin und Transplantation ergeben eine höhere Empfindlichkeit des Hodens gegenüber dem Ovar. Auch aus eigenen Versuchen des Vortragenden an Tieren geht hervor, daß der Eierstock quantitative und qualitative Teilentfernungen besser erträgt als der Hoden. Bei Transplantationsversuchen war zwar der Hoden dauerhafter, jedoch war die endokrine Wirkung bei einem weiblichen Tier, wo das Transplantat resorbiert war, viel stärker als bei dem männlichen Tier mit erhaltenen transplantierten Hoden. Schwache Röntgenbestrahlung der Ovarien fördert im Gegensatz zum Testikel, wo das Sperma geschädigt wird, die endokrine und exokrine Funktion.

Sellheim-Leipzig: **Schwebende Pein, ein ziemlich charakteristisches gynäkologisches Krankheitsbild.** Die pathologisch-anatomische Grundlage ist ein Vorstadium zum Versagen des Tragapparates der Gebärmutter, wo Constrictor cunni und Diaphragma urogenitale leidlich erhalten, jedoch das Diaphragma pelvis rektale geschädigt ist. „Der Uterus liegt dann gewissermaßen hohl.“ Die dadurch mehr belasteten Bänder geben entweder nach = Prolaps oder sie halten unter Schmerzen einigermaßen stand = schwebende Pein. Die Diagnose wird dadurch gestellt, daß beim Anspannen der Bänder besonders der Ligamenta sacro — uterina und cardianalia ein Schmerz entsteht. Für die Therapie kommt die Abrasio und konservative Kuren zur Verminderung der Empfindlichkeit des Bandapparates in Frage. Vollen Erfolg verspricht auch bei fehlender Prolapsneigung nur die Beckenbodenplastik. Pessare sind erfolglos. Von Jaschke empfiehlt bei Kranken unter 30 Jahren Gymnastik. Kirstein deutet das Krankheitsbild als Erschöpfung auf konstitutioneller Basis und behandelt es mit Mastkuren. Menge schließt sich dem an. Die von Büttner vorgeschlagene Pessarbehandlung lehnt Sellheim im Schlußwort unbedingt ab.

Vogt-Tübingen: **Ueber die Bedeutung des Insulins für Geburtshilfe und Gynäkologie.** Nach kurzer Besprechung der 3 Angriffspunkte des Insulins: Zuckerstoffwechsel, Gesamtstoffwechsel und endokrines System empfiehlt er ausgehend von der Beobachtung, daß bei Genitalsarkomen, die mit Diabetes kompliziert waren, die Röntgentherapie versagt hatte, vorher die Kranken zuckerfrei zu machen. Bei Schwangerschaftserbrechen bewährte sich das Insulin ganz gut. Amerikaner behandeln sogar die schwerste Schwangerschaftstoxikose, die Eklampsie, mit Insulin. Vogt empfiehlt ferner Insulin mit Glukoselösung zur Bekämpfung postoperativer Azidosis. Er erwähnt noch die günstigen Erfolge anderer Autoren bei der örtlichen Behandlung tuberkulöser Unterschenkelgeschwüre. Die Einwirkung des Insulins auf den Gesamtstoffwechsel erklärt die günstigen Erfolge der Mastkuren bei angeborener und erworbener Magerkeit mit Insulin ohne besondere Diät. Bei hydrolabilen Säuglingen wird der Wasserstoffwechsel reguliert, bei Neugeborenen wird die physiologische Gewichtsabnahme aufgehalten oder verkleinert. Eigene Untersuchungen deckten auch Beziehungen zum Ovar auf. Bei ovariellen Blutungen, juvenilen Blutungen, Menorrhagien, bei Entzündungen, Metropathia haemorrhagica und klimakterischen Blutungen wirkt Insulin hämostyptisch. Die Wirkung wird über das Ovarium erklärt. Experimentell stellte Vogt die stärkste Erhöhung der Insulinwirkung durch Zusatz von Serum einer Menstruierenden fest gegenüber einer geringeren Wirkungssteigerung durch Zusatz von Caseosan oder Serum. Keine Verstärkung durch Serum von Radikaloperierten. Ein neuer Beweis für die Beziehungen zwischen Eierstock und Bauchspeicheldrüse.

Im Schlußwort nach der Diskussion gibt Vogt auf Anfrage von v. Jaschke an, daß er bei juvenilen Blutungen die Insulintherapie als kausale, bei den anderen Blutungen als symptomatische Therapie betrachtet.

Naujoks-Königsberg: **Zum Ausgleich der Ansichten über den künstlichen Abort.** Es werden die allgemein anerkannten Tatsachen und die Differenzpunkte bei den medizinischen Indikationen zum künstlichen Abort zusammengestellt. In den wichtigsten Fragen herrscht Uebereinstimmung.

Hermstein-Breslau: **Ueber die Lipoide des Menstrualblutes.** Der Lipoidgehalt des Kreislaufblutes ist während der Menstruation erhöht. Im Periodenblut sind die Werte noch höher. Die Lipoidanhäufung ist von Wichtigkeit für die Ernährung des Eies und ist in dieser seiner Bedeutung dem Arsen, Eisen, Kalk, Glykogen gleichzustellen. Bezügl. ihrer Beteiligung an der Menstruation lassen sich im Menstrualblutplasma Körper nachweisen, die die Gerinnung normalen Kreislaufblutes verzögern. Das lipoidarm gemachte Plasma verliert seine gerinnungshemmenden Eigenschaften.

Rissmann-Hannover berichtet über seine an etwa 100 Fällen durchgeführte Methode der **Ventrifixur der Lig. rotunda ohne Ileusgefahr.** Es werden, vom inneren Leistenring beginnend, die Lig. rotunda bis zur gewünschten Anteflexion mit tiefgreifenden Seidennähten an die Bauchdecken fixiert.

Haupt-Köln berichtet über das Ergebnis der **extraperitonealen Unterbindung der Arteriae hypogastricae bei inoperablem Kollum-Karzinom** zur Beseitigung starker Blutungen und zur Unterstützung der Strahlenwirkung an 28 Fällen, die im Laufe eines Jahres operiert wurden. Der Eingriff, dessen Technik mit Bildern erläutert wird, wird auch von stark Ausgebluteten gut überstanden. Alle Operierte leben noch. Vor Ablauf von 4—6 Wochen tritt keine stärkere Blutung ein — Bildung eines kollateralen Kreislauf über die Art. ovarica. — In dieser Zeit scheint die Strahlenwirkung besser zu sein.

In der Diskussion wurde von anderer Seite über weniger günstige Erfolge berichtet.

H. R. Schmidt-Bonn: **Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung von Organanalysen bei Hunden.** Trächtige Hündinnen wurden reichlich ernährt, ein anderer Teil unterernährt. Die Blutzuckerwerte zeigten keine Besonderheiten. Die Organanalysen von Leber und Skelettmuskeln der am 51. Tag nach dem Decken getöteten Tiere in bezug auf Glykogen und Aetherextraktivstoffe zeigten schon beim normal ernährten Tier eine starke Glykogenverarmung, beim unterernährten Hund außerdem eine starke Fetteinlagerung in die Leber. Entsprechend dem erhöhten Grundumsatz in der Schwangerschaft werden also große Mengen von Glykogen von der Leber abgegeben, zu deren Ersatz Fett in die Leber eingelagert wird. Danach wäre die für Schwangerschaft charakteristische Lipämie als Transport von Fett aus den Depots zur Leber möglicherweise zu deuten.

Jonen-Bonn: **Ueber den Gesamt- und Reststickstoff des Blutes während der Schwangerschaft bei Hunden mit besonderer Berücksichtigung der Organe.** Hunde wurden in der Schwangerschaft ausreichend ernährt, andere Hunde, die vor der Schwangerschaft ins Stickstoffgleichgewicht gebracht waren, wurden während der Schwangerschaft mit derselben Kostform weiter ernährt. Die Analysenwerte der gewöhnlich ernährten Hunde zeigten nichts Besonderes, während die Parallelhunde zu einer gewissen Zeit der Schwangerschaft den Analysendaten von Hungerhunden entsprechende Werte lieferten. Die über der Norm liegenden Leberwerte werden auf eine Hyperfunktion der Leber in der Schwangerschaft bezogen.

Runge-Kiel: **Die Wasserstoffionenkonzentration (aktuelle Reaktion) des Schwangerenblutes.** Nach Hinweis auf die Fehlerquellen der elektrometrischen Bestimmungen der Wasserstoffzahl im Blute: Austauschvorgänge mit den roten Blutkörperchen, Blutgase, Vorhandensein oxydierender und reduzierender Fermente, Hämoglobin wird über das Ergebnis eigener Untersuchungen mit einer eigenen Chinhydronelektrode berichtet. Die durchschnittlichen Werte von 7,4 finden sich im Blute von Normalen und Schwangeren, im gestauten und ungestauten Blut und im Varizenblut.

In der Diskussion gibt Sellheim neben anderen Rednern seine mit anderen Methoden gefundenen Werte bekannt, die eine Säurezunahme des Schwangerenblutes ergeben, was zuerst von Geh. Rat Zweifel nachgewiesen wurde.

Zangenmeister-Königsberg: **Beitrag zur Kenntnis der Variationsbreite der Fruchtentwicklung.** Auf Grund neuer Untersuchungen besonders an Zwillingen und unter Benutzung der Wahrscheinlichkeitsrechnung kommt Z. zu dem gleichen Ergebnis, wie seine früheren Untersuchungen über die in Alimentationsprozessen wichtige Variationsbreite der Schwangerschaftsdauer.

Wagner-Prag: **Zur Diagnose der Eineiigkeit oder Zweieiigkeit der Zwillinge.** Er bespricht die von Siemens im Gegensatz zu der bisher üblichen Weise des Nachweises der Ein- bzw. Zweieiigkeit von Zwillingen an den Eihäuten aufgestellten Behauptungen und Forderungen und kommt auf Grund unserer entwicklungsgeschichtlichen Kenntnisse und seines von jeher sorgfältigst beobachteten Zwillingsgeburtenmaterial zu dem Ergebnis, daß die übliche Methode ihren vollen Wert behält und die von Siemens aufgestellten 12 Erfordernisse für den Nachweis der Eineiigkeit, z. B. Sommersprossen, für den Geburtshelfer nicht erfüllbar sind.

Mayer-Tübingen schließt sich den Ausführungen an.

Runge-Kiel: **Ueber die Funktion des Ammions und der Nabelschnur.** Zur Untersuchung, ob die keine Kapillaren besitzende Nabelschnursulze per diffusionem von den Nabelgefäßen oder dem Fruchtwasser ernährt wird, wurden die Nabelgefäße mit Farblösungen gefüllt. Die Arterien waren undurchlässig, dagegen diffundierten einige Farblösungen durch die Venenwand, die also die Permeabilität einer Kapillare hatte. Danach kann die Ernährung der Sulze als per diffusionem durch die Venenwand erfolgend angesehen werden. Untersuchungen über den Aufbau der Venenwand ergaben eine lockere Muskulatur mit großen Saftspalten, wenig lockerem Bindegewebe und eine der Muskulatur fast unmittelbar aufliegende Intima im Verlauf der Nabelschnur im Gegensatz zu dem Aufbau innerhalb des kindlichen Körpers, wo die gleichen Verhältnisse wie bei anderen Venen herrschen. Durchströmungsversuche ergaben eine prompte und starke konstriktorische Wirkung auf Sekale, Tenosin, Hypophysenextrakte und Barium. Adrenalin war wirkungslos. Als Beitrag zur Frage der Fruchtwassersekretion wurde die Permeabilität des frischgeborenen Amnion daraufhin geprüft, ob und in welchem Umfang die zu untersuchenden Stoffe einmal nach der Fruchtwasserseite, zum anderen nach der Chorionseite diffundierten. Es ergab sich bei einigen Farbstoffen, daß sie nach der Fruchtwasserseite hin in der Zeiteinheit etwa 30% mehr diffundierten als umgekehrt. Diese Ergebnisse stimmen mit der Ansicht einiger Autoren von einer aktiven Funktion des Amnion überein.

Schmidt-Bonn, Flaskamp und andere bestätigten die Sekretion des Amnions z. T. auf Grund histologischer Befunde. Es ergab sich jedoch eine Kontroverse darüber, ob das Amnion über der Plazenta oder der Uteruswand sezerniere.

Kupferberg-Mainz: **Zur Therapie beim engen Becken.** Da durch die subkutane Symphysiotomie nach Frank-Kupferberg die mütterliche Mortalität bei beckenspaltenden Operationen noch herabgedrückt worden ist, empfiehlt sie sich in den Fällen, wo die Schnittentbindung zu gewagt erscheint: infizierte Frauen, schwer geschädigte Kinder. Die Beckenspaltung kommt für Verengungen 1. und 2. Grades und nur bei Mehrgebärenden in Frage; bei Erstgebärenden ist gegebenenfalls die Schnittentbindung vorzuziehen. Abgrenzung der Indikationen, in denen Beckenspaltung, deren Art Ansichtssache ist, nicht mit Schnittentbindung in Wettbewerb tritt. Bei beiden Operationsverfahren wegen engen Becken empfiehlt sich mit Rücksicht auf leicht irreparable Schädigung des Kindes nicht zu lange zu warten, auch schon ehe deutliche Gefahrzeichen für das Kind merkbar werden.

Zum Schluß empfiehlt K. für schwer infizierte Geburten und für Behandlung der Uterusruptur die Operationsmethode nach Portes: Herauswälzen und extraperitoneale Einnähung der Gebärmutter, dann klassischer Kaiserschnitt mit Naht. Der Uterus bleibt bis zur völligen Rückbildung etwa 6 Wochen vor der Bauchhöhle und wird dann durch eine 2. Operation zurückversenkt.

In der anschließenden Diskussion befürwortet Sellheim den ganz extraperitonealen Kaiserschnitt, der aber nur in der Hand des Geübten guten Erfolg hat und die Uterusfistelbildung für die infizierten Fälle. Von mehreren Seiten wird auf die Notwendigkeit eines entsprechenden Beckenverbandes nach Beckenspaltung hingewiesen. Menge ist für Beckenspaltung.

Heynemann-Hamburg: **Die Behandlung der puerperalen Infektion.** Prinzipiell Neues wird nicht gebracht. Chemo- und Serumtherapie versagen oft. Die Hauptgefahr der Infektion besteht in der Toxinämie mit ihrer lähmenden Wirkung auf das Herz-, Gefäßsystem, dem größte Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. Von Bluttransfusionen sah H. oft lebensverlängernde Wirkung. In geeigneten Fällen kommt eine Operation als das sicherste Verfahren in Frage.

V. Jaschke gibt prophylaktisch Argochrom 0,2 : 20,0 intravenös bei jeder Geburt seit längerer Zeit und hat ein wesentliches Herabsinken der Erkrankungsziffer danach festgestellt. Küstner jr. erinnert an die Alkoholtherapie, bei der große Mengen auf einmal gegeben werden müssen.

Louros-Dresden: **Die Bedeutung des Retikuloendothelialsystems für die Streptokokkeninfektion.** Bericht über eigene Versuche an Tieren mit Projektion von eigenen histologischen Bildern.

Schreyer-Dresden berichtet anschließend an den Vorredner über die therapeutische Beeinflussung des Retikuloendothelialsystems bei der Streptokokkeninfektion. Es handelt sich um Tierversuche, bei denen verschiedene Substanzen sich als sehr wirksam erwiesen. Das wichtigste Moment dabei ist aber die Dosierungsfrage. Noch keine Uebertragung der Ergebnisse auf den Menschen.

Hilgenberg-Münster berichtet über eine in späteren Schwangerschaftsmonaten auftretende, für Schwangerschaft charakteristische, **Anthrakozidie** genannte. Veränderung im Serum, deren Wesen er noch nicht erkannt hat.

Dyroff-Erlangen: **Gibt es intrauterine Atembewegungen?** Nach Rückblick auf die Ansichten der Autoren, die sich mit dieser Frage befaßt haben und meistens der Ansicht waren, daß es intrauterine Atembewegungen gibt, so z. B. Reifferscheid, der die Bewegungen kurvenmäßig aufzeichnete, berichtet Vortr. über eigene Beobachtungen, die er zu diesem Zwecke anstellte. Außer Beobachtungen an Tieren wurden auch menschliche Foeten mitherangezogen. Bei einer Frühgeburt nicht lebensfähiger Zwillinge wurde der 1. Foet unter Bedingungen, die den intrauterinen Verhältnissen möglichst nahekommen (Schutz vor Abkühlung usw. in warmen Wasser) längere Zeit beobachtet, ohne daß Atembewegungen auftreten, erst wenn eine Blutzirkulationsstörung durch Abklemmen der Nabelschnur herbeigeführt wurde, treten Atembewegungen auf, die nach Behebung der Störung wieder aufhörten. Außerdem beobachtete er einige Früchte intrauterin mit einem geraden Zystoskop. Auch hier keine Atembewegungen, wohl aber Pendelbewegungen des Foeten, die von den Atembewegungen der Mutter ausgelöst und unterhalten werden. Würden die Bewegungen, wie sie Reifferscheid bis zu 48 in der Minute beobachtet hat, Atembewegungen sein, dann müßten bei Röntgenaufnahmen der Foeten, deren Belichtungsdauer bis zu 8 Sekunden beträgt, unscharfe Rippenkonturen auftreten. Das ist nicht der Fall. (Projektion der Röntgenbilder.) Vortr. kommt zu dem Schluß, daß bei ungestörter Blutzirkulation es höchstens Atembewegungen unter 7 in der Minute geben kann.

Geh. Rat Zweifel bestätigt, daß auch er bei früheren Tierversuchen nie Atembewegungen feststellen konnte.

Granzow-Breslau: **Tod unter der Geburt durch traumatische Zwerchfellhernie.** Es wurde eine Erstgebärende mit beginnenden Geburtswehen eingeliefert. Herzdämpfung und Herztöne rechts vom Sternum. Ueber der linken Brustseite vorn und seitlich bis zur Clavicula und Axilla lauter tympanitischer Klopfschall und laute Darmgeräusche. Subjektiv Würgereiz ohne Erbrechen, Stiche in der Brust beim Pressen und nach dem Essen. Die Frau hat vor 9 Jahren einen Brustwirbelsäulenbruch durch Ueberfahren erlitten. In der Schwangerschaft keine wesentliche Verschlimmerung der Beschwerden. Die Diagnose: linksseitige große Zwerchfellhernie wurde durch das Röntgenbild bestätigt. Da mit Sicherheit zu erwarten war, daß bei den Preßwehen das Eindringen weiterer Bauchorgane in die linke Brusthöhle eine Mediastinalverdrängung verursachen würde, wurde Schnittentbindung oder Zange am Ende der Eröffnungsperiode erwogen. Es wird am Ende der Eröffnung durch hohe Kiellandzange ein lebendes Kind entwickelt. Die Mutter stirbt ½ Stunde später unter Erstickungserscheinungen bei heftigem Erbrechen. Die Obduktion ergab eine große, linksseitige Zwerchfellücke. In der Pleurahöhle lag der stark vergrößerte Magen, die Flexura coli lienalis, ein Stück Netz und die Milz. Die Existenz einer Hernia diaphragmatica wird den absoluten Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung anzureihen sein.

Schmidt-Bonn: **Neuere Untersuchungen über das untere Uterinsegment.** Die Schlußfolgerungen aus seinen Studien sind folgende: Das untere Uterinsegment bildet sich in der Schwangerschaft aus sich und entfaltet sich entsprechend dem Druck des wachsenden Eies. Es ist auf Grund seines anatomischen Baues und seiner Funktion in der Schwangerchaft zum Corpus zu rechnen, oder aber es ist ihm mit Pankow und Aschoff eine Sonderstellung zu geben. Bei tiefer Eiimplantation und Plazentarentwicklung oberhalb des inneren Muttermundes ist es sinnverwirrend, weiterhin noch von Placenta praevia cervikalis zu sprechen. Dieser Name muß für die Fälle vorbehalten werden, wo sich die Plazenta in der Zervix ansiedelt. Wegen des selbständigen Wachsens des unteren Uterinsegments in der ersten Hälfte der Schwangerschaft kommen Aborte bei Placenta praevia nicht häufig vor. Die Verschiebungen zwischen Plazenta und Uteruswand kommen erst bei der Dehnung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft zustande. Da bei der modernen Schnittführung beim Kaiserschnitt der Schnitt im unteren Uterinsegment liegt, jedenfalls nie allein in der Zervix, wird für die falsche Bezeichnung Sectio caesarea cervicalis die Bezeichnung „Sektio im Dehnungsschlauch" oder „untere Sektio" vorgeschlagen.

In der Diskussion legten Geh.-Rat Zweifel, Küstner, Pankow, Martin und Sellheim ihre Auffassung vom unteren Uterinsegment bzw. Isthmus uteri klar.

Zweifel-München: **Demonstration einer neuen Zange,** die die Vorteile der bis jetzt vorliegenden Zangen vereinigen soll. Sie hat eine minimale Beckenkrümmung, so daß sie in jedem Durchmesser des mütterlichen Beckens angelegt werden kann. Bei hochstehendem Kopf mit querverlaufender Quernaht läßt sich die Zange biparietal an den Kopf des Kindes legen. Dabei können die Löffel seitlich eingeführt werden und dann nach vorn bzw. hinten gebracht werden. Das gefahrbringende Umdrehen des vorderen Löffels bei der Kiellandzange wird dadurch vermieden. Die beiden Blätter der Zange sind gegeneinander verschiebbar und können in jeder Stellung durch eine Schraube gegeneinander festgestellt werden. Vorteil bei Asynklitismus. Die Zange besitzt ferner einen Zughaken, der in einfacher Weise am Schloß angesetzt werden kann und den Achsenzug ersetzt.

Sellheim hat sich von der Brauchbarkeit der Zange überzeugt.

Küstner-Leipzig: **Zunahme geburtshilflicher Komplikationen in den letzten Jahren.** Bei den 24- bis 26jährigen Gebärenden hat sich eine Zunahme der Nachblutungen nach der Geburt ergeben. Es handelt sich um die Frauen, die im Kriege ihre Pubertätsjahre durchmachten. Es ist diese Geburtskomplikation als eine Kriegsfolge (schlechte Ernährung) aufzufassen und mit der Zunahme der Genitalhypoplasien, der Sterilität, der habituellen oder öfteren Aborte gleichzustellen. Diese Erscheinungen sind die verschiedenen Stadien einer Krankheit: der Minderwertigkeit der Gebärmutter. Bei den 31- bis 40jährigen Gebärenden wurde eine Zunahme der Nachblutungen während des Krieges beobachtet und auch als eine Folge der Unterernährung angesehen.

Mayer-Tübingen hat außerdem Zunahme des vorzeitigen Blasensprunges beobachtet. Pankow sah eine Zunahme der primären und sekundären Wehenschwäche und veränderte Reaktion auf Pharmaka, was sich erschwerend beim geburtshilflichen Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf bemerkbar machte. Sellheim betont, daß die durch die Unterernährung gesetzten Schädigungen durch gute Nahrung zu bessern seien. Uns zum Trost hat entsprechend den Vererbungsgesetzen der Genotypus keine Schädigung erlitten.

Streck, Würzburg: **Experimentelle Kritik der interferometrischen Methode.** Es steht dem Vortragenden eine Erfahrung von 2 Jahren mit über 700 klinischen und über 400 experimentellen Versuchen mit Ansetzung von etwa 7000 Opzimen zur Verfügung. Es wurde festgestellt, daß praktisch kein Unterschied besteht, ob der Versuch bei Brutschrank- oder Zimmertemperatur angesetzt wird und daß ferner kein praktischer Unterschied besteht, ob die Untersuchung nach 1, 12 oder 24 Stunden vorgenommen wird bei Zimmer- oder Brutschranktemperatur. Es ergab sich ferner praktisch kein Unterschied zwischen spezifischen und unspezifischen Seren. Dagegen stellte sich heraus, daß die Abbauhöhe je nach der Beschaffenheit des Organpulvers, ob grob- oder feinkörnig, wechselte. Feinkörniges Pulver gab niedrigen, grobkörniges einen hohen Abbau. Vortragender erklärt dieses damit, daß bei dem grobkörnigen Pulver das Serum besser in die Zwischenräume der Pulverpartikelchen eindringen und somit mehr Serumwasser zur Ab- und Adsorption gelangen kann. Der bisher als fermentspezifisch aufgefaßte Abbau ist nur der Ausdruck einer rein physikalisch bedingten Konzentrationssteigerung des Opzimserums. Um nachzuweisen, ob daneben doch noch ein spezifischer Abbau vorliegt, wurde unter den verschiedenen Versuchsbedingungen aktives und inaktives Serum verwandt mit dem Ergebnis, daß das inaktive, also ferment- und komplementfreie Serum gleichen, teilweise sogar höheren Abbau zeigte als das aktive Serum, während doch nach der bisherigen Auffassung es umgekehrt sein müßte. Es ist also bewiesen, daß die Interferometrie bei der jetzigen Methode nicht einwandfrei und exakt ist. Dabei liegt die Hauptfehlerquelle in dem Organtrockenpulver. Es ist ferner bewiesen, daß die Spezifität des als fermentbiologisch angesehenen Vorgangs nicht feststellbar ist.

Hellmuth-Würzburg kommt auf Grund der klinischen Ergebnisse zu dem gleichen Resultat wie der Vorredner.

In der Diskussion über beide Vorträge beleuchten Sellheim und Dyroff-Erlangen andere Möglichkeiten der Fehlerquellen. Runge-Kiel und Haselhorst-Hamburg lehnen die Interferometrie ab.

Holtermann-Münster: **Ueber Serumfällungsreaktionen in der Gestationsperiode mit besonderer Berücksichtigung der Argentumreaktion nach Lange-Heuer.** Der Ausfall der Reaktion deutet in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und unter der Geburt auf eine erhöhte Eiweißkörperlabilität im Sinne einer Globulinvermehrung hin. Im Nabelschnurserum der Neugeborenen sind ähnliche Befunde wie im mütterlichen Serum direkt nach der Geburt. Im Wochenbett ist die Rückkehr zum kolloidalen Normalzustand zu verfolgen. Der Reaktion kommt kein diagnostischer Wert zu.

Seitz-Gießen: **Zur Frage der inneren Sekretion beim Fötus und Neugeborenen.** Auf Grund der Schwangerschaftshyperplasie der mütterlichen endokrinen Drüsen nahm man einen protektiven Einfluß dieser Organe auf die innersekretorische Tätigkeit des Foeten an. Morphologische Studien ergaben, daß im 7. bis 8. Monat ziemlich unvermittelt tiefgreifende Strukturveränderungen an den endokrinen Drüsen des Foeten auftreten, die im Sinne einer Funktionsänderung aufgefaßt werden. Es muß also angenommen werden, daß vom 7. bis 8. Monat die mütterlichen Einflüsse an Bedeutung zurücktreten.

Granzow-Breslau: **Zur Frage der Funktion foetaler Nebennieren.** Da eine spezifische hormonale Tätigkeit foetaler Blutdrüsen während des intrauterinen Lebens anzunehmen ist und es feststeht, daß die foetale Nebenniere Adrenalin produzieren kann, wurde experimentell die Frage angegangen, ob die foetale Nebenniere vikariierend für das mütterliche Organ eintreten könne. Bei graviden Kaninchen und Meerschweinchen wurde in den verschiedensten Stadien der Schwangerschaft die Epinephrektomie ausgeführt. Das Schwangerschaftsende wurde nicht erreicht; sämtliche Tiere starben im Anschluß an die Operation. Die Experimente zeigen, daß die Anwesenheit mehr oder weniger entwickelter Foeten die tödliche Wirkung der Nebennierenentfernung an graviden Kaninchen und Meerschweinchen weder aufzuheben noch hinauszuschieben vermag. Die Resultate stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen von Nowak und Christofoletti, die Schwangerschaft und Geburt zum Teil ungestört ablaufen sahen. Es muß als fraglich erscheinen, ob die foetale Interrenalsubstanz bereits ein lebenswichtiger Bestandteil des werdenden Organismus ist.

In der gemeinsamen Diskussion zu den beiden vorigen Vorträgen erinnert Mayer-Tübingen an einen Diabetesfall eines anderen Autors, wo die Krankheit nach der Entbindung der Mutter infolge des Ausfalls des foetalen Pankreas sich verschlimmerte.

Zweifel-München: **Ueber die chemischen Bestandteile des Corpus luteum und seine Bedeutung für das Leben des Foetus.** Die Bedeutung des Corpus luteum für den Embryo ist durch L. Fraenkel bewiesen. Das C. l. welkt von der Zeit an, wo im Darm des Embryo gallenbestandteilehaltiges Mekonium erscheint. Chemische Untersuchungen entdeckten im C. l. einen dem Gallenfarbstoff verwandten Körper. Außerdem ist in dem bitter schmeckenden C. l. Cholesterin gefunden worden. Von diesen Tatsachen ausgehend suchte und fand Vortragender Gallensäuren im C. l. in minimalen Mengen. Darauf fußend, glaubt er, daß das C. l. die Aufgabe hat, für den Foetus die Gallensäuren vorzubilden.

Eufinger-Frankfurt a. M.: **Der Mechanismus der Bilirubinreaktion im Serum bei Schwangerschaftstoxikosen.** Es wurde der Einfluß besonderer Serum- und Plasmaeigentümlichkeiten auf den Vorgang der Diazokuppelung bei der Hymans van den Berghschen Probe untersucht. Es wurde eine Abhängigkeit der direkten Probe von dem quantitativen Verhältnis der einzelnen Bluteiweißkörper zueinander nicht festgestellt. Dagegen fand sich eine deutliche Parallele zur Kolloidstabilität und Cholesteringehalt insofern, als bei direkter Reaktion sich regelmäßig eine relative Herabsetzung des Cholesterinspiegels mit einer außerordentlich starken Kolloidlabilität verbindet. Als klinisches Ergebnis wurde die Tatsache festgestellt, „daß gerade die Fälle von Schwangerschaftstoxikosen einen schweren Verlauf boten, die bei fehlender Verschiebung des Bluteiweißbildes nach der grob dispersen Seite neben relativ herabgesetzten Cholesterinwerten eine auffallend starke Verminderung der Kolloidstabilität erkennen ließen. Diese Fälle ergaben auch stets eine direkte prompte Bilirubinreaktion.“

Haselhorst-Hamburg: **Neues zur Temperaturmessung** (Autoreferat). Hinweis auf die Lückenhaftigkeit unserer üblichen Temperaturmessung mit 3 bis 4 Einzelmessungen am Tage. Bekanntgabe einer Methode der selbsttätigen, fortlaufenden Registrierung der Körpertemperatur. Prinzip: der Stand eines Flüssigkeitsthermometers wird auf optische Weise auf lichtempfindlichem Papier aufgeschrieben. Demonstrationen von in der Klinik gewonnenen Kurven mit normalem und pathologischem Ablauf (Novoprotin, Antipyrin, Diathermie, Schüttelfrost).

Flaskamp-Erlangen: **Experimentelle Studien zur Lymphwurzeldarstellung.** Nach dem von Magnus-Jena angegebenen Prinzip, wobei die Lymphwege mit Sauerstoff erfüllt werden, ist es dem Vortragenden gelungen, die Lymphwege an den verschiedenen Geweben (z. B. Eihäute, Peritoneum usw.) darzustellen. Demonstration der dabei gewonnenen schönen Photographien.

Obladen-Köln: **Weitere Beiträge zur Verschiebung des Coecum während der Schwangerschaft.** Im Gegensatz zu den Angaben eines anderen Autors konnte der Vortragende eine größere Verschiebung des Coecum in der Schwangerschaft bis über den Beckenkamm hinaus röntgenographisch nachweisen. Die neuen Beiträge stimmen mit den früher angegebenen Befunden von Füth überein. Demonstrationen der Zahlenwerte und einiger Röntgenbilder.

Theilhaber-München: **Zur Lehre vom Reiz** (Autoreferat). Sehr häufig erzeugt der Reiz je nach seiner Dosierung Gesundheit oder Krankheit oder Tod. Starke Reizung durch Ansiedlung einer großen Menge von Gonokokken erzeugt Urethritis, Vaginitis, Endometritis, Salpingitis, Perimetritis usw. Der schwache Reiz infolge der Einspritzung von Gonokokken erzeugt Rückbildung dieser Krankheit. Aehnlich ist das Verhalten bei der Tuberkulose. Starke Reize infolge des Eindringens zahlreicher Mikroorganismen bei Operation und bei Entbindungen erzeugt durch Reizungen Krankheit oder Tod, ein von der Operation durch Diathermie usw. erzeugter schwacher Reiz vermindert die Gefährlichkeit der in die Wunde eindringenden Mikroorganismen, Mangel an physiologischen Reizen erzeugt Atrophie des Bindegewebes und schafft Disposition zu Genitalprolapsen, daher das häufige Vorkommen derselben im Greisenalter, bei Unterernährung usw. Leichte Reizung des Bindegewebes nach Thure Brandt bessert und heilt manche Prolapse. Der Fluor entsteht oft durch physische oder erotische Reize. Mildere Reizung durch Suggestion, Uterusausspülung, Aetzung usw. heilt oft diesen Fluor. Metrorrhagien entstehen nicht selten durch starke sexuelle Reize; sie werden geheilt durch den Reiz von Röntgenstrahlen oder intrauteriner Diathermie. Myome wachsen nur im hyperämischen Uterus, die Hyperämie wird oft verursacht durch sexuelle Reize; begünstigend wirkt die Irritation durch die reifenden Follikel. Heilung wird herbeigeführt durch die Reizung vermittels Röntgenstrahlen. Der Krebs entsteht durch Reizung aber nicht, wie Virchow meinte, infolge der konsekutiven Steigerung der Proliferation des Epithels, sondern infolge der durch starke Reize herbeigeführten Verminderung der Reaktionsfähigkeit des Bindegewebes und durch das Fehlen der physiologischen Reizung des letzteren. Die Rückbildung des Krebses wird begünstigt durch schwache und mittlere Reize, insbesondere durch die der Röntgenröhre und des Radiums. Bei der Nachbehandlung nach Krebsoperationen empfiehlt sich zur Verhütung von Rückfällen Reizung durch kleine Röntgendosen verbunden mit der Applikation von Diathermieströmen, ausgiebigen Aderlässen und der Injektion von lymphozytären Substanzen.

Schneider-Hindenburg: **Beitrag zur Frage der Dosierung bei der Kastration.** Zur Ergänzung der früher vom Vortragenden ausgearbeiteten Dosierungstabelle zur dauernden oder temporären Röntgenkastration nach dem biologischen Maßsystem in Prozenten der HED hat Vortragender diese Werte auf das neue Maß der Einheit im Röntgen = R untersucht und analysiert. Er veröffentlicht seine Ergebnisse an Hand von demonstrierten Tabellen. (Für ein kurzes Referat nicht geeignet.)

Bickenbach-Bonn: **Rückstreuungsmessungen mit Askarideneiern.** Er bespricht Methodik der Versuche und die Ergebnisse, die mit den mit physikalischen Methoden anderer Autoren, z. B. Martius, gefundenen Ergebnisse übereinstimmten. Demonstration von Bildern und Kurven.

Hellendahl-Düsseldorf: **Erfahrungen an 303 Fällen bei der Anwendung des Lobelins in der Narkose.** Auf Grund der günstigen Ergebnisse der systematischen Injektion von Lobelin nach und zum Teil während der Operation empfiehlt H. die Anwendung des Lobelins zur Beseitigung übler Begleiterscheinungen und zur Verhütung ernsterer Folgezustände der Narkose.

Schlußwort des Vorsitzenden mit Dank für die Arbeit der Einführenden. O. Aufermann.

4. Tagung des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen in Düsseldorf am 24. und 25. September 1926.

K. Lewin: Filmvortrag: **Affekt- und Triebäußerungen psychopathischer Kinder (verglichen mit Normalen und Schwachsinnigen).** Mit Hilfe des Films besteht die Möglichkeit, das Verhalten normaler, psychopathischer und schwachsinniger Kinder bei verschiedenen Verrichtungen, in verschiedenen Situationen und bei bestimmten Versuchsanordnungen festzuhalten und mit einander zu vergleichen. Es ergeben sich dabei fast gesetzmäßige Abweichungen des Psychopathen von den übrigen Kindern. Von besonderem Interesse ist die Darstellung des Verhaltens bei einer bestimmten Versuchsanordnung, die das triebartige und affektive Geschehen bei den Kindern zeigt. Das affektive Geschehen wird geprüft durch die Versuchsanordnung „Erwartung und Enttäuschung“: Es zeigt sich dabei, daß das normale Kind bei völliger Selbstbeherrschung mit äußerst starken Affekten reagiert, während der Affekt des gleichaltrigen Psychopathen, bei großer motorischer Affektäußerung, nur sehr gering bleibt. Als charakteristisch für den Psychopathen ergibt sich die relative Flachheit der affektiven Erregung, gemessen an der affektiven Aeußerung. Die Triebhaftigkeit wird geprüft durch eine Versuchsanordnung, die die Durchführung einer gestellten Aufgabe bei Lockung durch danebengestellte Spielsachen zeigt. Es ergibt sich dabei, daß das normale Kind die gestellte Aufgabe durchführt und der Lockung genügende Hemmungen entgegenstellt, während der Psychopath der Lockung sofort folgt. Auch das Verhalten beim Spielen ist insofern verschieden, als das normale Kind sich lange und eindringlich mit den einzelnen Spielsachen beschäftigt, der Psychopath sich dagegen nur kurz mit den einzelnen Spielsachen beschäftigt und ohne Pause von dem einen zum andern übergeht. Charakteristisch für den Psychopathen ist die Fähigkeit und Tendenz, leicht und übergangslos aus einer Situation in die andere überzugehen, was sich in raschen Stimmungsschwüngen, in raschem Wechsel in der Beschäftigung äußert; ferner ein Mangel an hemmenden seelischen Wänden, der sich in der Unbeherrschtheit gegenüber äußeren Eindrücken zeigt, die Unbeherrschtheit im Abfluß der inneren Spannungen in die Motorik mit sich bringt und der schließlich wohl auch die Weichheit, Haltlosigkeit und Unentschlossenheit zur Folge hat. Die neue Filmmethodik gibt die Möglichkeit zu eingehenden Analysen, die vor allem dann fruchtbar werden können, wenn eine breite Vergleichsmöglichkeit verschiedener Situationen bei demselben Individuum und gleicher Situationen bei verschiedenen Individuen geschaffen wird und wenn das gleiche Individuum über längere Zeitstrecken seiner Entwicklung verfolgt wird.

F. Kramer: **Haltlose Psychopathen.** Das Versagen des haltlosen Psychopathen manifestiert sich meist erst zu Beginn des Berufsalters. Er versagt hier rasch durch Nachlässigkeit, Unpünktlichkeit, Mangel an Ausdauer und Empfindlichkeit gegen Ermahnungen, wechselt oft Stellung und Beruf, wird früh kriminell, und zwar meist durch Unterschlagung anvertrauten Geldes. Damit beginnt seine asoziale Laufbahn, er wird Vagabund, Gewohnheitsverbrecher, Hochstapler, die Frau Prostituierte. Die Grundlagen der Haltlosigkeit sind Willensschwäche, Hemmungen gegenüber Willensleistungen und innere Unruhe. Die Willensschwäche zeigt sich in der Entschlußlosigkeit und der großen Beeinflußbarkeit, ist aber meist nur sekundär; zugrunde liegt ihr vielmehr der Mangel an Affekt, der zur Erreichung eines Zieles notwendig ist, die mangelnde Stetigkeit der Zielsetzung. Die Willensleistung des Haltlosen ist ferner sehr erschwert durch Hemmungen aller Art, er braucht eine ständige Anspannung zur Pflichterfüllung, die dem Normalen selbstverständlich ist. Hinzu kommt eine innere Unruhe, ein richtungsloser Betätigungsdrang, eine Impulsivität, die zu unbesonnenen Handlungen führt. Von großer Bedeutung ist ferner eine gesteigerte Empfindsamkeit, die das Einleben in fremde Verhältnisse oder einen neuen Beruf erschwert und die zu schweren Hemmungen bei Erleiden von Ungerechtigkeiten führt. Infolge einer teils endogen, teils reaktiv bedingten Stimmungslabilität herrscht eine Unfrohheit vor, die noch besonders unterstrichen wird, das Alleinsein verleidet und zur Vergnügungssucht führt. Als Kontrast gegen diese Stimmungen entsteht ein Leichtsinn, eine Unbekümmertheit um die Zukunft; zunehmende Gewissensbelastung führt zum Bedürfnis, sich zu zerstreuen, daher die Sucht nach Narkotizis zum Ausgleich gegen die innere Unruhe. Sehr ausgeprägt ist gewöhnlich das ästhetische Gefühl: Es wird Sorgfalt auf Kleidung und Umgebung, auf Eleganz gelegt, unästhetische Umgebung gemieden und angenehme aufgesucht, was wiederum zu Geldausgaben führt. Dem ständigen Insuffizienzgefühl, das durch das Versagen im Beruf bedingt ist, steht ein starkes Selbstgefühl gegenüber, daß er differenzierter, höher organisiert und durch seine formale Begabung anderen überlegen sei. Aus diesem Konflikt heraus entwickelt sich ein starkes Geltungsbedürfnis; daher das Bedürfnis zum Schein, eine Rolle zu spielen, der er nicht gewachsen ist, äußerlich wirksame Berufe zu ergreifen (Detektiv, Schauspieler), Verlogenheit: zur Befriedigung dieser Bedürfnisse vermehrte Geldausgaben. Die aktiven Typen unter den Haltlosen werden Faiseure, Hochstapler, die passiven Typen begnügen sich mit dem Ansehen unter Minderwertigen oder flüchten sich in die Hysterie. Oft finden sich unter den Haltlosen Schwachsinnige; meist aber besteht eine gute Auffassung und besondere formale Begabung, der mangelnde Verstandesleistungen in bezug auf Tenazität und Intensität gegenüberstehen; diese Typen finden sich häufig im Journalismus mittleren Stils. Oft zeigen sie Reue, doch mit dem Gefühl, daß man ihnen Unrecht tut, weil das Leben etwas von ihnen verlange, dem sie nicht gewachsen sind; zuweilen resultiert daraus eine Trotzeinstellung. Die Prognose ist um so schlechter, je später eingegriffen werden kann, und abhängig von den äußeren Umständen, besonders bei den Empfindlichen. Die Willensleistung ist besser, wenn Interesse am Beruf besteht, Unbefriedigtheit führt zur Opposition. Geholfen werden kann nur durch Vorbeugung der Haltlosigkeit, durch sehr frühzeitiges Eingreifen.

Homburger: **Fürsorge für psychopathische Kinder und Jugendliche aus dem gebildeten Mittelstand.** Infolge des Zusammenbruchs des Mittelstandes nach dem Kriege bestehen für die psychopathischen Kinder und Jugendlichen dieses Standes besondere Verhältnisse. Am besten erscheint die Unterbringung bei Lehrern oder auf Gütern oder in Familien, die der Hast der Großstadt fernstehen. Gemeinsame Erziehung mit anderen, z. B. in Internaten oder Landerziehungsheimen, ist von größter Bedeutung, um den Charakter zu bilden und zum sozialen Leben zu erziehen. Wichtig ist die Trennung in Altersgruppen und vor allem die Trennung der Geschlechter wegen der Gefahr falscher Idealbildung für die Zukunft durch Neigung zur Psychopathin und der Begünstigung einer frühen Ehe zwischen Psychopathen. Als Schulbildung ist Oberrealschule bis Untertertia am geeignetsten, dann Teilung in humanistische und naturwissenschaftliche Ausbildung wegen der häufigen Sonderbegabung für eines der beiden Gebiete, die gegebenenfalls unter bewußter Vernachlässigung der anderen Gebiete gefördert werden muß. Ganz zu verwerfen ist es, bei Minderbegabung die Absolvierung der höheren Schulen nur aus Prestigegründen erzwingen zu wollen. Es ist darauf zu sehen, daß ein Beruf ergriffen wird, für den die Begabung ausreicht und daß der Zögling für den Beruf, den er beherrscht, voll eintritt, auch wenn er minder ist als das Erstrebte. Dieses Ziel muß unter Umständen erzwungen werden, um alle mit falscher Zielsetzung verbundenen Konflikte und Verbitterung zu vermeiden. Als am geeignetsten und dringend notwendig werden staatliche Heilerziehungsheime auf dem Lande gefordert.

W. Misch, Berlin.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 40, 1. Oktober.

*Therapie und Prognose der akuten und chronischen Encephalitis epidemica. Heinicke.
Persönlichkeitsveränderung nach epidemischer Enzephalitis. Guttmann.
*Milchsäuregehalt des Liquor zerebrospinalis. Scheller.
Schlafstörungen. Noltenius.
Lehrlingsskoliose. Richter.
Beiträge zur forensischen Geburtshilfe. Hofmeier.
Ohrenschmerzen infolge von Kiefergelenksentzündung ein sehr häufiges und übersehenes Leiden. Bruck.
Behandlung der Seekrankheit mit Sauerstoffinhalationen. Weiß.
Staphar in der Kinderpraxis. Stern.
Konzentration des Jutokains. Siedner.
Klinische Erfahrungen bei puerperalen Gasbazilleninfektionen. Lehmann.
Behandlung frischer Zervixrisse. Kemper.
Das Pariser Luftverkehrsabkommen. Rappold.
Nierensteine. Schlayer.

Zur Therapie und Prognose der akuten und chronischen Encephalitis epidemica. Bei der akuten Form hat sich bisher die wiederholte Injektion von Rekonvaleszentenserum als das einzige Mittel erwiesen, den tödlichen Ausgang zu verhindern und das chronische Siechenstadium auszuschalten. Beim Mangel an Serum ist Kollargol, Trypaflavin oder Salizyl (10—20 ccm der 10—15% Natriumsalizyl-Lösung an mehreren Tagen hintereinander intravenös) zu empfehlen.

Die Therapie der chronischen Folgezustände kann wirksam nur in Anstalten mit Sondereinrichtungen durchgeführt werden (Enzephalitiker-Nervenabteilungen für Erwachsene, Erziehungsanstalten für Kinder), wo die Endresultate freilich bei weitem nicht so gut sind wie bei der Behandlung im akuten Stadium. Prognostisch am günstigsten sind die psychischen Störungen, besonders die pseudopsychopathischen Zustände der Kinder und Jugendlichen. Bei den chronischen motorischen Störungen kann die zielbewußte medikamentöse und heilpädagogische Behandlung das Stationärwerden des sonst progredienten Verlaufes und die Beseitigung der Neigung zu Rezidiven bewirken. Die Möglichkeit des Verschwindens bestimmter Krankheitserscheinungen ist besonders groß bei den Symptomen, welche im akuten Stadium bereits zur Beobachtung gelangten. Die Tatsache, daß der chronische Enzephalitiker auf Fremdreize (Marsch, Turnkommando) häufig mit einer vorübergehenden Besserung der Muskelakinese und der Geistesstarre antwortet, beweist, daß das Wesen der Erkrankung nicht in Verblödung und Lähmung, sondern im Antriebsmangel zur körperlichen und geistigen Beschäftigung zu suchen ist. Die Fremdanregbarkeit stellt daher ein wichtiges Behandlungsmoment dar, um Bewegungsmechanismen zu schaffen.

Ueber den Milchsäuregehalt des Liquor cerebrospinalis. Der Milchsäurespiegel des Liquor entspricht dem des Blutes, dessen Schwankungen er mitmacht. Die Zuckerverminderung im Liquor bei Meningitis und den Tumoren der Meningen kommt infolge Glykolyse durch Tumor- oder Eiterzellen und Bakterien zustande. Der „verschwundene" Zucker läßt sich quantitativ als Milchsäure nachweisen.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 38, 17. September 1926.

Ueber Mammaplastik. G. Axhausen-Berlin.
Die diagnostische Leberparenchympunktion. J. Olivet.
* Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Obstipation. Ladislaus v. Friedrich.
Der niedere arterielle Blutdruck = arterielle Hypotonie. Fritz Munk-Berlin.
* Die Behandlung der eitrigen Peritonitis. Robert Pamperl.
Prostitution und Wismuttherapie. H. G. Rottmann.
* Die Empyemresthöhlen und ihre Behandlung. Bernholz.
* Operative Heilung einer schweren Brucheinklemmung bei einem 14 Tage alten Kinde. H. Praetorius.
Akute Gelenkentzündung nach Sonnenbrand. Gustav Löffler-Frankfurt a. M.
Beitrag zur Frage des hämolytischen Ikterus. Joseph Neuburger.
Ein Beitrag zur Periostitis rheumatica. Hilde Grundmann.
Diagnose durch den Geruchsinn. G. Hauffe-Wilmersdorf.
* Lumbalpunktion mit dünner Nadel. Heinrich Hoffmann und Erika Konrad.
* Ueber biologische und therapeutische Versuche mit Ovarnon (Ovowop) einem neuen Ovarial-Trockenpräparat. A. Heyn-Kiel.

Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Obstipation. Die habituelle Verstopfung ist — soweit man sie als Krankheit ansehen kann — wohl die verbreitetste Krankheit des alltäglichen Lebens. Sehr häufig findet man, daß der Allgemeinpraktiker einen derartigen Fall mit Abführmitteln abtut; das ist sehr bequem; aber es erreicht nicht den rechten Zweck. Die Wirkung ist nämlich keine andauernde, sondern nur eine symptomatische und durch das dauernde Einnehmen von Abführmitteln verschlimmert man sehr häufig die Grundkrankheit, da in sehr vielen Fällen die Obstipation nicht primär ist, sondern reflektorisch durch die Erkrankung anderer Organe zustande kommt. Man soll nach Möglichkeit nicht versäumen, eine Röntgenaufnahme zu machen; denn sehr häufig kommen Patienten mit der Bemerkung, daß sie nur jeden fünften bis sechsten Tag Stuhlgang haben. An Hand eines Falles zeigt v. Friedrich den Wert der Röntgenaufnahme; denn bei dieser stellte sich heraus, daß der Patient auf Grund einer früheren Ruhr eine Dickdarmstriktur hatte. Man sieht also, wie wichtig die Röntgenaufnahme ist; denn gerade im vorliegenden Falle hätte man ohne dieselbe die wahre Ursache nicht erfahren. Zur Therapie hat zuerst Deutsch bemerkt, daß bei mangelhafter Funktion der Schilddrüse eine verlangsamte Darmtätigkeit besteht; d. h. mit anderen Worten, daß naturgemäß in solchen Fällen eine erfolgreiche Behandlung durch Thyreoidea-Medikation zu erzielen ist. Verfasser hat ganz richtig beobachtet, daß nicht nur die Schilddrüse, sondern auch Hypophyse und Ovarium einen sicheren Einfluß auf die Darmtätigkeit haben. v. Noorden beschreibt noch eine andere Gruppe von Kranken, deren Obstipation auf ihre nicht genug zellulosehaltige Nahrung zurückzuführen ist und nennt diese Form — die allimentäre Obstipation. Leichte Fälle werden durch Einschalten von zellulosehaltiger Nahrung behandelt; in schweren dagegen gibt v. Noorden Atropin, und zwar abends 1 mg und morgens ½ mg, sowie Thermophor. Man kann auch das in neuester Zeit sehr bewährte Colopurin verordnen, das nach den Angaben des Verfassers sehr gute Dienste leistet.

Die Behandlung der eitrigen Peritonitis. Nachdem Pamperl in Nr. 37 die dort referierte Arbeit über die Behandlung der eitrigen Peritonitis geschrieben hat, kommt er in dieser Nummer zum Schluß und fährt zunächst mit der Nachbehandlung nach Operationen fort. Allgemein bekannt sind die 3 Formen (subkutane, intravenöse und rektale) der Kochsalz- bzw. Traubenzuckerlösungszufuhr, da dadurch sowohl Kollaps wie auch Schock und Durst bekämpft werden. Am beliebtesten dürfte wohl das rektale Tropfklysma sein, da es nicht nur die Flüssigkeit schonend dem Körper zuführt, sondern auch den Kreislauf am wenigsten belastet, und außerdem — was sehr zu beachten ist — die Darmtätigkeit anregt. Naturgemäß bleibt für Fälle, in denen es sich um rasche Erneuerung des Blutverlustes handelt, die intravenöse Kochsalzinfusion nach wie vor dominierend. Pamperl faßt seine ausgezeichnete Arbeit dahin zusammen, daß er bei unbedingt notwendiger Drainage, die „Knopflochdrainage" angewendet haben will, wobei die Bauchdeckennaht durch Drahtnähte gesichert sein muß. Neu ist seine Behandlung mit Eigenblut bei Verdacht auf postoperative Pneumonie und die Nachbehandlung hat mit der vorhin erwähnten Dauertropfinfusion sofort zu beginnen und bei Darmlähmung empfiehlt es sich möglichst rasch eine Darmfistel anzulegen.

Die Empyemresthöhlen und ihre Behandlung. Auf Grund unserer Erfahrung durch die vielen Lungen-Thoraxverletzungen während des letzten Krieges und die Grippeepidemien wissen wir, daß eine ganze Anzahl von Empyemen trotz größter Mühe und Sorgfalt nicht zur Ausheilung kommen. Dieser Tatsache haben sich schon die beiden Chirurgenkongresse von 1920 und 1921 nicht verschließen können; denn die Erörterung über die Empyemresthöhlen oder anders ausgedrückt Empyemfisteln nehmen dort einen breiten Raum ein. Die großen Empyemresthöhlen, welche mitunter bis an die Klavikula herauf reichen, werden heute durch die Thorakoplastik, welche sicherlich als Methode der Wahl anzusehen ist, beseitigt. Die Ausführung dieser Operation, welche mit dem Namen Schede verknüpft ist, geschieht derart, daß die Brustwand im ganzen Bereich der Höhle entknöchelt und der entstandene Hautmuskellappen zur Plombierung der Höhle verwandt wird. Delorme hat von ganz anderem Gesichtspunkte ausgehend, derartige Höhlen durch die „Dekortikation" zu beseitigen versucht und in Deutschland hat besonders Kümmell diese Methode propagiert, welche sich jedoch nicht durchgesetzt hat.

Eine Sonderstellung nimmt das tuberkulöse Empyem ein; denn man darf nicht vergessen, daß gerade bei der Tuberkulose recht derbe Schwielen und Schwarten eine Wiederausdehnung der Lunge verhindern. Leider sind hier durch Ausführung der Thorakoplastik im Gegensatz zu den übrigen Empyemfisteln die Erfolge sehr schlecht.

Operative Heilung einer schweren Brucheinklemmung bei einem 14 Tage alten Kinde. Praetorius berichtet über einen Fall von operativer Heilung bei einer schweren Brucheinklemmung eines 14 Tage alten Kindes, welcher wohl zu den Seltenheiten gehört. Die Diagnose wird sofort richtig gestellt und das Kind operiert. Dabei zeigen sich bei einem etwa 10 cm langen, vorliegenden Ileumstück zwei mäßig veränderte zirkuläre Quetschfurchen; in dem mittleren Abschnitt jedoch in 5 cm Länge scheint das Ileum schwer angegriffen. Auf Resektion wird trotzdem verzichtet; nach Reposition wird verschlossen bis auf Einlage eines federkieldicken Tampons. Das Kind überstand die Operation glänzend und Verf. glaubt, daß die Aetiologie der Brucheinklemmung in der bestehenden Darminfektion im vorliegenden Falle zu suchen sei. Besonders in die Augen springend ist die symptomlose Abheilung der Peritonitis bei einer schwer geschädigten Darmwand.

Lumbalpunktion mit dünner Nadel. In der vorliegenden Arbeit glauben Verf. den nach Lumbalpunktion auftretenden Kopfschmerz und das Erbrechen auf das Benutzen der Punktionsnadeln zurückführen zu können. Sie benutzen eine in Kopenhagen hergestellte sehr dünne Nadel aus federgehärtetem Stahl; als dicke Nadel bezeichnen sie solche von 1—1,5 mm Durchschnitt. Verff. wollen bei Anwendung der dünnen Nadel 66,6% Patienten gänzlich beschwerdefrei und 0% mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen, bei Anwendung der dicken Nadel nur 20% gänzlich beschwerdefrei und 20% mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen beobachtet haben. Sie glauben ohne Führungsnadel leichter punktieren zu können, was jedoch sehr zweifelhaft erscheint. Die Gefahr der dünnen Nadel, auch wenn sie aus dem besten Material hergestellt und noch so biegsam ist, liegt zunächst einmal in der großen Möglichkeit des Abbrechens. Die Auffassung, daß die Schockwirkung von dem Durchmesser der Punktionsnadel abhänge, dürfte wohl kaum zutreffen, da die Schwere der Erscheinungen nach der Punktion zunächst einmal unbedingt von der Menge der entnommenen Zerebrospinalflüssigkeit abhängt.

Ueber biologische und therapeutische Versuche mit Ovarnon (Ovowop), einem neuen Ovarial-Trockenpräparat. Heyn, Kiel, berichtet über seine Versuche mit Ovarnon. Seine Gasstoffwechselversuche an Frauen mit Ausfallserscheinungen sollen die günstige Wirkung des Ovarnons beweisen. Als Stütze dafür dient eine Tabelle. Diese Tabelle mutet sehr eigentümlich an. Bei Gasstoffwechselversuchen ist es erstens üblich, anzugeben, nach welcher Methode man arbeitet; zweitens die Zahlen zu verzeichnen, die man beim Gasstoffwechsel gewonnen hat. Heyn zitiert die Arbeit von Brugsch und Rothmann. Dort sind in mustergültiger Weise die Resultate mitgeteilt, und zwar einmal der berechnete Grundumsatz in Kalorien vor Beginn der Behandlung und nach Beendigung derselben und dann in anderen Tabellen, in denen sich der respiratorische Quotient, die ausgeatmete Kohlensäuremenge, die eingeatmete Sauerstoffmenge, der Grundumsatz in Kalorien und das Gewicht der Patientin finden. Ich bin der Ansicht, daß diese Daten zur Prüfung der Ergebnisse erforderlich sind und daß daher die vorliegende Arbeit infolge der nichtssagenden Tabelle absolut unvollständig ist.

Nr. 39, 24. September 1926.

* Proteinkörpertherapie beim Säugling. Rudolf Fischl-Prag.
* Bedeutung der Röntgenologie für die chirurg. Indikationsstellung bei Magen- und Duodenalulkus. (Mit 2 Abb.) Arnold Bernstein.
Ueber paroxysmale Tachykardie im Kindesalter. Wilhelm Dreßler u. Moritz Löwy.
Beiträge zur Kenntnis der Ueberempfindlichkeit. I. W. Samson.
* Bauchdeckenerkrankungen auf der Grundlage der Nervenschädigungen. A. Poniemunski-Lübeck.
Beitrag zur Kasuistik der Sarkome des Bewegungsapparates. Ferdinand Plate.
Grippe oder sich aktivierende Tuberkulose. Artur Walder.
Ueber einen Fall von röntgenologisch nachgewiesener Neubildung der Gallenblase nach Zystektomie. Julius Citron.
Beitrag zur chronisch rezidivierenden Osteomyelitis. G. Wieje.
Peroneuslähmung durch Bleiinhalation. W. Jülisch-Duisburg.
Ueber Blutgruppenbestimmungen bei Krebskranken. Hans Hirschfeld u. A. Hiimair-Wels.

Proteinkörpertherapie beim Säugling. Entgegen früheren Versuchen, die mit Injektionen steril entnommener Frauenmilch vorgenommen und welche besonders oft bei einer im Kriege herrschenden Ruhrepidemie angewendet wurden, ist man durch die Erfahrung zu anderen Behandlungsmethoden übergegangen, da man gefunden hat, daß durch diese Art der Behandlung die Krankheit nicht stark genug beeinflußt und die Resistenz der Kinder trotz reichlichen Ueberganges von Agglutininen nicht erhöht wird. Die gleichen negativen Resultate werden mit Hühnereiweiß und auch mit Aolan erzielt.

Infolgedessen ist man zunächst einmal dazu übergegangen, eine Therapie, welche eine Hebung der Zellfunktion zur Folge haben sollte, eine Aktivierung des Protoplasmas im Sinne von Weichhardt anzuwenden. Inzwischen jedoch hatte Czerny bereits die Serumbehandlung gegen die primäre Atrophie des Säuglings eingeführt und damit bedeutende Erfolge erzielt. Epstein-Prag hatte diese Methode in Berlin kennen gelernt und wandte sie ebenfalls an, der Erfolg war augenscheinlich. Schlecht gedeihende Frühgeburten, die mit Serum behandelt werden, machen in ihrer Entwicklung gute und rasche Fortschritte. Eine besondere Gruppe bilden die von Fischl als „Pseudofrühgeburten“ bezeichneten. Er versteht darunter Kinder, welche nach Tragzeit, Körpermaß und Gewicht als ausgetragen zu bezeichnen sind, die jedoch in ihrem somatischen Verhalten, ihrer Somnolenz, geringen Trinkfähigkeit und ihrer hohen Neigung zum Auskühlen eine große Aehnlichkeit mit Frühgeburten aufweisen. Bei diesen ist ebenfalls die Serumtherapie die Methode der Wahl, wie überhaupt ihr Effekt in der Regel so prompt eintritt, daß das Inkrafttreten eines wirksamen Faktors ganz unzweideutig erscheint.

Bedeutung der Röntgenologie für die chirurg. Indikationsstellung bei Magen- und Duodenalulkus. Die Bedeutung der Röntgenologie für die chirurgische Indikationsstellung beim Ulkusleiden ist eine ganz enorm große, wenngleich der Röntgenbefund sicherlich nicht allein die endgültige Entscheidung für den Chirurgen bilden kann. Die verschiedenartigen Ulzera geben im Röntgenbild naturgemäß auch ein verschiedenes Bild. Sehr häufig klagen Patienten über sehr starke Magenschmerzen und das gefertigte Röntgenbild gibt einen völlig negativen Befund. Mit anderen Worten heißt das, daß sowohl die direkten, wie die indirekten Ulkuszeichen fehlen. Ein solcher Befund spricht selbstverständlich gegen ein chronisches Magengeschwür und die Frage einer Operation ist negativ zu entscheiden. Das Nischensymptom, die Haudecksche Nische bei dem chronisch kallös-penetrierenden Magengeschwür ist eindeutig. Es gibt auch sogenannte Pseudonischen; diese jedoch sind bei völlig einwandfreier Untersuchungstechnik nicht zu verkennen. Indirekte Ulkuszeichen beweisen zwar nicht ohne weiteres das absolute Vorhandensein eines Magengeschwürs, sie legen jedoch die Frage eines bestehenden Ulkus mit großer Wahrscheinlichkeit nahe. Die spastischen Phänomene und die schneckenförmige Einrollung des Magens sind von fast der gleichen diagnostischen Sicherheit wie das Nischensymptom und es gelingt bei Vorhandensein indirekter Ulkuszeichen auch fast immer, die Nische darzustellen. Sehen wir im Röntgenbild eine Magenausgangsstenose oder einen organischen Ulkussanduhrmagen, so ist mit der gleichen Sicherheit wie bei der Nische ein chronisches Ulkus festgestellt und die Indikation zum operativen Eingriff eindeutig gegeben. Man darf nicht vergessen, daß die maligne Entartung eines Ulkus röntgenologisch kaum zu entscheiden ist, denn es ergeben sich besondere Differenzen bei der sogenannten „benignen“ Pylorusstenose und auch bei der Diagnose „Ulkus“-Sanduhrmagen muß man sehr vorsichtig sein.

Bauchdeckenerkrankungen auf der Grundlage der Nervenschädigungen. Sehr häufig kommt es vor, daß man glaubt, bei Krankheitserscheinungen von Seiten des Abdomens, Läsionen innerer Organe vor sich zu haben. Dabei übersieht man ganz, daß es in vielen Fällen Veränderungen der Bauchwände und der dazu gehörigen Nerven sind, welche diese Krankheitserscheinungen hervorrufen. Strecker, Lange, v. d. Velden u. a. haben in letzterer Zeit darauf hingewiesen. Findet man also eine Infiltration des Hautfettgewebes, der Faszien und Muskulatur vor, so kann das durch Schädigung von Nervenendfasern toxischer oder mechanischer Natur entstanden sein, was naturgemäß für die Differentialdiagnose von Baucherkrankungen eine erhebliche Rolle spielt. Will man derartige Bauchdeckenerkrankungen feststellen, so muß man Bauchinhalt und Bauchdecken getrennt voneinander sorgfältig untersuchen und eine Druckschmerzprüfung der letzteren genau vornehmen. Zur Behandlung kann kurz gesagt werden, daß grob-mechanische Veränderungen chirurgisch beseitigt werden; sonst ist es zweckmäßig, Wärme und auf genauer anatomischer Kenntnis aufgebaute Massage anzuwenden.

Hofbauer, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 39, 24. September 1926.

Niederer Blutdruck und der Symptomenkomplex der Hypotonie. Martini und Pierach.
* Galvanischer Nystagmus. Rosenfeld.
Beeinflußt die meiereimäßige Behandlung die antiskorbutische Wirkung der Milch? Seligmann, Borinski und Neumark.
* Streptokokkeninfektion. I. Mitteilung. Kwasniewski und Henning.
Erfahrungen mit Masernserum vom Tiere. Schloßmann.
Exsiccose und Kohlenhydratstoffwechsel beim Säugling. Schiff und Choremis.
Traumatischer Parkinsonismus. Maier.
* Neues Behandlungsverfahren akroangioneurotischer Affektionen. Borak.
Sanocrysinwirkung bei Mäuserekurrens. Krantz.
Temperatursenkende Wirkung des Ergotamins. Rigler und Silberstern.
Herzblock bei Koronarverschluß. Taterka.
Welche Ziele verfolgt der Kliniker mit der Leberfunktionsprüfung? Bauer und Nyiri.
Problem der Meßeinheit in der Dosierung der Röntgenstrahlen. Küstner.
Zur Technik der Zisternenpunktion bei Frauen. Fölsch.
Liesegang-Pflaster — ein neuer Wundschutz. Raida.

Galvanischer Nystagmus. Verfasser empfiehlt, dem galvanischen Nystagmus und seinen Begleiterscheinungen mehr Beachtung als bisher zu schenken und regelmäßig auf ihn zu untersuchen.

Streptokokkeninfektion. I. Mitteilung. Durch hämolytische Streptokokken aller Art lassen sich bei Kaninchen in einem gewissen Prozentsatz Gelenkerkrankungen erzeugen, die zum Teil vereitern, zum Teil nur seröse Entzündungen zeigen. Letztere können sich zurückbilden.

Bei chronischem Verlauf der Sepsis läßt sich ein periodisches Ein- und Ausschwemmen der Streptokokken nachweisen. (Fluktuierende Sepsis von Morgenroth.) Auf den rhythmischen Ablauf gewisser Fieberkurven beim Menschen wird hingewiesen.

Gelegentlich lassen sich noch längere Zeit nach überstandenem Infekt in Leber und Milz Streptokokken nachweisen. Von hier aus können sie wahrscheinlich unter gewissen Umständen in die Blutbahn einbrechen.

Neues Behandlungsverfahren akroangioneurotischer Affektionen. Durch Röntgenbestrahlungen der die erkrankte Extremität versorgenden Rückenmarksabschnitte läßt sich eine Reihe akroangioneurotischer Affektionen erfolgreich behandeln. Bis jetzt wurde das Verfahren in Fällen mit Akroparästhesien, intermittierendem Hinken, Morbus Raynaud und trophischen Störungen im Gefolge von Arthropathie, Atherosklerose und Diabetes mit günstigem Erfolge angewandt. Aus den praktischen Resultaten ergibt sich in theoretischer Hinsicht die Schlußfolgerung, daß den akroangioneurotischen Erkrankungen nicht nur periphere, sondern meist auch primär oder sekundär bedingte Störungen zentralen, i. e. spinalen Ursprungs zugrunde liegen dürften. Möglicherweise ist das Verfahren geeignet, überall dort angewendet zu werden, wo bisher die periarterielle Sympathektomie in Betracht gezogen wurde.

Nr. 40, 1. Oktober 1926.

Niederer Blutdruck und der Symptomenkomplex der Hypotonie. Martini und Pierach.
Variabilität der Hormonwirkung. Zondek und Ucko.
Messung des PH von Plasma, Serum und Blut mit der Chinhydronmethode. Mislowitzer.
* Poliklinische Behandlung zuckerkranker Kinder. Priesel und Wagner.
* Bakterizide Wirkung des salzsäurefreien Magensaftes. Löwenberg.
* Streptokokkeninfektion. Kwasniewski und Henning. II. Mitteilung.
* Diät-Schilddrüsen-Hypertherman-Therapie der Fettsucht. Rosenberg und Wolf.
Wachstumshemmungen im Kindesalter. Rosenstern.
Harnleitermündung und Blasenkontraktion. Israel.
Insulin-Traubenzucker-Therapie der Leberinsuffizienz. Herzsky.
Veränderungen am Sympathikus bei Spasmophilie. Reyher.
Wirkung von Sauerstoffinhalationen. Simon.
Klinischer Beitrag zur Frage der Ovarialhormone. Wichern.
Entstehung und Beginn der Kehlkopftuberkulose. Esch.
Erfahrungen mit Atophanyl und Arcanol in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Petermann.

Poliklinische Behandlung zuckerkranker Kinder. Die Verfasser geben eine Uebersicht über den Erfolg der poliklinischen Behandlung von 25 diabetischen Kindern. 2 Kinder stehen seit über einem Jahr, 10 Kinder 7 bis 12 Monate, der Rest 1 bis 7 Monate in ambulatorischer Behandlung. Die Diät der Kinder ist eine fettreiche, eiweißknappe und enthält 42 bis 60 g reines Kohlenhydrat. Die tägliche Insulinmenge beträgt 20 bis 80 Einheiten Insulin „Wellcome", auf 2 bis 3 Injektionen am Tage verteilt. Die Injektionen geben sich die älteren Kinder selbst, die kleineren werden von den Eltern gespritzt. Der Erfolg der ambulatorischen Behandlung ist ein durchaus zufriedenstellender und äußert sich in Körpergewichtszunahme bis zu 9 kg in rund einem Jahr. Während kurzfristiger fieberhafter Infekte werden zu Hause Obsttage eingeschaltet. Kinder im schulpflichtigen Alter besuchen klaglos die öffentlichen Schulen, Kinder im berufsfähigen Alter stehen bereits im Berufe. Ernste hypoglykämische Zwischenfälle wurden wegen der exakten Einstellung während des vorausgehenden mehrmonatlichen Aufenthaltes in der Klinik niemals beobachtet. Es ist daher auch die ambulatorische Behandlung schwerster Fälle von kindlichem Diabetes möglich, gute Einstellung vorausgesetzt.

Ueber bakterizide Wirkung des salzsäurefreien Magensaftes. Der normale Magensaft besitzt in der Mehrzahl der Fälle unabhängig von seinem Salzsäuregehalt eine deutliche bakterizide Wirkung, die in neutralen und alkalischen Säften direkt, in sauren nach Neutralisation nachweisbar ist. Wenn auch im sauren Magensaft die Salzsäure der entscheidende bakterizide Faktor sein dürfte, so ist ihr Fehlen, wie sich aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt, doch keinesfalls gleichbedeutend mit einem Versiegen dieser bakteriziden Funktion des Magensaftes.

Streptokokkeninfektion. II. Mitteilung. Bei der experimentellen Streptokokkensepsis des Kaninchens (mit hämolytischen Streptokokken) gelingt eine Infektion der Gallenblase nicht. Regelmäßig läßt sich die Infektion der Gallenblase durch intravenöse Injektion von Enterokokken erreichen. Ebenfalls gelang die Galleninfektion mit einem Viridansstamm. Der Enterokokkus unterscheidet sich von den hämolytischen Streptokokken besonders durch eine auffallende Resistenz gegen Natr. taurocholic.

Diät-Schilddrüsen-Hypertherman-Therapie der Fettsucht. Die kombinierte Diät-Thyreoidin-Hyperthermantherapie leistet in vielen Fällen von endokriner Fettsucht sehr Nützliches. Sie spart Thyreoidin und steigert dessen Effekt, macht doch aber vielfach so erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens, daß sie nur für schwerere Fälle von endokriner Fettsucht und nur in klinischer Behandlung anzuwenden ist. Ob die Wirkung tatsächlich auf einer Sensibilisierung des Thyreoidins oder des Körpers beruht, scheint noch nicht bewiesen. Andererseits kann die der Injektion oft folgende Inappetenz allein nicht als Ursache der die Entfettung steigernden Wirkung des Hypertherman angesehen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 39, 24. September 1926.

* Die endokrine Periarthritis. Umber.
Ueber die Bedeutung der physikalischen Chemie für die Therapie. Handevsky.
Ueber postanginöse Pyämie. Uffenorde.
Ueber Probleme bei der Anwendung antitoxischer Sera. Wolff-Eisner und Jahr.
Die Schmerzlinderung in der Geburtshilfe. Pankow.
Zur Pathogenese der Sekretionsstörungen des Magens. VI. Sekretionsstörungen und Säurebasengleichgewicht. Arnoldi und Schechter.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaales. Kappis.
Ueber das Veramon und meine Kombinationsregel. Bürgi.
Zur Frage der Mesenterialdrüsenschwellungen und ihrer Bedeutung bei der Indikationsstellung „chirurgischer" Baucherkrankungen. Mühsam.
Aktive Immunisierung gegen Tuberkulose durch intrakutane Einreibung virulenter Tuberkelbazillen. Moeller.
Leukozytenzählung. Zangemeister.
Puls- und Gewichtsuntersuchungen beim Hockeyspiel. Glass.
Ein neues Hämometer. Seligsohn.
Klinische Beobachtungen über Phanodorm. Mansbacher.
Erfahrungen mit Salyrgan. Petzal.
Mayonnaisenwaschung bei Hautkrankheiten. Oelze-Rheinboldt.
Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dietel.
Typhusdauerausscheider im Nahrungsmittelverkehr. Tiling.

Die endokrine Periarthritis. Umber unterscheidet drei große, klinisch und pathogenetisch differente Gruppen von chronischen Gelenkerkrankungen: 1. die Infektarthritis, die je nach ihrem Verlauf als akute, subakute, sekundär-chronische oder primär-chronische Form, wie bei der Chronio-Septikämie als Poliarthritis lenta vorkommt; 2. die endokrine Periarthritis und 3. die Osteoarthropathia deformans. Diese pathogenetisch-diagnostische Betrachtungsweise bringt Ordnung in die übergroße Zahl chronischer Gelenkfälle, wobei vor allem die Therapie am besten vorbezeichnet wird. Die endokrine Periarthritis (destruens), auch äußerlich der schleichenden Infektarthritis (lenta) sehr ähnlich, hat jedoch gar nichts mit Infekt zu tun, sondern ist die Folge krankhafter Störungen im endokrinen System. Diese endokrine Periarthritis ist eine sehr seltene Erkrankung: auf 100 chronische Gelenkfälle kommen nach Erfahrung des Verfassers nur etwa 3 derartige Fälle. Sie betrifft fast ausschließlich das weibliche Geschlecht und wird in der Regel ausgelöst durch Keimdrüseninsuffizienz, selten in der Menarche, bei Dysmenorrhöen, am häufigsten im Wochenbett, im Klimakterium und nach Kastration. Hierher gehören auch die von C. Menge unlängst beschriebenen Fälle von „Arthropathia ovaripriva" nach sterilisierenden Röntgenbestrahlungen des Genitalapparates der Frauen.

Häufiger kann man chronische Gelenkfälle beobachten, die das darstellen, was Umber als chronische Infektarthritis mit endokrinem Einschlag zu bezeichnen pflegt.

Die richtige diagnostische Erfassung der endokrinen Periarthritis hat einen hohen praktischen Wert, weil man dann therapeutische Erfolge erzielen kann, die man lediglich mit der für Infektarthritiden indizierten Behandlung nicht erreichen kann. Dagegen gelingt es nicht selten, zumal in früheren Perioden der Erkrankung, mit zielbewußter Hormontherapie gute Resultate zu fördern. Da, wo — wie in der Mehrzahl der Fälle — hypovarielle Einflüsse eine ursächliche Rolle spielen, gilt es, wirksame Eierstockpräparate in Anwendung zu bringen. Da, wo neben ovarieller Insuffizienz sekundäre hypothyreotische Symptome eine Rolle spielen, wie Störungen der Schweißsekretion, myxödematöse Hautveränderungen, Haarausfall, endokriner Fettansatz, Herabsetzung des Grundumsatzes, soll eine Schilddrüsentherapie mit der Ovarialhormontherapie kombiniert werden, möglichst unter Kontrolle des Grundumsatzes. Hat dieser die Norm erreicht, so pausiere man mit der Schilddrüsendarreichung bei fortlaufender Ovarialtherapie.

Außer der kausalen Hormontherapie bringe man jene symptomatischen Behandlungsmethoden in Anwendung, die die arterielle Hyperämie in den befallenen Gelenken fördern: Fangobehandlung, Heißluftbehandlung, Sandbäder, lokale Glühlichtbäder, Diathermiebehandlung, Moorbäder, kohlensaure Solbäder. Dazu zeitweise Kuren in entsprechenden Badeorten.

Außerdem können Intervallkuren mit Reizkörperinjektionen (Sanarthrit, Yatrenkasein, Sufrogel u. dgl.) in vorsichtig ausgetasteter Dosierung eingeschaltet werden.

Nr. 40, 1. Oktober 1926.

Das kommende deutsche Arzneibuch. Rost.
Ueber Colitis ulcerosa (gravis). Boas.
Ueber tuberkulöse Hauttumoren. Richter.
Serologische Alkoholextraktreaktion. Lüttge und v. Mertz.
* Zur diätetischen Behandlung des kindlichen Diabetes. Heimann-Trosien und Hirsch-Kauffmann.
* Ueber Probleme bei der Anwendung antitoxischer Sera. Wolff-Eisner und Jahr.
Ueber ein Verfahren zur besseren Ausnützung der zellulosereichen pflanzlichen Nahrungsmittel. Engel.
Ueber Ovarialhormone unter besonderer Berücksichtigung von Sistomensin und Agomensin. Braun.
Randbemerkungen zur Namengebung auf dem Gebiet der Sexualhormone. Loewe.
Die Behandlung schlecht heilender Knochenbrüche. Axhausen.
* Ueber Behandlung von Röntgengeschwüren. Sonntag.
Zwei praktische Verbände. Strauch.
Zur Pharmakologie der örtlichen Betäubung (unter Berücksichtigung der neueren Lokalanästhetika). Kochmann.
Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dietel.

Zur diätetischen Behandlung des kindlichen Diabetes. Bei Kindern soll in leichten Fällen stets eine rein diätetische Behandlung des

Diabetes versucht werden. Zur Beseitigung der Azidosis hat man in der Salabrose ein geeignetes Hilfsmittel. Gelingt es nicht, nach kurzer Schonzeit die Kinder zu entzuckern oder die Toleranz soweit zu steigern, daß ausreichende Ernährung und dauernde Gewichtszunahme gewährleistet sind, so ist auch in leichten Fällen eine fortlaufende Insulinbehandlung anzuraten.

Ueber Probleme bei der Anwendung antitoxischer Sera. Die strenge Scheidung von Toxinen und Endotoxinen ist nach wie vor klinisch dringend erforderlich. Der Nachweis von Exotoxinen beweist noch nicht den Toxincharakter der betreffenden Stoffe. Die Anwendung bakterizider Sera ist durch die bei ihrer Wirkung freiwerdende Endotoxinmenge begrenzt, welche die Dosis letalis minima nicht erreichen darf. Die Wirkungsweise antitoxischer Sera ist noch durchaus ungeklärt, da die Neutralisierung des vor der Serumanwendung produzierten Toxins sehr zweifelhaft ist. Die experimentellen Ergebnisse der Verfasser über die Rolle der histiogenen Immunität (Rezeptorbindung) bei Toxineinverleibung legen einen großen Teil der Entscheidung über den Ausgang in die lebende Zelle und entsprechen der klinisch gewonnenen Anschauung von Kleinschmidt, daß die Serumwirkung von den vorhandenen Abwehrkräften des Organismus abhängig ist.

Der Mechanismus der Toxin-Antitoxinbindung ist noch als durchaus ungeklärt zu betrachten.

Die Wirkung des antitoxischen Serums auf die Diphtherie ist gerade wegen ihrer Schnelligkeit zum Teil als Proteinkörperwirkung anzusehen.

Proteinkörpertherapie wirkt nur gegenüber Infekten, die durch eine Herdreaktion erledigt werden können.

Ueber Behandlung von Röntgengeschwüren. Das beste Mittel im Kampf gegen das Röntgengeschwür bleibt naturgemäß nach wie vor die Prophylaxe. Durch sachgemäße Röntgenbestrahlung in fachmännischer Hand mit entsprechender Dosierung und Schutzvorrichtung wird es gelingen, das Uebel künftig zu vermeiden oder doch wenigstens zu beschränken. Während aber früher der Satz galt: „Beim Röntgenulkus ist die Prophylaxe alles, die Therapie bisher nichts", kann man heute sagen, daß sich das Röntgenulkus in den meisten Fällen wohl heilen läßt. Die sicherste und schnellste Behandlung ist zweifellos die chirurgische; man wird sich wegen der Schmerzen und Arbeitsbehinderung sowie Karzinomgefahr zur Operation nicht zu spät entschließen, wenn die konservative Behandlung nicht bald zum Ziele führt.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1., Nr. 39, Berlin, 29. September 1926.

Unverfälschte Fette im Sinne des Margarinegesetzes. Rieß.
* Internationale Kassenarztfrage. Finkenrath.

Internationale Kassenarztfrage. Finkenrath gibt einen kurzen Ueberblick über die in dem Buche „Die Arztfrage in der Sozialversicherung" vereinigten Aufsätze der Internationalen Zeitschrift für Sozialversicherung. Ueberall ist das Problem noch ungelöst, Aerzte und Krankenkassen haben noch nirgends einen allgemein befriedigenden Vertragszustand gefunden.

Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für physik. Therapie.

32., 2. Heft, 1926.

* Ueber die Diathermiebehandlung der Rektumstrikturen. Picard.
* Wie wird das Atemvolumen durch Körperhaltung und Lage beeinflußt und welche Lehren können wir daraus ziehen? Stahnke.
* Ueber die klinische Bedeutung der Gelenkauskultation. Spirt.
* Die Beeinflussung der Funktion des vegetativen Nervensystems durch das „Gärtnersche Ruderbad". Messerle.
* Ueber den Einfluß von Limanprozeduren auf die Harnsäureausscheidung bei einigen Gichtformen. Huck.
* Der Leukozytensturz bei verschiedenen elektromagnetischen Schwingungen. Bucky und Manheimer.
* Beiträge zum Problem der Badereaktion. I. Ueber Viskosität des Blutes bei Schlammbehandlung. Grinboim.

Ueber die Diathermiebehandlung der Rektumstrikturen. Verf. erzielte bei 17 Rektumstrikturen meist gonorrhoischer und luischer Natur mit der Diathermiebehandlung bemerkenswerte Erfolge, die um so rascher eintreten, je früher die Behandlung einsetzt. „Mancher Strikturfall, der unseren bisherigen konservativen Maßnahmen hartnäckig trotzte, wird auf diathermischem Heilwege sich einfacher und rascher, für den Patienten aber rücksichtsvoller und gefahrloser als bisher, seiner funktionellen Wiederherstellung wieder zuführen lassen."

Wie wird das Atemvolumen durch Körperhaltung und Lage beeinflußt und welche Lehren können wir daraus ziehen? Aus den Darlegungen des Verf. geht hervor, daß die Vierfüßlergymnastik nicht nur zur Skoliosenbehandlung, sondern auch zur Atemgymnastik geeignet ist. Vielleicht ließen sich in unseren Schulen im Kampf gegen die Thoraxverbildungen und die Verkümmerung der Atmungsorgane bessere Erfolge erzielen, wenn man neben oder vielleicht auch zum Teil an Stelle der bisherigen Turn- und Freiübungen obligatorische Kriechgymnastik einführte. Außerdem würde sich dann erweisen, ob so nicht gleichzeitig eine wirksame Prophylaxe gegen die Entwicklung der Wirbelsäulendeformitäten zu treiben wäre.

Ueber die klinische Bedeutung der Gelenkauskultation. Durch Auskultieren der Gelenke gelingt es, Gelenkgeräusche in solchen Fällen festzustellen, bei denen jegliche Hinweise auf Veränderungen in den Gelenken fehlen. Arthralgien verschiedener Aetiologie, begleitet von Gelenkgeräuschen, müssen in eine besondere klinische Form ausgeschieden werden, da die Arthralgie nur ein Symptom einer Erkrankung ist. Das Auskultieren der Gelenke erleichtert die Diagnostik der Gelenkerkrankungen, indem dadurch festgestellt werden kann, ob die Erkrankung mono- oder polyartikulären Charakters ist. Bei chronisch-rheumatischer Polyarthritis, welche nicht von augenscheinlichen anatomischen Veränderungen begleitet sind, werden verschiedene Gelenkgeräusche beobachtet, mit Ausnahme von krepitierenden, welche besonders bezeichnend für gichtische Arthritis sind. Das vollständige Verschwinden von Gelenkgeräuschen ist ein sicheres Zeichen der Besserung oder vollständigen Heilung des Gelenkprozesses. Dank der Einfachheit der Auskultationsmethode und dem hohen Werte, muß sie gleich anderen Methoden der Gelenkuntersuchung angewandt werden.

Beeinflussung der Funktion des vegetativen Nervensystems durch das „Gaertnersche Ruderbad". Die Versuche an über 30 Personen beider Geschlechter ergab, daß die Reaktion bei verschiedenen Personen auf ein Ruderbad unter sonst möglichst gleichen Bedingungen verschieden ist. Die Reaktion ein und derselben Person ist zu gleicher Tageszeit und unter sonst gleichen Bedingungen annähernd gleich, zu verschiedenen Tageszeiten, nach Ruhe oder Arbeit, morgens oder abends verschieden. Bei systematisch täglich zu gleicher Zeit durchgeführten Ruderbädern tritt eine Angewöhnung ein, die sich dadurch äußert, daß eine raschere Rückkehr zur Ausgangsstellung erreicht wird und die Amplitude der Schwankungen der Puls- und Atemfrequenz, des Blutdrucks und der Mundtemperatur als Folge des Ruderbades geringer wird.

Ueber den Einfluß von Limanprozeduren auf die Harnsäureausscheidung bei einigen Gichtformen. Limanprozeduren beeinflussen Purinstoffwechsel bei verschiedenen Gichtformen; die Ausscheidung der exogenen und endogenen Harnsäure bei Kranken mit atypischer Gichtform, die eine vegetarische Standarddiät einhalten, nimmt unter dem Einfluß der Limantherapie zu. Die Anwendung der Methode von Brugsch und Schittenhelm auf die Diagnostik verschiedener Gichtformen und die Anwendung des von Jawein empfohlenen Purinreizes (400 g gebratene Leber) erweisen sehr wertvolle Dienste bei der Behandlung der Kranken.

Der Leukozytensturz bei verschiedenen elektromagnetischen Schwingungen. Der Leukozytensturz ist durch strahlende Energie auslösbar; er wird einwandfrei erzeugt durch Grenzstrahlen und durch Applikation der Kondensatorelektrode bei der Diathermie. Die Kontaktmethode bei der Diathermie, strahlende Wärme, Licht und Röntgenstrahlen erzeugen keinen Leukozytensturz. Es ist nur zu erklären durch Reizung des autonomen Nervensystems der Haut. Bei der therapeutischen Verwendung elektromagnetischer Schwingungen wird das autonome Nervensystem der Haut in verschiedener Weise beeinflußt. Der Leukozytensturz ist abhängig von der Wellenlänge der auf die Haut applizierten Strahlenenergie.

Beiträge zum Problem der Badereaktion. Die Schlammprozeduren des Rakowsky-Kurorts in Odessa beeinflussen die physikalisch-chemischen Eigenschaften des Blutes bei Tieren und Menschen. Die Blutviskosität nimmt unbedeutend bei Kranken mit Gelenkaffektionen während der allgem. „Badereaktion" des Organismus unter dem Einfluß der Schlammbehandlung ab.

L. Katz.

Zentralblatt für Innere Medizin.

47., Nr. 40.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie (April—Juni 1926). C. Bachem, Bonn.

Seite 953—956. Schluß aus Nr. 39. Zu kurzem Bericht nicht geeignet.

Berichtigung. In meinem Referat über Nr. 37 heißt es Zeile 7 richtig: „**steiler verläuft.**" Beim Abdruck, Fortschr. d. M. Nr. 25, S. 1024, steht irrtümlich statt dessen zu lesen: „**steriler verläuft.**"
Gustav Hofmann, Nürnberg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

93., Heft 1 bis 3, September 1926.

* Permeabilität der Meningen bei Metalues und Metenzephalitis. Fr. K. Walter.
Diffuse Sarkomatose und Gliomatose in den Meningen. Oskar Schuberth.
* Psychiatrisch - neurologische Grenzzustände nach Encephalitis epidemica. Helmut Scharfetter.
* Assoziierte Bewegungen der Augenmuskeln bei Enzephalitis. M. S. Margulis und M. M. Model.
* Muskelcrampus. H. Dennig.
Magnus-Kleijnsche Halsreflexe. S. Dawidenkow.
Ampholaterale Pendelmodifikation des Kniereflexes. A. I. Haymanowitsch.
Wechselweiser spiraler Automatismus. A. I. Haymanowitsch.

Permeabilität der Meningen bei Metalues und Metenzephalitis. Die Blutliquorschranke ist bei der Paralyse in einem sehr hohen (etwa 90%) Prozentsatz, bei der Tabes in einem nicht ganz unbeträchtlichen Prozentsatz geschädigt. Bei den nicht mit Malaria behandelten Fällen von Paralyse kann mindestens auch vorübergehend die Permeabilität normal sein trotz im übrigen positivem serologischen Befundes. Eiweiß- und Zellvermehrung, Liquor-Wassermann, positive Goldsol- und Hämolysinreaktion bei Paralyse und Tabes sind wahrscheinlich als Ausdruck rein intramuraler Prozesse anzusehen und geben daher keinen Maßstab für eine bestehende Funktionsänderung der Schranke ab. Die Enzephalitis kann nach Ablauf der akuten Phase zu einer abnormen Verdichtung der Blut-Liquor-Schranke führen.

Psychiatrisch-neurologische Grenzzustände nach Encephalitis epidemica. Mitteilung eines Falles: 14jähriger Bauernsohn mit Halluzinationen und Zwangsvorstellungen als Folgeerscheinungen einer epidemischen Enzephalitis. — Das Vorkommen parallelgehender motorischer, psychomotorischer und gewisser psychischer Störungen bei metenzephalitischen und sonstigen im Hirnstamm lokalisierten Erkrankungen weist mit Entschiedenheit auf die Wichtigkeit des Subkortex für den geordneten Ablauf sowohl motorischer als psychischer Vorgänge hin.

Assoziierte Bewegungen der Augenmuskeln bei Enzephalitis. Die Störungen der assoziierten Bewegungen der Augenmuskeln, Nystagmus, Ataxie, Kopfschwindel, funktionelle Störungen des vestibulären Apparates können zu einem Symptomenkomplex vereint werden, den man als vestibulären definieren kann. Die Störungen der assoziierten Augenbewegungen können auch ohne die übrigen Komponenten des vestibulären Symptomenkomplexes auftreten und bilden in solchen Fällen ein Symptom einer lokalen Läsion der Vierhügel. Die Parese der assoziierten Augenbewegungen drückt sich durch Blicklähmung und Konvergenzlähmung aus, die Hypertonie durch Konvergenz- und Blickspasmus. Der Konvergenzspasmus hat tonischen Charakter und ist von reflektorisch vestibulärer Entstehung. Analog entsteht auch der Blickspasmus. Der vestibuläre Symptomenkomplex, die Störungen der assoziierten Augenbewegungen insbesondere, werden durch Prozesse in der Haube der vorderen Vierhügel, hauptsächlich dorsal von den Augenmuskelkernen hervorgerufen. Die Reflexbahn der Reizung, die Konvergenzspasmus hervorruft, geht durch den Vestibulariskern, den Deiters-Bechterewschen Kern, das hintere Längsbündel, die Konvergenzzentren und Augenmuskelkerne. Der Konvergenzspasmus wird teilweise durch Reflexe vom peripheren Teil des vestibulären Apparates, hauptsächlich jedoch durch Reizung der zentralen vestibulären Bahnen hervorgerufen. Der vestibuläre Symptomenkomplex wird durch verschiedene ätiologische Momente von infektiösem und toxischem Charakter hervorgerufen.

Muskelcrampus. Von 25 männlichen Personen kannten 20, von 25 weiblichen 18 den schmerzhaften Muskelkrampf. Auch bei Tieren kommt der Crampus vor. Die Entstehung desselben wird durch Ermüdung des Muskels und nachfolgende Ruhe begünstigt. Die Auslösung des Krampfes erfolgt durch die Verbindung starker Muskelkontraktion mit stärkster Verkürzung. Kontraktion ohne Verkürzung und Verkürzung ohne Kontraktion lassen den Krampf nicht entstehen. Ein absolut sicheres Mittel, den Crampus sofort zu lösen, ist die Dehnung des krampfenden Muskels. Aenderungen im Säure- und Kalziumhaushalt, welche die Tetaniekrämpfe hervorrufen bzw. unterdrücken, haben auf den Muskelcrampus keinerlei Einfluß. Der Muskelcrampus ist eine tetanische Kontraktion, die mit starkem Aktionsstrom einhergeht.
Kurt Mendel, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 33.

* Zur Frage der Bluttransfusion bei Eklampsie. Frey.
Ein Vorschlag zu einer neuen Eklampsietherapie. Scenes.
Wochenbettfieber mit zahlreichen Muskelabszessen. Sahler.
Ueber Fibrome der Klitoris. Ottow.
Ein retroperitoneales Hämatom, eine extrauterine Gravidität vortäuschend. van Tongeren.
Ueber einen Fall von Insuffizienz der Schilddrüse infolge Schwangerschaft bei Kolloidkropf. Gutzeit.
Zur Einschränkung der Morphiumdarreichung. Lessing.
Eine Vereinfachung des Laparotomie-Alexander-Adams. Roller.
Zur Frage der orthopädischen Lagekorrektur des Uterus, unter besonderer Berücksichtigung der Alexander-Adamsschen Operation. Laemmle.

Zur Frage der Bluttransfusion bei Eklampsie. Bei einer Eklamptischen, welche noch 26 Stunden nach der operativen Beendigung der Geburt durch Sektio eklamptische Anfälle bekam, wurde zunächst ein Aderlaß von 500 ccm, sodann eine Bluttransfusion von 500 ccm gruppengleichen Bluts vorgenommen mit dem Erfolg, daß die Krampfanfälle sich nicht wiederholten und auch die Blutdrucksteigerung nachließ. Verf. empfiehlt die Nachprüfung dieses Ergebnisses.

Nr. 34.

Die Uterographie zur Sicherstellung der Myomdiagnose und zur Kontrolle des Erfolges bei konservativer Myomchirurgie. Henkel.
Ikterus (Bilirubinämie) und Schwangerschaft. Heynemann.
Vergleichende Untersuchungen über das Vorkommen von Gallefarbstoff im Blut Schwangerer und Gebärender nach v. d. Berg u. Vogl-Zins. Schlüns.
* Ueber die Beteiligung der inneren Genitalien an der kindlichen Gonorrhoe. Soeken.
Heterotoper Mischtumor des Corpus Uteri. Halter.
Die eugenetische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation bei erheblichen Mißbildungen. Vornegut.
Beitrag zur Hydrorrhoea uteri gravidi. Netzer.
* Zur diagnostischen Verwertbarkeit des Hofstätter-Cullen-Hellendallschen Zeichens. Gold.
Das erste Hegarsche Schwangerschaftszeichen als Hilfsmittel zur Differentialdiagnose der Extrauteringravidität. Kritzler-Kosch.

Ueber die Beteiligung der inneren Genitalien an der kindlichen Gonorrhoe. Der hartnäckige Charakter und der häufig rezidivierende Verlauf der Vulvovaginitis infantum beruht auf einer häufigen Miterkrankung einmal des Rektums, dann aber auch der Cervix uteri. Hier finden sich in über der Hälfte der Fälle bei klinisch „abgelaufener" Gonorrhoe Leukozyten, in 9,3% nach systematischer Untersuchung der Verf. Gonokokken. Hier ist also eine Rezidiv-Quelle für Vagina und Urethra zu suchen, doch kommt es trotz der häufigen Mitbeteiligung des Endometriums so gut wie nie zu einer gonorrhoischen Adnexentzündung. Eine lokale therapeutische Beeinflussung des Krankheitsprozesses kommt wegen der Kleinheit der Verhältnisse nicht in Betracht.

Zur diagnostischen Verwertbarkeit des Hofstätter-Cullen-Hellendallschen Zeichens. Die bläuliche Verfärbung des Nabels als sicheres Symptom einer Blutung in die freie Bauchhöhle anzusehen und zur Diagnose der geplatzten Tubargravidität heranzuziehen, ist man nicht in jedem Fall berechtigt. Diese Erscheinung, die bei Nabelhernien besonders deutlich ist, findet sich auch bei Ovarialzysten mit bläulich durchschimmernder Zystenwand, worauf Busch schon 1922 hinwies. Mitteilung von zwei weiteren Fällen, in denen infolge Stieldrehung hämorrhagisch infarzierter Zysten das Auftreten des genannten Symptoms bedingt war. Eine Blutung in die freie Bauchhöhle hatte dabei nicht stattgefunden. In einem dritten Fall war es inkarzeriertes, blutig imbibiertes Netz gewesen, das zur bläulichen Verfärbung des Nabels geführt hatte.

Nr. 35.

Nachruf auf Hans Thaler. Peham.
Die Uterographie, deren Anwendung und Technik. Nahmacher.
Dissezierendes Hämatom der Tubenwand bei junger rupturierter Tubargravidität. Zimmermann.
* Ueber die klinische Bedeutung der verlängerten Schwangerschaft. Frigyesi.
Metastatisches Portiokarzinom. Halter.
Bakterienbefunde am gesunden Nabelschnurrest. Fihler.
* Zur Aetiologie der Nabelschnurzerreißungen. Joseph u. E. Kohn.
Zu den therapeutischen Erfahrungen mit der Pertubation. Schwarzwäller.
Ueber einen Fall von Ovarialstein. Markovitz.

Ueber die klinische Bedeutung der verlängerten Schwangerschaft. In Fällen habitueller Uebertragung, besonders dann, wenn die Frucht schon einmal, oft schon vor Eintritt der Geburt, abgestorben und dabei eine Ursache für das Absterben weder im mütterlichen noch im kindlichen Organismus ermittelt werden konnte, wird die künstliche Einleitung der Geburt zum errechneten Termin oder wenig später empfohlen. Hierbei wendet Verf. den Blasenstich mit gleichzeitiger Chinin-Darreichung an. Der Gebrauch des Metreurynters kann dadurch häufig umgangen werden, ebenso erübrigen sich sonstige operative Eingriffe zur beschleunigten Beendigung der Geburt. Wenn nach dieser Methode verfahren wurde, beobachtete Verf. die geringsten Schädigungen für Mütter und Kinder.

Zur Aetiologie der Nabelschnurzerreißungen. Fast die Hälfte aller Kinder sterben bei Nabelschnurzerreißungen sub partu. Fließt nach dem Blasensprung blutuntermischtes Fruchtwasser ab und wird ein Schlechterwerden der kindlichen Herztöne beobachtet, so muß man an Nabelschnurverletzung denken, wenn kein Anhalt für das Vorliegen einer Placenta praevia oder einer vorzeitigen Plazenta-Lösung gewonnen werden kann. Richtige Diagnose und rasches Eingreifen kann für das Kind oft noch lebensrettend wirken. Aetiologisch für eine Nabelschnurzerreißung kommen neben der Lues noch Varizen der Nabelschnur und Insertio velamentosa in Betracht. Nabelschnur-Umschlingungen und lange Dauer der Geburt begünstigen eine Zerreißung.

Nr. 36.

Zur Serodiagnostik in der Gynäkologie. Lüttge u. v. Mertz.
Ergebrisse mit der A. E. R. nach Lüttge-v. Mertz. Kamniker.
* Afenil und Tetania gravidarum. Kappes.
Oligurie und Hyperhidrosis in der Schwangerschaft. Louros.
* Zur Therapie der Blutungen post partum. Kok.
Demarkierende Verletzung am kindlichen Schädel durch den Muttermund. Poeck.
Ueber die Behandlung der Nachgeburtsperiode beim zervikalen Kaiserschnitt. Klumper.
Eklampsie im Spätwochenbett. Iványi.
Toleranz des graviden Uterus beim Abortus arteficialis am doppelt geschwängerten Uterus duplex. Garfunkel.

Afenil und Tetania gravidarum. In einem Fall manifester Schwangerschafts-Tetanie gelang es, durch intravenöse Afenilgaben, zweimal wöchentlich je 10 ccm, die Schwangerschaft zum normalen Ende zu führen. Jedoch konnte nicht verhindert werden, daß das Kind mit konstitutionellen Schädigungen zur Welt kam, welche sich in einem auffallenden Zurückbleiben aller statischen Funktionen äußerten, ohne daß die Anzeichen einer regelrechten Rachitis festzustellen waren.

Zur Therapie der Blutungen post partum. Nicht allein zurückgebliebene Plazentastücke, auch im Uterus angesammelte Blutkoagula können eine lebensbedrohliche postpartale Blutung unterhalten. Nicht immer gelingt es, durch äußere Handgriffe den Uterus zur entleerenden Kontraktion zu bringen. Die manuelle Austastung mit Lösung und Entfernung der Blutkoagula nach Forderung von Brandt & Sellheim ist das schnellste und sicherste Mittel zur Blutstillung. Streng aseptisches Arbeiten ist Grundbedingung für einen glatten, fieberfreien Heilverlauf. Daß die Gefahr des manuellen Eingehens in den Uterus sehr groß ist, beweisen 10% Mortalität infolge Infektion nach manueller Plazenta-Lösung!

Nr. 37.

Ueber das Erlöschen der Ovarialfunktion nach Röntgenkastration. Cordua.
Ueber Milchsäurebestimmungen im Blut während der Gestationsperiode. Kienlin.
Mehrfach rezidivierende, multiple Fibrome in der freien Bauchhöhle. Sichel.
Läsion des Sakroiliakalgelenks im Wochenbett. v. Fekete.
Eine Signaluhr für Geburtshelfer. v. Wachenfeldt.
Ueber die Gefahr der Anwendung des Lobelin beim Neugeborenen. Nachtrag. Hellendall.
Meine Rollenmethode zur Vermeidung der Kompression der vorfallenden Nabelschnur. Ruiz-Contreras.
Schwangerschaft nach Tuberimplantation in den Uterus. Mandelstamm.

Nr. 38.

* Der Einfluß der Gestationsvorgänge auf die Lungentuberkulose und ihre Bedeutung für die Therapie. Pankow.
Zur Frage der Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen mit Röntgenstrahlen. Schönholz.
Ulcus rodens der Portio. (Esthiomène.) Schönholz.
Zur Frage der prophylaktischen intravenösen Einspritzung von Hypophysenextrakt in der Nachgeburtsperiode. Jeß.
Die Erkennung der Lues intra partum und ihre klinische und volkswirtschaftliche Bedeutung. Baer.
Die Verwendung des Narzylens in der Geburtshilfe. Franken.
Beitrag zur Einwirkung der Narzylenbetäubung auf den Blutdruck und das Nervensystem. Franker, Böllert u. Eichler.

Der Einfluß der Gestationsvorgänge auf die Lungentuberkulose und ihre Bedeutung für die Therapie. Im Gegensatz zu Winter, der bei manifester Lungentuberkulose in allen Stadien die Interruptio graviditatis bis zum 7. Schwangerschaftsmonat befürwortet, glaubt Menge, die Schwangerschaftsunterbrechung bei Tbc. pulm. überhaupt ablehnen zu müssen. Er will in der letzten Zeit in der Röntgenbestrahlung der erkrankten Lunge ein Mittel gefunden haben, das auf spezifische Lungenprozesse so günstig einwirkt, daß eine Interruptio unnötig wird.

Bekanntlich gibt es eine Gruppe von Fällen manifester Lungentuberkulose, bei welchen subjektiv und objektiv keine Verschlimmerung des Lungenleidens durch den Gestationsprozeß nachweisbar ist und bei denen auch späterhin der Krankheitsprozeß ganz zum Stillstand und zur Ausheilung kommt, auch ohne Röntgenbestrahlungen! Aber solche Fälle sind unberechenbar. Nachgewiesenermaßen hat doch die Röntgen-Schwachbestrahlung bei nichtgraviden Frauen gelegentlich eine ungünstige Beeinflussung des Prozesses, Verschlimmerung der lokalen Erscheinungen und Anfälle von Hämoptoe hervorgerufen, was zur Vorsicht in der Anwendung dieser Therapie bei Graviden mahnen sollte. Ehe nicht an größerem Material die Leistungsfähigkeit der Mengeschen Methode erwiesen ist, muß es bei der alten Forderung bleiben: Unterbrechung der Gravidität bei manifester aktiver Lungentuberkulose, möglichst im Beginn der Erkrankung und möglichst in den ersten Monaten der Schwangerschaft.

Nr. 39.

Zur Prognose des Zervixkarzinoms aus der Probexzision. Liegner.
Ueber Andeutungsformen von „Interrenalismus". Mathias.
Unsere Erfahrungen mit der Prokteuryse. Klein.
Postoperative Azetonurie. Waller.
Ueber die künstliche Wehenerregung mit der Glyzerinhammelblase. Scheffzek.
Ueber die Sektio am wehenlosen Uterus. Langen.
* Stillnöte. Stolte.
Die gynäkologischen Erscheinungen bei Fettsucht. Tuszkai.

Stillnöte. Das Stillen kann für viele Frauen zur Ursache unendlicher Leiden werden, Nichtstillen bedeutet für viele Kinder Siechtum und Tod. — Nach Besprechung der Kontraindikationen für das Stillen wird über den physiologischen Rückgang in der Milchsekretion in der 3. und 7. Wochenbettswoche berichtet, die mit vermehrter Arbeitsleistung der Mutter nach Wiedergewinnung der körperlichen Kräfte bzw. mit der Involution des Uterus und dem dadurch bedingten hormonalen Reiz zusammenhängt. Jede Unterbrechung des Stillgeschäfts hat Verminderung der Leistungsfähigkeit der Milchdrüse zur Folge. Darum kein unnötiges Aussetzen der Stilltätigkeit. Beim kindlichen Schnupfen gilt es die Nasenatmung frei zu machen, um das wiederholte Loslassen der Brustwarze zu verhindern oder der völligen Unmöglichkeit des Saugens infolge Luftmangels wirksam zu begegnen. Wunde Warzen verursachen der Mutter bekanntlich viel Schmerzen beim Stillen. Trotzdem ist gründliche Entleerung der Brust wegen der doppelten Gefahr der Stauung und der Infektion anzustreben. Auch bei der Mastitis zielt die Behandlung auf die Beseitigung der Milchstauung ab, da so die Heilungsmöglichkeit durch Verbesserung der Blutzirkulation viel besser ist. Mehr zu empfehlen als die Saugglocken und Milchpumpen der verschiedenen Systeme ist das Anlegen eines fremden Kindes, das gut trinkt (nur in einer größeren Klinik möglich) oder das vorsichtige manuelle Abdrücken der Milch unter Vermeidung von Druck auf die empfindliche Stelle. Schwab, Hamburg.

Archiv für Gynäkologie.

129., Heft 2, September 1926.

Länge und Gewicht der reifen Frucht im Lichte der Variationsstatistik. E. Wehefritz-Göttingen.
Turgeszierung der Plazenta nach Molon-Gabastou. J. Wieloch.
Große Uteruszyste. E. Pribram.
Spasmophilie der Schwangeren. Schpoliansky.
* Bedeutung der Arteriae ovaricae für Postpartumblutungen, insbesondere bei der Aortenkompression. G. Haselhorst u. W. Schilling.
* Physiologie der Brustdrüsensekretion. R. Dryoff.
Blutzuckerregulation in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Leberschädigung und des renalen Diabetes in der Schwangerschaft. K. Herold.
Wucherung von Zervikaldrüsen im Scheidentrichter nach Uterusexstirpation. Josef Halban.
* Gravidität in der Portio vaginalis cervicis uteri. P. Schneider.
Genese der Ovarialhämatome. O. Fellner.
* Physiologie der Atmung in der Schwangerschaft. Klaften u. Palugyay.
Endometrioide Blutungen in den Parametrien. W. Schiller.
Geburtsmechanismus beim engen Becken. Paul Schumacher.

Bedeutung der Arteriae ovaricae für Postpartumblutungen, insbesondere bei der Aortenkompression. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß durch die Aortenkompression der Uterus nicht völlig von jeglicher Blutzufuhr abgeschnitten wird. Die Arteria uterina wird nicht blutleer, sondern sie vermag dem Uterus Blut zuzuführen in einer Menge, die, wenn sie nach außen entleert, wird, als beträchtlich, unter Umständen bedrohlich angesehen werden muß. — Die Arteriae ovaricae bleiben etwa in einem Drittel der Fälle von der Kompression frei. Sie vermögen also, zumal in dem erweiterten Zustand am Ende der Gravidität dem Uterus reichlich Blut zuzuleiten. Trotzdem scheint es dadurch nicht zu stärkeren Blutungen im Uteruskavum und nach außen zu kommen. Vielmehr deutet alles darauf hin, daß die Aortenkompression zu einer starken Verminderung der Blutzufuhr, zu einer relativen Anämie führt, die dann unmittelbar nach der Geburt oder beim Abort reflektorisch durch Auslösung von Uteruskontraktionen die Blutstillung bewirkt. Eine wesentliche Bedeutung für ein Versagen der Aortenkompression in der Nachgeburtsperiode können wir dem Mit- oder Nichtmitfassen der Arteriae ovaricae nicht beimessen.

Physiologie der Brustdrüsensekretion. Es gibt eine lokale Temperatursteigerung in der Brust als Folge der Sekretionstätigkeit der Mamma. Beweis: Vorkommen einer Ueberschreitung der Bluttemperatur. Die Temperaturdifferenz zwischen Mamma- und Bluttemperatur beträgt außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett im Durchschnitt 1,64°. Deshalb kann als Sekretionstemperatur der Wöchnerinnenbrust etwa 2° angesetzt werden. Aus der Stärke der Annäherung der Mamma- an die Bluttemperatur ist unter gewissen Voraussetzungen ein Rückschluß auf die Menge des Drüsenparenchyms zulässig. Eine unmittelbare Abhängigkeit der klinischen Erscheinungen, Spannung und Schwellung der Brust, von der Sekretionsgröße besteht nicht. Während des Stillens kommt es zu keiner weiteren Temperatursteigerung im Drüsenkörper. Erst 10 bis 15 Minuten nach der Brustentleerung setzt eine neuerliche Temperatursteigerung ein, die mit zunehmender Fülle der Brust wieder langsam abnimmt; nach dem Ablegen von der anderen Brust steigt die Innentemperatur meist von neuem ein wenig an, um dann endgültig abzufallen. Bei den Schwangerschaften der ersten Hälfte ist häufig eine gewisse Annäherung der Mamma- an die Bluttemperatur unverkennbar, die Werte halten sich jedoch in der Nähe der Grenzwerte für Nichtschwangere, 0,6—0,9 Differenz. Bei den Spätschwangerschaften ist die Annäherung deutlich bis auf einige Zehntelgrade. Bei Abort findet sich ebenfalls eine Annäherung. Extrauteringraviditäten verhalten sich, wenn sie ungestört sind, wie Frühschwangerschaften, wenn sie gestört sind, wie Aborte. Der Ovulationszyklus ist im allgemeinen ohne Einfluß. Fälle mit klinisch feststellbarer Drüsensekretion zur Zeit der Menses geben Grenzwerte. Tumoren sind ohne Einfluß. Adnexentzündungen machen keine Temperatursteigerung in der Mamma. Die Brustform und -Beschaffenheit ist für die individuellen Schwankungen zum Teil verantwortlich.

Gravidität in der Portio vaginalis cervicis uteri. Verf. berichtet über einen Fall einer von ihm beobachteten 2 Monate alten Gravidität in der Portio vaginalis cervicis. Sowohl der klinische Befund als auch die histologischen Untersuchungen im Verein mit den Größenverhältnissen des Eies und des Uterus lieferten den einwandfreien Beweis, daß es sich hier um einen pathologischen Sitz des Eies im linken Anteil der Portio vaginalis cervicis gehandelt hat. Es ist dies der erste in der Literatur als sicher zu bewertende Fall einer primären zervikalen Eiimplantation. Die Annahme, daß es sich vielleicht um eine ursprünglich in einem höheren Uterusabschnitt erfolgte Eiimplantation mit, zu einem frühen Entwicklungsstadium erfolgter Loslösung und nachträglicher sekundärer Implantation in der Zervix gehandelt haben könnte, ist vollkommen von der Hand zu weisen. Verf. nimmt an, daß eine zervikale Eiimplantation häufiger vorkommt, als sie zur Beobachtung gelangt; ein großer Teil derartiger „distaler“ Eiansiedlungen entgeht nur deswegen unserer Beobachtung, da sie zu einem sehr frühen Zeitpunkt zur Loslösung gelangen dürften, ohne auffallende klinische Symptome im Gefolge zu haben.

Physiologie der Atmung in der Schwangerschaft. Der für die Lungen zur Verfügung stehende Raum ist in der Schwangerschaft kleiner, als außerhalb der Gravidität; dies gilt besonders für die Lungenunterlappen. Die Raumbeengung ist einerseits durch die Empordrängung des Zwerchfells, andererseits durch die Abnahme des Breitendurchmessers im Bereiche der basalen Abschnitte des lufthaltigen Längengewebes bedingt. Die Leistung der Lunge ist aber in der Schwangerschaft eine größere, weil bei gleichbleibender Atemfrequenz und Vitalkapazität eine stärkere Inanspruchnahme der thorakalen und diaphragmatischen Atmung in Anbetracht der Raumbeschränkung vorhanden sein muß und auch tatsächlich vorhanden ist. Während bei ruhiger Atmung hauptsächlich eine Mehrleistung der thorakalen Komponente, vor allem im Stehen und Sitzen vorhanden ist, ist die Zwerchfelltätigkeit besonders bei vertiefter Atmung größer, als in nicht gravidem Zustande. Es tritt das Zwerchfell bei tiefster Inspiration stärker nach abwärts, steigt aber fast gar nicht viel höher oder sogar etwas weniger hoch bei der maximalen Exspiration der Graviden. In Anbetracht des an sich hohen Zwerchfellstandes bei liegenden Graviden ist die Zwerchfelltätigkeit in der Gravidität daher eine ziemlich gesteigerte. Dazu kommt noch, daß die Vergleichswerte im Wochenbett bis ca. 10 Tage nach der Entbindung gewonnen wurden, wobei die Rückbildungsvorgänge des Atemmechanismus nicht immer abgeschlossen sind, so daß die relativen Werte bei Schwangeren in dieser Hinsicht noch höher gefunden werden können.

Rudolf Katz.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete.

14., Heft 4, 1926.

Fortgesetzte Untersuchungen über die kalorische Tonsillenreaktion. Schmidt.
* Die Beziehungen der inneren Sekretion zur Oto-Rhino-Laryngologie. Biedl.
Theorie des kalorischen Nystagmus. Borries.
Einseitiger Vestibularisausfall. Minnigerode.
* Bemerkungen zur Radikaloperation des Ohres. Brühl.
* Ueber primäre essentielle Influenzaanosmie. Levinstein.
* Ueber die praktische Verwendbarkeit pneumatischer Tampons zur Nasen-Rachentamponade. Krampitz.
Ueber Angina agranulocytotica. Friedemann.
* Hals-, Nasen- und Ohrenveränderungen bei Knochen- und Gelenkstuberkulose und ihre Stellung im gesamten Immunbilde. Kelemen.
Zahn in der Kieferhöhle bei einem 6 jährigen Kinde. Bernstein.
Das Durchsichtigmachen injizierter Felsenbeine. Brühl.

Die Beziehungen der inneren Sekretion zur Oto-Rhino-Laryngologie. In einem Vortrage werden die Beziehungen der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zur inneren Sekretion kurz behandelt. Das einschlägige, wenn auch nicht umfassende Referat dieses großen Gebietes ist im Original nachzulesen.

Bemerkungen zur Radikaloperation des Ohres. In ausgezeichneter, prägnanter Form wägt Brühl das Für und Wider der einzelnen Radikaloperationen des Ohres ab. Er lehnt die konservative Baranysche Methode ab, denn bleibt der Gehörgangsschlauch unberührt, so bilden sich leicht dahinter im toten Raum frische, cholesteatomatöse Entzündungsprozesse, die einen neuerlichen Eingriff erforderlich machen. Es entspricht chirurgischer Ueberlegung, den Krankheitsherd so weit wie möglich übersichtlich frei zu legen. Empfohlen wird daher auch die kombinierte (sog. Brühlsche) Gehörgangs-, Ohrmuschelplastik, die eine gute Uebersicht gewährleistet. Zeitweise Ohrsäuberungen Operierter sind unerläßlich.

Ueber primäre essentielle Influenzaanosmie. Im strikten Gegensatz zu der voraufgegangenen Brühlschen Arbeit stehen stilistisch die Ausführungen Levinsteins. Der recht interessante wissenschaftliche Wert der Arbeit leidet außerordentlich unter dem Versuch, die Sätze nach lateinisch-griechischem Muster möglichst einzuschachteln. Da die Arbeit dadurch teilweise unverständlich wird und eine übermenschliche Geduld bei dem Leser voraussetzt, so darf der Redaktion der Rotstift wärmstens anempfohlen werden. Sachlich sei hervorgehoben, daß es sich um eine fast einseitige Anosmie nach voraufgegangener Influenza handelte, die nicht mehr rückbildungsfähig war. Da dieses naso-neurologische Gebiet zu den Stiefkindern unseres Spezialgebietes gehört, so wird auf die verschiedenen Formen der Geruchsbeeinträchtigung mit Recht näher eingegangen. Es sei daher besonders referiert, daß einseitige Anosmien stets essentieller Natur sein dürften, sofern inspektorisch ein normaler Befund zu konstatieren ist. Ferner wird bei der respiratorischen Anosmie ein gleichmäßig starker Ausfall für alle Geruchsarten bemerkt, während bei der essentiellen A. die einzelnen Gerüche unter zunehmenden Ermüdungserscheinungen verschieden stark empfunden werden.

Ueber die praktische Verwendbarkeit pneumatischer Tampons zur Nasen-Rachentamponade. Der viel angewandte und von K. angegebene Ballon zur Stillung von Nasen-Rachenblutungen dürfte den gewünschten Anforderungen entsprechen. Allerdings muß der Ref. dabei bemerken, daß er noch niemals in die Verlegenheit kam, eine Blutstillungstamponade im Nasenrachenraum vorzunehmen.

Hals-, Nasen- und Ohrenveränderungen bei Knochen- und Gelenkstuberkulose und ihre Stellung im gesamten Innenbilde. Bei Ausschluß einer Lungentbc. ist der Kehlkopf sehr selten tuberkulös affiziert. Dagegen sind auch bei den übrigen Tuberkuloseformen die Schleimhäute der oberen Luftwege recht häufig entzündlich verändert. Besonders die atrophische Entzündungsform herrscht vor. Niemals zeigten sich chronisch veränderte Tonsillen, größere adenoide Vegetationen waren auch nie vorhanden.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

Juli-August 1926.

Stereophotographie im Uviollicht. Metzger.
Sympathikuswirkung auf den isolierten Irismuskel. Poos.
Optischer Drehnystagmus. Ohm.
Ungewöhnliche Lichtwirkung auf die Augenmuskeln. Ohm.
* „Glasbläserstar“ durch Quarzlichtbestrahlung bei Lupuskranken. Scheerer.
Zahnveränderung bei Zonularkatarakt. Schilling.
Axenfeld-Krückenbergsche Pigmentspindel. Seissiger.
* Spezifische Behandlung von Augentuberkulosen. Fleischer.
* Klinik der Augentuberkulose. Löwenstein.
Neuritis retrobulbaris nach Diphtherie. Rosenstein.
Akute Hypotonie bei Ablatio retinae. Halbertsma.
Noma der Orbita. Soewarus.
Ringabszeß, klinisches und experimentelles. Schneider.
Orbitalphlegmone nach Periostitis alveolaris des Oberkiefers. Szokolik.
Glaskörperabhebung. Isakowitz.
Zur Häutchenbildung auf der vorderen Linsenkapsel. Wollenberg.
Dacryops. Tron.
Vergleichende Tonometermessungen. Apin.
Akuter Hornhautzerfall nach Glaukosaneinträuflung. Egtermeyer.
Verletzung des Auges durch heißes Metall. Esser.
Kontroverse gegen Lagrange. Golowin.
Fett-Knochengewebe im Auge. Schilling.
Teratoma orbitae. Malkin.
Blasengeschwulstmetastase in der Chorioidea. Singer.
Strahlenbehandlung des Ulcus serpens. Birch-Hirschfeld.
Jodipin als Kontrastmittel in der Radioskopie der Tränenwege. Wollenberg.
* Nitroskleran in der Augenheilkunde. Jaensch.
Operation der Embolie der Zentralarterie. Oppenheimer.

„Glasbläserstar“ durch Quarzlichstbestrahlung bei Lupuskranken. Der Glasbläserstar ist seit Benutzung der Gullstrandschen Spaltlampe in seiner Form genau definiert und mit keiner anderen Starform zu verwechseln. Für seine Entstehung kommt auf Grund genauer experimenteller Untersuchungen nur das kurzwellige Ultrarot in Betracht. Sehr bemerkenswert sind daher zwei Fälle, die Scheerer beobachten konnte. Es handelte sich um typischen Glasbläserstar bei zwei Lupuskranken, die wiederholt mit der Kromayerlampe bestrahlt waren. Die Fälle sind deswegen von Bedeutung, weil sie das heftig umstrittene Gebiet der Schädlichkeit des ultravioletten Lichtes für das innere Auge berühren. Experimentell ist es bisher in keinem Falle gelungen, durch ultraviolettes Licht eine Katarakt zu erzeugen. Auch klinisch fehlt bisher jeder Beweis hierfür. Sch. läßt die Frage völlig unentschieden. Nach Auskunft der Quarzlampengesellschaft liegen über das ultrarote Gebiet der Quarzlampen nur spärliche Untersuchungen vor. Die Haupt-Ultrarot-Menge dürfte von der rotglühenden Quarzwandung herrühren. Wenn somit das rein theoretische ungeklärt bleibt, so zwingen die beiden Fälle doch zur dringenden Mahnung, einen genügenden Augenschutz bei Bestrahlung mit der Kromayerlampe anzuwenden.

Spezifische Behandlung von Augentuberkulosen. Fleischer hat in dankenswerter Weise seine ausgedehnten Erfahrungen über dieses Gebiet zusammengefaßt (Vortrag in der Versammlung der nordbayrischen Augenärzte, Erlangen). Seine eigenen Schlußworte bringen das wichtigste: „Ich kann meine auf 25 Jahre zurückgehende Erfahrung mit spezifischer Behandlung der Tuberkulose dahin zusammenfassen, daß wir in dieser eine bei bestimmten Formen der Augentuberkulose (Iridozyklitis, Skleritis, sklerosierende Keratitis) außerordentlich günstig wirkende Behandlung besitzen, und daß es möglich ist, durch eine konsequente, vorsichtige Behandlung diese Formen zur Ausheilung zu bringen. Das Auftreten neuerlicher Erkrankungen muß durch lang fortgesetzte Beobachtung und Weiterbehandlung verhütet werden, indem versucht werden muß, den primären Herd zur Ausheilung zu bringen. Etwa auftretende neuerliche Erkrankung läßt sich nach den bisherigen Erfolgen durch wiederholte Injektion leicht beseitigen. Als ein besonders wirksames Mittel hat sich das „Tebeprotin Toenissen“ bewährt, das infolge seiner hohen spezifischen Wirksamkeit und geringen toxischen Eigenschaften zu langdauernden Kuren sich besonders eignet. —

Auch Skrofulosen werden günstig beeinflußt, teils durch kräftige Allgemein- und Lokalreaktion bei diagnostischen Dosen, teils durch danach einsetzende einschleichende Behandlung, durch welche es gelingt, die Allergie zu beseitigen und welche einen Schutz vor Rückfällen herbeizuführen scheint.“

Zur Klinik der Augentuberkulose. Loewenstein schließt seine Veröffentlichungsreihe, deren speziell-ophthalmologischer Inhalt weniger wichtig für den Allgemeinparktiker ist, mit einem Kapitel über die spezifische Behandlung ab. Auch er betont den Wert der Tuberkulinbehandlung, die in jedem Falle von Augentuberkulose ambulant ausgeführt werden kann. Das zu erstrebende Ziel ist die „positive Anergie“. meist kann es nur durch jahrelang fortgesetzte Kur erzielt werden. Die applizierten Dosen müssen Reaktionen hervorrufen. Das Optimum der Wirkung besteht in einer starken Stichreaktion. Herdreaktionen sind nicht unerwünscht, aber nicht durchaus notwendig. Die Dosis hat sich an der Grenze der Stichreaktion ohne Fieber zu halten. Daher sind nach L. Präparate zu bevorzugen, die stärkste Stichreaktion geben, z. B. das Alttuberkulin.

Nitroskleran in der Augenheilklinik. Jaensch konnte die bekannte vorübergehende Blutdruckerniedrigung ebenfalls erzielen, die namentlich bei körperlicher Ruhe deutlich ausgesprochen ist. Eine Beeinflussung des Augendruckes trat weder beim normalen, noch glaukomatösen Auge auf.

Meesmann, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 40, 2. Oktober 1926.

* Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs. Alfred Eliassow.
Atmung und Glykolyse der Haut und ihre Beeinflussung durch Hormone. Erich Klopstock.
* Erfahrungen mit der Reizkörpertherapie, speziell mit Protasin, in der dermatologischen Praxis. Hans Lippert.
Experimentell erzeugte „Creeping Eruption“. F. Fülleborn.
Diffuses oberflächliches Spätsyphilid der Glans penis unter dem Bilde mehrjähriger hartnäckiger erosiver Balanitis. Ernst Delbanco.
Nachtrag zur Arbeit: „Beitrag zur Therapie des Pemphigus vulgaris.“ (Derm. W. 1926, H. 37, 38.) H. Th. Schreus und Grete Esser.

Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs. Ausgehend von experimentellen Untersuchungen, nach denen der Haarwuchs wahrscheinlich mit der Cholesterinausscheidung der Haarbalgdrüsen im Zusammenhang steht, schien eine lokale Cholesterinzufuhr bei pathologischem Haarausfall angebracht. Mit einem flüssigen, cholesterinhaltigen, Trilysin genannten Präparat wurden bei Alopecia praematura bzw. pityrodes bei zweimal wöchentlicher Einmassierung in die Kopfhaut innerhalb 2 bis 3 Monaten deutliche Erfolge erzielt, soweit die Follikel noch nicht zugrunde gegangen waren. Rückfälle nach Aussetzen des Mittels schwanden schnell nach wiederholter Anwendung. Eine Wirkung ist nur da zu erwarten, wo für den Haarausfall eine gestörte Funktion der Talgdrüsen angenommen werden kann.

Erfahrungen mit der Reizkörpertherapie, speziell mit Protasin, in der dermatologischen Praxis. Die Wirkung des Protasins tritt ohne Erzeugung künstlichen Fiebers auf, seine Anwendung ist bei intramuskulärer Einspritzung völlig schmerzlos. Auf dermatologischem Gebiete zeigten sich sehr befriedigende Heilwirkungen, z. T. ohne jede anderweitige Behandlung, bei Erysipel, Impetigo contagiosa, Herpes progenitalis, Zoster, Sycosis coccogenes faciei, Furunkel und Furunkulose. Erythema multiforme und nodosum, akuter Urtikaria; beim akuten Ekzem scheint P. besonders bei Ekzemrückfällen mit nässendem Charakter von Nutzen zu sein. Von urologischen Erkran- Bettlägerigkeit und Uebergreifen auf die andere Seite vermieden werden. Zur Provokation angewendet, ergaben sich bei verdächtiger weiblicher Gonorrhoe durch Einspritzungen von 1 ccm am Arm nach 1 bis 3 Tagen sichere positive Gonokokkenbefunde.

Nr. 41, 9. Oktober 1926.

Ueber die Begriffsbestimmung und Rolle der „Zentrozyten“ bei einer Gruppe entzündlicher Hautkrankheiten. Beitrag zur Kenntnis der Pathologie des Mikrozentrums. B. Lipschütz.
* Bleielektroden bei Iontophorese. Franz Wirz.
Zur Genese benigner epithelialer Hauttumoren. H. Fischer.
Ueber die Medikamente der homöopathischen Schule bei der Gonorrhoebehandlung. P. Orlowski.

Bleielektroden bei Iontophorese. Bleielektroden sind die für die Anwendung der Iontophorese geeignetsten. Bedenken, die gegen ihre Anwendung geäußert wurden, sind hinfällig; weder sind örtliche Schädigungen der Haut zu befürchten, wenn man nur dafür sorgt, daß die Elektrode nirgends mit der Haut in direkte Berührung kommt, daß die Zellstoffschicht genügend dick ist und öfters erneuert wird, noch konnte bei genauer innerer Untersuchung von lange Zeit unter Anwendung von Bleielektroden behandelten Patienten irgend etwas gefunden werden, was für eine Aufnahme von Blei oder gar eine Bleischädigung irgend eines Organes spricht.

Ernst Levin, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

20., Heft 9.

* Ueber die urämischen Frühtodesfälle nach Prostatektomie. Seifert.
Die Elektrokoagulation der Blasentumoren. Scheele.
Die physikalische Therapie der Komplikationen und Folgezustände der Gonorrhoe. Laquer.

Ueber Enuresis im Kindesalter. Rietschel.
Was leistet die Strahlentherapie in der Gynäkologie? Gauss.
* Ueber den heutigen Stand in der Heilquellenforschung. Haertl.
* Zur Behandlung der Zystitis mit einem neuen Blasenspülmittel. Casper.
Urologische Röntgendiagnostik. Pflaumer.
Ueber die Blutdruckerkrankungen. Grafe.
Der Rheumatismus. Gudzent.

Ueber die urämischen Frühtodesfälle nach Prostatektomie. Im Anschluß an zwei selbsterlebte Prostatektomien, nach denen die Kranken unter urämischen Symptomen zugrunde gingen, erörtert Seifert die Zusammenhänge zwischen dieser Operation und der Urämie. Mit Becher ist er der Meinung, daß bei der echten Urämie — und um solche handelt es sich hier — giftige Darmfäulnisprodukte (aromatische Kohlenwasserstoffe, Phenole, Indikan) in den Liquor cerebrospinalis übertreten, so wie es bei der Niereninsuffizienz die stickstoffhaltigen Eiweißschlacken tun. Jedenfalls lassen sich erst bei Eintritt urämischer Erscheinungen diese Stoffwechselprodukte im Liquor nachweisen. Die — hypothetische — „Schranke“ zwischen Blut und Liquor, die vorher den Uebertritt zum Gehirn verhindert, wird plötzlich durchbrochen. Möglicherweise wird diesem Vorgang durch die Lumbalpunktion, die zwecks Anästhesierung vorgenommen wird, Vorschub geleistet.

Für die Praxis ergibt sich hieraus, daß man niereninsuffiziente Prostatiker lange und hinreichend zur Operation vorbereiten und bei Anwendung der Lumbalanästhesie individuell vorgehen soll. Der praktische Arzt, der den Prostatiker draußen zuerst berät, soll ihn hinreichend über sein Leiden aufklären und ihn zwecks Frühoperation im ersten Stadium ins Krankenhaus überweisen, d. h., sobald sich Zeichen stärkerer Entleerungsstörungen oder Harninfektion bemerkbar machen. Statt der langen Vorbehandlung zur Operation wird dann der Hausarzt eine viel dankbarere Nachbehandlung übernehmen können.

Ueber den heutigen Stand der Heilquellenforschung. Haertl hat einen Apparat aus Phosphorbronze konstruiert, mit dem es möglich ist, Brunnenwässer und Gasproben automatisch aus großen Tiefen hervorzuholen und zu untersuchen. Er hält bis 100 Atm. Druck aus bei 1000 m Tiefe. So werden die Quellen hier unverändert der chemisch-physikalischen und biologischen Analyse zugänglich gemacht.

Die katalytische Reaktion der Brückenauer Quellen läßt sich bei frischer Entnahme deutlich feststellen und ebenso ihr Verschwinden nach mehreren Stunden. Sie beruht nach den Forschungen von Baudisch vor allem auf der Wirkung sog. „aktiver“ Salze, die diese Mineralquellen gleich bei ihrem Austritt enthalten und die therapeutisch besonders wirksam sind. Die Untersuchungen ergaben, daß in diesen Wässern „auch anorganische Salze biologisch verschieden wirken können, je nachdem ihre Atome im Molekül räumlich eine verschiedene Anordnung besitzen.“ Aus diesem labilen „aktiven“ Zustand kommen sie jedoch rasch in einen stabilen „inaktiven“ und darauf beruht die oft verschiedene Wirkung der Mineralwässer. Auch sind diese „aktiven“ Salze leichter für den Organismus resorbierbar. Hierin sieht man heute die bessere Wirkung des am Orte selbst frisch aus der Quelle getrunkenen Heilwassers.

Zur Behandlung der Zystitis mit einem neuen Blasenspülmittel. Das neue, von Casper und Zeltner herausgegebene Silberpräparat Argolaval ist eine Verbindung von Argentum nitricum mit Hexamethylentetramin. Das Mittel hat vor dem reinen Silbersalz den Vorteil voraus, daß es weniger reizt, da es das Eiweiß nicht so stark fällt, andererseits jedoch bei gleicher Konzentration stärker bakterizid und katarrhbeschränkend wirkt, als das Argentum nitric. Dieser scheinbare Widerspruch zwischen der starken bakteriziden und geringen eiweißfällenden Wirkung erklärt sich aus dem größeren Oxydationsvermögen des Präparates, welches die oberflächlichen Schichten schneller und ausgiebiger oxydiert und dabei die darin liegenden Keime abtötet oder zunächst stark abschwächt.

In der Klinik hat sich das Argolaval bewährt. Casper berichtet über 20 Zystitisfälle, 2 instrumentelle Infektionen, eine schwere gonorrhoische Zystitis beim Kinde, 4 Fällen von Prostatahypertrophie, 3 Strikturen, 1 Zystopyelitis durch Koli und 1 Fall von Cystitis membranacea, die er und seine Mitarbeiter erfolgreich behandelt haben.

Lehmann, Berlin.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

116., 5./6. Heft.

Verhalten des normalen menschlichen Organismus bei Mineralmangel. Thielmann.
Pharmakologie des Energieumsatzes beim Menschen. I. Mitteilung: Wirkung chronischer Schwefelvergiftung auf den Energieumsatz. Siemonson und Richter.
Experimenteller Beitrag zur Desinfektion der Gallenwege. Kauftheil u. Neubauer.
Untersuchungen über das Vorkommen von Harnsäure im menschlichen Schweiß. Voit.
Einfluß einer mittleren Höhenlage auf die artifizielle Hyperthyreoidisation an Hunden. Mark.
Wirkungsänderungen des Azethylcholins. Voß.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

Neue Folge, 3., Nr. 4.

Arbeitseignung. Bolt.
Schädigung der Haut durch gewerbliche Arbeit. Chajes.
Weltkrieg und Wiener Arbeiter. Hauck.
Blutwirkung der nitrosen Gase. Heubner-Meier.
* Hygiene der Schmuckwarenindustrie. Holtzmann.
Invalidität infolge Berufserkrankung und ohne Versicherung in der U. d. S. S. R. Kaplun.
* Kutane Schädigung durch Zyankalium. Raestrup.

Hygiene der Schmuckwarenindustrie. Holtzmann erörtert eingehend die verschiedenen Arbeitsprozesse in der Schmuckwarenindustrie mit ihren gesundheitlichen Gefahren und deren Verhütung. Das Nähere muß im Original nachgesehen werden.

Kutane Schädigung durch Zyankalium. Durch chemischen Nachweis und Sektionsbefund konnte Raestrup feststellen, daß Zyankalium auch perkutan in den Körper eindringt und tödlich wirken kann.

Nr. 5.

Große Ausstellung in Düsseldorf. Schloßmann.
Berufsschädlichkeiten. Kölsch.
Abteilung über gewerbliche Gifte. Lehmann.
Arbeitsphysiologie. Ascher.
Arbeiterschutz in Verchromungsanlagen. Förster.
Grundsätzliches zum § 384 RVO. Holtzmann.
* Arsen in der chemischen Großindustrie. Hopmann.
* Berufliche und gewerbliche Veränderungen an den Zähnen. Kraus.
Vom Feuereimer zum chemischen Handfeuerlöscher. Müller.
Gefahren der Haldengase. Philipp.

Arsen in der chemischen Großindustrie. Arsen findet in der chemischen Großindustrie ausgedehnte Verwendung. Es sind gewisse Gefahrenmomente für Betriebsunfälle (akute As H_3-Vergiftungen) vorhanden, während die Möglichkeit einer beruflichen chronischen Erkrankung durch Arsen aber ausgeschlossen erscheint.

Berufliche und gewerbliche Veränderungen an den Zähnen. Kraus berichtet auf Grund seiner Erfahrungen an dem Materiale des Verbandes der genossenschaftlichen Krankenkassen Wiens über Defekte an Zähnen, die einzig und allein der Berufstätigkeit zuzuschreiben sind, wie dies Ref. 1923 in der Medizinischen Klinik auf Grund seiner Erfahrungen auch getan hat. Bei den Zuckerbäckern findet man eine Karies, die sich durch Ausbreitung, weiche Beschaffenheit und braune und schwarze Färbung des freiliegenden Zahnbeines auszeichnet. Durch die Gärung des eingeatmeten Zuckerstaubes bilden sich Säuren, welche zur Entkalkung führen. Bei den Metallarbeitern verbindet sich der eingeatmete, feine Metallstaub mit dem Schleimbelag der Zähne oxydiert und erzeugt bei Kupfer-, Bronze- und Messingstaub eine schmutziggrüne, bei Eisenstaub eine bräunlichschwarze, bei Silberstaub eine silbergraue Verfärbung. Der eingeatmete Ziegelstaub schleift bei Ziegelarbeitern die Kronen der Zähne oft bis zum Zahnfleisch glatt. Ferner beschreibt er eine Säurenekrose bei Arbeitern in Säurefabriken. Nach den Erfahrungen in deutschen chemischen Fabriken existiert diese nicht mehr hier. Bei Zigarrenarbeitern, welche den sog. Wickel abbeißen, sieht man typische professionelle Usuren der mittleren Schneidezähne. Aehnliche Abschleifungen werden bei den Klarinettenspielern beobachtet. Bei Lehrern, Kanzlisten und Schreibern entstehen an den Vorderzähnen, mit denen gewöhnlich der Bleistift festgehalten wird, rundliche Defekte, ähnliche bei den Schneiderinnen infolge des Festhaltens der Stecknadeln; das Gleiche ist bei Schustern zu finden. Die Tapezierer pflegen ihre Nägel mit der Zunge zwischen der Schneidekante der Vorderzähne festzuhalten, so daß hier rinnenförmige Vertiefungen entstehen. An den mittleren Schneidezähnen der Glasbläser sieht man eine rhombische oder karoartige Oeffnung, erzeugt durch das Festhalten des Mundstückes der Glasbläsergefäße.

Michaelis, Bitterfeld.

Geschlecht und Gesellschaft.

14., Heft 6.

* Tortur und Erotik. Franz Helbing und Max Bauer.
* Das Entweder-Oder der Sexualethik. Ernst Barthel.

Entwicklungstendenzen der menschlichen Geschlechtsverbindungen, insbesondere der Ehe. (Fortsetzung.) Rosenthal.
Gedanken über Prostitution. (Schluß.). Kurt Friedländer.
Das Kranzgeld. Otto Goldmann.
Erotische Tatauierungen. Gustav Zeuner.

Tortur und Erotik. Algolagnie (Sadismus und Masochismus) ist trotz der neuen Namen keineswegs eine Errungenschaft der Neuzeit. Von dem perversen Treiben, das heute unter dem Namen Sadismus bzw. Masochismus bekannt ist, kann schon die Geschichte des Altertums erzählen. Kleopatra, Tiberius, Caligula, Claudius, „Sadist und Masochist in einer Person“, Nero, Galba, Otho, Commodus „bis zu dem Meister der Unzucht Heliogabal, sie alle sind Marksteine in der Geschichte der Perversität“.

In diesem interessanten Artikel, der einen Sonderabdruck aus dem Buche derselben Verfasser „Die Tortur“ [1]) darstellt, finden wir manches Neue über die Pathologie der Perversität an Hand der perversen Treibereien der koronierten Machthaber, angefangen bei Kleopatra bis auf Abdul Hamid II.

Das Entweder-Oder der Sexualethik. Auf dem Gebiete der Sexualethik gibt es zwei Gegenpole: die Sexualethik A und B. Die erstere sieht nach wie vor in der Liebe, Sexualität, Ehe und Fortpflanzung eine organische untrennbare Einheit, während die andere einsieht, daß theoretisch und praktisch die Betätigung der Sexualität von der Fortpflanzung zu trennen ist und getrennt werden kann. Die Sexualethik A ist konservativ, die Sexualethik B ist noch relativ neu und hat noch keine richtigen Formen angenommen. Die Sexualethik A ist heute sehr schwer konsequent durchzuführen, daher ist sie mit Heuchelei und Unehrlichkeit stark verbunden. Aber oft ist auch die Sexualethik B nicht ethisch. Trotzdem hat diese Sexualethik mehr Berechtigung. Von diesem Standpunkte aus ist Geschlechtlichkeit nicht als Sünde zu betrachten, auch wenn sie außerhalb der Ehe, ja vielleicht sogar ohne Liebe im eigentlichsten Sinne, ausgeübt wird, wenn es sich dabei nur um etwas Positives handelt, das nicht negative Folgen hat, die schwerer in die Wagschale fallen. Von diesen negativen Folgen sind die bedeutsamsten Krankheit und uneheliche Kinder, denen kein würdiges Leben ermöglicht werden kann. Diese möglichen Folgen auszuschalten, ist die unbedingte Pflicht, und es ist in unserer Zivilisation ein leichtes, sie mit Zuverlässigkeit auszuschalten, so man es wirklich beabsichtigt. . . . Unmoral entsteht überall dort, wo das große Entweder-Oder der Sexualethik nicht in Klarheit erfaßt, sondern in verworrenem Durcheinander zu einer unsauberen Masse vermengt wird. Unmoralisch ist es, wenn jemand, der sich äußerlich auf die Sexualethik A verpflichtet, praktisch mit ihr im Konflikt lebt. . . . Ein Mensch mag den Pol A oder den Pol B zu dem seinen erwählen: er wird dabei immer achtenswert sein. Verächtlich dagegen wird er, wenn er keine Klarheit über seine Ethik breitet, sondern verworren und unsauber die halbe Sexualethik, die er allein sieht, umgaunern will, damit seine Lüste vielleicht sogar auf Kosten vieler berechtigter Lebensfreude anderer Menschen befriedigt werden. Es ist eines der beklagenswerten Phänomene unserer Kultur, daß Geschlechtlichkeit und Verbrechen so oft einen Bund eingehen, aus dem man fast schließen müßte, daß hier eine innere Wesensverwandtschaft vorliege, wenn nicht die Ueberlegung über allen Zweifel erhaben zeigte, daß dies nur eine Folge von Kulturmißständen, aber kein natürlicher Wesenszusammenhang ist. Geschlechtlosigkeit und geschlechtlichen Idiotismus zur Pflicht machen, ist wahrlich eine traurige Lebensregel: wohl dem, der ihren Sinn durchschaut hat.“ Wie man auch zu dieser Frage steht, muß man zugeben, daß die Erörterung dieses Problems auf der Tagesordnung steht. Der Verfasser ist der Meinung, daß die Menschheit sich selbstverständlich fortpflanzen wird und keineswegs aussterben, sondern sich weiter vermehren, auch wenn in der Sexualethik B der Gegenpol der Sexualethik A auftritt. Dies ist höchst problematisch. Darüber wird aber noch an anderer Stelle die Rede sein.

M. Kantorowicz.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 37.

Theophrastus von Hohenheim, genannt Paracelsus. R. Netzhammer.
Hohenheims medizinisches und naturwissenschaftliches Denken. K. Sudhoff.
*Der Alkoholnachweis in der forensischen Praxis. M. Kaelin-Benziger.

Der Alkoholnachweis in der forensischen Praxis. Die Tendenz der Rechtsbedürfnisse geht heutzutage in gesteigertem Maße dahin, sich nicht nur über Anwesenheit und Wirkung starker, sondern auch schwacher, zu Mord ungeeigneter Gifte zu orientieren und neue Methoden zu deren Ermittlung zu erlangen. Hierher gehört die Alkoholwirkung. Die Diagnose der Alkoholwirkung wird heute hauptsächlich aus äußerlichen und klinisch diese Vergiftung charakterisierenden Symptomen gemacht, und meistens sind es Laien, die die Diagnose „Rausch“ bei ihren Mitmenschen stellen. Der Geruch nach Alkohol — ein allgemein verwendeter Hinweis — kann jedoch schon nach ganz geringen Mengen auftreten, auch die Rötung des Gesichts, das Händezittern und psychische Aufregungszustände können aus anderen und äußerlich unersichtlichen Gründen auftreten.

Im Stadium der Bewußtseinsstörung durch Alkohol sind die Täuschungsmöglichkeiten ebenfalls zahlreich; neben mannigfachen Giftwirkungen kommen endogene Intoxikationen in Frage, wie urämische Zustände, Coma diabeticum, Eklampsie, sowie psychische Störungen nach Schädelbruch, apoplektischen Insulten, Hirnerschütterung.

An der Leiche drängt sich die Forderung nach einem objektiven Nachweis der Alkoholintoxikation noch mehr als irgendwo anders auf, da in einer großen Anzahl von Fällen keine klinischen Symptome beobachtet wurden. Der sezierende Arzt darf aus dem Alkoholgeruch des Magendarminhalts keine wissenschaftlich begründeten Schlüsse ziehen; wird die Frage auf Alkoholwirkung gestellt, so hat er die Pflicht, quantitative Untersuchungen zu veranlassen. Die Untersuchungen an der Leiche sind gar nicht so einfach; man muß wissen, welche Vorgänge in einer Leiche ganz bestimmter Art an bestimmten Aufenthaltsorten vor sich gehen, welche Produkte durch Fäulnis entstehen und evtl. Alkoholreaktionen vortäuschen können, die, wenn falsch interpretiert, geradezu systematisch zugunsten der Versicherungen oder der Haftpflichtigen ausfallen. Das ist wichtig genug, damit es die Oeffentlichkeit und die Aerzte wissen.

Held.

Acta Dermato-Venereologica.

7., Fasc. 1, März 1926.

Trichophyton eriotrephon (n. sp.). J. Papegaay.
*Beitrag zum Studium der traumatischen Syphilis der Knochen und der Haut. Clément Simon.
Eine durch Trichophyton violaceum hervorgerufene Hausepidemie. Karel Procházka.
*Atrophodermien und Sklerodermien. Fr. Kogoy.
Erythrocyanosis crurum puellaris. S. Mendes da Costa u. M. van Oort-Lau.
Beitrag zum Studium des Angiolupoids. Karel Gawalowski.
Epidermodysplasia verruciformis. Fr. Kogoy.
*Adiponecrosis subcutanea neonatorum (sogen. Sklerodermie). W. L. L. Carol und F. van der Zande.

Beitrag zum Studium der traumatischen Syphilis der Knochen und der Haut. Traumatische Syphilis ist selten, kommt aber sicher vor. Sie wird entweder durch einmalige heftige Gewaltanwendung (Kriegsverletzungen) hervorgerufen oder durch häufige geringe Traumen (Injektionen usw.), und zeigt sich klinisch in Hautläsionen tertiärer — nur selten sekundärer — Art, in Pseudoarthrosen und Läsionen der Knochen. Als Ursache dieser Eruptionen ist eine Mobilisation der im Knochen gelegenen Spirochäten anzunehmen, oder in vereinzelten Fällen ein Aufflammen von saprophytischen Spirochäten, die auf der Haut in der Umgebung früherer syphilitischer Hauteffloreszenzen liegen. Nur als Ausnahme ist es anzunehmen, daß das Trauma einfach durch Schaffung eines Locus minoris resistentiae die Veranlassung zur Entwicklung des syphilitischen Prozesses gerade an dieser Stelle gibt.

Atrophodermien und Sklerodermien. Wie schon der Krankheitsverlauf ergibt, sind diese beiden Krankheitsbilder auf ganz verschiedene Noxen zurückzuführen. Die die Atrophie auslösende Ursache wirkt stark toxisch und löst starke Reaktionserscheinungen aus im Gegensatz zu der die Sklerodermie auslösenden, die nur kleine Abwehrmaßregeln veranlaßt, nämlich eine Sklerosierung ohne entzündliche Hyper- oder Hypoplasie. Auch die Reaktionsfähigkeit der atrophischen Haut auf Blasenbildung nach CO_2-Schnee unterscheidet sich erheblich von der der sklero-dermatischen resp. der normalen Haut. Bei diesen beiden erfolgt die Blasenbildung viel langsamer als bei der atrophischen, und die Blasen sind viel praller: dies entspricht dem histologischen Bild der Atrophie, da hier die Zufluß- und Abflußmöglichkeiten vermehrt sind, während sie bei der Sklerodermie eher gehemmt sind. Die Aetiologie der Sklerodermie führt der Autor auf eine neurotisch-vegetative Ursache plus innersekretorische Komponente zurück, während es sich bei der Atrophie wahrscheinlich um Störungen in der Korrelation der Organe mit innerer Sekretion handeln mit oder ohne Einbeziehung des autonomen Nervensystems.

Adiponecrosis subcutanea neonatorum. Da die Sklerodermie der Säuglinge, Kinder und Erwachsenen die gleichen Erscheinungsformen hat, ist es überflüssig, von einem Skleroderma neonatorum zu sprechen; dagegen ist das zuerst von Bernheim-Karrer-Buße histologisch mitgeteilte Krankheitsbild — sogenannte Sklerodermie der Neugeborenen — als besondere Krankheit anzusehen und als „subkutane Fettgewebsnekrose der Neugeborenen“ resp. als „Adiponecrosis subcutanea neonatorum“ von der Sklerodermie als selbständiges Krankheitsbild abzutrennen.

---

[1]) Helbing-Bauer: „Die Tortur“. Geschichte der Folter im Kriminalverfahren aller Zeiten und Völker. Sammlung kulturgeschichtlicher Werke. Verlag Dr. P. Langenscheidt, Berlin W 57. 432 Seiten. Lexikon-Format mit Abbildungen nach alten Meistern. Preis: Geh 18 M., geb. 25 M.

7., Fasc. 2, Juni 1926.

Der augenblickliche Stand der modernen Chemotherapie der Syphilis. C. Levaditi.
* Multiple Karzinoide der Haut. Herbert Fuhs.
Erythrodermia ichthyosiforme (Brocq). K. Edel.
Anaphylaxie in der Dermatologie und Syphilodologie. B. Dujardin.
Lupus erythematosus exanthematicus d'emblée. J. Golay.
Beitrag zur Komplementbildungsreaktion bei der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hauttuberkulose. — Die Komplementbindungsreaktion bei Lupus erythematodes. Karel Hübschmann.
* Widerstandsfähigkeit der Gonokokken bei Temperaturen über 37° bei der Diathermie. P. J. van Putte.
* Einfluß der Diathermie auf die Gonorrhoe. P. J. van Putte.
Zur Kenntnis der pleuropulmonalen Veränderungen im Sekundärstadium der Syphilis. O. Reuterwall.
* Erfahrungen mit Gennerichs Endolumbalbehandlung. U. Müllern-Aspegren.

Multiple Karzinoide der Haut. F. empfiehlt den bereits von Arning vorgeschlagenen Namen „multiple Karzinoide der Haut“ für die Erscheinungsformen der multiplen Hautkarzinome anzunehmen, die sich von den sekundären metastatischen, wie von den primären unterscheiden, die sich auf dem Boden einer praeexistierenden chronischen Hautaffektion entwickeln, und die bisher unter den verschiedensten Namen beschrieben wurden (primäre, multiple Hautkarzinomatose; multiples Ulc. rodens; multiple Basalzellenepitheliome usw.). Diese Karzinoide zeigen keine Neigung zur Ulzeration, Drüsenschwellung und Metastasenbildung und stören das Allgemeinbefinden fast gar nicht. Histologisch gleichen sie dem Typus des Basalzellenkarzinoms Krompechers und ähneln den karzinoiden Geschwülstchen des Dünndarms und Wurmfortsatzes. Wahrscheinlich entwickeln sie sich aus angeborenen Anlagen (Pigment usw.). Therapeutisch erscheint die chirurgische Behandlung nicht sehr empfehlenswert wegen der großen Zahl der Effloreszenzen, eher schon die Röntgentherapie, die leider bisweilen versagt; am besten hat sich bei F. die Radiumbehandlung bewährt.

Widerstandsfähigkeit der Gonokokken bei Temperaturen über 32° bei der Diathermie. Die Widerstandsfähigkeit der Go. hohen Temperaturen gegenüber ist größer, als allgemein angenommen wird. Bei 42° starben die Go. erst nach 24 Stunden und bei 50° Erhitzung erst nach 10 Minuten.

Einfluß der Diathermie auf die Gonorrhoe. Diathermie wirkt bei akuter Gonorrhoe gar nicht, sehr dagegen bei geeigneter Methodik in chronischen Fällen. Diese werden häufig durch eine einzige Sitzung geheilt, ohne jede andere Therapie daneben, während in manchen Fällen noch einige Spülungen mit Kali perm. notwendig sind, um eine Heilung zu erzielen. Die Hitze ist nur als indirekte Ursache des Absterbens der Gonokokken — denn diese vertragen weit höhere Wärmegrade — und nur als Stimulans der Antikörperbildung anzusehen.

Erfahrungen mit Gennerichs Endolumbalbehandlung. Auf Grund eigener Beobachtungen bei über 400 selbst ausgeführten Endolumbalinjektionen von Sa. empfiehlt M. diese Methode 1. in Fällen von luetischer Meningitis, die etwa in einem Jahr nach der Infektion entstehen oder bei solchen Fällen, die zwar vorher entstanden sind, aber auf die intravenöse Behandlung nur ungenügend reagieren; 2. bei Zerebrospinallues resp. Tabes mit Reizung von Seiten der Meningen; 3. bei Paralyse, wenn Fiebertherapie nicht angewandt werden kann.

Martin Bab.

British Medical Journal.

Nr. 3428, 18. September.

Jahresversammlung der British medic. Association, Abteilung für Pathologie und Bakteriologie.

* Beziehungen der Streptokokken zum Scharlach und seinen Komplikationen. I. O. Brien. II. Okell. III. Birkhang.
* Aetiologie des Erysipels und seine spezifische Therapie. Birkhang.

Geburtshilfliche und gynäkologische Abteilung.

Bedeutung der Einleitung einer vorzeitigen Geburt in der Behandlung des engen Beckens. Banister.
Ein gefüllter toter Zahn als Quelle der Blutinfektion mit Streptokokken. Bertwistle.
Fall von diffuser Lidknorpelentzündung. Hughes.
Ueberdosierung bei spinaler Analgesie. Sourasky.
Diffuses Adenokarzinom des Kolon. Philipps und Macbeth.
Adrenalininzektion intrakardial beim Herzstillstand. Donovan und Patrick.
Primäre Torsion des großen Netzes. Riddel.
Influenzaantigen in der Behandlung der Enzephalitis lethargica. Keith.
Eingeklemmte Inguinalhernie bei einem 16 Tage alten Kind. Buckley.

Ueber die Beziehungen der Streptokokken zum Scharlachfieber und seinen Komplikationen.

I. Es besteht kein Zweifel darüber, daß hämolytische Streptokokken ätiologisch mit dem Scharlach zusammenhängen und daß es berechtigt erscheint, bestimmte Gruppen dieser Erreger als „Streptococci scarlatinae“ zu bezeichnen. Die Schwierigkeiten beginnen, wenn die Eigenschaften dieses Streptoc. scarlatin. näher beschrieben werden sollen. Die aus dem Rachen von Scharlachkranken isolierten Keime wachsen auf den gewöhnlichen Nährböden ebenso wie die von anderen Herden stammenden hämolytischen Streptokokken. Ein differentes Verhalten in der Vergärung bestimmter Zuckerarten ist nicht konstant genug, um als Unterscheidungsmerkmal zu dienen. Von dem Scharlachstreptokokkus wird verlangt, daß er in Kulturfiltraten ein bestimmtes „Toxin“ erzeugt, welches die von den Dicks aufgefundenen Eigenschaften haben muß. So muß das Toxin in beträchtlicher Verdünnung bei intrakutaner Injektion während der ersten 2 bis 3 Tage bei fast allen Scharlachkranken die typische „Dicksche Reaktion“ hervorrufen. Die Injektion einer Toxinmenge, welche tausendfach die minimale Hautreaktionsdosis übertrifft, muß bei „Dickpositiven“ meistens zu einem nichtinfektiösen Scharlach en miniature führen (Angina, Erbrechen, Fieber mit typischem Ausschlag). Endlich muß das Gift durch das spezifische Antiserum neutralisiert werden, so daß ein intrakutan injiziertes Toxin-Antitoxingemisch bei „Dickpositiven“ keine Reaktion hervorruft. Naturgemäß ist erst bei wenigen Stämmen die letzte Forderung erfüllt, mit der lebenden Kultur durch Rachenpinselung bei Scharlachempfänglichen („Dickpositiven“) die Erkrankung selbst hervorzurufen. Für die Entscheidung der Frage, ob ein Streptokokkus unbekannter Herkunft rasch und sicher von dem Scharlachstreptokokkus abgegrenzt oder als solcher identifiziert werden kann, sind mehrere Gesichtspunkte ausschlaggebend. Mit Agglutinations- und Agglutininabsorptionsproben läßt sich zumeist eine gewisse Unterscheidung der einzelnen Streptokokkenstämme herbeiführen. Bei der Prüfung einzelner Kolonien versagen diese Verfahren. Diese Reaktionen führen weiterhin zur Aufstellung serologisch verschiedener Unter- und Sondergruppen. Nach neueren amerikanischen Untersuchungen bilden Erysipel- und Scharlachstreptokokken eng verwandte, verschiedene Stämme umfassende Gruppen, die scharf von den übrigen pathogenen Streptokokkenarten biologisch sich scheiden. Zur Identifizierung einer einzelnen Kolonie reichen diese serologischen Unterscheidungsmethoden nicht aus, zumal auch gelegentlich die von sicherem Scharlach herrührenden Stämme keine Agglutination mit dem spezifischen Serum ergeben. Wie steht es mit der Prüfung der Toxin erzeugenden Kraft als Differenzierungsmerkmal? Gewiß ist ein Streptococcus hämolyticus mit normalem Wachstum, welcher von einem Antikörperserum agglutiniert wird und welcher ein Toxin absondert, das nur durch Scharlachantitoxin paralysiert wird, mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit als Streptoc. scarlat. zu bezeichnen. Doch genügt einmal die Abwesenheit des Toxinbildungsvermögens nicht völlig, um einen bestimmten Keim aus der Scharlachgruppe auszuschließen, ebenso wenig wie das Vorhandensein der Gifterzeugung unwiderleglich die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe beweist. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, daß die Gifterzeugung bei den Scharlachstreptokokken verschieden ist, daß zudem das von einzelnen Untergruppen gebildete Toxin nicht einheitlich beschaffen ist. Etwas weiter in der Diagnostik der einzelnen Streptokokkenarten hilft das Schultz-Charltonsche Auslöschphänomen. Wenn ein Antitoxin durch Injektion der Giftstoffe des zu prüfenden Streptokokkenstammes beim Tier gewonnen ist und das so erzeugte antitoxische Serum Scharlachexanthem dagegen keinen Masern- oder Rötelnausschlag bei intrakutaner Injektion zum Verschwinden bringt, so kann der Ausgangsstamm mit Sicherheit zur Scharlachgruppe gerechnet werden. Doch auch diese Prüfungsmethode ist nicht vollkommen! Nur etwa 80—95% der Scharlachkranken zeigen bei Antitoxininjektion (in den ersten 70 Stunden nach Auftreten des Exanthems) ein positives Auslöschphänomen. Bemerkenswerter Weise gewinnt das Serum solcher Patienten, die bei der Antitoxininjektion versagten, in der Rekonvaleszenz wohl die Fähigkeit, das Exanthem anderer Scharlachkranker zum Verschwinden zu bringen.

Ein anderes wichtiges Problem der Scharlachpathologie ist die Frage, ob die verschiedenen Verlaufsarten dieser Erkrankung durch verschiedene Arten von Streptokokken bedingt sind? Bisher ist anzunehmen, daß die typische und häufigste Art des Scharlachs durch eine Gruppe hämolytischer Streptokokken hervorgerufen wird, welche sich serologisch in einzelne Varietäten und Unterformen aufspalten läßt, die sich durch biologische Reaktionen (Dicksche

Probe oder Auslöschphänomen) nicht sondern lassen. In welchem Zusammenhang der „puerperale, Verbrennungs- oder Wundscharlach" mit dem gewöhnlichen Scharlach stehen, ist umstritten. Manche Autoren halten diese Erkrankung für gewöhnliche Skarlatina bei den durch Verletzung besonders Disponierten. Nach Andern handelt es sich um ein skarlatiniformes Exanthem, welches durch Streptokokken der Vagina oder der Wundfläche hervorgerufen wird, die nicht mit den Scharlacherregern identisch sind (Fehlen der Halserscheinungen und der Infektiosität!). Durch sorgfältige Prüfung des Auslöschphänomens und der Dickschen Probe müßte die Aetiologie dieser Erkrankungen leicht aufzuklären sein.

Auch die Wirkungsweise der Streptokokken beim Scharlach ist heute noch ungeklärt. Die spezifisch heilende Wirkung des antitoxischen Scharlachserums, welches bei frühzeitiger Injektion die Erkrankung abschneidet und in seinem Effekt dem Erfolg des spezifisch antitoxischen Diphtherieserums ähnelt, legt die Ueberzeugung nahe, daß der Toxinbildung der Streptokokken in der Pathogenese des Scharlachs die Hauptrolle zufällt. Auch die vorbeugende Wirkung des Antitoxins gegenüber den „septischen" Spätkomplikationen des Scharlachs macht es wahrscheinlich, daß durch Toxinschädigung der Gewebe den zeitweilig im Blut kreisenden Streptokokken ein günstiger Nährboden bereitet wird und so die örtlichen Nachkrankheiten entstehen. Auch diese Streptokokken der „septischen" Komplikationen gehören für gewöhnlich zur Streptoc.-scarl.-Gruppe.

II. Das Werk der Dicks und von Docher hat gezeigt, wie nützlich als Arbeitshypothese die Streptokokkentheorie des Scharlachs wurde. Bei den großen Widersprüchen, die sich bei praktischer Arbeit ergeben, läßt sich die Möglichkeit nicht ausschalten, daß noch andere Momente an der Aetiologie des Scharlachs beteiligt sind. Jedenfalls kann der Streptokokkus nicht mit derselben Sicherheit als Scharlacherreger angesprochen werden wie der Löfflersche Bazillus bei der Diphtherie. Zwei Tatsachen stehen bisher fest. Die Dicksche Probe zeigt — wenn auch mit erheblicher Fehlerbreite — die Empfänglichkeit oder die Nichtempfänglichkeit eines bestimmten Menschen für Scharlach an. Weiterhin hat das „Streptokokkenantitoxin" sicherlich bei geeigneten Fällen eine heilende Wirkung. Ein großes Hindernis für den Fortschritt der Erkenntnis liegt schon in der Schwierigkeit, Toxin und Antitoxin richtig gegeneinander auszuwerten. Bisher hat sich einzig der Mensch als empfindlich gegen das Toxin gezeigt, infolgedessen waren die bisherigen Fortschritte nur durch Experimente an Freiwilligen zu erzielen. Die Aktivität des Toxins wird nach seiner Wirksamkeit bei empfänglichen Personen abgeschätzt, wobei besonders ältere Menschen kaum als völlig unbeeinflußt von Streptokokkenaffektionen angesehen werden können. Vergleiche einzelner Toxine miteinander können nur mit größter Vorsicht an großem Beobachtungsmaterial erlangt werden. Noch beträchtlicher sind die Schwierigkeiten, das Neutralisierungsvermögen einer Antitoxinmenge mit einem bekannten Toxin in Beziehung zu bringen. Die Toxinreaktion auf der Haut ist sehr empfindlich und kann als reiner Vasomotoreneffekt durch unspezifische Faktoren (Serumwirkung) zu leicht gestört werden. Während bei der Diphtherie die Größe der Reaktion zur verbrauchten Toxinmenge in gewissem Verhältnis steht, rufen häufig ganz verschiedene Mengen von Scharlachtoxin dieselben Hautreaktionen hervor. So schwankt die Schätzung des Antitoxingehaltes bestimmter Seren auch in Händen sehr geübter Beobachter in solchen Grenzen, daß eine Standardisierung unmöglich erscheint. Die Angabe des Antitoxintiters in Einheiten ist irreführend. Als Kriterum des antitoxischen Wertes eines Serums kann bisher nur seine therapeutische Wirksamkeit dienen. Durch Prüfung des Toxinneutralisierungsvermögens, des Auslöschphänomens und mit Hilfe der passiven Immunisierung kann wohl der therapeutische Nutzen eines Serums geschätzt werden. Ein auf Zahlen sich aufbauender Vergleich der Seren miteinander ist zur Zeit unmöglich. Klinisch und immunbiologisch interessant ist die Doppelrolle der Streptokokken beim Scharlach. Dieser Erreger produziert ein Toxin und kann wie jeder pyogene Keim in das Körpergewebe einwandern. Die unkomplizierte Scharlacherkrankung scheint eine reine Toxämie darzustellen, welche mit der Bildung von Antitoxinen im Organismus rasch ihr Ende findet. Jedoch häufig tritt die pyogene Funktion des Streptokokkus in Erscheinung, wobei die Tatsache Beachtung verdient, daß Kranke mit pyogener Scharlachkomplikation fast immer gegen das Toxin „immun" sind (negative Dicksche Probe). Es bleibt daher das antitoxische Serum wirkungslos, wenn eitrige Komplikationen zur Ausbildung gelangt sind. Tierexperimente machen es jedoch wahrscheinlich, daß in den bisher hergestellten Schutzseren neben den in großer Menge vorhandenen Antitoxinen sich noch andere Antikörper befinden. An solchen Stoffen angereicherte Seren dürften in der Behandlung des pyogenen Stadiums der menschlichen Skarlatina eine Rolle spielen.

III. In 97% der Fälle gelingt es während der ersten 3 Krankheitstage des Scharlachs einen Streptokokkus aus den Krypten der Tonsillen zu isolieren, dessen Artspezifität durch die bereits geschilderten Prüfungsmethoden erwiesen werden kann. Im Durchschnitt hält sich der Streptoc. scarlat. bei den akut Erkrankten etwa 10 Tage auf den Tonsillen. Nach seinem Verschwinden sind überwiegend nichtspezifische hämolytische Streptokokken vorhanden, die nur geringe Menge eines nicht mit Scharlachantitoxin zu neutralisierenden Giftstoffes bilden. Das Verschwinden des Streptoc. scarlatinae aus dem Rachen fällt mit dem Zeitpunkt zusammen, wo im Serum des Kranken eine solche Menge Antitoxin erscheint, welche genügt, bei intrakutaner Injektion das Auslöschphänomen zu erzeugen. Selten hält sich der Streptoc. scarlatinae längere Zeit („Bazillenträger"). In einem derartigen Fall waren noch 246 Tage nach dem akuten Beginn des Scharlachs typische Keime im Rachen vorhanden. Innerhalb von 2 Monaten nach der Heimkehr erkrankten 3 Familienmitglieder an sicherem Scharlach. Bei dem Vater entwickelte sich 5 Monate später eine akute Pharyngitis, bei welcher der Streptoc. scarlat. in Reinkultur gefunden wurde. Die Dicksche Hautreaktion mit dem aus diesem Erreger gewonnenen Toxin fiel bei dem Erkrankten negativ aus. Für das Problem der Entstehung von Epidemien sind diese Tatsachen von höchster Bedeutung, zumal bei andern Krankheiten (Osteomyelitis, Endokarditis, chron. Tonsillitis) der Scharlachstreptokokkus gar nicht selten nachgewiesen werden konnte und so das häufige Vorkommen von Bazillenträgern festgestellt ist. Obwohl sich durch Agglutination und Absorption verschiedene Gruppen von Scharlachstreptokokken unterscheiden lassen, bilden diese doch hinsichtlich der Toxinbildung eine eng verwandte, fast einheitliche Klasse. Freilich kann das Giftbildungsvermögen in ähnlicher Weise wechseln wie z. B. das kulturelle Verhalten gegenüber Zuckerarten. Es empfiehlt sich daher zur Anstellung der Dickschen Hautimpfung polyvalente Giftstoffe zu gebrauchen, mit denen sicherlich bessere Resultate als bisher zu erzielen sind. Interessante Aufschlüsse sind in letzter Zeit gewonnen über den Mechanismus der Exanthementstehung und über das Auslöschen des Ausschlages mit dem spezifischen Antitoxin. Auf der Höhe des akuten Exanthems sieht man mit dem Kapillarmikroskop in dem erythematösen Gebiet eine gegen die Norm um das Vierfache gesteigerte Zahl von Kapillarschlingen, die strotzend mit Blut gefüllt sind. Wenn eine solche tiefrote Hautstelle mit 0,1 ccm Antitoxin infiltriert wird, so verkleinert sich von Stunde zu Stunde der Durchmesser der Kapillaren, die Blutströmung wird verlangsamt und schließlich sind nur noch wenige Kapillarschlingen der Norm entsprechend erkennbar. Die Infiltration des Exanthems mit Diphtherie-, Tetanus- oder Pferdeserum läßt das kapillarmikroskopische Bild unverändert oder führt zu einer Verstärkung der Hyperämie. Mit dem in den ersten 5 Tagen von Scharlachkranken entnommenen Serum läßt sich bei empfänglichen Menschen eine stark positive Dickreaktion erzeugen. Wenn das Serum nach dem 12. Tag entnommen wird, so ist bei sonst Dickpositiven keine Hautreaktion hervorzurufen, dagegen bringt jetzt dieses Serum innerhalb von 10—18 Stunden das akute Scharlachexanthem zum Abblassen. Diese Ergebnisse beweisen, daß die während des akuten Scharlachanfalls im menschlichen Körper gebildeten Abwehrkörper mit dem Antitoxin identisch sind, welches bei Versuchstieren durch Injektion des Strept. scarlat. erzeugt wird.

Die Aetiologie des Erysipels und seine spezifische Therapie. Dem amerikanischen Forscher ist es gelungen, unter Anwendung der beim Scharlach erprobten Arbeitsmethoden bei dem Erysipel einen bestimmten, serologisch und immunbiologisch gekennzeichneten Streptokokkentypus zu isolieren. Injektionen dieser Streptokokkenstämme riefen im Tierversuch Hautentzündungen mit dem für das Erysipel charakteristischen pathologisch-anatomischen Befund hervor. Intrakutane Einspritzungen des mit dieser Erregergruppe hergestellten antitoxischen Serums hinderten ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung. Es ließ sich auch in Analogie zur Dick- und Schickschen Probe bei Disponierten mit dem Toxin eine Hautreaktion auslösen.

Mit dem durch Tierimpfung gewonnenen antitoxischen Antierysipelserum waren beachtenswerte therapeutische Erfolge beim Menschen zu erzielen. Bei geeigneter Dosierung und frühzeitiger Injektion schwanden sofort die toxischen Allgemeinerscheinungen. Die Temperatur sank fast kritisch ab, während zugleich die örtlichen Entzündungserscheinungen zur Rückbildung gelangten.

Biberfeld.

The Glasgow Medical Journal.

106., Nr. 9, September 1926.

* Cholecystographie. Die Darstellung der Gallenblase mittels Tetrajodphenolphthaleinnatrium (Grahams Methode). Bruce McLean.
* Fall von Stokes-Adams Syndrom. Behandlung mit Adrenalin.

Cholezystographie. Die Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild ohne besondere Technik ist nur unter besonderen Be dingungen möglich. Schattengebend sind nur Steine mit genügend hohem Kalziumgehalt, reine Cholesterinsteine können mitunter sich als helle Flecken darstellen, die leicht mit Darmgasen verwechselt werden können. In den meisten Fällen aber ist eine Röntgendiagnostik der Gallenblase unmöglich, zumal, da es sich häufig um fettleibige Patienten handelt. Ein Fortschritt war die Beobachtung von George und Leonhard, die zeigten, daß eine vergrößerte Gallenblase am Duodenum oder Magen Eindrücke machen kann, die diagnostisch verwertbar sind. Es ist dies meist ein Zeichen von Adhäsionen, zu denen die erkrankte Gallenblase besonders neigt. Neue Ausblicke eröffnen sich seit der Entdeckung Grahams und Coles, daß man in einer Halogenverbindung des Phenolphthaleins einen Stoff hat, der fast ausschließlich durch die Gallenblase ausgeschieden wird. Die Chlorverbindung war bereits zu Funktionsprüfungen benutzt worden, stellte sich aber im Röntgenbilde nicht dar, hierfür eignete sich nun die schwerere Jodverbindung, deren Toxizität durch Bindung an Kalzium und geeignete Dosierung weitgehend herabgesetzt wurde. Die orale Verabreichung gab keine so sicheren Resultate wie die intravenöse. Ein regelmäßig begrenzter Schatten läßt auf eine gesunde Gallenblase schließen. Unregelmäßige Umrisse deuten auf entzündliche Veränderungen, gefleckte Schatten sprechen für Steine. Ist die Gallenblase bereits ohne Tetrajodphenolphthalein sichtbar, so deutet das gewöhnlich auf eine pathologisch verdickte Wand. Ein negatives Resultat der Untersuchung kann an der Technik liegen oder ist auf eine gestörte Leberfunktion, mechanische Ursachen (Zystikusverschluß) oder Zerstörung der Schleimhaut infolge alter Entzündungen zurückzuführen.

Fall von Stokes-Adams Syndrom: Behandlung mit Adrenalin. Der Patient litt an wiederholten Anfällen von Bewußtlosigkeit, die erst einige Monate bestanden. Außer einer peripheren Sklerose und hohem Blutdruck bestand kein Organbefund. Während der Anfälle wurden Pulse von 20, 24 und 48 beobachtet, einmal bestand 18 Sekunden hindurch eine Asystolie. Das Elektrokardiogramm zeigte einen kompletten Herzblock. Wiederholte Adrenalininjektionen (1 ccm $^1/_{1000}$) konnten die sehr häufigen Anfälle zum Stillstand bringen. Der Patient fühlte sich nach dieser Behandlung — bei einer Pulszahl von 23—28 p. m. — sehr wohl und blieb beschwerdefrei.

Erich Wolffenstein, Berlin.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia.

1., Nr. 4, Februar 1926.

◆ Hydroa vacciniforme. Sparacio.
Ausgedehnte luetische Verfärbung, wahrscheinlich infolge Nebenniereninsuffizienz. Meineri.
Gigantische Lichenifikation. Ajillo.
Bazillus Radaëli. Venturi
Acremoniasis cutanea. Marengo.
Rezidivierende tertiäre Roseola (Fournier). Avite.
Licht und Schatten bei dem Problem der Lues. Truffi.

Hydroa vacciniforme. Die Hämatoporphyrinurie steht im Zusammenhang mit Leberinsuffizienz. Durch ultraviolette Strahlen werden Eruptionen ausgelöst. Die befallenen Partien sind auch später gegen diese Strahlensorte empfindlicher als gesunde Partien.

1., Nr. 5, Mai 1926.

Lymphangitis sporotrichosat gummosa. Monacelli.
◆ Granuloma trichophyticum Majocchi. Oro.
Interdigitalekzem durch Cryptokokken. Marengo.
Actinomyces bei Mikrosporie (Microsporon equinum). Nannizzi.
Unzureichende Bismuttherapie. Petrosino.
Intramuskuläre Salvarsantherapie. Martinotti.

Granuloma trichophyticum Majocchi. Das Gr. trichophyt. ist eine Erkrankung sui generis, wohl unterscheidbar von Sykosis und Kerion, so daß beide Formen zusammen bei einem Kranken auftreten können. Jede Trichophytonart kann durch Degenerationsformen ein Granulom hervorrufen. Aus der Knötchensubstanz sind Kulturen leicht anzulegen und ergeben eine „varietas degenerativa." Neben Trichophytininjektionen rings um die Herde haben sich Pinselungen mit verdünnter Jodtinktur bewährt.

Taitza.

Revue neurologique.

33., Bd. II, Nr. 3, September 1926.

◆ Die infantile Dementia praecox. G. Halberstadt.
◆ Eisen in der Hirn- und Kleinhirnrinde Geisteskranker. C. Trétiakoff und Osorio Caesar.
◆ Ein neuer kontralateraler Adduktorenreflex. Ottorino Balduzzi.

Die infantile Dementia praecox. Bei ihr spielt die Erblichkeit eine große Rolle; sie ist aber nicht eine Conditio sine qua non. Möglicherweise sind die Drüsen mit innerer Sekretion, insbesondere die Schilddrüse, ätiologisch von Wichtigkeit. Der Beginn ist gewöhnlich schleichend wie beim Erwachsenen, kann aber auch akut sein. Die Symptomatologie bietet nichts Besonderes. Häufig ist die katatone, seltener die paranoide Form. Delirien und Halluzinationen kommen nicht oft vor. Häufig sind Veränderungen des Charakters und des moralischen Sinns, Fuguezustände, Vagabundage, dabei braucht die Intelligenz nicht stärker gestört zu sein. Die Hebephrenie kann einer Imbezillität aufgepfropft sein. Differentialdiagnostisch kommen angeborener Schwachsinn, Hirntumor, Hysterie, Epilepsie, infantile Demenz in Betracht. Prognose schlecht, weil das Leiden ein in voller Entwicklung begriffenes Hirn befällt, doch kann die Psychose in Schüben verlaufen. Vom forensischen Standpunkte aus ist die Kenntnis der Dementia praecocissima von Wichtigkeit.

Eisen in der Hirn- und Kleinhirnrinde Geisteskranker. Mit der histochemischen Eisenfärbung sahen Verff. große Verschiedenheiten der Färbbarkeit der Hirn- und Kleinhirnrinde bei Geisteskranken. Diese Verschiedenheiten zeigten sich besonders ausgesprochen und konstant bei der Paralyse (intensive Färbung), bei der Imbezillität und Epilepsie (schwache Färbung). Zuweilen sind sie global, analog in der Rinde des Hirns, Kleinhirns und in den Basalganglien, häufiger sind sie jedoch regional. Am deutlichsten ist die Färbbarkeit im Lobus frontalis. Es scheint ein gewisser Parallelismus zu bestehen zwischen der Lokalisation der für die Psychosen charakteristischen histologischen Läsionen und derjenigen der histochemischen Eisenfärbung.

Ein neuer kontralateraler Adduktorenreflex. Bei Perkussion der Fußsohle beobachtet man — wenn der Reflex positiv ist — außer der Flexion des Fußes eine Adduktion und Innenrotation des anderen Beines infolge Kontraktion der kontralateralen Adduktoren. Dazu kommt zuweilen eine Kontraktion der homolateralen Adduktoren, diese ist aber auf jeden Fall schwächer als die der kontralateralen Muskeln. Der Reflex ist bei ganz Gesunden und bei funktionellen Nervenkrankheiten nur selten vorhanden und dann nur, wenn die tiefen Reflexe an den unteren Extremitäten sehr lebhaft sind. Bei organischen spastischen Lähmungen (Pyramidenläsion) ist der Reflex meist positiv, bei extrapyramidalen Läsionen und progressiver Paralyse für gewöhnlich negativ. Diagnostischen Wert hat der Reflex, wenn er einseitig vorhanden ist, er zeigt dann eventuell die Seite der hemiplegisch paretischen Extremität an.

Kurt Mendel, Berlin.

Annales d'occulistique.

Juli 1926.

◆ Hypertonie, Hypotonie und subkonjunktivale Pilokarpininjektionen. Puscariu und Cekrez.
Sympathische Ophthalmie mit eitriger Entzündung. Petit.
Akkommodationsparese nach Enzephalitis epidemica. Isuel.

Hypertonie, Hypotonie und subkonjunktivale Pilokarpininjektionen. Verf. untersuchten den Einfluß äußerer Reize auf den inneren Augendruck bei Kaninchen und Menschen und kamen zu den bekannten Resultaten, daß stärkere Hornhaut- und Skleralreizung (Kauterisation) nach kurzem Druckanstieg eine länger dauernde Druckerniedrigung machen. Die Druckbeeinflussung ist beim Kaninchen stärker als beim Menschen. Bei absolutem Glaukom konnte durch leichte Kauterisation der Sklerose eine Hypotonie von tagelanger Dauer erzielt werden. Bei sekundärem Glaukom konnte durch subkonjunktivale Pilocarpininjektion keine Herabsetzung des Druckes erzielt werden.

August 1926.

◆ Die vasomotorische Innervation des Auges. Michail und Vaucea.
Besserung einer Hemianopsie nach Entferung eines Tumors aus dem linken Occipitallappen. Morat.
Operative Infektion mit Kolibazillen. Morat u. Coppen.
Beiträge zur Blutzirkulation in der Konjunktiva. Sédan.
Hereditäre Keratitis an der Spaltlampe. Haudeline und Bretagne.
◆ Die Serumtherapie des Trachoms. Salvati.

Die vasomotorische Innervation des Auges. Verff. untersuchten die Gefäßbeeinflussung in der Bindehaut nach Einträufeln von Atropin- und Pilocarpinlösung und die zeitlichen Beziehungen zur Veränderung der Pupillenweite. Atropin und vor allem Pilocarpin haben eine ausgesprochene lokale gefäßerweiternde Wirkung. Atropin 1 Tropfen einer 1%-Lösung macht in der ersten Phase, die ½ bis 1½ Stunden dauern kann, eine Gefäßdilatation. In der zweiten Phase, die bis zu 12 Stunden dauert, ist mit Pilocarpin eine Gefäßerweiterung zu erzielen. Die erste Phase der Atropinwirkung besteht daher in einer Reizung des Parasympathikus, die zweite in einer Lähmung. Die erste Phase kann in seltenen Fällen fehlen, die zweite tritt immer ein. Verf. nehmen an, daß das Atropin im Beginn seiner Bindung an die Endigungen des Parasympathikus eine reizende Wirkung ausübt. Ist eine völlige Bindung eingetreten, so soll durch Kumulation eine Lähmung eintreten. Das Atropin kann als Prüfungsmittel des Parasympathikus wahrscheinlich für das gesamte Gebiet des Auges benutzt werden. Im allgemeinen tritt die Gefäßreaktion bei Atropin und Pilocarpin sehr bald ein. Der Gipfel der Reaktion fällt mit dem Beginn der Mydriasis oder Miosis zusammen, die Gefäßreaktion hört auf dem Höhepunkt der Miosis bezw. Mydriasis wieder auf. Bei intravenöser Injektion von Atropin, 1 bis 2 mg, kann eine beiderseitige Mydriasis auftreten, eine Gefäßreaktion an den Bindehautgefäßen aber niemals.

Die Serumtherapie des Trachoms. Verf. hat, durch die Untersuchungen Klecskowskys angeregt, die Eigenserumbehandlung bei vier schweren Trachomfällen angewandt. Je 0,25 ccm werden in Abständen von 1 bis 2 Tagen fünf- bis sechsmal lokal injiziert. Die Kur kann nach einigen Wochen wiederholt werden. Die Beeinflussung der Granulationen ist im allgemeinen eine gute. Hornhautgeschwüre heilen schnell ab, die restierenden Narben sind sehr zart und viel durchsichtiger als nach der gewöhnlichen Behandlungsart. Anscheinend hat das Eigenserum von Trachomkranken die Eigenschaft, eine lokale Immunität von längerer Dauer zu erzeugen. Es kann daher eventuell auch prophylaktisch angewandt werden.

Meesmann, Berlin.

Bruxelles Médical.

Nr. 48, 26. Oktober 1926.

Die Kordotomie. E. E. Lauwers.
✤ Der suprasymphysäre Kaiserschnitt. L. E. Phaneuf.
✤ Zur Hygiene der Nieren. P. Lomry, L. Gillet u. L. Duble.

Der suprasymphysäre Kaiserschnitt. Der suprasymphysäre Kaiserschnitt schützt gegen septische Peritonitis; die Blutungen sind weniger stark als bei der klassischen Schnittführung, auch ist der postoperative Shock geringer, vorausgesetzt, daß die Darmschlingen während des Eingriffs nicht berührt wurden. Das Wochenbett ähnelt in seinem Verlauf dem nach spontan erfolgter Geburt. Die Narbenbildung ist vollkommener, da die Inzision an dem unteren Uterinsegment, dem nichtkontraktilen Teil des Uterus gemacht wird. Die Gefahr einer Narbenruptur bei nachfolgenden Schwangerschaften ist auf ein Minimum eingeschränkt. Aus seiner persönlichen Erfahrung zitiert Verf. 32 Fälle von nachfolgenden Operationen, wo von der Narbe keine Spur zu finden war, ferner 4 Entbindungen per vias naturales nach voraufgegangenem suprasymphysären Kaiserschnitt. Auch Adhäsionsbildungen gehören bei dieser Art der Schnittführung zu den Seltenheiten.

Zur Hygiene der Nieren. Es ist ein Irrtum, wenn man den reichlichen Genuß von Flüssigkeit als hygienisch empfiehlt. Große Flüssigkeitsmengen bedeuten eine Belastung der Nieren, führen zu Insuffizienzen mit all ihren Folgeerscheinungen. Die durchschnittliche Tagesmenge soll 1¼ l nicht überschreiten.

Aus dem übermäßig großen Genuß von Flüssigkeitsmengen allein kann Hypertension entstehen. Sie läßt sich gegen Arteriosklerose genau abgrenzen. Wenn bei normalem Herzbefund eine Arteriosklerose nie ohne Hypertension vorkommt — sie sei so gering wie sie wolle — so finden wir andrerseits Hypertonien ohne Arteriosklerose, nämlich solche, die von übermäßigem Flüssigkeitsgenuß herrühren.

Urämie kann bestehen ohne Hypertension, ohne Albuminurie, ohne Chlorurämie und ohne Arteriosklerose. Die klinischen Symptome der einfachen Urämie gleichen denen der einfachen Hypertension: allein die Analyse des Bluts und des Harns führt hier zur Abgrenzung. Bei der Hypertension gibt es keine Zylindrurie, bei der Urämie immer.

Ein Harnstoffgehalt von 0,5‰ im Blut darf als Maximum gelten, für viele liegt die Norm schon bei 0,3‰.

Zur Vermeidung vorzeitiger Urämie und Arteriosklerose soll man mit Eiweiß, besonders mit tierischem, sparen und 1 g pro Tag und Kilo nicht überschreiten. Zur Verhütung der Chlorurämie soll man vom Kochsalz sparsamen Gebrauch machen und nicht mehr als 8—10 g der täglichen Nahrung zusetzen.

Im Alter von 40 und 50 Jahren muß man seinen Blutdruck kontrollieren und seinen Urin untersuchen lassen. Wenn bei Hypertension nicht auch Zylindrurie besteht, so erübrigt sich eine Analyse des Bluts.

Held.

The Journal of American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 10, 4. September 1926.

✤ Verwendung von kolloidalem Blei in der Behandlung des Krebses. Wood.
Ligatur der Aorta. Brooks.
✤ Chronisches experimentelles Magengeschwür. Wolfer.
✤ Chronische, nichtspezifische Infektionen der Lungen. Jackson.
Chronische, nichtspezifische Infektionen von Lungen und Bronchien. Morse.
Beziehungen von Infektion der Nebennasenhöhlen zu Krankheiten der unteren Respirationswege. Mullin.
✤ Klassifizierung und Behandlung chronischer Arthritis. Cecil und Archer.
✤ Die Verwendung von O-Jodoxybenzoesäure in der Behandlung infektiöser Arthritis. Young und Youmans.
Quadriceps-Probe für die Myasthenie bei Thyreoidismus. Lahey.
Sinus pericranii. Engstad.
Eine kleine Verbesserung in der Technik intrauteriner Tamponade. Spangler.

Verwendung von kolloidalem Blei in der Behandlung des Krebses. Nach einer Uebersicht über die letzten Arbeiten und die Behandlungsmethode von Blair Bell berichtet Verf. über seine Tierversuche zur Klärung der Bleiwirkung. Zunächst wird eine intensive Kongestion (beträchtliches Oedem und Vergrößerung) des Tumors beobachtet, im Einklang mit den klinischen Symptomen eines heftigen Schmerzes im Tumor, wie sie Bell während der ersten 24 Stunden fand. Nach 24 Stunden findet man zahlreiche Thromben in den Geschwulstkapillaren, infolge Ernährungsstörung folgt Nekrose, nach Resorption schrumpft der Tumor. Meistens bleiben in der Peripherie des Tumors einige wuchernde Zellen, und es kommt zum Rezidiv, wenn nicht die Bleidosis groß ist oder die Injektionen wiederholt werden. Bei einer nahezu letalen Dosis und wöchentlich drei- bis fünfmal wiederholten Injektionen werden viele Tumoren vollkommen zerstört. Milz und Knochenmark zeigen erhebliche Störungen entsprechend der starken Anämie bei Bells Kranken. Selbst bei sehr geringen Dosen in der Leber viele kleine Herdnekrosen, bei großen Dosen schwere Leberstörungen. Die Nierenstörungen sind bei Tieren verhältnismäßig gering. Versuche mit kombinierter Röntgen- und Bleibehandlung beweisen, daß die Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung durch Blei die Folge direkter toxischer Bleiwirkung, nicht aber einer Sekundärstrahlung von den metallischen Partikelchen ist. Die Wirkung des Bleis in den einzelnen Organen variiert bei verschiedenen Tieren außerordentlich. Um so mehr Vorsicht ist geboten, die Resultate von Tierversuchen auf den Menschen zu übertragen. Die Dosis muß sich, um wirksam zu sein, der letalen nähern, wie es Bell auch für den Menschen feststellte. Wahrscheinlich wird das Blei vom R.E.-System aufgenommen, wo es lösliche Form annimmt und seine toxische Wirkung auf die Zellen des R.E.-Systems und in der Folge auf die Tumorzellen ausübt.

Chronisches experimentelles Magengeschwür und seine klinische Bedeutung. Verf. gelang es, konstant im Magen von Hunden ein chronisches Ulcus zu erzeugen, wenn er die Magenschleimhaut 30 Minuten lang einer Röntgenbestrahlung bei 110 KV, 5 Ma, 15 cm Funkenstrecke, ohne Filter aussetzte. Die gewählte Bestrahlungsstelle und die Dauer der Bestrahlung hatten Einfluß auf die Größe des Ulkus. Dasselbe hatte makro- und mikroskopisch große Aehnlichkeit mit dem peptischen Ulkus beim Menschen. Beim Versuchstier bewirkt das Ulcus weder Hyperazidität noch Hypersekretion. Liegt es dicht am Pylorus, so ist die Entleerungszeit des Magens verlängert, ist es nur 5 cm vom Pylorus entfernt, so entleert sich der Magen in normaler Zeit. Der Ulkus verursacht, soweit sich solches überhaupt bestimmen läßt, beim Tier keine Beschwerden. Beim Vergleich dieser Versuchsresultate mit den Beobachtungen beim chronischen peptischen Ulkus des Menschen muß man annehmen, daß beim Menschen andere Faktoren in der Erzeugung der Funktionsstörung des Magens mit ihrer Symptomatologie eine Rolle spielen müssen. Verf. glaubt, daß vom Ulkus ausgehende Reize einen lokalen Reflexbogen in der Magenwand passieren, der Veränderungen in Sekretion und Muskeltonus auslösen kann. Dafür spricht die Möglichkeit sekretorischer und motorischer Funktion bei Isolierung des Magens vom Zentralnervensystem. Diese Reize werden vom Zentralnervensystem aus durch psychische Reize verstärkt. Der lokale Reflexbogen ist wahrscheinlich beim Hunde so klein, daß das zu Pylorospasmus führende Ulkus dicht am Pylorus sitzen muß, beim Menschen entsprechend größer, doch überwiegt hier der psychische Faktor, gegen dessen Ausschaltung sich auch die Therapie zu richten hätte.

Chronische, nichtspezifische Infektionen der Lungen. Die reichen Erfahrungen aus der bronchoskopischen Klinik des Verfassers — mehr als 200 übersehene Fremdkörper in den Bronchien, 48 übersehene Fremdkörper im Oesophagus, 12 Fälle von Fremdkörperaspiration bei der Tonsillektomie, um nur einige Daten zu geben — sind in dieser Arbeit niedergelegt. 13 typische Fälle sind ausführlich beschrieben. Bei chronischem Lungenabszeß ist bronchoskopische Aspiration, in wenigen Minuten ohne Anästhesie ausführbar, indiziert, um Stagnation zu verhindern; denn in allen chronischen Fällen ist die natürliche Drainage durch Husten und den Einfluß der Zilien unwirksam. Gerade darum sind sie chronisch geworden, und frühzeitige bronchoskopische Aspiration wäre die beste Prophylaxe gewesen. In Fällen von Lungenabszeß, die nicht durch Fremdkörper veranlaßt sind, wird oft mit Recht vom Kinderarzt, Chirurgen und Röntgenologen die äußere Drainage vorgezogen, aber auch nach der Thorakotomie ist oft noch bronchoskopische Hilfe nötig, um die Aspiration des Sekrets aus einem isolierten, abgeschlossenen Lungenherde zu bewerkstelligen. Ein großer Teil chronischer Lungeneiterungen bei Kindern kommt dadurch zustande, daß das asthmaartige Röcheln bei Fremdkörpern irrtümlich als Asthma angesprochen und behandelt und von der Röntgenographie kein Gebrauch gemacht wird. In jedem Falle von Lungeneiterung muß ein Fremdkörper in den Luftwegen und im Oesophagus ausgeschlossen werden. Bei Anwesenheit von Fremdkörpern ist die perorale, bronchoskopische Entfernung die einzige beachtenswerte Behandlungsmethode. Bei Bronchiektasien ist die früh angewandte bronchoskopische Behandlung von sehr großem Wert und kann die vorgeschrittene Erkrankung verhindern; dazu ist jedoch die leider seltene Frühdiagnose erforderlich.

Klassifizierung und Behandlung chronischer Arthritis. Verff. unterscheiden 2 Typen, den proliferativen und den degenerativen. Von 612 Fällen gehörten 68%, meistens jüngere Leute, der ersten Gruppe, 30%, meistens Personen mittleren oder späten Alters, der zweiten Gruppe an. Nur wenige Fälle, wie Gicht, intermittierender Gelenkhydrops u. a. lassen sich in keine der Gruppen einreihen. Die häufigste Form der proliferativen Arthritis ist mit Herdinfektionen in Zähnen, Tonsillen u. a. kompliziert. Es gehören weiter hierher die spezifischen Formen und die wahre Arthritis deformans unbekannten Ursprungs. Die häufigste Form der degenerativen Arthritis ist die der Menopause, seltener sind Morbus coxae senilis und senile Arthritis. Der proliferative Typus ist vornehmlich ein infektiöser Prozeß im Gegensatz zu dem anderen Typus, bei dem es sich um rein degenerative Prozesse handelt, analog der Arteriosklerose und anderen degenerativen Veränderungen im Alter; die Möglichkeit toxischer Faktoren ist nicht ausgeschlossen. Die Unterscheidung beider Formen ist klinisch und röntgenologisch nicht schwierig. Die wesentliche Behandlung im ersten Falle besteht in der Entfernung aller Infektionsherde, bei der degenerativen Form, die im eigentlichen Sinne des Wortes unheilbar ist, kann oft symptomatische Besserung durch Hebung des Stoffwechsels mit Jodpräparaten, Schilddrüsenextrakt, niedrige Kaloriendiät, physikalische Maßnahmen erzielt werden.

Die Verwendung von O-Jodoxybenzoesäure in der Behandlung infektiöser Arthritis. Behandlung von 43 Patienten (davon 4 akute und subakute Fälle) mit infektiöser Arthritis unbekannter Ursache. 35 Fälle gehörten der atrophischen Form, d. h. der Arthritis deformans an, darunter 5 Fälle von Stills Krankheit. Infektiöse Herde waren zuvor beseitigt. Keine wesentlich anderen Behandlungsmethoden. Technik: Lösung von 1 g freier Säure in 50 ccm sterilem Aq. dest. unter Hinzufügen von Ammoniumhydroxyd bis zur leichten Alkalität, Auffüllen von Aq. dest. bis zu 100 ccm. Die Lösung darf nicht gekocht werden und nicht länger als 5 Stunden stehen. Man läßt sie in Körpertemperatur intravenös sehr langsam einlaufen (mindestens 7 Minuten). Folgeerscheinungen (Thränen, Niesen, bisweilen Uebelkeit und Erbrechen) dauern ½ bis 6 Stunden an. Fieberhafte Kranke, seltener fieberlose bekommen nach ¼ bis 1 Stunde Schüttelfrost mit Temperatursteigerung, die Temperatur fällt in 6 bis 24 Stunden zur Norm ab. Diese Reaktion hat als günstiges Zeichen zu gelten. 6 bis 8 Injektionen in 1-g-Dosen (Kinder ¾ g) in zweiwöchigen Intervallen. Bisweilen wurden mehrere Kuren in sechswöchigen Zwischenräumen nötig. 50% der Kranken wurden sehr erheblich, 23% mäßig, 14% leicht, 7% gar nicht gebessert. Ein Teil von ihnen waren zuvor hilflose Krüppel, die schon viele andere Behandlungsmethoden durchgemacht hatten. In allen 4 akuten bzw. subakuten Fällen erhebliche Besserung bzw. Heilung. Nachteilige Nebenerscheinungen: bisweilen Thrombose, die nach Ersatz des Natriumsalzes durch das Ammoniumsalz seltener geworden ist, hin und wieder eine erythematöse Reaktion. Ein Todesfall 24 Stunden nach der dritten Injektion wird nicht der Droge zugeschrieben. Autopsie verweigert. Röntgenogramm post mortem zeigte starke Thymusverbreiterung. Das Jodoxyradikal mag eine Rolle bei der Beeinflussung bestehender Zirkulationsstörungen spielen, ist aber nicht allein für die Wirkung verantwortlich. Jod allein ist kein wesentlicher Faktor dabei. Eine nichtspezifische Wirkung ist unwahrscheinlich, Proteinwirkung ziemlich ausgeschlossenn: Die Droge wirkt bakterizid auf Strepto-, Staphylokokken und einige Bazillen. Versuche sind in vielen Kliniken im Gang. Die Droge ist noch nicht am Markt, sie wurde zuerst in Deutschland in den 90er Jahren beschrieben.

Nr. 11, 11. September 1926.

Innere Behandlung chronischer, nichtspezifischer Lungen- und Bronchialinfektionen bei Kindern. Brennemann.
✦ Chirurgische Behandlung von Lungeneiterung bei Kindern. Graham.
Asthma cardiacum. Pratt.
Studium des Lufthungers am Krankenbett. Hoover.
Jodäthylmethode als funktionelle Herzprobe. Moore, Hamilton und Kinsman.
Eine Epidemie unbestimmter Natur: Dengue? Churchill, Landis und Glusker.
Herdinfektion vom Laboratoriums-Standpunkt aus. Kolmer.
✦ Rückwärtsverlagerung des Uterus während Schwangerschaft und Wochenbett. Danforth und Galloway.
Morbidität nach dem Puerperium. Miller.
✦ Lebensfähigkeit des B. acidophilus und bulgaricus im menschlichen Darm. Kulp.
✦ Wirkung und klinische Anwendung von Ephedrin. Chen und Schmidt.
Diagnostische Kriterien maligner Krankheit im oberen rechten Quadranten des Abdomens. Graves.
✦ Hautproben bei Masern. Tunnicliff und Taylor.
Aetiologie und Diagnose des intrauterinen Fruchttodes. Brown und Kincaid.
Einheimische Infektion mit dem Fischbandwurm Diphyllobothrium latum. Levy und Pierson.
Menschliche Infektion mit Brucella melitensis, einer Abart des B. abortus, mit Mercurochrom behandelt. Gage und Gregory.

Chirurgische Behandlung von Lungeneiterungen bei Kindern. Vor der Behandlung Versuch, den Sitz der Eiterung, Höhlen, Fremdkörper, die Natur der Infektion (Tuberkelbazillen, Spirochäten u. a.) zu bestimmen. Röntgenuntersuchung in zahlreichen Stellungen unbedingt erforderlich, diagnostischer Pneumothorax, Bronchoskopie in bewährter Hand, die neue Lipiodolmethode sehr wertvoll. Warnung vor der Aspirationsnadel bei Verdacht auf Lungenabszeß! Mehr Fälle, als man glaubt, heilen spontan durch natürliche Drainage. Gleich den Knochenabszessen neigen die Lungenabszesse dazu, chronisch zu werden, weil die Wände der Abszeßhöhle durch die starre Brustwand oder Adhäsionen am Zusammenfallen gehindert werden. Der Knorpel der Bronchien wird oft nekrotisch, es kommt zu Bronchiektasien mit den Folgeerscheinungen. Zu den Maßnahmen gegen die Ursachen gehört die Entfernung der Fremdkörper. Vakzine gegen die in Frage kommenden Keime ist von zweifelhaftem Wert, dagegen Salvarsan ein sicheres Heilmittel von Lungenabszessen infolge Castellanis Spirochaetose (2% aller Lungeneiterungen). Wichtig ist die Heilung von Eiterung der Nebennasenhöhlen. Zur Unterstützung der natürlichen Drainage bringt geeignete Lagerung des Kranken. am besten auf einem eigens konstruierten Tisch, oft Heilung. Wiederholte bronchoskopische Aspiration ist von Nutzen. Nach spontanem Durchbruch in die Pleura genügt bisweilen Drainage des Empyems zur Heilung. In einigen Fällen ist chirurgische Drainage indiziert. besonders bei großen Abszessen in der Peripherie, möglichst nicht bei Abszessen am Hilus. Wo keine Adhäsionen, zweizeitige Operation. Chirurgische Drainage nicht zu frühzeitig. Verf. wird von Jahr zu Jahr konservativer. Unterstützung des Kollapses der Abszeßhöhlen durch Pneumothorax, Phrenikotomie und Thorakoplastik bei Abszessen in der Hilusgegend. Diese Kollapsoperationen sind nicht ohne Gefahr bei Abszessen an der Peripherie. Künstlicher Pneumothorax ist die einfachste Methode, jedoch auch nicht gefahrlos. Manometrische Beobachtung sehr anzuraten. Verf. versucht die Pneumothoraxbehandlung stets. bevor er zu radikalen Operationen schreitet. er beginnt mit nur 200 ccm Luft bei Erwachsenen (bei Kindern weniger). Der große Wert des Pneumothorax ist auch diagnostischer Natur. Andere Kollapstherapie nur bei chronischen Fällen. Lobektomie hat eine hohe Mortalität. Verf. räumt neuerdings das erkrankte Lungengewebe mit dem Thermokauter aus, oft in mehreren Sitzungen. Blutungen wegen des niedrigen Blutdrucks (etwa 25 mm Hg) in den Aesten der Lungenarterie leicht zu beherrschen. Als Adiuvantia bei allen Lungenabszessen hohe Kaloriendiät und Heliotherapie. Auch Fälle doppelseitiger Lungeneiterung sind nicht hoffnungslos. Als Komplikationen sind zu fürchten Hirnembolie. Hämorrhagien. Verbreitung der Infektion, sekundäres Lungenkarzinom. In den letzten 5 Jahren behandelte Verf. 218 Lungeneiterungen (ohne Empyeme und Tuberkulosen). darunter 40 Kinder unter 12 Jahren. Von den letzteren sind 82½% frei von Husten und anderen Symptomen, 12½% gestorben.

Rückwärtsverlagerung des Uterus während Schwangerschaft und Wochenbett. Eine Analyse von 1000 Fällen aus der Privatpraxis. 18,8% der Frauen hatten eine Rückwärtsverlagerung während Schwangerschaft und Puerperium. Rückwärtsverlagerung ist selten Ursache von Sterilität. Die Lageveränderung erfordert in der Schwangerschaft wohl aufmerksame Beobachtung, aber keinen sofortigen Eingriff. In 29% wurde der Uterus reporiert und durch ein Pessar in seiner Lage erhalten, in allen anderen Fällen erfolgte spontane Aufrichtung. 14,4% der Frauen hatten 8 Wochen post partum eine Rückwärtsverlagerung. Reposition und Retention in der anteflektierten Stellung unterstützt den Prozeß der Involution, aber heilt keineswegs immer die Verlagerung für die Dauer.

Lebensfähigkeit des B. acidophilus und bulgaricus im menschlichen Darm. Zweijährige Studien umfassen 12 Versuche, in denen als Kontrollen süße und durch Str. lacticus gesäuerte Milch, sodann Milch als Testdiät verwandt wurde, die durch verschiedene Stämme des typischen B. bulgaricus, durch Stämme des typischen B. acidophilus und durch ähnliche zwischen diesen beiden stehende Stämme gesäuert war. Es geht aus den Versuchen hervor, daß die für therapeutische Zwecke benutzten Acidophilusstämme sorgfältige Prüfung erfahren müssen, denn die Wirkung der Acidophilusmilch hängt davon ab, ob sie mit der Kultur eines typischen B. acidophilus oder eines nur ähnlichen Keimes bereitet ist. Im allgemeinen kann man sagen, daß ein Keim der Laktobazillusgruppe, der eine typische Kolonie auf Agar bildet, aber nicht Maltose und Sukrose fermentiert, im Verdauungskanal nicht lebensfähig bleibt. Aber nicht jeder Keim dieser Art, der Maltose fermentiert, bleibt notwendigerweise im Darm lebensfähig. In der gleichen Art, wie zwischen den verschiedenen Keimen der Paratyphusgruppe, gibt es auch unter den nahe verwandten Stämmen, die sich vom typischen B. acidophilus bis zum typischen B. bulgaricus erstrecken, geringfügige Unterschiede, die eine Differenzierung gestatten. Für die Acidophilus-Milchtherapie darf nur ein typischer Stamm verwandt werden, der sich im Darm entwickelt und in den Faeces lebensfähig bleibt. Grampositive Keime, die Laktose und andere Zuckerarten unter Säure- und bisweilen Gasbildung fermentieren, aber solide Kulturen auf Agar bilden, können nicht als typische Acidophilus- oder Bulgaricusbazillen gelten. Verf. bestätigt Befunde von anderer Seite, daß B. bulgaricus bis auf einige seltene Ausnahmen sich nicht im Darm entwickelt oder dort lebensfähig bleibt. Bei der Beurteilung, ob Keime der Laktobazillusgruppe sich für therapeutische Maßnahmen eignen, darf man nicht Schlüsse allein aus Laboratoriumsuntersuchungen ziehen. Die wirksamste Kultur ist in jedem Falle eine solche mit allen Merkmalen eines typischen B. acidophilus menschlichen Ursprungs, und ihre Wirksamkeit soll zuvor bei normalen Personen bestimmt werden. Der typische B. acidophilus ist grampositiv, unbeweglich, produziert in sterilisierter Milch nach 24stündiger Inkubation bei 37° bei Zusatz von 3 bis 5% einer lebensfähigen Milchkultur eine milde Säure (0,7 bis 0,8% titrierbare Säure). Er bildet auf Kasein-Galaktose-Agar seeigelartige Kolonien. Er fermentiert Glukose, Galaktose, Laktose, Lävulose, Sukrose, Maltose mit Säure-, aber ohne Gasbildung. Der typische B. bulgaricus ist grampositiv, nicht beweglich, gibt ähnliche Kolonien, entwickelt aber in Milch unter den gleichen Verhältnissen bei Zusatz von nur 1% der Kultur 2 bis 3% titrierbare Säure und fermentiert nur Glukose, Galaktose, Laktose unter Säurebildung. Andere Keime der Gruppe zeigen Verwandtschaft zu beiden obigen, fermentieren Maltose und Sukrose, bilden ähnliche Kolonien, aber entwickeln beträchtliche Säure in Milch auch nach ganz geringem Zusatz.

Wirkung und klinische Anwendung von Ephedrin. Ephedrin und Adrenalin sind chemisch und physiologisch verwandte Substanzen. Als blutdrucksteigerndes Mittel ist das erstere weniger wirksam als Adrenalin, seine Wirkung ist aber anhaltender. Die in China seit 5000 Jahren gebrauchte Droge ist stabiler, weniger toxisch, wird bei innerlicher Darreichung resorbiert und aus einer in China weitverbreiteten Pflanze ma huang gewonnen. Es zeigte sich nach lokaler Applikation bei chronischen Kongestionszuständen der Nase, bei hypertrophischer Rhinitis und Heufieber sehr wirksam. Vielversprechend war seine Wirkung beim Asthma, dagegen enttäuschte es als Stimulans der Blutzirkulation. Es versagte ganz bei chronischer Hypotension und bei akuten Herzgefäßkrisen. Es zeigte sogar eine Tendenz, auf das Herz depressorisch zu wirken, die durch vorangehende Adrenalingaben und NaCl-Infusion oder Bluttransfusion verhindert wird. Ephedrin in Kombination mit Adrenalin verlängert die Wirkung des letzteren. Es darf nie in Fällen von schwerem Schock intravenös gegeben werden. Wirkungsvoll ist es in der Behandlung von Anaphylaxie, Urtikaria und als respiratorisches Stimulans bei narkotischen Vergiftungen. Bei experimenteller Morphiumintoxikation wirkte es besser als jedes andere Mittel. Alle diese Resultate wurden mit dem schwefel- oder salzsaurem Ephedrin erzielt, das nach der Methode von Chen durch das Ammoniak-Chloroformverfahren aus der Pflanze isoliert wurde. Die Pflanze enthält noch andere isomere Alkaloide (Pseudoephedrin, Methylmydriatin), deren physiologische Wirkungen voneinander differieren. Ein englisches Ephedrin erwies sich als ganz wirkungslos. In der Aussprache bestätigen Rowntree und Brown aus der Mayo-Klinik die blutdrucksteigernde Wirkung um 25—30 mm Hg bei 14 Fällen Addisonscher Krankheit, jedoch blieb eine entsprechende Besserung des Krankheitszustandes aus. Auch bei essentieller Hypotension und chronischer Erschöpfung hatten sie bei Dosen von 0,1—0,15 g pro Tag Blutdrucksteigerung, aber ohne wesentliche Besserung des Zustandes. Bei Asthma trat in 50% der Fälle für 3—8 Stunden Erleichterung ein.

Hautproben bei Masern. Hautproben mit getöteten Kulturen des Masern-Diplokokkus ergaben bei Personen ohne Masern-Anamnese 100% positive Reaktionen, bei solchen, die Masern überstanden hatten, nur 4%. Das intrazelluläre Toxin wurde bei masernempfindlichen Personen durch Rekonvaleszenten-Masernserum neutralisiert. Birkefeld W. Filtrate von Maserndiplokokken-Kulturen zeigten gar keine Reaktionen. Da die Filtrate von Kulturen stammten, die Aszitesflüssigkeit Erwachsener mit Masern-Vorgeschichte enthielten, war die Möglichkeit der Neutralisierung nicht ausgeschlossen. In der Tat gaben Filtrate von 6- oder 7 tägigen Kulturen in 1% Schafblut + 0,2% Dextrose-Bouillon Reaktionen, jedoch nur bis 50% von Personen ohne Masernanamnese. Das intrazelluläre Toxin ist sehr erheblich wirksamer bei empfänglichen Personen, da es etwa zweimal soviel positive Reaktionen gibt, als das extrazelluläre.

Rontal.

Medical Journal and Record.

Nr. 3, 4. August 1926.

Allergie. Robinson.
Divertikel der Kardia. Pearlstein.
Diagnostische Bedeutung der Hypoazidität. Sager und Hartmann.
* Gallensteine. Kellog.
Rejuvenation. Thewlis.
Die der zweiten Dekade eigentümlichen Epipyhsenaffektionen. Balenzweig.
Behandlung der Epileptiker Clark.
Kommentare zur Pädophilie. Hadley.
Behandlung der Psychoneurosen. Dudley.

Gallensteine. Von Komplikationen ist namentlich der Gastro- und häufiger der Pylorospasmus zu erwähnen. Ebenso Adhäsionen, die den Pylorus obstruieren. Sekretorische Veränderungen: bei sthenischen Personen mittleren Alters findet man oft Hyperchlorhydrie, später Verminderung, bis zum Verschwinden. Obstruktion des Duodenums und dadurch duodenale Stasis und Toxämie. Fisteln zwischen Gallenblase und Duodenum. Von intestinalen Komplikationen findet man häufig akute oder chronische Appendizitis, entweder hämatogen oder lymphogen oder auf dem gemeinsamen Boden der Stasis und Infektion im rechten Kolon. Leukozytose spricht eher für den Appendix. Differentialdiagnose oft schwer. Auch der Schmerz der Kolitis kann Cholezystitis vortäuschen. Obstruktion durch Gallensteine gewöhnlich an der Ileokoekalklappe. Fisteln zwischen Gallenblase und Kolon. Pankreatitis 141 mal in 2200 Fällen. (Durch Lymphangitis.) Karzinom wurde von Schröder bei 141 Autopsien mit Gallensteinen 20 mal gefunden, von Keay 14 mal bei 149 Gallensteinen. Behandlung: innere ist indiziert, wenn einer oder mehr Anfälle von katarrhalischem Ikterus vorkamen, prophylaktisch: nach Operationen mit nachfolgenden unbestimmten Symptomen, bei Aelteren und wenn die Operation riskant ist (hoher Blutdruck, vorgeschrittene Herz- und Nierenleiden, drohende Apoplexie). Normale Galle ist das beste Lösungsmittel: also 4—5 kleine Mahlzeiten täglich, etwas Milch in der Nacht. Ein Glas Beeftea abends vor der Ruhe: mächtiges Gallenstimulans. Nahrung, die reich an Cholestearin und die leicht fermentiert, ist zu vermeiden. 2 Glas warmes Wasser 1 Stunde vor der Mahlzeit zur Verdünnung der Galle. Keine Drastika. Karlsbader Salz. Glyzerin ist ein mächtiges Cholagogum, bes. bei der Kolik; rein neutral ¾—1 Unze (20—30 ccm) können den Anfall beenden, in alkalischem Mineralwasser. Olivenöl vermindert die Hyperchlorhydrie und reizt den Gallenfluß. Ebenso Natriumsalizylat, die Gallenblase, Merkurialia, medizinische Seife, Podophyllin. Duodenalirrigationen, im Anfall Morphium mit Atropin, vorsichtig Chloroforminhalationen. Einlauf von Antipyrin und Opium.

Epileptische Anfälle begünstigende Faktoren. Analyse von 200 Fällen. In 40 Fällen war die Ursache Unstimmigkeit im Gastrointestinalapparat, Konstipation, Diarrhoe, Gasbildung. In 10 Fällen waren N-haltige Nahrungsmittel, Fleisch, Eier, Fisch die Ursache. Hier war die individuelle Empfänglichkeit sehr verschieden: in einem Fall keine Wirkung, im anderen 1—3 Stunden nach der Aufnahme. In all diesen Fällen kein pathologischer Zustand des Darmkanals. In 200 Fällen chronische gastrointestinale Störungen, wie Magendilatation, Enteritis, Hyper- oder Hypochlorhydrie. In solchen Fällen führt fehlerhaft kombinierte Nahrung zu Fermentation. Putrefaktion, lokalen Störungen mit und ohne Schmerzen. Auch intestinale Parasiten kommen in Betracht. Zu diesen im wesentlichen toxischen Fällen kommt noch die auslösende Wirkung des Alkohols. Sicherlich reizen die Stoffwechselstörungen die chemischen gasförmigen oder flüssigen Stoffe, die dabei gebildet werden, das Gehirn: die epileptischen Anfälle sind dann eine anaphylaktische Krise, wobei abnorme Proteine in den Körper gelangen. Dann kommt ungewöhnliche physische Ermüdung in Frage; in 8 Fällen traten die Anfälle meist nach des Tages Arbeit auf, wenn diese außergewöhnlich ermüdend war, an Feiertagen mit anstrengenden Spaziergängen. Vielleicht durch schädliche Stoffwechselprodukte oder Störung der inneren Sekretion via Blutlauf zur Gehirnrinde. 12 Epileptiker standen im Jünglingsalter und waren unterernährt.

In 12 Fällen löste ungenügender Schlaf die Anfälle aus. Durch Schlafmittel waren sie zu verhindern. Bei 10 weiblichen Patienten löste Wetteränderung, Sturm und Regen, Anfälle aus: sie legten sich jedesmal zu Bett, um Verletzungen vorzubeugen. Vielleicht besteht hier eine Analgie mit der Rückenmarkskongestion bei der Caissonkrankheit: Das periphere Blut wird durch den hohen Druck ins innere, bes. ans Nervensystem getrieben, in die Hirnrinde. Bei 17 männlichen Patienten trat nach physischer Anstrengung, beim Heben einer schweren Last, Abwärtsbeugen des Kopfes Gesichtsrötung und ein Anfall auf. Auch hier Reizung der Rinde durch passive Kongestion. Bei 17 Patienten waren Veränderungen des zerebrospinalen Drucks die Ursache; nach jeder Lumbalpunktion, aber auch nach lumbalen Injektionen. Bei 30 Fällen spielten Traumen die auslösende Rolle. Es sind hier nicht die bekannten Folgen von Schädigung des Gehirngewebes gemeint, sondern unbedeutende Unfälle, Fall aufs Pflaster, eine Treppe herab, Verstauchung eines Fußgelenks, Bruch des Handgelenks. Plötzliche Veränderungen des intrakraniellen Drucks, Zirkulationsstörungen, plötzliche endokrine Ausladungen sind die Ursache vielleicht. All diese Ursachen sind nur begünstigende Faktoren; es liegt eine gewisse Empfänglichkeit der Kortikalzellen in morphologischer oder biochemischer Hinsicht vor, wobei hereditäre und kongenitale Verhältnisse die Hauptrolle spielen mögen. Die epileptische Reaktionsfähigkeit.

Nr. 4, 18. August 1926.

Die Natur der Bösartigkeit. Adami.
Epiphysenaffektionen der zweiten Dekade. Balenzweig.
◆ Statistisches über den diagnostischen Wert der Hyperchlorhydrie. Sager und Hartman.
◆ Behandlung der Konstipation. Kellog.
Hypoglykämische Reaktionen während der Insulinbehandlung. Greaves.
Behandlung des Epileptikers. Clark.
Die Pathologie bei der Verhütung der Kinderkrankheiten. Lewis.
Falsche Ernährung der Kinder. Mills und Goldberg.
Die Pflege des zu früh Geborenen. Bradley.
◆ Essentielle oder erworbene Hypotonie bei Kindern. Sobel.

Statistisches über den diagnostischen Wert der Hyperchlorhydrie. Der Grad der Magensäure ist für keine Krankheit pathognomonisch; jedoch kommt perniziöse Anämie nie in Gegenwart von HCl vor und Magensyphilis auch Duodenalgeschwür selten bei Abwesenheit von freier HCl. Der größte diagnostische Wert der Kenntnis des Grades der Azidität liegt in der Suggestion, daß bei einem hohen Prozentsatz von Karzinom Anazidität gefunden wurde, selten Hypochlorhydrie und Hyperazidität und in der progressiven Zunahme des Vorkommens von Duodenal- und Magengeschwüren mit der Zunahme der Magensäure.

Behandlung der Konstipation. Sie ist das häufigste Leiden in jedem Alter, namentlich bei sitzender Lebensweise. Auch im vorgerückten Alter von Bedeutung, weil vorzeitiges Altern und andere Erscheinungen auf die Toxämie der Konstipation zurückzuführen sind. Wesentlich ist die Gewöhnung an eine bestimmte Zeit und gründliche Entleerung. Es handelt sich dabei nicht um eine Krankheit, sondern um ein Symptom, das unter ganz verschiedenen Bedingungen zustande kommt. Diarrhoe ist oft nur verschleierte Konstipation: die häufigen Entleerungen stellen einen Versuch dar, reizenden Inhalt zu entleeren. In erster Linie kommt die Nahrung als Ursache in Frage. Sie kann zu wenig Masse und reizende Stoffe enthalten oder an sich verstopfend wirken, wie mageres Fleisch, Milch, Käse, Kakao. Ferner Einnahme von zu wenig Flüssigkeit oder von Wasser, das reichlich Eisen oder Ca-Salze enthält. Also entsprechende Diät: laxierende Nahrung, Früchte oder stimulierende, wie Schwarzbrot, grüne Gemüse, die eine gewisse Masse hinterlassen, Butter, Speck, die die Fäzes erweichen, kaltes Wasser oder Kaffee, die die Peristaltik fördern. Eine weitere Ursache ist der verpaßte Reiz, die Verstopfung aus Gewohnheit.

Als lokale Manifestation einer allgemeinen nervösen Spannung findet man einen tonischen Spasmus im Kolon oder Rektum mit Atonie des Cöcums und Colon ascendens. So bei Hämorrhoiden, Fissur, Kolitis oder Hyperästhesie. Keine Drastika, keine mechanisch reizende Nahrung. Oel, Milch mit Magnesia, bes. wenn es sich um Uebersekretion im Magen handelt. Atropin. Agar-Agar.

Atonische Konstipation bei allgemeiner Asthenie, exzessivem Gebrauch von Einläufen, Kathartizis oder fermentierender Nahrung. Oft das Endstadium anderer Formen von Konstipation. Hier mechanisch reizende Nahrung, Uebungen, die die Bauchmuskulatur kräftigen, Tonika, Strychnin usw. In manchen Fällen ist auch Hypophysisextrakt von Wirkung.

Mechanische Ursachen. Von Geburt an bestehende Defekte, degenerative Veränderungen des Alters, sitzende Lebensweise, Entzündungen. Oft ein Lebensproblem. Zunächst an der Ileokolekalverbindung, Dilatation, Knickungen, Adhäsionen, Appendizitis, Insuffizienz der Ileozoekalklappe. An der Flexura hepatica. In beiden Fällen kann die Gasauftreibung zu Schmerzen führen. Haben die Fäzes diese Stelle passiert, wesentliche Erleichterung. Prolaps des Colon transversum nach Beckenoperationen, wenn Netz oder Kolon mit der Narbe durch Adhäsionen verbunden sind. Dann Schmerzen, ziehende Sensationen bei Druck. Aehnliche Verhältnisse an der splenischen Flexur und am Sigmoid. Am Rektum: Striktur, Entzündung, Hämorrhoiden, Druck durch eine vergrößerte Prostata, Neubildungen, Uterus, Beckenentzündung. Hier löst meist Röntgen die diagnostische Frage. Hier ist wohl Nahrung mit Schlacken zu empfehlen, aber wegen der Putrefaktion und Gärung keine Proteinnahrung, sondern Kohlehydrate. Also Cascara oder andere peristaltische Stimulantien, Ichthyol, Laktose, Hefe, Einführung des Bazillus acidophilus oder bulgaricus. Wöchentlich ein- bis zweimal Rizinus, Einläufe.

Tabak ist für manche Leute ein Laxans. Früchte wirken besser, wenn sie mit anderer Nahrung zusammen genommen werden. Grüne Gemüse wirken durch den mechanischen Reiz ihrer Schlacken und wie Früchte durch ihre laxierenden Salze.

Essentielle oder erworbene Hypotonie bei Kindern. 1. Kongenital: Myatonia congenita Oppenheim. 2. Essentiell oder primär: individuell und familiär. 3. Metabolisch: Rachitis. 4. Neurologisch und myopathisch: Poliomyelitis, multiple Neuritis, muskuläre Atrophie und Dystrophie, Friedreichs Ataxie. 5. Endokrin: Subinvolution der Thymus, Kretinismus, Mongolismus?, Adipositas. 6. Zerebral: Imbezillität, Idiotie, amaurotische familiäre Itiotie, zerebrale Mißbildung und schlechte Entwicklung, zerebrale schlaffe Lähmung. 7. Funktionell: Chorea. 8. Durch die Ernährung bedingt: Ernährungsstörungen, chronische Infektion, lange Krankheiten und schlechte Rekonvaleszenz.

Nr. 5, 1. September 1926.

Theorien über das Sehen und Farbensehen. Edridge-Green.
Hüftfrakturen bei Erwachsenen. O'Ferrall.
Funktionsstörungen nach Frakturen. Cohn.
◆ Jod gegen Scharlach. Novack:
◆ Neurasthenie. Wright.
Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre. Einhorn.
◆ Rektale Ernährung. Drueck.
◆ Die Rolle der Infektionen in der Proktologie. Yeomans.
Die rektalen Krankheiten in Amerika. Montague.

Jod gegen Scharlach. Jod in kolloidaler Form, möglichst früh bei Scharlach gegeben, hat beinahe eine abortive Wirkung. Aber auch wenn der Ausschlag schon 1—2 Tage bestand, trat eine intensive Wirkung auf: Zunahme der Drüsenschwellung, der Temperatur und des Pulses, aber nur vorübergehend. Als Prophylaktikum hat es sich ebenfalls bewährt. Keine Nierenreizung, wie man erst annehmen sollte. Die Absicht ist, eine volle Sättigung mit Jod zu erreichen und dann allmählich nachzulassen, wenn sich die Symptome bessern. Medikation: 1 Drachme (= 1,7 g) alle ¼ Stunden, im ganzen 8 Dosen; am zweiten Tag dieselbe Dosis alle 1—2 Stunden. Am dritten Tag alle 3 Stunden. Dann nach einigen Tagen, etwa am siebenten Tag nachlassend ½ Drachme. Diese Dosierung gilt für jedes Alter. Keine toxischen Phänomene. In allen Fällen, wo Nierenreizung vorlag, ehe J gegeben wurde, klärte diese in kurzem völlig auf. Aufs Herz außer einer milden Stimulation keine Wirkung. In Fällen, in denen J früh gegeben wurde, milde Reaktion: leichte Akzentuation des Ausschlags, leichte Temperaturerhöhung, mäßige Vergrößerung der Mandeln und Zervikaldrüsen, was sich aber bei Fortsetzung der Medikation in wenigen Tagen besserte. Keines der Symptome trat von neuem auf. Waren Komplikationen schon aufgetreten, so erfolgte erst eine starke Betonung dieser und des Fiebers; z. B. starke Drüsenschwellung; es kam aber selten zu Eiterung. Dies schwand aber mit der Fortsetzung und dem allmählichen Heruntergehen der Medikation. Bedeutende Abkürzung der Behandlung. Material: 269 Fälle.

Neurasthenie. Unter Neurasthenie wird verschiedenes zusammengefaßt: bestimmte physikalische Krankheitseinheiten mit einer Summe von Symptomen neurasthenischen oder neurotischen Charakters; dann Gewohnheitsfaktoren oder physiologische Ursachen mit Bezug auf die Lebensführung, Essen, Trinken usw.; psychologische Ursachen, häusliche Verhältnisse, Beruf, Umgebung usw.; und endlich Frühstadien bestimmter Psychosen, allgemeiner Paralyse, manische Depression, Schizophrenie usw. Vor allem wichtig ist hier eine gute Anamnese, die das ganze Individuum erfaßt mit seinen physikalischen psychologischen und äußeren Komponenten. Hier muß die Bedeutung der somatischen Erscheinungen richtig gewürdigt werden, ferner solcher Krankheiten, die für neurasthenische Erscheinungen in Frage kommen. Also Tuberkulose, Malaria, Hyperthyreoidismus, fokale Infektionen (Zähne, Mandeln, Sinus), die so oft neurozirkulatorische Erscheinungen zeitigen und damit Ermüdung usw. Ferner Nephritis, sekundäre Anämie, Syphilis, perniziöse Anämie, intestinale Amöbiase.

In die zweite Kategorie der Kranken gehören die, die aus Ehrgeiz oder sonst welchen Ursachen zu schnell leben und die richtige Umkehr davon nicht finden können. Erfolg: Uebermüdung, Unruhe, Alkohol, Stimulantien. Auch falsch oder ungenügend befriedigte Sexualität kommt in Frage.

Hinter jeder Neurose steht ein innerer psychologischer Mechanismus und gewisse spezifische psychogenetische Symptome stehen als Landmarken am Wege der Anamnese. Wenn die physikalische Untersuchung nichts Positives ergab. Hier ist in erster Linie die Furcht zu erwähnen. Allgemein oder speziell vor etwas; ein Zeichen, daß irgendetwas Persönliches in des Patienten Gegenwart oder nächster Zukunft nicht stimmt. Nicht immer liegt eine frühere mißliche Erfahrung vor: oft ist die Furcht, dies oder jenes zu tun nur ein defensives oder kompensatorisches Symbol. Dann ist sie hysterischer Basis. Die allgemeine Furcht ist oft Ausfluß einer Entschlußlosigkeit in einer Frage des Berufs, einer Ortsveränderung, die wochenlang erwogen, zu Schlaflosigkeit, Appetitverlust und durch Störung des autonomen Systems und der inneren Drüsentätigkeit zu Blutdrucksteigerung führen kann. Sowie die Entscheidung, oft durch einen anderen gefallen ist, sind die Symptome magisch verschwunden. Bei der manisch depressiven Psychose tritt das Ermüdungssyndrom schon früh auf in Form einer Anhedonie, eines Mißvergnügens an den gewohnten Interessen, eine Art Indifferenz, Stimmungen, die wechseln mit einer milden Ueberaktivität und einer kurzen Euphorie, was Monate vor dem Auftreten der Psychose in Erscheinung treten kann. Der Schlaf ist dabei nicht normal. Bei der Paralyse kann schon früh ein ängstliches ruheloses Gebaren ohne extravagantes Gebaren, aber mit einer gewissen Minderung der geistigen Tätigkeit (Geistesabwesenheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Verminderung des ästhetischen und moralischen Empfindens), Sprach- und Schreibstörungen auftreten, lange bevor Pupillen- und Reflexveränderungen nachzuweisen sind.

Bei der Dementia präcox ist die Differentialdiagnose mit Psychasthenie oder Neurasthenie manchmal unmöglich. Jedoch findet man lange vor Veränderungen in des Patienten Verhalten nach außen Mängel an Urteilskraft, Unfähigkeit, sich mit den gewöhnlichen Schwierigkeiten auseinander zu setzen. Schwanken von einer Position in die andere bei den geringsten Schwierigkeiten. Mißachtung für eingegangene Verpflichtungen. Später hört jede Tätigkeit auf und der Kranke ist nicht mehr so zugänglich wie der Neurastheniker: er lebt in seinen Phantasien und Tagträumen. Bei beiden findet man kalte zyanotische Extremitäten, übertriebene Reflexe, viszeroptotischer Habitus und andere Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit, aber die physikalische und neurologische Untersuchung gibt keine Differentialdiagnose: nur die Zeit. In der Anamnese ist nur wichtig, daß der Hebephreniker vorher sich einer durchschnittlichen Gesundheit und Tätigkeit erfreute, während der Neurastheniker immer asthenisch war.

Gibt es nun ein Mittel, um zwischen reiner oder vorgetäuschter Asthenie zu unterscheiden? Dies kann wichtig werden bei Fällen aus der Versicherung, bei Renten, bei posttraumatischen Fällen. Hier hilft die Prüfung des Zustandes des Nervensystems und bes. des vasomotorischen und sympathischen. Der Unterschied im Stehen und im Liegen. Nach Mevlan ist ein Puls von 40—80 in horizontaler Lage von 50—90 im Stehen normal. Wichtig ist die Zunahme des Pulses beim Uebergang ins Stehen und die Zeit, in der der Puls nach der Belastung wieder zur Norm zurückkehrt. Erhöhter Puls, abnehmender systolischer Blutdruck im Stehen nach Ruhelage deutet auf einen irgendwie geschwächten Organismus. Der Patient liegt mit laxen Muskeln 5 Minuten. Dann Puls und systolischen Druck messen: ersteren eine volle Minute. Dann aufrechtstehen für 2 Minuten und wieder messen. Dann fünfmal in 15 Sekunden auf einen ca. 50 cm hohen Schemel steigen und sofort darnach den Puls messen. Späterhin, wenn Beruhigung nicht eingetreten, immer in Zwischenräumen von 30 zu 30 Sekunden. Schneider, der Erfinder dieser Methode, hat hier ein umständliches Punktsystem eingeführt. Einfacher und ein ähnliches Resultat ergebend ist die vom Ref. geübte Methode: Messung von Puls und Atmung, ersteren von 5 : 5, letztere von 15 : 15 Sekunden im Liegen, dann im Stehen und dann nach zweimal tiefen Kniebeugen und Feststellung der Zeit bis für beide Beruhigung eintritt. In normalen Fällen entspricht die Reihe des Pulses so ziemlich der der Atmung.

Rektale Ernährung. Man kann mit ziemlicher Sicherheit sagen, daß man im Durchschnitt einen Patienten mit Kolonfütterung erhalten kann. Die Absorption findet im allgemeinen wohl im Kolon statt: Eindringen in den Dünndarm durch die Bauhinsche Klappe ist wohl die Ausnahme. Den Einlauf muß der Arzt selbst machen, das Rektum muß frei von Fäzes und Schleim sein, jede Reizung desselben muß rasch beseitigt werden; Quantität und Qualität der eingeführten Nahrung sind sorgfältig zu überlegen, um Peristaltik zu verhindern. Indikationen: Jede Obstruktion des Nahrungskanals durch Neubildungen, Entzündungen, Fremdkörper infolge von Krankheit oder Giften, Unfähigkeit zu schlucken bei Koma, Delirium, postdiphtheritischer Lähmung, Weigerung bei Geisteskranken; wenn bei Magenstörungen, Ulkus, Krebs, akuter Gastritis der Magen Ruhe haben soll, beim Erbrechen der Schwangeren, bei Strikturen des Verdauungskanals über dem Kolon und endlich bei schwacher Verdauung und zunehmender Abmagerung. Einführung eines nicht zu festen Schlauchs, nicht mit Glyzerin gefettet, weil dies reizt.

Im allgemeinen führte man 15—20 cm tief ein; bei tieferem Einführen knickt leicht das Rohr, und es kommt infolge des Reizes der Ausdehnung zur Entleerung. Zu tief eingeführte Nahrung geht nicht durch die Leber aus anatomischen Gründen. Richtige Körperwärme, um Austreibung zu verhüten. Luft oder zu rasche Injektion reizen die Peristaltik. 1 Stunde vor der Morgenfütterung Ausspülung mit Normalsalzlösung mit doppelläufigem Katheter oder bei Schleim mit 2 Teelöffel voll Natronbikarbonat oder bei Rektumreizung mit einer gesättigten Borlösung. Die Ausspülungen haben am besten ebenfalls Körpertemperatur. So reizen sie am wenigsten. Wenn das Rohr den Sphinkter passiert hat, etwas Ruhe zur Beruhigung. Nach dem Einlauf das Rohr abdrücken, langsam zurückziehen. 1 Stunde Bettruhe mit Ablenkung durch Unterhaltung usw. Der Einlauf sei langsam 10—15 Minuten. Unter günstigen Verhältnissen alle 4 Stunden.

Die Rolle der Infektionen in der Proktologie. Breit gesprochen gibt es zweierlei Infektionen, solche, die die Darmwandung allein betreffen und solche, die darüber hinausgehen. Bei der Bazillenruhr verschwinden die Ruhrbazillen unter dem Einfluß des Fiebers und die gewöhnliche Darmflora kann die durch die Ruhr gesetzten Veränderungen sekundär infizieren. Bei der Tuberkulose ist der Hauptsitz des Zökum und beim Erwachsenen praktisch immer sekundär einer Lungenaffektion. Röntgen: rapide Entleerung des Zökums im Anfangsstadium, später langsame, wenn die Darmwandung entzündlich verdickt ist. Im Rektum: Stenose oder Hyperplasie, Tuberkulom, kann mit Kanzer verwechselt werden. Im perirektalen Gewebe der kalte Abszeß mit der tuberkulösen Fistel. Syphilis: in der Hauptsache die tertiären Manifestationen in der Form von Uleris mit Infiltrationen, später Strikturen. Auch im Kolon. Gonorrhoe: kann durch zu energische Irrigationen in höhere Regionen übertragen werden. Die Anamnese, der atonische Analkanal und der rahmige Eiter bestätigen die Diagnose. Ulzerative Kolitis kommt vor bei Amöben- und Bazillenruhr. Auch der Kolibazillus, Streptokokken u. a. spielen eine Rolle dabei. Der Einfluß von Stoffwechselstörungen, Avitaminosen ist dabei noch nicht ganz geklärt. Das Bild ist, gleichgültig durch welche Infektion bedingt, schließlich immer dasselbe. Beginn im Rektum, Ausbreitung ins Kolon. Bei der Amöbenruhr und der chronischen ulzerativen Kolitis braucht die Heilung Jahre und dann ist immer noch Ueberwachung nötig. Es kommt nicht selten zu Adenomen, die sich aber selten zu Adenokarzinomen entwickeln. Deshalb aber Lokalinspektion nötig. Hauptextraintestinale Komplikation: der seltene Leberabszeß. Die hämorrhagische Koloproktitis ist ätiologisch noch nicht geklärt: sie kann zu Abmagerung, Schwäche und Anämie führen und letal enden. Differentialdiagnose: Amöben-Bazillenruhr, multiple Adenome des Kolon, Neubildung. Ferner sind die verschiedenen Protozoen zu erwähnen. Aktinomykose: der gewöhnliche Sitz im Zökum, von dort Weiterverbreitung durchs Blut, nicht durch die Lymphgefäße. Divertikulosis und Divertikulitis: meist im Sigmoid, selten im Rektum, sind Divertikel zunächst harmlos, bis die Mündung sich verengert und es zur akuten Divertikulitis kommt, die unter den Symptomen der akuten Appendizitis verläuft. Bei chronischem Verlauf kann sie eine Neubildung vortäuschen. Endlich lokale Infektionen durch harte Kotballen, Fremdkörper, Fischgräten, Instrumente usw., auch durch Prostatamassage, Fissuren, auch Abszesse. Die gefährlichsten sind die pelvirektalen Abszesse über den Levatores ani. Können einen Prostataabszeß vortäuschen.

v. Schnizer.

The American Journal of the Medical Sciences.

172., Nr. 3, September 1926.

❖ Pankreaszysten mit Bericht von 7 Fällen. Friedenwald und Cullen.
❖ Die Gewinnung und klinische Anwendung von Scharlachantitoxin. Anderson und Leonard.
Die Eigenschaften des „Mercurochrome - 220 Soluble". Davis.
Myokardinsuffizienz als Folge arteriellen Hochdrucks, ihre Verhütung und Behandlung. Duncan und Rudy.
❖ Diagnostische Irrtümer, beobachtet in einem Krankenhaus für weit fortgeschrittene Tuberkulose. Hableston.
❖ Pellagra. Sutton.
Die relative Bewertung der Röntgendurchleuchtung und der physikalischen Symptome bei der Diagnose und Behandlung der Lungentuberkulose. Fales.
Diabetesdiät für Kinder in verschiedenen Kliniken, zusammengestellt aus 532 Berichten. Gray.

Die chronische harte Thyreoiditis (Riedel-Struma). Smith und Clute.
Hämangiom der Speiseröhre. Vinson, Moore und Bowing.
Prodromalsymptome der Angina pectoris. Kahn.
Die rektale Darreichung von Epinephrin. Heim und Menninger.

Pankreaszysten. Die ätiologisch vielseitige, zystische Degeneration des Pankreas ist eine schwer erkennbare und ziemlich seltene Erkrankung. Die differentialdiagnostische Beurteilung der Erkrankung bietet ebenfalls oft solche Schwierigkeiten, daß nur die chirurgische Exploration die Diagnose sichern kann. Die Verfasser raten trotzdem, die Pankreaszysten mit in den Kreis der Erwägungen bei Erkrankungen des linken Oberbauches zu ziehen. Bei der Röntgendurchleuchtung des Magens findet sich häufig ein Füllungsdefekt. Die einzige therapeutische Methode ist die Frühoperation, entweder als Exstirpation der Zyste oder als Drainage. Maligne Degeneration ist nicht selten, was die Verfasser an drei von sieben Fällen beobachten konnten.

Die Gewinnung und klinische Anwendung von Scharlachantitoxin. Die Verfasser stellen das Antitoxin durch Pferdepassage mit filtriertem Toxin her. In entsprechenden Dosen angewandt, hat es eine prophylaktische Wirkung. Auch zur passiven Immunisierung kann es gegeben werden. Für die Therapie bedeutet es einen großen Fortschritt.

Diagnostische Irrtümer, beobachtet in einem Krankenhaus für weit fortgeschrittene Tuberkulose. Als Tuberkulose wurden diagnostiziert: chronische Bronchitis, Lungenabszeß, Bronchopneumonie, Bronchiektasie, Aneurysma, Kehlkopfsyphilis, Asthma bronchiale, Endokarditis, in die Pleura und einen Bronchus durchgebrochener Leberabszeß, typhöses Fieber, traumatischer Pneumothorax, lobäre Pneumonie, Herzfehler etc. Verf. beschreibt ausführlich, wieso in diesen Fällen eine Tuberkulose angenommen wurde, den Befund und die Rektifizierung der Diagnose.

Pellagra. Der Verfasser hält Pellagra nicht für eine einfache Avitaminose wie Beri-Beri oder Skorbut, sondern nimmt eine infektiöse Natur des Leidens als ziemlich sicher an, wodurch der befallene Patient für Sonnenlicht hypersensibilisiert wird. Er bestreitet, daß Pellagra eine „Tropenkrankheit" ist, da sie überall, in jedem Alter und bei jedem Geschlecht vorkommen kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

American Journal of Ophthalmology.

Juli 1926.

Angioskotometrie. Evans.
* Bindehautverletzung mit dem Stachel einer gewöhnlichen Klette. Munk.
* Traumatische Netzhautablösung. Beard.
Metastatisches Karzinom der Chorioidea. Clapp.
Enukleation in Lokalanästhesie. Rodin.
Gefäßneubildung im Glaskörper. Scarlett.

Bindehautverletzung mit dem Stachel einer gewöhnlichen Klette. Stacheln der Klette sind in den Vereinigten Staaten ein häufiger Fremdkörper im Bindehautsack. Sie machen oberflächliche Verletzungen der Hornhaut und da sie mit zahlreichen Widerhaken besetzt sind, setzen sie sich in der Konjunktiva fest und verursachen stärke Reizungen bis zur Bildung von Lidabszessen und Chalazion ähnlicher Knoten. In späten Stadien kann daher die ursächliche Diagnose Schwierigkeiten machen.

Traumatische Netzhautauslösung. Verf. beschreibt einen der seltenen Fälle von (anscheinend) rein traumatischer Netzhautablösung. Nach einer Kontusion des Auges mit einem Schlagball trat eine zunehmende Sehverschlechterung auf. Nach 2 Monaten bestand nur noch Lichtscheinempfindung. Nach etwa 1 Jahre trat ein akuter Glaukomanfall auf. Durch Tridektomie konnte der Druck reguliert werden. Die Netzhaut war vollkommen abgelöst.

August 1926.

* Raynaudsche Krankheit mit Augenkomplikationen. Appelbaum und Lerner.
Sympathische Ophthalmie. Key.
Einseitige sympathische Ophthalmie. Higbee.
Vertikalnystagmus mit Fiktionseigentümlichkeiten. Perkins.
* Eine neue Enukleationsmethode. Krauss.
Besondere Glaukomfälle. Hary.
Ektropiumoperation. Vernon.
* Operative Behandlung des Schielens. Lowell.
Einseitige Farbenblindheit. Bonner.

Raynaudsche Krankheit mit Augenkomplikation. Bei einem 45 jährigen Mann, der vom 12.—19. Lebensjahre an Malaria gelitten hatte, traten gleichzeitig mit den ersten Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit Migräneanfälle, vorübergehende Sehstörungen und Gedächtnisschwäche auf. Es kam zur trockenen Gangrän der Endphalangen. Am Augenhintergrund fand sich ein Papillen- und perpapilläres Oedem, Blutungen und Exsudation in der Netzhaut. Die Netzhautveränderungen gingen während der Behandlung wesentlich zurück. Als gemeinsame Entstehungsursache wird der Gefäßkrampf angesehen, der zeitweilig auch ophthalmoskopisch an den Netzhautgefäßen erkennbar war.

Eine neue Enukleationsmethode. Verf. empfiehlt die geraden Augenmuskel vor der Abtrennung vom Bulbus durch Matratzennähte anzuschlingen. Nach der Entfernung des Auges werden die einander gegenüberliegenden Muskeln durch Knoten der Fäden verbunden. Die Beweglichkeit des Stumpfes soll eine bessere sein, als nach der einfachen Abtrennung ohne Naht.

Operative Behandlung des Schielens. Verf. betont, daß vor der Operation eine genaue, messende Untersuchung der Muskelfunktion notwendig ist. Die Feststellung eines Muskeldefektes ist von besonderer Wichtigkeit. Bei Berücksichtigung der Unternehmungsergebnisse der Muskelfunktion ist das operative Vorgehen leichter, ein guter Erfolg sicherer.

September 1926.

Pterygiumoperation. Spaeth.
Mikuliczsche Krankheit. Hardesty.
Orbitakarzinom. Veasy.
Orbitofaziales Aneurysma. Schlindwein.
* Refraktionsänderung bei Diabetes. Post.
Leptotrichosis der Konjunktiva. Dumphy.
* Intraokulare Tumoren bei Kindern. Kieble.
Herstellung eines neuen Tränenpunktes. Graves.
Augenerkrankung bei Encephalitis lethargica. Folk.
Von Linsenresten ausgehende Panophthalmie. Nugent.

Refraktionsänderung bei Diabetes. Verf. erwähnt an Hand zweier selbst beobachteter Fälle von Refraktionszunahme die Theorie, nach welcher durch osmotische, vom Zuckergehalt des Blutes abhängige Veränderungen, die Refraktionskraft der Linse zunehmen soll. Mit zunehmendem Zuckergehalt tritt daher eine Myopisierung, mit abnehmendem Zuckergehalt eine Hypermetropisierung auf. Eine Stütze dieser Theorie bedeutet der bekannte Fall Mschnip. Bei einem Diabetiker war einseitig die Linse entfernt. Auf diesem Auge trat keine Refraktionsänderung ein, wohl aber am nichtoperierten Auge.

Intraokulare Tumoren bei Kindern. Verf. betont die oft nicht unerheblichen Schwierigkeiten bei der Diagnose des Glioma retinae. Nach Wintersteiner kommt Differentialdiagnostik in Frage: einfache Netzhautablösung, Leukosarkom der Chorioidea, Tuberkulose der Chorioidea, chronische Uveitis, akute eitrige Glaskörperentzündung, Zystizerkus, kongenitale Anomalien und Retinitis circinata.

Meesmann, Berlin.

The Journal of Oriental Medicine.

5., Nr. 2, August 1926.

Pathologisches Gewebswachstum verschiedener Art. H. Kubo.
Intensität der Sonnenstrahlen in Dairen. J. Murakami und H. Nishida.
Blutmenge und Sauerstoffverbrauch des Gehirns. C. L. Hou.
* Neue Methode der Leberfunktionsprüfung. S. Ishikawa.
Blutcholesterin bei Pocken. S. Nishigishi.
Seltener Fall von Elephantiasis congenita lymphangiectatica. Y. Norioka.

Neue Methode der Leberfunktionsprüfung. Ausgehend von der Beobachtung, daß nach Santoningaben sowohl Galle als auch Urin bei alkalischer Reaktion eine rote Färbung zeigen, vermutet der Verfasser, daß zwischen der Ausscheidung dieses Farbstoffs und der Funktion der Leber enge Beziehungen bestehen müssen. Tatsächlich ergaben tierexperimentelle Untersuchungen, daß das Auftreten des Farbstoffs im Urin nach intravenöser Santoninnatriuminjektion bei den Tieren verzögert ist, deren Leber artefiziell toxisch geschädigt worden war. Ebenso zeigte sich, daß bei gesunden Menschen, sowie bei lebergesunden Patienten die Farbreaktion des Urins 5 bis spätestens 9 Minuten nach der Santoninnatriuminjektion auftrat, während die Farbstoffausscheidung bei Leberkranken frühestens nach 10 Minuten erfolgte. Die Technik dieser Leberfunktionsprüfung ist folgende: Der Patient erhält nüchtern 300—400 ccm Wasser und gleichzeitig eine intravenöse Injektion von ½ ccm 10% Santoninnatriumlösung. Der in Abständen von 3—5 Minuten entnommene Urin wird bis zum Auftreten der Farbreaktion fortlaufend kontrolliert. In zweifelhaften Proben kann der evtl. vorhandene rote Farbstoff durch Ausschütteln mit Amylalkohol deutlich gemacht werden. Vergleichende Untersuchungen ergaben, daß diese Santonin-Leberfunktionsprüfung größere Empfindlichkeit besitzt als die üblichen

Funktionsprüfungen nach Widal, auf Urobilin, mit Galaktose, Laevulose, Kampferglykuronsäure, Indigokarmin und Tetrachlorphenolphthalein.

Walter Goldstein, Berlin.

Buchbesprechungen.

Sachs und Hausman: **Nervous and Mental Disorders from Birth through Adolescence.** Verl. Paul B. Hoeber, New York 1926. — Ein in seiner Art völlig neues Buch ist hier erschienen: ein Lehrbuch der Nervenkrankheiten für das Kindes- und Jugendalter, ein Buch, das in der Art der Anlage, in Umfang und Inhalt uns für das Kindesalter gibt, was wir in dem schönen Lehrbuch von Oppenheim für den Erwachsenen seit mehreren Jahren besitzen. In dem Buch sind die Erfahrungen niedergelegt, die Sachs in einer über 40 jährigen Tätigkeit in Klinik und Privatpraxis gesammelt hat, und es trägt an vielen Stellen eine stark persönliche Note. Schon in der Einteilung des Stoffes ist von dem üblichen Schema abgewichen, das nach rein anatomischen Gesichtspunkten einteilt. Aetiologisch zusammengehörige Erkrankungen von Hirn, Rückenmark und peripheren Nerven werden auch zusammen besprochen. Der Stoff ist in fünf große Abschnitte gegliedert: 1. Anatomie und Physiologie des Nervensystems und Untersuchungsmethoden. 2. Die organischen Erkrankungen des Nervensystems. 3. Funktionelle und toxische Erkrankungen. 4. Endokrine Erkrankungen, vasomotorische und Trophoneurosen. 5. Psychische Erkrankungen. Es werden sämtliche im Kindesalter irgendwie vorkommenden Erkrankungen des Nervensystems eingehendst besprochen. Für uns von besonderem Interesse erscheint mir die Ablehnung des Salvarsans zur Behandlung der kongenitalen Lues bei Kindern unter drei Jahren. Für Säuglinge wird in erster Linie die Schmierkur empfohlen, falls Hg schlecht vertragen wird, eine Jodbehandlung. Trotz gegenteiliger Ansicht der Kinderärzte ist Verf. davon überzeugt, daß Krämpfe auf reflektorischer Basis, die lediglich durch den Durchbruch der Zähne bedingt sind, gar nicht so selten vorkommen. Er erklärt sie damit, daß durch den Zahndurchbruch über den Trigeminus eine Reizung des Krampfzentrums an der Hirnbasis erfolgt. Interessant sind ferner die Ausführungen über den Zusammenhang von Chorea minor und Encephalitis lethargica, von Migräne und Epilepsie, ebenso das Kapitel über die verschiedenen Arten des Kopfschmerzes. Daß die Spasmophilie eine in Amerika verhältnismäßig seltene Erkrankung ist, ist beachtlich. Ein besonderes Kapitel ist der Entwicklung und Erziehung des normalen Kindes und Jugendlichen gewidmet. Mit den dort niedergelegten Anschauungen wird wohl jeder einsichtige Arzt im großen ganzen einverstanden sein. Bei dieser Gelegenheit setzt sich Verf. mit der Freudschen Lehre auseinander, die er außerordentlich schroff als eine fragwürdige und für die Jugend schädliche Methode ablehnt. Das Buch ist mit zahlreichen guten Abbildungen ausgestattet. Es kann jedem Pädiater wie Neurologen auf wärmste empfohlen werden, um so mehr, als etwas Entsprechendes in Deutschland bisher nicht erschienen ist.

P. Heyman, Berlin.

W. Bechterew: **Allgemeine Grundlagen der Reflexologie des Menschen.** Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 436 S. 26 M. — Es handelt sich um eine zusammenfassende Darstellung der Arbeiten des bekannten russischen Forschers über die Reflexologie des Menschen. In einem kurzen Referat den Inhalt des Buches, welches einen „objektiven Leitfaden für das objektive Studium der Persönlichkeit" darstellen soll, wiederzugeben, ist nicht möglich. Es sei aber das, was Ad. Czerny in seinem Vorwort zu dem Werke schreibt, wiedergegeben: „In ausführlicher Weise beleuchtet B. die Schwächen der subjektiven Betrachtungsweise in der Psychologie, welche ihn auf den Standpunkt gebracht haben, daß es an der Zeit sei, von derselben abzugehen und an ihrer Stelle objektive Beobachtung und Experiment zur Prüfung der Gehirnfunktionen heranzuziehen. B. zeigt auf diese Weise, welche Bedeutung den Reflexen in der individuellen Entwicklung des Menschen zukommt. Er benutzt die Darstellung seiner Untersuchungsergebnisse, um zu außerordentlich zahlreichen Fragen der Psychologie Stellung zu nehmen und seinen eigenen Standpunkt zu präzisieren." — Der rote Faden, der sich durch das Buch hindurchzieht, ist folgender Gedankengang: Geisteskrankheiten sind Krankheiten der Persönlichkeit. Von Empfindungen, Gedanken, Willen usw. soll man nicht reden, sondern nur von Reflexen, die auf die eine oder andere Weise hervorgerufen werden.

Kurt Mendel, Berlin.

Wolfgang Weichardt: **Unspezifische Immunität.** Mit 12 Kurven im Text, VII und 90 Seiten. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1926. — In knapper Form bespricht Weichardt die Beeinflussung der unspezifischen Immunität, wie sie besonders durch Proteinkörper erfolgt. Aus der fast unübersehbar gewordenen Literatur hebt der Autor streng kritisch die für die vorliegende Fragestellung wichtigen Ergebnisse und Untersuchungsbefunde hervor, wobei durch den Hinweis auf die noch bestehenden Lücken reichlich Anregung gegeben wird. Es werden die mannigfachen chemischen und physikalischen Vorgänge, die durch die parenterale Zufuhr von Proteinkörpern im Organismus ausgelöst werden, besprochen, ferner die aktivierende Wirkung von Eiweißspaltprodukten auf Krankheitserreger, die Verwendung von Mikroorganismen zum Studium aktivierender Spaltprodukte und schließlich die Ausschaltung aktivierender Substanzen durch Seren und deren Bestandteile. Ein 20 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis beschließt die Schrift, die jedem Arzte, der sich etwas eingehender über dieses Problem unterrichten will, wärmstens zu empfehlen ist.

Opitz, Berlin.

F. Landois: **Das Empyem der Pleurahöhle und seine chirurgische Behandlung.** Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin. Band IV. Heft 2. — Verf. gibt uns in vorliegender Abhandlung eine ausgezeichnete Beschreibung des Empyems der Pleurahöhle und seiner chirurgischen Behandlung. Der Inhalt ist kurz und übersichtlich dargestellt und berücksichtigt auch die modernsten Behandlungsmethoden. Nachdem Verf. im Anfang auf die Bakteriologie und den Sitz des Empyems eingegangen ist, befaßt er sich mit der Indikationsstellung der verschiedenen Eingriffe beim Empyem und bewertet die einzelnen Operationsmethoden.

Gohrbrandt.

Cively Erskine: **Geschlecht nach Wunsch.** Orell Füssli Verlag, Zürich, Leipzig, Berlin. — Verf. nennt das Buch eine Anleitung für Eltern, nämlich für ihr Verhalten in bezug auf das Geschlecht der Nachkommenschaft. Sie vertritt durchaus den Standpunkt und glaubt ihn durch vollgültige Beweise zu stützen, daß Eltern es in der Hand haben, das Geschlecht eines künftigen Kindes selbst gewissermaßen bestimmen zu können, und zwar nicht nur des zu erwartenden, sondern des erst zu erzeugenden. Verf. ist von der Richtigkeit der Theorie der „Seitenlage" überzeugt und gründet sie auf die Tatsache, daß abwechselnd je ein Eierstock, der rechte oder der linke, wirksam sei, daß dem rechten die Eier männlichen Geschlechts, dem linken die weiblichen entstammen und gibt danach ihre Berechnungen und Verhaltungsmaßregeln, nach denen unfehlbar das erwartete und erwünschte Geschlecht eintrifft. Sie gibt an, durch Tausende von Beweisen von der Richtigkeit ihrer Theorie überzeugt worden zu sein, ohne aber eigentlich eine wissenschaftliche Begründung bringen zu können. Vieles von dem, was sie anführt, entspricht volkstümlichen oder abergläubischen Gebräuchen, selbst wenn sie den Talmud zitiert, der vorschreibt, daß das Weib sieben Tage, nachdem sie rein ist von ihrem Fluß, zählen soll, also der 14. Tag nach der Periode günstig sei für eine Knabenempfängnis, was genau mit ihren Berechnungen übereinstimme. Man muß nun sagen, daß man insofern schwer den Gegenbeweis antreten kann, als ihre Berechnung erstens ja in 50% der Fälle stimmen muß, und als sie zweitens für die Fälle, wo sie nicht stimmt, den sogenannten „launischen" Eierstock ins Treffen führt, der — immer der linke — in einer Art Ueberaktivität noch funktioniert, wenn seine Zeit schon abgelaufen sein müßte und somit alle Regeln über den Haufen wirft. Einwände von Frauen, die nach Entfernung beispielsweise des rechten Ovariums doch, ihrer Theorie entgegen, noch Knaben geboren haben, widerlegt sie einfach mit der Behauptung, daß eben doch noch Reste des rechten stehen geblieben seien, die zur normalen Funktion genügten. So wichtig und verlockend auch ihre Ausführungen für gewisse Fälle, wo ganz besonderer Wert auf ein bestimmtes Geschlecht gelegt werden muß, sind, so steht andererseits die Tatsache fest, daß sehr oft gerade die ungewollten Kinder und das unerwünschte Geschlecht sich als besonders wertvoll erwiesen hat. Auch erscheint die Macht und Verantwortung, die mit dieser Aufdeckung des Naturgeheimnisses in die Hände der Menschheit gelegt wäre, zu groß und widerspricht dem sich sonst überall offenbarenden Naturgesetz, das Geburt und Tod der menschlichen Willkür entzieht.

Haber.

C. von Heß: **Internationale Sehproben.** Bergmann, München. 1,20 M. — Es handelt sich um einen unveränderten Neudruck der bekannten v. Heßschen Sehproben. Sie verdanken ihre Entstehung einem Beschluß des X. intern. Ophthalmologenkongresses in Luzern (1904). Die Sehschärfe ist in Dezimalen der Einheitssehschärfe ausgedrückt. Statt des Snellenschen Bruches, z. B. $S = {}^5/_{25}$ wird der Dezimalbruch 0,2 angewandt. Bedingung ist eine Leseentfernung von 5 m. Die Sehproben enthalten je zwei Tafeln mit Zahlenkombinationen und Landoltschen Ringen. Der Druck ist einwandfrei.

Meesmann, Berlin.

Dr. Georg Wanke: **Psychoanalyse.** Verlag Carl Marhold, Halle. Preis 6,70 bzw. 8,50 M. — Das vorliegende Buch gehört zu den vielen, die dazu dienen sollen, die Psychoanalyse Freuds zu popularisieren, darum schreibt es Verf. für „Aerzte, Geistliche und Juristen, sowie für Eltern, Erzieher und Lehrer". Ob dieses Bestreben überhaupt anzuraten ist, mag dahingestellt sein, aber soviel steht schon heute fest, daß die Anwendung der Psychoanalyse nur in berufene Hände, d. h. psychoanalytisch Ausgebildeter und Geschulter gehört und daß, wenn sie erst durch mehrere Zwischenträger ab- und umgewandelt wird, sie mehr Schaden als Nutzen stiften kann. Dabei tritt immer wieder hervor, wie sehr empfindlich die Sprache Freuds ist, wie sie durch nicht wörtliche Wiedergabe leicht entstellt wird und wie schließlich etwas ganz anderes, gröberes, banaleres herauskommt, was im Vergleich zum Original wie ein Oeldruck wirkt.

Interessant ist die Uebersicht, die Verf. über die Urteile und Aussprüche anderer Aerzte, u. a. Wernickes und Oppenheims, gibt, die heut schon fast historisch anmuten, so selbstverständlich erscheinen heut die Begriffe, die anfangs heiß umstritten werden mußten. Im übrigen läßt er meist seine Patienten selbst zu Worte kommen, allerdings immer nur bruchstückweise, so daß gerade das, was Verf. beabsichtigt hat, nämlich ein anschauliches Bild der Psychoanalyse, eigentlich nicht zustande kommt oder am besten noch im Schlußwort, das noch einmal eine ausführliche Klarlegung des Begriffes des Unbewußten bringt und die Psychoanalyse als Hauptschlüssel zum Verständnis aller Leiden und Leistungen des menschlichen Geistes bezeichnet.

Haber.

Reinhard Planer: **Der Kampf um die Homöopathie, pro et contra.** Hügelverlag G. m. b. H., Leipzig, 353 S., in Leinen 10.— M. — Die wichtigen auf Biers Veröffentlichung folgenden Artikel von beiden Richtungen hat Planer kommentarlos in einem Werk vereinigt, eine Idee, welche unbedingt als glücklich zu bezeichnen ist, da so jedem, der sich über dieses aktuelle Thema informieren will, Gelegenheit gegeben wird, sofort Angriff und Parade miteinander vergleichen und kritisch abwägen zu können. Denn das kann man wohl sagen: Jeder, der heute über die Homöopathie urteilt, ist vor seinem wissenschaftlichen Gewissen verpflichtet, um unnütze Kontroversen zu vermeiden, sich vorher gründlich zu informieren, bevor er mit seinem Urteil an die Oeffentlichkeit tritt. Daß dies nicht immer bisher der Fall war, zeigen drei Artikel, welche zusammen in der Münch. Med. Wochenschrift Nr. 34, 1925, erschienen und von Planer auch mit aufgenommen sind. Prof. Traube von der Techn. Hochschule Charlottenburg beschäftigt sich als Kolloidchemiker mit Problemen der Homöopathie und kommt zu dem Ergebnis, daß „Arzneimittel in kleinen und kleinsten Mengen, auf Grund ihres physikalischen und chemischen Verhaltens allgemein oder vielfach eine entgegengesetzte physiologische Wirkung auf den tierischen und pflanzlichen Organismus hervorbringen können als größere Mengen." Des weiteren, daß für die Wirksamkeit eines Arzneimittels nicht die Masse, sondern die feine Verteilung des Stoffes maßgebend ist — in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der modernen Kolloidlehre. Medizinalrat Suessmann veröffentlicht Erfahrungen über innere Anwendung von Ichthyol in Mengen von 0,005 und 0,02. Im Gegensatz zu diesen beiden Arbeiten kommt Dr. S. Seligmann, Augenarzt in Hamburg, zu folgenden, heute geradezu humoristisch anmutenden und trotzdem scheinbar wohl ernst gemeinten Ergebnissen: „Die reinste, unverfälschteste und ungekünstelte Homöopathie finden wir bei den primitiven Naturvölkern. Homöopathie ist hier identisch mit Sympathie. Sie ist ein Mittel der Magie, der Zauberei. Eine medizinische Ehrenrettung der Homöopathie ist daher unmöglich, denn Zauberei gibt es nur in Märchenbüchern. — So sollte die rote Koralle gegen Rotlauf helfen, Regenwürmer galten als heilsam für die Gicht, weil der Regenwurm sich ebenso krümmt, wie die Gicht die Gelenke krümmt. — Nichts anderes ist es, was Hahnemann und seine Anhänger unter Homöopathie verstehen." — Sapienti sat.

Des weiteren auf den Inhalt der einzelnen Abschnitte einzugehen, würde zu weit führen, da es sich fast stets um Behauptung und Gegenbeweis handelt und dies hier zu schildern nicht der Ort ist.

Dermitzel.

Dr. med. M. Bircher-Benner: **Grundzüge der Ernährungstherapie auf Grund der Energetik.** 4. vermehrte Auflage, Verlag Otto Salle, Berlin W. 310 Seiten. — Diese Schrift soll Laien und Aerzten Aufklärung geben über die chemische Zusammensetzung und den Wert unserer Nahrungsstoffe. Auf Grund eigener Erfahrung und des Studiums der Arbeiten von Bunge, Rubner und des Energetikers Ostwald ist Verf. zu der Ueberzeugung gekommen, daß die heute allgemein übliche Ernährungsart mit der Vorzugsstellung der Eiweißkörper auf falschen Voraussetzungen beruht und eine Reihe schwerer Gesundheitsstörungen bedingt. An Stelle des Eiweißes sind die Kohlehydrate und Mineralstoffe zu setzen, welche bei der energetischen Ernährungsbehandlung im Vordergrund stehen. Diese Anschauung wird in Form eines wissenschaftlichen Systems zu begründen versucht. Aus der Fülle des Mitgeteilten seien nur die wesentlichsten Leitsätze mitgeteilt. Die Kalorienwerte der Nahrung geben nur unbefriedigende Auskunft über den Nährwert der Nahrungsstoffe. Sämtliche Wandlungen unserer Nahrungsmittel von ihrem Ursprung bis zur tischfertigen Speise sind mit einer Verschlechterung ihres Energiegehaltes verbunden. Die im natürlichen Zustande genießbaren Nahrungsmittel sind die beste Energiequelle zur Ernährung des Menschen. Der Nahrungsmittelbedarf steht zum Körpergewicht nur in beschränkter Beziehung. Viel wichtiger ist die Bedeutung der „Oberfläche" und des „Lebensraums" (thermische, klimatische Einflüsse, berufliche Anforderungen, kurz des „Milieus"), welche für den Energieverbrauch ausschlaggebend sind. Der überwiegende Teil (96%) der aufgenommenen Nahrung dient dem Energieverbrauch, während nur 4% für den Aufbau des Körpers verwendet werden und durch Eiweiß gedeckt werden können. Bei den lebensspendenden Vorgängen im Organismus, im Energieverbrauch ist nur der stickstofffreie Rest der im Darm resorbierten Eiweißtrümmer, das im Eiweiß enthaltene Kohlehydrat von Wert. Der stickstoffhaltige Teil des Eiweißes ist für den Energiebedarf nicht verwendbar. Er zerfällt unter direkter Wärmebildung in die harnfähigen Stoffe und wird aus dem Körper ausgeschieden. Das Fleisch ist daher wegen seines Eiweißreichtums, des Mangels an Energie liefernden Kohlehydraten und lebensnotwendigen Mineralstoffen als Nahrung für den Menschen unzureichend. Der notwendige, bescheidene Bedarf an Eiweiß (30 g Eiweißzufuhr pro Tag!) ist in fast jeder Nahrung vorhanden. Als Energiespender kommen im wesentlichen die Stoffe in Frage, welche am meisten Sonnenenergie in sich gespeichert haben, die im natürlichen Zustande genießbaren Nahrungsstoffe pflanzlicher Herkunft. Die praktischen Konsequenzen dieser Anschauungen führen zu folgenden Richtlinien: Ueberschüssige Nahrungszufuhr (Mastkuren!), insbesondere animalisches Eiweiß, ist zu vermeiden! Der Kochsalzgebrauch ist zu vermindern. Toxische Reizmittel (Alkohol, Tabak, Purinkörper in jeglicher Form, scharfe Gewürze) sind vollkommen auszuschalten. Die Zubereitung der Kost muß — um jeglichen Energieverlust zu vermeiden — möglichst einfach sein (Genuß von rohen Früchten im Vordergrund!). Verf. hat an vielen Gesunden und Kranken seine energetische Ernährung durchgeführt und festgestellt, daß zumeist diese Ernährungstherapie der medikamentösen Behandlung vorzuziehen ist und im allgemeinen eine Steigerung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit bedingt. Eigentümlich mutet es an, daß die als nutzlos und unbegründet abgelehnte medikamentöse Therapie der „Schulmedizin" bei fortgeschrittenen Erkrankungsprozessen und bei älteren Individuen statt der Ernährungsbehandlung angewendet werden soll. Der Fanatismus des Lehrenkünders verlockt den Verf. noch an einigen Stellen zu logisch unhaltbaren Angriffen auf die Anschauungen der modernen Medizin.

Im Ganzen bieten die Ausführungen auch für den Arzt viel Interessantes und sicherlich wertvolle Anregungen. Die Ausflüge in die Physiologie und Probleme der Energielehre dürften dem Verständnis des Laien Schwierigkeiten bereiten. Eine Kürzung des theoretischen Teils und ein einfacherer, klarer Aufbau der Gedankengänge ist wünschenswert. Es bedarf noch der eingehenden experimentellen Prüfung der aufgestellten Hypothesen, bevor sie auf Allgemeingültigkeit Anspruch machen dürfen.

Biberfeld.

Dr. Edwin Silbermann: **Anleitung für die Ernährung von Zuckerkranken.** Verlag C. Marhold, Halle. 2. verb. Aufl. 110 Seiten, geheftet 2,25 M. — Diese Auflage des wertvollen Büchleins wird von Vielen begrüßt werden. Sie gibt den Diabetikern in Form von detaillierten Kochrezepten Anleitung zur Herstellung von Diabetikerspeisen. Die Auswahl ist dabei so reichhaltig und vielseitig, daß auch dem verwöhntesten Geschmack Rechnung getragen wird. Mit den einfachsten Mitteln läßt sich nach diesen Anweisungen eine abwechslungsreiche Speisekarte mühelos zusammenstellen. Erweitert wurde diese Ausgabe durch eine allgemein gehaltene Betrachtung über die Insulinbehandlung, welche den Kranken vor Ueberschätzung der „Spritzkuren“ warnt und ihn darauf hinweist, daß diese nur in Zusammenhang mit der Diättherapie dauernden Nutzen bewirken können.

Biberfeld.

Simonpietri: **Das Soneryl (Butyl-äthyl-barbitursäure). Eine chemische, pharmakologische und klinische Studie.** Inauguraldissertation der Universität Paris. Verlag: Les Presses Universitaires de France. — Die Butyl-äthyl-barbitursäure ist ein ungewöhnlich interessanter Körper. Ihn hatten Fischer und von Mehring in ihren über 20 Jahre zurückliegenden Arbeiten über das Veronal und seine Substitutionen ununtersucht gelassen. Erst 1921 rissen Carnot und Tiffeneau diese Substanz aus der Vergessenheit. Per os gegeben zeigte sie im Tierversuch und alsdann in der Klinik eine dreifache Ueberlegenheit gegenüber dem Veronal, ein Verhältnis, das auch bei intravenöser Darreichung erhalten blieb.

In mehrjähriger ausgedehnter klinischer Erprobung der Butyl-äthyl-barbitursäure, die unter dem Handelsnamen „Soneryl“ weite Verbreitung fand, zeigte sich, daß dies Präparat als kräftiges Hypnotikum und Sedativum vorteilhaft an Stelle des Veronals und seiner Derivate gesetzt werden kann, vor denen es sich durch eine leichte Löslichkeit auszeichnet. Es kann peroral, intravenös, subkutan und rektal verabfolgt werden, wirkt nicht schädlich auf Herz, Zirkulation und Nieren, reizt nicht die Schleimhäute und ist als Injektion schmerzlos. Es bewährte sich dem Verfasser bei nervöser Insomnie, bei akuten Deliranten, die schon bei Dosen von 0,1—0,3 in Tablettenform mit völliger Beruhigung reagierten oder nach intravenösen Gaben von nur 0,05—0,1 tief einschliefen.

Ein besonderer Vorteil des Soneryls ist seine analgetische Wirkung, so daß es unter gewissen Umständen auch das Morphin ersetzen zu können schien. Auch die Schlafstörungen bei akuten Infektionskrankheiten, Grippe oder Pneumonie, wurden zur vollen Zufriedenheit des Verfassers behoben. Das Gleiche gilt von den Fällen, in denen die Kranken wegen Störungen der Herztätigkeit oder des Respirationsapparates nicht schlafen konnten. Gegenüber der Epilepsie hat es eine gewisse Wirkung, die aber nicht an die des Gardenals (gleich Luminal, Phenyl-äthyl-barbitursäure) heranreichte.

Diese günstigen Ergebnisse fand ich in einer neuen Arbeit von F. Haffner und F. Wind sehr interessant ergänzt. Die Autoren gelangen im Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. 116, H. 1/2, zu der Ansicht, daß die höheren Homologen des Veronals besonders günstig sind. In ihren Versuchen an Kaulquappen sahen sie einen narkotischen Effekt bei der Butyl-äthyl-barbitursäure schon bei einer zwanzigmal schwächeren Konzentration eintreten, als beim Veronal.

K. Heymann, Berlin.

F. A. la Brugiere: **De Curatione per Similia.** 1734. Ins Deutsche übertragen und herausgegeben von Dr. Planer. Verlag Dr. Willmar Schwabe, Leipzig, gebunden 5,— M. — In seiner Rede auf der Tagung des Vereins für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin am 25. Juni 1925 stellte Prof. Eduard Müller-Marburg die Behauptung auf, daß das Prinzip „Similia similibus curantur“ schon 6 Jahrzehnte vor Hahnemann von dem Hallenser Professor Alberti in seinen wesentlichen Grundzügen und Begrenzungen erkannt worden und auf seine Veranlassung von dem Doktoranden Brugiere bearbeitet worden sei. Bei näherem Zusehen wird jedem, der Hahnemanns Werke kennt, der Unterschied in die Augen springen. Der Doktorand hat fleißig alle alten medizinischen Schriften auf diejenigen Stellen durchgeackert, die mehr oder weniger Beziehung zum „Similia similibus curantur“ haben. Damit ist seine Arbeit erschöpft, denn irgendwie Eignes hat er nicht aufzuzeigen, und es erübrigt sich daher, ernsthafte Vergleiche überhaupt mit Hahnemann ziehen zu wollen.

Die Ausstattung des Werkes, links der lateinische Originaltext, rechts die Uebersetzung, ist als durchaus glücklich zu bezeichnen.

Dermitzel.

Mitteilungen.

Tagung.

Die **Herbsttagung der Rhein.-Westf. Tuberkulosevereinigung** findet am Samstag, den 20. November 1926, nachm. 3½ Uhr, im Hörsaal der Medizinischen Klinik der Lindenburg in Köln statt. Anmeldung von Vorträgen oder Demonstrationen tunlichst bald erbeten an den Schriftführer der Vereinigung, Herrn Kreiskommunalarzt Dr. Schmitt, Opladen, Humboldtstr. 5. Das genaue Programm wird noch bekannt gegeben werden.

Kurs.

Röntgen-Therapie-Diagnostikkurs vom 1. bis einschließlich 13. November im Institut für physikalische Grundlagen der Medizin (Direktor Prof. Dr. Fr. Dessauer), Frankfurt a. M., Weigertstr. 3. Bedingungen durch das Sekretariat.

Kongreß-Kalender.

(* bedeutet Kongresse.)

Erste Hälfte Oktober: 10 tägiger Fortbildungskurs für praktische Aerzte, Göttingen.
1.—30. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs an der Staatl. Frauenklinik, Dresden.
4.—6. Oktober: Ferienkurs über Diagnose und Therapie der allergischen Krankheiten, Leiden (Holland).
4.—9. Oktober: II. Tuberkulosefortbildungskurs, Regensburg.
4.—9. Oktober: Aerztekurs in Leibesübungen, München.
4.—16. Oktober: Sportarzt-Lehrgang, Gießen.
4.—30. Oktober: Internationale ärztliche Fortbildungskurse, Berlin.
4. Oktober bis 13. November: Lehrgang über Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten, Düsseldorf.
* 10.—16. Oktober: 1. Internationaler Kongreß für Sexualforschung, Berlin.
11.—23. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Dresden.
11. Oktober bis 18. Dezember: Kurs über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie, Hamburg.
* 13.—16. Oktober: Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.
16.—23. Oktober: Kurs über die Anwendung der Röntgenstrahlen, Göttingen.
18.—23. Oktober: Fortbildungskurs in der Brillenlehre für Augenärzte, Basel.
18.—23. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Greifswald.
18.—23. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Erlangen.
* 22.—23. Oktober: Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte, Freiburg i. Br.
* 23.—24. Oktober: 5. Tagung der Vereinigung deutscher Röntgenologen und Radiologen in der tschechoslowakischen Republik, Prag.
* 24. Oktober: 7. Tagung der Vereinigung der Südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte, Freiburg i. Br.
25.—30. Oktober: Fortbildungskurs für Röntgentherapie und Röntgendiagnostik, Bonn.
25.—30. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Rostock.
1.—13. November: Aerztliche Fortbildungskurse, Leipzig.
1.—13. November: Kurs für innere Medizin, Dresden.
1. November 1926 bis 12. Februar 1927: Sozialhygienischer Lehrgang für Kreisarzt-, Schul- und Fürsorgearztanwärter, Charlottenburg.
6.—20. November: Vortragszyklus über den Stand der Röntgendiagnostik und Radium- und Röntgentherapie, Essen.
16.—27. November: Kurs der Sonderfächer (Ohren-, Nasen-, Augenheilkunde und Dermatologie, Dresden.
7.—19. März 1927: Kurs für Chirurgie und Orthopädie, Dresden.
* Ende Mai 1927: 2. Russischer Urologen-Kongreß, Leningrad.
* September 1927: 2. Hälfte. 5. Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.
* 1928: Deutscher Balneologenkongreß, Baden bei Wien.

Therapeutische Mitteilungen.

Einige Erfahrungen mit Pituigan.

Während meiner Tätigkeit am Wöchnerinnenheim in Barmen hatte ich in verschiedenen Fällen Gelegenheit, die gute Wirkung des von der chem.-pharmaz. Fabrik Dr. G. Henning, Berlin-Tempelhof, herausgebrachten neuen Wehenmittels „Pituigan“ zu beobachten.

Bei Wehenschwächen — primärer und sekundärer Natur — wurde, sowie der kindliche Kopf im Becken stand, „strichweise“ (0,2 bis 0,5 ccm) Pituigan zur Unterstützung (etwa zwei- bis fünfmal innerhalb 1 bis 2 Stunden) gegeben; erschien eine Beschleunigung der Geburt notwendig, dann Dosen von 0,5 bis 1 ccm.

Bei Verwendung bis 3 ccm Pituigan war dabei — im Gegensatz zu evtl. vorher versuchtem Pituglandol — nie ein Mißerfolg eingetreten; auch hinsichtlich des Kindes konnten keine Nachteile durch die Injektionen festgestellt werden, solange nicht „Pituigan forte“ verwendet wurde. Dabei wurde um so vorsichtiger dosiert, je höher der Kopf stand.

Pituigan forte, das anfänglich einmal beim Aussetzen der Wehen Verwendung fand, macht offenbar Asphyxie des Kindes, und es wurde deshalb nur noch nach der Geburt — bei stark einsetzenden Blutungen infolge mangelhafter Kontraktion des Uterus verwendet.

In einem Falle von Retentio placentae — Crédé versagte, und die Placenta sollte manuell gelöst werden — wurde 1 ccm Pituigan forte gegeben, worauf innerhalb von ca. 5 Minuten die Plazenta vollständig geboren wurde, der vorher schlaffe Uterus sich vollkommen hart zusammenzog und die Blutung stand.

Während meiner Tätigkeit am Wöchnerinnenheim habe ich den Eindruck gewonnen, daß durch die rechtzeitige Anwendung von Pituigan des öfteren eine Zangenentbindung, in dem zuletzt angeführten Falle durch Pituigan forte eine manuelle Plazentarlösung, umgangen wurde.

Da Pituigan in seiner Wirkung mindestens ebensogut und sicher ist, wie das teuere englische Pituitrin, ist es wohl geeignet, sich einen Platz in der Geburtshilfe — insbesondere des praktischen Arztes — zu sichern.

Dr. G. Kolb,
z. Zt. Ass.-Arzt am Evgl. Krankenhaus Münster i. Westf.

Ueber ein „konzentriertes Eiweiß-Fleisch-Präparat“ deutscher Provenienz als Kräftigungsmittel.

Von

Dr. med. HANS FUCHS, Berlin.

Einer Patientin, die sich nach einer Operation, welche mit erheb- chem Blutverlust verbunden war; nur sehr langsam erholte und otz Medikation von Arsen, Eisen- und Malzpräparaten keine esserung der Symptome einer hochgradigen Anämie zeigte, gab h vor einiger Zeit eine Flasche „Dardex“, die mir von der her- ellenden Firma als Muster zugestellt worden war.

Als 3 Tage nach Beginn dieser Therapie ein auffallender inschwung in dem Zustand der Patientin eintrat — das Aussehen esserte sich derart, daß die Umgebung von einem „Aufblühen“ der atientin sprach, die Appetitlosigkeit wich einer kräftigen Eßlust lt entsprechender Gewichtszunahme, und die Patientin selbst konnte on zunehmendem subjektiven Wohlbefinden berichten und wenige age später ihren Zustand als uneingeschränkte Euphorie charakteri- eren —, beschloß ich, durch weitere Versuche bei Kranken und ekonvaleszenten das Mittel praktisch zu erproben. Die Besserung s Allgemeinbefindens im geschilderten Falle konnte ja auch spontan er als Spätfolge der vorausgegangenen Therapie eingetreten und r zufällig mit der Verabreichung von „Dardex“ zeitlich zusammengefallen sein.

Ich habe außer in dem oben erwähnten noch in weiteren Fällen „Dardex“ verabreicht; und zwar habe ich jeweils dreimal glich einen Teelöffel voll in einem Tassenkopf (aber nicht zu heißen) Wassers, ebenso auch je nach Geschmacksrichtung in Milch oder in einer eventuell vorhandenen Suppe verrührt geben lassen.

Am wirksamsten erschien mir die Verabreichung beim ersten Frühstück und jeweils ¼ bis ½ Stunde vor den beiden täglichen Hauptmahlzeiten.

Im einzelnen handelt es sich bei den so behandelten Fällen siebenmal um Rekonvaleszenten, die sich nach dem Schwinden der Symptome ihrer vorhergegangenen Erkrankung noch besonders schwach fühlten und ungenügenden Appetit aufwiesen. Die überstandenen Erkrankungen waren:

einmal Pneumonie,
zweimal schwere Grippe,
einmal sept. Fehlgeburt,
dreimal hatte vorher nach längerer Krankheit eine Laparatomie stattfinden müssen.

Die restlichen 3 Fälle waren einmal schwere nervöse Dyspepsie, bei der infolge Appetitlosigkeit und Angst vor den gewohnheitsmäßig nach dem Essen auftretenden Beschwerden schon eine ganze Zeit in durchaus ungenügendem Maße Nahrung aufgenommen war. (Gewichtsverluste von 13 kg in 12 Wochen.) Zweimal handelte es sich um schwere Chlorose mit erheblich herabgesetztem Hämoglobingehalt des Blutes. In diesen beiden Fällen wurde die schon seit längerer Zeit durchgeführte Fe-Medikation auch während der Dardex-Kur beibehalten.

In allen diesen Fällen konnte ich nach der Verabreichung von „Dardex“ sehr schnell eine deutliche Besserung wahrnehmen, und zwar belebte sich nach dreitägiger Medikation (= ca. ½ Flasche beim Erwchsenen) zunächst der Appetit auffallend, in zwei Fällen trat eine nahezu grotesk wirkende Eßlust auf. Damit kam es auch immer bald zu einem Gefühl gesteigerten Wohlbefindens. Die Patienten fühlten sich kräftiger und konnten nach Verbrauch von 2 bis 3 Flaschen (in zwei Fällen bis 5) Dardex von vollkommener Euphorie berichten.

Ich möchte das Präparat auf Grund der bisher von mir gemachten Erfahrungen, die keinen Versager auswiesen, in der Praxis nicht mehr missen.

Unter Berücksichtigung der schnellen Wirkung muß man das Präparat als das billigste Kräftigungsmittel bezeichnen, zumal es neben dem Nährwert eine appetitanregende und ansatzfördernde Wirkung entfaltet, in der ich den Hauptvorzug des „Dardex“ erblicke. Ich hoffe durch diese Veröffentlichung zur Nachprüfung an größerem Material anzuregen und verspreche mir besonders in allen den Fällen einen eklatanten Erfolg, die durch das Darniederliegen des Appetits gekennzeichnet, aber auch besonders gefährdet sind, wie beispielsweise bei Tuberkulose, namentlich vielleicht bei Kindern.

Zur Frage der Dysmenorrhoe-Therapie.

Von

Dr. A. DURAND, prakt. Arzt, Berlin-Friedenau.

Ein großer Teil der ärztlichen Tätigkeit, nicht nur des Gynäkologen, sondern auch des praktischen Arztes nimmt die Behandlung der Dysmenorrhoe in allen ihren Variationen in Anspruch. O. Küstner teilt die Dysmenorrhoe der Einfachheit halber in eine kongestive und eine mechanische. Die letztere Art kann natürlich wohl schwerlich durch medikamentöse Behandlung behoben werden, sondern sollte im allgemeinen nur auf operativem Wege vom Gynäkologen behandelt werden. Die kongestive Form dagegen, die neuerdings als ein Ausfallsymptom der Funktion endokriner Drüsen gilt, macht auch dem Allgemeinpraktiker viel zu schaffen. Bislang zielten fast alle Medikamente auf eine Ruhigstellung des Genitaltraktus, und zwar durch narkotische Bestandteile, hin. Man erreichte hiermit natürlich vorübergehend Linderung, aber niemals einen Heilerfolg. Die Patientinnen fühlten sich während der Behandlung oft wie betäubt, auch kann hier die Gefahr der Gewöhnung an Opiate in greifbare Nähe treten.

Die Chemische Fabrik Roland A.-G. Essen brachte nun vor einiger Zeit ein Mittel unter dem Namen „Emarex“ in den Handel, das keine Narkotika enthält, und mit dem ich in den von mir behandelten Fällen von Dysmenorrhoe sehr befriedigende Erfolge erzielte. Das Präparat besteht in der Hauptsache aus pflanzlichen Extrakten in genau aufeinander abgestimmter Dosierung, die ein wirksames und gleichzeitig unschädliches Präparat darstellen.

Zunächst möchte ich jetzt eine kurze Analyse des Medikaments nach pharmakologischen Gesichtspunkten geben.

Die erste der sechs Komponenten ist Extr. Cyclam. europaei, eine Essenz, die aus dem Wurzelstock des Alpenveilchens gewonnen wird. Sie findet Anwendung bei Blutstauungen, verspäteter oder unterdrückter Menstruation, Migräne und Fluor albus.

An zweiter Stelle enthält Emarex Extr. Cimicifug. racemos, eine Essenz aus dem frischen Wurzelstock der Frauenwurzel, die in Nordamerika heimisch ist. Die Komponente wirkt beruhigend auf das Zentralnervensystem, wie auch auf die weiblichen Genitalien und wird bei Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Menorrhagie und klimakterischen Beschwerden mit Erfolg angewandt. K. Stauffer bezeichnet Cimicifug. racemosa als eines der besten Kopfwehmittel und behauptet, er hätte damit schwere langjährige Dysmenorrhoe völlig schwinden sehen.

Der dritte Bestandteil ist Gelsem. sempervirens, eine Essenz aus der frischen Wurzel des wilden Jasmin, ebenfalls in Nord- und Südamerika heimisch. Es ist zwar ein etwas in Vergessenheit geratenes Arzneimittel, das in älterer Zeit als ein ausgesprochenes Nervenmittel und bei subakuten Entzündungen und nervöser Schlaflosigkeit bei nervös-hysterischen Frauen mit Genital- und Herzstörungen mit bestem Erfolg angewandt wurde.

Als vierte Komponente käme dann Pulsatilla, die Küchenschelle in Betracht. Das wirksame Prinzip dieser Droge ist Anemonin, auch Pulsatillakampfer genannt. Es wirkt auf die Blutzirkulation ein und bewirkt Wiederkehr unterdrückter Menses.

An fünfter Stelle enthält das Mittel Ignatia amara, die auf den Philippinen heimisch ist und bei hysterisch-nervösen Leiden Anwendung findet.

Ferner ist im Emarex 5% Pasta guarana, ein bekanntes Arzneimittel, das in seiner Wirkung dem Coffein gleichkommt, also eine Gefäßerweiterung und Hyperämie herbeiführt, enthalten.

Als Bindemittel und Geschmackkorrigens ist dem Präparat noch Sacch. lact. zugesetzt.

Nach dieser etwas weitschweifenden Analyse, die ich aber geben mußte, um die vielseitige Wirkung des Emarex besser demonstrieren zu können, will ich an die Anführung der von mir damit behandelten Fälle herangehen.

1. Frl. M. H., 21 Jahre, klagt über Unterleibsschmerzen und 2 Stunden dauerndes Erbrechen während der Menses. Gynäkolog. Untersuchung o. B. Ich verordnete Emarex, und zwar 2 Tage vor Eintritt der Menstruation dreimal täglich eine Tablette, und während der Menses dreimal täglich 2 Tabletten nach dem Essen. Der Erfolg war verblüffend. Nicht nur der Schmerz, sondern auch das Erbrechen blieb völlig aus, die nächste Menstruation verlief mit Emarex wieder normal.

2. Frau E. B., 30 Jahre, klagt über heftige krampfartige Schmerzen, die schon 14 Tage vor Eintritt der Menses auftreten. Gynäkolog. Untersuchung o. B. Nach vorschriftsmäßigem Einnehmen des Emarex waren die Dolores beim ersten Male nur n unerheblich, bei der 2. Menses blieben sie völlig aus. Narkoti die der Patientin vorher verordnet worden waren, verursach derselben Uebelkeit und nachträgliche große Mattigkeit.

3. Frl. G. Sch., 22 Jahre, blutarmes und nervöses Mädch verspürt am 1. Tage der Periode heftige Schmerzen im Unterl und Rücken nebst Blutleere im Gehirn. Nach der 8 Tage dauern Regel fühlte sich die Patientin begreiflicherweise vollkom geschwächt. Auch hier hielt ich Emarex für indiziert. nächste Menses dauerte nach Anwendung von Emarex bei Sch. nur noch 4 Tage. Die Patientin verspürte zwar noch leises Ziehen, doch fühlte sie sich am 5. Tage wieder vollkom frisch und munter.

4. Frl. M. W., 18 Jahre alt, sehr anämisches Mädchen, k über 8 Tage dauernde Menses. Muß jedesmal arbeitsunfähig schrieben werden und wegen heftiger kolikartiger Unterle schmerzen das Bett hüten. Narkotica gaben nur vorübergehe Linderung. Da die inneren Genitalien bei der W. keinen anom Befund boten, gab ich auch hier Emarex und zwar ebenfalls gutem Erfolg. Die Patientin ist jetzt imstande, als Schneid sogar während ihrer Regel an der Nähmaschine zu arbeiten. Periode dauert jetzt nur 3 Tage. Rückfälle habe ich nicht wi beobachtet. Frl. W. nimmt allerdings vorsichtshalber auf mein raten prophylaktisch Emarex. Bei der großen Anämie di Patientin wirkte bei meiner Therapie unterstützend das Blutan, ich speziell gegen die Anämie verordnete.

5. Frau M. D., 29 Jahre, kommt in meine Behandlung we dysmenorrhöischer Beschwerden, die sich hauptsächlich bei tritt der Menses in Form schwerer kolikartiger Krämpfe bem bar machen. Auch hier betrug die Dauer der Periode im gemeinen 5 bis 6 Tage. Nach einmaliger Anwendung von Em hat Patientin doch noch 2 Tage geringfügige Beschwer während sie beim zweiten Male ganz beschwerdefrei blieb. Menses verliefen völlig normal und dauerten 2 Tage. Die ju Frau berichtet, daß ihr außer Emarex bisher noch kein and Mittel richtig geholfen hätte.

So könnte ich aus meiner Praxis noch weitere ähnlich laufene Fälle anführen, die sämtlich günstig auf Emarex reagier Wie mir von verschiedenen Kollegen bestätigt wird, sind d ebenfalls von dem neuen Präparat sehr befriedigt und haben es ih Arzneischatz eingereiht. Betonen möchte ich noch, daß Ema selbst da gute Erfolge zeitigen kann, wo Morphium, Belladonna ähnliche mit Vorsicht anzuwendende Mittel wirkungslos bleiben

Wie eingangs erwähnt, hilft das Präparat nicht bei Störun organischer Natur. Deshalb soll man möglichst vor Anwendung d selben die Patientin einer Untersuchung unterziehen, um tunli Mißerfolge von vornherein auszuschließen. Kommt aber Emar ohne vorherige Untersuchung in Anwendung, so kann es in dif rential-diagnostischer Beziehung von Nutzen sein, indem es nämli beim Vorhandensein organischer Störungen versagt.

Ein besonderer Vorzug des Emarex ist seine Billigkeit, so d es bei seinem hohen therapeutischen Effekt auf alle Fälle Anwendu in der Armen- und Kassenpraxis finden müßte.

Auf Grund der gemachten Beobachtungen möchte ich nicht ve säumen, die Aufmerksamkeit der Herren Kollegen auf dieses ne Präparat hinzulenken, um es einer weiteren Nachprüfung zu unte ziehen.

Therapeutische Notizen.

Salit.

Die Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden, bringt zufolge Anregung aus Krankenkassenkreisen ihr seit Jahrzehnten eingeführtes perkutanes, spezifisches Antirheumatikum Salit jetzt in einer Tube zum Krankenkassenpreise von —,70 M. heraus, die von den meisten Krankenkassen zur Verordnung empfohlen wird. Gleichzeitig wird neben den abgabefertigen Zubereitungen (Salit-Oel und Salit-Creme) auch auf die individuelle Rezeptur von Salitum purum (70% Salizylbornylester), verdünnt mit Fetten, Oel oder Alkohol hingewiesen.

Gies schreibt im Praktischen Arzt 1926, Heft 17, über Erfahrungen mit Salit-Heyden in Originalpackung und in der Rezeptur, daß die Verordnung des Salit. pur. sehr angenehm sei, da die Einreibungen in beliebiger Konzentration hergestellt und andere wirksame Mittel zugesetzt werden könnten. Als besonders wirksam erwies sich folgendes Rezept:

Rp. Salit pur. 5,0; Ol. Chlorof., Ol. Hyoscyami
aa ad 30,0. S. Zum Einreiben.

Selbst in Fällen schwerster chronischer Rheumatitiden, in denen eine innerliche Darreichung der Salizylkomponente nicht nur keine Wirkung, sondern sogar Magenstörungen hervorgerufen hatte, wu mit dem mild und sicher wirkenden Salit vollständiges Verschwin sämtlicher Krankheitsmomente erreicht.

Die rheumatischen Beschwerden, wie sie bei Arterienverkalk als Folge der gestörten Blutzirkulation auftreten, wurden güns beeinflußt; der Verfasser führt das Schwinden dieser Beschwer auf den gleichsam gefäßerweiternden Einfluß des Salits zurück.

Ganz hervorragende Erfolge konnten durch Massage mit S erreicht werden bei Nachbehandlung von Sehnenzerrungen Gelenkdestorsionen mit kleineren und größeren Blutergüssen. Da trat auch in Fällen mit ganz schweren Zerreißungen der Ligame die Bewegungsmöglichkeit der erkrankten Glieder auffallend ra wieder ein. Es kommt dem Salit also eine gleichsam zerteilende gewissermaßen resorbierende Eigenschaft zu.

In der Zusammenfassung betont der Verfasser, daß er so mit der Originalpackung Salitöl und Salitcreme, wie auch besond mit seinem oben angeführten Rezept bei dem vielseitigen Indikati gebiet äußerst zufriedenstellende Erfolge erzielt habe.

F77

LIBRARY
RECEIVED
NOV 1 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 28 BERLIN, DEN 19. OKTOBER 1926 44. JAHRGANG

4

1

Bei
Erkältungskrankheiten
mit besonderem Befallensein der

oberen Luftwege:
Pyrenol
Expektorans und Sedativum
(Stimulans für das Herz)
In der Nebenwirkung mildes Antipyreticum, Antirheumatikum und Antineuralgikum, daher wirksamstes Mittel gegen Grippe, wenn diese mit erschwerter Expektoration verbunden ist und ausreichende Dosen gegeben werden.
(3-4 mal täglich 2 Tabletten zu 0,5.)
Rp. 20 Pyrenol-Tabletten Gödecke Original*)
(Pyrenol, nach besonderem Fabrikationsverfahren hergestelltes Reaktionsprodukt von Siambenzoesäure-Thymol (2%) mit gleichen Teilen von Natr. salicyl. und Natr. benzoat.)

Muskeln und Gelenke:
Gelonida antineuralgica
(Cod. phosph. 0,01, Acetylsal., Phenac. āā 0,25)
deren Bestandteile nach der Professor Treupelschen Kombinationstheorie den Krankheitsherd gleichzeitig von mehreren Seiten angreifen, um die Wirkung der einzelnen Komponenten zu potenzieren nicht nur zu kumulieren.
Indikationen: Grippe, namentlich wenn sie mit trockenem, quälendem schlafstörenden Hustenreiz verbunden ist, Pneumonie, Rheumatismus, Ischias, Neuralgien schwerster und verschiedener Art.
(3-4 mal täglich 1-2 Tabletten.)
Rp. 10 oder 20 Gelonida antineuralgica Original*)

*) Wir bitten, stets das Wort Original hinzuzufügen, da Ersatzpräparate von unkontrollierbarer Zusammensetzung und Wirkung existieren

Von den meisten Kassen zugelassen. -- Den Herren Aerzten stehen Proben u. Literatur zu Diensten.

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch.

Sanatogen

Seit 25 Jahren bewährt als zuverlässiges **Tonikum und Roborans** in allen Fällen, die einer schnellen und nachhaltigen **Kräftigung des Organismus** bedürfen. Verbilligte Kassenpackungen zu 50 und 100 g.

Cystopurin

(Hexamethylentetramin + Natriumacetat), bewährtes, zuverlässiges Harndesinfiziens. Vollkommen reizlos gegenüber Nieren und Verdauungsapparat, daher auch in höherer Dosierung besonders geeignet zur **Dauerbehandlung.**

Apyron (Kerne)

(Acid. acetylosalic. cum Calc. carb.). Prompt wirksam. Durchaus reizlos. Vollkommen haltbar.

Arsen-Duploferrin

(Eisennucleinat - Natriumcitrat - Albumose cum Kalio arsenicoso) Eisenpräparat von hervorragender Bekömmlichkeit, besonders gegenüber Magen und Zähnen — und zuverlässigster Wirkung. Verbilligte Kassenpackungen zu 35 und 70 Tabletten.

Formamint

zu Therapie und Prophylaxe **sicheres Desinfiziens für Mund und Rachen.** Bequemer im Gebrauch und nachhaltiger in der Wirkung als Gurgelungen. Billige Kassen-Kleinpackung als Röhrchen mit 20 Tabletten.

Jodomenin

(Jodwismuteiweiß), Jodpräparat von milder und doch sicherer Jodwirkung, ohne Jodüberschwemmung des Körpers, daher **kein Jodismus.** Besonders für die Kinderpraxis.

Kalzan

(Calcium - natrium - lactat), Kalkpräparat nach den Prof. Emmerich und Loew mit experimentell bewiesener, sehr guter **Kalkretention.** Verbilligte Kassenpackungen zu 45 Tabletten und 100 g in Pulver.

Acilacton

(Calciumbilactat), gleichzeitig bakterizid und neurotonisch wirkendes Mittel gegen die durch den chemischen Verdauungsvorgang bedingten **Säuglingsdyspepsien.**

Von vielen Kassen zugelassen — Literatur und Muster kostenlos und unverbindlich.

Bauer & Cie., Sanatogenwerke Johann A. Wülfing, Chem. Fabrik
Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Ein hochprozentiges

Salicylpräparat von guter Bekömmlichkeit

auch bei Patienten mit empfindlichem Magen ist

DIPLOSAL

(der Salicylester der Salicylsäure).

Es ist von milder, protrahierter Salicylwirkung und bewirkt

keine schwächende Diaphorese,

die vielfach Veranlassung zu neuer Erkältung gibt.

Einzelgabe: 0,5—1,0 g. Tagesgabe: 3,0—6,0 g.
Tabletten zu 0,5 g in Originalpackungen mit 10, 20 oder 50 Stück.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof.

Inhalt des Heftes:

Kongreßberichte:

89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf vom 19. bis 25. September 1926 . . . 1117
XVI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Düsseldorf vom 24. bis 26. September 1926 . . . 1120
VII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1124

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 41 . . . 1126
Zeitschrift für physikalische Therapie, Heft 3 . . . 1126
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 35., Heft 1 . . . 1127
Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1925/1926, Heft 9/10 . . . 1127
Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Heft 9, 10 . . . 1128
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 64., Heft 3, 4 . 1128
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 40, 41 . . . 1130
Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, 115., 4. Heft . . . 1130
Zeitschrift für Urologie, 20., Heft 10 . . . 1130
Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 13., 7. Heft . . 1131
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 39, 40 . . . 1132
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 38 . . . 1132
Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 10 . . . 1133
Hygiea, 88., Heft 18 . . . 1133
Acta Paediatrica, 5., Heft 3/4 . . . 1133
Ugeskrift for Laeger, Nr. 39, 40 . . . 1133
Hospitalstidende, Nr. 31—35 . . . 1133
The Lancet, 211., Nr. 10—14 . . . 1134
British Medical Journal, Nr. 3429 . . . 1136
La Presse Médicale, Paris, Nr. 74—76 . . . 1137
Gynécologie et Obstetrique, 14., Nr. 2, 3 . . . 1137
Archives de Médicine des Enfants, 29., Heft 8—10 . 1138
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 7., Nr. 8—9 . . . 1139
Bruxelles Médical, Nr. 48 . . . 1141
La Riforma medica, 42., Nr. 33—35 . . . 1141
Il Policlinico, Sez. prat., 33., Nr. 36—39 . . . 1142
Il Policlinico, Sez. med., 33., Nr. 9 . . . 1142
Il Policlinico, Sez. chir., 33., Nr. 9 . . . 1143
Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 39., Nr. 3 1143
Archives of Internal Medicine, 38., Nr. 3 . . . 1143
The American Journal of Syphilis, 10., Nr. 3 . . . 1145
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, Vol. 15, 4 . . . 1147
Oriental Journal of dis. of infants, 1., Heft 2/3 . . . 1148

Buchbesprechungen . . . 1148

Kongreß-Kalender . . . 1148

Silicol

Kolloides **Kieselsäure-Eiweiß**
gegen Lungenkrankheiten,
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol

Kolloides **Kalk-Eiweiß**-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Ovarienextract mit Arsen-Eiweiß-Eisen gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

Bei großen Krankenkassenverbänden zur Verordnung zugelassen.

VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN TEMMLER WERKE BERLIN

Menostaticum

ERGOPAN, OXYMETHYL-HYDRASTININ, CAPS. BURS. PAST., VIBURN., CHAMOMILL.

Gut schmeckendes, schmerzlinderndes und krampfstillendes
HAEMOSTYPTIKUM
UTERINES ANODYNUM
Von prompter, zuverläßiger Wirkung, selbst in schwersten Fällen

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN **BERLIN-JOHANNISTHAL**

ULTRACTINA

Ultraviolett bestrahltes Alpenmilchpulver
in der Hand des Arztes
SICHERES HEILMITTEL
u. Vorbeugungsmittel gegen
RACHITIS
Angezeigt auch gegen Osteomalazie,
bei Schwangerschaft und Lactation.
D.R.P. u. Auslandspatente angemeldet.
Hergestellt nach dem Originalverfahren
der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg
Nur in Apotheken erhältlich
Merkblatt für den Arzt auf Wunsch durch
Edelweiss-Milchwerk-Kempten/Allgäu

Oskalson
Drops und Pulver
Für die Kalktherapie
Literatur und Muster zur Verfügung

Dr. COLMAN, G. m. b. H.
chem.- pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstraße 97-100

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat,** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Aclavagin

Indikationen: Kausale Therapie des vaginalen (unspezifischen) Fluors und Kolpitis. Symptomatisch bei Fluor constitutioneller und extragenitaler Aetiologie neben Kausalbehandlung. Prophylaktisch als Desinfiziens besonders ante et post partum.

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen!

Karl Horn & Co. A.-G. * **Frankfurt a. M.**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 28 19. OKTOBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Kongreß-Berichte.

89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte

in Düsseldorf vom 19. bis 25. September 1926.

Der erste Tag, Sonntag, war wie üblich der zwanglosen Begrüßung der vielen Teilnehmer gewidmet, welche nach der schönen, fahnengeschmückten Stadt zusammengekommen waren, um die neuen Ergebnisse deutscher Forschung auszutauschen.

Am Montag fand in der großen, von Kreis erbauten Rheinhalle, auf dem Gelände der Ausstellung, die feierliche Eröffnung statt, bei der nach musikalischer Einleitung der Geschäftsführer der Versammlung, Schloßmann-Düsseldorf, die einleitenden Worte sprach. Hatte die vorige Versammlung an der Südgrenze Deutschösterreichs, in Innsbruck, stattgefunden, so gilt die diesjährige Tagung vor allem der Freude darüber, daß das Rheinland wenigstens zum Teil nun befreit ist. Wiederholt ist die Frage gestellt worden, ob die Naturforscherversammlungen zeitgemäß seien. Darauf ist zu erwidern, daß wir diese Zusammenkünfte schnellstens schaffen müßten, wenn wir sie nicht hätten; in ihnen ist die einzige Möglichkeit gegeben, die sich immer mehr spezialisierenden Gebiete der Naturwissenschaften wieder miteinander in Verbindung zu bringen und der Gefahr des Auseinanderfließens der überspezialisierten Forscherarbeit zu begegnen. Die diesjährige Tagung hat noch eine besondere Bedeutung dadurch, daß sie den Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis, die Beziehung zwischen Wissenschaft und Wirtschaft, betonen soll. Dringend gewarnt werden muß davor, daß die Spekulation an die Stelle der Beobachtungen tritt, andererseits ist es ein beunruhigendes Zeichen, daß nicht unwesentliche Teile der Naturforscher und der Aerzte eine bedenklich materielle Einstellung zeigen. Auch bei Anerkennung der erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten unserer Zeit ist eine ideelle Einstellung für die Forschung durchaus unentbehrlich. Das wesentliche für den Fortschritt ist der forschende und strebende Mensch, nicht Aeußerlichkeiten. Der Grundsatz: Bahn frei dem Tüchtigen, hat uns leider nicht weiter geführt. Es sind gerade umgekehrt dem Untüchtigen die Pforten der höheren Bildung, Gymnasien und Hochschulen, weit geöffnet worden. Die Anforderungen sind immer weiter herabgesetzt worden, so daß jeder alle Prüfungen ablegen kann. Wir brauchen Menschen mit Höchstleistungen. Mittelmäßigkeit der Begabung, des Fleißes und der Leistungen genügt nicht, um den deutschen Menschen geeignet zu machen, den Anforderungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte zu genügen. Dem Hoch, welches Schloßmann auf das deutsche Vaterland, das ganze große Deutschland, soweit die deutsche Zunge klingt, ausbrachte, folgte die mit Begeisterung von allen Anwesenden gesungene Hymne: Deutschland, Deutschland über alles!

Minister Dr. Becker kennzeichnete die Versammlung als ein Symbol des deutschen Kulturwillens. Wissenschaft bleibt trotz aller Fühlungnahme mit den Nachbarn, trotz aller Abhängigkeit von Tradition und Schule eine eminent persönliche Angelegenheit der ndividuellen Kraft, des individuellen Wissens. Wie unsere Industrie nur als Qualitätsindustrie eine Zukunft hat, so ist auch die Weltgeltung der deutschen Wissenschaft abhängig von Qualitätsleistungen. Mit ernster Sorge erfüllt die Frage des Nachwuchses: Strenge und ochmals Strenge vom Abitur bis zum Staatsexamen muß die osung dieser harten Zeit sein. Die Jugend darf nicht abgeschreckt, ber auch nicht verweichlicht werden. Behält Deutschland die eugungskraft individueller Forschung und zugleich den Opfersinn sozialer Gemeinschaft, dann sind wir nicht nur ein Volk von Brüdern, sondern auch ein Volk von Männern, das erhobenen Hauptes n die Zukunft blicken kann.

Namens der Regierung begrüßte Oberpräsident Dr. Fuchs die ersammlung. Wenn man einen Krankheitserreger findet, wäre es auch nicht schwer, das Heilmittel zu finden. So wäre es vor allem wünschenswert, auch die deutsche Uneinigkeit zu bekämpfen. Seine Rede klang aus in der Hoffnung. daß die nächste Tagung im dann befreiten südlichen Teile der Rheinlande tagen möge!

Oberbürgermeister Dr. Lehr-Düsseldorf betonte mit Dank, daß der Entschluß, nach Düsseldorf zu kommen, in einer Zeit gefaßt worden sei, in welcher die Stadt noch unter der Not der Besetzung litt. Er erwähnte die Zusammenhänge, welche zwischen der Tagung der deutschen Naturforscher und der großen Ausstellung, der Gesolei, am wieder freien Rhein bestünden. Trotz aller Widerwärtigkeiten und Hemmnisse würde unser Los nicht dauernder Niedergang und dauernde Bedrückung sein, wenn wir nur selbst nicht verzagen; das war auch der Standpunkt, welcher die Verwaltung bei der Gründung der Ausstellung geleitet hat.

Es folgten dann die Begrüßungen seitens der Vertreter der Hochschulen, namens der Medizinischen Akademie durch ihren Rektor, Prof. Krauß, namens der Technischen Hochschule Aachen, der Universität Köln und der Universität Bonn durch den Rektor dieser Hochschule Geheimrat Dyrhoff. Der Dekan der medizinischen Fakultät Münster, Rosemann, überbrachte dem Oberbürgermeister Lehr die Urkunde der Ernennung zum Dr. med. h. c., für seine Verdienste, insbesondere um den Ausbau der Krankenanstalten in Düsseldorf und die Förderung der Volksgesundheit durch die Veranstaltung der großen Ausstellung. Anschließend daran sprach der Vertreter des Düsseldorfer Aerztevereins Dr. Hoppe, für den Naturwissenschaftlichen Verein Düsseldorf Dr. Vogel, für die österreichischen Kollegen v. Eiselsberg-Wien, endlich für die Vertreter der ausländischen Staaten der ungarische Ministerialrat v. Györy.

Der Vorsitz ging nun auf den ersten Vorsitzenden der Gesellschaft, v. Dyck-München, über. Er dankte außer allen Rednern vor allem dem Staatsminister Schmidt-Ott, als dem Präsidenten der Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft, für die unermüdliche Fürsorge zur Aufrechterhaltung der wissenschaftlichen Arbeit in Deutschland. Bezüglich der Organisation stellt er fest, daß die Mitgliederzahl der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in den letzten 2 Jahren von 2500 auf 6000 gestiegen ist. Er gedenkt der zahlreichen Verluste, welche die Gesellschaft in den letzten beiden Jahren durch den Tod erlitten hat und betont dann den engen Zusammenhang zwischen Naturwissenschaft und Technik. Die wissenschaftliche Durchdringung der Technik ist das wesentlichste Mittel, uns in der Welt wieder an die alte Stelle zu bringen und diese Stellung zu behaupten. Auf diesen Grundton, auf die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Technik, andererseits zwischen Technik und Wirtschaft ist auch die große Rede abgestimmt, welche als erste Generaldirektor Vögler-Dortmund hielt.

Das Thema lautete: **Technik und Wirtschaft.** Generaldirektor Vögler ging zuerst kurz auf die Fortschritte der Technik der letzten Periode ein, welche fast ausschließlich der Wissenschaft zuzuschreiben sind. Auf physikalischem und chemischem Gebiet sehen wir einen ununterbrochenen Schöpfungsvorgang; die Fortschritte sind außerordentlich groß. Als größtes Erlebnis bezeichnet er die Darstellung flüssigen Brennstoffes aus Kohle. Ohne es im einzelnen jetzt schon zu erkennen, erleben wir den von den Naturwissenschaften zwangsläufig vorbereiteten Uebergang vom Zeitalter des Organischen zum Anorganischen und Mechanischen, den Ersatz der teuren organischen Stoffe durch die im Großbetrieb hergestellten anorganischen, die immer stärker einsetzende Ablösung der empirischen Arbeitsmethoden durch wissenschaftlich berechnete und begründete Verfahren. Die Technik wurde zur angewandten Wissenschaft. Gefühlsmäßig mag man bedauern, daß bei dieser Entwicklung das handwerkmäßige, die Kunst des Arbeiters und Meisters immer mehr in den Hintergrund tritt, doch auch in der neuen Arbeitsmethode liegt Musik, man muß nur die Ohren öffnen, um ihr Klingen zu hören.

Die Methoden anderer Länder, z. B. die Fordsche Arbeitsweise auf Deutschland zu übertragen, ist ohne weiteres nicht angängig. Diese Arbeitsweisen, die in einem menschenarmen und rohstoffreichen Lande entwickelt worden sind, passen nicht für uns. Wir müssen der Quantität die Qualität entgegensetzen, wir müssen unser Heil darin suchen, die uns versagt gebliebenen Rohstoffe der Natur abzuringen und der Masse unserer Bevölkerung durch Erziehung zur Qualitätsarbeit Beschäftigung zu geben. Die Freude an der Technik ist nie so groß gewesen wie in unserer Zeit. Die Masse fühlt ganz instinktiv, daß hier eine Herausführung in bessere Verhältnisse ermöglicht wird. Auch die Lösung der sozialen Frage ist eine Erzeugungsfrage; in demselben Maße, in dem die Produktion stärker wächst als die Zahl der Menschen, erleichtert sich die soziale Lage. Daß die fortschreitende Technik und Industrialisierung zu einer Entseelung der Arbeit führt, ist nicht wahr. Die Menschen müssen immer wieder darauf hingewiesen werden, daß es in ihre Hand gegeben ist, durch eigene Arbeit an der Erleichterung der sozialen Lage mitzuarbeiten. Nicht mit Utopien, nur mit Arbeit, Arbeit des Kopfes und der Hand, wird das Los der Menschheit verbessert. Dazu ist es notwendig, den Menschen nach seinen Fähigkeiten in den Arbeitsvorgang einzureihen: zufrieden ist nur der, der in seiner Arbeit Befriedigung findet. Und so schließen sich die Kreise: Wissenschaft und Technik, Technik und Arbeit, Arbeit und Wirtschaft, Wirtschaft und Wissenschaft, nicht nur im Materiellen, sondern auch im Ideellen. Wie die Wissenschaft nur aus dem Geistigen emporgestiegen ist, so kann die Arbeit nur aus der Gesinnung gelingen und die Wirtschaft nur bestehen, wenn sie auf das Gesamtwohl gerichtet ist, dem Wissenschaft, Technik und Wirtschaft untertan sind. Krisen der Wirtschaft können auch durch den höchsten Stand von Wissenschaft und Technik nicht vermieden werden. Um wieder auf feste, sichere Bahn zu kommen, müssen die wirtschaftlichen Zügel scharf angezogen werden. Zum erstenmal seit 1914 haben wir eine klare wirtschaftliche Einstellung. Wir stehen am Anfang eines neuen Zeitalters, dem Wissenschaft und Technik ihr entscheidendes Gepräge geben. Immer wird jedoch die Persönlichkeit, niemals die Masse den Fortschritt bedeuten.

Die zweite allgemeine Sitzung am 21. September befaßte sich mit naturwissenschaftlichen und medizinischen Fragen. Zunächst sprach Dr. ing. Petersen-Frankfurt a. M. über die **Fortschritte auf dem Gebiete der Leichtmetalle, speziell des Aluminiums, Magnesiums und Lithiums,** die nur in geringer Menge als Baumaterialien selbständig verwendet werden; das Lithium ist hierzu überhaupt nicht imstande. Von Bedeutung sind diese Metalle vor allem dadurch, daß sie, in gewissen Legierungen mit anderen Metallen vereinigt, ausgezeichnete Kombinationen ergeben, die bei größter Leichtigkeit auch starken Beanspruchungen gewachsen sind. So übertreffen die Aluminium- und Magnesiumlegierungen die einzelnen Metalle in ihren mechanischen Eigenschaften fast um das Doppelte.

Das zweite Referat dieser Sitzung erstattete Nocht-Hamburg über den Stand der **Chemotherapie.** In neuerer Zeit sind die chemotherapeutischen Stoffe, welche nach der Ehrlichschen Therapie ihre spezifische Wirkung entfalten, deren Wirksamkeit auf der spezifischen Bindung beruht, ergänzt worden durch Substanzen, die als unspezifische oder spezifische Reizstoffe wirken, deren Tätigkeit in einer Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus beruht. Andere wiederum zeigen spezifische und allgemeine Reizwirkung. Von diesen neuen Mitteln ist besonders das Germanin (Bayer 205) zu nennen, dessen Wirkung der Erfinder Roehl mit der einer Leimrute vergleicht, durch die die Mikroorganismen, in diesem Falle also die Trypanosomen, unbeweglich gemacht werden, so daß sie nun leichter von den natürlichen Abwehrkräften des Organismus unschädlich gemacht werden können. In noch anderen Fällen muß man annehmen, daß erst im behandelten Organismus durch Zusammentreten des eingeführten Arzneikörpers mit Substanzen des Organismus die parasitotrope Wirkung entfaltet wird. Es sind auf dem Gebiet der Chemotherapie bereits sehr erhebliche Erfolge erzielt worden, wenn auch über die Beziehungen zwischen Aufbau und Wirkung endgültige Klarheit noch nicht geschaffen ist.

Das dritte Referat erstattete Escherich-München über die **moderne Bekämpfung pflanzlicher und tierischer Schädlinge.** Diese Frage ist von größter wirtschaftlicher Bedeutung. Als Beispiele nennt Escherich die Schäden, die durch die Obstmade bewirkt werden; es handelt sich hier um einen jährlichen Verlust von etwa 100 Millionen Reichsmark für den deutschen Obstbau. Im pfälzischen Weinbaugebiet wurden vor 2 Jahren durch den Heu- und Sauerwurm ⅔ der Ernte vernichtet. Aehnliche Schäden gibt es in allen Ländern, zum Teil in solchem Ausmaße, daß die gesamte Finanzlage des Staates auf das schwerste bedroht werden kann, besonders da mit den direkten Schädigungen auch zahlreiche indirekte der verarbeitenden Gewerbe verknüpft sind. Während man früher in Deutschland der Frage nur geringes Interesse zuwandte, ist man neuerdings dazu gelangt, sich für die Frage intensiver zu interessieren. Von den Bekämpfungsmitteln ist die chemische Methode die wichtigste geworden, und zwar benutzt man zur Bekämpfung im wesentlichen die wirksamen Arsenverbindungen, welche teils als Spritzbrühen, teils als Zerstäubungsmittel angewendet werden. Besonderes Interesse beansprucht die Methode der Zerstäubung vom Flugzeug aus, die übrigens schon vor dem Kriege von einem deutschen Forstmann vorgeschlagen worden ist.

Die dritte allgemeine Sitzung endlich am 22. September war nur medizinischen Dingen gewidmet. Das erste Referat erstattete Ernst-Heidelberg über das **morphologische Bedürfnis.** Er beklagt es aufs tiefste, daß in den letzten Jahrzehnten das Anschauungsvermögen und -bedürfnis in erschreckendem Maße abgenommen hat. Diese Geringschätzung der Morphologie beeinträchtigt nach seiner Meinung die Ausbildung und Erziehung der Aerzte in höchstem Maße. Schon die Jugend wächst in einer Minderschätzung der Morphologie auf; diese Verachtung hat ihren Ursprung in der einseitigen Herrschaft und Ueberschätzung, in der Ueberspannung der mathematisch-mechanischen Weltanschauung. Diese Einstellung wird von Ernst auf das schärfste angegriffen. Die Uebertragung mathematischer und mechanischer Ideen, wie sie von Leonardo da Vinci eingeleitet, von Galilei scharf gefaßt und schließlich von Helmholtz aufgenommen worden sind, auf Leben, Organismus, Entwicklung und alle biologischen Begriffe bedeutet nach Ernst eine unerhörte Vergewaltigung. Die Morphologie, welche sich dieser gewalttätigen Einseitigkeit nicht fügt, wird als unbequem, unbrauchbar und minderwertig verworfen. Diese einseitige Mechanisierung ist auch für den ärztlichen Stand äußerst schädigend. Ihr ist die Schuld beizumessen, daß das Volk, welches zu den einseitigen Mechanisten kein Vertrauen hat, sich den Dunkelmännern in die Arme wirft.

Es sprach sodann Sauerbruch-München über **Heilkunst und Naturwissenschaft.** Er besprach das Verhältnis zwischen exakten Naturwissenschaften und praktischer Heilkunst, vor allen Dingen die Beteiligung, die den exakten Naturwissenschaften einzuräumen ist. Indem er weit in die Geschichte der Medizin zurückging, zeigte er, daß in allen Fällen nur die Beobachtungen am Kranken selbst zu Erfolgen geführt haben, daß aber immer, wenn man zugunsten der Forschung die Beobachtung am Kranken selbst vernachlässigt hätte, scharfe Rückschläge eingetreten seien. Seine Ausführungen gipfelten darin, daß zwar Heilkunst ohne Naturwissenschaft nicht ausgeübt werden könne, daß aber die Wissenschaft unter allen Umständen Dienerin und nicht Meisterin der Heilkunst sein dürfe. Erwähnt seien zwei seiner charakteristischen Aussprüche: „Heilkunst ist vom persönlichen das persönlichste“ und „Arztsein ist Dienst am Menschen“.

Als dritter sprach Straub-München über **Genußgifte.** Im Gegensatz zu den Genußmitteln, die zur Erhaltung des Daseins überhaupt dienen, dienen die Genußgifte zu seiner Verschönerung. Das älteste Genußgift ist der Alkohol, ein recht schwaches Narkotikum. Straub steht dem mäßigen Genuß des Alkohols sehr wohlwollend gegenüber, er verwirft Trockenlegung und Gemeindebestimmungsrecht. Nach einmaliger wirksamer Dosis steht man mindestens vier Stunden unter Alkoholwirkung, der bekannten Hemmung geistiger Vorgänge. Hiermit geht einher eine Verminderung geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit, die auf 6 bis 8 Stunden zu beziffern ist, so daß man den Alkoholgenuß am besten vor die Schlafenszeit verlegt. Launig kommt er darauf zu sprechen, daß nicht jeder es versteht, mit dem Alkohol richtig pharmakologisch dosiert umzugehen und so haben falsche Dosierungen und Nichtberücksichtigung der zeitlichen Wirkung schon immer Aergernisse bei den Nebenmenschen erweckt. Ein weit mächtigeres Genußgift ist das Opium, das den Erfindern, den Mohammedanern, niemals sozialen Schaden zugefügt hat, während die Chinesen ihm rettungslos verfallen sind. Daß Morphium, die wirksame Substanz des Opiums, zu dauernden Gesundheitsschädigungen führt, ist bekannt. Der Kokainismus hat seine Ursache in den abnormen Umständen der Kriegs- und Nachkriegszeit, zum Teil wohl auch in der Knappheit und Teuerung des Alkohols. Er bespricht dann kurz die Gruppe der Rauschgifte, die sich in der Tollkirsche, dem Bilsenkraut finden, deren wirksamster Vertreter das Atropin ist. Diese Alkaloide wurden meist nicht als Genußgifte verwendet, sondern dienten in irgendeiner Weise dem religiösen Kult. Durch Bilsenkrautzusatz wurde die narkotische Wirksamkeit des Dünnbieres des Mittelalters gesteigert. Von weiteren Genußgiften ist noch das Rauschmittel der Orientalen, der Haschisch, zu nennen, dessen Wirkung annähernd auch vom Absinth erreicht wird. Unser Haschisch steckt im Bier: der Hopfen ist dem Haschisch verwandt; er enthält, zur gleichen Familie gehörend, ein schwach narkotisch wirkendes ätherisches Oel. Außer lähmenden Substanzen hat der Instinkt der Menschheit auch nach belebenden gesucht. Der Hauptrepräsentant dieser ist das Koffein, das sich im Kaffee, Tee, Kola, Mate findet. Koffein wirkt auf viele Organe unseres Körpers, doch stets nur in fördernder Weise; es ist ein Mittel zur Bekämpfung der Schläfrigkeit, zur Erhöhung der geistigen Leistungsfähigkeit, ohne die Gefahr einer Gewöhnung. Wenn auch gewisse Herzkranke schon kleine Mengen von Koffein unangenehm verspüren können, so ist es für die meisten Menschen das harmloseste aller Gesundheitsgifte.

Die Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe am 21. September brachte außerordentlich interessante Referate, die aus diesem Grunde hier kurz erwähnt werden müssen.

Pfeiffer-Bonn referierte über die **Bedeutung der Koordinationslehre für die organische und physiologische Chemie.** Neben der Systematik der organischen Verbindungen erster Ordnung, d. h. derjenigen, die der Valenzlehre von Kekulé gehorchen, hat sich neuerdings eine neue Lehre entwickelt, die systematische Chemie der organischen Molekülverbindungen, d. h. derjenigen organischen Verbindungen, deren Moleküle sich aus Molekülen höherer Ordnung oder Komplexmolekülen zusammensetzen. Diese organischen Molekülverbindungen, die den Wernerschen anorganischen Komplexverbindungen ähnlich sind, sind sowohl physiologisch von großer Bedeutung, sie spielen aber auch besonders bei den Arzneikombinationen eine wesentliche Rolle. Das Studium der organischen Molekülverbindungen ist ferner von Bedeutung für das Verständnis vieler Adsorptionserscheinungen. So ist bei dem Vorgang der Gerbung der Haut die Annahme sehr wahrscheinlich, daß der erste Teilvorgang darin besteht, daß sich die phenolischen Gerbstoffe koordinativ an die säureamidartigen Gruppen der Haut anlagern. Aehnliche Dinge kommen wahrscheinlich auch bei der Bildung der blauen Jodstärke in Frage.

Es wurden dann verschiedene Probleme der **quantitativen Spektralanalyse** behandelt. Konen-Bonn gab einen Ueberblick über Geschichte und physikalische Grundlagen der Spektralanalyse, die praktisch heute als quantitative Methode zu werten ist. Die praktische Auswertung zeigte Klostermann-Halle in seinem Vortrag: **Spektrographische Bestimmung von Blei im tierischen Körper.** Der Nachweis von Blei in den Ausscheidungen ist von besonderer Bedeutung dadurch geworden, daß durch eine vor wenigen Monaten erlassene Verfügung des Reichsarbeitsministeriums die gewerbliche Bleivergiftung der Arbeiter verschiedener chemischer Industrien und Gewerbe zu den entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten zu zählen ist und 95 Prozent aller gewerblichen Vergiftungen durch Blei erzeugt werden. Infolge der Anhäufung des Bleis im Organismus und der sehr langsamen Ausscheidung ist die Stützung der klinischen Diagnose durch die chemische infolge der sehr geringen Mengen Metall in den Exkreten sehr schwierig. Die spektrographische Methode ist infolge ihrer großen Empfindlichkeit hierzu besonders geeignet. Endlich referierte P. Günther-Berlin über quantitative Röntgenspektralanalyse und zeigte, daß in einer Reihe von Fällen, bei denen die chemische Methodik schwierig ist, wie bei seltenen Erden, Platinmetallen u. a., hier ausgezeichnete Resultate erzielt werden.

Dieser Sitzung schloß sich eine Besprechung der **Unterrichtsreform** an, zu welcher die Abteilung für mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterricht die interessierten Sektionen geladen hatte. Zur preußischen Unterrichtsreform wurde eine Entschließung angenommen, in welcher ausgedrückt war, daß die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte die Zurückdrängung der Naturwissenschaften und der Mathematik im Unterrichtsplan mit schwerer Sorge verfolge. Die Gesellschaft weist mit Nachdruck darauf hin, daß die Ausbildung der Mediziner, Naturwissenschaftler, Techniker und Wirtschaftsführer, ohne einen gegenüber dem jetzigen Zustand vermehrten Anteil der Mathematik und Naturwissenschaft an der Unterrichtszeit aller Schulgattungen, gefährdet wird, daß aber auch in der Bildung des gesamten Volkes die Naturwissenschaften und Mathematik als Kulturfächer ersten Ranges den ihnen gebührenden Platz beanspruchen. Die Gesellschaft erwartet, daß die Unterrichtsverwaltungen bei künftigen Entscheidungen aller organisatorischen und methodischen Fragen des naturwissenschaftlichen und mathematischen Unterrichtes wie auch bei Ausbildung der Lehrer aller Gattungen die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Rate ziehen und ihr Gelegenheit geben werden, ihre maßvollen und wohlerwogenen Vorschläge geltend zu machen. Zur Entwicklung der Stellung Bayerns zum Gedanken der Schulreform sprach v. Dyck-München. Er sieht das Ideal darin, daß nur zwei Schularten bestehen. Er warnt vor jeder Verzettelung durch allzu viele Fächer. Chemie und Biologie sollen auf der Oberstufe aller höheren Schulen aufs äußerste beschränkt werden, dagegen die Schulübungen möglichst früh pflichtgemäß beginnen. so für Physik schon in Untertertia. Es sprachen dann zur sächsischen Schulreform Wagner-Dresden, zur hessischen Beisinger-Bensheim.

In der ersten Sitzung der medizinischen Hauptgruppe wurden drei verschiedene Themen behandelt. Ueber das erste: **Vitaminforschung,** referierte Stepp-Jena. Er schilderte kurz die historische Entwicklung des Vitaminbegriffes und ging dann hauptsächlich auf das fettlösliche Vitamin A ein. Es findet sich bekanntlich in verschiedenen Fetten, besonders speichert der Lebertran außerordentlich viel Vitamin. Die chemische Zusammensetzung ist mit Sicherheit noch nicht festgestellt, doch ist von Takahashi ein Präparat dargestellt worden, von dem 0,1 g genügen, um 100 g vitaminfreie Nahrung zu ergänzen. Die Wirkungen des Vitamin A bzw. die Schädigungen, die bei seinem Fehlen in der Nahrung auftreten, sind verschiedene, so daß man schon mehrere Vitamine aus dem Gesamtkomplex herausgeschält hat. Mangel an Vitamin A äußert sich in einem Stillstand des Wachstums, ferner im Auftreten von Keratomalacie, Xerophthalmie; das Fehlen des Vitamins macht sich besonders stark bei niedrigem Eiweißgehalt der Nahrung bemerkbar. In Dänemark zeigte sich mit der Zunahme der Butterausfuhr eine Zunahme der Augenerkrankungen, was zweifellos mit dem Vitamingehalt der Butter in Verbindung steht; in Norwegen nahm mit sinkendem Butterverbrauch die Kindersterblichkeit und die Tuberkulosesterblichkeit zu. Man soll Kindern Butter und Vollmilch nicht vorenthalten, und zwar soll man nur beste Milch geben. Das antixerophthalmische Vitamin ist gegen Erhitzen außerordentlich empfindlich, so daß es aus dem Schweineschmalz, in dem es auch in gewissen Mengen vorhanden ist, bei der üblichen Reinigungsmethode so gut wie völlig zugrunde geht. Besonderes Interesse besitzt das ebenfalls als Fraktion des Vitamin A angesehene antirachitische Vitamin, das für die Knochenbildung unentbehrlich ist. Es wirkt in schon geringerer Menge, wenn das Verhältnis von Kalzium zu Phosphorsäure richtig ist; sind diese beiden für die Knochenbildung nötigen Mineralstoffe in ungünstigem Verhältnis vorhanden, sind große Dosen des Vitamins erforderlich, um ein günstiges Knochenwachstum zu erzielen. Der Lebertran ist infolge seines Vitamingehaltes imstande, den Phosphorsäurespiegel zu erhöhen. Neuerdings ist es auch gelungen, Milch und andere Stoffe durch Bestrahlung mit ultraviolettem Licht antirachitisch zu machen. Auch läßt sich durch Ultraviolettbestrahlung von Legehühnern der Gehalt der Eier an antirachitischem Vitamin auf das zehnfache der Norm steigern. Kurz werden die anderen Vitamine besprochen, das Vitamin B, das antineuritisch, auch bezüglich der Drüsensysteme wirkt und das auch in Beziehung zum Kohlehydratstoffwechsel steht. Sein Fehlen macht sich nicht bemerkbar, wenn die Tiere kohlenhydratfrei ernährt werden. Endlich nimmt das antiskorbutische Vitamin eine besondere Stellung dadurch ein, daß es sich in allen frischen Geweben mit aktivem Leben, nicht aber z. B. in Samenkörnern findet, sondern erst bei der Keimung. Ihm kommt eine erhebliche Bedeutung beim Aufbau des Pflanzenorganismus zu. Von allen Naturerzeugnissen ist die Apfelsine am reichsten an allen erforderlichen Vitaminen; es ist jedoch zu bemerken, daß durch Kochen der Vitamingehalt stark herabgedrückt wird, indem z. B. gekochter Spinat nur $^{1}/_{40}$ der im rohen Spinat enthaltenen Vitamine enthält. Möglicherweise wird auch die Lebensdauer durch unzweckmäßige Zufuhr und Verteilung der Vitamine beeinflußt.

Das zweite Referat betraf die **Physiologie und Pathologie der Kapillaren.** Den physiologischen Teil behandelte Ebbecke-Bonn. Die Kapillaren sind nicht passive elastische Röhrchen, sondern lebendige, mit Eigentätigkeit begabte Gebilde. Es ist mit ihnen ähnlich gegangen wie einige Jahrzehnte vorher mit den Arterien und Venen, die man früher auch lediglich für elastische Kanäle ansah. Die Erforschung war besonders dadurch erschwert, daß sie am lebenden Objekt infolge ihrer dünnen Wandung fast nicht zu sehen sind und auch keine Differenzierung zeigten. Da durch eine Kapillare nur ein Blutkörperchen nach dem anderen fließen kann, so würde 1 cmm Blut bei einer Geschwindigkeit von 0,5 mm/Sek. 4—7 Stunden brauchen, um eine Kapillare zu passieren. Eine Stecknadelspitze ist ungefähr so groß wie 700 Kapillaren, andererseits das ganze Kapillargebiet 100mal so groß wie die Aorta. Mikroskopisch zeigt sich, daß die Kapillaren durch Reize zu Ausdehnung und Kontraktion gebracht werden können; sie ändern ihre Oberflächenspannung, ihre Durchlässigkeit, ihre Membranbeschaffenheit in Anpassung und Uebereinstimmung mit dem Bedarf des Gewebes, zu dem sie gehören und mit dem sie ein untrennbares Ganze bilden. Diese Eigenreaktion der Kapillaren ist bei der Regulierung des Kreislaufes viel wichtiger als die passive Dehnung. So kommt es zu den zunächst paradox scheinenden Phänomenen, daß man warme und blasse, andererseits rote und kalte Hände haben kann. Blutströmung und Blutfüllung sind etwas durchaus verschiedenes. Ob die Kapillaren Muskeln haben oder nicht, ist eine Frage, die mit Sicherheit nicht gelöst werden kann. Die Tonusschwankungen kommen wohl z. T. durch Nerveneinflüsse zustande, wichtiger sind dagegen wohl chemische Einflüsse, welche, wie Pituitrin oder Histamin, das Kapillargebiet verengern oder erweitern. Die Pathologie der Kapillaren wurde von Otfried Müller-Tübingen behandelt. Er will von einem eigentlichen Kapillarsystem nichts wissen, da die Uebergänge gewissermaßen fließende sind und die Kapillaren kaum von den kleinsten Arterien und Venen auseinander zu halten sind. Er spricht daher von einer Pathologie des periphersten Gefäßsystems. Eine wichtige Rolle spielt die Durchlässigkeit dieser feinsten Gefäße, die abhängig ist von der chemischen Zusammensetzung des Blutes, ferner vom Elektrolytsystem und der inneren Sekretion. Es spielen da viele Dinge eine Rolle; vor allem konstitutionelle Anomalien, insbesondere der spastisch-atonische Symptomkomplex. Es kommt bei diesen tonischen, spastischen Zuständen an der einen, atonischen an der anderen Stelle zu erheblichen Störungen der Wanddurchlässigkeit, Verlangsamung der Strömung und schließlich zu Gewebsinsuffizienz. Hierzu gehören die als Vasoneurosen bekannten Zustände, auch die Muskel-, Kreuz- und Nackenschmerzen nervöser Menschen, zahlreiche Magenstörungen bis zur Ulkusbildung. Schädigungen des Kapillarsystems können exogen oder endogen bedingt sein; als exogene Schädigungen kommen Infektionskrankheiten, Röntgenstrahlen, ultraviolettes Licht in Frage, während endogene Störungen im wesentlichen durch das Nervensystem oder die innere Sekretion bedingt sein dürften.

Das dritte Thema betraf die **Kropfverhütung.** De Quervain-Bern besprach im wesentlichen die Maßnahmen der Schweizerischen Kropfkommission. Man geht in der Schweiz zur Kropfverhütung auf zwei Wegen vor: die Bevölkerung bekommt statt Kochsalz ein Salz, dem ganz geringe Mengen Jodsalz zugesetzt sind, die andere Form der Jodzufuhr besteht in einer Jodbehandlung der Kinder in der Schule, ein Vorgehen, welches nur als Uebergang gedacht ist. Naturgemäß lassen sich die Erfolge der Jodkochsalzverabreichung noch nicht abschließend beurteilen, da diese Behandlung erst einige Jahre alt ist. Es zeigt sich immerhin eine Abnahme der Kröpfe, besonders ergibt sich aus Untersuchungen von Neugeborenen von Müttern, die Jodkochsalz und anderen, die nur gewöhnliches Kochsalz genossen hatten (die Verwendung des Jodsalzes ist fakultativ), daß die Neugeborenen der ersten Gruppe mit kleinerer Schilddrüse zur Welt kommen. Es sprach dann zum gleichen Thema Wagner v. Jauregg-Wien: Das Verlangen nach einer allgemeinen Kropfprophylaxe erhebt sich nur dort, wo der Kropf ein Volksübel ist. Die zahlenmäßige Feststellung der Verkropfung einer Gegend hat aber sehr erhebliche Schwierigkeiten, da keine Methode der Statistik etwas Genaues ergeben hat. Ob und wieweit die Kropfentstehung mit dem Jodmangel zu tun hat, bleibe dahingestellt. Sicher ist, daß die Jodkochsalzprophylaxe zu einer dauernden Einrichtung werden muß, wenn sie überhaupt einen Sinn haben soll.

Die zweite Sitzung der medizin. Hauptgruppe wurde ausgefüllt mit Mitteilungen über ein neues **Malariamittel,** welches von der Farben-I.G. hergestellt worden ist. Hörlein-Elberfeld sprach einleitend über das neue Produkt, Plasmochin, das zu dem Chinin in gewissen genetischen Beziehungen steht, über das aber nähere chemische Angaben nicht gemacht wurden. Es wurde dargestellt von dem Abteilungsleiter des wissenschaftlichen Laboratoriums der Farbwerke Dr. Schulemann mit seinen Mitarbeitern DDr. Schönhöfer und Wingler auf ganz neuem Wege. W. Roehl-Elberfeld hat die biologischen Versuche ausgeführt. Während bekannt ist, daß gewisse Malariamittel auch eine Wirkung auf die experimentelle Vogelmalaria haben, ist man hier den umgekehrten Weg gegangen, d. h. man hat das Mittel zuerst bei der Vogelmalaria erprobt. Es wurden Kanarienvögeln die zu untersuchenden Stoffe mit der Schlundsonde eingeführt, um genau die gleichen Verhältnisse zu haben, die man beim Menschen brauche. Während die Wirkungsbreite, d. h. also das Verhältnis von eben noch wirksamer zu eben noch vertragener Lösung bei salzsaurem Chinin 1 : 4 betrug, war die Wirkungsbreite beim neuen Mittel, dem Plasmochin, sehr erheblich günstiger, und zwar 1 : 30. Auch die wirksamen Dosen waren beim salzsauren Plasmochin erheblich geringer: es genügte ungefähr $^{1}/_{10}$ der vom Chinin nötigen Menge, um den gleichen Effekt zu erzielen. Die Wirkung des Plasmochins ist eine parasitotoxische; die Parasiten werden durch den Arzneistoff selbst geschädigt, in ihrer Entwicklung gehemmt und erliegen nun den natürlichen Abwehreinrichtungen des Körpers. Dieser Mechanismus ist also sehr ähnlich dem des Germanin (Bayer 205).

Ueber die klinische Wirkung, speziell die Dosierung, referierte Sioli-Düsseldorf. Er hat das Plasmochin bei der Malariabehandlung der Paralytiker (Impfmalaria) geprüft; bei Verträglichkeitsprüfungen wurden Dosen bis 0,3 g täglich gegeben, die teilweise gut vertragen wurden, in einzelnen Fällen aber Nebenerscheinungen machten. Als Wirkungsdosis wurde bei 0,15 g pro die begonnen, jedoch erlaubte es die eindeutige Wirkung, die therapeutische Dosis weiter herabzusetzen, bis bei 0,0125 g Plasmochin täglich die Wirkung ungenügend wurde. Es wurde schließlich die mehrtägige Verabreichung von 3—4mal 0,02 g als gut verträgliche und sicher wirksame Behandlungsart herausgebildet. Die bei höherer Dosis möglichen Nebenerscheinungen kündigen sich in einer eigenartigen Zyanose an, die als gutartige Warnung auf die gebotene Vermeidung höherer Dosen hinweist. Todesfälle sind bei den mit Plasmochin behandelten Paralytikern bisher nicht aufgetreten.

Die klinische Prüfung, die Behandlung der natürlichen menschlichen Malariainfektionen mit Plasmochin wurde von Mühlens-Hamburg vorgenommen; im Hamburger Tropeninstitut wurden unter genauester täglicher Blutkontrolle 134 Malariafälle behandelt. Die verabreichten Mengen betrugen 0,05 bis höchstens 0,15 g täglich, auf mehrere kleinere Einzelgaben verteilt. Abgesehen von der geringen, zur Erzielung der erforderlichen Wirkung notwendigen Menge erwies sich als bedeutender Vorteil die fast völlige Geschmacklosigkeit des Präparates. Die genannten Tagesdosen wurden fast stets zunächst an 5—7 aufeinander folgenden Tagen bis zum völligen Verschwinden aller Parasiten verabreicht, dann weiterhin zur Nachbehandlung nach je 4—5 Tagen Pause an je drei aufeinander folgenden Tagen. Für die ganze Kur waren, wie bei der Chininkur, 4—6 Wochen in Aussicht genommen. Aus den Krankengeschichten ging hervor, daß nach Beginn der Behandlung Fieber und Parasiten in wenigen Tagen verschwanden. Es traten ferner weniger Rückfälle von Tertiana und Quartana nach Plasmochinbehandlung auf als bei der sonst üblichen Chinintherapie. Die Zahl der parasitologischen und auch der klinischen Rezidive bei Tropica war unter alleiniger Plasmochinbehandlung größer, dafür vernichtete aber das Präparat die Dauerformen der Malaria tropica, die halbmondförmigen Geschlechtsformen. Wir haben hier ein wissenschaftliches Novum, da es bisher kein Medikament gab, welches die für die Weiterübertragung der Malaria tropica durch die Anophelesmücke verantwortlichen Geschlechtsformen in kurzer Zeit und sicher zum Verschwinden bringen konnte. Andererseits verhinderte in frischen Tropicafällen mit zahlreichen ungeschlechtlichen Parasiten ohne Geschlechtsformen die sofort einsetzende Plasmochinbehandlung fast stets das Auftreten von Halbmonden. Um auch die Rückfälle bei Tropica zu vermeiden, wurde ein weiteres Präparat hergestellt, bestehend aus Plasmochin mit einem kleinen Chininzusatz, Plasmochinkompositum. Dieses wirkt auf Tropica so ein, daß fast gleichzeitig alle Parasitenformen aus dem Blute verschwanden.

Um eine Kontrolle gegenüber den meist schon früher mit Chinin behandelten Kranken im Hamburger Tropeninstitut zu haben, wurde das Mittel auch an möglichst frischen und schweren Fällen an der „Malariafront“ ausprobiert, und zwar in Bulgarien, Jugoslavien, Griechenland, Spanien und Italien. Es wurden im ganzen über 250 Fälle behandelt. Bei Malaria tropica genügten stets 3mal 2 Tabletten Plasmochin compositum, um Parasiten und Fieber bald zum Verschwinden zu bringen. Tertianarezidive wurden innerhalb 6 Wochen nicht beobachtet, dagegen kamen einige Tropicarezidive vor. Die Behandlung betraf auch Kinder von 3—15 Jahren, sogar Säuglinge, denen das Plasmochin in Suspension gegeben wurde. Schädigender Einfluß auf die Blutkörperchen wurde in keinem Fall gefunden; Untersuchungen über prophylaktische Wirkung sind im Gang.

(Fortsetzung folgt.)

XVI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte

in Düsseldorf vom 24. bis 26. September 1926.

O. Foerster (Breslau): **Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls; einleitender Ueberblick, Klinik und Therapie.** Der epileptische Krampfanfall ist eine Reaktionsform des Zentralnervensystems auf einen Reiz, also ein Reizsyndrom und kein Entfesselungsphänomen. Alle als Reiz wirkenden Schädlichkeiten werden als irritative epileptogene Norm bezeichnet. Als irritative Noxen sind zu erwähnen: Traumatische Hirnprozesse, Tumoren, Parasiten, syphilitische und tuberkulöse Prozesse, Hirnabszesse, Hirnschwellung, Meningitiden, Encephalitis epidemica und des Kindesalters, Sklerosis multiplex, präsenile Gliose; ferner exogene Intoxikationen (Alkohol, Aether, Kampfer, Blei, Kokain, Koffein, Santonin, Kohlenoxyd) und endogene Vergiftungen (Urämie durch Retention harnfähiger Gifte, Coma diabeticum durch akute Azidosewirkung, Eiweißzerfallstoxikosen, gastrointestinale Autointoxikationen, parasitäre Gifte); endlich Zirkulationsstörungen (Arteriosklerose, Endarteriitis, Aneurysmen, Embolien, Unterbindung von Karotis und Vertebralis, Karotiskompression, angiospastische Zustände). Bei jedem epileptischen Krampfanfall tritt eine präparoxysmale Vasokonstriktion und Anämie des Gehirns mit deutlicher Volumenverkleinerung und Sturz des Liquordruckes auf, die sehr rasch von einer venösen Stase mit enormer Volumenzunahme des Gehirns und Anstieg des Liquordrucks gefolgt ist; vielleicht ist die Vasokonstriktion die wichtigste Komponente im Kausalnexus des Krampfanfalls. Jedenfalls hat die Therapie sich auf eine Vasodilatation und auf eine Vermeidung von Angiospasmen (kalte Füße, kalte Bäder, Emotion, Nikotin etc.) zu richten. Nicht sicher ist, was bei der genuinen Epilepsie als epileptogene irritative Noxe anzusehen ist; für die Bedeutung eines primären Rindenprozesses spricht der Umstand, daß die Anfälle oft ein fokales Gepräge haben, meist vom frontalen Adversivfeld ausgehen und durch Exzision des betreffenden Feldes beseitigt oder vermindert werden; zweifellos spielt die Vasokonstriktion auch bei der genuinen Epilepsie eine große Rolle, ist aber nicht als alleinige Ursache zu betrachten. Keine der erwähnten Noxen ist spezifisch. Die epileptische Charakterveränderung, die gleichfalls nicht streng spezifisch ist, ist z. T. die Folge der verschiedenen das Gehirn treffenden Noxen, z. T. ein der Krampfbereitschaft zugeordnetes konstitutionelles Merkmal. Häufig ist für das Zustandekommen der epileptischen Krämpfe eine Addition verschiedener epileptogener irritativer Noxen maßgebend; am häufigsten ist die Kombination von Alkohol oder von Kopftrauma mit irgendeiner der übrigen Noxen.

Bei gleicher Noxe von gleichem Sitz, gleicher Intensität und gleicher Dauer kommt es bei einem Individuum zum Anfall, beim anderen nicht; die Wirksamkeit der Noxe hängt auch von dem Niveau der Krampfreizschwelle ab. Die erhöhte Krampfbereitschaft kann ererbt sein, durch Keimschädigung (Alkohol) kreiert werden, sie ist sehr groß beim Kinde, in der Pubertät, in der Involutionsperiode und zeigt Saisonschwankungen (Frühjahr, Herbst) und Tagesschwankungen (Uebergang vom Wachen zum Schlafe und umgekehrt), sowie Erhöhung nach Mahlzeiten. Das sicherste Kriterium einer gesteigerten epileptischen Krampfbereitschaft ist die Bestimmung der Krampfreizschwelle für den faradischen Strom an der freigelegten Hirnrinde; obwohl der Anfall am leichtesten vom primärkrampfenden Fokus auszulösen ist, kann er doch vom ganzen Kortex ausgelöst werden. Durch Hyperventilation lassen sich in 40% der Fälle Anfälle provozieren. Von konstitutionellen Merkmalen der Epileptiker ist der dysplastische Körperbautypus zu erwähnen; konstanter als alle somatischen Zeichen ist der psychische Konstitutionstypus. Durch die endokrinen Drüsen wird die Krampfreizschwelle beeinflußt: Herabsetzend wirken Nebennieren, Thymus persistens, Corpus luteum, Zirbeldrüse, Pankreas und Schilddrüse, erhöhend: Parathyreoidea, kindlicher Thymus, Keimdrüsen, Hypophyse, Pankreas und Schilddrüse.

Irritative Noxen und Niveau der Krampfreizschwelle stehen in gegenseitiger Wechselbeziehung; in dieses Verhältnis greifen nun die „akzidentellen krampfauslösenden Faktoren“ ein. Es sind dies faradische Reizung bzw. Schwankungen des elektrischen Potentials der Atmosphäre bei Gewitter, mechanische Rindenreizung, thermische Reizung (Insolation, Fieber, heißes Bad, Aufenthalt am Herd oder Hochofen), exogene und endogene Gifte (s. o.), Zirkulationssperre, Schwankungen des Liquordrucks, ferner zentripetale Reize (Reflexepilepsie) und Emotionen.

Jeder epileptische Krampfanfall ist z. T. Folge des vorangehenden und Ursache des folgenden Anfalls; durch den Anfall selbst werden Hirnprozesse geschaffen, die als irritative Noxe wirken. Er hinterläßt eine erniedrigte Reizschwelle.

Der epileptische Anfall stellt sich also dar als die Summe von verschiedenen kooperierenden Faktoren. Intensität der irritativen Noxe und Reizschwelle schwanken beträchtlich, die akzidentellen Faktoren und die Bedeutung des iktogenen Faktors sind unberechenbar, daher die Unberechenbarkeit beim Auftreten der Anfälle. Alle vier Faktoren sind auf einen Grundfaktor reduzierbar, auf die Permeabilität der Zellmembran; sie wirken teils langsam sukzessive, teils plötzlich und führen durch Ionenverschiebung zu einer Permeabilitätsänderung der Membran, zu einer Quellung des Zellprotoplasmas und damit zur Entladung.

Das Substrat der epileptischen Krampfreaktion ist das Zentralnervensystem. Je nach der Oertlichkeit des Angriffspunktes weisen die Krämpfe ein verschiedenes Gepräge auf; der Anfall beginnt mit einem Bewegungskomplex, der dieser Lokalisation entspricht, der weitere Ablauf entspricht einem von der Zentralwindung ausgehenden Anfall. Die vom subkortikalen Zentrum ausgehenden Krampfanfälle scheinen vorzugsweise in tonischen Krampfzuständen zu bestehen. Das Wesen der epileptischen Krampfreaktion liegt in der der Reizstärke inadäquaten, den Reiz überdauernden Entladung eines vom Reiz primär getroffenen motorischen Elementes und in der Irradiation der Erregung auf nebengeordnete Elemente.

W. Spielmeyer (München): **Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalls; histopathologischer Teil.** Im Zusammenhang mit epileptischen Krämpfen findet man neben schwer bestimmbaren diffusen Veränderungen lokalisierte Ausfälle im Kleinhirn und im Ammonshorn. Maßgebend für das Betroffensein der immer gleichen Stellen sind die lokalen Kreislaufverhältnisse. Das Bild der Ganglienzellerkrankung bei frischen Fällen ist stets das des ischämischen Zerfalles, als dessen Ursache eine funktionelle Kreislaufstörung im Sinne einer Vasokonstriktion anzusehen ist: Die lokalisierten Veränderungen im Ammonshorn und Kleinhirn sind das morphologisch faßbare Ergebnis eines Angiospasmus. Dieser angiospastische Mechanismus muß der einleitende Vorgang des Krampfes bei den verschiedensten Epilepsieformen sein.

W. Trendelenburg (Tübingen): **Oertliche Entstehung und Verlauf des experimentellen Epilepsieanfalls.** Die Frage, ob nur von der motorischen Rindenregion Anfälle ausgelöst werden können, ist noch nicht genügend geklärt. Die Anfälle breiten sich auf die Körpermuskulatur in der Reihenfolge der Jackson-Anfälle aus. Der klonische Anteil der Krämpfe geht von der Hirnrinde aus, doch ist der tonische Anfall nicht stets infrakortikal bedingt, auch die Rinde kann rein tonisch tätig sein. Der Klonus ist entweder ein einfacher (Einzelzuckungen im Sinne der Muskelphysiologie) oder ein zusammengesetzter (summierte Zuckungen oder kurze Tetanie). Die Erregungsausbreitung erfolgt zunächst in der gleichseitigen Rinde, der Uebergang zur anderen Seite erfolgt nicht durch den Balken, sondern in tieferen Gebieten im Rautenhirn. Von hier aus steigt sie zur andersseitigen Rinde auf. Als absteigende Bahn kommt nicht die Pyramide allein in Betracht. Der tonische Anteil der epileptischen Erregung wird in Vergleich mit dem Zustande der Enthirnungsstarre gesetzt, an welcher der rote Kern wesentlich beteiligt ist.

F. Georgi (Breslau): **Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles; Humoralpathologie.** Hinsichtlich der Ionenverhältnisse sind eine abnorme Labilität im Säurebasengleichgewicht sowie extreme Schwankungen nach beiden Seiten auch unabhängig von den Anfällen sicher festgestellt. Die Gefäßveränderungen, die Veränderungen des Blutdrucks, der Eiweißverhältnisse, der Kolloidstabilität, der Viskosität, der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, der Gerinnung, der Resistenz der roten Blutkörperchen, des Blutbildes, sowie der Fermente in der präparoxysmalen Phase sind als Ausdruck einer Schwankung im Ionenhaushalt zu betrachten. Für die Auslösung des Anfalls kommt weder das Verhalten der Gefäße, noch eine Fermentvergiftung, noch eine Eiweißzerfallstoxikose in Betracht. Bei all diesen Erscheinungen handelt es sich nicht um für Epilepsie spezifische Veränderungen, sondern nur um Begleitfaktoren der auslösenden Reize. Als auslösende Reize kommen nur Verschiebungen im Ionengleichgewicht in Betracht, die bei der für die Krampfauslösung in Frage kommenden Ganglienzelle zu reversiblen Permeabilitätssteigerungen der Zellmembran und den sie begleitenden Veränderungen führen. Es muß eine Herabsetzung der Reizschwelle bei allen Epileptikern angenommen werden, da nur auf diese Weise im Gegensatz zu Normalen der pathologische Effekt der humoralen Reize verständlich ist. Als gleichsam für den Anfall spezifisch sind in der Kette der zum Anfall führenden Faktoren nur die entsprechenden Ganglienzellen anzusprechen. Andererseits ist noch die Mannigfaltigkeit der zu den unspezifischen Reizen führenden steuernden Faktoren (vegetatives System, Stoffwechsel im engeren Sinn, endokrines System etc.) in Betracht zu ziehen. Schematisch können also drei von einander abhängige Faktorenkreise gezogen werden, nämlich Zelle mit Zellmembran, Ionenmilieu der Außenflüssigkeit und von ihr abhängige Humoralwerte, sowie die übergeordneten steuernden Faktoren. Dementsprechend hat eine zielbewußte Therapie vier Richtungen zu verfolgen: Ist ein rein ätiologischer Eingriff (Exzision entsprechender Rindenpartien) nicht durchführbar, so kommen in Betracht: Direkte Maßnahmen zur Herabsetzung der Permeabilität (Narkose, Kälte etc.), direkte Beeinflussung der Ionengleichgewichte, sowie indirekte Beeinflussung durch Maßnahmen an den einzelnen übergeordnet steuernden Faktoren.

O. Wuth (München-Baltimore): **Die Pathogenese des epilentischen Krampfanfalles; Stoffwechselpathologie.** Die Stoffwechselstörungen beim Krampfanfall teilen sich in Folgeerscheinungen der gesteigerten Motorik, solche einer Störung des Säurebasengleichgewichts und solche von Zirkulationsstörungen. Als direkte Folge der Motorik findet sich vermehrter Zerfall von Körpersubstanz, vermehrte Bildung von Rest-N, Harnsäure, Kreatinin und gebundenen Purinen, ferner das Auftreten saurer Stoffwechselprodukte, welche die durch Behinderung der Atmung entstehende Azidose verstärken. Die Azidose beeinflußt das Blutbild, ändert die Ionenverteilung und Kolloidstabilität, ist von Einfluß auf den Blutzucker und bewirkt eine Aenderung der Alkalireserven im Blut, der Harnazidität sowie das Auftreten von Milchsäure. Durch die zirkulatorischen Störungen, die bereits vor Eintritt des Anfalls auftreten, werden zahlreiche präparoxysmale Stoffwechselstörungen erklärt, wie die Gewichtsschwankungen vor und nach dem Anfall, die präparoxysmale Oligurie, die postparoxysmale Polyurie, Albuminurie und Zylindrurie, die präparoxysmale N-Retention und Verminderung der Harnsäureausscheidung; alle diese Störungen lassen sich auf Störungen der Nierengefäße mit temporärer Nierenschädigung und nachfolgender reaktiver Erweiterung zurückführen. Die Stoffwechselstörungen, bei denen häufig Krampfanfälle zu beobachten sind, die Urämie und Eklampsie, zeigen als einzigen gemeinsamen Faktor die Zirkulationsstörungen. Bei Asphyxiekrämpfen handelt es sich um Azidose infolge von CO_2-Retention, bei Krämpfen beim Pylorospasmus der Säuglinge und bei parathyreoidaler Tetanie um eine allgemeine Alkalosis. Bei all diesen Zuständen ebenso wie bei den Krampfanfällen, die bei Pneumonie, Fieber, Herzleiden, diabetischem und urämischem Koma auftreten, kommt für die Genese des Krampfanfalls eine Störung des Säurebasengleichgewichts in Betracht. Die verschiedenen Krankheiten können auf gleichem und verschiedenem Wege zu Krampfanfällen führen, ebenso wie dieselbe Krankheit auf verschiedenen Wegen das Syndrom des Krampfanfalls auslösen kann. Vaskuläre Störungen und solche des Säurebasenhaushalts sind Etappen, über welche der Weg zur Auslösung des Krampfmechanismus abläuft; zwischen beiden Störungen bestehen enge Beziehungen. Geht man davon aus, daß der Krampf einen vorgebildeten Mechanismus darstellt, so ist es einleuchtend, daß letzten Endes alle Krankheitszustände schließlich zu einer allen gemeinsamen Störung hinleiten, ob nun eine Zirkulationsstörung oder eine solche des Säurebasengleichgewichts die Sauerstoffversorgung der Zellen aufhebt, ob lokale Druckerscheinungen eine Rolle spielen, ob es sich um ein Oedem oder um Einwirkung von Giften handelt. Das letzte Glied in der Pathogenese der Krampfanfälle liegt wohl in tiefgreifenden Störungen des Zellmechanismus.

O. B. Meyer (Würzburg): **Ueber weitere, serobiologische Untersuchungen zur Pathogenese der Epilepsie.** Im Serum genuiner Epileptiker wurden Substanzen nachgewiesen, die die rhythmischen Spontanbewegungen der Arterien hemmen. Eine gleiche hemmende Wirkung ließ sich durch mit Cholin (1 : 33 000 bis 1 : 5000) oder mit kolloidalem Cholesterin (1 : 10 000 bis 1 : 5000) versetztes gesundes menschliches Serum hervorrufen. Dieses Resultat weist auf eine hepatogene Komponente in der Pathogenese der Epilepsie hin, und es wird zur Herabsetzung der Funktion der Leber bei solchen Epilepsiefällen, deren Serum die hemmende Wirkung aufweist, Röntgenbestrahlung der Leber empfohlen, worüber Versuche im Gange sind.

S. Fackenheim (Kassel): **Die Wirkungen und Erfolge der Krotalinbehandlung der genuinen Epilepsie.** Nach Krotalinbehandlung treten binnen kurzer Zeit deutliche Wirkungen auf verschiedene Körperorgane und auf das psychische Verhalten hervor: Vertiefung der Atmung, kräftigere Herztätigkeit, Blutdrucksteigerung, Verringerung der Blutalkaleszenz, Veränderungen des Blutbildes, Zunahme der Speichelabsonderung und der Sekretion der Hautdrüsen und des Magendarmtraktus, Vermehrung der Urinausscheidung, Besserung des Appetits und der Nahrungsaufnahme. Psychisch tritt deutlich größere Ruhe, Belebung der geistigen Tätigkeit und Besserung der Stimmung hervor. Nach den ersten Injektionen wird oft bereits ein Verschwinden der kleinen und ein geringeres Auftreten der größeren Anfälle beobachtet. Von über 50 zum Teil seit 1910 beobachteten schweren Fällen sind 60% seit 10 Jahren soweit gefördert, daß sie mit geringen Störungen berufsfähig sind, 40% sind seit 12 Jahren völlig frei von Krankheitserscheinungen, man könnte diese 40% als geheilt bezeichnen.

S. Fackenheim (Kassel): **Ein Handgriff zur Abkürzung der schweren und zur Kupierung der leichten epileptischen Anfälle.** Außer den bisher gebräuchlichen Handgriffen, wie Lösung der in die Faust gekrampften Daumen, Druck auf die Ovarien, mechanische Beeinflussung der Aurastelle und Druck auf die Karotiden, wird zur Kupierung epileptischer Anfälle der Nackengriff, das ist Druck in den Nacken in der Gegend der Spinae laterales des dritten und vierten Halswirbels, empfohlen. Der Nackengriff bewirkt ein sofortiges Nachlassen der Intensität der Krämpfe und prompte Kupierung der leichten Anfälle und löst im Prodromalstadium oder im Stadium der Krampfbereitschaft eine reflexartige Kontraktion der Nackenmuskulatur aus, wodurch prophylaktische Maßnahmen gegen den Ausbruch der Krämpfe möglich gemacht werden.

R. Magnus (Utrecht): **Lokale und segmentale statische Reaktionen (mit kinematographischer Vorführung).** Lokale statische Reaktionen: Das aus einzelnen Teilstücken gelenkig zusammengesetzte Bein kann abwechselnd als bewegliches Instrument oder als stützende Säule benutzt werden. Letzterer Zustand bewirkt durch die positive Stützreaktion propriozeptiv wirksame Reize durch statische Einstellung des Endgliedes, exterozeptiv wirksame durch Berührung der Zehenballen (Magnetreaktion); der Reflexerfolg ist Fixation der großen Gelenke durch gleichzeitige Kontraktion der großen Beuger und Strecker infolge direkten Reflexes vom Endgliede aus, sekundäre unterstützende Reflexe, von den höheren Gliederabschnitten ausgehend, sowie myostatische Reflexe. Die negative Stützreaktion verwandelt die Säule in ein bewegliches Instrument; außer dem Fortfall der Reize für die positive Reaktion sind aktive Reflexe wirksam, die durch Beugung des Endgliedes ausgelöst werden und die am Vorderbein Hemmung von Ellbogenstreckern und Schulterfixatoren sowie Kontraktion der Schulterbeuger bewirken. Die Stützreaktionen sind beim Normaltier, Thalamustier und beim kleinhirnlosen Tier nachweisbar, beim dezerebrierten Tier ist nur die negative Stützreaktion angedeutet; die Reaktionen fehlen nach Durchschneidung der Hinterwurzeln, bleiben aber erhalten nach Durchschneidung der sensiblen Hand- und Fußnerven. Als Beispiel für segmentale statische Reaktionen dient die Aenderung des Strecktonus eines Beines bei Stellungsänderung des anderen. Die „Schunkelreaktion“ (d. h. beim Stehen auf einem Bein bewirkt die seitliche Verschiebung nach der Seite des „Spielbeins“ eine Streckung des letzteren, wodurch das Umfallen verhindert wird) ist unabhängig von Hals- und Labyrinthreflexen und Stellung der Wirbelsäule, ist nach einseitiger Durchschneidung der Hinterwurzeln am desensibilisierten Bein vorhanden, aber von diesem nicht auszulösen; ihr Haupterreger ist die Aduktorenspannung.

G. G. I. Rademaker (Utrecht): **Statik und Motilitätsstörungen kleinhirnloser Tiere.** Die Extremitätenmuskeln kleinhirnloser Hunde und Katzen zeigen beim Stehen einen starken Stütztonus, auch die Muskeln der Wirbelsäule sind nicht atonisch. Bei kleinhirnlosen Tieren finden sich starke ungehemmte statische Reaktionen (Magnet-, Stütz-, Schunkel-Reaktionen), prompte Anpassung an die statischen Verhältnisse, lebhafte Labyrinth- und Stellreflexe. Die Gleichgewichtsreaktionen und die Korrektion abnormer Pfotenstellungen erfolgen prompt, Sensibilitätsstörungen fehlen. Dagegen zeigen die Tiere ständig unbeherrschte Bewegungen (ständige Unruhe, Tanzen), die nicht beim Augenschluß oder beim Fixieren des Kopfes oder Beckens, wohl aber aufhören, wenn man eine Hautfalte kneift, das Tier in der Luft hält oder in Rückenlage auf eine Unterlage legt. Die Tiere zeigen beim Laufen deutliche zerebellare Ataxie, sie laufen breitbeinig, setzen die Pfoten oft gekreuzt nieder oder heben sie zu hoch, knicken oder strecken sie abwechselnd zu stark. Der Mechanismus der unbeherrschten Bewegungen und der zerebellaren Ataxie ist noch nicht geklärt; sicher ist nur, daß bei letzterer das Ungehemmtsein der statischen Reaktionen und die übermäßig starken Einflüsse von Stellungsänderungen des Kopfes, des Beckens und der Extremitäten auf die Tonusverteilung der Gliedermuskeln eine Rolle spielen.

H. de Jong (Amsterdam): **Experimente zur Tonusfrage.** Durch Versuche mit Bulbokapnin, die die Häufigkeit des Abweichens von dem klassischen Ruhetypus des Tremors bei Paralysis agitans zeigten, kam Vortragender zu dem Resultat, daß der Ruhetremor, der Aktionstremor und ein zuweilen beobachteter Kombinationstypus nur Graduationen des gleichen Typus und zwar des Aktionstremors darstellen. Es handelt sich dabei nicht um ein spontanes, in Ruhe entstehendes Phänomen, sondern um eines, das gerade beim Verarbeiten von Impulsen ausgelöst wird. Im Schlaf verschwindet auch der heftigste Ruhetremor, doch genügt passive Bewegung eines Armes während des Schlafes, um einen Tremor auszulösen. Hieraus geht hervor, daß die Verarbeitung der Impulse das Hauptelement für das Zustandekommen des Tremors ist. Auch bei normalen Menschen ist ein Aktionstremor möglich bei starker Aufregung oder großer Kraftanstrengung. Der pathologische Aktionstremor ist also im Wesen dem physiologischen Tremor gleichwertig, beide entstehen beim Verarbeiten von Impulsen. Der extrapyramidale Tremor ist in seiner Aeußerungsform als ein extrapyramidaler Klonus zu bezeichnen, während genetische Beziehungen zu anderen hyperkinetischen Aeußerungen (Chorea, Athetose) und Hypertonie, bestehen. Eine Enthemmung verstärkt den physiologisch möglichen Aktionstremor zu dem pathologischen Aktionstremor, der sich in seiner kräftigsten Form pseudospontan in Ruhe einstellen kann, aber auch hier von afferenten Impulsen abhängig ist.

M. Nonne (Hamburg): **Letale Rückenmarksschädigung durch intraspinale Salvarsanbehandlung.** Nach intralumbaler Salvarsanbehandlung war in einem Falle eine Paraplegie der Beine mit Sphinkterenlähmung, Lähmung der Bauchdecken und entsprechender Sensibiltätsstörung aufgetreten, ohne daß durch spezifische Behandlung eine Besserung zu erzielen war; Exitus an Dekubitus und Zystopyelitis. Es fand sich im Konus eine Zerstörung der hinteren Wurzeln, Zerfall des Marks der gesamten Hinterstränge und des größten Teils der Seiten- und Vorderstränge. Da Vortr. in mehr als 60 Fällen verschiedenster Neurolues-Erkrankungen mit der intralumbalen Salvarsanbehandlung keine besseren Resultate gesehen hat als mit den sonst üblichen Methoden, ist er von dieser Behandlungsmethode vollkommen abgekommen.

In der Diskussion betont Foerster, daß er Gegner der Methode von Gennerich, aber Befürworter der von Swift-Ellis sei, P. Schuster (Berlin) lehnt ebenfalls die Gennerichsche Methode ab, hat aber mit der Methode von Swift-Ellis wiederholt Erfolge gesehen in Fällen, die den üblichen Behandlungsmethoden gegenüber refraktär waren. Auch Dreyfus wendet die Gennerichsche Methode wegen ihrer Gefährlichkeit, die in keinem Verhältnis zum Nutzen stehe, nur als Ultima ratio an, empfiehlt aber die Swift-Ellissche Methode.

Mingazzini (Rom): **Ueber die Beziehungen der Balkenfasern zu der inneren Kapsel.** In einem Fall eines epileptischen Idioten, der seit der Geburt eine spastische, rechtsseitige, mit totaler Aphasie verbundene Hemiplegie aufwies, ergab die anatomische Untersuchung des Gehirns eine Vermehrung nicht nur der normalen von rechts kommenden Balkenfasern, sondern auch der linken Linsenkernfasern, welche dazu bestimmt sind, die teilweise Agenesie der Pyramidenfasern zu ersetzen. Es gab also außer den pallido-nigralen und pallido-luysianischen Fasern auch lentikulo- bzw. pallido-kapsuläre Fasern. Hieraus geht hervor, daß das Pallidum hauptsächlich den extrapyramidalen Bahnen und nur zum kleineren Teil den eigentlichen Pyramidenbahnen zugehört.

E. Trömmer (Hamburg): **Ueber Muskel- und Hautreflexe. (Mit Filmdarstellung.)** Zu den Muskelreflexen gehören alle durch Erschütterung ausgelösten momentanen Muskelreaktionen, also alle bisher als Sehnen-, Periost-, Knochen- und Faszien-Reflexe bezeichneten Reflexe. Die reflektorische Momentanwirkung ist die Reaktion auf den exogenen Muskelschock, komme er, woher er wolle. Im Prinzip würde sich die Zahl dieser Reflexe mit der Zahl der quergestreiften Muskeln überhaupt decken, nachweisbar sind aber nur etwa 30. Außer den bekannten lassen sich noch eine große Reihe von Muskeln reflektorisch erregen, so zum Beispiel einige Gesichtsmuskeln, der Sternokleidomastoideus, Kukullaris, Deltoideus, Latissimus, Interossei, die Bauch-, die Gesäßmuskeln, Tensor fasciae latae, Tibialis ant. und post. Die Hautreflexe zeichnen sich aus durch längere Reflexzeit, Ermüdbarkeit und mannigfaltigere Erregbarkeit; sie lassen sich von Auge, Ohr, Schlund, Hals, Brust, Bauch, Rückenhaut hervorrufen. Die primäre Form des Babinski ist der Plantarreflex; erst unter Mitwirkung höherer Systeme entwickeln sich Babinski-Reaktionen. Die dritte Reflexart, die Gelenkreflexe, finden sich nur bei Seitenstranggesunden; dem Léri und Mayer am Arm beim Gesunden entspricht am Bein eine Babinskireaktion bei schneller maximaler Beugung oder Streckung des Beins.

V. Reichmann (Bochum): **Zur Frage der traumatischen Entstehung der Epilepsie.** Epileptiforme Anfälle traten unter 613 Fällen von Schädelbrüchen in 3,7% auf, sind häufiger bei Schädeldachbrüchen als bei Basisbrüchen, aber auch bei ersteren ohne Hirnverletzungen selten. Besondere Neigung zu epileptiformen Anfällen besteht zweifellos bei Verletzungen der linken Parietalgegend. Von der genuinen unterscheidet sich die traumatische Epilepsie dadurch, daß sie häufig von zerebralen Lähmungen begleitet ist, etwa in der Hälfte der Fälle einen Jacksontypus zeigt und oft ein An- oder Abschwellen der Krämpfe erkennen läßt.

O. Schwab (Breslau): **Ueber vorübergehende aphasische Störungen nach Rindenexzision aus dem linken Stirnhirn bei Epileptikern.** Nach Exzision des linken frontalen Adversivfeldes zeigten 12 von 17 Epileptikern vorübergehende aphasische Störungen vom transkortikal-motorischen Typ: Ausfall der Spontansprache und -schrift bei Erhaltensein des Nachsprechens sowie aller Funktionen des Sprach- und Schriftverständnisses. Die Störungen traten 3 bis 4 Tage nach der Operation auf und hielten 8 bis 10 Tage an: ihre Ursache wird in postoperativen reaktiven Veränderungen, wie Oedem etc., gesehen.

H. Taterka (Berlin): **Ueber Spontanblutungen bei Tabes dorsalis und Veränderungen der Blutgerinnungszeit während der Krisen.** Bei der Tabes besteht in einem großen Teil der Fälle eine erhöhte Blutungsbereitschaft, die in 25% der Fälle zu Spontanblutungen (Sugillationen, Haematurie, hämorrhagischen Gelenkergüssen und Darmblutungen) führt. Dem entsprach in den meistenn Fällen eine erhebliche Verlängerung der Blutgerinnungszeit, die ganz besonders ausgeprägt während der Krisen und Schmerzattacken ist. Diese Erscheinung ist möglicherweise die Folge eines toxischen Prozesses, ähnlich wie beim anaphylaktischen Schock und bei Leberschädigungen.

E. John und B. Dattner (Wien): **Ueber die Entstehungsbedingungen des idiomuskulären Wulstes.** Nach früheren Untersuchungen bildet die idiomuskuläre Wulstbildung einen klinischen Hinweis für einen mangelhaften Kohlehydratstoffwechsel des Muskels und ist durch intravenöse Injektion von 40- bis 50prozentiger Dextroselösung zum Schwinden zu bringen Neuere Untersuchungen führen zu der Annahme, daß diese Störung, vor allem bei vegetativ stigmatisierten sog. Neurotikern mit basedowoiden und tetanoiden Symptomen in einer durch die morphologische und funktionelle Abwegigkeit der Kapillaren bedingten Dysfunktion des kapillaren Drosselventils zu suchen ist; hierdurch kommt es zu einer Oxydationsstörung im Kohlehydratstoffwechsel des Muskels, bei der der Dextrose eine große Rolle als O-Träger und Glykogenbildner zukommt.

F. H. Lewy (Berlin): **Die Bedeutung der Infektion für die Neurologie.** Die seit längerer Zeit in Mißkredit geratene Forschung nach bakteriellen Ursachen neurologischer Erkrankungen wurde vom Vortragenden mit neuester Technik und den inzwischen erwachsenen Anschauungsweisen wieder aufgenommen. Auf diese Weise ließ sich zeigen, daß bei der sogenannten chronisch progressiven Chorea der Erwachsenen ein chronischer Infekt mit Streptokokken im strömenden Blut als Ursache bestehen kann, ebenso daß während 18 Jahren nach einer jugendlichen Chorea kontinuierlich der chronische Infekt zu klinischen Erscheinungen führen kann. Aehnliche Verhältnisse liegen bei Neuritiden und Neuromyositiden vor, bei denen in einem großen Prozentsatz Streptokokken als Erreger nachgewiesen werden konnten.

H. Pette (Hamburg): **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Wanderung ultravisibler Vira im Zentralnervensystem.** Korneal verimpftes Herpesvirus erzeugt beim Kaninchen häufig Herpes-Enzephalitis, wobei sich die reaktiv entzündlichen Vorgänge an das Verlaufsgebiet der sensiblen ins Halsmark absteigenden Trigeminusfasern halten. Auf dem Weg zum Hirn folgen die krankhaften Veränderungen dem Faserverlauf des Trigeminus; sie sind in Ganglion Gasseri nachweisbar, während der Nerv selbst freibleibt. Durch Impfung in den Ischiadicus ließ sich eine aufsteigende Myelitis, am stärksten im Sakralmark, erzeugen. Vieles spricht dafür, daß das Virus im peripheren Nerven auf dem Wege des Achsenzylinders wandert, daß dagegen im Hirn und Rückenmark auch andere Wege, besonders die Lymphbahnen für die meist rapid erfolgende Ausbreitung verantwortlich zu machen sind. Dieser Modus der Virusausbreitung ist wahrscheinlich eine Eigenart auch anderer filtrierbarer bzw. ultravisibler Vira (Poliomyelitis, Encephalitis epidemica, Lyssa, vielleicht auch multiple Sklerose).

G. L. Dreyfus (Hanau, Frankfurt a. M.): **Fieberbehandlung der Tabes.** Die Malariabehandlung von 18 durchweg veralteten Tabesfällen ergab vor allem eine äußerst günstige Beeinflussung der lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen, versagte dagegen bei den schweren Ataktikern (bei denen intravenöse Jodtherapie erfolgreicher war). Eine Sanierung des Liquors wurde durch kombinierte Malariatherapie und intensive Salvarsannachbehandlung vielfach erreicht. Im allgemeinen wird außer bei ganz frischen und rasch progredienten Fällen, erst nach etwa einjähriger, erfolgloser spezifischer Behandlung bei Tabes die Malariabehandlung empfohlen. Sehr ermutigend sind die Erfolge mit Saprovitanbehandlung bei Tabes, die evtl. ambulant und mit Neosalvarsan kombiniert erfolgen kann.

H. Pinéas (Berlin): **Der Mangel an Krankheitsbewußtsein und seine Variationen als Symptom organischer Erkrankungen.** Die Untersuchung von 5 Fällen von Nichtbeachtung einer hemiplegischen Lähmung ergab die Wahrscheinlichkeit, daß ursächlich hierfür eine Schädigung der hinter der Zentralfurche gelegenen Hirnregion von Bedeutung ist. Umfangreiche Sensibilitätsstörungen spielen bei der Hervorbringung des Phänomens eine große, aber keine ausschlaggebende Rolle. Der Mangel an Krankheitsbewußtsein ist psychologisch wahrscheinlich als „Verdrängung eines dem Ich unerwünschten Zustandes“ aufzufassen, die dem betroffenen Patienten durch die organische Hirnschädigung, besonders die Störung der Tiefensensibilität, gewissermaßen erleichtert wird.

E. Tobias (Berlin): **Kombinationstherapie bei Nervenkrankheiten.** Vortr. weist neben der pharmakologischen Kombinationstherapie (Ehrlich, Bürgi) auf die Bedeutung der physikalischen und physikalisch-pharmakologischen Kombinationstherapie hin und gibt einen Gesamtüberblick über die Anwendungsmöglichkeiten ihrer verschiedenen Arten bei funktionellen und organischen Nervenkrankheiten.

G. Stiefler (Linz): **Zur Klinik und Pathogenese des Syndroms der blauen Skleren.** Die ausgesprochen erbliche Symptomtrias: Blaue Skleren, Knochenbrüchigkeit, Otosklerose ist häufig mit einem eigenartigen konstitutionellen Typus verbanden, der sich durch kleine Statur, großen Hirnschädel mit plumpen Scheitelhöckern oder keilförmig vorspringenden Hinterkopf, ausgedehnte pneumatische Räume, wuchtigen Rumpf, schwächliche Beine, geringes Körpergewicht, sowie gewisse Charakterveränderungen auszeichnet. In der Frage der Pathogenese werden die mesenchymale und endokrine Theorie kombiniert, indem auf die Beziehungen zwischen Schilddrüse, Epithelkörperchen, Thymus und dem Knochensystem hingewiesen wird.

H. Stein (Heidelberg): **Ergebnisse chronaximetrischer Untersuchungen.** Bei zentralen nervösen Störungen läßt sich eine veränderte periphere Erregbarkeit nachweisen; bei pyramidaler wie bei extrapyramidaler Tonuserhöhung besteht diese Veränderung in einer gesteigerten peripheren Erregbarkeit. Für den Parkinsonismus charakteristisch ist eine Angleichung der normalerweise stark differenten Erregbarkeitswerte der Antagonisten bis zur Chronaxiegleichheit. Dies hat seine Ursache darin, daß im Zentrum als dem Sitz der Erkrankung eine Innervationsdifferenzierung nicht mehr statt hat, daß vielmehr ein Impuls, der normalerweise nur einen auf die besondere Erregung abgestimmten Muskel trifft, in alle Muskeln gleichzeitig abfließt. Der Effekt ist dann gleich Null, und es entsteht die Bewegungsarmut oder Starre des Parkinsonismus.

v. Weizsäcker (Heidelberg): **Die Analyse pathologischer Bewegungen.** Zur dynamischen Analyse der Bewegungen gehört eine einwandfreie Registrierung der Bewegung im Raum und der an jedem Punkt der Bewegung wirksamen Kraft, durch die auf Richtung, Kraft und Zeitgestalt der Muskeltätigkeit vollständige Schlüsse gezogen werden können. Die Analyse des Rigors bei Enzephalitis zeigt, daß zuweilen die vom Untersucher zu einer „geführten“ Bewegung aufzuwendende Kraft am Rigorarm geringer sein kann als am normalen, trotzdem wird Rigor wahrgenommen. Die Analyse ergibt, daß nicht eine Hypertonie, sondern eine veränderte Innervationsverteilung, eine andere Verteilung der Mitinnervation für den Enzephalitiker charakteristisch ist: Statt Mitbewegungen entstehen Mitversteifungen. Analoge Veränderungen lassen sich für die Sensibilität nachweisen.

A. Scharnke (Marburg): **Ueber Variationen der Symptomatologie der Encephalitis epidemica.** Nach den vorwiegend lethargischen, choreatischen und myoklonischen Formen der ersten Enzephalitisjahre und den neuralgischen und neuritischen Formen von 1922 bis 1923 zeichnen sich die Erkrankungen der letzten zwei bis drei Jahre dadurch aus, daß die verschiedensten enzephalitischen Symptomenbilder gleichzeitig auftreten, daß seltene Symdrome wie aphasische, amentia-, manie-, hypochondrieartige Fälle, dann tabes- und paralyseähnliche Syndrome und Fälle mit psychischen Veränderungen im Sinne ethisch-moralischer Defekte häufiger auftreten, daß den Augenmuskelstörungen nicht mehr die frühere Bedeutung für die Diagnose zukommt. Neu dagegen ist, daß bei scheinbar ganz fernliegenden Symptomgruppierungen psychotischer oder neurologischer Art Verluste der Hautreflexe zu finden sind, die die Diagnose Enzephalitis sichern können. Daneben finden sich häufig geringfügige Muskelatrophien. Ausgesprochene Pyramidensymptome wurden bei der Enzephalitis niemals gesehen; der Verlust der Hautreflexe hat wahrscheinlich mit der Pyramidenbahn gar nichts zu tun.

Nissl v. Mayendorf (Leipzig: **Die Schweifkernbahnen** (Projektionsvortrag). Mittels besonderen Färbeverfahrens wird gezeigt, daß die Markfasern des Putamen und Nucl. caudatus ihren Weg in den vorderen Schenkel der inneren Kapsel nehmen, von wo sie im innersten Drittel des Pes pedunculi herabziehen, um in gleicher Lage in die Brücke einzustrahlen; wahrscheinlich gelangen sie von hier durch den kontralateralen Brückenarm in die Kleinhirnhemisphäre. Hiernach bestehen keine Verbindungen zwischen Putamen und Globus pallidus, wie sich auch ein Zusammenhang zwischen Schweifkernfaserung und Linsenkernschlingen ausschließen läßt. Das Putamen wirkt also nicht direkt auf den Globus pallidus, sondern nur auf dem Umweg über das Kleinhirn.

O. Leibowitz (Danzig): **Ueber kontralaterale Wirkung des Fußsohlenreizes.** Beim Gesunden treten etwa in einem Drittel der Fälle auf Sohlenreiz als kontralaterale Phänomene leichte Plantarflexion und Supination des Fußes, Plantarflexion der lateralen Zehen und Abduktion der kleinen Zehe auf. Beim Spastiker ist die kontralaterale Reaktion viel stärker; sie besteht in ausgesprochener Plantarflexion der Großzehe des spastischsen Beins sowie Plantarflexion des ganzen Fußes und aller Zehen bei stärkerem Reiz (Paradoxer Babinski, bei extrapyramidalem Rigor fehlt gewöhnlich jede kontralaterale Reaktion. Am stärksten ausgeprägt ist das Phänomen bei älteren hochspastischen Prozessen. Bei Interferenz pyramidaler und extrapyramidaler Prozesse in der Herdsklerose wird es häufig vermißt. Pathologisch-physiologisch ist es ein Analogen des gekreuzten Streckreflexes, doch viel häufiger als dieser.

L. Koopmann (Berlin): **Zur Aetiologie der myatrophen Spinalerkrankungen.** Für eine infektiöse Genese der amyotrophischen Lateralsklerose sprechen pathologisch-anatomisch die reichlichen entzündlichen Erscheinungen an Pia und Gefäßbindegewebsapparat bei akuter verlaufenden Fällen, sowie klinisch das häufige Vorkommen von monate- bis-jahrelangen subfebrilen Temperaturen, chronisch infektiösen Blutbildern und Liquorbefunden, die einer Entzündung entsprechen. Es ist danach wahrscheinlich, daß die amyotrophische Lateralsklerose, die wohl in eine Gruppe mit der spinalen progressiven Muskelatrophie gehört, durch ein mit der Poliomyelitis verwandtes oder identisches, filtrierbares Virus hervorgerufen wird.

R. Freund (Berlin): **Tierexperimentelle Erforschung der infektiösen Nervenerkrankungen.** Durch Vervollkommnung der bakteriologischen Technik, d. i. durch serumfreie Anreicherung des Blutkuchens in Serumbouillon und Züchtung auf Pferdeblutplatten, gelingt es, in gleicher Weise wie bei Endocarditis lenta, bei Neuritiden, Myositiden und ähnlichen Erkrankungen nicht nur die Keime zu isolieren, sondern auch zu zeigen, daß sie in ihrem biologischen Verhalten gegen Desinfizientien, in ihren Wachtumsvarietäten von der Hämolyse über die Anhämolyse zum grünen Wachstum, in ihrer Pathogenität für Mäuse und Kaninchen, sowie in ihrer Toxizität für den Menschen ganz ähnliche Gesetzmäßigkeiten wie bei der Lenta-Sepsis aufweisen.

A. Buch (Heidelberg): **Zur Pathologie von Gestaltswahrnehmungen an der Haut.** Bei Zurückführung der Störung des Erkennens auf die Haut geschriebener Zahlen auf ihre Grundbedingungen ergeben sich zwei Gruppen von Fällen: Bei der einen läßt sich die Störung auf die bisher als Funktionswandel beschriebenen Veränderungen der Labilität und der Umstimmung zurückzuführen; hier tritt die Unfähigkeit des Zahlenerkennens evtl. erst nach längerer Beanspruchung des Bildes ein. (Sekundäre Form.) In anderen Fällen ist diese Form des Funktionswandels nur angedeutet und trotzdem besteht bei erhaltener Druckempfindlichkeit von vornherein Unfähigkeit räumlichen Erkennens; bei zunehmender Störung fiel aus: Wahrnehmung einer Bewegungsrichtung, einer Bewegung überhaupt, mehrerer nacheinander berührter Punkte (Punktfigur). Die frühere Feststellung, daß die Druckschwelle bewegter Hautreize tiefer liegt als die unbewegter, ist bei Kranken um ein Vielfaches deutlicher. Danach ist wahrscheinlich, daß bei spinaler Läsion die Störungen des Figurenerkennens teils als primär, teils als sekundär bedingt aufzufassen sind.

J. Schuster (Budapest): **Neue Versuche, „akute Geisteskrankheiten" (Amentia, degenerative Psychosen, Dementia praecox, manisch-depressives Irresein) durch Hervorrufen anaphylaxieähnlicher Schockreaktionen zu heilen.** Ein Teil der Psychosen ist als durch toxische Einwirkung auf das Gehirn und ein Teil als durch Innervationsveränderungen der Gehirnkapillaren verursacht anzusehen. Durch anaphylaxieartige Schockreaktionen gelang es in 16 Fällen schwerer Psychosen des Jugendalters und der Klimax, die Krankheit im Verlauf von 20 bis 30 Tagen zu Ende zu führen. Es gelang durch die Schockwirkung, die heftigsten psychomotorischen Erregungszustände, die Sinnestäuschungen und Wahnideen zu kupieren, so daß die frühere geistige Persönlichkeit wieder in Erscheinung trat. Die Schockreaktion ist nicht lebensgefährlich, zeichnet sich aber durch schwere Begleiterscheinungen wie Zyanose, wechselnde Röte und Blässe, Muskelkrämpfe, ungeheure Schweißausbrüche, Temperatursteigerungen bis 41° und Körpergewichtsverluste bis 12 kg aus. Es scheint, als ob psychisch Kranke so konstituiert sind, daß der Schock bei ihnen nicht lebensbedrohlich wirkt, im Gegensatz zur Paralyse, bei der der Organismus so allergisch sein kann, daß die Reaktion letal verlaufen kann. Am besten bewährte sich zur Auslösung der Reaktion die intravenöse Reinjektion von 1—2 ccm 20 Minuten gekochter Milch und 15 ccm 2½% wässriger Methylenblau-Lösung nach vor 10 Tagen vorausgeschickten intraglutealen oder subkutanen Injektionen von 10 ccm 20 Minuten gekochter Milch. Weitere Versuche sind mit Farbstoffen und Farbstoffkombinationen im Gange.

W. Misch, Berlin.

VII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Vom 30. September bis zum 2. Oktober 1926 fand in Wien der VII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie statt. Er tagte in Wien in dem Billroth gewidmeten Haus der Aerzte. Wie groß das Interesse an dieser Versammlung war, erhellt wohl nicht nur aus der großen Zahl der angemeldeten Vorträge, sondern auch aus der Tatsache, daß eine Reihe von Aerzten anderer Länder unter uns weilten, so daß wie der Vorsitzende — Prof. v. Blum (Wien) — ausführte, der Kongreß schon fast international genannt werden konnte.

Die Hauptthemen, die zur Verhandlung kamen, betrafen drei wichtige Gebiete der Urologie. Am ersten Tage kam der **Schmerz und seine Bekämpfung in der Urologie** zur Besprechung, der zweite Morgen behandelte die **Anurie, ihre Pathologie, Pharmakologie und Therapie,** der dritte Tag war den **bösartigen Neubildungen der Harnblase, ihrer Pathologie und Therapie** gewidmet.

Albrecht (Wien) berichtete als Erster über die **Inhalationsnarkose.** Er kam zur völligen Ablehnung des Chloroforms und hat als bestes Mittel für die Einatmungsnarkose ein Gemisch von Aether mit Dichlor-Aethylen herausgefunden. Dann sprach Lowsley (Neuyork) über **regionale Anästhesie bei urologischen Operationen** und veranschaulichte seine Worte durch sehr hübsch angefertigte Filme, die in geschickter Weise seine Ausführungen erläuterten. Auch Illyès (Budapest) referierte über 700 **Nierenoperationen in reiner Lokalanästhesie.** Aus allem war zu entnehmen, daß die regionale Anästhesie ebenso wie die örtliche Betäubung einen breiten Raum in der Chirurgie der Harnwege einnehmen und an ihrer Verbesserung ständig gearbeitet wird.

Oelecker (Hamburg) erörterte dann noch die **Bedeutung der Bluttransfusion für die Urologie.**

Am Nachmittag fanden Vorträge zur **Pathologie der Nieren, des Nierenbeckens und Harnleiters statt.** Es besprach Casper (Berlin) eine Reihe von Pyelogrammen, Jakoby (Berlin) zeigte an Gesamtschnitten durch die Niere nach Christeller, wie bei chronischen Eiterungen sich Lymphknötchen im Nierenbecken ausbildeten, bei akuten jedoch nicht. Er führte ihre Entstehung auf einen unspezifischen Reiz zurück. Gottstein (Breslau) sprach über **Ureterknickungen.** Rosenburg (Mannheim) über **Ureterstenosen auf traumatischer Grundlage.** Sehr interessant waren die Ausführungen Wilhelm Israels über seine **physiologischen Versuche über die Harnleitermündung und Blasenkontraktion.** Er konnte graphisch durch Experimente an Hunden nachweisen, daß während der natürlichen Entleerung der Blase die Harnleitermündungen geschlossen bleiben. Die Ursache liegt in einer Kompression der Uretermündungen durch die sich kontrahierende Blasenmuskulatur. Auch wenn er den Ureter resezierte und neu an anderer Stelle in die Blasenwand einpflanzte, konnte er dasselbe „Kompressionsphänomen" aufzeigen. O. A. Schwarz (Berlin) behandelte die **chirurgische Therapie der Pyelonephritis,** Rosenstein (Berlin) den **echten traumatischen Nierenstein,** Oelsner die **Entstehung der Nierensteine.** K. Gagstatter (Wien) berichtete über seine Untersuchungen betreffend **Abbaureaktionen bei Nierenkrankheiten.** Es ist ihm — und zwar weniger bei Nieren- als bei Prostataerkrankungen — gelungen, spezifische Abbauprodukte nachzuweisen, die z. B. nach der Prostatektomie verschwanden. Sein Chef, Prof. Freund (Wien), erläuterte dies noch näher, sie kann als diagnostisches Hilfsmittel Verwertung finden. Blatt (Wien) erörterte die Folgen der **Zerstörung der Nervenbahnen,** die den Harnleiter begleiten, es soll danach zu einer Erweiterung des Nierenbeckens kommen.

Zum Thema **Anurie** sprach zunächst Fahr (Hamburg) in sehr klarer Weise vom Standpunkt des Pathologen. Anurie ist der Zustand, bei dem der Harn nicht mehr nach außen entleert werden kann. Er kann vorkommen, erstens bei Fehlen der Nieren, zweitens bei mechanischen Hindernissen im Abfluß-System, wenn sie doppelseitig sind. Wir können hierbei prärenale und eine subrenale Anurie unterscheiden. Zur prärenalen gehört z. B. Sinken der Herzkraft, die Ableitung des Wassers auf andere Wege (Durchfälle bei Cholera, zu große Insulingaben) oder Verschluß der Arteria renalis sowie venöse Stauung; zur subrenalen Steine usw. Drittens bei Behinderung der Sekretion, wie wir sie bei Nephrosen und Nephritiden beobachten, weniger jedoch bei den Nephrosklerosen. Hierbei ähnelt die Lipoidnephrose der Insulinanurie insofern, als in beiden Fällen das Wasser nicht an die Nieren herankommt. Viertens bei nervösen Störungen kann es eine nervöse oder reflektorische Anurie geben. Ihr Vorkommen ist jedoch umstritten, es gelang bisher nicht, sie experimentell an Hunden zu erzeugen. Fünftens gibt es noch eine hysterische Anurie, die jedoch nicht in das Gebiet des Morphologen fällt.

Jungmann (Berlin) ging von der **pathologischen Physiologie der Anurie aus.** Klinisch unterscheidet man zweckmäßig zwischen wahrer und falscher Anurie, wobei bei der falschen Anurie zwar Harn gebildet, aber nicht ausgeschieden wird. Auch muß man die einseitige von der doppelseitigen Harnsperre trennen. Bei der letzteren spielt die „reflektorische“ Anurie eine große Rolle. Störungen auf der einen Seite ergeben Spasmen auf der anderen. Der Referent bezweifelte nicht das Vorkommen dieser Form der Anurie, nur ist der renorenale Reflex sehr unregelmäßig vorhanden. Akute und chronische Nierenerkrankungen, Vergiftungen und Verbrennungen führen zur Anurie, daher wird die Feststellung der Aetiologie und die Lokalisation sehr wesentlich.

Folge der Anurie ist meist die Urämie, die aber je nach den Ursachen verschieden sein kann, z. B. ist sie anders bei der Scharlach-Nephritis als beim Steinverschluß. Das zeigt sich auch an den Stoffwechsel-Veränderungen. Die Therapie hat hieraus zu folgern, daß sie ihr Augenmerk richten muß: erstens auf die Beseitigung der Ursachen der Anurie und zweitens auf die Behebung ihrer Folgeerscheinungen. Bei mechanischer Obstruktion muß das Hindernis entfernt werden; Hypophysin erscheint nur bei Sitz des Steines an der Uretermündung angezeigt (Jungmann vergleicht es mit der Beckenausgangszange). Zur Bekämpfung der Reflex-Anurie gehört die Ausschaltung des Reizes, der denselben ausgelöst hat. Man kann hier z. B. die gesunde Seite kathetern, eine Splanchnicusanästhesie vornehmen, die Entnervung des Nierenstiels oder die Dekapsulierung. Vergiftungen und Nekrosen sind schwieriger zu behandeln, bei nephritischer Anurie ist Schonung und Entlastung des Kreislaufs anzustreben, Hunger- und Durstkur mit Wasserstoß nach Volhard, evtl. Dekapsulation, Aderlaß, Schwitzprozeduren und ähnliches.

Rubritius (Wien) empfiehlt ebenfalls die Zweiteilung in wahre und falsche Anurie; eine reflektorische Anurie besteht dann, wenn kein Abflußhindernis nachweisbar ist und nach Verschwinden des Anfalles sofort wieder eine gute Nierenfunktion einsetzt. Im übrigen teilt er ein in I. exkretorische Anurien, II. sekretorische A. III Uebergangsformen, IV. Reflektorische A.

Es folgten in der Nachmittagssitzung Vorträge und Demonstrationen zur **Pathologie der Harnblase und Prostata.** So besprach Luys (Paris) seine **Behandlung der Prostatahypertrophie** mittels „Forage“, d. h. eine Ausbohrung derjenigen Prostatapartien, die die Harnröhrenöffnung verlegen. Auch führte L. einen instruktiven Film vor, der die Prostatahypertrophie im zystoskopischen Bild demonstriert. Orth (Homburg) empfiehlt bei Prostatikern mit hochgradiger Retention Novasurolgaben, Rosenstein (Berlin) will die Operationsresultate der Prostatektomie dadurch verbessern, daß er die Infektion des prävesikalen Gewebes vermeidet, indem er die Blase mit einer Naht an die Bauchwand fixiert und so den Raum abdichtet. Sehr interessant war auch die Demonstration einer seltenen Mißbildung der Genitalien durch Pedjet Salib (Konstantinopel), der einen Mann mit zwei Penis‘ vorstellte; funktionsfähig war allerdings nur einer.

Der letzte Tag war den **malignen Neubildungen der Blase** gewidmet. Als erster Referent sprach von Lichtenberg (Berlin): Die Mißerfolge der Therapie der Blasengeschwülste sind einmal in den anatomischen und physiologischen Bedingungen dieses Organs begründet, insofern als z. B. die Tumoren des Blasenbodens sehr schwer zugänglich sind und die Blase ihre Funktion noch erfüllt, wenn schon ein großer Teil der Wand von Geschwulstmassen durchsetzt ist. Es muß aber auch bedacht werden, daß das Blasenkarzinom — und hierum handelt es sich ja zumeist — keine Lokalerkrankung darstellt, sondern auf das ganze Harnsystem schädigend wirkt und vielfach chronische Urämie zur Folge hat. Dazu kommen noch die pathologischen Eigenschaften bösartiger Neoplasmen überhaupt, die Blutungen — die allerdings hier sehr wichtig für die Erkennung sind — und die spätere Metastasenbildung. Der Tod tritt jedoch beim Ca vesicae meist unter Kachexie und Urämie ein, bevor es zur Entstehung von Tochtergewächsen gekommen ist.

In einer Reihe von Fällen ist auch der Blasentumor nur selber die Metastase eines anderen Primärtumors.

Diese ursächlichen Momente müssen bei der Therapie der Blasengeschwülste und insbesondere bei der chirurgischen berücksichtigt werden. Die operativen Eingriffe können nun palliativ in der Entfernung eines großen Teiles der Geschwülste bestehen ohne Berücksichtigung etwaiger Drüsenmetastasen oder in der radikalen Entfernung des gesamten Tumors. Das erstere wird meist durch Elektrokoagulation heutzutage ausgeführt, wobei jedoch auch stets die Umgebung zu verschorfen ist. Die Chirurgie des Blasenkarzinoms hat keine typische Operationsmethode; sie muß sich streng individuell orientieren und hat fünf Momente zu berücksichtigen. Vorbedingung für jedliches operative Vorgehen ist ein guter Zustand der Nieren. Bei Kuppen- und Seitengeschwülsten muß man evtl. die halbe Blase resezieren, gegebenenfalls mit Einpflanzung des Harnleiters und Extraperitonealisierung einzelner Teile. Diese Abtrennung des Bauchfelles von der Blase bedeutet einen großen Fortschritt in der Blasenchirurgie. Das Schicksal der implantierten Harnleiter und ihrer Nieren ist nicht ganz geklärt. Oft empfiehlt sich bei schlechtem Allgemeinzustand und schwer gestörter Nierenfunktion ein zweizeitiges Vorgehen, indem man zwecks Entlastung derselben eine lumbale oder sakrale Ureterostomie ausführt oder eine Nierenfistel anlegt. Doch ist speziell der letzte Eingriff größer; auch bedarf es der Einführung von Fremdkörpern. Daher empfiehlt von Lichtenberg die Implantierung der Harnleiter nach Coffey in den Darm und zwar rechts ins Coecum und links ins Sigmoid, jedoch nur, wenn die Harnleiter normal sind. Hinsichtlich der Frage der Mitentfernung der Prostata und Samenblasen muß bedacht werden, daß sie ein mit der Blase gemeinsames Blut- und Lymphgefäßsystem haben. Daher muß man sie in entsprechend lokalisierten Fällen mit entfernen. Hingegen ist ein Uebergreifen des Tumors auf den Darm eine strenge Kontraindikation für operatives Vorgehen. Bei Geschwülsten des Scheitels und der Seitenwände wird man wohl stets den Weg des abdominalen Zugangsweg wählen, während in komplizierten Fällen auch eine Kombination mit der perinealen und sakralen Methode in Frage kommt.

Schwere Blutungen, Zerfall und Verjauchung der Geschwulst, starke Beschwerden und drohende Niereninsuffizienz zwingen öfter zu palliativem Eingreifen in Form der Anlegung einer Blasenfistel.

Die Ausführungen des Referenten gipfelten in der Forderung der Frühdiagnose und Frühoperation. Innerhalb gewisser Grenzen und bei richtiger Auswahl der Fälle und zweckmäßiger Indikationsstellung werden sich dann auch Erfolge erzielen lassen.

Joseph (Berlin) behandelte die **intravesikale Therapie der bösartigen Tumoren.** Die richtige Auswahl der Fälle ist auch hier wesentlich. Man wird beispielsweise gegen Blasenscheitelgeschwülste besser chirurgisch vorgehen, da sie auf diesem Wege leichter zugänglich sind als mit dem Zystoskop. Intravesikal soll man behandeln I. wenn die Kranken jede andere Behandlung ablehnen, II. wenn keine Aussicht auf nennenswerten Erfolg der radikalen Operation besteht. Auch Tumoren am Sphincter sind heute mit dem Mc Carthy- und Lewinschen Operationszystoskop gut zugänglich. Als Maßnahmen kommen in Frage die Thermo- und die Chemokoagulation. Für die erstere benutzt der Autor jetzt eine ganz starke Diathermiesonde. Die Technik der Chemokoagulierung ist folgende: Man erhitzt Trichloressigsäurekristalle ohne Wasser. Das gibt eine Lösung, die in der Wärme bestehen bleibt. Zu je 4 ccm fügt man 4 gtt. Glyzerin hinzu und injiziert nun durch einen alten Ureterkatheter 1—2 ccm, nie jedoch mehr. Die so angegangenen Tumoren überhäuten sich vielfach unter der Wirkung dieser Verätzung und man muß dann gelegentlich dieses Epithel durch Thermokoagulation erst wieder durchbrechen, um der Säure Zugang zu schaffen. Diese Chemokoagulierung kommt nur für maligne Neoplasmen in Frage. Es treten auch Komplikationen auf, Pyelitiden, Pyelonephritiden, doch muß man bei Bekämpfung eines lebensbedrohenden Leidens schon differente Mittel anwenden dürfen. Die Radiumbehandlung, und zwar insbesondere die intravesikale lehnte Joseph ab, da sie meist nur verschlimmernd wirke. In 20% der Kranken traten erhebliche Besserungen nach der Thermo- und Chemokoagulation der Blasengeschwülste auf.

In eingehender Weise referierte dann noch Werner (Heidelberg) die **Röntgenbehandlung der bösartigen Blasengeschwülste.** Es folgten Vorträge von Scheele (Frankfurt a. M.) über **Anilintumoren der Arbeiter,** Oppenheimer (München) über **Blasengeschwülste bei Arbeitern chemischer Fabriken.** Schlagintweit (München) berichtete über **116 maligne Neoplasmen der Blase,** Hirt

(Breslau) sprach über die **klinische Beurteilung der Blasentumoren** und R. W. Frank (Berlin) über **Resektionen am Blasenhals.**

In der Nachmittagssitzung wurden die **Pathologie der Harnröhre und der Genitalien** erörtert, sowie noch eine Reihe von Vorträgen des Vertrages nachgeholt.

Der nächste Kongreß wird nach dem Beschluß der Hauptgeschäftssitzung 1928 in Berlin tagen. Zum Vorsitzenden hierfür wurde von Lichtenberg (Berlin) gewählt.

Nicht unerwähnt in diesem Bericht — dessen Zweck nicht die vollständige Wiedergabe aller wissenschaftlichen Erörterungen der Tagung sein kann — möge bleiben, daß wir uns der traditionellen Gastfreundschaft der Wiener erfreuen durften. Ueber den Rahmen ernster Arbeit hinaus vereinte uns ein Tee beim Bürgermeister Wiens und ein Nachmittag und Abend als Gäste der Stadt Baden

E. Lehmann (Berlin).

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 41, 8. Oktober.

✦ Die Diät-Insulintherapie des Diabetes. Jansen und Müller.
✦ Ueber Ephedrin. Hess.
✦ Ueber zwei verschiedene Formen der Azotämie. Becher.
Ueber Zustandsänderungen von Streptokokken. Hubert.
Die infektiösen Darmerkrankungen und die Typhusepidemie der Stadt Hannover im August und September dieses Jahres. Herhold.
Sportärztliche Beobachtungen bei der Schutzpolizei. Abesser.
Unsere Erfahrungen mit Narcylennarkose. Cardauns.
Die Bedeutung des Herzbeutels für den Blutumlauf. Hauffe.
Chronische Peritonitis, zugleich Ursache fernliegender Krankheitssymptome mit kritischen Betrachtungen über Heilkunde. Albrecht.
Gastrospasmus als Fehlerquelle der röntgenologischen Karzinomdiagnostik. Dvorak.
Ueber Tetanusgefahr bei aseptischen Operationen an der Fußsohle bei Barfußgängern. Königswieser.
Afeniltherapie bei Entzündungen der weiblichen Genitalorgane. Silzer.
Notiz zur Glaukosanfrage. Moch.
Geburtshilflicher Gurt. Caspary.
Sind die Gefahren des Glühlichtbades vermeidbar? Plate.

Die Diät-Insulintherapie des Diabetes. Mit der Diät-Insulintherapie ist in den meisten Fällen eine höhere Toleranz für Kohlehydrate und Kalorien zu erzielen als mit rein diätetischen Verfahren. Mit der Toleranzsteigerung geht eine Hebung des Allgemeinbefindens einher, die besonders deutlich bei den Kranken mit reduziertem Ernährungszustand in Erscheinung tritt. Wenn die gegebenen Diätvorschriften eingehalten werden, so ist der mit dem Diät-Insulinverfahren erzielte Toleranzgewinn von Dauer. Eine Verschlechterung der Stoffwechsellage, eine Schädigung des Kranken wird nicht beobachtet. Eine gute Toleranz kann ohne schwierige Hunger- und Karenzkuren erreicht werden. Auch bei schwerem Diabetes, wo eine Hebung der Toleranz nicht zu erreichen ist (toleranz refraktär), ist die Diät-Insulinbehandlung von großem Nutzen. Zwar tritt bei diesen Fällen selbst nach monatelang durchgeführter Kur bei der geringsten Insulinreduktion oder Steigerung der Kohlehydratzufuhr sofort Glykosurie auf, auch ist keine wesentliche Herabsetzung des Blutzuckers zu bewirken Doch zeigen auch diese toleranzrefraktären Fälle gute Gewichtszunahmen, da das Defizit des Körpers an eigenem Insulin infolge der Pankreasinsuffizienz durch dauernde Insulinzufuhr gedeckt wird und so der Kohlehydratumsatz dem Bedarf des Körpers angepaßt wird. Als weiterer Vorzug ist die Vermeidung der Azidosis zu betrachten, welche gerade bei Kohlehydratbeschränkung in solchen Fällen sofort auftritt. Mehrfach ist behauptet worden, daß bei fortgesetzter Insulinisierung die Empfindlichkeit des Organismus gegen das Insulin nachläßt, daß eine Insulingewöhnung sich einstellt. Im allgemeinen bleibt jedoch dieselbe Insulinmenge wirksam. Erst bei zunehmender Verschlechterung der Stoffwechsellage, bei weiterem Fortschreiten der Erkrankung, sind höhere Insulindosen als vorher erforderlich. Insulinresistente Fälle wurden beim insulären Diabetes nicht beobachtet. Wohl kommt es bei schweren Diabetikern vor, daß trotz großer Insulinmenge keine völlige Aglykosurie zu erreichen ist. Es liegt jedoch keine Insulinresistenz vor, denn die Stundenuntersuchungen des Urins zeigen, daß der Zucker in der 24stündigen Harnmenge dem Harn der frühen Morgenstunden entstammt. Die am Abend zugeführte Insulindosis genügt nicht, um die Kohlehydrate in dem langen Zeitraum zwischen Abend- und Morgeninsulindosis umzusetzen. Durch Verlegung der ersten Insulininjektion in die frühen Morgenstunden (5 bis 6 Uhr) kann die Glykosurie in solchen Fällen beseitigt werden. Die Ursache der Erfolglosigkeit der Insulinisierung ist bisweilen in der Minderwertigkeit des angewendeten Präparates zu suchen (Verunreinigung, zu langes Lagern). Bekanntlich beeinträchtigt jede Schädigung des Körpers die Toleranz des Diabetikers. So schwindet auch der Toleranzgewinn bei Infektionen sofort wieder. Das relative Unwirksamsein selbst erhöhter Insulindosen während Fieberperioden scheint dadurch bedingt, daß bei Entzündungsprozessen autolytische Fermente im Organismus kreisen, welche das Insulin zerstören. Mit der Diät-Insulintherapie sind beim tuberkulösen Diabetiker günstige Erfolge erzielbar, weil dieses Verfahren eine reichliche Ernährung und damit eine Hebung des Kräftezustandes und Steigerung der Abwehrkräfte zuläßt.

Als Nebenwirkungen sind schmerzhafte Infiltrate an den Injektionsstellen zu erwähnen, deren Auftreten nicht nur von der Qualität des Präparates abhängt, sondern auch von der individuellen Empfindlichkeit. Die so leicht zu bekämpfende hypolykämische Reaktion tritt zuweilen bei normalem Blutzuckergehalt auf und fehlt trotz ausgesprochener Hypoglykämie. Wahrscheinlich ist nicht die Zuckerverarmung des Blutes die eigentliche Ursache dieses Syndroms, sondern Reaktionsverschiebungen im Blut nach der alkalischen Seite. Für diese Auffassung spricht die Aehnlichkeit der tonisch-klonischen Zuckungen bei dem hypoglykämischen Zustand mit dem klinischen Bild der parathyreoiden Tetanie.

Ueber Ephedrin. Dieses Alkaloid leistet prinzipiell das Gleiche wie das Adrenalin. Es ist ihm überlegen durch eine längere Wirkungsdauer, ohne unangenehme Nebenerscheinungen. Weiterhin ist es vom Magen-Darmkanal aus bei Gaben per os und per rectum gleich gut resorbierbar und läßt sich leicht mit anderen Medikamenten, besonders für länger fortgesetzten Gebrauch, zusammenstellen. Beim Asthma bronchiale tritt die Ephedrinwirkung nicht ganz so rasch ein wie nach einer Adrenalininjektion, jedoch ist der Kranke in der Lage, sofort bei eben beginnenden Anfällen das wirksame Medikament einzunehmen und den eigentlichen Anfall zu verhüten.

Ueber zwei verschiedene Formen der Azotämie. Im Blut findet sich bei dem ersten Typus der Niereninsuffizienz (wie er bei der akuten Nephritis und in leichterer Form bei Stauungsniere vorkommt) außer einer Vermehrung des Harnstoffs, des Rest-N. und der Harnsäure keine stärkere Retention anderer harnfähiger Substanzen. Der Harn behält seine gewöhnliche Farbe, die verschiedenen Farbstoffe, auch Urobilin, sind in normaler Menge vorhanden. Das spezifische Gewicht kann hoch sein. Die zweite Form der Azotämie tritt in der Regel bei Schrumpfnieren auf. Es besteht helle Harnfarbe (die Ueberführung der Chromogene in die Farbstoffe ist unterblieben) sowie Isostenurie. Im Serum findet sich schon früh eine starke Vermehrung der Darmfäulnisprodukte (Indikan, Kresol, aromatische Oxysäuren). Beim ersten Typus von Niereninsuffizienz liegt eine teilweise funktionelle Schädigung der Tubuli, bei einer Verlangsamung der Blutdurchströmung der Niere vor. Bei der zweiten Art handelt es sich um eine allgemeine Schädigung der Kanälchenfunktion entsprechend den charakteristischen anatomischen Veränderungen (Abplattung der Epithelien mit Erweiterung der Kanälchen). Trotz gleicher Stärke der Azotämie ist die Prognose bei diesen beiden Formen völlig verschieden. Nur selten führt die Niereninsuffizienz der akuten Nephritis, so lange Harnsperre oder hochgradige Oligurie nicht auftritt, zur echten Urämie, deren Eintritt bei der zweiten Form in der Regel nicht zu verhindern ist.

Biberfeld.

Zeitschrift für physikalische Therapie.

Heft 3, September 1926.

✦ Zur Frage des Einflusses der Ueberhitzung des Körpers auf die Zusammensetzung des Blutes. Rubinstein, Bernazky und Sedlezky.
✦ Untersuchung über den Einfluß der Höhenlage auf den Blutdruck. Grober.
✦ Röntgenuntersuchungen an Herzen von Sportsleuten. Krause und Heinroth.

Zur Frage des Einflusses der Ueberhitzung des Körpers auf die Zusammensetzung des Blutes. Die Ueberhitzung des Körpers beeinflußt die morphologische Blutzusammensetzung. Bei Einwirkung der Erhitzung, bei To 41° C, setzt die Leukopenie sofort ein, nachdem die Tiere den Thermostat verlassen haben. Es wird ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Störung der Wärmeregulierung unter dem Einfluß der Ueberhitzung und der quantitativen Blutzusammensetzung konstatiert. Die Rückkehr der Anzahl der geformten Elemente des Blutes bei erhitzten Tieren zur Norm beginnt nicht eher als 6 Stunden, nachdem das Tier den Thermostat verlassen hat. Unter den weißen Blutkörperchen beim Kaninchen nimmt unter dem Einflusse der Ueberhitzung die Zahl der nichtkörnigen Elemente zu, wobei das Verhältnis der großen Lymphozyten und Monozyten besonders steigt.

Untersuchung über den Einfluß der Höhenlage auf den Blutdruck. Aus den Untersuchungen des Verf. geht folgendes hervor: Die Pulsfrequenz steigt bei jungen und alten Individuen in großen Höhen deutlich an. Nach körperlicher Arbeit geht die gestiegene Pulsfrequenz in der Höhe langsamer zurück als in der Ebene, besonders bei älteren Menschen. Auch bei Gewöhnung an die körperliche Leistung und bei Akklimatisation an die Höhe ruft körperliche Anstrengung erhebliche Steigerung des systolischen Blutdrucks und des Pulsdrucks hervor, besonders bei älteren Individuen. Die in der Höhe besonders deutlichen Folgeerscheinungen körperlicher Anstrengungen, in erster Linie Atemnot und Schwindel, sowie Erschöpfungsgefühl, werden durch tiefe gleichmäßige Atemzüge in Ruhe rasch beseitigt. Nach Beobachtungen an den beiden Versuchspersonen und nach klinischen Beobachtungen an zahlreichen Besuchern der großen Höhen, in denen diese Untersuchungen vorgenommen wurden, treten die Erscheinungen der Bergkrankheit, besonders bei rascher Ueberwindung großer Höhenunterschiede einerseits bei Menschen mit labilem Nervensystem, besonders bei Frauen, andererseits bei älteren Menschen mit deutlicher Arteriosklerose auf; bei letzteren besonders dann, wenn sie nach rascher passiver Erreichung der Höhe beginnen, auch nur leichte körperliche Leistungen zu verrichten. Stärkere Füllung von Magen und Darm läßt den ungünstigen Einfluß körperlicher Leistungen in den Höhenlagen auf den Kreislauf besonders deutlich hervortreten. Einen gleichen ungünstigen Einfluß hat das Nikotin. —

Röntgenuntersuchungen an Herzen von Sportsleuten. Die Verff. haben auf Grund mathematischer Ueberlegungen eine neue Methode ausgearbeitet, mit deren Hilfe man aus dem Herzschatten des Röntgenbildes das Herzgewicht berechnen kann. Mit Hilfe dieser Methode, deren Einzelheiten in der Originalarbeit nachzulesen sind, wurden an gesunden jungen Männern und Frauen, Studenten und Studentinnen der Deutschen Hochschule für Leibesübungen, Durchschnittsgewichte des Herzens für die einzelnen Körpergewichtsstufen berechnet. Bei Männern und Frauen steigt das absolute Herzgewicht mit dem Körpergewicht an, wobei das männliche Herzgewicht das weibliche übertrifft. Das relative Herzgewicht fällt bei Männern und Frauen mit dem Ansteigen des Körpergewichts ab. Die bisher veröffentlichten Werte der Größe der Herztransversalen scheinen zu hoch gegriffen zu sein. Die Transversaldurchmesser der Männerherzen sind größer als die der Frauen. Die täglichen Schwankungen der Herzsilhouette werden nachgewiesen an Aufnahmen, die von 3 Studierenden 6 Tage hintereinander angefertigt wurden. Die Veränderlichkeit der Herzsilhouette beruht schließlich auf der Veränderlichkeit des Tonus, nachdem alle anderen Gründe ausgeschaltet sind.

S. Katz.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

35., Heft 1.

◆ Die normale und pathologische Appendix im Röntgenbild. V. Gottheimer.
◆ Röntgenographie der Gelenke mit Jodipin. R. Sievers.
◆ Weitere Erfahrungen mit der Cholezystographie. G. d'Amato.
Fall von gleichzeitigem Morbus Köhler II und sogenannte Fußgeschwulst an einem und demselben Knochen. A. Schnee.
Ein Beitrag zur Kenntnis des Morbus Köhler. A. Casati.
Röntgenuntersuchung im Krankenzimmer. M. Sgalitzer.
◆ Metrosalpingographische Röntgenstudien über die Anatomie und Physiologie der Uterushöhle und Eileiter. S. A. Reinberg und O. L. Arnstam.
◆ Die klinische Bedeutung der Metrosalpingographie. O. L. Arnstam und S. A. Reinberg.
Die Darstellung der Gallenblase im Röntgenbilde. A. Stieda und F. Schmidz.
Vereinigung von Röntgen- und Saftuntersuchung des Magens. H. Dressen.
Herzbewegungsbeobachtung an einem Herzsteckschuß. Steffens.
Welchen Forderungen müssen Strahlenschutzröhren unbedingt genügen, damit sie nicht eine Gefahr für den Arzt und seine Hilfskräfte werden? R. Thaller.
Zur Frage des Situs viscerum inversus partialis. A. Czepa.
Erweiterung des in Band 33, Seite 423 beschriebenen Sicherheitsverfahrens gegen Hochspannungsschäden bei Röntgenapparaten (Securo-Sicherheitsapparat) auf mit mechanischen Gleichrichtern arbeitende Einrichtungen, sowie auf den Fall der Berührung der Leitung vor Einschaltung der Hochspannung. H. Herrmann.
Die vervollständigte Kieler Statistik über die postoperative Bestrahlung des Mammakarzinoms. W. Anschütz und J. Hellmann.
Die Handkugelfunkenstrecke. G. Holzknecht.
Eine neue Zentriervorrichtung für Röntgenröhren. H. Caspary.

Die normale und pathologische Appendix im Röntgenbild. Verfasser behauptet im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren, daß die Appendix so gut wie immer röntgenologisch darzustellen ist. Er gibt an, den Wurmfortsatz in 93% aller Fälle gesehen zu haben. In einem Teil der restlichen Fälle erwies sich die Appendix bei der Operation als obliteriert. Die Untersuchung deckt sich mit der gewöhnlichen Magen-Darmuntersuchung. Es wird im allgemeinen 4, 6, 24 und 48 Stunden nach Einnahme des Kontrastbreies durchleuchtet. War die Appendix bei dieser Untersuchung nicht zu sehen, so wird ein Abführmittel verabfolgt und nach 4 Tagen nochmals durchleuchtet. Irgendwelche besonderen technischen Maßnahmen sind nicht erforderlich. Bezüglich der Auffüllungs- und Entleerungszeit läßt sich eine Norm nicht aufstellen. Die Appendix kann sechs Stunden post coenam dargestellt sein, aber auch sehr viel später, unter Umständen erst nach 48 Stunden. Auch die Entleerungszeit ist außerordentlich verschieden. Verzögerte Entleerung bei sonst leerem Darm ist zum mindesten verdächtig auf Erkrankung der Appendix. Form und Länge des Appendixschattens ist recht schwankend, oft füllt sich nur der Trichter, d. h. der Ursprung des Wurmfortsatzes auf, in anderen Fällen ist die Appendix in ihrer ganzen Länge, die bis zu 8 cm betragen kann, dargestellt. Der Wurmfortsatz ist sehr leicht beweglich, er liegt meistens medial vom Coecum und ist etwas nach unten gerichtet. Ein Verlauf lateral vom Coecum ist stets pathologisch. Peristaltische Eigenbewegungen in Form von Haustren sind ein pathognomisches Symptom mit Ausnahme von besonders langen Wurmfortsätzen. Die kranke Appendix stellt sich röntgenologisch dar durch konstante Unregelmäßigkeiten der Form: Knickungen, unregelmäßige Füllungen, Verengerung und ungleichmäßige Gestaltung des Schattenstranges. Ein besonders dicker Schatten deutet auf Atrophie hin. Verläuft der Schatten starr und gerade nach oben, so handelt es sich meistens um Adhäsionen am Coecum, verläuft der Wurmfortsatz lateral vom Coecum, so liegt Fixation der Appendixspitze vor. Kolbige Auftreibungen des Füllungsbildes deuten auf Kotsteine hin, weiter sind die Beobachtungen der indirekten Symptome wichtig, besonders der lokale Druckschmerz an der Appendix.

Bleibt der Wurmfortsatz auch nach Abführmitteln gefüllt, obwohl der übrige Darm entleert ist, so deutet auch dieses Symptom meist auf Erkrankung der Appendix hin. Eine Segmentierung des Wurmfortsatzes als Widerstandsbewegung ist meist als pathognomonisch zu betrachten. Diese Segmentierung darf aber nicht mit Füllungsdefekten verwechselt werden, die durch Schleimpfröpfe entstehen. Im Coecum findet sich häufig ein isolierter Rest tagelang nach der Verabfolgung des Kontrastbreies. Schließlich kann auch die Nichtfüllung der Appendix bei genauer und genügend lange durchgeführter Untersuchung als Krankheitssymptom verwertet werden, da es sich dann meist um einen Wurmfortsatz handelt, der ganz oder teilweise obliteriert ist.

Röntgenographie der Gelenke mit Jodipin. Zur Röntgenuntersuchung der Gelenke, insbesondere zur Aufnahme des Hüftgelenks bei Kindern, bei denen die Gelenkpartien noch nicht verknöchert, also im Röntgenbilde nicht darzustellen sind, hat Verfasser Injektionen in die Gelenkkapsel mit Jodipin vorgenommen. Jodipin gibt auch in dünnen Schichten scharfe, kontrastreiche Bilder, ist ungiftig, für die Gewebe unschädlich und wirkt sogar verwachsungshemmend. Am kindlichen Hüftgelenk konnte bereits in Frühfällen die Rückständigkeit der Ossifikation nachgewiesen werden, ebenso Unebenheiten im Gelenkknorpel-Ueberzug des Schenkelkopfes. Wichtig sind Aufnahmen in verschiedenen Richtungen.

Weitere Erfahrungen mit der Cholezystographie. Verfasser betont die Notwendigkeit der intravenösen Verabfolgung des Kontrastmittels. Die Aufnahmen sollen im Stehen und im Liegen gemacht werden. Gleichzeitige Füllung des Magens mit Kontrastbrei ist ein wichtiges Hilfsmittel.

Metrosalpingographische Röntgenstudien über die Anatomie und Physiologie der Uterushöhle und Eileiter. Durch Röntgenaufnahmen nach Füllung der Uterushöhle und der Eileiter mit Kontrastmittel (Lipiodol) konnten Verfasser einige wichtige anatomische Feststellungen machen, u. a. fanden sie, daß im uterinen Ende des Eileiters ein bisher unbekannter Sphinkterapparat besteht. Der Eileiter ist außerordentlich leicht beweglich, ändert unter normalen Verhältnissen Gestalt und Lage sehr schnell.

Die klinische Bedeutung der Metrosalpingographie. Die Metrosalpingographie mittels Lipiodol ist eine absolut harmlose und leichte Untersuchungsmethode. Kontrastmassen, die frei in der Bauchhöhle liegen, geben den sicheren Beweis für die Durchgängigkeit einer oder beider Eileiter. Die entgegengesetzte Feststellung der Undurchlässigkeit der Tube ist nicht mit absoluter Sicherheit möglich. Die topische Diagnose der Uterustumoren kann mittels der Metrosalpingographie verbessert werden, insbesondere ermöglicht dieses Verfahren die Differentialdiagnose zwischen submukösen und intramuralen Myomen. Schließlich ist die Frühdiagnose der Schwangerschaft bereits in den ersten Wochen möglich.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

H. 9/10, 1925/26.

◆ Ueber Aufbau und Betrieb von Krankenanstalten in wirtschaftlich bedrängter Zeit. Dosquet.

Die städtische Milchkontrolle in Berlin. Borinski.
Ueber artesische Tiefbrunnen. Gerfeldt.
Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. v. Drigalski.
Naturheilverfahren im Dienste der Krankenversicherung. Röschmann.

Ueber Aufbau und Betrieb von Krankenanstalten in wirtschaftlich bedrängter Zeit. Verf., Leiter des Krankenhauses Nordend in Berlin-Niederschönhausen, berichtet über seine Erfahrungen in dem dortigen, nach seinen Angaben gebauten Krankenhause und macht sehr beachtliche Vorschläge zum Krankenhausbau. Er fordert, daß man die Krankenhäuser möglichst alle an die Peripherie der Stadt legt, daß man kleine Anstalten mit eigenem Küchenbetrieb baut, während der übrige Wirtschaftsbetrieb für mehrere Anstalten gemeinsam sein kann. Er fordert ferner, daß man statt großer, tiefer Säle lange Hallen baut, deren Frontseite offen ist, durch eine Schiebevorrichtung aus Glas ohne Brüstung nach Bedarf verschließbar. Die Hallen sind durch abwaschbare und herausnehmbare, mannshohe Zwischenwände in Kojen für je ein Bett geteilt. Man erreicht hierbei eine optimale Durchlüftung der Krankenzimmer, ein Verhindern der Wärmestauung und wenigstens eine optische Trennung der Kranken. Genaueres über die Anlage, Beheizung, Reinigung usw. der Räume muß in der Arbeit selbst nachgelesen werden.

P. Heyman, Berlin.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene.

H. 9, 1926.

✦ Zur Frage des Säuglingspflegeunterrichts in den Mädchenschulen. Helbig.
Fürsorgetheoretische Irrtümer. Feld.
✦ Schulfähigkeit und Schulunreife. Stephan.
Augenärztliches für den Schularzt. Ruff.
Körpererziehung der Jugendlichen als Voraussetzung und Ergänzung der Gesundheitsfürsorge. Braubach.
Zur hygienischen Volksbildung. Gebhard.
Beitrag zur Bürotechnik der Schulfürsorge. Walberg.
Was hat mir die Reichsgesundheitswoche gebracht? Rosa Schlesinger.

Zur Frage des Säuglingspflegeunterrichts in den Mädchenschulen. In Schöneberg werden seit 1916 20stündige Kurse abgehalten, in denen Haushaltungslehrerinnen in Säuglingspflege ausgebildet werden, um den Unterricht an den Mädchenschulen zu geben. Der Unterricht richtet sein Hauptaugenmerk auf die praktische Seite — der Ministerialerlaß von 1922 schreibt eine dreimonatige, z. T. sehr theoretisch gehaltene Ausbildungszeit vor — und die in Schöneberg gemachten Erfahrungen sind sehr gute. Da die Durchführung der im Ministerialerlaß geforderten Kurse z. T. aus wirtschaftlichen Gründen vielfach auf sehr große Schwierigkeiten stößt, tritt Verf. dafür ein, zunächst den verkürzten Unterricht einzuführen, um damit soviel Lehrkräfte auszubilden, daß in allen Mädchenschulen Unterricht gegeben werden kann. Immerhin scheint es angebracht, hierbei nochmals die Frage aufzurollen, ob es nicht einfacher, besser, vielleicht auch billiger wäre, den Unterricht in Säuglingspflege mit dem allgemeinen Hygieneunterricht zu vereinigen und ihn den Aerzten — Schulärzten — in die Hand zu geben. (D. Ref.)

Schulfähigkeit und Schulunreife. Welche Kinder sollen zurückgestellt werden, und was geschieht mit den zurückgestellten Kindern, sind die beiden Fragestellungen die dieser Arbeit zugrundegelegt sind. Körperliche Unterentwicklung, schwerere Tuberkulose und Skrophulose sind die Hauptursachen des Zurückgestelltwerdens. Psychopathische Kinder (die motorisch unruhigen, übererregten, überängstlichen Kinder) sollten mehr als bisher üblich für Zurückstellungen in Frage kommen. Ferner sollte man das Einschulungsalter heraufsetzen: seitdem in Mannheim nur solche Kinder eingeschult werden dürfen, die am 30. April das 6. Lebensjahr vollendet haben, ist die Zahl der Zurückgestellten erheblich zurückgegangen. Debile und imbezille Kinder mit guter körperlicher Entwicklung soll man nicht zurückstellen, sondern sie nach Möglichkeit frühzeitig in eine Hilfsschule einschulen. Zur Förderung der zurückgestellten Kinder dient der Schulkindergarten, wo ein solcher nicht einzurichten ist, ein Kindergarten. Der Aufenthalt im Schulkindergarten soll möglichst ganztägig und unabhängig von den Ferien sein. Es muß mehr Wert auf Hygiene, Reinlichkeit, Körperpflege und Freiluftaufenthalt gelegt werden. Der Besuch des Schulkindergartens sollten obligatorisch werden.

H. 10, 1926.

✦ Sozialhygienische Auslese aus den Berichten der Gewerbeaufsichtsbeamten. Wunderlich.
Bevölkerungspolitik und Legalisierung des Abortes. Feld.
✦ Die Kinderzahl in Berliner Arbeiter- und Mittelstandsfamilien. Benjamin.
Zur Unfallverhütung. Häberlin.
Schulärztliche Untersuchungen an Lyzeen und Studienanstalten. Szagunn.

Sozialhygienische Auslese aus den Berichten der Gewerbeaufsichtsbeamten. Die sehr interessante Arbeit enthält eine Fülle von Anregungen, von denen nur wenige hier angedeutet werden können. Es sind in den verschiedensten Gegenden Deutschlands zu den verschiedensten Zeiten Erhebungen gemacht worden über die Gesundheitsverhältnisse einzelner Berufe. So wurde festgestellt, daß sich z. B. der Steinhauer bezüglich seiner Disposition zur Lungentbc. nicht erheblich schlechter steht als andere Arbeiter, sobald er diese Arbeit im Wechsel mit landwirtschaftlicher Arbeit bei kräftiger Kost verrichtet. Der reine Berufsarbeiter, der obendrein evtl. dem Alkohol huldigt, stellt eine große Erkrankungsziffer. Bei den Tabakarbeitern wurde festgestellt, daß schwächliche, zu Tbc. neigende oder gar schon erkrankte Personen mit Vorliebe in diesen Beruf gehen, weil er als leicht gilt. Die besonders hohe Gesundheitsschädigung ist hier nur eine scheinbare, durch das schlechte Arbeitermaterial vorgetäuschte. Bei den Maschinenschreiberinnen wurde festgestellt, daß eine Gesundheitsschädigung nur bei solchen Angestellten eintrat, die ausschließlich und ununterbrochen die Schreibmaschine bedienen, und das hauptsächlich bei den Mädchen zwischen 16 und 20 Jahren. Günstig sind die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiterschaft dort, wo sie in großer Zahl als Pächter von Lauben oder Schrebergärten den weitaus größten Teil ihrer Freizeit in ihren Gärten sich beschäftigen. Sehr ungünstig und in mehrfacher Hinsicht gesundheitsgefährdend ist das Bestreben der Arbeiterschaft, die vorgeschriebenen Arbeitspausen zu verkürzen. Ueber ungünstige Wohnverhältnisse, die Notwendigkeit eines besonderen Schutzes jugendlicher Arbeiter wird weiter berichtet.

Die Kinderzahl in Berliner Arbeiter- und Mittelstandsfamilien. Verf. hat für ca. 1600 Kinder des Jahrganges 1919-20 des Bezirkes Berlin-Wedding anläßlich der Einschulung die Kinderzahlen festgestellt. Er kam zu folgenden Feststellungen: In 75% von über 1500 Ehen von über sechs Jahren Dauer waren nur ein bis zwei lebende Kinder vorhanden. Eine größere Kinderzahl wiesen vor allem die katholischen Familien auf, eine fast ebenso große die Besucher der weltlichen Schulen. Verf. führt dies auf das niedrigere soziale Niveau dieser Familien zurück.

P. Heyman, Berlin.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

64., Heft 3 und 4.

✦ Pleuritis, Meningitis und Peritonitis in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. Liebermeister.
Die Pleuritis in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. Steinert.
Die Meningitis in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. Sieper.
Die Peritonitis in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. May.
Gehen der Lungenphthise Erscheinungen im Sinne des Liebermeisterschen Sekundärstadiums voraus? Sieper.
Die Kaverne bei der Lungenphthise des frühen Tertiärstadiums. Rosarius.
✦ Dürfen wir in der Lungenkollapstherapie zugunsten der Thorakoplastik auf den Pneumothorax verzichten? Schoop.
Einige interessante Befunde an den Atmungsorganen. Liebermeister.
✦ Ueber das Wesen der Lungenspitzendisposition zur Tuberkuloseerkrankung. Loeschke.
Extrapulmonäre Tuberkulosen und Reinfekt in den Lungen. Hesse.
Ueber Spontanpneumothorax nach erfolglosem Versuch, den künstlichen Pneumothorax anzulegen. Walser.
Das Mediastinum im spontanen und künstlichen Pneumothorax. Ein Fall von spontanem Pneumothorax mit Komplikationen des Brustfells und Mediastinums. Oekonomopoulo.
Bronchiektasien der präterminalen Bronchialsysteme. Zugleich ein Beitrag zur Brauerschen Lehre von den Caverniculae. Loeschcke.
✦ Ueber die Erzeugung von Tuberkulin-Lokalempfindlichkeit auf Grund von Versuchen am Meerschweinchen und Menschen. Fernbach.
✦ Versuche zur Tuberkulinreaktion. Kimmelstiel.
✦ Die Tuberkumetreaktion. Baum und Black.
✦ Unspezifische Reiztherapie bei der Lungentuberkulose. Maurer.
✦ Was leistet die Tebeprotinreaktion nach Toenniessen für die Diagnostik der Lungentuberkulose. Nicol.
Die Lokalisation der tertiär-tuberkulösen Narben in den Lungen, zugleich ein Beitrag zur Pigmentstreifenfrage. Zeiss.
Die Topographie der bronchialen Lymphknoten und ihre präparatorische Darstellung. Engel.
Ist die Adrenalin-Blutdruckkurve ein Maßstab zur Beurteilung von Erregungszuständen im vegetativen Nervensystem? Hoke und Kettner.
Die Kurve der Tuberkulosegefahr. Sukiennikow.
✦ Ueber die Beziehungen zwischen Blutgruppen und Tuberkulose. Ein Beitrag zur Frage der Bedeutung der Konstitution für die Tuberkulose. Alperin.
Bemerkungen zu dem Aufsatz Petruschkys: „Zur Kritik des Kritisierens". Fernbach.
✦ Gibt es einen Unterschied in der Häufigkeit der einzelnen Blutgruppen bei Lungentuberkulösen und bei gesunden Menschen? Halló und Lenard.

Pleuritis, Meningitis und Peritonitis in den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. Die im Titel genannten tuberkulösen Komplikationen treten mit Vorliebe im Sekundärstadium der Tuberkulose auf, sie können sich jedoch als akuter Schub in jedem Stadium einfinden.

Diese von Liebermeister schon früher vertretene Ansicht, der nebenbei der größte Teil der Tuberkuloseärzte zustimmen dürfte, wird durch die nachfolgenden Arbeiten von Steinert, Sieper und May weiter gestützt: Was die Pleuritis angeht, so ist im Primärstadium der meist subpleural gelegene Lungenprimäraffekt nahezu regelmäßig von umschriebener Pleuritis begleitet. Die scheinbar primären, nicht seltenen Pleuritiden des Sekundärstadiums sind verhältnismäßig gutartig, neigen aber zu Rezidiven. Die Pleuritis des Tertiärstadiums ist bekanntermaßen eine sehr häufige Begleiterscheinung herdförmiger Lungentuberkulose. Die tuberkulöse Meningitis kommt im Primärstadium nur äußerst selten vor, sowohl im Sekundär- wie Tertiärstadium ist sie eine verhältnismäßig nicht seltene Komplikation. Bei enteralem Primärkomplex ist das Vorhandensein einer umschriebenen tuberkulösen Peritonitis anzunehmen, ihre Feststellung stößt jedoch auf große Schwierigkeiten. Im Sekundärstadium ist die tuberkulöse Peritonitis häufig Begleiterscheinung einer allgemeinen hämatogenen Virusaussaat, meist aber ist sie die einzige klinische Erscheinung des Sekundärstadiums, verläuft dann gutartig, neigt aber zu Rezidiven. Im Tertiärstadium handelt es sich gewöhnlich um eine Begleitperitonitis am Serosaüberzug geschwürig veränderter Darmabschnitte.

Dürfen wir in der Lungenkollapstherapie zu Gunsten der Thorakoplastik auf den Pneumothorax verzichten? Die Lungenchirurgen, welche den künstlichen Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose gänzlich ausgeschaltet wissen möchten, vergessen, daß ein Empyem, welches der Chirurg schließlich doch mit der Thorakoplastik angehen muß, nur äußerst selten im Verlauf der Pneumothoraxbehandlung auftritt. Ebensowenig wie der Internist, der erfolglose Plastikfälle zur Nachbehandlung bekommt, über die Thorakoplastik insgesamt den Stab bricht, so sollte auch der Chirurg vor den schönen Erfolgen der Pneumothotherapie seine Augen nicht verschließen. Die Thorakoplastik ist und bleibt trotz glänzender Operationstechnik ein schwerer Eingriff, der an Körper und Seele der Kranken große Anforderungen stellt. Für nicht streng einseitige Fälle — und dies sind weitaus die meisten — kommt die Plastik schon aus dem Grunde nicht in Frage, weil sie die eine Lunge auf Lebzeiten ausschaltet. Der Pneumothorax hingegen setzt keinen Dauerzustand, man hat die beliebig lange Fortsetzung der Behandlung bzw. ihren sofortigen Abbruch stets in Händen. Verf. zieht die Indikationsbreite für den Pneumothorax wesentlich weiter als üblich, er berichtet an Hand der Krankengeschichten über befriedigende Erfolge bei doppelseitigen progredienten Fällen, welche einem, unternimmt man nichts, allmählich dahinsiechen. Es wurde auf der schwerer erkrankten Seite der Pneumothorax angelegt mit dem Erfolg, daß in den meisten Fällen Verschwinden des Fiebers und der Bazillen sowie erhebliche Gewichtszunahmen erzielt wurden. (Ueber das Verhalten der anderen, weniger schwer erkrankten Seite fehlen leider genauere Angaben.) Trotz der weitgesteckten Indikationsgrenzen verzeichnet Verf. unter 115 Pneumothoraxfällen nur 6 Empyeme.

Ueber das Wesen der Lungenspitzendisposition zur Tuberkuloseerkrankung. Das Wesentliche der Lungenspitzendisposition zur Tuberkuloseerkrankung sah man bisher in der im Vergleich zu den übrigen Lungenabschnitten herabgesetzten Ventilation und Durchblutung. Auf Grund von Beobachtungen am Leichenmaterial entwickelt Verf. in seiner mit zahlreichen Abbildungen versehenen Abhandlung seine der herrschenden Auffassung widersprechende Theorie: Die Lungenspitzen werden vorwiegend durch das Zwerchfell ventiliert, und zwar ist dies beim langen schmalen Thorax mit enger Spitze, also dem Habitus phthisicus, am ausgesprochensten der Fall. Die zur Erkrankung disponierten Bronchialgebiete der Lungenspitzen verlaufen in der Lungenachse und stehen im Gegensatz zu allen anderen Bronchialästen unter direkter Zugwirkung des Zwerchfells. Die Dehnung der Lungenspitzen durch das Zwerchfell erfolgt normalerweise vorzüglich während des Inspiriums, da in dieser Atemphase das Zwerchfell tiefer tritt. Eine Dauerdehnung, auch während des Expiriums, wird somit stattfinden bei ständig vorhandenem abnormen Zwerchfelltiefstand. Dies trifft zu für den Astheniker und Enteroptotiker, bei beiden besteht eine dauernde, konstitutionell bedingte Spitzendisposition. Aber auch beim Menschen mit normalem Körperbau besteht erfahrungsgemäß eine Spitzendisposition. Auch diese generelle Spitzendisposition ist nach des Verfassers Theorie unschwer erklärlich, wenn man bedenkt, daß bei fast jedem Menschen Perioden vorübergehenden Krankseins auftreten, in deren Rekonvaleszenz ein Zustand der Abmagerung sich vergesellschaftet mit einer Bauchmuskelschwäche, die einen temporären Zwerchfelltiefstand und damit eine temporäre Spitzendisposition nach sich zieht. Erinnert sei besonders an die Fälle, bei denen Bauchinhalt akut erheblich vermindert wird durch Geburt, operative Entfernung größerer Geschwülste etc., Zustände, welche bekanntermaßen nicht selten einer fortschreitenden Lungentuberkulose den Weg ebnen.

Ueber die Erzeugung von Tuberkulinlokalempfindlichkeit auf Grund von Versuchen am Meerschweinchen und Menschen. II. Nachprüfungen mit Langer-Impfstoff 147. Durch Vorbehandlung mit Langer-Impfstoff 147 — dieser Impfstoff besteht aus abgetöteten, besonders jungen Tuberkelbazillen, welche durch Vorbehandlung mit verdünnten Methylenblaulösungen zu besonders schnellem Wachstum gebracht worden sind — gelang es, bei gesunden Meerschweinchen sowohl wie bei tuberkulosefreien und tuberkulinnegativen Kindern in der Mehrzahl der Fälle Tuberkulinhautempfindlichkeit hervorzurufen. Durch weitere subkutane Tuberkulindosen konnte die durch die Vakzinierung gesetzten Hautnarben zum Aufflammen gebracht werden, womit bewiesen ist, daß in diesen Narben, auch wenn makroskopisch wochenlang nach intrakutanen Tuberkulininjektionen keinerlei Veränderungen, nicht einmal die Einstichstellen mehr erkennbar sind, doch noch spezifisch tuberkulöses Gewebe vorhanden ist. Es besteht demnach — entgegen der Ansicht Langers — keine Veranlassung, von der Vorstellung abzugehen, daß zur Entstehung der Tuberkulinlokalempfindlichkeit das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes nötig ist.

Versuche zur Tuberkulinreaktion. In experimentellen Untersuchungen wurde der Einfluß apathogener Luftkeime, insbesondere des Bazillus cytolyticus Much auf Alttuberkulin geprüft in der Weise, daß mit einer Tuberkulinlösung 1 : 10, welche der Einwirkung eines Zytolytikusstammes ausgesetzt war, Hautquaddelproben beim Menschen angelegt wurden. Die Zytolytikustuberkulin-Impfstellen blieben im Vergleich zu den stark angegangenen Alttuberkulin-Kontrollquaddeln völlig reaktionslos. Daraus ergibt sich, daß durch die Einwirkung des lebenden Zytolytikusstammes das Tuberkulin „entgiftet“ ist, ohne völlig zerstört zu sein, konnte doch durch Zusatz von reizsteigerndem Lipoid zu dem Zytolytikustuberkulin dessen Reaktivität bis zu einem gewissen Grade wieder hergestellt werden. In weiteren Untersuchungen ergab sich, daß die biologische Reizwirkung der Lipoide durch hochmolekuläre Eiweißkörper gefördert, durch Eiweißabbauprodukte gehemmt wird.

Die Tubercumetreaktion. Tubercumet ist ein wasserlöslicher Tuberkelbazillenextrakt, mit Hilfe dessen die Serodiagnose einer aktiven Tuberkulose möglich sein soll. 0,2 ccm klares Blutserum werden mit der gleichen Menge Tubercumet vorsichtig überschichtet, die Reaktion ist positiv, wenn sich an der Berührungsstelle ein weißer Ring bildet. Nach den Untersuchungen der Verff. ist die Reaktion nicht spezifisch für Tuberkulose, ihr diagnostischer Wert ist sehr gering.

Unspezifische Reiztherapie bei der Lungentuberkulose. (Vgl. auch Kurt Klare, „Die Lipatrentherapie der Tuberkulose“, dieses Heft, Seite 1148). Die Arbeit stützt sich auf die Erfahrungen an 47 mit Lipatren behandelten Fällen von offner tertiärer Lungentuberkulose. Von diesen wurden innerhalb 3 bis 6 Monaten Behandlungszeit 38 bazillenfrei, nur 2 blieben unbeeinflußt und 1 starb im Anschluß an eine schwere Lungenblutung. Irgendwelche nachteiligen Einflüsse konnten nicht festgestellt werden. Nach seinen Beobachtungen hält Verf. das Lipatren für ein Mittel von ganz hervorragendem Wert im Kampfe gegen die Tuberkulose. Die vorsichtig bis zum Reizoptimum ansteigende Dosierung ist für den Erfolg von ausschlaggebender Bedeutung.

Was leistet die Tebeprotinreaktion nach Toenniessen für die Diagnostik der Lungentuberkulose? Die Subkutandiagnostik mit dem Tebeprotin Toenniessen, welche im wesentlichen dasselbe leistet wie die übliche Alttuberkulindiagnostik, hat vor dieser den Vorzug der Ungefährlichkeit. Die Reaktionen verlaufen milder, schädliche Herdreaktionen treten anscheinend weit seltener auf, zudem ist die Technik bei nur zweimaliger Anstellung der Probe einfacher.

Ueber die Beziehungen zwischen Blutgruppen und Tuberkulose. Das menschliche Blutserum besitzt bekanntlich die Fähigkeit, Erythrozyten eines gesunden Individuums zu agglutinieren. Diese Isoagglutination genannte Erscheinung wird bewirkt durch die im Blute des Menschen vorkommenden Agglutinogene A und B sowie durch die beiden Agglutinine α und β. Die gesamte Menschheit ist nach der verschiedenen Gruppierung der Agglutinogene und Agglutinine in 4 Blutgruppen eingeteilt. Verf. hat — unter Benutzung des makroskopischen Verfahrens von Moß und Vincenta — bei einer größeren Anzahl Tuberkulöser Blutgruppenbestimmungen ausgeführt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten BG. (Blutgruppe) ist für das betreffende Individuum ein konstantes Merkmal und unterliegt keinen etwaigen, durch Medikamente hervorgerufenen Aenderungen.
2. Im Verlaufe der Tuberkulose erfährt die BG.-Zugehörigkeit keine Aenderung.
3. Eine besondere Disposition zur Tuberkuloseerkrankung zeigt die zweite BG., eine geringere die vierte BG.

4. Eine besondere Neigung zu häufigen und reichlichen Lungenblutungen weisen die erste und vierte BG. auf, eine geringere die zweite.

Gibt es einen Unterschied in der Häufigkeit der einzelnen Blutgruppen bei Lungentuberkulösen und bei gesunden Menschen? Untersucht wurden je 200 Offen-Lungenkranke und 200 gesunde Erwachsene mittels der makroskopischen Objektträgermethode nach Moß (wie in der vorhergehenden Abhandlung). Nach den tabellarisch zusammengefaßten Ergebnissen ist ein Unterschied in der Häufigkeit der einzelnen Blutgruppen bei Lungentuberkulösen und Gesunden nicht vorhanden. Auch konnte keine besondere Empfänglichkeit oder Resistenz irgendeiner Blutgruppe für Tuberkulose festgestellt werden.

H. Zwerg.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 40.

✱ Zur Technik der Knochennaht. G. Magnus.
✱ Messungsmethode der Skoliosen und Deformitäten des Brustkastens durch Anwendung von Längs- und Zirkulärgipsabdrücken. T. Satzepin und H. Abardabel.
Bildet das subepidemoidale Karzinom als Hautaffektion eines Brustkrebses ein selbständiges Krankheitsbild? H. Fischer.
Biologische Prozesse im autoplastischen Knochentransplantat beim Ersetzen der unteren zwei Drittel des Femur durch die ganze Diaphyse der Fibula. J. Doljansky.
Beitrag zur Beugekontraktur der Finger. W. Lebening.
✱ Verwendung der Glaukobinde „Mollis" für Zugverbände. F. Kroll.
Zur Frage der idealen Magenklemmen. S. Spassokukozky.

Zur Technik der Knochennaht. Um bei der Knochennaht den Einfluß des toten Materials, speziell eine chemische Imprägnation der Weichteile mit Metallsalzen zu vermindern, werden beide Enden des zur Durchbohrung resp. zur Umschlingung des Knochens verwendeten Drahtes durch ein Metallrohr (Kruppstahl, 2,5 mm lichte Weite) zur Hautoberfläche geführt. Der Draht wird dann mit der Borchardtschen Spannzange gespannt und hält nach einfachem Umbiegen vollständig fest. Späte kann er an einem Ende leicht herausgezogen werden.

Messungsmethode der Skoliosen und Deformitäten des Brustkastens durch Anwendung von Längs- und Zirkulärgipsabdrücken. Längsgipsabdrücke der Wirbelsäule bei Skoliosen gaben einen guten Anhalt auch für feinere Veränderungen der Wirbelsäule im Verlaufe der Behandlung. Einen genauen Abdruck der Wirbelsäule und ihrer Beziehung zum Becken erhält man auf folgende einfache und nicht kostspielige Weise: Am möglichst stramm stehenden Patienten wird vom 7. Halswirbel aus eine mehrfach gelegte Gipsbinde bis zum Kreuzbein gezogen, dann der eine Teil der Binde über das Kreuzbein, zwei Teile seitlich über die Cristae ilei. Am oberen Ende muß die Horizontale stets genau durch ein Lineal markiert sen. Aehnliche Gipsbandabdrücke zirkulär um den Thorax zeigen in den verschiedenen Stadien der Behandlung deutlich die allmähliche Annäherung des Brustkorbs an die normale Form.

Verwendung der Glaukobinde „Mollis" für Zugverbände. Verf. empfiehlt für Zugverbände die Glaukobinde „Mollis" (Lüschen und Bömper), eine jederzeit gebrauchsfertige mit Zinkleim imprägnierte Gazebinde. Bei Frakturen wurden die Extensionszüge zwischen den Bindenlagen befestigt. Der Verband hielt selbst mehrere Wochen gut bei stärkster Belastung, auch zeigten sich nie Reizerscheinungen der Haut.

Nr. 41.

Hernia mesocolica media. H. Koch.
Bildung eines Ersatzmagens bei der völligen Magenentfernung. A. Balog.
✱ Chemisch bedingte nekrotisierende Panaritien. E. Glass.
Ein Beitrag zur Knochennaht. A. Hagentorn.
Starke arterielle Blutung bei Anlegung eines Dauerkunstafters. P. Sackur.
Ueber die postoperative Parotitis. J. Silbermann und M. Kogan.
Nachtrag zur Arbeit in Nr. 30: Die operative Behandlung von ausgedehnten Verbrennungs- und Kontraktionsnarben nach der Morestinschen Plastik. H. Stegemann.
✱ Diagnostische Fehler bei schweren Magen- und Darmblutungen. J. Petermann.

Chemisch bedingte nekrotisierende Panaritien. Verf. weist auf die neben den charakteristischen Tintenstiftverletzungen offenbar nicht seltenen entzündlichen Prozesse an den Fingern hin, die durch chemische Reize auf dem Wege entstehen, daß giftige Farbstoffe durch geringfügige Schrunden in die Haut dringen. Charakteristisch für diese aseptischen Panaritien sind toxische Allgemeinerscheinungen (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Temperatur) und zwar besonders anfangs schwerer als bei gewöhnlicher Lymphangitis, ferner lokal kleine, oberflächliche Hautnekrosen, keine Eiterungen. Auf Bäder und Umschläge erfolgt stets rasche Heilung.

Diagnostische Fehler bei schweren Magen- und Darmblutungen. Bei bedrohlichen oder wiederholten schweren Ulkusblutungen soll nicht lange mit der Operation gezögert werden. Stets jedoch muß vorher eine genaue klinische Untersuchung stattfinden und besonders das Blutbild geprüft werden. Verf. teilt Fälle mit, die als typische Ulkusblutungen zur Operation kamen, dann aber als Leberzirrhosen, Perniziosa und Thrombopenie erkannt wurden.

Walter Großmann, Berlin.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

115., 4. Heft, 1926.

✱ Experimentalphonetische Untersuchungen über die Stimme ohne Kehlkopf. R. Schilling und H. Binder.
✱ Kehlkopfschädigung nach Röntgenbestrahlung. v. d. Hütten.
✱ Die klinische Bedeutung der Pulsveränderung im Verlauf komplizierter und nichtkomplizierter otitischer Erkrankungen. Th. Nühsmann.

Experimentalphonetische Untersuchungen über die Stimme ohne Kehlkopf. Für die Kehlkopfstimme treten als Ersatz bei Verlust des Larynx zwei Stimmarten ein: Die Pharynx- und die Oesophagusstimme. Bei der Pharynxstimme wird die Pseudoglottis im eigentlichen Artikulationsgebiet gebildet, und zwar durch Beteiligung der Pharynx- und Zungenmuskulatur. Der Charakter der Sprache leidet durch diese Inanspruchnahme der Zunge, die Artikulation selbst wird fehlerhaft. Dagegen sind Stimmumfang und Modulationsfähigkeit recht groß. Bei der Oesophagusstimme wird die Pseudoglottis etwa in Höhe des Oesophagusmundes gebildet. Die Artikulation ist daher frei, die Stimmlage tiefer, Umfang und Modulationsfähigkeit geringer. Während im ersten Falle die Sprache unabhängig von der Lungenatmung ist, übernehmen hier die Muskeln der Lungenatmung die Haupttätigkeit zum Luftantrieb.

Kehlkopfschädigung nach Röntgenbestrahlung. Mit Recht warnt der Autor vor Bestrahlung irgendwelcher krankhafter Gebilde der Halsgegend, soweit sie nicht bösartig sind und auf anderem, auch operativem Wege angegangen werden können. Noch nach vielen Jahren können schwerste letale Schädigungen des Larynx auftreten, die bei Fehlen eines Röntgendosis-Einheitsmaßes auf die voraufgegangene Bestrahlung zurückzuführen sind. Bestehende Röntgenschädigungen des Kehlkopfes sind konservativ zu behandeln, soweit keine Tracheotomie notwendig wird.

Die klinische Bedeutung der Pulsveränderungen im Verlauf komplizierter und nichtkomplizierter otitischer Erkrankungen. Pulsverlangsamung bei meningitischen Erscheinungen ist keine Hirndruck-, sondern eine toxische Erscheinung durch entzündliche Reizung des Vaguszentrums. Die Pulsverlangsamung kann das erste Symptom einer meningealen Reizung sein. Fällt der Druck bei einer Lumbalpunktion, so ist Hirndruckpuls anzunehmen, fällt er nicht, so handelt es sich um eine Vagusirritation. Bei Abklingen der Meningitiden werden fortgesetzte Lumbalpunktionen bis zum Normalwerden des Pulses empfohlen. Genaue Pulsregistrierung seitens des klinischen Personals auch bei unkomplizierten klinisch-operativen Fällen ist unerläßlich.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

20., Heft 10.

✱ Prostatographie. Pflaumer.
Bemerkungen zur Entwicklung der Urologie, insbesondere der Kystoskopie seit Max Pfitzes Tod. Ringleb.
✱ Zur Diagnostik der polyzystischen Nieren. Ludowigs.
Totale zystische Entartung eines Leistenhodens. Werwath.
✱ Zur Behandlung der Blasentuberkulose. Rivanol bei Harnleiden. Werhoff.
Zur Harnleitertuberkulose. Müller.
Ueber ein seltenes Gewächs der Harnblase. Hensch.
✱ Resultate der Mauclaireschen Operation. E. Gohrbandt.
Ueber Teilhydronephrose. Hübner.
Bericht des Wirtschaftsausschusses. Bodländer.
Zur Pyeloplastik. Casper.
Zur Kasuistik der Nierentumoren. Picard.
✱ Der Einfluß des Phloridzins auf die Niere. Dünner.
Elephantiasis der männlichen äußeren Geschlechtsorgane. P. Gohrbandt.
✱ Behandlung der chronischen weiblichen Gonorrhoe mit Frischvakzine und Lebendvakzine. Loeser.

Prostatographie. Der Autor schildert eingehend die Technik der Darstellung der Vorsteherdrüse im Röntgenbild. Es muß vermieden werden, daß auf der Platte die Drüse mit dem Schatten der Symphyse oder dem Schatten des Steißbeines zusammenfällt. Das gelingt ihm, indem er die Blende in einem kranialwärts offenen Winkel von 70° einstellt. Die exakte Dosierung der weichen Strahlen ist ebenfalls sehr wesentlich, sonst wird die Drüse leicht „wegphotographiert“. Die Blase wird unmittelbar vor der Aufnahme mit 100 ccm Sauerstoff gefüllt und der Katheter so gelagert, daß sein Auge am Orificium internum urethrae liegt. Pflaumer bespricht dann die Beurteilung der Aufnahmen an Hand von 12 instruktiven Bildern. Die Bedeutung der Prostatographie liegt nicht nur darin, daß man jetzt dem Kranken sein Leiden ad oculos demonstrieren kann, sondern daß man ihm die oft folgenschwere Zystoskopie erspart. Außerdem kann die Platte zur Differentialdiagnose zwischen benigner Hypertrophie und Karzinom verwertet werden, sowie bei der Indikationsstellung zur Operation nützlich sein für die Wahl der Operationsmethode. Wenn röntgenologisch eine subvesikale Form der Hypertrophie vorliegt, so zieht Pflaumer die ischio-rektale Enukleation nach Voelker vor, während er bei intravesikaler Entwicklung der Drüse transvesikal operiert. Auch die Prognose wird erleichtert: wir haben bei der intravesikalen Form meist eine geringere Blutung zu gewärtigen. Schließlich sei noch erwähnt, daß es jetzt durch die Röntgendarstellung möglich ist, die Erfolge konservativer Behandlung, d. h. Rückbildung der Hypertrophie — sei es durch Vasektomie oder Röntgenbestrahlung — zu kontrollieren.

Die Nachteile der Methode liegen darin, daß viele Prostatiker die bloße völlige Entleerung der Blase, wie sie erforderlich ist, schlecht vertragen und Reizerscheinungen des überdehnten Organs auftreten. Daher soll man auch nicht wahllos jeden Kranken röntgen, sondern nur bei entsprechender Indikation.

Zur Diagnostik der polyzystischen Niere. Bei genügender Vertrautheit mit der Deutung von Pyelogrammen wird es heute möglich sein, durch sie die Diagnose der Zystennieren zu stellen. Fast nie vermißtes Symptom ist die Verlängerung der Kelchhälse (v. Lichtenberg), ferner beobachtet man eine endständige Erweiterung der Kalizes. Vielfach tritt eine charakteristische Verkürzung des mittleren Kelches ein mit Ausziehung der anderen Kelche, so daß das Bild einer Hacke ähnelt. Als drittes Charakteristikum kommt oft eine Achsendrehung des Beckens hinzu. Auch semilunare Zystenabdrücke an den terminalen Kelcherweiterungen sind gelegentlich zu beobachten, oft in Form eines stacheligen Vorsprungs.

Zur Behandlung der Blasentuberkulose. Rivanol bei Harnleiden. Werloff berichtet über die Erfahrungen mit Rivanol an der Casperschen Klinik. Er hebt die sekretionsherabsetzende, analgesierende und antiphlogistische Wirkung des Präparates hervor bei schweren akuten Uretheritiden und Zystitiden, allerdings steht die keimtötende Kraft hinter derjenigen der Silbersalze zurück. Bei der Tuberculosis vesicae hingegen wird Rivanol direkt als Mittel der Wahl angesprochen. Es hat eine auffällig schmerzstillende Wirkung auf die erkrankte Blase, ist außerdem völlig reizlos und kann daher längere Zeit in der Blase gehalten werden. Ferner verschwinden schon nach mehreren Wochen die entzündlichen katarrhalischen Erscheinungen, die sklerosierenden Veränderungen werden verringert, die Kapazität des Organs steigert sich. Auch auf ulzeröse Geschwüre selbst wirkt es günstig ein. Besteht jedoch eine renitente Mischinfektion, so empfiehlt der Autor eine kombinierte Therapie von Rivanol mit Silbersalzen.

Resultate der Mauclaireschen Operation. Die Mauclairesche Operation besteht darin, daß man bei Kryptorchen die Hoden herunterholt unter Ligatur der Vasa spermatica. Nur der Ductus deferens und die Arteria deferentialis, die am Kopf des Nebenhodens eintritt, bleiben erhalten. Diese sollte zur Blutversorgung der Organe ausreichen. Nachdem schon von anderer Seite über Atrophia testis nach der Operation berichtet worden war, hat Gohrbandt experimentell die Frage an Kaninchen studiert und gefunden, daß diese Blutversorgung nicht ausreicht, um einen funktionstüchtigen Hoden zu erhalten. Zuchtversuche bei doppelseitig operierten Tieren verliefen ebenfalls negativ. Der Verfasser hatte Gelegenheit, 35 Fälle von einseitigem Kryptorchismus und 18 doppelseitigen, die in den letzten 2 bis 10 Jahren operiert worden waren, nachzuuntersuchen. Bei 12 einseitigen Fällen, die nach Mauclaire behandelt worden waren, ergab sich siebenmal völlige Atrophie und fünfmal bindegewebige Umwandlung des Hodens. In 23 Fällen ohne Durchschneidung der Gefäße war nur dreimal eine Hodenatrophie erfolgt, die wohl auf zu starke Spannung der Gefäße zurückzuführen ist. Von den 18 doppelseitigen Kranken waren 11 auf der einen Seite mit, auf der anderen Seite ohne Durchschneidung der Gefäße operiert worden. In allen Fällen ergab sich auf der ersteren eine Atrophie des Hodens, während sein Partner gut entwickelt war. Auf Grund dieser Ergebnisse lehnt die Charité die weitere Ausübung dieser Methodik ab.

Der Einfluß des Phloridzins auf die Niere. Im Gegensatz zur Glykosurie beim echten Diabetes finden wir bei der Phloridzinglykosurie keine Hyperglykämie. Man nahm bisher an, daß die Zuckerausscheidung nach Phloridzin auf einer abnormen Durchlässigkeit der Nierenzellen für Zucker beruhe. Demgegenüber vertritt Dünner die Hypothese, daß dieser Stoff über das sympathische Nervensystem wirke. Er konnte seine Anschauung durch Experimente stützen, bei denen es ihm gelang, durch Injektionen von Pituglandol und Adrenalin mit sonst unterschwelligen Phloridzingaben eine Zuckerausscheidung im Harn zu erzielen. Allerdings gelang es bisher nicht, durch Pituglandol allein bei Schwangeren, die sonst besonders stark auf Phloridzin reagieren, eine Glykosurie zu erzeugen. Auch noch andere Experimente des Autors sprechen für die Richtigkeit seiner Hypothese. Er erinnert daran, daß sich bei organischen Nervenkrankheiten eine Phosphat- bzw. Kalkariurie beobachten ließ, die nach dem Abklingen des Leidens verschwand. Aehnlich wie hier ergibt sich auch bei der Phloridzinwirkung die Abhängigkeit einer Teilfunktion der Niere vom Nervensystem.

Behandlung der chronischen weiblichen Gonorrhoe mit Frischvakzine und Lebendvakzine. Der Verfasser hat an 120 Patienten Erfahrungen über seine Methode gesammelt. Er spritzt am Oberarm lebende Gonokokken subkutan in 2 bis 3 Quaddeln unter die Haut. Der Erfolg soll oft frappant sein, eine einzige Injektion häufig zur Heilung führen.

E. Lehmann, Berlin.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft.

13., 7. Heft, Oktober 1926.

Zum Kongreß. Albert Moll.
✦ Frauenkunde. Hugo Sellheim.
✦ Zur Vererbung der Gynäkomastie. R. Fetscher.
Zum Problem der ledigen Frau. H. E. Timerding.
✦ Das Sexualproblem der Bevölkerungspolitik. Hilde Grünbaum-Sachs.
Zur Frage der Ethik und Logik in der Neurose. Julius Epstein.
Ist die Behandlung der Impotenz eine kassenärztliche Leistung. Max Marcuse.
Ehescheidungsrecht. Friedrich E. Traumann.
Molls Handbuch der Sexualwissenschaften. A. Kronfeld.
Die platonische Liebe. Paul Brandt.
Experimentelle Telepathie. O. Bunnemann.
Die erste und die längste Heiratsannonce im deutschen Zeitungsdruck.

Frauenkunde. Kein praktischer Arzt sollte es unterlassen, diesen höchst interessanten und instruktiven Artikel, der den Inhalt der öffentlichen Antrittsvorlesung gelegentlich der Uebernahme des Lehrstuhles für Geburtshilfe und Gynäkologie der Universität Leipzig wiedergibt, im Original zu lesen. Hier wird der Standpunkt vertreten, den wir auf Seite 320 dieser Zeitschrift in dem Referat über das Handbuch der sozialen Hygiene wiedergegeben haben, und dem sich erfreulicher Weise mehr und mehr Mediziner anschließen. Von der Wiedergabe des Inhalts wird hier aus oben erwähntem Grunde und weil über dieses Problem an anderer Stelle demnächst die Rede sein wird, abgesehen.

Zur Vererbung der Gynäkomastie. Gynäkomastie ist eine seltene Anomalie. Inwiefern sie vererbbar ist, ist noch schwer endgültig zu sagen. Mit Recht regt der Verfasser an, das Material zu sammeln, das eine Zusammenfassung und eine erbbiologische Auswertung gestatten würde. Um die Methode der Untersuchung einheitlich zu gestalten, wäre die Lektüre im Original empfehlenswert. Im vorliegenden Fall ist ein erbbiologischer Faktor vorhanden. Der Vater und ein Bruder zeigen das Merkmal. Dominanz ist zu vermuten. „Der Ausgangsfall, ein 16jähriger Gärtnerlehrling, zeigt seit Beginn der Pubertät deutlich entwickelte Brüste. In ihnen ist das Drüsengewebe spärlich, das Fettgewebe stärker entwickelt. Sekret ist nicht auspreßbar. Die Haut ist sehr schwach pigmentiert, Sommersprossen reichlich vorhanden, Körperbehaarung schwach, rötlich-hellblond, ebenso die Haare, Augen hellbraun-grünlich, Genitale normal entwickelt, links Varikozele, Leistenring links in Daumenkuppengröße offen. Außer Rippenfellentzündung und einer Lungenspitzentuberkulose nie ernstlich krank. Gewicht 44 kg. Mit Rücksicht auf das Alter des Patienten ist ein endgültiges Urteil über sein sexuelles Verhalten und Empfinden nicht möglich; die bisherige Entwicklung war normal. In geistiger Hinsicht mäßig begabt, mittlerer Schüler, macht er eher einen etwas stumpfen Eindruck.“ Eine Tabelle, die die Resultate der ausführlichen Messung des Patienten nach der Martinschen Methode (S. S. 1069 dieser Zeitschrift) angibt, sowie zwei Lichtbilder erläutern die Darstellung.

Das Sexualproblem der Bevölkerungspolitik. Dieser Artikel wird ausführlich in einer Arbeit über Hygiene der menschlichen Fortpflanzung besprochen werden. Es sei nur vorweg bemerkt, daß es sich hier im wesentlichen um Förderung der Erleichterung des Präventivverkehrs handelt, sowie um Schaffung von Aerztinnen-Posten bei Eheberatungsstellen für weibliche Ratsuchende.

M. Kantorowicz.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 39, 23. September 1926.

Diabetes mellitus in der Nachkriegszeit. Elias und Jeiteles.
Zur Kasuistik der Feerschen Krankheit. Daser.
Zur Frage der Lumbago. Loewenstein und Rácz.
* Zur Frage der peroralen Resorption von Insulin. Fornet.
Zur Behandlung der Angina pectoris mit paravertebraler Alkoholinjektion. Brunn.
Erwiderung auf die Antwort Professor Spitzers zu meiner Kritik der Analyse einer angeblichen Duodenal-Inversion. Pernkopf.
Bemerkungen zu Doz. Pernkopfs „Erwiderung". Spitzer.
Ergänzung zu den vorstehenden Bemerkungen Prof. Spitzers. Schnitzler.
Bei welchen Erkrankungen der Prostata ist die Massage indiziert bzw. kontraindiziert? Hryntschak.

Zur Frage der peroralen Resorption von Insulin. Durch Zusatz von Galle wurden Insulinpillen als erstes peroral wirksames Insulinpräparat geschaffen. Aehnlich dem peroral einverleibten Novasurol zeigt die perorale Insulinindikation nur eine langsamere und quantitativ geringere Wirksamkeit als die parenterale Einverleibung, zeitigt aber qualitativ denselben Effekt.

Nr. 40, 30. September 1926.

(Den Teilnehmern an der 7. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie gewidmet).
Geleitwort. Blum.
Hypotonie und Hypertonie der Blase nach Divertikeloperationen. Bachrach.
Ein neuer Weg zur Freilegung des untersten Harnleiterabschnittes nebst Bericht über ein derart operiertes primäres Ureterkarzinom. Blatt.
* Die angeborene Zystenniere vom internen und chirurgischen Standpunkt. Blum.
* Hämaturie, Prostatahypertrophie und Nierentumor. Brecher.
Nierengumma. Felber.
Zystopyelitis durch Pseudodiphtheriebazillen. Frisch.
Prostataadenom und Prostatektomie. Fritz.
„Trypaflavin als Heilmittel bei Infektionen der Harnwege". Gagstatter.
Ein Beitrag zum primären und metastatischen Ureterkarzinom. Glas.
Cylotropin in der urologischen Praxis. Hankowski.
Eine inkarzerierte Blasenhernie. Haslinger.
Nachuntersuchungen an Prostatektomierten, mit besonderer Berücksichtigung der Röntgenuntersuchung. Hryntschak und Sgalitzer.
Entwicklung unspezifischer Blasengeschwüre auf dem Boden ausgeheilter Blasentuberkulose. Krapp.
Pneumopyelographie. Kornitzer.
Mikrolithiasis. Lichtenstern.
Zur Objektivierung der Keimdrüsenpunktion. Lieben.
* Zur Kenntnis der sogenannten idiopathischen Dilatation der oberen Harnwege. Necker.
Ueber einen Fall von gekreuzter Dystopie der Niere. Paschkis.
Kongenitale Dilatation des Harnapparates, Mors subitanea. Pleschner.
Ueber die Pathogenese der Harnverhaltungen prostatischer und nichtprostatischer Natur. Rubritius.
Bemerkungen zur allgemeinen urologischen Diagnostik. Schwarz.
Die Bedeutung mehrfacher Projektion bei der Röntgenuntersuchung der Niere und der Blase. Sgalitzer.
* Erfahrungen über die medikamentöse Behandlung der Harninfektion. Sternbach.
Spontangangrän des äußeren Genitale. Teltscher.
Zur Kenntnis der gonorrhoischen Niereninfektionen. Zinner.

Die angeborene Zystenniere vom internen und chirurgischen Standpunkt. In den letzten Jahren wurden Zystennieren in größerer Zahl beobachtet, was wahrscheinlich nicht nur auf der Verbesserung der Untersuchungsmethoden beruht. Wenn auch differentialdiagnostisch immer an Zystenniere gedacht wurde, konnten doch nicht alle Fälle vor der Operation diagnostiziert werden, weil sich manche unter dem Bilde der Nierensteinkoliken, des Hypernephroms, des paranephritischen Abszesses, einer plötzlichen Anurie oder einer Schrumpfniere verbargen. Die Zystenniere des Erwachsenen (von der infantilen wird hier abgesehen) kommt meist zwischen 40 und 50 Jahren zur Beobachtung und zwar in Form der kleinen und großen Zystenniere; beide sind meist doppelseitig. Die Erkrankung ist beim weiblichen Geschlecht häufiger; sie kommt familiär vor und wird manchmal zusammen mit zystischer Degeneration anderer Organe (Leber, Ovar, Pankreas, Schilddrüse, Nebenhoden, Samenblasen) oder kombiniert mit Mißbildungen (Hasenscharte, Spina bifida) beobachtet. Erscheinungsformen: 1. Urämische Form (plötzliches Auftreten von Urämie aus voller Gesundheit), 2. Brightsche Form (Bild der chronischen Nephritis), 3. renale oder chirurgische Form. Die Symptome der letzteren sind: Schmerzen (meist diffuse Druckempfindung, selten Koliken); Blutungen, manchmal sehr profus; Infektion der Zystenniere (Erscheinungen der akuten Pyelonephritis oder der perinephritischen Phlegmone); Verdrängungserscheinungen der Nachbarorgane (Kompression einer Kolonflexur bis zum totalen Darmverschluß, Beeinträchtigung der Magenfunktion, Pylorusverengerung); grobhöckerige Tumoren in beiden Nierengegenden. Harnbefund, Nierenfunktion, Herz- und Gefäßveränderungen wie bei chronischer Nephritis bzw. Nephrosklerose. Meist hämorrhagische Diathese. Indikation zur Operation bilden heftige Blutungen, Infektion einer oder mehrerer Zysten, dauernde heftige Schmerzen. Die Operation besteht in Dekapsulation der Nieren, Punktion der Zysten; manchmal einseitige Nephrektomie bei intakter Funktion der anderen Niere. Die Prognose der Zystenniere ist besser als die der Nephrosklerose.

Hämaturie, Prostatahypertrophie und Nierentumor. Auch beim Bestehen einer ausgeprägten Prostatahypertrophie muß man beim Auftreten einer Hämaturie an die Möglichkeit einer anderen Blutungsquelle (Nierentumor) denken. Fälle, deren Blutungsquelle zystoskopisch nicht völlig aufgedeckt werden kann, sollten durch andere Untersuchungsmethoden (Pneumoradiographie, evtl. sogar diagnostische Nierenfreilegung) aufgeklärt werden.

Zur Kenntnis der sogenannten idiopathischen Dilatation. Die idiopathische Dilatation ist eine Systemerkrankung der ableitenden Harnwege, die durch das Fehlen aller physiologischen Schutzvorrichtungen, die der Stauungsverhütung dienen, charakterisiert ist. Sie tritt unter dem Bilde einer hochgradigen Harnrückstauung in Blase, Ureter und Nierenbecken in Erscheinung und kann besonders durch Zystographie diagnostiziert werden. Klinische Symptome: Meist schon in früher Kindheit Erschwerung der Harnentleerung, unvollständige Entleerung der Blase, manchmal akute Harnverhaltung, häufiger paradoxe Inkontinenz, Infektion mit Ausbildung urotoxischer Symptome. Die Entstehungsursachen sind: 1. Fehl- oder Exzeßbildungen, 2. kongenitale Abflußhindernisse, 3. sakrale Mißbildung (Spina bifida). Die Trennung der prognostisch günstigen, behandlungsfähigen von den infausten Fällen geschieht durch die Reststickstoffuntersuchung im Blute. Bei stark erhöhten Werten ist jeder Eingriff zu unterlassen; in den anderen Fällen Erfolg durch Dauerdrainage und Harnantiseptika, transvesikale oder endourethrale Operationen am Blasenhals, Operation der Spina bifida occulta.

Erfahrungen über die medikamentöse Behandlung der Harninfektion. a) Lokal angewendete Mittel: Pregllösung von 25% Lösung bis Originallösung ansteigend bei subakuten und chronischen Zystitiden, vor Blasenoperationen und zur Nachbehandlung nach denselben. Frische Rivanollösung bei längerdauernden, auch ulzerösen Zystitiden; kontraindiziert bei starker Reizung oder geringer Kapazität der Blase. In ¼ bis ½ ‰-Lösung gegen Urethritis gonorrhoica brauchbar. Agoleum (Suspension von Collargol in Oel) bei stark gereizter Blase mit geringer Kapazität schmerzlindernd und entzündungshemmend (5 bis 10 ccm nach vorheriger Blasenwaschung injizieren). Bei gleicher Technik ist Metem (Chlorsilbersuspension) bei ulzerösen Zystitiden angezeigt. 1prozentiges Methylenblau (chemisch rein) anästhesiert manchmal gut bei tuberkulöser Zystitis. b) Intravenös injizierte Mittel. Cylotropin bei Koli-, Kokken- und Mischinfektionen wirksam, manchmal nur bei alternierender Verwendung mit Neosalvarsan. Bei ganz akuten Zystitiden und Pyelitiden reizt Cylotropin zu stark. c) Intramuskuläre Mittel: Bei Prostatitis und Epididymitis sind Yatren, Yatrenkasein, Olobintin und Eigenblutinfektionen (3 bis 5 ccm) wirksam. d) Peroral verabreichte Mittel: Bei akuten Prozessen kein Urotropin, sondern alkalische Salze, lokale Wärme und schmerzstillende Mittel. Bei veralteten Zystitiden und Pyelitiden mit alkalischem Harn Ammoniumchlorid, zwei Tage zweimal 3 g und einen Tag dreimal 3 g; gleichzeitig wenig Flüssigkeit, reichlich Fleischkost. Spirozid zweimal 0,25 bei Staphylokokkeninfektionen, speziell postgonorrhoischer Genese, durch ca. 5 Tage.

Ernst Pick, Wien.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 38.

Das herzregulierende Hormon der Leber und die Aenderung pharmakologischer Wirkungen durch dasselbe. L. Asher.
* Der Nachweis des Aethylalkohols. F. Schwarz.
„Konstitution und Norm", „Funktion und Form" im Lichte der Ballontheorie erläutert. M. v. Arx.
* Ueber die Unbrauchbarkeit des Strontiurans als Reagens für die Beurteilung der Beschaffenheit des Neosalvarsans und Salvarsans. W. Kolle, H. Bauer und F. Leupold.
Le service de prophylaxie mentale. G. Ichok.

Der Nachweis des Aethylalkohols. Die Alkoholuntersuchung erfordert bei ihrer Durchsicht und Bewertung mannigfache medizinisch-biologische Kenntnisse — viele die Resultate fälschende Umstände müssen von Anfang an vermieden werden — und stützt sich auf zahlreiche Voraussetzungen, die alle für die Erreichung eines rechtlich zureichend genauen Resultates erfüllt sein müssen. Die Alkoholuntersuchung gehört daher in all ihren Phasen in die Hände des Arztes, der alle Verhältnisse überblickt. Genaue Kenntnisse der Fehlerquellen sind nicht nur bei der Ausführung und Interpretation der Bestimmung, sondern schon bei der Entnahme, Verpackung, Konservierung, dem Transport des Materials unbedingt erforderlich. Wegen der rechtlichen und damit praktischen Bedeutung der Resultate und der zahlreichen Irrtumsmöglichkeiten muß bei der Bestimmung des

Alkohols die Kombination mindestens zweier wesensverschiedener Methoden gefordert werden. Dazu eignen sich am besten die interferometrische Bestimmung (resp. physikalisch-chemisch-optische Methode ohne Substanzverlust), kombiniert mit einer Titrationsmethode (chemische Methode, die mit Zerstörung der Substanz verbunden ist).

Ueber die Unbrauchbarkeit des Strontiurans als Reagens für die Beurteilung der Beschaffenheit des Neosalvarsans und Salvarsans. Das Strontiuran ist als Reagens auf einwandfreies bzw. nicht einwandfreies Salvarsan und Neosalvarsan unbrauchbar und abzulehnen. Schädigende, toxische oder durch Zersetzung bedingte Veränderungen der Salvarsane lassen sich nicht durch das Strontiuran erkennen. Der Nachweis toxischer Beimengungen ist allein möglich mit Hilfe der biologischen Prüfung, wie sie für das Salvarsan vor der Freigabe in den Handel vorgeschrieben ist. — Held.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 10, Oktober.

Die verschiedenen Formen des chronischen Verfolgungswahns und deren diagnostische Bedeutung. G. Langfeldt.
✦ Eine seltene Arterienkrankheit — Periarteriitis nodosa. Fr. Harbitz.
✦ Beitrag zur Beurteilung der Prognose des infantilen Myxödems. T. Skaar.

Periarteriitis nodosa. Ein typischer Fall dieses Leidens mit mikroskopischem Befund wird mitgeteilt. Betroffen waren besonders Darm und Niere, so daß dies einen Fall von Darmtypus und Nierentypus dieser in der Lokalisation so wechselnden Krankheit bildet. Der Nerven- und Muskeltypus überwiegt unter den ca. 100 beschriebenen Fällen; auch ein Herztypus wird angenommen. Meist werden Leute im Alter von 30 bis 40 Jahren befallen, doch auch Kinder. Der Beginn ist meist akut mit Fieber, Schmerzen, Lymphdrüsenschwellungen, Anämie, Marasmus, Knoten in der Haut. Auch die Hirngefäße können befallen werden (Hirntypus). Die Krankheit beruht auf einer periarteriellen Entzündung und ist infektiöser Natur. Mit Lues hat das Leiden nichts zu tun; die Wassermannsche Reaktion ist fast immer negativ. Das Leiden ist eine eigene Krankheit und nicht nur als Folge anderer Infektionskrankheiten anzusehen (Angina, Influenza, Scharlach etc.). Der spezifische Infektionskeim konnte noch nicht nachgewiesen werden.

Die Prognose des infantilen Myxödems. Von 35 neuen Fällen infantilen Myxödems waren 34 kongenital, 1 akut nach Masern erworben. In 4 Fällen hatte die Mutter Struma. Die Behandlung erzielte, selbst wenn sie spät, d. h. im 10. bis 15. Jahr einsetzte, in geistiger wie körperlicher Beziehung erhebliche Besserungen. Die Prognose ist eine gute und um so besser, je früher sie einsetzt. Ueber eine Körperlänge von 150 cm gelangen die Kranken jedoch trotzdem nicht hinaus. Die Behandlung bestand in langdauernder Darreichung von Thyreoidea. S. Kalischer.

Hygiea.

88., Heft 18, 30. September.

Charles Nicolle 60 Jahre alt. J. Reensterra.
✦ Milcheinspritzungen bei Keuchhusten. Erik Tretow.

Milchinjektionen bei Keuchhusten schienen dem Verf. einen günstigen Einfluß zu haben auf Fieber, Dauer, Zahl und Stärke der Anfälle. Die Milch wurde vor der Injektion durch 2 Minuten langes Kochen sterilisiert. Die Dosis betrug 3 bis 10 ccm. Oft genügt schon eine Injektion. Nie wurde eine initiale Fieberreaktion auf die Injektion wahrgenommen. S. Kalischer.

Acta Paediatrica.

5., Heft 3/4, 1926.

✦ Beiträge zur Frage des Erythema nodosum. Arvid Wallgren.
Beiträge zur Röntgendiagnose der kindlichen Tuberkulose. Arvid Wallgren.
Akrozephalosyndaktylie. J. de Bruin.
✦ Die Behandlung der Myositis ossificans progressiva durch Kohlenhydrathunger (künstliche Azidose). Th. Frölich.
Hämolytische Krisen im Verlaufe des Ikterus haemolyticus. L. Salomonsen.
Postnatale Entwicklung unter verschiedenen Ernährungsbedingungen und Funktionsverhältnissen. I. Die Herzveränderungen bei Gegenwart von Lebertran in der Nahrung. Erik Agduhr.
✦ Versuche, normales mütterliches Blutserum prophylaktisch und therapeutisch zu verwenden. Jundell.
Sitzungsberichte der Pädiatrischen Gesellschaft Stockholm. Malmberg.

Beiträge zur Frage des Erythema nodosum. Der Arbeit liegen 123 beobachtete Fälle zugrunde, die unter Berücksichtigung der Literatur kritisch gewertet werden. Darnach entsteht das Erythema nodosum auf tuberkulöser Grundlage und kann als tuberkulöses Exanthem angesprochen werden, das entsprechend anderen akuten Exanthemen nach einer gewissen Inkubationszeit in Erscheinung tritt. Als Inkubationszeit gilt dabei die Zeit, die zwischen der Tuberkuloseinfektion und dem Auftreten des Erythema nodosum liegt. Der Körper reagiert nach Ablauf der Inkubationszeit auf die Infektion mit Fieber und in der Regel sind dann vergrößerte Bronchialdrüsen nachzuweisen. Das Erythema nodosum tritt um diese Zeit bei einigen ausnehmend heftig reagierenden Kranken auf.

Die Behandlung der Myositis ossificans progressiva durch Kohlenhydrathunger (künstliche Azidose). Verf. versuchte bei einem Fall der genannten Krankheit durch Azidosetherapie auf den Krankheitsprozeß einzuwirken. Seine Ueberlegungen beruhten auf der Erfahrung, daß Frakturen bei Diabetikern schlecht heilen und daß die Knochenverkalkung bei azidotischen Rachitikern auszubleiben pflegt. Er ernährte den Patienten mit 30—40 g Eiweiß, 30 g Kohlenhydrat und bis zu 140 g Fett täglich. Diese Therapie wurde bisher 1½ Jahre durchgeführt mit dem Erfolge, daß neuerliche Knochenbildungen in der Muskulatur nicht mehr beobachtet wurden, bereits bestehende allmählich verschwanden und sich die Bewegungsfähigkeit wieder einstellte.

Versuche, normales mütterliches Blutserum prophylaktisch und therapeutisch zu verwenden. Verf. nimmt an, daß den Neugeborenen Schutzstoffe mitgegeben werden, weshalb junge Säuglinge seltener an Infektionen erkranken als ältere. Diese Schutzstoffe scheinen in den ersten 6 Monaten aufgebraucht zu werden. Durch prophylaktische und therapeutische subkutane Injektionen mütterlichen Blutserums glaubte Verf. den Kindern diesen Schutz erhalten zu können. Injiziert wurden 12—42 ccm Serum, 12 Säuglinge bekamen 7—10 Tage nach der ersten eine 2. Injektion. Im Ganzen wurden 50 Säuglinge dem Versuche unterzogen. Die Wirkung wurde an der mittleren Körpertemperatur festgestellt, die mit den Temperaturen von 50 Kontrollkindern verglichen wurde. Die Versuche ergaben kein günstiges Resultat, die Verf. vielleicht verbessern zu können meint durch Verwendung größerer Serummengen oder durch Benutzung von Serum von Frauen in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Käckell, Erfurt.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 39, 30. September 1926.

Fall von rezidivierender progressiver Graviditätsanämie, der mit Bluttransfusion und vaginaler Exstirpation des Uterus behandelt wurde. P. Verning.
Rassebiologische Untersuchungen in Grönland. E. Bay-Schmith.
Die neuesten Untersuchungen betreffs des Wertes des Korn-Eiweißes. M. Hindhede.

Nr. 40, 7. Oktober 1926.

✦ Zuckerverteilung im Plasma und in den roten Blutkörperchen beim Menschen. R. Ege und K. Marie Hansen.
Neuere Anschauungen über die Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale. A. Brems.

Die Zuckerverteilung im Plasma in den roten Blutkörperchen wird ungefähr auf 100 angenommen. Es findet sich in den Blutkörperchen des Menschen eine große Menge reduzierender Substanz (gebundener Zucker), der im Gegensatz zu der übrigen Menge des Blutkörperchen-Zuckers nicht an das äußere Gewebe mit niedrigerem Zuckergehalt abgegeben wird. Die Verteilung der Glukose zwischen Plasma und roten Blutkörperchen entspricht nicht der bei freier Glukose. S. Kalischer.

Hospitalstidende.

Nr. 31, 5. August.

✦ Drei Fälle von Polyzythänie, die mit Phenylhydrazin behandelt wurden. H. C. Gram.
Zusammenwirkung zwischen den sensiblen und autonomen Reizphänomenen bei verschiedenen Arten der Trigeminusneuralgie. Th. B. Wernöe.

Phenylhydrazin bei Polyzythämie. Das Mittel bewährte sich gut, abgesehen auch von den spontanen Schwankungen des Blutbildes bei Polyzythämie. Gleichzeitig besserte sich die Plasmafärbe und die ikterische Hautfärbung. Es wurden gegeben zweimal täglich 0,1 g Phenylhydrazinum hydrochloricum purissimum ad capsulas gelatinozas (Merck). Bei langer Behandlung geht der Hämoglobinwert bis unter die Norm.

Nr. 32, 12. August.

Zusammenwirken der sensiblen und autonomen Reizphänomene bei verschiedenen Arten der Trigeminusneuralgie. Th. B. Wernöe.
✦ Bemerkungen über Aphasien bei dem otogenen Abszeß im Lobus temporalis. R. Lund.

Nr. 33, 19. August.

Die dänischen Präparate für die Kutanreaktionen. I. Herstellung dieser Präparate. K. Baagöe und T. Barford.
✦ Labyrinthödem bei akuten Mittelohreiterungen. V. Schmidt.

Labyrinthödem. Dieses fand sich unter 748 Fällen von eitrigem Mittelohrkatarrh 83mal, d. i. in 11,1%. In 15 Fällen handelt es sich um Kinder unter 15 Jahren (2,8%). Die größere Neigung zur Perforation des Trommelfells wie das weichere Knochengewebe erklären das seltenere Vorkommen des Labyrinthödems bei Kindern. Von den 83 Fällen befanden sich 44 vor, 39 nach der Operation. Der spontane Nystagmus tritt meist gleich nach der Operation, der später auftretende ist ein Zeichen intrakranieller Komplikation. Vier Fünftel der Fälle zeigten den Otolith-Nystagmus-Typus. 10 Fälle zeigten Pleozytose; hier war das akute Oedem des Labyrinths schwer zu unterscheiden von der akuten infektiösen Labyrinthitis, die zu intrakraniellen Komplikationen zu führen pflegt. Das akute Labyrinthödem allein soll nicht Veranlassung zur Aufmeißelung geben; nur in Verbindung mit anderen Symptomen kommt letztere in Frage.

Nr. 34, 26. August.

Dänische Präparate zur Kutanreaktion. II. Vergleichende Untersuchungen dänischer und amerikanischer Präparate. K. Baagöe.
Ein Fall intraabdominaler Blutung durch eine geborstene Corpus - luteum - Zyste. K. Lassen.
✦ Untersuchungen auf Urobilinurie bei einer großen Zahl neurologischer Kranker. E. J. Larsen.

Urobilinurie. Dieselbe konnte bei vielen neurologisch Kranken nie festgestellt werden, doch kam sie konstant vor bei den neu aufgenommenen chronischen Alkoholisten; sie schwand stets während des Hospital-Aufenthaltes, kehrte wieder bei erneuter Alkoholzufuhr. Ein einzelner Mißbrauch erzeugt nicht Urobilinurie. Dieselbe ist als diagnostisches Mittel bei Alkoholisten zu gebrauchen.

Nr. 35, 2. September.

Index und Durchmesser der Erythrozyten und das beste hämatologische Kriterium für die perniziöse Anämie, zugleich mit historischer Darstellung der Untersuchung des Mitteldurchmessers der Erythrozyten und der Pathogenese der Megalozyten bei der perniziösen Anämie. St. Jörgensen und E. J. Warburg.
✦ Beitrag zum Stoffwechsel bei Fetten. H. C. Hagedorn, C. Holter, A. S. Johansen.

Der Stoffwechsel bei Fetten. Die Untersuchungen der respiratorischen Tätigkeit bei Fetten bei verschiedener Nahrung weisen darauf hin, daß dieselben eine vermehrte Umbildung der Kohlenhydrate in Fett aufweisen gegenüber den Normalen.

S. Kalischer.

The Lancet.

211., Nr. 10, 4. September 1926.

Vorlesung über Psychosen und Psychoneurosen. Yellowlees.
Eine Untersuchung über die Aetiologie der Impetigo contagiosa. Balmain.
✦ Eine Operation für die Schaffung einer abdominalen Barriere in einigen Fällen von Visceroptose bei Frauen. Bonney.
Heufieber. Chautler.
Berücksichtigung einiger anatomischer und mechanischer Faktoren bei der Gastro-Jejunostomia posterior. Mc. Leod.
✦ Blutzirkulation des Herzens und Herzkrankheit. Bourne.
Zwei Fälle von Splenektomie bei Purpura haemorrhagica. Falconer und Mc. Lachlan.
Ein Fall von in England acquirierter Amöbendysenterie mit Leberabszeß. Simpson.

Eine Operation für die Schaffung einer abdominalen Barriere in einigen Fällen von Viszeroptose bei Frauen. Bei Ptosis der unteren oder der gesamten Bauchorgane besteht gewöhnlich eine Retroversion und oft ein Prolaps des Uterus. Zu den verschiedenen, wohlbekannten Symptomen gesellt sich meistens Verstopfung mit ihren Folgeerscheinungen, vorzüglich deshalb, weil der rückwärtsgelagerte Uterus störend auf die natürliche Funktion des Douglas bei dem Mechanismus der Defäkation einwirkt. Die Darmschlingen werden durch jeden Akt, der den intraperitonealen Druck steigert, nach vorn getrieben und üben statt auf das Rektum einen Druck auf die Blase und die vordere Vaginalwand aus. Dazu kommt, daß ein beträchtlicher freier Raum zwischen Uterus und Blase besteht, in dem das Beckenkolon nach vorne prolabiert. Das Mesokolon verlängert sich, Dünndarmschlingen treten tiefer mit entsprechender Dehnung des Mesenteriums. Verf. führt seit mehreren Jahren in solchen Fällen mit gutem Erfolge eine Operation aus, durch welche er eine vollkommene Barriere durch den vorderen Teil des untern Abdomens schafft und die Tasche zwischen Uterus und Blase gänzlich von der Peritonealhöhle trennt. Es ist eine Kombination von Verkürzung der Lig. rotunda und von Ventrofixation. Eine modifizierte Verkürzungsoperation der seitlich des Uterus zu einer soliden Masse durch eine Sutur gefalteten Ligamente gestattet eine feste Suspension des Uterus und läßt keine Lücke für den Durchtritt von Därmen zwischen dem fixierten Ligament und der seitlichen Bauchwand. Es folgt möglichst hohe Ventrofixation des Uterus mit Seidennähten, die auch Aponeurose und Peritoneum beiderseits der Wunde fassen. Bevor sie geknüpft werden, wird eine Matratzennaht beiderseits seitlich von ihnen im Zwischenraum zwischen den Ventrofixationsnähten und dem gefalteten Ligament gelegt. Auf diese Weise sind alle Lücken geschlossen. Bei Kombination von Enteroptose mit Menorrhagie infolge von Uterusfibromen, bzw. Fibrosis ist eine Hysterektomie, welche die Ptosis verschlimmern würde, zu vermeiden. Der obigen Operation hat dann eine Myomektomie oder bei Fibrosis eine Exzision des Endometriums von einem Schnitt der vorderen Uteruswand aus voranzugehen. Eventuelle Fixation eines stark prolabierten Zökum oder des Beckenkolon am rechten, bzw. linken Lig. latum, wenn erwünscht.

Blutzirkulation des Herzens und Herzkrankheit. Die Blutzirkulation des Herzens ist, was Rhythmus anbetrifft, ein Gegensatz der allgemeinen Zirkulation. Sie ist direkt von der Höhe und der Dauer des Drucks innerhalb der Aorta während der Diastole abhängig. Jede Veränderung des letzteren macht sich sofort in der Zirkulation des Herzens fühlbar. Rückfluß des Bluts aus der Aorta beraubt den Herzmuskel des Bluts. Möglicherweise wird die Zirkulation im Herzen durch Verlust der Elastizität der Aorta beeinflußt. Tachykardie über eine gewisse, nicht näher bestimmbare Grenze hinaus beeinträchtigt notwendigerweise die Herzzirkulation, wenn auch bis zu einem gewissen Grade eine Kompensation durch einen gesteigerten, diastolischen Druck eintreten kann. Bei Abschätzung von Herz- und Herzgefäßstörungen muß man ihre mögliche Wirkung auf die Herzzirkulation in Rechnung ziehen. Bei neuen therapeutischen Methoden für Herzerkrankung ist stets als wünschenswertes Ziel die Wunderkraft der Bradykardie anzustreben. In allerjüngster Zeit ist es Anrep gelungen, durch eine elektrische Methode den Blutfluß in der Koronararterie zu messen. Verf. bringt einige der Anrepschen, bisher nicht veröffentlichten Kurven, welche die Zeitverhältnisse zwischen den Systolen von Vorhof und Ventrikeln mit der Blutzirkulation in der Koronararterie und -Sinus illustrieren. Des Verf. Schlüsse werden im wesentlichen dadurch bestätigt.

211., Nr. 11, 11. September 1926.

Physiologie der Körperstellung. Erster Teil. Magnus.
Neubildungen im Thorax. Johnston.
✦ Zerebrospinalmeningitis in Bombay. Patel.
Ein ungewöhnlicher Fall von Infektion mit dem Flexnerschen Dysenteriebazillus. Breakey und Clayton.
Oesophagusstenose durch einen persistenten Ductus arteriosus verursacht. Oex Blake und Keith.
Uebermäßige Insulindosierung bei diabetischer Gangrän. Root.
Ein Fall von Pneumokokkenmeningitis von einer latenten Sinusitis ausgehend. King.
Scharlachantitoxin in einem Fall von Endo- und Myokarditis. Toogood.

Zerebrospinalmeningitis in Bombay. Eine Analyse von 170 Fällen epidemischer Meningitis, die im Laufe von 4 Jahren zur Beobachtung kamen, überzeugte Verf. von dem großen Wert des Antimeningokokken-Serums, wenn es subdural in geeigneten Dosen und Zwischenräumen injiziert wird. Er ließ nach Lumbalpunktion von 30—40 ccm Liquor etwa die gleiche Menge oder etwas weniger eines polyvalenten Serums einlaufen. Wiederholungen täglich, bzw. jeden 2. Tag. Diese Behandlung ist geeignet in sehr vielen Fällen die Krankheitsdauer abzukürzen, in den meisten Fällen vollkommene Heilung zu bringen und die chronischen Störungen und schweren Folgen der Krankheit zu verhindern.

211., Nr. 12, 18. September 1926.

Intratracheale Anästhesie. Rowbotham.
✦ Physiologie der Körperstellung. II. Teil. Magnus.
✦ Blutzucker beim Gesunden und beim Diabetiker. Shapland.
✦ Ueber die Fähigkeit der Niere, Chloride zu konzentrieren. De Wesselow.
Ein Fall von postoperativem Tetanus mit Identifizierung des Organismus. Dyke.
Ein fulminanter Fall von akuter Poliomyelitis bulbären Typs. Collinson.
Ein Fall vollkommener Anurie von dreitägiger Dauer. Lankester.
Ein Fall von Intussuszeption infolge eines Abdenoms des Jejunum. Mannsell.

Physiologie der Körperstellung. II. Teil. Zwei in Edinburgh gehaltene Vorträge des Utrechter Gelehrten und Verfassers des in Berlin erschienenen Werkes „Körperstellung" über dieses Gebiet, das im Gegensatz zu der Physiologie der Bewegung noch relativ wenig erforscht ist. Ja, das Studium der Stellungsreflexe beim Menschen steckt noch ganz und gar in den Kinderschuhen. Erörterung der lokalen, segmentären und allgemeinen statischen Reaktionen, die nur 1 Glied, 1 Segment oder mehrere Segmente, bzw. den ganzen Körper betreffen. Diese Reaktionen werden beim enthirnten Tier und beim Tier mit intaktem Mittelhirn untersucht. Es kann hier nur in ganz groben Zügen auf die vielen interessanten Ausführungen eingegangen werden. Der ganze Stellungsapparat mit der einzigen Ausnahme der kortikalen Zentren für die Augenstellungsreflexe ist subkortikal ins Mittelhirn zu verlegen und ist so von direkten, willkürlichen Einflüssen unabhängig. Haltungs-, sowie Stellungsreflexe sind unwillkürlich. Wenn die normale Körperlage unter dem Einfluß kortikaler Impulse gestört wird, so wird sie sofort durch den Mittelhirnapparat wiederhergestellt, so daß jeder neue kortikale Einfluß den Körper in einer normalen Ausgangsstellung ohne vorhergehende willkürliche Anstrengungen findet. Durch die Wirkung des subkortikalen Mechanismus werden die verschiedenen Sinnesorgane stets in normale Beziehung zur Außenwelt gebracht. Für die Nervenendigungen in der Haut geschieht dies durch die Tätigkeit der verschiedenen Haltungs- und Stellungsreflexe. Für die Augen hat sich ein sehr komplizierter Reflexmechanismus entwickelt, der bei den verschiedenen Tierarten variiert, und der die Stellung der Augen im Hinblick auf die Umgebung reguliert. Hier spielen auch Labyrinth- und Nackenreflexe eine Rolle. Das Resultat aller dieser Einrichtungen ist, daß die Sinnesorgane in ein Verhältnis zur Außenwelt gebracht werden, so daß jeder Sinneseindruck, bevor er zur Hirnrinde übertragen wird, schon ein lokales Zeichen erworben hat, abhängig von den Stellungsfunktionen, die auf den ganzen Körper oder einen Teil desselben wirken. So spielt der Einfluß der unwillkürlichen Mittelhirnzentren eine sehr wichtige Rolle bei der bewußten Tätigkeit, besonders bezüglich des Raumgefühls.

Blutzucker beim Gesunden und beim Diabetiker. Rohrzucker oder Sukrose erzeugt auf nüchternen Magen bei einem gesunden jungen Menschen in geeigneten Mengen (ca. 60 g) eine ähnliche Blutzuckerkurve wie ceteris paribus Glukose. Wie bei Glukose weicht die Kurve beim Diabetiker erheblich von der des Gesunden ab. Diese Kurven haben einen großen diagnostischen Wert bei anormalen Fällen von Glykosurie. In vorgeschrittenem Alter und bei länger bestehender Fettleibigkeit neigt die Blutzuckerkurve dazu, sich dem diabetischen Typus zu nähern, während bei frühen Fällen von Obesitas die Kohlehydrat-Toleranz oft erhöht ist. Bei Diabetes, besonders bei den schweren Formen ist die Nierenschwelle für Zucker oft gesteigert. Die Blutzuckerveränderungen während des Tages bei gewöhnlicher Diät können bei Gesunden bis zu 0,078% erreichen. Man sieht die hauptsächlichste Erhöhung der Blutzucker-Konzentration nach den Mahlzeiten, welche den Hauptteil der Kohlehydrate in der Nahrung enthalten, eine 2. Erhöhung kommt jedoch am Spätnachmittag zustande, wahrscheinlich die Folge der Zuckerproduktion aus dem Eiweiß-Stoffwechsel. Dieselben Veränderungen der Blutzucker-Konzentration ereignen sich auch beim Diabetiker, aber in viel stärkerer Weise. Diese starken Steigerungen können durch Insulin verhindert werden, wenn dasselbe in geeignetem Zeitintervall (etwa 30 Minuten) vor der Hauptmahlzeit des Tages infiziert wird.

Ueber die Fähigkeit der Niere, Chloride zu konzentrieren. Verf. fand, daß eine Konzentration der Chloride im Harn nicht weit unter dem Maximum durch Verabreichung relativ kleiner Mengen Salz zustande kam. Die höchste Konzentration von 1,03% erreichte er nach 17 g NaCl und Wasserentziehung, bei kranken Menschen kein angenehmes Verfahren. In 6 Versuchen wurde mit Dosen von 4 g in Oblaten mit 200 ccm Wasser heruntergespülten NaCl oder KCl eine durchschnittliche Konzentration von 0,905 Cl erreicht (Maximum in ca. 3 Stunden). Die höchste Konzentration variiert zwischen 0,84—0,94%. Die Plasma-Chloride schwankten zwischen 0,369 bis 0,380, ohne daß ein konstantes Verhältnis zwischen beiden festgestellt werden konnte. Stärkere Diurese nach dem Kalisalz, die Diurese scheint aber auf die Konzentration der Chloride keinen Einfluß zu haben. Bei 20 weiteren, gesunden Personen war nach 4 g KCl und 200 ccm Wasser die durchschnittliche Konzentration der Chloride 0,915% (Schwankungen zwischen 0,72—1,07%), die Plasmachloride schwankten nach 90 Minuten zwischen 0,369—0,384. Gleiche Untersuchungen an Nierenkranken zeigten, daß die Konzentrierung der Chloride derjenigen des Harnstoffs vollkommen parallel geht und beide Funktionen der Niere in annähernd gleichem Grade durch Krankheit gestört werden. Eine anscheinende Differenz beider Funktionen kann man bei Fällen parenchymatöser Nephritis mit starkem Anasarka beobachten, doch ist dieselbe sehr wahrscheinlich nur in einer Verarmung des Blutes an Chloriden begründet.

211., Nr. 13, 25. September 1926.

Ein dringender Ruf nach wirksamen Reformen in Unterricht und Berufsausübung der Hebammen. Theobald.
- ◆ Subkutane fibroide Syphilome. Worster-Drought.
- ◆ Zur Prognose des Vorhofflimmerns. Wallace Jones.
- ◆ Kohlehydratstoffwechsel bei der Diphtherie. Hector.

Zur Dosierung in der Phototherapie. Eidinow.
- ◆ Spinale Anästhesie bei Intussuszeptionen bei Kindern. Bailey.

Sechs fazettierte Steine in der Submaxillardrüse. Daggett.
- ◆ Ein Fall gleichzeitiger abdominaler und tubarer Schwangerschaft. Sourasky.

Subkutane, fibroide Syphilome. Beschreibung dieser extrem seltenen Erscheinungen von Spätsyphilis. Es handelt sich um harte, subkutane, bilateral symmetrische Knötchen etwa im Verlauf des Ulnaris von unterhalb des Olekranon bis ca. 8 ccm oberhalb des Proc. styloideus ulnae sich erstreckend, von oben nach abwärts an Größe abnehmend, die größten 1—2 cm, die kleinsten wenige Millimeter im Durchmesser, adhärent an den tieferen Geweben, frei verschieblich unter der Haut, die meisten schmerzlos auf Druck. Einige kleine, in den tieferen Geweben fühlbare Knötchen lösen Schmerzen im Verlauf des Ulnaris aus. Das Röntgenbild zeigt einige kleine Knötchen am Periost. WaR +. Histologische Untersuchung eines exzidierten Knötchens ergibt ein Gumma. Schnelle Heilung durch antisyphilitische Behandlung. Verf. referiert über die 8 bekannten Fälle der Literatur. Meistens handelte es sich um die gleiche Lokalisation, seltener ist die Kniegegend befallen. Es scheint eine große Aehnlichkeit mit den in den Tropen vorkommenden, von Jeanselme beschriebenen, von einigen der Frambösie zugerechneten „juxta-artikulären Knötchen“ zu bestehen, über die noch viel Unklarheit herrscht. Eine nahe Verwandtschaft zu der syphilitischen Bursitis besteht nach Verf. nicht.

Zur Prognose des Vorhofflimmerns. Verf. stellte aus einem großen, lange Zeit verfolgten Material von Herzkrankheiten mit Vorhofflimmern eine Statistik hinsichtlich der Lebensdauer auf. Vorhofflimmern erwies sich stets als ein sehr ernstes Zeichen. Die Mortalität der Fälle mit Vorhofflimmern war fast doppelt so groß wie die allgemeine Mortalität der Herzkrankheiten. Zur Stellung einer Prognose ist von größter Bedeutung die Reaktionsfähigkeit gegen Behandlung (Chinidin u. a.). Die Bedeutung des Vorhofflimmerns war ernster bei seniler als bei rheumatischer Herzerkrankung. In Fällen von Mitralstenose war die Lebensdauer bei Bestehen von Vorhofflimmern nur wenig kürzer als ohne solches; bei Aortenrückfluß dagegen viel länger mit Vorhofflimmern als mit normalem Rhythmus. Der Grund für diese paradoxe Erscheinung lag darin, daß Vorhofflimmern die Patienten früh ins Krankenhaus führte, während bei normalem Rhythmus die Herzschwäche erst spät durch Unzulänglichkeit des Myokards in Erscheinung trat. Die Prognose ist besser bei Aorteninsuffizienz als bei Mitralstenose. Die ist sehr ernst bei erheblicher Herzdilatation, pessima, wenn Vorhofflimmern im Laufe einer akuten Infektionskrankheit, wie Pneumonie, auftritt. Es ist eine ernste Komplikation beim Basedow. Die Lebensdauer ist länger bei Frauen als bei Männern. Bei Befunden eines anormalen Q. R. S. im Elektrokardiogramm ist die Prognose quoad Lebensdauer schlecht.

Kohlehydratstoffwechsel bei der Diphtherie. Sehr exakte Stoffwechseluntersuchungen (Mac Leans Blutzuckerschätzung, Bestimmung des Respirationskoeffizienten, Sellards Alkali-Toleranzprobe, Schirokauers Leberprobe, Harnuntersuchungen auf Azetonkörper, Säure und Ammoniakkoeffizient) an 8 Fällen von Diphtherie verschiedener Stadien. Während des Stadiums der Toxämie und Azidose ist bei schwerer Diphtherie der Kohlehydratstoffwechsel erheblich gestört. Besonders auffallend ist der niedrige Wert des Blutzuckers im Nüchternzustande (durchschnittlich 0,075%). Der Mechanismus der Kohlehydrat-Speicherung ist defekt, und die Fähigkeit der Gewebe, Glukose auszunutzen verringert. Mit dem Aufhören der diphtherischen Intoxikation gehen auch die Störungen im Kohlehydratstoffwechsel vorüber. Ihre Ursache ist in einer Schädigung der Leberfunktion, der endokrinen Drüsen und des Nervensystems durch das Diphtherietoxin zu suchen.

Spinale Anästhesie bei Intussuszeptionen. Eine warme Empfehlung der spinalen Anästhesie, die ein absolut erschlafftes Abdomen hervorruft, besondere Eile bei der Operation unnötig macht, die Lösung der Intussuszeption und den Schluß der Bauchwunde wesentlich erleichtert und die Notwendigkeit der riskanten Resektionen verringert. Verf. benutzt als Standarddosis 0,2 ccm Stovain in physiologischer Lösung; dieselbe ist mit dem Gewicht der Kinder leicht zu variieren. Injektion mit nicht zu langer Nadel zwischen 2. und 3. Lendenwirbel in seitlicher Lage mit flektierter Wirbelsäule. Keine Punktion des Liquor! Es ist unnötig, ja gefährlich, das Stovain mit dem Liquor intensiv zu mischen. Gegen eventuellen Fall des Blutdrucks ½ ccm Pituitrin subkutan und Neigung von Kopfende des Operationstisches um 20°. Von 14 Kindern (zwischen 5 und 9 Monate, nur zwei 11 bzw. 30 Monate alt) 13 glatte Heilungen und nur 1 Todesfall vor Beginn der Operation, den Verf. auf eine Stovain-Intoxikation infolge zu großer Dosis zurückführt.

Ein Fall gleichzeitiger abdominaler und tubarer Schwangerschaft. Der Fall ist dadurch interessant, daß die Frau nahezu 2½ Jahre bei ziemlichem Wohlbefinden mit 2 toten Föten im Abdomen lebte. Der eine, etwa 8 Monate alt, lag in einem mit den Därmen fest verwachsenen und von ihnen nicht ablösbaren Sack, der seinen Ursprung vom oberen Pol des Uterus, anscheinend aus einem rudimentären Horn, nahm, der andere 3½ Monate alt, lag in der rechten Tube, unbestimmbar wie lange. Die Plazenta des großen Fötus war gangränös, der Fötus in beginnender Zersetzung. Bei der Autopsie nach der Operation ergab sich keine Verbindung von Loch und Uterushöhle. Wahrscheinlich hatte dieselbe ursprünglich bestanden und war verloren gegangen.

211., Nr. 14, 2. Oktober 1926.

Ueber die Tätigkeit von Schüler-Kliniker. Rolleston.
Ueber die Funktionen der Gallenwege in Beziehung zu ihrer Pathologie. Wilkie.
Beobachtungen über Tryparsamidbehandlung der Neurosyphilis. Silverston.
* Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Tryparsamid. Brown und Martin.
* Poradenitis oder subakute Lymphogranulomatose. Todd.
* Resultate der Thorakoplastik bei der Phthise. Graveson.
* Ueber Wirkung von Glyzerinaldehyd und Dihydrooxyaceton auf die Insulin-Hypoglykämie. Hewitt und Reeves.

Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Tryparsamid. Behandlung von 17 Fällen aller Stadien, auch der schwersten Formen. Beginn mit sechs 1 g-Dosen in einwöchentlichem Intervall (bei 15 Kranken intravenös, bei 2 intramuskulär), einige Patienten erhielten acht 2 g-Dosen in einwöchentlichem Intervall. Niemals toxische Störungen, Augenkomplikationen oder andere nachteilige Folgen. 3 Todesfälle während der Behandlung konnten der Droge nicht zur Last gelegt werden. Von den 13 Fällen unter längerer Beobachtung erfuhren 11 klinische und serologische, teilweise erhebliche Besserungen. Irreführen bei der Beurteilung der Wirkung kann der tonische, zu zeitweiser Besserung führende Einfluß des Arsens, die günstige Wirkung des Arsens auf meningeale, die Paralyse oft begleitende Komplikationen, die Möglichkeit spontaner Veränderungen in Blutserum und Liquor von Paralytikern und die Tendenz der Paralyse zu Remissionen. Sichere Schlüsse sind daher nicht möglich. Da sich jedoch die meisten Kranken nach einer einzigen Kur erheblich besserten und die Besserungen bisher etwa 6 Monate andauern, so ist eine Fortsetzung dieser Behandlung gerechtfertigt und eines Versuches wert, besonders in den megalomanischen Formen.

Poradenitis oder subakute Lymphogranulomatose. Bericht über 2 Fälle dieser sogenannten 4. venerischen Krankheit, die in Europa seit dem Kriege häufiger geworden ist, wahrscheinlich durch die französischen Kolonialtruppen. Die Literatur der letzten zwei Jahre bringt allein etwa 50 Fälle. Nicht immer sind die Inguinaldrüsen betroffen. Im 2. Fall des Verf. handelt es sich um Erkrankung der Zervikobrachialdrüsen. Das Virus infiziert meistens von der Genitalschleimhaut aus. Inkubation 3 Wochen. Initiale kleine Papel. Etwa 3 Wochen später Auftreten langsam wachsender, schmerzloser, harter, dann allmählich ohne Entzündungserscheinungen weich werdender Inguinaldrüsen, die ohne Behandlung aufbrechen, schwer heilen, sekundär infiziert werden. Symptome gering. Monatelange Dauer der Krankheit. Verf. fand in beiden Fällen die von Gamna und Favre beschriebenen Einschlüsse, kleine kegelförmige Körperchen von 1—3 μ, die an das Enzephalozytozoon der Enzephalitis erinnerten und frei von azidophiler Substanz waren. Später fanden sich die Parasiten extrazellulär. Sie waren zahlreich in initialer Papel und in Drüsen. Uebertragbarkeit auf Meerschweinchen durch Impfung mit nekrotischer Substanz. Kulturversuche mißlangen. Bei Anwesenheit großer Zellen mit kleinen blauen Körperchen im Methylenblaupräparat und Fehlen stark gefärbter roter Partikel und säurefester Bazillen im Leishmanpräparat (Gegenfärbung mit Eosin) ist die Diagnose Poradenitis berechtigt. Therapie: Exzision im frühen Stadium. Spezifisch wirkt Emetin, 2 Wochen lang täglich 1 g. Oft sind 2—3 Kuren nötig. Jod 10% Lösung in 70% Alkohol, Beginn mit 10 Tropfen zweimal täglich, langsame Steigerung bis 80 Tropfen. Arsen innerlich.

Resultate der Thorakoplastik bei der Phthise. Thorakoplastik kam im dänischen Sanatorium Vejlefjord in den letzten 10 Jahren in 157 Fällen zur Ausführung, mit 7,6% operativer Mortalität. Gesamtmortalität 17,8%, zum Teil erhebliche Besserung in 68,2%. Unbeeinflußt bleiben 14%. Von 150 Kranken mit Tuberkelbazillenbefund waren die Bazillen in 34,7% verschwunden. Von 131 Kranken waren 1—10 Jahre nach der Operation 40,5% arbeitsfähig, 11,5% arbeitsunfähig, an Tuberkulose 45% und an andern Krankheiten 3% gestorben. Von den 10 ersten vor 7—10 Jahren Operierten waren 7 vollarbeitsfähig. Beim vollkommenen Pneumothorax ohne alle Adhäsionen waren 70% gute Resultate zu verzeichnen. Nimmt man alle Pneumothoraxfälle zusammen, so erreichen die Dauerresultate der Thorakoplastik die des künstlichen Pneumothorax.

Wirkung von Glyzerinaldehyd und Dihydrooxyazeton auf die Insulin-Hypoglykämie. Ueber die Abbauprodukte der Glukose herrscht noch viel Dunkel. Ein Zwischenprodukt ist wahrscheinlich die Milchsäure. Verff. untersuchten 2 initiale Oxydationsprodukte des Glyzerins, Glyzerinaldehyd und das Dihydrooxyazeton auf ihre Beziehungen zum Kohlehydratstoffwechsel. Die Substanzen waren reine, synthetische, kristallinische Präparate. Sie benutzten Mäuse und Kaninchen. Die Tiere wurden durch Insulin hypoglykämisch gemacht. Die Versuche ergaben, daß die Hypoglykämie in gleicher Weise wie durch Glukose, auch durch das Ketonpräparat, nicht aber durch das Aldehyd günstig beeinflußt wurde. Die beiden Substanzen sind chemisch nahe verwandt. Das in Wasser gelöste, stabile Glyzerinaldehyd verändert sich, schwach alkalisiert, und läßt über eine sehr wenig stabile Substanz Enol das Dihydrooxyazeton entstehen. Andererseits konnte Schmitz durch Alkalien aus dem Glyzerinaldehyd α Akrose, eine inaktive Fruktose, gewinnen. Die Tierversuche beweisen jedoch, daß die hypoglykämischen Negative nicht imstande sind, Glyzerinaldehyd in Dihydrooxyazeton umzuwandeln. Das letztere ist wahrscheinlich ein Zwischenprodukt im Kohlehydratstoffwechsel. Rontal.

British Medical Journal.

Nr. 3429, 25. September.

Häufige Fehler bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Pritchard.
* Die Schicksche Probe. Donaldson.
Ein Fall von Chlorom beim Kind. Allen.
* Die abdominellen Krisen bei perniziöser Anämie. Bailey.
* Die Injektionsbehandlung der Varizen. Douthwaite.
Jahresversammlung der British Medical Association (Chirurgische Abteilung):
Ueber die Rolle der Gastrojejunostomie in der Magen- und Duodenalchirurgie. I. Patterson. II. Finsterer.
Stovain in Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. Mücke.
Ueber Epilepsie. Parker.

Die Schicksche Probe. Der Wert dieser Probe liegt in der Möglichkeit, die für Diphtherie empfänglichen Individuen mit geringer Antitoxinmenge im Blut (Hautreaktion nach intrakutaner Toxinimpfung positiv) herauszufinden und sie durch Injektion einer prophylaktischen Mischung aktiv für längere Zeit zu immunisieren (drei- bis viermalige in wöchentlichen Abständen durchgeführte Injektion von je 1 ccm eines Gemisches von Antitoxin und Toxoid, dem mit Formalin vorbehandelten Diphtherietoxin). Die bisher üblichen Verfahren der Diphtheriebekämpfung sind mit schweren Mängeln behaftet. Gewöhnlich werden Rachenabstriche bei allen Personen angefertigt, die mit Diphteriekranken in Berührung kamen. Die Di-Positiven werden isoliert, während die Di-Negativen unbehindert bleiben. Gewöhnlich wird nicht beachtet, daß die mikroskopische Diagnose des echten Diphtheriebazillus äußerst schwierig ist, daß es harmlose, morphologisch nicht unterscheidbare Bazillen gibt, welche kein Toxin produzieren. So werden Menschen ohne Diphtherie mit sicher Diphtheriekranken zusammengelegt und andererseits Träger unschädlicher, avirulenter Keime für längere Zeit isoliert. Auch die zweite der allgemein gebräuchlichen Maßregeln, allen mit Diphteriekranken in Kontakt gewesenen Individuen prophylaktisch 500—1000 Antitoxineinheiten zu spritzen, hat zwei wesentliche Nachteile. Häufig werden so Vorbehandelte serumüberempfindlich, so daß die Behandlung beim Erkranken an Diphtherie wesentlich erschwert ist. Weiterhin ist die übertragene Immunität von relativ kurzer Dauer.

Die praktische Ausnutzung der modernen Diphtheriebekämpfungsmethoden besteht in einer regelmäßigen Durchführung der Schickschen Probe und der aktiven Immunisierung in dem zwischen einzelnen Epidemien liegenden Zeitraum als prophylaktische Maßnahmen und der raschen Anwendung dieser beiden Verfahren bei Häufung von Krankheitsfällen. Die Diphtherie ist bekanntlich eine „Institutskrankheit". Es empfiehlt sich daher, in regelmäßigen Abständen aus den Schulen die Diphtherieempfänglichen herauszusuchen und aktiv zu immunisieren, wie es die Schicksche Probe rasch ermöglicht. Die noch nicht schulpflichtigen Kinder sind in besonderen Diphtheriefürsorgestellen zu untersuchen und zu immunisieren. Bei Epidemien in Schulen und geschlossenen Anstalten empfiehlt sich folgendes Verfahren: Alle mit der Anstalt in Beziehung tretende Personen nach Schick prüfen! Nasen- und Rachenabstrich anfertigen! Innerhalb von 24—48 Stunden alle Schick-Negativen isolieren! In den nächsten Tagen alle positiv Reagierende mehrmals täglich untersuchen, ob bei ihnen die Krankheit zum Ausbruch kommt! Alle Schickpositiven sofort aktiv immunisieren! Bei den Di-positiven Abstrichen von Schicknegativen müssen Virulenzproben angestellt werden und die Träger virulenter Bazillen streng isoliert werden! Dieses Verfahren fußt auf folgenden Erfahrungstatsachen: Schickpositiv Reagierende beherbergen virulente Keime nur dann, wenn sie an Diphtherie erkrankt sind oder sich im Inkubationsstadium der Erkrankung befinden. Träger virulenter Bazillen sind immun, sie reagieren Schicknegativ. Die Träger avirulenter Bazillen kommen als Quelle der Krankheitsverbreitung nicht in Frage. Durch einmalige Prüfung der Abstriche bei einer bestimmten „Population" läßt sich eine praktisch genügende Kenntnis der Infektionsquelle aller Keime verbreitenden Bazillenträger erlangen.

Für Epidemien in städtischen und ländlichen Bezirken müßte ein mobiler Aerztestab zur Verfügung stehen, der diese Maßnahmen an breiten Bevölkerungsschichten durchführt und in steter Verbindung mit Isolierungsspitälern und Laboratorien arbeitet. Jedenfalls sind die Kosten des prophylaktischen Verfahrens bei allgemeiner Durchführung erheblich geringer als der mit jeder Epidemie verbundene Schaden.

Die abdominellen Krisen bei perniziöser Anämie. Der Fehler bei einer tabischen Krise ein perforiertes Magengeschwür anzunehmen wird heute kaum noch begangen. Häufiger ist die Verwechslung akuter Schmerzanfälle im Oberbauch bei perniziöser Anämie mit einer abdominellen Katastrophe. In den Spätstadien der Biermerschen Krankheit treten mit gewisser Häufigkeit solche Krisen auf. Sie ähneln Zuständen wie perforiertes Magengeschwür, akute Pankreatis so sehr, daß selbst erfahrene Chirurgen zunächst getäuscht werden. Die geisterhafte Blässe wird besonders bei künstlicher Beleuchtung als durch Shock oder innere Blutung bedingt angesehen, und wenn das klinische Bild noch vervollständigt wird durch den Bericht von einem akut einsetzenden, furchtbaren Schmerz, durch Vorhandensein ausgesprochener Abwehrspannung der Oberbauchmuskulatur, so sind die differentialdiagnostischen Erwägungen äußerst schwierig, sofern keine Anamnese zur Verfügung steht, die von der zugrunde liegenden Anämie berichtet! Diese Schmerzanfälle werden dadurch ausgelöst, daß bei Zerstörung einer großen Zahl von Erythrozyten eine Ueberladung der Galle mit Farbstoffabbauprodukten stattfindet. Das Pigment kann nicht in Lösung gehalten werden, und es kommt zur Bildung von „Gallenschlamm", welcher bei den geschwächten Kranken derart bedrohliche Koliken hervorruft. Die Richtigkeit dieser Anschauung wird durch Wiedergabe von Krankengeschichten und von einem Operationsbefund belegt.

Die Injektionsbehandlung der Varizen. Zur Thrombosierung varizöser Venen wird die Injektion einer Chininlösung (Chinin. mur. 4.0, Urethan 2.0, Aq. dest. ad 30.0) empfohlen, wobei zunächst nur ¼ ccm in die Vene eingespritzt werden und bei den nachfolgenden, ca. 1 cm oberhalb der vorherigen Injektionsstelle ausgeführten Einspritzungen nicht mehr als 2 ccm in einer Sitzung injiziert werden. Es bildet sich eine festhaftende Thrombose allmählich aus, bei welcher Embolien nie beobachtet wurden.

Biberfeld.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 74, 15. September 1926.

Der professionelle Anilismus in der Anilinfabrikation und bei gewissen Derivaten. Balsac, Agasse-Lafort und Feil.
„Angina agranulocytotica". Roch und Mozer.
Hat die Messung der Respirationsvorgänge einen praktischen Wert für die klinische Medizin? J.-C. Pech und E. Guès.

Nr. 75, 18. September 1926.

✦Serumtherapie in 17 Fällen akuter Myelitis durch das Serum des Instituts Pasteur. G. Etienne.
✦Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Diathermie. H. Bordier.
Untersuchungen über die Permeabilität und das Gift der Hydatiden
✦Sialographie. Jakobovici, Popolitzer und Albu.

Serumtherapie in 17 Fällen akuter Myelitis durch das Serum des Instituts Pasteur. Bei 17 Fällen akuter Myelitis hat Verf. das antipoliomyelitische Serum des Instituts Pasteur angewandt, während 9 Fälle unbehandelt blieben. Verf. gibt an, daß es sich um lauter schwere, darunter 3 Fälle in extremis gehandelt habe, ohne aber anzugeben, wie schwer die funktionelle Störung, beispielsweise die WaR. gewesen ist. Die Resultate waren folgende:

Mit genügenden Dosen behandelt: 11. Heilung: 9, leichte Residuen: 1, Tod: 1.

Mit unzureichenden Dosen behandelt: 3. Stillstand, aber Fortbestehen der Paresen: 2, Stillstand, aber Tod beim 2. Schub: 1.

Fälle in extremis: 3. Tod: 3.

Nicht behandelte Fälle: 9. Fast völlige Heilung: 1, Tod: 1, schwere Residuen: 3, völlige Impotenz: 4.

Verf. schließt aus seinen Beobachtungen, daß die Serumtherapie frühzeitig und in großen Dosen angewandt, völlige Heilung erzielen kann.

Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Diathermie. Verf. hat von der Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Diathermie sehr gute Resultate gesehen, besonders bei frischen und akuten Fällen, während die schweren chronischen wohl gebessert, aber niemals ganz zum Verschwinden gebracht werden konnten. Es sei auch hier anzunehmen, daß die Wirkung eine komplexe ist, einmal die gereizten sensiblen Endigungen beruhigt und zweitens durch aktive Hyperämie und Erhöhung des Metabolismus der Zellen die Ernährung der Gewebe und die Resorption der entzündlichen Exsudate begünstigt.

Sialographie. Nach dem Vorbild Sicards haben Verff. auch zur Sichtbarmachung der Ausführungsgänge der Speicheldrüsen die Einspritzung mit Jodipin angewandt, um deren Durchgängigkeit zu prüfen. Die Injektion ist einfach, man spritzt in die Oeffnung, bis der Patient einen leichten Schmerz spürt und zugleich die Drüse anschwillt. Das Verfahren dient sowohl diagnostischen wie physiologischen Zwecken.

Nr. 76, 22. September 1926.

✦Variationen des venösen Druckes im Verlauf von Psychosen. H. Claude, R. Targowla und A. Lermache.
Chirurgische Beobachtungen über die sympathische Innervation des Larynx und Pharynx; die physiologische Rolle des Ganglion cervicale medius. R. Leriche und R. Fontaine.
✦Behandlung der Staphylokokkeninfektionen mit dem d'Hérelleschen Bakteriophagen. P. Harduroy, P. Camus und R. Dalsace.
✦Senkung der roten Blutkörperchen im Verlauf psychischer Erkrankungen. B. Siwinski.
Vergiftungen durch Trichloräthylen. Carrien und Marc.
Neuere Theorien über die Pathogenese der Hypertension. P. Ouby.

Variationen des venösen Druckes im Verlauf von Psychosen. Verff. haben die Beziehungen zwischen den psychosomatischen Erkrankungen und den Modifikationen des venösen Druckes mittels eines Manometers festgestellt. Er wechselt mit der Schwere des Falles, ist meist unter 40 cm Wasser bei Melancholien, sowohl den periodischen, wie denen in der Involution, bei symptomatischen Depressionszuständen der Dementia praecox, bei Paralyse, wobei der Druck von 20 cm bei leichten Fällen anstieg bis zu 36 cm bei zunehmender Verschlechterung mit Zyanose der Extremitäten und starker Verlangsamung der Zirkulation; andererseits besserte sich bei einer polyneuritischen Psychose allmählich beim Abklingen der Druck von 17 auf 12 cm. Dieses Absinken zur Norm wurde auch bei behandelten Paralysen beobachtet. Verff. nehmen an, daß, wenn bei klinischer Heilung oder Besserung noch eine Hypertension fortbesteht, dies die Möglichkeit eines Rezidivs bedeutet.

Behandlung der Staphylokokkeninfektionen mit dem d'Hérelleschen Bakteriophagen. Die Behandlung mit dem d'Hérelleschen antistaphylokokken-Bakteriophagen hat sich therapeutisch ausgezeichnet bewährt und in 76% dauernde Heilungen erzielt, eine Anzahl davon in Fällen, die vorher erfolglos mit Impfmethoden behandelt worden waren. Die Resultate werden in 4—5 Tagen beobachtet, wobei zuweilen leichte Reaktionen auftreten. Chronische Infektionen waren nur wenig zu beeinflussen. Jedenfalls ist die Bakteriophagenbehandlung in die praktische Therapie aufzunehmen und nur dann kontraindiziert, wenn in vitro keine aktive Einwirkung auf das Virus stattfindet.

Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen im Verlauf psychischer Erkrankungen. Verf. kommt bei seinen Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit des Blutes bei psychischen Erkrankungen ungefähr zu denselben Resultaten, die schon Biernacki 1897 gefunden hat; nämlich eine Verlangsamung bei Melancholien, Psychopathien, Dementia praecox mit depressiven Zügen; Beschleunigung dagegen bei Paralyse, Hysterie, Schizophrenie mit katatonen Zuständen, manischen Psychosen, Amentia, Imbezillität, Dementia senilis, Epilepsie, während bei letzterer im Anfalle eine Verlangsamung auftrat, die wohl auf den CO_2 Einfluß zurückzuführen ist. Von den acht normalen Personen fand sich bei sieben keine Beschleunigung; beim achten, wo eine bestand, war die WaR. positiv. Ueber die Ursache der Sedimentierung verweist Verf. auf die Theorie von der Veränderung des kolloidalen Zustandes des Serums durch das Fibrinogen, die auch durch die neueren Forschungen über die Kolloide bestätigt werden.

Haber.

Gynécologie et Obstétrique.

14., Nr. 2, August 1926.

✦Röntgenuntersuchung des Uterus und der Tuben nach Injektion von Lipjodol. Cotte und Bertrand.
Die Wichtigkeit der Druckmessungen während der intrauterinen Injektionen von Lipjodol. Béclère.
✦Die gebräuchlichsten Methoden zur Diagnostik der tubaren Sterilität. Serdukoff (Moskau).

Röntgenuntersuchung des Uterus und der Tuben nach Injektion von Lipjodol. Verf. injizierte durchschnittlich 5—6 ccm Lipjodol in den Uterus, wodurch die röntgenologische Untersuchung es ermöglichte, genau den Sitz und die Natur von Beckentumoren zu diagnostizieren. Sehr oft kann die Röntgenuntersuchung der Beckenorgane dazu dienen, eine klinisch zweifelhafte Diagnose zu sichern und klar zu stellen. Sie erleichtert z. B. die Differentialdiagnose zwischen einer alten Hämatozele und einem Myom, zwischen einem Adnextumor und einem Myom, ferner zwischen gewissen Tumoren des Ovariums und des Uterus. Sie kommt ferner in Betracht bei Metrorrhagien, deren Ursache unbekannt ist, um eine intrauterine digitale Feststellung zu umgehen, und genügt manchmal, um zu zeigen, daß es sich um ein Korpuskarzinom oder um ein kleines Myom handelt. Auch zur Diagnostik in zahlreichen Fällen von Dysmenorrhoe oder Amenorrhoe, deren Ursache klinisch nicht feststellbar ist, ist die Röntgenuntersuchung eine wertvolle Bereicherung, aber von besonderer Bedeutung ist sie bei der ätiologischen Diagnose der Sterilität.

Die gebräuchlichsten Methoden zur Diagnostik der tubaren Sterilität. Die Salpingographie und die Tubendurchblasung scheinen die beiden wertvollsten Methoden zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit zu sein, und ergänzen sich einander. Vor Anwendung der Methoden, die am besten klinisch ausgeführt werden, ist unbedingt die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeitsprüfung nach Fahraeus, die Feststellung der Leukozytose, die Untersuchung der Flora der Scheide und der Cervix uteri, sowie eine gynäkologische Untersuchung, die eine Infektion ausschließt, notwendig. Durch die Salpingographie kann man Verengerungen, Verschlüsse oder andere Affektionen der Tuben örtlich genau diagnostizieren, was mit der Tubendurchblasung nicht möglich ist. Die genaueren Resultate, die durch die Salpingographie erzielt werden, gewährleisten eine größere Sicherheit für die Prognose und Therapie bei der tubaren Sterilität. Die Salpingographie und die Tubendurchblasung sind trotz ihres zweifellos bestehenden Wertes nicht frei von Fehlerquellen und erfordern eine sehr exakte Technik.

14., Nr. 3, September 1926.

✦ Chirurgische Eingriffe während der Schwangerschaft. Brindeau und Juge.
✦ Behandlung von Gebärmutterblutungen post partum mit dem „Henkelschen Verfahren". G. Mueller.
Die heterotopen Wucherungen der Uterusschleimhaut. Waegeli (Genf).

Chirurgische Eingriffe während der Schwangerschaft. Verf. berichtet über chirurgische Eingriffe, die in der Klinik Tarnier bei Schwangeren vorgenommen wurden. Die Statistik bezieht sich auf die Jahre 1907—1926, in welcher Zeit 113 schwangere Frauen operiert wurden. Bei diesen sind 110 glatte Heilungen, 2,55% Mortalität und 13 mal Unterbrechung der Schwangerschaft durch die oder nach der Operation zu verzeichnen. Die Indikationen für die Operationen waren: Appendizitis, Ovarialzysten, Myome, Salpingo-oophoritiden, sowie verschiedene andere Ursachen, wie Inguinalhernie, Bartholinitis, Retroversio uteri, periuterine Verwachsungen usw. — Die Operationen während der Schwangerschaft haben keine besonderen Schwierigkeiten, nur muß man beim Operieren an den Genitalorganen auf eine größere Gefäßbildung gefaßt sein, und eine exakte Blutstillung vornehmen.

Behandlung von Gebärmutterblutungen post partum mit dem Henkelschen Verfahren. Verf. berichtet über 6 Fälle, in denen sich ihm das Henkelsche Verfahren (Abklemmen der Parametrien mit Krallenzangen) glänzend bewährt hat. Er empfiehlt das Verfahren vor allem zur Bekämpfung von atonischen und Rißblutungen, ferner in Fällen von Placenta praevia oder Plazentaentwicklung im unteren Uterinsegment; Blasen- und Darmverletzungen sind bei richtiger Anwendung des Verfahrens unmöglich, eine Ureterenabklemmung ungefährlich. Verf. stellt in allen Fällen, in denen man eine Atonie des Uterus wie bei Hydramnion, Zwillingsschwangerschaft, Placenta praevia usw. befürchten muß, 4—6 Unzen zur Abklemmung der Parametrien bereit. Das Verfahren ist nicht nur für Klinik und Entbindungsanstalten empfehlenswert, sondern vor allem für den praktischen Arzt, der damit sehr schnell Herr einer bedrohlichen Blutung wird.

Rudolf Katz, Berlin.

Archives de Médecine des Enfants.

29., H. 8, August 1926.

Ueber gemeinsames Auftreten von Flecktyphus und Rückfallfieber bei Kindern. A. Mezbourian, Konstantinopel.
Ueber einen Fall von Mongolismus bei Zwillingen. Gautier und Coletaux.
Ueber Aerodynie. Platzynska-Skwareczynska (Kinderklinik Warschau).
✦ Beobachtung eines Falles von Forme fruste von Skorbut. J. Comby.
Uebersichtsreferat über Nierengeschwülste bei Kindern. J. Comby.

Beobachtung eines Falles von Forme fruste von Skorbut bei einem Kind. Verf. teilt die Krankengeschichte eines 8½ Monate alten Mädchens mit, die, bisher stets gesund, mit sterilisierter Kuhmilch ernährt worden war. Da sie bei dieser Ernährung nicht gedieh, gab die Mutter vom vierten Monate ab homogenisierte Milch (Lepelletier), seit einigen Wochen dazu zweimal Brei aus derselben Milch mit Mehl. Außerdem, um dem etwaigen Vitaminmangel vorzubeugen, Zulage von täglich einem Teelöffel Apfelsinensaft. Trotzdem stellte sich bei dem Kind allmählich zunehmende Appetitlosigkeit, Gewichtsstillstand und außerordentlich blasse Hautfarbe ein. Bei der Untersuchung fiel außerdem eine sehr hochgradige Schmerzhaftigkeit der unteren Extremitäten auf, besonders bei Versuchen, das Kind aufzustellen und beim Auskleiden. Neben einem anämischen Geräusch am Herzen (ein Blutstatus wird nicht mitgeteilt) ist zu betonen insbesondere eine geringe schwammige Veränderung des Zahnfleisches an den beiden mittleren oberen Schneidezähnen. Besserung der Erscheinungen nach Ersatz der bisherigen Milchmischung durch Milchpulver und Ersatz des Apfelsinensafts durch Zitronensaft (dreimal täglich ein Kinderlöffel voll).

29., H. 9, September 1926.

✦ Das Blutbild bei kongenitaler Syphilis in der frühesten Jugend. G. Zanka.
Ueber Asthenie bei Kindern. R. Benon.
Ueber Hämoglobinurie nach Lungenentzündung bei einem dreijährigen Kinde. Heilung. J. Comby.
Das Seehospiz von Katwyk. J. Comby.

Das Blutbild bei kongenitaler Syphilis in der frühesten Jugend. Untersuchungen bei kongenital-luetischen Kindern in den ersten zehn Lebensmonaten. Verfasser teilt sein großes Material in drei Gruppen ein. Die erste Gruppe umfaßt solche luetischen Säuglinge, die keine nachweisbare Anämie hatten. Bei jedem von ihnen findet man bei genauerer Untersuchung entweder unternormale oder übernormale Hämoglobinwerte, selten normale, ferner meistens eine leichte Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen. Häufig auch eine Leukozytose und in vielen Fällen eine Lymphozytose. Manchmal finden sich auch abnorme Zellen dergestalt, daß sie nur als Mutterzellen der Granulozyten angesprochen werden können. Die Leukozytenformel jedenfalls ist niemals die eines normalen Säuglings.

Die zweite Gruppe betrifft Kinder mit nachweisbarer leichter Anämie. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist deutlich vermindert, beträgt aber immer über 2 Millionen, meist zwischen 2½ und 3½ Millionen. Sofern eine Hypochromie vorhanden ist, schwankt sie zwischen 60 bis 80%.

Sehr oft findet sich eine Leukozytose. Die Leukozytenformel ist charakterisiert durch Verschiebung nach der lymphozytären Richtung. Gelegentlich soll auch eine Vermehrung der Mastzellen vorkommen.

Manchmal beobachtet man nach Verfasser auch eine Anämie vom chlorotischen Typ.

Die dritte Gruppe von Kindern endlich umfaßt solche mit schwerer Anämie. Letztere trennt Verfasser in eine perniziöse Form und in eine pseudoleukämische Form. In diesen Fällen beherrscht die Anämie — im Gegensatz zu den oben erwähnten Formen — das klinische Bild durchaus. Bei der perniziösen Form kommt es stets zu einer Verminderung der roten Blutkörperchen unter 2 Millionen. Leukozytose soll sich nicht regelmäßig finden, dagegen gehört lymphozytäre Reaktion fast gesetzmäßig hierher. Ferner Anisozytose und Poikilozytose.

Von den Anämien endlich, die unter dem Bilde der A. pseudoleucämica verlaufen, unterscheidet Verfasser wiederum, je nach dem Vorherrschen bestimmter Zellen vier Gruppen, die erwähnt sein mögen, nämlich eine myeloide, eine lymphoide, eine Mischform und eine mit Eosinophilie einhergehende Form.

(Ein charakteristisches Blutbild für die kongenitale Syphilis gibt es also auch nach den Untersuchungen des Verfassers nicht. Aus der Fülle der mitgeteilten Blutuntersuchungen geht nur soviel hervor, daß es eigentlich kein Blutbild gibt, das nicht gelegentlich bei kongenitaler Syphilis vorkommen könnte. Und was die vom Verfasser erwähnten Fälle von schweren Anämien betrifft, so kann man sich natürlich ebenso gut auf den Standpunkt stellen, daß sie nicht sowohl Folge, als vielmehr zufällige Begleiterscheinungen der Krankheit sind. Ref.)

29., Heft 10, Oktober 1926.

✦ Hémiplégie infantile à l'hérédo-syphilis. L. Babonneix.
Formes abortive et à rechute de la péritonite à pneumocoques. G. Mouriquand, M. Bernheim et A. Rendu.
Rhumatisme cardiaque évolutiv avec infarctes multiples et myocardite nodulaire. Pichon E. Lardé-Arthes.
✦ Vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose. J. Comby.

Hemiplegie in Verbindung mit kongenitaler Syphilis. Unter 39 Fällen von angeborener Syphilis hat Verfasser zwölfmal eine Hemiplegie bei dem Kinde festgestellt. Er schließt daraus, daß man berechtigt sei, ähnlich wie bei der Tabes, auch von der Hemiplegie als einer Folgeerscheinung der angeborenen Syphilis zu sprechen.

Wenn man die mitgeteilten Krankengeschichten aufmerksam durchsieht, so findet man in einer Anzahl derselben Angaben verzeichnet, die darauf schließen lassen, daß man ebenso gut auch ruhig andere Momente für das Entstehen der Hemiplegie verantwortlich machen kann. Einmal wird von einer hochfieberhaften Grippe, das andere Mal von unklarem hohen Fieber gesprochen, in deren Gefolge unmittelbar die Lähmungen aufgetreten seien. Zustände also, die man zwanglos als Enzephalitiden und damit als Ursache der Lähmungen ansehen kann. In einem andern Teil der Krankenberichte findet man aber tatsächlich keine derartigen Angaben. Immerhin scheinen Ref. auch diese nicht ganz beweisend, da, wie die Erfahrung lehrt, rasch vorübergehende fieberhafte Zustände sehr häufig von den Eltern gar nicht beobachtet werden. Autoptische Befunde werden nicht mitgeteilt.

Vaccination der Neugeborenen gegen Tuberkulose. Verf. glaubt über ausgezeichnete Ergebnisse berichten zu können, die in Frankreich und in einzelnen Kolonien durch die Schutzimpfung der Neugeborenen mit den Calmette—Guérinschen Bazillen (BCG) erzielt worden sind. Letzteren beiden soll es gelungen sein, die Eigenschaften menschlicher und boviner Tuberkelbazillen so zu verändern, daß sie jede „tuberkuligene Eigenschaft verloren und nur die antigenen Eigenschaften“ behielten. Dies war dadurch möglich, daß die beiden Autoren die Tuberkelbazillen in Rindergalle züchteten und allmählich in 15 Jahren 230 Generationen von Kulturen dieser Bazillen erhielten. — —

Mit diesen Stämmen haben C. u. G. schon lange Immunisierungsversuche angestellt. Sie gingen dabei so vor, daß sie diese entweder inokulierten oder in einer Milchaufschwemmung per os verabreichten. Nach diesen Autoren hat die Darmschleimhaut des Neugeborenen eine auffallende Fähigkeit, die Bazillen zu resorbieren. Aber nur die des Neugeborenen. Mit zunehmendem Alter soll diese Fähigkeit nachlassen und im 3. Lebensjahr überhaupt nicht mehr vorhanden sein.

Verf. berichtet, daß der Schutz, der durch eine solche Impfung beim Affen und Rind erzielt wird, länger als ein Jahr anhält. Bei Hasen und Meerschweinchen weniger lange.

Kinder sind bisher in Frankreich und den Kolonien insgesamt 5 183 geimpft worden. Daraufhin sei die Sterblichkeit an Tuberkulose von 25% auf 2% abgefallen (in Betracht gezogen sind die letzten vier Jahre). Diese Art der Schutzimpfung ist ungefährlich; man beobachtet auch keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen, nicht einmal Fieber.

Verf. betont aber ausdrücklich, daß daneben alle andern Schutzmaßnahmen für den tuberkulosegefährdeten Säugling platzgreifen müssen. Trennung von der tuberkulösen Mutter, Erziehung in einer andern Familie u. ä.

(Auf diese Art und Weise wäre also das Problem der Immunisierung gegen Tuberkulose auf verblüffend einfache Art und Weise gelöst. Es wird abzuwarten sein, ob sich diese erstaunlich günstigen Ergebnisse auch anderwärts erzielen lassen. Ueber die Tierversuche die C. u. G. angestellt, wird hier nicht näher berichtet. Das muß man aber vor Augen halten, daß bei den immunisierten Säuglingen zwei Faktoren in Betracht zu ziehen sind, nämlich einmal die Impfung mit den erwähnten Bazillenstämmen und dann aber die Tatsache der Trennung der Säuglinge vom tuberkulösen Milieu. Es ist die Frage, ob die Sterblichkeit an Tuberkulose sich nicht durch die letztere, strikte durchgeführte Maßnahme allein in derselben Weise hätte beeinflussen lassen. Klare Versuchsbedingungen haben jedenfalls, soweit aus der kurzen Uebersicht zu ersehen ist, nicht geherrcht. Ref.) Beck, Tübingen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

7., Nr. 8/9, August/September 1926.

- Die Untersuchungen über die Aetiologie des Lupus erythematodes seit 20 Jahren. Civatte.
- Hartnäckige Furunkulose. Mißerfolg der Vakzinetherapie. Besserung durch Autohämatotherapie. Heilung durch Heterohämatotherapie. Ravaut und Hugueni.
- Metatypisches Spindelzellenepitheliom des Gesichts, entstanden auf einer Lupus-tuberculosis-Narbe. Vilanova.
- Einige Bemerkungen über die Untersuchung auf Spirochäten. Kitchevatz.
- Ein Fall von „Erythrodermie pityriasique en plaques“ tuberkulöser Natur. Pavloff und Gavriloff.

●

Die Untersuchungen über die Aetiologie des Lupus erythematodes seit 20 Jahren. An erster Stelle steht die Frage der tuberkulösen Ursache. Sie scheint heute etwas gesicherter als vor 20 Jahren. Die hohen Prozentzahlen der Tuberkulösen unter den Lupus-erythematodeskranken, die von den verschiedenen Autoren zwischen 66 und 98% angegeben werden, schienen ein Argument dafür zu sein. Hierzu kommen die Beobachtungen, daß die Hautaffektion sich bessert oder gar heilt oder sich andererseits verschlimmert — Hand in Hand mit dem Zustand der Lungentuberkulose, daß ferner nach Exstirpation einer tuberkulösen Adenitis oder Entleerung des Eiters der Lupus heilte, nach Auftreten einer neuen Drüsenerkrankung jedoch wieder erschien. Hier ist also nicht bloß Koexistenz, sondern auch völlige Uebereinstimmung beider Affektionen. Dies Argument ist neu, es hat fast den Wert eines Experiments.

Unter den experimentellen und bakteriologischen Beweisen für die tuberkulöse Natur des Leidens spielten früher die Herdreaktionen nach Tuberkulininjektionen, ferner Fälle von Besserung oder Heilung der Dermatose nach Tuberkulinbehandlung eine große Rolle. Heute sind hierzu noch die gleichen Resultate nach Salbeneinreibung nach Moro, ferner Fälle intensiven Wachstums (von denen einer tödlich verlief), und welche alle auf Tuberkulintherapie zurückzuführen waren, als beweiskräftige Stütze anzusehen. Freilich spricht der bekannte Versuch von Bloch und Fuchs dagegen. Diese Autoren injizierten einen Extrakt aus Lupusfragmenten in die Haut tuberkulöser Kranker und provozierten auf diese Weise Knötchen, die in allem denen glichen, die man auch mit intradermalen Tuberkulininjektionen erzielen kann. Diese Knötchen reagierten auch auf eine folgende Tuberkulininjektion ebenso wie dies bei Knötchen der Fall wäre, die auf eine erste positive intradermale Reaktion hin entstehen. Sie hatten im histologischen Präparat eine charakteristische tuberkuloide Strukur. Hieraus schließt man, daß der Lupus-erythematodes-Extrakt tuberkulöse Toxine enthält. Andere Autoren wollen mit dem Antiforminverfahren in den Schnitten Bazillen gefunden haben, die mit den Kochschen identisch sind. Wieder andere haben mit Lupus-erythematodes-Material Tiere tuberkulinisiert, das diesen entnommene Gewebsstück war wieder ein echter Erythematodes. Bloch und Ramel konnten im Blut eines Lupus-erythematodes-Kranken mit keiner Methode Kochsche Bazillen entdecken, als sie aber das Blut von Meerschweinchen inokulierten, wurden diese tuberkulös.

Wie entsteht nun aber der Lupus erythematodes? Unter Voraussetzung der tuberkulösen Ursache? Es ist zuzugeben, daß es sich jedenfalls um eine atypische Hauttuberkulose handelt, die einen abweichenden klinischen und histologischen Charakter hat. Es fehlt der regelmäßig progressive und extensive Verlauf. Es fehlt die bekannte Trias von Riesen-Epitheloidzellen und Lymphozyten. Es fehlen die doch sonst wenigstens in einigen Schnitten vorhandenen Tuberkelbazillen. Vielmehr hat der Lupus-erythematodes einen launenhaften Verlauf, seine Struktur ist nicht tuberkuloid, und Kochsche Bazillen sind nicht in den Schnitten.

Gegen diese drei Einwände kann man Hypothesen anführen:

Das kausale Agens, das aus den entfernten tuberkulösen Herden stammt und alsdann im Blutstrom zirkuliert, gelangt nur stoßweise an die Haut; daher auch diese merkwürdige schubweise Entwicklung der Dermatose. Das Agens ist wahrscheinlich ein Toxin, das entweder aus wenig zahlreichen oder wenig virulenten Bazillen entsteht; so erklärt sich die abweichende Struktur und das Fehlen der Bazillen. Auch heute noch ist dieses schubweise Vordringen auf dem Blutwege wahrscheinlich. Wenig wahrscheinlich ist dagegen der Charakter eines Toxins. Wir wissen heute, daß sich die Wirkung im Blute befindlicher, löslicher Toxine nicht mit der Existenz umschriebener, entzündlicher Hautaffektionen verträgt. Ferner macht künstlich in die Haut injiziertes Tuberkulin dort echte tuberkuloide Knötchen und nicht einen Erythematodes.

Die Hypothese von der abgeschwächten Virulenz der Tuberkelbazillen als Ursache für den Lupus erythematodes wurde in zahlreichen Arbeiten verfolgt. Aber die Idee der Virulenz ist untrennbar von der Vorstellung der Resistenz des Organismus. Tatsächlich wissen wir, daß eine Veränderung der Widerstandsfähigkeit des „Terrains“ das Aussehen einer Läsion verändern kann. Soll nun der Lupuserythematodes der Ausdruck einer erhöhten oder verminderten Allergie sein? Die ganze Hypothese stürzt aber vor der Tatsache zusammen, daß man echten Erythematodes bei Personen gesehen hat, die bereits einen Lupus vulgaris hatten. Es ist unmöglich, daß erhöhte oder verminderte Allergie nur an einzelnen Stellen der Haut vorhanden gewesen sein soll. Hiergegen spricht der Beweis von Ramel, daß die Allergie im Bereich des Erythematodes die gleiche ist wie auf der nicht ergriffenen Haut. Er erzielte nämlich durch intradermale Tuberkulinreaktionen bei denselben Erythematodeskranken die gleiche tuberkuloide Läsion auf gesunder und auf kranker Haut.

Ueberblickt man nun die Hypothese, daß die Bazillen selbst verändert, z. B. ihrer Fetthülle beraubt sein sollen, oder daß es weniger virulente Stämme gibt, so fehlt hier noch jeder Beweis.

Eine andere Richtung in der Forschung faßt die Affektion als nicht tuberkulös oder doch wenigstens nicht immer tuberkulös auf. Besonders Goeckermann ist gegen die tuberkulöse Ursache. Nach ihm beweist man die häufige Koexistenz von Tbc. und L. E. nicht dadurch, daß man nur die positiven Fälle aus der Literatur in Rechnung stellt. Diese Rechnung wäre falsch, denn die negativen Fälle, die nicht veröffentlicht werden, fehlen in ihr. G. macht also seine Statistik ganz anders. Er stellte auf die eine Seite eine bestimmte Anzahl von L. E.-Kranken, suchte nach Tuberkulose, notierte die Prozentzahl der positiven Fälle. Auf die andere Seite stellte er aber die Prozentzahlen der anderen Dermatosen und verglich. Er fand unter seinen Erythematodeskranken 35,7% Tuberkulöse, unter den mit anderen Dermatosen, die man nicht zur Tbc. zu rechnen pflegt, Behafteten fand er aber ungefähr die gleiche Prozentzahl. Eine dritte Reihe authentischer Tuberkulide zeigte in 84% der Fälle unbestrittene Tbc. anderer Organe. Die Statistik läßt also vollkommen im Stich. Auch die auf experimentellem und bakteriologischem Wege versuchten Beweise für die tuberkulöse Ursache blieben nicht unwidersprochen. Zunächst stellte sich heraus, daß man nicht mit Tuberkulin allein Herdreaktionen bei L. E. hervorzubringen vermag, sondern, daß man sie auch mit Proteinkörpern, Typhusbazillentoxinen, Streptokokkentoxinen, hervorrufen kann. Nicht viel überzeugender waren die Heilungen mit Tuberkulin, denn sie ließen sich auch mit Streptokokkenvakzine erzeugen. Die vorher erwähnten Untersuchungen von Bloch und Fuchs wurden durch Arbeiten von Stokes ihrer Schlußfolgerungen beraubt. Es ließ sich nicht mehr aufrecht erhalten, daß ein L. E.-Fragment Tuberkulin enthalten soll.

Ließ sich die tuberkulöse Ursache nicht beweisen, so fehlte es nicht an Anhängern einer anderen Aetiologie. Zunächst sah man eine Erkrankung der Lymphdrüsen als Hauptmoment an, hier spielt die Reaktion von Antigenen und Antikörpern hinein. Gennerich glaubte, daß jede Erkrankung, die mit einer erheblichen Zerstörung von Lymphdrüsen einhergeht, eine große Menge von Fermenten in Freiheit setzt. Man findet diese Fermente in den akuten Formen im Blut, die Wassermannsche Reaktion ist positiv, obwohl der Kranke nie Lues gehabt hat. Als Beweis wurde gezeigt, daß ein Extrakt tuberkulöser Drüsen mit einem Syphilisantigen das Komplement neutralisiert und die Hämolyse verhindert. Leider ist diese Hypothese nur durch eine einzige Beobachtung gestützt. Ehrmann konnte niemals in seinen akuten Fällen eine positive WaR. entdecken.

Eine andere Theorie will den Lichtstrahlen und ihrer Wirkung auf toxische Substanzen der Haut die Schuld geben. Man suchte auch nach sensibilisierenden Faktoren, z. B. Harnsäure. Nun ist aber die sehr gewöhnliche Lokalisation des L. e. der behaarte Kopf, der doch wahrhaftig vor Lichtstrahlen geschützt ist. Auch zu dem ebenso häufigen Sitz an bekleideten Körperstellen will diese Theorie nicht passen. Möglich, daß die Lichtstrahlen eine Causa adjuvans darstellen.

Viel größere Bedeutung erlangte die Theorie von der Ursache der Streptokokken. Sie stammt von Barber. Dieser Autor ist mit anderen Amerikanern der Meinung, daß die zahlreichen, zeitweise als Saprophyten lebenden Streptokokken eine große Bedeutung haben. Der Träger kann plötzlich sensibilisiert werden, diese Sensibilisierung ist elektiv. Allein die Herdreaktion und eine allgemeine Reaktion, wenn sie durch ein von diesem Streptokokkus hergestelltes Vakzin provoziert ist, sowie die Anwesenheit von Agglutininen und Präzipitinen im Blute können die pathogene Wirkung dieses Erregers nachweisen. So entstehen bei sensibilisierten Personen Zahnabszesse, Pyorrhoe, Appendizitis, Pleuritis etc. In diesen primären oder sekundären Herden befinden sich Toxine oder Mikroben, die ins Blut übergehen, sie können die Haut erreichen, sie können nervöse Läsionen verursachen. Hierher gehört der Herpes zoster, der gelegentlich auf einer Streptokokkeninfektion der Ganglien der hinteren Wurzeln beruhen soll. So entsteht auch das Erythem nodosum und der Lupus erythematodes.

Barber versucht seine Beweise folgendermaßen:

1. Die Beziehungen zwischen L. e. und dem Erythema exsudativum multiforme sind eng. Letzteres ist zuweilen ein Toxituberkulid, öfter aber vom Streptokokkus verursacht. Der Verfasser fand mit anderen, daß das Blut dieser Personen einen Streptokokkus longus, der aus einem Primärherd isoliert war, agglutinierte. Er stellte ein Vakzin her, injizierte es und rief Herdreaktionen und neue Schübe hervor. Bei Fortsetzung der Behandlung unterblieben die Rezidive. Betrachtet man nun den L. e. als eine chronische Form des Erythema exs. multiforme, so kann man auch für ihn die gleiche Ursache annehmen.

2. Barber sah in der Mehrzahl seiner Fälle von L. e. gleichzeitig deutliche Streptokokkeninfektionen, oft war der Primärherd schwer zu finden (Pyosalpinx, Faezeskulturen). Gelang die Isolierung des Streptokokkus, so gelangen auch Herdreaktionen, Wachstum des Lupus, Fieberreaktion und schließlich Heilung. Dreimal fand sich der Str. longus in Reinkultur im Stuhl.

3. Gemeinsames Vorkommen des L. e. mit Gelenkentzündungen, deren Ursachen Str. waren. In einem Fall wurden drei verschiedene Spezies des Longus isoliert, aber nur einer wurde vom Serum des Kranken agglutiniert und nur die Vakzine dieses einen machte Allgemeinreaktionen, Herdreaktionen am L. e. und an den Gelenken.

4. Die akuten L. e.-Fälle sterben nicht immer an Tbc., sondern an Str.-Infektionen, wofür mehrere Fälle angeführt werden. Diese waren außerdem tuberkulosefrei.

5. Der L. e. ist selten vor dem Alter von 25 Jahren, dagegen sind die Tuberkulide Affektionen der Kindheit und der Pubertät.

Im ganzen steht die Streptokokkentheorie auf schwachen Füßen, denn alle oben erwähnten Einwände gegen das Tuberkulin als Beweismittel für Tbc. gelten auch gegenüber dem Str.-Vakzin als Beweismittel für die Str.-Aetiologie des L. e.

Zum Schluß sei noch die Theorie von Flandin und Tzanck, die sog. „Apeidose“ erwähnt. Nach ihnen werden die Charaktere einer Infektion, je älter diese wird, immer schwächer. So führen schließlich alle Krankheiten zu einem Gemisch von Symptomen. Tuberkulose, Syphilis und noch andere sind in gleicher Weise befähigt, zu einem gewissen Zeitpunkt der Krankheit eine Reihe von Affektionen zu verursachen, die nichts mehr von den ursprünglichen Merkmalen der kausalen Infektion an sich haben. So sei auch der L. e. eins dieser Produkte (vielleicht) doppelter Infektion.

Endlich ist noch der gelungene Versuch Calmettes und Guérins zu erwähnen, die Kochsche Bazillen mit verminderter Virulenz züchten konnten. Es ist also möglich, daß diese noch schlecht bekannten, aber nicht mehr anzuzweifelnden Formen des Bazillus imstande sind, außer der Verkäsung auch ganz banale Affektionen, wie den Lupus e., zu erzeugen. Man hat Läsionen dieser Art mit dem Vakzin von Calmette künstlich provoziert.

Hartnäckige Furunkulose. Mißerfolg der Vakzinetherapie. Besserung durch Autohämatotherapie. Heilung durch Heterohämatotherapie. Die Kranke war durch die außerordentlich lange Dauer der Affektion schon stark heruntergekommen und abgemagert. Der erste Erfolg, in dem Sinne der Abheilung bestehender Furunkel wurde durch Eigenblutbehandlung erzielt. Es traten aber wieder neue Furunkel und Karbunkel auf. Man dachte an Einspritzung des Blutes eines Andern. Die Patientin gehört nach der Zusammensetzung ihres Blutes zur Gruppe 2, es traf sich gut, daß ihr Gatte zur Gruppe 4 gehörte. Man injizierte ihr nun erst 5 ccm fremden Blutes, worauf eine Blutdrucksenkung eintrat, die Globulation blieb dieselbe, ebenso die Leukozytenformel. Abends zeigten sich Fieber bis 38,4 und Herzklopfen. Sechs Tage später erhielt die Kranke eine neue Einspritzung von 10 ccm, da von den 4 vorhandenen Furunkeln noch einer bestehen geblieben war. Drei Tage später war auch dieser verschwunden. Eine neue Injektion von 15 ccm wurde gemacht, und diesmal wurde sie abends von ziemlich heftigem Unwohlsein mit Atembeklemmung und Fieber von 39,4, Uebelkeit und Schlaflosigkeit befallen. Der Gatte erzählte, daß sie sich nachts in subdelirantem Zustande befunden habe. Auch hatte sie Schmerzen an der Injektionsstelle. Aber nunmehr waren alle Furunkel verschwunden. Ein Rückfall trat erst nach 2 Monaten ein, worauf die oben beschriebene Behandlung noch dreimal wiederholt wurde. Keine Reaktionen mehr, sondern blühendes Aussehen. Sie hatte nun keine Furunkel mehr. Aber 42 Narben auf dem Rücken zeugten von der Schwere der überstandenen Erkrankung.

Die Autoren glauben, daß die Eigenblutbehandlung eine Desensibilisierung hervorruft, die aber bei großer Intensität der Erscheinungen zur Heilung nicht ausreicht. Es blieb also nach Scheitern der Vakzinetherapie nur noch die Behandlung mit fremdem Blut übrig, das Heilende hierbei sei der Schock.

Metatypisches Spindelzellenepitheliom, entstanden auf einer Lupus-tuberculosus-Narbe. Der ulzeröse und von vornherein maligne Tumor hatte sich auf dem Narbengewebe eines Lupus vulgaris entwickelt. Der Lupus bestand bei dem 23jährigen Kranken seit 17 Jahren. Jetzt erfolgte innerhalb von 6 Monaten eine Ulzeration von viermal 5 cm an der linken Wange; es bestand Kommunikation mit der Mundhöhle, Zerstörung des Fazialis, Trismus. Das eigentliche Lupusgewebe war etwas weiter entfernt von der Ulzeration. Harte bewegliche Drüsen in der Gegend der Karotis.

Der Kranke war vielfach behandelt worden. Außer Kauterisationen hatte er eine Radiumbehandlung vor 9 Jahren, die von einer schweren Radiodermitis gefolgt wurde, überstanden. 7 Jahre später war der Lupus hier in der Nachbarschaft wieder aufgetreten. Nur folgte die bekannte Pyrogallolbehandlung. So wird das Entstehen des Epithelioms nur zu verständlich. Es kam zur chirurgischen Exzision und später zum Exitus.

Einige Bemerkungen über die Untersuchung auf Spirochäten. Bei 30 auf Pallidae untersuchten Primäraffekten fand der Autor die Erreger in 76% der Fälle schon bei der ersten Untersuchung, in 17% der Fälle aber erst bei der zweiten und in 7% erst bei der dritten mikroskopischen Untersuchung. Hieraus folgt die absolute Notwendigkeit, die Untersuchungen, wenn negativ, möglichst oft zu wiederholen, um zur endgültigen Diagnose zu kommen. Man soll zur Drüsenpunktion schreiten, wenn das Reizserum konstant negativ bleibt. Bleibt auch dies alles negativ, dann muß leider abgewartet werden, bis der Wa. eventuell positiv wird, denn es geht nicht an, nur auf die klinische Diagnose allein die Affektion für syphilitisch zu erklären. Leider verliert der Kranke, wenn abgewartet werden muß, die besten Chancen für eine Abortivbehandlung.

Ein Fall von Erythrodermie pityriasique en plaques disséminés tuberkulöser Natur. Das von Broq beschriebene Bild fand sich in typischer Form bei einem 22jährigen Soldaten. Man nennt die Krankheit auch Parapsoriasis. Es bestand starke Pirquetsche Reaktion, und eine neue Eruption erfolgte nach einer ungenügenden Dosis Tuberkulin. Dies ist das eigentlich Neue an der Beobachtung und scheint der tuberkulösen Aetiologie der Krankheit eine neue Stütze zu geben. K. Heymann, Berlin.

Bruxelles Médical.

1926, Nr. 48.

✦ Elektrische Unfälle in Haus und Gewerbe. A. Zimmern.
Tuberkulosebekämpfung in Elsaß-Lothringen. Rulot.
✦ Die Reduktion der Glossoptose beim Säugling durch eine neue physiologische Art des Stillens. P. Robin.
✦ Dr. Ciceros Epilierungsmethode mittels Thalliumprotoxydazetat. G. Peter.

Elektrizitätsunfälle in Haus und Gewerbe. Niedrig gespannte Ströme können ebenso gefährlich sein wie hochgespannte. Das Publikum, das sich täglich ihrer bedient, muß über diese Gefahren aufgeklärt werden, ebenso wie über die physikalischen Bedingungen, unter denen sie zustandekommen. Das ist das einzige Mittel zur Verhütung von Unvorsichtigkeiten. Dieses Kapitel der Hygiene muß auch jedem Arzt bekannt sein, der unversehens in die Lage kommt, einem vom Strom Getroffenen seine Hilfe gewähren zu müssen.

Bei jedem elektrischen Unfall muß sofort der Strom abgeschnitten werden; hängt das Opfer des Unglücksfalles an einem Kabel, so bereite man sofort ein Stroh- bzw. Matratzenlager, um üblen Folgen eines Falles auf den harten Boden vorzubeugen. Einem vom Strom Getroffenen soll man nicht eher zu Hilfe kommen, als bis der Kontakt mit der Spannung unterbrochen ist. Oder aber man muß zuvor alle Vorkehrungen für eine gebührende Isolierung treffen. Das Wort d'Arsonvals: „Ein vom Strome Getroffener muß wie ein Ertrunkener behandelt werden" gilt auch heute noch. Danach ist Einleitung der künstlichen Atmung das Haupterfordernis und, genau wie beim Ertrunkenen, ist das Ergebnis erst dann als negativ anzusehen, wenn nach mehrstündigem Bemühen die Atmung nicht mehr angeregt wird.

Die Reduktion der Glossoptose beim Säugling durch die neue physiologische Art des Stillens. Die Art, wie das Stillen im allgemeinen geübt wird, entspricht den physiologischen Gesetzen nicht und setzt den Säugling verschiedenen Störungen aus, besonders in bezug auf die Entwicklung des Unterkiefers. Verf. rät, den Säugling so zu lagern, daß sich das Stillgeschäft bei vertikaler Körperhaltung, bei erhobenem Kopf und vorgeschobenem Kinnbacken vollzieht. Diese Methode sei einfach, physiologisch und bequem. Alle Tiere säugen ihre Jungen in dieser natürlichen Lage; auch die wilden Völkerstämme nähern sich dieser Art, nur die zivilisierten Frauen haben sich aus Bequemlichkeitsgründen davon entfernt.

Die Methode des Dr. Cicero, betreffend die Epilation mittels Thalliumprotoxydazetat. Die Behandlung mykotischer Erkrankungen der behaarten Haut durch temporäre Epilation ist seit Sabourand die Röntgenbestrahlung. Nachteile dieser Methode sind: 1. Schwierigkeiten in der Dosierung, 2. Kostspieligkeit, 3. Kopfschmerz und Erbrechen als unerwünschte Nebenwirkung, 4. Anwendbarkeit nur in Kulturbezirken, nicht auf dem Lande.

Die Epilation durch Thallium vermeidet alle diese Schwierigkeiten. Die Behandlung besteht darin, daß man Kindern unter 4 Jahren einmal 5 mg Thalliumprotoxydazetat pro Kilo Körpergewicht in einem halben Glas Wasser gibt, größeren Kindern 7—8 mg. In der 3. Woche ist unter Schonung von Augenbrauen und Wimpern die Epilation gewöhnlich vollzogen. Nach 2 Monaten beginnen neue Haare zu wachsen, und nach weiteren 2 Monaten hat der Haarwuchs wieder sein normales Aussehen. Der Erfolg der Methode hängt jedoch davon ab, daß man sich des Thalliumprotoxydazetats und keines anderen Salzes bedient. Man ist dann ziemlich sicher vor einer Wiederholung der Medikation, die zu vermeiden erwünscht ist wegen der Gefahr der kumulativen Wirkung. Held.

La Riforma medica.

42., Nr. 33, 16. August 1926.

Organisation der Einrichtungen im Kampfe gegen die Tuberkulose. Ferrannini.
✦ Die Cholesterinurie bei Dementia paralytica. Vergara.
✦ Die Probe der postalimentären Leukopenie in der Diagnose maligner Tumoren. Macchioro.

Die Cholesterinurie bei Dementia paralytica. Qualitative Untersuchung des Urins auf Cholesterin bei 10 Paralytikern, von denen sich 5 in einem Frühstadium der Erkrankung befanden, 5 weitere in einem Zustande hochgradiger Demenz mit ausgesprochenem Marasmus. In je 4 Fällen fiel die Reaktion nach Salkowsky positiv aus, also unabhängig von der jeweiligen Symptomatologie. Ob die positive Reaktion in diesen Fällen von Dauer oder der negative Ausfall der Reaktion in den zwei übrigen Fällen nur vorübergehend, bleibt noch eine offene Frage. In jedem Falle erscheint die Cholesterinurie bei Paralytikern häufig.

Die Probe der postalimentären Leukopenie in der Diagnose maligner Tumoren. In Anbetracht der widersprechenden Auffassungen über den Wert der Probe Nachprüfung an 71 Patienten, von denen 39 sicher an malignen Tumoren, 12 an Tuberkulose erkrankt waren. Bei 6 malignen Tumoren ergab die Probe eine postalimentäre Leukozytose, in 10 Fällen keine wesentliche Veränderung in der Zahl der weißen Blutkörperchen, in 23 (58,9%) Fällen eine ausgesprochene Leukopenie. Nur in 2 Fällen (2,8%) wurde eine solche ohne Anwesenheit maligner Tumoren gefunden. Die Prüfung, ob in den positiven Fällen von Leukopenie auch Veränderungen des arteriellen Blutdrucks und der Leukozytenformel vorhanden waren, die an eine hämoklasische Krise denken lassen, fiel negativ aus. Ist also die postalimentäre Leukopenie-Probe auch nicht pathognomonisch für maligne Tumoren, so muß sie dennoch in zweifelhaften Fällen als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel gelten.

42., Nr. 34, 23. August 1926.

Die Probleme der Tuberkulose. I. Teil. Maragliano.
✦ Studien über den Cholesterin-Stoffwechsel bei der lipoiden Nephrose. Cipriani und Moracchini.
Die Arnethsche Formel bei der Appendizitis. Santoro.

Studien über den Cholesterin-Stoffwechsel bei der lipoiden Nephrose. In einem typischen Fall idiopathischer Nephrose und in einem Fall chronischer diffuser Glomerulonephritis im dritten Stadium mit dem Gepräge der Nephrose (nach Vollhard) studierten Verff. das Verhalten der Cholesterinämie, den Gehalt der verschiedenen organischen Flüssigkeiten an Cholesterin, die Cholesterin-Ausscheidung im Vergleich zum Cholesteringehalt in der Diät und der Cholesterindarreichung. Im ersten Falle bestand, besonders während der Besserung, auch bei geringen oder fehlenden Oedem sehr starke Hypercholesterinämie. Dem Zurückgehen der Oedeme folgt eine Herabsetzung der letzteren nur sehr langsam, es besteht also eine Schwierigkeit für den Organismus, sich von dem im Blute angehäuften Ch. zu befreien. Bei der Nephrose kann auch ohne Lipoidurie starke Hypercholesterinämie bestehen. Trotzdem ist die Ausscheidung in Galle, Faeces, Urin nur gering. Die Transsudate bei der Nephrose sind auch ohne hohen Ch.-Gehalt opaleszierend. Die Opaleszenz des Serums ist unabhängig vom Ch.-Gehalt, hängt nur von der besonderen Verteilung des Eiweißes ab. Eine Diät mit hohem Ch.-Gehalt und auch eine übermäßige Ch.-Nahrung von 10tägiger Dauer steigerte weder die Cholesterinämie noch die Ausscheidung des Ch. mit Faeces und Urin. Im zweiten Fall rief eine viertägige Darreichung von 5 g Ch. in Oelmulsion eine mäßige Vermehrung des Ch. im Blute von 475 auf 600 mmg% hervor, die 2 Tage später auf 426 zurückging. Die Ausscheidung mit den Faeces vermehrte sich stark, mit dem Urin leicht. Die Untersuchungen in diesem zweiten gleichmäßiger verlaufenden Fall sprechen für einen variabeln, aber begrenzten Einfluß des Ch.-Gehalts der Diät auf die Hypocholesterinämie bei der Nephrose. Die Ch.-Menge in der Nahrung hatte auf die klinischen Symptome keinen Einfluß. Das dargereichte, nicht ausgeschiedene Ch., das den Ch.-Gehalt im Blute nicht steigert, muß in den Geweben aufgespeichert werden, da der kranke Organismus meistens unfähig ist, es zu zerstören oder umzuwandeln.

Nr. 35, 30. August 1926.

Die Probleme der Tuberkulose. II. Teil. Maragliano.
✦ Beziehungen zwischen den transversalen Durchmessern von Herz und Thorax bei den verschiedenen, morphologischen Konstitutionen. Manara.
Beitrag zur Kasuistik und Pathogenese des Salvarsan-Todes. Girolamo.

Die Beziehungen zwischen transversalem Durchmesser von Herz und Thorax in den verschiedenen morphologischen Konstitutionen. Bei den volumetrischen Abschätzungen des Herzens ist die teleorthoröntgenographische Methode allen anderen weit überlegen. Die

Schule von Pende hat mit der Benutzung des größten Herzdurchmessers von vorn nach hinten in linker seitlicher Stellung einen weiteren Schritt vorwärts zur Vermeidung von Irrtümern getan. Vollkommenheit ist auch damit noch nicht erzielt. Bei den Beziehungen zwischen transversalem Durchmesser von Thorax und Cor (D. T. F. und D. F. C.) handelt es sich nur um relative Werte. Dieser Quotient ist bisher nur von Perussia bestimmt worden, der beim gesunden Menschen Schwankungen zwischen 1,70 bis 2,20 mit einem Durchschnitt von 1,92 fand. Verf. holt das Versäumnis Perussias, diese Bestimmungen auf die verschiedenen Konstitutionen auszudehnen, an einem Material von 130 männlichen, über 20 Jahre alten Individuen nach, die er in lang-, kurz-, normalwüchsige einteilt. Der Quotient D. T. F. : D. F. C. schwankt beim normalwüchsigen zwischen 1,7 bis 2,3, beim langwüchsigen zwischen 1,9 bis 2,9, beim kurzwüchsigen zwischen 1,5 bis 2,0. Jenseits dieser Grenzen liegen die pathologischen Herzen. Beim Langwüchsigen ist das Herz klein, beim Kurzwüchsigen groß im Verhältnis zur Thoraxbreite (im ersteren Falle Hypoplasie des linken, im letzteren stärkeres Volumen des rechten Herzens). Rontal.

Il Policlinico, Sez. prat.

33., Nr. 36, 6. September 1926.

Ein Kollektivurteil über die Resultate der Salvarsantherapie. Philippson.
Behandlung des subkutanen diaphysären Schlüsselbeinbruchs nach der Methode Couteaud. Rebizzi.

33., Nr. 37, 13. September 1926.

* Scharlachrezidive, rezidivierendes, scharlachähnliches, schuppendes Erythem und ihre Pathogenese. Pecori.

Ein Fall von Carcinoma penis. Coruzzi.
Vorrichtung an Harnrezipienten gegen Verschütten der Flüssigkeit. Bedarida.

Scharlachrezidive, rezidivierendes, scharlachähnliches, desquamatives Erythem und ihre Pathogenese. An Hand eines Falles von mehrfachen Scharlachrezidiven und der darüber erschienenen Literatur versucht Verf. diese schwierige Frage im Lichte der modernen wissenschaftlichen Anschauungen zu betrachten. Im 11. und 13. Lebensjahr war sein Patient an typischem Scharlach erkrankt, mit dem er beide Male andere Hausgenossen infizierte: er erkrankte dann später im Laufe von 5 Jahren weitere 5 Male an einer klinischen Form, die in allen Symptomen dem Scharlach ähnlich sah, sei es, daß man sie als rezidivierende Scharlacherkrankung oder als rezidivierendes scharlachähnliches Erythem bezeichnen will. Verf. ist der Ansicht, daß sich nach einem ersten Scharlachanfall bei einigen Personen, die keine Immunität erworben haben, ein Zustand von Ueberempfindlichkeit einstellt, demzufolge im Rachen befindliche oder durch Neuinfektion von außen dorthin gelangende Keime ein Auftreten, bzw. eine Wiederholung allergischer Phänomene veranlassen. Ohne die Frage einer anaphylaktischen Aetiologie des Scharlach selbst erörtern zu wollen, versucht Verf. zu beweisen, daß die Scharlachrezidive und das sogenannte rezidivierende, scharlachartige Erythem rein anaphylaktische Erscheinungen sind.

33., Nr. 38, 20. September 1926.

* Zur Säuglingsernährung. Spolverini.

Heilung peroxysmaler Tachykardie durch intravenöse Chinidininjektion. Sebastiani.
Ein Fall von Wiederbelebung des Herzens durch intrakardiale Adrenalininjektion. Buzi.
Ein Zeichen für die Erforschung der Funktionsfähigkeit des Zwerchfells. Parodi.

Neue Gesichtspunkte hinsichtlich der Säuglingsernährung. Zweijährige Untersuchungen an gesunden Säuglingen vom vierten Lebenstage und bei Säuglingen mit Ernährungsstörungen hinsichtlich der Verdaulichkeit und Resorption der verschiedenen Zuckerarten und der vollkommen aufgeschlossenen Mehle (Typus Mellin) im Gegensatz zu den unvollkommen aufgeschlossenen und den natürlichen Mehlen. Ueber einen Zeitraum von 2 bis 3 Monaten wurde das Verhalten der Glykämiekurven, Stärkeuntersuchungen in den Faeces u. a. studiert. Verf. stellte fest, daß gesunde Säuglinge jeglichen Alters Milch-Mehlmischungen sehr gut verdauen und auch ausnutzen konnten. Der Hauptfaktor dabei ist weniger die Qualität als die Quantität. Ueber eine gewisse veränderliche Grenze hinaus erscheint unverdaute Stärke in den Faeces. Beispielsweise schwankt die oberste Grenze für ein gesundes Kind von etwa 3 Kilo Gewicht im ersten Lebensmonat um 10 bis 12 g Stärkepulver täglich (ca. 2 g Mehl pro Mahlzeit). Das Studium der Glykämiekurven von mit verschiedenen Mehlen ernährten Kindern zeigte, daß vom Standpunkt der Verdaulichkeit und Resorption der Stärke zwischen den unvollkommen aufgeschlossenen Mehlen des Handels und den natürlichen stärkehaltigen Mehlen kein Unterschied besteht. Der Schluß ist daher berechtigt, daß die industriellen Präparate unnütz sind, wenn sie nicht extra hier und da durch Beimengungen von Kakao u. a. schädlich wirken. Die einfachsten und natürlichsten Präparate sind am meisten vorzuziehen. Die Resorption der Kohlehydrate in Form von Zucker ist schneller als die unter der Form von Mehlen. Bei Zucker wird der Höhepunkt der Glykämiekurve rasch erreicht, die Kurve fällt aber schnell ab. Bei den vollkommen aufgeschlossenen Mehlen (Mellin) ist die Resorptionskurve fast identisch. Bei den unvollkommen aufgeschlossenen oder den natürlichen wird der Höhepunkt langsam erreicht, aber die Kurve fällt langsam ab. Bedeutungsvoll in dieser Beziehung ist, daß von allen Zuckerarten die Laktose am langsamsten resorbiert wird. Abgesehen von geringen Veränderungen in der Menge der Stärke hatte Verf. die gleichen Resultate bei Kindern mit Ernährungsstörungen. Säuglinge, die geeignete Mengen stärkehaltiger Substanzen mit Mutter- oder Kuhmilch erhielten, wurden von ihren dyspeptischen, auch schweren Störungen geheilt. Unter den natürlichen stärkehaltigen Substanzen erwies sich am besten, besonders bei Darmstörungen, das Reismehl, das zum Unterschiede von den anderen Mehlen arm an N. und Fett (6,4% bzw. 0,43%), dagegen reich an Hohlehydraten (78,10%) ist. Die Untersuchungen beweisen die vollkommene Funktion der Pankreasdrüse von den ersten Lebenstagen an.

33., Nr. 39, 27. September 1926.

* Ueber einen epidemischen Herd von Maltafieber. Alessandrini und Eurico.

Die Hämaturie bei Appendizitis. Sciaky.
Ein Fall von Vergiftung mit Lupinen-Serum beim Menschen. Pettarola.
Existiert eine Wissenschaft der Physiognomie? Rolle.

Ueber einen epidemischen Herd von Maltafieber. Verff. stellten in einem nahe Rom gelegenen Oertchen Affile 51,9% Aborte unter den Ziegen, 1,97% unter den Schafen, gar keine Aborte unter den Rindern fest. In 4 Monaten ereigneten sich unter der Bevölkerung von 1885 Einwohnern 40 sichere, teilweise sehr schwere Fälle von Maltafieber, von denen die 3 ersten tödlich verliefen. Symptome: Kopfschmerzen, Interkostalneuralgien, Myalgien, starke Schweiße, große Hinfälligkeit, Fieber nie von wellenförmigem, stets von kontinuierlichem Charakter mit leichten Magenremissionen. Glänzende Wirkung polyvalenter Heterovakzine nach 4 bis 6 Injektionen. Sehr lange Rekonvaleszenz. Die Ursache der Epidemie war mit Sicherheit auf die Erkrankung der Ziegen zurückzuführen. Die häufigste Erkrankung erfolgte durch Milch, jedoch waren sichere Infektionen durch direkten Kontakt der Menschen mit den infizierten Herden und mit dem von ihren Exkrementen (Urin) verunreinigten Material nachweisbar. Ansteckung von Mensch zu Mensch und Uebertragung durch stechende Insekten — es handelte sich um eine Frühjahrsepidemie — konnten ausgeschlossen werden. Dem sich immer mehr ausbreitenden Krankheitsprozeß ist es bisher unmöglich, wirksam zu begegnen wegen der leichten Verstreuung der Keime, ihrer langen Lebensfähigkeit außerhalb des Organismus und der großen Empfänglichkeit der Ziegenherden für die Infektion. Die größte Schwierigkeit verursacht die nahezu vollkommene Symptomenlosigkeit der Krankheit bei den Ziegen. Mikrobenbefund in Blut, Milch und Urin geben nicht immer positive Resultate, ebensowenig die Agglutinationsproben. Selbst die Burnetsche Intrakutanreaktion mit Melitin, ein fast sicheres diagnostisches Mittel beim Menschen, versagt oft bei den Ziegen, und die Erfolge von prophylaktischer und Heilwirkung der Vakzine sind bei den Tieren sehr zweifelhaft.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. med.

33., Nr. 9, 1. September 1926.

Bantische Krankheit und ähnliche Symptomenkomplexe. Marin.

* Osteoblastoma Lubarsch. Bignami.
* Neubildungen und Kaligehalt des Serum. Ottonello.

Maligner osteoblastischer Tumor. Verf. bringt einen der extrem seltenen Fälle dieser malignen Tumorbildung infiltrativer Entwicklung mit Zerstörung des Knochens und der benachbarten Gewebe, mit oft zystischen bindegewebigen Neubildungen, die mit Zellen von Osteoblastentyphus bekleidet sind, welche sogar osteoides Gewebe produzieren können. Lubarsch bezeichnete diese Tumoren, sichere Beispiele einer Metaplasie von Bindegewebe in Epithelzellen, als Osteoblastome. Verf. fand nur noch zwei weitere Fälle von Schlagenhaufer und Hausemann. In seinem Falle handelte es sich um einen ziemlich harten Tumor des linken Handrückens ohne fühlbare Lymphdrüsenschwellungen. Nach dem Röntgenbild war die proximale Hälfte des zweiten Metakarpus vollkommen verschwunden bei unverändertem Aussehen der distalen Hälfte. Infolge Sarkomdiagnose Amputation im unteren Drittel des Vorderarms. Exitus zwei Monate später an einer großen Metastase der Schulter.

Neubildungen und Kaligehalt des Serum. Auf Grund einer Reihe von Arbeiten über die Radioaktivität des Kali, über die Beziehungen der Kalisalze zur Karyokinese und die Begünstigung des Wachstums von Karzinomen durch die Kalisalze (Zwaardemaker, Nègre, Magron u. a.) bestimmte Verf. den Kaligehalt des Serums bei einer größeren Anzahl von Kranken mit und ohne Tumoren. Der Kaligehalt schwankt normalerweise in weiten Grenzen. Verf. fand einen Minimalwert von 19,88, einen Maximalwert von 34,08 mg%. In neuester Zeit wird der Tonus des vegetativen Systems einerseits mit den Schwankungen im Kaligehalt des Serums, andererseits mit der Entwicklung der Tumoren in Verbindung gebracht, und es sind sogar therapeutische Folgerungen mit Insulin als einem Stimulans des Vagotonus oder Pilokarpin und Histamin als sympathikuslähmenden Mitteln daraus gezogen. Es müßte nach diesen Behauptungen bei Trägern von Tumoren der Kaligehalt vermehrt sein. In 4 Karzinomfällen fand er denselben stärker vermehrt (ca. 60 bis 85 mg%), in weiteren 2 nur wenig über der Norm (ca. 40½ bis 42½ mg%). Andererseits fand er geringe Erhöhungen bei vielen anderen Affektionen und in der Schwangerschaft und sogar sehr hohe Werte in 2 Fällen von zerebrospinaler Syphilis, bzw. Maltafieber. Es hat also die Ionenkonzentration des Kali im Serum keine spezifische Bedeutung und keinen Wert für die Tumordiagnose.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. chir.

33., Nr. 9, 15. September 1926.

✦ Experimentelle Magenulzera infolge Stenosierung des Magens. Baggio.
✦ Ein Fall von Ureter bifidus mit pertieller Uronephrose. Colucci.
Ileus infolge retrograder Invagination nach Gastroenterostomie. Florentini.
Ueber Pseudo-Inkarzeration einer Hernie bei eitriger Peritonitis. Carlo.
✦ Die Wichtigkeit des Sitzes für die Haftung eines Hodentransplantats. Frinchera.

Experimentelle Magenulzera infolge Stenosierung des Magens. Verf. erzeugte durch einfache Faltung der Magenwand, die sich nur auf die vordere Magenwand beschränkte, bei intakter Erhaltung des anderen Segments des Magenringes, eine Magenstenose. Von 10 so behandelten Tieren boten 5, welche die Operation zwischen 4 bis 54 Tagen überlebten, ulzeröse Veränderungen der Schleimhaut dar, von geringfügigen Exulzerationen bis zum typischen, weit vorgeschrittenen Ulkus. Blutungen hatten in akuter oder chronischer Form zum Tode geführt. Die Erhöhung des Druckes im Magen setzte sich in ein anormales Trauma der Magenwände durch den Mageninhalt um, und bis zum Gegenbeweise ist die Hypothese eines Traumas ab ingestis berechtigt.

Ein Fall von Ureter bifitus mit partieller Uronephrose. Im Röntgenbild war ein großer Nierenschatten sichtbar, der untere Nierenpol entsprach der Crista iliaca. Die Pyelographie ergab ein kleines deformiertes Nierenbecken mit zwei Verzweigungen; auch der Uterus zeigte eine starke Biegung mit äußerer Konkavität, während der konvexe Teil der Kurve die Mittellinie erreichte und eine kurze Strecke mit dem Schatten der Wirbelsäule zusammenfiel. Mit der Diagnose einer schmerzhaften, ptotischen ren mobilis-Operation, die einen großen Nierensack mit 2 Ureteren ergab, die im Niveau der Crista iliaca in einem einzigen verschmolzen. Nephrektomie. Die Niere zeigte Foetallappung, der eine Ureter ging vom obersten Viertel der Niere, der zweite vom untersten Teil derselben aus, beide vereinigten sich nach 12 bzw. 8 cm Verlauf zu einem einzigen Ureter, und werden nirgends dilatiert. Der oberste Ureter führte in ein kleines, in gesundem Nierenparenchym gelegenes Nierenbecken, das von dem großen dilatierten vollkommen getrennt war. Ein Zeichen, auf welches vergessen war, zu achten, hätte in diesem Falle vielleicht auf die richtige Diagnose hinführen können. In Fällen von partieller Uronephrose mit Ureter bifidus erhält man, je nachdem man den Katheter nur ein wenig höher oder tiefer vorschiebt, abwechselnd eitrigen oder klaren Harn.

Die Wichtigkeit des Bettes für die Haftung von Hodentransplantaten. Versuche an Hunden und von Hund zu Hund: Hodenfragmente von 1 cm Größe, jungen Tieren entnommen, wurden in subkutanes Gewebe, Knochenmark, perirenales Fett, Milz- und Hodenparenchym, parietales Peritoneum und Pleura, Dura mater u. a. transplantiert, mit einem allerfeinsten Seidenfaden durch die Albuginea im peripheren Teil des Fragments befestigt, nach einer stets gleichen Zeit von einem Monat entnommen und histologisch untersucht. In welches Gewebe auch immer transplantiert wurde, einschließlich der Vaginalis, es kam stets zu Resorption, bald langsam und allmählich, bald sehr schnell. Die größere Schnelligkeit der Resorption steht einzig und allein zu äußeren Faktoren, wie stärkere Kompression, Beweglichkeit u. a. in Beziehung, welche die ungestörte Bildung von Gefäßverbindungen verhindern. Für die Gewebe, in denen es zu langsamer Resorption kommt, bestehen keine wesentlichen Differenzen zwischen den intraskrotelen (Vaginalis) und den übrigen, wie perirenales Fett, Milz, Peritoneum u. a. Es besteht also keine Spezifität des Gewebes für die Haftung der Hodentransplantate, wie Voronoff behauptet.

Rontal.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

39. Nr. 3, September 1926.

Ueber die Bildung der toxischen Flüssigkeit in abgebundenen Duodenojejunalschlingen. Braeye.
Untersuchungen über experimentelle Syphilis: Die Wassermannsche Reaktion beim normalen und syphilitischen Kaninchen. Kemp, Chesney und Poole.
✦ Die Herkunft der Phagozyten beim Kaninchen. Eliot.
Bacillus ozaenae foetidae (Perez'-Bazillus) und Bacillus proteus bei der Ozaena. Michailoff.

Die Herkunft der Phagozyten beim Kaninchen. Durch intravenöse Injektion von weißen Blutelementen, welche mit Farbstoffpartikeln beladen sind, lassen sich in den Organen des Kaninchens dieselben histologischen Veränderungen hervorrufen, wie durch direkte intravenöse Zufuhr des Farbstoffes. Diese Untersuchungen lehren, daß der sogenannte reticulo-endolethiale Apparat, das System der in den verschiedensten Organen nachweisbaren Phagozyten, zum größten Teil aus umgewandelten weißen Blutkörperchen besteht, welche nach der Farbstoffspeicherung aus der Blutbahn ausgewandert sind. Auch an Gewebskulturen ist die Verwandlung der Zellelemente des strömenden Blutes in Makrophagen, Clasmatozyten und Epitheloidzellen nachweisbar.

Biberfeld.

Archives of Internal Medicine.

38., Nr. 3, September.

✦ Die Häufigkeit der benignen Glykosurie in diabetischen Familien. Holst.
✦ Perniziöse Anämie, Achylia gastrica und kombinierte Strangerkrankung des Rückenmarks in ihren gegenseitigen Beziehungen. Grinker.
Die Wirkung des Atropins auf die Magenfunktion beim Menschen (quantitative Untersuchungen). Keefer und Bloomfield.
✦ Die Behandlung der Polycythaemia vera (Erythrämie) mit Phenylhydrazin. Brown und Giffin.
✦ Die Pathogenese der Lipoidnephrose. Elwyn.
Die epigastrische Pulsation. Zur Diagnose der Arythmia cordis durch das Epigastriogramm. Fukni.
Mykotische Aneurysmen der Aorta. Smith und Hansmann.
✦ Die Pharmakologie und therapeutische Anwendung des Novasurols. Serby.
Der Grundumsatz bei chronischer Herzerkrankung und bei Hypertension. Shapiro.
✦ Die Anwendung von Sodoku bei der Behandlung der progressiven Paralyse. Solomon, Berk, Theiler und Clay.
Akute Kokainvergiftung und ihre Behandlung beim Affen. Tatum und Collins.

Die Häufigkeit der benignen Glykosurie in diabetischen Familien. Die Häufigkeit des Zusammentreffens von nichtdiabetischer Glykosurie mit dem echten Stoffwechseldiabetes in einzelnen Familien ist zu groß, als daß sie ein Spiel des Zufalls sein könnte. Diese in diabetischen Familien anzutreffenden Glykosurien gehören den verschiedensten Typen an (alimentäre Glykosurie, renale Formen). Das familiäre Vorkommen dieser Störungen des Kohlehydratstoffwechsels mahnt dazu, bei festgestellter Glykosurie sorgfältig das Verhalten des Blutzuckers bei Belastung zu prüfen, selbst wenn andere Familienmitglieder sicher an Diabetes mellitus oder an benigner Glykosurie erkrankt sind. Denn die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Familie ist für den Charakter der im Einzelfall bestehenden Glykosurie nicht entscheidend.

Große Bedeutung ist den Beobachtungen über familiäres Auftreten derartiger Störungen beizumessen für das Problem der Erblichkeit des Diabetes mellitus sowie für die eindeutige Begriffsbestimmung der echten Zuckerkrankheit. Gegen die Auffassung, daß die verschiedenen Arten von Glykosurie sich nur quantitativ unterscheiden, daß alle auf einem leichteren oder schwereren somatischen resp. funktionellen Defekt in den Langerhansschen Inseln beruhen, ist vor allem anzuführen, daß ein Uebergang der benignen Glykosurien in hyperglykämische Stadien höchst selten beobachtet wird, obwohl bei orthoglykämischen Formen kaum je eine diätetische Behandlung stattfindet. Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß für die Erblichkeit solcher Störungen verschiedene Faktoren entscheidend sind, von denen einige für den Diabetes mellitus spezifisch sind, während andere der echten Stoffwechselkrankheit und den benignen Glykosurien gemeinsam sind.

Perniziöse Anämie, Achylia gastrica und kombinierte Strangerkrankung des Rückenmarks in ihren gegenseitigen Beziehungen. Die subjektiven und objektiven Erscheinungen sind häufig zu unbeständig und unspezifisch, um die Diagnose Morbus Biermer stellen zu lassen. Das Blutbild täuscht oft. Das sicherste Zeichen ist der große Unterschied im Durchmesser der einzelnen Erythrozyten, während die durchschnittliche Größe weit die des Normozyten übertrifft. Der Zelldurchmesser schwankt bei der perniziösen Anämie zwischen 3,7 und 13,9 Mikron (normal 4,7 und 9,5) und beträgt im Durchschnitt 8,3 Mikron (7,2 normal). Es sei betont, daß die Achylia gastrica bei sicherer Biermerscher Erkrankung gelegentlich fehlt, wenn sie auch in der überwiegenden Mehrheit der Fälle schon ausgeprägt ist, wenn die ersten Symptome auftreten. Kennzeichnend ist die Vollständigkeit und Unbeeinflußbarkeit dieser Magensaftsekretionsstörung, die während des ganzen Krankheitsablaufs — auch während der Remissionsstadien — bestehen bleibt. Diese Konstanz der Achlorhydrie steht in einem gewissen Gegensatz zu der Anazidität beim Magenkarzinom, welche sich allmählich entwickelt und oft nicht immer vollständig ist. Selten wird der Salzsäuremangel Monate oder sogar Jahre vorher festgestellt, ehe die Anämie in Erscheinung tritt. Viel häufiger ergibt die Anamnese, daß Störungen im Magen-Darmtraktus (Schmerzen, Diarrhöen) der Entwicklung der Anämie vorangingen. Es erscheint unberechtigt, die Achylia gastrica als auslösenden Faktor für die Biermersche Erkrankung anzusehen, etwa in dem Sinne, daß die fehlende Salzsäure eine Resorption von Toxinen aus irgendwelchen Infektionsquellen (Zähnen, Nasennebenhöhlen, Tonsillen) begünstigt und zur Keimbesiedlung des Darms führt. Die Anazidität ist zumeist das erste Zeichen der Erkrankung, jedoch kein ätiologischer Faktor. Die Fälle von Entwicklung der Biermerschen Anämie bei Achylikern, nach Magen- und Magendarmoperation mit nachfolgender Aufhebung der Salzsäuresekretion (Gastrektomie, Gastroenterostomie) sowie von familiärem Auftreten der Achylia und perniziösen Anämie sind viel zu selten, um bindende Schlüsse zu ziehen. Es kann jedoch nicht geleugnet werden, daß im allgemeinen eine Achylia die Entstehung von Infektionen begünstigt (insbesondere chronische Gelenkerkrankungen).

Seit langem ist es bekannt, daß zwischen der perniziösen Anämie und der kombinierten Systemerkrankung des Rückenmarks enge Beziehungen bestehen. Bei sekundären Anämien finden sich solche Rückenmarksveränderungen (degenerative, herdförmige Veränderungen der Markscheiden, Achsenzylinderzerstörungen und sekundärer Gliawucherung) nicht. Die Nervenerscheinungen können sich vor Auftreten einer Anämie einstellen. Fast alle Kranken (80%), die schon bei Beginn der Erkrankung über Parästhesien und Sensibilitätsstörungen klagten, boten späterhin das ausgeprägte klinische Bild einer Rückenmarkserkrankung (Reflexstörungen und Sensibilitätsausfälle, Motilitätsbehinderung, evtl. Erscheinungen der Querschnittsläsion entsprechend der wechselnden Lokalisation der verstreuten Krankheitsherde). Nur etwa 20% der Patienten, bei welchen erst im Verlauf des Leidens Taubheits-, Schmerz- und Kribbelgefühle sich einstellten, wiesen in späterer Zeit objektive neurologische Symptome auf. Vermutlich liegt diesen Störungen eine leichte periphere Neuritis zugrunde, wie sie auch bei sekundärer schwerer Anämie sich vorfinden kann. Die eigenartige Rückenmarkserkrankung bei der perniziösen Anämie kann nicht auf die Einwirkung eines spezifischen, neurotoxischen Stoffes zurückgeführt werden, da eine ganze Reihe anderer Erkrankungen zu demselben Symptomenkomplex führen kann (Addisonsche Krankheit, Malaria, Karzinome des Verdauungstraktus und Arteriosklerose der Rückenmarksgefäße).

Die Behandlung der Polycythaemia vera (Erythrämie) mit Phenylhydrazin. Die Anwendung des Phenylhydrazins als therapeutisches Agens ergab sich aus tierexperimentellen Erfahrungen, daß dieses Präparat neben Leberschädigung vor allem eine Zerstörung der roten Blutkörperchen hervorruft. Durch Substitution einer Methyl- oder Azetylgruppe in den Benzolring läßt sich die Leberschädigung bedeutend verringern, während die Einwirkung auf die Erythrozyten bestehen bleibt. Wegen dieses spezifisch zerstörenden Effektes wurde das Präparat (Azetylphenylhydrazin) bei einer Reihe von Kranken mit idiopathischer Polyzythämie angewendet. Die Herabminderung der Erythrozytenzahlen war sehr deutlich ausgesprochen und trat sehr rasch ein. Schon nach Verabfolgung von 0,2 g dieser Droge kam es zu einer Bilirubinvermehrung im Serum. Wenn auch der genaue Wirkungsmechanismus nicht bekannt ist, so scheint das Mittel am Hämoglobinkörper der Erythrozyten anzugreifen (Trennung des Farbstoffs von der Eiweißfraktion). Schon bei geringen Dosen tritt eine durch spezifischen Reiz bedingte Leukozytose auf. Die Einwirkung auf die Zahl der roten Formelemente hält noch 8 bis 10 Tage nach Absetzen des Mittels an. Die Zerstörung der Erythrozyten kann sich unter Symptomen der hämolytischen Krise abspielen (Milz- und Leberschwellung mit Schmerzattacken im Oberbauch, Ikterus). Die Funktionsprüfungen der Leber (Fruktosetoleranz, Farbstoffbelastung) lassen keine Schädigung dieses Organs erkennen. Mit der Herabsetzung der Blutmenge entsprechend der Zerstörung der Erythrozyten geht eine auffallende symptomatische Besserung parallel. Schwindel, Blutandrang zum Kopf, Neuralgien, leichte Erregbarkeit verschwinden rasch. Ausgezeichnete Resultate ergaben die Fälle, in denen es durch Endarteriitis obliterans zu quälenden Extremitätenschmerzen gekommen war. Bemerkenswerterweise ging die Hypertonie bei dieser Behandlung nicht zurück.

Das Präparat wird in Mengen von 0,1 g dreimal täglich verabfolgt. Die therapeutisch erforderliche Menge schwankte im Einzelfall zwischen 3,4 und 7,6 g. Das Medikament ist abzusetzen, wenn die Erythrozytenzahl auf 4,5 Millionen gesunken ist, zumal die Zellzerstörung noch ca. eine weitere Woche vorsichgeht. Ansteigen der Erythrozytenwerte und Verschlechterung des Allgemeinbefindens bedingten mehrfach 3 und 6 Monate später die Wiederholung der Kur. Beim Rezidiv ist gewöhnlich dieselbe Menge ausreichend wie vorher. Bisweilen empfiehlt es sich, durch kurze in jedem Monat durchgeführte Kuren oder durch Gaben kleiner Mengen ein- bis zweimal in jeder Woche den einmal erreichten Gesamtzustand zu bewahren.

Während der Kur kommt es zum erheblichen Anstieg des Harnstoffes im Blut, wobei die Vermehrung im allgemeinen dem Grad der Zellzerstörung entspricht. Bisweilen kann durch Verstopfung der Nieren mit Hämoglobintrümmern eine Reststickstoffretention erzeugt werden. Wichtiger ist das wiederholt beobachtete Auftreten von Venenthrombosen während der Behandlung. Gewiß treten solche Thrombosen auch sonst bei der Polyzythämie auf, jedoch scheint die rasche Blutzerstörung die Disposition zur Gefäßverstopfung zu begünstigen. Jedenfalls führt das Phenylhydrazin zu einer wesentlicheren Besserung der quälenden Allgemeinerscheinung und zu einer beständigeren Verminderung der Erythrozytenwerte als die gebräuchlichen Behandlungsmethoden: die Radiotherapie und der Aderlaß.

Die Pathogenese der Lipoidnephrose. Das klinische Bild der Lipoidnephrose ist gekennzeichnet durch den schleichenden Beginn der Erkrankung, den chronischen Verlauf mit Oedemen, Oligurie und Albuminurie erheblichen Grades, durch Veränderung des Eiweiß- und Lipoidgehaltes des Blutes und durch Ablagerung von Lipoiden in der Niere. Bei der genuinen Lipoidnephrose stehen den auffallenden klinischen Erscheinungen verhältnismäßig geringfügige pathologisch-anatomische Veränderungen gegenüber (Ablagerung von doppelbrechenden Substanzen in den Tubuli contorti und im interstitiellen Gewebe, geringfügige Fettdegeneration der Glomeruli). Für die Pathogenese wichtig erscheinen die Fälle, bei welchen das Auftreten der Nephrose von Beginn an verfolgt werden kann, wie bei der Entwicklung der Nephrose nach akuter Glomerulonephritis. In solchen Fällen verschwinden Hämaturie, Hypertonie und Anzeichen von Niereninsuffizienz, nur die Albuminurie bleibt bestehen. Allmählich wird die Eiweißmenge im Urin größer und nach etwa einem Halbjahr findet sich der charakteristische Symptomenkomplex der Lipoidnephrose ausgeprägt. Das Bestehenbleiben der Albuminurie stellt den ersten Schritt zur Entwicklung der Nephrose dar. Sie ist die Folge der während des akuten Entzündungsstadiums an den Nierenepithelien entstandenen Schädigung, welche vereinzelt zu einer dauernden abnormen Durchlässigkeit für das Serumeiweiß führt. Denn die im Urin ausgeschiedenen Eiweißkörper sind mit denen des Serum identisch. Die Menge der im Urin vorhandenen Albumine übertrifft die der Globuline bei weitem, da vermutlich die Niere die kleineren Moleküle der Albumine leichter hindurchtreten läßt. Die Symptome der Lipoidnephrose werden als Folgen von Regulationsstörungen und als Schutzmaßnahmen des Organismus, den Eiweißverlust zu verhindern und auszugleichen, einheitlich verständlich. So muß vor allem die beträchtliche Verminderung der Urinmenge als Mittel angesehen werden, die Eiweißausscheidung zu verringern. Diese Oligurie kommt durch Drosselung des Blutstroms in einem Teil des Glumeruli zustande. Es entsteht weiterhin eine Vermehrung der Globulinfraktion im Serum, da der Körper durch seinen Regulationsmechanismus die durch vermehrte Nierendurchlässigkeit verloren gehenden Albuminen mit den schwerer die Niere passierenden Globulinen ersetzt und so den Eiweißspiegel im Blut auf normaler Höhe einstellen will. Für den Organismus bestehen physiologischerweise zwei Wege, einer Flüssigkeitsüberladung des Gefäßsystems zu begegnen, die vermehrte Wasserausscheidung durch die Nieren und der vermehrte Flüssigkeitsstrom in das Gewebe. Bei Nephrose ist die renale Flüssigkeitsabgabe wegen des mit ihr verbundenen Eiweißverlustes stark eingeschränkt. Um die Blutmenge konstant zu erhalten, wird die Flüssigkeit in die Gewebe abgelenkt, so daß Oedeme entstehen. Während bei den Oedemen der Herzkranken oder bei Glomerulonephritis in der Oedemflüssigkeit eine beträchtliche Menge der Plasmaeiweißkörper sich vorfindet, enthalten die Oedeme bei der Lipoidnephrose meist knapp 0.1% Eiweiß. Augenscheinlich sind die Gefäßwände für Eiweiß undurchlässiger, während Salze und Wasser hindurch wandern können. Vermutlich kommt diese der Konstanterhaltung der Serumeiweißmenge dienende Schutzmaßnahme durch vermehrte Kontraktion der Kapillaren zustande. Die Blässe der Nephrosekranken weist auf eine vermehrte Kapillarkontraktion hin, denn sie ist — wie die Blutuntersuchungen ergeben — trotz normaler Hämoglobinmenge und normaler Erythrozytenzahlen oft stark ausgeprägt. Die über den ganzen Körper sich erstreckende Kapillarkontraktion mit einer Hemmung der Blutzufuhr bedingt eine allgemeine Unterernährung der Organe und Gewebe, wie sie in der Herabsetzung des Grundumsatzes, der Abnahme der Körpersubstanz und der verminderten Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen zum Ausdruck kommt. Die Beschränkung des Sauerstoffeintrittes zu den Zellen führt zu einer Einschränkung der intrazellulären Oxydationsvorgänge, welche sich an den Nieren in einer Lipoidspeicherung auswirkt. Aehnlich wie beim Diabetes geben die durch Sauerstoffmangel geschädigten und mit Lipoid gefüllten Zellen diese Stoffe an das Blut ab, so daß eine Lipämie entsteht. Nach Passieren des Nierenfilters erscheinen die Lipoide im Urin. Bei den Amyloidnephrosen ist anzunehmen, daß die Toxine der zur Amyloidose führenden Krankheiten (chronische Eiterungen, Tuberkulose, Syphilis) durch ihre Toxine die Nierenepithelien und die Glomeruli schädigen und so zur beständigen Albuminurie führen, welche die Erscheinungen der Lipoidnephrose nach sich zieht. Für die Fälle genuiner Nephrose ist das Ueberstehen einer leichten diffusen Glomerulonephritis anzunehmen. Warum eine solche Nierenschädigung zu einem dauernden, beträchtlichen Eiweißverlust mit schweren Folgen führt, ist unklar. Vielleicht spielt der Pneumokokkus ätiologisch bei solchen Nephritiden eine Rolle, welche der Entwicklung der Nephrose vorangehen. Wahrscheinlich ist die Anwesenheit dieses Keimes in nephrotisch veränderten Nieren verantwortlich für das gelegentliche Einwandern in die Bauchhöhle und die Entwicklung der Pneumokokkenperitonitis, welche oft das Leben der Nephrosekranken beendigt.

Die Pharmakologie und therapeutische Anwendung des Novasurols. Das als Antisyphilitikum zuerst angewandte organische Quecksilberpräparat hat eine große Bedeutung bei der Bekämpfung des Hydrops der chronischen Herzkranken gewonnen. Zweimal wöchentlich ausgeführte Injektionen (intramuskulär oder intravenös) von 1 ccm dieses Mittels führen bei hartnäckigem, kardialem Oedem zu einer allmählichen Entwässerung, die am besten durch fortlaufende Gewichtsbestimmungen zu überwachen ist. Die Diurese setzt schon 3 Stunden nach der Verabfolgung ein. Sie hält bei Jugendlichen etwa 12 Stunden an, während bei älteren oder geschwächten Individuen die diuretische Wirkung erst nach 24—48 Stunden abklingt. Wegen seiner toxischen Eigenschaften sollte das Novasurol erst dann verwendet werden, wenn alle anderen therapeutischen Hilfsmittel versagen. Wie Reststickstoff- und Bilirubinbestimmungen im Blut lehren, greift die schädigende Wirkung an den Nieren und der Leber an. Bei schon vorhandener Retention von Eiweißschlacken ist das Mittel nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Trotz Ausschwemmung von Oedemen mit Harnflut unter Novasurol kann es zur Retentionsurämie kommen. Eiweißnachweis im Urin und Zylindrurie besagen kaum etwas über die medikamentös entstandene Nierenschädigung, da sie bei chronischer Nierenstauung zumeist schon vorher vorhanden sind. Bei hämorrhagischer Kolitis oder zugleich mit Magnesiumsulfat darf Novasurol nicht angewendet werden. Interessant ist die Herabsetzung des Blutzuckers durch Novasurol bei hydropischen Diabetikern, während der Rückgang der Glykosurie nicht dem Sinken des Blutzuckerspiegels entspricht.

Pharmakologisch führt Novasurol zunächst zu einer Blutverdünnung, der eine Konzentrationsvermehrung nachfolgt. Die Ursache der Hydrämie ist unklar. Die Vermehrung der Blutmenge fällt mit dem Einsetzen der Diurese zusammen. Der Fortgang der Diurese scheint durch direkte Beeinflussung des Nierenepithels zustande zu kommen. Jedenfalls spricht der Anstieg des Reststickstoffs im Blut für einen renalen Angriffspunkt. Die Verminderung der Hyperglykämie beim Diabetiker ist wahrscheinlich Folge der Hydrämie und nicht das Resultat einer besseren Verwertung des Blutzuckers wie unter Insulineinwirkung.

Die Anwendung von Sodoku bei der Behandlung der progressiven Paralyse. Die Malariatherapie der Paralyse besitzt folgende Vorzüge; es gelingt durch Uebertragung der Parasiten leicht hohe Temperauren hervorzurufen, wobei die Temperaturanstiege in kurzer Zeit ufeinander folgen; die Mehrheit der Menschen sind für Malaria mpfänglich, endlich ist die Impfmalaria leicht durch Chininanwendung u heilen. Die Malariaimpfung ist jedoch mit einer Reihe von Schwierigkeiten verknüpft, welche der ausgedehnten Anwendung der rfolgreichen Fiebertherapie bei der progressiven Paralyse entgegentehen. Zunächst die Schwierigkeit bei der Beschaffung des Impfmaterials. Die Malariaplasmodien lassen sich nicht in der Kultur oder n einem Laboratoriumstier virulent bewahren, sondern müssen von inem Kranken mit lebenden Erregern im kreisenden Blut auf den aralytiker übertragen werden. So ist die Malariatherapie an den rten, wo diese Krankheit nicht endemisch ist, nur durchzuführen, wenn eine große Zahl von Kranken zu behandeln ist, so daß sofort on einem Paralytiker zum andern überimpft werden kann. Die alaria führt weiterhin zu schweren Reaktionen und bedingt an sich ne gewisse Mortalität (Kreislaufschwäche). Zumeist entwickelt sich ne ausgesprochene Anämie infolge der Erythrozytenzerstörung. Mit dem Tertianaparasiten können chininresistente Malariaparasiten übertragen werden. Endlich erkrankt ein Teil der Kranken nach der Impfung überhaupt nicht. Andere Paralytiker haben nur eine beschränkte Zahl von Schüttelfrösten und die Erkrankung erlischt spontan. Auch beim Rückfallfieber wird das Spontanverschwinden der Erreger nach einer therapeutisch ungenügenden Reihe von Fieberanfällen beobachtet, bisweilen bleibt die Salvarsantherapie wirkungslos.

Diese Nachteile der bisher üblichen Malaria- und Rekurrenstherapie der Paralyse scheinen bei Anwendung des Sodoku vermieden. Diese durch eine Spirochäte hervorgerufene Rattenbißkrankheit ist besonders in Japan häufig festgestellt worden. Neben Hauterscheinungen (Bißstelle mit Lymphangitis, Hautausschlag nach Generalisierung der Erreger) kommt es zu enem täglich oder zweitägig auftretenden intermittierenden Fieber, das monatelang anhält. Salvarsan bringt rasch und sicher alle Krankheitserscheinungen zum Verschwinden. Die Spirochaeta morsusmuris läßt sich mühelos lange Zeit bei Laboratoriumstieren (bes. Mäusen) virulent halten, so daß geeignetes Impfmaterial stets zur Verfügung steht. Bei den Kranken wird eine viel geringere Reaktion wie bei der Malaria ausgelöst trotz einer erheblichen Zahl von Fieberparoxysmen. Die künstlich erzeugte Krankheit gleicht völlig der auf natürlichem Wege erworbenen und wird prompt durch Salvarsan beseitigt. Es lassen sich Immunkörper gegen die Spirochäte nachweisen, die vielleicht bei der nahen Verwandtschaft der Erreger für die Beeinflussung der syphilitischen Herde von Bedeutung sind. Sodoku kann durch intrakutane oder intravenöse Impfung übertragen werden. Jedoch scheint die intravenöse Injektion den Vorzug zu verdienen, da die Primärläsion und die Lymphangitis nicht auftreten. Bei den bisher mit Sodoku behandelten Paralytikern wurden erhebliche Besserungen des klinischen und serologischen Befundes erzielt, die den therapeutischen Nutzen dieses Verfahrens gewiß erscheinen lassen. Ueber den Grad der Remission kann bei der Kürze der Beobachtungszeit nichts Endgültiges mitgeteilt werden. Biberfeld.

The American Journal of Syphilis.

10., Nr. 3.

✦ Knochensyphilis. F. H. Dillingham.
✦ Gleichzeitige gummöse Erkrankung beider Sternoklavikulargelenke. G. T. Pack und I. S. Beck.
Syphilis und Krankenhausbehandlung. H. M. Moses.
✦ Ein kleiner Apparat zum Auffangen von Serum durch die Aerzte zur Dunkelfelduntersuchung bei Verdacht auf Syphilis. W. R. Stokes und C. L. Ewing.
✦ Stadien der Neurosyphilis. A. Myerson und M. Yorshis.
✦ Erste Symptome der Neurosyphilis. C. S. Bluemel.
Neurosyphilis. H. V. Wildman.
✦ Nichtspezifische Reiztherapie, WaR. und Syphilisbehandlung mit lebenden (Malaria) und toten Lipoid-Albuminkomponenten. J. Schuhmacher.
✦ Neurosyphilis mit besonderer Berücksichtigung der intralumbalen Behandlung. W. C. Stoner.
✦ Der Kalziumgehalt im Serum Syphilitischer. I. Rosen und F. Krasnow.
Die Resistenz der Wassermannreaktion. L. G. Beinhauer.
✦ Chemische Untersuchungen über Neoarsphenamin. L. Freedman.
✦ Syphilis, ihre Diagnose, Prognose und Behandlung. R. E. Jameson.
Wismut und Wassermannreaktion. D. M. Sidlick.
Auslegung der Wassermannreaktion. D. L. Belding.
Fixationsvergleiche. R. Gilbert, V. Langworthy und A. C. Moore.

Knochensyphilis. Verf. zeigen an drei Fällen die verschiedenen Stadien der Knochensyphilis. Beim ersten Patienten handelt es sich um eine ungewöhnlich frühzeitig auftretende Periostitis, beim zweiten um eine syphilitische Osteomyelitis der Klavikel mit Osteoporose der Knochenrinde und Entartung des Periosts. Hier haben wir ein Befallensein des Knochens im Gegensatz zu der einfachen Frühperiostitis des Falles 1. Fall 3 endlich zeigt eine ausgebreitete Osteomyelitis, Verdickung der Knochenrinde und eine destruktive Periostitis mit Höhlen- und Sequesterbildung. Ein nur wenig anderes Bild als im Falle 2! Der Schluß scheint berechtigt, daß wir nach einer gewissen Dauer der Lues nicht nur Periostitis, sondern Sklerose, Rarifikation und Osteomyelitis sehen. Nur im Anfang der Knochenerkrankung sieht man die wellenförmige, unregelmäßige Linie des Periostes, die man immer als syphilitisches Befallensein des Periostes deuten kann. Dies Bild findet man so häufig, daß wir stets eingedenk sein müßten, daß dieselbe Syphilis auch destruktive Veränderungen bewirken kann, wie wir oben sahen. Darum sollten wir nicht warten, bis der Knochen entzündlich infiltriert ist, sondern schon bei den ersten nächtlichen Schmerzen nach Syphilis forschen. Auch sollte, trotz negativen Wassermannes und negativer Anamnese, stets ein Röntgenbild gemacht werden. Jeder Syphilidologe weiß, daß die WaR. bei Spätsyphilis unsicher ist. Syphilisperiostitis läßt sich nicht immer scharf von Tuberkulose und anderen entzündlichen Erkrankungen trennen. Hier wird das Röntgenbild von großem Nutzen sein.

Gleichzeitige gummöse Erkrankung beider Sternoklavikulargelenke. Gleichzeitige syphilitische Erkrankung beider Sternoklavikulargelenke ist ungewöhnlich. Bei dem angeführten Fall ging die Erkrankung von den vorderen Zervikalmuskeln aus und breitete sich von da auf den suprasternalen Raum und beide Sternoklavikulargelenke aus. Schwere Komplikationen können die Folge sein, wenn sich die Erkrankung nach hinten in das obere Mediastinum ausdehnt. Differentialdiagnostisch kommen Tuberkulose, Sarkom, pyogene Infektionen, Osteomyelitis, durchbrechendes Aortenaneurysma und Aktinomykose in Frage.

Ein kleiner Apparat zum Auffangen von Serum durch die Aerzte zur Dunkelfelduntersuchung bei Verdacht auf Syphilis. Syphilis ist öfters Todesursache als Tuberkulose, Krebs oder Pneumonie. Beim Todesfall erscheint als Grund meist irgendein äußeres Symptom, wie Hirnschlag, Herzleiden, frühzeitige Geburt. Die eigentliche Todesursache, die Syphilis, bleibt unbekannt. Das kommt davon, daß Syphilis zu selten in ihren Anfangserscheinungen erkannt wird. Die wichtigste Untersuchungsmethode, die Dunkelfelduntersuchung auf Spirochäten, wird häufig nicht ausgeführt, da viele Aerzte kein Dunkelfeld haben. Die bakteriologische Untersuchungsstation hat nun einen kleinen Apparat erdacht, mit welchem die Aerzte das Serum auffangen können, um es dann zur Untersuchung auf Spirochäten dem Gesundheitsdepartement einzusenden. So kann jeder Patient bei seinem Arzt bleiben, denn die Patienten kommen aus Scham nicht gerne in die öffentlichen Laboratorien. Jedes Apparätchen enthält eine feine Saugpipette. Das Serum wird entweder durch Kapillarattraktion oder durch leichten Druck auf den Gummisauger gewonnen. Die Pipette kommt in eine Glastube und wird dann vom Arzt sofort eingesandt. Dieser einfache kleine Apparat ist in jeder der 160 bakteriologischen Stationen oder im Gesundheitsdepartement selbst zu erhalten. Es ist sehr wichtig, das Serum sofort einzuschicken, da nach zwei Stunden die Beweglichkeit der Spirochäten nachläßt.

Stadien der Neurosyphilis. Aus dem großen Material des City-Hospitals in Boston hat Verfasser eine Reihe von Fällen ausgewählt, die bemerkenswerte Aufschlüsse über Neurosyphilis geben. Die schwere Form der Neurosyphilis tritt meist früh auf, manchmal schon beim Beginn der syphilitischen Erkrankung. Bei solchen Patienten sind die Meningen von gummöser Infiltration befallen. Diese Fälle reagieren noch auf die Behandlung, besonders ist Jodkali von guter Wirkung. Wenn später erst das Zentralnervensystem im Verlauf der syphilitischen Erkrankung in die mesodermalen Veränderungen einbezogen wird, so handelt es sich um eine parenchymatöse Erkrankung und die Prognose ist nicht günstig. Es muß ausdrücklich betont werden, daß der Blutwassermann zur Neurosyphilis keine Beziehungen hat. Wo Verdacht auf Neurosyphilis besteht, ist stets die Liquoruntersuchung heranzuziehen. Unter den ausgesuchten Fällen waren einige mit Vorderhornerkrankung. Dies mag vielleicht nur ein Zufall sein und ohne engeren Zusammenhang mit dem neurosyphilitischen Prozesse. Blutdrucksteigerung und Neurosyphilis fallen so häufig zusammen, daß man nicht mehr an Zufall glauben kann. Selbst bei alten Leuten muß man deshalb an Neurolues denken und bei allen Fällen von Hemiplegie die Lumbalpunktion machen.

Erste Symptome der Neurosyphilis. Verf. beschreibt an Hand von etwa 100 kurzen Krankengeschichten die Initialsymptome der Neurosyphilis. Die Klagen der Patienten wurden in ihren eigenen Worten gegeben. Die Initialbeschwerden konnten in folgende Rubriken eingereiht werden:

Schwachheit und Schmerzen in den Beinen	22	Fälle
Lanzinierende Schmerzen	18	„
Einschlafen und Kribbeln in den Gliedern	13	„
Gehirnsymptome	12	„
Gesichtsstörungen	9	„
Abdominalsymptome	8	„
Kopfschmerzen	7	„
Brustschmerzen	3	„
Epilepsie	3	„
Blasenstörungen	3	„
Schwäche und Müdigkeit	2	„

Nichtspezifische Reiztherapie. Man hat die Vakzinetherapie für spezifisch gehalten, bis Rumpf und Fränkel nachweisen konnten, daß auch ganz andere Erkrankungen durch intramuskuläre Einverleibungen inaktivierter, nicht spezifischer Keime beeinflußt wurden. Rudolf Schmitt führte anstatt der obenerwähnten Keime Milch in die Therapie ein. Er glaubte, daß das treibende Agens der günstigen Beeinflussung Proteinkörper seien und nannte die neue Methode „Proteinkörpertherapie". Im Gegensatz zu Bier, der die Proteinkörpertherapie identisch hielt mit der sog. Reiztherapie, die schon in den ersten Zeiten der Bluttransfusion gut bekannt war. H. Much kam durch seine Experimente zu dem Schluß, daß in der Proteintherapie Partialantigene eine Rolle spielen: Gewisse Eiweißstoffe, Lipoide und Fette. Verfasser ist der Ansicht, daß die sog. nichtspezifische Reiztherapie nur bakteriologisch nichtspezifisch ist, spezifisch aber im biochemischen Sinne. Es ist keineswegs gleichgültig, ob wir Proteide, Lipoide oder Lipoproteide verwenden. Die Reaktion des Organismus auf diese Substanzen und der therapeutische Effekt sind ganz verschieden. Lipoproteide, frei von Nuklein- und Lipoidsäuren, erzeugen im Körper proteolytische Fermente, Nukleoproteide bilden Fermente, die Nukleinsäuren aufschließen. So führen Injektionen freier, chemisch nicht gebundener Lipoide zur Bildung von lipolytischen Fermenten, die Einverleibung von Lipoproteiden zu lipoproteolytischen Fermenten. Diese Fermente attackieren und zerstören nicht nur verwandte Lipoideiweißstoffe, sondern greifen auch das Lipoproteid in der Spirochaeta pallida an, wie Verfasser an seinen Versuchen mit Ratten zeigen konnte. Während lipolytische Fermente keine spirilloziden Eigenschaften zeigen, haben (nach den Experimenten Bergels) lipoproteolytische Fermente spirillozide Eigenschaften. Milch enthält, wie Verfasser nachweisen konnte, beträchtliche Mengen einer Lipoideiweißkomponente. Er schließt daraus, daß man durch Milchinjektionen keine unspezifische Reiztherapie betreibt, wohl aber eine hochspezifische Therapie im biochemischen Sinne, d. h. eigentlich eine Lipoideiweißtherapie, da sie zur Bildung lipoproteolytischer Fermente führt. Mit der Entwicklung lipolytischer Fermente verbindet sich nicht immer eine positive WaR. Der Wassermann wird aber immer positiv bei einleitender Behandlung mit Lipoideiweißstoffen. Diese Bildung von Lipoideiweißstoffen begleitet eine positive WaR., ohne daß man die Ursache dieser Reaktion erklären könnte. Experimente von Bergel zeigten, daß Vorbehandlung mit Lipoiden (Lezithin) keinen Einfluß auf die Spirochäten ausübten. Wenn man zu dem Lipoid eine Serummischung gab, wurde der Wassermann positiv, gab man beide getrennt, blieb er negativ. Bergel betrachtet die WaR. als ein Symptom der Abwehrreaktion des Körpers und erklärt die Schwellung der Lymphdrüsen, die Zunahme der Lymphozyten, das wachsende Ueberhandnehmen der Lipoide im Blute Syphilitischer als defensive Maßnahmen des Körpers gegen die Infektion. Verfasser neigt dazu, die WaR. als das Resultat einer Abwehrreaktion des Organismus aufzufassen, die ihren Ausdruck in der Bildung lipolytischer Fermente findet. Die positive WaR. erscheint deshalb als Anfangssymptom der allgemeinen Abwehrreaktion des Körpers. Daß die Anwesenheit der Spirochäten allein nicht zur Bildung lipoproteolytischer Fermente führt, wurde experimentell nachgewiesen. So ist das Neugeborene mit Spirochäten überflutet, bei meist negativem Wassermann. Die Selbstheilungstendenz des Körpers beruht auf der Hervorbringung proteolytischer Fermente. Die alten Aerzte hatten nicht so unrecht, wenn sie die Hauterscheinungen sich erst einmal richtig entwickeln ließen, bis die Bildung lipoproteolytischer Fermente ihre selbständige Höhe erreicht hatte. Dann trat die Quecksilberbehandlung als Unterstützung der Fermentbildung hinzu. Salvarsan wirkt direkt auf die Spirochäten. Das Kohlendioxyd im Blut macht die lipoproteidlösliche Salvarsanbase frei, welche wiederum gebunden wird von den Spirochäten durch Bildung des „Spirochäten-Lipoid-Aziddioxydiaminoarsenobenzols", mit dem Resultat, daß die Parasiten der sauerstoffabspaltenden Wirkung der Arsengruppe erliegen, an welche die Salvarsanbase gebunden ist, aus welchem Grunde sie auch morphologisch verschwinden. Wie die Experimente zeigen, wächst die zerstörende Wirkung des Salvarsans, wenn zu gleicher Zeit Lipoideiweiß gegeben wird. Ob Salvarsan außer seiner direkten Wirkung noch eine indirekte ausübt, dafür fehlen noch die Beweise. Man sollte eher glauben, daß Salvarsan die Produktion lipoproteolytischen Ferments hindern würde, da es sich an das Lipoprotoplasma der Lymphozyten in Lymphdrüsen und Milz bindet, in denen nach Bergel diese Fermente ja gebildet werden. Die Wirkung des Quecksilbers ist vorwiegend indirekt. Auch das Wismut wirkt nur durch Freimachung lipoproteolytischen Fermentes. In welcher Weise Jod angreift, ist noch nicht genügend geklärt. Die Erfolge mit Malaria beruhen auf den oben dargelegten Vorstellungen. Die Infektion zerstört rote Blutkörperchen und andere Zellen, dadurch wird autogenes Lipoideiweiß frei. Dieses Lipoideiweiß wirkt in diesem Falle als Antigen. Die Abwehrreaktion des Körpers zeigt sich in vermehrter Produktion lipoproteolytischen Fermentes. Diesem Einfluß erliegen auch die Spirochäten in Gehirn und Rückenmark, die wir sonst nicht erreichen können. Es ist wahrscheinlich, daß die Kupierung der Malaria mit Chinin und die folgende Ueberflutung des Organismus mit unzähligen toten Plasmodien die Bildung von Fermenten begünstigt. Der Malariakur folgt am besten eine energische Behandlung mit Quecksilber, um die Bildung proteolytischen Fermentes aufs höchste zu steigern. Auf Grund seiner histologisch-chemischen Untersuchungen kommt Verfasser zu der Forderung, daß die möglichst frühe kombinierte Kur durch unspezifische Behandlung mit Lipoideiweiß unterstützt werde.

Neurosyphilis, mit besonderer Berücksichtigung der intralumbalen Behandlung. Neurosyphilis kann ohne Lumbalpunktion nie ausgeschlossen werden. Die intralumbale Behandlung hat seit ihrer Einführung viele begeisterte Verteidiger, aber auch ebenso viele Verurteiler gefunden. Verfasser referiert über 150 Fälle, die er intralumbal traktierte. Diese bekamen 620 Einspritzungen. Er ist der Ansicht, daß die intralumbale Behandlung nur eine Unterstützung der allgemeinen antisyphilitischen Behandlung sei und diese nie vollständig ersetzen könne. Deshalb begann er sie erst oft, wenn die klinischen Erfolge nicht genügten, oder trotz guter klinischer Erfolge der Liquor nicht negativ wurde. Er sieht den wirklichen Wert der Lumbalbehandlung nur bei jenen Fällen, die trotz intensiver kombinierter Behandlung blut- oder liquorpositiv blieben. Lumbalpunktion, richtig ausgeführt, ist nicht schmerzhafter als intravenöse Injektion. Sie kann ambulant ausgeführt werden. Beinschmerzen und andere Beschwerden werden mit Cod. sulfuric. behoben.

Der Kalziumgehalt im Serum Syphilitischer. Verfasser lehnen nach ihren Untersuchungen an syphilitischen Männern und Frauen, Schwangeren und Nichtschwangeren, Jugendlichen und Kindern, Weißen und Farbigen, Behandelten und Nichtbehandelten die Annahme ab, daß zwischen dem Kalziumgehalt des Blutes Syphilitischer und dem Fortschreiten der Krankheit ein ursächlicher Zusammenhang bestünde. Zunächst stellten sie fest, daß der Kalziumgehalt des Blutes etwas höher ist, als man bisher als Norm annahm. Er betrug 10—13 mg per 100 ccm. Bei den Syphilitikern war der Prozentsatz in keiner Weise vom Krankheitsstadium abhängig. Die Höchstzahlen waren 16 mg.

Chemische Untersuchungen über Neoarsphenamin. Titriert man Arsenkomponenten mit Jod bei Anwesenheit einer Mineralsäure, so tritt eine reversible Reaktion ein. Hierbei wird weniger Jod gebraucht, als theoretisch erforderlich wäre. Der Grad dieser reversiblen Reaktion ist direkt proportional dem Säuregehalt der titrierten Lösung. Organische Säuren rufen diese Reaktion gleichfalls hervor, doch in weit geringerem Maße als Mineralsäuren. Die Verbindungsgruppe Formaldehydsulfoxylat im Neoarsphenamin wird durch Jod in neutraler Lösung zur korrespondierenden Formaldehydbisulfitgruppe oxydiert, indem sie zwei Jodatome aufnimmt. Bei Anwesenheit von schwacher Salzsäurelösung erfährt die kombinierte Formaldehydoxylatgruppe einen gewissen Grad von Hydrolyse, wodurch sie mehr als zwei Jodatome benötigt. Zur vollständigen Oxydation dieser Gruppe werden vier Jodatome oder zwei Sauerstoffatome verbraucht. Starke Salzsäurelösungen (10% oder mehr) hydrolysieren Neoarsphenamin vollständig zu Arsphenamin und die Zerfallsprodukte der Formaldehydsulfoxylatgruppe. Durch diese Reaktion wird Arsphenaminhydrochlorid frei.

Syphilis, ihre Diagnose, Prognose und Behandlung. Wahrnehmungen an einem großen Material führen Verfasser zu folgenden Forderungen: Bei allen Syphilitikern im ersten Stadium: Dunkelfelduntersuchung; im zweiten Stadium: Wassermann- und Dunkelfelduntersuchung; im Tertiärstadium: Dunkelfeld-, Blut- und Liquoruntersuchung. Manchmal kommen auch Ophthalmoskopie, Röntgenbild, Provokation des Wassermanns usw. in Frage. Die WaR. ist in 95% aller Sekundärsyphilis positiv. Der Liquor ist bei 100% der Zerebrospinalkranken während des ersten Jahres der neurotischen Erkrankung positiv. Im zweiten und dritten Jahre wird er, trotz starker klinischer Erscheinungen, schwankend; im vierten Jahre wird er wieder positiv und bleibt so, wenn keine Heilung zu erzielen ist. Die trotz sorgfältiger Behandlung wassermannresistenten Fälle wurden früher als unheilbar aufgegeben. Darunter gibt es einen besonderen Typ von Patienten. Ein oder zwei Jahre wurden sie intensiv behandelt; ein paar Jahre danach kommen sie in schlechtem Körperzustand mit doppelt positivem Wassermann. Erneut intensiv behandelt, blüht der Patient auf und fühlt sich sehr wohl; der Wassermann ist vierfach positiv! Die Spirochäten verlassen bei manchen Patienten das Blut im Sekundärstadium, dringen in das Gewebe, wofür sie eine besondere Vorliebe haben, ein, um sich dort einzubetten und einzukapseln. Verfasser ist der Ueberzeugung, daß verborgene Infektionsherde die Ursache einer ganzen Anzahl wassermannresistenter Fälle sind. Die Infektion wurde gewöhnlich in den Tonsillen oder den Zähnen gefunden. Entfernte der Halsspezialist oder der Radiologe diese Herde, so wurde der Patient auch ohne erneute, spezifische Behandlung negativ. War dies einmal nicht der Fall, so brachte erneute nochmalige spezifische Behandlung den Umschlag.

E. Kottmaier, Mainz.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. 15, 4.

- * Die Röntgendiagnose der gestielten Gewächse und des Schleimhautprolapses durch den Pylorus. E. L. Eliason, E. P. Pendergrass und V. W. Wright.
- * Ergänzende Röntgensymptome der chronischen Gastritis. A. Bassler.
- Subakuter Darmverschluß mit ungewöhnlicher Kolonerweiterung, röntgenologisch nachgewiesen. E. W. Lipschutz.
- Myositis ossificans progressiva. Fallbericht und Literaturübersicht. L. F. Magruder.
- * Röntgenbehandlung spontaner, posttraumatischer und postoperativer Kokkeninfektionen und Eiterungen. Holzknecht.
- * Ausdehnung des Zervixkarzinoms auf die breiten Mutterbänder. L. Martin und T. Rogers.
- Schutz der technischen Assistenten und jener, welche mit großen Quantitäten Radium oder Radon umgehen. H. Viol.

Die Röntgendiagnose der gestielten Gewächse und des Schleimhautprolapses durch den Pylorus. Röntgenologisch bringen sie einen Füllungsdefekt im Bulbus duodeni hervor, dessen Form von der Gestalt des Vorfalls abhängt. Um den Defekt ist ein dünner Kontrastschatten. Diese Defekte treten auf dem Film nur in Erscheinung, wenn er in rechter Seitenlage aufgenommen ist. Für jene Fälle, deren sehr langer Stiel dem Vorfall gestattet, bis ins Jejunum zu reichen, mag dies nicht immer zutreffen. Das Ganze kann bei der Röntgenuntersuchung leicht übersehen werden. Die peristaltischen Wellen können unbeeinflußt bleiben oder verstärkt sein, je nach dem Grad des Verschlusses und dem Tonus der Magenmuskulatur. Immer findet sich ein meist beträchtlicher Sechsstundenrest, der von dem Grad der Veränderung abhängt. Diese wirkt wie ein Kugelventil. Tritt eine gestielte Geschwulst durch den Pylorus, so findet sich kein Füllungsdefekt des Magens. Die unmittelbar dem Pylorusring benachbarten Teile in Ausdehnung von 2—5 cm können dann, wenn es sich um einen beträchtlichen Vorfall von Schleimhaut handelt, einen großen Füllungsdefekt der Pylorusgegend zeigen. Weiter kann durch Verdrängung der Kontrastmahlzeit eine geringere Verdichtung des Schattens verursacht sein. Sind die Veränderungen weniger hochgradig, so kann es zu den Erscheinungen einer Faltenbildung im Magen kommen, die jener gleicht, welche durch leichten Druck der Pylorusgegend gegen die Wirbelsäule erzielt wird. Differentialdiagnostisch unterscheidet sich das Ulcus duodeni durch den spastischen Charakter des Füllungsdefekts, der weder zentral ist, noch in aufrechter Stellung verschwindet. Vergrößerung des Pankreaskopfes kann am Duodenum einen ähnlichen Füllungsdefekt hervorbringen, allein dies ist sehr selten. Besonders wichtig scheint die Berücksichtigung des Schleimhaut- bzw. Geschwulstvorfalls bei der Diagnose perniziöse Anämie, welche bisweilen nur durch ständige auf diese Anomalien zurückzuführende Geschwürsblutungen vorgetäuscht wird. Wichtig ist noch, daß der palpierende Finger die gestielte Geschwulst übergehen kann, was bei dem Schleimhautvorfall die Regel ist.

Ergänzende Röntgensymptome der chronischen Gastritis. Die Erscheinungen der chronischen Gastritis sind in gewissem Sinne vergleichbar den Verhältnissen der organischen Erkrankung des Herzens. Indem Parenchymveränderungen störend auf die Innervation einwirken, ist der regelmäßige und ungehinderte Ablauf des von dem Sinoaurikularknoten und den Herzohren ausgehenden Reizes durch das Aurikuloventrikularbündel gestört, wodurch es zu unregelmäßigen und kleinen Kontraktionen mit fibrillären Zuckungen und Dilatation kommt. Auch die chronische Gastritis geht mit solchen fibrillären Zuckungen einher, die sich an der großen Kurvatur, seltener an der kleinen, als Zähnelung in ausgesprochenen Fällen zu erkennen geben.

Röntgenbehandlung spontaner, posttraumatischer und postoperativer Kokkeninfektionen und Eiterungen. Durch zeitige, korrekte Anwendung der Röntgenstrahlen bei akuten und subakuten Kokkeninfektionen lassen sich ⅔ der Fälle von Phlegmonen und Abszessen der Extremitäten, des Stammes, Nackens und des Gesichtes, sowie Periproktitis, Parametritis, eitrige postoperative Residuen, postoperative Pneumonie usw. günstig beeinflussen. ⅓ löst sich abortiv durch Krisis, ⅓ rasch durch Lysis. Die übrigen Fälle, einschließlich der Nasennebenhöhleninfektionen oder Infektionen anderer Lokalisierung lassen sich nicht annähernd so gut beeinflussen. Die Gründe sind unbekannt. 20% der HED werden unter Schwerfilter auf den Herd und seine nächste Umgebung verabfolgt. Bei starkentzündlichen Veränderungen werden 10%, bei Kindern von 5—7½% gegeben. Erweist sich die Wirkung innerhalb der nächsten 6 Tage als ungenügend, so wird dieselbe Dosis ein zweites und evtl. ein drittes Mal wiederholt. Nach der Bestrahlung kann es zur Steigerung der Symptome kommen. Die Besserung kann mit einer oder mehreren eitrigen Nekrosen verbunden sein, die selten spontan perforieren, sondern geöffnet werden müssen, andernfalls kann der Prozeß wieder aufflammen. Man soll weder vor der Bestrahlung inzidieren, noch nach derselben vorzeitig inzidieren, sondern auch bei Lymphangitis den Effekt der Strahlen abwarten. Dieser besteht in einer Zunahme der bakteriolytischen Kraft des Blutes in den 4—6 Tagen, die der Bestrahlung folgen. Durch Auflösung der Leukozyten innerhalb des entzündlichen Gebietes werden Antitoxine und Bakteriolysine frei.

Ausdehnung des Zervixkarzinoms auf die breiten Mutterbänder. Ein großer Teil der quälenden Schmerzen kommt bei vorgeschrittenem Zervixkarzinom durch dessen Ausdehnung in den breiten Bändern mit Striktur eines oder beider Ureteren. Dieser Typ führt auch den Tod der Frau durch Harnvergiftung herbei. Diese Ausdehnung des Krebses muß versucht werden durch Bestrahlung zu verhindern, wobei es wahrscheinlich ist, daß der Ureter widerstandsfähiger ist, als Blase und Rektum, die eine ziemlich hohe Strahlenempfindlichkeit besitzen.

J. Kottmaier, Mainz.

Oriental Journal of dis. of infants.

1., Heft 2/3, Juli 1926.

Studien über den Gehalt an Vitamin-B in der Muttermilch von an Beriberi erkrankten Säuglingen. T. Suzuki.

* Ueber den Bleigehalt der Kopfhaare bei den an „Seröser Meningitis" leidenden Säuglingen und ihren Müttern. K. Tada.

Beiträge zu Leukozyteneinschlüssen. Okashima.

Ueber den osmotischen Druck von Zerebrospinalflüssigkeit. Einfluß des osmotischen Drucks des Liquors auf die Körpertemperatur. J. Kaneko.

Ein Fall von Kinder-Dysenterie mit Darmblutung. R. Sasaki und E. Manabe.

Ueber klinische Anwendungen von Ausflockungsreaktion mit Katsuobushi (getrockneter japanischer Fisch) mit Blutserum und Liquor bei syphilitischen Kindern. S. Takeda.

Ueber die Ausflockungsreaktion von syphilitischem Blutserum, Katsuobushi als Antigen. R. Sasaki.

Experimentelle Studien über supravital färbbare Substanzen in den Erythrozyten. M. Nishitani.

Ueber den Bleigehalt der Kopfhaare bei den an „Seröse Meningitis" leidenden Säuglingen und ihren Müttern. Man beobachtet in Japan bei Säuglingen eine meningitisartige Erkrankung, die der serösen oder tuberkulösen Meningitis ähnlich verläuft, des öfteren aber restlos ausheilt. Nach neueren Untersuchungen dieser Fälle handelt es sich dabei um Bleivergiftungen der Säuglinge. Verf. fand denn auch tatsächlich einen sehr hohen Bleigehalt im Kopfhaar der erkrankten Säuglinge, deren Mütter auch stets in großen Mengen bleihaltigen Puder gebrauchten. Diese Mütter wiesen ferner Bleisaum auf und im Blute fand man basophil granulierte Rote. In der Muttermilch dieser Frauen konnten Bleimengen bis 0,763 mgr im Liter nachgewiesen werden.

Käckell, Erfurt.

Buchbesprechungen.

Kurt Klare: **Die Lipatrentherapie der Tuberkulose** (Behringwerk-Mitteilungen Heft 5). Das Lipatren ist, wie sein Name sagt, ein kombiniertes Lipoid-Yatren-Präparat, das in flüssiger Form zur parenteralen und in Tablettenform zur oralen Behandlung in den Handel kommt. Das flüssige Lipatren enthält 1% Lipoid in zelldisperser Form und 2% Yatren. Die Lipatrentabletten enthalten neben tierischem Lipoid 0,15 Gramm yatrensaures Kalzium pro Tablette (0,5).

Unter Heranziehung der noch spärlichen Literatur über das Präparat und auf Grund eigner Erfahrungen gibt Verf. in der vorliegenden Schrift einen erschöpfenden Ueberblick über die experimentellen Grundlagen und die Klinik der Lipatrenbehandlung, dieses noch verhältnismäßig jungen Zweiges der Tuberkulosetherapie. Meerschweinchenversuche haben gezeigt, daß das Lipatren einen Reiz auf die Bindegewebszellen ausübt, welche ein lebhaftes Wachstum erkennen lassen. Dem experimentellen Ergebnis scheinen die vorliegenden klinischen Beobachtungen zu entsprechen. Die Lipatrenbehandlung hat sich bewährt sowohl bei Lungentuberkulose wie auch bei extrathorakaler Tuberkulose. Vorsichtig einschleichende Dosierung ist wie bei jeder Reiztherapie so auch hier nötig, sorgfältige Beobachtung des Kranken ist unerläßlich. Die Bedeutung der Blutsenkung und des Blutbilds als verläßliche Reaktionen für die Feststellung der Verträglichkeit und Wirksamkeit des Mittels wird nachdrücklichst betont. Die orale Lipatrenbehandlung hat den Vorzug der Einfachheit und Bequemlichkeit, ein Unterschied in der Wirksamkeit gegenüber der parenteralen Anwendung besteht nicht. Verf. selbst bevorzugt die intramuskuläre Behandlung ihrer exakteren Dosierbarkeit wegen.

Jedem, der sich mit der Lipatrentherapie der Tuberkulose beschäftigen will, kann Klares Arbeit zur schnellen Orientierung über das Gebiet sowie als nützliche praktische Anleitung bestens empfohlen werden.

H. Zwerg.

Dr. Paul Deus: **Orthopädische Schulfragen.** Baden 1926. — Dieses in der Reihe der Beihefte zur Zeitschrift „Die Körpererziehung" (Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. Matthias, Zürich) erschienene Büchlein wendet sich in erster Linie an Schulmänner, Eltern und Erzieher. Eindringlich wird die Gefährdung rückenschwacher Kinder durch sitzende Beschäftigung gezeigt und der Weg zur Verhütung von Wirbelsäulenverkrümmungen gewiesen: Zurückstellung schwächlicher Kinder vom Besuch der üblichen Schule, dafür Waldschulen im Sommer für diese Kinder; Verminderung der Sitzstunden und der Schulaufgaben, tägliche Turnstunde in freier Luft; in der untersten Klasse Haltungsübungen und Beginn des Schreibunterrichts erst, wenn die korrekte Haltung automatisiert ist; Schulbänke mit Reklinationssitz, normaler „Differenz" und negativer „Distanz"; Steilschrift; Aufklärung der Eltern; regelmäßige ärztliche Untersuchung; Sonderturnen für Rückenschwächlinge unter geübter Leitung; Behandlung leichter Rückgratverkrümmungen in ärztlich geleiteten Turnstunden; Ueberweisung schwerer Rückgratsverkrümmungen an besondere Institute mit eigenem Schulbetrieb. Auch zur Verhütung der Belastungsdeformitäten des Fußskeletts kann in der Schule durch klassenweise Ausführung von Fußübungen viel geleistet werden.

Fritz Pulvermacher.

Marie Friedrich-Schulz: **Die Ausbildung in der Kranken-, Irren- und Säuglingspflege und im Massageberuf.** Verlag: Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter, Reichssektion „Gesundheitswesen", Berlin. — Diese Broschüre stellt eine Uebersicht dar über die bestehenden Prüfungsvorschriften für die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege und in ihren Spezialgebieten. Das zahlenmäßige Erfassen der in Deutschland bestehenden Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für den Krankenpflegeberuf mit allen seinen Spezialfächern ist wegen der Mannigfaltigkeit unmöglich. Deshalb bringt vorliegende Broschüre nur die von den Einzelstaaten erlassenen Vorschriften soweit sie mit einer staatlichen Prüfung enden und ein staatlicher Ausweis über die abgelegte Prüfung erteilt wird. Bei Durchsicht dieser vielfach voneinander abweichenden Vorschriften tritt der Mangel einer einheitlichen reichsgesetzlichen Regelung der Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften stärker denn je in die Erscheinung.

Neben den allgemeinen Vorschriften für die Ausbildung des Krankenpflegepersonals, der Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen, der Wochenpflegerinnen, der Masseure und Masseusen, der Krüppelpflege- und Erziehungsschwestern und der Krankengymnastinnen.

Alle eben aufgezählten Berufe sind Spezialgebiete der allgemeinen Krankenpflege, die als erste Vorbedingung für die Ausübung des Berufs eine gründliche Vorkenntnis in der allgemeinen Krankenpflege voraussetzen. Erst wenn die Ausbildung auf dieser Grundlage erfolgt, wird die Gewähr dafür geboten sein, daß in den Spezialfächern der Krankenpflege tatsächliche Pfleger und Pflegerinnen tätig sind, die eine besondere Eignung und Veranlagung für diesen Spezialzweig der Krankenpflege mitbringen.

Dr. Stimming.

Kongreß-Kalender.

(* bedeutet Kongresse.)

* 22.—23. Oktober: Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte, Freiburg i. Br.

* 23.—24. Oktober: 5. Tagung der Vereinigung deutscher Röntgenologen und Radiologen in der tschechoslowakischen Republik, Prag.

* 24. Oktober: 7. Tagung der Vereinigung der Südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte, Freiburg i. Br.

25.—30. Oktober: Fortbildungskurs für Röntgentherapie und Röntgendiagnostik, Bonn.

25.—30. Oktober: Aerztlicher Fortbildungskurs, Rostock.

1.—13. November: Aerztliche Fortbildungskurse, Leipzig.

1.—13. November: Kurs für innere Medizin, Dresden.

1. November 1926 bis 12. Februar 1927: Sozialhygienischer Lehrgang für Kreisarzt-, Schul- und Fürsorgearztanwärter, Charlottenburg.

6.—20. November: Vortragszyklus über den Stand der Röntgendiagnostik und Radium- und Röntgentherapie, Essen.

16.—27. November: Kurs der Sonderfächer (Ohren-, Nasen-, Augenheilkunde und Dermatologie, Dresden.

7.—19. März 1927: Kurs für Chirurgie und Orthopädie, Dresden.

* Ende Mai 1927: 2. Russischer Urologen-Kongreß, Leningrad.

* September 1927: 2. Hälfte. 5. Internationaler Kongreß für Vererbungswissenschaft, Berlin.

* 1928: Deutscher Balneologenkongreß, Baden bei Wien.

48.8
F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post $^1/_4$ Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 29 BERLIN, DEN 26. OKTOBER 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
NOV 20 1926
U.S. Department of Agriculture
4

ERGOPAN

Name ges. gesch. Nr. 172578.

Hochwirksames

SECALEPRÄPARAT

enthält die Alkaloide und Aminokörper des Secale cornutum, welche die Uteruskontraktionen hervorrufen, in haltbarer, konstanter Zusammensetzung und natürlichem Mengenverhältnis der Droge.

1 ccm ERGOPAN = 4 g Secale cornut. D. A. B.
$^1/_4$ ccm ERGOPAN = ca. 10 Tropfen = 1 Tablette
= 1 Eßlöffel voll Inf. secal. cornut. 10,0 : 150,0.

INDIKATIONEN:

Blutungen in der Nachgeburtsperiode, im Wochenbett, nach Aborten, bei Atonien, Menorrhagien und Metrorrhagien.

DOSIS:

per os: *10 Tropfen oder 1 Tablette — langsam im Munde zergehen lassen — mehrmals täglich*
per injectionem: *tief intramuskulär 1 ccm, im Bedarfsfalle mehr.*

VERORDNUNG:

per os: *ERGOPAN, Originalfläschchen zu 5 und 10 ccm.*
ERGOPAN-Tabletten, Originalröhrchen mit 10 und 20 Stück
per injectionem: *ERGOPAN-Ampullen mit je 1,1 ccm, Originalschachteln zu 3, 6 und 12 Stück.*

In fast sämtlichen großen Krankenkassen-Verbänden zur Verordnung zugelassen und in das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926" als wirtschaftlich für die Kassenpraxis aufgenommen.

TEMMLER-WERKE
VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN
BERLIN-JOHANNISTHAL

Primulatum fluid.

Perextraktivprodukt aus Viola+Primula zur Ausschaltung der ausländischen Drogen Senega und Ipecacuanha mit erhöhter expektorierender Wirkung.

Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern.

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22

Aclavagin

Indikationen: Kausale Therapie des vaginalen (unspezifischen) Fluors und Kolpitis. Symptomatisch bei Fluor constitutioneller und extragenitaler Aetiologie neben Kausalbehandlung. Prophylaktisch als Desinfiziens besonders ante et post partum.

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen!

Karl Horn & Co. A.-G. * **Frankfurt a. M.**

Aerztl. Pension,
Wernigerode Harz
Dr Degener, Arzt für innere u. Nervenkrankheit.

Mikroskope antiquarisch und neu
W. Tarun, Bln. N 24,
Linienstr. 131 IV, Nähe Friedrichstr.

Impotenz

Muiracithin ist eine Kombination des bekannten Nerventonikums Lecithin mit dem nervenanregenden Extrakte der Muira puama (Brasilien), deren die Sexualsphäre anregende und auf den Gesamtorganismus als Stimulans wirkende Eigenschaft bei den Eingeborenen von altersher geschätzt wurde. Muiracithin ist vorwiegend indiziert bei nervösen Depressionszuständen, besonders der Sexualsphäre, bei beiden Geschlechtern.

Pharmakologisch ist Muiracithin geprüft worden von Prof. Nevinny, Innsbruck, klinisch u. a. von: Geheimrat Professor Dr. A. Eulenburg, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Posner, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Senator und Dr. Popper, Berlin / Professor Dr. Redlich, Wien / Dr. L. Steinsberg, Franzensbad / Professor Dr. Rabow, Lausanne / Professor Dr. Kolomoizew, Kasan.

Muiracithin wird in steigenden Dosen ordiniert, dreimal täglich 3—4 Pillen. Originalflacons zu 50 und 100 Pillen in allen Apotheken.

Muiracithin

Versuchsmengen und Literatur kostenlos.

SARSA
chem.-pharm. G. m. b. H.
BERLIN - FRIEDENAU

Kleine Anzeigen

Zuschriften der beigedruckten Ziffer mit Ausnahme der bei den Annoncen-Büros aufgegebenen Anzeigen sind zu richten an die Geschäftsstelle der Fortschritte der Medizin Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Hilfspersonal

Schwester in allem gut erfahren sucht Poliklinik oder Sprechstund. **Koh,** Landwehrstr. 43

Mitarbeiterin. Ernste, pflichtbew. Schwester, Staatsprüfung I, in allen Zweigen d. Krankenbhdlg. perf. mit best. Zeugn. und Referz., sucht f. sof. Stellung a. Sprechstdhilfe od. ähnl. 2054

Sprechstd.-Assistentin, perf in Diathermie-, Licht- und elektr. Behandlg, in Massage, klin. Un ersuch., Kassenwes. erf., s. z. 1. 11. neuen Wirkungskreis. 564

Dame, perfekt Stenographie, Schreibmaschine, sucht Wirkungskreis **Sprechstundenhilfe** usw. 543

Vermischtes

Entbindungsheim „Starnbergersee" herrl. geleg. — diskr. angenehmster Erholungsaufenthalt. Aerztliche Leitung. Anfr. u. 129

Sprech- u. Wartezimmer gibt an Facharzt ab - außer an Dermatologen - Zahnarzt **Dr. Peters,** W 15, Kurfürstendamm 43 II

Vibeta

Hochwertig. Lecithin-Nerven-Nahrung / Hervorragendes Nähr- und Kräftigungsmittel.

Wohlschmeckend und leichtverdaulich.

▽

Indikationen:
Nervosität, Neurasthenie, Ermüdungs- und Erschöpfungszustände, Schlaflosigkeit, Unterernährung, nervöse Magen- und Darmstörungen.

▽▽▽

100 gr Mk. 2,50 / 250 gr Mk. 5,50

3 mal täglich 1—2 Kaffeelöffel in Wasser, Milch, Kakao.

▽

Proben stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Lüttgen & Co., G. m. b. H., Berlin-Steglitz 1.

● ● **Augenarzt** 587
wünscht in BERLIN oder anderer Großstadt Augenklinik zu kaufen, oder als Teilnehmer (evtl. in Klinik mit Augenstation) einzutreten.

Mehrere Röntgenapparate und Zubehör, darunter auch solche für Dermatologen von Mark: 275,— an preiswert abzugeben. 2053

Inhalt des Heftes:

Kongreß-Berichte:

89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf vom 19. bis 25. September 1926 (Schluß) 1149
6. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin vom 13. bis 16. Oktober 1926 1154
I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung (Berlin 10.—16. Oktober 1926). Bericht von Dr. Curt Alsberg, Charlottenburg 1157

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter: Die Gutachtertätigkeit des Arztes und ihre Bedeutung in Streitsachen . . . 1160
Briefkasten 1161
Berichtigungen 1161

Laufende medizinische Literatur:

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 41 . . . 1162
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 42 1162
Medizinische Klinik, Nr. 40, 41 1163
Klinische Wochenschrift, Nr. 38, 41 1164
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 41, 42 1166
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Heft 20, 21 1166
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, **117.**, Heft 1/2 1167
Zentralblatt für Innere Medizin, **47.**, Nr. 41, 42 . . 1167
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 42 1167
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, **198.**, 5./6. Heft . 1168
Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, **39.**, Heft 1 1168
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, September 1926 1169
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 40—42 1169
Monatsschrift für Kinderheilkunde, **33.**, Heft 6 . . 1170
Jahrbuch für Kinderheilkunde, **64.**, Heft 3/4 . . . 1171
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 39 1171
Acta Medica Scandinavica, **64.**, Heft 4/5 1171
Acta Paediatrica, **6.**, Heft 1/2 1172
Revista Española de Medicina y Cirurgia, Nr. 99 . . 1172
La Medicina Ibera, **20.**, Nr. 458—461 1173
El Siglo Medico, **78.**, Nr. 3796—3797 1173
Revista Clinica de Bilbao, **1.**, Nr. 8 1173
Archivos Españoles de Pediatria, **10.**, Nr. 9 . . . 1173
La Pediatria, Heft 15—19 1173
Rivista di Clinica Pediatrica, **24.**, Heft 8, 9 1174
British Medical Journal, Nr. 3430—3431 1174
Revue de la Tuberculose, Nr. 4 1175
Annales d'Occulistique, September 1926 1176
American Journal of Obstetrics and Gynecology, **12.**, Nr. 3 1176
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapie, Vol. 15, 5, 6 1177
California and Western Medicine, **25.**, Nr. 1, 2 . . . 1179
Buchbesprechungen 1180

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. E. Loeben, Berlin-Steglitz: Zur Behandlung der Schlaflosigkeit verschiedenster Genesen mit Paranovol 1181
Dr. Richard Wolff, Berlin: Die Wirkung der Radium-Linnen 1181
Dr. Rudolf Katz, Berlin: Erfahrungen mit einem neuen Analgetikum, Dormalgin 1182
Aus dem Marinehospital in Düsseldorf.
Dr. P. Engelen: Die Kapillarmikroskopie in der ärztlichen Praxis 1182
Dr. med. B. Brecher, Berlin: Ein Beitrag zur Fluortherapie mit „Dermatina" 1183
Therapeutische Notizen 1184

Bei Kassen zugelassen!

Digitalis-Exclud-Zäpfchen

(Digitalisgehalt eines Zäpfchens entspricht 0,075 g fol. dig. titr.)

zur **rectalen** Behandlung.

Gesamter Anwendungsbereich der Digitalis-Therapie

Digitalis-EXCLUD-Zäpfchen werden der Oral- und Injektions-Therapie vorgezogen, weil frei von Nebenwirkungen.

In den ersten Tagen 2—3, dann 1 Zäpfchen tägl. Gesamtmenge ca. 20 Zäpfchen. Für Dauertherapie 1 Zäpfchen pro die.

Literatur: Klin. Wochenschr. Nr. 28, 1925, Professor Dr. S. G. Zondek, (Charité, Geh.-Rat-Kraus); Die Therapie der Herzkrankheiten, 1925, Dr. Haeberlin, Bad Nauheim. Med. Klinik Nr. 37, 1926 Dr R. F. Weiss, Sanatorium Grunewald, Bln.-Grunewald.

K.-P.: Schachtel 6 Stück M. 1.50

Rheumasan

Das führende perkutane

Antirheumaticum und Antineuralgicum

auch bei quälenden Herzsensationen

Proben und Literatur

K.-P.: Tube M. 0,70
½ Tube M. 1,25, ¹/₁ Tube M. 2,—

Dr. R. REISS

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

Levurinose „Blaes"

das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

Athenstaedts Spezialpräparate

Tinctura Ferri Athenstaedt
in langjähriger Praxis bewährtes Roborans, Tonicum, Stomachicum.

Tinctura Ferri. Athenstaedt arsenicosa

Athensa :: Arsen-Athensa

Athensa- und Arsen-Athensa-Tabletten

Confectio Athenstaedt (Athenstaedts Eisentinktur in Schokoladen-Umhüllung)

Liquor Alsoli 50%
Ungiftiges Desinficiens, Adstringens. Hochkonzentriertes unbedingt haltb. Tonerdepräparat.

Alsol-Creme - Alsol-Streupulver

Acetonal-Haemorrhoidal-Zäpfchen

Acetonal-Vaginale

Toramin -- Perrheumal

Das wirksamste Antilueticum der Wismutgruppe:

Milanol-Injection

Schüttelemulsion f. Erwachsene, 0,06 g Bi = 1 ccm.
Steril verschlossene Originalgläser mit 15 ccm Inh.
Originalschachteln mit 12 Ampullen je 1,5 ccm.

=

Milanol-Oel

Klare Oellösung f. Säugl. u. Kinder, 0,02 g Bi = 1 ccm.
Steril verschlossene Originalflaschen mit 5 ccm.

=

Hervorragende Verträglichkeit
Schmerzlose Anwendung

Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten zur Verfügung

Athenstaedt & Redeker : chem. Fabrik : Hemelingen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 29 26. OKTOBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Kongreß-Berichte.

89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte

in Düsseldorf vom 19. bis 25. September 1926.

(Schluß.)

In einer gemeinsamen Sitzung der Abteilungen Pathologie, Chirurgie und Innere Medizin wurde das Thema: **Gallensteine** behandelt. Vom pathologischen Standpunkt aus referierte Aschoff-Freiburg. Es kommen im wesentlichen 3 Arten von Gallensteinen vor; erstens Cholesterinsteine, mit einem dünnen Eiweißgerüst, in der Hauptmenge aus Cholesterin bestehend, ohne Kalkgehalt, ohne Zentrum, radiär gebaut; zweitens Cholesterinkalksteine, hauptsächlich diese beiden Komponenten enthaltend, meist ebenfalls gehäuft vorkommend; drittens erdige Pigmentsteine, gleichförmig, meist konzentrisch geschichtet, enthaltend außer Kalk und Cholesterin noch Pigment. Die ersten beiden Formen entstehen in der Gallenblase, die letzte primär in den Gallenwegen. Viel seltener kommen Kombinationssteine, zufällige Modifikationen vor, in geringer Menge auch der sogenannte harte schwarze Pigmentstein. Die Bedingungen der Entstehung sind Stauung und Infektion, wie bereits Naunyn in seinen klassischen Untersuchungen festgestellt hat; es kommt noch dazu als ätiologisches Moment eine Stoffwechselstörung. Aschoff wendet sich scharf gegen die Theorie und besonders gegen die Kampfesart des dänischen Forschers Rovsing, der behauptet, daß die Angaben Naunyns falsch sind und daß die Gallensteine sich nur aus den schwarzen Pigmentsteinen durch ganz verschiedene Umwandlungen bilden. Stauung allein genügt nur in besonderen Fällen zur Bildung von Gallensteinen; die Infektion spielt als zweiter Faktor eine wichtige Rolle; allein ist sie aber auch nicht imstande, Steinbildung zu veranlassen. Die Infektion der Gallenwege ist außerordentlich häufig, schon normale Gallenwege enthalten oftmals Staphylokokken und andere Erreger. Eine sehr erhebliche Rolle für das Zustandekommen der Stauung spielt eine Störung des Sphinkterenapparates an Choledochus und Zystikus, durch ihre vikariierende Oeffnung und Schließung. Kurz kommt Ref. noch auf die Wandersteine zu sprechen; das Abgehen wird in den meisten Fällen durch einen Krampf verhindert.

Ueber die klinische Seite referierte v. Bergmann-Frankfurt a. M. Die klinische Diagnostik der Gallenblasenerkrankungen ist neuerdings erheblich verbessert worden. Außer der Röntgendiagnostik, welche besonders durch die Cholezystographie durch kontrastgebende Mittel, die von der Leber aus in die Gallenblase gelangen, erheblich bereichert worden ist, ist vor allem die Methode der Gewinnung von Galle mit Hilfe der Duodenalsonde sehr fruchtbar gewesen. Durch Einführung von Peptonen, Fett, Bittersalz kann man eine Entleerung der Blasengalle erzielen. In der Bergmannschen Klinik wurde festgestellt, daß Hypophysin 20 bis 30 Minuten nach der Einspritzung eine besonders günstige Entleerung der Blasengalle bewirkt. Es entleert sich dann statt der goldgelben Lebergalle dunkle Blasengalle. Dies zeigt, daß die Gallenblase nicht nur ein Reservoir ist, sondern vor allen Dingen ein Kondensationsapparat. Durch zu starke Kondensierung wird die Steinbildung befördert, die Infektion begünstigt: Störungen im komplizierten Entleerungsspiel der Gallenblase und der großen Gallenwege beeinflussen sich wechselseitig; das gilt auch für die Entstehung der Steine, die durch Zusammenarbeit mehrerer Faktoren erheblich begünstigt wird. Die klinische Diagnose der Gallenblasenerkrankungen muß nicht nur Schmerzen in der Gegend der Gallenblase selbst, sondern auch jede Klage über Magen und Darm, evtl. sogar noch weiter ausstrahlende Schmerzen berücksichtigen. Andererseits gibt es außerordentlich viel Steinträger, welche das ganze Leben oder mindestens sehr lange Zeit ganz beschwerdelos bleiben. Die klinisch wichtigste Frage ist nicht die, ob ein Stein vorhanden ist oder nicht, sondern vielmehr, ob eine Betriebsstörung in den Gallenwegen besteht. So ist für die Diagnose die Frage der Füllung und der Entleerung der Gallenblase ebenso wichtig wie der Nachweis von vorhandenen Steinen oder einer Entzündung. Die Behandlung muß sich hiernach richten. Der Arzt muß sich fragen, ob er krampflösend, ob er entzündungsbekämpfend vorgehen soll, ob er der Gallenblase Ruhe schaffen oder sie besser entleeren soll. Daraus wird sich auch die Indikation zur Operation ergeben, die nur sparsam zu stellen ist, da der große Prozentsatz der Heilungen auch ohne chirurgischen Eingriff durch die Unzahl der beschwerdelosen Steinträger bewiesen wird: fast die Hälfte aller älteren Frauen haben Gallensteine. Die internistische Therapie ist heute auch wirksamer als in früheren Zeiten. Trotz der Fortschritte der letzten Zeit sind die Schwierigkeiten der Diagnose noch recht groß, ebenso die Klippen, an denen die Behandlung scheitern kann.

Vom chirurgischen Standpunkt wurde die Frage von Anschütz-Kiel behandelt. Es bestehen außerordentlich große Unterschiede, ob man im Anfall oder im Intervall operiert. Im letzteren Falle ist die Mortalität, auch bei älteren Leuten zwischen 50 und 60 Jahren 1,7 Proz. und bei älteren Leuten nicht höher als 4 Proz. Dagegen ist bei der Operation im Anfall der ältere Kranke sehr schwer gefährdet. Durch zu langes Warten erhöhen sich die Gefahren auf das 10- bis 30fache. Die Kunst der Behandlung liegt darin, daß die leichten Anfälle überhaupt nicht, die schweren und schwersten aber möglichst frühzeitig operiert werden. Die Dauererfolge betragen 80 bis 90 Proz., Mißerfolge mit rückfälligen Beschwerden treten trotz Seltenerwerdens technischer Fehler immer noch in 5 bis 10 Proz. der Fälle auf. Meist lagen hier irgendwelche Komplikationen vor, die übersehen worden waren. Andere Mißerfolge sind dadurch bedingt, daß der nervöse Apparat der Gallenwege fehlerhaft arbeitet. Solange die innere Medizin weder die zugrunde liegende Stoffwechselstörung noch die Steine selbst beseitigen kann, wird die Operation nicht entbehrt werden können. Durch gemeinsame wissenschaftliche Arbeit muß erreicht werden, daß die Fälle in früherem Alter und rechtzeitig zur Operation kommen; hierdurch werden sich die Gefahren vermindern und die Dauererfolge bessere werden.

In der Abteilung Physiologie gab Willstätter-München ein außerordentlich schönes Referat über den heutigen Stand der Fermentlehre, wie er sich besonders nach den Untersuchungen von Willstätter und seiner Schule darstellt. An die Spitze seiner Ausführungen stellte er den Satz, daß die Fermente etwas chemisch genau Feststehendes sind, und daß nicht die Dispersität der Verteilung, sondern die chemische Konstitution für das Enzym charakteristisch sind. Die Enzyme selbst definierte er als von den Lebewesen gebildete organische Katalysatoren, denen im Gegensatz zu den anorganischen eine weitgehende Spezifität zukommt. Diese ist eine sehr hohe: so spalten Rohrzucker invertierende Enzyme nicht auch Milchzucker. Die Saccharasen der verschiedenen Pilze unterscheiden sich auch voneinander, indem der spaltende Angriff an verschiedenen Stellen des Moleküls erfolgt. Für die Fermentforschung ist zunächst eine möglichst vollkommene Isolierung des zu untersuchenden Enzyms notwendig, seine möglichste Befreiung von Ballaststoffen. Bei allen Versuchen über Fermente ist es nötig, eine quantitative Bestimmung der Wirksamkeit auszuführen; die Fermentmenge wird in willkürlich festgesetzten Einheiten gemessen, wobei die Einheit durch bestimmte Leistungen unter genau normierten Bedingungen definiert wird. Durch Vergleich der Anzahl Einheiten in einem Gramm Substanz eines gereinigten Fermentes gegenüber dem Rohferment errechnet man den Reinheitsgrad. Die Reinigung der Fermentlösungen von Begleitstoffen aller Art geschieht durch die sog. auswählende Adsorption. Hierfür sind besondere Methoden ausgebildet worden: teils wird das Adsorbens, welches die Ballaststoffe aufnehmen soll, oder, in anderen Fällen, das Ferment selbst elektiv adsorbiert, in der Lösung selbst gebildet, teils wird das absorbierende Gel der Lösung zugesetzt. Die Möglichkeiten der auswählenden Adsorption sind sehr groß, da z. B. schon die Tonerdepräparate je nach ihrer Darstellung sich qualitativ bezüglich der Adsorption sehr erheblich voneinander unterscheiden: schon mehr oder weniger großer Wassergehalt führt zu einer erheblichen Veränderung der Adsorptionsfähigkeit eines Tonerde-Gels. War das Ferment adsorbiert, so kann man es durch einfache oder fraktionierte Elution aus seiner Verbindung mit seinem Adsorbens herauslösen. Das Reaktionsoptimum, d. h. die Azidität, bei welcher das Ferment seine höchste Wirkung zeigt, ist nicht durchaus für das Ferment charakteristisch, sondern es wechselt auch mit dem Substrat. So wirkt das fettspaltende Ferment im Magen optimal bei einem pH von 5 bis 6, dagegen gereinigt, ebenso wie reine Pankreaslipase, bei einem Optimum von pH 8. Es handelt sich hierbei um das gleiche Ferment. Die verschiedene Wirkung erklärt sich dadurch, daß bei der Reinigung ein Begleitstoff abgetrennt wird, der im sauren Gebiet die Wirkung steigert, sie dagegen im alkalischen Gebiet hemmt.

Ergänzt wurden diese Mitteilungen von Willstätter durch den Vortrag seines Schülers E. Waldschmidt-Leitz-München: **Zur Struktur der Proteine** in der Abteilung Chemie. Das aktive Trypsin, der Komplex Trypsin-Enterokinase läßt sich durch Tonerde in die Komponenten Trypsin und Enterokinase aufspalten, andererseits läßt sich durch Aluminiumhydroxyd die Pankreasprotease in Erepsin und Trypsin spalten. Redner hat an genau definiertem Ausgangsmaterial, vor allem dem Clupein, zeigen können, daß die Wirkung dieser verschiedenen Fermente genau bis zu bestimmten Stufen verläuft, daß die Wirkung des Trypsins lediglich in der Freilegung von Peptiden besteht, während der Komplex Trypsin-Kinase, vor allem Erepsin, die weitere Spaltung bewirken. Die Aufspaltung der Proteine geht, wie hier nicht näher ausgeführt werden kann, nicht so vor sich, wie man bisher annahm, nämlich in Form einer Desaggregation.

Ueber Stärke sprach in derselben Sitzung R. Kuhn-München; auch hier müssen die alten Anschauungen verlassen werden, indem z. B. die Maltose in der Stärke nicht präformiert ist, sondern erst in der Folge sich auf Grund eines nur in der Stärke vorhandenen Stoffes bildet. Die verschiedenen Fermente wirken in verschiedener Weise: so bildet Malzamylase aus Stärke β-Maltose, während Pankreasamylase α-Maltose bildet. In der Stärke sind beide Bindungen alternierend vorhanden. Ueber seine schönen Untersuchungen zum **Abbau und Aufbau der Polysaccharide** berichtete H. Pringsheim-Berlin. Vorangegangen war ein Vortrag von M. Bergmann-Dresden über **allgemeine Strukturchemie der komplexen Kohlehydrate und Proteine.** Die Ansicht, daß die chemische Strukturtheorie nicht in der Lage ist, die Chemie der hochmolekularen Naturstoffe zu umfassen, besteht nicht zu Recht. Höhere Kohlehydrate und Eiweißkörper lassen sich genau unter denselben Strukturbegriffen verstehen wie einfache flüssige organische und anorganische Stoffe, wenn man nur den strukturchemischen Grundbegriffen eine Fassung gibt, die mit den neueren Ansichten über den Aufbau fester Stoffe im Einklang steht. Die Lösung hierfür geben die grundsätzlich verschiedenen Arten der gegenseitigen Zuordnung von Atomen und Atomgruppen, die individuelle Bindung und die aggregierende Bindung, beim Kristall Gitterbindung. Es kommt so zu dem Begriff von Individualgruppen, Atomgruppen eines beliebigen Stoffes in einem beliebigen Aggregatzustand, dessen Einzelatome zwischen sich keinerlei aggregierende Bindung enthalten. Die sog. „hochmolekularen" Stoffe, wie die höheren Kohlenhydrate und wahrscheinlich auch die natürlichen Eiweißkörper bestehen aus engbegrenzten Individualgruppen, welche durch starke Gitterkräfte zusammengehalten werden. Eine gewisse Ergänzung bot der Vortrag von Mark-Dahlem über die **Bestimmung der chemischen Strukturformel, besonders hochmolekularer organischer Verbindungen auf röntgenographischem Wege.** Mark hat die Methode des Röntgenogramms, aus welchem man die Atombindungen einfacherer Stoffe schon seit einiger Zeit abzulesen gelernt hat, auf die Erkennung des Aufbaus komplizierter Körper angewandt. Unter gewissen, variierenden Bedingungen werden Röntgenogramme hergestellt, die nun genau ausgemessen werden; je nach der Entfernung der einzelnen Linien, der Lage der höchsten Intensitäten kann man mehr oder weniger genau die räumliche Anordnung der Atome im Raume feststellen und in Modellen, die aus durch Draht verbundenen Kugeln bestehen, die Konfiguration anschaulich darstellen.

Es seien hier anschließend kurz einige Vorträge referiert, die zwar für den Arzt als solchen und ebenso für den Biologen an sich nicht von Wichtigkeit, die aber wegen ihrer allgemeinen Bedeutung das Interesse weiter Kreise verdienen. Es handelt sich um die neuen technisch-chemischen Methoden, die für unsere Wirtschaft von großer Bedeutung sind. In der Abteilung für angewandte und technische Chemie sprach Franz Fischer-Mülheim a. d. Ruhr über die **Synthese des Erdöls.** Die Gewinnung flüssiger, erdölähnlicher Produkte aus Kohle steht heute im Vordergrund des Interesses. Es ist bereits ein Verfahren ausgebildet worden, unter hohem Druck solche Produkte zu gewinnen. Das Fischersche Verfahren arbeitet bei gewöhnlichem Druck; es wird zunächst Wassergas aus Kohle oder Koks hergestellt und nun aus diesem bei tiefen Temperaturen unter normalem Druck und Anwendung von Katalysatoren Paraffin und die anderen Kohlenwasserstoffe gewonnen. Aus diesem Rohmaterial, das gewissermaßen ein künstliches Petroleum ist, können dann durch fraktionierte Destillation die heißbegehrten flüssigen Brennstoffe, Benzin und dergl., gewonnen werden. Eine andere sehr wichtige Frage wurde von Fr. Bergius-Heidelberg erörtert: die **großtechnische Durchführung der Holzverzuckerung mit konzentrierter Salzsäure.** Daß Zellulose des Holzes durch Salzsäure in Zucker umgewandelt werden kann, war schon lange bekannt, doch stieß die Gewinnung auf Schwierigkeiten, da bei den früher üblichen Verfahren der Zucker sehr schnell wieder zersetzt wurde. Man hatte darum sich begnügt, auf diesem Wege Alkohol darzustellen. Wie schon von Willstätter gezeigt worden ist, kann die Zersetzung des aus der Holzzellulose gebildeten Zuckers vermieden werden, wenn man statt der gewöhnlichen Salzsäure hochkonzentrierte verwendet, die schon in der Kälte die Zellulose auflöst und in Zucker verwandelt. Bergius ist die großtechnische Durchführung dieses Verfahrens geglückt. Man erhält so einen Zucker, der ohne weiteres für die Verfütterung, ebenso wie für die weitere Verarbeitung auf technischem Alkohol verwendbar ist, und der auch durch Raffinierung für den menschlichen Genuß brauchbar gemacht werden kann.

In einer gemeinschaftlichen Sitzung der Abteilungen Pharmakologie, Innere Medizin mit anderen interessierten Sektionen wurde die Frage der **Proteinkörpertherapie** behandelt. Freund-Münster hatte das pharmakologische Referat übernommen. Er zeigte die Veränderungen auf, die sich bei der Injektion von Eiweißkörpern ergeben, charakterisiert besonders durch gesteigerten Gesamtumsatz und sehr ähnlich den Veränderungen, die auch bei gewissen Krankheiten beobachtet werden. Insbesondere sind Veränderungen des Blutes sowie im vegetativen System beobachtet worden. Es sprach als zweiter H. Sachs-Heidelberg über serologische Fragen bei der Proteinkörperanwendung. Die Erörterung dieser Dinge ist insofern undankbar, als für die therapeutische Wirkung unspezifischer Reize keineswegs hinreichende experimentelle Grundlagen vorhanden sind, die zur Führung für das praktisch-therapeutische Handeln geeignet wären. Zwar ist lange bekannt, daß unspezifische Reize zu einer Reaktion des Organismus führen; es ergibt sich schon aus älteren serologischen Untersuchungen eine durch unspezifische Eingriffe bedingte Leistungssteigerung des Organismus. So kann die Antikörperbildung durch unspezifischen Reiz gesteigert, sogar, wenn sie erloschen ist, von neuem angefacht werden. Als Folge der unspezifischen Reizbehandlung treten auch unspezifische Blutveränderungen auf im Sinne einer Labilitätssteigerung, die wiederum eine Steigerung der Antikörperreaktionen vortäuschen können. Sicherlich ist die Steigerung der Antikörperbildung bei der Proteinkörperbehandlung nur als Teilerscheinung aufzufassen. Aus der Mannigfaltigkeit der Ursachen, welche zu gleichartigen Ergebnissen führen, hat man das gemeinsam wirksame Prinzip in direkten Vorgängen gesucht: die Dinge liegen recht ähnlich bei der experimentellen Anaphylaxie; man kann ebenso wie die anaphylaktische Reaktion auch die Folgen der Anwendung unspezifischer Reizstoffe auf kolloidale Veränderungen zurückführen. Man wird in der physikochemischen Auffassung ein wesentliches Hilfsmittel des Verständnisses zu suchen haben. Was die Frage nach den Beziehungen zwischen spezifischer und unspezifischer Therapie anbelangt, so wird man in der Praxis überall dort spezifische Serumpräparate anwenden, wo die Anwendung möglich und experimentell fundiert ist. In anderen Fällen wird man eventuell die unspezifische Therapie anwenden. Da, wie gesagt, experimentell sichere Grundlagen hierfür nicht vorhanden sind, wird man das Urteil für den Heilwert an erster Stelle dem Kliniker überlassen müssen.

Es sprach sodann über die klinische Seite der Frage Päßler-Dresden, der die Hauptlinien für die Anwendung des Verfahrens am Kranken skizzierte.

Angefügt sei hier ein Vortrag aus der Sektion für Innere Medizin von Wolff-Eisner-Berlin: **Ueber die experimentellen Grundlagen der Proteinkörpertherapie;** sie zeigt am Krankenbett teils eine erstaunliche Wirkung, teils ein völliges Versagen, ohne daß bisher eine Erklärung hierüber gegeben wäre. Die entscheidende Eigenschaft der Proteinkörpertherapie ist in der Tatsache gegeben, daß Krankheitsherde in erneute Entzündung geraten. Eine solche Auffassung erlaubt die Kombinierung sämtlicher Theorien; durch die Annahme, daß durch sie die spezifischen Kräfte mobilisiert werden, gibt sie diesen wieder das ihnen gebührende Feld. Eine experimentelle Prüfung scheint vorerst kaum möglich.

In der Abteilung Physiologie wurde als Referatthema **„Die Erschließung der Gestaltlehre für die Biologie“** behandelt. Als erster Referent kam Matthaei-Bonn zu Worte; aktuelle biologische Probleme, wie innere Sekretion, Konstitution, Rassebiologie fordern zur synthetischen Arbeitsweise auf. Wir leben nach Zeiten einer Bevorzugung der Analyse wieder in einer solchen, in der die Synthese im Vordergrunde steht. Um sich grundsätzlich über die synthetische Forschungsmethode und Denkungsweise klar zu werden, ist die Gestaltlehre außerordentlich geeignet. Sie lehrt, daß sich das Ganze nicht aus der Summe seiner Teile verstehen läßt, daß es vielmehr als ein geschlossenes, organisch gegliedertes, einer bestimmten Ausprägung und deren Erhaltung zustrebendes Gebilde aufzufassen ist, dessen Gefüge durch den Vergleich mit anderen Gestalten untersucht werden kann. Die Bestimmung der Funktion der Teile von ganzen her, sowie der sinnhafte Aufbau eines biologischen Zusammenhanges werden durch die Erschließung der Gestaltlehre für die Biologie grundsätzlich zugänglich gemacht. Der zweite Referent, Achelis-Leipzig, sprach über Gestalt und Funktion. Die organische Chemie ist in ihren Strukturformeln wesentlich Gestaltwissenschaft, da eine Konstitution wesentliche Kriterien eines ganzen erfüllt; man kann also gestalttheoretische Versuche nicht von vornherein als unnaturwissenschaftlich abtun. Die Chemie zeigt, daß die „natürlichen Gestalten“ Symbole für ein Verhalten sind: der Chemiker kann ja aus der Strukturformel die Art der Reaktion des betreffenden Stoffes ablesen. Das gleiche gilt für die biologischen Gestalten. Unter biologischer Gestaltlehre versteht der Redner eine Morphologie, die in „Gestaltbegriffen“ denkt und die vorgefundene Strukturen des Bauplans der Tiere als Zeichen bestimmter Verhaltungsweisen nimmt, gleich wie der Chemiker seine Strukturformel. Im inneren Aufbau der Wirbeltiere sind rechts und links zunächst morphologisch gesetzmäßig unterschieden: dieser morphologischen Verschiedenheit kommt eine bestimmte funktionelle Bedeutung zu. Es überwiegen links im allgemeinen die Organe, welche das Tier mit seiner Umwelt verbinden, während rechts die Seite des Stoffwechsels und organischen Wachstums zu sein scheint. Der Vortragende meint, daß man mit Hilfe dieser Denkweise eine allgemeine Physiologie schaffen kann, die auf die Problemstellung der Einzelforschung befruchtend wirkt, aber auch für die Ausdeutung klinischer Befunde nicht ohne Bedeutung ist.

Ein anderes Thema wurde in der gleichen Abteilung bei Gegenwart anderer Sektionen verhandelt, nämlich die Frage des **Gleichgewichts und der Gleichgewichtsstörungen,** über die Max Heinrich Fischer-Prag referierte. Er zeigte zunächst, wie die Labyrinthe beim Menschen die Einhaltung gewisser Stellungen garantieren können. So besteht z. B. bei Kindern unter Labyrintheinfluß die Tendenz, den Kopf aufrecht zu stellen und in dieser Stellung beizubehalten: Labyrinthstellreflex auf den Kopf. Besonders Untersuchungen bei kranken Kindern haben solche Einflüsse der Labyrinthe auf die Muskulatur der Extremitäten ergeben. Auch die Augen unterliegen der Labyrinthwirkung, indem diese trotz Lageänderung von Kopf oder Gesamtkörper die Orientierung im Raume möglichst beizubehalten suchen. Die Abhängigkeit der Haltung der Extremitäten von der Kopfstellung, infolge reflektorischer Einflüsse von seiten der Halsmuskulatur läßt sich auch beim gesunden Erwachsenen nachweisen. Hier sind die Dinge weit umfassender, indem die einzelnen Muskelgruppen des Körpers im Sinne der „induzierten Tonusänderungen“ aufeinander einwirken können. Auch die Augenstellung unterliegt ähnlichen Gesetzen. Es wird dann besprochen, welche Reflexe bei Menschen durch Bewegungen ausgelöst werden können, wie sich dabei die Rumpf-, Kopf- und Extremitätenhaltung ändert. Diese Reflexe zeigen einen charakteristischen pendelnden Verlauf, der bis zu einer halben Stunde nachweisbar ist. Beugt man z. B. nach einer Drehung auf einem Drehstuhle plötzlich seinen Kopf vor, so wird man sehr stark in bestimmter Richtung zu Boden geworfen. Bei galvanischer Querdurchströmung des Kopfes und bei Wasserspülungen der Ohren erhält man Reflexe, die für die Diagnostik besonders wichtig sind. Auch durch Lichteinflüsse können Reflexwirkungen ausgelöst werden, ferner werden durch sensible Hautreizungen, wie Wärme, Kälte, Schmerz, reflektorische Stellungsänderungen hervorgerufen. Hingewiesen wird auf die Drehempfindungen und deren rhythmischen Ablauf. Ein zusammenhängendes Bild der Gleichgewichtsprobleme beim Menschen kann man einstweilen nicht zeichnen; sicherlich bestehen zwischen den einzelnen einwirkenden Faktoren sehr enge Beziehungen.

Von den vielen Einzelvorträgen der Abteilung Physiologie seien genannt die Mitteilung von Höber-Kiel über den **Zusammenhang von mikroskopischer Struktur, Polarisation und Erregbarkeit der Nerven.** Durch isotonische Kaliumsalzlösung quellen die Achsenzylinder, in Kalksalzlösung schrumpfen sie. Die Wirkung auf die Struktur und die lähmende Wirkung auf die Funktion können durch Ringerlösung beseitigt werden. Die Funktionsaufhebung kann aber auch dadurch vorübergehend zum Verschwinden gebracht werden, daß man die Kali-gelähmte Strecke des Nerven eine Anode, an die Kalk-gelähmte eine Kathode anlegt. Die Strukturveränderung wird dann ebenfalls aufgehoben. Erregbarkeitsänderungen finden ihren mikroskopischen Ausdruck im Aussehen des Achsenzylinders. Rosenberg-Berlin berichtete über **Untersuchungen über den Aktionsstrom des Nerven.** Er hat den Nervenaktionsstrom mit Hilfe eines gemeinschaftlich mit dem Siemensschen Wernerwerk konstruierten Dreiröhrengerätes soweit verstärkt, daß man die Aufzeichnung mit einem Siemensschen Oszillographen vornehmen kann, der mit sehr schnell reagierenden Meßschleifen ausgestattet ist. Der vom Quer- und Längsschnitt des Froschnerven abgeleitete Aktionsstrom bietet das Bild einer einphasischen Kurve, die bei 20° in weniger als ½ tausendstel Sekunde ansteigt und in ungefähr der dreifachen Zeit wieder zur Nullinie abfällt. Rosenberg nimmt an, daß die Erregung sich nicht in allen Nervenfasern mit der gleichen Geschwindigkeit vollzieht.

Aus dem Embdenschen Institut wurden mehrere Mitteilungen gemacht. Embden und Marg. Zimmermann-Frankfurt a. M. isolierten aus der frischen Muskulatur Hexosemonophosphorsäure. Die Hauptschwierigkeit bei der Isolierung lag in der Beseitigung einer Substanz, die als Adenosinphosphorsäure erkannt wurde. Aus dieser wird durch lebensfrischen Muskelbrei in kurzer Zeit das der Aminogruppe entsprechende Ammoniak abgespalten. Derselbe Prozeß vollzieht sich auch bei der Arbeit; möglicherweise ist die schon früher öfters mitgeteilte Vermehrung der Stickstoffausscheidung nach Muskelarbeit auf diesen Prozeß zurückzuführen. Deuticke-Frankfurt a. M. zeigte, daß die **Fähigkeit zur Laktazidogensynthese** direkt mit der Lebensfähigkeit verknüpft ist. Bringt man Fische auf das Trockne, so sterben sie nach gewisser Zeit ab, und zwar geht die Zeit des Ueberlebens parallel mit der Fähigkeit der Muskulatur, den Kohlenhydratstoffwechsel zu vollziehen. Knoop-Freiburg berichtete über seine **Versuche zur physiologischen Aminosäuresynthese** und die Bedeutung auch der oxydativen Abbaureaktionen für den Tierkörper.

L. Haberlandt-Innsbruck sprach über ein **Hormon der Herzbewegung.** Er konnte im Sinusanteil des Froschherzens einen Erregungsstoff nachweisen, der pulsbeschleunigende und pulsverstärkende Wirkung besitzt. Die Reizsubstanz wurde als Sinushormon bezeichnet. Ein analog wirkender Erregungsstoff wurde auch in der Kammerbasis des Froschherzens aufgefunden. Es scheint, daß es sich um eine einheitliche Reizsubstanz handelt, welche das auslösende Moment für die Herztätigkeit darstellt und daher als Herzhormon bezeichnet wird. Es ist ein spezifischer Stoff, der aber mit der Loewischen Akzeleranzsubstanz sicher nicht identisch ist. Was die chemische Natur betrifft, so ergab sich teilweise Löslichkeit in absolutem Alkohol, Unlöslichkeit in Aether. Die Substanz ist demnach weder ein Eiweißkörper noch ein Lipoidstoff; sie ist dialysierbar, hitzebeständig. Mit Adrenalin ist sie nicht identisch. Der Vortragende denkt daran, die Substanz bei Verarbeitung der Herzen großer Schlachttiere als physiologisches Herzmittel zu verwerten.

In der Abteilung **Pharmakologie** wurden die bereits erwähnten Referatthemen, Proteinkörpertherapie und Chemotherapie behandelt. Von dem reichhaltigen übrigen Programm seien folgende Vorträge erwähnt. E. Laqueur-Amsterdam sprach über **das weibliche Sexualhormon (Mensoform),** im besonderen seine Eichung. Das von ihm hergestellte Präparat ist wasserlöslich; bei genügender Reinheit ist es absolut eiweißfrei und die Präparate enthalten nur Spuren organischer Substanz. Die sogenannte Einheit ist in höchstens 0,1 mg enthalten; charakteristisch ist außer dem Hervorrufen der Brunst bei kastrierten und senilen Tieren die spezifische Wirkung auf das Wachstum der weiblichen Geschlechtsorgane, ebenso wie die Beeinflussung des Stoffwechsels von weiblichen Kastraten. Der von männlichen wird dagegen nicht erhöht, ebenso wie es auch in bezug auf das Wachstum der Geschlechtsorgane antimaskulin wirkt. Nebenwirkungen bestehen nicht.

Wiechowski-Prag sprach über **Haschisch;** durch Ermittlung der minimal tödlichen Dosis bei weißen Mäusen kann die Haschischdosis praktisch genügend genau festgestellt werden. Aus der Originaldosis läßt sich der wirksame Komplex durch Extraktion mit Petroläther leicht isolieren. Die wirksamen Bestandteile des Extraktes wirken nicht nur auf die höheren Gehirnfunktionen, sondern haben auch ausgesprochene vegetative Wirkungen. Durch das Erhaltenbleiben der Reflexe und der aufrechten Körperhaltung sowie durch das Erhaltenbleiben des Bewußtseins ist ein scharfer Unterschied gegenüber der Gruppe der Alkoholnarkotika gegeben. Von vegetativen Funktionen ist in erster Linie die Verlangsamung der Atmung zu nennen, charakteristisch ist ferner das Sinken der Körpertemperatur, des Blutdruckes, der Pulsfrequenz: die Wirkung tritt spät ein und hält lange an. Es sind nun die Voraussetzungen für die Gewinnung zuverlässiger Haschischpräparate und ihre Anwendung in der Therapie gegeben. Flury-Würzburg sprach über **Spinnengifte;** er hat aus Skorpionen und Spinnen stark wirksame Gifte isoliert, die stickstofffrei sind und nach ihren pharmakologischen Eigenschaften in die Gruppe der Gallensäuren bzw. Sapotoxine einzuordnen sind. Wahrscheinlich sind diese Gifte an Eiweiß mehr oder weniger locker gebunden. De Boer-Amsterdam behandelte **Kammerflimmern und „Flattern" beim Herzblock und die Wirkung von Chinidin beim Herzblock.** Chinidin kann unter gewissen Umständen Flimmern verursachen, unter anderen Umständen Flimmern heilen. Flimmern entsteht bei einer gewissen Verschlechterung des metabolen Zustandes des Kammermuskels. Durch Chinidin kann nun eine noch weitere Verschlechterung gesetzt werden, wodurch das Flimmern wieder aufhört. Andererseits ist es auch möglich, daß bei einem gewissen Stadium dieses Zustandes, bei welchem noch kein Flimmern besteht, durch Gabe von Chinidin der Zustand so weit verschlechtert werden kann, daß erst dadurch Flimmern eintritt. Wir haben also verschiedene Wirkung, je nach dem Zustande des Herzmuskels.

E. Hesse-Breslau sprach über die **Behandlung der parenteralen Quecksilbervergiftung.** Es gelang ihm im Tierversuch, parenteral dargereichte tödliche Quecksilbermengen, sogar 50 Proz. mehr als die tödliche Dosis, durch Zufuhr von thioessigsaurem Strontium zu entgiften. Es wäre wohl denkbar, daß diese Behandlung auch in die Therapie Eingang findet.

Hervorgehoben sei noch ein Vortrag von Starkenstein-Prag über **Konstitution und Wirkung anorganischer Verbindungen.** Er prüfte die Wirksamkeit der Eisenverbindungen. Da alle Eisenverbindungen oral unwirksam sind, kamen für die Bestimmung ihrer Toxizität nur die löslichen in Betracht, die auch parenteral injizierbar sind. Es ergab sich, daß Eisenverbindungen vom Typus des Ferrum albuminatum, peptonatum, oxydatum saccharatum und hydroxydatum dialysatum entgegen den Untersuchungen von Meyer und Williams auch nach parenteraler Injektion unwirksam sind. Alle diese, im wesentlichen kolloid gelöstes Eisenhydroxyd, sind pharmakologisch ebenso indifferent wie das durch Dialyse erhaltene kolloidale Ferrihydroxyd. Auch Ferrichlorid, Ferrisulfat erwiesen sich bei subkutaner Injektion als ungiftig, ebenso das kolloid gelöste Eisenmetall und die echten organischen Eisenverbindungen Hämoglobin sowie Ferro- und Ferrizyanwasserstoffsäure. Als pharmakologisch wirksam erwiesen sich nur 2 Gruppen; deren erste die echten Ferrosalze umgreift. Sie wirken auch in höchsten Konzentrationen nicht eiweißfällend, dürfen daher überhaupt nicht als ätzend und adstringierend bezeichnet werden, sie erwiesen sich aber gegenüber der vollkommenen Wirkungslosigkeit der Ferrisalze nach parenteraler Injektion als ausgesprochen dynamisch wirksam. Nach der intravenösen Injektion kommt es zur Ausbildung eines narkoseartigen Zustandes, ähnlich der Magnesiumwirkung, aus dem die Tiere wieder erwachen, um später nach Stunden unter Krämpfen zugrunde zu gehen. Kalzium wirkt antagonistisch. Für die mit dem Eisen verbundenen Anionen ergab sich eine typische Reihe. Eine zweite Gruppe der wirksamen Eisenverbindungen bilden die komplexen Eisensalze; es handelt sich hier um chemische Verbindungen, in denen das Eisen nicht Kation, sondern Bestandteil des komplexen Anions ist. Die Bildung solcher komplexer Eisenverbindungen ist an gewisse Bedingungen der Konfiguration geknüpft; bemerkenswert ist, daß von diesem Eisen ein nennenswerter Teil im Harn ausgeschieden wird. Aus diesen Untersuchungen ergibt sich, daß es falsch ist, alle Eisenpräparate als pharmakologisch gleichwertig zu bezeichnen, bzw. sie nur nach ihrem Eisengehalt zu bewerten. Entscheidend für die Wirkung ist ausschließlich die Bindungsart des Eisens, seine Oxydationsstufe und die Art der Zufuhr. Therapeutisch sollten ausschließlich Ferrosalze angewendet werden, und zwar kommt als Art der Zufuhr wesentlich die parenterale in Frage.

In der Abteilung **Innere Medizin** wurde in Gemeinschaft mit den theoretischen Fächern und der Abteilung Kinderheilkunde über das Thema **„Wasserhaushalt"** referiert. Von physiologischer Seite berichtet Asher-Bern. Das dominierende Prinzip ist die Autonomie der Vorgänge des Wasserstoffwechsels in den Zellen, durch die der Austausch zwischen Blut und Geweben geregelt wird. Die Untersuchungen des Vortragenden haben ergeben, daß die Anregung für die Austauschvorgänge in den jeweiligen Tätigkeitszuständen der Gewebe gegeben ist. Die Permeabilität der Zellen unterliegt mannigfacher funktioneller Regelung; der Wasserstoffwechsel erleidet durch injizierte Salze und sonstige pharmakologisch wirksame Substanzen, solange physiologische Bedingungen aufrecht erhalten werden, Schwankungen wesentlich durch Aenderung der Permeabilität. Für die Auffassung, daß das primär Bestimmende der Stoffwechsel des Gesamtorganismus ist, liefert nach den Untersuchungen aus dem Berner Physiologischen Institut besonders die Niere ein gutes Beispiel. Die sog. spezifischen Diuretika wirken nicht primär auf die Niere, sondern auf die Gewebe, indem sie einen Elektrolytaustritt aus denselben in das Blut veranlassen. Auf diese geringfügige Erhöhung der Elektrolytkonzentration reagiert die normal empfindliche Niere mit vermehrter Absonderung. Den Beweis hierfür liefert der sog. Ablenkungsversuch, d. h. die Ablenkung der Elektrolyte aus dem Blut. Wird durch dieses Vorgehen eine Erniedrigung der Elektrolytkonzentration im Blute gesetzt, so sind auch die spezifischen Diuretika außerstande, die Harnsekretion zu steigern. Voraussetzung für das Eintreten vermehrter Wasserabsonderung durch die Niere ist das Vorhandensein von mobilisierbarem Wasser. Die Befunde sprechen sowohl gegen die ältere sekretorische Theorie der Harnabsonderung wie auch gegen die mechanischen Theorien, welche Filtration durch den Blutdruck in den Vordergrund stellen. Die Nierenzelle reagiert als lebendiges, höchst empfindliches Gebilde auf die dem Blute durch den Körperstoffwechsel aufgeprägten Veränderungen. Maßgeblich wirken auch die Drüsen mit innerer Sekretion, und zwar regelt vor allem die Schilddrüse auch den Wasserstoffwechsel. Ferner spielt der Hinterlappen der Hypophyse eine bedeutsame Rolle, und zwar wird, wie Pick gezeigt hat, die Wasserbindung in den Gewebszellen durch Hypophysenextrakt beeinflußt.

Das klinische Referat erstattete Siebeck-Bonn. Die nach Flüssigkeitsaufnahme in bestimmten Zeiten ausgeschiedenen Wassermengen hängen nicht nur von der Nierenfunktion, sondern wesentlich von Bestand und Einstellung des Organismus ab. Im Blut erfolgt eine erhebliche Verdünnung in typischem zweiphasischem Verlauf, der sich nicht einfach aus Einnahme und Ausgabe ergibt, sondern ein Ausdruck komplizierter Austauschvorgänge zwischen Blut und Geweben ist. Die Flüssigkeitsaufnahme bildet nur den Anstoß, während Ablauf und Ausmaße der Reaktion von den verschiedensten Dingen abhängen: zentralnervösen und hormonalen Impulsen, von vasomotorischen Vorgängen und Erkrankungen des Gefäßsystems, von Veränderungen der Ernährung und des Stoffwechsels. Unter natürlichen Verhältnissen ist die Flüssigkeitsaufnahme weitgehend von Sitten und Gebräuchen abhängig, so daß sie vielfach lediglich durch Gewohnheit bedingt ist. Durst entsteht teils durch vermehrte osmotische Konzentration im Blut, teils durch Trockenheit der Rachenschleimhaut, kann aber auch durch psychische Anomalien bedingt sein, die oft durch Hypnose oder Aufklärung zu heilen sind. Die Wasserdepots sind in der Zwischenflüssigkeit zu suchen und werden je nach Bedarf gefüllt oder entleert. Außerdem schwankt auch in geringem Grade das Quellungswasser, das als integrierender Bestandteil des Organismus anzusehen ist. Bei Eiweißkost werden die Depots geleert, was auch therapeutisch von Wichtigkeit ist, während bei Eiweißverlusten Wasser retiniert wird. Beim Hydrops, der immer auf eine Störung des Stoffaustausches zwischen Blut und Geweben zurückzuführen ist, sind die Depots überfüllt. Bei der akuten, teilweise auch bei der chronischen Nephritis liegt eine Erkrankung des allgemeinen Gefäßsystems zugrunde, bei Nephrosen eine Alteration des Stoffwechsels. Bei Herzkranken besteht durch die Stauung eine Alteration der Gefäße und Gewebe. Für die Behandlung des Hydrops kommen vor allem diätetische Maßnahmen in Frage: wenig Wasser, wenig Salz, zunächst Unterernährung; vielfach wirkt im obengenannten Sinne eiweißreiche Kost günstig. Auch Schwitzkuren führen zunächst zur Mobilisierung und Ausschwemmung von Wasser in das Blut. Erheblich bedenklicher als der Hydrops ist die Wasserverarmung, z. B. infolge großer Verluste durch den Darm bei Ruhr und Cholera; hier bricht das Wasserbindungsvermögen der Gewebe ganz zusammen.

Vom Standpunkt der Kinderheilkunde sprach Rominger-Kiel. Er hob die Wichtigkeit der Verschiebungen des Wasserhaushalts bei wachsendem Organismus hervor. Der Höhepunkt der Wasseranreicherung wird beim Kind im 5. Lebensmonat erreicht, worauf wieder eine Abnahme eintritt. Entsprechend dem großen Wassergehalt des kindlichen Organismus ist auch die Wasseraufnahme beim Kinde ungefähr viermal so groß als beim Erwachsenen. Die Ausscheidung erfolgt auch beim jungen Kind zum größten Teil durch die Niere, doch sind die Ausscheidungsverhältnisse sehr wechselnd.

Einzelvorträge: M. Jacobsohn und F. Rotschild-Berlin: **Der Einfluß von Adrenalin, Cholin, Atropin auf die Blutzusammensetzung.** Auf Adrenalin erfolgt im Blute Anstieg des Zuckers, des Cholesterins, des Kalziums, Senkung von Kalium und Gesamtphosphor; durch Cholin Senkung des Blutzuckers, des Cholesterins und des anorganischen Phosphors; organischer Phosphor, Kalium und Kalzium unverändert. Atropin: Zunahme des Blutzuckers, des anorganischen Phosphors und des Kaliums, Abnahme des organischen Phosphors, des Cholesterins und des Kalziums. Frank, Nothmann und Wagner-Breslau sprachen über synthetisch dargestellte Körper mit insulinartiger Wirkung auf den normalen und diabetischen Organismus. Sie haben ein Guanidinderivat untersucht, das beim Hungerkaninchen in ähnlicher Weise wie Insulin imstande war, den hypoglykämischen Komplex hervorzurufen, auch die Hyperglykämie des pankreasdiabetischen Hundes stark beeinflußte. Besonders wichtig ist, daß es auch oral in gleicher Weise wirkt. Klinische Versuche haben bei leichtem und mittelschwerem Diabetes günstige Erfolge ergeben, auch die Azidose wurde zum Verschwinden gebracht. Der Wirkungsmechanismus scheint dem des Insulins ähnlich zu sein. Ueber **Wirkung der ultravioletten Strahlung auf Cholesterin** sprach Jenke-Heidelberg. Die Entstehung des antirachitisch wirksamen Stoffes aus Cholesterin hat nichts mit

Oxydationsprozessen zu tun. Solche Prozesse und die Veränderung, die zur Bildung des antirachitischen Faktors führt, laufen bei Bestrahlung an der Luft nebeneinander her. Die Zerstörung des antirachitischen Faktors bei längerer Bestrahlung an der Luft ist einem Oxydationsprozeß zuzuschreiben. Eine Aktivierung des Cholesterins bzw. von Nahrungsmitteln durch Ozon ist nicht möglich. Zu den Stoffwechselveränderungen durch Licht sprachen Kroetz-Greifswald und Pincussen-Berlin. Die **„Einwirkung des Ultraviolettlichtes“** auf die mineralische Gesamtbilanz des gesunden Erwachsenen äußert sich nach einem Selbstversuch von Kroetz darin, daß es gelingt, bei überschüssiger P- und Ca-Zufuhr die durch die Kost bedingte Mineralisierung des Körpers beträchtlich zu steigern. Pincussen legte die **Grundlagen und Bedingungen der Lichtbehandlung innerer Krankheiten** dar. Wesentlich für die Wirkung der Lichtstrahlung sind zunächst Veränderungen im Kationengehalt sowohl des Blutes und des Harns wie vor allen Dingen der Organe. Mit Hilfe der Strahlung, besonders unter der vom Vortragenden inaugurierten Sensibilisierung mit Eosin und anderen fluoreszierenden Farbstoffen gelingt es, weitgehende Aenderungen des Stoffwechsels der Kohlenhydrate, der Eiweißkörper, der Purine zu setzen.

Die Sitzungen der Abteilung **Röntgenologie** wurden eingeleitet durch ein Referat von W. Friedrich-Berlin: **Der Comptoneffekt und seine Bedeutung für die Strahlentherapie.** Der Comptoneffekt, eine der interessantesten Erscheinungen der modernen Physik besteht darin, daß die Zerstreuung der Röntgen- und γ-Strahlen an der Materie im Gegensatz zu der Auffassung der klassischen Elektrodynamik mit einer Wellenlängenvergrößerung verbunden ist. Hand in Hand mit dieser geht eine Emission langsamer β-Strahlung. Der Redner stellt die Erscheinungen des neuen Effektes an Hand der experimentellen und theoretischen Arbeiten dar und gibt dann einen Bericht über die Arbeiten zur medizinischen Anwendung der Strahlen; er bespricht die Bedeutung des Effektes für die Strahlentherapie, insbesondere für die Dosimetrie.

Ein zweites Referat behandelte die **Röntgentherapie der Entzündungen.** Ueber die **Röntgentherapie der entzündlichen Erkrankungen in der Gynäkologie** referierte G. A. Wagner-Prag. Es gibt zwei prinzipiell verschiedene Wege und dementsprechend zwei verschiedene Methoden der Applikation der Röntgenstrahlen in diesen Fällen, der erste, welcher nichts anderes als die Beeinflussung der Keimdrüsentätigkeit intendiert, eine zweite, in der der Entzündungsherd selbst direkt durch die Strahlen beeinflußt wird, wobei die Dosis so klein genommen wird, daß ein die Keimdrüsentätigkeit störender Effekt möglichst vermieden wird. Redner behandelt nur diese Methodik, deren Indikationsstellung sehr weit geht: es ist ein Verfahren, das vorwiegend dort in Betracht kommt, wo eine konservative Behandlung der Entzündung angezeigt ist. Technik und Dosierung sind abhängig von der Lokalisation, der Ausdehnung des Prozesses, dem Allgemeinzustand und dem Alter der Kranken. Es werden ausführliche Vorschriften für die Dosierung gegeben. Der Effekt der Schwachbestrahlung ist nicht immer gleich. Subjektive Besserungen sind als primäre Erfolge außerordentlich häufig, von objektiven Symptomen ist zu nennen Abfall der Temperatur, während gelegentlich auch die Temperatur zunächst weiter ansteigt und erst nach der zweiten Bestrahlung abfällt; ferner Blutveränderungen, dagegen keine Vermehrung der Bakterizidie. Die lokalen Veränderungen sind schon in einzelnen Fällen primär außerordentlich groß, besonders bei frischen subkutanen Adnextumoren. Die objektiven Erfolge sind im allgemeinen günstig, teils primär teils erst nach einiger Zeit sichtbar. In 9 Fällen gelang es, die völlige Wiederherstellung durch Eintreten von Gravidität nachzuweisen. Die besten Erfolge wurden bei der reinen puerperalen Parametritis mit 100% gefunden; sehr befriedigend waren auch die Erfolge bei der gonorrhoischen Entzündung. Versager und Mißerfolge fanden sich besonders bei älteren Frauen.

F. Pordes-Wien fand die **Entzündungen an der Wurzelhaut der Zähne** sowie der Folgezustände durch Röntgenstrahlen besonders gut beeinflußbar. Schnelle Schmerzstillung, Kürzung des Krankheitsverlaufes, Verminderung der Gefahr kennzeichneten den Erfolg dieser Behandlung. Die verwendete Dosis ist sehr gering. Die Heilwirkung kommt nach Meinung des Referenten zustande durch Zerstörung der weißen Blutkörperchen und Freiwerden der in ihnen gebundenen Antikörper.

Ein zweites Referatthema behandelte die Frage: **Ovarialbestrahlung und Nachkommenschaft.** Nürnberger-Halle a. S. führte aus, daß der Begriff der Keimschädigung durch Röntgenstrahlen in folgender Weise erfolgen kann: 1. bei Befruchtung vor Eintritt der Röntgensterilität, a) phänische Schädigung der Nachkommen, b) genische Schädigung der Nachkommen; 2. bei Befruchtung nach Ablauf der Röntgensterilität, a) phänische Schädigung, b) genische Schädigung. Er bringt die experimentellen Daten und Erfahrungstatsachen, die sehr schwierig zu deuten sind; eine Sicherheit der Schädigung läßt sich aus ihnen jedenfalls nicht herleiten. Auch der zweite Referent H. Martius-Göttingen zeigte, daß das Problem durchaus nicht so einfach ist, daß man die Frage der Keimschädigungsgefahr mit einem ja oder nein beantworten könnte, sondern das Problem in viele Einzelerfahrungen zerlegt werden muß. Die Beobachtungen sind nicht zahlreich genug, um zu entscheiden, ob beobachtete Anomalien wirklich auf Strahlenschädigung zurückzuführen sind, andererseits ob nicht zunächst gesund erscheinende Kinder doch irgendwelche später erst auftretende Schädigungen davongetragen haben. Immerhin muß bei jeder Bestrahlung der Eierstöcke im fortpflanzungsfähigen Alter der Frau mit Röntgen- und Radiumstrahlen die parakinetische Gefahr, d. h. die Gefahr für die erste Generation, und in zweiter Linie auch die idiokinetische Gefahr, d. h. die Gefahr des Auftretens von Erbschäden, berücksichtigt werden.

A. Theilhaber-München sprach über **Reiztheorie und Lichtbehandlung.** Die essentiellen Metrorrhagien und Menorrhagien sind häufig die Folge starker Reizungen, besonders erotischer und psychischer Art. Sie werden geheilt durch starke Reize, die auf die Ovarien ausgeübt werden, wozu sich Röntgen- und Radiumstrahlen eignen. Die Uterusmyome, die häufig infolge von sexuellen Reizungen entstehen, werden durch verzettelte Dosen von Röntgenstrahlen gut beeinflußt, und zwar müssen die Dosen bei jüngeren Frauen größer sein als bei älteren. Zur Verhütung der Rezidive nach Karzinomoperationen eignen sich am besten kleine verzettelte Dosen, kombiniert mit Wärmestrahlen (Diathermie).

Diagnostik und Behandlung der Perikarditis wurde in einer gemeinsamen Sitzung der Abteilungen **Chirurgie und Kinderheilkunde** behandelt. Stolte-Breslau und Guleke-Jena berichteten vom internen und chirurgischen Standpunkt aus. Nach Herzbeutelentzündungen kommt es auffälligerweise besonders häufig bei Kindern zu Verwachsungen, die unter Umständen einen solchen Grad annehmen können, daß der Herzbeutel wie ein zäher Ledersack das Herz einschnürt, in manchen Fällen auch plattenförmige Einlagerungen von Kalk entstehen. Gelegentlich wird dieser Zustand nicht erkannt und als Vitium diagnostiziert. Dieser Zustand läßt sich in vielen Fällen gut operativ angehen, indem nach Oeffnung des Thorax die Verwachsungen entfernt werden können. Die Resultate sind teilweise recht günstig, wie auch aus operierten Krankendemonstrationen hervorgeht, welche Rehn-Düsseldorf vorstellte. Rohde-Düsseldorf hat die **„Frühsymptome der Herzbeutelsynechie** im Tierexperiment“ nachahmen können.

In der Abteilung **Geburtshilfe und Gynäkologie** referierte Ylppö-Helsingfors über das **Schädeltrauma bei der Geburt,** während das Korreferat Schwartz-Frankfurt übernommen hatte. 3 bis 4% aller Kinder kommen tot zur Welt und 3 weitere % gehen schon in den ersten 3—5 Lebenstagen zugrunde. Die Todesursache kann, wenn es sich auch zum großen Teil um unreife Kinder handelt, nicht in einer Unfähigkeit zum extrauterinen Leben gesucht werden, da eine Frucht im allgemeinen schon als lebensfähig angesehen werden muß, sobald ihr Körpergewicht 700—1000 g beträgt. Die verhängnisvollsten Schäden liegen in Blutungen innerhalb der Schädelhöhle und des Wirbelkanals. So fand Ylppö bei den kleinsten lebensfähigen Frühgeburten, die in den ersten Lebenstagen gestorben sind, in über 90% der Fälle mikroskopisch nachweisbare, oft sehr umfangreiche Blutergüsse in Schädelhöhle und Rückenmarkskanal. Schwartz hat sogar bei ⅔ aller Neugeborenen und Säuglinge, die bis 5 Monate gelebt haben, intrapiale und interzerebrale Blutungen oder deren Residuen festgestellt. Es scheint, daß der Grund dieser Dinge in dem Geburtsdruck liegt, der die Widerstandskraft der Gefäße bei den kleinen Frühgeburten übersteigt. Der Referent geht dann auf das klinische Verhalten solcher gehirngeschädigter Kinder, die längere Zeit am Leben bleiben, ein. Verdächtig sind abnorme Schlaffheit, Müdigkeit, Trinkfaulheit, Unmöglichkeit zu schlucken, häufiges Gähnen, das sog. Hampelmannphänomen, spontaner Nystagmus, Anarchie der Thermoregulation, während dem Erbrechen keine besondere Beweiskraft zugemessen wird. Im übrigen können, wie Schwartz gezeigt hat, im Anschluß an geburtstraumatische Störungen mannigfache pathologische Bilder, Mikrogyrie, Zysten, Enzephalitis und andere auftreten. Auch der Tetanus neonatorum hat nach Ylppö eine ähnliche Aetiologie. Es ergibt sich, daß der Geburtshelfer diese Dinge scharf berücksichtigen muß; die Therapie der einmal gesetzten Schädigung ist naturgemäß in den meisten Fällen nur symptomatisch.

Ueber das Thema **Lues congenita** referierte Gammeltoft-Kopenhagen. Unter den Gebärenden im Reichshospital in Kopenhagen waren 5,5% Syphilitiker, ungefähr entsprechend den Zahlen, die auch an anderen Kliniken beobachtet worden sind. Der wichtigste Punkt bei der Bekämpfung der kongenitalen Lues ist, die werdende Mutter so früh wie möglich während der Schwangerschaft einer antiluetischen Behandlung zu unterwerfen. Da hierdurch der Prozentsatz an luetischen Kindern ganz erheblich herabgedrückt wird, muß jedes schwangere, früher infizierte Weib, ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Infektion und den Ausfall der Wassermannschen Reaktion, die aber jedenfalls angestellt werden muß, spezifisch behandelt werden, ohne Rücksicht auch darauf, ob sie früher ein gesundes Kind geboren hat. Syphilitische Kinder bleiben am besten bei der Mutter und werden mit ihr zusammen behandelt, sonst müssen sie in besonderen Heimen mehrere Jahre lang behandelt werden. Bei zweifelhaften Fällen ist so lange, bis sich ergeben hat, daß das Kind gesund ist, regelmäßig zu untersuchen. Für die präventive Behandlung während der Schwangerschaft dürfen der Person Kosten nicht entstehen. Es wäre zweckmäßig, überall Bestimmungen festzulegen, welche dem dänischen Gesetz entsprechen: „Weigert sich ein Kranker sich der Behandlung zu unterwerfen oder bleibt er einer begonnenen Behandlung fern, so ist es Pflicht des Arztes, dafür zu sorgen, daß er durch die Polizei zum Erscheinen in einer Klinik aufgefordert wird; ev. kann er zwangsweise in einem Krankenhaus in Behandlung genommen werden.“

Die Abteilung **Dermatologie** verhandelte über das Referatthema: **Gewerbedermatosen unter besonderer Berücksichtigung der Industrie.** Referenten waren Jadassohn-Breslau und Bloch-Zürich. Das Bestimmende ist die mit dem Beruf verbundene Schädigung. Diese tritt jedoch nicht immer dort ein, wo die äußeren Vorbedingungen für die schädigende Wirkung gegeben sind. Wesentlich ist vor allem eine Bereitschaft der Haut, auf die schädigende Wirkung mit Krankheitserscheinungen zu antworten, eine Eigenschaft, welche bei den Menschen individuell in weiten Grenzen schwankt. Ist die Einwirkung genügend stark, so treten Hautentzündungen bei den meisten Menschen unter ganz verschiedenen Einflüssen auf, bei Einwirkung gewisser Aetzmittel, Metallsalze, durch Sonnenlicht, Röntgenstrahlen und anderes mehr, während manche anderen Einflüsse nur für wenige bestimmte Personen sich schädigend auswirken. Ausführlich berichtet Touton-Wiesbaden über **phytogene Gewerbedermatosen.** Eine Feststellung der Empfindlichkeit und ihrer Ursachen ist verhältnismäßig leicht möglich in größeren Betrieben, in welchen die gleichen Reize auf die ganz ungleich empfindlichen Häute einwirken. Beim echten Idiosynkrasiker tritt der Reizausschlag schon bei der allerersten Berührung mit minimalen Mengen des Reizstoffes auf, eine zweite Gruppe wird erst durch längerdauernde oder wiederholte Einwirkungen empfindlich gemacht, sensibilisiert, bei einer dritten Kategorie bleibt jede Reizwirkung aus, sie ist immun. Daneben gibt es eine große Anzahl Pflanzen und Pflanzenderivate, die bei jedem Menschen Hautreizung oder Entzündung hervorrufen, wie Krotonöl oder Senföl. In den Gemüsekonservenfabriken Braunschweigs ergab sich, daß eine ganze Anzahl Arbeiter kürzere oder längere Zeit sich ohne jede Schädigung mit dem Schälen und Zerkleinern der Spargel beschäftigen können, bis sie sensibilisiert sind. Diese spezifische Ueberempfindlichkeit ist auch direkt vererbbar. Eine Gewöhnung tritt in keinem Falle ein. Es werden dann die verschiedenen Schädigungen durch Pflanzen in Beruf und Gewerbe behandelt, wobei bemerkt wird, daß gelegentlich Hautaffektionen nicht durch die Pflanzen selbst, sondern durch irgendwelche auf ihnen schmarotzende Pilze, haarige Raupen, Milben, auch mechanische Faktoren verursacht werden. Von Pflanzen, welche selbst Hautausschläge hervorrufen, sind die wichtigsten die japanischen (auch andere) Primeln und die nordamerikanischen und japanischen Sumacharten (Rhus). Bei Holzarbeitern, Polierern, Lackierern spielt das Sägemehl, bei letzteren vor allem das Terpentin eine Rolle, bei Orangeschälern das ätherische Oel aus den Schalen, während Arbeiter in chemischen Fabriken durch verschiedene Stoffe gefährdet werden können.

Hiermit möge der Auszug aus den Mitteilungen, welche der Kongreß brachte, beendet sein. Viele Einzelvorträge, die hier nicht erwähnt werden konnten, brachten wertvolles Material, insbesondere auch in den mit dem Kongreß vereinigten Versammlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft deutscher Nervenärzte.

Bei dem außerordentlich reichhaltigen Programm und der Anziehung, welche die große Ausstellung auf die Kongreßteilnehmer ausübte, war wenig Zeit für anderes. Trotz der ausgezeichneten Organisation des Kongresses, für welche Schloßmann-Düsseldorf verantwortlich zeichnete, fanden die Verhandlungen teilweise an räumlich weit getrennten Stellen statt, leider mußten auch häufig wichtige Verhandlungen miteinander kollidieren. Die Aufnahme im wieder befreiten Düsseldorf, das zu Ehren der Naturforscher und Aerzte reichen Fahnenschmuck angelegt hatte, war in jeder Beziehung vortrefflich und herzlich. An Sonderveranstaltungen bot die Stadt Düsseldorf ein schönes Konzert in der Rheinhalle; eine gemeinsame Dampferfahrt nach dem Niederrhein mit anschließendem Feuerwerk auf der Gesolei war arrangiert. Einladungen der Städte des Umkreises, Aachen, Remscheid, Duisburg, Mülheim lagen vor, eine ganze Reihe Ausflüge wurden veranstaltet, mehrere Industrieunternehmungen, die „van den Berghschen Margarinewerke“ in Cleve sowie die I. G. Farbenindustrie Leverkusen luden zur Besichtigung ihrer Werke ein. Eine dem Kongreß angegliederte Sonderausstellung gab einen Ueberblick über die für den Naturwissenschaftler und Arzt wichtigen neuen Apparate und Verfahren, sowie neue und bewährte Arzneimittel.

L. Pincussen, Berlin.

6. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

in Berlin vom 13. bis 16. Oktober 1926.

Der Kongreß fand unter dem Vorsitz des Prof. v. Bergmann (Frankfurt) statt, der in seiner Eröffnungsrede den inneren wissenschaftlichen Zusammenhang der Verhandlungsthemen begründet und damit das Programm der Tagung rechtfertigte. Zwischen dem ersten Tag, der die **Gastritis** behandelt und dem dritten Tag, der den **Magenneurosen** gewidmet ist, liegt der Tag, der den **Wasser-Salz-Stoffwechsel** in seinen Beziehungen zu den Verdauungsorganen zum Hauptthema hat. Das **Krebsproblem** beschäftigte die Tagung am vierten Tage. Der Vorsitzende betonte die unlösbare Verknüpfung der Teilprobleme mit der gesamten Medizin: „Zwar marschieren wir getrennt, aber um uns um so wirksamer auf gleicher Ebene der Gesamtmedizin mit den Problemen schlagen zu können.“ Er wies darauf hin, wie die Tagung aus kleinen Anfängen in Homburg sich zu wichtigen medizinischen Ereignissen schon in den beiden letzten Jahren gestaltet hat und namentlich durch die Uebernahme von Referaten seitens hervorragender Forscher auch diesmal ihre besondere Anziehungskraft ausübt.

13. Oktober 1926: Gastritis.

Lubarsch (Berlin) gibt in seinem Referat über die **Pathologische Anatomie und Histologie der entzündlichen Erkrankungen des Magens** einen Ueberblick über die morphologischen Forschungen, die besonders durch den Aufschwung der Chirurgie in den letzten 20—30 Jahren gefördert sind. Die früheren Studien wurden an zufälligen Befunden gemacht, wenn man bei Magenausheberungen kleine Schleimhautfetzen zutage förderte. Erst später kam man zu genauen Studien auch im Tierexperiment, bei denen man vor, während und nach der Verdauung die Magenschleimhaut untersuchte. Es fanden sich Veränderungen, die fließende Uebergänge zu den Befunden bei Entzündungen bildeten. Die Veränderungen beschränken sich bei diesen aber vorwiegend auf die Oberfläche der Schleimhaut, so daß bei der starken Regenerationsfähigkeit der Schleimhaut eine vollständige Wiederherstellung möglich ist. Die Muskulatur braucht nicht stark geschädigt zu sein. Die Magenentzündungen müßten deshalb ein gutes Feld für die Therapie sein, wenn nicht dauernd neue Schädigungen die Magenschleimhaut alterieren würden. Wir können aber erst dann bessere Erfolge verzeichnen, wenn die Ansicht durchdringt, daß Essen und Trinken ein zwar notwendiges, aber gefährliches und zeitraubendes Uebel bedeutet.

Knut Faber (Kopenhagen): **Gastritis chronica mit Sekretionsinsuffizienz.** Leube hat den Begriff des Magenkatarrhs von der nervösen Dyspepsie abgetrennt. Die Entzündung im Magen ist mit entsprechenden Vorgängen an den großen Drüsen (Leber, Pankreas) zu vergleichen, sie ist keine Entzündung einer unspezifischen Schleimhaut wie z. B. eine Bronchitis oder ein Schnupfen. Sie kann durch hämatogen-toxisch bedingte Schädigungen entstehen und ist dann durch eine große Ausbreitung (Pangastritis), z. B. durch Tuberkulose, und ein Beteiligtsein aller Drüsen der Sekretion gekennzeichnet. Oder es handelt sich um eine durch äußerliche Schädigungen gesetzte Entzündung mehr lokaler Art, bei der die Sekretion zunächst erhalten ist. Bei fortgesetzter Schädigung ist allerdings auch hier das Ende eine Sekretionsinsuffizienz. Durch Histamininjektionen konnte man noch Sekretion erzeugen in Fällen, die sonst achylisch schienen, auch deckte die einfache fraktionierte Ausheberung larvierte Achyliefälle auf. Eine Achylie findet sich in allen Altersklassen, besonders in höherem Alter. Die Achylie der alten Leute ist ein Resultat der vielen Insulte, die das Drüsenparenchym der Magenschleimhaut im Laufe des Lebens erleidet. Anazidität kann ganz symptomlos entstehen, sie ist aber nicht bedeutungslos, besonders bei der Diagnose der perniziösen Anämie.

Morawitz (Leipzig): **Erkrankungen des Dünndarms in ihren Beziehungen zu anderen Organen.** Mit einer verlängerten Duodenalsonde, die mit Darmparonen versehen ist, kann man genau die Säfte des Dünndarms studieren. Achylia gastrica geht oft, wenn auch nicht immer, mit einer abnormen Bakterienbesiedlung des Dünndarms einher. Der Dünndarm besitzt die Fähigkeit, sich mit Hilfe seiner Schutzkräfte erfolgreich zu verteidigen. Erst wenn diese versagen, kommt es zur endogenen Infektion durch Bewohner tieferer Darmteile u. a. bei perniziöser Anämie. Fäulnis- und Gärungsdyspepsie sind keine besonderen Krankheiten, sondern Erscheinungsformen der endogenen Infektion. Durchfälle erfolgen bei Darmdyspepsien dann, wenn der Dickdarm beteiligt ist. Es kommen aber auch sicher aszendierende Dünndarmerkrankungen vor, ebenso wahrscheinlich Einwirkungen vom Dünndarm auf den Magen. Gewisse Beziehungen lassen sich auch heute schon zwischen Dünndarm und entfernteren Organsystemen erkennen. Beim experimentellen Ileus tritt Myasthenie auf, gleichzeitig ist der intermediäre Kohlehydratstoffwechsel schwer gestört. Sichergestellt sind auch die Beziehungen zu gewissen Anämien.

Konjetzny (Kiel): **Die Gastritis in ihrer pathogenetischen Beziehung zum Ulkus und Karzinom.** Sehr eindrucksvoll waren die Darlegungen des Kieler Chirurgen an Hand zahlreicher Lichtbilder, der systematisch lebenswarm fixiertes Operationsmaterial fixiert und untersucht hatte und den Befunden am Leichenmaterial entgegenstellen konnte. In jedem Fall von Magen- oder Duodenalulkus hatte er gastritische Veränderungen gefunden, die relativ häufig das Bild einer ulzerösen Gastritis darboten. Er bezeichnet das Magengeschwür geradezu als eine Komplikation der Gastritis und sieht also in einer entzündlichen Veränderung die Ursache für die Geschwürsbildung. Aehnlich spricht er sich über das Karzinom aus, wo bestimmte Veränderungen der chronisch entzündeten Magenschleimhaut eine eindeutige Rolle spielen. Der beste Teil der Behandlung besteht in der Prophylaxe, d. h. in der sorgfältigen Beobachtung und Bekämpfung des Magenkatarrhs, der infolge der heutigen Lebensweise zu einer der häufigsten Erkrankungen gehört.

Clairmon (Zürich): **Die Gastritis nach Magenoperationen.** Es fehlen bisher systematische Untersuchungen vollständig. Sie werden sehr erschwert dadurch, daß die Operationen durchweg verstümmelnde Eingriffe sind, die sich auf den Magenchemismus auswirken. Die Resektion nach Billroth I scheint auch in bezug der Gastritisbekämpfung die besten Bedingungen (durch Ausschaltung des Pylorus) zu schaffen. Die Versuche einer operativen Behandlung der Gastritis, d. h. durch Resektion die meist betroffenen Gebiete und den Mitschuld tragenden Pylorus zu exstirpieren, sind auch vom Standpunkt des Chirurgen mit größter Zurückhaltung zu betrachten.

Borgbjaerg (Kopenhagen): **Achylie und Anämie.** Er macht bei Patienten mit Achylie regelmäßig Blutuntersuchungen und fand bei vielen Anämien verschiedensten Grades.

Hohlweg (Köln): **Die klinische Diagnose der Gastritis.** Den besten Aufschluß gibt die Magenspiegelung, die er in 600 Fällen ohne Schädigung ausgeführt hat. H. sieht Gastritis und Ulkus als fast immer gleichzeitig nebeneinander bestehende Entwicklungsstadien ein und desselben Krankheitszustandes — der Ulkuskrankheit — an. Ziel der Behandlung sei die frühzeitige Beseitigung einer Gastritis, um das Auftreten von Geschwüren zu verhindern.

Elsner (Berlin): **Die Photographie der Magenhöhle.** Die Schwierigkeit lag bisher an zu lichtschwachen Objektiven und zu starken Reflexen, die durch ein blaues Licht eingeschränkt wurden. Demonstrationen.

Berg (Frankfurt a. M.): **Schleimhautrelief und Gastritis.** Gastritische Veränderungen lassen sich mitunter im Röntgenbilde darstellen. Wenn man geringe Mengen eines dicken Kontrastbreies verabfolgt, so bilden sich Wandbeschläge, die deutliche Wulstungen erkennen lassen. Diese Leisten sind bei Gastritis erheblich breiter als bei normalem Magen, bei perniziöser Anämie sind sie sehr schmal. Es finden sich mitunter auch fleckige Belege, die auf eine Gastritis nodosa bezogen werden. Fehlerquellen sind Luftblasen.

Es schließt sich eine ausführliche Diskussion über das Gastritisproblem an, an der sich Schindler, München, Zweig, Wien, Weinberg, Mannheim, Leschke, Berlin, Porges, Wien, v. d. Reis, Greifswald, Westphal, Frankfurt a. M., v. Haberer, Graz, Kuttner, Berlin, Singer, Wien, Seyderhelm, Lubarsch, Loewenberg, Berlin, Gutzent, H. Strauß, Berlin, Schur, Wien, Alkan, Berlin, Glaeßner beteiligen. Konjetzny betont im Schlußwort, daß er sich auf 600 Beobachtungen stützt, daß 25% unter 140 Fällen eine ulzeröse Gastritis hatten. Irgendwelche hämorrhagischen Infarkte, wie sie nach der Virchowschen Theorie bestehen müßten, sah er nie.

14. Oktober: Wasser- und Mineralstoffwechsel.

E. P. Pick, Wien: **Wasser- und Mineralstoffwechsel in ihren Beziehungen zu Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.** Das Studium der den Wasserhaushalt beherrschenden Gesetze ist gegenwärtig eines der wichtigsten Forschungsprobleme, weil der Wassergehalt der einzelnen Zellen und der ganzen Organe maßgebend deren Entwicklung und Funktion bestimmt. Die erste Regulation für die normale Zusammensetzung der Körpersäfte erfolgt schon bei der Flüssigkeitsaufnahme in der Darmwand, welche in 24 Stunden beim Menschen an Verdauungssäften Mengen von 6 bis 10 Litern zu bewältigen hat. Durch Erhöhung des Insulingehaltes im Blute läßt sich eine beträchtliche Erhöhung der Aufsaugungstätigkeit des Darmes nachweisen, aber auch andere Stoffe aus dem Körper und aus den Verdauungsprodukten regulieren die Tätigkeit. Jenseits des Darmes wird die Flüssigkeit sehr schnell abgefangen und hauptsächlich in der Körpermuskulatur abgelagert, damit Herz und Kreislauf nicht zu sehr belastet werden, bevor der Ueberschuß durch die Nieren fortgeschafft werden kann. Ferner sorgen Milz und vor allem die Leber für eine nicht zu starke Ueberlastung des Kreislaufes. Man konnte dies experimentell durch Ausschaltung der Leber bei Tieren nachweisen. Während die gesunde Leber darüber wacht, daß das Blut nicht in krankhafter Weise verwässert werde, sorgt ein bestimmter Hirnteil — das Zwischenhirn — dafür, daß wieder das Blut nicht zuviel Wasser verliert, da dies insbesondere die Gehirnzellen schwer schädigen würde. Man muß annehmen, daß hier ein Wasserzentrum sich befindet, daß sobald das Blut den normalen Wassergehalt zu verlieren droht, die Wasserdepots des Körpers öffnen läßt, um Wasser dem Blute zuzuführen. Unter krankhaften Verhältnissen kann dieser oberste Wasserregulator in einen Reizzustand geraten, daß die Organdepots immer wieder ihren gesamten Wassergehalt ausschütten, was neuerlich zu großen Flüssigkeitsaufnahmen und zu einer ungeheuren Harnflut (bis 20 und mehr Litern am Tag) führt. Hier liegen wahrscheinlich die Bedingungen für den Diabetes insipidus.

Lichtwitz (Altona) spricht zu dem gleichen Thema und gibt einen Ueberblick über die Grundzüge der Physiologie des Mineralstoffwechsels. Die Kolloide sind die wichtigsten Träger dieser komplizierten Vorgänge. Ihr Verhalten ist in weitestem Maße abhängig von den in Lösung befindlichen Ionen. Der Ablauf der Lebensvorgänge ist nur durch eine trotz dauernder Störungen aufrecht erhaltene Konstanz des Reaktionsmediums der Blut- und Lymphflüssigkeit gewährleistet. Die Isotonie und die Isohydrie des Blutes sind die Voraussetzungen des normalen Stoffwechsels. An Einzelbeispielen zeigt er die Wichtigkeit dieser Tatsachen. Krankenbehandlung und Verständnis des pathologischen Geschehens ergänzen sich auch hier zu einer fruchtbaren Einheit.

Oehme (Bonn): **Mineralstoffwechsel und Darmfunktion.** O. hat die Wirkung verschiedener Ernährungsformen auf den Körper speziell unter dem Gesichtspunkt des Mineralhaushaltes verfolgt und zeigt den gesetzmäßig wechselnden Einfluß verschiedener Salze bei differenten Kostformen.

Pulay (Wien): **Wasser- und Mineralstoffwechsel in seiner Bedeutung für Fragen der Hautpathologie.** P. behandelt die endogenen Dermatosen auch durch diätetische Maßnahmen, die den Mineralstoffwechsel beeinflussen sollen. Er fand nämlich weitgehende Verschiebungen im Sinne einer Hyper-, Hypo- und Dysmineralisation bei derartigen Kranken.

Sauerbruch (München): **Die Beeinflussung von Wundkrankheiten und der Tuberkulose durch Aenderungen im Mineralstoffwechsel.** Hermersdörfer aus der S. schen Klinik berichtet über die Erfahrungen mit einer Diät, die zuerst von dem praktischen Arzt Gerson angewandt wurde und eine Aenderung der Salze im Körper nach der sauren Seite hin bezweckt. Er will dabei gute Erfolge bei Tuberkulose und schlecht heilenden Wunden gesehen haben. Dasselbe erreichte bereits Hippokrates dadurch, daß er Verwundete hungern ließ, was zu einer Azidose führt und ihnen noch Essigwasser geben ließ. Hier wird das „Mineralogen“ als Unterstützung der vorwiegend pflanzlichen und salzfreien Kost empfohlen.

In der Diskussion hierüber konnte Wiegand (Königsberg) die Erfolge bei Tuberkulose nicht bestätigen. Die Gerson-Kost wird sehr ungern genommen und führt zu Appetitlosigkeit. Besonders schwierig ist das Kochsalzverbot durchzuführen. Auch Westphal (Frankfurt a. M.) berichtet, daß die kochsalzfreie Diät abgelehnt wurde, allerdings hat er bei tuberkulösen Frauen, die nach diesem Regime ernährt wurden, Gewichtszunahme gesehen. Eine Aenderung der Tbc. selbst ist nie beobachtet.

An der Diskussion über den Salzstoffwechsel beteiligen sich ferner Nonnenbruch (Frankfurt a. O.), v. Gazer (Göttingenn), Singer (Wien), Schlesinger (Wien).

Es sprachen dann Schück (Berlin über die **Verwendbarkeit der Kraus-Zondekschen Elektrolyttheorie in der Wund- und Entzündungsbehandlung** und Alexander (Berlin) über **Fermentschwäche des Dünndarms und Pankreas und ihre Behandlung.**

Friedberger (Berlin) hat den **Einfluß der Zubereitung auf den Anschlagswert der Nahrung** in sehr interessanten Tierversuchen geprüft und gefunden, daß, je stärker die Nahrung bei der Bereitung erwärmt wird, desto geringer ihr Sättigungs- und Anschlagswert wird. Je stärker die Nahrung gekocht war, um so mehr fraßen die Versuchstiere und um so geringer war ihr Wachstum. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Umwandlung des Eiweißes bei der Zubereitung.

Frank (Breslau): **Ueber eine synthetisch dargestellte Substanz mit insulinartiger Wirkung per os und ihre Bedeutung für die Therapie des Diabetes mellitus.** Das Guanidin ist ein Stoff, der bei Kaninchen injiziert Krämpfe macht, die denen infolge Insulin sehr ähnlich sind. Allerdings kann man sie nicht wie die Insulinkrämpfe durch Einspritzung von Traubenzucker rückgängig machen. Gibt man aber vor Ausbruch der Krämpfe eine Traubenzuckerinjektion, so bleiben die Tiere von den Krämpfen verschont. Die Parallelität zum Insulin besteht ferner darin, daß man unter der Guanidinwirkung eine Blutzuckersenkung beobachtet hat. Ziel der Forschung war es, daß

Guanidin so abzuändern, daß die krampfauslösende toxische Komponente von der blutzuckersenkenden möglichst getrennt wurde. Das gelang in dem Aminopenthylguanidin, das die Bezeichnung Synthalin erhielt. Die Substanz wurde genau an normalen und pankreasdiabetischen Hunden geprüft und dann zuckerkranken Menschen verabfolgt. Es zeigte sich eine günstige Beeinflussung der Urinausscheidung, eine wenn auch nicht so schnell einsetzende Blutzuckersenkung, Verminderung der Azidose, Steigerung der Toleranz; kurz genau der gleiche Erfolg, wie bei dem Insulin. Das Synthalin hat den Vorteil, daß es per os genommen werden kann und so bis zu einem gewissen Grade die lästigen Insulininjektionen ersetzt. Zu beachten ist aber, daß es nicht so schnell in der Wirkung wie das Insulin ist und sich kumuliert, so daß man zu einer intermittierenden Verabreichung übergegangen ist (viertägiger Turnus). Man kann aber täglich etwa eine Kohlenhydratmenge von 30 bis 40 g kompensieren. Das Mittel hat als Nebenwirkungen Uebelkeit, Appetitlosigkeit bis zum Erbrechen, sodaß man die Anfangsdosis kleiner als die übrigen gewählt hat. Jedoch sind diese Erscheinungen erträglich gegenüber dem großen Nutzen der Substanz. Eine schädigende Wirkung wurde nie beobachtet. Wenn auch für die schweren Fälle das Insulin wegen seiner schnellen Wirksamkeit und seiner unbegrenzten Dosierung das Mittel der Wahl bleibt, so besitzen wir in dem Synthalin doch einen Stoff, der für die leichten und mittelschweren Fälle ein sehr wertvolles therapeutisches Hilfsmittel bedeutet. Das Präparat wird von Kahlbaum hergestellt, eine ausführliche Gebrauchsanweisung, die ihm beigefügt ist, ist genau zu beachten.

Richter, Umber, H. Strauß, v. d. Velden, G. Klemperer (Berlin), die das Mittel zur Nachprüfung erhalten hatten, konnten die Mitteilungen voll und ganz bestätigen: Unwirksam ist es bei vollständigem Ausfall des Pankreas, wie auch meist bei kindlichem Diabetes, hier handelt es sich gewöhnlich um schwere Fälle. Nothmann weist noch darauf hin, daß die blutzuckersenkende Wirkung erst nach etwa 12 Stunden eintritt. Wagner — ebenfalls aus der Minkowskischen Klinik — prüfte den intermediären Kohlenhydratstoffwechsel unter der Synthalinwirkung und fand entsprechenden Glykogenansatz nach der Verabreichung des neuen Mittels.

Rosenberg aus der Umberschen Klinik zeigte Kurven über die günstige Wirkung des Synthalin bei Zuckerkranken.

15. Oktober 1926: Magenneurosen.

F. Kraus (Berlin): **Das Neurosenproblem in seiner Bedeutung für die inneren Organe.** K. betrachtet das Neuroseproblem von dem Gesichtspunkt der Ionentheorie der Reizung und Reizleitung aus. Die Entstehung der minimalen Erregung irgendeiner lebendigen Substanz läßt es durch das Vorhandensein erregender und erregungshemmender Mineralelektrolyte zustandekommen. Es handelt sich dabei nicht nur um die Salzkonzentration, sondern auch um den Antagonismus bestimmter Kationengruppen. Die eigentlich ein Ganzes bildenden übereinander gelagerten nervösen Zentren bedingen die spezielle Elektrolytkonstitution. In gewisser Hinsicht mit Bezug auf die periodische Wasserbeschickung des Protoplasmas ist Nerven-Elektrolyt-Hormon-Gift-Wirkung gegenseitig austauschbar. K. hat sich auch bemüht, eine allgemeine Regel für die Erregung der Sinnesorgane und der Bewegungsorgane zu finden. Reizung und Reizleitung werden dadurch zu einer Angelegenheit des vegetativen Betriebsstücks des Protoplasmas.

F. H. Lewy (Berlin): **Die Rolle der Nervenzentren bei der Magenneurose.** Es gibt keine spezielle Magenneurose, sondern nur neurotische Individuen, die ihre Beschwerden unter gewissen Bedingungen und zu gewissen Zeiten auf ihren Magen beziehen. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um Spannungsschwankungen im Nervensystem, wie sie z. B. eine veränderte Elektrolytverteilung bedingen kann. Pawlow und seine Schüler konnten zeigen, daß die meisten Symptome der Magenneurose sich am Hunde experimentell auf dem Wege der bedingten Reflexe erzeugen lassen. Es handelt sich bei dieser Art der Betrachtungsweise um einen prinzipiell neuen Weg, dem Neuroseproblem, das bisher nur von der Seite der verstehenden Psychologie angegangen worden ist, auch mit naturwissenschaftlichen Methoden näher zu kommen.

v. Weizsäcker (Heidelberg): **Der neurotische Aufbau bei den Magen-Darmerkrankungen.** Das Referat stellt sich die Aufgabe, die psychophysische Organisation des Menschen daraufhin zu prüfen, wie weit wir imstande sind, Vorgänge an den inneren Organen und besonders denen des Verdauungstraktus als den Ausdruck bestimmter seelischer Vorgänge und umgekehrt gewisse seelische Strukturen als den Ausdruck bestimmter Organfunktionen besonders pathologischer Art zu begreifen. Nicht die allgemeine Tatsache, daß solche Wechselbeziehungen überhaupt bestehen, wird betont, sondern spezieller wird gezeigt, daß der Teil der psychischen Organisation, welcher der Selbsterhaltung und damit der egoistischen Beziehung der Organe auf das Ich dient, es ist, welcher den inneren und speziell den Verdauungsorganen näher zugeordnet erscheint, als etwa die der Fortpflanzung oder die der Geltung und dem Dienst der Gesellschaft dienenden psychischen Organisationen. Besonders am Beispiel der hypochondrischen Einstellung läßt sich klarlegen, daß die bei Neurosen erfolgende so häufige Wahl der Eingeweide als Ausdrucksorgan übermäßig Ich-bezogener Einstellung diese Annahme stützt. Konstitutionspathologie und Typenlehre werden in ihrer Bedeutung für die Organwahl der Neurose erörtert. Fundamental aber für das Verständnis der Neurose bleibt die psychologische Einsicht in die menschlichen Konflikte, in die die Persönlichkeit bald mit der Umwelt, bald mit sich selbst gerät. Ein solcher Konflikt heißt neurotisch erledigt dann, wenn er vermöge einer Spaltung der Persönlichkeit oder einer triebmäßig bestimmten Projektion in abnorme körperliche Abläufe aus der Welt geschafft wird, statt in freier Entscheidung gelöst zu werden. Besonders die Konflikte des Ichs mit sich selbst und die Erschütterung der eigenen Existenz sind es, welchen jene inneren Organe als Ausdrucksgebiete dienen und sich auch in den eigentümlichen besonders an die Bauchregion geknüpften Phänomenen von Angst, Schwäche, Vernichtungswillen, Ekel usf. widerspiegeln. Aus diesen Zusammenhängen ergeben sich auch die Wege der Therapie, welche freilich nicht diese Erkenntnisse zur Kenntnis des Kranken zu bringen, wohl aber sie in der psychischen und körperlichen Einwirkung auf die Kranken in Rechnung zu stellen hat. Aus diesem Gesichtspunkte ergibt sich die Stellungnahme gegenüber den besonders heute geläufigen Methoden der Psychotherapie einschließlich der Psychoanalyse und der internen Behandlung.

Katsch (Frankfurt): **Die Klinik der Magenneurosen.** Wir sollen diejenigen Krankheitsformen, die den Namen Magenneurose verdienen, auch psychologisch betrachten und behandeln, wir müssen uns aber bewußt sein, daß wirkliche Magenneurosen relativ selten vorkommen. Wir dürfen uns nicht dadurch irreleiten lassen, daß gewisse Symptome seelisch verarbeitet sind, deren primäre Natur organischer Art ist. Man hat sich bisher viel zu einseitig eingestellt, entweder organische oder neurotische Leiden gesucht und behandelt, anstatt unter einer doppelten Zielsetzung erfolgreicher zu arbeiten. Neurosen dürfen nur aus direkten Symptomen diagnostiziert werden, man darf sich nicht mit einer Feststellung per exclusionem begnügen. Viele früher als Neurose bezeichneten Krankheiten sind mit der zunehmenden Erkenntnis organisch geklärt, viele Neurosen sind Ganzheitsreaktionen, nicht Organneurosen. Therapeutisch ist es nicht immer der kürzeste Weg, alles rückwärts aufzuklären. Er hinterläßt die Menschen wohl oft symptomlos, aber auch oft schwunglos. Wir müssen uns der Tragweise bewußt sein, wenn wir Menschen mit inneren Spannungen in eine spießbürgerliche Symptomlosigkeit versetzen, je mehr Komplexe in das lähmende Licht des Bewußtseins gelangen, desto tiefer ist oft die Verzweifelung. „Wir müssen den Menschen helfen, daß sie sich aus ihrem Gift ihren Balsam brauen" (Nietsche). Manche Brechneurose ist der gesunde Ausdruck für die Qual eines Individuums, das aus seinen Konflikten nicht herauskommt. Man muß vielmehr eine starke irrationale Gegenbelastung schaffen, eine irrationale Psychotherapie treiben.

In der Diskussion über dieses interessante Gebiet sprachen Boas, Schindler, Porges Kuttner, Schur u. a. Erwähnt seien noch die Worte von Kraus hierzu: Es wird heute für die Medizin eine Psychologie gemacht, eine medizinische Psychologie. Es soll auch nicht die psychologische Richtung vermengt werden mit der somatischen, beide müssen nebeneinander hergehen und zeigen, was sie leisten; je nach dem Stand wird die Praxis mehr befruchtet von der einen oder von der anderen.

Reicher (Frankfurt): **Weitere Erfahrungen mit Ictophysin.** R. bespricht die Indikationen und Kontraindikationen dieses Mittels, das ein Cholekinetikum und Choleretikum ist. 84 Patienten konnte er in 83,3% Steine, Grieß oder andere Gallenkonkremente abtreiben.

Zuelzer (Berlin): **Die Hormonal- und Cholinwirkung am Bauchfensterkaninchen nebst einigen Bemerkungen zur Obstipationsfrage.** Die Wirkung des Hormonals, das seit ca. 20 Jahren zur Bekämpfung der chron. Verstopfung und der postoperativen Darmlähmung angewandt wird, zeigt Z. an Hand eines farbigen Filmes. Das H. ruft eine Darmbewegung unter gleichzeitiger Durchblutung des Darmes hervor.

Storm van Leeuven (Leiden): **Die Beziehungen der Allergie zum Magendarmtraktus.** Allergische Reaktion tritt nur bei sensibilisierten Personen auf, sie äußert sich in bestimmten Erscheinungen von Seiten der Haut, des Magendarmkanals u. a. Organen, die dieselbe Substanz bei Normalen nicht hervorruft. Bei allergisch Kranken kommen im Blut spezifische Substanzen vor, die charakteristisch und spezifisch sind. Von der Natur der Allergene weiß man, daß sie in Wasser löslich sind, Kochen vertragen, in Säure, Alkohol Formalin nicht löslich sind. Beweise, daß es sich um Eiweißkörper handelt, fehlen. In der Diagnostik spielen die Hautreaktionen und der Hungerversuch eine Rolle. Man kann die Reaktion mit Hilfe von Serum allergischer Personen übertragen; wenn man dieses Gesunden intrakutan gibt, so kann man an dieser Stelle mit dem spezifischen Allergen eine Reaktion erzeugen.

In der Diskussion legt Gudzent die Ansicht dar, daß der akute Gichtanfall eine allergische Reaktion ist. Die Diätvorschriften im Laufe der Zeiten waren sehr widersprechend. Man soll in der dem Anfall vorangegangenen Kost nach dem auslösenden Moment suchen. Da meistens Magendarmstörungen vorausgehen, ist auf Stuhlregelung zu achten. Lichtwitz berichtet über 2 Fälle von Allergie. Bei dem einen handelte es sich um Resorption allergischer Stoffe aus einem toten Spulwurm, bei dem andern traten die Erscheinungen unter dem Bild von Koronarspasmen im Anschluß von Fleischmahlzeit und Biergenuß auf. Curschmann (Rostock), wirft die Frage auf, inwieweit die Allergene psychisch beeinflußbar sind. v. Gazer (Göttingen) fand bei Magenneurosen uncharakteristische Hauthyperästhesien.

Ruhmann (Berlin) berichtet über **Versuche zur Frage der Entstehung der Gastroptose,** die er in manchen Fällen durch ein sympathisches Uebergewicht erklärt.

Steinitz (Berlin): **Ueber vikariierende Stickstoffausscheidung in den Magen bei Niereninsuffizienz.** Normalerweise geht der Gehalt an stickstoffhaltigen Schlacken im Magen immer parallel dem Gehalt des Blutes. Bei Retention im Blut findet sich die gleiche bisweilen aber noch stärkere Vermehrung im Magensaft.

Kalk (Frankfurt): **Zur Frage der Wirkungsbedingungen des Pepsins.** K. berichtet über die Beeinfussung peptischer Verdauung durch die Chlorkonzentration. An Hand einer Ausheberungskurve (fraktionierte Ausheberung) zeigte er, daß die hohen Nüchternwerte die Pepsinabsonderung hemmen und so ein Schutz gegen die Andauung sind. Es erfolgt dann eine zunehmende Sekretion mit einem Optimum, die höheren Säurewerte zum Schluß führen zu einer Dämpfung der Pepsinsekretion.

Rothschild (Berlin) berichtet über **gute Erfahrungen mit Salabrose in der Diätetik des Diabetes.**

16. Oktober 1926: Karzinom.

O. Warburg (Berlin): **Ueber den heutigen Stand des Karzinomproblems.** Jede chronische Schädigung, die nicht stark genug ist, um Zellen abzutöten, kann Krebs erzeugen. W. wiederlegt die Theorien von der Infektion und hat die Methoden der physiologischen Untersuchungen auf das Krebsproblem angewendet. Die Krebszellen unterscheiden sich vom normalen Zellgewebe durch die Eigenschaft der Gärung, sie atmen nicht nur wie jene, sondern bilden durch den Gärungsprozeß Milchsäure. Die Gärung ist allen Krebszellen gemeinsam unabhängig von Entstehungsart und Ursprung. Die Tumorzelle kann eine Zeitlang ausschließlich auf Kosten der Gärung leben, sie verhält sich in ihren Lebensbedingungen genau wie die Kulturhefe. Wir brauchen nicht mehr nach dem Ursprung des Krebses zu fragen, ohne seine Lebensweise zu kennen, wir brauchen nur nach dem Ursprung der Gärung zu fragen. Die Fähigkeit zu gären, ist schon im normalen Gewebe vorhanden, sie wird nicht erst neu geschaffen. Normale Gewebe scheiden aber Milchsäure nicht aus, nur bei Mangel an Sauerstoff, in der Erstickung. Doch sind die Werte beim Ka. weit höher als bei ersticktem, normalem Gewebe. Es gären ferner im Körper embryonale Zellen. Aus allem resultiert die Tatsache, daß es eine Eigenschaft wachsender Körperzellen ist, in der Erstickung zu gären. Der Ka-Stoffwechsel ist quantitativ der Erstickungsstoffwechsel normaler wachsender Körperzellen. Allgemein hat sich gezeigt, daß die Atmung empfindlicher ist, als die Gärung, so daß die allerverschiedenartigsten Schädigungen wie im Körper bei der Ka.-Bildung, so auch in vitro den Stoffwechsel des Ka.s erzeugen. Die Natur der Krebszelle ist nicht mehr unbekannt. Wir wissen heute von ihr etwa ebensoviel, wie von der Hefezelle und mehr als von irgendwelchen anderen erkrankten Körperzellen. Die Ursache sieht W. in der anäroben Komponente des Stoffwechsels normaler wachsender Körperzellen, sowie darin, diese Komponente gegen alle Schädigungen, denen der Körper unterworfen ist, aus dem normalen herauszuzüchten und damit Zellen von Eigenschaften der Karzinomzelle zu schaffen.

Schmieden (Frankfurt a. M.): **Zur Frage des Kolonkarzinoms.** S. teilt mit, daß auf Grund moderner Verbesserungen die operative Prognose dieses technisch so große Probleme stellenden Erkrankungsgebietes sich dauernd verbessert. Der Schwerpunkt liegt in der Frühdiagnose, insbesondere in der genauesten Untersuchung jedes Verdachtsfalles im frühzeitigen Stadium. Zur Erreichung dieses Zieles ist die A. W. Fischersche Kombination des Kontrasteinlaufes mit der Luftfüllung von ganz enormen Werte. In der Differentialdiagnose tritt mehr und mehr die schwierige Erkennung der geschwulstbildenden Divertikulitis und Sigmoiditis in die Erscheinung und bietet interessante Operatonsbefunde. Wichtig ist, daß die Mehrzahl aller Dickdarmkarzinome aus präkanzerösen Veränderungen, insbesondere aus bestimmten Formen von Polypen hervorgehen. Die frühzeitige Entfernung derartiger Veränderungen bedeutet daher die Frühoperation des Krebses.

L. Pick (Berlin): **Ueber Magenkarzinome mit besonderer Art der Metastasenbildung.** P. berichtet über eine besondere Form von Magenkrebsen, deren Metastasen in der Leber eine Struktur erhalten, die denen der Chorionepitheliome entspricht. Diese Charakterveränderung der Magenkrebszelle ist von besonderer Bedeutung, weil jene Geschwulstform gerade durch eine besondere intensive gewebsauflösende Kraft ausgezeichnet ist. Die Steigerung der Bösartigkeit findet hierin also einen äußeren Ausdruck.

Rhoda Erdmann (Berlin): **Die Krebszelle, ihre physiologischen und morphologischen Eigenschaften nach Ergebnissen der Züchtung in vitro.** E. fand in Züchtungsversuchen von Krebsgewebe, daß die Anwesenheit ganz bestimmter Zellen, der Makrophagen, zum Wachstum des Ka.-Gebewes nötig ist. Sie sind die Herberge des Virus. Die Makrophagen haben einen gesonderten Stoffwechsel, ihr Atmungsvermögen ist gering. Die Krebszellen von Ratten und Mäusen verlieren ihre Eigenschaften in vitro, wenn nicht die Makrophagen, die Träger des Virus oder des Enzyms, zugegen sind. Diese Substanz beziehen sie, wie Blumenthal in der Diskussion erwähnte, wahrscheinlich aus der Milz. Sie vermittelt erst die Umwandlung der normalen Zelle zur Krebszelle. Erdmann ist es zuerst gelungen, Zellen aus ihrem Verbande zu reißen und das ist notwendig bei der Entstehung atypischen Wachstums. Blumenthal bestätigte im großen ganzen die Warburgschen Mitteilungen, wandte sich aber dagegen, daß die Krebszelle eine präformierte Zelle im Organismus sei, wenn auch mit verändertem Stoffwechsel, die nur einer Milieuveränderung bedürfe, um ihr malignes Wachstum dokumentieren zu können.

Warburg erwiderte, daß nach den von ihm vertretenen Anschauungen, die Krebszelle nicht präformiert sei, wohl aber die Fähigkeit zu gären. Es fehlt ihr aber die Atmung. Es ist eine normal wachsende Zelle, der eine ganz wesentliche Fähigkeit fehlt.

Rosenthal aus dem Blumenthalschen Krebsinstitut demonstriert hierher gehörige Gewebszüchtungsversuche. Kahn (Karlsruhe) berichtet über seine Krebsseroreaktion. Stark hat sie nachgeprüft (an 440 Fällen) und unter 120 Ca.-Fällen 108 mal positiven Ausfall gesehen. Er hat die Methode zu einem Hilfsmittel seiner Klinik gemacht, wie es z. B. die Wassermannsche Reaktion ist.

Cohnreich (Berlin) hat eine Resistenzerhöhung der Erythrozyten bei Karzinom beobachtet, Schlayer (Berlin) konnte dies bestätigen. Elsner (Berlin) weist auf die Beziehungen des Karzinoms zu dem endokrinen System hin (Alters-, Geschlechtsdisposition u. a.) und fordert mehr Beachtung für dieses Gebiet.

Roemheld (Gundelsheim) demonstriert einen Fall von Coecum mobile mit Röntgenbildern.

Zweig (Wien) gibt **eine neue Methode zur Therapie der Fissura ani an.** Er hat für den Diathermie-Apparat eine besondere Elektrode konstruiert und empfiehlt nach Lokalanästhesie eine elektrische Verschorfung der Fissur. Die Heilung soll sehr schnell vonstatten gehen.

Fischl (Prag): **Frühdiagnose und Frühoperation des Karzinoms der Flexura sigmoidea.** Die bei großen Geschwülsten bewährte Methode der Operation vom Mastdarm kombiniert mit der Beckenhöhlenausräumung von oben hat sich bei kleinen Geschwülsten nicht erfolgreich gezeigt. Es empfiehlt sich für diese Fälle die Spaltung des Mastdarms von hinten, sogenannte hintere Rektotomie, mit der es gelingt, selbst hochsitzende Geschwülste sichtbar zu machen, in einer zweiten Sitzung kann man die Entfernung des zugehörigen Darmteiles vom Bauche aus zufügen.

Am Schlusse des Kongresses spricht Kuttner (Berlin) dem Vorsitzenden den Dank der Gesellschaft für die ausgezeichnete Organisation und Leitung des Kongresses aus. Die nächste Tagung findet 1927 in Wien statt. Erster Vorsitzender Biedl (Prag), stellvertretender Vorsitzender v. Haberer (Graz).

Erich Wolffenstein, Berlin.

I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung.

(Berlin 10.—16. 10. 1926.)

Bericht von Dr. Curt Alsberg, Charlottenburg.

1. Biologie, Physiologie, Pathologie und Therapie.

Sellheim (Leipzig): **Serum-Extrakt-Reaktion.** Vortr. berichtet über eine neue Blutuntersuchungsmethode, die eine Verbesserung und Vereinfachung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens darstellt. Zunächst brachten seine Mitarbeiter Lüttge und v. Mertz durch Zusatz von Alkohol zu der Serum-Substrat-Mischung das störende hochmolekulare Eiweiß zur Fällung, während die gesuchten spezifischen Abbauprodukte dabei in Lösung gehen. Dadurch wurden die unzuverlässigen Dialysierhülsen entbehrlich. Auf dieser Methode ist die Alkohol-Serum-Extrakt-Reaktion (Lüttge-v. Mertz) aufgebaut, bei der an Stelle des Substrats (Placenta, Karzinomgewebe usw.) ein Extrakt aus demselben benutzt und dem Serum-Extrakt-Gemisch der Alkohol sofort (nicht erst nach 24 Stunden) zugesetzt wird. Die Vorteile dieser Methode sind: 1. Einfachheit der Reaktion; es bedarf zu ihrer Ausführung nur eines gewöhnlichen Reagenzglases;

2. Schnelligkeit der Reaktion; während bei Abderhaldens Substratreaktion das Substrat nur von der Oberfläche her von Blutserum angegriffen wird, stoßen hier zwei homogene Flüssigkeiten aufeinander und können sofort in Wechselwirkung zueinander treten;

3. Spezifität der Reaktion. Gegenüber dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren, das in der positiven Reaktion noch keine Unterscheidung von Schwangerschaft und Karzinom ermöglichte, muß jetzt das eine das andere ausschließen, d. h. wenn das Serum mit Schwangerschaftsextrakt positiv reagiert, muß es mit Karzinomextrakt negativ werden und umgekehrt. Zur Erklärung des Prozesses nimmt Vortr. an, daß weder Fermente, die bisher immer als Verlegenheitsfaktor herangezogen wurden, eine Rolle spielen, noch das Eiweiß eine spezif. Wirkung dabei ausübt. Vielmehr erklärt er die ninhydrin-positive Reaktion pathologischer Seren aus drei Faktoren, die sich im Serum und im Extrakt gleichmäßig finden: Deutliche Herabsetzung der Absorptionsfähigkeit, des bei Schwangerschafts- und bei Karzinom-Serum verschieden großen Säurebindungsvermögens und ein bestimmter Gehalt an anorganischen Salzen. Diese Erklärung macht keinen Anspruch auf Vollständigkeit; auch muß die Frage offen bleiben, ob die neue Reaktion mit der von Abderhalden identisch ist und sich von ihr nur durch ihre Deutung unterscheidet oder auch durch ihr Wesen.

Crew (Edinbourgh): **Das Skrotum, ein temperaturregulierender Mechanismus.** Vortr. fand bei Ratten und verschiedenen Säugetieren die Innentemperatur des Skrotums geringer als die intraabdominale. Setzt man das Skrotum oder einen Hoden feuchter oder trockener Hitze aus, so degeneriert der Hoden ebenso wie bei Isolierung des Skrotum. Affiziert wird nur die Potenz, nicht der Sexualtrieb. Eine verfeinerte Technik der Hitze-Applikation dürfte zu Mitteln der Kontrazeption führen.

Baglioni (Rom): **Sexualnervenprozesse.** Schon seit einiger Zeit sind die spinalen Zentren der verschiedenen Sexualfunktionen bekannt, nämlich diejenigen der Erektion und der Ejakulation beim Manne und das ekbolische Zentrum der Geburt bei der Frau, die in der Intumeszentia inf. des Rückenmarks gelegen und unabhängig von den höheren Zentren, mit denen sie normalerweise in Verbindung stehen, funktionsfähig sind. Die Funktion dieser spinalen Zentren besteht in den sog. Reflexbewegungen beim Koitus, hervorgerufen durch eine bestimmte Art mechanischen Reizes, der durch besondere vasomotorische Veränderungen eben jene Reflexe auslöst: Erektion der Schwellkörper, rhythmische peristaltische Bewegungen der Muskelhäute, der Samenbläschen und der Samenleiter, durch deren Zusammenpressung die Ejakulation erfolgt. Beim Zustandekommen dieses Vorgangs spielt der allgemeine funktionelle Reizzustand der spinalen Zentren eine entscheidende Rolle. Er kann im negativen oder positiven Sinne durch die verschiedensten zentral-nervösen, hormonalen, toxisch-infektiösen Reize beeinflußt werden. Der Anteil der höheren Zentren an Entstehung und Ablauf der spinalen Reflexe ist unter den bewußten sensorischen Akten der menschlichen Psyche die vielleicht bedeutungsvollste Tatsache des Individuallebens. Im Orgasmus und den ihm vorangehenden und folgenden psychischen Zuständen werden das harte und das weiche Hirnrindensystem in heftige Mitleidenschaft gezogen. Außerdem äußert sich die Funktion der Rindenzentren auch als bewußte Rindentätigkeit in Form der Wahrnehmung. Die Erinnerung der Sensationen, welche die Sexualakte begleiten, bilden den eigentlichen Gehalt der Wahrnehmungen und erotischen Gedanken. Aus der Art der Affekte, die bei den meisten Menschen den höchsten Grad von Lust (Wollust) erreichen, folgt der lebhafte Wunsch (und hiermit der feste Wille), daß sich die Sensationen des Aktes wiederholen mögen. Auch die Sensationen negativer oder unlustbetonter Art sind z. T. physiologischen Ursprungs (Erschöpfung nach vollendetem Sexualakt), z. T. psychologischen und pathologischen Ursprungs (moralische Empfindungen, Furcht vor Krankheit, Strafe usw.). Vortr. nimmt angesichts der tiefreichenden Ausbreitung der Reize und des sensorischen, intellektuellen und willensbestimmten Anteils, genau wie bei höheren psychischen Akten, eine synthetische Tätigkeit aller sensorischen Zentren an, die ihren Sitz wahrscheinlich in dem großen temporal-parietal-occipitalen Assoziationsgebiet haben.

Ceni (Cagliari): **Beziehungen zwischen den psychischen und den Sexualvorgängen.** Verf. erklärt die Beziehungen zwischen dem psychischen und dem organischen Leben mit dem Vorhandensein zweier Zentralviszeralsysteme, welche in der Hirnmasse verbreitet sind und vollkommen antagonistisch wirken, indem das eine eine erregende Tätigkeit auf die Sexualdrüsen und die Pinealis, das andere eine hemmende Tätigkeit auf Thyreoidea, Parathyreoiden, Nebennieren und Hypophyse ausübt.

Gley (Paris): **Beziehungen zwischen Nervensystem und Sexualdrüsen.** Aus drei Tatsachenreihen erkennt man die Unabhängigkeit der endokrinen Drüsen vom nervösen System: aus der Innervation, Transplantation und künstlichen Zirkulation. Isolierte, unter künstlicher Zirkulation stehende innersekretorische Drüsen produzieren ihr spezif. Sekret ungestört weiter, ebenso Organe, deren Beziehungen zum Nervensystem durch Verpflanzung an eine andere Stelle des Organismus völlig aufgehoben wurden, so daß offenbar selbst ein vollständig innerviertes Organ zu einer regelrechten Funktion weder Impulse noch Kontrolle von Seiten des Zentralnervensystems nötig hat. Allerdings hat man noch nicht für alle endokrinen Drüsen diese Autonomie beweisen können. Während man bei den Sexualdrüsen weder mit künstlicher Zirkulation noch mit totaler Innervation Resultate erzielen konnte, sind die Ergebnisse der Transplantation evident. Steinach erzeugte bei kastrierten Ratten durch Ueberpflanzung von Hoden oder Ovarium eine normale Geschlechtsfunktion. Sand erzeugte durch Ovarientransplantation in testikuläres Gewebe und durch Hodentransplantation in ovarielles Gewebe Hermaphroditen, die sich in allen Aeußerungen ihres sexuellen Lebens entsprechend verhielten. Nicht weniger augenscheinlich sind die Tatsachen der experimentellen sexuellen Inversion (Maskulinisation von Frauen und Feminierung von Männern). Sicher gelingen jedoch nur Autotransplantationen, während Homoio- und mehr noch Heterotransplantate bei den Mammiferen meist scheitern. Die Tiere der Wahl für testikuläre und ovarielle Ueberpflanzungen sind, wie Pézard 1909 zeigte, die Gallinaceen, bei denen z. B. ein kleines ausplantiertes Hodenfragment, in dem ja kein nervöses Element mehr anzunehmen ist, irgendwo im Peritoneum untergebracht, sich vaskularisiert und zu einem funktionstüchtigen Organ entwickelt. Wenn es auch, wie Vortr. hervorhebt, verfrüht wäre, diese bei Hühnern gefundenen Tatsachen zu verallgemeinern, so zeigen doch alle bisher an Sexualorganen vorgenommenen Transplantationsversuche die Autonomie dieser Organe.

Berner (Oslo): **Maskulinisation durch Ovarial-Geschwülste.** An Hand zahlreicher Beispiele von Geschlechtsumwandlung durch Ovarialtumoren bei Tieren, sowie durch Nebennierentumoren bei Frauen führt Verf. aus, daß das individuelle Geschlecht keine im Augenblick der Konzeption endgültig fixierte, sondern nur eine relative Eigenschaft ist, die entweder ganz verändert werden kann — Geschlechtsreversion — oder nur teilweise — Geschlechtsinversion.

Sellheim demonstriert hierzu Photographien einer Frau, Mutter von zwei Kindern, die mit 36 Jahren vollkommene Vermännlichung zeigte. Nachdem er ihr eine kastaniengroße Geschwulst aus dem einen Ovar entfernt hatte, stellte sich wieder ein völliger Umschwung ins Weibliche her. Bezüglich der Genese des Tumors waren sich die namhaftesten Gelehrten Deutschlands nicht einig, ob es sich um Hoden, Nebennieren oder Corpus luteum handelt.

Marinesco (Bukarest): **Ueber Altern und Verjüngung.** Vortr. führt auf Grund histo-chemischer Studien das Phänomen des Alterns auf Modifikationen des kolloidalen Zustandes der Zellen zurück. Die dabei beobachteten Symptome sind: 1. Progressive Wasserentziehung der zellularen Bestandteile, und zwar ebenso des Plasmas wie des Kerns, bei den differenzierten Zellen irreversible Veränderungen wie das Auftreten von Lipofuscin und — bei den Nervenzellen — Verdickung der Neurofibrillen und Bildung seniler Pläques in der Hirnrinde. 2. Verminderung der elektrischen Spannung zwischen Zellkern und Zellgewebe, sowie zwischen den verschiedenen Granula des Letztgenannten. Dies führt zur Entropie. 3. Allmähliche Umbildung der Nucleins, aus dem das Chromatin des Zellkerns während des Embryonallebens hauptsächlich besteht, zu Oxy-Chromatin durch Verlust des Phosphors. 4. Zunehmende Modifizierung des azido-basischen Gleichgewichts. 5. Schwund der Fermente und infolgedessen eine das Auftreten von Fett und Glykogen an abnormen Stellen begünstigende Hemmung der Oxydationen. 6. Hypercholestearinaemie, wahrscheinlich infolge Veränderung der suprarenalen Funktion.

Auf Grund dieser Untersuchungen hält Verf. eine wirkliche biologische Verjüngung des senilen Organismus durch Vasektomie oder Hodentransplantation für vollkommen unmöglich, da das Fortschreiten des Alters in der kolloidalen Struktur und in der Aktivität der Fermente der Zellen des Nervensystems irreversible Spuren zurückläßt. Was man erreichen kann, ist nur eine vorübergehende Reaktivierung der physischen Kräfte und der Sexualität unter dem Einfluß eines Reizmittels, das in dem Hodenhormon erblickt werden muß.

Loewe (Dorpat): **Weibliche Geschlechtshormone im Pflanzenreich?** Vortr. und sein Mitarbeiter fanden in Extrakten aus den Fortpflanzungsorganen von Pflanzen einen Stoff, der mehrere biologische Wirkungsmerkmale des tierischen Ovarialhormons aufwies. Dies legt die Frage einer Identität zwischen den tierischen und den pflanzlichen Stoffen dieser Wirkungsart nahe.

Pézard (Paris): **Die Kenntnis der differentiellen Schwellen.** Entgegen der Behauptung von Steinach, Sand, Bouin und Ancel, es gäbe eine Proportion zwischen der aktiven Drüsenmasse und dem Wachstum der davon abhängigen sekundären sexuellen Eigenschaften, kam Verf. auf Grund experimenteller Studien an Gallinaceen zu der

Erkenntnis der „einfachen hormonalen Schwellen" und der „differentiellen Schwellen". Seine Kastrations- und Hodentransplantationsversuche bei jungen oder erwachsenen Hähnen, bei denen er den Kamm als Kriterium der Sexualität benutzte, lieferten ihm das Resultat, daß eine kritische Hodenmasse von 0,4 g besteht, die hormonale Schwelle, in der eine unendlich kleine Variation des hormonalen Gewebes eine totale Wirkung hervorruft, d. h. unterhalb dieser Schwelle blieb der Kamm unentwickelt, während sich oberhalb derselben der normale Kamm eines Hahnes zeigte. Wenn ferner eine Hodenmasse, Rückstand oder Pfropf, während der Regression des Kammes wächst und die Schwelle überschreitet, so hält die Regression plötzlich an und weicht ohne irgendeinen Uebergang einem normalen Wachstum; ein Zeichen der Diskontinuierlichkeit. Das Wachstum der sekundären Geschlechtscharaktere steht also unter dem Gesetz: alles oder nichts oder diskontinuierlich. Was nun die einzelnen sekundären Merkmale betrifft, so zeigte sich eine Dissoziation des sexuellen Komplexes, indem die Eigenschaften bei der Restitution des Hodengewebes heranwachsender kastrierter Hähne nicht synchron, sondern in bestimmter Reihenfolge wiederkehrten bzw. bei der sekundären sexuellen Evolution der Individuen nur teilweise in Erscheinung traten. Vortr. schließt daraus, daß die hormonale Schwelle nicht genau die gleiche ist für jede der einzelnen vom Hoden abhängigen Eigenschaften. Wenn trotzdem die sekundäre Sexualität der Hühner nicht die sieben experimentell nachgewiesenen stabilen Zustände, sondern nur zwei entgegengesetzte männliche und weibliche Pole aufzuweisen scheint, so beruht dies darauf, daß die normalen Drüsenmassen bedeutend höher sind als die verschiedenen liminären Massen, so daß ihre Variationen gewöhnlich keine Wirkung hervorrufen. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß man in einem funktionellen Drüsenkomplex nicht ein Gewebe außer acht lassen darf, unter dem Vorwande, daß es wenig reichlich sei, da die Kenntnis der Schwellen, welche die sexuelle Endokrinologie auf eine solide Grundlage gestellt und auch das Problem des sexuellen Hermaphroditismus schärfer erfaßt hat, eine größere Genauigkeit gestattet.

B. Zondek (Berlin): **Ovarialhormon.** Durch Versuche an Menschen und Mäusen stellte Vortr. folgendes fest: Die Produktionsstätte des menschlichen Ovarialhormons ist der follikuläre Apparat, der es in den einzelnen Menstruationsphasen in steigenden Quantitäten produziert. Es findet sich u. a. im Corpus luteum der Blüte, hingegen nicht mehr im Corpus luteum postmenstruale. Von der Entdeckung ausgehend, daß das Hormon nicht mit den Lipoiden des Ovariums identisch, sondern nur an dieselben gekettet ist, gelang die Darstellung des aus dem Lipoid isolierten, wasserlöslichen Ovarialhormons Follikulin, einer eiweißfreien klaren Lösung, mit der man beim Menschen spezifisch hormonale Effekte erreichen kann. Den Motor der Ovarialfunktion fand Verf. im Hypophysen-Vorderlappen, dessen Hormon nur auf dem Wege über das Ovarium wirkt. Der Generationsvorgang verläuft folgendermaßen: Das Hypophysenvorderlappen-Hormon bringt den follikulären Apparat in Gang, in ihm entsteht jetzt das Ovarial-Hormon. Dieses bewirkt den Aufbau der Uterus-Schleimhaut und damit die Bedingung für die Nidation des befruchteten Eis. Nach Befruchtung des Eies, d. h. in der Schwangerschaft, geht die Hormonproduktion weiter.

Aschheim (Berlin): **Hormon und Schwangerschaft.** Vortr. fand Ovarial- und Hypophysenvorderlappen-Hormon bei schwangeren Frauen im Corpus luteum graviditatis, in der Plazenta im Blutserum vom Ende des vierten Monats an und im Nabelschnurblut, ferner Ovarial-Hormon in der Rinde des Ovariums und Hypophysenvorderlappenhormon in der Decidua parietalis. Er weist darauf hin, daß beide Hormone Wachstumsstoffe sind und ihre Anwesenheit im Blute schwangerer Frauen und in der Plazenta die gewaltigen Wachstumsvorgänge bei der schwangeren Frau und dem Foetus unserem Verständnis näher bringen. Er hebt auch die Bedeutung des Hypophysenvorderlappenhormons für die Follikelreifung im Ovarium hervor.

Leschke (Berlin): **Zwischenhirn und Sexualität.** Erkrankungen oder experimentelle Verletzungen des Zwischenhirns führen durch Läsion der in diesem befindlichen, auf den Gesamtstoffwechsel sowie auf das Trieb- und Affektleben wirkenden Regulationsapparate zu Störungen der Sexualfunktion und der Entwicklung der Genitalien. Dies hat man besonders häufig in letzter Zeit bei der Encephalitis epidemica beobachtet.

Streck (Würzburg): **Fermentbiologie und Interferometrie.** Im Gegensatz zur Abderhalden-Reaktion wird bei der interferometrischen Versuchsanordnung nur die Tatsache einer Serumkonzentrationssteigerung, nicht aber die Qualität bzw. Spezifität derselben festgestellt. Bei der Konzentrationssteigerung handelt es sich hier um ein rein physikalisches Phänomen. Der sogenannte Abbau hängt direkt und nur von der Beschaffenheit des Organpulvers, ob fein- oder grobkörnig, ab. Damit erklären sich auch die paradox erscheinenden klinischen und experimentellen Ergebnisse der Methode. Verfasser hält eine gründliche Revision aller für die Interferometrie aufgestellten fermentbiologischen Thesen und Schlußfolgerungen für notwendig.

Hellmuth (Würzburg): **Das Problem der inneren Sekretion im Lichte der interferometrischen Sero-Diagnostik.** Nach den an der Würzburger Frauenklinik gemachten Erfahrungen bringt uns die interferometrische Sero-Diagnose in ihrer gegenwärtigen Form bei der Lösung innersekretorischer Probleme während und außerhalb der Gestationsperiode praktisch nicht weiter.

Rohleder (Leipzig): **Ueber Trisexualität.** Vortr. versteht unter Trisexualität einen Komplex, der sich aus Hetero-, Homo- und Automonosexualität zusammensetzt. Theoretisch hielt er das Vorkommen einer solchen Kombination von Triebrichtungen schon früher für möglich; er hatte aber jetzt zum ersten Male Gelegenheit, einen selbst beobachteten Fall dieser Art mitzuteilen, den er besonders gut analysieren konnte, da es sich um einen geistig und ethisch hochstehenden Akademiker handelt. Bei diesem jetzt 36 Jahre alten Manne entwickelte sich zuerst, im Alter von acht Jahren, der automonosexuelle Trieb. Bei Betrachtung des eigenen Körpers im Spiegel kam es zu Wollustgefühlen und Orgasmus, ohne daß er masturbierte — er gibt an, überhaupt niemals in seinem Leben masturbiert zu haben — und ohne Ejakulation. Im Alter von 12 bis 16 Jahren trat eine subjektive Spaltung seines Ichs als Sexualobjekt ein: bei manchen seiner Bewegungen fühlte er sich als Weib, bei Betrachtung im Spiegel als Mann. Vom 16. Lebensjahre an brach der homosexuelle Trieb durch, offenbar auf dem Boden des Automonosexualismus, indem er sein eigenes Spiegelbild auf einen ihm möglichst ähnlichen Knaben übertrug. Erst mit 20 Jahren gelangte auch die Heterosexualität zur vollen Ausbildung; jedoch war sie nie so stark wie die Automonosexualität. Angesichts des nackten weiblichen Körpers trat Ejakulation erst bei Vorstellung seines eigenen Spiegelbildes ein, Orgasmus überhaupt nicht. Er ist jetzt verheiratet und hat ein Kind. Koitus normal, mit Ejakulation und Orgasmus, aber immer noch mit automonosexuellem Anklang. Auch die homosexuelle Komponente tritt oft hervor und wird mitunter so stark, daß er dann der Frau gegenüber impotent ist. Er ist zum Transvestitismus übergegangen. Während er seine Homosexualität zurückdrängen kann, bleibt der automonosexuelle Trieb dauernd überwertig. Charakteristisch hierfür ist, daß er sich nach automonosexuellem „Verkehr" seiner Frau gegenüber als Ehebrecher fühlt. Vortr. schließt aus diesem Fall auf das sichere, wenn auch enorm seltene Vorkommen einer Trisexualität, für die eine sichere Erklärung sich bisher nicht finden ließ.

Bergauer (Prag): **Ueber den Einfluß der Steinachschen Operation auf die Cataracta senilis bei Hunden.** Auf Grund mehrerer Beobachtungen kommt Vortr. zu der Hypothese, daß der Altersstar keine lokale Erkrankung ist, sondern daß er im Zusammenhang mit der inneren Sekretion, speziell der der Thyreoidea und der Geschlechtsdrüsen steht. Es wurde nämlich beobachtet, daß bei Dysfunktion der Schilddrüse die Catarakta entsteht und durch bezügliche Organtherapie auffallend gebessert wird. Da der Altersstar gewöhnlich im Klimakterium entsteht, kann man durch Wiederbelebung der inkretorischen Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen durch die Steinachsche Operation zur Heilung der Katarakte beitragen, freilich nur dann, wenn die Veränderungen in der Linse noch reversibel sind.

Frey (Zürich): **Keimdrüsenüberpflanzungen bei Haustieren.** Vortr. berichtet über die Erfolge der von verschiedenen Forschern vorgenommenen Keimdrüsentransplantationen bei Ziegen, Stieren und Kühen. Infantile Stiere, denen man Hodengewebe transplantierte, erlangten zwei bis vier Monate nach der Operation normale Lebhaftigkeit, Sprunglust und Deckfähigkeit; die meisten der von ihnen gedeckten Kühe wurden trächtig. Bei Kühen und Ziegen mit präseniler oder seniler Inaktivität und Atrophie der Eierstöcke trat nach Transplantation von Ovariengewebe wieder Brunst und bei der Mehrzahl Konzeption und normale Geburt normaler Junger ein.

Peter Schmidt (Berlin): **Klinische Altersbekämpfung.** Vortr. demonstriert neben Kontrollbildern von Hunden und Ratten vor und nach der operativen Behandlung, aus denen die Veränderungen im Sinne einer Verjüngung deutlich ersichtlich sind, Photographien von Patienten, die vor 5 bis 6 Jahren operiert wurden und bei denen die günstigen Wirkungen noch andauern. Damals z. T. schwer kranke und invalide Männer konnten inzwischen jahrelang ihren Posten wieder ausfüllen. Um zu beweisen, daß bei diesen Verjüngungswirkungen weder Suggestion noch Aenderungen der äußeren oder inneren Lebensbedingungen eine Rolle spielen, nahm man an chinesischen Gefängnisinsassen, deren Lebensbedingungen sich natürlich in keiner Weise änderten, die Steinachsche Operation vor, ohne sie über Art, Zweck und Folgen des Eingriffes zu informieren. Es wurden Gewichtszunahmen bis zu 30 Pfund und, wie die Kontrollbilder zeigten, derartige Veränderungen im Aussehen erreicht, daß die Patienten kaum wiederzuerkennen waren.

Schmidt, der als Erster nach Erscheinen der Wiener Publikationen seit 1920 die Steinachschen Methoden in 400 Fällen an Menschen studiert hat, erklärt, daß selbst Steinachs Opponenten heute nicht mehr die Möglichkeit der Verjüngung an Menschen bestreiten. Die geringe Verbreitung, die diese neue Methode unter den Aerzten bisher gefunden hat, und der mangelnde Ernst, mit dem das Publikum diesen Bestrebungen gegenübersteht, haben ihren Grund darin, daß der wirkliche praktische Wert der Verfahren durch den Streit um die sogen. Steinachsche Theorie völlig verschleiert worden ist. Vortr. hält den Zeitpunkt für gekommen, um die Methoden der biologischen Altersbekämpfung großzügig in die praktische Medizin einzuführen als ein „wichtiges und gefahrloses Mittel, das geeignet ist, die Beschwerden und Erkrankungen des Alterns zu beeinflussen oder zu heilen und die Spanne menschlicher Leistungs- und Genußfähigkeit zu verlängern".

Benjamin (New York): **Altersbekämpfung durch Keimdrüsentherapie.** Die Keimdrüsentherapie bedient sich dreier Methoden, der homo-, hetero- und autoplastischen. Bei der homoplastischen und bei der heteroplastischen Methode wird dem Körper fremdes Material einverleibt, entweder durch Transplantation menschlicher oder tierischer Drüsen oder durch Injektion von Organbrei oder Extrakten. Bei der autoplastischen Methode dient die eigene Keimdrüse als Angriffspunkt, wobei eine Reaktivierung der inkretorischen Gonadenfunktion eine allgemeine Hormon-Mobilisierung erzeugt. Die Forderungen, die an eine Altersbekämpfungsmethode gestellt werden, sind: 1. möglichst allgemeine Anwendbarkeit, 2. Ungefährlichkeit und relative Einfachheit, 3. größtmögliche klinische Wirksamkeit; sie werden am besten von der von Steinach angegebenen Vasoligatur erfüllt, die unter den autoplastischen Methoden an erster Stelle steht. Ihre allgemeine Anwendbarkeit, genau wie die aller anderen autoplastischen Methoden, ist nur da beschränkt, wo es sich um eine minderwertige Qualität der Keimdrüsen handelt, wie z. B. bei weit vorgeschrittenem Senium. Ihre Ungefährlichkeit und relative Einfachheit ist nicht zu bestreiten. Ihre klinische Wirksamkeit an sich und im Vergleich mit der anderer Methoden wird noch vielfach pro und contra diskutiert. Jedoch häufen sich die klinischen Erfahrungen, und die Behauptung, daß die Vasoligatur an Wirksamkeit und Wirkungsdauer allen anderen Methoden überlegen ist, gewinnt mehr und mehr an Beweiskraft. Es zeigt sich bei der großen Mehrzahl der vielen vom Verfasser selbst erfolgreich operierten Patienten auch noch nach drei oder mehr Jahren kein Rückfall in den präoperativen Zustand. Wenn auch keine Erfolge beobachtet wurden, welche sensationelle übertriebene Hoffnungen rechtfertigen könnten, so wären doch die Durchschnittserfolge eindeutig und eindrucksvoll genug, um weitgehende Anwendung der Methode zu rechtfertigen. Ungünstige Wirkungen wurden nicht beobachtet. Die Röntgenbestrahlung der Hoden hat im großen und ganzen versagt, jedoch wurden mit der Diathermie gelegentlich eindrucksvolle, wenn auch flüchtige Resultate erzielt. Die letzten beiden Verfahren, speziell die Diathermie, sind bei der Altersbekämpfung der Frau zurzeit die Methode der Wahl. Bei Frauen, die jenseits des Klimakteriums stehen, müssen je nach dem Einzelfall neben oder anstatt der Ovarien Hypophyse, Schilddrüse oder Nebenniere behandelt werden.

Steinach (Wien): **Antagonistische Wirkung der Sexualhormone.** Verf. fand durch experimentelle Forschungen, daß die inkretorische Wirkung der Keimdrüsen mit Geschlechtsspezifität verknüpft ist, d. h. daß die Hormone nur homologe Charaktere fördern. Durch Nachweis der Hemmungsbildung der Gonaden auf heterologe Charaktere konnte er einen Antagonismus der Gonaden feststellen welcher sich nicht nur in der Hemmung unentwickelter, sondern auch in der Rückbildung schon entwickelter Geschlechtsmerkmale auswirkte. Dieser Antagonismus ist beim Hermaphroditismus, wie ihn Steinach 1912—1914 zum ersten Male experimentell erzeugte, z. T. abgeschwächt, d. h. es kommen nur die fördernden Wirkungen der inneren Sekretion zur Geltung, und es werden somit die beiden Geschlechtern entsprechenden Merkmale ausgebildet, während die hemmenden Wirkungen mehr oder weniger in Fortfall kommen. Die hormonale Wirkung des bei nicht kastriertem Organismus implantierten heterologen Transplantats ist von dem Zustand der Keimdrüse des betreffenden Individuums abhängig (Partialkastration).

Im Jahre 1925 gelang die Herstellung eines aus Rinderplazenta gewonnenen, standardisierten weiblichen Sexualhormons, das mit dem aus dem Ovarium gewonnenen identisch ist und, wie experimentelle und biochemische Prüfungen erwiesen, einen vollen physiologischen Ersatz der normalen inneren Sekretion der weiblichen Keimdrüse bietet.

In der Diskussion zu dem Steinachschen Vortrage bemerkte Benda (Berlin) folgendes: Als Bildungsstätte der Hormone kamen bisher in Frage:

1. Samen- und Eizellen (germinative Zellen);
2. Follikel- und Sertolische Zellen (vegetative Zellen);
3. Zellen des interstitiellen Gewebes („Pubertätsdrüse" Steinachs).

Steinach bewies, daß die Samen- und Eizellen nicht in Frage kommen, und glaubte die Zellen des interstitiellen Gewebes als Hormonbildungsstätte bewiesen. Benda selbst hielt bisher die Follikel und sertolischen Zellen für wahrscheinlich. Nachdem es aber Bouin gelungen ist, die interstitiellen Zellen unter Erhaltung der vegetativen Zellen durch Röntgenstrahlen zu vernichten und dabei ein Ausbleiben der Hormonbildung nachzuweisen, sieht Redner sich nunmehr veranlaßt, seine Meinung zugunsten der Steinachschen Theorie zu revidieren.

Baader (Berlin): **Berufsarbeit mit Blei, Quecksilber, Phosphor und Arsen in ihrer Wirkung auf die Sexualhormone.** Verf. schildert die schweren Störungen, welche die gewerblichen Gifte auf die Sexualhormone ausüben. Das Blei, das in über 100 Betriebsarten verwertet wird, bewirkt bei Männern Hodenschwellungen und Potenzstörungen, oft sogar Hodenatrophie. Dabei ist die Dauer der Bleieinwirkung sowie das Alter des Patienten belanglos; entscheidend ist nur die individuelle Konstitution. Der weibliche Organismus reagiert noch empfindlicher auf gewerbliche Gifte; selbst bei nicht manifest bleikranken Bleiarbeiterinnen treten Störungen auf bezügl. der Menstruation (verspätetes Einsetzen, unregelmäßiger Verlauf), der Schwangerschaft (Unfruchtbarkeit der Ehe, Früh- und Fehlgeburten), und der Nachkommenschaft (abnorm hohe Sterblichkeit der ausgetragenen Kinder, Degeneration, häufig Idiotie, Epilepsie, Hydrozephalus). Nach Aussetzen der Bleiarbeit können, nach dauernden bisherigen Aborten, normale Geburten erfolgen. Auch die Zeugung gesunder Frauen mit bleikranken Männern ist für jene verhängnisvoll und führt zu Aborten.

Die Quecksilberintoxikation bedingt zwar selbst bei schwerstem Tremor mercurialis keine Störung der Potenz, wohl hingegen Aborte. Phosphor und Arsen sind jetzt in der Industrie weniger bedeutend als früher. Während der Phosphor früher als Abortivmittel bekannt war, hielt man und hält auch heute noch das Arsen für ein Aphrodisiakum, obwohl die Erfahrung der Kliniker, die bei chron. As-Vergiftung Impotencia coeundi beobachteten, das Gegenteil beweist.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Bearbeitet von

Dr. J. FRANKFURTER, Leipzig.

Die Gutachtertätigkeit des Arztes und ihre Bedeutung in Rechtsstreitsachen.

Sowohl die Gerichts- als auch die Verwaltungsbehörden bedürfen bei den verschiedensten Fällen der Mithilfe medizinisch geschulter Personen, die in Form von Zeugnissen und Gutachten vor sich geht. Diese beiden amtlichen Dokumente haben gemeinsam, daß sie Untersuchungsergebnisse darstellen, die auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen gewonnen werden und als Grundlage rechtlicher Entscheidungen dienen sollen. Dieser Umstand ist es auch, daß beide Kategorien den erhöhten Schutz als öffentliche Urkunden genießen. Dabei macht es rechtlich keinen Unterschied, ob der Aussteller des Zeugnisses oder der Begutachter eine Amtsperson ist oder nur in einem Einzelfalle mit dieser Aufgabe von der Behörde betraut wird. Die amtliche Bestellung als solche verleiht den öffentlichen Charakter auch der ausübenden Tätigkeit des betreffenden Arztes. Daher sind nach der herrschenden Meinung die etwa dabei unterlaufenden Vergehungen desselben als Amtsdelikte zu werten und es kommen die strengeren Strafbestimmungen hier in Anwendung. Das nun besprochene Zeugnis im Zusammenhange mit der Begutachtung gehört unter die prozessualen Rechtsmittel des Sachverständigenbeweises und ist rechtlich und sachlich ganz verschieden von der mündlichen oder schriftlichen Aussage eines Zeugen, was allgemein auch als Zeugnis bezeichnet wird. Letzteres soll nur gewisse in Frage kommende Beobachtungen wahrheitsgemäß wiedergeben und dürfen hierbei keinerlei Erwägungen und Schlüsse gezogen werden. Erst die eidliche Bekräftigung desselben verleiht ihm besonderen Rechtscharakter, dessen falsche Aussage sich im Meineidsdelikte auswirkt. Hierbei sind Privat- und Amtspersonen vollkommen gleichgestellt. Ganz anders hingegen gestaltet sich die Gutachtertätigkeit, wovon im folgenden allein die Rede sein soll, soweit sie für Rechtstreitigkeiten vor den ordentlichen Zivilgerichten (Amts-, Land-, Oberlandes- oder Kammergericht in Berlin und Reichsgericht) von Belang ist. Aus Platzmangel muß ich diese Tätigkeit bei den Verwaltungsstellen und -Gerichten anderer Art (Versorgungsgerichte u. a. m.) vorerst außer Betracht lassen, zumal auch die Unterschiede von der erstgenannten praktisch weniger von Bedeutung sind und für den nichtbeamteten Arzt kaum in Frage kommen. — In der Oeffentlichkeit hört man meistens von medizinischen Gutachten in Strafprozessen jeglicher Art, öfters zur Feststellung der Merkmale des § 51 St. GB. nämlich der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten. Uebersehen wird dabei in Aerztekreisen, daß diese Tätigkeit noch häufiger von ihnen für Zivilrechtsstreitsachen in Anspruch genommen wird und sogar dem erwähnten Strafrechtsparagraphen ein analoger im Bürgerlichen Gesetzbuche zu finden ist, nämlich der § 827 Satz 1 BGB. Für die Rechtsbeurteilung jeglicher Gutachtertätigkeit muß man die entsprechenden Bestimmungen über den Sachverständigenbeweis in der Zivilprozeßordnung (ZPO.) heranziehen. Der Vollständigkeit halber erwähne ich, daß die Strafprozeßordnung die gleichen enthält, soweit nicht eine Verschiedenartigkeit in der Struktur der beiden Prozeßarten selbst gelegen ist. Daher genügt die Darstellung der Auswirkungen der zivilen Rechtsnormen in der Gerichtspraxis und werden hierbei wichtige Streitfragen beachtet werden. An Hand von Gutachterfällen soll die Rechtsstellung des Arztes bei dieser Tätigkeit, sowie die Bedeutung derselben für den Ausgang des Prozesses gezeigt werden, um ein klares Bild über diese wichtige Rechtsmaterie zu erhalten. — Bei einem Wortwechsel zieht einer den Revolver und verletzt durch mehrere Schüsse sein Gegenüber derart, daß letzterer schwere Körperverletzungen davontrug und gegen seinen Angreifer Schadenersatzansprüche stellte. Dieser wendete dagegen ein, daß er sich zur Zeit der Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließendem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe. Zur nebenherlaufenden Strafsache wegen versuchten Totschlages hat ein Medizinalrat in diesem Falle ein Gutachten erstattet, das den vorgebrachten Einwand für erwiesen hinstellt. Nun ist folgendes interessant festzuhalten. In dem Schadenersatzprozesse nahm das Landgericht III Berlin dasselbe Gutachten zur Grundlage für seine Entscheidung und wies infolgedessen sämtliche Forderungen ab. Das Kammergericht hingegen als höhere Instanz ordnete ein weiteres Sachverständigengutachten eines anderen Arztes, des Leiters der Irrenanstalt Dalldorf, an. Da der vom Gericht bestimmte Auslagenvorschuß innerhalb der gewährten Frist hierfür nicht geleistet wurde, sind mit Uebergehung des erstgenannten Sachverständigengutachtens alle gestellten Ansprüche zu Recht befunden worden. Zur Klärung der Sachverständigenfrage und Würdigung des Gutachtens ist folgendes zu bemerken. Der Beklagte hat sich im vorliegenden Rechtsstreite auf das bei den Strafakten befindliche medizinische Gutachten zum Beweise der von ihm behaupteten Unzurechnungsfähigkeit berufen, was rechtlich zulässig ist. Andererseits muß das Gericht es dabei nicht bewenden lassen, vielmehr auf Antrag des Gegners oder gemäß § 144 ZPO. kann von Amts wegen ein weiteres Gutachten von einem anderen Sachverständigen verlangt werden, sobald das erste nach freiem Ermessen des Gerichtes zu seiner Entscheidung als Beweis nicht genügt. Einen Auslagenvorschuß bekommt der Sachverständige, wenn die Gutachtertätigkeit auf Parteiantrag zugelassen wird, nicht aber in den Fällen der amtlichen Anordnung des Gerichts. Das ist die fast unwidersprochene Ansicht des Reichsgerichts (IV. 260/24). Weiteres können hier noch die Bestimmungen des vom Gerichte bewilligten Armenrechtes der anderen Partei zu gute kommen nach § 120 ZPO. Die Zivilprozeßordnung kennt diese Wohltat und ordnet an, daß bei Zubilligung dieses Rechtes die Berichtigung sämtlicher Gerichtskosten, einschließlich der Sachverständigenvergütung gestundet werden bis die Vermögenslage des Begünstigten sich gebessert hat. Die Gebühren erhält der Gutachter für seine Tätigkeit in diesen Fällen vom Gericht. In der vorliegenden Rechtssache entfiel mithin jegliche Vorschußpflicht und es war der von Amts wegen bestellte Sachverständige zur Begutachtung zuzulassen oder das erste Gutachten anzuerkennen. Ein völliges Nichtbeachten desselben nach 379 ZPO. ist hier nicht gerechtfertigt, da es im Strafverfahren zur Grundlage des Einstellungsbeschlusses wegen Geisteskrankheit gemäß § 205 StPO. gedient hat. Dieser Umstand gibt Anlaß auch im zivilen Streitverfahren die Prozeßfähigkeit nach § 56 ZPO. von Amts wegen zu prüfen. In richtiger Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen hat das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 16. Oktober 1924 das erwähnte Kammergerichtsurteil aufgehoben und zur nochmaligen Verhandlung an dieses zurückverwiesen. Während hier ein äußerst lehrreicher praktischer Fall von dem Ineinanderwirken der Gutachten in der Zivil- und Strafrechtspflege vorliegt, will ich zur Abrundung meiner Ausführungen auf die Sachverständigentätigkeit in der öffentlichen Fürsorge im Zusammenhange mit dem ordentlichen Gerichtsverfahren übergehen. Ein im preußischen Staatsdienste befindlicher Beamter erlitt während des Dienstes einen Unfall und wurde dadurch dienstunfähig. Auf Grund ärztlichen Gutachtens, das daraufhin lautete und den Verwaltungsstellen vorlag, wurde er durch Bescheid des Ministeriums der öffentlichen Arbeiten im Einverständnis des Finanzministeriums mit $^{20}/_{60}$ seines pensionsfähigen Diensteinkommens wegen dauernder Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt. Auf Grund des preußischen Beamtenfürsorgegesetzes und des § 618 BGB. rief er die Gerichte an und verlangte gestützt auf medizinischem Sachverständigenbeweis die Zahlung einer Unfallpension, sowie der Heilungskosten vom Aerar. Das erste ärztliche Gutachten, das zu seiner Pensionierung den Verwaltungsbehörden als Grundlage diente und den Gerichten vorgelegt wurde, ist mit Recht auch von diesen benutzt worden. Es ist auch angängig, sich nur teilweise darauf zu stützen und soweit für die Gerichtsentscheidung relevante Tatsachen darin keine Aufklärung finden, muß das Urteil sich neu einzuholender Gutachten bedienen, was das Landgericht Erfurt und das Oberlandesgericht Naumburg a. S. übersehen haben. Welches von den vorliegenden ärztlichen Gutachten für richtig anerkannt und zur Grundlage der Entscheidung des schwebenden Rechtsstreites genommen wird, liegt allerdings im freien Ermessen des erkennenden Gerichtes. Zur völligen Klärung der Rechtslage mußte durch medizinische Sachverständige festgestellt werden, ob die behauptete Tabes und Paralyse vor dem Unfall vorhanden waren und diesen infolgedessen verursacht haben. Durch formaljuristische Erwägungen kann ein zur Wahrheitsforschung nötiges Gutachten nicht ersetzt werden. Das Reichsgericht hob die Urteile auf, allerdings aus rechtlichen Erwägungen von Grund und Ursache, die gleichfalls nicht einwandfrei in den Vorentscheidungen deduziert wurden (II. 149/21). — Auf allen Gebieten der öffentlichen Rechts- und Verwaltungspflege ist das medizinische Sachverständigengutachten für die einzelnen Entscheidungen der Behörden, soweit Gesundheitsfragen erörtert werden müssen, von ausschlaggebender Bedeutung.

Briefkasten.

Prof. Dr. Kl. in Ha. Versuche zu wissenschaftlichen Zwecken dieser Art fallen nicht unter Strafsanktion. Zu biologischen und sexual-medizinischen Forschungen ist im Gesetze zwar keine Ausnahme gemacht, jedoch ist es nach der herrschenden Meinung nötig, daß dieser Vorgang zur Befriedigung der libido sexualis geschieht, was doch hier von vornherein ausgeschlossen ist. Der Strafgesetzentwurf enthält teilweise diese Bestimmungen nicht mehr, teils sind sie sehr gemildert. Die Anklagebehörde wird nichts dagegen haben, zumal der Reichsanwalt a. D. Dr. L. Ebermayer in einem Gutachten vor nicht langer Zeit sich für die Straflosigkeit ausgesprochen hat. —

Med.-R. Dr. Sa. in Dr. Die Hebammengesetze und -Ordnungen reichen bis in die ersten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts zurück. So ist in Sachsen die erste Hebammenordnung aus dem Jahre 1820, die genau die Rechte und Befugnisse derselben sowie die Gebühren regelt. Inzwischen haben Neuregelungen stattgefunden, ohne die Befugnisse wesentlich zu ändern. Erst vor einigen Wochen brachte das Sächsische Ministerialblatt die jüngste Aenderung der Hebammengebühren.

Berichtigungen.

Im medizinisch-rechtlichen Teile Nr. 26, erste Halbseite 1049, muß es richtig heißen: daß nur eine Pflichtverletzung . . . statt . . . nicht eine Pflichtverletzung . . ., in Zeile 2 von oben und in Zeile 16 von unten: ein in einem Industriebetriebe beschäftigter Arbeiter . . . statt . . . ein in einem Industriebetriebe beschäftigter Arbeit . . .

Im letzten Satz des ersten Absatzes der rechten Spalte auf Seite 975 muß der Text, statt „die Richtigkeit dieser Maßnahmen haben auch exakte psychologische Untersuchungen von Löwy ergeben", lauten: „Die Richtigkeit dieser Maßnahmen haben auch exakte **physiologische** Untersuchungen von Löwy ergeben.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 41. 3. Oktober 1926.

Aufgaben und Wege der Heilpädagogik. Stern.
* Serodiagnose der Gonorrhoe. Cohn.
* Kritisches zur Gonorrhoebehandlung. Saenger.
Klinische Prüfungen peroraler Insulinpräparate. Meyer und Oppenheimer.
* Diabetes, Insulin und Schwangerschaft. Kaufmann.
Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung von Kationen für die zellulären Reaktionen bei der Entzündung. Großmann und Wollheim.
Tuberkulöse Hauttumoren. Richter.
Der Ausrottungskampf gegen die Rentenneurosen und seine Konsequenzen. Levy-Suhl.
* Krankheitsbild des Gelbfiebers. Hoffmann.
* Experimentell erzeugte Alkalose und Insulinwirkung. Schiff und Choreinis
Blutanalysen bei Anaemia perniciosa. Neuburger.
Zum bakteriologischen Nachweis von Zuckerarten im Harne. Benjasch.
Alfa Antar, ein neues antiseptisches Wundpulver. Feilchenfeld.
* Behandlung der postoperativen Harnverhaltung durch intravenöse Injektionen von 40% Urotropin. Küstner.
Nebenwirkungen bei Triphalbehandlung. Freund.
Desensibilisierungsversuche beim Asthma bronchiale mittels Milzdiathermie. Gassul.
Orthopädie. Debrunner.

Serodiagnose der Gonorrhoe. Nach den Erfahrungen des Verfassers kommt dem Komplementbindungsverfahren für die Diagnostik der Gonorrhoe große praktische Bedeutung zu. In Gemeinschaft mit der Klinik und den bakteriologischen Untersuchungsmethoden wird sie ein wertvoller Wegweiser der diagnostischen Erkenntnisse sein.

Kritisches zur Gonorrhoebehandlung. Die Therapie der Gonorrhoe ist noch nicht so vollendet, daß man schematisch vorgehen kann. Es haften ihr zahlreiche Gefahren an. Ein gewissenhaft individuelles Abwägen ist noch unentbehrlich neben einer Unsumme von Geduld. Durch größere Vorsicht und Zurückhaltung bei der Lokalbehandlung werden die Aussichten auf komplikationslose Heilung ganz wesentlich gebessert.

Diabetes, Insulin und Schwangerschaft. Bei einer schweren Diabetikerin tritt im Anschluß an die durch langdauernde Insulinbehandlung mit teilweise sehr hohen Dosen erzielte Besserung eine Schwangerschaft auf, die unter Diät und Insulinbehandlung günstig verläuft und 7—8 Wochen vor dem Termin durch künstliche Frühgeburt eines voll entwickelten gesunden Knaben beendigt wird. Am fünften Wochenbettstage stirbt die Kranke an den Folgen eines bei bestem Wohlbefinden drei Tage post partum eintretenden hypoglykämischen Komas.

Krankheitsbild des Gelbfiebers. Das Gelbfieber ist eine Erkrankung septiko-hämorrhagischen Charakters, hervorgerufen durch die Leptospira icteroides, die mit ihren Giften hauptsächlich die parenchymatösen Organe, das Gefäßsystem und das Blut schädigt. Die akute, schwere Entartung besonders der Leber und Nierenzellen, meist auch des Herzmuskels, führt oft schnell zum Tode. Die Entartung der Gefäßwand gibt Anlaß zu multiplen Blutungen, die ihren schwersten Ausdruck im Blutbrechen finden. Die Zerstörung der roten Blutkörperchen mit der darauffolgenden Resorption des Hämoglobins ist die Ursache für die Gelbsucht, die rein hämatogenen Ursprunges ist. Günstig ist es, daß die schweren Spirochätengifte sehr schnell die Bildung kräftiger Schutz- und Heilstoffe bewirken, welche oft einen leichteren Verlauf der Krankheit ermöglichen und in den nicht tödlichen Fällen meist eine schnelle glatte Heilung begünstigen.

Die schweren Fälle, wie sie in den Endemiegebieten auftraten, entsprechen einer ungewöhnlich hoch gesteigerten Virulenz des Erregers. Daneben gehen zahllose leichtere Fälle namentlich bei Kindern einher, bei denen die Krankheitserscheinungen kaum beachtet werden und in einigen Fällen überstanden sind. Diese leichteren Fälle bleiben die Regel da, wo die Krankheit vereinzelt auftritt und noch nicht zur allgemeinen Verseuchung geführt hat. Die Erkennung der Krankheit in dieser gewöhnlichen Form kann große Schwierigkeiten machen und ist vielleicht unmöglich, wenn nicht der Erreger nachgewiesen wird.

Blutanalysen bei Anaemia perniciosa. Der Blutzuckergehalt bei perniziöser Anämie weicht in keiner Richtung nennenswert vom normalen Wert ab; der Gehalt an Gesamtchloriden entspricht vollkommen der Norm, der Ca-Gehalt im Serum ergibt gelegentlich Werte, die der unteren Grenze naheliegen; im allgemeinen ist auch hier kein auffallender Unterschied gegenüber gesundem Blut zu finden.

Das Krankheitsstadium übt auf die chemische Blutzusammensetzung im Sinne des Zuckers, des NaCl und Ca keinen Einfluß aus; sowohl im tiefsten Rezidiv wie in der besten Remission liegen die Werte immer innerhalb oder ganz nahe der Norm. Dies läßt sich auch beim gleichen Patienten bei Untersuchungen in den verschiedenen Krankheitsphasen erkennen.

Behandlung der postoperativen Harnverhaltung durch intravenöse Injektionen von 40% Urotropin. Die prophylaktische Urotropininjektion ist nach Operationen nicht notwendig, da bekanntlich eine gewisse Anzahl Patientinnen ohne jegliche Behandlung nach der Operation spontan Urin lassen, wie in gesunden Tagen. Dagegen soll man nur bis zum Abend des Operationstages warten, und wenn dann noch kein Urin gelassen ist, 5 ccm 40%iges Urotropin intravenös injizieren. Längeres Warten ist wegen der Belästigung der Patientinnen, der starken Ueberfüllung der Blase und dem eventuellen Versagen dieser Therapie nicht zu empfehlen. Auf diese Weise wird bei fast allen Patientinnen der Katheterismus vermieden werden können.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 42, 15. Oktober.

* Zur Therapie des Typhus abdominalis. Schottmüller.
Ueber die Beziehungen des Glykogens zur gonorrhoischen Erkrankung. Mayr.
Der klinische Wert der interferometrischen Blutuntersuchung bei polyglandulärer Sekretionsstörung, speziell für die Deutung psychischer und konstitutioneller Anomalien. Groedel und Hubert.
Kurze Mitteilung über die Wirkung des Ephedrin-Merck auf Asthmakranke. Kämmerer und Dorrer.
Unspezifische „thermolabile" Kälteflockung nach Sachs-Georgi und ihre Stabilisierung durch Luesserum. Baumgärtel.
* Ueber konservative Behandlung von Furunkeln und Zellgewebsentzündungen. Zechlin.
Milch luetischer Wöchnerinnen. Hackemann.
Bemerkungen zur Organtherapie in der Frauenheilkunde. Birz.
Zur Kasuistik der Nabelschnurbrüche. Schroeder.
* Erfahrungen über Dilaudid in der Nervenpraxis. Trautmann.
Ueber die Verwendung des dehydrocholsauren Natriums (Decholin). Dücker.
„Basokow", eine neue Spritze für Injektionen in die Ellenbeugenvenen. Hirsch-Tabor.
Die Bedeutung des Herzbeutels für den Blutumlauf. Hauffe.
Pyelitis, Nierentuberkulose, Nierentumoren. Schlayer.

Zur Therapie des Typhus abdominalis. Der Serumtherapie kann bisher bei der Behandlung des Typhus keine wesentliche Bedeutung zuerkannt werden. Fortlaufende, langjährige Untersuchungen haben gezeigt, daß das Blut gegenüber den verschiedensten Bakterien eine deutliche bakterizide Wirkung entfaltet. Die bakterienlösende Kraft des Gesamtblutes ist selbst im Reagenzglas noch so stark, um bestimmte Streptokokkenformen abzutöten (Bakterizidieversuch nach Schottmüller zur Unterscheidung von Streptococcus hämolyticus und viridans). Auch gegenüber den Typhusbazillen läßt das menschliche Blut ein charakteristisches Verhalten erkennen, indem es noch in vitro diese Keime in recht hoher Menge abtötet, überhaupt gegen Typhusbazillen eine so erhebliche entwicklungshemmende Kraft zeigt, wie gegen wenige andere pathogene Mikroorganismen. Während der Dauer der Krankheit kommt es zu einer Zunahme der bakteriziden Eigenschaften des Vollblutes, der korpuskulären Elemente und des Plasmas. Schon mehrere Stunden nach der Entnahme aus der Vene büßt das Blut an bakterizider Kraft wesentlich ein. In Konsequenz dieser Ergebnisse wird die Uebertragung einer größeren Blutmenge von Menschen, die vor nicht zu langer Zeit den Typhus überstanden haben, auf den Kranken gefordert, um sich so die Kräfte des Vollblutes nutzbar zu machen. Das Blut immunisierter Tiere kann in diesem Sinne nicht verwertet werden. Die Beschaffung größerer Mengen von Rekonvaleszentenserum, das Typhusbazillen gegenüber von ausgesprochener bakterizider Wirkung ist, stößt auf so große Schwierigkeiten, daß die Bluttransfusion vorzuziehen ist. Denn diese ist nicht mit einer Gefahr für den Empfänger oder Spender verbunden (Blutgruppenbestimmung!); außerdem können größere Mengen Blutes in unveränderter Form unmittelbar übertragen werden (Oehlecker oder Becksche Apparat). Bei der Uebertragung so großer Mengen von Blut Gesunder besteht weiterhin die Aussicht, durch Uebermittelung der Gesamtimmunkräfte erfolgreich zu wirken, die infolge der überstandenen Infektion reichlich im menschlichen Blut sich vorfinden. Es wird daher empfohlen, von geheilten Typhuskranken, deren Entfieberung mindestens 3 bis 4 Wochen zurückliegt, ½ bis ¾ Liter Blut auf Kranke zu übertragen. Die Rekonvaleszenz des Blutspenders muß bis zur vierten Woche der Entfieberung fortgeschritten sein, da von diesem Zeitpunkt ab Rezidive nicht mehr zur Beobachtung gelangen und die Selbstimmunisierung schon weit fortgeschritten ist. Die vorgeschlagene Therapie kommt besonders für mittelschwere Fälle mit zweifelhafter Prognose und zur Bekämpfung bedrohlicher Komplikationen, wie Darmblutungen in Frage. Es muß bei der Transfusion solcher Blutmengen der Herzkraft besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei vorhandener Schädigung kann durch Ueberlastung des Gefäßsystems akute Herzschwäche mit Lungenödem hervorgerufen werden. Langsames Ueberführen der Blutmenge, etwaiger vorhergehender entlastender Aderlaß beim Empfänger lassen diese Gefahr vermeiden. Auf der Höhe der Krankheit wird wahrscheinlich die Bluttransfusion nicht zu einem schlagartigen, plötzlichen Verschwinden aller Symptome führen. Die Krankheit wird gemildert und nimmt einen günstigen Verlauf, während die Temperatur langsam zur Norm absinkt.

An eigenem Material konnte Verfasser mit seiner Behandlungsmethode wenig Erfahrung sammeln. Mit Rücksicht auf die jetzt in Deutschland herrschenden Typhusepidemien erfolgte die Veröffentlichung.

Ueber konservative Behandlung von Furunkeln und Zellgewebsentzündungen. Bei Gesichts- und allen andern Furunkeln, bei Panaritien sowie bei Zellgewebs- und Lymphgefäßentzündungen hat sich folgendes Verfahren seit Jahren ausgezeichnet bewährt. Der Erkrankungsherd wird in einem Umkreis von 4 bis 5 cm über die entzündliche Zone hinaus mit der offizinellen grauen Salbe nicht zu dünn bestrichen. Ueber dieses Gebiet werden Umschläge mit heißer weinsaurer Tonerde (1 Eßlöffel Liq. alum. acetico-tartarici auf 1 Liter Wasser) gemacht und so häufig wie möglich erneuert. Auch gleichzeitig bestehende Lymphangitis wird dieser Behandlung unterzogen, die zu einem schnellen Schwinden der Schmerzhaftigkeit des Entzündungsprozesses führt und bereits am nächsten Tag den Stillstand und wenig später die Rückbildung der Krankheitserscheinungen nach sich zieht. (Erzeugung örtlicher Hyperämie und besondere Tiefenwirkung des Quecksilbers). Bei Panaritien ist der Nagelfalz dick mit Ungt. cinereum zu bestreichen und das bestrichene Fingerglied ausgiebig in heißer weinsaurer Tonerdelösung zu baden. Vor einem bloßen Verband mit Tonerde ist zu warnen. Es sind lediglich einige zirkuläre Heftpflasterstreifen über den Herd zu legen. Bei Spontanöffnung eines Eiterherdes ist Perubalsam oder Perugen in die Wundhöhle einzugießen.

Erfahrungen über Dilaudid in der Nervenpraxis. Dieses Morphinpräparat hat bei Schmerzzuständen (tabischen Krisen, Ischias, Kopfschmerzen bei Tumor) eine ausgezeichnete Wirkung. Im allgemeinen kommt man mit der Dosis 0,002, subkutan verabfolgt, aus. Der Wirkungsgrad ist somit etwa fünfmal größer als der des Morphins. Bei Verabfolgung von 0,0025 g per os in Tabletten geht die schmerzstillende Wirkung über der sonst gebräuchlichen Antineuralgica nicht heraus. Wesentlich ist als Nebenwirkung die unerwünschte Beeinträchtigung des Atemzentrums, die bei höheren Dosen (0,005) in Erscheinung tritt. In der Mehrzahl der Fälle reicht jedoch die Dosis von 0,002 aus, wobei die Wirkung nach 10 bis 15 Minuten eintritt und 3 bis 4 Stunden anhält. Bei zerebralen Erkrankungen kann es infolge Ueberempfindlichkeit des geschädigten Hirns (Tumor) zu einem bedrohlichen narkotischen Effekt kommen, so daß vorsichtige Dosierung geboten erscheint. Gewöhnung an das Präparat scheint im allgemeinen nicht einzutreten, da die Gaben nicht gesteigert werden brauchen. Dilaudidhunger wurde nicht beobachtet.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 40, 1. Oktober 1926.

*Die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter und ihre Folgen. Kupferberg-Mainz.

Indikation zum kombinierten Balken-Suboccipitalstich als Palliativoperation bei Hirntumoren. G. Herrmann und F. Rudofsky.

Kritische Bemerkungen zum Aufsatz von Dr. Otto Nast „Kurzgefaßte Indikationsstellung für die endolumbale Behandlung der Syphilis aller Stadien. M. Nonne und H. Pette.

Doppelseitige Nierensteine. Rudolf Paschkis-Wien.

*Prostatahypertrophie und Prostatektomie. Rudolf Oppenheimer.

*Stillsches Krankheitsbild beim Erwachsenen. Walter Goldstein.

Tastzirkel mit direkt ablesbarer Expositionszeit für Röntgenaufnahmen. Richard Borger.

*Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. G. Blumenthal und B. Schwarzmann-Kiew.

Verhalten des Harnquotienten C : N bei der Ernährung mit einer bestimmten Probekost. Hideo Wada-Osaka.

Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter. Die ektopischen Graviditäten werden entsprechend ihrem Sitze in 4 Gruppen eingeteilt:

1. Tuben-Graviditäten,
2. Abdominal-Graviditäten,
3. Ovarial-Graviditäten,
4. Schwangerschaften in einem rudimentären Uterusnebenhorn.

Von diesen 4 Gruppen ist die Tubar-Gravidität weitaus am häufigsten; denn sie beträgt 95 bis 99%. Die Tubar-Gravidität zerfällt nun wieder bezüglich ihrer Endigung in zwei Gruppen und zwar in den Tubarabort und die Tubarruptur.

Der Tubarabort, auch innerer Kapselaufbruch genannt, geht derartig vor sich, daß das Ei in die Bauchhöhle geboren wird. Bei den dabei stattfindenden Koliken gelangen auch schubweise Blutmengen in die Bauchhöhle hinein. Da die Pat. sich nach diesen Anfällen immer wieder erholen, so kann man häufig genug nicht gleich die Diagnose stellen, und erst die allmählich zunehmende Anämie, die Vergrößerung des Douglas nach unten und die Komprimierung des Mastdarms geben den Hinweis auf den bestehenden und mitunter bereits vor längerer Zeit stattgehabten Tubarabort.

Die andere Hälfte der Tubargraviditäten, die Tubarruptur, bezeichnet man logischerweise auch als äußeren Kapselaufbruch. Dieser Vorgang geschieht derart, daß das in die Tubenwand eingebettete Ei sich mit der verdauenden Kraft seiner Zotten immer mehr und mehr in die Tubenwand hineinfrißt, dieselbe weiter dehnt, sie dünn macht, so daß schließlich das Schluß-Stadium die Ruptur der Wand ist, und dann tritt sehr starke Blutung ein, die ein sofortiges Eingreifen notwendig macht.

Genaue Kenntnis über diese Tubargraviditäten hat man besonders erst dann sammeln können, als Lichtenstein auf den primären Eisitz in der Tube hingewiesen hat. Zuweilen, abnorm selten, kann man das Absterben eines Eies in der Tube mit allmählicher Eintrocknung oder auch Resorption beobachten. In schlimmeren Fällen dieser Art kommt es zur Verjauchung, an die sich unter Umständen eine sekundäre Peritonitis anschließt. Zur Diagnostik der Extrauterin-Gravidität hat man verschiedene Anhaltspunkte. Der Uterus ist leicht vergrößert, aufgelockert, hyperämisch und man fühlt auf der betreffenden Seite einen weichen, zystenartigen, kaum druckschmerzhaften Tumor. Hat man das Glück, die Dezidua-Stücke abgehen zu sehen, so weiß man, daß ein Tubarabort bzw. Tubarruptur stattgefunden hat. Auf die feineren diagnostischen Unterschiede zwischen Tubarabort und Tubarruptur soll nur kurz eingegangen werden. Ueber den ersteren ist schon weiter oben das hauptsächlichste angegeben. Bezüglich der Tubarruptur ist zu sagen, daß ganz plötzlich schwerste Anämie einsetzt. Die Pat. erzählen gewöhnlich, daß ihre Regel ganz kurze Zeit überfällig sei, und sie ganz plötzlich mit wahnsinnigen Unterleibsschmerzen ohnmächtig geworden seien; dabei bieten sie wachsblasses Aussehen, stark beschleunigten kleinen Puls und geringe Untertemperatur.

Aus der vorliegenden Arbeit zieht man das Fazit, daß man bei jedem Abort oder bei jeder länger dauernden gynäkologischen Blutung einer geschlechtsreifen Frau stets zuerst an die Möglichkeit einer Extrauterin-Gravidität denken soll. Erst wenn alles derartige durch Anamnese, Befund und Differentialdiagnose nicht mehr in Frage kommt, darf man zur Ausschabung schreiten.

Prostatahypertrophie und Prostatektomie. Prostatahypertrophie existiert nur im Mittellappen; die alte Anschauung, daß es eine Hypertrophie der Seitenlappen gäbe, besteht sicherlich, wie wir heute wissen, zu unrecht. Diese Hypertrophie macht ihre Erscheinungen durch die verschiedenartigen Beziehungen zu den anderen Organen und tritt unter allen möglichen Umständen auf. Infolgedessen sollte man bei älteren Männern, welche über Beschwerden klagen, die uns diagnostisch zweifelhaft erscheinen und sich in irgendeine Beziehung mit der Prostata bringen lassen, ebenso selbstverständlich nach dieser und der Blase tasten, wie man bei starkem Durstgefühl den Harn auf Zucker untersucht. Es ist beobachtet worden, daß bei Prostatahypertrophie hochgradige Oedeme der Ober- und Unterschenkel sowie Gedunsenheit des Gesichts vorhanden sind. In einem Falle wurde zweimal eine größere Menge von Restharn entfernt, worauf die Oedeme verschwanden. Ein weiterer sehr wichtiger Faktor ist die Beziehung zwischen Harnstauung und Blutdruck. Bezüglich der Behandlung ist zu sagen, daß einige Autoren Röntgenstrahlen anwenden, und sie wollen ein Zurückgehen der Entzündungserscheinungen beobachtet haben. Unter den operativen Methoden ist sicherlich die suprapubische oder auch transvesikale Prostatektomie die Methode der Wahl. Ohne auf die besondere Indikationsstellung einzugehen, kann gesagt werden, daß die Mortalität nach dieser Operation etwa 4% beträgt. Das ist sehr gering, wenn man bedenkt, daß durch die Prostatektomie eine fast normale Blasenfunktion erzielt wird. Des weiteren tritt eine Blutdrucksenkung ein; in einem beschriebenen Fall um 30 mm Hg.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die Heilung bei einigermaßen günstig gelagerten Fällen mit sehr großer Wahrscheinlichkeit versichert werden kann; ja selbst bei sehr ungünstigen Fällen haben wir in einem hohen Prozentsatz komplette Heilung oder doch eine äußerst deutliche Besserung zu verzeichnen.

Stillsches Krankheitsbild beim Erwachsenen. Die „Stillsche Krankheit“ ist nach ihrm Entdecker, dem englischen Kinderarzt G. F. Still benannt. Dieser beobachtete vor 30 Jahren eine Reihe klinischer Gelenksentzündungen, die er wegen ihres eigentümlichen Verlaufes als besonderen Krankheitstyp festlegte. Die Hauptmerkmale dabei sind multiple Gelenkschwellungen durch Beteiligung der periartikulären Weichteile, Lymphdrüsenschwellungen und Milz-Vergrößerung bei chronischem, fieberhaftem Verlauf. Ursprünglich hat man geglaubt, daß dieses Krankheitsbild sich nur bei Kindern findet; aber Pollitzer, Strauß und Bauer haben als die Ersten dieses typische Bild auch bei Erwachsenen beobachtet. Die Pathogenese dieser Krankheit ist sehr heiß umstritten; aber wir wissen so gut wie nichts darüber, da die Krankheit sehr selten und die Zahl der publizierten und genau beobachteten Fälle naturgemäß sehr klein ist. Nach Strauß soll der Stillsche Symptomen-Komplex das vollständige Krankheitsbild sein, für welches die vielen Fälle chronischer Polyarthritis mit supraartikulären Drüsenschwellungen eine „form fruste“ bedeuten. Vor etwa 10 Jahren hat Bauer darauf hingewiesen, daß die Menschen mit Stillscher Krankheit eine Reihe degnerativer Symptome aufweisen. So hat man bei einer 38 Jahre alten Patientin das Fehlen sämtlicher Oberkieferzähne festgestellt. Ferner hat man mehrere andere Stigmata auf Psycholabilität, vasomotorische Uebererregbarkeit, respiratorische Arrythmie sowie das höchst eigentümliche aplastisch-degenerative weiße Blutbild gefunden. In dem beschriebenen Fall ist eine weitere bedeutsame ätiologische Komponente sicherlich noch der tuberkulöse Infekt, welcher sich durch den klinischen und röntgenologischen Lungenbefund, in der hochgradigen Allergie und in dem chorioiditischen Herd dokumentiert.

Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. Kurz nach Beginn der Sero-Diagnostik der Lues schon hat man das retroplazentare und auch das Nabelvenenblut mit zu Hilfe genommen. Da man nicht immer genaue anamnestische Daten erhält, so muß man die Aufstellung in 4 Gruppen vornehmen:

1. sichere Lues,
2. wahrscheinliche Lues,
3. Verdacht auf Lues,
4. ohne Befund.

Die erste Gruppe ist natürlich für die Untersuchung die leichteste, da es sich um floride oder latente Lues handelt. Bei der zweiten Gruppe wird von Seiten des Patienten die Infektion zwar negiert; aber klinische Anzeichen überstandener und heriditärer Lues sind vorhanden. Bei dem Verdacht auf Lues ist die Untersuchung wichtig wegen bestehender verdächtiger Erscheinungen und endlich bei der 4. Gruppe wird man sich von seinem Gefühl leiten lassen, wenn weder ein anamnestischer, noch ein klinischer Verdacht vorliegt.

Faßt man das ganze Material zusammen, so sieht man, daß mit dem retroplazentaren Blut in einer Anzahl von Fällen unspezifische Hemmungen zu sehen sind. Diese Anzahl wird aber bei der Prüfung von nur frischen Proben wesentlich herabgedrückt, wohingegen das Armvenenblut in keinem Falle irgendwelchen Anlaß zu falschen positiven Resultaten gibt: Daraus ergibt sich, daß das retroplazentare Blut lediglich in frischem einwandfreien Zustande zu verarbeiten ist. Die serologischen Reaktionen besitzen nur diagnostischen Wert, wenn sie durch den entsprechenden serologischen Befund des Armvenenblutes ergänzt werden. Die Prüfung von Nabelvenenblut hat sich als unzuverlässig erwiesen; es ist zweckmäßiger, sie durch Venenblut des Säuglings — frühestens 6 Wochen nach der Geburt — zu ersetzen.

Hofbauer, Berlin.

Nr. 41, 8. Oktober 1926.

* Verhärtungen in der Mamma, ihre Diagnose und Behandlung. Friedr. Pels-Leusden.
Entwicklung des Begriffs der Azidose. L. Lichtwitz und F. Mainzer-Altona.
Diagnose der Schwangerschaft mittels einer Doppelprobe auf alimentäre Azetonurie und Glykosurie. Fr. Adlersberg und O. Porges.
Zur Frage des „Icterus catarrhalis“. Rich. Bauer.
Nierenkoliken ohne nachgewiesene Ursache. Grauhahn.
Pathogenese der Fettsucht. E. Leschke-Berlin.
* Intoxikationspsychose nach Ileus-Operation. Th. Walzberg-Minden i. W.
* Frühdiagnose der Appendizitis. E. Flusser-Budweis (Böhmen).
Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni. F. L. Bonn, Berlin.
Jodtherapie und Jodschädigung. J. Bamberger.
Gedanken zum Problem der Abhängigkeit des Stoffwechsels von Innen- und Außenfaktoren. E. Abderhalden-Halle a. S.

Verhärtungen in der Mamma, ihre Diagnose und Behandlung. Es ist nicht immer einfach, bei der Untersuchung von Brustdrüsen-Verhärtung sofort die richtige Diagnose zu stellen, wenngleich man bei manchen Fällen auf den ersten Blick den bösartigen Charakter von Brustdrüsen-Affektionen sehen kann. Bei der Zyste z. B. läßt das sogenannte Königsche Zeichen, daß diese beim Andrücken der ganzen Mamma gegen die Brustwand mit der flachen Hand verschwinde, sehr häufig im Stich. In vielen anderen Fällen wieder ist es unmöglich, eine solitäre Zyste tief im Mammagewebe von einem beginnenden Karzinom zu unterscheiden, und das ist ja gerade das wesentliche, was man will; denn der Satz, daß man lieber einmal zuviel ein Karzinom diagnostiziert als zuwenig, hat sicherlich nur bedingte Gültigkeit, und zwar kann er erst dann Verwendung finden, wenn alle anderen differentialdiagnostischen Hilfsmittel völlig erschöpft sind. Stets und ständig werden ganz vereinzelte Grenzfälle übrig bleiben, die man zwischen Gut- und Bösartigkeit stellen muß, woraus sich ergibt, daß Kliniker und pathologischer Anatom Hand in Hand arbeiten müssen, um diese Grenzfälle völlig zu klären. An einem Fall von Brustdrüsenverhärtung bei einer im Karzinomalter befindlichen Frau schildert Verf. deutlich, wie schwer die Diagnose gewesen ist. Die Pat. wurde operiert und die histologische Untersuchung ergab nur entzündetes und kein karzinomatöses Gewebe. Das war im vorliegenden Falle besonders wichtig, weil diese Verhärtung — es handelte sich um eine D-Zug-Wartefrau — durch mehrfaches Schleudern im Wagengang entstanden war und die Behörde keinem Regreß-Anspruch stattgeben wollte. Auf Grund des histologischen Befundes jedoch war der Zusammenhang mit der Dienstbeschädigung ohne weiteres gegeben.

Intoxikationspsychose nach Ileus-Operation. Walzburg, der viele Patienten nach Ileus-Operation beobachtete, hat bei allen Fällen, teils früher, teils später, schwere Veränderungen im Gesamtorganismus festgestellt, die den Verdacht auf eine Vergiftung rechtfertigen, und er schildert diese Veränderungen auch an 2 Fällen, wobei besonders das Auftreten der seelischen Störung auffällt, welches kurze Zeit nach Beseitigung des Passage-Hindernisses auftrat.

Garbarini hat bei seinen Experimenten über die Resorptionsfähigkeit abgeschnürter Darmstücke festgestellt, daß diese sehr viel resorptionsfähiger sind als der normale Darm. Dadurch wird das Auftreten der Intoxikation erklärt, und es ist sehr bedauerlich, daß über die Art der in Wirksamkeit getretenen Gifte nur Vermutungen angestellt werden können.

Früdiagnose der Appendizitis. Im Anschluß an eine Arbeit Rapp, Biberach, gibt Flusser eine sehr beachtenswerte Uebersicht über die Frühdiagnose der Appendizitis im Kindesalter; denn wie häufig wird man zu einem Kind gerufen, weil es erbricht. Die erste Frage ist naturgemäß, wie lange das Erbrechen besteht und ob auch Durchfall vorhanden ist. Sind beide Faktoren vorhanden und ist das Erbrechen zuerst aufgetreten, so handelt es sich mit allergrößter Wahrscheinlichkeit um eine darmkatarrhalische Affektion. Ist nur Erbrechen vorhanden, so kommt wohl kaum etwas anderes als die folgenden 3 Ursachen in Betracht:

1. toxisch,
2. meningo-enzephalitisch,
3. peritoneal.

Zu 1. muß bemerkt werden, daß viele Kinder bei jeder akuten Infektionskrankheit erbrechen. Was das Erbrechen, welches durch Hirndruck hervorgerufen wird, anbelangt, so muß der Arzt die Meningitis sofort und klar erkennen, da gewöhnlich nicht der Kranke, sondern der Arzt den Schaden davon hat, wenn eine Meningitis als Magenkatarrh behandelt wird.

Der wichtigste Punkt ist der letzte und da sind Erbrechen und Stuhlverhaltung zwei Hauptsymptome für eine Affektion des Bauchfells. Durchfall gehört bei der kindlichen Appendizitis zu den größten Seltenheiten und sehr häufig ist das ausschlaggebende für die Diagnose der Tastbefund, wobei Metheorismus oft gänzlich fehlt.

Erwähnt sei dann noch eine Phase der kindlichen Appendizitis, nämlich jene unmittelbar nach der Perforation, wo sehr häufig Spannung, Schmerz und Fieber sinken und der Puls sich bessert. In dieser Phase ist eben die Erkrankung des Bauchfells erst im vorbereitenden Stadium.

Hofbauer, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 38, 1926.

Festschrift zum 89. Kongreß deutscher Naturforscher und Aerzte.

Zum Geleit. Krauß.
Bedeutung der Rheinländer für die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft. Haberling.
Medizinische Akademie in Düsseldorf. Krauß.
Allgemeine städtische Krankenanstalten in Düsseldorf. Hoffmann.
Grundsätzliches zur Entzündungslehre. Huebschmann.
„Gewöhnung“ an Genuß- und Rauschgifte. Hildebrandt.
Ursache der vermehrten Blutung bei Operation in Narzylen-Narkose. Hildebrandt. Böllert und Eichler.

Epikritische Bemerkungen zur paroxysmalen Tachykardie. Hoffmann.
✦ Klinische und experimentelle Studien über den Antagonismus Insulin-Adrenalin. Boden, Determann und Wankell.
✦ Biologische Bestimmung der Rückstreuungswerte bei harten Röntgenstrahlen zur Vermeidung der Meßfehler physikalischer Dosimeter. Schreus.
Chirurgische Handlung in ihren allgemeinen und besonderen Beziehungen zur Organfunktion. Rehn.
Bedeutung der Röntgenuntersuchung in der chirurgischen Urologie. Janssen.
✦ Zur Proteinkörpertherapie in der Gynäkologie. Pankow.
Nachweis intrakranieller Blutungen bei toten Neugeborenen ohne Autopsie. Schoenholz.
Ophthalmobiologie. Krauß.
Klinische Versuche zur Glaukombehandlung durch Umstimmung des Gesamtorganismus. Wick.
✦ Mucosus-Otitis. Oertel.
Operationsmethode bei doppelseitiger Abduktoren-sive Posticusparese des Kehlkopfes. Dahmann.
Anthrakose und Tuberkulose. Schloßmann.
✦ Zur Klinik der „Lipoidnephrose“ im Kindesalter. Eckstein.
✦ Geschlechtsbedingte Unterschiede im Ablauf von Infektionskrankheiten. Meyer.
Bedeutung der chemischen Reaktionen bei Salben und anderen dermato-therapeutischen Mitteln. Stern.
Stand des Morphinismus. Sioli.
Zur Psychopathologie der Enzephalitis-Folgezustände bei Jugendlichen. Neustadt.
Beziehungen der Hygiene zu Naturwissenschaften und praktischer Medizin. Bürgers.
Neue Wege zur Verhütung von Erkältungen auf experimenteller Grundlage. Bachmann und Fleischer.
Schwierigkeiten bei der ärztlichen Leichenschau. Berg.
✦ Beitrag zum Verlauf der Kriegsmalaria. Graf.

Klinische und experimentelle Studien über den Antagonismus Insulin-Adrenalin. Die nach Insulin konstant auftretende Leukozytose und Abnahme der Lymphozyten wird als hormonale Wirkung auf das Blutbild aufgefaßt. Die Wirkung steht im Gegensatz zu der Lymphozytose nach Adrenalin.

Beim Menschen tritt unter Insulin nach geringer Senkung eine Drucksteigerung ein wie bei Adrenalin. Die blutdrucksteigernde Wirkung des Adrenalins steht im engen Zusammenhang mit der Höhe des Blutzuckers. Im hypoglykämischen Zustand wirkt Adrenalin nicht mehr steigernd, sondern senkend auf den Blutdruck (Csèpai und Weiß). Es bestehen offenbar hormonale Wechselwirkungen zwischen Adrenalin und Insulin via Blutzucker.

Die elektrokardiographisch beim Menschen nachweisbare starke respiratorische Arrhythmie und der positiv werdende Vagusdruckversuch nach Insulin sprechen für einen parasympathischen Angriffspunkt des Insulins im Gegensatz zu Adrenalin.

Die negativ-chronotrope, inotrope und dromotrope Wirkung von Insulin an isolierten Kaltblüter-, Warmblüter- und Menschenherzen steht im Gegensatz zu der bekannten fördernden Wirkung von Adrenalin am Herzen.

Am Läwen-Trendelenburgschen Froschgefäßpräparat zeigt sich unter Insulin Abnahme der Tropfenzahl wie unter Adrenalin. Bei der hier vermißten, gegensätzlichen Wirkung beider Hormone ist zu bedenken, daß Insulin wahrscheinlich eine Albumose darstellt. Eiweißkörper aber rufen am Läwen-Trendelenburgschen Froschgefäßpräparat eine Kontraktion hervor.

Am isolierten Meerschweinchendarm zeigten die gegebenen Dosen phenolfreien Insulins Tonussteigerung und Zunahme der Automatie. Dagegen zeigte Adrenalin die bekannte hemmende Wirkung auf beide Qualitäten.

Biologische Bestimmung der Rückstreuungswerte bei harten Röntgenstrahlen zur Vermeidung der Meßfehler physikalischer Dosimeter. Die biologisch wirksamen Strahlenintensitäten nehmen zwar bei Vergrößerung der Felder zu, deshalb erscheint eine Verkürzung der Bestrahlungszeiten bei Feststellung der Dosisleistung in Luft ohne Streukörper angezeigt, die Zunahme bleibt aber ganz erheblich hinter dem zurück, was Messungen mit kleinen Ionisationskammern annehmen lassen könnten. Diese Ergebnisse gewann der Verfasser zwar an Pflanzenkeimlingen, doch dürften sie auch auf die praktische Therapie am Menschen anwendbar sein.

Zur Proteinkörpertherapie in der Gynäkologie. So erfolgreich die Proteinkörpertherapie bei manchen Erkrankungen in der Ophthalmologie und bei chonischen Arthritiden zu sein scheint, hat sie nach den Erfahrungen des Verfassers in der Gynäkologie keine sichtbare Verbesserung der therapeutischen Leistungsfähigkeit gebracht. Trotzdem wird man nicht ganz auf diese Behandlungsart verzichten, vor allem nicht bei den Fällen von chronischen, sich lang hinziehenden puerperalen Infektionen, weil sie den Kranken selbst und dessen Angehörigen das Gefühl gibt, daß außer den bei diesen Erkrankungen sonst angewandten und von den Laien selbst nicht gerade hochgeschätzten diätetischen und hydrotherapeutischen Maßnahmen doch noch „etwas mit ihnen geschieht“. Gerade in solchen Fällen erscheint es dann ratsam, um heftige Allgemeinerscheinungen, vor allem die oft bedrohlich aussehenden Schüttelfröste zu vermeiden, die Injektionen nicht intravenös, sondern — wie das aus diesem Grunde übrigens mancherseits grundsätzlich geschieht — intramuskulär vorzunehmen.

Mukosus-Otitis. Die Mukosusinfektion kann in jedem Lebensalter vorkommen. Die gleiche Tatsache hat auch Ninger festgestellt, der bei 84 Fällen vom 2. bis 73. Lebensjahre Mukosusotitiden fand. Die Erkrankung ist allerdings im höheren Alter wesentlich häufiger und wird wohl gerade in diesem Alter gefährlicher, da im kindlichen Alter die Mastoiditis bei dem Erhaltensein der Suturen leichter als subperiostaler Abszeß manifest wird und infolge des noch weicheren Knochens leichter und frühzeitiger Druckempfindlichkeit auftritt.

Gerade der fast symptomlose Verlauf der Mukosus-Mastoiditis im höheren Alter macht sie gefährlich. Es kann leicht dazu führen, daß der Prozeß nicht rechtzeitig erkannt wird und endokranielle Komplikationen dann den Patienten in schwerste Lebensgefahr bringen. Je früher die Musosusinfektion erkannt wird und je eher die Ausräumung des erkrankten Warzenfortsatzes erfolgt, desto leichter wird der Kranke den Eingriff überstehen.

Zur Klinik der „Lipoidnephrosen“ im Kindesalter. Man ist nicht berechtigt, aus dem Auftreten von Lipoiden im Urin bei Kindern ohne weiteres auf eine Lipoidnephrose zu schließen, auch wenn die übrigen klinischen Symptome (Oedeme, Aszites, wechselnder und hoher Eiweißgehalt im Urin, Lipoide usw.) nach den bisherigen Anschauungen des Verfassers dazu führen mußten. So ist es auch nicht erlaubt, in einem einzelnen Falle auf Grund der klinischen Beobachtung eine Heilung der „Lipoidnephrose“ anzunehmen, da sie, wie in den vom Verfasser angegebenen Fällen, unter Umständen nur vorgetäuscht wird.

Es ist daher zweckmäßiger, wenigstens für das Kindesalter, von Lipoidurien bei Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankheiten usw. zu sprechen, wie dies ja auch kürzlich von Kollert ganz allgemein für die sog. „Lipoidnephrosen“ vorgeschlagen wurde.

Geschlechtsbedingte Unterschiede im Ablauf von Infektionskrankheiten. Eine Analyse der häufigsten akuten Infektionskrankheiten und die Auszählung des Anteils beider Geschlechter an den einzelnen Komponenten dieser Krankheiten hat charakteristische Unterschiede im Verhalten der Geschlechter aufgedeckt. Art, Schwere und Lokalisation der Initialerscheinungen, Besonderheiten des Verlaufs, der Komplikationen, der Todesart zeigten die verschiedene Reaktionsart der Geschlechter auf den Infekt, und auch in den Sterblichkeitszahlen kam der Dualismus der Geschlechter zum Ausdruck. Es zeigte sich, daß bei allen Krankheiten der Anteil der Knaben an den schweren Formen, den toxischen, septisch-pyämischen, hämorrhagischen Krankheitserscheinungen, auch an den Letalitätszahlen, unverhältnismäßig groß war. Der klinische Eindruck von den schweren Knabenerkrankungen wurde also zahlenmäßig bestätigt. Eine Erklärung für die geschlechtsbetonten Verschiedenheiten kann in der Bindung der Erbanlagen für Infektionskrankheiten an das Geschlechtschromosom gefunden werden. Das Verhalten Infektionserregern gegenüber hätte also im Keimplasma des Geschlechtschromosoms ein anatomisches Substrat.

Beitrag zum Verlauf der Kriegsmalaria. Die Untersuchungen des Verfassers bestätigten, daß die Malaria der Kriegsteilnehmer zur Zeit, d. h. 7 Jahre nach Kriegsende, 7 bis 9 Jahre nach erfolgter Infektion größtenteils zur Heilung gekommen ist. In etwa 10% der Fälle (bei der Tropica noch etwas häufiger) ist Heilung noch nicht eingetreten, insbesondere wurden funktionelle Störungen des Nervensystems verhältnismäßig zahlreich gefunden und als Malariafolgen anerkannt, wenn Milz- und Blutbefund (Basophilie, Mononucleose) gleichfalls für das Fortbestehen des Infektes verdächtig waren. Aber auch bei diesen ist in unserem Klima mit allmählicher Ausheilung bestimmt zu rechnen. Die Folgen der Kriegsmalaria dürften in Deutschland in einigen Jahren vollkommen behoben sein.

Nr. 41, 8. Oktober 1926.

Hoffnungen und Sorgen der klinischen Psychiatrie. Bumke.
✦ Stoffwechsel normaler Säuglinge. Steudel.
Reaktionsänderungen im röntgenbestrahlten Gewebe. Liechti.
Verbreitung der Tuberkulose und Tuberkuloseverhütung. Lange.
Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni. Nölke.
Serumbehandlung der Syphilis. Mulzer.
✦ Bakterienwachstum auf dem Blut diabetischer Kinder. Hirsch-Kauffmann und Heimann-Trosien.
Abderhaldenprinzip und die Möglichkeit seines Nachweises durch eine Präzipitinreaktion. Loeschke und Lehmann-Facius.
Individuelles Verhalten der Zelle und das „Grundgesetz der allgemeinen Therapie“. Heubner.
Serodiagnose der Syphilis an der Leiche. Meinicke.
✦ Glykosurie durch Insulin. Fricke.
Intermediärer Wasserhaushalt im Fieber. Berger und Galehr.
Subchronische Leberatrophie. Kähler.
Therapie der crupösen Pneumonie. Böttner.
Opium und Morphin. Bijlsma.

Das optische Problem bei der Gastroskopie. Hübner.
Blasenspülungen mit hochprozentigen Silberlösungen. Fuerst.

Neue Untersuchungen über den Stoffwechsel normaler Säuglinge. Der Stoffumsatz des Säuglings unterscheidet sich in keiner Weise von dem des Erwachsenen. Eine leichte Erhöhung der Harnsäureausscheidung läßt sich ungezwungen aus den Wachstumsverhältnissen beim Säugling erklären. Die anderen Ausscheidungsprodukte verhalten sich zahlenmäßig genau den Mengen beim Erwachsenen gleich, wenn man nur die richtige Berechnungsgrundlage wählt. Das trifft sowohl für das Gesamtkreatin wie für die Aminosäuren und auch speziell für das Glykokoll zu. Die vom Verfasser gefundenen Zahlen haben noch eine weitere Bedeutung: es ist nunmehr eine Grundlage an normalen Kindern gewonnen, auf der die Verhältnisse bei kranken Kindern weiter untersucht und verglichen werden können. Erst auf Grund der erhaltenen Zahl wird man über Erhöhung oder Verminderung von Stoffwechselprodukten im Harn von kranken Säuglingen ein sicheres Urteil abgeben können.

Bakterienwachstum auf dem Blut diabetischer Kinder. Durch das Blut komatöser Kinder wurde das Wachstum von Bakterien in drei Fällen auffällig gefördert. Bei nicht komatösen Diabetikern mit hohem Blutzucker war das Bakterienwachstum gegenüber dem Kontrollblut nicht vermehrt. Zusatz von Glukose und Azetonkörpern zum Blut in vitro verändert das Bakterienwachstum nicht. Auch experimentell erzeugte Hyperglykämie und Lipämie, sowie Azidose übten keinen Einfluß aus. Bei anderem moribunden Kindern entnommenen Blut findet sich sowohl ante wie unmittelbar post mortem nicht die im Koma beobachtete Vermehrung des Bakterienwachstums.

Glykosurie durch Insulin. Der Verfasser schließt aus seinen Versuchen, daß durch Insulin unter Umständen eine Glykosurie erzeugt werden kann. Es ist möglich, daß die Insulinwirkung um so leichter eintritt, je höher der Blutzuckerspiegel liegt. Bei niedrigerem Blutzuckerspiegel gehört mehr Insulin dazu, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Diese Auffassung steht im Einklang mit anderen Beobachtungen, die aber meist anders gedeutet werden. Man vergißt, daß vollständiger Mangel an Insulin noch nie beobachtet oder zu erzwingen gewesen ist. Es ist also das Insulin vielleicht beim Zustandekommen jeder alimentären Glykosurie beteiligt. Auch die Schwangerschaftsglykosurie sowie der renale Diabetes kann als Folge einer Hyperfunktion des Pankreas gedeutet werden. Bei Glykosurien, die mit hohem Blutzuckerwerten einhergehen, fehlt Insulin nicht und ist möglicherweise an ihrem Zustandekommen beteiligt, die sich im Laufe der Jahre vermindernde Durchlässigkeit der Niere des Diabetikers spricht dafür. Verfasser will aber damit nicht behaupten, daß bei jeder Glykosurie das Insulin maßgebend beteiligt ist, wenngleich man daran denken muß, daß es nie fehlt.

Arnold Hirsch, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 41, 7. Oktober 1926.

Viszerale Innervationsstörungen bei Parkinsonismus. Heß und Goldstein.
Blatternschutz- und Tollwutinfektion. Busson.
Zur Frage der Metreuryse bei Placenta praevia. Kaften.
Der Ulkuskranke. Holler.
Dauernde Schädigung des linken Nerv. phrenicus und recurrens durch tuberkulöse Lymphdrüsen. Arnstein.
* Neues Mittel zur Bekämpfung schwerer Lungenblutungen. Weidinger.
Erste Hilfe im Eisenbahnwesen. Ruff.
Wodurch können Fußschmerzen ausgelöst werden? Mätheis.

Neues Mittel zur Bekämpfung schwerer Lungenblutungen. Nach Injektion von Stryphnon stehen auch schwerste Lungenblutungen meist. Das Stryphnon, das eine synthetisch hergestellte Vorstufe des Adrenalin darstellt, wird intravenös in 5‰iger oder subkutan in 5%iger Lösung injiziert und zwar maximal 1.6 cm³. Bei intravenöser Applikation muß langsam injiziert werden (nach jedem Teilstrich mehrere Atemzüge lange Pause). Es ist vorteilhaft, während der Hämoptoe eine intravenöse Injektion zu verabreichen und erst später bei eventueller Nachblutung subkutan zu spritzen. Die prompte blutstillende Wirkung des Stryphnons ermöglicht bei profusen Blutungen die Verwendung von Apomorphin, welches durch Erzeugung von Brechbewegungen das in den Bronchialbaum aspirierte Blut entfernt. Vor der Verwendung des Morphins bei Hämoptoe wird wegen der Lähmung des Atem- und Hustenzentrums und der dadurch bedingten Gefahr einer Aspirationspneumonie gewarnt.

Nr. 42, 14. Oktober 1926.

Zerebral bedingte Pulsdifferenz. Hermann.
* Magenbeschwerden bei basaler Pleuritis adhaesiva und pleurogener Perigastritis diaphragmatica. Plaschkes und Weiß.
Spontanfrakturen der Rippen, insbesondere Hustenfrakturen. Wahl.
Kalorose als Verödungsmittel varikös entarteter Venen. Nobl.
* Wirkung allgemeiner Fetteinreibungen auf den menschlichen Organismus. Latzel und Steiskal.
Neutralin. Dimmel.
Aerztliches aus Abessinien. Fuchs.
Viszerale Innervationsstörungen bei Parkinsonismus. Heß und Goldstein.
Diagnostische Verwertbarkeit der Störung im Säurebasengleichgewicht des Organismus bei Ulcus ventriculi und duodeni. Balint.
Erste Hilfe im Eisenbahnwesen. Ruff.
Chemische Harnproben in der Sprechstunde des praktischen Arztes. Willheim.
Ueber orthopädische Schuheinlagen. Saxl.

Ueber Magenbeschwerden bei basaler Pleuritis adhaesiva und pleurogener Perigastritis diaphragmatica. Die durch basale linksseitige adhaesive Pleuritis bedingten Magenbeschwerden kommen nicht selten vor und bestehen meist in Schmerzen, die, meist ohne Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme, durchwegs eine gewisse Abhängigkeit von der Lage des Körpers zeigen und am stärksten bei längerem Stehen, beim Bücken oder Strecken des Oberkörpers empfunden werden. Die Beschwerden treten oft erst nach vorhergehender Abmagerung auf. Der objektive Magenbefund ist normal, nur der Fundus ist entrundet und verzogen. Wichtig ist der Nachweis der Pleuraadhäsion.

Ueber die Wirkung allgemeiner Fetteinreibungen auf den menschlichen Organismus. Die Einreibung des ganzen Körpers mit Olivenöl (bis 250 g) schränkt den Stickstoffumsatz des Organismus ein, begünstigt die Ausscheidung von Stoffwechselschlacken durch Anregung der Perspiratio insensibilis, was eine Erniedrigung des Reststickstoffes im Blut zur Folge hat, und führt zu einer deutlichen Körpergewichtsabnahme.

Ernst Pick, Wien.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

Heft 20.

* Allgemeine Voraussetzungen zum Beköstigungswesen im Krankenhaus. Alter.
Beleuchtung in chirurgischen Operationssälen. Teil I. Heller.
Die Absonderungsabteilung (Quarantänestation) des Krankenhauses Westend. Winterstein.

Allgemeine Voraussetzungen zum Beköstigungswesen im Krankenhaus. Der Aufsatz gibt den Inhalt eines Vortrags wieder, den dieser hervorragende Verwaltungsbeamte auf der 20. Hauptversammlung der leitenden Beamten von Krankenanstalten Deutschlands hielt. Der Inhalt ist wichtig für jeden praktischen Arzt, da die Gesichtspunkte weit über den Rahmen der eigentlichen Krankenhausversorgung hinaus Bedeutung haben. Die diätetische Behandlung ist jeder anderen Form der Therapie mindestens gleichwertig. Die Nahrung muß auf das Gewicht Rücksicht nehmen. Bei vielen Kranken bedeutet die Hauptmahlzeit das Haupterlebnis des Tages. Auf die psychische Einstellung von Patienten und Personal muß Rücksicht genommen werden. Gute Beköstigung wirkt sparend durch Einschränken der Zahl der Infekte. In Amerika ist die Organisation der Krankenhausbeköstigung teilweise fortgeschrittener. Einheitliche Oberleitung in der Frage des Einkaufes, der Lagerung und des Küchenbetriebes ist ebenso erforderlich wie Mitwirkung des Arztes. Küchen sind meistens zu klein, Kellerräume für diesen Zweck unbrauchbar, besser noch Dachgeschoß, günstigste Lösung Sonderbau oder Küchenbaracke. Milchküche und Diätküche müssen räumlich abgetrennt sein. Räume müssen vollkommen abwaschbar sein, am besten Vorrichtung mit Schlauch zum Abspritzen. Geschirre am besten trotz hohen Preises aus Nickel, Emaille und Eisen vollkommen ungeeignet. Zweckmäßig ist Anlage zur Selbstherstellung von Konserven. Die Leiterin der Küche muß Schwester und Köchin sein, manche Gaben und Kenntnisse des Verwaltungsbeamten, Arztes und Apothekers vereinigen. Leiterin und Hilfspersonal sollten erstklassig geschulte Kräfte sein.

Es ist eine alte Tatsache, daß bei Kranken der Anspruch an das Kostmaß bei gleichbleibender Güte des Essens sinkt, wenn der Speisezettel sehr abwechselungsreich gestaltet wird. Also so paradox es klingt, Abwechselung ist ökonomisch. Die Anschauungen über Kochen haben mit der Zeit gewechselt. Autor führt vor allem die kürzlichen Untersuchungen von Friedberger an, daß jeder Kochprozeß den physiologischen Nutzungswert der Nahrung beeinträchtigt. Wärmeeinwirkung auf Speisen soll nur in unbedingt erforderlichen Grenzen erfolgen.

Kochen von Fleisch soll möglichst kurz geschehen. Autor bevorzugt auch für III.-Klasse-Patienten gebratenes Fleisch. Die Aerzte sollen besser in Diätetik geschult werden. Mehlspeisen müssen in großem Umfange herangezogen werden. Bei der Gemüse- und Obstbereitung gilt als Regel geringer oder fehlender Wasserzusatz. Die

Gewürzfrage wird im Krankenhausbetrieb zu wenig berücksichtigt, vielfach aus Unkenntnis von der Brauchbarkeit mancher Pflanzen als Gewürzmittel: Bohnenkraut, Porree, Spitzwegerich, Esdragon, Kerbel, Dill, wilde Erdbeerblätter, Hirtentäschelkraut. Schlehe und Berberitze ergeben wertvolle Säuerungsmittel. (Frischhalten von Gewürzkräutern notwendig! Schnittlauch und Petersilie gehören zu jedem Krankenhausbeet!) Es gibt leider kein Kochbuch für Krankenhausküchen; es sollten fortlaufend Rezepte gesammelt werden. Richtlinien für die Art der Essenausgabe an Kranke, Eßgeschirr in Krankenanstalten, Betrachtungen über den Zusammenhang zwischen Nahrungsaufnahme und psychischer Einstellung beschließen den Aufsatz.

Gegenwärtig, wo Injektionstherapie vielfach höher geschätzt wird als diätetische Einstellung und perorale Verabreichung wirksamer Mittel, sind die Richtlinien eines weitblickenden Organisators von besonderem Wert. Es sei in diesem Zusammenhang noch auf die Schrift von Juckenack „Was haben wir bei unserer Ernährung im Haushalt zu beachten" (Springer) und auf das kleine Buch von Noorden über die hausärztliche Behandlung der Zuckerkrankheit hingewiesen, in dem sich zahlreiche Kochrezepte befinden, die nicht nur für den Diabetes Bedeutung haben.

Heft 21.

Das städtische bakteriologische Laboratorium im Dienste des Krankenhauses und der öffentlichen Gesundheitspflege unter Berücksichtigung seiner Anerkennung als staatliche Medizinaluntersuchungsstelle. Fischer.
Beleuchtung in chirurgischen Operationssälen. II. Teil. Heller.
200 jähriges Jubiläum des Israelitischen Krankenhauses zu Breslau. Levenbach.
Entscheidungen aus dem Arbeitsrecht und Beamtenrecht. Schilling.
Zur Auflösung der Leipziger Universitätsapotheke. Orybill.
Arbeit des Kinderlungensanatoriums des Narkomsdrow im fünften Jahr seines Bestehens. Alter.

Werner Gottstein, Freiberg i. Br.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

117., Heft 1/2.

Wirkung von Apokodein auf das Froschherz. Peters.
Quantitative Bestimmung der Gallensäuren im Blut. Rosenthal und Wislicki.
Vasokonstriktorischer Effekt im Blute beim infektiösen Fieber. Euler.
Differenzierende Wirkungsanalysen von Herzgiften. III.: Wirkung des Kalziums und Kalium-Kalzium-Antagonismus bezüglich der Herzbildung beim Frosch. Kisch.
Antagonismus von Dormiol und Strychnin an der weißen Maus. Jarisch.
Beteiligung der einzelnen aktiven Digitaliskörper an der Gesamtwirkung der Droge. De Giacomi.
Veränderungen im Kohlehydratstoffwechsel beim experimentell erzeugten Ileus. Lange und Specht.
Gefäßstudien an der überlebenden Warmblüterleber. I.: Methodik und physikalische Beeinflussung der Lebergefäße. Lampe. II.: Beeinflussung der Lebergefäße durch Strophantin und Digitalisglykoside. Lampe-Méhes.
Verhalten injizierter Aminosäuren im Blute. Schlossmann.

Zentralblatt für Innere Medizin.

47., Nr. 41, 1926.

✦ Stoffwechselaustausch zwischen Gewebe und Blut bei Gesunden und bei Kranken. H. Marx.

Stoffwechselaustausch zwischen Gewebe und Blut bei Gesunden und bei Kranken. Die Austauschvorgänge zwischen Blut und Gewebe sind das wichtigste Problem des Wasserhaushaltes. Zum Verständnis dieser Vorgänge im Organismus sind Unteruchungen am Menschen notwendig, die sich nicht auf einzelne Organe, etwa die Niere, beschränken dürfen.

Nach dem Trinken sowie bei Ersatz des Trinkens durch Trinksuggestion in tiefer Hypnose stellte Verf. regelmäßig Blutverdünnung und Diurese fest, die beide einer gemeinsamen zentralen Regulation unterstehen müssen. Nach dem Trinken strömt für gewöhnlich eine eiweiß- und kochsalzarme Flüssigkeit in die Blutbahn ein. Die Chlorbewegungen zwischen Gewebe und Blut erwiesen sich deutlich abhängig von der Vorperiode. War nach kochsalzreicher Kost Chlor im Körper gespeichert, so trat nach dem Trinkreiz eine chlorreichere Flüssigkeit in das Blut über.

Vasomotorische Reize, von denen schon bisher nach Krogh die Permeabilität der Kapillaren als abhängig galt, zeigten in Form kalter und heißer Bäder, sowie Lichtbäder Beeinflussung der Vasomotoren der Haut, deren Deutung zu Vorsicht mahnt, da für die Austauschvorgänge im Wasserhaushalt sicher auch andere Kapillargebiete, so die in der Leber und im Muskel, in Betracht kommen. Im heißen Bad zeigte sich Abnahme der Hämoglobinwerte im Blut der Vene und Fingerbeere und damit Verdünnung des Blutes, im kalten Bad Ansteigen der Hämoglobinwerte, was auf Abströmen von Flüssigkeit aus der Blutbahn schließen läßt. Die Zusammensetzung der ausgetauschten Flüssigkeit nach Eiweiß- und Kochsalzgehalt bot kein eindeutiges Ergebnis. Der Befund einer Blutverdünnung im heißen Bad trotz Körpergewichtsverlustes von etwa 400 g in einer halben Stunde mußte auffallen, da andere Autoren nach Schweißabgabe Bluteindickung gefunden hatten: Die Verdünnung trat nur bei seit mindestens 12 Stunden nüchternen Versuchspersonen auf, während die gleichen Personen nach vorherigem Trinken von 150 ccm Wasser nicht 400, sondern 1000—1200 g Körpergewicht verloren, also stärker schwitzten und es in diesen Fällen nach anfänglicher Verdünnung zu starker Eindickung des Blutes unter Ansteigen des Hämoglobingehaltes kam. Die stärkere Schweißabgabe entspricht nicht dem größeren Flüssigkeitsangebot von außen unmittelbar, das vielmehr wie beim Trinken ohne Bad einen Anstoß bildet, der größere Flüssigkeitsmengen in Bewegung setzt.

Als Beispiel für die Bedeutung der Untersuchungen für die Pathologie des Austausches zwischen Blut und Gewebe werden die Schrumpfnierenerkrankungen mit Isosthenurie herausgegriffen, bei denen fortlaufende Untersuchungen nach dem Trinken und Prüfung mit vasomotorischen Reizen schwere Störung der Austauschvorgänge ergaben: Die Permeabilität der Kapillarwand scheint verändert zu sein, die Kapillare setzt dem Durchtritt der Gewebeflüssigkeit eine gewisse Starre entgegen. Schrumpfniere mit Isosthenurie ist demnach keine bloße Nierenerkrankung, sondern eine Störung auch anderer Kapillargebiete des Körpers, ebenso wie bei Blutdrucksteigerung und Hydrops nicht nur pathologische Prozesse in den Nieren in Betracht gezogen werden dürfen.

Nr. 42.

✦ Bedeutung der orthostatischen Albuminurie für die Syphilis und die Syphilisbehandlung. Zübert.
✦ Einige seltene und seltsame Reflexphänomene. I. Sussmann-Galant.

Bedeutung der orthostatischen Albuminurie für die Syphilis und die Syphilisbehandlung. Verf. beschreibt den Fall eines 20 jährigen Mannes mit deutlicher Lordose der Wirbelsäule, bei dem früher schon Albuminurie festgestellt worden war. Bei Eintritt in die Behandlung wegen Lues I bestand Albuminurie, die auch von internistischer Seite als orthostatische angesehen wurde. Sie blieb während der antiluetischen Behandlung mit einer Gesamtdosis von 6,3 g Neosalvarsan und 10,5 ccm Bismogenol unbeeinflußt, zeigte 1—1½‰ Eßbach nach einstündigem Aufsein. Kritik an früheren Veröffentlichungen von Arnhold (1913), Stümpke (1917) und Fetter (1919) über die Beziehungen der Syphilis zur orthostatischen Albuminurie und Bekenntnis zu der Jehleschen Anschauung der orthostatischen als funktionellen Albuminurie. Während nach v. Noorden die Albuminurie der Orthostatiker zum Glück für den Patienten meist unerkannt, und er daher von dem ganzen Rüstzeug der nephritischen Therapie verschont bleibe, sei die Auffassung der Eiweißausscheidung als funktionell im beschriebenen Fall ein Vorteil für den Kranken gewesen, weil sie den Arzt in der Durchführung der Abortivkur nicht beirrte, die zur Heilung der Lues führte.

Einige seltene und seltsame Reflexphänomene. 1. Der Milz-Leberreflex. Das zuerst von Botkin beobachtete gelegentliche Zurückgleiten der vergrößerten, gut palpablen Milz und das bald darauf festzustellende Hervortreten der Leber wird als reflektorische Kontraktion der Milz durch den Reiz gehäufter Palpationen (Studentenuntersuchungen) gedeutet, wobei Blut aus der Milz durch die V. lienalis zur Leber „stürze", die das Blut nicht rasch genug zur V. cava inf. abgeben könne und daher anschwelle.

2. Reflexus hepatico-femoralis. Im vereinzelten Fall einer 20 jähr. an Lungentuberkulose erkrankten Frau trat bei jedesmaliger Palpation der Leber eine reflektorische Bewegung des rechten Beines, ähnlich wie bei Auslösung des Patellarreflexes und bei Milzpalpation auch des linken Beines auf. Die Kranke gab bei den Palpationen keinen Schmerz, sondern nur Kitzelgefühl an. Außer gesteigerter Reflexerregbarkeit war kein krankhafter neurologischer Befund zu erheben.

3. Ein verallgemeinerter Periostreflex. Bei vielen Tuberkulösen besteht gesteigerte Empfindlichkeit des Periosts, so daß z. B. Beklopfen der Klavikula zu reflektorischer Hebung der Schulter führt.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 42.

Zur Aetiologie der inneren Einklemmung nach der Gastroenterostomie. A. Winkelbauer.
✦ Zur histologischen Kontrolle der Operation. A. Hellwig.

Zur Antipepsinfrage. H. Hilarowicz und W. Mozolowski.
* Die Lähmung der Bauchmuskulatur und ihre Rückwirkung auf die Statik des menschlichen Körpers. J. Rey.
Ein Fall von Solitärzyste bei Hufeisenniere. H. Viethen.
Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Enteroanastomose zwischen der abführenden Jejunumschlinge und dem Querkolon. W. Noetzel.

Zur histologischen Kontrolle der Operation. In keinem Falle, in dem bei einer Operation makroskopisch keine sichere Beurteilung der Natur eines Gewebes möglich ist, dürfte man sich scheuen, durch eine sofortige histologische Untersuchung den Eingriff zu verlängern. Wichtig zur regelmäßigen Durchführung ist die benachbarte Lage von Operationsraum und Laboratorium, wie dies in Amerika üblich ist. Zur raschen Anfertigung von Gefrierschnitten empfiehlt sich die Methode von Wilson: Das Gewebsstück wird in Dextrinlösung aufgefangen, möglichst dünn geschnitten, dann 1% Kochsalzlösung, Unnas Methylenblau (10—20 Sek.), Kochsalzlösung, Bruns Glukoselösung. In 2—3 Min. brauchbare Präparate.

Die Lähmung der Bauchmuskulatur und ihre Rückwirkung auf die Statik des menschlichen Körpers. Einseitige Lähmung des Obliquus abdom., die bei Poliomyelitis gelegentlich isoliert vorkommt, verursacht auf der anderen Seite stets ein positives Trendelenburgsches Phänomen. Ein kurzes Gipskorsett zwischen Rippenbogen und Beckenkamm beseitigt die Erscheinungen. Bei schweren Skoliosen wird der mitunter positive Trendelenburg durch eine statische Insuffizienz des Obliquus verursacht.

Die sogenannte paralytische Skoliose beruht nicht immer — oder sogar gewöhnlich nicht — auf einer Rückenmuskellähmung, sondern auf einer Bauchmuskellähmung. Bei Bewegungsstörungen soll nicht allein der gestörte Gliedabschnitt betrachtet werden, sondern der ganze Körper als statisch-dynamische Einheit.

Walter Großmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

198., 5./6. Heft.

Ueber die künstliche Operationssaalbeleuchtung. L. Drüner.
* Milzbrand nach den Erfahrungen des Städt. Krankenhauses Neumünster. P. Graf.
Blutregeneration nach Speicherung. Rudolf Kraft.
* Unterbindung der Carotis communis mit besonderer Berücksichtigung der Drosselung. Hermann Marschik.
* Chirurgische Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge. W. F. Suermondt.
* Methode zur Erkennung akuter Pankreaserkrankungen und zur Untersuchung ihres weiteren Verlaufs. Friedrich Bernhard.
* Das Gangsystem der Bauchspeicheldrüse und seine Bedeutung für die Duodenalresektion. M. Schwarz.
Grenzen der Operabilität bei Prostatahypertrophie. E. Seifert.
* Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. Rudolf Demel und Adalbert Heindl.
Ueber den Infektionsweg bei postoperativer Parotitis. E. Seifert.
Ungewöhnlich großer Parotistumor. Max Brandt.
Genuine diffuse Phlebektasie am Arm. A. Schmidt.
Operativ geheilter thrombophlebitischer Milztumor. Rudolf Rauchenbichler.
Rupturiertes mykotisches Aneurysma der Arteria gastroepiploica dextra. G. Eichelter und J. G. Knoflach.

Milzbrand nach den Erfahrungen des Städt. Krankenhauses Neumünster. Verf. steht infolge großer Erfahrungen in der Behandlung des menschlichen Milzbrandes auf dem Standpunkt und belegt es durch Wiedergaben aus der Literatur, daß die meisten Pusteln ohne Spaltung heilen, daß aber andererseits die Spaltung oder Ausschneidung der Pustel vom erfahrenen Chirurgen keine Schädigung des Kranken bedeutet, sondern in frischen Fällen, besonders am Hals, wohlberechtigt ist. Da ältere Pusteln mit beginnender Nekrose verhältnismäßig ungefährlich sind, so hat es nur Zweck, ganz frische Pusteln auszuschneiden.

Unterbindung der Carotis communis mit besonderer Berücksichtigung der Drosselung. Die Unterbindung der Carotis communis ist ein Eingriff, den wir nicht ohne weiteres vornehmen dürfen. Die dadurch plötzlich entstehende Anämie der einen Hirnhälfte führt in den meisten Fällen zum Tode. Ist man gezwungen, die Carotis zu unterbinden, so muß man sie erdrosseln, d. h. ihr Lumen allmählich verengern, bis von der anderen Seite her durch die bestehenden Anastomosenbildungen mit einer Blutversorgung zu rechnen ist. Verf. gibt für die Erdrosselung ein besonderes Instrument an, das zwischen zwei Platten die Carotis communis umfaßt und durch Engerstellen der Platten eine allmähliche Verödung des Lumens herbeiführt. Er hat mit diesem Instrument bei der Unterbindung der Carotis gute Erfolge gehabt und empfiehlt das Instrument auch für die anderen großen Arterien.

Chirurgische Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge. Nach Mitteilung mehrerer mit Erfolg nach Ramstedt operierter Fälle von Pylorospasmus und nach genauer Beschreibung der Operation nimmt Verf. den heute wohl allgemein anerkannten Standpunkt ein; er empfiehlt die Operation in allen Fällen, bei denen das Kind noch in einem guten allgemeinen Ernährungszustand ist. Hat die konservative Behandlung keinen Erfolg, so soll mit der Operation nicht so lange gewartet werden. Je früher die Operation ausgeführt wird, desto mehr darf man mit vollem Erfolge rechnen, da die Heilungschancen besser sind.

Methode zur Erkennung akuter Pankreaserkrankungen und zur Untersuchung ihres weiteren Verlaufs. Das Verfahren, akute Pankreaserkrankungen zu erkennen, setzt sich aus drei Blut- und einer Harnzuckerbestimmung zusammen. Dem nüchternen Kranken werden 50 g Traubenzucker in 2—300 ccm Wasser gelöst gegeben, nachdem eine Blutentnahme zur Zuckerbestimmung nach der Mekromethode von Michaelis stattgefunden hat. Beim Gesunden tritt auch bei Traubenzuckerzufuhr von 150 g keine Glykosurie auf. Findet sich bei der Versuchsmenge von 50 g Zucker im Harn, so ist eine Störung der Kohlenhydratassimilation mit Sicherheit anzunehmen. Nach 30—60 Minuten erreicht der Blutzuckerspiegel nach oraler Zuckerzufuhr seinen höchsten Wert. Die Blutzuckeruntersuchung wird deshalb 45 Minuten nach der Traubenzuckerzufuhr angestellt. Eine zweite Blutzuckeranalyse wird zwei Stunden nach der Zuckerzufuhr ausgeführt, weil beim Gesunden unter den gleichen Bedingungen der Blutzucker nach zwei Stunden die Norm wieder erreicht hat. Der während der zwei Stunden sezernierte Harn wird auf Zucker untersucht. Das Auftreten der Glykosurie nach 50 g Traubenzucker sowie die länger als zwei Stunden dauernde Ausscheidung lassen mit Sicherheit eine Pankreasschädigung erkennen.

Verfasser hat mit dieser Methode wertvolle Aufschlüsse erhalten und empfiehlt sie in zweifelhaften Fällen anzuwenden.

Das Gangsystem der Bauchspeicheldrüse und seine Bedeutung für die Duodenalresektion. Bei den Operationen am Duodenum und am Pylorus ist besonders die Topographie des Pankreaskopfes zu berücksichtigen. Ist der Pankreaskopf dem Duodenum oder dem Pylorus sehr eng angelagert, so läuft man Gefahr, beim Freimachen des Duodenums oder Pylorus den Ausführungsgang des Pankreas zu unterbinden oder zu verletzen. Man kann wohl einen Nebengang, aber niemals den Hauptausführungsgang unterbinden. Die genaue Berücksichtigung der Lage des Pankreas zum Duodenum und Pylorus wird uns Nebenverletzungen des Ausführungsganges vermeiden lassen.

Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. Jeder Gesichtsfurunkel muß als eine ernste Erkrankung angesehen werden und ist deshalb mit ihm gebührender Vorsicht zu behandeln. Bei den gutartigen Fällen wird gewöhnlich durch streng durchgeführte konservative Behandlung der erwünschte Erfolg erzielt. Bei ihnen ist Inzision oder Ignipunktur erst bei Abszeßbildung erforderlich. Bei den bösartigen Fällen, bei denen man an eine beginnende Thrombophlebitis der abführenden Venen denken muß, ist eine breite Spaltung des Herdes unbedingt erforderlich. Leider versagt aber auch bei den malignen Fällen recht häufig der frühzeitigste chirurgische Eingriff, und die Patienten gehen an Pyämie zugrunde.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.

39., Heft 1, 1926.

* Die Minderwertigkeit unseres Organismus infolge des aufrechten Ganges. R. J. Harrenstein.
Ein Beitrag zur Frage der Freuenz und Lokalisation des Ulcus pepticum ventriculi et duodeni. Hans Lehmann.
Zur Kenntnis der chirurgischen Magentuberkulose. Eduard Melchior.
Ueber das Schicksal der 1900—1914 in der medizinischen Klinik zu Königsberg i. Pr. behandelten Gallensteinkranken. P. Joguttis.
Ueber erfolgreiche Milzexstirpation bei Icterus haemolyticus. Jacobi u. Th. Naegeli.
Die Akanthosis nigricans und ihre Bedeutung für die Diagnose des malignen Tumors. Hermann Küttner.

Die Minderwertigkeit unseres Organismus infolge des aufrechten Ganges. Hat die aufrechte Körperstellung Bedeutung für das Entstehen von Krankheitsprozessen beim Menschen?

Bei der Besprechung dieser Frage geht Verf. von der Voraussetzung aus, daß der aufrechte Gang eine erworbene Eigenschaft ist. Statt durch 4 wird die Körperlast durch nur 2 Extremitäten getragen. Die beiden andern Extremitäten wurden zu Greiforganen umgebildet, die nicht allein nicht länger stützen, sondern außerdem noch dazu beitragen, die Last der unteren Extremitäten zu vergrößern. Durch das Emporrichten des Körpers werden mithin an erster Stelle die an das Skelett gestellten Ansprüche erhöht. Falls letzteres diesen Ansprüchen nicht gewachsen wäre, würde auch der Prozeß des Aufrichtens unmöglich gewesen sein. Es passen sich jedoch nicht nur die Wirbelkörper der vermehrten Belastung an, sondern auch die schwer belasteten unteren Extremitäten nehmen gegenüber den unbelasteten Armen noch an Länge zu. Hierin dürfen wir den Ausdruck und Reaktion auf den erhöhten Druck sehen. Und doch zeigt sich, daß das Skelett des Menschen wiederholt diesen erhöhten Ansprüchen nicht zu genügen vermag. Denn sonst würden sich die erworbenen orthopädischen Abweichungen nicht ausschließlich an den unteren Extremitäten und der Wirbelsäule zeigen. Besonders entstehen sie dann, wenn der normale Widerstand des Stützapparates durch Erkrankungen (Rachitis und ähnl.) oder, wenn infolge sozialer Umstände (z .B. beim Kellner, Barbier, Ladner) übermäßige Anforderungen an die Tragfähigkeit des Skeletts gestellt werden. Aber auch außerhalb dieses Gebietes des Bewegungsapparates hat die senkrechte Körperhaltung auf den Brustkorb und die Bauchhöhle einen umformenden Einfluß. Es kommt zur Abplattung und Verbreiterung des Brustkorbes und im Gefolge damit zu einem andern Atmungstypus, zu mehr oder weniger passivem Anpassen der umschlossenen inneren Organe. So sind für die verschiedenen Lungenteile z. B. durch das Emporrichten des Körpers — außer durch die soeben angeführten Formveränderungen des Thorax ganz andere Verhältnisse — (nämlich der Blut- und Lymphzirkulation) ins Leben gerufen als vorher. Es ist anzunehmen, daß die Lungenspitzen während des Sitzens und Stehens weniger Blut und Flüssigkeiten enthalten werden, als die kaudalwärts liegenden Teile und daß diese Unterschiede in der Zirkulation von Bedeutung für das Entstehen und die Lokalisation von Krankheitsprozessen in bestimmten Lungenteilen sind. Nicht weniger erheblich sind die Einwirkungen auf das Herz. Die primitive mediane und freie Lage in der Brusthöhle, wie diese im allgemeinen sich bei den Säugern findet, ist beim Menschen der bekannten asymmetrischen Lage gewichen, wobei zwei Drittel desselben in der linken Hälfte des Brustkorbes liegen. Außerdem ist beim Menschen eine ausgedehnte Fixierung der Perikards mit der vorderen Brustwand zustande gekommen. Auf diese enge, durch Abplattung und Verbreiterung des Brustkorbes hervorgerufene Lage des Herzens zwischen Brustbein und Wirbelsäule ist schon von Hertz hingewiesen. Dem elastischen Widerstand der Brustwand entgegenzuwirken wird ein Teil der vom Herzen geleisteten Arbeit verbraucht. Auch die Organe der Bauchhöhle unterliegen dem Einfluß der senkrechten Körperhaltung. Insbesondere gilt dies für die Leber, dieses so blutreiche Organ, das bei der Einatmung nun mit weniger Kraft vom Zwerchfell gleich einem Schwamm leergedrückt werden wird. Den verschiedenen Formen der Enteroptose wird Vorschub geleistet mit ihren so häufig ausgelösten Beschwerden — dem von Stiller beschriebenem asthenischen Habitus. Einen auffallenden Platz nimmt die Niere ein. Die Erscheinung der orthostatischen oder lordotischen Albuminurie ist so allgemein bekannt, daß sich hier eine ausführliche Besprechung erübrigt. Jedoch ist diese Erscheinung zu erwähnen, da sie in typischer Weise illustriert, wie im allgemeinen neben der aufrechten Haltung ein geschwächter Organismus oder ein geschwächtes Organ einhergehen muß, um eine Abweichung zu bewerkstelligen.

Die zu Anfang gestellte Frage muß somit vom Verfasser bejaht werden, und wir sind gezwungen anzuerkennen, daß auch jetzt noch unser Körper Abweichungen zeigen kann, die eine Folge einer unzureichenden Anpassung an die höheren Anforderungen sind, welche die Emporrichtung an unsern Organismus stellt.

Auf welche Weise schützen wir nun unsern Körper? In erster Linie müssen wir dafür Sorge tragen, eine überschüssige Anhäufung von Fett in den Geweben zu verhindern. In je geringerem Maße Fett wir ansetzen, um so geringer wird auch die Aussicht auf Unzulänglichkeit der Tragfähigkeit und die hierbei drohenden Formveränderungen unseres Körpers. Ferner wissen wir, daß in unserm Muskelsystem Kräfte verborgen sind, die individuell sehr stark variieren und doch einen großen Einfluß auf die Form und den Zusammenhang unsres Organismus ausüben. Hier eine Ertüchtigung zu erzielen gehört zu den Hauptaufgaben der Bekämpfung der Minderwertigkeit des Körpers. Gymnastik und Heilgymnastik besitzen eine besondere Bedeutung als spezifisches Heilmittel für die Erhaltung unseres Körpers.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

September 1926.

Zur Technik der Hornhauttätowierung. Holth.
Zur Frage der Amblyopia ex anopsia. Bielschowsky.
Ursachen des Begleitschielens. Engelking.
Optischer Drehnystagmus. Ohm.
Binokuläre „Verflauung" der Bilder. v. Vajda.
✦ Parazentrale Skotome bei Glaukom. Jaensch.
✦ Netzhautblutungen nach Bluttransfusion. Schaly.
Rezidiv eines Herpes corneae nach Opsonogeninjektion. Velhagen.
Beitrag zur experimentellen Herpesforschung. Back.
Zur Kenntnis der nervösen Asthenopie. Beselin.
Hypoplasie des vorderen Irisblattes. Pelláthy.
Seltene Strangbildung im Augenhintergrund. Hoffmann.
✦ Metastatische Ophthalmie nach Angina und nach Masern. Thies
Zur rezidivierenden Hornhauterosion. Procksch.
Periphere Rinnenbildung mit Ektasie der Hornhaut. Kyrieleis.
Encephalocele posterior orbitae. Zeidler.
Sklerosis orbitae. Mürsin.
Magnetextraktion großer Splitter. Paderstein.
Zur operativen Behandlung des Pannus trachomatosus. Kerschmann.
Retrobulbäre Diaphanoskopie. Golowin.
Augenheilkunde und Zahnheilkunde. Gutmann.

Parazentrale Skotome beim Glaukom. Die exakte Gesichtsfelduntersuchung bei chronischem Glaukom vor und nach der Operation ist nach Jaensch der genaueste Wertmesser für den Operationseffekt. Beim Glaukoma simplex ist die Trepanation wirkungsvoller als die Irisektomie. Bei Glaukoma chron. inflammatorium leisten beide Operationen gleich wenig. Die Annäherung des parazentralen Skotomes an den Fixationspunkt ist bei Glaukoma simplex keine Kontraindikation gegen die Elliotsche Trepanation: allerdings sind die Operationsaussichten um so schlechter, je näher das Skotom am Fixierpunkt liegt.

Netzhautblutungen nach Bluttransfusion. Schaly konnte im Verlauf eines Jahres bei drei Patienten, bei denen bei einer Bluterkrankung eine Bluttransfusion ausgeführt worden war, eine erhebliche, bleibende Herabsetzung der Sehschärfe feststellen. Als Ursache fanden sich Netzhaut- und präretinale Blutungen, teilweise hochgradigen Ausmaßes. Sie traten unmittelbar nach der Transfusion auf. Diese nicht unbedenkliche Komplikation der Transfusion kann durch die Blutdruckerhöhung zusammen mit der bei Bluterkrankungen stärkeren Durchlässigkeit der Gefäße zustandekommen.

Metastatische Ophthalmien nach Angina und Masern als seltene Komplikation beschreibt Thies. Die eitrige intraokuläre Metastasie nach follikulärer Angina trat bei einem 21jährigen auf. Gleichzeitig bestand schwere allgemeine Sepsis. Bei dem Masernfall bestand eine meningitische Reizung. In beiden Fällen mußte das Auge geopfert werden. In Blut und Auge beider Patienten fanden sich Staphylokokken. Diese Befunde stimmen mit den Angaben Groenouws über die Ophthalmien bei Masern, Scharlach, Diphtherie, Influenza u. a. überein, nach denen es sich auch hierbei um Mischinfektion mit den gewöhnlichen Eitererregern handelt.

Meesmann, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 40.

Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der isolierten und teilweisen Fehlbildungen des Eileiters. Kraul.
✦ Ueber die Dicksche Reaktion und ihre Verwendung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Kleesattel.
Zur Physiologie der Kaninchentube. Bondi.
Zur Ninhydrinflockungsreaktion als Schwangerschaftsreaktion nach Vogel. v. Oettingen.
✦ Daktyloskopie und Vaterschaftsfrage. Scheffer.
Fremdkörper in der Bauchhöhle. L. Schmidt.
Zur vergleichenden Uebersicht der Resultate bei verschiedener Behandlungsmethode des Gebärmutterkrebses. Iljin.
✦ Ein neues Vaginalspekulum. v. Wachenfeldt.

Ueber die Dicksche Reaktion und ihre Verwendung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Dicksche Kutanreaktion, welche ursprünglich als spezifische Scharlachreaktion aufgefaßt wurde, scheint sich als brauchbar bei allen Infektionen zu erweisen, die auf Invasion toxinbildender Streptokokken beruhen. Im Gegensatz zur Ruge-Philippschen Probe, die als reiner Reagenzglasversuch abläuft, wird bei der Dickschen Reaktion der Organismus selbst zur Prüfung seiner Abwehrkräfte mittels Intrakutan-Impfung herangezogen. Die an gesunden Schwangeren, gesunden Wöchnerinnen, bei Puerperalerkrankungen, Aborten und entzündlichen Adnexerkrankungen, sowie an 3 Fällen von Streptokokkeninfektion gewonnenen Resultate des Verfassers gestatten zunächst noch keine einheitliche Deutung. Weitere Versuche auf diesem Gebiet müssen lehren, ob es uns künftig möglich sein wird, durch die Dicksche Kutanreaktion im Einzelfall den Grad der Streptokokken-Infektiosität dergestalt festzustellen, daß sichere prognostische Schlüsse gezogen und entscheidende Indikationen für das therapeutische Handeln gewonnen werden können.

Daktyloskopie und Vaterschaftsfrage. Durch die Arbeiten Nürnbergers auf diesem Gebiet, welche die Vererbbarkeit der Papillarmuster der Fingerbeeren behandeln, kann leicht der falsche Eindruck erweckt werden, als sei in der Daktyloskopie ein neues, fundamentales Beweismittel für Alimentationsprozesse gewonnen. Dem ist aber nicht so. Denn tatsächlich haben niemals zwei Menschen denselben Fingerabdruck, auch nicht im engsten Verwandschaftsverhältnis des Vaters zum Sohn, und weitgehende Aehnlichkeiten der

Papillarmuster der Fingerbeeren zweier Abdrücke kommen auch ohne jede verwandtschaftliche Beziehung vor. Auch der sogenannte „quantitative Wert“ (nach Bonnevie) der Abdrücke des Kindes liegt häufig innerhalb der Variationsbreite sowohl des einen wie des andern Vaterschaftsverdächtigen mit der Mutter. Die biologisch-medizinische Beweisführung ist also nicht zwingend und kann den Anforderungen einer kriminalistischen Daktyloskopie nicht genügen.

Ein neues Vaginalspekulum. Um bei Probeausschabungen die oft sehr geringen Mengen des gewonnenen Materials vollständig aufzufangen, wird die Anwendung eines neuen, nach Art des Siemsschen Rinnenspekulums konstruierten, gebogenen Vaginalspekulums empfohlen, das am unteren Ende seines Handgriffs in ein schalenförmiges, zur Längsachse des Handgriffs rechtwinklig umgebogenes kleines Bassin ausläuft. Bei stärkerer Blutansammlung in dieser kleinen Auffangschale läßt sich ein Gazeschleier siebartig über ihre Ränder spannen, so daß das flüssige Blut durchtreten kann, die Gewebsbröckel aber zurückgehalten werden.

Nr. 41.

Die Blutzuckerkurve einer pankreasdiabetischen Schwangeren. Holzbach.
* Prophylaktische Reizkörpertherapie und Operationsmortalität. Scheffer.
* Zwei Jahre aktive Abortbehandlung. Kottlors.
Störung in der Frequenz der kindlichen Herztöne bei stehender Blase. Bondi.
Hämorrhagische Diathese in der Schwangerschaft. Liebe.
Die Laparotomie durch Stufenquerschnitt. van de Velde.
* Erfahrungen mit Pituigan. Steim.
Ueber die ovarielle Uterusschleimhauthyperplasie. Babes.

Prophylaktische Reizkörpertherapie und Operationsmortalität. Die befriedigenden Ergebnisse, die bereits in früheren Jahren mit der Reizkörper-Vorbehandlung infizierter oder auf Infektion verdächtiger Fälle vor der Operation erzielt wurden, sind neuerdings mehrfach bestätigt worden. In der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit nach Fahraeus-Linzenmeyer haben wir eine brauchbare Methode, die es gestattet, die infizierten Fälle zu erkennen und auszuscheiden. Als Reizmittel wurden Argochrom und Argoflavin benutzt, und zwar wurden 10 bis 20 ccm dieser Präparate je 1 bis 2 Tage vor der Operation in die Kubitalvene injiziert, mit dem Erfolg, daß von 100 Laparotomien, die virulent infiziert waren — es handelt sich vorwiegend um unreine Adnexoperationen oder Radikaloperationen nach Freund-Wertheim bei den stets virulent infizierten Portiokarzinomen — nur 2% an Sepsis bzw. Peritonitis erkrankt und gestorben sind. Unverdächtige Fälle wurden nie unnötig vorbehandelt. Die Prognose zwangsmäßig ausgeführter septischer Operationen kann also durch rechtzeitige Steigerung der Abwehrbereitschaft des Körpers mittels Reizkörpertherapie wesentlich gebessert werden.

Zwei Jahre aktive Abortbehandlung. Da uns zur Zeit noch keine Methode zur Verfügung steht, welche eine exakte bakteriologische oder serologische Indikationsstellung in der Abortus-Behandlung erlaubte, so müssen wir unser therapeutisches Handeln ganz auf die klinische und gynäkologische Untersuchung stützen. Im allgemeinen wird heute wieder der aktiven Therapie der Vorzug vor der konservativen gegeben, da diese kräftesparend wirkt und das Krankenlager abkürzt. Sofern beim fieberhaften Abortus die Infektion klinisch auf den Uterus beschränkt erscheint, wird der fieberhafte Abortus heute fast durchweg aktiv angegangen und ausgeräumt. Bei vorhandenen, parametranen und adnexialen Befunden richtet sich die Indikationsstellung nach der Möglichkeit einer Differenzierung der Prozesse in akute und chronische. Weniger die Höhe des Fiebers, als der Verlauf der Pulskurve und das klinische Bild, Aussehen, Allgemeinzustand, Feuchtigkeit der Zunge usw. ist für eine evtl. einzuleitende aktive Therapie maßgebend. Die prophylaktische Reizkörpertherapie scheint ein geeignetes Hilfsmittel zu sein, um das Auftreten von Komplikationen und die Morbidität, zumal im Wochenbett, einzuschränken.

Erfahrungen mit Pituigan. Ein neues Wehenmittel deutscher Herkunft — herstellende Firma: Dr. Henning, Berlin — scheint bei sekundärer Wehenschwäche und völlig eröffnetem Muttermund günstig auf die rasche Beendigung der Geburt einzuwirken. Es empfiehlt sich nach den Erfahrungen des Verfassers, das Mittel mit Hypophysin zu kombinieren und zunächst bei einsetzender Wehenschwäche 1 ccm Hypophysin zu injizieren. Falls es trotzdem zu einem Wehenstillstand in der Austreibungsperiode kommt, sollen 0,5—1,0 ccm Pituigan verabreicht werden. Schädigungen von Mutter oder Kind bei Gebrauch des Präparats wurden bei strikter Indikation nie beobachtet, dagegen mehrfach der Gebrauch der Zange vermieden. Auch bei Fällen von atonischen Blutungen in der Nachgeburtsperiode und träger Plazentalösung werden gute Erfolge beim Gebrauch von Pituigan berichtet.

Nr. 42.

Ueber Gewebezüchtung. Mayer und Heim.
* Zur Technik der Zervixnaht und der Uterustamponade. A. Müller-München.
Zur Morphologie und Biologie des Menstruationsvorgangs in der Uterusschleimhaut. Lahm.
Klinische und histologische Einzelheiten über zwei Fälle von Osteomalazie. Floris.
Ueber Sinusthrombose im Puerperium. Lunz.
* Zur Röntgenbehandlung der Bartholinitis gonorrhoica. Sieber.
Ueber einen außerordentlichen Fall von Atresie und Umlagerung sämtlicher innerer und äußerer Organe des Urogenitorektalgebiets. Pulvermacher.
Klinische und experimentelle Versuche mit Pituosona, einem neuen Hypophysenpräparat. Brühl.
* Zur Frage der Methodik und Technik der Anästhesie bei Abortbehandlung und anderen vaginalen Eingriffen. Arndt.

Zur Technik der Zervixnaht und der Uterustamponade. Das gar nicht so seltene spontane Entstehen schwerer Zervixrisse mit oft arterieller Blutung macht für den praktisch arbeitenden Geburtshelfer eine exakte Schließung der Wunde durch Naht erforderlich. Da der puerperale Uterus sich weit herunterziehen läßt, sind besonders lange Nadelhalter und Spekula dafür nicht notwendig. 2 Wintersche Zangen werden, je eine in die vordere und hintere Muttermundslippe, eingesetzt und dieselben weit herabgezogen. Bei starker Blutung aus dem Riß: zunächst Blutstillung nach Henkel durch Anlegen einer Winterschen Zange an der Basis des Risses oder Zangenkompression des parametranen Gewebes nach Henkel mit Museuxschen Zangen. Ist man gezwungen, ohne Assistenz zu operieren, so empfiehlt sich die Naht des Risses von unten nach oben. Dabei ist darauf zu achten, daß die ganze Dicke der Zervixwandung mitgefaßt wird. Mit Hilfe des ersten Fadens, der am untersten Ende der Zervixriß-Stelle angelegt und zunächst nicht abgeschnitten, sondern angekochert wird, zieht man die Zervix weiter herunter und umsticht so, unter steter Fingerkontrolle allmählich emporkletternd, immer höhere Teile des gerissenen Zervixgewebes bis an das obere Ende der Rißstelle. Beim Mangel jeglichen Instrumentariums: feste Uterus-Scheidentamponade nach Dührssen. Anwendung guter Kernseife, welche den Scheideneingang schlüpfrig macht, empfiehlt sich, besonders bei der Ausführung von Wendung und Extraktion, mehr als die Desinfektion mit den die Haut und Schleimhaut austrocknenden Chemikalien wie Oxycyanat, Sublimat oder Jodtinktur.

Zur Röntgenbehandlung der Bartholinitis gonorrhoica. Durch die Röntgenstrahlen werden die erkrankten Epithelzellen der im chronischen Stadium zystisch entarteten Bartholinschen Drüse vollends abgetötet, während die gesunden Zellen bei nicht zu intensiver Bestrahlung die Dosis ertragen, vielleicht sogar stimuliert werden. Die Blut- und Lymphgefäße werden bekanntlich durch Röntgenbestrahlung erweitert. Die großen Lymphozyten treten als Makrophagen in Tätigkeit und schaffen die abgestorbenen Epithelzellreste fort, wobei auch die eosinophilen Blutzellen die Eiweißabbauprodukte unschädlich machen. Die Ausführungsgänge sind nicht mehr blockiert und die Gefäßerweiterung erleichtert das Fortschaffen des toten Materials des Gonokokkus, zum mindesten aus Drüsen mit äußerer Sekretion, genügt nach Ansicht des Verf. die Röntgenbestrahlung allein voll und ganz und ist das Röntgenverfahren geeignet, die Behandlungsdauer auf wenige Stunden zu verkürzen.

Zur Frage der Methode und Technik der Anästhesie bei Abortbehandlung und anderen vaginalen Eingriffen. Nach einer kurzen Abschweifung ins Gebiet der Indikationsstellung in der Abortus-Behandlung wendet sich Verf. vor allem gegen Gellert, der die Lokalanästhesie mittels Injektion von 10 ccm einer 2 prozentigen Novokainlösung ins parazervikale Ganglion als „seine Methode“ bezeichnet hat. Diese Lokal-Anästhesie wurde unter Küstners Leitung seit 15 Jahren an der Breslauer Klinik bei Schwangerschaftsunterbrechungen und kleinen vaginalen Operationen mit Vorteil angewandt. Ferner verwahrt sich Verf. dagegen, daß die Ausführung der Abortausräumung oder der Abrasio bei Endometritis nur in der Klinik und nur durch Fachgynäkologen gestattet sein soll, was den Bedürfnissen in der Praxis nicht entspricht.

Schwab, Hamburg.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

33., Heft 6.

* Rachitis-Therapie. Goldblatt, Rosenbaum und Thoenes.
Ueber Relaxatio diaphragmatica im späteren Kindesalter. Frick.
Zur Verwendbarkeit der Blutplättchenkurve nach Tuberkulinprobe für die Aktivitätsdiagnose. Schlack.
Ueber die kernlösende Fähigkeit der Säuglingsbauchspeicheldrüse. v. Lukács.

Rachitis-Therapie. An Hand des klinischen Verlaufs, Röntgenkontrolle und Kontrolle des Blutchemismus wurde die Wirksamkeit der folgenden Therapeutika gegen die Säuglingsrachitis geprüft: dabei ergab sich: An erster Stelle steht die Höhensonnenbestrahlung inbezug auf antirachitische Wirkung; ihr gleichwertig war die

Jupiterlampe mit Ultrastiften; dabei ist zu bemerken, daß die antirachitische Wirkung nicht an die Erythem- oder Pigmentbildung geknüpft ist. Voll wirksam erwies sich bestrahltes Milchpulver. Völlig unwirksam dagegen waren Einreibungen mit bestrahltem Lanolin, ebenso wie die von Langstein-Vollmer angegebenen Hormokutankuren. Phosphorlebertran war der Ultraviolettbehandlung wesentlich unterlegen.

Jahr.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

64., Heft 3/4.

Studien über Oxyuriasis. 2. Mitteilung: Therapeutisches.
* Ernährung schwer ernährbarer Kinder. Stolte.
Adrenalintetanie. Duzár und Hensch.
Ueber einen Fall von intrauteriner Uebertragung von Febris recurrens. Adelheim.
* Generalisierte Vakzine nach Ekzema vakzinatum. von den Steinen.
* Ueber die Heilwirkung bestrahlter Nahrungen bei rachitischen Kindern. Göttche und Tolnai.
Ueber eine schwere Rubeola-Epidemie. Leitner.
* Erfahrungen mit Milchsäuremilch nach Schiff-Mosse. Ziesch.

Ernährung schwer ernährbarer Kinder. Stolte empfiehlt für Kinder, die aus irgend welchen Gründen nicht gestillt werden können und die bei dem üblichen künstlichen Milchregime nicht zum Gedeihen zu bringen sind, folgende Kostform: zweimal täglich einen dicken Brühreis mit je 10—15 g ganz fein gehacktem Fleisch oder Leber oder Kalbsthymus. Zweimal täglich einen Wurst-Zwieback- oder Keksbrei bestehend aus feiner Tee- oder Leberwurst bezw. „Wiener Würstchen" in Mengen von etwa 10 g, die dann bestreut werden mit 20—30 g feinpulverisiertem Zwieback oder Keks. Zwecks Anreicherung von Fett: Zulage von Butter an den Wurstzwiebackbrei oder aber Zulage einer Einbrenne an den Brühreis. Zur Deckung des notwendigen Kalkbedarfs wurden täglich 2—3 Kaffeelöffel Kalzanpulver gegeben. Als 5. Mahlzeit zur Deckung des Flüssigkeitsbedarfs einen 10%igen Reisschleim oder 1—2 Teemahlzeiten.

Eine derartige zusammengesetzte Kostform wird auch von jungen Kindern gut vertragen und führt in oft überraschendem Ausmaß zu einem Erfolg selbst bei Kindern, bei denen Erfolg mit der üblichen Ernährungsmethodik versagt geblieben wäre.

Generalisierte Vakzine nach Ekzema vakzinatum. Ein 4½jähriger Ekzematiker, bisher noch nicht geimpft, infiziert sich an einem jüngeren frisch vakzinierten Bruder, mit dem er ein gemeinsames Bett hat. Es kommt zu einem Ekzema vakzinatum der Ellenbeugen und nach wenigen Tagen zur hämatogenen Aussaat, zur generalisierten Vakzine, der das Kind in dreimal 24 Stunden erliegt.

Dieser Fall weist mit großer Eindringlichkeit darauf hin, noch strenger als die Impfvorschrift es vorschreibt, die Auswahl der Impflinge zu treffen. Kinder, die selbst oder deren Geschwister an einer Hautaffektion leiden, sind von der Impfung auszuschließen.

Ueber die Heilwirkung bestrahlter Nahrungen bei rachitischen Kindern. Erneute Bestätigung der von den amerikanischen Autoren gemachten Angaben, daß Höhensonnenbestrahlung der Nahrung einen vollen antirachitischen therapeutischen Effekt hat. Dabei genügt die Bestrahlung einer Mahlzeit täglich. Die dabei therapeutisch aktivierten Bestandteile der Nahrung sind das Cholesterin an erster Stelle; in zweiter Linie ist aktivierbar das Plasmon. Als therapeutisch unwirksam dagegen erwiesen sich Mehl, Nährzucker und Rohrzucker.

Erfahrungen mit Milchsäuremilch nach Schiff-Mosse. In der Kinderheilanstalt Dresden wurden 150 ernährungsgestörte Kinder mit Milchsäuremilch mit bestem Erfolg behandelt (Zusatz von 4 ccm reiner Milchsäure zu einem Liter Milch, die, um Klumpenbildung zu vermeiden, geschlagen und gerührt werden muß). Neben dem prompten therapeutischen Effekt bietet die Milchsäuremilch den nicht zu unterschätzenden Vorteil der einfachsten Zubereitung und größten Billigkeit gegenüber den üblichen Heilnahrungen. Jahr.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 39.

* Die chirurgische Therapie der Nephritis. F. Suter.
* Die Artdiagnose thyreogener Funktionsstörungen mit Hilfe der interferometrischen Blutuntersuchung. F. M. Groedel und G. Hubert.
50 Jahre Pneumonie in Basel — 1875—1924. E. Jessen.
Erfahrungen über die Kochersche Repositionsmethode und die Nachbehandlung der Schulterverrenkung. C. Kaufmann.
* Zur Frage der Vitaminwirkung in der Behandlung der Tuberkulose. K. Stirner.

Die chirurgische Therapie der Nephritis. Die Domäne der Dekapsulation sind die Blutungen, die Schmerzen und die Eiterungen, also sehr oft einseitige Prozesse. Die surgical kidney der Engländer, d. h. die von größeren oder kleineren infektiösen Eiterherden durchsetzte Niere bildet ein ungemein dankbares Objekt für die konservative chirurgische Therapie. Die Wirkung der Dekapsulation ist sicher keine einheitliche bei allen Fällen; bei den eitrigen Fällen handelt es sich offenbar um eine einfache Drainage. Auch bei den akuten Glomerulonephritiden spielt die Drainage sicher eine Rolle, wohl auch die Druckentlastung und die Ableitung des Oedems. Wie weit die Entnervung bei der Dekapsulation eine Bedeutung hat, ist noch fraglich. Die Hauptmasse der Gefäßnerven geht ja durch den Hilus, und der wird bei der Nephrolysis nicht berücksichtigt. Sicher ist die Dekapsulation in vielen Fällen die Methode der Wahl; ob sie aber bei der chronischen Nephritis den Siegeslauf der Appendektomie machen wird, wie der Optimismus Kümmells ahnt, erscheint dem Verf. fraglich.

Die Artdiagnose thyreogener Funktionsstörungen mit Hilfe der interferometrischen Blutuntersuchung. Der diagnostische Wert der interferometrischen Blutuntersuchung nach Paul Hirsch für die Erkennung von Erkrankungen und pathologischen Zustandsänderungen ist heute noch nicht allgemein anerkannt, obschon er in zahlreichen Veröffentlichungen verteidigt und bewiesen ist. Besondere Dienste leistet die Methode bei den komplizierten Störungen der inneren Sekretion. Da es sich um eine quantitative Methode handelt, so sind wir in der Lage, nicht nur die Störung selbst, sondern auch deren Grad zu erkennen. Wir können endlich auch nach erfolgter therapeutischer Beeinflussung durch Kontrolluntersuchung den Behandlungserfolg an der Umstellung des endokrinen Systems direkt nachweisen.

Zur Frage der Vitaminwirkung in der Behandlung der Tuberkulose. An der Hand von 10 Fällen von mittelschwerer bis schwerer Tuberkulose wird nachzuweisen versucht, ob eine erhöhte Vitaminzufuhr Besserung hervorrufen kann. In 7 von 8 Fällen ist nach vorangehender Gewichtsabnahme oder Gewichtsstillstand eine deutliche Zunahme erfolgt. In Anbetracht der Werte des Hämoglobins und der Zahl der roten Blutkörperchen konnte man ausschließen, daß eine Verwässerung des Körpers diese Gewichtsvermehrung bedingt haben könnte. In 7 von 10 Fällen war eine Besserung des Blutbildes zu konstatieren, insofern, als eine Vermehrung der eosinophilen Leukozyten und der Lymphozyten eintrat, unter gleichzeitiger Abnahme der neutrophilen Leukozyten. Diese beiden Faktoren sprechen dafür, daß durch Beigabe von Vitaminen zur normalen Kost die Abwehrleistung des Körpers gegenüber der Tuberkuloseinfektion gesteigert wird. Eine Einschränkung muß indessen gemacht werden: es gelang nicht, die Gewichtsabnahme aufzuheben, die regelmäßig nach Anlegung eines Pneumothorax auftritt. Held.

Acta Medica Scandinavica.

64., Heft 4 und 5, 23. September 1926.

* Fettdiarrhöen. II. Heß Thaysen.
* Fettdiarrhöen. III. Heß Thaysen.
Veränderungen im Röntgenbild bei Lungentuberkulose unter gewöhnlicher hygienisch-diätetischer Behandlung. Frandsen und Jacoby.
Hyperchlorhydrie. Hardy.
Studien des Antagonismus zwischen der Schilddrüse und dem Pankreas. Lundberg.

Fettdiarrhöen. II. Der Symptomenkomplex Fettdiarrhöe, Azotorrhoe und permanente oder alimentäre Glykosurie diabetischen Typs bietet ein charakteristisches klinisches Krankheitsbild dar, dessen einzelne Symptome näher besprochen werden.

Es wird versucht, das Krankheitsbild näher abzugrenzen, teils den anderen Formen der Fettdiarrhöe und besonders der Sprue gegenüber, teils gegenüber den eventuell mit etwas herabgesetzter Fettresorption komplizierten Pankreasaffektionen, wie die chronische chirurgische Pankreatitis.

Die pathologisch-anatomische Grundlage der pankreatogenen Fettdiarrhöe wird aus einer Zusammenstellung teils eigener, teils in der Literatur niedergelegter Fälle näher erforscht, und es erwies sich, daß sie am häufigsten in einer chronischen atrophierenden Entzündung des Pankreas zu suchen ist. In der Aetiologie dieser Entzündung spielt die Syphilis eine große Rolle, die bis jetzt ganz übersehen worden ist. Als andere Ursachen der pankreatogenen Fettdiarrhoe kommen Karzinome oder zystische Degenerationen des Pankreas in Betracht. In Fällen, wo keine permanente Glykosurie oder Azotorrhoe vorliegt, spielt die Untersuchung der Blutzuckerkurve nach Eingabe von 1 g Glykose pro Kilo Lebendgewicht für die Diagnose der pankreatogenen Fettdiarrhöe eine ausschlaggebende Rolle. Die Diagnose, der Verlauf, die Prognose und Behandlung der pankreatogenen Fettdiarrhöe wird näher besprochen.

Fettdiarrhöe. III. Die klinischen Symptome der nicht-tropischen Sprue werden an Hand mehrerer Fälle eingehend besprochen.

Es zeigt sich, daß ganz dieselben Symptome und Komplikationen, die bei der tropischen Sprue vorkommen, auch bei der nicht-tropischen Sprue zu finden sind. Sie kann sowohl mit einer Stomatitis aphthosa wie mit einer perniziösen Anämie einhergehen. In einem Fall wurde gezeigt, daß das perniziöse Blutbild, das während einer Exazerbation der Fettdiarrhöe auftrat, wieder nach der Besserung verschwand und auch vor dem Anfalle nicht zu finden war. Auch kann die nicht-tropische Sprue, ganz wie die tropische Form mit einer „biliösen“ Diarrhöe beginnen; die Komplikation mit Tetanie wird auch bei der nicht-tropischen Sprue gefunden. Symptomatisch betrachtet, sind diese Erkrankungen völlig übereinstimmend, nur scheint die Fettdiarrhöe bei der nicht-tropischen Sprue resistenter, und nicht durch eine Milchbehandlung zu heilen zu sein. Die Genese der beiden Erkrankungen ist bis jetzt noch ganz unklar, speziell liegen keinerlei Beweise vor, daß sie auf eine primäre Darmerkrankung zurückzuführen sind, daß sie demnach enterogenen Ursprungs seien.

Die allgemeine Auffassung, daß die Sprue mit einer Pankreasaffektion kompliziert sei, ist ebensowenig bewiesen. Vielmehr erscheint es wahrscheinlich, daß die Fälle, die in der Literatur als Sprue ohne Stomatitis, Indian white diarrhoea, diarrhoea alba beschrieben worden sind und bei welchen man Zeichen einer Pankreasaffektion gefunden hat, Fälle pankreatogener Fettdiarrhöe sind. Es wird hervorgehoben, daß die einfache Untersuchung des Harns auf Zucker nicht genügt, um eine Pankreasaffektion auszuscheiden. Eine gründliche Untersuchung der Blutzuckerkurve nach Eingabe von 1 g Glykose pro Kilo Körpergewicht ist erforderlich.

Die Anomalien in der Blutzuckerkurve, die bei der nicht-tropischen Sprue gefunden worden sind, können nicht als Zeichen einer Störung der inneren Sekretion der Bauchspeicheldrüse aufgefaßt werden. Ihre Deutung bleibt dahingestellt.

Die Auffassung, daß die Sprue mit der perniziösen Anämie identisch ist, wird von dem Verfasser abgelehnt.

Der Verlauf der Aetiologie der nicht-tropischen Sprue sowie ihre pathologische Anatomie wird näher besprochen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Acta Paediatrica.

6., Heft 1/2, August 1926.

* Psychische Entwicklungsstörungen bei kongenital syphilitischen Kindern und Untersuchungen ihres Liquor zerebrospinalis. Gösta Ahman.
* Akute Darminvagination bei kleinen Kindern unter Berücksichtigung der Symptome, Diagnostik und Therapie. S. Monrad.
* Umschriebene, gutartige Meningitis (Meningismus) ohne Mumps. Arvid Wallgren.
* Vergleichende Studien über Intrakutanproben mit Filtraten von Scharlachstreptokokken und anderen Streptokokkenkulturen. G. Jacobsohn.
* Fall von subakuter Leberatrophie bei epidemischen Ikterus. C. W. Herlitz und Sune Norlén.

Sitzungsberichte der Dänischen Paediatrischen Gesellschaft. Paul Drucker.

Psychische Entwicklungsstörungen bei kongenital-syphilitischen Kindern und Untersuchungen ihres Liquor cerebrospinalis. Verf. berichtet über systematische Liquoruntersuchungen bei syphilitischen Säuglingen und Kindern. Die Untersuchungen wurden bei fast allen Fällen zu wiederholten Malen vorgenommen. Wenn auch auf Grund des an sich zahlenmäßig geringen Materials ein abschließendes Urteil nicht gegeben werden kann, so scheint immerhin erwiesen zu sein, daß die kongenital-syphilitischen Kinder während der Säuglingsperiode in etwa ⅔ aller untersuchten Fälle für längere oder kürzere Zeit eine entzündliche Reizung der Meningen durchmachen. In der Mehrzahl der Fälle ist aber diese syphilitische Meningitis so leicht und scheint sich meist so vollständig zurückzubilden, daß man diese schlechthin nicht als einzige Ursache für die sich so häufig später entwickelnde psychische Minderwertigkeit ansprechen kann. Es ist vielmehr in dieser Verbindung an eine syphilitische Degeneration der endokrinen Organe zu denken, die als andere mögliche Ursache für die Minderwertigkeit in Betracht zu ziehen wäre.

Akute Darminvagination bei kleinen Kindern unter Berücksichtigung der Symptome, Diagnostik und Therapie. Ueberblick über 115 Fälle von Darminvagination. Besprechung der Aetiologie, Symptomatologie, Behandlungsweise (Taxis) im Gegensatz zu der hohen Mortalitätsziffer bei operativer Therapie. Doch nicht alle Fälle sind für Taxis geeignet. Im allgemeinen nichts Neues.

Umschriebene gutartige Meningitis (Meningismus) ohne Mumps. Mitteilung von 6 einschlägigen Fällen, die den früheren Publikationen, namentlich französischen Autoren entsprechen. Regelmäßig waren im Lumbalpunktat vermehrte Zellen (Mononukleäre) und fast immer positive Globulinreaktionen nachweisbar. Alle Pat. kamen schnell zur Heilung. Bei einigen Pat. trat während der meningitischen Reizerscheinungen oder nach deren völligen Abklingen eine ein- oder doppelseitige Parotitis epidemica auf.

Vergleichende Studien über Intrakutanproben mit Filtraten von Scharlachstreptokokken und anderen Streptokokkenkulturen. Es wurden 34 Streptokokkenstämme von Fällen verschiedener Infektionskrankheiten isoliert und deren Filtrate in der Verdünnung 1:100 intrakutan injiziert. Die Intrakutanproben wurden in der Regel bei Erwachsenen und Kindern mit positiver Dickscher Reaktion vorgenommen. 27 Stämme ergaben negative, 6 einige positive Reaktionen, nur mit einem Stamme waren Reaktionen zu erzielen, die dem Ausfall der Dickschen Reaktion parallel gingen. Ferner züchtete der Verf. aus dem Rachen von 23 von 50 untersuchten Kindern hämolytische Streptokokken, deren Filtrate aber alle nur negative Intrakutanreaktionen ergaben.

Fall von subakuter Leberatrophie bei epidemischem Ikterus. Kasuistischer Beitrag: 11jähriges Mädchen, 8 Tage krank, seit 3 Tagen ikterisch. In den Familien der nächsten Umgebung der Pat. waren während der letzten Wochen 20 Fälle von Ikterus unter Kindern und Erwachsenen aufgetreten, die aber alle komplikationslos verliefen. Die Pat. kam 24 Stunden nach der Einlieferung nach schweren Darmblutungen ad exitum. Die übrigen Symptome entsprechen denen der akuten gelben Leberatrophie. Die Sektion ergab schwere Leberschädigung mit degenerativer Atrophie. Ein großer Teil der zentralen Partien der Lobuli war gut erhalten, dagegen wiesen die zerstörten peripheren Teile der Azini reichliche regenerative Veränderungen und Rundzelleninfiltrate auf. Daneben ergab die Sektion starke hämorrhagische Diathese mit Anämie und Ikterus und in den Nieren neben anderen Veränderungen Kalkzylinder, besonders in den Henleschen Schleifen. Diese Kalkzylinder scheinen auf eine eigentümliche Störung im Kalkstoffwechsel hinzudeuten.

Käckell.

Revista Española de Medicina y Cirurgia.

Nr. 99, September 1926.

Biochemische Umwandlungen der Eiweißkörper. J. Rodriguez Carracido.

* Betrachtungen über die Lokalisation einiger rheumatischer Syndrome. Juan Cuatre Casas.
* Chemische Schädigung der Tumorzellen. R. Odier.

Betrachtungen über die Lokalisation einiger rheumatischer Syndrome. Bei der Polyarthritis acuta beobachtet man oft halbseitige Gelenkerkrankungen. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in einer toxischen Wirkung des Virus auf die Nervenendigungen. In anderen Fällen werden die Gelenke vollkommen symmetrisch ergriffen. Die Gleichheit des Prozesses läßt sich auch im Röntgenbild an der Knochenatrophie feststellen. Natur und Lokalisation der Nervenstörungen sind noch völlig unbekannt. Vielleicht spielen dabei die zentralen grauen Kerne eine Rolle.

Chemische Schädigung der Tumorzellen. Das Krebsproblem läßt sich in zwei Fragen teilen: Die Chemie des malignen Tumors und das Problem der Zelle als solcher. Das Bindegewebe setzt der Entwicklung des Tumors den ersten Widerstand entgegen. Dann folgt die humorale Verteidigung des ganzen Organismus. Sie wird meist wenig beachtet, spielt aber eine große Rolle. Bei 7 selbst beobachteten Spontanheilungen handelte es sich auffallenderweise immer um fortgeschrittene Tumoren. Ausführliche Schilderung eines geheilten Mammakarzinoms und eines Oberkiefersarkoms. Vielleicht sind Klimawechsel oder Ernährung von Einfluß auf diesen sonst unerklärlichen Vorgang. Dafür würden auch die Heilungen bei Ratten durch Klimawechsel sprechen. Sehr große Bedeutung kann ein gleichzeitig bestehender infektiöser Prozeß haben (Heilung nach Erysipel). Die geheilten Tumoren waren alle ulzeriert. Die Infektion wirkt nicht unmittelbar auf die Zellen, sondern durch chemische Vorgänge im Blut. Zur Beeinflussung der allgemeinen „malignen Einstellung“ stellte Verf. eine Mischung Glykogen lösender Fermente her, die er subkutan injizierte. Er konnte damit ein inoperables Mammakarzinom in 1½ Monaten heilen. Auch andere Karzinome wurden geheilt, eine Reihe von Kranken weitgehend gebessert. Innerlich wirken Natrium- und Kaliumsilikat, das aber mindestens noch ein Jahr nach erfolgter Heilung gegeben werden muß, günstig. Die wenig angewendete Czernysche Paste hat manchmal guten Erfolg. Sie wird am besten mit einer künstlich hervorgerufenen Eiterung kombiniert. Nach den Untersuchungen des Verfassers haben Selenverbindungen keine besondere Affinität zum Kern der Tumorzellen. Sie beeinflussen nur den Glykogengehalt. Aus dem Organextrakt einer bestimmten Eidechsenart läßt sich eine Flüssigkeit herstellen, die bei Karzinom eine streng spezifische Wirkung auslöst: Temperatursteigerung zwischen 37,5 und 38,5, Speichelfluß, Schweißausbruch, Diarrhöen. Die Reaktion ist ein wertvolles Diagnostikum.

Mettenleiter.

La Medicina Ibera.

20., Nr. 458, 14. August 1926.

◆ Lumbale Wismutbehandlung bei Tabes. Gonzalo R. Lafora.
Klinische und experimentelle Studien über Sanokrysin. J. Valdes Lambea.

Lumbale Wismutbehandlung der Tabes. Die Hauptsache ist richtige Dosierung. Mißerfolge sind meist auf zu hohe Dosen zurückzuführen. Die Behandlung bezweckt nicht die Vernichtung der Bakterien, sondern eine Steigerung der histologischen und humoralen Abwehrkräfte. Für das Nervensystem liegen therapeutische und toxische Dosis ziemlich nahe beieinander. Verf. gibt anfangs nicht über ½ bis 2 Tropfen Bi (Roche). Da es sich um eine Reiztherapie handelt, kann vielleicht mit einer anderen, unspezifischen Substanz der gleiche oder sogar ein besserer Erfolg erzielt werden. Bei Tabes und bestimmten Formen der Neurolues greift das Mittel direkt am Ort der Erkrankung an. Dadurch erklären sich die guten Erfolge. Bei allgemeiner Paralyse und Neuritis optica ist die Wirkung schlechter. Gleichzeitig ist Allgemeinbehandlung notwendig, da sich ja auch an anderen Organen (Aorta, Niere, Leber) Veränderungen finden. Diese kombinierte Therapie erwies sich in allen Fällen, die durch die übliche Behandlung unbeeinflußt blieben, noch sehr wirksam.

20., Nr. 459, 21. August 1926.

Künstlicher Pneumothorax und Pleuritis. M. Gil Casares.
Die Frühdiagnose bei der Bekämpfung der Tuberkulose. J. Codina Suque.

20., Nr. 460, 28. August 1926.

◆ Bemerkungen über Aortitis chronica. Banuelos Garcia.
Ueber eine epidemische Neuralgie. Fr. C. Urcelay.

Bemerkungen über Aortitis chronica. Bericht über 162 Fälle. 76% davon waren luetisch erkrankt. Das Leiden kann jahrelang vollkommen latent bleiben. In 60% stellte es einen Zufallsbefund dar. Zuerst treten Angstgefühl, Unruhe, unbestimmte Beklemmungen in der Brust auf. Dann folgen stechende, flüchtige und lokalisierte Schmerzen in der Herzgegend oder linken Schulter. Atemnot, Anfälle von Angina pectoris stellen sich erst allmählich ein. Aus den Syndromen geht hervor, daß meist zuerst die Aorta und dann erst das Nervensystem ergriffen wird. Die Verbreiterung kann durch Perkussion festgestellt werden. Die Durchleuchtung dient nur dazu, andere Ursachen auszuschließen. Palpation auf Auskultation geben ebenfalls Anhaltspunkte. Ganz genaue Untersuchung ist zur Diagnosestellung notwendig und würde viele unerkannte Fälle aufdecken. Die Krankheit erfordert eine ziemlich langdauernde Behandlung. Die gebräuchlichen Mittel wirken oft gut, aber nicht sicher.

20., Nr. 461, 4. September 1926.

Die Orientbeule im Kreis Tortosa. Torrademe.
Herzleiden in der Pubertät. J. Alvarez Sierra.

Mettenleiter.

El Siglo Medico.

78., Nr. 3796, 11. September 1926.

Bakteriolysine. Martin Salazar.
Pankreaszyste. F. Mesa Moles.

78., Nr. 3797, 18. September 1926.

Beitrag zum Studium der Augen-Lepra. M. Martin Amat.
Mechanik der Hände. Felipe Margarit.
Die Zerstückelung des lebenden Kindes. J. B. Gonzales.

Mettenleiter.

Revista Clinica de Bilbao.

1., Nr. 8, 1926.

Akute Perforation von Magen- und Dünndarmgeschwüren. M. Alvarez Ipenza.
◆ Der Opiumrausch. L. Bard (Buenos Aires).

Der Opiumrausch. Geringe Opiummengen haben die gleiche Wirkung wie Alkohol, große rufen eine Narkose hervor. Die Träume kommen nicht durch eine spezifische Wirkung der Droge zustande, sie sind an eine lebhafte Phantasie des Rauchers gebunden. Phantasielose Leute versinken nur in tiefen, tierischen Schlaf. Erleichtert und glücklich fühlen sich lediglich solche, die durch den Opiumrausch über ein tatsächlich vorhandenes Leid irgendwelcher Art zeitweise hinwegkommen. Die Gewohnheit tritt hauptsächlich wegen der Amnesie, die der Rausch im Gefolge hat, und durch die anregende Wirkung auf die Phantasie ein. Die Opiumraucher gehören zur gleichen Klasse von Asthenischen wie die Alkoholiker. Sehr unangenehm wird die Rückkehr in die Wirklichkeit empfunden. Zur völligen Erholung sind einige Tage notwendig, weswegen die Raucher immer vorher wieder zur Pfeife greifen. Die Dosis wird je nach der Widerstandsfähigkeit des Einzelnen erhöht. Schließlich tritt ein dauernder Rauschzustand ein, der die gleichen geistigen Störungen wie der Alkohol hervorruft.

Mettenleiter.

Archivos Españoles de Pediatria.

10., Nr. 9, September 1926.

◆ Symptomatologie und Pathogenese versteckter Formen von kindlichem Skorbut. A. Argüellas Teran.
Bemerkungen über Arthritis bei Hämophilie. J. Riosalido.
Einige seltene Formen von Kindergrippe. Damaso Rodrigo.
Kenntnis der kindlichen Psychologie. César Juarros.

Symptomatologie und Pathogenese versteckter Formen von kindlichem Skorbut. Bestimmte Arten von Dystrophie lassen sich schwer in die bekannten Gruppen einreihen. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um versteckte Formen der Barlowschen Krankheit, die als Barlowismus oder Präskorbut bezeichnet werden können. Klinisch ist vor allem die große Labilität des Wasserhaushaltes charakteristisch, die zu starken Gewichtsschwankungen führt. Die Zeichen der Barlowschen Krankheit sind immer abgeschwächt vorhanden. Als Ursache ist ein Ueberwiegen von Kohlehydraten bei einer an sich ungenügenden Nahrung anzunehmen. Jedenfalls spielt auch die Dysfunktion der Nebenniere eine Rolle. Sie besteht in Hyperfunktion der Rinde und Hypofunktion des Markes, die Störungen im Kohlehydratstoffwechsel und Wasserhaushalt hervorrufen. Ferner kommt es zu Kapillarstörungen. Die Erscheinungen werden durch geeignete Ernährung in allen Fällen zum Verschwinden gebracht.

Mettenleiter.

La Pediatria.

Heft 15, 1. August 1926.

◆ Neuer Beitrag zur unitarischen und dualistischen Auffassung der Aetiologie von Herpes zoster und Varizellen. Cozzolino.
Experimentelle Parotitis. Ritossa und Naskasi.
Die Daranyische Reaktion bei Tuberkulose und verschiedenen Erkrankungen im Kindesalter. Pinelli.
Ueber einen Fall von Chlorom. Castana.

Neuer Beitrag zur unitarischen und dualistischen Auffassung der Aetiologie von Herpes zoster und Varizellen. Bei Kindern, bei denen die Ueberimpfung von Herpes zoster zu negativem Erfolg führte, gelingt kurz nachher die Ueberimpfung von Varizellen. — Polemik gegen die unitarische Auffassung. Autor unterscheidet einen nicht varizellogenen Herpes zoster und einen varizelloiden Herpes.

Heft 16, 15. August 1926.

◆ Aktive und passive Immunisierung gegen Scharlach. Rocca.
Chondrodystrophie, Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese derselben. Graziano.
Praktische Bemerkungen zur Keuchhustenbehandlung. Seminerio.
Die Leukolysine bei den Immun- und Verdauungsprozessen. Ritossa.

Aktive und passive Immunisierung gegen Scharlach. Immunisierung mit der Vakzine von di Cristina, dreimal 2 ccm jeden zweiten Tag. Die Immunisierung wird durch die Komplementablenkungsreaktion nach Caronia bewiesen. Bei kongenitaler Lues, bei Tuberkulose und anergisierenden Krankheiten sind zur Immunisierung 4 bis 5 Injektionen à 2 ccm notwendig. Bei besonders gefährdeten Kindern injiziere man zuerst 10 ccm. Scharlachimmunserum und dann Vakzine wie geschildert. Wenn man die Vakzine vor Gebrauch zentrifugiert, genügen vom Bodensatz zur Immunisierung 4 Injektionen à 1 ccm Vakzine.

Heft 17, 1. September 1926.

Aminosäurengehalt der Milch. Spirito.
◆ Beeinflussung der Kutanreaktion nach Pirquet unter Einwirkung von ultravioletten Strahlen. Morabito.
Die Weiszsche Reaktion bei der Tuberkulose im Kindesalter im 1. und 2. Stadium. Giaume.
Fall von primärer Alopecia areata im Säuglingsalter. Bentivoglia.
Beiträge zur histologischen Kenntnis der Enzephalitis mit hyperakutem Verlauf. Blasi.

Ueber die Beeinflussung der Kutanreaktion nach Pirquet unter Einwirkung von ultravioletten Strahlen. Vergleich des Ausfalles der Kutanreaktionen am bestrahlten linken und unbestrahlten rechten

Arm ergeben, daß die Bestrahlung die Reaktion geringer gestaltet; zuerst ist die Papel am bestrahlten Arm bedeutend kleiner als am unbestrahlten Arm, schließlich wird sie negativ, während sie am anderen Arm unvermindert bestehen bleibt. Die abschwächende Wirkung ist von kurzer Dauer. Die Resultate sprechen dafür, daß bei der Kutanreaktion neben spezifischen Faktoren auch unspezifische eine Rolle spielen.

Heft 18, 15. September 1926.

Fall von Orientbeule in der Provinz Neapel. Versali.
Beiträge zur Kenntnis des subkutanen Sarkoides „Darier-Roussy" im Kindesalter. Canelli.
✦ Aetiologisch-endokrine Untersuchung bei einem Fall von Dystrophia musculorum progressiva (Typus Duchenné). De Vicolo.
Pathogenese der Pyurie im Säuglingsalter (Sammelreferat). Bocchini.

Aetiologisch-endokrine Untersuchungen bei einem Fall von Dystrophia musculorum progressiva (Typus Duchenné). 4 Jahre alter Knabe mit obiger Erkrankung. Morphologisch kleiner Schädel, Hypoplasia genitalis, funktionelle Tendenz zur Hypothermie, erhöhte Kohlehydrattoleranz und Polyurie hervorzuheben. Die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems ergibt eine Vagotonie. Es besteht ferner Apathie und Abulie. — In allen diesen Erscheinungen sieht Autor einen Hypopituitarismus und Hypogenitalismus und erhofft durch eine auf systematischer Prüfung der endokrinen Funktionen basierende Hormontherapie günstige Erfolge zu erzielen.

Heft 19, 1. Oktober 1926.

Zwei Fälle von Myotonia congenita. Avricchio.
Blutbild bei Rachitis. Merlini.
Verbreitung der Lues congenita in Messina und Umgebung. Tambato
Fall von Meningo- und Streptokokkämie bei einem zwei Monate alten Säugling. Cozzari.
Anatomisch-klinische Beiträge zu den Krankheiten im Kindesalter. XXVIII.: Interne Leishmaniosis bei einem tuberkulös infizierten Kind (erstes Stadium von Hamburger). — Fettige Degeneration der Leber. — XXIX.: Tropische Malariainfektion. Simloni und Quecione.

Stransky, Wien.

Rivista di Clinica Pediatrica.

24., Heft 8, August 1926.

✦ Infektion der Harnwege durch A-Vitaminmangel. Frontali.
Der Ammoniakgehalt der Säuglingsstühle. Piccioli.
Zwei Fälle von Pilzvergiftung (Amanita verna). Moggi.

Ueber Infektion der Harnwege durch A-Vitaminmangel. 26 junge wachsende Ratten wurden in Versuch genommen. 3 erhielten natürliche Nahrung, 16 eine Nahrung, bestehend aus Kasein, Stärke, Milchzucker, Kleieextrakt und A-Faktor enthaltendes Fett, 7 die gleiche Nahrung ohne A-Faktor. Letzte 7 Tiere gingen an Xerophthalmie und einer eitrigen Infektion der Harnwege ein. Die histologische Untersuchung ergab in vier Fällen auch makroskopisch sichtbare Nierenabszesse, in zwei Fällen nur mikroskopisch sichtbare Abszesse, in einem Falle Nierenblutungen. In 6 Fällen wurde Eiter im Nierenbecken gefunden. In allen sieben Fällen bestand eine Optitis. Im aseptisch entnommenen Eiter wurden in 5 Fällen Kolibakterien, in 2 Fällen Staphylococcus aureas gefunden. Die Infektion der Harnwege ist durch die durch Avitaminose bedingte Resistenzverminderung ermöglicht. Die durch Avitaminose hervorgerufene Pyelitis wird mit der Säuglingspyelitis nach einseitiger Ernährung und Ernährungsstörung ins Parallele gestellt. — Die Kontrolltiere blieben alle gesund. Die histologischen Veränderungen der Nieren werden in Abbildungen dargestellt.

24., Heft 9, September 1926.

Beziehungen zwischen Beriberi und Tetanie. Frontali.
Klinische und pathogenetische Betrachtungen über die Meningitis tuberculosa im Kindesalter. Olmi.
Beiträge zur Kenntnis des Varizellenrash. Gifoncoli.

Stransky, Wien.

British Medical Journal.

Nr. 3430, 2. Oktober.

Die Diagnose und Behandlung der Placenta praevia. Barris.
Zwei mit Radium behandelte Fälle von Mikulicz'-Krankheit. Pinch.
Eine neue Methode der Tuberkulinherstellung. Thomson.
Ein Fall von gekreuzter Ektopie des Hodens. Banks.
Bildung einer Nieren-Ureterverbindung nach Abriß des Ureters während einer Operation. Begg.
Ekzem und Zahnerkrankung. Gomes.

Jahresversammlung der British Medical Association (Abteilung für Pathologie und Bakteriologie).

Ueber die Leukämie und verwandte Krankheitszustände. I. Gulland. II. Patterson.
Die lebende Gewebszelle. Strangeways.
Drei neue Verwendungsmöglichkeiten des Magenschlauches. Eccles.
Herzmassage bei postoperativem Kollaps. Strandfield.
Retrobulbäre toxische Neuritis (Nikotinabusus). Scharp.
Herpes und Varizellen. Pereira.
✦ Der Wert der Malariatherapie bei der Dementia paralytica. (Bericht aus den psychiatrischen Anstalten der Grafschaft London.)

Der Wert der Malariatherapie bei der Dementia paralytica. Um sicheres Vergleichsmaterial für die Beurteilung der therapeutischen Erfolge zu erlangen, wurden die Ergebnisse der Paralytikerbehandlung in den unmittelbar der Einführung der Malariatherapie vorausgehenden drei Jahren zusammengestellt, um so den etwaigen Einfluß veränderter Allgemeinbedingungen nach Möglichkeit auszuschalten. In diesem Zeitraum wurden 227 Paralytiker aufgenommen, von denen bisher 62% gestorben sind. Nur 2,6% konnten als gebessert entlassen werden. Der Malariabehandlung wurden bisher 191 Kranke unterworfen, von denen 33% so gebessert wurden, daß sie außerhalb der Anstalten leben können. Es starben 20%. Es kommt somit in einem Drittel der Fälle zu weitgehenden Remissionen. Die Ergebnisse sind noch besser, wenn der Ausbruch der Erkrankung noch nicht lange Zeit zurückliegt. Bei den Paralytikern mit einer Krankheitsdauer von 2—18 Monaten sind im Durchschnitt in 60% der Fälle Remissionen zu erzielen, wobei betont sei, daß nur klinisch in fortgeschrittenem Stadium befindliche Kranke mit ausgeprägten serologischen Befunden behandelt wurden. Der Prozentsatz von Erfolgen betrug bei den über 19 Monaten bestehenden Paralysen nur 8%. Die Erfolgsziffern der Durchschnittsserien (Früh- und Spätfälle) stimmen durchaus mit den aus Oesterreich und Deutschland mitgeteilten Zahlen überein. Wagner-Jauregg hat die Verabfolgung von Salvarsan im Anschluß an die Malariatherapie empfohlen, wodurch in etwa der Hälfte aller Fälle Remissionseintritt zu bewirken ist. Vergleichsuntersuchungen zeigen, daß vor allem die Zahl der Todesfälle unter der kombinierten Malaria-Salvarsanbehandlung (6%) bedeutend hinter der bei alleiniger Malariaanwendung beobachteten (32%) zurücksteht. Die Zahl der Vollremissionen wird durch die kombinierte Therapie kaum gesteigert. Alle Beobachter kommen zu dem Ergebnis, daß in der Mehrzahl der mit Malaria Behandelten — bei ausbleibender Remission — eine ausgesprochene Besserung des Allgemeinzustandes und eine günstige Beeinflussung des Verhaltens (Sauberkeit, Betragen) zu beobachten war.

Biberfeld.

Nr. 3431, 9. Oktober 1926.

Die Wissenschaft der klinischen Medizin. Garrod.
Die berufliche Laufbahn. Rolleston.
Die Zukunft der Frau in der Medizin. Fletcher.
Der medizinische Beruf und die Oeffentlichkeit. Little.
Die Arbeit des Medizinstudierenden. Yeats.

Jahresversammlung der British medical Association. (Verhandlung der chirurgischen Abteilung über Hirntumoren.)

✦ Typen der Hirntumoren. Sargent.
Ein neuer Craniotom zur Eröffnung der Schädelhöhle. Souttar
Lokalisation mit Röntgenstrahlen. Bertwistle.
Perforation und Ruptur der Gallenblase. Fifield.
Ein Fall von Lungensarkom. Bennett.
Das Erhaltenbleiben von Tuberkelbazillen in der von tuberkulöser Milch stammenden Butter. Cookson.
Eine ungewöhnliche Hernia obturatoria. Blaxland.
Herzschmerzen bei perniziöser Anämie. Evans.
Plötzlicher Tod durch akute hämorrhagische Pankreatitis. Maconie.
Ein Lokalanästhetikum für das Ohr. Sturm.
Adrenalin beim Herzstillstand. Cardwell.
✦ Die Harmlosigkeit des Scharlachs. Bericht des internationalen Hygieneausschusses beim Völkerbund.

Typen der Hirntumoren. Zur Unterscheidung maligner und benigner Tumoren des Gehirns ist der Anamnese nicht zu viel Wert beizulegen. Gewiß spricht eine über mehrere Jahre sich erstreckende Krankheitsgeschichte für eine gutartige Geschwulst, doch können auch Gliome auffallend lange Zeit latent bleiben. Andererseits kann ein benigner Tumor jahrelang symptomlos bestehen und plötzlich durch Gefäßveränderungen oder andere Erscheinungen hervortreten, die er in seiner Umgebung auslöst. Einen gewissen Anhalt für die Natur eines diagnostischen Hirntumors bietet seine Lokalisation. Tumoren der Hirnhemisphären sind kaum je etwas anderes als Gliome oder Endotheliome. Im Gebiet der Frontal- und postzentralen Regionen sind Gliome doppelt so häufig wie Endotheliome, im Hinterhauptlappen sind sie sechsmal und im Schläfenlappen dreizehnmal so häufig vertreten. Kleinhirngeschwülste sind fast immer Gliome. Zerebello-pontine Tumoren sind zumeist Neurofibrome, während Tumoren der Hypophysengegend im allgemeinen adenomatöser Natur sind. Im ganzen sind die Affektionen, welche als Hirngeschwülste bei umschriebener Lokalisation imponieren können (Gummen, Tuberkel, Abszesse, Echynokokkuszysten usw.) durchaus selten und verraten sich fast immer durch irgendwelche vom Hirntumor abweichende Symptome (Vorgeschichte, Liquorbefund usw.).

Zum größten Teil sind die Hirntumoren auf Grund ihres fortschreitenden oder infiltrativen Wachstums als maligne zu bezeichnen, wenn sie auch keine Metastasen machen und nicht über den Bereich des Gehirns hinauswachsen. 80% aller Tumoren des Schädelinnern sind Gliome. Der Grad der Malignität ist bei diesen Geschwülsten außerordentlich verschieden. So bestehen Tumoren, welche fast völlig zystisch umgewandelt wurden, wo kaum noch Tumorgewebe erkennbar ist und keine Infiltration der umliegenden Hirnteile sich vorfindet. Andere Gliome treten als feste, umschriebene Knoten auf, die bisweilen völlig entfernt werden können. Diese gleichsam abgekapselten Tumoren sind von den diffus infiltrierenden und rasch wachsenden Gliomen zu unterscheiden, bei welchen nur Palliativmaßnahmen in Frage kommen. Bei 300 Gliomoperationen wurden zumeist nur Entlastungseingriffe ausgeführt. Nur selten wurde die teilweise oder völlige Tumorentfernung sowie die Entleerung gliomatöser Zysten vorgenommen. 25% der Kranken mit Großhirngliomen starben sofort nach der Operation, weitere 50% in den nachfolgenden acht Monaten. In ungefähr 25% wurde eine leidliche Wiederherstellung erzielt, ganz vereinzelt wurden die Kranken für längere Zeit berufsfähig. Etwas besser sind die Resultate bei den Kleinhirngliomen. Die Operationsmortalität war halb so groß wie bei den zerebralen Gliomen und die durchschnittliche Lebensdauer betrug 13 Monate. 28% waren nach 3 Jahren noch bei Wohlbefinden und berufsfähig. Die Endotheliome sind wesentlich seltener als die Gliome (2 : 7). Diese von der Arachnoidea ausgehenden, von einer Kapsel umschlossenen Tumoren zeigen ein sehr langsames Wachstum, wobei sie nie in die Hirnsubstanz eindringen, sondern becherartige Impressionen hervorrufen, aus denen sie leicht ausgeschält werden können. Zur vollständigen Entfernung gehört jedoch die Exzision der überdeckenden Dura mater, welche nicht immer mit völliger Sicherheit ausgeführt werden kann, da gewöhnlich die großen venösen Sinus sich in der unmittelbaren Nachbarschaft dieser Gewächse befinden. In etwa 75% gelingt die Totalexstirpation. In 22% bestanden nach der Operation keine neurologischen Störungen mehr. Etwa 38% befinden sich im allgemeinen wohl, zeigten jedoch mehr oder minder bedeutende Ausfallserscheinungen (Lähmungen oder Anfälle). Die Operationsmortalität war fast ebenso groß wie bei den Gliomen, wofür ungenaue Lokalisierung in früherer Zeit sowie die Vornahme des Eingriffs bei stark vermehrtem Hirndruck verantwortlich zu machen sind.

Die Tumoren des Kleinhirn-Brückenwinkels sind zu 90% Neurofibrome, gewöhnlich feste, solide abgekapselte Geschwülste, die nur selten zystische Umwandlung zeigen. Sie gehen vom achten Hirnnerven gerade nach dem Eintritt des Nerven in den inneren Gehörgang aus und führen zu einer Erweiterung des Porus acusticus internus. (Röntgenbild!) Für lange Zeit, fast immer während einiger Jahre bilden Schwerhörigkeit und Ohrgeräusche die einzigen Beschwerden, nicht selten wird zufällig vollkommene Ertaubung festgestellt. Mit Hilfe der Báránysсhen Methoden kann die Funktionsfähigkeit des Nervus vestibularis leicht überprüft werden, die schon relativ frühzeitig beim Akustikustumor in Mitleidenschaft gezogen wird. Sehr häufig ist der Kornealreflex derselben Seite abgeschwächt oder erloschen (Trigeminusläsion). Das Zusammentreffen dieser Symptome ist so regelmäßig zu beobachten, daß das gleichzeitige Bestehen nur dieser Ausfallserscheinungen den Akustikustumor fast mit Sicherheit diagnostizieren läßt. Mit zunehmendem Wachstum der Geschwulst werden noch weitere Hirnnerven geschädigt. Störungen der Kleinhirnfunktion (Gleichgewicht) machen sich bemerkbar. Früher oder später kommt es durch Kompression zur Verlegung des Aquaeductus sylvii und zur Hirnventrikelerweiterung, so daß die klassischen Symptome des Hirntumor — Kopfschmerzen, Erbrechen und Stauungspapille sich einstellen. Wenn erst dieses Stadium des allgemein gesteigerten Hirndrucks erreicht ist, so wird die Operation gefahrvoll und damit die Prognose zweifelhaft. Trotz der Abkapselung und der oft möglichen Frühdiagnose und der verhältnismäßig leichten Zugänglichkeit für den Chirurgen sind die Operationsaussichten bei diesen Tumoren nicht absolut günstig. Denn gerade die Nähe lebenswichtiger Zentren in der Medulla oblongata und der das Hirn versorgenden Blutgefäße gestaltet die Totalexstirpation zu einem gefährlichen Eingriff mit sehr hoher Operationsmortalität.

Die Tumoren der Hypophysengegend sind in zwei Gruppen einzuteilen. Die eigentlichen Hypophysentumoren, zumeist Adenome, dringen von der Sella turcica aus in die Schädelhöhle vor. Die Gruppe der suprahypophysären Geschwülste umfaßt die in der Nähe der Sella entstehenden Tumoren (infudibuläre und interpedunkuläre) sowie die Gewächse an der Unterfläche des Stirnhirns. Als beste Operationsmethode erwies sich der transfrontale Zugang. Die Beurteilung der Operationsfolge ist bei den hypophysären Geschwülsten nicht einfach. Gewöhnlich ist der Gewinn an Sehvermögen — denn Sehstörungen führen zumeist zur Operation — so groß, daß das Risiko des operativen Eingriffes völlig aufgewogen wird. Die Resultate hinsichtlich des Sehvermögens wären noch bessere, wenn frühzeitiger eingegriffen würde, wenn die Sehbahnen noch nicht ernstlich geschädigt sind. Durch die Druckentlastung wird im allgemeinen eine Befreiung von Kopfschmerzen und eine generelle Hebung der Stimmungslage und der geistigen Fähigkeiten erzielt. Hinsichtlich der Beeinflussung innersekretorischer Vorgänge durch die Operation kann Endgültiges nicht gesagt werden. In einigen Fällen vollziehen sich nach der Geschwulstentfernung rasche und einschneidende Veränderungen im Stoffwechsel. Diese Erfolge lassen es immerhin möglich erscheinen, mit zunehmender Sicherheit des operativen Eingriffes an die Möglichkeit zu denken, die Akromegalie in einem Frühstadium chirurgisch zu bekämpfen.

Abgesehen von den Fortschritten der chirurgischen Technik erweist sich das Schicksal der Kranken mit Hirntumoren abhängig von der Frühdiagnose und der genauen Lokalisation. Das Einsetzen der klassischen Symptome des Hirntumors bedeutet schon den Beginn des Terminalstadiums. Es ist von entscheidender Bedeutung, daß operiert wird, bevor der intrakranielle Druck eine solche Steigerung erfahren hat, denn kein anderer Faktor ist für den Efolg oder das Mißlingen von solcher Wichtigkeit. Eine genau aufgenommene Anamnese erweist, daß sich bei den meisten Fällen beunruhigende Symptome schon früh — vor Monaten oder gar Jahren — vorhanden waren. Jede Störung der Hirnfunktion (Reiz- oder Lähmungserscheinung) soll besonders bei langsamer und stetiger Fortentwicklung Anlaß zu einer peinlich genauen neurologischen Untersuchung geben, die mit allen Hilfsmitteln moderner Diagnostik durchzuführen ist.

Die Harmlosigkeit des Scharlachs. Als Ergebnis der vom internationalen Hygieneausschuß über 30 Länder sich erstreckenden Rundfrage liegen folgende Tatsachen vor. Vor 1875 war der Scharlach eine schwere Krankheit mit großer Mortalität unter den Kindern und der Neigung, bei den Ueberlebenden schwere Schäden zu verursachen (Nephritis, Endokarditis). Seit diesem Zeitpunkt hat ein plötzliches, beträchtliches Sinken der Mortalität eingesetzt, welches auch heute noch anhält. Die Komplikationen sind seltener geworden. Noch unter dem Eindruck der schweren Verlaufsform des Scharlachs wurde ein kostspieliges und kompliziertes Ueberwachungssystem eingerichtet, welches den Ländern die Kosten der Meldung, von Ueberwachungsbeamten, Scharlachspitälern und Desinfektionsmaßnahmen auferlegte. Die Wahrscheinlichkeit, daß diese Gegenmaßregeln den Charakter der Krankheit beeinflußt haben, ist gering, da das Sinken der Mortalität bereits vor Durchführung dieses Bekämpfungssystems einsetzte und die Morbidität der Bevölkerung im großen und ganzen bis heute unverändert geblieben ist. Die Erfahrung während des Krieges zeigt, daß kein besonderer Schaden dadurch entstanden ist, daß die leichten Fälle nicht in die Krankenhäuser eingewiesen wurden, sondern zu Hause verblieben. In einigen Ländern gewinnt die Anschauung immer mehr Anhänger, daß Desinfektionsmaßnahmen nur bei den Gegenständen erforderlich sind, die unmittelbar mit dem Kranken in Kontakt kommen (Bettzeug, Eßgeschirr usw.). Die Wirksamkeit der Schlußdesinfektion wird angezweifelt. In Norwegen, Dänemark, z. T. in Holland wird sie fortgelassen. Auch die Bewertung der Hautabschuppung als Maßstab für die Infektiosität wechselt in den verschiedenen Ländern. Schuppung (besonders an den Füßen) wird zumeist nach 6 Wochen als unschädlich angesehen. Die Doktrin von der Krankheitsübertragung durch an Gegenständen (Briefen) haftenden Scharlachschuppen wird allgemein angezweifelt. Die Ergebnisse dieses Berichts lassen es jedenfalls notwendig erscheinen, das traditionelle System der Scharlachbekämpfung durch generelle Hospitalisierung der Scharlachkranken einer Revision zu unterziehen (Freimachen von Betten für Masernkranke).

Biberfeld.

Revue de la Tuberculose.

1926, Nr. 4.

Beitrag zur Frage der Lungen- und Brustkorbeinziehungen. Guinard und Hinault.
* Gleichzeitig doppelseitiger künstlicher Pneumothorax. Tobe und Terrasse.
* Keuchhusten und Tuberkulose. Mouisset.
Mineral-, besonders Kalkstoffwechseluntersuchungen bei Tuberkulösen. Laufer.
Bedeutung der Blutsenkungsgeschwindigkeit bei aktiver Tuberkulose. Dumont.
Pneumothorax-Taschenapparat. Mairiri.
Gleichzeitiges Vorkommen von Tuberkulose und Geschwülsten in demselben Organ. Ichok.
Kritische Betrachtung der experimentellen und klinischen Verfahren zur Feststellung einer Tuberkulose. Bergeron und Letulle.
* Im Anschluß an Erythema nodosum aufgetretene Miliartuberkulose der Lunge von besonderem Verlauf. Ramond, Brodin und Chabrun.
Rippenspontanfrakturen bei einem tuberkulösen Säugling. Ribadeau-Dumas und Chabrun
Bemerkungen zum Oleothorax. Kuß.

* Wirkung intrapleuraler Injektionen mit Schellfischleberöl bei Lungentuberkulose. Besancon, Jacquelin und Etchegoin.
Prognose der Tuberkulose des Neugeborenen. Ribadeau-Dumas und Chabrun.
Betrachtung von Lungenröntgenbildern auf farbigen Lichtschirmen. Courcoux und Gilson.

Gleichzeitig doppelseitiger künstlicher Pneumothorax. Es wird über vier mit gleichzeitig doppelseitigem Pneumothorax behandelte Fälle von Lungentuberkulose berichtet. Es handelte sich um Fälle, die wegen schwerer einseitiger Tuberkulose mit Pneumothorax behandelt wurden und bei denen im Verlauf dieser Behandlung die gesunde Seite ebenfalls schwer tuberkulös erkrankte. Es wurde jetzt, der infausten Prognose wegen, ein Entspannungspneumothorax dieser Seite angelegt. Höchst bemerkenswert ist, daß in keinem der beobachteten vier Fälle dadurch irgendwelche bedenklichen Nebensymptome auftraten, insbesondere keine Atemnot, keine Tachykardie und dergleichen, vielmehr wurde in allen Fällen das Allgemeinbefinden und der Lungenbefund in der denkbar günstigsten Weise beeinflußt. Die Kranken verloren ihre Temperaturen, der Auswurf ging an Menge zurück, der Allgemeinzustand hob sich. Die Behandlung ist — zur Zeit der Publikation — noch nicht abgeschlossen, der doppelseitige Pneumothorax wird mit günstigen Aussichten auf Dauererfolg weiter unterhalten. Der gleichzeitig doppelseitige Pneumothorax ist eine ausbaufähige Methode, die offenbar noch eine große Zukunft hat. Er ist zweifellos ein schwerer Eingriff, der stets in Händen geübtester Spezialisten bleiben sollte und nicht ambulant durchgeführt werden kann. Bei der Auswahl der Fälle muß, sollen Mißerfolge vermieden werden, größte Kritik und Vorsicht obwalten, nur einsichtsvolle und erprobt zuverlässige Patienten kommen für den Eingriff mit Aussicht auf Erfolg in Frage.

Keuchhusten und Tuberkulose. In einer Fürsorgeanstalt für tuberkulosegefährdete Kinder im Alter von 5—13 Jahren brach eine Keuchhustenepidemie aus, welche auf 12 Erkrankungsfälle unter den 70 in der Anstalt untergebrachten Kindern beschränkt werden konnte. Der Keuchhusten verlief leicht und war von kurzer Dauer. Ein unheilvoller Einfluß hinsichtlich der eventuellen Propagierung einer Tuberkulose war selbst bei infizierten Kindern nicht festzustellen. Nach den gemachten Beobachtungen ist wahrscheinlich, daß der Keuchhusten eine Gefahr nur für diejenigen Kinder darstellt, welche bereits an manifester Lungentuberkulose leiden.

Im Anschluß an Erythema nodosum aufgetretene Miliartuberkulose der Lunge von besonderem Verlauf. Bei einem 19 jährigen jungen Mädchen wird im Anschluß an ein gewöhnliches Erythema nodosum eine rechtsseitige Unterlappentuberkulose festgestellt. Die kurze Zeit danach gemachte Röntgenaufnahme zeigt eine typische miliare Aussaat beider Lungen. In krassem Widerspruch zu dem fatalen Befund steht das klinische Bild: das Mädchen ist in blühendem Allgemeinzustand, es besteht trotz Fiebers von 38—40° weder Atemnot noch Zyanose noch allgemeine Hinfälligkeit, auch ist auskultatorisch über den Lungen ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Im Auswurf sind spärlich Tuberkelbazillen nachweisbar. Dieses Krankheitsbild bleibt acht Wochen hindurch unverändert bestehen. Schließlich erliegt die Kranke innerhalb einer Woche einer tuberkulösen Meningitis.

Wirkung intrapleuraler Injektionen mit Schellfischleberöl bei Lungentuberkulose. Nach intrapleuraler Injektion von Schellfischleberöl in einer Dosis von 10, 5, und selbst nur 3 ccm, tritt regelmäßig sofort im Anschluß an die Einfüllung eine Art Pleuraschock auf, welcher sich durch Schmerzen und Dyspnoe kundtut, aber meist nur von kurzer Dauer ist. Eine weitere Folge dieser Oeleinspritzung ist gewöhnlich das Auftreten eines serofibrinösen Exsudats. Auch Lungenherdreaktionen, gekennzeichnet durch erhöhte Temperaturen und vermehrten, manchmal blutig verfärbten Auswurf, sind fast regelmäßig zu beobachten. Im weiteren Verlauf der Behandlung ist ein günstiger Einfluß der Oeleinspritzungen unverkennbar. Das Körpergewicht steigt, die Kranken bekommen ein besseres Aussehen und selbst ausgedehnte, doppelseitige Lungentuberkulosen, bei welchen allein die Oelbehandlung zunächst versucht wurde, zeigen Tendenz zur Abgrenzung und zum Stillstand des Prozesses. Die Zahl der behandelten Fälle ist noch klein, aber soviel läßt sich sagen, daß die Wirkung der Schellfischleberöl-Injektionen von der des gewöhnlichen Oleothorax durchaus verschieden ist. Sie ähnelt eher derjenigen subkutaner Tuberkulineinspritzungen. Weitere Studien auch experimenteller Art, z. B. hinsichtlich der Wirksamkeit des Oels auf Tuberkelbazillenkulturen, sind notwendig, um die therapeutischen Möglichkeiten restlos erkennen und ausnutzen zu lernen.

H. Zwerg.

Annales d'Occulistique.

September 1926.

Ein Fall von Spasmus der Arteria centralis retinae. Halbertsma.
* Spasmus der Zentralarterie der Netzhaut. Hairi.
* Das Syndrom: Glaskörperhämaton und intrakranielle Blutungen. Terson.
Veränderungen des Tiefensehens bei dezentrierten Brillengläsern. Dupuy-Dutemps.
Sehschärfe eines Blindgeborenen 11 Jahre nach seiner Heilung. Moreau.
Das Schicksal gestielter und freier Lappen bei einem Fall von Gesichtslupus. Dupuy-Dutemps.
Tension in den Chorioidealvenen. Samoiloff.
Kleine technische Details zur Sklerotomie am Limbus. Lanprange.

Spasmus der Zentralarterie der Netzhaut. Der Fall betraf ein 23 jähriges Mädchen. Der mit unregelmäßigen Zwischenräumen und vorübergehender Blindheit auftretende Spasmus der rechten Art. centralis retinae führte innerhalb 8 Jahren zu bleibenden Sehstörungen. Eines Tages trat ein besonders langdauernder Anfall ein. Eine bleibende Obliteration der Art. retinalis temporalis inf. war die Folge, mit Atrophie der Netzhaut in dem von ihr versorgten Bereich. Ein entsprechend großes absolutes Skotom blieb zurück.

Das Syndrom: Glaskörperhämatom und intrakranielle Blutung. Terson macht auf das nicht ganz seltene Zusammentreffen einer großen intraokularen, von den Netzhautgefäßen ausgehenden Blutung mit einer intrakraniellen Blutung aufmerksam. Aetiologisch kann es sich um ein Trauma handeln. Dabei ist die oft gestellte Diagnose „Opticusscheidenblutung" intra vitam immer unsicher, wenn auch ihr Vorkommen durch die Autopsie öfter nachgewiesen ist. Bei den spontanen Blutungen älterer Leute handelt es sich um Hypertonie. In einem Falle konnte T. eine ausgesprochene Hypotonie nachweisen. Die zerebralen Erscheinungen sind durch subarachnoidale Blutungen hervorgerufen. Auch die Syphilis spielt eine große ätiologische Rolle. Bei den durch Netzhautvenentuberkulose hervorgerufene intraokularen Blutungen der Jugendlichen sind zerebrale Erscheinungen anscheinend selten. Im allgemeinen wird bei dieser Erkrankung eine neurologische Untersuchung allerdings unterlassen. Bei allen in Betracht kommenden Formen der intraokularen Blutung handelt es sich meist um venöse Blutungen. T. schließt mit der Mahnung, bei allen intraokularen Blutungen eine genaue neurologische Untersuchung anstellen zu lassen, da eine subarachnoidale Blutung stets möglich ist.

Meesmann, Berlin.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

12., Nr. 3, September 1926.

Beziehung von kongenitalen Tubendivertikeln zur Tubenschwangerschaft. E. P. Mc. Nalley.
Schwangerschaft im Uterus didelphys. Palmer Findley.
* Lipiodol als Ergänzung der Pertubation zur Diagnose der Sterilität. Lawrence M. Randall.
Junge Ovarialschwangerschaft in Verbindung mit uteriner Schwangerschaft. Hiram N. Vineberg.
Ansprache des Präsidenten in der amerikanischen gynäkologischen Gesellschaft.
Proteine des Plasma bei normaler Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. E. D. Plass und C. W. Matthew.
* Differentialdiagnose zwischen diabetischer und nichtdiabetischer Glykosurie während der Schwangerschaft. O. H. Stansfield.
* Verletzungen der Cervix uteri und ihre Behandlung. Norman Harris Williams.
Erfolgreiche Behandlung eines Falles von sogenannter Eklampsie ohne Krämpfe mit Insulin. William Thalhimer.
* Endozervizitis. Lynn L. Fulkerson.
Injektion von Sperma mit serologischen Studien. Samuel S. Rosenfeld.
* Methode zur Aufrichtung des retrovertierten Uterus. L. Drosin.
Messung des Bauchumfanges bei Schwangeren. Geo F. Pendleton.
Abteilung für mütterliche Wohlfahrt. — Schema für pränatale Fürsorge; Richtlinien zum Gebrauch für Aerzte.

Lipiodol als Ergänzung der Pertubation zur Diagnose der Sterilität. Während die Pertubation nur eine evtl. Stenose oder einen Verschluß der Tuben erkennen läßt, bietet das Verfahren mit Lipiodol die Möglichkeit, den Verschluß oder die Stenose genau zu lokalisieren. Dies ist für die Indikation zur Operation von Bedeutung: Befindet sich der Verschluß am Isthmus, so sind die Aussichten einer plastischen Operation schlecht; befindet er sich dagegen, wie es am häufigsten der Fall ist, am Fimbrienende, so ist die Operation auszuführen. Kontraindikationen zur Lipiodolanwendung sind akute oder subakute Entzündungen oder uterine Blutungen. Die Injektion wird am besten in der Mitte des Intermenstruums ausgeführt. Vorauszugehen hat eine eingehende allgemeine und gynäkologische Untersuchung der sterilen Patientin sowie Anstellung der WaR. Der Ehemann muß auf lebende Spermatozoen untersucht werden. Haben die Voruntersuchungen keine Anhaltspunkte oder Kontraindikationen ergeben, so wird zunächst die Pertubation nach Rubin ausgeführt. Zeigt diese normale Durchgängigkeit der Tuben, so ist die Lipiodolanwendung überflüssig. Andernfalls wird 24 Stunden später die Untersuchung mit Lipiodol vorgenommen. Technik: Nach Darmentleerung mittels Einlaufs wird der Zervikalkanal vom Schleim befreit, mit Jod ausgewischt und nachgetrocknet. Eine gewöhnliche Rekordspritze wird mit 10 ccm Lipiodol aufgefüllt — manchmal sind schon 5—7 ccm ausreichend — und mit der Kanüle vom Rubinschen Apparat versehen. Nachdem diese in den Uterus eingeführt ist, schiebt man den Stempel der Spritze vorsichtig solange vor, bis die Patientin über einen Krampf in der Uterusgegend klagt. Sobald der Krampf einen Augenblick später nachläßt, spritzt man weiter ein, bis von neuem ein Krampfgefühl auftritt. Danach nochmalige Injektion und Röntgenaufnahme. Das Verfahren ist ungefährlich; insbesondere sind niemals peritoneale Reizungen beobachtet worden.

Differentialdiagnose zwischen diabetischer und nichtdiabetischer Glykosurie während der Schwangerschaft. Verf. kommt auf Grund eines Studiums an 24 Fällen zu dem Urteil, daß eine scharfe Trennung zwischen diabetischer und nichtdiabetischer Glykosurie nicht möglich ist. Erst im Laufe der Zeit läßt sich eine sichere Diagnose stellen. Es ist daher notwendig, alle Graviden, die an Glykosurie leiden, solange als Diabetiker zu behandeln, bis die Diagnose geklärt ist.

Verletzungen der Zervix uteri und ihre Behandlung. Zahlreiche Beschwerden und Symptome wie Fluor, Kongestionen im kleinen Becken, mangelhafte Involution des Uterus, Aborte, Sterilität, Karzinome sind darauf zurückzuführen, daß die bei der Geburt (in 86% der Fälle) entstehenden Zervixrisse nicht genügend versorgt werden. Die Naht gleich im Anschluß an die Geburt erscheint unzweckmäßig, da die Verzerrung der Zervix sowie die Blutung aus der Uterushöhle eine genaue Uebersicht über die Ausdehnung der Wunde und eine präzise Adaption der Wundränder unmöglich machen. Außerdem haben die Nähte die Neigung, in dem ödematösen, „geleeartigen" Gewebe durchzuschneiden. Verf. empfiehlt daher, erst am neunten Tage p. p., wenn das Gewebe wieder annähernd seine prägravide Beschaffenheit angenommen hat, nach Anfrischung der Wundränder die Naht vorzunehmen. Dieses Vorgehen bildet ein wirksames Prophylaktikum gegen die oben angeführten postpuerperalen Erkrankungen.

Endozervizitis. Ungefähr ein Drittel der in der Zeit von November 1921 bis März 1926 untersuchten Patientinnen litt an Zervizitis. Zervixrisse unter der Geburt oder beim Abort spielen ätiologisch die Hauptrolle. Die unkomplizierte Zervizitis macht abgesehen von dem Fluor keine weiteren Symptome. Schmerzen im Abdomen deuten darauf hin, daß Komplikationen, meist Salpingitiden, vorhanden sind. Lageveränderungen des Uterus, Dammrisse, Zysto- und Rektozelen begünstigen die Entwicklung und erschweren die Heilung. Eine Salpingitis oder Salpingo-Oophoritis kann eine Zervizitis hervorrufen; aber auch das Umgekehrte ist nicht selten der Fall. Gonokokken konnten nur in 0,48% der Fälle gefunden werden, woraus Verf. den Schluß zieht, daß der Gonokokkus als Entzündungserreger nur höchst selten in Betracht kommt (was im Gegensatz zu allen früheren Untersuchungsergebnissen steht, da die Gonokokken sich ja bekanntlich außer in der Urethra und den Gebilden der Vulva mit Vorliebe im Zervikalkanal ansiedeln und dort auch meist leicht nachweisbar sind. Der Verfasser hat allerdings nur in ungefähr ein Zehntel der Fälle Abstriche aus dem Zervikalkanal untersucht. Ref.). Antiseptische Maßnahmen haben therapeutisch nur geringe Wirkung und sind daher nur bei geringgradiger Entzündung anzuwenden. Die beste Behandlung der Zervizitis ist die Kauterisation, die in 65,3% der Fälle Heilung und in 21,1% Besserung hervorrief. Operationen an der Zervix sollen nur bei Abwesenheit von Entzündungserscheinungen vorgenommen werden. Endozervizitis bildet eine häufige Ursache für Sterilität. Dagegen sind Aborte, menstruelle Störungen, Rücken- und abdominale Schmerzen, Krankheiten der Harnwege, Zervixkarzinome im allgemeinen nicht als Folgen der Zervizitis anzusehen.

Methode zur Aufrichtung des retrovertierten Uterus. Vorbedingungen: Abwesenheit von Entzündungserscheinungen, Steinschnittlage, entspannte Bauchdecken. Ein oder zwei Finger der einen Hand drücken die Zervix an der vorderen Lippe nach rückwärts und aufwärts; alle Finger der anderen (äußeren) Hand üben unmittelbar oberhalb der Symphyse einen Druck so weit wie möglich nach hinten (dorsalwärts) und unten (vulvarwärts) aus. Nun wird die äußere Hand plötzlich erhoben, wodurch der Uteruskörper nach vorwärts (abdominalwärts) schnellt und dementsprechend die Zervix mehr nach hinten verlagert wird. Die inneren Finger fixieren die Zervix in der neuen Lage, und die äußere Hand wiederholt dasselbe Manöver noch ein- oder mehreremale, bis der Uteruskörper sich so weit erhoben hat, daß man ihn auf eine der bekannten Methoden leicht in die Anteversionsstellung bringen kann.

Paul Braun, Stettin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapie.

Vol. 15. 5.

◆ Untersuchung der menschlichen Pleura pulmonalis in ihrer Beziehung zu den Luftansammlungen unter der Pleura („blebs") und den Blasen des Emphysems. W. S. Miller.
◆ Lungenabszeß vom medizinischen Standpunkt. R. A. Kern.
Röntgendiagnose des Lungenabszesses. H. K. Pancoast.
Bronchoskopische Behandlung des Lungenabszesses. G. Tucker.
◆ Chirurgische Ausblicke beim Lungenabszeß. G. P. Muller.
◆ Der Hilus bei der Tuberkulose. A. G. Schrack.
◆ Der Gebrauch von Jodöl (Lipiodol und Jodipin) bei der Röntgendiagnose spinaler Läsionen. E. A. Schmidt.
◆ Die Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. G. W. Grier.

Untersuchung der menschlichen Pleura pulmonalis in ihren Beziehungen zu den Luftansammlungen unter der Pleura („blebs") und den Blasen des Emphysems. „Blebs" kommen zustande, wenn ein interstitielles Emphysem die Pleura von den darunterliegenden Alveolarwänden trennt. Der negative Luftdruck hält sie gebläht. An der Leiche macht die Pleura an solchen Stellen den Eindruck einer dünnen Membran, die frei über der Oberfläche der darunterliegenden Lunge gleitet. Im Gegensatz zu diesem selteneren Typ des Emphysems bleiben die Blasen, welche sich so häufig längs den Lungenrändern finden, auch nach der Eröffnung des Thorax mit Luft gefüllt. Der Autor glaubt, daß manche der pleuralen Ringschatten "blebs" sind.

Lungenabszeß vom medizinischen Standpunkt. Ein beträchtlicher Prozentsatz entsteht im Anschluß an Bronchopneumonien, viele im Gefolge von Tonsillektomien, eine Woche oder mehr, nachdem der Patient bereits vom Laryngologen entlassen ist. Der Lungenabszeß nach Tonsillektomie ist in der Tat oft ein Fremdkörperinhalationsprozeß. Bei Kindern kann es durch Aspiration eines bei der Operation gelockerten Zahnes (infolge gewaltsamer Mundöffnung) zum Verschlucken eines Zahnes kommen, der dann in den Luftwegen zum Abszeß führt. Während sich der postpneumonische Abszeß gewöhnlich in der zweiten Woche nach der Bronchopneumonie allmählich entwickelt, beginnt der posttonsillektomische mit akutem Fieber, Husten und lokalisiertem Brustschmerz, wodurch er häufig für Pleuritis oder Pneumonie gehalten wird. Septische Infarzierung der Lunge, wie sie Ischiorektalabszessen oder Beckenentzündungen folgt, verhält sich ebenso. Bei bestehendem Lungenabszeß zeigt plötzlicher Schock gewöhnlich die Ruptur des Abszesses in den Pleuraraum an. Röntgenuntersuchung ist nicht nur wegen der Diagnose sondern auch wegen der Lokalisation unersetzlich. Diagnose durch Punktion wird wegen der Möglichkeit der Pleurainfektion durch die infizierte Punktionsnadel abgelehnt. Lungenabszesse in den Oberlappen können eher als solche der Unterlappen auf natürliche Weise entleert werden. Bei Abszessen nahe dem Hilus kommt hinzu, daß diese leicht dem Bronchoskop zugänglich sind. Abszesse nahe der Peripherie müssen meist durch chirurgischen Eingriff entleert werden. Dabei gehen die fulminanten Fälle meist schnell zugrunde und der Chirurg beschleunigt nur das Ende. Die übrigen zeigen eine Zeitlang Besserung, so daß sie einige Wochen später dem Chirurgen ohne die Gefahr einer Katastrophe zugeführt werden können. Manche Fälle, welche zuerst den Eindruck der Notwendigkeit chirurgischer Hilfe machten, können nach 6 bis 8 Wochen geheilt sein. Neben sonstiger Beobachtung erscheint wöchentliche Röntgenkontrolle erforderlich. Ein Abszeß, welcher nicht nach drei Monaten Aufhellung zeigt, wird kaum ohne Hilfe des Chirurgen heilen.

Chirurgische Ausblicke beim Lungenabszeß. Der Pneumokokkus ist in einer verschwindenden Zahl beim Lungenabszeß ätiologisch wirksam. Patienten mit Pneumonie sind jedoch sehr gefährdet, wenn sie sekundär im Rachen und Mund erkranken. Wenigstens 50% der Lungenabszesse entstehen im Anschluß an Operationen am oberen Respirationstrakt, und von diesen entfallen 75% auf Tonsillektomien. Wenig Patienten sind so akut krank, daß eine sofortige Operation erforderlich wäre. Ein paar Tage später werden über dem suspekten Bezirk eine oder zwei Rippen reseziert, etwas Gaze mit Mercurochromlösung getränkt gegen die parietale Pleura gedrängt, und der Hautlappen vorläufig geschlossen. Zwei oder drei Tage später wird die Wunde wieder geöffnet und die Lunge genügend adhärent in praktisch allen Fällen gefunden, um die Abszeßhöhle mit dem Kauter eröffnen zu können. In verschiedenen Abschnitten wird dann der ganze bronchiektatische Bezirk ausgebrannt, wobei Hämorrhagien zu vermeiden sind. Vermittels eines weichen Gummirohrs wird für mindestens sechs Monate eine Drainage gemacht.

Der Hilus bei der Tuberkulose. Ehe wir abnorme Lungenerscheinungen als solche erkennen können, müssen wir zuerst die Spuren geheilter Krankheiten deuten können, ebenso wie das, was seltener Weise als normal anzusehen ist. Im Gebiet der Wirbelsäule, dem ersten und zweiten Interkostalraum entstehen durch die normale Aufteilung eine Unmenge von Schatten diskreten Charakters. Nur stereoskopische Aufnahmen zeigen feinste Details und gute Kontraste.

Der Gebrauch von Jodöl (Lipiodol und Jodipin) bei der Röntgendiagnose spinaler Läsionen. Die diagnostische Wichtigkeit des Jodöls bei der Röntgendiagnose der spinalen Erkrankungen steht endgültig fest, besonders auch mit Bezug auf die genaue Tumorlokalisation im Spinalkanal. Wenn die Methode auch z. B. bei multipler Sklerose und Wirbelerkrankungen fernerhin wertvolle Aufschlüsse zu geben vermag, so erlaubt der gegenwärtige Stand unserer Erfahrungen noch keine bestimmten Schlüsse. Die Gefahren und Unannehmlichkeiten der Methode sollen nicht gering geachtet werden. Abgesehen von der unmittelbaren Gefahr einer Markverletzung infolge falscher Technik, bringt die intraspinale Injektion des Jodöls konstant eine vorübergehende aseptische Meningitis mit mehr oder weniger lokalen und systematischen Symptomen hervor. Spätfolgen können sich bei dem sehr schwer resorbierbaren Oel als Fremdkörperwirkung einstellen. Die Methode der Myelographie kann bezüglich des Kontrastmittels als gelöst betrachtet werden. Deshalb sollen beide jetzt gebräuchlichen Jodöle nur bei striktester Indikation unter großer Vorsicht angewandt werden.

Die Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. Hätte man nur den Krebs zu behandeln und nicht den Patienten, so ließe sich die erfolgreiche Behandlung auf eine mathematische Formel bringen. Epitheliome behandelt Verfasser zum wenigsten mit 10 Erythemdosen und erreicht damit einen hohen Prozentsatz Heilungen und wenig Rückfälle. Bezüglich der tiefsitzenden Geschwülste kann man den Umstand nützen, daß die wiederholte Applikation suberythematöser Dosen beim Epitheliom ebenso gut wirkten, wie die Verabfolgung kaustischer Dosen. Dementsprechend empfiehlt Verfasser die wiederholte Applikation einer Röntgenstrahlenmenge, welche eine Kleinigkeit unter der Entzündungsdosis liegt, in 6 Wochen Abstand. Verfasser bespricht die Saturationsmethode, die er in der Weise abgeändert anwendet, daß er die Bestrahlungen alle 4 statt 6 Wochen wiederholt. Wurde zu Beginn eine Toleranzdosis gegeben, so ließ sich die Wiederholung der Saturationsdosis nach je 4 Wochen noch zweimal vornehmen. Die Resultate waren besser wie irgendwelche vorher erzielten. Diese Methode wurde jedoch nicht in Abdominalfällen angewandt, sondern wegen der besseren Beobachtungsmöglichkeit lediglich bei Erkrankungen im Nacken oder der Brustgegend. Bezüglich der einzelnen Gruppen ist bei den Nackenblastomen zu fordern, daß die Halsdrüsen, ob sie als befallen nachweisbar sind oder nicht, bestrahlt werden, bevor irgendeine Behandlung etwa im Mund vorgenommen wird. Die Röntgentiefentherapie ist bei der Behandlung der Lymphdrüsen wirksamer wie der Radiumpack. Das Lippenkarzinom wird mit einer Verschorfungsdosis völlig ungefilterter Röntgenstrahlen behandelt. Zungen-, Tonsillenkarzinome oder die Karzinome anderer unzugänglicherer Gegenden werden am besten mit Radium- bzw. Radonnadeln behandelt. Beim Oesophaguskarzinom war durch Radium lediglich eine vorübergehende Besserung zu erreichen, während beim Magenkrebs keine günstige Wirkung der Röntgenstrahlen zu konstatieren war. Beim Kolonkarzinom empfehlen sich Röntgenstrahlen postoperativ. Inoperable Mastdarmkrebse sind durch kombinierte Behandlung mit Radium- und Röntgenstrahlen für länger im Schach zu halten. Kolostomie verbessert die Wirkung. 50 mg Radium für 12 Stunden stellen das Maximum der Toleranz des Rektums dar. Bei der Behandlung des Brustkrebses wird unterschieden zwischen präoperativen, postoperativen und inoperablen Fällen, sowie der Behandlung der Metastasen. Bei der präoperativen Bestrahlung soll nicht nur eine Schwächung der Blastomzellen, sondern auch eine Schwellung der Lymphstränge erreicht werden, die so schwerer für metastasierende Zellen durchgängig werden. Postoperativ nach Entfernung der Brustdrüse hat es keinen Zweck, mit Tiefentherapie zu behandeln, da die zu beeinflußenden Gewebe oberflächlich liegen und zugleich durch die Tiefenbestrahlungen die Lunge gefährdet würde. Bei Metastasen ist Tiefenbestrahlung am Platz. Lungenmetastasen werden wegen der Gefahr der Fibrosis nicht höher als mit 90% der HED bestrahlt. Diese Dosis kann drei- oder viermal in Intervallen von 6—8 Wochen gegeben werden. Hautmetastasen sprechen auf Röntgenstrahlen geringer Spannung (18 cm Funkenstrecke) besser als auf jede andere angewandte Technik an. Achselmetastasen sind mit Radium zu behandeln, da nach der Operation der Arm meist nicht so gehoben werden kann, daß eine befriedigende Röntgenbehandlung durchführbar ist. Beim Ovarienkarzinom konnte unter sechs Fällen nur ein günstiges Resultat mit Kreuzfeuerbestrahlung des Beckens erzielt werden. Blasenkrebse unterscheiden sich in zwei Typen: Destruktion durch maligne Papillome, die nach Fulguration und lokaler Radiumbehandlung sehr gut reagieren, und infiltratives Wachstum in der Blasenwand, welches überraschend gut auf Tiefenbestrahlung ansprach. Beim Uteruskarzinom wurden Fälle rein mit Radium behandelt. Die Erfolge waren bei ulzerativen Krebsen oft wunderbar. Blutungen und fauliger Ausfluß ließen nach und das Leben der Patientin wurde zweifellos verlängert. Sind noch keine Metastasen vorhanden, so genügt Radium allein. Radiumkontaktapplikation wird wegen der geringeren Nekrosewirkung der Radium- bzw. Radonnadelbehandlung vorgezogen, deren Resultate nicht besser sind. Beim Funduskarzinom muß das Radium in den Uteruskanal gelegt werden. Sind die breiten Mutterbänder mitbefallen, so wird die Kreuzfeuerröntgenbestrahlung des Beckens angewandt. Da es nicht sicher zu entscheiden ist, ob bereits Metastasierung eingetreten ist, so wird jetzt neben Radium immer zugleich auch Röntgenbestrahlung herangezogen. Prostatakarzinom wurde durch die Urethra mit lokaler Radiumapplikation und Kreuzfeuerbestrahlung des Beckens behandelt. Die Strahlenbehandlung beim Vulva- und beim Peniskarzinom war nicht sehr gut, besonders wenn bereits die Leistendrüsen befallen waren. Beim Peniskarzinom rät Verfasser zur Radiumkontaktapplikation mit evtl. nachträglicher Amputation des Penis.

Vol. 15, 6.

* Die neoplastische Natur der lymphatischen Leukämie und ihre Beziehungen zum Lymphosarkom. W. M. A. Evans und T. Leucutia.
* Studie über die Hautreaktionen nach unterteilter Röntgendosierung. W. Stenström und W. L. Mattick.
* Eine neue Methode zur Stimulation der endokrinen Drüsen mit Radium. W. Wolf.
Lymphoblastom (Hodgkins Erkrankung) des Sternums. R. Dresser.
Karzinommetastasen in Knochen. J. H. Luscinian.
Diffuse Vertebralmetastase des Prostatakarzinoms ohne Knochenveränderungen. M. Simpson.
Röntgenologische Diagnose von benignen und malignen Magentumoren bei einem Patienten. L. G. Rigler.

Die neoplastische Natur der lymphatischen Leukämie und ihre Beziehungen zum Lymphosarkom. Es werden drei Fälle von Lymphosarkom beschrieben, welche im Schlußstadium sich in lympathische Leukämie umwandelten. Diese drei Fälle sind die einzigen Lymphosarkome in einer Gruppe von 16 Patienten, behandelt mit Röntgentiefenbestrahlung, welche einen fatalen Ausgang nahmen. In allen drei Fällen brachte die Bestrahlung Verlängerung des Lebens mit gänzlichem Schwinden der bestrahlten Krankheitserscheinungen, doch später kam es zur Ausbreitung auf das Knochenmark, und nun entwickelte sich das Bild der lymphatischen Leukämie. Wird das Leben des Lymphosarkomatösen so lange erhalten, bis das Befallensein des Knochenmarks prädominiert, so tritt der Wandel in lymphatische Leukämie ein.

Studie über die Hautreaktionen nach unterteilter Röntgendosierung. Bei 6 Patienten wurde ein Feld mit 100% der HED harter Röntgenstrahlen bestrahlt; ein gleichliegendes Feld brauchte zur Erzielung desselben Erythems, wenn innerhalb 10 Tagen in ungefähr gleichen Intervallen in vier gleichen Teildosen bestrahlt wurde, 140% der HED. Um die Haut „strahlengesättigt“ zu erhalten, kann man täglich 8%, 44% alle 8 Tage oder 50% alle 10 Tage geben. 20—30% wurden je eine Woche nach erstmaliger Verabreichung einer HED zwei- oder dreimal gegeben. In einem Fall scheint es im Anschluß daran zur Induration der Haut und ihrer Abschälung gekommen zu sein, wie überhaupt die Autoren darauf hinwiesen, daß ihre Angaben nur annäherungsweise zunächst zu beurteilen sind, weshalb große Vorsicht geboten erscheint.

Eine neue Methode zur Stimulierung der endokrinen Drüsen mit Radium. Ein Applikator, welcher gestattete, Radiummengen von 10 bis 40 mg aufzunehmen und dabei eine Fläche von 5 : 10 cm zu beeinflussen, wurde mit Filtern aus Blei, Kupfer, Silber und Aluminium in verschiedener Dicke versehen, in eine Entfernung von 2—15 cm gebracht. In jedem Fall wurde noch ein Hartgummifilter zur Absorption der weichen Sekundärstrahlen zwischengeschaltet. Die Expositionen dauerten 1—15 Minuten bei jeder Drüse. Dem Grade nach wurden Nebenniere, Thyreoidea, Ovarien, Hypophyse, Hoden und Parathyreoidea beeinflußt, während die Resultate bei der Glandula pinealis und den Langerhansschen Inseln zu unbestimmt waren, um jetzt schon ein Urteil abgeben zu können. Bei den Nebennierenbehandlungen kam es zu starken Blutdrucksteigerungen. Kontrollen unter Anwendung undurchlässiger Bleifilter blieben ohne Veränderungen des Blutdrucks. Thyreoideabehandlung brachte eine Stoffwechselsteigerung in 62%, in 20% war das Resultat zweifelhaft, in 17% negativ, in 6% trat Verminderung ein. Hierbei waren die Resultate konstanter als bei der Nebennierenstimulierung. Bei den Ovarien ließ sich durch Reizbestrahlung in einigen Fällen von Oligomenorrhoe und ovarieller Fettsucht etwas erreichen, hingegen trat regelmäßig eine Reihe subjektiver Symptome zutage, die auf eine Steigerung der Geschlechtsdrüsenfunktion schließen ließen. Bezüglich der Hypophyse wurden die besten Resultate durch Besserung der klimakterischen Symptome erreicht. Die Hoden sind etwa drei- bis fünfmal weniger gegen Radiumreiz empfindlich, wie z. B. die Ovarien. Durch vorhergehendes Diathermisieren läßt sich eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen die Radiumeinwirkung erzielen. Die Besserungen bezogen sich auf die subjektiven Symptome. Während durch Radiumreizung der Parathyreoidea in Fällen mit normalem Kalziumgehalt des Blutes keine oder nur eine geringe Steigerung erreicht wurde, stieg er bei fast allen Patienten mit subnormalem Kalziumgehalt des Blutes.

J. Kottmaier, Mainz.

California and Western Medicine.

25., Nr. 1.

Unsere gegenwärtige Kenntnis über das Wesen der Hypertension. Roy E. Thomas.
◆ Appendizitis-Problem. Thomas O. Burger.
Klinischer Wert der Buckschen und Collesschen Faszie. Miley B. Wesson.
◆ Störungen am Fußgelenk nach Frakturen des unteren Endes der Tibia und Fibula. Lionel D. Prince.
Akrodynie. A. J. Scott Jr.
Gegenwärtiger Stand der Behandlung der sexuellen Impotenz. Victor G. Vecki.
Neurose der gerichtlich Verurteilten: ein klinisches Syndrom. Joseph Catton.
◆ Therapeutika der Syphilis. Howard Morrow.
Kolon-Karzinom unter Nichtbeteiligung des Rektum. Samuel Robinson.
Herzkompensation während der Schwangerschaft. Karl L. Schaupp.
Anwendung der Lokalanaesthesia allein oder in Verbindung mit Allgemeinnarkose bei der abdominellen Hyrurgie. H. A. L. Ryfkogel und Everett Carlson.
Verantwortlichkeit des Berufes für das Zustandekommen von Krebs. Alson R. Kilgore und Curtis E. Smith.

Appendizitis-Problem. Ueber die Behandlung der Appendizitis liegen heute noch leider die maßgebenden Kreise in Streit, und zwar sind es naturgemäß die 2 Gruppen, von denen die eine für die Operation und die andere gegen dieselbe, d. h. so lange warten wie irgend möglich, ist. Die letztere wird in ihrer Ansicht von der weitaus überwiegenden Mehrzahl des Laien-Publikums unterstützt. Es wäre sehr wichtig, auf irgendeine Weise das Publikum aufzuklären, damit es nicht gleichgültig über Zustände hinweggeht, welche manchmal bitter-ernst werden und derentwegen leider schon mancher Mensch, weil er sich zur Operation nicht entschließen könnte, sein Leben hat lassen müssen. Wenn heute behauptet wird, daß die Mortalität nach Appendizitis noch eine große ist, so darf man niemals vergessen, daß die operative Behandlung dieser Krankheit keine unbedingt einfache ist, da man gerade bei der Operation häufig die unangenehmsten Ueberraschungen erlebt.

Faßt man also zusammen, welche Faktoren für ein Herabminderung der Mortalität nach Appendizitis maßgebend sind, so kann man sagen, daß 1. die Erziehung des Laien-Publikums, 2. die Behandlung durch den praktischen Arzt und 3. die Technik und Uebung des Chirurgen selbst maßgebend sind. Zu den beiden letzten Punkten muß noch hinzugefügt werden, daß eine Behandlung der Appendizitis durch den allgemein praktischen Arzt nicht geeignet ist; denn derartige Krankheiten gehören absolut in die Domäne des Chirurgen.

Störungen am Fußgelenk nach Frakturen des unteren Endes der Tibia und Fibula. Die große Wichtigkeit der genauen Wiederherstellung zu guter Funktion von Frakturen des Fußgelenkes ist allgemein bekannt. Die Technik der hier vorzunehmenden ärztlichen Maßnahmen braucht infolge allgemeiner Kenntnis nicht erst erwähnt zu werden. Das Wesentliche für die absolute funktionelle Wiederherstellung ist die Nachbehandlung, welche in Heißluft und Massage zu bestehen hat und welche hauptsächlich oder besser ausschließlich vom Orthopäden ausgeführt werden sollte. Es bleibt jedoch die Frage offen, ob man konservativ oder operativ bei der Behandlung vorgeht. Es dürfte sich kaum ein Schema dafür aufstellen lassen; denn sicherlich wird man von Fall zu Fall entscheiden müssen, wobei naturgemäß das Röntgenbild die Grundlage jedweder Ueberlegung bildet.

Therapeutika der Syphilis. Ueber diese schon reichlich bekannte Materie sei nur die Ansicht von Morrow erwähnt. Quecksilber wird man als Unterstützung von Salvarsan oder Neo-Salvarsan im allgemeinen für die gewöhnliche Behandlung anwenden. In neuester Zeit hat man Silber-Salvarsan bei kongenitaler Lues angewandt, ebenso bei Patienten, welche das gewöhnliche Salvarsan nicht vertragen konnten. Die Wismut-Präparate werden im allgemeinen für die Spätlues angewandt, besonders in solchen Fällen, welche negative Wassermann-Reaktionen geben nach Kuren von Quecksilber. Bei uns in Deutschland wird wohl im allgemeinen die Lues ebenso behandelt; ob jedoch Wismut-Präparate nur in Fällen von Spätsyphilis gegeben werden, ist noch nicht geklärt.

25., Nr. 2.

Tuberkulose. Joseph W. Cook.
◆ Körperliche Entwicklung der Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Funktion des Gehens und der Fußbekleidung. Clifford Sweet.
Sorge für die Augen in späten und mittleren Lebensjahren. Edward Jackson.
Favus. Kendal P. Frost und George F. Koetter.
◆ Operative Behandlung der Ruptur des männlichen Urethra. Franklin Farman.
◆ Elektro-Desikkation und Elektro-Koagulation als ein Mittel zur Zerstörung gut- und bösartiger Hautläsionen. Ernest K. Stratton.
Anomalien, Krankheiten und Verletzungen des Rückgrades. James P. Kerby.
◆ Gegenwärtiger Stand des Bismut in der antisyphilitischen Behandlung. Samuel Ayres Jr.
Behandlung der Prostata-Vergrößerung und Resultate nach Ausführung der Modifikation der Youngschen perinealen Prostatektomie. Frank Hinman.
Prädisponierende Faktoren für die Beckenschlaffheit u. den Prolaps. John Vruwink.
Komplikationen nach Prostatektomie. J. C. Negley.
◆ Riesenzellentumoren ohne Verbindung mit Knochen. Lenore D. Campbell.

Körperliche Entwicklung der Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Funktion des Gehens und der Fußbekleidung. Heutzutage denkt man mehr als zu irgendeiner anderen Zeit über die Entwicklung des Kindes nach, wobei den ersten Faktor naturgemäß die Heridität bildet. Wenn wir überlegen, daß im frühen Alter hauptsächlich auf die Funktion der Bewegung und das Schuhwerk geachtet werden muß, so ist es ganz klar, daß ein Wesen, welches eine schwache muskuläre Erbschaft besitzt, zurückbleibt und so der Funktion des Gehens sehr schwach gerecht werden kann. Verf. schöpft seine Erfahrungen aus seiner Tätigkeit als Militärarzt und verlangt, daß kleine Kinder schon, wenn sie hinter der normalen Entwicklung zurückbleiben, zum Arzt gebracht werden, damit dieser alles Erforderliche unternehmen kann, um jeden der kleinen Patienten zu einem nützlichen und wertvollen Mitglied der Menschenrasse zu machen.

Operative Behandlung der Ruptur der männlichen Urethra. Die operative Behandlung der Ruptur der männlichen Urethra wird in zwei Teile geteilt. Die erste hat sich mit dem chirurgischen Problem, welches aus der Harnverhaltung und Harn-Extravasation besteht, zu beschäftigen. Die zweite hat mit der Urethraverletzung zu tun. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mehr mit Beschädigungen der hinteren Harnröhre infolge von Strikturen und ihren Folgeerscheinungen und schließt dabei nicht die traumatische Ruptur mit ein, obwohl die chirurgischen Maßnahmen dieselben sind. Farman gibt 3 Methoden für die operative Behandlung an. 1. macht er mehrere Schnitte nur über dem periurethralen Abszeß und den betroffenen Gebieten. Bei seiner zweiten Art macht er wieder multiple Inzisionen und verbindet damit die suprapubische Zystotomie. Die dritte Methode unterscheidet sich nur von der zweiten dadurch, daß Verf. anstatt der suprapubischen die perineale Zystotomie anführt. Wie bei allen diesen Sachen, so ist naturgemäß auch hier die Nachbehandlung die Hauptsache. Verf. hat in mehreren Fällen eine sogenannte Zellulitis beobachtet, die man durch Wasserstoffsuperoxyd-Spülungen vermeiden kann. Septische Erscheinungen wird man durch entsprechende Antiseptika beseitigen. Als sehr angenehm empfinden die Patienten Sitzbäder. Die perineale Fistel sollte keineswegs vorgenommen werden, bevor nicht die gesamte Infektion sicherlich abgeklungen ist.

Elektro-Desikkation und Elektro-Koagulation als ein Mittel zur Zerstörung gut- und bösartiger Hautläsionen. Die elektrische Desikkation zerstört Hautläsionen mit einer sehr geringen Störung der Gewebe; infolgedessen resultiert nur ein Minimum von Hautdeformitäten. Diese Tatsache, welche ebenso für Zungenschädigungen und Störungen der Wangenschleimhaut gilt, ist für den Hautarzt von besonderer Wichtigkeit. Die Elektrokoagulation zerstört bösartige Gewebsschädigungen ebenfalls mit einer ganz geringen Beteiligung der umgebenden Gewebe. Verf. hebt besonders hervor, daß kleine Epitheliome der mokösen Gewebe, wie z. B. der Zunge und der Lippe, am besten vor Auftreten von Metastasen nach seiner Methode beseitigt werden. Manche Autoren bestrahlen noch hinterher, jedoch sind die Meinungen darüber noch sehr geteilt.

Gegenwärtiger Stand des Bismut in der antisyphilitischen Behandlung. Verschiedene Bismut-Salze sind durch eine große Reihe von Chemikern als besonders geeignet für die Spirochäten gepriesen worden, und die Erfahrungen wollen sie durch klinische Behandlung der menschlichen Syphilis in allen Stadien gesammelt haben. Symptomatisch und serologisch gibt Salvarsan ein besseres Resultat als Quecksilber und in vielen negativen Wassermann-Fällen mit latenter Lues. Die Bismut-Salze, wenn sie intramuskulär in geeigneter Dosierung injiziert werden, machen wenig toxische Erscheinungen. Bismut sollte in allen Fällen gebraucht werden, wo Pat. intollerant gegen Salvarsan oder Quecksilber sind.

Riesenzellentumoren ohne Verbindung mit Knochen. Seit man die große Aufmerksamkeit auf Geschwülste hingelenkt hat, deren wahre Natur unbestimmt ist, hat man den Ausdruck „Riesenzellentumoren" geprägt. Da man ihren gutartigen Charakter festgestellt hat, so sollte eine Amputation des betreffenden Gliedes vermieden werden und man müßte ebenso mit konservativer lokaler Behandlung auskommen. Die Bezeichnung „Sarkom" ist irreführend und sollte vermieden werden. Besonders wichtig wäre es für alle, die an diesen Fällen arbeiten, daß die genaue Art der Tumoren und ihr Ursprung scharf bestimmt werde.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Dr. Martin Leinert: **Die Sozialgeschichte der Großstadt.** Vera-Verlag G. m. b. H., Hamburg 1. 299 Seiten. — „Die Prognostik ist ein Stiefkind der Medizin.“ Diese Worte mußte Prof. Theodor Brugsch noch in der zweiten Auflage seiner „Allgemeinen Prognostik“ (1922) erscheinen lassen. Seitdem ist aber, um mit Prof. M. Matthes zu sprechen, eine Umwälzung im ärztlichen Denken eingetreten. Und wenn Brugsch in seiner „Allgemeinen Prognostik“ noch die medizinische Persönlichkeitslehre verteidigen muß, die im wesentlichen eine Lehre von der Konstitution eines Individuums ist, so sagt er einige Jahre später, allerdings in einem Zeitungsartikel, daß der Mittelpunkt der medizinischen Forschung der Mensch „in seiner Ganzheit, Einheit und Einmaligkeit, dabei nicht nur in seiner Krankheit, sondern auch in seiner Gesundheit, in seiner Entwicklung, in seinen Beziehungen zur Familie, Bevölkerung und Heimat“ sein soll. (Vgl. Prof. Dr. Theodor Brugsch, „Medizin wird Menschenkunde“ in „Vossische Zeitung“, Berlin 1926, Nr. 1, Morgenausgabe vom 1. Januar 1926.) Von diesem Standpunkte aus ist das vorliegende Buch zu bewerten, das eine sozialpsychologische Untersuchung des Großstadtlebens darstellt. Hier wird nämlich das Leben der großstädtischen Bevölkerung in ihrer Arbeit, wie in ihren häuslichen und öffentlichen Verhältnissen geschildert. Das Buch zerfällt in folgende Kapitel: 1. Sexualsitte der Großstadt und Volkswachstum; 2. Die wirtschaftsgeographische Entwicklung der Großstadt; 3. Großstadtbau und Wohnungswesen; 4. Die Sozialgeschichte und politische Organisation der großstädtischen Arbeiterschaft; 5. Die wirtschaftspolitische und kulturelle Arbeit des großstädtischen Gemeinwesens. Im Schlußwort, das den Titel „Die Vollendung des Abendlandes“ trägt, versucht der Verfasser einige Anregungen zu geben, wie die sozialen Uebel der Großstadt zu überwinden seien. Nicht jeder Leser wird mit seinen allerdings bemerkenswerten Ratschlägen einverstanden sein. Dies hindert jedoch keineswegs, das Leinertsche Buch dem ärztlichen Leser warm zu empfehlen. M. Kantorowicz.

Richard Woldt, Regierungsrat, Referent im Preußischen Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung: **Die Lebenswelt des Industriearbeiters.** Münstener Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Abhandlungen. Herausgegeben von F. Bruck, F. Hoffmann, H. Weber, o. ö. Professoren an der Universität Münster. Heft 1. 1926. Verlag Quelle & Meyer, Leipzig. 70 Seiten. Preis 1,80 M. — Von demselben Standpunkte aus, von dem wir das Leinertsche Buch über die Sozialgeschichte der Großstadt empfohlen haben, ist das vorliegende Buch warm zu empfehlen, das einen der besten Kenner der Soziologie und Psychologie der Arbeiter zum Verfasser hat. Hier wird allerdings kein abgeschlossenes Bild der Lebenswelt des Industriearbeiters gegeben. Aus dem Grunde nicht, weil das dem Verfasser zur Verfügung stehende Material aus verschiedenen, vom Verfasser eingehend besprochenen Gründen unvollkommen erschien. Trotzdem gibt das Buch wertvolle Anregungen zum Nachdenken über das schwierige Problem. Der Wert der Schrift liegt noch darin, daß in ihr vorwiegend Untersuchungen über die Stellung des Arbeiters zur gesellschaftlichen Umwelt gemacht werden, während uns die bisher erschienenen Schriften über Psychologie des Arbeiters im wesentlichen über die Psychologie des Arbeiters innerhalb des Betriebes unterrichtet.

M. Kantorowicz.

Hector Ghilini: **Le secret du Dr. Voronoff.** Paris, Eugène Fasquelle, Edit. 1926, 198 S., 8 Bilder. — Die primitivsten Lebewesen, die Protozoen, leben ewig, wenn sie nicht durch zufällige äußere Umstände, Mangel an Nahrung, Giftstoffe, oder ihre Feinde getötet werden. Metchnikoff und auch andere Versucher beobachteten mit unermüdlicher Geduld Infusorien und konnten in 13 Jahren 5000 oder 8500 Generationen zählen. Aber auch komplizierter gebaute Gebilde, Gewebsstücke aus dem Körper eines Hühnchens oder Meerschweinchen leben weiter, wenn man sie in das Blutserum junger Tiere einbettet, auch dann noch, wenn das Tier, von dem sie herstammen, längst eines natürlichen Todes gestorben ist. Der Tod braucht also nicht das notwendige Ende der Zelle zu sein! Betrachten wir die höheren Tiere, so kann man ihr Lebensalter errechnen, wenn man ihre Wachstumsperiode mit 6 oder 7 multipliziert. Da der Mensch 20 Jahre wächst, so würde dies bedeuten, daß die normale Lebensdauer des Menschen 140 Jahre sein müßte. Tatsächlich hat es auch Menschen gegeben, die dies Alter erreicht, ja sogar noch übertroffen haben. Auch heute noch leben Individuen, die 125 Jahre alt sind.

Gehn wir nun von den teilweise ewig lebenden Protozoen weiter auf der Entwicklungslinie der Tiere hinauf, so stoßen wir auf kompliziertere, die die Fähigkeit haben, ihre Zellen zu verjüngen, zu regenerieren. Gewisse Süßwasserhydren und Würmer kann man in Stücke zerschneiden, ohne sie zu töten. Im Gegenteil, jedes Fragment regeneriert sich selbst zu einem ausgewachsenen Exemplar. Aehnlich ist es mit dem Regenwurm. Einige Reptilien können noch ihren Schwanz nachwachsen lassen. Später aber geht den Tieren die Fähigkeit der Verjüngung oder des Ersatzes von Organen ganz verloren. Mit der Fähigkeit, durch sexuelle Zellen die Art zu erhalten, geht die Fähigkeit, das Individuum zu erhalten, verloren.

Woran stirbt nun der Mensch? Es findet ein Kampf zwischen den edleren, spezialisierten funktionstüchtigen Organzellen und den minderwertigen nur zur Stützung dienenden Bindegewebszellen statt. Daher die Härte der senilen Organe. Dieser Kampf endet mit dem Siege der Bindegewebszellen. Sollte man aber in diesen Kampf nicht eingreifen können? Voronoff hat stets auf die große Rolle der Endokrindrüsen und auf ihre Beziehungen zum Altern hingewiesen. Besonders die Hoden, die ja sowohl Organe der inneren, wie der äußeren Sekretion sind, stehen in engstem Verhältnis zum Prozeß des Alterns. Solange sie noch kaum funktionieren, ist man ein Kind, im Mannesalter entfalten sie ihre bedeutendste Tätigkeit, im Alter hören sie fast völlig auf.

Hier hat Steinach angeknüpft, hier setzt auch die Voronoffsche Methode ein. Ihr schwacher Punkt ist zweifellos der, daß sie von der Tätigkeit einer einzigen Drüse die Arbeit des gesamten Endokrinsystems erwartet. (Persönliche Ansicht des Referenten.)

Voronoff meinte, wenn nur der Hoden allein nicht aufhören würde, sein Sekret in kräftiger Weise dem Blutkreislauf anzuvertrauen, daß damit allein schon das Altern hinausgeschoben werden müßte. Er hatte als Chirurg des Khediven in Aegypten reichlich Gelegenheit, Studien an Eunuchen und an kastrierten Tieren zu machen. Nur eine junge Drüse der gleichen Tierspezies dürfte für die Lebensverlängerung brauchbar sein. Er begann seine Versuche an Widdern, Ziegenböcken und Stieren und hatte bereits 120 Transplantationen hinter sich, als er zum ersten Male an die Oeffentlichkeit trat. Diese Tierversuche sind staunenswert.

Es gelang, das Lebensalter der Tiere erheblich zu verlängern. Ein Widder, der sich in beklagenswert senilem Zustande befand und schon 14 Jahre alt war (höchste Altersgrenze für das Tier) wurde operiert und drei Monate später war er völlig umgewandelt, kein Zittern, keine Urinkontinenz mehr, außerdem wurde er Vater. Darauf wurde ihm das Transplantat wieder entfernt, und nach wenigen Wochen war das Tier wieder alt und kraftlos wie vorher. Noch einmal wurde die Transplantation gemacht und das Mirakel wiederholte sich und hielt 3 Jahre vor, worauf eine Abschwächung einzutreten schien. Nun machte Voronoff zum dritten Male die Hodenüberpflanzung, deren Wirkung noch heute besteht. Das Tier wurde im ganzen fünfmal Vater, ist heute 20 Jahre alt, was auf den Menschen bezogen ein Alter von 150 Jahren bedeuten würde — dies bei Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit! — und ist für jedermann im Bois de Boulogne ausgestellt.

Bei Stieren und Ziegenböcken dieselben Resultate. Da man dem Menschen keine artgleichen Drüsen einpflanzen kann, weil diese nicht erhältlich sind, kam Voronoff auf die Idee, „unsern Bruder, den Affen“, zu verwenden. V. und seine Schule sehen heute auf 300 Transplantationen vom Affen auf den Menschen zurück. Das Buch zeigt Briefe, Bilder der Operierten. Schon diese sprechen eine beredte Sprache. Staatsmänner, Dichter, Schauspieler, Aerzte, Universitätsprofessoren und ein armer Asylist — das sind die von Voronoff Verjüngten, die ihrer Dankbarkeit in rührender Weise Ausdruck verleihen. Also nicht etwa um große Lüstlinge zu stimulieren, sondern um wertvolles Menschenleben zu erhalten, wurden die Operationen ausgeführt.

Das Buch gibt von all dem einen sehr guten Eindruck. Es ist von einem Journalisten geschrieben, fesselt vom Anfang bis zum Ende, läßt aber wegen des Fehlens der Vertiefung unbefriedigt. Während meines einhalbjährigen Aufenthalts in Frankreich überzeugte ich mich immer wieder von der großen Popularität des Forschers Voronoff. Es muß gesagt werden, daß dort vielfach Laien über die Angelegenheit besser orientiert waren und auch vernünftiger dachten, als manche Aerzte bei uns.

Auch wenn weiter nichts mit dem Voronoffschen Verfahren erzielt wäre, als ein Hinausschieben des tristen Greisenalters, so wäre praktisch schon viel erreicht. Aber in wissenschaftlicher Beziehung scheint der Ersatz einer Drüse durch eine art**ähnliche gelungen, dies ist ein Novum,** und nur die absichtlich Blinden können die Probleme übersehen, die hiermit auf die Tagesordnung gekommen sind.

K. Heymann (Berlin).

Therapeutische Mitteilungen.

Zur Behandlung der Schlaflosigkeit verschiedenster Genesen mit Paranovol.

Von

Dr. E. LOEBEN, Berlin-Steglitz.

Das von der I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Leverkusen hergestellte Paranoval (Veronal-Natr.-Dinatriumphosphat) habe ich in einer größeren Reihe von Fällen, ca. 30 insgesamt, bei verschiedenartigen Formen der Schlaflosigkeit verwendet.

Als relativ häufigste Indikation lag Agrypnie bei all den Fällen von aktiven Lungenprozessen vor, die durch die spärliche Ruhe in der Nacht infolge Herzklopfen, Zusammenschrecken, Nachtschweiße etc. erheblich im Allgemeinbefinden zurückkamen. Nach einer anfänglichen Dosierung von 2 Tabletten Paranoval — ¼ bis spätestens ½ Stunde vor dem Schlafengehen in Wasser gelöst genommen — konnte fast ausnahmslos schon in den ersten 3 bis 5 Tagen eine Besserung des Befindens konstatiert werden. In vereinzelten Fällen, wo Patienten eine vor dem Eintreten des hypnotischen Effekts zuweilen beobachtete „nervöse Unruhe" zu überwinden hatten, habe ich anfangs 1 bis 2 Tabletten Abasin (Acetylbromdiaethylacetylcarbamid) ¼ Stunde vor dem Paranoval mit gutem Erfolg gegeben.

Von guter Wirksamkeit war das Paranoval ferner bei Fällen von schlechtem Schlaf infolge der verschiedenartigsten Herzveränderungen, teils im Sinne der Herzneurose, teils aber auch Vitium cordis und Myodegeneratio cordis. Gerade hier ist es wichtig, festzustellen, daß das — durch manche andere Hypnotika hervorgerufene — Oppressionsgefühl bei solchen Kranken fast ausnahmslos fehlte. Statt unruhigen Halbschlummers mit beängstigenden Träumen etc. trat ein meist traumloser Schlaf von 5 bis 7 Stunden ein. Die Tabletten sollten nie später als ¾ Stunden vor dem Zubettgehen genommen werden.

Auch für solche Fälle von Agrypnie, wie wir sie am Nachstadium hochfieberhafter Prozesse, in denen an den inneren Organen gröbere krankhafte Befunde nicht mehr erhoben werden konnten — Schwächezustände nach Grippe usw. — als häufige Erscheinung beobachten können, leistet das Paranoval gute Dienste. Erwähnen möchte ich, daß mir zweimal das Paranoval, ab und zu mit Abasin kombiniert, bei Schlafstörungen auf der Basis klimakterischer Veränderungen guten Erfolg zeigte.

Als wesentlicher Vorzug des Mittels muß gelten, daß — bei verläßlichem hypnotischen Effekt — die Resorptionszeit so günstig liegt, daß nach durchschnittlich 5 bis 7 Stunden anhaltender Schlafwirkung das Erwachen ohne „Nachbeschwerden", wie Benommenheit usw. erfolgt, so daß Paranoval gerade bei berufstätigen, nicht bettlägerigen Patienten ohne Bedenken angewandt werden kann. Dieses durch die antihypnotische Phosphatwirkung bedingte Moment, wie die ebenfalls auf die Phosphatkomponente zurückzuführende Leichtlöslichkeit und Entbitterung des Präparates verdienen besonders hervorgehoben zu werden.

Ein leicht laugiger Geschmack des Mittels tritt beim Einnehmen in Tee genügend zurück. Selbst anfangs gerade dagegen empfindliche Patienten gewöhnten sich schon beim zweiten und dritten Mal an diese — bei dem übrigen therapeutisch hohen Werte belanglose — Eigentümlichkeit des Paranoval.

Paranoval ist bisher kein Kassenpräparat. Die Aufnahme des Mittels zur kassenärztlichen Verordnung könnte, wenn auch von anderer Seite günstige Resultate vorliegen, durchaus empfohlen werden.

Die Wirkung der Radium-Linnen.

(Trockene, dauernd wirksame Radium-Kompressen.)

Von

Dr. RICHARD WOLFF, Berlin.

Die günstige Einwirkung der Joachimsthaler Pechblende auf allerhand schmerzhafte Leiden, besonders rheumatischer Art, war in Böhmen lange vor der Entdeckung des Radiums bekannt und in Anwendung. Sie findet sich dort noch heute in der früher üblichen Form, daß die pulverisierte Pechblende (Uranpecherz) in Säckchen getan und so auf die leidenden Körperteile gelegt wird. In eine besonders leicht anwendbare Form wurde diese trockene Radium-Kompresse gebracht, durch die Radium-Heil-Gesellschaft in Berlin W 50, welche das aus der Pechblende extrahierte Radium auf Leinen in feinstverteilter Form mittels Bindemittel fest auftrug und sie so als Radium-Linnen in den Handel brachte. Der auf diesen vermerkte Radiumgehalt beträgt auf je einen Quadratdezimeter = (10 × 10 cm) 0,01 mg Radium-Bromid.

Nach den Erfahrungen langjähriger Praxis haben sich diese Radium-Linnen besonders bei gichtisch-rheumatischen Leiden und bei allerhand Nervenschmerzen wirksam erwiesen. Sie leisten mindestens dasselbe wie radiumhaltiger Schlamm (Pistyan) oder Fango und haben den Vorzug, daß sie keiner Aufweichung und Erwärmung mit Wasser bedürfen, sondern direkt aufgelegt resp. über den leidenden Körperteil festgewickelt werden.

Ich selbst kann für ihre Wirksamkeit aus dem Gebrauch am eigenen Körper Zeugnis ablegen; ich habe die Radium-Linnen bei einer schmerzhaften gichtischen, schon Wochen bestehenden Infiltration am Kniegelenk mit sofortiger günstiger Wirkung gebraucht; nicht nur ließen die Schmerzen nach, sondern es wurde auch eine Rückbildung eingeleitet, die nachher durch eine Kur in Teplitz-Schönau vollständig wurde; während dieser Kur schien nach vorübergehendem Nichtgebrauch eine erhöhte Einwirkung zu bestehen, indem schmerzhaft gewesene Stellen eine Blutkongestion erfuhren und erhöhte Empfindlichkeit während der Einwirkung der Radium-Linnen zeigten. Durch den weiteren Gebrauch habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Radium-Linnen eine milde hyperämisierende Wirkung haben und dadurch und vielleicht auch durch direkte Einwirkung der Radiumstrahlung einen Abbau chronisch entzündlicher Einlagerungen in die Gewebe veranlassen.

In einem von mir beobachteten Fall in der eigenen Familie sah ich das allmähliche Schwinden von Gichtknoten an den Händen durch das Tragen der Radium-Linnen in Form von Handschuhen, wodurch zugleich die früher quälenden nächtlichen Schmerzen behoben wurden.

Die Radiumstrahlen durchdringen feste Stoffe, ähnlich wie Röntgenstrahlen und schwärzen wie diese die photographische Platte. Man kann also mittels Radium durch feste Stoffe hindurch photographieren. Die Radium-Heil-Gesellschaft erzeugt die Radium-Linnen mit einem genügenden Radiumgehalt; ihr Leiter, Dr. Saubermann zeigte das Vorhandensein einer wirksamen Emanation an einem nach 48 Stunden nachweislichen photographischen Effekt unter Anwendung von Filter. Seine Angaben habe ich an meinen von der Radium-Heil-Gesellschaft gekauften Linnen bestätigt gefunden; ich habe mit ihnen nach ¼ Jahr und nach 1 Jahr eine Uhrkette nach 24 Stunden Bedeckung mit dem Radium-Linnen auf eine Röntgenplatte photographieren können, ohne daß die nach einjährigem Gebrauch gemachte Aufnahme einen wesentlichen Unterschied in der Radium-Strahlung gezeigt hätte.

Man kann also die Gewißheit haben, mit den von der Radium-Heil-Gesellschaft, Berlin W 50, bezogenen trockenen Radium-Linnen genügend wirksame Substanz zu bekommen.

In den letzten Jahren werden von anderen Firmen „stark radioaktive" Radium-Kompressen angepriesen, bei denen der angeblich „starke" Gehalt an Radium sich nicht auf die einzelne Kompresse, sondern auf das Füllmaterial pro Kilo bezieht. Bei dieser Art Kompressen kann man aber bei dem in Wirklichkeit viel zu geringen Gehalt an Radium die oben beschriebene Heilwirkung natürlich nicht erwarten. Die Radium-Heil-Gesellschaft liefert dagegen in ihren Radium-Kompressen und -Apparaten für Trink-, Bade- und Inhalationskuren nach meinen Erfahrungen vollwertiges Material, was auch u. a. Prof. Dr. med. Lazarus in seinem bekannten Handbuch über die Radium-Therapie dieser Gesellschaft ebenfalls ausdrücklich bestätigt.

Erfahrungen mit einem neuen Analgetikum, Dormalgin.

Von

Dr. RUDOLF KATZ, Berlin.

Infolge der bekannten Nebenwirkung des Morphiums, der Lähmung der Darmbewegungen, die den operativ tätigen Arzt oft davor zurückschrecken läßt, dieses starke Alkaloid zu verordnen, sind in den letzten Jahren eine Reihe von schmerzstillend wirkenden Präparaten hergestellt worden, die sich durch die Kombination eines Antineuralgikum mit einem Hypnotikum in der ärztlichen Praxis bewährt haben.

Zu diesen Mitteln ist neuerdings das Dormalgin der Chem. Fabrik Riedel in Berlin hinzugekommen; es ist eine Zusammensetzung von 0,05 Butyl-brompenyl-malonyl-ureid und 0,15 Dimethyl-amidophenyl-dimethyl-pyrazolon (Pyramidon).

Dormalgin ist ein fein kristallinisches, schwach gelblich gefärbtes, bitter schmeckendes Pulver, das sich in Wasser wenig, in organischen Lösungsmitteln dagegen sehr beträchtlich löst. Von dem Butylbrompropenyl-malonyl-ureid konnte in einer Reihe von Versuchen, die besonders den Verbleib und das Schicksal dieses Körpers im Organismus zum Ziele hatten, nachgewiesen werden, daß es restlos abgebaut wird. Das erklärt auch zur Genüge, daß nach Aufnahme von Dormalgin weder Kumulation noch Nachwirkungen wie Benommenheit des Kopfes, Unlust zu geistiger Arbeit usw. beobachtet worden sind.

Die klinischen Erfahrungen, die in letzter Zeit mit dem Mittel gemacht worden sind, bestätigen vollauf die Richtigkeit der theoretischen Ueberlegungen, die zur Herstellung des Dormalgin geführt haben. So berichtet in letzter Zeit Lessing (Zentralblatt für Gynäkologie 1926, Nr. 33) seine Beobachtungen mit dem Dormalgin an seinem chirurgischen und gynäkologischen Operationsmaterial. Sowohl bei chirurgischen Operationen (Nabel- und Leistenhernien, Perityphlitis- und Gallenblasenoperationen, Mammaamputationen, Steißbeinresektionen usw.) als auch bei gynäkologischen Operationen (Totalexstirpation, Vaginofixation und Scheidenplastiken) kommt man mit Dormalingaben aus und kann das Morphium vollständig entbehren, abgesehen von den Fällen, wo dem Operateur an einer Ruhigstellung des Darms gelegen ist. Auch bei der nichtoperativen Behandlung von gynäkologischen Fällen, wie Dysmenorrhoe, entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und der Parametrien war Dormalgin in den allermeisten Fällen ausreichend zur Linderung der Schmerzen und unterstützte in geeigneten Fällen die übliche Therapie wesentlich. Auch in der geburtshilflichen Tätigkeit hat sich das Mittel bewährt und dient dort zur Bekämpfung schmerzhafter Nachwehen, so daß man auch hier das Morphium, bei dem die Gefahr atonischer Wirkung besteht, vermeiden konnte. Die Wirkung hielt durchschnittlich drei Stunden an.

Was die Dosierung betrifft, so genügt gewöhnlich eine Tablette zu 0,2 g, bei stärkeren Schmerzen oder nach Operationen gibt man zwei Tabletten. Auch die Verabreichung von Dormalginzäpfchen, entsprechend 0,2 g, hat sich besonders nach Operationen, so lange die Patienten noch unter der Nachwirkung der Narkose standen, oder auch bei Patienten mit empfindlichem Magen, gut bewährt. —

Aus dem großen Indikationsgebiet des Dormalgin seien außerdem noch die schmerzhaften Erkrankungen des Nervensystems z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Neuritiden, Ischias, Neuralgien usw., die schmerzhaften Erkrankungen der Bewegungsorgane (Muskel- und Gelenkrheumatismus, Lumbago, Gicht) und die schmerzhaften Erkrankungen der inneren Organe (Angina pectoris, Magen- und Darmkrämpfe, Gallenstein- und Nierensteinkoliken) hervorgehoben.

Die Wirksamkeit des Dormalgins ist hier überall eine ganz ausgezeichnete; die Schmerzzustände jeder Aetiologie werden in kürzester Zeit prompt beseitigt. Die gute Verträglichkeit des Mittels tritt bei jeder Form der Anwendung deutlich zutage, und niemals konnten störende oder gar schädigende Nebenwirkungen, selbst bei länger dauerndem Gebrauch oder Erhöhung der Einzeldosis, beobachtet werden. Besonders sei erwähnt, daß die Anwendung des Dormalgin mit keinerlei Gewöhnungsgefahr verknüpft ist, die den alkaloidhaltigen analgetischen Mitteln stets anhaftet.

Aus dem Marienhospital in Düsseldorf.

Die Kapillarmikroskopie in der ärztlichen Praxis.

Von

Dr. P. ENGELEN.

Die Kapillarmikroskopie hat der Physiologie und der Krankheitsforschung hervorragend wertvolle Dienste geleistet. Wir haben erfahren, daß bei bestimmten Krankheitszuständen in der äußersten Peripherie des Blutumlaufes ausschlaggebende Veränderungen wirksam sind. Aber über diese rein wissenschaftliche Erkenntnis hinaus bietet für die Tätigkeit des praktischen Arztes diese Untersuchungsmethode eine wertvolle Bereicherung der Diagnostik; hieraus ergeben sich klare Folgerungen für das therapeutische Vorgehen im Einzelfalle der Behandlung.

Man kann nicht aus dem Kapillarbild Diagnosen ablesen. Aber in Verbindung mit den sonstigen Ergebnissen einer umfassenden Krankenuntersuchung liefern die Einzelheiten in der Gestaltung und Funktion der Kapillaren sehr wichtige Aufschlüsse über die Ursachenverkettung des Krankseins und Hinweise für einen rationellen Behandlungsplan.

Eine merkwürdige Tatsache muß erwähnt werden. Bei allen Krankheitsgruppen, aber auch bei Gesunden, vermißt man recht häufig in den beobachteten Kapillaren jede Blutströmung. Diese Stasen sind nicht pathologisch. Wenn zeitweilig örtlich kein Bedürfnis der Gewebe für frische Blutversorgung vorliegt, dann treten derivatorische Kanäle in Tätigkeit, direkte von Hoyer entdeckte Verbindungswege zwischen arterieller und venöser Strömung, die länger und weiter sind als die Kapillaren. Die Kapillaren üben bei der Regelung der Blutversorgung eine aktive Rolle aus.

Ein typisches Bild zeigt sich bei Arteriolosklerose. Die haarnadelförmigen Kapillaren sind auffallend verlängert bis auf das Doppelte der Norm. Dabei ist in recht vielen Fällen das Lumen etwas verengert. Bei progressivem Verlauf treten geschlängelte Formen mehr hervor. Die Verengerung und komplizierte Schlängelung ist ganz besonders ausgeprägt bei Beteiligung der Nieren an dem Erkrankungsprozeß, also in prognostisch sehr ungünstigen Fällen. Im Anfangsstadium und in solchen Fällen, die in diesem Stadium stationär geworden sind, sieht man das Blut rasch durch die langen Schlinge strömen, mit Verengerung und Schlängelung nimmt die Strömungsgeschwindigkeit ab, bei toxischen Schäden durch Miterkrankung de Nieren kommt es zu körneliger Strömung. Die körnelige Strömung die durch freibleibende Zwischenräume zwischen kleineren un größeren Blutsäulenstücken gekennzeichnet ist, ist bedingt durc Kapillarspasmen. Bei Sklerose größerer Gefäße (Arteriosklerose ohne Beteiligung der Arteriolen sieht man keine Formveränderun der Kapillaren. Bei Uebergangsformen zwischen Arterioskleros und Arteriolosklerose treten zuerst Verengerung der arteriell Schenkel und körnelige Strömung hervor.

Bei genuiner Hypertonie sind die präkapillaren Arteriolen u die arteriellen Schenkel der Kapillaren hochgradig spastisch vereng Man kann deutlich erkennen, daß in unkomplizierten Fällen d Gefäßspasmus das Krankheitsbild beherrscht.

Ein sehr charakteristisches Bild bieten die Vasoneurotiker, d häufig klagen über dolores in omnibus partibus corporis et quibusda aliis. Die komplexe Natur und Bizarrerie dieser Patienten prägt si auch in einer Buntheit und Launenhaftigkeit des Kapillarbildes au Die verschiedensten Formen von Kapillarschlingen, also Haarnade Achter-, Teppichklopferformen, findet man oft dicht beieinander einem einzigen Gesichtsfeld. Spasmen und Paresen bestehen beieinander ohne plausiblen Grund. Bald langdauernde Stillstän der Blutsäule und bald rapides Eilen der Strömung bestehen wirrem Wechsel. Die Erkennung dieser Konstitutionsschwäche ka sehr wichtig sein bei der Beurteilung angeblicher Unfallneurotike

Erkrankungen des Herzens führen nicht zu typischen Kapilla bildern. Aber bei dem engen funktionellen Zusammenhang zwisch Zentrum und Peripherie macht ein Nachlaß der Kompensation fr zeitig auch kapillarmikroskopisch sich geltend. Langsame Ström bei Myodegeneration und Mitralfehlern und ganz besonde kriechende Vorwärtsbewegung zusammenhängender Säulen aus ve klumpten Blutkörperchen spricht für mangelhafte Triebkraft d

Herzens. Bei erheblicher Stauung durch Nachlaß der Zentralkraft sieht man die venösen Kapillarschenkel, die in der Norm nur eine Spur weiter als die arteriellen sind, bis auf das Doppelte und Dreifache erweitert, dazu ist eine zyanotische Verfärbung erkennbar.

Eine wichtige Insuffizienzerscheinung der Kapillaren ist die Kapillaratonie bei Grippe, Scharlach, Sepsis. Kennzeichnend ist die dunkelviolette stagnierende Blutmasse in den gleichmäßig erweiterten Haargefäßen. Auch nach Abklingen der akuten Infektion kann die Vasomotoren-Parese noch bestehen. Diese Kapillarlähmung ist dann eine ernste Mahnung zur Vorsicht. Auf einer Insuffizienz der Zusammenarbeit zwischen Peripherie und Zentrum beruht der Mikrokapillarpuls, der stets eine ernste Störung anzeigt. Dieses Durchschlagen der normalerweise in den Präkapillaren abgedrosselten Pulswelle kann bedingt sein durch übernormale diastolisch-systolische Druckschwankung bei Aorteninsuffizienz, weiter durch abnorme Fortpflanzung der Herzauswurfswelle bei Elastizitätsverlust der Aorta und der großen Arterien, sodann auch durch versagende Drosselung der Welle bei schwerer Vasomotorenlähmung. Der Mikrokapillarpuls ist stets eine Mahnung zu genauer sorgsamer Ueberwachung des Patienten.

Eine im Körper weit verbreitete Läsion der Kapillaren stellt die als akute Nephritis bezeichnete Erkrankungsform dar. Man sieht im Hautkapillarbild abnorme Schlängelung, körnelige Strömung, Neigung zu Blutungen. Ist es im späteren Verlauf zur Ausbildung einer sekundären Schrumpfniere mit Blutdruckerhöhung gekommen, dann sieht man zuerst sehr rasche bis jagende Strömung, später auffallend enge und lange sehr verwickelt geschlängelte Kapillaren, auch starke Körnelung der Blutsäule. Die starke Körnelung bei Schrumpfniere bestätigt die Ansicht von Hülse und Strauß, daß peptonartige Stoffe infolge Niereninsuffizienz zurückgehalten werden und vasokonstriktorisch tätig sind.

Beachtenswert sind die von Weiß und Jürgensen bei tertiärer Lues beschriebenen spindel- und sackförmigen mikroskopischen Aneurysmen und ferner die von E. Weiß bei Pankreasdiabetes beachtete kolbige Erweiterung der Umbiegungsstelle aus dem arteriellen in den venösen Schenkel.

Aus den Kapillarbildern kann man klare Folgerungen für die Behandlung entnehmen. Primum diagnosis, summum therapia. Der Mikrokapillarpuls mahnt stets zur äußersten Vorsicht. Vasomotorenlähmung nach Infektionskrankheiten zeigt eine drohende Gefahr an. Man kann optisch verfolgen, wie im Behandlungsfalle Stauung in den venösen Kapillarschenkeln durch Medikamente der Xanthingruppe behoben wird. Die empirisch längst erprobte vielfach überraschend günstige Wirkung guter Alkoholica bei akuten spastischen Zirkulationsstörungen, z. B. bei Angina pectoris, bei krampfhaften Gefäßneurosen ist aus der Zirkulationsverbesserung durch Aufhebung abnormer Widerstände zu erklären.

Die Ergebnisse der kapillarmikroskopischen Untersuchungen führen auch zu diätetischen Folgerungen. Aus der tonussteigernden Wirkung der Xanthingruppe geht hervor, daß Kaffeegenuß bei Kapillarspasmen verboten werden muß, auch bei Arteriosklerose, chronischer Nephritis, Hypertonie, auch bei Vasoneurotikern. Der sehr starke Einfluß des Coffeins auf die Peripherie des Strombettes der Zirkulation wird diätetisch oft nicht genügend beachtet. Auch bei Herzfehlern im Stadium der Kompensation ist Kaffee kontraindiziert, da jede Einengung des peripheren Strombettes eine Arbeitsbelastung des Herzens bedeutet. Nach einer persönlichen Mitteilung von Professor Wolff, Eberswalde, kann man an den feinen Arterien der Schwimmhaut des Frosches unverkennbar feststellen, daß durch Coffeininjektion in den dorsalen Lymphsack die Blutfüllung verändert wird, Alkoholinjektion stellt dann die normale Gefäßfüllung wieder her. Meine mittels haemodynamischer Messungsverfahren durchgeführten Untersuchungen über den Einfluß der Genußmittel auf die Zirkulation werden durch die Kapillarmikroskopie bestätigt. Dies gilt auch bezüglich des Gegensatzes zwischen Coffein und Alkohol. Coffein ist ein Erregungsmittel, Alkohol wirkt entspannend. Von dieser Entspannungswirkung aus muß auch die hygienische Bedeutung des (mäßigen) Alkoholgenusses beurteilt werden. Hieraus ergeben sich ganz neue Gesichtspunkte bezüglich der Hygiene des Genußmittelgebrauches.

Die breitere Einführung der Kapillarmikroskopie in die Praxis wird vielfach behindert durch die Meinung, daß ein kompliziertes und kostspieliges Instrumentarium erforderlich sei. Eine etwa 70fache Vergrößerung ist ausreichend. Zur Beleuchtung genügt ein kleiner von einer Taschenbatterie gespeister Leuchtstab. Eine Neuerung auf dem Gebiete der Kapillarmikroskopie, die geeignet ist, zur weiteren Verbreitung dieser Untersuchungsmethode beizutragen, ist die auf meine Veranlassung durchgeführte Verwendung der modernen Kleinmikroskope (Hensoldt, Wetzlar, Preis 85 Mk.). Das Instrument ist so zierlich und leicht, daß es bequem in der Tasche mitgeführt werden kann, so daß in der Außenpraxis am Krankenbett diese Untersuchungsmethode leicht anwendbar ist. Als Lichtquelle dient ein verstellbarer Leuchtstab, der starke Annäherung des Lichtes gestattet und eine Verstellung des Lichteinfallwinkels zuläßt. Gewöhnlich untersucht man nach Aufhellung der Haut mit Cedernöl die Kapillarschlingen am Nagelrand, weil diese hier tangential zur Oberfläche verlaufen; beide Schenkel sind also hier in der ganzen Länge zu übersehen, während man an den meisten Stellen der Haut nur auf den Scheitel der Schlinge in der Cutispapille sieht. Nach Abnehmen des zur Untersuchung der Nagelfalzkapillaren dienenden Tisches kann der optische Teil mit der Hand geführt als Hautmikroskop dienen. Verwendet man den dem Instrument beigegebenen gewöhnlichen Tamimikroskopiertisch, so kann man das Instrument auch benutzen zur gewöhnlichen Mikroskopie bis zu 220facher Vergrößerung.

Ein Beitrag zur Fluortherapie mit „Dermatina“.

Von

Dr. med. B. BRECHER, Berlin.

Der vaginale Fluor ist ein häufiges Frauenleiden, das die mannigfachsten Aetiologien aufweist. Es sind vor allem 2 große Gruppen zu unterscheiden: der Fluor auf bakterieller Basis und der nichtbakterielle Fluß. Das Hauptkontingent der ersten Gruppe stellt die Gonorrhoe, auf die die Frauen häufig erst durch die starke Scheidensekretion aufmerksam gemacht werden und daher den Arzt aufsuchen. Der nicht bakterielle Fluor wiederum entsteht auf genitaler und extragenitaler Basis. Namentlich ist es die Chlorose, welche bei jungen weiblichen Individuen eine Verstärkung der Scheidensekretion zur Folge hat.

Aber auch die chronische Obstipation, an der die Frauen so oft leiden, kann nicht selten die Ursache eines hartnäckigen Flusses abgeben.

Die häufigste Ursache des Scheidenfluors sind jedoch lokale Erkrankungen des Genitalapparates, wobei es zu einer pathologisch vermehrten Sezernierung des Scheidenepithels kommt, entweder infolge von Zirkulationsstörungen (anormale Lage des Uterus) oder infolge von Reizen, die der in der Vagina befindliche Fremdkörper (Pessar) auf die Scheidenschleimhaut ausübt.

Es liegt auf der Hand, daß in allen solchen Fällen mit einer lokalen Behandlung nichts zu erreichen ist und daß nur von einer kausalen Therapie der gewünschte Erfolg zu erwarten ist.

Häufig jedoch ist der Arzt gezwungen, neben der kausalen eine symptomatische Therapie zu betreiben, besonders wenn, wie dies beim Fluor öfters der Fall ist, das Symptom die Patientin zu sehr quält.

Drei Methoden sind es nun, die dem Arzte hierfür zu Gebote stehen: die Vaginalspülungen, die Trockenbehandlung und endlich die biologische Behandlung. Jede dieser Methoden verfolgt ein bestimmtes Ziel; während die Spülungen vor allem die Beseitigung der Sekretmassen aus der Vagina bezwecken, um so wenigstens für eine kurze Zeit den schädlichen Reiz derselben auf die Vaginalschleimhaut auszuschalten, sucht die Trockenbehandlung, wie es ihr Name sagt, die Austrocknung der Vagina zu erzielen und somit die Entwicklungsbedingungen für die Bakterien zu verschlechtern.

Und endlich geht die biologische Behandlung von dem Gedanken aus, daß es zu einer normalen Sekretion normaler physiologisch-chemischer und bakterieller Verhältnisse bedarf, sie sieht daher ihr Hauptziel in der Wiederherstellung solcher Verhältnisse.

Wie man sich nun zu jeder dieser Methoden stellen mag, die Tatsache scheint mir festzustehen, daß der praktische Arzt bei der

Fluorbehandlung ohne Verordnung von Vaginalspülungen nicht auskommen kann.

Wie soll nun das Spülmittel beschaffen sein?

Nach der übereinstimmenden Ansicht zahlreicher Autoritäten auf unserem Gebiete soll das Spülmittel weder stark adstringierende, noch desinfizierende Eigenschaften haben, da es sonst mehr Schaden als Nutzen stiften kann. Durch Spülungen mit zu starken Lösungen könnte leicht eine Transsudation aus dem Gewebe in das Scheidenrohr hervorgerufen und somit eine Sekretvermehrung ausgelöst werden.

Die Hauptwirkung der Spültherapie besteht wohl in der mechanischen Entfernung der Sekretmassen aus dem Scheidenrohr, während der adstringierenden und desinfizierenden Eigenschaft des Spülmittels wohl nur eine sekundäre Bedeutung zukommt.

Von diesem Standpunkte aus glaube ich mit Recht auf ein in der Odisalla-Aktiengesellschaft, Berlin, hergestelltes Spülmittel „Dermatina“ aufmerksam machen zu dürfen. Der Vorzug dieses Mittels scheint mir vor allem darin zu bestehen, daß es — ein alkoholisch-glyzerinöser Extrakt aus einigen bekannten Arzneipflanzen — keine die Schleimhaut reizenden oder gerbenden Bestandteile enthält. In vielen Fällen, in denen ich dieses Spülmittel habe anwenden lassen, war der Erfolg ein guter; nach mehr oder weniger langer Zeit nahm der Fluor ab, um schließlich ganz zu verschwinden. Natürlich ist auch das „Dermatina“ kein Allheilmittel, aber bei richtiger Indikation angewandt, ist es ein Mittel, das schnell zum Ziele führt, dabei ist es billig und unschädlich.

Therapeutische Notizen.

Ergopan.

Ergopan, ein von den Temmler-Werken, Berlin-Johannisthal, schon seit dem Jahre 1913 hergestelltes, konstantes Sekalepräparat ist bisher nur wenig bekannt geworden, obwohl es in Döderlein-Baisch's Handbuch der Geburtshilfe erwähnt ist. Verfasser hat das Mittel in 15 Fällen verwendet und zwar erstreckte sich das Indikationsgebiet auf: Verstärkte Menses (4), Metrorrhagien (3), Klimakterische Blutungen (2), Blutungen post partum (2) und post abortum (2), Wehenschwäche (1) und Wehenlosigkeit (1). Das Mittel wurde in bedrohlichen Fällen per injectionem intramuskulär 1 ccm, sonst per os, entweder in Tropfen 10—15 gtt oder in den wohlschmeckenden Tabletten gegeben 1—2 = (10—20 gtt). Tabletten und Tropfen sind auch da angewendet worden, wo die Stärke der Blutung durch vorangegangene Injektion schon merklich nachgelassen hatte. Die Wirkung war stets zufriedenstellend und besonders erfreulich da, wo Tamponaden anfangs versagten.

Versuche mit Ergopan Dr. med. M. Jacobson, Berlin (Fortschritte der Therapie Nr. 15, 1926).

Targesin in der Rhino-Laryngologie.

Von Dr. Ernst Wolfes.

(Medizinische Klinik 1926, Nr. 28.)

Targesin bewährte sich auf Grund systematischer Untersuchungen an dem reichen Krankenmaterial der Hals-, Nasen-, Ohren-Abteilung des Virchow-Krankenhauses Berlin (Prof. Claus) besonders gut bei der Behandlung der Pharyngitiden. Subjektiv wurde bei allen nicht atrophischen Formen durch Pinselung mit 3—5%iger Lösung Erfolg verzeichnet, dem auch das objektive Bild Rechnung trug. Bei der akuten und chronischen Rhinitis war geringe Abschwellung der Schleimhaut unverkennbar. Rhinitis atrophicans wurde nicht gebessert, doch war eine gering desodorierende Wirkung bei der foetiden Form wahrzunehmen. Persistierende Tubeneiterungen bei Otitis media chronica wurden mit Erfolg beeinflußt.

Strophantose.

Traubenzucker ist ein besonders guter Schrittmacher für die mannigfachsten intravenös gegebenen Mittel (Heß: D. m. W. 1926, Nr. 24). Dem Traubenzucker gleichwertig ist die Invertzuckerlösung Calorose (Güstrow). Zahlreiche Autoren bestätigen dies. Strophantose besteht aus 20% Caloroselösung mit ½ mg g-Strophanthin in der Ampulle zu 10 ccm. Durch intravenöse Strophantose-Infusionen erzielt man die best- und schnellstmögliche Kräftigung eines versagenden Herzens. Strophanthin wird durch den Zucker in seiner Nutzwirkung intensiviert neben gleichzeitiger Entgiftung. Bei chronischer Myokarditis verlorengegangene Ansprechbarkeit des Herzmuskels auf Digitalis-Körper wird durch den Zucker wiederhergestellt (Büdingen: Ther. d. Gegenw., Januar 1921).

Ueber die Behandlung der Magenhypersekretion mit Gelonida stomachica.

Von Dr. Rudolf Warlo.

(Medizinische Klinik 1926, Nr. 27.)

Verfasser hat die Gelonida stomachica (jede Tablette enthält Extr. Bellad. 0,01, Bismut. subnitr. 0,2, Magn. ust. 0,6) an Hand von über 30 Fällen, angefangen von den Magenneurosen bis zu den schweren penetrierenden Ulcera, erprobt und zwar

1. an 12 Fällen von Ulcus ventriculi oder duodeni (diese gaben ausnahmslos eine wesentliche Besserung ihrer symptomatischen Beschwerden an, in 8 Fällen wurde der Stuhl, in dem Blut nachgewiesen wurde, nach 7—18 Tagen negativ und blieb negativ),
2. an 10 Fällen von gewöhnlicher Gastritis chronica hyperacida (hier ebenfalls bei sämtlichen auffallende Besserung, bzw. Verschwinden der Schmerzen, des Sodbrennens, Aufstoßens, Erbrechens und der Stuhlverstopfung),
3. an 8 Fällen von reiner Magenneurose (hier in der Hälfte der Fälle Besserung).

Verfasser hält die Gelonida stomachica für ein wirkungsvolles Medikament in der Behandlung der Magenhypersekretion und empfiehlt seine Anwendung.

Erfahrungen mit den Präparaten „Gelonida antineuralgica“ und „Gelonida somnifera“.

Von Regierungs-Medizinalrat Dr. B. Berlit.

(Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1926, Nr. 30.

In Versuchen an Patienten der Anstalt, wie auch an Geistes-Gesunden, bewährten sich beide Präparate bei einer großen Zahl von Krankheitsfällen (Neuralgien, Kopfschmerzen, Grippe usw.) und den verschiedenen Stärkegraden von Schlaflosigkeit auf das Beste. Die Wirkung beider Medikamente war vielfach eine verblüffende, ihre Bekömmlichkeit durchweg ausgezeichnet, üble Nachwirkungen, wie etwa Katergefühl oder dergleichen, wurden nie beobachtet, es trat keine Kumulation auf; die inneren Organe, insbesondere Herz und Magen, wurden nie irritiert. Die Bekömmlichkeit für den Magen ist durch die besondere Fabrikation der Gelonida erreicht; die bei Berührung mit dem Magensaft sofort zerfallen und, schnell und restlos resorbiert, dadurch sicher und voll ausgenutzt werden. Ihre Zusammensetzung ist erfolgt auf Grund der Bürgi-Treupelschen Theorie. Die Wirkung pflegte bei beiden Präparaten stets schnell einzutreten. Angewöhnung wurde auch bei längerer Darreichung nicht beobachtet. Beide Medikamente haben sich als wertvolle Bereicherung des Medikamentenschatzes, speziell auch für die neurologisch-psychiatrische Tätigkeit, erwiesen und verdienen, ausgiebig angewendet zu werden. Der Preis steht im richtigen Verhältnis zu den ausgezeichneten Erfolgen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6.– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61 931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 30 BERLIN, DEN 2. NOVEMBER 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
NOV 30 1926
U. S. Department of Agriculture

Calcium-Diuretin (Knoll)
(Theobromin.-Calcium salicylic.)

Gut verträglich und
nicht laugenhaft schmeckend.

Diuretikum,
Herz- und Gefäßmittel.

Von zuverlässiger Wirkung

bei **Hypertonie,**
Arteriosklerose,
Gefäß-Spasmen,
Asthma,
Angina pectoris.

Tabletten (0,5 g)
Orig.-Packg. mit 20 St.
(M. 1.65)
Orig.-Packg. mit 10 St.
(M. —.90)
Dosierung wie bei Theobromin.-Natr. salicylic.

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Auch als Pulver für Rezepturzwecke erhältlich
(zu Mixturen wegen der schweren Löslichkeit jedoch nicht geeignet).

Rp. Calcium-Diuretin. (Knoll) 0,3—0,5
Ol. Cacao . . . . ad 2,0
D. tal. supposit. X.
S. 2—3 Stück täglich.

Rp. Jod-Calcium-Diuretin. (Knoll) . . 0,6
Ol. Cacao . . . . ad 2,0
D. tal. supposit. X.
S. 2—3 Stück täglich.

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. (Knoll)
zur Behandlung asthmatischer und stenokardischer Zustände.

Die volle Digitaliswirkung

bei schnellstem Wirkungseintritt auch bei peroraler oder rectaler Darreichung **entfaltet das gut bekömmliche**

VERODIGEN

(der Gitalin-Anteil der Fol. Digitalis).

Verodigen wirkt vorzüglich hemmend auf das Reizleitungssystem des Herzens und verursacht eine

oft überraschend starke Steigerung der Diurese

Tabletten entspr. 0,1 g Fol. digital. in Röhren mit 6 oder 12 oder 25 Stück — *Anwendungsformen:* — *Verodigen-Milchzucker 1:125 zur Ermöglichung der Rezepturverordnung in Form von Suppositorien, Mischpulvern usw.*

Literatur und Versuchsproben stehen den Herren Aerzten auf Anfordern zur Verfügung

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma
ERLANGEN

HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
KASSENPACKUNG
Hovaletten
Zyma

HOVALETTEN

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Danzig. (Direktor: Prof. Dr. H. Klose.)
Dr. B. Kott, Oberarzt der Abteilung: Zur Behandlung akut perforierter Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre 1185
Aus der Vertrauensarztstelle der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.
Dr. med. Adolf Kimmerle, Vertrauensfacharzt für innere Krankheiten an der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg: Arteriosklerose und Aortitis luica 1187
Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg. (Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Tilmann.)
Dr. Wolfgang Latten: Beitrag zur Kenntnis der Querfortsatzfrakturen 1190
Aus American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. XII, Nr. 3, September 1926.
Paul Braun, Stettin: Schema für pränatale Fürsorge; Richtlinien zum Gebrauch für Aerzte . . . 1191

Kongreß-Berichte:

1. Internationaler Kongreß für Sexualforschung (Berlin, 10.—16. Oktober 1926.) Bericht von Dr. Curt Alsberg, Charlottenburg (Forts.) . 1193

Laufende medizinische Literatur:

Medizinische Klinik, Nr. 42 1196
Klinische Wochenschrift, Nr. 42 1197
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 42 . . . 1197
Münchener med. Wochenschrift, Nr. 43 1198
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, **23.**, Nr. 18, 19 . 1198
Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, **106.**, Heft 3 1199
Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung, Neue Folge, **3.**, Nr. 7—10 1200
Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, **18.**, 1. Heft 1200
Zeitschrift für klinische Medizin, **104.**, H. 1—2 . . . 1202
Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten, **18.**, Nr. 19—20 1203
Therapie der Gegenwart, Heft 9, 10 1203
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, **77.**, Heft 5 1204
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, **62.**, Heft 1 1204
Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, **39.**, Heft 2—3 1204
Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage, **47.**, Heft 4 . . . 1206
Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete, **14.**, Heft 5 1207
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, **90.**, Heft 1 1207
Archiv für Dermatologie und Syphilis, **151.** 1208
Dermatologische Wochenschrift, **83.**, Nr. 42, 43 . . 1208
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 40, 41 1209
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, **70.**, 2. Hälfte, Nr. 13—15 1209
The Glasgow Medical Journal, **16.**, Nr. 10 1210
Rivista Ospedaliera, **16.**, Nr. 8, 9 1211
Bruxelles Médical, Nr. 51 1211
La Presse Médicale, Nr. 77—80 1211
Revue neurologique, **33.**, 2. Band, Nr. 4 1212
The Journal of Infectious Diseases, **39.**, Nr. 3 . . . 1212
Archives of Physical Therapy X-Ray Radium, **7.**, Nr. 8 1212
The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 8—12 1213
Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, **39.**, Nr. 4 . . 1214
The Journal of Urology, **16.**, Heft 3 1215
Buchbesprechungen 1215

Therapeutische Mitteilungen:

Sanitätsrat Dr. Schindler, Fulda, Facharzt für Hautkrankheiten: Die Hyperämie-Behandlung der Haut und der Organe mit dem Heißluft-Universalapparat für Osramlampen hoher Wattzahl . . . 1217
(Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses Oels i. Schles. Dirig. Arzt: Oberstabsarzt a. D. Dr. Becker.)
Dr. Walter Sauer, ehem. Assistent und Dr. Herbert Ziem, ehem. Med.-Prakt.: Klinisches und Experimentelles über das blutherabsetzende Mittel „Depressin“ 1218

BESONDERE BEILAGE der Firma **Gödecke & Co., Chemische Fabrik, Akt.-Ges., Berlin-Charlottenburg,** über Targesin usw.

Silicol

Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Tabl. aus Ovariensubstanz mit Arsen-Metaferrin gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)

Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: **Theodor Traulsen, Hamburg 36,** Kaufmannshaus. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

HEYDEN

Bisuspen zur Luesbehandlung.

Emulsionsartig feine Suspension vom Wismutsubsalicylat in Oel. Kein schwer verteilbares Sediment. Genaue Dosierung ermöglicht. Gute Wirkung und Verträglichkeit.

1 ccm = 0,06 g Bi. — Flaschen zu 15 ccm, Klinikpackung zu 50 und 100 ccm.

Bisuspen für Kinder

Gleiche Vorzüge. Exakteste Dosierung minimalster Wismutmengen.

1 ccm = 0,012 g Bi. — Flaschen zu 12 ccm, Klinikpackung zu 50 ccm.

Gyneclorina

Wohlriechendes, energisches Desinfiziens und Desodorans auf Basis Chloramin-Heyden. Hauptsächlich zu Scheidenspülungen (Cervix- und Scheidenkatarrhe). **Ungiftig!**

Glasröhren mit 25 Tabletten, Klinikpackung: Schraubglas mit 1000 Tabletten.

Muster und Druckschriften stehen den Herren Ärzten auf Wunsch zur Verfügung.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden

Oskalson

Drops und Pulver

Für die Kalktherapie

Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl, (Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Cacl, (Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G. m. b. H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

Bei großen Krankenkassenverbänden zur Verordnung zugelassen.

VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN TEMMLER WERKE BERLIN

Menostaticum

ERGOPAN, OXYMETHYL-HYDRASTININ, CAPS. BURS. PAST., VIBURN., CHAMOMILL.

Gut schmeckendes, schmerzlinderndes und krampfstillendes

HAEMOSTYPTIKUM

UTERINES ANODYNUM

Von prompter, zuverläßiger Wirkung, selbst in schwersten Fällen

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN **BERLIN-JOHANNISTHAL**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 30
2. NOVEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Danzig.
(Direktor: Professor Dr. H. Klose.)

Zur Behandlung akut perforierter Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre.*)

Von

Dr. B. KOTT, Oberarzt der Abteilung.

Das Auseinandergehen der Ansichten über die Therapie akut perforierter Geschwüre tritt heute in gleicher Schärfe zutage wie bei der Behandlung der komplikationslosen Ulzera. Hie konservativ, hie radikal tönt es uns entgegen, wenn wir die bereits recht stattliche Literatur durchsehen.

Wenn ich zu dieser Frage Stellung nehme, so geschieht das aus zwei Gründen: erstens, um unser Material, das in den letzten Jahren nach einheitlichen Gesichtspunkten hin behandelt worden ist, zu prüfen, ferner in dem Bestreben, für die Patienten die beste Therapie herauszufinden, mit besonderer Berücksichtigung einer Dauerheilung.

An Hand unseres Materials wollen wir den Nachweis zu erbringen suchen, welcher Methode der Vorzug gebührt.

Im Verlaufe von 25 Jahren wurden 86 frei perforierte Ulzera (ca. 23% des operativen Ulkus-Materials) einer chirurgischen Behandlung zugeführt. Sämtliche Fälle gingen mit diffuser Peritonitis einher.

Das männliche Geschlecht stand mit 81,4% an der Spitze. Die Gesamtmortalität betrug 47,6%. Dem Alter nach war das 3. und 4. Jahrzehnt am stärksten vertreten. Von diesen 86 Geschwüren entfallen auf den Magen: 52 (Mortalität = 53,8%). 39 von ihnen gehörten dem männlichen Geschlecht an = 75%. Das Alter schwankte zwischen 16 und 69 Jahren. Der Sitz der Perforation war bis auf einen Fall ausschließlich die kleine Kurvatur, und zwar:

nahe dem Pylorus:	22
pars media:	17
nahe der Kardia:	3
nahe der großen Kurvatur:	1

Bei den fehlenden 9 waren diesbezügliche Angaben nicht vorhanden. Von Zwölffingerdarmgeschwüren zählten wir 34 (Mortalität = 35,3%). Mit Ausnahme zweier Fälle handelte es sich stets um Männer (94,1%). Der jüngste Patient war 14, der älteste 57 Jahre alt. 33mal saß die Durchbruchsstelle nahe dem Pylorus, nur einmal am Uebergang der Pars superior in die Pars descendens. Mehrere Ulzera wurden nur selten angetroffen, im Magen einmal (2 Ulzera), im Duodenum dreimal (2 und 3 Ulzera). Mehrfache Perforationen sahen wir einmal im Duodenum (2 Geschwüre). Die Art der Geschwüre, ob akut oder chronisch, konnte zum Teil nur aus der Vorgeschichte mit einiger Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Danach lagen die ersten Symptome zurück: bis 24 Stunden 6mal, einige Tage 14mal, Wochen 7mal, 1 Jahr 14mal, 2 Jahre 10mal, mehrere Jahre 24mal, 10 und mehr Jahre 7mal. Dem operativ-autoptischen Befunde nach handelte es sich um kallöse Geschwüre 24mal, und zwar des Magens 17mal, des Duodenums 7mal. Die Zeit, welche zwischen Perforation und operativer Inangriffnahme verstrichen war, läßt sich aus folgender Zusammenstellung ersehen:

Intervall	Anzahl	Gestorben	
Bis 4 Stunden	8	0	
4— 6 „	6	1	ulc. v. call. Uebernähung, Periton. Pleuritis purul. sin.
6—12 „	15	2	ulc. v. call. Excis. Pleura-Empyem. ulc. v. call. Netzplastik, Blutung.
12—24 „	13	6	
1— 3 Tage	16	14	
unbekannt	28	17	
	Sa. 86	Sa. 40	

Ueber die Art der Hilfeleistung gibt folgende Tabelle Auskunft:

Art der Operation	Intervall	Anzahl	Gestorben
Uebernähung	3—72 Std.	37	18
Uebernähung und G.-E.	9—72 Std.	20	10
Netzplastik	10 Std.	1	1
Drainagen	bis 24 Std.	4	4
„Neumann“	„ 20 Std.	4	3
Exzision	„ 8 Std.	5	2
Pyl. Ausschaltung	24 Std.	1	0
Resektion Billroth II	3—12 Std.	13	1

Todesursachen waren: Peritonitis 12mal, Blutung 3mal, Pleura-Empyem 3mal, Subphren. Absc. 2mal, Naht-Insuff. 2mal (Uebernähung kallöser Ulzera), Pneumonie 2mal, Darm-Prolaps 1mal.

Bei den übrigen letal verlaufenen Fällen war über die Ursache nichts Sicheres zu finden, in der Mehrzahl wird die Peritonitis wohl den tödlichen Ausgang verursacht haben. Wie aus obiger Zusammenstellung ersichtlich, war dreimal die postoperative Blutung aus dem Geschwür schuld an dem vorzeitigen Hinscheiden. Der Wichtigkeit halber lasse ich kurz die Daten folgen:

1. Ulc. duod. perf.: Op. = Uebernähung und G. E. 8 Tage p. op. heftige Blutung aus dem Darm und Wunde: Exitus letalis.

2. Ulc. ventr. perf.: Op. = Uebernähung. Blutbrechen: Exitus letalis.

3. Ulc. ventr. perf.: Op. = Netzplastik. Blutbrechen: Exitus letalis.

Unter unseren 86 Patienten befinden sich vier, welche vor Jahren bzw. Tagen wegen ihres Ulkus operativ behandelt worden waren, danach nie ganz beschwerdefrei waren und plötzlich eine Perforation bekamen:

1. Seit 12 Jahren Beschwerden. Vor einigen Jahren G. E. Akute Perforation eines Ulc. ventr.: Op.: Exzision. Ausgang: Ex. let.

2. Vor 13 Jahren G. E. Akute Perfor. eines Ulc. duod. Op.: Uebernähung. Ausgang: Ex. let.

3. Vor 7 Jahren G. E. Aukute Perforation eines Ulc. ventr. dicht unterhalb der G. E. Op.: Uebernähung. Ausgang: geheilt.

4. Ulc. ventr. Op.: G. E. r. p. 2 Tage post op. Ex. let. Sektion: Perforation des Ulkus, Blutung, Peritonitis.

Von den 46 Ueberlebenden mußten 7 (ca. 15%) einer erneuten Operation wegen Beschwerden, welche meistens alsbald sich wieder einstellten, unterzogen werden.

Da in letzter Zeit Stimmen laut geworden sind, welche angeblich auf Grund von Nachuntersuchungen nach konservativen Operationen „so gute Resultate erzielt haben wollen, daß sie keine Veranlassung sehen, zur radikalen Methode überzugehen“, ist es sicher nicht ohne Interesse, näher auf diese Fälle einzugehen.

---

*) Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein zu Danzig, April 1926.

1. Frau, 62 Jahre. 1919. Vor 6 Jahren wegen Ulc. ventr. p. Uebernähung. Seit 5 Jahren zeitweise Schmerzen, Erbrechen. 2. Op. G.E.r.p. Bef.: Nahe Pylorus hühnereigroßer Tumor, mit Pankreas verwachsen.

2. Mann, 38 Jahre. 1919. Vor 6 Jahren wegen Ulc. ventr. p. Uebernähung und G.E. Seitdem stets Appetitlosigkeit, Schmerzen. 2. Op. Resektion Billroth II. Befund: Altes narbiges Ulkus am Pyl.

3. Mann, 32 Jahre. 1920. Vor 5 Monaten wegen Ulc. ventr. p. Uebernähung. Seit 2 Monaten wieder Schwerzen, Uebelkeit, Erbrechen, Gewichtsabnahme. Stuhl zeitweise schwarz. 2. Op. Keilexzision. Bef.: dellenförmiges Ulkus an der Hinterwand, dicht an kleiner Kurvatur, mit Pankreas verwachsen.

4. Mann, 51 Jahre. 1923. Vor einem Jahr wegen Ulc. ventr. p. Uebernähung. Seit 2 Monaten Schmerzen, 1 bis 2 Stunden nach dem Essen. 2. Op. G.E. Bef.: Ausgedehnte Verwachsungen zwischen Magen, Netz und Bauchwand. Duodenum, Pars pylorica sind nicht freizulegen.

5. Mann, 42 Jahre. 1924. Vor 10 Jahren wegen Ulc. duod. p. Uebernähung. Seit 3 Monaten Uebelkeit, Erbrechen nach dem Essen. Magenwerte: 44/58. 2. Op. Resektion Billroth II. Bef.: Duodenum, Pylorus durch Schrumpfung des kleinen Netzes nach links gezogen, Magen geknickt. Verwachsungen mit Leber, Gallenblase, Pankreas. 2 derbe Ulcera ventr.

6. Mann, 21 Jahre. 1925. Vor 2 Jahren wegen Ulc. duod. p. Uebernähung. 6 Monate post op. wieder Schmerzen, nach dem Rücken ausstrahlend, unabhängig vom Essen. Stuhl zeitweise schwarz. Magenwerte: 36/63. 2. Op. Resektion zur Ausschaltung nach Madlener. Bef.: 2 Ulcera duodeni: 1 Ulkus nahe Pylorus, ins Pankreas, 1 Ulkus in die Leber penetriert.

7. Mann, 41 Jahre. 1925. Vor 3 Jahren wegen Ulc. ventr. p. Uebernähung und G.E. Seit 2 Monaten Schmerzen, Erbrechen. 2. Op. Resektion Billroth II. Bef.: Altes narbiges Ulcus praepyloricum.

Aus obigen 7 Leidensgeschichten entnehmen wir folgendes: Die meisten Patienten (Fall 1, 2, 3, 4, 6) wurden nur kurze Zeit nach der ersten Operation beschwerdefrei. (Fall 2 überhaupt nicht.) Innerhalb eines Jahres setzte das Leiden wieder ein. Mit Ausnahme von Fall 4, wo eine Orientierung aus technischen Gründen nicht möglich war, und Fall 5, wo in der Zwischenzeit neue Geschwüre an anderer Stelle (Magen) entstanden waren, sehen wir die Persistenz des Ulkus als Ursache der Beschwerden.

Darin stimmen unsere Beobachtungen mit denen von G. Bohmansson überein, welcher 5 Rezidive nach Uebernähung (a. O.) operativ anging.

Wenn wir zunächst die nach Billroth II primär resezierten Fälle außer Betracht lassen, so bleiben noch 27 Patienten, über deren Ergehen nach der ersten Operation Nachricht einzuholen war.

Nur 4 waren erreichbar. Alle wurden einer röntgenologischen Kontrolle zugeführt mit folgendem Ergebnis:

8. Vor 16 Jahren wegen Ulc. ventr. p. „Neumann". Verlauf: In den ersten Jahren post op. die gleichen Beschwerden. Jetzt außer Druck in der Magengegend nach schweren Speisen o. B. Rtgb.: Magen in Pylorusgegend fixiert. Konturen glatt. Nach 2 Stunden Magen leer.

9. Vor 9 Jahren wegen Ulc. duod. p. Uebernähung und Netzdeckung. Verlauf: Inzwischen viermal (1917, 1918, 1919, 1922) Blutstühle. Vor jeder Blutung heftige Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit, Brechreiz. Schwinden dieser Beschwerden jedesmal mit Eintreten der Blutung. Muß sich in Acht nehmen vor dem Genuß von kalten Getränken, Hülsenfrüchten. Rtgb.: Raffung der kleinen Kurvatur, wodurch die Pars pyl. im rechten Winkel vom absteigenden Magenteil abgeht. Entleerung etwas verzögert.

10. Vor 5 Jahren Keilexzision eines Ulc. ventr. call. p. Verlauf: Vor 2 Jahren zweimal Schmerzattacken von mehrwöchiger Dauer. Jetzt keine wesentlichen Beschwerden. Rtgb.: Zähnelung der großen Kurvatur. Pars pyl. an die Pars descend. des Magens herangezogen. An kleiner Kurvatur am Ende des absteigenden Magenteils eine muldenartige Eindellung, aus der ein nischenartiges Gebilde herausragt.) Nach 2 Stunden geringer Rest.

11. Vor 4 Jahren Uebernähung und G.E. eines Ulc. praep. p. Verlauf: Nach größeren Mahlzeiten Druck in Magengegend. Rtgb.: Einrollung der kleinen Kurvatur. Kl. Kurvatur läuft in Pars pyl. in dreieckigem, kurzem Fortsatz aus. Zähnelung der großen Kurvatur. Persistierender Duodenalfleck.

Von den ersten 7 einer zweiten Operation zugeführten Patienten wurde Fall 4 nachuntersucht. Die ersten 3 waren nicht erreichbar, bei den letzten 3 lag die Operation noch zu kurze Zeit zurück.

Ad 4. 2. Operation: (G.E.r.p.) vor 2 Jahren. Verlauf: dauernd Schmerzen, jedoch erträglich. Schmerzen in keiner Beziehung zur Nahrungsaufnahme. Durchl.: organ. Sanduhrmagen oberhalb der G.E.

Ueberblicken wir das Resultat der konservativen Methoden, so stellen wir fest, daß von 11 Patienten 7 einer zweiten Operation unterzogen werden mußten, ferner, daß bei zweien (Fall 10, 11) auf Grund der Nachuntersuchung begründeter Verdacht eines Rezidivs besteht, während die übrigen 2 bei der nötigen Vorsicht betreffend Menge und Art der Nahrung als beschwerdefrei gelten können.

Wenden wir uns den 13 im akuten Perforationszustand resezierten Fällen zu, so ergibt sich folgendes Bild:

Die längste zurückliegende Zeit beträgt etwa 12 Jahre, die kürzeste 1 Jahr. Der einzige Todesfall unter diesen 13 Patienten vor 12 Jahren fällt nicht der Operation als solcher zur Last, sondern hat seine Ursache in der Technik. Zur Erläuterung die Daten:

Mann, 18 Jahre. 1913. Bisher stets gesund. Vor etwa 12 Stunden plötzlich mit heftigen Schmerzen im Oberbauch und häufigem Erbrechen erkrankt. Op. Bef.: Im ganzen Abdomen Galle. Ursache: Ulc. duod. perf. Op. 13 Stunden p. perf. Billroth II, Reichel. Verlauf: 24 Stunden später Brechreiz und Völlegefühl, ein Zustand, der trotz Magenspülungen, welche große Mengen von Galle herausbefördern, weiterbesteht und deshalb 4 Tage nach der Op. zur Relaparotomie führt. Befund: Darm (abführende Schlinge) unterhalb der G.E. leer. Hindernis durch Mesokolon bedingt, das den Darm abklemmt. Op. G.E. ant. ant. mit E.A. 24 Stunden später Ex. let.

Der größte Teil der 12 Patienten ist röntgenologisch nachuntersucht worden: irgendein pathologischer Befund ließ sich nicht erheben. Die vor ca. 3 Jahren operierte Patientin ist „glücklich, von ihrem Leiden vollständig geheilt zu sein".

Kurz einige Worte zur Behandlung der freien Peritonitis. Nach Eröffnung des Abdomens Entfernung der größten Massen durch Austupfen. Nach Beendigung der Operation ausgiebige Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung von etwa 40° C. Ein dickes Gummidrain in den Douglas, durch medianen Knopflochschnitt ins kleine Becken gestellt.

Spülung der Bauchhöhle vor der operativen Versorgung des Ulkus vorzunehmen, halte ich auf Grund eines Falles, der im Anschluß daran eine Pneumonie bekam (Liegen auf nassem Operationstisch), für nicht richtig. Lagerung des Patienten im Bett in halbsitzender Stellung, mit einer Rolle unter den Knien, so daß das Becken den tiefsten Punkt bildet. Nach systematischer Durchführung dieser Lagerung haben wir niemals (auch bei Peritonitiden anderer Aetiologie) Restabszesse erlebt.

Wohl allgemein herrscht die Ansicht, daß der akute Durchbruch von Geschwüren nach dem Kriege häufiger geworden ist. Betrachten wir daraufhin eine Zusammenstellung unseres Materials, welche gleichzeitig das Zahlenverhältnis zwischen Magen- und Zwölffingerdarmperforationen enthält:

1901 — 0
1902 — 1 v.
1903 — 2 v.
1904 — 1 v.
1905 — 0
1906 — 1 d.
1907 — 0
1908 — 1 v.
1909 — 2 1 v.
1 d.
1910 — 2 1 v.
1 d.

1911 — 2 v.
1912 — 6 2 v.
4 d.
1913 — 7 1 v.
6 d.
1914 — 5 3 v.
2 d.
1915 — 4 3 v.
1 d.
1916 — 4 3 v.
1 d.
1917 — 3 v.
1918 — 1 v.
1919 — 5 4 v.
1 d.
1920 — 5 v.

1921 — 2 v.
1922 — 9 7 v.
2 d.
1923 — 7 4 v.
3 d.
1924 — 5 2 v.
3 d.
1925 — 11 3 v.
8 d.

so bedeuten die Jahre 1922 und 1925 Höhepunkte. Im übrigen läßt sich ein großer Unterschied zwischen den Vor- und Nachkriegsjahren nicht feststellen. Wenn die früheren Jahrzehnte wenig oder gar keine Fälle aufzuweisen haben, so liegt das m. E. daran, daß die Krankheit von den behandelnden Aerzten nicht erkannt wurde, und die Patienten an ihrer Peritonitis zu Hause starben. Bei sämtlichen bis einschl. 1910 zur Behandlung eingelieferten Patienten war ein längeres Intervall, 17 bis 30 Stunden, vorhanden. 1911 wurde zum ersten Male ein Patient mit kürzerem Intervall (7½ Stunden) hereingesandt. Mit einer längeren Zwischenzeit überhaupt (nach 12 Stunden) kamen ca. 46% zur Operation.

Eine muskelstarke Konstitution der Patienten, wie sie z. B. Naumann an seinem Material beobachtet haben will, konnten wir im allgemeinen nicht feststellen. Leider lassen unsere Krankengeschichten zum großen Teil derartige Angaben vermissen, da früher dergleichen keine besondere Bedeutung zugemessen wurde. Sämtliche Patienten, deren ich mich entsinne (ca. 40%) waren im Gegenteil ausgesprochen muskelschwache Individuen, hagere, z. T. schmächtige Gestalten, welche fast ausschließlich dem Arbeiterstande angehörten.

Was die Häufigkeit des akuten in Beziehung zum chronischen Geschwür anlangt, so haben wir bereits gesehen, daß von den 86 Ulzera 55 als chronische bezeichnet werden müssen; bei 24 lag ein entsprechender Operationsbefund vor, wonach es sich in sämtlichen Fällen um kallöse Ulzera handelte.

Es sind Stimmen laut geworden mit der Forderung, daß die Operationsmethode dem jeweils vorgefundenen Geschwürscharakter — akut oder chronisch — angepaßt werden sollte, m. a. W., daß nur bei chronischen Ulzera ein radikales Vorgehen in Erwägung zu ziehen sei. Ich frage: wie will man einem akuten Geschwür es ansehen, ob es nach konservativer Behandlung auch zur Ausheilung gelangen wird? Daß eine Heilung eintreten kann, steht außer Zweifel. Andererseits haben wir so häufig erlebt, daß aus dem akuten Ulkus ein chronisches wurde (z. B. Fall 6, 11 u. a.), daß wir es ablehnen, den Patienten evtl. einem zweiten Eingriff zu unterziehen, wenn die begründete Aussicht besteht, durch die primäre radikale Operation dem Patienten dauernd zu helfen.

Gehen wir auf die Bewertung der einzelnen operativen Maßnahmen näher ein, zunächst ohne Beziehung zum Intervall.

Als älteste Methode rangiert die Uebernähung, in Kombination evtl. mit Netzplastik bei unsicherer Naht.

Wir sahen zwei Patienten wenige Tage nach dem Eingriff an einer profusen Blutung aus dem Ulkus sterben. Bei einem dritten Patienten wurde wegen profuser Blutung nach diesem Eingriff zur Vermeidung weiterer derartiger Komplikationen eine Pylorusausschaltung hinterhergeschickt. Zwei weitere Patienten kamen durch Nahtinsuffizienz zum Exitus.

Von den 19 Ueberlebenden wurden 5 einer zweiten Operation zugeführt, wobei es sich zeigte, das das Ulkus (das akute in gleicher Weise wie das chronische) nicht ausgeheilt war. Das Mindeste war in fast sämtlichen nachuntersuchten Fällen eine mehr oder weniger starke Deformierung des Magens, z. T. mit leichten Entleerungsstörungen verbunden. M. E. nach sollte diese Methode nur Anwendung finden bei alten, dekrepiden Leuten, ferner bei schlechtem Allgemeinzustand, wo es darauf ankommt, den Eingriff auf das Allernotwendigste zu beschränken.

Das gleiche Urteil ist der Uebernährung und G. E. zu sprechen. Als Beweis führe ich Fall 4, 7, 11, 12 an. Gleichwie die G. E. bei nicht perforiertem Ulkus von uns abgelehnt wird — außer bei alten, hinfälligen Leuten und bei nicht resezierbarem Ulkus —, so können wir auch hier nicht den Eindruck gewinnen, daß diese Methode ausreicht, um eine Dauerheilung zu gewährleisten.

Abgesehen davon, daß die Persistenz eines Ulkus mit seinen Folgen sich anschließen kann, ist eine zweite Operation in radikaler Form, besonders bei der G. E. r. p., welche wir nach Möglichkeit stets ausgeführt haben, ein gewaltiger Eingriff. Wenn überhaupt ein konservativer Eingriff in Frage kommt, so genügt m. E., besonders beim akuten Ulkus, die Uebernähung vollkommen. Netzplastik als alleiniger Eingriff ist als die schlechteste Hilfe zu bezeichnen, welche man dem Patienten bringen kann. Nur einmal fand sie Anwendung, da sich die kallösen Ränder des Ulkus nicht übernähen ließen. Der Patient ging ein an einer Blutung aus dem Ulkus.

Die Fistel nach Neumann wird von manchen gerühmt, ja von einzelnen wird sie als die Methode der Wahl gehandhabt. Große Erfahrungen haben wir nicht sammeln können. Von unseren 4 derartig behandelten Patienten kam der eine (Intervall 48 Stunden) 2 Tage p. op. zum Exitus, Grund nicht vermerkt. Zwei weitere (Intervall 3 und 5 Tage) erlagen der Peritonitis. Der vierte (Fall 8) konnte nachuntersucht werden; der röntgenologische Befund ist als ein guter zu bezeichnen.

Der Keilexzision stehen wir gleichfalls ablehnend gegenüber wegen der nachfolgenden starken Deformierung des Magens und der häufigen Rezidive (Fall 10).

Wir kommen zur Bewertung der radikalen Methode, der Resektion nach Billroth II.

Wie bereits erwähnt, wurden bisher 13 Patienten mit einem Intervall von 4 bis 12 Stunden reseziert. Sämtliche Patienten gehörten dem noch leistungsfähigen Alter an. Die längste zurückliegende Zeit der Operation beträgt 12 Jahre (1 Fall), bei den übrigen schwankt das Datum zwischen 3 und 1 Jahr.

Gewiß, die Beobachtungszeit ist bei der Mehrzahl der Patienten noch eine relativ kurze, um von einem Dauererfolg sprechen zu können. Immerhin ist eine Bewertung jetzt schon möglich, im Vergleich zu dem Erfolg der konservativen Methoden, wenn wir in Betracht ziehen, daß bei unseren nachoperierten Patienten (Fall 1, 2, 3, 4, 6) bereits innerhalb eines Jahres wieder Beschwerden sich einstellten. Abgesehen davon, daß sämtliche resezierten Patienten einer komplikationslosen Wundheilung entgegengingen, daß ferner die Mortalität = 7,7% betrug (mit Ausschluß des ersten Falles, dessen tödlicher Ausgang nicht der Methode zur Last gelegt werden kann = 0%), hat die röntgenologische Nachuntersuchung bei sämtlichen Patienten, welche erreichbar waren (die Mehrzahl), keinen Anhaltspunkt für irgendwelche pathologischen Verhältnisse ergeben. Man kann deshalb wohl sagen, daß die Resektion sich uns als das beste Verfahren erwiesen hat. Auf Grund der bakteriziden Eigenschaft des Mageninhalts, welche er auch in der freien Bauchhöhle in den ersten 12 Stunden bewahren soll, liegt weiter keine Gefahr vor, innerhalb dieses Zeitabschnittes zu resezieren.

Die Resektion bei dieser Komplikation eines Ulkus ist m. E. lediglich eine Frage des Mutes und der Technik. Denn wer seiner Technik in bezug auf Exaktheit und Schnelligkeit sicher ist, wird kaum viel mehr Zeit gebrauchen als bei einer Uebernähung und G. E.

In bezug auf die Nachbehandlung werden unsere resezierten Patienten in gleicher Weise wie die wegen nicht perforiertem Ulkus resezierten gehalten, eine 6 Monate dauernde Diät zu befolgen, welche dem geänderten mechanischen Momente und den chemischen Verhältnissen Rechnung trägt.

Fassen wir kurz unsere Ausführungen zusammen, so steht unsere Klinik auf folgendem Standpunkt:

1. Jedes frei perforierte Geschwür, akut wie chronisch, ist zu resezieren, sofern es der Kräftezustand des Patienten erlaubt.
2. Die konservativen Methoden geben schlechte Resultate, denn
   a) sie bieten nicht die Gewähr der Ausheilung des Geschwürs und der damit verbundenen Komplikationen,
   b) sie machen in den meisten Fällen eine zweite Operation notwendig, welche besonders bei der G. E. r. p. unter schwierigen Verhältnissen ausgeführt werden muß und dementsprechend einen viel größeren Eingriff darstellt als die primäre Resektion.
3. Die konservativen Methoden haben nur eine Berechtigung:
   a) bei alten, dekrepiden Leuten,
   b) jenseits der 12-Stundengrenze, wo infolge der Bösartigkeit der Peritonitis jeder Eingriff auf das Mindestmaß zu beschränken ist.

Literatur:

1. G. Bohmansson: Acta Chirurg. Skandinavica, 60., 7.
2. H. Naumann: Arch. f. kl. Chir., 139., H. 2/3.
3. Unger: Ztbt. f. Chir. 1924, Nr. 43.
4. Rupp: Ztbl. f. Chir. 1926, Nr. 10.
5. Löhr: Ztbt. f. Chir. 1926, Nr. 26.

Aus der Vertrauensarztstelle der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.

Arteriosklerose und Aortitis luica.

Von

Dr. med. Adolf KIMMERLE,
Vertrauensfacharzt für innere Krankheiten an der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg.

Wie die Erfahrung der letzten Dezennien gezeigt hat, nimmt die Aortitis luica einen hervorragenden Anteil nicht nur als Folgekrankheit einer früheren Lues, sondern unter den Herzkrankheiten überhaupt ein. Die Reihe der Männer, welche auf diese Erkrankung der Aorta hingewiesen und sie als Krankheit sui generis aufgestellt haben, ist groß. Während Heubner als erster 1874 mit seinen Arbeiten über die spezifischen Veränderungen syphilitischer Hirngefäße wohl den Anstoß dazu gegeben hatte, das Augenmerk auf diese Form der Spätlues zu lenken, indem er die syphilitische Erkrankung der Hirngefäße scharf von der gemeinen Arteriosklerose trennte, beschrieben im Jahre 1885 Heller und Döhle die charakteristischen Bilder der Mesaortitis luica. Von diesen Autoren führt über Benda, Chiari, Eugen Fraenkel, Fahr u. a. bis zum Beginn des zweiten Jahrzehnts des neuen Jahrhunderts der Weg, auf welchem sich die Erkenntnis und Auffassung über die Aortitis luica entwickelten und festigten, wie sie heutzutage allgemein anerkannt wird. Durch die wertvolle Arbeit der genannten Autoren aufmerksam gemacht, versuchten nun die Kliniker intra vitam die Spezifität der Aorten-Erkrankung zu erkennen. Goldscheider, Moritz, Romberg, Schottmüller und anderen gebührt das Verdienst, hierbei bahnbrechend gewesen zu sein. Die Aortitis luica wurde nun auch klinisch ein immer bekannteres Bild. Die Kriegsjahre mit ihrem Massenmaterial boten ja auch die geeignete Gelegenheit dazu, entsprechende Beobachtungen zu machen. So wie wir es bei der Appendizitis, beim Ulcus duodeni gesehen haben, so geschah es auch bei der Aortitis luica. Nachdem sie einmal als festumrissenes Krankheitsbild skizziert und festgehalten war, häufte sich auch numerisch ihre Erkennung. So gut es die Appendizitis seit Menschen leben immer schon gegeben hat, und das Ulcus duodeni nicht erst seit etwa 20 Jahren vermehrt aufgetreten ist, genau so gab es auch, seit die Syphilis existiert, spezifisch syphilitische Gefäßerkrankungen. Daß die Erkennung ihrer Spezifität erst auf dem Umweg über den Pathologen und Anatomen erfolgte, beweist eben nur, wie schwierig eine präzise Unterscheidung intra vitam war und auch heute noch ist, wenn auch Louvrier in seinem Buche „Darstellungen syphilitischer Krankheitsformen" schon 1819 die syphilitischen Krankheiten der Brustorgane, allerdings sehr kursorisch, erwähnt und versucht, syphilitische Erkrankungen der Brustorgane zu schildern. Wir wissen, daß anatomisch die Diagnose älterer Aorten-Syphilis makroskopisch häufig sehr schwierig und nicht immer einwandfrei zu stellen ist; das Vorkommen der Aorten-Syphilis bei gleichzeitiger Arteriosklerose gestattet eine makroskopische Diagnose sehr häufig nicht. Da also die Differential-Diagnose der syphilitischen und arteriosklerotischen Gefäßerkrankung, besonders an der Aorta, nicht nur intra vitam, sondern auch makroskopisch in tabula manches Mal sehr schwer, wenn nicht unmöglich ist, so ist es wohl zu verstehen, daß bis zu den Jahren 1874 und 1885 die syphilitischen Gefäßerkrankungen in den großen Topf der Erkrankungen des Herz- und Gefäßsystems geworfen wurden. Aehnliches erlebten wir mit dem Sammelbegriff „progressive Muskelatrophien" zu den Zeiten, als noch unter dieser Flagge Fälle von Rückenmarkslues, amyotrophischer Lateralsklerose und Syringomyelie segelten, bis wir durch Duchenne, Aran, Erb u. a. lernten, was wir unter progressiver Muskel-Atrophie zu verstehen hatten.

Die Diagnose der beginnenden Aortitis luica ist zwar nicht ganz leicht, aber sie ist zu stellen. Unter Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens wird das Erkennen entschieden erleichtert. Ich habe darüber ausführlich in einer früheren Arbeit (4) berichtet. Bei diesen beginnenden Fällen handelt es sich meistens um Leute in den mittleren Jahren, also zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre. Diese Altersperiode spricht entschieden für Syphilis als Aetiologie umsomehr, als wir später sehen werden, daß die Aortitis luica auch nach dem 60. Lebensjahr noch sehr häufig anzutreffen ist. Wie verhält es sich nun bei Leuten über 50 Jahren, bei welchen wir eine gewöhnliche Arteriosklerose als Ausdruck einer rein physiologischen Abnutzung für mit großer Wahrscheinlichkeit als vorliegend annehmen dürfen. Hier ergibt sich die Frage, was ist auf das Konto der Syphilis, was auf das Konto der Arteriosklerose zu setzen. Die Lösung dieser Frage ist von nicht zu vernachlässigender, von nicht untergeordneter Bedeutung. Vor allem ist es nie und nimmer angängig, sich durch das Alter des Patienten beruhigen zu lassen oder sein ärztliches Gewissen mit dem Gedanken in Sicherheit zu wiegen, daß die Beschwerden und Erscheinungen mit Rücksicht auf das Alter lediglich als Alterserscheinungen anzusehen sind, umsomehr als wir gelernt haben, daß die Arteriosklerose und die Syphilis, vor allem im Aortenrohr, nicht nur verschiedene Gefäßgebiete, sondern auch verschiedene Wandschichten und Gewebe der Gefäßwand bevorzugen. Wenn diese Feststellungen dem Anatomen letzten Endes mikroskopisch immer möglich sein werden, wie soll der Kliniker sich helfen? Die gewissenhafte und richtige Anamnese ist die halbe Diagnose, die Untersuchung des Gesamtorganismus, vor allem des Zentralnervensystems, die Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens sind weitere zuverlässige Stützen für die Klärung der Diagnose. Darüber hinaus gibt es aber nichts, vor allem nicht bei Zweifelsfällen. Ob sich eine Aortitis luica auf dem Boden einer Arteriosklerose oder umgekehrt, eine Arteriosklerose auf dem Boden einer syphilitischen Gefäßschädigung leichter und rascher entwickelt oder ausbreitet, ist eine Frage für sich, meines Erachtens zunächst überhaupt nicht zu beantworten. Was die Zeit des Entstehens der verschiedenartigen Prozesse betrifft, so tritt, wie dies uns speziell wieder der Krieg mit seinem Riesenmaterial bestätigt hat, die Arteriosklerose bereits im dritten Jahrzehnt sehr häufig auf (Moenckeberg, Lubarsch u. a.). Dies hat nichts damit zu tun, daß die Arteriosklerose ihre Bedeutung als Krankheitsursache erst im höheren Lebensalter gewinnt. Der Beginn der syphilitischen Gefäßerkrankung hängt von dem Zeitpunkt der Infektion ab. Wenn die syphilitische Gefäßerkrankung in verhältnismäßig frühen Jahren Erscheinungen und Beschwerden macht, so hängt dies meines Erachtens damit zusammen, daß die Syphilis eben die Wandteile bevorzugt, welche den Hauptanteil eines Gefäßes, vor allem in der Aorta, bilden und deren Schädigung für die Leistungsfähigkeit des Gefäßsystems besonders rasch nachteilig und gefährlich ist. Daß diese Lokalisation wahrscheinlich im wesentlichen ein wichtiges Symptom bedingt, zeigt uns die Erfahrung und Beobachtung bei der Röntgenuntersuchung (vor allem bei der Röntgendurchleuchtung). Ich glaube also, daß wir bezüglich des Alters und der Dauer des Prozesses zunächst nichts Sicheres sagen können. Ich setze dabei voraus, daß die syphilitische Infektion in der Regel zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre erfolgt. Interessant wäre es aber zu betrachten, wie es sich verhält, wenn sich jemand eine Syphilis nach dem 50. Lebensjahre akquiriert, also in einem Alter, in dem er sicherlich bereits eine mehr oder weniger ausgebreitete Arteriosklerose hat. Wäre es denkbar, daß ein vorwiegend auf die Intima lokalisierter Prozeß den geeigneten Boden für die Entstehung eines syphilitischen Prozesses in der media und adventitia darstellt oder gar die Ausbreitung des syphilitischen Prozesses dadurch beschleunigt würde? Es wäre denkbar, daß, da die Lokalisation der Arteriosklerose keine so eng begrenzte wie die bei der Aortenlues in der Aorta ascendens bei Leuten im 30. bis 50. Lebensjahre ist, das Auftreten und vor allem die Ausbreitung der syphilitischen Aortitis in verhältnismäßig kurzer Zeit auf weitere Gefäßabschnitte stattfinden könnte, wenn diese Gefäßabschnitte schon durch eine gemeine Arteriosklerose verändert sind. Bei sicherer luetischer Anamnese, bei Vorhandensein von Reflexanomalien, welche auf eine frühere syphilitische Infektion schließen lassen, ließe es sich dann in vereinzelten Fällen verstehen, daß z. B. der Röntgenbefund nicht eindeutig oder mit hoher Wahrscheinlichkeit für luische Aetiologie zu verwerten ist. Ueber die Häufigkeit der Kombination von Arteriosklerose mit Aortitis luica sind intra vitam nur Schätzungen möglich, wir können nur dann die Fälle verwenden, wenn die Veränderungen Beschwerden verursachen, derentwegen der Arzt aufgesucht wird, also den wesentlichen Bestandteil des Krankheitsbildes darstellen. So ist es begreiflich, daß die berechneten Zahlen divergieren. Nach Wittgenstein und Brodnitz (2) kamen bei ihrem klinischen Material von 3280 wegen Herz- und Gefäßerkrankung Behandelten 1594 mit vorwiegend arteriosklerotischem Komplex, das sind etwa 50% aller an Herz- und Gefäßkrankheiten Behandelten. Die Kombination von Arteriosklerose plus Lues errechneten sie mit annähernd 8%, eine Ziffer, die meines Erachtens zu niedrig ist. Romberg berichtet (3), daß bei 23% der syphilitischen Gefäß- und Aorten-Erkrankungen Arteriosklerose vorlag. Dagegen fanden sich bei den Arteriosklerotikern nur 6,5% mit nachweisbarer spezifischer Infektion.

Ich habe versucht, an etwa 130 Fällen festzustellen, ob es möglich ist, sicher oder mit einem gewissen Wahrscheinlichkeitskoeffizienten die Diagnose Aortitis luica bei Arteriosklerose zu stellen, oder wie häufig die Aortitis luica angenommen werden muß, trotzdem es sich um die Jahre handelt, in welchen man gewöhnlich die Arteriosklerose als die Ursache der Erscheinungen anzusprechen geneigt ist. Es handelt sich nur um Leute, die das 50. Lebensjahr überschritten hatten. Wenn wir annehmen, daß die Arteriosklerose gewöhnlich gegen das Ende des vierten Jahrzehnts einsetzt, so dürfte das 50. Lebensjahr die richtige Grenze für die folgenden Beobachtungen und Schlüsse sein. Der verflossene Weltkrieg hat allerdings gezeigt, daß die Anfänge der Erkrankung noch erheblich weiter zurückreichen. Das ungeheure Beobachtungsmaterial an Leichenfunden jugendlicher und im besten Mannesalter Verstorbener lehrte uns, daß die Erkrankung bei Männern schon vom 25. Lebensjahre an gar nicht so selten, im dritten und vierten Dezennium aber ganz enorm ausgebreitet ist. Mit dem 50. Lebensjahre glaube ich somit eine Altersgrenze gewählt zu haben, in welcher man die Arteriosklerose als einen physiologischen Abnutzungsprozeß ansehen darf, welcher im wesentlichen mit der Abnahme der Elastizität durch degenerative Prozesse zu erklären ist. Um diese Zeit also dürfte der Durchschnittsmensch, besonders der körperlich arbeitende — denn um solche Leute handelt es sich bei meinem Material fast ausschließlich — sich im Zustand dieser physiologischen Abnutzung befinden. Ob diese Abnutzungserscheinungen usw. Beschwerden machen müssen, ist eine Frage für sich, hängt auch von der äußerst wechselvollen Lokalisation und Ausbreitung des Prozesses ab. Andererseits, darauf werde ich später noch genauer zurückkommen, ist der Zeitabschnitt über dem 50. Lebensjahr kein Beweis gegen das Vorliegen einer Aortitis luica.

Da ich die einzelnen Fälle nur gelegentlich vertrauensärztlicher Untersuchungen, höchstens zwei- bis dreimal zu sehen bekommen habe, ist die Untersuchung bis ins einzelne, vor allem eine Liquoruntersuchung, nicht so möglich, wie bei stationärer Krankenhausbeobachtung. Immerhin konnte ich doch bei einem ganz erheblichen Prozentsatz (bei 73 Fällen von 130) auf Grund von Anamnese des körperlichen Befundes, des Röntgenbefundes, zu der Ueberzeugung gelangen, daß eine sichere Aortitis luica neben einer Arteriosklerose vorlag. Ich betone gleich, daß ich auf die WaR. von vornherein weniger Wert legte, da der negative Ausfall gar nichts beweist, die luische Natur eines Leidens sicherlich nicht ausschließt und der Ausfall — nach was für einer Seite ist gleichgültig — nimals allein maßgebend oder ausschlaggebend für den therapeutischen Eingriff ist, wenn andere Umstände, z. B. der Befund oder die Beschwerden, einen anderen Weg weisen. Sehr viel Wert legte ich stets auf eine gründliche Anamnese. Dabei kommt es sehr auf die Fragestellung an. Jeder Erfahrene wird wissen, daß bei diesem heiklen Thema oft viele Hemmungen zu überwinden sind. Das kurze „Nein" des Patienten genügte mir nie. Das „Wundscheuern" der „Pickel" spielte unter den spezifischen Eintrittspforten eine große Rolle, meistens wurden aber auch diese „Geschwürchen" erst zugegeben, wenn man dem Betreffenden die Narben am Penis zeigte. Das war natürlich mit Milch oder Seifenwasser oder sonst einem Hausmittel meistens in kürzester Zeit „gesund kuriert". Manchmal verschwand so eine „kleine Stelle" sofort nach ein paar Einreibungen und weil sie so prompt verschwand, meinten sehr viele Leute, dann ist es sicherlich keine Syphilis gewesen, fühlen sich gerettet und gesund und können nicht verstehen, daß der derzeitige Befund an anderen Organen die Folge der nicht oder höchst ungenügend kurierten früheren Syphilis sein soll. Man erlebt solche Sachen immer und immer wieder. Manchmal wird so eine Infektion erst bei der zweiten oder dritten Untersuchung festgestellt, obwohl vorher jegliche Infektion strikte und hartnäckig geleugnet wurde. Dies Verhalten der Patienten ist meines Erachtens zu wenig bekannt. Die Motive hierfür sind mir teilweise unbegreiflich. Ich gebe zu, daß es bei vielen Gleichgültigkeit ist oder Mangel an Einsicht und Aufklärung. Ein Teil — das glaube ich bestimmt — fürchtet Benachteiligung in versicherungsrechtlicher Hinsicht, wenn das Leiden als Folge einer früheren Geschlechtskrankheit erkannt wird, ein Gedankengang, der natürlich völlig absurd ist. Besonders ist ein solches Verhalten bei Leuten anzutreffen, die einen Unfall erlitten haben und nun im Kampf um ihre Rente ihr ganzes Sinnen und Trachten darauf konzentrieren, alles, was nicht mit einem Unfall in Einklang zu bringen ist, strikte abzulehnen. In manchen Kreisen mag es auch etwas peinlich empfunden werden, nach einer derartigen Quelle des Leidens befragt zu werden. Es ist nicht immer so, wie Josef Louvrier dies in seinem Lehrbuch: „Nosographisch-therapeutische Darstellung syphilitischer Krankheitsformen", 2. Auflage 1818 von einem südlichen Lande schildert, daß man sich gar nicht viel dabei dachte; wenn man in der besten Gesellschaft ganz offen davon sprach, „man habe gestern die zweite oder dritte Einreibung gemacht". Es ist daher sehr schwer, bei sämtlichen Fällen die frühere spezifische Infektion zu eruieren, weil es doch noch manchen Kranken gibt, der auch dem hartnäckigsten Kreuzverhör des examinierenden Arztes zu widerstehen und zu entgehen vermag. Nächst der Eruierung der Infektion kommen die Fragen nach Aborten, Totgeburten, ob die Ehe kinderlos geblieben ist usw. in Betracht. Von den lokalen Befunden halte ich für wichtig — ich habe in einer früheren Arbeit darauf aufmerksam gemacht (4) — die Betonung des zweiten Aortentones, der oft von klingendem Charakter ist, besonders bei niedrigem Blutdruck, die Verbreiterung des Herzens im zweiten und dritten Interkostalraum nach rechts, die Röntgenuntersuchung. Speziell für die Differentialdiagnose halte ich den verstärkten zweiten Aortenton bei niedrigem Blutdruck und die Röntgenuntersuchung für sehr wichtig und brauchbar.

Moritz (1) legt gleichfalls großen Wert auf den verstärkten zweiten Aortenton bei niedrigem Blutdruck, um die luische Aetiologie einer beginnenden Aortenerkrankung darzutun. Sehr treffend bezeichnet er die Verstärkung des zweiten Aortentones als das oft „erste und einzige Alarmzeichen", welches auf die Möglichkeit einer Aortenlues hinweisen kann. Das systolische Geräusch am rechten Sternalrand konnte ich nicht so regelmäßig feststellen. Weiter ist von ganz hervorragender Wichtigkeit der Nachweis irgendwelcher Zeichen und Erscheinungen, die mit Sicherheit auf Syphilis zu beziehen sind, so Reflex- und Pupillen-Anomalien, vor allem, wenn Symptome einer Tabes vorhanden sind. Von sehr großem Wert für die Differentialdiagnose ist das Röntgen-Verfahren. Ich gehe davon aus, was für Schichten des Aortenrohres erkrankt sind. Es könnte sein, daß die Erscheinungen speziell vor dem Röntgenschirm — ich denke an die verstärkte Pulsation — verschieden sind, je nachdem die Media oder Intima vorzugsweise erkrankt ist. Die verstärkte, isoliert auf die Ascendens beschränkte Pulsation, die sogenannte vermehrte Pulsationsbreite, ist immer für Syphilis äußerst suspekt. Sie ist das wichtigste Frühsymptom und wird gerade bei jüngeren Leuten verhältnismäßig häufig beobachtet. Diese verstärkte Pulsation kann sehr häufig wieder verschwinden, entsprechend der Reparationsvorgänge im Aortenrohr (Vernarbungsprozesse der Aortitis). Sie kann aber auch bei älteren Leuten noch recht häufig festgestellt werden und spricht meines Erachtens gegen Arteriosklerose. Es läßt sich denken, daß eine nachgiebig gewordene Media sich anders verhält, als eine veränderte Intima. Wenn der dem Ventrikel entströmende Blutstrom gegen ein Gefäßrohr dauernd anstürmt, dessen Media an einer Stelle zerstört bzw. weniger widerstandsfähig geworden ist, so dokumentiert sich der Ablauf der Wellenbewegung ganz anders, als wenn nur die Intima erkrankt ist. Die Media ist speziell im Aortenrohr die wichtigste Gewebsschicht, an Masse die Intima und Adventitia weit übertreffend. Da sie in erster Linie Muskelschicht ist, die auch viele elastische Elemente enthält, ist sie wohl das beste kontraktile Element der Gefäßschichten, ihr teilweiser Ausfall mithin viel schwerwiegender, als der Ausfall der Intima, die einmal verhältnismäßig dünn ist und dann überwiegend elastische, weniger muskuläre Elemente enthält. Zudem handelt es sich bei der syphilitischen Aortitis nicht nur um eine Media-Erkrankung, sondern auch um eine Schädigung der Adventitia, also um Veränderungen in zwei Schichten, während bei der Arteriosklerose doch vorwiegend die Intima-Veränderungen im Vordergrunde stehen ohne Mitbeteiligung der Media im allgemeinen. Eine Aorta mit vorwiegend Intima-Veränderungen wird also bei der Durchleuchtung ein anderes Bild des Pulsationsablaufes zeigen, als eine Aorta, deren Media und Adventitia verändert sind. Je nach Ueberwiegen des einen oder anderen Prozesses in den verschiedenen Schichten muß der Ausschlag ein verschiedener sein. Auch bei den Mischformen müßte dieser Ablauf noch als andersartig gegenüber der reinen Arteriosklerose zu erkennen sein. Nächst der Beobachtung der Pulsation ist das Verhalten des Aortenschattens, was die Breite anbelangt, von Wichtigkeit. Hierbei spielt die Lokalisation eine sehr große Rolle. Eine Verbreiterung der Aorta ascendens spricht aber von vornherein schon mehr für Lues, weil hier an dieser Stelle bekanntermaßen der Lieblingssitz der syphilitischen Aortitis ist, der Blutstrom an diesem prädisponierten Locus minoris resistentiae seine zerstörende Wirkung auch mechanisch erfolgreich gestalten kann. Umgekehrt spricht die Verbreiterung der Deszendens mehr für Arteriosklerose.

Unter Zuhilfenahme dieser Hilfsmittel und Untersuchungsmethoden, Anamnese, bin ich zur Ueberzeugung gekommen, daß von meinen 130 Fällen 73 eine sichere Aortitis luica supracoronaria hatten, neben einer Arteriosklerose. Die syphilitische Gefäßerkrankung bildet den das Krankheitsbild und die Beschwerden beherrschenden Komplex. Ich habe drei Gruppen unterschieden: 1. sichere (73),

2. wahrscheinliche (33) und 3. verdächtige Fälle (24). Von den 73 sicheren Fällen haben 40 eine frühere syphilitische Infektion zugegeben, von den 57 restierenden (Gruppen 2 und 3) 24. Von den Kranken der Gruppe 1 hatten 22 gleichzeitig eine sichere Tabes, zwei Lues cerebri. Von den Kranken der Gruppe II hatten 6 Tabes und 1 Lues cerebri. Da mir bei dem Charakter der ambulanten Untersuchung meines Materials eine Liquor-Untersuchung nicht möglich war, konnte ich die Fälle, bei welchen ich durch Pupillenstörungen oder Reflex-Anomalien geringster Art den Verdacht für das Bestehen einer Tabes oder Lues cerebri haben durfte, nicht eingehend darauf untersuchen. Ich hätte sehr wahrscheinlich dann die Fälle von Tabes und Lues cerebri vermehren können. Die mitgeteilten Ziffern beziehen sich somit nur auf klinisch absolut sicher als Tabes oder Lues cerebri anzusprechende Fälle. Die Zahl der Fälle mit rudimentärem Symptom ist sehr groß. Für die Gruppe 1 beläuft sich die Zahl solcher rudimentären Fälle auf 16, für die Gruppe zwei auf sieben und für die Gruppe 3 auf drei. Es ist also nach meiner Erfahrung von dem Krankenkassenmaterial ein ganz gewaltiger Prozentsatz, an welchem man bereits nach ein- bis zweimaliger Untersuchung die Diagnose Aortitis luica stellen kann und muß. Es ist vielleicht noch interessant, über die Blutdruckwerte zu berichten. Von der ersten Gruppe hatten 25 einen Blutdruck von 180 und mehr, von der Gruppe 2 15, von der Gruppe 3 sieben. Wenn wir — Gruppe 2 und 3 wollen wir zunächst außer Betracht lassen — die Ziffern der Gruppe 1 berücksichtigen, so ergibt sich, daß von den 73 Fällen 25 einen Blutdruck von 180 und mehr hatten. Ein Drittel etwa zeigte also die Erscheinung einer Hypertonie. Alle diese Fälle hatten eine sichere Aortitis luica. Wir dürfen vielleicht annehmen, daß die Blutdrucksteigerung wohl auch auf das Konto einer syphilitischen Gefäßerkrankung, und zwar der Nierengefäße zu setzen ist. Diese Annahme ist wohl einfacher und ungezwungener, als wenn wir für die Aortitis luica und die die Blutdrucksteigerung bedingenden Veränderungen der Nierengefäße verschiedenartige Prozesse verantwortlich machen, obwohl man natürlich beides haben kann. Bei diesem Prozentsatz kommt man unwillkürlich zu der Ueberlegung, ob wir unsere Ansicht über die Nephrosklerose nicht zu revidieren haben, besonders wenn wir eine Hypertonie vor uns haben mit ungeklärter Aetiologie. Wie die Gicht und die Bleiniere in ihrem Verlauf mehr der benignen Form der Nephrosklerose ähneln, so verhält es sich auch bei der Syphilis. Bei ihr kommt es zu einer der Nephrosklerose sehr ähnlichen Form, und zwar, wie auch andere dies schon festgestellt haben, nicht gerade allzu selten.

Wie wir gesehen haben, beläuft sich also die Zahl der von mir als sicher anzusehenden Fälle von Aortitis luica auf 73 von 130 Untersuchungen, das wäre etwa 56,6%. Ich habe an einem großen Material festgestellt, wie häufig der Anatom Gefäß-Syphilis und Arteriosklerose (Aorta) kombiniert vorfindet, wo oft die Arteriosklerose und Aortitis luica vorkommen. In den Jahren 1923 und 1925 wurden an dem pathologisch-anatomischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf 3617 Sektionen ausgeführt. Der Obduzent stellte 504 Fälle von Arteriosklerose und 96 Fälle von Aortitis luica fest, zusammen sind dies 600 Fälle. Die Aortitis luica macht also etwa 16% der Gesamtziffer aus. In 60,4% war die Aortitis luica mit Arteriosklerose kombiniert, in 39,6% war sie nur allein vorhanden. Unter dieser letzten Gruppe waren die beiden ältesten Fälle 71 und 76 Jahre, wo also der Obduzent nichts von Arteriosklerose erwähnt. Wenn wir das Lebensalter berücksichtigen, in welchem die Aortitis luica bei dem Sektionsmaterial vorgefunden wurde, so ergab sich für die Spanne vom 52. bis zum 66. Lebensjahre 57,3% aller Fälle, also ein Alter, in welchem auch die gemeine Arteriosklerose sehr stark vertreten ist und sich bemerkbar macht. Der Kuriosität halber sei erwähnt, daß die beiden ältesten Fälle (es betraf zwei Frauen) 79 und 84 Jahre alt waren. Das Alter meines Materials bewegte sich zwischen dem 50. und 74. Lebensjahre. In der Gruppe 1, also bei den sicheren Fällen, war der älteste 70 Jahre, 91,8% waren zwischen 52 und 66 Jahren, also in dem Alter, in welchem ich auch bei dem Sektionsmaterial die meisten Fälle von Aortitis luica feststellen konnte. 28 Fälle meines Materials waren über 60 Jahre, 45 unter 60 Jahre alt.

Wir sehen also, daß die syphilitischen Gefäßerkrankungen eine ganz gewaltige Rolle spielen, vor allem auch im Alter. Wie die Durchsicht des erwähnten Sektionsmaterials ergibt, waren 50% aller Fälle von Aortitis luica über 60 Jahre alt. Da sie zu erkennen ist, da sie vielleicht nicht mehr zu heilen, aber doch, früh erkannt, durch spezifische Behandlung lange Jahre, vielleicht Jahrzehnte lang, stationär gehalten werden kann, muß sie unter allen Umständen behandelt werden, seien die Widerstände noch so groß und verschiedenartig, welche Voreingenommenheit und Mißtrauen unserer Therapie — leider auch heute noch — entgegenbringen. Mit der Salvarsanbehandlung kombiniert mit Quecksilber und Wismut haben wir heutzutage wirklich eine äußerst brauchbare, ich möchte sagen, unersetzbare Therapie. Es muß dabei der Kreis der zu behandelnden Fälle möglichst weit gezogen werden. Auch die verdächtigen Fälle müssen hereinbezogen werden. Zehnmal Salvarsan zuviel ist sicherlich das kleinere Uebel, als einmal ein Aneurysma oder Klappenfehler herangezüchtet durch übertriebene Aengstlichkeit und Schüchternheit darüber, ob wirklich die luische Aetiologie einwandfrei erwiesen ist. Daß man mit der mit Kritik gehandhabten Salvarsan-Therapie äußerst segensreich wirken kann, haben vor allem Schottmüller, Moritz, Romberg und Goldscheider gezeigt. Es ist das unbestreitbare Verdienst Schottmüllers, als erster mit Nachdruck darauf hingewiesen zu haben, daß bei energischer und konsequenter Frühbehandlung die Therapie durchaus Aussicht auf Erfolg hat. Worauf Moritz (1) hingewiesen hat, ist nur zu richtig, daß „ein strenger, grundsätzlicher Schematismus weit eher angebracht ist, als ein sorgloser Optimismus, der sich durch jede Besserung im Befinden des Kranken, wie sie oft schon nach wenigen Salvarsan-Injektionen eintritt, beeinflussen läßt“.

Was für die Erkennung der Frühfälle in jüngerem Alter gilt, ist auch für das vorgeschrittene Lebensalter noch zu berücksichtigen, da auch bei älteren Leuten erfahrungsgemäß die spezifische Behandlung der Aortitis luica noch sehr erfreuliche Resultate erzielen läßt. Der größte Kunstfehler aber ist es, wenn man sich durch das Lebensalter in dem Symptomenkomplex täuschen läßt und den Krankheitszustand lediglich mit Abnutzungserscheinungen zu erklären versucht. Wenn die Aortitis luica und die Arteriosklerose kombiniert vorkommen, dann dürfte doch wohl die letztere das kleinere und harmlosere Uebel sein. Die Todesursache bei solchen Fällen ist wohl ausnahmslos auf das Konto der Aortitis luica zu setzen, also muß zu ihrer Erkennung und Bekämpfung unsere ganze medizinische Kunst in erster Linie entfaltet werden. —

Literatur:

1. Moritz: M. M. W. 1926, Nr. 31.
2. Wittgenstein-Brodnitz: M. M. W. 1924, Nr. 39.
3. Romberg: M. M. W. 1918, Nr. 45.
4. Kimmerle-Laqueur: Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 17.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg (Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Tilmann).

Beitrag zur Kenntnis der Querfortsatzfrakturen.

Von

Dr. WOLFGANG LATTEN.

Ueber Frakturen der Querfortsätze wurde früher selten berichtet, weil sie ohne Zuhilfenahme des Röntgenbildes schwer erkennbar sind; die vom Patienten geäußerten Beschwerden des lokalisierten Rückenschmerzes und der Einschränkung in der Rumpfbewegung wurden vielfach als Lumbago, Distorsion der Wirbelsäule, als Ischias oder gar als Klagen eines Simulanten gedeutet und werden es auch noch jetzt, so oft man nicht im gegebenen Fall an die Möglichkeit einer solchen Verletzung denkt. Im ganzen werden heute aber entsprechend der gehäuften Anwendung der Röntgenstrahlen, wenigstens in klinischen Betrieben, Querfortsatzfrakturen öfters beobachtet. Die Wichtigkeit der richtigen Diagnose für die Unfallsbegutachtung, besonders bei Rentenansprüchen, liegt auf der Hand.

Anatomische Verhältnisse bedingen es, daß Querfortsatzfrakturen fast ausschließlich die Lendenwirbelsäule betreffen und solche der Hals- und Brustwirbelsäule so gut wie nie vorkommen. Die biegsame Halswirbelsäule weicht einem Trauma aus, ihre kurzen, fast stummelförmigen Querfortsätze bieten einer Gewalteinwirkung keinen nennenswerten Widerstand, und so ist hier die Luxation des Wirbelkörpers oder der Gelenkfortsätze die typische Verletzungsart; im Bereich der Brustwirbelsäule kommt es noch weniger leicht zu einer Querfortsatzfraktur, denn hier liegen die Querfortsätze mit ihrer Rückseite dem Anfangsteil der Rippen an, und ein dorsal einwirkendes Trauma wird leichter zu einer Fraktur der langen Rippen als der kurzen Querfortsätze führen. In der Lendenwirbelsäule sind jedoch alle Bedingungen für das Zustandekommen einer Querfortsatzfraktur gegeben: die Querfortsätze lang und breit und sonst kein knöcherner Widerstand, sondern nur weiches Muskelpolster; auch spielen diese Muskeln selbst unter Umständen für das Zustandekommen einer Fraktur eine entscheidende Rolle.

Die Literatur hat bisher 103 Fälle isolierter Querfortsatzfraktur beschrieben, die fast alle Männer in erwerbsfähigem Alter betreffen. Der erste Fall, von Kalthöner 1891 veröffentlicht, wurde erst bei der Autopsie erkannt; klinisch hatte man Lumbago diagnostiziert. Der zweite Fall von Gostynski aus dem Jahre 1897 wurde bei der Operation diagnostiziert, der nächste, den Thommen 1902 beschrieb, wiederum als Nebenfund bei der Sektion. 1905 wies Köhler zuerst durch Röntgenstrahlen eine Querfortsatzfraktur nach, und Ehrlich aus der Payrschen Klinik in Leipzig vermochte die Diagnose als erster klinisch zu stellen. Seitdem wurde die Diagnose der Querfortsatzfraktur öfters gestellt, teils klinisch, meistens aber erst durch das Röntgenbild.

Die häufigste Ursache der Fraktur ist das von hinten einwirkende, direkte Trauma; ins Praktische übersetzt: Ueberfahren-, Verschüttet-, Geprelltwerden, Stoß, Hufschlag und ähnliches; seltener, aber einwandfrei nachgewiesen ist das Zustandekommen der Fraktur auf indirektem Wege durch Zug der an den Querfortsätzen inserierenden Muskeln, wobei besonders der Quadratus lumborum mit seinen beiden Blättern und der Psoas major in Betracht kommt; das Aufheben größerer Lasten von der Erde, das sogenannte Sichverheben, spielt praktisch dabei eine große Rolle, weil gerade hierbei die genannten Muskeln in Tätigkeit treten.

Die Symptome eines Querfortsatzbruches bestehen in lokalisiertem Druckschmerz 2—3 Querfinger seitlich der Wirbelsäule, Unfähigkeit den Oberkörper nach vorne zu beugen und nach der Seite zu neigen, Parästhesien in der Kreuzbein- und Gesäßgegend durch Verletzung der dem Periost aufliegenden Rami lumbales posteriores; eventuell kann es zur Bildung eines Psoashämatoms kommen. Gelegentliche Komplikationen, die bisweilen Anlaß zu einer Fehldiagnose geben können, sind das Auftreten schmerzhafter Atmung durch Verletzung des lumbalen Zwerchfellanteiles, Nierenblutung infolge Anspießung der Niere durch ein Frakturfragment oder reflektorische Bauchdeckenspannung und Meteorismus durch Ausbildung eines retroperitonealen Muskelhämatoms, wodurch das Bild einer Appendizitis vorgetäuscht werden kann.

Die beste Behandlung besteht in etwa dreiwöchiger flacher Rückenlagerung über einem weichen Kissen mit frühzeitiger, möglichst schon vor dem Aufstehen beginnender Massage und Bewegungstherapie; nach 5—6 Wochen Entlassung unter eventueller Zubilligung einer mehrmonatigen etwa 10prozentigen Schonungsrente. Es erfolgt fast stets völlige Wiederherstellung der Funktion, wenn auch eine anatomische Heilung in Form regelrechter knöcherner Vereinigung selten ist. Dauerschäden sind selten, sie kommen vor als dauernde Muskelatrophie der kranken Seite mit ausgleichender Skoliosenbildung; einmal wurde als Spätfolge die Kümmellsche Krankheit beobachtet.

Wie gesagt, ist zur sicheren Diagnose das Röntgenbild unumgänglich. Nach Erfahrungen der Züricher und der eigenen Klinik ergibt dabei die Anwendung der sogenannten Potter-Bucky-Blende die schärfsten Bilder; vor der Röntgenaufnahme muß natürlich gründlich abgeführt werden. Arthur Meyer macht dabei auf interessante Täuschungsmöglichkeiten in der Beurteilung des Röntgenbildes aufmerksam: Nierenbecken- und Uretersteine oder verkalkte Lymphdrüsen, ev. auch die stummelförmigen Anlagen der nicht so seltenen Lendenrippen werden bisweilen für Frakturfragmente gehalten; des weiteren kann eine persistierende Epiphysenlinie oder besonders dünne Knochenkonstruktur im sogenannten Halsteile des Querfortsatzes eine Frakturlinie vortäuschen; dasselbe gilt für die im Röntgenbild fast immer gut erkennbare Schattenlinie des seitlichen Psoasrandes, wenn diese den 1. oder 2. Querfortsatz gerade überschneidet. Doch lassen sich derartige Irrtümer, falls man sie nur kennt, durch sorgfältiges Plattenstudium leicht vermeiden.

An der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg in Köln (Direktor: Geheimrat Professor Dr. Tilmann) wurden im Laufe etwa eines viertel Jahres 3 Fälle von Querfortsatzfrakturen beobachtet, die im folgenden mitgeteilt seien:

Fall 1: Luwig H., 32 Jahre alt, Epileptiker, fast völlig taub, wurde am 8. Oktober 1925 beim Abspringen von der elektrischen Straßenbahn von der Trittbrettkante des nachfolgenden Anhängers in die linke Lendengegend getroffen. Einlieferung durch die Feuerwehr.

Klinisch fand sich außer einer Druckempfindlichkeit über dem 5. L.W.D.F. ein ausgesprochener Druckschmerz links von der Lendenwirbelsäule, sowie Unfähigkeit, den Oberkörper nach vorne zu beugen und nach der Seite zu neigen. Im Röntgenbilde zeigte sich außer einer Fraktur des 5. L. W. D. F. eine querverlaufende gesplitterte Fraktur des 3. linken und eine mehr schräg verlaufende Fraktur des 4. linken L. W. Q. F. mit mäßiger Dislokation ad latus et longuit. Behandlung: Bettruhe in flacher Rückenlage über einem unter die Lendengegend gelegten weichen Kissen. Nach 17 Tagen stand Patient auf, ging noch etwas steif umher, fühlte aber nur wenig Beschwerden. Nachbehandlung mit Heißluft und Massage, die bereits im Bett begonnen wurde. Nach weiteren 11 Tagen wurde der Patient beschwerdefrei in poliklinische Behandlung entlassen. 26 Tage nach dem Unfall noch keine knöcherne Vereinigung durch Kallusbildung, wohl geringe Annäherung der Frakturfragmente.

Fall 2: Mathias M., 64 Jahre alt, fiel am 28. 12. 1925 die Kellertreppe hinab und verletzte sich am Kopfe und im Kreuz. Kräftiger, gut genährter Mann. Am rechten Scheitelbein Rißwunde der Kopfschwarte; Schädelknochen intakt. Patient kann den Oberkörper weder vornüberbeugen noch seitwärts neigen; rechts von der Lendenwirbelsäule etwa doppelhandtellergroßes Hämatom mit starker Druckempfindlichkeit. Im Röntgenbild zeigte sich eine quer verlaufende Fraktur des 3. und 4. Lendenwirbelquerfortsatzes rechts mit geringer Dislocatio ad lat. et long.

Behandlung: Etwa dreiwöchige Bettruhe in flacher Rückenlage, Punktion des Hämatoms, Massage, Heißluftbehandlung. Nach 5 Wochen Entlassung in ambulante Behandlung. Es bestand noch eine gewisse Steifigkeit beim Gehen sowie Spontan- und Druckschmerz rechts von der L. W. S. Das Hämatom hatte sich restlos resorbiert, die Kopfwunde war völlig verheilt. Auch hier zeigte sich im Kontrollbild nach 26 Tagen keine knöcherne Vereinigung, wohl leichte Callusbildung und Annäherung der Frakturfragmente.

Fall 3: Heinrich B., 60 Jahre alt; vor vielen Jahren Rippenbruch, mit 40 Jahren linksseitiger Knöchelbruch, wenige Jahre später linksseitiger Oberschenkelbruch. Etwa 6 Wochen vor der Aufnahme Verletzung des r. Knies durch einen eisernen Bügel, danach Schmerzen im r. Kniegelenk. Etwa zur selben Zeit plötzliche Schmerzen im Kreuz beim Versuch, eine schwere Last zu heben; er arbeitete zunächst weiter, meldete sich dann aber krank und wurde vom Arzte mit Umschlägen behandelt; da keine Besserung eintrat, suchte er am 26. 1. 1926 unsere Klinik auf.

Befund: In beiden Kniegelenken hör- und fühlbares Knacken und Knirschen beim Beugen, rechts stärker als links. Die untere Lendenwirbelsäule ist stark druckempfindlich, die seitlichen Partien sind weniger schmerzhaft. Beim Versuch, den Oberkörper nach vorne und seitwärts zu neigen, werden lebhafte Schmerzen in der Gegend der Lendenwirbelsäule geäußert.

Das Röntgenbild zeigt außer einer beginnenden Arthritis deformans beider Kniegelenke und einer hochgradigen Spondylitis deformans der Lendenwirbelsäule mit parostalen Verknöcherungen eine schräg verlaufende Fraktur des 5. Lendenwirbelquerfortsatzes mit erheblicher Dislokation.

Behandlung auch hier zunächst mit Bettruhe in flacher Rückenlage auf untergelegtem Kissen, sodann Massage und Heißluftbehandlung. Patient konnte bereits nach 9 Tagen mit nur ganz geringen Beschwerden in ambulante Behandlung entlassen werden.

Literatur bis 1925:

Bruns Beiträge f. klin. Chir. 1924, Bd. 132, S. 665 ff.

Aus American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. XII, Nr. 3, September 1926.

Schema für pränatale Fürsorge; Richtlinien zum Gebrauch für Aerzte.

Auf Veranlassung der staatlichen Anstalten für Hygiene des Kindes und unter Mitwirkung namhafter Autoritäten, vor allem Gynäkologen, aus allen Teilen des Landes sind Richtlinien ausgearbeitet worden, denen die Aerzte bei der Beratung und Behandlung der sie konsultierenden Schwangeren folgen sollen. Diese Richtlinien sind in Form eines Schemas veröffentlicht worden, dessen Anwendung mir so empfehlenswert erscheint, daß es in extenso wiedergegeben werden soll:

Die pränatale Fürsorge ist der Teil der mütterlichen Fürsorge, der die sorgfältige Beobachtung der Schwangeren umfaßt, um Gesundheit, Wohlbefinden und Leben von Mutter und Kind zu erhalten. Darum sollen alle schwangeren Frauen während der ganzen Dauer der Schwangerschaft unter ärztlicher Beobachtung bleiben; denn nur durch sorgsame, sachgemäße pränatale Fürsorge kann es erreicht werden, daß die Schwangerschaft und die Geburt mit Sicherheit gefahrlos verlaufen.

I. Bei der ersten Konsultation sind folgende Daten festzulegen:

A. Vorgeschichte:

1. Krankheiten. Folgende sind besonders zu erfragen:
   - a) Tuberkulose,
   - b) Scharlach,
   - c) Tonsillitis,
   - d) Rheumatismus,
   - e) Diphtherie.
2. Chirurgische Maßnahmen, besonders im Bereich des Abdomen und kleinen Beckens.
3. Menstrueller Zyklus, Stärke, Dauer der Blutung, Schmerzen.

B. Charakter der früheren Schwangerschaften und Geburten in chronologischer Reihenfolge:

1. Daten der Beendigung der Schwangerschaften.
2. Periode der Schwangerschaften.
3. Komplikationen während der Schwangerschaften.
4. Geburten.
   - a) Einsetzen — spontan oder artefiziell.
   - b) Charakter
   - c) Dauer
   - d) Beendigung der Geburten — spontan oder artefiziell; wenn artefiziell, welche Methode.
   - e) andere Komplikationen.
5. Puerperium:
   - a) Infektion,
   - b) Blutungen,
   - c) nachfolgende Operationen.
6. Das Neugeborene:
   - a) bei der Geburt am Leben oder tot,
   - b) wenn tot, maceriert,
   - c) Reifezeichen, ausgebildet oder nicht,
   - d) Brusternährung, ja oder nein; Dauer,
   - e) Lebt das Kind noch? Wenn gestorben, Ursache des Todes.

C. Jetzige Schwangerschaft:

1. Datum der letzten Menstruation und ihr Charakter.
2. Uebelkeit, Erbrechen, Kindsbewegungen.
3. Voraussichtliches Geburtsdatum.

II. A. Physikalische Untersuchung:

1. Systolischer und diastolischer Blutdruck, Temperatur, Puls, Gewicht.
2. Haut, Ernährungszustand, Kopf, Mund, Hals, Brustorgane, Herz, Lungen, Brüste, Extremitäten.
3. Untersuchung des Abdomen, Palpation, Auskultation, Umfang.
4. Vaginale Untersuchung. Keine vaginale Untersuchung während des letzten Monats der normalen Schwangerschaft ohne peinliche aseptische Kautelen. Rektale Untersuchung kann die vaginale ersetzen.
   - a) Die Notwendigkeit einer vaginalen oder rektalen Untersuchung besteht, um
     1. das Vorhandensein einer Schwangerschaft zu bestimmen,
     2. um die Lage des Uterus festzustellen,
     3. um einen Tumor im kleinen Becken nachzuweisen,
     4. um das Vorhandensein einer venerischen Erkrankung festzustellen und bei Verdacht einen Abstrich vorzunehmen;
     5. Spiegeluntersuchung der Zervix und Vagina ist bei junger Schwangerschaft auszuführen, wenn eine Indikation hierzu vorliegt.
   - b) Bei Auftreten einer Blutung aus der Vagina zu irgend einer Zeit der Schwangerschaft ist nur rektal, oder vaginal nur unter aseptischen Kautelen zu untersuchen.
5. Beckenmessung:
   - a) Dist. spin.
   - b) Dist. crist.
   - c) conj. ext.
   - d) conj. diagon.
   - e) Querdurchmesser des Beckenausgangs,
   - f) Palpation der Beckenkonturen, Promontorium, Sacrum, Steißbein, Sp. ischii, Bogen, Vorsprünge.
6. Wa. R.
7. Urinuntersuchung:
   Spezifisches Gewicht, Albumen, Zucker.
   Mikroskopische Untersuchung des Sedimentes ist Sache der Gewohnheit und notwendig, wenn Albumen vorhanden ist.
   Bei irgend einer Veränderung ist der Urin einer Tagesportion zu untersuchen.

III. Wenn Schwangerschaft festgestellt ist, dann sind der Patientin genaue Vorschriften bezgl. der Hygiene der Schwangerschaft zu geben:

- A. Diät,
- B. Körperliche Bewegung, Ruhe, Schlaf, Erholung,
- C. Kleidung, einschl. Schuhwerk,
- D. Bäder und Hautpflege,
- E. Vorschriften für die Verdauungsorgane,
- F. für die Nieren,
- G. für die Zähne,
- H. für die Brüste,
- I. Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft,
- J. Schwangerschaftsmerkmale,
- K. Hygiene des Hauses und Vorbereitung für die häusliche Entbindung,
- L. Hygiene der Psyche.

Die Patientin soll wenigstens einmal monatlich während der ersten 6 Monate der Schwangerschaft von einem Arzt untersucht werden, später alle 14 Tage oder häufiger, wenn eine Indikation hierzu vorliegt, im letzten Monat jede Woche. Eine Hebamme, die sich mit dem Arzt in Verbindung setzt, kann außerdem die Schwangere beobachten. Bei jeder Konsultation wird der Allgemeinzustand, Blutdruck, Urin, Puls, Temperatur, Gewicht untersucht.

Die äußere Beckenmessung allein genügt nicht, um ein Mißverhältnis zu erkennen. Die Untersuchung des Abdomen muß bei jeder Konsultation vorgenommen und der Stand des Fundus bestimmt werden. Die Palpation im 8. und 9. Monat erweist, ob ein deutliches Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken besteht. Falschlagen können nachgewiesen und korrigiert werden. Rektale Untersuchung informiert über das Heruntertreten und die Fixation des kindlichen Schädels.

Wenn sich der vorliegende Teil bei einer I-gravida zwei Wochen vor dem errechneten Endtermin nicht im Becken befindet, soll der Arzt, soweit es möglich ist, bestimmen, ob ein Mißverhältnis zwischen Becken und Kopf besteht. Ist ein Mißverhältnis diagnostiziert, so sind vaginale Untersuchungen kurz vor oder nach dem Einsetzen der Geburt zu unterlassen. Diese Vorsichtsmaßregel ist wegen der Gefahr einer ernsthaften Infektion angebracht, im Hinblick darauf, daß im weiteren Verlauf ein operativer Eingriff notwendig sein sollte.

Jede Patientin erfordert sorgfältige individuelle Behandlung. Wenn die bevorstehende Entbindung etwaige Schwierigkeiten erwarten läßt, soll die Patientin einer Entbindungsanstalt überwiesen werden.

Die Schwangerschaft ist ein physiologischer Zustand, aber es gibt keinen Zustand, der schneller pathologisch werden kann. Es ist daher notwendig, jede Patientin bei der ersten Konsultation zu instruieren, ihrem Arzt sofort alles zu berichten, was ihr Wohlbefinden stört, insbesondere folgende Symptome:

1. Hartnäckige Verstopfung,
2. Kurzatmigkeit,
3. Akute Krankheiten, besonders Erkältungen, Halsschmerzen, anhaltenden Husten,
4. Anhaltende oder häufig wiederkehrende Kopfschmerzen,
5. Häufig auftretende Uebelkeit oder Erbrechen,
6. Visuelle Störungen,
7. Schwindelgefühl,
8. Schmerzen im Epigastrium,
9. Oedeme, besonders im Gesicht, an den Händen und Knöcheln,
10. Veränderungen im Urin oder in der Art der Miction,
11. Stärkere Schmerzen im Unterleib,
12. Blutungen aus der Vagina, auch solche leichtester Art.

Im Falle von Blutungen aus der Vagina oder Schmerzen in den unteren Abschnitten des Abdomen ist die Patientin anzuhalten, sofort zu Bett zu gehen und den Arzt zu benachrichtigen. Treten Blutungen aus der Vagina auf, so muß deren Ursache durch Untersuchung festgestellt werden. Wenn die Blutungen für die Patientin bedrohlich sind, so soll sie, wenn irgend möglich, einem Krankenhaus überwiesen werden; ist vaginale Untersuchung erforderlich, so muß diese unter aseptischen Kautelen geschehen. Ist ein Krankenhaus nicht erreichbar, so müssen Mittel zur Hand sein, evtl. auftretende ernsthafte Blutungen zum Stehen zu bringen.

Wenn sich bei einer Patientin im Verlaufe der Schwangerschaft eine Toxikose entwickelt, so kann nur durch sorgfältige ärztliche Ueberwachung und Behandlung ein eklamptischer Zustand vermieden werden. Eklamptische Krämpfe sind in der Mehrzahl der Fälle zu verhüten, aber nur durch anhaltende Sorgfalt und verständnisvolle Zusammenarbeit seitens des Arztes und der Patientin können die unglücklichen Ausgänge, wie sie überall im Lande vorkommen, herabgemindert werden.

Wenn eine Patientin von einer Hebamme entbunden werden muß, so sollte sie dieselben Vorteile der pränatalen Fürsorge genießen, die allen Müttern zugute kommen. Wenn ein Zweifel besteht, ob die Patientin eine normale Entbindung durchmachen wird, so soll sie zu einem Arzt oder in ein Krankenhaus gebracht werden.

Nur durch sorgfältiges Studium eines jeden Falles ist es möglich, zu bestimmen, ob es der Patientin gestattet werden kann, zu Hause zu entbinden, oder ob sie ein Krankenhaus aufsuchen soll. Durch dieses individuelle Studium kann man es erreichen, daß die vaginalen Untersuchungen unter der Geburt auf ein Minimum reduziert und damit die Todesfälle an Sepsis erheblich eingeschränkt werden.

Nur durch frühzeitige und wiederholte Untersuchung der Schwangeren können die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaften, die Totgeburten und viele Krankheiten und Todesfälle der Neugeborenen herabgemindert werden. Durch dasselbe Mittel bleibt den Müttern viel Elend und Krankheit erspart, und manches Leben kann erhalten werden, das sonst infolge von Toxikosen, Zwischenfällen während der Schwangerschaft und Geburt und Infektionen verloren gewesen wäre.

Anmerkung: In diesem Schema sind keine direkten Vorschriften für eine bestimmte Art der Behandlung, besonders der Erkrankungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, präeklamptischer Zustände und Syphilis während der Schwangerschaft gegeben. Der Arzt, welcher diesen Richtlinien folgt, wird auf die Hauptwerke der Geburtshilfe und der entsprechenden Disziplinen verwiesen.

Paul Braun, Stettin.

Kongreß-Berichte.

I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung.

(Berlin, 10.—16. Oktober 1926.)

Bericht von Dr. Curt Alsberg, Charlottenburg.

(Fortsetzung.)

II. Psychologie und Pädagogik.

Adler (Wien): **Erotisches Training und erotischer Rückzug.** Jeder Mensch hat einen ihm eigenartigen Lebensstiel. Eine psychische Anomalie ist daher immer nur aus der Persönlichkeit als Ganzes zu verstehen, niemals losgelöst aus ihr. Gerade mit Sexualstörungen Behaftete zeigen oft auch Eigenarten in ihrem übrigen psychischen Verhalten. In ihrem abnormen Gefühlsleben passen sie ihre Erlebnisse ihrer Eigenart an, statt sich nach den selbstgemachten Erfahrungen zu richten. — Nichts wird dem Kind so sehr erschwert, wie die Entwickelung zur Norm; seine Sexualität wird durch äußere Umstände zwangsläufig in eine bestimmte Richtung gedrängt. So entsteht das falsche Training des sexuell Perversen und des Sexualneurotikers. Das, was sich in abnormer Richtung zu entwickeln scheint, ist nur der Rest, der nach Ausschaltung der Norm übrig bleibt. Wir wissen nicht, welche Entwicklung das Geschlechtsleben nähme, wenn wir keine Schranken aufstellen würden. Es besteht ein unausgesetztes Training für das Geschlechtsideal, das einem Menschen vorschwebt. Das pädagogische Problem besteht nun darin, Menschen, die außerhalb der Sphäre normaler Sexualität stehen, dazu zu bringen, daß sie dieses Training nachholen, ohne daß man ihnen Schaden zufügt. Aber hierzu fehlt es an der geeigneten Methode.

van Bemmelen (Groningen): **Der Kriegsdrang als sexuelle Erscheinung.** Erste Veranlassung zum Krieg war ein androgener Instinkt, der die Männer dazu treibt, sich durch Kampf mit Nebenbuhlern in den Augen des weiblichen Geschlechts hervorzutun. Diese ursprüngliche Bedeutung der männlichen Kampfbegier ist mit der Zeit fast völlig verloren gegangen, und jetzt ist sie nur noch ein unheilvoller Zwangstrieb. Der Selbsterhaltungstrieb ist nicht, wie man annehmen könnte, Ursache des Hanges zum Kriege; denn im Gegenteil veranlaßt der Kriegsdrang die Männer ja häufig dazu, in bewußter Opferung ihres Lebens einen Genuß zu finden. Dieser Selbstvernichtungstrieb kann auch sexuelle Ursachen haben und somit in ursächlichem Zusammenhang mit dem Kriegsinstinkt stehen. Aber auch der Drang zur Selbstvernichtung, der in vielen Fällen ohne direkten Zusammenhang mit dem sexuellen Trieb steht, ist beim Menschen abortiv geworden und hat pathologischen Charakter bekommen. Immerhin ist die Selbstmordneigung in Pubertät und Klimakterium noch immer am stärksten. Auch die Abenteurersucht und den Wandertrieb sucht Vortr. auf die Kriegsbegier zurückzuführen, indem er sie als direkte Folgen der durch diesen Drang hervorgerufenen Unruhe ansieht.

Birnbaum (Berlin): **Der Anteil der Sexualität an der Gestaltung der Psychose.** Das sexuelle Moment, das am Aufbau der körperlichen und seelischen Persönlichkeit in hervorragendem Maße beteiligt ist, hat an der Gestaltung der Psychose in drei Formen Anteil: 1. rein somatisch als Ausdruck der Keimdrüsentätigkeit, 2. als elementarer Trieb, 3. als psychologischer Ueberbau, Erotik im weitesten Sinne. Der sexuelle Inhalt kommt vor allem bei den Psychosen der Pubertät und des Klimakteriums zum Ausdruck. In der Psychose bricht der elementare Trieb ungehemmter hervor als beim Normalen, der durch moralische und andere Vorstellungen gehemmt ist. Daher begehen Senildemente, Manische und Alkoholpsychotiker so außerordentlich häufig Sexualdelikte, daher die obszönen Vorstellungen im Delirium und bei den Alkoholhalluzinationen. Mit dem Schwinden der erotischen Lebenshoffnungen bildet sich häufig bei alternden Mädchen, besonders im Klimakterium, aus dem starken erotischen Geltungsbedürfnis heraus ein sexueller Beeinträchtigungs- und Eifersuchtswahn. Die toxischen Psychosen, vor allem die Alkohol-Psychose, sind durch Steigerung des Triebs und Minderung der Potenz charakterisiert und führen zu ganz denselben Wahnideen. Im akuten Zustand der Psychose besteht meist Neigung zu sinnbildlicher Darstellung der psychosexuellen Inhalte (Symbolik). Die Hauptquelle zu solchen Inhalten gibt die Schizophrenie; daher findet man bei Frauen mehr sexuelle Inhalte als bei Männern. Trotz seiner enormen Wichtigkeit kann das Sexuelle wie im Normalen so auch im Pathologischen keine Monopolstellung einnehmen; es spielen auch andere Momente mit, die weder direkten noch indirekten Zusammenhang mit dem Sexuellen haben. Daher betrachtet Vortr. als die wichtigste Zukunftsaufgabe der Sexualforschung die Lösung der Frage, inwieweit das Sexuelle und inwieweit andere Faktoren die menschliche Psyche beeinflussen.

Moll (Berlin): **Homosexualität und der sogenannte Eros.** Vortr. macht auf die Verwirrung aufmerksam, die mit dem Worte „Eros“ verknüpft ist. Im Altertum galt „Eros“ als das Symbol der gleichgeschlechtlichen Liebe (Plato). Später wurde „Eros“ gleich „Erotik“ im heutigen allgemeinen Sinne. Heute bezeichnen die einen damit die gleichgeschlechtliche Liebe, die anderen die heterosexuelle, manche Pädagogen und Jugendpsychologen lassen bei dem Begriff „Eros“ den genitalen Akt zu, andere wieder nicht. Da die Homosexualität auf der ganzen Welt gesellschaftlich verpönt ist, selbst da, wo ihre Ausübung, wie in Italien, gesetzlich nicht mit Strafe bedroht wird, ist es den Homosexuellen sehr erwünscht, daß hier ein neues Schlagwort geprägt wurde, das „Eros“ als etwas mit Sexuellem nicht in Verbindung Stehendes der Oeffentlichkeit darstellt.

Charlotte Bühler (Wien): **Männliche und weibliche Pubertätsentwicklung.** Vortr. berichtet über interessante vergleichende Beobachtungen über das Verhalten von Mädchen und Knaben zur

Zeit der beginnenden Pubertät. Diese machte sich bei allen beobachteten Mädchen in gleich typischer Weise geltend, indem eine 2 bis 9 Monate lange Phase von absoluter Unproduktivität, Unruhe und Unlust einsetzte, welche mit Isolierung von den Anderen und trotziger Auflehnung gegen die Erzieherin verbunden war und ganz plötzlich eines Tages wieder verschwand. Gegen Ende dieser Phase wurde das erste Auftreten der Menstruation beobachtet. Bei Knaben ließ sich eine ähnliche Gesetzmäßigkeit nicht feststellen; die Pubertätsentwicklung verlief verschiedenartiger als bei den Mädchen, ging auch meist langsamer vor sich. Die Isolierungstendenz besteht zwar auch bei Knaben, tritt aber zu sehr verschiedenen Zeiten, meistens viel später als bei Mädchen auf und ist selten so ausgesprochen wie bei diesen. Der inneren Umwälzung der 11- bis 13jährigen Mädchen entspricht eine solche der 12- bis 14jährigen Knaben.

An Hand eines größeren Tagebuchmaterials von Jugendlichen legt Vortragende die grundlegende Bedeutung des Tagebuchführens als Pubertätssymptom dar. Sämtliche Mädchentagebücher zeigen einen im Prinzip gleichartigen Entwicklungsgang: In der ersten passiven Phase wird selten Tagebuch geführt. In den Aufzeichnungen aus dieser Zeit steht immer der Gedanke im Vordergrund: „ich bin traurig, weiß nicht, warum“. In der zweiten Phase, welche meistens die erste Tagebuchperiode darstellt (11. bis 13. Lebensjahr), liest man dann immer wieder, oft wörtlich: „ich sehne mich und weiß nicht, nach was“. Diese Phase wird durch eine dritte abgelöst, in welcher über irgendwelche Flirts, Liebeleien, Schwärmereien berichtet wird (13. bis 16. Lebensjahr). Die hierauf folgende Tagebuchperiode ist entweder eine Verlängerung der vorhergehenden, oder aber die Erotik ist jetzt auf ein bestimmtes Objekt gerichtet. Wenn auch bei den Mädchen — je nach Niveau — objektive Interessen hinzutreten, so gibt es doch keine Periode in der Mädchenentwicklung, die wie bei Knaben ausschließlich von objektiven Interessen ausgefüllt wird. Unter den Knabentagebüchern findet man nämlich außer einem den Mädchentagebüchern genau entsprechenden stark ästhetischen Typ noch einen zweiten Typus. Hier werden jahrelang nur sachliche Eintragungen gemacht, besonders zwischen 13 und 16 Jahren. Erst mit 19 Jahren spielt die Frau in den Aufzeichnungen dieser Knaben eine gewisse Rolle.

Mit der sexuellen steht in engem Zusammenhang die intellektuelle Entwicklung der Pubertierenden. Das 10. bis 11. Lebensjahr ist bei Knaben und Mädchen der intellektuelle Wendepunkt, die Zeit der beginnenden Fähigkeit zu Schlußfolgerungen. Während aber bei Knaben die objektiven Interesse noch mehrere Jahre weitergehen, entzieht die Pubertät den Mädchen die Führung des Intellekts. Erst nach Abklingen der Phase tauchen mehr intellektuelle Interessen auf. Dies ist der interessanteste Teil der Tagebücher. In dieser Zeit ist es von besonderer Wichtigkeit, daß die Mädchen geistige Nahrung erhalten. Die intellektuelle Entwicklung der Knaben vollzieht sich ganz entgegengesetzt, indem in den ersten Jahren sachliche Interessen weitaus überwiegen und erst mit 16 bis 17 Jahren — dies ist auch meistens die Zeit des Tagebuchbeginns — das Triebleben in den Mittelpunkt rückt, das in den folgenden Jahren das intellektuelle Leben stark beeinträchtigt. Der prinzipielle und psychologisch höchst bedeutungsvolle Unterschied zwischen der Pubertätsentwicklung beim Mädchen und beim Knaben besteht darin, daß das Mädchen seine sexuelle Reifung in einer Phase geistiger Unreife erlebt, während die sexuelle und kulturelle Reifung des Knaben miteinander Hand in Hand gehen.

William Stern (Hamburg): **Der Ernstspielcharakter der Jugenderotik und — Sexualität.** Verf. kennzeichnet mit dem Begriff „Ernstspiel“ den beim jugendlichen Menschen bestehenden Uebergangscharakter zwischen der spielenden Kindheit und der Ernsthaftigkeit der Erwachsenen. Der heranreifende Jugendliche weist das Kinderspiel weit von sich ab; was er treibt und strebt, ist ihm subjektiv ungeheuer ernsthaft. Dennoch ist dieser Ernst kein ganz echter und voll verantwortlicher; er ist objektiv oft noch spielhaft. Der volle Ernst verlangt eine Einheit von Erotik und Sexualität; der jugendliche Pubertierende weist hingegen gerade eine starke Divergenz zwischen Erotik und Sexualität auf. So besteht oft ein Nebeneinander von ganz unsinnlicher Erotik (Schwärmerei) und einer völlig ungeistigen Sexualbetätigung (Onanie) ohne jede Brücke. In der Schwärmerei spielt die Phantasie eine große Rolle. Das jugendliche Tun ist ein Vortasten zu den künftigen Lebensformen, ein Durchproben verschiedener Möglichkeiten, ein Umspielen alles Erlebens mit Phantasie. Das sexuelle Ernstspiel findet auch seinen Ausdruck in dem Bestreben, möglichst lange beim Vorletzten stehen zu bleiben, in der lüsternen Phantasie und in der Sucht nach Hinausschiebung und Verlängerung des geschlechtlichen Reizes (pornographische Bilder und Lektüren), die sich zu einem wahren „Reizhunger“ ausbilden kann. Schein und Sein wird nicht mehr scharf auseinandergehalten. Für den Psychologen und Pädagogen ist es wichtig zu wissen, daß beim Jugendlichen Phase und Typus schwer unterscheidbar sind. Sehr vieles ist bei ihm normal, was, wenn es bliebe, abnorm wäre. Daher kann man z. B. aus der Schwärmerei eines Knaben für seinen Wandervogelführer nicht auf Homosexualität schließen. Allerdings kann sich die Phase auch gelegentlich zum Typus fixieren, und man tut gut, in diesem Falle nicht von „psychosexuellem Infantilismus“, sondern von „Puberilismus“ zu sprechen, da dieser Begriff das Stehenbleiben auf der Pubertätsstufe besser zum Ausdruck bringt.

Polland (Graz): **Vererbung einer vorzeitigen Entwicklung des Geschlechtstriebes.** Vorzeitige Entwicklung des Geschlechtstriebes bildet eine bei Psychopathen nicht seltene Erscheinung. Die Untersuchung von 355 Strafgefangenen der Grazer Strafanstalt ergab unter den Gewohnheitsverbrechern (75% der Gesamtzahl) drei Viertel Psychopathen; bei diesen traten geschlechtliche Regungen meist schon sehr frühzeitig, im 8. bis 10. Lebensjahre auf, stets aber vor dem 14. Außer der Veranlagung spielen dabei sicherlich auch Umwelt, Wohnungsverhältnisse, Beispiel, Verführung etc. eine wesentliche Rolle. Die meisten begannen den Geschlechtsverkehr vor dem 18. Lebensjahr, 26 davon schon mit 14 Jahren, einige behaupteten sogar, noch früher begonnen zu haben. Versuche des Geschlechtsaktes (Spielen mit Mädchen, Masturbation etc.) datieren bei den meisten in die Kindheit zurück. Auch im späteren Leben zeichnen sich diese Individuen durch exzessive Sinnlichkeit aus, führen den Coitus mehrmals täglich aus und ergeben sich außerdem allen möglichen Perversitäten.

Wie tief aber eine derartige abnorm gesteigerte und frühzeitig beginnende Sexualität doch in der Erbmasse verankert ist, lehrt folgende Beobachtung des Vortr. in einer Familie. Der Vater, ein aus einer Trinkerfamilie stammendes Zwillingskind, ist schwerer Alkoholist, arbeitsscheu und schon von Jugend auf ungemein sinnlich veranlagt. Da er seiner Frau beständig zusetzte, oft mehrmals täglich den Coitus verlangte und außerdem fortwährend Verkehr mit andern Frauenzimmern unterhielt, wurde die Ehe schließlich getrennt. Die Mutter weist weder in ihrem sexuellen noch in ihrem psychischen Verhalten etwas Abnormes auf. Das älteste Kind, ein Knabe von 6½ Jahren, beklagt sich schon seit einem Jahre über häufig auftretende, beim Urinieren störende Erektionen. Samenergießungen und Masturbation scheinen nicht stattzufinden. Nach einem Abortus erfolgte eine Zwillungsgeburt: die Kinder starben mit einem Jahr. Dann wieder eine Zwillingsgeburt, Mädchen; diese sind jetzt 5 Jahre alt und zeigen keine Anomalien in sexueller Hinsicht. Vor 22 Monaten wurden wieder Zwillinge geboren, diesmal Knaben. Sie hatten bereits bei der Geburt ungewöhnlich entwickelte Membra, und vom 6. Lebensmonat an konnte man sowohl spontan wie besonders bei Berührung erektionsartige Vergrößerungen beobachten, ein Phänomen, das jetzt noch viel ausgeprägter ist.

Wir haben also hier das familiäre Auftreten einer vorzeitigen Entwicklung des Geschlechtstriebes (paradoxer Geschlechtstrieb nach Moll) vor uns, was als echte Vererbung (vom Vater her) bezeichnet werden muß; die Umwelt spielt zunächst dabei keine Rolle. Auch die wiederholten Zwillingsschwangerschaften sind offenbar auf Vererbung durch den Vater zurückzuführen, der ja ebenfalls ein Zwillingskind ist.

Lagerborg (Helsingfors): **Die „unmittelbare Erotik“ Simmels, ist sie „mittelbare Sexualität“?** Die Frage, ob die Erotik stets von Sexualität ausgeht oder ob sie eine selbständige Regung ist, wird sehr verschieden beantwortet. Simmel tritt für das Bestehen einer primären Erotik schon vor dem Vorhandensein des Geschlechtstriebs ein und behauptet, die Erotik bekämpfe sogar die Sexualität. Nach seiner Ansicht entsteht diese aus der Erotik, nicht umgekehrt. Während einerseits selbst Gegner der Psychoanalyse die Pubertätsschwärmerei der Sexualsphäre zurechnen (Sexualerotik), gehen andererseits die Anhänger Simmels, zu denen u. a. Spranger und Stern zählen, soweit, den physiologischen Faktoren in der Psychologie jede Berechtigung abzusprechen (Idealerotik). Die Ansicht des Verfassers geht dahin, daß es auch rein psychologisch nicht gelingt, eine Grenze zwischen der Idealerotik und der sexuell bedingten zu finden. Denn ganz selbstlos ist Erotik nie. Sie begehrt immer, wenn auch nur der geliebten Person aus der Ferne zu dienen. Dennoch gibt Verf. den Erotologen insofern Recht, als der Faktor des Begehrens ja sekundär hinzutritt, wenn nämlich aus der einfachen die zärtliche Bewunderung wird. Die Frage ist also eigentlich nur, welche Phase man als den Beginn der Erotik ansehen soll. Man kann idealerotisch auch in ein Musikstück oder in eine Landschaft verliebt sein; es gibt ferner eine idealisierende Zärtlichkeit, die nichts mit sexuellem Triebe zu tun hat, was Vortr. durch die Begeisterungsfähigkeit im Senium, wo kein Zusammenhang mit der Samenproduktion in Frage kommt, beweisen zu können glaubt. Trotzdem gilt es ihm im Gegensatz zu den Anhängern Simmels als sicher, daß blutchemische Erreger auch der Idealliebe zugrunde liegen, ja er gibt die Möglichkeit zu, daß selbst die Idealerotik von den geschlechtsbildenden Drüsen und ihren hormonspendenden Zwischenzellen abhängig ist. Auf Grund dieser Erwägungen kommt er zu dem

Schluß, daß weder die Sexologen ganz im Unrecht, noch die Erotologen ganz im Recht seien.

Bogen (Berlin): **Beruf und Erbgang.** Auf Grund längerer Untersuchungen innerhalb seiner Tätigkeit der Berufsberatung kam Vortr. zu folgenden Ergebnissen: bei Berufswechslern, die bei ihrem Wechsel nicht nur der günstigeren Erwerbskonstellation folgen, hat sich beobachten lassen, daß sie, wenn sie in familienfremdem Beruf standen, zu familiennahem Beruf hinstrebten. In den beobachteten Fällen ist der Berufserfolg nach dem Wechsel ein höherer als vor demselben. Menschen, die in ihrem Beruf innerlich unzufrieden sind, haben vielfach starke berufliche Neigungen in Richtung auf gegenüber dem eignen Beruf bevorzugte Berufsverrichtungen. Die innere Spannung, die sich daraus ergibt, wird vielfach in Nebenbeschäftigungen auszugleichen versucht, die auf Berufsverrichtungen der Ahnen hinweisen. Berufswechsler und Unbefriedigte dieser Art zeigen in ihrer somatischen Konstitution und in Temperament und Charakter in der überwiegenden Zahl der Fälle starke Aehnlichkeiten mit lebenden oder verstorbenen, im Beruf erfolgreichen Familiengliedern. Vortr. vermutet, daß es im Erbgang ein Phänomen gibt, das als Vererbung der Berufstauglichkeit bezeichnet werden kann. Es ist als wirksam nachweisbar, trotz der erheblichen Einflüsse, die von der jeweiligen Wirtschaftslage, Familientradition und Umwelt auf die Berufswahl eines Menschen ausgehen. Auch auf Grund von genauen Studien von Stammbäumen und anderem schriftlichen Material der Familiengeschichte konnte der Vortr. ähnliche Feststellungen machen. Diese Regelhaftigkeit ließ sich zunächst nur für das männliche Geschlecht nachweisen, da die berufliche Betätigung der Frau noch zu jungen Datums ist.

Dueck (Innsbruck): **Grundfragen der Sexualpädagogik.** Die Grundfragen der Sexualpädagogik umfassen: Begriff, Ziel, Objekt und Grenzen.

1. Begriff der Sexualpädagogik ist Erziehungstätigkeit mit Berücksichtigung des nun einmal im normalen Menschen sich entwickelnden Trieblebens, und zwar besonders des Arterhaltungstriebes. Dies aber nur im Rahmen der allgemeinen Erziehungsvorgänge unter Mitwirkung aller hierzu berufenen Faktoren (Elternhaus Schule, Kirche, Staat, Gemeinde usw.).

2. Ziel der Sexualpädagogik ist das gleiche wie das für jede Erziehungstätigkeit überhaupt in Betracht kommende Ziel: die Erfahrung der vorangegangenen Menschheit dem einzelnen in aller Kürze so zu vermitteln, daß er als Individuum möglichst vor Schaden aller Art bewahrt bleibt und fähig wird, seine persönlichen Rechte mit seinen gesellschaftlichen Pflichten so in Einklang zu bringen, daß er selbst wie auch die Gesellschaft „zufrieden" sind. Die Sexualpädagogik hat sowohl als besondere Wissenschaft wie in ihrer praktischen Anwendung volle Berechtigung, da auf keinem anderen Gebiete so leicht wie auf dem des Sexuallebens schwer oder gar nicht mehr zu tilgende Schäden angerichtet werden können, körperlich sowohl wie seelisch.

3. Objekt der Sexualpädagogik sind alle erziehungsbedürftigen Menschen, nicht nur die Jugend, wenn auch diese vor allem; außerdem aber auch Eltern und Erzieher selbst. Deshalb fordert Vortr. dringend die Schaffung sexualpädagogischer Lehrkanzeln und Institute, wie sie bisher nur in Königsberg, Breslau und Mannheim existieren. Diese sollen nicht nur Forschungsmittelpunkte sein, sondern auch praktische Bedeutung durch Heranbildung von Erziehern, volkstümliche Vorträge usw. haben.

4. Grenzen der Sexualpädagogik: Diese sind verschieden je nach den Erziehungsobjekten. Die heranzubildenden Erzieher selbst müssen über alle einschlägigen physiologischen und pathologischen Verhältnisse körperlicher wie seelischer Art unterrichtet werden und die Geschichte und die Zusammenhänge der Sexualpädagogik kennenlernen. Der Jugend soll je nach Alter, Geschlecht und Bildungsstufe die Arterhaltung im Rahmen der übrigen Unterrichts- und Erziehungstätigkeit vorgeführt werden; das Volk endlich, besonders die Eltern und solche, die eine Familie gründen wollen, sind über ihre sozialen Pflichten (gegenseitig, den Kindern und der Gesellschaft gegenüber) aufzuklären. Schließlich muß bei jeder Seite der Sexualpädagogik immer das Willensmoment, die Notwendigkeit der Hemmungssetzung für das Triebleben in den Vordergrund gerückt werden, um das heute so geschwundene Verantwortlichkeitsgefühl wieder zu heben.

Finkenrath (Berlin): **Die Grenzen der Aufklärung im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.** Von der erstaunlichen statistischen Feststellung ausgehend, daß die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den verschiedenen Volksschichten proportional der Zunahme der Intelligenz ist und daß unter den Akademikern eine steigende Zahl vom Theologen zum Mediziner führt, trotz dessen bester Kenntnis und Möglichkeit des hygienischen Schutzes, beweist Vortr. daß die Aufklärung allein niemals genügen kann, um die venerischen Krankheiten wirksam zu bekämpfen. Die wichtigste Voraussetzung und zugleich die Grenze der Möglichkeit im Kampfe gegen dieselben ist der sozial-sittliche Wille, der in jeden einzelnen hineingelegt werden muß. Aber selbst das genügt nicht; denn „der Geist ist willig, doch das Fleisch ist schwach". Es fehlt uns die Methodik, wir müssen das Wollen-Können erziehen. Triebbeherrschung ist für die soziale Lösung der Frage unbedingt notwendig. Deshalb ist die sexuelle Aufklärung zu ergänzen oder zu ersetzen durch sexuelle Erziehung.

III. Kriminalogie und Familienrecht.

Wulffen (Dresden): **Die Sexualnot der Straf- und Untersuchungsgefangenen.** Während vor dem Kriege der Straf- und Untersuchungsgefangene im Bereiche der Sexualwissenschaften nur eine verschwindende Rolle spielte, lenkte die unfreiwillige sexuelle Abstinenz von Millionen Männern an der Front und in der Kriegsgefangenschaft in letzter Zeit die Aufmerksamkeit auf die sexuelle Frage in den Gefangenen-Anstalten. Es ergab sich, daß amtliches Material hierüber so gut wie gar nicht vorlag. Immerhin aber waren genügend Erfahrungen gemacht worden, deren wesentlichste Vortr. mitteilt.

Manche Umstände sind geeignet, den Sexualtrieb zu hemmen und die Libido herabzusetzen, vor allem die Tatsache der Verurteilung, die sich einstellende Depression, das Fehlen so vieler Anreize im Milieu der Freiheit, die reizlose Kost, die Alkoholentziehung, fehlende Berührung mit dem anderen Geschlecht, die Anpassung auch in sexueller Beziehung, die langandauernde ermüdende Gefängnisarbeit, die verbliebene sittliche Willenskraft. Andere Umstände sind umgekehrt dazu angetan, den geschlechtlichen Trieb anzuregen oder zu verstärken, so z. B.: die Isolierung mit ihrer Einsamkeit und ihrem Phantasieleben, die Langeweile, die zu lange Bettruhe, die zu warme Temperatur in den Schlafräumen, die Verführungsgelegenheiten bei gemeinsamen Schlafsälen, Wasch- und Baderäumen, die Eintönigkeit der Arbeit, die Steigerung des Triebes durch die zwanghafte Stauung und auch zufolge Depression. Die Formen der Sexualbetätigung im Gefängnis sind Masturbation, auch wechselseitige und homosexuelle Handlungen. Exzessiv onanieren nur diejenigen Individuen, die dies auch in der Freiheit getan haben: haltlose Psychopathen, Hypersexuelle, Hysterische, Sexualneurastheniker, Perverse, Dirnen, Sexualverbrecher (Exhibitionisten, Paederasten, Notzüchtler). Sexualnot leiden außer diesen auch Jugendliche mit kräftigem natürlichem Sexualtrieb. Aber bei allen angeführten Personen bestand diese Sexualnot auch schon in der Freiheit. Bei den exzessiven Masturbanten werden lokale Schädigungen (Reizung der Prostata und der Blase, Zittern der Finger, der Augenlider und Zunge usw.) beobachtet; eine nervöse Reizbarkeit kann auftreten. Bei ausbrechenden Geisteskrankheiten ist die Geisteskrankheit meist das Primäre, die Onanie nur ein Symptom; doch können sich an starke Onanieperioden auch hypochondrische Verstimmungen und Psychosen anschließen. Gleichgeschlechtliche Ersatzhandlungen sind im Gefängnis auch bei Nichthomosexuellen nicht selten. Versuchungen und Verführungen kommen von verschiedenen Seiten. Gefährdet sind vor allem die Jugendlichen mit undifferenziertem Sexualtrieb. Im Gefängnis wiederholen sich die Erscheinungen der Internate, Kasernen, Jugendherbergen. Die wirklich homosexuell Veranlagten betätigen sich im Gefängnis gleichgeschlechtlich und sind gefährliche Verführer. — Eheliche Entfremdung, Ehestörung, Untreue des freien Ehegatten sind nicht selten Folgen der Gefangenschaft des einen Ehegatten.

An Maßnahmen, welche die Sexualabstinenz zu lindern imstande sind, nennt Vortr.: reichliche Bewegung in frischer Luft mit Turnen und Sport, gute Durchlüftung der Schlafräume, Einzelschlafzelle, keine Gemeinschaftsschlafsäle, Regelung der Ernährung durch den Arzt, produktive Arbeit, abgekürzte Bettruhe, angemessene Lektüre, ferner Beeinflussung der exzessiven Masturbation und perverser Triebe durch Wachsuggestion, Hypnose und psychoanalytische Behandlung, stillschweigende Berücksichtigung der sexuellen Frage bei Bewilligung von kürzeren Strafunterbrechungen, schließlich Sterilisierung und Kastrierung.

Nach all dem ist die Gefahr der sexuellen Abstinenz für die Gesundheit der Gefangenen nicht allzu groß, da an Sexualnot hauptsächlich solche Gefangenen leiden, die an ihr auch in der Freiheit leiden. Gefährdet sind vor allem die Jugendlichen.

Graf Gleispach (Wien): **Zur Aetiologie der Sexualdelikte.** An Hand statistischen Materials zeigt Verf., daß die Kurven der Sexualdelikte seit Kriegsausbruch in vielen Ländern, auch in solchen, die nicht am Kriege teilgenommen haben, eine ziemlich übereinstimmende Entwicklung aufweisen: von Kriegsbeginn an sinkt die Sexualkriminalität ständig bis 1918, wo sie ihren Tiefstand erreicht, dann steigt sie, zuerst langsamer, später jäh an und erklimmt 1923 einen Höhepunkt, der den Stand der Vorkriegszeit noch übersteigt. Es erklärt sich dies durch Verschiebung des Bevölkerungsaufbaues langsames Zurückströmen der Kriegsgefangenen, geringere Hemmungen beim weiblichen Geschlecht, daher leichtere Befriedigungsmöglichkeit für Männer, Ausbreitung des perversen Geschlechtsverkehrs, die statistisch nicht hervortritt, sowie Zusammenhänge mit Ernährung und Alkoholgenuß. Da aber alle diese Umstände keine völlig befriedigende Erklärung ergeben, stellt Vortr. die Hypothese auf, daß es einen Punkt der kriminellen Sättigung in der Gesellschaft gebe, so daß, wenn der wirtschaftliche Druck eine weit übernormale Vermögenskriminalität hochzüchtet, die Sexualkriminalität sinke.

Hübner (Bonn): **Kriminalität als Ausdruck der sexuellen Konstitution.** Zu den für kriminelle Handlungen, vor allem Sexualdelikte, prädisponierenden Momenten zählt Vortr.: 1. Sexuelle Frühreife; diese ist in 95% der Fälle mit psychischer Abnormität verknüpft. 2. Hörigkeit. Hörige sind meistens Psychopathen, ihre Führer Pseudologisten. Weder Hörige noch sexuell Frühreife können im allgemeinen als unzurechnungsfähig betrachtet werden. 3. Abnorme psychische Konstitution. Dabei handelt es sich um leicht zu verführende Persönlichkeiten, die im Beruf oft trotzdem voll leistungsfähig sind. Verf. weist auf das periodische Auftreten der Verbrechen bei Cyclothymikern hin. 4. Körperliche Krankheiten, z. B. Basedowsche Krankheit, bei der gleichfalls Störungen der Libido vorkommen. 5. Alkohol. Dieser verführt oft Sexuellnormale zu homosexuellen Surrogathandlungen; manchmal lockt er auch die latente Neigung zu homosexuellen Akten hervor.

Wie weit ist eine Besserung durch psychotherapeutische und andere Maßnahmen möglich? Die Zwangskastrierung als sichernde Maßnahme kommt nicht in Betracht, schon weil wir über ihre Schäden zu wenig wissen; jedoch sollte der Staat freiwilligen Kastrationsgesuchen von Sittlichkeitsverbrechern entsprechen. Homosexuelle Kinderschänder lassen sehr häufig nach der Kastration von ihrer Betätigung ab; im allgemeinen hingegen ist der Dauererfolg der Kastration noch sehr fraglich.

Loewenstein (Berlin): **Die Sexualverbrechen nach künftigem deutschen Strafrecht.** Der deutsche Strafgesetzentwurf von 1925 läßt fast überall den Kompromißcharakter erkennen und befriedigt niemanden. Er schwankt plan- und ziellos zwischen zwei Anschauungen, von denen die eine Vermehrung und Verschärfung der Strafgesetze, die andere auch auf geschlechtlichem Gebiet das freie Selbstbestimmungsrecht des Erwachsenen fordert, soweit nicht die öffentliche Sittlichkeit gefährdet oder die Rechte Dritter verletzt werden. Die Inkonsequenz, die dem neuen Entwurf anhaftet, erläutert Vortr. an zahlreichen Beispielen. So ist die gewaltsame Unzucht eines Mannes mit einem anderen straffrei, während die auf freier Vereinbarung beruhende schwer bestraft wird. Jede unzüchtige Handlung mit geistesschwachen oder „aus einem anderen Grunde widerstandsunfähigen“ Personen, wovon auch die Ehefrau nicht ausgenommen ist, wird neuerdings mit Zuchthaus bedroht, sodaß diese Personen vom Gesetz zu lebenslänglicher Keuschheit verurteilt sind. Dagegen ist die widernatürliche Unzucht mit Tieren künftig freigegeben. Die Verführung einer noch nicht Sechzehnjährigen ist strafbar auch gegenüber bescholtenen Frauenzimmern, sodaß sich hier ein fruchtbares Betätigungsfeld für Erpressungen seitens liederlicher Mädchen eröffnet. Die Vornahme von unzüchtigen Handlungen des Lehrers mit seinen Schülern findet auch auf private Lehrer (Sprach-, Musiklehrer usw.) Anwendung; infolgedessen wurde in einem Falle eine 18jährige Klavierlehrerin, die von ihrem 20jährigen Schüler verführt wurde zu Zuchthaus verurteilt (!). — Vor allem kritisiert Vortr. scharf die unterschiedslose Anwendung des Begriffes „unzüchtige Handlung“. Beischlafshandlungen müßten mit schwerer Strafe bedroht werden; leichte unzüchtige Berührungen hingegen, die ebenso streng bestraft werden, müßten straffrei sein. Auch dürfte Verfolgung nur auf Antrag eintreten. Eine Unterscheidung spezieller Unzuchtshandlungen wird nur da gemacht, wo sie sinnlos ist: Bestraft werden nur „beischlafsähnliche“ Handlungen zwischen Männern, d. h. nur solche, bei denen der Penis in eine Körperhöhle gebracht wird.

Aus diesen und anderen Beispielen ersieht man, daß die Errungenschaften wissenschaftlicher Forschung und die trüben Erfahrungen mit dem geltenden Recht im Entwurf fast unbeachtet geblieben sind, und daß das Wort Goethes hier berechtigte Anwendung findet: „Es erben sich Gesetz und Rechte wie eine ewige Krankheit fort.“

William Stern: **Psychologische Begutachtung jugendlicher Zeugen in Sexualprozessen.** Es genügt nicht, zur Begutachtung der Zeugenaussagen Jugendlicher in Sexualprozessen einen medizinischen Sachverständigen heranzuziehen, weil es sich bei der großen Mehrzahl der jugendlichen Zeugen gar nicht um Pathologisches handelt: auch innerhalb der Grenze der Normalität unterliegt die Aussage des Kindes und des Jugendlichen den mannigfachsten, oft schwer durchschaubaren Einflüssen. Diese sind teils aussagepsychologisch (Wahrnehmungs- und Erinnerungstäuschungen, Unaufmerksamkeit, Affektbeteiligung, Suggestibilität und Suggestivität, Kollektivsuggestion usw.), teils sexualpsychologisch (erotische und sexuelle Phantastik, Einfluß von Liebe und Haß, Eifersucht, Lüsternheit usw.). Darum fordert Vortr. in jedem Falle die Hinzuziehung eines psychologischen Sachverständigen. Dieser soll nicht nur als Begutachter, sondern auch als aktiver Mitwirkender am Verfahren selbst fungieren. Seine Tätigkeit als Mitwirkender ist vor allem im Vorverfahren dringend erwünscht; denn hier kann durch unpädagogische und unpsychologische Befragung (z. B. vom Polizisten) alles verdorben, durch einen feinfühlenden Kenner der Kindesseele alles gewonnen werden. Zugleich wird dadurch die für das Kind so schädliche Häufung der Vernehmungen überflüssig.

Korreferat Moll: Die Heranziehung von Psychologen kann man deshalb nicht gut fordern, weil gute Psychologen in Deutschland sehr rar sind und psychologisch geschulte Psychiater ebenso brauchbar sind. Auch tüchtige Kriminalkommissare sind sehr gut imstande, die Voruntersuchung zu leiten. Eine dringende Forderung ist aber die psychologische Schulung der Richter. Die Annahme von der besonderen Unzuverlässigkeit der Kinderaussagen kommt daher, daß man die Erwachsenen oft nicht auf die Zuverlässigkeit ihrer Aussagen untersucht. Auch braucht, wer schwachsinnig ist, nicht unglaubwürdig zu sein. Moll bestätigt auf Grund persönlicher Erfahrungen die Behauptung von Hans Groß, daß der gut geartete Knabe der beste Zeuge, das als Zeugin im Mittelpunkt stehende Mädchen hingegen sehr gefährlich ist.

Korreferat Hellwig (Potsdam): Das Hauptproblem in der Beurteilung der Aussagen Jugendlicher ist die Aussagepsychologie als solche, nicht speziell die des Kindes. Korref. hält eine Vernehmung jugendlicher Zeugen durch den Jugendrichter für das geeignetste Verfahren; dieser soll in geeigneten Fällen einen Sachverständigen hinzuziehen, und zwar wenn überhaupt, so möglichst frühzeitig. Da die Psychologen doch meist zu wenig psychiatrisch geschult sind, ist im allgemeinen ein psychologisch gut geschulter Psychiater vorzuziehen. Dem in derartigen Prozessen rechtlich ganz besonders gefährdeten Angeklagten sollte man einen besseren Schutz gewähren, indem man ihm in schweren Fällen schon im Vorverfahren einen Verteidiger gibt und Entlastungsbeweisanträgen in weitestem Maße nachgibt.

Placzek (Berlin): **Selbstmord und Sexualität.** Sexuelle und sexuell bedingte Momente, die zum Selbstmord führen können, sind: 1. die zu Beginn der Pubertät eintretende seelische Umwandlung mit ihrer negativen Gefühlsschwankung — der „negativen Phase“ — und ihrer bis zum Selbstvernichtungsdrange sich steigernden Depression; 2. die Onanie, die durch verzerrte Ausdeutung ihrer Folgen zu hypochondrisch-neurasthenischen Selbstquälereien und schließlich durch Erkenntnis der eigenen Ohnmacht gegenüber diesem Drange zum Suizid führen kann; 3. das abnorme Gemütsleben der konstitutionell Verstimmten, der Psychopathen und Heimwehmelancholiker, selbst der Imbezillen, deren impulsive Selbstmordhandlungen wesentlich durch ihre Sexualität bestimmt werden; 4. homosexuelle Veranlagung, durch die der so geartete in unlösbare Konflikte zwangsmäßig getrieben wird; 5. Potenzstörungen verschiedenster Art und die aus ihnen folgende seelische Depression; 6. venerische Infektion, bisweilen schon Syphilidophobie; 7. unglückliche Liebe, die oft durch Doppelselbstmord endet. Die Liebesgemeinschaft bedingt durchaus nicht immer den gemeinschaftlichen Todeswillen, häufig ist eine von dem Lebensmüden ausgehende, fortreißende Suggestion dabei im Spiel. Vortr. hält eine Selbstmordprophylaxe, in welcher Geistlicher, Arzt, Lehrer und Verwaltungsbeamter in sachkundiger Jugendberatung zusammenwirken, für jede Kommune für erforderlich.

(Schluß folgt.)

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 42, 15. Oktober 1926.

Vitamine und Vitaminmangelkrankheiten. A. Frank-Leipzig.
Durchleuchtung des Siebbeinlabyrinths. Rhese.
* Entstehung von Röntgenschädigungen außerhalb des Bestrahlungsfeldes. Siegm. Schoenhof.
* Kalkplatten in der Aorta bei Jugendlichen. W. Altschul-Prag.
Poliomyelitis unter dem Bilde isolierter Fazialislähmung. W. Stern-Saaz.
* Nierenkoliken ohne nachgewiesene Ursache. Grauhahn.
Schwachbestrahlung in der Gynäkologie. Clara Schoenhof.
Abnormitäten des rechten Zwerchfelles. Egon Reiser-Prag.
Behandlung des Ekzems mit intravenösen Injektionen von 10%iger Kochsalzlösung. J. Sellei, T. Barsony, E. Liebner.
Biologie des Gonokokkus. Friedr. Wolff.

Entstehung von Röntgenschädigungen außerhalb des Bestrahlungsfeldes. Aeußerst selten kommt es vor, daß Blutveränderungen weitab vom eigentlichen Bestrahlungsgebiet beobachtet werden. Wenn man derartige Fälle sieht, so ist die Deutung solcher

Fernschädigungen mitunter äußerst schwierig. Verf. schildert einen Fall, wo nach Bestrahlung eines Uterusmyoms wegen eines Brustdrüsen-Ekzems eine Pat. in Behandlung trat. Erst nach mehrfachem Befragen der Kranken kam man zu dem Ergebnis, daß man als schädigende Strahlen andere als die die Blenden-Oeffnung passierenden, gefilterten Strahlen annehmen müsse. Besonders interessant ist dieser Fall in forensischer Beziehung, da die ungewöhnliche Lokalisation sowie der Umstand, daß die Pat. an die Röntgenbehandlung nicht mehr dachte, leicht hätten dazu führen können, für diese Schädigung andere Faktoren verantwortlich zu machen.

Kalkplatten in der Aorta bei Jugendlichen. Ueber einen Fall von hochgradiger Veränderung in der Aorta, welche röntgenologisch festgestellt wurde, berichtet Altschul, der bei einer 34 Jahre alten Pat. hochgradige Veränderungen in der Aorta röntgenologisch festgestellt hat. Trotz dieser röntgenologischen Erscheinungen waren klinisch keine Abnormitäten vorhanden. In bezug auf die Aetiologie könnte man auf eine vor 2 Jahren durchgemachte Rippenfell-Entzündung zurückgreifen, denn es ist möglich, daß diese zu entzündlichen Vorgängen in der Aorta führte.

Nierenkoliken ohne nachgewiesene Ursache. Schon in der vorigen Nummer hat Verf. über dieses Thema eine sehr lesenswerte Arbeit geschrieben; denn wir alle wissen, daß auch heute noch zahlreiche Nierenkoliken vorkommen, bei denen sich Erythrozyten finden. Untersucht man diese Fälle vollständig urologisch, so ist selbst bei dem positiven Erythrozytenbefund die Ursache nicht immer mit Sicherheit nachzuweisen. Betrachtet man die Fälle in bezug auf das Lebensalter der Patienten, so kann man feststellen, daß hauptsächlich Männer im 3. bis 5. Lebensjahrzehnt davon befallen werden. Selbst wenn die Patienten mehrere Koliken mit schwersten Schmerzen durchgemacht haben, hat man festgestellt, daß die weitaus überwiegende Mehrzahl von ihnen wieder völlig arbeitsfähig wird und keinen nennenswerten Schaden zurückbehält. Man muß also demnach zusammenfassend zu dem Schlusse kommen, daß es sich bei den Koliken meistens um kleine röntgenologisch nicht nachweisbare Steine handelt, die bei der Kolik abgehen.

Hofbauer, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 42, 15. Oktober 1926.

Bronchopneumonie im Säuglingsalter. Nassau.
Beiträge zum Idiosynkrasieproblem. Jadassohn.
◆ Veränderungen des Cholesterins bei Ultraviolettbestrahlung. Beumer.
Magensaftsekretion und Pupillenweite. Krause-Wichmann.
◆ Lokale Lipodystrophie bei mit Insulin behandelten Fällen von Diabetes. Depisch.
Einfluß der Kochdauer bei der Zubereitung auf den Anschlagswert der Nahrung. Friedberger.
Röntgenbeobachtungen über die direkte Saugwirkung der menschlichen Herzkammern an der Bewegung eines Geschoßsplitters in der rechten Vorhofwand. Ohm.
Bedeutung der interferometrischen Blutuntersuchung für die Feststellung syphilitischer Organerkrankungen. Groedel und Hubert.
Carboplantin. Stümpke.
Antirachitische Zone des Ultravioletts. Huldschinsky.
Kolorimetrische Mikrobestimmungsmethode der Gesamtkohlenhydrate in Organen und Körpersäften. Dische und Popper.
Glykolyse tierischer Organe beim Karzinom. Dische und Laszlo.
Sequestrierung einer Rippe in die Lunge. Kahnt.
Die pharmakologische Betrachtungsweise als Forschungsmethode in der Neurologie und Psychiatrie. Zucker.
Milchpasteurisierung. Seelemann.
Neue Aufgaben der Leprabekämpfung. Hoffmann.
Das Cholagogum „Curcumen“. Guttenberg.

Veränderungen des Cholesterins bei Ultraviolettbestrahlung. In Stickstoffatmosphäre ultraviolettbestrahltes Cholesterin verändert seine Farbe, bleibt aber in vollem Umfange digitoninfällbar. In Sauerstoffatmosphäre bestrahltes Cholesterin wird zum Teil in ein Oxydationsprodukt mit den Farb- und spektroskopischen Reaktionen des von Lipschütz beschriebenen Oxycholesterins umgewandelt. Seine Bedeutung für den Körper ist noch ungeklärt.

Lokale Lipodystrophie bei lange Zeit mit Insulin behandelten Fällen von Diabetes. In fünf Fällen wird über das Auftreten einer lokalen Lipodystrophie bei lange Zeit mit Insulin behandelten Fällen berichtet. Die Veränderungen stehen mit den Insulininjektionen mit großer Wahrscheinlichkeit im ursächlichen Zusammenhang, der heute noch unbekannt ist, doch scheinen Frauen für dieses Leiden mehr disponiert zu sein als Männer. Dauer-Insulinpatienten müssen bezüglich dieser Erscheinungen kontrolliert werden und sollen die Injektionsstellen öfters wechseln.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 42, 15. Oktober 1926.

Von den Bedingungen der Gallensteinbildung. Aschoff.
Die Cholezystopathien. v. Bergemann.
Ueber den Anschlagswert und über Nährschäden bei einseitiger Verfütterung von Hühnerei. Friedberger.
Zum Kolitisproblem. Kuttner.
Ueber Colitis gravis. Rosenheim.
◆ Ueber bösartige und gutartige Geschwülste des Pankreas. Einhorn.
◆ Weitere Untersuchungen über die bakterizide Wirkung des Duodenalsaftes unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Löwenberg.
◆ Erkennung und Behandlung der Darmsenkung. Strauch.
◆ Richtlinien zur Behandlung der Fettsucht. David.
Ueber die Rolle der Entwässerung bei Entfettungskuren. Molnár.
Zur Frage der provokatorischen Erzeugung okkulter Blutungen (nach Boas). Kalisch.
Ueber Fieber bei Ulcus ventriculi et duodeni. Kroner.
Zur Frage der traumatischen Appendizitis. Brüning.
Die Bedeutung des frühzeitigen Erscheinens von freier HCl bei der fraktionierten Magenausheberung. Szilárd.
Ueber quantitative Pepsinbestimmung im Magensaft. Citron.
Ein Kunstgriff zum Nachweis der Aszites. Kowitz.
Die Bluttransfusion in ihrer heutigen Ausführung. Beck.
Erwiderung hierzu. Clairmont und Müller.

Ueber bösartige und gutartige Geschwülste des Pankreas. Die Hauptsymptome bei den meisten Fällen waren: Verlust des Appetits oder Abneigung gegen Speisen, fast permanente Beschwerden im Epigastrium, häufiges Aufstoßen. Die Schmerzen befallen hauptsächlich das linke Hypochondrium und strahlen nach dem Rücken aus. Die Rückenlage verstärkt zuweilen die Schmerzen, so daß sich diese Patienten in aufrechter Haltung oder in rechter Seitenlage wohler fühlen. In Fällen bösartiger Neubildung ist ohne Remission ein dauernder Fortschritt des Verfalls zu bemerken. Bei der gutartigen Pankreatitis unterbrechen schmerzfreie Perioden des Wohlbefindens das Leiden. Die Prüfung mit der Verdauungsprobekapsel spricht häufig, besonders in Fällen maligner Tumoren, für eine Verdauungsinsuffizienz, da viele Substanzen unverdaut, besonders die Kernsubstanzen, mit dem Stuhle wieder ausgeschieden werden. Das Pankreas sezerniert häufig weniger oder gar kein Ferment, was je nach dem Stadium des Krankheitsprozesses eine mehr oder weniger ausgesprochene Funktionsstörung bedeutet. Die Galle pflegt trübe zu sein, enthält Cholesterinkristalle und Eiterkörperchen. Bei Malignität findet man Abweichungen der Salzsäuresekretion des Magens im negativen Sinne, bei Benignität der Erkrankung trifft man Hyper- bzw. Euchlorhydrie. Bei Erkrankung des Pankreaskopfes bedeutet Ikterus ein diagnostisch wichtiges Symptom. In allen Fällen bestand chronische Cholezystitis, die abgesehen vom Ikterus kaum klinische Erscheinungen machte, aber auch ohne Ikterus einhergehen kann. Bei Mangel oder Verminderung des Trypsins ist eine Pankreasaffektion sehr wahrscheinlich. Eine Probelaparotomie gibt für die Diagnose, maligne Neubildung oder nicht, ausreichende Sicherheit und macht gleichzeitig notwendige Eingriffe möglich. Eine chronische Cholezystitis mit oder ohne Steine, aber ohne Pankreaserkrankung indiziert eine Cholezystektomie. Ist das Pankreas erkrankt, ist diese kontraindiziert und an ihre Stelle soll eine Gallenblasenfistel oder eine Anastomose zwischen Gallenblase und Magen oder Duodenum treten. Bei inoperablen, bösartigen Fällen kann man durch solchen palliativen Eingriff dem Kranken Erleichterung schaffen, bei einem gutartigen Prozeß ist völlige Genesung zu erwarten. Bei Metastasen in der Leber oder anderen Organen sind weitere Eingriffe aussichtslos.

Weitere Untersuchungen über die bakterizide Wirkung des Duodenalsaftes unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Die bereits für Kolibazillen und Enterokokken festgestellte bakterizide Wirkung des normalen Duodenalsaftes wird in neuen Versuchen auch gegenüber hämolytischen und Viridansstreptokokken sowie in der überwiegenden Zahl auch für Staphylokokken erwiesen. Auch die menschliche Galle tötet die in sie eingeimpften hämolytischen und Viridansstreptokokken innerhalb ganz kurzer Zeit ab, während Enterokokken nicht nur in der Galle lange Zeit virulent bleiben, sondern sich sogar wie Kolibazillen und Staphylokokken in ihr vermehren. Dies unterschiedliche Verhalten der Galle gegenüber hämolytischen und Viridansstreptokokken einerseits und Enterokokken andererseits erscheint als eine weitere Stütze für die Annahme, daß die sogenannten Streptokokkeninfektionen der Gallenwege in Wirklichkeit meist Enterokokkeninfektionen sind, die am häufigsten auf enterogenem Wege erfolgen dürften.

Erkennung und Behandlung der Darmsenkung. Lageanomalien des Dickdarms ist in der Praxis weit mehr Beachtung zu schenken. Die isolierte Koloptose, besonders partielle Koloptose der rechten Flexur, ferner die Transversoptose ohne Senkung der übrigen Baucheingeweide ist öfters die Ursache lange Zeit unklarer Krankheitsbilder. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht in erster Linie akute und chronische Appendizitis und Perikolitis, dann Erkrankungen der Gallenblase und gynäkologische Affektionen, endlich Adhäsionen nach Laparotomie. Im Kindesalter sind Koloptosen besonders häufig, die sogenannten Nabelkoliken sind vielfach Koloptosebeschwerden; im Wachstumsalter scheint eine transverse Ptose physiologisch zu sein (Wuchsform). Im höheren Alter ist mitunter Ileus bei beginnender Neubildung gegen Koloptose abzugrenzen. Die unvoreingenommene und öfters auszuführende Röntgenuntersuchung des Darms vermag oftmals bei erschöpfender Heranziehung der sonstigen klinischen Untersuchungsmethoden die Diagnose zu klären. Losgelöst von den übrigen klinischen Befunden führt die Röntgenuntersuchung leicht zu Fehlschlüssen. Der schon physiologisch variablen Dickdarmlage und -form ist stets Rechnung zu tragen. Immer ist durch Palpation vor dem Röntgenschirm zu entscheiden, ob es sich um eine bewegliche oder unbewegliche (meist durch Verwachsungen bedingte) Koloptose handelt. Dickdarmsenkung findet sich häufiger beim hypotonischen Fettleibigen als beim Astheniker, der meist eine totale Splanchnoptose (Magen, Leber, Niere, Tiefstand beider Kolonflexuren) aufweist.

Die Therapie der Koloptose besteht neben individueller diätetischer Einstellung (Verhütung und Bekämpfung von Meteorismus; stets vorherige Magenuntersuchung notwendig!) in lange fortzusetzenden gymnastischen Uebungen zur besseren Tonisierung der Muskulatur. Für die erste Zeit der Beschwerden empfiehlt sich zeitweises Tragen einer Leibbinde. Das erzielte subjektive Wohlbefinden geht meist mit einer röntgenologisch nachzuweisenden Besserung der Dickdarmsenkung Hand in Hand.

Richtlinien zur Behandlung der Fettsucht. Bei der Behandlung der pathologischen Adipositas, sei sie exogen oder endogen, muß man durch Kalorienbeschränkung, durch aktive Bewegung und pharmakologische Mittel vorgehen. Man versuche immer zuerst polyhormonale, proteinkörperreiche Mittel ohne Schilddrüsenzusatz. Nur in einem kleinen Prozentsatz wird man gezwungen sein, Schilddrüse zuzusetzen. Bei einer Entfettungskur muß man langsam vorgehen und darf sich auf keine bestimmte Behandlungszeit festlegen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 43, 22. Oktober.

Eosinophilie und Milz. Mayr und Moncorps.
* Die Häufigkeit der luetischen Organveränderungen, insbesondere der Aortitis luica. Langer.
Einfluß sportlicher Arbeit auf das Herz. Ackermann.
Die neuere Entwicklung der Chirurgie der Harnorgane. Herrmannsdorfer.
Pepsinwerte in fraktioniert ausgeheberten Magensaft. Manasse.
Leitungsanästhesie des Nervus axillaris (?) durch das Foramen sphenopalatinum. Heermann.
Beitrag zur Kenntnis des Mechanismus des Eitransportes bei Kaninchen. Westman.
Echte Neurorezidive und deren Beziehung zur Metalues. Friedmann.
Erfahrungen mit Dicodid (Knoll). Martin und Wolff.
* Bekämpfung und Verhütung der Ohrfurunkulose. Noltenius.
Zur chirurgischen Therapie hyperkinetischer Erscheinungen. Weigand u. Guttmann.
Ein Fall von doppelseitigem traumatischen Chylothorax. Lindenberg.
Beitrag zur Chirurgie der Herzverletzungen mit Herznaht. Duschl.
Ueber Folgen von Veramon-Mißbrauch. Beilke.
Typhusbehandlung mit Siliquid. Kloeppel.
Zur Technik der intravenösen Injektion. Trommer.
Die Bedeutung des Herzbeutels für den Blutumlauf. Hauffe.

Die Häufigkeit der luetischen Organveränderungen, insbesondere der Aortitis luetica. Von erfahrenen Klinikern ist mehrfach betont worden, daß im letzten Vierteljahrhundert sich das Bild der Lues erheblich geändert hat, daß die Syphilis von der Haut abwandert und das Nerven- und Gefäßsystem befällt. Hautrezidive sind selten geworden. Es häufen sich die Neurorezidive und die therapieresistenten Fälle. Die früher häufigen Erscheinungen von Knochenlues und gummöser Organlues, überhaupt die schwere Tertiärlues sind fast verschwunden. Auf Grund eines pathologisch-anatomischen Beobachtungsmaterials von über 70 000 Gesamtsektionen, das mehrere Untersucher (Gürsch in Hamburg-Eppendorf, Jungmann und Holl aus der Charité, Langer im Virchow-Krankenhaus, Berlin) zusammengestellt haben, ist festzustellen, daß sich die Aortenlues in diesem Zeitraum um das Dreifache vermehrt hat und daß jetzt die Aortenlues bei über 80% der verstorbenen Syphilitiker bei der Sektion sich vorfindet. Während vor 1915 die überwiegende Zahl der syphilitischen Erkrankungen der übrigen Organe ohne Aortitis besteht, gesellen sie sich nach diesem Zeitpunkt — sofern sie überhaupt vorkommen — fast immer zu einer Aortenlues. Die stärkste Beteiligung nächst den Gefäßen zeigt die Leber, wenn auch die luischen Veränderungen dieses Organs seit 1915 um das 1½fache abgenommen haben. Diese Ergebnisse — im Verein mit der ebenfalls festgestellten Zunahme der spätsyphilitischen Nervensystemerkrankungen, insbesondere der Tabes und der Paralyse — scheinen dafür zu sprechen, daß die dauernde Steigerung der Intensität der antiluischen Therapie für den Kranken verhängnisvoll wird. Denn die Intensität der Behandlung ist in den letzten beiden Dezennien immer mehr verstärkt worden (Uebergang von der Schmierkur zur Quecksilberinjektionstherapie, Einführung der Salvarsanbehandlung) und so ein Verschwinden der Hauterscheinungen, ein Aufhören der schweren gummösen Organveränderungen erzielt worden, während die viel schwerwiegenderen Erkrankungen des Gefäß- und Nervensystems rapide zugenommen haben. Eine möglichst milde Behandlung, welche den Körper in seinem Abwehrkampf unterstützt, ist angebracht und nicht eine rein schematische Anwendung der Antisyphilitica und besonders nicht des Salvarsans. Dieses am stärksten Spirochäten abtötend wirkende Mittel schädigt gleichzeitig die Immunitätsverhältnisse des Organismus, so daß es nur bei straffer Indikationsstellung angewendet werden darf, besonders im seronegativen Primärstadium, wo die Aussichten völliger Heilung bestehen. Späterhin darf nur möglichst schonend und vorsichtig behandelt werden, um die Antikörperbildung zu heben.

Bekämpfung und Verhütung der Ohrfurunkulose. Wässerige Lösungen sind so selten wie möglich in den Gehörgang einzuführen (Gefahr des Ekzems oder der Otitis externa), es sei denn, daß unmittelbar hinterher der Gehörgang mit Alkohol ausgetrocknet wird. Bei geringer Furunkelbildung oder ekzematöser Beschaffenheit der Epidermis wird der Gehörgang mechanisch gereinigt und mit Alkohol ausgewischt. Dann wird das Ohr zweimal täglich je eine ½ Stunde mit strahlender Wärme behandelt (Solluxlampe), wodurch ausnahmslos in wenigen Tagen die entzündlichen Erscheinungen zum Rückgang gebracht werden. Wegen seiner schnellen Heilwirkung ist dieses Verfahren bei der Abgrenzung einer Mastoiditis von einer Otitis externa mit starker Schwellung und Schmerzhaftigkeit zu empfehlen.

Biberfeld.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

23., Nr. 18, 15. September 1926.

* Hauterkrankungen und innere Medizin. Prof. A. Buschke und Dr. M. Gumpert.
* Die Pathogenese schwerer Anämien. Dr. Reckzeh.
Ueber Späterkrankungen des Hüftgelenkes nach eingerenkter, angeborener Luxation. A. Schanz.
Ueber einen sicheren Fall von Masern ohne Exanthem mit tödlichem Ausgang durch Noma. Dr. Fromm.

Hauterkrankungen und innere Medizin. Die Hebrasche Lehre, daß die Krankheiten der Haut wesentlich in dem Hautorgan selbst gelegen sind, kann nicht mehr zu Recht bestehen, und nur ein kleiner Teil der Dermatosen kann unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden. Die Erkrankungen der Haut sind entweder Teilerscheinungen von allgemeinen Erkrankungen oder Erkrankungen innerer Organe. Die Haut hat eine Anzahl wichtiger Funktionen zu erfüllen. Nämlich Schutz und Deckung, Sekretion, Resorption, Gaswechsel, Wärmeregulation und Sinnesempfindung. Jede Störung dieser wichtigen Funktionen wirkt sich in Reaktionen des Gesamtorganismus aus. Die wichtigste Rolle spielen die endokrinen Drüsen, das vegetative Nervensystem und vor allem die Konstitution. Die immunisatorischen Vorgänge der Haut sind von großer Bedeutung geworden. Schon lange wußte man, daß ausgedehnte Ekzeme nur langsam heilen dürfen, damit sie nicht „nach innen schlagen“. Die Haut ist eine Art Schutzorgan, das die Keime vernichten kann. Die Syphilis bietet hier ein bezeichnendes Beispiel. Die Ausbreitung dieser Krankheit auf der Haut gibt auf immunisatorischen Wegen einen Schutz gegen die Erkrankungen der inneren Organe. Fast alle Drüsen mit innerer Sekretion üben einen Einfluß auf die Funktion des Hautorganismus aus. Besonders groß ist die Zahl der sogenannten pluriglandulären Erkrankungen. Die Frage, ob der Angriffspunkt der Dysfunktion in dem betreffenden Organ, in der Haut oder in einem bestehenden Korrelationsorgan zu suchen ist, ist schwierig zu beantworten. Bekannt sind bei Erkrankungen der Schilddrüse die trockene schillernde Haut bei Hypofunktion, die Sklerodermie bei Hyperfunktion; auch die Thymusdrüse sowie Hypophyse und die Nebennieren zeigen bei Dysfunktion Veränderungen in der Haut. Besonders wichtig sind die Sexualorgane, die in der Pubertät zahlreiche Hauterkrankungen bedingen. Die Hauterkrankungen in der Schwangerschaft sind ebenfalls Zeichen hormonaler Störungen. Bei all diesen Fällen ist immer ein Versuch mit der Behandlung durch Organpräparate zu machen. Von großer Bedeutung für Immunitätsbeziehungen ist die Tuberkulose. Der Verlauf der Lungentuberkulose bietet in dem Auftreten derartiger Vorgänge prognostisch wichtige Anhaltspunkte. Die häufigsten Formen der Hauttuberkulose werden aufgeführt. Bei der Behandlung und Diagnose dieser Erkrankungen bilden die immunisatorischen Fähigkeiten der Haut eine wichtige Rolle. (Morosche Salbe, Ponndorfsche Impfung etc.) Eine große Bedeutung haben die allergischen Vorgänge der Haut, wobei zu betonen ist, daß Ueberempfindlichkeit und Allergie sich keineswegs decken. Das Hautorgan ist den sensibilisierenden Einflüssen sehr zugänglich, und diese sind von großer praktischer Bedeutung. Bei einer großen Gruppe von Hautkrankheiten, die man als Gewerbe-Ekzeme bezeichnet, ist die individuelle Reizbarkeit von großer Wichtigkeit. Das verbindende Organsystem zwischen Haut und Organismus stellt das vegetative Nervensystem dar. Die Wirkung der Wildbäder erscheint nur auf dem Wege des Nervensystems denkbar. Blasenerkrankungen der Haut können exogen und endogen bedingt sein. Auch psychogene Blasenbildungen sind bekannt. Für die Abhängigkeit vom Nervensystem spricht die Erkrankung der Spinalganglien bei Herpes zoster, sowie beim Pemphigus. Das Auftreten letzterer Erkrankung in der Schwangerschaft beweist jedoch auch die Abhängigkeit vom endokrinen System. Die Frage, ob bei bestimmten Schwangerschaftsdermatosen eine Unterbrechung stattfinden soll, ist in vielen Fällen zu bejahen. Eine wichtige Erkrankung der Haut stellt die Seborrhoe, die vielfach konstitutionell und erblich ist. Bei dieser Erkrankung sowie bei der Akne hat man die Fettnährung beschuldigt. Bei den Beziehungen zwischen Haut und Stoffwechsel muß man unterscheiden zwischen den krankhaften Ablagerungen von Stoffwechselprodukten in die Haut und unspezifischen Reaktionsformen auf Stoffwechselreize verschiedenster Art. Die Ernährung spielt zweifellos eine wichtige Rolle. Auch die Autointoxikation wird als Ursache angeführt. Von den eigentlichen Systemerkrankungen wird vor allem der Diabetes und die harnsaure Diathese erwähnt. Schließlich wird auf den Zusammenhang der Leber und der Nierenerkrankungen mit der Haut hingewiesen.

Die Pathogenese schwerer Anämien. Bei den Ursachen der Anämien müssen wir die Schädlichkeiten auf das strömende Blut sowie auf das Gewebe der blutbereitenden Organe betrachten. Am häufigsten werden wohl beide Teile ergriffen. Der Blutverlust ist in seiner Wirkung von der Reaktion der Organe abhängig. Große Blutverluste können zur Erschlaffung des Markgewebes führen, kleinere wirken als Reiz. Eine konstitutionelle Schwäche des Markgewebes ist oft anzunehmen. Eine weitere Ursache sind häufig Blutverluste, wobei die Schädlichkeiten, die auf die Erythrozyten wirken, von größerer Bedeutung sind. Die periphere Schädigung ist anfangs die wichtigere. Später zeigt sich die reaktive Fähigkeit des Markgewebes und damit eine Wirkung auf das Zentrum. Eine große Bedeutung kommt den Blutgiften zu, die entweder auf den Blutfarbstoff wirken oder das Hämoglobin angreifen. Zur letzteren Gruppe gehört das artfremde Blut. Durch metallische Gifte kann es zum Untergang roter Blutkörperchen kommen. Die Schwere dieser Giftwirkungen, insbesondere auch der bei Infektionen, hängt von der Stärke der Infektion, der Widerstandskraft des Organismus, sowie von Komplikationen ab. Das klinische Bild kann daher je nach Art der Giftwirkung und der Widerstandskraft verschieden sein. Was die Aetiologie der Blutgifterkrankungen angeht, so können Schädlichkeiten nur dann Anämien herbeiführen, wenn mehrere Faktoren zusammen wirken. In vielen Fällen spielen Gifte, die in den Körperzellen selbst gebildet werden, eine Rolle. Bei der perniziösen Anämie glaubt man, bestimmten Lipoiden eine Bedeutung zuschreiben zu können. Die Blutarmut durch Parasiten ist hinlänglich bekannt. Außer diesen Giften kommen exogene Ursachen, die Schwangerschaft, die Spyhilis und einige Infektionskrankheiten in Frage. Die Entstehung perniziöser Anämien ist das Resultat des Zusammenwirkens mehrerer Faktoren, die entweder unbekannt sind oder als exogene bzw. endogene bezeichnet werden. Ein konstitutionelles Moment kommt als Teilfaktor ebenfalls sicher in Frage.

23., Nr. 19, 1. Oktober 1926.

* Aetiologie und Therapie der chronischen Iridozyklitis. Prof. E. Krückmann.
* Knochenbrüche an den Fingern. Prof. Dr. zur Verth.
Harndiastase und Pankreaserkrankungen. Dr. Nils.
Beiträge zum jetzigen Stand der experimentellen Krebsforschung. Dr. Auler.
* Obstgenuß und Wassertrinken als Krankheitsursache. Prof. Straus.

Aetiologie und Therapie der chronischen Iridozyklitis. Bei der chronischen Iridozyklitis handelt es sich um Fälle, die allmählich beginnen und einen langsamen Verlauf haben. Sie sind oft doppelseitig und kommen meist in höherem Alter vor. Schmerzen und entzündliche Erscheinungen fehlen oft. Infolge von Niederschlägen auf der Hornhaut und im Anschluß an Linsentrübungen werden die Kranken durch Sehverschlechterung zum Arzt geführt. Als Ursache ist oft Tuberkulose anzusprechen, weshalb vorsichtig ausgeführte Tuberkulinkuren eine Heilwirkung haben. Der Erfolg von Operationen ist oft schwer zu beurteilen und die Operation sehr vorsichtig auszuführen.

Knochenbrüche an den Fingern. Von den Knochenbrüchen gehört der Fingerbruch zu den häufigsten besonders in der Großstadt. Am meisten heimgesucht ist der kleine Finger. Fast die Hälfte der Fingerbrüche liegt am Grundglied. Die meisten dieser Brüche sind Schaftbrüche. Am Daumen ist am häufigsten das Nagelglied betroffen. Bei den Grundgliedbrüchen ist die typische Form der Quer- und Schrägbruch. Infolge der erheblichen Schwellung kann nur das Röntgenbild in sagittaler und frontaler Richtung eine Diagnose ermöglichen. Ins Gelenk abgesprengte Teile können zu freien Körpern werden. Auch am Mittelglied ist der Schaftbruch der typische. Am Nagelglied findet man meist den Bruch des schaufelförmigen Fortsatzes. Der Längsbruch hat langdauernde Störungen im Nagelgelenk zur Folge. Eine eigentümliche Folge der Bruchheilung im Nagelglied ist die Längenzunahme des Knochens. Von geringerer Bedeutung sind die Abbrüche des Sehnenansatzes und der Basisanteile. Bei jeder schweren Quetschung des Fingers muß man an einen Bruch denken. Die Prognose hängt von der Gelenkbeteiligung ab. Bei der Behandlung hat die gerade Schiene sehr viel Unheil angerichtet. Die Feststellung in mittlerer Beugestellung ist die beste. Bei hochgradiger Verschiebung muß die Biegung spitzwinklig sein. Einfache Brüche werden am besten mit Zugverband behandelt. Ein Nachteil dieser Methode ist allerdings die Extension der Finger in Streckstellung. Jedem Verband muß die Röntgenkontrolle folgen, die Extension muß mindestens 14 Tage durchgeführt werden.

Obstgenuß und Wassertrinken als Krankheitsursache. Die Zusammenhänge zwischen reichlichem Obstgenuß und Aufnahme kalter Getränke bei der Entstehung der Darmkatarrhe sind nicht zu leugnen. Zwei Faktoren kommen hier in Frage, nämlich die plötzliche Abkühlung des überhitzten Körpers und die Einfuhr von Infektionserregern. Das Obst, besonders im Sommer, ist häufig mit Krankheitskeimen belastet und wird oft ungeschält in unsauberem Zustand verzehrt. Treffen diese Keime auf einen durch Abkühlung geschädigten Verdauungskanal, so kommt es zu Darmerkrankungen. Die verschiedene Empfindlichkeit der einzelnen Individuen spielt ebenfalls eine Rolle. Infolge des schweren Verlaufs solcher Schädigungen für den Magendarmkanal ist eine vorsichtige Behandlung von großer Bedeutung. Eine entsprechende Diät muß streng durchgeführt werden. Am wichtigsten ist die Prophylaxe niemals im Sommer ungeschältes Obst in ungereinigtem Zustande zu verzehren und kalte Getränke, die oft durch Verwendung von Eisstücken gekühlt werden, nicht zu sich zu nehmen.

Kosminski.

Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten.

106., Heft 3, 1926.

Zur Biochemie pathogener Erreger. Wachstum und Stoffwechselleistungen des Vibrio cholerae auf einfachen — chemisch definierten — Nährböden. J. Hirsch.
* Gibt es Fleischvergiftungen beim Menschen, die auf den Genuß intravital infizierten Schweinefleisches mit Bakterien der Paratyphus-Enteritidisgruppe zurückzuführen sind? M. Müller.
Ueber den Einfluß des Bacterium coli auf pathogene Darmkeime. G. J. Pfalz.
Die Härtebestimmung mittels der elektrischen Leitfähigkeit im Kiewer Leitungswasser. Bereschavski, Majewski und Schrestowa.
Keimumwandlung und Lysinwirkung. Kauffmann.
Gewinnung und Eigenschaften von parafuchsinfesten Trypanosomen. M. Gurewitsch.
Ueber die dringende Nowendigkeit einer Neuregelung der Pasteurisierung der Milch in Deutschland. Richter und Seelemann.
Zur Frage der Beziehung der herpetischen Infektion zur Encephalitis. Dimitrieff.
Ueber experimentelle Rekurrensinfektion des Kaninchens. Prigge.
Ueber den Einfluß der sozialen Lage auf die Morbidität an Scharlach und Diphtherie. Behrendt.
Ueber die Erzeugung hetero-spezifischer Hämagglutinine durch Injektion artfremden Serums. Deicher.
Erfahrungen mit der Goldverstärkungsmethode zur Sichtbarmachung ultravisibler Gebilde. Bechhold und Sierakowski.
Versuche über den Einfluß vitaler Speicherung auf die Anaphylaxie. H. Meyer.
Versuche über passive Anaphylaxie an weißen Mäusen. Schiemann und H. Meyer.
Der Nachweis des Vakzinevirus im Blute durch Blockade des Retikuloendothels. Hoen, Tschertkow und Zipp.

Fleischvergiftungen beim Menschen nach Genuß intravital infizierten Schweinefleisches mit Bakterien der Paratyphus-Enteritidisgruppe. In einer Anzahl von Fällen war das Fleisch intravital mit Paratyphusbazillen infiziert gewesener Schweine für den Menschen infektiös. Die Paratyphuserkrankungen des Menschen entstammen häufiger, als bisher angenommen, einer bei den Schweinen vorhanden gewesenen Paratyphusinfektion. Uebertragung erfolgt besonders durch Hackfleisch- und Wurstgenuß. Die Schlachttiere können latent infiziert gewesen sein. Bei diesen Fällen latent infizierter Schlachttiere findet post mortem eine starke Vermehrung der Keime statt. Diese latenten Paratyphuserkrankungen der Schlachttiere sind durch die Fleischbeschau schwer erfaßbar. Es wird eine Aufnahme des Paratyphus der Schlachttiere als einer vom Tier auf den Menschen übertragbaren Infektionskrankheit in die Ausführungsbestimmungen des Fleischbeschaugesetzes gefordert. Henning.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

Neue Folge, 3., Nr. 7, Juli 1926.

Staubveränderungen bei Gesteinshauern. Böhme-Lucanus.
* Perforierende Augenverletzungen. Kubik.
Gefahren der Akajounüsse. Neubauer.
Grundsätzliches zum § 384 der Reichsversicherungsordnung. Teleky, Holtzmann.
Notapotheken und Verbandkästen. Weiß.
* Chronische Kohlenoxydgasvergiftung. Heubner.

Perforierende Augenverletzungen. An Hand des Materials der Prager Augenklinik wird die infauste Prognose der perforierenden Augenverletzungen besprochen und Vervollkommnung und obligate Anwendung aller Unfall-Verhütungsschutzmaßnahmen empfohlen.

Chronische Kohlenoxydgasvergiftung. Nach den Erfahrungen Heubners sowie nach Nicloux ist der Beweis einer chronischen Kohlenoxydgasvergiftung nicht erbracht; die Behauptung Loewys (Nr. 6) ist nicht genügend fundiert.

Neue Folge, 3., Nr. 8/9, September 1926.

Unfallverhütung in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Alvensleben.
* Gesundheitsschädliche Automobilstoffe. Beyer.
Staubveränderungen bei arbeitenden Gesteinshauern. Böhme.
* Gelenkveränderung bei Arbeiten mit Preßlufthämmern: Holtzmann.
Gefahren bei Kältemaschinen. Schwarz-Zangger.
Lupus. Oppan.
Technik der Färbung basophil-gekörnter roter Blutkörperchen. Schwarz.

Gesundheitsschädliche Automobilstoffe. Zur Erhöhung der Zündfähigkeit des Betriebsstoffes in Automobilmotoren werden hochgiftige organische Blei-, Selen- und Tellurverbindungen dem Betriebsstoff zugesetzt, nämlich: Bleitetraäthyl, Diäthylöle, Diäthyltellur. In der amerikanischen Literatur finden sich zahlreiche Vergiftungsfälle beschrieben. Es wird ein gesetzliches Verbot für die Stoffe verlangt.

Staubveränderungen bei arbeitenden Gesteinshauern. Böhme setzt seine Studien über die Einwirkung des Gesteinsstaubes fort. Von 69 Gesteinshauern wiesen 36,2% im Röntgenbilde Erscheinungen von Lungeninduration auf. 17,3% sind als staubkrank zu betrachten. Diese Zahlen dürfen nicht verallgemeinert werden, da nur Arbeiter, die über 5 Jahre ihrem Berufe oblagen, untersucht wurden. Berücksichtigt man nur die Arbeitenden mit mehr als 10jähriger Tätigkeit, so hatten 47% röntgenologisch nachweisbare Lungenveränderungen. Leichte röntgenologisch nachweisbare Verdichtungen machen zunächst keine erkennbaren Krankheitserscheinungen. Bei Zunahme der Verdichtungen tritt Atemerschwerung auf bei der Arbeit. Es können sich leicht Schallabschwächungen über den oberen Lungenabschnitten oder häufiger noch in den Achselgegenden einstellen, das Atemgeräusch wird abgeschwächt, mitunter ist pleuritisches Reiben hörbar, recht selten treten feuchte oder trockene Nebengeräusche auf. Das Mißverhältnis zwischen Röntgenbefund und dem geringen perkutorischen Befund ist charakteristisch. Nur bei ganz schweren Stauberkrankungen kann es zu Dämpfungen, Bronchialatmen, reichlichen Rasselgeräuschen kommen. Frühzeitig kommt es zur Beteiligung der Pleura, schließlich zur völligen Verwachsung der Pleurablätter.

Erfreulich ist, daß bei keinem der Steinhauer sichere Zeichen einer aktiven Lungentuberkulose gefunden wurden.

Gelenkveränderung bei Arbeitern mit Preßlufthämmern. Holtzman schildert bei einem Preßlufthammerarbeiter eine Erkrankung des Schultergelenkes mit einer zweimarkstückgroßen Verknöcherung der Gelenkkapsel.

Neue Folge, 3., Heft 10, Oktober 1926.

Unfallverhütung in den Vereinigten Staaten. Alvensleben.
Neue Quelle des Tabakstaubes. Holtzmann.
* Wichtige Fragen aus der Unfallmedizin. Rosenburg.
Kohlenoxydvergiftung durch Automobilauspuffgase. Tren.

Wichtige Fragen aus der Unfallmedizin. Aus dem interessanten Vortrage Rosenburgs seien folgende Punkte erwähnt: Ungemein wichtig ist die frühzeitig eingeleitete funktionelle Behandlung der Knochen- und besonders der Gelenkverletzungen. Selbstverständlich kann der praktische Arzt die meist sehr mühevolle und langwierige Nachbehandlung der Folgen von Unfallschäden nicht selbst durchführen. Er muß einen gut ausgebildeten Masseur zur Hand haben. Mit Hilfe dieser vom Arzt kontrollierten Massage, unterstützt durch Heißluftbehandlung und evtl. Diathermie, heiße Bäder und Bewegungstherapie kann viel erreicht werden. Selbstmassage durch Patienten oder Familienangehörige ist vollständig wertlos. Da dem Patienten mehr an einem guten funktionellen Resultate als an einer genauen anatomischen Heilung liegt, so ist Ruhigstellung des benachbarten Gelenkes bei Frakturen von Schaden; besonders zeigt sich dies bei der Klavikularfraktur. Möglichst frühzeitige Einleitung einer funktionellen Therapie zur Verhütung der Versteifung des Schultergelenkes ist entscheidend. Von 44 Fällen, wo die funktionelle Therapie sofort eingeleitet wurde, wurden alle voll arbeitsfähig, während von 22 Klavikularfrakturen, deren funktionelle Behandlung erst etwa 1—2 Wochen nach dem Unfalle eintrat, 5 invalide blieben; von Schulterverletzten blieben 100% invalide, wenn ihre funktionelle Behandlung erst nach 3 Wochen einsetzte; die übrigen Gelenke verhalten sich ähnlich. Bei der Anerkennung traumatischer Hernien muß verlangt werden, daß ein Unfall im Sinne des Gesetzes vorliegt, die Gegend des Bruches muß einer schweren Gewalteinwirkung ausgesetzt sein, es müssen sofort erhebliche Beschwerden auftreten. Auch schon vorhandene Brüche könne infolge Vergrößerung als Unfallsfolgen unter obigen Bedingungen anerkannt werden. Auch bei der Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Erkrankung ist der Nachweis des Unfalles zu erbringen, es muß ein nennenswertes Trauma stattgefunden haben, der Verlauf der Erkrankung muß für diese Erkrankung typisch sein. Der Zusammenhang zwischen Unfall und Tuberkulose ist nicht so häufig, wie meist angenommen wird; die Knochentuberkulose ist fast ausschließlich eine Metastase einer nicht erkannten Lungen- oder Drüsentuberkulose. Der Zusammenhang zwischen Unfall und Tumor ist noch ungeklärt, „das letzte entscheidende Wort hat hier der gesunde Menschenverstand des Arztes zu sprechen". Nach vollkommen eingetretener Anpassung ist unter gegebenen Verhältnissen Rentenabfindung zu beantragen.

Michaelis-Bitterfeld.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie.

18., 1. Heft.

* Zur Frage der Vitalität und Morbidität der jüdischen Bevölkerung. Hans Ullmann.
* Sozialanthropologische Beobachtungen. K. v. Müller und M. Springer.
Theoretische und praktische Eugenik in Sowjetrußland. S. Weißenberg.
Zur Messung der Streuung bei extensiven Maßzahlen. W. Weinberg.
Bravaris oder Lenz, durchschnittliche oder mittlere Streuung? W. Weinberg.
Antwort auf Weinbergs neueste Polemik. F. Lenz.

Zur Frage der Vitalität und Morbidität der jüdischen Bevölkerung. Von der Annahme ausgehend, daß die Juden eine Rasse bilden, will der Verfasser an Hand der Statistik erforschen, ob die Juden eine andere Lebensdauer haben als die Nichtjuden, mit denen sie zusammen leben, und ob dieser Unterschied rassenbedingt ist. Wesentlich ist dabei, ob sie unter identischen Bedingungen mit den Nichtjuden leben. Entschieden wird die Frage auch hier durch die Festlegung einer Disposition zu gewissen Krankheiten. Daher beschäftigt sich der Verfasser in dem folgenden Artikel mit den pathologischen Merkmalen der jüdischen Rasse. Die vergleichende Statistik zeigt, daß die Sterblichkeit unter den Juden überall geringer ist als bei der Gesamtbevölkerung. Dadurch wird die durchschnittliche Lebensdauer der Juden eine längere. Es ist dabei der Unterschied in der Sterblichkeit im Verhältnis zu der der Gesamtbevölkerung bei den westeuropäischen Juden bedeutend größer als bei den osteuropäischen. Andererseits aber nimmt die Sterblichkeit bei der nichtjüdischen Bevölkerung schneller ab als bei der jüdischen. Die durchschnittlich längere Lebensdauer der Juden kommt im Altersaufbau deutlich zum Ausdruck. Die ältesten Altersklassen bei den Juden sind immer viel stärker vertreten als bei den Nichtjuden. Das beweist, daß bei den Juden tatsächlich mehr Personen ein höheres Alter erreichen als bei den Nichtjuden. Es läßt sich darum fragen, ob die diesbezügliche statistische Feststellung tatsächlich auf einer gewissen Langlebigkeit der Juden als Rasseneigenart beruht? Betrachten wir die Statistik der Sterblichkeit nach den Altersklassen, so stellen wir zunächst eine geringere Kindersterblichkeit bei Juden als bei Nichtjuden fest. Diese geringere Kindersterblichkeit ist jedoch nicht auf „angeborene höhere Vitalität" zurückzuführen, sondern lediglich auf eine geringere Geburtenzahl bei der jüdischen Bevölkerung als bei der nichtjüdischen. In Orten, wo auch unter den Juden eine höhere Geburtenzahl festzustellen ist, ist auch die Kindersterblichkeit höher. Vergleichen wir die Mortalität unter Juden und Nichtjuden, so fällt uns vor allem die geringere Tuberkulosesterblichkeit unter den Juden auf. Selbst bei den auf der unteren Ostseite New Yorks hauptsächlich wohnenden, eingewanderten Juden ist die Sterblichkeit an Tuberkulose geringer als bei den Nichtjuden; sie ist aber viel größer als etwa bei den Juden des Harlemsdistriktes New Yorks. Es zeigt sich, daß die Tuberkulosesterblichkeit unter den Juden zunimmt, je weiter wir nach Osten kommen, oder, wie in London und New York, daß die Tuberkulosesterblichkeit unter den aus dem Osten eingewanderten Juden größer ist als unter den länger ansässigen. Nach der Meinung des Verfassers beruhen diese Angaben auf einer fehlerhaften Statistik. Er erklärt vielmehr die Erhöhung der Tuberkuloseziffer durch die Einwanderung der durch Tuberkulose sehr häufig verseuchten russischen Juden. Dies ist zum Teil richtig, schließt aber die frühere Angabe durchaus nicht aus[*]. Wiederholt wird angegeben, daß bei Juden die Prognose der Tuberkulose günstiger sei und der Verlauf langsamer, insbesondere seien exsudative, rasch fortschreitende Prozesse viel seltener als bei Nichtjuden der gleichen sozialen Schicht*).

Ebenso zeigen die Juden eine geringere Sterblichkeit an akuten Infektionskrankheiten. Auch bei Epidemien erkranken und sterben verhältnismäßig weniger Juden als Nichtjuden. Und dasselbe können wir über die Infektionskrankheiten der Kinderjahre sagen. Da die Kinderkrankheiten mit der Zunahme der Geburtenzahlen parallel gehen, ist dies mit der geringeren Geburtenziffer der Juden zu erklären. „So ist auch die angeborene Lebensschwäche bei den Juden viel seltener als bei den Nichtjuden, ohne daß etwa daraus auf eine größere Vitalität der Juden geschlossen werden könnte. Eine direkte Immunität der Juden gegen irgendwelche Infektionskrankheiten läßt sich nicht nachweisen. In vieler Beziehung stellen die Juden keine Einheitlichkeit dar, und sie weisen Differenzen je nach Ort, Zeit und Häufigkeit der Epidemien in bezug auf Krankheits- und Sterblichkeitsraten auf.“ Die Statistik zeigt eine geringere Sterblichkeit an Darmkatarrh unter den Juden. Schaltet man aber den Darmkatarrh der Kinder aus der Statistik aus, so bleibt kein wesentlicher Unterschied zwischen Juden und Nichtjuden in bezug auf Tod an Krankheiten der Verdauungsorgane. Wie eine Budapester Statistik zeigt, sterben mehr Juden an dieser Krankheit als Nichtjuden. Eine Krankheit, der Juden sicher weniger erliegen als Nichtjuden, ist die Leberzirrhose. Seltener ist ferner Tod infolge von Erkältungskrankheiten, vor allem von akutem Gelenkrheumatismus (für Wien und Krakau scheint dies nicht der Fall zu sein). Auch Tod infolge akuter Krankheiten der Atmungsorgane ist bei den Juden seltener als bei den Nichtjuden. Das bezieht sich insbesondere auf Pneumonie. Alkoholismus und infolgedessen Alkoholerkrankungen als Todesursache und sekundäre Alkoholwirkungen sind bekanntlich bei den Juden seltener als bei den Nichtjuden, und zwar ist dieser fehlende Alkoholismus bei den Juden in Osteuropa stärker ausgeprägt als bei den Juden in London, Paris und Berlin; aber er ist unter den Juden der ganzen Welt bemerkenswert. Anders scheint es in bezug auf Morphinismus und Kokainismus zu sein. Zwar sind Fälle von Morphinismus und Kokainismus in Rußland, Rumänien, im Londoner Ostend und in New York unter den Juden seltener, aber in Oesterreich ist die jüdische Rate in dieser Beziehung doppelt so hoch als die christliche. Dasselbe scheint für das Deutsche Reich zu gelten. Von den Geisteskrankheiten infolge von Alkoholismus ist das Delirium tremens und die Korsakowsche Psychose bei den Juden am seltensten. Was Selbstmord anbelangt, so scheinen die Juden hier weniger beteiligt zu sein, jedoch ist bei einer allgemeinen Zunahme der Selbstmordkandidaten in Westeuropa die Zunahme unter den Juden stärker als unter den Christen. Es ist anzunehmen, daß die Juden weniger an valvulären Herzkrankheiten sterben als die Nichtjuden. Dagegen sind alle die Herzkrankheiten bei den Juden häufiger, die wir in den höheren Altersklassen finden. Hier spielt vor allem die Sklerose eine große Rolle. Lambroso stellte eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeitsziffer an Herzkrankheiten bei den Juden als bei den Katholiken Veronas fest. Wie russische Aerzte beobachtet haben, scheint die Claudicatio intermittens unter Juden häufiger zu sein als unter Nichtjuden. Sie wird auch unter den jüdischen Einwohnern New Yorks auffallend häufig gefunden. Ueber Hemiplegie sind die Meinungen geteilt. Lambroso fand, daß in Italien zweimal soviel Juden wie Christen an Hemiplegie sterben. Wiener, Budapester und einige andere Statistiken bestätigen dies jedoch nicht. Die Paralysis agitans ist unter den Juden sehr häufig und zwar in Rußland dreimal so häufig wie unter Christen. Hämophilie scheint bei den Juden relativ häufig aufzutreten. Ob Leukämie, Anämie, Skorbut und Osteomalacie bei den Juden häufiger sind als bei Nichtjuden, ist vorläufig nicht zu entscheiden. Asthma und Lungenemphysem sind unter den Juden häufiger anzutreffen als unter den Nichtjuden. Gicht ist unter den ärmeren Juden Osteuropas wie unter den in den Vereinigten Staaten und in England eingewanderten sehr selten, dagegen unter den wohlhabenderen Juden in allen Teilen der Welt weitest verbreitet. (Diese Angaben stimmen mit anderen Beobachtungen wie z. B. geringerem Auftreten der Krankheit während des Krieges, bzw. ihrer Häufigkeit in England überein.) Ueberhaupt leiden die Juden, wie französische medizinische Schriftsteller (Charcot, Lancereaux und Féré) behaupten, vor allem unter der rheumatisch-gichtischen Veranlagung, wie sie die französischen Mediziner unter Arthritismus und Herpetismus zusammenfassen. Hierhin gehören auch Stoffwechselstörungen wie Gallensteine, Nierensteine, Fettleibigkeit und Zucker. Diese Stoffwechselstörungen sind bei den Juden, z. B. in Wien, doppelt so häufig als bei den Katholiken. Vor allem die letztere Krankheit tritt zweifellos bei den Juden viel häufiger auf als bei den Nichtjuden. Diabetes ist unter den Juden eine sehr häufige Krankheit, viel häufiger als unter den Christen. Zu berücksichtigen ist auch, daß, wenn der Diabetes bei Juden auftritt, derselbe einen anderen, schwereren Verlauf nimmt als bei Nichtjuden, doch sind die Untersuchungen hierüber noch nicht abgeschlossen. Es müssen jedoch hier auch die Fehler-Quellen berücksichtigt werden. So sagt mit Recht der Verfasser: „... der Diabetes wird bei Juden häufiger diagnostiziert als bei Nichtjuden, um so mehr als z. B. in Karlsbad oder Marienbad die nichtjüdischen Diabetiker meist den wohlhabenderen Kreisen angehören, dagegen unter den jüdischen Diabetikern auch recht viele arme russische, polnische und österreichische vorhanden sind. Dadurch schwillt die Proportion der jüdischen Diabetiker in den Statistiken bedeutend an, und wir gelangen zu falschen Resultaten (A. Pollatschek). Ferner konsultieren Juden mit Vorliebe hervorragende Aerzte; dadurch wird die Sterblichkeitsstatistik der Juden sicherer, auch insofern, als bei Juden bei bestehendem Diabetes, Tod aber an Tuberkulose, Pneumonie oder Herzkrankheiten, auch der Diabetes als Todesursache angeführt wird, bei nicht vorher bereits festgestelltem Diabetes aber nur die indirekten Todesursachen genannt werden.“

Es scheinen weniger Jüdinnen an den Folgen der Schwangerschaft und des Wochenbettes, vor allem auch der Puerperalsepsis zu sterben als Nichtjüdinnen. Für das letztere dürfte wohl die frühzeitige ärztliche Hilfe ausschlaggebend sein. Dagegen weisen Jüdinnen eine höhere Sterblichkeit an Geburtsfolgen auf. Krankheiten, die bei Juden häufiger gefunden werden als bei Nichtjuden, sind Krebs und sonstige bösartige Neubildungen. Vor allem scheinen die Juden mehr an Magen-, Darm- und Leberkrebs zu sterben, während die Erkrankung der Jüdinnen an Gebärmutterkrebs eine seltenere ist. Diese letzte Tatsache ist auffallend und fast ausnahmslos in der Literatur bestätigt. Während die westeuropäischen Juden in bezug auf Erkrankungen an Syphilis keine Ausnahme von der christlichen Bevölkerung zu machen scheinen, ist diese Krankheit in Osteuropa und dem Orient bei den Juden seltener. Dies aber statistisch zu erfassen, ist natürlich unmöglich. An Epilepsie leiden die Juden anscheinend nicht so häufig wie die Nichtjuden. Es sei hier nur an die kongenital-syphilitische und alkoholische Aetiologie der Epilepsie erinnert, wobei vor allem die letztere unter den Juden nicht so zahlreich vorkommen dürfte wie bei den Nichtjuden. Wie weit Nervenleiden als Todesursache anzunehmen sind, ist schwer zu entscheiden. Sicher ist aber, daß bei den Geisteskrankheiten die Juden gegenüber den Nichtjuden überwiegen. Die Bevölkerungsbewegung hat bei den Juden durch den Krieg und seine Folgen dieselben Veränderungen erlitten wie bei Nichtjuden. In Osteuropa wurde sie nur noch stärker zu ungunsten der Juden verändert. Zusammenfassend kann man sagen, daß der Unterschied in der Absterbeordnung der Juden und Nichtjuden nur zum geringsten Teil rassenmäßig bedingt ist, in der Hauptsache aber auf Unterschieden im geographischen, sozialen und ökonomischen Milieu beruht. Dies beweist auch der Umstand, daß sich je weiter nach Osten desto mehr die Pathologie der Juden der der Bevölkerung, mit der sie zusammen leben, nähert. Selteneres, bzw. häufigeres Auftreten verschiedener, oben erwähnter Krankheiten ist hauptsächlich mit dem veränderten Altersaufbau oder mit der geringeren Kinderzahl zu erklären. Für die letztere Ursache spricht der Umstand, daß in Rumänien, wo eine größere Geburtenhäufigkeit bei den Juden zu verzeichnen ist, auch die Sterblichkeit der Juden in gewissen Zeitperioden größer ist als die der Nichtjuden. Unaufgeklärt ist dagegen das seltenere Auftreten des Uteruskarzinoms bei Jüdinnen. Mit dem Altersaufbau, bzw. der geringeren Geburtenzahl sind die Ursachen allerdings nicht erschöpft: man muß u. a. auch die Berufszusammensetzung des jüdischen Volkes ins Auge fassen. Nach der Berufszählung von 1907 waren im Deutschen Reiche 55,2% aller Juden im Handel und Verkehr (Nichtjuden 13.4%), 22,6% in Industrie und Gewerbe (Nichtjuden 42.4%) und nur 1,0% in der Landwirtschaft (Nichtjuden 28,9%) beschäftigt. „Man wird also“, bemerkt sehr richtig der Verfasser, „für die größere Häufigkeit der verschiedenen krankhaften Anlagen bei Juden, vor allem der Konstitutionskrankheiten, neben den später zu erörternden Ursachen die idiokinetischen Einwirkungen des städtischen Lebens verantwortlich machen müssen, dem die jüdischen Familien im Durchschnitt schon länger ausgesetzt sind als die nichtjüdischen. Wir wissen, daß Diabetes bei der Stadtbevölkerung und bei den von Juden stärker besetzten Berufen häufiger ist als bei der Landbevölkerung und den von Juden weniger besetzten Berufen. Dasselbe gilt von Nervenkrankheiten, Neurasthenie, Morphinismus und vielleicht auch für die Paralyse. Insbesondere wird die berufliche Gliederung für die häufige Erkrankung der Juden an Diabetes heranzuziehen sein, da schwere Geschäftsverluste, plötzliche Gemütserregung, Kummer, Affekte jeglicher Art usw. zweifellos einen gewissen Einfluß auf Entstehung und Schwere der diabetischen Erkrankungen haben ... Die stärkere Beteiligung der Juden an Morphinismus mag auch bedingt sein durch die Häufigkeit an Gallensteinen, Nierensteinen usw., Krankheiten, die zum großen Teil wenigstens die Veranlassung zum Morphiummißbrauch geben. Die berufliche Gliederung der Juden ist auch teilweise wenigstens als Ursache anzusehen für ihre relativ hohe Selbstmordziffer. Die Veranlassung zum Selbstmord tritt bei den Juden häufiger dadurch ein, daß sie in Berufen tätig sind, die, wie Finanz- und Spekulationsgeschäfte, großen Schwankungen unterliegen." Die geringere Sterblichkeit der Juden an Erkältungskrankheiten, akuten Krankheiten der Respirationsorgane, Tuberkulose, Nierenentzündung, Gelenkrheumatismus und valvulären Herzerkrankungen ist wohl dadurch zu erklären, daß die Juden ihre Erwerbstätigkeit meist in geschlossenen Räumen ausüben und dadurch den Unbilden der Witterung nicht so sehr ausgesetzt sind wie die Nichtjuden. Die geringere Kindersterblichkeit kann außer der oben angegebenen Ursache noch dadurch erklärt werden, daß die jüdischen Frauen nur selten ihre Berufstätigkeit außer dem Hause ausüben. Außerdem pflegen die Juden häufiger den Arzt aufzusuchen als die Nichtjuden, und sie befolgen auch den ärztlichen Rat auf das genauste. Ueberhaupt sorgen die Juden, auch die ärmsten, nicht nur für die eigene Gesundheit, sondern vor allem auch für die ihrer Familienmitglieder und suchen bei Erkrankungen ärztliche Hilfe. Hier liegt also eine weitere Ursache der geringeren Kindersterblichkeit bei den Juden, aber auch der selteneren Infektionskrankheiten. Um nur ein Beispiel hervorzuheben, versäumten die Juden meisten nicht, sich — im Gegensatz zu den Nichtjuden — der Pockenimpfung zu unterziehen (in Rußland und anderen osteuropäischen Ländern war die Pockenimpfung bis vor kurzem nicht obligatorisch). Hier liegt aber auch eine Ursache der Fehlerquellen. In anderem Zusammenhang werden wir die Frage der Stellung der ärztlichen Diagnose in der Todesursachenstatistik genauer erörtern. Hier wollen wir nur darauf hinweisen, daß in Budapest, wo die ärztliche Leichenschau obligatorisch ist, kein Unterschied der Krebsmortalität zwischen Juden und Nichtjuden zu verzeichnen ist. Es ist mit der Wahrscheinlichkeit zu rechnen, daß dort Krebs als Todesursache bei vielen Nichtjuden erst bei der Leichenschau festgestellt wurde. Es ist also anzunehmen, daß vielerorts die richtige Todesursache bei den Nichtjuden, die relativ seltener den Arzt aufsuchen, nicht festgestellt wurde. Auch die wirtschaftliche Lage ist nicht zu unterschätzen. Die bessere wirtschaftliche Lage der westeuropäischen Juden und infolgedessen die günstigeren Wohnungsverhältnisse sind von ausschlaggebender Bedeutung für die Rachitis und Skrophulose, für die Kindersterblichkeit und besonders für die Tuberkulosemortalität, die bei den westeuropäischen Juden sehr gering ist, während sie bei den ärmeren Juden Osteuropas fast ebenso groß ist wie bei der Bevölkerung, in deren Mitte sie leben. Je weiter wir nach Osten kommen, um so deutlicher zeigt sich, daß die Tuberkulosesterblichkeit unter den Juden mit der Zunahme des Proletariats unter der jüdischen Bevölkerung parallel geht. Das gilt auch in ähnlicher Weise für die verschiedenen Distrikte New Yorks. Andererseits fördert die große Wohlhabenheit mit dem üppigen Essen und Trinken bei geringer körperlicher Bewegung die Fettleibigkeit und wird so zur Ursache für die größere Häufigkeit der Diabetesmortalität bei Juden, denn Diabetes tritt bei wirtschaftlich besser gestellten Schichten öfter auf. Auch die häufige Kombination mit Arteriosklerose, Cholelithiasis, arthritischer Konstitution und einer gewissen Labilität des Seelenlebens, wie sie gehäuft bei Juden auftritt, erklärt teilweise das häufigere Vorkommen des Diabetes bei ihnen. Gicht und Fettsucht treten bei westeuropäischen Juden häufiger als bei Nichtjuden auf, dagegen finden wir sie seltener bei den osteuropäischen Juden und bei den eingewanderten Juden Londons und New Yorks. Verwandtenehen sind bei Juden üblich. Die dadurch seit Jahrhunderten bestehende Inzucht ist die Hauptursache für das häufige Auftreten der Stoffwechselkrankheiten, der Sklerose und der Hämophilie. Dadurch sind auch nicht zuletzt die Häufigkeit der Geisteskrankheiten und andererseits die Langlebigkeit, die Ausleseimmunität usw. zu erklären. „So gibt das bei Juden übliche Ineinanderheiraten der Familien den Boden ab für eine, wenn auch nicht spezifische, so doch modifizierte Nosologie." „Eine große Rolle spielt in der Pathologie der Juden das bekannte gute Familienleben und der ausgesprochene Familiensinn, auch unter den ärmsten, dadurch häusliches Leben, mäßiger Alkoholgenuß, geringer Besuch von Wirtshäusern, wenigstens in Osteuropa." Wenn wir noch die oben angedeutete Vorliebe für ärztliche Behandlung und die sorgfältige Pflege berücksichtigen, was auch zur Besserung der Prognose beiträgt, so wird das seltenere Auftreten von Lungenentzündung, Tuberkulose, akuten Infektionskrankheiten, Puerperalsepsis usw. nicht weiter verwundern. Ferner ist noch die besondere Sorgfalt bei der Brusternährung hervorzuheben. Die Folge davon ist selbst bei gleicher Morbidität eine geringere Mortalität. Unklar ist nur, wieso bei der geringeren Syphiliserkrankung das Ueberwiegen der Juden bei der Paralyse in Erscheinung tritt. „Alle Gründe, die man für die Bevorzugung bei der Entstehung der metasyphilitischen Erkrankungen angeführt hat, können ebenso für die häufigere Erkrankung der Juden an Paralyse angenommen werden. So wird von französischer Seite das vermehrte Auftreten von Paralyse mit Herédité congestive (Gicht, Diabetes, Arteriosklerose) in Verbindung gebracht. Ebenso könnte man für die Juden die Domestikation mit ihrem rassenverschlechternden Einfluß (Rüdin), die häufige psychopathische Entartung usw., die jahrhundertelange Durchseuchung für das Ueberwiegen der Juden in der Erkrankung an Paralyse verantwortlich machen. Außerdem gilt für die Juden, daß Städter und sozial Höherstehende und in aufregenden Berufen Beschäftigte, Gemütserschütterungen vermehrt Ausgesetzte häufiger an Paralyse erkranken." Es bleibt noch die Immunität der Juden gegen Tuberkulose und andere Krankheiten zu erwähnen, jedoch ist diese Immunität nicht keimplastisch, rassenmäßig bedingt, sondern im Ausleseprozeß entstanden. Aus diesen Darlegungen kann man schließen, daß die Verschiedenheit in der Absterbekurve, bzw. der Verbreitung einiger Krankheiten kaum mit rassenmäßig bedingten Ursachen zu erklären ist, sondern vielmehr mit sozialen, ökonomischen, hygienischen und psychologischen. Dennoch will der Verfasser einen gewissen Einfluß der Rasse auf die Lebensdauer nicht unbedingt ausschließen: „. . . . ob er allerdings so ausgeprägt ist, um die Umweltsbedingungen überzukompensieren, bleibt dahingestellt." Zum Schluß sagt der Verfasser: „Ich kann mich hier nicht auf die Frage einlassen, wie weit die jüdische Rasse als Konstitutionstypus aufzufassen ist, und wie weit die Rassenverschiedenheit auf Verschiedenheiten in der Formel der innersekretorischen Drüsen beruht. Die Juden sind zweifellos im allgemeinen physisch frühreif, und die Menstruation und die Pubertät tritt bei ihnen meist früher auf als bei Nichtjuden. Ob daraus auch ein frühzeitiger körperlicher Verfall zu folgern ist, erscheint fraglich, und ob das häufige und frühzeitige Auftreten der Arteriosklerose hierdurch mit bedingt ist, vermag ich vorerst nicht zu entscheiden, da ja hierbei eine ganze Reihe von Umständen noch mit in Anschlag zu bringen ist. Wir wissen, daß das Leben in Städten und größere Wohlhabenheit den früheren Eintritt der Menstruation und Pubertät zur Folge haben. Da die Frage des Einflusses der innersekretorischen Drüsen auf die Lebensdauer noch nicht annähernd erforscht und geklärt ist, lassen sich diesbezügliche Abwegigkeiten der jüdischen Bevölkerung gegenüber der nichtjüdischen weder behaupten noch erklären . . . Es hat sich gezeigt, daß die Untersuchungen über die Lebensdauer der Juden keine Lösung bringen können zu der Entscheidung der Frage, ob der Rassenfaktor für die Dauer des Lebens eine große und überragende Bedeutung hat, und ob unter den zahlreichen Faktoren in der Aetiologie, der Entwicklung und den Symptomen der Krankheiten, ob in der Pathologie der Rasse eine ausschlaggebende Rolle beizumessen ist." Der Verfasser hat seiner aufschlußreichen Abhandlung ein umfangreiches Literaturverzeichnis hinzugefügt.

---

*) Vgl. die statistisch-methodologisch nicht ganz einwandfreie, aber sonst aufschlußreiche Untersuchung von N. Haltrecht: „Das Tuberkuloseproblem bei den Juden“ in den „Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose“, Bd. 62, H. 3/4. Die Abhandlung ist auch als Berliner medizinische Dissertation 1925 bzw. als Sonderabdruck bei Julius Springer, Berlin 1925, erschienen.

Sozialanthropologische Beobachtungen. Sozialanthropologische Untersuchungen sind besonders schwierig, denn hier kreuzen sich Erbanlagen mit sozialen Einflüssen. Das Material muß sorgfältig ausgesucht werden, damit eine gewisse Einheit erzielt wird. Den Verfassern ist dieses gelungen. An Hand der Beobachtungen aus einem Heim ist vor allem auf eine Gesetzmäßigkeit zu schließen: „Die soziale Bewährung eines Individuums hängt in ganz überwiegendem Maße von seiner Familien- und Rassenanlage ab, wobei für die Praxis — als Begleitwirkung der weitgehendsten Rassenmischung der europäischen Bevölkerung — die Familienanlage das wichtigste Moment ist." Auch andere belangreiche Merkmale sind beobachtet worden, auf die wir leider nicht mehr eingehen können.

M. Kantorowicz,

Zeitschrift für klinische Medizin.

104., Heft 1 und 2, Oktober.

Zur Frage der Uricolyse. Lichtwitz und Conitzer.
Die Fermente des Urins und ihre klinisch-diagnostische Bedeutung. Evensen.
* Quantitative Studien über die Fraktion der aromatischen Oxysäuren bei Krankheiten im Blut. Becher, Doenecke und Litzner.
Ueber das Verteilungsverhältnis der Eiweißkörpergruppen des Blutplasmas und Harnes bei Nierenkranken. Koller und Starlinger.
Der Einfluß von Insulin auf die Blutzusammensetzung beim Diabetes mellitus. Rothschild und Jacobsohn.
Ueber den Mechanismus der Wirkung kohlensaurer Mineralbäder. Wermel.
* Ueber die vegetativen Störungen bei Encephalitis epidemica. Wollheim.
Ueber die klinische Bedeutung der Spitzenstoßkurve. Regelsberger.
Ueber einen Fall aleukämischer Myelose mit Osteosklerose und alter Gicht. Beitrag zur Frage der aleukämischen Myelose, ihrer Beziehungen zur perniziösen Anämie und zur Osteosklerose und des Problems Gicht und Leukämie. Hagedorn.
Beitrag zur Leberfunktionsprüfung mittels Kohlehydratbelastung unter besonderer Berücksichtigung der Galaktose und ihrer Einwirkung auf den Blutzuckerspiegel. Noah.
* Ueber funktionelle Albuminurien. Medem.
Der Phenolgehalt des Blutes unter normalen und pathologischen Verhältnissen. I. Eine Bestimmungsmethode von freiem und gebundenem Phenol im Blut für klinische Zwecke. II. Ergebnisse der klinischen Untersuchungen. Becher, Litzner und Taglich.
* Ueber die Bestimmung der Eosinophilen im dicken Tropfen im Vergleich mit andern Methoden. Hornung.
Das Verhalten des Körpergewichts und des Serumeiweißspiegels bei Tuberkulose und ihre Beeinflussung durch das Tuberkulin. Salomon.

Die Schriftprobenmethode, eine Probe zur raschen Ermittelung der Erythrozytenresistenz. Cohnreich.
Histohämorenale Verteilungsstudien. I. Tierexperimentelle Studien am Hunde (Phenolsulfophthalein). Bernheim. II. Physiologischer Teil: Yatren. Jochmann. III. Physiologischer Teil: Kreatinin. Heesch und Tscherning.

Quantitative Studien über die Fraktion der aromatischen Oxysäuren im Blut bei Krankheiten. Die aromatischen Oxysäuren entstehen zum Teil durch Eiweißfäulnis aus Tyrosin im Darm, zum Teil werden sie im intermediären Stoffwechsel gebildet. Bei einer Zunahme der Phenole im Harn ist zumeist auch eine Vermehrung dieser organischen Säuren anzutreffen. Bei Infektionskrankheiten, Herzinsuffizienz und Leberzirrhose findet sich eine geringe Zunahme dieser Körper, eine stärkere beim Coma diabeticum. Die stärksten Zunahmen zeigen sich bei Niereninsuffizienz, wobei die Vermehrung der aromatischen Oxysäuren schon vor der Retention von Harnstoff zu beobachten ist. Die Anhäufung von diesen Stoffen im Blut und in den Geweben bei Störung der Nierenfunktion führt zu einer Verminderung der Blutalkaleszenz und zu einer Verdrängung des Bikarbonatriums. Die so entstehende Azidose verursacht die große Atmung bei der echten Stoffwechselurämie. Freilich spielt die Fraktion der aromatischen Oxysäuren nicht die Hauptrolle bei der urämischen Azidose, da noch andere Säuren (Phosphor-, Milch- und Oxalsäuren) an dieser Reaktionsänderung beteiligt sind. Nierenkranke und essentielle Hypertonien ohne Funktionsstörungen weisen normale Blutwerte für diese Oxysäuren auf.

Ueber die vegetativen Störungen bei Encephalitis epidemica. Bei hyperkinetischer Enzephalitis findet sich der Nüchternblutzucker erhöht. Bei der Prüfung der alimentären Hyperglykämie ergibt sich ein abnorm geringer Anstieg mit raschem Rückgang zum Ausgangswert und starker nachfolgender Hypoglykämie. Bei akinetischen Fällen hingegen ist der Nüchternblutzucker teils normal, teils etwas erhöht. Bei alimentärer Belastung steigt die Blutzuckerkurve sehr steil und hoch an und kehrt langsam und verzögert zum Ausgangswert zurück. Auch mit anderen Prüfungsmethoden (Leukozytenkurve nach 200 ccm Milch per os, Adrenalinkurve) lassen sich diese beiden Formen vegetativer Regulation — Hyperregulation und verlangsamte Regulation — bei den beiden verschiedenen Typen der chronischen Enzephalitis nachweisen. Trotz der Eindeutigkeit der vegetativen Regulationsstörung in diesen die verschiedensten Organsysteme betreffenden Reaktionen bei der hyper- und akinetischen Hauptform ist klinisch eine Fülle unsystematisch nebeneinander stehender vegetativer Symptome festzustellen. Die so charakteristischen Abweichungen vom normalen Reaktionstyp sind nur durch eine Störung in der zentralen Lenkung des vegetativen Systems erklärbar, welche das Durcheinander scheinbar widersprechender Symptome als Folge der ungezügelten Autonomie der peripheren Organe erscheinen läßt.

Ueber funktionelle Albuminurien. Die Unterscheidung zwischen der organisch bedingten krankhaften und der rein funktionellen harmlosen Albuminurie stößt zuweilen auf große Schwierigkeiten. Die Beeinflußbarkeit der Eiweißausscheidung durch Alkalidarreichung stellt eine mit einfachen Hilfsmitteln ausführbare diagnostisch entscheidende Prüfungsmethode dar. Bei klinisch sicheren Nierenerkrankungen kann durch Alkaligaben (dreimal täglich ein gehäufter Teelöffel Natriumbikarb.) die Albuminurie wesentlich verringert werden, jedoch nie zum Verschwinden gebracht werden. Bei denjenigen Menschen, bei denen lediglich die Albuminurie auf eine Nierenstörung schließen läßt und sonst keinerlei Zeichen einer organischen Nierenerkrankung erkennbar sind, beseitigt die Alkalisierung innerhalb von zwei Tagen prompt die Eiweißausscheidung. Der Urin zeigt zumeist bei diesem Vorgehen keine alkalische Reaktion. Bemerkenswerterweise reagiert die Fieberalbuminurie — welche gewöhnlich den funktionellen Albuminurien zugerechnet wird — auf Alkaligaben gar nicht.

So ist die Gruppe der funktionellen Daueralbuminuriker gut von der Gruppe der Nephritiker abzugrenzen. Bei diesen Menschen mit relativ dichtem Nierenfilter genügen schon die allgemeinen täglichen Lebensverhältnisse zur Herbeiführung der Eiweißausscheidung, während bei den Orthostatikern oder Sportsleuten zeitweilig bestehende besondere Bedingungen die Albuminurie veranlassen. Vermutlich bewirkt schon die im Blut bei geringer Muskelbewegung auftretende Milchsäuremenge, daß das an sich leichter durchlässige Nierenepithel des asthenischen Daueralbuminurikers für Eiweiß undicht wird. Im Gegensatz zu den Nephritikern ist jedoch eine Abdichtung mit Alkaligaben möglich. Die Eiweißausscheidung kann größer sein als beim organisch Nierenkranken und wird doch durch Alkali beseitigt, da nur die Ursache der Albuminurie entscheidend ist.

Ueber die Bestimmung der Eosinophilen im dicken Tropfen im Vergleich mit anderen Methoden. Den Eosinophilen wird als Indikatoren der verschiedensten Vorgänge im Organismus eine große Bedeutung beigelegt (prognostisch ungünstige Bedeutung der Hyp- oder Atneosinophilie bei septischen und infektiösen akuten Krankheiten, Frühdiagnose der typhösen Erkrankungen, Eosinophilenkontrolle zur Beurteilung immunisatorischer Vorgänge bei der Vakzine- oder Tuberkulinbehandlung usw.). Eine kritische Prüfung der drei gebräuchlichsten Arten der Eosinophilenauszählung (Auszählung am Objektträgerausstrich, Eosinophilenbestimmung im dicken Tropfen und die Kammerfärbung) zeitigte folgende beachtenswerte Ergebnisse. Der wahrscheinliche Fehler einer Einzelzählung von 100 Leukozyten beträgt für die Hauptklassen der Segmentkernigen und Lymphozyten 2,5 bis 3,5% und ist für die übrigen Klassen wesentlich geringer (unter 1%), wobei die Fehlerbreite einer Leukozytenklasse von ihrer relativen Stärke im Differentialbild abhängt. Die Differenzierung von 100 Leukozyten genügt für praktische Zwecke vollauf und ergibt einen klinisch ausreichenden Ueberblick. Im Ausstrichpräparat stellen Eosinophilenanhäufungen fast die Regel dar und werden am Beginn und Ende weit häufiger gefunden als in der Mitte. (Vorteil der Vierfeld-Mäandermethode Schillings!). Ihre Folgen sind jedoch nach Zählung von 600 bis 800 Zellen völlig ausgeglichen. In den Fällen, welche eine genaue Bestimmung der Eosinophilen wünschenswert erscheinen lassen, ist die Auszählung im dicken Tropfen am besten vorzunehmen. Zur genauen Bestimmung ist die Zählung von mindestens 600 Zellen erforderlich, welche beim dicken Tropfen nur etwa 5 Minuten erfordert.

Biberfeld.

Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten.

18., Nr. 19, Oktober 1926.

Die Arterienwandspannung. W. Stöwsand.

18., Nr. 20, Oktober 1926.

* Beitrag zur Behandlung von Herzneurosen und Kompensationsstörungen. M. Kärcher.
* Die Arterienwandspannung (Schluß). W. Stöwsand.

Die Arterienwandspannung. Bei der gewöhnlichen Blutdruckmessung erhält man Werte, die aus der Summe von Blutinnendruck und Wandwiderstand bestehen; die Weichteile des Arms üben keinen Einfluß auf die Messung aus. Die Höhe des Arterienwiderstandes hängt vom Tonus der glatten Muskulatur ab. Der Durchschnittswert für Gesunde war 15 mm, schwankend zwischen 12 und 20 mm Hg. Bei Erkrankungen ließ sich eine Gesetzmäßigkeit in der Schwankungen der A. W. bis jetzt nicht feststellen.

Beitrag zur Behandlung von Herzneurosen und Kompensationsstörungen. K. empfiehlt auf Grund von zahlreichen eigenen guten Erfolgen das Cardiotonin (Convallaria + Coffein-Na. benz.) zur Behandlung von leichten und mittelschweren Herzaffektionen, insbesondere nervöser und anämischer Herkunft, aber auch organischen Charakters. Dosierung: Erwachsene dreimal täglich 25 bis 30 Tropfen oder 2 bis 4 Tabletten nach dem Essen, Kinder 5 bis 25 Tropfen oder ½ bis 2 Tabletten. — Wie so oft, läßt sich auch hier schwer sagen, welchen Anteil an dem Erfolg das Medikament und welchen die übrige (diätetische usw.) Behandlung gehabt hat.

Lanke.

Therapie der Gegenwart.

Heft 9, 1926.

Radiumtherapie. Gudzent.
Die einzelnen Behandlungsmethoden der chron. Arthritis. Meyer-Bisch.
* Mastkuren mit Insulin bei Lungentuberkulösen. Ahlenstiel und Poel.
Ueber die Einwirkung kombinierter Atophan-Thyreoidindarreichung auf den Harnsäurehaushalt. Spitz.
* Ueber Erfahrungen mit Luminal-Papaverinbehandlung. Lyon.
Die Behandlung der Epilepsie. F. Stern.
Die Vorbeugung und Frühbehandlung der epidemischen Kinderlähmung. Müller.

Mastkuren mit Insulin bei Lungentuberkulose. 23 Patienten mit aktiver Lungentuberkulose und schlechter Appetenz wurden mit Insulin (Schering) behandelt: Injektion ½ Stunde vor der Mahlzeit, Tagesdosis 20 bis 45 E. Dauer der Kur bis zu 4 Wochen. In 12 Fällen deutliche Appetitsteigerung in den ersten Tagen, anhaltende Besserung nur in vier Fällen. Nur bei zwei Fällen Steigerung des Körpergewichts. Häufig kam es zu Fieberanstieg und Herdreaktion. Bei aktiver, progredienter Lungentuberkulose ist von einer Insulinkur abzusehen.

Erfahrungen mit Luminal-Papaverinbehandlung. Verf. gab folgendes Präparat: Luminal 0,5; Pap. hydrochl. 1,5 (2,0) Maß pil. p. s. ut f. pil. N. L. zweimal täglich 1 Pille. Das L. hebt einen Reizzustand im Vasomotorenzentrum auf, P. erweitert die Gefäße des Splanchnikusgebietes. Das Präparat wirkt infolgedessen blutdruckherabsetzend. Anwendung bei klimakterischen Wallungen und bei essentieller Hypertonie.

Heft 10, 1926.

Wesen und Behandlung der Typhusbazillenausscheider. Krause.
Postoperative Lungenkomplikationen und ihre Bekämpfung. Gmelin.
Behandlung der Hämangiome. Stegmann.
* Trockenmilch als Hilfe bei schwer ernährbaren Kleinkindern und Lungentuberkulösen. Rieß.
Die Milchzähne und ihre Behandlung. Adrion.
Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens. Mühsam.

Trockenmilch bei Kleinkindern. Verwandt wurde Dryco (New York) mit vermindertem Fettgehalt und unbegrenzter Haltbarkeit und Edelweißtrockenmilch (Kempten, Allgäu), eine unveränderte Vollmilch, die nur einige Monate haltbar ist. Es wurden behandelt schwere Appetitlosigkeiten beim Kleinkind, vor allem bei Keuchhusten und bei Tuberkulose. Es wurden 30 bis 50 g am Tag gegeben als Brei oder flüssig mit Wasser verdünnt. Außerdem wurden Trockenmilchbrötchen gegeben, 1 bis 3 am Tag. Diese hatten folgende Zusammensetzung:

500 g Weizenmehl
1000 g Trockenmilch
100 g Hefe
10 g Malz
48 Brötchen zu 50 g = 150 Kal. pro Brötchen.
500 g Weizenmehl
1000 g Trockenmilch
150 g Butter
75 g Zucker
4 Eier
10 g Salz
100 g Hefe
48 Brötchen zu 50 g = 185 Kal. pro Brötchen.

P. Heyman, Berlin.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

77., Heft 5 .

Zur Histopathologie der idiotypischen Lateralsklerose oder spastischen Heredodegeneration. Karl Schaffer.
Katalase im Blute von Geisteskranken. M. Lachtin.
* Die unzulängliche Fürsorge für chronische Enzephalitiker. W. Heinicke.
* Pseudosklerose, Wilsonsche Krankheit und Encephalitis chronica disseminata (C. Westphal, Strümpell, Wilson, A. Westphal). W. Seletzky.
* Ueber Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie. Jahrreiß.
Somatische Konstitution der Schizophreniker. D. S. Guber-Gritz.
Zur Frage der Neurosenbegutachtung. („Pensionierungs- und Abbauneurosen".) Kurt Moser.
Ein erfolgreich operierter Stirnhirntumor. Lothar Ziegelroth.

Die unzulängliche Fürsorge für chronische Enzephalitiker. Verf. macht darauf aufmerksam, daß die öffentliche Fürsorge für die chronischen Folgezustände nach Enzephalitis, deren Zahl er zusammen mit Stern auf mindestens 20.000 in Deutschland schätzt, im Gegensatz zur Fürsorge für andere Gebrechliche (etwa Blinde) noch viel zu wünschen übrig läßt. Nur der Freistaat Sachsen zieht die jugendlichen Enzephalitiker in der Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf gesondert zusammen. In den anderen Ländern fehlt solche Fürsorge völlig. Ebenso für Erwachsene, für die Verf. offene Sonderabteilungen, angegliedert an die Heil- und Pflegeanstalten, vorschlägt.

Pseudosklerose, Wilsonsche Krankheit und Encephalitis chronica disseminata (C. Westphal, Strümpell, Wilson, A. Westphal). Die zur Zeit herrschenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei den oben genannten Krankheitsbildern, die besonders groß und akut geworden sind seit dem Bekanntwerden der epidemischen Enzephalitis, nimmt Verf. zum Anlaß, um auf Grund eigener (zum Teil nicht ganz eindeutig beurteilter) Fälle und unter Berücksichtigung der Literatur zu klareren Einteilungsprinzipien zu gelangen. Verf. glaubt, daß man nicht mehr berechtigt ist, auf Grund der seinerzeit von C. Westphal und Strümpell herausgehobenen Symptome, den Begriff der Pseudosklerose als besonderes Krankheitsbild aufrecht zu erhalten, sondern daß man derartige Fälle zwanglos je nach der Symptomatologie zur multiplen Sklerose oder zum sogenannten Morbus Wilson rechnen kann. Aber auch die Wilsonsche Krankheit gehe auch in die Encephalitis chronica dissementia (sen epidemica) über, nachdem sich herausgestellt habe, daß diese Erkrankung keineswegs auf den Linsenkern beschränkt sei, wie Wilson ursprünglich annahm. Man habe zur Zeit der Aufstellung des Morbus Wilson die chronische disseminierte Enzephalitis noch nicht gekannt, und es gebe ja auch jetzt sichere Enzephalitiden ohne akuten typischen Beginn, so daß sichere differentialdiagnostische Handhaben zwischen beiden Erkrankungen nicht mehr bestehen.

Ueber Zwangsvorstellungen im Verlauf der Schizophrenie. Material von 16 Fällen. Echte Zwangsvorstellungen, wie sonst bei konstitutionell Nervösen und bei Zirkulären beobachtet werden, kommen auch bei der Schizophrenie, bes. im Beginn und bei schleppend verlaufenden oder intermittierenden Fällen vor. Es fanden sich Irrtumsfurcht und Kontrollzwang, Grübel- und Zweifelsucht, Kontrastideen, mechanische Zwangsantriebe, Platzangst usw. Die Zwangsvorstellungen haben insofern Beziehungen zu katatonen Stereotypien, als die Tendenz zum Beharren, ein ganz allgemeiner und physiologischer psychischer Mechanismus in beiden Symptomen zum Ausdruck kommt. Daß aber die verstärkte Tendenz zum Beharren als Zwang empfunden wird und die Stellungnahme des Kranken zu den Erscheinungen gibt richtige Hinweise auf das Trennende zwischen beiden Erscheinungen. Es gibt chronische Zwangserkrankungen (5 Fälle des Materials), die sich sehr schwer von der Schizophrenie abgrenzen lassen.

Panse, Berlin.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

62., Heft 1, September 1926.

Die Gegenreaktion der Zentren. O. Pötzl.
Psychogene Halluzinationen. Bresowsky.
* Hyperkinese nach Enzephalitis. E. Leyser und B. Ramrath.
* Homolaterale mimische Fazialisparese bei Stirnhirnverletzung. G. Herrmann.

Hyperkinese nach Enzephalitis. Der von den Verff. mitgeteilte Fall wies nach einer ausgesprochenen und langdauernden postenzephalitischen Charakterveränderung (Betätigungsdrang, Rastlosigkeit, Aufdringlichkeit, Neigung zu Spöttereien, zum Stehlen und zur Lügenhaftigkeit) eine akute Remission auf. Pat. erkrankte aber dann — nach einem längeren freien Zeitraum — an einer eigenartigen komplexen Hyperkinese der Zunge, die sich in folgendem Sprachfehler äußerte: bei Bildung der Lingual- und Dentallaute gleitet die Zunge zwischen die Zähne, wobei Pat. das Gefühl hat, die Zunge sei ihm zu lang. Beim langsamen Sprechen ist es ihm möglich, für ½ Minute die Zunge zurückzuhalten; dann hat er keine Gewalt mehr über sie, und die Sprache macht den Eindruck eines schwerfälligen Lispelns; beim Singen ist der Fehler weniger zu bemerken als beim Sprechen. Außerdem besteht ein leichter Tic im Gebiet des rechten Fazialis. Letzterer, sowie der Sprachfehler besserten sich bedeutend nach achtwöchiger Hyoscinbehandlung. Die Hyperkinese der Zunge wird als extrapyramidaler Herkunft aufgefaßt, u. z. wegen der Vorgeschichte, wegen ihrer relativen Unterdrückbarkeit durch Aufmerksamkeitszuwendung und wegen ihrer guten Beeinflußbarkeit durch Hyoscindarreichung.

Homolaterale mimische Fazialisparese bei Stirnhirnverletzung. 15 jähriger Arbeiter. Kopfverletzung durch herabfallenden Ziegelstein. Bewußtlosigkeit. Röntgenbild zeigt Schädelimpression, die den hinteren Teil der rechten zweiten Stirnwindung nach oben bis zum Rand der ersten, nach unten bis zum Rand der dritten Stirnwindung betrifft. Debridement. Von der Zeit an, da Pat. infolge Besserung seines psychischen Verhaltens genau untersucht werden konnte, zeigte er folgendes: Beim Zähnezeigen hatte er entsprechend der linksseitigen Hemiparese eine Fazialisdifferenz zuungunsten der linken Seite. Beim Lachen dagegen blieb die rechte Gesichtshälfte zurück (also homolateral zur Verletzung). Die innervatorische Fazialisparese der linken Seite betraf den Mundfazialis und ließ den Augenfazialis frei. Die rechtsseitige mimische Fazalisparese erstreckte sich auch auf den Orbicularis oculi. Ließ man zuerst die Zähne zeigen und dann lachen, so sah man deutlich, wie die Innervation von der linken Seite auf die rechte hinüber wechselte. Verf. vermag eine sichere Erklärung für den Untersuchungsbefund nicht zu geben.

Kurt Mendel, Berlin.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.

39., Heft 2.

* Ein Beitrag zur Frage der Frequenz und Lokalisation des Ulcus pepticum ventriculi et duodeni.
* Ueber erfolgreiche Milzexstirpation bei Icterus haemolyticus.

Ein Beitrag zur Frage der Frequenz und Lokalisation des Ulcus pepticum ventriculi et duodeni. Die Untersuchungen sind in der Zeit vom 12. Januar bis 8. Juni 1925 vorgenommen, und zwar an Magen und Duodenum aller in dieser Zeit sezierten 1000 Leichen. Von diesen 1000 Individuen waren:

Männer 396,
Frauen 604.

Positive Befunde, d. h. Ulzera und Narben, wuren bei 202 Individuen erhoben; das entspricht einem Prozentsatz von 20,2.

A. Magen.

Mit Ulkus oder Narbe behaftet waren die Magen von 132 Individuen, während 16 mal Magen und Dünndarm gleichzeitig erkrankt waren, so daß in Summa 148 positive Magenbefunde registriert werden konnten. Sie gliedern sich:

Ulzera	14
„ und Narben	6
Narben	128

Bei Nichtberücksichtigung der 6 kombinierten Fälle ergibt dies ein Verhältnis von Narben zu Ulzera 9 : 1. Erwähnt sei hierbei, daß andere Autoren zu abweichenden Resultaten bei ihrer Untersuchung gelangen; so errechnet Hart dieses Verhältnis 3 : 2, während Gruber mit 1 : 3 ein mit oben genannten Befunden in krassestem Widerspruch stehendes Resultat mitteilt. Die Erklärung für diese weitgehende Differenz dürfte wohl im wesentlichen im gehäuften Auftreten und relativ raschem Abheilen von peptischen Ulzerationen im hohen Alter (aus lokalen Gründen wurden die Untersuchungen vorwiegend an Material höherer Altersklassen vorgenommen) liegen.

Zur klareren Uebersicht werden vom Verf. Magen und Duodenum getrennt behandelt.

1. Das Magenulkus.

In 20 Magen wurden peptische Ulzera gefunden, das entspricht 10% der 202 positiven Fälle. Sie betrafen: 12 Männer — 8 Frauen. Auf je 100 Männer resp. Frauen des Gesamtmaterials berechnet ergibt das: Männer 3,0%, Frauen 1,3%, so daß das männliche Geschlecht mehr als doppelt so häufig von noch nicht vernarbten Magengeschwüren betroffen gefunden wurde, als das weibliche. Dieses Verhältnis steht in Uebereinstimmung mit den Resultaten anderer Autoren. So gibt Gruber ein Verhältnis von 2,1 : 1.

Multiplizität des Magenulkus konnte fünfmal verzeichnet werden, also in 25% der Fälle, einmal fanden sich 3, viermal 2 in Einzelmagen. Die Verteilung der Geschwüre auf die verschiedenen Magenabschnitte war folgende: Fornix 1, Corpus 9, d. i. pylorusfern = 10; Sinus 8, Antrum 8, Pylorus 1, d. i. pylorusnahe = 17. In Prozenten ausgedrückt entspricht das pylorusfern 37%; pylorusnahe 63%.

Es lagen an der Hinterwand 6, d. i. 22%, kleinen Kurvatur 19, das ist 71%, Vorderwand 2, das ist 7%, großen Kurvatur 0.

2. Die Magennarbe.

Magennarben wurden bei 134 Individuen gefunden.

Es wurden registriert: Narben allein 109, Sanduhrmagen 6, Narbe und Ulcus ventriculi 5, Narbe und Carcinoma ventriculi 3, Narbe und Ulcus ventriculi und duodeni 1, Narbe und Ulcus duodeni 2, Narbe im Magen und Duodenum 8.

Die Form und sichtbare Ausdehnung der gefundenen Magennarben war sehr verschieden. Von der kleinen Schleimhautnarbe, die als zarter, weißer Stern zu sehen war, bis zu ausgedehnten Narbenkomplexen mit derber Schwielenbildung, die alle Schichten des Magens umfaßt, fanden sich alle Uebergänge. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß die Derbheit der Narben gegen die kleine Kurvatur hin und pyloruswärts zunimmt. Die Serosa war in 51 Fällen mit ergriffen.

B. Duodenum.

Das Duodenum war 54 mal allein, 16 mal kombiniert mit dem Magen befallen. Davon waren: Ulzera 9, Narben 45, Ulzera mit Magenaffekten 7, Narben mit Magenaffekten 9. Es wurden somit 16 mal Geschwüre und 54 mal Narben festgestellt.

Dem Geschlecht nach verteilen sich die befallenen Individuen folgendermaßen: Männer 10 Ulzera und 18 Narben, Frauen 6 Ulzera und 36 Narben, also auf Männer 7%, Frauen 7%.

1. Das Duodenalulkus.

Von den 16 Ulkusfällen kamen auf Männer 10 = 60%, auf Frauen 6 = 40%. Auf je 100 Individuen berechnet 3,5% auf Männer, 1,0% auf Frauen. Auf Altersklassen berechnet kommen auf 1.—4. Jahrzehnt 2 Fälle = 12,5%, auf 5.—8. Jahrzehnt 14 Fälle = 87,5%.

2. Die Duodenalnarben.

Narben wurden im Duodenum bei 54 Fällen gefunden. Das Verhältnis von Narbe zu Ulkus 54 : 16, also 3,3 : 1.

Die Verteilung auf die Geschlechter war folgende: Männer 18, d. i. 33%; Frauen 36, d. i. 67%.

Zusammenfassend läßt sich sagen: 20,2% der untersuchten 1000 Fälle waren Träger eines chron. Ulcus pepticum oder einer Narbe nach solchem im Magen und Duodenum. Im Magen steht einer relativ geringen Anzahl von Geschwüren eine große Menge von Narben gegenüber, so zwar, daß neunmal soviel Narben als Geschwüre gefunden wurden.

Die kardiale Hälfte des als Corpus ventriculi bezeichneten Mittelstückes des Magens ist Träger der größten Menge aller gefundenen peptischen Affektionen. Es besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Ulkus dieser Gegend und dem der pylorusnahen Region. Das kardiale Geschwür zeigt eine bedeutend bessere Heiltendenz und relative Gutartigkeit, während das pylorusnahe Geschwür bedeutend schwerer zur spontanen Heilung gelangt. Die peptischen Ulzera des Duodenums sind in hohem Grade der Heilung fähig, sofern sie nicht die Vorderwand betreffen, welche letztere Lokalisation häufig Veranlassung zur Perforation gibt. Die große Mehrzahl der Duodenalgeschwüre liegt in nächster Nähe des Pylorus.

Sowohl im Magen wie im Duodenum fand Verf. eine Steigerung der Frequenz der Ulzerationen in höherem Alter, wobei das Duodenum relativ häufiger bei jüngeren Individuen betroffen war, als dies beim Magen der Fall war.

Der sehr fleißigen Arbeit sind 4 Abbildungen im Text beigegeben.

Ueber erfolgreiche Milzexstirpation bei Icterus haemolyticus. Das Interesse, das in den letzten Jahren der Klinik und Pathologie des Icterus haemolyticus, insbesondere im Hinblick auf die Erfüllung der Indicatio causalis durch Milzexstirpation entgegengebracht wird, veranlaßt Verf. über einen in der Bonner Klinik (Garrè) operierten Fall — Herbst 1925 — zu berichten. Es handelt sich um einen 19 jährigen Schneider. Die Familienanamnese ergibt, daß der Vater des Patienten von Jugend auf in jedem Frühjahr gelb wurde. Von Schmerzanfällen ist nichts bekannt. Pat. selbst litt wiederholt an Gelbsucht und wurde wegen „Leberleidens" behandelt. Unter den in der inneren Klinik zu Bonn (in welcher P. zunächst lag) beobachteten klinischen Erscheinungen traten besonders starke Müdigkeit, Schmerzanfälle im Epigastrium, mehr nach der Milzgegend hin auf; im linken Oberbauch doppelfaustgroße Verwölbung sichtbar, großer Milztumor, bis hart an Nabel- und Mittellinie reichend. Deutliche, erhebliche Zunahme des Hautikterus. Diejenige Blutveränderung, deren Vorhandensein als conditio sine qua non für die Diagnose des hämolytischen Ikterus gilt, nämlich die Herabsetzung der Erythrozytenresistenz gegen hypotonische Kochsalzlösungen, ist in vorliegendem Fall in klassischer Form vorhanden. Dreimalige Prüfung mit gleichzeitigem Kontrollversuch der Erythrozyten eines Normalen ergab jedesmal eine bedeutende Resistenzverminderung. Der am 13. November 1925 operierte Patient stellte sich am 25. Februar 1926 wieder vor. Er hatte ein frisches, gesundes Aussehen. Die Gewichtszunahme betrug seit der Operation 10,5 kg. Der Blutbefund betrug: 93% Hämoglobin, 5 400 000 Erythrozyten, 7800 Leukozyten. Patient hatte keine Schmerzanfälle mehr und zeigte keine Spur von Gelbfärbung. Die eingeschlagene Therapie entspricht der Auffassung der meisten Autoren: Gänzlicher Mißerfolg der Bestrahlung, voller Erfolg der Milzexstirpation. Aehnlich, wie beim Morbus Basedowii dürfte sogar vor einer Bestrahlungstherapie gewarnt werden. Sie ist nur geeignet, durch Verwachsungen die nicht zu umgehende Operation zu erschweren.

39., Heft 3.

Bemerkungen über die sogenannte Jacksonsche Membran und ihre angebliche chirurgische Wichtigkeit. Antonio Cornolli.
Ueber die Luftembolie. Kurt Walcher.
Warum liefert die Zwerchfellähmung bei der Behandlung der einseitigen Lungentuberkulose meist nur vorübergehende Resultate, und wie sind dieselben zu verbessern. Otto Roith.
Experimentelle Untersuchungen über die peritoneale Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen aus dem Blute. St. Rosenak und P. Siron.
Experimentelle Gallenstudien. Wilhelm Gundermann.
Zur Frage der Blutgruppenspezifität der malignen Tumoren und deren gruppenspezifische Bekämpfung. Otto Hoche und Paul Moritsch.

Warum liefert die Zwerchfellähmung bei der Behandlung der einseitigen Lungentuberkulose meist nur vorübergehende Resultate und wie sind dieselben zu verbessern. Die Zwerchfellähmung kommt als nächster chirurgischer Eingriff bei hauptsächlich einseitiger Lungentuberkulose in Betracht, wenn der Pneumothorax nicht oder in nicht mehr ausreichendem Maße möglich ist.

Sauerbruch und seine Schule schätzen die Zwerchfellähmung als probatorische Operation und als Voroperation zur Thorakoplastik. Verf. hält es demnach für berechtigt und erklärlich, die durch Zwerchfellähmung bedingten Veränderungen der Atmung der betroffenen Seite festzustellen.

Dies kann auf zwei Wegen geschehen: 1. auf dem Wege einer genaueren Analyse der einschlägigen anatomischen Verhältnisse, 2. auf dem Wege des Tierexperimentes.

Verf. hat beide versucht. Nur der erste ergab ihm einwandsfreie Resultate. Hiernach wird durch die Zwerchfellähmung nicht nur dieses, sondern auch ein großer Teil der Brustwand für die Inspiration außer Funktion gesetzt. Es sind dies die 11. und 12. Rippe ganz, die 9. und 10. zum größten Teil, 7 und 8 zu mehr als ¼, und zwar in den vorderen beweglichsten Abschnitten. Tritt das gelähmte Zwerchfell und damit der untere Lungenrand höher, so sind die von der Atmung ausgeschalteten Partien größer, bei tieferem Zwerchfellstand kleiner. Dasselbe wie für die Rippen gilt selbstverständlich auch für die Interkostalmuskeln, die beim Inspirium die Interkostalräume versteifen und bei ruhiger Atmung die hauptsächlichsten Inspiratoren sind. Es bleibt also nach der Zwerchfellähmung ein großer unter normalen Verhältnissen sehr beweglicher Teil der Brustwand wirksam, dessen Muskeln auf den Weg der funktionellen Anpassung den ausfallenden Teil des Atmungsapparates meist ausreichend ersetzen. Es hängt also die Kompensation dieser Lähmung von der Integrität der entsprechenden Thoraxhälfte ab. Die Fälle, bei denen schon starke irreparable Schrumpfungen der Interkostalmuskeln oder der ganzen Brustwand bestehen, geben die guten Dauerresultate nach der einfachen Zwerchfellähmung, weil die Beweglichkeit der Brustwand bereits erheblich vermindert und einer Funktionssteigerung nicht mehr fähig und so eine dauernde Ruhigstellung gesichert ist. Meistens ist die wirksam bleibende Interkostalmuskulatur imstande, die Zwerchfellähmung zu kompensieren, namentlich bei jugendlichen Individuen. Bei dem operativen Vorgehen nach dieser Richtung hin ist zu berücksichtigen, daß der Lähmung sämtlicher Interkostalmuskeln schon die Tatsache entgegensteht, daß hierdurch nicht nur die Interkostalmuskeln, d. h. die Inspiratoren, sondern auch der größte Teil der Bauchpresse, also die wirksamsten Exspiratoren, gelähmt werden, da der 8. bis 12. Dorsalnerv auch die Bauchmuskulatur motorisch versorgt. Diese Lähmung bedingt ein Nachlassen des Tonus der betreffenden Muskulatur, die sich besonders in aufrechter Körperhaltung geltend macht. Hierbei sinkt der intraabdominale Druck, besonders in den oberen Teilen des Bauchraumes. Dies wirkt wiederum dem Ziel der Lungenkompression direkt entgegen. Praktisch ist also die möglichst große Immobilisierung und sekundäre Schrumpfung des Thorax und damit der Lunge durch das kleinste Trauma anzustreben. Dies geschieht durch die Lähmung des Zwerchfells und der 6 bis 8 oberen Interkostalmuskeln. Verf. erwähnt bei seinen Ausführungen die Ablehnung der chirurgischen Behandlung der hauptsächlich einseitigen Lungentuberkulose durch manche namhafte Kliniker und Lungenärzte, meint aber, daß dieselbe vorläufig noch an Boden gewinnt.

Die Technik der Operation ist nach dem Verf. einfach. Die Zwerchfellähmung geschieht durch die Phrenikoexairese nach Felix. Für die Lähmung des N. intercostales genügt die lokale Anästhesie wohl in den meisten Fällen. Allgemeinnarkose ist nur bei abnorm ängstlichen Patienten gerechtfertigt. Ueber die Einzelheiten des operativen Vorgehens ist im Original nachzulesen; Voraussetzung für das Vorgehen ist — wie bereits oben betont — Unmöglichkeit einer wirksamen Pneumothoraxbehandlung. Im ganzen hat Verf. 5 Fälle operiert. Ein Patient starb ca. ¼ Jahr später ohne jeden auch nur vorübergehenden Erfolg, bei ihm war die Indikation zu weit gestellt und in Narkose einzeitig operiert worden. Die übrigen Patienten erholten sich auffallend rasch und verließen nach einigen Wochen das Krankenhaus. Drei davon sind heute 1 bis 1½ Jahre post op. arbeitsfähig und dauernd frei von Fieber und Beschwerden. Einer ist erst 7 Monate operiert. Die Röntgenbefunde ergaben sehr erhebliche Schrumpfungen der Kavernen und Aufhellen der Verschattungen.

Nicht in Betracht für die angegebene Operation kommen: Erhebliche Erkrankungen der anderen Lunge und des Kehlkopfes, Hochfieberende, große Kavernen. Diese erfordern, wenn ein chirurgischer Eingriff angezeigt ist, eine rasche starke Einengung, also die Thorakoplastik. Verf. hält sich trotz der geringen klinischen Erfahrungen für berechtigt, das Verfahren zu publizieren und zur Diskussion zu stellen.

Experimentelle Untersuchungen über die peritoneale Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen aus dem Blute. Es ist eine alte therapeutische Bestrebung, Vergiftungszustände des Körpers durch Elimination der Giftstoffe aus dem Blute zu beseitigen. Die Mittel und Wege hierfür richteten sich nach Art und Ausscheidungsstätte der toxischen Substanz. Bei Vergiftungen mit wasserlöslichen harnfähigen Substanzen wurde die Nierentätigkeit angeregt, die zur Lösung der Giftstoffe nötige Wassermenge dem Körper einverleibt. In Fällen, wo eine Ausscheidung nach dem Darm zu anzunehmen war, wurden Abführmittel gegeben, Magen-Darmspülungen gemacht. Die Schwitzkuren zum Zwecke der Blutreinigung sind ein schätzenswertes Mittel. Die als vikariierende Ausscheidungsorgane mitwirkenden Drüsen, die Drüsen des Magendarmkanals und Schweißdrüsen unterstützen in der Tat gut die Nierenfunktion. Wie steht es aber, wenn die Niere erkrankt und unfähig wird, die gebildeten wasserlöslichen festen Stoffwechselschlacken auszuscheiden? Der Zustand der Urämie besagt in solchem Falle die Unzulänglichkeit der vikariierenden Ausscheidungsorgane. Nach klinischen Erfahrungen ist es bekannt, daß die Peritonealhöhle für N.-Substanzen durchlässig ist. Aus dieser Erwägung heraus ist ein befriedigender Erfolg mittels der konstanten Durchspülung der Bauchhöhle (eine Methode, die auch Ganter andeutet), mit geeigneten Mitteln zu erwarten. Die Verf. unternahmen zur Klärung dieser Frage Tierversuche an Hunden, die sich hierfür am geeignetsten erwiesen, da das Peritoneum des Hundes eingebrachten Mitteln gegenüber sich ebenso verhält, wie das menschliche Bauchfell. Als Durchspülungsflüssigkeit wurde physiologische Na Cl-, isotonische Normosallösung, leicht hypertonische Traubenzuckerlösung (5proz.) und hypertonische Normosallösung (1,2proz.) verwendet. Die Technik und Anordnung des Vorgehens sind im Original nachzulesen. Die Verff. kommen zu dem Ergebnis, daß die Erfolge der peritonealen Durchspülung keine durch Flüssigkeitsresorption vorgetäuschte sind, sondern echte, wie die Analyse der Durchspülungsflüssigkeit ergibt, und fassen die Resultate ihrer Untersuchungen dahin zusammen: 1. Eine länger ausgedehnte Durchspülung des Bauchfellraumes mit geeigneten Flüssigkeiten ermöglicht die Ausscheidung erheblicher Mengen kristalloider Körper, insbesondere harnpflichtiger stickstoffhaltiger Substanzen aus der Blutbahn. Dabei sind diese Substanzen in der Durchspülungsflüssigkeit nachweisbar. 2. Beim doppelseitig entnierten Hunde ist nach der Durchspülung eine starke Abnahme des Rest-N im Blute und, falls eine schwere Urämie bestand, eine deutliche Besserung im Befunde des Tieres und ein Rückgang der urämischen Symptome zu beobachten. 3. Die besten Ergebnisse konnten bei Anwendung 5prozentiger Traubenzuckerlösung als Spülflüssigkeit erreicht werden. 4. Die Ergebnisse stehen denen der Dialyse nicht nach, sie scheinen sogar günstiger zu sein. 5. Nachteilige Folgen waren bei absoluter Asepsis nicht zu verzeichnen, insbesondere bedingt die Durchspülung keine Peritonitis. 6. Auf Grund der Versuchsergebnisse wird die Durchspülungsmethode als Therapie in Fällen akut bedrohlicher urämischer Zustände empfohlen. 7. Ein neuer Gesichtspunkt ergibt sich aus den Versuchen hinsichtlich der Durchspülungsmethode bei der Peritonitisbehandlung. Bei längerer Ausführung der Durchspülung ist eine Möglichkeit der Ausschwemmung bereits resorbierter Giftstoffe aus dem Blute gegeben.

Zur Frage der Blutgruppenspezifität der malignen Tumoren und deren gruppenspezifische Bedeutung. Mit der Einführung der Blutgruppenbestimmung trat auch das alte Problem der Karzinomfrage in ein neues Stadium. Die an 1000 Individuen (704 Kranke, von denen 176 Tumorkranke — Karzinom, Sarkom, bösartiges Gliom — waren und 296 Gesunde) nach dieser Richtung unternommenen Untersuchungen haben keine abschließende Lösung gebracht. Es kann aus den erzielten Ergebnissen, wenn überhaupt ein kritischer Schluß möglich ist, nach dem Mendelschen Gesetz vielleicht folgende Schlußfolgerung gezogen werden:

Beruht es auf Richtigkeit, daß das Verteilungsverhältnis der Blutgruppenzusammengehörigkeit zwischen Gesunden und Tumorkranken ein stetig gleichbleibendes ist, so würde diese Tatsache, da ja die Blutgruppen sich nach dem Mendelschen Gesetz vererben, zugunsten der Vererbungstheorie der Tumorkranken sprechen. An Beweiskraft gewinnen könnte jedoch diese Annahme erst dann, wenn das Verhältnis der den einzelnen Gruppen zukommenden Indexzahlen zueinander im Laufe der Generationen als annähernd dasselbe sich ergäbe. Untersuchungen sind im Gange.

Bezüglich der Therapie maligner Tumoren ist zu sagen: Sowohl bei der Bluttransfusion wie bei der Serumtherapie ist eine vorübergehende Besserung festzustellen gewesen, die letzten Endes auf eine Kräftigung des Gesamtorganismus hinausläuft. Die Bluttransfusion speziell kann von ausschlaggebender Bedeutung sein, will man einen kachektischen, anämischen Karzinomkranken einer Operation unterwerfen. Der Pat. wird den Eingriff bedeutend besser überstehen, doch handelt es sich wohl kaum um eine spezifische Beeinflussung des Tumors selbst. Gewisse scheinbare Besserung am Tumor selbst muß wohl so gedeutet werden, daß die bei exulzerierten Tumoren nebenbei sich abspielenden entzündlichen Prozesse günstig beeinflußt werden.

Lasker (Berlin).

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage.

47., Heft 4.

Otto Madelung zum 80. Geburtstag. Fritz Lange, München.
Vom Stiefel. A. Schanz.
* Knieschwäche. Siegfried Romich.
* Eine eigenartige Sportverletzung. Fritz Böhm.
* Der Kruppstahldraht als Knochennahtmaterial. Experimentelle Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpern im Organismus und über den Einfluß der verschiedenen Drahtsorten auf die Kallusbildung. Max Lange.
Drei Fälle von unvollständiger Polydaktylie der Außenseite von Hand und Fuß. Fr. Duncker.
* Einzeitiges Redressement und Sehnentransplantation beim paralytischen Klumpfuß. Alfred Saxl.
Muß die Keimfreiheit des Verbandstoffes ständig nachgeprüft werden? Hermann Walter.
* Der Nachtapparat mit Extension, ein Verfahren zur Bekämpfung drohender Reluxationen bei reponierten Hüftgelenksluxationen und zur Behandlung angeborener Subluxationen der Hüfte. Max Lange.
Photographische Heilerfolge. H. v. Baeyer.
* Ueber eine Veränderung am Ramus inferior ossis ischii bei Arthritis deformans. Adolf Scheff.
Beitrag zur Lehre von den vorderen Stützpunkten des Fußes mit Berücksichtigung der Mittelfußbrüche. Muskat.
* Ein seltener Fall von Synostosis talonavicularis. Hans Blencke.

Knieschwäche. Die Symptome der Knieschwäche bestehen in der Hauptsache in Schmerzen an der Innenseite des Knies, besonders beim Abwärtsgehen, in Druckempfindlichkeit daselbst sowie in Atrophie der beiden kurzen seitlichen Quadrizepsköpfe. Das Primäre dieser Symptomentrias sieht R. in der Schwäche des Quadrizeps, welche beim Gehen auf ebenem Gelände nicht ins Gewicht fällt. Bei Bergabgehen und Treppensteigen dagegen, bei welchem der Quadrizeps stark angespannt wird, versagt er, bietet nicht die genügende Fixation, und es kommt zur Zerrung des inneren Meniskus. Die Therapie hat neben der Stützung des schwachen Knies vor allem auf eine Kräftigung der Quadrizeps hinzuwirken.

Eine eigenartige Sportverletzung. B. beschreibt einen Fall von Exostosis cartilaginea bursata fracturata am unteren Femurende.

Der Kruppstahldraht als Knochennahtmaterial. Der Kruppdraht ist auf Grund eingehender Untersuchungen, welche in der Münchener orthopädischen Klinik angestellt wurden, ein ausgezeichnetes Knochennahtmaterial, das sich leicht verarbeiten läßt, gute primäre Widerstandsfähigkeit gegenüber mechanischen Ansprüchen beim Ausführen der Drahtnaht und gute sekundäre gegenüber den mechanischen Kräften des Körpers besitzt, und der schließlich als Fremdkörper reaktionslos einheilt. Nur ein Nachteil haftet auch ihm an, daß er verzögernd auf die Kallusbildung wirkt.

Einzeitiges Redressement und Sehnentransplantation beim paralytischen Klumpfuß. In 5 Fällen, in denen eine zweizeitige Operation nicht möglich war, ließ S. dem restlos korrigierenden Redressement in derselben Sitzung die Ueberpflanzung des M. tibialis anterior auf den Außenrand des Extensor digitorum communis und auf den Peroneus tertius im Bereich des Unterschenkels folgen. Die erzielten günstigen Resultate sollen nicht dazu verleiten, die empfohlene Transplantation für alle Fälle von paralytischem Klumpfuß als Methode der Wahl hinzustellen.

Der Nachtapparat mit Extension. Der Nachtapparat wird nach der Papptechnik hergestellt, steht in Abduktion von etwa 140°, in leichter Beugestellung und starker Innenrotation. Die Extension wird durch eine Knöchelmanschette auf das Bein übertragen. Die durch diese Behandlung seit einem Jahre erzielten Erfolge bei Subluxationen sind vielversprechend. Innerhalb weniger Monate schwand das Hinken, der Gang wurde normal, und es trat eine fast normale Einstellung des Kopfes in die Pfanne ein.

Ueber eine Veränderung am Ramus inferior ossis ischii bei Arthritis deformans. v. Baeyer beobachtete bei Arthritis deformans, kombiniert mit Kyphose, Flachstellung des Beckens und Plattfuß bei Auswärtsgang eine Exostose am Ramus inferior ossis ischii. Diese Exostose entspricht dem Ursprung des Musc. gracilis und läßt sich mechanologisch durch erhöhten Zug dieses Muskels erklären.

Ein seltener Fall von Synostosis talonavicularis. Plattfußbeschwerden, welche mit den üblichen Methoden auf die Dauer nicht beseitigt werden konnten, führten auf dem Wege über das Röntgenbild zur Diagnose einer Synostosis talonavicularis rechts. Die Arbeitsfähigkeit konnte nur mit Hilfe eines Schienenhülsenapparates wiederhergestellt werden.

Stimming.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete.

14., Heft 5, 1926.

Ueber mangelhafte antitoxische Abwehr bei entzündlichen Erkrankungen des Ohres und der Tonsillen. Albrecht und Bosse.
* Behandlung der Stirnhöhleneiterung. Brüggemann.
Angeborene subchordale Membran des Kehlkopfes. Bernstein.
Zeruminaldrüsen-Adenom des Gehörganges. Brock.
Ueber diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten bei einem Fall von Schilddrüsentumor mit intratrachealem Wachstum. Metzkes.
* Diagnostik des Bronchialkarzinoms. Silbiger.
Zur Behandlung der Larynx-Trachealstenosen. Ufferorde.
Kritische Bemerkungen über acht nach Spieß operierte Oesophagusdivertikel. Terbrüggen.
Zwei interessante Fälle von Nasentumoren. Berberich.
* Drehschwachreizprüfung des Vestibularapparates. Grahe.
Tonsillogene Parotitis. Haardt.
* Bekämpfung postoperativer Schmerzen in der Oto-, Rhino-, Laryngologie. Bumba.
Merkurochrome-Behandlung der Ohrenerkrankungen. Böserup.
Ueber amyloide Degeneration der Stimmbandpolypen. Krumbein.
Zur Arbeit von Jers Kragk aus dem Finsen-Institut in Kopenhagen: „Versuche mit Lichtbehandlung bei den verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit und Ohrensausen“, Seite 204, Band 14 dieser Zeitschrift. Cemach.

Behandlung der Stirnhöhleneiterung. Akute Entzündungen werden exspektativ behandelt: Kopflichtbäder, Inhalationen, Bettruhe, Schwitzen. Medikamentös-nasale Behandlung wird vermieden. Spülungen sind verpönt. Unwegsamkeiten werden nach Abklingen der akuten Erscheinungen angegangen. Operativ wird nur bei lebensbedrohlichen Zuständen vorgegangen. Bei chronischen Prozessen wird in allererster Linie die Spülung der Stirnhöhle vorgenommen. Die Resultate sind zu 90% befriedigend. Endonasale Hilfsoperationen kommen dafür öfters in Frage. Sind nach längerer konservativer Behandlung keine Erfolge zu erzielen, bestehen die subjektiven Beschwerden dabei unvermindert fort, so kann die Radikaloperation vorgenommen werden. Bei allen gefährlichen Komplikationen ist die Riedelsche Operation mit Fortnahme der orbitalen Wand trotz des schlechten kosmetischen Resultates absolut indiziert. Die Methode nach Jansen-Ritter — Fortnahme der orbitalen, Erhaltung der fazialen Wand — wird bei mittelgroßen Höhlen bevorzugt, sowie bei kleinen-tiefen. Die Killiansche Methode — Fortnahme der orbitalen und fazialen Wand mit Erhalten der Supraorbitalspange — ist bei allen großen Höhlen indiziert. Liegen hinter dieser Veränderungen vor, so muß auch sie geopfert werden; die Operation läßt sich dann nach Riedel fortführen. Die Gefahr der Meningitis ist bei allen Operationen recht groß. Mit der Indikation muß daher Zurückhaltung geübt werden, zumal man mit den konservativen Methoden oft recht viel erreicht. Die endonasale Hallesche Methode wird heute noch wenig geübt. In gewandter Hand kann sie viel Segen stiften. Anfängern ist sie keineswegs zu empfehlen.

Diagnostik des Bronchialkarzinoms. Zu Hilfe genommen wird das bronchographische Verfahren mit Jodöl. Nach Ansicht des Ref. hätte der Befund sich auch ohne dies mittels sofortiger Bronchoskopie erbringen lassen.

Drehschwachreizprüfung des Vestibularapparates. Bei leichtem Drehen soll unter den Händen des Beobachters deutlicher Nystagmus der Versuchsperson palpabel sein. Vergleichsweise sind die Schläge rechts und links zu werten.

Bekämpfung postoperativer Schmerzen. Als gutes Analgetikum wird Allonal-Roche empfohlen, wovon 4 Stunden nach Operationen 1 Tablette gegeben wird. In den beiden folgenden Stunden werden weiter je eine Tablette gegeben, insgesamt also drei.

Erich Rosenbaum, Berlin.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

90., Heft 1, August 1926.

* Ueber physiologische und pathologische (nicht traumatische) Ringbildungen am kreißenden und frisch puerperalen Uterus und dadurch bewirkte Dystokie. Karl Fink-Königsberg.
* Veränderungen des Lochialsekrets nach Untersuchung der Kreißenden nur von der Scheide oder von der Gebärmutter aus. Heinz Küstner.
* Weibliches Sexualleben und Asthma in seiner gegenseitigen Beeinflussung. H. Offergeld.
Die Regeneration der Zervixschleimhaut, insbesondere des Zervixepithels. H. R. Schmidt.
Die Beziehung zwischen Schwangerschaft und Stoffwechsel. de Raadt.
* Zur Diagnose der Doppelbildungen des Uterus in der Schwangerschaft und unter der Geburt. R. Zimmermann.
Untersuchungen über die Verpflanzung des Endometriums in die Peritonealhöhle beim Kaninchen. H. Katz und Szenes.
Untersuchungen über den Blut- und Liquorzucker während der Gravidität, sowie bei Myomen. H. Hellmuth.
Ein Fall von fötaler Herzarhythmie. T. Autoine.
* Ueber Geburt bei Spaltbecken. F. Kopischke.
Fall von einem einseitigen primären Tubenkarzinom, ausgezeichnet durch das Vorhandensein zahlreicher riesenzellähnlicher Gebilde. H. Kurtz.
* Ueber die therapeutische und prophylaktische Radiumbehandlung auf Grund von 1000 Fällen. von Lehoczky-Semmelweiß.

Ueber physiologische und pathologische (nicht traumatische) Ringbildungen am kreißenden und frisch puerperalen Uterus und dadurch bewirkte Dystokie. Die Dystokie, d. h. die durch pathologische Schnürringe im unteren Uterusdrittel verursachte Geburtsstörung, wird bedingt durch 1—6 cm breite, langdauernde, spastische, ringförmige Kontrakturen im ganzen Gebiet des dem Uterus und der Zervix entstammenden Anteils des Durchtrittsschlauches. Mit dem Retraktionsphänomen der Ausbildung des Kontraktionsringes, den man in der Literatur auch als Retraktionsring, Grenzring, Grenzwall, Schröderscher Kontraktionsring oder Bandlscher Ring bezeichnet findet, hat Dystokie nichts zu tun, ebenso ist ein zur Dystokie führender Spasmus mit Tetanus uteri identisch. Die ideale Behandlung einer Dystokie durch Schnürringe spastischer Natur ist die Schnittentbindung. Wer außerklinisch eine derartige Geburt zu leiten hat, soll erst entbinden, wenn der Spasmus spontan oder unter dem Einfluß einer entspannenden Therapie nachgelassen hat. Während des Spasmus entbinde man außerklinisch nur dann, wenn Uterusruptur sonst unvermeidlich erscheint. Der Spasmus als Ursache einer Dystokie läßt sich mit Sicherheit nur durch vaginale Untersuchung feststellen. Man kann hochsitzende, pathologische Strukturen von der Bauchdecke wohl fühlen, bisweilen auch sehen, aber nicht richtig deuten.

Veränderungen des Lochialsekretes nach Untersuchung der Kreißenden nur von der Scheide oder von der Gebärmutter aus. Verf. sucht durch seine Untersuchungen zu beweisen, daß die vaginale Untersuchung während der Geburt ein ungefährlicher Eingriff ist und erst zu einer Gefahr für die Kreißende und Wöchnerin wird, wenn der Muttermund überschritten wird. Um so gefährlicher wird ein solches Vorgehen, je frühzeitiger und je brüsker es erfolgt, da einmal die Veränderung des Gewebes und zweitens die Einschleppung von Keimen in den Uterus die Hauptbedingungen für eine Wochenbettserkrankung sind.

Weibliches Sexualleben und Asthma in seiner gegenseitigen Beeinflussung. Therapeutisch ist das Asthma, welches sich zeitlich mit einer Gravidität vergesellschaftet, nach den bewährten Grundsätzen der inneren Medizin zu behandeln, wobei den Hormonpräparaten Suprarenin, Hypophyse und unter Umständen auch Corpus luteum die erste Stelle zukommt. Narkotika nach Bedarf, sonst systematische Gymnastik mit der Kuhnschen Maske. Wird hiermit nicht in kurzer Zeit ein erträglicher Zustand erzielt, besonders wenn durch das Erbrechen, Würgen, den Husten und Lufthunger die Frau sehr mitgenommen wird, so ist in jeder Schwangerschaft die Entfernung des Eies in Erwägung zu ziehen, weil nach der Entleerung des Uterus in keinem Falle eine Verschlechterung erfolgt, sondern ein sofortiges Aufhören des Leidens in den ersten Monaten, ein Schwinden der Dyspnoe und Bessern des Hustens in der zweiten Hälfte. Man wird sich um so eher dazu entschließen, als der Wert des Kindes in den ersten Wochen gerade bei Asthma durch die häufigen Spontanaborte nicht besonders hoch einzuschätzen ist, da dieses erfahrungsgemäß in über der Hälfte der Fälle doch verloren ist. In der zweiten Hälfte aber, wo die Anfälle lange nicht so schwer und hartnäckig zu sein pflegen, wird man zum Nutzen des Kindes die künstliche Frühgeburt möglichst lange hinauszuschieben suchen. Der intrauterine Fruchttod wird mit fortschreitendem Alter immer seltener. Maßgebend für unser Handeln muß die Ueberlegung sein, daß auch diese Neurose dem Organismus gefährlich werden kann, durch die Veränderungen von Herz und Lunge (Emphysem); bei langem Bestand der Erkrankung ist aus diesem Grunde ein allzu langes Warten nur schädlich. Verf. hofft, daß auf Grund dieser seiner Mitteilung, in Zukunft eine große Anzahl Einzelbeobachtungen der Praktiker veröffentlich werden, damit man an der Hand eines großen Literaturmaterials sich ein abschließendes Bild über diese Wechselbeziehungen machen kann.

Ueber Geburt bei Spaltbecken. Die angeborenen Spaltbecken kommen zum Unterschiede von den traumatisch erworbenen durch eine Entwicklungshemmung in frühester Embryonalzeit zustande. Abgesehen von der Form der Becken sind sie schon äußerlich durch Veränderungen des Nabels voneinander zu trennen, der hier in allen Fällen sehr tief steht, meist direkt über der ektopischen Blase. Auch unter sich unterscheiden sich die angeborenen Spaltbecken, je nachdem, ob die inneren Genitalien gespalten sind oder die Blase. Leichtere Spaltungen der äußeren Genitalien bestehen in sämtlichen Fällen. Angeborene Spaltbecken ohne Weichteilmißbildungen sind bisher nicht beschrieben. Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit der mit Spaltbecken behafteten Personen brauchen nicht vorhanden zu sein. Besonders wegen der Enge der mißbildeten Weichteile wird wohl in der Mehrzahl der Fälle bei Geburten eine operative Entbindung per Laparatomiam das Gegebene sein.

Ueber die therapeutische und prophylaktische Radiumbehandlung auf Grund von 1000 Fällen. Verf. kommt an der Hand von 1000 Fällen von Karzinom, die in der Universitätsfrauenklinik in Budapest zu therapeutischen Zwecken oder prophylaktisch mit Radium, in der Mehrzahl der Fälle kombiniert mit Röntgen, behandelt wurden, zu folgendem Ergebnis: Wer von den Radium- oder Röntgenstrahlen eine Lösung des schweren Problems der Krebstherapie erhoffte, ist enttäuscht. Weder die operative, noch die Strahlenbehandlung sind es, welche den Krebs zu heilen vermögen, zumal derselbe nicht einen örtlichen Prozeß, sondern eine den ganzen Organismus ergreifende Erkrankung darstellt. Das Messer, die Röntgen- und Radiumstrahlen, die Widerstands- und Reaktionsfähigkeit des Organismus und die auf diese Schutzeinrichtungen eine Reizwirkung ausübende Chemotherapie stehen uns, einander ergänzend, zu Gebote im Kampfe gegen den Krebs. Solange wir nichts Besseres haben, muß jedes Mittel ergriffen werden, diesen großen Feind der Menschheit zu bekämpfen. In diesem Sinne ist auch das Radium als ein wichtiger Hilfsgenosse der übrigen krebstherapeutischen Maßnahmen anzusehen.

Zur Diagnose der Doppelbildungen des Uterus in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Die Erfahrungen lehren, daß in den ersten Monaten der Schwangerschaft die differentialdiagnostische Abgrenzung der Doppelbildungen des Uterus gegen intakte Tubargravidität und Ovarialtumoren, vor allem, wenn andere Zeichen einer Doppelbildung, wie rudimentäre Septen usw. fehlen, unmöglich ist, daß in diesen Fällen erst die Probelaparatomie Klarheit schafft. Insbesondere bewirkt die außerordentlich große Beweglichkeit der beiden Hörner gegeneinander diagnostische Irrtümer. Dieses Symptom ist bei fortgeschrittener Gravidität ganz besonders auffallend und frappiert immer wieder, auch wenn man es schon öfter beobachtet hat. Gewöhnlich verbindet sich mit diesem Zustande die Vorstellung, daß das nichtgravide Horn dem schwangeren als ein mehr oder weniger derber, seinem Umfange nach aber unbedeutender Tumor aufsitzen müsse. Das ist bei vollkommener Verdoppelung des Uterus sicher auch in den meisten Fällen richtig. Ist aber die Trennung der Uteri unvollkommen, so hängt es von der Größe der Verbindungsöffnung zwischen den beiden Hörnern ab, ob sich die Eihüllen auch in das nichtschwangere Horn hinein entwickeln, und vom Zeitpunkte dieses Vorganges der Grad der Mitbeteiligung. Daher stellt das zweite Horn manchmal einen sehr großen Tumor dar, in anderen Fällen ist es klein und unbedeutend. In einem Teil der Fälle gelingt es, die Doppelbildung als solche zu erkennen, wenn nämlich der fragliche Tumor sich auf Druck verkleinert, was intra partum in der Wehenpause zu versuchen ist, und wenn er während der Wehe härter und praller wird. Auf keinen Fall aber spricht die starke Beweglichkeit des „Tumors“ gegen Uterus bicornis. Es darf daher diese Erscheinung nicht einseitig für gestielte Tumoren in Anspruch genommen werden. — Verf. beschreibt 2 Fälle aus der Jenaer Frauenklinik. In dem einen Falle stellte das Nebenhorn einen sehr großen, im andern Falle einen kleinen Tumor vor, dessen Erkennung auf erhebliche diagnostische Schwierigkeiten stieß. — In dem einen Falle wurde differentialdiagnostisch Uterus duplex unicollis und einfacher Uterus mit Ovarialtumor erörtert. Die Nichtbeteiligung des „Tumors“ an den Wehen, die scheinbare Unabhängigkeit seiner Konsistenz von denselben, seine große Beweglichkeit veranlassen die Annahme eines Ovarientumors auf der linken Seite. Da es weder durch Lagerung, noch durch äußere Wendungsversuche gelang, den Steiß über den Beckeneingang zu leiten, wurde eine Behinderung durch die Stieldrehung des Tumors angenommen und die intraperitoneale zervikale Sestio caesarea ausgeführt. Dabei erwies sich der „Tumor“ als das mit Fruchtwasser prallgefüllte linke Uterushorn.

Rudolf Katz, Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

151.

Der Band enthält den Bericht über den 14. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Dresden, 13. bis 16. September 1925). Die Arbeiten sind zum Teil bereits anderweitig erschienen.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

83. Nr. 42. 16. Oktober 1926.

Ein Fall von Erythrodermia exfoliativa universalis leucaemica. Ulmer.
* Erfahrungen bei der Anwendung der Diathermie, besonders der chirurgischen Diathermie in der Dermatologie. Walter Schultze.
Zur frühzeitigen Diagnose der Herzlues. Ernst Delbanco.
Zur frühzeitigen Diagnose der Herzlues. W. von Kapff.
* Ueber die Verwertbarkeit von Retroplazentarblut zur Serodiagnostik der Syphilis (unter besonderer Berücksichtigung der Kältemethode nach Jacobsthal). Hans Bruno.

Erfahrungen bei der Anwendung der Diathermie, besonders der chirurgischen Diathermie in der Dermatologie. Die chirurgische Diathermie = Elektrokoagulation bietet gegenüber anderen Verfahren bei der Zerstörung von Neubildungen große Vorteile. Es eignen sich dafür umschriebene Hautkarzinome im Gesicht und an anderen Stellen, besonders wenn sie noch nicht behandelt sind und keine Metastasen vorliegen. Nach Fixierung der indifferenten (Blei-) Elektrode von 100 qcm Größe am Unterarm und Anästhesierung des Krankheitsherdes wird dieser zunächst in einer Sicherheitszone von 2—3 mm bei geringer Stromstärke mit spitzer Elektrode umstichelt, wodurch Gefäße und Nerven blockiert werden. Sodann werden mit abgestumpfter, Punkt neben Punkt aufgesetzter Elektrode die verhärteten Epithelränder und mit breiterer, etwas länger aufgesetzter die Gewebe mehr in der Tiefe zerstört, bis keine epithelialen Wucherungen mehr erkennbar sind. Regelmäßige Nachuntersuchungen und Wiederholungen, wo sich verdächtige epitheliale Wucherungen noch zeigen. Die behandelten Fälle blieben rezidivfrei. Auch sonstige epitheliale Wucherungen, spitze Kondylome, Warzen, Naevi, kleine Tumoren, Teleangiektasien, parauretrale Gänge und kleine Fisteln kommen für die Methode in Betracht. Für Epilation bedarf es besonderer Apparate mit Feinregulierung. Von Hauttuberkulosen ist hauptsächlich die Tuberculosis verrucosa cutis für die Diathermie-Behandlung geeignet. Die Vorteile der Methode beruhen darauf, daß Reizwirkungen auf motorische und sensible Nerven fehlen, und daß die arterielle Hyperämie zu einer Mobilmachung von Abwehrkräften des Organismus führt.

Ueber die Verwertbarkeit von Retroplazentarblut zur Serodiagnostik der Syphilis (unter besonderer Berücksichtigung der Kältemethode nach Jacobsthal). Die Geburt ist ein besonders günstiger Zeitpunkt zur Erkennung der latenten Syphilis. Es sollte zu diesem Zeitpunkt bei allen Frauen eine Blutuntersuchung vorgenommen werden, wozu das Retroplazentarblut sehr gut zu verwenden ist; es ist dann auch keine besondere Einwilligung der Mutter für die Untersuchung erforderlich. Vermeidung technischer Unzulänglichkeiten und Kritik bei Auswertung der Resultate ist notwendig; die Anwendung der Jacobsthalschen Kältemethode ist für das empfindliche Retroplazentarblut zu empfehlen, da sie keine Neigung zu unspezifischen Hemmungen zeigt.

83., Nr. 43. 23. Oktober 1926.

* Pemphigus und innere Sekretion. A. Buschke und Erich Langer.
Die Biologie bösartiger Geschwülste. Karl Harpuder.

Pemphigus und innere Sekretion. Die Hautkrankheiten sind zum großen Teil nicht primäre Krankheiten, sondern der Ausdruck sonstiger organischer oder funktioneller Störungen im Organismus. Für den Pemphigus konnten innige Beziehungen zu Genitalveränderungen nachgewiesen werden: Auftreten in der Schwangerschaft oder im Anschluß an menstruelle Störungen, prompter Einfluß des Abbruches der Schwangerschaft auf den günstigen Ablauf der Hauterkrankung. Wahrscheinlich handelt es sich aber nicht um einen mono-, sondern um einen pluriglandulären Einfluß endokriner Drüsen. Als pathogenetische Ursache für Blasenerkrankungen der Haut wird eine Störung in dem sympathischen Ring betrachtet, beruhend entweder auf einer Störung in einem übergeordneten sympathischen Zentrum (Zwischenhirn) oder auf Störungen in dem Gleichgewicht zwischen endokrinen Organen und dem sympathischen Nervensystem infolge organischer oder funktioneller Erkrankung eines oder mehrerer der ersteren.

Ernst Levin, Berlin.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 40.

* Ueber Bluttransfusionen mit spezieller Berücksichtigung ihrer Technik. O. Häuptli.
* Vergleichende auskultatorische Höhrrohrprüfungen. W. Tobler.
Zur Aetiologie, Klinik und Therapie der Arterienverkalkung. Vlad. Mladejovsky.

Ueber Bluttransfusionen, mit spezieller Berücksichtigung ihrer Technik. Verf. beschreibt den Bluttransfusionsapparat von A. Beck-Kiel, der nicht nur die besten Resultate ergeben hat, sondern auch technisch der am einfachsten zu handhabende ist. Der Erfinder selbst hat sein zweites, verbessertes Modell in der Münch. med. Wochenschrift, 1925, beschrieben.

Vergleichende auskultatorische Hörrohrprüfungen. Aus den Versuchen des Verf. ergibt sich, daß die starren Stethoskope akustisch allen geprüften Schlauchstethoskopen überlegen sind. Leider hat das gebräuchliche Holzstethoskop für die Kinderpraxis den großen Nachteil, daß es auch nicht den leisesten Bewegungen des Patienten nachgibt. Bei unruhigen Patienten entstehen dadurch Nebengeräusche, die eine ersprießliche Auskultation erschweren. Zur Vermeidung dieser störenden Nebengeräusche verwendet Verf. ein Holzstethoskop mit elastischem Gummitrichter, weil der elastische Gummi ausreichenden Bewegungen der Patienten nachgibt.

Nr. 41.

* Aus der klinischen Pathologie der inneren Sekretion. A. Oswald.
* Ueber histologisch-bakteriologische Befunde an den Organen einer exhumierten Leiche. F. Schwarz.
* Ueber die Leukoplakie der Harnwege. R. Allemann.
Eindrücke einer otologischen Studienreise in Nordamerika. F. R. Nager.
A propos des sérums anticancéreux. La curiethérapie interne des cancers. R. Fischer.

Aus der klinischen Pathologie der inneren Sekretion. Die mitigierten Formen der klassischen Syndrome. Larvierte Formen der Akromegalie sind gar nicht Seltenes; vor allem trifft man sie bei Schwangeren an, denen dann auch die begleitende leichte Glykosurie nicht fehlt. Im Gegensatz zur Vollakromegalie, die progressiven Charakter hat, handelt es sich hier um ein gutartiges Leiden. Nach Beendigung der Schwangerschaft bilden sich die Symptome zurück. Auf einer sicheren Grundlage bewegen sich unsere Vorstellungen über die klinische Auswirkung pathologischer Nebennierenrindenveränderungen. Es ist heut erwiesen, daß der Pseudohermaphroditismus durch eine adenomartige Wucherung der Nebennierenrinde im frühen Embryonalleben bedingt ist. Entwickelt sich das Hypernephrom erst im extrauterinen, aber noch frühesten Leben, so kommt es zu einem beschleunigten, allgemeinen Längen- und Breitenwachstum des Körpers nebst einer prämaturen Entwicklung der äußeren Genitalien und der sekundären Sexualmerkmale. Hierbei ist zu bemerken, daß auch bei Einschränkung der Epiphysentätigkeit durch Tumoren der Epiphyse oder auch bei Tumoren der Keimdrüsen es zu dem gleichen Syndrom kommt. Wir werden hier also von einer Pubertas praecox suprarenalis reden, im Gegensatz zur Pubertas praecox epiphysaria und Pubertas praecox gonadogenica. Interessant ist, daß die Psyche in der Regel nicht so fortgeschritten ist wie das Koma und daß dort, wo Frühreife besteht, sie mehr das Affektleben als die Intelligenz betrifft. Mitunter bleibt die Entwicklung nicht bei der Frühreife stehen, sondern führt darüber hinaus zu verfrühtem Altern. Die Prognose der Pubertas praecox ist meist ungünstig.

Ueber histologisch-bakteriologische Befunde an den Organen einer exhumierten Leiche. Dier hier mitgeteilte Fall bestätigt die Erfahrungstatsache, wie es oft noch monatelang nach dem Tode auch unter ungünstigen Verhältnissen gelingt, feinste krankhafte Veränderungen in der Leiche nachzuweisen und quantitativ richtig abzuschätzen. Die Exhumation war vier Monate nach erfolgtem Tode vorgenommen worden, nachdem der Verdacht eines kriminellen Aborts aufgetaucht war, als dessen Folge der Tod eingetreten sein sollte. Der Organbefund ließ den Krankheitsverlauf und die Todesursache zwangslos ableiten: es handelte sich um eine Infektion der Gebärmutter mit Staphylokokken, Ausbreitung der Erreger im Körper unter Bildung von Kokkenembolien bzw. -infarkten. Bei der ungeheuren Zahl von Metastasen im Körper mußte als Todesursache zwangsläufig eine Septikopyämie angenommen werden.

Ueber die Leukoplakie der Harnwege. Rezidivierende hartnäckige Zystitis mit Erscheinungen von Strangurie, Pollakisurie und terminal nicht selten auftretende Haematurie lenken als Hauptsymptome unsere Aufmerksamkeit auf das Krankheitsbild. Dabei stehen die schweren subjektiven Beschwerden in auffallendem Kontrast zu dem lange Zeit klarbleibenden Urin. Komplizierende Infektionen sind bei Spätfällen die Regel. Während Glykogen im normalen Epithel der Blase fehlt, findet es sich in den durch fortschreitende Desquamation abgeschilferten Epithelzellen. Das ist differentialdiagnostisch von Wichtigkeit. Weit schwieriger in der Diagnose wie die vesikale Leukoplakie ist diejenige des Nierenbeckens. In der Regel wird sie nur intra operationem oder bei der Autopsie gestellt. Das Markanteste an dem ganzen Krankheitsbild ist die ausgesprochene Chronizität des Prozesses. Daß die Leukoplakie ein präkanzeröses Stadium darstellt, steht wohl außer Zweifel und ist vielfach klinisch und pathologisch-anatomisch belegt. Da die Behandlung mit keratolytischen Mitteln und Desinfizientien keinen oder nur geringen therapeutischen Effekt aufweist, so hat sich die Therapie der Leukoplakie der Harnwege in den letzten Jahren entschieden der radikalen Richtung zugewandt. Die unsichere Prognose des Ausgangs in maligne Degeneration und die komplizierende Infektion mit ihren unberechenbaren Folgen werden die operative Therapie immer rechtfertigen.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70., 2. Hälfte, Nr. 13, 25. September 1926.

* Angeborene Anämie durch Erythroblastose. Frank.
* Ueber Papillome des Adamsapfels. Bonne.
Resultate der Radiumtherapie bei Krebs der weiblichen Brustdrüsen nach verschiedenen Methoden während des Jahrzehnts 1915—1925. Lammers.
* Ueber die Bakterizidie von Blut und Serum gegenüber Staphylokokken. Wolff.
Lymphdrüsenvergrößerung bei Karzinom. van Walsem.
Die Gefahr eines Typhusbazillenträgers in einem Gebiet mit schlechter Trinkwasserversorgung. Ingelse.
Ein Fall von rechtsseitigem Empyem, kompliziert durch eine Hernia diaphragmatica. Verhagen.

Angeborene Anämie durch Erythroblastose. Bei einem Neugeborenen wurde eine starke, schnell fortschreitende Anämie gesehen, die große Uebereinstimmung mit der Anaemia pseudoleucaemica von Jaksch aufwies. Die pathologisch-anatomische Untersuchung zeigte Veränderungen in Leber und Milz, wie man sie auch bei Erythroblastose oder Hydrops foetus universalis wahrgenommen hat. Wahrscheinlich ist die Affektion von diesem Neugeborenen auch eine Erythroblastose, die nicht so ernst war, daß sie den normalen Ablauf der Schwangerschaft gestört hätte, die aber doch noch den kindlichen Körper außerstand setzte, die Anforderungen des extrauterinen Lebens zu erfüllen. Möglicherweise entsteht die Erythroblastose infolge von schädlichen Einflüssen, die die fötalen blutbildenden Organe treffen. Es ist möglich, daß die Ansicht von Schridde über die Anaemia pseudoleucaemica von Haksch-Hayem richtig ist und daß sich dieser Symptomenkomplex in manchen Fällen aus einer sehr leichten angeborenen Erythroblastose entwickelt.

Das Kind war am 6. Tage erkrankt und zeigte Petechien auf der Bauchhaut, vergrößerte Leber mit stumpfem Rande. Die bleiche Hautfarbe nahm sehr rasch zu, die Milz war von wechselnder Größe. Am 14. Tage starb das Kind.

Ueber Papillome des Adamsapfels. Der Krankheitsprozeß kann außer an der Oberfläche auch in den Ausführungsgängen der Drüsen sitzen, bei Untersuchung von Probeexzisionen muß man daran denken. In Fällen, wo andere Erklärungen für ein örtliches Rezidiv fehlen, denke man an diese Lokalisation des Prozesses in der Tiefe der Schleimhaut.

Ueber die Bakterizidie von Blut und Serum gegenüber Staphylokokken. Bei intravenöser Einspritzung von toten Staphylokokken und bei Einreibung in die Haut von lebenden Staphylokokken kann man dem Kaninchenblut bakterizide Eigenschaften geben, die es vorher nicht besaß.

Diese erworbene Bakterizidie ist spezifisch, sie wird durch Leukozyten verursacht, die die Bakterien töten, jedoch nicht durch Phagozytose. Das Serum oder Plasma selbst wirkt zum Zustandekommen dieser Bakterizidie nicht mit.

Kaninchenblut und Serum von normalen und immunisierten Kaninchen agglutiniert die Staphylokokken. Durch Anwendung der Doppelglasmethode von Wright entsteht diese Agglutination nicht. Der Verfasser hat keinen günstigen Einfluß auf die Bakterizide feststellen können, wenn er Antistaphylokokkenserum, sei es in vivo, sei es in vitro, zutat.

Die Bakterizidie des Blutes wird vermindert oder aufgehoben durch Zusatz von Staphylokokkentoxinen.

70., 2. Hälfte, Nr. 14, 2. Oktober 1926.

Ueber Psychosen bei Lues cerebri. de Carp.
Beitrag zur Kenntnis der Wohnorte von Krebskranken. Hemmes.
Wohnorte von Krebskranken. Bonne.
✦ Eine Geburt mit Ueberraschurgen. Schaap.
Niederländische Dermatologenvereinigung.

Eine Geburt mit Ueberraschungen. Es wurde ein Monstrum geboren, es bestand Placenta adhaesiva und außerdem eine doppelte Plazenta.

70., 2. Hälfte, Nr. 15, 9. Oktober 1926.

Eine eigenartige Krankheit der Wirbelsäule beim Kinde, die bisher unter dem Krankheitsbilde der tuberkulösen Spondylitis lief. Harrenstein.
✦ Ein Fall von Ileus des Dünndarms. Vonk.
✦ Beginnende Schizophrenien. van Valkenburg.
✦ Naht von Dammrissen unter örtlicher Betäubung. Boshouwers
✦ Perorale Insulintherapie. Elzas.
Parasystolie. van Buchem.

Ein Fall von Ileus des Dünndarms. Flatulenz und Stuhlgang einerseits und hoher Ileus des Dünndarms anderseits schließen einander nicht aus. Die Diagnose muß früh gestellt werden, weil sonst der Patient an Intoxikation zugrunde geht, und zwar ist diese um so gefährlicher, als der Darmverschluß höher sitzt. Im Fall des Autors wird der Ileus durch einen Strang verursacht, der durch das Meckelsche Divertikel verursacht wurde, das mit dem Urachus verwachsen war.

Beginnende Schizophrenien. Verfasser konnte in seiner Praxis zahlreiche Fälle zwischen 18 und 25 Jahren beobachten. Er empfiehlt, die durch Verwandte gegebene anamnestische Darstellung genau zu notieren, aber mit Kritik zu verwenden. Stets ist ein richtiger Kern drin, Kürzungen soll man lieber nicht vornehmen. Fast stets glauben allerdings die Eltern zu wissen, wodurch die Krankheit entstanden sein soll. Das Kausalitätsbedürfnis sitzt uns im Blut. Die Angehörigen finden eine gewisse Befriedigung darin, behaupten zu können, die Erkrankung wäre durch Grippe, Ueberanstrengung, Schlaflosigkeit oder unregelmäßiges Leben entstanden. In Wirklichkeit reicht die Anamnese stets weiter zurück. Charakter und Temperament des Patienten zeigen gewisse Besonderheiten. Am häufigsten sah Verfasser einen scheuen, ungeselligen, unfreien Typus, der aber innerlich sehr von sich selbst eingenommen war, dabei folgsam oder im Gegenteil sehr widerspenstig. Künstlerische oder „quasi-künstlerische" Naturen sind häufig, ebenso direkt kunstfeindliche. Fast alle sind sehr einseitig und Gegenargumenten gegenüber unzugänglich. Diese Eigenheiten sind noch keine Krankheit, scheinen aber eine Vorbedingung zur Schizophrenie zu bilden. Nur ein kleiner Teil wird wirklich krank.

Es folgt Mitteilung und Besprechung von 4 Fällen, worauf Autor sich die Frage vorlegt, woran in Fällen von beginnender Psychose die Schizophrenie zu erkennen ist. Man findet wohl oft sehr weite Pupillen und Fehlen von psychischen Pupillarreflexen, doch reicht dieser Befund natürlich nicht zur Diagnosenstellung aus. Die Anfälle sind sowohl körperlich als psychisch, sie erinnern stark an Hysterie. Oft dürfte eine Unterscheidung unmöglich sein, ohne die übrigen psychischen Erscheinungen in Betracht zu ziehen, auf diese kommt es an. Von größtem Gewicht ist die natürliche Verwandtschaft der wahrgenommenen Aeußerungen mit dem sonstigen Charakter des Patienten, die er vor Ausbruch der Krankheit zeigte.

Die Bleulersche Persönlichkeitsspaltung braucht im Beginn jedenfalls nicht vorhanden zu sein. Aber das sogenannte „hebephrene Lächeln" möchte Autor fast als pathognomonisch bezeichnen. Schwierig ist nur, es genau zu erkennen. Stets ist etwas psychologisch völlig unverständliches darin. Es ist „leer", d. h. keine Gemütsbewegung begleitet es. Und dies findet man häufig, auch wenn der Patient sonst in seinem Affektleben noch völlig lebendig ist. Es handelt sich um ein pathologisches subkortikales Phänomen.

Naht von Dammrissen unter örtlicher Betäubung. Auch der geringste Dammriß muß sorgfältig genäht werden. Oertliche Betäubung ist bei jedem etwas tieferen Dammriß und bei empfindlichen Frauen erforderlich, weil dann ohne Hast und genauer genäht werden kann. Schilderung der Nahtmethode und der Kokainisierung.

Perorale Insulintherapie. Mischt man Insulin mit einer Lösung von 0,5 g Saponin in 20—30 ccm einer physiologischen Salzlösung, dann kann man es nach Angaben von Lasch und Brügel peroral geben. Elzas prüfte diese Methode bei einem (!) Patienten nach. Er prüfte den Zuckergehalt des Blutes vor, eine Stunde, zwei Stunden, drei Stunden und vier Stunden nach der Insulineinspritzung und der peroralen Insulingabe zum Vergleich. Er verwendete auf verschiedene Arten das perorale Insulin, nämlich in einer Lösung von Saponin in destilliertem Wasser, ferner in destilliertem Wasser ohne Saponin und in der Auflösung von Saponin in physiologischer Kochsalzlösung nach Lasch und Brügel. Die Diät blieb unverändert. Von den zwei Injektionen, die Patient täglich bekam, wurde allein die erste durch die innerliche Gabe ersetzt. Der Kranke fand das Einnehmen der Saponinlösung viel unangenehmer, als die Einspritzungen, er hatte ein brennendes Gefühl in der Kehle. Autor überzeugte sich, daß es mindestens eine halbe Stunde anhielt. Es stellte sich nun heraus, daß nach Einspritzung von 30 Einheiten nach vier Stunden der Blutzuckergehalt des Blutes stets etwas gesunken war. Dagegen war nach peroralen Gaben von 60 und 90 Einheiten der Blutzucker erhöht, was aus einer Tabelle hervorgehen soll. Der Autor hält die Methode einfach für wertlos. (Muß es gesagt werden, daß nur positive Resultate einen Wert haben, daß diese ganz willkürlich angeordneten Versuche nicht beweisen, daß die perorale Methode überhaupt wertlos ist, wie der Autor gerne möchte, daß es jammerschade wäre, wenn sich die Forschung von der Bearbeitung der höchstwichtigen Frage, ob die Injektionstherapie ganz oder zeitweise durch perorale Insulintherapie ersetzt werden könnte, abgelenkt würde. Stets ist das Urteil über perorale Methoden schnell und voreilig gesprochen worden, hier ist der Wunsch der Vater der Experimente. Ref.)

K. Heymann, Berlin.

The Glasgow Medical Journal.

16., Nr. 10, Oktober 1926.

✦ Leptothrichosis. Ivy Mackenzie.
Die Aetiologie der Psychasthenie. R. S. Gibson.
✦ Arterio-venöse Aneurysma der Kniekehlengefäße. G. H. Stevenson.
Hämoptoë infolge eines in der Pleurahöhle zurückgehaltenen Gummischlauches. G. H. Stevenson.
Ileo-zökale Intuszeption nach der ilio-ilialen Intuszeption. Ch. Bennet.

Leptotrichosis. Die Stellung der Leptothrix-Gruppe unter den Mikroorganismen als Krankheitserreger ist nicht entschieden. Auch herrscht über die Unterscheidung der einzelnen Formen noch keine Einigkeit. Bereits vor 20 Jahren beschrieb Macdonald fadenförmige Organismen im Liquor von Patienten, die unter der Diagnose Meningitis gestorben waren. Er sah dies als Nebenbefunde bei besonders schweren Fällen an. Verfasser beobachtete sie ebenfalls bereits 1906, studierte die Erscheinung aber erst später, als zwei Fälle mit positiven Befunden die Aufmerksamkeit erneut weckten. Leptothrixfäden waren inzwischen in der Mundhöhle, in den Nebenhöhlen und bei Lungengangrän beschrieben worden. In einigen Fällen von Meningitis und Hirnabszeß konnten Leptothrixfäden gewonnen und kulturell gezüchtet werden. Klinische und bakteriologische Beobachtungen lassen den Schluß zu, daß es eine Gruppe von fieberhaften Infektionen mit wechselndem Charakter gibt, die nicht von den schweren toxischen Erscheinungen begleitet werden, wie man sie sonst beobachtet. Man findet hier gewöhnlich Leptothrixfäden, die sich kulturell züchten lassen. Manche Krankheiten, die unter der Diagnose zentrale Pneumonie, Influenza, toxisch-infektiöser Zustand laufen, sind als Leptothrixfäden zu klären. Der Beweis kann nur durch bakterielle Kultur gebracht werden.

Arteriovenöses Aneurysma der Kniekehlengefäße. Es handelt sich um die Folgen einer Kriegsverletzung, die wesentlich leichter war, als zwei gleichzeitige andere. Die Wunde heilte allerdings erst nach drei Monaten. Nachher bestand eine Schwellung des Unterschenkels. Der Patient war aber berufsfähig. Erst über 10 Jahre später — der Patient wurde inzwischen mehrfach von namhaften Aerzten untersucht — hatte sich das Aneurysma ausgebildet. Es fanden sich röntgenologisch nachweisbare Kalkpartikelchen, die als die Produkte natürlicher Heilungsbestrebungen gedeutet werden. Das bekannte Geräusch war so laut, daß es an der Fußsohle hörbar war. Die Operation verlief ohne Besonderheiten, bemerkenswert ist, daß trotz der Ligatur dieser großen Gefäße keine Gangrän eintrat.

Erich Wolffenstein, Berlin.

Rivista Ospedaliera.

16., Nr. 8, August 1926.

Klinische Praxis in einem großen Kinderhospital. U. Maucini.

16., Nr. 9, September 1926.

♦ Die Pathogenese der cerebralen luetischen Arteriitis. S. Pulvirenti.

Die Pathogenese der zerebralen luetischen Arteriitis. Die Frage, ob die luetische Arteriitis ihre Entstehung der direkten Einwirkung der Spirochaeten auf die Gefäßwand verdankt, müssen wir im positiven Sinne beantworten. Die Tatsache, daß wir, wenn auch nicht häufig, so doch zuweilen Spirochäten in der veränderten Tunica vasalis antreffen, ist immerhin ein überzeugendes Argument. Bei der Verbreitung der Spirochäten spielen die perivasalen Lymphscheiden, wie überhaupt die Lymphwege im allgemeinen eine wichtige Rolle. Bekanntlich gehört die Arteriitis cerebralis wie die Aortitis luetica zu den Veränderungen des Tertiärstadiums, doch kann die Ansiedlung der Spirochäten in den Hirn- und Rückenmarkshäuten schon im Sekundärstadium erfolgen. Dort können sie eine Latenzzeit durchmachen, bis sie aus nicht leicht zu definierenden Ursachen und mittels eines Mechanismus, den man nur als verminderte, lokale oder allgemeine Immunität bezeichnen kann, von neuem in Tätigkeit treten.

Held.

Bruxelles Médical.

Nr. 51, 17. Oktober 1926.

♦ Warum, wann und wie soll man einen Wurmfortsatz entfernen? L. Mayer.
♦ Die Untersuchung der sekretorischen Magenfunktion. A. Govaerts und M. Cornil.
♦ Rezidivierende Erythrodermia exfoliativa im Anschluß an verschiedene Antisyphilitika. Heilung durch Autohämotherapie. R. Bernard.

Warum, wann und wie soll man einen Wurmfortsatz entfernen? Jeder kranke Wurmfortsatz soll entfernt werden, sobald die Diagnose gesichert ist. Bei den akuten Formen ist die Schnittführung nach Walther die beste. Bei gutartigen Formen genügt eine kleine transversale Inzision. Die Vakzinotherapie ist ein wertvolles Hilfsmittel bei ernsten Fällen. Bei akuten perityphlitischen Abszessen ist es unklug, auf die Drainage zu verzichten, dagegen erwünscht, den Wurmfortsatz zu entfernen, wenn die technischen Schwierigkeiten nicht zu groß sind.

Die Untersuchung der sekretorischen Magenfunktion. Um die Schwankungen der Magensekretion wirklich zu verstehen, muß man die Untersuchung des Magensaftes durch Dosierung der Chlorüre vervollständigen. Daraus erkennt man:

1. Die wirkliche, aber durch Neutralisation kompensierte Hyperchlorhydrie,
2. die nicht kompensierte Hyperchlorhydrie,
3. die Hypersekretion.

Die Untersuchungstechnik ist folgendermaßen: Der Patient nimmt nüchtern eine Probemahlzeit aus 5 g reinem Pepton in 250 ccm Wasser aufgelöst. Von dieser Mahlzeit werden eine Stunde lang von zehn zu zehn Minuten Magensaftproben mit dem Magenschlauch entnommen. Die Bestimmung der Chlorüre geschieht nach der van Slykeschen Methode.

Der Wert der Methode wurde durch Kontrollversuche erhärtet; immerhin bedarf es noch zahlreicher Anwendung an einem großen Krankenmaterial, um die Untersuchungsergebnisse als definitiv gesichert gelten zu lassen.

Rezidivierende Erythrodermia exfoliativa im Anschluß an verschiedene Antisyphilitika. Heilung durch Autohämatotherapie. Ein Kranker wird dreimal von einer Erythrodermia exfoliativa befallen; einmal nach der ersten Wismutinjektion, einmal nach der ersten Quecksilberinjektion, einmal nach der ersten Salvarsaninjektion. Die zweite und dritte Attacke wird mit Autohämatotherapie behandelt und rasch geheilt.

Held.

La Presse Médicale.

Nr. 77, 25. September 1926.

♦ Die Regulierung des Schwefels durch die Nebenniere. Loeper, Decourt und Garcin.
♦ Der diagnostische Wert der Schmerzen im Thorax beim perforierten Ulcus duodenum. E. Desmarest.
Rezidiv von Meningitis cerebrospinalis nach Schädeltrauma. L. Weitzel und L. Martin.

Die Regulierung des Schwefels durch die Nebenniere. Nach den Untersuchungen der Verff. ist die Nebenniere außer der Leber das aktivste Organ für die Schwefelregulierung, da sie Schwefel fixiert und vermutlich auch oxydiert: Diese Funktion ist eng an die Pigmentbildung und die Melanodermie geknüpft. Aus Beobachtungen bei Addisonscher Krankheit könne man schließen, daß die pathologische Unterdrückung und Insuffizienz der Nebenniere die Schwefelbildung im Blut vermehrt und dadurch diejenige der Tegumente, besonders der Epidermis und der Haare vermindert. Der im Blut im Uebermaß zirkulierende Schwefel ist neutraler Schwefel und wird, oxydiert oder nicht, duch die Niere, Leber oder Haut ausgeschieden. Die Nebenniere fixiert den Schwefel in ihren Zellen, in den Albuminen und im Pigment.

Der diagnostische Wert der Schmerzen im Thorax beim perforierten Ulcus duodenum. Verf. weist auf die Wichtigkeit der beiden Hauptsymptome bei Perforation eines Ulcus duodeni hin, nämlich auf die Schmerzen und die generalisierte Kontraktur der Bauchmuskulatur, die anzeigen, daß der Kranke unverzüglich dem Chirurgen übergeben werden muß. Die Schmerzen, die anfangs im Epigastrium auftreten, strahlen nach oben in den Thorax, auch nach hinten und rechts bis zur Höhe des Schulterblattes aus. Die Temperatur ist dabei fast normal, 37,2 bis 37,8, während bei einer Appendizitis das Fieber gleich über 38 beträgt und die Schmerzen sich auf die Fossa iliaca und die Abdominalgegend beschränken.

Nr. 78, 29. September 1926.

Der semiologische Wert des „Helmschattens“ bei den Pneumopathien der Säuglinge. G. Mouriquand, P. Bertoye und M. Bernheim.
Ueber kongenitale kallöse Gastritis. P. Rudaux und G. Durante.
♦ Das Adam-Stokesche Syndrom. E. Gérandel.
Die orthostatische supra-malleoläre Zyanose durch Wadenschwäche. G. Delater. und R. Hügel.
Das Histamin und die Magensekretion. G. Ichok.

Das Adam-Stokesche Syndrom. Das Adam-Stokesche Syndrom ist hauptsächlich durch die ventrikuläre Bradyrythmie gekennzeichnet; diese resultiert nicht aus einer Ruptur des Hisschen Bündels, sondern aus der durch Ischaemie gestörten Funktion der vom Verf. zentrikuläre motorische Plaque genannten Gesamtheit des Tawaraschen Knotens, des Hisschen Bündels und des Purkinjeschen Netzes. Diese Ischaemie ist durch ein Zirkulationshindernis in der Ant. terminalis bedingt, das temporär ist, wenn es sich nur um einen Spasmus der Vasokonstriktoren handelt, aber permanent, wenn es sich um eine fixe Läsion handelt.

Nr. 79, 2. Oktober 1926.

Die postoperative Azidose. M. Labbé und M. Çrevki.
♦ Die Behandlung der puerperalen Infektion post partum. M. Metzger und J. Marmusse.

Die Behandlung der puerperalen Infektion post partum. Die Behandlung der puerperalen Infektion soll, wenn irgend möglich, jeden Eingriff, sogar den einer Injektion vermeiden. Falls Plazentareste zurückgeblieben sind, soll sofort mit behandschuhter Hand eingegangen werden und evtl. eine Jodierung der Uterushöhle daran angeschlossen werden. Die lokale Behandlung besteht im übrigen im Auflegen der Eisblase, die auch tatsächlich auf dem Uterus liegen muß, und in Milchverbänden auf die perinealen und vulvären Verletzungen, da der Milchsäurebazillus die Entwicklung proteolytischer Keime verhindert. Daneben wird kräftige Ernährung mit rohem

Fleisch gegeben und schließlich, wenn erforderlich, ein Fixations- abszeß angelegt, um eine intensive lokale Reaktion zu erzielen. Falls diese nicht eintritt, ist die Prognose infaust. Bei 2 von 58 Fällen, die auch zum Exitus kamen, trat die Reaktion nicht ein, während die übrigen alle durchkamen. Der Abszeß wird mit 2 ccm Terpentinessenz subkutan am vorderen äußeren Oberschenkel angelegt, etwa auf- tretende Schmerzen mittels feuchter Umschläge bekämpft. Am 7. bis 12. Tage wird unter Lokalanästhesie breit inzidiert und nach 4 bis 5 Tagen genäht. Verff. raten, mit der Anlegung des Abszesses nicht zu lange zu warten, da er bei pulslosen, kollabierten Frauen selbst- verständlich keinen Zweck mehr hat.

Nr. 80, 6. Oktober 1926.

Glykurie und Glykuromerie. H. Roger.
Ueber die Späterscheinungen nach Magenresektion wegen Krebs. X. De'ore, Mallet-Guy und Burlet.
Ein neues Verfahren für den künstlichen Pneumothorax. J. Freixas.
Der Einfluß der Schwangerschaft auf gewisse Albuminurien. J. Girard.
* Die Seekrankheit und ihre Behandlung. J. Ichok.

Die Seekrankheit und ihre Behandlung. Nach Cazamian und Wolf ist die Seekrankheit ein labyrinthärer Schwindel, durch die Schiffs- bewegung verursacht. Die Magenerscheinungen wieder beruhen auf Reizungen des vegetativen Systems, da die Kerne der Speichelnerven, sowie vor allem der Vaguskern dem Vestibulus unmittelbar benach- bart sind. Die Vagotoniker sind demnach besonders prädisponiert, das Atropin das beste Heil- bzw. Vorbeugungsmittel und zwar als Injektion von 1 bis 2 mg Atropin. sulf. täglich. Am besten sei es, sich den Seemannsgang anzugewöhnen, breitbeinig, schaukelnd und sich dabei der Schiffsbewegung anpassend. Psychotherapeutische Behandlung (Hypnose etc.) sei wenig wirksam, da sogar Kinder und Säuglinge seekrank werden können.

H a b e r.

Revue neurologique.

33., 2. Band, Nr. 4, Oktober 1926.

Knochendystrophie infolge Aplasia der Substantia spongiosa des Basilarkörpers des Occiput. J. Dejerine.
* Aenderungen der Chronaxie in einem Fall von neuro-anämischem Syndrom. Georges Bourguignon, Marcil Faure-Baulieu und Robert Cahen.
* Epilepsie und spastischer Tortikollis. L. Marchand und E. Bauer.
* Verdoppelung des Rückenmarks. Walter Kraus und Arthur Weil.

Aenderungen der Chronaxie in einem Fall von neuro-anämischem Syndrom. Der mitgeteilte Fall zeigte ein typisches neuro-anämisches Syndrom. Die elektrische, chronaximetrische Untersuchung wies auf eine leichte Läsion des Vorderhorns des Rückenmarks hin. Sehr wahrscheinlich handelte es sich um den Widerhall der Pyramiden- bahnläsion auf das peripherische motorische Neuron, welcher einen erheblicheren Grad als in der Mehrzahl der Fälle erreicht.

Epilepsie und spastischer Tortikollis. Torticollis spasticus ist bei Epilepsie öfter beobachtet. Verff. teilen 3 solche Fälle mit, sie sprechen für die mesenzephalische Genese des Tortikollis. Alle 3 Fälle betreffen das männliche Geschlecht. Zweimal handelt es sich um die rechte Seite, die ergriffen ist, einmal um die linke. Der Tortikollis war dauernd tonisch. In 2 Fällen schloß er sich an kindliche Krämpfe an, mit 5 bzw. 17 Monaten. Beim 3. Pat. trat er ohne erkennbare Ursache im Alter von 9 Monaten auf. Dies frühe Einsetzen spricht gegen die psychische Genese des Tortikollis. Alle 3 Fälle bieten Symptome, welche auf eine Erkrankung der motorischen Bahnen hindeuten, sie zeigen ferner eine ausgesprochene Intelligenzschwäche, die nach den Konvulsionen gleichzeitig mit dem Tortikollis begann. Die Epilepsie trat bei allen dreien erst lange Zeit nach dem Torticollis auf (2 bzw. 9 bzw. 14 Jahren Zwischenraum). In den 2 Fällen mit den kindlichen Konvulsionen kann man sich vorstellen, daß die Hirnaffektionen, welche die kindlichen Krämpfe verursachten als Folge den Torticollis spasticus und gewisse andere Nervensymptome hinterließ; auch die erst viel später aufgetretene Epilepsie ist auf die Hirnläsionen der Kindheit zu beziehen. Beim 3. Fall, der ohne erkennbare Ursache erkrankte, ist gleichfalls eine organische Hirnläsion anzunehmen. Schwieriger ist die Lokalisation der zerebralen Läsion. Die geistige Zurückgebliebenheit spricht für eine mehr oder minder diffuse kortikale Sklerose. Be- stehen auch nicht direkte Pyramidensymptome, so sind doch bei allen Kranken Zeichen extrapyramidaler Läsion nachzuweisen, wie Gesichtskontraktur, Spasmen einer Gliedmaße, abnorme Rumpfhaltung während des Gehens. Zusammen mit dem Torticollis spasticus können diese Symptome als Folgen einer mesenzephalen, insbesondere Striatum-Läsion angesehen werden. Bemerkenswert ist schließlich folgende Beobachtung: bei Epileptikern mit Hemi- oder Monoparese und Zeichen von Pyramidenbahndegeneration findet man während der Anfälle ein Vorwiegen der Krämpfe in den paretischen Gliedern; demgegenüber waren bei den hier mitgeteilten Fällen während der Anfälle die Zuckungen in den vom Tortikollis befallenen Muskeln weniger ausgesprochen. In dem einen Falle zuckte der Kopf sogar nach der dem Tortikollis entgegengesetzten Seite hin.

Verdoppelung des Rückenmarkes. Der hier veröffentlichte Fall machte zunächst ganz den Eindruck, als handle es sich um eine Verdoppelung des Rückenmarks. Bei sorgsamer Untersuchung zeigte es sich aber, daß es sich um ein Artefakt handelte: während der Autopsie war das Rückenmark schädelwärts herausgenommen worden, hierbei wurde die Pia mater zerrissen, die Vorderhörner und Vordersäulen wurden in Höhe der oberen Dorsalsegmente ab- getrennt; die Dura selbst war intakt geblieben, daher die Nachahmung einer natürlichen Mißbildung. Eine kritische Durchsicht der Literatur der letzten 30 Jahre zeigt, daß Fälle von totaler Rückenmarksverdoppelung, die unbestreitbar sind und auf eine doppelte embryonäre Disposition zurückgeführt werden können, noch nicht beschrieben worden sind. Die als Duplizität des Rückenmarkes beschriebenen Fälle beruhen vielmehr auf embryonären Fissuren, Inkurvation von medullären Plaques, Abtrennungen des Rückenmarks durch Neu- bildungen der Wirbelsäule, Auswachsungen von Bindegewebe oder von Tumoren (Dermoiden). Der Beweis der Rückenmarksverdoppelung muß durch vollständige Serienschnitte, welche die Segmente ober- und unterhalb der Duplizität betreffen, und durch den Nachweis des Fehlens von postmortalen Blutungen oder von Meningealläsionen erbracht werden. Nur solche Fälle halten der Kritik stand, wo durch Serienschnitte erwiesen ist, daß eine Distorsion oder Zerreißung bei der Autopsie nicht stattgefunden hat und daß keine Infarkte oder Erweichungsherde, welche das Auftreten von Artefakten begünstigen, vorliegen.

K u r t M e n d e l, Berlin.

The Journal of Infectious Diseases.

39., Nr. 3, September 1926.

Untersuchungen über das Botulinustoxin im Darme von Hühnern, Kaninchen, Meerschweinchen und Mäusen. Dack und Gibbard.
Die Durchlässigkeit des Dünndarms von Kaninchen und Hühnern für das Botulinustoxin. Dack und Gibbard.
Bakteriologische Studien bei Endokarditis. Kreidler.
Präzipitation mit Fraktionen von syphilitischem Serum und Lumbalflüssigkeit. Kendrik und Kahn.
Ein Differentialnährboden für die Typhus-Koli-Gruppe und für die Isolierung gewisser Pilze. Simmons.
Verteilung von menschlichem Hämoglobin und Rinderlinseneiweiß nach einer einzigen intravenösen Injektion bei Kaninchen. Hectoen und Perry.
Der Einfluß des hohen Partialdrucks von Sauerstoff auf das Wachstum gewisser Pilze. Karsner und Saphir.
Drogenfestigkeit und ihre Beziehung zur Resistenz gewisser Mikroorganismen gegen bakterizide Mittel. Meader und Feirer.
Physiologische Tätigkeit gewisser Kulturen des Gasbazillus: Studien über Bakterienstoffwechsel. Kendall und Schmidt.

H e n n i n g, Berlin.

Archives of Physical Therapy X-Ray-Radium.

7., Nr. 8.

Die Wirkung der Radiotherapie und ihr Wert in der klinischen Medizin. A. W. Jacobs.
Ueber Hydrotherapie. Robert E. Peck.
* Myositis ossificans traumatica. R. W. Fouts.
* Behandlung der Gebärmutterverlagerung durch galvanischen Strom. Miles J. Breuer.
* Die Anwendung der physikalischen Therapie bei Struma und verwandten Krankheiten. T. R. Montgomery.
Genaues Arbeiten. W. M. J. Manning.

Myositis ossificans traumatica. Die Erkrankung findet sich meist im 2. oder 3. Lebensdezennium und betrifft vorwiegend den Quadriceps femoris, Biceps humeri und den Brachialis anterior. Selten werden auch der Pektoralis, Latissimus dorsi und die Interkostalmuskeln befallen. Die Entstehung der Krankheit ist in der Weise zu erklären, daß durch ein äußeres Trauma oder durch heftigen Muskelzug periostale Zellen losgerissen werden, die dann intramuskulär zu wuchern beginnen und zunächst sich knorpliges Gewebe bildet, welches sich später verknöchert. Solche Gebilde dürfen nicht als Tumoren betrachtet werden. Es sind jedoch Fälle beschrieben worden, in denen eine maligne Degeneration einer Myositis ossificans festgestellt wurde. Die Differentialdiagnose gegenüber Osteomyelitis, Osteom, verkalktem Hämatom und Karzinom ist verhältnismäßig leicht, dagegen ist die Unterscheidung von einem Osteosarkom unter Umständen recht schwierig. Die Diagnose hat sich in erster Linie auf das Röntgenbild zu stützen. Bericht eines Falles, in dem durch Diathermiebehandlung weitgehende Besserung eintrat.

Behandlung der Gebärmutterverlagerung durch galvanischen Strom. Von der galvanischen Behandlung der Gebärmutterverlagerung sind diejenigen Fälle auszuschließen, die auf Druck von oben (z. B. Enteroptose) zurückzuführen sind, ebenso diejenigen, bei denen ein zerrissenes oder schwaches Perineum oder auch narbige Prozesse die Verlagerung verursachen. In den übrigen Fällen stellt die galvanische Behandlung der Ante- und Retroflexionen eine empfehlenswerte Methode dar, die in verschiedener Hinsicht der Operation überlegen ist. Die Methode beruht darauf, daß der positive Pol eine Säurereaktion hervorruft und demzufolge ein Schrumpfen und Erhärten des Gewebes, während der negative Pol eine alkalische Reaktion verursacht, die zur Folge hat, daß das Organ weich und beweglich wird. Die Methode wird folgendermaßen ausgeführt:

Die Elektrode in Form einer gewöhnlichen Uterussonde wird in die Gebärmutter hineingeschoben. Es empfiehlt sich, vor dem Gebrauch die Elektrode zu amalgamisieren. Patientin befindet sich in Rückenlage mit erhobenem Knie. Strenge Asepsis ist nicht notwendig, doch empfiehlt sich, den Fornix und die Zervix mit einem Antiseptikum zu pinseln. Unter Benutzung eines zweiten Plattenspekulums und nach Anhaken der Portio wird die Elektrode in den Gebärmutterkanal eingeführt. Diese Maßnahmen können alle ohne erhebliche Schmerzen und folglich auch ohne Anästhesie vorgenommen werden. Die indifferente Elektrode wird an irgendeiner Stelle des Leibes oder des Rücken angelegt. In den ersten 2 bis 3 Minuten wird die aktive Elektrode zur Anode gemacht, um durch den elektrischen Strom das Feld zu sterilisieren. Dann wendet man den Strom, so daß die Elektrode negativ wird, und schickt einen Strom von 100—200 Mill. Amp. hindurch. Nunmehr wird die Lageverbesserung des Uterus vorgenommen. Man muß hierbei etwas vorsichtig zu Werke gehen, weil bei der jetzt weichen Uterusmuskulatur die Gefahr der Perforation droht. Mit einiger Geschicklichkeit und Uebung ist dies aber zu vermeiden. Hernach wird wiederum der Strom hindurchgeschickt, jetzt aber ein positiver Strom, den man etwa 20 Minuten lang hindurchgehen läßt. Zum Schluß der Behandlung wird wieder für eine kurze Zeit eine Stromwendung vorgenommen, um die Sonde besser loslösen zu können. Zu einem Dauererfolge sind im Durchschnitt 6 Behandlungen erforderlich.

Die Anwendung der physikalischen Therapie bei Struma und verwandten Krankheiten. Bei sporadischem Kropf, dessen Aetiologie noch ungeklärt ist, ist die Operation mit verschiedenen Nachteilen verbunden; besonders bei der thyreoitoxischen Form zeigen die Patienten im Anschluß an die Operation einen geringeren Widerstand gegenüber Erkrankungen des Herzens und der Lunge. Auch ist die Gefahr der Operation nicht zu unterschätzen. Die Operationsmortalität beträgt etwa 2%. Demgegenüber ist Röntgenbestrahlung bei sachgemäßer Anwendung eine absolut gefahrlose Methode. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist bei den Fällen mit endokriner Störung als funktionshemmend aufzufassen. Bei den Hypoplasien vom parenchymatösen Typ ist eine Wirkung auf die kleinen Arteriolen anzunehmen, die sich verstopfen, so daß eine Ernährungsstörung der Zellen zustande kommt. Eine Operation wegen Struma sollte nicht vorgenommen werden, ehe nicht eine gründliche Röntgenbehandlung versucht worden ist. Auch ist daran zu denken, daß entzündliche Prozesse irgendwelcher Art, Tonsilleninfektionen, Alveolar-Pyorrhoe, Cholezystitis, Appendizitis u. a. auf die Schilddrüse einwirken können.

Kurt Kirschmann, Berlin.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 8, 19. August 1926.

Adenomyome. Meigs.
Bronchialasthma. Rackemann und King.
* Angina pectoris als Komplikation bei Myxödem und Basedow. Sturgis.

Angina pectoris bei Basedow und Myxödem. Das Vorkommen von Angina pectoris bei vermehrter und verminderter Tätigkeit der Schilddrüse legt den Gedanken nahe, daß dies nur zufällig ist. Ein Fall von Basedow mit Angina zeigt, daß der erhöhte Grundstoffwechsel selbst bei völliger Ruhe an das Herz erhöhte Anforderungen stellt. Auch die stets sprungbereite Psyche des Basedowikers empfängt bei geringen Erregungen stärkere Eindrücke als beim Gesunden. Also Verminderung des Grundstoffwechsels und der Anforderungen ans Herz garantiert Besserung. Zum Beweis wird ein Fall angeführt, der aus eigenem Ermessen zu viel Thyreoideasubstanz genommen hatte. Folglich bei Patienten mittleren und vorgerückteren Alters Vorsicht in der Verabreichung von Thyreoideapräparaten andererseits. Dieses Vorkommen von Angina bei Myxödem als komplizierender Faktor ist einmal von Interesse, weil die Behandlung mit Thyreoideapräparaten in Frage kommt, dann weil das Myxödem in seltenen Fällen irgend eine Veränderung hervorrufen kann, die anatomisch Angina bedingt. In der Hälfte der Fälle von Myxödem legt die Autopsie ein intensives Atherom der Aorta dar und Endarteriitis der kleineren Gefäße, und zwar durch Verlust der Thyreoideasekretion. In nicht wenigen Fällen ist das Myxödem übersehen worden und die Diagnose auf allgemeine Arteriosklerose gestellt worden. Dies mag das Bindeglied mit der Angina sein. Nun ist bei der Verabreichung von Thyreoidea deswegen Vorsicht am Platze, weil sie den Zellstoffwechsel zu einem höheren O-Verbrauch anregt, weswegen seinerseits wieder das Herz mehr Blut auswerfen muß. Und häufig ist noch Anämie dabei, die die Fähigkeit des Blutes, O zu führen, an sich vermindert. Und diese plötzliche Ueberlastung des Herzens kann recht schlimme Folgen haben. Also nicht über 0,03, solange keine ernsten Symptome kommen, monatelang. Es kann und soll Monate dauern, bis der Patient eine Besserung bei Myxödemen verspürt.

Nr. 9, 25. August 1926.

Influenza in Massachusetts. Lombard und Doering.
* Spezielle Diät bei perniziöser Anämie. Murphy und Minot.

Diät bei perniziöser Anämie. Eine Diät, reich an Proteinen, besonders Leber mit reichlich Muskelfleisch, Früchten und grünen Vegetabilien, wenig Fett bessert Patienten mit perniziöser Anämie ganz wesentlich. Der tägliche Bedarf ist: 1. Leber vom Kalb, Rind, Huhn oder Niere vom Lamm, frisch gekocht, 120 bis 200 g u. m. gekochten Gewichts, aber ohne Fett. Rösten, braten, backen oder hacken, in die Suppe. 2. Frische Früchte: Pfirsiche, Aprikosen, Ananas, Erdbeeren, Trauben. Etwa 400 g. 3. Rotes Muskelfleisch, frei von Fett, frisch gekocht, 125 g u. m. Ochsenherz erwünscht. 4. Vegetabilien, die 1 bis 10% Kohlehydrat enthalten, frisch, auch gekocht und roh, nicht unter 300 g, Lattich, Spinat, Spargel, Kohl und besonders Tomaten. 5. Fett, nicht über 70 g. Nur wenig Rahm und Butter, nicht über ein Ei. Mineralöl bei Salaten erlaubt. 6. Stark gesüßte Nahrung ist zu vermeiden, etwas Zucker ist erlaubt. 7. Stärkemehlnahrung, Zerealien, Kartoffeln, Brot. (Käse, Speck, fett gebackenes sind zu meiden.) Je nach individuellem Geschmack, aber nach den obigen Gesichtspunkten. Am besten knusprig. Vollmehltoast sind erwünscht. 8. Milch nicht mehr wie 240 g. 9. Uebermaß von Salz ist zu meiden. Tee und Kaffee nach Belieben. Schmackhaft kochen und appetitlich servieren. Eingehen auf die Wünsche des Patienten: z. B. bei Diarrhoe weniger Früchte und in Form von Purée. Mehr als 3 Mahlzeiten am Tage sind zu empfehlen. Im Anfang, wenn der Patient weniger zu sich nimmt, mehr Leber und Nieren und Früchte, später die anderen Zusätze allmählich. Im Durchschnitt 2500 Kalorien, davon 135 g Protein, 340 g Kohlehydrat und nicht über 70 g Fett.

Nr. 10, 2. September 1926.

Das Herz bei Myxödem. Means, White und Krantz.
* Ein Fall von sogenannter Influenzapneumonie. Frothingham.
Jodöl bei der Diagnose der chronischen Sinusitis. Mc. Cready.
Geburtshilfe im allgemeinen Krankenhause. Chase.
Beitrag zur künstlichen Befruchtung. Meaker.

Influenzapneumonie. An der Hand eines Falles wird ausgeführt, daß eine Influenzapneumonie auch vorkommen kann, ohne daß eine ausgesprochene Epidemie vorliegt. Und dann, ob diese typischen, aber mit klinischen Mitteln schwer zu diagnostizierenden Fälle erkannt werden können. Letzteres ist mittels Röntgen möglich. Hier liegt ein ganz eigenartiges Bild vor: der Prozeß hat beide Lungen ergriffen, geht vom Hilus aus nach der Peripherie zu, wo sich oft eine klare Zone findet. Auch Basis und Spitze können frei sein. Dieser typische Befund kann allerdings bei Mischinfektionen (die wohl meist vorliegen) fehlen.

Nr. 11, 9. September 1926.

* Die febrilen Formen des Erythema multiforme und nodosum. Blumer.
Pigmentation bei Myxödem. Krantz und Means.
Kooperativer psychiatrischer Dienst. Sullivan.
Die antirachitische Kraft bestrahlten Lebertrans. Wyman.
Infektion mit Aspergillus versikolor. Steele.
Vakzination gegen Pocken. Scamman und Dudley.

Erythema multiforme und nodosum. Es ist von Interesse für den Internen, daß das Erythema multiforme in viszeraler Manifestation und in febriler Form vorkommt. Die Charakteristika der ersteren sind die häufigen Rückfälle, die Verschiedenheiten der Hauteruptionen in verschiedenen Attacken, die Verbindung mit akuten Leibschmerzen infolge exsudativer Prozesse des Gastrointestinaltraktes, die Häufigkeit entzündlicher Komplikationen, besonders der Nieren und die relativ hohe Mortalität. In 10 Jahren kamen 12 Fälle vor, 2 nach Diphtherie mit Antitoxinbehandlung, 1 nach Typhus, 2 nach Tonsillitis, 1 nach Bronchitis und Bronchopneumonie, 1 im Verlauf einer subakuten bakteriellen Endokarditis, 1 nach Scharlach mit Otitis media, 1 nach Hysterektomie bei einer Syphilitikerin, 2 Nodosumfälle nach Sinusitis und nach der Anwendung von Bromiden. Daraus kann man schließen, daß sie beide nach Infektionen oder toxischen Prozessen vorkommen können oder als idiopathische Krankheiten. Beide Formen können auch, wie es den Anschein hat, epidemisch durch ein spezifisches Virus vorkommen, vielleicht als Streptokokkeninfektionen und möglicherweise als Ausdruck derselben Infektionsform. Sicher ist dies aber erst, wenn man das oder die ätiologischen Agentien festgestellt hat.

Nr. 12, 16. September 1926.

Fortschritte in der Verhütung und Behandlung von Scharlach, Masern und Diphtherie. O'Hara.
* Wiederherstellung bei Tuberkulose. Hawes.
* Hilustuberkulose. Clifford.
Rehabilitation der Tuberkulösen im Rutland State Sanatorium. Joress.
Der Kampf gegen die Tuberkulose heute. Ritchie.

Wiederherstellung der Tuberkulösen. Das heißt ihn so herzustellen, daß er für die Arbeit wieder gewonnen ist. Gerade aber diese Forderung macht das Problem der Tuberkulose so schwer, weil dieser Kranke im Gegensatz zum Beispiel zu einem Amputierten sein Leiden selbst nicht übersieht — er traut sich zu viel oder zu wenig zu —, und weil die Ansteckung allgemein gefürchtet ist. Natürlich ist es bei aller Fürsorge und reichlichen Geldmitteln nicht zu vermeiden, daß ein gewisser Prozentsatz der Tuberkulösen stirbt und ein anderer dauernd invalide bleibt; aber viele können, wenn ihre Behandlung richtig abgeschlossen ist, wieder arbeiten. Das Wichtigste ist hier richtige ärztliche Ueberwachung. Dann die industrielle und landwirtschaftliche Kolonie, wie sie praktisch in Amerika (und England) eingerichtet ist. Hier ist dauernd ärztliche Erziehung zur und Ueberwachung bei der Arbeit wirksam tätig. Ferner ist ein drittes Mittel die Einrichtung von bestimmten Arbeitsräumen, in denen Exschwindsüchtige unter ärztlicher Aufsicht leicht, je nachdem zu gewissen Zeiten und unter hygienischen Bedingungen arbeiten. Hierzu ist natürlich die Mitarbeit der Krankenhäuser und Sanatorien nötig. Dort muß die Möglichkeit richtiger und dauernder Ueberwachung gegeben sein. Möglichst in eigener Klinik und durch eigene Aerzte. Dann muß der Tuberkulöse, unter Umständen auch seine Familie über die schwierigsten Zeiten unterstützt werden. Und endlich sind Anstalten zu errichten, in denen bis zur Anstellung gewissermaßen eine präindustrielle Beschäftigung, eine Art Training, den Leuten beigebracht wird.

Hilustuberkulose. Die in der Kindheit erworbene Tuberkulose ist primär eine Erkrankung des Lymphsystems, besonders in denen um die Trachea und die Bronchien. Verlassen die Tuberkelbazillen die Drüsen und kommen in die parenchymatösen Gewebe, dann hat man den adulten Typ. Wichtig ist, daß diese Hilustuberkulose als klinische Einheit erkannt wird. Verwirrung ist in die ganze Frage dadurch gekommen, daß man sich über den ersten Infektionsmodus nicht ganz einig war. Aber wie gesagt, Tuberkulose ist zuerst eine Erkrankung des Lymphsystems, und die am häufigsten ergriffenen Drüsen sind die Tracheobronchial-, Zervikal-, Mediastinal- und Mesenterialdrüsen. Sie vergrößern sich, wenn sie infiziert sind, und Charakter und weiterer Verlauf hängt von verschiedenen Faktoren ab: Größe, Häufigkeit, Wiederholung der Infektion, allgemeiner Gesundheitszustand. Der Charakter der Infektion hängt weniger vom Alter als vom Grad der Immunität ab. Ist sie gering, so kann die Form der akuten Infektion vorherrschen oder die Drüsen können in die Nachbarschaft oder in einen Bronchus aufbrechen, so die Lunge infizieren oder in ein Blutgefäß: Miliartuberkulose, tuberkulöse Bronchopneumonie oder Meningitis. Oder die Drüsenaffektion kann lokalisiert bleiben, verkalken und dann eine gewisse Immunität fürs spätere Leben verleihen.

Die Diagnose ist schwer und muß recht vorsichtig gestellt werden, denn die physikalischen Zeichen glänzen oft durch Abwesenheit, und das Röntgenbild ist oft sehr verwirrend. Sie erfordert viel, nicht schlecht angewandte Zeit. 5 Faktoren sind wichtig: die Anamnese, de konstitutionellen Zeichen, die physikalische Untersuchung, Röntgen und die Tuberkulinreaktion.

Anamnese: sehr wichtig. Zunächst die Exposition. Nicht jedes Kind, das mit tuberkulösen Eltern usw. zusammenlebt, wird angesteckt, nur die wiederholte Ansteckung durch eine offene Tuberkulose ist ausschlaggebend. Dann frühere Infektionen, wie Keuchhusten, Masern, Pneumonie, Influenza. Hauptsache ist hier der Zustand des Kindes nach den Infektionen und die Gefahr der Mobilisierung einer latenten Tuberkulose. Häufige Erkältungen, Husten und Auswurf kommen für die Hilustuberkulose weniger in Betracht, nur dann, wenn andere akute und chronische Infektionen der oberen Luftwege ausgeschlossen sind. Die Feststellung von Drüsenvergrößerungen, bes. am Halse früher, von phlyktenulärer Keratitis (letztere ist fast immer eine Komplikation einer generalisierten Tuberkulose, sehr selten spontan) sind von größter Wichtigkeit. Hinsichtlich der konstitutionellen Zeichen ist zu sagen, daß der Grad der Toxämie nicht notwendig Hand in Hand gehen muß mit der Größe der Infektion, und oft können diese Symptome die einzigen sein, um die Toxämie zu erkennen. Hierher gehören ungerechtfertigte Ermüdung, Reizbarkeit und Veränderungen des Temperaments. Liegt Husten und Auswurf vor, so sind zunächst Adenoide, Mandeln und die Nase zu untersuchen. Bei unproduktivem, hackendem, manchmal hohlem Husten ist immer an mediastinalen Druck durch vergrößerte Bronchialdrüsen zu denken. Untergewicht, Unterernährung, mangelnde Gewichtszunahme sind wichtig. Ebenso intermittierendes Fieber nachmittags; allerdings kann die Temperatur auch normal sein. Leichtes Fieber nachmittags kann auch bei nicht tuberkulöser Endokarditis vorkommen. Von der physikalischen Untersuchung wird immer noch zu wenig Wert auf die Inspektion gelegt. Dann die Palpation nach Drüsen. Von der Perkussion hat man am meisten Aufschluß durch die parasternale Dämpfung und die Wirbelperkussion zu erwarten. Die Auskultation ist nur dann wichtig, wenn bei Druck auf einen Bronchus die Exspiration am Rücken verlängert ist. D'Espine, Eustach Smith, dilatierte Venen und Heiserheit haben nur wenig Bedeutung. Röntgen ist nur ein Hilfsmittel und sagt lediglich, daß die Drüsen vergrößert sind, aber bei Abwesenheit von Verkalkung nicht, daß sie tuberkulös sind. Tuberkulin: 1. muß man ein gutes Tuberkulin haben; 2. gibt eine positive Reaktion nicht die Diagnose klinische Hilustuberkulose, sondern sagt nur, daß irgendwo im Körper ein tuberkulöser Herd ist; ist kein Fingerzweig für die Größe oder Aktivität der Infektion. Dauernd negative Reaktion bei einem Kinde um 10 ist, wenn andere Faktoren, die die Probe negativ machen, ausgeschlossen sind, ein verläßliches Zeichen.

Auszuschließen sind bei der Diagnose: infizierte Sinus oder Zähne, Tonsillen, Polypen, Adenoide, akuter Schnupfen, akute Grippe. Man muß unterscheiden zwischen tuberkulöser Infektion und tuberkulöser Erkrankung: erstere kann vorliegen ohne Symptome. Meist genügt eine einmalige Untersuchung nicht.

Der wichtigste Punkt bei der Behandlung ist, das Kind vor größeren massiveren Tuberkelinfektionen zu behüten, dann die Widerstandskraft auf der Norm zu erhalten und die Ausbreitung der Infektion über die Drüsen zu verhindern. v. Schnizer.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

39., Nr. 4. Oktober 1926.

Die Anatomie des Herzens in zwei Fällen von Situs transversus. Taussig.
Die Unterbrechung der Schwangerschaft bei der Ratte durch Injektion des ovariellen Follikelextraktes. Smith.
Die Einwirkung von Guanidinverbindungen auf den Blutdruck bei langsamer Zufuhr in den Kreislauf und den Magendarmtraktus. Mayor.
Untersuchungen über die Wirkung von Leberextrakt auf die durch Guanidinverbindungen hervorgerufene Hypertension. Mayor.
* Betrachtung über die Arteriosklerose der Hirngefäße und die Pathogenese der Hypertension. Bordley und Baker.

Betrachtung über die Arteriosklerose der Hirngefäße und die Pathogenese der Hypertension. Seit langem ist bekannt, daß jegliche Verminderung der zum Gehirn strömenden Blutmenge (Karotidenkompression, Steigerung des intrakraniellen Druckes) zu einem kompensatorischen Anstieg des Blutdrucks führt. Eingehende histologische Untersuchung an Fällen mit allgemeiner Arteriosklerose mit und ohne dauernde Hypertonie zeigten, daß nur bei Vorhandensein einer dauernd ausgeprägten Hypertonie sich anatomische Veränderungen an den Hirngefäßen vorfanden, welche das Gebiet des Vasomotorenzentrums in der Medulla oblongata versorgen. Die pathologischen Veränderungen waren nicht einheitlich. Sie betrafen an den größeren Arteriolen mehr die Intima, an den kleineren mehr die Media. Diese dem Formenkreis der Arteriosklerose zugehörigen Befunde finden sich bei der genuinen Hypertonie nicht in allgemeiner Verbreitung im Körper, sondern mit gewisser Prädilektion an bestimmten Organen. So fanden sich in den untersuchten Fällen arteriokosklerotische Prozesse in wechselnder Ausdehnung auch an den Nierengefäßen. Die Erschwerung der Nierendurchblutung durch diese pathologischen Vorgänge dürfte kaum — nach den bisherigen Ergebnissen experimenteller Forschung — für die Entstehung der dauernden Blutdruckerhöhung verantwortlich zu machen sein. Auf gesicherter Basis hingegen steht die Annahme, daß die Sklerose der Medulla-oblongata-Gefäße in ursächlichem Zusammenhang mit der Hypertonie steht. Freilich reicht diese Anschauung von der mangelhaften Durchblutung lebenswichtiger Hirnzentren als Krankheitsursache zur Erklärung der verschiedenen Typen und Arten der arteriellen Hypertension nicht aus. Klinisch wichtig erscheint die Tatsache, daß die therapeutische Herabsetzung der Hypertonie bisweilen Symptome bedrohlicher Art hervorruft, die auf eine Anämie des Hirns schließen lassen, was bei dem kompensatorischen Charakter der Blutdrucksteigerung leicht verständlich ist. Biberfeld.

The Journal of Urology.

16., Heft 3.

Divertikel des Harnleiters. Ein Fall von akuter Entzündung desselben mit spontanem Durchbruch. Stevens.
◆ Die Harnleitererweiterung in der Schwangerschaft. Autoptische Beobachtungen. Carson.
Renale Sympathektomie. Bericht über 2 Fälle. Heß.
Echinokokkuszyste der Niere. Huffmann.
◆ Die Anwendung der Gefrierpunktserniedrigung des Harns bei der Bestimmung der differentiellen Nierenfunktion. Jones.
Sarkom der Blase. Caulk.
◆ Blasenspasmus und Blasen-„Schienung“. Keyes.
Multiple Harnleitersteine. Kasuistik. Boger.

Die Harnleitererweiterung in der Schwangerschaft. Autoptische Beobachtungen. In 16 Fällen von Schwangerschaft ergab sich zwölfmal eine doppelseitige und viermal eine einseitige Harnleitererweiterung. Die histologische Untersuchung zahlreicher Schnitte zeigte starke entzündete Veränderungen bei den doppelseitigen Erkrankungen. Bei den Erstgebärenden fand man mikroskopische Oedem der Mukosa, Tunika propria und des inneren Anteils der Muskularis, mit mäßiger Rundzelleneinwanderung, mononukleären Wanderzellen und wenigen polymorphkernigen Leukozyten. Die Multipara zeigte die Folgen dieser Entzündungen.

Einmal wurde rechterseits eine beginnende Ureterstriktur beobachtet, in zwei anderen Fällen fand man je einmal rechts und links eine lange bestehende Harnleiterverengung.

Die Anwendung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes bei der Bestimmung der differentiellen Nierenfunktion. In Verbindung mit den anderen urologischen Untersuchungsmethoden liefert die Kryoskopie brauchbare Resultate. Man darf dem Patienten jedoch sechs Stunden vor der Untersuchung nichts mehr zu trinken geben.

Blasenspasmus und Blasenschienung. Zur Beruhigung und Entlastung der Blase bei Krampfzuständen hat der Autor eine Ableitung konstruiert, die zur Ruhigstellung des Organs (vgl. splint = Schienung bei Frakturen) empfiehlt. Ein offenes U-Rohr wird an einem Dauerkatheter befestigt und steht mit einem Irrigator in Verbindung. Die gebrauchte Ueberhöhung braucht sechs Zoll nicht zu übersteigen. Die korrekte Applikation des Apparates, von der seine gute Wirkung abhängt, erfordert jedoch größte Exaktheit und Geduld.

Buchbesprechungen.

Veit-Stoeckel: **Handbuch der Gynäkologie.** 3. Auflage. Bd. II. Mit 265 Abbildungen im Text. Verlag J. F. Bergmann. München 1926. Geheftet 39,— M.; in Halbleder 45,— M. —

I. H. Sellheim: **Hygiene und Diätetik der Frau.** Nach 16jähriger Pause erscheint nunmehr das Handbuch in der dritten, völlig umgearbeiteten Auflage. Welche Veränderung hat die medizinische Wissenschaft und besonders auch die Gynäkologie in dieser Zeit durchgemacht. Von einer mehr oder minder rein örtlichen Behandlung der Beckenorgane des Weibes sind wir heute zu der Wissenschaft vom Weibe in allen seinen Lebensäußerungen gekommen. Diesem Umstand trägt auch die ausgezeichnete Abhandlung von Sellheim über Hygiene und Diätetik der Frau in hervorragendem Maße Rechnung. Ein Kapitel, das in den früheren Lehrbüchern nur wenige Seiten beanspruchte, wird hier in über 350 Seiten eingehend besprochen und der Text durch zahlreiche Bilder noch anschaulicher gestaltet. Sellheim beginnt mit der Darstellung der Konstitutionsentwicklung der Frau vom Säuglingsalter bis zum Mutterberuf. Wie Verfasser selbst betont, macht er zum ersten Mal den Versuch, das weitverzweigte Gebiet, das bisher nur in Bruchstücken bearbeitet wurde, zusammenzufassen. Daß ihm das voll gelungen ist, wird jeder verstehen, der die grundlegenden Arbeiten des Autors auf diesem Gebiet kennt. Jeder Mensch, der Kinder in die Welt setzt, übernimmt die Verpflichtung, sie mit bester Konstitution auszustatten. Die Geburtshilfe hat die Aufgabe, das Kind vor mechanischen Insulten zu bewahren. Die Entstehung des Infantilismus kann durch beste Pflege und Ernährung verhütet werden. Selbstverständlich ist die Forderung, daß jede Mutter ihr Kind selbst nährt. Der Autor verfolgt dann die Entwicklung des Mädchens bis zur Jungfrau und zeigt, wo es notwendig ist, diese zu unterstützen. Das schwierige Kapitel des Pubertätsalters und der sexuellen Aufklärung bringt die moderne Auffassung der frühzeitigen Einführung in den Gedanken der Fortpflanzung. Das vom Autor angestrebte Ziel, das Verständnis des Geschlechtslebens dem jungen Weibe durch eine von hohem sittlichen Schwung getragene Darstellung näherzubringen, ist „aufs innigste zu wünschen“, wird aber in der Praxis, besonders in der Großstadt wohl kaum zu erreichen sein. Es folgt die Hygiene des Brautstandes und der Ehe. Hier geht Verfasser nach Meinung des Referenten zu sehr ins einzelne und schildert Dinge, die in einem ausschließlich für Aerzte bestimmten Handbuch fast wie für Laien geschrieben anmuten. Was Verfasser dann über Heiratszeugnisse und Eheberatungsstellen schreibt, entspricht der heutigen Meinung von diesen neuesten Bemühungen zur Erzielung eines gesunden Nachwuchses. Die besten Garantien liegen immer nur in der persönlichen Gewissenhaftigkeit der Ehepartner. In Fortpflanzungsfragen muß die staatliche Fürsorge für Mutter und Kind in viel stärkerem Maße einsetzen als bisher. Die in den letzten Jahren wirtschaftlicher Veränderungen immer dringender gewordene Frage, ob die Mädchen zur Ehe oder zum Beruf erzogen werden sollen, wird eingehend erörtert. In der Tätigkeit zum Wohl der nächsten Generation wird der beste Ersatz der Mutterschaft für kinderlose Frauen gesehen. In dem Abschnitt Frauenkörper und Kleidung betont Verfasser, daß der Frauenkörper für das Fortpflanzungsgeschäft in seiner Kleidung der Volumenveränderung mehr Rechnung tragen muß, als der männliche Organismus. Eine Kleidung, die am Knochensystem, an Schulter und Beckengürtel aufgehängt ist, wird dringend empfohlen. Durch die Kulturschäden erleidet die Frauenkraft erhebliche Einbuße und die Frauenpflege ist daher der wichtigste Teil der Fortpflanzungspflege. Die Frauenkunde muß allen Studierenden zugängig gemacht werden. Die Kraftleistung, die die Frau im Staatsinteresse durch ihre Fortpflanzungsbereitschaft vollbringt, muß auch der ledigen Frau durch Eintreten der Allgemeinheit für den einzelnen Mann ermöglicht werden. Am Schluß kommt Verfasser auf die Körperkultur zu sprechen. Hier gilt es, die Schäden, die die Kultur angerichtet hat, wieder gutzumachen. Es bestand bisher eine große Vernachlässigung der Körperkultur, die durch die modernen Bestrebungen immer mehr verschwinden wird. Die Lehren der privaten Unternehmungen müssen beim Volksschulunterricht Berücksichtigung finden, dann wird es gelingen, unser Volk zu einem gesunden Gemeinwesen zu erziehen.

II. J. Meisenheimer: **Die Grundlagen der Vererbungslehre.** — Dieses schwierige und nur zum Teil erforschte Gebiet wird von dem Leipziger Gelehrten in 4 Abschnitten erörtert. Im ersten Abschnitt werden die zytologischen Grundlagen, die Entstehung und Entwicklung der männlichen und weiblichen Geschlechtszellen und der Vorgang der Befruchtung besprochen. Verfasser sieht in den aus dem Chromatin des Zellkernes hervorgegangenen Chromosomen die eigentlichen Träger der Vererbungsmasse, jedoch scheint das Protoplasma eine wenn auch nicht geklärte Rolle zu spielen. Weiterhin wird der Ablauf der Vererbungsgeschehnisse im Zuchtexperiment dargestellt, wobei die Kreuzungsexperimente als Basis der modernen Vererbungslehre gelten müssen. Die Mendelsche Spaltungsregel, die darin besteht, daß gegensätzliche Merkmale, die in der ersten Generation sich zu einer scheinbaren Einheit verbanden, in der folgenden Generation eine Spaltung der Erbeinheiten erfahren und die Mendelsche Unabhängigkeitsregel, die Anwendung auf Rassen mit zwei oder mehr gegensätzlichen Merkmalen findet, werden in eindringlicher Darstellung geschildert. Es erfolgt eine Erörterung der sogenannten Faktorentheorie bei Tieren und Menschen, sowie andersartiger Vererbungsvorgänge, die vom 2. Mendelschen Gesetz abweichen. Es wird als gesichert hingestellt, daß alle Chromosomen als Träger der Vererbungssubstanz einen bestimmten Inhalt an Genen aufweisen, der mit der Individualität des Chromosoms verbunden ist. Der dritte Abschnitt zeigt die Anwendung dieser Ergebnisse auf den Menschen selbst. Von den hier angewandten Methoden der Statistik größerer Individuenzahl und der geneologischen Methode verdient letztere als die zuverlässigere den Vorzug. Die Merkmale des äußeren Habitus, wie Haut, Haarfarbe, Augenfarbe bieten eine wesentliche Grundlage beim Studium der Vererbungsvorgänge, wobei besonders die Beurteilung von Kreuzungen zwischen Weißen und Negern die Mendelsche Spaltungsregel bestätigt. Weiterhin werden die verschiedenen Krankheiten, die meist dominant sind, wie Nachtblindheit, Otosklerose, sowie einige Mißbildungen behandelt, deren Vererbungstyp an Hand von Stammbäumen erläutert wird. Im letzten Abschnitt kommt Verfasser auf die Geschlechtsbestimmungen zu sprechen. Er unterscheidet eine pogame, syngame und metagame. Der syngamen Bestimmung, die aus dem Zusammenwirken beider Geschlechtszellen hervorgeht, kommt die größte Bedeutung zu. Die Geschlechtsbestimmung als Vererbungsvorgang lehrt, daß es nicht genügt, die Chromosomenzahl beider Geschlechter miteinander zu vergleichen. Hier spielt das Idio-Chromosom eine wichtige Rolle, das nicht ein überschüssiges Chromosom darstellt, sondern einem Abbau seine Entstehung verdankt. Dieses wichtige und sehr schwierige Kapitel wird eingehend erörtert, so daß auch dem, der auf diesem Gebiet nicht bewandert ist, eine klare Vorstellung desselben erwächst. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß in dem Idio-Chromosom wahrscheinlich der geschlechtsbestimmende Faktor enthalten ist. Widersprüche, die sich gegen diese Annahme erhoben haben, werden ausführlich widerlegt. Eine weitere Stütze findet diese Theorie durch die Erscheinung der sogenannten Geschlechtsvererbung, die beim Menschen an Hand der Vererbungsform bestimmter Krankheit (Farbenblindheit und Hämophilie) gezeigt wird. Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß das Problem mit dem Idio-Chromosomenmechanismus allein seine Lösung nicht gefunden hat, aber die Basis für weitere Forschungen gibt. Es ist außerordentlich zu begrüßen, daß dieses in der heutigen Zeit der Eugenik und Eheberatung so wichtige Kapitel meines Wissens zum ersten Mal in einem Handbuch für den Gynäkologen und Praktiker behandelt worden ist.

Kosminski.

Paul Trendelenburg: **Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arznei-Verordnung.** Leipzig, C. W. Vogel, 1926. 271 S. 13,50 bzw. 15 M. — Noch immer gilt das Rp. als die Grundlage der Therapie. Der Magen wird als pater familias aufgefaßt, der seinen Kindern, den Organen, das ihnen Zukommende und Bekömmliche zuteilt. Die Spezifizierung der Pathologie hat dementsprechend eine immer weitergehende Spezifizierung der Heilmittel mit sich gebracht, und eine industrieöse Chemie sucht durch immer neue Kombinationen von Teer-Derivaten dem Arzt die Mühe des diagnostischen Kombinierens abzunehmen. Wir scheinen an einen Wendepunkt angelangt zu sein: die Rationalisierung bahnt sich auch auf diesem Gebiete an. Da ist es ein Verdienst, wenn ein Berufener wieder einmal an die Mittel erinnert, mit welchen unsere Vorfahren in der Kunst ihre — immerhin beachtenswerten — Erfolge erzielt haben. Vielleicht ist die Abkehr von ihnen zum Teil dadurch bedingt gewesen, daß man verlernt hatte, mit ihnen umzugehen. Dem hilft Trendelenburg ab, und indem er überall die Preise beifügt, nimmt er auf die Leere des Portemonnaies die gebührende Rücksicht. Ein alter Arzt freut sich hierbei, neben den Präparaten des dernier cri den Drogen seiner Jugend wieder zu begegnen, möchte in diesem Zusammenhang auf Tinctura coto hinweisen und auf Rhizoma parma von Aspidium athamanticum, welche bei Durchfällen bzw. Taenien das utile cum dulci vereinigen.

Ein schöner Druck macht das Studium des Buches zum Genuß.

Buttersack, Göttingen.

Dr. Placzek, Nervenarzt in Berlin: **Das Geschlechtsleben des Menschen.** Ein Grundriß für Studierende, Aerzte und Juristen. Zweite wesentlich veränderte und erweiterte Auflage. Georg Thieme, Verlag, Leipzig 1926. 312 Seiten. Preis 8,40 M.; geb. 10,— M. — Der neuerdings in Berlin stattgefundene sexualwissenschaftliche Kongreß hat bewiesen, daß das Interesse für diese Disziplin weit über die Fachkreise hinausgeht, ja daß sich sogar Laien vielfach mit diesem Problem beschäftigen. Es mag dies zum Teil mit der Mode zusammenhängen, jedenfalls erheischt allein diese Tatsache, daß jeder Arzt mit dem Stoff vertraut sein muß. Das vorliegende, nunmehr in zweiter veränderter Auflage erschienene Buch kann als Einführung in die Sexualwissenschaft dienen. Zwar ist die Fülle der anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen hauptsächlich für Studierende und Juristen bestimmt und für den Arzt meistens überflüssig, aber da gerade anatomische Nomenklatur leicht aus dem Gedächtnis schwindet, können auch diese entsprechenden Seiten mitunter wertvolle Dienste leisten. Sonst gibt uns das Buch — es muß bei seiner Beurteilung immer im Auge behalten werden, daß es nur ein Grundriß ist — wertvolle Aufschlüsse über die Physiologie und Pathologie des Geschlechtslebens des Menschen.

M. Kantorowicz.

Alexander Pilcz: **Lehrbuch der speziellen Psychiatrie.** 7. umgearbeitete Auflage. Leipzig und Wien 1926. Verlag von Franz Denticke. 14 GM. — Das Buch ist im Jahre 1904 in erster Auflage erschienen. Verfasser sucht vor allem die praktisch wichtigen Fragen der Psychiatrie zu besprechen; er wendet sich nicht an den Fachkollegen, sondern an Studierende und an den praktischen Arzt. Er verteilt die Geisteskrankheiten in folgendes Schema: Manisch-depressives Irresein, Amentia, alkoholische Geistesstörungen, thyreogene Geistesstörungen, Paranoia, Dementia praecox, progressive Paralyse, Dementia senilis, arteriosklerotische Geistesstörungen, Geistesstörungen bei Hirnerkrankungen, epileptisches Irresein, hysterische Geistesstörungen, psychopathische Minderwertigkeiten, angeborene Defektzustände und fügt ein Kapitel über medikamentöse Therapie sowie ein letztes über die für den Psychiater wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen in Oesterreich und Deutschland hinzu. Auch für die weiteren Ausgaben gilt das, was anläßlich des Erscheinens der ersten Ausgabe seiner Zeit im Neurologischen Zentralblatt (1906, S. 465) gesagt wurde: „Trotz der großen Zahl von Lehrbüchern der Psychiatrie, welche die neuere Zeit gebracht hat, wird das Pilczsche Buch durch die Kürze und Prägnanz seiner Darstellung und damit durch seine praktische Brauchbarkeit sich seine Stellung zu erwerben und zu erhalten wissen.“ — Die Tatsache, daß das Buch jetzt bereits in siebenter Auflage erscheint, gibt der damaligen Kritik recht.

Kurt Mendel, Berlin.

Schumburg: **Aerztliche Ratschläge für gesunde und kranke Tage.** Hannover, Preußischer Beamten-Verein, 1926. 68 S. — Ich kann mich nicht für Popularisierung der Heilkunde begeistern, denn den Gehirnen, welche mit medizinischen Kenntnissen beglückt werden sollen, fehlt in 99% jegliche Schulung, die zumeist schlecht beobachteten Tatsachen in die Kenntnisse hineinzufügen. Indessen, es liegt Schumburg fern, Medikaster heranzuziehen. Er geht von dem richtigen Prinzip aus, daß viele Krankheiten und Todesfälle zu vermeiden wären, wenn die Betreffenden rechtzeitig die Notwendigkeit einsähen, ärztliche Hilfe zu suchen. Wie oft hört man den Jammer: „Wenn ich das doch früher gewußt hätte!“ Auf 35 Seiten zeigt Sch., was man im täglichen Leben vermeiden muß, um nicht krank zu werden, weitere 35 bringen die Bedeutung der einzelnen Symptome bzw. „Krankheiten“. Alles ist klar und einleuchtend auseinandergesetzt; höchstens könnte man breiteren Raum wünschen für die chronischen Affektionen; z. B. die Wucherungen im Nasen-Rachenraum, die hartnäckige Appetitlosigkeit bei beginnendem Magenkrebs. Daß emphysematöse Zustände schon in jugendlichen Jahren unerklärliche Störungen bedingen, sollte um so mehr betont werden, je weniger das — auch in der Aerztewelt — bekannt ist.

Die knappe und präzise Darstellung macht das Heft wie wenige geeignet, einigen biologischen Unterrichtsstunden in den Schulen zu grunde gelegt zu werden. Solche vernünftigen Lehren tragen erst dann ihre rechten Früchte, wenn sie im zweiten Jahrzehnt des Lebens in den Wissensschatz eingebaut werden.

Buttersack, Göttingen.

Sergius Voronoff: **Verhütung des Alterns durch künstliche Verjüngung.** Transplantation der Geschlechtsdrüsen vom Affen auf den Menschen. Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Zoltán von Memes Nagy. Eigenbrödler Verlag, Berlin. — Auf seine Bücher „Vivre“ und „Quarante trois greffes sur l'homme“ läßt Voronoff hier neue Dokumente folgen. Das Buch ähnelt dem oben besprochenen sehr. Die Operationsmethode wird aber hier viel genauer geschildert. Der histologische Nachweis, daß die eingepflanzten artgleichen Drüsen nicht resorbiert oder nekrotisiert, sondern organisiert werden, ist von dem Histologen Retterer, Paris, erbracht. Es gelang gleichfalls nachzuweisen, daß auch die dem Menschen eingepflanzten artähnlichen Drüsen des Affen leben bleiben, nirgends zeigte sich Nekrose oder Degeneration, vielmehr lebten die Deckzellen der Samenkanälchen. Hiermit fallen die Einwände, es handele sich doch bloß um eine Art Hormontherapie. Nur eine lebende Drüse, die dauernd ihr Sekret in den Kreislauf sezerniert, kann diese psychischen, somatischen, moralischen Veränderungen bei den Greisen hervorrufen. Uebrigens gelingt die Verjüngung der Frau durch Eierstocküberpflanzung ebenfalls. In beiden Fällen wird durch künstliche Skarifikationen eine Entzündung des neuen Bodens erzeugt, hierdurch die Vaskularisierung ermöglicht. Die Tunica vaginalis propria parietalis, die besonders gefäßreich ist, und die äußeren Schamlippen eignen sich. Alle andern Stellen sind zur Einbettung unbrauchbar. Uebertragung in toto ist unmöglich, dies Transplantat wird nicht organisiert, denn es kann aus mechanischen Gründen nicht vaskularisiert werden. Uebertragung zu kleiner Fragmente ist gleichfalls nutzlos, denn sie werden aufgesogen. Am besten war die Zweiteilung der Drüsen vor ihrer Einbettung. Die Operationen sind für Menschen und Affen ungefährlich. Jeder Affe kann zweimal als Drüsenspender dienen.

Das Buch bestärkt den Eindruck, daß durch Voronoff Großes geschaffen wurde. Leider ist die Uebersetzung, von einem ungarischen Arzt, völlig unbrauchbar, Artikelverwechslungen, grammatische, orthographische Satzbildungsfehler stören ungeheuer. Nur wer Französisch kann, wird dies Deutsch verstehen. Hier hätte aber die Tätigkeit des Verlages einsetzen können.

K. Heymann (Berlin).

Therapeutische Mitteilungen.

Die Hyperämie-Behandlung der Haut und der Organe mit dem Heißluft-Universalapparat für Osramlampen hoher Wattzahl.

Von

Sanitätsrat Dr. SCHINDLER, Fulda, Facharzt f. Hautkrankheiten.

Seit vielen Jahren arbeiten wir alle wohl ausschließlich mit der „kleinen“ und „großen“ Hanauer „Original Sollux“-Lampe, weil eine andere dem Arzt bisher nicht zur Verfügung stand. Ich schätze das „Sollux“-Licht als Dermatologe seit 10 Jahren täglichen Gebrauchs 1. als Unterstützung bei der Lupusbehandlung, 2. bei nässenden akuten, bei pustulösen, impetiginösen, aber auch trockenen, wenig infiltrierten subchronischen Ekzemen, insbesondere Gewerbeekzemen, Akne nekroticans, Furunkeln, Anfangsstadium von Lupus erythematodes. Gewöhnlich erfolgt, wie auch bei der Röntgen- und Quarzbehandlung, eine Salbenbehandlung nebenher.

Die eigentliche Hyperämiebehandlung akuter Entzündungen der Organe in den Körperhöhlen habe ich als Dermatologe prinzipiell nicht betrieben. Meine Erfahrungen mit dem „Sollux“-Licht bei Dermatosen haben mich schon immer zu der Vermutung geführt, daß neben der thermischen, wohl auch noch eine chemische Strahlung zur Wirkung kommt. Das ist auch in etwas der Fall. Malten gab in seiner Publikation über das Jupiterlicht an, das bei 70 cm Entfernung die chemische Strahlung der „Sollux“-Lampe (Wattzahl war nicht angegeben) noch 3,5% betrage.

Die Quarzlampengesellschaft gibt ein Spektrum heraus, nach welchem das „Sollux“-Licht in den unsichtbaren ultravioletten Raum noch bis fast 300 μμ reicht.

Es ist daher wohl nicht ganz richtig, nur von einer thermischen Wirkung zu reden, sondern man muß das Licht der „Sollux“ als heißes Licht bezeichnen, wenn auch der Anteil der chemischen Strahlung relativ gering ist und sich nur im langwelligen Teil des Spektrums bewegt; für die von mir angegebenen Dermatosen aber hat sich mir in jahrelanger Praxis die „Sollux“-Strahlung, so wie sie ist, neben der Salbenbehandlung als brauchbar und nützlich erwiesen.

Es ist dies jedoch die Strahlung der gasgefüllten Osram-Nitralampen hoher Wattzahl! Freilich ist diese auf solche Dermatosen beschränkt, wie die genannten, bei denen auch die Austrocknung oder die Erweichung der Gewebe durch die strahlende Wärme mit in Betracht kommt. Andererseits aktiviert die thermische Strahlung und die thermische Gewebshyperämie, welche die Sauerstoff-Spannung erhöht, jede chemische Strahlung, sogar auch noch das langwellige sichtbare Licht. Vor 15 Jahren zeigten das Thiele und Wolff in vielen Versuchen; so wirkten die sichtbaren langwelligen Strahlen sofort bakterizid, wenn das Nährsubstrat erwärmt wurde. Bei allen Dermatosen, bei denen neben der thermischen, noch eine etwas stärkere Reizwirkung erwünscht ist, reicht das jetzige Osram-Nitralicht nicht aus. Es fehlt noch an einer handlichen, einfachen Heißlichtlampe mit milder ultravioletter Strahlung, damit nicht so krasse Erytheme entstehen, wie sie die kurzwelligen, äußersten ultravioletten Strahlen der kalten Quecksilberdampflampen bewirken. Das kalte Quecksilberdampflicht, die sogenannte „Höhensonne“ (lucus a non lucendo) ist veraltet. Die Forderung des Tages ist: warmes bis heißes ultraviolettes Licht.

Nicht wenig erstaunt war ich, nachdem ich Jahrelang die „Sollux“ „Original Hanau“ täglich bei der Behandlung von Dermatosen gebraucht hatte, eines Tages die Entdeckung zu machen, daß die Sollux-Lampen (in Hanau Sollux„röhren“ genannt) gar nichts anderes sind, als die wohlbekannten mit Gas gefüllten Osram-Nitralampen und daß alles Gute, was dem „Solluxlicht“ eigen ist, dem Osramlicht zugeschrieben werden muß. Wir haben alle, ohne es zu wissen, jahrelang mit Osramlicht gearbeitet. “Original Hanau“ ist nämlich nur der kleine Stift, welcher an der äußeren Metallfassung der Osramglasbirnen angebracht ist, allein zu dem Zweck, daß er nur in die beiden Hanauer Apparaturen paßt und nur in diesen Strom gibt. Die „kleine Sollux“ ist eine Osramlampe von 300 Watt (600 Kerzen in Hanau), und die „große Sollux“ ist eine Osramlampe von 1000 Watt (2000 Kerzen), die eine Lampe mit, die andere ohne Stift. Dieser ganz überflüssige Stift kostet uns aber viel Geld, denn für die 300-Watt-Osramlampe zahle ich nur 8,— M., während mich dieselbe mit Stift in Hanau 13,— M. kostet; die 1000-Watt-Osramlampe kostet 17,— M., in Hanau mit Stift 27,— M.

Diesem Uebelstand habe ich für mich so abgeholfen: Als eine 300-Watt-Solluxlampe durchgebrannt war, kaufte ich eine 300-Watt-Osramlampe und beauftragte einen Installateur meines Wohnortes, die Solluxfassung herauszunehmen und dafür die Normalosramfassung einzusetzen. Das ging aber nicht, weil die Hanauer Quarzlampengesellschaft die Fassung so befestigt hat, daß sie ohne zeitraubende Arbeit oder ohne Zerstörung der Apparatur nicht herausnehmbar ist. Kurz entschlossen schlugen wir das Glas am Sockel der durchgebrannten Sollux-Lampe entzwei, so daß wir in den Sockel hineinfassen und den mit einer Mutter im Sockel befestigten Stift abschrauben und herausnehmen konnten. Der Solluxstift endet im Sockel mit einer Platte, oberhalb der die Mutter ihn festhält. Den herausgenommenen Stift mit der Mutter führt man nun in den Stiftkanal der Lampenfassung in der Sollux-Apparatur soweit ein, bis die Platte des Stiftes mit der Platte des Sockels der jetzt eingeschraubten Normal-Osramlampe den Kontakt bekommt, dann brennt die Lampe.

Die alten durchgebrannten „Solluxröhren“ der Hanauer Quarzlampen-Gesellschaft sind zwar nicht reparierbar, aber sie sind nicht, wie es in den Hanauer Reklamen geschrieben steht, wertlos, sondern im Gegenteil sehr wertvoll dadurch, daß man den Stift gewinnt, den man sich ein für allemal nun in die Sollux-Apparatur einschrauben kann.

Die konischen Trichter in den Hanauer Apparaturen geben dem Dermatologen ein nur kleines Bestrahlungsfeld. Diese Trichter sind nichts anderes, als Filterträger für die farbigen Glasfilter, weil Glasplatten eben nur in beschränkter Größe vorgeschaltet werden können. Auf die Wärmeentwicklung, jedoch auf die Höhe der Temperatur bestrahlten toten oder lebenden Objekts hat der Trichter gar keinen Einfluß: Genaue Messungen ergeben dieselbe Temperatur, wenn der Trichter abgeschraubt oder wenn er aufgeschraubt war. Ist der Trichter aufgeschraubt, so bekommt die Haut das Licht nur vom unteren Pol der Glaskugel. Will ich gerade keine Farblichtbestrahlung machen, und nur das Weißlicht gebrauchen, so bestrahle ich mit Vorliebe ohne Trichter, eventuell mit halbmattierter Osramlampe, wodurch ich ein viel größeres und besser beleuchtetes Hautfeld bekomme. Alles das ist aber eben nur Nothilfe des einzelnen Arztes. Not tut uns eine praktische, medizinischen Bedürfnissen angepaßte Apparatur für Osramlampen!

Neuerdings ist nun eine Universal-Apparatur herausgekommen, in welche man jede Osramlampe beliebiger Wattzahl nacheinander ein- und ausschrauben kann, von 200—2000 Watt (4000 Kerzen). Wir sind also nicht mehr gerade nur auf eine Lampe von 300 Watt (kleine ehemalige Sollux) und auf eine von 1000 Watt (große ehemalige Sollux) beschränkt, und wir brauchen auch nicht mehr für jede einzelne Lampe einen besonderen Apparat, nicht mehr 2 Apparaturen, sondern nur eine Apparatur.

Diese Universal-Apparatur, ist in Deutschland durch die vereinigten Fabriken von Evens & Pistor in Cassel zu beziehen und bietet auch sonst sehr wesentliche Verbesserungen der Hanauer Sollux-Apparatur, sowohl bezüglich der eigentlichen Hautbestrahlung, als auch der speziellen Heißlichtbehandlung akut entzündlicher Körperhöhlen (Mund, Kiefer, Ohr, Vagina, Mastdarm). Die neuartigen Farbenfilter, welche in jeder Entfernung von der Lichtquelle und in jedem Format direkt über der Haut ausgespannt werden können, gestatten z. B. eine Rotlichtbestrahlung von universellen Dermatosen, Pyodermien, die sich über den ganzen Rücken ausgebreitet haben. Besonders gut gefällt mir die transportable kleine Tischstativapparatur für Osramlampen nur von 200 Watt, mit dem verschiebbaren Lokalisator-Tubus für Mund, Rachen, Ohren-Entzündungen usw.

Ich kann in dieser Veröffentlichung die von Karl Zeiss-Jena herausgebrachten Bestrahlungsspiegel für Lichtbehandlungen von Tuberkulosen nicht unerwähnt lassen.

Es handelt sich um 4 Spiegel auf fahrbarem Dreifußständer, und vor jedem Spiegel ist eine gasgefüllte, halbkugelige, versilberte Glühlampe von 100 Watt für Projektionsapparate verstellbar angeordnet, das Leuchtfeld ist 16 : 14 cm.

Was aber ist diese 100-Watt-Lampe.

Nun, auch wieder eine 100-Watt-Osramprojektionslampe, welche in Jena halbkugelig versilbert wird, damit sie durch den Spiegelreflex wie ein Scheinwerfer wirkt. Diese Apparatur ist noch einmal so teuer, als die der Hanauer Gesellschaft, und die Versilberung verkürzt die Lebensdauer der 100-Watt-Lampen ganz außerordentlich!

Der neue Heißlicht-Universal-Apparat für Osram-Nitralampen hoher Wattzahl, welchen uns Evens & Pistor bieten, bedeutet sowohl in der Konstruktion und vollen Ausnutzung des Osramlichtes, als auch in dem sehr herabgesetzten Preis einen erheblichen Fortschritt gegenüber den „Sollux“-Apparaturen und den Jenaer Bestrahlungsspiegeln.

Der Kreis, der für die Behandlung mit Osramlicht sich eignenden Dermatosen hat sich mir noch erweitert, indem dieses und der Gebrauch der großen Osram-Lampen in der neuen Apparatur in nicht zu langer Zeit eine besondere Bedeutung für die Behandlung der Schuppenflechte bekommt.

Es ist mir gelungen, einen an sich indifferenten Körper zu finden, welcher die Psoriasis gegen Licht sensibilisiert. Auch hierbei leistet das billige Osramlicht gute Dienste; ich stehe bereits mitten in den therapeutischen Versuchen, welche sehr befriedigend bisher verlaufen, ohne daß schädliche Reizwirkungen eintreten. Mehr möchte ich jetzt nicht sagen. Jedenfalls glaube ich eine bequeme Behandlungsmethode gefunden zu haben, welche die Abheilung der Psoriasis beschleunigt. Nach Abschluß der Versuche hoffe ich in nicht allzu langer Zeit die neue Methode der Sensibilisierung der Psoriasis gegen Licht bekanntgeben zu können.

(Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses Oels i. Schles. Dirig. Arzt: Oberstabsarzt a. D. Dr. Becker.)

Klinisches und Experimentelles über das blutherabsetzende Mittel „Depressin“.

Von

Dr. WALTER SAUER, ehem. Assistent und Dr. HERBERT ZIEM, ehem. Med.-Prakt.

I. Mitteilung.

Die Behandlung des krankhaft erhöhten Blutdruckes bereitete von jeher den Aerzten Schwierigkeiten, insofern ihnen, abgesehen von den auf Lues basierenden Fällen, kein ätiotropes Mittel in die Hand gegeben ist, daß eine sichere Beeinflussung des Leidens gewährleistet. Ein solches Mittel ist im übrigen schon deshalb undenkbar, weil ja die Ursachen der Blutdruckerhöhung außerordentlich verschiedenartige sind: Autointoxikation bei Darmatonie, nervös-zerebrale Erregungen, Harngifte, um eine allgemeine Ausdrucksweise zu gebrauchen, bei Nephrosklerosen usw. Gemeinschaftlich ist allen diesen Zuständen erhöhten Blutdrucks nur ein Moment: das des Spasmus der kleinen Gefäße. Diesen zu beseitigen hat Zuelzer[1]) unter dem Namen „Depressin“ ein biologisches Präparat empfohlen, von dem er annimmt, daß es, parenteral injiziert, den Spasmus beseitigt und den Blutdruck auf diese Weise innerhalb kurzer Zeit herabsetzt. Es ist dies „Depressin“[2]), eine auf besondere Weise hergestellte Kolivakzine, die durch die darin enthaltenen Albumosen wirkt. Die Herstellung + 7 erfolgt aus avirulenten Stämmen, die mittels Thymol abgetötet in Gelatine eingebettet werden, wodurch eine absolute Sterilität gewährleistet wird, wovon wir uns bei bakteriologischer Kontrolle überzeugen konnten.

Längere Tätigkeit des einen von uns auf der Abteilung von Herrn Prof. Zuelzer brachte es mit sich, die günstige Wirkung des Präparates bei den verschiedensten Patienten zu beobachten; daher und auch durch die guten Resultate von Cohn[3]) schien es angebracht, die Ergebnisse an anderem Material einer Nachprüfung zu unterziehen. Die Gelegenheit dazu bot sich uns im Krankenhaus Oels (Schles.).

Hinsichtlich der Indikation und der Dosierung hielten wir uns an die Angaben von Zuelzer. Infolge unseres Fortganges konnten wir in etwa 3 Monaten bei einem relativ kleinen Krankenmaterial naturgemäß nur eine beschränkte Anzahl von Fällen mit „Depressin“ behandeln. Unsere günstigen Resultate veranlassen uns jedoch, das Präparat erneut zur Anwendung zu empfehlen.

Das Präparat wurde stets in steigender Dosis intramuskulär injiziert. Nebenerscheinungen, über die von anderer Seite berichtet wurde, haben wir nur einmal gesehen in Form von leichten Temperatursteigerungen bis 37,5°, die aber nach kurzer Zeit wieder abklangen. Da das Präparat infolge seiner Herkunft als „Proteinkörper“ anzusprechen ist, braucht eine Temperatursteigerung gar nicht Wunder nehmen. Ueble Nebenerscheinungen haben wir sonst nicht beobachten können.

Unsere Feststellungen in therapeutischer Hinsicht zeigten uns, daß wir bei allen Fällen (ohne eine Ausnahme!) eine deutliche, z. T. ausgesprochene subjektive Besserung erzielen konnten, die auch nach Aufhören der Behandlung längere Zeit (4 Wochen) anhielt. Des Interesses halber wollen wir in Kürze die Krankengeschichten von 2 Fällen dieser Art folgen lassen.

1. 68 jähriger Mann. Diagnose: Schwere Arteriosklerose, Sprache langsam, Bewegungen gehemmt. R. R. 155/85. Pat. mußte anfangs gefüttert werden, teilnahmslos. Nach der ersten Spritze „Depressin“ wird Pat. munterer, nimmt Anteil, spricht, kann selber essen. Nach im ganzen 4 Injektionen fühlt sich Pat. freier, nimmt Interesse an allem usw. Der Zustand hielt so bis zur Entlassung an. R. R. 120/85. Gelegentlich ambulante Nachuntersuchung, konnte Anhalten des Entlassungsbefundes festgestellt werden.

2. 64 jähriger Mann. Diagnose: Arteriosklerose der Gehirngefäße, wiederholt Anfälle von Angina pectoris. Gedankenablauf träge; Atemnot. E. R. 230/90. Pat. bekommt eine ganze Kur „Depressin“, die gut vertragen wird. Schon nach der ersten Injektion äußert Pat. Erleichterung zu spüren, so daß er am anderen Tage von selbst um eine Spritze bittet. Nach der ganzen Kur fühlt sich Pat. wie neugeboren, keine Kopfschmerzen mehr, Gedankenablauf geht prompt vor sich, Atemnot hat nachgelassen, Pat. drängt auf Entlassung, R. R. bei der Entlassung 200/90.

Diese Fälle zeigen hauptsächlich eine Besserung der subjektiven Erscheinungen; bei den anderen (etwa 50%) trat neben der subjektiven Besserung eine deutlich nachweisbare objektive Besserung auf. Es sollen aus dieser Gruppe ebenfalls 2 Fälle angeführt werden.

1. 49 jähriger Vogt. Diagnose: Schwindelanfälle, Kopfschmerzen. Kein Tabak- und Alkoholgenuß. 16. 6. R. R. 145/85. Beginn einer „Depressin“-Kur. Nach Abschluß derselben: 29. 6. R. R. 120/80. Schwindel völlig behoben. Pat. fühlt sich wohl. Auch dieser Pat. verlangt immer von selbst nach den Spritzen, wollte, falls erforderlich, sofort eine weitere Kur durchmachen.

2. 78 jährige Frau. Schwindelanfälle, Kopfschmerzen. R. R. 195/90. Nach der Kur R. R. 170/75. Fühlte sich subjektiv ebenfalls wohl.

Unter der Berücksichtigung der Tatsache, daß es sich fast ausschließlich um alte Personen handelte, können wir feststellen, daß subjektiv in allen Fällen, objektiv aber in etwa der Hälfte der Fälle eine deutliche Besserung zu erzielen war. Der eine von uns gab auch ambulant ohne jede Nebenerscheinung „Depressin“ mit gutem Erfolge, doch konnten aus äußeren Gründen keine Kontrollen des Blutdruckes erfolgen.

Interessant wäre es, am Tierversuch die Wirkung des Präparates festzustellen, leider scheiterten bisher alle Versuche an der Unmöglichkeit, beim Tier eine sichere Hypertonie zu erzeugen. Vor ganz kurzer Zeit hat Emmerich-Kiel (Path. Institut) ein Verfahren angegeben, durch Röntgenbestrahlung am Kaninchen einen solchen Zustand nach etwa 4—6 Monaten Dauer zu erreichen. Wir haben einige Tiere bereits einer derartigen Behandlung unterworfen und werden in einer zweiten Mitteilung über unsere experimentellen Ergebnisse mit „Depressin“ berichten.

Zusammenfassend können wir auf Grund unserer Erfolge sagen, daß wir in dem neuartigen Präparat „Depressin“ ein biologisch wirkendes Mittel an der Hand haben, das uns oft hilft, klinische Erscheinungen der Blutdruckssteigerung wirksam zu bekämpfen, subjektiv aber stets die Krankheitserscheinungen in mehr oder minder großem Umfange zu mildern, imstande ist.

---

[1]) Zuelzer: Therapie der Gegenwart 1922.

[2]) Hersteller des „Depressin“: Dr. Laboschin A. G., Berlin NW 21.

[3]) Cohn und Cohn-Wolpe: Ztbl. f. Herz- und Gefäßkranke, 17., 6.

48.8
F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

LIBRARY
RECEIVED
DEC 1 1926
U. S. Department of Agriculture

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 31 BERLIN, DEN 9. NOVEMBER 1926 44. JAHRGANG

4

In der

Digitalis-Therapie

hat sich seit Jahrzehnten erfolgreich bewährt

Tropfgläser, Ampullen,
Suppositorien

Digitalysatum Bürger

Literatur und Proben
zur Verfügung.

Handelsformen:
Tropfgläser zu 10, 15, 60 ccm,
Schachteln mit 3, 6, 12 Ampullen,
Schachteln mit 3, 6, 12 Supp.

Dosis: 3× täglich 15—25 Tropfen, 1 Amp. intramusk., intravenös, 1 Supp. rectal.

Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode
a. H.
G. m. b. H.

Vertreter für England: W. Bredt, London E. C. 3, 41, Great Tower Street.

Bei großen Krankenkassenverbänden zur Verordnung zugelassen.

Vereinigte Chemische Fabriken TEMMLER WERKE Berlin

Menostaticum

ERGOPAN, OXYMETHYL-HYDRASTININ, CAPS. BURS. PAST., VIBURN., CHAMOMILL.

Gut schmeckendes, schmerzlinderndes und krampfstillendes

HAEMOSTYPTIKUM

UTERINES ANODYNUM

Von prompter, zuverläßiger Wirkung, selbst in schwersten Fällen

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN **BERLIN-JOHANNISTHAL**

SIRAN

Bei grossen Krankenkassenverbänden zur Verordnung zugelassen und in das Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926 aufgenommen.

In allen Apotheken vorrätig!

TEMMLER-WERKE, Vereinigte Chem. Fabriken, BERLIN-JOHANNISTHAL.

Oskalson

Drops und Pulver

Für die Kalktherapie

Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G. m. b. H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

Primulatum fluid.

Perextraktivprodukt aus Viola+Primula zur Ausschaltung der ausländischen Drogen Senega und Ipecacuanha mit erhöhter expektorierender Wirkung.

Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern.

E. TOSSE & CO. :: **HAMBURG 22**

Aerztl. Pension,
Wernigerode/Harz
Dr. Degener, Arzt für innere u. Nervenkrankheit.

Mikroskope antiquarisch und neu
W. Tarun, Bln. N 24,
Linienstr. 131 IV. Nähe Friedrichstr.

ARTERIEN VERKALKUNG

und sonstige Erscheinungen des erhöhten Blutdrucks weichen schnell bei Verordnung des Elixir Cigli.

Das Präparat ist eine Kombination aus Citronensäureglycerinester mit Viscum album unter Verwendung von Elixir chinae. Seine Wirkung ist eine dreifache und zwar Bildung eines *normalen* Blutdruckes, Schutz der Gefäßwände und Anregung des Stoffwechsels.

Aus den Gutachten: Ich nehme mit meiner Frau seit drei Wochen Ihr Präparat Cigli und habe entschieden Erleichterung. (Sanitätsrat Dr. F.) Ihr Cigli hat sich mir bei Arteriosklerose mit Blutdrucksteigerung als vorzüglich wirksam und erfolgreich erwiesen. (Obermedizinalrat Dr. K.) Ich gebrauche das Cigli bei Behandlung meiner Mutter mit zufriedenstellendem Erfolg. (Reg.-Medizinalrat Dr. M.)

ELIXIR CIGLI

Versuchsmengen
SARSA, chem. pharm. G. m. b. H.
Berlin-Friedenau

Kleine Anzeigen

Zuschriften der beigedruckten Ziffer mit Ausnahme der bei den Annoncen-Büros aufgegebenen Anzeigen sind zu richten an die Geschäftsstelle der Fortschritte der Medizin Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Stellenangebote

Assistenzarzt, jüngerer, psychiatrisch vorgebildet, **unverheiratet,** wird baldmöglichst von Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke Groß-Berlins **gesucht.** Gefl. Angebote u. **745**

Sanatorium bei Berlin sucht Arzt. Gefl. Offerten unt. **732**

Röntgenologe für 1—2 stündige Tätigkeit täglich **gesucht.** Gefl. Angebote unter Nr. **739** an die Exped.

Für Allgemein-Praxis, Berlin, Assistent mit guter Ausbildung für innere Krankheiten, kl. Chirurgie und Gynäkologie **sofort gesucht.** Gefl. Offerten unter Nr. **712**

Für Privatpraxis mit elektrophysikalisch. und Röntgeninstitut wird **Assistenzarzt** mit guten Kenntnissen in **innerer Medizin** gesucht. **662**

Arzt zur Leitung eines Inhalatoriums in Zwickau sofort gesucht. **694**

Stellengesuche

Mediz.-Praktikant wöchentlich an 3 Tagen und allen Nachmittag. frei, sucht Assistenz bei vielbeschäftigt. Arzt. **736**

Vertretung oder Assistenz übernimmt praktischer Arzt, routiniert, Mitte 30. Gefl. Angebote unter Nr. **721**

Arzt, 39 Jahre, mit Erfahrung in Allgemein-Praxis Kreisarztexam., sucht beruflich, ev. auch nebenberuflichen Verdienst, Vertretung etc. (Sprachkenntnisse: Spanisch, Engl., Franz., Holländ.), Stenogr., Masch. 696

Reichsverband der Krankenschwestern e. V. nimmt Schwestern mit Staatsexamen als Mitglieder auf. Nähere Bedingungen in der Geschäftsstelle: **Berlin-Charlottenburg, Hardenbergstr 19, II.**

Fräulein, 23 Jahre alt, keine Arbeit scheuend, sucht ab 1. 1. 27 als ärztliche Hilfe Dauerstellung. In demselben Fach erfahren. Zeugnisse vorhanden. Off. u. **740**

Junge Dame, in Verwaltung v. Heilstätten tätig, sucht Stellung als Sprechstundenhilfe oder Sekret. Berlin. Auskunft Telef. Westend 3205

Röntgen-Schwester für kleines Institut eines Krankenkassenverbandes Mitteldeutschlands zum baldigen Antritt gesucht. Bedingung: Staatliche Anerkennung, langjährige Praxis in Röntgendiagnostik und Therapie, Höhensonne, Diathermie, Erfahrung in chemischen Untersuchungs-Methoden, Stenographie und Schreibmaschine, selbständig arbeitend. Bewerbungen mit Gehaltsansprüchen und Lebenslauf unt. **690**

Besseres jung. Mädchen, wirtschaftl. erfahr., sucht Tätigkeit i. Arzthaush., wo gleichz. Geleg. z. Erlern. d. Sprechstundh. geb. **705**

Hilfspersonal

Geb. Schwester, staatl. geprüft, sucht Stelle als Haus- od. Stationsschw. od. als Sprechstdhilfe. **2058**

Selbständige Stationsschwester, Narkose erfahren, sucht Tätigkeit. Frauenklinik. Wöchnerinnenstation bevorzugt. Offert. unt. **711**

Med.-techn. Assistentin sucht sofort Stellung. Ausgebild. 1916, klin. Chemie, Bakteriol., Serol., Histol., Röntgen, orthop. Massage, auch Sprechstundenhilfe, mehr. Jahre prakt. Tätigk., längere Zeit an ein med. Bibl. Offert. unt. **707**

Gebildete 23 jähr. Dame sucht Stelle als **Sprechstundenhilfe.** Schon als solche tätig gewesen. Angeb. unt. **731**

Vermischtes

Bandagistin
der Professor Mackenrodtschen Frauenklinik empfiehlt sich in allen einschlägigen Artikeln.
Telephon: Kurfürst 9088
Frau Marg. Mende
W 30, Maaßenstraße 23 II.

Schreibmaschinenarbeiten, Maschinendiktate, Adressenschreiben etc. übernimmt **Stephan 6175**

Gymnastik-Unterricht
für Erwachsene und Kinder
und orthopädische Turnstunden
Margot Opfer,
staatlich und ärztl. geprüfte Turnlehrerin.
Tel. Nord. 1407. Friedrichstr. 109.

Der Berliner Schwesternbund
Berlin W 30, Motzstr. 14, Telefon Nollendorf 1311, sendet **staatlich geprüfte Schwestern** zur allgemeinen Kranken-, Wochen-, Nerven-, Kinder- und Infektionspflege **nach allen Plätzen Tag u. Nacht.** Auch Nachweis von Säuglingsschwestern.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.
Prof. Dr. Schiff: Erkrankungen der Harnorgane im Kindesalter 1219
Aus dem Bauernkurort (Krestjanski Kurort) Sivadia. Sanatorium: Das große Schloß (Bolschoj Dworetz), somatische Abteilung.
Johann Susmann Galant, Moskau: Encephalitis lethargica. Beschreibung eines Falles und Schlußfolgerungen 1225
Aus dem Ansgarkrankenhaus und der chir. Univ.-Poliklinik zu Kiel.
Rudolf Göbell, Kiel: Was leistet die chirurgische Therapie der Obstipation? 1226
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.
Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für Tuberkulose abgelehnt 1228
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.
Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für Lungentuberkulose abgelehnt . . 1229

Kongreßberichte:

I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung (Berlin, 10.—16. Oktober 1926). Bericht von Dr. Curt Alsberg, Charlottenburg (Schluß) . . . 1230

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 44 1233
Medizinische Klinik, Nr. 43 1233
Krankheitsforschung, 3., Heft 2/3 (Nr. 14/15) . . . 1233
Deutsches Archiv für klinische Medizin, 152., Heft 5 1234
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 103., Heft 4, 5 1234
Zeitschrift für Tuberkulose, 42., 2 1235
Archiv für Kinderheilkunde, 79., Heft 2 1235
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 43, 44 1236
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 43 1236
Deutsche Zeitschrift für Homöopathie, Heft 10 . . 1237
Schweiz. med. Wochenschrift, Nr. 42 1237
Ugeskrift for Laeger, Nr. 41, 42 1237
Finska Läkaresällskapets Handlingar, 58., September 1926 1237
Hygiea, 88., Heft 19 1238
British medical Journal, Nr. 3432 1238
Paris Medical, Nr. 35—39 1239
Bruxelles Médical, Nr. 52 1241
La Pediatria, 34., Heft 20 1242
Wratschebnoje Dielo (Aerztliches Wesen), Charkow, Nr. 17/18 1242
Woprossy Tuberkulosa (Fragen der Tuberkulose), Nr. 4 Juli/August 1243
The Journal of experimental medicine, 44., 1—4 . . 1244
The journal of general physiology, 10., 1 1244
The journal of biological chemistry, 69., Nr. 2 . . . 1245
Medical Journal and Record, Nr. 6, 7 1245
Long Island Medical Journal, 20., Nr. 8—10. . . . 1247
Buchbesprechungen 1248
Berichtigung 1250
Briefkasten 1250
Mitteilung 1250

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. Rolf Friedländer: Der Ausnutzungswert der Stützmittel für Training und Wettkampf 1251
Dr. med. Erich Schledermann, Berlin: Die Röhmschen Enzympräparate in der Wundtherapie des Praktikers 1252
Dr. Krebs, Generaloberarzt a. D., Tilsit: Ein bewährtes Hyperämiemittel (Analgit) im Lichte neuerer Forschungen 1253
Dr. Gerhard Granzow, Berlin-Charlottenburg: Zur Behandlung der chronischen Obstipation . . 1254
Dr. James Colman, Berlin: Zur Kalktherapie. Erwiderung auf die Veröffentlichung des Herrn Dr. Curt Kayser: „Zur Kalktherapie in Theorie und Praxis" in Nr. 25 dieser Zeitschrift 1254

BESONDERE BEILAGE der Firma **Gödecke & Co., Chemische Fabrik, Akt.-Ges., Berlin-Charlottenburg,** über Targesin usw.

Langsame Rekonvaleszenz
Anfangsstadium der Tuberkulose
Neurasthenie
Recidive

können oft durch verständigen Gebrauch eines belebenden und kräftigenden Mittels vermieden werden.

„Fellows"
zusammengesetzter Hypophosphitsirup

ist seit mehr als 60 Jahren als das ausschlaggebende Präparat dieser Art anerkannt worden.
Haben Sie Ihn versucht?

Muster und Literatur auf Verlangen

Fellows Medical Manfg. Co., Inc.
New York, U. S. A.

Hauptniederlage für Deutschland:
R. Schering, Berlin N. 4
Chausseestraße 24

Schering

ATOPHAN

das souveräne Rheumatismus- und Gichtmittel

Sofortige Schmerzlinderung und rascheste Heilung bei akutem und chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgien, Lumbago, Iritis, Pleuritis.

Bei akutem Gelenkrheumatismus verhütet sofortige Atophan-Behandlung mit großer Sicherheit Herzkomplikationen. Alle Nachteile der alleinigen Salicyltherapie fallen bei ATOPHAN-Behandlung fort.

Zur Atophan-Injektionstherapie:

ATOPHANYL

Originalpackungen:

Atophan: Röhren zu 20 Tabletten zu je 0,5 g
Schachteln mit 10 u. 6 Tablett. zu je 0,5 g
Atophanyl: **nur zur intramuskulären Injektion:**
Kartons mit 5 Ampullen zu je 5 ccm
nur zur intravenösen Injektion:
Kartons mit 5 Ampullen zu je 10 ccm

Wohlfeile Klinikpackungen:

Atophan: Gläser mit 500 Tabletten zu je 0.5 g
Atophanyl: **nur zur intramuskulären Injektion:**
Kartons mit 50 Ampullen zu je 5 ccm
nur zur intravenösen Injektion:
Kartons mit 50 Ampullen zu je 10 ccm

NB! Atophan ist von fast allen Krankenkassen Deutschlands zur Verordnung zugelassen, u. a.:

a) Verordnungsbuch Hauptverband Deutscher-Ortskrankenkassen 1925/26 (S. 75), **Atophanyl (S. 54);**
b) Verordnungsbuch des Groß-Berliner Kassenverbandes 1926/27 (S. 44).

Proben und Literatur unter Bezugnahme auf diese Zeitschrift kostenfrei durch:

Chemische Fabrik auf Actien
(vorm. E. SCHERING.)
BERLIN N. 39

SCHERING SCHERING

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 31 9. NOVEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.)

Erkrankungen der Harnorgane im Kindesalter.*)

Von

Prof. ER. SCHIFF.

Erkrankungen der Harnorgane kommen im Kindesalter recht häufig vor. Ihre Diagnostik ist wesentlich einfacher als beim Erwachsenen, weil manche Erkrankungen, die bei diesen an der Tagesordnung sind, beim Kinde entweder überhaupt nicht vorkommen oder zu den Seltenheiten zählen. Es würde den Rahmen meines Vortrages wesentlich überschreiten, wenn ich alle hier in Betracht kommenden Erkrankungen ausführlich besprechen wollte. Ich werde mich deshalb nur auf die wichtigsten in der Praxis am häufigsten vorkommenden beschränken und die Diagnostik in den Mittelpunkt meiner Ausführungen stellen. Anschließend daran soll dann die Therapie erörtert werden.

Findet man im Harn eines Kindes Albumen, so ist zunächst am wichtigsten, die Frage zu entscheiden, ob die Albuminurie durch eine organische Erkrankung der Nieren bedingt ist oder ob es sich um eine harmlose funktionelle Störung der Nierentätigkeit handelt. Dies zu entscheiden, ist praktisch von der größten Bedeutung, denn es wäre durchaus verfehlt, bei einer funktionellen Albuminurie das Kind als einen Nierenkranken zu behandeln. Die Entscheidung, ob funktionell oder organisch bedingte Albuminurie, ist in der Regel recht einfach. Natürlich wird eine solche Frage nicht auftauchen, wenn neben der Albuminurie noch andere Symptome einer organischen Nierenerkrankung, wie z. B. Hämaturie, Oedeme usw. beobachtet werden. Die Entscheidung der Frage, ob eine funktionelle oder organisch bedingte Albuminurie vorliegt, bleibt also eigentlich nur auf die Fälle beschränkt, bei welchen die Albuminurie gewissermaßen das einzige Symptom im Krankheitsbild darstellt. In solchen Fällen ist es zunächst am besten, den Habitus des Kindes zu beachten. Man betrachte genau die Konfiguration der Wirbelsäule. Findet man eine Lordose, so wird diese bereits die Aufmerksamkeit darauf lenken, daß es sich vielleicht um eine sogenannte **lordotische Albuminurie** handeln könnte. Mit der Feststellung der Lordose allein darf man sich aber noch nicht zufrieden stellen. Erstens aus dem Grunde nicht, weil die Lordose kein obligates Symptom der funktionellen Albuminurie ist. Saito vermißte sie z. B. in ungefähr 50% seiner Fälle. Zweitens hat die Lordose keine absolute diagnostische Bedeutung, weil es manche Krankheiten gibt, die mit hochgradiger Lordose einhergehen, und es trotzdem nicht zu einer Albuminurie kommt, z. B. bei der Dysthrophia musculorum progressiva. Schließlich kann die Lordose nicht als ein sicheres Kriterium für die funktionelle Natur einer Albuminurie angesehen werden, weil ja auch ein Kind, das eine Lordose hat, ebenfalls an einer organischen Nierenerkrankung erkranken kann. Einen wichtigen Fingerzeig für die funktionelle Natur der Albuminurie bildet der Nachweis des sogenannten Essigsäurekörpers im Urin. Man verdünnt den zu untersuchenden Urin zwei- bis dreifach mit Wasser um den Ausfall der Harnsäure zu verhindern und setzt einige Tropfen 10%iger Essigsäure hinzu. Ist die Probe positiv, so fällt das Eiweiß schon in der Kälte aus. Absolut beweisend für eine funktionelle Albuminurie ist aber auch der Essigsäurekörper nicht, denn erstens fehlt er vorübergehend auch bei der funktionellen Albuminurie, wenn die Eiweißausscheidung höhere Grade erreicht und zweitens kann bei abklingender Nephritis ebenfalls der Essigsäurekörper in Erscheinung treten. Von der größten diagnostischen Bedeutung ist bei der Entscheidung der Frage, ob die Albuminurie funktionell oder organisch bedingt ist, der Nachweis, daß diese in einer ganz bestimmten Beziehung zur Orthose steht. Bei der funktionellen Albuminurie fehlt das Eiweiß, wenn der Patient sich in liegender Stellung befindet, und tritt in Erscheinung bei aufrechter Körperhaltung. Aus diesem Grunde werden diese Albuminurien auch als orthotische Albuminurien bezeichnet. Nach Jehle soll hierbei die Lordose das auslösende Moment für die Albuminurie darstellen. Er stellt die Lordose in den Mittelpunkt der Pathogenese dieser Albuminurie, weil künstliche Lordosierung zur Eiweißausscheidung führt, und die Albuminurie schwindet, wenn die Lordose beseitigt wird. Diese Auffassung Jehles scheint mit den bereits erwähnten etwas in Widerspruch zu stehen. Es ist jedoch fraglich, ob die Wirkung der künstlichen Lordose mit der habituellen gleich zu setzen ist, Pollitzer, Jul. Bauer, Noeggerath und Eckstein lehnen dies jedenfalls ab. Die einfachste Methode also, um die funktionelle Natur einer Albuminurie festzustellen, ist die, daß man Tages- und Nachturin getrennt auf Eiweiß untersucht. Fehlt im Nachturin das Albumen, während es im Tagesurin vorhanden ist, dann haben wir es mit einer funktionellen, orthostatischen oder, wie Jehle sie bezeichnet, mit einer lordotischen Albuminurie zu tun. So einfach diese Untersuchungsmethodik auch ist, so müssen doch gewisse Kautelen bei der Untersuchung innegehalten werden. Wichtig ist, daß der Patient vor der Horizontallage oder richtiger zwei Stunden später seine Blase vollkommen entleert, und erst dann der Urin gesammelt wird. Geschieht das nicht, so kann als Nachwirkung der aufrechten Körperhaltung eiweißhaltiger Urin sich mit dem eiweißfreien mischen, wodurch dann eine Albuminurie auch bei liegender Körperhaltung vorgetäuscht wird. Schließlich wäre noch zu erwähnen, daß die Albuminurie bei aufrechter Körperhaltung keine gleichmäßige ist. Von Czerny wird immer darauf hingewiesen, daß bei der funktionellen Albuminurie in den verschiedenen Tageszeiten verschiedene Mengen von Albumen zur Ausscheidung kommen. In gewissen Tageszeiten kann sogar die Eiweißausscheidung trotz der aufrechten Körperhaltung vorübergehend fehlen. (A. Keller.)

Untersuchen wir das Harnsediment in diesen Fällen von Albuminurien, so finden wir in der Regel nichts Pathologisches. Das Fehlen von abnormen Bestandteilen im Harnsediment bei der orthotischen Albuminurie ist derartig häufig, daß Heubner vorschlug, in jedem Falle von Albuminurie, auch wenn diese einen orthotischen Charakter trägt, nicht eine funktionelle Erkrankung, sondern eine Nephritis zu diagnostizieren, wenn im Sedimentbild Zylinder und Erythrozyten zu beobachten sind. Wir kommen jetzt zur Besprechung einer praktisch höchst wichtigen Frage. Diese lautet: Ist ein pathologischer Sedimentbefund bei einer Albuminurie unbedingt als Zeichen einer organischen Nierenerkrankung aufzufassen, oder mit anderen Worten, kann ein nephritischer Sedimentbefund auch bei einer funktionellen Albuminurie vorkommen?

Es kommen bei Kindern hartnäckige, langdauernde Albuminurien vor, mit einem Sedimentbefund im Urin, wie wir sie bei einer ak. Nephritis zu sehen gewohnt sind. Charakteristisch für diese Fälle ist die Gutartigkeit der Erkrankung. Obwohl sie unter Umständen auch jahrelang dauern kann, wird der Gesundheitszustand des Kindes nicht im geringsten geschädigt. Das monate- oder jahrelange Bestehen des pathologischen Urinbefundes und die Gutartigkeit der Störung sind bereits Heubner aufgefallen, und diese beiden Momente haben ihn veranlaßt, diese Erkrankung von den anderen Nephropathien abzutrennen und als eine besondere Erkrankung aufzufassen. Heubner bezeichnete diese Fälle als **Pädonephritis.** Bis zur letzten Zeit war die Diagnostik der Pädonephritis mit großen Schwierigkeiten verknüpft. Denn es ist selbstverständilch, daß man die Diagnose der Pädonephritis, oder man könnte vielleicht so sagen, die Gutartigkeit der Erkrankung trotz des pathologischen Harnbefundes eigentlich nur a posteriori hat mit Sicherheit stellen bzw. beurteilen können. Von vornherein den gutartigen Verlauf mit Sicherheit zu versprechen, ist stets mit einem gewissen Risiko verbunden gewesen. Denn schon Heubner sah in einigen Fällen, die er als eine benigne Pädonephritis diagnostiziert hat, schwere chronische Nierenerkrankungen im Laufe der Zeit sich entwickeln, und über ähnliche Beobachtungen ist in der Literatur mehrfach berichtet worden. (Tobler, Mendel, Jehle.) Eine weitere diagnostische Schwierigkeit besteht darin, daß manche Fälle von Pädonephritis unter dem Bilde einer orthotischen Albuminurie verlaufen und schließlich liegt die größte Unsicherheit darin, daß das anatomische Substrat der Pädonephritis bisher nicht bekannt ist. So kam es, daß man sich später über die Pädonephritis verschiedene Vorstellungen machte. Mendel identifizierte sie mit der Herdnephritis, und auch Noeggerath und Eckstein glauben an eine chronisch herdförmige Glomerulonephritis bzw. an die tubulo-glomeruläre Mischform der Herdnephritis.

---

*) Fortbildungsvortrag.

Einen wichtigen diagnostischen Fortschritt haben dieser Frage die neuesten Untersuchungen von Jehle gebracht. Jehle fand, daß es auch bei diesen langdauernden, mit einem pathologischen Sedimentbefund einhergehenden Albuminurien gelingt, den pathologischen Harnbefund zum Schwinden zu bringen, wenn man durch Hochlagerung der Beine und des Oberkörpers die Durchblutung der Nieren begünstigt. Untersucht man bei dieser Lagerung in kurzen Intervallen den Harn, so gelingt es meist schon nach 1½—2 Stunden (nach Faerber manchmal erst nach 3 bis 4 Std.) einen eiweiß- und sedimentfreien Urin zu erzielen. Ferner fand Jehle, daß auch bei diesen Fällen das Harneiweiß durch verdünnte Essigsäure in der Kälte fällbar ist, und so betrachtet er die Pädonephritis nur als eine besondere Form der lordotischen Albuminurie. Jehle glaubt, daß es sich hierbei um Kinder handelt, deren Nieren so empfindlich sind, daß schon kleine Aenderungen der Körperhaltung ausreichen, um trotz des Liegens einen pathologischen Urinbefund zu provozieren. Demgegenüber möchte Faerber das Schwergewicht nicht so sehr auf die Lordose, sondern vielmehr auf die Nachwirkung der aufrechten Körperhaltung legen. Jehle hat durch seine Untersuchungen erwiesen, daß es sich auch hier, also bei der Pädonephritis, um eine funktionelle Störung handelt, und er spricht in diesen Fällen von einer **funktionellen Daueralbuminurie.**

Die Wichtigkeit dieser Erkenntnis ist ohne weiteres klar. Sie zeigt uns zunächst, daß Erythrozyten und Zylinder im Harnsediment auch bei funktionellen Störungen der Nieren vorkommen können. Ferner ist es durch diese Untersuchungen von Jehle erst möglich geworden, durch eine einfache Untersuchungstechnik die funktionelle Natur der Erkrankung nachzuweisen. Charakteristisch ist also, daß bei vollem Wohlbefinden des Kindes viele Monate, ja sogar Jahre hindurch ein nephritischer Urin erhoben wird, der bei entsprechender Lagerung des Körpers schwindet und bei aufrechter Körperhaltung wieder in Erscheinung tritt. Daß solche Kinder oft als chronisch Nierenkranke behandelt werden, ist bereits ein genügender Anlaß, diesen Albuminurien, die natürlich weiter keiner Therapie bedürfen, eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Sie gehören sicher nicht zu den Seltenheiten. Faerber hat in der Kinderklinik in einer kurzen Zeit vier einschlägige Fälle beobachten können. Selbstverständlich bedarf auch die lordotische Albuminurie keiner Behandlung. Nur nebenbei sei erwähnt, daß nach Nassau durch orale Verabreichung von Natr. bicarb. in vielen Fällen die Albuminurie zum Schwinden gebracht werden kann. Die Prognose der lordotischen Albuminurie ist natürlich eine gute, und sie gibt sich in der Regel nach der Pubertät. Weder bei der orthotischen noch bei der funktionellen Daueralbuminurie ist von einer Nierentherapie etwas zu erwarten, sie wird vielmehr in jeder Beziehung nur Schaden anrichten. Nicht Schonung ist in diesen Fällen am Platze, sondern vielmehr die allgemeine Kräftigung des Körpers durch entsprechende Ernährung, Turnübungen usw.

Gegenüber diesen funktionellen Störungen der Nierentätigkeit gibt es im Kindesalter zahlreiche Fälle, bei welchen eine organische Erkrankung der Nieren vorliegt. Sie lassen sich am besten in zwei Hauptgruppen einteilen. Klinisch unterscheiden wir streng zwischen Nephritiden und Nephrosen, wenn wir auch natürlich zugeben, daß Kombinationen vorkommen. Eine solche scharfe Trennung ist sowohl aus prognostischen wie auch aus therapeutischen Gründen von der größten Bedeutung. Diagnostische Schwierigkeiten am Krankenbett kommen eigentlich nur selten vor.

Ich möchte zunächst die **Nephritiden** kurz besprechen. Die weitaus häufigste Form im Kindesalter ist die akute diffuse Glomerulonephritis. Sie tritt in der Regel nach Infekten, insbesondere nach solchen des Rachens auf, wie z. B. nach einer Angina. Eine weitere sehr häufige Ursache ist ferner die Scharlacherkrankung. Nicht selten sehen wir akute Nephritiden bei impetiginösen Prozessen der Haut auftreten. In der Regel setzt die Krankheit schleichend ein. Die Kinder werden blaß, und oft wird die Aufmerksamkeit auf die Nierenaffektion erst durch ein leichtes Gedunsensein der Augenlider gelenkt. Subjektive Störugen wie Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit können vorhanden sein, sie können aber auch fehlen. — Diagnostisch von größter Bedeutung ist die Urinuntersuchung. In allen Fällen von akuter Glomerulonephritis ist im Urin die Hämaturie das führende Symptom. Die mit dem Harn ausgeschiedene Blutmenge kann so geringfügig sein, daß sie nur mikroskopisch erkenntlich wird. In anderen Fällen ist sie so hochgradig, daß der Urin intensiv rot bzw. rötlich-braun gefärbt ist. Neben den Erythrozyten finden wir im Harnsediment in großer Zahl granulierte und hyaline Zylinder wie auch Leukozyten in wechselnder Menge. In den meisten Fällen ist eine vorübergehende Oligurie zu beobachten. Bemerkenswert ist, daß sichtbare Oedeme oft einige Tage dem Auftreten des pathologischen Harnbefundes vorangehen können. Der Blutdruck ist nach meinen Beobachtungen in der Regel nur im Beginne der Erkrankung gesteigert und sinkt dann rasch zu normalen Werten ab. Pathologisch-anatomisch handelt es sich in diesen Fällen um eine Glomerulitis. Durch Zellanhäufung in den Glomerulusschlingen kommt es zu einer intrakapillaren Gefäßsperre. Durch Proliferation der Zellen an der Bowmannschen Kapsel kann es auch zu einer extrakapillaren Sperre kommen. Daß diese pathologischen Prozesse natürlich auch die epithelialen Abschnitte schädigen können, ist klar. So erklärt sich auch die Beobachtung Aschoffs, daß bereits im Beginne einer akuten Glomerulonephritis schon pathologische Veränderungen an den Tubulis zu beobachten sind. Aus diesem Grunde, möchten auch Noeggerath und Eckstein nicht von einer Glomerulonephritis sprechen, sondern eher von einer glomerulotubulären Nephritis.

Von rein praktischen Gesichtspunkten aus ist für uns die Frage von der größten Bedeutung, welche Prognose diese akuten Nephritiden im Kindesalter haben? Wir müssen uns zunächst mit der Frage beschäftigen, ob bei der akuten Glomerulonephritis gewisse klinische Symptome prognostische Schlüsse zulassen. Ich möchte hierzu nur folgendes erwähnen: Weder die Intensität der Albuminurie noch die Stärke und Dauer der Hämaturie lassen irgendwelche prognostischen Schlüsse zu. Ganz ausdrücklich möchte ich ferner betonen, daß auch der Ausfall der Nierenfunktionsprüfung, jedenfalls was Konzentrations- und Verdünnungsversuch anbetrifft, bei der Glomerulonephritis nicht die geringsten prognostischen Schlüsse zuläßt. Bei Innehaltung aller Kautelen kann die Funktionsprüfung bei klinisch leichten Fällen ungünstig ausfallen, während sie bei klinisch schweren Fällen oft keine Abweichung von der Form aufzuweisen braucht. Ein prognostisch ungünstiges Zeichen ist zunächst die Oligurie. Je geringer die Urinausscheidung, um so ernster ist die Situation zu beurteilen. Ein prognostisch ungünstiges Zeichen ist es ferner, wenn im Verlauf der akuten Nephritis erneut eine Blutungssteigerung auftritt. Sie ist ein Zeichen der drohenden Urämie. Ein prognostisch ungünstiges Zeichen ist schließlich, wenn bei der akuten Nephritis Zeichen der gestörten Zirkulation auftreten.

Die Hauptgefahr, die bei der akuten Glomerulonephritis droht, ist die Urämie. Wir haben es hierbei mit der eklamptischen Form der Urämie zu tun. Das klinische Bild des urämischen Anfalles gleicht vollkommen dem großen epileptischen Anfall. In bösartigen Fällen kann die Urämie schon im Beginne der Erkrankung auftreten; in der Regel ist dies aber nicht der Fall, sondern die Urämie tritt erst auf, wenn die Nephritis schon einige Zeit bestanden hat. Heftige Kopfschmerzen, Uebelkeit, Brechreiz und Erbrechen, gespannter, verlangsamter Puls können Zeichen der beginnenden Urämie sein, ebenso wie die zunehmende Oligurie. Man versäume nie im Verlaufe einer akuten Nephritis die täglich ausgeschiedenen Harnmengen zu kontrollieren; auch unterlasse man nicht, sich über das Verhalten des Blutdruckes, sei es durch die Beobachtung der Pulsbeschaffenheit oder durch den Blutdruckapparat, zu orientieren. Im großen und ganzen ist die Prognose der akuten Glomerulonephritis günstig. Innerhalb von einigen Wochen erfolgt in der Regel die Heilung. Bei rechtzeitigem Eingreifen kann auch ein erheblicher Teil der Urämiker noch gerettet werden. Der Satz, „daß jede akute Nephritis die Gefahr des Chronischwerdens in sich birgt," kann nicht scharf genug zurückgewiesen werden. Chronische Nephritiden im Kindesalter gehören zu den größten Seltenheiten. Die diagnostischen Irrtümer hierbei werden dadurch veranlaßt, daß der Begriff chronisch oft nicht klinisch definiert wird, sondern daß man ihn wörtlich als einen Zeitbegriff verwendet. Nun kann aber eine akute Nephritis unter Umständen wesentlich länger dauern, als es durchschnittlich der Fall ist, ohne daß es sich deswegen um eine chronische Nephritis zu handeln braucht. Wir müssen den Begriff „chronisch" hier klinisch definieren, und wenn man sich für die Praxis nur das eine merkt, daß das wesentlichste diagnostische Kriterium für die chronische Nephritis die kardio-vaskuläre Beteiligung, die Dauerhypertonie und die Hyposthenurie ist, dann wird man nicht so häufig sonst gutartige, etwas länger dauernde akute Nephritiden wie auch funktionelle Daueralbuminurien mit der so fatalen Diagnose einer chronischen Nephritis belegen. Wesentlich häufiger als die chronische Nephritis kann ein wiederholtes Rezidivieren einer akuten Glomerulonephritis beobachtet werden. Auch dies gehört aber zu den Seltenheiten.

Bei der Behandlung der akuten Nephritis gehen wir davon aus, daß bei dieser Erkrankung die Stickstoffausscheidung wie auch oft die Ausscheidung des Kochsalzes gestört ist. Dies vor Augen haltend, wird man also bei der Ernährungstherapie den Patienten eine stickstoff- und kochsalzarme Nahrung verabreichen. Auf keinen Fall kann man das mit der Milchkost erreichen, denn wenn man mit Milch allein den Nahrungsbedarf des Kindes auch nur einigermaßen decken will, so wird man dem Kinde nicht nur große Mengen Stickstoff und Kochsalz, sondern zugleich auch viel zu viel Flüssigkeit verabreichen. Wir geben den Kindern, die an einer akuten Nephritis leiden, eine möglichst gemischte Nahrung, bestehend aus salzarmem Brot, Marmelade, Honig, Obst, Keks, Mehlspeisen, Kartoffeln, salzarme Butter, Reis, Spinat, Mohrrüben usw. Bei starken hydropischen Erscheinungen ist in der Regel von Reis- oder Kartoffeltagen ein guter Erfolg zu erwarten. Beide werden, in Wasser gekocht, den Kindern gegeben. Besser als die Kartoffeltage ist beim Kinde die Verabreichung von Reis zu empfehlen, weil man diesen durch Schokolade, Zucker, Fruchtsäfte abwechselungsreicher und schmackhafter machen kann. Sowohl der Reis wie auch die Kartoffel wirken wahrscheinlich dadurch, daß sie Kochsalz entziehen und durch ihren Kalireichtum die Diurese fördern. Im ödematösen Stadium wird man auch auf die Wasserzufuhr Rücksicht nehmen müssen. Die zugeführte Wassermenge soll ungefähr der am Vortage ausgeschiedenen Harnmenge entsprechen. Ist nach 2—3 Tagen kein Erfolg eingetreten, so wird man oft nach dem Vorschlage von Eppinger mit Nutzen Digitalis verordnen. Unter allen Umständen wird natürlich Digitalis zu verabreichen sein, wenn Symptome einer Kreislaufinsuffizienz bei der Nephritis bestehen. Die Anwendung von Diureticis ist meist entbehrlich und im akuten Stadium der Erkrankung sogar kontraindiziert. Bei drohender Urämiegefahr haben sich uns am besten die Zuckertage bewährt. 200—300 g Kochzucker werden in ½—¾ l Wasser gelöst, mit Fruchtsaft versetzt und dem Kinde 2—3 Tage lang verabreicht. Ist es bereits zur Eklampsie gekommen, so ist auch heute noch der Aderlaß das souveräne therapeutische Mittel. Nach Ablassen von 150 bis 200 ccm Blut sind in vielen, auch den schwersten Fällen noch verblüffende therapeutische Erfolge zu erzielen. Ich selbst möchte die Unterlassung der Venaesektion bei der eklamptischen Urämie direkt als einen schweren Kunstfehler bezeichnen. Selbstverständlich ist auch von diesem therapeutischen Eingriff nichts zu erwarten, wenn bei stark gesunkener Herzkraft aus der angeschnittenen Vene kein Blut abfließt. In diesem Falle sollte man immer noch einen Versuch mit der Arteriotomie machen. Oft wird therapeutisch günstiges von der Lumbalpunktion bei der eklamptischen Urämie berichtet. Trotz reichlicher Erfahrung konnte ich mich von einer wirklich günstigen Wirkung nicht überzeugen. Ob man durch Schwitzpackungen oder durch Pilokarpininjektionen auf den Verlauf der Urämie einen günstigen Einfluß ausüben kann, scheint mir auch nicht ganz sicher zu sein.

Ich habe bereits erwähnt, daß in manchen Fällen bei akuten Nephritiden die starke Hämaturie auch mehrere Wochen hindurch bestehen kann. Fehlen Niereninsuffizienzerscheinungen, und ist das subjektive Befinden des Kindes nicht gestört, so ist es durchaus nicht angebracht, das Kind nur der Hämaturie wegen im Bett zu halten. Czernys Beobachtung, daß das Aufstehen in diesen Fällen die Hämaturie sogar günstig beeinflußt, kann ich durchaus nur bestätigen.

Ob man prophylaktisch gegen eine Nephritis etwas tun kann, ist sehr zweifelhaft. Auf alle Fälle wird man bei Kindern, die häufig an Tonsillitiden erkranken, die Tonsillektomie in Erwägung ziehen müssen. Ebenso wird man sich zur Tonsillektomie im freien Intervall entschließen, wenn man ein Rezidivieren der akuten Glomerulonephritis befürchtet.

Es wäre jetzt noch die sogen. **Herdnephritis** oder wie sie Volhard bezeichnet, die monosymptomatische Nephritis zu besprechen. Ich möchte mir dies aber ersparen, weil die Existenz der Herdnephritis bisher noch nicht sichergestellt ist. Kurz vor seinem Tode hörte ich von Orth in einer Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft, daß er am Sektionstisch bzw. unter dem Mikroskop noch nie eine Herdnephritis gesehen habe. Wenn ein so erfahrener pathologischer Anatom und ein so hervorragender Kenner der Nierenpathologie sich in der Weise äußert, so wird die Zurückhaltung seitens des Klinikers gerechtfertigt sein.

Ich habe bereits erwähnt, daß das führende Symptom der akuten Glomerulonephritis, was den Harnbefund anbetrifft, die Hämaturie ist. Ich möchte nur kurz erwähnen, daß natürlich eine Hämaturie allein noch keine Nephritis zu bedeuten braucht. Hämaturie bei einem abdominellen Tumor spricht mit einer großen Wahrscheinlichkeit für eine **bösartige Nierengeschwulst**, jahrelanges Bestehen einer starken intermittierenden Hämaturie bei sonst völligem Wohlbefinden und mit normalem Urinbefund im Intervall, sah ich bei einem Kinde mit einem **Hämangiom der Harnblase**. Die Diagnose wurde durch die Zystoskopie gestellt, das Kind chirurgisch behandelt und geheilt entlassen. Auch bei Tuberkulose der Blase und der Nieren kann es zu Hämaturie kommen. Ebenso wie auch bei Nierensteinen. Ueber diese Fälle werden wir noch zu sprechen kommen. Die Hämaturie kann ferner auch als isoliertes Symptom einer hämorrhagischen Diathese auftreten und beim Säugling bedingt sein durch Thrombose der Nierenvene, durch septisch embolische Prozesse. Auch ist sie ein wichtiges Symptom des Barlows.

Ein ganz anderes klinisches Bild als die akute Glomerulonephritis bieten die **Nephrosen.** Die febrile Albuminurie und die in der Regel schnell und günstig verlaufende Diphtherienephrose will ich hier nicht besprechen, sondern mich lediglich auf die kurze Darstellung der **genuinen Nephrose** beschränken.

Charakteristisch für die genuine Nephrose ist die enorme Oedembereitschaft und das Fehlen der Erythrozytenausscheidung im Urin. Die Albuminurie ist in der Regel hochgradig, und im Sediment finden sich Zylinder und Leukozyten. Wird das Urinsediment mit dem Polarisationsmikroskop untersucht, so lassen sich leicht Lipoide nachweisen. Die Ausscheidung von Lipoiden bzw. ihr Nachweis kann unter Umständen diagnostisch von der größten Bedeutung sein*). Bei der Lipoidnephrose fehlt auch die kardio-vaskuläre Beteiligung am Krankheitsbild. Wir sehen also, daß wir es hier auch symptomatologisch mit einer ganz anderen Erkrankung zu tun haben als bei der akuten Glomerulonephritis, und die Unterschiede im Krankheitsbild sind derartig ausgesprochen, daß die Diagnosestellung zum mindesten in den typischen Fällen keinen Schwierigkeiten begegnet.

---

*) Diagnostisch von derselben Bedeutung ist die Cholesterinämie.

Die Lipoidnephrose wird nicht als eine Nierenerkrankung, sondern als eine allgemeine Erkrankung angesehen. Der Miterkrankung der sogenannten Vorniere wird eine große Bedeutung zugeschrieben. Die hochgradige Oedembereitschaft bei der Nephrose wird von den meisten Autoren jedenfalls auf die Mitbeteiligung der Vorniere am Krankheitsprozeß zurückgeführt. Bemerkenswerte Beobachtungen bei der Lipoidnephrose machten Marriott und Clausen. Diese Forscher fanden bei an Nephrose erkrankten Kindern im Blut und im Urin eine Substanz, deren Hauptcharakteristikum ihre die Oberflächenspannung erniedrigende Wirkung darstellt. Marriott und Clausen haben zeigen können, daß diese Substanz die Permeabilität der Zellgrenzen erhöht, und sie glauben, daß hierdurch die Albuminurie und auch die Oedembereitschaft bei den Nephrosen bedingt ist. Die genuine Nephrose zeigt einen eminent chronischen Verlauf. Remissionen — jedenfalls was die Oedeme anbetrifft — kommen vor. Der Immunitätszustand dieser Kinder ist stark geschädigt. Oft erliegen die Kinder nicht der Grundkrankheit selbst, sondern der Tod wird durch irgendeinen sekundären infektiösen Prozeß herbeigeführt. Die Aetiologie der genuinen Nephrose ist bisher noch nicht aufgeklärt. Volhard dachte an eine Pneumokokkeninfektion. Manche Beobachtungen aus der letzten Zeit scheinen für die Wahrscheinlichkeit dieser Vermutung zu sprechen. Bemerkenswert ist die Angabe von Marriott, daß bei allen Nephrosen eitrige, in der Regel durch Staphylokokken bedingte Erkrankungen der Nebenhöhlen den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden. Marriott geht sogar so weit, daß er bei der Therapie der Nephrose zunächst diese infektiösen Herde, als die Sinusitis, berücksichtigt. Nach seinen Beobachtungen heilt die Nephrose aus, wenn es gelingt, die Nebenhöhlenerkrankungen zu beseitigen. Aus diesem Grunde nimmt auch Marriott auf die Ernährungstherapie keine Rücksicht. In den zwei Fällen von Nephrosen, die ich in der letzten Zeit sah, konnte tatsächlich röntgenologisch ein entzündlicher Prozeß im Sinus maxillaris festgestellt werden. Wir ließen die Kinder vom Spezialisten behandeln. Leider konnte aber, was die Nephrose anbetrifft, ein therapeutischer Erfolg nicht verzeichnet werden.

Bei der Nephrose ist im Gegensatz zur akuten Glomerulonephritis die Stickstoffausscheidung nicht gestört. Hingegen besteht eine starke Neigung zur Kochsalzretention.

Anatomisch sind die Nieren in den typischen Fällen vergrößert und zeigen eine gelblich-weißliche Oberfläche. Die Epithelien der Harnkanälchen sind verfettet, und bei entsprechender Untersuchung erweist sich das Fett als Lipoid.

Die Prognose ist in der Regel ungünstig. Doch ist bei der Voraussage eine gewisse Vorsicht am Platze. Insbesondere in der letzten Zeit mehren sich die Beobachtungen, daß auch bei klinisch einwandfrei festgestellten Lipoidnephrosen eine Heilung möglich ist. So hat Fanconi aus der Züricher Kinderklinik über einen Fall berichtet, bei welchem der Durchbruch einer Pneumokokkenperitonitis zur Heilung der Nephrose führte. Ein anderer Fall wurde von Karger und Uhlmann veröffentlicht. In diesem Falle kann zwar nicht ohne weiteres von einer Heilung gesprochen werden, denn die Albuminurie hat sich nicht gegeben, die Oedembereitschaft ist aber verschwunden und seit mehreren Jahren fühlt sich die Patientin wohl. Vor kurzem hat Eckstein über drei Kinder berichtet, die das klinische Bild einer Lipoidnephrose zeigten. Im ersten Falle bestand eine chronische Pneumokokkenperitonitis, im zweiten eine Pneumokokkennephrose und im letzten Fall eine Amyloidniere. In allen Fällen entsprach das klinische Bild, wie gesagt, einer Lipoidnephrose. Eckstein schließt aus diesen Beobachtungen, daß der Nachweis von Lipoiden im Urin nicht unbedingt eine Lipoidnephrose zu bedeuten hat. Diese Auffassung Ecksteins ist natürlich durchaus möglich, jedoch könnten bei der Unklarheit, die bis zum heutigen Tage noch über die Lipoidnephrose besteht, seine Beobachtungen auch in dem Sinne ausgelegt werden, daß in der Aetiologie der Lipoidnephrosen verschiedene Momente eine Rolle spielen können, und daß bei gewissen Formen, die wir aber von vornherein noch nicht zu erkennen vermögen, eine Heilung der Nephrose möglich ist.

Die Therapie hat auch bei der Nephrose die Ausscheidungsstörung zu berücksichtigen. Man gibt eine kochsalzarme Nahrung insbesondere dann, wenn Oedeme bestehen, hingegen kann die Kost reichlich Eiweiß enthalten. Eine stark mit Eiweiß angereicherte Nahrung wird sogar von manchen Seiten ganz besonders empfohlen.

Medikamentös kann gegen die Oedeme ein Versuch mit Thyreodin gemacht werden. Man gibt am besten zwei- bis dreimal am Tage 0,1 g, bei älteren Kindern auch etwas mehr von der getrockneten Schilddrüsensubstanz. Ist nach 3 Tagen keine Wirkung eingetreten, so ist von der Schilddrüsentherapie nicht viel zu erwarten. Versager kommen jedenfalls recht häufig vor. Es kann auch ein Versuch mit Harnstoff gemacht werden, nur müssen große Dosen verabreicht werden. Weniger als 20—30 g pro dosi soll man überhaupt nicht geben. Der unangenehme Geschmack der Harnstofflösung wird am besten durch Fruchtsäfte verdeckt. In vielen Fällen ist das Quecksilber wirksam. Man gibt es am besten in Form des Novasurols (0,3—0,5 ccm intramuskulär pro die). Wir spritzen das Novasurol mehrere Tage hintereinander. Das Novasurol darf natürlich unter keinen Umständen angewandt werden, wenn die Nephrose durch akut entzündliche Prozesse in den Nieren kompliziert ist.

Bei den funktionellen Albuminurien ist der Essigsäurekörper, bei der akuten Glomerulonephritis die Hämaturie, bei der genuinen Nephrose die Lipoidausscheidung im Urin das führende Symptom. Wir wollen uns jetzt den Erkrankungen der Harnorgane zuwenden, bei welchen im Urin die Ausscheidung von Leukozyten im Vordergrunde steht. Alle diese Fälle lassen sich schlechtweg als **Pyurien** bezeichnen. Tut man aber dies, so darf nicht vergessen werden, daß die Eiterausscheidung im Harn genau so wie z. B. die Albuminurie nur ein Symptom darstellt. Die bloße Feststellung von Eiter im Urin sagt weder über den Sitz der Erkrankung etwas aus noch über den anatomischen Prozeß der der Pyurie zugrunde liegt. Bei der Besprechung der Pyurie ist es praktisch am besten, die Pyurien des Säuglingsalters von denen des älteren Kindes gesondert zu besprechen, weil die diagnostische Bedeutung der Eiterausscheidung im Säuglings- und im späteren Kindesalter unter Umständen eine verschiedene sein kann.

Eiterausscheidung im Harn kann beim Säugling bei den ätiologisch verschiedensten Erkrankungen vorkommen, wie auch die Pyurie klinisch unter den verschiedensten Bildern zutage treten kann. Diese beiden Sätze fordern bereits dazu auf, bei jeder krankhaften Störung im Säuglingsalter die Urinuntersuchung nicht zu vernachlässigen. Wir sagten bereits, daß bei der Pyurie das führende Symptom im Harn die Ausscheidung von Leukozyten ist. Hierbei muß aber gleich betont werden, daß der pathologische Harnbefund bei den Pyurien nicht stets ein gleichmäßiges Bild aufweist. In vielen Fällen von Pyurie zeigt im Beginne der krankhaften Störung das Sediment ein Bild, wie wir es bei einer akuten Glomerulonephritis zu sehen gewohnt sind, d. h. es stehen im Sedimentbild die Erythrozyten und die Zylinder im Vordergrund, während die Leukozyten an Zahl zurücktreten. Nach einigen Tagen ändert sich dann allmählich der Befund. Im Sediment übernehmen die Leukozyten die Führung, während die Zylinder und die Erythrozyten zurücktreten. Es wird stets ratsam sein, die Harnuntersuchung auch im Katheterurin auszuführen, denn in manchen Fällen von Pyurien kommt die Leukozytenausscheidung nicht von der Niere her, sondern von der Schleimhaut der Vagina. In diesen Fällen wird natürlich der Katheterurin keinen pathologischen Befund aufweisen. Ein großer Teil der Pyurien bei an Erythrodermie erkrankten Säuglingen gehört z. B. in diese Gruppe.

Rein symptomatologisch lassen sich die Pyurien des Säuglings in zwei große Gruppen teilen. Charakteristisch für die erste Gruppe ist der akute Beginn und die schweren Allgemeinerscheinungen Fieber, von ganz unregelmäßigem Typus (continua, remittens und intermittens), Appetitlosigkeit, Unruhe, ängstlicher Blick, blasse, manchmal gelbliche Hautfarbe, Ikterus, oft Krämpfe und zerebrale Erscheinungen charakterisieren diese Fälle. Bei manchen Kindern kommt es zur Entwicklung des toxischen Syndroms. Trübung des Senoriums, große Atmung, Durchfall und Erbrechen stellen sich ein. In einigen Fällen bestehen auch leichte Oedeme am Gesicht und unteren Extremitäten. Bei der zweiten Gruppe fehlen die schweren Allgemeinerscheinungen. In diesen Fällen wird die Pyurie nur durch Zufall bei der Urinuntersuchung entdeckt.

Große Verschiedenheiten zeigen bei der Pyurie auch die anatomischen Befunde. Man findet Nierenabszesse, die meist in der Rinde lokalisiert sind. Die Größe dieser Abszesse ist wechselnd. Oft sind sie nur mikroskopisch erkennbar, in anderen Fällen erreichen sie den Umfang eines Pfennigstückes. Wir haben es also hier mit einer anatomisch scharf umschriebenen Erkrankung zu tun. Die der Pyurie zugrunde liegende Krankheit entspricht in diesen Fällen einer eitrigen Nephritis. In anderen Fällen zeigen die Nieren wie auch die übrigen Teile des Harnapparates weder bei der makroskopischen noch bei der mikroskopischen Untersuchung einen pathologischen Befund, oder man findet leichte degenerative Veränderungen an den Epithelien der Harnkanälchen. In seltenen Fällen sahen wir bei der Pyurie in den Nieren das Bild einer akuten hämorrhagischen Nephritis, wie auch eine Mißbildung des Harnapparates der Pyurie zugrunde liegen kann.

Trotz der Verschiedenheit des klinischen Bildes und der anatomischen Veränderungen ist allen diesen Fällen gemeinsam der Urinbefund. Das Sedimentbild ist im Prinzip in allen Fällen dasselbe, wie auch bei der bakteriologischen Untersuchung in der überwegenden Mehrzahl der Fälle Kolibazillen im Urin nachzuweisen sind. Aus diesen Beobachtungen kann nur der Schluß gezogen werden, und es wäre höchste Zeit, daß dieser Schluß auch tatsächlich gezogen wird, daß aus dem Urinbefund allein weder über den Sitz noch über die anatomische Natur der Erkrankung irgendeine Schlußfolgerung möglich ist. Leider gibt auch das klinische Bild über diese Fragen in der Regel keinen Aufschluß. Die Tatsache, daß die verschiedensten ätiologischen Momente, wie auch die verschiedensten anatomischen Prozesse beim Säugling ein und dieselbe Veränderung im Urin herbeiführen, legt den Gedanken nahe, dem Harnapparat im Säuglingsalter eine ähnliche funktionelle Labilität zuzuschreiben wie dem Magen-Darmkanal. Genau so wie der Säugling auf die verschiedensten krankhaften Störungen mit einem Durchfall reagieren kann — und aus dem Durchfall über die Natur der Erkrankung nichts zu ersehen ist —, genau so kann der Harnapparat unter den verschiedensten krankhaften Bedingungen mit dem Nierensyndrom — Albuminurie, Pyurie und Zylindrurie — reagieren.

Eine Klärung der pathogenetischen Vorgänge bei den Säuglingspyurien haben erst experimentelle Untersuchungen aus der letzten Zeit gebracht. Ausgehend von der klinischen Beobachtung, daß das Nierensyndrom oft nach akuten Verschlimmerungen des Ernährungszustandes zu beobachten ist, und daß es schwindet, wenn es gelingt, den akuten Wasserverlust zu beseitigen, haben uns dazu veranlaßt, Untersuchungen unter ähnlichen Versuchsbedingungen im Experiment auszuführen. Wir konnten mit Bayer zeigen, daß bei experimentell erzeugter akuter Wasserverarmung des Körpers beim Säugling ein Harnbefund hervorgerufen werden kann, der vollkommen dem der Pyurie entspricht. In manchen Fällen beherrschen von Anfang an die Leukozyten das Sedimentbild, während in anderen zunächst ein nephritischer Sedimentbefund zur Beobachtung kommt. Allmählich schwinden dann die Erythrozyten wie auch die Zylinder, und es überwiegen — auch bei diesen experimentell erzeugten Pyurien — die Leukozyten im Sediment. Da sowohl die klinische Beobachtung wie auch das Experiment dafür sprachen, daß in diesen Fällen das Nierensyndrom durch akute Schwankungen des Wasserhaushalts hervorgerufen wird, bezeichneten wir diese Gruppe von Pyurien als **Dehydrationspyurien.** Auf die Beziehungen, die zwischen Nierensyndrom und akuter Wasserverarmung des Körpers bestehen, will ich hier nicht näher eingehen. Wir vermuteten eine Störung der Nierendurchblutung und dachten an eine hierdurch bedingte Nierenazidose. Experimentelle Untersuchungen von Feuchtwanger und Lederer aus der Heidelberger Kinderklinik haben diese Annahme wahrscheinlich gemacht.

Andere Versuche dienten zur Aufklärung der pathogenetischen Vorgänge bei den Abszeßnieren. Wir spritzten junge Mäuse intravenös mit Koli, andere mit Strepto- bzw. Staphylokokken. Die Koliinfektion führte zu keinen pathologischen Erscheinungen. Dagegen kam es nach Einspritzung der genannten Kokken regelmäßig, in den meisten Fällen sogar schon nach 24 Stunden zu makroskopisch sichtbarer Abszeßbildung in der Nierenrinde. Aehnliche Untersuchungen sind vor mehreren Jahren von Helmholtz in Amerika und neuerdings von Frank in der Prager Kinderklinik ausgeführt worden. Bemerkenswert sind diese Beobachtungen: 1. weil in den Nieren genau dieselben histologischen Veränderungen nachgewiesen werden konnten wie bei den eitrigen Nephritiden des Säuglings und 2. weil trotz Bakteriämie die Abszeßbildung nur in den Nieren erfolgt ist, während alle anderen Organe verschont blieben. Diese Befunde sprechen also dafür, daß wir die Pyurien, denen eine eitrige Nephritis zugrunde liegt, als eine besondere, eigene Erkrankung anzusehen haben. Sie entstehen hämatogen, wenn eine Bakteriämie vorliegt. In diesem Sinne sprechen auch die bakteriologischen Befunde. Helmholtz hat zuerst festgestellt, daß bei den durch eine eitrige Nephritis bedingten Pyurien, obwohl aus dem Harn in der Regel Koli gezüchtet wird, in den Nierenabszessen hingegen nur selten Koli, sondern meist Staphylo- bzw. Streptokokken nachzuweisen sind. Ich kann diese Befunde durchaus bestätigen. Was den seltenen Befund von Kolibazillen in den Nierenabszessen anbetrifft, so wird von Helmholtz allerdings betont, daß diesen nur dann eine Bedeutung zugeschrieben werden kann, wenn die Sektion bzw. die Abimpfung sofort nach dem Tode erfolgt ist. Wird dies erst später vorgenommen, so kann es sekundär zu einer postmortalen Einwanderung von Koli in den verschiedensten Organen kommen. Daß wir es bei den Nierenabszessen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit einer hämatogenen Infektion zu tun haben, kann keinem Zweifel unterliegen, auch dann nicht, wenn die bakteriologische Blutuntersuchung meist zu keinem positiven Ergebnis führt. Als Eingangspforte dürfte der Rachen, in manchen Fällen auch Staphylomykosen der Haut in Betracht kommen. Ebenso wie Frank vertrete ich selbst den Standpunkt, daß die Abszeßniere beim Säugling oft auch als eine primäre Erkrankung auftreten kann. In diese Gruppe würden die Fälle gehören, bei welchen die Erkrankung ganz plötzlich aus voller Gesundheit auftritt.

Was nun die Diagnostik anbetrifft, so ist diese leider nicht so einfach, wie man sich das auf Grund theoretischer Erwägungen oder auf Grund oberflächlicher klinischer Beobachtung vorstellen könnte. Tritt akut der bereits geschilderte schwere Symptomenkomplex auf, entwickelt sich rasch eine Anämie und eine auffallende gelbliche Blässe der Haut, so wird man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Nierenabszesse stellen dürfen. Am wichtigsten ist hierbei nebst der Anämie die Beachtung der Hautfarbe, denn alle übrigen Symptome können auch ohne Abszeßbildung in den Nieren als Reaktion des kindlichen Organismus auf den Infekt beobachtet werden. — Es kann aber nicht scharf genug betont werden, daß diagnostische Irrtümer auch in anderer Richtung vorkommen können. In einigen Fällen sah ich Nierenabszesse bei Kindern unter Symptomen verlaufen, bei welchen ich nie an eine solche Möglichkeit gedacht hätte, während bei hohen Fiebertemperaturen, schweren Allgemeinerscheinungen und reichlichem Sedimentbefund im Urin die Nieren auch bei der sorgfältigsten histologischen Untersuchung als normal sich erweisen können.

Tritt bei einem Kinde nach einer akuten Verschlimmerung des Ernährungszustandes das Nierensyndrom auf, so ist an die Möglichkeit einer Dehydrationspyurie zu denken. Auch bei Pyurien, die bei Infekten insbesondere der oberen Luftwege auftreten, handelt es sich meist um Dehydrationspyurien, doch sah ich hierbei auch hämorrhagische Nephritiden, die klinisch allerdings dieselben Symptome aufwiesen wie eine „Pyurie". Die richtige Deutung des Nierensyndroms bei Mißbildungen des Harnapparates oder bei Fremdkörpern ist im Säuglingsalter mit Schwierigkeiten verknüpft, weil die Ausführung der Zystoskopie und des Ureterkatheterismus in diesem Alter keine leichte Aufgabe ist. In manchen Fällen dürfte eine Aufklärung von der Pneumoradiographie der Nieren zu erwarten sein (L. F. Meyer, Jahr).

Kurz zusammenfassend ergibt sich also, daß das Nierensyndrom beim Säugling bedingt sein kann: 1. durch die eitrige Nephritis, 2. durch Dehydrationszustände und 3. durch Mißbildungen des Harnapparates wie auch durch Fremdkörper. Auf die ungewöhnlich seltenen Fälle von Glomerulitis braucht praktisch keine Rücksicht genommen zu werden.

Aus dem bereits Gesagten geht ohne weiteres hervor, daß man nicht, wie dies auch heute noch üblich ist, von der Prognose, Therapie usw. der „Pyurie" sprechen kann. Mit demselben Recht könnte man auch von einer Prognose und Therapie der Albuminurie oder des Fiebers sprechen. Ebenso wie die Albuminurie oder das Fieber ist auch die Pyurie nur ein Symptom, das wie gezeigt durch ganz verschiedene Ursachen hervorgerufen werden kann. Aus diesem Grunde sind natürlich auch alle Angaben über Prognose, Mortalität und Therapie der Pyurie vollkommen wertlos, wenn sie das ätiologische Moment und die der Pyurie zugrunde liegende anatomische Veränderung nicht berücksichtigen. Unter allen Umständen ist die Prognose der Abszeßniere eine ernste, obwohl Heilungen auch hier vorkommen können. Jedenfalls sprechen hierfür die anatomischen Erfahrungen. Im ganzen großen ist aber die Mortalität in diesen Fällen recht hoch. Die Prognose der Dehydratationspyurien ist von der Prognose des Grundleidens abhängig. Gelingt es, die Ernährungsstörung zu beseitigen, so heilt auch die Pyurie aus. Es ist ein Glück, daß die überwiegende Mehrzahl der Säuglingspyurien in diese Gruppe gehört. Eine ernste Wendung können diese Fälle allerdings nehmen, wenn es aus irgendeinem Grunde zu einer Bakteriämie kommt. Insbesondere scheinen mir die histologischen Untersuchungen von Czerny und Moser dafür zu sprechen, daß die Nieren bei Dehydratationszuständen einen Locus minoris resistentiae darstellen. In einem Falle konnte ich selber bei einem Kinde mit sicherer Dehydratationspyurie nach einem Infekt der oberen Luftwege die Entstehung von Nierenabszessen beobachten. Die Prognose der Pyurien bei Mißbildungen der Harnorgane ist natürlich von der Art der Mißbildung abhängig. Eine kongenitale Schrumpfniere (die unter dem Bilde einer Pyurie verläuft) wird selbstverständlich eine infauste Prognose haben, während dies bei leichteren Anomalien nicht der Fall sein wird.

Die Vorschläge, die zur Behandlung der Pyurie angegeben sind, sind ein interessantes Spiegelbild für die verschiedenen Ansichten, die die Autoren sich über die Pyurie machen. Escherich, der die Krankheit beim Kinde zuerst beschrieb, sprach von einer Kolizystitis. Man dachte, daß die Kolibazillen zunächst in die Blase und von da via Ureteren in die Nieren wandern. Kurz, man glaubte an eine aufsteigende Koliinfektion. Für die aszendierende Infektion wurde die Tatsache stets ins Feld geführt, daß Mädchen häufiger als Knaben an Pyurie erkranken. Daß dies natürlich nichts beweist, ist ganz selbstverständlich. Wir kennen verschiedene Krankheiten, die das eine oder das andere Geschlecht bevorzugen. So erkranken z. B. an Chorea häufiger Mädchen, an einer Myositis ossificans häufiger Knaben. Warum das so ist, wissen wir nicht. Niemandem wird es aber einfallen, für das häufigere Befallensein des weiblichen Geschlechts bei der Chorea die Kürze der weiblichen Urethra verantwortlich zu machen. Die Frage des Infektionsmodus führte zu einem langen Streit, der sich auch heute noch nicht gelegt hat. Leider hat diese ewige Diskussion über den Infektionsmodus in der ganzen Pyuriefrage nicht den geringsten Fortschritt gebracht. Daß eine aufsteigende Infektion der Harnwege nicht so leicht zustande kommt, wie sich das manche vorstellen, dafür spricht eine wichtige Beobachtung Schönfelds aus der Klinik Bessaus. Schönfeld beobachtete ein neugeborenes Kind, das eine Atresia ani und eine rektovesikale Fistel hatte, also die besten Bedingungen für eine aufsteigende Infektion. Trotzdem konnte Schönfeld erst, als das Kind 3 Monate alt geworden ist, bei dem Kinde Kolibazillen und Leukozyten im Urin nachweisen. Diejenigen, die auch heute noch die Pyurie als durch eine Zystitis bedingt ansehen, werden natürlich die Blase behandeln. Nun zeigt aber die anatomische Erfahrung, daß die Zystitis als Ursache der Säuglingspyurie eine große Seltenheit ist. Dann sprach man von einer Pyelitis. Man dachte, das Nierenbecken am besten durch Harnantiseptika behandeln zu können und verordnete Urotropin, Salol und ähnliche Medikamente. Nun ist aber bei der Säuglingspyurie auch die isolierte Pyelitis ein seltener Befund. Wenn im Nierenbecken schon etwas zu finden ist, so ist es kein isolierter Prozeß, meist ist dann auch die Niere erkrankt. Wenn bei der Sektion pathologische Veränderungen in den Nieren überhaupt gefunden werden, so sind es, von Mißbildungen und Konkrementen natürlich abgesehen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Nierenabszesse. Daß in solchen Fällen natürlich weder von der Blasenspülung noch vom Urotropin oder Salol ein therapeutischer Erfolg zu erwarten ist, liegt auf der Hand. Der einzig denkbare Weg wäre der operative Eingriff. Dieser scheitert leider daran, daß es sich bei der eitrigen Nephritis des Säuglings fast ausnahmslos um eine doppelseitige Erkrankung handelt. Es bleibt uns also nichts weiter übrig, als mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln die Widerstandsfähigkeit des Kindes zu kräftigen. Verschiedene Verfahren sind in Mode. Manche schwören auf die Vitamine, andere sind von der Proteinkörpertherapie begeistert, wiederum andere glauben an die Quarzlampe. Da uns nichts besseres zur Verfügung steht, so werden wir schon natürlich unsere Zuflucht zu dem einen oder dem anderen dieser Methoden nehmen. Große Erwartungen darf man allerdings nicht hegen. Von einem wirklichen, unzweifelbaren Nutzen konnte ich mich bisher nicht überzeugen.

Bei der großen Gruppe der Dehydrationspyurien muß unser Augenmerk darauf gerichtet sein, diätetisch die (enterale oder parenterale) Ernährungsstörung zu beseitigen. Wenn schwere Allgemeinerscheinungen bestehen, so ist für die ersten Tage eine wasserreiche, eiweißarme und mit Kohlehydraten angereicherte Nahrung zu empfehlen. Eine solche Nahrung bekämpft am erfolgreichsten die Anhydrämie, wodurch für die Blutdurchströmung der Nieren bessere Bedingungen geschaffen werden.

Ich erwähnte bereits, daß in der Mehrzahl der Fälle bei den Säuglingspyurien im Harn Kolibazillen gefunden werden. Die meisten Autoren erblicken in diesen die Erreger der Pyurie. Obwohl sich dies weder beweisen noch mit Sicherheit widerlegen läßt, so spricht doch manches gegen die pathogenetische Bedeutung der Kolibazillen bei den Pyurien. Dagegen spricht die bereits erwähnte Tatsache, daß in vielen Fällen bei Abszeßnieren aus den Abszessen Kokken gezüchtet werden, während der Urin Koli enthält. Ferner ist bekannt, daß es eine Kolibakteriämie auch ohne Pyurie gibt, wie auch verschiedene Fälle beobachtet wurden, bei welchen der pathologische Sedimentbefund bei sterilem Urin auftrat und die Koli erst später nachgewiesen werden konnten (Schönfeld). All dies spricht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dafür, daß wir in den Kolibazillen, in den meisten Fällen jedenfalls, nicht die Erreger der Pyurie erblicken dürfen. Ebensowenig wie der Soor der Erreger der Erkrankungen ist, bei welchen er auftritt, ebensowenig sind es die Kolibazillen in den meisten Fällen von Pyurien. Ihr Vorhandensein bei den ätiologisch und pathogenetisch verschiedensten Störungen des Harnapparates spricht nur dafür, daß durch die Erkrankung für ihr Wachstum — ebenso wie beim Soor — günstige Bedingungen geschaffen worden sind. Man versuchte natürlich die Therapie der Pyurien von den Kolibazillen aus anzugehen in der Weise, daß man den Kolibazillen die Existenzbedingungen zu verschlechtern suchte. Manche empfahlen, den Urin zu säuern, andere wollten das durch Alkali erreichen. Hierzu muß aber erwähnt werden, daß es durch Säurezufuhr kaum gelingen wird, dem Urin eine solche Azidität zu verleihen, die zur Abtötung der Kolibazillen notwendig ist (ca. Ph. 4,5). Günstiges wird von der Alkalibehandlung berichtet. Man gibt am besten Kalium citricum in solchen Mengen, bis der Urin alkalisch wird. Im allgemeinen sind dazu pro Tag 3 bis 4 g der Substanz notwendig. Theoretisch könnte ich mir bei den Dehydratationspyurien vom Alkali etwas versprechen, allerdings durch die Beeinflussung der Stoffwechselvorgänge und nicht durch die Beseitigung der Kolibazillen. Meine eigenen Versuche über diese Frage sind noch nicht soweit gediehen, daß eine sichere Stellungnahme möglich wäre.

Die Vakzinetherapie hat bei den Nierenabszessen nicht den geringsten Erfolg. Bei der Dehydratationspyurie ist sie überflüssig. Hier können zwar Erfolge vorgetäuscht werden, die aber mit der Vakzinebehandlung sicherlich nicht das geringste zu tun haben. Dasselbe ist auch von der Behandlung mit den Bakteriophagen zu sagen.

Die **Pyurie des älteren Kindes** verrät sich oft durch schmerzhaften Harndrang und schmerzhaftes Urinieren. In vielen Fällen aber können alle diese subjektiven Beschwerden fehlen und die Eiterausscheidung im Urin wird nur durch Zufall entdeckt. Man versäume auch hier nicht insbesondere, wenn keine subjektiven Störungen vorliegen, den Katheterurin zu untersuchen.

Aetiologisch kommen bei den älteren Kindern ebenfalls verschiedene Prozesse für die Pyurien in Betracht. Oft ist nach Infekten der Rachenorgane eine in der Regel benigne, wenn auch manchmal langdauernde Eiterausscheidung im Urin zu beobachten. Sie heilt spontan. Ob die bekannten Harndesinfizientien den Prozeß zu verkürzen vermögen, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten. Bei einer jeden hartnäckigen Pyurie des älteren Kindes sollte die zystoskopische und röntgenologische Untersuchung der Harnorgane nicht unterbleiben. Nur so werden in manchen Fällen als auslösende Ursache der Pyurie **Nierensteine** entdeckt werden auch in Gegenden, wo solche angeblich nicht vorkommen, wie z. B. in Berlin. Denn es ist bemerkenswert, daß in einer recht erheblichen Zahl von Fällen bei Nierensteinen als einziges Symptom nur die Leukozytenausscheidung im Urin bestehen kann. Es brauchen nicht die geringsten Schmerzen und Beschwerden bei der Urinentleerung oder eine Hämaturie usf. vorhanden zu sein. Die Diagnose in diesen Fällen wird nur der stellen, der an die Möglichkeit der Nierensteine denkt. Der Nachweis erfolgt auf röntgenologischem Wege. Es muß allerdings betont werden, daß ein negativer Röntgenbefund nicht unbedingt gegen eine Nephrolithiasis zu sprechen braucht. Phosphat- und Harnsäuresteine können, auch wenn sie recht groß sind, dem röntgenologischen Nachweis entgehen. Sind es stumme Nierensteine (Schlayer), also solche, die keine subjektiven Beschwerden machen, ist man mit der Diagnose natürlich in einer recht unangenehmen Lage. Bestehen außer der Pyurie noch Hämaturie und die typischen Beschwerden, dann darf auch der negative Röntgenbefund uns nicht von der Diagnose einer Nephrolithiasis abhalten. Daß die Therapie nur eine chirurgische sein kann, versteht sich von selbst. Durch die Pyelographie, und die röntgenologische Darstellung der Harnblase wird es auch gelingen, evtl. Mißbildungen der Harnorgane zu entdecken, und hierauf das chronische Bestehen der Pyurie zurückzuführen. Erst in der letzten Zeit wird von amerikanischen Autoren (I. A. Abt) darauf hingewiesen, wie häufig chronische Pyurien des älteren Kindes durch **Mißbildungen** der Blase, der Ureteren und der Nieren hervorgerufen werden. Auch in diesen Fällen ist der Urologe zu Rate zu ziehen. Er wird auch die Entscheidung hinsichtlich der einzuschlagenden Therapie bestimmen müssen. Nierenabszesse kommen, allerdings selten, doch auch beim älteren Kinde vor. Die schweren Krankheitserscheinungen, Fieber, Verschiebungen im Blutbild werden unsere Aufmerksamkeit auf eine solche Möglichkeit lenken. Auch hier ist die frühzeitige zystoskopische Untersuchung und die Ureterenkatheterisation zu empfehlen. Der Prozeß ist nämlich beim älteren Kinde im Beginne der Erkrankung oft einseitig. In dieser Periode, wenn die schweren Allgemeinsymptome es erfordern, kann durch den operativen Eingriff eine rasche Heilung erzielt werden.

Bei jeder lange anhaltenden Pyurie des älteren Kindes soll auch an die Möglichkeit einer **Tuberkulose** der Harnorgane gedacht werden. Insbesondere wird man an diese zu denken haben, wenn im Urin trotz der Pyurie mit den üblichen Methoden keine Bakterien nachzuweisen sind. Hierbei muß allerdings betont werden, daß das Vorhandensein von Bakterien die tuberkulöse Natur der Erkrankung nicht mit Sicherheit ausschließt. Man wird gut tun, in allen Fällen von Pyurien des älteren Kindes, eine Tuberkulinprobe anzulegen. Am besten wird das Tuberkulin gleich intrakutan gespritzt. Eine diagnostische Bedeutung wird man aber nur der negativen Reaktion zuschreiben dürfen. Der positive Ausfall der Reaktion braucht nichts zu besagen, weil die tuberkulöse Allergie beim älteren Kinde schon viel zu häufig zur Beobachtung kommt. Die Diagnostik der Nierentuberkulose (Nierenphthise) ist oft außerordentlich schwierig, weil im Beginne der Erkrankung sichere diagnostische Anhaltspunkte meist fehlen. Die Krankheit beginnt schleichend, das subjektive Befinden des Kindes ist anfangs nicht gestört, nur die Pyurie, in manchen Fällen eine Hämaturie oder vermehrter Harndrang und Schmerzen beim Urinieren, lenken die Aufmerksamkeit auf die Harnorgane. Schwierig ist die Diagnose ferner aus dem Grunde, weil in den Anfangsstadien auch der Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin meist nicht gelingt. Sind im Harnsediment Tuberkelbazillen vorhanden, so ist in der Regel auch die Blase schon miterkrankt. In fortgeschrittenen Fällen ist die Diagnose natürlich wesentlich leichter, insbesondere dann, wenn die erkrankte Niere deutlich vergrößert ist, und auch der Ureter tuberkulös erkrankt ist. Ist der Ureter in seiner ganzen Länge verdickt und druckempfindlich oder besteht die Verdickung nur am unteren Ende des Harnleiters, so ist bei Bestehen der bereits erwähnten Symptome an der Diagnose Nierentuberkulose kaum mehr zu zweifeln. In diesem Stadium der Erkrankung sind auch die Tuberkelbazillen massenhaft im Sediment nachweisbar. Da die Nierentuberkulose im Anfang meist nur eine Niere befällt, so ist natürlich die Frühdiagnose bei dieser Erkrankung von der größten Bedeutung. Auch hier wird die Zystoskopie und der Ureterkatheterismus herangezogen werden müssen, wie auch beim begründeten Verdacht und negativem Ausfall der erwähnten Untersuchungsmethoden der Tierversuch heranzuziehen ist. Die Prognose der Nierenphthise im Kindesalter ist immerhin recht zweifelhaft. Auch wenn bei sicher einseitiger Erkrankung die kranke Niere entfernt wird, tritt in vielen Fällen keine endgültige Heilung ein, sondern früher oder später kommt es zu einer miliaren Aussaat, die dem Leben des Kindes ein Ende macht. (Eliasberg.)

Aus dem Bauernkurort (Krestjanski Kurort) Livadia. Sanatorium: Das große Schloß (Bolschoj Dworetz), somatische Abteilung

Encephalitis lethargica.

Beschreibung eines Falles und Schlußfolgerungen

von

JOHANN SUSMANN GALANT, Moskau.

Die medizinische Zeitschriftenliteratur der letzten Jahre ist überreich an kleineren und größeren Arbeiten, Artikeln und Mitteilungen über die zuerst im Jahre 1915 epidemisch in Verdun aufgetretene Gehirnkrankheit, die alsbald ihre epidemische Ausbreitung über aller Herren Länder nahm, die allgemeine Aufmerksamkeit der Aerzte und Laien auf sich lenkte und allgemein unter dem wissenschaftlichen Terminus Encephalitis lethargica oder in der Volkssprache „Schlafkrankheit“ bekannt geworden ist. Die Zahl der in den medizinischen Zeitschriften veröffentlichten Arbeiten über Encephalitis kann als unermeßlich bezeichnet werden, dabei fehlt es natürlich nicht an mehreren monographischen Bearbeitungen der epidemischen Encephalitis, unter denen wir auf die mustergültige Monographie des Moskauer Neuropathologen, Professor Margulis, hinweisen möchten[1]). Man möchte nun glauben, daß die Mitteilung von neuen Fällen von Encephalitis lethargica, insbesondere wenn diese Fälle nichts Außergewöhnliches darbieten, ganz überflüssig sei. Doch glaube ich, daß gerade jetzt, wo das allgemeine Interesse für die Encephalitis lethargica allmählich abflaut und die Zahl der Arbeiten über diese Krankheit immer geringer wird, die Beschreibung eines jeden neuen Falles besonders willkommen sein dürfte. Es ist daran zu erinnern, daß jeder Einzelfall ein und derselben Krankheit seine individuellen Züge und Eigentümlichkeiten besitzt, die soweit die Krankheitsbilder der gegebenen Krankheit variieren, daß jeder Einzelfall dem Praktiker besondere diagnostische Schwierigkeiten macht. Je mehr Beschreibungen von Einzelfällen ein und derselben Krankheit der Arzt gelesen hat, um so näher ist er an das Endziel seiner medizinischen Ausbildung — einer schnellen und richtigen Diagnosestellung — angelangt. Gestützt darauf trete ich an die Mitteilung meines Falles von epidemischer Encephalitis heran.

Jermak, 25 Jahre alt, Weißrusse aus dem Gouvernement Minsk, wurde am 30. August 1926 in das Sanatorium „Das große Schloß“ des Bauernkurorts Livadia aufgenommen. Schon beim ersten Erscheinen des Patienten im Sanatorium wendete er auf sich die allgemeine Aufmerksamkeit des Hilfspersonals und der Kranken. Das Hilfspersonal und die Kranken sprachen vom Patienten, er sei „eigentümlich eigenartig“, „wunderlich“, „schläfrig“ usw., einige Aerzte hingegen erklärten Patienten beim ersten oberflächlichen Blick für „imbezill“, „dement“. Und in der Tat war es schwer, beim Anblick des Patienten nicht zu fühlen, daß man es mit einem nicht ganz gewöhnlichen Kranken, wenigstens nicht ganz gewöhnlichen in einem Sanatorium für Lungenschwindsüchtige zu tun hat. Das Gesicht des Patienten ist ganz teilnahmslos, steif und weist gar kein Mienenspiel auf, so daß es maskenartig leblos erscheint. „Schläfrig“ erscheint vielen das Gesicht des Patienten darum, weil bei ihm eine Ptosis der oberen Lider besteht, die Augen fast unbeweglich sind und starr vor sich hinblicken, kein Zeichen des Lebens aufweisend. Patient geht langsam, geräuschlos, etwas vornübergebeugt, der Kopf in die Schulter hineingezogen; wie ein Schatten huscht er vorbei, und schaut man ihn von hinten an, so erinnert er an den standbildartigen „Jemand in Grauen“ in Leonid Andrejews Drama: „Das Menschenleben“. Spontan spricht Jermak fast gar nicht, angesprochen antwortet er einsilbig: „Gut“, „Ja“, „Nein“.

Bei der ersten Berührung mit dem Kranken bin ich auf Grund der oben angeführten Beobachtungen auf den Gedanken gekommen, ob wir es nicht mit einem Encephalitiker zu tun haben, setzte meine Untersuchungen in dieser Richtung hin fort, und konnte mich sobald überzeugen, daß meine ursprüngliche Vermutung die richtige war.

---

[1]) Margulis: Encephalitis lethargica. Gosisdat, Moskau 1925.

Die Anamnese und der objektive Befund erwiesen, daß Patient an epidemischer Encephalitis und ihren Folgeerscheinungen leidet.

Aus der kurzen Anamnese des Patienten möchte ich hier folgendes anführen:

Patient kam im Jahre 1901 in einer Bauerfamilie zur Welt. In der Kindheit will Patient nie krank gewesen sein. Ernährung und Wohnungsverhältnisse befriedigend. Ging zwei Jahre in die Schule, lernte schlecht. Arbeitet von früher Kindheit auf dem Felde. Die Feldarbeit fällt dem Patienten schwer, arbeitet über seinen Kräftezustand. Mit 24 Jahren erkrankte er angeblich an Typhus recurrens. Vor drei Monaten erkrankte Patient unter den Erscheinungen eines allgemeinen Unwohlseins, einer starken Schwäche und Schlaffheit im ganzen Organismus. Fühlte eine starke Neigung zum Schlaf, schlief stehend ein, mit dem Löffel im Munde beim Essen usw., doch wurde Patient nicht bettlägerig und arbeitete immer fort, wenn auch lange nicht im gleichen Maße wie vorher. Wenn wir uns daran erinnern, daß das Fieber bei der epidemischen Encephalitis gewöhnlich keine hohen Grade erreicht (37,5 bis 38,0), so wird es uns nicht wundernehmen, daß Patient, der, wie es scheint, drei Monate vorher an epidemischer Encephalitis erkrankt war, anscheinend gesund blieb und seiner Arbeit nachging. Daß es sich wirklich um den Ausbruch einer encephalitischen Erkrankung gehandelt hat, werden wir uns sogleich auf Grund des jetzt objektiv erhobenen Befundes überzeugen.

Patient hat eine Körpergröße von 172 cm bei einem Gewicht von 55 kg und einem Brustumfang von 81—87 cm (Mittel —84). Der daraus resultierende Index Pignet [nach der Formel: 1 — (p + 1)] — 33 spricht dafür, daß wir es mit einem Individuum von schwächlicher Konstitution zu tun haben. In der Tat ist es leicht festzustellen, daß Patient zum asthenischen Konstitutionstypus gehört: Flache Brust, tiefe Sub- und Supraklavikulargruben, vorspringender zweiter Rippenring, schlaffe, ungenügend entwickelte Muskulatur, vornübergebeugte Haltung (attitude voûtée), Dolichozephalie, typisch asthenisches Gesicht usw.

Bei der Untersuchung am 31. August 1926 Puls 120 in einer Minute, von schwacher Füllung und Spannung. Herz: Breitendurchmesser 11 (3+8); Herztöne sind rein. Ueber den Lungen weder Dämpfung noch Rasselgeräusche, überall aber verschärfte Atmung, stellenweise bronchial verfärbt. Diagnose mit Bezug auf Lungentuberkulose: tbc. pulmonum A II fibrosa Verdauungsorgane N; Leber, Milz, Nieren weisen anatomisch und funktionell keine Abweichungen von der Norm auf. Dafür sprechen die Erscheinungen seitens des zentralen und peripheren Nervensystems für eine schwere Störung ihrer Funktionen.

Ausgehend vom Standpunkte, daß Patient vor drei Monaten an epidemischer Encephalitis erkrankt war, suchte ich bei der Untersuchung des Nervensystems danach, ob die bekannte Trias von Symptomen bei der Encephalitis lethargica auch nicht bei unserem Kranken zu finden wäre: 1. Paresen der Augenmuskeln, 2. Störungen des Schlafes, 3. Erscheinungen des sogenannten amyostatischen Symptomenkomplexes.

Auf das Vorhandensein von Lähmungen der Augenmuskulatur bei unserem Kranken wies schon die leicht per Distanz feststellbare Ptosis hin. Bei einer näheren Untersuchung erwies sich nicht nur eine Lähmung des M. levator palpebrae superior, sondern auch des M. rectus lateralis und des M. obliquus superior. Die Bewegungen der Augäpfel nach außen und oben sind bedeutend eingeschränkt (daher die schon per Distanz feststellbare Unbeweglichkeit und Starrheit der Augen).

Schlafstörungen stellten sich beim Patienten bald am Anfang der Erkrankung in Form einer gesteigerten Schläfrigkeit ein. Die bei manchen Encephalitikern am Anfang der Erkrankung feststellbare Schlaflosigkeit blieb bei unserem Patienten aus.

Was den amyostatischen Symptomenkomplex anbelangt, so ist er bei unserem Kranken besonders hübsch ausgesprochen. Es fällt auf der hohe Grad der Rigidität der Muskeln und Gelenke, so daß eine gewisse Kraft angewendet werden muß, um den in der Muskulatur und in den Gelenken fühlbaren Widerstand zu überwinden; es fällt weiter auf die Oligo- und Brachykinesie, die ihren Ausdruck nicht nur im Fehlen der motorischen Initiative und demnach in der extremen Armut und Langsamkeit der Bewegungen findet, sondern auch im fast völligen Fehlen einer spontanen Sprache und in der Langsamkeit und Einsilbigkeit der Antworten auf gestellte Fragen. Das maskenartig starre Gesicht; die Attitude voûtée, der Tremor der Hände und mehrere andere Erscheinungen, die hierher gehören, wurden schon erwähnt.

Unter den anderen Erscheinungen seitens des Nervensystems richten manche Phänomene unsere Aufmerksamkeit auf sich, die darauf hinweisen, daß bei unserem Patienten nicht nur das extrapyramidale, sondern auch das pyramidale System betroffen ist. Sämtliche Reflexe sind beim Patienten gesteigert, Babinski fehlt zwar, dafür sind aber andere pathologische Reflexe festzustellen: Fußklonus, Patellarklonus (rechts) und gekreuzte Reflexe an den unteren Extremitäten. Sensibilität, stereognostischer Sinn, Schmerzempfindungen usw. scheinen nicht gestört zu sein.

Demnach scheint die Diagnose: Encephalitis lethargica gesichert zu sein. Mancher Leser wird vielleicht geneigt sein, unseren Fall, wegen des verhältnismäßig leichten Initialstadiums der Erkrankung, für abortiv zu erklären. Gegen eine solche Auffassung hätten wir nichts einzuwenden.

Was die von uns in diesem Falle angewandte Therapie anbelangt, so erhält Patient neben der allgemeinen Sanatoriumsbehandlung Injektionen von Natr. cocadyl. 4,0 : 100,0 und laue Bäder (29 Grad, 28 Grad, 27 Grad). Für 18 Tage seines Aufenthaltes im Sanatorium hat Patient 3,5 kg an Gewicht zugenommen und sein Zustand besserte sich soweit, als die bei der Aufnahme in das Sanatorium vorhanden gewesene Schläfrigkeit fast ganz verschwunden ist und die allgemeine Starrheit des Kranken zu schwinden beginnt. Patient wurde gesprächiger, beim Sprechen kommt es im Gesicht oftmals zu einem, zwar schwachen, Mienenspiel. Patient ist zwar wenig gesellig, doch schaut er gerne dem Spielen der anderen Kranken zu, sucht Anschluß an die anderen Kranken, aber ohne Erfolg, beschäftigt sich mit Lektüre usw. Patient benimmt sich sehr vernünftig, folgt genau den Vorschriften des Arztes, lebt nach dem vorgeschriebenen Sanatoriumsregime, kümmert sich um seine Gesundheit, bittet um Behandlung und kann sogar mit dem behandelnden Arzt „gesprächig" werden. Zeitweise ist es jetzt schwer, zu glauben, daß man einen Encephalitiker vor sich hat. Aber nur zeitweise. Der amyostatische Symptomenkomplex des Patienten ist noch immer stark ausgesprochen und überläßt man Patienten sich selbst, so fällt er durch die unnatürliche Starre seines Wesens stark auf. Doch ist, wie gesagt, eine bedeutende Besserung seines Zustandes nicht zu verkennen, und es ist zu hoffen, daß Patient, der keinen Intelligenzdefekt aufweist, höhere Grade der Besserung erreichen wird.

Schlußfolgerungen:

1. Jeder Fall von Encephalitis lethargica hat einen gewissen wissenschaftlichen Wert und sollte für Zwecke der Erreichung einer größeren Klarheit in Fragen der epidemischen Encephalitis veröffentlicht werden.
2. Die sogenannte abortive Form der epidemischen Encephalitis kann ebenso typische postencephalitische Zustandsbilder geben, wie die nichtabortive Form.
3. Die Sanatoriumsbehandlung kann sich, wie in unserem Falle, als sehr günstig für Encephalitiker erweisen. Diese Behandlung kann also in gewissen Fällen von Encephalitis als angezeigt gelten.

Aus dem Anscharkrankenhaus und der chir. Univ.-Poliklinik zu Kiel.

Was leistet die chirurgische Therapie der Obstipation?

Von

Rudolf Göbell, Kiel.

Im Jahre 1910 habe ich Mitteilungen zur chirurgischen Therapie der Obstipation gebracht. In der Medizinischen Klinik 1910 Nr. 45 wies ich darauf hin, daß es zwar Fälle von Obstipation vom Colon-ascendens-Typus (Wilms Stierlin, de Quervain [die Literaturnachweise werden in einer ausführlichen Veröffentlichung gebracht]) gäbe, daß man aber auch die untersten Darmabschnitte nicht vernachlässigen dürfe. Man finde bei sorgfältiger Röntgenunter-

---

*) Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf am 23. September 1926.

suchung nach einer Riedermahlzeit auch Fälle, bei denen die Mahlzeit glatt durch den Darm hindurchgehe, nur im untersten Darmabschnitt bliebe der Brei 48 Stunden und oft viel länger hängen. Ich konnte für eine Anzahl von Fällen den Nachweis führen, daß eine abnorm große Valvula oder eine abnorme Anordnung der Valvulae die Ursache der Obstipation war. Ich wies demnach auf die proktogene Obstipation hin. Außerdem machte ich die erfreuliche Beobachtung, daß die von Gant empfohlene Durchtrennung dieser Klappen, die sog. Valvidotomie oder Valvulotomie eine ganze Reihe von Patienten mit schwerster Obstipation heilte. Wie es einem immer zu gehen pflegt, anfangs habe ich die Bedeutung dieser Genese überschätzt. Später lernte ich dann hinzu. Dadurch, daß ich die Möglichkeit hatte, die Patienten jahrelang zu verfolgen, war ich in der Lage, die echten Fälle dieser Art von den Scheinfällen zu trennen. Auch lernte ich die Bedeutung der Flexura sigmoidea als Causa morbi immer mehr würdigen. Infolgedessen hatte ich bereits 1912 im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 95, darauf hingewiesen, daß auch das Mega- oder Makrosigmoideum für das Auftreten der Darmtätigkeit von Wichtigkeit werden kann, und daß man in besonders schweren Fällen, wenn die interne Hilfe versagt, durch zweizeitige Resektion der Flexura sigmoidea die Patienten heilen könne. Die Zahl solcher durch Resektion der Flexura sigmoidea geheilter beträgt bei mir bereits 10. Die Diagnose solcher Zustände wird:

1. röntgenologisch,
2. mit dem Rektoskop

festgestellt. Ich kann den Röntgenologen — das gilt auch bei der Diagnose des Karzinoms des Rektums und der Fl. sigmoidea — den Vorwurf nicht ersparen, daß sie vor lauter Röntgenbegeisterung das Rektoskopieren vergessen. Das gleiche ist von der Diagnose der Obstipation zu sagen. Was nützt mir die Arbeit von Schwarz über sicher sehr interessante Röntgenbefunde bei Obstipation (Münch. med. Wochenschr., August 1926) ohne rektoskopische Befunde?

Bei jeder Rektoskopie muß man von dem Rektum, wie ich das 1910 schon angegeben habe, eine Skizze machen:

1. von der Gestalt des Rektums,
2. von der Anordnung der Valvulae.

Nur zu große oder sich stark überdeckende Valvulae kommen ätiologisch in Frage. Eine Anordnung der Klappen in Irisform ist oft normal und spielt für die Entstehung der proktogenen Obstipation keine Rolle.

Sehr oft war folgendes Erlebnis geradezu charakteristisch: Ein von einem Kollegen bereits rektoskopisch untersuchter Fall wird mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: unvollständiger Darmverschluß oberhalb des Rektums geschickt. Bei der Rektoskopie gelangte man in eine Höhle, in der nach aufwärts kein Weiterkommen war. Läßt man nun stärkere Beckenhochlagerung machen und den Patienten tief atmen, so zeigt sich alsbald nach aufwärts entweder rechts oder links eine Oeffnung. Wenn man jetzt das Rektoskop vorsichtig vorschiebt, so erkennt man, daß nur eine sehr große Valvula den Weg versperrt hat; man sieht, daß man nicht das ganze Rektum vor sich gehabt hatte, sondern nur den untersten Teil.

Es ist klar, daß man nur dann ein richtiges Bild vom Bau des Rektums und der Fl. sigmoidea gewinnen kann, wenn man sich nicht in der unteren Hälfte von der eigentlichen Untersuchung des ganzen Rektums abschrecken läßt.

Das sind aber nun gerade oft genug die Fälle, in denen eine zu große Valvula die Ursache der ganzen Obstipation ist. Das sind die Fälle, wo der Patient täglich immer nur durch ein Klistier Stuhlgang haben kann. Es sind die Fälle, bei denen man oft nicht imstande ist, einen hohen Einlauf zu machen, weil die Valvula als Hindernis wirkt.

Unter 300 Fällen, die ich wegen Obstipation zu untersuchen die Gelegenheit hatte, waren 44, für die ich annehmen durfte, daß die Valvulae die Ursache der Obstipation wären. Von diesen 44 sind 34 für den Dauererfolg verwertbar. Von diesen 34 wiederum wurden 24 dauernd geheilt; d. n. 5 bis 16 Jahren, also die Zeit, die Boas für die Heilung einer Obstipation vorschreibt.

Bei einer Anzahl genügte aber dieses Vorgehen nicht. Bei zweien wurde später noch die Resektion der Fl. sigmoidea angeschlossen; sie wurden geheilt. Bei einer wurde eine Typhlektasie und Coecum mobile festgestellt und beseitigt. Sie blieb dann geheilt. Zwei schienen einen Colon-ascendens-Typus zu haben. Von ihnen wurde einer durch Ileokolostomie geheilt. Der andere Fall wurde ileokolostomiert, aber er bekam ein schweres Rezidiv. Erst eine totale Kolonresektion brachte Heilung von der Obstipation, aber nicht von der psychogenen Komponente. Das gleiche gilt von einer zweiten Patientin mit totaler Kolonresektion, auch sie ist geheilt. Aber sie erscheint alle Vierteljahr wieder und muß sich ihre Gesundheit immer von neuem bescheinigen lassen. 5 waren nicht wieder aufzufinden, ungeheilt blieben 2! Diese 2 Patientinnen hatten gleichzeitig Gastro- und Enteroptose. Bei Nr. 1 hatte ich noch nicht gelernt, eine Pseudovalvula von einer wahren Valvula zu unterscheiden. Eine Pseudovalvula besteht aus der ganzen Darmwand, kann zum Verstreichen gebracht werden. Eine wahre Valvula besteht nur aus einer Schleimhautduplikatur; sie kann ohne jeglichen Schaden durch Ansetzen einer Klappenklemme durchtrennt werden. Eine Pseudovalvula ist häufig bei Enteroptose und hypokinetischer Obstipation. Ihre Durchtrennung kann, wie ich das bei obigem Fall erlebt habe, zu aseptischer Peritonitis und pararektaler Entzündung führen. Die hierdurch hervorgerufene Narbenbildung im Beckenperitoneum und im Beckenbindegewebe führt zu einer Stenose beider Ureteren und dadurch zu doppelseitiger Hydronephrose und zum Exitus.

Endlich hatte eine Patientin eine umschriebene Megakolie am Colon transversum, eine vorgeschlagene Operation lehnte sie ab.

Die häufigsten Mißerfolge unserer chirurgischen Bemühungen haben ihre Ursache darin, daß wir uns vor der Operation nicht darüber klar geworden sind, ob eine hyperkinetische Form oder eine hypokinetische Form der Obstipation vorgelegen hat. (Fleiner, Adolf Schmidt und viele andere).

Die hyperkinetische oder spastische Form ist nicht geeignet für chirurgische Eingriffe, sie muß den Internisten überlassen bleiben. Auch scheinen Obstipationen, die ihren Sitz im Anfangsteil des Kolons haben, auf interne Mittel viel besser zu reagieren.

Vor dem Krieg stand eine Zeitlang die Obstipation von Colon ascendens typus im Vordergrund des Interesses. Auch wir trennen diese Fälle von den andern ab und führten nach Sterlins und de Quervains Vorschlag die Ileokolostomie aus. Die Erfolge waren zum größten Teil günstig.

Aber durch die Kriegsernährung änderte sich das Bild völlig. Die Appendizitiden nahmen ab. Es gab nur selten Fälle, in denen wir gezwungen waren, am Cöcum oder Colon asc. einzugreifen (sehr starkes Cöcum mobile und Gährungskolitis). Es dominierten vielmehr die Störungen im unteren Teil des Colon sigmoideum und Rektum. Dadurch traten Prolapse des Mastdarms und der Flexur mehr in Erscheinung und Obstipationen, die ihre Ursache in den untersten Darmabschnitten (Rektum und Sigmoideum) hatten.

Höchstwahrscheinlich müssen wir die auffällige Häufung von Fällen von Ptosis et Dilatatio ventriculi auch auf das Konto der voluminöseren Kriegsnahrung setzen, bei aller Anerkennung der hierbei hineinspielenden Konstitution. Denn es ist doch erstaunlich, daß durch meine Hände allein 270 Fälle von Ptosis et Dilatatio ventriculi gingen. Von diesen 270 Fällen wurden 130 Fälle an die behandelnden Aerzte und Internisten zurückgewiesen. Die übrigen Fälle, 140, wurden operiert, sie boten alle sehr hohe Grade von Ptosis dar, mit motorischer Insuffizienz des Magens und hochgradiger Verstopfung.

Das wichtigste Ergebnis unserer daraufhin gerichteten Nachuntersuchungen ist, daß schon eine relativ wenig wirkende Operation wie die Birchersche bereits in 50% der Fälle die Obstipation beseitigt, daß aber bei dem von uns hauptsächlich geübten Verfahren der operativen Behandlung sogar in 80—86% der Fälle die Darmtätigkeit normal wird, und zwar nicht nur vorübergehend, sondern dauernd.

Diese Verfahren sind:

1. Occlusio pylori, Gastroenterostomia retrocol. post. nach Helferich.
2. Occlusio pylori, Gastropexis nach Göbell und Gastroenterostomie nach Helferich.
3. Occlusio pylori, Gastroplicatio nach Bircher und Gastroenterostomie nach Helferich.

Diese Beobachtungen sind natürlich von größter Wichtigkeit; denn sie werfen ein ganz besonderes Licht auf das Enteroptoseproblem. Es werden somit in 80—86% der Fälle nicht nur die Magenbeschwerden beseitigt, sondern auch die Obstipation.

Dabei muß zugegeben werden, daß unter den weiblichen Patienten stark funktionell veranlagte Patienten sind, und diese Fälle sind es ja gerade gewesen, die Liek und andere veranlaßt haben, sich ablehnend zur Operation zu stellen, aber die 80—86% Erfolge müssen uns über die 14—20% Mißerfolge trösten. Wahrscheinlich würde die Zahl der weniger guten Erfolge noch geringer sein, wenn man die Auswahl nach der neurotischen Seite noch etwas sorgfältiger getroffen hätte.

Meist kamen die Patienten in solch herabgesetztem Ernährungszustand in unsere Hände, daß wir ex indicatione vitale operierten.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal sagen:

1. Die hyperkinetische oder spastische Obstipation ist keine Indikation zu einem chirurgischen Eingriff.
2. Die durch Gastro- und Enteroptose bedingte Obstipation wird durch eine geeignete Magenoperation in 80—86% geheilt.
3. Nur in günstig liegenden Fällen von Obstipation vom Colon ascendens typus führt die Ileokolostomie Heilung herbei. Zweimal mußte ich eine sekundäre totale Kolonresektion ausführen.
4. Auch das Makro- und Megasigmoideum kann die Ursache der Obstipation sein und ist zu resezieren.
5. In geeigneten Fällen ist die Gantsche Valvidotomie imstande, in über 70% der Fälle Dauerheilung herbeizuführen.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Tuberkulose abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1886 geborene Bahnsteigschaffner K. K. war von 1907 bis 1909 aktiv, würde 1914 am 3. 8. eingezogen und kam am 28. 10. wegen schwerer Verwundung an der rechten Hand ins Lazarett. In den Krankenblättern und im Entlassungszeugnis wurde die Lunge als gesund befunden. Er war in Lazarettbehandlung bis zum 13. 7. 1915. Es handelte sich um Verlust des zweiten und dritten Fingers rechts, Versteifung des fünften Fingers und Beschädigung der linken Hand, sowie starke Beeinträchtigung der Greiffähigkeit. Er wurde am 30. 9. mit 70% Erwerbsminderung infolge Dienstbeschädigung entlassen. 1918 im August Nachuntersuchung, Erwerbsminderung = 60%. Lungenbefund ist damals nicht erhoben. 1919 Januar und Februar war er wegen Rheumatismus an der linken Hand erkrankt. 1921 Umanerkennung, Erwerbsminderung = 40%. Klagen von Seiten der Lunge liegen nicht vor. 1922 November durch Gerichtsbeschluß nach Berufung Erwerbsminderung = 70%. 28. 11. 1925 an den Folgen einer Hirnhautentzündung gestorben. Die Nachforschungen 1926 ergeben, daß K. 1921 vom 5. 11. bis 31. 12. wegen chronischen Rachen- und Bronchialkatarrhs bei Dr. R. in Behandlung stand, 1923 wegen Karbunkels an der Oberlippe; in den Zwischenzeiten, also zwischen 1921 und 1923, war er wegen katarrhalischer Störungen des Rachens und der Lunge häufig in der Sprechstunde, wobei ihm öfters zum Aussetzen des Dienstes geraten wurde, was K. aber aus Angst vor Abbau ablehnte. Das lange Anhalten der katarrhalischen Erkrankungen, das öftere Wiederauftreten derselben, die nicht vollständige Ausheilung, der dürftige Ernährungszustand, auch der verdächtige Befund auf den Lungenspitzen, der manchmal, besonders rechts, nicht ganz freies, reines Atmungsgeräusch hören ließ, erweckten mir damals schon den Verdacht, daß die Erkrankung tuberkulöser Natur sein könnte. Dieser Verdacht wurde durch den weiteren Verlauf bestätigt. Der Grund dazu wurde nach ärztlichem Ermessen gelegt durch die lange Eiterung des rechten Arms und die dadurch bedingte Entkräftung.

Zu diesen Ausführungen ist zunächst zu bemerken, daß eine lange Eiterung der Wunden überhaupt nicht bestand und daß K. nur wegen der hochgradigen Verstümmelung und den Beweglichkeitsversuchen etwa 9 Monate im Lazarett verblieben war. Und dann blieb es bei dem Verdacht; der Versuch zur Feststellung der Tuberkulose wurde nicht gemacht.

Ein zweites Zeugnis, ebenfalls von 1926, sagt aus, daß K. am 28. 11. 1925 an einer tuberkulösen Hirnhautentzündung gestorben sei, die im Anschluß an Hodentuberkulose auftrat. Vor Beginn der zur Operation führenden Hodentuberkulose bestand eine fieberhafte, mit Bronchitis verbundene Erkrankung, die im Zusammenfallen mit einer Grippeepidemie als Grippe aufgefaßt wurde und sich sehr in die Länge zog. Der Verdacht auf eine tuberkulöse Aetiologie dürfte durch die nachfolgende und sicher tuberkulöse Hodeneiterung (käsige Form) bestätigt worden sein. Nachdem nun die Nachfrage bei dem früher behandelnden Dr. R. eine Spitzentuberkulose ergeben hat — in Wirklichkeit wurde 1920 ein Rachenkatarrh mit Bronchitis vom Jahre 1921 nachträglich als tuberkulös angesprochen — und der ganze Verlauf der Erkrankung für den primären Herd in der Lunge spricht, ist eine (nochmalige) Prüfung angebracht, ob nicht der Keim in der Zeit der Kriegs- und Lazarettleiden gelegt worden ist. Auch psychische Wirkungen einer so erheblichen Verstümmelung auf die Widerstandsfähigkeit ist nicht leicht abzuleugnen. Der Verstorbene hat darunter mehr gelitten, als mancher andere und hat stets einen sehr gedrückten Eindruck gemacht. Bei der Beurteilung und Behandlung bin ich von dem Zusammenhang der Hodentuberkulose mit einer latenten Lungentuberkulose überzeugt gewesen. Gez. Dr. W.

Im Juli 1925 hat Prof. H. die Hoden und Nebenhoden wegen Tuberkulose entfernt. Er gibt an, daß es sich um eine Tuberkulose beider Hoden und Nebenhoden gehandelt hat und sagt mündlich aus, daß Herz und Lungen vor der Operation von ihm untersucht worden seien und insbesondere die Lungen keine nachweisbaren Erscheinungen von Tuberkulose aufgewiesen hätten. Ein Krankenblatt sei nicht geführt worden.

Beurteilung:

Es liegen folgende Tatsachen vor: 1. K. ist wegen einer schweren Verwundung der Hand vom Oktober 1914 bis Juli 1915 in Lazarettbehandlung gewesen. Eine längere Eiterung bestand nicht. Während der Behandlung und auch späterhin bis 1921 sind Erscheinungen von Seiten der Lungen nicht aufgetreten. 2. 1921 ist zunächst ein Rachenkatarrh und Bronchialkatarrh im November und Dezember aufgetreten, welcher aber zunächst nicht tuberkulös angesprochen wurde. K. war damals Bahnsteigschaffner. In der Folgezeit ist er dann wegen katarrhalischer Störungen des Rachens und der Lungen häufig in die Sprechstunde gekommen. Der behandelnde Arzt hat damals, also zwischen 1921 und 1923, einen verdächtigen Befund über den Lungenspitzen — manchmal rechts nicht ganz reines Atemgeräusch — festgestellt und hat deshalb den Verdacht auf Tuberkulose gefaßt. 3. 1925 ist er im Sommer zunächst an einer Grippe erkrankt, welche sich länger hinzog und mit Fieber und Bronchitis verlief. Daran hat sich eine Hodentuberkulose angeschlossen, welche dann operiert wurde. Die Untersuchung der Lunge vor der Operation hat nachweisbare Erscheinungen von Tuberkulose nicht ergeben. Nach der Operation hat sich dann im weiteren Verlaufe eine tuberkulöse Hirnhautentzündung eingestellt, der K. erlag.

Es handelt sich hier um die Frage, ob die tuberkulöse Hodenentzündung und ihre Folgen, die tuberkulöse Hirnhautentzündung, irgendwie mit Kriegseinflüssen in Zusammenhang zu bringen ist, insbesondere mit dem langen Lazarettaufenthalt und mit dem psychischen Einfluß infolge der Verstümmelung.

Zunächst sei festzustellen, daß infolge der Verwundung eine lange Eiterung nicht stattgefunden hat. Die Wunden haben sich vielmehr nach den Krankenblättern schon nach etwa 2 Monaten völlig geschlossen. Die lange Zeit im Lazarett war deshalb notwendig, weil zunächst plastische Operationen und dann Bewegungsübungen angestellt wurden, wie die Krankenblätter ergeben.

Es ist nun bekannt, daß langer Lazarettaufenthalt, insbesondere bei lange eiternden Wunden, leicht eine schon bestehende Tuberkulose wieder mobilisiert. Aber in diesen Fällen traten die tuberkulösen Erscheinungen während oder kurz nach dem Lazarettaufenthalt auf, und die Tuberkulose pflegte in solchen Fällen sehr rasch zu verlaufen.

Im vorliegenden Falle sind während der Lazarettbehandlung und einige Zeit nachher irgendwelche Erscheinungen der Lunge, die auf Tuberkulose deuten könnten, nicht aufgetreten. Vielmehr sind die ersten katarrhalischen Erscheinungen, zunächst in der Form eines Rachenkatarrhs, mit Bronchialkatarrh, erst 1921, also 6 Jahre nach der Entlassung, aufgetreten. Es liegt bis zu dieser Zeit beiden Nachuntersuchungen kein Befund vor, der irgendwie auf eine Erkrankung der Lungen und insbesondere auf eine tuberkulöse Erkrankung deutete K. war Bahnsteigschaffner und als solcher leicht Erkältungen ausgesetzt, und es ist damit, daß zwischen 1921 und 1923 verdächtige

Erscheinungen über der rechten Lungenspitze, lediglich bestehend in nicht ganz reinem Atemgeräusch, festgestellt wurden, noch nicht gesagt, daß es sich zwischen 1921 und 1923 um eine Tuberkulose handelte. Die Gründe, die der behandelnde Arzt Dr. R. hierfür anführt, das lange Anhalten der katarrhalischen Erkrankungen, ihr öfteres Wiederauftreten, die nicht vollständige Ausheilung und der dürftige Ernährungszustand, können ebensogut auf den Dienst als Bahnsteigschaffner zurückgeführt werden und auf die zeitlichen wirtschaftlichen Verhältnisse. Im Gegenteil, wäre durch den Lazarettaufenthalt eine Tuberkulose wieder aufgeflackert, so ist erfahrungsgemäß mit Sicherheit anzunehmen, daß sie bei dem Erkältungen besonders ausgesetzten Berufe des Bahnsteigschaffners schon wesentlich viel früher aufgetreten wäre.

Ausschlaggebend ist vielmehr das Zeugnis des Dr. W. Darnach war vor der Hodentuberkulose eine Grippe aufgetreten, die sich sehr in die Länge zog. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese lang sich hinziehende fieberhafte Erkrankung mit Bronchitis durch diese Infektion, was sie nun auch gewesen sein mag, nichts anderes war als ein tuberkulöser Schub, ausgelöst durch eine fieberhafte Infektion, wahrscheinlich durch eine Grippe. Der Befund des Dr. R. über der rechten Spitze kann vielleicht als alter, wahrscheinlich in der Jugend erworbener Herd gedeutet werden, und der weitere Verlauf von 1925 ab legt nahe, daß es sich damals um eine Generalisierung der Tuberkulose handelte, welche auch zur Hodentuberkulose führte und im weiteren Verlaufe dann zur tuberkulösen Hirnhautentzündung. Ob der weitere Verlauf bis zur tuberkulösen Hirnhautentzündung durch den chirurgischen Eingriff begünstigt war, läßt sich mit Sicherheit jetzt nicht mehr sagen.

Nach diesen Ausführungen liegt also der Fall so, daß K. 1915 lungengesund entlassen wurde, daß bei ihm nach 6 Jahren ein chronischer Kehlkopf- und Bronchialkatarrh festgestellt wurde, der bis 1923 anhielt, in wechselnder Stärke und mit aller Wahrscheinlichkeit durch den Dienst als Bahnsteigschaffner verursacht wurde. Dann folgte eine Pause, in der von Seiten der Lungen keine Erscheinungen auftraten bis zum Sommer 1925, wo ein tuberkulöser Schub, eine Generalisation der Tuberkulose, wahrscheinlich infolge einer Grippe, auftrat, die dann späterhin durch Ausschüttung der Keime in die Blut- und Lymphbahnen zu einer Tuberkulose der Hoden und der Hirnhäute führte, der auch K. erlag. Es bestand also nach dem Lazarettaufenthalt 1914/15 eine Pause von 6 Jahren, und die dann aufgetretenen Erscheinungen von Seiten der Lungen und des Kehlkopfs sind so, wie der Fall liegt, nicht mehr Folge des Lazarettaufenthalts, der Kriegseinflüsse, sondern lediglich Folge des Erkältungen ausgesetzten Berufes. Dann folgte wieder eine längere Pause von 1923/25, und erst durch die Infektion 1925 ist eine allgemeine erneute Generalisierung der Tuberkulose aufgetreten, als Folge einer einleitenden Grippe. Nach diesen Ausführungen kann ein Zusammenhang zwischen D. B. und Tod nicht als wahrscheinlich angenommen werden.

Die in der Zeit vor dem Tode aufgetretene psychische Depression spielt für die Entstehung der Tuberkulose keine wesentliche Rolle.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Lungentuberkulose abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1885 geborene Buchhalter P. S. wurde im April 1915 eingezogen, kam am 10. 9. 1918 wegen Grippe und rechtsseitiger Rippenfellentzündung ins Lazarett. Nach dem Krankenblatt hat er schon seit seiner Kindheit mit Atemnot und Herzklopfen zu tun gehabt und ist angeblich wegen eines Herzfehlers garnisonverwendungsfähig geworden. Ueber das Letztere liegen Unterlagen nicht vor. 1918 im August kam er jedoch wieder ins Feldrekrutendepot. Von dort nach M. beurlaubt, ist er an Husten und Stechen in der rechten Seite erkrankt und zwar will er die Schmerzen in der rechten Seite schon seit März 1918 infolge Erkältung auf einem nassen Strohsack gehabt haben. In Behandlung ist er aber nicht deswegen gewesen. Es wurde damals rechts hinten unten eine Dämpfung festgestellt, außerdem ein blasendes Geräusch im ersten Spitzenton. Der Röntgenbefund ergab: Das ganze rechte Lungenfeld verschleiert, die rechte Spitze und der untere Teil am meisten. Vom verbreiterten Hilus nach dem Mittelfeld horizontal verlaufende Stränge. Mehr nach unten hin verwaschene Partie mit Fleckung. Im linken Oberlappen mehrere verwaschene Stellen. Diagnose: rechts pleuritische Schwarte, tuberkulöser Prozeß der rechten Spitze und des Mittelfeldes, frischer Herd im rechten Oberlappen. Er war deswegen im Lazarett vom 10. 9. bis 22. 10. 18 und wurde dann dem Genesungsheim F. überwiesen, aus dem er am 3. 12. 1918 endgültig entlassen wurde.

Er ist dann nach seinen eigenen Angaben nicht mehr krank gewesen bis zum April 1925. Er hatte damals eine starke Erkältung, wie Husten und Auswurf, ist etwa 3 Wochen damit herumgelaufen und ging dann Mitte April zum Arzt, weil er Fieber und Nachtschweiße hatte. Daran anschließend lag er 3 Wochen im Bett. Der Arzt hieß die Krankheit Lungenkatarrh. Die Nachforschungen bei der Krankenkasse ergaben, daß er vom 27. 4. bis 9. 5. 1925 wegen Lungenkatarrhs in Behandlung stand und vom 3. 9. bis 18. 12. im Kurhaus T. zur Erholung war.

Im Oktober 1925 hat er dann Versorgungsantrag wegen Lungenleidens gestellt, das er auf die Kriegsstrapazen im allgemeinen und auf die Grippe im September 1918 zurückführte. Als Kind hätte er wohl Atembeschwerden gehabt, sei aber nie krank gewesen. Der Herzfehler könne wohl durch Radfahren gekommen sein, das er vom 12. Jahr ab eifrig betrieben habe.

Klagen:

Müdigkeit, Stechen auf der rechten Seite, Ziehen nach der Schulter hin, morgens und abends Husten und Auswurf.

Befund:

40 Jahre alt, 170 cm groß, 65,5 kg in Unterkleidung, 36,5 Körperwärme 10 Uhr vormittags Achsel, 80/86 cm Brustumfang, 79/82 cm Nabelumfang. Mäßig kräftige Muskulatur, kräftiger Knochenbau, befriedigender Ernährungszustand, frühzeitig gealterter Mann mit ergrautem Haupthaar, zeitweise Stottern. Zähne gut, vom Rauchen etwas gebräunt. Brustkorb mäßig breit. In den oberen Partien etwas flach. Schlüsselbeingruben leicht eingesunken, besonders rechts; von hinten gesehen rechts etwas zurückbleibend. Grenzen vorn 6. Rippe, hinten 11. Brustwirbeldorn, rechts hinten unten wenig verschieblich. Klopfschall über der rechten Spitze, bis zur 3. Rippe hin gedämpft. Ebenso bis zur Schulterblattgräte. Atmung daselbst, ebenso wie stellenweise in den abhängigen Partien rechts, rauh, scharf, aber auch nach Aushusten kein Rasseln, keine krankhaften Nebengeräusche. Kein Husten, kein Auswurf. Herz: Spitzenstoß, Pulsation = 0, Grenzen M. r. 3, M. l. 8,5, H. 5 cm. Töne rein. Puls im Stehen 84, regel- und gleichmäßige Schläge nach 10 Kniebeugen von 5 : 5 Sek. gemessen 10, 10, 9, 9, 9, 8, 8, 8, 7, 7. Atmung nach weiteren 10 Kniebeugen von 15 : 15 Sek. gemessen 8, 7, 7, 6, 5, 5. Blutdruck 100/110 mm Hg. R. R. Eingeweide des Unterleibs o. B. Harn frei von Eiweiß und Zucker. Röntgenbefund: Die oberen Interkostalräume rechts sind verschmälert, die obere Hälfte des rechten Lungenfeldes ist durchsetzt von sehr dichten Streifen- und Fleckenschatten, das rechte Zwerchfell außen adhärent. Herz und Mediastinum sind nach rechts verzogen.

Beurteilung:

Zunächst ist die Frage der Dienstbeschädigung für die Erkrankung im September 1918 auf Urlaub zu klären. Nach seinen eigenen Angaben hat S. schon seit der Schulzeit an Atembeschwerden und Herzklopfen gelitten, wenn er auch nie deswegen beim Arzt war. Nun ist er während seiner Dienstzeit nach seinen Angaben und aktenmäßig nicht erkrankt, wohl aber 1918 auf Urlaub. Wie er angibt, hat er die Schmerzen auf der rechten Brustseite, wegen welcher er dann späterhin im Urlaub ins Lazarett kam, schon seit März 1918 infolge Erkältung auf einem nassen Strohsack verspürt. Unterlagen liegen hierfür nicht vor, aber der Zusammenhang, daß er tatsächlich im März sich erkältet hat, zumal, da er anscheinend schon vor der Einstellung in der Jugend lungenkrank war, mit der später folgenden, durch eine Grippe ausgelösten Brustfellentzündung als Schub eines schon bestehenden Lungenleidens, ist namentlich im Hinblick auf den Röntgenbefund von der Lazarettbehandlung 1918 nicht unwahrscheinlich. Denn dieser Befund spricht mit Sicherheit in der Hauptsache wenigstens rechts für einen alten Befund.

Wenn nun auch für eine Grippe im allgemeinen Dienstbeschädigung für das Spätjahr 1918 nicht angenommen wird, weil diese Krankheit damals ganz allgemein verbreitet war, so ist doch in diesem Falle Dienstbeschädigung anzunehmen, weil sie ein mit aller Wahrscheinlichkeit schon bestehendes Leiden verschlimmert hat, also eine Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung. Ferner ist es ebenfalls nach dem Röntgenbefund vom Jahre 1918 sehr wahrscheinlich, daß der Prozeß auf der rechten Lunge, der 13 Tage nach seiner Lazarettaufnahme niedergelegt wurde, nicht im Felde entstanden ist, weil weder die Unterlagen noch die Aussagen des S. hinsichtlich einer Krankmeldung während seiner Dienstzeit einen Anhaltspunkt hierfür geben. Es mag sich also damals zunächst um einen alten Prozeß gehandelt haben, der im Kriege keinerlei Erscheinungen gemacht hat, also ruhte, bis er durch die Grippe im September 1918 mobilisiert wurde und sich auch links ausbreitete, wo im Oberlappen ein frischer Herd, wahrscheinlich eben als Folge der Mobilisierung durch die Grippe, festgestellt wurde. Aus denselben Gründen wurde dem S. mit aller Wahrscheinlichkeit nach seiner Entlassung aus dem Lazarett noch ein Erholungsurlaub im Sanatorium F. verordnet.

Aber mit aller Wahrscheinlichkeit ist der Prozeß sowohl auf der rechten, wie auf der linken Lunge, behoben worden durch die Behandlung, denn S. hat sich von 1918 bis 1925 auch nach seinen eigenen Angaben nicht krank gemeldet. Die Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung war also durch die Behandlung behoben.

Nun ergibt der heutige Röntgenbefund im wesentlichen denselben Befund wie im September 1918, jedoch ohne den frischen Herd im linken Oberlappen und außerdem mit einer Verlagerung des Herzens und Mittelfellraums nach rechts, ein Zeichen, daß mit der Zeit eine gewisse Schrumpfung des rechten Lungenflügels, wenigstens teilweise, eingetreten ist, daß also der Prozeß, wie auch aus dem Verlaufe hervorgeht, bis 1925 wieder geruht hat. Im Frühjahr 1925 ist nun eine Erkältung mit starkem Husten und Auswurf aufgetreten, und erst als F. Fieber und Nachtschweiße bekam, hat er sich zum Arzt begeben. Und im Herbst 1925 hat er dann eine Erholungskur durchgemacht.

Da nun nach den vorhergehenden Ausführungen heute mit aller Wahrscheinlichkeit derselbe Prozeß besteht wie vor der Einstellung, da ferner das Wiederaufflackern des Prozesses 1925 durch eine Erkältung bedingt war, bei der Kriegseinflüsse sicherlich keine Rolle mehr spielen, da weiterhin die Verschlimmerung des alten Prozesses im Felde durch die Lazarettbehandlung 1918 behoben war, kann für den heutigen Zustand Dienstbeschädigung nicht mehr angenommen werden, weil nach den Ausführungen der Zustand von der Zeit vor der Einstellung wieder hergestellt ist, schon bei der Entlassung wieder hergestellt war und in der Zwischenzeit keine Brückensymptome aufgetreten sind, die auf ein Fortschreiten dieses alten Prozesses hindeuten, also eine Neuerkrankung vorliegt, auf Grund eines schon vor der Einstellung bestandenen Zustandes, dessen vorübergehende Verschlimmerung im Felde durch Behandlung völlig behoben war. Die Erwerbsminderung beträgt 30%, keine Dienstbeschädigung.

Kongreß-Berichte.

I. Internationaler Kongreß für Sexualforschung.

(Berlin, 10.—16. Oktober 1926.)

Bericht von Dr. Curt Alsberg, Charlottenburg.

(Schluß.)

IV. Soziale Hygiene und Eugenik.

Almkvist (Stockholm): **Der Rückgang der Geschlechtskrankheiten in Schweden und seine Lehren.** Gleichzeitig mit der Aufhebung der Reglementierung der Prostitution trat 1919 in Schweden ein Gesetz in Kraft, nach dem jeder, der an einer venerischen Krankheit leidet, verpflichtet ist, sich ärztlich behandeln zu lassen und den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten, bis er, auch bezüglich der Ansteckungsgefahr, für gesund befunden wird. Dafür hat andererseits jeder ein Recht auf kostenlose Behandlung seitens bestimmter Aerzte oder Kliniken und auf kostenfreie Arzneimittel und Verbandstoffe. Die Kosten übernimmt der Staat. Ferner sieht das Gesetz vor: 1. Aufklärung über Geschlechtskrankheiten, 2. Ermittlung der Infektionsquellen, 3. die Verhinderung neuer Infektionen. Das letztgenannte Ziel sucht man zu erreichen: durch Empfehlung von Präventivmitteln, persönliche Prophylaxe, Strafbestimmungen, wenn eine Person den Beischlaf vollzieht, bevor sie vom Arzt gesund geschrieben war, schließlich durch das Eheverbot unter denselben Verhältnissen.

Aus der seit 1919 in Schweden einsetzenden, fortgesetzten Abnahme der Zahl der Geschlechtskrankheiten schließt Verf., daß 1. die Prostituiertenreglementierung überflüssig ist, 2. das Wesentlichste bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten eine den breiten Volksmassen vermittelte Gelegenheit zu guter ärztlicher Behandlung ist und 3. das Vergnügungsleben, mit dessen Abflauen seit 1919 das Sinken der Kurve der Geschlechtskrankheiten auch im Zusammenhang steht, einen wichtigen Einfluß auf die Ausbreitung derselben hat.

Jadassohn (Breslau): **Syphilisrückgang und Salvarsan.** Vortragender berichtet über das Resultat einer paneuropäischen Umfrage über die Salvarsantherapie, die von 51 Fachleuten aus 19 Ländern — Deutschland und Oesterreich ausgenommen — beantwortet wurde. In den meisten ausländischen Staaten ist seit dem Kriege eine deutliche Abnahme der Syphilis zu verzeichnen, während die Gonorrhoe nur wenig oder gar nicht abgenommen oder sogar zugenommen hat. Als Grund dieser Erscheinung wird fast ausnahmslos — gegenüber der Gonorrhoe, bei der die Therapie keine wesentlichen Fortschritte gemacht hat — der hervorragende Wert des Salvarsans für die Luestherapie angesehen, dessen relativ große Ungefährlichkeit bei Vorsicht in Fabrikation und Anwendung allgemein betont wird. — Ueber den Einfluß des Salvarsans auf die Frequenz von Tabes, Paralyse und Aortitis lassen sich noch keine endgültigen Angaben machen; immerhin ist nirgends eine Vermehrung dieser Krankheiten aufgetreten, die man in Zusammenhang mit Salvarsan bringen könnte. Einzelne behaupten sogar noch nie einen gut und von Anfang an mit Salvarsan behandelten Fall gesehen zu haben, in dem diese Späterkrankungen aufgetreten seien.

Bohn (Plötzensee): **Ueber den Stand der Prostitutionsfrage.** Die Entwicklung der Prostitutionsfrage in den letzten 5 Jahren ist eine gewaltige. Fast die gesamte Kulturwelt stand bis 1870 unter dem Bann des Reglementarismus. Jetzt hat der Abolitionismus seinen Siegeszug angetreten und durchdringt ein Land nach dem andern, auch Deutschland, wo man allmählich erkannt hat, daß die Reglementierung die Prostitution weder erfaßt noch saniert. Während die Aerztewelt fast insgesamt jetzt auf Seiten des Antireglementarismus steht, ist der Reglementarismus noch vertreten in juristischen und Verwaltungskreisen. — Verf. stellt folgende Gesichtspunkte für die Neuordnung der Prostitutionszustände auf: Trennung der hygienischen Frage der Geschlechtskrankheiten von der verwaltungstechnischen Seite der Angelegenheit und besondere Behandlung der hygienischen Seite durch ein besonderes Gesetz. Bestrafung der Prostitution in Fällen dauernder, unverbesserlicher Beeinträchtigung der öffentlichen Ordnung. Umfassende Fürsorge, vor allem Versorgung der schwachsinnigen Elemente, die einen großen Anteil zur Prostitution stellen. Internationale Bekämpfung des Mädchenhandels. Fernhalten der ausländischen Einwanderung von Prostitution, die früher über 40% zum Kontingent der Bordellmädchen in Deutschland stellte.

Von der Durchdringung weiter Länder mit der Idee des Antireglementarismus erhofft Verf. einen bedeutenden sittlichen Fortschritt der Völker; erst dadurch wird der Weg freigemacht für eine zielbewußte sexuell-sittliche Erziehung von Volk und Jugend.

Marcuse (Berlin): **Der Zeugungswert der Verwandtenehe.** Konsanguinität der Vorfahren bedeutet für die Nachkommen eine Häufung an bestimmten Erbmassen, da an der Zusammensetzung und dem Aufbau des Individualplasmas im Falle der elterlichen oder vorelterlichen Blutsverwandtschaft eine geringere, d. h. eine weniger vielfältige Menge von Erbfaktoren teilnimmt, als im Falle der Nichtverwandtschaft. Dieser Mangel an Buntheit der Erbstruktur schließt einerseits eine Herabsetzung möglicher Entwicklungsweisen, andererseits eine Intensivierung gegebener Entwicklungsmöglichkeiten ein — beides nach der wertpositiven und -negativen Seite. Die praktisch bedeutsamste Wirkung der Verwandtenpaarung ist die Häufung krankhafter rezessiver Erbanlagen, die es verursacht, daß aus solchen Ehen trotz der persönlichen (phänotypischen) Gesundheit der Gatten selbst manifest kranke Kinder hervorgehen können — nämlich, wenn die beiden Partner mit der gleichen (rezessiven) Krankheitsanlage im

Erbplasma behaftet sind. Für die ärztliche Eheberatung ist in jedem einzelnen Falle die Gesundheitsgeschichte der Familien der Ehekandidaten genauestens zu erforschen, wobei die Hauptaufmerksamkeit auf rezessive Plus- und vor allem Minusvarianten zu richten ist, um daraus das individuelle Erbbild zu erschließen. Danach ist unter wesentlicher Berücksichtigung des Verwandtschaftsverhältnisses die Zeugungsprognose nach Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit zu stellen. Angesichts der großen Verbreitung rezessiver Erbübel und der Homozygose-Wirkung der Verwandtenpaarungen müssen diese in der Mehrzahl der Fälle in praxi fortpflanzungshygienisch bedenklich erscheinen. Aber wenn das familiäre Erbgut unversehrt oder gar besonders gut qualifiziert ist, kann von einer Gefährdung der Nachkommenschaft durch die bloße Tatsache der elterlichen Konsanguinität nicht die Rede sein. Gelegentlich kann sogar das Gegenteil zutreffen. Dominant-erbliche Familienübel sind, wenn nicht die Partner selbst mit ihm manifest behaftet sind, belanglos, da sie in solchem Falle auch aus dem Keimplasma ausgeschieden sein müssen. In den häufigen Fällen einer Mischung tüchtiger und untüchtiger Erbanlagen wird die Stellungnahme des ärztlichen Eheberaters von der biologischen und kulturellen Bewertung und von der spezifischen Erbvalenz der verschiedenen idioplasmatischen Anteile abhängig sein — nicht anders als bei jeder Eheberatung. Rein eugenisch läßt sich jedoch über die Verwandtenehe auch bei zweifelhafter Güte des Keimplasmas eine gewisse Befriedigung empfinden. Denn einmal zeigt sich bei der Wahl des Gatten aus der eigenen Familie nicht selten eine Art „potenzierten Rassegefühls“, das auch der Keim (freilich auch Auswuchs) der rassenhygienischen Gesinnung ist; zweitens macht die Verwandtenehe andernfalls unerkannt und unbekannt bleibende kranke Erbstämme oft erst kenntlich und fördert somit die Sammlung und möglichste Vermehrung der gesunden Idioplasmastämme — das wesentlichste Ziel der Eugenik.

Matjuschenko (Prag): **Die eugenische Sterilisierung.** Die europäische Praxis der eugenischen Sterilisierung ist sehr gering. Die amerikanischen Erfahrungen beziehen sich auf über 6000 Fälle. Sie zeigen völlige Unschädlichkeit des Sterilisationsverfahrens (Vasektomie bzw. Salpingektomie), sind aber von einem durchdringenden eugenischen Effekte noch weit entfernt. Die Bedenken, die gegen die eugenische Zwangssterilisierung erhoben werden, sind: 1. Einschränkung der persönlichen Freiheit; hierüber sind die Juristen noch sehr verschiedener Meinung. 2. Es ist nicht erwiesen, daß die Nachkommen minderwertiger Eltern auch minderwertig sein müssen; jedoch ist die Sterilisation schon bei der Wahrscheinlichkeit eines minderwertigen Nachwuchses indiziert. 3. Kulturgefahr; denn von Psychopathen und Geisteskranken können Genies geboren werden. Dieser Einwand wird dadurch entkräftet, daß von geistig Normalen sicher nicht weniger Genies geboren werden.

Die Indikation zur eugenischen Sterilisierung erstreckt sich auf genuine Epilepsie, angeborenen Schwachsinn, schweren Alkoholismus, Gewohnheitsverbrecher u. a. Vortragender schlägt zum Zwecke einer passenden Auswahl der für Zwangssterilisierung geeigneten Fälle die Bildung einer Sachverständigenkommission vor, die sich aus Psychiatern, Juristen und Hygienikern zusammensetzen soll. Vorläufg kann nur eine freiwillige Sterilisierung in Betracht kommen.

Grotjahn (Berlin): **Eugenik und wirtschaftliche Bevorrechtung der Elternschaft.** Die aktuellen Fragen liegen vor allem auf dem Gebiete der quantitativen Eugenik. Die ideale Forderung der Eugenik ist in Deutschland eine Durchschnittsgeburtenziffer von 3,4; bzw. 3 Kinder müßten über das 5. Lebensjahr hinaus aufgezogen werden, um den Bevölkerungsbestand gerade zu erhalten. Um diesem Ideal praktisch nahe zu kommen, fordert Verf. vor allem wirtschaftliche Bevorrechtung der Elternschaft durch Gehaltszahlungen nach dem Familienstande, Abschaffung der sogen. Soziallöhne, Elternschaftsversicherung. Einen wesentlichen Einfluß üben auf das Bevölkerungsproblem die Präventivmittel aus. Sie haben zwar den Vorteil, daß wir durch sie die eugenische Auslese in der Hand haben, hingegen den Nachteil, daß der Geschlechtstrieb keine Nachkommenschaft mehr gewährleistet. Daher sind auch die Eheberatungsstellen nicht ganz unbedenklich, da Präventivmittel auch unter ärztlichem Druck verbreitet werden können.

Zahn (München): **Die kinderreiche Familie und die Sozialpolitik.** Die Familie gibt die Qualitätsmenschen dem Staat, sie ist Trägerin des Erbguts von Tüchtigkeit und sittlichem Wollen, aus dem die Nation lebt und sich verjüngt. Deshalb muß angesichts des Geburtenrückgangs und des Verlustes des Familienlebens an innerem Gehalt in den letzten Jahrzehnten eine systematische Familienpolitik getrieben werden, und zwar: a) durch erhöhte Gesundheitspflege und Erziehungsfürsorge, b) durch Verbesserung der wirtschaftlichen Lebensbedingungen der kinderreichen Familie, c) durch Hebung der sittlichen Grundlagen der Familie.

Die Gesundheitspflege und Erziehungsfürsorge hat Einrichtungen wie Heiratszeugnisse, Eheberatungsstellen, ferner Einrichtungen für Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder, Berufsschulkinder, Haus- und Familienpflege zu fördern, die hauswirtschaftliche Ausbildung der Frauen und Töchter, die Rationalisierung der Haushaltsführung weiter zu entwickeln. — Die wirtschaftliche Fürsorge muß den Kinderreichen innerhalb seiner sozialen Schicht so zu stellen suchen, daß die Ungunst seiner Lage gegenüber Kinderarmen und Ledigen seiner Schicht behoben und möglichst ins Gegenteil gekehrt wird. Darauf haben die kinderreichen Familien aller Stände wegen ihrer staatsbürgerlichen Mehrleistung im Vergleich zu den Kinderlosen und Ledigen Anspruch, den auch die deutsche Reichsverfassung (Art. 118) in Form eines Ausgleichs anerkennt. — Die Stärkung der ethischen Grundlage der Familie verlangt eine geistige und moralische Kriegsführung gegen gewisse Schäden unserer Gesellschaft. Haus, Schule, Kirche, Staat, Kunst, Wissenschaft, Presse, Rundfunk müssen dazu beitragen, den Familiensinn zu vertiefen.

Soweit vermehrte Aufwendungen aus dem öffentlichen Haushalt durch die Familienpolitik veranlaßt werden, sind sie nichts anderes als nationale Versicherungsprämien im Interesse der physischen, sittlichen und geistigen Gesunderhaltung der nationalen Produktivkraft, sind sie unerläßliche Spesen der nationalen Zukunft des einzelnen Volkes.

Jul. Wolf (Berlin): **Geburtenrückgang und Sexualmoral.** Bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts förderte die Sexualmoral der abendländischen Völker die Zeugung direkt und indirekt, direkt durch das religiöse Gebot der Fruchtbarkeit, indirekt durch die religiöse Aechtung des Sexualgenusses als Endzweck. Die Sexualmoral von heute hemmt die Zeugung direkt und indirekt, direkt durch die Forderung verantwortungsbewußter Zeugung, indirekt durch die Gutheißung des Geschlechtsgenusses als solchen, dessen Trennung vom Zeugungsakt durch die fortschreitende Kenntnis und Anwendung der Präventivmittel erleichtert wird. — Die Brentanosche Theorie, welche den Geburtenrückgang auf den steigenden Wohlstand zurückführt, rührt nicht an den Grund der Tatsachen. In Wahrheit ist der Wandel der Sexualmoral die Folge eines allgemeinen Bruches mit der Tradition, eines neuen Lebensstils, der Steigerung des Selbstbewußtseins, der fortschreitenden Emanzipation der Massen und im besonderen der Frau.

Engelsmann (Kiel): **Die Beziehungen zwischen Geburtenrückgang und Fehlgeburten.** Aufschluß über den Geburtenrückgang kann nur eine Untersuchung über die Fehlgeburten geben, deren Zahl in Deutschland von Jahr zu Jahr steigt. Größere Untersuchungsreihen ergaben, daß der Geburtenrückgang durch Abnahme der Geburten in den kinderreichen Familien bedingt ist und daß das Mißverhältnis zwischen Geburten und Fehlgeburten sich mit steigender Konzeptionsziffer erhöht. Daraus ergibt sich, daß die überwiegende Zahl der Aborte absichtlich herbeigeführt ist und daß die eigentliche Ursache der Geburtenabnahme die Zunahme der Fehlgeburten ist.

Marcuse (Berlin): **Zeugungsunlust und Präventivverkehr in der Ehe.** Der Geburtenrückgang, insbesondere auch der eheliche, ist ganz überwiegend die Wirkung willkürlicher Geburtenverhütung. Wollen wir die gegenwärtige Erscheinung der Verknüpfung von Ehelust und Elternschaftsunlust verstehen, so dürfen nicht die außerordentlichen Verhältnisse der jüngsten Zeit der Betrachtung zugrunde gelegt werden. Zwar muß man im Hinblick auf Teuerung, Erwerbstätigkeit der Frau, Arbeitslosigkeit und Wohnungsmangel die Geburtenbeschränkung für weite Kreise schlechthin als Notwehrakt anerkennen; aber man hat dabei zu beachten, daß diese Entwicklung eine ganz sekundäre und für das Verständnis der neuzeitlichen Präventivsitten unwesentliche ist. Der Wille der Ehegatten zur Kinderlosigkeit und Kinderarmut im Gegensatz zu dem Wunsch nach Kindersegen früherer Generationen ist Ausdruck und Wirkung jenes geistig-seelischen Prozesses, der den naiven Sexualtyp des Menschen in einen rationalen verwandelt hat.

Stellung des Arztes: Ueberall, wo der (eheliche) P. V. therapeutischen oder prophylaktischen Indikationen gemäß ist, also der Heilung oder der Vorbeugung von Krankheiten dienen soll, sind Recht und Pflicht des Arztes, die präventiven Maßnahmen zu verordnen, nicht zweifelhaft. Dabei muß er vor den hygienisch bedenklichen Mitteln warnen und darf nur die verhältnismäßig zuverlässigsten empfehlen. Ferner muß er die Klienten über die richtige Anwendung hinreichend belehren. Eine strittige Prinzipienfrage ist die nach dem Verhältnis des Arztes zu den eugenischen und sozialen Indikationen des ehelichen P. V. Selbst in den nicht seltenen Fällen z. B., in denen die Motivierung des Präventivwillens eine so rein wirtschaftliche oder gesellschaftliche ist, daß ihm zu willfahren mit ärztlicher Berufsausübung nichts mehr gemein zu haben scheint, handelt der Arzt beim Eingehen auf wirklich ernstliche Präventivwünsche im Rahmen seiner individual- und sozialhygienischen Aufgaben, da seine Ablehnung in der Regel nicht etwa den P. V. hindert, sondern lediglich auf gesundheitsschädliche und unzuverlässige Methoden anweist und die Fruchtabtreibung fördert. Eine weitere Prinzipienfrage ist die, ob der Arzt, wenn er sich dem ernsten Willen der Eheleute zum P. V. gegenübersieht, überhaupt nach Gründen zu fragen und nach ihnen sein Verhalten einzurichten hat. Der Wille zur Kinderlosigkeit bzw. zur ferneren Verhütung von Zeugung und Empfängnis ist als seelischer Tatbestand eines erwachsenen Menschen zu respektieren, den bei andersartiger Orientierung der Arzt höchstens umzustimmen versuchen kann. In diesem Sinne ist überhaupt ein Entgegenwirken gegen die allgemeine Schwächung des Zeugungswillens, insoweit sich darin eine Minderung der Lebenstüchtigkeit äußert, wünschenswert.

Haire (London): **Der vergleichende Wert antikonzeptioneller Methoden.** Alle chemischen konzeptionsverhütenden Mittel (k. M.) sind, wenn allein benutzt, unsicher, da es nie gewiß ist, ob sie in Kontakt mit dem ganzen Sperma kommen. Der Kondom hindert, wenn er zu dick ist, die sexuelle Befriedigung; wenn er zu dünn ist, ist die Gefahr des Platzens groß. Intrauterine Pessare sind nicht immer sicher: sie gestatten oft die Befruchtung und sind Grund für frühen Abort und gesundheitsgefährlich. Bei den Zervikalkappen aus Metall, Zelluloid oder Kautschuk besteht die Schwierigkeit für Frauen, sie selbst einzusetzen und sie zu entfernen, ferner eine solche zu bekommen, die auch für eine narbige Zervix paßt. Bei Undurchdringlichkeit muß Ausfluß vom Uterus aus verstopft werden. Der vom Verf. selbst in England und Amerika eingeführte und dort weitverbreitete „Dutch-Pessar“ oder „Haire's Pessar“ ist harmlos, leicht von Arzt und Patienten zu handhaben. Er wird in der Vagina, nicht an der Zervix befestigt und darf höchsten 24 Stunden liegen bleiben. Keine Störung der normalen sexuellen Befriedigung. — Die Methode der Wahl ist die Sterilisierung durch Röntgenstrahlen oder Vasektomie bzw. Salpingektomie. Schließlich soll auch eine Immunisierung der Frau durch subkutane Injektion steigender Dosen menschlichen Samens zu erzielen sein.

V. Soziologie und Kultur.

Mueller-Freienfels (Berlin): **Sexualwissenschaft und Aesthetik.** Gegenüber der Unterschätzung in früheren Zeiten, gegenüber der Ueberschätzung bei neueren Autoren gilt es, die Bedeutung der Sexualität für Kunstschaffen wie Kunstgenießen scharf abzugrenzen. Es gibt eine Aesthetisierung der Sexualität, die jedoch nichts mit Kunst zu tun hat. Im Sexualleben — auch der Tiere — treten Tatbestände auf, die zwar ästhetische Wirkungen haben können, aber darum noch nicht Kunst im ästhetischen Sinne sind. Andererseits spielen sexuelle Erlebnisse im Kunstschaffen insofern eine große Rolle, als die sexuelle Erregung den Künstler anregen kann, meist nicht als solche, sondern in Form einer Steigerung des Lebensgefühls. Ob diese oder die erotische Erregung das Primäre ist, ist schwer zu entscheiden; denn die Steigerung der erotischen Erregbarkeit bedingt auch oft direkt eine größere Zugänglichkeit für künstlerische Eindrücke. Jedenfalls ist das Kunstschaffen als Ausdruck und Gestaltung nie auf das Sexuelle beschränkt. Neben der einen sexuellen Wurzel bestehen in der Kunst offenbar noch viele andere, die nicht auf das Sexuelle zurückgehen, wie dies z. B. die Kunst früherer Jahrhunderte, die das Erogen-Weibliche gerade unterdrückte, zeigt.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Aesthetik nicht, wie oft behauptet wird, nur ein Sonderzweig der Sexualwissenschaft ist, sondern ihre gleichberechtigte Stellung neben dieser einnimmt, wenn man auch wahrscheinlich ebenso wenig von einer losgelösten Sexualität, wie von einer losgelösten Aesthetik sprechen kann, da beide sich in weitestem Maße wechselseitig durchdringen.

Stigler (Wien): **Vergleichende Sexualphysiologie der schwarzen und der weißen Frau.** Vortr. teilt seine auf einer wissenschaftlichen-Expedition in Uganda gemachten Beobachtungen mit: 1. Morphologische Sexualmerkmale. Bei der Negerin sind die sekundären Geschlechtsmerkmale viel weniger ausgebildet als bei der weißen Frau (geringere Beckenbreite, geringere Entwicklung des typischen weiblichen Fettansatzes an Brüsten und unteren Extremitäten), besonders im Alter. — 2. Psychische Sexualmerkmale. Die Unterschiede zwischen den weiblichen Charaktereigenschaften der Negerin und denen der weißen Frau scheinen bedeutend geringer zu sein als die entsprechenden Unterschiede beim Neger und beim weißen Manne. Die Negerin verfügt in psychischer Hinsicht über höchst ausgesprochene Weiblichkeit. 3. Geschlechtsleben der Negerin. Unbefangenheit und Natürlichkeit in allen geschlechtlichen Dingen. Dies ist aber durchaus nicht mit Schamlosigkeit zu verwechseln. Der Negerin liegt im allgemeinen alles Obszöne vollkommen fern. Außerordentlich stark ist die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Die auffallende Kinderarmut der Negerinnen in Uganda ist wahrscheinlich durch chronische Gonorrhoe bedingt. Auch die Syphilis ist enorm stark verbreitet. Prostitution findet sich nur bei den Waganda, nicht aber bei den viel weniger kultivierten Negern Ugandas. Auf die Jungfräulichkeit wird wohl bei den verschiedenen Stämmen bei der Eheschließung Wert gelegt, aber die Mädchen genießen dennoch große sexuelle Freiheit. Es darf nur nicht zur Defloration kommen. Besonders erwähnenswert ist der eigenartige Unterschied in der Tracht der ledigen und der verheirateten Bageschu-Weiber; letztere tragen an ihrem Schamgürtel einen geflochtenen penisartigen Fortsatz. — Geschlechtstrieb und Häufigkeit des Koitus sind bei den Negern nicht höher einzuschätzen als bei den Weißen. Die Negerinnen sind bezüglich ihres Geschlechtsempfindens scheinbar in den Gegenden, die von europäischer oder arabischer Kultur berührt sind, etwas anders veranlagt als im Inneren. Bei den Negerinnen Ugandas scheint Dyspareunie selten vorzukommen. Der Orgasmus tritt meist schon wenige Minuten nach Beginn des Geschlechtsaktes ein; Protrahieren des Koitus ist daher den Negerinnen nicht erwünscht.

Herzberg (Berlin): **Das Sexualleben der großen Philosophen.** Während einige wenige Philosophen lebenslänglicher sexueller Enthaltsamkeit huldigten, gaben andere sich den verschiedenartigsten Perversionen hin, so Plato, dessen Homosexualität wahrscheinlich als triebmäßige Veranlagung anzusehen ist, Descartes, der eine (fetischistische) Neigung schielenden Frauen gegenüber empfand, und Rousseau, der zeitlebens onanierte und der sich auch exhibitionistisch betätigte. Der Ehe waren die meisten Philosophen abgeneigt, aber nicht aus Mangel an erotischen Interessen, sondern aus gewissen Hemmungen heraus. Daß erotische Interessen nicht fehlten, erläutert Vortr. an Sokrates, der sehr sinnlich gewesen sein soll, und an Augustinus, Rousseau, Mill u. a., die alle viele Jahre hindurch sexuelle Verhältnisse unterhielten, zum Teil mit späterem Ausgang in Heirat (bei Rousseau noch nach 25 Jahren). Daß Hemmungen der Verehelichung entgegenstanden, zeigt die Tatsache, daß 40% aller verheirateten Philosophen erst nach dem 40. Lebensjahr geheiratet haben. Nietzsche hat nicht ganz Unrecht, wenn er sagt: „Ein verheirateter Philosoph gehört in die Komödie.“ Denn ebenso, wie bei den Philosophen auf dem Gebiete der Erotik den Interessen Hemmungen entgegenstehen, beweisen sie eine Passivität auch auf allen anderen Gebieten des menschlichen Lebens. (Als eine solche Hemmungswirkung, nicht als Gewissen oder innerer Takt, muß auch die abratende innere Stimme, der „Daemon“ des Sokrates gedeutet werden.) Daher müssen diese Männer, statt zu handeln, denken. Das Los des Denkers aber ist Einsamkeit.

Fluegge (Charlottenburg): **Das Interesse des Staates an der Sexualethik.** Alle Werte unserer Kultur beruhen nach Ansicht des Verf. auf dem „Semen retentum“, d. h. auf Einschränkung des Geschlechtstriebs. Daher bedroht die fortschreitende generative Schwächung der Kulturvölker auch die Interessen des Staates; denn das künftige Kräfteverhältnis der politischen Mächte wird dadurch wesentlich verändert. Die Entwicklung künftiger Jahrzehnte hängt davon ab, wie die heutige Generation sich im Liebes- und Eheleben verhält. Triumphieren wird das Volk und die Schicht, die in dieser Hinsicht sich am zweckmäßigsten verhält. Deshalb muß der Staat diejenigen Elemente stützen, die in jenem Sinne noch biologisch gesund sind.

Wieth-Knudsen (Trondhjem): **Die Frauenfrage der Gegenwart.** Die von den Führern der Frauenemanzipation durch Beteiligung der Frau im freien Wettbewerb mit dem Mann erhofften Erfolge sind auf keinem Gebiet in Erfüllung gegangen. Wie die Uebertreibung der Gleichheit im politischen und sozialen Leben ausschließlich zur Aufreibung des Volkes in unfruchtbaren parlamentarischen und sozialen Kämpfen führen kann und mancherorts geführt hat, so hat die gesetzlich erzwungene Gleichstellung des Mannes und der Frau besonders in der Familie das früher feste Gefüge derselben schon gelockert und die Einehe gefährdet, einerseits dadurch, daß dem Manne fast alle Autorität gegenüber der Familie genommen ist, andererseits durch die zunehmende Verantwortungslosigkeit der freigemachten Frau.

Die Frauenfrage ist demnach keineswegs mit der Erfüllung der Emanzipationsforderungen gelöst worden. Im Gegenteil ist sie dadurch erst recht brennend geworden, und zwar besonders für die Wohlfahrt der Frau selber. Denn ein Fortbestehen der jetzigen Zustände oder gar Weiterentwicklung auf derselben Linie wird die soziologische Grundzelle unserer Gesellschaft, die Familie, zum größten Nachteil der Frau zermalmen und sie selber zum Zerrbild dessen machen, was der weiße Mann und die weiße Frau seit jeher von dem Idealbild des Ewig-Weiblichen träumten.

Ude (Graz): **Beziehungen der christkatholischen Ethik zur sexuellen Frage.** Für die katholische Ethik ist das Sexualproblem kein Problem; denn sie kennt keine Doppelmoral. Demgemäß verpönt sie streng jede sexuelle Betätigung, die nicht als unmittelbares Ziel eheliche Kindererzeugung hat. Das Gebot der absoluten Keuschheit gilt vor der Ehe für den Jüngling genau so wie für das Mädchen. Die Prostitution sowie die Reglementierung derselben durch den Staat wird abgelehnt, ebenso jedwede Anwendung von Präservativmitteln, sei es nun zur Verhütung von Geburten, sei es zur Verhütung der Ansteckung mit venerischen Krankheiten. Die Einleitung künstlicher Fehlgeburten ist selbst dann nicht erlaubt, wenn strenge medizinische Indikationen vorliegen.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 44, 23. Oktober 1926.

✦ Pathogenese der akuten Arsenschädigung der Haut. Müller.
Jahreszeitliche Schwankungen des Asthma-bronchiale. Wiechmann und Paal.
Untersuchungen über das Kariesproblem. Nissle.
Klinische Erfahrungen über parenterale Zuckergaben. Hadenfeldt.
Zur Frage der Fremdeiweißtherapie. Mez.
Therapeutische und diagnostische Röntgenbestrahlung der Lungentuberkulose. Koch.
Verfahren der Anreicherung junger Erythrozyten im Ausstrichpräparat. Komiya.
Klinische Erfahrungen mit Fuchsinsublimatreaktion nach Takata-Ara. Knigge.
Wassermannsche Reaktion bei internen Erkrankungen. Lindlau.
Renten„neurose“? Weiler.
Bromostrontiuran. Hartmann und Roques.
Erfahrungen mit Atophanyl und Cylotropin in der Augenheilkunde. Maillard.
Zur Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild. Kürten.
Gastroskopische Untersuchungen über die Heilung des Ulcus rotundum ventriculi. Schindler.
Ein praktischer Beleuchtungsapparat zur optischen Registrierung. Schliephake.
Eine einfache Beleuchtungsvorrichtung für die Außenpraxis. Ockel.

Pathogenese der akuten Arsenschädigung der Haut. Sofort nach der Einspritzung von Salvarsan und Neosalvarsan kommt es zu einer mechanischen Einschwemmung von Arsen in fast alle Gewebe, die vom Blut durchströmt werden. Die Abwanderung des Arsens aus dem Kreislauf löst eine Reaktion des vegetativen Systems aus. Es kommt zu einem „sympathischen“ Uebergewicht im Tonus der peripheren Gefäße und Organe und gleichzeitig zu einer Steigerung des „parasympathischen“ Tonus im Splanchnikusgebiet. Mit dieser Tonuseinstellung beginnt die Ansammlung von Arsen in der Leber. Während der ganzen Dauer der Arsenzirkulation im Organismus bleibt diese charakteristische Tonusverteilung bestehen und bedingt so eine gleichmäßige Arsenkonzentration im Blut, eine allmähliche Verminderung der Arsendepots in den Geweben und einen gleichförmigen Verlauf der Ausscheidungskurve. Bei bestimmten Individuen bewirkt schon eine gewöhnliche Arsendosis eine Ueberreizung des vegetativen Systems, wodurch die für die Arsenausscheidung notwendige Tonuseinstellung der Organe gestört wird. Bei Absinken der Blutkonzentration und Nachlassen der Ausscheidung kommt es zur Arseneinschwemmung in die Haut, welche Gefäßstörungen und Funktionsveränderungen veranlaßt mit Erythembildung und anderen vaskulären Symptomen als Folgeerscheinungen. Wird diese Störung der vegetativen Einstellung auf natürlichem Wege oder durch Behandlung mit Natriumthiosulfat (intravenös 0,75 g steigend bis 1 g pro die) beseitigt, so gewinnt die Haut ihre Funktionen wieder und die Arsenausscheidung setzt wieder ein. Bei länger bestehender Störung der Hautfunktion kommt es infolge weiterer Arsenablagerung in der Haut und fehlender Abgabe zur Zerstörung lebenswichtiger Gewebselemente und zum Bilde der prognostisch ungünstigen Dermatitis exfoliativa. Der Erfolg der Natriumthiosulfatbehandlung in späteren oder vorgeschrittenen Stadien dieser Hautentzündung ist zweifelhaft. Das anatomisch durch die giftige Arsenkonzentration schwer geschädigte Gewebe vermag auch nach Wiederkehr der vegetativen Regulation nicht mehr seine lebenswichtige Funktion wiederzugewinnen.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 43, 22. Oktober 1926.

Ueber Scharlach. Fr. Breinl.
Zur Frage der Durchgängigkeitsprüfung der Eileiter als diagnostisches Hilfsmittel bei Sterilität. Fr. Kok.
✦ Wirkung der Eierstocks-Ueberpflanzung auf die infantile, innersekretorischkranke und alternde Frau. Alfred Loeser-Berlin.
Zur Frage der Behandlung des Abrisses einer Strecksehne vom Fingerendgliede. A. Kirchenberger-Wiener-Neustadt.
✦ Behandlung postoperativer Lungenerkrankungen, insbesondere von Narkosebronchitiden, mit kleinen Aethergaben nach Bier. Hans Magnus.
Die Gefahren elektrischer Wasserbäder. Loewenthal-Braunschweig.
Ueber ein epidemisches Auftreten von aphthöser Stomatitis. Bruno Peiser, Berlin-Charlottenburg.
✦ Ueber Röntgenbestrahlungen von Bubonen. W. Curth.
✦ Beiträge zur Kasuistik und Beurteilung kindlicher Tabes bei kongenitaler Lues. Leop. Lilienthal und Hans Lange-Berlin.
Ueber eine hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum. E. Kadisch.
Sind Insulin und Blausäure Gegengifte? S. Rosenberg-Berlin.

Wirkung der Eierstocks-Ueberpflanzung auf die infantile, innersekretorischkranke und alternde Frau. Vor 30 Jahren ist zum ersten Male in Amerika von Morris eine Eierstocks-Ueberpflanzung vorgenommen worden und seitdem hat sich eine große Reihe von Forschern mit diesem Problem befaßt. Verf. hat auf dem Ersten Internationalen Kongreß für Sexualforschung in Berlin über dieses Thema gesprochen. Naturgemäß hat er auch Bezug genommen auf das Hormon des transplantierten Eierstocks und auf dieses haben gerade sehr viele Frauen angesprochen. Sie nähern sich in ihrem gesamten konstitutionellen Verhalten am meisten dem pyknischen Frauentyp, d. h. der Jugendform der Frau. Nicht allein jedoch genügt die Transplantation, sondern Loeser ist der Ansicht, daß eine möglichst vegetabile Diät eine kräftige Unterstützung der Wirkung darstellt. In einem Fall hat er diese Diät noch durch Insulin-Gaben unterstützt und den Zustand dadurch besonders günstig beeinflußt.

Behandlung postoperativer Lungenerkrankungen, insbesondere von Narkosebronchitiden, mit kleinen Aethergaben nach Bier. Wenngleich die Mittel, welche man zur Vermeidung postoperativer Lungenerkrankungen anwendet, sehr mannigfach sind, so erlebt man noch immer verhältnismäßig häufig derartige Komplikationen, welche besonders bei fettleibigen Menschen sehr unangenehm sein können. Biers Verdienst ist es nun, in die Therapie das Aetheröl eingeführt zu haben und zwar schreibt aus seiner Klinik Rieß über die Anwendung desselben. Verf. benutzt das von der Firma E. Merck, Darmstadt, in den Handel gebrachte und berichtet über 70 Fälle, welche er damit behandelt hat. Die 10 Fälle, in welchen er das Aetheröl prophylaktisch angewandt hat, können an sich eigentlich nicht mitgezählt werden, denn es ist noch lange nicht erwiesen, ob diese Patienten irgend eine postoperative Lungenerkrankung bekommen hätten. Weit wesentlicher für die Wertung sind die 55 postoperativen Narkose-Bronchitiden, bei welchen die Behandlung bis auf zwei Fälle guten Erfolg zeitigte. Es ist also zusammenfassend zu sagen, daß in dem Aetheröl ein Mittel gefunden wurde, auf das man sich wohl einigermaßen verlassen kann.

Ueber Röntgenbestrahlungen von Bubonen. Ueber akute Entzündungsprozesse haben Heidenhain und Fried 1925 ihre Erfahrungen berichtet. Sie begründen die Wirkung theoretisch damit, daß durch die Bestrahlung höchst wirksame protelytische Fermente in großer Menge gebildet werden. Furunkel, Nackenkarbunkel und Schweißdrüsen-Abszesse werden mit gutem Erfolg bestrahlt, und in bezug auf die Ulcus molle-Bubonen ist ein sehr wirksames Therapeutikum gewonnen worden, durch das die Dauer wesentlich gekürzt und die Schmerzen sehr rasch bis zum völligen Verschwinden beseitigt werden.

Beiträge zur Kasuistik und Beurteilung kindlicher Tabes bei kongenitaler Lues. Will man eine einwandfreie Diagnose auf Tabes bei kongenitaler Lues stellen, so ist der strikte Nachweis erforderlich, daß der Kranke sicherlich von den Eltern her syphilitisch ist. Des weiteren muß er tatsächliche Zeichen einer Tabes oder aber mindestens einer Prätabes bieten; diese Feststellungen sind in der Praxis nicht immer ganz einfach. Verf. schildern uns drei Fälle, die sowohl alle ungenügend behandelt wurden, wie auch des weiteren nicht ständig unter ärztlicher Kontrolle standen, so daß ein genaues Datum für das Auftreten der ersten Anzeichen leider nicht vorhanden ist. In bezug auf die Prognose ist zu sagen, daß die Entwicklung der kindlichen Tabes außerordentlich langsam vor sich geht und schwere Symptome erst spät bezw. für den Laien spät sicht- und fühlbar auftreten.

Hofbauer, Berlin.

Krankheitsforschung.

3., Heft 2/3 (Nr. 14/15), September 1926.

Zur Entwicklung der klinischen Terminologie auf dem Gebiete der Erkrankungen der Atmungsorgane. Ebstein.
✦ Zur Psychopathologie des extremen Hungers. Anthropophagie und Nekrophagie. Rosenstein.
Experimentelle Beiträge zur Frage der Typhusbazillenträger. Schultz.
Versuche über die Auslösbarkeit hyperergischer Entzündungserscheinungen an überleb. Organen sensibilisierter Kaninchen. Klinge.
✦ Zweiter anatomischer Beitrag zur Pathogenese der Glomerulonephritis. Kuczynski und Dosquet.
Zum Problem der Gicht. Richter und David.

Zur Psychopathologie des extremen Hungers. Anthropophagie und Nekrophagie. Die Abhandlung bringt zum ersten Mal etwas Licht in die Eigenart des modernen Kannibalismus und seiner Vertreter. Die ungeheure Hungersnot 1921 bis 1922, die fast ganz Rußland erfaßte, führte einerseits zu somatischen Erscheinungen, den ja auch bei uns genügend bekannten „Hungerkrankheiten“. Sie verursachte andererseits auch „psychische Zustandsänderungen“ der extrem Hungernden. An dichterischen Versuchen der Situationsschilderungen Hungernder hat es ebenso wenig gefehlt, wie an der experimentellen Erforschung psychischer Funktionen und Leistungen unter dem Einfluß des Hungers. Der Hunger der Jahre 1921 und 1922 im Wolgagebiet Rußlands war nach K. ein extremer Hunger fast aller

Bevölkerungskreise, was Dauer, Grad und Ausdehnung anlangte. Abgesehen von anderen psychopathologischen Befunden bei Erscheinungen infolge Hungerns interessieren hier die zahlreichen Vorkommnisse von Leichenfresserei und die weniger zahlreichen von Menschenfresserei. Leichen- bzw. Menschenfresserei müssen voneinander getrennt werden. Die Leichenfresserei erscheint zeitlich zuerst, dann folgten die Fälle von Menschenfresserei. Neben Leichen fremder Menschen wurden auch diejenigen von Verwandten, die an Hunger oder Krankheiten zugrunde gegangen waren, aufgefressen. Dabei waren „Leichenfresser selten Menschenfresser und umgekehrt". Wenn auch in allen hungernden Gouvernements Leichenfresserei vorkam, so gab es doch innerhalb dieser immer wieder kleinere Bezirke, die trotz schweren Hungerns keine Nekro- und Anthropophagen aufwiesen. Massenpsychologischer Einfluß zeigte sich stellenweise im Vorkommen von Leichenfresserei auf Grund von unkontrollierbaren Gerüchten. Den ersten Schritt zu Menschen- und Leichenfresserei soll der unnatürliche Genuß von Fleisch und Aas bilden. Stellenweise (Samara) sollen die Leichenfresser eine auffallend hohe Sterblichkeit gezeigt haben. Nekrophagen sollen meist körperlich äußerst heruntergekommen sein. Es besteht nach K. ein Unterschied zwischen den Menschentypen der Leichenfresser und Menschenfresser. Die Leichenfresser sind Menschen mit primitivem Erleben von zum Teil ungewöhnlicher Einfältigkeit mit niedrigem Intellekt. Das Essen spielt bei ihnen die erste Rolle. Der „unzweifelhaft sittliche Geschmack" im Sinne Lotzes ist bei ihnen einfach ad acta gelegt worden.

Die Menschenfresserei war trotz extremen Hungerns nirgends so umfangreich wie die Leichenfresserei. Der Hunger ist also nicht der einzig ausschlaggebende Faktor für ihre Entstehung gewesen. Die Menschenfresser selber sind hypologisch zu unterscheiden von den leicht suggerierbaren primitiven Leichenfressern. Wenn es auch Anklänge dabei an die Handlungen Primitiver gibt, so ist doch der Menschenfresser im allgemeinen ein Psychopath, bei dem unter dem Einfluß des Hungers atavistische Züge (Kannibalismus) auftreten. Er ist darin der Abklatsch seiner Urahnen.

Zweiter anatomischer Beitrag zur Pathogenese der Glomerulonephritis. Im frühesten Beginn der Glomerulonephritis finden sich am Gefäßpol des Glomerulus im Bereich der Vasa afferentia schwere pathologische Veränderungen, wie Oedeme und dadurch bedingte Umlaufsstörungen im Vas afferens und weiterhin in den Gefäßschlingen des Glomerulus. Polsterförmige Zell- bzw. Kernvermehrungen am Gefäßpol sind wesentlich mit bedingt durch Aktivierung von Zwischengewebszellen infolge der Oedembildung und der „allgemeinen Nierenstörung". Es kommt zum Einwandern solcher Zellen in die Wand der Vasa afferentia. Aehnlichkeit dieser Gefäßveränderungen mit den bei Eklamptischen beschriebenen wird besonders betont. Ein bei einem Affen, der an einer Nephritis erkrankt war und getötet worden war, erhobener ähnlicher Nierenbefund weist auch auf die sehr frühzeitig einsetzende Schädigung der Vasa afferentia und die dadurch bedingten Zirkulationsstörungen in den Gefäßschlingen hin.

Dr. Spaar.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

152., Heft 5 und 6, Oktober.

Akute mykotische Arteriitis der Pulmonalarterie. Mehlin.
Respiratorischer Stoffwechsel bei perniziöser Anämie. Curschmann und Bachmann.
Experimentelle Beeinflussung der Form des Elektrokardiogramms. Schatt.
* Gestalt der Blutkapillaren bei Hypertonie. Lange.
Kapillarbeobachtungen bei Hämophilie und andern hämorrhagischen Diathesen. v. Bernuth.
* Rhodantherapie des genuinen arteriellen Hochdrucks und ihre theoretische Begründung. Westphal und Blum.
Untersuchungen über den Wasserhaushalt. Marx.

Die Gestalt der Blutkapillaren bei Hypertonie. In Form und Kaliber der Schlingen stimmen die Kapillaren des Hypertonikers und Nichthypertonikers weitgehend überein. Die Kapillaren sind beim Hypertoniker häufig lang und der subpapilläre Plexus ist häufiger sichtbar. Beim Vergleich der Kapillaranordnung und Kapillarform der Hypertoniker mit und ohne Nierenschädigung sind zahlenmäßig geringe Unterschiede festzustellen, die jedoch zu klein sind, als daß die Formveränderungen irgendwie charakteristische zu nennen wären. Die Vielgestaltigkeit der Gefäßschlingen ist bei der Hypertonie nicht durch die Krankheit bedingt. Auch läßt sich die Entstehung der Hypertonie nicht aus der Gestaltung der Hautkapillaren ableiten.

Die Rhodantherapie des genuinen arteriellen Hochdrucks und ihre theoretische Begründung. Die Annahme, daß eine Cholesterinvermehrung im Serum durch Verengung der arteriellen Strombahn zur Entwicklung des genuinen Hochdrucks führt, war die Veranlassung, durch Rhodansalze eine Senkung des gesteigerten Blutdrucks herbeizuführen. Zur Entwicklung der Hypertonie genügt jedoch die Hypercholesterinämie allein nicht, da bei vielen Krankheiten (Nephrose, Diabetes, Gravidität) ohne Blutdruckerhöhung sich eine erhebliche Cholesterinvermehrung im Blute vorfindet. Noch andere Bedingungen sind bei der Genese des Hochdrucks wirksam, vor allem die veränderte Innervation der Vasomotoren, die innersekretorische Beeinflussung der Gefäßmuskulatur, sowie eine nicht wesentliche Veränderung im Mengenverhältnis der einzelnen Eiweißkörper des Blutes. Das Cholesterin führt vermutlich durch Entquellungsvorgänge zu einem mehr oder minder verstärkten Kontraktionszustand der kleinsten Arterien und Arteriolen und damit zu der den Blutdruck erhöhenden tonogenen Sperrung. In der ausgesprochen kolloidquellenden Wirkung des Rhodans und seiner Permeabilitätssteigerung an den Zellgrenzflächen wurde die entgegengesetzte Wirkung des Cholesterineffektes gesehen. Die Wirkung am Kranken entsprach der Erwartung, indem große Blutdrucksenkungen von 40 bis 80 mmg Hg unter Rhodan zu beobachten waren. Die Erfolge der an einem großen Krankenmaterial durchgeführten Therapie mit kleineren und mittleren Rhodandosen erschienen besser als die mit den üblichen Behandlungsmethoden erzielten. Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Schlaflosigkeit, anginoide Zustände, Ohrensausen und die diffusen muskel-rheumatischen Beschwerden verschwinden häufig nach drei- bis viertägiger Medikation kleiner Dosen. Der charakteristische Komplex der Beschwerden des Hypertonikers erfährt eine ausgezeichnete therapeutische Beeinflussung. Die Stärke der Schwankungen des Blutdrucks läßt bedeutend nach, wodurch angiospastische Insulte in den für ischämische Zustände besonders empfindlichen Gebieten wie Hirn, Herz und Mittelohr mit ihren oft deletären Folgen vermieden werden. Große Rhodandosen wurden nur vereinzelt wegen drohenden Verlustes der Zehen durch Gangrän bei ausgesprochener Hypertension angewandt. Durch die rasch einsetzende Blutdrucksenkung konnte eine Besserung der Durchblutung und damit die Rettung der von Gangrän bedrohten Gewebsteile erzielt werden. Als Gegenindikation der Rhodanbehandlung sind entzündliche Schwankungen jeder Art zu betrachten, da dieses Medikament die Entzündungsbereitschaft steigert. Auch bei ausgesprochenen Erscheinungen von Nierenerkrankung verbietet sich die Rhodanverabfolgung, ebenso sind schwere Dekompensationszustände des Herzens wegen der Rhodanretentionsgefahr von dieser Therapie auszuschließen. An sich bedingt die Blutdruckherabsetzung keine Schädigung der Nierenfunktion.

Zwischen der Rhodan- und der Jodtherapie besteht eine enge Verwandtschaft in der Art ihrer Einwirkung auf den hohen Blutdruck. Beide Mittel wirken eher physikalisch-chemisch, als durch Beeinflussung innersekretorischer Organe oder nervöser Zentren. Der quellende und permeabilitätssteigernde Effekt des Rhodans bedingt eine schnellere Resorption entzündlicher Infiltrationen und scheint auch bei der Spätlues, dem althergebrachten klinischen Anwendungsgebiet des Jods, durch raschere Wirkung überlegen.

Biberfeld.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

103., Heft 4 und 5.

Zur Erinnerung an Franz Tuczek. M. Jahrmärker.
Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der zentralen Neurofibromatose. G. Ayala und F. Sabatucci.
Zur Diagnostik und klinischen und pathologisch-anatomischen Klassifikation der selteneren, schwer erkennbaren Hirnkrankheiten aus dem Grenzgebiet der Neurologie und Psychiatrie. H. Higier.
Ueber Enzephalographie. A. Koschewnikoff und S. Fraenkel.
* Zur Differentialdiagnose zwischen der Wilsonschen Krankheit und dem postenzephalitischen Wilsonismus. S. Dawidenkow.
Zur Psychologie und Psychopathologie der sibirischen Kriegsgefangenen. R. Exner.
* Der präpsychotische Charakter verschiedener Geisteskranker. F. J. Stuurman.
* Die Untersuchung der Handschrift in der Psychiatrie. G. Blume.
* Zur Theorie und Therapie des Morphinismus. A. Erlenmeyer.
Zur Frage der verständlichen und kausalen Zusammenhänge in der Psychopathologie. H. Kunz.
Eire Theorie der Pathogenese im Gebiete der Psychopathologie. H. Hoffmann.
Ueber den Einfluß der Ueberlüftung (Hyperventilation) auf den Peptidasenhaushalt des Epileptikers. H. Pfeiffer, F. Standenath und R. Weeber.
Beiträge zur diffentialdiagnostischen Bedeutung des Blutbildes bei Nervenkrankheiten. J. Zádor.
Ueber den Einfluß künstlicher Sauerstoffatmung im Hochgebirge. III. Mitteilung: Das Verhalten des Tremors. E. Stern.
Untersuchung über Eisen bei Gehirnsyphilis. H. Oksaler.

Zur Differentialdiagnose zwischen der Wilsonschen Krankheit und dem postenzephalitischen Wilsonismus. An Hand eines interessanten Falles werden die großen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hervorgehoben, da das Bild des postenzephalitischen Wilsonismus (Parkinsonismus) sehr wechselvoll sein kann. In diesem Falle stützte sich die Diagnose Morbus Wilson im wesentlichen auf

Fehlen von Sialorrhoe und Hyperhidrosis. Fehlen von abnormer Salivation und Schlafstörungen im Beginn der Erkrankung, Fehlen von typischen Augenmuskelstörungen und auf das Vorhandensein von Dysphagie.

Der präpsychotische Charakter verschiedener Geisteskranker. Der holländische Autor unterscheidet im Gegensatz zu der in Deutschland gebräuchlichen Nomenklatur vier Charaktergrundzüge: 1. Emotionalität (Gefühlserregbarkeit, Psychasthenie bei anderen), 2. Aktivität, 3. Primär- bzw. Sekundärfunktion (kurzes und langes Nachklingen von Affektion), 4. Stimmung. Bei den Keimpsychosen nach Jelgersma (man-depr. Irresein, Paranoia, Hysterie, Psychasthenie) entwickelt sich die Psychose im Sinne des Charaktertypus. Von den Grundeigenschaften des Charakters ist die Primär- bzw. Sekundärfunktion die wichtigste. Die Manisch-depressiven und Hysterischen zeigen vorwiegend Primärreaktion, die Psychasthenischen und Paranoiden vorwiegend Sekundärreaktion. Die chronische hebephrene Form der Prozeßschizophrenie bevorzugt wenig aktive, sekundär reagierende Charaktertypen, in gewissem Gegensatz zu den akuten remittierenden katatonen Schizophrenien. Autismus und katatone Sperrungen entstehen z. T. aus der Sekundärreaktion des Charakters.

Die Untersuchung der Handschrift in der Psychiatrie. Daß die systematische Untersuchung von Handschriften geisteskranker oder seelisch abartiger Menschen in der Psychiatrie noch keine allgemeine Beachtung gefunden hat, liegt weniger an der wissenschaftlich durchaus ernstzunehmenden Graphologie selbst, als an der ablehnenden Haltung, die Psychiater und andere Wissenschaftler dieser neuen Disziplin gegenüber noch einnehmen. Dann liegt es aber auch daran, daß die graphologische Methodik recht schwierig ist und eines eigenen gründlichen Sonderstudiums bedarf, wenn man sie tatsächlich beherrschen will. Führt man, wie der Verf. es seit langem tut, bei jedem psychiatrischen Fall eine graphologisch orientierte Schriftprobe aus, so erweist sie sich als ganz ausgezeichnetes diagnostisches und prognostisches Hilfsmittel. Es wird zu diesem klinischen Zweck genügen, das Schriftbild 1. auf pathologische (neurologische) Merkmale, 2. auf den Inhalt und 3. im eigentlichen Sinne graphologisch — d. h. auf einige besonders hervortretende Eigenheiten des Duktus (Hyperkinese, Hypokinese, Spannungsmerkmale, Zeilenführung, Bindungsart) hin zu prüfen. Die neurologische Prüfung wird bei den organischen Fällen, die inhaltliche bei den Psychosen im engeren Sinne, die graphologische bei den Psychopathien in den Vordergrund treten. Zahlreiche sehr gut wiedergegebene Beispiele erläutern das Gesagte. Es sollte an jeder größeren Anstalt einen Arzt geben, der sich mit der Theorie und Praxis moderner Handschriftenkunde besonders vertraut gemacht hat.

Zur Theorie und Therapie des Morphinismus. Eine kausale Behandlung der Abstinenzsymptome gibt es nicht, diese kann nur symptomatisch sein. Schnelle Entziehung unter sicheren, einwandfreien Verhältnissen (keine Möglichkeit des vorzeitigen Abbruchs in der Morphiumzuführung). Am besten schon prophylaktische Herzmittel, die den Rhythmus regulieren und den Blutdruck heben. Beruhigungs- und Schlafmittel (natürlich nicht aus der Morphiumgruppe). Alkoholabstinenz und vorsichtige Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Panse, Berlin.

Zeitschrift für Tuberkulose.

46., 2.

- ◆ Die Veränderungen der Lymphknoten in den Venenwinkeln bei Tuberkulose und ihre Bedeutung. Ghon, Kudlich und Schmiedel.
- ◆ Zur Frage der Einwirkung von Kohlenstaubinhalation auf die Bindegewebsentwicklung in der Lunge. Henius und Richert.
- ◆ Zur Frage der Behandlung der Lungentuberkulose mit Automischvakzine. v. Ilberg und Catani.
- Zur Frage der diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose. Martin.

Die Veränderungen der Lymphknoten in den Venenwinkeln bei Tuberkulose und ihre Bedeutung. In der Absicht, die immer noch im Vordergrund des Interesses stehende Frage der Reinfektion bei Tuberkulose vom Standpunkt des Pathologen aus weiter zu klären, haben Verff. 100 tuberkuloseinfizierte Fälle im Alter von 1—70 Jahren ad hoc untersucht. Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Bronchialdrüsensystem geschenkt, insbesondere wurden die Drüsen in den Venenwinkeln — sie sind das letzte Glied im bronchomediastinalen lymphogenen Abflußgebiet der Lunge, von dem aus sich die Lymphe in die Blutbahn ergießt — mittels mikroskopischer Serienschnitte genau auf das Vorhandensein tuberkulöser Veränderungen untersucht. Bei kritischer Sichtung der histologischen Befunde läßt die umfangreiche Abhandlung klar erkennen, daß bei pulmonaler Tuberkulose verschiedener Art in der größeren Mehrzahl der Fälle (88%) sicher tuberkulöse Veränderungen verschiedenen Alters in den Lymphknoten der Venenwinkel vorhanden sind. Da sich aus diesen Lymphknoten die Lymphe unmittelbar in die obere Hohlvene ergießt, erscheint die Möglichkeit einer Reinfektion der Lunge auf diesem Wege, welchen Ghon die endogene lymphoglanduläre Reinfektion nennt, gegeben. Es würde sich hierbei um eine hämatogene Infektion handeln, ohne daß jedoch das Virus den arteriellen Kreislauf passiert hat. Welchem Infektionsmodus, dem exogenen oder dem endogenen, bei der Entstehung der Lungentuberkulose die größere Bedeutung zukommt, ist auch durch diese neuerlichen Untersuchungen nicht entschieden, in vielen Fällen dürfte es sich zudem um eine gleichzeitige exogene und endogene Reinfektion handeln. Soviel kann jedoch aus den vorliegenden Untersuchungen mit Sicherheit gesagt werden, daß neben der üblichen Form der hämatogenen Reinfektion noch die sogenannte endogene lymphoglanduläre Reinfektion anerkannt werden muß, die in ihrer reinen Form durch Exazerbation der lymphoglandulären Komponente des Primärkomplexes unmittelbar auf lymphogen venösem Wege zur Lungenphthise führen kann.

Zur Frage der Einwirkung von Kohlenstaubinhalation auf die Bindegewebsentwicklung in der Lunge. Tuberkuloseinfizierte Meerschweinchen wurden, vom Tage der künstlichen Infektion ab, anfangs täglich eine halbe, später eine Stunde dem Einatmen kohlenstaubhaltiger Luft ausgesetzt. Innerhalb einer Zeit von etwa 3 Monaten gingen alle Tiere an ihrer Tuberkulose zugrunde. Die histologische Untersuchung der Lungen ergab, daß innerhalb so kurzer Zeit eine vermehrte Bindegewebsentwicklung durch die Kohlenstaubinhalation nicht herbeigeführt worden ist. Weitere über längere Zeiten ausgedehnte Tierversuche sind im Gange.

Zur Frage der Behandlung der Lungentuberkulose mit Automischvakzine. Verff. kommen auf Grund ihrer klinischen und bakteriologischen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Die Behandlung der chronischen, mischinfizierten Lungentuberkulose mit aus dem Auswurf gewonnenen Automischvakzinen bietet keine wesentliche Bereicherung der bisherigen Behandlungsmethoden. Bei 18 so behandelten und längere Zeit beobachteten Fällen konnten nur vier Besserungen des Allgemeinzustandes und des Lungenbefundes festgestellt werden, die mit Wahrscheinlichkeit auf die Vakzineinjektionen zurückzuführen sind. Wesentliche qualitative und quantitative Besserungen des Auswurfs konnten weder klinisch noch bakteriologisch beobachtet werden.

H. Zwerg.

Archiv für Kinderheilkunde.

79., Heft 2, 17. September 1926.

- ◆ Ansteckungsfähigkeit der Tuberkulose. K. Ossoinig.
- Atropinstudien bei Kindern. F. Ritte.
- ◆ Dosierung des Diphtherieheilserums. J. Widowitz.
- Bemerkungen zu der Arbeit M. Frank's: Die Pathogenese der Säuglingspyurie (Arch. f. Kinderhlkd. Bd. 77, 1926, S. 246). E. Schiff.
- ◆ Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes. 1. Mitteilung: Einfluß der ultravioletten Strahlen auf rote Blutkörperchen in vitro. H. Köppe.
- Beiträge zur Kenntnis des Säuglingsstoffwechsels. E. Müller und H. Steudel.
- 4. Mitteilung: Ueber das Verhalten von Ammenmilch und Kuhmilch im Stoffwechsel des Säuglings. J. Ellinghaus, E. Müller und H. Steudel.
- Ein Stoffwechselversuch an Säuglingen bei Ernährung mit bestrahltem und unbestrahltem Oel. C. Brahm und J. Mende.

Ansteckungsfähigkeit der Tuberkulose. Bericht über drei Fälle, die ganz sicher durch Zusammensein mit Bazillenhustern einer Tuberkuloseansteckung ausgesetzt waren. Zwei Kinder infizierten sich überhaupt nicht, das dritte Kind erkrankte auffallend spät.

Das erste Kind war ein Säugling vom vierten bis elften Lebensmonat im tuberkulösen Milieu lebend. Im allgemeinen stecken sich Säuglinge nicht so leicht an wie ältere Kinder, vielleicht ist in diesem Fall auch an eine kongenitale Immunität zu denken.

Das zweite Kind, ein zehnjähriger Knabe, infizierte sich erst, nachdem sich der Lungenbefund seiner Nachbarin, eines fünfjährigen Mädchens, wesentlich verschlechtert hatte. Die anfangs spärlichen Bazillenmengen hatten vielleicht zur Ansteckung nicht ausgereicht.

Ein dritter Fall blieb von jeder Ansteckung verschont, hatte aber nur eine etwa zehnstündige Infektionsgelegenheit. Jedoch können schon wenige Stunden zur Uebertragung der Tuberkulose genügen.

Dosierung des Diphtherieheilserums. Verfasser teilt seine therapeutischen Beobachtungen an 1000 Di-Fällen mit. Die angewandte Dosis Di-Heilserum betrug 1000 bis 2000 A. E., selten 3000 A. E. (!!) Trotz dieser sehr geringen Dosen erzielte Verfasser einen eklatanten Erfolg. Er hatte bei seinen 1000 Fällen eine Sterblichkeit von 0% (!), bei Hinzuzählung von vier aussichtslosen Fällen 0,4%. Unter diesen 1000 Fällen hatte Verfasser meist sehr schwere Fälle, und da er stets einen ausgezeichneten Erfolg mit diesen kleinen Serumgaben hatte, sah er sich nie veranlaßt, zu höheren Dosen zu greifen. Er hatte auch stets nur eine Injektion nötig und empfiehlt, ruhig 24 Stunden abzuwarten. Noch immer gilt für die Beurteilung der Di-Serumdosierung der Satz Behrings, der Prüfstein für die richtige Dosierung ist einzig und allein der Erfolg.

Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes. 1. Mitteilung: Einfluß der ultravioletten Strahlen auf rote Blutkörperchen in vitro. Sehr umfangreiche und lesenswerte Arbeit, in der Verfasser auf Grund seiner experimentellen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen kommt:

1. Die wirksamen Strahlen der künstlichen Höhensonne sind die Ultraviolettstrahlen mit weniger als 270 $\mu\mu$ Wellenlänge.
2. Der Angriffspunkt dieser kurzwelligen Ultraviolettstrahlen ist der Fettbestandteil der Hülle der roten Blutkörperchen.
3. Die Umwandlung des Fettbestandteiles ist ein Oxydationsvorgang, ohne Sauerstoff erfolgt sie nicht.
4. Zum Zustandekommen des Oxydationsvorganges ist Katalase notwendig.
5. Bei der Oxydation des Fettbestandteiles entsteht Säure.
6. Die Strahlenhämolyse tritt durch Verletzung der Lipoidmembran der roten Blutkörperchen ein, dadurch erfolgt Hämoglobinaustritt.
7. Die Braunfärbung und Niederschlagsbildung bei der Strahlenhämolyse wird durch Säurebildung hervorgerufen.
8. Die Blutkörperchen zeigen verschiedene Resistenz gegen die Ultraviolettstrahlen.
9. Die Wirkung der Ultraviolett-Strahlenenergie ist eine katalytische.
10. Unter dem Einfluß der Ultraviolettstrahlen erfolgt ein beschleunigter Blutkörperchenauflösungvorgang.

Pogorschelsky (Berlin).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 43.

Zur Frage der Sterilisierung nach überstandener perniziosaartiger Graviditätsanämie und zur Frage der Umwandlung eines oligochromämischen Blutbildes in ein oligozytämisches. Esch.
Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Liquorzuckerspiegel und dem Menstruationszyklus? Hellmuth.
Paratyphus-Bazillen in einem Pyovarialabszeß. Cordua und Keck.
Ueber einen Fall von tubulärem Hidradenom der Vulva. Hoeck.
* Geburtsstörung durch den Bandl'schen Ring. H. H. Schmidt.
* Ein Fall von Hyperidrosis gravidarum. Pohl.
Zwei Fälle von seltenen Geschwülsten am äußeren Genitale. Gatter.
* Zur spontanen Symphysenlösung bei der Geburt. Eisenberger.
Pantopon-Somnifen-Aethernarkose: Schäffler.

Geburtsstörung durch den Bandlschen Ring. Verf. berichtet über einen Fall eigener Beobachtung, bei dem es zu einer für das Kind tödlichen Kompression der Nabelschnur durch den Kontraktionsring bei noch stehender Blase gekommen war, also nicht, wie bei den meisten derartigen Fällen, das Absterben des Kindes durch eine zu lange Dauer der Austreibungsperiode bei Fruchtwassermangel erfolgt ist. Infolge der Starrheit des Kontraktionsrings hatte sich die Nabelschnur zwischen diesen und den kindlichen Rumpf eingeklemmt. Auch in der Wehenpause war, obwohl der ganze übrige Uterus erschlaffte, der Kontraktionsring deutlich zu tasten. Die gleichzeitig bei der Gebärenden vorliegende Beckenenge ersten Grades ist nicht für den unglücklichen Ausgang der Geburt verantwortlich zu machen. Woher die ungenügende Erschlaffung dieses sogen. Bandlschen Rings kommt, ist noch nicht genügend geklärt. Hat man bei lebendem Kind das Bestehen eines starren Kontraktionsrings und seine Gefahren rechtzeitig erkannt, so ist man unbedingt berechtigt, die Sectio caesarea abdominalis auszuführen, ohne zu lange Zeit auf einen Versuch mit krampflösenden Mitteln zu verschwenden.

Ein Fall von Hyperidrosis gravidarum. Abnorm gesteigerte Schweiß-Sekretion während der Schwangerschaft ist gewiß eine Seltenheit, zumal wenn sonstige Schwangerschaftsbeschwerden wie Uebelkeit, Erbrechen, Speichelfluß usw. fehlen und sich auch keine Anzeichen einer Nieren- und Blasenstörung oder einer Tuberkulose nachweisen lassen. Kalte Abreibungen und Waschungen mit Essigwasser schaffen nur manchmal vorübergehend Erleichterung. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei einer derartigen ins Krankhafte gesteigerten Schweißsekretion in der Gravidität um eine Schwangerschaftstoxikose besonderer Art, die bald nach erfolgter Geburt abnimmt und wenige Tage später ganz verschwindet.

Zur spontanen Symphysenlösung bei der Geburt. Die physiologische Auflockerung der Bänder des weiblichen Beckens in der Schwangerschaft ist von den alten Geburtshelfern schon vor vielen Jahren richtig erkannt worden. Anatomische Untersuchungen an den Leichen von Schwangeren und Wöchnerinnen haben gezeigt, daß Spalt- und Höhlenbildungen im Symphysenknorpel sowohl in sagittaler wie in frontaler Richtung vorkommen, die eine Symphysenlösung, zumal bei großem Umfang des kindlichen Schädels, begünstigen. Verf. berichtet über den Fall einer 29 jährigen Zweitgebärenden, bei der eine Spontangeburt eines Riesenkinds von 4200 g Gewicht und 59 cm Länge in Vorderhauptslage innerhalb drei Stunden erfolgt, deren Resultat eine spontane Symphysenlösung ohne Zerreißung der Blase und ohne wesentliche Verletzung der Weichteile gewesen ist. Nach drei Wochen noch erhebliche Beschwerden beim Gehen und Stehen, auch nach sechs Wochen noch leicht watschelnder Gang. Die Nachuntersuchung der Frau nach sieben Monaten ergab noch keine feste Konsolidierung der Schambeinfuge, es hatte sich vielmehr eine Art Pseudarthrose ausgebildet.

Nr. 44.

Zur serologischen Alkoholreaktion nach Lüttge und von Mertz. Pribram.
Der Fruchtwasserersatz nach vorzeitigem Blasensprung. Wieloch.
Abriß eines kokzygealen Teratoms bei der Geburt. Dengler.
Demonstration eines Nabelschnurbruchs. Scheffzek.
Zur Frage der ektopischen Decidua. Schoch.
* Gegen das ambulante Kurettement des Uterus. Flechtenmacher.
Ureterzange. Mansfeld.
Physikalisches zur Landekerschen Ultraviolettbehandlung. Landeker.

Gegen das ambulante Kurettement des Uterus. Die von Gellert empfohlene ambulatorische Behandlung des Abortus wird von vielen Hochschullehrern verworfen, denn die Gefahren, welche den Pat. drohen, sind zahlreich und ernst. Leider trifft man immer wieder auf Aerzte, praktische Aerzte wie Gynäkologen, die „mit ruhigem Gewissen" in der Sprechstunde Auskratzungen vornehmen und unmittelbar danach den Pat. nach Hause entlassen. Sie sind meist mit ihren Erfolgen zufrieden, da sie sich entweder um das weitere Schicksal dieser Pat. nicht genügend kümmern oder weil sich ihnen dasselbe entzieht, da die Frauen in die Nachbehandlung anderer Aerzte übergehen. Verf. selbst sah häufig in solchen Fällen ernste Komplikationen, von der einfachen Endometritis bis zur tödlich endigenden Peritonitis und Uterusperforation. Er warnt daher aufs neue dringend vor der ambulatorischen Ausschabung des Uterus in der Sprechstunde als einem schweren Kunstfehler, den kein gewissenhafter Arzt begehen darf.

Schwab, Hamburg.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 43.

* Ischämische Muskelkontraktur durch einfache Kontusion. E. Eichhoff.
* Soll die „Blutende Mamma" konservativ oder operativ behandelt werden? H. Klose.
Anaglyphische Projektionsbilder für wissenschaftliche Demonstrationen. O. Hahn.
Ueber pathologisch-anatomische Veränderungen an mit Alkohol befeuchteten Gefäßwänden. N. N. Nasaroff.
Zur Technik der Lokalanästhesie bei Magenoperationen. L. Biener.
* Ueber Darm- und intraperitoneale Blutungen nach Appendektomie. G. M. Gurewitsch.

Ischämische Muskelkontraktur durch einfache Kontusion. Einer der sehr seltenen Fälle von ischämischer Kontraktur ohne Knochenbruch. Eine verhältnismäßig geringe Kontusion des Armes, die ohne Verband behandelt wurde, führte nach einigen Wochen zu einer typischen Kontraktur. Nennenswerte nervöse Ausfälle waren nicht festzustellen, doch bleibt es unklar, ob allein eine mechanische Zirkulationshemmung — in diesem Fall etwa ein traumatisches Infiltrat — zur ätiologischen Erklärung solcher Krankheitsbilder genügt.

Soll die „Blutende Mamma" konservativ oder operativ behandelt werden. Auf Grund histologischer Untersuchungen kommt Verf. zu der Auffassung, daß jede „Blutende Mamma" dringend krebsverdächtig sei. Das Symptom ist nicht selten. Oft ist kein oder nur ein geringfügiger Palpationsbefund zu erheben. In solchen Grenzfällen finden sich stets atypische Epithelwucherungen, die als präkanzeröse Erkrankung zu bewerten sind und auf eine enge Beziehung zwischen Mastopathia cystica und Karzinom schließen lassen. Es muß deshalb bei „Blutender Mamma" radikale Frühoperation gefordert werden.

Ueber Darm- und intraperitoneale Blutungen nach Appendektomie. Blutungen in Bauchhöhle oder Darm nach Appendektomie werden nicht durch Magendarmverletzungen, durch die Anästhesie oder reflektorische Vorgänge verursacht, sondern allein durch Embolisierung infektiöser Thromben des Mesenteriums oder Netzes in die Darm- oder häufiger Magenwand. Klinische Beobachtungen werden zur Stützung dieser Auffassung angeführt.

Walter Großmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie.

Heft 10, 1926.

Bericht über die 87. Hauptversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Aerzte.
Rückblick. v. Oiste.
Wert und Leistungsmöglichkeit des Laboratoriums. Bernauer.
♦ Kolloidlehre und Homöopathie. Bastanier.
Organotherapeutische Erfahrungen. Schilling.

Kolloidlehre und Homöopathie. Dasselbe Gebiet, welches Kranz-Busch im vorigen Heft der Zeitschrift behandelte, wird in der vorliegenden Arbeit von Bastanier vom Standpunkt der Kolloidlehre aus betrachtet. Auf Grund einer allerdings etwas schematischen Ueberlegung kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß in der 6. Dezimalverdünnung die größtmögliche und pharmakologisch aufgeschlossenste Menge der Grundsubstanz vorhanden sein muß. Von der 5. Potenz ab wird für ihn die Grenze der mikroskopischen Sichtbarkeit erreicht und beginnt das Gebiet der kolloiden Größen. Auf Grund seines Schemas sieht er die 21. Verreibung als Grenze für das Vorhandensein eines Teilchens der Ursubstanz an, ein Ergebnis, welches ziemlich genau mit der Loschmidtschen Zahl übereinstimmt. Eine bedenkliche Rarefizierung der Ursubstanz ist für ihn erst von der 18. Verreibung ab zu erwarten, da in $^1/_{10}$ Gramm nur noch 100 Teilchen enthalten sind.

Im zweiten Teil seiner Arbeit behandelt er die von Hahnemann aufgestellte Behauptung, daß durch den Potenzierungs-Prozeß die Arzneimittel an Wirksamkeit zunehmen, quasi aufgeschlossen werden, und daß von der 3. Zentesimal-Verreibung ab auch die unlöslichen Stoffe löslich werden. Eine Behauptung, welche zu Hahnemanns Zeiten jeder Erfahrung hohnzusprechen schien, heute aber schon alleine durch die Erkenntnis der physikalischen Chemie bewiesen ist, daß es ganz unlösliche Stoffe überhaupt nicht gibt; so löst sich z. B. Silber im Verhältnis 1 : 10 Millionen. Im Gegensatz zu den alten Untersuchern, wie Wesselhoeft und Kranz-Busch, welche fanden, daß durch den fortgesetzten Verreibungs-Prozeß nur eine Verringerung, aber keine Verkleinerung der Teilchen über eine bestimmte Größe hinaus erreicht wird, fand er, daß die Substanzen sich bis zu den kolloiden Größenverhältnissen herab zerteilen, wodurch praktisch eine Lösung erzielt wird. Werden doch schon die kleinsten Mikronen, jedenfalls aber die kolloidalen Submikronen von jeder Schleimhaut resorbiert.

Mit Recht betont Bastanier die Priorität Hahnemanns für das Verreibungs-Verfahren gegenüber Kuhn, der bei seinen kolloidchemischen Studien prinzipiell denselben Weg wie Hahnemann gegangen ist und trotz seiner Kenntnis der Werke von Wilhelm Ostwald und damit der Beobachtungen Hahnemanns stets von „seiner Methode“ spricht.

Dermitzel.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 42.

♦ Eiweißschwankungen im Blutserum bei akuten Infektionskrankheiten. A. Schoch.
Kolisepsis. Karl Hofer.
♦ Pharmakologie des Sanocrysins. K. v. Neergard.
♦ Maladies mentales familiales-Etude statistique. Benoziglio.

Eiweißschwankungen im Blutserum bei akuten Infektionskrankheiten. In der vorliegenden Arbeit wurden die Konzentrationsschwankungen der Serumeiweißkörper bei akuten Infektionskrankheiten, besonders bei Pneumonie, gesondert nach den Methoden von Reiß, Robertson, Naegeli-Rohrer und Kjeldahl verfolgt.

Es ergab sich eine Verminderung des Eiweißgehalts zu Beginn, eie Vermehrung nach Ueberwinden der Krankheit. Die Globuline zeigen zuerst einen leichten Abfall und später einen Anstieg, die Albumine eine anfängliche Vermehrung mit nachfolgendem Abfall und Neuanstieg der Werte (Methode Robertson).

Für die Beurteilung des Eiweißgehalts gibt die refraktometrische Bestimmung nach Reiß Werte, die hinreichend genau sind und mit denen nach Robertson gut übereinstimmen.

Für die klinischen Bedürfnisse genügen die einfachen Viskositäts- und Refraktionsbestimmungen und die sich daraus nach Naegeli-Rohrer zur Zeit ergebenden Schlußfolgerungen völlig.

Pharmakologie des Sanocrysins. Aus den Betrachtungen des Verfassers über die der Sanocrysinwirkung zugrunde liegenden physikalisch-chemischen Gesetzmäßigkeiten ergibt sich, daß die Hoffnungen auf ein chemotherapeutisches Spezifikum mit verminderter Toxizität nicht zu hoch gesetzt werden dürfen. Es ist nicht zu vergessen, daß eine bakterizide Wirkung bei Mitteln dieser Art, wie z. B. auch beim Silber, mit sehr geringer therapeutischer Breite zu rechnen hat. Daraus ergibt sich die praktische Konsequenz, daß Fortschritte auf diesem Gebiet nur durch die sorgfältige Art der therapeutischen Anwendung, durch richtige Indikationsstellung und jedem Fall auf Grund klinischer Beobachtung angepaßte optimale Dosierung zu erwarten sind.

Familiäres Auftreten von Geisteskrankheiten. Statistische Studie. Die hereditäre Beeinflussung von Vater und Mutter vom Standpunkt der Geisteskrankheit ist offenbar identisch. Indessen ist bei der Schizophrenie die direkte Heredtät mütterlichen Ursprungs scheinbar häufiger. Söhne werden häufiger davon erfaßt als Töchter.

Der Alkoholismus steht in erkennbarem Konnex mit der Dementia praecox.

Die hereditäre Bedeutung der affektiven Formen steht hinter der der Schizophrenie zurück, zum mindesten führt sie weniger häufig zur Internierung.

Die große Mehrzahl der Irren stammt von gesunden Eltern ab. Die klinische Untersuchung ihrer Komplexe gestattet nicht, mit Sicherheit einen Einfluß des „Milieus“ festzustellen. Die Rolle, die das Milieu in der Aetiologie der Geisteskrankheiten spielt, erweist sich als sehr gering. Dazu stimmt auch die Seltenhet der Beobachtung von identischen Geisteskrankheiten bei Mann und Frau.

Held.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 41, 14. Oktober 1926.

♦ Röntgen-Untersuchungen der Lungen mit Hilfe von Lipiodol. N. R. Blegrad und A. O. Wolff.
Ueber den Gebrauch von geschmolzenem Quarz für Konzentrationsapparate bei Finsenbehandlung. Svend Lomholt.
Stadtfeldts Eintreten im Kampf gegen das Wochenbettfieber. V. Essmann.
Ueber ein elastisches Korsett als Hilfsmittel zur Behandlung von Emphysem, Bronchitis, Asthma. H. Bisgaard.
♦ Ein Versuch zur Wirkung von Ocenta auf die Milchsekretion. E. V. Rendtorff.
Ein eigentümlicher Ileusmechanismus. Erik Holm.

Röntgen - Untersuchungen der Lungen mit Hilfe von Lipiodol. Diese ergaben bei tuberkulösen Kavernen ein zweifelhaftes Resultat, indem kaum in der Hälfte der Fälle das Oel in die Kavernen eindrang. Das Resultat war bei Bronchiektasien ein viel besseres, auch bei Pneumothorax drang das Oel in die nicht vollständig komprimierten Lungenteile ein.

Ein Versuch zur Wirkung von Ocenta auf die Milchresektion. Ocenta scheint bei stillenden Müttern in größerer Menge verabreicht die Milchresektion günstig zu beeinflussen und das Gewicht der Brustkinder zu erhöhen, wie die Tabellen es zeigen.

Nr. 42, 21. Oktober.

♦ Epilepsie und Gravidität. C. Clemmesen.
Das Instrumentarium zur Transfusion. H. C. Gram.
Eine Typhusepidemie in einer Anstalt. F. Ingerslev.
♦ Bilirubinämie besonders als Symptom der Appendizitis und von Blutextravasaten (Ikterus neonatorum). Fr. Bang.
Kreuzotterbiß. K. P. Kristensen.

Epilepsie und Gravidität. Die Epilepsie ruft weder Aborte noch Frühgeburten hervor. Die Schwangerschaft kann geheilte, latente, stillstehende Epilepsie zum Aufblühen bringen und vorhandene verschlimmern. Besserungen durch die Schwangerschaft sind nur selten und vorübergehend. Der Status epilepticus ist für die Mutter und den Fötus gefährlich. Ob man in diesen Fällen die Schwangerschaft unterbrechen soll, bleibt dahingestellt. In vielen Fällen helfen Somnifeninjektionen gegen den Status. Epileptikerinnen sollen Geburten und Wochenbett im Hospital durchmachen.

Bilirubinämie. Die Bilirubinämie tritt konstant bei der akuten und oft auch bei der chronischen Appendizitis auf, mitunter mit intermittierendem Ikterus. Nicht selten ist sie das Zeichen einer gleichzeitigen Hepatitis. Sie ist auch konstant bei frischen Blutextravasaten. Der Ikterus neonatorum ist keine Krankheit, sondern ein physiologischer Zustand durch Zufuhr von Gallenfarbstoff im Fötalleben vom Darm aus und nach der Geburt vom Kava-System infolge der Blutextravaste durch das Geburtstrauma.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

58., September 1926.

(Verhandlungen der finnischen Aerztegesellschaft.)

♦ Ueber das Auftreten von Vulvovaginitis bei Kindern in Krankenpflegeanstalten. W. Pipping.
Duodeni-Jejunaldivertikel als Ursache einer akuten Darmoklusion. A. Krogius.
Die Bedeutung des Vestibularapparates bei der Aviation. F. Leiri.

Ueber das Auftreten von Vulvovaginitis bei Kindern in Krankenpflegeanstalten. Der Verf. beobachtete mehrere kleinere Epidemien von Vulvovaginitis bei Minderjährigen. Die Entstehungsquelle der Infektion ist oft schwer nachzuweisen, Uebertragung durch Spielzeug, Proctitis gonorrhoica, lokale Gonorrhoe bei Polyarthritis. Der Gonokokkus nistet sich leicht in Kinderkrankenhäusern ein und ist schwer zu vertreiben trotz der neuesten und besten hygienischen Einrichtungen. Auch in Schulen, wo die Infektion in Aborten stattfindet, ist dies schwierig. Die eigenartige anatomische Anordnung der äußeren Geschlechtsteile bei den minderjährigen Mädchen (Freiliegen der Harnröhren und Scheidenöffnung) gibt ein prädisponierendes Moment für die Infektion ab. Auch die Dünnheit des Epithelbelags bei Kindern leistet dem Gonokokkus weniger Widerstand, ebenso wie die alkalische Reaktion des Scheidensekrets. Auffallend oft trat die Vulvovaginitis nach Infektionskrankheiten (Scharlach) auf. In einigen Fällen soll die gonorrhoische Infektion minderjähriger Mädchen für das spätere Leben nachteilige Folgen haben (herabgesetztes Konzeptionsvermögen und Sterilität).

S. Kalischer.

Hygiea.

88., H. 19, 15. Oktober.

* Prostatektomie. Einiges zur Indikationsstellung, Technik und den Resultaten. A. Twell.
Genius epidemicus in Stockholm. A. Magelsen.

Prostatektomie. Von 93 Prostatektomien zeigten 5,4% primär eine Mortalität, und zwar starben bei 82 Fällen benigner Prostatahypertrophie 4,9% und von 11 Fällen von Prostatakarzinom 9%. Die sorgfältige Vorbehandlung (Permanente Blasendrainage) ist eine wichtige Bedingung zur Operation. Auch die Funktionstätigkeit der Nieren ist wichtig zum Gelingen der Operation. Die Operation der zwei Sitzungen gibt bessere Chancen. Die postoperative Epididymitis (4,3%) kann durch Katheterbehandlung vor und nach der Operation verhütet werden. Bei dem Prostatakarzinom kann wiederholte Röntgenbehandlung die Progression und das Auftreten multipler Knochenmetastasen verhindern.

S. Kalischer.

British medical Journal.

Nr. 3432, 16. Oktober.

Jahresversammlung der British medical Association.
Verhandlung der Abteilung für innere Medizin über einige neuere Fortschritte in den Kenntnissen über die Gallenwege.

✦ Funktion und Krankheiten der Gallenblase. Der diagnostische Wert der Cholezystographie. Graham.
✦ Diagnose und Behandlung der Cholezystitis. Hurst.
Drei Fälle von Umwandlung einer positiven in eine negative Tuberkulinreaktion. Carswell.
Herzkrankheiten bei Kindern. Stephens.
Fall von Gasgangrän unter der Geburt. Thorn.
✦ Progressive Paralyse bei gutartiger Malaria tertiana. Baker.
Funktionelle Hämoglobinurie. Finny.
Fall von Mikulicz' Krankheit. Egerton.

Funktion und Krankheiten der Gallenblase. Der diagnostische Wert der Cholezystographie. Neuere Beobachtungen zeigen, daß entzündliche Veränderungen in der Leber zu den häufigsten Begleiterscheinungen der Cholezystitis gehören. Es findet sich zumeist eine Pericholangitis, hauptsächlich im interlobulären Gewebe, jedoch oft auf die feinsten Gallengangsgefäßchen sich erstreckend. Die mikroskopische Untersuchung von operativ entfernten Gallenblasen im akuten, entzündlichen Anfall ergibt, daß bei den Frühfällen die Entzündungsherde viel mehr an der Außenfläche als an der Schleimhaut des Organs sich verstreut vorfinden. Ueberhaupt ist die Bedeutung der Schleimhautinfektion für die Entstehung der Cholezystitis sehr überschätzt worden, wobei zuviel Gewicht auf jene Fälle von Gallenblasenentzündung nach überstandenem Typhus gelegt wurde. Die Vorstellung, daß die Infektion der Gallenblase auf Bakterien zurückzuführen ist, die mit dem Blutstrom der Pfortader in die Leber gelangten und von den Leberzellen in die Galle ausgeschieden wurden, ist durch entsprechende Tierexperimente kaum zu stützen. Während der akuten typhösen Erkrankungen, wo die Galle mit den pathogenen Keimen überladen ist, kommt es höchst selten zur Cholezystitis. Auch die Annahme, daß die Gallenblasenwand direkt durch Keime infiziert wird, welche aus dem Blut durch die Arteria cystica eingeschleppt werden, dürfte kaum im allgemeinen zutreffend sein. Vielmehr legen der konstante Befund der Hepatitis in Verbindung mit der Cholezystitis und das stärkere Befallensein der äußeren Gallenblasenwandschichten bei der Entzündung den Gedanken nahe, daß als Infektionsweg vor allem die Lymphgefäße in Betracht kommen. Zwischen Leber und Gallenblase besteht ein mit zahlreichen Anastomosen ausgerüstetes Netz von Lymphgefäßen, welches unmittelbar unter der Gallenblasenserosa liegt. Die bereits bestehende Leberentzündung führt so auf dem Lymphwege zu einem Uebergreifen der Infektion auf die Gallenblase, die Cholezystitis erscheint als Folge der Hepatitis, was klinisch häufig anzunehmen ist. Während eine Infektion der Gallenblase vom Lumen aus durch keimhaltige Galle tierexperimentell kaum zu erzielen ist, führt die Injektion von Bakterien in Pfortaderzweige zu einer Cholangitis und zu einer Gallenblasenentzündung mit vorwiegend subserös gelegenen entzündlichen Läsionen. Weitere Untersuchungen sprechen zudem dafür, daß auch die typhöse Gallenblasenerkrankung sich nur dann einstellt, wenn es zu akuten entzündlichen Leberveränderungen kommt, obwohl die Galle dauernd Keime enthält. Die Beobachtung der Kliniker, daß die Cholezystitis zugleich oder als Folge von Erkrankungen im Pfortadergebiet (Appendizitis, Ulcus ventriculi usw.) auftritt, erscheint durch diese Befunde in ihrer Pathogenese erklärt. Diese Erkrankungen führen zu einer Leberschädigung, welche ihrerseits die Cholezystitis bedingen kann. Andere Experimente erweisen zudem, daß der Infektionsmodus auch ein umgekehrter sein kann, daß die Cholezystitis eine entzündliche Lebererkrankung nach sich zieht. So ist die Möglichkeit eines Circulus vitiosus zwischen Leber und Gallenblase gegeben, wobei ein Organ das andere auf dem Lymphwege infiziert. Auch die interstitielle Pankreatitis kommt durch eine Ausbreitung der Infektion auf dem Lymphwege zustande, wobei jedoch Adhäsionen zwischen Pankreasvorderfläche und Gallenblase unterstützend wirken. Wichtig für die Pathogenese erscheinen auch die Lymphbahnen, welche den Anfangsteil, das Duodenum und die Gallenblase verbinden und so die Möglichkeit für das direkte Fortschreiten einer Entzündung von einem Ulcus duodeni aus auf die Gallenblase — ohne Zustandekommen einer Hepatitis als Zwischenstelle — ergeben.

Die auf Grund der typischen Anamnese und der gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden diagnostizierten Fälle von Cholezystitis — mit oder ohne Steine — sind Spätstadien dieser Erkrankung. Die diagnostische Verwertung der Cholezystographie beruht auf dem Verständnis verschiedener theoretischer Fragen. Der angewendete Farbstoff muß von der Leber in die Galle ausgeschieden werden. Er muß mit der Galle in die Gallenblase übertreten, wo er durch Wasserentzug eingedickt wird und so einen intensiven Schatten geben kann. Die dichtesten Schatten müssen sich daher bei Gallegesunden vorfinden. Es ist leicht verständlich, daß kein oder ein schwacher Schatten röntgenologisch darstellbar wird, wenn die Leber außerstande ist, den Farbstoff in genügender Menge auszuscheiden, wenn der Ductus zysticus verschlossen ist oder wenn die Gallenblasenwand erkrankt ist und die Gallenblase ihren Inhalt nicht konzentrieren kann. Weiterhin, je mehr farbstoffhaltige Galle dann aus der Blase in den Ductus choledochus gelangt, desto mehr muß das Schattenbild an Größe und Intensität verlieren und endlich verschwinden. Da der Eintritt von Speise in das Duodenum Gallenfluß erzeugt, muß der Patient während der Konzentration des Farbstoffes in der Gallenblase nüchtern bleiben. Die Cholezystographie ist viel eher eine Funktionsprüfung der Gallenblase als eine Methode, einzelne pathologische Veränderungen zur Darstellung zu bringen. Sie prüft das Konzentrationsvermögen der Gallenblase und die Art, wie der Druck innerhalb der Gallenwege geregelt wird. Die Konzentrationsfähigkeit kommt in der langsam zunehmenden Schattendichte zur Geltung, während die zweite Funktion in der Form der Gallenblase zum Ausdruck gelangt, welche von der Dehnungsfähigkeit und der Kontraktilität sich abhängig erweist. Da die Funktionsstörungen das früheste Symptom der Entzündung sind, muß die Cholezystographie die beginnenden Veränderungen erkennen lassen.

Die Anwendungsart der schattengebenden Farbstoffe hat bereits erhebliche Wandlungen erfahren. Jodsalze sind den Bromverbindungen vorzuziehen, da wegen des höheren Atomgewichtes geringere Dosen erforderlich sind und so Giftwirkungen leichter vermeidlich werden. Gegen die orale Darreichungsmethode ist vor allem einzuwenden, daß keine Gewißheit über die tatsächlich zur Resorption gelangte Menge zu erlangen ist und daß bei den erforderlichen größeren Dosen toxische Störungen (Durchfälle und Erbrechen) vorkommen. Graham, der Begründer der Cholezystographie, wendet nur die intravenöse Methode an (ca. 17% Nebenwirkungen), da bei der oralen Applikation in fast der Hälfte der Fälle Nebenwirkungen in erheblichem Grade zu verzeichnen waren. In dem Bestreben, das Verfahren zu verbessern, wurden über 40 dieser Tetrabrom- und Jodkörper untersucht. Ein endgültiger Fortschritt scheint mit der Darstellung des Phenoltetrajodphthalein erreicht zu sein, bei welchem kaum toxische Reaktionen ausgelöst werden. Diese Verbindung färbt bei Alkalisierung das Blutserum, so daß sie nach Art der Rosenthalschen Probe zur Leberfunktionsprüfung dienen kann. Zur Nierenfunktionsprüfung hingegen läßt sich dieser Farbstoff nicht verwerten, da nur 2% im Urin ausgeschieden werden. Die örtliche Schädigung der Vene (Thrombophlebitis) bei der intravenösen Injektion wird durch Verdünnung der Jodverbindung mit 30 ccm Ringer-Lösung, durch langsames Einspritzen und sofortiges Nachspülen der Vene nach vollendeter Injektion mit physiologischer Kochsalzlösung mit Sicherheit vermieden. Die notwendige Menge soll, wenn möglich, in zwei gleichen Dosen mit einer halben Stunde Abstand injiziert werden. Bei Auftreten ernsterer Störungen (Kreislaufschwäche mit Blutdruckabfall) erweist sich eine Adrenalininjektion als nützlich.

Ungefähr 4 Stunden nach der Injektion wird die Gallenblase als schwacher Schatten sichtbar. Nach 8 Stunden ist der Schatten viel dichter und gewöhnlich etwas kleiner geworden, um nach etwa 24 Stunden völlig zu verschwinden. Für die Diagnose der Cholezystitis gilt folgendes: Den größten diagnostischen Wert besitzt das Nichtsichtbarwerden der Gallenblase bei einwandfreier Darreichung des Farbstoffs. Oft führen sonst röntgenologisch nicht zu erkennende Steine zu Füllungsdefekten im gleichmäßigen Schatten, so daß das Bild bei Anwesenheit vieler Steine gefleckt erscheint. Neben diesen einwandfreien Kriterien der Gallenblasenerkrankung spielen Formveränderungen (Verziehungen, Divertikel) und Variationen in der Schattendichte, in dem Eintritt und im Verschwinden des Schattens eine große Rolle, wobei jedoch die Möglichkeit diagnostischer Fehlschlüsse außerordentlich groß ist.

Außer ihrem Nutzen in der Klinik hat die Cholezystographie wesentliches geleistet in der Aufklärung über den Mechanismus der Gallenblasenentleerung. Bisher galt die Theorie von der entgegengesetzten Innervation der Gallenblase und des Oddschen Schließmuskels. Beim Erschlaffen und bei der Oeffnung des Sphinkters soll sich die Gallenblase kontrahieren und so ihren Inhalt auspressen. Auf dieser Theorie wurde die sogenannte nichtchirurgische Gallenblasendrainage mit Magnesiumsulfatinstillationen in das Duodenum aufgebaut. Experimentell sind kaum Anhaltspunkte für eine aktive Kontraktion der Gallenblase vorhanden. Niemals wurde eine Zusammenziehung der Gallenblase bei Operationen beobachtet. Reize, welche an andern Hohlorganen die heftigsten Bewegungen auslösen, bewirken keine Reaktion der Gallenblasenmuskulatur. Nie wird die Gallenblase leer gefunden. Bei täglicher Injektion von Tetrajodverbindungen bleibt die Gallenblase im Tierexperiment dauernd röntgenologisch darstellbar. Der aktiven Muskelkontraktion kommt aus diesen Gründen keine Bedeutung zu. Vielmehr entleert sich dieses Organ passiv durch allmähliches Auswaschen der Gallenblase durch das Eindringen frischer Lebergalle und durch die elastische Verkürzung des überdehnten Hohlorgans, sobald der Druck in den Gallenwegen durch das plötzliche Oeffnen der duodenalen Mündung rasch absinkt. Die Schwankungen des abdominellen Druckes, respiratorische Verschiebungen, sowie die Resorption durch die Gallenblasenwand spielen bei der Entleerung kaum eine Rolle. Das ausschließliche Wirksamsein der beiden Faktoren ist am Hund durch Cholezystographie eines künstlichen Gallenblasenmodells elegant nachzuweisen. Nach diesen Ergebnissen erscheint die Wirkung gewisser Stoffe, wie Magnesiumsulfat und Pituitrin, welche Kontraktionen der Gallenblasenwandung erregen sollten, in ganz anderer Beleuchtung. Der Ductus choledochus verläuft an seiner Mündung in 2—3 cm Ausdehnung schräg durch die Wand des Duodenums. Jede Kontraktion des Duodenum muß zu einem Verschluß der Papille führen, während jede Erschlaffung Galle ausströmen läßt, sofern nicht der Sphinkter Oddi entgegenwirkt. So hat die Erschlaffungsphase der Darmwand, welche der Kontraktion bei jeder peristaltischen Welle vorangeht, einen ausgesprochenen „melkenden" Effekt, wodurch es zum Austritt von Blasengalle kommt. Die galletreibende Wirkung des Pituitrins und Magnesiumsulfats scheint zum größten Teil durch Anregung der duodenalen Peristaltik zustande zu kommen. Ueberhaupt sind diese Stoffe längst nicht so wirksam in der Gallenblasenentleerung wie eine Mahlzeit, welche Eigelb und Rahm oder Oelsäure enthält.

Diagnose und Behandlung der Cholezystitis. Gallensteine finden sich in ca. 10% der Sektionen von Personen nach vollendetem 20. Lebensjahr. Da zumeist gleichzeitig eine Cholezystitis vorhanden ist und nicht jede Gallenblasenentzündung zur Steinbildung führt, ist es offenbar, daß die Cholezystitis die am häufigsten vorkommende Erkrankung des Abdomens darstellt. Die Diagnose wird darum so selten gestellt, weil die milden und chronischen Verlaufsformen der Diagnostik des Praktikers entgehen, der nur auf Erkenntnis der seltenen akuten und eitrigen Entzündungszustände eingestellt ist. Jede chronische Dyspepsie, welche der Behandlung trotzt, sollte eine Mahnung sein, unter Zuhilfenahme aller diagnostischen Untersuchungsmethoden das Gallensysytem einer gründlichen Prüfung zu unterziehen. Es ist besonders auf das gleichzeitige Vorkommen anderer Erkrankungszustände der Bauchorgane zu achten (chronische Appendizitis, Stase im Coecum oder Colon ascendens, Super- oder Anazidität). Besonders wichtig ist die Palpation des Abdomens zu der Zeit, wo grade Beschwerden bestehen. Wertvolles bei der Diagnostik der leichten Cholezystitis leistet die Palpation der röntgenologisch dargestellten Gallenblase vor dem Durchleuchtungsschirm, wobei sich der Schmerzpunkt genau lokalisieren läßt und die schmerzempfindliche Zone von der Leber und dem Bulbus duodeni genau abzugrenzen ist. Die röntgenologische Untersuchung muß sich auf den gesamten Darmtraktus erstrecken. Mit Hilfe der Duodenalsonde sind entzündliche Veränderungen der Gallenblase nachweisbar, da sich in der Blasengalle Leukozyten, deformierte Zylinderepithelzellen, rote Blutkörperchen und Bakterien vorfinden. Merkwürdiger Weise wird die Galle in den Spätstadien steril, wo zu der Entzündung Gallensteine hinzugetreten sind. Die Infektion bleibt dann auf die Gallenblasenwand und auf das Innere der Konkremente beschränkt. Bei Steinbildung kommt es zur Ausschwemmung von Cholestearintäfelchen in der Blasengalle. Als Ursache der Cholezystitis kommen im wesentlichen Bakterien der Koligruppe in Frage. Streptokokken spielen keine Rolle. Zur Untersuchung der Gallensteinkranken gehört auch die Funktionsprüfung des Magens mit einem Probefrühstück. Denn bei der so häufig bestehenden Achlorhydrie bestehen dyspeptische Störungen trotz günstiger Beeinflussung des Gallenblasenleidens weiter, solange nicht Säure verabfolgt wird.

In den Stadien der Entzündung in welchen die Infektion noch nicht stärker die Wand der Gallenblase befallen hat, führt die medikamentöse Therapie häufig zur Heilung. Selbst in den Fällen mit ausgesprochener Cholangitis soll die konservative Behandlung mehrere Tage vor dem operativen Eingriff durchgeführt werden, da eine Besserung des septischen Zustandes zumeist erzielt werden kann. Als Desinfiziens der Gallenwege ist das Urotropin in großen Mengen zu verabfolgen, welches trotz der alkalischen Reaktion der Galle durch Formaldehydabspaltung wirksam ist. Gleichzeitig muß dem Körper genügend Alkali zugeführt werden, um den Urin alkalisch zu machen und um so eine Blasenreizung durch Formalinausscheidung bei saurer Urinreaktion zu verhindern. Unter allmählicher Steigerung wird die Höchstdosis von 6,0 g Urotropin erreicht, die dreimal täglich (!) nach der Mahlzeit wochenlang verabfolgt wird. Ein Gemisch von gleichen Teilen Natrium bicarb. und Calium citricum wird in einer Menge von 2 g ebenfalls dreimal täglich zur Alkalisierung des Urins dargereicht. Wie die Duodenalsondierung ergibt, ist mit diesem Verfahren eine Sterilisation der Galle in vielen Fällen zu erreichen. Eine Drainage der Gallenwege wird durch Zufuhr von Magnesiumsulfat in konzentrierter Lösung eine Stunde vor dem Frühstück bewirkt. Es wird so viel Magnes. sulf. gegeben, daß der Stuhlgang ohne ein weiteres Abführmittel regelmäßig ist. Auf diesem Wege ruft Magnesiumsulfat einen ebenso starken Gallenfluß hervor, wie wenn es mit der Duodenalsonde eingeführt wird. Bei gleichzeitig bestehender Achlorhydrie wird Acid. mur. dil. zusammen mit Orangensaft eine halbe Stunde vor dem Frühstück gegeben und im Verein mit Pepsin als Getränk während der Mahlzeit, um eine Magenverdauung zu begünstigen. Bei der seltener anzutreffenden Superazidität empfiehlt sich das Trinken von ca. 30 g Olivenöl, welches zudem Gallenfluß eintreten läßt.

Progressive Paralyse bei gutartiger Malaria tertiana. Bei einem 39jährigen Zimmermann entwickelte sich das typische Bild der progressiven Paralyse, obwohl der Kranke schon längere Zeit an Tertiana litt. Trotz wiederholter Schüttelfröste infolge der Malaria trat keine Remission ein und der Kranke erlag der Paralyse. Diese Beobachtung ist für das Verständnis der Malariatherapie von größter Bedeutung. Zeigt sie doch, daß selbst die auf natürlichem Wege erworbene Malariainfektion den Beginn und den Verlauf der paralytischen Hirnerkrankung unbeeinflußt lassen kann.

Biberfeld.

Paris Medical.

Nr. 35, 28. August 1926.

* Bromnatrium bei Magenkrankheiten. Martinez.
Verkalkte Hydatidenzyste der Leber und Zyste der Lunge. Petzetakis u. Yaloussis.

Bromnatrium bei Magenkrankheiten. Bei vielen dyspeptischen Störungen spielt der Plexus solaris die wesentliche ursächliche Rolle. Nun wirkt Bromnatrium günstig auf die dadurch bedingten verschiedenen schmerzhaften Erscheinungen, sowohl bei der banalen Dyspepsie wie beim Ulkus oder beim Karzinom, beim Hungerschmerz oder bei den Spätgastralgien nach Pylorusspasmen. Es wirkt aber auch mildernd auf die motorischen und sekretorischen Funktionen des Magens. Und nach wenigen Tagen schwinden die direkten klinischen Symptome: Schmerzen, Erbrechen, Sodbrennen, Schluckbeschwerden, sowie die Fernsymptome: Kopfschmerzen, Schwindel, Konstipation. Darlegung an 24. Fällen. Weitere Wirkungen: durch die Milderung der Pylorusspasmen, die Verminderung der HCl und die Ruhe der Magenmuskulatur wird die Hämorrhagie unterdrückt. Bei funktioneller oder spastischer Stenose brillante Erfolge; Linderung bei organischer Pylorustenose, wo andere Mittel versagen; Hebung des Allgemeinzustandes, weil das Brom eine kräftigere

Nahrung zuläßt, nicht nur die reine Milchdiät, die man durch Zusatz verschiedener Substanzen erträglicher und reichhaltiger gestalten kann. Gilt allerdings nicht für die chirurgischen und Ca-Fälle. Wirksamste Dosis 2—3 g täglich; höhere Dosen bis zu 7 g werden nicht von allen ertragen, sie führen zu Diarrhoen und leichten Störungen. Im allgemeinen stehen Diarrhoen auf Brom u. U. mit Wismut oder Opium leicht. Keine Intoxikationserscheinungen, keine Erscheinungen von Seiten der Haut, des Herzens, keine Zeichen von Bromismus. Bei hohen Dosen vielleicht Schlafneigung, aber nie narkotischer Schlaf. Besonders wichtig ist die rapide Verminderung der übermäßigen HCl-Absonderung und die Beseitigung der dadurch bedingten Schmerzen, des Erbrechens und Sodbrennens und die günstige Beeinflussung der Konstipation.

Nr. 36, 4. September 1926.

Die Ophthalmologie 1926. Cousin.
* Infantiles Glaukom. Terrien.
* Verkannte Amblyopien. Cantonnet.
* Die Stomatologie 1926. L'Hirondel.

Bestehenbleiben der Wurzeln der Milchzähne. Fargin-Fayolles.
* Fazialisneuralgie und Stomatologie. Richard.

Die Otorhinolaryngologie 1926. Dufourmentel.
* Banale Otomastoitiden bei Syphilitikern. Truffert.

Coryza. Tarneaud.
Stereoskopie bei der Röntgenuntersuchung des Schädels und Gesichts. Chatelier.

Infantiles Glaukom. Das Kardialsymptom des Glaukoms bei Kindern ist die Vergrößerung des Augapfels, die manchmal gleich nach der Geburt, oft in den ersten Monaten, immer im Verlauf des ersten Jahres auftritt. Gewöhnlich beiderseitig. Das erste Symptom ist die Vergrößerung der Kornea und mit der Spaltlampe sieht man Risse in der Descemetschen Membran, Streifen mit doppelter Kontur; was diagnostisch wichtig ist. Stets Hypertension. Ursache: kongenitales Fehlen des Schlemmschen Kanals, Entzündungserscheinungen, oft hereditäre Syphilis. Unbehandelt reißt schließlich die Sklera, es kommt zu Atrophie des Augapfels. Behandlung: Miotika, möglichst frühzeitige Operation.

Verkannte Amblyopien. Unter Amblyopie versteht man Herabsetzung der Sehschärfe ohne äußerlich sichtbare Veränderungen am Auge. Im Gegensatz zur Amaurose, wo die Sehkraft aufgehoben ist. Einseitig werden sie oft übersehen, besonders wenn das andere Auge gut ist, weil sie der Patient nur durch Zufall gelegentlich entdeckt. Hierher gehören der latente Strabismus, die Chorioretinitis der Makula, ein beginnendes Sarkom der Chorioidea, eine Netzhautablösung, Optikusatrophie durch äußere, anscheinend rasch wieder beseitigte Folgen eines Stoßes, einer Verletzung des Schädels, der Orbita. Auch die Beobachtung von Sonnenfinsternissen läßt oft solche älteren, nicht beachtete Ursachen zum Bewußtsein kommen.

Die Stomatologie 1926. Für den Praktiker wichtig sind die Untersuchungen über die Zähne der Tuberkulösen; sind sie schlechter als die der Gesunden? Die Frage ist nicht geklärt: die Zähne der Tuberkulösen zeigen sogar einen größeren Mineralreichtum, keinesfalls eine Kalkarmut. Trotzdem steht fest, daß die Tuberkulose den Kalkstoffwechsel von Anfang bis zum Ende ihrer Entwicklung stört. Der Tuberkulöse kann seinen Kalkstoffwechsel nicht ins Gleichgewicht bringen und zieht aus einer kalkreichen Nahrung keine wesentlichen Vorteile für ihn. Dies führt unvermeidbar zur Dekalzifikation. Dazu kommt noch die Beobachtung, daß der Tuberkulöse mehr wie der Gesunde der Karies ausgesetzt ist. Obgleich nun diese Verhältnisse noch nicht geklärt sind, hat man doch die Aufgabe, den Kalkstoffwechsel zu heben. Und dabei sind folgende Gesichtspunkte wichtig: das Kalzium-Chlorid, -Laktat, -Karbonat, das Glyzerophosphat und das Trikalziumphosphat sind nicht nur schwer assimilierbar und bringen keinen Gewinn an Kalk, sonder vermehren auch beträchtlich den Verlust des Körpers an Kalk; auch die Verbindung der Kalksalze mit Adrenalin, die Strontiumsalze und der Thymusextrakt geben keinen Erfolg. Nach Manoussakis gibt es außer in den Nahrungsmitteln und da besonders in der Milch keine assimilierbare Kalkverbindung. Also täglich 1 l Milch, wobei durch eine entsprechende Diät die Azidose, die Ursache der Dekalzifikation zu bekämpfen ist und Parathyrioideaextrakt, 1—2 cg pro die, das ohne medikamentöse Kalkzufuhr den täglichen Kalkverlust des Körpers erheblich vermindert. Von Bedeutung sind ferner die Augenaffektionen, die sich beim Kinde meist in katarrhalischen Konjunktividen und phlyktänulären Keratokonjunktivitiden äußern, beim Erwachsenen in letzterer, in Iritis, Iridocyclitis und Neuritis optica. In erster Linie sind dafür verantwortlich die latente Sinusitis und das periapikale Granulom. Auch die Reflexstörungen des Sympathikus bereiten nach Fromaget dem Bazillus das Bett. Meist sind mehrere Sinus affiziert, eine Monosinusitis ist die Ausnahme; gewöhnlich sind dabei die Ethmoidalzellen und die Sphenoidalhöhlen mit in Leidenschaft gezogen.

Fazialisneuralgie und Stomatologie. Unter den allgemeinen Ursachen sind Diathesen zu nennen: Arthritismus, Diabetes, Hysterie, Epilepsie. Von Infektionen in erster Linie die Syphilis, dann die Tuberkulose, die Malaria, die Blennorrhagie. Von Intoxikationen: Hg, Pb, Tabak. Dann lokale Ursachen: jeder Reiz im Verlauf des Trigeminus. Hinsichtlich der Zähne sind in erster Linie die verschiedenen latenten Formen der Karies zu erwähnen, die wenig Erscheinungen machen, geringe Schmerzen und doch Anlaß zu einer chronischen Pulpitis geben können. Oft wird mit aller Bestimmtheit vom Patienten ein oberer Zahn als Ursache angegeben, während die Untersuchung den Antagonisten als wahre Ursache enthüllt. Einem anscheinend gesunden Zahn, besonders wenn er eine geringe Verfärbung gegen die anderen Zähne zeigt, ist stets zu mißtrauen: alte Traumen, namentlich der vorderen Zähne, die lange in einer Art schweigender Nekrobiose verharren, schließlich zu einer Pulpagangrän führen, geben oft Anlaß zu einer nur dem Spezialisten bekannten Fazialisneuralgie. Ferner Füllungen: Parapulpäre mit chronischer Reizung der Pulpa, Mortifikation unter einer Plombe mit nachfolgender Infektion, leichte chronische Arthritis, die zu Reflexreizung führt, apikales Granulom bei einem gefüllten Zahn, das seine Toxine ins Blut aussendet, Zysten und Fisteln eines alten Abszesses oder einer Zyste, die oft übersehen werden. Sodann offene Pulpagangrän mit Alveolarinfektion, Sinusitis, Pyorrhoe. Nach Zahnextraktionen, die regulär hinsichtlich ihrer Folgen verlaufen, tritt plötzlich nach einiger Zeit eine Neuralgie auf, als deren Ursache dann Röntgen Wurzelreste, einen sequestierten Alveolarrand enthüllt, Fremdkörper, die nicht selten eine Neuralgie unterhalten. Endlich sind noch die von Affektionen des Weisheitszahns ausgehenden Neuralgien zu erwähnen und die der Greise, die von einer Ostitis alveolaris bei völligem Zahnmangel ausgehen.

Banale Otomastoitiden bei Syphilitikern. An der Hand zweier Fälle wird ausgeführt, wie nach längerer Ruheperiode bei operierten Otomastoitiden es leicht zu neuen Schüben kommen kann, die hier wie am Kiefer bei Syphilitikern einen schleppenden Verlauf nehmen können, fisteln und neben der chirurgischen Behandlung nur einer spezifischen weichen.

Nr. 37, 11. September 1926.

Ueber Anginen. Challer, Gatier und Grandmaison.
* Der psychogene Ursprung der Zustände bei der Morphiumentziehung. Gelma.

Das rezidivierende hepatische Koma. Filinski.

Der psychogene Ursprung der Zustände bei der Morphiumentziehung. Im Vordergrund des ganzen Bildes steht die Angst vor dem Verluste des zur Erhaltung des Lebens nötigen Reizmittels, denn die Entziehung führt zu einer tiefen Störung des vitalen Instinkts und zu einem unerträglichen Gefühl des Zurücktretens des Ich. Ist nun diese Angst Ursache oder (im wesentlichen chemische Folge) der neurovegetativen Gleichgewichtsstörung? Man hat neuerdings dem vegetativen Nervensystem und seinen Störungen eine wichtige Rolle zugeschrieben bei gewissen psychischen Affektionen, besonders bei den periodisch intermittierenden Psychosen. So hat man den maniakalischen oder melancholischen Anfall als eine progressive vagotonische Steigerung aufgefaßt und mit einer antivagotonischen Behandlung günstige Erfolge erzielt. Also war die Ursache dieser Anfälle eine neurovegetative Gleichgewichtsstörung. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, denn eine periodische Psychose ist oft Folge einer Erregung. Die vagosympathischen Störungen sind dann Wirkung, nicht Ursache des Erregungs- oder Depressionszustandes: sind bloß seine somatische Seite, Begleiterscheinung des jeweiligen Syndroms. Und wenn diese Zustände in ihrem Entstehen durch Belladonna oder Adrenalin chemisch beeinflußt werden können, so gilt dies nicht mehr, wenn der Anfall einmal ausgelöst ist. Dies gilt auch nicht für die psychoorganischen Störungen der Morphiumentziehung. Sie sind völlig zu beseitigen durch Verabreichung von etwas Opium, sind durch Psychotherapie zu mildern.

Der intensive Erregungszustand bestimmt sekundär durch Wirkung auf das endokrinosympathische System die neurovegetativen Störungen (Schweiße, Hypersekretion der Magensäure, Diarrhoe, Hypothermie, Asthenie), die durch Persuasion schwer zu beeinflussen sind. Sie entsprechen den hysterischen Zuständen, die sich dem Einfluß der Suggestion entziehen. Der Mechanismus ist also: Erregung — psychoorganische Störungen — funktionelle Veränderungen im vegetativen Nervensystem infolge endokriner Sekretionsstörungen. Die Hypervagotonie, die depressive Zustände gewöhnlich begleitet, ist also psychogen. Man braucht also keine Intoxikation durch die Entziehung des Morphiums anzunehmen. Diese Ansicht unter den Patienten zu verbreiten ist sehr gefährlich. Also ist bei Beginn jeder Medikation wichtig, beim Patienten nicht die Unruhe, den Schrecken der Entziehung, die antalgischen Reaktionen, die Angst aufkommen zu lassen. Der Morphiomane fürchtet immer den Verlust seiner Freiheit d. h. nach Belieben spritzen zu können. Also läßt man die Spritze mit einer Lösung nach Bestimmung des Arztes. Rapide, aber nicht brutale Entziehung. Die Illusion der Freiheit muß bleiben. Die Kranken müssen, um einen Ausdruck der Mystik zu gebrauchen, eine Purgation durchmachen, die rasch ist und ihnen zeigt, daß das Spritzen überflüssig ist.

Nr. 38, 18. September 1926.

◆ Aderlaß und Reinjektion gewaschener Blutkörperchen. Gilbert, Tzank und Negroni.
◆ Autoliquidotherapie (Injektion von Liquor) bei Typhus exanthematicus u. a. Infektionskrankheiten. Zielinski.
◆ Diathermie bei Basedow und paroxystischer Tachykardie. Savini und Ackerman.

Aderlaß und Reinjektion gewaschener Blutkörperchen. Um eine Wirkung zu erhalten, muß man oft eine erhebliche Menge Blut entziehen. Im Durchschnitt 300 g. Aber dies ist bei Anämikern, bes. bei Brightikern im letzten Stadium oft bedenklich. Kann man also, um dem auszuweichen, nach dem Aderlaß unmittelbar gewaschene und von toxischen Substanzen im Plasma befreite Blutkörperchen reinjizieren? Das Tierexperiment hat alle die dabei auftretenden Fragen bejaht: das Verfahren ist unschädlich, die zellulären Elemente behalten ihre morphologischen und physiologischen Eigenschaften. Man muß dabei 3 Schwierigkeiten überwinden: möglichste Erhaltung des physikalischen Milieus der Blutkörperchen (Isotonie, 37° Wärme); Reduktion der notwendigen Antikoagulantien bei der Reinjektion; völlige Asepsis. Dies gelingt tatsächlich durch ein einfaches Verfahren, das im Original nachzulesen ist. Die Methode ist praktisch ausgeführt an 7 Kranken 15mal: in einem Falle lebhafte Reaktion mit Fieber und Schüttelfrost; 3mal leichte Reaktionen. Meist gar keine Folgen. 5 von den 7, von denen 4 sehr schwere Fälle waren, sind geheilt oder wesentlich gebessert entlassen worden. 2 Todesfälle sind dem Verfahren nicht zur Last zu legen, sie betreffen einen Gehirntumor und eine Sublimatvergiftung. Die Mißerfolge namentlich bei den Amerikanern sind darauf zurückzuführen, daß sie damit ganz etwas anderes wollten, nämlich die Urämie heilen, indem sie mangelnde Nierenfunktion durch Waschung der Blutkörperchen ersetzen wollten. Hier sind massige Eingriffe nötig, die wohl ein gesunder, nicht aber ein schwer kranker Organismus erträgt. Während diese Methode lediglich den Aderlaß weniger schädlich gestalten will. Sie kommt also dann in Frage, wenn ein Aderlaß, namentlich ein wiederholter, schädlich ist.

Autoliquidortherapie (Injektion von Liquor) bei Typhus exanthematicus u. a. Infektionskrankheiten. Zwischen Blut und Liquor besteht eine Schranke, die gewisse Substanzen leicht, andere schwer austauschen läßt. Auf Grund dieser Erfahrungen ist anzunehmen, daß der Liquor kurative und aktive Eigenschaften besitzt, die das Gehirn gegen Mikrobeneinfall schützen. Er ist in dieser Hinsicht besser als Rekonvaleszentenserum. Es ist wahrscheinlich, daß bei dem Gefäßreichtum sich Substanzen, die in 8 Tagen die lobäre Pneumonie, in 14 den Typhus exanthematicus und in 6 Wochen den Typhus sich entwickeln lassen, in ihm anhäufen und später in die Zirkulation übergehen. Der widerstandsfähigere Organismus braucht weniger Zeit zur Bildung von Antikörpern und sie gehen rascher vom Blut in den Liquor über. Auf Grund all dieser Annahmen und Ueberlegungen entstehen folgende Schlüsse: die Methode ist in jedem schweren Fall von Typhus exanthematicus am 8. oder 9. Tage anzuwenden. Auch bei Meningitis (nicht bei der tuberkulösen) und Encephalitis lethargica, aber nur zu Beginn, weil in späteren Stadien der Liquor in seiner ganzen Ausdehnung gleicherweise infiziert ist. Dosis: 2—5 ccm in die Vene oder unter die Haut.

Diathermie bei Basedow und paroxystischer Tachykardie. Die früher geübte Elektrotherapie ist der Organotherapie und dem Radium gewichen und seitdem vergessen. Sie hat allerdings den Nachteil, daß sie zu lange dauert und die Geduld des Basedowikers, die an sich gering ist, auf eine zu harte Probe stellt. Neuerdings gibt nun die Diathermie viel bessere und raschere Erfolge. Sitzungen mit 1500—2000 MA, ½ Stunde lang, 10 nacheinander, dann 15 Tage Pause. Sie wirkt bes. günstig auf die unangenehmen Symptome, die Tachykardie, die zur Herzinsuffizienz führt, auf die Nervosität, die Schlaflosigkeit und die Unterernährung. Auch beim Basedowoid gute Resultate. Die Beobachtung, daß in einem Fall nach jedem tachykardischen Anfall bei einer Patientin eine Diarrhoe auftrat, läßt als Ursache hierfür vermuten, daß dem ein Hypoovariismus zugrunde liegt, dem immer ein Hyper- oder Dysthyrioidismus entspricht. Die Diathermie führt nun zu einer massigen Ausschüttung der Thyrioideaprodukte ins Blut mit Erregung der Eingeweide. Die Diathermie kann auch neben dieser endokrinen Störung eine Störung im vagosympathischen System dahin ausgleichen, daß sie aus einem verminderten Vagustonus einen vermehrten schafft, der die Peristaltik anregt. Diese Entleerung tritt auch sofort nach der Sitzung auf. Beide Theorien schließen sich nicht aus, ebenso wie man neben der Diathermiebehandlung auch die Organotherapie einleiten kann.

Nr. 39, 25. September 1926.

Behandlung der akuten gonorrhoischen Arthritiden. Bressot.
Beitrag zum Studium der Blutviskosität bei Lungentuberkulösen. Dumitresco-Mante und Alexandresco.
◆ Die falschen Endokriniker. Lebee.
◆ Ein Fall von Nephrotyphus. Carnot, Libert und Bariety.

Die falschen Endokriniker. Es ist oft recht schwer, endokrine Störungen von solchen des Sympathikus zu unterscheiden. Ist aber sehr wichtig wegen evtl. eingeleiteter Organotherapie, die u. U. völlig versagt. Wenn man 2—3 Tropfen einer 1% Cocain. hydrochlor.-Lösung in ein Auge und 2—3 Tropfen einer 1% Pilocarpinlösung ins andere Auge tropft, was höchstens eine kurze leichte Akkomodationsstörung zur Folge hat, so hat man bei einem normalen Sympathiker auf der Kokainseite Mydriasis; auf der Pilocarpinseite Myosis für einige Stunden. Hat man aber einen Hyperorthosympathiker vor sich, so ist die Mydriasis beträchtlich und dauert viel länger, als beim Normalen, während die Myosis gering ist und in kurzer Zeit verschwindet. Bei einem Amphotoniker oder totalen Hypersympathiker beträchtliche Mydriasis und rasche beträchtliche Myosis mit ausgesprochenem Enophthalmus und mehrtägiger Dauer. An der Hand von 4 Fällen: in einem als Leukämie oder perniziöse Anämie imponierenden Falle wurde Adrenalin gegeben mit dauernder Verschlimmerung; hat sich als Hyperorthosympathiker erwiesen: auf Geneserin fortschreitende Besserung. Ein 2. Fall wurde als Insuffizienz des Ovarium aufgefaßt: Adrenalin, dann Thyrioideaextrakt, dann Ovarialextrakt ohne Erfolg. Ebenfalls auf Geneserin Besserung des Sympathikuszustandes. Ein 3. Fall wurde als Hyperthyrioidie aufgefaßt; auch hier sympathische Störungen auf Geneserin besser. Aehnlich liegt der 4. Fall. Man muß dabei die Erscheinungen von seiten der Lungen und des Herzens durch den Sympathikus im allgemeinen trennen. Das Geneserin hat auch keinen Einfluß auf die Tachykardie. Auch bei Adipositas ist diese diagnostische Methode von Vorteil.

Ein Fall von Nephrotyphus. Es handelt sich um einen 14jährigen Jungen, der 7 Tage vorher mit Kopfschmerzen, Lendenschmerzen, Prostration, Anorexie, Nausea erkrankte und lediglich mit Hämaturie, dauernden, nach den tiefen Partien des Bauches ausstrahlenden Lendenschmerzen, Fieber, im Spital Aufnahme fand. Man dachte erst an Scharlach, später weil Oedeme fehlten, im Verhältnis zum Fieber ein langsamer Puls vorlag und wegen der großen Prostration an Typhus, was später bakteriologisch bestätigt wurde. Charakteristisch für diesen Fall ist, daß er von vornherein den Eindruck einer primären hämorrhagischen Nephritis machte, daß absolut keine Folgen von seiten der Niere zurückblieben.

v. Schnizer.

Bruxelles Médical.

Nr. 52.

◆ Fall von Transfusion mit unverträglichem Blut. Ueber Verträglichkeitsproben. P. Morville.
Subseröses gestieltes Fibrom mit vier voluminösen Zysten an seiner Oberfläche. R. Schockaert.
◆ Medikamentöse Eruptionen. G. Milian.
Fall von diphtherischer Urethritis beim Manne. F. Imianitoff.

Fall von Transfusion mit unverträglichem Blut. Ueber Verträglichkeitsproben. Mitteilung eines Falles, wo eine Transfusion mit unverträglichem Blut stattfand; ohne Primärreaktion stellte sich im Verlauf Ikterus und Kapillarthrombose ein. Verfasser deckt die Fehlerquellen bei dem direkten Verträglichkeitsbeweis auf und zeigt die Möglichkeit, sie zu vermeiden.

Medikamentöse Eruptionen. Medikamentöse Eruptionen sind zweifacher Natur: toxischer und biotropischer. Erstere treten während der Kur auf, oft auch am Abschluß der Kur und erzeugen das Bild, das man bei toxischen oder tödlichen Dosen beobachtet.

Biotropische Eruptionen beobachtet man im Beginn von Kuren und oft schon bei minimalen Dosen; sie tragen die Züge eines Eruptivfiebers (Masern, Scharlach, Röteln). Während toxische Eruptionen sich oft bei erneuter Anwendung des betreffenden Medikaments verschlimmern, erlöschen biotropische, wenn man die Kur fortsetzt, selbst dann, wenn man die Dosis steigert

Das Jodkali ist ein Medikament, das ein ausgezeichnetes Beispiel für beide Arten von Eruptionen liefert. Erstens erzeugt es vasomotorische Störungen (Coryza, Purpura, Hämorrhagie usw.), also toxische Störungen. Zweitens kann es eine Akne nach Art der Bromakne hervorbringen, die wir als echte biotropische Follikulitiden ansehen müssen.

In gleicher Weise wie das Jodkali ist das Luminal geeignet, beide Formen von Eruptionen auszulösen. Es ist jedoch unbestreitbar, daß die biotropischen Eruptionen die toxischen an Häufigkeit übertreffen. Der Polymorphismus der beobachteten Exantheme spricht für den Mangel an Spezifität.

Held.

La Pediatria.

34., Heft 20, 15. Oktober 1926.

- Syphilitische Pleuritis bei Lues kongenita. G. Macciotta.
- Die therapeutische Wirkung der ultravioletten Strahlen bei der Tetanie mit besonderer Berücksichtigung des Kalkgehaltes des Blutes. Miraglia.
- Ueber die Häufigkeit der Darmparasiten bei Kindern. Papandrea.
- Das Blutbild bei der Tuberkulose verschiedener Lokalisation im Kindesalter. Angarano.

Syphilitische Pleuritis bei Lues congenita. Beschreibung zweier Fälle, eines dreieinhalb Jahre alten Kindes und eines zwei Monate alten Säuglings mit Pleuritis; tuberkulöse und metapneumonische Genese der Erkrankungen werden ausgeschlossen. Bei beiden Kindern positiver Wassermann, beim ersten Kind luetische Erkrankung der Knochen, beim zweiten Kind luetisches Exanthem. Die Krankheit fängt schleichend an, die Temperatur schwankt zwischen 37,5 und 38,5 Grad; während der Erkrankung trockenes Husten, das später an Keuchhusten erinnert. Typische klinische Zeichen einer Pleuritis, die in beiden Fällen trocken anfängt und später exsudativ wird. Das Exsudat ist reich an Fibrin und absolut steril. Auf antiluetische Therapie prompte und rasche Heilung. Die Pleuritis kann nach Autor entstehen: erstens aus einer luetischen Erkrankung der Lungen, zweitens aus einer luetischen Mediastinitis, drittens aus einer luetischen Erkrankung der Bronchialdrüsen und viertens primär sein.

Die therapeutische Wirkung der ultravioletten Strahlen bei der Tetanie mit besonderer Berücksichtigung des Kalkgehaltes des Blutes. Der Kalkgehalt des Blutes bei der Tetanie ist ständig herabgesetzt; es besteht kein Zusammenhang zwischen Grad der Hypokalzämie und den Erscheinungen der Spasmophilie, weil bei manifester und latenter Spasmophilie der Kalkgehalt gleich herabgesetzt ist. Die Ultraviolettstrahlen der Quarzlampe erhöhen den Kalkgehalt des Blutes. Während der Kalkgehalt des Blutes vor der Bestrahlung zwischen 58 und 80 Milligramm pro Mille schwankt, erhöht sich der Kalkgehalt auf rund 110 Milligramm pro Mille. Wenn der Kalkgehalt des Blutes normal wird, verschwinden zuerst die klinischen Erscheinungen, dann die mechanischen Uebererregbarkeitserscheinungen und schließlich die elektrische Uebererregbarkeit der Spasmophilie.

Das Blutbild bei der Tuberkulose verschiedener Lokalisation im Kindesalter. Untersuchungen über das Blutbild bei tuberkulösen Knochen-, Gelenks-, Drüsenerkrankungen, bei Bauchfellentzündung, Meningitis, Lungentuberkulose und Kachexie infolge Tuberkulose. Hämoglobinwerte und rote Blutkörperchenzahlen sind oft herabgesetzt, besonders bei schwereren Erkrankungen, besonders bei ausgedehnten viszeralen Erkrankungen, bei generalisierten Prozessen findet man ausgeprägte Anämie. Die weißen Blutkörperchen sind nur selten vermindert, meistens leicht vergrößert, bei allen Lokalisationen der Tuberkulose. Bei den gutartigen Fällen besteht eine Lymphozytose, bei den schweren Fällen eine Neutrophilie. Die Linksverschiebung nach Arneth ist bei den meisten Fällen nicht sehr ausgeprägt. Bei der Lungentuberkulose, bei der Bauchfellentzündung und bei der Kachexie ist die Linksverschiebung immerhin deutlich ausgeprägt. Aus der Linksverschiebung läßt sich nicht immer eine Prognose machen, denn Fälle mit schwerer Linksverschiebung und schlechtem Allgemeinbefinden konnten gute Behandlungsresultate erzielen, während mangelnde oder geringe Linksverschiebungen mit einer Meningitis endeten. Zwischen Eosinophilenzahl und Krankheitsverlauf besteht meistens insofern ein Zusammenhang, als hohe Eosinophilenzahlen eine günstige Prognose geben. Aber auch hier gibt es Ausnahmen.

Stransky.

Wratschebnoje Dielo (Aerztliches Wesen), Charkow.

Nr. 17/18, 1. September 1926.

- Die erste russische medizinische Zeitung und die Fortentwicklung der russischen medizinischen Presse. A. Prokofiew (Leningrad).
- Metschnikow und seine Bedeutung für die prophylaktische Medizin. A. Leibensohn (Odessa).
- Neues über die Pathogenese der peptischen Geschwüre. Prof. S. Simnitzki.
- Pulsdruck und Gefäßtonus. Prof. N. Kabanow (Moskau).
- Adrenalin, als Mittel zur Funktionsprüfung der lymphopoetischen Organe bei der Tuberkulose. Frau Priv.-Doz. N. Djakow (Perm).
- Beobachtungen über die Veränderungen der titrierbaren Alkalien des Blutes bei Malaria. Frau S. P. Grigoriew (Charkow).
- Zur Frage der Exartikulation der unteren Extremität bei Schenkelsarkom. G. Chonukow (Charkow).
- Fortschritte der Therapie der alimentären Erkrankungen bei Säuglingen. H. Pogorschelski (Berlin).
- Epilation der Haare bei Pilzkrankheiten nach dem Verfahren von Buschke-Langer. W. G. Bronstein (Sebastopol).
- Versuch zur Behandlung des Scharlach mit Antitoxinserum. B. A. Aegis (Moskau).
- Ueber die Serodiagnostik der Lues mit aktivem Serum; Methodik des Pasteurschen Instituts zu Paris (nach Muttermilch). G. Palawadanow und A. S. Matutis (Odessa).
- Der Einfluß der chemischen Zusammensetzung von Na Cl auf die Hämolyse. S. J. Ginsburg und W. S. Kalnin (Moskau).
- Zur Methodik der bakteriologischen Diagnostik des Bauchtyphus. Frau S. Swistschewski (Leningrad).
- Intrapulmonale Injektion roter Blutkörperchen des Hammels zur Gewinnung von hämolytischem Ambozeptor. Frau W. N. Wossiliew (Charkow).
- Verfahren zur vollständigen Isolierung der Darmschlinge von den Nervenbahnen des Organismus. Prof. N. Schamow (Charkow).
- Elektrische Prüfung der Jod-Ionen in den Geweben; zur Frage der Diffusion und Osmose der Ionen und ihrer Resorption durch die Haut. Prof. E. A. Stscherbak (Sebastopol).
- Ueber die Erschöpfung des Zentralnervensystems bei den Schulkindern. D. S. Huber-Gritz (Charkow).
- Zur Frage der Sexualerlebnisse der normalen und minderwertigen Kindern unserer Zeit. Prof. N. Tarassewitsch (Odessa) und Mitarbeiter.

Die erste russische medizinische Zeitung und die Fortentwicklung der russischen medizinischen Presse. Die erste russische medizinische Zeitschrift erschien am 2. November 1792 unter dem Namen „Sankt-Petersburgskija Wratschenbyja Wjedomosti" (Sankt-Petersburger Aerztliche Nachrichten), herausgegeben von einer Gruppe deutscher Aerzte in Petersburg. Redakteur war Prof. Friedrich Uhden, Mitredakteur Dr. Kleinesch, Verleger Iwan Gerstenberg (Buchhändler). Die Zeitschrift hatte die erste Zeit mit Zensurschwierigkeit zu kämpfen. Die erste Nummer sollte am 1. Juli 1792 erscheinen usw. unter dem Namen „Bessedujustschije Wratschi" (Aerztliche Unterhaltung), wurde aber von der Zensur verboten, die den Aufsatz von Prof. Uhden, als gegen „den Glauben und die kirchlichen Gebräuche 'verstoßend", beanstandete. Infolge des Zensurverbotes mußte der Titel der Zeitschrift geändert werden. Von dem Inhalt des Aufsatzes von Prof. Uhden (der an der medizinischen Akademie über Pathologie und Therapie las) wird nichts berichtet. Der Text der Publikation über das Erscheinen der medizinischen Zeitschrift unter neuem Namen enthält interessante Stellen (die das Mißtrauen der damaligen Zensur vielleicht erklären). Wir zitieren folgende charakteristische Stellen: „Vornehme und reiche Menschen sind anderen Krankheiten unterworfen, als der Bauer; dieser wieder hat in seinem Stand eigene Leiden, die anders geartet sind, als bei dem Geistlichen oder Mönch." „Die blühende Schönheit des schönen Geschlechts welkt dahin durch Krankheiten, deren Ursachen nur in der Lebensweise und Ignoranz zu suchen sind." „Alter oder Jugend, Selbständigkeit oder Abhängigkeit, Freiheit oder Zwang (da mag der Zensor die Stirn gefaltet haben. D. Ref.), Sittlichkeit oder Gemeinheit (= Unsittlichkeit) fördern bei diesem Geschlecht die Entwickelung von Krankheiten."

Die Zeitschrift existierte bis zum 4. Juli 1794 (letzte 52. Nummer). Erst nach 14 Jahren (1808) begann wieder eine medizinische Zeitschrift in russischer Sprache zu erscheinen. Sie nannte sich „Mediko-Physikaliser Journal". Von dieser Zeit an entwickelt sich die russische medizinische Presse schnell und stetig.

Metschnikow und seine Bedeutung für die prophylaktische Medizin. Der Titel entspricht nur wenig dem Inhalt. Eine kurze, flüchtige, chronologisch gehaltene Uebersicht der Leistungen Metschnikows ohne jede Wertung.

Neues über die Pathogenese der peptischen Geschwüre. Bei den peptischen Geschwüren lassen sich zwei Typen, der asthenische und träge, unterscheiden. Jener beherrscht die Initialperiode der Erkrankung und wird mit der Fortentwicklung des Geschwürs und mit der Ermüdung der Sekretionszellen durch den inerten Typus abgelöst. Die frühen Stadien der ulzerösen Krankheit (Morawitz) gehen mit Hypersekretion einher, die je nach der Dauer des Prozesses, seiner Lokalisation, dem Zustand des Sekretionsvermögens der Zellen, ihrer Reizung und Ermüdung früher oder später in Hypo- oder „Normo"-sekretion übergeht. Diese Abhängigkeit des Charakters der Sekretion von der Dauer des Prozesses erklärt die widerspruchsvollen statistischen Angaben verschiedener Autoren über die Aziditätswerte bei Ulcus ventriculi. Ferner bestätigen die Beobachtungen des Autors, daß in 90% der Fälle von Ulcus Dystonie mit prävalierendem Tonus des Vagus besteht: Hypersekretion und Vagotonie gehen Hand in Hand. Diese Befunde scheinen die v. Bergmannsche Theorie zu bestätigen. Die günstige Wirkung von Atropin (antagonistische Einwirkung auf die Hypertonie des Vagus!) spreche ebenfalls für diese Theorie (Fortsetzung folgt).

Pulsdruck und Gefäßtonus. Zwischen Pulsdruck und Gefäßtonus besteht eine funktionelle Abhängigkeit, die sich in eine strenge mathematische Formel bringen lassen soll. Und zwar ist: M = ft, P = f : t, M = maximaler Blutdruck, P = Pulsdruck, f = Treibkraft des Blutes, t = „Eigenspannung“. Unter Eigenspannung versteht der Autor den Tonusgrad der Gefäße, ihren Elastizitätsmodulus. Die eingehende Begründung dieser Formel ist für ein Referat ungeeignet.

Adrenalin als Mittel zur Funktionsprüfung der lymphopoetischen Organe bei Tuberkulose. Subkutane Injektion von Adrenalin bei Tuberkulose-Kranken erzeugt bei diesen Leukozytose mit Ueberwiegen der Lymphozyten im ersten und zweiten Stadium und der Neutrophilen im dritten Stadium der Tuberkulose. Die Zunahme der Lymphozyten unter dem Einfluß von Adrenalin spricht für Vorhandensein verfügbarer Vorräte dieser Formen in den lymphopoetischen Organen. Der Grad der Reaktion auf Adrenalin ist maßgebend zur Beurteilung der Widerstandsfähigkeit des Organismus. Adrenalin erscheint daher als geeignetes Mittel zur Prüfung der lymphopoetischen Organe.

Beobachtungen über die Veränderungen der titrierbaren Alkalien des Blutes bei Malaria. Die Alkaleszenz des Blutes ist bei Malariakranken während des Anfalls stets erniedrigt. Nach dem Grad der Herabsenkung der Alkaleszenz lassen sich zwei Typen von Kranken unterscheiden. Die Patienten des Typus I mit niedrigerer Alkaleszenz haben jedoch eine stärkere Tendenz zur Wiederherstellung der Norm, als die des Typus II. Die Herabsetzung der Alkaleszenz ist die Folge von tiefgreifender Stoffwechselstörung und wird durch die Malariatoxine und pathologische Stoffwechselprodukte verursacht. Bei Chronikern findet man unmittelbar vor jeder neuen Senkung der Alkaleszenz Schizonten im Blute. Normale Alkaleszenz hemmt die Entwickelung der Parasiten. Praktische Schlußfolgerung: bei Malariakranken muß stets darauf geachtet werden, daß man durch unmittelbare Einführung von Alkalien in den Körper der Herabsetzung der Alkaleszenz entgegenwirke, wenn dies durch diätetische Mittel nicht erreicht werden kann.

Zur Frage der Exartikulation der unteren Extremitäten bei Schenkelsarkom. Verf. beschreibt und empfiehlt die Methode des amerikanischen Chirurgen J. Wyeth (1890). Die Erfolge der Operation (12% Ex. let.) sind bedeutend günstiger als bei anderen Verfahren. Zur Vermeidung von Schock soll neben der Allgemeinnarkose auch Lokalanästhesie am operierten Glied (wegen der zu durchschneidenden Nerven) vorgenommen werden.

Fortschritte der Therapie der alimentären Erkrankungen bei Säuglingen. Verf. beschreibt und empfiehlt die von Finkelstein modifizierte Bessausche Diät zur Bekämpfung der Kinderdiarrhoen. Für atrophische und dystrophische Säuglinge empfiehlt Verf. das Eiweißmilchpräparat EME.

Epilation der Haare bei Pilzkrankheiten nach dem Verfahren von Buschke-Langer. Verf. bestätigt auf Grund seiner Beobachtungen an umfangreichem Material die glänzende Leistungsfähigkeit der Buschke-Langerschen Methode (Thallium acet. per os, 0,008 p. 1 Kilo Gewicht, nur einmalige Darreichung, bei Kindern unter 15 Jahren).

Versuch zur Behandlung des Scharlachs mit Antitoxinserum. Verf. benutzt das Serum eines von Prof. Korschun mit Scharlachtoxin immunisierten Pferdes (9monatliche Bearbeitung). Therapeutische Dose 50 ccm. Die Wirkung auf den Krankheitsprozeß ist der des Moserschen Serum ähnlich, doch beträgt die Applikationsdose des Korschunschen Serums nur ¼ der Moserschen. Günstig beeinflußt werden mittelschwere Fälle. Septische Fälle werden gar nicht oder unwesentlich beeinflußt. Die Behandlung muß frühzeitig (4.—5. Tag der Krankheit) einsetzen. In komplizierten Fällen kein Erfolg. Näheres über die Herstellung des Serums wird nicht mitgeteilt. Verf. spricht den Amerikanern die Priorität in der Scharlachserumbehandlung ab und nimmt sie für die Russen Gabritschewski und Sawtschenko und für den Deutschen Moser in Anspruch.

Zur Frage der Serodiagnostik der Lues mit aktivem Serum. Verf. beschreibt ausführlich die Muttermilchsche (Pasteurinstitut zu Paris) Modifikation der WaR. und teilt die Ergebnisse seiner Nachprüfungen mit. Diese Methode ist nach Meinung des Verf. einfacher, billiger und empfindlicher. Die Zahl der unspezifischen positiven Reaktionen ist zwar klein, trotzdem ist es ratsam, Kontrollen mit Original-Wassermann anzustellen.

Der Einfluß der chemischen Zusammensetzung von NaCl*) auf die Hämolyse. Die Ergebnisse der hämolytischen Reaktionen hängen von der Reinheit der verwandten physiologischen Kochsalzlösung ab. Kleinste Beimischung von Ca und K wirken hemmend. Mg zeigt nur geringe hemmende Wirkung. Man sollte für die WaR nur chemisch reinen NaCl verwenden.

Intrapulmonale Injektion roter Blutkörperchen des Hammels zur Gewinnung von hämolytischem Ambozeptor. Die Versuche der Verf. beruhen auf den Arbeiten von Blumenthal (1908) zur Gewinnung einwandfreien Diphtherieantitoxins. Verfasser führt Hammelerythrozyten direkt in das Lungenparenchym ein. Bekanntlich reagiert das Lungenparenchym auf Einführung von Diphtherietoxin mit Bildung von Antitoxin. Daher konnte erwartet werden, daß es auf Injektion von Erythrozyten mit Bildung von Ambozeptor antworten wird. Diese Vermutung ist durch Versuche bestätigt worden. Parallelversuche an anderen Organen haben die überragende Fähigkeit der Lunge zur Bildung von Ambozeptor ergeben. Zur Gewinnung hochwertiger hämolytischer Sera muß jedoch der intravenösen Einführung des Antigens immer noch der Vorzug gegeben werden. Freilich wäre das intrapulmonale Verfahren einfacher und praktisch mit Erfolg verwendbar.

Elektrische Prüfung der Jod-Ionen in den Geweben. Zum Nachweis von Jod-Ionen in Geweben und Flüssigkeiten bedient sich Verf. eines Elektrokauters mit gut isolierten Leitern (die Platinbrücke wird entfernt); die Platinnadeln müssen 1,2 cm lang sein. Die Nadeln werden in das Gewebe eingestochen, nun wird Strom (1—10 MA) durch den Apparat geleitet, auf das Gewebe wird bei der Anode ein Tropfen einer 2% Stärkelösung gebracht: es tritt sofort intensive Blaufärbung ein. Taucht man die Nadeln in einen mit einem Tropfen 2% Stärkelösung versetzten Tropfen einer jodhaltigen Flüssigkeit, so tritt sofort derselbe Effekt ein. Zur Einführung von Jod in das Gewebe bediente sich Verf. bei seinen Versuchen der Injektion von 2% Jodkalilösung, oder Umschlägen mit KJ-Wasser oder der Iontophorese ebenfalls vermittels KJ. Das Verfahren dient überdies zum Studium der Resorptionsgeschwindigkeit des Jod durch die Haut und der Diffusionsfähigkeit der Jod-Ionen. Die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Jodionen bei der Diffusion beträgt, wie die Versuche gezeigt haben, 3—4 cm in der Minute. Die eingeführte und in den Geweben vermittels der beschriebenen Probe nachweisbaren Jod-Ionen lassen sich im Venenblut nicht nachweisen, wohl aber in der Lymphe. Durch die unbeschädigte Haut dringt Jod durch Eigenbewegung der Ionen in die Tiefe (selbst bei Kaninchenkadavern). Bei Versuchen mit KJ-Umschlägen ließ sich J. in den darunterliegenden Geweben noch nach 2 Stunden nachweisen. — Die Probe ist äußerst empfindlich und weist die Gegenwart von Jod-Ionen noch bei einem Gehalt von 1 mg% KJ. Die Abstufungen in der Intensität der Probe können zu appproximativen quantitativen Bestimmungen dienen.

Woprossy Tuberkulosa (Fragen der Tuberkulose).

Nr. 4, Juli/August 1926.

◆ Zur Frage der Labilität der Eiweißkolloide. J. Ostrowski.
◆ Die Veränderlichkeit des Tbc.-Bazillus. A. Togunow.
Ueber die Isolation von Reinkulturen der Tbc.-Bazillen nach dem Verfahren von Löwenstein-Sumiochi. A. Korzinski.
Skaphoidaler Typ des Schulterblattes im Zusammenhang mit vererbter Intoxikation, namentlich Tuberkulose. F. Besler.
Erythrozytensenkungreaktion bei Tub. pulm. J. Rabnetrin.
◆ Zur Analyse des hämoklinischen Status bei chir. Tub. Schanin und Chrennikow.
Versuch der Anwendung von Privatinapparaten im Sanatorium-Betrieb. Schanzew-Kurtschatow.
Erfahrungen über die Wirkung von Sonnenbädern in der Krym zu verschiedenen Tageszeiten. Istomin.
Zwei modifizierte Pneumoapparate. Rawicz-Sczerbo.
Zur Diagnose der Tuberkulose bei Säuglingen. Kissel.
Zur Klinik der Tuberkulose der Säuglinge. Kippen.
Aus der Praxis der sanitär-prophylaktischen Maßnahmen in Tuberkuloseanstalten.
Bücher- und Zeitschriftenbesprechungen. Chronik usw.

Zur Frage der Labilität der Eiweißkolloide. Verf. bespricht die Flockungsreaktion nach Daranyi bei Tuberkulose. In Deutschland soll diese Reaktion angeblich wenig bekannt sein. Bei Erwärmung von 0,2 ccm mit 1,1 ccm verdünnten Alkohols (1,0 Spiritus + 4,12 g 2% NaCl) versetzten Blutserum in einem Wasserbad von 60° C während 20 m und nachfolgender Belassung bei Zimmertemperatur entsteht bei Tuberkulosekranken nach ½—24 Stunden Flockenbildung bei pathologischen Zuständen. Bei Normalen bleibt die Flockenbildung nach 24 Stunden aus. Verfasser führt die Ausflockung des Globulins aus dem Serum Tuberkulose-Kranker auf die Labilität derselben zurück und spricht in Analogie mit der Schillingschen hämatologischen Terminologie von einer Verschiebung der Eiweißquotienten nach der Richtung des Globulinzerfalls (?). Uebrigens sei Reaktion von Daranyi nicht spezifisch, wenn sie auch im 3. Stadium der Tuberkulose (nach Turban) stets positiv ausfällt.

Die Veränderlichkeit des Tuberkulose-Erregers. Experimentelle Studien zur Erschließung der Abhängigkeit der Form und Größe der Tuberkelbazillen von dem Nährmilieu. Zu diesem Zweck verwendet Verfasserin 1. Nährböden mit verschiedener Konzentration der Ph-

---

*) Gemeint ist die Zusammensetzung der üblichen „physiologischen NaCl-Lösung“, die stets Beimischungen enthält.

Ionen, 2. glyzerinfreie Milieus, 3. hungrige Milieus (Möhrenwasser, Agar usw.). Die Dauer der Züchtung wird variiert, ebenso die Anaerobioseverhältnisse. Die sehr breit angelegten Versuche haben ergeben: Die Form, Größe und Färbbarkeit des Tuberkelbazillus unterliegen beträchtlichen Schwankungen, je nach dem Milieu, der Züchtungsdauer und anderen Züchtungsbedingungen. Von großer Bedeutung ist dabei die Azidität des Milieus (Ph-Gehalt), die die Morphologie des Bazillus außerordentlich beeinflußt. Unter Umständen erhält man kornförmige, geästelte u. a. wunderlich geformte Exemplare, von veränderter Säurefestigkeit. Eiweißmilieus ohne Glyzerin erzeugen kurze, mitunter körnige Formen und zuweilen homogene Kulturen. Auf kohlehydrathaltigem Boden streptothrichiale Formen, die ihre Säure- und Alkoholfestigkeit, wie auch ihre Färbbarkeit einbüßen. Die Säurefestigkeit wird stark herabgesetzt in hungrigen Mileus, die Bakterien gewinnen aber die Säurefestigkeit zurück, sobald sie auf glyzerinhaltige Milieus überimpft werden. Es gibt einen genetischen Uebergang zwischen den säurestabilen und säurelabilen und saprophytischen Formen.

Zur Analyse des hämoklinischen Status bei chirurgischer Tuberkulose. Verfasser untersuchten das elektrische Leitungsvermögen von unverdünntem und verdünntem Blutserum bei chirurgischer Tuberkulose an 25 Patienten. In den meisten Fällen ließ sich Herabsetzung der Leistungsfähigkeit des unverdünnten Serums und Herabsetzung seines Dissoziationsgrades nachweisen. Je aktiver der Tuberkulose-Prozeß und je ausgedehnter die Affektion, um so tiefer liegen die Werte der Leitungsfähigkeit und Dissoziation. Gleichzeitig zeigte sich, daß der Kalziumgehalt des Blutes bei den Patienten herabgesetzt war. (Genaue Zahlenwerte werden leider nicht angegeben.) Abgesehen davon fanden die Autoren bei aktiven Tuberkuloseprozessen erhöhte Fällung der Serumproteine (nach der Methode von Michaelis Goldberg: 1,0 verdünntes Serum wird mit 0,01 normaler Milchsäurelösung versetzt). Daraus folgern die Autoren erhöhte Ionisation der Proteine, namentlich der Globuline. Diese prävalieren, wie Versuche der Autoren gezeigt haben, über die Albumine. Diese Veränderungen des Serums alle zusammengenommen verringern die Mobilität und Aktivität der Eiweißmolekel und die Reversibilität der an sie geknüpften Prozesse. Dies bedeutet ein Altern der Organkolloide. Die Aufgabe der Therapie müsse folglich in der Verjüngung der Kolloide bestehen. Zu diesem Zweck müsse die Wirkung verschiedener Ionen auf die Elektrostabilität der Kolloide studiert werden.

Olschwanger.

The journal of experimental medicine.

44., 1, Juli 1926.

Ein filtrables Virus von Dermacentor andersoni (Zeckenart). Noguchi.
Ein Mikroorganismus bei spezifisch infektiösen Zystitiden und Pyelonephritiden von Kühen. Jones und Little.
* Immunologische Studien über das Herpesvirus mit einer Betrachtung über das Enzephalitisproblem. Zinsser und Tang.
Die Hautreaktion von Kaninchen auf nicht hämolytische Streptokokken. I. Sekundäre Lokalreaktion nach intradermaler Inokulation. Andrewes, Derick, Swift. — II. Versuche, ob die Sekundärreaktion dem Arthusphänomen entspricht. Derick und Andrewes.
* Füllung und Entleerung der Gallenblase. Copher, Kodama, Graham.
Beziehungen zwischen reticulo-endothelialem System und Blutplättchenzahl. Koster.
Beziehungen zwischen Organgewicht und inneren Läsionen bei anscheinend normalen Kaninchen. Brown, Pearce, Allen.
Eine biologische Einteilung des Friedländerschen Bazillus. Julianelle.
Die Rolle des retikulo-endothelialen Systems in der Immunität. III. Erzeugung aktiver und passiver Anaphylaxie beim blockierten Tier. Jungeblut u. Berlot.

Immunologische Studien über das Herpesvirus mit einer Betrachtung über das Enzephalitisproblem. Das Herpesvirus kann neutralisiert werden durch das Serum aktiv immunisierter Tiere. Gehirnextrakte solcher Tiere besitzen ebenfalls eine wenn auch schwächere neutralisierende Fähigkeit. Passive Immunisierung gelingt nicht. Die direkte Uebertragung vom Menschen auf Kaninchen gelingt nicht, auch keinerlei Immunität durch Beimpfen mit menschlichem Enzephalitismaterial. Es existiert kein sicherer Beweis für die Identität des Virus von Herpes und der Encephalitis lethargica.

Füllung und Entleerung der Gallenblase. Auf Grund experimenteller Untersuchungen am Hunde mittels in den Ductus hepaticus gelegter Kanüle sowie klinischer und röntgenologischer Beobachtungen am Menschen, kommen Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Gallenblase entleert ihren Inhalt 1. durch Auswaschen durch den Gallenzufluß von seiten der Leber, 2. durch die Elastizität oder den konstruktilen Mechanismus der Wände, 3. durch Wechseln des intraabdominellen Drucks, z. B. bei der Atmung, 4. durch Flüssigkeitabsorption durch die Wände. Die Gallenblase ist niemals leer, aber ist bestrebt, ihren Inhalt unter dem geringsten Druck zu halten. Rhythmische Kontraktionen der Muskulatur der Gallenblase konnten nicht gefunden werden.

44., 2, August 1926.

Wirtkung mechanischer Spannung auf wachsende Fibroblasten. Bunting u. Eades.
Die physiologischen Veränderungen des Widerstandes gegen das Einströmen der Galle in den Darm. Elman und Master.
Ueber die Austreibung der Galle durch die Gallenblase und das reziproke Verhältnis zur Sphinktertätigkeit. Master und Elman.
Studien über die Oxydation und Reduktion immunologischer Substanzen. Neill. I. Pneumokokkenhämotoxin. — II. Hämotoxin vom bacillus „Welch". — III. Tetanolysin. — IV. Streptolysin. Neill u. Mallory.
Die fundamentalen Eigenschaften von Fibroblasten und Makrophagen. I. Fibroblasten. Carrel und Ebeling.

44., 3, September 1926.

Die fundamentalen Eigenschaften von Fibroblasten und Makrophagen. II. Makrophagen. Carrel und Ebeling.
Vergleichende Studien über Herpetomonaden und Leishmanias. I. Züchtung von Herpetomonas von Insekten und Pflanzen. Noguchi und Tilden. — II. Differenzierung des Lebewesens durch serologische Reaktionen und Fermenttests.
Ueber Röntgenstrahlenwirkung. XV. Die Verhinderung der Pigmentbildung in den Hautfollikeln bunter Mäuse durch hochgespannte Strahlen. Hance und Murphy.
Biologie des bacterium lepisepticum. Webster und Burn.
III. Physikalische, kulturelle und Wachstumseigenschaften der „D" und „mucoid" Arten und ihrer Varianten.
IV. Virulenz der „D" und „mucoid" Arten und ihrer Varianten,
Wirksamkeit der Eiweißfraktion von embryonalem Gewebsextrakt auf Fibroblasten. Baker und Carrel.
Einfluß der Aminosäuren und dialysablen Substanzen von embryonalem Gewebssaft auf das Wachstum von Fibroblasten. Baker und Carrel.
Empfänglichkeit und Resistenz gegenüber der Trypanosomeninfektion. II. Beziehungen zwischen physikalischer Umgebung und Infektionsempfänglichkeit. Kligler und Weitzmann.
Die Viskosität des Blutes des Hundes nach Verlegung des oberen Gastrointestinaltrakts.
Oberflächenspannung des Blutes des Hundes nach Verlegung des oberen Gastrointestinaltrakts.
Die Blutkörperchensenkung nach experimenteller Verlegung des Gastrointestinaltrakts.
Der Chlorgehalt der Gewebe des Hundes nach experimenteller Verlegung des Gastrointestinaltrakts. Haden und Orr.

44., 4, Oktober 1926.

Studien über die Biologie des Strteptokokkus. VI. Biologie des hämolytischen Streptokokkus: Antigenbeziehungen zwischen Arten der Scharlach- und Erysipelgruppe. Stevens und Dochez.
Wirkung von Licht auf normale Kaninchen mit besonderer Berücksichtigung der Organreaktion. I. Klinische und postmortale Beobachtungen. II. Organgewichte. III. Analyse der Organgewichte. Pearce und Van Allen.
Die chemische Natur der für die Zellvermehrung nötigen Substanzen. Carrel und Baker.
Autoplastische Thymustransplantate mit besonderer Berücksichtigung der Regeneration der Retikulumzellen und der Bildung Hassalscher Körperchen. Jaffe.
Aetiologie des Oroyafiebers. II. Lebensfähigkeit von Bartonella bacilliformis in Kulturen, in konserviertem Blut und in einem exzidierten Gewebe von Macacus rhesas. Noguchi.
Die Beziehung von bacterium pneumosintes zur Influenza: Versuche mit einem Stamme, der durch Spülen des Nasenrachenraums von einem Influenzafall gewonnen wurde. Hall.
Die Natur des Toxin-Antitoxin-Flockungsphänomens. Bronfenbrenner u. Reichert.
* Experimentelle Glomerulonephritis bei Kaninchen mit dem endotoxischen Bestandteil des Scharlachstreptokokkus. Duval und Hibbard.

Experimentelle Glomerulonephritis mit Streptococcus scarlatinae. Bouillonkulturen, Blutagarkulturen und Kulturfiltrate vom Streptococcus scarlatinae sind ohne nennenswerte Wirkung auf Kaninchen unabhängig von der Dosierung. Der aktiv toxische Bestandteil des Streptokokkus ist eng an die Bakterienzelle gebunden, also endotoxisch. Das Endotoxin wird wirksam durch Einimpfung lebender Scharlachkulturen in die Bauchhöhle mit dem gleichen Stamm immunisierter Tiere. Das aus der Bauchhöhle durch Filtration der Bauchhöhlenflüssigkeit gewonnene Lysat vom Streptococcus scarlatinae führt bei genügender Dosierung beim Kaninchen zu Toxämie mit hohem Fieber ohne Exanthem und zu akuter hämorrhagischer Nephritis, die der Scharlachnephritis des Menschen analog ist.

Fritz Müller.

The journal of general physiology.

10., 1, September 1926.

Enzymstudien. XXXVIII. Die Ester hydrolysierende Tätigkeit des Extrakts von ganzen Aal. Noyes, Lorberblatt, Falk.
Mikrurgische Studien in der Zellphysiologie. II. Die Wirkung der Chloride des Bleis, Quecksilbers, Kupfers, Eisens und Aluminiums auf das Protoplasma von Amöba proteus. Rernikoff.
Ein einfaches Elektro-Ultrafilter. Bronfenbrenner.
Interpretation der Laktationskurve. Gaines.

Ueber die Abhängigkeit der Atmung vom Alter. Hover und Gustavson.
Ueber den Einfluß von polarisiertem Licht auf das Wachstum von Keimlingen. Macht.
Wachstumskurven, besonders in Beziehung zur Temperatur. Crozier.
Austritt von Farbstoff aus lebenden Zellen von Nitella bei verschiedenem ph. Irwin.
Ueber die Hemmung der Cypridina-Luminiszenz durch Licht. Harvey.
Der Einfluß von Licht, Wärme und anderen Bedingungen auf die Fähigkeit von Nitella-Zellen, Halogene im Zellsaft zu konzentrieren. Hoagland, Hibbard, Davis.
Die Wirkung des ph auf die keimtötende Fähigkeit der Seifen. Eggerth.
Der Quellungsdruck von Gelatine und der Quellungsmechanismus im Wasser und in Neutralsalzlösungen. Northrop und Kanitz.
Die Wirkung des ph auf die Permeabilität von Kollodiummembranen mit Eiweißschicht. Hitchcock.
Temperaturkoeffizienten für die Schnelligkeit der Fortbewegung von Thiobakterien. Crozier und Stier.
Stereotropismus bei Ratten und Mäusen. Crozier und Pincos.

Fritz Müller.

The journal of biological chemistry.

69., Nr. 2, August 1926.

Vitaminstudien XIV. Der Einfluß ultravioletten Lichts auf die antirachitischen Eigenschaften einer gereinigten, bei Vitamin A Studien verwandten Grunddiät. A. Dutcher und J. H. Kruger.
Studien über die Herkunft des Ammoniaks im Urin. J. M. Rubinowitsch.
Kann Beinschwäche bei wachsenden Hühnchen Rachitis genannt werden? J. S. Hughes und R. W. Titus.
Reversible Oxydation-Reduktionssysteme von Cystein-Cystin und reduriertem und oxydiertem Glutathion. E. C. Kendall und F. F. Nord.
Tierische Kalorimetrie. XXXIV. Der Einfluß des Glycyl-Glycin auf den Atmungsstoffwechsel des Hundes. N. H. Plummer, H. J. Deuel, G. Losk.
Der Einfluß von Tetrachlorkohlenstoff und Alkohol auf die Säurenbasenbilanz des Blutes. P. D. Samson und R. Wing.
Ein verbessertes Verfahren für die Extraktion des Ovarialhormons und einige chemische Eigenschaften des Produktes. J. O. Rulls, C. N. Jordan, E. A. Doisy.
Der Ort der Ammoniakbildung und die Rolle des Erbrechens bei der Ammoniakelimination. St. R. Benedict und Th. P. Nash.
Die Bestimmung des Eiweißes in der Spinalflüssigkeit mit einer Bemerkung über die Eiweißerhöhung beim Typhus. S. M. Sieg.
Eine Differenzierung zwischen den wasserlöslichen, wachstumsfördernden und antineuritischen Substanzen. S. M. Hange und C. W. Carrick.
Einige spektroskopische Beobachtungen über Lebertran. II. Die Absorptionslinien des Cholesterins. F. W. Schlutz und M. R. Ziegler.
Die Wirkung von sekundärem Natriumphosphat auf d-Glukose und d-Fruktose. H. A. Spoehr und P. C. Wilbur.
Isolierung und Kristallisation des Ureaseenzyms. Vorläufige Mitteilung. J. B. Sumner.
Hemmung der Invertasewirkung durch Glukose und Fruktose. J. M. Nelson und R. S. Anderson.
Die Wirkung der Ausscheidung von Säuren und Basen auf die Entwicklung der Azidose beim experimentellen Diabetes. B. M. Hendrix, M. Fay, D. B. Calvin, M. Bodansky.
Der Transport von Sauerstoff und Kohlensäure bei Hämocyanin enthaltendem Blut. A. C. Redfield, Th. Coolidge, A. L. Huvd.
Haltbarkeit von Vitamin-C in getrocknetem Orangensaft. G. J. Humphrey.
Ein transportables Kalorimeter zur Bestimmung von Sauerstoff und Kohlensäure. J. F. Mc. Clendon, G. J. Humphrey, M. M. Loucke.
Kolorimetrische Bestimmung von Tyrosin, Tryptophan und Cystin im Eiweiß. J. M. Looney.
◆ Der Milchsäuregehalt der Zerebrospinalflüssigkeit. J. Glaser.
Präparation und Beschreibung der Benzoylglukuronsäure. A. J. Quick.
Ein Respirationsapparat für kleine Tiere. G. J. Foster und E. S. Sundstroem.
Die Konfigurationsverhältnisse der 2-Hydroxy-, 3-Hydroxy- und 4-Hydroxysäuren. II. Verwandlung des Dextro-1-Amino-3-Hydroxybutans in Dextro-1, 3-Hydroxybutan. P. A. Levene und H. J. Haller.
Der sogenannte Sauerstoffgehalt des Methämoglobins. J. B. Conant und N. D. Scott.
Der Schwefelstoffwechsel. XI. Kann Paarin Cystin in der Ernährung der jungen weißen Ratte ersetzen. G. T. Lewis und H. B. Lewis.
Der Wert des Paarins als Ergänzungsstoff in einer cystinarmen Diät. W. C. Rose und B. T. Huddleston.
Einige Erfahrungen über die Zubereitung kolloidalen Bleis. W. Stenström und M. Reinhard.
Der Abbau von Kreatinin mit Baryt. O. H. Gaebler.
Die Methode des fallenden Tropfens zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes. H. G. Barbour und W. F. Hamilton.
Saponine. IV. Die Oxydation des Hederageninmethylesters. W. A. Jakobs und E. L. Gustus.
Blutcholesterin während der Aethernarkose. A. Mahler.
Beziehungen zwischen Wachstum und Ernährung. I. Th. B. Osborne und L. B. Mendel.
Einige Aenderungen im Säurebasengleichgewicht des Blutes durch Blutungen. M. A. Bennet.
Ein Vergleich zwischen dem ph des Serums und des Plasmas vom Hundeblut. M. A. Bennett.
Ueber Callens kolorimetrische Methode zur Bestimmung des ph im Blutplasma. M. A. Bennett.
Messung von Fruktose, Saccharose und Inulin. W. R. Campbell und M. J. Hanna.
Wirkung von Muskel und Insulin auf Glukose in vitro. M. M. Harris, M. Lasker, A. J. Ringer.
Phosphatstoffwechsel bei Narkose. A. Bolliger.
Kolloidale Eigenschaften der Oberfläche der lebenden Zelle. II. Elektrische Leitfähigkeit und Kapazität des Blutes gegenüber Wechselströmen langer Dauer und wechselnder Frequenz. J. F. Mc. Clendon.

Der Milchsäuregehalt der Zerebrospinalflüssigkeit. Im normalen Liquor beträgt der Milchsäuregehalt 11—27 mg auf 100 ccm d. s. 60—100% der Milchsäure im Blut. Ein Milchsäuregehalt von über 100% des Blutgehaltes spricht für einen pathologischen Prozeß im Zentralnervensystem. Bei Lues cerebrospinalis sind die Werte normal. Bei 2 Fällen akuter Meningitis, 1 Fall von Gehirnabszeß, in 4 Fällen von Gehirntumor waren die Werte erhöht.

Fritz Müller.

Medical Journal and Record.

Nr. 6, 15. September 1926.

Gastrointestinaldivertikel. Bainbridge.
Verteilung und Reaktionen des Heufiebers. Scheppegrell.
* Behandlung aller Krankheiten durch vegetabile Parasiten. Wright.
◆ Verhütung von Ohrkrankheiten beim Baden. Mc. Auliffe.
Aetiologische Behandlung der Hämophilie. Samson-Himmelstjerna.
Immunisierung gegen Scharlach. Snyderman.
◆ Rektale Ernährung. Drueck.
◆ Aetiologie und Pathologie der Rückenschmerzen. Kleinberg.
Endokrine Drüsen bei der therapeutischen Wirkung von Licht und Wärme. Sajous.
Status lymphaticus. Leadingham.
Endokrine Krankheiten. Shuman.
Studien mit thyreotoxischem Blut und Adrenalin. Pitfield.

Behandlung aller Krankheiten durch vegetabile Parasiten. Das Merkurochrom 220 hat das Quecksilbersukzinimid bei der Behandlung von Infektionen nach Wright nicht verdrängen können. Er hat mit letzterem krupöse und Bronchopneumonie, Typhus, Rheumatismus, Scharlach, Masern, Koliinfektionen durch die Zirkulation, Iritis und verschiedene Hautkrankheiten behandelt. Hg verlangt ein alkalisches Medium und nach Crile ist die normale Alkalinität der Körpergewebe und Flüssigkeiten bei Krankheit und Schock reduziert und in schweren Fällen kann sogar Azidosis vorliegen. Die besten Erfolge hat man also zu erwarten, wenn die Alkalinität nicht zu sehr reduziert ist, während die Azidosis die Komplementfixation und die Destruktion der Bakterien verhindert. Die Reaktion ist etwa so zu denken: Bakterienantigen + Hg + Komplement = rapide Antikörperbildung und dann Bakterienantigen + Antikörper + Hg + Komplement = Komplementfixation und rapide Heilung. Man hat also damit die beste Behandlung für Bakterienerkrankungen und wahrscheinlich auch für Protozoen u. a. animale Parasiten, wenn man Alkali gibt. Man gibt also bei akuten Infektionen 3 g Natriumbikarbonat vor der Injektion von 0,091 Hg-sukzinimid und 2 Dosen von je 2 g für den Rest des Tages. Ist eine zweite oder dritte Injektion in den nächsten Tagen nötig, dann 0,065 g und 6 g Natriumbikarbonat täglich. Bei Frauen 0,065, bzw. 0,052 g. Bei chronischen Infektionen gibt man 48 Stunden vor der ersten Injektion 6 g Natriumbi, nach 48 Stunden die zweite Injektion und nach 72 die dritte, unter Fortführung des Natronbi; späterhin jeden siebenten Tag, nachdem man 48 Stunden vorher Natronbi gegeben und dies am Tage der Injektion fortgeführt hat. In hartnäckigen Fällen, wie bei Tuberkulose nach der sechsten bis achten Injektion eine Pause für vier bis sechs Wochen. Zur Verhütung einer Gingivitis eine 3%ige Natronbi-Lösung als Mundwasser.

Verhütung von Ohrkrankheiten beim Baden. Sie gehen vom einfachen unangenehmen Mittelohrkatarrh bis zur Mastoiditis. Eine Umfrage Mc. Auliffe's bei Professionsschwimmern hat ergeben, daß die meisten Ohraffektionen bei denen auftreten, die nur im Sommer schwimmen, daß Seewasser durch das Plankton schädlicher ist, als Frischwasser und daß Salzwasser die Nasenschleimhäute reizt, was zu Schneuzen führt. Dabei kommt das Wasser in die Eustachische Tube. Regelmäßig wechselndes Wasser in Bassins ist weniger schädlich. Bei Perforationen des Trommelfells empfiehlt sich ein gefetteter Gummi- oder Wattepfropf im Ohr. Ferner soll man kein Wasser während des Schwimmens schlucken, weil sich dabei die Tuben öffnen. Ebenso sich nach dem Baden nicht schneuzen. Das Seewasser vermehrt auch durch Reizung das Zerumen.

Rektale Ernährung. Proktitis ist oft ein Hinderungsgrund, ebenso sind Ulzerationen, Fisteln, Fissuren und Hämorrhoiden unangenehme Beigaben. Bei letzteren empfiehlt sich ein weicher biegsamer Katheter, vor Einführung Bepinselung mit 2%iger Kokainlösung und nachher Anwendung einer leicht adstringierenden und sedativen Salbe. Opium am besten ½—1 Stunde vor dem Einlauf, per os. Malzextrakt kann möglicherweise absorbiert werden. Fette und Oele sind nutzlos und hindern nur die Resorption von anderem. Man muß solche Substanzen wählen, die nahezu ganz resorbiert werden und wenig Schlacken hinterlassen; Albumine muß man vorverdauen. Manche reizen direkt. Im einzelnen empfiehlt sich Fleisch ohne Fett mit frischem Pankreas zerkleinert und stark zerrieben mit einem Eigelb und vor dem Gebrauch zwei Stunden stehen lassen. Unter Umständen zufügen von etwas HCl, die aber reizt und deshalb ebenfalls vorher beizufügen ist. Ochsenblut ist weder frisch noch getrocknet zu empfehlen. Milch ist am empfehlenswertesten aber frei von allem Rahm. Eiereiweiß ist sehr gut, aber mit etwas Pepton- oder Pankreaspulver vorverdaut und etwas Salz. Eigelb hat zu viel Fett. Invertzucker aber nur verdünnt, 15 : 300 als Maximum. Als Stimulantien kommen Alkohol oder Kaffee in Frage. Alkohol 15 g in ebensoviel Wasser oder der doppeltem Menge, dem vorverdauten Gemisch zugefügt. Manchmal bleibt ein Einlauf mit Wasser allein. Zu Milch zuzufügen empfiehlt sich nicht, da auch das feinste Präzipitat in Form von Kasein reizt. Kaffee etwa 500 g starken, schwarzen Aufgusses wirkt oft nach Operationen um Schock zu bekämpfen prompt.

Gut ist folgende Zusammensetzung: schlage Eiereiweiß mit einem Eßlöffel kalten Wassers, dazu 120 g 20% Glukoselösung, in der ein Teelöffel voll Stärkemehl aufgekocht wurde, dazu ein Weinglas Rotwein oder Branntwein 15 g und ein Teelöffel Pepsinlösung. Das ganze ist bei einer Temperatur zu mischen, bei der Eiweiß nicht koaguliert. Fette sind schwer zu gebrauchen, weil sie die Resorption anderer Nahrung hindern. Auch verseift sind sie wenig von Erfolg. Drueck empfiehlt 250 Milch mit zwei ganzen Eiern und das nächste Mal die pankreatisierte Fleischlösung. So sind sämtliche Arten vertreten. Es ist immer darauf zu achten, daß keine Residuen die nicht absorbiert sind, bleiben, weil sie reizen. Wenn man einen Einlauf von zwei Eigelb, 3 g reiner Dextrose, ½ g Kochsalz und 300 g pankreatisierter Milch gibt, so hat man bei viermaliger Gabe täglich 1200 Kalorien, von denen 240—640 absorbiert werden. Manche können nur ca. 100 ccm halten. Dann mehrmals täglich. Jedoch empfiehlt sich dann Opium, weil die häufigere Gabe das Rektum reizt. In der Regel soll man nach einer Woche etwa Opium deswegen geben, anfangend mit 0,3 der Tinktur. Oft ist ein Tropfklystier bes. bei dauerndem Erbrechen und akuten Hämorrhagien am Platze. Nährende Suppositorien aus Kakaobutter mit Milch oder Fleischsaft vorverdaut sind den Einläufen nicht vorzuziehen, kommen aber bei längerer Ernährung immerhin in Betracht.

Kreuzschmerzen. Bei Arbeitern sehr häufig und dann mehr Folge einer lokalen Störung als einer Systemerkrankung. Im folgenden sollen solche Fälle besprochen werden, bei denen sie das Hauptsymptom oder Unfallfolge sind.

Bei Wirbelfrakturen tritt der Schmerz unmittelbar nach dem Unfall auf und kann Monate und Jahre dauern, nimmt bei Bewegungen zu, bes. bei forziertem Beugen, bessert sich bei Ruhe und Unterstützung im Rücken und ist nicht scharf, wenigstens später nicht, aber störend. Er ist umgrenzt an der Fraktur und der Patient kann ihn genau bestimmen; strahlt er aus, so liegen mehrere Verletzungen vor. Diagnose: Deformität, Empfindlichkeit, Rückensteifigkeit, Röntgenbefund. So beim Wirbelkörper. Bei Fraktur der Prozessus sind die Schmerzen gering oder gar nicht, aber immer lokalisiert. Exakte Diagnose nur durch Röntgen.

Spondylolisthesis: gewöhnlich ist die Vorwärtssubluxation des fünften Lendenwirbels. Hauptschmerz: in der mittleren und unteren Lendengegend, nicht streng begrenzt anzugeben, wie bei der Fraktur, und nach Unfällen dauernd, sehr bald darnach, weit verbreitet im Gegensatz zu kongenitalen Fällen, wo er fehlt oder sehr gering ist. Hier ist der ganze Mechanismus der Spina und ihrer Funktionen verändert. Besten Aufschluß gibt Röntgen.

Scoliosis ischiatica: dauernde Neigung des Körpers nach vorn und seitlich mit hervorstehender Hüfte auf der entgegengesetzten Seite. Die Neigung kann nach der kranken Seite gehen und entgegengesetzt und verschwindet fast im Sitzen und bei Vorwärtsbeugung nach Ruhe; nur in sehr schweren Fällen hält sie auch im Liegen an. An den Wirbeln keine morphologischen Veränderungen oder Fixation. Die Kurvatur verschwindet mit dem Schmerz; sie verändert sich nur beim Uebergang von der Ruhe zur Tätigkeit. Der Schmerz ist gewöhnlich mäßig, ausgenommen bei Exazerbationen, wo er heftig ist. Die Muskeln des Rückens sind in konstantem Spasmus. Daher ist auch jede Bewegung der unteren Gliedmaßen schmerzhaft. Er ist dauernd, wird zeitweise durch Bettruhe oder im Sitzen gebessert. Der Unfall braucht nicht schwer zu sein, ist meist mild. Jede Anstrengung vermehrt den Schmerz. Ursache: Verstauchungen des Lumbosakralgelenks, Schädigungen der Lumbalgelenke, der Rückenmuskel, glutäale Myositis, Ischiasneuralgie.

Störungen im Sacroiliacalgelenk. Unmittelbar nach dem Unfall streng lokalisierte Schmerzen für Wochen und Monate, auch bei Bewegungen der Wirbelsäule, des Beins bei gestrecktem Knie, bei seitlicher Kompression oder Verschiebung, Röntgen gewöhnlich negativ. Diese Form ist von besonderer Bedeutung, weil der Befund oft ein recht geringer ist. Insbesondere ist die Differenzierung von artritischen, periarthritischen, ligamentösen und muskulären Veränderungen oft recht schwer.

Spinale Arthritis. Sie ist oft Gegenstand von Kontroversen; zweifellos ist sie eine Kombination von Systemerkrankung oder fokaler Infektion und konstitutioneller Prädisposition und kann durch einen Unfall, auch wenn alte Veränderungen röntgenologisch nachgewiesen sind oder gerade deswegen exazerbieren. Nach Typhus oder Gonorrhoe sind hauptsächlich die kleinen Gelenke der Wirbelsäule und die perivertebralen Gewebe betroffen. Lokale Empfindlichkeit, Steifheit, Schmerz. In all diesen Fällen ist der Schmerz nicht charakteristisch. In den beiden letzteren Fällen oft noch lange nach dem akuten Stadium. Kann der Unfall allein die traumatische nicht suppurative Arthritis verursachen? Verfasser nimmt dies auf Grund verschiedener Beobachtungen an.

Maligne Erkrankungen der Spina. Hier dauernder Schmerz, vermehrt bei Bewegungen, nicht vermindert durch Ruhe. Frühsymptom bei Sarkom und Karzinom durch Metastasen auch. Begrenzter, sehr heftiger, durch Morphium nicht zu bessernder Schmerz.

Kongenitale Veränderungen sind nicht immer für Rückenschmerzen verantwortlich. Selbstverständlich kann eine Zervikalrippe neuritische Erscheinungen und Zirkulationsstörungen im Arm verursachen oder ein zu großer Processus transversus Ischias, aber dies ist selten.

Die Frage, wie weit bleibende Folgen von Schädigungen des Muskel- und Bandapparates zurückbleiben nach Ueberanstrengungen ist oft sehr schwer zu lösen, und hier ist bei Unfallpatienten lediglich strenge Beobachtung in einem Krankenhause angezeigt.

Nr. 7, 6. Oktober 1926.

Unsere jetzige Auffassung der Tuberkulose. Pottenger.
Ueber Krebs. Meyer.
* Fieber. Eel.
Klinische Beobachtungen bei Rheumatismus. Coates.
* Ueber Irrtum bei der Diagnose. John.
* Gastrointestinale Divertikel. Bainbridge.
* Atypische Angina pectoris. Barsky.

Fieber. Ist die Reaktion auf ein schädliches Agens im Körper, wodurch die normale physiologische Funktion des wärmeregulierenden Mechanismus verändert wird. Es handelt sich dabei nicht um eine vermehrte Hitzeproduktion, sondern um Retention. Nicht nur Bakterien, auch andere organische und anorganische Gifte, exzessive Tätigkeit von Körpergeweben, Entzündungen, der Vorgang der Immunität, Gewebsproliferationen, können Fieber hervorrufen. Es gibt infektiöse und nichtinfektiöse Fieber. Man kann nicht allgemein sagen, daß irgend ein schädliches Agens ein kurzes oder langes Fieber hervorruft, wobei kurz zwei Wochen bedeutet. Sondern jede Reaktion mit Gewebeproliferationen verursacht längeres Fieber, z. B. Tuberkulose. Fieber von kurzer Dauer findet man bei unkomplizierten Exanthemen, allen pyogenen Infektionen, besonders, wenn sie lokalisiert sind, also akute Bronchitis, Tonsillitis, Pharyngitis, Diphtherie, Erysipel, Appendizitis, Beckeninfektionen. Lange Dauer hat man bei Tuberkulose, manchen Formen von Sepsis, Typhus, Paratyphus, Meningitis, akutem Rheumatismus, Syphilis, Lepra, Malaria, malignen Zuständen, Endokarditis, Leukämie, Aktinomykose. Sepsis ist in Wirklichkeit eine Bakteriämie; hier wächst das Agens in der Zirkulation und arbeitet dort seine Gifte aus. Auch beim gewöhnlichen Furunkel kommen Bakterien ins Blut, werden aber bald zerstört. Andererseits ist Endokarditis ein Beispiel dafür, daß solche Bakterien im Blutstrom weiterleben können.

Bei malignen Zuständen hat man zu Beginn kein Fieber, aber wenn sie sich ausbreiten, entsteht durch die Zerfallsprodukte intermittierendes Fieber, später durch die pyogene Infektion dauerndes. Aehnlich mag es sich bei der Leukämie verhalten. Die größten Rätsel gibt oft Tuberkulose, namentlich wenn sie keine deutlichen Erscheinungen macht. Nicht selten kommt es vor, daß man dauerndes Fieber bei Kindern nasopharyngealen oder tonsillären Infektionen oder Pyelitis zuschreibt, während in Wirklichkeit die Hilustuberkulose die Ursache ist. Auch die Nierentuberkulose wird in dieser Hinsicht oft übersehen. Bei septischen Zuständen ist Feststellung des Herdes das wichtigste, auch bei Endokarditis, denn die Endokardveränderung ist sekundär. Dies gilt auch für alte Klappenfehler. Hier kann lange ein latenter Zustand vorherrschen, im weiteren Verlaufe Schüttelfröste, Anämie, Schweiße, Milzinfarkte. Beispiele für nicht infektiöse Fieber: Gehirnschädigungen, zerebrale Hämorrhagien, Gravessche Krankheit.

Ueber Irrtum bei der Diagnose. An der Hand von zwei Fällen führt John aus, wie leicht Irrtümer entstehen, wenn man die Anamnese in Vordergrund stellt. Im ersten Fall diese eindeutig für Diabetes, der durch die Untersuchung nicht bestätigt wurde; im zweiten Falle wurde bei Hyperthyreoidismus Diabetes angenommen, dabei aber außer acht gelassen, daß Glykosurie nicht so sehr selten Begleiterscheinung des Hyperthyreoidismus ist.

Gastrointestinale Divertikel. Manche sind kongenital, mehr sind später erworben. Aetiologie dunkel; deshalb mag auch die erworbene Form durch Trauma oder Entzündung oder durch beides oder durch dauernde Ausdehnung des Darms bei verzögerter Entleerung entstehen. Im Sigmoid kann die Ansammlung harter Kotballen prädisponieren. Dort sind Divertikel häufig. Auch Karzinom kann auf diese Weise ausgelöst werden. Drei Hauptgruppen: erstens die multiplen kleinen Divertikel, die bedeutungslos sind; zweitens die akuten Formen mit Abszeßbildung, Divertikulitis, Degeneration, oft maligner; hier kommt chirurgische Behandlung in Frage; drittens, wichtig ist die große Gruppe der Divertikel, die die Hauptfaktoren mancher pathologischen Zustände darstellen, bei denen Ursache und Wirkung noch geklärt ist. Diese Divertikel des Kolon sind Lieblingssitze für Retention und Absorption von Toxinen aus putrefaktivem Darminhalt und sind zweifellos als solche der grundlegende, aber oft nicht erkannte Faktor mancher toxischen Fernsymptome, mancher abnormen Zustände am Herzen, an der Thyrioidea und an der Mamma, prämaturer Senilität mancher Organe und mancher Psychosen. Bei Erwägung aller sonstigen Infektionsquellen, Zähne, Mandeln, Gallenblase, sollte man die mögliche Ursache dieser Taschen in Betracht ziehen. Bei der Durchleuchtung muß auf die aufrechte Stellung, bei der die Eingeweide in ihren natürlichen Verhältnissen sind, Wert gelegt werden. Ein ausgesprochener Divertikel ist etwas sehr störendes und neigt zu akuter Entzündung mit ähnlichen Symptomen und ebenso gefährlich wie Appendizitis. Hat einmal eine Entzündung stattgefunden, so wiederholt sie sich gerne; unter Umständen Ulzeration, Perforation oder vollständige Obstruktion des Darmes kann die weitere Folge sein.

Atypische Angina Pectoris. Angina pectoris ist eine äußerst heftige und niederdrückende Schmerzempfindung, die meist aufwärts von der Mitte des Sternums beginnt und in den linken Brustkorb, in den Rücken, Arm und die ulnare Seite des Vorderarmes ausstrahlt. Der Schmerz kann auch distalwärts entstehen und sternalwärts ausstrahlen. Gewöhnlich bleibt dann eine Hyperalgesie zurück. Meist tödlicher Ausgang. Ursachen: Koronarerkrankung. Einerseits sieht man bei der Autopsie häufig keine Koronarerkrankungen, andererseits solche mit myokardialer Insuffizienz bei Patienten, die nie an Angina gelitten haben. Nach Willius hatten nur *22%* von Koronarerkrankungen, die autoptisch festgestellt wurden, Angina. Deshalb legen auch manche Autoren den Hauptwert auf vasokonstriktorische Vorgänge. Ref. nimmt an, daß eine plötzliche Erhöhung des Blutdrucks den Anfall auslöse. Aehnlich wie ein Luftzug eine Trigeminusneuralgie auslöse, ohne deren Ursache zu sein. Allbutt hält einen entzündlichen Zustand über dem suprasigmoidalen Teil des Aortenbogens, dem empfindlichsten Teil für Druckschwankungen, für die Ursache. Dieser Zustand kann akut oder chronisch sein, bakteriell (rheumatisch, nach Influenza, syphilitisch oder durch Pneumokokken) oder metabolisch wie bei Diabetes oder Gicht. Aber auch er erklärt nicht den auslösenden Faktor. Nach Barskys Ansicht reizt irgend ein Proteingift aus der Nahrung, das in die Zirkulation gelangt, den Aortenplexus oder irgendeine Guanidinverbindung erhöht den Blutdruck. Auch Bakteriengifte, die im Blut kreisen, können den Reiz auslösen. Wenn die Körperzellen das Gift gebunden haben, ist der Anfall vorüber. Ist das Herz nicht sehr erkrankt, folgt Genesung, ist es aber besonders an der Coronaria erkrankt, Tod. Sind pathologische Veränderungen da, so kann auch eine physische oder psychische Erregung den Reiz bilden. Ersteigen eines Hügels, Gehen gegen den Wind. Auch Asthmaanfälle können bei sensiblen Personen durch zirkulierende Proteinprodukte entstehen; sie sind vorüber, sowie das Gift durch die Gewebe fixiert ist. Gewöhnlich tritt ein plötzlicher Schmerz auf nach irgend einer Anstrengung; er kann auch im Schlaf kommen. Anfangs ist er nicht stark, nimmt aber rasch zu. Bis in die mittleren Finger, kann aber auch den Bronchialplexus aufwärts ziehen in den Hals, Hinterhaupt unter das Ohr. Manchmal geht er auch direkt und nur auf die rechte Brustseite oder auf beide Brustseiten mit gleicher Intensität. Nicht selten wird er auch im Epigastrium verspürt und es entsteht dann Aufstoßen und Erbrechen, was der Patient dann auf den Magen bezieht. Manche Patienten zeigen auch viszeromotorische Störungen. Das Gefühl, als ob das Brustbein nach innen gedrückt würde, so daß der Atem stockt, von Ziehen im Epigastrium. Alle diese Symptome brauchen nicht vorhanden zu sein, auch nicht in gleicher Intensität. Wichtig ist, daß der Schmerz im umgekehrten Verlauf einsetzen kann, also in den Fingern beginnend, und daß nur ein Symptom vorhanden sein kann, also ein schrecklicher Schmerz im Handgelenk, oder in der Schulter, in den Interkostalmuskeln, oder ein zusammenziehendes Gefühl im Hals. Alle Symptome sind gleich gefährlich. Die Feststellung der Hyperalgesien bestätigt gewöhnlich die Diagnose. Der erste Anfall kann töten, oder es können mehrere folgen, und der Tod erfolgt durch Insuffizienz.

Die physikalische Untersuchung ergibt nichts wesentliches; der Blutdruck kann während des Anfalls wohl durch den Schmerz erhöht sein. Röntgen ergibt vielleicht eine Vergrößerung der Aorta, die aber bei dem Alter des Patienten normal sein kann. Der Unterschied zwischen der Anstrengungsangina und der Ruheangina der Franzosen ist nicht durchzuführen, zumal da die Nachtanfälle oft schrecklicher sind als die Tagesanfälle, bei denen der Patient den auslösenden Faktor, wenn er Anstrengung ist, immerhin einigermaßen regulieren kann. Illustration dieses an sieben Fällen.

v. Schnizer.

Long Island Medical Journal.

20., Nr. 8, August 1926.

- ✦ Nephritis mit hohem Harnstoffgehalt im Blut. Henry M. Moses.
- Röntgenologische Studien der oberen Harnwege. Augustus Harris.
- ✦ Häufigkeit des Urinierens. Nath. P. Rathbun.
- ✦ Sykosis. Linford Trone und C. N. Myers.
- Anwendung von Quecksilberpräparaten in der klinischen Praxis. Victor Cox Pederson.

Nephritis mit hohem Harnstoffgehalt im Blut. In der vorliegenden Arbeit zeigt Verfasser eine Reihe von Patienten mit ungleicher Nierenfunktion, welche zu Retention von großen Quantitäten Harnstoff und Kreatinin im Blute führen. Diese Art Patienten haben auch stets irgend eine Funktionsänderung an anderen wichtigen Organen, wobei nicht vergessen werden darf, daß Harnstoff und Kreatinin im Blute nicht immer zu Konvulsionen oder Koma führen. Ebenso muß nun nicht etwa jede mangelhafte Nierenfunktion unbedingt zum Tode führen, obwohl er im allgemeinen über kurz oder lang eintritt. Je mehr von den angegebenen Stoffen im Blut zurückbleibt, um so schwerer ist die Dysfunktion und um so günstiger die Prognose. Es ist beobachtet worden, daß zum Schlusse der Nephritis auch hier und da Perikarditis auftritt. Diese Patienten sprechen mitunter auf Protein, salzarme Diät und Wärmebehandlung an, jedoch ist der Besserungszustand nur temporär. Verfasser hat viele Patienten, welche außerdem noch Herzklappenfehler oder chronische Myokarditis hatten, mit einem Blutdruck von 140 bis 160 R.R. ins Krankenhaus aufgenommen und vielen von ihnen hat er durch geeignete Behandlung den Blutdruck senken und sie somit eine geraume Zeit hindurch bessern können.

Häufigkeit des Urinierens. Die Häufigkeit des Urinierens einerseits und die pathologische Seltenheit andererseits sind oft genug die prominenten Symptome, welche den Patienten in das Sprechzimmer des Arztes führen. Erst die eingehende und genaue Untersuchung kann darüber Aufschluß geben, welche Ursachen diese Urinierungs-Frequenz steigern. In der vorliegenden Arbeit wurden sieben Gruppen angeführt, in denen Verfasser alle Patienten, welche pathologisch häufig urinieren, untergebracht hat. Die erste Gruppe enthält zunächst die Fälle, bei welchen die Häufigkeit eine Folge des großen Blaseninhaltes ist, d. h. Patienten, die viel trinken. Unter diese Gruppe gehören natürlich auch der Diabetes und einzelne Nephritisarten im frühen Stadium. Die zweite Gruppe enthält die Fälle, bei welchen irgendwelche Störungen in dem neuromuskulären Mechanismus vorliegen, durch irgend eine organische Störung des zentralen Nervensystems, wie z. B. Tabes oder lokale Lähmung des Sphincter vesicae. Die Gruppe 3 enthält die Fälle von Prostatahypertrophie und Harnröhrenstriktur. In der nächsten Gruppe finden wir die Patienten untergebracht, bei welchen irgendwelche pathologischen Veränderungen in der hinteren Harnröhre bestehen; vorzugsweise die Fälle mit akuter Gonorrhoe, welche die hintere Harnröhre ergriffen hat. Fernerhin rechnet Verfasser diejenigen Patienten unter diese Gruppe, welche durch irgendwelche sexuellen Abirrungen zu pathologischer Häufigkeit des Urinierens neigen. In Gruppe 5 finden wir die Patienten, bei welchen die Häufigket des Urinierens durch Reizung, z. B. durch Eiterzellen, hervorgerufen wird, wobei natürlich die Gonorrhoe-Fälle der vorigen Gruppe ausgeschaltet sind. Es ist also dringend erforderlich, so rasch wie möglich bei Vorhandensein von Eiter im Urin in diesen Fällen die Quelle festzustellen; denn man darf nicht vergessen, daß sehr häufig ein paar Eiterzellen das erste Anzeichen von Nierentuberkulose sind. In der vorletzten Gruppe nun haben wir die Fälle mit Steinen oder anderen Fremdkörpern in der Blase; bei diesen Patienten ist die Häufigkeit des Urinierens am Tage besonders stark. Die siebente und letzte Gruppe endlich enthält die Fälle, bei denen die Symptome den Reflex irgend eines pathologischen Vorganges in den oberen Harnwegen ohne jedwede Infektion oder Steine oder Urethra-Striktur darstellen.

Betrachtet man zum Schluß zusammenfassend alle vorgenannten sieben Gruppen, so gilt für alle, daß bei Patienten, welche über irgend etwas Pathologisches in bezug auf ihren Urin klagen, eine besonders genaue Anamnese und ein ebensolcher Befund erhoben werden muß, da der Patient dem Arzt zunächst nur als einziges Symptom die pathologische Veränderung in bezug auf die Häufigkeit des Urinierens schildern kann.

Sykosis. Unter dem Begriff „Sykosis“ versteht man eine Infektion der Haar-Follikel des Kopfes, und zwar teilt man die Krankheit in zwei Gruppen, nämlich in die hypogenetische und die kokkogenetische ein. Die erstere dieser beiden Gruppen wird durch die Ringwurm-Parasiten hervorgerufen und im allgemeinen als Tinea barbae bezeichnet. Der kausale Faktor der anderen Gruppe ist der Staphylococcus aureus oder albus. Die Namen Sycosis barbae und Sycosis vulgaris werden synonym für diese Art gebraucht. Verfasser beschreibt in seiner Arbeit nur Fälle der letzteren Gruppe und behandelt diese Erkrankungen mit intradermalen Injektionen von Autovakzinen. Er injiziert an der Stelle der Erkrankung und will in vielen Fällen gute Erfolge gesehen haben. Misch-Vakzine geben nach seiner Ansicht noch bessere Resultate als die Autovakzine. Verfasser fordert von den Vakzinen einen hohen Bakteriengehalt, bis zu 6 Billionen pro ccm, was eigentlich etwas unverständlich hoch erscheint. Die Proteinkörper-Therapie steht in bezug auf Erfolge auf derselben Höhe wie die Vakzine-Behandlung.

Zusammenfassend bemerkt der Autor, daß er beide Arten von Therapie, d. h. also Vakzine und Proteinkörper (wie z. B. Aolan), in abwechselnder Darreichung als die Methode der Wahl ansieht.

20., Nr. 9, September 1926.

* Bemerkungen zur Augen-Pathologie. John N. Evans.
* Nichtspezifische Pneumonie-Behandlung. Edw. E. Cornwall.
Konservative Behandlung der Prostatahypertrophie. Nath. P. Rathbun.
Allgemeine Betrachtungen über die Haut. E. Almore Gauvain.
* Ueber die weibliche Gonorrhoe. Adolph Jacoby.

Bemerkungen zur Augen-Pathologie. In der vorliegenden Arbeit gibt der Verfasser den Extrakt seiner einschlägigen Literatur-Durchsicht in leicht anschaulicher und verständlicher Form. Er streift die Anatomie und die Optik des Auges in kurzer und prägnanter Weise und stellt in sehr übersichtlichen Tabellen die verschiedenen Krankheitsgruppen zusammen. Einen besonderen Abschnitt widmet er den Hämorrhagien, den Exsudaten und dem Oedem.

Nichtspezifische Pneumoniebehandlung. Wenn man auch verschiedene effektive biologisch-praktische Spezifika für die Behandlung der Pneumonie kennt, so kann man durch allgemeine Maßnahmen in bezug auf die Regulierung der Diät, den Zirkulationsapparat und die Behandlung der Symptome sehr viel für den Patienten tun. Chemikalien rufen in ihrer Wirkung außerordentlich häufig Komplikationen und allgemeine Beschwerden hervor; man sollte sie nur anwenden, wenn die Indikation für sie positiv und absolut geklärt ist. Ueberstimulationen des Herzens in ersten Stadien der Krankheiten sollten vermieden werden, aber später, wenn das Herz nachläßt, glaubt Verfasser mit der Behandlung kühner vorzugehen. Diese Ansicht ist ganz entgegengesetzt den Gepflogenheiten, die wir haben; denn man kann wohl sagen, daß bei fieberhaften Erkrankungen, also selbstverständlich auch bei Pneumonie, zu allererst ein Stimulans für das Herz gegeben wird, um vor allen Dingen, wie die alten Aerzte sich ausdrückten, die Zentralturbine gut laufen zu lassen. Das Herz als Zentralkreislauf-Organ ist bei jeder fieberhaften Erkrankung das wichtigste und an seiner Funktion kann häufig genug das Stadium, in welchem sich die Krankheit befindet, erkannt werden.

Ueber die weibliche Gonorrhoe. Bei der Zusammenstellung der Statistik kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß die Mehrzahl der Infektionen bei Prostituierten vorkommt. Einen sehr großen Teil stellen die ehelichen Infektionen dar; die Mehrzahl aller Infektionen ist sowohl zervikal wie auch urethral. Der Gesamtzahl am nächsten kommen die ausschließlich zervikalen und den geringsten Teil stellen die ausschließlich urethralen Infektionen dar. Die meisten Fälle hat Verfasser im subakuten oder chronischen Stadium gesehen, und er teilt mit, daß es große Mühe macht, in diesem Stadium Gonokokken im mikroskopischen Bilde zu finden. Die vorliegende Arbeit mutet, wenn man diese Ergebnisse liest, sehr eigentümlich an; denn wir wissen in Deutschland, daß wir viele Fälle in akutem Stadium zu sehen bekommen, wenngleich es nicht immer leicht ist, eine weibliche Gonorrhoe zu behandeln und vor allen Dingen zu heilen. Bezüglich der Therapie geht Verfasser mit unseren Verordnungen konform.

20., Nr. 10, Oktober 1926.

* Das kohlensäurehaltige Getränk. J. Louis Neff.
* Ueber trüben Urin. T. Sturdivant Read.
Paroxysmale Tachykardie. Edw. E. Cornwall.
Allgemeine Betrachtungen über die Haut: Erythema nodosum. E. Almore Gauvain.

Das kohlensäurehaltige Getränk. Ueber das kohlensäurehaltige Getränk berichtet Neff. Er zieht die Indikationen und die Kontraindikationen, bei denen Selterswasser gegeben bzw. nicht gegeben werden darf. Als spezifische Indikation betrachtet er die ersten Stunden nach der Narkose, weil ihn die Erfahrung gelehrt hat, daß Patienten infolge des eintretenden Aufstoßens sich sehr wohl fühlen. Ferner gibt er Selterswasser bei Fieber als Diuretikum und bei Toxämie und Azidose. Bei der Gastritis hat er gefunden, daß das Selterswasser in vielen Fällen weit besser vertragen wird, als irgend ein anderes Getränk, weil es den Tonus hebt und die Peristaltik anregt. Bei Uebelkeit und Schwangerschafts-Erbrechen soll das kohlensäurehaltige Getränk ein wertvoller Unterstützungsfaktor in der Behandlung sein und Verfasser berichtet, daß einige bedeutende Gynäkologen als selbstverständliche Beifügung zu einer eventuellen Diät während der Schwangerschaft das Selterswasser stets verordnen.

Ueber trüben Urin. Dieses allgemein klinische Zeichen kann von geringer oder schwerwiegender Bedeutung sein. Der trübe Urin kann 1. durch Urate, 2. durch Phosphate, 3. durch Bakterien, 4. durch Eiter entstehen. Will man nun die Ursache und den Ort genau feststellen, woher die Eiterbestandteile bei der Pyurie kommen, so braucht man in vielen Fällen nicht erst einen Spezialarzt zuzuziehen; denn es wird verlangt, daß jeder praktische Arzt eine quantitative sowohl wie auch qualitative Urinuntersuchung machen kann. Es wird die uns bekannte Technik der Urinuntersuchung in bezug auf die oben genannten vier Gruppen in anschaulicher Weise geschildert.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

Ludwig Stelz: **Der menschliche Körper, sein Bau, seine Verrichtung und seine Pflege.** Lieferung 1: Bewegungssysteme. Braunschweig, Arnthor. 4 M. — Die Naturheilkundigen berufen sich gern auf ihre angeborene Intuition, welche sie auch ohne Studium das Rechte treffen lasse. Schade, daß es nicht auch „Natur-Techniker“ gibt, welche „mittels Intuition“ Ort und Ursache eines Wasserrohrbruchs oder eines Leitungsdefektes herausbringen! Schade aber auch, daß es so viele Menschen gibt, die zwar von sich selbst ganz gut wissen, daß sie von Anatomie und Physiologie nichts verstehen, wohl aber anderen, begnadeteren derlei Kenntnisse zutrauen. Vielleicht wirkt auf solche Menschen wohltätig das vorliegende Werk, das in höchst instruktiver Form in den Bau und die Funktionen des menschlichen Körpers einzuführen verspricht. Da sieht man mit Bewunderung, wie ingeniös der Organismus aufgebaut ist und wie alle Teile ineinandergreifen. Auch wer Anatomie „gelernt“ hat — in Wahrheit lernt man nie aus —, wird neue Anregungen aus den lehrreichen Bildern gewinnen.

Wie man heute den Kopf schüttelt über die Selbstkasteiungen vergangener Jahrhunderte, so wird man später den Kopf schütteln, wie Tausende von sog. aufgeklärten Menschen das Wunderwerk ihres körperlichen Ichs Quacksalbern und Kurpfuschern aller Art anvertrauen konnten; aber eben die Tatsache, daß sie nicht noch viel mehr Schaden anrichten, muß die Bewunderung vor der Organisationskünstlerin Natur noch steigern.

Buttersack.

Julius Tandler: **Lehrbuch der systematischen Anatomie.** 3. Band: Gefäßsystem. Leipzig 1926. F. C. W. Vogel. 381 Seiten mit 186 Abbildungen. 24,— M. — In unserer merkwürdigen Zeit überschwemmen die Spezialforschungen die Herzen und Köpfe unausgesetzt mit Nouveautés, Ueberraschungen und dergl., daß die früheren Wissenschaften bedenklich in den Hintergrund gedrängt zu werden drohen. Gewiß fesseln die Relativitätstheorie, die Atomzertrümmerung, das mikroskopische Blutbild, Salvarsan und die innere Sekretion im höchsten Grade. Allein mit zunehmendem Alter versteht man immer besser den Satz von Ranke: Die sogenannten Fortschritte der Ideen sind „häufig nur Aufwallungen des Moments“. Um so lieber kehrt man dann zu der soliden Grundlage der Heilkunst, zur Anatomie, zurück. Aber freilich, die Anatomie erfordert fleißiges Studium, und dieses erfordert Zeit, und gerade an Zeit fehlt es im Zeitalter des Kinos und des Rundfunks unserer Jugend. Da ist es ein Verdienst, wenn ein Verlag es unternimmt, die Anatomie so darzustellen, daß sie den Leser am Studiertisch festhält. Das tut der vorliegende Band in hohem Grade. Tandler läßt die Bilder sprechen; der Text gibt nur die Erklärungen, welche sich der Beschauer wünscht. Die Bilder sind so plastisch und klar, daß sie sich bei entsprechendem Studium fürs ganze Leben einprägen müssen. Und manchem praktischen Arzt wäre ein Blick in dieses Meisterwerk der buchhändlerischen Technik bzw. in das Meisterwerk der schaffenden Natur förderlicher, als ein Blick in die Reklamezettel von ...inen, ...onen, ...alen usw. Besonders dankenswert ist der verhältnismäßig große Raum, welchen Tandler dem Lymphsystem zuteil werden läßt. Wissen doch immer noch recht viele herzlich wenig mit diesem System ersten Ranges etwas anzufangen.

Der 4. Band soll Exterieurkunde und Konstitutionslehre bringen. Auf Grund des „Gefäßsystems“ kann man ihm eine glänzende Prognose stellen.

Buttersack, Göttingen.

Emil Koch: **Erste Hilfe bei Automobil- und anderen Unfällen.** Mit 38 Abb. Verlag: Klasing & Co., Berlin. Broschiert 1,80 M. — Nicht nur für den Automobilisten, für den sie im wesentlichen bestimmt ist, sondern auch für den Arzt ist die kleine Abhandlung lesenswert. Verf. gibt in knapper und prägnanter Form, unterstützt durch eindrucksvolle Abbildungen neben einem Abriß der Versorgung frischer Wunden, Frakturen usw. die Beschreibung einiger typischer Verletzungen, wie sie speziell bei Automobilunfällen vorzukommen pflegen. Walter Grossmann, Berlin.

E. Weisz: **Die homöopathische Behandlung der Augenkrankheiten.** Verlag der Concordia A.-G., Bühl. 183 S. — Bei dem ausgesprochenen Mangel an homöopathischer Spezialliteratur ist es zu begrüßen, daß jetzt endlich die homöopathischen Fachärzte sich dazu aufraffen, und die Bearbeitung ihres Sonderfaches in der Literatur übernehmen. Gibt doch gerade die Darstellung der homöopathischen Behandlungsmöglichkeiten in den Sonderfächern den Spezialisten der Schule die Möglichkeit, an Hand dieser spezial bearbeiteten Werke die homöopathischen Mittel auf ihrem Gebiet leichter kennen zu lernen und zu versuchen. Während der homöopathische Allgemeinpraktiker eine gute Spezialabrundung seiner Arzneimittelkenntnisse dadurch gewinnt. In dem vorliegenden Werk sind im ersten Teil sämtliche in Frage kommenden homöopathischen Medikamente mit ihren wichtigsten Allgemein- und Lokal-Symptomen abgehandelt, während im zweiten Teil bei der Besprechung der einzelnen Krankheiten die für jedes einzelne Leiden wichtigsten Mittel kurz zusammengefaßt gegeben werden. Dankenswert ist, daß der Verfasser aus dem Schatze seiner reichen Erfahrungen über die Dosierungen Angaben gemacht hat. Am Schluß des Werkes wird noch kurz das meist recht unbeliebte Kapitel „Kopfschmerzen“, soweit es mit den Augen in näherem oder entfernterem Zusammenhang steht, berührt. Dermitzel.

Konrad Puzzucker: **Die Chirurgie des Mensurbodens.** Verlag: Julius Springer, Berlin 1926. Broschiert 2,40 M. — Die Schrift ist besonders für den jüngeren Mediziner gedacht, der sich als Paukarzt zum ersten Male selbständig betätigt. Die sachgemäße Einrichtung eines Paukarztzimmers wird beschrieben, die Regeln der Anti- und Asepsis werden kurz geschildert und dringend zur strengen Beachtung empfohlen. Bei der Besprechung der Verletzungen werden die besondern anatomischen Verhältnisse an Kopf und Gesicht berücksichtigt: Arterienverlauf, knöcherner Schädel usw. Der Nichtchirurg findet das Wichtigste über Nahttechnik mit besonderem Hinweis auf den speziellen Charakter der Hiebverletzungen im Gesicht, dazu einiges über Brust- und Armverwundungen und eine Anleitung für die Nachbehandlung. Das Büchlein kann jedem Paukarzt, besonders dem unerfahrenen, nur dringend empfohlen werden. Walter Grossmann, Berlin.

Karl Birnbaum: **Die psychopathischen Verbrecher.** 2. Auflage. Verl. von Georg Thieme. Leipzig 1926. Preis: 17,50 M. — In 28 Vorlesungen behandelt der durch seine gediegenen Schriften rühmlichst bekannte Verfasser die Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit in ihren Beziehungen zu Verbrechen und Strafwesen. Die verschiedenen psychopathischen Typen, ihre Stellung im Rahmen des Strafwesens, die psychopathischen Haftreaktionen, die Richtlinien für die Strafbehandlung der Psychopathen, ihre Vernehmungs-, Verhandlungs-, Haft- und Strafvollzugsfähigkeit, die Straferfolge bei Psychopathen, die Simulationsfrage, die forensisch-psychiatrische Beurteilung der Psychopathen, ihre Zurechnungsfähigkeit und strafgesetzliche Sonderbehandlung werden auf Grund eigener Erfahrungen und unter Beibringung lehrreicher Beispiele besprochen. Gegenüber der ersten Auflage liegt eine völlige Neubearbeitung vor. Wie Verf. im Vorwort zur zweiten Auflage sagt, besitzt die Neuauflage einigen Aktualitätswert: Der jüngst erschienene amtliche Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs hat die psychopathisch minderwertigen Verbrechen wieder stärker in den Blickpunkt juristischen und psychiatrischen Interesses gerückt. — Dem psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht wird das Buch Birnbaums unentbehrlich sein, es wird ihm bei der Abfassung seiner Gutachten wichtige Hinweise geben und ihm in manchem Falle die Begutachtung wesentlich erleichtern. Kurt Mendel, Berlin.

Hypertension, Aerztlicher Fortbildungskurs in Bad Nauheim Pfingsten 1926. 85 S. 14 Abbild. Verlag Georg Thieme, Leipzig. Preis brosch. 3,— M. — Dieses Heft bietet eine Uebersicht des vielseitigen Hypertonieproblems. Die klinisch-physiologische Seite der Frage wird von Volhard, der pathologisch-anatomische Teil von Koch (Halle) abgehandelt, wobei die modernen Anschauungen übersichtlich und fesselnd zur Darstellung gebracht sind. Ueber die Bedeutung der Erbmasse für die Aetiologie der Herz- und Gefäßkrankheiten bringt Weitz (Tübingen) wichtige Aufschlüsse. Wesentlich für die Analyse und das Verständnis der so verschiedenen beim artiellen Hochdruck auftretenden Beschwerden und die Pathogenese der Apoplexie sind die Ausführungen Kauffmanns (Frankfurt) über die Blutdruckschwankungen und ihre Bedeutung für den Organismus. Praktisches Interesse verdient der Aufsatz von Gönczy (Budapest) über Herzfunktionsprüfungen, welche mit einfachen Mitteln eine Vervollkommnung der funktionellen Herzdiagnostik ermöglichen (Bestimmung der Zeit der Atemzurückhaltung nach Arbeitsleistung, pathologische Körpergewichtszunahme unter Standarddiät bei Ueberschreitung der Arbeitstoleranz). Den heutigen Stand der Herzchirurgie schildert Schmieden (Frankfurt) in prägnanter Form und unterrichtet besonders über die interessanten neueren Fortschritte in der operativen Behandlung de adhäsiven Perikarditis. Biberfeld.

Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Lockemann: **Bericht über die Tätigkeit des Staatlichen Haff-Laboratoriums in Pillau im Jahre 1925.** (Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinal-Verwaltung, 23. Bd., Heft 2, 1926.) Verl. Rich. Schötz, Berlin. Preis 3 M. — Selten habe ich einen staatlichen Bericht mit so großem Interesse gelesen wie diesen. Lockemann läßt uns in fesselnder Weise einen Einblick in seine Forschungsarbeit tun. Es galt der Erforschung der rätselhaften Haffkrankheit. Tierversuche zur Prüfung der Giftigkeit der Gase, sowie der von Aalen, Wasser, Schlamm und Mulm, chemische Untersuchungen der Gase, des Schlammes, des Wassers und seiner Bewohner sowie epidemiologische Beobachtungen und klinische Untersuchungen an Tieren und haffkranken Menschen werden ausführlich erörtert. Die Ursache der Haffkrankheit konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Der Schlamm enthält wechselnde Mengen von Arsen (0,1 bis 50 mg As in 1 kg Trockensubstanz). Das Haffwasser zeigte nur einige Millionstel Gramm As im Liter; ebenso die Pflanzen und die Aale. In den auf der Wasseroberfläche lagernden Luftschichten ließ sich keine Spur Arsen nachweisen. Am wahrscheinlichsten ist, daß die Haffkrankheit durch den Genuß von Aalen, die sich im Haff mit unbekannten, vermutlich aus dem Schlamm stammenden Giftstoffen beladen haben, entsteht. Michaelis, Bitterfeld.

Gesundheitslehre für die Fortbildungs-, Berufs- und Fachschulen unter besonderer Berücksichtigung der Gewerbehygiene. Im Auftrage des Reichsausschusses und der Landesausschüsse für hygienische Volksbelehrung herausgegeben von Prof. Adam, Dr. Engel, F. Lorenz. Allgemeiner Teil. Verl. W. Vogel-Leipzig. Brosch. 8,— M., geb. 10,— M. 1926. — Dieses ausgezeichnete Werk soll kein abgekürztes Lehrbuch der Gewerbehygiene für Laien sein, „sondern es bringt neben den allgemeinen Ausführungen über die Stellung und Ausführung des gewerbehygienischen Unterrichtes für die Lehrenden auch die allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitslehre, die ein jeder Berufstätiger zur Erhaltung und Mehrung seiner Produktionskraft zu befolgen hat.“ Ein glänzender Stab von Mitarbeitern — jeder eine Autorität auf seinem Gebiete — hat sich hier zusammengefunden, um dem Lehrer das wissenschaftliche Rüstzeug für den Unterricht in der Gesundheitslehre, ganz besonders der Gewerbehygiene, zu vermitteln. Aber auch der Arzt, welcher als Schularzt oder in Vorträgen über diese Themata sprechen soll, findet hier sichere Grundlagen und Anregungen. In wie vollkommener und vorbildlicher Weise der Inhalt sich gliedert, möge folgende Inhaltsangabe zeugen: In der Einleitung begründet der bekannte Schulmann Rektor Lorentz die Notwendigkeit der Gesundheitslehre in der Berufsschule; Generalsekretär Adam betont die Notwendigkeit der Veranschaulichung in diesem Unterrichte. Die Themen der allgemeinen Gesundheitslehre sind: Gesundheitliche Lebensführung des Arbeitenden von Thiele-Dresden; Berufsschule und Leibesübungen von Mallwitz-Berlin; Das Geschlechtsleben und seine Gefahren von Röschmann-Berlin; Ausbreitungsweise und Verhütung der Tuberkulose von Möllers-Berlin; Alkohol und Beruf, Tabak und Jugend von Bornstein-Berlin. Die Bearbeiter der „Allgemeinen Arbeitshygiene“ sind vornehmlich die staatlichen Gewerbeärzte. Allgemeine Physiologie und Hygiene der Arbeit von Kölsch-München; Berufsberatung von Weisbach-Dresden; Physikalische Schädigungen von Neumann-Breslau; Schädigungen durch Staub von Holtzmann-Karlsruhe; Gesundheitsgefährdung durch chemische Einwirkungen von Engel-Berlin; Unfallgefahr und Unfallverhütung von Leymann-Berlin; Samariterdienst von Engelsmann-Kiel; Aufgaben und Leistungen der Krankenkassen von Kohn-Berlin; Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene und ihre Bedeutung für die Lehrerschaft von Eger-Frankfurt. Diese kurze Inhaltsangabe zeigt, daß dem Leser eine reiche Fülle von Belehrung geboten wird und daß er wohl niemals das Buch beim Raterholen unbefriedigt aus der Hand legen wird. Daß eine große Anzahl ausgezeichneter, lehrhafter Abbildungen den Text erläutern, sei noch erwähnt. Ueber den speziellen Teil des Werkes, welcher in Vorbereitung ist, werden wir wohl später berichten. Michaelis, Bitterfeld.

Eugen Kisch: **Besonnung und Belüftung Gesunder, Gelenk- und Lungentuberkulöser.** Verlag von Julius Springer, Berlin. Brosch. 1,80 M. 1926. — Die kleine Schrift ist aus dem Bedürfnis heraus entstanden, die Technik der Sonnenbestrahlung, wie sie in den Heilanstalten für Aeußere Tuberkulose, Hohenlyychen, und in dem Ambulatorium für knochen- und gelenkkranke Kinder in Berlin vom Verf. in jahrelanger Praxis erprobt ist, einem größeren Aerztekreise bekannt zu machen. Die Arbeit enthält je ein übersichtliches Schema der Gewöhnung Gesunder, der Gewöhnung Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulöser und der Gewöhnung Lungentuberkulöser an die Sonnenbestrahlung. Das Schema soll nur einen Anhalt für die Sonnenbehandlung geben, die Notwendigkeit individuellen Variierens wird betont. H. Zwerg.

A. V. Frisch: **Ueber Indikationen zur Lungenkollapstherapie.** (Verlag von Julius Springer, Wien, 1926. Brosch. 1,— M.) — Der als Broschüre erschienene Fortbildungsvortrag von Frisch überschreitet kaum das übliche Niveau dieser Art von Vorträgen. In dem knappen Rahmen ist es naturgemäß nur möglich, die wichtigsten mit der Indikationsstellung zur Lungenkollapstherapie zusammenhängenden Fragen flüchtig zu streifen, ganz zu schweigen davon, daß eine Reihe unbedingt zum Thema gehörender Indikationen unerwähnt bleibt, so die von der französischen Schule ausgearbeiteten Indikationen des Oleothorax, die von Brauer auf dem Kongreß für Innere Medizin 1925 angegebene Indikation der Thorakoplastik bei Bronchiektasien u. a. Die Ansichten des Verf. über absolute und relative Indikation, über Kontraindikationen des künstlichen Pneumothorax sind erfreulicherweise frei von der in der Medizin sonst so häufg anzutreffenden übertrieben doktrinären Einstellung, sie zeugen von der nicht geringen praktischen Erfahrung des Verf. Bedauerlicherweise haben sich in die knappen Ausführungen auch noch einige Fehler eingeschlichen, auf Seite 7 „Nervengewebe" (soll offenbar heißen „Narbengewebe"), auf Seite 9 „Pleura parietalis" (muß heißen „Pleura pulmonalis"). H. Zwerg.

H. Stieve: **Unfruchtbarkeit als Folge unnatürlicher Lebensweise.** (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Heft 126.) — München. Verlag von J. F. Bergmann, 1926, 52 Seiten, Preis brosch. 3,60 M. — Verf. zeigt an zahlreichen Tierversuchen und an einzelnen Beispielen beim Menschen, in welcher Weise unnatürliche äußere Umstände auf dem Wege über den Gesamtkörper die Keimdrüsen schädigend beeinflussen können und schließlich dazu führen, daß die Keimzellenreizung zum Stillstand kommt, ja daß beim Weibe manchmal alle Keimzellen vernichtet werden. Daß dabei das Weib weit leichter und tiefgreifender geschädigt wird als der Mann, ist nach dem verschiedenen Verhalten der Keimdrüsen bei beiden Geschlechtern, zu verstehen. Während beim Mann die Hoden selbst nach ganz schweren Schädigungen immer wieder von neuem Keimzellen bilden können, wenn natürliche Lebensverhältnisse und damit Gesundung eintritt, ist der Körper des Weibes im ganzen viel empfindlicher. Den Eierstöcken geht die Fähigkeit ab, während des Lebens neue Eizellen zu bilden, so daß jeder Verlust, jedes Zugrundegehen von Eierstockseiern für die Frau einen unersetzlichen Verlust bedeutet. Die Fortpflanzungsfähigkeit des Weibes ist also an und für sich viel stärker gefährdet als die des Mannes. — Ein Teil der Schädigungen, deren Wirkung auf die Keimdrüsen bei Tieren der verschiedensten Arten und Gattungen Verf. beobachtete, kommen sicher auch für den Menschen in Betracht. Stets handelt es sich ja um schädliche Einflüsse, die ihre Begründung in der ungeeigneten Beschaffenheit der Umgebung finden, wobei die Umgebung in weitestem Sinne gemeint ist; zu ihr gehört also auch die Ernährung. Falsch zusammengesetzte Nahrung, Gifte (z. B. zu reichlicher Alkoholgenuß usw.), zu reichliche, fettbildende Kost, mangelnde Bewegung, zu hohe Außenwärme und schließlich noch alle die vielen Einflüsse, welche auf dem Wege über das Nervensystem das Wohlbefinden stören, machen sich in ihrer Wirkung auch in der Tätigkeit der Keimdrüsen und dadurch der Fortpflanzung geltend. Dazu kommt noch das nervenzerrüttende Berufsleben, der Mißbrauch des Geschlechtstriebes, kurzum alle diese Tatsachen wirken zusammen, um die für Erhaltung der Art wichtigsten Körperorgane zu zerstören. Es ist klar, daß diese Faktoren mitverantwortlich gemacht werden müssen für den starken Geburtenrückgang, den wir bei allen Kulturvölkern oder besser gesagt „Ueberkulturvölkern" sehen, und besonders auch für die Erscheinungen, die in den letzten Jahren in steigender Deutlichkeit in Deutschland beobachtet wurden. — Da die hier besprochenen Formen der Unfruchtbarkeit durch unnatürliche Lebensweise bedingt sind, vermag nach Ansicht des Verf. jeder seinen Körper selbst zu schützen, indem er sich einer möglichst natürlichen Lebensweise befleißigt, um dadurch für die Zukunft seines Vaterlandes zu sorgen. —

Die sehr interessante Schrift, die am Schlusse ein ausführliches Verzeichnis der einschlägigen Literatur enthält, kann aufs Wärmste empfohlen werden. Rudolf Katz, Berlin.

J. Schwalbe: **Reichs-Medizinal-Kalender,** Ausgabe A. 48. Jahrg. Verlag von Georg Thieme, Leipzig. Preis geb. 5,— M. — Das Taschenbuch mit den beiden Beiheften ist wohl allen Aerzten so bekannt, daß hier der Hinweis genügt, daß der Kalender erschienen ist. Alle Abteilungen sind neu bearbeitet und ergänzt. Alle Abschnitte, ob die Arzneimitteltabelle, die Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung, die Symptome und Behandlung der akuten Vergiftungen usw., ob der kurze Leitfaden für die wichtigsten sozialärztlichen Maßnahmen in der Allgemeinpraxis (Beiheft I) oder die Verzeichnisse der Kur-, Badeorte und Anstalten (Beiheft II), bringen soviel wichtige Tatsachen, daß der Kalender dem Arzt, der sich einmal an den Gebrauch gewöhnt hat, unentbehrlich ist.

Arthur Keller.

Berichtigung.

In Nr. 30 vom 2. November cr. unter therap. Mitteilungen sollte die Ueberschrift, wie aus dem Inhalt auch hervorging, lauten: „Die Hyperämie-Behandlung der Haut und der Organe mit dem Heißlicht-Universalapparat für Osramlampen hoher Wattzahl" von Herrn San.-Rat Dr. Schindler. Irrtümlich wurde statt Heißlicht — Heißluft gedruckt.

Mitteilung.

Gründung der Reichsnotgemeinschaft Deutscher Aerzte.

Am 31. Oktober 1926 wurde in Hildesheim die Reichsnotgemeinschaft Deutscher Aerzte gegründet. Die einzelnen, zum Teil schon seit 1—1½ Jahren bestehenden örtlichen Notgemeinschaften erstrebten einen zentralen Zusammenschluß und hatten von überall her zahlreiche Vertreter entsandt, um den Gründungsakt der Reichsnotgemeinschaft zu vollziehen. Als Untergruppen der Zentrale wurden vier Gaue, ost-Breslau, süd-München, west-Frankfurt a. M. und nord-Magdeburg geschaffen, denen innerhalb ihres Bezirkes weitgehendste Selbstverwaltung zugebilligt wurde, indes werden alle Angelegenheiten von allgemeinem Interesse durch die Zentrale behandelt werden, welche am Wohnsitz des ersten Vorsitzenden in Köln ist, an dessen Anschrift sämtliche Anfragen und Briefe zu richten sind. (Priv.-Doz. Dr. F. Lejeune, Köln, Friesenplatz 5.)

Die Referate der einzelnen Ortsgruppenvertreter entfesselten immer und immer wieder eine lebhafte Aussprache unter allen Teilnehmern und führten schließlich restlos zur einstimmigen Annahme aller Beschlüsse, die vornehmlich der inneren Organisation, dem Abwehrkampf gegen die „Notverordnung" und der Abwehr der Uebergriffe, die sich einzelne örtliche Aerzteorganisationen entgegen den Anweisungen des Hartmannbundes erlauben, galten. Mit dem Bund deutscher Assistenten, der durch seinen Vorsitzenden bei der Tagung vertreten war, wurde eine Arbeitsgemeinschaft beschlossen.

Briefkasten.

Briefkasten der Redaktion. In Frankreich ist es nach dem jetzt herrschenden Recht verboten, daß der Arzt jemandem ein Organ entfernt, auch nicht mit Einwilligung des zu Operierenden, wenn die Operation nicht nach Lage des Falles für den Betreffenden selbst notwendig ist. Ein Beispiel sagt wohl klarer, was gemeint ist: Durch einen Unglücksfall verliert der 35jährige X. beide Hoden. Um den hierdurch drohenden körperlichen Verfall aufzuhalten, wird eine Hodentransplantation vorgeschlagen. Der wenig heiratslustige Bruder der Frau des Verletzten erbietet sich, einen Hoden abzutreten, gibt also seine ausdrückliche Einwilligung zur Operation. Ist dem Arzt die Vornahme dieser Operation ohne weiteres gestattet oder nicht? Die Frage hat mehr als theoretische Bedeutung, denn wenn die funktionsfähige Erhaltung des transplantierten Hodens oder Eierstocks der modernen Chirurgie gelingt, so kann dieselbe Sachlage sehr häufig eintreten z. B. Kryptorchismus und Hodeninsuffizienz, Lebensverlängerung etc. Dr. Kurt Heymann.

Therapeutische Mitteilungen.

Der Ausnutzungswert der Stützmittel für Training und Wettkampf.

Von

Dr. med. ROLF FRIEDLAENDER.

In der Sportphysiologie ist in jüngster Zeit im Anschluß an die Forschungen über Vitamine die Bedeutung dieser „Zusatzstoffe" auch für die Arbeitsleistung vielfach geprüft worden. Sie haben in der Praxis als Stützmittel des modernen Trainings bei allen Arten von Leibesübungen Anerkennung gefunden. Wenn wir uns überhaupt dazu entschlossen haben, die Verwendung leichter Kräftigungsmittel im Training und Wettkampf als erlaubt anzusehen, so geschieht dies aus dem Grunde, weil die neuzeitliche Gestaltung des Trainings an den Beteiligten zum Teil recht hohe Anforderungen stellt, welche eine in ihren Durchschnittsleistungen noch etwas rückständige Generation nicht reaktionslos erfüllen wird. Diese „Reaktionen" müssen aber vermieden werden, und diesem Zweck dienen die Stützmittel. Wer möchte heute noch zweifeln, daß die Erscheinungen des Uebertrainiertseins sämtlich auf der Basis einer überstarken Reaktion zustande kommen, und wer möchte es dem Sportarzt als Berater der sporttreibenden Jugend verargen, wenn er zur Vermeidung vorzeitiger Trainingsunterbrechung die in ihrem Umfange nicht gewollte Reaktion um einige Grade mindert!

Bestand bisher in der ärztlichen Praxis die Notwendigkeit, eine Verstärkung der zu geringen oder nur angedeuteten Gewebsreaktion zu erzielen, war es früher erforderlich, Wachstums-, Zirkulations- und Stoffwechselanregungen aus therapeutischen Gründen dem menschlichen Körper zuzuführen, so bieten die Leibesübungen dem Beobachter oft genug Gelegenheit, das Zuviel solcher Reize für den Körper zu dämpfen.

Die Erfahrungen der klinischen Medizin und der Stoffwechsellehre weisen zwingend auf die Verwendung von Kalkpräparaten als Stützmittel hin. Die Beziehungen des Kalks zum Wachstum, zur inneren Sekretion, zur Blutgerinnung und zum Blutdruck, sein Einfluß auf die Erregbarkeit des sympathischen und des autonomen Nervensystems, seine Bedeutung für den Wasserhaushalt und seine Stellung gegenüber den Natriumsalzen, alle diese Eigenschaften schaffen dem Kalzium eine hervorragende Bedeutung in der Physiologie des Stoffwechsels und in der Aetiologie mannigfacher Krankheitszustände.

Die zur Zeit im Gang befindlichen Versuche betonen mit Recht die Bedeutung von Kalkverlusten in der chemischen Konstitution des Blutes. Für den verminderten Blutkalkgehalt ist ein exogener Kalkmangel nicht verantwortlich zu machen, wohl aber mag oft ein Unvermögen bestehen, den Kalk zweckmäßig zu verwerten, bezw. zu verankern. Klinisch ist die Kalkwirkung auf den wachsenden Organismus eingehenden Untersuchungen unterworfen worden, und besonders das Ziel jeder Kalkbehandlung: die Anreicherung des Körpers an Kalksalzen ist Gegenstand weitgehenden Interesses.

Gerade bei lebhafter körperlicher Betätigung ist es für den Organismus recht schwierig, eine Erniedrigung des Kalkgehaltes zu vermeiden; die relativ starke Säurebildung im Körper stellt erhöhte Anforderungen an die labilen Körpersalze. (Harnbefund, Blutkalkgehalt und Blutdruckwert allein genügen, um die Veränderungen im Stoffwechsel erkennen zu lassen.) Der Ausnutzungswert vieler Kalkpräparate ist erheblich geringer, als gemeinhin angenommen wird. Auch die Verabreichung hoher Kalkdosen längere Zeit hindurch hat nicht immer den erwünschten Erfolg, zumal man oft gezwungen ist, mit Kalziumverbindungen auch andere Salze zuzuführen und den Körper geradezu zu überschwemmen.

Die von französischen Autoren geforderte Demineralisation der Kalksalze stand daher auch bei uns lange Zeit in hohem Ansehen, man schrieb ihr die Einwirkung des Kalziums auf die kleinsten Gefäße zu.

Der Kalziumersatz in den Körpergeweben des Sportsmannes ist infolge der starken Säureproduktion von den im Körper sich bildenden Mengen von Kalziumphosphat abhängig, und die Wirkung dieser chemischen Reaktion ist auch dann noch zu konstatieren, wenn eine Reaktion im Blutplasma nicht mehr erwartet werden kann.

Nach den Erfolgen, welche das Kalzan der Firma Johann A. Wülfing, Berlin, in der Kinderpraxis bereits seit Jahren aufzuweisen hat, ließ ich das Mittel bei allen schwächlichen, körperlich nicht vollentwickelten Mitgliedern der Jugendmannschaften nehmen, wies doch der verminderte und im Training sich weiter vermindernde Blutkalkgehalt geradezu auf die Notwendigkeit einer stärkeren Kalkfütterung hin. Der Blutkalkgehalt hob sich über die Norm nur bei denen, die — wenn auch in angemessener Form — ihren turnerischen und sportlichen Uebungen weiter oblagen (vergl. Tabelle). Die absolute Befreiung vom Spiel, Turnen und Sport führte nur zu vorübergehenden Erfolgen.

Eine Verminderung von Blutkalk darf man auch bei bestimmten Veränderungen der Schilddrüsentätigkeit annehmen; solche kommen unter den Sporttreibenden doch bedeutend öfter vor, als gemeinhin angenommen wird; auch hier ist die Verwendung von Kalzan ein brauchbares Mittel, um die wechselnde Gefäßwandspannung zu beeinflussen, unter der gerade diese Leute bezüglich der Konstanz ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit so sehr leiden. Vergleicht man bei ihnen sorgfältig die Spannweite des maximalen und minimalen Blutdrucks, so findet man nach ausreichender Kalkverabreichung, daß die Gefäßwandspannung sich im Sinne einer Kräftigung der Gefäße bei gleichbleibender Elastizität verändert. Ist es doch für die Belastung des Körpers von hoher Bedeutung, ob die Gefäße bei Steigerung der Ansprüche der Mehranforderung einfach nur durch Erschlaffung Raum geben, oder ob sie stets Herr über Spannung und Entspannung bleiben.

Auf Grund von Versuchen an Jugendlichen (Boxern, Skifahrern, Ruderern) mit recht ansehnlichen Dauer- und Kraftleistungen hat sich ergeben, daß die Verabreichung von Kalk, der in ausgiebiger Menge vom Körper zurückgehalten wird, nicht nur von der Form und Auswahl des Präparates im endgültigen Erfolge abhängt, sondern auch von der körperlichen (sportlichen) Inanspruchnahme wesentlich im Endergebnis beeinflußt zu werden vermag. So wurde denn auch im Training das Kalzan immer erst nach Beginn des Trainings verabfolgt, und die Tagesdosis entsprechend der vermehrten Inanspruchnahme allmählich gesteigert. Also keine vorherige Beeinflussung durch leistungssteigernde Mittel, sondern Stützung des Körpers mit seinen chemisch-physiologischen Reaktionen nach erfolgter Bewegung bei Turnen, Spiel und Sport! Interessant war die auch anderenorts beobachtete Fähigkeit des Präparats, die Werte des Blutkalks, auch die Ziffern bei der Harnsäureuntersuchung, im Sinne einer Kalkretention unter dem Einfluß klimatischer Veränderung (Höhenlage) viel rascher und anhaltender auch beim Erwachsenen zu regulieren, als es sonst beim Flachlandbewohner möglich ist. Hier ist wohl die Gefäßwandwirkung des Kalkes in hervorstechender Weise in Erscheinung getreten. Ich ließ bei meinen Versuchen Kalzan fast ausschließlich in Tablettenform nehmen, und zwar wurden nach jeder größeren Mahlzeit 1—1½, nach jeder sportlichen Inanspruchnahme 2 Tabletten in Abständen von einer halben bis einer Stunde verabreicht.

Bei dem vorhandenen Bedürfnis, im Rahmen unserer Sports-Verbände nicht nur gute Durchschnittsleistungen sondern auch ansprechende gleichbleibende körperliche Ausbildung zu erzielen, ist Kalzan in der Lage, auch auf sportphysiologischem Gebiete Erfolge zu erzielen, die allen Ansprüchen Rechnung tragen.

1. Blutdruckkurve bei Kalzan-Verabfolgung.

Messung jeden 3. Tag. Maximal- und Minimalwert bei einer Messung.

1.	148: 94	142:97	141:94	136:90	135:90	130:89	126:88
2.	162:110	158:98	150:99	150:92	146:94	138:90	—
3.	149:103	141:94	136:94	—	—	129:90	129:91
4.	136:101	135:94	124:93	126:89	126:87	—	128:79

2. Blutkalkkurve. (Normal: 11,5 mg in 100 ccm Serum.)

1.	11,3	11,8	12,4	12,4	12,6	13,2	12,1	konstant
2.	11,1	10,7	11,7	11,8	12,1	11,9	11,9	11,9
3.	11,2	—	11,6	11,9	13,2	13,2		
4.	—	11,4	11,9	12,3	12,5	12,7	12,7	

Beide Messungen wurden an denselben Personen vorgenommen. (Die einzelnen Nummern sind identisch.)

Die Röhmschen Enzympräparate in der Wundtherapie des Praktikers.

Von

Dr. med. ERICH SCHLEDERMANN, Berlin.

Ebenso alt wie die Wundbehandlung selbst, d. h. die Behandlung der nicht primär heilenden oder in diesem Sinne verdächtigen Wunden, sind die therapeutischen Versuche zur Vervollkommnung der Heilbestrebungen. Daher wird trotz der großen Zahl der in der Therapie für diese Zwecke zur Verfügung stehenden Präparate jedes Mittel das Interesse des Praktikers verdienen, das neue Gesichtspunkte verwertet, das durch besondere Eigenschaften eine begründete Aussicht auf Erhöhung der Erfolgsicherheit bietet und eine Erleichterung und Vereinfachung der Therapie ermöglicht.

Bei den von mir im Nachfolgenden besprochenen Dr. Röhmschen Wundpräparaten durfte ich in der Anwendung des biologischen Prinzips, in der Nutzbarmachung biologisch wirksamer Faktoren, nämlich der Pankreasenzyme, für die Zwecke der lokalen Wundbehandlung eine wesentliche Neuerung erblicken, durch die auch zugleich die benutzten Vehikel, Salbe und Puder, eine physiologisch fundierte Vertiefung und Vervollkommnung erfuhren.

Enzymhaltige, zum Zwecke der Zerstörung krankhaften Gewebes dargereichte Mittel waren schon lange im Gebrauch. In der inneren Medizin hat man ein aus dem Milchsaft der Carica Papaya gewonnenes Ferment benutzt, um Croupmembranen oder ähnliche pathologische Gebilde aufzulösen. Eine besondere Rolle in der Therapie der Internisten spielte das Ferment des Magensaftes, das Pepsin, das wohl die ausgedehnteste Anwendung gefunden hat und später auch in der chirurgischen Therapie zur Behandlung bösartiger Geschwülste benutzt wurde.

In der Chirurgie verwendete man Pankreasfermente in Injektionsform therapeutisch beim Karzinom, ohne jedoch eine einwandfreie Erklärung für Wirkung und Wert dieser Präparate zu finden. A. Pinkuß hat hiermit Versuche bei inoperablen Karzinomen gemacht und berichtet über Erfolge bei tuberkulösen Eiterungsprozessen. Auch Jochmann und Baetzner haben die Trypsintherapie bei chirurgischer Tuberkulose empfohlen.

Die Verwendung der Pankreasenzyme zur lokalen Wundbehandlung ist ziemlich neu und erhielt eine gesicherte Grundlage erst durch Schaffung eines Standardpräparates, das mit großer Haltbarkeit konstante Wirkung verband.

In den Röhmschen Enzympräparaten, die als Wundsalbe Dr. Röhm (Ungt. Enzymi comp.) und als Wundstreupulver Dr. Röhm (Pulv. Enzymi inspers.) in den Handel kommen, sind die Verwendungsfermente für den Wirkungswert mittels exakter analytischer Methoden genau dosiert. Ein zweiter Vorteil ist der, daß die Röhmschen Präparate durch ein besonderes Verfahren befähigt sind, jahrelang die Verdauungseigenschaften des Enzyms zu behalten, so daß man sie mit Recht als das geforderte Standardpräparat bezeichnen darf.

Die therapeutische Wirkung dieser Mittel besteht darin, freie Eiweißkörper, d. h. Eiter und gangränöses Gewebe, zu verdauen. Hierdurch wird dem Wundgewebe unnötige Arbeit erspart. Es kommt infolge der vorteilhaften Vereinigung von infektionshemmender und sekretionsbeschränkender Wirkung zu einer häufig erstaunlich schnellen Reinigung des Wundbettes und zu einer in frappierender Weise beschleunigten Granulations- und Narbenbildung.

Durch die Schnelligkeit der Abstoßung der Nekrosen bei Karbunkeln wurde die sonst häufig notwendige, von den Patienten gefürchtete chirurgische Behandlung überflüssig.

Wenn auch eine scharfe Indikationsstellung für die Anwendung der einen oder anderen Applikationsform wohl weder möglich noch nötig ist und für die Wahl zwischen Salbe und Puder lediglich praktisch-therapeutische Gesichtspunkte entscheidend sein dürften, so bevorzuge ich bei allen Wunden, d. h. größeren Substanzverlusten der Haut, das Streupulver. Ich pflege dabei die Wunde einzupudern, bis die Pulverschicht die normale Haut erreicht. Befürchte ich ein Ankleben der Wundränder, so lege ich einen Salbenlappen oben auf. Ich glaube, daß das wirksame Prinzip auf diese Weise inniger mit der Wundfläche in Berührung kommt. Auch habe ich in manchen Fällen den Eindruck gehabt, als sei die Wirkung der Salbe milder. Deshalb verwende ich die Salbe bei flächenhaften Hautkrankheiten, die wie Ekzeme, Intertrigo usw. ohne Substanzverlust verlaufen.

Die Eigenart der Enzymwirkung bedingt es ferner, daß der Verband ganz wesentlich vereinfacht und auf die Anwendung feuchter Verbände fast immer verzichtet werden kann.

Verwendet man die Enzympräparate bei frischen Wunden in der Absicht einer schnellen Nekrotisierung der sowieso dem Untergang geweihten Partien, so hat man dabei zugleich den Vorteil, daß man unnötiges Herumhantieren an der Wunde vermeidet.

Von den vielen von mir behandelten und beobachteten Fällen beschreibe ich im Nachstehenden einige besonders instruktive ausführlicher.

Fall I: Ein 50jähriger Patient zeigt am rechten Unterschenkel ein Ulcus varicosum von Fünfmarkstückgröße. Er erhält einen Verband mit Röhmscher Salbe und nachfolgender Wickelung. Nach Abnahme des Verbandes am fünften Tage zeigt sich eine sehr reichliche Sekretion der Wunde, die aber flacher geworden ist. Nach einem erneuten Verbande hat sich in weiteren fünf Tagen die Wunde sehr verkleinert, auch die Sekretion ist bedeutend geringer geworden. Heilung der Wunde unter der bisherigen Therapie nach weiteren sechs Tagen.

Fall II: Bei einer 71jährigen Rentnerin brachen nach einer Apoplexie mit linksseitiger Lähmung alte, inzwischen abgeheilte Wunden an den Füßen wieder auf und nahmen an Ausdehnung und schmutziger Sekretion immer mehr zu, bis sie Handtellergröße erreicht hatten. Alle therapeutischen Maßnahmen erwiesen sich als ergebnislos, es traten sogar krampfartige Schmerzen in den Beinen auf. Erst die Anwendung der Röhmschen Enzympräparate brachten Linderung und eine fortschreitende Reinigung der Wunden, die links etwas langsamer als rechts vor sich ging. Es ist gelungen, die Wunden am rechten Fuß in etwa 20 Tagen zur Heilung zu bringen; am linken blieb eine kleine offene Stelle, mit allerdings sehr mäßiger Sekretion noch längere Zeit bestehen.

Fall III: Ein Motorradfahrer hatte sich bei einem Sturze ausgedehnte, über handgroße, von Straßenstaub und Teer verschmierte Wunden am Knie und Unterschenkel zugezogen. Nach Reinigung der Wunden Verband mit Röhmscher Salbe. Nach 24 Stunden ohne Fieberreaktion des Patienten sehr reichliche Absonderung. Täglicher Verbandwechsel. Nach 6 Tagen hat die Sekretion aufgehört, die Wunden zeigen frische Granulationen und ausgesprochene Heilungstendenz. Die Wunden wurden nach zweitägigem Verbandwechsel überraschend schnell kleiner und sind 14 Tage nach dem Unfall völlig vernarbt.

Ein bei diesem Sturze mitverletzter Knabe hatte eine tiefe, breite, total verschmutzte und außerordentlich schmerzhafte Wunde davongetragen. Der tägliche Verbandwechsel war eine Qual für das Kind und den Arzt. Bereits nach einigen Bepuderungen mit Röhmschem Wundpulver ließen die Sekretion, der Gestank und die Schmerzen nach, es bildeten sich schöne Granulationen, die Heilung nahm einen störungslosen, deutlich abgekürzten Verlauf.

Fall IV: Eine 69jährige Frau mit desolatem Allgemeinzustand und schlechter Hauternährung litt an hartnäckigen, großen, verjauchten Unterschenkelgeschwüren. Die Wundflächen wurden mit Röhms Wundpulver bestreut, nachdem die gesunde Haut ringsum durch einen Hof von Vaseline geschützt war. In etwa 10 Tagen waren die dreimarkstückgroßen Geschwüre völlig abgeheilt und mit einer vorzüglichen Haut überdeckt.

Welche gute Wirkung die Präparate gerade bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren haben, zeigen besonders die beiden letzten hier aufgeführten Fälle.

Fall V: Eine 63jährige Frau kommt an zwei Stöcken zu mir in die Sprechstunde. Sie erklärt auf Befragen, daß sie wegen ihres Leidens schon mit allen möglichen Medikamenten behandelt wurde, auch sind Bestrahlungen gemacht worden. Zuletzt war sie in Behandlung eines Arztes für Beinleiden. So lange sie in Behandlung gewesen, sei das Leiden immer zu einem Stillstand gekommen, auch wurden die Geschwüre an beiden Beinen kleiner, doch ist es bisher nicht zu einer völligen Ueberhäutung der Hautdefekte gekommen. Der Befund ergibt an beiden Füßen je zwei Ulcera cruris, die die Größe eines Fünfmarkstückes haben. Die Wunden sind schmierig belegt, es sondert sich reichlich unsauberes Sekret ab; am Uebergang zur gesunden Haut starke Rötung. Der typische Geruch des Ulcus cruris ist schon auf einige Entfernung zu bemerken. An den Knöcheln beider Füße Oedeme, die sich bis zur Hälfte des Unterschenkels erstrecken. Ich begann sofort einen Verband mit dem Streupulver anzulegen. Nach zwei Tagen Verbandwechsel. Es hatten sich viel Sekret und gangränöse Fetzen abgeschieden. Zuerst alle zwei Tage neuer Verband, späterhin alle drei bis fünf Tage. Nachdem die starke Sekretion aufgehört hatte, wandte ich dann die Salbe an. Nach 6 Wochen waren sämtliche Ulcera bereits fein überhäutet. Die Oedeme gingen wohl schon im Laufe der Behandlung zurück, sind aber niemals ganz verschwunden.

Fall VI: Ein 43jähriger Gastwirt kommt an zwei Stöcken und in aufgeschnittenen Pantoffeln zu mir. Er hat beide Beine fest gewickelt und läuft ganz steif. Seit einem halben Jahr ist er bereits wegen seiner Geschwüre an beiden Beinen in Behandlung, ohne jedoch Besserung zu verspüren. Er behauptet, es wäre sogar noch schlechter geworden, und er habe starke Schmerzen. Stiefel kann er schon seit 14 Tagen nicht mehr anziehen, und ohne feste Wickelung der Beine könne er überhaupt nicht laufen. Der Befund ergibt in diesem Falle nicht weniger als 12 Ulcera cruris beider Beine, die in der Größe zwischen einem Zweipfennigstück und Handtellergröße schwanken. Die kleineren Geschwüre sind borkig belegt und trocken. Andere liegen schon so dicht zusammen, daß kaum noch normale Haut dazwischen ist, und es droht, ein großes, flächenhaftes Ulcus zu werden. Die großen Ulcera jauchen und riechen stark. Man hat Mühe, überhaupt noch gesunde Hautstellen an den Unterschenkeln zu schützen. Beide Beine sind bis zum Knie geschwollen. Ein Versuch, die Salbe auf die Wunden aufzutragen, scheiterte an der sehr reichlichen Sekretion. Deshalb Anwendung des Streupulvers für alle Ulcera mit Ausnahme der trockenen, von denen ich erst die Borkeschicht entfernt hatte. Am nächsten Tage bereits Verbandwechsel. Trotz dicker Verbandschicht waren Mull und Binden von dem Sekret vollständig durchzogen und klebten fest aneinander, so daß ich den Verband seitlich aufschneiden mußte. Ich hatte bei der Aufnahme des Patienten in meine Behandlung nicht geglaubt, daß es mir gelingen würde, diese Hautdefekte in solcher Ausdehnung zur völligen Heilung zu bringen. Die Behandlung zog sich fast drei Monate hin, dann aber waren sämtliche Wunden geheilt. Der Patient kann wieder laufen, und bis heute haben sich keine Rezidive bemerkbar gemacht.

Das Ulcus cruris ist überhaupt ein sehr geeignetes Objekt der Enzym-Therapie. In mehreren, sehr hartnäckigen Fällen, in denen Bestrahlungen mit verschiedenen Lichtarten nur vorübergehende Linderung brachten, gelang bei Anwendung der Röhmschen Präparate doch wenigstens eine Reinigung und Desodorierung der früher stets schmutzig belegten Wunden. In einigen Fällen machte allerdings die Ephitelisierung erst nach Kombination mit anderen Mitteln wesentliche Fortschritte. Vielleicht ist für solche besonders geartete Fälle eine Aenderung in der Zusammensetzung dieser so brauchbaren und handlichen Mittel in Erwägung zu ziehen.

Wenn auch das Hauptanwendungsgebiet der Röhmschen Enzympräparate die tägliche kleine Chirurgie ist, wo sie nach dem übereinstimmenden Urteil der Autoren immer wieder durch eine überaus schnelle Reinigung auch arg verschmutzter Wunden überraschen, so verdienen sie auch bei gewissen exsudativen Prozessen der Haut größte Beachtung. So leisten sie in der Therapie nässender, krustenbildender Ekzeme der Säuglinge sehr gutes. Bei den juckenden und und nässenden Ekzemen des Gehörganges und der Nase und ebenso bei den seborrhoischen, vom Ohre fortgeleiteten Kopfekzemen der Kinder, habe ich den bestimmten Eindruck einer schnelleren und prompteren Wirkung als bei der Anwendung anderer Streupulver. Die prompten Erfolge, die ich auch in mehreren Fällen von hartnäckigem Fluor albus und Cervixerosionen nach ergebnisloser Anwendung verschiedener Spülungen mit dem Röhmschen Enzympuder erzielte (es wurde ein halber Teelöffel mit Milchglasspekulum in die Vagina eingebracht und ein Wattetampon vorgelegt), veranlassen mich — namentlich im Anschluß an die Arbeit Niedermeyers — zu einer genaueren Prüfung dieser Frage.

Wie die Heilung bei Anwendung eines Mittels zustande kommt, ist dem Patienten meines Erachtens gleichgültig. Auch der behandelnde Arzt könnte sich an dem erfolgreichen Ausgang seiner Heilbestrebungen genügen lassen. Wenn man aber, wie bei den hier besprochenen Röhmschen Enzympräparaten, für die Wirkung eine wissenschaftlich begründete Erklärung besitzt, wenn ihre Theorie auch durch die praktische Erfahrung bestätigt ist, so wird und muß der wissenschaftlich denkende Arzt solchen Mitteln unbedingt seine besondere Aufmerksamkeit schenken und sie bevorzugt anwenden, in allen solchen Fällen, die ihm dazu geeignet erscheinen.

Ein bewährtes Hyperämiemittel (Analgit) im Lichte neuerer Forschungen.

Von

Dr. KREBS, Generaloberarzt a. D., Tilsit.

„Der Arzt sollte die Mittel ehren, die die Jahrtausende überdauerten. Im allgemeinen bin ich der Ansicht, daß in allen Mitteln von allgemeiner Verbreitung, die im Laufe der Jahrhunderte und Jahrtausende nicht auszurotten sind, ein guter Kern steckt.“ (Bier.) Solch ein uraltes Mittel in modernem Gewande enthält als wirksames Prinzip das Analgit in dem nach besonderem Verfahren aktivierten Allylsenföl, daneben noch Salizylester und Extr. capsic.-arnic.

Die Wirkung der ätherischen Oele, speziell des Senföls, ist erst neuerdings pharmakologisch von Heinz bzw. Kümmerer (Erlangen) und durch Versuche in der Nothnagelschen Klinik (Wien) näher erforscht worden. Im Erlanger Institut wurde nachgewiesen, daß ätherische Oele stark lipoidlöslich und flüchtig sind, also sich leicht in fetten Oelen, natürlichen Fetten und Lipoiden lösen, ihrerseits aber auch diese Substanzen mit Leichtigkeit auflösen. Infolge dieser Eigenschaften vermögen diese Stoffe durch die unverletzte, fettgeschützte Haut hindurch in das Innere des Körpers einzudringen. Hierzu kommt noch beim Senföl als schwefelenthaltende Verbindung die lokalreizende bzw. entzündliche Wirkung, welcher eine lange dauernde starke Anästhesie folgt. Bei Einträufelung von zwei Tropfen 10% Emulsion des Senföls in den Bindehautsack des Kaninchenauges tritt sogleich Rötung, Pupillenverengerung, sowie Anästhesie der Hornhaut ein, nach 8 Stunden mäßige Konjunktivitis, nach 24 Stunden besteht keine Hyperämie mehr, dagegen Anästhesie der Hornhaut noch weiter fort.

Bemerkenswert ist ferner die galletreibende Wirkung des Senföls, die es mit vielen ätherischen Oelen gemein hat. Bei intravenöser Injektion war die Gallenblase des Kaninchens vergrößert und prall gefüllt. (Kümmerer.)

Eine weitere Wirkung des Senföls ist die chemotaktische auf die Leukozyten (d. h. stark Leukozyten anlockend). Auch im strömenden Blut bewirken sämtliche ätherische Oele nach ihrer Resorption mehr oder minder Hyperleukozytose. Ursache davon ist, wie die histologische Untersuchung ergab, eine Reizung des Leukoblastengewebes im Knochenmark, das zu vermehrter Tätigkeit angeregt wird (Heinz).

In viel stärkerem Grade als die bisherigen bekannten und gebräuchlichen Senföllösungen, insbesondere gegenüber dem Senfspiritus der Pharmakopoe bzw. im Gegensatz hierzu, besitzt Analgit eine ausgesprochene Fähigkeit, am Applikationsort schon nach einer oder zwei Aufpinselungen Hyperämie und Erythem zu erzeugen und eine intensive Lymphtranssudation ins Gewebe hervorzurufen.

Nach obigen Ausführungen läßt sich nun der Indikationskreis des Analgit, dessen hyperämisierende und anästhesierende Eigenschaften therapeutisch am meisten interessieren, ohne weiteres umgrenzen und dahin zusammenfassen, daß Erkrankungen, welche sich auf und unter der Haut und ihrer näheren Umgebung abspielen, und bei denen das hervorragende Selbstheilmittel des Körpers, stärkere Durchblutung, einen Erfolg verspricht, ein bevorzugtes Gebiet sein werden.

Hierzu gehören in erster Linie rheumatische Muskel- und Gelenkerkrankungen jeder Art, entzündliche Prozesse an der Haut, den Schleimhäuten, Sehnen, Nerven und Gefäßen, und den serösen Häuten der inneren Organe. Meine eigenen Erfahrungen beziehen sich hauptsächlich auf Fälle von Muskelrheumatismus der arbeitenden Bevölkerung, welche in überraschend kurzer Zeit unter Analgit abheilten, und dadurch eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit erfuhren, ferner auf Pleuritis, Schleimbeutelentzündung, Neuritis und Neuralgiefälle. Versuche mit Analgit, die noch nicht abgeschlossen sind, habe ich ferner bei Kriegsbeschädigten mit Zirkulationsstörungen an den Gliedmaßen infolge von verstümmelnden Narben oder geschädigten Nerven namentlich zur Bekämpfung des überaus lästigen Kältegefühls mit Erfolg gemacht. Vor allem, wo es darauf ankommt, Schmerz, Spannungsgefühl oder Juckreiz zu heben, wie bei Entzündungen der Haut, Erysipel, beginnender Phlegmone, Furunkel usw. ist Analgit sowohl kausal als symptomatisch hervorragend am Platze.

Aber auch durch Allgemein- und Fernwirkung des Analgit können krankhafte Zustände günstig beeinflußt werden. Aus den Erfahrungen bedeutender Kliniker greife ich die Behandlung der Herzkrankheiten von Prof. Hirsch (Göttingen) heraus. Er sagt: „Sicher kann von der Haut aus durch gewisse sensible und thermische Reize eine Anregung der Gefäß- und Herztätigkeit erfolgen. Als Ableitung sind seit langer Zeit mit vielem Nutzen in Gebrauch: Senfpapier, Senfteige, Blutegel. Fraglos wirken sie bei Herzschmerzen oft sehr gut. Auch bei akuter Kreislaufschwäche sind derartige Hautreize sicher von Nutzen. Trousseau erzählt sehr anschaulich von der Bekämpfung akuter Herzschwäche durch heiße Senffußbäder, Bürsten und Auflagen von Senfteigen. — In der Kinderpraxis hat Heubner den

Hautreizen wieder volle Anerkennung verschafft bei kapillärer Bronchitis und andern Affektionen." Die bei den Kindern gemachten Erfahrungen mit Analgit ermuntern und berechtigen zu Analgitpinselungen an Stelle der Senfwickel oder Senfbäder.

Von den sonstigen hyperämieerzeugenden Prozeduren (Wasser, Wärme, Licht und Elektrizität) hat die Analgitbehandlung den ungeheuren Vorzug der Bequemlichkeit, Handlichkeit, Einfachheit, Unschädlichkeit und nicht zuletzt Billigkeit. Aber auch in Kombination mit diesen Mitteln ist das Analgit imstande, z. B. die Wirkung von Lichtstrahlen um ein vielfaches zu verstärken und ihre Heilwirkung zu unterstützen, wie es schon gleichsinnig bei der gewöhnlichen Anwendung an der Körperhaut durch vorherige Anwärmung geschieht. Sachs stellt sogar eine Reizbehandlung mit Analgit vollkommen gleichwertig einer Reizbehandlung mit Strahlen, ja in vielen Fällen für überlegen, weil die erstere keine so eingreifende Veränderungen im Gewebe hervorruft.

Der Interne wie der Chirurg, der Hydrotherapeut und der Dermatologe, vor allem aber der medicus practicus, welcher die der Natur abgelauschten ehrwürdigen Heilmethoden achtet, werden das Hyperämiemittel Analgit gern und mit Vorteil verwenden.

Literatur:

Prof. Bier: Hyperämie als Heilmittel. 1906, Vogel (Leipzig).
Prof. Heinz: Ueber ätherische Oele und deren praktische Verwertbarkeit. Münch. Med. Wochenschrift 1921, Nr. 20.
Kümmerer: Inaug.-Diss. Pharmakologische Untersuchungen über die ätherischen Oele: Ol. sinap., Ol. Gaulther., Ol. Salv. Rosmarin. Erlangen 1919.
Wechsberg: Ueber den Einfluß chem. Gegenreize auf Entzündungen. Zeitschr. für klin. Med. 37. Bd. Nothnagelsche Klinik.
Jacob u. Werdt: Ueber die Behandlung schwerer Fälle von Sepsis und eitriger Meningitis mit künstlichen Abszessen. Zeitschrift für klin. Med. München 1926.
Prof. Hirsch (Göttingen): Behandlung der Krankheiten des Herzens aus Handbuch der gesamten Therapie von Penzoldt und Stintzing. 1924.
Sachs (Freiburg): Ein Vergleich zwischen der Wirkung von Strahlen und der Wirkung von Analgit. Med. Klinik 1926, Nr. 22.
Kauenhowen: Ueber ein neuartiges flüssiges Hyperämiemittel. Exerpta medica, Oktober 1926, Nr. 1.

Zur Behandlung der chronischen Obstipation.

Von

Dr. GERHARD GRANZOW, Berlin-Charlottenburg.

Die medikamentöse Therapie der chronischen Obstipation hat sich in dem letzten Jahrzehnt allmählich geändert. Während früher, von Klysmen und physikalisch-diätetischen Maßnahmen abgesehen, im wesentlichen nur Laxantien angewandt wurden, spielen seit etwa zehn Jahren die Quellmittel und in letzter Zeit die Gleitmittel eine besondere Rolle. Laxantien, Quellmittel und Gleitmittel sollten nur bei den für sie geeigneten Indikationen angewandt werden. Die Laxantien kommen nur in Frage zur Erzielung schneller und umfangreicher Stuhlentleerung, also vor allem in den Fällen, wo infolge von Diätfehlern eine Obstipation eingetreten ist. Nach gründlicher Entleerung durch ein Laxans evtl. mit Unterstützung durch ein Klysma regelt sich in solchen Fällen der Stuhlgang dann von selbst. Die wiederholte oder dauernde Anwendung von Laxantien verbietet sich wegen der Reizwirkung aller Laxantien auf die Darmschleimhaut. Hierauf haben Krehl, Strümpell und zahlreiche andere wiederholt hingewiesen. Die Quellmittel, die meistens aus Agar-Agar bestehen, können in manchen Fällen von geringgradiger atonischer Obstipation nützlich sein; meistens aber kommt man mit ihnen allein nicht zum Ziele. Aus diesem Grunde enthalten wohl alle Quellmittel-Präparate, die im Handel sind, noch einen Zusatz eines ausgesprochenen Abführmittels (Phenolphthalein oder anderes). Außerdem tritt bei der Anwendung von Quellmitteln doch leicht Gewöhnung ein, wenn auch nicht so prompt wie bei der Anwendung von reinen Laxantien.

Unter den Gleitmitteln, die erst seit einiger Zeit gebührend gewürdigt werden, sind die wichtigsten die Paraffinöl-Präparate. Die Anwendung von Gleitmitteln ist sowohl bei der atonischen als auch bei der spastischen Obstipation, endlich auch bei Obstipation infolge mechanischer Hindernisse (Tumor) zweckmäßig. Im letzteren Falle können die Gleitmittel natürlich nur eine Besserung, allerdings oft eine wesentliche, nicht aber eine Heilung, bewirken.

Die Anwendung des flüssigen Paraffinöles hat recht unangenehme Nachteile. Die meisten Patienten empfinden den Nachgeschmack des an sich geschmacklosen Paraffinöles als so störend, daß sie die weitere Einnahme des Paraffinöles verweigern. Außerdem läuft das flüssige Paraffinöl leicht aus dem Mastdarm ab. Unter den Paraffinöl-Präparaten, die zur Zeit existieren, scheint mir das Präparat Mitilax[1]) die erwähnten Nachteile zu vermeiden. Mitilax ist ein Paraffinöl-Präparat in fester Form und wird als gebrauchsfertiger Pudding mit Vanillegeschmack geliefert. Bei der üblichen Dosierung tritt kein Auslaufen aus dem Darm auf (früh und abends 1 Eßlöffel voll). Im allgemeinen empfiehlt es sich, zunächst mehrere Tage mindestens zweimal täglich 1 Eßlöffel voll zu geben. Ist der Stuhlgang geregelt, was je nach Art und Schwere des Falles vier bis zehn bis zwölf Tage dauert, dann genügen für einige Zeit zwei bis drei Teelöffel voll täglich; allmählich kann das Mittel ganz ausgesetzt werden. Es scheint vorteilhaft zu sein, die erste Dosis jedesmal morgens nüchtern nehmen zu lassen. Mitilax sollte innerhalb der ersten drei Wochen nicht abgesetzt werden, auch wenn der Stuhlgang schon völlig regelmäßig geworden ist. Von besonderer Bedeutung erscheint mir die Anwendung von Mitilax bei entzündlichen Prozessen am Mastdarm und Anus wie Rhagaden, Fissuren[2]), Hämorrhoiden als Folgen einer chronischen Obstipation. Für Patienten mit diesen Komplikationen bedeutet eine Behandlung mit Mitilax eine erhebliche Erleichterung der Beschwerden. Es ist ein wichtiger Vorteil, daß die Wirkung zumeist eine anhaltende ist. Tritt bei mit Mitilax behandelten Patienten eine erneute Obstipation ein, so ist sie rasch durch einige Gaben Mitilax zu beseitigen. Rückfälle schwererer Art und Mißerfolge können nur bei Obstipation aus mechanischen Ursachen auftreten. Bei der völligen Harmlosigkeit des Mittels besteht keine Kontraindikation, es kann also auch Kindern, Schwangeren und Wöchnerinnen ohne Gefahr gegeben werden. — Bei ausgesprochenen Formen der spastischen Obstipation empfiehlt es sich, zu Beginn der Mitilax-Kur geringe Atropindosen, Extr. Belladonnae (0,02—0,03) zu geben.

Zusammenfassung: Das Paraffinöl-Präparat Mitilax, das Paraffinöl in fester Form enthält, eignet sich gut zur Behandlung der chronischen Obstipation. Seine Wirkung ist rein mechanisch. Es kann sowohl bei atonischer als auch bei spastischer Obstipation und bei entzündlichen Prozessen am Mastdarm und Anus (Rhagaden, Fissuren, Hämorrhoiden) verwendet werden. Verbindung der Mitilax-Kur mit diätetisch-physikalischen Maßnahmen ist zweckmäßig, ein günstiger Erfolg ist jedoch auch allein durch Mitilax zu erzielen.

Zur Kalktherapie.

Von

Dr. James COLMAN, Berlin.

Erwiderung auf die Veröffentlichung des Herrn Dr. CURT KAYSER: **„Zur Kalktherapie in Theorie und Praxis"** in Nr. 25 dieser Zeitschrift.

In der oben erwähnten Veröffentlichung werden die für die orale Kalktherapie bisher verwendeten Präparate einer Kritik unterzogen, die in einzelnen Punkten nicht unwidersprochen bleiben darf.

Unter den namentlich aufgeführten Kalkpräparaten befindet sich auch das „Oskalson", über das in dieser Zeitschrift wiederholt berichtet wurde.

Herr Dr. Kayser behauptet, daß die orale Verabreichung des Kalziums bisweilen an dem schlechten Geschmack der Präparate scheitert, und daß alle vorerwähnten Mittel geschmackliche Schwierigkeiten zeigen. Außerdem hafte den erwähnten Präparaten der Fehler an, daß sie in sehr großen Mengen genommen werden müssen, um die therapeutisch wirksame Tagesdosis zu erreichen.

Diese Behauptungen sind, soweit sie sich auf Oskalson beziehen, unzutreffend. Ueber „Oskalson", das im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Direktor Professor Dr. Finkelstein), einer eingehenden Prüfung unterzogen wurde, berichtet Koehn in Nr. 31, 4. Jahrgang der Klinischen Wochenschrift: „Oskalson gestattet mit Leichtigkeit größere Kalkmengen zuzuführen, als mit der Mehrzahl der anderen Mittel zu erreichen ist." Zusammenfassend schreibt Koehn weiter, daß „Oskalson sich als verhältnismäßig wohlschmeckendes, daher leicht beizubringendes Kalkpräparat bewährt, und daß es bei der Prüfung an spasmophilen Kindern in angemessener Dosierung volle Kalkwirkung entfaltet.

Oskalson-Pulver enthält 45% Gesamtkalksalze, bzw. nach Blühdorn auf Chlorkalzium-Wirkung umgerechnet 35%. Es lassen sich daher Dosen selbst von 8—10—12 g Calc. chlor. pro die mühelos verabreichen.

---

[1]) Hersteller. Chemische Fabriken Dr. Joachim Wiernik & Co. A.-G., Berlin-Waidmannslust.

[2]) Siehe meine Arbeit: „Zur Behandlung der Fissura ani" (Therapie der Gegenwart 1926, Juliheft).

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6.— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9.— Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 32 BERLIN, DEN 16. NOVEMBER 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
DEC 8 1926
U. S. Department of Agriculture.

Interne Jodmedikation:

Zuverlässige Wirkung, kein Jodismus bei Anwendung von

Jod-Prothaemin

Jod(eisen)-Eiweiss-Präparat nach dem Darstellungsverfahren und den Prüfungsvorschriften von Professor Dr. W. Loeb (Berlin)

Jede Tablette = 0,04 Jod
Anwendung 3—4mal täglich eine Tablette

Rp.: 1 Originalschachtel 25 und 50 Stück,

Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co. Chem. Fabrik A-G
Berlin-Charlottenburg

Entwurf ges. gesch.

Homefa
GLOBULI VAGINALES

die unentbehrlichen Adjuvantien in der gynäkologischen Praxis

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen!

Karl Horn & Co. A.-G. * **Frankfurt a. M.**

Analgit
Patente ang. in allen Kulturstaaten.
Marke geschützt in allen Kulturstaaten

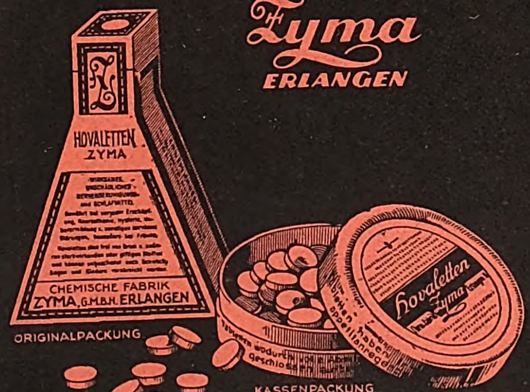
neuartiges, flüssiges
Hyperämie- u. Erythemmittel,
wesentlicher Fortschritt in der
äußerlichen Schmerzbekämpfung.

Gratisproben und Literatur durch: C. LEUFFEN & CO., Kommandit-Gesellschaft, EITORF

Literatur über Analgit:
1. Clemm: „Ueber ein neues Mittel, d. Einreib. Hyperämie zu erzielen." (Aerztl. Rundsch. Nr. 14, 1926). 2. Grossmann: „Durch Analgit hervorger. Hyperämie u. der. Heilerfolge." (Wiener med. Wchschr. Nr. 24, 1926). 3. Kärcher: „Ueber d. äußerl. hyperämisierende Analgetikum u. Heilmittel Analgit." (Landarzt Nr. 42, 1926). 4. Klingelhöffer: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 5. Knotz: „Herpes zoster n. Behdlg. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 6. Krause: „Erfahr. m. Analgit." (Ther. d. Geg. Nr. 11, 1925). 7. Löw: „Epiderm. Reizther. mit lipoidlösl. Stoff., insbes. mit Analgit." (Landarzt Nr. 35, 1926). 8. Sachs: „Ein Vergl. zwisch. d. Wirk. v. Strahlen u. d. Wirk. v. Analgit." (Med Klin. Nr. 22, 1926). 9. Blank: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." Dtsch. m. Wchschr. Nr. 52, 1925). 10. Kauenhowen: „Ueber ein neuart. flüss. Hyperämiemittel." (Excerpta medica Nr. 1, 1926). 11. Schneider: „Wie können wir a. einf. Weise Hyperämie erzeug." (Aerztl. Rundsch. Nr. 20, 1926).

UNGIFTIGES SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma
ERLANGEN



HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke der Universität Würzburg. (Vorstand: Prof. Dr. Paul Manasse.)
Privatdozent Dr. Max Mayer, I. Assistent der Klinik: Oesophagoskopie und Botulismus 1255
Dr. Ernst Hoffstaedt, Berlin-Schöneberg, Facharzt für innere Krankheiten: Der heutige Stand des Scharlachproblems 1256
Prof. Dr. Heinicke, Direktor der Landesanstalt Chemnitz-Altendorf: Enzephalitiker-Zentralen oder nicht? 1258
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.
Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Zusammenhang zwischen D. B. und Tod (Magengeschwür, Krebs?) nicht anerkannt 1260

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter, Leipzig: Ist die Ausübung der Heilkunde ein steuerpflichtiges Gewerbe? . . 1261
Briefkasten 1262

Kongreß-Berichte:

Bericht über die 2. ordentliche Tagung der Süd- und Westdeutschen Röntgengesellschaft in Frankfurt a. M. am 6. und 7. November 1926. Von J. Kottmaier, Mainz 1262

Laufende medizinische Literatur:

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 43 . . . 1264
Medizinische Klinik, Nr. 44 1265
Seuchenbekämpfung 1926, Heft 5/6 1265
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Heft 22 1266
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 44 1266
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 199., 1./2 Heft . 1266
Archiv für klinische Chirurgie, 141., 4. Heft . . . 1267
Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie, 24., 3. Heft 1268
Archiv für Ophthalmologie, 117., Heft 2 1268
Zeitschrift für Augenheilkunde, August 1926, September 1926, Oktober 1926 1268
Zeitschrift für urologische Chirurgie, 20., Heft 3/4 . 1269
Strahlentherapie, 23., Heft 3 1269
Dermatologische Zeitschrift, 49., Heft 1/2 1271
Dermatologische Wochenschrift, 83., Nr. 44, 45 . . 1271
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 43 1272
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 70., zweite Hälfte, Nr. 16, 17, 18 1272
Acta chirurgica scandinavica, 61., Fasc. I 1273
Orvosi hetilap, Nr. 40—43 1273
Orvosképrés, Sonderheft, 1. Oktober 1926 1274
British Medical Journal, Nr. 3433 1275
Il Policlinico, Sez. med., 33., Nr. 10 1275
Il Policlinico, Sez. chir., 33., Nr. 10 1276
Il Policlinico, Sez. prat., 33., Nr. 41—43 1276
La Riforma medica, 42., Nr. 36—39 1276
La Presse Médicale, Paris, Nr. 81, 82 1277
Journal des Praticiens, Nr. 42, 43 1278
Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie, Nr. 7 1278
Bruxelles Médicale, Nr. 1 1280
Časopis Lékařu Českých, 15. Oktober 1926 . . . 1281
Praktický lékař, Nr. 10 1281
The Journal of American Medical Association, Chicago, 87., Nr. 12—15 1281
The Urologic and Cutaneous Review, Nr. 10 . . . 1284
Buchbesprechungen 1285
Mitteilung 1286
Rhein.-Westf. Tuberkulosevereinigung 1286

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. A. Trokanowski: Zur Behandlung anämischer Zustände 1287
Dr. Rudolf Pinner: Ueber Orexin und seine Brauchbarkeit in der Praxis 1288

Silicol
Kolloides **Kieselsäure-Eiweiß**
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin
Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit gegen **Bleichsucht, Dermatosen,** nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol
Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen
Tabl. aus Ovariensubstanz mit Arsen-Metaferrin gegen **Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe** etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

EPITHENSALBE
Vereinigt die Wirkung von Scharlachrot und Perubalsam
Gesunde Granulation, rasche Epithelisierung von Wunden jeder Art.
Bei großen Krankenkassenverbänden zugelassen und in das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926" **als wirtschaftlich** für die Kassenpraxis aufgenommen.
Originaltuben von 25 und 40 g — Verbraucherpreise Mk. 0,55 und Mk. 0,80.
Literatur und Proben kostenlos.
TEMMLER-WERKE, Vereinigte Chemische Fabriken, **BERLIN-JOHANNISTHAL.**

3 immer bewährte Präparate

1.) →

Malfyl

Reines Spezialgerstenmalzextrakt in Pulverform

Hervorragendes Nähr- und Kräftigungsmittel

für Magen- und Darmkranke
Rekonvaleszenten
Stillende Mütter

2.) →

Maltosellol

Vitaminreiche, wohlschmeckende Lebertran - Kraftnahrung mit Phosphorsalzen

In Maltosellol ist ein wissenschaftlicher und praktischer Wert geschickt vereinigt. Durch ständige, pharmakologische Kontrolle auf wirkungsstarke A- und B-Vitamine wird sichere Heilwirkung erzielt, gleichzeitig durch Zusatz von Kakao-Malzextrakt der Trangeschmack verdeckt und somit eine geeignete Form zur wirklichen Durchführung einer Lebertrankur geschaffen.

3.) →

Arsen-Triferrol

Bekannte Eisenarsenmedikation

Volle Wirkung durch sichere Abspaltbarkeit seiner Eisenkomponente

Beste Verträglichkeit auch bei längerem Gebrauch

Sehr empfohlen bei Anämien und allen seinen Komplikationen

Gehe & Co., A.G. Gehe Dresden-N. 6

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 32 · 16. NOVEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor

Originalien.

Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke der Universität Würzburg.
(Vorstand: Prof. Dr. Paul Manasse.)

Oesophagoskopie und Botulismus.

Von

Privatdozent Dr. MAX MEYER, I. Assistent der Klinik.

Die Erkrankungen des Oesophagus sind zur Domäne des Oto-Laryngologen hauptsächlich durch die Technik der Untersuchung geworden. Da der Arzt, der mit der Technik der direkten Untersuchung des Kehlkopfs, der Luftröhren und der Bronchien mittels Tracheo- und Bronchoskop vertraut ist, selbstverständlich auch die Oesophagosuntersuchung mittels Oesophagoskop beherrscht, so ergab sich mit der Zeit ganz von selbst, daß Patienten mit Stenosen der Speiseröhre in die Hand des Laryngologen kamen. Dabei zeigt sich nun sehr häufig, daß solche Patienten gar keine mit dem Oesophagoskop feststellbare Verengerungen, sei es durch Erkrankungen der Speiseröhre selbst oder ihrer Umgebung, aufwiesen, sondern daß Funktionsanomalien eine solche Stenose vortäuschen. Die häufigste funktionelle Störung, die wir zu sehen bekommen, ist wohl der Oesophagospasmus im Kindesalter. Daß man aber auch gelegentlich an etwas ferner liegende Dinge denken muß, zeigen 2 Fälle von Botulismus, die in unserer Klinik beobachtet wurden, bei denen die Schluckbeschwerden so stark im Vordergrunde des Symptomenkomplexes standen, daß die Patienten wegen Speiseröhrenverengerung zwecks Oesophagoskopie in unsere Behandlung eingewiesen wurden.

Daß Schluckbeschwerden bei allen möglichen Vergiftungen, so auch bei der Wurstvergiftung, vorkommen, ist allgemein bekannt. Und das allein würde eine Veröffentlichung nicht rechtfertigen. Um eine richtige Diagnose zu stellen, kommt es aber nicht nur darauf an, die Symptome einer Krankheit zu kennen, sondern auch zu wissen, wie sie sich gelegentlich gruppieren; so wird man wohl nur selten bei anscheinend isolierten Schluckstörungen auf den Gedanken kommen, daß es sich um eine Wurstvergiftung handeln kann, wenn man nicht weiß, daß auch gelegentlich die Schluckstörungen das Krankheitsbild vollständig beherrschen können.

Um zu zeigen, wie schwer es bei mangelhaften anamnestischen Angaben des Patienten bzw. irreführenden Angaben des vorher behandelnden Arztes, der selbst wieder durch den Patienten falsch orientiert wurde, manchmal sein kann, auf die Diagnose zu kommen, gebe ich kurz die Daten der Krankengeschichten in der Reihenfolge, wie sich der einzelne Fall bei uns entwickelte.

1. Fall. Sch. Kath. 21 J. Dienstmädchen.

Vorgeschichte: Am 11. Juni 1923 wird die Patientin von ihrem behandelnden Arzt eingewiesen mit der Angabe, daß sich am 7. Juni aus ihrem Rachen ein Abszeß entleert habe, nachdem sie eine Tasse heiße Milch getrunken habe. Der Arzt habe den von selbst aufgegangenen bis zur rechten Gaumenmandel reichenden Abszeß selbst gesehen. Vorher habe, wie die Patientin angibt, ein Gefühl von Schwellung im Halse und Schmerzhaftigkeit beim Schlucken 2 Tage bestanden und außerdem die Unmöglichkeit, feste Speisen herunter zu bringen. Nur Flüssigkeiten, insbesondere Milch habe sie herunterwürgen können. Magenschmerzen und Durchfälle seien seit einigen Tagen vorhanden. Nach der Entleerung des „Abszesses" im Hals haben aber die Beschwerden nicht abgenommen, so daß die Kranke seit einigen Tagen überhaupt nichts mehr habe genießen können. Eine geringe Herabsetzung der Sehschärfe, die gleichzeitig mit der „Geschwulst im Halse" aufgetreten war, wurde nur nebenher erwähnt.

Befund: Schwerkrank aussehende Patientin. Nase-, Rachen-, Kehlkopfschleimhaut sehr trocken, sonst o. B. Der Kehlkopfeingang wird von hintenher von einer weißlichen Flüssigkeit (Eiter?) umspült, die die ganze Gegend des Speiseröhreneinganges zudeckt. Beide Vallekulae und die Sinus piriformes voller weißlicher Flüssigkeit. — Die sofort vorgenommene Oesophagoskopie zeigt auch in der Speiseröhre, die weit und schlaff, sackartig ist, solche weißliche Flüssigkeit, die für Eiter gehalten wird, ohne daß eine Ursprungsstelle dafür aufgefunden werden kann. Die Schleimhaut ist sehr trocken, irgendeine organische Veränderung wird nicht gefunden. — Im Hypopharynx keine Spur eines frischen oder älteren Abszesses bei direkter und indirekter Besichtigung. — Darauf wird eine genaue Allgemeinuntersuchung vorgenommen: Augen: Pupillen sehr weit, reagieren nicht auf Lichteinfall und Konvergenz. Abduzenslähmung links, geringer rechts; Ptosis links. Augenhintergrund (13. Juni Prof. Köllner) linke Papille stark hyperämisch, rechts ebenfalls, aber nicht so deutlich wie links. Nervensystem: Reflexe o. B. Leichte Parese des Gaumensegels, näselnde Sprache. Leichte Parese des Stirnastes des Fazialis. Urin: Spur Albumen. Haut sehr trocken und abschilfernd, keine Schweißsekretion. Temperatur: normal. Auf genaues Befragen gibt Patientin nun nachträglich an, daß sie am 3. Juni schlechte Wurst gegessen habe, daß danach schwere Magen-Darmbeschwerden eingetreten seien, und daß sie die Augen- und Schluckbeschwerden zusammen mit großer Trockenheit im Munde am 3. Tage nach dem Genusse der schlechten Wurst bemerkt habe.

Nach Rücksprache mit Herrn Prof. Ganter, der die Diagnose Botulismus stellt, am 14. Juni Verlegung auf die medizinische Klinik.

Dort wird der Befund in vollem Umfange bestätigt. Durchleuchtungen mit Kontrastbrei, die zu wiederholten Malen vorgenommen werden, zeigen eine vollkommene Schlaffheit des Oesophagus, ein Stocken des Breies am Eingang und eine Schlaffheit des Magens.

Unter Strychnin und Pilokarpinkur bilden sich alle subjektiven und objektiven Erscheinungen zurück, so daß Patientin am 22. Juli 1923 vollkommen geheilt aus der medizinischen Klinik entlassen werden kann.

2. Fall. F. Nicolaus, Kohlenhändler. 47 J. Aufnahme am 18. September 1926.

Vorgeschichte: Seit 8 Tagen Halsschmerzen, seit 4 Tagen Schluckbeschwerden, stark erschwerte Nahrungsaufnahme. In den letzten 4 Wochen stark abgemagert, 1916 Lungenspitzenkatarrh. Der einweisende Arzt hält die Schluckbeschwerden für wahrscheinlich auch durch Tuberkulose bedingt und erwähnt in seinem Schreiben nur die Schluckbeschwerden und die röntgenologisch schlechte Passierbarkeit des unteren Pharynx.

Befund: Kachektischer Mann. Bei der ersten poliklinischen Untersuchung fällt an den oberen Luftwegen nur eine starke Trockenheit der Schleimhäute auf. — Die Durchleuchtung mit Kontrastbrei zeigt eine geringe Verzögerung des Schluckens am Oesophaguseingang. Wenn sich Patient etwas bemüht, geht ohne Schmerzen auch dicker Kontrastbrei herab und glatt in den Magen. Oesophagus etwas schlaff. — Am Hypopharynx nichts Pathologisches zu sehen. Von einer Oesophagoskopie wird wegen der organischen Intaktheit Abstand genommen. Es fiel am Patienten eine kloßige undeutliche Sprache auf. Die genaue Körperuntersuchung ergab nun folgendes: Innere Organe o. B. Nervensystem: Oppenheim angedeutet, Sensibilität intakt. Zunge kann nicht herausgestreckt und überhaupt schlecht bewegt werden (Hypoglossus). Parese des Gaumensegels, kloßige Sprache. Augen: Beweglichkeit und Pupillenreaktion: o. B.

In Erinnerung an den früheren Fall wurde bei der Aehnlichkeit der Erscheinungen nun auch hier ein Botulismus vermutet und die darauf vorgenommene Ausfragung des Patienten ergab, daß er vor 7 Wochen schlechte Wurst genossen und im Anschluß daran zuerst sehr starken Durchfall und Erbrechen gehabt habe. Dann seien später die übrigen Erscheinungen wie Schluckstörungen und auch die kloßige Sprache aufgetreten. Ein Freund von ihm, der auch von der Wurst gegessen habe, habe in den ersten Tagen dieselben Erscheinungen gehabt; wie es ihm später ergangen sei, wisse er nicht. — Unter Behandlung mit viel Flüssigkeit, Bettruhe, Inhalieren gehen die Erscheinungen schnell zurück, so daß Patient am 25. September 1926 sehr gebessert entlassen werden kann.

Die beiden kurz beschriebenen Fälle haben viel Aehnlichkeit miteinander. Beide Kranken wurden vom behandelnden Arzt wegen ihrer Schluckstörungen eingewiesen, da diese Symptome so stark im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen, daß selbst die im ersten Fall bestehenden, ziemlich schwerwiegenden Augensymptome dagegen vollkommen in den Hintergrund traten, und auch im 2. Falle die deutliche Sprachstörung in dem Briefe des einweisenden Arztes gar nicht erwähnt wurde. So wendete sich unsere Aufmerksamkeit bei der ersten poliklinischen Untersuchung zunächst auch den oberen Speisewegen zu, da ihre Erkrankung zweifellos sowohl subjektiv als objektiv bei weitem im Vordergrunde des Krankheitsbildes stand; außerdem erwähnten beide Patienten auch nicht ein Wort von einer vorhergegangenen Wurstvergiftung. Bei dem ersten Patienten führten wir sogleich die Oesophagoskopie aus, da wir bei Spiegeluntersuchung im Hypopharynx eine weißliche Flüssigkeit gesehen hatten, die wir nach den bestimmten Angaben des behandelnden Arztes über einen zuerst vorhandenen Abszeß für Eiter halten mußten; außerdem mußten wir fürchten, bei einer Durchleuchtung durch den Kontrastbrei das Bild zu verwischen. Das Rohr drang ohne besondere Schwierigkeiten in die Speisenröhre ein und wir sahen dort dieselbe weiße Flüssigkeit wie im Hypopharynx. Die Speiseröhre war schlaff und sackartig erweitert. Eine Ursprungsstelle für den vermeintlichen Eiter war nicht zu finden. Eine genaue Körperuntersuchung nach Aufnahme in die Klinik ergab die im Befund angeführten Symptome und nun erst ließ sich durch Befragen in dieser Richtung aus der Patientin der wichtigste Teil der Anamnese, die Wurstvergiftung, herausfragen, nachdem mit Hilfe von Herrn Prof. Ganter, damaligen Oberarzt der medizinischen Klinik, schon die Vermutung auf eine solche aufgetaucht war. Die zunächst für Eiter gehaltene Flüssigkeit erwies sich als Milch (auch mikroskopisch), und damit stimmt auch gut überein, daß die Patientin spontan angegeben hatte, der Abszeß habe sich nach Genuß einer Tasse heißer Milch seiner Zeit entleert. Es ist wohl anzunehmen, daß der einweisende Arzt, der den offenen Abszeß mit der Eiterentleerung gesehen haben wollte, derselben Täuschung zum Opfer gefallen ist, wie wir, da sich in den oberen und tieferen Luft- und Speisewegen keine Spur eines erst kürzlich vorhandenen Abszesses vorfand.

Auch bei dem zweiten Kranken richtete sich die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf den Oesophagus, da er nur als Vorgeschichte erst seit 8 Tagen bestehende Schluckbeschwerden angab, die ihm manchmal jede Nahrungsaufnahme vollkommen unmöglich machten. Da er ausgesprochen kachektisch aussah und auch stark abgemagert erschien, tauchte der Verdacht eines bösartigen Tumors auf. Das Bild bei der Breidurchleuchtung der Speiseröhre ließ aber nichts erkennen, was auf einen Tumor einen Rückschluß erlaubte und das längere Verweilen des Breies im Oesophaguseingang schien uns eine funktionelle Ursache zu haben, da dort bei Spiegeluntersuchung keinerlei Veränderungen zu sehen war. Bei der weiteren Körperuntersuchung fanden wir eine Hypoglossuslähmung, eine leichte Parese des Gaumensegels und des ersten Fazialisastes, und diese multiplen Lähmungen erweckten zusammen mit der immer deutlicher bulbär werdenden Sprache in uns die Erinnerung an den früher beobachteten Fall von Wurstvergiftung, da gerade die Botulismussymptome bulbärer Art sind, und nun ergab das Befragen des Patienten in dieser Richtung sichere Aussagen über den Genuß von schlechter Wurst und ihre unmittelbaren gastrointestinalen Folgen vor 7 Wochen. Augenstörungen hatte Patient nicht beobachtet. Wir wissen ja aber, daß es bei der Wurstvergiftung kein vollkommen konstantes Symptom gibt; außerdem könnten aber auch diese Störungen, wenn sie leicht und vorübergehend waren, unbeachtet geblieben sein.

Wegen der Irrtümer, die hier den behandelnden Aerzten und zunächst auch uns vorgekommen sind, kann man wohl kaum jemandem einen Vorwurf machen. Wie so häufig, ist auch hier der Arzt durch irreführende oder mangelhafte Angaben der Patienten auf einen falschen Weg geleitet worden und hat ein Symptom einer Allgemeinerkrankung für die Erkrankung selbst angesehen. Außerdem dürfte wohl in weiten ärztlichen Kreisen unbekannt sein, daß bei einer derartigen Wurstvergiftung die Schluckbeschwerden so ausgesprochen im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, daß andere, selbst schwere Symptome, die auch dem Patienten erhebliche, subjektive Beschwerden machen müssen, wie die schweren Sehstörungen im ersten Fall und die bulbäre Sprache im zweiten, dahinter vollständig verschwinden. In der Literatur findet man überall Schluckbeschwerden erwähnt, aber niemals ihr besonderes Hervortreten betont. Da es nun für den Praktiker wichtig ist, auch diese Möglichkeiten kennen zu lernen, so glaubten wir die beiden lehrreichen Fälle veröffentlichen zu sollen.

Der heutige Stand des Scharlachproblems.

Von

Dr. ERNST HOFFSTAEDT,

Facharzt für innere Krankheiten in Berlin-Schöneberg.

Bis vor etwa zwei Jahren mußten alle Versuche, die Aetiologie des Scharlachs zu klären und damit zu einer zielbewußten, möglichst spezifischen Behandlung dieser Seuche zu kommen, als gescheitert angesehen werden.

Noch Anfang des Jahres 1924 konnte ich im Widerstreit der Meinungen unter Anlehnung an die Lehre Jochmanns den am meisten anerkannten Standpunkt betreffs der Scharlachätiologie etwa folgendermaßen formulieren (1):

Die primären Scharlachphänomene (Exanthemperiode) sind direkte Folgen der Vergiftung mit dem — bis dahin! — noch unbekannten, wahrscheinlich invisiblen, spezifischen Scharlachvirus. („Primär toxische Symptome.") Hierzu tritt für gewöhnlich eine sekundäre Mischinfektion mit (banalen) Streptokokken; offenbar infolge besonderer Disposition des skarlatinösen Organismus für diese Infektion. Die sogenannten Nachkrankheiten sind durch diese Streptokokken bedingt und vielleicht durch eine Art Allergie nach Ablauf der bekannten Inkubation begünstigt. Bezüglich einer spezifischen Therapie, über die damals noch kaum Erfahrungen vorlagen, glaubte ich schon aus den Beobachtungen über das Auslöschphänomen auch in therapeutischer Hinsicht dem Rekonvaleszentenserum eine große Bedeutung für die Zukunft beimessen zu sollen.

Es haben sich nun inzwischen durch exakte Forschungen amerikanischer Autoren und weiterhin durch Nachprüfungen und weiteren Ausbau dieser Arbeiten seitens der Friedemannschen Schule (Städt. Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin), so überraschende Tatsachen ergeben, daß unsere Anschauungen über die Natur des Scharlachs dadurch auf eine ganz neue Basis gestellt worden sind. Wie im folgenden zu zeigen ist, sind an die Stelle von Theorien, Vermutungen und Hypothesen experimentell gesicherte Grundlagen für eine kausale Therapie und für eine zweckmäßige und wirksame Prophylaxe getreten. Die außerordentlich wichtige praktische Bedeutung dieser neueren Forschungsergebnisse rechtfertigt den Versuch, auch einen weiteren Kreis von Aerzten mit den erwähnten Arbeiten vertraut zu machen.

Ich übergehe all' die überholten älteren Arbeiten, in denen bereits aufs ernsteste die Frage erörtert wurde, ob nicht die Streptokokken, die man mit so großer Regelmäßigkeit im Rachenabstrich Scharlachkranker findet, das primum movens, die spezifische Krankheitsursache seien. Jedoch klinische Erfahrungen und experimentelle Befunde sowie epidemiologische Beobachtungen ließen bei kritischer Ueberlegung immer wieder ernste Zweifel an der ätiologischen Bedeutung der sogenannten „Scharlachstreptokokken" aufkommen. Die fast ungeheuerliche Kontagiosität des Scharlachs, die ja nur durch die verhältnismäßig geringe Morbidität (Disposition) ausgeglichen wird, die geradezu unheimliche Resistenz, Lebensdauer und Virulenz des Scharlachvirus, das eigenartige toxische Krankheitsbild bei nachweislichem Fehlen von Streptokokken in der Blutbahn zu Beginn und auf der Höhe der Erkrankung, und nicht zuletzt die Tatsache, daß das Ueberstehen von Scharlach für gewöhnlich eine dauernde Immunität hinterläßt — im Gegensatz zur bekannten Rezidivneigung echter Streptokokkenerkrankungen —, auch die viel zitierte Selbstbeobachtung Jochmanns, der nach versehentlicher Infektion mit „Scharlachstreptokokken" durch eine Spritze keinen Scharlach, sondern eine banale Sehnenscheidenphlegmone davontrug, endlich der höchst zweifelhafte Erfolg der Streptokokkenserum-Therapie, all' das waren gewichtige Gründe, die gegen die viel behauptete, aber nie bewiesene These sprachen, der Scharlach sei eine durch spezifische Streptokokken hervorgerufene Infektionskrankheit.

So schien eine weitere Arbeit in dieser Richtung unfruchtbar und die Forschung wandte sich zunächst anderen Bahnen zu. Die italienischen Pädiater di Cristina, Caronia und Sidoni gaben bereits im Jahre 1923 an, aus dem Blut und aus dem Filtrat des Nasen- und Rachenschleims Scharlachkranker diplokokkenartige Gebilde isoliert zu haben, die sich auch durch Tierpassage weiter züchten ließen. In diesen Züchtungsprodukten sahen sie das lang gesuchte Scharlachvirus. Nachprüfungen dieser Versuche — auch seitens der Friedemannschen Schule — konnten jedoch diese Befunde nicht bestätigen.

Da gelang es dem Amerikaner Dochez (2) auf Grund einer besonderen Methode der Differenzierung biologisch verschiedener Typen hämolytischer Streptokokken einen spezifischen „Scharlachstreptokokkus" darzustellen, der sich nicht nur im Rachen Scharlachkranker, sondern auch in den Wunden und Brandstellen bei Wund- bzw. Verbrennungsscharlach, ja auch im Lochialsekret bei Puerperalscharlach nachweisen und mit Sicherheit gegenüber den sonst bei diesen Erkrankungen (Puerperalsepsis) vorkommenden Streptokokken unterscheiden ließ. Nachdem Dochez somit die sichere Darstellung spezifischer, nur bei Scharlach vorkommender Streptokokken geglückt war, gelang es ihm in systematischen Experimenten, mit diesen Kulturen bei Tieren künstlich eine scharlachartige Erkrankung hervorzurufen.

Fast gleichzeitig mit diesen Forschungen Dochez veröffentlichte das Ehepaar Dick (3) seine experimentellen Scharlachübertragungen auf Menschen durch Aufpinseln von Scharlachstreptokokkenreinkulturen auf die Tonsillen der Versuchspersonen.

Nachdem die Amerikaner in den von ihnen als spezifische Gattung bezeichneten „Scharlachstreptokokken" die Krankheitserreger gefunden zu haben meinten, gingen sie in ihren Schlußfolgerungen logisch weiter: Ueberzeugt davon, daß das Exanthem und die anderen klassischen Scharlachsymptome toxische Erscheinungen seien, eine Annahme, die ja durch das Schultz-Charltonsche Auslöschphänomen im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht wurde, gingen sie daran, die Toxinwirkung ihrer Scharlachstreptokokken zu demonstrieren. Das Ehepaar Dick konnte zeigen, daß sich mit dem Filtrat ihrer Streptokokkenkulturen durch intrakutane Injektion bei noch nicht gescharlachten, aber für Scharlach empfänglichen Individuen nach einer Inkubation von acht bis zwölf Stunden eine Rötung und Infiltration an der Injektionsstelle erzielen läßt, die in ihrem Wesen völlig der bekannten Schickschen Reaktion bei Diphtheriekranken, bzw. Diphtherieempfänglichen Kindern entspricht. Diese Reaktionserscheinung auf das Scharlachtoxin, die sich geradezu als ein lokal begrenzter Hautscharlach auffassen läßt, ist also dem Auslöschphänomen genau entgegengesetzt, da dieses als eine lokal begrenzte Scharlachheilung infolge Antitoxinwirkung zu erklären ist (1). Diese reziproke Beziehung ließ sich auch experimentell dadurch nachweisen, daß es Deicher (4) gelungen ist, bei vorher Dick-positiven Personen ein zweites Mal den Dick-Test negativ zu machen, wenn nämlich die Toxinlösung vor der zweiten Injektion in geeigneter Weise durch Mischung mit antitoxischem Serum entgiftet, d. h. neutralisiert wurde. Die Dicks glauben, aus dem Ausfall ihrer Reaktion mit Sicherheit scharlachempfängliche und scharlachimmune Individuen unterscheiden zu können. Im Falle des Ausbleibens der Reaktion enthalte das betreffende Blut eben schon spezifische Antitoxine, die das Angehen des Testes verhindern. In der Tat soll außer dem Rekonvaleszentenserum — und angeblich sollte der Dick-Test in der Scharlachrekonvaleszenz immer negativ ausfallen! — nur das Serum Dick-negativer Personen das Auslöschphänomen ergeben, eine Beobachtung, die ja mit der Toxin-Antitoxintheorie völlig in Einklang stehen würde.

Während also die Dicks um die Darstellung des Scharlachstreptokokken-Toxins und um den Nachweis seiner spezifischen Exanthem erzeugenden Wirkung große Verdienste haben — ja sogar durch intrakutane Einspritzung abgestufter Toxinmengen Dick-positive, d. h. scharlachempfängliche Personen aktiv immunisieren wollen —, Angaben, die neuerdings von Kramar und Franczisczi (5) bestätigt werden! — gelang es Dochez in Verfolg derselben Gedanken, auf sehr geniale Weise ein hochwirksames antitoxisches Immunserum herzustellen. Dochez injizierte Pferden zunächst Agar unter die Haut und spritzte dann in dieses subkutane Depot seine Scharlachstreptokokken ein. So wird eine allgemeine Streptokokkeninfektion der Tiere verhindert, während die von den Streptokokken in diesem lebenden Brutschrank gebildeten Toxine — in der Fähigkeit, Toxine zu bilden, liegt ja gerade ihre charakteristische Eigenart! — ungehindert ins Blut diffundieren können. Hier regen sie die Entstehung spezifischer Antitoxine an. Der Antitoxingehalt dieses Dochez-Serums, das also kein antibakterielles, sondern ein rein antitoxisches ist, übertrifft — gemessen an seiner Auslöschfähigkeit — den Antitoxingehalt des Rekonvaleszentenserums um das 10—100fache.

Auf Grund dieser vor zwei Jahren erfolgten aufsehenerregenden Mitteilungen der amerikanischen Autoren wurden diese Experimente von Friedemann und Deicher aufs sorgfältigste nachgeprüft (4). Es ist ihnen gelungen, in sehr schönen Experimenten folgendes zu zeigen: Es gelingt tatsächlich, wie die Dicks angegeben haben, durch Filtration von „Scharlachstreptokokken" Toxinlösungen zu erhalten, mit denen man die oben beschriebene Hautreaktion bei empfänglichen Individuen auslösen kann. Allerdings ist hierzu zu sagen, daß es auch mit anderen Streptokokkenfiltraten u. U. gelingt, sehr ähnliche Reaktionen zu erzeugen. Ueberhaupt ist in letzter Zeit der diagnostische und der prognostische Wert des Dick-Testes, seine Sicherheit und unbedingte Spezifität umstritten. So konnten Seligmann, Alterthum und Dingmann in kürzlich veröffentlichten Beobachtungen (6) über Scharlach usw. sich nicht von der Brauchbarkeit der Dickschen Reaktion überzeugen. Kontrolluntersuchungen ergaben vielmehr bei denselben Individuen innerhalb sehr kurzer Intervalle auffallende Umschläge der Reaktion. Es ist infolgedessen fraglich, ob in jedem Falle die Umwandlung eines vorher positiven Dick-Testes durch intrakutane Toxininjektionen (aktive Immunisierung) in einen negativen Dick-Test als Ausdruck nunmehr erfolgter Immunisierung anzusehen ist.

Dagegen hat sich bewahrheitet, daß das Dochez-Serum im höchsten Maße Scharlachexanthem auslöschend ist. Daß gewöhnliches, sogenanntes „leeres Pferde-Serum", nicht auslöscht, war schon früher bekannt. Schließlich gelang es, die Dick-Reaktion genau so wie echtes Scharlachexanthem mit Rekonvaleszentenserum zum Verschwinden zu bringen. Auf Grund dieser Tatsachen hat Friedemann systematisch das Dochez-Serum therapeutisch angewandt; und zwar für gewöhnlich in einmaligen intramuskulären Injektionen von 40 bis 50 ccm. Seine mit Krankengeschichten und Kurven belegten Heilerfolge sind derart günstige, daß man selbst bei kritischster Einstellung gegenüber therapeutischen Erfolgen nicht an ihnen vorbeigehen kann, sondern jedenfalls in schwereren Fällen unbedingt eine möglichst frühzeitige Anwendung des Serums anraten muß. Friedemann meint, „daß wir kein anderes Heilserum besitzen, das selbst am ersten Krankheitstage und in schwersten Fällen eine derart kupierende Wirkung auf den Krankheitsprozeß besitzt".

Was jedoch die prophylaktische Wirkung des Dochez-Serums anbelangt, so scheinen die Erfolge noch nicht so allgemein befriedigende zu sein. Jedenfalls sahen Seligmann und seine Mitarbeiter bei der von ihnen beschriebenen Scharlachepidemie am kleinen Material keine eindeutige Beeinflussung des Verlaufes (6).

Nachdem jedenfalls die ätiologische Bedeutung der spezifischen „Scharlachstreptokokken", bzw. der von diesen gebildeten Toxine, sichergestellt erschien, haben Friedemann und Deicher wie sie jüngst berichteten (7), nicht nur ihre therapeutischen Versuche am großen Material mit Erfolg fortgesetzt, sondern sie sind auch dem praktisch so überaus wichtigen Problem der Ansteckungsweise, das von größter Bedeutung für die Prophylaxe ist, in ebenso geistvollen wie exakten Experimenten nachgegangen. Ihre wesentlichen Feststellungen sind folgende:

Hauptinfektionsquelle seitens der Erkrankten ist der Rachen. („Tröpfcheninfektion!") Außerdem finden sich regelmäßig massenhaft Streptokokken im Eiter der sekundär erkrankten Organe (Ohren, Lymphdrüsen). Es ist also das sogenannte zweite Kranksein im Gegensatz zum primären Scharlach keine toxische, sondern eine bakterielle Erkrankung. So erklärt sich auch der Mißerfolg rein antitoxischer Sera betreffs Verhütung der Nachkrankheiten.

Ueberraschend ist die Feststellung, daß weder die bisher als Infektionsquelle so gefürchteten Hautschuppen, noch der Urin — auch nicht bei Scharlachnephritis! — Streptokokken enthält. Dagegen haften diese an allen unbelebten Gegenständen der Umgebung des Kranken, wie dies ja auch den praktischen Erfahrungen entspricht. Besonders im Staub und an den Gardinen der Scharlachzimmer konnten massenhaft spezifische, hämolytische, toxinbildende Streptokokken nachgewiesen werden. Durch diese massenhaft im Scharlachzimmer haftenden virulenten Streptokokken, die durch jeden neuen Patienten vermehrt werden, wird der Rekonvaleszent ständig reinfiziert. Exakte Kontrolluntersuchungen Deichers lassen an diesem Ergebnis keinen Zweifel. So beachteten die Autoren bei einem auf der chirurgischen Station an Wundscharlach Erkrankten zunächst keine Streptokokken im Rachen. Bald nach Ueberführung auf die Scharlachstation, die ja als geradezu gesättigt mit diesen Keimen anzusehen ist, fanden sich wie bei allen anderen auch bei diesem Patienten im Rachenabstrich Scharlachstreptokokken. Es konnte weiterhin festgestellt werden, daß der selbst völlig abgeschuppte Patient noch voll virulente Keime auf seinen Tonsillen mit nach Hause schleppen kann, wodurch sich die Heimkehrerfälle erklären. Ihre Zahl wäre zweifellos eine weit größere, wenn nicht, wie anfangs erwähnt, die Scharlachmorbidität eine verhältnismäßig geringe wäre! Mit Recht fordert daher Friedemann für die Scharlachrekonvaleszenten im Krankenhause sogenannte „Lüftungsbaracken“, um die ständige Reinfektion in der keimgeschwängerten Atmosphäre des Scharlachzimmers einzudämmen. Es hat aber heute keinen Sinn mehr, die Patienten durch eine wochenlange Isolierung bis zur restlosen Abschuppung zu quälen, da seitens der Schuppen offenbar keine Infektionsgefahr droht. Die Sanierung der Tonsillen, die Verhinderung der immer wieder neuen Keimansiedlung im Rachen der Genesenen, ist in Zukunft die Aufgabe einer zielbewußten und wirksamen Prophylaxe!

Sehr schwierig ist die Beurteilung der Virulenz solcher Rekonvaleszentenkeime. Die Verhältnisse liegen hier ähnlich wie bei gesünden, bzw. klinisch geheilten Diphtheriebazillenträgern. Vielleicht kann man solche avirulent gewordenen Keime entsprechend als Pseudo-Scharlachstreptokokken bezeichnen.

Von mehr theoretischem Interesse ist die Beobachtung, daß die wegen ihrer Toxinbildungsfähigkeit spezifischen hämolytischen Streptokokken ebenso wie andere banale hämolytische Streptokokken in grüne, atoxische Streptokokken umgewandelt und dann wieder in hämolytische, toxische Streptokokken zurückverwandelt werden können.

Der naheliegende Einwand, daß das Streptokokkenfiltrat neben den — vielleicht nur hypothetischen? — Toxinen noch ein spezifisches invisibles, filtrierbares Virus enthalten könne, darf wohl nach den zahlreiche Beweisen für die kausale Rolle der Streptokokken fallen gelassen werden, nicht zum wenigsten auch deshalb, weil die Züchtung der Streptokokken durch mehrere Tierpassagen gelingt. Es ist aber schwer vorstellbar, daß dabei auch jedesmal das angenommene invisible Virus mitgezüchtet worden wäre.

Zusammenfassend lassen sich also die neuen Forschungsergebnisse folgendermaßen formulieren:

1. Es gelingt, mit Reinkulturen der von den Tonsillen Scharlachkranker gezüchteten hämolytischen Streptokokken experimentell echten Scharlach beim Menschen zu erzeugen.

2. Durch Filtration dieser Streptokokkenkulturen läßt sich ein Toxin gewinnen, das bei empfänglichen Personen nach intrakutaner Injektion ein zirkumskriptes Exanthem an der Injektionsstelle, und nach intramuskulärer Injektion einer entsprechend größeren Dosis einen typischen Rash erzeugt.

3. Dieses Toxin, das in vivo von den auf den Tonsillen etablierten Streptokokken ausgeschieden wird, erzeugt die typischen Scharlachsymptome. Es kann durch antitoxisches, bzw. Rekonvaleszentenserum neutralisiert werden. (Auslöschphänomen.)

4. Die Erreger finden sich für gewöhnlich nicht im Blut, außer bei septischem Scharlach, bzw. septischen Sekundärerkrankungen. Sie finden sich außer im Rachen (Tröpfcheninfektion!), in der Wunde bei Wundscharlach und im Lochialsekret bei Puerperalscharlach. Außerdem regelmäßig im Eiter bei sekundären eitrigen Prozessen.

5. Durch besonderes Verfahren von immunisierten Pferden hergestelltes antitoxisches Serum hat deutlich nachweisbaren Heileffekt und ergibt das Auslöschphänomen.

5. Die Frage der aktiven Immunisierung durch abgestufte Toxininjektionen, sowie die prophylaktische passive Immunisierung durch Injektion antitoxischen Dochezserums muß zur Zeit als noch nicht spruchreif bezeichnet werden. Die bisherigen Ergebnisse ermutigen zur Fortsetzung der Versuche.

7. Weder die Schuppen noch die Ausscheidungen des Kranken sind infektiös; jedoch finden sich auf den Tonsillen des Genesenen noch häufig durch Reinfektion im Krankenzimmer erworbene spezifische, hämolytische Streptokokken. (Lüftungsbaracken!)

Literatur:

1. Hoffstaedt: Med. Klin. 1924, Nr. 18.
2. Dochez: Journ. of the Am. Med. Ass. 1924, Vol. 82.
3. Dick: Journ. of the Am. Med. Ass. 1923, Vol. 81. 1924, 82.
4. Friedemann u. Deicher: D. M. W. 1925, Nr. 46, 47.
5. Kramar usw.: Monatsschr. f. Kinderhk. 33, H. 5.
6. Seligmann usw.: D. M. W. 1926, Nr. 43.
7. Friedemann u. Deicher: Berl. Med. Ges. am 20. Oktober 1926.

Enzephalitiker-Zentralen oder nicht?

Von
Professor Dr. HEINICKE,
Direktor der Landesanstalt Chemnitz-Altendorf.

Von jeher sind andere und ich für die Gründung von Enzephalitiker-Zentralen eingetreten. Dieser Gedanke der Behandlung chronischer Enzephalitiker in besonderen Abteilungen, die für Erwachsene als offene Angliederungen an Heil- und Pflegeanstalten, für Kinder und Jugendliche als Stationen von tunlichst ärztlich geleiteten Erziehungsanstalten gedacht sind, hat beachtliche Zustimmung namhafter deutscher Psychiater und Nervenärzte gefunden. Ebenso hat man sich z. B. in der Schweiz mit diesem Gedanken befaßt. Andererseits sind leider neuerdings auch Bedenken gegen solche Zentralisierungspläne geäußert worden. Wenn auch diese Stimmen vereinzelt sind, so können sie doch diesen Zentralisierungsbestrebungen abträglich sein. Das will ich im Interesse einer sachgemäßen Enzephalitikerfürsorge zu vermeiden suchen, wenn ich im folgenden nachweise, daß das, was die wissenschaftlichen Gegner des Zentralisierungsgedankens vorbringen, m. E. nicht haltbar ist. Zunächst wird behauptet, es gäbe in Deutschland nicht so viel chronische Enzephalitiker, daß sich Zentralen nötig machten, die in der Literatur angegebene Zahl 20 000 sei also übertrieben und unbewiesen. Gewiß ist sie nicht bewiesen. Stern und ich haben sie auch immer nur als Schätzungsergebnis angeführt. Sie ist aber auch nicht planlos entstanden. Ausgehend von der Erwägung, daß epidemiologisch die akute Enzephalitis evtl. gleichgeformte Zerstreuungskreise hat, war es das Gegebene, zu versuchen, von einem nicht zu großen Bezirk tunlichst viel Fälle von Enzephalitis zahlenmäßig zu erfassen. Das haben Stern genauer und ich gröber unabhängig von einander mit verschiedenen, in ihrem Ausmaß stark von einander abweichenden Gegenden getan. Dabei kamen wir annähernd zu der gleichen, auf die Einwohnerzahl Deutschlands berechneten Zahl chronischer Enzephalitiker. Ich und sicher auch Stern sind im übrigen nur zu sehr davon überzeugt, daß unsere Schätzung sogar nichts anderes als eine Minimalzahl darstellt. Viel sicherer stünden wir mit unserer Angabe da, wenn generelle Erhebungen, wie wir diese von Anfang an anregten, nach dieser Richtung hin vorgenommen worden wären, wenn es eine allgemeine Anzeigepflicht der Encephalitis epidemica gäbe. Man braucht aber überhaupt nicht über die Berechtigung der Zahl 20 000 zu debattieren. Wer Gelegenheit hat, sich mit dieser Krankheit besonders zu befassen, dem treten in der Sprechstunde, in Beratungsstellen, in Versorghäusern, Bezirks-, Fürsorge-, Heil- und Pflegeanstalten, Krüppel- und Idiotenheimen, sowie anderen Krankenanstalten, ferner auf Straßen, Verkehrsmitteln als Eisenbahn, Straßenbahn pp., in hilfesuchenden Anfragen soviel enzephalitisch Erkrankte entgegen, daß er von der unendlich großen Häufung dieses Krankheitsbildes ohne weiteres überzeugt sein muß. Weiter unterliegen sicher auch heute noch chronische Fälle mehr oder weniger häufigen Fehldiagnosen. Mir sind Fälle bekannt geworden, wo Aerzte derartige Kranke für Hysteriker, rein Schwachsinnige, Idioten usw. hielten, wo man sogar, ohne an eine Enzephalitis zu denken, den offenstehenden Mund auf Wucherungen im Nasen- und Rachenraum zurückführte und operativ, natürlich ohne jeden Erfolg, vorging. Ich behaupte also mit fester Ueberzeugung: zu geringe Häufigkeit von chronischen Enzephalitikern wird nie und nimmer gegen die Gründung von Enzephalitiker-Zentralen mit Anspruch auf Beweiskraft ins Feld geführt werden können. Ich wäre im Interesse unserer Mitmenschen froh, wenn dies geschehen könnte. Zudem ist nie gefordert worden, daß jeder Bezirk, jede Provinz oder jedes Land seine Zentrale haben sollte, sondern es wurde mit aller Deutlichkeit immer wieder betont, daß sich zu solchen Zweckverbänden auch einzelne Länder oder Bezirke zusammenschließen könnten.

Als zweites Argument gegen die Zentralen führt man an, es sei mit dem chronischen Enzephalitiker nichts mehr oder nur noch wenig therapeutisch zu machen. Eine solche Einrichtung verbrauche also unnütz Geld, das für andere Zwecke viel besser, gerade in unserer Zeit, verwendet werden könne. Auch diese Behauptung ist leicht zu widerlegen. Die Erfahrungen auf unserer Enzephalitikerstation bestätigen, daß auch beim chronisch Kranken noch manches zu erreichen ist. Wir sind beim muskulär Gestörten in der Lage, die Schubneigung der Krankheit zu beseitigen, wir können die ständige Progredienz aufhalten und ihn auch sonst durch unsere fachärztlichen und heilpädagogischen Maßnahmen bessern. Besonders ist auch die Behandlung des Pseudo-Psychopathen ein zwar mühsames, aber anscheinend dankbares Arbeitsfeld. Selbstverständlich gehören zu solchen Erfolgen, genau wie bei der Behandlung der Psychosen, lange Zeiträume. Wenn ein Lungenkranker durch monate- oder jahrelange Spezialtherapie auf dem Status quo seiner Arbeitsfähigkeit vielleicht dauernd bleibt und somit seine Familie ihren Ernährer behält, betrachtet man das mit Recht als einen großen Erfolg in sozialer Hinsicht. Wenn wir dasselbe mit einem Enzephalitiker, der z. B. noch in den Anfängen seiner muskulären Störungen steht, die etwa einem Spitzenkatarrh hinsichtlich der Erwerbsbeschränkung gleichzusetzen sind, erreichen können, sollen wir uns dann einem unverzeihlichen therapeutischen Nihilismus hingeben? Und selbst wenn wir gar nichts erreichten, haben wir nicht die Pflicht, durch Einsetzen aller unserer Kräfte nach Besserem zu streben? Hat man vielleicht die Anstaltsbehandlung der Paralyse verhindert, weil diese Krankheit trotz aller psychiatrischen Fürsorge früher in wenig Jahren doch zum Tode führte? Hat nicht vielmehr wertvolle Durchforschung dieses Krankheitsbildes in Anstalten, Kliniken und anderen Instituten jetzt endlich dazu geführt, daß wir den Paralytiker jahrelang seinem Beruf und seiner Familie erhalten können? Läßt nicht das Errungene die berechtigte Hoffnung aufkommen, daß wir vielleicht in absehbarer Zeit sogar zur vollständigen Heilung dieser unheimlichen Krankheit kommen werden? Es ist das Verdienst von Schultze-Göttingen, daß er vor Jahren im Hinblick auf die damals noch unbedeutenden Fortschritte in der Behandlung chronischer Enzephalitiker zum mutigen Weiterarbeiten ermahnte und dabei auf die anfänglich auch erst unzulänglichen Erfolge in der Paralysebehandlung hinwies.

Weiter wird gegen die Enzephalitiker-Zentralen angeführt, das, was dort geschehe, könne genau so gut z. B. in der Heil- und Pflegeanstalt geschehen. Wer das sagt, kennt die in der Zentrale liegenden Therapiemöglichkeiten nicht oder nur ungenügend. Ich gebe ohne weiteres zu, es ist ganz gleich, ob eine Milch- oder eine andere Spritze in der Heil- und Pflegeanstalt oder in der Enzephalitikerzentrale gegeben wird. Die medikamentöse Therapie kann hier wie dort in jedem Ausmaß durchgeführt werden. Es ist aber ausgeschlossen, daß in einer Heil- und Pflegeanstalt die unendliche Kleinarbeit in muskulären und geistigen Uebungen in dem Maße durchgeführt werden kann, in dem dies die Zentrale tut. Ohne diese intensivste Kleinarbeit aber, die vom Arzt, vom Heilpädagogen, von der Schwester, vom Pfleger, von der Kindergärtnerin und dem übrigen Personal unter Hintansetzung der eigenen Person getan werden muß, wird der Kranke mehr oder weniger zum Pflegeobjekt herabgedrückt. In der Heil- und Pflegeanstalt befinden sich die Enzephalitiker meist als Einzelerscheinungen unter so und so viel Geisteskranken, das Personal hat gar nicht die Zeit und auch nicht die Ausbildung, sich mit ihnen ständig und sachgemäß zu befassen. Dazu gehört eine ganz besondere Einstellung nur auf diese Art von Kranken, die systematisch erlernt werden muß am großen Material, nicht am Einzelfall. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist größerer Erfolg zu erwarten. Man darf auch bei der Frage der Forderung von Zentralen das so unendlich wichtige Moment nicht unterschätzen, daß nämlich bei der ganzen Art des Enzephalitikers das Gemeinschaftsleben mit all seinen motorischen, rhythmischen Uebungen und geistigen Anregungen, sowie erziehlichen Einflüssen, unter gleich erkrankten Menschen als mächtige Fremdanregung wirkt, die der Enzephalitiker unter Geisteskranken nie finden kann und die die Ueberleitung zum Selbstreiz, also zur Besserung wesentlich erleichtert. Wieviel mehr trifft nun diese eben geschilderte naturgemäße Unzulänglichkeit der Heil- und Pflegeanstalt in der Enzephalitikerbehandlung für andere, jetzt leider noch als Notmaßnahmen übliche Unterkunftsstätten von Enzephalitikern zu, ich erinnere an Bezirksanstalten, Fürsorgeanstalten, Idiotenheime usf.

Beim Schreiben dieser Zeilen erhalte ich ein Schriftstück, in dem die Aufnahme eines enzephalitischen Knaben nachgesucht wird — da heißt es wörtlich: „Der Junge hat Enzephalitis durchgemacht und wies so schwere Charakterveränderungen auf, daß er vorübergehend in einer Fürsorge-Anstalt untergebracht wurde. Er befindet sich seit 1½ Jahren wieder zu Haus; es ist aber unmöglich, ihn da zu lassen, weil er sich wieder dauernd asozial verhält. Er wird von einer beständigen Unruhe umhergetrieben, ist unfähig eine Arbeit auszuführen, versucht immer wieder sinnlose Diebstähle auszuführen, greift auch die Menschen tätlich an und wurde deshalb kürzlich zu einer Gefängnisstrafe verurteilt. Er erhielt jedoch Bewährungsfrist für mehrere Jahre. pp. Auch der Arzt, der ihn kennt, meint, daß seine Krankheit allmählich eine Entwicklung zum Besseren gezeigt hat, daß diese Entwicklung aber durch den Aufenthalt zu Hause wieder gehemmt worden ist. Der Vater ist recht jähzornig, wenn er es mit dem Jungen auch gut meint. pp. Wir würden für eine Aufnahme sehr dankbar sein, gerade weil bei ihm Aussicht auf Besserung vorhanden ist. usw."

Reden solche Fälle nicht eine ernste Sprache? Es sind schmerzliche Anklagen, bei denen wir Halt machen müssen, die uns ein „Zurück" von einer leider noch fast allgemeinen Gepflogenheit unzweckmäßiger Unterbringung zurufen!

Und wenn schließlich angeführt wird, man müsse sich deshalb gegen die Zentrale wenden, weil dadurch den übrigen Anstalten und ihren Aerzten wichtiges Beobachtungsmaterial entzogen würde, so ist auch dieser Einwurf als nicht stichhaltig abzulehnen. Es ist gewiß anzuerkennen, daß die Anstaltsfachkollegen tunlichst ihren Gesichtskreis erweitern und möglichst verschiedenartige Krankheitsbilder in Beobachtung und Behandlung nehmen wollen; das ist aber nur dann zu rechtfertigen, wenn der Kranke darunter nicht leidet; das tut er aber sicher, wie bereits oben dargelegt wurde, außerhalb der Zentrale und auch nicht zuletzt deshalb, weil er sich als im allgemeinen nicht Geisteskranker unter Geisteskranken und Idioten, aber auch unter Fürsorgezöglingen nicht nur nicht wohl fühlt, sondern einen derartigen Aufenthalt aufs schmerzlichste und schwer drückend empfindet. Ein solches Bedrücktsein stellt sich bedenklich hemmend dem Besserungserfolg entgegen. Der Meinung aber, das Zusammenleben vieler Enzephalitiker in einer Zentrale würde das Wohlbefinden der Patienten durch den gegenseitigen trostlosen Anblick evtl. bedenklich stören, kann ich nach unseren Erfahrungen keinesfalls beipflichten. Es ist hier ähnlich wie bei den Blinden, die sich auch nur unter Lichtlosen zufrieden und verstanden fühlen. Außerdem kann eine Forschungsarbeit erst dann wirklich fruchtbringend sein, wenn sie in der Lage ist, sich auf ein großes Beobachtungsmaterial zu stützen. Ein solches ist aber beim Enzephalitiker ganz besonders angezeigt bei der unendlichen Kompliziertheit seines Krankheitsbildes, ganz gleich, ob man ihn unter ätiologischem, serologischem, pathologisch-anatomischem oder therapeutischem Gesichtswinkel betrachtet. Deshalb ist auch dem Zusammenlegen einiger weniger Enzephalitiker in der jeweiligen Anstalt, also der Miniaturzentrale nicht das Wort zu reden. Sie bleibt im Erfolg der großen Zentrale gegenüber wesentlich zurück. Auch steht ihr Erfolg in keinem Verhältnis zu den dadurch entstehenden Kosten.

Ich glaube im vorstehenden klar dargetan zu haben, daß wir die Enzephalitiker-Zentralen benötigen und daß die gegen dieselben angeführten Gründe einer unparteiischen Kritik nicht standhalten können. Im übrigen verweise ich diejenigen, die sich mit dieser wissenschaftlichen Streitfrage näher befassen wollen, auf die am Schluß meiner kurzen Darlegungen auszugsweise angeführte Literatur. Aus Platzersparnisgründen mußte ich im Text, so wünschenswert es gewesen wäre, ein Eingehen auf dieselbe unterlassen.

Wenn ich bei den Literaturangaben abweichend von der sonstigen wissenschaftlichen Gepflogenheit mich selbst zitiere, so liegt dies in sachlicher Notwendigkeit begründet.

Literatur:

1. Stern: Die Encephalitis epidemica und ihre soziale Bedeutung. Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte 1924, Nr. 11.
2. Stern: Gefahren der Grippe. Die Woche 1924, Nr. 47.
3. Jörger jun.: Ergebnisse einer Rundfrage über Kinder mit postencephalitischen Störungen. Schweizer Medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 30.
4. Heinicke: Krankheitsbilder der Gehirnsgrippe. Sächsische Blätter für Wohlfahrtspflege, März 1925.
5. Heinicke-Starke: Zur Frage der Enzephalitiker-Fürsorge. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1925, Nr. 11.
6. Schneider: Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Encephalitis epidemica. Fortschritte der Medizin, 44. Jahrgang, Nr. 5.
7. Meltzer: Die epidemische Gehirnentzündung (Encephalitis epidemica seu lethargica). Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger (ehemalige Schrötersche Zeitschrift) 1926, Nr. 3.
8. Heinicke: Die unzulängliche Fürsorge für chronische Enzephalitiker. Archiv für Psychiatrie 1926, 77. Bd.
9. Heinicke: Zur Therapie und Prognose der akuten und chronischen Encephalitis epidemica. Müncherer medizinische Wochenschrift 1926, Nr. 40.
10. Heinicke: Die Enzephalitikerstation der Landeserziehungsanstalt Chemnitz. Erscheint in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie.
11. Malkwitz: Die Behandlung chronisch Gehirngrippe-Kranker — ein Grenzgebiet der Medizin, Pädagogik und sozialen Fürsorge. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger (ehemalige Schrötersche Zeitschrift) 1926, 46. Jahrgang, Nr. 10.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Zusammenhang zwischen D.-B. und Tod (Magengeschwür, Krebs?) nicht anerkannt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Der 1880 geborene F. S. diente von 1900-1903 aktiv, wurde 1914 eingezogen, machte 1916 vom Februar bis Mai eine Knochenhautentzündung an der 7. und 8. Rippe in der linken Brustwarzenlinie mit Abszeßbildung infolge Hufschlags durch. 1917 kam er am 1. September wegen Ruhr ins Lazarett und wurde am 9. Januar 1918 als kriegsverwendungsfähig entlassen, kam 22. April wegen Achylie wieder ins Lazarett und wurde am 4. Mai als zeitig garnisonverwendungsfähig in der Heimat zur Truppe entlassen. Im Dezember 1918 wurde er endgültig vom Militär entlassen. Im Januar 1925 wurde er in der Klinik in W. aufgenommen. Nach dem Krankenblatt klagte er seit Juni 1924 über Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend mit saurem Aufstoßen. Vom Dezember ab hatte er häufig Erbrechen, zwei- bis dreimal in der Woche zwei bis drei Stunden nach dem Essen. Magensaft: Freie Salzsäure 34, Gesamtazidität 52. Am 12. Januar Operation: Am Pförtner eine harte Geschwulst, die als Krebs oder als Magengeschwür mit schwielig verdickten, callösen Rändern angesprochen wird. Es wird ein 8—22 cm großes Magenstück ausgeschnitten und S. starb dann am 26. Januar 1925 infolge einer hinzugetretenen postoperativen Lungenentzündung. Der behandelnde Arzt führte aus, daß S. seit dem Kriege häufig wegen Magen- und Darmstörungen in Behandlung gekommen, daß er immer an eine strenge Diät gebunden gewesen sei; er sei körperlich immer mehr heruntergekommen und habe diese Beschwerden auf die im Krieg überstandene Ruhr zurückgeführt. Anfang 1925 sei er wieder in Behandlung gekommen und sei dann dem Spital in W. überwiesen worden. Er führt weiter aus: Die seit jener Ruhrerkrankung im Felde aufgetretene Magen- und Darmstörung mit ihren Folgen auf den Gesundheitszustand des S., die Schädigung des Darms und die dadurch für Geschwürsbildung empfindlicheren Darmwandungen ist mit aller Wahrscheinlichkeit als Kriegsdienstbeschädigung aufzufassen.

Bei der Beurteilung wurde angenommen, daß die Beschwerden durch das callöse Geschwür, das von der Klinik mit Wahrscheinlichkeit als Krebs angesprochen wurde, scharf zu trennen sei von den Magen-Darmbeschwerden, die S. nach dem Zeugnis des behandelnden Arztes unmittelbar nach dem Kriege überstand. Diese letzteren Beschwerden waren mit aller Wahrscheinlichkeit noch Folgen der 1917 und 1918 überstandenen Ruhr, die eine über vier Monate dauernde Behandlung erforderte und drei Monate später sich noch in einer Achylie äußerte, weshalb S. auch als zeitig garnisondienstfähig in der Heimat bestimmt wurde. Die ersten Erscheinungen des Magengeschwürs bezw. Krebses traten erst im Sommer 1924 auf. Die ärztliche Erfahrung lehrt, daß ein Magenkrebs im Durchschnitt in ein bis zwei Jahren zum Tode führt. Im vorliegenden Falle ist der Tod durch eine Lungenentzündung infolge der Operation wegen des Magengeschwürs erfolgt. Man kann nun der ärztlichen Erfahrung entsprechend die im Frühjahr 1918 festgestellte Achylie nicht als Beginn des Krebses ansehen, weil ein sich damals entwickelnder Krebs sich nicht wie hier ohne weitere Erscheinungen über vier Jahre hingezogen hätte. Auch ein Zusammenhang des tödlichen Leidens mit der Ruhr muß verneint werden, weil die Ruhr wohl Schädigungen des unteren Darmabschnittes in Form von Geschwüren verursacht, nie aber Magengeschwüre. Es wurde also angenommen, daß sich das Magengeschwür, wahrscheinlich ein Krebs, unabhängig von Kriegseinflüssen, vier Jahre nach der Entlassung entwickelt habe und der Zusammenhang zwischen Tod und Dienstbeschädigung deshalb abgelehnt.

Dem steht ein Gutachten gegenüber aus dem S. Hause in H. von Prof. W. Die Vorgeschichte ist im wesentlichen dieselbe. Bei der Beurteilung schließt Prof. W. den Hufschlag im Frühjahr 1917 als Ursache für den Krebs bzw. das Magengeschwür — die krebsige Entartung ist durch histologische Untersuchung nicht bestätigt — aus. Er fährt fort: „Der als ruhrverdächtig bezeichnete Darmkatarrh war drei Monate nach seiner Ausheilung von einer Achylie gefolgt, ein Beweis, daß die Funktion des Magens schon damals beeinträchtigt war. Aerztlicherseits ist ferner beglaubigt, daß S. auch in den folgenden Jahren unter Störungen der Magen- und Darmkatarrhen zu leiden hatte. Er mußte strenge Diät halten und hatte andauernde Beschwerden. Daß ein Magenkrebs so lange Zeit fortbesteht, ohne sich innerhalb längstens zwei bis drei Jahre zu einer tödlichen Erkrankung zu verschlimmern, ist eine große Seltenheit und sehr unwahrscheinlich, wohl aber kann im Anschlusse an einen akuten Darmkatarrh ein chronischer entstehen, der sich auf den Magen ausdehnt, daselbst zu Ulcusbildungen Veranlassung gibt, ohne ganz auszuheilen, aber auch ohne dem Kranken direkt gefährlich zu werden. Auf dem Boden eines gewöhnlichen Magengeschwürs kann bei längerem Bestehen ein „callöses“ sich entwickeln und dieses schließlich krebsig entarten. Dann ist die Karzinombildung nur das Endstadium eines jahrelang vorher bestehenden, allmählich sich verschlimmernden Magengeschwürs. Ob aber im vorliegenden Falle eine krebsige Entartung zustandegekommen war, bleibt unentschieden, weil die mikroskopische Untersuchung fehlt. Bis zu einem gewissen Grade spricht dagegen auch der positive Salzsäurebefund kurz vor der Operation, ferner das Fehlen von Metastasen trotz der Größe der Geschwulst; wenigstens wird von Seiten des Chirurgen nichts darüber berichtet.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß auf die eben erörterte Weise ein direkter Zusammenhang zwischen den wiederholten Magen- und Darmstörungen während des Krieges und dem auf dem Umwege über eine postoperative Lungenentzündung zu Tode führende Magenulcus, sich überwiegend wahrscheinlich machen läßt, wobei es vollkommen irrelevant ist, ob auf dem Boden dieses Ulcus schließlich ein Karzinom entstanden war oder nicht. Da die Operation durch das Ulcus bedingt war, ist natürlich auch die tödliche Komplikation nach dem Eingriffe als mittelbare Folge der Magenerkrankung zu betrachten und zu bewerten. Der Tod des S. ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in letzter Linie auf die während des Krieges aufgetretene Erkrankung zurückzuführen und somit als Folge einer Kriegsdienstbeschädigung anzusehen.“

Das erste Gutachten der Untersuchungsstelle, das den Zusammenhang zwischen Tod und Dienstbeschädigung ablehnt, stützt sich im wesentlichen auf folgende Tatsachen: 1. S. hat klinisch über vier Monate lang eine Ruhr durchgemacht. Der Inhalt des Krankenblatts spricht wenigstens für eine Ruhr, wenn auch die bakteriologische Blutuntersuchung negativ ausfiel. Dies wurde im Kriege häufig beobachtet, weil das Ruhrgift äußerst flüchtig ist; es spricht nicht ohne weiteres gegen eine Ruhr. Insbesondere sind die drei Untersuchungen gegen das Ende des Lazarettaufenthalts, weil sie negativ sind, nicht für das Gegenteil beweisend. Denn es bestand die Vorschrift, nur dann nach der Heilung zur Entlassung zu schreiten, wenn drei Blutproben negativ waren. Man kann also die nur klinisch als Ruhr bezeichnete Krankheit als Ruhr hinnehmen. 2. Auf die drei Monate nach der Entlassung wegen der Ruhr auftretende Achylie. Es ist eine im Felde und nachher häufig gemachte Beobachtung, daß die Ruhr diesen Säuremangel in der Magenabsonderung gar nicht so selten im Gefolge hatte. Sie kann mehr weniger lange selbst noch jahrelang nachher andauern. (Siehe

Erfahrungen des Weltkriegs Prof. v. Schjerning, Bd. III, S. 508). 3. Auf die eigenen Angaben des Verstorbenen in der Krankengeschichte in W.: Seit Juli 1924 nach dem Essen Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend, saures Aufstoßen, häufiger Erbrechen, 2—3 Stunden nach dem Essen. Obgleich nun die Ruhr nicht so selten eine Achylie im Gefolge hat, eine Störung des Magenchemismus, verursacht sie doch, wie die Erfahrung lehrt, vielleicht eben deswegen, nie Magengeschwüre, wohl aber Geschwüre im unteren Darmabschnitt. Achylie ist ferner im Kriege nicht nur bei der Truppe, sondern auch in der Heimat, auch unabhängig von Ruhr beobachtet worden. Die Ursache dieser Störung kennt man nicht genau; es scheint aber, daß die veränderte Nahrung im Kriege und in den Zeiten der Not auch nachher noch dabei von Einfluß gewesen sind.

Dem Zeugnis des Prof. W. wird folgendes entgegengehalten: Gewiß war die Funktion des Magens in der Zeit nach der Entlassung gestört, eben durch die Achylie, welche eine Folgeerscheinung der Ruhr war, und welche vielleicht auch noch weiterhin durch die Ernährungsverhältnisse nach dem Kriege unterhalten werden. Diese Störung des Magenchemismus hat natürlicherweise den S. gezwungen, Diät zu halten und hat ihm auch noch andauernd Beschwerden gemacht. Sie war aber lediglich und in der Hauptsache Folge der Ruhr. Nun traten plötzlich im Juni 1924 des öfteren Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend auf, ferner Erscheinungen, welche sich fast eindeutig nur auf ein Magengeschwür beziehen: das saure Aufstoßen und das typische Erbrechen.

Im allgemeinen sind die Beschwerden bei Magenkrankheiten im großen ganzen ziemlich einförmig; aber gerade für Magengeschwüre gibt es bestimmte Charakteristica, das sauere Aufstoßen, die starken typischen Schmerzen und das typische Erbrechen. Auch die Witwe des S. gibt an, daß sich das Erbrechen, starke Magenschmerzen erst einige Zeit vor dem Tode gezeigt haben. Gerade diese Veränderungen in den Erscheinungen in dem weiteren Verlaufe, die auch durch die Krankengeschichte aus dem Spital in W. bestätigt werden, sind ausschlaggebend, denn während bei der Achylie, dem Säuremangel in der Magenabsonderung, die noch lange nach der Ruhr bestehen kann, naturgemäß kein saures Aufstoßen auftreten kann, trat dies erst 1924 auf, gleichzeitig etwa mit der Zeit, in die man den Beginn der Magengeschwüre zu verlegen hat. Es ist eine alte Erfahrungstatsache, daß Magengeschwüre stets mit Uebersäuerung des Magens verbunden sind. Ebenso lehrt die Erfahrung, besonders im Dienste des Versorgungswesens, daß Ruhrfälle, die im Felde erworben wurden, noch lange Zeit nachher Beschwerden erzeugten, die die Betroffenen auf die Ruhr zurückführten, während sie in Wirklichkeit lediglich Folgen der Achylie waren.

Auf Grund dieser Erwägung lautet die nunmehr gestellte Frage: Ist es wissenschaftlich irgendwie wahrscheinlich, daß die Beschwerden nach der Entlassung, also nach 1919 bis zum Tode stets derselben Ursache entsprangen und daß sich auf dem Boden der Folgen der Ruhr ein Magengeschwür entwickelt hat?

Nach den obigen Ausführungen ist durch die Tatsachen, insbesondere durch die eigenen Angaben des Verstorbenen erwiesen, daß sich vom Juni 1924 an andere neue Beschwerden, nämlich saures Aufstoßen und Erbrechen 2—3 Stunden nach dem Essen eingestellt haben, starke Magenschmerzen, Beschwerden, die eindeutig ein Magengeschwür nahelegen. Die Beschwerden in den Jahren nach der Entlassung sind lediglich durch die Achylie bedingt, durch den veränderten Magenchemismus, welcher selbstverständlich eine gewisse Diät erforderte und Beschwerden verursachte, weil der Magen ohne Säure gerade gewisse Speisen nicht zur Verdauung vorbereiten konnte. Zu einem akuten Darmkatarrh ist es damals gar nicht gekommen, sondern die Störung des Magenchemismus hatte natürlich auch, besonders bei Diätfehlern, Störungen des Darmchemismus zur Folge und deshalb auch Erscheinungen von Seiten des Darms. Es widerspricht aber der ärztlichen Erfahrung, daß sich aus einem chronischen Darmkatarrh — es sei nochmals wiederholt, daß dieser gar nicht vorlag, sondern lediglich Störungen in der chemischen Verarbeitung des Magen- und Darminhalts als Folgen der Achylie — ein chronischer Magenkatarrh entwickelte und daraus dann Magengeschwüre. Denn Magengeschwüre beruhen auf einer Anlage und sind, wie die Erfahrung lehrt, gewöhnlich von einer Uebersäuerung des Magens begleitet. Daß sie nicht früher, etwa in den Jahren nach der Entlassung oder im Kriege auftreten konnten, daran war eben die Ruhr und die Achylie als ihre Folge schuld. Denn gerade diese letztere hat die Entwicklung der Magengeschwüre für die Dauer der Achylie, also für einige Jahre nach der Entlassung, hintangehalten. Erst als die Ruhr und ihre Folge, die Achylie, geheilt war, ist mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit als Folge der schlechten Ernährungsverhältnisse nach dem Kriege die Anlage ausgelöst worden, sind infolgedessen die Magengeschwüre in Erscheinung getreten, nachdem der Haupthinderungsgrund, eben die Achylie, beseitigt war.

Nach diesen Ausführungen ist es ohne weiteres klar, daß 1924 ein neues Krankheitsbild beginnt, nämlich das Magengeschwür.

Die Frage, ob sich aus dem Magengeschwür ein Krebs gebildet hat, hat nur sekundäre Bedeutung, weil der Krebs mikroskopisch nicht erwiesen ist. Der Tod ist aber auch nicht durch den Krebs erfolgt, sondern durch die Lungenentzündung nach der Operation; er ist also eine mittelbare Ursache des Magengeschwürs und das Magengeschwür ist eine von den im Felde überstandenen Erkrankungen, insbesondere der Ruhr, vollkommen unabhängige Neuerkrankung, welche nach dem oben Gesagten durch die Ruhr auch nicht sozusagen vorbereitet wurde, sondern auf Grund einer Anlage durch spätere, jetzt nicht mehr genau zu klärende Verhältnisse ausgelöst wurde.

Demnach liegen hier zwei vollkommen verschiedene Magen- und Darmerkrankungen vor, einmal die Ruhr und ihre Folgen, für welche Dienstbeschädigung anzunehmen ist und die noch einige Jahre nach der Entlassung anhielt und dann von 1924 ab das Magengeschwür, eine Neuerkrankung, das mittelbar infolge der postoperativen Lungenentzündung zum Tode führte, für die Dienstbeschädigung, eben weil es eine Neuerkrankung ist, nicht in Frage kommt. Deshalb ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Dienstbeschädigung in hohem Grade unwahrscheinlich.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Bearbeitet von

Dr. J. FRANKFURTER, Leipzig.

Ist die Ausübung der Heilkunde ein steuerpflichtiges Gewerbe?

Die Rechtsmaterie der Steuergesetze und Gewerbeordnung, die hier in Frage kommt, gehört in ihrer Gesamtheit dem öffentlich-rechtlichen Teile der staatlichen Gesetzgebung an, während die Ausübung der Heilkunde vielfach nach anderen Rechtsgrundsätzen zu beurteilen ist. Dieser Umstand allein zeigt schon, daß auch der Gesetzgeber gerade bei der allgemeinen Regelung der Rechte und Pflichten dieses Berufes die sozial-ethischen Momente desselben berücksichtigte und infolgedessen das Erwerbsinteresse gänzlich ausschaltete. Nur auf Grund dieser Erkenntnis wird man am ehesten die komplizierteren Streitfälle richtig entscheiden können und so mancher formal-juristischen Schwierigkeit, die durch die notwendig dabei auftretende scheinbare Kollision der einzelnen anzuwendenden Rechtsnormen entsteht, leichter aus dem Wege gehen. Die folgende Darstellung bezieht sich nur auf die Ausübung der Praxis durch approbierte Aerzte. Dies ist deshalb besonders zu betonen, da das Kurpfuschertum jedem Heilkundigen gleichfalls die Krankenbehandlung als Gewerbe zuläßt und als solches in der Gewerbeordnung anerkannt ist. Der Titel, der rechtlich hierbei nur als Geschäftsfirma angesehen werden kann, ist infolgedessen in Steuersachen bei den Heilkundigen ohne jedwede Bedeutung. Anders hingegen gestaltet sich die Rechtslage bei allen approbierten Aerzten, deren Beurteilung im folgenden besprochen werden soll im Sinne der Gewerbeordnung und des damit im engen Zusammenhange stehenden steuerrechtlichen Reichsstempelgesetzes vom 3. Juli 1913, soweit es den Warenumsatz belastet. Da diese Fälle zu häufigen Rechtsstreitigkeiten zwecks Rückerstattung der unrechtmäßig vorgeschriebenen und bezahlten Steuer vor den ordentlichen Gerichten führen, sollen die dabei auftauchenden Fragen kurz skizziert werden. Unbestritten ist, daß die bloße Arztpraxis und die damit verbundene Heilkunde nicht als Gewerbe im Sinne der Gewerbeordnung und der darauf beruhenden Steuergesetze mit ihren materiellen Belastungen zu betrachten ist. Alle ärztlichen Leistungen sind — wie die Römer bereits sagten — operae liberales, für die ein Honorar zu zahlen ist. So ist es auch in allen modernen Rechtsordnungen geblieben. Wesentlich anders hingegen wird die Beurteilung, wenn die Ausübung der Heilkunde in einer Privatkrankenanstalt geschieht, deren Inhaber ein Arzt ist. Da taucht die Frage auf, ob dieses Unternehmen ein Gewerbebetrieb im rechtlichen Sinne ist und mithin auch sämtliche gewerblichen Steuerlasten zu tragen hat, weil der Eigentümer auch als Arzt in diesem Falle als Gewerbetreibender anzusehen ist. Hier kommt es anerkanntermaßen auf den Einzelfall an, ob die ärztliche Behandlung die Unterhaltung einer Anstalt bedingt oder nicht. Die Klinik eines Chirurgen oder Gynäkologen, wo die Kranken lediglich zu Behandlungszwecken aufgenommen werden und die vorzunehmenden operativen Eingriffe das Beherbergen und Verköstigen der Patienten zur notwendigen Folge haben, ist auch nach Ansicht des Reichsgerichtes (Rp. VII. 223/18) und des preußischen Oberverwaltungsgerichts (Urteil vom 14. Januar 1914 betr. die Privat-Heil- und Pflegeanstalt Berolinum) kein Gewerbebetrieb und daher von den gewerblichen Steuerlasten gänzlich befreit. In vielen Privatkrankenanstalten hingegen werden die Heilungsuchenden nur unter eine ständige medizinische Beobachtung gestellt und dann als natürliche Folge behandelt, beherbergt und verköstigt. Der Arzt ist gleichsam der verantwortliche Leiter für die drei genannten gleichwertigen Leistungen seines Erwerbsunternehmens als Sanatorium für Leichtkranke oder Rekonvaleszente. Diese Anstalt bildet eine dauernde Einnahmequelle auch aus den medizinisch nicht unbedingt gebotenen Erwerbsleistungen für den Eigentümer und ist sie daher gemäß § 30 Gewerbeordnung (Gew.-O.) ein Gewerbebetrieb, der Arzt infolgedessen ein Gewerbetreibender, welcher nach Tarifur. 10 des Gesetzes über einen Warenumsatzstempel vom 26. Juni 1916 und Reichsstempelgesetzes vom 3. Juli 1913 für alle Warenlieferungen den vorgeschriebenen Umsatzstempel bei der behördlichen Anmeldung zu zahlen hat. Dies bezieht sich auf sämtliche Einnahmen bei Verabfolgung von Nahrungs- und Genußmitteln im Anstaltsbetriebe des Arztes. Zu Unrecht führte daher eine Privatkrankenanstalt in Berlin mit dem Finanzamte einen langjährigen Prozeß auf Rückerstattung des ihr vorgeschriebenen, von ihr beglichenen Warenumsatzstempels und wurde in allen drei Gerichtsinstanzen mit ihrem Anspruche zur Gänze kostenpflichtig abgewiesen (R.-Ger.-Urt. vom 8. November 1918, Rep. VII. 223/18). —

2. Bisher ist von einer allgemeinen Krankenanstaltsbehandlung die Rede gewesen, ohne die Spezialärzte im Auge zu haben, deren Praxis sehr häufig Warenumsätze von selbst bedingt. So die Zahnärzte, die ihren Patienten in der Hauptsache künstliche Zahnersatzstücke liefern müssen, und daher eine gewerbeähnliche Tätigkeit ausüben. Zur rechtlichen Klarstellung über die Natur dieser fachärztlichen Praxis muß man sich die Einzelleistungen derselben etwas näher besehen. Der Vollständigkeit halber sei nur erwähnt, daß die mit fast gleichen Rechten ausgestatteten geprüften Zahntechniker gleichfalls im folgenden ausschalten, da diese kraft ausdrücklicher Bestimmung der Gewerbeordnung — gleich den Heilkundigen — unter diese fallen und daher die entsprechenden finanziellen gesetzlichen Belastungen auch tragen müssen. Keine so klare Stellung nimmt die Gewerbeordnung bezüglich der Zahnärzte ein, denn nach § 6 Gew.O. unterliegt ihr die Ausübung der Heilkunde im allgemeinen nicht, während §§ 29 Abs. I, 3, 5 und 147 Abs. I Nr. 3 Gew.O. dieselben den Gewerbetreibenden gleichstellt. Diese scheinbare Diskrepanz kommt daher, daß die ärztliche Tätigkeit als solche nicht zum reinen Erwerbe ausgeführt wird, sondern in sehr hohem Maße darin die Wahrung öffentlich-rechtlicher Fürsorgepflichten zu erblicken ist, wozu ihn die vorhergegangene wissenschaftliche Ausbildung als besonders geeignet erscheinen läßt. Da diese öffentlichen Interessen bei dieser Gruppe von Fachmedizinern ein wenig — naturgemäß aus der ganzen Patientenbehandlung — zurücktritt, hat der Gesetzgeber die nicht ganz klar eindeutige Regelung in der Gewerbeordnung getroffen und mithin Streitfällen — wie der noch zu erwähnende — Tür und Tor gelassen. Jedenfalls gehören die mundchirurgischen Eingriffe zu den bereits erwähnten Operae liberales und werden in der Praxis nur diese vorgenommen, so liegt kein Grund vor, dieselbe als Gewerbe im gesetzlichen Sinne anzusehen. Auf diese ist § 6 Gew.O. unbedingt anzuwenden und es entfällt mithin die erwähnte Steuerbelastung. Die obengenannten weiteren Bestimmungen der Gewerbeordnung hatten die allgemein übliche Zahnbehandlung mit Lieferung von Zahngebissen, Einzelzähnen und künstliche Füllungen im Auge, wo mithin Ware zum größten Teile ein- und umgesetzt wird, und steht diese Tätigkeit jedem anderen Gewerbe gleich. Mithin muß man folgerichtig nach § 76 Tarifur 10 R.Stemp.G. die geschilderte Zahnarztbehandlung bei gemachten Umsätzen mit dem gesetzlichen Warenumsatzstempel 1 vom Tausend belasten. In einer diesbezüglichen Klageforderung eines Zahnarztes an das Finanzärar hat das Landgericht Magdeburg dieselbe abgelehnt, während sie das Oberlandesgericht Naumburg a. S. als zu Recht bestehend erklärte und den Staat zur Rückerstattung der gezahlten Geldbeträge verurteilte. Das Reichsgericht hingegen teilte die Ansicht des Erstgerichtes, daß die Zahnärzte als Gewerbetreibende den Warenumsatzstempel wegen ihrer Einnahmen für künstliche Zahnersatzstücke in ihrer Praxis zu zahlen haben und eine Rückerstattung desselben daher nicht stattzufinden hat. (Rp. VII. 68/19).

Briefkasten.

Dr. Ma. in L.: Das Verhältnis zum medizinischen Fachverein, der durch die Eintragung ins Vereinsregister die Rechtsfähigkeit erhält, richtet sich nach dem Vereinsrechte, das in seinen Hauptpunkten in den Statuten niedergelegt ist. Bezüglich derartiger Streitfälle ist ein Schiedsgericht vorgesehen, deren Zusammensetzung gleichfalls das Vereinsstatut regelt. Das Vereinsregister wird bei dem örtlich zuständigen Amtsgerichte geführt und steht jedermann zur Einsichtnahme offen.

Geh. Rat. Prof. Dr. Kl. in Fr.: Die Bestimmungen über die Aufnahme von Patienten in die Universitäts- und Polikliniken sind ein Ausfluß der öffentlichen Fürsorge und daher nach öffentlich-rechtlichen Grundsätzen zu beurteilen. Eine zivilrechtliche Haftung besteht nach herrschender Ansicht auch für die Universitätsverwaltung bzw. den Staat gemäß §§ 31 und 89 BGB. Im übrigen verweise ich auf meine Ausführungen in Nr. 5 F. d. M. über die Verantwortlichkeiten der Krankenanstalten.

Dr. St. in We.: Haben Sie eine Landpraxis und können mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (Eisenbahn) Ihre Patienten nicht erreichen, so ist die Anschaffung eines Kraftfahrzeuges im öffentlichen Gesundheitsdienste geboten und daher gemäß § 2 KStG. steuerfrei. Nach einer Entscheidung des Reichsfinanzhofes muß die Umsatzsteuer beim Erwerbe des Kraftwagens Ihnen zurückerstattet werden, soweit er nicht bloß zur Vergrößerung ihrer Praxis verwendet wird.

Dr. Kü. in Pe. Sie haben Recht, daß über diese praktisch wichtigen Fragen nicht nur in den med. Fachzeitungen wenig zu finden ist, sondern diese auch in der sonstigen Literatur spärliche Beachtung gefunden hat. Gerne habe ich Ihren freundlichen Dank für meine Ausführungen in Nr. 20 F. d. M. entgegengenommen. Der dort genannte Landesarztvertrag ist nur eine Vertragsform der Regelung des Aerzteverhältnisses zu den Krankenkassen. Daneben gibt es auch noch andere rechtliche Regelungen, auf die ich später hier noch näher zurückkommen werde.

Kongreß-Berichte.

Bericht über die 2. ordentliche Tagung der Süd- und Westdeutschen Röntgengesellschaft in Frankfurt a. M., am 6. und 7. November 1926.

Wirtschaftlich war u. a. die Errichtung von Röntgenlaboratorien durch die Krankenkassen Gegenstand der Beratungen, die von einer gewählten Kommission weitergeführt werden sollen. Es wurde ferner der Beschluß gefaßt, daß die ärztlichen Leiter solcher Institute nur dann Mitglieder der Gesellschaft sein können, wenn diesen keine Monopolstellung verliehen wird, sondern wenn sie in freien Wettbewerb mit den ansässigen Röntgenologen treten. Wo die freie Arztwahl nicht beobachtet wird, kann der im Interesse der Kasse tätige ärztliche Institutsleiter nicht zugleich Mitglied der Süd- und Westdeutschen Röntgengesellschaft sein. In jedem Falle besitzt er bei wirtschaftlichen Fragen kein Stimmrecht.

Kaestle-München wurde zum Vorsitzenden gewählt und beauftragt, die nächstjährige ordentliche Tagung in München vorzubereiten.

Der Wissenschaftliche Teil brachte als erstes Thema Schinz-Zürich: **„Zur Röntgendiagnostik der Magen- und Darmerkrankungen“.** Redner beabsichtigte keineswegs vor diesem Forum eine ausführliche Abhandlung, vielmehr wollte er das Neue der Methode besprechen, wie es in Zürich angewandt wird, wobei denn auch die praktische Seite für den Arzt der Außenpraxis hervorgehoben wurde. Bei der Untersuchung des Pharynx treten die Röntgenstrahlen vor der Pharyngoskopie zurück. Bei Anomalien des Schluckaktes gilt es zu differenzieren zwischen Pharynxlähmung (Diphtherie), Pharyngospasmus und Tumorbildung. Die ersten beiden Krankheitsbilder geben sich durch völliges Fehlen des Schluckaktes zu erkennen, ohne sich röntgenologisch von einander unterscheiden zu lassen. Der Kontrastbissen wird einfach hin- und hergewälzt, ohne in die Speiseröhre, die durch den Speiseröhrenmund abgesondert ist, einzutreten. — Redner spricht von einem Oesophagusmund, weil ein eigentlicher Oesophagussphinkter nicht besteht. — Neben einem Tumor hingegen tritt meist etwas Kontrastbrei in die Tiefe, der sich als schmaler Schatten zu erkennen gibt. Die Wände des Oesophagus liegen in der Ruhe aneinander, die Speiseröhre ist luftleer. Erst mit dem Eintritt der Speisen gelangt auch Luft in sie. Die Magenblase steht nicht in Verbindung mit ihr, indem der Kardiasphinkter den Luftaustritt nicht gestattet. Zur Untersuchung des Oesophagus sind in erster Linie die Röntgenstrahlen am Platz; insbesondere wenn es sich um den Verdacht auf Fremdkörper handelt. Sondierung und Oesophagoskopie sind in solchen Fällen ganz außerordentlich gefährlich, indem sie gar zu leicht den Fremdkörper zur Perforation der Oesophaguswand bewegen. Beim Fremdkörperverdacht sind Sondierung und Oesophagoskopie als erste Untersuchungsmethoden kontraindiziert, weil ihre evtl. Folgen von hoher Mortalität sind. Der Münzen- und Grätenfänger gehören in das medizinisch-historische Museum. Die Oesophagoskopie tritt therapeutisch erst in ihre Rechte, wenn der Fremdkörper röntgenologisch lokalisiert ist. Nicht schattengebende Fremdkörper lassen sich häufig noch nach Darreichung von Kontrastflüssigkeit erkennen, indem sie nach deren Passage damit belegt, als Schatten in Erscheinung treten. Wichtig ist, hervorzuheben, daß der Praktiker bei Fremdkörperverdacht zur evtl. Schmerzstillung lediglich allgemein wirksame Mittel anwenden darf. Würde er etwa versuchen, lokal zu anästhesieren, so könnte bei der nachfolgenden Darreichung von Kontrastflüssigkeit diese sich in die Trachea und Lunge ergießen, wie das bereits mehrfach vorgekommen ist. Lediglich bei Verdacht auf Oesophagustumor ist ein Sondierungsversuch mit der Olivensonde zulässig, wenn es sich um Kranke der Praxis handelt, wo es nicht immer möglich ist, bequemerweise zuerst mit Röntgenstrahlen zu untersuchen. Redner demonstriert noch einige Bilder von einem Schwertschlucker, wobei eine feine Luftlinie neben den beiden Seiten zu sehen ist, auch läßt sich dabei konstatieren, daß der Stahl nicht in das Antrum eintritt. Ferner wurde ein Bild gezeigt, welches zur Operation wegen Oesophaguskarzinom verleitet hatte, welches dann aber durch die Sektion dahin korrigiert werden mußte, daß es sich nur um Schlingbeschwerden infolge Vergrößerung von Bronchialdrüsen handelte. Redner leitet bei der Schwere des operativen Eingriffs daraus die Forderung ab, daß Röntgenverdacht auf malignen Tumor allein nicht zur Vornahme der Operation genügen dürfe, sondern daß er in solchen Fällen durch die Oesophagoskopie zu erhärten sei. Den Einwand, den man wegen der evtl. nachfolgenden Operation im Interesse der Asepsis gegen die Darreichung von Kontrastmahlzeit gemacht hat, läßt Redner nicht gelten, da ein großer Teil derselben durch Trinken, der Rest genügend durch Absaugen aus dem Operationsbereich entfernt werden kann. Uebrigens ist zu hoffen, daß die Radiumbehandlung des Oesophaguskarzinoms den operativen Eingriff mit seiner außerordentlich hohen Mortalität bald entbehrlich macht. Wenn sich der Oesophagus ständig in manchen Fällen gefüllt zeigt, so kann diese Anomalie auf einer Kardiainsuffizienz infolge Kardiatumors beruhen. Doch kann es sich auch um ein subphrenales Oesophagusdivertikel handeln. In Bildern aus verschiedener Richtung gelang es, ein epiphrenales Oesophagusdivertikel von einem Vormagen zu unterscheiden, den sein Träger beliebig vermittels der Bauchpresse füllen und entleeren konnte. Oesophagusdivertikel sind bei aufmerksamer Untersuchung nicht gar so selten. Die Röntgenuntersuchung des Magens wurde vom Redner in ihren neuen Methoden nur gestreift, weil gerade hierüber in der letzten Zeit ausgezeichnete Monographien geliefert wurden. Entsprechend dem vor allem von amerikanischer Seite vertretenen Standpunkt konnte Schinz bestätigen, daß das Duodenalgeschwür weit häufiger sei, als das Magengeschwür. Hatte man übrigens früher das Ulcus pepticum zu wenig konstatiert, so wendet sich Redner jetzt gegen die allzu große Häufigkeit dieser Diagnose. In einem Falle fand sich statt dessen ein Fieberthermometer, dessen Gradzahl (41,5) schon bei der Untersuchung abgelesen und durch die nachfolgende Operation bestätigt werden konnte. Hinsichtlich des Stadiums des Geschwürs bietet gerade das Verfahren der dosierten Komprimierung von Berg neue Möglichkeiten. So wird es möglich, Reliefbilder der Schleimhaut zu gewinnen, während uns bisher nur en face Bilder möglich waren. Nun haben wir es in der Hand, die Schleimhaut auf ihre normale Beschaffenheit und auf geschwürige Veränderungen zu untersuchen. Von ganz besonderem Wert ist diese Untersuchungsmethode bei den ein Ulkus verratenden Erscheinungen am Duodenum, indem sie erst in die Lage versetzt, die spastischen Komponente der Formänderungen von der entzündlich bedingten zu unterscheiden. Diese Möglichkeit des Einblicks ist auch für die Pathologie von großem Wert, als sich dabei zeigte, daß sehr viele Duodenalgeschwüre von selbst heilen müssen. Bezüglich des Dünndarms muß eine Röntgendiagnose erst geschaffen werden. In der anschließenden Diskussion wies Berg darauf hin, daß es mit seiner Methode gelänge, Aufschluß über den jeweiligen Zustand der Geschwüre zu gewinnen, indem beispielsweise eine geringere Schattenintensität sich unter der dosierten Kompression bedingt zeige durch eine regionäre entzündliche Schwellung. Im Gegensatz zu der Erklärung von Schinz, der die Temperatur des erwähnten Fremdkörperthermometers in ihrer Höhe durch den Genuß heißer Getränke erklärte, weist B. darauf hin, daß es auch die lokale Entzündung sein könne, welche diesen Temperaturgrad hervorgebracht habe. Diese entzündliche Infiltration werde es auch sein, die die Magenwand an der Geschwürsstelle während der peristaltischen Welle im Sinne Fränkels unbeweglich mache. Im weiteren Verlauf der Diskussion wurde erwähnt, daß es gelinge, diese bisher nur durch Ueberdeckung der den verschiedenen peristaltischen Wellen entsprechenden Konturen festzustellende Stelle in ihrer Unbeweglichkeit zu erkennen, wenn man die Quadrate der Buckyblende bei der Durchleuchtung als Umgrenzung, innerhalb der sich die normale peristaltische Bewegung abspiele oder unnormale starre Ruhe herrsche, als Vergleichslinien wähle. Ferner wurde darauf hingewiesen, daß die suggestive Behandlung, die Schinz in Ablehnung des chirurgischen Eingriffs beim Kardiospasmus empfohlen hatte, zu wenig Dauerresultate verspreche. Statt dessen sei der Brüningsche Oesophagusdilatator am Platze, der in dieser Hinsicht ausgezeichnete Erfolge zeitige. Von Seiten der Frankfurter chirurgischen Klinik wurde die Bedeutung des Kontrasteinlaufs mit nachfolgender Luftaufblähung des Dickdarms für die Diagnose hervorgehoben. Sie besteht vor allem darin, daß es so gelingt, zu sagen, daß mit Sicherheit keine Veränderungen in Zweifelsfällen bestehen. Die Luftaufblähung des Magens vermittels des Magenschlauchs ermöglicht häufig die Röntgendarstellung des oberen Magenpols. Vor der Aufblähung durch Weinsteinsäure und Natriumbikarbonat wird wegen evtl. Magenperforation, die dieser Methode schon gefolgt ist, gewarnt. Als zweiter Redner sprach Gilmer-München über **„Die Behandlung der Röntgenverbrennung“**. Wir unterscheiden: akute Röntgenverbrennung, chronische Röntgenverbrennung, wozu Redner die Spätschäden und die älteren Geschwüre rechnet, chronische Röntgenschädigungen (Dermatosen), die dann öfter zum Karzinom führten. So sind etwa 90 Aerzte und Techniker bereits an diesen Folgen gestorben. Die bisherige Behandlung ging darauf aus, die äußeren Bedingungen zu verbessern. So konnte man wohl eine Epithelialisierung bei den schweren Fällen erzielen, doch keine Heilung. Das akute Röntgenulkus führt sehr selten zum Karzinom. Gefährlich ist das alte Geschwür in Kombination mit akuter Infektion. Hier gilt es, jeden Reiz zu meiden, der den Blutstrom in den geschädigten Gefäßen zum Stillstand bringen würde, wodurch es zu ausgedehnten, tiefen Nekrosen kommen kann. Als schädlich sind zu werten: Adrenalin, Säuren, Alkalien. Als günstig gelten grundsätzlich: Diathermie, Quarzlicht, Finsen-, Rot-, Blaulicht. Sie sollen die Neubildung von Gefäßen in der Nachbarschaft des Geschwürs und seines Untergrundes fördern. Radium in geringer Dosis aus weiter Entfernung, besser noch Radiogenschlamm vermögen günstig einzuwirken. Die bisherigen chirurgischen Maßnahmen versprechen bessere Aussichten. Die Auskratzung ist zu verwerfen, weil sie einen Teil der Kapillaren und kleinen Gefäße ausschaltet. Die Exzision mit sekundärer Narbenbildung ist nur zulässig bei kleinen Geschwüren von ca. 1 cm Durchmesser, wie sie bei Tubusbestrahlungen angetroffen werden. Die Exzision von Narben, selbst wenn sie nur die Größe eines Pfennigstücks erreichen, ist untunlich, weil im Augenblick der Exzision das Nachbargewebe zurückschnurrt, und es zu einer Wunde in Ausdehnung des ehemaligen Bestrahlungsherdes kommt. Lediglich einzelne Warzen lassen sich auf diese Weise primär exzidieren und vernähen. Bei der Lappenplastik muß man gewiß sein, daß das umgebende Gewebe gesund ist, weil es sonst die Ernährung des Lappens nicht übernehmen kann, wonach es zur Schrumpfung kommt. Doch ist die Lappenplastik in ihrem Anwendungsbereich im voraus beschränkt. Gesicht, Hals und Gelenkgegenden sind ihr verwehrt, weil sie in den beiden erstgenannten Gebieten entstellend wirkt und über den Gelenken schlechte funktionelle Resultate herbeiführt. Hingegen ist die Thiersche Transplantation außerordentlich erfolgreich. Sie hat die besten Resultate, sie führt nicht zur Epithelialisierung, sondern zur Heilung durch Neubildung von normaler Haut in 90 bis 95%; evtl. ist eine zweite Operation zur Vollendung nötig. Besteht die Tatsache der schädlichen Ueberdosierung, noch ehe es zum Geschwür gekommen ist, so kann man sich besonders über Gelenken des Vorteils der noch vorhandenen Funktion bedienen, und die überbestrahlte Stelle ausschneiden, vorausgesetzt, daß es sich um eine Bestrahlungszone, deren Grenzen entsprechend der Abdeckung oder nach der Formfläche des Tubus bekannt sind, handelt. In solchen Fällen wird man versuchen, die Tiefe der Schädigung aus der Härte der Strahlung und dem verwandten Filter zu errechnen.

Diese Berücksichtigung der Schädigungstiefe ist in allen Fällen von grundlegender Wichtigkeit für eine wirkliche Heilung. Beachtet man die Forderung, daß man in die Tiefe, ja evtl. bis zum Peritoneum gehen muß, bis man auf frisch blutendes Gewebe trifft, nicht, so erlebt man höchstens eine Epithelialisierung des Narbengrundes mit evtl. Versteifung des Gelenkes. Die Technik ist die des Vorgehens beim malignen Tumor. Grundsatz ist auch beim Röntgengeschwür, daß es sauber herauspräpariert wird. Der Untergrund des Geschwürs muß tadellos trocken bleiben, eine sorgfältige Blutstillung ist also unerläßlich. Allein, es dürfen keine Ligaturen mit irgendwelchem Material gesetzt werden. Man muß sehen, mit Kompression, Abdrehen der Gefäße auszukommen. Nur Epithellappen des gleichen Individuums können verwendet werden, nur sie saugen sich fest, während Lappen von Fremden sofort eine Sekretion hervorrufen, die ihn immer wieder wegschwemmt. Der Epithellappen sei von guter Qualität und möglichst groß. Am geeignetsten zur Entnahme ist die Außenseite des Oberschenkels. Gilmer entnimmt ihn mit einem eignen elastischen Messer und legt ihn zur Uebertragung auf die Hand flach ausgebreitet, die Randteile auf die Rückseite der Finger umgeschlagen, so daß die frische, anzuheilende Fläche nach oben sieht. Dann dreht er die Hand über dem zu transplantierenden Bezirk um, legt den Lappen darauf und die Ränder über den gesunden Grenzstreifen. Hat er ein sehr tiefes Geschwür vor sich, so tapeziert er zuerst die Wände mit Epidermislappen und sorgt dafür, daß sie sich mit ihren Rändern immer überdecken, dann folgt erst der Geschwürsgrund. Die Epidermisschicht müß so dünn sein, daß es höchstens nach ihrer Ablösung zu punktförmigen Blutungen kommt. Hände und Instrumente müssen freibleiben von jeder antiseptischen Lösung. Auch die Soda muß beim Auskochen wegbleiben. Man arbeite in Gummihandschuhen. Acht Tage lang muß man sich gedulden, und nicht den Heilverlauf durch ständiges Nachsehen stören. Die Wunde bleibt solange unbesichtigt. Bisweilen kommt es, z. B. über Sehnen, zu kleinen Nekrosen, wie überhaupt die Transplantation von Sehnen sehr schwierig ist. Sie müssen gedeckt bleiben, wenn sie gute funktionelle Arbeit leisten sollen. Am besten ist es, sie in der Scheide zu überpflanzen. Knochen ist gut transplantierbar, indem man ruhig mit dem Periost einen Knochenspan übertragen kann. Auf diese Weise wurden selbst bis zu 15 cm tiefe Defekte geheilt. Nach 2 Jahren waren sie mit dem Niveau der Haut durch neugebildetes Fettgewebe wieder ausgeglichen. In diesem Gewebe läßt sich wieder operieren wie in unbestrahltem Gewebe. Die kosmetischen Resultate auch im Gesicht und am Hals sind so ausgezeichnet. Lediglich ein dünner, schmaler Narbensaum zeigt die ehemalige Ausdehnung des Geschwürs an. Hier ist ein gutes Resultat bereits nach ½ Jahre zu konstatieren. Auch bezüglich der Entnahmestelle gilt als wichtigste Forderung: Finger weg. Sie wird mit einer dicken Schicht Dermatol versehen und mit Krüllgaze für 2 bis 3 Wochen verbunden, sich selbst überlassen. Was hier von der Therapie des Röntgengeschwürs gesagt wurde, gilt auch für die chronische Röntgendermatitis. Redner konnte an sich selbst die guten Resultate seiner Transplantationsweise vorweisen. Auch berichtet er über den hervorragenden Erfolg, welchen er an den röntgenkranken Händen des Herrn Professors Holzknecht erringen konnte. In der Aussprache wurde aus der Göttinger Chirurgischen Klinik über den Versuch berichtet, ein Röntgenulkus konservativ zu behandeln. Ausgehend von der Erkenntnis, daß es nach Schade saure Valenzen sind, die bei der Entzündung herrschen und den Schmerz verursachen, wurde täglich zweimaliger Verband mit ganz schwachen alkalischen Lösungen entsprechend 1 : 100 000 Normalnatronlauge vorgenommen. Der Erfolg war mit Bezug auf die Schmerzstillung sehr gut. Doch blieb die Heilung bei dem torpiden Geschwür aus. Man entschloß sich daher, einmal saure Lösung zu versuchen, mit dem Resultat, daß auf diese äußerst verdünnten sauren Lösungen hin das Geschwür abheilte. Es wurde ferner darauf hingewiesen, daß Adrenalin, welches vom Redner unter den schädlichen Mitteln aufgeführt worden war, in Verbindung mit Novocain zur Verhütung, nicht zur Heilung von Röntgengeschwüren empfohlen worden war. Eine einschränkende Bemerkung wurde bezüglich des von dem Redner gebrauchten Ausdrucks Spätgeschwür gemacht, die den ganz erheblichen Einfluß der sekundären Ursache bei der Bildung von Geschwüren auf röntgenbestrahltem Boden, wie Hitze, Kälte, unrichtige Diathermie, nicht genügend erkennen lasse. Die glänzenden Erfolge des Redners fanden nochmals einen warmen Interpreten, der betonte, wie man alles das, was auch heute wieder als Heilverfahren außer dem des Redners angeführt wurde, längst als fruchtlose Versuche abgetan habe, so auch die von Läwen empfohlene Blutumspritzung. Im Schlußwort hob Redner hervor, daß lokale Anästhesie nicht angängig sei wegen der evtl. nachfolgenden Gefäßschädigung, er bedient sich nach Möglichkeit der regionären Anästhesie der zugehörigen Nervenstränge, oder er umspritzt das Gewebe erst in weitem Abstand von dem Geschwür.

Das dritte Thema lautete: Schneider-Frankfurt a. M.: **Experimentelle Forschungen zur Frage der biologischen Röntgenstrahlenwirkung.** Die Einzelzelle (Hefezellen, Paramecium, Samen) ist gegen Röntgenstrahlen, selbst bei hoher Dosierung praktisch so gut wie unempfindlich, wenn auch vielleicht bei kleinen Dosen eine gewisse Stimulierung (Vermehrung der Zellteilung) nicht von der Hand zu weisen ist. Experimente legen dar, daß Röntgenstrahlen die Zellen vermittelst des sie umgebenden Mediums beeinflussen. Die in ihm enthaltenden Elektrolyte wirken anscheinend im Sinne von Katalysatoren. Beim Zusammenwirken der Röntgenstrahlen und Elektrolyte entsprechen diese in ihrem Einfluß auf die Kolloidstruktur der Zelle den Hofmeisterschen Reihen. Diese Vorgänge sind wir unmittelbar zu beobachten mit keiner unserer bisherigen Untersuchungsmethoden imstande. Entsprechend der schon von Natur aus verwickelten Zusammenarbeit der Einzelzellen im Organismus ist der Ablauf der Strahlenwirkung in diesem noch ungleich komplizierter und undurchsichtiger als bei der Einzelzelle. Deshalb hoffte man durch Strahlenbeeinflussung der Nahrung, welche ja schließlich neben Elektrolyten die Baustoffe und Energiequellen des Körpers enthält, aus der Aenderung des Verhaltens der Versuchstiere tiefere Einblicke zu gewinnen. Man konnte an die Entstehung eines röntgenspezifischen Giftes in der Nahrung denken mit sekundärer Wirkung auf das Versuchstier. Allein es scheint sich zu bestätigen, daß bei dem letalen Ausgang es sich um eine Avitaminose handeln muß, indem die Zufuhr vitaminöser Nahrung bei nicht allzusehr geschädigten Tieren trotz weiterer Darreichung bestrahlten Futters Wiedergenesung brachte, welche die Tiere den Kontrolltieren gleichwertig erscheinen ließ. Ein selbständiges Gift hätte wohl unabhängig vom Vitamingehalt der Nahrung weitergewirkt.

J. Kottmaier, Mainz.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 43, 22. Oktober 1926.

❖ Von den Bedingungen der Gallensteinbildung. Aschoff.
Die Cholezystopathien. v. Bergmann.
❖ Die Basedowsche Krankheit in der Chirurgie. Fiori.
❖ Ueber die Spontanheilung des Karzinoms. Strauß.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals. 8. Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes. Kappis.
Verletzungen der Aorta. Wildegans.
Epidemiologische Studien in Massenquartieren. II. Scharlach, Scharlachschutzimpfung und Dick-Test. Seligmann, Alterthum und Dingmann.
Zur Frage der Unfallneurose. Kollmann.
Vakzination und Paralyse. Arnold und Kopp.
❖ Ueber Eigeneiterbehandlung. Lutz.
❖ Der Einfluß der Phrenikusexhairese auf die Atmung. Dünner und Mecklenburg.
Erfahrungen mit Arcanol. Lorenz.
Phanodorm in der Allgemeinpraxis. Lindenbaum.
Visierlappenplastik bei ausgedehntem Lupus an Hals und Kinn. Salomon.
Ueber Fremdkörperappendizitis. v. Renner.
Wiederholter Befund von Gonokokken und Influenzabazillen bei einer Pyelitis. Kopp.
Die weibliche Gonorrhoebehandlung mit Tampovagan. Richter.

Von den Bedingungen der Gallensteinbildung. Für die Entstehung der Gallensteine kommen als wichtigste Faktoren die Stauung, die Infektion und die Stoffwechselstörung in Betracht.

Die Stauung oder Stockung des Gallenblasenflusses allein macht keine Steinbildung, begünstigt aber

a) bei gleichzeitiger Stoffwechselstörung die Auskristallisierung etwaiger über die Lösungsgrenze angereicherter Stoffwechselprodukte, z. B. des Cholesterins, und damit die Bildung z. B. der Cholesterinsteine;
b) bei der häufig schon vorhandenen erfolglosen Infektion der Gallenwege das Erfolgreichwerden derselben und damit die Bildung z. B. der Cholesterinpigmentkalksteine.

Die vorübergehenden Stockungen sind im wesentlichen auf funktionelle Störungen an den Verschlußmechanismen der Gallenwege zurückzuführen. Man muß zwischen Verschlußstörungen am Choledochus (Oddischer Sphinkter) und solchem am Anfangsteil des Zystikus (Lütkenscher Sphinkterapparat) unterscheiden.

Die einfache sog. Stauungsblase, richtiger Stockungs- oder Ueberfüllungsblase genannt, kann ganz verschiedene Ursachen haben, die in Störungen des Oddischen oder Lütkensschen Sphinkters begründet sind. Man wird Choledochus- und Zystikus-bedingte hypertonische und Gallenblasen-bedingte hypotonische Ueberfüllungs- oder Stauungsgallenblasen zu unterscheiden haben.

Primäre Bildung von Steinen in sonst gesunden Gallenwegen ist äußerst selten. Nur bei länger dauernder Gallenstauung entstehen die erdigen Pigmentsteine. Alle sonst gefundenen Steinarten sind, von seltenen Ausnahmen abgesehen, aus der Gallenblase eingewandert. Diesen wandernden Steinen kommt wegen der durch die bedingten reflektorischen Störung der Verschlußmechanismen am Oddischen Sphinkter die größte Bedeutung für die ernsteren Erkrankungen der intrahepatischen Gallenwege und des Leberparenchyms zu.

Da sich Stoffwechselstörungen nur schwer, bakterielle Infektionen der Gallenwege und der Gallenblase gar nicht vermeiden lassen, wird vor allem die durch funktionelle Störung bedingte Stauung prophylaktisch und therapeutisch anzugreifen sein.

Die Basedowsche Krankheit in der Chirurgie. Die nicht schweren Fälle bleiben unter medizinischer Behandlung, ausgenommen, wenn sie Verschlimmerungstendenz zeigen, oder wenn die sozialen Verhältnisse eine entsprechend lange Behandlung nicht ermöglichen; jedoch in diesem letzten Falle ist der notwendige Behandlungstermin nicht zu bestimmen. Die Fälle mit ausgeprägteren Manifestationen, bei welchen jedoch das kardio-vasale System nicht einer Insuffizienz unterliegt, gehören dem Chirurgen, besonders wenn sich die medizinische Behandlung als wirkungslos erwies. Die chirurgische Behandlung zeigt sich noch am besten bei diesen Fällen wirkungsvoll, sowohl in operativer Hinsicht, als auch für die Dauer. Die schweren Fälle, und unter diesen jene mit kardio-vasaler Insuffizienz, mit heftigem Beginn und rapidem Ablauf, mit ausgeprägten Stoffwechselstörungen gehören in das Gebiet der inneren Medizin, für eine Zeit, in welcher logischerweise eine Besserung zu erwarten ist. Wenn die medizinische Behandlung nicht zum Ziele gelangte, werden diese Fälle für eine operatve Behandlung reif. Die physikalisch-chemischen, biologischen und pharmakodynamischen Reaktionen sind höchst wichtige Mittel für die Diagnose; weniger Wert haben sie für die Indikationsstellung. Eine zahlenmäßige Einteilung der Grenzen des Grundumsatzes, nach welchen sich der Chirurg für die Operation entschließen sollte, wäre unnütz und gefährlich.

Bei der Wertbestimmung der Erfolge ist das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit das Grundkriterium; es genügt nicht zu wissen, daß der Kranke lebt, man muß auch dem Umstand Rechnung tragen, wie er lebt.

Die Spontanheilung des Karzinoms. Karzinom und Spontanheilung schließen sich aus. Es ist ferner falsch, von besserem Krebsschutz gegenüber früher zu sprechen, da sich die Krebstodesfälle in aufsteigender Linie bewegen. Die Hypothese: Krebserreger, Antikörperbildung, Spontanheilung ist unrichtig. Von vielen Hunderttausenden von Krebsfällen scheinen 52 Fälle in irgendeinem Zusammenhang mit der Spontanheilung zu stehen, doch stehen Obduktionsresultate noch aus, obwohl klinisch die Krankheit einen heilungsähnlichen Verlauf nehmen konnte. Es gibt Spontanheilungen beim Sarkom, nicht aber beim Karzinom.

Ueber Eigeneiterbehandlung. Die biologischen Grundgedanken, die der Eigeneiterbehandlung nach Makai zugrunde liegen, mögen im Prinzip vielleicht richtig sein, die praktischen Erfolge aber, wenigstens in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der vom Verfasser beobachteten Fälle, sprechen gegen die Methode. Schwere Störungen des Allgemeinbefindens im Sinne des Auftretens einer Pyämie oder Sepsis wurden nie beobachtet. Die Methode wird von Makai als eine Reizmittelbehandlung bezeichnet; der Verfasser zieht vor, sie als eine Art Autovakzination zu bezeichnen, aber in dem einen wie in dem anderen Falle leidet die Methode von vornherein unter einer genauen Dosierung. Der Verfasser lehnt daher diese Methode ab und empfiehlt an ihrer Stelle die altbewährte chirurgische Behandlungsmethode.

Der Einfluß der Phrenikusexhairese auf die Atmung. Klinische und experimentelle Beobachtungen lehren, daß nach Phrenikusexhairese die betreffende Lungenseite nicht von der Atmung, ähnlich wie beim Pneumothorax, ausgeschaltet wird. Der günstige Einfluß der Phrenikusexhairese bei Lungentuberkulose ist vielleicht durch nervöse Faktoren zu verstehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Medizinische Klinik.

Nr. 44, 29. Oktober 1926.

* Die chirurgischen Nierenerkrankungen. Crone.
Ueber Subfebrilität. Emil Mester.
Atypische perniziöse Anämien. Zadek.
Beobachtungen und Erfahrungen mit der organotropen Gonorrhoebehandlung. Mich. Würzburger.
Zur Biologie der Syphilis, Immunität und Antikörper. Fr. Lesser.
* Fieberhafte Leber-Lues. Ad. Flaster.
Ueber eine noch nicht beschriebene Mitbewegung. (Zur Physiologie des S-Lautes.) E. Fröschels.
* Zur Frage der kostomediastinalen Prozesse im Kindesalter. Otto Heller.
Einige praktische Griffe und Kniffe zur konservativen Heilung der chronischen Mittelohr- und Nasennebenhöhlen-Erkrankungen. Rud. Mandl.
* Aetiologie der Harnröhren-Strikturen. Ludwig Levy-Lenz.
Beiträge zur Frage des serologischen Lues-Nachweises. G. Blumenthal.

Bei den **chirurgischen Nierenerkrankungen** kann man sehr häufig schon mit der Zystoskopie zum Ziel kommen, wobei nicht vergessen werden soll, daß die Röntgenuntersuchung ihrerseits auch einen sehr wichtigen Beitrag zur Sicherung der Diagnose liefert. Von besonderer klinischer Wichtigkeit sind die Zysten-Nieren, die man wohl am besten als Mißbildung ansieht. Ist beiderseits Zysten-Niere vorhanden, so darf man natürlich nicht operieren, denn nach Ausschaltung der einen kranken Niere kann die andere ebenso kranke die Funktion erst recht nicht mitübernehmen. Was die Nierenverletzungen anbelangt, so unterscheiden wir die subkutanen, welche durch Schlag oder Stoß, von den offenen, welche durch Stich oder Schuß hervorgerufen werden. Während die subkutanen Verletzungen häufig bei absoluter Ruhelage durch konservative Behandlung zurückgehen, ist es bei den offenen meistens erforderlich chirurgisch vorzugehen, d. h. die Exstirpationen vorzunehmen. Die Diagnose der Nierensteine wird man am besten röntgenologisch sichern. Was die Nierenneubildungen anbelangt, so kommen klinisch eigentlich nur die bösartigen in Betracht. Die sarkomatöse Mischgeschwulst kommt häufig bei jungen Kindern vor und ist infolge ihres Wachstums in einer Kapsel durch die dünnen kindlichen Bauchdecken verhältnismäßig leicht zu entfernen. Die Nieren-Karzinome oder die echten Gravitz-Tumoren finden wir bei Erwachsenen. Sie sind sehr bösartig und machen häufig als erstes Symptom eine Blutung. Daraus ergibt sich, daß bei Nierenblutung auf das allergenaueste zu untersuchen ist, um gegebenenfalls die schuldige Niere sofort zu exstirpieren. Die Hydronephrosen- und Pyonephrosen bilden die Gruppe der Retentionsgeschwülste der Niere.

Als letzte Gruppe bespricht Verf. das wichtigste Kapitel der Nieren-Chirurgie, nämlich die Nieren-Tuberkulose, welche meistens Menschen im mittleren Alter befällt. Zum Schluß erwähnt Verf. die Dekapsulation bei akuten Nephritiden, wobei auch er, wie wohl alle Autoren, ausnahmslos gute Erfolge erzielt hat.

Fieberhafte Leberlues. Bei einem 32 jährigen Mann, der Lues negiert, wird eine chronische Gallenblasenentzündung festgestellt. 2 Jahre lang hat Pat. Beschwerden, die zunächst im Magen von unbestimmter Natur einsetzten. Etwa ein Jahr später bemerkt Pat. kurzdauernde Fieberanfälle mit Schüttelfrösten und als er zum Arzt kommt, hat er seit ganz kurzer Zeit Erbrechen und kolikartige Schmerzen in der Gallenblasengegend. Die Operation ergibt Leber-Gummen und unter intensiver antiluetischer Behandlung tritt völlige Heilung ein. Daraus geht hervor, daß es von äußerster Wichtigkeit ist, die fieberhafte Spätlues rasch und richtig zu diagnostizieren; denn die Therapie liefert gute Erfolge.

Zur Frage der kostomediastinalen Prozesse im Kindesalter. Man hat immer geglaubt, daß Prozesse im kostomediastinalen Pleura-Anteil nur bei Erwachsenen vorkommen; Verf. hat sogar bei einem achtjährigen Kinde einen solchen Prozeß gefunden. Zur Erklärung sei gesagt, daß man darunter jene Prozesse versteht, welche an der Umschlagstelle der kostalen in die mediastinale Pleura liegen. Röntgt man die Patienten, so bekommt man ganz typische Bilder. Klinisch kann man nur eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose stellen, wobei man versuchen muß, möglichst charakteristische Symptome zu finden, während die endgültige Diagnose sowohl beim Erwachsenen wie beim Kinde dem Röntgenologen vorbehalten bleiben muß.

Aetiologie der Harnröhren-Strikturen. Wenn man eine Statistik der Harnröhren-Strikturen anfertigt, so sind 90% auf Gonorrhoe zurückzuführen. Der Lieblingssitz ist die Stelle, wo die Fossa navicularis in die Pars cavernosa übergeht, d. h. also etwa 1½ cm vom Eingang. Eine weitere Prädilektionsstelle ist der hintere Teil der Pars cavernosa an der Stelle, wo außen die Haut des Skrotums ansetzt. Geht man der Entstehungsursache dieser Striktur nach, so kann man sehen, daß häufig äußere Schädigungen wesentlich zur Strikturbildung beitragen können. Infolgedessen wird es sehr zweckmäßig sein, darauf zu achten, daß ein Suspensorium nicht in die Harnröhre einschneidet — das ist nämlich gerade hinten an der beschriebenen Stelle — und daß das sachgemäße Spritzen mit einer möglichst stumpfen Gonorrhoe-Spritze geschieht.

Hofbauer, Berlin.

Seuchenbekämpfung.

H. 5/6, 1926.

Entstehen und Vergehen von Seuchen. Kisskalt.
Die Familienepidemiologie der Diphtherie. Moldovan.
Gesundheitswoche. Adam.
* Metallsalztherapie. Walbum.
Chemotherapie der Streptokokkeninfektionen. Schnitzer und Levy.
* Ueber die Dickprobe und Schutzimpfungen gegen Scharlach. Strösznor
Serumtherapie der Bisse europäischer Vipern. R. Kraus.
Die Fliegen und ihre pathogene Bedeutung. Schuckmann.
Die Ratte als Krankheitsübertragung. Köhler.

Die Bekämpfung der Tuberkulose in Dänemark. Östenfeld und Permin.
Bericht über die Lungenheilstätte Baumgartnerhöhe der Gemeinde Wien. Poindecker.
Die karbolisierten Impfstoffe gegen die Tollwut. Puntoni.
Die Versendung des Wutschutzimpfstoffes in der USSR. Kranzfeld.
Geflügeltuberkulose beim Rinde. Plum.
Mitteilungen über die Tätigkeit der Station für Tierseuchendiagnostik an der staatlichen Tierimpfstoffgewinnungsanstalt in Mödling bei Wien im Jahre 1926. Gerlach.

Metallsalztherapie. Metallsalze üben einen stark stimulierenden Einfluß auf viele (wahrscheinlich alle) der verschiedenartigen Mittel aus, welche der Organismus zur Abwehr bakterieller Angriffe und zum Sistieren der infektiösen Prozesse besitzt. Metallsalze können Tiere gegenüber tödlich verlaufenden Infektionen völlig immun machen. Metallsalze vermehren die normale Fähigkeit des Organismus zum Abbauen — Verbrennen — der bakteriellen Toxine. Metallsalze können den anaphylaktischen Schock und den Tuberkulinschock verhindern. Metallsalze in Verbindung mit Vakzinbehandlung vermehren in hohem Grade die Wirkung dieser Behandlung. Metallsalze können bei Meerschweinchen eine Tuberkelbazilleninfektion abwehren oder eine Tuberkulose heilen. In allen diesen Wirkungen spielt die Konzentration (Dosis) des Metallsalzes eine außerordentlich große und oft entscheidende Rolle. Es findet sich eine Optimalkonzentration. Dosen, die kleiner als diese sind, haben in der Regel eine geringere oder gar keine Wirkung. Dosen, die größer sind, haben ebenfalls eine geringere Wirkung, bis die Dosis so groß wird, daß sie eine schädliche Wirkung ausübt. Diese schädliche Dosis liegt in der Regel weit unterhalb der metallvergiftenden Dosis.

Ueber die Dickprobe und Schutzimpfungen gegen Scharlach. Nach den Ausführungen des Verfassers besitzen wir in der Dickschen Kutanreaktion eine Waffe, mit deren Hilfe sich die Möglichkeit bieten dürfte, den Kampf gegen den Scharlach aufzunehmen, indem nach den bisherigen Erfahrungen zwischen den positiven Dicktest und der Empfänglichkeit gegen Scharlach sicherlich ein inniger Zusammenhang besteht. Die Schutzimpfungen — sei es mit Toxin oder der Vakzine des Verf. — sind vollkommen ungefährlich, und es gelingt mit ihnen durchschnittlich in einem hohem Prozentsatz, einen Umschlag des positiven Dicktestes in den negativen zu erzielen. Es empfiehlt sich, um gegebenenfalls eine rasche und intensive Immunität zu bekommen, mit relativ großen Dosen zu immunisieren, vorausgesetzt daß die Konstitution des Impflings dies erlaubt, die nach den Erfahrungen des Verfassers eine wichtige Rolle im Verlauf des ganzen Impfprozesses spielt. Es gibt Fälle, in denen die Immunisierung nicht gelingt. (Refraktäre Fälle.) Ueber die Dauer der erzielten aktiven Immunisation läßt sich infolge der Kürze der Zeit vorläufig keine bestimmte Angabe machen. Noch jahrelange Beobachtungen sind nötig, um ein endgültiges Urteil über den praktischen Wert des Dicktestes und der Schutzimpfung zu fällen. Die bisherigen Erfolge berechtigen jedoch unbedingt zur weiteren Anwendung des Verfahrens, und zwar in möglichst großen Kreisen der Bevölkerung, um so in den Besitz eines recht umfangreichen Materials zu kommen. Gesetzt den Fall, daß man im Verlaufe der Impfungen mit Streptokokkenimpfstoff konstatieren würde, daß es sich nicht um ein spezifisches Verfahren gegen den Scharlach handelt, sondern daß wir es mit einer Immunisierung gegen Streptokokken zu tun haben, sollte von der betretenen Bahn nicht abgewichen werden, da es vielleicht auf diese Weise möglich wird, den Verlauf des Scharlachs durch Hintanhalten der Streptokokkeninfektion milder zu gestalten, wofür zahlreiche Beobachtungen ausländischer Autoren schon jetzt sprechen. Die Heilerfolge mit dem antitoxischen Scharlachserum sind sehr ermutigend. Inwieweit sich die prophylaktische Anwendung des Serums oder evtl. die Simultanimpfung bewähren wird, darüber müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden.

Henning, Berlin.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

Heft 22.

* Das Krankenhaus und die Freiluft- und Lichtbehandlung. Dosquet.
* Die Aufgaben eines neuzeitlichen städtischen Krankenhauses. Tietze.
Zur Besoldungs- und Versicherungsfrage des Röntgenpersonals in Krankenanstalten. Frey.
Die soziale Krankenhausfürsorge in Paris. Landsberg.
Zum Problem des Arbeitssanatoriums. Lewy.

Das Krankenhaus und die Freiluft- und Lichtbehandlung. Dosquet stellt den Satz auf: Ein Krankensaal soll so beschaffen sein, daß der Kranke, insbesondere der Fiebernde, unter Berücksichtigung jeder neuzeitlichen Bequemlichkeit und unter Ausschaltung des Schadens ungezügelter Naturkräfte in unmittelbare Berührung mit der Außenatmosphäre gebracht wird, so daß er ohne Schaden den gewöhnlichen Schwankungen der Außentemperatur, der Luftbewegung, dem gesamten ständigen Wechsel der Atmosphäre und der natürlichen Belichtung ausgesetzt ist. Der Typus eines solchen Krankenhauses ist in dem von Dosquet 1905 errichteten Krankenhause Nordend gegeben und klinisch durch Jahrzehnte von D. und Moritz (Köln) erprobt worden. (S. auch Ztschr. f. das ges. Krankenhauswesen 1926, Nr. 3.) Das Wesen dieses Krankenhausbaues besteht darin, daß statt großer und tiefer Säle für 20 und 30 Betten oder Einzelzimmer von 1—4 Betten beliebig lange, aber nicht tiefe Hallen angeordnet sind, deren Frontseite nicht mehr eine gemauerte Wand mit Fenstern darstellt, sondern offen bleibt, aber durch besonders konstruierte Schiebevorrichtungen aus Glas geschlossen werden kann. Die Betten sind so gestellt, daß der Kranke in den vor dem Hause liegenden Garten hinaussieht. Dosquet weist darauf hin, daß die bewegte Luft, wie sie nur in seinen Krankensälen herrscht, ein Wärmefaktor ist, der sich zwar der Messung durch das Thermometer entzieht, aber die größte Bedeutung für die Wärmeökonomie des Menschen hat. Zwei Abbildungen und ein Grundriß veranschaulichen die Ausführungen des Verfassers.

Die Aufgaben eines neuzeitlichen städtischen Krankenhauses. Die Krankenanstalten sind in hohem Maße Fürsorgestellen geworden, dienen also in demselben Grade der Vorbeugung wie der Behandlung. Es ist die natürliche Folge, daß dieser Umgestaltung den Bedürfnissen auch eine solche der Bauanlage wird folgen müssen. Die städtischen Krankenanstalten bedürfen Unfallhilfsstellen und Polikliniken. Die schon an verschiedenen Orten bestehende Einrichtung der sozialen Krankenfürsorge bedarf allgemeiner Einführung. Die Aufgabe dieser Fürsorge besteht darin, den im Krankenhaus eingebrachten Leuten in sozialer Beziehung zu helfen. Das Krankenhaus braucht eine Einrichtung für Kirche und Schule, ferner Mittel zur Beschäftigung und Belehrung nicht bettlägeriger Kranker. In dieser Beziehung kann man allerdings im Krankenhaus recht eigene Erfahrungen machen. Für einen gebildeten arbeitsamen Mann ist es geradezu aufreizend zu sehen, mit welchem Stumpfsinn oft selbst junge Männer ihre Zeit im Krankenhaus verbringen. An Versuchen, die Kranken zu beschäftigen, hat es Verf. nicht fehlen lassen, aber bisher ziemlich vergeblich.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 44.

Zur zweizeitigen Dickdarmresektion; Tieflegung des Peritoneums. H. Schloffer.
* Erfahrungen mit der „palliativen Resektion" beim nicht resezierbaren Ulcus duodeni und ventriculi. H. Flörcken.
Subkutane Rupturen von Fingerstrecksehnen. Ein kasuistischer Beitrag. D. Durban.
Das Verhalten der Bluteiweißkörper und ihre Berücksichtigung bei der chirurgischen Indikation und Prognose. H. Achelis.
Zur Behandlung der Doppelbrüche der Gelenkfortsätze des Unterkiefers. S. Lindqvist.
Zur Frage der Nachblutungen nach Gastroenterostomie. A. Schlesinger.
* Sphinkternaht auf physiologischer Basis. B. Kipuis.

Erfahrungen mit der „palliativen Resektion" beim nicht resezierbaren Ulcus duodeni und ventriculi. Bei hochsitzendem Ulcus ventriculi und nicht resezierbarem Ulcus duodeni empfiehlt sich eine „palliative Resektion" des Antrum mit oder ohne Pylorus und eines größeren Magenabschnittes. In 48 Fällen ergaben sich im ganzen sehr befriedigende Resultate.

Sphinkternaht auf physiologischer Basis. Die bisherigen Methoden der Sphinkternaht erreichten Besserungen nicht durch primäre Nahtheilung, sondern durch sekundäre Narbenretraktion. Mit zunehmender Erfahrung wandte man sich der unbefriedigenden Resultate wegen immer mehr plastischen Operationen zur Beseitigung der Inkontinenz zu. Um diese zum Teil komplizierten Methoden entbehrlich zu machen, kam es darauf an, eine einfache und brauchbare Sphinkternaht zu finden.

Der Sphinkter ist gegen alle Reize außerordentlich empfindlich und reagiert darauf mit starken Tenesmen, die nach der Naht leicht zum Durchschneiden der Fäden führen. Das vermeidet man, indem man der Operation eine Sphinkterdehnung vorangehen läßt, wobei das Muskelsegment des Sphinkterringes von etwa zwei bis drei auf zehn bis vierzehn Zentimeter verlängert und gegenüber dem Narbensegment relativ vergrößert wird. Schmerzfreie Heilung binnen 14 Tagen. Nach längstens vier Wochen ist der Schließmuskel völlig kontinent.

Walter Großmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

199., 1./2. Heft, 1926.

* Geschwulst und Trauma. F. Sauerbruch.
Tuberkulose und Trauma. Zollinger.

◆ Zur Prognose der operativ behandelten peripheren Nervenverletzungen. A. Jalcowitz.
Ueber die fraglichen sensiblen Fasern der vorderen Wurzeln. A. W. Meyer.
◆ Ueber chirurgische Behandlung von gastro-intestinalen Krisen bei Tabes dorsalis. Fritz Stein.
◆ Spontangangrän bei Luetikern. Franz Kazda.
Zur Frage bei Operationen vergessener Fremdkörper. H. Haberer.
Ueber die Rolle der Milz im Krankheitsbilde der perniziösen Anämie. Rudolf Kraft.
Totalexstirpation des Kolons wegen Tuberkulose. H. Brütt.
Ueber die Entzündung des leeren Bruchsackes. Max Madlener.
◆ Ueber primäre Mesenterialdrüsentuberkulose bei Kindern. M. Mettenleiter.
Beitrag zur Kenntnis des Situs viscerum inversus. Wilhelm Mull.
Ueber endothorakale Zysten. W. Eigler.
Die topographische Anatomie der Kubitalvenen in Beziehung zur Bluttransfusion nach Oehlecker. M. Leitschick.

Geschwulst und Trauma. Die Frage des Zusammenhanges zwischen Trauma und echten malignen Tumoren ist bisher noch nicht völlig geklärt, da vielfach unklare Beobachtungen und willkürliche Deutung in dieser Frage vorliegen. Nach einer zuverlässigen Statistik von v. Büngener ist die Zahl der bösartigen Geschwülste, die auf äußere Einwirkung hin entstanden sind, auf nicht mehr als 100 zu schätzen. Nach Mitteilungen von Thieme dürfen höchstens 2% aller Karzinome und 5% aller Sarkome als Folgen von Verletzungen angesehen werden. Bei der Begutachtung Unfallkranker, die an Geschwülsten leiden oder zugrunde gegangen sind, müssen die von Thieme und von Lubarsch aufgestellten Forderungen erfüllt sein: Es muß äußere Gewalteinwirkung und das Bestehen einer echten Geschwulst bewiesen sein. Zwischen Trauma und Entstehung der Geschwulst muß eine zeitliche Grenze liegen, die durch Erfahrung festgelegt ist. Nach Thieme kommt beim Sarkom eine Zeitspanne von drei Wochen bis zwei Jahren, bei einem Karzinom von einem Monat bis zu zwei Jahren in Frage. Art und Bau der Geschwulst müssen die Möglichkeit ihrer Entwicklung im Anschluß an die Verletzung erkennen lassen.

Zur Prognose der operativ behandelten peripheren Nervenverletzungen. Verfasser berichtet über 293 operierte Fälle von Nervenverletzungen (Nervenlösung, Nervennaht, Nervenersatz). In einem Fünftel der Fälle begann eine Besserung unmitelbar im Anschluß an die Operation aufzutreten. Die Besserung fällt gewöhnlich bei der Neurolyse in das erste halbe Jahr, liegt bei der Nervennaht dagegen zwischen dem dritten und neunten Monat. Besserungen nach dem ersten Jahre sind eine Seltenheit. Die Wiederkehr der Sensibilität pflegt einige Wochen oder Monate nach der Motilität aufzutreten, kann sogar ganz fehlen bleiben, wenn in demselben Nerven die motorischen Bahnen völlig wiederhergestellt sind. Als fast geradezu konstantes Residuum einer Nervenlähmung kann das Verhalten der Vasomotoren angesehen werden.

Ueber chirurgische Behandlung von gastro-intestinalen Krisen bei Tabes dorsalis. Bei einem Tabikerfall mit gastrischen Krisen wurde die Förstersche Operation mit der Modifikation nach Guleke ausgeführt. Es trat zunächst für vier bis fünf Monate eine wesentliche Besserung ein. Ein Jahr später mußte wegen bedeutender Verschlechterung die doppelseitige Vagotomie nach Exner ausgeführt werden. Da sie keinen Erfolg hatte, wurde die einseitige Durchschneidung der Kommunikans-Fasern ausgeführt, die keinen Einfluß auf die tabischen Krisen hatte.

Spontangangrän bei Luetikern. Verfasser prüft die Einwirkung der Lues auf die Entstehung der sogenannten Spontangangrän. Der Einfluß der Lues auf das Entstehen einer Endarteriitis obliterans wurde anfangs abgelehnt, später als bestehend angesehen und in letzter Zeit wieder bezweifelt. Metalues kann an peripheren Gefäßen Veränderungen hervorrufen, die trophische Störungen bedingen können. Ein Einfluß der Lues auf die Raynaudsche Gangrän ist nicht zu erweisen. Es sind ferner sehr wenig Fälle bekannt, in denen die Lues an peripheren Gefäßen Veränderungen im Sinne einer Mes- und Periarteriitis unspezifischen Charakters und von multiplen Gefäßwandgummen, die zur Gangrän führen können, hervorgerufen hat. Das pathologisch-anatomische Bild dieser Fälle charakterisiert zwei Typen: a) multiple Gefäßwandgummen, b) Lymphozyten- und Plasmazelleninfiltrate vorwiegend in der Media und Adventitia. Die Therapie muß in diesen Fällen antiluetisch sein. Falls es nicht bereits zu einer Endarteriitis obliterans gekommen ist, kann die Prognose günstig gestellt werden.

Ueber primäre Mesenterialdrüsentuberkulose bei Kindern. Die primäre akute und chronische Mesenterialdrüsentuberkulose im Kindesalter ist meist häufiger als angenommen wird. Sie kommt hauptsächlich im 10. bis 15. Lebensjahre vor und kann, falls nicht ein palpabler Tumor die Diagnose erleichtert, besonders in der akuten Form, mit Appendizitis verwechselt werden. Bei chronischen Fällen soll man eher an chronische Drüsenerkrankung als an chronische Appendizitis denken. Besonders zu berücksichtigen ist der Allgemeinzustand der Kinder. Der Verlauf der Krankheit ist meist günstig. Die Beschwerden sind nicht von der Größe des Tumors abhängig.

Gohrbrandt.

Archiv für klinische Chirurgie.

141., 4. Heft, 1926.

◆ Hämolyse bei Bluttransfusion. An Hand der Erfahrungen bei über 500 großen Transfusionen. E. Cornelis.
◆ Naht oder Ligatur bei kommunizierenden Hämatomen unter besonderer Berücksichtigung der Dauerergebnisse. Wilhelm Rieder.
Zur Behandlung von Frakturen und Frakturdeformitäten. A. Schanz.
Blutige Reposition einer Luxatio hum. axill. mit Fract. coll. anat. Carl Gontermann.
Zur Frage der sog. Periduodenitis. E. Seifert.
◆ Freie autoplastische Knorpeltransplantation. A. Mannheim u. B. Zypkin.
◆ Von der lokalisierten zur generalisierten Ostitis fibrosa. Ernst Bergmann.
Ausbreitungswege extraduraler Ergüsse. P. M. Kowalewskij.
◆ Drainage der Hirnventrikel durch Netzstreifen. A. A. Kosyrew.
Darmpolypen und Darmkarzinom. Reichel.
◆ Erfahrungen mit der Virulenzprobe von Ruge und Philipp in der Chirurgie. R. Bumm.
◆ Erblichkeit der Lippenspalte und Gaumenspalte. Werner Birkenfeld.
Multiple chronische nicht spezifische Sehnenscheidenerkrankungen. F. Breuer.
Magenplastik für Billroth I. R. Gartenmeister.

Hämolyse bei Bluttransfusion. An Hand der Erfahrungen bei über 500 großen Transfusionen. In jedem Fall von Blutüberführung ist eine der einfachen und ziemlich zuverlässigen Voruntersuchungsmethoden auszuführen. Trotzdem wird für vereinzelte Fälle die Voruntersuchung versagen. Deshalb soll als weitere Sicherung unbedingt die biologische Vorprobe angestellt werden, die sich allerdings bei Transfusionen nur bei dem Verfahren nach Oehlecker und dem Modell 2 von Beck durchführen läßt.

Naht oder Ligatur bei kommunizierenden Hämatomen unter besonderer Berücksichtigung der Dauerergebnisse. Bei kommunizierenden Hämatomen ist bei Infektionen und den Fällen, bei denen der Eingriff möglichst abgekürzt werden muß, die Naht kontraindiziert. Bei Ligatur ist besonders auf das Henle-Lexer-Königsche Zeichen zu achten. An der unteren Extremität ist die Gangrängefahr größer als an der oberen. Bei sämtlichen kleineren unwichtigen Gefäßen ist die Naht überflüssig. Nach der Statistik des Verfassers kann die Ligatur ohne Gefahr bei kommunizierenden Hämatomen der Axillaris, Brachialis, Iliaca externa und Femoralis unterhalb des Abganges der Profunda angelegt werden, falls die Kollateralzeichen positiv sind. Läßt sich die Naht nicht ausführen, so kann eventuell eine Gefäßplastik angelegt werden, zu der man nach Oehlecker am zweckmäßigsten eine benachbarte Vene wählt. Unterbindet man die Arterie, so tritt die Gangrän seltener ein, wenn man die Begleitvene mitunterbindet. Die günstigste Zeit für die Operation ist durchschnittlich drei bis sechs Wochen nach der Verletzung.

Freie autoplastische Knorpeltransplantation. Der Knorpel bewahrt bei der freien autoplastischen Knorpeltransplantation seine spezifische Struktur, obwohl eine Reihe degenerativer und regenerativer Prozesse verschiedener Intensität beobachtet worden ist. Das Weiterwachsen des Knorpels ist von dem Ort der Transplantation abhängig. Seine Lebensfähigkeit ist größer in den Weichteilen, als im Schädel und besser in der Muskulatur, als unter der Haut. Autoplastisch verpflanzte Rippenknorpel kommen als geeignetes Material zu plastischen Operationen in Frage.

Von der lokalisierten zur generalisierten Ostitis fibrosa. Beschreibung eines Falles von generalisierter Ostitis fibrosa bei einem Mädchen von 21 Jahren, das im Alter von acht Jahren infolge lokalisierter Ostitis fibrosa im Oberschenkel eine Spontanfraktur erlitten hatte. Drei Jahre später Exkochleation des oberen Femurendes, dessen Spontanfraktur seinerzeit jedoch geheilt war. Einpflanzung von zwei Tibiaspänen in den Knochendefekt. Damals keine Zeichen einer Generalisierung. Auch neun Jahre später (1924), gelegentlich einer Nachuntersuchung aller Ostitis fibrosa-Fälle der Klinik, kein Anhaltspunkt für ein Weiterbestehen der Erkrankung, noch für eine Generalisierung. Neuerdings Schmerzen in dem operierten Bein. Systematische Röntgenuntersuchung des Skeletts ergab ein ausgedehntes örtliches Rezidiv und eine Generalisierung des Prozesses. Fast sämtliche Röhrenknochen, teilweise auch kurze und platte Knochen, sind befallen.

Ferner Mitteilung von zwei weiteren Fällen lokalisierter Ostitis fibrosa, die mit Röntgenbestrahlung behandelt wurden; bei dem einen mit dem Erfolg einer beträchtlichen Vergrößerung des Krankheitsherdes, so daß operative Ausräumung notwendig wurde. Danach Heilung. Der andere Fall hat ausgesprochen günstig auf die Bestrahlung reagiert.

Erfahrungen mit der Virulenzprobe von Ruge und Philipp in der Chirurgie. Die vielerseits berichteten guten Erfolge mit der von Ruge und Philipp angegebenen Methode zur Prüfung der Strepto- und Staphylokokkenvirulenz bei septischen Infektionen werden auf Grund experimenteller und klinischer Erfahrungen bestätigt. Die vermeidbaren Fehlerquellen bei der Anwendung des Verfahrens werden besprochen, das den Virulenzgrad der Keime entsprechend ihrem unterschiedlichen Verhalten — Wachstum oder Absterben — in frischem defibrinierten Patientenblut in vitro bei 37° beurteilt. Die theoretischen Grundlagen der Methode werden gestreift und auf Grund der praktischen Erfolge Schlüsse auf die Immunitätsvorgänge im septischen Organismus gezogen. In erster Linie ist die Virulenz der Erreger, dann erst ihre Lokalisation von Bedeutung für den Ausgang der Infektion. Bei der Abwehr der Kokken sind die im Blute kreisenden Antikörper die wichtigsten. Sie schwanken, wie eingehende Untersuchungen ergaben, individuell nur wenig in ihrer bakteriellen Potenz und können im allgemeinen beim Menschen als konstante Größe betrachtet werden. Die in ihrer geringen Prozentzahl sich einstellenden Fehlresultate beruhen auf angeborenen oder erworbenen Mängeln, die zwar die Bakterizidie des Blutes nicht mindern, den Körper aber sonst schwächen. Erhöhte praktische Bedeutung kommt der Methode bei der Beurteilung der Frage zu, ob Tumoren mit ulzerierter streptokokkenreicher Oberfläche operiert werden dürfen. Stellt man virulente Keime hierbei fest, so ist dringend von einem Eingriff abzuraten.

Erblichkeit der Lippenspalte und Gaumenspalte. Erbliches Auftreten der Lippen-Gaumenspalte findet sich unter 204 Fällen der Chirurgischen Universitätsklinik der Charité in 42 Fällen (20%). Bei 34 von diesen Fällen (80%) nimmt der Erbgang rezessiven Verlauf, und zwar überwiegt hierbei die gleichgeschlechtliche Vererbung; die Spaltbildung wird überwiegend beim männlichen Geschlecht manifest; als Zwischenträger der Vererbung wirkt das weibliche Geschlecht etwas häufiger mit als das männliche. In den übrigen acht Fällen (20% der Vererbungsfälle) findet sich ein dominanter Erbgang, bei dem ebenfalls die gleichgeschlechtliche Vererbung überwiegt; der Vater vererbt die Mißbildnug häufiger auf die Kinder als die Mutter; die Mißbildung tritt bei den Kindern meist in stärkerem Grade auf als bei den Eltern.

Gleichzeitig wurden bei dem mißbildeten Kinde oder seinen Verwandten andere angeborene Anomalien 65mal (31,8%) gefunden. In Betracht kommen der Häufigkeit nach: Leistenbruch, Hämangiom, Pigmentnävus, Polydaktylie, Syndaktylie, Hypospadie u. a. Diese Anomalien finden sich überwiegend beim männlichen Geschlecht. Soweit sich überhaupt Vererbung nachweisen läßt, herrscht die rezessive Vererbung gegenüber vereinzelten dominanten Fällen vor.

Drainage der Hirnventrikel durch Netzstreifen. Beim Hydrozephalus internus dürfen wir von der Autodrainage der Ventrikel die besten Erfolge erhoffen. Verfasser schlägt vor, zur Drainage Netzstreifen zu verwenden, da das Netz keine Neigung zu Verwachsungen mit dem Hirngewebe aufweist und bei seiner Transplantation von Nekrobioseprozessen verschont bleibt.

Gohrbrandt.

Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie.

24., 3. Heft, 1926.

Nachruf für J. Fraenkel. R. Klapp.
Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Pseudarthrosenfrage. Hans Debrunner und Leopold Frosch.
✦ Beobachtungen und Ergebnisse bei einer fünfjährigen Frakturenbehandlung. Hans Scheffler.
✦ Die angeborene Schultersubluxation. Leopold Frosch.
✦ Weitere Beobachtungen über seitliche Luxation der Patella. Michael Friedland.
✦ Hackverletzungen des Kniegelenkes und die klinische und sozialmedizinische Bedeutung ihrer frühzeitigen Behandlung. Wolfgang Laves.
Ueber Muskellängen am Oberschenkel bei Semiflexion. Nußbaum.
Zur Frage der Ablösung der orthopädischen Versorgung. Berger.
Haltevorrichtung für Beinverbände. Leopold Frosch.

Beobachtungen und Ergebnisse bei einer fünfjährigen Frakturenbehandlung. Die statistische Auswertung eines nach einheitlichen Gesichtspunkten und unter gleichen Voraussetzungen behandelten zahlreichen Frakturenmaterials zeigt die Vorteile einer frühzeitigen Uebernahme des Heilverfahrens.

Die angeborene Schultersubluxation. F. beschreibt drei Fälle von angeborener Subluxation der Schultergelenke nach vorn und unten, deren Vorhandensein zufällig festgestellt wurde und keinerlei klinische Erscheinungen aufwies. Die gesamte Schulter- und Brustmuskulatur zeigte sowohl klinisch wie auch elektrisch einwandfreie Funktion, auch der vordere Teil des Deltamuskels, welchem besondere Beachtung gezollt wurde.

Eine eigentliche Therapie kommt nicht in Betracht. Prophylaktisch wurden Massage und Uebungen verordnet.

Weitere Beobachtungen über seitliche Luxation der Patella. Verfasser ist der Ansicht, daß dem Mechanismus der seitlichen Patellarluxation die pathologische Lateroposition des M. quadriceps zugrunde liegt. Als Methode der Wahl empfiehlt er die völlige Mobilisierung mit gleichzeitiger Verschiebung der unteren zwei Drittel des M. rectus in medialer Richtung und deren Fixierung an die Mm. sartorius, adductor magnus und vastus medialis.

Hackverletzungen des Kniegelenkes und die klinische und sozialmedizinische Bedeutung ihrer frühzeitigen Behandlung. In Steiermark und Kärnten kommen häufig penetrierende Hackverletzungen des Kniegelenkes vor. Durch unsachgemäße Behandlung (oberflächliche Naht ohne Ruhigstellung) kommt es oft zu sekundären Infektionen, welche zum mindesten eine Bewegungseinschränkung resultieren lassen. In allen denjenigen Fällen (6), in welchen eine sofortige chirurgische Behandlung (Exzision der Wundränder bis in die tiefsten Schichten und fester Verschluß) eingeleitet werden konnte, trat eine völlige Wiederherstellung der Gelenkfunktion ein.

Stimming.

Archiv für Ophthalmologie.

117., Heft 2.

Anatomischer Befund bei primärer syphilitischer Erkrankung der Retinagefäße. v. Hippel.
Ringförmige Hornhauttrübung. Lutz.
Zur Frage des akuten Trachoms. Ogudu.
Ueber die Hardersche Drüse beim Kaninchen. Muckai.
Zur Entstehung der Gliomrosetten. Zeiss.
Objektive Demonstration des Netzhautbildes. Hidano.
Ueber das Zentrum der Sehrichtungen. Funaishi.
Ultramikroskopische Glaskörperstruktur und Spaltlampenbefunde. Baurmann.
Metastatisches Aderhautsarkom. Elsching.
Spezifisches Gewicht verschiedener Augen. Felchin.
✦ Targesin bei Augenerkrankungen. Lachmann.
Augenzitterkunde. Ohm.
Fehlerquellen bei der Keratitisforschung. Busse.
Durch Herpesvirus erzeugte sympathische Ophthalmie. Abe.
Zur Igerheimerschen Spiegelbrille.

Targesin bei Augenerkrankungen. Targesin wurde bei Pneumokokkenulkus, Conjunktivitis acuta, Ulcus serpens, Pakryozystitis und Diplobazillenkonjunktivitis mit gutem Erfolg angewandt. Besonders betont wird die Reizlosigkeit.

Meesmann, Berlin.

Zeitschrift für Augenheilkunde.

August 1926.

Klinischer und anatomischer Befund eines Falles vom Embolie einer Makulaarterie. Schall.
Abhängigkeit der Sehschärfe bei Medientrübungen vom Adoptationszustande. Morad.
✦ Abnormes Längenwachstum der Wimpern bei Ueberfunktion der Nebennieren. Reitter.
✦ Katarakt nach Strumektomie. Kash.

Abnormes Längenwachstum der Wimpern bei Ueberfunktion der Nebennieren. Bei einer 50 jährigen Frau entwickelte sich innerhalb zweier Monate ein viriler Bartwuchs. Schnurrbart, Backenbart, „Fliege“ usw. Gleichzeitig wuchsen die Wimpern teilweise über zwei Zentimeter lang. Sie standen nicht dichter als früher, sondern die einzelne Wimper war dicker und länger geworden. Die übrige Körperbehaarung blieb durchaus normal. Gleichzeitig Abmagerung Adynamie, sinkender Blutdruck, deuteten auf eine innersekretorische Trübung. Eine Hyperfunktion der Nebenniere wurde als Grundlage der Veränderungen angenommen.

Katarakt nach Strumektomie. Verf. beobachtet 6 Fälle von Tetanil nach Strumektomie mit Linsentrübungen. Das Bild der Katarakt ist an der Spaltlampe ziemlich charakteristisch. Wie bei allen exogenen Kataraktformen beginnen die Trübungen direkt subkapsulär und bestehen hier aus feinen punkt- oder lanzettförmigen Trübungen. Besonders bemerkt ist eine Abnahme der sagittalen Linsendicke.

September 1926.

Anatomische Befunde bei Coats-Retinitis. Heine.
Modifikation der Tränensackoperation nach West. Mayer.
Kombination von Kulschitzkys Markscheiden- und Mallorys-Neurogliafärbung. Schindler.

Anatomie und Physiologie des gliösen Systems des intrakraniellen Sehnerven. Schindler.
◆ Ein Fall von perforiertem Netzhautgliom. Zeiß.
◆ Ueber einen Fall von Febris uveo-parotidea. Reimers.
◆ Zur pathologischen Anatomie der Stenosen des Tränennasen-Kanals. Schall.

Ein Fall von perforiertem Netzhautgliom. Zeiß beschreibt einen Fall von doppelseitigem Netzhautgliom. Die Diagnose wurde vom Augenarzt gestellt, als das Kind 7 Monate alt war. Eine Operation wurde verweigert und die Behandlung einem Homöopathen übertragen, der einer Operation dringend widerriet. Im Alter von 2¾ Jahren wurde das Kind wieder zum Augenarzt gebracht. Aus der rechten Orbita hingen fungöse Massen heraus, stark sezernierend und bei Bewegungen des Kopfes pendelnd. Am linken Auge Glioma retinae im Stadium glaucomatosum. Da die Eltern jetzt sehr zur Operation drängten, wurden trotz der Aussichtslosigkeit des Falles beide Augen enukleiert. Das Kind starb 14 Tage später.

Ueber einen Fall von Febris uveo-parotidea. Als Febris uveoparotidea (Heerfordt) wird ein chronisches Krankheitsbild berechnet, daß in indurativzirrhotischen Prozessen in der Parotis und einer chronischen Iridozyklitis besteht. Die Aetiologie ist die Tuberkulose. Verf. beschreibt einen typischen Fall dieser Art, bei einem Knaben. In der Lunge große Hilusdrüsenpakete. Auf Tuberkulinkur gute Besserung. Eine Abgrenzung gegen die Mikuliczsche Erkrankung ist nicht möglich, zumal auch ein Teil dieser Krankheitsfälle zweifellos tuberkulöser Natur sind.

Zur pathologischen Anatomie der Stenose des Tränennasenkanals. Die anatomischen Untersuchungen sind insofern von Bedeutung, als auf Grund eines besonderen Exstirpationsverfahrens im Gegensatz zu früher die Stenosen in den meisten Fällen auch histologisch nachgewiesen wurden. Schall betont mit Recht, daß die Sondierung des Tränennasenkanals als therapeutische Maßnahme nicht in Betracht kommt.

Oktober 1926.

◆ Erfahrungen mit der Goldsolreaktion. Beckershaus.
Antagonismus seniler Katarakt- und seniler Makuladegeneration. Fischer.
Augensyphilis in der zweiten Generation. Ješe.
Klinik und Anatomie des Anfangsstadiums pyogener metastatischer Erkrankung des vorderen Bulbusabschnittes. Mylius.
Glaukosan bei Glaukom und Iritis. Wegner.
Augenpigmentierung bei endogener Ochronose. Sallmann.

Erfahrungen mit der Goldsolreaktion. Unter 86 Untersuchungsbefunden versagte in 4 klinisch als luetisch bewiesenen Fälle die Goldsolreaktion mit allen anderen Liquoruntersuchungen. Es wird angenommen, daß der Prozeß im Zentralnervensystem bereits abgeklungen war. Nachteilig ist auch der positive Ausfall bei multipler Sklerose. In 27 Fällen war im Gegensatz zu allen anderen Luesreaktionen die Goldsolreaktion positiv. Nach Weigelt ist sie in 100% bei Lues des Zentralnervensystemes positiv, während Pandy, Nonne, Wassermann negativ sein können. Die Goldsolreaktion ist daher als eine wesentliche diagnostische Bereicherung anzusehen.

Meesmann, Berlin.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

20., H. 3/4.

◆ Ergebnisse. Die Nephrotomie, ihre Bedeutung und der Weg zur Verhütung ihrer Gefahren. Eine klinische und tierexperimentelle Studie (Schluß). Roseno.
◆ Das Empyem des Harnleiterstumpfes. Fronstein.
◆ Nierenfunktionsprüfung mit Carbamidbelastung in der Chirurgie. Radó und Deutsch.
Verdoppelung der Harnleiter mit besonderen Anomalien ihrer Blasenmündung. Cudowigs.
Methämoglobinurie beim Grawitz-Tumor. Nicolas.
Perforation von appendizitischen Eiterungen in die Blase.. Boss.
Ueber Rezidive nach der Freyerschen Prostatektomie. Fronstein und Meschebowski.
Ueber Neubildungen des Harnleiters. Gottlieb.
Ueber Nierenkarbunkel. Smidnow.
Ueber die Hufeisenniere und Operationen an der Hufeisenniere. Fischer.
Wiener urologische Gesellschaft. Sitzung vom 20. Januar 1926.
◆ Pneumoradiographie des Nierenlagers. Brecher.
◆ Jodipin als Kontrastmittel in der Urologie. Fritz.

Ergebnisse. Die Nephrotomie, ihre Bedeutung und der Weg zur Verhütung ihrer Gefahren. Eine klinische und tierexperimentelle Studie. (Schluß.) In einer groß angelegten Arbeit faßt Roseno unsere heutigen Kenntnisse über die Nierenspaltung zusammen. Er gibt die Indikationen zu diesem Eingriff an, unter der besonders die Probespaltung der Niere zur Diagnose eines beginnenden Nierentumors oder einer initialen Tuberkulose erwähnt zu werden verdient. Er geht hierbei soweit, die Möglichkeit einer etwaigen umsonstigen Operation mit in Kauf zu nehmen. Allerdings zeigt er den — auch experimentell und pathologisch-anatomisch — von ihm geprüften Weg, die Gefahren der Nephrotomie auf ein geringes Maß zu reduzieren. An Ziegen und Hunden führte er die Spaltung des Organs aus und unterband die blutenden Gefäße exakt in den Lig. Bertini. Die bisher geübte Methode der Blutstillung mit durchgreifenden Nähten kann eine Infarktbildung und Nekrose von Nierenteilen sowie auch die Nachblutungsgefahr nicht mit genügender Sicherheit vermeiden. Bei 38 eigenen Fällen, die an der chir. Abteilung des Berliner jüd. Krankenhauses (Prof. Rosenstein) operiert wurden, trat siebenmal eine Nachblutung auf, fünfmal mußte eine sekundäre Nephrektomie vorgenommen werden, verloren gingen 2 Kranke. Im Gegensatz dazu stellt die exakte Blutstillung, wie Roseno sie empfiehlt, ein Verfahren dar, wie es auch sonst in der Chirurgie üblich ist. Die Parenchymschädigung ist — wie seine histologischen Studien zeigen — gering, die Nachblutungsgefahr „auf das denkbar kleinste Minimum" reduziert. So bezeichnet der Verfasser diese Art des Vorgehens als „die ideale Nephrotomie".

Das Empyem des Harnleiterstumpfes. Vor jeder Nephrektomie soll der zugehörige Harnleiter genau untersucht werden, unter gleichzeitiger Anfertigung eines Ureterogramms. Bei pathologischem Befund soll man dann den Harnleiter mitentfernen, während sonst meist eine Abbindung desselben genügt. Fronstein berichtet über 3 eigene Fälle von Harnleiterempyem. Im ersten bestand die Ursache in einer Verlegung des Blasenostiums durch eine abgerutschte Seidenligatur, das zweite Mal lag eine Uretustriktur vor, im letzten Falle ergab sich eine Verengerung der Einmündungsstelle des Harnleiters mit Steinbildung daselbst.

Nierenfunktionsprüfung mit Carbamidbelastung in der Chirurgie. Wir erhalten durch die Harnstoffbelastung der Nieren ein Bild der wichtigsten Partialfunktion des Organs. Wir bestimmen mit ihr die maximale Konzentrierungsfähigkeit für den Harnstoff und orientieren uns über die Stickstoffausscheidung der Nieren. Die Prüfung besteht darin, den Kranken nach 12stündigem Dursten nüchtern 15 g Ureum in 100 ccm Tee zu verabfolgen und nach 2 Stunden die Harnstoffkonzentration festzustellen. Gute Nieren erreichen hierbei Werte von über 2000 mg, während Ergebnisse unter 1000 mg als schlecht zu bezeichnen sind. Die dazwischen liegenden Resultate sind entsprechend zu beurteilen. Es hat sich erwiesen, daß diese Methode im allgemeinen übereinstimmende Befunde mit den andern Prüfungen ergibt, insbesondere scheint sie mit der Indigokarminprobe parallel zu gehen. Die Harnstoffbestimmung erfolgte mit dem Szilischen Apparat, der für klinische Zwecke ausreichend genau ist.

Pneumoradiographie des Nierenlagers. Brecher hat diese Methode ein Jahr lang systematisch etwa 40mal ausgeführt und demonstriert 22 Diapositive. Er erklärt die Methode für nicht gefährlich, erlebte aber doch einen 15 Minuten dauernden Kollaps, eine Sauerstoffembolie von 5 Minuten Dauer und erwähnt das Vorkommen von mediastischem Emphysem mit Herzbeschwerden. Zur Füllung wurden 250—400 ccm Sauerstoff verwandt.

In der Diskussion wird das Verfahren von Neckar wegen der nicht auszuschließenden Schädlichkeiten abgelehnt. Fritz weist darauf hin, daß Lagstatter schon 1923 davon abgekommen sei.

Jodipin als Kontrastmittel in der Urologie. Das Jodipin eignet sich zur Darstellung der hinteren Harnröhre im Röntgenbild bei einem Jodgehalt von 20%. Eine 5% Lösung genügt bereits zur Zystographie. Zur Zystographie ist das Mittel wegen der Bildung großer Tropfen weniger zu empfehlen.

E. Lehmann, Berlin.

Strahlentherapie.

23., Heft 3.

Ueber die Wirkung elektromagnetischer Strahlen verschiedener Wellenlänge auf die Traubeschen Zellen. G. Politzer und F. Scheminzky.
◆ Experimentelle Untersuchungen zur Frage der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Prof. Dr. Franz M. Groedel und Dr. Erich Schneider.
◆ Ueber eine in bezug auf die R.-Einheit von der Qualität der Strahlung unabhängige Fingerhutkammer und über die Messung der Streuzusatzdosis im Wasserphantom. R. Glocker und E. Kaupp.
Ueber Röntgenlichtdosen im absoluten Maß der R.-Einheit. Dr. Georg Heinrich Schneider.
◆ Ueber die temporäre Röntgenmenolipsierung (temporäre Röntgenkastration). Heinrich Guthmann, Oskar Bott.
◆ Ueber die Gefahren, welche man bei der Radiotherapie der Tumoren der Schädelhöhle und des Wirbelkanals vermeiden muß. A. Béclére.
◆ Der derzeitige Stand der Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. Dr. J. Borak.
Zur Röntgenbehandlung der Mikuliczschen Krankheit. Dr. Joseph Ziegler.
Ein neues Hochspannungs- und strahlensicheres Bestrahlungsgerät für die Röntgentiefentherapie. Dr. Hans Holfelder.
Ueber Weg und Wirkungen der Ionisation im Dienste der Therapie.. Physikalisch-biologische Untersuchungen. Dr. Hugo Picard.

Experimentelle Untersuchungen zur Frage der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Die früheren Arbeiten der Verff., insbesondere die Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Hefezelle, waren in ihrem Endergebnis eine wichtige Stütze für die These, daß der Hauptangriffspunkt der Röntgenstrahlen nicht die Zelle selbst ist, sondern die Umgebung derselben. In Ergänzung dieser Arbeiten wurden nunmehr Bestrahlungsversuche mit einem anderen einzelligen Organismus, dem Paramaecium, vorgenommen, unter Verwendung der Vitalfärbungsmethode. Es ergab sich, daß Strahlendosen bis zu 15 HED ohne jeden Effekt blieben. Durch Veränderung des die Paramaecien umgebenden Mediums wurde aber eine deutliche Einwirkung auf dieselben erzielt. Die Röntgenstrahlenwirkung ist offenbar an die Elektrolyte des umgebenden Mediums gebunden, sie tritt nur innerhalb einer gewissen Wasserstoffionenkonzentrationsbreite auf, und zwar beim Paramaecium nur auf der alkalischen Seite. Nahe der unteren Konzentrationsschwelle ist die Röntgenstrahlenwirkung vielleicht eine stimulierende, bei den höheren Werten aber deutlich deprimierend und zelltötend. Ein Unterschied zwischen harten und weichen Strahlen war nicht zu erkennen. Bei gleicher Oberflächendosis trat die gleiche Wirkung ein, unabhängig von der Strahlenhärte. Während nun bei der Vitalfärbung eine direkte Wirkung auf die einzelne Zelle nicht manifest wurde, konnte eine solche durch die Beobachtung der Teilungsvorgänge festgestellt werden. Es ergab sich das bemerkenswerte Resultat, daß bei Anwendung von ⅕ HED eine deutliche stimulierende Wirkung vorliegt, die sich in einer Vermehrung der Nachkommenschaft zu erkennen gibt. Diese Versuche sind ein Beweis für die biopositive Wirkung der Röntgenstrahlen. Mikroskopische Unterschiede zwischen den einzelnen Tieren wurden dabei nicht festgestellt.

Daß höhere Strahlendosen eine deprimierende Wirkung auch auf die Teilungsrate der einzelnen Lebewesen ausüben, ist von früher her bekannt. Weitere Versuche an Pflanzensamen ergaben keine ganz einwandfreien Resultate bezüglich der stimulierenden Wirkung kleiner Strahlenmengen. Dagegen ging auch aus diesen Versuchen hervor, daß die Anwesenheit von Elektrolyten eine große Bedeutung für die Strahlenwirkung hat.

Schließlich nahmen die Autoren die Versuche mit röntgenbestrahlten Nahrungsmitteln auf. Bestrahlt man das Mehl oder den Teig mit Röntgenstrahlen und verabfolgt das Gebäck, an dem direkte Veränderungen nicht nachgewiesen werden konnten, den Versuchstieren, so sterben dieselben unter tetanieähnlichen Erscheinungen. Wenn im Anfangsstadium der Erkrankung unbestrahltes Futter gereicht wird, können sich die Tiere wieder erholen. Es lag nahe, bei dieser Wirkung der Röntgenstrahlen anzunehmen, daß Vitamine zerstört werden, und in der Tat ergaben weitere Versuche, daß bei solchen Erkrankungen tatsächlich eine Avitaminose die Ursache ist und nicht etwa ein unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen entstehendes Gift.

Ueber eine in bezug auf die R.-Einheit von der Qualität der Strahlung unabhängige Fingerhutkammer und über die Messung der Streuzusatzdosis im Wasserphantom. Eine der größten Schwierigkeiten in der Dosierung bestand darin, daß die Angaben der Fingerhutkammern von der Wellenlänge abhängig sind. Es mußte versucht werden, für die Kammerwand einen Stoff zu finden, der die gleiche Röntgenstrahlenabsorption besitzt wie eine gleich große Luftmasse.

Verff. haben eine neue Fingerhutkammer angegeben, die aus 0,6 mm Bakelit mit einem Ueberzug von 97% Achesongraphit plus 3% Silicium besteht. Diese Kammer zeigt praktisch keinerlei Abhängigkeit von der Wellenlänge. Es ist nur eine einzige R.-Eichung nötig, um sie für alle Strahlen von 500 K. V. aufwärts verwenden zu können. Die Messungen, die mit Hilfe der neuen Kammern vorgenommen wurden, ergaben, daß die Streustrahlenzusatzdosis bisher erheblich zu groß angenommen worden ist. Die Fehlerquellen sind bei diesen Messungen, auch bei Tiefenmessungen, unter Benutzung der neuen Kammer außerordentlich gering. Die Länge des Zentralstiftes ist ohne Einfluß auf den Ausschlag des Instrumentes. Der sogenannte Schatteneffekt ist klein, ebenso der Richtungseffekt, d. h. der Unterschied der Angabe bei Einfall des Strahles in verschiedenen Winkeln mit der Kammerachse. Außerdem sind die beiden genannten Fehlerquellen entgegengesetzt gerichtet, es tritt also eine fast völlige Kompensation derselben ein.

Ueber die temporäre Röntgenmenolipsierung (temporäre Röntgenkastration). Verff. berichten über ihre Erfahrungen aus 200 Fällen, in denen die temporäre Röntgenmenostase vorgenommen worden ist. Es handelte sich in der Hauptsache um entzündliche Erkrankungen der Adnexe und des Parametriums zum Teil auf gonorrhoischer Grundlage, ferner um Myome, ovarielle Blutungen usw. Die Indikation zur Bestrahlung wurde bei den entzündlichen Erkrankungen nur dann gestellt, wenn eine längere konservative Behandlung keine Fortschritte gebracht hatte und außerdem die Periode einen verschlechternden Einfluß ausübte. Die auf die Ovarien applizierte Dosis betrug meistens 25 bis 30% der HED (Nutzdosis), nur in wenigen Fällen wurde eine geringere Dosis verabfolgt. Unter 89 zur Kontrolle gelangenden Fällen waren 11 Versager zu verzeichnen, bei denen die Blutungen entweder gar nicht ausgesetzt hatten oder bereits innerhalb der ersten 6 Monate wiederkehrten. Es sind dies aber zum größten Teil die Fälle, die mit weniger als 25% der HED bestrahlt worden waren. Einen erheblichen Einfluß hatte der Zeitpunkt der Anwendung der Röntgenstrahlen. Die Wirkung ist erheblich besser, wenn in der ersten Hälfte des Intermenstruums bestrahlt wird. Bei Bestrahlungen, die in der zweiten Hälfte des Intermenstruums vorgenommen werden, muß man damit rechnen, daß die Periode noch 1—3 mal auftritt, ehe die temporäre Amenorrhoe erzielt wird.

Jugendliche Patienten benötigen zur Erzielung des gleichen Effektes eine größere Dosis als ältere Frauen (über 30 Jahre), außerdem hängt die Dauer der Amenorrhoe von der Höhe der Strahlendosis ab.

Wenn vor der Behandlung eine Unregelmäßigkeit in der Periode bestanden hat, kann nach Ablauf des amenorrhoischen Stadiums die wieder einsetzende Periode einen regelmäßigen Typ haben. Wenn die Amenorrhoe zu früh aufhört, so empfiehlt es sich, nicht sofort beim Wiedereinsetzen der Blutung eine zweite Bestrahlung vorzunehmen, sondern erst mindestens 4 normale Perioden abzuwarten. Es hat sich nämlich gezeigt, daß eine gewisse Restwirkung der ersten Bestrahlung bestehen bleibt, deren Stärke nicht abzuschätzen ist.

Die bei der temporären Menostase auftretenden Ausfallserscheinungen halten sich meist in verhältnismäßig geringen Grenzen, so daß eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit dadurch nicht zu befürchten ist. Es gibt allerdings auch Ausnahmen, insbesondere bei neuropathischen und psychisch labilen Frauen. In einigen Fällen erfolgt während der temporären Amenorrhoe ziemlich starker Fettansatz, der dann beim Wiedereintritt der Periode meist zurückgeht.

Die wegen Adnexitis vorgenommenen Bestrahlungen hatten hinsichtlich des Grundleidens gute Erfolge. Auch in denjenigen Fällen, in denen der objektive Befund nicht ganz verschwand, wurde meist eine erhebliche Besserung der subjektiven Beschwerden erzielt. Bei gonorrhoischen Adnexentzündungen wurde nicht selten beobachtet, daß bei Wiedereintreten der Periode der Prozeß wieder aufflammte. Es ergibt sich daraus die Forderung, bei der gonorrhoischen Adnexitis die spezifische Behandlung weiterzuführen. Beim Wiederauftreten der ersten Periode sollten die Patienten das Bett hüten.

Gut waren die Erfolge auch bei der Röntgenmenostasierung der Frauen mit Lungentuberkulose. Hier übte die Amenorrhoe einen unverkennbar günstigen Einfluß auf den Lungenprozeß an sich aus (Gewichtszunahme, Besserung des Allgemeinbefindens). Auch die Adnextuberkulose wurde günstig beeinflußt. In 3 Fällen wurde später Gravidität beobachtet. Irgendeine Beeinflussung des Kindes durch die voraufgegangene Röntgenbestrahlung der Mutter war nicht festzustellen. Die temporäre Röntgenmenostasierung ist auch bei konzeptionsfähigen Frauen berechtigt.

Ueber die Gefahren, welche man bei der Radiotherapie der Tumoren der Schädelhöhle und des Wirbelkanals vermeiden muß. Während die Gefahr der Hautschädigung bei Röntgentiefenbestrahlung heute bei Anwendung harter und stark gefilterter Strahlen bei Beobachtung der notwendigen Vorsichtsmaßregeln nicht mehr so groß ist, bestehen bei der modernen Bestrahlungstechnik im wesentlichen 3 neue Gefahrzonen: Radionekrosen, toxische Zufälle, mechanische Zufälle.

Bei Anwendung kräftiger Dosen, welche die Haut intakt lassen, kann unter Umständen eine Nekrose der tieferen Organe entstehen. Dies ist u. a. von den Kehlkopfknorpeln, von der Darmwand, der vesiko vaginalen Scheidewand bekannt, gilt aber auch für das zentrale Nervensystem. Das Nervengewebe ist zwar nur in geringem Maße radiosensibel, doch können starke, zeitlich zu rasch aufeinanderfolgende Strahlen auch hier eine Schädigung hervorrufen, besonders an den Plexus chorioidei und an den Meningen.

Toxische Zufälle, wie sie durch zu schnelle Einschmelzung von Lymphosarkomen u. a. entstehen können, kommen bei den Neubildungen der Schädelhöhle und des Wirbelkanals nicht in Betracht.

Dagegen spielen die mechanischen Zufälle bei diesen Tumoren eine wichtige Rolle, wie bei allen Tumoren, die in einer starrwandigen Höhle eingeschlossen sind. Die Ursache dieser Schädigungen liegt in der Präreaktion. Bald nach der Bestrahlung kann durch eine starke Hyperämie und ödematöse Schwellung der Tumor sich erheblich vergrößern und je nach dem Sitz desselben unter Umständen üble Folgeerscheinungen zeitigen.

Bei den Tumoren im Wirbelkanal sind besonders die Erkrankungen zu beachten, die infolge ihres Sitzes zu einer Kompression des Rückenmarks führen können. Diese Unfälle ereignen sich sehr schnell innerhalb der auf die erste Bestrahlung folgenden 24 Stunden. Die subjektiven Schmerzen werden heftiger, nehmen einen ausstrahlenden oder einschnürenden Charakter an. Die spastische

Paraplegien verwandelt sich in eine schlaffe Lähmung, es tritt intcontinentia urinae et alvi auf und schließlich das Bild des akuten Decub.tus. Die trophischen Störungen führen gewöhnlich durch Septikämie innerhalb weniger Wochen zum Tode. In leichteren Fällen treten nach der Bestrahlung Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen auf, die langsam abheilen können.

In allen diesen Fällen ist die Erklärung in einer Druckerhöhung zu suchen. Das Auftreten der Zufälle und ihrer Intensität hängt im wesentlichen ab von der applizierten Dosis und dem Grad der Kompression, der vor der Bestrahlung bestanden hat. Hieraus folgt, daß in allen Fällen von Kompression des Rückenmarks starke Dosen gefährlich sind und zwar um so gefährlicher, je ausgeprägter die Kompression vor der Bestrahlung war. Es empfiehlt sich, die Behandlung mit einer Probebestrahlung mäßiger Dosierung einzuleiten. Die Behandlung selbst ist mit geringen Dosen, welche in Intervallen wiederholt werden, fortzusetzen.

Auch die in der Schädelhöhle gelegenen Tumoren können bei zu starker Röntgenbestrahlung eine Präreaktion aufweisen, die in kürzester Zeit zum Tode führen kann. In den leichteren Fällen treten bald nach der Bestrahlung mehr oder minder erhebliche Beschwerden auf: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Erbrechen, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Ohnmachten und vorübergehende Paresen. Auch sind Krampfanfälle in Form der Jacksonschen Epilepsie beobachtet worden.

Die Warnung, Gehirntumoren, namentlich solche der hinteren Schädelgrube, nicht mit Röntgenstrahlen zu behandeln, trifft aber nicht das Richtige. Zu warnen ist vielmehr nur vor der falschen Röntgenbestrahlung mit zu großen Anfangsdosen. Ueble Zufälle sind im wesentlichen von zwei Faktoren abhängig: von der verabfolgten Dosis und von dem Druck des Liquor cerebro spinalis vor der Bestrahlung. Bei mäßigen Bestrahlungsdosen steigt der Liquordruck nicht erheblich. Bestand von vornherein eine höhere Liquorspannung (etwa 50 cm Wasser und darüber) so ist besondere Vorsicht bei der Röntgenbestrahlung geboten.

Dasselbe gilt für die Behandlung der Hypophysentumoren, bei denen intensive Bestrahlungen mit großen Einzeldosen wiederholt zu üblen Zufällen geführt haben, sogar mit tödlichem Ausgange, während die Anwendung kleinerer und in längeren Intervallen applizierter Dosen zu guten therapeutischen Erfolgen ohne Nebenschädigungen führen.

Der derzeitige Stand der Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. Ungefähr 80% aller Fälle von Basedowscher Krankheit können durch Röntgenstrahlen gebessert, ⅓ davon kann vollständig geheilt werden. Die Behandlungsresultate sind weitgehend unabhängig von der Bestrahlungstechnik. Je frischer die Erkrankung, desto rascher stellt sich der Erfolg ein. Die hervorstechendsten Symptome, deren Besserung besonders augenscheinlich sind, sind rapider Gewichtsverlust, Durchfall, Hyperidrosis, Temperatursteigerung und Schlaflosigkeit. Ueberhaupt bessern sich die allgemeinen Erscheinungen rascher als die vom einzelnen Organ ausgehenden Symptome und die funktionellen Symptome reagieren besser als diejenigen anatomischer Natur. Die Struma wird oft auch in den sonst durchaus günstig reagierenden Fällen verhältnismäßig wenig beeinflußt und der Exophthalmus kann noch lange persistieren. Es ist davor zu warnen, eine nach der Bestrahlung sich nicht zurückbildende Struma mit Jod zu behandeln, zumal häufig die Rückbildung im Laufe der Zeit von selbst eintritt. Der Angriffspunkt der Röntgenstrahlen ist das Schilddrüsen-Parenchyom selbst, nicht, wie man früher annahm, die Gefäße.

Die Hauptwirkung der Röntgenstrahlen besteht in der Herabsetzung der Sekretion der einzelnen hyperfunktionierenden Zellen und erst bei einer Kumulation der Strahlenwirkung in einer Schädigung der generativen Zellfunktionen.

Betreffs der Dosierung wird empfohlen, ⅙—⅓ der H. E. D. unter 4 mm Al. Filter zu applizieren und diese Dosis nach 4—8 Tagen zu wiederholen. Nach einer Pause von 3—4 Wochen ist eine zweite Bestrahlungsserie vorzunehmen, bei chronischen Fällen evtl. eine dritte, oder gar eine vierte. Bei den einzelnen Serien werden verschiedene Bestrahlungsfelder angesetzt. Tritt auch nach der vierten Bestrahlungsserie kein Erfolg ein, so muß operiert werden. Die früher vielfach ausgesprochene Befürchtung, daß nach Struma-Bestrahlungen Verwachsungen auftreten, die die Operation erschweren, bestehen zum mindesten bei der heutigen Bestrahlungstechnik nicht mehr zu Recht. Nebenschädigungen sind bei der Röntgenbestrahlung nicht zu befürchten.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

49., H. 1/2. Oktober 1926.

◆ Ueber Frostschäden. Victor Klingmüller und Otto Dittrich.
◆ Die Angina syphilitica im Lichte neuzeitlicher Tonsillenforschung. H. Sowade.
Zur Klinik der Hyphomykosen, insbesondere der dyshidrosiformen Epidermophytien. Zugleich ein Beitrag zur regionären Verbreitung der Hyphomyzeten: die Pilzflora Oberbadens. Philipp Keller.
◆ Ueber die Einteilung der myeloisch-leukämischen Erkrankungen der Haut vom dermatologisch-klinischen Gesichtspunkte.
◆ Ueber die diagnostische Verwertung von Kernveränderungen der weißen Blutzellen bei der Syphilis. Waldemar Nathan.

Ueber Frostschäden. Pernionen wurden auffallend häufig bei gut genährten weiblichen Personen gefunden, bei denen auch für Tuberkulose keine Anhaltspunkte bestanden; dafür wird der modernen Bekleidungsmode eine Rolle zugesprochen (kurze Röcke, Florstrümpfe, Halbschuhe). Die Grundlage bildet eine primäre Gefäßschwäche, der Prozeß verläuft in drei Stadien, deren erstes an die Follikel gebunden ist und als Pernio follicularis acuminatus bzw. planus bezeichnet wird. Durch Ausbreitung der Gefäßveränderungen in der Umgebung kommt es zu diffusen Rötungen und Infiltraten, es entwickelt sich als zweites Stadium der eigentliche Pernio und als drittes der ulzerierte Pernio. Die Gefäße des meist reichlichen Fettgewebes zeigen oft stärkere Veränderungen als den klinischen Befunden der oberen Hautschichten entspricht; möglicherweise kommt es dadurch zu einer Aenderung des Fettzelleninhaltes und Störung der Rolle des Fettgewebes als Kälteschutz.

Die Angina syphilitica im Lichte neuzeitlicher Tonsillenforschung. Wenn man die syphilitischen Anginen im eigentlichen Sinne (unter Ausschluß einfacher Erytheme sowie der Plaques der Mundschleimhaut) betrachtet, so gleichen sie im klinischen Befunde und den eventuellen begleitenden Allgemeinerscheinungen den Anginen anderer Herkunft; auch Pröpfe kommen bei ihnen vor. Sie stehen nicht der Roseola der Haut gleich, sondern stellen eine parenchymatöse Entzündung dar, und zwar des gesamten lymphatischen Rachenringes. Bei syphilitischer Allgemeininfektion sind sie häufig die erste, oft die alleinige Manifestation. Darin liegt der Ausdruck der auf dem Blutwege erfolgten Infektion des gesamten Organismus, es handelt sich um eine Abwehrtätigkeit des Organismus gegen die Infektion. Rezidive sprechen dafür, daß erneut Spirochäten in den Blutkreislauf gelangt sind, gegen die das lymphatische Gewebe des Rachens eine Reaktion aufweist. In solchen Fällen, aber auch in Fällen ohne Entzündungserscheinungen des Rachenringes ließen sich durch Punktion aus der Tiefe einwandfreie Pallidae nachweisen, wobei bisweilen die WR negativ war. Es könnte daher zur Ergänzung der Seroreaktion unter Umständen die Spirochätenentnahme aus der Tiefe herangezogen werden.

Ueber die Einteilung der myeloisch-leukämischen Erkrankungen der Haut vom dermatologisch-klinischen Gesichtspunkte. Es lassen sich drei schärfer umschriebene Gruppen unterscheiden: 1. Auf Haut und Schleimhaut tumorbildende myeloische Leukämie. 2. Erythrodermien. 3. Mischexanthem von ausgesprochen chronischem Charakter (sehr ähnlich der Prurigo lymphatique).

Ueber die diagnostische Verwertung von Kernveränderungen der weißen Blutzellen. Die von Antoni mit dem Ringoldverfahren dargestellten (hier mehrfach referierten) Kernveränderungen (bes. sog. Gangbildung) gestatteten zwar in über 85% von Syphilis die richtige Diagnose, gaben jedoch andrerseits 81% positive Befunde, also falsche Diagnosen bei Nichtsyphilitikern. Die Veränderungen sind also für Syphilis nicht pathognomonisch.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 44, 30. Oktober 1926.

Karzinom als Komplikation von Lupus erythematosus. G. Nobl und Wolfgang Löwenfeld.
Ein Fall von Ulcus vulvae acutum (Lipschütz). E. Delbanco.
◆ Herpes zoster nach Röntgenbestrahlung. H. Th. Schreus.
Ueber die Nierenschädigung durch Wismut. F. Dietel.
Fixpunkte in der Geschichte der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Hans Haustein.

Herpes zoster nach Röntgenbestrahlung. Ungefähr 40 Tage nach einer Bestrahlung der linken Halsseite wegen Hodgkinschen Granuloms trat ein Zoster im Bereiche des linken Zervikalganglioms 2 und 3 auf. Es handelt sich um einen der nach Traumen auftretenden Fälle; eine spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen ist dabei auszuschließen. Die Erklärung derartiger Fälle ist so zu geben, daß durch ein geringes Trauma eine latente Zosterinfektion oder -bereitschaft zum Ausbruch gebracht wird.

83., Nr. 45, 6. November 1926.

Zur Kasuistik der Fox-Fordyceschen Krankheit. A. Lenz.
◆ Metastatische Augenerkrankungen bei Gonorrhoe. Breiger.
Beiträge zur Biologie der Spirochaeta pallida. W. Leipold.

Metastatische Augenerkrankungen bei Gonorrhoe. Als metastatische, gonorrhoische Augenerkrankungen sind Iridozyklitis und Konjunktivitis sicher gestellt. Erstere zeigt einen akut auftretenden, mit Exsudation verbundenen Entzündungszustand. Es besteht eine große Neigung zu mitunter, wenigstens teilweise sich dauernd ausfixierenden Verklebungen, wodurch sich ein Sekundärglaukom ausbilden kann; auch kann durch Organisation der im Bereiche des Pupillargebietes auf der Linsenkapsel niedergeschlagenen Fibrin- massen eine Pupillarmembran entstehen. Charakteristisch für die gonorrhoische Grundlage ist ein häufiges Rezidivieren, häufg ist Kombination mit Arthritis. Die Fälle betrafen sämtlich Männer. Veranlassend sind besonders chronische Erkrankungen der Posterior, zumal der Prostata. Der Zusammenhang mit Gonorrhoe muß durch positiven Gonokokkenbefund (oft erst nach Provokation) sichergestellt werden. Die Provokation kann die entzündlichen Erscheinungen zunächst steigern, doch ist dabei keine Gefahr, da durch parenterale Milchtherapie schneller, oft schlagartiger Rückgang der Erkrankung bewirkt wird. Die metastatische Konjunktivitis kann schon im akuten Stadium der Infektion auftreten, stets Kombination mit Arthritis; als eigentümlich ist bei der metastatischen, gonorrhoischen Konjunktivitis eine Beteiligung des subkonjunktivalen Gewebes zu beobachten. Als metastatisch darf die Konjunktivitis nur angesehen werden, wenn im Abstrich keine Gonokokken enthalten sind.

Ernst Levin, Berlin

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 43.

Ergebnisse der Konstitutionsforschung und ihre Beziehungen zur Chirurgie. A. Ritter.
Erwiderung zu dem Aufsatz des Herrn Prof. Tièche: Einige kritische Bemerkungen zur Theorie des Neonnitarismus von Pocken und Varizellen in Nr. 33 dieser Wochenschrift. H. Sahli.
• Ueber die Verwendungsmöglichkeit der Blutkörperchensenkungsreaktion in der Orthopädie. A. Siedler.
• Beitrag zur Sanocrysinbehandlung bei Lungentuberkulose. C. Meili.
• Behandlung der primären Netzhautablösung. P. Bolle.

Ueber die Verwendungsmöglichkeit der Blutkörperchensenkungsreaktion in der Orthopädie. Bei der Einfachheit ihrer Durchführung erweist sich die Blutkörperchensenkungsreaktion 1. als praktisches diagnostisches Hilfsmittel, besonders in der Frühdiagnose von Knochen- und Gelenktuberkulose, wobei der komplexe Charakter der Reaktion deren Verwertung aber nur im Zusammenhang mit den übrigen klinisch-diagnostischen Hilfsmitteln erlaubt, 2. als wertvoller Indikator zur Beurteilung des Krankheitszustandes, indem sie vor allem über die Aktivität oder Inaktivität des infektiösen Prozesses Aufschluß gibt und uns damit objektive Anhaltspunkte für unser therapeutisches Vorgehen bietet.

Beitrag zur Sanocrysinbehandlung bei Lungentuberkulose. Nach Untersuchungen an 8 Fällen verschiedener Formen von Lungentuberkulose hält es Verf. für äußerst unwahrscheinlich, daß im Sanocrysin ein spezifisches Tuberkuloseheilmittel vorliegt. Jedenfalls muß bei seiner Anwendung vor gefährlichen Vergiftungserscheinungen gewarnt und zur Vorsicht gemahnt werden.

Die Behandlung der primären Netzhautablösung. Die düstre Prognose der primären Netzhautablösungen erhellt sich beträchtlich durch subkonjunktivale Natriumchlorininjektionen verschiedener Konzentration, appliziert am Orte der Ablösung und an seinem Gegenpol. Die osmotische Wirkung dieser Injektionen ist so offensichtlich und so schnell, daß der Kranke schon am Tage nach der Einspritzung eine wesentliche Besserung spürt.

Die Radikalheilung dieser gefürchteten Krankheit liegt also durchaus im Bereich des Möglichen. Indessen müssen gewisse Voraussetzungen dabei erfüllt sein: a) es darf sich nur um primäre Ablösungen handeln; b) diese Ablösungen dürfen höchstens 3-4 Wochen zurückliegen; c) sofort nach Diagnosenstellung muß der Kranke ruhig gelagert und die Behandlung schleunigst eingeleitet werden; d) es darf dieser Behandlungsweise kein anderes Medikament oder kein chirurgischer Eingriff voraufgegangen sein; e) der Arzt, der Kranke und seine Umgebung dürfen niemals vergessen, daß die Ablösung eine schwere körperliche Schädigung bedeutet, die einer mehrwöchentlichen absoluten Ruhe in Rückenlage bedarf.

Held.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

70., zweite Hälfte, Nr. 16, 16. Oktober 1926.

• Vakzinebehandlung bei Keuchhusten. Vechtmann.
• Krankheit und Erblichkeit. Hagedorn-Vorstheuvel, La Brand, Hagedorn.
Ein Fall von Krebs der Papilla Vateri. Hingst.
Ein Fall von lateraler Halsfistel. Huizinga.

Vakzinebehandlung bei Keuchhusten. Verfasser hat 54 von 63 behandelten Kindern total gesund werden sehen. Von den übrigen neun wurde bei zweien überhaupt kein Erfolg gesehen. Einer wurde nach der ersten Einspritzung besser, aber dann machte er keine Fortschritte mehr. Von den fehlenden sechs besserten sich zwei, aber genasen nicht ganz. Vier entzogen sich auf Rat eines Medikus der Fortsetzung der Behandlung. Es waren Jungen aus einer Familie, der Vater hatte um Hilfe gebeten, weil die Eltern die ganze Nacht aufbleiben mußten, weil die Anfälle der vier Kinder dauernd abwechselten. Ferner waren vier prophylaktisch behandelte Kinder von der Krankheit frei geblieben, obwohl sie nicht isoliert wurden.

Bei den meisten Fällen wurden zwei bis drei Injektionen gemacht, fast nie mehr, aber in keinem Falle mehr als fünf. Jetzt gibt Autor von Beginn an 3000 Millionen Keime etwa jeden zweiten Tag. So behandelte er seine 27 letzten Patienten, von denen 26 genasen, einer nicht gebessert wurde. Das Material setzte sich durchaus nicht nur aus leichten Fällen zusammen, denn in einer Familie mit vier Kindern wurden zwei vom Autor behandelt, und die Mutter hielt das Verfahren für zu teuer, um alle vier spritzen zu lassen. Sie suchte also die beiden schwächsten Kinder aus, diese erhielten zwei Injektionen, die anderen keine. Die beiden Behandelten zeigten einen viel besseren und abgekürzten Verlauf, als die Unbehandelten. Ein anderes Kind bekam nach einigen Monaten ein Rezidiv, die Immunität scheint demnach nicht sehr lange anzuhalten. Der Verfasser meint, daß man die Eltern mit viel mehr Energie auf die Vakzinebehandlung des Keuchhustens hinweisen soll.

Krankheit und Erblichkeit. Eigenschaften von Organismen werden nicht vererbt. Eigenschaften, bleibende und vorübergehende, also auch Abweichungen und Krankheiten, entstehen durch die Art und Weise, wie sich ein Individuum aus dem Keim entwickelt und sich ferner unter allen einwirkenden Umständen erhält. Dieses Verhalten ist die Resultante einer sehr großen Anzahl von Faktoren, von denen einige, die „Gene" von Eltern auf Kinder vererbt werden, während alle anderen Faktoren die „Umgebung" im weitesten Sinne des Wortes darstellen.

Zwischen sogenannten erblichen und sogenannten exogenen Krankheiten ist kein Unterschied. Auch im Entstehen der ersteren spielen allerlei nicht vererbte Entwicklungsfaktoren eine Rolle, und auch beim Entstehen der letzteren, sogar von Traumen und Infektionskrankheiten. ist die Konstitution von größter Bedeutung. Möglicherweise lernt man auch bei Infektionskrankheiten, wo ein bestimmter und bekannter Mikroorganismus ein notwendiges Glied in der Kette von Ursachen ist, noch das Bestehen erblicher Faktoren kennen, die in bestimmten Fällen eine Entscheidung über Krank- oder Nichtkrankwerden, haben. Wenn die Erkenntnis von dieser Möglichkeit auch nicht zu einer fatalistischen Auffassung von solchen Krankheitsprozessen führen darf, kann sie doch bei verständiger Wertung dazu beitragen, die Bekämpfung dieser Krankheiten rationeller und zweckmäßiger zu gestalten.

Nr. 17, 23. Oktober 1926.

• Einige Uebereinstimmungen im Stoffwechsel der Krebszellen und Entzündungsleukozyten. Bakker.
Entfernung der Nachgeburt in Seitenlage. Geel.
• Ein Fall von einseitiger Neuroretinitis mit Sternfigur in der Makula nach Influenza. Schaly.

Einige Uebereinstimmungen im Stoffwechsel der Krebszellen und Entzündungsleukozyten. Die Versuche zeigten dem Verfasser, daß die Exsudatzellen über zwei verschiedene Energiequellen ver- fügten. Sie sind ebenso wie alle normalen Gewebe imstande, auf oxydativem Wege das Nährmaterial abzubauen, andererseits be- sitzen sie aber das Vermögen, durch Gährungsprozesse Widerstand zu leisten. So wird dafür gesorgt, daß die Zellen unter sehr verschiedenen Bedingungen ihre Funktionen erfüllen können.

Die, vom Verfasser untersuchten Exsudatzellen konnten auch bei Anwesenheit von Sauerstoff Glykose in Milchsäure spalten. Dies also im Gegensatz zu Warburg, der die Behauptung aufgestellt hat, daß diese Eigenschaft charakteristisch für die ungeordnet wach- senden, bösartigen Geschwülste, wie Karzinom und Sarkom, sein soll. Wann und in welcher Zeit die Leukozyten die Eigenschaft erwerben, auch aerobe Glykose zu spalten, ist unbekannt. Das Knochenmark zeigt nämlich nach Warburg diese Eigenschaft noch nicht. Vielleicht entwickelt sich diese Fähigkeit erst allmählich als ein Vorgang der Anpassung an das neue Milieu. Aber es kann auch sein, daß die Leukozyten schon im Blut zu der aeroben Glykolyse imstande sind. Diese Frage muß noch offen bleiben.

Ein Fall von einseitiger Neuroretinitis mit Sternfigur in der Makula nach Influenza. Das Merkwürdige an dem Fall war, daß keine Albuminurie bestand. Es handelte sich keineswegs um Hypercholesterinämie oder Urämie. Die binokuläre Untersuchung mit dem großen Ophthalmoskop von Gullstrand bei zwanzigfacher Vergrößerung ergab, daß die Veränderungen mit denen der Neuritis albuminurica übereinstimmten. Es handelt sich offenbar um eine Reihe schädlicher Einflüsse, die diese Retinitis in Sternfigur hervorbringen können.

Nr. 18, 30. Oktober 1926.

✦ Moderne Auffassungen über das Krebsproblem. De Josselinde Jong.
Ueber die Inkubationszeit von Erythema infectiosum. Hanneman.
✦ Insulin als Hilfsmittel bei Mastkuren und Ermüdungszuständen. Peutz.
Gelbsucht als Folge langdauernden Atophangebrauchs. Klinkert.

Moderne Auffassungen über das Krebsproblem. Was veranlaßt die Charakterveränderung der normalen Zellen zu Krebszellen? Seit Mitte des vorigen Jahrhunderts bis auf den heutigen Tag hat man versucht, diese Frage auf mikroskopischem Wege zu lösen, ohne daß eine Antwort möglich gewesen wäre. Aber man hat so die unglaubliche Verschiedenheit in Entwicklung, Wachstumsart, Bau und Verbreitung dieser Geschwulste gelernt. Tausende von Karzinomen hat Redner gesehen, aber es vergeht keine Woche, daß er nicht wiederum neue Strukturbilder, überraschende Erscheinungen und Formverschiedenheiten wahrnimmt.

Zwischen 1890 und 1900 suchte man immer wieder den Krebsparasiten. Viele wurden beschrieben, kein einziger hielt stand. Im Beginn dieses Jahrhunderts folgte dann die Periode des überimpfbaren Mäusekrebses.

Bei der Maus war nämlich eine Krebsgeschwust gefunden worden, die sich von einem Tier aufs andere überimpfen ließ. Man verfolgte nun das Wachstum kleiner Geschwülste zahllose Mäusegenerationen hindurch. Auch hoffte man, Tiere gegenüber dem Tumor immunisieren zu können. Aber dies gelang nicht und die Frage der Ursache des menschlichen Krebses blieb ebenso dunkel, wie zuvor. Nun folgten zwei Strömungen: Die eine sieht im Karzinom einen parasitären, durch ein tierisches oder pflanzliches Agens verursachten Prozeß. Demgegenüber steht die biologische Richtung, die an einen fortgesetzten Reiz als Ursache festhält.

Redner geht nun auf sämtliche Arbeiten dieser beiden Richtungen sehr ausführlich ein, setzt auch die hier bereits referierten Arbeiten von Gye auseinander, schildert die Teerpinselungen der Japaner, das Rouxsarkom, Carells Indolsarkom. Die Untersuchungen mit Indol haben bewiesen, daß dieser im normalen Körper vorkommende Stoff unter bestimmten Umständen imstande ist, normale Gewebselemente in Sarkomzellen zu verwandeln. Diese Auffassung ist ein Bindeglied zwischen der parasitären und der biologischen Auffassung.

Ueber die Frage der Erblichkeit des Krebses sind in den letzten zwölf Jahren von einer amerikanischen Untersucherin, Maud Slye, hervorragende Arbeiten gemacht worden. Sie versuchte in ihrem Stall an mehr als 20000 Mäusen dieser Frage näherzukommen. Sie züchtete Stämme, bei denen Krebs, und andere, bei denen kein Krebs vorkam. Inzucht und Kreuzung erwiesen, daß sich die sogenannte Krebsanlage genau so verhielt, wie es nach Mendels Erblichkeitsgesetzen zu erwarten gewesen wäre. Die Krebsanlage verhält sich als ein rezessiver, die Krebsabwehr als ein dominanter Faktor. Ihre Mäusestammbäume von Krebszellen, krebsfreien und gekreuzten Stämmen geben ein überraschendes Bild. Hier läßt sich eine Lösung der Erblichkeitsfrage beim Menschen voraussehen.

Insulin als Hilfsmittel bei Mastkuren und Ermüdungszuständen. Einige Erfahrungen mit 50 Fällen. Zur Einleitung gab man erst einige Tage hindurch fünf Einheiten Insulin pro Tag, eine halbe Stunde vor der Hauptmahlzeit. Eine viertel Stunde später 30 Gramm Zucker mit Apfelsinensaft. Entsteht nun keine Uebelkeit und dergleichen, dann wird die Gabe auf zweimal täglich fünf Einheiten gesteigert. Genaue Schilderung der Technik. Bettruhe.

Nicht alle Fälle waren günstig. Tatsächlich hob sich der Appetit bei einigen und führte zu Gewichtszunahmen. Aber demgegenüber stehen auch resultatlose Kuren und solche, die nur langsam und unvollkommen reagierten oder bei denen die Zunahmen doch keine Hebung des Allgemeinbefindens bewirkten.

K. Heymann, Berlin.

Acta chirurgica scandinavica.

61., Fasc. I.

Eine Schiene zur Behandlung von Oberarmbrüchen. Carl Semb.
✦ Two Cases of Concretions in the Pancreas. Einar Perman.
✦ Zwei Fälle von Ulcus ventriculi im Kindesalter. Nikolai Paus.
Ein Fall von Patella bipartita. Nikolai Paus.
✦ Studien über die sog. Invaginatio ileocoeaclis. H. Lavesson.
On Haemangiomata in the Spinal Column. Einar Perman.

Two Cases of Concretions in the Pancreas. Mitteilung zweier Fälle, bei denen sich sekundär im Anschluß an Pankreaskonkremente ein Karzinom entwickelt hat. In der Literatur befinden sich ungefähr nur etwa 10 Fälle von Pankreastumoren, die im Anschluß an Konkrementbildung beobachtet wurden. In den beiden vorliegenden Fällen lagen die Konkremente im Lumen des hochgradig dilatierten Pankreasganges.

Zwei Fälle von Ulcus ventriculi im Kindesalter. Das Auftreten des Ulcus ventriculi im Kindesalter ist außerordentlich selten. Seine Diagnose ist schwierig und wird meistens erst bei der Operation gestellt. Verf. hat zwei Kinder, und zwar Knaben im Alter von 9 und 14 Jahren, wegen eines Ulcus ventriculi operiert. Bei beiden Patienten handelte es sich um tief in das Pankreas gehende Geschwür mit tumorähnlicher Infiltration. In einem Falle wurde das Ulkus reseziert, im anderen Fall durch Gastroenterostomie Heilung erzielt.

Studien über die sog. Invaginatio ileocoecalis. Auf Grund eigener Erfahrungen und aus Mitteilungen in der Literatur stellt Verf. fest, daß die Invagination des Ileozoekaltraktus am häufigsten vorkommt. Bei Säuglingen ist sie fast die einzige Invaginationsform. Im Kindesalter ebenfalls recht häufig. Auch bei Erwachsenen kommt sie vor. Die Invaginationsformen des Ileozoekaltraktus allgemein als Invaginatio ileocoecalis zu bezeichnen, hält Verf. für unrichtig und unterscheidet 4 Formen: 1. Invaginatio coecalis (Invagination des Zoekums allein); das Ileum ist dabei an normaler Stelle; 2. Invaginatio coecoilea-colica (die Zoekalinvagination hat sich weiter entwickelt und das Ileum mit sich in das Kolon hinaufgezogen); 3. Invaginatio ileo-colica (Invagination des Ileums in das Kolon, das Zoekum ist an seinem Platze geblieben); 4. Invaginatio ileocoeco-colica (das Ileum hat das Zoekum mit in das Kolon hinaufgezogen). Von diesen Formen kommt Typus 2 bei weitem am häufigsten vor. Als die gewöhnlichste Ursache der Invagination sieht Verf. die ödematös entzündliche Veränderung der Schleimhaut an. Diese Veränderung kommt am häufigsten im Zoekum vor und Natur des Zoekums als Sackgasse bedingt. Wenn auch zweifelsohne durch unblutige Behandlung schöne Erfolge erzielt worden sind, gehört die Darminvagination doch dem Chirurgen. Je frühzeitiger operiert wird, desto größer ist die Aussicht auf Heilung. Bei 24 Fällen, die Verf. operierte, ist stets Heilung zu verzeichnen gewesen.

Gohrbrandt.

Orvosi hetilap.

Nr. 40, 3. Oktober 1926.

Ueber die anderen, mit der otogenen Sinusthrombose verbundenen Komplikationen auf Grund des Krankenmaterials der letzten zehn Spitalsjahre. Germán.
✦ Augenhöhlenbildung. Csapody.
Ueber den Phenolaseinhalt des Blutserums unter normalen und pathologischen Umständen. Melczer.
Ueber die katalytische Wirkung des Säuglingsblutes. Török.
Ueber die praktische Bedeutung der Meinickeschen Trübungsreaktion. Szirmay.
Zwei Fälle der seltenen Komplikationen der Gallensteinkrankheit. Sailer.
Ein Fall der Drillingsgeburt. Kováts.
Die charakteristischen Kolloidkurven der Julius Kißschen Goldsolreaktion. Szabó.

Zusammenfassende Besprechungen:

Die Bekämpfung des Trachoms in Aegypten. Grosz.
Die Richtlinien der Dawosschen Schule bei der Aufstellung der Indikation des Pneumothorax bei Lungentuberkulose. Blasko.

Augenhöhlenbildung. Es ist immer eine schwere, aber sich lohnende Aufgabe, die durch Trauma oder Verbrennung zugrunde gerichtete Augenhöhle für ein künstliches Auge geeignet zu gestalten. Die Regeln, nach denen wir uns heutzutage richten, sind: 1. die pünktliche Entfernung der Narben, 2. die Errichtung einer Wundbasis (geeignet sind dafür die fixierten Orbitalmuskeln), 3. machen wir einen großen Raum, 4. der transplantierte Stoff muß so fixiert werden, daß die Schrumpfung einen Gegenhalt hat.

Mit der Schrumpfung müssen wir richtig rechnen. Nur ein so großes Transplantatum genügt zur Fütterung der Orbita, welches frisch darin gar nicht Platz hat. Deshalb operieren wir immer zweimal. Zur Bildung je eines Uebergangs nimmt Verfasser einen so großen Hautlappen, welcher in der Gegend des zweiten Uebergangs anfängt und die Basis bedeckend am Rand der Orbita fixiert ist. In ein paar Wochen wird auf dieselbe Weise auch der andere Uebergang gebildet. Die Schrumpfung hat einen freien Raum, die zwei Hautlappen gleiten voneinander langsam herab und die gebildete Höhle kann sich nicht verengern.

Nr. 41, 10. Oktober 1926.

Erfahrungen auf dem Gebiete der gynäkologischen Chirurgie auf Grund 1000 Laparotomien. Wenczel.

✤ Ueber die anderen, mit der otogenen Sinusthrombose verbundenen Komplikationen auf Grund des Krankenmaterials der letzten zehn Spitalsjahre (II. Teil). Germán.
Die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis mit der bikolorierten Mastix-Reaktion. Deutsch.
Thymus und exsudative Diathese. Vass.
Untersuchungen, die Rolle der Alkalose bei Tetanie betreffend. Hollo, Weiss.
✤ Die Behandlung des Heufiebers auf Grund eigener Erfahrungen. Wein.

Die Behandlung des Heufiebers auf Grund eigener Erfahrungen. Das Heufieber wird heute zur Gruppe der Proteosen oder toxischen Idiopathien gerechnet und mit der Allergie, Anaphylaxie in Analogie gestellt. Die Therapie ist: 1. symptomatische (Kokain-Adrenalin-Optochin-Spray, Kauter, Alkoholinjektionen in die untere Muschel, Septum, Ganglion sphenopalatinum); 2. psychische (suggestive Beeinflussung der allgemeinen Neuropathie); 3. serologische: die passive und aktive Immunisierung. Letztere tritt immer mehr in den Vordergrund. Aus dem Blumenstaub der verursachenden Grassorten werden die Vakzinen hergestellt und prophylaktisch subkutan in wachsenden Dosen gegeben. Verfasser sah sehr gute Erfolge, nur macht er darauf aufmerksam, daß diese Behandlung nicht ganz gefahrlos ist, er sah wiederholt eine sehr schwere Schock-Reaktion. Kontrollieren wir den Kranken den nächsten Tag, und wenn sich eine Lokalreaktion meldet (Urtikarie, Jucken usw.), steigern wir die Dose nicht! Im Gegenteil, wir müssen zur nächsten kleineren Ampulle zurück! Lassen wir den Kranken nach der Injektion vorsichtshalber eine Stunde lang im Vorzimmer warten! Auf diese Weise vermeiden wir jede Unannehmlichkeit.

Nr. 42, 17. Oktober 1926.

✤ Ist die auf tabetischem Grund auftretende Atrophia nervi optici heilbar? Fazekas, Thurzó.
Die Relationen des Hautpigmentes und Tyrosininhaltes des Blutes. Steiger-Kazal.
Ueber die Spezifizität der Nierenleiden der Syphilitiker. Doros.
Die infolge einer Operation aufgetretenen typhösen Kontakt-Infektionen an der chirurgischen Klinik in Szeged. Pogány.
Ueber die alimentäre Leukozytose. Brief.
Die Dicksche Probe. Toxische Streptokokken bei nicht Scharlachkranken. Intrakutane Immunisierungsversuche. Kramár, Franczisczi.

Ist die auf tabetischem Grund auftretende Atrophia nervi optici heilbar? Die wirksamste Behandlungsmethode ist die Kombination der artefizialen Pneumocephalie (durch Subokzipitalpunktion) respektive endozysternalen Neosalvarsan-Injektionen mit einer intensiven, intravenösen Salvarsan-Quecksilber-Kur. Mit dieser neuen Methode ist es öfter gelungen, die Funktionsfähigkeit der Retina zu heben. Mit der endozysternalen Pneumocephalie, als lokalen Reiztherapie, erzielen wir in jeder Hinsicht bessere Erfolge, als mit der endolumbalen Lufteinblasung.

Die Technik der Methode ist die folgende: wir injizieren dem Kranken (durch Subokzipitalpunktion) wöchentlich abwechselnd Luft (25—40 ccm) und Neosalvarsanlösung (½-2-3-4 mg), unterdessen bekommt er wöchentlich zweimal auch intravenös Neosalvarsan- oder Neosilbersalvarsan + Novasurollösung gemischt. Die endozysternalen Einblasungen und Injektionen werden fünf- bis siebenmal wiederholt; die antiluetische Kur soll eine intensive sein (I. und II. Teil).

Nr. 43, 24. Oktober 1926.

Ist die auf tabetischem Grund auftretende Atrophia nervi optici heilbar? (II. Teil.) Fazekas, Thurzo.
Daten zur Diagnostik der Gallenblasenkrankheiten. Bársony, Friedrich.
Das Blutbild der Influenza-Erkrankungen im Frühjahr 1925. Varga.
✤ Die chronische Nagelentzündung der Zuckerbäcker. Schmidt.
✤ Die Heilung des Erysipels und Anthrax durch intravenöse Urotropin-Injektionen. Jobbágy.

Zusammenfassende Besprechungen:
Ueber die Bedeutung der Geburtsstädte im Kampfe gegen die Syphilis. Kovács.

Die chronische Nagelentzündung der Zuckerbäcker. Die Krankheit ist sehr selten beschrieben worden. Sie ist chronisch, verhältnismäßig wenig unangenehm, so daß indolente Personen sich damit gar nicht an den Arzt wenden. Die Krankheit fängt mit einer kleinen Verletzung an (Manikur!), das Nagelbett schwillt an, brennt, juckt, eitert. Bald werden auch die anderen Nägel angegriffen, sie fallen ab, die neu nachgewachsenen sind glanzlos, ihre Oberfläche ist wellig. Das Leiden dauert jahrelang. Seine Ursache ist der Zuckerstaub, der sich in die Nägel hineinfrißt und dort gärt. Wichtig ist die Prophylaxe: die Handhygiene. Wenn die Krankheit schon Wurzel geschlagen hat, hilft nur der Berufswechsel. Wenn dies nicht möglich ist, erreichen wir mit unserer Therapie (laue Bäder, Antiseptika, Salben) meist nur einen zeitweiligen Stillstand.

Die Heilung des Erysipels und Anthrax durch intravenöse Urotropin-Injektionen. Verfasser behandelte 20 Rotlaufkranke mit intravenösen Urotropin-Injektionen und sah davon auch in den schwersten Fällen gute Erfolge. Er verlor nur einen Kranken infolge anderer Komplikationen (Witium, Pneumonie). Er wendet die Injektionen auch bei Anthrax an. Er gibt dem Kranken (bei ständiger Urinkontrolle) ein- bis zweimal täglich 10 ccm intravenös (40%iger Lösung) Kindern weniger.

Orvosképzés.

Sonderheft 1. Oktober 1926.

✤ Die chirurgischen Beziehungen des Exophthalmus. Verebély.
Daten zum klinischen Verhalten des Hypernephroma. Neuber.
Ueber die Geschwülste des Dünndarmmesenteriums. Matolay.
✤ Ueber die operative Behandlung der Hämorrhoiden. Matolay.
Ueber das Adenom der Glandula parotis. Czirer.
Ueber die selteneren Komplikationen der Appendizitis. Sailer.
Uber das heteromorphe Brustkarzinom. Czeyda-Pommersheim.
Ueber die Geschwülste des Ligamentum teres uteri. Demjanovich
Das primäre Sarkom des Penis. Schmidt.
Ueber die Aktinomykosis der Zunge. Lumnitzer.
Aus dem zervikalen Sympathikus entstandenes Neurofibrom seltener Größe. Borós.
Die Pathologie und Behandlung der Osteosarkome. Krepuska.
✤ Die Diagnostik der Gallenblasenkrankheiten und die Cholezystographie. Valkányi.
Das Rhabdomyosarkom der Hode. Szabo.
Ueber die zervikalen Zysten und Fisteln. Szenthe.

Die chirurgischen Beziehungen des Exophthalmus. Das Hervortreten der Augen aus ihren Höhlen, Exophthalmus genannt, ist ein Grenzgebiet der Chirurgie. Seine Ursachen, seine Natur zu bestimmen ist oft eine der schwersten Aufgaben. Auf Grund seiner Erfahrungen (etwa 400 Fälle) schlägt der Verfasser folgende ursächliche Einteilung vor: I. E. konstitutionalis. II. E. angustus (s. plasticus): die Wände des Orbitalraumes verengern sich infolge einer Entwicklungsanomalie, Akromegalie, Ostitis deformans, Kephalomegalie, Erkrankungen der Nebenräume (Entzündungen, Geschwülste usw. III. E. acutus. 1. Entwicklungsfehler: Mikrophthalmie, Hernia cerebri, Dermoid, Teratom. 2. Trauma: Hämatom, Emphysem, Corpus alienum. 3. Infektion: E. pyogenes per inoculationem, per continuitatem, auf lymphogenem und hämatogenem Wege: E. tuberculoticus (Osteoperiostitis marginalis, Dakryoadenitis tbc., tbc. neurobulbalis, Cellulitis tbc.); E. syphiliticus, E. aktinomykoticus, echinococcus 4. E. angiektaticus; traumaticus (aneurysmaticus, pseudoaneurysmaticus, arteriovenosus) seu idiopathicus: das pathologische Bild entfaltet sich plötzlich ohne jeglichen Grund. E. varicosus (intermittens). 5. E. neoplasticus (Fibrom, Osteom, Neurom, Angiom, maligne Tumoren). IV. E. neuromuscularis, ohne chirurgisches Interesse.

Zur Erleichterung der Diagnose können wir die Symptome auf folgende Weise zweckmäßig gruppieren: 1. das Hervortreten. Seine Seite (ein-, beidenseitig), Grad (E. min. grad-luxatio), Richtung (axialis deviatus), qualität (constans, pulsans, intermittens, recidivans), Entwicklung (langsame-rapide). 2. der Augenbefund. 3. der Schmerz (bulbaris, orbitalis, orbitoparietalis, periorbitalis-spontanea, artefacta). 4. die Entzündung (am Augapfel, an der Bindehaut, an den Augenlidern und um die Augenhöhle herum). 5. Das wichtigste ist das Tasten der verursachenden Geschwulst, auf deren Grund wir eigentlich das klinische Bild des E. klassifizieren können: ein Teil ist mit periorbitalen, ein zweiter mit endoorbitalen Geschwülsten in Verbindung, ein dritter Teil unabhängig. Oft ist die Stellung einer präzisen Diagnose eine Unmöglichkeit, sie lautet nur: Tumor orbitae und der Chirurg ist nur auf die eigene Geschicklichkeit angewiesen. Die Probeeröffnung der Orbita ist eine sehr heikle Aufgabe. Relativ einfach ist die Sache, wenn sie durch periorbitale Incision, oder Ophthalmektomie gelöst werden kann. Die Schwierigkeiten beginnen nur bei der eigentlichen orbitalen Operation, bei welcher wir den Augapfel schonen müssen. Verschiedene Methoden sind bekannt. einen bestimmten Operationstypus gibt es nicht, der Chirurg muß immer den vorhandenen Verhältnissen gemäß handeln.

Die operative Behandlung der Hämorrhoiden. Aus 455 Operationen meint Verfasser folgende Schlüsse ziehen zu können: das Injizieren hat ganz unsichere Erfolge. Die Excision und Kauterisation genügt bei kleinen, oder auch größeren, aber alleinstehenden Knoten. In allen anderen Fällen ist das Whiteheadsche Verfahren an Ort. Die Operation ist keine schwere, heilt aber immer radikal: alle ihre Nachteile, die von Nikiforoff und anderen Gegnern des Verfahrens beschrieben wurden, sind auf eine schlechte Technik zurückzuführen und laut Erfahrung des Verfassers vermeidbar.

Die Diagnostik der Gallenblasenkrankheiten und die Cholezystographie. Zur Verhütung diagnostischer Irrtümer empfiehlt Verfasser die Anwendung der Cholezystographie. 1. Zur Ausschließung einer etwaigen Appendizitis: a) in jedem Falle, wo am Mac-Burneyschen Punkte auf leisen Druck sich Schmerzen melden, b) bei 20—25 Jahre alten Individuen, bei denen die Gallensteinkrankheit eine Seltenheit ist, c) bei asthenischen Individuen mit feststellbarer Gastroptose, d) bei nervösen, hysterischen Kranken, deren Behauptungen unverläßlich sind. 2. Wenn von der Differenzierung eines Nierenleidens die Rede ist und die Pyelographie einen negativen Erfolg hat. 3. Bei jeder inoperierbar erscheinenden Geschwulst in der Gallenblasengegend (ein Verschluß-Stein). 4. Bei diffuser Lebergeschwulst. 5. Bei Gallenblasenentzündungen ohne Steine ist die Verwendbarkeit der Cholezystographie noch nicht ausgearbeitet. 6. Wenn wir die organischen Veränderungen der Gallenblase betreffend in Unsicherheit sind, wenden wir uns an die Cholezystographie. 7. Ebenso bei einem sicher vorhandenen, aber nicht lokalisierbaren Abszeß.

Orosz.

British Medical-Journal.

Nr. 3433, 23. Oktober 1926.

Was schuldet die Medizin der experimentellen Methode Harveys? Bradford.
* Gute und schlechte Ernährungsweise. Mc. Carrison.
Neues Serumpepton beim Asthma. Auld.
Akuter Ileus durch Hydrozephalus des Kindes. Smythe.

Jahresversammlung der Britisch medical Association.

Verhandlung der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.
* Ueber die Ursachen und die Behandlung der Uterusblutung. I. Whitehouse. II. Fletcher Shaw.

Gute und schlechte Ernährungsweise. Ausgedehnte Serienversuche an Ratten beweisen, daß eine Rohkosternährung (Weizen, Milch und Milchprodukten, junges Gemüse, ungekochte Vegetabilien und Früchte, nur gelegentlich Fleisch) an Nährwert bei weitem eine Kost übertrifft, welche hauptsächlich aus Weißbrot, gekochtem Gemüse, Büchsenfleisch, Marmelade, Margarine usw. besteht. Diese Versuche bestätigen die Erfahrungstatsache, daß gewisse unter ähnlichen klimatischen Verhältnissen lebende Stämme des indischen Berglandes an körperlicher Leistungsfähigkeit bei einfacher Rohkost dem „Kulturmenschen" bei weitem überlegen sind. Denn eine monatelang fortgesetzte „Weißbrot-Tee-Zucker-Diät" führte zum Wachstumsstillstand und zur erhöhten Krankheitsbereitschaft. Besonders als Ursache der so häufigen Magendarmerkrankungen dürfte diese falsch zusammengesetzte Diät eine große Rolle spielen. Als schädigender Faktor tritt noch die Einwirkung der gebräuchlichen Konservierungsmittel hinzu (Borsäure, Formaldehyd, schweflige Säure), welche die Kulturwelt in erheblichem Umfange anwendet.

Ueber die Ursachen und die Behandlung der Uterusblutung. Für die Pathologie und Therapie der Uterusblutung ist eine genaue Kenntnis der physiologischen Blutung, der Menstruation, notwendig. Die Menstruation stellt die jeden Monat eintretende Ausstoßung der Dezidua eines nicht befruchteten Ovulums dar. Die prämenstruell umgewandelte Uterusschleimhaut wird zur menstruellen Dezidua. Entwicklung und Lebensdauer der Schleimhaut sind vom Corpus luteum abhängig. Der menstruelle Abort wird durch den Eitod und die Rückbildung des Corpus luteum ausgelöst. Das Sekret der Uterusdrüsen führt zur Autolyse der nekrotischen Dezidua und zu einer fast völligen Auflösung der gebildeten Blutgerinnsel. Wahrscheinlich wird diese Sekretion der Uterusdrüsen angeregt durch den beim Follikelsprung freigewordenen und vom Peritoneum resorbierten Liquor. Jedenfalls ist dieser akzessorische Vorgang gänzlich von der menstruellen Blutung zu trennen, deren Eintritt von anderen Faktoren bestimmt wird. Entgegen der lange bestehenden Meinung ist das Bestehen der Menstration für das Zustandekommen einer Schwangerschaft nicht notwendig, wie es die Fälle von Gravidität während der Laktation, in der Menopause und bei pathologischer Amenorrhoe beweisen. Für die Periodizität im menstruellen Zyklus sind innersekretorische Einflüsse von großer Bedeutung. Vor der Pubertät werden die Follikel des Eierstocks atretisch und in Corpora restiformia umgewandelt. Unter Einfluß des Schilddrüsensekrets beginnt die Reifung des ersten Eifollikels, mit dessen Sprung und Umwandlung in das Corpus luteum der sexuelle Zyklus seinen Anfang nimmt. Für die Tätigkeit der Schilddrüse spricht der prämenstruelle Anstieg des Grundumsatzes, dem ein sofortiger Abfall nach Ablauf dieser Phase folgt. Beachtenswert sind neuere Untersuchungen über die willkürliche Erzeugung der Menstruation beim Menschen. Bei einer normal Menstruierten gelang es, bei einer Laparotomie ein gut entwickeltes Corpus luteum aus dem rechten Ovar zu entfernen. 40 Stunden nach der Operation, am 18. Tage des menstruellen Zyklus, setzte unter den typischen Allgemeinerscheinungen eine regelrechte Menstruation ein. Die Uterusschleimhaut bot — wie eine am zweiten Tage der künstlichen Menstruation ausgeführte Ausschabung des Uterus erwies — die entsprechenden histologischen Veränderungen.

Die pathologischen Uterusblutungen lassen sich in vier Gruppen einteilen. Die Blutungen können zu häufig eintreten, sie können sich zu lange hinziehen, der Blutverlust kann zu stark sein und endlich können die Blutungen sich ganz unregelmäßig einstellen. Die zu häufige Uterusblutung, die Epimenorrhoe, bedeutet das klinische Manifestwerden einer über die Norm gesteigerten Tätigkeit der Sexualorgane. Die in solchen Fällen meist polyzystisch degenerierten Ovarien liefern rasch zugrundegehende Eier, deren Untergang den menstruellen Abort auslöst. Bei längerem Bestehen dieser Ueberproduktion wird die Uterusschleimhaut hyperblastisch. Am Beginn und am Ende der Menarche ist die Epimenorrhoe physiologisch. Durch Kurettage läßt sich die ursächliche Störung, die unregelmäßige Ovulation mit der Aufhebung des Zyklus als Folge, natürlich nicht beseitigen. Viel eher kommt eine therapeutische Beeinflussung der innersekretorisch auf das Genitale einwirkenden Organe in Frage. So sind derartige unregelmäßige Blutungen nach Einsetzen der Pubertät und in der Menopause durch Schilddrüsenbestrahlung mit zufriedenstellendem Erfolg behandelt worden. Auch die Injektion von Corpus luteum-Extrakten wirkt durch Hemmung der Ovulation günstig.

Bei der Menostasis, der zu lange dauernden Mestruation, finden sich charakteristische Veränderungen der Uterusschleimhaut. Das Endometrium zeigt an verschiedenen Stellen der Uteruswand eine wechselnde Beschaffenheit. Neben der typischen postmenstruellen Phase findet sich eine ausgeprägte prämenstruelle Dezidua oder die oberflächliche Nekrose der Menstruationsperiode. Die Pathogenese, der Zusammenhang mit der Corpus luteum-Bildung ist unklar. Häufig bringt eine Kurettage die Heilung.

Die Menorrhagie ist das Resultat der verschiedensten Faktoren, welche zu einer „uterinen Insuffizienz" führten. Sie kann durch Entwicklungsstörungen, durch entzündliche oder degenerative Veränderungen zustande kommen, welche die Muskelschicht oder die Schleimhaut betroffen haben. Gewöhnlich ist die Menorrhagie mit einer Subinvolution und chronisch entzündlichen Vorgängen in der Uteruswand verbunden. Auch allgemeine Schwäche oder Anämie, überhaupt jeder Krankheitszustand, welcher der normalen Uteruskontraktion entgegenwirkt oder zu einer uterinen Stauung führt, können den menorrhagischen Typus der Uterusblutung hervorrufen. In leichten Fällen genügt die Erzeugung einer Hyperblasie der Uterusschleimhaut durch wiederholte Ausschabungen zur Stillung der Blutungen, so bei den Pubertätsmenorrhagien. Nach der Menopause, wo Fibrose und Atrophie der Uterusmuskulatur diesen Blutungstypus entstehen lassen, ist die intrauterine Applikation von Radium das beste therapeutische Mittel, welches das blutende Gewebe zerstört.

Von der unregelmäßig eintretenden menstruellen Blutung ist die an keinen ovariellen Zyklus gebundene Metrostaxis streng zu trennen, bei welcher die Blutung selbst charakteristische Eigenschaften aufweist (Abgang hellroter, mit Klumpen untermischter Blutmassen). Die Uterusschleimhaut ist gewöhnlich hypertrophisch. Wie weit diese Hypertrophie kompensatorisch auftritt oder als Folge der chronischen Hyperämie des Endometriums im Verein mit pathologischen Vorgängen bei der Ovulation, läßt sich noch nicht entscheiden. Sicherlich ist die Metrostaxis — viel häufiger als angenommen wird — nur Endeffekt der verschiedensten, von anderen Organen ausgehenden Reize auf den Uterus. In einer großen Zahl von Fällen ist Hyperthyreoidismus oder eine Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem anzutreffen. Gelegentlich sind mit Röntgenbestrahlung der Schilddrüse auffallende Erfolge zu erzielen.

Biberfeld.

Il Policlinico, Sez. med.

33., Nr. 10, 1. Oktober 1926.

Agranulocytose und Monocytose als Blutbefunde einiger klinischer Formen von Sepsis. Gamna.
Multiple terminale Gehirnblutungen in einem Falle chronischer Leukämie. Rocchi.
* Röntgenbehandlung eines Falles von Morbus Vaquez. Milani.
* Der Wert der Enzymreaktion in der Serodiagnose der Syphilis. Lucherini.

Röntgenbehandlung eines Falles von Morbus Vaquez. Bericht über einen Fall von Polycythämia rubra vera mit erheblich vergrößerter, glatter Milz. Nach 4 Röntgenbestrahlungen des Sternum und der Wirbelsäule erzielte Verf. zwar eine erhebliche Verminderung der Erythrozyten von 12 auf 7,6 Millionen, des Hb, Verkleinerung des Milztumors und Besserung der subjektiven Beschwerden, aber nach 6 Monaten war das alte Krankheitsbild wieder da. Eine neue Serie von Bestrahlungen auf die Tibiae und die Kniegegend brachte abermals eine Verminderung der Erythrozyten bis auf 6½ Millionen und Besserung aller subjektiven und objektiven Symptome, die sich bis jetzt nach Jahresfrist erhalten haben. Das bestätigt die Hypothese, daß das für die Krankheit verantwortliche Organ das Mark der langen Knochen ist. In keinem Fall wird die Pathogenese der Krankheit durch eine verringerte Erythrolyse oder durch eine primäre Milzerkrankung bestimmt.

Der Wert der Enzymreaktion in der Serodiagnose der Syphilis. Rebaudi erklärte kürzlich seine Enzymreaktion für spezifisch bei Syphilis. Verf. stellte bei Nachprüfung von 62 Sera unter genauer Einhaltung der in den Einzelheiten beschriebenen Technik fest, daß die Enzymreaktion nur 63,60% positive Resultate bei sicher luetischen Personen gab; dagegen fiel sie in 88,88% bei nichtluetischen, an Krankheiten der Leber und Gallenwege leidenden Personen und sogar in 16,60% bei nichtluetischen Personen mit gesunder Leber positiv aus.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. chir.

33., Nr. 10, 15. Oktober 1926.

- * Der primäre, supraphrenische Megaoesophagus. Angelelli.
- Die Pagetsche Krankheit der Brustwarze. Sechi.
- Ueber einen Fall von Melanokarzinom der Haut. Speciale.

Der primäre, supraphrenische Megaoesophagus. Verf. bezeichnet mit diesem Namen Fälle von idiopathischer Oesophagusdilatation, bei denen die Erweiterung oberhalb des Zwerchfells sitzt, der abdominale Teil des Oesophagus nicht dilatiert ist und die Kardia keinen Anteil an der Aetiologie des Krankheitsprozesses hat, die also nichts mit Kardiospasmus zu tun haben. Er bringt zwei an Hand von Röntgenbildern vor und nach der Operation demonstrierte Fälle, die Taddei auf Grund obiger pathogenetischer Ueberlegungen operierte. Im ersten Fall zeigt der Oesophagus einen Durchmesser von etwa 6 cm, vollkommen regelmäßige, scharf gezeichnete Umrisse und endigt kegelförmig in einem feinen 5 bis 6 cm langen Kanal, dessen engste Stelle gerade am Zwerchfell sitzt. Das Barium ruft eine starke, aber unwirksame Peristaltik hervor und wird zum Teil wieder durch Erbrechen herausbefördert. Ein großer Teil des Bariumrestes befindet sich noch nach 24 Stunden im Oesophagus. Der zweite Fall zeigt ein ähnliches Bild. Die Entstehung des Prozesses ist eine allmählich fortschreitende, was für die Differentialdiagnose wichtig ist. Die primäre Ursache liegt anscheinend in einer anormalen Anordnung, einer Verdickung und Resistenz der sog. Jonnescoschen Bindegewebsfasern zwischen den Oesophaguswänden und Zwerchfell. Die Operation, eine sog. „Oesophagophrenolyse", besteht darin, diese Fasern ausgiebig zu zerreißen, einen möglichst großen Teil des erweiterten thorakalen Oesophagus herabzuziehen, soweit es die Rücksicht auf die Vagusnerven erlaubt, und denselben gut am Zwerchfell zu befestigen. Ein großer, schräger, linksseitiger, subkostaler Laparotomieschnitt und eine gute Beleuchtung mit reflektiertem Licht sind dazu notwendig. Die Prognose ist ohne Operation absolut schlecht, ist zweifelhaft, wenn andere Operationen, wie Gastrostomie, vorangegangen sind. Die Operation selbst ist nicht schwer, nur ist äußerste Vorsicht am Platz, um ein Trauma der Vagusnerven zu vermeiden.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. prat.

33., Nr. 41, 11. Oktober 1926.

- * Klinischer und experimenteller Beitrag zur Heilung der Rachitis mit Zuckerschem Lebertranextrakt. Sabatini.
- Ueber einen seltenen Befund in einem Herniensack. Tureo.
- Erwägungen über eine Statistik von Malariakranken. Clara.

Klinischer und experimenteller Beitrag zur Heilung der Rachitis mit Zuckerschem Lebertranextrakt. In Tierversuchen an Ratten wurde die rachitiserzeugende Wirkung der Pappenheimerschen Diäten 84 und 85 festgestellt, die auch durch längere, tägliche Sonnenbestrahlung nicht beeinträchtigt wurde. Von den mit Zuckerschem Lebertranextrakt behandelten Tieren wurden nur die mit der Diät 84 genährten rachitisch, während die Wirkungen der Diät 85 durch den Extrakt kompensiert wurden. Ersichtlich hängt dies mit dem größeren Gehalt an Nährstoffen (Eiweiß und Fett) der Diät 85 zusammen und scheint zu beweisen, daß der Extrakt nur indirekt durch bessere Ausnützung der Nahrungsbestandteile wirkt. Das erhellt auch aus der röntgenologischen Untersuchung der Knochen schwer rachitischer Kinder, die mit Lebertranextrakt bei einer gemischten normalen Nahrung oder einer an Nährstoffen armen Diät behandelt wurden. Es besteht eine Verschiedenheit zwischen der Wirkung von Lebertran und Lebertranextrakt. Ersterer verhindert bei Zusatz zu den Diäten 84 und 85 im Verhältnis von 2% bei weißen Ratten die Rachitis, was mit obiger Hypothese vereinbar ist. Der Lebertran enthält neben dem antirachitischen Faktor auch die dem Extrakt fehlenden Fettsubstanzen, deren Ausnützung durch jenen ermöglicht werden. Was für die antirachitische Wirkung des Zuckerschen Extrakts festgestellt wurde, gilt auch für seine Wirkung auf das Wachstum von Tieren und Kindern bei einer an Nahrungsstoffen reichen und armen Nahrung. An Röntgenbildern ist die Wirkung auf die Rachitis einer Anzahl von Kindern demonstriert.

33., Nr. 42, 18. Oktober 1926.

- Die Pupillenschwankungen auf Lichtreflex. Santamaria.
- * 500 spinale Anästhesien mit Tutokain. Valdoni.
- * Luminal-Aethernarkose. Millul.
- Nikotin-Intoxikation und Magendarmstörungen. Corinaldesi.

500 spinale Anästhesien mit Tutokain. Sehr zufriedenstellende Resultate. Tutokain ist bei gleicher Dosis viel weniger toxisch als Novokain und hat bei geringerer Dosis die gleichen Wirkungen. Anwendung nur im lumbalen Segment vom 12. Brust- bis 4. Lendenwirbel je nach der Höhe der Operation. Kontraindikation bei Personen unter 18 Jahren, bei Wirbeldeformitäten, bei sehr furchtsamen Menschen und sehr niedrigem arteriellen Blutdruck. Mit einer Dosis von 2 ccm einer 2% Lösung (i. e. 0,04 g), der vor dem Gebrauch 1 ccm einer ¼ pro mille Adrenalinlösung zugesetzt wird, erreicht man eine Anästhesie von 1½ bis 2 Stunden und mehr (vollkommene Unempfindlichkeit des Operationsfeldes; vollkommene Erschlaffung der Bauchwände). Bei kürzeren Operationen genügt die Hälfte der Dosen. Beginn der Anästhesie in 2 Minuten. Vor der Operation und bei Erbrechen während derselben Koffeininjektionen. Kein einziger ernster Zwischenfall. Nur in 2 Fällen leichter Kollaps, der nach Koffein und Kampfer die Beendigung der großen Operation gestattete. In 30% mäßige Kopfschmerzen am folgenden Tage, selten von längerer Dauer. In 80% Temperaturerhöhung am gleichen Abend, Maximum am folgenden Tage, fast nie über 38½%. Hautretention selten bei Frauen, häufiger bei Männern, besonders nach Operationen am Rektum und Anus, meistens nur von 24stündiger Dauer. Vor dem Katheterismus versuche man eine intravenöse Injektion von 2 g Urotropin. In 3 Fällen sah Verf. eine Diplopie (Parese des Rectus externus der einen Seite) von kurzer Dauer.

Luminal-Aethernarkose. Verf. stellte in einer großen Zahl vergleichender Luminal- und Morphium-Aethernarkosen fest, daß das Luminal ein sehr geeignetes Ersatzmittel für das Morphium ist. Ein günstiges Resultat wurde bei 14- bis 15jährigen Kindern mit einer eine Stunde vor der Operation gegebenen Dosis von 10 cg in sehr wenig Wasser erreicht. Bei Erwachsenen ergaben viele Versuche bei den verschiedensten, auch schwersten Bauchoperationen eine optimale Wirkung von 30 cg in ½ Glas Wasser 1½ Stunden vor dem chirurgischen Eingriff. Die Furcht und Aufregung vor der Operation wurden gänzlich ausgeschaltet, die Narkose kann mit kleinen Mengen Aether beginnen, so daß Angst- und Erstickungsgefühl vollkommen vermieden werden, die Atmung bleibt ruhig, und man kommt mit einer sehr geringen Menge des Anästhetikums aus. Erbrechen nach der Operation kommt seltener als bei anderen Narkosen vor, und die Kranken bleiben 2 bis 3 Stunden nach der Operation in leichtem Dämmerungszustand.

33., Nr. 43, 25. Oktober 1926.

- * Ueber eine besondere Eigenschaft des Liquor bei Apoplektikern. Franchini.
- * Therapeutische Versuche mit experimenteller Malariaimpfung. Gerio.
- Beitrag zur Pathogenese der Sklerodermie. Eurico.
- Gleichzeitiges Vorkommen von Cholezystitis und Appendicitis. Cavarzere.
- Zur Verlegung der Larynx als Zeichen einer veränderten Funktionsfähigkeit des Zwerchfells. Bilancioni.

Ueber eine besondere Eigenschaft des Liquor bei Apoplektikern. Verf. fand sehr häufig bei frischen Gehirnblutungen eine beträchtliche, oft extrem starke, reine Polynukleose. Sie beginnt oft am zweiten Tage, nimmt, nachdem sie in wenigen Tagen ihren Höhepunkt erreicht hat, wieder ab und verschwindet zwischen dem 10. und 30. Tage. Sie ist unabhängig von der Menge der Erythrozyten im Liquor, hat keine prognostische Bedeutung.

Therapeutische Versuche mit experimenteller Malariaimpfung. Im Hinblick auf die Aehnlichkeit in der Wirkung von experimenteller Malaria und von Proteinsubstanzen versuchte Verf., durch Malariaimpfung drei gegen jede ärztliche Behandlung rebellische Krankheitsfälle, zwei Magenulzera und eine primäre Arthritis deformans, zu beeinflussen. Wohlgemerkt handelte es sich nicht um entzündliche, sondern um wesentliche degenerative Prozesse von nekrobiotischem Typus, die naturgemäß viel schwerer umzustimmen sind, als die ersteren. Die Resultate waren vollkommen negativ.

Rontal.

La Riforma medica.

42., Nr. 36, 6. September 1926.

- Die Probleme der Tuberkulose. Maragliano.
- Ein Fall allgemeiner Amöbenkrankheit. Franchini.
- * Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Exsudaten und Transsudaten. Corsoncilo.
- Wirksame und billige Mittel für die Zerstörung der Anopheleslarven: Du Gambuscia und das Schweinfurter Grün. Gioseffi.

Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Exsudaten und Transsudaten. Am geeignetsten, leichtesten und sichersten zur Unterscheidung von serösen Exsudaten und Transsudaten ist die Methode von Castellino, die auf der hämolytischen Wirkung des größeren Nukleingehalts der Exsudate beruht. Nach Mischung eines Tropfens der Punktionsflüssigkeit mit einem Tropfen Blut des Kranken auf einem Objektträger bleiben die roten Blutkörperchen beim Transsudat intakt, lösen sich bis zu vollkommener Hämolyse innerhalb weniger Minuten beim Exsudat. Eine vereinfachte Technik des Verf.: Mischung von etwa 8 ccm Punktionsflüssigkeit mit 4—6 Tropfen Blut des Kranken gibt beim Transsudat nach wenigen Minuten eine klare Flüssigkeit mit am Grunde des Röhrchens abgelagertem Blut, beim Exsudat eine rotbleibende Flüssigkeitssäule. Diese Technik gab die gleichen konstanten und sicheren Resultate. Die Probe ist nicht für das Blut des Kranken, von dem die Punktionsflüssigkeit stammt, spezifisch, sie fällt mit dem Blute anderer Kranker oder Gesunder in gleicher Weise aus. Außer dem chemischen Faktor des größeren Nukleingehalts im Exsudat, der als Zymogen des Fibrinferments wirkt, spielt noch ein physikalischer Faktor dabei eine Rolle, der verschiedene osmotische Druck der Transsudate (Isotonie) und Exsudate (Hypotonie) gegen das Blut. Verändert man einen oder den andern dieser beiden Faktoren, so verliert das Exsudat seine hämolytische Wirkung.

42., Nr. 37, 13. September 1926.

Betrachtungen über die urotrope und enterotrope Harnsäure und diätetische Ratschläge für Gichtkranke. Arena.
Pathogenese der Oxalurie. Lombardi.
Papillom der Zunge. Zagni.
◆ Die Wassermann-Reaktion in geschütteltem Serum. Pfanner.
◆ Schilddrüsenextrakt bei der Konsolidierung von Frakturen. Tremiterra.

Die Wassermann-Reaktion in geschütteltem Serum. Nach der Doldschen Technik unterwarf Verf. 3 ccm Blutserum sofort oder spätestens 24 Stunden nach der Entnahme in einem Kolben mit 4 Glasperlen einem zweistündigen, heftigen Schütteln mit der Wirkung einer bald leichten, bald starken Trübung und am häufigsten einer Flockenbildung. Das Serum wurde nach 24 stündigem Aufenthalt im Eisschrank inaktiviert. Die Resultate an 15 positiven und 13 negativen Sera waren stets die gleichen wie in den nach der üblichen Methode ausgeführten WaR.-Kontrollen. Ebenso wenig war die geringste Differenz in den Resultaten festzustellen, wenn er das in der obigen Weise behandelte Serum hernach noch einer Zentrifugierung von 5 Minuten unterwarf. Um möglichst genau natürliche Verhältnisse nachzuahmen, wurde das Schütteln in sanfterer Weise manuell ausgeführt durch 1 Stunde lang wiederholte, seltene, langsame rhythmische und kurze Bewegungen. Anscheinend blieb danach jede physikalische Veränderung des Serums aus, und die Resultate der WaR. waren die gleichen in behandelten und unbehandelten Sera. An insgesamt 50 Sera trat durch weniges oder energisches Schütteln nicht die geringste Veränderung der WaR. ein. Abgesehen vom praktischen Gesichtspunkt scheinen die Versuche auch ein theoretisches Interesse zu haben. Zweifellos ist durch die obige Behandlung der Sera auf den Globulinteil derselben, sei er unverändert geblieben oder durch Veränderung des Verhältnisses von Albumin und Globulin gesteigert, eine energische Wirkung ausgeübt, die seinen kolloidalen Zustand stark verändert haben muß, um so mehr als das kolloidale Gleichgewicht gerade des Globulins sehr wenig stabil ist. Wenn trotzdem die WaR. unverändert bleibt, so spricht das gegen die Theorie, welche die besondere Unbeständigkeit der Kolloide des Serums, besonders des Globulins, als Grundlage der WaR. betrachtet.

Schilddrüsenextrakt bei der Konsolidierung von Frakturen. Von 7 Kranken mit Knochenbrüchen zwischen 28 und 44 Jahren wurden 4 ohne und 3 mit Schilddrüsenextrakt behandelt. 2 von den ersteren zeigten reguläre Heilung, bei den 2 andern (Frau mit Kommunitiotraktur des Talus, Frau in Menopause) verzögerte sich die Heilung außerordentlich stark. Dagegen kam es bei den 3 mit Schilddrüsenextrakt behandelten Kranken (2 dem Alkohol stark ergebene Frauen in der Menopause, 1 Frau mit Störungen in der Genitalsphäre) zu überraschend schneller Konsolidierung. Von 11 Kranken mit Frakturen jenseits des 50. Jahres bleiben 5 ohne, 6 mit Schilddrüsenextrakt. Bei den ersteren bildete sich der provisorische Kallus nicht vor dem 60. Tage aus, bei den übrigen 6 dagegen (darunter 1 Herzkranker und 2 Alkoholiker) innerhalb 6 Wochen.

42., Nr. 38, 20. September 1926.

Staatliche Organisation und Finanzierung des Kampfes gegen die Tuberkulose. Ferranini.
◆ Untersuchungen über experimentelle Tumoren. Lapidari.
◆ Wirkung des Sauerstoffs bei der exsudativen tuberkulösen Peritonitis. Maestrini.

Untersuchungen über experimentelle Tumoren. Nach dem ursprünglichen Roussarkom wurden von Rous und Andern eine Anzahl ähnlicher Tumoren bei Hühnern (Myxosarkom, Osteochondrosarkom u. a.) gefunden, die alle einem filtrierbaren Virus ihren Ursprung verdankten, aber doch verschiedener Natur sein sollten. Die Versuche des Verf. wurden mit dem von Pentimalli 1916 gefundenen Hühnersarkom gemacht. Transplantation mit zerriebenem Material oder mit Suspension desselben in Ringerscher Flüssigkeit gelangen stets innerhalb 1 Woche, der Tod trat nach 2—3 Wochen ein. Injektion von Kerzenfiltrat führte meistens nur bei Zusatz von pulverisierten Diatomen zu positivem Resultat. Der Virus passierte Berkefeld V und N, nicht aber W und Chamberlandfilter L 2, nicht aber L 3. Auch mit ausgetrocknetem und 6 Monate lang konserviertem Material gelang die Uebertragung. Konstant beobachtete er Metastasen in Lunge und Leber. Am empfänglichsten für die Uebertragung waren die Brustmuskeln, während der Kamm der Tiere sich viel resistenter erwies. Passagen von Kamm zu Kamm setzten die Malignität des Tumors herab. Das Serum der Tiere zeigte keine spezifischen Eigenschaften gegen das Sarkomvirus. Der Tumor war absolut spezifisch für Hühner. Im Laufe vieler Transplantationen konnte Verf. mehrfach die interessante Beobachtung der Umwandlung eines Geschwulsttypus in einem andern und umgekehrt machen. Bei einem mit gewöhnlichem Tumormaterial vom Kamm eines Tieres geimpften Huhn zeigte sich nach 2½ Monaten am Sternum ein typisches Osteochondrosarkom. Der Befund spricht für eine einheitliche Aetiologie der Hühnertumoren. Avitaminose verlangsamte das Wachstum der Tumoren und führte bisweilen zur Rückbildung derselben.

Wirkung des Sauerstoffs bei der exsudativen, tuberkulösen Peritonitis. Verf. hat mehrfach mit sehr gutem Erfolge sofort nach Extraktion einer bestimmten Menge des Exsudats mittels des Forlaninischen Pneumothoraxapparats Sauerstoff in die Bauchhöhle eingeblasen. Nach 3—4 Einblasungen, seltener nach einmaliger Einblasung, verschwand das Exsudat meistens dauernd, in einigen Fällen vorübergehend. Er stellte beim Menschen, wie in Tierexperimenten fest, daß die Schnelligkeit der Resorption des O^2 in der Peritonealhöhle mit der zunehmenden Zahl der Einblasungen abnimmt, und daß das Peritoneum im Kontakt mit O^2 organische Kolloide viel langsamer passieren läßt als ohne O^2-Einwirkung. Er stellte ferner fest, daß bei Einwirkung von O^2 die intraperitoneale Flüssigkeit erheblich an Alkalität abnimmt, und ihr Gehalt an oxydierendem Ferment, und zwar an Katalase bemerkenswert zunimmt. Es scheinen demnach bei der Wirkung sowohl der Laparotomie wie der O^2-Einblasung auf den tuberkulösen Prozeß außer histopathologischen auch biochemische Faktoren eine Rolle zu spielen.

42., Nr. 39, 27. September 1926.

Pathogenese und Therapie des Diabetes. Barlocco.
Kurze Betrachtungen über einen einzigartigen Fall von periarterieller Sympathektomie. Broglio.
◆ Meine Methode der manuellen Pleuropneumolyse für die Herstellung eines therapeutischen Pneumothorax bei Pleuraverwachsungen. Paternoster.
Ueber Veränderungen des Cyanquecksilber im Kontakt mit Jodkali. Pitarelli.

Meine Methode der manuellen Pleuropneumolyse für die Herstellung eines therapeutischen Pneumothorax bei Pleuraverwachsungen. 10—12 cm lange Inzision längs der 8. Rippe zwischen Paravertebral und Axillarlinie. Nach üblicher Rippenresektion wird nach Abheben des parietalen Blattes die Pleura inzidiert. Es ist notwendig, daß wenigstens eine kleine Pleurahöhle an Ort und Stelle vorhanden ist oder eine solche künstlich durch den Versuch eines Pneumothorax unter höherem Druck geschaffen wird. Findet man nur eine sehr kleine Höhle, so vorsichtige Vergrößerung mit dem Finger, bei genügend großer Höhle kann man die Inzision der parietalen Pleura entsprechend der Ausdehnung der Rippenresektion erweitern. Bei Einführung der Hand Schutz durch die Hautränder gegen die Schnittflächen der Rippe. Zur manuellen, langsamen, vorsichtigen Lösung der Adhäsionen bis zur Lungenspitze gehört ein feines Gefühl in den Fingerspitzen. Mit sehr leichtem Druck auf die Lunge wird der Kollaps derselben nach Lösung der Adhäsionen beschleunigt. Es folgt der Schluß der Wunde nach Tamponade der Höhle mit Gaze (genähte oder gewebte Kanten), die entweder sofort oder nach 24 bis 48 Stunden herausgezogen wird. Kontraindikationen: Sehr oberflächlich gelegene Kavernen, schlechter Allgemeinzustand, Nieren- oder Herzstörungen, Diabetes, Lues, vorgeschrittene Erkrankung der Stimmbänder. In den ersten Tagen sorgfältige röntgenoskopische Ueberwachung von Lunge und Mediastinum. Der Operation müssen regelmäßige Nachfüllungen des Pneumothorax folgen. An Stelle der Gaze kann man auch einen kleinen, vom Verf. konstruierten Apparat für 3—4 Tage in situ lassen, durch welchen jederzeit eine Nachfüllung möglich ist. Eine automatische Klappe gestattet den Eintritt von Luft, verhindert aber den Austritt.

Rontal.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 81, 9. Oktober 1926.

◆ Die Modifikationen des venösen Druckes im Verlauf organischer Hemiplagien. M. Villaret und D. Jonesco.

Ueberraschende Resistenz gegen die toxische Wirkung der Cyanwasserstoffsäure. L. Saint-Rat.
Die Agranulozytose. J. Nouzou.

Die Modifikationen des venösen Druckes im Verlauf organischer Hemiplegien. Die Modifikationen des peripheren venösen Druckes bei Hemiplegikern sind konstant und deutlich; es besteht Hypertension der gelähmten Seite bei schlaffen, Hypotension bei spastischen Lähmungen. Die Erscheinungen sind viel konstanter und klarer als die beim arteriellen Druck, die den obigen im allgemeinen entgegengesetzt sind, bis auf die Fälle trophischer Oedeme, wo sie sich gleichsinnig produzieren. Die einseitgen Veränderungen der lokalen Temperatur sind den Druckerscheinungen parallel und vermutlich eine Folge derselben. Die Untersuchung des venösen Druckes bietet also eine wertvolle Handhabe für die sympathischen Störungen bei Erweichungen, Hämorrhagien oder kranio-zerebralen Traumen, insbesondere der unilateralen Oedeme; auch vermag die bilaterale Venendruckbestimmung sicheren Aufschluß zu geben über die Wahrheit der subjektiven Beschwerden.

Nr. 82, 13. Oktober 1926.

Pathogenese und Behandlung der chronischen Cholezystitis ohne Steinbildung. M. Chiray und A. Marie.
* Kodein und Morphium als blutdrucksenkende Mittel. Bonjour.
Die Rolle der Milz in bezug auf Ernährung und Wachstum. L. Binet.

Kodein und Morphium als blutdrucksenkende Mittel. Verf. beobachtet und untersucht seit 15 Jahren den Blutdruck bei Nervenkranken aller Formen und hat stets einen Parallelismus zwischen der Hypertension und der Schwere der Erkrankung gefunden. Bei der Behandlung haben sich die Opiate, abgesehen von der Wirkung auf die Psyche bei Depressionen, als wirksames, durcksenkendes Mittel erwiesen. Je nach Alter und Krankheitserscheinungen ist entweder Kodein oder Morphium oder beides zusammen anzuwenden. Die Mischung besonders gegen die Hypertension der Menopause und des kritischen Alters. Man beginnt die Behandlung mit 1 bis 2 mg täglich und steigt nach 1—2 Tagen um dieselbe Quantität, bis bei regelmäßiger Messung um dieselbe Zeit und unter denselben Bedingungen die Wirkung erzielt ist. Die Behandlung kann sich unter Umständen lange hinziehen. Verf. erwähnt Zeiten von 1—1½ Jahren, wobei zweifellos die Gefahr naheliegt, einen Morphinismus zu erzielen, der zu neuen Komplikationen führen könnte. Haber.

Journal des Praticiens.

Nr. 42.

* Gangränöse Zellgewebsentzündung des Mundbodens (diffuse, hyperseptische, subhyoide Phlegmone, genannt „Angina Ludovici“). M. Soubeiran.
Pagets Disease. P. Hartmann.
* Strabismus bei neurotropen Krankheiten. A. Guérin.

Gangränöse Zellgewebsentzündung des Mundbodens. Aetiologische Faktoren dieser Erkrankung sind: 1. Krankheiten der Zähne, 2. die Weiterverbreitung einer Angina, 3. Wunden der Mundschleimhaut, Fremdkörper, Brüche des Unterkiefers, 4. die Ausbreitung einer submaxillaren Phlegmone.

Maßgebend für die Schwere der Erkrankung ist die Virulenz der sie erzeugenden Bakterien, meist sind es Streptokokken. Es gibt eine foudroyante Form, die in 48 Stunden tödlich verläuft. Die Indikation zum Eingriff ist gegeben, sobald 1. Allgemeinerscheinungen und funktionelle Störungen auftreten, 2. eine derbe Schwellung des Mundbodens sich bemerkbar macht. Auf die Fluktuation darf man niemals warten, denn sie erscheint nicht. Die erste Schnittführung ist vertikal und reicht vom Kinn bis zum Zungenbein. Dann macht man die seitlichen Gegenöffnungen längs des Unterkiefers, falls nötig bis zum Angulus, und drainiert. Erwünscht sind Spülungen mit Wasserstoff oder Dakinscher Lösung und täglicher Verbandwechsel; dabei sind starke Antiseptika zu vermeiden.

Die Wahl des Anästhetikums muß sich nach dem Zustand des Pat. richten: ist er noch resistent, so gibt man geringe Dosen Aether oder Chloroform, kein Chloräthyl. Dem geschwächten Pat. macht man einige stark verdünnte Kokaininjektionen zwischen Zungenbein und Kinn.

Strabismus bei neurotropen Krankheiten. Zwei Kinder erkranken zu gleicher Zeit leicht fieberhaft; bei einem bemerkt man die Symptome einer Kinderlähmung, bei dem anderen einen Strabismus internus alternans, der 10 Tage anhält, auf Natr. salicyl. zurückgeht und 2 Monate später anläßlich einer neuen Fieberattacke rezidiviert.

Der alternierende Strabismus spricht gegen die Zerstörung eines Zentrums der motorischen Augennerven; vielmehr möchte man an ein Versagen der beiden Rindenzentren — Oculodextrogyri und Oculolaevogyri — denken. Die Annahme dieser Hypothese erklärt nicht nur das Fehlen der Diplopie, sondern auch die endgültige Korrektur des Defekts durch binokuläres Sehen mittels Stereoskops. Unabhängig davon soll man Natr. salicyl. geben, und zwar in Lösung. Die intravenöse Darreichung stößt, besonders bei Kindern, auf Schwierigkeiten.

Nr. 43.

Recklinghausensches Krankheitsbild und Skelettveränderungen. Ch. Achard.
Habituelle Luxation der Kniescheibe. Hartmann.
* Die Therapie der Hypertension vom Standpunkt amerikanischer Aerzte; Leberextrakt bei Hypertension. H. Walter.

Die Therapie der Hypertension vom Standpunkt amerikanischer Aerzte; Leberextrakt bei Hypertension. Ueber alle Diskussion erhaben ist der wohltuende Einfluß der Ruhe auf die Hypertension; der Hauptpunkt der Behandlung wird also immer der sein müssen, dem Pat. körperliche und seelische Anstrengungen fernzuhalten. Die von den Franzosen geforderte Flüssigkeitsbeschränkung wird von den Amerikanern weniger streng genommen, da im Experiment erhöhte Flüssigkeitszufuhr keine wesentliche Blutdruckerhöhung zur Folge hatte. Auch sind sie weniger überzeugt von der Wichtigkeit der Kochsalzeinschränkung. Bezüglich der Diät legen sie weniger Wert auf die Ausschaltung eiweißreicher Kost als auf die Vermeidung von Fettansatz. Eine Tagesration von 150 g proteinhaltiger Nahrung soll gestattet sein. Transitorisch ist sowohl der Wert des Aderlasses wie der von Medikamenten. Auch der Diathermiebehandlung steht man im allgemeinen skeptisch gegenüber. — Leberextrakte, auf verschiedenem Wege dargestellt, stellen ein wirksames therapeutisches Agens da. Die Extrakte haben den Nachteil geringer Haltbarkeit, doch verdienen sie nach den bisherigen Erfahrungen ernsthafte Beachtung. Held.

Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nr. 7, Juli 1926 (erschienen Oktober).

* Syphilitische Schanker, die spontan oder durch antisyphilitische Behandlung verzögert wurden. Gougerot.
* Erythem am neunten Tage im Laufe einer Behandlung mit intravenösen Injektionen von 914. Milian.
Pseudoxanthoma elasticum erythemato-papulöse Anfangsläsionen. Milian u. Lambert.
* Gonokokkerabszeß der Raphe penis. Milian.
Fall von Poikilodermia atrophicans reticularis des Gesichts und Halses. Lortat-Jacob und Legrain.
Fall von Mycosis fungoides. Lortat-Jacob und Bourgeois.
* Fall von Lepra mixta, behandelt mit Kohlensäureschnee. Lortat-Jacob u. Morlaas.
* Familiäre Endemie des Favus, die sich über 3 Generationen hinfortsetzte. Jeanselme und Hufnagel.
* Eiternde Trichophytie des Oberschenkels. Jeanselme und Burnier.
Ein Fall von Orientbeule: Granuloma annulare. Burnier und Rejsek.
Lupus des Gesichts, behandelt mit Antimonsalbe. Dohen.
* Normaler Liquor bei einem Erwachsenen (hereditären Syphilitiker), der nur einen hartnäckig positiven Wa. hat. Hypothesen über den Sitz des latenten syphilitischen Herdes. Chevallier.
* Fastenkur löscht oft in einigen Tagen die Ausbrüche einer Dermatose aus, besonders bei infektiösen Dermatosen oder solchen infektiösen Charakters, wie das Ekzema seborrhoicum und die Acne faciei. Chevallier.
* Arterielle Embolie des Oberschenkels nach einer intramuskulären Wismuthydroxydinjektion. Sézary.
Mitteilung über einen Kokkobazillus, insoliert aus einem Fall von Mycosis fungoides. Bodin und Chevrel.
* Artifizielle lokalisierte Eruption als einziges Element nach Einnahme von Treparsol. Delmas.
* Insulin bei Glykämikern. Die bei einigen chronischen Affektionen erzielten Resultate. Levy-Fränkel, Ducourtioux, Brétillon.
* Ikterus, gleichzeitig mit einem syphilitischen Schanker. Louste, Thibaut, Tissérand.
Zyste des Meatus bei einem Hereditärsyphilitiker. Chatellier.
Echtes Atherom der Nasenwurzel. Chatellier.
Verrukös gewordene Psoriasis an den Druckstellen der Schuhe. Laurentier und Vieux.
* Gonoreaktion von Rubinstein und Gauran. Kontrolle der Gonorrhoebehandlung und der Heilung der Gonorrhoiker. Jausion und Diot.
Cholesterinämie und Cholesterinie bei Psoriasis. Lacroix.
Liquorveränderungen im Laufe der Syphilis bei den Muselmanen Algiers. Raynaud, Lacroix, Brissonnière, Béraud.
Untersuchungen über Ursache und Behandlung der Erythrocyanosen. Juster.
Dermatitis chronica atrophicans der unteren Extremitäten und Läsionen der Atrophia maculosa cutis circumscripta vom klinischen Typ der Anetodermie. Pautrier und Diss.
* Phlebitis syphilitica praecox. Lévy.
Bullöse Dermatose zum Phemphigus vulgaris acutus tendierend, aber in Heilung übergehend. Röderer und Lanzenberg.
Cancer en cuirasse bei einem Manne. Levy.
* Unterschenkelgeschwüre bei nicht glykämischen Kranken mit Insulinsalbe geheilt. Pautrier und Schmidt.
Fall von leukämischen Tumoren. Masson und Gunset.
Lichen corneus hypertrophicus und Lichen planus. Spillmann, Watrin und Créange.
Ueber traumatische Syphilis. Simon.
Sarcomatosis idiopathica haemorrhagica. Ramel.
Spindelzellenepitheliom der Stirngegend, Metastase in der rechten Parotis. Ramel.
Bienenstockepitheliom der Wange, histologisch basalzellulär. Pautrier, Levy u. Diss.

Multiple Cancroide des Gesichts und der Extremitäten. Vegetierendes Spindelzellenepitheliom „en nappe“, von paget-ähnlichem Aussehen in der Sternalgegend. Heilung durch Röntgen. Ramel.
Ein Fall von Dermatomyosarkom behandelt mit Radium. Masson u. Gunset.
Die ultravioletten Strahlen in der Dermatologie. Belot.

Syphilitische Schanker, die spontan oder durch antisyphilitische Behandlung verzögert wurden. Die klassische Inkubationszeit für den syphilitischen Schanker beträgt 21—28 Tage. Längere Inkubationszeiten waren früher, als man noch keine Intensivbehandlung hatte, sehr selten. Jetzt sind sie häufiger geworden, da die Präventivbehandlung oft einsetzt, bevor sich der Schanker zeigt. Es gibt zwei Arten von verzögerter Schankerbildung. Bei der ersten Gruppe kennt man keine Ursache: spontan verzögerter Schanker. Fournier kannte schon Beispiele, und der Verfasser teilt auch ein solches mit, bei dem die Inkubation über 110 Tage währte. In der zweiten Gruppe verlängert sich die Inkubation durch eine antisyphilitische Behandlung, die aus prophylaktischen und therapeutischen Gründen eingeleitet wurde. Hierfür ein Beispiel, in dem zwei Wismutkuren eine Verzögerung von 100 Tage veranlaßten. Diese Gruppe bezeichnet man als: durch Behandlung verzögerter Schanker.

Das Beispiel für diese Gruppe sieht etwa folgendermaßen aus: Bei einem Syphilitiker mit gewöhnlicher Krankengeschichte ziehen sich die ersten drei Kuren sehr lange hin, weil er die Pausen zwischen den einzelnen Spritzen und den einzelnen Kuren ungebührlich ausdehnt. Eine vierte Kur von 12 Wismutinjektionen dehnt sich vom 14. März 1924 bis zum 3. Juni aus. An diesem Tage zeigte er drei herpetiforme Erosionen, etwas induriert, 5 Tage bestehend, dazu Drüsenschwellung, die rechts leicht empfindlich ist. Im Mikroskop Spirochäten. Wassermann noch negativ, aber bereits leichte Hemmung nach Hecht. Man beginnt eine Kur mit 914. Am 6. Juli sind die Erosionen größer geworden, die Drüsenschwellungen nehmen rechts und links an Schmerzhaftigkeit zu, 914 wird schlecht vertragen, man gibt Sulfarsenol und am 20. Juni sind die drei Schanker vernarbt. Der Autor hält im Hinblick auf die Tatsachen einer neuen Ansteckung, auf das papulöse, indurierte Aussehen der Läsionen, die neuauftretenden Drüsenschwellungen und das Verhalten der Wa.R. das Ganze für eine Superinfektion bei einem fast Geheilten. Jedoch hat der letzte Koitus schon am 20. Februar stattgefunden, die Inkubation hätte somit anormalerweise 100 Tage gedauert.

Die Gründe sind offenbar in der serologisch unvollständig geheilten alten Syphilis und besonders in den beiden letzten Wismutkuren, die von Dezember bis Februar und von März bis Juni reichten, also grade in die Zeit fielen, da er sich infizierte, zu sehen. (Kein eindeutig beweisender Fall! Ref.)

In dem zweiten mitgeteilten Falle handelt es sich um einen kongenital luetischen Erwachsenen, der erscheinungsfrei war, stets einen nach Bordet-Wassermann negativen, aber nach andern Methoden positiven Serumbefund hatte. Er erhält eine Provokationsspritze von 0,3 914. Dann kommt er zunächst nicht wieder. Am 3. Juni hat er einen typischen, papulösen, indurierten Schanker mit Spirochäten, klassischer Drüsenschwellung, die 15 Tage besteht. Roseola und Plaques muqueuses fehlen noch, aber der Wa. ist bereits positiv, auch nach Hecht und Desmoulières, also ganz verschieden mit dem Blutbefund der vorigen Jahre. Der Infektionstermin ist einwandfrei zu bestimmen, denn der Kranke hat sich am 1. Februar mit Gonorrhoe infiziert, das war der einzige Koitus seither. Da der Primäraffekt am 20. Mai ausbrach, so handelt es sich hier um eine Inkubation von 110 Tagen.

An diese Ausnahmen muß man immerhin denken, auch in gerichtlicher Beziehung, und wenn man den Erfolg einer Präventivbehandlung beurteilen will. Eine Beobachtungszeit von 3 Monaten, die oft als genügend angesehen wird, ist ungenügend. Man darf die Diagnose Syphilis nicht deshalb ausschalten, weil die Inkubationszeit 100 Tage beträgt. Es gibt also Formen von Syphilis, die zuerst einen ganz abgeschwächten, milden Charakter tragen, die unglücklicherweise keine Symptome machen, aber später möglicherweise sich auf Frau und Nachkommen übertragen.

Erythem am neunten Tage im Laufe einer Behandlung mit intravenösen Injektionen von 914. Eine Frau, die wegen florider Syphilis II. mit 914 behandelt wurde, bekam bei der ersten Spritze eine als Herxheimersche Reaktion gedeutete Temperatursteigerung von 39,5. Die zweite Injektion wurde gut vertragen. Aber 5 Tage später, also 7 Tage nach der ersten Spritze trat ein hohes Fieber auf, es zeigte sich im Halse ein Belag der Mandel. Dazu Kopfschmerzen, Uebelbefinden, Schlaflosigkeit. Dieser Zustand dauerte 2—3 Tage, darauf Erbrechen und Eruption eines skarlatiniformen, intensiven, allgemeinen Erythems, das langsam in 3—4 Tagen abblaßte. Als die Temperatur wieder normal wurde, setzte der Verfasser die Arsenkur fort, da er der Ueberzeugung war, daß es sich hier nicht um toxische Wirkungen des Produktes gehandelt hatte. Tatsächlich wurde die Kur nunmehr gut vertragen, nachdem noch einmal eine kurze Eruption aufgetreten war.

Die Mitteilung ist deshalb wichtig, weil die Aerzte immer glauben, daß alle während der Salvarsankur auftretenden Hautausschläge toxischer Natur sind. Das ist zweifellos nicht der Fall. Diese im Beginn der Kur vorkommenden Störungen sind biotropischer Art, d. h. durch das Arsen provozierte Masern- oder Scharlachfälle. Man muß sich vorstellen, daß in diesen Fällen das infektiöse Agens vorhanden war (Mandeln), aber geschlummert hat und erst durch das Arsen pathogen wurde.

Gonokokkusabszeß der Raphe penis. Längs der Raphe bestand Röte und Infiltration, drei kleine Abszesse von Stecknadelkopfgröße ließen auf Druck einen dicken grünlichen Eiter austreten. Bei der naheliegenden Fahndung auf Gonorrhoe erwies sich die Urethra als völlig normal und gonokokkenfrei. Der Urin war klar und zeigte keine Filamente. Anamnestisch nie gonorrhoisch infiziert. Der Eiter dagegen ergab im Kultur- und Ausstrichverfahren zahlreiche Gonokokken, also Gonokokkenabszeß ohne Harnröhreninfektion. Bei der Biopsie fand sich eine verschlossene Zyste, Pflasterepithel. Entstehung wahrscheinlich durch anormalen Verschluß des Urogenitalkanals.

Fall von Lepra mixta, behandelt mit Kohlensäureschnee. Kranke mit Lepra, die bei Eintritt ins Hospital nur wenige frisch entstandene Ausbrüche zeigte, bekam plötzlich sehr zahlreiche neue Leprome. Hansensche Bazillen positiv. Wa. negativ. Eine Parese des Ischiadicus und Popliteus externus verwandelte sich rasch in eine Paralyse. Die Therapie bestand in:

4 g Novarsenobenzol, wobei der Wa. positiv wurde,
30 ccm Chaulmograöl,
3 Applikationen von Kohlensäureschnee.

Nach der As-Kur traten neue Leprome auf. Das Chaulmograöl wirkte ausgezeichnet, fast alle Leprome schwanden. Die Kohlensäureschneebehandlung brachte die noch übrigen Tumoren weg, vielleicht hat sie einen günstigen Einfluß auf die Gesamtentwicklung der Krankheit. Sie vermag aber die Pigmentflecke ebensowenig zu beeinflussen wie die Lähmungserscheinungen. Paldrock hat kürzlich in der Dermatologischen Wochenschrift zwei Fälle von Lepra mit dieser Kohlensäureschneebehandlung geheilt. Die Autoren unterstreichen, daß ihre Behandlung vor der Paldrockschen Veröffentlichung begonnen worden war.

Familiäre Endemie von Favus, die sich über drei Generationen hin fortsetzte. Die Urgroßmutter väterlicherseits lebte stets in Liancourt und hatte Favus. Sie hatte 6 Kinder, davon 2 Mädchen. Die älteste und die jüngste hatten gleichfalls die Krankheit. Die älteste Tochter hatte wieder 6 Kinder, von denen die beiden erstgeborenen Jungen Favus bekamen. Der Jüngste ist Vater der beiden vorgestellten Favusmädchen. Von den 4 verschont gebliebenen Töchtern hatten die Erste und Letzte je einen Sohn, der Favus bekam. So hat sich die Familienendemie über 3 Generationen fortgesetzt und 9 Personen ereilt.

Sabourand weist darauf hin, daß Ciarrocchi in Rom den Favus in den gleichen Unterkünften und den gleichen Familien fast über 2 Jahrhunderte verfolgen konnte.

Eiternde Trichophytie des Oberschenkels. Diese seltene Lokalisation dicht neben dem Anus war offenbar dadurch entstanden, daß sich die Kranke beim Arbeiten auf dem Lande öfters auf Stroh usw. hingesetzt hatte, das möglicherweise von Pferden infiziert gewesen war. Vier intravenöse Injektionen der Grammschen Lösung brachten Heilung in 11 Tagen.

Ein Fall von Orientbeule. Ein ehemaliger Soldat der russischen Wrangelarmee befand sich 1921 in der Krim, asiatischen Türkei und in Tunis — alles Länder, in denen die Leishmaniosis zu Hause ist. 1922 landete er in Marseille, später hielt er sich in Paris, dann im Baltikum und in Finnland auf. Als er Juni 1925 nach Marseille zurückkehrt, tritt die Leishmaniosis auf. Wahrscheinlich ist die Infektion erst 1925 in Marseille erworben. Von dort wird nämlich mitgeteilt, daß eine große Anzahl Armenier in Frankreich gelandet sind, und daß mehrere von ihnen an Orientbeule litten. Es handelte sich bei dem photographierten Kranken um eine schwarze Kruste an der Stirn, infiltriert und weich auf vorspringendem Grunde, umgeben von entzündlicher Zone. Nach Abheben der Kruste zeigt sich eine ulzerierte Höhlung blutend. Keine Drüsenschwellung. Eiterung bestand seit 10 Monaten. Zahlreiche Leishmansche Erreger. Behandlung: Lokale Emetineinspritzung um den Herd herum. Heilung in 3 Wochen. Die Injektionen sind schmerzhaft.

Normaler Liquor bei einem Erwachsenen (hereditären Syphilitiker), der nur einen hartnäckig positiven Wa. hat. Hypothesen über den Sitz des latenten syphilitischen Herdes. Bei einem jungen Manne, der völlg frei von körperlichen Erscheinungen war, blieb der Wa. trotz ziemlich aktiver antisyphilitischer Behandlung 3 Jahre hindurch hartnäckig positiv. Als die Behandlung schließlich abgebrochen wurde, wurde er negativ. Die Lumbalpunktion ergab normale Verhältnisse. Der Autor glaubt, daß die abgeschwächte sklerosierende bronchopulmonäre Form eine fast nie diagnostizierte, aber doch ziemlich häufige Form der okkulten Syphilis ist. Er fand in diesen erscheinungslos verlaufenden Fällen kongenitaler Lues der Erwachsenen sehr oft verlängerten Thorax, Magerkeit, so daß diese Personen einander ähnelten. Er ließ nun an einem Lungenhospital die Reaktionen dieser Kranken untersuchen. Es stellte sich heraus, daß die Tuberkulösen, exkavierende Formen und Kachektiker stets Wa.-negativ waren. Dagegen überraschte es sehr, daß der Wa. bei einer großen Anzahl von benignen, zur Sklerose neigenden Tuberkulösen positiv war, etwa in 50%. Hierbei überwogen die jungen Mädchen. Es ist natürlich aus diesen ersten Beobachtungen noch kein Schluß zu ziehen, aber folgende Arbeitshypothesen werden vorgeschlagen: I. Der hartnäckig positive Wa. mancher äußerlich gesunder Heredosyphilitiker ist symptomatisch für eine latente viszerale Lokalisation.

II. Diese Lokalisation gehört nicht den Meningen, sondern dem Respirationsapparat an.

Die Fastenkur löscht in einigen Tagen die Ausbrüche einer Dermatose aus, besonders bei infektiösen Dermatosen oder solchen infektiösen Charakters, wie das Eczema seborrhoicum und die Acne faciei. Die Fastenkur ist zwar bekannt, aber sie wird so wenig angewendet, daß die dermatologischen Lehrbücher sie nicht erwähnen. Autor erzielte mit 2—3 Tage Bettruhe und strengem Fasten bei Erlaubnis, Wasser zu trinken, in einigen Fällen sehr gute Erfolge. Natürlich wird diese Kur nur dann vom Patienten gemacht, wenn er eine entstellende Hautkrankheit hat, die ihn womöglich beruflich unmöglich macht. Bei Acne faciei ist die Oeffnung der Pusteln notwendg.

Hudelo bemerkt, daß er dies Verfahren seit mehreren Jahren gewohnheitsgemäß bei allen Kranken mit akutem Ekzem, Pruritus, Prurigo erfolgreich anwendet.

Artifizielle lokalsierte Eruption als einzige Affektion nach Einnahme von Treparsol. Eine alte Luetikerin, außerdem mit Psoriasis behaftet, erhielt ohne Zwischenfälle mehrere Kuren von Novarsenobenzol. Später erhielt sie Treparsol und kam nach 6 Wochen innerlicher Kur mit diesem Mittel mit einer roten Plaque auf der rechten Wange in die Sprechstunde. Es war eine etwas vorspringende ödematöse Scheibe von der Größe eines halben Handtellers. Absetzen der Therapie, Abblassen und Verschwinden der Affektion. Die Kur wird mit fünf Quinbyspritzen beendet. Selbständig nimmt die Kranke aber später wieder Treparsol, das Exanthem kehrt an der gleichen Stelle wieder. Es wird eine Desensibilisierung mit kleinen Dosen des Mittels versucht, denn die Kranke legt auf die Fortsetzung ihrer Behandlung mit diesem Medikament großen Wert. Die Desensibilisierung gelingt vorübergehend, später tritt aber immer wieder an gleicher Stelle das Exanthem auf. (Fixes Exanthem? Ref.)

Insulin bei Glykämikern. Erfolgreich war die Behandlung eines chronischen Pruritus vulvae mit Insulin, 10 Einheiten pro Tag. Nach einer Woche kann die Kranke endlich wieder ungestört schlafen, die Ekzematisationen und der Juckreiz verschwinden. Nach einigen weiteren Injektionen treten die Menses, die bei der 50jährigen Frau schon aufgehört hatten, wieder auf. Dabei setzt noch ein neuer Pruritus ein, aber viel weniger intensiv, als früher. Fortsetzung der Insulintherapie erzwingt eine wohl dauernde Besserung. Erfolgreich war auch noch die gleiche Behandlung von zwei Fällen des Malum perforans pedis, bei beiden trat rasch eine völlige Vernarbung ein. Der Erfolg bei manchen Glykämikern und der Mißerfolg bei andern sprechen dafür, daß über zahlreiche Fragen dieser Therapie noch Unklarheit herrscht.

Ikterus gleichzeitig mit einem syphilitischen Schanker. Bei einem Manne mit einem spirochätenhaltigen Primäraffekt entwickelte sich noch zu einer Zeit, da der Wa. noch negativ war, also etwa 14 Tage nach Schankerbeginn ein Ikterus, dabei gallensaure Salze im Urin, aber kein Pruritus, keine Bradykardie, keine vorangehenden dyspeptischen Störungen. Der Ikterus verschwand nach einigen Quecksilberspritzen vollständig. Der Fall bestätigt, daß es bereits in ganz früher Zeit zu einer Septikämie kommt, auch wenn der Serumbefund noch negativ ist.

Gonoreaktion von Rubinstein und Gauran. Eine Methode, die eine Messung der Gonorrhoeinfektion gestattet, eine Gonometrie, ist von großem, praktischem Interesse. Die therapeutische Kontrolle, die Auswertung der Fortschritte der Heilung würden ähnlich wie bei der Syphilis große Bedeutung bekommen. Die Verfasser haben nach oben bezeichneter Methode 212 Reaktionen gemacht. Zählung der fixierten Alexineinheiten gestattete zwischen den Zahlen 1 und 7 in grobem Maße eine Bewertung der Gonokokkenantikörper. Die Behandlung bestand in intravenösen Gonacrininjektionen oder Vakzine- und Toxineinspritzungen.

Es wurden 83 Kranke und 5 Gesunde beobachtet. 8 waren akut, 67 chronische und komplizierte Urethroprostatitis, 3 Nebenhodenentzündungen, 3 Kniegelenksentzündungen, 1 Erythema nodosum, 1 Spondylose. Die 8 akuten Fälle zeigten in den ersten 8 Tagen eine negative Reaktion (3 Kranke), 5 Seren fixierten dagegen zwischen den Zahlen 4 und 6, diese waren von Kranken, die schon länger als 8 Tage infiziert waren, entnommen. Die 3 Erstgenannten zeigten nach 6 intravenösen Injektionen etwa am 15. Tage eine mittelstarkpositive Reaktion (3 Einheiten). Von den 5 Letztgenannten wurden 2 Seroreaktionen nach 15 und 25 Injektionen negativiert, also in einer Zeit von 40—60 Tagen. 2 sind jetzt noch positiv, aber eines in abnehmender Stärke (3 statt 4) und dies nach 5 Injektionen.

Von den 67 Urethroprostatitiden scheiden einige aus, weil die Behandlung nicht von vornherein verwertbar war, andere stehen noch zu kurz in Beobachtung, 8 hatten eine stark positive Gonoreaktion, es waren dies gerade Fälle, die akut rezidivierten, bei 9 Fällen fehlte aber der spezifische Sensibilisator.

Bei 30 Fällen trat durch 4—44 Gonacrininjektionen Negativierung des Serums ein.

Der Autor bespricht noch einige besondere Fälle, hartnäckiges Unbeeinflußtbleiben trotz Gonacrintherapie, ein Negativer, der stets reichliche Gonokokken hatte; hier fehlt noch eine plausible Erklärung.

3 Kniegelenksentzündungen wurden ebenfalls seronegativ nach Gonacrin- und Salizyltherapie. Das Erythema nodosum war allerdings positiv, obwohl nie gonorrhoisch infiziert gewesen. Die 5 Gesunden, nie infiziert gewesenen, erhielten erst ein Gonokokkenvakzin. Ihre Gonoreaktion war negativ vor der Gabe, noch 5 Tage danach, um dann positiv zu werden zwischen 6 und 10 Tage danach, und wieder auf Null zu fallen am 15. bis 20. Tage.

Trotz gewisser, noch aufklärungsbedürftiger Diskordanzen halten die Verfasser die Reaktion für geeignet, die diagnostische und therapeutische Kontrolle der Gonorrhoe zu verwirklichen. Ist sie positiv, so erfordert sie eine Allgemeinbehandlung der Go., die am besten mit Gonacrin (Diaminomethylacridin) ausgeführt wird. Dies Mittel negativiert in vivo und hemmt in vitro. Die spezifischen Vakzine machen an und für sich schon eine positive Gonoreaktion, dies ihr Hauptnachteil.

Phlebitis syphilitica praecox. Diese Erkrankung ist weniger selten, als die Klassiker glaubten, jedoch entgeht sie leicht der Beobachtung. In dem vorgestellten Falle begann sie in den 3—4 ersten Monaten nach der Infektion, es bestand ein ziemlich schmerzloser harter Strang, befallen waren die Saphenae internae. Heilung in einigen Wochen.

Unterschenkelgeschwüre bei nichtglykämischen Kranken mit Insulinsalbe geheilt. Nachdem diese Therapie bei den diabetischen Unterschenkelgeschwüren so vorzügliche Resultate ergeben hatte, wurde auch ein Versuch gemacht, sie auf die atonischen Geschwüre von nichtglykämischen Personen auszudehnen. In 2 Fällen, die seit Jahrzehnten an der immer rezidivierenden oder gar nicht erst ausheilenden, allen therapeutischen Bemühungen widerstehenden Affektion litten, brachte die Insulinsalbe einen vollen Erfolg.

K. Heymann, Berlin.

Bruxelles Médicale.

Nr. 1.

Die Anatoxine. Cl. Zoeller.
* Carcinoma colli und Gravidität. R. Schockaert.
* Jodbehandlung bei Basedow. J. Slosse.
* Die Wirkungen der Radiumstrahlen auf die Gewebe und die Verwendung radioaktiver Heilmittel. Lacapère.

Krebs des Collum uteri und Schwangerschaft. Bei einer 30jährigen Pluripara, die sich im 3. Schwangerschaftsmonat befindet, wird ein basalzelliges Epitheliom des Collum festgestellt und im Anschluß daran die Wertheimsche Operation vollzogen. Ausgang in Heilung; vorläufig kein Rezidiv.

Die Jodbehandlung des Basedow. Mit der Kombination Jod plus Ruhe erzielt man 1. eine Herabsetzung des Grundstoffwechsels, 2. eine rapide Verminderung der Tachykardie, 3. eine Gewichtszunahme und damit verbunden eine Steigerung des subjektiven Wohlbefindens. Eine wohlerwogene Jodmedikation schafft die günstigsten Bedingungen für das Ueberstehen des chirurgischen Eingriffs, der ja doch die Methode der Wahl bleibt.

Die Wirkungen der Radiumstrahlen auf die Gewebe und der Gebrauch radioaktiver Heilmittel. Biologisch gibt es keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Strahlungsgattungen bezüglich ihrer Wirkungsweise. Die Wirkung ist proportional der Strahlenmenge und der Dauer der Bestrahlung. Geringe Dosen exzitieren, große wirken inhibitorisch. Kleine Dosen sind mit Hilfe von Apparaten, die ja eine ansehnliche Menge strahlender Materie zu enthalten pflegen, schwer zu erzielen; leichter gestaltet sich die Abstufung durch Verwendung radioaktiver Heilmittel. Verf. verwendet Radiumbromin in Form von Pomaden, Kügelchen, Stiften und berichtet über erfolgreiche Verwendung bei chronisch-suppurativer Metritis, bei der hämorrhagischen Metritis und bei Bartholinitis. Bei Ulkerationen des Collum uteri verzeichnet er ebenfalls interessante Resultate. In der Dermatologie brachten radioaktive Pomaden rasche Vernarbungen bei Ulkera aller Art, bei nässenden Ekzemen, Lippenrhagaden, Herpes genitalis usw. Auch bei Ulzerationen der Hornhaut sollen sie sich nützlich erwiesen haben, desgleichen beim atonischen Ulcus cruris, sofern dasselbe nicht schmerzhaft ist. Held.

Časopis Lékařu Českých.

15. Oktober 1926.

◆ Der heutige Stand der Radiumtherapie in der Gynäkologie, ein Rückblick und Ausblick auf Grund klinischer Erfahrungen. Ostrčil.

Der heutige Stand der Radiumtherapie in der Gynäkologie, ein Rückblick und Ausblick auf Grund klinischer Erfahrungen. Der Autor erwähnt die Erfolge der Radiumtherapie in der Gynäkologie in den letzten Jahren, teils nach eigenen Erfahrungen, teils nach fremden Statistiken. In bestimmten Fällen zieht er die Radiumtherapie der operativen Technik vor. Er erwähnt aber, daß es nötig ist, die Applikationstechnik — dort, wo es sich um gynäkologische Karzinome handelt — weiter durchzuarbeiten. Er gibt eine Anregung für die neue Idee einer radioaktiven Injektion (eine Emulsion bestimmter Metalle) direkt in den Tumor, so daß alle karzinomatösen Zellen mit β-Strahlen getroffen werden und daß dann ein Depot in der nächsten Nähe des Tumors entsteht. Er referiert über unsere früheren und jetzigen Wirkungen der Radiumtherpie und prophezeit diesem Gebiete eine bedeutende Zukunft und Verbreitung in der Medizin.
Müller, Prag.

Praktický lékař.

Nr. 10., 1926.

◆ Ueber die häufigsten diagnostischen Irrtümer bei der Erkennung der Schwangerschaft. Ostrčil.
◆ Die Verabreichung von Zucker, namentlich des Traubenzuckers in der Therapie der Nierenkrankheiten. Červenka.
◆ Neue Behandlungsmethode der kruppösen Pneumonie. Sovadina.
Studien über Erkältung. Kopecky.
◆ Hygiene der Mundhöhle im zarten Kindesalter. Kejú.
Der heutige Stand der Behandlung der Atherosklerose. Horák.
Die wichtigsten Gesetze des Gesundheitswesens. Fischer.
Einige Erfahrungen aus der Praxis mit der Tonndorfschen Vakzination. Zonbek.

Ueber die häufigsten diagnostischen Irrtümer bei der Erkennung der Schwangerschaft. Obzwar in Fällen, wo gewisse Schwangerschaftszeichen festzustellen sind, eine Fehldiagnose der Gravidität ausgeschlossen scheint, können bisweilen subjektive Angaben und eine ungenaue Untersuchung zu einem diagnostischen Irrtum führen. Bei einem jungen Mädchen, an dem ein Stuprum verübt wurde und das auch einige Schwangerschaftszeichen aufwies, ließen sich die Aerzte zu der Diagnose einer fortgeschrittenen Schwangerschaft verleiten, während es sich um eine Peritonitis adhaesiva handelte. Im 2. Fall wird auf Grund subjektiver Angaben die falsche Diagnose der Gravidität gestellt — es handelt sich um eine Obesitas infolge Dysfunktion der Ovarien. In einem anderen Falle wird Hydramnion statt eines Ovarialkystoms diagnostiziert. Zu dieser Diagnose verleitete die Amenorrhoe, die bei Ovarialkystom selten ist, und die Angaben der Frau, daß sie Kindesbewegungen fühlte. Diese sind aber nur dann ein sicheres Zeichen, wenn sie objektiv festgestellt werden. In den ersten 3 Monaten kann die Piskaceksche Ausladung ein Myom vortäuschen. Schwierig ist die Diagnose, wo es sich um ein Myom und Gravidität handelt. Das unerwartet rasche Wachstum der Myome muß nicht durch autochthones Wachstum, Zufall oder Entartung bedingt sein, es kann sich auch um eine Schwangerschaft handeln. Eine Retroflexia uteri gravidi kann eine extrauterine Gravidität vortäuschen, wenn das Corpus uteri für eine retrouterine Haematocele, die anteponierte Zervix für den Uterus gehalten wird. Diagnostische Schwierigkeiten kann auch ein intramurales Myom machen, das gleichmäßig radiär wächst und in der Konsistenz einem graviden Uterus gleicht. Auch praemenstruelle Veränderungen des Uterus kommen different. diagnostisch bei der Gravidität in Betracht.

Neue Behandlungsmethode der kruppösen Pneumonie. Der Autor injiziert intravenös 5—10 ccm einer 10% Lösung des Calcii chlorati purissimi „Meck" mit 3 ccm Digalen. In 7 Fällen kommt es zu einem kritischen Abfall der Temperatur zur Norm, in 2 Fällen zu einem lytischen Sinken der Temperatur, raschem Schwinden der subjektiven Beschwerden, Verlangsamung und Verstärkung des Pulses. Das Kalzium wirkt antiphlogistisch und beruhigend auf das Wanken der regulatorischen Funktionen der vegetativen Zentren und hat schließlich auch eine mechanische Wirkung. Durch die Injektion einer hypertonischen Lösung werden mit der Gewebsflüssigkeit die Toxine resorbiert und durch die Niere ausgeschieden; daher das plötzliche Sinken des Fiebers. Das Digalen stimuliert besonders die Herzäste des Vagus, kräftigt das Herz, bessert die Zirkulation.

Verabreichung von Zucker, namentlich des Traubenzuckers in der Therapie der Nierenkrankheiten. Zwei Vorteile bei der Applikation von Zucker bei Nierenkrankheiten: erstens werden dem Patienten hochwertige Stoffe zugeführt, ohne daß N-haltige Produkte und Salze im Organismus vermehrt werden, und zweitens hat der verabreichte Zucker eine diuretische Wirkung. Auch das Herz und der Blutdruck werden günstig beeinflußt. Die Franzosen geben mit Vorliebe Lactose und heben besonders ihre diuretische Wirkung hervor. Andere Autoren z. B. Noorden verabreicht Laccharose. Vor diesen beiden Dissacchariden, die erst abgebaut werden müssen, muß dem Traubenzucker der Vorzug gegeben werden, da er als „Transportzucker" auf dem Blutwege an die Bedarfsstelle gebracht und sofort verbrannt werden kann. Viel wichtiger als bei der peroralen Verabreichung ist die Anwendung von Traubenzucker bei der Injektionsbehandlung.

Hygiene der Mundhöhle im zarten Kindesalter. Die Bakterienflora des Erwachsenen ist oft die Quelle der Infekte der Mundhöhle des Säuglings. Das Küssen auf den Mund und die Hände des Säuglings ist zu verbieten. Die Mutter hat ferner für eine richtige Mundpflege zu sorgen und vor jedem Anlegen des Säuglings ihre Brüste abzuwaschen. Der unrein gehaltene Schnuller kann auch zum Träger des Infektes werden. Epithelperlen, kurzes Zungenbändchen, Lingua geographica brauchen keine Behandlung. Die häufigsten Erkrankungen der Mundhöhle des Säuglings entstehen aus Unkenntnis der hygienischen Grundsätze: Auswischen des Mundes, mechanische Verletzung der Mundschleimhaut, eingeschleppte Infektionen. Der Soor ist meistens der Begleiter von Ernährungsstörungen bei saurer Speichelreaktion. Therapeutisch sucht man die Schleimhaut zu alkalisieren. Auf eingeschleppte Infektionen reagiert sehr intensiv der lymphatische Apparat. Auf unserer Klinik hat sich bei der Mundpflege ein Gurgelwasser bestens bewährt: „Stompa"-Pastillen von der Medica, die in lauem Wasser gelöst werden. Sie enthalten: Soda bicarbon., Kochsalz und Wasserstoffsuperoxyd.
Müller, Prag.

The Journal of American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 12, 18. September 1926.

◆ Röntgenbilder verschiedener Typen von Hernien. Case und Upson.
◆ Experimentelle Erzeugung akuter Glomerulonephritis. Duval und Hibbard.
Avitaminose im Verlaufe des Diabetes. Wohl.
Grad geistiger Störung als Folge kongenitaler Syphilis. Dayton.
Der therapeutische Wert des parathyreoiden Hormons. Collip.
Harninfiltration in Beziehung zur Becken- und perinealen Fascie. White und Ritch.
Schilddrüsentherapie und -toleranz bei chronischer Nephrose. Epstein.
◆ Die Unterdrückung des Scharlachs in Instituten durch aktive Immunisierung mittels durch Natrium ricinoleatum entgifteten Toxins. Colby.
Gruppen-Empfänglichkeit für akute Infektion der oberen Respirationswege. Barrow.
Alkalität des Harns bei Achlorhydrie. Memford und Hubbard.
◆ Spätresultate bei essentieller Blutdrucksteigerung. Paullin.
Tonische und depressorische Behandlung bei Gefäß-Nierenkrankheit mit Hypertension. Andrews.
Der Platz des Familienarztes in der Untersuchung der Schulkinder. Brydon.
Erbrechen bei Kindern. Greer.
Spiraliger Harnröhrendilatator. Hayes.
Multilokuläre tubo-ovarielle Zysten bei jugendlichen Personen. Secor.
Ein neues Instrument für den Schluß von Bauchwunden. Rosburg.
◆ Wiedererscheinen einer positiven Dickprobe. Toomey.
Gangrän des Armes und Tod nach einer subkutanen Injektion. Shaine.
Ein alter Blasenstein. Williams.

Röntgenbilder verschiedener Typen von Hernien. Eine Durchsicht von mehreren Hundert Operationsfällen zeigte die Möglichkeit, unter Benutzung mancher besonderen Technik, besonders bei kleinen Zwerchfell- und intraabdominalen Hernien durch die Röntgenuntersuchung zu diagnostischen Schlüssen zu kommen. Unter retroperitonealen Hernien sind 4 Gruppen zu unterscheiden, die paraduodenalen, die parazoekalen, die intersigmoidalen und die durch das Foramen Winslowii oder durch das Mesokolon transversum gehenden. Die ersteren — Moynihan beschrieb nicht weniger als 9 verschiedene Bruchpforten — stehen meistens in Beziehung zu den oberen und unteren paraduodenalen Falten. Die linksseitigen, dreimal häufiger als die rechtsseitigen, gehen durch die Landzertsche, die letzteren durch die Waldeyersche Tasche. Sie wurden präoperativ bisher fast nie erkannt. Verff. zeigen in zwei Röntgenbildern die für diese Hernien typische Anordnung der Dünndarmschlingen in einer scharf umgrenzten, ovoiden, bei aufrechter Stellung hoch im Abdomen bleibenden Zone, aus welcher sie weder durch manuelle Handgriffe noch durch Lagewechsel verschoben werden können. Die parazoekale Tasche liegt hinter dem Zoekum und erstreckt sich aufwärts gegen die Niere. Diese Hernien sind sehr selten. Die seltenen intersigmoidalen Hernien können, falls sie größere Teile Dünndarm enthalten, durch stereoskopische und fluoroskopische Untersuchungen bei Kombination von Bariummahlzeit und -Klysma erkannt werden. Auch die Diagnostik der letzten Gruppe kann großen Nutzen aus manuellen Handgriffen unter dem Röntgenschirm und besonders aus der stereoskopischen Methode ziehen, vorausgesetzt, daß die zwei Aufnahmen in höchstens $^1/_{10}$ Sekunde und in möglichst geringem Intervall erfolgen. Bei den Hernien des Foramen Winslowii handelt es sich fast immer um ein sehr langes Mesenterium; die Dünndarmschlingen sind vor der Flexura hepatica oder dem ersten Teil des C. transversum zu suchen. Bei den Hernien durch das Mesocolon transversum besteht sehr häufig gleichzeitig Magen- oder Duodenalulkus. Zwerchfellhernien gehen meistens durch den hinteren Teil des linken Zwerchfells, die rechtsseitigen sind zehnmal seltener. Diagnostische Schwierigkeiten bestehen nur bei kleinen Hernien. Die Röntgenbilder wahrer Hernien und einfacher Erschlaffung des Zwerchfells oder Eventration sind einander sehr ähnlich. Infolge der Möglichkeit spontaner Reposition sind häufige Untersuchungen nötig, in aufrechter und horizontaler Stellung. Oft läßt sich nach einem Brausepulver durch das aufsteigende Gas der im Thorax liegende Magenteil abgrenzen. Der Eintritt von Hernieninhalt wird bisweilen begünstigt, wenn man einen liegenden Kranken nach tiefer Inspiration bei angehaltenem Atem stark pressen läßt. Unter 343 Fällen bestand der Hernieninhalt 94mal allein aus Magen, 86mal aus Darm und 101mal aus Kolon oder Duodenum neben Magen. Sehr eingehend werden die verschiedenen Röntgenbilder des Magens und die Möglichkeiten der Bestimmung des Hernieninhalts besprochen. Die paradoxen Bewegungen des Zwerchfells kommen oft bei Hernien, aber nicht bei Eventration vor (Ausnahmen bei Adhäsionen der Hernie und bei lange bestehender Zwerchfellerschlaffung). Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Eventration, Oesophagusdivertikel, Sanduhrmagen, abgesackte Luft in der Brusthöhle, thorakale Lage des Magens, Magendivertikel, Magenulkus mit Narbenkontraktion und Erschlaffung des linken Zwerchfells.

Experimentelle Erzeugung akuter Glomerulonephritis. Es gelang Verff., die verschiedenen Typen der Glomerulonephritis, in vollkommener Analogie zu den nephritischen Veränderungen beim menschlichen Scharlach, mit dem Endotoxin des Scharlachstreptokokkus beim Kaninchen zu erzeugen. Das Berkefeld-Filtrat des peritonealen Lysats ebenso wie die mit homologem Immunserum behandelten Kulturen enthalten das Endotoxin. Nie war es möglich, die Kaninchen mit großen Dosen lebender Streptokokkenkultur oder mit Kulturfiltrat zu infizieren. Andrerseits erzeugten sie akute nephritische Veränderungen nach Injektion einer subletalen oder letalen Dosis von Endotoxin beim nichtimmunen Kaninchen und mit einer genügend großen Dosis auch beim immunen Tier. Ob die experimentelle primäre Glomerulusaffektion auch zu sekundären chronischen Veränderungen im Stroma führen kann, ist noch nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Das Studium dieser Art von experimenteller Nephritis ist erheblich wichtiger, als das einer durch Canthariden, Schlangengift, Uranium erzeugten Nephritis, die ja ätiologisch beim Menschen selten eine Rolle spielen. Zahlreiche histologische Bilder.

Die Unterdrückung des Scharlachs in Instituten durch aktive Immunisierung mittels durch Natrium ricinoleatum entgifteten Toxins. Mittels der Methode der Neutralisierung des Scharlachtoxins mit Natrium ricinoleatum wurden 87% aller Kinder unter 8 Jahren und 77% aller älteren Kinder, die für Scharlach empfänglich waren, in 8 Tagen Dick-negativ gemacht. Die rasche Wirkung war die Folge der mit dieser Methode möglichen hohen Dosierung (erste Injektion 3000, zweite Injektion nach 8 Tagen 5000 Hautreaktionsdosen in 2% Natr.-ricinol.-Lösung). Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, eine Epidemie in Schulen, Instituten u. a. zu unterdrücken, was an verschiedenen Beispielen demonstriert wird. Bei älteren Kindern geht die Immunisierung langsamer vor sich, wiederholte Dickproben nach 3 und 6 Monaten ergaben eine fortschreitende Immunisierung. Im Hinblick auf die Tatsache, daß bisweilen milder Scharlach bei Dick-negativen Personen beobachtet wurde, empfiehlt Verf., die Stärke des Reaktionsmaterials zu erhöhen.

Spätresultate bei essentieller Blutdrucksteigerung. Eine Analyse von 76 zwischen 5 bis 17 Jahren unter Beobachtung stehenden Fällen essentieller Hypertension, unter welchen beide Geschlechter zu gleichen Teilen vertreten waren. Die Mortalität unter den Männern betrug 48,7, die unter den Frauen 9,2%: besonders in der Beobachtungszeit der ersten 5 bis 7 Jahre war die Mortalität der Männer bemerkenswert höher. Myokarderkrankung tritt bei Männern früher auf als Gehirnblutung und früher bei Männern als bei Frauen. Dem Tode an Gehirnblutung geht meistens ein apoplektischer Anfall voraus. Exitus erfolgt am häufigsten infolge Herzschwäche. Nierenerkrankung im Spätstadium ist meistens sehr leicht, sie führte unter den 76 Fällen nur einmal zum Tode. Essentielle Blutdrucksteigerung bei Frauen in der Menopause ist relativ gutartig. Aus dem Blutdruck allein können keine Schlüsse auf die späteren Folgen gezogen werden und ebensowenig auf die Prognose, die allein von dem Zustand des Herzens und der Gefäße abhängt.

Wiedererscheinen einer positiven Dickprobe. Von 55 Schwestern mit positiver Dickprobe wurden vor 1½ Jahren 20 aktiv gegen Scharlach immunisiert, von denen 19 trotz häufiger Infektionsgefahr gesund blieben. Alle 35 ungeimpften Schwestern erkrankten im Laufe der Zeit an Scharlach. Von ihnen entwickelte sich bei 15 eine Röte an der Stelle der ursprünglichen Dickprobe, meist 2 bis 3 Wochen nach dieser; in 2 Fällen lag zwischen primärer Dickprobe und Wiedererscheinen derselben ein Zwischenraum von einem Jahr. In 2 Fällen erschien die Röte vor dem Scharlachexanthem, in allen Fällen dauerte sie so lange wie das Exanthem. Einmal rötete sich die Stelle der Dickprobe, ein anderes Mal die Stelle einer vor 4 Wochen angestellten Tuberkulinprobe bei Auftreten von Masern.

87., Nr. 13, 25. September 1926.

* Pathologische Lungenveränderungen infolge von lange bestehenden Fremdkörpern. Manges.
Meckels Divertikel als Ursache von Darmhämorrhagie. Abt und Strauss.
* Die Aetiologie von Granuloma inguinale. Mc. Intosh.
* Die Rolle der iliolumbalen Ligamente bei Kreuzschmerzen. Lowman.
Schilddrüsenhypertrophie und Schwangerschaft. Mussey, Plummer und Boothby.
Tonsillektomie bei Kindern. Kaiser.
Novasurol als Diuretikum bei kongestiven Herzstörungen. Marvin.
Der Gebrauch von Standard-Diäten bei der Behandlung von jugendlichem Diabetes mellitus. Boyd.
Prophylaktische Gesundheitsmaßregeln an der Grenze der Vereinigten Staaten und Mexiko. Tappan.
Gebrauch und Mißbrauch der Heliotherapie bei Tuberkulose. Watson.
Aspergillose der Lungen und ihre Beziehungen zur Tuberkulose. Lapham.
* Röntgentherapie exsudativer Iritis. Samuel, Blum und Bowie.
Nebenhöhlen-Infektion als Ursache infektiöser Arthritis. Arbuckle.
Das Herz bei Phenacitinvergiftung. Reid.
Echinokokkenzyste des Appendix. Brewer.

Pathologische Lungenveränderungen infolge von lange bestehenden Fremdkörpern. Aspirierte Fremdkörper in Trachea und Bronchien führen früher oder später zu ausgedehnten Lungenveränderungen, diejenigen, welche die Drainage behindern, am frühesten. Die pathologischen Veränderungen liegen distal von der Obstruktionsstelle und bestehen in Atelektase, Fibrose, Bronchiektasie und chronischem Abszeß mit verschiedenen Mengen eitrigen Exsudats. Blutung ist häufig. Tuberkulose, die so oft in diesen Fällen diagnostiziert wird, selten. Die zweite Lunge bleibt fast immer gesund. Verf. ist der Ansicht, daß viele der einseitigen, chronischen Infektionen der Lungenbasis ihre Ursache in Fremdkörpern haben, auch wenn Anamnese und Röntgenbild nicht auf Fremdkörper hinweisen. Es kommen ebensoviele nichtopake, wie schattengebende Fremdkörper in den Bronchien vor. Er bringt 18 Fälle von zweimonatiger bis 35jähriger Dauer, die er an Hand von Röntgenbildern analysiert. Röntgenuntersuchung nach Applikation von Bismut. subcarbon. oder Jodöl durch das Bronchoskop ist das wertvollste diagnostische Mittel und bronchoskopische Drainagebehandlung ist von großem Nutzen.

Die Aetiologie von Granuloma inguinale. Beobachtungen an 15 Kranken. Die Donovanschen Körper sind zweifellos die Ursache der Erkrankung, da alle Kochschen Forderungen der Spezifität erfüllt sind. Von den 15 Fällen wurde 14mal der Keim im Ausstrichpräparat gefunden. Ein Gewebetransplantat, das Donovankörper enthielt, wurde erfolgreich auf ein anderes Individuum übertragen, der erste bisher bekannt gewordene Fall, und aus dem experimentell erzeugten Granulom konnten wieder Donovankörper in Reinkultur isoliert werden. Antikörperbildung gegen den kultivierten Donovankörper wurde durch die Gegenwart von Agglutininen, Präzipitinen und die Hautempfänglichkeit in spontanen und experimentellen Fällen festgestellt. Die Inkubationsperiode scheinbar von sehr langer Dauer; in dem durch Trauma und Transplantat empfänglich gemachten Gewebe zeigte sich die initiale Erkrankung erst am 47. Tage. Viele Individuen bleiben trotz Koitus mit Granulomkranken gesund. Entweder ist also für die Uebertragung eine erhebliche Kontinuitätstrennung der Haut nötig, oder die Keime sind nur für empfängliche Personen infektiös. Das wirksamste Mittel ist der Tartarus stibiatus. In allen Einzelheiten werden die kulturellen und morphologischen Untersuchungen beschrieben. (Der Umstand, daß die Uebertragung durch die Kultur nicht gelang, ist ein schwacher Punkt in der Beweisführung.)

Die Rolle der iliolumbalen Ligamente bei Kreuzschmerzen. Man findet bei Personen, deren Beschäftigung eine häufige Rotation der Wirbelsäule verlangt (Arbeitern, die Hebemaschinen bedienen, Golfspielern u. a.) eine in einem Dreieck zwischen den letzten zwei Lumbalwirbeln und dem hinteren Teil der Crista ilii lokalisierte Druck- bzw. Schmerzempfindlichkeit. Röntgenuntersuchungen zeigen als Ausdruck eines vermehrten Zuges an den iliolumbalen Ligamenten periostitische Veränderungen mit gelegentlicher Spornbildung an den Insertionspunkten der Ligamente, der Crista und den Processus laterales. Hin und wieder findet man sogar partielle oder vollständige Verkalkung der Ligamente, die oft so verdickt und verdichtet sind, daß sie auch ohne Verkalkung einen Schatten im Röntenbilde geben. Die Spornbildung, nicht immmer proportional dem Grade des Schmerzes, entspricht etwa derjenigen des Os calcanei bei der Spannung der plantaren Ligamente.

Komplikation des Basedow mit Schwangerschaft. Warnung vor großen Joddosen bei adenomatöser Struma ohne Hyperthyreoidismus oder bei über 25 Jahre alten Patienten mit diffuser kolloider Struma. Diese Warnung ist bei Schwangerschaft noch berechtigter. Basedow ist die Folge exzessiver, wahrscheinlich abnormer Sekretion einer vergrößerten Drüse (diffuse parenchymatöse Hypertrophie), charakterisiert durch hohen Grundstoffwechsel, Exophthalmus und Tendenz zu Magendarmkrisen. Bei adenomatöser Struma ist der erhöhte Grundstoffwechsel durch eine vermehrte normale Schilddrüsensekretion veranlaßt. Die Unterscheidung wird bisweilen dadurch erschwert, daß in Amerika ⅓ aller Basedowfälle sich bei vorher bestehendem adenomatösem Kropf entwickelt, ohne daß ursächliche Zusammenhänge bisher festgestellt werden können. In den letzten drei Schwangerschaftsmonaten steigt normalerweise der Grundstoffwechsel rapide an, nicht als Folge eines Ueberschusses von Thyreotoxin in den Geweben, sondern einer vermehrten Menge protoplasmatischen Gewebes bei Fötus und Mutter. Diese Steigerung beträgt 20 bis 25%. Von 5043 Frauen mit Basedow, bzw. 2185 mit hyperfunktionierender adenomatöser Struma, die in den letzten 10 Jahren in der Mayo-Klinik behandelt wurden, waren nur 32 bzw. 10 schwanger (in ganzen 0,6%). Es zeigte sich, daß auch in schweren Fällen von Hyperthyreoidismus dieser bei guter Ueberwachung und moderner Behandlung durch die Schwangerschaft nicht verschlimmert wird, und daß er die Schwangerschaft nicht in ungünstiger Weise beeinflußt. Bei Vergleich von 20 Schwangeren mit Basedow vor der Einführung der Jodbehandlung im Jahre 1923 und 12 nach Einführung der letzteren, war der Nutzen der Jodbehandlung in die Augen springend. Die Jodbehandlung machte die früher der Thyreodektomie vorangehenden Gefäßligaturen vollkommen überflüssig und verringerte die Zahl der notwendig werdenden Operationen.

Röntgentherapie exsudativer Iritis. Verff. machten ihre erste Beobachtung zufällig bei einer Iritis anscheinend traumatischen Ursprungs, bei welcher sie röntgenologisch, aber vergeblich nach einem Fremdkörper suchten. Sie stellten ein rasches Verschwinden des fibrinösen Exsudats in der Vorderkammer fest. Sie haben seitdem 11 schwere Iritisfälle von exsudativem Typus, meistens syphilitischen Ursprungs, ohne jede andere Behandlung als ein Mydriatikum mit schwacher Röntgenbestrahlung und ständig gutem Erfolge behandelt. Im letzten Falle handelte es sich um eine postoperative Spätinfektion nach Kataraktextraktion, die allen erdenklichen Behandlungsmethoden getrotzt hatte und schließlich auf die Röntgenbehandlung günstig reagierte. Sie bestrahlen 30 Sekunden bei 12½ cm Funkenstrecke, 50 cm Fokusdistanz, 5 ma und 1 mm Al.

87., Nr. 14, 2. Oktober 1926.

Neuropsychiatrische Begleiterscheinungen der Chorea bei Kindern. Ebaugh.
Pathologische Untersuchung bei Thrombose des kavernösen Sinus. Dixon.
Akrodynie bei Erwachsenen. White.
♦ Die Verbesserung der Deformität bei zum Stillstand gekommener Hüftgelenkserkrankung. Abbott.
♦ Einige Bromöle zu röntgenographischem Gebrauch. Putnam.
Augensymptome bei subarachnoidaler Hämorrhagie. Calhoun.
Die Verhinderung der Rachitis bei frühgeborenen Kindern. Gerstenberger und Nourse.
♦ Die Wirkung ultravioletter Strahlen auf die Gesundheit einer Gruppe von Kindern. Barenberg, Friedman und Green.
♦ Die Lokalisierung von aus Infektionsherden isolierten Bakterien bei Tieren. Nickel.
Einfluß von Bewegungsbildern auf die Sehschärfe. Irvine und Weymann.
♦ Die Impfnarbe als Index von Immunität. Leake und Thomas.
Ein Nadelhalter ohne Schnappfeder für kleine gebogene Nadeln. Berens.
♦ Sulpharsphenamin in der Behandlung von Warzen. Sutton.

Die Verbesserung der Deformität bei zum Stillstand gekommener Hüftgelenkserkrankung. Der Ausgang von Hüftgelenksleiden tuberkulöser oder pyogener Natur ist oft erhebliche Deformität. Bei Tuberkulose ist bisweilen Hals und Kopf des Femur zerstört, der Trochanter maior aufwärts verschoben, Flexion, Adduktion und Innenrotation sind durch Narbengewebe und Kontraktion der Weichteile fixiert. Es handelt sich darum, die Deformität zu verbessern und den Trochanter in der Pfanne zu fixieren. Allein die Arthrodese kann zu guten Resultaten führen. Verf. führte diese Operation in drei Zeiten aus: 1. Trennung der Weichteile und Einführung einer Steinman-Nadel durch den unteren Femurschaft, 2. mehrwöchentliche starke Extursionsbehandlung unter Benutzung der letzteren, 3. Arthrodese. In Fällen von Gelenkzerstörung durch pyogene Infektion, wo es zur Knochenankylose mit Flexion, Abduktion und Außenrotation gekommen ist, versagt die gewöhnliche Methode der sofortigen Verbesserung der Deformität durch die Osteotomia subtrochanterica, weil es meistens infolge der Kontraktion der Weichteile zur Verlagerung der Fragmente kommt. Verf. empfiehlt eine einfache transversale Osteotomia subtrochanterica mit Fixierung des Gliedes in der deformierten Stellung, bis die Fragmente von weichem Kallus umgeben sind, sodann allmähliche Korrektur der Stellung in Etappen durch Biegen des Kallus. Verf. bringt als Beispiele je drei Fälle dieser beiden Typen von Deformität. In allen nach diesen Methoden behandelten Fällen erzielte er vollkommene Verbesserung der Deformität mit guten funktionellen Resultaten.

Einige Bromöle zu röntgenographischem Gebrauch. Bei vergleichenden Laboratoriumsuntersuchungen einer sehr großen Anzahl von verschiedenen halogenen Oelen zeigte es sich, daß die tierischen Oele weniger reizen, sich leichter emulgieren lassen und schneller resorbiert werden, als die gebräuchlichen vegetabilischen Oele. Die Versuche kamen vorzugsweise durch Injektion in die Vorderkammer des Kaninchenauges zur Ausführung. Ersatz des Jods durch Brom in den Oelverbindungen gelang durch direktes Hinzufügen von Brom, die Benutzung des Acid. hydrobromicum, wie in der Merckschen Herstellung, war unnötig. Verschiedene tierische Oele mit Brom erwiesen sich als genügend schattengebende Substanzen für röntgenographische Zwecke. Luft reizt die Gewebe erheblich mehr, als irgendeines der benutzten Oele. Am geeignetsten war für Myelographie, Pneumographie u. a. das 40%ige Brom enthaltende, aus dem Schweinefett gewonnene Oel. Dieses letztere, nur 11% Brom enthaltende Oel hat ein niedrigeres spezifisches Gewicht als die Körperflüssigkeiten und kann für die Ventrikulographie auf spinalem Wege und für die Bestimmung des Niveaus von Flüssigkeitsansammlungen benutzt werden. Daueremulsionen dieser Oele lassen sich herstellen, so fein, daß sie für intravenöse Injektionen brauchbar sind. Auch für Pyelographie sind sie verwendbar. Das dunkelste und zu gleicher Zeit am wenigsten dickflüssige Oel ist das bromhaltige Walratöl. Es reizt aber stärker und läßt sich weniger gut emulgieren, wie das vorige.

Die Wirkung ultravioletter Strahlen auf die Gesundheit einer Gruppe von Kindern. Untersuchungen in einem Kinderheim, das Kinder bis zu fünf Jahren seit ihrer frühesten Kindheit beherbergte, welche bei einer sehr guten, einheitlichen Diät und bester Pflege gehalten wurden. Die Bestrahlungen begannen mit drei Minuten Dauer einen Tag um den andern und wurden schließlich bis zu je 15 Minuten für Vorder- und Rückseite gesteigert, anfangs bei 90 cm, später bei 75 cm Entfernung. Die jüngeren Kinder wurden im ganzen 11 Stunden in ersterer, 5 Stunden in letzterer Entfernung bestrahlt. Die Hälfte der Kinder blieb zur Kontrolle unbestrahlt. Die Dosierung bei der Behandlung mit ultravioletten Strahlen ist bisher vollkommen empirisch; Verff. sind der Ansicht, daß im allgemeinen eher zu lange als zu kurze Zeit bestrahlt wird. Aus ihren Untersuchungen, die sich von November bis Mai erstreckten, ging hervor, daß die Bestrahlung anfangs das Gewicht der Kinder vermehrte, daß aber diese Gewichtssteigerung in den späteren Monaten aufhörte. Die Zahl der Infektionen im Winter wurde nicht beeinflußt, dieselben nahmen aber im Frühling erheblich ab. Die Bestrahlung schützte nicht gegen Keuchhusten, noch milderte sie seinen Verlauf. Hb wurde durch die Bestrahlung nicht gesteigert, nahm aber im Frühjahr zu. Die Beschaffenheit der Haut und der Tonus der Muskeln besserten sich. Die durch die Hg-Lampe und durch die Sonnenbestrahlung hervorgebrachten Pigmentierungen wichen in der Farbe etwas voneinander ab.

Die Impfnarbe als Zeichen von Immunität. Aus einer großen Zahl von Untersuchungen geht hervor, daß weder die Größe der Impfnarben noch ihr Charakter (ob flach oder vertieft, ob sehr ausgesprochen oder eben angedeutet) irgendeinen Einfluß auf die Immunität gegen Vakzine oder Pocken hat.

Sulpharsphenamin in der Behandlung von Warzen. Empfehlung von Sulpharsphenamin (intraglutaeale Injektion von 0,4 g in einer geringen Menge sterilen Wassers) bei Warzen, besonders bei planen, juvenilen Warzen. Eine einzige Injektion genügte, die Warzen verschwanden innerhalb 14 Tagen.

Die Lokalisierung von aus Infektionsherden isolierten Bakterien bei Tieren. Verf. konnte oft mit frisch aus Infektionsherden isolierten Keimen, besonders Streptokokken, bei Tieren die gleichen Erkrankungen erzeugen, die bei den Menschen aufgetreten waren, von denen die Keime stammten (Arthritis, Magenulkus, Herzkrankheiten). Einer oder auch mehrere Herde (Zähne, Tonsillen, Prostata oder Zervix) können den ursächlichen Keim in einem gegebenen Falle beherbergen. Abgesehen von Traumen, Ueberanstrengungen u. a. bestimmt die den Keimen innewohnende Eigenschaft zu elektiver Lokalisierung in gewissen Geweben den Sitz der Krankheit bei den mit Infektionsherden behafteten Menschen. Das trifft sowohl für Keime zu, die aus akuten wie aus chronischen Krankheiten isoliert sind; vorgeschrittene Veränderungen, wie bei chronischer Arthritis, wurden bei Kaninchen experimentell erzeugt, Exazerbationen folgten wiederholt auf neue Injektionen. Die ursächlichen Beziehungen zwischen den Keimen und den hervorgerufenen Erkrankungen wurden durch Isolierung derselben Keime aus den erkrankten Organen festgestellt, während Blut und andere Gewebe steril waren oder durch den Befund der Keime in mikroskopischen Schnitten. Die Methode, die Fähigkeit zur Lokalisierung von aus Infektionsherden isolierten Keimen im Tierversuch zu erweisen, hat diagnostischen wie auch therapeutischen Wert. Oft läßt sich auf diese Weise bestimmen, welcher von vielen in den Infektionsherden gefundenen Keimen in ursächlichem Verhältnis zu der Organerkrankung steht, und welcher besondere Herd einen derartigen Keim beherbergt. Zudem erhält man die Mittel zur aktiven Immunisierung mit spezifischer, autogener Vakzine.

87., Nr. 15, 9. Oktober 1926.

* Beeinflussung von Iritisrezidiven durch Beseitigung von Infektionsherden. Irons und Brown.
Die Prostata als Infektionsherd bei Augenentzündungen. Zentmayer.
Augenkrankheiten im Verlaufe nichtdysenterischer Amöbenkrankheit. Mills.
* Masernprophylaxe. Hoyne und Gasul.
Kauterisierung von Karzinom und Exzision durch Thermokauter. Scott.
* Das Plasma-Eiweiß bei orthostatischer Albuminurie. Schlutz und Swanson.
Leitung und Kontraktion der Herzmuskulatur in Wasserstarre. Brooks.
* Ein Fall von „Creeping eruption" (Larva migrans). Austmann.
Die chirurgische Behandlung der Lungeneiterung. Harrington.
* Mutationsformen des Tuberkelbazillus. Sweany.
Lepra in Korea. Wilson.
Ein neuer Apparat in Taschenform für künstlichen Pneumothorax. De Martini und Wynn.
Ein Fall intrauteriner Amputation. Reed.
Eine neue Vorrichtung für Sauerstoffinhalation. Barach.
Eine enorme Stein-Pyonephrose. Boyd.

Masernprophylaxe. Tunnicliff demonstrierte zuerst ihren Masern-Diplokokkus 1917, es folgten Caronia mit seinem ovoiden Kokkus und Ferry und Fisher mit ihrem in Paaren angeordneten Streptokokkus. Wahrscheinlich handelt es sich um ein und denselben Keim, dessen Verschiedenheiten durch abweichende Kulturmethoden erklärt werden können. Verff. erprobten das Tunnicliffsche Immun-Ziegenserum. Es handelte sich um 48 der Ansteckung ausgesetzte Kinder, von denen 39 geimpft wurden. 34 von diesen blieben gegen die Infektion geschützt, 5 (12,8%) erkrankten an einer sehr milden Form der Krankheit (kein Todesfall, keine Komplikationen, mäßiges Fieber). Die Inkubationsperioden betrugen 8, 16, 20, 33, 33 Tage, so daß die Möglichkeit späterer Infektion nicht ausgeschlossen werden kann. Die passive Immunität dauert wahrscheinlich 2—4 Wochen. Von den 9 nicht geimpften Kindern erkrankten 8 an Masern und starben 2 i. e. 88,8% Morbidität mit 25% Mortalität. Serumexantheme erfolgten in 13% der Fälle, dauerten aber nur 1—2 Tage an. Keine nachteiligen Folgen. Das Serum hat große Vorteile vor dem Rekonvaleszentenserum, das für Impfungen in größerem Maßstabe nur schwer zu beschaffen ist.

Das Plasma-Eiweiß bei orthostatischer Albuminurie. In 5 Fällen funktioneller Albuminurie fanden Verff. das Plasma-Eiweiß innerhalb normaler Grenzen. Die konstante Eiweißdrainage durch die Nierenkapillaren ist also nicht genügend, um eine quantitative Herabsetzung des Plasma-Albumin herbeizuführen. Das Globulin ist nicht vermehrt, wie bei manchen andern Störungen, in welchen es den Albuminverlust kompensiert. Die Verteilung der Aminsäuren in Blut und Urin weicht ebenfalls nicht von der Norm ab. In der Aussprache erklärt sich Helmholz mit der Auffassung einverstanden, daß es sich um eine rein lokale Störung handelt und daß die Zirkulationsverringerung in der Niere, meistens der linken, keine Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes herbeiführen kann. Die Verordnung von Natr. bicarbon. in Mengen, die den Harn alkalisch machen, verhindert die Albuminurie, selbst bei bestehender Lordose, ist also imstande, die lokale Zirkulationsstörung der Niere zu beheben.

Beeinflussung von Iritisrezidiven durch Beseitigung von Infektionsherden. Verff. machen auf die Wichtigkeit einer gründlichen Untersuchung des ganzen Körpers und eine Beseitigung infektiöser Prozesse für die vollkommene Heilung der Iritis aufmerksam. In 43 von 50 Fällen waren nach Entfernung, bzw. geeigneter Behandlung infektiöser Erkrankung, die allem Anscheine nach in ursächlichem Zusammenhang mit der Iritis standen (vorwiegend Zahn- und Tonsillen-Infektionen, Prostatitis, Syphilis, Tuberkulose oder Kombination mehrerer Prozesse), keine Rezidive erfolgt nach einer Beobachtungszeit zwischen 3 und 12 Jahren (durchschnittlich 7 Jahren). In 23 dieser Fälle waren Iritiden, häufig in großer Anzahl vorausgegangen. In 4 Fällen, in welchen Rezidive erfolgten, waren die Infektionsherde aus verschiedenen Gründen nicht beseitigt. In 3 weiteren Fällen waren die Ursachen der Iritis nicht mit Sicherheit erkennbar, und die Erkrankung führte zur Erblindung.

Ein Fall von „Creeping eruption". Als ursächlicher Faktor wurde eine Larve der Rinder- oder Pferdebremse, Gastrophilus intestinalis, festgestellt. Im ganzen sind in der Literatur, einschließlich dieses Falles nur 7 Fälle beschrieben, in denen Gastrophiluslarven mit Sicherheit identifiziert wurden. Als weitere tierische Parasiten werden Nematoden u. a. bezeichnet. Bei den Gastrophiluslarven sind die Maulwurfsgänge in der Haut durch erythematöse oder papulöse Linien gekennzeichnet, während Bläschenformen für die Nematodenlarven charakterisiert zu sein scheinen. Therapeutisch ist die Entfernung des Parasiten an Ort und Stelle am sichersten, sie setzt aber die selbst mit der Diaskopie sehr schwierige Lokalisierung des Parasiten voraus. Verf. machte sich zum ersten Male die Lombardsche Methode der Kapillarenbeobachtung in der intakten Haut durch Aufhellung der Epidermis mit Oel zunutze. So gelang es ihm, die Larve 13 mm vom Ende der roten Linie zwischen Horn- und granulärer Epidermisschicht zu lokalisieren und ihre Wanderung zu beobachten. Sie war innerhalb 4 Stunden um 8 mm vorgeschritten. Mit diesem Hilfsmittel konnte er die Larve leicht und schmerzlos ohne lokale Anästhesie mit der Spitze einer Nadel entfernen. Diese Methode mag auch für andere parasitäre Hauterkrankungen von Wert sein. Die Larve ist abgebildet und mißt 0,8 : 0,115 mm.

Mutationsformen des Tuberkelbazillus. Verf. studierte in Tausenden von Kulturen und Hunderten von Tierexperimenten die verschiedenen Bedingungen, unter welchen sich Mutationsformen des Tuberkelbazillus entwickeln. Es kommt regelmäßig während der Vegetation zu Wechsel in der Bazillenform, vorzüglich bei besonderer Veränderung der Umgebung und des Nährbodens, wie sie in alten Kulturen oder Krankheitsherden stets eintritt. Die Mutationsformen können sehr verschieden kulturelle, morphologische und pathologische Merkmale haben. Die zwei gewöhnlichsten Typen sind bazilläre und kokkoide Formen, die nicht säurefest sind, nach einer einzigen Passage keine typische Tuberkulose hervorrufen und den in tuberkulösen Höhlen gefundenen Formen in vielen Beziehungen ähneln. Daneben kommen filtrierbare Formen vor. Die bazillären Formen können in kokkoide oder in Granula übergehen, und aus den kokkoiden Formen können auf geeigneten Nährböden wieder Bazillen entstehen. Kokken treten zuerst als Diplokokken auf, später in mannigfachen Formen zu Vieren oder in staphylokokkenartigen Gebilden. Viele der Mutationsformen sind gar nicht, andere nur in geringem Grade pathogen, andere wiederum spielen unzweifelhaft eine Rolle im Krankheitsprozeß. Nach Verf. sind Hodgkins Krankheit, wahrscheinlich auch Polyserositis und Picks Cirrhose durch Mutationsformen des Tuberkelbazillus verursacht. Rontal.

The Urologic and Cutaneous Review.

Nr. 10, Oktober 1926.

* Die Wichtigkeit der Untersuchung des Samens bei Gonorrhoe. David M. Leibfreid, Charkow (Rußland).
* Die Behandlung der Epididymitis mit subperiostalen Terpentininjektionen. Mit Bericht über 50 Fälle. John O. Rush, Mobile.
* Die Abortivbehandlung des akuten gonorrhoischen Prostataabszesses. Arthur I. Greenberger und Monroe E. Greenberger, New York.
Schutzvorrichtung bei Harnröhren- und Harnröhrenblasenspülung. Samuel I. Sinkoe, Atlanta.
* Medikamentöse Phenolphthaleindermatitis. C. P. Bondurant, Oklahoma.
Intensive Therapie mit Kromayer-Lampe. H. C. L. Lindsay, Vancouver.
* Ovaralgia erotica. Moriz Porosz, Budapest.
Angeborene Frigidität des Mannes. Mit Bericht eines Falles. Wirt. Bradley Dakin, Los Angeles.
* Kongenitale Syphilis. V. M. Long, Winston-Salem.

Die Wichtigkeit der Untersuchung des Samens bei Gonorrhoe. Bei chronischer Gonorrhoe gibt die Untersuchung der Samenflüssigkeit einzelnen Autoren bis 75% positive Resultate in Fällen, bei denen alle anderen Methoden keine Gon. mehr nachweisen konnten. Allerdings genügt, um diese Resultate zu erzielen, die mikroskopische Untersuchung des Sperma allein nicht, sondern es muß auch das Kulturverfahren herangezogen werden. Verdächtig ist bereits die Vermehrung der Eiterzellen im steril aufgefangenem Sperma.

Die Behandlung der Epididymitis mit subperiostalen Terpentininjektionen. Nach subperiostalen Terpentininjektionen, die bei richtiger Technik keine Beschwerden verursachen, beginnt bereits nach 13 Stunden die Schmerzhaftigkeit in den Nebenhoden nachzulassen. Nach 36 Stunden sind die Patienten fieberfrei; der Gebrauch von Salben, Einreibungen usw. ist hierbei überflüssig, daher sind diese Injektionen bei der Epididymitis die Therapie der Wahl.

Die Abortivbehandlung des akuten gonorrhoischen Prostataabzesses. Die Unterscheidung zwischen akutem Prostataabszeß und akuter Prostatitis ist äußerst schwierig, ja häufig unmöglich. Sie ist aber durchaus unnötig, denn die Behandlung ist bei beiden Prozessen dieselbe, und zwar die Diathermie. In einer einzigen Sitzung wird die Großzahl dieser Fälle geheilt, nur wenige brauchen zwei oder gar mehr Behandlungen. Bei dieser wird dem in Rückenlage liegenden Patienten die aktive, schlüpfrig gemachte Elektrode ins Rektum eingeführt — direkt an die weichste Stelle der Prostata —; die inaktive Elektrode kommt aufs Sternum. Die Stärke des Stromes hängt von der Toleranz des Individuums ab, die Dauer der Sitzung beträgt am besten eine Stunde.

Medikamentöse Phenolphthaleindermatitis. Nach Gebrauch von Phenolphthalein, das bei der Herstellung von Abführmitteln eine große Rolle spielt, tritt nicht selten — besonders bei brünetten Personen mit Herz- oder Nierenfehlern — eine Dermatitis auf. Diese besteht in sehr ausgebreitetem, polichromem Makulae, die vereinzelt oder gruppiert auftreten und Erbsen bis Handtellergröße erreichen. Die zuerst dunkelpurpurrote Farbe hellt sich langsam auf. Die Eruption wird lokal von leichtem Brennen und Hitzegefühl begleitet, während Jucken nicht vorhanden ist; daneben besteht leichtes Fieber und allgemeine Mattigkeit. In seltenen Fällen wird auch die Zunge ergriffen — Abbildung. Wahrscheinlich liegt eine Idiosynkrasie vor, bei der die normalen Beziehungen zwischen Haut und Nervensystem gestört sind.

Ovaralgia erotica. Analog der Epididymitis sympatica des Mannes gibt es eine Ovaralgtia erotica bei genital vollkomemn gesunden Frauen. Die Ovaralgie entsteht dadurch, daß der Orgasmus bei den betreffenden Frauen viel später als bei ihren Männern eintritt, so daß nie das Gefühl der Befriedigung sich bei ihnen einstellt. Am Tage nach dem Koitus klagen die betreffenden über Unterleibsschmerzen, Fieber, allgemeine Mattigkeit und Unlust; sie sind dann äußerst reizbar und aufgeregt. Von ihren Männern werden sie als frigide bezeichnet. Beim Koitus mit Männern, deren Geschlechtserregung analog der ihrigen abläuft, bleiben diese Erscheinungen und Beschwerden fort, und ihnen gegenüber benehmen sie sich eher temperamentvoll als frigide.

Kongenitale Syphilis. Der Name „hereditäre" Lues sollte vollkommen ausgemerzt und durch kongenitale Lues ersetzt werden, denn die Lues wird niemals vererbt, sondern stets zu irgendeiner Zeit durch Kontakt mit Spirochäten erworben. Daher bestehen denn auch weder das Profetasche noch das Collessche Gesetz, und sie sollten nebst manch andern veralteten und überholten Theorien der Erbsyphilis aus unseren Lehrbüchern verschwinden. — Kinder, deren Mütter Zeichen aktiver Syphilis zeigen — also nicht etwa nur einen positiven Wa. — müssen auch, wenn sie klinisch und serologisch keine Zeichen von Lues aufweisen, doch für infiziert angesehen und behandelt werden. Häufig zeigen sich die ersten Symptome stattgehabter Infektion erst in der Pubertät, und es ist besser, einmal ein gesundes Kind unnötigerweise zu behandeln als ein krankes unbehandelt zu lassen. Bab.

Buchbesprechungen.

Prof. Dr. L. Lewin: **Phantastica. Die betäubenden und erregenden Genußmittel.** Für Aerzte und Nichtärzte. Zweite erweiterte Auflage. Berlin. 1927. Verlag von Georg Stilke. (Preis geh. 20 M., geb. 23 M.) — Phantastica, das sind Mittel, die den Halluzinationen und Visionen Ekstatischer und geistig Abnormer ähnliche Zustände hervorrufen; die Tatsache dieses Vorganges führt zu der Annahme, daß auch den vorübergehend auftretenden Halluzinationen und Wachvisionen geistig Gesunder eine veranlassende Wirkung im Körper selbst entstandener Stoffe zugrunde liegt. Ueber die als Phantastica zusammengefaßten pflanzlichen Stoffe, die vorübergehend genommen, keinen Schaden stiften, mit denen aber in mannigfacher Weise Mißbrauch getrieben wird, teilt Verf. aus dem reichen Schatze seiner historischen Forschungen und experimentellen Untersuchungen eine erstaunliche Fülle interessantesten Materiales mit. Darüber hinaus aber gibt das Buch einen entsprechenden Ueberblick über die sämtlichen betäubenden und erregenden Genußmittel, die, zum Teil zunächst von den Naturvölkern empirisch gefunden, den Kulturvölkern Linderung und Heilung von Leiden, dann aber durch Mißbrauch furchtbarsten Schaden brachten; während andere, mit fortschreitender Zivilisation bei den Naturvölkern eingedrungen, zu ihrer Dezimierung beitrugen. Das andauernde Wachsen des Verbrauches narkotischer Stoffe kann katastrophale Folgen haben; ihm zu steuern will Verf. durch sein Buch, das sich nicht nur an Aerzte wendet, beitragen, seine Hoffnungen auf Erfolg erscheinen einigermaßen skeptisch. Bei der Alkoholfrage werden die Wege der Bekämpfung der Trunksucht, unter Ablehnung strafgesetzlicher Bestimmungen sowie der Abstinenzbestrebungen, aufgezeigt. Vieles an allzu persönlich gefärbten Anschauungen des Buches wird keine allgemeine Billigung finden, und manche allzu bissige Bemerkung des verkannten oder wenigstens nicht genügend anerkannten Entdeckers hätte ruhig fortbleiben können. Im ganzen das Werk eines nicht nur pharmakologisch, sondern ethisch und philosophisch gebildeten, vielgewandten Mannes, der so vieles bringt, daß er sicher jedem etwas bringen wird. Ernst Levin, Berlin.

Kinegrammata medica. Heinrich Braun: Oertliche Betäubung. Mappe III. — In der III. Mappe der Kinegrammata medica ist die örtliche Betäubung von Heinrich Braun erschienen. Braun ist als einer der besten Kenner der örtlichen Betäubung weit über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt. Die Kinegrammata besitzen gegenüber seinem Lehrbuch und seinen sonstigen Mitteilungen den Vorteil, daß sie durch zahlreiche Abbildungen uns sowohl die allgemeine als auch die spezielle Technik in klarster und anschaulichster Weise erläutern. Die Kinegrammata erscheinen im Verlage von Georg Stilke. Gohrbandt.

Lehmann-Neumann: **Bakteriologie, insbesondere bakteriologische Diagnostik.** 7. völlig umgearbeitete Auflage. I. Band: Technik, allgemeine Diagnostik, Atlas. J. F. Lehmanns Verlag, München 1926. Preis 20,— M. — Ueberall in der neuen Auflage tritt das Bestreben hervor, diesen Atlas der bakteriologischen Diagnostik den Fortschritten der Wissenschaft anzupassen. Unter Mitwirkung anerkannter Forscher sind verschiedene Abschnitte wesentlich umgestaltet worden. Die Abschnitte über allgemeine Diagnostik und bakteriologische Technik gewähren trotz ihrer Kürze eine erschöpfende Uebersicht der praktisch notwendigsten Methoden und der wichtigsten morphologischen Kennzeichen. Im speziellen Teil haben viele Gruppen der pathogenen Mikroorganismen (Anaerobier, Paratyphusgruppe, Spirochäten, Streptokokken u. a. m.) unter Zugrundelegung der neueren Erfahrungen eine weitgehende Umarbeitung gefunden. Wesentlich erhöht wird die Brauchbarkeit des Werkes durch die reichhaltigen, durchwegs naturgetreuen Abbildungen, welche in vieler Beziehung dem Photogramm überlegen sind. Die farbigen Tafeln erleichtern die Diagnostik wesentlich und können zur praktischen Einführung in die Mikroparasitologie und als Nachschlagewerk bestens empfohlen werden. Biberfeld.

Fritz Kahn: **Das Leben des Menschen.** 4 Bände, geb. je 15 M. Frankhsche Verlagshandlung, Stuttgart. — Drei Bände sind erschienen, der vierte und letzte erscheint voraussichtlich 1927. Eine volkstümliche Anatomie, Biologie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte des Menschen wird dargestellt. Nicht weniger als 120 farbige und schwarze Tafeln und etwa 900 Abbildungen im Text unterstützen die wörtliche Beschreibung und suchen das Gesagte eindrucksvoll zu demonstrieren. Es ist sicherlich außerordentlich schwer, dem Laien die Physik und Chemie des Lebens, die Funktionen der endokrinen Drüsen, die Vorgänge im Stoffwechsel verständlich zu machen. Soweit der Fachmann urteilen kann, scheint dem Verf. mit großzügiger Unterstützung des Verlages diese Aufgabe gelungen zu sein. In welches Kapitel auch man sich bei der Lektüre vertieft, immer wird man überrascht von der Fülle der gebotenen Tatsachen. Arthur Keller.

L. Danel: **La chimiothérapie antiinfectieuse moderne spécialement en dermato-syphiligraphie.** Les Presses universitaires de France. Paris. 302 S. Preis 3,70 M. — In Frankreich gibt es kein Handbuch der Salvarsantherapie, dort mag das vorliegende soeben erschienene Buch seine Bedeutung haben. Bei uns wird es nicht viel Leser finden. Das ist schade, denn das Thema ist speziell in seinen Beziehungen zur Syphilidologie recht gut bearbeitet, gibt im Verhältnis zur Fülle des Stoffes eine kurze Uebersicht über die Urspründe der Iatrochemie und ihre wachsende Bedeutung in der Bekämpfung der Protozoenkrankheiten, über die Quellen der synthetischen Chemie, die viel zu wenig beachteten Schwierigkeiten der praktischen Chemotherapie. Besonders die Chemotherapie der Syphilis ist Gegenstand ausführlicher Behandlung. Die Salvarsantherapie und ihre Nebenwirkungen werden in zwei Kapiteln abgehandelt. Hieran schließt sich eine Besprechung der Arsinsäurepräparate Stovarsol und Treparsol, denen der Autor einen wichtigen Platz einräumt, allerdings ohne über die Verwendbarkeit dieser Mittel in der Syphilistherapie und -prävention auf der Höhe zu sein. So ignoriert er die zahlreichen Arbeiten deutscher Autoren, die doch wichtige Beiträge geliefert haben, vollkommen, teilt nur die hundertfach bekannten älteren Anfangsresultate mit, meist unter fast wörtlicher Wiedergabe der betreffenden Arbeiten, und gibt gerade in diesem den Dermatologen heute am meisten interessierenden Punkte nichts eigenes. Von deutschen Autoren existieren für den Verfasser nur die großen Toten. Es folgt ein Kapitel über die Wismuththerapie in enger Anlehnung an Levaditis Buch, alsdann Schlußbetrachtungen und Ausblicke. Es handelt sich um eine Reihe unterhaltsamer Vorträge, die wohl dem Kolleg des Verfassers in Lille entnommen sind. K. Heymann (Berlin).

Liek, Erwin: **Der Arzt und seine Sendung.** München, J. F. Lehmann, 1926. 130 S. 4 M. — Von einem angehenden Kollegen wurde Sydenham einmal gefragt, welche Bücher er wohl seinem Studium zugrunde legen solle. „Die Bibel und Don Quijote", lautete die Antwort. Hätte Syndenham das Buch von Liek gekannt, hätte er es als drittes hinzugefügt. Denn ihm, dem Feind des phantastischen, chemisch-physikalischen Doktrinarismus seiner Zeit, standen nicht die Spekulationen im Mittelpunkt, sondern das Heilen. In ähnlicher Weise erinnert Liek daran, daß das Heilen, nicht geistreiche pathologische Hypothesen oder ingeniöse Therapien das Wesen des Arztes ausmachen. Gewiß sind Detailforschungen nötig. Kein Mensch wird das leugnen. Allein wenn sie überwuchern, dann geht es wie Helmholtz treffend bemerkte: „Wie das echte Kunstwerk keinen fremden Eingriff erträgt, ohne beschädigt zu werden, so wird auch die Natur durch die Eingriffe des Experimentierenden in ihrer Harmonie gestört, gequält, verwirrt, und sie täuscht dafür den Störenfried durch ein Zerrbild." Niemand wird zögern, Krupp ob seiner Geschützkonstruktionen für genial zu halten; aber ein Stratege war er nicht. Erst in dessen Hand bekamen die Kanonen Leben. So verhält es sich auch in der Heilkunde: erst in der Hand des Arztes bekommen die Ergebnisse der Laboratorien ihren Wert. Aber freilich, Strategie und Arzttum sind Künste, und Künste lassen sich nicht erlernen. Die Pinselei in Oel macht allein den großen Künstler nicht aus (A. J. Carstens); ebensowenig macht die Beherrschung sämtlicher Spezialitäten den wahren Arzt. Es muß noch etwas Besonderes, Undefinierbares dazu kommen: die innere Berufung, die Einfühlung in den Kranken, das Herz. Medicum virum bonum prudentemque esse oportet (Roderich a Castro Lusitanus). Ohne dieses wird man Mediziner, aber nicht Arzt. Um aber seine Fähigkeiten voll entfalten zu können, darf sich nichts zwischen Arzt und Patienten einschieben, wie ja auch „bestellte" Arbeiten sowohl von Beethoven wie von Goethe nur mäßig ausgefallen sind. Es müßte also eigentlich der wahre Arzt seine Patienten ebenso nach seinem Geschmack wählen dürfen, wie umgekehrt der Patient seinen Arzt. Aber da taucht der Kampf ums tägliche Brot, auri sacra fames auf. Ganz schlimm sind die gerühmten sozialen Einrichtungen, wie die Krankenkassen u. dergl.: sie berauben den Arzt seines besten Ichs. Dieses wundervolle Kapitel 6 sollten alle Reichtagsabgeordneten und Wohlfahrtsbehörden jeden Morgen vor Dienstantritt lesen. Am 7. Tage würden sie gewiß nicht mehr sprechen: Siehe da, es ist sehr gut, was wir gemacht haben.

Liek bringt nichts von Serologie, Röntgendosierungen, Gehirnaufblasungen u. dergl.; er entwirft einen status praesens der Zustände, wie sie sich entwickelt haben, und eine Prognose, wie sie den göttlichsten aller Berufe aus seinem Tempel zu zerren trachten. Das Heer derer, welche die exakten — ach so oft depossedierten Wahrheiten anbeten, wird über Liek herfallen. Aber von den andern wird ihm manch einer verständnisvoll und dankbar die Hand drücken. Buttersack, Göttingen.

Dr. med. Carl Pototzky: **Konzentrationsgymnastik für zerstreute und nervöse Kinder.** Verlag: Georg Thieme, Leipzig. Preis geb. 3,— M. — Der Verfasser zeigt uns in diesem Büchlein einen Weg, wie durch systematische, genau durchdachte Uebungen die Konzentrationsfähigkeit zerstreuter und nervöser Kinder gestärkt werden kann. So ist als Beispiel dieser psychophysischen Gymnastik die Tageseinteilung eines Kindes in einzelnen logisch und zeitlich aufeinanderfolgenden Etappen bildlich dargestellt. Ein wichtiges Prinzip dieser Uebungen bildet das Kommando, welches fortgeschrittene Kinder zur Erholung von der Konzentration später selbst übernehmen können. Von unbedingter Notwendigkeit ist, daß wie ein roter Faden durch alle Uebungen ein Gedanke zu gehen hat, den die Kinder logisch abwickeln müssen. Stimming.

Marie C. Stopes: **Das Liebesleben in der Ehe.** Preis 3,20 und 4,40 M. — **Weisheit der Fortpflanzung.** Preis 2 und 2,80 M. — **Glückliche Mutterschaft.** Preis 3,60 und 4,80 M. Verlag Orell Füßli, Zürich 1924. — Diese drei Bücher der in England anerkannten Autorin gehören im inneren und äußeren Aufbau zusammen und haben die Tendenz, auf sexualerotischem Gebiet da einzugreifen, wo die Wissenschaft oft versagt oder zu theoretisch bleibt, die bisher üblichen praktischen Ratschläge und Winke wiederum zu laienhaft und ohne wirkliche biologische Grundlagen gegeben wurden. Diesem Zweck, in allen Ehe- und Sexualfragen wissenschaftlich und praktisch zugleich aufzuklären und zu beraten, werden diese Bücher vollauf gerecht, um so mehr, da sie in erster Linie für das prüde England geschrieben sind, das wohl in Fragen der Aufklärung immer noch gegen andere Länder zurücksteht. Tatsächlich kann sich hier jedes Liebes- und Ehepaar Rat holen, wie es sich bei jeder entstehenden Schwierigkeit ihres seelischen und körperlichen Zusammenlebens verhalten soll und wird immer eine klare und vor allem immer auch durchführbare Antwort finden. Natürlich sind viele dieser Ratschläge längst bekannt, aber wie jeder Arzt in der Sprechstunde erfährt, immer noch nicht bekannt genug oder wieder vergessen oder als unwissenschaftlich oder ins Gebiet der Mystik und des Aberglaubens gehörend abgelehnt. Verf. weist aber ebenso auf die theoretisch gefundenen Ergebnisse wie auf diejenigen rein praktischer Erfahrung hin und schafft dadurch eine sehr brauchbare Verbindung ärztlicher, sozialer und gewissermaßen sittlicher Indikationen für eine normale Sexualerotik, die zur vollen Befriedigung führt. Während „Das Liebesleben in der Ehe" mehr auf seelische Verhältnisse und Störungen eingeht, an denen schon manche Ehe gescheitert ist, beraten die beiden anderen Bücher in den Fragen der Fortpflanzung und Mutterschaft in ganz realer Form mit praktischen Anweisungen betreffs Verhütung oder Herbeiführung der Empfängnis und Mutterschaft, immer von dem Standpunkt aus, menschlich und ärztlich vernunftgemäß, ohne falsche Sentimentalität, aber auch ohne ebenso falsche soziale Härte zu handeln. Ein gewisser Fehler der Bücher liegt in der oft etwas schwülstigen Sprache, die dem Ganzen einen unwissenschaftlichen Zug verleiht, wie auch die Bilderausstattung dem ernsten Charakter der Schriften nicht entspricht und sie sehr leicht als nicht zur Fachliteratur gehörig in ein anderes Gebiet verweisen könnten. Haber.

Dr. Karl Graeter, Nervenarzt: **Menschenleiden als Lebensgeheimnis.** Vertiefung der Autosuggestion durch Biosophie (Lebenskunde). Verlag von Julius Umbach. Kandern (Baden). VII, 192 Seiten. Preis 5,— M. — Auch von diesem Buch kann man wohl sagen: „habent sua fata libri". Denn es gibt Bücher, die zur Zeit der Mode gierig gelesen werden, um später wenig beachtet zu werden. Es ist anzunehmen, daß auch dieses Buch das gleiche Schicksal erleben wird. Jedenfalls, heute herrscht der Couéismus noch. Der Erfolg hat andere -ismen hervorgerufen. Der Arzt muß natürlich über diese Strömungen im Bilde sein. Allein aus diesem Grunde ist die Lektüre des Buches zu empfehlen — aber nur für den Arzt, denn für den Laien kann sie auch gefährlich sein —, wenn auch die meisten Aerzte die Anschauung des Verfassers wohl nicht teilen werden. Das Buch ist jedenfalls anregend und vielseitig.

M. Kantorowicz.

Mitteilung.

Die Hygiene-Akademie Dresden

veranstaltet auf Anregung der diesjährigen sächs. Oberinnenkonferenz in Dresden vom 17.—22. Januar 1927 einen sechstägigen Fortbildungslehrgang für Oberinnen und Schwestern in leitenden Stellungen. Als Themata für die Vorträge sind bisher in Aussicht genommen: Geschichte der Krankenpflege, Krankenhausbetriebslehre, Organisationswesen in der Krankenpflege, pädagogische Fragen, soziale Gesetzgebung, Ernährungsfragen, die laufende Desinfektion am Krankenbett, die Abwehrkräfte des Körpers, die Hygiene der Frau, sowie Turnen, Sport, Gymnastik und Spiel.

Es ist dringend erwünscht, daß etwaige Vorschläge über Erweiterung des Unterrichtsgebietes sowohl seitens der zuständigen Behörden wie der leitenden Aerzte von Anstalten verschiedenster Art und seitens der Schwesternorganisationen tunlichst bis zum 15. Dezember an die Hygiene-Akademie gelangen.

Die Teilnehmergebühr für den Lehrgang beträgt 20 M.

Anmeldungen zur Teilnahme werden baldmöglich an das Sekretariat der Hygiene-Akademie, Dresden, Zirkusstr. 38, erbeten.

Beginn des Lehrgangs am 17. Januar, morgens 8½ Uhr ebenda.

Rhein.-Westf. Tuberkulosevereinigung.

Herbsttagung der Rhein.-Westf. Tuberkulosevereinigung am Samstag, den 20. November 1926, nachm. 3½ Uhr, im Hörsaal der Medizin. Klinik der Universität Köln (Lindenburg).

Tagesordnung:

1. Herr Hoffmann, Bonn: „Esophylaxie der Haut" (Referat).
2. Herr Moritz, Köln: Thema vorbehalten.
3. Herr Engel, Dortmund: „Die Altersdisposition zur Tuberkulose."
4. Herr Nordmann, Köln: „Tuberkulöser Primärkomplex der Leber (kongenital?)."

Therapeutische Mitteilungen.

Zur Behandlung anämischer Zustände.

Von
Dr. med. A. TORKANOWSKI, Berlin.

Nach der von Noordenschen Theorie, die von Naegeli u. a. bestätigt wird, handelt es sich bei der Eisenbehandlung der Anämien um einen Reiz auf das hämopsetische System. Es ist anatomisch und physiologisch bewiesen, daß dem Eisen eine, die Heranreifung der im Marke produzierten Jugendformen zu kernlosen Erythrozyten beschleunigende Wirkung zukommt. Es besteht Uebereinstimmung darüber, daß das Eisen vom Darmkanal aus resorbiert wird und dann assimiliert werden kann. Das peroral genommene Eisen wird durch die Salzsäure des Mageninhalts in Chlorür und durch Oxydation im Körper in Chlorid und dieses in lösliches Albuminat übergeführt. Im Zwölffingerdarm und im oberen Dünndarm kommt das Eisen als Salz oder Ion zur Resorption, was experimentell nachgewiesen ist. Der Transport des Eisens im Blute erfolgt innerhalb der Zellenleukozyten und roten Blutkörperchen, denn das Plasma ist eisenfrei. Die Assimilation des Eisens ist nach den klinischen Erfahrungen reichlich durch die enormen Gewichtszunahmen und Förderung der Hämoglobinbildung sichergestellt, auch die Retension von Eisen in der Leber und Milz spricht für die Assimilation. Die Ausscheidung erfolgt teils durch die Niere, meistens aber durch den Dickdarm, was vielfach eine Verstopfung bei Einnahme von Eisen zur Folge hat.

Bis vor einiger Zeit wurde nur das organische Eisen in der Therapie bevorzugt, weil in der Nahrung das Eisen organisch gebunden ist, und der Mensch vermutlich nur das organisch gebundene Eisen zu assimilieren imstande wäre.

Nach den Erfahrungen mit Ferrum reductum wurde diese Ansicht revidiert. Das anorganische Eisen verdankt seine ziemlich verbreitete Anwendung in der Praxis dem spezifischen Reiz, den es durch Ionenwirkung ausübt. Strittig ist nur die Frage, ob organisch gebundenes oder anorganisches Eisen bei aller Art von Anämien angebracht ist. Während die einen anorganisches Eisen nur bei hypochromen Anämien verordnen, geben die anderen das organisch gebundene Eisen speziell bei sekundären Anämien, Blutverlusten, in der Ansicht, daß das anorganisch, d. h. ionisierbare Eisen nur das Knochenmark reizt, während das organische Eisen als Baumaterial zum Aufbau der Körperzelle dient.

A. Alder empfiehlt große Eisendosen bei schweren sekundären Anämien, wobei er die Verbindung oder Eigenart des Eisenpräparates für wenig bedeutsam hält. Allgemein wird das Eisen in nicht allzu hochkomplizierten Verbindungen gegeben. Nur das zweiwertige Eisen gelangt zur Resorption, während das dreiwertige und höhere Verbindungen das Eisen schwer abgeben, deshalb üben z. B. die Hämoglobinpräparate Ferratin usw. keinen erkennbaren Einfluß auf die Zelle aus. Nach Fischer hängt wohl die Wirkung des Eisens vorwiegend mit seiner Fähigkeit der katalytischen Beschleunigung der Oxydationsprozesse zusammen. „Es ist zu vermuten", sagt Fischer, „daß gerade darin seine Unentbehrlichkeit für den Körper liegt."

Im Gegensatz zum Eisen hat das Arsen in kleinen Mengen eine hemmende Wirkung auf die Oxydation. Es befördert nach Gottlieb das Wachstum, den Stoffansatz, d. h. ein Ueberwiegen der Assimilation über die Dissimilationsvorgänge. Infolgedessen wird Eisen zusammen mit Arsen in geeignetem Mischverhältnis gegeben, um bei besonderen Fällen die Wirkung auf die Zelle noch zu erhöhen. Die experimentelle Pharmakologie lehrt, daß das Arsen allgemein den zellulären Stoffwechsel in günstigem Sinne beeinflußt.

Das alltägliche ärztliche Handeln beruht auf der Erfahrung, daß außer dem Knochenmark noch andere Zell- resp. Organfunktionen angeregt werden. Ohne strenge Indikation wird Eisen in Verbindung mit Arsen allgemein als Roborantium gegeben.

Der therapeutische Effekt des Eisens manifestiert sich bei der Chlorose — wie Naegeli behauptet — besonders bei der Anwendung ganz großer Eisenmengen (5- bis 10mal täglich 0,2 g Ferrum reductum). Morawitz nimmt an, daß das Eisen die hormonale Störung der Chlorose beeinflußt. Indessen haben wir die Erfahrung gemacht, daß man mit kleinen Dosen von Eisen, wie wir es in Form von kolloidem Eisen angewendet haben, zum mindesten das gleiche erreicht. Es kommt eben bei den Eisenpräparaten ganz besonders auf die Resorptionsfähigkeit an, und die ist gerade bei dem Ferrum reductum äußerst gering.

Bei der perniziösen Anämie steht das Arsen an erster Stelle. In der letzten Zeit wurden auch bei der Proteinkörpertherapie Remissionen beobachtet, doch kann das Arsen nicht verdrängt werden, da es noch roborierende Wirkung ausübt. Neißer empfiehlt sehr große Einzeldosen von Arsen, aber diese Arsenstöße sind in den meisten Fällen nicht durchführbar wegen Neigung zu Erbrechen und große Hinfälligkeit.

Wir haben nun bei unseren Versuchen das Ferrum colloidale Heyden, welches unter dem Namen Protoferrol in den Handel gelangt, angewendet und uns noch eingehender mit dem Arsenprotoferrol der gleichen Firma beschäftigt, um es ebenfalls auf seine Wirksamkeit zu prüfen.

Das Ferrum colloidale Heyden = Protoferrol ist ein rotbraunes Pulver, das etwa 11% Eisen enthält neben Eiweißderivaten als Schutzkolloid. Von Präparaten, wie Ferrum reductum oder dergleichen, hat es den großen Vorzug, in Wasser mit feinster Dispersion löslich zu sein.

Von den Eisensalzen zeichnet es sich dadurch aus, daß das kolloide Eisen den Schleimhäuten gegenüber ganz indifferent ist. Es übt also keine Reizwirkung auf die Schleimhäute der Mundhöhle, des Magens und des Darmes aus. Eine Protoferroltablette enthält etwa 0,01 g Eisen entsprechend 0,015 Eisenoxyd.

Das Arsenoprotoferrol besteht neben kolloidalem Eisen noch aus kolloidalem Arsen in folgendem Mischverhältnis:

$$0{,}01\,\mathrm{g\ Fe} = 0{,}015\,\mathrm{g\ F_2O_3},$$
$$0{,}0004\,\mathrm{g\ As} = 0{,}0005\,\mathrm{g\ Arsenik\ (As_2O_3)}.$$

Wir haben Protoferrol und das Arsenoprotoferrol bei allen Arten von Anämien, sei es hypochrome, sei es sekundäre, angewandt und erzielten dabei sehr gute Erfolge. Die Gewichtszunahme steigerte sich merklich, der Hämoglobingehalt wurde erhöht, der Appetit und das Allgemeinbefinden wurde bedeutend besser.

Aus den mit Arsenoprotoferrol behandelten zahlreichen Fällen seien nur folgende zwei herausgegriffen:

L. B. 19 Jahre alt, Eltern gesund, Patientin klagt über Mattigkeit und rasche Ermüdbarkeit bei ganz leichter Arbeit. Kopfschmerzen treten öfters auf, ebenso Flimmern vor den Augen und Schwindelgefühl. Nach geringen körperlichen Anstrengungen, klagt Patientin über Herzklopfen und Atemnot. Appetit schlecht, Stuhlgang verstopft, auf Abführmittel angewiesen. Menstruation regelmäßig, Dysmenorrhoe. Vorliebe für saure Speisen.

Patientin befindet sich in mäßigem Ernährungszustande, Haut sehr blaß, Schleimhäute wenig durchblutet. An den Halsvenen lautes Nonnensausen hörbar. Supra- und Infraklavikulargruben eingesunken. Ueber die Lungen ist vesikuläres Atmen, Herz nicht vergrößert. Röntgenologisch: Kor etwas quergestellt, über der Herzspitze ein leises systolisches Geräusch, Pulmonalton etwas akzentuiert, Abdomen ohne Befund. Blutbefund:

Rote Blutkörperchen	3 700 000
Hämoglobingehalt	60%
Färbeindex	0,8%
Weiße Blutkörperchen	6 000

Wir haben der Patientin Arsenoprotoferrol nach dem Essen verordnet in allmählich steigenden Dosen, um dann auf die anfangs gegebene Menge zurückzukehren. Nach einer Woche wurde die Patientin munter und lebhafter. Die Mattigkeit ließ nach, etwa 6 Wochen später hob sich das Allgemeinbefinden und die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit wurde gebessert.

Der Hämoglobingehalt stieg auf 85% und die roten Blutkörperchen stiegen auf 4 200 000. Der Appetit besserte sich enorm und eine Gewichtszunahme von etwa 10 Pfund wurde erzielt.

S. R. 50 Jahre alt. Klimax mit 46 Jahren. Patientin klagt über Herzklopfen, Hitzegefühl, Schweißausbrüche, Schwindelanfälle, schwere Diarrhoe und starke Abmagerung. Appetit sehr schlecht, Stuhlgang normal. Patientin ist eine Frau von intersexuellem Typus, bei der wir hyperthyreotische Vorgänge fanden. Schilddrüse nicht vergrößert. Sie ist sehr gereizt, klagt über Mattigkeit und Schwindelanfälle. An den Händen ist ein kleinwelliger Tremor zu merken, Vasalgien, Blutdruckschwankungen, Haarausfall. Blutbefund:

Rote Blutkörperchen	4 000 000
Hämoglobingehalt	70%
Färbeindex	0,94%
Weiße Blutkörperchen	6 500

Auch dieser Patientin gaben wir Arsenoprotoferrol folgendermaßen:

Am	1.	Tage	2 mal	täglich	je	1	Tablette
„	2.	„	2 „	„	„	1	„
„	3.	„	2 „	„	„	2	„
„	4.	„	2 „	„	„	2	„
„	5.	„	2 „	„	„	3	„
„	6.	„	2 „	„	„	3	„
„	7.	„	2 „	„	„	4	„
„	8.	„	2 „	„	„	4	„
„	9.	„	2 „	„	„	5	„
„	10.	„	2 „	„	„	5	„
„	11.	„	2 „	„	„	4	„
„	12.	„	2 „	„	„	4	„
„	13.	„	2 „	„	„	3	„
„	14.	„	2 „	„	„	3	„
„	15.	„	2 „	„	„	2	„
„	16.	„	2 „	„	„	2	„
„	17.	„	2 „	„	„	1	„
„	18.	„	2 „	„	„	1	„

Nach kurzer Zeit war schon ein sichtbarer Erfolg zu konstatieren, der Appetit besserte sich, die Kopfschmerzen und Schwindelanfälle traten weniger oft auf, die Durchfälle verschwanden und die Erregungszustände wurden gemildert. Eine Gewichtszunahme von etwa 8 Pfund war erfreulicherweise zu verzeichnen und das Allgemeinbefinden wurde zum Schluß bedeutend gehoben. Der Hämoglobingehalt stieg auf 80%, sonst wurde keine Veränderung im Blute gefunden.

Kindern gaben wir von Arsenoprotoferrol zweimal täglich ½ Tablette, alle 2 Tage steigend um je ½ Tablette bis zweimal täglich 2½ Tabletten, um dann auf die ursprüngliche Dosis zurückzugehen.

Nach unseren reichlichen Erfahrungen mit dem Präparat können wir sagen, daß es eine begrüßenswerte Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt. Es ist ein vorzügliches Mittel zur Bekämpfung der Anämien ohne nachträgliche Reizung der Schleimhäute und Belästigung des Magens. Es ist ein sehr bekömmliches Präparat, und diese seltenere Eigenschaft der Eisenpräparate verdankt es anscheinend nur dem Gehalte an eiweißhaltigem Schutzkolloid. Wir können daher das Arsenoprotoferrol zur eingehenderen Nachprüfung empfehlen.

Über Orexin und seine Brauchbarkeit in der Praxis.

Von

Dr. med. RUDOLF PINNER.

Wenn die Literatur über ein Heilmittel bis in das letzte Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts zurückgeht und dieses Heilmittel trotz dieser langen Zeit noch heute ärztlich verordnet wird, ja bestimmt zu einem unentbehrlichen Teil des Arzneischatzes des Praktikers geworden ist, so spricht diese Tatsache Bände für die Güte und Brauchbarkeit des betreffenden Mittels. Eine beträchtliche Anzahl neuer Produkte der chemisch-pharmazeutischen Industrie sind zwar theoretisch gut, versagen jedoch in der Praxis. Ein weiterer beträchtlicher Teil hat wohl einen vorübergehenden Erfolg, wird aber bald wieder obsolet. Wenn man demgegenüber Medikamente gefunden hat, deren praktischer Wert über alle Zweifel erhaben ist, weil Generationen von Aerzten das Mittel als gut anerkannt haben, so muß man als Arzt aufrichtig dankbar sein, ein solches Mittel zur Verfügung zu haben, um es in geeigneten Fällen mit stets gleich günstigem Erfolge zu gebrauchen.

So reicht auch die Literatur über das Orexin bis weit in das letzte Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts zurück. Während man aber früher das Orexin in Form des Orexinum hydrochloricum und Orexinum basicum anwandte, ist heute nunmehr das Tannat des von Paal und Busch entdeckten Phenyldehydrochinazolins C_{14}, H_{12}, N_2 das Orexin des Handels geworden.

Das Orexintannat, ein lockeres, kreideweißes Pulver, ist geruch- und geschmacklos und von großer Haltbarkeit. Während es sich im Wasser nur spärlich löst, ist seine Löslichkeit in sehr verdünnter Salzsäure eine große. Seine Wirkung als Stomachikum hat man sich so vorzustellen, daß es durch eine lokale Reizung eine Erhöhung der Salzsäureabsonderung im Magen bedingt und gleichzeitig reflektorisch zentrale Sphären beeinflußt.

Es wird ausschließlich per os gegeben, ist, wie die diesbezüglichen Tierversuche ergeben haben, unschädlich. Andere Darreichungsformen kommen überhaupt nicht in Betracht.

Das zunächst auftretende und auffallendste Symptom beim Menschen nach Einnahme von 0,5 des Mittels, und zwar sowohl des salzsauren wie des tanninsauren Orexins, ist eine stets zu beobachtende Steigerung des Hungergefühls. Die Verdauung der Nahrungsmittel wird ganz erheblich beschleunigt, ohne daß unangenehme oder gar schädliche Nebenerscheinungen auftreten.

Aus diesem Grunde ist das Orexintannat, im Handel kurzweg als „Orexin" bezeichnet, nahezu ein Universalmittel für alle Fälle von Appetitmangel und Appetitlosigkeit, sei es, daß dieses Symptome eines organischen Leidens oder einer nervösen Erkrankung seien.

Unter meinen zahlreichen, im Laufe von nahezu jetzt 10 Jahren mit Orexin behandelten Fällen, findet sich neben sehr vielen funktionellen Neurosen auch eine ganze Reihe von Fällen, bei denen charakteristische Symptome für ein schweres organisches Magenleiden vorlagen.

Von diesen Fällen ist mir als ganz besonders eindrucksvoll einer in Erinnerung geblieben, welcher alle klinischen Erscheinungen eines Magenkarzinoms bot und mir auch von dem um Rat befragten Röntgenologen mit derselben Diagnose zurückgeschickt wurde. Es handelte sich um einen Postbeamten von etwa 35 Jahren, in dessen Familie schwere Magenerkrankungen heimisch waren, dessen einziges Kind im Alter von 6 Jahren ebenfalls an heftigen Magenbeschwerden litt. In der Aszendenz waren mehrere Fälle von Magenkrebs festzustellen. Ich behandelte den betr. Patienten in der üblichen Weise mit Diät und Bestrahlungen. Von Medikamenten versagten alle, einschließlich der Narkotika. Dem resignierenden Patienten gab schließlich der resignierende Arzt das Orexin in die Hand, ohne überhaupt noch im entferntesten an irgendeine Wirkung gerade dieses Mittels zu glauben. Ich sah den Patienten dann einige Wochen nicht und fürchtete schon, daß sein auch vom Röntgenologen als unheilbar bezeichnetes Leiden einen fatalen Ausgang inzwischen genommen hätte, wenngleich ich festgestellt hatte, daß selbst die karzinomatösen Erkrankungen des Magens in dieser Familie sich über eine sonst kaum beobachtete Zeit von Jahren hinausgezogen hatten. Als der Patient wieder in meiner Sprechstunde erschien, um mich freudig seines Wohlbefindens zu versichern, traute ich meinen Augen kaum, da er zweifellos besser aussah und mir auch versicherte, mit verhältnismäßig gutem Appetit zu essen; nur müsse er dauernd Orexin nehmen. Zweifellos ist in diesem Falle die festgestellte Anazidität des Magensaftes durch das Orexin als Dauermittel wirksam bekämpft worden. Denn der Patient lebt heute, zwei Jahre nach der ersten Konsultation, immer noch und befindet sich sogar in einem leidlichen Ernährungszustand.

In einer heute gar nicht mehr festzustellenden Anzahl von Fällen mit der Diagnose Neurasthenie und Hysterie habe ich das Orexin mit einem geradezu eklatanten Erfolge angewendet, indem die heftigen subjektiven Beschwerden schon nach kürzester Frist verschwanden und einem so erheblichen Wohlbehagen Platz machten, daß alle Grundbedingungen zum völligen Verschwindenlassen auch der weiteren nervösen Symptome gegeben waren.

In der Kinderpraxis muß man nach meinen Erfahrungen das Orexin in Dosen von 0,25 mit Zuckerwasser oder Milch ein- bis zweimal täglich geben, um während der bekannten Infektionskrankheiten, Masern, Scharlach u. dgl., den Appetit anzuregen und hochzuhalten.

Während mir das Mittel in mehreren Fällen von Tuberkulose aber nicht den ihm von verschiedenen Autoren nachgerühmten Erfolg zeigte, hatte ich demgegenüber eine zweifelsfrei sichere Wirkung bei dem als Hyperemesis gravidarum bekannten und gefürchteten Zustände. Ich habe mich daran gewöhnt, den betreffenden Patientinnen dreimal täglich 0,25 Orexin jeweils ½ Stunde vor dem Essen zu geben und muß sagen, daß die quälende Brechneigung prompt nachließ.

Ganz besonders günstige Resultate wird man mit dem Orexin bei solchen Schwangeren erzielen können, welche an irgendwelchen Störungen der inneren Sekretion (Struma) leiden. Aus den Erfahrungen meiner Praxis heraus kann ich in derartigen Fällen nur durchaus zu einem Versuch mit dem Orexin raten, wie ich überhaupt dieses Präparat auf Grund meiner Erfahrungen in mehreren hundert Fällen geradezu als ein Standardpräparat unseres Arzneischatzes bezeichnen möchte.

448
477

LIBRARY
RECEIVED
DEC 14 1926
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 9,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 33 BERLIN, DEN 23. NOVEMBER 1926 44. JAHRGANG

4

Calcium-Diuretin (Knoll)

(Theobromin.-Calcium salicylic.)

Gut verträglich und nicht laugenhaft schmeckend.

Herz- und Gefäßmittel, Diuretikum.

Von zuverlässiger Wirkung bei **Hypertonie,**
Arteriosklerose,
Gefäß-Spasmen,
Angina pectoris.

Rp. Calcium-Diuretin-Tabl. zu 0,5 g.
Originalpackung mit 20 Stück (ℳ 1.65)
» » 10 » (» –90)
Dosierung wie bei Theobromin.-natr. salicylic.
Für Anstalten ***Spitalpackungen*** *zu ermäßigtem Preise.*

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. (Knoll)

0,5 Calcium-Diuretin + 0,1 Kal. jodat.

Nach Prof. *S. Askanazy,* Königsberg i. Pr.
ausgezeichnet bewährt
bei **stenokardischen** und
asthmatischen Zuständen.

Rp. Originalpackung mit 20 Tabl. ℳ 1.95
» » 10 » » 1.10
3 mal täglich 1 Tabl. nach dem Essen.

Jod-Calcium-Diuretin-Tabl. in O.-P. dürfen auch ***in der Kassenpraxis*** *verschrieben werden, da sich ihre Verordnung billiger stellt als eine ähnliche rezepturmäßig verschriebene Arzneikombination.*

KNOLL
KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein.

Versuchsmengen gern zur Verfügung.

Primulatum fluid.

Perextraktivprodukt aus Viola+Primula zur Ausschaltung der ausländischen Drogen Senega und Ipecacuanha mit erhöhter expektorierender Wirkung.

Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern.

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22

EPISAN Berendsdorf

EPISAN Spezialmittel gegen **Epilepsie**

u. verwandte Krankheiten (Chorea: Kinderkrämpfe)

In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.

Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1.—. Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.

Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.

In allen Apotheken zu haben.

Von Aerzten bestens empfohlen.

Literatur und Proben durch Fa.: **EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.**

Kindersanatorium Zell - Ebenhausen

— bei **München** / 700 m hoch —

Klinisch geleitete Kuranstalt für erholungsbedürftige u. chronisch kranke Kinder (Diätkuren, orthopädische Behandlung, pädagogische Therapie, Unterricht.)

Prof. Dr. Erich Benjamin

Impotenz

Muiracithin ist eine Kombination des bekannten Nerventonikums Lecithin mit dem nervenanregenden Extrakte der Muira puama (Brasilien), deren die Sexualsphäre anregende und auf den Gesamtorganismus als Stimulans wirkende Eigenschaft bei den Eingeborenen von altersher geschätzt wurde. Muiracithin ist vorwiegend indiziert bei nervösen Depressionszuständen, besonders der Sexualsphäre, bei beiden Geschlechtern.

Pharmakologisch ist Muiracithin geprüft worden von Prof. Nevinny, Innsbruck, klinisch u. a. von: Geheimrat Professor Dr. A. Eulenburg, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Posner, Berlin / Geheimrat Professor Dr. Senator und Dr. Popper, Berlin / Professor Dr. Redlich, Wien / Dr. L. Steinsberg, Franzensbad / Professor Dr. Rabow, Lausanne / Professor Dr. Kolomoizew, Kasan.

Muiracithin wird in steigenden Dosen ordiniert, dreimal täglich 3—4 Pillen. Originalflacons zu 50 und 100 Pillen in allen Apotheken.

Muiracithin

Versuchsmengen und Literatur kostenlos.

SARSA
chem.-pharm. G. m. b. H.
BERLIN - FRIEDENAU

Man beachte auch

die Seite VI vorliegender Ausgabe:

Kleine Anzeigen

Denkbar beste

Insertions-möglichkeit

für die Herren Ärzte und ihr Hilfspersonal

SANATORIUM
Reinhardsbrunn
in Friedrichroda / Thüringen
Dr. med. Lippert-Kothe

Innere,. besonders Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten

Diät-Kuren

Aerztl. Pension, Wernigerode/Harz

Dr. Degener, Arzt für innere u. Nervenkrankheit.

Mikroskope antiquarisch und neu
W. Tarun, Bln. N 24,
Linienstr. 131 IV, Nähe Friedrichstr.

Supersan

(Menthol-Eucalyptol-Injektionen Dr. Berliner)
Orig.-Flasche 20 ccm Inhalt
Kassen-Packung 10 ccm Inhalt
Klinik-Packung 100 ccm Inhalt
Amp.-Packung zu 5 St à 1,2 ccm
„ „ „ 10 „ à 1,2 „
„ „ „ 5 „ à 3,3 „
„ 1 Stück à 5,5 ccm

Das Spezialmittel gegen
Grippe, Tuberkulose Pneumonien, Bronchitis, Pertussis, Sepsis puerperalis

Literatur bereitwilligst kostenlos

KRONEN-APOTHEKE
BRESLAU V.

Besondere Beilagen der Firmen

1. **Jacobs & Co., Bremer Zigarren-Fabriken, Lesum** bei **Bremen,** über Qualitäts-Zigarren. Weihnachts-Ausnahme-Angebot.
2. **Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul - Dresden,** über ihre Präparate: Salit, das spezifische Antirheumatikum, Gyneclorina, das wohlriechende Desinfiziens, Coffetylin (Coffein-Acetylin), Septamid-Streupulver, stark antiseptisch und desodorisierend.
3. **Chemische Fabrik von Max Jasper Nachf., Bernau-Berlin,** über ihr Präparat Gominth (Senega-Pastillen).

LEDOTHYM

Rein mit Codein (für Erwachsene)
mit Bromoform (geg. Keuchhusten)
mit Kieselsäure (gegen Tbc.)
mit Agaricus alb. (Nachtschweiße)

ärztlich erprobtes Expectorans

OXYLAX-LABORATORIUM, HALLE A. S.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Paul Krause, Münster i. W.: Sparsame, sachgemäße Behandlung von akuten Erkrankungen der Atmungsorgane . . . 1289
Med.-Rat Dr. med. et phil. Walter Lustig, z. Zt. an der Regierung in Stade: Die Beurteilung des ärztlichen Eingriffs, der Euthanasie und der ärztlichen Hilfe beim Zweikampf nach dem geltenden und dem in Aussicht genommenen Strafrecht . . . 1293

Laufende medizinische Literatur:

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 44, 45 . . 1295
Münchener Med. Wochenschrift, Nr. 45 1296
Klinische Wochenschrift, Nr. 44 1296
Reichsgesundheitsblatt, 1. Jhrg., Nr. 43, 44 1297
Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, **18.**, 2. und 3. Heft 1297
Archiv für soziale Hygiene und Demographie, **1.**, 6. Heft 1297
Geschlecht und Gesellschaft, **14.**, Heft 7 1300
Zentralblatt für Innere Medizin, **47.**, Nr. 45, 46 . . . 1300
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, **62.**, Heft 2 1300
Archiv für Verdauungskrankheiten, **39.**, H. 1/2 . . 1301
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 24 1302
Archiv für klinische Chirurgie, **143.**, 1. Heft 1302
Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, **39.**, Schlußheft 4/5 1302
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 45 1304
Archiv für Ophthalmologie, **117.**, Heft 3 1304
Dermatologische Zeitschrift, **49.**, Nr. 3 1305
Allgemeine Homöopathische Zeitung, **174.**, Oktober 1926 1305
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 43, 44 1305
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 44 1306
Schweiz. Archiv für Neurologie und Psychiatrie, **19.**, Heft 1 1306
Hospitalstidende, **69.**, Nr. 36—40 1306
Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 11 . . . 1306
Hygiea, **88.**, Heft 20 1306
Ugeskrift for Laeger, Nr. 43—45 1307
Acta Radiologica, **5.**, Heft 1 1307
British Medical Journal, Nr. 3434 1308
The Lancet, **211.**, Nr. 15—17 1309
The Biochemical Journal, **20.**, 1 1310
Rivista di clinica pediatrica, **24.**, Heft 10 1311
Paris Médicale, Nr. 40, 41 1311
Gynécologie et Obstétrique, **14.**, Nr. 4 1312
Le Nourisson, **14.**, Heft 4, 5 1312
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, VI. Serie, **7.**, Nr. 10 1313
Nowiny Psychjatryczne (Dziekanka-Polen), Heft 1, 2 1314
The Journal of the American Medical Association, Chicago, **87.**, Nr. 16 1315
Archives of Internal Medicine, **38.**, H. 4 1316
The Journal of Infectious Diseases, **39.**, Nr. 4 . . . 1317
The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 13 . 1318
American Journal of Obstetrics and Gynecology, **12.**, Nr. 4 1318
Surgery, Gynecology and Obstetrics, **43.**, Nr. 2, 3 1318
American Journal of Ophthalmologie, Oktober 1926 1319
The Tokoku Journal of experimental Medicine, **7.**, Heft 5/6 1319
Buchbesprechungen 1320

Therapeutische Mitteilungen:

Dr. med. A. Münzberg, Prausnitz: Neuramag bei Sumpffieber 1321
Dr. Makoto Loew: Ausgleich der Unterwertigkeit gekochter Milch, besonders im Falle künstlicher Säuglingsernährung 1321
(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.)
Dr. Karl Mosse: Ueber die Behandlung der Pertussis mit Emulgenol 1321
Dr. Franz Mottek: Zur Magen-Darm-Therapie 1322

Emulgenol (Raphael) Name ges gesch.

Klinisch erprobtes Mittel gegen **Keuchhusten**

Der Erfolg ist bedingt durch die in großer Oberfläche zu potenzierter Heilkraft gebrachte homogene

Emulgen-Bromoform-Emulsion in Kombinationswirkung mit vitaminreichem Lebertran.

Emulgenol sichert einen raschen und leichten Verlauf der Erkrankung, hebt den Appetit, steigert die Immunität des kindlichen Organismus, beugt Komplikationen vor und schützt durch einfache Dosierung vor Intoxikationen. Ist wohlschmeckend. Nicht wasserausscheidend!

Verkaufspreis: Originalflasche Rm. 3.—

Vergl. Mosse (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin), Ueber die Behandlung der Pertussis mit Emulgenol, „Fortschritte der Medizin" Nr. 33, 1926. Buttermilch (Berlin), Eine kombinierte Behandlung des Keuchhustens, „Deutsche Medizinische Wochenschrift" Nr. 45/26.

Hersteller:

Chemisches Laboratorium Paul Raphael, Berlin W 15, Uhlandstraße 31.

Analgit
Patente ang. in allen Kulturstaaten.
Marke geschützt in allen Kulturstaaten

neuartiges, flüssiges Hyperämie- u. Erythemmittel, wesentlicher Fortschritt in der äußerlichen Schmerzbekämpfung.

Gratisproben und Literatur durch: C. LEUFFEN & CO., Kommandit-Gesellschaft, EITORF

Literatur über Analgit:

1. Clemm: „Ueber ein neues Mittel, d. Einreib. Hyperämie zu erzielen." (Aerztl. Rundsch. Nr. 14, 1926). 2. Grossmann: „Durch Analgit hervorger. Hyperämie u. der. Heilerfolge." (Wiener med. Wchschr. Nr. 24, 1926). 3. Kärcher: „Ueber d. äußerl. hyperämisierende Analgetikum u. Heilmittel Analgit." (Landarzt Nr. 42, 1926). 4. Klingelhöffer: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 5. Knotz: „Herpes zoster n. Behdlg. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 6. Krause: „Erfahr. m. Analgit." (Ther. d. Geg. Nr. 11, 1925). 7. Löw: „Epiderm. Reizther. mit lipoidlösl. Stoff., insbes. mit Analgit." (Landarzt Nr. 35, 1926). 8. Sachs: „Ein Vergl. zwisch. d. Wirk. v. Strahlen u. d. Wirk. v. Analgit." (Med Klin. Nr. 22, 1926). 9. Blank: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." Dtsch. m. Wchschr. Nr. 52, 1925). 10. Kauenhowen: „Ueber ein neuart. flüss. Hyperämiemittel." (Excerpta medica Nr. 1, 1926). 11. Schneider: „Wie können wir a. einf. Weise Hyperämie erzeug." (Aerztl. Rundsch. Nr. 20, 1926).

EPITHENSALBE

Vereinigt die Wirkung von Scharlachrot und Perubalsam

Gesunde Granulation, rasche Epithelisierung von Wunden jeder Art.

Bei großen Krankenkassenverbänden zugelassen und in das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926" **als wirtschaftlich** für die Kassenpraxis aufgenommen.
Originaltuben von 25 und 40 g — Verbraucherpreise Mk. 0,55 und Mk. 0,80.

Literatur und Proben kostenlos.

TEMMLER-WERKE, Vereinigte Chemische Fabriken, **BERLIN-JOHANNISTHAL.**

Oskalson

Drops und Pulver

Für die Kalktherapie

Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop = 0,15 Cacl,
(Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G. m. b. H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

Levurinose „Blaes"

das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 33 — 23. NOVEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Sparsame, sachgemäße Behandlung von akuten Erkrankungen der Atmungsorgane.

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. PAUL KRAUSE (Münster i. W.).

Bei allen Erkrankungen soll der Arzt versuchen, in erster Linie der kausalen Therapie gerecht zu werden. Bei allen akuten Erkrankungen der Bronchien wie der Lungen muß er daher der Feststellung der Ursache nachgehen und sie versuchen auszuschalten. Es kommt dabei in Betracht:

1. Vermeidung von Staub. Nach Möglichkeit soll die Einatmung staubiger Luft ganz vermieden werden. Läßt sich dieses nicht durchführen, so muß unbedingt dem Kranken geraten werden, nur durch die Nase zu atmen. Personen, welche in staubigen Betrieben arbeiten müssen, sollen als persönliche Prophylaxe Schutzfilter gegen den Staub anwenden (leichter Wattebausch in die Nase eingeführt, Einfetten der Nasenschleimhaut, Tragen von geeigneten Schutzmasken, sehr bequem ist die Hartmannsche Atemmaske, bestehend aus dünnem Drahtgeflecht). Durch staatliche Vorschriften ist heute durch hygienische Verbesserung staubiger Betriebe in den Fabriken (geeignete Verarbeitung der Fabrikate, Absaugen von Staub in besonderen Schächten u. a.) bereits viel erreicht worden.

2. Vermeidung von Rauch (Oefen), von reizenden Gasen, Säuredämpfen, Ammoniak, von jähem Temperaturwechsel, von sehr kalter Luft, starkem Wind, Zugluft, zu trockner Luft (bei Zentralheizungen sehr häufig). Lungenkranke müssen von derartigen Schädigungen verschont bleiben, sonst wird alle Behandlung nicht viel Zweck haben.

3. Vermeidung von mit Tabakqualm gefüllten Räumen. Kranke, welche zu Bronchialkatarrhen neigen, sind gegen Tabakqualm meist sehr empfindlich. Tabakqualm ist in vielen deutschen Kneipen, Gasthöfen, leider in den letzten Jahren auch in den Sitzungsräumen der Behörden, überreichlich vorhanden. Er ist für viele Lungenkranke häufig unerträglich. Es wäre außerordentlich erwünscht, daß alle, die es angeht, wieder dafür eintreten würden, daß das Rauchen in den Sitzungen, im Theater, in Konzerten eingestellt würde. Jeder, welcher noch über ein genügend funktionierendes Riechorgan verfügt, kann ja selber feststellen, wie fürchterlich der Geruch in solchen Räumen ist, wenn man aus der frischen Luft kommt. Jeder Arzt hat wiederholt beobachtet, daß durch längeren Aufenthalt in rauchigen Räumen Katarrhe der oberen Luftwege sich verschlimmerten, daß Rednern vorzeitig die Stimmbänder versagten und sie für längere Zeit heiser wurden.

4. Erkältung spielt bei Erkrankungen der oberen Luftwege eine große Rolle, trotzdem experimentelle Untersuchungen keine genügende Erklärungsmöglichkeit dafür gebracht haben. Eine systematisch durchgeführte Abhärtung ist daher allen, welche leicht zu Erkrankungen der oberen Luftwege neigen, auf das dringendste anzuraten. Viel Aufenthalt in freier Luft, wenn das Wetter es gestattet, regelmäßige Spaziergänge auch in den Wintermonaten, Luftbäder, kalte Abwaschungen des ganzen Körpers, Schlafen bei offenem Fenster, Schwimmen, Duschen sind für diesen Zweck anzuraten. Werden diese Maßnahmen in verständiger Weise durchgeführt, so wird innerhalb von Monaten eine gute und ausreichende Abhärtung erzielt. Auch auf die Kleidung ist Wert zu legen. Sie darf nicht zu warm sein, damit jeder unnötige Schweißausbruch vermieden wird, andererseits darf sie aber nicht zu dünn sein, um Erkältungen zu vermeiden. In letzter Hinsicht ist die Mahnung bei den Frauen der heutigen Zeit besonders am Platze. Leicht anfällige Personen werden geeignete baumwollene oder wollene Kleider in den kalten Monaten tragen müssen, bis sie sich abgehärtet haben. Eine dauernde Verweichlichung rächt sich bei Neigung zu Erkrankung der Luftwege bitter. Die allzu warme Umhüllung des Halses mittels dicker Tücher, wie sie vielfach von Männern auch in der Stadt getragen werden, ist unpraktisch und zwecklos.

Allgemein hygienisch-diätetische Maßnahmen.

Bei allen akuten Erkrankungen der Luftwege, wenn sie mit Fieber einhergehen, soll der Kranke Bettruhe einhalten. Temperatur des Krankenzimmers sei 16—18°. Besondere Sorge ist für gute Lüftung zu tragen, wenn es sich durchführen läßt, am besten in der Form des Zweizimmersystems. Während des Tages kann der Kranke in dem einen, während der Nacht in dem zweiten Zimmer sich aufhalten. Eine Lüftung kann in guter Weise dadurch erzielt werden, daß die Fenster in dem nichtbelegten Zimmer einige Stunden aufstehen, wobei die Tür zu dem belegten Zimmer geöffnet ist.

Im Winter ist während der Heizperiode ein besonderer Wert auf nicht zu trockene Luft zu legen. Der Kranke darf nur wenig sprechen. Der Feuchtigkeitsgehalt im Krankenzimmer wird am besten durch ein Hygrometer bestimmt, wie sie heute billig im Handel zu erhalten sind. Krankenbesuch bei stark Hustenden ist bis auf das äußerste einzuschränken, bei infektiösen Katarrhen erzielt man so am besten eine Einschränkung der Infektionsgefahr.

Als Getränke kommen besonders heiße Milch, heiße Tees in Betracht, welche erfahrungsgemäß die Expektoration erleichtern und befördern. Die Kost sei leicht verdaulich. Der Auswurf soll in geeigneten Spuckgefäßen aufgefangen werden. Sie sind mit einem Deckel zu versehen. Wenn der Arzt es nicht zu besonderen Zwecken anders bestimmt, soll der Auswurf in desinfizierenden oder desodorierenden Flüssigkeiten aufgefangen werden. Besonders wertvoll ist diese Maßnahme bei allen putriden und infektiösen Bronchitiden: Karbolsäure (3—5 proz.), Sublimat (1:1000) sind vielfach in Gebrauch, wegen ihrer Giftigkeit aber nicht ungefährlich. Alkalysol desinfiziert ausgezeichnet (Jötten, Uhlenhuth). Die Beobachtung des Sputums wird durch die milchige Beschaffenheit aber erschwert. Ein vorzügliches Desodorans ist 5 prozentige Chloralhydratlösung (Heller).

Bei der Behandlung sämtlicher Formen der Bronchitiden ist auf folgende Punkte Rücksicht zu nehmen:

1. Die pathologische Sekretabsonderung ist zu bekämpfen. In vielen Fällen gelingt es mit Hilfe von hydrotherapeutischen Maßnahmen (Luft, Wärme, Umschläge, Einatmen von Wasserdampf, Inhalieren), vielfach kann man aber die Hilfe von Medikamenten nicht entbehren, dazu gehören:

I. Alle Mittel, welche die Schleimsekretion fördern. Es sind da zu nennen alle Salze der Kochsalzgruppe. Sie werden zum großen Teil auf die Schleimhaut der Bronchien ausgeschieden, zu gleicher Zeit wird die Wasserausscheidung und die von den kohlensauren Alkalien (wie bei jeder Sekretionssteigerung) vermehrt. Dadurch nimmt die Zähigkeit des mukinhaltigen Schleimes ab. Es ist deshalb verständig, daß diese seit altersher als Expektorantien Verwendung finden. Es seien genannt:

1. das Kochsalz, welches in vielen Mineralwässern bzw. Mineralsalzen vorhanden ist, z. B. im Wiesbadener Kochbrunnen, im Emsener, im Sodener Salz.
2. die Jodsalze. Sie wirken entsprechend ihrem Jodgehalt, der bei den üblichen Präparaten sehr verschieden ist.

Das Jodkalium ist durch hohen Jodgehalt (fast 90%) und durch seine Eigenschaft, daß Jod aus dem Körper verhältnismäßig schnell ausgeschieden wird, ausgezeichnet. Ueber die anderen gebräuchlichen Jodpräparate seien erwähnt, daß das Alival 82,8%, das Dijodyl 46%, das Sajodin 24%, das Jodipin 10% bzw. 25% und Jodglidine 10% Jod enthalten.

Die anorganischen Jodverbindungen führen leichter zu Nebenerscheinungen. Trotzdem sind die Jodalkalien in all jenen Fällen nicht zu entbehren, wo man eine gründliche Jodwirkung erreichen will. Der Jodismus kann bei vielen Menschen durch gleichzeitige Gaben von Kalzium oder Natr. bicarbonicum oder Antipyrin verhindert bzw. gehemmt werden. 1—2 g Natr. bicarb. oder Calzium lacticum oder 0,5—1 g Antipyrin auf 10 g Calzium jodatum.

3. Das Chlorammonium, welches in Verbindung mit dem Succus liquiritiae als Mixtura solvens Anwendung findet. Das Mucin wird dadurch besonders leicht verflüssigt, die Cilienbewegung stark angeregt.
4. Die Karbonate, die Alkalien, wie sie in den Brunnen von Ems, Soden, Obersalzbrunn, Wiesbaden u. a. vorhanden sind.

II. Eine weitere Gruppe der Expektorantia sind die Emetica, welche in kleinen, kein Erbrechen erregenden Dosen gegeben werden müssen. Auch bei ihnen kommt es zu einer Anregung der Sekretionstätigkeit, sei es direkt durch Anregung der Nervenzentren oder reflektorisch oder durch den Nervus vagus. Es sei genannt:

1. Die Brechwurzel, Radix Ipecacuanhae (die Wurzeläste der Uragoga Ipecacuanhae, einer südamerikanischen Pflanze). Sie wird meistens als Infus. verabreicht, schmeckt widerlich, deshalb muß ein Korrigens zugesetzt werden. Das Pulvis Ipecacuanhae opiatus, Dowersches Pulver, nach seinem Erfinder (Dower) genannt, enthält 10% Ipecacuanhaewurzeln und 10% Opium pulvaratum.
2. Apomorphin muriaticum, welches in Dosen von 1 bis 3 mg gegeben wird.
3. Der Brechweinstein, Tatarus stibiatus. Er hat häufig unangenehme Wirkungen auf den Magen und wird, wenn man ihn geben will, nur in kleinen Dosen zu empfehlen sein.
4. Dekokte von Radix Senegae und Cortex Quillajae wirken als Expektorantien. Der wesentliche Bestandteil in ihnen ist wohl das Saponin.
5. Der Brusttee, Species pectoralis, bestehend aus 8 Teilen Eibischwurzeln (Rad. allthaeae), 3 Teilen Süßholz (Rad. liquiritiae), 1 Teil Veilchenwurzeln (rhizoma viol), 4 Teilen Huflattigblättern (Folia favfarae), 2 Teilen Anis (fruct. anisis), 2 Teilen Wollblumen (flores verbasci). 1 Eßl. des Brusttees wird zweimal tgl. auf eine Tasse (200 ccm) gegeben.

Eine Uebersicht über Expektorantien in Rezeptform mit eingeschriebenen Preisen soll hier folgen. Es sind die sekretionsfördernden, husten- und schmerzstillenden Mittel getrennt aufgeführt und mit Preisangabe versehen:

	Sekretionsfördernde Mittel		**Preis**
1. Rp.	Apomorphin hydrochloric.	0,05	
	Acid. muriatic.	0,5	
	Sirup simpl.	20,0	
	Aqu. dest.	ad 200,0	1,15 M.
	M. D. in vitro nigro		
	S. 3—4 mal tgl. 1 Eßlöffel		
2. Rp.	Succ. Liquiritiae	10,0	
	Aq. Foeniculi	30,0	
	Ammon. anis.	10,0	50 g = 0,50 M.
	(Brustelixier)		
	M. D. S. teelöffelweise		
3. Rp.	Decoct. Rad. Senegae	10,0 : 175,0	
	Liq. ammon. anis.	5,0	
	Sirup simpl.	ad 200,0	200 g = 1,25 M.
	(F. M. B. Decoct. Senegae)		
	M. D. S. 2 stdl. 1 Eßlöffel		
4. Rp.	Inf. Rad. Jpecacuanhae	0,5 : 175,0	
	liqu. ammons. anis.	0,5	
	Sirup simpl.	ad 200,0	200,0 = 1,00 M.
	(F. M. B. Inf. Jpecacuanh.)		
	M. D. S. 2 stdl. 1 Eßlöffel		
5. Rp.	Jpecopantabletten		20 Stück = 1,50 M.
	D. S. 3—4 mal tgl. 1 Tabl.		
6. Rp.	Sol. Kalii jodat.	10,0 : 200,0	200,0 = 175 M.
	D. S. 3 mal tägl. 1 Eßlöffel mit viel Milch		
	Compretten Kalii jodat. 50 Stück à 0,1		= 1,25 M.
	50 Stück à 0,5		= 3,90 M.
7. Rp.	Liqu. ammon. anis.	30,0	30,0 = 0,30 M.
	D. S. 3 mal tgl. 20 Tropfen		
8. Rp.	Liqu. ammon. anis.	5,0	
	Sirup althaeae	30,0	
	Aqu. dest.	ad 200,0	200 g = 0,70 M.
	(Liquor pectoralis F. M. B.)		
	M. D. S. 3 mal tgl. 1 Eßlöffel		
9. Rp.	Ammon. chlorat.	5,0	
	Succ. Liquirit. depur.	2,0	
	Aqu. dest.	200,0	200 g = 0,65 M.
	(F. M. B. Mixtura solvens)		
	M. D. S. 2 stdl. 1 Eßlöffel		
10. Rp.	Tartar. stibiat.	0,05	
	Ammon, chlorat.	5,0	
	Succ. Liquiritiae dep.	2,0	
	Aqu. dest.	ad 200,0	200 g = 0,75 M.
	(F. M. B. Mixtura solvens stibiata)		
	M. D. S. stdl. 1 Eßlöffel		
11. Rp	Terpinhydrat.	3,0	
	Radic. Liquiritiae pulv.	0,9	
	Succ. Liquiritiae depurat.	1,8	30 Pillen = 0,70 M.
	(F. M B. Pil. expectorantes)		
	M. f. pil. No. xxx		
	D. S. 3 mal tgl. 2 Pillen		
12. Rp.	Morphin. hydrochloric	0,06	
	Rad. Jpecac pulv.	0,18	
	Stibiat. sulfurat. aurant	0,3	30 Pillen = 1,05 M.
	Sacchar. pulv.		
	Rad. Liquir. pulv. āā	1,5	
	Aqu. dest. q. s.		
	M. f. pil. No. xxx		
	D. S. 3 mal tgl. 1 Pille		
	(F. M. B. Pil. contra Tussim).		
	M. B. K.		
13. Rp.	Compretten Pulv. Doweri	0,3	
	(Rad. Jpec. 1,0 Opii	1,0	
	Sacch. lactis	8,0)	25 Stück = 1,20 M.
	3—4 mal tgl. 1 Comprette.		
14. Rp.	Acid. benzoic.	0,15	
	Camphor. trit.	0,03	
	Sacch. pulv.	0,5	10 Pulver = 0,85 M.
	(F. M. B Pulv. expectorans).		
	D. tal. dos. No. x ad chart. cerat.		
	S. 1—2 stdl. 1 Pulver		
15. Rp.	Salmiakpastillen		10 St. 0,10 M.
16. Rp.	Species pectoralis (Brusttee)		100,0 = 0,80 M.
	Rad. Althaeae 8,0; Rad. Liquiritiae 3,0; Rizioma Jridis 1,0; Fol. Farfar. 4,0; Flor Verbasc. 2,0; Fruct. anis. 2,00		
	1 Eßlöffel auf 2—3 Tassen Wasser.		
17. Rp.	Liqu. ammon. anis. — Trinct. Opii benzoic. āā	10,00	20,0 = 0,45 M.
	(f. M. B. Tct. expectorans)		
	D. S. nach Verordnung		
18 Rp.	Terpichinampullen zur intramuskulären Injektion		10 Amp. = 3,50 M.
19. Rp.	Eucalyptol (Menthol-Eucalyptol Silbe) zum Inhalieren		40,0 = 2,05 M.
20. Rp.	Emser Salz (Sandow) 1 Originalglas		

II. Hustenstillende- und schmerzlindernde Mittel:

1. Rp.	Sol. codein. phosphor. (2%)	30,0	50,0 = 2,45 M.
	D. S. nach besonderer Verordnung (10 bis 20 Tropfen)		

2. Rp. Compretten **Codein. phosphor.** à 0,03	20 St. 1,85 M.
„ „ „ à 0,05	25 St. 2,75 M.
3. Rp. Sol. Eucodal (1%) 20,0	20,0 = 1,40 M.
D. S. nach **Vorschrift 10—20 Tropfen**	
Eucodaltabl. à 0 005	20 St. 1,25 M.
4. Rp. Sol. Laudanon (2%) 20,0	20,0 = 4,25 M.
Laudanontabl. à 0,003 20 Tbl.	20 Tabl. 3,35 M.

II. Außerordentlich wichtig ist für die Hinausbeförderung des Auswurfs, besonders bei schwerkranken Personen, die Lage des Kranken von Zeit zu Zeit zu ändern: Lagerung auf die linke, abwechselnd auf die rechte Seite. Lagerung in halbsitzender Stellung befördert das Abhusten in ganz beträchtlicher Weise.

III. Die Bekämpfung des quälenden Hustens ist bei vielen Lungenkranken besonders geboten: Bettruhe, gleichmäßige Wärme des Zimmers, leichtwarme Umschläge, heiße Getränke schaffen in vielen Fällen ganz beträchtliche Linderung, so daß man auf weitere Mittel verzichten kann. Bei stärkerem Hustenreiz wird man Opiate nicht entbehren können.

Es kommen in erster Linie in Betracht: Morphin und seine Derivate in Form von Tropfen (1proz. Lösung), Tabletten oder als Pulver.

IV. Die physikalische Therapie ist bei Erkrankungen der oberen Luftwege besonders wirksam. Sie ist auch verhältnismäßig billig und sollte in viel weiterem Maße, als bisher üblich, auch in der Praxis Anwendung finden. Einige nähere Angaben folgen bei den einzelnen Erkrankungen. Auch Maßnahmen der Hydrotherapie, der Inhalationstherapie, der Lufttherapie, Klimawechsel, verbunden am besten mit Brunnen- und Badekuren, sind bei allen akuten Lungenkrankheiten zur Nachbehandlung am Platze.

Nach diesen allgemeinen Ausführungen sei kurz die Behandlung einiger akuten Erkrankungen der Atmungsorgane im besonderen besprochen.

1. Behandlung der akuten Entzündungen der Luftröhre und der Bronchien.

Sie ist zweifellos eine der häufigsten Erkrankungen, welche in enger Wechselbeziehung zu der Witterung, besonders zur Kälteeinwirkung steht (Erkältungskrankheiten). Zweifellos spielen aber auch Infektionen eine große Rolle. Daher sehen wir, daß sich bei fast allen Infektionskrankheiten als Teilerscheinungen auftreten. Mit Recht ist die besonders durch Influenzabazillen herbeigeführte Infektion gefürchtet, welche seit der großen Epidemie der Jahre 1889/1891, 1918/1920 alljährlich Hunderttausende von Menschen befällt. Andere Ursachen sind Einatmung von Staub, von kalter nebliger Luft, von abnorm trockener Luft, von ätzenden Gasen, von sauren Dämpfen, von Ammoniak u. a. Der Einfluß der Durchnässung, der starken Abkühlung ohne baldige Wiedererwärmung, der Aufenthalt in Zugluft befördert zweifellos das Auftreten der Erkrankung. Trotz aller dagegen geltend gemachten Bedenken ist die alltägliche Erfahrung von der Erkältung als Ursache der Katarrhe der hohen Luftwege durchaus noch heute festzuhalten. Die Beschwerden bestehen vorwiegend in Husten, in flüssigen, häufig mit reichlicher Absonderung von Nasen-, Rachen- und Bronchialschleimen. In Fällen, wo er zäh ist, stellt sich sehr quälender starker Reizhusten ein. Es besteht häufig ein Gefühl von Wundsein, Rauhigkeit im Halse, die bei den trockenen Katarrhen meist auch ein schmerzhaftes Brennen hinter dem Brustbein hervorrufen. Meistens sind in den ersten Tage leichte Temperatursteigerungen vorhanden. Bei starker Infektion hohes Fieber mit Schüttelfrost und Bläschenausschlag. Die Dauer der Erkrankung beträgt im Mittel über drei bis fünf Tage, häufig aber erstreckt sie sich über Wochen.

Die Behandlung verlangt in allen schweren Fällen mit Fieber, Atmungsbeschwerden und Hustenreiz unbedingte Bettruhe von mehreren Tagen. Die Ursache der Erkrankung ist genau festzustellen. Ist sie durch Einatmung reizender Gase bedingt, so soll der Kranke sofort aus dem betreffenden Betrieb herausgenommen werden. Der größte Teil der Fälle von akuter Tracheobronchitis wird durch Schwitzprozeduren ausgezeichnet beeinflußt. Häufig gelingt es, die Krankheit dadurch schnell zu beseitigen. Von Methoden stehen uns zur Verfügung:

Trinken von heißen Tees. Die billigen einheimischen Tees, wie vor allem Lindenblüten, Fliederblüten, Kamillentee, sind ebenso wirksam wie der teuere chinesische Tee. Auch heiße alkoholische Getränke, wie Glühwein, Grog, leisten dieselben Dienste. Der Kranke hat sich im Bett mit mehreren wollenen Decken warm zuzudecken.

Durch Einwicklung in heiße Decken wird in den allermeisten Fällen ein genügender Schweißausbruch erzeugt. Eine noch stärkere Wirkung haben heiße Wasserbäder, heiße Luftbäder (durch Heißluftkästen im rödisch-irischen Bad), heißer Dampf (in Dampfkästen oder sogenanntes russisches Bad). Ein billiger Ersatz des letzteren kann dadurch improvisiert werden, daß der Kranke einen Topf mit kochendem Wasser vor den Stuhl setzt und sich mit einem über den Kopf gelegten Tuch vollständig bedecken läßt. Der heiße entwickelte Wasserdampf erzeugt unter einem nicht zu dünnen Tuch recht beträchtliche feuchte Wärme. Der Kranke soll sie langsam tief einatmen. Meistens wird es gut vertragen und ist von ausgezeichneter Wirkung. Auch die Einwicklung in heiße feuchte Tücher steht zur Verfügung.

Der bestehende Hustenreiz kann durch einfache Brustwickel in ausgezeichneter Weise bekämpft werden.

Zwei Handtücher werden in heißes Wasser eingetaucht, schnell um beide Schultern herumgeschlagen, darüber wasserdichter Stoff gelegt, falls nicht vorhanden eine Weste, darüber warmgemachte wollene Tücher. Am besten ist es noch, ein drittes Handtuch unter den Schultern um die Brust zu schlagen. Die Tücher werden durch Sicherheitsnadeln fest miteinander verbunden, so daß sie nicht auf den Leib herunterrutschen können.

Sorgfältige Mundpflege durch Gurgeln mit warmem Wasser oder mit warmem Salzwasser (es genügt Kochsalzwasser), ist dringend anzuraten. Der sich bildende Schleim wird dadurch rechtzeitig aus dem Munde entfernt. Im Anschluß daran empfiehlt es sich, die oben erwähnten heißen Tees mit viel Zucker zu trinken. Medikamente sind bei der einfachen akuten Tracheobronchitis in den meisten Fällen entbehrlich. Ist die Aushustung von zähen Sekreten erschwert, so kann durch Wasserverdampfung am Bette des Kranken eine wesentliche Erleichterung verschafft werden. Zu diesem Zwecke genügt ein einfacher Teekessel, der mit kochendem Wasser gefüllt wird. Es stehen natürlich auch besondere Apparate zur Verfügung, z. B. der gewöhnliche Inhalationsapparat, der sogenannte Bronchitiskessel. Die häufig vorhandenen starken Kopfschmerzen sind durch kalte Kopfblasen oder Eiskompressen vielfach gut zu bekämpfen. Gelingt es nicht, so empfiehlt es sich, aus der großen Gruppe der Fiebermittel geeignete zur Anwendung zu bringen, z. B. Pyramidon 0,3, Phenacetin 0,5.

Sehr gute Dienste leistet häufig als schleimlösendes Mittel das Trinken von heißer Milch, im Bedarfsfalle mit Salzwasser (Kochsalz, Emser Salz, Sodener Salz zu gleichen Teilen).

Einen sehr viel ernsteren Charakter nimmt die Erkrankung an, wenn sie sich ausbreitet auf die feinsten Bronchien (akute kapilläre Bronchitis). Dadurch wird die Atmung in sehr viel stärkerem Maße beeinträchtigt; werden die allgemeinen Erscheinungen und das Fieber stärker, so besteht in hochgradigsten Fällen Erstickungsgefahr. Das Uebertreten auf das Lungengewebe ist sehr groß, vielfach entwickelt sich danach Lungenentzündung in Form von Bronchopneumonie. In schweren Fällen können die Kranken nur im Sitzen oder im Stehen atmen. Die Halsmuskeln treten hervor. Es kommt zu inspiratorischen Einziehungen des Brustkorbes, zum Blauwerden der Wangen und Lippen infolge von starker Stauung im kleinen Kreislauf. Das Fieber steigt über 40° und mehr. Der Hustenreiz ist sehr stark, der Auswurf schleimig, eiterig, zähe, vielfach auch schaumig und bluthaltig. Bei solchen Formen muß für besonders sorgfältige Pflege des Kranken gesorgt werden. Häufiger Wechsel zwischen Rückenlage, Seitenlage und halbseitlicher Lage ist erforderlich. Besonders wirksam erweist sich hier die Behandlung mit lauwarmen Bädern und kalten Uebergießungen. Daneben müssen feuchte Umschläge in Form von Brustwickeln Anwendung finden. Verabreichen warmer Getränke, Anwendung von Wärmeflaschen im Bett nach der Bäderbehandlung wird von den Kranken als besonders wohltuend empfunden. Von der Anwendung von wirksamen Inhalationen ist Gutes zu berichten. Sie müssen aber erfolgen mit leistungsfähigen Apparaten, wie sie heute in großen Krankenhäusern vorhanden sind, auch in der Privatpraxis beschafft werden können, z. B. durch Anwendung des Spies-Drägerschen Inhalationsapparates, getrieben durch Sauerstoffbombe oder durch elektrischen Antrieb (Atmosapparat nach Dr. Silten). Zur Verneblung eignen sich salinische Wasser (Kochsalz, Emser Salz, Sodener Salz, Oele, Eukalyptusöl, Terpentinöl, Perubalsam, Glyzerin und Adrenalingemische). In schwersten Formen versucht man eine Ablenkung auf die Haut. Seit Jahrzehnten im Gebrauch sind zu diesem Zweck Senfbäder und Senfpackungen.

Zu einem Bade nimmt man etwa 100 bis 500 g Senfmehl, welches durch Stoßen von schwarzen Senfkörnern frisch bereitet wird. Das aus dem Wasser entweichende flüchtige Oel reizt die Schleimhaut des Respirationsapparates und der Augenbindehaut recht beträchtlich. Daher muß das Bad zugedeckt werden. In der Praxis sind auch durchaus geeignet Umschläge bzw. Packungen mit Senfölen mit Wasser oder verdünntem Senfspiritus. Nach dem Vorschlage von O. Heubner wird besonders bei Kindern diese Senfwassereinpackung bei der genannten Krankheitsform viel geübt. Er gibt dafür folgende Anweisung: „In einem Liter warmen Wassers wird eine größere Menge Senfmehl (2 Hände voll) so eingerührt, daß eine schleimige dicke Suppe entsteht, und so lange, bis das sich entwickelnde Senfbad dem Beobachter die Schleimhaut der Nase und der Augen tüchtig zu reizen anfängt. Dann wird ein Wickel, groß genug, um das Kind bis an den Hals vollständig einzuhüllen, eingetaucht, etwas ausgewrungen, auf eine etwas größere wollene Decke gelegt und nun der entkleidete Kranke eingewickelt, daß er bis an den Hals darin steckt, während Kopf und Gesicht frei bleiben und so frische Luft eingeatmet werden kann. Dauer etwa 20 Minuten. Nach der Herausnahme erfolgt eine warme Abwaschung. Die Haut ist bei gelungenem Verfahren über und über krebsrot. Sofort kommt es nun in ein Wickel mit einfachem warmen Wasser, indem es zwei bis selbst drei Stunden liegen bleibt, solange, daß es ungefähr eine Stunde tüchtig geschwitzt hat. Dabei steigt die Körpertemperatur oft erheblich. Dann wird es herausgenommen, in ein kurzes laues Bad gebracht und hier kühl übergossen." Oft genügt eine einzige Einpackung um Besserung zu erzielen. Die Packung ist sehr anstrengend und kann höchstens nur einmal im Tage wiederholt werden. Nach solchen eingreifenden Hautreizen kommt es vor allem zu einer Entlastung des Herzens. Heubner spricht geradezu von einem „Aderlaß auf die Haut". Ganz zweifellos ist die Entlastung des Lungenkreislaufes und damit auch eine Wirkung auf den großen Kreislauf. Es fließt weniger Blut aus den Venen zum Herzen, wodurch dieses Zeit gewinnt, das stagnierende Blut durch die Lunge zu treiben. Infolgedessen gleicht sich die Stauung in den Lungen und in den inneren Organen aus. Daher ist es durchaus empfehlenswert, bei gewissen Formen der akuten Lungenentzündung von Erwachsenen diese in Anwendung zu bringen und zwar dann, wenn eine Entlastung der Lunge und des rechten Ventrikels notwendig erscheint. Außer Senfölen sind auch andere Mittel zur Ausübung des Hautreizes, wie Ameisensäure (ein bis zwei Teelöffel auf ein Bad) oder Terpentinöl, mit Teilen von Liquor ammonii caustici etwa 300 g auf das Bad verordnet worden.

Alle die genannten therapeutischen Maßnahmen sind verhältnismäßig nicht teuer und außerordentlich sachgemäß. Zweifellos sind sie so wirksam, daß in vielen Fällen Medikamente nicht zur Anwendung zu kommen brauchen. Ganz können letztere aber nicht entbehrt werden. Sekretionsfördernde, husten- und schmerzstillende Mittel können in schweren Fällen Anwendung finden (siehe unten). Vor allem sind Medikamente nicht zu entbehren bei Aufbesserung der Herzkraft (Digitalis-, Kampfer-, Koffeïnpräparate). Einatmung von Sauerstoff wird in schweren Fällen notwendig, trotz des nicht billigen Preises, weil dadurch am Krankenbett ausgezeichnete Besserung erzielt worden ist. Wenn diese mit den obengenannten Inhalationsmitteln verbunden werden, befördern sie häufig in ausgezeichneter Weise das Aushusten des zähen Sekretes, so daß andere Expektorationen entbehrt werden können.

2. Die akute Lungenentzündung.

Die akute Lungenentzündung ist eine Infektionskrankheit, bedingt durch den Diplococcus pneumoniae (90% aller Fälle), durch Diplobazillen (10%). Andere Ursachen sind in Deutschland selten. Eine spezifische Behandlung ist mit Hilfe des Diplokokkenserums, des Pneumokokkenserums erstrebt worden. Das Serum ist teuer und wenig wirksam. Es kann für die allermeisten Fälle daher entbehrt werden.

Die Behandlung der an Lungenentzündung Erkrankten erfordert vor allem eine sehr sorgfätige Pflege des Kranken. In dieser Hinsicht darf keinesfalls gespart werden. Die Pflege ist in den ersten Tagen Tag und Nacht unbedingt erforderlich. Am besten ist die Behandlung im Krankenhaus. Dort, wo das nicht zu erreichen ist, soll unter allen Umständen gesorgt werden, daß der Kranke in einem gut lüftbaren, hellen Zimmer gelagert wird. Die Ernährung muß leicht, aber ausreichend sein. (Suppen, Milch, Eier, Brei von Reis, Grieß, Sago, Tapioka, Maizena, Mondamin, gekochtes Obst, Gelee.) Auch Wein ist in mäßigen Mengen durchaus am Platze, vor allem bei denjenigen Kranken, welche an Alkohol gewöhnt sind. Auch bei der Lungenentzündung spielt die physikalische Therapie eine große Rolle. Die häufig vorhandenen Schmerzen in der Brust, bedingt durch Reizung des Rippenfells, werden durch zimmerwarme oder lauwarme Umschläge in Form der Brustwickel gut beeinflußt. Das Aushusten wird durch sorgfältige Mundpflege (Spülungen mit Salzwasser), durch Inhalationen, auch ohne jede Medikamente, gut gefördert. Wenn der Husten trocken und dadurch reizend ist, die Ruhe des Kranken ständig stört, sind leichte Gaben von Morphium oder Kodein nicht zu entbehren.

Die Bäderbehandlung der Lungenentzündung ist vor allem in jenen Fällen, wo schwere Bronchitis vorhanden ist, von großem Segen. Man wendet sie in Form der lauwarmen Bäder an, welche schnell von etwa 34° auf 28, 25, ja auf 22° Celsius abgekühlt werden. Darauf eine Uebergießung mit zimmerwarmem Wasser, am besten auf den Rücken, wodurch eine kräftige Expektoration erzielt wird. Das überhohe Fieber wird dadurch herabgedrückt. Die Benommenheit nimmt ab oder schwindet ganz. Trotzdem ist darauf hinzuweisen, daß diese Form der Bäderbehandlung nur in der Hand eines erfahrenen Arztes gute Dienste leistet. Durch unzweckmäßige Indikationsstellung kann mehr geschadet als genutzt werden. Besonders gefährdet ist das Herz, häufig ist bereits das Aufrichten des Kranken eine beträchtliche Belastung und daher ist es durchaus geboten, jeden unnötigen Transport zu unterlassen.

Der Arzt hat daher die Pflicht, das Herz und den Kreislauf in sorgfältigster Weise zu überwachen. Ansteigen der Pusschläge, Weicherwerden des Pulses, Zunahme der Atemnot, Zunahme der Zyanose verlangt energisches Eingreifen. Kampfer- und Koffeïnpräparate sind erforderlich. Die wasserlöslichen Koffeïnpräparate, wie das Hexeton, ist trotz des Preises dann zu verordnen, wenn eine Resorption von Kampferölen nicht genügend erfolgt. Die wasserlöslichen Kampferpräparate sind zweifellos sehr wertvoll und bedeuten einen recht großen Fortschritt. Außerdem ist Digitalis in geeigneter Form zu verordnen (Folia digitalis, Digipurat u. a.). Besonders gefährlich sind die letzten Fiebertage bei der Lungenentzündung, da die Herzkraft häufig nachläßt, schließlich vollständig versagen kann. Mit Anwendung der genannten Herzmittel darf man da nicht zu sparsam umgehen.

Sehr häufig kommen bei der Lungenentzündung Erkrankungen des Rippenfells vor, welche die bei ihr üblichen Behandlungsmethoden erfordern (siehe unten). Erkrankung des Herzfells (Perikarditis) erfordert symptomatische Behandlung durch Auflegen von Eiswickeln, kalten Umschlägen. Bei serösen Ergüssen ist Punktion, bei eiterigen manchmal Operation geboten. Die auftretenden Komplikationen, wie akute Nierenentzündung, Gehirnhautentzündung u. a., erfordern sorgfältige Behandlung nach den üblichen Regeln.

Die recht häufig auftretende Stuhlverstopfung soll rechtzeitig bekämpft werden. Es genügen Wassereinläufe, Glyzerinklystiere, leichte Abführmittel, wie Rizinusöl, salinische Salze. Auftretende Diarrhoen können den Kranken durch profuse Wasserentleerungen schwer schädigen. Sie verlangen daher eine sorgfältige Behandlung durch Diät, auch Medikamente sind aber nicht zu entbehren. Dazu gehören vor allem Tanninpräparate, Opiate. Tannin in Form billiger Tannintabletten, Opiate in Form der Tinktura Opiisimplex sind wirksam und verhältnismäßig billig. Dringend zu empfehlen ist es, daß der Genesende von einer Lungenentzündung in sorgfältiger Weise noch ärztlich überwacht wird. Jede die Lungenentzündung überdauernde Bronchitis verlangt häufig wochenlange, ja monatelange sorgfältige Behandlung. Die Inhalationstherapie, Verabfolgung von hustenfördernden Mitteln, vor allem klimatische Nachbehandlung in waldreicher Gegend, ist geboten. Daher sind auch Erholungskuren nicht zu entbehren, da nach solchen Bronchitien nicht selten chronisch werden und jahrelang dauern, auch zur tuberkulösen Infektion neigen. Durch eine frühzeitige sorgfältige Behandlung kann monate- und jahrelanges Kranksein vermieden werden.

Die Behandlung der katarrhalischen Bronchopneumonie geschieht nach denselben Regeln.

3. Lungenembolie — Lungeninfarkt — Lungenödem.

Die Behandlung der Lungenembolie, dieser gefürchteten und leider in den letzten Jahren häufiger gewordenen Erkrankung, kann sehr sparsam durchgeführt werden. Bekanntlich handelt es sich dabei um Hineinschwemmen von thrombatischen Stücken in den Kreislauf bzw. in das Gebiet der Lungenarterien. Diese Pfröpfe können größere und kleinere Aeste verstopfen. Bei Verstopfung von großen Aesten, etwa an der Mündungsstelle dieses groben Hauptastes, tritt sofort der Tod ein. In einem solchen Krankheitsfall ist nach der Empfehlung von Trendelenburg der operative Eingriff versucht worden. Er kann ausführlich nur durchgeführt werden, wenn durch einen glücklichen Zufall der Arzt sich am Krankenbett befindet und ein Chirurg in einem gut ausgerüsteten Operationssaal geneigt ist, die schwierige Operation vorzunehmen. Die bisher durchgeführten Operationen sind technisch wohl gelungen, die Kranken sind trotzdem aber gestorben. Ein einziger Fall scheint bisher glücklich verlaufen zu sein, der von Hirschner operiert wurde.

Sehr viel häufiger sind kleine Lungenembolien. Es entsteht meistens im Anfang plötzlich hochgradige Atemnot, der Puls wird klein und weich, der Blutdruck sinkt. Bei Verstopfung kleiner Gefäße kommt es zur Bildung eines hämorrhagischen Infarktes, dessen Basis bis in die Lungenoberfläche heranreicht. Sie sind in den Unterlappen häufiger als in den Oberlappen, vielfach schließt sich an die Embolie eine sekundäre Pneumonie an (embolische Pneumonie). Auch hierbei kommt es zu, meistens bald vorübergehender, Kurzatmigkeit. Zum Auswerfen dieses blutigschleimenden Sputums bei größeren Infarkten kann man Dämpfungsbezirke und bronchiales Atmen, und bei entzündlichen Prozessen bronchitische Geräusche nachweisen.

Die Therapie hat in erster Linie die Aufgabe, für größtmöglichste Ruhe des Kranken zu sorgen. Jede Bewegung, auch schnelles Aufrichten im Bett, ist zu vermeiden, vor allem in den Stunden nach Auftreten eines ersten Infarktes. In dieser Zeit ist die Gefahr, daß erneute Embolie in die Lungenarterien geworfen werden, besonders groß. Handelt es sich um Thrombosen an den Beinen, so ist für eine Hochlagerung und Ruhigstellung des gefallenen Gliedes Sorge zu tragen. Das Umbetten des Kranken in den ersten Tagen ist am besten ganz zu vermeiden.

Der Kranke soll Hemden tragen, welche vorn oder seitlich oder hinten der ganzen Längsrichtung nach aufgebunden werden können, dadurch wird die Untersuchung, vor allem aber auch die Pflege der Haut, sehr erleichtert und bequem gemacht. Große Vorsicht ist bei der Defäkation am Platze. Jedes übermäßige Pressen ist gefährlich, daher muß durch geeignete Abführmittel für genügenden Stuhlgang gesorgt werden. Die Hautpflege hat durch Abwaschen mit warmem Seifenwasser mit Franzbranntwein zu erfolgen. Größte Sorgfalt der Pflege ist notwendig, besonders auch sorgfältiges Achten auf das Unterbett, welches faltenlos sein muß, um Dekubitus zu vermeiden, welcher sich bei längerem Liegen leicht einstellt. Bei starkem Hustenreiz ist Morphium erforderlich. Sind die Embolien von thrombotischen Auflagerungen an den Klappen des rechten Herzens entstanden, so muß man mit der Anwendung von Digitalispräparaten sehr vorsichtig sein, da durch jede Beschleunigung des Blutstromes weitere Stücke von Klappenauflagerungen oder Herzthromben sich ablösen können. Bei infizierten Embolien kommt es regelmäßig zur Entzündung, bei schweren zur Bildung eines Lungenabszesses. Sie kommen an allen Seiten der Lungen vor, sie äußern sich in Auftreten von Schüttelfrost und hohem septischen Fieber und können die Ursache sein von allgemeiner Sepsis. Die Behandlung hat dann zu erfolgen nach den üblichen Regeln.

Das Lungenödem zeigt sich an durch Ausscheidung einer schäumigen, serösen, eiweißhaltigen, häufig auch blutiggefärbten Flüssigkeit und kommt fast regelmäßig beim Sterbenden vor. Sein Auftreten ist besonders bei Lungenentzündungen und bei Nephritis von sehr ernster Vorbedeutung.

Bei Versagen der Herzkraft kommt es zu einem Stauungsödem, besonders bei Klappenfehlern, bei Muskelschwäche des Herzens. Die Kranken klagen über starke Atemnot und Beklemmung, das Gesicht ist auffallend blaß-bläulich. Die Untersuchung gibt kleine und mittelblasige Rasselgeräusche über den ganzen Lungen. Charakteristisch ist der Auswurf.

Die Therapie dieser ungemein ernsthaften Erkrankung erfordert schnelles und energisches Handeln des Arztes. Intravenöse Anwendung von Strophantin, von Digitalis-Präparaten, ist geboten, ferner lösliche Kampferpräparate, wie vor allem das Hexeton, sowie Koffeinpräparate haben sich ausgezeichnet dabei bewährt. Bei plötzlichem Herzstillstand haben wir in den letzten Jahren mehrfach mit gutem Erfolge die genannten Mittel (mehrmals auch Adrenalin [1 ccm]) intrakardial verabfolgt. Der Erfolg war mehrmals geradezu verblüffend. Ist die akute Gefahr vorüber, so ist die sorgfältige Bewachung des Herzens die größte Pflicht des Arztes. Die obengenannten Mittel in den üblichen Dosen müssen nach einem wohlüberlegten Plane weitergegeben werden. Gelingt es nicht, eine schnelle Besserung zu erzielen, so ist ein ausgiebiger Aderlaß von 200 bis 500 ccm. am Platze.

Die Beurteilung des ärztlichen Eingriffs, der Euthanasie und der ärztlichen Hilfe beim Zweikampf nach dem geltenden und dem in Aussicht genommenen Strafrecht.

Von
Med.-Rat Dr. med. et phil. WALTER LUSTIG,
z. Zt. an der Regierung in Stade.

I. Der ärztliche Eingriff.

Jeden zu Heilzwecken vorgenommenen ärztlichen Eingriff faßt die reichsgerichtliche Rechtsprechung als eine an sich rechtswidrige Körperverletzung auf, auch wenn derselbe lege artis erfolgt; zwar hält sie den ärztlichen Eingriff nicht als eine Beschädigung an der Gesundheit, aber als eine Mißhandlung im Sinne des §§ 223 StGB.

Die Rechtswidrigkeit wird nur durch die Einwilligung des Patienten ausgeschaltet[1]).

Dieser Auffassung des Reichsgerichts ist von vielen Seiten widersprochen worden, zumal dasselbe es sonst bei Körperverletzungen ablehnt, durch die Einwilligung des Verletzten die Rechtswidrigkeit auszuschließen[2]).

Die einen Autoren wollen die Straflosigkeit des lege artis vorgenommenen ärztlichen Eingriffs aus einem „Berufsrecht", die anderen aus einem „Gewohnheitsrecht", die anderen wiederum aus dem Gesichtspunkte des negotiorum gestio erklären. Frank und Ebermayer[3]) sind der Meinung, daß der lege artis vorgenommene ärztliche Eingriff niemals als eine Körperverletzung — weder eine Mißhandlung noch als eine Gesundheitsschädigung — aufgefaßt werden kann. Daß er keine Gesundheitsschädigung ist, wird, wie eingangs erwähnt, durch die Rechtsprechung des Reichsgerichts bestätigt; aber auch eine Mißhandlung ist nicht darin zu erblicken. Denn den Begriff der „Mißhandlung" legt das Reichsgericht[4]) selbst als eine „üble, schlimme, unangenehme Behandlung" aus, und eine solche stellt doch der lege artis vorgenommene ärztliche Eingriff niemals dar.

Mit Recht wird auch von anderer Seite darauf hingewiesen, daß der Arzt, der einen Eingriff zum Schutz der Gesundheit oder des körperlichen Wohlbefindens ausführe, zu dessen Schutz die Norm des § 223 (vorsätzl. Körperverletzung) erlassen sei, mit dieser Norm vielleicht den Worten, aber nicht dem Sinne nach in Widerspruch treten könne. Wohl kann ein anderes Rechtsgut verletzt werden — d. i. die persönliche Freiheit des Kranken —. Daher könne ein Arzt, der einen Eingriff gegen den Willen des Patienten ausführt, sich nur durch Verletzung dieser Norm strafbar machen. Auch dabei ist eine Einschränkung zu machen. Nach § 293 des StGB. ist nur strafbar, wer widerrechtlich einen Menschen des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt. Diese Widerrechtlichkeit wird m. E. bei Eingriffen an Untersuchungs- oder Strafgefangenen dann ausgeschlossen, wenn sie durch Handlungen der Gefangenen selbst in der Absicht hervorgerufen werden, sich der Haft zu entziehen. Dies gilt unter den genannten Voraussetzungen sowohl für die Zwangsernährung als auch für Behandlungsweisen und Operationen, die nach pflichtgemäßem Ermessen im Interesse der Gesunderhaltung der Gefangenen notwendig werden; natürlich dürfen dabei nur anerkannt wirksame Heilmittel und erprobte Verfahren Anwendung finden[5]).

---

[1] Vgl. Entscheid. d. Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 25, S. 375.

[2] Vgl. Entscheid. d. Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 2, S. 442.

[3] Vgl. die Kommentare derselben zum StGB.

[4] StGB., kommentiert v. Ebermayer.

[5] W. Lustig: Behandlungszwang in Strafanstalten; Aerztl. Sachverst.-Zeit. 1926. — Zwangsuntersuchung und Zwangsbehandlung; Verl. Otto Gmelin 1926. — Haftfähigkeit und Strafvollzug; Münch. med. Wochenschrift 1925, Nr. 34.

Immerhin muß vorläufig der Arzt mit der bisherigen Rechtsprechung des Reichsgerichts rechnen, er setzt sich der Gefahr der strafrechtlichen Verfolgung wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung aus, falls er ohne oder gegen den Willen des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters operiert.

Selbstredend wird sich kein Richter finden, der einen Arzt bestraft, wenn in einem dringenden Falle die Unmöglichkeit vorliegt, die erforderliche Einwilligung z. B. von den Eltern einzuholen oder wenn er bei einem bewußtlosen Kranken zur Lebensrettung einen operativen Eingriff ohne dessen Einwilligung vornimmt (z. B. Tracheotomie). Streng genommen wird durch die Bestimmung des Notstandes in § 54 des StGB. nur dann eine Strafbarkeit ausgeschlossen, wenn eine zur Rettung aus einer gegenwärtigen Gefahr für Leib und Leben des Täters oder eines Angehörigen begangene Handlung vorliegt.

Auch wird nie eine Verurteilung erfolgen, wenn der Arzt in dem berechtigten Glauben sein kann, die notwendige Einwilligung liege vor. Dies ist z. B. denkbar, wenn der Arzt bei einer narkotisierten Patientin, mit deren Einverständnis er eine ungefährliche Operation an der Gebärmutter ausführen will, nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht, daß ein Krebs vorliegt und daher notwendigerweise eine ausgiebigere Operation vornimmt.

Auch wird man dem Arzt keinen Vorwurf machen, wenn die einwilligende Person, die er dem Aussehen nach für mündig hält, in der Tat noch nicht volljährig ist; denn dem viel beschäftigten Arzt kann nicht zugemutet werden, in jedem Falle sich genau über das Alter zu vergewissern[6]).

Diese Unsicherheit, die trotz der angestellten Erörterungen und trotz des Vertrauens auf eine einsichtige Rechtsprechung immer noch über dem Arzt sowohl in straf- als auch in zivilrechtlicher Beziehung schwebt, wird beseitigt durch den § 238 des amtlichen Entwurfs eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches vom 29. 2. 1905. Dieser lautet:

> „Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, sind keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne dieses Gesetzes."

a) Der Verletzte braucht nicht krank im medizinischen Sinne zu sein.

Wie die amtliche Begründung ausführt, gehören hierher auch Eingriffe und Behandlungsmethoden zur Beseitigung von körperlichen Mängeln, z. B. Beseitigung von Leberflecken, Schielen, Entstellungen, sofern sie der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen. Dagegen werden durch die Vorschrift nicht solche Fälle gedeckt, in denen der Betroffene erst krank gemacht werden soll, um an ihm z. B. die Wirkung einer neuen Arznei zu erproben. Hier könne nur Straflosigkeit gemäß § 239 des E. eintreten, wenn die Tat mit Einwilligung des Verletzten vorgenommen wurde und nicht gegen die guten Sitten verstößt[7]).

b) Behandlungsweise und Eingriff müssen der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen.

Damit ist zum Ausdruck gebracht, daß

1. der Eingriff nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft angezeigt und kunstgerecht ausgeführt werden muß;
2. er vom Standpunkt der ärztlichen Ethik aus statthaft erscheint.

Entspricht der Eingriff nicht den verlangten Voraussetzungen, also nicht der Uebung eines gewissenhaften Arztes, lag aber die Einwilligung zu diesem Eingriff vor, so kann sich der Arzt auf § 239 des E. berufen:

> „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, ist nur strafbar, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt."

Auch der Einwand, den Alexander, allerdings in anderem Zusammenhange, macht, der Arzt könne ja dann Leute, welche eine Rente haben wollen, zu diesem Zwecke verstümmeln, kann nicht gelten, da ein derartiger Eingriff einmal gegen die guten Sitten verstößt und außerdem gegebenenfalls eine Beihilfe zu einem Betruge darstellen würde.

c) Der § 238 bezieht sich auch auf Kurpfuscher.

Obwohl man aus der Ueberschrift „Aerztliche Eingriffe" eigentlich entnehmen könnte, daß hier nur Aerzte in Frage kommen, ist dies in Wirklichkeit nicht der Fall. Denn der Gesetzgeber will, wie die amtliche Begründung ausdrücklich sagt, daß sich auch nichtapprobierte Heilkundige auf diese Vorschrift berufen können. Tatsächlich wird nicht von Behandlungsweisen und Eingriffen gesprochen, die nur von Aerzten ausgeführt werden, sondern nur von solchen, die der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen. Somit würden Kurpfuscher, bei Eingriffen, die an sich vielleicht der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, aber in keiner Weise die Garantie einer Vollwertigkeit bieten, strafbar sein. Mit dieser Fassung können sich die Aerzte auf keinen Fall zufrieden geben. Daher wurde auch in der Sitzung des Preußischen Landesgesundheitsrates vom 30. und 31. 10. 25 fast einstimmig (eine Stimmenthaltung) folgende Fassung Hahns des § 238 vorgeschlagen:

> „Eingriffe und Behandlungen, die der Arzt in gewissenhafter Ausübung seines Berufes vornimmt, sind keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne dieses Gesetzes."

Diese Fassung hat besonders 2 Vorzüge:

1. Sie beschränkt sich nur auf Aerzte,
2. die Worte „In gewissenhafter Ausübung seines Berufes" treffen das Gemeinte besser als die Worte „Die der Uebung eines gewissenhaften Arztes entsprechen".

Es kommt, wie Hahn sagt, nicht darauf an, daß der Arzt überhaupt gewissenhaft ist, sondern darauf, daß er es in Ausübung seines Berufes ist. Damit ist alles Notwendige gesagt, und dadurch werden die Bedenken ausgeräumt sein, die von Grotjahn und anderen geltend gemacht werden. Ich kann hier nur auf die interessanten Ausführungen von Krohne, Grotjahn, Frhr. v. Tschammer und Alexander hinweisen, die dazu gemacht wurden; Krohne wollte vor allem die Ergänzung: „Im gesundheitlichen Interesse des Kranken" eingesetzt wissen, da er den Einwand Grotjahns, auch das Publikum bedarf eines gewissen Schutzes vor polypragmatischen Chirurgen, für durchaus begründet ansah, denn das „Vieloperieren hält mancher Arzt nicht für gewissenlos; er dient ja der Wissenschaft damit; er macht Probeoperationen." (Krohne.)

Was die Einwilligung des Patienten zu dem Eingriff anbetrifft, so ist zusammenfassend zu sagen:

1. Zur Gepflogenheit eines gewissenhaften Arztes gehört es, in allen Fällen sich der Einwilligung des Patienten oder bei nicht Volljährigen oder Entmündigten des gesetzlichen Vertreters zu vergewissern.
2. In Notfällen schützt den Arzt der § 22 des E. Dieser lautet:

   > „Wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, um die gegenwärtige nicht anders abwendbare Gefahr eines erheblichen Schadens von sich oder einem anderen abzuwenden, bleibt von der auf die vorsätzliche Begehung der Tat gesetzten Strafe frei, wenn ihm nach den Umständen nicht zuzumuten war, den drohenden Schaden zu dulden.
   >
   > Hat der Täter eine solche Gefahr irrtümlich angenommen und beruht der Irrtum auf Fahrlässigkeit, so finden die Vorschriften über fahrlässige Handlungen Anwendung."
3. Ist die Einwilligung vorhanden, entspricht aber der Eingriff nicht der Uebung eines gewissenhaften Arztes, käme der Schutz des § 239 in Frage.

Zum Schluß sei darauf hingewiesen, daß die Unfruchtbarmachung aus eugenischer Indikation und die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht in diesem Zusammenhange unter „ärztliche Eingriffe" behandelt werden, sondern demnächst ihre gesonderte Besprechung finden.

II. Euthanasie.

Unter Euthanasie verstand man früher zweierlei:

1. die Kunst, dem Tode ruhig entgegenzusehen, also ruhig und schön zu sterben,
2. die ärztlichen Maßnahmen, die dazu dienen, dem Sterbenden den Austritt aus dem Leben zu erleichtern.

Heute wird unter Euthanasie allgemein nur die ärztliche Sterbehilfe verstanden.

Das Recht zu einer solchen Maßnahme besteht jedoch für den Arzt weder nach dem geltenden, noch nach dem in Aussicht genommenen Strafrecht, wiewohl es Fälle gibt, die der Berechtigung zu einer solchen Maßnahme aus humanen Gründen nicht entbehren. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die vorliegende Krankheit unheilbar und für den Kranken äußerst quälend ist, und unbedingt in absehbarer Zeit zum Tode führt und außerdem, wenn der Kranke bei vollem Bewußtsein die Tötung ernstlich verlangt[8]). Die Unsicherheit resp. Unmöglichkeit für den Arzt, die Unheilbarkeit eines Leidens mit unumstößlicher Sicherheit festzustellen[9]), ferner die Schaffung ausreichender Gewähr für die Freiwilligkeit der Willensäußerung[10]) auch bei Einrichtung von besonderen Kommissionen, außerdem das allgemeine menschliche, soziale und staatliche Gebot der Achtung und Erhaltung des Lebens des Mitmenschen, das, wie Kaßler sagt, wichtiger sei, als die private Rücksicht auf das erloschene Lebensinteresse des Einzelnen, ließen die Einführung des Rechtes auf Sterbehilfe nicht befürworten. Auf jeden Fall muß aber der noch weitergehenden Forderung von Binding[11]), auch die Tötung unheilbarer Geisteskranken zuzulassen, sowohl vom ärztlichen als auch vom rechtlichen Standpunkt widersprochen werden, da die Tötung dieser Kranken stets ohne ihren gültigen Willen erfolgen würde. „Hier sind es Dritte, die über Sein oder Nichtsein eines Menschen beschließen, ihn, ohne gehört zu haben und hören zu können, zum Tode verurteilen“[12]). Außerdem meint Ebermayer, daß in diesen Fällen noch schwerer als sonst die Sicherheit gegen einen etwaigen Mißbrauch zu schaffen wäre.

---

[6]) K.-G.-Urt. v. 15. 3. 1913.

[7]) Der Wortlaut des § 239 des E. ist unter b) wiedergegeben.

[8]) Ebermayer: Deutsche Med. Wochenschrift 1920, S. 1031; Heyn: Zeitschrift für Med. Beamte 1921.

Nach dem geltenden Recht käme bei Tötung auf Verlangen also den eingangs besprochenen Fällen der Euthanasie eine Strafverfolgung gemäß § 216 StrGB. in Betracht, der als Mindeststrafe eine Gefängnisstrafe von 3 Jahren vorsieht[13]). Diese würde natürlich in besonders gearteten Fällen eine Grausamkeit darstellen.

Demgegenüber läßt der entsprechende § 223 des Entwurfs eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches in der Beurteilung der besprochenen Fälle eine mildere Art zu. § 223 lautet:

„Wer einen Anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen tötet, wird mit Gefängnis bestraft.
Der Versuch ist strafbar.“

Somit wird einerseits von einer Mindeststrafe abgesehen, andererseits auch der Versuch ausdrücklich als strafbar erklärt und damit, wie die amtliche Begründung sagt, der gegenwärtig von der Rechtsprechung vertretenen Auffassung der Boden entzogen, daß die fehlschlagende Tötung auf Verlangen als Körperverletzung und deshalb unter Umständen strenger als die vollendete bestraft werden muß.

III. Aerztliche Hilfe beim Zweikampf.

Gemäß § 209 StrGB. sind die zu einem Zweikampf zugezogenen „Aerzte und Wundärzte“ straffrei, sofern sie sich lediglich in ihrer Eigenschaft als Aerzte an dem Zweikampf beteiligt haben. Ebermayer und Olshausen (vergl. die betr. Kommentare) halten es nach dem Zweck dieser Bestimmung für zweifelhaft, ob sich diese Bestimmungen nur auf approbierte Heilpersonen beziehen. Wenn der Gesetzgeber die Kurpfuscher hätte einbeziehen wollen, so wäre dies meines Erachtens klar zum Ausdruck gebracht worden.

Auch nach § 245 des Entwurfs, der den Zweikampf im allgemeinen härter bestraft, sind die zum Zweikampf zugezogenen „Aerzte“ straffrei. Abgesehen davon, daß in der amtlichen Begründung nichts davon gesagt ist, daß sich die einschränkende Bestimmung auf alle Heilpersonen bezieht, sind m. E. dem klaren Wortlaut des § 245 entsprechend auch hier nur Aerzte gemeint.

Hierbei sei erwähnt, daß nach dem Entwurf die Beteiligung an einem Zweikampf nicht mehr allgemein als eine Custodia honesta aufgefaßt wird, denn der Zweikampf wird grundsätzlich mit Gefängnis bedroht. Die Einschließung[14]) tritt nur dann ein, wenn die Voraussetzungen des § 71 des Entwurfs vorliegen.

Laufende medizinische Literatur.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 44, 29. Oktober 1926.

Medizin und Philosophie. Ziehen.
✦ Ueber die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Anschütz.
Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals. Kappis.
✦ Die osmotische Resistenz der Erythrozyten und der Lipoidgehalt des Blutserums bei Mutter und Kind. Hornung.
Infusal, die verwendungsbereite Infusionslösung des Praktikers. Dyroff.
✦ Zur Frage der Salvarsanschädigungen. Neuburger.
✦ Zur Bestimmung kleinster Bleimengen. Necke, Schmidt und Klostermann.
Sympathikus- und Gewebestoffwechsel. Heim.
Experimentelle Untersuchungen über die Milzsperre. Henning.
Neuere Wege zur experimentellen Erforschung der sympathischen Ophthalmie. v. Szily.
Die Behandlung des chronischen Infekts mit dem neuen Goldpräparat Solganol. Lewy und Freund.
Ueber sterile, haltbare, isotonische Lösungen. Weichardt.
Zur Austreibung von Nierensteinen mittels Hypophysenextrakt. Feilchenfeld.
Praktische Erfahrungen über Theominal. Kratter.
Verhütung des Beschlagens des Kehlkopfspiegels ohne Erwärmung. Sobernheim.
Die Ausnutzbarkeit von Trockenhefe durch den Menschen und die Bedeutung von Hefeextrakt als Nahrungs- oder Genußmittel. Sabalitschka.
Fortschritte der medikamentösen Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Pribram.
Gesundheitliche Beratung vor der Eheschließung. Schwalbe.

Ueber die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Beim Gallensteinleiden ist die Frühoperation im Intervall umsomehr anzuraten, als die Gefahr der Operation im Anfall (bei Fieber oder Ikterus oder beiden), sich im zunehmenden Alter erheblich steigert. Die Gefahr der Intervalloperation (ohne Fieber, ohne Ikterus) bleibt dagegen mit zunehmendem Alter etwa gleich und gering (bis zum 60. Jahre ein bis zwei Prozent, späterhin vier bis fünf Prozent Mortalität).

Prinzipielle Frühoperation des Gallensteinleidens, wie bei Appendizitis, ist nicht anzuraten. Bei leichterem Anfall interne Behandlung, bei jedem schwereren Anfall frühzeitig operieren, da Verschleppung die Gefahr steigert.

Die Dauererfolge sind noch nicht voll befriedigend. Sie können durch Verbesserung der Technik, rechtzeitigeres Operieren und möglichste Vermeidung der Fälle mit nervöser Dysfunktion gehoben werden.

Von den neuen funktionellen und röntgenologischen Untersuchungsmethoden sind Sicherungen und Fortschritte für die Chirurgie der Gallenwege zu erwarten.

Die osmotische Resistenz der Erythrozyten und der Lipoidgehalt des Blutserums bei Mutter und Kind. Eine Reihe biologischer Blutreaktionen zeigt in ihrem Ablauf Abweichungen von der Norm, die bei Mutter und Kind in ausgesprochen gegensätzlicher Richtung liegen. Beim Ablauf dieser Reaktionen spielt der intermediäre Lipoidstoffwechsel eine wichtige Rolle. Bei Mutter und Kind konnten erhebliche, gleichfalls in gegensätzlichen Richtungen sich bewegende Veränderungen des Lipoidgehaltes des Blutserums nachgewiesen werden. Ganz geklärt sind diese komplexen Vorgänge noch nicht, doch bestehen schon grundlegende theoretische Arbeiten.

Zur Frage der Salvarsanschädigungen. In einem Falle wird zur Frage der auf Salvarsaneinverleibung hin sich einstellenden Blutungen in Form der hämorrhagischen Diathese Stellung genommen, die nach Walterhöfer in einer „funktionellen Permeabilitätsschwankung der Kapillarwand auch für rote Blutkörperchen“ zu erkennen ist. Dieser Zustand wird ausgelöst durch einen Reiz auf das Zentralnervensystem, das bei manchen Individuen vielleicht schon unter dem Einfluß der Grundkrankheit Syphilis gegen Salvarsan überempfindlich geworden ist. Als Behandlung dieser Schädigung wird schonende individualisierte Wismutbehandlung mit kleinen Dosen empfohlen, die eine besonders roborierende Zwischenbehandlung überflüssig macht und den Vorzug der Weiterführung einer spezialisierten Kur dieser voraus hat. Derartige Schädigungen können den überragenden Wert des Salvarsans nicht beeinträchtigen, sie müssen aber zur Vorsicht mahnen und insbesondere evtl. auftretenden, scheinbar leichten und vorübergehenden Nebenwirkungen erhöhte Bedeutung verschaffen. Kopfschmerz, Fieber, vor allem Schüttelfrost sowie Ueberempfindlichkeit lassen einen Wechsel der Kur notwendig erscheinen, da Art und Schwere der diesen folgenden weiteren und späteren Schädigungen zunächst nicht zu übersehen sind.

Zur Bestimmung kleinster Bleimengen. Die neue Mikromethode der Bleibestimmung lieferte von etwa 0,3 mg Pb. an bis zu etwa 0,01 mg herab quantitativ hinreichend verläßliche Resultate. In neueren Versuchen gelang es, die Grenze der bestimmbaren Bleimengen bis zu 0,005 mg herabzudrücken. Bei noch kleineren Mengen ist die kolorimetrische Bestimmung unsicher, doch wird sie durch spektrographische Aufnahmen wesentlich unterstützt.

Nr. 45, 5. November 1926.

Sind Typhusepidemien ein „elementares“ Naturereignis? Straub.
Das Isolierungsproblem in der Prophylaxe der akuten Infektionskrankheiten. Kleinschmidt.
✦ Interferometrische Untersuchungen des Endokrinabbaues während der Schwangerschaft unter normalen und pathologischen Verhältnissen (Eklampsie und Hyperemesis gravidarum). Hellmuth.

---

[9]) Schwalbe: Med. Rundschau des Tag v. 8. 4. 1914, zit. nach Ebermayer „Arzt und Patient in der Rechtsprechung“. Verl. R. Mosse.

[10]) Kassler: Deutsche Jur. Ztg. 1915.

[11]) Binding und Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerter Leben.

[12]) Ebermayer: Arzt u. Patient in der Rechtsprechung. Verl.: Rud. Mosse.

[13]) § 216 lautet: Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Gefängnis nicht unter 3 Jahren zu erkennen.

[14]) § 71 E. lautet: An Stelle von Zuchthaus und Gefängnis tritt Einschließung von gleicher Dauer, wenn der ausschlaggebende Beweggrund des Täters darin bestand, daß er sich zu der Tat auf Grund seiner sittlichen, religiösen oder politischen Ueberzeugung für verpflichtet hielt.

Organisation und ordnungsmäßiger Betrieb des Operationssaals. Kappis.
*Ueber eine neue Mikromethode der Blutkörperchensenkungsreaktion. Müller-Scheven.
Eine kombinierte Behandlung des Keuchhustens. Buttermilch.
Skoliose und Leibesübungen. Deutschländer.
Zur Frage der sterilisierenden Wirkung von Salvarsan auf die Rekurrensinfektion der Maus. Schreus und Weisbecker.
Therapeutische Beeinflussung der Rekonvaleszenz. von den Velden.
See- oder Höhenklima? van Oordt.
Ueber Behandlung des Diabetes mellitus in Kurorten. Isaac.
Gasbäderbehandlung. Burwinkel.
Bedeutung und Wirkungsweise der schwedischen Heilgymnastik. v. Liebermann.
Syphilis. Pick.
Gesundheitliche Beratung vor der Eheschließung. Schwalbe.

Interferometrische Untersuchungen des Endokrinabbaues während der Schwangerschaft unter normalen und pathologischen Verhältnissen (Eklampsie und Hyperemesis gravidarum). Bei derartigen interferometrischen Endokrinuntersuchungen auch auf einem bestimmten und in sich gut abgeschlossenen Gebiet (Schwangerschaft und Geburt), bei dem im Körper der Frau typische Aenderungen im Endokrinsystem — wohl in den meisten Fällen mit einer Steigerung der endokrinen Funktion einhergehend — sicherlich vorhanden sind, ist das Resultat trotzdem nur negativ. Dieses Ergebnis steht in guter Uebereinstimmung mit den Erfahrungen, welche der Verfasser bei der Interferometrie bei endokrin bedingten Krankheitszuständen außerhalb der Gestationsperiode gesammelt hat.

Ueber eine neue Mikromethode der Blutkörperchensenkungsreaktion. Es wird eine neue Mikromethodik der Senkungsreaktion beschrieben, die mit wenigen Blutstropfen auskommt und es gestattet, ohne jede Schwierigkeit stets gleichlange Blutsäulen auszuziehen.

Die Formelberechnung nach Linzenmeier für ungleichlange Blutsäulen ist unbrauchbar.

Die Werte der Mikromethode sind ohne weiteres mit den entsprechenden Werten der Makromethode zu vergleichen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener Med. Wochenschrift.

Nr. 45, 5. November.

Versuche zur Vereinfachung der Serumdiagnostik. Sellheim.
Kreislauf, Sauerstoffausnützung und Erholungsquotient menschlicher Arbeit nach teilweise neuer Methodik. Kaup und Grosse.
Syphilisimmunität der Paralytiker. Jahnel und Lange.
*Geltungsgebiet der Reizkörperbehandlung des Diabetes. Singer.
Milchsäuregehalt pathologischer Ergüsse. Scheller.
Hirschsprung-Galantscher Infantilismus. Galant.
Schnellmethode zur funktionellen motorischen Prüfung des Dickdarms. Niklas.
*Forzierte intravenöse Kalziumbehandlung der Adnexitis gonorrhoica. Vonkennel.
Weitere Erfahrungen mit Tutocain. Düftmann.
Reposition der Paraphimose. Steimann.
Physikalische Behandlung der Angina. Malten.
Milzbrand der letzten 25 Jahre. Graf.
*Zwei Jahre Vollsalz. Sepp.
Neuer Hämatokrit. van Allen.
Wann sollen wir bei Ikterus infolge von Gallensteinleiden operieren? Schmieden und Sebening.

Geltungsgebiet der Reizkörperbehandlung des Diabetes. Der sofortigen Wirkung des Insulins ist die langsame, umstimmende Einwirkung der Reizkörperbehandlung gegenüberzustellen. Erst ganz allmählich gewinnt der Körper unter Einfluß der Proteinkörperbehandlung die Fähigkeit, größere Kohlehydratmengen zu verwerten. Die Behandlung hat mit der Zufuhr einer geringen, die Erhaltungsdiät nur etwas übersteigenden Kohlehydratmenge zu beginnen, da eine im Vergleich zum Stoffwechseldefekt des Kranken große Menge von Kohlehydrat vom Reizkörper nicht sofort abgebaut werden kann. Bei lange durchgeführter Insulinbehandlung mit allmählichem Versagen der Insulinwirkung ist es möglich, unter allmählicher Entziehung des Insulins mit gutem Erfolg die Reizkörperbehandlung durchzuführen. Die Proteinkörpertherapie spielt fernerhin bei der Bekämpfung der chirurgischen Komplikationen des Diabetes eine große Rolle. Furunkulosen, schwerste Nekrosen und Gangränformen kommen unter der Reiztherapie allein, ohne chirurgische Eingriffe zur Heilung. Auch zur Vorbehandlung vor mittelschweren und großen Operationen, vor denen gewöhnlich eine ausgiebige Insulinisierung vorgenommen wird, ist die Proteinkörpertherapie mit ausgezeichnetem Erfolg heranzuziehen. Die Operationen verlaufen anstandslos. Mit einem guten Heilungsverlauf ist zu rechnen. Ein ausführlich unter Beifügung von Abbildungen geschilderter Fall zeigt, wie die Heilungstendenz einer ausgedehnten Rückenphlegmone ganz auffällig gebessert wird, wie trotz schlechter Stoffwechsellage die Granulationsbildung und Ausfüllung der großen Wundhöhle rasch vor sich geht. Mit der Einwirkung auf die Nekrose und die Eiterung geht eine rapide Steigerung der Kohlehydratoleranz parallel, die mit Sicherheit durch die Eiweißinjektionen hervorgerufen ist. Die Aenderung der Stoffwechsellage ist bisweilen erst nach 3—4 wöchiger Dauer der parenteralen Proteinzufuhr zu erzielen, wo Hyperglykämie und Glykosurie beginnen abzusinken und wo die Steigerung der Kohlehydratverwertung ihren Anfang nimmt. Die einmal erreichte Kohlehydrattoleranz bleibt im Durchschnitt längere Zeit erhalten. Die Behandlung besteht in Injektionen von einem sterilen Milcheiweiß Protasin (Troponwerke Köln) oder dem Cibalbumin (stark), wobei mit 0,5 ccm begonnen und jeden dritten Tag um 0,5 ccm gesteigert wird bis 4,5—5,0 ccm als Höchstdosis intramuskulär erreicht sind.

Forzierte intravenöse Kalziumbehandlung der Adnexitis gonorrhoica. Eine akut beginnende Adnexitis kann häufig innerhalb von 2—3 Tagen durch zweimal täglich vorgenommene intravenöse Injektionen von Afenil (10 ccm) kupiert werden. Bei den akuten und chronischen gonorrhoischen Adnexerkrankungen kann durch die mit den üblichen therapeutischen Maßnahmen (Eisbeutel, Thermophor) Kalziuminjektionen eine wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer erzielt werden (8—12 Tage gegenüber 3—4 Wochen bei den Kontrollfällen).

Zwei Jahre Vollsalz. In ausgesprochenen Kropfgegenden Bayerns (Sonthofen und Kempten) wird die Bevölkerung nur mit Salz beliefert, dem auf 100 kg 0,5 g Jodkali in gleichmäßiger Verteilung beigemischt wird. In den sieben Vierteljahren der Vollsalzversorgung zeigte die Zahl der Kropfkranken im Bezirk Kempten-Nord eine auffallende Verminderung (87 Kropfkranke gegenüber 320 in den vorhergehenden zwei Jahren). Der Rückgang begann schon im zweiten Vierteljahr der Jodverabfolgung. Parenchymatöse Schilddrüsenschwellungen sind selten geworden. Es kommen fast nur harte, derbe Kröpfe mit Kalkeinlagerung oder Zystenkröpfe zur Behandlung. Erscheinung von Hyperthyreoidismus wurden nur dort beobachtet, wo neben dem Vollsalz noch Jod in irgendeiner Form genommen wurde (jodhaltige Kropf- oder Entfettungsmittel).

Biberfeld.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 44, 29. Oktober 1926.

Störungen des Säurebasenhaushaltes beim Kinde. Freudenberg.
Schlammfieber. Prausnitz und Lubinski.
Chemie und Toxikologie der Distomen. Flury und Leeb.
Milchsäuregärung des menschlichen Karzinoms. Bauer und Nyiri.
*Aktivierung des Insulins durch Eiweißkörper. Bertram.
*Bestrahltes Cholesterin in der Therapie der Rachitis. Hottinger.
Refraktrometrisches Verfahren. Högler und Ueberrack.
Kapillarmikroskopie. Bettmann.
Eiweißquotient des Liquor cerebrospinalis. Kafka.
*Seroreaktion mit aktiven Seren bei Syphilis. Hecht.
Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten beim Typhus. Gerecke.
*Kombinierte Nagana-Rekurrensinfektion. Schreus.
*Haut und antirachitischer Faktor. Falkenheim.
Quarzlampenbestrahlung von Kühen: a) Klinische Untersuchungen. Falkenheim.
b) Experimentelle Untersuchungen. Völtz, Kirsch und Falkenheim.
Pathologie des venösen Systems. Zadik.
Psychotherapeutische Maßnahmen der Gynäkologen. v. Jaschke.
Nachweis von Gallenfarbstoff im Urin. Reiche.
Tablasthma. Rheinländer.

Aktivierung des Insulins durch Eiweißkörper. Die E. F. Müllerschen Befunde über die verstärkte und besonders verlängerte Insulinwirkung nach der Intrakutaninjektion konnten am Kaninchen bestätigt werden; doch bestehen in den ersten zwanzig Minuten zwischen der Intrakutan- und der Subkutaninjektion keine Unterschiede.

Dieselbe Verstärkung läßt sich auch bei der subkutanen Injektion durch vorheriges Mischen des Insulins mit Eiweißkörpern erreichen. Daß eine Veränderung des Insulins selbst bei einer Mischung mit Eiweißkörpern vor sich geht, d. h. daß eine echte „Aktivierung" des Insulins auftritt, wurde bereits früher abgelehnt.

Es gibt Insuline, die weder durch Mischung mit Eiweiß noch durch intrakutane Injektion verstärkt werden. Diese Insuline stehen dem Insulineiweiß nahe.

Die Intrakutaninjektion wird aufgefaßt als eine Insulin-Gewebseiweißinjektion.

Es wird angenommen, daß die Verstärkung der Insulinwirkung bei der Intrakutan- und Insulineiweißinjektion bedingt ist durch Aenderung der Resorptionsverhältnisse infolge des Eiweißzusatzes.

Am atropinisierten Tier ist die Intrakutanwirkung zwar abgeschwächt, aber mindestens ebenso stark, meistens stärker, als die der Subkutaninjektion.

Nach intrakutaner Insulineiweißinjektion verläuft die Blutzuckerkurve wie nach der subkutanen.

Die Annahme eines Zustandekommens der Intrakutanwirkung des Insulins als Folge einer spezifischen parasympathischen Insulinwirkung auf die nervösen Organe der Haut wird abgelehnt.

Bestrahltes Cholesterin in der Therapie der Rachitis. Experimentelle Rattenrachitis wird geheilt durch mit ultraviolettem Licht bestrahltes Cholesterin und durch bestrahltes Cholesterinölsäureester, genau so gut wie durch direkte Bestrahlung der Tiere. Diese antirachitischen Nahrungszusätze werden nicht aktiviert durch das Backen der als Brot verfütterten rachitogenen Kost 84. Bestrahlter Chaulmougrasäureallylester ist inaktiv, ebenso Cholesterin, das erheblich länger als vier Stunden bei 60 cm Distanz bestrahlt wurde. Alle Cholesterinpräparate, deren Schmelzpunkte durch die Bestrahlung unter 143 Grad gesunken waren, zeigten keine biologische Aktivität mehr.

Kinderrachitis wird, selbst unter rachitogenen Bedingungen, geheilt durch bestrahlte Milch (vielleicht durch das darin enthaltene aktivierte Cholesterin). Diese ist wirksamer als Lebertran oder unverseifbare Fraktion des Lebertrans und fast so wirksam wie die direkte Bestrahlung des nackten kindlichen Körpers. Bestrahltes Cholesterin wirkt unter denselben rachitogenen Bedingungen beim Kinde günstig, wenn es nur in großen Dosen (2 bis 2,5 g täglich) in Substanz oder in Oelemulsion gegeben wird.

Bewahrt man bestrahltes Cholesterin während der Behandlungsdauer in wässeriger Suspension auf, so zeigt es keine Wirksamkeit.

Seroreaktion mit aktiven Seren bei Syphilis. Die beschriebene Technik zur Serodiagnose mit aktiven Seren auf Syphilis gewährleistet bei Ersparnis von Material und mit vereinfachter Methode die Erfassung einer größtmöglichen Zahl von Syphilisfällen, wobei die Gefahr unspezifischer Resultate fast ausgeschlossen erscheint, wenn man, wie der Verfasser beschrieb, nur dann positive Resultate feststellt, falls auch in den Röhrchen mit der doppelten Serummenge komplette Hemmung festzustellen ist. Es ist selbstverständlich, daß man zur Sicherung der Diagnose eine der Flockungsreaktionen parallel mit aufstellt.

Kombinierte Nagana-Rekurrensinfektion. Die Ueberinfektionen von Rekurrensmäusen mit Nagana-Erregern in Infektionsstadien, in denen bereits die Rekurrens im Erlöschen begriffen ist, führt in einem bemerkenswert hohen Prozentsatz der Fälle zum Wiedererscheinen von Rekurrenserregern im Blute.

Haut und antirachitischer Faktor. Auch in vivo wird direkt bestrahlte Haut antirachitisch wirksam. Isolierte Bestrahlung einer Hautpartie macht auch die anderen, nicht bestrahlten Hautteile antirachitisch wirksam. Die direkt bestrahlte Hautpartie wirkt stärker antirachitisch als die nicht bestrahlte des gleichen Tieres.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrg., Nr. 43, 27. Oktober 1926.

* Psychologie des Unfalls. Grünewald.
* Bedeutung der Zwillingspathologie. Lottig.

Psychologie des Unfalls. Nicht allein die Gefährlichkeit des Berufes bestimmt die Gefahrenklasse eines Menschen, sondern der persönliche Faktor spielt eine bedeutende Rolle. Es besteht eine Unfallaffinität, eine Disposition zu Unfällen (Unfallaffinität). Am Anlaß der passiven Unfälle ist der Verunglückte nicht beteiligt; beim aktiven ist er mehr oder minder mit schuld. Eine planmäßige Erziehung zur Unfallverhütung ist notwendig, wie in England und Amerika schon durchgeführt, bei uns noch im Anfange.

Bedeutung der Zwillingspathologie. Lottig weist kurz auf die Wichtigkeit der Erforschung der Zwillingspathologie hin. Alle Befunde sind in Zwillingsarchiven zu sammeln (Hamburg: Prof. Poll; München: Prof. Siemens; Tübingen: Prof. Weitz; Köln: Prof. Meirowski; Zürich: Prof. Hauhart).

Nr. 44, 3. November 1926.

III. Internationaler Kongreß für Rettungswesen. Hesse.
* Internationaler Sanitätskongreß 1926. Breyer.

Internationaler Sanitätskongreß 1926. Aus den wissenschaftlichen Leitsätzen der internationalen Sanitätskonferenz sei folgendes erwähnt:

Pest: Inkubationsdauer 6 Tage. Bubonenpestkranke bedingen keine Ansteckung, Lungenpestkranke außerordentlich ansteckend; besonders durch Auswurf. Die Pestratten bilden die Hauptgefahr. Durch reine Waren keine Weiterschleppung.

Cholera: Gesunde Bazillenträger bilden die Hauptgefahr. Wirksamkeit der Choleraschutzimpfung sicher erwiesen. 6 Monate Immunität.

Gelbfieber: 6 Tage Inkubationsdauer. Nur in den ersten 5 Tagen ansteckend, Schutz vor Moskitos, die erst vom 8. Tage an durch Saugen infizieren.

Ein Seuchennachrichtendienst wurde in ausgedehntem Umfange angenommen. Einzelheiten müssen Interessenten im Original nachlesen.

Michaelis, Bitterfeld.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie.

18., 2. Heft.

Ein mendelnder Artbastard: Delilephila vespertilio (weiblich) und Delilephila euphorbiae (männlich). Fr. Lenz.
Ueber die Frage einer familiären Häufung von Geburten desselben Geschlechtes. R. Baumann.
Ueber die rassenbiologischen Verhältnisse Chinas. von Bonin.
Ueber die vergleichsweise Fruchtbarkeit der Kulturvölker. H. Schmid.
Rassenhygiene und Steuergesetzgebung. H Heermann.
Einrichtung öffentlicher Eheberatungsstellen in Preußen.

18., 3. Heft.

Die Familie Kahr. Wulz.
Zwillingsbiologische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Aetiologie der Muttermäler. E. Meierowsky.

M. Kantorowicz.

Archiv für soziale Hygiene und Demographie.

1., 6. Heft, September 1926.

* Die Entwicklung der Bevölkerung in den Jahren 1910 bis 1925 und die Natalität und Mortalität in den Jahren 1923 bis 1925 im Deutschen Reich. E. Roesle.

Wanderfürsorge. W. Fischer-Defloy.

* Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankung und Verdienst des gewerblichen Lohnarbeiters. Hans Reiter und Willy Lemcke.
* Größe und Gewicht von Berliner Kleinkindern. Otto Schweers u. Karl Freudenberg.

Krankhaite Erbanlagen und Orthopädie. C. Göcke.

* Messungen und Wägungen der Schulkinder. Kritisches Uebersichtsreferat. Georg Wolff.

Der Aufbau der offenen Jugendfürsorge in Oesterreich. Alfred Mikocki.
Sozialhygienische Gesetzgebung 1925 im Deutschen Reich und in den deutschen Ländern. M. Christian.
Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Sowjetrußland. Reiseeindrücke. E. Hofmann.
Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell infanzia.
Internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes und der Kinderwohlfahrt.
Die Internationale Sanitätskonferenz, Paris, Mai-Juni 1926

Die Entwicklung der Bevölkerung in den Jahren 1910 bis 1925 und die Natalität und Mortalität in den Jahren 1923 bis 1925 im Deutschen Reich. Leider erlaubt uns der Rahmen des Referates nicht, diese höchst lehrreiche Abhandlung ausführlich zu besprechen. Sie sei nur in den Grundzügen gestreift. Die letzte Zählung zeigte vor allem eine Verminderung des männlichen Geschlechts im zeugungsfähigen Alter und eine Verschiebung der Bevölkerung in die Großstädte. Dieses und die Abnahme des Nahrungsspielraumes beeinflußte die Natalität. Die letztere verläuft im Zusammenhang mit dem Gang der wirtschaftlichen Lage. Die Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse bringt in neun Monaten eine Vermehrung der Geburten; dagegen verursacht eine Verschärfung der wirtschaftlichen Krise einen Geburtenrückgang. Dies beweist die Natalitätsstatistik in den letzten Jahren sehr deutlich. Was die Vitalität der Geborenen anbelangt, so nahm die Zahl der Totgeborenen bei verminderter Zahl der Lebendgeborenen in den Jahren 1924 und 1925. „Die Frage, ob mit dieser Zunahme auch eine gleichzeitige Zunahme der artifiziellen Aborte einherging, muß offen gehalten werden, denn als einziges Argument für eine solche Annahme kommt nur die bedeutsame Zunahme der Sterbefälle an Puerperalfieber im Deutschen Reich und insbesondere in den Städten in Betracht. Verwertbares statistisches Material über die Häufigkeit der Aborte liegt nur aus zwei mitteldeutschen Großstädten, Halle a. S. und Magdeburg, vor. Hier versuchte man, alle in die Behandlung von Hebammen, Aerzten und Krankenhäusern gekommenen Aborte nach Möglichkeit zu erfassen. Da die Ergebnisse dieser statistischen Erhebungen in Anbetracht ihrer Seltenheit von allgemeinem Interesse sein dürften, wurden die hauptsächlichsten Daten in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

Die Natalität, Morti-Natalität und Pränatalität in der Stadt Magdeburg in den Jahren 1913 und 1924 und in der Stadt Halle a. S. in den Jahren 1920 bis 1923.

Jahre	Mittlere Bevölkerung in Tausenden	Auf je 1000 der mittleren Bevölkerung trafen				Aus je 100 Konzeptionen (Rubrik 6) sind hervorgegangen			Auf je 100 standesamtlich gemeldete Geborene*) trafen Aborte
		Lebendgeborene	Totgeborene	Gemeldete Aborte	Konzeptionen insgesamt (Rubrik 3, 4, 5)	Lebendgeborene	Totgeborene	Aborte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stadt Magdeburg (ohne Ortsfremde) [1]) s. S. 5.									
1913	292	20,6	0,78	4,3	25,7	80,2	3,0	16,8	20,1
1924	298	14,1	0,65	6,2	21,0	66,9	3,1	30,0	42,4
Stadt Halle a. S. (mit Ortsfremden) [2]) s. S. 5.									
1920	192,5	25,3	0,97	4,6	30,9	81,9	3,1	15,0	17,6
1921	194,2	24,3	1,21	4,4	30,0	81,2	4,0	14,8	17,4
1922	195,4	22,0	1,02	5,1	28,1	78,2	3,6	18,1	22,2
1923	195,5	20,3	0,95	4,6	25,8	78,6	3,7	17,7	21,5

Wie aus diesen detaillierten Angaben ersichtlich ist, gewinnt die Vitalität der Geborenen eine ganz andere Bedeutung, wenn man sie nicht allein nach der Totgeburtenquote, sondern nach der Summe aus dieser Quote und der Quote der Aborte mißt. Letztere Summe machte in Magdeburg im Jahre 1924 33,1%, in Halle während der Jahre 1920—1923 19,9% aller festgestellten Konzeptionen aus. Dieser geringe effektive Erfolg der Konzeptionen beruht selbstverständlich weniger auf biologischen, als vielmehr auf exogenen Ursachen, die den Anlaß zur Beschränkung der Geburten geben. Es muß bemerkt werden, daß aus der Zunahme der gemeldeten Aborte in Magdeburg im Jahre 1924 gegenüber 1913 nicht ohne weiteres auch auf eine Zunahme der tatsächlichen Aborte geschlossen werden darf, denn an der statistischen Erhebung der Aborte haben sich im Jahre 1913 viel weniger Aerzte beteiligt, als bei der gleichen Erhebung im Jahre 1924. Dagegen lassen die Angaben aus beiden Städten eine sehr intensive Verminderung der Natalität erkennen, der eine Zunahme der Totgeburtenquote gegenüberstand." Die Zunahme der Totgeborenen ist nur auf die Zunahme der illegitimen Totgeborenen zurückzuführen, was mit der Verschiebung des Alters der unehelichen Mütter nach oben zu erklären ist. „Es ist bekannt, daß mit zunehmendem Alter der Mutter die Totgeburtenquote ansteigt. Da in den Kriegsjahren 1915—1918 infolge des starken Rückganges der Eheschließungen nur ein kleiner Teil der damals in das heiratsfähige Alter eintretenden Frauen zur Verheiratung gelangte und die ledig gebliebenen Frauen nach dem Kriege infolge Ueberalterung eine schwere Einbuße ihrer Heiratschance erlitten, mußte eine Verschiebung des Alters der ledigen Frauen im gebärfähigen Alter eintreten, worüber allerdings erst die Ergebnisse der deutschen Volkszählung vom Jahre 1925 positiven Aufschluß zu geben vermögen." Die Proportion der illegitimen Totgeburten hat im Jahre 1924 ihren maximalen Wert erreicht, indem in diesem Jahre 5% aller illegitimen Geborenen tot zur Welt kamen. Eine derartig hohe Proportion ist seit der Periode 1872—1875 im Deutschen Reiche nicht mehr beobachtet worden. Diese Erscheinung ist bisher nur noch in Ungarn festgestellt worden. Die Mortalität ist bedeutend gesunken und beträgt im Jahre 1925, auf 1000 der mittleren Bevölkerung berechnet, 11,9. Die Abnahme der Mortalität war beim männlichen Geschlecht größer als beim weiblichen. An dem intensiven Rückgang der Sterbefälle im Jahre 1924 war nur bis zu einem Drittel der Rückgang der Sterbefälle im 1. Lebensjahre beteiligt. Am bedeutsamsten war jedoch, nach den vorläufigen Ergebnissen, die Abnahme der Mortalität in den Altersklassen 1—5 Jahre, 20—40 Jahre und in den höchsten Altersklassen. Die günstige Mortalitätsziffer in den Jahren 1924 und 1925 ist fast ausschließlich den günstigen meteorologischen Verhältnissen jener Jahre zu verdanken. Was die Todesursachenstatistik betrifft, so läßt ihre Methodologie noch viel zu wünschen übrig. Die Tuberkulosesterblichkeit hat nach der Zunahme in den Jahren 1922 und 1923 wieder abgenommen. Andere Infektionskrankheiten erreichten im Jahre 1924 einen in der deutschen Todesursachenstatistik noch nicht verzeichneten Minimalwert, ihrer Mortalitätswerte. Die Sterblichkeit an Karzinom hat seit 1918 um 21% zugenommen, was mit der Ueberalterung der Bevölkerung zu erklären ist. Von den organischen Krankheiten erreichten im Jahre 1924 die Gruppen der Krankheiten der Respirationsorgane und der Digestionsorgane bisher noch nicht gekannte Minimalwerte. Dieser Rückgang erklärt sich aus dem verringerten Bestand an Kindern und aus dem bedeutsamen Sinken der Säuglingssterblichkeit. Die Mortalität an den Krankheiten der Zirkulationsorgane — und das ist die numerisch bedeutsamste Krankheitsgruppe — hat sich kaum verändert. Dagegen stieg die Mortalität infolge Apoplexie an. In den Jahren 1918, 1920 und 1921 ging die Mortalität an dieser Krankheit zurück, was als eine Folge des starken Rückganges des Alkoholkonsums während des Krieges zu betrachten ist. Nachdem im Jahre 1922 die Mortalität wesentlich gestiegen war, ging die Mortalitätsziffer im Inflationsjahr 1923 wieder bedeutend zurück. Mit der Veränderung der Ernährungsweise ist im Jahre 1924 das Ansteigen der Sterblichkeit an Appendizitis, Diabetes und einigen anderen Krankheiten, die vor dem Kriege konstant war und in den Kriegs- und Nachkriegsjahren sogar gesunken war, zu erklären. Sehr aufschlußreich sind die Ausführungen des Verfassers über die Sterblichkeit an Puerperalfieber, wobei er sich bemüht, die Sterblichkeit an Puerperalfieber post partum von dem post abortum abzusondern, was wegen der Unvollkommenheit der Statistik besonders schwierig ist. Eine genaue Statistik darüber ist nicht zu erzielen. Doch ist anzunehmen, daß über die Hälfte der Sterblichkeit an Puerperalfieber post abortum auf die städtische Bevölkerung fällt. Aber auch der Anteil der Landbevölkerung an dieser Krankheit ist beträchtlich. Allein wegen der Ausführungen über die Methodologie bei der Gewinnung der Ergebnisse verweisen wir auf das Original. Was die Säuglingssterblichkeit betrifft, so haben die kongenitalen Todesursachen am wenigsten abgenommen. Auch die Infektionskrankheiten im Säuglingsalter sind in Deutschland der Bekämpfung wenig zugänglich gewesen. Der Hauptrückgang der Sterblichkeit ist auf Kosten der Krankheiten des Nervensystems (Konvulsionen) und der Digestionsorgane zu schreiben. Hier liegt die Ursache wohl in den meteorologischen Verhältnissen. Dagegen ist der gewaltige Rückgang der Mortalität an Enteritis mit der Zunahme der natürlichen Ernährungsweise der Säuglinge zu erklären.

Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankung und Verdienst des gewerblichen Lohnarbeiters. Die Untersuchungen wurden in den Monaten März bis Juli 1922 in einer an der Ostsee gelegenen Werft Mecklenburgs mit einer Belegschaft von etwa 2000 Arbeitern durchgeführt. Diese Werft verfügte über homogene Arbeitergruppen. Da nur ganz bestimmte Arbeiter für die Untersuchungen in Betracht kamen, trat quantitativ eine starke Einschränkung des Untersuchungsmaterials ein, qualitativ konnte so der Stoff um so exakter und intensiver bearbeitet werden. Nach der aufschlußreichen Beschreibung der Arbeitsmethode, auf die wir leider nicht eingehen können, kommen die Verfasser u. a. zu den folgenden Ergebnissen:

Für die Untersuchungen kamen, abgesehen von den gesunden Kontrollarbeitern, insgesamt 7,5% der Durchschnittssumme sämtlicher Arbeiter, die in den Jahren 1919, 1920 und 1921 auf der Werft gearbeitet hatten, in Betracht. Auf die einzelnen Betriebe, für die eine Dreiteilung vorgenommen wurde, entfallen die einzelnen Krankheiten folgendermaßen: bei der Metallverarbeitung 14,1% aller Metallarbeiter und 51,1% der Erkrankten; bei der Holzverarbeitung 9,6% aller Holzarbeiter und 13,3% der Erkrankten; von den Schiffsbauarbeitern 7,9% aller Schiffsbauarbeiter und 35,5% der Erkrankten

An Erkrankungstagen entfallen auf die Metallarbeiter 46,6%; auf die Holzarbeiter 16,6% und auf die Schiffsbauer 37,8%. Es erkrankten also die Metallarbeiter relativ am häufigsten; diese aber, verglichen mit den anderen Gruppen, ganz allgemein am leichtesten. Die Holzarbeiter erkrankten relativ am zweithäufigsten, aber verglichen mit den anderen Gruppen, ganz allgemein am schwersten. Die Schiffsbauer erkrankten relativ am seltensten, in der Schwere der Erkrankungen stehen sie ganz allgemein zwischen den Metallarbeitern und den Holzarbeitern. Im Zusammenhang hiermit sei folgendes über den Arbeitsvorgang und seinen Einfluß auf die gesundheitliche Schädigung gesagt: „Auf der Werft wird hauptsächlich Eisen, Kupfer und Holz verarbeitet. Die Arbeiterschaft setzt sich daher zum größten Teil aus solchen Arbeitern zusammen, die mit Holz und Metall durch den Arbeitsprozeß in Berührung kommen. Für die Gruppe der Metallarbeiter sind zu nennen: Schlosser, Schmiede, Dreher, Werkzeugmacher und Maschinenbauer; für die Gruppe der Holzbearbeitung: Tischler, Zimmerer und Sägearbeiter. Eine dritte Gruppe formt die einzelnen Halbprodukte zum Fertigfabrikat. Hierher gehören Schiffsbauer, Nieter, Stemmer, Takler und Montagearbeiter. Die Arbeitsbedingungen der Gruppe I (Metallarbeiter) und II (Holzarbeiter) sind von der dritten Gruppe (Schiffsbauer) durchaus verschieden. Gruppe I und II sind Raumarbeiter, Gruppe III Freiluftarbeiter. Während bei den Gruppen I und II der Einfluß der Metalle oder des Holzes auf den Arbeiter direkt erfolgt, tritt bei den Freiluftarbeitern diese direkte Wirkung in den Hintergrund, die Gruppe III ist dagegen den Witterungseinflüssen in viel höherem Maße ausgesetzt, als es die Metall- und Holzarbeiter sind." Die Beobachtungen der Verfasser bestätigen diese Ausführungen. Von den erkrankten Metallarbeitern war erkrankt: jeder 1,6te an Krankheiten der Atmungsorgane (ausgenommen Tuberkulose) mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 32 Tagen, jeder 3,8te an rheumatischen Erkrankungen mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 23 Tagen, jeder 13,8te an Nervenleiden mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 18 Tagen, jeder 17,2te an Lungentuberkulose mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 51 Tagen und keiner an Gefäßkrankheiten. Von den erkrankten Holzarbeitern war erkrankt: jeder 1,6te an Krankheiten der Atmungsorgane (ausgenommen Tuberkulose) mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 39 Tagen, jeder dritte an rheumatischen Leiden mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von fünfzehn Tagen, jeder achtzehnte an Gefäßerkrankungen, keiner an Lungentuberkulose oder Nervenleiden. Von den erkrankten Schiffsbauern war erkrankt: jeder 0,9te an Krankheiten der Atmungsorgane (ausgenommen Tuberkulose) mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 26 Tagen, jeder 2,8te an Stoffwechselerkrankungen mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 31 Tagen, jeder sechste an rheumatischen Leiden mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 29 Tagen, jeder vierundzwanzigste an Nervenleiden mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 31 Tagen, jeder achtundvierzigste an Gefäßerkrankungen, keiner an Lungentuberkulose. Aus dem Material ist folgendes zu erkennen: die Krankheiten der Atmungsorgane, ausgenommen Tuberkulose, treten am häufigsten bei den Freiluftarbeitern auf, dafür erscheint die Krankheitsdauer bei den Freiluftarbeitern kürzer; „vielleicht kann man gerade hieraus auf häufige, kurzdauernde Erkältungsmomente infolge der Witterungseinflüsse schließen"; an Stoffwechselerkrankungen leiden Metallarbeiter und Schiffsbauer gleich stark, was bei den ersteren mit Bleivergiftungen und bei den letzteren mit Erkältungen infolge von nachteiligen Witterungseinflüssen in Zusammenhang steht. Bei den Holzarbeitern sind die Stoffwechselerkrankungen viel seltener und auch leichter. Ueberraschend ist die Beobachtung über die rheumatischen Erkrankungen, indem sie bei den Metallarbeitern und Holzarbeitern häufiger auftreten, als bei den Schiffsbauern. Die Verfasser sagen dazu: „Nicht ausgeschlossen dürfte vielleicht sein, daß unter den ‚rheumatischen' Leiden manches Metallarbeiters sich eine Bleivergiftung verbirgt, denn die Zahl der wirklich als Bleivergiftung erkannten Erkrankungen erscheint auffällig klein für die gegebenen Verhältnisse." Die Lungentuberkulose tritt nur bei den Metallarbeitern auf, die infolge der Raumarbeit und ihrer Beschäftigung selbst am meisten gefährdet sind. Gefäßerkrankungen und Nervenleiden treten selten auf. Damit ist vor allem bewiesen, daß der Arbeitsvorgang an sich oder die Begleitumstände, unter denen sich eine Arbeit vollzieht, mehr oder weniger die Gefährdung des Arbeiters bestimmen. Die Verfasser haben vollkommen recht, wenn sie sagen, daß, wenn diese Einflüsse nicht so häufig von solchen ganz anderer Art durchkreuzt würden, wahrscheinlich in der Regel ein noch viel eindeutigerer Nachweis dieser Beziehung festzustellen sein dürfte. Was die Herkunft der Erkrankten betrifft, so haben sich 77,8% aller Arbeiter aus Mecklenburg rekrutiert, davon 50,5% aus der Stadt und 49,5% vom Lande; der Rest setzte sich aus Arbeitern aus Pommern, Schleswig-Holstein, Oldenburg, Sachsen, Schlesien, West- und Ostpreußen zusammen, davon stammen 46,7% aus der Stadt, 53,3% vom Lande. Die Landleute waren vorübergehend ältere Leute und arbeiteten hauptsächlich in der Werkzeugmacherei, in der Schiffsschmiede und in der Schiffsbauerei. Dagegen überwiegen die in der Stadt Geborenen unter den Schlossern und Drehern und sind meistens jüngere Leute. Dies ist für die Erkrankungsvorgänge von Belang. Bedeutungsvoll sind die Angaben über die Krankheiten der Aszendenz. Danach waren 64,4% der Eltern nie ernstlich erkrankt; erkrankt waren an: Lungentuberkulose 10,4%, Bronchialkatarrh und Erkältungen 8,1%, Stoffwechselkrankheiten 5,2%, Gefäßkrankheiten 1,4%, rheumatischen Leiden 5,2% und sonstigen Erkrankungen 5,9%. Diese letzteren sind: ein Lueskranker, ein Typhuskranker, ein Alkoholiker, ein Geisteskranker, ein Nervenkranker, ein Geisteskranker (Alkoholiker), ein Vagabund (Alkoholiker) und ein Zuchthäusler. Also wir haben es hier mit Degenerierten zu tun. Für die Schädlichkeit der Berufstätigkeit spricht eine Zusammenstellung der folgenden Zahlen: Von den Erkrankten waren 47,4% der Arbeiter vorerkrankt. Den höchsten Anteil daran haben die Schiffsbauer im engeren Sinne. Ihr durchschnittliches Alter ist 54,1 Jahre und die Dauer ihrer Tätigkeit auf der Werft 12,4 Jahre. Dagegen war von den Metallarbeitern 36,2% vorerkrankt, aber ihr durchschnittliches Alter ist 38,5 Jahre und die Arbeitszeit 7,4 Jahre! Die folgenden Zahlen zeigen die Ursachen der Vorerkrankungen. Die Betrachtung der ganzen Tabelle, die die einzelnen Krankheiten aufzählt, zeigt an manchen Stellen andere Ergebnisse, als der Verfasser dieser Zeilen aus mehreren Untersuchungen gewonnen hat. Auch die Verfasser der Abhandlung empfehlen, die Angaben mit Vorsicht aufzunehmen, „doch zeigen sie eine gute Uebereinstimmung mit den aus dokumentarischen Quellen gewonnenen Daten". Danach waren die Erkrankungen in 42,1% der Fälle durch die Arbeit beeinflußt (an erster Stelle die rheumatischen Leiden), in 15,6% durch die sozialen Verhältnisse, in 14% durch den Krieg und in 4% durch Vererbung. Es spricht für die Qualität der Untersuchung, daß die Verfasser auch Angaben über den Gesundheitszustand sämtlicher Familienmitglieder gesammelt haben. Denn vom sozialhygienischen Standpunkt aus ist nicht nur die Ursache der Erkrankung, sondern auch der Einfluß derselben stets ins Auge zu fassen, jedoch nicht nur der Einfluß der Untersuchungsperson, sondern auch der Familienmitglieder derselben. Demnach betonen mit Recht die Verfasser: „Es muß darauf hingewiesen werden, daß jede Erkrankung eines Familienmitgliedes, besonders wenn es zum engeren Haushalt gehört, eine schwere Belastung der Familiengemeinschaft darstellt und die wirtschaftlichen Anforderungen unter Umständen ganz beträchtlich steigert. Indirekt wird durch die wirtschaftlichen Sorgen die Arbeitsleistung geschädigt und so auch die Verdienstmöglichkeit des gesunden Familienernährers geschmälert." 72,1% der Familienmitglieder waren gesund. Erkrankungen wurden festgestellt: in 6,5% an Lungentuberkulose, in 8,2% an Bronchialkatarrh und Erkältungen; in 12,3% an Frauenkrankheiten. Es kamen aber in einzelnen Fällen auch Stoffwechselkrankheiten, Gefäßkrankheiten, rheumatische Leiden, Nervenkrankheiten, Geisteskrankheiten, Lues, Gonorrhoe vor. Bevor wir zur Schilderung des sozialen Milieus der Erkrankten übergehen, müssen wir darauf aufmerksam machen, daß die Untersuchung zur Zeit der Inflation vorgenommen wurde. Die Reallöhne waren damals im Vergleich zur Vorkriegszeit wesentlich gesunken: Der Reichsindex für lebenswichtige Nahrungsmittel betrug das 56fache, die Arbeitslöhne dagegen das 30fache. Bei der Untersuchung wurden nur die Ernährungsverhältnisse berücksichtigt. Untersucht wurden 100 Familien (35 ledige Arbeiter hatten keinen Haushalt). Es wurden alle Personen berücksichtigt, die zum Haushalt des Arbeiters gehörten, wobei eine Trennung der Familien mit nur unversorgten Kindern von solchen Familien vorgenommen wurde, deren Kinder teilweise bereits im Beruf standen und mit verdienten. Die Untersuchungen, über die in der Abhandlung ausführlich berichtet wird, zeigten ganz deutlich den Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Lage und den Erkrankungen. Die Untersuchungen ergaben auch den zweifellos negativen Einfluß der Erkrankungen auf Arbeitsleistung und Verdienst. Obwohl die Verfasser selbst ihren Bericht darüber wesentlich haben verkürzen müssen, sind wir — um nicht den Umfang dieses an sich schon ausgedehnten Referates noch zu verlängern — nicht in der Lage, hierbei zu verweilen. Wir wollen hierzu nur bemerken, daß die Verminderung und unter Umständen der Fortfall des Verdienstes infolge von Erkrankung derart auf die soziale Lage wirken, daß diese wiederum neue Erkrankungen hervorruft . . . Zusammenfassend kommen die Verfasser zu den folgenden Ergebnissen ihrer Untersuchungen: „Der ererbten Anlage von Erkrankungen sowie ungünstigen sozialwirtschaftlichen Verhältnissen, die sich besonders in einer ungenügenden Ernährung auswirken, ist eine Beeinflussung des Gesundheitszustandes — im weitesten Sinne verstanden — ohne Zweifel zuzusprechen. Da die Wechselwirkungen jedoch außerordentlich kompliziert sind, ist es unmöglich, hierfür exakte Zahlenwerte zu gewinnen. — Anders liegt es bei der Einwirkung der Berufstätigkeit auf die Gesundheit des Arbeiters. Diese übt sehr häufig sowohl auf die Entstehung von Krankheiten wie auf ihren Verlauf einen weitgehenden Einfluß aus. Je mehr gesundheitsschädigende Faktoren die Arbeit in sich birgt, desto höher ist die Zahl der Erkrankungen und desto schwerer verlaufen sie. — Die Erkrankungen beeinflussen die Arbeitsleistung und hiermit den Arbeitsverdienst, indem sie je nach Art und Dauer eine mehr oder weniger verringerte Leistung bewirken, die ihrerseits den Verdienst schmälert. Diese Leistungssenkung mit anschließender Verminderung des Verdienstes tritt nicht nur für eine gewisse Zeitspanne vor und nach der Erkrankung ein, sondern in vielen Arbeitergruppen sind die Erkrankten oft dauernd weniger leistungsfähig als gesunde Arbeiter. Diese Minderwertigkeit in ihrer Arbeitsleistung nimmt mit Dauer und Schwere der Krankheit immer mehr zu.

---

[1] Rubrik 3 und 4.

[1] E. Roesle: Die Magdeburger Fehlgeburtenstatistik vom Jahre 1924. Archiv für soziale Hygiene und Demographie 1926, 1. Bd., Nr. 1, S. 189—195.

[2] Berechnet nach den Angaben von H. Wolff: Zur Beobachtung der Fehlgeburten. Allgemeines statistisches Archiv 1925, 14. Bd.

Größe und Gewicht von Berliner Kleinkindern. Die Abhandlung gibt einen Bericht über eine der ersten in Deutschland vorgenommenen systematischen anthropometrischen Untersuchungen. Die Untersuchung sowohl als auch die Bearbeitung sind sehr sorgfältig, so daß die Abhandlung, die ein ausführliches Tabellenwerk enthält, sehr aufklärend ist. Eine Besprechung der Tabellen kann an dieser Stelle des Raummangels wegen, nicht erfolgen.

Messungen und Wägungen der Schulkinder. In diesem aufschlußreichen Artikel des Berliner hauptamtlichen Schularztes, Dr. Georg Wolff, werden die bisherigen Versuche der Körpermessungen der Schulkinder einer eingehenden Kritik unterzogen, so daß für viele Aerzte das Lesen des Artikels im Original von Belang sein dürfte. Der Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß den besten zahlenmäßigen Maßstab Korrelationstabellen nach amerikanischem Muster für Körpergröße, Körpergewicht und Alter bilden, in denen der Einfluß der Größe und des Alters gemeinsam zum Ausdruck gelangen. Er empfiehlt ferner die Untersuchungen Oettingers über den „Relativindex" (vgl. Oettinger: Anthropometrische Untersuchungen an Breslauer und Charlottenburger Schülern. Zeitschrift für Hygiene, 98. Bd., S. 338 ff., 1922), da diese einen geeigneten Versuch bilden, um mittels der Korrelation von Größe, Gewicht und Alter zu einem einfachen, praktisch brauchbaren Index zu gelangen.

M. Kantorowicz.

Geschlecht und Gesellschaft.

14., Heft 7.

Frauenseelenweihungen. Friedrich S. Kraus.
Der Eros bei Stefan George. O. Kiefer.
Entwicklungstendenzen der menschlichen Geschlechtsverbindungen, insbesondere der Ehe (Fortsetzung). Rosenthal.
* Hyänen der Prostitution. Lehnerdt.
Sensualismus und Sexualismus in H. Heines Liebe. Gustav Jung.
Sexual-Katastrophen. Theodor von Sosnoxsky.
Verhütung des Alterns durch Ueberpflanzung von Affendrüsen. Gustav Zeuner.

Hyänen der Prostitution. Es handelt sich um eine Abhandlung aus dem sehr interessanten und in dem vorliegenden Heft von Theodor von Sosnoxsky ausführlich besprochenen Sammelwerk unter dem Titel „Sexual-Katastrophen"*). Es gibt zweierlei Nutznießer des Unglücks einer Prostituierten: Die Inhaber der Mode-, Wäsche-, Pelz- und ähnlicher Geschäfte, die unter Gewährung von Kredit an Kokotten diese von sich abhängig machen, und die viel bekannten Zuhälter. Die Brutalität der letzteren braucht an dieser Stelle nicht weiter beschrieben zu werden. Interessant sind die Ausführungen des Verfassers über die Ursache der Hingabe einer Dirne an den sie brutal behandelnden und sie ausplündernden Zuhälter. Mit Recht meint der Verfasser mit Johannes Müller, daß die Frau, Kind, Geliebte und Mutter des Mannes zugleich sein will. Nun ist die Dirne, abgesehen von ihren in recht trüben Verhältnissen lebenden Berufsschwestern, einsam, sie kann mit niemand sprechen, wie ein normaler Mensch zu seinesgleichen spricht. Der Geschlechtsakt ist ihr Beruf und ihr darum widerlich geworden. „Sie empfindet Ekel vor der Begattung und eine grenzenlose Verachtung des begehrenden Mannes, lernt sie ihn doch immer nur als brünstiges Tier kennen." Sie will aber lieben, betreuen, pflegen — und das einzige Objekt dazu ist — der Zuhälter. Er wird Schmarotzer im vollen Sinne des Wortes — sie findet dann erst recht Gelegenheit die ihr angeborene Rolle der Mutter zu spielen. Er mißhandelt sie — sie bleibt ihm trotz Qual und Schmerzen und Leid treu. Hier spielt nach der Auffassung des Verfassers auch der Masochismus eine erhebliche Rolle. „Die Grundlage hierfür ist schon von Natur in jeder stark femininen Frau vorhanden; für sie ist es eine Lebens- und Liebesnotwendigkeit, aufzusehen, anzubeten, zu unterliegen, den brutalen Zugriff des Mannes geduckt, aber wonneschauernd über sich ergehen zu lassen, den Schmerz der Defloration und des Gebärens wie eine beseligende Geißel zu empfinden. Alle diese zu Masochismus hinneigenden Empfindungen erleiden zuweilen pathologische Steigerungen, die es bewirken, daß solche Frauen auch Schläge, ja bestialisch rohe Mißhandlungen, geduldig und mit einem gewissen Wollustgefühl ertragen. Manche gehen soweit, daß sie bewußt und absichtlich den Mann zur Wut reizen und so zu einer in Mißhandlung sich äußernden Entladung veranlassen." Und weil die Dirne infolge der inneren Kälte bei der Ausübung des Geschlechtsaktes die Ueberlegene und die Herrin der Situation ist, hat sie das Bedürfnis, bei anderen Gelegenheiten die Unterlegene zu sein. Dies führt sie aber zu einer Anhäufung der Empfindungen, die sich in ausgesprochenem Masochismus äußert.

M. Kantorowicz.

Zentralblatt für Innere Medizin.

47., Nr. 45, 1926.

* Ueber syphilitische Erkrankungen der Niere. Professor Wohlwill. (Aus dem path. Inst. des Allgem. Krankenhauses Hamburg - St. Georg.)

Ueber syphilitische Erkrankungen der Niere. Besprechung des bisher auf dem noch weiterer Klärung bedürfenden Gebiet Bekannten: Als spezifisch konnten dem pathologischen Anatomen zunächst nur die seltenen gummösen Prozesse gelten. Unter den degenerativen Vorgängen steht an erster Stelle die Lipoidnephrose, während Atherosklerose und Amyloiderkrankung nur mittelbar mit Lues in Zusammenhang stehen können, jene als auslösendes Moment, diese als Folge einer syphilitischen Nierenerkrankung, z. B. der Lipoidnephrose. Von spezifischen Entzündungen ist eine „Nephritis luica" der älteren Literatur anatomisch recht wenig sichergestellt, über syphilitisch bedingte Glomerulonephritis liegt nur eine einzige, durch pathologisch-anatomische Untersuchungen gestützte Beobachtung von Engel-Reimers vor. Dagegen sind interstitielle Nephritiden im Frühstadium der Lues bekannt, die sich von denjenigen bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten nicht unterscheiden. Vereinzelte Formen diffuser interstitieller syphilitischer Nephritis mit knötchenförmiger Anordnung der Zellwucherungen, Nekrosen und Riesenzellen stehen den gummösen Formen nahe („miliare Syphilome" nach Stoeckenius). Eine besondere Form der chronischen interstitiellen Prozesse mit Atrophien und narbigen Schrumpfungen stellt die Nephritis interstitialis fibrosa multiplex Orths dar. Im übrigen können alle Formen syphilitischer Nierenerkrankungen ihren Ausgang in Schrumpfung nehmen und kombinieren sich vielfach. Wenn sich Verfasser auch der Ansicht Fahrs anschließt, daß die maligne Sklerose sehr häufig auf Lues zurückzuführen ist, so wird doch auch auf die Möglichkeit der malignen Sklerosen als Endausgang der syphilitischen Lipoidnephrose sowie auf die Entstehung des gleichen Bildes durch Kombination syphilitischer interstitieller Nephritis mit der Arteriosklerose hingewiesen, wie es überhaupt anatomisch schwer zu analysierende Formen gebe.

Aus dem eigenen Untersuchungsmaterial des Verfassers ist die Bestätigung der von Eugen Fraenkel beschriebenen, bei Anwendung von Elastinfärbungen feststellbaren korbgeflechtartigen Aufsplitterung der Elastica der kleinen Nierengefäße, besonders der Venen, bei interstitiellen syphilitischen Formen hervorzuheben, die klinisch die Diagnose einer Hg-Intoxikation gerechtfertigt hatten.

Die Geringfügigkeit der klinischen Ausbeute ist auf die Geringfügigkeit der Symptome — abgesehen von der Lipoidnephrose — zurückzuführen. Ferner liegen neben der Nierenaffektion fast ausnahmslos anderweitige, ebenfalls auf Lues zu beziehende Erkrankungen vor, die das Bild beherrschen.

47., Heft 46, 1926.

* Sammelreferat aus dem Gebiet der Rhino-Laryngologie (Juli-Oktober 1926. Prof. Otto Seifert.

Zu kurzem Bericht nicht geeignet.

Gustav Hofmann.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

62., Heft 2, Oktober 1926.

* Asymmetrische Enthemmungserscheinungen nach Resektion einer Kleinhirnhemisphäre am Menschen. M. H. Fischer und O. Pötzl.
* Bulbo-spinale und zerebellare Anfälle. E. Hirsch.
Spontane Abweichreaktion. W. Hoff und P. Schilder.
* Diagnostizierte Balkengeschwulst. M. N. Neiding.

Asymmetrische Enthemmungserscheinungen nach Resektion einer Kleinhirnhemisphäre am Menschen. Bei dem Pat. wurde wegen eines Angioms mit kleiner Zyste eine ausgedehnte Resektion der rechten Kleinhirnhälfte vorgenommee. Der Nucleus dentatus und seine Kapsel wurde geschont, die ganze lateral von der letzteren gelegenen Partie der rechten Kleinhirnhälfte aber entfernt. Als Ausfallserscheinungen mehr dauernder Art verblieben folgende Zeichen: 1. bei Rechtslagerung des Körpers stellt sich zuerst eine auffallend starke Ablenkung der gesehenen Vertikalen mit dem oberen Pole nach rechts ein. Diese bildet sich aber verhältnismäßig rasch zurück und macht einer Einstellung der Vertikalen Platz, die sich der wahren Lotrechten fast völlig anpaßt. 2. Bei Rechtslage des Körpers ließ sich im wiederholten Versuch eine sehr starke labyrinthäre Gegenrollung der Augen feststellen, die auffallend lange in erheblichem Ausmaße bestehen blieb, jedenfalls wesentlich länger als die labyrinthäre Gegenrollung bei anderen Einstellungen des Körpers. Die Verstärkung und relativ lange Nachdauer der labyrinthären Gegenrollung wird als eine (vornehmlich gleichseitige) asymmetrische Enthemmungserscheinung eines bestimmten labyrinthären Reflexes infolge einer fehlenden Wirkung der exzidierten Kleinhirnpartien, also der lateralen Anteile der rechten Kleinhirnhälfte, aufgefaßt.

Bulbo-spinale und zerebellare Anfälle. Die krampfartigen Reizerscheinungen bei Erkrankungen des Rückenmarks lassen sich in 2 Hauptgruppen teilen: 1. in die Brown-Séquardsche spinale Epilepsie und in die tetanusartigen Anfälle. Von den Krampfanfällen bei Erkrankungen des Kleinhirns greift Verf. 3 Hauptformen heraus: 1. die homolateralen Krampfanfälle bei Kleinhirnabszeß, die sich nach L. W. Webers Anschauung auf eine Erregbarkeitssteigerung der Großhirnrinde von der gekreuzten Kleinhirnhälfte aus zurückführen lassen (auf dem Wege des Bindearmsystems und des Nucleus ruber); 2. die kontinuierlichen rhythmischen Krämpfe der Schling- und Atemmuskulatur (homolateral oder doppelseitig) bei Herden, die den Nucleus dentatus und das Mark zwischen ihm und der Kleinhirnrinde zerstören; 3. die tetanusartigen Anfälle, die ihrem ganzen Bilde nach mit den tetanusartigen bulbo-spinal bedingten Anfällen identisch sind. Letztere können auch von verhältnismäßig umgrenzten Wirkungen auf die Vierhügelplatte bzw. auf die Medulla oblongata in der Gegend des dorsalen Vaguskerns in derselben Weise ausgelöst werden.

---

*) Sexual-Katastrophen, Bilder aus dem modernen Geschlechts- und Eheleben, herausgegeben von Dr. Levy-Lenz. Leipzig 1926. Verlag A. H. Payne.

Diagnostizierte Balkengeschwulst. 55jährige Frau. Beginn des Leidens mit Kopfschmerzen und psychischen Störungen (nächtliche Erregungsanfälle und Irrereden, zwischendurch unbedeutende Verwirrtheit). Lange latente Periode. Schon ganz zu Anfang beiderseits Pyramidensymptome und linksseitige Hemiparese. Scharf ausgesprochene Unmöglichkeit zu sitzen und besonders zu stehen, ohne Paralyseerscheinungen. Verf. dachte deshalb an ataktische Störungen. Des ferneren Erbrechen. Diagnose: Tumor in der rechten Hemisphäre. 6 Wochen später trat dann auch Stauungspapille auf. Das Fehlen von klonischen Krämpfen links, die Astereognosie der linken Hand und ihre ataktopraktischen Störungen wiesen auf eine in der Tiefe der rechten Hemisphäre gelegene Geschwulst hin. Dann traten aber Bewegungsstörungen (Krämpfe mit langsamem Beugen und Strecken im Knie- und Sprunggelenk, sowie langsamem Heben und Senken des Armes) in den rechten Extremitäten auf, es folgte eine rechtsseitige Hemiplegie. Nun — 2 Wochen vor dem Tode der Pat. — schien es am wahrscheinlichsten, daß die Geschwulst von Anfang an in der Mittellinie zwischen den beiden Hemisphären herangewachsen war, d. h. im Balken saß. So konnte die Entwicklung der Tetraplegie aus der linksseitigen Hemiparese erklärt werden. Die Sektion bestätigte die in vivo gestellte Diagnose, sie ergab einen Tumor (Gliom) im mittleren Teil des Balkens; Genu und Splenium waren frei. Bemerkt sei besonders, daß in der linken Hand leichte apraktische Störungen beobachtet worden waren, daß Pat. ferner nicht imstande gewesen war, in die linke Hand gelegte Gegenstände zu erkennen, und daß der Puls sehr unregelmäßig war (Vaguskern oder Basalganglien?). Bristowe zählt als Balkengeschwulstsymptome mit Recht folgende auf: 1. langsame Zunahme der Erscheinungen, 2. psychische Störungen, 3. Uebergang der Hemi- in die Tetraparese, 4. schwer erklärbare Nichtaffektion der Hirnnerven. Zuweilen verlaufen aber Balkengeschwülste fast symptomlos.

Kurt Mendel, Berlin.

Archiv für Verdauungskrankheiten.

39., Heft 1/2.

Perspektive und Fortschritte der Diätetik. Prof. Dr. Jürgensen.
Zur Frage: Stoffwechsel und Haut. Dr. Pulay.
Spezial-Normacol und Normacol bei chronischer Obstipation. Loevy.
Ueber die Einwirkung der Butter auf die Cholesterinausscheidung in der Galle. Salomon.
Zur Fettbehandlung der Hyperazidität. Steinitz und Sternfeld.
Duodenaltubage in der Diagnostik des Pankreaskrebses. Antić.
Ist die Magenstraße beim Menschen als Gleitbahn der Ingesta anzusehen? van der Reis und Schembra.
Ueber die Verwendung von Mais in der Therapie des Diabetes. v. Purjesz jun.
Beziehungen zwischen Magensaftsekretion und Dünndarm. Bogendörfer.
Beiträge zur Pathologie und Therapie chronisch-gastroenterogener Diarrhöen. Jarno.
Zur Therapie der Lebererkrankungen mittels Duodenalsondierung. Orlean.
Ueber einen Fall von Colitis ulcerosa chronica, durch Kolibazillen-Autovakzine dauernd geheilt. Rubinstein.
Ueber die Verwendung der Verweilsonde zur Prüfung der sekretorischen Funktion des Magens. Horn.

Perspektive und Fortschritte der Diätetik. Verf. fordert die Schaffung einer voll und rationell durchgeführten diätetischen Therapie. Hierzu ist eine unerläßliche Vorbedingung die strikte Aufstellung und genaueste Durchführung einer Mesodiät, die allein geeignet ist, den Ausgangspunkt für jede rationelle Fortentwicklung der allgemeinen diätetischen Therapie abzugeben. Ein weiterer bedeutungsvoller Weg ist die Reform der Krankenhausküche, die am besten durch eine Dreiteilung verwirklicht werden könnte:

1. Freiere Diät, eine „Krankenhaus-Kost",
2. eine mesodiätetische „Krankenhausdiät",
3. eine strenger gebundene spezifische Reihe von „Sonderdiäten".

Ferner erhebt Verf. den Anspruch auf Schaffung einer Ausbildungsanstalt für Aerzte und Hygieniker, wie sie als spezielle diätetische Abteilungen an der Koranyischen Klinik in Budapest und an der Brauerschen Abteilung in Eppendorf besteht. Diese Anstalten wären imstande, der Ernährungsfrage als ganzes die nötige Grundlage zu verschaffen, indem sie für die große Gruppe von Menschen, die zu der öffentlichen Beköstigung in Beziehung steht, und ebenso für das Heer der Hausfrauen eine ärztliche Erziehungsanstalt und bei weiterer Entwicklung ein eigenes Volksernährungsinstitut abgeben könnten.

Spezial-Normacol und Normacol bei chronischer Obstipation. Verf. hat vergleichende Untersuchungen über die Quellungsfähigkeit dieser einen Pflanzenschleim enthaltenden Präparate und über diejenige von Leinsamen und Flohsamen angestellt. Er konnte in Uebereinstimmung mit Schindler eine weitgehende Ueberlegenheit des Normacols feststellen und so seine gute Brauchbarkeit zur Bekämpfung der Obstipation erweisen.

Da es sich bei der Quellung um einen kolloidchemischen Vorgang handelt, verlieren die Untersuchungen beträchtlich an Wert durch Nichtbeachtung der Wasserstoffionenkonzentration des Milieus. Es wäre insbesondere erforderlich gewesen, den Quellungszustand des Normacols bei den im Verdauungskanal herrschenden Verhältnissen zu untersuchen.

Ueber die Einwirkung der Butter auf die Cholesterinausscheidung der Galle. Die Butter beeinflußt die Cholesterinausscheidung in der Galle einmal durch ihren eigenen Cholesteringehalt (0,4%), ferner dadurch, daß sie, wie alle Fette, die Resorption des Cholesterins begünstigt. Daher bewirkte die Butterzulage in den Versuchen des Verfassers mittels Duodenalsondierung eine stärkere Cholesterinausscheidung in der Galle als die Eierzulage, obwohl diese mehr Cholesterin enthielt.

Zur Fettbehandlung der Hyperazidität. Untersuchungen mit der Verweilsonde. Die Untersuchungen wurden durch fraktionierte Ausheberung mit der Magenverweilsonde nach einem Probetrunk ausgeführt, der einmal aus 200 ccm Vollmilch, das andere Mal aus 200 ccm einer etwa 15% Fettmilch bestand. Verff. kommen zu dem Ergebnis, daß das Auftreten der freien Salzsäure durch das Fett verzögert, ihr Anstieg verlangsamt wird. Eine dauernde Herabsetzung der freien HCl wird aber nur in der Hälfte der Fälle erzielt. Die Gesamtazidität steigt ebenfalls langsamer an, zeigt ein längeres Verweilen auf der Höhe und fällt langsam ab. Das Maximum der Gesamtazidität tritt später auf und ist niedriger als im Milchversuch. Die Motilität bleibt durch das Fett unbeeinflußt. Rückfluß von Duodenalinhalt wurde bei den Versuchen nicht beobachtet, im Gegensatz zu anderen Autoren. Die Kurvenänderungen im Fettversuch werden daher als Folge einer echten Sekretionshemmung aufgefaßt. Die guten klinischen Erfahrungen mit der Sippykur werden als Bestätigung dieser Untersuchungsergebnisse angesehen.

Ist die Magenstraße beim Menschen als Gleitbahn der Ingesta anzusehen? Verff. kommen auf Grund ihrer eingehenden röntgenologischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß flüssige, dickbreiige und feste Speisen im leeren Magen dem Anfangsteil der Magenstraße folgen, sie dann vor dem Magenknie verlassen und nach dem Gesetz der Schwere heruntersinken. Eine ausschließliche Benutzung des Kleinkurvaturweges findet nicht statt. Ist der Magen bereits eröffnet, dann kann das Einströmen auch in der Führungslinie erfolgen. Bei völlig eröffnetem Magen dringt die nachgetrunkene Kontrastflüssigkeit anfangs eine kleine Strecke entlang der kleinen Kurvatur ein, sickert dann aber in vielen Strahlen durch den Mageninhalt hindurch. Die Existenz einer vom übrigen Magen abgeschlossenen Rinne ist unwahrscheinlich. Eine konzentrische Kontraktion des Magens um den ersten eindringenden Bissen ließ sich niemals feststellen. Vielmehr schiebt sich die Kontrastmasse langsam zwischen die flach wie ein Feuerwehrschlauch aufeinander liegenden Magenwände vor.

Ueber die Verwendung von Mais in der Therapie des Diabetes. Von allen Mehlfrüchtekuren zeigten in $^4/_5$ der Fälle die Maistage die beste Wirkung auf die Glykosurie. Die Einführung und weitere Ausprobierung von Maistagen wird empfohlen.

Beziehungen zwischen Magensaftsekretion und Dünndarm. Verf. fand bei Schleimhautläsionen des Dünndarms, ferner unter der Wirkung parenteral einverleibten Dünndarmsaftes eine Herabsetzung der Salzsäuresekretion im Magen. Bei Anazidität müsse man daher auch an krankhafte Vorgänge im Dünndarm denken.

Ueber einen Fall von Colitis ulcerosa chronica durch Kolibazillen-Autovakzine dauernd geheilt. Verf. faßt die chronische ulzeröse Kolitis in veralteten Fällen als eine postdysenterische sekundäre Kolibazilleninfektion des Dickdarms auf und hält auf Grund der Beobachtung eines Falles die Kolibazillen-Autovakzine für ein spezifisches Heilmittel, das schnell zur Dauerheilung führt.

Ueber die Verwendung der Verweilsonde zur Prüfung der sekretorischen Funktion des Magens. Vergleichende Untersuchungen mit der Verweilsonde über Alkoholprobetrunk und Tee-Semmelfrühstück zeigten, daß die sog. Magensekretionskurven mit vielen Fehlerquellen behaftet sind. Motilität des Magens, Sekretionsreiz der Sonde und der Probekost, die individuell differente zentrale Wirkung des Alkohols, die physische Verfassung des Patienten, Gallerückfluß und tags zuvor genossene Kost bewirken, daß die Kurven nur einzelne Bilder eines sehr komplizierten Vorganges aneinanderreihen, ohne einfache Sekretionskurven oder auch nur Aziditätskurven darzustellen.

A. Fiegel, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 24.

✦ Die Erfahrungen der Klinik Eiselsberg bei der Behandlung der diffusen Perforationsperitonitis mit Spülung mit salzsaurem Pepsin. L. Schönbauer.
✦ Dormalgin als Ersatzmittel des Morphiums. G. F. Meyer.
Zur Frage des subkutanen Emphysems bei perforierten gastroduodenalen Geschwüren. J. Podlaha.
Lungenembolie nach Korrektionsosteotomie einer deform geheilten Knöchelfraktur. J. Oeder.
Ueber einen wenig beachteten Weg der Pankreasfreilegung bei akuter Pankreatitis. F. Stein.
✦ Zur Frage der freien autoplastischen Faszientransplantationen bei großen Bauchdeckenbrüchen. J. Koch.
Ueber Drainage mit dem Gummischlauch nach Pleuraempyemoperationen. G. Breitmann.

Die Erfahrungen der Klinik Eiselsberg bei der Behandlung der diffusen Perforationsperitonitis mit Spülung mit salzsaurem Pepsin. Salzsäure besitzt das bakterizide Optimum nicht in konzentrierter Lösung, sondern in 3‰ Verdünnung, wenn Pepsin in der Konzentration des normalen Magensaftes zugesetzt wird. Eine diesem Verhältnis entsprechende Mischung wurde zur Behandlung der Perforationsperitonitis angewendet. 3‰ HCl ist im Experiment höchstens fünf Minuten nach Einverleibung in die Bauchhöhle noch nachweisbar, dagegen die Salzsäurepepsinlösung noch nach 35 Minuten. Das Pepsin verlängert also die HCl.-Wirkung beträchtlich.

Mit der Lösung wurden in den letzten Jahren 117 Fälle behandelt. Von diesen starben 12,8%, während bei gleichartigen Fällen, die ohne salzsaures Pepsin behandelt wurden, die Mortalität 34,8% betrug.

Dormalgin als Ersatzmittel des Morphiums. Als Morphiumersatz hat sich Dormalgin gut bewährt, die Kombination eines Malonylureid (vom Noctal abgeleitet) mit Pyramidon. Es wurde bei 50 Laparotomien erprobt: ½ Stunde vor der Operation eine Ampulle, ferner auch bei der Nachbehandlung. In der Wirkung war kein Unterschied gegen Morphium, jedoch keine Magen-Darmerscheinungen, keine Allgemeinstörungen. Auch bei Alkaloid gewöhnten Patienten war die Wirkung ausreichend.

Zur Frage der freien autoplastischen Fascientransplantationen bei großen Bauchdeckenbrüchen. Auch bei großen Bauchbrüchen mit ausgedehnten Muskeldefekten sind gute Erfolge mit Ueberpflanzung der gedoppelten Fascia lata zu erzielen. Der Fascienlappen muß fest ausgespannt vernäht werden. Stets Drainage nach solchen Plastiken.

Walter Großmann, Berlin.

Archiv für klinische Chirurgie.

143., 1. Heft.

Klinisches und Experimentelles zur Frage der lokalisierten und generalisierten Ostitis fibrosa. F. Mandl.
Nachuntersuchungen zu Payrs Hallux-valgus-Operation. Thilo Hühne.
✦ Beiträge zur Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels. V. Ueber eine eigenartige Herzstichverletzung im Sulcus interventricularis mit Eröffnung beider Ventrikel und Durchtrennung des absteigenden Astes der linken Kranzarterie. Tod eine Stunde nach der Herznaht. Hans Wagner.
Wirbelfrakturen nach leichtem Trauma und ihre Röntgendiagnose. A. Püschel.
Klinische und experimentelle Untersuchungen über Halogen nach Albrecht-Ulzer. Erwin Risak.
Die Wechselbeziehungen des Speichels zur Magenpathologie auf Grund von tierexperimentellen und klinischen Untersuchungen. Rudolf Demel.
Beitrag zum Vagustumor (Neurinoma sarcomatodes). Sekiguchi, Shigeki und Takeo Oije.
Das praktische Resultat der Nebennierenexstirpation bei der sog. Spontangangrän nach den Angaben von 110 Fällen russischer Chirurgen. Benedikt Herzberg.
Ueber Veränderungen an der Schädelbasis bei Hypophysengeschwülsten. Hermann Angerer.
✦ Beiträge zur Entstehung und Therapie des Ulcus pepticum jejuni nach Magenoperationen nach eigenen Erfahrungen und einer Umfrage bei 22 Chirurgen. H. Flörcken und E. Steden.
✦ Röntgenbehandlung metastatischer Knochengeschwülste. J. Borak.
Die Beeinflussung der Störungen des Säurebasenhaushaltes bei der Narkose. Immo Wymer.
Dünndarmdivertikel mit eigenartigen klinischen Erscheinungen. Harttung.
Ileus infolge Perforation einer Genitaltuberkulose in den Dünndarm. William Boss.

Beiträge zur Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels. V. Ueber eine eigenartige Herzstichverletzung im Sulcus interventricularis mit Eröffnung beider Ventrikel und Durchtrennung des absteigenden Astes der linken Kranzarterie. Tod eine Stunde nach der Herznaht. Verf. beschäftigt sich nach Mitteilung eines interessanten Falles von Herzverletzung mit dem Nahtmaterial der Herzwunden. Auf Grund der Literaturmitteilungen glaubt er Seide zur Naht empfehlen zu müssen, da Katgut als unzureichend angesehen werden muß. Experimentelle Untersuchungen scheinen ebenfalls dafür zu sprechen, daß der Seide der Vorzug vor dem Katgut gebührt.

Beiträge zur Entstehung und Therapie des Ulcus pepticum jejuni nach Magenoperationen nach eigenen Erfahrungen und einer Umfrage bei 22 Chirurgen. Wird bei Männern in mittleren Jahren wegen eines Duodenalgeschwüres eine Gastroenterostomie angelegt, so muß man durchschnittlich mit der Entstehung eines Ulcus pepticum jejuni in 3,5% der Fälle, meistens innerhalb der beiden ersten Jahre nach der Operation, rechnen. Wird eine vordere Gastroenterostomie mit nachfolgender Braunscher Anastomose angelegt, so steigt die Gefährdung der Patienten bis auf 16,8%. Verff. glauben, daß die Entstehung des Ulkus teilweise von den zur Anastomosenbildung benützten Klemmen abhängt. Bei Chirurgen, die keine Klemmen benutzen, ist das Vorkommen des peptischen Geschwürs auf 0,3% zurückgegangen. Die Pylorusausschaltung nach v. Eiselsberg ist aufzugeben. Falls man bei Ulcus duodeni ausgedehnt reseziert, so ist die Entstehung eines peptischen Geschwürs zwar nicht auszuschalten, mit seinem Auftreten ist jedoch weit weniger zu rechnen. Die Therapie des Ulcus pepticum jejuni kann nur chirurgisch sein. Anzuerstreben ist in jedem Falle radikale Operation. Nur wo sie nicht auszuführen ist, empfiehlt sich ein Versuch mit der ungefährlichen Jejunostomie. Da neue Anastomosen in ihrer Wirkung vielfach unsicher sind, so wird von ihrer Anlegung abgeraten.

Röntgenbehandlung metastatischer Knochengeschwülste. Bei genauer Nachprüfung ergibt es sich, daß die Röntgenbehandlung metastatischer Knochengeschwülste, ohne Rücksicht, ob es sich um Karzinom oder Sarkom handelt, mehr leisten kann, als bisher angenommen wurde. Die metastatischen Knochengeschwülste scheinen eine höhere Strahlenempfindlichkeit als andere Metastasen zu besitzen und werden deshalb mit größerem Erfolg behandelt als andere Metastasenbildungen. Vielfach ist es gelungen, nicht nur die Schmerzen, sondern auch andere lokale und allgemeine Symptome zum Schwinden zu bringen.

Das praktische Resultat der Nebennierenexstirpation bei der sog. Spontangangraen nach den Angaben von 110 Fällen russischer Chirurgen. Eine Zusammenstellung von 110 Fällen von Spontangangraen, bei denen die Nebennierenexstirpation ausgeführt wurde, zeigt uns, daß die Hoffnungen, die man auf die Nebennierenexstirpation als auf eine kausale Behandlungsmethode gesetzt hatte, sich in keiner Weise erfüllt haben.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.

39., Schlußheft 4/5.

✦ Rück- und Ausblicke in der Schilddrüsenpathologie. F. de Quervain.
Die Histologie der Kretinenstruma, mit Berücksichtigung der Klinik des Kretinismus und der funktionellen Untersuchung. Albert Wydler.
✦ Vergleichende Untersuchungen über den biologischen Wert des Kretinenkropfes. M. Dubois.
✦ Die biologische Wirksamkeit verschiedener Kropfarten im Kaulquappenversuch. Mileta Branowacky.
✦ Die Neutralisation des Blutserums von Basedowkranken durch das Blutserum von Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse. Mileta Branowacky.
Ueber den funktionellen Wert der Langhansschen wuchernden Struma. Branowacky-Pelech.
Ein Beitrag zur Kottmannschen Reaktion. Emil Walder.
✦ Klinische Beobachtungen über den respiratorischen Grundumsatz. F. de Quervain und F. Pedotti.

Rück- und Ausblicke in der Schilddrüsenpathologie. Dem Inhalt des Schlußheftes Bd. 39 entsprechend, beschäftigt sich der Verfasser ausschließlich mit der normalen und pathologischen Physiologie der Schilddrüse. Die Ausführungen eignen sich nicht zum Referat, machen aber ihr Studium im Original empfehlens- und dankenswert.

Vergleichende Untersuchungen über den biologischen Wert des Kretinenkropfes. Nachdem durch die Versuche von Graham und von Wegelin und Abelin erwiesen war, daß der Kaulquappenversuch eine Einschätzung der funktionellen Wertigkeit des Kropfgewebes erlaubt, erschien es dem Verfasser gegeben, dieses Prinzip auch auf die Untersuchung der Kretinenstruma anzuwenden. Es bestand so die Aussicht, die Frage der Hypofunktion abzuklären. Daß bei seinen Versuchen durch Operation (Hinweis auf die Arbeit von Albert Wydler) gewonnene Kropfmaterial wurde teils steril getrocknet und auf seinen Jodgehalt nach der Methode von Baumann untersucht, sowie auf seine biologische Wirksamkeit im Froschlarvenexperiment nach Gudanatsch geprüft und ferner der histologischen Untersuchung unterzogen, wobei immer verschiedene Partien des Kropfgewebes berücksichtigt wurden. Die Versuche fanden an 22 Fällen statt. Die in kurzen Protokollen angeführten Details müssen im Original nachgelesen werden. Das Ergebnis der Untersuchungen ist zusammenfassend folgendes: Der Kretinenkropf, im allgemeinen eine Struma nodosa parenchymatosa mit regressiven Erscheinungen, enthält kein oder nur sehr wenig Jod und zeigt im Vergleich zu anderen Kröpfen verschiedener Provenienz eine stark herabgesetzte biologische Wertigkeit, geprüft durch Verfütterung der Trockensubstanz an Kaulquappen. Der Parallelismus zwischen klinischem Verhalten und dem biologischen Experiment ist durchgehend, von der Kretinenstruma bis zur Basedowstruma. Der Parallelismus zwischen dem experimentellen Verhalten und dem Jodgehalt ist nur insofern vorhanden, als die Kretinenstrumen jodarm oder jodfrei sind. Ein Parallelismus mit dem meist spärlichen Kolloidgehalt der Strumen ließ sich noch weniger nachweisen. Nach den Vergleichsversuchen mit anderen als Kretinenstrumen sind auch dort Beziehungen zwischen Jod- und Kolloidgehalt und biologischer Wirksamkeit nur in großen Zügen vorhanden. Der histologische Befund und die chemische Untersuchung geben nur ein Zustandsbild, aber keinen Aufschluß über die Dynamik der Schilddrüsenfunktion.

Die biologische Wirksamkeit verschiedener Kropfarten im Kaulquappenversuch. Die Arbeit bringt in Fortsetzung und Erweiterung der Versuche von Dr. Dubois die Prüfung des physiologischen Wertes von verschiedenen Kropfarten sowie von einigen Schilddrüsenpräparaten mittels des Kaulquappenversuchs.

Es war einmal von Interesse, die biologische Wirksamkeit des diffusen Basedowkropfes mit derjenigen des knotigen Basedowkropfes zu vergleichen. Bei den Kretinenstrumen war es von speziellem Interesse, das Knotengewebe und das zwischen den Knoten liegende und bei den Kretinenstrumen meist atrophische Schilddrüsengewebe getrennt auf ihre biologische Wirksamkeit zu prüfen.

Neben diesen Extremen sollte die normale Schilddrüse sowie einige Schilddrüsenpräparate, das Armblutserum des Basedowkranken und des Normalmenschen und schließlich die Pubertäts- und Kinderstruma in typischen Beispielen biologisch geprüft werden.

Das untersuchte Material bestand aus drei diffusen und drei knotigen Basedowstrumen, fünf Knoten- und fünf Zwischengeweben von fünf ausgesprochenen Kretinen, zwei Pubertätsstrumen, einer Kinderstruma, zwei normalen Menschenschilddrüsen, einem Armblutserum von einem Basedowfall, einem Armblutserum von einem Patienten mit klinisch normaler Schilddrüse. Je eine Tiergruppe bekam Thyroxin Kendall, eine Gruppe Thyreoidetabletten P. und D. und schließlich dienten drei Gruppen als Kontrolltiere. Im ganzen sind also in der Versuchsreihe 28 Gruppen mit vier bis fünf Tieren, was zusammen 123 Versuchsergebnisse ausmacht. Die Verfasser faßten die aus genannten Versuchen sich ergebenden Resultate zusammen, da Professor de Quervain die aus ihnen zu ziehenden Schlüse im Zusammenhang mit den Resultaten der übrigen in der Berner chirurgischen Klinik angestellten Untersuchungen bringt. Erstere lauten:

1. Die biologische Wirksamkeit der Schilddrüsenpräparate — Thyroxin und Thyreoideatabletten — ist im Kaulquappenversuch sehr stark. Sie übertrifft diejenige der normalen Schilddrüse, wie auch die Wirksamkeit der Basedowkröpfe.
2. Die Wirksamkeit des Basedowkropfes ist auch in diesem Versuch, wie im Rattenversuch, die stärkste unter den verschiedenen Kropfarten. Dabei ist das Gewebe des knotigen Basedowkropfes in genannten Versuchen um eine Spur stärker wirksam, als das Gewebe des diffusen Basedowkropfes. In Einzelfällen wirken im allgemeinen die kolloid- und jodreichen Basedowkröpfe stärker, mit Ausnahmen im umgekehrten Sinne. Die biologische Wirkung ist also nicht nur dem Kolloid- und Jodgehalt, sondern auch den sezernierenden Zellen und den in denselben vorhandenen Schilddrüsenstoffen zuzuschreiben.
3. Die biologische Wirksamkeit der normalen Schilddrüse ist etwas schwächer als die durchschnittliche Wirkung der Basedowkröpfe. Auch bei ihr scheint die Wirksamkeit nicht bloß vom Kolloid- und Jodgehalt, sondern auch von dem sezernierenden Gewebe abhängig.
4. Noch schwächere Wirksamkeit zeigte die Pubertätsstruma, die in den zwei vorhandenen Fällen parallel dem Kolloid- und Jodgehalt ging.
5. Einen kaum nachweisbaren Einfluß — und zwar nur auf die Entwicklung — zeigte der Blutserum einer Basedowkranken und dasjenige eines Normalmenschen. Dabei kann nicht entschieden werden, ob diese Wirksamkeit in Wirklichkeit den Schilddrüsenstoffen zuzuschreiben ist.
6. Das Kretinengewebe zeigt im Durchschnitt eine schwache biologische Wirksamkeit.
7. Die schwächste biologische Wirksamkeit hatte das Gewebe einer Kinderstruma; ein sicherer Schluß aus nur einem untersuchten Falle ist aber nicht zu ziehen.
8. Es bestehen gewisse Anhaltspunkte dafür, daß der Kaulquappenversuch bis zu einem gewissen Grade geeignet ist, neben quantitativen auch qualitative Veränderungen der Schilddrüsensubstanz — und mit ihr vielleicht der Schilddrüsenfunktion — einzuschätzen.

Die Neutralisation des Blutserums von Basedowkranken durch das Blutserum von Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse. Haras und die biologischen Untersuchungen am Kropfmaterial der Berner Klinik mittels Ascherscher Methodeempfindlichkeit der Ratte gegen Sauerstoffmangel ergaben übereinstimmend, daß das Blut der meisten Zwergkretinen mit atrophischen Schilddrüsen und auch dasjenige mancher Kretinen mit Kropf einen negativen Ausschlag gibt, d. h. das Sauerstoffbedürfnis herabsetzt. Dieses unerwartete Resultat mußte, wenn es sich bestätigte, ein interessantes Licht auf eine in den letzten Jahren etwas vernachlässigte Seite der Schilddrüsenfunktion werfen.

Verfasser unternahm es darum, die genannten Resultate noch weiter zu prüfen, und zwar zum Teil auch mittels eines experimentum cruris. Die ersten Resultate hat Verfasser schon in ihrer früheren Arbeit mitgeteilt. Die vorliegende Arbeit bringt nun die Ergebnisse weiterer Untersuchungen, die zur Kontrolle der ersteren Befunde vorgenommen wurden. Diese Arbeit ist also insofern die Fortsetzung der ersten Arbeit des Verfassers und muß letztere deswegen gleich schon eingangs auf dieselbe verweisen.

Die Aufgabe war, mittels derselben Methode, bei derselben Versuchsanordnung das Basedow- und Zwergkretinenblut und sodann ihre Mischung in verschiedenen Konzentrationen weiter zu prüfen. Da die Resultate der Mischung beider Sera durch die neutralisierende Funktion der Schilddrüse erklärt wurden, so nahm der Verfasser auch die Prüfung einiger Präparate und Sera von schilddrüsenlosen Tieren vor, wie sie seinerzeit auf Grund dieser Vorstellung für die Therapie der Basedowkrankheit vorgeschlagen waren.

Im ganzen liegen der vorliegenden Arbeit 80 Versuchsergebnisse zugrunde. Von diesen beziehen sich 12 auf das Basedowblut, 15 auf das Zwergkretinenblut, 3 auf das Normalblut, 31 auf die Mischungen des Basedow-, Zwergkretinen- und Normalblutes in verschiedenen Konzentrationen, 8 auf die verschiedenen Handelspräparate, 8 auf das Blut von thyreoidektomierten Tieren, 1 auf die Mischung des Basedowblutes mit dem Blut einer schilddrüsenlosen Ziege und schließlich 2 auf das Blut der Zwergkretinen nach der Implantation von Basedowgewebe. Mit Ausnahme von zwei Resultaten, die sich auf das Basedowkropfvenenblut, und zwei Resultaten, die sich auf die Mischung der ersteren mit dem Armvenenblut der Zwergkretinen beziehen, sind alle Versuche mit dem Armvenenblut, bzw. bei den Tieren, mit dem Blut der Femoral- und Jugularvenen vorgenommen worden.

Zusammenfassend sagt der Verfasser über ihre Resultate:

1. Die weitere Prüfung der biologischen Wirksamkeit des zirkulierenden Blutes von Basedowfällen und von Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse bestätigen die früheren Befunde, indem wieder festgestellt wird, daß das erstere die Sauerstoffmangelempfindlichkeit der Ratte im Ascherschen Versuch erhöht, das letztere dagegen dieselbe herabsetzt.
2. Die Wirksamkeit des Basedowblutes wird durch die stimulierende Funktion der Schilddrüse erklärt, die Gegenwirkung des Zwergkretinenblutes durch die neutralisierende Schilddrüsenfunktion.
3. Das zirkulierende Blut der Zwergkretinen mit atrophischer Schilddrüse ist imstande, das Blut der Basedowkranken zu neutralisieren und seine biologische Wirksamkeit zu reduzieren oder auszuschalten.
4. Die gegenseitige Neutralisation von Basedowblut und Kretinenblut ist einerseits abhängig von der Menge des neutralisationsfähigen Blutes, andererseits von der biologischen Wirksamkeit des zu neutralisierenden Blutes.
5. Ob die Neutralisation ein hormonaler oder ein rein chemischer Prozeß ist, das läßt sich aus den Versuchen nicht entscheiden.
6. Der Vorgang vollzieht sich nicht in der Schilddrüse oder braucht wenigstens zu seinem Ablauf nicht normal funktionierendes Schilddrüsengewebe.
7. Er hat auch dann seine Bedeutung, wenn das, was mit dem Rattenversuch im Basedowikerserum nachgewiesen ist, nicht mehr das unveränderte, im Kaulquappenversuch aktive Schilddrüsensekret ist.

Klinische Beobachtungen über den respiratorischen Grundumsatz. Die Bedeutung der Schilddrüse für den Gaswechsel und damit für den respiratorischen Grundumsatz veranlaßte die Verfasser einmal zu untersuchen, welches an einem aus Basedowpatienten, gewöhnlichen Kropfträgern und Kretinen zusammengesetzten Material die Beziehungen zwischen der klinischen Einschätzung der Schilddrüsenfunktion und dem Grundumsatz sind.

Des weiteren galt es festzustellen, welche anderen, nicht von vornherein mit der Schilddrüsenfunktion zusammenhängenden pathologischen Zustände ebenfalls den Grundumsatz beeinflussen.

Ferner war den Beziehungen nachzugehen, welche zwischen Grundumsatz, respiratorischen Quotienten, Pulsfrequenz und Minutenvolumen der Atmung bestehen. Endlich lag den Verfassern daran, die in einer ersten Arbeit von Dr. Pedotti und Dr. Branovacky untersuchten Beziehungen zwischen Grundumsatz und Ausfall des Ascher-Stradischen Rattenversuches von Kropfträgern verschiedener Art an größerem Material zu prüfen.

Es wird über eine Serie von 178 Fällen berichtet, welche 42 Fälle von Hyperthyreoidismus, 52 Fälle von gewöhnlichem Kropf und 41 Fälle von Kretinismus mit und ohne Kropf enthalten. Dazu kommen 34 Fälle von verschiedenen, mit der Schilddrüse nicht offensichtlich oder überhaupt nicht in Zusammenhang stehenden Erkrankungen.

Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden diejenigen Fälle von Kropf, bei denen die Stenose der Trachea derartig war, daß sie die für die Bestimmung des Grundumsatzes erforderliche ruhige Atmung unmöglich machte.

Die Resultate der Untersuchungen fassen die Verfasser kurz in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die sich klinisch als Basedowsche Krankheit bzw. als Hyperthyreoidismus irgendeiner Form darstellenden Fälle zeigen in der Regel eine Erhöhung des Grundumsatzes von + 20% bis 100 und mehr Prozent. Das Mittel der in Betracht kommenden Fälle beträgt + 35%.

   Der Grundumsatz geht bei ausgiebiger Resektion des Schilddrüsengewebes auf normale, ja unternormale Werte zurück. Ruhekur und Arterienunterbindung wirken weniger vollständig.
2. Bei Kröpfen ohne klinisch erkennbare Funktionsstörungen von seiten der Drüse liegt der Grundumsatz in der Regel + 10%, mit sehr geringer Streuung nach oben und etwas größerer Streuung nach unten. Durchschnitt — 0,6%.
3. Beim Kretinen mit Kropf ist der Gaswechsel im Durchschnitt niedriger als beim Kropf mit Eythyreoidismus (—8%) und geht die Streuung weiter nach der Minusseite hin, aber er kann ausnahmsweise Pluswerte aufweisen (Tracheostenose, Unruhe bei der Untersuchung!).
4. Beim Kretinen ohne Kropf liegen alle Werte auf der Minusseite, mit einem Durchschnitt von — 11,4%. Sein Zwergwuchs kompensiert einigermaßen den Einfluß des Schilddrüsenausfalls auf den Grundumsatz.
5. Männlicher Hypogenitalismus (Eunuchoidismus) vom Typus adiposo-genitalis zeigt eine ausgesprochene Herabsetzung des Grundumsatzes, durchschnittlich — 20%. Weniger ausgesprochen ist die Herabsetzung beim Eunuchoidismus ohne Fettansatz.
6. Beim weiblichen Geschlecht befindet sich bei adipositas auch ohne auffallende Störungen der inneren Sekretion bisweilen — nicht immer — eine Herabsetzung des Grundumsatzes von 20 und mehr Prozent. Es gibt ferner Fälle von leichter adipositas und allgemeiner Apathie im Pubertätsalter, ohne klinische Erscheinungen von seiten der Schilddrüse oder der Hypophyse, wo der Grundumsatz ausgesprochen herabgesetzt ist. Diese Fälle bedürfen noch der Aufklärung (Insuffisance ovarienne juvenile nach Marannon?).
7. Bei leichten Neurasthenikern und bei diversen von der Schilddrüse unabhängigen Erkrankungen fand sich durchschnittlich ein normaler Grundumsatz.
8. Es besteht in dem zu fünf Sechsteln aus Schilddrüsenpatienten zusammengesetzten Untersuchungsmaterial ein deutliches Abhängigkeitsverhältnis zwischen den beim Grundumsatz maßgebenden Faktoren: Pulsfrequenz, Minutenvolumen, respiratorischer Quotient und dem Grundumsatz selbst. Diese Beziehungen sind besonders deutlich zwischen Puls, Minutenvolumen und Grundumsatz. Sie treten ebenfalls hervor, wenn das Minutenvolumen auf den Quadratmeter Körperoberfläche bezogen wird (Meter-Minutenvolumen). Diese Beziehungen zeigen aber eine zu starke Streuung, als daß sie erlauben würden, die Bestimmungen des Grundumsatzes durch ein einfacheres rechnerisches Maß zu ersetzen.
9. Es besteht in dem untersuchten Material eine deutliche Beziehung zwischen Körpergewicht und Grundumsatz einerseits und Körperlänge und Grundumsatz andererseits.
10. Grundumsatzbestimmungen sind nur dann brauchbar, wenn sie in völliger Muskelruhe und nach richtiger diätetischer Vorbereitung vorgenommen werden und wenn auch in der Durchführung des Versuches jeder Anlaß zur Aufregung und jede unphysiologische Belastung der Atmungsmuskulatur vermieden wird.
11. Die diagnostische Bedeutung des Grundumsatzes liegt hauptsächlich in der Beurteilung der Grenzfälle der Basedowschen Krankheit einerseits und der hyperthyreotischen Zustände andererseits und in der Abschätzung der Schwere dieser Zustände. In manchen Grenzfällen ist aber bei der relativ großen Breite der normalen Werte der klinische Befund ein feineres Reagens als der Gaswechsel. Die Bestimmung des Grundumsatzes ergänzt also die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden, sie ersetzt dieselben nicht.

Für die Indikationsstellung vor und während der Behandlung hyper- und hypothyreotischer Zustände ist der Grundumsatz in Verbindung mit den übrigen klinischen Hilfsmitteln wertvoll. Ohne Bedeutung ist er in der Indikationsstellung bei gewöhnlich euthyreotischen Kröpfen. Nützlich ist er dagegen hier in der Beurteilung abnormer Operationsfolgen.

Sämtliche hier im Referat kurz zusammengefaßten Berichte bilden mit den nichtreferierten eine zusammenhängende Reihe von Untersuchungen, deren Studium im Original wegen ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse angelegentlich empfohlen werden kann.

Dr. Max Lasker, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 45.

Ueber einen besonderen Lungenbefund bei Schwangeren. Schultze-Rhonhof.
Untersuchungen über den Funktionszustand des retikulo-endothelialen Zellsystems während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Lundwall.
Thrombozytenzahl in ihrer Beziehung zur Menstruation. G. Hirsch und Hartmann
* Klimakterium und Blutdruck. Lehfeldt.
Ueber die lokale Eosinophilie bei Karzinom. Schoch.
* Zur Frage der ovariellen Substitutionstherapie per os. (Erfahrungen mit Ovarialhormon). Caffier und Kunhardt.
Erfahrungen mit dem Dekapitationsfingerhut. Blond.

Klimakterium und Blutdruck. Pathologische Blutdruckschwankungen über 15 mm Hg finden sich bei einem Viertel aller Frauen im natürlichen und künstlichen Klimakterium. Es ist wichtig, diese Schwankungen zu kennen, da sie bei zu seltenen Messungen eine Dauerhypertonie vortäuschen können. Als unbedingt charakteristisch für das Klimakterium kann man sie jedoch nicht bezeichnen, da bei recht vielen anderen pathologischen Prozessen sich die gleichen Blutdruckschwankungen finden. Eine anhaltende Blutdrucksteigerung über 140 mm Hg, die durch das natürliche oder künstliche Klimakterium hervorgerufen wäre, ist nicht die Regel, sondern tritt nur in einer Minderzahl der Fälle auf. Es ist daher unberechtigt, von einer klimakterischen Hypertension zu sprechen. Myomherz und Myomblutdruck erklären sich als Folge des relativ häufigen Zusammentreffens von Myom mit Schrumpfniere oder Thyreotoxikose.

Zur Frage der ovariellen Substitutionstherapie per os. — Erfahrungen mit Ovarialhormon. Berichtet wird über 120 mit Ovarialhormon in peroraler Form-Ovowop-behandelte Fälle. Der therapeutische Erfolg erwies sich bei 77 Fällen von physiologischem Klimakterium bzw. operativer und Röntgenkastration dem bei Anwendung unspezifischer Präparate entsprechend. Unter 43 Fällen von gestörter Ovarialfunktion im geschlechtsreifen Alter konnte neunmal ein Erfolg auf die Menses erzielt werden, der, wie analoge Gebärmutterschleimhautuntersuchungen zeigten, nur Frauen mit leichter ovarieller Dysfunktion betraf. In 2 von diesen Fällen trat Gravidität ein. Was die Dosierung anlangt, so wird bei Kastraten in unmittelbarem Anschluß an die Kastration eine dreimonatige Kur mit fallenden Dosen von dreimal 4 bis dreimal 2 Dragées täglich empfohlen. Dieselbe Dosierung bei normalem Klimakterium mit starken Beschwerden. Für die Fälle mit ovariellen Funktionsstörungen erwies sich eine fortlaufende Kur von 2—3 Monaten mit dreimal 4 oder dreimal 3 Dragées täglich als günstig. Nachhaltige unangenehme Nebenwirkungen des Präparats wurden nicht beobachtet.

Schwab, Hamburg.

Archiv für Ophthalmologie.

117., Heft 3.

Zur Anatomie der Sehbahn und des Sehzentrums. Heuschen.
Die Vertretung der beiden Augen in der Sehbahn und in der Sehrinde. Heuschen.
Zur Augenzitterkunde. Ohm.
* Ophthalmologische Studien beim pankreasdiabetischen Hunde. Takahashi.
Optische Experimentaluntersuchungen über „Netzhautbild und Wahrnehmungsbild“. Kupfer.
Die Reflexbahnen für die Ohr-Augenbewegungen. Bartels.
Zum Heterochromieproblem. Kranz.

Ophthalmologische Studien am pankreasdiabetischen Hunde. Die Untersuchungen gingen von klinischer Fragestellung aus. Die Komplikationen bei Staroperation diabetischer Patienten bestehen namentlich in starken postoperativen Blutungen. Die Erklärung hierfür ist nach den Untersuchungsergebnissen des Verf. in der Verminderung von Fibrinogen und Fibrinferment im regenerierten Kammerwasser und der hierdurch herabgesetzten Gerinnungsfähigkeit gegeben. Verletzt man in einem solchen Zustande die Iris (Iridektomie), so sind starke Blutungen in die vordere Kammer die Regel. Die leichte Empfänglichkeit des diabetischen Auges für Infektion ist nicht direkt auf den Zuckergehalt zurückzuführen, vielmehr auf eine dadurch bedingte Verminderung der Abwehrkraft, die in dem geringen Eiweißgehalt des

zweiten Kammerwassers ihren Ausdruck findet. Bei Staroperationen sind die Komplikationen durch Insulin und Diät zu vermeiden.
Meesmann, Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

49., Nr. 3, November 1926.

◆ Gibt es eine Lamasyphilis? Erich Hoffmann und E. Zurhelle.
Die lokale elektrosmotische Hautvertaubung. Hermann Rein.
Experimentelle und therapeutische Grundlagen zu einer rationellen Gleichstromtherapie. Hermann Rein.
◆ Kann das Hautpigment durch Pityriasis versicolor beeinflußt werden? R. Polland.
◆ Studien zur Jodausscheidung. Julius K. Mayr.
Zur Biochemie der Hauttuberkulose. I. Die Atmungsgeschwindigkeit der tuberkulösen Haut. N. Melczer.

Gibt es eine Lamasyphilis? Die Mitteilungen argentinischer Aerzte über gelungene Impfungen von Lama mit Syphilis und erfolgreiche Behandlung Syphilitischer mit auf diese Weise gewonnenem Serum müssen stark bezweifelt werden. Den Verff. gelang die Impfung eines Lamas weder mit Menschen- noch mit Kaninchenvirus. Die serologischen und Liquorreaktionen sind beim Lama inkonstant und gestatten keine Verfolgung von Späterscheinungen am Nerven- oder Gefäßsystem. Im übrigen sind die angeblichen Heilerfolge bisher noch von keiner Seite bestätigt worden.

Kann das Hautpigment durch Pityriasis versicolor beeinflußt werden. Bei mit Pityriasis versicolor behafteten Patienten zeigte sich nach starker Sonnenbestrahlung ein Leukoderma; dies wurde bisher so erklärt, daß die Pilzauflagerungen als Strahlenfilter wirkten und nach ihrer Abstoßung die unbestrahlte Haut sich hell gegen die von der Bestrahlung gebräunte umgebende Haut abhob. Es scheint jedoch, wenigstens in manchen Fällen, auch ein echter Pigmentverlust infolge einer durch die Stoffwechselprodukte des Mikrosporon furfur verursachten Schädigung des Pigmentapparates zustande zu kommen.

Studien zur Jodausscheidung. Eine über die Verhältnisse beim Gesunden hinausgehende Speicherung von Jod findet regelmäßig und in reichlicher Menge beim tertiärluetischen Gewebe statt; bei sekundärluetischen Erscheinungen kann Jod in mäßigen Mengen zurückbehalten werden, gelegentlich auch in der Spätlatenz. Da aus großen Joddosen wesentlich mehr Jod zurückbehalten wird als aus kleinen, ist es angebracht, bei der Joddosierung bis an die Grenze der Jodverträglichkeit zu gehen. Ernst Levin, Berlin.

Allgemeine Homöopathische Zeitung.

174., Oktober 1926.

◆ Phosphor. Scheidegger.
Kaustikum. Moeckel.
Kaustikum. Gruner.
◆ Abrotanum und Roedersche Mandelbehandlung. Taube.
◆ Calium bichromicum als Nierenmittel. Zweig.
Die Homöopathie und Prof. Bürgi-Bern. Trotz.

Phosphor, seine objektiven und subjektiven pharmakodynamischen Wirkungen. Die bekannte Erscheinung, daß bei zahlreichen, besonders chronischen Krankheiten, die Symptome, nach denen die Homöopathie ihre Mittel auswählt, häufig nur angedeutet sind, so daß eine exakte Mittel-Diagnose auf Grund der subjektiven Symptome schwer zu stellen ist, führt Scheidegger zu der Anregung, die Arzneimittellehre nach anderen Gesichtspunkten aufzuziehen und zu gruppieren. Er will besonders die objektiven Erscheinungen in den Vordergrund gerückt sehen, da er, ein ausgesprochener Tiefpotenzler, den feinen mit Hochpotenzen gewonnenen Symptomen skeptisch gegenübersteht (eine Ansicht, über deren Berechtigung man doch sehr streiten kann. D. Ref.).

Als Beispiel, wie er sich das neue Aussehen der Arzneimittellehre vorstellt, bringt er den Phosphor und stellt an die Spitze nach Allgemeinbemerkungen die Pathologie und pathologische Anatomie der Phosphor-Vergiftung. Es folgen dann weiter die objektiven und zuletzt die subjektiven Phosphor-Wirkungen. Vom streng homöopathischen Standpunkt ist zu betonen, daß diese Einteilung doch recht angreifbar ist und, um nur ein Beispiel zu nennen, die überragende Bedeutung der Modalitäten völlig außer acht gelassen wird.

Abrotanum und Roedersche Mandelbehandlung. Die zur Familie der Kompositen gehörige Artemisia abrotanum, Eberraute, findet ihre Verwendung bei Schwächezuständen, metastatischen und vikariierenden Prozessen und schleichenden, fieberhaften Krankheiten. Anders ausgedrückt sind Blut und Lymphe, seröse Häute, Gelenke und Drüsen die Angriffspunkte. Besondere Bedeutung hat das Mittel gewonnen bei vikariierenden Prozessen wie: Verschlimmerung der Hämorrhoiden, wenn Rheuma gebessert, oder abwechselnd Nasen- und Nierenblutung, weiter bei Skrophulose und Tuberkulose der Viszeraldrüsen. Interessant sind nun Vergleiche zwischen den Angriffspunkten des Mittels und den von ihm günstig beeinflußten Krankheiten einerseits und den Wirkungen der Roederschen Mandelbehandlung. Letztere hat sich nach den Erfahrungen des Verfassers für skrophulöse und drüsentuberkulöse Personen als besonders nützlich erwiesen. Beiden gemeinsam ist weiter die Wirkung auf Gelenke, seröse Häute und die bei genauer Beobachtung nachweisbaren metastatischen Erkrankungen. Verfasser sieht eine Erklärung der Wirkung beider Behandlungs-Verfahren in der Auffassung als sog. Drainagemittel.

Calium bichromicum als Nierenmittel. Das Mittel ist charakterisiert durch eine Entzündung der Schleimhäute mit Neigung zur plastischen Exsudation. Des weiteren bestehen Beziehungen zur harnsauren Diathese und Erkältungs-Erkrankungen. Auffallend ist nun, daß das Mittel fast nirgends mit seiner Beeinflussung der Nierenerkrankungen gewürdigt wird. Auf Grund eines alten Literatur-Hinweises von Pritchard im Bande 129 (1894) dieser Zeitschrift und eigenen Versuchen empfiehlt Verfasser das Medikament bei Pyelitis calculosa, akuter desquamativer Nephritis, chronischer parenchymatöser Nephritis und besonders bei der sog. Gichtniere, der chronisch interstitiellen Form des Leidens. Dermitzel.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 43, 21. Oktober 1926.

Kompressionsmyelitis bei Chordrodystrophie. Albrecht und Ranzi.
◆ Ueber eine eigenartige Leberaffektion mit Cholesterinämie. Edelmann.
Ueber die intrakutane und subkutane Lokalreaktion. Hamburger.
Zerebellares Hyperflexionsphänomen. Weißmann.
Ueber viszerale Innervationsstörungen bei Parkinsonismus. Heß und Goldstein.
Zum Gebrauch der Injektionsspritze. Hitschmann.
Die erste Hilfe im Eisenbahnwesen. Ruff.
Wann und wie soll eine diätetische Entfettungskur mit Schilddrüsentherapie kombiniert werden? Pollak.
Ein Hilfsmittel zur ersten Hilfeleistung bei Meniskusverletzungen. Kulka.

Ueber eine eigenartige Leberaffektion mit Cholesterinämie. Die Erkrankung befällt meist Männer zwischen 35 und 55 Jahren. Die subjektiven Beschwerden sind: Mattigkeit, abnorme Reizbarkeit, Gelenkschmerzen, Kopfdruck, Appetitlosigkeit, Blähungsgefühl. Objektiv: Gelbfärbung der Haut, besonders der Handteller, der volaren Fläche der Finger, der Ohrmuscheln, des weichen Gaumens und der Gesichtshaut. Die Skleren sind frei. Das Kolorit ist hellgelb, nur die Gesichtshaut dunkelbraun. Im Blut Hypercholesterinämie, keine Vermehrung des Bilirubins. Oft Hypertonie, rigide, geschlängelte Gefäße (auch ohne Hypertonie). Die Leber ist meist vergrößert, oft druckempfindlich. Es scheint sich um eine spezifische Erkrankung der Leber zu handeln, die das Ausscheidungsvermögen für Cholesterin verloren hat.

Nr. 44, 28. Oktober 1926.

◆ Zur Frühbehandlung der Speiseröhrenverätzung. Heindl sen.
Operative Schädigung des Halssympathikus. Hutter.
Ein Fall von plötzlichem Tode bei Zysternenpunktion. Reuter.
◆ Ueber die Behandlung des Icterus catarrhalis mit Insulin. Schneider.
Zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre. Löwenfeld.
Zwei Fälle von Pankreasnekrose. Orthner.
Ueber Pilzvergiftungen. Hauer.
Behandlung des arteriellen Hochdrucks. Müller-Deham.
Was soll der praktische Arzt von der Leitungsanästhesie in der Mundhöhle wissen? Sicher.

Zur Frühbehandlung der Speiseröhrenverätzung. Die von Salzer eingeführte Frühbougierung bei Oesophagusverätzungen soll auch bei Erwachsenen die normale Behandlungsmethode werden. Empfehlenswert ist auch bei schweren Fällen ein möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung mit bleigefüllten Bougies nach Baß. Bei Auftreten von höherem Fieber oder von stärkeren Schmerzen nach der Bougierung wird 1 bis 2 Tage pausiert, was jedoch die nächste Behandlung erschwert und die Heilung verzögert. Um auch die dritte Enge, die Kardia, welche den Lieblingssitz der Strikturen bildet, passieren zu können, verlängert Heindl die bleigefüllten Bougies durch eine starke Darmseite, die durch deren proximales, durchbohrtes Ende gezogen wird. Bei normalem Verlauf tritt der volle Erfolg in 14 bis 20 Tagen auf (Bougie Nr. 20—24).

Ueber die Behandlung des Icterus catarrhalis mit Insulin. Je nach der Schwere des Falles werden bis zu dreimal 5 Einheiten eingespritzt, kombiniert mit strenger Kohlehydraternährung und eventuell Traubenzuckerklysmen oder Injektionen. Die mittlere Dauer der insulinbehandelten Fälle beträgt drei Wochen; der Beginn der Entfärbung tritt gewöhnlich eine Woche nach Beginn der Behandlung auf.

Ernst Pick, Wien.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 44.

✦ Anpassung an schwere anatomische Defekte. Karl M. Walthard.
Bedeutung der Stuhluntersuchung auf okkultes Blut. A. J. Werner.
✦ Dürfen wir Krampfadern thrombosieren. E. Stotzer.
Wunderheilung von Leonberg im Jahre 1644. A. Reh.

Ueber Anpassung an schwere anatomische Defekte. Verf. bringt eine Anzahl von Beispielen, wo Menschen mit auffälligen und schweren anatomischen Defekten in der Ausübung eines Berufes oder Sportes nicht gehindert erscheinen und sich durch ihre Defekte in keiner Weise um den Lebensgenuß betrügen lassen. Diese Fälle verdienen aus theoretischen und praktischen Gründen regstes ärztliches Interesse. Sie geben uns den richtigen Maßstab dafür, was wir Aerzte unter Umständen von unseren Patienten verlangen dürfen. Es ist eine unleugbare Tatsache, daß wir aus lauter Bequemlichkeit und Gefühlsduselei unseren Patienten gegenüber zu nachgiebig sind und uns zu rasch damit abfinden, einen sogenannten bleibenden Nachteil zu diagnostizieren und ihn entsprechend hoch zu werten. Daß trotz schwerer Defekte Arbeitsfähigkeit bestehen kann, lehren die mitgeteilten Fälle. Es ist die Pflicht des Arztes, bei jedem Verunfallten die natürlichen Kräfte zur Wiederherstellung und funktionellen Genesung zu wecken und mit im Heilplan anzuwenden. Es ist sicher auch therapeutisch für den dauernd Defekten von großem Vorteil, die eigene Arbeitsfähigkeit wieder zu erleben, zu erkennen, daß er etwas Positives leisten kann. — Die Arbeit dauernd Defekter ist ein hochinteressantes Problem, an dessen Lösung vor allem Ford, der große Automobilfabrikant, praktisch herangegangen ist. Keiner seiner Arbeiter darf auf Grund körperlicher Mängel entlassen werden; denn es hat sich gezeigt, daß der Vollbesitz der Kräfte nicht Grundbedingung zur Höchstleistung bei jeder Art von Tätigkeit sein muß.

Dürfen wir Krampfadern thrombosieren? Wir können ohne Bedenken auf das oberflächliche Venensystem verzichten, es je nach Umständen ganz oder teilweise ausschalten. Bei erhöhtem venösem Drucke (Krampfadern, Varizen) ist es sogar wichtig, diesen Rückfluß, der die effektvolle Arbeit des tiefen Venensystems erschwert, zu beseitigen. Wir können dem Blut diesen Rückweg zum Herzen ruhig verschließen; auf diese Weise gelingt es uns, veraltete trophische Störungen und Ulkera im Handumdrehen zur Heilung zu bringen. Das Krampfaderblut mit seiner Venosität kann Anlaß zu mannigfachen Krankheitserscheinungen geben. Es wirkt toxisch auf die Gewebe; allerdings führt es mehr zu Ernährungs- als zu Zirkulationsstörungen. Diese Ueberlegungen drängen uns gerade, Krampfadern frühzeitig anzugreifen.

Held.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.

19., Heft 1, 1926.

✦ Aphasie. Kurt Goldstein.
Lähmungen bei extrapyramidalen Läsionen. Max Egger.
Psychische Vorgänge, Geschlechtsdrüse und Drüsen mit innerer Sekretion. C. Ceni.
Hyperästhetische Zonen am Köiper. G. Calligaris.
Vegetative Reaktionen bei psychischen Vorgängen. W. H. v. Wyss.
„Phänomenologie“ in biologisch-psychischer Beleuchtung. C. v. Monakow.
Basalganglien. S. Kodama.

Aphasie. Im vorliegenden Hefte des Schweizer Archivs bietet nur diese Arbeit allgemeineres klinisches Interesse. Sie wird in den nächsten Heften noch fortgeführt und wird nach ihrem vollständigen Erscheinen referiert werden.

Kurt Mendel, Berlin.

Hospitalstidende.

69., Nr. 36, 9. September.

Index und Durchmesser der Erythrozyten und das beste hämatologische Kriterium bei der perniziösen Anämie (Fortsetzung). St. Jörgensen und Erik. J. Warburg.
✦ Neuritis bei Sanocrysinbehandlung. O. Beyerholm.

Neuritis bei Sanocrysinbehandlung. Neben anderen schädlichen Nebenwirkungen wie Nausea, Schock, Depressionen, Neuralgien, Rachialgien wurden auch bei der Sanocrysinbehandlung Erscheinungen beobachtet, die auf eine Neuritis der Beine hinwiesen, so Schmerzen, Muskelatrophien, Veränderung der Sehnenreflexe, Paresen. Diese Erscheinungen schwanden bei drei Tuberkulösen einige Wochen bis Monate nach dem Aufhören der Injektionen.

Nr. 37, 16. September.

Index und Durchmesser der Erythrozyten usw. (Fortsetzung). Jörgensen u. Warburg.

Nr. 38, 23. September.

Index und Durchmesser der Erythrozyten und das beste hämatologische Kriterium bei der perniziösen Anämie, mit einem kurzen historischen Ueberblick über die Untersuchungen über den Index und Mitteldurchmesser der Erythrozyten sowie über die Pathogenese der Megalozyten bei der perniziösen Anämie (Fortsetzung). Jörgensen und Warburg.
Untersuchungen über die Photo-Aktivität einiger Oele mit Hinblick auf die antirachitische Wirkung (Fortsetzung). Eigil Rekling.

Nr. 39, 30. September.

Index und Durchmesser der Erythrozyten bei perniziöser Anämie (Fortsetzung). Jörgensen und Warburg.
Untersuchungen über die Photo-Aktivität einiger Oele mit Hinblick auf ihre antirachitische Wirkung (Fortsetzung). Eigil Rekling.

Nr. 40, 7. Oktober.

✦ Index und Durchmesser der Erythrozyten usw. (Schluß). St. Jörgensen und Erik, J. Warburg.
✦ Untersuchungen über die Lichtaktivität einzelner Oele in Beziehung auf deren antirachitische Wirkung. Eigil Rekling.

Der Index und Durchmesser der Erythrozyten. Nach einer historischen Uebersicht über die Lehre von dem Index und Durchmesser der Erythrozyten wird die Beziehung des Farbenindex, Volumenindex, des Saturationsindex und des Durchmessers besprochen. Die Megalozytose beim Ikterus wird untersucht, und es erweist sich, daß sie nicht proportional der Plasmafarbe ist. In 4 Fällen von Hyperthyreoidismus fand sich Mikrozytose. Finden sich mehr als 15% Erythrozyten mit einem Durchmesser von 8,6 μ, so liegt Verdacht perniziöser Anämie vor. Dies ist als bestes hämatologisches Kriterium dieser Krankheit anzusehen. Die Megalozyten sind relativ dünn. Einige Fälle von sekundärer Anämie, Blutungsanämie und familiärem hämolytischen Ikterus werden ebenfalls untersucht.

Photoaktivität der Oele und antirachitische Wirkung. Was die Photo-Aktivität anbetrifft, so verhält sich Lebertran anders als Leinöl und Olivenöl. Lebertran braucht eine viel geringere ultraviolette Bestrahlung als Lein- und Olivenöl, um einen bestimmten Wirkungsgrad zu erreichen und als photographisches Agens zu gelten. Die antirachitische Wirkung des Oels ist nicht verursacht durch das ihm innewohnende photographische Agens; dasselbe ist kein Indikator für die antirachitische Wirkung des Oels. Lebertranöl kann stark antirachitisch wirken ohne photoaktiv zu sein. Hämatoporphyrin wirkt sensibilisierend auf bestimmte Spektrumsgebiete und ultraviolette Strahlen; vielleicht wirkt diese Sensibilisierung auch eine Rolle bei der Pathogenese der Rachitis. Ein Mangel eines lichtempfindlichen Katalysators oder Sensibilisators kann hier von Wichtigkeit sein.

S. Kalischer.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Nr. 11, November 1926.

Reichshospital in 100 Jahren. F. G. Gade.
Neuere Vitaminforschungen. E. Poulssen.
✦ Diagnostische Bedeutung der Urindiastase. L. Kreyberg.

Diastasenbestimmung des Urins. Dieselbe kann für Unterleibsleiden von großer Bedeutung sein. Akute Leiden des Pankreas wie der Speicheldrüsen sind gewöhnlich von starkem Anstieg des Diastasenindex im Urin begleitet. Der Anstieg kann plötzlich und von kurzer Dauer sein. Einige akute febrile Unterleibsleiden können ein leichtes Steigen des Index erzeugen.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hygiea.

88., Heft 20, 31. Oktober.

Was ältere nordische Schriften über Geisteskranke und deren Stellung berichten. Torsten Soudén.
Eindruck der Typhus-Epidemie in Hannover. Hugo Engleson.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Ugeskrift for Laeger.

Nr. 43, 28. Oktober.

◆ Fall von Transfusion mit unvermischbarem Blut. Poul Morville.
Prof. Kroghs Quecksilberdynamometer und dessen Anwendung zur quantitativen und qualitativen Handdruck-Untersuchung sowie zur Erkennung verschieden gearteter Ermüdungsformen. Th. B. Wernoe.
◆ Onycholysis artificialis — Waschfrauen-Nägel. Einar Sylvest.

Bluttransfusion. Morville betont den Mangel von Uebereinstimmung zwischen den Isoagglutinationen des menschlichen Blutes in vivo und in vitro. Der Einfluß der Verdünnung, der Körpertemperatur, die Wirkung des eigenen Serums auf die Einwirkung der Hämolysine auf die Blutkörperchen erklären die Unschädlichkeit der eingeführten reaktionskräftigen Agglutinine und Lysine. Ein Fall von Transfusion mit unvermischbarem Blut wird mitgeteilt, der ohne primäre Reaktion zu Ikterus und kapillaren Thrombosen führte.

Künstlicher Nägelausfall. Waschfrauennägel. Eine akute und chronische Form von Nägelausfall mit Nagelbettentzündung beobachtete Sylvest bei Frauen, die sehr heiß mit Soda, Seife und anderen Mitteln oft waschen. Im akuten Stadium ist das Leiden sehr schmerzhaft. Das Aufhören mit dem häufigen Waschen, zu heißem Wasser und zu scharfen Mitteln bringt meist Heilung.

4. November, Nr. 44, 1926.

Frühzeitige Diagnose des Krebses im Magen-Darmkanal. E. Hero Thaysen.
Fortgesetzte Untersuchungen über den spezifischen Drehungswert der Glukosen nach Einwirkung des Insulins auf das Muskelgewebe. A. Holböll.
◆ Uebertragung des sogenannten Icterus catarrhalis. Sören Hansen.
Fütterungsversuch von Ratten mit Nestles Kindermehl. A. Bakke.
Vom Kongreß für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin. A. Borgbjaerg.

Icterus catarrhalis ist in vielen Fällen eine Infektionskrankheit und sollte besser Icterus contagiosus genannt werden. Derselbe gehört auf die Infektionsabteilung und verbreitet sich mitunter unter Schülern einer Schule.

11. November, Nr. 45.

Behandlung der Lungentuberkulose mit der von Dr. Walblum angegebenen Methode. N. Lunde.
◆ Fall von Trichophagie. E. Sylvest.
Injektionstherapie der Varizen. O. Horn.

Trichophagie. Unter Trichomanie oder Trichophagie versteht Verf. einen Zustand, in dem die Haare aus dem Kopf ausgerissen und verspeist werden. Einen solchen Fall beobachtete er bei einem fünfjährigen Knaben, der zugleich Finger lutschte und anscheinend normal die Schule besuchte. Er litt an Anfällen von Kopfschmerz und wurde von dieser Sucht geheilt.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Acta Radiologica.

5., Heft 1, Nr. 23.

◆ Klinische Beobachtungen nach der Heilung Calvé-Perthesscher Krankheit, verglichen mit den durch die Krankheit verursachten Deformitäten und der Einfluß dieser auf die endgültige Prognose. P. Flemming Moller.
Radiumbehandlung des Lupus vulgaris. F. V. Novak.
Entladungsfiguren der Leydener Flasche. Dr. J. van Ebenhornst Tengbergen.
◆ Röntgenologische Zeichen abdomineller Ergüsse. Zugleich ein Beitrag zur Röntgendiagnostik der Peritonitis. Hugo Laurell.
Ein Röntgenunfall mit verhängnisvollem Ausgang durch Kurzschluß des Sekundärstromes. G. A. Wetterstrand.
Ein vergrößerndes Stereoskop. Erik Lysholm.
Ueber die Entwicklung der Wirbelsäule nach Skiagramm vom späteren fötalen Leben bis zum Alter von 14 Jahren. Robert Hanson.

Klinische Beobachtungen nach der Heilung Calvé Perthesscher Krankheit, verglichen mit den durch die Krankheit verursachten Deformitäten und der Einfluß dieser auf die endgültige Prognose. Die Resultate nach Ausheilung der Calvé Perthesschen Erkrankung des Hüftgelenks sind durchaus nicht so günstig, wie allgemein angenommen wird. Es ist zwar richtig, daß auch bei starken Deformitäten vielfach die Funktionsstörungen oft verhältnismäßig gering sind. ,Ein leichtes Nachschleppen des Beines, eine geringe Verkürzung und eine leichte Muskelatrophie können vorhanden sein, ohne daß die Arbeitsfähigkeit beeinflußt wird. Bei einer nicht geringen Zahl, nach Feststellung des Autors in 21,6%, bleibt aber eine beträchtliche Einschränkung in der Beweglichkeit im Hüftgelenk zurück, ferner ein permanentes Hinken. In der Hälfte dieser Fälle bestanden auch kontinuierliche Schmerzen in der Hüfte und somit eine Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit. Besonders ist die Flexion erheblich beschränkt, während die Extension meist frei ist. Die Abduktion ist ebenfalls in mehr oder minder starkem Grade behindert. In einigen Fällen bestand eine entschiedene Abduktions-Kontraktur mit Außenrotationsstellung. Auch die Innenrotation ist oft erheblich eingeschränkt.

In diesen Fällen ist der hypertrophische Femurkopf deutlich in dem oberen Teil des Scarpaschen Dreiecks zu sehen und zu fühlen, ebenso der Trochanter major. Die Muskelatrophie ist ausgesprochen.

Das Trendelenburgsche Zeichen ist in einigen Fällen nachzuweisen.

In einer Reihe von Fällen schließt sich an die Erkrankung eine echte Arthritis deformans an. Dies gilt nicht nur von den schweren Deformitäten, sondern auch von den anscheinend völlig geheilten Fällen, selbst von denjenigen, die sich völlig latent entwickeln und ablaufen.

Röntgenologische Zeichen abdomineller Ergüsse. Zugleich ein Beitrag zur Röntgendiagnostik der Peritonitis. Ein freier Bauchererguß muß eine nicht unbeträchtliche Größe erreichen, um klinisch nachweisbar zu sein. Ergüsse unter 1 Liter sind durch die einfache Untersuchung nicht festzustellen. Die Röntgenuntersuchung ist bisher zu wenig beachtet worden, obwohl sie oft eine Diagnose ermöglicht hat, auch wenn es sich nur um geringe Flüssigkeitsmengen handelt.

Wenn die Därme Luft enthalten, wie es bei Kindern regelmäßig der Fall ist, legen sie sich mit mehr oder weniger scharfen Kanten aneinander; ist aber eine Aszites vorhanden, so nimmt der Dünndarm eine regelmäßige zylindrische Form an. Der Erguß lagert sich zwischen nahe beieinander liegenden, parallel verlaufenden Därmen in Form von prismatischen, geraden oder gebogenen Strängen ein, welche im großen und ganzen einen dreieckigen Querschnitt besitzen. Diese schmalen Exsudatstränge können zuweilen deutlich im Röntgenbild beobachtet werden, besonders wenn sie der Bauchwand anliegen und in einer günstigen Strahlenrichtung untersucht werden. Das Exsudatprisma tritt dann als keilförmiger Schatten zwischen zwei mit Gas gefüllten Därmen hervor. Die Darmflächen des Keiles sind konkav, bisweilen lagert sich auch eine dünne Exsudatschicht zwischen der lateralen Bauchwand einerseits, dem Dünndarm oder Kolon andererseits ein und kann als Schattenband beobachtet werden. Das Bild ist dasselbe bei flüssigen und festen Exsudaten. Eine Unterscheidung ist manchmal dadurch möglich, daß bei letzterem die Verschieblichkeit aufgehoben oder verringert ist.

Unter Beobachtung dieser Symptome kann u. a. die Entstehung eines Dünndarmileus röntgenologisch geklärt werden. Eine kantige Form der ausgedehnten Därme spricht für Obturationsileus, und dagegen Strangulationsileus, weil sich bei letzterem rasch ein Transsudat entwickelt. Die Form des normalen Dünndarms hängt von verschiedenen Momenten ab, insbesondere vom Tonus, von der Peristaltik und der Füllung, ebenso auch von der Straffheit der Bauchwand und von der Fettmenge im Bauche. Eine geringere Entwicklung des subserösen Fettgewebes und eine straffe Bauchwand lassen die kantige Form des Dünndarms besonders deutlich hervortreten. Eine Unterscheidung zwischen Interposition des Netzes oder des normalen subserösen Fettgewebes von einem Erguß ist dadurch möglich, daß der letztere sich zwischen eine große Anzahl von Därmen erstreckt und sich regelmäßiger lagert. Außerdem hat ein Peritonealerguß ein größeres Absorptionsvermögen für Röntgenstrahlen als das Fett. Das letztere zeichnet sich durch eine geringere Schattentiefe von der Darmwand ab.

Bei toxischem Exsudat ist aber die Schattentiefe des subperitonealen Fettgewebes größer, da es sich mit einem entzündlichen Oedem durchtränkt. Auch die intermuskulären Septa werden infiltriert, während normalerweise die 3 Muskelschichten der Bauchwand sich voneinander abgrenzen lassen, verschmelzen sie in diesem Falle zu einem mehr oder weniger homogenen Schatten.

Die Hauptsammelpunkte für ein breites Exsudat oder Transsudat im Bauche sind die Fossa Douglasi und die Flanken. Hier sammeln sich auch die Restabszesse nach diffuser Peritonitis. In der Lendengegend sind Ergüsse auch am leichtesten nachzuweisen.

Die Untersuchung erfolgt in Rückenlage (in ventro-dorsaler Strahlenrichtung). Außerdem ist manchmal zu empfehlen, den Patienten in Rückenlage mit horizontaler Strahlenrichtung tangential zur vorderen Bauchwand zu untersuchen. Auch die Besichtigung des Leibes ist im Zusammenhang mit der Röntgenuntersuchung wichtig. Ausgedehnte Därme zeichnen sich, besonders wenn Darmsteifungen eintreten, außen am Bauch ab. Wenn aber freie Flüssigkeit zwischen den Därmen vorhanden ist, verschwindet dieses außen sichtbare Darmrelief. Findet man also bei der Röntgenuntersuchung erweiterte Därme und ein Fehlen des äußeren Darmreliefs, so ist dies als indirektes Symptom für das Vorhandensein freier Flüssigkeit im Bauch zu verwerten.

Bei Perforationsperitonitis zeigt das Zwerchfell meist — aber nicht immer — eine verringerte Verschieblichkeit und in späteren Stadien einen abnormen Hochstand. Außerdem findet man bekanntlich freies Gas in der Bauchhöhle. Es muß aber berücksichtigt werden, daß auch andere Ursachen zur Gasansammlung in der Bauchhöhle führen können (Punktionen, Tubendurchblasungen usw.).

In aufrechter Stellung ist meist kein horizontaler Flüssigkeitsspiegel zu sehen, auch dann nicht, wenn sich die Flüssigkeit bei der Operation als deutlich vermehrt erweist. Wenn ein Flüssigkeitsspiegel festgestellt wird, so handelt es sich um einen abgekapselten subphrenischen Abszeß. Sehr häufig findet man auf der einen oder auf beiden Seiten ein mehr oder weniger großes Pleura-Exsudat. Auch bei akuter Pankreatitis, Pankreasnekrose oder Pankreasapoplexie kann frühzeitig ein bewegliches Pleuraexsudat entstehen, besonders auf der linken Seite.

Darmparese bzw. -paralyse ist oft ein Symptom von Bauchexsudaten toxischer Natur. Dies ist durch einfache Durchleuchtung ohne Kontrastmittel nachzuweisen, da dann abnorme Gasmengen und Flüssigkeitsspiegel in den erweiterten Därmen vorhanden sind. Wenn paralytischer Ileus vorliegt, so stehen diese Spiegel still, bei Obturationsileus dagegen ändern sie bisweilen ihre Lage. Zu beachten ist, daß ileusähnliche Bilder selbst mit starkem Meteorismus auch bei Pneumonie vorkommen können. Auch durch Zirkulationsstörungen kann die Entstehung eines Meteorismus begünstigt werden, da die Verringerung der Lungenventilation eine Retention und Anhäufung der Blutgase bedingt, die ihrerseits zu einem vermehrten Gasgehalt des Darmes führt.

Bei großen Exsudaten ist die Röntgenuntersuchung von geringerer Bedeutung. Gelegentlich läßt sich feststellen, daß die Därme bei einem großen Transsudat eine abnorme freie Beweglichkeit besitzen. Wenn ein Erguß die Milz oder die Leber direkt umgibt, so treten die Grenzen dieser Organe im Röntgenbilde weniger deutlich oder gar nicht hervor. Bei reichlichem Aszites kann man an Röntgenaufnahmen in Rückenlage oft sehen, daß die in abnormer Weise lateralwärts konvexe Bauchwand einen ungewöhnlich kompakten homogenen Schatten umgibt, der von dem Erguß gebildet wird. Bei großen Ergüssen der Bauchhöhle steht das Diaphragma hoch und zeigt dabei meist auch eine Verminderung der Verschieblichkeit. Gelegentlich sieht man bei aufrechter Körperstellung eine Abplattung der Kuppel.

Bei Pneumoperitoneum werden bei Gegenwart von Bauchergüssen intraperitoneale Flüssigkeitsspiegel beobachtet. Gelegentlich findet man auch eine eigentümliche Zusammenbackung des Omentum majus besonders bei Peritonitis tuberculosa und carcinomatosa.

Kurt Kirschmann, Berlin.

British Medical Journal.

Jahresversammlung der British medic. Association: Neurologisch-psychologische und ophthalmologische Abteilung.

Nr. 3434. 30. Oktober.

* Vorkommen, Aetiologie und Behandlung der Migräne. Bramwell.
* Migräne vom ophthalmologischen Standpunkt. Mc. Mulcen.

Abteilung der Narkotiseure: Ueber die Zukunft der Narkose.

Organisation und Unterricht in der Narkose. Johnston.
Toleranzprüfungen mit Narkotika. Bourne.
Zeitschriften, Sammelreferate und Jahrbücher. Cohen.
Zusammenarbeit mit den Chirurgen. Moots.
Meningitis und Enzephalitis durch Fremdkörper im Gehirn. King
Pylorospasmus durch Helminthen. Rattray.
Akutes Lungenödem. Mc. Naught, Pires und Awzounin.

Vorkommen, Aetiologie und Behandlung der Migräne. Von unzweifelhaftem diagnostischen Wert ist die Unterscheidung der idiopathischen und symptomatischen Migräne. Anfallsweise Kopfschmerzen sind manchmal bei Hirngeschwülsten und bei Schrumpfniere anzutreffen, nur ausnahmsweise als Folgeerscheinung einer syphilitischen Hirnerkrankung. Diese Kopfschmerzen können einseitig sein und mit Erbrechen einhergehen. Die Möglichkeit des Bestehens einer auf organische Veränderungen zu beziehenden symptomatischen Migräne ist beim Auftreten der typischen Kopfschmerzen im späteren Lebensalter und dem Fehlen hereditärer Belastung besonders zu erwägen. Der klassische Migräneanfall kann unter vier verschiedenen Formen auftreten. Einmal als einfache Hemikranie, wobei der einseitige Kopfschmerz völlig im Vordergrund steht. Es kann zum Kopfschmerz Erbrechen hinzutreten, welches oft von einer Art Nausea begleitet ist, die der Seekrankheit eigentümlich ist. Weiterhin können Aenderungen des Sehvermögens, insbesondere Verdunkelungen des Gesichtsfeldes sich bemerkbar machen. Endlich kann das „Sensorium“ in Mitleidenschaft gezogen werden, wodurch eine Sensibilitätsstörung der Gliedmaßen hervorgerufen wird und besonders häufig das Gefühl für Berührung an den Fingerspitzen, den Lippen und der Zunge beeinträchtigt ist. In anderen Fällen wird das Ausdrucksvermögen geschädigt und eine auffällige, ungeordnete Sprechweise tritt in Erscheinung. Seltener kommt es zur allgemeinen Begriffsverwirrung und zum zeitweiligen Verlust des Gedächtnisses. Dem typischen Migräneanfall geht zumeist eine Aura voraus, deren Haupterscheinungen optische Sinneseindrücke sind, bei welcher jedoch auch andere Symptome einer allgemeinen oder örtlichen Beeinträchtigung der Hirnfunktion vorhanden sein können (Nausea mit Erbrechen, einseitiger Stirnkopfschmerz). Häufig stellt der Kopfschmerz die alleinige Manifestation des Leidens dar. Ausnahmsweise — besonders in der Kindheit — treten nur periodisch Anfälle von Erbrechen auf. Gelegentlich machen sich lediglich Sehstörungen, Parästhesien oder eine Aphasie als Aequivalente der Migräneattacke bemerkbar. Seltener sind Anfälle von echter Migräne beobachtet worden mit rasch vorübergehender Hemiplegie, mit heftigen neuralgieähnlichen Schmerzen oder Paroxysmen von Menièreschem Schwindel und abdominellen Schmerzattacken ähnlich gastrischen Krisen, die Laparotomien veranlaßten.

Zwischen der Epilepsie und der Migräne bestehen gewisse Aehnlichkeiten. Bei beiden Erkrankungen bestehen periodisch sich wiederholende Anfälle, die gewöhnlich zuerst schon in frühem Alter sich bemerkbar machen, bei beiden Leiden ist eine familiäre neuropathische Belastung oder eine direkte erbliche Uebertragung häufig. Auch der Migräneanfall beginnt mit einer Aura und kann von einer zeitweiligen Störung des Gefühls, der Beweglichkeit, der Sprache oder des Begriffsvermögens begleitet sein. Bei der Migräne ist genau so wie bei der Epilepsie ein kumulativer Effekt festzustellen, indem der nach einer ungewöhnlich langen Pause sich einstellende Anfall besonders schwer zu sein pflegt. Ebenso wie bei dem Morbus sacer treten Migräneattacken bei Frauen besonders zur Zeit der Menstruation auf und verschwinden — wenn auch nicht immer — während der Schwangerschaft. Migräne kann durch epileptische Anfälle ersetzt werden und umgekehrt. Trotz dieser vielen gemeinsamen Züge ist die Verwandtschaft dieser beiden Krankheitsbilder nur eine oberflächliche. Die beiden Störungen treten sehr selten zusammen auf. Trotz allgemeiner Verbreitung und gleicher Häufigkeit findet sich die Epilepsie nicht in Migräne-Familien. Nach der langsamen Ausdehnungsweise der Aura bei der Migräne scheint ein anderer Auslösungsmechanismus wie bei der epileptischen Aura obzuwalten. Verblödung ist dem Krankheitszustand der Migräne fremd. Im Gegensatz zur Epilepsie neigt die Migräne dazu, in höherem Alter zu verschwinden.

In ¾ der Fälle setzen die Migräneanfälle vor dem 20. Lebensjahr ein und nur sehr selten wird der Krankheitsbeginn bis zum dritten Lebensjahrzehnt verzögert. Für den Beginn der Erkrankung sind drei Perioden von entscheidender Bedeutung, die zweite Dentition, die Pubertät und die Belastung des Nervensystems in der Zeit vor und während des Eintritts in das Berufsleben. Frauen werden für gewöhnlich häufiger befallen als Männer (7 : 3). In etwa der Hälfte der Fälle ist die Heredität nachzuweisen, wobei die Uebertragung häufiger durch die Mutter erfolgt. Die Häufigkeit, mit der noch andere Neurosen in Migränefamilien anzutreffen sind, macht es wahrscheinlich, daß eine allgemeine Empfänglichkeit des minderwertigen Nervensystems besteht, daß jedoch außer der Disposition zur Entstehung der Migräne noch andere Momente erforderlich sind.

Häufig kann ein Migräneanfall auf bestimmte Ursachen zurückgeführt werden. (Geistige Ueberanstrengung und Erschöpfung, körperliche Ermüdung, Menstruation, langes Nüchternbleiben und Fasten, übermäßiger Genuß von Alkohol oder Tabak, Temperatureinflüsse wie langer Aufenthalt in der Kälte oder Gewitterluft.) Besondere Aufmerksamkeit verdienen Sehstörungen (Refraktionsanomalien) und psychische Momente (Angst, Minderwertigkeitsgefühl) als kausale Faktoren. Wie wirken nun diese verschiedenen Bedingungen auf das prädisponierte Individuum? Wie kommt es zum Anfall? Während des Anfalls treten oft Erscheinungen auf, die eine Störung der Blutversorgung wahrscheinlich machen (halbseitige Blässe des Gesichtes beim beginnenden Anfall, der eine Rötung folgt). Die Schläfenarterie wird während der Attacke als harter, kontrahierter Strang fühlbar. Ophthalmoskopisch ist eine Verengerung der Netzhautgefäße erkennbar. Der Kopfschmerz beginnt schleichend, nimmt allmählich zu und wird zumeist als pulsierend empfunden. Er kann durch Druck auf die Halsschlagader gemildert werden. Weiterhin sprechen die Sprachstörungen oder die motorischen und sensorischen passageren Ausfallserscheinungen für eine zeitweilige Anämie bestimmter Hirnabschnitte infolge eines Gefäßkrampfes. Derartige flüchtige Symptome sind bei der Arteriosklerose als Vorboten des endgültigen Gefäßverschlusses häufig. Es können — wenn auch selten — bei der Migräne Halbseitenlähmungen oder optische Störungen entstehen, wenn das Nervengewebe durch die Anämie zu sehr geschädigt ist. Der Kopfschmerz ist auf die Hyperämie der Meningen zurückzuführen, welche der Wiederherstellung der normalen Blutversorgung nach dem Verschwinden der Gefäßsperre folgt. Diese Annahme erklärt den zeitlichen Unterschied zwischen dem Zurückgehen der prodromalen Symptome und der allmählichen Entwicklung des Kopfschmerzes. Auch die mit Augenmuskellähmungen einhergehende Migräne läßt sich mühelos durch das Walten isolierter Gefäßspasmen in den betreffenden Hirnnerven verständlich machen. Für die Veränderung der Hirn- und Meningendurchblutung ist eine Störung des Sympathikus als Ursache wahrscheinlich (veränderte Gesichtsfarbe, einseitige Hyperhidrosis im Anfall). Gewisse

Momente sprechen dafür, daß Störungen in der Zusammenarbeit der innersekretorischen Organe und Stoffwechselveränderungen ätiologisch eine Rolle spielen. (Auftreten der Anfälle während der Menstruation, Einfluß körperlicher und geistiger Ermüdung, niedriger Blutzuckergehalt und Herabsetzung der Alkalireserve im Prodromalstadium.) Die Annahme, daß Gefäßstörungen dem Anfall zugrunde liegen, erklärt noch nicht die eigenartige Beschränkung der Schmerzen auf bestimmte Regionen (zumeist einseitiger Stirnkopfschmerzen), die oft in der gleichen Weise familiär anzutreffen ist. Wahrscheinlich bilden ererbte anatomische Veränderungen den prädisponierenden Faktor, denn gewisse pathologisch-anatomische und röntgenologische Veränderungen sprechen dafür, daß eine zeitweilige Anschwellung der Hypophyse bei ungewöhnlich schmaler Sella turcica zum Auftreten der Anfälle führt. Der Druck der vergrößerten Hypophyse auf das Chiasma ist für die Sehstörungen verantwortlich zu machen.

Für die Behandlung ist ein Eingehen auf den Einzelfall das Wichtigste, wobei eine genaue Anamnese zum Aufdecken aller erregend wirkenden Einflüsse führen muß. Jegliche geistige oder körperliche Ueberanstrengung ist zu vermeiden. Eine regelmäßige Tageseinteilung insbesondere regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten ist zu fordern. Der Psychologie des Kranken ist größte Aufmerksamkeit zuzuwenden. (Wünsche und Befürchtungen als Ursache!) Medikamentös erweisen sich Bromate, Nitrite und besonders das Luminal (0,1 g zur Schlafenszeit) als wertvoll, jedoch müssen die Mittel systematisch über lange Perioden hin gegeben werden.

Migräne vom ophthalmologischen Standpunkt. In der Mehrzahl der Fälle sind während des Prodromalstadiums der Anfälle Sehstörungen zu beobachten, wenn auch diese sensorischen Veränderungen nicht bei jedem Anfall zur Wahrnehmung gelangen. Auch wechseln die subjektiven visuellen Empfindungen ungemein. Allen Phänomenen gemeinsam ist ein Gesichtsfeldausfall von mehr oder minder großen Ausdehnung. Zumeist werden noch Lichterscheinungen empfunden (migranöse Spektren). Die Skotome können negativ oder positiv sein, sie können sogleich in ganzer Ausdehnung sich bemerkbar machen oder allmählich von einem kleinen Fleck aus vordringen. Die Lichtempfindung stellt sich in Form von Zickzacklinien dar, so daß bei dem kurvenartigen Vordringen eine Fortifikationslinie entsteht. Gewöhnlich bleibt der Teil des Gesichtsfeldes, über welchen das Flimmern hinwegzog, für kurze Zeit blind, so daß ein Skotom resultiert, welches von der hellen Zickzacklinie eingerahmt ist. Seltener entwickeln sich die Lichtempfindungen in einem bereits entstandenen Skotom. Gewöhnlich sind die Skotome auf eine Gesichtsfeldhälfte beschränkt, nicht selten entsteht eine homonyme Hemianopsie. Ausnahmsweise findet sich ein zentrales Skotom mit vorübergehender Blindheit. Eine Ueberschreitung der vertikalen mittleren Begrenzungslinie durch das Skotom oder eine Aufhebung des Sehvermögens in der oberen oder unteren Gesichtsfeldhälfte beider Augen kommt gelegentlich vor. Zumeist treten die Skotome auf beiden Augen gleichzeitig und in gleichem Umfange auf. Nur in wenigen Fällen ist das Skotom monokulär. Die Skotome bleiben gewöhnlich eine halbe Stunde bestehen. Neben den Sehstörungen können auch Parästhesien und Sprachveränderungen in der Aura auftreten. Bei der Aphasie sind die begleitenden Skotome rechtsseitig.

Bei der sogenannten ophthalmoplegischen Migräne ist gewöhnlich der Kopfschmerz äußerst intensiv und damit im Gegensatz zur gewöhnlichen Migräne mehrere Tage. Mit dem Nachlassen der Schmerzen entwickelt sich in wenigen Stunden die Augenmuskellähmung, wobei zumeist der Nerv. oculomot., seltener der vierte oder sechste Hirnnerv in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Lähmung hält verschieden lange Zeit an (Tage bis Monate). In langen Zwischenräumen wiederholen sich die Anfälle, wobei mit jedem Mal die Parese langsamer und unvollständiger zurückgeht. Vor der ophthalmoplegischen Attacke bestanden bisweilen typische Migräneanfälle, bei andern Kranken sind solche Anfälle zwischen den Lähmungszuständen aufgetreten. Gewöhnlich ist eine familiäre Migränebelastung nachweisbar.

Für die Pathogenese der Migräne sind die optischen Ausfallserscheinungen von großer Bedeutung. Die Schlußfolgerung ist unvermeidlich, daß bei den verschiedenen Kranken verschiedene Teile der Sehbahn befallen werden. Bei homonymen und identischen doppeltseitigen Skotomen kann die Veränderung nur oberhalb der Sehnervenkreuzung im Traktus optikus oder den Sehzentren einer Hirnseite gelegen sein. Die gewöhnliche Form der Ausbreitung des Skotoms, der Beginn als kleiner herdförmiger Ausfall in der Nähe des Fixierpunktes mit der langsamen peripherwärts gerichteten Ausdehnung und dem vordringenden, flimmernden, hellen Rand machen eine Affektion im Rindenzentrum wahrscheinlich. Mit umschriebenem Ausgangspunkt und allmählicher Verbreitung vollzieht sich dort ein zweiphasiger Vorgang — eine Nervenerregung, welche die Lichtempfindung auslöst und eine vorübergehende Lähmung, welche die örtliche Blindheit nach sich zieht. Komplizierter wird das Lokalisationsproblem bei dem nicht so seltenen Herüberwandern des Skotoms von einer Gesichtshälfte in die andere.

Wahrscheinlich sind dann die auslösenden Vorgänge an einer tieferen Stelle der Sehbahn zu suchen (Corpora geniculat. extern.). Bei Verknüpfung der Sehstörung mit einer Aphasie oder andern Symptome ist mit einer ausgedehnten Funktionsschädigung einer Hirnhälfte zu rechnen. Das monokulare Skotom wird nur verständlich, wenn die Störung in einem Auge oder an dem Sehnerven derselben Seite lokalisiert wird. Selten gelangen optische Eindrücke zur Wahrnehmung, welche auf eine direkte Netzhautschädigung schließen lassen. (Erscheinung eines Netzes sechseckiger Maschen in der optischen Aura als Zeichen der Veränderung retinaler Pigmentepithelzellen durch zentrifugale Nervenfasern.)

Während des Anfalls wurde zuweilen eine Abblassung der Papille, eine Verengerung und Pulsation der Netzhautarterien gefunden, jedoch für gewöhnlich sind mit dem Augenspiegel keine Veränderungen nachzuweisen. Bei der ophthalmoplegischen Migräne wurden vereinzelt pathologisch-anatomische Befunde an den Hirnnerven erhoben (Meningitis, Fibrome), so daß mit einer organischen Grundlage dieses Leidens zu rechnen ist. Doch lassen es Anamnese und klinische Symptome zumeist gerechtfertigt erscheinen, die meisten Fälle als besonders schwere Erkrankungen an idiopathischer Migräne anzusprechen.

Die Ursache der Migräne sind mit größter Wahrscheinlichkeit funktionelle Gefäßveränderungen. Interessant erscheint die häufige Vergesellschaftung der Migräne mit andern Vasoneurosen, so die Beobachtung von alternierendem Auftreten von universeller Urtikaria und Migräneanfällen. Der Migräne liegt eine ererbte, dauernd vorhandene Labilität wichtiger nervöser Zentren (Vasomotoren-Zentrum?) zugrunde. Die verschiedensten Umstände lösen den eigentlichen Anfall aus. Ueber die Bedeutung der Refraktionsanomalien des Auges als akzessorischer Faktor besteht eine weitgehende Meinungsverschiedenheit. Gewiß finden sich bei einem großen Teil der Migränekranken Refraktionsstörungen, besonders häufig Astigmatismus hyperop. „gegen die Regel", jedoch zumeist in nur geringem Grade. Die Beurteilung des Erfolges nach Behebung dieser Störungen ist ungemein schwierig. Bei einem ausgesprochenen Refraktionsfehler bewirkt die Korrektur gewöhnlich eine erhebliche Besserung, bei einigen sogar Heilung. Jedenfalls müssen die Gläser auf das genaueste ausgesucht werden und beständig getragen werden.

Biberfeld.

The Lancet.

211., Nr. 15, 9. Oktober 1926.

Wissenschaft der klinischen Medizin. Garrod.
Berufs-Karrieren. Rolleston.
Die Zukunft der Frau in der Medizin. Fletcher.
Aerzte und Publikum. Little.
Ex nihilo nihil fit. Yeates.
◆ Das Roussarkom Nr. 1. Meckenzie und Illingworth.
◆ Einige Punkte in der chirurgischen Behandlung der Samenbläschen-Entzündung. Fraser und Goldschmidt.
Perforierter Magenulkus mit Appendizitis. Wakeley.
Anilinvergiftung. Ilkoster.
Ein Fall von Influenza-Enzephalitis. Menko.

Das Roussarkom Nr. 1. Verff. prüften einige der Gyeschen Experimente mit dem Roussarkom und andern Tumoren nach. Ihre Versuche sprachen dafür, daß in der Flüssigkeit des Roussarkoms zwei ursächliche Faktoren vorhanden sind, die jeder für sich inaktiv sind, in Kombination aber Veranlassung zum Wachstum des Tumors geben. Das „Virus" kann Inkubation in Serumbouillon 12 Tage überleben, wird aber durch Chloroform rasch zerstört; der „spezifische Faktor" wird durch Chloroform sehr wenig beeinflußt, wird aber nach langer Inkubationszeit, die von der Aktivität des besonderen Tumors abhängt, inaktiv. Das Virus des Roustumors konnte in einigen Versuchen (2 unter 27) durch ein von einem Säugetiertumor (Mauskarzinom 63) stammendes Agens ersetzt werden, jedoch konnte chloroformiertes Rousfiltrat niemals erfolgreich aktiviert werden durch Kulturen von Maussarkom 37, durch embryonales oder Plazentargewebe (wie es Murphy gelang) oder durch verschiedene Produkte der Autolyse. Niemals waren sie imstande, inaktives chloroformiertes Filtrat durch Hinzufügen von Subkulturen des Virus zu aktivieren, wie es Gye berichtet; auch gelang es ihnen nicht, wie bisweilen Gye, Maussarkom 37 durch Infektionen einer zellfreien Kulturflüssigkeit zu übertragen (weder mit einer 24 stündigen anäroben Kultur, noch mit Mischungen einer dreitägigen und 24 stündigen Kultur, noch in andern Kombinationen). Die malignen Zellen des Maussarkoms 37 blieben unter streng anäroben Bedingungen 3 Tage am Leben, die des Karzinom 63 nur 24 Stunden. Auf die Natur des „Virus" und des „spezifischen Faktors" warfen ihre Versuche gar kein Licht. Bei der Deutung aller dieser Versuche muß man natürlich die individuell verschiedene Empfänglichkeit der Tiere für Tumorwachstum in Rechnung ziehen.

Einige Punkte in der chirurgischen Behandlung der Samenbläschen-Entzündung. Verff. unterscheiden 4 Formen von Vesikulitis, infektiöse (Gonokokken, B. coli), hämatogene (Syphilis, Tuberkulose, Infektion von septischen Herden aus), obstruktive (Kompression durch Prostatavergrößerungen aller Art, kongenitale Anomalien), traumatische (direkte Traumen aller Art, am häufigsten durch unverständige Massage). Therapeutisch stehen bei der gonorrhoischen Vesikulitis konservative Methoden obenan, eine sachverständige, jedem Fall angepaßte Massage, normales Pferdeserum, artfremdes Protein wie Aolan, Casein, Sulpharsenol intravenös, heiße Rektaldouchen, Diathermie, Harnröhrendilatation mit Harnröhre-Blasenspülungen, die wohl mögliche, aber in ihrem Erfolge mehr als zweifelhafte Katheterisierung der Ductus ejaculatorii. Eine direkte Behandlung der Samenbläschen durch Vasotomie ist in vielen Fällen von großem Vorteil und kürzt die Behandlung ohne ernstes Risiko für den Kranken ab. Verff. lehnen nach mehreren Mißerfolgen die Belfieldsche Technik der Vasostomie ab, die die Innenränder des Vas deferens an den Hauträndern zwecks wiederholter Injektionen befestigt. Dieses Verfahren führt leicht zu Striktur, Sterilität, Spermafistel, skrotaler Infiltration. Sie beschränken sich meistens auf Einzelinjektionen (bis zu 15 ccm 25% Argyrol) und reponieren das Vas deferens wieder (Operationsdauer 5—10 Minuten); in keinem Falle lassen sie die Wunde länger als 48 Stunden offen und wiederholen nötigenfalls eine 2. Vasotomie. In seltenen Fällen wird es nötig, eine direkte, stets ernste und schwierige Operation an den Samenbläschen vom Perineum aus vorzunehmen; in diesem Falle wird Vesikulektomie stets einer Vesikulotomie vorzuziehen sein.

211., Nr. 16, 16. Oktober 1926.

Vor und nach der Operation. Moynihan.
Ziele und Methoden in der Erziehung zur Gesundheit. Horder.
Behandlung von Angina pectoris und Blutdrucksteigerung mit Diathermie. Hay und Ince.
Ungewöhnlicher Fall von Joderuption. Semon.
Intrakapsuläre Operation für Kataraktextraktion. Hume.
✦ Sedimentierungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Lungentuberkulose. Wingfield und Goodman.
Eine kritische Studie der Farbenreaktionen des Vitamin-A. Rosenheim u. Webster.

Sedimentierungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Lungentuberkulose. Die Probe ist für die Diagnose der Lungentuberkulose wertlos. Die Kurven waren in 91% unter 156 Fällen chronischer Lungentuberkulose abnorm, doch wirken sie auch bei fünf nicht-tuberkulösen Lungenkrankheiten stets, unter 30 anderen Krankheiten in 87% und unter acht gesunden Personen einmal erheblich von der Norm ab. In prognostischer Beziehung ist ihr Wert überall dort, wo genaue klinische Beobachtung möglich ist, nur gering. Wo das nicht der Fall ist, im Ambulatorium, am meisten aber in der Privatpraxis, gewinnt sie, besonders bei der Einfachheit ihrer Ausführung, erhöhte Bedeutung, da die steigende oder abnehmende Abnormität der Kurven den Arzt über Fortschreiten, bzw. Besserung des Krankheitsprozesses unterrichtet.

211., Nr. 17, 23. Oktober 1926.

Was verdankt die Medizin der experimentellen Methode Harveys? Bradford.
Unfallrente und Chirurgie. Warren Low.
✦ Bluttransfusion in der Kinderpraxis. Carlton.
Mikroskopische Veränderungen des Rückenmarks beim Tetanus. Nelson.
✦ Maligne Tumoren nach einmaliger Reizung. Pickerill.
Chirurgisches Emphyem beim Scharlachfieber. Curtis und Thomson.

Bluttransfusion in der Kinderpraxis. Erfahrungen auf Grund von 600 Transfusionen im Kinderhospital von Toronto. Direkte Transfusion vom Geber in die Vene saphena interna des Empfängers mit Luerscher Glasspritze. Beschreibung der Technik in allen Einzelheiten. Säuglinge und junge Kinder dürfen 15 ccm pro Pfund Körpergewicht innerhalb von fünf bis zehn Minuten erhalten (bei Thoraxkrankheiten 10 ccm innerhalb von 25 Minuten). Transfusion von zitriertem Blut nur bei Infektionskrankheiten oder Blutinfektionen. Gleichzeitige Entnahme von toxischem Blut aus der vena iliaca externa und Ersatz durch Zitratblut eines gesunden Gebers in die vena saphena interna. Die Operationen sind leicht und erfolgreich, sogar beim Neugeborenen. Nach vielen Operationen bekämpft die Transfusion, methodisch durchgeführt, den Schock und mildert die Gefahren der Blutung wesentlich. Gute Resultate bei frühgeborenen Kindern, wenn dieselben bei guter Ernährung bis zum siebenten Tage keine Gewichtszunahme zeigen und bei Hämorrhagien Neugeborener. Bei Brandwunden oft lebensrettende Wirkung. Sie ist ein wertvolles Hilfsmittel in der Behandlung von Stoffwechsel-Toxämien (Azidose, Ernährungsstörungen aller Art, akute infektiöse Diarrhoe). Teilweise gute Erfolge bei Hämophilie, sekundärer Anämie, Purpura. Wenig leistete die Bluttransfusion bei Septikämie, Erysipelas, lobärer und Bronchopneumonie, Meningitis, Peritonitis. In diesen Fällen wirken oft kontinuierliche intravenöse NaCl.-Injektionen besser.

Maligne Tumoren nach einmaliger Reizwirkung. Bericht über drei Fälle (Ulcus rodens am unteren Augenlid und Epitheliome hinter dem rechten Ohr, bzw. an der Oberlippe), die alle im Anschluß an eine einmalige Brandwunde sich entwickelt hatten. Das Vorkommen derartiger Fälle ist von Bedeutung für die gutachtliche Tätigkeit hinsichtlich Unfallrenten.

Rontal.

The Biochemical Journal.

20., 1, 1926.

Ueber die Anwesenheit von Cyanat im Blut. E. Gottlieb.
Eine Modifikation der Kalziumpektat-Methode für die Messung von Pektin. A. M. Emmet und M. H. Carré.
Ueber die Hydrolyse von Blausäure. W. R. Fearon u. G. C. Dockeray.
Die Wirkung der chemischen Aufbewahrung von Eiern (nach chinesischer Art) auf die Beständigkeit des Vitamingehaltes. E. Tso.
Die Art der Einwirkung von mit der Quecksilberquarzlampe bestrahlten Sägespänen und Cholesterin auf die photographische Platte. N. S. Lucas.
Der Gebrauch von kolloidalem Eisenhydroxydsol für die Adsorption von Vitamin B u. D. R. Jaydel u. C. Funk.
Das Vitamin B in der Zitronenschale. St. G. Willimott.
Eine Mikromethode für die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration im Kapillarblut. C. I. Martin u. E. H. Lepper.
Die Diskrepanz zwischen elektrometrischer und kolorimetrischer (Phenolrot) Bestimmung des ch je nach der Salzkonzentration der Lösung. E. H. Lepper und C. I. Martin.
Die Oxydation der Azetessigsäure und ihrer Ester oder Wasserstoffsuperoxyd und ihre biologische Bedeutung. P. W. Clutterbuck und H. St. Raper.
Die Tyrosinase-Tyrosin Reaktion. IV. Ueber die Identität von Tyrosinase verschiedener Herkunft. H. St. Raper und H. B. Speakman.
Die Pigmente der Schmetterlingsflügel. I. Melanargia galatea. D. L. Thomson.
Studien über Stickstoff und Schwefelumsatz. H. E. Wilson.
✦ Die chemische Beschaffenheit des subkutanen Fettes beim normalen und beim skleremkranken Säugling. H. I. Channon und G. A. Harrison.
Die Bestimmung von Eisen im Blut, Geweben und Urin. F. S. Fowweather.
Ueber die Phosphatausscheidung während der Wasserdiurese. R. E. Havard und G. A. Reay.
Eine Puffermischung für das alkalische Bereich bei Wasserstoffionenkonzentrationsbestimmungen. W. R. Atkins und C. F. Pantin.
✦ Ueber Anämie, Urobilinurie und Darmblutungen bei Kaninchen als Folge ausschließlicher Ernährung mit Kuh- und Ziegenmilch. E. Brouwer.
Eine chemische Untersuchung des Zellzytoplasmas von Blättern. I. Die löslichen Proteine. A. C. Chibnall und C. E. Grover.
Fehlerquellen in der Technik bei der biologischen Probe auf fettlösliche Vitamine. H. Chick.
Eine „Standard"zucht junger Ratten für Arbeiten über fettlösliche Vitamine. H. H. Smith und H. Chick.
✦ Der antirachitische Wert von frischem Spinat. H. Chick und M. H. Roscoe.
Der antirachitische Wert von Winterspinat. M. A. Boas.
Dehydrogenation durch ruhende Bakterien. IV. Eine Theorie über den Mechanismus von Oxydationen und Reduktionen in vivo. I. H. Quastel.
Untersuchungen über die Wechselwirkung von Aminoverbindungen und Kohlehydraten. I. Die Wirkung von Harnstoff auf Glukose, Fruktose und Mannose. A. Hynd.
II. Herstellung von Glukoseureid. A. Hynd.
Ueber den bakteriellen Abbau von Textilfasern. III. Das Vorkommen von Humusverbindungen in verfallenen Geweben und ihre Einwirkung auf die Bildung von Torf und Kohle. A. C. Thaysen, W. E. Bakes, H. I. Bunker.

Die chemische Beschaffenheit des subkutanen Fettes beim normalen und beim skleremkranken Säugling. Bei 8 Säuglingen wurde das subkutane Fett analysiert. Die Jodzahl ist am niedrigsten bei der Geburt und wächst vom 8. bis 12. Lebensmonat zur Zahl des Erwachsenen, was den früheren Angaben entspricht. Entsprechend sinkt der Schmelzpunkt des Fettes mit dem Alter, während die Verseifungszahl konstant 200 bleibt. Bei 4 skleremkranken Säuglingen fand sich ein höherer Schmelzpunkt und niedrigere Jodzahl, wahrscheinlich wegen eines höheren Gehalts an höheren Fettsäuren, besonders Palmitinsäure. Außerdem enthält das Skleremgewebe sehr viel Cholesterin, Kalk und Phosphor.

Ueber Anämie, Urobilinurie und Darmblutungen bei Kaninchen als Folge ausschließlicher Ernährung mit Kuh- und Ziegenmilch. Bei ausschließlicher Ziegenmilchernährung von Kaninchen entsteht ebenfalls eine schwere Anämie, die allerdings der Ziegenmilchanämie beim menschlichen Säugling in der Beschaffenheit des Blutbildes nicht gleicht. Bei den Tieren findet sich bei einem Sinken des Hämoglobins auf 25% eine erhöhte Urobilinausscheidung. Bei den verstorbenen Tieren waren im Zoekum und Dickdarm braunrote Massen, die mehr oder weniger zerstörtes Blut enthielten, das aus zahlreichen kapillaren Blutungen herzurühren schien. Zeichen von Skorbut waren nicht festzustellen.

Der antirachitische Wert von frischem Spinat. Frische grüne Spinatblätter sind reich an Vitamin A und steigern in kleinen Mengen das Wachstum vitaminarm ernährter Ratten. Spinat besitzt aber fast keine antirachitischen Eigenschaften, in geringem Maße nur der im Hochsommer gewachsene. Bei Bestrahlung mit ultraviolettem Licht wirkt er dagegen stark antirachitisch im Experiment. Die Wirkungslosigkeit der Sonnenstrahlen muß an ihrer relativen Armut an ultraviolettem Licht gegenüber der künstlichen Bestrahlung liegen. Warum aber die Leber von Dorschen, die fast gar kein ultraviolettes Licht empfangen, antirachitisch wirkt, vermögen Verfasser nicht zu erklären.

Fritz Müller, Berlin-Neukölln.

Rivista di clinica pediatrica.

24., Heft 10, Oktober 1926.

✦ Fazialisphänomen und Blutkalkgehalt im späteren Kindesalter. Lombardi.
Der diagnostische Wert des Blutbildes bei der sogenannten Anämia splenica des Kindes. Gandolfo.
✦ Ueber die Pathogenese des pyramidenförmigen Thorax. Larini.

Fazialisphänomen und Blutkalkgehalt im späteren Kindesalter. Unter 819 Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren war das Chvosteksche Zeichen in 150 Fällen positiv. Unter diesen war in 96,7% der Fälle die elektrische Erregbarkeit normal. — Der Kalkgehalt des Blutes, bestimmt nach der Methode von Kramer und Tischall war bei 29 untersuchten chvostekpositiven Kindern durchweg normal. Dagegen war der Kalkgehalt des Blutes bei vier chvostekpositiven Kindern im Alter von ein bis drei Jahren erheblich vermindert. Die elektrische Erregbarkeit war bei diesen vier Kindern erhöht, dagegen bei den 29 älteren Kindern normal. Das positive Chvosteksche Zeichen im späteren Kindesalter ist also unabhängig vom Kalkgehalt des Blutes und auch von der elektrischen Uebererregbarkeit.

Der diagnostische Wert des Blutbildes bei der sogenannten Anämia splenica des Kindes. Besprechung eines Falles einer Jacksch-Hayemscher Anämie ohne neue Gesichtspunkte zu liefern.

Ueber die Pathogenese des pyramidenförmigen Thorax. Beschreibung von vier Fällen. Im ersten Fall ist die Deformität familiär ohne asthmatische Anamnese. Der zweite Fall geht mit einer mangelhaften Ossifikation des Sternums einher. Schließlich werden zwei Fälle mit typischen Anfällen von Asthma bronchiale beschrieben. Die Deformität gesellt sich vielfach zum asthenischen Habitus. Die Entstehungsursachen sind: die ungenügende Tätigkeit des Zwerchfells, ein retrosternales Emphysem durch Atmungshindernisse (Bronchialasthma) bewirkt und die Hyperfunktion der auxiliären Atmungsmuskeln. In je früherem Alter und je länger diese Faktoren wirken, desto eher entsteht die Thoraxdeformität. Auch bei Keuchhusten sind die Faktoren vorhanden, aber nur vorübergehend.

Paris Médicale.

Nr. 40, 2. Oktober 1926.

✦ Die Neurologie 1926. Baudouin und Schaeffer.
Humorale Reaktionen und klinische Symptome bei den progressiven Paralytikern. Sezary und Barby.
Paraplegie bei pseudobulbären Zuständen. Alajouanine.
✦ Abszeß des Frontallappens mit fazialer Eintrittspforte. Mathieu und Peron.
Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta mit Autopsie. Baudouin, Schaeffer und Celice.

Neurologie. Hier ist wichtig der Abschnitt über die klinischen Formen der pottischen Paraplegien bei tuberkulösen Wirbelsäulenerkrankungen. Zunächst die vorübergehenden, die seltensten. Meist innerhalb eines Jahres, öfter in einigen Tagen oder Wochen nach dem Auftreten des Pott vollständige motorische und sensorische Lähmung. Nach entsprechender Ruhe vollständige Wiederherstellung. Ursache medulläres und perimedulläres Oedem durch den Pottherd, rein mechanisch oder septisch durch die bazillären Toxine. Aehnlich sind die fluxionären und ödematösen Schübe bei anderen tuberkulösen Arthritiden besonders in der Umgebung, die auf Ruhe rasch schwinden. Die zweite Form sind die heilbaren Paraplegien, die mit den vorigen das frühe Auftreten, die Rapidität des Auftretens und die Intensität der Störungen gemein haben, aber trotz der Immobilisierung vollständig bestehen bleiben und in 90% nach 1½ bis 2 Jahren wieder zurückgehen. Dies geht ganz Hand in Hand mit den medullären Abszessen bzw. mit ihrer Heilung. Sie scheinen beim Erwachsenen ebenso häufig wie beim Kinde zu sein. Dann die unheilbaren: kommen namentlich bei den nicht immobilisierten Pottschen Zuständen vor, jahrelang, allmählich nach dem Auftreten der Affektion, schleichend mit Perioden der Besserung und Verschlimmerung. Progressiven Charakters enden sie mit völliger oder teilweiser Lähmung, die den Rest des Lebens, 20 bis 30 Jahre anhält und nie mehr zurückgeht. Oft ist eine Pachymeningitis dabei. Endlich gibt es noch die unheilbaren frühen Paraplegien, bei jugendlichen Erwachsenen in wenigen Stunden brutal sich entwickelnd. Röntgen ergibt stets einen vorspringenden Wirbelkörper. Hier ist also Kompression des Rückenmarks durch einen Sequester plötzliche Ursache. Ferner die peripheren Formen der Encephalitis epidemica. Es handelt sich hier eher als um eine Enzephalitis um eine Neuraxitis. Das sensitive Neuron antwortet in diesem Falle durch Schmerzreaktionen meist am Halse, in den Schultern, oberen Gliedmaßen, Zwischenrippen, später in den unteren Gliedern, im Gesicht mit Ausnahme des Trigeminus selten. Lanzinierende heftige Schmerzen mit schmerzhafter Hauthyperästhesie, auch auf Druck. Den Schmerzen, Erscheinungen der akuten Phase, folgen Parästhesien: Kitzeln, Ameisenlaufen, Einschlafen, oft an Kausalgien erinnernd. Der Pruritus ist oft recht intensiv. Oft sind vasomotorische und trophische Störungen dabei. Auch das neurovegetative System ist beteiligt: viszerale Schmerzen, die eine Appendizitis, Nieren- oder Leberkolik, ein Magenulkus, eine Angina pectoris vortäuschen können. In der Rekonvaleszenz kann auch Tachypnoe oder Tachykardie auftreten. Auch das motorische Neuron exterriorisiert seine Veränderungen. Hierher gehören die Myoklonien. Oft lokalisiert oder sogar auf einzelne Bündel eines Muskels beschränkt. Hier gibt es die verschiedensten Bilder: die algomyoklonische Form, zervikobrachiale Algien mit und ohne objektive Sensibilitätsstörungen. Das geringe Fieber erklärt die späteren Myoklonien. Dann Myoklonus mit lokalisierten Paresen. Oder mit lokalen Amyotrophien. Ferner schlaffe schmerzhafte Paraplegien ohne objektive Sensibilitätsstörungen, einfach durch den Muskeldruck, bei denen lediglich die Augenerscheinungen, die Narkolepsie und der Parkinson die Aetiologie enthüllen. Die Schmerzen hindern oft den Schlaf. Die Sphinkteren sind häufig betroffen: Behinderung oder völlige Urinretention. Oft fehlen aber auch die enzephalitischen Erscheinungen. Sodann findet man Formen, die der aszendierenden Paralyse Landrys gleichen und bei denen nur eine vorausgehende Somnolenz die wahre Ursache nahelegt.

Gehirnabszeß. Selten findet man klassische Symptome, meist einen klinischen Polymorphismus, der die Diagnose verfehlen läßt. Sie wird aber wesentlich viel leichter, wenn man die Eingangspforte kennt. Solche kleinen Läsionen sind Alarmsymptome, die den Gedanken daran nahelegen. Im ersten Falle handelt es sich um einen kräftigen jungen Mann, der 40 Tage vor seiner Aufnahme einen Bajonettstoß am inneren Orbitalwinkel erhielt. Die Wunde heilte spurlos. Nach 20 Tagen Kopfschmerzen, beträchtliche psychische Ermüdbarkeit, zunehmender Torpor; dann Erbrechen. Nach einigen Tagen wird der Gang unmöglich, Tendenz zum Fallen nach vorne und rechts. Die Sektion — der Tod erfolgte vor der Operation brüsk unter Krämpfen — ergab einen Abszeß im rechten Frontallappen. Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um einen kräftigen jungen Mann, der wegen Kopfschmerzen eingeliefert wurde, als deren Ursache Syphilis angenommen wurde. Ein Jahr vorher hatte er eine Ostitis des Frontalbeins, die kürettiert wurde und gleichzeitig energische spezifische Kur. Von dort ging die Infektion aus. Auch hier als Hauptsymptom die Kopfschmerzen, die in Torpor übergehende Obnubilation und die äußerste Ermüdbarkeit. In beiden Fällen gab die Kenntnis der Eingangspforte den Ausschlag.

Nr. 41, 9. Oktober 1926.

✦ Häufigkeit und Wichtigkeit der uterinen Syphilis. Audry.
✦ Nervöse Reaktionen der Kolitiden. Savignac, Mathieu de Fossey, Sarles.
Behandlung der Hydarthrose des Knies durch Diathermie. Bordier.
Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen durch das Nicollesche Vakzin. Krikorian.

Häufigkeit und Wichtigkeit der uterinen Syphilis. Bei vielen jungen Frauen mit banaler Metritis und positivem Wassermann ist Audry überzeugt. Rasche völlige Heilung durch spezifische Behandlung. Solange nebenher Gonokokken bestehen, keine Heilung und lediglich äußere Behandlung hilft hier nichts. Die uteroovariale Syphilis ist mindestens ebenso häufig und viel wichtiger bei der Frau, als die urogenitale Syphilis beim Manne. Die häufigen Menstruationsstörungen und Amenorrhoe, die selteneren Menorrhagien sind meist Folge einer ovariellen Syphilis.

Nervöse Reaktionen der Kolitiden. Die Fermentationskolitis führt zu einer Erregung besonders des neurovegetativen Nervensystems und der natürliche Ausdruck dieses Zustandes ist die Angst. Die Putrefaktionskolitis hingegen zu einer Autointoxikation: hier herrschen Depression und Asthenie vor.

Die Entwicklung der chronischen nicht spezifischen Kolitiden vollzieht sich in 3 Perioden: 1. eine Periode der kompensierten Kolitis, wo die intestinale Störung ganz im Stillen verläuft, ohne oder mit geringen allgemeinen Reaktionen. 2. Eine Periode der Entwicklung der kolitischen Erscheinungen infolge von putrefaktiven Prozessen, also eine Autointoxikation mit Leberinsuffizienz, Ermüdung und nervöser Depression. 3. Die Periode der Gleichgewichtsstörung der intestinalen Funktionen; hier kommt es zu Fermentationen, durch die Läsion des neurovegetativen Systems zur Erregung und Angst, die sich schon vorliegend bis zur äußersten Schmerzhaftigkeit steigern können.

1. Bei der kompensierten Kolitis fällt weder dem Arzt noch dem Kranken die intestinale Störung auf: letzterer gilt für überarbeitet, für einen Schnellesser, einen Tachyphagen. Normale Stühle oder häufig Konstipation. Mit und ohne Diarrhoe. Der morgendliche Stuhl alle Tage schließt eine Konstipation nicht aus: sie kann durch eine Hypersekretion infolge der Entzündung korrigiert werden. Der Konstipation schiebt man auch die kleinen Beschwerden zu, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, übler Atem. Oft findet man vor den intestinalen Erscheinungen disseminierte faskuläre Kontraktionen, besonders Blepharospasmus. Die Stühle sind alkalisch oder neutral. NH 3 ist vermehrt; die nervösen Störungen stehen im Vordergrund. Manchmal scheint irgendein Hindernis, Perikolitis, den Zustand einzuleiten. Aber auch anaphylaktische Phänomene können Ursache sein: Assimilationsstörungen durch Veränderungen der Schleimhaut und dadurch ein Circulus vitiosus. Wird dieser Zustand nicht behoben, dann kommt die 2. Periode: Gefühl der Schwere in der rechten Fossa iliaca, auch Schmerzen, Appetitlosigkeit, fötider Atem, Schwappen im Koekum mit Schmerzen, Spasmus im linken Kolon. Braune, schleimige, pastöse, fötide Stühle, oft mit Endamöba coli, NH_3 vermehrt. Physische Asthenie, die oft nicht zu beseitigen ist, Ermüdung, Unlust, Depression. Die geistige Beweglichkeit ist vermindert. All dies schafft mit der Selbstbeobachtung Aengstlichkeit und Unruhe. Pupillenstörungen, vermehrte Reflexe, Zittern der Extremitäten und der Zunge. Bald kommt die Leberinsuffizienz. Das ganze System kommt in Unordnung. Es kommt zu Fermentationen, Vermehrung der Bakterien, Veränderung der Sekretionen der Drüsen. Und damit die 3. Periode, die bei manchen gleich nach der 1. kommt. Jetzt tritt der Darm in Vordergrund: Schmerzhafte Diarrhoen und Aerokolie. Es kann aber auch Fermentation ohne Diarrhoe und selbst ohne Verstopfung vorkommen, auch der Schmerz in der Fossa iliaca kann fehlen. Von nervösen Beschwerden hauptsächlich Hyperemotivität: Unruhe, Uebertreibung, nächtliche Schrecken, abdominale und moralische Angst. Auch genitale Impotenz.

v. Schnizer.

Gynécologie et Obstétrique.

14., Nr. 4, Oktober 1926.

Nekrolog über Prof. F. Commandeur-Lyon. A. Brindeau.

Ueber eine besondere Haltung des kindlichen Kopfes während der Entbindung. — Klinische Folgerungen. Trillat.

Pyelographie und Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Levy-Solal, Misrachi und Salomon.

* Die Bilirubinämie als Symptom der Appendizitis und der Blutaustritte (Icterus neonatorum). F. Bang.
* Zur Behandlung der Retroflexio uteri. V. Marzetti.
* Anatomische und röntgenologische Studien der Ossifikationspunkte des Knies beim Neugeborenen. Jardin.

Die Bilirubinämie als Symptom der Appendizitis und der Blutaustritte (Icterus neonatorum). Die Bilirubinämie ist ein häufiges, vielleicht sogar ein konstantes Symptom bei der akuten Appendizitis und zeigt sich ziemlich häufig bei der chronischen Appendizitis. Dieselbe ist deutlich durch einen Ikterus zu erkennen.. Man kann sich jedoch der Bilirubinämie bei der Diagnose der Appendizitis nur mit äußerster Vorsicht bedienen, da sich dieses Symptom auch bei den verschiedensten anderen Krankheiten zeigt. — Eine Bilirubinämie zeigt sich konstant bei Blutextravasaten, besonders bei frischen. Diese Tatsache beweist, daß das Bilirubin auch außerhalb der Leber sich bilden kann. — Der gewöhnliche Icterus neonatorum ist keine Krankheit, sondern ein physiologischer Zustand. Er verdankt seinen Ursprung wahrscheinlich dem Bilirubin des fötalen Darms. Diese „fötale Bilirubinämie“ wird verstärkt nach der Entbindung, durch die Resorption von Bilirubin und bildet sich in den Blutextravasaten der Neugeborenen.

Zur Behandlung der retroflexio uteri. Verfasser erinnert an eine von Pestalozza (Rom) stammende operative Behandlung der retroflexio, die sogenannte Beckenfixation des Uterus, die in Italien und auch außerhalb Italiens bereits seit dem Jahre 1906 angewandt wird und stets glänzende Resultate zeigte. Rezidive sind nur ganz selten, spätere Geburten sind immer glatt verlaufen.

Anatomische und röntgenologische Studien der Ossifikationspunkte des Knies beim Neugeborenen. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlußfolgerungen: Der Ossifikationspunkt der unteren Epiphyse des Femur oder der Béclardsche Punkt erscheint am Ende des neunten Monats des fötalen Lebens. Er ist immer vorhanden bei einem Kinde, das ungefähr am Ende der Schwangerschaft geboren wird, und hat einen Durchmesser von vier bis sechs Millimeter. Der Ossifikationspunkt der oberen Epiphyse der Tibia erscheint mit 8½ Monaten, er ist nicht immer beim Neugeborenen am Ende der Schwangerschaft vorhanden. Seine Durchmesser schwanken zwischen ein bis drei Millimeter im Durchschnitt. Es besteht eine enge Beziehung zwischen der Körperlänge und der Häufigkeit der verschiedenen beobachteten Knochenkerne, die aber weniger eng ist zwischen dieser Ossifikation und dem Körpergewicht. Die Beziehung zwischen einerseits dem Gewicht, der Größe, dem Grade der Ossifikation und andererseits dem Alter (nach der letzten Menstruation berechnet), ist eine sehr enge, wenn die Zeit seit der letzten Menstruation zwischen 265 und 290 Tagen schwankt. Diese Beziehung ist jedoch eine sehr schwache, wenn es sich um weniger als 265 Tage handelt. Die Schnelligkeit der Ossifikation nach der Geburt schreitet in demselben Verhältnis fort, wie während des fötalen Lebens; eine Ausnahme besteht für den weiblichen Fötus, bei dem die Ossifikation schneller vorwärts geht. Die Ossifikation scheint bei Zwillingen langsamer vor sich zu gehen.

Rudolf Katz, Berlin.

Le Nourisson.

14., Heft 4, Juli 1926.

Anatomische und klinische Studien über die Tuberkulose des ersten Lebensjahres. H. Barbier.

* Ueber rückbildungsfähige Hautinduration beim Neugeborenen infolge Geburtstrauma. A. B. Marfan und G. L. Hallez.

Ueber rückbildungsfähige Hautinduration beim Neugeborenen infolge Geburtstrauma. In 10 ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten beschreiben Verff. eine Hautveränderung beim Neugeborenen, die sie zur Gruppe der mechanisch bedingten „Geburtsschäden“ des Neugeborenen rechnen. Die von Verff. sog. rückbildungsfähige Hautinduration der Neugeborenen hat nichts gemein mit der Sklerodermie und mit dem Sklerem bei abgekühlten Säuglingen. Die Veränderung besteht in leicht erhabenen, erbsen- bis haselnußgroßen Knötchen bis zur Größe eines 2 Franc-Stücks. Die Haut darüber gleicht etwa der Schale einer Apfelsine. Zwischen den einzelnen Knötchen normale Haut. Sitz der Knötchen an Kinn, Kinnbacken, Schultern, Gesäß, also überall da, wo traumatische Einwirkungen bei oder nach (Schulzesche Schwingungen!) der Geburt vorkommen können. Auftreten meist am 3.—4. Tag, manchmal auch erst am 10. Tag nach der Geburt. Ursache: Traumen infolge Zange, Kompression während der Austreibungsperiode, künstliche Atmung usw. Blutbild normal.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung solcher Knötchen ergab das völlige Fehlen von Fett und eine mehr oder weniger ausgesprochene entzündliche Reaktion. Kleine Hämorrhagien und spärliches Oedem.

14., Heft 5, September 1926.

Die Kinderklinik in Lausanne. Taillens.

Ueber einen neuen Fall von Keuchen bei luetischer Veränderung der tracheobronchialen Drüsen. A. B. Marfan und J. Debray.

* Ueber Veränderungen des Myokards bei kongenital-luetischen Neugeborenen und Säuglingen. (Pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen.) Dupérié und Cantorne.

Ueber Veränderungen des Myokards bei kongenital-luetischen Neugeborenen und Säuglingen. (Pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchung.) Verff. haben Gelegenheit gehabt, 15 Fälle kongenitaler Lues pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Was zunächst das Vorkommen von Spirochäten in den einzelnen Organen anbetrifft, so rangiert an erster Stelle die ulzerierte Haut. In 70% der Fälle waren solche auch in der Leber nachzuweisen. Nach der Leber findet man sie am häufigsten im Myokard. Gleich häufig wie Leber und Myokard sind die Nebennieren befallen.

Makroskopisch waren alle untersuchten Herzen vergrößert. Die Dilatation betraf in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das rechte Herz. Der Herzmuskel selbst war welk, schlaff und von gelblich blasser Farbe.

Mikroskopisch fand sich an den Muskelfasern selbst häufig Hypertrophie, öfters vakuolige Degeneration, manchmal auch einfache Atrophie. Fettige Degeneration wurde nie beobachtet. Veränderungen an den Gefäßen finden sich am häufigsten, und zwar in Form einer Endothelschwellung, die so beträchtlich sein kann, daß sie das Lumen des Gefäßes verlegt. Bei größeren Gefäßen häufig auch Beteiligung der Media. Im interstitiellen Gewebe findet sich immer ein Oedem, das manchmal so stark sein kann, daß es die Fibrillen verdrängt. Häufig ist gleichzeitige vakuolige Degeneration der Muskelfasern festzustellen.

Beck, Tübingen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

VI. Serie, 7., Nr. 10, Oktober 1926.

- Purpura annularis teleangiectodes Majocchi. Balzer.
- Ausgedehnter einseitiger Gefäßnävus mit Skoliose. Bertrand.
- 3. Kongreß französisch sprechender Dermatologen und Syphilidologen. Rabeau.

Die Purpura annularis teleangiectodes Majocchi. Der Verfasser zieht aus seinem umfangreichen Ergebnisbericht, in welchem er die Häufigkeit, Symptome, Verlauf und Dauer, pathologische Anatomie, Entstehung der Erkrankung bespricht und in der er ferner der tuberkulösen Ursache einen breiten Raum gibt, etwa folgende Schlüsse:

Die von Majocchi beschriebene Krankheit nähert sich bezüglich Erscheinungen, Verlauf und anatomischen Veränderungen den Tuberkuliden. Die tuberkulöse Ursache ist in einer Anzahl von Krankengeschichten bewiesen. Auch das histologische Studium der Elemente der Haut zeigt einen annähernd einheitlichen Bau. Eine andere Richtung geht dahin, die Purpura annularis auf verschiedene Ursachen zurückzuführen und sie besonders für einen infektiös-toxischen Prozeß mit disseminierten Herden zu erklären. Dies war auch die Meinung von Majocchi selbst, ohne daß es gelungen wäre, etwa Beweisendes über die Natur und die Ursachen dieses vagen Prozesses auszusagen.

Die aus neuesten Studien hervorgehende Erkenntnis von der Filtrierbarkeit des tuberkulösen Virus, womit also eine besondere Form von abgeschwächtem tuberkulösem Virus verstanden wird, bezieht sich vielleicht nicht nur auf Fälle klinisch sicherer Tuberkulose, sondern auch auf Fälle latenter tuberkulöser Herde, bei denen auffällige biologische Reaktionen fehlen und die sogar gänzlich okkult verlaufen können. Die Purpura annularis, ebenso wie die Tuberkulide, könnte die Abfallprodukte des filtrierbaren Virus, die von diesen Herden ihren Ausgang genommen haben — dies mit oder ohne Bazillen oder Granulationen — und die in Begriff stehen, sich an gewissen Hautpartien anzusiedeln, als Ursache haben. Die Entwicklung des mehr oder minder abgeschwächten und degenerierten Virus und die Bildung von tuberkuliden Elementen hängen stark von der Widerstandsfähigkeit des Individuums und von der Imprägnation des Organismus mit Toxinen chronischer Tuberkulose ab. Neue Beobachtungen und Untersuchungen werden zu bestätigen haben, ob man die Purpura annularis teleangiectodes Majocchi endgültig zu den Tuberkuliden zählen dürfen wird.

Der Arbeit sind vier demonstrative Photographien beigegeben. Man sieht einen isolierten Ring am Oberschenkel mit hämorrhagischen Punkten und darunter zusammenhängende Ringe, die gemeinsam einen Halbkreis bilden. Ferner Ringe und Maculae in natürlicher Größe und dann dasselbe Bild in dermatoskopisch-stereoskopischer Betrachtung.

Ausgedehnter einseitiger Gefäßnaevus mit Skoliose. Bekanntlich begleitet die Skoliose manchmal die Neurofibromatose. Auch manche systematisierten Naevi verrucosi gehen mit Skoliose einher. Im vorgestellten Falle waren die unter dem Naevus liegenden Knochen, besonders die erste Tibia ergriffen und zeigten im Röntgenbilde eine Osteoperiostitis. Es liegt natürlich nahe, die Deformation der Wirbel und die Mißbildung der Haut miteinander in Beziehung zu bringen. Aber was ist das Primäre? Man folge zur Klärung dieser Frage dem Beispiel Dariers, der jeden systematischen Naevus einer exakten Röntgenphotographie der Wirbelsäule unterzieht.

3. Kongreß französisch sprechender Dermatologen und Syphilidologen. 1. Herpes und Herpes zoster. Aetiologie. Flandin spricht über die ursächlichen Charakteristika, die den Herpes vom Zoster trennen. Der gewöhnliche Herpes ist klinisch bezüglich Verlauf und Tendenz zu Rezidiven eine spezifische inokulierbare, von einem filtrierbaren Virus verursachte Krankheit. Der H. zoster ist eine spezifische, kontagiöse, mit den Varizellen eng verwandte Affektion, möglicherweise ist er nur ein Entwicklungsstadium der Varizellen. Redner glaubt nicht an eine Beziehung zwischen Herpes und Herpes zoster. Wenn die gewöhnlichen Hilfsmittel zur Diagnose nicht ausreichen, dann gibt die Inokulation auf das Kaninchen bei Herpes einen positiven, bei Zoster einen negativen Befund. Die Fixationsreaktion mit dem Zoster-Varizellenantigen ist negativ beim Herpes und positiv bei Zoster. Diese beiden Krankheiten sind in Zukunft von einander abzutrennen.

Der Herpes ist kein rein dermatologisches Syndrom, der H. zoster keine Neurodermatose. Das Herpesvirus ist so gut definiert, ist so wichtig, daß man eine Krankheitseinheit annehmen muß, die unter die neurodermatologischen, durch ein filtrierbares Virus hervorgerufenen Krankheiten zu zählen ist. Dagegen soll H. zoster (die Franzosen sprechen stets von Zona, der Ausdruck scheint mir zweckmäßiger zu sein, als Herpes zoster, da ja eben gar kein Herpes vorliegt! Ref.) zu den fieberhaften Infektionskrankheiten gerechnet werden, er gehört wohl in das Kapitel Varizellen. Die Schwierigkeit der Mikrobiologie besteht darin, daß verschiedene Keime die gleichen Läsionen und daß gleiche Keime ganz verschiedene Läsionen hervorbringen können.

Levaditi gibt die Geschichte der Entdeckung des Herpesvirus, eines invisiblen Virus, das beim Kaninchen eine Keratitis hervorruft, die absolut typisch ist und serienweise weiter übertragen werden kann. Alle Arbeiten bestätigen die ursächliche Einheit des Herpes und die Spezifität des herpetischen Virus. Die Zona dagegen erscheint als spezifische Infektionskrankheit, veranlaßt von einem Erreger, dessen Uebertragung auf Tiere derzeit unmöglich ist. Herpes und Zona sind infektiöse Prozesse, das Virus des einen ist mit dem des andern verwandt, aber dennoch so weit unterscheidbar, daß eine ätiologische Differenzierung völlig gerechtfertigt ist. Der pathogenetische Mechanismus beider erklärt sich durch das natürliche Refraktärsein des Ektoderms. Redner glaubt an eine Regulierung der Rezeptivität des Ektoderms durch das Nervensystem, besonders bei den „neurotropen Ektodermosen".

Flandin hält eine Identität zwischen Herpes und Enzephalitis nicht für vorliegend, dies im Gegensatz zu Levaditi.

Lortat-Jacob empfiehlt bei rezidivierendem Herpes das Chinin in hohen Dosen. Milian erklärt, Herpes rezidivans ist gleich Herpes infectiosus. Alle im Organismus latent lebenden Mikroben können durch irgendwelche exogenen Ursachen zur Virulenz erweckt werden. Der rezidivierende Herpes erscheint nicht wieder an derselben Stelle, es besteht lokale Hautimmunität. Die beste Behandlung ist Jodtinktur und Röntgen.

2. Pathogenese der Purpurae. Diese Affektionen gehören eigentlich zur Blutpathologie, sie sind der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung, einer tiefgehenden inneren Störung, z. B. des Zirkulations- oder Blutbildungssystems.

Weil bespricht die Purpurae in klinischer Beziehung und ihren physiologischen Mechanismus, Lespinne und Ferond die nach Arsenobenzol entstandenen Purpurae, Roskam den physiologischen Mechanismus.

Nach Weil ist die Purpura keine autonome Erkrankung. Isoliert oder begleitet von Schleimhaut- und viszeralen Blutungen bildet sie Syndrome, die klinisch apart studiert werden müssen. Aber alle klinischen, pathologisch-anatomischen, ätiologischen etc. Tatsachen reichen nicht zur Formulierung einer natürlichen Klassifizierung aus. Die einfachen Purpurae sind infektiös oder toxisch. Bei der klinischen Beschreibung kann man die einfachen von den hämorrhagischen nicht vollkommen abtrennen. Vom Studium der chronischen Purpurae muß man ausgehen, um den physiologischen Mechanismus der Purpurae überhaupt aufzuklären. Das Studium der „Hämogenie" zeigt konstante Veränderungen einerseits des Blutes (Verminderung der Hämatoblasten, Verlängerung der Blutungszeit), andererseits der Kapillaren (Teleangiektasien).

Während die einen alles mit dem Verschwinden der Hämatoblasten erklären wollen, setzen die andern alles auf das Konto der Kapillaren. Tatsächlich erklärt aber weder die Kapillar- noch die Milztheorie die Affektion. Redner glaubt, daß die Krankheit aus dem gesamten hämatopoetischen Organsystem entsteht, Milz, Knochenmark, Leber, auch muß man noch andere, endokrine Drüsen anschuldigen, besonders das Ovarium; auch das sympathische System.

Für die andern Formen der Purpura sind vaskuläre Veränderungen toxisch oder infektiöser Art etc. anzuschuldigen.

Lespinne und Ferond betonen, daß manche Medikamente, besonders die Arsenobenzole, die Fähigkeit haben, eine Purpura hervorzubringen. Wichtig ist, daß dieser Erscheinung eine Reihe von Alarmsymptomen vorausgeht: leichte nitritoide Krisen, verschiedene kleine Hämorrhagien, besonders deutlich bei der Frau, Abweichungen vom normalen Blutbild. Die Autoren haben die Salvarsanwirkung auf das Blut experimentell studiert, besonders den medikamentösen hämoklastischen Schock, die Hypoleukozytose, die Verminderung der Hämatoblasten, Zerstörung der roten Blutkörper etc.

In chemischer Beziehung ergab sich, daß bisweilen der im Salvarsan enthaltene Schwefel oder das Benzol eine überwiegende Rolle spielten. Bei Personen, die bereits vorher in ihrem hämatopoetischen System getroffen sind, können diese Medikamente Unglücksfälle auslösen. Aber fast stets findet man bei der Salvarsanpurpura schwere organische Störungen: ungenügende Funktion von Milz und Knochenmark, seltener der Leber.

Die Salvarsanpurpura scheint nicht auf Arsenintoxikation zu beruhen (?). Sie ergreift Milz und Knochenmark. — Die Therapie soll den Zustand möglichst rasch beenden, entweder durch intramuskuläre Eiweißinjektionen oder Bluttransfusion.

Flandin weist darauf hin, daß er als erster die antikoagulierende Wirkung der Arsenobenzolpräparate mitgeteilt hat, dagegen hätten die Arsin-Säuren diese Wirkung nicht. Hynek (Bratislava) hat eine Purpura experimentell hervorgebracht mit einem „Serum antiplaquetteux" (Kaninchenserum, das die Blutplättchen der Meerschweinchen löste). Er stellte fest, daß der Wirkungsmechanismus der schädlichen Substanz sehr komplex ist, es greift entweder mehrere Organe gleichzeitig oder ein ganzes Gewebssystem an, das zur Hämostase unentbehrlich ist.

3. Syphilitische Reinfektion, Pseudoreinfektion, Superinfektion. Carle (Lyon): Das Auftreten einer Schankeraffektion an einem älteren oder jüngeren Syphilitiker kann sich folgendermaßen erklären:

1. Pseudoreinfektion mit Spirochäten, aber endogenen Ursprungs, in Wahrheit also eine Sekundärerscheinung, die aber durch glaubhafte Interpretation für eine echte Reinfektion gehalten werden kann.
2. Eine Superinfektion, die sich in einer syphilitschen Läsion ausdrückt, die einem Primäraffekt mehr oder minder ähnlich ist und lokalisiert an einer früher einmal bereits von virulenten Spirochäten inokulierter Stelle.
3. Eine Reinfektion, das heißt, eine Erscheinung mit den charakteristischen Merkmalen des Primäraffekts, aufgetreten unter Umständen, die an eine neue Infektion glauben lassen und daher an eine neue Rezeptivität des Organismus.

Pinard (Paris): Es gibt zahlreiche gut studierte Beispiele von Re- und von Superinfektion. Es ist manchmal schwer, derartige Fälle einzuordnen, da das Kriterium der Heilung immer diskutierbar sei. Der hauptsächlichste Irrtum sei die Pseudoreinfektion, der Schanker redux und das tertiäre schankriforme Syphilid, die alle von einer endogenen und nicht von einer exogenen Spirochätenmenge herrühren.

Carle meint, daß Theorien, die wie die hier besprochenen von einer Reihe eminenter Forscher mit beweiskräftigstem Material belegt stets einen wahren Kern enthalten, wenn sie auch einander diametral widersprechen. Es gibt Krankengeschichten mit Spirochätenbefund, serologischem Befund, Konfrontation, richtiger Inkubationszeit und Sekundärerscheinungen, daß man die Reinfektion nicht bezweifeln kann, dann müßte man eher die vorige Diagnose der ersten Syphilis bestreiten. Man trifft aber auch häufig in der „aktiven Periode" der Krankheit Erscheinungen endogenen Ursprungs, die fälschlich für eine Reinfektion gehalten werden, in Wirklichkeit aber zur Sekundärperiode eines ungenügend behandelten Kranken gehören. So sind viele Reinfektionen einer Revision zu unterziehen. Zu einer einwandfreien Reinfektion gehört:

1. Die erste Syphilis muß de visu authentisch sein.
2. Es muß Sicherheit bestehen über den ansteckenden Kontakt und die Inkubationszeit beim zweiten Primäraffekt.
3. Spirochäten in genügender Menge im Reizserum des zweiten P. a.
4. Der Schanker und die, wenn auch abgeschwächte, Drüsenschwellung müssen klassisch sein.

Dies könnte genügen, aber die Diagnose kann noch sicherer werden durch entweder a) eine Intensivbehandlung in der seronegativen Phase oder ganz im Beginn der Infektion und spätere Wiederholung oder einige Jahre hindurch regelmäßige Behandlung ohne Zwischenfälle. Ist dann in beiden Fällen der Wa. negativ, so kann die Diagnose Reinfektion als noch mehr gesichert gelten. Oder b) es muß eine genügend lange Zeit zwischen den beiden Infektionen verstrichen sein, so daß man an eine Reinfektion glauben kann. Endlich spricht das Auftreten von sekundären Erscheinungen in den üblichen Zwischenräumen für die Reinfektion.

Bernard ist dagegen der Ansicht, daß die Superinfektion nie endet und die Reinfektion nie anfängt und daß es sich um die beiden äußersten Endglieder einer Kette handelt, die sich aus progressiven Gliedern zusammensetzt, die man beim heutigen Stande unserer Kenntnisse noch nicht differenzieren kann. Folgende, vom Redner sehr pointiert wiedergegebene, fingierte Unterhaltung zeigt den Circulus vitiosus der üblichen Argumentation: „Ist die Reinfektion ein Beweis für die Heilung?"

„Gewiß, und zwar der Einzige!"

„Aber da die Heilung unbeweisbar ist, bevor eine neue Infektion eingetreten ist, so muß man doch zugeben, daß es sich hier um ein fast unrealisierbares Kriterium handelt!"

„Ja, aber um das Maximum der Heilungschance zu garantieren, mache man eine genügende Behandlung."

„Einverstanden, aber wann war eine Behandlung genügend?"

„Wenn sie derart war, daß sie eine Reinfektion, einziger Beweis der Heilung, ermöglicht hat."

„Oder, die Heilung ist eine unentbehrliche Bedingung für die Reinfektion."

Man kann heute nur Mendes da Costa folgen, der die Re- und Superinfektion unter der Bezeichnung „Infectio syphilitica secunda" zusammenzieht. Es folgt eine wie immer bei den Syphilidologen sehr lebhafte Diskussion, an welcher Queyrat, Milian, Ravaut, Simon u. a. teilnehmen.

4. Die endokrinen Störungen hereditärsyphilitischen Ursprungs.
5. Tuberkulide, Art und Behandlung.
6. Heutiger Stand der Behandlungsmethoden des Lupus.

Krankenvorstellungen. Peter (Mexiko) hat die Methode von Cicero, die Epilation mittels Thalliumsalzen ohne Zwischenfälle angewendet. (Wer ist eigentlich der Urheber dieser Methode? In Deutschland gibt man ihr den Namen Buschke und Langer. Ref.) Er berichtet, daß er eine Wiederholung der Medikation für gefährlich hält. Von den 3 essigsauren Salzen des Thalliums ist das Protoxydazetat das einzig aktive. Sabouraud warnt vor Thallium, mit dem er schwere Unfälle erlebt hat: Speichelfluß, Tachykardie, Muskelrupturen, er kennt sogar einen Todesfall! Anderseits ist die Epilation mit diesem Verfahren gewöhnlich unvollständig, da das gesunde Haar eher ausfällt, als das kranke. Noguer More (Barcelona) hat dagegen Erfolge mit Thallium gesehen.

K. Heymann, Berlin.

Nowiny Psychjatryczne (Dziekanka-Polen).

Heft 1, 1926.

* Hypnose und Strafrecht. O. Bielawski.
* Ein Beitrag zum Studium der Friedreichschen Krankheit. J. Bonasera.
Jahresbericht für 1925 der psychiatrischen Landesanstalt Dziekanka. Al. Piotrowski.

Hypnose und Strafrecht. Verfasser prüft die Frage der Strafbarkeit des Hypnotiseurs und des Hypnotisierten und beleuchtet sie an einem forensischen Falle, in dem eine suggestible Frau unter dem Einfluß ihres Hypnotiseurs strafbare Handlungen begangen hat. Die Ausführungen des Autors enden mit folgenden Vorschlägen:

1. Eine strafbare Handlung ist in unzurechnungsfähigem Zustande begangen, wenn der Täter in Hypnose oder unter Einfluß der ihm in Hypnose eingegebenen Vorstellungen gehandelt hat.
2. Die in Polen geltenden Strafgesetze, mit Ausnahme des § 3 des Oesterreichischen Strafgesetzentwurfs, umfassen nicht diejenigen Fälle, in denen die strafbare Handlung in einem durch hypnotische Suggestion hervorgerufenen Zustand von Unzurechnungsfähigkeit begangen ist.
3. Nach § 3 des Oesterreichischen Strafgesetzentwurfs und des entsprechenden Abschnitts 2, Art. 10, § 1 des polnischen Strafgesetzentwurfs kann der Täter von Schuld und Sühne freigesprochen werden, wenn er die strafbare Handlung im hypnotischen Zustande oder unter Einfluß fremder, ihm in Hypnose eingegebener Vorstellungen, begangen hat.
4. Die unter 3. zitierten Vorschriften sind jedoch unvollständig, da in ihnen der Begriff der Hypnose und der Eingebung von Vorstellungen im hypnotischen Zustand als psychologisches Tatmerkmal nicht besonders hervorgehoben ist. Damit erscheint die Möglichkeit einer irrigen Auslegung der zum Wesen der Handlung gehörenden Tatmerkmale gegeben.

Der Verfasser bemerkt noch:

A. Die in Polen geltenden Strafgesetze kennen eine durch Hypnose oder durch hypnotische, besonders für die moralische Gesundheit schädliche, Suggestionen hervorgerufene strafbare Gesundheitsschädigung nicht.
B. Derartige Schädigung müßte — wegen der Wichtigkeit des betroffenen Organs — zu den schweren Schädigungen gerechnet werden.
C. Wer unbefugt hypnotisiert, sollte von Amts wegen bestraft werden, wenn der von ihm Hypnotisierte infolge der Hypnose an seiner Gesundheit geschädigt wurde. Es ist nicht wahrscheinlich, daß der zum Hypnotiseur in einem Hörigkeitsverhältnis stehende Geschädigte aus eigenem Antrieb einen Strafantrag stellt.

Ein Beitrag zum Studium der Friedreichschen Krankheit. Verfasser bespricht die Knochendeformitäten an den Händen und Füßen der an Friedreichscher Krankheit leidenden Patienten und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der Friedreichschen Krankheit beobachtet man — außer Distrophien in anderen Geweben — trophische Störungen der Knochen, die in Rarefraktion des Gewebes und in Verkleinerung des Knochenvolumens bestehen. Diese Distrophien treten öfters auf und sind stärker ausgebildet in den Knochen der Füße.
2. Die Knochendistrophien sind die Folge der nervösen Krankheit und haben keine andere Ursache.
3. Sie unterscheiden sich ihrer Natur nach von den Muskelatrophien und stehen wahrscheinlich in Zusammenhang mit einer besonderen Lokalisation der anatomischen Veränderungen.
4. Diese Tatsachen lassen die Annahme zu, daß für das Knochengewebe möglicherweise ein besonderes trophisches Zentrum in den hinteren Rückenmarksabschnitten existiert.

Al. Piotrowski.

Heft 2.

* Der Reflex des Malleolus externus und das Piotrowskische Phänomen. K. Sagin.
Die Fürsorge für Psychisch-Kranke in den ehemals preußischen Landesteilen Polens. Al. Piotrowski.
Jahresbericht für 1924 des psychiatrischen Krankenhauses Kochanówka. B. Siwinski.

Der Reflex des Malleolus externus und das Piotrowskische Phänomen. Verfasser zeigt, daß der Reflex des Malleolus externus, welchen Balduzzi in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie

— Vol. 58, I. Dezember 1925 — beschrieben hat, einen Teil des Piotrowskischen Phänomens darstellt. Der Reflex tritt nach Perkussion des Malleolus externus auf und besteht in Kontraktion der Gastrocnemii und Extension des Fußes. Das Piotrowski-Phänomen, beschrieben in der Berliner Klinischen Wochenschrift — 1913, Nr. 16, S. 726 — und in „Nowiny Lekarskie" — Jahrgang 25, Nr. 4 —, beruht darauf, daß Perkussion des M. tibialis anticus bei organischen Gehirnkranken häufig Kontraktion der Mm. gastrocnemii und Extension — Plantarflexion — des Fußes hervorruft. Anstatt des M. tibialis anticus kontrahiert sich dessen Antagonist, wodurch ein entgegengesetzter Effekt entsteht, d. h. eine Reaktion, die ausschließlich dem Achillessehnenreflex eigen ist. Das Piotrowski-Phänomen ist leichter hervorzurufen, wenn man während Perkussion des M. tibialis anticus den Fuß dorsal flektiert hält. Das Piotrowski-Phänomen kommt nicht bei Gesunden vor, auch nicht bei Personen mit funktionellen Nervenleiden; nur in Fällen von organischen Gehirnkrankheiten beobachtet man häufig den Reflex, der seiner Natur nach ein extrapyramidales Symptom ist. Verfasser stellte während der Untersuchung von 72 Kranken mit organischen Gehirnleiden fest, daß der Reflex des Malleolus externus nur dort vorkam, wo die reflexogene Zone des Piotrowski-Phänomens sich auf das ganze Bein erstreckte, also auch die Region des Malleolus externus umfaßte. Ohne das Piotrowski-Phänomen war auch kein Reflex des Malleolus externus vorhanden. Der Verfasser kommt zu der Schlußfolgerung, daß der von Balduzzi beschriebene Reflex des Malleolus externus im Prinzip nichts Neues darstellt, sondern die Folge der Ausbreitung der reflexogenen Zone des Piotrowski-Phänomens ist.

St. Oberc.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 16, 16. Oktober 1926.

◆ Aetiologie und Pathologie der Arthritis. Pemberton.
Farbenblindheit in der Industrie. Chace.
Meningeale Blutung beim Neugeborenen. Blanco und Paperini.
◆ Abkürzung der Quarantäne-Periode für Diphtherie-Rekonvaleszenten und -Keimträger. Withers, Ronson und Humphrys.
◆ Maltafieber infolge Infektion mit Brucella abortus. Carpenter und Merriam.
◆ Chronische ulzerative Kolitis. Buie.
Operation zur Verbesserung von leichtem, durch Kinderlähmung entstandenem Klauenfuß. Dickson und Diveley.
Vergiftung mit Wasserschierling. Gompertz.
Erkennung von Basedowkranken, die für eine Thyreoidektomie ungeeignet sind. Bartlett.
◆ Substernale Struma. Lahey.
Pyelovenöser Rückfluß. Hinman und Redewill.
◆ Röntgenstudien über Appendix, Zoekum und Colon ascendens. Orudoff.
Eine Vorrichtung zur ökonomischen Verteilung von Petroleum auf Teichen und anderen Wasserwegen. Wetmore.
◆ Einfache Methode der Einführung von Jodöl in die Lungen. Singer.
◆ Kombination von Jodöl und Pneumoperitoneum für die gynäkologische Diagnose. Stein und Arens.
Neue Methode für Aufnahme von Elektromyo- und Elektrokardiogrammen. Richter.
Einseitige symmetrische kongenitale Klumpfüße bei Zwillingen. Bockheiser.
Neue Schere für Iridokapsulotomie. Berens.
Benutzung der in der Zahnpraxis verwandten Watterollen für Ohr-Drainage. Fox.
Kala-azar der Kinder in Syrien. Hitti.

Aetiologie und Pathologie der Arthritis. Außer der bazillären Ursache von Infektionsherden aus müssen für die Arthritis noch andere Einflüsse maßgebend sein. Verf. wies eine Herabsetzung der Zuckertoleranz bei Arthritis nach, die nichts mit Diabetes zu tun hat, sondern teilweise von leichten Zirkulationsstörungen abhängig ist. Durch experimentelle Veränderungen in der Zirkulation war es ihm möglich, bei Personen, die zuvor eine normale Zuckertoleranz zeigten, in 57% eine Herabsetzung derselben herbeizuführen. Zwischen Synovialflüssigkeit und Blutstrom bestehen so enge Beziehungen, daß innerlich zugeführte Glukose auch zu einer Glukose-Konzentration in der Synovialflüssigkeit führt, welche höher ist als die des Blutes. Wahrscheinlich trägt diese zur Ernährung der gefäßlosen, an Glykogen überreichen Knorpelteile bei. In Analogie kann man annehmen, daß auch andere lösliche Substanzen, einschließlich toxischer oder im Ueberfluß gebildeter normaler Bestandteile vom Darm aus den Weg bis zu den Gelenkflüssigkeiten finden. Daß die Entstehung der Arthritis wenigstens teilweise auf Zirkulationsveränderungen beruht, dafür spricht auch der Einfluß von Massage, Bewegungs- und Hitzebehandlung. Zahlreiche Untersuchungen, die auch von anderer Seite kontrolliert wurden, zeigten, daß bei Arthritikern die Erythrozytenzahl eines ersten Bluttropfens aus der Fingerkuppe meistens niedriger war als in den weiteren Bluttropfen, während bei gesunden Menschen das Verhältnis in der Regel umgekehrt ist. Vorläufig wurde nur in einer begrenzten Anzahl von Fällen durch gefäßerweiternde Mittel, wie Natriumnitrit, ein günstiger Einfluß auf arthritische Prozesse festgestellt. Wichtiger aber als diese noch nicht sichere Feststellung ist die Tatsache, daß in mehr als 60% aller Arthritisfälle mit niedriger Zuckertoleranz diese infolge der gefäßerweiternden Droge zur Norm zurückkehrte.

Abkürzung der Quarantänezeit für Diphtherie-Rekonvaleszenten und Keimträger. Eines der schwierigsten Probleme für die Diphtherieprophylaxe ist das der Quarantänezeit im Hinblick auf die Bazillenträger. Die beiden Methoden, Antiseptika und Tonsillektomie, sind unbefriedigend. Vielversprechend ist die Röntgenbestrahlung, die eine Rückbildung des pharyngealen, lymphoiden Gewebes verursacht. Verff. bestrahlten bei 200 ko., 50 cm Fokusdistanz, 0,75 mm Cu. und 1 mm Al., in der Regel einwöchentlich 50—100 ma-Minuten. In keinem Falle wurde mehr als 60% einer Erythemhautdosis gegeben, die eben wegen der Wirkung auf die Parotis etwas Trockenheit verursacht. Sie hatten unter 54 Fällen nur 2 fieberhafte Reaktionen von einwöchentlicher Dauer (beide Male handelte es sich um Lungentuberkulose). Von 22 Diphtherie-Rekonvaleszenten wurden alle in durchschnittlich 15,8 Tagen bazillenfrei, nachdem sie durchschnittlich 43,3 Tage Bazillen beherbergt hatten. Von 43 Bazillenträgern wurden alle bis auf 3 innerhalb der dreimonatlichen Beobachtungsperiode bazillenfrei, d. s. 85%. Zieht man die mit zu kleinen, experimentellen Dosen Behandelten und die Fälle mit Komplikationen ab, so bleiben 23 mit durchschnittlich positiver Kultur von 60,9 Tagen, die in durchschnittlich 10,9 Tagen bazillenfrei wurden. Alle Patienten hatten zuvor erfolglos ultraviolette Bestrahlung und mindestens eine Tonsillektomie durchgemacht.

Maltafieber infolge Infektion mit Brucella abortus. Bericht über 2 Fälle von Maltafieber, bei denen Kulturen von Brucella abortus Bang isoliert wurden, in dem sehr schweren Falle von zwölfwöchentlicher Dauer siebenmal aus dem Blut und zweimal aus dem Harn, in dem milde verlaufenden Fall zweimal aus dem Blut. Nach den Agglutinationsproben gehörten die Kulturen eher zur Abortus- als zur Melitensisart. Durch intravenöse Injektion wurde bei zwei jungen, zum ersten Male trächtigen Kühen Abort erzeugt mit typischer Plazentitis. Aus der Placenta und den Organen der Foeten wurden wieder Brucella abortus-Kulturen gewonnen, die für Meerschweinchen virulent waren und die typischen Veränderungen hervorriefen. Als Infektionsquelle kam bei beiden starken Milchtrinkern mit Wahrscheinlichkeit Milch in Frage. Die von einem Kranken genossene Milch war stark mit Brucella abortus infiziert, und die mit ihrem Sediment gefütterten Meerschweinchen erkrankten. Beide Kranken waren nie mit Ziegen in Berührung gekommen, hatten weder Ziegenmilch noch importierten Käse genossen.

Chronische ulzerative Kolitis. Diese unter den verschiedensten Namen beschriebene Krankheit wird weder durch Endamoeba histolytica, noch durch B. coli verursacht, die hin und wieder als sekundäre Keime angetroffen werden. Der spezifische Krankheitskeim ist sicherlich der kürzlich von Bargen entdeckte, grampositive, lanzettförmige Diplokokkus ohne Kapselbildung, etwas kleiner als der Pneumokokkus. Mit intravenös injizierter Kultur, die aus dem Ulkus gewonnen ist, kann eine vollkommen identische Erkrankung des Kolon beim Tiere erzielt werden; aus den Mesenterialdrüsen und dem Blute der Tiere kann der Keim wieder isoliert werden und die gleiche Krankheit erzeugen. Derselbe Keim konnte bei Kranken aus Tonsillen und andern Herden gewonnen werden. Seit 1919 hat Verf. in der Mayo-Klinik 473 an dieser Krankheit leidende Patienten untersucht. Fast das einzige Mittel für eine sichere Diagnose ist das Sigmoidoskop. Die Erscheinungen der Schleimhaut von Rektum und Flexura sigmoidea bestehen nacheinander in Hyperämie, Oedem, miliaren Abszessen und miliaren Ulzera. Eine Remission oder Heilung der Ulzera läßt eine glasige, mit kleinen Narben versehene Schleimhaut zurück. Die granuläre Ulzeration, die punktförmigen Narben und die Verengerung des Darmlumens sind pathognomonisch. Die beste Behandlung besteht in Entfernung eventueller Infektionsherde, einer eiweißreichen und schlackenarmen Diät, einer von Bargen hergestellten Vakzine bzw. eines Vakzinfiltrats, einer rektoskopischen Lokalbehandlung der sekundären Infektion. Selten wird eine Ileostomie nötig.

Substernale Struma. Jede Tendenz einer Struma, substernal, ja subklavikulär zu werden, ist eine absolute Indikation für ihre Entfernung. Meistens handelt es sich um adenomatöse Strumen, viel seltener um zystische oder kolloide. Sie neigen zu substernalem Wachstum, wenn die Erkrankung im unteren Pol der Drüse lokalisiert ist. Substernale Strumen können auch toxisch werden oder maligne degenerieren. Die schwerwiegendsten Symptome kommen durch Verlagerung, Abfleckung und Verengung der Trachea zustande. Die Diagnose läßt sich sicher durch physikalische und Röntgenuntersuchung stellen. Wenn einer oder beide unteren Pole beim Schluckakt nicht gefühlt werden können, so liegt Verdacht auf substernale Struma vor. Sehr häufig hört man, besonders nach körperlicher Anstrengung, verschärftes respiratorisches Geräusch, auch die Perkussion gibt bisweilen Aufschluß, bei großer Struma fehlt selten Dilatation der oberflächlichen Thoraxvenen. Ein sehr häufiges, wenig bekanntes Zeichen ist die Atmungsschwierigkeit bei Seitwärtslagerung des Kopfes. Operation ist in Frühfällen leicht. Bei großer intrathorakaler Geschwulst, bei Adhäsionen an der Pleura, bei Einbettungen in die Pleura und Wachstum um die Trachea herum, kann sie sehr schwierig sein. Ausgenommen 2 Fälle, gelang es Verf., über 200 substernale Strumen ohne Entfernung des Manuborium sterm zu exstirpieren. Die technischen Schwierigkeiten bestehen in Verhinderung von Blutungen und von Kollaps der Trachea, Schutz der Pleura des Ductus thoracicus und des Nervus recurrens. Diesen äußerst schwierigen und gefahrvollen Operationen läßt sich durch eine frühe Diagnose und Entfernung vorbeugen.

Röntgenstudien des Appendix, Zoekum und Colon ascendens. Außer der Röntgenuntersuchung in aufrechter und liegender Stellung sind auch Beobachtungen während der Rotation des Patienten von großem Nutzen. Kombination mit geschickter Palpation des zu untersuchenden Teils, der durch Luft, Barium oder beides zusammen in verschiedene Grade der Spannung versetzt wird. Verf. hat sich für diese Art von Untersuchungen einen praktischen Tisch konstruieren lassen. Der Appendix liegt entweder mit dem Colon ascendens hoch im Abdomen oder mit dem Zoekum in der Fossa iliaca oder am häufigsten tief im Becken mit dem Ileum. Vom Zoekum gilt das Gleiche. Das Colon ascendens und die Flexura hepatica liegen meist zwischen Fossa iliaca und rechtem Hypochondrium nach hinten zu, können aber auch in der Fossa iliaca oder nahe der vorderen Bauchwand liegen. An Hand einer größeren Zahl von Röntgenbildern spricht Verf. über Fixation, Beweglichkeit, Empfindlichkeit und Funktionsfähigkeit der Organe sowie über das Lumen des Appendix. Jeder bariumgefüllte Appendix kann röntgenoskopisch sichtbar gemacht und in den meisten Fällen auch im Bilde festgehalten werden, selbst ein retrozoekaler. Außer den direkten Beobachtungen dürfen auch die indirekten nicht vergessen werden, wie ein Pylorospasmus mit oder ohne Retention, ein Spasmus im Duodenum, im Kolon, Ileum oder Zoekum.

Eine einfache Methode der Einführung von Jodöl in die Lungen. Verf. brachte nach möglichst starkem Herausziehen der Zunge die Spitze einer geraden Kanüle über die Zungenwurzel und den weichen Gaumen, ohne beide zu berühren und injizierte ohne Anästhesie, bei einem Verbot zu schlucken, sehr langsam das Oel. Er erhielt mit dieser Aspirationsmethode unter 25 Fällen 23 mal diagnostisch sehr gut verwertbare Röntgenbilder, von denen einige beigegeben sind. Er ratet, diese einfache Methode zu versuchen und nur bei Mißerfolg derselben zu komplizierteren Methoden überzugehen.

Kombination von Jodöl und Pneumoperitoneum für die gynäkologische Diagnose. Diese kombinierte Untersuchung erwies sich Verff. in einigen Fällen nützlich, wie ein Beispiel zeigt. Die 3 Jahre in steriler Ehe verheiratete Frau ohne Anamnese einer entzündlichen Erkrankung, hatte eine faustgroße, adhärente, druckempfindliche Schwellung der rechten Adnexe. CO_2 passierte beide Tuben bei 80 mm Druck. Nach Einführung von 1 l Gas in die Peritonealhöhle wurden durch dieselbe Kanüle 2 ccm Lipiodol injiziert. Das wiedergegebene Stereoröntgenogramm und ein Diagramm zeigen normale Beschaffenheit der Tuben, ein rechtsseitiges, zystisches, an den Därmen adhärentes Ovarium von etwa 7 cm Durchmesser. Die Adhäsionen sind deutlich sichtbar.

Rontal.

Archives of Internal Medicine.

38., H. 4. Oktober 1926.

- ✦ Drüsenfieber (infektiöse Mononukleose). Baldridge, Rohner und Hansmann.
- Lipoid-Nephrose. Murphy und Warfield.
- ✦ Karzinom der Nebennierenrinde mit Virilismus. Feinblatt.
- Die Harnstoff-Retention und eine einfache Methode, sie mit Hilfe des Quecksilberbindungsvermögens im Blut zu bestimmen. Hench und Aldrich.
- ✦ Die Bildung organischer Säuren und die Kochsalzretention bei der lobären Pneumonie. Holten.
- Veränderungen in den chemischen und physikalischen Eigenschaften des Blutes nach Zufuhr von Nebenschilddrüsenhormonen, mit besonderer Berücksichtigung der Blutgerinnung. Cantarow, Caven und Gordon.
- ✦ Die Mengenverhältnisse von Serumalbumin, Globulin und Fibrinogen im Blutplasma bei den akuten und chronischen Nierenerkrankungen. Fahr u. Swanson.
- Die Adsorption von Bengalrosa (Tetrachlortetrajodfluorescin) durch Eiweißkörper in ihrer Anwendung als quantitative Untersuchungsmethode des Liquor cerebrospinalis. Rosenthal und Douglas.
- Die Peristaltik einer Dünndarmschlinge (direkte Beobachtung bei kongenitaler Nabelhernie). Hines und Mead.
- ✦ Eine neue Laboratoriumsmethode zur Diagnostik des Typhus abdominalis. Mills und Kitzmiller.

Drüsenfieber (infektiöse Mononukleose). Zumeist sind die Kliniker nicht geneigt, das Drüsenfieber als eine besondere Krankheitseinheit anzuerkennen, weil ein scharf umrissenes Krankheitsbild nicht aufzustellen ist, weil andere Infektionskrankheiten täuschend den Verlauf des in seiner Schwere so schwankenden Drüsenfiebers nachahmen können und weil endlich weder ein spezifisch wirkendes ätiologisches Moment nachgewiesen wurde, noch eine experimentelle Uebertragung vorgenommen werden konnte. Trotz dieser schwerwiegenden Argumente sprechen doch eine Reihe von Gründen für die Berechtigung, einen charakteristischen Symptomenkomplex unter der Bezeichnung „Drüsenfieber" aus einer großen Gruppe von Fällen wegen der Eigenart des Krankheitsablaufes hervorzuheben. Für die nosologische Einheit dieser Fälle sind folgende Umstände zu verwerten: Die epidemische Häufung gleicher Krankheitserscheinungen; die enorme Lymphdrüsenschwellung, der histologisch eine ausgesprochene Hyperplasie mit Atypie der Lymphzellen entspricht; das Vorkommen einer Vermehrung der mononukleären farblosen Blutelemente, welche bis zu 99% der Leukozyten ansteigen kann, wobei besonders das Auftreten vieler abnorm gestalteter Zellen im strömenden Blut und in den Lymphknoten hervorzuheben ist und endlich die allgemeine Verbreitung des Krankheitsbildes in der gemäßigten Zone. Als Kardinalsymptome sind Fieber, Mononukleose und Erkrankung lymphatischer Organe zu betrachten. Viele der Fälle verlaufen sehr ausgeprägt und lehrbuchmäßig. Andere sind so atypisch, daß eine sichere Diagnose nicht zu stellen ist. Als Ursache dieser gutartigen kurzdauernden infektiösen Erkrankung würden Streptokokken, diphtheroide Stäbchen und die fusispirilläre Assoziation der Plaut-Vincentschen Angina angesprochen. Jedoch ist bisher weder der dieser Erkrankung zugrunde liegende Erreger noch seine Eintrittspforte in den Organismus erkannt worden.

In seiner Symptomatologie gleicht das Drüsenfieber den andern Infektionskrankheiten, indem gewöhnlich Allgemeinerscheinungen zunächst im Vordergrund stehen (Kopfschmerzen, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Erbrechen usw.), die in ihrer Intensität bei den einzelnen Fällen gänzlich verschieden sein können. Hinzu kommen die durch die Drüsenschwellung ausgelösten Symptome. Die Zahl und die Verteilung der vergrößerten Lymphknoten wechseln außerordentlich. In einigen Fällen findet man erst bei sorgfältiger Untersuchung die geschwollenen Drüsen, während in andern die Umrisse des Nackens ganz verstrichen erscheinen und die Achselhöhlen und Leistenbeugen mit äußerst geschwollenen, weichen und druckempfindlichen Lymphknoten ausgefüllt sind. Gewöhnlich sind schon bei Krankheitsbeginn mehrere Drüsen geschwollen, jedoch nehmen Zahl und Größe der befallenen Drüsen in den nächsten Tagen noch zu. Zumeist sind die Lymphknoten der linken Halsseite als erste Drüsengruppe befallen. Die Druckempfindlichkeit der weichen, schwammigen Lymphknoten wechselt von Tag zu Tag und ist bei Beginn der Erkrankung am größten, so daß dann selbst die vorsichtigste Palpation unmöglich ist. Eine Erweichung und Vereiterung der Drüsenschwellungen kommt nicht vor. Einen charakteristischen Befund ergibt die Racheninspektion. Die Lymphfollikel der Pharynxwand sind geschwollen und von eigentümlich glasigem Aussehen. Häufig ist eine membranöse Angina vorhanden, wobei der dunkelgraue Belag an den Tonsillen und Gaumenbögen haftet und gelegentlich auf die Wangen- oder Pharynxschleimhaut übergreift. In etwa der Hälfte der Fälle ist ein elastisch-weicher Milztumor nachzuweisen.

Nach der Art des Beginns und des Krankheitsverlaufes sind verschiedene Typen von Drüsenfieber zu unterscheiden. Die Erkrankung setzt plötzlich mit hohem Fieber ein, das in den nächsten Tagen septischen Typus zeigen kann, wobei sogar Schüttelfröste auftreten können. Bei diesen Fällen ist das Blutbild oft zunächst uncharakteristisch (Ueberwiegen der Polymorphkernigen bei hoher Leukozytose). Die Drüsenschwellung ist wenig ausgeprägt, und unspezifische Allgemeinerkrankungen beherrschen das Krankheitsbild. Das negative Ergebnis der Blutkultur im Verein mit dem weiteren Verlauf ermöglichen die sichere Abgrenzung von Allgemeinerkrankungen wie Sepsis, Typhus und Miliartuberkulose, die in den Frühstadien oft erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Bei einer weiteren Gruppe von Fällen stehen Lokalerscheinungen wie Halsschmerzen und membranöse Angina im Vordergrund. Das Fieber ist zumeist nicht sehr hoch. Auch die Allgemeinbeschwerden sind nicht besonders stark. Eine Schwellung der regionären Drüsen ist fast immer frühzeitig vorhanden. Die diagnostische Klarstellung derartiger Fälle mit fieberhafter, membranöser Angina ist zuweilen unmöglich. Das Aussehen der Membranen läßt keine sichere Unterscheidung von der Diphtherie zu, so daß zur Vermeidung von Zeitverlust Antitoxin verabfolgt werden muß, und erst die Entwicklung der generalisierten Affektion des lymphatischen Apparates und des spezifischen Blutbildes die richtige Diagnose ermöglicht. Die Angina und Drüsenschwellungen beim Scharlach gleichen häufig den beim Drüsenfieber beobachteten Erscheinungen. Erschwerend für die Diagnose ist der Umstand, daß gelegentlich beim Drüsenfieber scarlatiniforme, flüchtige Exantheme sich einstellen. Bemerkenswerterweise sind während der Rekonvaleszenz des Scharlachs die Mononukleären ebenfalls vermehrt, so daß nur das kritische Abwägen aller Erscheinungen die Unterscheidung beider Krankheitsbilder gewährleistet, solange die Schuppung nicht aufgetreten ist und keine Himbeerzunge beobachtet wurde. Fast immer sind bei den Fällen von

Drüsenfieber mit Belag auf den Tonsillen Spirochaeten und fusiforme Stäbchen in der Mundhöhle nachzuweisen, so daß im wesentlichen der Verlauf der Erkrankung mit Drüsenschwellung und die Blutuntersuchung es gestatten, das Bestehen einer Plaut-Vincentschen Angina abzulehnen. In wiederum anderen Fällen sind es akute Leibschmerzen, die, begleitet von Fieber und Leukozytose, den Krankheitsbeginn bezeichnen. Erst nach einigen Tagen zeigen sich die charakteristischen, weichen Drüsenschwellungen. Bei der letzten Gruppe von Fällen ist der Anfang des Leidens so schleichend und so symptomenarm, daß nur zufällig die Drüsenschwellung entdeckt wird und erst dann die Blutuntersuchung Aufklärung bringt. Die Abgrenzung von andern mit generalisierter Lymphknotenvergrößerung einhergehenden Erkrankungen (Hodgkin, Lues, Tuberkulose, Stillsche Krankheit) fällt im allgemeinen bei der eigenartigen, weichen Beschaffenheit der Drüsentumoren und dem Blutbild nicht schwer. Zwischen der Art des Krankheitsanfanges und dem weiteren Verlauf besteht kein engerer Zusammenhang. Trotz des hochfieberhaften Beginns kann sich bei schleichendem Verlauf die Genesung lange verzögern. Die Lymphknoten können schon in wenigen Tagen abgeschwollen sein oder können noch für Monate, ja für Jahre vergrößert bleiben. Von Zeit zu Zeit schwellen derartig chronisch entzündete Drüsen unter Fieber und den beim Beginn des Drüsenfiebers häufigen Allgemeinerscheinungen an. So kann sich die Krankheit immer wieder aufflackernd über Jahre hinziehen. Der Milztumor bildet sich für gewöhnlich sehr rasch zurück. Auch die Veränderungen des Blutbildes klingen ganz allmählich ab. Exazerbationen und Rückfälle sind immer von einem Ansteigen der Mononukleose begleitet.

Die interessanten Veränderungen in der Zusammensetzung des weißen Blutbildes haben in der letzten Zeit rege Aufmerksamkeit für dieses eigenartige Drüsenfieber erweckt, wie die Nomenklatur dartut („Monozytenangina", „benigne Leukämie" usw.). Die absoluten Leukozytenzahlen erheben sich bei Krankheitsbeginn über die Norm (durchschnittlich nicht über 20 000) und sinken während der Rekonvaleszenz auf subnormale Werte ab. Bei den Fällen mit erheblicher fieberhafter Allgemeinreaktion am Anfang ist eine Vermehrung der Polynukleären zunächst die Regel. Gewöhnlich besteht während des weiteren Verlaufes eine ausgesprochene Vermehrung der Mononukleären, wobei pathologisch gestaltete Zellen überwiegen. Diese abnormen Zellelemente stammen zum größten Teil von Lymphzellen ab, andere sind sicherlich endothelialer Herkunft (Monozyten). Gelegentlich steht die Monozytenausschwemmung im Vordergrund. Oft fehlen die kleinen Lymphozyten völlig im strömenden Blut. Das Vorkommen der relativen oder absoluten Vermehrung der atypischen Lymphzellen beweist nur die Hyperblasie des lymphatischen Apparates und ist in keiner Weise für das Drüsenfieber spezifisch. Auch steht der Prozentsatz dieser abnormen Zellelemente zu dem Grad der Drüsenschwellung in keinem direkten Verhältnis.

Die Diagnose des Drüsenfiebers bereitet besonders bei den sporadisch auftretenden Fällen große Schwierigkeiten, vor allem, weil der Erreger unbekannt ist und keine spezifische Probe existiert. In prognostischer Hinsicht ist vor allem die Verwechslung mit der akuten Leukämie verhängnisvoll und unbedingt vermeidbar (Fehlen der Anämie und haemorrhagischen Diathese beim Drüsenfieber). Eine Isolierung der Erkrankten erweist sich zumeist bei der Unsicherheit der Diagnostik als nutzlos.

Karzinom der Nebennierenrinde mit Virilismus. Im Laufe von einem halben Jahr entwickelten sich bei einer bisher gesunden 32jährigen Frau ein ausgesprochen viriler Habitus (männliche Gesichtszüge, Hypertrichose an vereinzelten Stellen des Kinns und der Wangen, viriler Behaarungstypus der Pubes und Achseln, tiefe Stimme), sowie eine dunkelbraune Verfärbung der Haut. In der rechten Nierengegend wurde eine Geschwulst tastbar. Die Sektion ergab das Bestehen eines auf die Nebennierenrinde beschränkt gebliebenen Karzinoms bei Fehlen der andern Nebenniere.

Die Bildung organischer Säuren und die Kochsalzretention bei der lobären Pneumonie. Die verringerte Ausscheidung von Kochsalz im Urin ist bei der croupösen Pneumonie so deutlich und so häufig anzutreffen, daß dieser Erscheinung ein diagnostischer Wert zukommt. Wie sorgfältige Kochsalzbilanzen ergeben, handelt es sich um eine wirkliche Retention des Salzes. Um den Zeitpunkt der Krise herum — manchmal etwas vorher, manchmal später — beginnt plötzlich die Ausscheidung der im Körper retinierten Mengen. Worin liegt die Ursache der Kochsalzretention? Eine partielle Funktionsstörung der Nieren für die Kochsalzausscheidung kann nicht vorliegen, da der Kochsalzspiegel im Blut normal bleibt, ja eher erniedrigt ist. Untersuchungen des Verf. zeigen, daß während der Lungenentzündung im Urin organische Säuren auftreten, deren Ausscheidungskurve zu der Ausscheidungsart des Kochsalzes in einem gegensätzlichen Verhältnis steht. Während des Fiebers sind bei niedrigem Kochsalzgehalt im Harn die größten Mengen von Säuren enthalten. Nach der Krise verschwinden die Säuren wieder, und die Kochsalzkonzentration steigt. Daß diese organischen Säuren die Kochsalzausscheidung beeinflussen, beweist die Tatsache, daß die Darreichung von Salizylsäure bei Gesunden zu einer Kochsalzretention führt, welche erst aufhört, wenn keine Säure mehr in den Harn gelangt. Bestimmte Angaben über die Zusammensetzung der bei croupöser Pneumonie ausgeschiedenen Säuren lassen sich nicht machen. Bisher konnte nur Milchsäure nachgewiesen werden.

Die Bildung der Säurekörper wird durch Stoffwechselstörungen im Fieber veranlaßt. Bei der Pneumonie ist die Azidose jedoch größer und beständiger anzutreffen als bei den übrigen fieberhaften Erkrankungen, bei denen auch die Kochsalzretention viel weniger hervortritt. Vermutlich kommt durch die organischen Säuren eine Gewebsschädigung zustande, welche zu einer Kochsalzretention in allen Teilen des Organismus führt.

Die Mengenverhältnisse von Serumalbumin, Globulin und Fibrinogen im Blutplasma bei den akuten und chronischen Nierenerkrankungen. Bei der Glomerulonephritis ist der Eiweißgehalt des Plasmas im allgemeinen erniedrigt, wobei die Verminderung im wesentlichen das Serumalbumin betrifft. Mit absinkendem Albumingehalt kann sogar die Globulinmenge eine Vermehrung erfahren. Gewöhnlich geht die Abnahme der Eiweißkörper mit einem ausgesprochenen Eiweißverlust im Urin einher. Doch sind auch Stoffwechselvorgänge für das Sinken des Eiweißgehaltes verantwortlich zu machen, welches eintreten kann, ohne daß Eiweiß mit dem Urin ausgeschieden wird. Durch Verfütterung großer Eiweißmengen (200 g täglich) ist der Eiweißgehalt des Blutes nur sehr langsam zu steigern. Wenn auch für gewöhnlich niedriger Eiweißgehalt des Blutes und ausgesprochenes Oedem einander parallel gehen, so kann doch die Eiweißverminderung nicht als wesentlicher Faktor für die Entstehung des Hydrops angesehen werden. Es kommen nicht selten Nephritisfälle zur Beobachtung, bei denen Oedeme sich entwickelt haben, ohne daß der Serumeiweißspiegel unter der Norm liegt. Andererseits kann bei deutlicher Eiweiß- und besonders Albuminverminderung eine überschießende Diurese bestehen. Ueber die Bedeutung des osmotischen Drucks der Kolloide für die Oedembereitschaft und die Entstehung des Hydrops besteht noch keine Klarheit, da vor allem die notwendigen Versuche für das beginnende und verschwindende Oedem noch fehlen.

Eine neue Laboratoriumsmethode zur Diagnostik des Typhus abdominalis. Während der fieberhaften Periode des Typhus beträgt der Antithrombingehalt des Blutes das Doppelte der Norm. Für gewöhnlich zeigen nur chronische, fieberlose Erkrankungen, wie die vasculäre Syphilis, tuberkulöse Lymphdrüsenaffektionen einen ähnlichen Antithrombinüberschuß. Besonders Krankheiten wie Miliartuberkulose und zentrale Pneumonie, welche vom Typhus schwer zu unterscheiden sind, weisen eine ganz andere Antithrombinkurve auf. Der Antithrombingehalt ist abnorm niedrig. Das Symptom der Antithrombinvermehrung, dessen klinische und immunbiologische Bedeutung noch unklar ist, wird gewöhnlich schon vor der Widalschen Reaktion positiv.

Biberfeld.

The Journal of Infectious Diseases.

39., Nr. 4, Oktober 1926.

Die Biologie von Oidium albicans mit besonderer Berücksichtigung der Mycelbildung. A. A. Draper.

* Die intravenöse Anwendung von Acriviolett und Mercurochrom bei bakteriellen Infektionen. Simmons.

Studien über Wärmeresistenz. II. Die Schutzwirkung des Kochsalzes auf Sporen, die in Erbsenflüssigkeit erhitzt wurden. Viljoen.

Variabilität der Blutkörperchenzahl bei normalen Kaninchen. Bushnell u. Bangs.

Eine Methode zur Feststellung von Bakterienänderungen in Gelatine. Frazier.

Eine neue Methode, Tuberkelbazillen aufzuschwemmen und zu zählen. Jennings.

* Spontantuberkulose bei Salzwasserfischen. Aronsohn.

Ein sehr hitzebeständiges sporenbildendes anaerobes Bakterium: Clostridium caloritolerans. N. Sp. Meyer und Lang.

Beschreibung eines neuen Stammes von Cl. tetani. Coleman und Meyer.

Untersuchungen über Tetanusantitoxine und -agglutinine in menschlichen Seris. Coleman und Meyer.

Prophylaxe und Behandlung des Schnupfens. Tanaka.

Die Präzipitinreaktion mit Extrakten aus verschiedenen tierischen Parasiten. Hektoen.

Die intravenöse Anwendung von Acriviolett und Mercurochrom bei bakteriellen Infektionen. Acriviolett und Mercurochrom haben starke bakterizide Wirkung in vitro. Beide Farbstoffe in 5% alkoholischen (50%) Lösungen sind gute Desinfektionsmittel der Haut und des Rachens. Weder im Tierversuch noch bei der menschlichen Sepsis konnten mit den Mitteln Erfolge erzielt werden.

Spontantuberkulose bei Salzwasserfischen. In verschiedenen Organen von Fischen, die in den Behältern des Aquariums zu Philadelphia tot aufgefunden wurden, fanden sich Tuberkel, die säurefeste Bazillen enthielten. Aus diesen Knötchen wurden säurefeste pleomorphe

Bazillen gezüchtet, die am besten bei 18° wuchsen, und für Tauben, Mäuse, Goldfische und Frösche pathogen waren, nicht aber für Kaninchen und Meerschweinchen. Es wird der Name Mykobakterium marinarum für diesen Organismus vorgeschlagen.

Henning, Berlin.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 13, 23. September 1926.

✦ Pyurie in der Kindheit. Mixter.
Diphtherieverhütung. White.

Pyurie. In über 100 Fällen von Pyurie bei Kindern konnte die Ursache nur durch Zystoskopie festgestellt werden in etwa ⅓—¼ der Fälle. Stasis führt durch Rückdruck zu Nierenveränderungen, und früher oder später kommt es dann zu Infektion. Wenn auch in gewissen Fällen Tuberkulose oder ein Stein die Ursache ist, in vielen gibt die obstruierende Veränderung die Ursache. Hier kommen einmal innere Veränderungen des Urinaltraktes in Frage, Ureterstriktur oder Knickung, Obstruktion am Blasenhals oder in der tiefen Uretra. Ferner Entwicklungshemmungen (renale oder uretrale Ektopie, Hufeisenniere). Eine Gruppe umfaßt die Hindernisse der Entleerung durch Druck von außen (Druck akzessorischer Gefäße auf den unteren Nierenpol, Stasis bei Duplikation des Ureters). In die 3. Gruppe gehören die Fälle idiopathischer Dilatation des Ureters. Im allgemeinen ist die größte Mehrzahl der Ursachen urinärer Stasis in der Kindheit kongenitalen Ursprungs, wenn auch z. B. Strikturen nach entzündlichen Vorgängen vorkommen können. In die letzte Gruppe gehören endlich Fälle, bei denen die normale Innervation gestört ist: Spina bifida. In allen Fällen kommt chirurgischer Eingriff in Frage.

v. Schnizer.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

12., Nr. 4, Oktober 1926.

Endometriumbildungen im Bruchsack einer Inguinalhernie, im Beckenperitoneum und in einer Ovarialzyste. John A. Sampson.
Bedeutung des Vorkommens von Uterusschleimhaut im Eileiter mit Erörterung des Ursprungs von ektopischem Endometrium. Emil Novak.
Beitrag zum Studium der Endometriumbildung Carl H. Davis.
Beziehung zwischen der Behandlung des Zervixkarzinoms und seiner Zelltypen. Frank A. Pemberton.
Klinische Bedeutung der Beckenmessung mittels Röntgenstrahlen. Herbert Thoms.
Erprobung der Wehenwirkung bei der Behandlung von 477 Fällen von verengtem Becken. Harold Bailey.
Unterbindung der Beckenvenen bei Thrombophlebitis. R. R. Huggins.
✦ Gegenwärtiger Stand der Geburtseinleitung mit Hilfe von Hypophysenextrakt. W. A. Scott.
Leberfunktionsprüfungen bei Schwangerschaftstoxikosen. Edward Lacy King.
Funktion der Ovarien, ein Ueberblick. 5. Mitteilung. Robert T. Frank.
✦ Wert der Kauterisation der Zervix als Voroperation zur Hysterektomie. B. Z. Cashman.

Gegenwärtiger Stand der Geburtseinleitung mit Hilfe von Hypophysenextrakt. Eine Umfrage bei führenden Geburtshelfern ergab die verschiedensten Urteile über den Wert der Hypophysenmittel zur Einleitung der Geburt. Als Resumé läßt sich folgendes sagen: Es gibt keine Methode zur Einleitung der Geburt, die für Mutter und Kind vollkommen gefahrlos ist. Praktisch gefahrlos, wenigstens für die Mutter, sind die Hypophysenmittel, evtl. in Kombination mit Rizinusöl und Chinin. Dagegen können gelegentlich Schädigungen des Kindes dadurch resultieren, daß auch bei vorsichtiger Dosierung tetanische Uteruskontraktionen auftreten. — Dem Verfasser gelang es, bei 181 unter 198 Fällen die Geburt mit Hypophysenmitteln einzuleiten. Leider werden in der Arbeit über die Methodik und Dosierung keine näheren Angaben gemacht.

Wert der Kauterisation der Zervix als Voroperation zur Hysterektomie. Die supravaginale Amputation ist eine weniger eingreifende Operation als die totale Hysterektomie, hat aber den Nachteil, daß sie eine u. U. kranke Zervix zurückläßt, die Ausfluß, Kreuzschmerzen, Parametritiden verursachen und evtl. karzinomatös degenerieren kann. Um diesen Nachteilen zu entgehen, empfiehlt Verf., vor Ausführung der subtotalen Hysterektomie die Zervix in einer Sitzung gründlich zu kauterisieren, und glaubt, auf diese Weise die Zervix vor den erwähnten Nachkrankheiten schützen und die Panhysterektomie vermeiden zu können.

Paul Braun, Stettin.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

43., Nr. 2, August 1926.

Pathologische Außenlage der Blase. Charles H. Mayo and William A. Hendricks.
✦ Behandlung der laryngealen Rekurrens-Paralyse durch Nerven-Anastomose. Charles H. Frazier and W. Blair Mosser.
✦ Die Lymphwege der extrahepatischen Gallengänge. Shuichi Kodama.
Schenkel-Hernie. R. Hamilton Russell.
Prostata-Karzinom. Hermon C. Bumpus.
✦ Verkalktes Hypernephrom der Niere. Aaron Arkin.
Jodöl als Mittel zur Pyelographie. C. H. Neuswanger.
Streptokokken-Immunisation von Kaninchen zur Verhütung von Streptokokken-Arthritis. Lawrence M. Mayers and Meta L. Schroeder.
Die physiologische Bedeutung der Gallenblase. J. G. Remynse.
✦ Die Technik der abdominalen Hysterektomie bei Uterus-Karzinom. Prof. K. Franz.
Zur Technik der partiellen Thyreoidektomie. H. H. Searls.
✦ Zur Technik der Appendektomie. Jose de Mendonca.
Die Frühdiagnose des Anenzephalus. James T. Case and John Elbert Cooper.
Beitrag zur Erforschung des Kleinhirnes. E. B. Towne.
Ein biegsamer Knieverband bei Beschädigung des Unterschenkels. Kenelm H. Digby
Abgeschlossene Drainage beim subphrenischen Abszeß. John D. Mc. Eachern.
Aspiration in der Nachbehandlung der Blasen-Operation. H. B. Devine.
Die operative Behandlung der komplizierten Hüftfraktur. Royal Whitman.
Insulin-Glukose-Behandlung des Schock. David Fisher.

Behandlung der laryngealen Rekurrens-Paralyse durch Nerven-Anastomose. Die Möglichkeit einer Schädigung des Nervus recurrens während Operationen an der Schilddrüse ist sehr groß. Heutzutage gebraucht jeder Chirurg Methoden, die das möglichst vermeiden, und trotzdem kann dem geübtesten Operateur ein Mißgriff, d. h. die Verletzung des Rekurrens passieren. Die Lähmung dieses Nerven zieht auch die Lähmung der Larynx-Dilatatoren, -Konstriktoren und -Tensoren nach sich. Man hat nun die verschiedensten Operationen zur Heilung dieser Schädigung beschrieben; aber sie sind alle nur palliativ und verfehlen häufig ihren Zweck, da sie destruktive Operationen sind. Im Gegensatz dazu steht die Nervenanastomose, welche eine konstruktive Operation ist. Die Verbindung des laryngealen Teiles des Rekurrens mit dem absteigenden Aste des Hypoglossus ist technisch eine sichere und relativ einfache Prozedur, nach der man in mindestens 60% aller Fälle eine wesentliche Besserung sieht. Die Zahl der gebesserten Fälle vermehrt sich prozentual noch dann, wenn man Patienten nimmt, bei denen die Lähmung noch nicht 6 Jahre bestanden hat. Die Anastomose mit dem Nervus phrenicus ist erfolgreich vervollkommnet worden.

Gallengänge. Durch die vorliegende Arbeit soll festgestellt werden, ob eine Verbindung zwischen dem Gallen-Traktus und verschiedenen Organen des Abdomens besteht. Schon lange hat man auf die Bedeutung der extrahepatischen Gallengänge in bezug auf die Pathogenese der Cholezystitis und Hepatitis hingewiesen, und in der Tat bestehen z. B. zwischen den Lymphbahnen des Duodenum und denen der Gallenblase direkte und enge Verbindungen. Einige der Lymphgefäße von Leber, Gallenblase, Duodenum, Pankreas und Appendix laufen in die Lymphdrüsen, welche an der Vena portarum liegen. Die lymphatische Verbindung von Leber und Gallenblase liegt im Leber-Parenchym und in der Kapsel. Ein sehr strikter Beweis für das Bestehen dieser Verbindungen wird durch das Phenoltetrachlorphthalein gegeben; denn dieses wird normalerweise nicht durch die Gallenblase ausgeschieden, sondern erst durch Duodenum und Jejunum.

Hypernephrom. Die Fortschritte in der Röntgendiagnose der Nierenkrankheiten haben uns seit der Entdeckung der Pyelographie und der Verbesserung der Technik in der Photographie der Niere wesentliche Aufschlüsse, besonders was die Hypernephrome der Niere anbelangt, gegeben. Zunächst einmal streitet man sich über den Ursprung des Hypernephroms, das wir im allgemeinen als Gravitzschen Tumor bezeichnen. Lubarsch nennt es Hypernephroid, während Gravitz glaubt, daß diese Tumoren von Resten der adrenalen Rinde in der Niere stammen — diese Ansicht wurde von den meisten Pathologen übernommen — glaubt Stoerk, daß das Hypernephrom nicht ein adrenaler, sondern ein rein renaler Tumor ist, welcher seinen Ursprung im Nierengewebe sitzen hat. Gewöhnlich findet man diese übermäßig seltenen Geschwülste bei der Sektion. Das maligne Hypernephrom wird charakterisiert durch seine spezielle Neigung, die Vena renalis anzugehen und Metastasen im Knochengerüst und in den Lungen zu setzen. Gewöhnlich ist das erste Anzeichen die Hämaturie und bei Menschen im mittleren Lebensalter sollte jede Hämaturie den Arzt veranlassen, genau nachzuprüfen, ob nicht eine Geschwulst in der Niere vorhanden sein könnte. Die besondere Schwere der Diagnose trotz Röntgenaufnahme beweist Verf. an einem Fall von verkalktem Hypernephrom, welches zunächst im Röntgenbild einen zirrhösen Charakter zeigt. Die präzise Diagnose wurde erst durch die histologische Untersuchung einwandfrei gestellt.

Hysterektomie. Die vorliegende Arbeit ist dem Lehrbuch des leider vor kurzem verstorbenen Geheimrat Franz entnommen. Er gibt darin die Technik an, welche er bei der Operation des Uterus-Karzinom anwendete. Mit der angegebenen Technik hat Franz die Wertheimsche Operation modifiziert und sie vereinfacht. Besonders tragisch ist es, daß der Autor, welcher die vielen Jahre mit Erfolg den Gebärmutterkrebs operativ bekämpft hat, leider selber am Karzinom viel zu früh für die Medizin und seine Patienten zugrunde gegangen ist.

Zur Technik der Appendektomie. Es muß gesagt werden, daß die größere Gefahr für den Patienten in der Krankheit selbst liegt und nicht, wie man allgemein glaubt, in der Operation. Als Methode der Wahl wird der rechtsseitige Wechselschnitt ausgeführt, sodann folgt stumpfe Durchtrennung der untersten Muskelpartien, Eröffnung des Peritoneums, Hervorholen des Koekums mit der Appendix. Darauf folgt die Loslösung derselben, wobei 1. darauf zu achten ist, daß die Appendix nicht zerreißt und 2. daß exakte Blutstillung vorgenommen wird. Die doppelte Abquetschung, Tabaksbeutelnaht, Abtrennen mit Pacquelin-Brenner, Zusammenziehen der Tabaksbeutelnaht, Uebernähung und 3 Etagenverschluß sind wohl für die Chirurgen wie auch für den Allgemeinpraktiker heute nichts Besonderes mehr.

Anders ist es mit der Frage der Bauchspülung und Drainage. Hierfür gelten wohl im allgemeinen dieselben Richtlinien wie für jede Peritonitis. In Deutschland pflegen wir wohl die weitaus überwiegende Anzahl der Appendektomien in Aethernarkose vorzunehmen, und wenn auch Verf. die Operation in Lokalanästhesie propagiert, so erscheint das doch als recht unzweckmäßig.

43., Nr. 3, September 1926.

Lucas-Championnière und die Mobilisation in der Frakturenbehandlung. John H. Gibbon.
Resektion einer Striktur im oberen Nierenbecken als Heilverfahren bei partieller Hydronephrose. John R. Caulk.
Hämangiom des Uterus. Frederick W. Wright.
◆ Pottscher Abszeß. T. A. Willis.
Die anatomische Grundlage für das Studium der Splanchnoptose. Agnes C. Viktor.
Einige Grundprinzipien der Knochenpathologie. René Leriche und Albert Policard.
◆ Affektion des Ductus biliacus communis, verbunden mit Gelbsucht. Donnell B. Cobb.
◆ Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit nach chirurgischer Normallagerung des Uterus. Carmelo Reyes.
◆ Malignes Melanom der Vulva. J. L. Goforth.
Prostata-Sarkom. Richard R. Smith und William R. Torgerson.
Postoperative Wund-Infektionen mit hämolytischen Streptokokken und die Beziehungen zu Streptokokkenträgern unter dem Operationspersonal. Frank L. Meleney und Franklin A. Stevens.
Operationstechnik bei Karzinom der Membrana mucosa buccalis. Eugene Polya.
Zur Technik der Thorakotomie mit freier Pleura. José Arce.
Zur Technik der zweizeitigen Operation bei pulsierendem Oesophagus-Divertikel. Frank H. Lahey.
Zervikale Rhikotomie bei Schmerzen infolge Karzinom am Nacken. Temple Fay.
Enterostomie — ihre klinische Bedeutung. Clark D. Brooks, William R. Clinton und L. Bayron Ashley.
Mundkrebs: Ergebnisse der Operation und Behandlungs-Therapie in 370 Fällen. Channing C. Simmons.
Ueber die klinische Bedeutung der lateralen Zystogramme. W. E. Coutts.
Der Klammer - Ring: Ein neues Instrument bei intestinaler Anastomose. Joseph B. Bacon.
Behandlungsmethode der postoperativen Bauchhernie. O. F. Lamson.
Der Gebrauch von Chloräthyl in der Geburtshilfe. Joseph Kreiselmann und Howard F. Kane.

Pottscher Abszeß. Die Möglichkeit multipler Läsionen erfordert die Notwendigkeit von Sicherung der Diagnose durch Röntgenaufnahme. Das Vorhandensein produktiver Veränderung des Knochens bei akuter Tuberkulose ist allgemein bekannt. Die Häufigkeit der Abszeßbildung und die Teilung derselben in einzelne Taschen kann klinisch durch die Abszeßbegrenzungen festgelegt werden. Man findet diese Abszesse in der Mitte der Wirbelkörper und nicht in den Intervertebralscheiben wie mitunter bei anatomischen Beschreibungen über das Ligamentum commune anterius angegeben wurde. Pott selbst hat diese Krankheit in ihrem letzten Stadium mit Kyphose und Paraplegie beschrieben. Forschungen jüngeren Datums mit frühzeitiger Diagnose, welche durch Röntgenbilder gesichert wurde, sind darum so wichtig, weil entsprechend der Frühdiagnose die evtl. Eingriffe unter Umständen besseren Erfolg versprechen.

Ductus biliacus communis. Die häufigste Ursache der Gallengangs-Verstopfung sind Steine; in einzelnen Fällen hat man Verschluß auch nach Operationen an dem Gallentraktus beobachtet. Die Diagnose kann nicht durch Differenzierung von akuter oder chronischer Gelbsucht gestellt werden, da dieselbe infolge von Hepatitis oder Pankreatitis ohne irgend eine Erscheinung von Verstopfung entstehen kann. In Fällen von obstruktiver Gelbsucht wendet Verf. in seinen Untersuchungen Tetrachlorphenolphthalein an; aber genaue Ergebnisse hat er nicht gefunden, wie auch Blutuntersuchungen nicht das erhoffte Ergebnis liefern.

Schwangerschaft. Die chirurgische Aufrichtung und Normallagerung des Uterus ist nicht von unvorteilhaftem Werte für eine Schwangerschaft und Geburt. Natürlich darf niemals vergessen werden, daß die Anamnese in bezug auf Geschlechtskrankheiten, Salpingitis und Adhäsionen schon einige Schlüsse auf den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt liefert. Ueber die Technik sagt Verf. nichts besonders Neues; denn auch er führt die Aufrichtung durch die Alexander-Adamssche Operation aus. In seiner Zusammenfassung gibt er eine Statistik, wonach er große Erfolge in bezug auf die Austragung gesunder Kinder nach Aufrichtung der Gebärmutter erzielt hat.

Malignes Melanom. Maligne, pigmentierte Tumoren mit primärem Sitz in den äußeren weiblichen Genitalien sind äußerst selten und besonders gilt das für das maligne Vulva-Melanom. Diese Tumoren sind epithelialen Ursprungs. Ein Naevus der Vulva muß als erhöht bösartig betrachtet werden und diese Fälle behandelt man am besten durch Exzision, wobei recht gute Erfolge erzielt werden. Verf. beschreibt in der vorliegenden Arbeit 3 Fälle von Vulva-Melanom, die alle an der rechten äußeren Labie saßen; alle 3 Fälle hat er durch Exzision geheilt, und während der Beobachtungszeit von 2 Jahren hat sich nicht das geringste an dem Wohlbefinden der Patienten geändert.

Hofbauer, Berlin.

American Journal of Ophthalmologie.

Oktober 1926.

◆ Sklerose der Art. centralis retinae. Bridgett.
Osteosarkom der Orbita. Zentmayr.
Chorioidealsarkom. Chance.
Unerlernbare Prismenprobe für Simulanten. Schild.
Ptosisbrille. Ball.
◆ Pepsinanwendung bei Augenlidern. Naróg.

Sklerose der Art. centralis retinae. Bei 200 Leichen wurden die Sehnervenenden anatomisch-histologisch untersucht. Die Arterie war in 45% normal, „physiologische“ Verdickung der Intima fand sich in 21%, Arteriosklerose in 26%.

Pepsinanwendung bei Augenleiden. Applikation subkutan und subkonjunktival, bei Lidnarben, Trachom, Hornhautnarben und Glaskörperverletzungen. Die Injektionen sind schmerzhaft. Schwellungen können bis 48 Stunden anhalten. Bei Wiederholung der Einspritzungen sind die Schmerzen geringer. Alle 3—6 Tage wird injiziert. Die Erfolge, namentlich bei Hornhauttrübungen, sind ermutigend.

Meesmann, Berlin.

The Tokoku Journal of experimental Medicine.

7., Heft 5/6, September 1926.

Einfluß der Verhinderung des Sinkens der Körpertemperatur auf die Aetherhyperglykämie und Glykosurie beim Hund. H. Tachi, K. Takai, I. Fujii.
* Experimentelles Studium der inneren Sekretion des Pankreas. IV. Ueber das Pankreashormon im Blut in verschiedenem Zustand. V. Innere Sekretion des Pankreas und n. vagus. T. Hoshi.
Die Wirkung der vegetativen Nervengifte und einiger anderer Drogen auf die Harnsäurekonzentration des Blutes. K. Tashiro.
Ueber die Wirkung der Reizung des afferenten Vagus auf einige vegetative Organe. K. Tashiro.
Ueber die Resorption der Glukose in die Portalvene. Y. Satuke und I. Fujii.
Ueber die Resorption der Lävulose in die Portalvene. Y. Satake und S. Hirayuma.
Eine weitere Untersuchung der Proteusbazillen. S. Matsui.
Kolorimetrische Methode für die Bestimmung anorganischer Sulfate, Phosphate und Chloride in kleinen Mengen Blut. S. Yoshimatsu.
◆ Beiträge zur Kenntnis der Serumprotease. X. Ueber die Mehrheit der Serumprotease. S. Kimura.

Experimentelle Studie der inneren Sekretion des Pankreas. Die aus der Klinik Kumagais enstandene Arbeit wendet als die genaueste Methode der Isolierung des Pankreashormons aus dem Blute die Aceton-Pikrinsäuremethode von Baker und Dodds an. Bei Kaninchen findet sich im Hungerzustand keine Verminderung des Gehaltes an Pankreashormon im Blut. Pilocarpininjektion hat fast keinen Einfluß auf den Hormongehalt des Blutes, Adrenalininjektion vermehrt ihn. Thyreoidenfütterung vermindert ihn leicht, Pituitrin ist ohne deutlichen Einfluß. Im Blut des vagusgereizten Kaninchens ist bedeutend mehr Pankreashormon enthalten, als in dem nichtgereizten. Splanchnikotomie und Narkose ist ohne Einfluß. Nach Verfasser ist es sicher, daß n. vagus die innere Sekretion des Pankreas beherrscht, während n. splanchnicus nur die Adrenalininjektion der Nebenniere kontrolliert.

Beiträge zur Kenntnis der Serumprotease. Im Menschenserum sind drei verschiedene Proteasen nachweisbar: 1. das Serumpepsin mit einem ph. Optimum 1,5 bis 1,9, 2. ein autolytisches Ferment mit dem ph. Optimum 3,9 bis 4,4, 3. die Serumtryptose mit dem Optimum ph. 6,9 bis 8,4. Serumpepsin und Serumtrypsin ähneln durchaus ihren Prototypen aus dem Magen und Pankreas. Nach 30 Minuten Erhitzen bei 55 Gard werden sämtliche Fermente geschwächt, bei 60 Grad vernichtet, durch Verdünnung mit Wasser wird ihre Wirksamkeit gefördert.

Fritz Müller, Berlin-Neukölln.

Buchbesprechungen.

Dr. med. Magnus Hirschfeld: **Sexualpathologie.** In drei Teilen. 1. Teil: Geschlechtliche Entwicklungsstörungen (mit besonderer Berücksichtigung der Onanie); IX, 211 Seiten mit 14 Tafeln, ein Textbild und einer Kurve. 2. Teil: Sexuelle Zwischenstufen (Das männliche Weib und der weibliche Mann); X, 279 Seiten mit 20 Photographien auf 7 Tafeln; 3. Teil: Störungen im Sexualstoffwechsel (mit besonderer Berücksichtigung der Impotenz); 340 Seiten mit 5 Tafeln. Bonn, A. Marcus und E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn). — „Pflicht und Recht zu diesen (sexualpathologischen) Studien erwächst der medizinischen Wissenschaft aus dem hohen Ziel aller menschlichen Forschung und Wahrheit." Diese Worte hat der Grazer Psychiater, Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing, im Vorwort zu seinem epochemachenden Lehrbuch „Psychopathia sexualis" im Jahre 1886 geschrieben. Trotz dieser Erkenntnis wurde die Sexualpathologie von der medizinischen Wissenschaft bis vor kurzem recht stiefmütterlich behandelt. Erst in der letzten Zeit scheint unter den Aerzten ein großes Interesse für diese Disziplin zu erwachen. Wer von den Aerzten die Kurse über Sexualpathologie im Berliner Institut für Sexualwissenschaft mitgemacht hat, wird dem Referenten zweifellos zugeben, daß Sanitätsrat Dr. Magnus Hirschfeld ein berufener Dozent ist. Wer es aber versäumt hat, von ihm unterrichtet zu werden, der kann in dem vorliegenden Werke, das lediglich auf Grund der langjährigen Praxis verfaßt ist, einen recht guten Ersatz finden. Es ist kaum etwas von dem ausgelassen, was bisher auf dem Gebiete der Sexualpathologie erforscht worden ist. Der praktische Arzt, der in seiner Praxis nicht selten sexualanormalen Typen begegnet, wird hier wertvolle Winke finden. Wieviel Selbstmorde wären nicht begangen worden, wenn der Patient die richtige Behandlung gefunden hätte. Es ist deshalb sehr an der Zeit, dieses Werk lebhaft zu empfehlen.

M. Kantorowicz.

Alice Ruehle-Gerstel: **Freud und Adler.** Elementare Einführung in Psychoanalyse und Individualpsychologie. Verlag: Am anderen Ufer. Dresden (Buchholz-Friedewald). 102 Seiten. Preis geb. 2,50 M. — Dem vielbeschäftigten praktischen Arzte, der endlich die heute viel besprochenen Lehren kennen lernen will, aber für das Studium der gründlichen Werke keine Zeit findet, kann die Lektüre dieses Büchleins sehr empfohlen werden. Auch demjenigen, der noch im Begriff steht, die Psychoanalyse und die Individualpsychologie durchzustudieren, kann das Büchlein als gute Einleitung dienen. Hier werden die beiden Lehren zunächst dargestellt, dann verglichen und kritisiert. Die Verfasserin versucht nachzuweisen, daß die Freudsche Lehre konservativ sei, die Adlersche dagegen berufen ist, „in unserer komplizierten und entgleisten Zeit Führer zu sein durch das Labyrinth des Daseins".

M. Kantorowicz.

Dipl.-Hdl. Otto Seeling, Rektor und Dr. med. Heinz Franzmeyer, Stadtschularzt in Berlin: **Heilpädagogisches Taschenwörterbuch.** Verff. geben selbst zu, daß dieses „Heilpädagogische Taschenwörterbuch" keine „wissenschaftliche Leistung" sein soll, sondern „eine strenge Zusammenfassung und Beherrschung des Gesamtgebietes" zu Prüfungszwecken ermöglichen, gegebenenfalls auch als Nachschlagewerk zur Orientierung über heilpädagogische Fragen dienen soll. Ob es allerdings diesem Zweck immer entsprechen wird, erscheint zum mindesten zweifelhaft, da die eigenen Kenntnisse des Verff. schon nicht immer zur genügenden Erklärung fachwissenschaftlicher Ausdrücke ausreichen. Um nur einiges herauszugreifen, ist der Begriff der Abreaktion als nur durch Psychoanalyse erzielbar erklärt, Agrapsie als Herdsymptom bezeichnet, ohne daß dieser Begriff näher erläutert wird, der dem in Frage kommenden Leserkreis gewiß nicht bekannt sein dürfte; ebenso ist bei der Erklärung der Amnesie sowohl die treibende Kraft der Verdrängung wie das Korsakoffsche Phänomen nicht erwähnt. Dagegen werden eine Reihe von Ausdrücken, wie Asemie, Aptemie, Battarismus und viele andere erklärt, die in Fachkreisen ganz ungebräuchlich sind, während wichtige und in Gutachten etc. häufig angewandte Wörter wie Fehlleistung, Fundus, Pyramidenbahn, Sperrung, Schizophrenie, Cyklothymie oder manisch-depressives Irresein, innere Sekretion, Neurose, Infantilismus u. a. m. vollkommen fehlen. Vielleicht können derartige Versäumnisse bei einer Neubearbeitung nachgeholt werden, um das Werkchen wirklich zweckentsprechend zu gestalten.

Haber.

Hans Friedenthal: **Menschheitskunde.** Wissenschaft und Bildung. (Einzeldarstellungen aus allen Gebieten des Wissens.) Nr. 231. 1927, Verlag von Quelle & Meyer in Leipzig. 131 Seiten. Preis 1,80 M. — Die Anthropologie hat in der letzten Zeit große Verbreitung in der medizinischen Forschung gefunden. Es gibt bis jetzt eigentlich nur ein Lehrbuch darüber, und das ist das umfangreiche Werk von Martin. Es ist natürlich nicht jedem möglich, das Werk zu verstehen; nur der Spezialist kann sich mit dem Martinschen Buch eingehend beschäftigen. Derjenige aber, der in dem vorliegenden Büchlein einen Ersatz finden will, wird enttäuscht sein, denn das Büchlein ist eher eine Ergänzung zu dem Martinschen. Hier hat nämlich der Vertreter der Anthropologie an der Berliner Universität einen wesentlichen Schritt vorwärts getan, indem er nicht die Verschiedenheiten der Menschen hervorhebt, sondern vielmehr alles das zu sammeln, zu ordnen und zusammenzufügen wünscht, was allen Menschen gemeinsam ist als notwendige Folge ihrer Bluts- und Geistesverwandtschaft. Damit will er eine neue Wissenschaft ankündigen. Wie es scheint, verwendet er hier die „Philosophie des Als Ob", aber er versteht es sehr gut, diese Methode der Vaihigerschen Fiktion anzuwenden. Der Inhalt zerfällt in sechs Kapitel: 1. Das Leben der Erde vor dem Auftreten des Menschen; 2. Die Vorgeschichte der Menschheit; 3. Die Urgeschichte der Menschheit; 4. Die Epoche der Barbarei; 5. Die Epoche der Ausbreitung der Zivilisation; 6. Die Menschheit von heute. Der Uebergang zur Kulturphase. Indem der Verfasser so eine Entwicklungsgeschichte gibt, kommt er zu solch optimistischen und fortschrittlichen Schlußfolgerungen, daß man viel Anregung findet, über die Stellung des Menschen in der Umwelt nachzudenken. Die Aufgabe des Arztes ist — von Leiden zu befreien oder zum mindesten, Leiden zu lindern. Um so eher wird eben der Arzt den Ausführungen des Büchleins Verständnis entgegenbringen. Und es ist kein Zufall, daß der Verfasser eine innige Beziehung zur Medizin hat....

M. Kantorowicz.

W. Schweisheimer: **Das gesunde und kranke Kind.** Mit 26 Abbildungen nach alten Holzschnitten und Kupferstichen. Verlag Knorr & Hirth G. m. b. H., München. 168 Seiten. — Ein Buch, wie es -- wenigstens ähnlich, eigentlich jede Frau und Mutter im Besitze haben sollte. Es gibt manchen guten Rat für die hoffende Frau in bezug auf sie selbst, für die Mutter in bezug auf die Säuglinge und die heranwachsenden Kinder, was Ernährung, Erziehung, Gesunderhaltung bezw. erste Maßnahmen bei Krankheiten anbelangt. Schweisheimer weiß die hauptsächlichsten Dinge darüber in kurzen und klaren Worten dem Laien verständlich zu machen.

In erster Linie gedenkt er der werdenden Mutter, im besonderen, was ihre Ernährung anbelangt. Diese darf vor allem keine ungenügende sein. Es bringen zwar auch hungernde Mütter kräftige Kinder zur Welt, aber ihnen selbst werden dadurch zu viel gute Stoffe entzogen.

Sodann wendet sich der Verf. einem sehr wichtigen, doch leider noch wenig geklärtem Kapitel zu: „Schutz den Ungeborenen!" In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Fruchtabtreibungen festzustellen, zunächst bedingt durch Not und Elend und nicht zuletzt durch Furcht vor Schande und Verlust gesellschaftlicher Achtung, ohne daß die Menschheit sich darüber klar wäre, welche Gefahr den Frauen in gesundheitlicher Beziehung droht. Es werden diverse Giftmittel, wie Quecksilber, Phosphor, Chinin usw. usw. benutzt und nicht selten Eingriffe von Aerzten vorgenommen, die doch eben nur statthaft sind, wenn durch Austragung der Frucht der Mutter oder dem Kinde schwerer Schaden zugefügt werden kann. Milderung des Gesetzes ist geboten, jedoch wäre generelle Straffreiheit abzulehnen. Als Hilfe wäre Geburtenverhütung, Geburtenprävention anzusehen, ferner Unterstützung von Seiten des Staates durch Fürsorgen und Kinderheimstätten..

Verf. weist sodann nach, daß Unregelmäßigkeiten im Leben der Kleinen und Kleinsten nicht immer mit Angst und Sorge aufzunehmen sind. Dies sind meistens nur vorübergehende Erscheinungen, die Natur regelt oft selbsttätig und oft kann auch die Mutter schon helfend eingreifen und Gutes tun, ohne immer gleich den Arzt zu holen. Einige Kinderkrankheiten werden kurz und anschaulich geschildert. Also auf dem einen oder anderen Gebiet kann genanntes Buch recht nutzbringend sein!

Hofbauer, Berlin.

Die deutsche Krankenversicherung 1926. Verlagsgesellschaft deutscher Krankenkassen m. b. H., Berlin-Charlottenburg. 39 Seiten mit 28 Abbildungen. — Für diejenigen, denen es vergönnt war, die Gesolei zu besuchen, wird dieses kleine Büchlein, das außer zahlreichen Abbildungen auch statistische Tabellen enthält, eine schöne Erinnerung sein. Diejenigen aber, die nicht auf der Ausstellung waren, können durch das Büchlein anschaulich über die Entwicklung des deutschen Krankenkassenwesens unterrichtet werden.

M. Kantorowicz.

Therapeutische Mitteilungen.

Neuramag bei Sumpffieber!

Von

Dr. med. A. MUENZBERG, Prausnitz.

Wenn wir Aerzte des flachen Landes ein neues Antineuralgikum und Antipyretikum zur Erforschung und Nachprüfung zugesandt bekommen, so müssen wir besonders bei der Anwendung und Verordnung derselben große Vorsicht walten lassen, da einerseits auf dem heutigen chemischen Markt viele minderwertige Mittel zur Schmerzstillung und Fieberbekämpfung angepriesen werden, wir Landärzte aber auch mit der konservativen Einstellung der Landbevölkerung rechnen müssen, die bei Verordnung eines Mittels stets eine prompte Wirkung sehen will und sich nicht gern zu Versuchsobjekten zwecks Erforschung eines neuen Mittels hergibt. Trotz alledem bot die diesjährige Sumpffieberepidemie der hiesigen Gegend mir Gelegenheit, das Antineuralgikum und Antipyretikum „Neuramag“ zu erforschen und nachzuprüfen, das mir die Firma Albert Mendel A.-G., Berlin-Schöneberg, liebenswürdigerweise in größeren Mengen zur Verfügung gestellt hatte. Bot doch gerade keine andere Krankheit, wie das Sumpffieber mit seinem verschiedenen Auftreten und seinen Variationen Gelegenheit, die antineuralgische und antipyretische Wirkung eines Mittels genau zu erforschen.

Nach dem Bürgischen Gesetz der Addition und Potenzierung durch Vereinigung mehrerer im gleichen Sinne wirkender Arzneikomponenten aufgebaut, enthält Neuramag je einen Vertreter der Phenazetin-, Antifebrin- und Salizylsäure-Gruppe gemeinsam mit dem Alkaloid Codein. Als Vertreter der Salizylgruppe wurde eine äußerst wirksame Verbindung der Azetylsalizylsäure mit Chinin gewählt. Derartige Verbindungen haben nach Mendel, Essen, besonders zentralwirkende analgetische Eigenschaften und dringen erst langsam vom Darm aus in den Körper ein. Unterstützt wird die Wirkung des azetylsalizylsauren Chinin durch die ursprünglichen hochwirksamen Vertreter der beiden anderen Klassen, des Parazetphenetidin und Azetanilid. Die leichte narkotische und stark beruhigende Wirkung des Kodein potenziert ihrerseits wieder die günstigen Eigenschaften der Analgetika.

Meine Beobachtungen erstrecken sich ungefähr auf 80 Fälle von Sumpffieber und 20 Fälle anderer fieberhafter Erkrankungen, sowie rheumatischer und neuralgischer Beschwerden. Das Sumpffieber, dessen Aetiologie und Erreger noch nicht bekannt sind, ist eine fieberhafte Erkrankung, die hauptsächlich jüngere Landleute männlichen Geschlechts befiel, welche in den feuchten Wiesen des hiesigen Ueberschwemmungsgebietes gearbeitet hatten. Die Leute gingen frisch und munter zur Arbeit, mähten 2 bis 3 Stunden Gras und fielen plötzlich mitunter um. Die Untersuchung ergab Fieber bis 41°, Puls stark frequent, Benommenheit, keine Lungenerscheinungen. Dagegen traten häufiger als Nebenerscheinungen Reißen und Ziehen in allen Gliedern, besonders in der Kreuzbeingegend, heftige Kopfschmerzen, kolikartige Magen- und Darmbeschwerden mit Durchfall auf.

Ich gab sofort anfangs zwei Neuragetten und im Verlauf des Tages zwei weitere, also innerhalb 12 Stunden vier Tabletten. Die Wirkung, die ich in den meisten Fällen sah, war eine ausgezeichnete. Die Entfieberung war prompt am nächsten Tage zu sehen, Kopfschmerzen und andere Störungen ließen nach, Patient fühlte sich von Tag zu Tag stärker. Am dritten Tage nach Beginn der Behandlung war eine vollständige Entfieberung eingetreten. Die beiden darauffolgenden Tage wurde weiterhin je eine Tablette Neuramag verabreicht. Nach weiteren zwei Tagen, in denen mitunter ein Rückfall zu verspüren war, wurde die Dosis verdoppelt, beim Wegbleiben des Rückfalles kein Medikament mehr gereicht. Am 7., 8. Tage fühlten sich die Patienten immer wieder frisch und munter und waren voll und ganz arbeitsfähig. Alle Nebenerscheinungen, wie Kreuz- und Gliederschmerzen, Kopfweh und Magen-Darmstörungen waren am 3. bis 4. Tage wie weggeblasen. Parallelversuche mit anderen Antipyretizis und Analgetizis ergaben zwar auch am 3., 4. Tage eine Entfieberung, die begleitenden Nebenerscheinungen jedoch ließen nicht so prompt nach, auch erholten sich die Patienten nach überstandener Krankheit schwer.

Außerdem wurde das Präparat Neuramag öfters bei Migräne, Darmstörungen, Neuralgien, Ischias, Rheuma usw. verordnet, und es wurden mit ihm immer sehr gute Erfolge erzielt. Selbst die kleinsten Dosen waren schon wirksam und Nach- und Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Da die Neuramag-Tabletten nach einem besonderen Verfahren hergestellt werden, daß sie im Wasser resp. im Magensaft sofort zerfallen, ist es ausgeschlossen, daß dieselben selbst nach längerer Lagerung den Magen- und Darmkanal unzersetzt passieren. Vielmehr tritt unter allen Umständen eine prompte Resorption ein, auch wenn die Tablette ungelöst geschluckt wird.

So ergibt sich ein Präparat, das auch in ganz geringen Dosen bei allen fieberhaften Erkrankungen sowie bei rheumatischen und neuralgischen Beschwerden hochwirksam ist, und das bei Abwesenheit jeglicher Nach- und Nebenwirkungen und jeder Gewöhnungsgefahr allen Ansprüchen, die man an ein Antipyretikum und Antineuralgikum stellen muß, vollauf genügt.

Ausgleich der Unterwertigkeit gekochter Milch, besonders im Falle künstlicher Säuglingsernährung.

Von

Dr. MAKOTO LOEW.

Bekanntlich hat man in der Säuglingsernährung die Erfahrung gemacht, daß Verwendung gekochter Kuhmilch gegenüber ungekochter weniger günstige Erfolge gibt.

Man hat zur Erklärung dieser Erscheinung verschiedene Hypothesen zu Hilfe genommen, z. B. eine geringe Veränderung der Proteinstoffe, Zerstörung von Vitaminen usw.

Ein Punkt, der bisher wenig Beachtung fand und dabei doch eine ausschlaggebende Rolle spielen könnte, wäre eine Veränderung der Resorbierbarkeit der anorganischen Bestandteile der Milch durch das Kochen, in erster Linie des Kalks.

In der frischen Milch ist bekanntlich der Kalk in einer sehr leicht resorbierbaren Form enthalten; derselbe ist mindestens teilweise als zitronensaurer Kalk vorhanden. Beim Kochen der Milch ist es naheliegend, an eine Umsetzung desselben mit aus Protein-Verbindungen freigewordenen Alkaliphosphaten zu denken, wobei der Kalk in schwerer resorbierbaren phosphorsauren Kalk übergeht.

Von diesen Ueberlegungen ausgehend ist es bei Verabreichung gekochter Kuhmilch angebracht, zwecks Ausgleich des eingetretenen Mangels an leicht verwertbarem Kalk täglich die Einnahme von 1—3 Tabletten „Kalzan“ (Kalzium-Natrium-Laktat) zerrieben (oder 1—3 g „Kalzan“-Pulver) zu verordnen, um der besonders im Kindesalter so nachteiligen Kalk-Unterernährung zu begegnen.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.)

Ueber die Behandlung der Pertussis mit Emulgenol.

Von

Dr. KARL MOSSE.

Solange wir kein Heilmittel der Pertussis besitzen, müssen wir uns bemühen, diese Krankheit wenigstens symptomatisch zu beeinflussen. Das führende Symptom der Pertussis ist der Anfall. Wollen wir ein neues Mittel, das gegen Pertussis empfohlen wird, prüfen, so steht im Vordergrund des Interesses sein Einfluß auf den Anfall und die Begleitsymptome des Anfalles: die Laryngospasmen und das Erbrechen.

Beim Anfall müssen wir unterscheiden: seine Häufigkeit, die leicht zu registrieren ist, und seine Schwere, d. h. die Dauer des einzelnen Anfalles, in Verbindung mit dem Grad der Störung des Allgemeinbefindens durch den Anfall. Die Störung des Allgemeinbefindens wird wesentlich mitbeeinflußt durch die Anstrengung des Hustenanfalls, nach dem man die Kinder oft kraftlos zusammensinken sieht, wie auch durch das Erbrechen, das besonders bei Säuglingen den Ernährungszustand in erheblichem Maße zu beeinträchtigen pflegt.

Wieweit dies Erbrechen mechanisch, wieweit es toxisch ausgelöst wird, läßt sich im einzelnen Falle nur schwer erweisen.

Die Anfälle bei Pertussis zeigen im Verlauf der Krankheit einen gesetzmäßigen Verlauf. Auf den Beginn mit unspezifischem, stoßweisem Husten folgen die ersten großen Anfälle, die sowohl bezüglich ihrer Intensität, wie ihrer Zahl bald das Maximum erreichen, um sich in beiden Richtungen, jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle für 1 bis 3 Wochen auf dieser Höhe zu halten. In dem nun beginnenden, absteigenden Ast der Krankheit nimmt im allgemeinen zunächst die Zahl der Anfälle ab, und erst wenn diese geringer geworden ist, pflegt auch die Intensität des Anfalles und gleichzeitig das Erbrechen abzunehmen. Will man also ein Mittel bei Pertussis prüfen, so muß man streng scheiden, in welchem Stadium es gegeben wird, und welcher Art die Einwirkung auf den Anfall ist, d. h. ob die Zahl oder die Intensität der Anfälle durch das Mittel beeinflußt worden sind.

Das uns zur Prüfung von Herrn Dr. Buttermilch freundlichst überlassene Emulgenol (Hersteller Chemisches Laboratorium Paul Raphael, Berlin W 15) stellt eine zweiprozentige Emulsion des von Neumann, Cassel, u. a. für die Pertussis-Behandlung empfohlenen Bromoforms in Lebertran dar. Es ist eine weißgelbliche, sirupartige Flüssigkeit, die von den Kindern im allgemeinen nicht gerade gern genommen wurde, deren Beibringung aber mit Ausnahme eines Falles keinerlei Schwierigkeiten machte. Das Mittel wurde entweder direkt im Teelöffel oder der Nahrung beigemengt gegeben. Entsprechend der üblichen Bromoformmedikation wurde es dreimal täglich verabfolgt in einer Menge, die die übliche Bromorphondosis enthielt (dreimal täglich n + 2 Tropfen, n = Alter). Das Mittel wurde etwa an 20, teils klinischen, teils poliklinischen Patienten probiert.

Es ergab sich zunächst, daß auf das Stadium des beginnenden Keuchhustens keinerlei Einfluß zu gewinnen war. Die Anfälle nahmen zunächst völlig unbeeinflußt an Intensität und Zahl zu. Eine Kupierung der Krankheit, wie sie Buttermilch (D. m. W. 1926, Nr. 45) beschreibt, haben wir nicht gesehen. Dagegen glauben wir im zweiten Stadium, dem der Höhe der Anfälle, deutlich günstige Einwirkungen gesehen zu haben, und zwar schien uns, daß weniger deutlich die Zahl der Anfälle, als die Intensität der Anfälle durch das Emulgenol beeinflußt wurde. In der Mehrzahl der mit Emulgenol behandelten Fälle nahm die Intensität der einzelnen Anfälle schnell ab und der Allgemeinzustand der Kinder verschlechterte sich in geringerem Maße, als wir es sonst zu sehen gewohnt sind. Besonders deutlich schien uns der Einfluß des Mittels auf das Erbrechen am Schluß des Anfalles zu sein. Auf der Höhe der Anfälle haben wir mehrfach Austauschversuche mit anderen Narkotizis, Kodeinpräparaten, Luminal, reinem Bromoform gemacht, und uns in der größeren Mehrzahl der Fälle davon überzeugen können, daß die Wirkung des Emulgenols eine stärkere war. In einer geringeren Zahl von Fällen haben andere Narkotika stärkeren Effekt gehabt. Als Beispiel seien einige gekürzte Krankengeschichten angefügt:

St., 5 Jahre, Pertussis, erbricht mehrfach täglich. Nach Einsetzen der Emulgenoltherapie fast völliges Aufhören des Erbrechens. Nach Absetzen des Emulgenols aus äußeren Gründen und Gabe von dreimal 7 Tropfen Bromoform starke Zunahme des Erbrechens, das auf erneute Emulgenolgabe sofort unterblieb.

H. A., 9 Monate, Pertussis, vom 6. bis 12. November täglich Erbrechen. Ab 12. 11. Emulgenol; hiernach nur noch einmal erbrochen, in 14 Tagen 250 g Zunahme.

H. J., 4 Wochen, Pertussis, Aufnahmegewicht am 13. 2. 2510 g, täglich 12 Anfälle, vom 17. bis 23. Emulgenol; Fortbestehen des Erbrechens. Gewichtsstillstand. Vom 23. bis 25. Luminal 0,025; keine Veränderung. Ab 26. 2. wieder Emulgenol; hiernach Aufhören des Erbrechens; am 3. 3. noch neun Anfälle, Gewicht 2680, 12. 3. 4 Anfälle, Gewicht 2890 g.

Diese Fälle zeigen den deutlichen Einfluß auf das Erbrechen auf der Höhe des Keuchhustens. Der letzte Fall aber mag auch als ein Beispiel für die Wirkungslosigkeit des Mittels bei beginnendem Keuchhusten dienen.

Im Stadium der abklingenden Anfälle soll man ein Keuchhustenmittel nicht beurteilen. Hier ist die individuelle Komponente des Krankheitsverlaufes so wechselnd, daß die objektive Beurteilung eines Mittels fast zur Unmöglichkeit wird. Trotzdem hatten wir subjektiv den Eindruck, daß in manchen Fällen durch das Emulgenol ein günstiger Einfluß auf die Gesamtdauer der Krankheit ausgeübt wurde.

Schwere Schädigungen haben wir durch das Mittel nie beobachtet. Die Mehrzahl der Kinder reagierte mit geringer Benommenheit, wie dies bei der narkotischen Wirkung des in dem Mittel enthaltenen Bromoforms nicht Wunder nehmen kann. Aus diesem Grunde möchten wir empfehlen, das Mittel nicht dem Handverkauf zu überlassen, was sich durch seinen Bromoformgehalt wohl an sich schon von selbst versteht.

Eine Statistik des Erfolges zu geben, erscheint uns bei dem relativ kleinen Material nicht angängig. Wollen wir aber unsere bei subtiler Beobachtung des Einzelfalles erworbene Erfahrung zusammenfassen, so kommen wir zu folgendem Schluß: auf der Höhe des Keuchhustens, d. h. zur Zeit der zahlreichen, schweren Anfälle erscheint uns das Emulgenol ein geeignetes Mittel zu sein, die Schwere der Anfälle, das Erbrechen und den Allgemeinzustand des erkrankten Kindes günstig zu beeinflussen. Hierbei leistet es in der Mehrzahl der Fälle mehr, als die reine Bromoformgabe und die Gabe von Narkotizis aus der Kodeingruppe. Für ein „spezifisches Heilmittel" der Pertussis halten wir das Emulgenol nicht.

Zur Magen-Darm-Therapie.

Von

Dr. FRANZ MOTTEK.

Das Krankheitsbild des durch saure Gärung des Darminhaltes hervorgerufenen Darmkatarrhs, dessen Zustandekommen oft noch durch besondere Reizbarkeit des enterokinetischen Systems oder durch Infektion der Darmschleimhaut mit Gärungserregern begünstigt wird, steht aus naheliegenden Gründen in der jetzigen Jahreszeit besonders im Vordergrund. Die Patienten sind durch Durchfälle äußerst erschöpft und heruntergekommen. Daher bringt die Diät und Bettruhe meist ohne weiteres, besonders bei leichten Fällen, eine Besserung. Dieser Effekt ist in der Hauptsache auf die Ruhigstellung des Darmes zurückzuführen. Hat der Katarrh keine bakterielle Aetiologie, so wird sich an die Besserung — auch bei allmählichem Uebergang zur üblichen Kost — die Heilung anschließen. Anders verhält es sich dagegen bei einer stationären Infektion des Darmes, wo häufig bei dem Versuch der Absetzung der Diät Nachschübe und neue Durchfälle auftreten, weil die Ursache nicht beseitigt worden ist. Da die Bakterien widerstandsfähiger als das Körpergewebe sind[1]), so kommt eine direkte Einwirkung auf die Keime durch Antiseptika nicht in Frage. Dagegen vermögen pulverförmige Stoffe durch ihre physikalische Beschaffenheit eine starke Adsorptionswirkung auf die Sekrete und die in ihnen enthaltenen Keime auszuüben und eine Reinigung durch die Wegführung solcher herbeizuführen. Im Kriege wandte man dem Kohlepulver[2]) wieder besondere Aufmerksamkeit zu und betonte allgemein bei Infektionen mit virulenten Bakterien seine keimarretierende Wirkung. Auch besonders in der Magen-Darm-Therapie wurden Tierkohle und Bolus alba in vielen Fällen zum Mittel der Wahl.

Von der Bolus sah man jedoch später wieder ab, da schädliche Nebenwirkungen (Kotsteine) zuweilen vorkamen. So enthält z. B. das von der Chemischen Fabrik Dr. R. Reiß herausgebrachte Kombinationspräparat Carbo-Bolusal neben kräftig adsorbierender Tierblutkohle die Komponenten Aluminium, Kieselsäure, Wismut, Kalzium und Magnesium, letzteres als Superoxyd. So tritt bei diesem Mittel zu der starken Adsorptionskraft noch eine alkaleszierende Komponente. Seine feine Dispersion und die dadurch erzielte größere Oberfläche sind von ausschlaggebender Bedeutung, denn wir haben für den Magen-Darm-Kanal kein Antiseptikum, bei dem mit Sicherheit eine mögliche Resorption oder eine Gewebsschädigung und Geschwürsbildung bei zu starker Konzentration oder eintretender Stase des Darminhaltes auszuschließen ist.

Aber setzen wir den Fall, wir hätten ein solches Desinfiziens, so könnten wir es in diesem Falle doch nicht anwenden, da selbst eine geringe Gewebsreizung durch Chemikalien bei längerer Anwendung das Uebel nur vergrößern würde. Die Reizung des Mesemchyms, welcher wir die Heilwirkung der meisten unserer bakteriziden Mittel verdanken, wird durch die palliative Pulverbehandlung auf das mildeste eben nur erwünschte Maß beschränkt. Bekannte Parallelen dazu bilden die frühere chirurgische Desinfektion, an deren Stelle auch physikalische Maßnahmen getreten sind und die Behandlung der Gonorrhoe mit stark gewebsreizenden Silberpräparaten, während man jetzt auch reizlosere Methoden schätzen gelernt hat.

---

[1]) Hahn: Zeitschrift für Hygiene 1919.
[2]) Afanassief: Wiener Klin. Wochenschrift 1915, Nr. 38.

448.8
F77

RECEIVED
DEC 23 1926
U. S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 34 BERLIN, DEN 30. NOVEMBER 1926 44. JAHRGANG

DIGIPAN

klinisch erprobtes, physiologisch eingestelltes Herzmittel von zuverlässiger Wirkung,

enthält die Aktivglykoside der Fol. Digital. in reiner Form und ist frei von Balaststoffen.

Lösung:	Original-Gläser zu 5, 10 und 15 ccm	Verbraucherpreis M –.65, 1,25 und 1,60
Tabletten:	Original-Gläser zu 12 und 25 Tabletten	„ M –.70 und 1.25
Ampullen:	Originalschachteln zu 3, 6 und 12 Ampullen	„ M 1,–, 1.70 und 3.–

ERGOPAN

sicher wirkendes Secalepräparat für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Lösung:	Packung mit 5 und 10 ccm	Verbraucherpreis M 1.25 und 2.10
Tabletten:	„ „ 10 und 20 Stück	„ M 1.30 und 2.35
Ampullen:	„ „ 3, 6 und 12 Stück	„ M 1.15, 1.95 und 3.75

Neue Literatur **Fortschritte der Therapie,** Heft 15, August 1926, Seite 492.

MENOSTATICUM

ausgezeichnetes Haemostypticum.

INDIKATIONEN: **Dysmenorrhoe, Menorrhagie, Metrorrhagie, Blutungen post partum, post abortum, während des Entwicklungs- und Rückbildungsalters, Myom-Blutungen usw.**

Lösung: Originalflasche Verbraucherpreis M 2.30

Bei fast allen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN, **BERLIN-JOHANNISTHAL**

NITROSCLERAN
Wirksames Therapeuticum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems.
Subkutan, intravenös und oral.
— Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern. —
E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22.

EPISAN Spezialmittel gegen Epilepsie
u. verwandte Krankheiten (Chorea; Kinderkrämpfe)
In Universitätskliniken und Nervenheilanstalten verordnet.
Bestandteile: Natr. biborac. puriss. Kal. bromat. Zinc. oxydat. puriss. Amyl. valerian. Ol. menth. pip. Mitcham. Amidoazotoluol p. s. in Tablett. à 1,—.
Originalgläser zu 180 Tabl. u. 90 Tabl.
In allen Apotheken zu haben.
EPISAN Berendsdorf
Von Kindern u. Erwachsenen gleich gut vertragen.
EPISAN Berendsdorf
Von Aerzten bestens empfohlen.
Literatur und Proben durch Fa.: EPISAN-BERENDSDORF, BERLIN W, Potsdamer Strasse 84 a.

Analgit
Patente ang. in allen Kulturstaaten.
Marke geschützt in allen Kulturstaaten
neuartiges, flüssiges
Hyperämie- u. Erythemmittel,
wesentlicher Fortschritt in der
äußerlichen Schmerzbekämpfung.
Gratisproben und Literatur durch: C. LEUFFEN & CO., Kommandit-Gesellschaft, EITORF

Literatur über Analgit:
1. Clemm: „Ueber ein neues Mittel, d. Einreib. Hyperämie zu erzielen.“ (Aerztl. Rundsch. Nr. 14, 1926). 2. Grossmann: „Durch Analgit hervorger. Hyperämie u. der. Heilerfolge.“ (Wiener med. Wchschr. Nr. 24, 1926). 3. Kärcher: „Ueber d. äußerl. hyperämisierende Analgetikum u. Heilmittel Analgit.“ (Landarzt Nr. 42, 1926). 4. Klingelhöffer: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit.“ (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 5. Knotz: „Herpes zoster n. Behdlg. mit Analgit.“ (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 6. Kräuse: „Erfahr. m. Analgit.“ (Ther. d. Geg. Nr. 11, 1925). 7. Löw: „Epiderm. Reizther. mit lipoidlösl. Stoff., insbes. mit Analgit.“ (Landarzt Nr. 35, 1926). 8. Sachs: „Ein Vergl. zwisch. d. Wirk. v. Strahlen u. d. Wirk. v. Analgit.“ (Med Klin. Nr. 22, 1926). 9. Blank: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit.“ Dtsch. m. Wchschr. Nr. 52, 1925). 10. Kauenhowen: „Ueber ein neuart. flüss. Hyperämiemittel.“ (Excerpta medica Nr. 1, 1926). 11. Schneider: „Wie können wir a. einf. Weise Hyperämie erzeug.“ (Aerztl. Rundsch. Nr. 20, 1926).

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL
Zyma ERLANGEN
HOVALETTEN ZYMA
CHEMISCHE FABRIK ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
KASSENPACKUNG
Hovaletten Zyma
HOVALETTEN

Calcaona
Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao
Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym
Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat, Nervennahrung

Haemosistan
Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal
Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tilmann.)
Dr. med. H. A. Grueter, Assistenzarzt der Klinik: Diagnostische Irrtümer bei der Appendizitis . . . 1323
Aus der Kinderklinik der städt. Krankenanstalten in Essen.
Otto Bossert: Kritische Betrachtungen zur Spasmophiliefrage 1325
Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tilmann.)
Dr. Konrad Koch, Oberarzt der Klinik: Mehr Frühoperation bei Appendizitis! 1328
Generalarzt Dr. Buttersack, Göttingen: Neues vom Kreislauf 1330

Laufende medizinische Literatur:

Münchener med. Wochenschrift, Nr. 46 1330
Medizinische Klinik, Nr. 45 1331
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 46, 47 . . 1331
Klinische Wochenschrift, Nr. 45, 46 1332
Reichsgesundheitsblatt, 1., Nr. 45 1333
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 23., Nr. 20, 21 1333
Deutsches Archiv für klinische Medizin, 153., Heft 1/2 1334
Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten, 18., Nr. 21, 22 1334
Zeitschrift für Tuberkulose, 46., Heft 3, 4 1335
Die extrapulmonale Tuberkulose, Heft 10 1336
Monatsschrift für Kinderheilkunde, 34., Heft 1 . . . 1336
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 46 1336
Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 74., Heft 6 1337
Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung, 12., Heft 5 1337
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 46 1338
Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie, 14., Heft 6 1338
Dermatologische Wochenschrift, 83., Nr. 46, 47 . . . 1339
Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 45 1339
Wiener Medizinische Wochenschrift, 76., Heft 40—42 1339
Acta Radiologica, 5., Fasc. 2, Nr. 24 1341
Orvisо Hetilap, 70., Nr. 44 1341
Magyar Röntgen Közlöny, 1., Nr. 1-2 1342
British Medical Journal, Nr. 3435 1342
La Pediatria, 34., Heft 21 1344
Raggia ultravioletti, 5-6 1345
Paris Médicale, Nr. 43, 44 1345
Journal des Praticiens, Nr. 44, 45 1345
Révue de médicine, 43., Nr. 3 1346
La Gynécologie, 25., August 1926 1346
Le Scalpel, Nr. 44—46 1346
Bruxelles Médical, Nr. 2 1346
Neurologja Polska, 8., Heft 1 1347
Ginekologja Polska, 5., Heft 4—6 1347
The Journal of the American Medical Association, Chicago, 87., Nr. 17 1348
Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 39., 215 . . 1349
The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 14—17 1349
The Journal of Nervous and Mental Disease, 63., Nr. 6 (Juni 1926), 64., Nr. 1 (Juli), Nr. 2 (August) 1350
Endocrinology, 10., Mai-Juni 1926, Nr. 3 1351
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, 16., 1 1351
California and Western Medicine, 25., Nr. 3 . . . 1352
Buchbesprechungen 1352

Bei Erkältungskrankheiten!

Bei den Kassen zugelassen!

Rheumasan
Das führende perkutane
Antirheumaticum und **Antineuralgicum**
auch bei **quälenden Herzsensationen** KP. Tube M. 0.70, 1/2 Tube M. 1,25, 1/1 Tube M. 2.–

Lenirenin, ***rein*** *(Staubfeines Lenicet-Nebennierenpräparat)*
Schleimhautabschwellend, sekretionsvermindernd, blutstillend
Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis, Epistaxis, juckendes Gehörgangekzem KP. (1,25 gr) M. 0.60, Schacht. (5,0 gr) M. 1.50,
„ (12,5 gr) M. 3.–

Lenirenin-Salbe
Anaemisierend, bakterizid, antiphlogistisch und juckstillend
Augen-, Nasen-, Ohren-, Haut- und **Schleimhaut-Salbe**
(auch Säuglingsschnupfen) Tube M. 1.40

Lenirenin-Schnupfen-Salbe
Rhinitis sicca (nicht für Säuglinge, diesen Lenirenin-Salbe) Tube M. 0,60

Literatur und Proben

Dr. R. Reiss, **Rheumasan-** und **Lenicet-Fabrik,** Berlin NW87/D.

Levurinose „Blaes"

das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

Degalol

bei Gallenleiden

O.-P: Röhre mit 20 Tabletten zu je 0,1 g

J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN
1 8 1 4
CHEMISCHE FABRIK

Dijodyl

bei Arteriosklerose

O.-P: Päckchen mit 10 und 20 Tabletten zu je 0,3 g

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 34 30. NOVEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg. (Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Tilmann.)

Diagnostische Irrtümer bei der Appendizitis*).

Von
Dr. med. H. A. GRUETER, Assistenzarzt der Klinik.

Wenn auch im allgemeinen für den praktischen Arzt und den Chirurgen die Appendizitis ein fest umrissenes klinisches Bild darstellt, so kommen doch immer wieder auf diesem Gebiet, wie die klinische Erfahrung und die in der Literatur niedergelegten Fälle beweisen, Irrtümer vor, die, wenn sie sich auch nicht immer ganz vermeiden lassen, doch bei genauer Kenntnis der Dinge auf ein Minimum zurückgeführt werden können.

Bei den weiblichen Patienten sind es vor allem die Adnexerkrankungen, die zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben. Bei der engen Nachbarschaft des Wurmfortsatzes mit den Adnexen können diese leicht eine Appendizitis vortäuschen, wobei nicht immer gesagt sein soll, daß die Entzündung immer von den Adnexen selbst ausgehen muß; die Appendix selbst ist oft genug der primäre Erkrankungsherd. Stielgedrehte Ovarialtumoren, Dysmenorrhoen, Abortreste, vereiterte Dermoide, kriminelle Aborte täuschen oft nach Jolly das Bild der Appendizitis vor. Beim Douglasabszeß ist seine Herkunft nicht immer leicht zu entscheiden, wenn auch die rektale Untersuchung in manchen Fällen Aufklärung gibt. So soll nach Promptow ausgesprochene Druckempfindlichkeit des Douglas für appendizitische Herkunft sprechen, während Schmerzen beim Hinaufdrängen des Uterus vom Rektum aus eine Erkrankung der Adnexe oder des Uterus anzeigen sollen. Odermatt hat in 11 Fällen von geplatztem Corpus luteum, die unter der Diagnose Appendizitis liefen, bei der Autopsie neunmal den Wurmfortsatz völlig intakt gefunden. Wir hatten gerade Gelegenheit, einen hierher gehörigen Fall zu operieren. Diagnose: Appendizitis. Befund: kleine, apfelgroße Corpus luteum-Zyste, Appendix gesund. Er hält eine sichere Diagnose in diesen Fällen nicht immer für möglich. Uns wurde vor einiger Zeit eine 34jährige Patientin mit der Diagnose perityphlitischer Abszeß eingeliefert, die auch eine große Resistenz in der rechten Unterbauchgegend aufwies. Bei genauer Untersuchung wurde festgestellt, daß es sich um Infiltration der rechten Beckenhälfte bei exulzeriertem Portiokarzinom handelte.

Daß eine geplatzte rechtsseitige Tubargravidität eine Blinddarmentzündung, ja sogar eine diffuse Peritonitis vortäuschen kann, ist eine allgemein bekannte und auch an unserer Klinik mehrfach beobachtete Tatsache. Nach Juillard spielt bei der Diagnosestellung der Appendizitis auch die Menopause eine gewisse Rolle. Zweifellos kommt eine wirkliche Entzündung des Wurmfortsatzes während der Wechseljahre häufiger vor als man im allgemeinen annimmt. Anderseits können Störungen der Wechseljahre leicht eine Appendizitis vortäuschen, wofür es leider nach seiner Ansicht ein sicheres, untrügliches, diagnostisches Merkmal nicht gibt. Ebenso dürfen wir bei jungen Mädchen in der Menarche die von diesem Zustand herrührenden Störungen, die sich manchmal als Schmerz in der rechten Unterbauchgegend auswirken, nicht immer gleich als Appendizitis ansprechen.

Von seiten der männlichen Geschlechtsorgane finde ich in der Literatur nur vier von Zipper zusammengestellte Fälle von Epididymitis, die sich nur schwer von der Appendizitis abtrennen ließen und die zum Teil erst kurz vor der Operation auf dem Tische als Epididymitis richtig diagnostizert und vor der überflüssigen Appendektomie bewahrt blieben. Ich selbst habe nur ein Fall dieser Art gesehen, wobei allerdings die Hodenschwellung erst am nächsten Tage auftrat.

Ziehen wir weiter die Nachbarorgane des Wurmfortsatzes in unsere diagnostischen Erwägungen, so sind vor allem die Nieren- und Uretersteine, im wahrsten Sinne des Wortes Steine des Anstoßes, wobei, wie wir es noch kürzlich in unserer Klinik erlebt haben, der Ureterstein nicht immer im rechten Harnleiter sitzen muß, sondern auch bei exakt angegebenem Druckschmerz in der rechten Unterbauchgegend, wie das Röntgenbild zeigte, im linken Ureter sitzen kann. Auch dieser Fall wurde als akute Appendizitis eingeliefert. Nicht minder selten werden Zystitiden und Nierenbeckenerkrankungen als Blinddarmentzündung diagnostiziert (Liek). Sicher wird hier wie dort eine genaue Untersuchung des Urins und des Sedimentes uns vor Irrtümern schützen. Beispiel: Ein 16jähriges Mädchen wird in die Klinik als Appendizitis eingewiesen. Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Temperatur und Puls, sowie Leukozyten erhöht. Nebenbei hat das Mädchen einen Stirnfurunkel, wir finden eine Staphylokokkenzystitis, deren Abheilung auch die appendizitischen Erscheinungen zum Schwinden brachte.

Erkrankungen der Gallenblase, des Pankreas und des Duodenums geben, wenn nicht eine ausgesprochene Enteroptose besteht, nach unseren Erfahrungen weniger Anlaß zu Verwechslungen mit der Erkrankung des Wurmfortsatzes.

Sehr oft verlaufen — wie in letzter Zeit auch mehrfach berichtet wurde (so von Schwarz und Metge) — Netztumoren unter dem Bilde der akuten Appendizitis. Wir selbst hatten im Frühjahr dieses Jahres Gelegenheit, einen solchen Fall zu operieren, der als Blinddarmentzündung eingewiesen worden war. Die 38jährige Frau hatte seit 4 Tagen zunehmende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und zeigte alle klinischen Symptome einer akuten Appendizitis mit lokaler Peritonitis. Da Temperatur und Puls stiegen, entschlossen wir uns zur Operation, wobei die Appendix sich als völlig intakt erwies. In der Bauchhöhle selbst war freies Exsudat. Ein Griff etwas höher hinauf in die Bauchhöhle brachte einen über apfelgroßen, stielgedrehten Netztumor zum Vorschein, der zweimal um seine Achse gedreht und im abgedrehten Teil stark blutig infarziert war. Nach der Resektion erfolgte glatte Heilung. Einen ähnlichen Fall teilte Seiffert in der Breslauer Chirurgischen Gesellschaft am 8. Juni 1925 mit, wo ein 25jähriger Mann plötzlich unter den Erscheinungen einer akuten fieberhaften Appendizitis erkrankte. Bei der Laparotomie wurde der Wurm völlig gesund erkannt, während ein fingerlanger, blutig infarzierter, mehrfach gedrehter, gangränöser Netzstrang als Krankheitsursache entfernt wurde. Der Mann hatte in gebückter Stellung mit äußerster Kraftanstrengung und einer ruckartigen Bewegung nach der Seite zu einen schweren Sack aufzuheben versucht und sofort einen intensiven Schmerz in der rechten Unterbauchgegend verspürt. Die Operation deckte nach 24 Stunden obigen Befund auf. — Bei dieser Gelegenheit wäre noch zu erwähnen, daß auch stielgedrehte Appendices epiploicae am Colon ascendens, wie Hartley mitteilt, eine echte Appendizitis vortäuschen können.

---

*) Nach einem Vortrag, gehalten am 30. Oktober 1926 in dem von der medizinischen Fakultät der Universität Köln veranstaltetem Fortbildungskurs für praktische Aerzte.

Das Krankheitsbild der Darmspasmen, die als Erkrankung des Wurmfortsatzes imponieren, haben Vogeler und besonders Liek beschrieben. Nach Liek gibt es eine echte Typhlitis auch ohne Beteiligung des Wurmfortsatzes. Auch um das Krankheitsbild der Typhlitis stercoralis kommen wir nach Liek nicht herum. Ebenso laufen Bleikoliken, gastrische Krisen, Krampfgeschwulst des Koekums infolge Verstopfung des Sigmoid, oft unter der Diagnose Appendizitis. Diese spastischen Zustände, die als Coecum mobile, Typhlatonie und Appendicitis chronica angesprochen werden, sollten nach ihm nicht besser operiert, sondern mit Bettruhe, Wärme und Atropin behandelt werden.

Tuberkulose der Mesenteriallymphdrüsen und des Peritoneums, sowie Arteriosklerose der Art. meseraica geben seltener, aber doch schon mal, Anlaß zu Verwechslungen mit der Appendizitis, ebenso Interkostal- und Bauchwandneuralgien.

Bei jüngeren Individuen ist immer nach Würmern zu forschen. Wir haben in unsere Klinik, besonders im Frühjahr, mehrfach Kinder mit 40 Temperatur, 112 Puls und einer erhöhten Leukozytose als Appendizitis eingewiesen bekommen, bei denen jedoch das seltsam gute Allgemeinbefinden und der relative weiche Leib, ferner die Anamnese uns zu einer abwartenden Therapie bestimmten. Am nächsten Tage fielen meist Temperatur und Puls zur Norm und die Stuhluntersuchung bestätigte die Richtigkeit unserer Annahme auf Wurmerkrankung.

Ich darf vielleicht bei dieser Gelegenheit erwähnen, daß wir bezüglich der Leukozytenzählung, die wir bei jedem Verdacht auf Blinddarmentzündung vornehmen, immer wieder die Erfahrung machen, daß bei perforierter Appendizitis die Leukozytenwerte relativ niedrig sein können.

Was endlich die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Typhus abdominalis anbetrifft, so ließe sich dazu sagen, daß hier neben dem klinischen Blick die Leukozytenzählung von ungeheurem Werte ist und fast immer den richtigen Weg weist. Die verschiedenen serologischen Untersuchungsresultate abzuwarten, ist nicht immer angängig, zumal sie auch im Anfang der Erkrankung nicht immer bewiesen sind. Wir haben verschiedentlich in diesem Sommer die als Appendizitis eingewiesenen Patienten mit hohen Temperaturen, ausgesprochenen appendizitischen Erscheinungen und niedriger Leukozytenzahl direkt zu Anfang als Typhen erkannt und dementsprechend behandelt.

Endlich möchte ich Ihnen noch über einen eigentümlichen diagnostischen Irrtum berichten, der uns in jüngster Zeit unterlaufen ist. Es handelte sich um einen 4½jährigen Jungen, der mit allen Zeichen einer diffusen Peritonitis eingeliefert wurde. Temperatur 39,5, Puls 140. Leukozyten 22 000. Besonders heftige Druckempfindlichkeit in der Appendixgegend, wo auch nach Angabe des Vaters am Tage vorher die Leibschmerzen begonnen haben sollten. Der Leib war überall prall gespannt und, wie schon oben erwähnt, in der rechten Unterbauchgegend besonders druckempfindlich. Rektal bestand, was in diesem Falle wichtig war, keine besondere Druckempfindlichkeit. Die Lungen waren ohne krankhaften Befund. Die sofort vorgenommene Operation deckte eine allgemeine Peritonitis mit dicken Fibrinauflagen auf, die aber makroskopisch sicher nicht von der Appendix ausging, denn diese zeigte, wie auch später die histologische Untersuchung bewies, nichts von einer akuten Entzündung. Auch die nach zwei Tagen vorgenommene Sektion konnte zunächst keinen Grund für die Peritonitis aufdecken, bis schließlich ungefähr 7 cm oberhalb der Analöffnung im Rektum ein kleines Ulkus zum Vorschein kam, das nach dem histologischen Bilde keinen Anhalt für spezifischen Ulkus gab, und am ehesten noch eine artifizielle Verletzung, vielleicht durch ein Fieberthermometer, vermuten ließ. Ich habe den wahren Sachverhalt nicht aufklären können, da der Vater des Jungen trotz mehrfachen Versuches nicht zu erreichen war.

Zum Schlusse meiner Ausführungen möchte ich noch auf die Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen der Brustorgane und der Appendizitis hinweisen. In seiner sehr lehrreichen Arbeit über Pseudoappendizitis und Peritonitis bei Grippe berichtet Brütt aus der Kümmellschen Klinik über 9 Fälle von schwerer Grippe mit den Erscheinungen einer mittelschweren bis schweren akuten Appendizitis bzw. Peritonitis ohne entsprechend anatomischen Befund, wobei nur die genaue klinische Beobachtung unter Zuhilfenahme der verschiedenen klinischen Untersuchungsmethoden (Leukozytenzählung usw.) es ermöglichte, aus der Mehrzahl der Fälle die richtige Diagnose „Pseudoappendizitis" zu stellen. Da bei der Pseudoappendizitis außer den spontanen Schmerzen Druckschmerz mit Resistenzgefühl usw. bestehen kann, war unter Umständen eine sichere Entscheidung unmöglich. In zwei seiner Fälle hatten Rektushämatome eine Appendizitis vorgetäuscht, in anderen Fällen wurden ähnlich, wie bei der Wurmfortsatzentzündung Erscheinungen bei der gewöhnlichen Pneumonie und Pleuritis, Interkostalneuralgien der Bauchwandnerven als Ursache angenommen. Scharf hiervon zu trennen sind nach seiner Ansicht die bei der kruppösen Pneumonie und Pleuritis beschriebenen Peritonismen, sowie die sog. Darmgrippe, bei der es sich anscheinend um eine spezifische Interitis mit Durchfällen, Fieber, diffusen oder in der Ileokoekalgegend lokalisierten Leibschmerzen handelt. Nach Dubs ist es auffallend, daß bei diesen Pseudoappendizitiden trotz ernstem, der echten Appendizitis ähnlichem lokalen Befunde der Puls nicht über 100 geht, eine Wahrnehmung, die wir nach unseren Erfahrungen nicht immer bestätigt fanden. Als Beispiel hierkü demonstriere ich Ihnen hier die Lungenplatte eines als Appendicitis acuta eingewiesenen 5jährigen Mädchens, das nach der Anamnese seit 3 Tagen über Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend klagte. Nach Angabe des Vaters seit einem Tage ab und zu leichte Hustenstöße, keine Würmer, Urin o. B., Temperatur 39,7, Puls 136, Leukozyten 22 200, ausgesprochene Druckempfindlichkeit in der rechten Unterbauchgegend. Leichte Dämpfung und Bronchialatmung hinter über dem rechten Unterlappen. Die Operation unterblieb; und das Röntgenbild zeigte einen über fünfmarkstückgroßen Herd im rechten Unterlappen, der 6 Tage später bei der Kontrollaufnahme nicht mehr zu sehen war. Entfieberung am zweiten Tage, nach 7 Tagen wurde das Kind als geheilt entlassen.

Einen ähnlichen Fall zu beobachten, hatten wir vor 8 Tagen Gelegenheit. Hier handelt es sich um einen 12jährigen Jungen, der angab, vor 3 Tagen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend bekommen zu haben. Mehrfaches Erbrechen, Stuhl angehalten. Temperatur 38,8, Puls 104, Leukozyten 19 200, Urin o. B., Leib leicht gespannt, über dem ganzen Abdomen leichter Druckschmerz, besonders in der Gegend des Mac Burney, wo starker Lüftungsschmerz festzustellen war. Bei der sofort vorgenommenen Operation wurde an den Bauchorganen kein Befund erhoben, insbesondere war die Appendix vollkommen gesund. Gleich zu Beginn der Narkose stellte sich eine schwer stillbare Blutung aus der Nase ein. Am nächsten Tage sanken Temperatur und Puls zur Norm. Die Untersuchung auf Typhus und Paratyphus fiel negativ aus, hingegen deckte die Lungenuntersuchung eine rechtsseitige Lungentuberkulose auf.

Auch die Perikarditis hat, wie Fussell und Kay mitteilen, gelegentlich zu Verwechslungen mit der Appendizitis geführt. Sie berichten über 3 Fälle mit akuter Herzbeutelentzündung mit ausgesprochenem Druckschmerz in der rechten Unterbauchgegend. Mit Abheilung der Perikarditis schwand auch die bretthart Bauchdeckenspannung, und in einem Falle, der zur Obduktion kam und bei dem bis zum Ende die appendizitischen Erscheinungen sehr stark gewesen waren, wurde die Appendix vollkommen intakt gefunden.

Vysin berichtet über einen Fall von Pneumonie, der mit den Erscheinungen der Appendizitis begann, aber rechtzeitig vor der Operation erkannt wurde. Ferner über 2 Fälle von Scharlach, die wegen Appendizitis operiert wurden, wobei aber intra operationem nur eine seröse Entzündung des Wurmes festgestellt wurde, am fünften resp. dritten Tage trat ein typisches Scharlachexanthem auf; endlich über einen Fall von Masern, der als Appendizitis imponierte, bei dem am dritten Tage das Masernexanthem zum Vorschein kam, vorerst nicht operiert wurde, 8 Tage aber wegen eines perytiphlitischen Abszesses laparotomiert werden mußte.

Aus dem großen Material unserer Klinik und der Literatur habe ich einige Fälle ausgesucht, um Ihnen zu zeigen, daß es auch in der Diagnose der Appendizitis noch Irrtümer und Fehlschläge gibt. Es muß unser Bestreben sein, diese nach Möglichkeit auszumerzen. Wir stellen daher die Forderung auf, bei jeder Appendizitis eine genaue Untersuchung des ganzen Menschen vorzunehmen mit Einschluß der Brustorgane, vaginale resp. rektale Untersuchung, Urin- und Sedimentuntersuchung und Leukozytenzählung. Sollte einmal der eine oder andere Fall in der Praxis nicht sofort zu klären sein, so müssen wir vom Standpunkt des Chirurgen unbedingt fordern, jeden Verdacht auf Appendizitis baldmöglichst der chirurgischen Behandlung zu überweisen. Die Klinik wird mit Hilfe ihrer diagnostischen Mittel, die leider in der Praxis draußen oft sehr schwierig durchzuführen sind, schon die richtige Diagnose herauskristallisieren. Wenn wir uns endlich die Statistik der beiden letzten Jahre unserer Klinik ansehen, die Koch veröffentlicht hat, wonach im Jahre 1925 53% und im Jahre

1926 bis jetzt schon (1. 11. 26) 56% perforierte Appendizitis, d. h. zu spät eingewiesen wurden, so ist es vielleicht doch besser, im Zweifelsfalle einmal umsonst laparotomiert zu haben, als durch ein „Zu spät“ das Leben des Patienten aufs Spiel zu setzen.

Literaturverzeichnis:

1. Bis 1920 bei **E. Liek**: Grenzgebiete, Bd. 32, H. 2.
2. H. **Brutt**: Bruns Beiträge 1920, Bd. 120.
3. F. **Hallenbach**: Deutsche Med. Wochenschrift 1921, Nr. 5.
4. R. **Jolly**: Deutsche Med. Wochenschrift 1920, Nr. 20.
5. **Fussel** and **Kay**: Amer. journ. of the medic. sciences, Jan. 1922. Ref. im Ztbl. für Chir. 1922, S. 1392.
6. J. N. **Hartley**: Edingburgh. med. journ. New. ser., 24, 3. Ref. im Ztbl. für Chir. 1922, S. 1392.
7. Ch. **Fuillard**: Revue méd. de la Suisse rom. 1922, Nr. 3. Ref. im Ztbl. für Chir. 1922, S. 1807.
8. K. **Vogeler**: Ztbl. für Chir. 1922, Nr. 18.
9. **Dubs**: Schweiz. Med. Wochenschrift 1922, Nr. 5.
10. W. **Odermatt**: Bruns Beiträge 1923, Bd. 129, H. 3.
11. **Seiffert**: Ztbl. für Chir. 1925, S. 1981.
12. **Kümmell**: Therapie der Gegenwart 1923, H. 4.
13. D. A. **Promphow**: Ref. im Ztbl. für Chir. 1925, S. 2912.
14. **Sachs**: Therapie der Gegenwart 1925, H. 7.
15. V. **Vysin**: Ref. im Ztbl. für Chir. 1925, S. 1042.
16. J. **Zipper**: Archiv für klin. Chir. 1924, Bd. 131.
17. **Schwarz**: Ztbl. für Chir. 1926, Nr. 1.
18. **Metge**: Ztbl. für Chir. 1926, Nr. 25.

Aus der Kinderklinik der städt. Krankenanstalten in Essen.

Kritische Betrachtungen zur Spasmophiliefrage.*)

Von

OTTO BOSSERT.

Kaum ein anderes Gebiet pädiatrischer Forschung hat in den letzten Jahren eine so vielseitige Bearbeitung erfahren, wie das eigenartige Bild der Spasmophilie. Die Symptomatologie wurde bereichert und besonders die Pathogenese unter eifriger Mitarbeit verschiedener Internisten in den Brennpunkt des Interesses gerückt. Die neugewonnenen Anschauungen hatten wiederum praktische Folgen und führten zu gelegentlichem Ersatz der üblichen Kalktherapie, erinnert sei hierbei besonders an die Salzsäuremilchbehandlung und an die Einführung des Salmiaks als Heilfaktor.

Wir möchten in unseren Ausführungen die Erwachsenenpathologie nur insoweit berühren, als es zum Verständnis einzelner Fragen notwendig ist und möchten uns in der Hauptsache auf das frühe Kindesalter beschränken, in dem die Spasmophilie, auch spasmophile Diathese oder kindliche Tetanie genannt, am häufigsten vorkommt. Wir wollen uns weiterhin auf die umstrittene Frage gar nicht weiter einlassen, ob das im Kindesalter beobachtete Krankheitsbild mit der Tetanie des Erwachsenen überhaupt identisch ist.

Bislang galt es als unumstößliches Dogma, daß eine elektrische Uebererregbarkeit, d. h. ein Auftreten der Kathodenöffnungszuckung bei Reizung des Nervus medianus oder peroneus mit dem galvanischen Strom unter 5 Milliampère, und ebenso die mechanische Uebererregbarkeit bei Beklopfen des N. facialis bzw. peroneus am Fibulaköpfchen der Ausdruck einer latenten Spasmophilie sei. Andere Autoren gingen noch einen Schritt weiter und bezogen auch ein Auftreten der Anodenöffnungszuckung unter 5 Milliampère auf eine vorliegende spasmophile Diathese. Wir wollen nachher zur Berechtigung dieser Auffassungen Stellung nehmen.

Als klinische Kardinalsymptome der Spasmophilie gelten allgemeine Krämpfe, nach deren Auftreten sowohl elektrische Uebererregbarkeit wie mechanische vorübergehend fehlen können, der Stimmritzenkrampf, der durch eine Reizung der Rekurrensfasern mit Ueberwiegen der Verengerer zustande kommt, und die Karpopedalspasmen, die Geburtshelferstellung der Hände und die eigenartige Plantarflexion der Zehen. Neuerdings ist auch eine der peripheren entsprechende Uebererregbarkeit der Herznerven mit hochgradiger Tachykardie, die Herztetanie und ein Krampfzustand der glatten Muskulatur, die Bronchotetanie, der Sphinkterkrampf der Blase, der Oesophago-, Gastro- und Enterospasmus beschrieben worden. Einen universellen Uebererregbarkeitszustand, bei dem sowohl die glatte Muskulatur, als auch neben den landläufigen Erscheinungen die Gesamtbauchmuskulatur beteiligt war, haben wir vor einiger Zeit beobachtet. Bei dem Kinde, das nebenbei eine deutliche Rektusdiastase hatte, präsentierte sich das Bauchdeckenrelief wie bei einem durchgebildeten Athlethen, wie nebenstehende Figur 1 deutlich zeigt.

Brustkinder werden von der Erkrankung recht selten betroffen, doch haben wir z. B. bei schweren Pyurien auch schwere Uebererregbarkeitszustände gesehen. Von den verschiedensten Seiten sind Zweifel laut geworden, ob man überhaupt das Recht hat, z. B. beim Auftreten vorübergehender mechanischer Uebererregbarkeitssymptome, die immerhin bedeutungsvolle Diagnose Spasmophilie zu stellen. Bei banalen Infekten, aber auch bei der Diphtherie, der Meningitis und anderen Infektionen wird zuweilen ephemer ein Auftreten des Fazialisphänomens beobachtet, das mit Abklingen der Erkrankung wieder vollkommen verschwindet. Wenn man sich vor Augen führt, daß man immer wieder dem Schicksal spasmophiler Kinder in Bezug auf ihre psychische und intellektuelle Entwicklung skeptisch gegenübersteht, so wird man mit seiner Diagnose Spasmophilie vorsichtig sein. Es ist wohl vorstellbar, und ich glaube, insoweit kann man den einschlägigen Arbeiten beipflichten, daß bei Kindern mit schweren laryngospastischen Anfällen oder Allgemeinkonvulsionen Folgeerscheinungen in ihrem späteren Leben befürchtet werden müssen, aber es ist nach meinem Dafürhalten zu weit gegangen, wenn man diese Anschauung auch auf die Kinder ausdehnt, bei denen nur Karpopedalspasmen oder gar nur ein positives Fazialisphänomen bei einem leichten Infekt festgestellt worden sind.

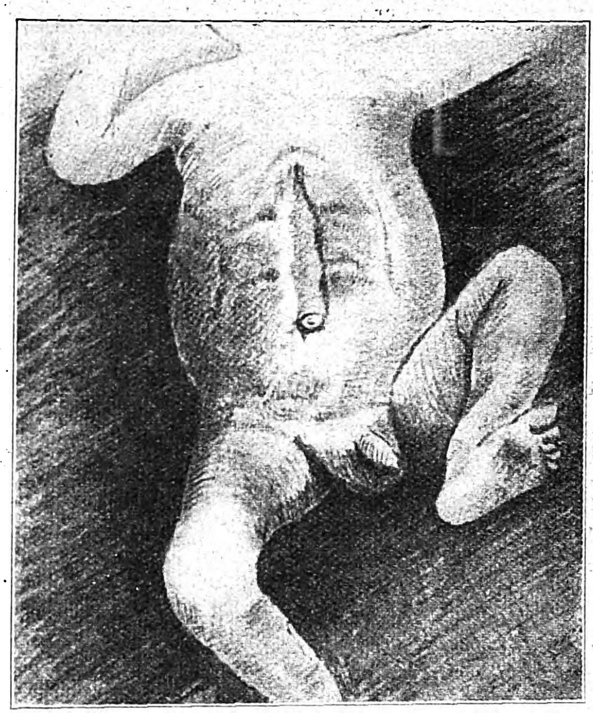


Abb. 1.

Es ist wohl richtig, daß die Trias, Laryngospasmus, Karpopedalspasmen und Allgemeinkrämpfe so gut wie immer mit den Zeichen der elektrischen und mechanischen Uebererregbarkeit vergesellschaftet ist, aber ungeheuer häufig sieht man die letzteren ohne die ersteren. Dem aufmerksamen Beobachter kann es nicht entgehen, daß sich besonders im Frühjahr und Herbst mechanische und elektrische Uebererregbarkeit bei Säuglingen und besonders bei etwas älteren Kindern häufen.

Die Spasmophilie ist an ein bestimmtes Lebensalter gebunden, so zwar, daß sie im ersten Trimenon so gut wie nie beobachtet wird. Ich selbst habe bei 2 jungen Frühgeburten im ersten Lebensmonat Karpopedalspasmen ohne mechanische (die elektrische war nicht zu prüfen) Uebererregbarkeit beobachtet, die ich für zentral bedingt, also mit der Spasmophilie sensu strictiori wesensverschieden, gehalten habe. Daß andererseits Frühgeburten, ebenso wie Zwillinge, ein großes Kontingent Spasmophiler stellen, ist bekannt. Es wurde als Erklärung dafür ein unfertiges Zentralnervensystem angeschuldigt, doch spricht dagegen die geringe Erregbarkeit der Kinder in der ersten Lebenswoche. Nassau meint, daß im ersten Halbjahr besonders die Konvulsionen und laryngospastischen Anfälle überwiegen und daß die Karpopedalspasmen in der Hauptsache bei älteren Säuglingen vorkommen. Wir haben gerade bei Säuglingen im kritischen Lebensalter, also zwischen dem 2. und 4. Monat, Karpopedalspasmen auftreten sehen, besonders bei schweren Infekten.

---

*) Nach einem Vortrag in der Düsseldorfer medizinischen Gesellschaft.

Die Beobachtung lehrt, daß bei besonderen Typen von Kindern immer dieselben Uebererregbarkeitserscheinungen auftreten. Finkelstein ist der Auffassung, daß die pastösen Kinder in der Regel mit Stimmritzenkrämpfen und Allgemeinkonvulsionen reagieren und daß bei den mageren, zurückgebliebenen, an chronischen Verdauungsstörungen leidenden Kindern diese Manifestationen gegenüber den Karpopedalspasmen zurücktreten sollen. Klose hat gefunden, daß Laryngospastiker besonders gut auf Kalk, Kinder mit Karpopedalspasmen auf Magnesium in der Behandlung ansprechen.

Wir selbst haben einen Versuch der Aufteilung der einzelnen Typen unternommen, weil uns bei der experimentellen Auslösung von Uebererregbarkeitssymptomen aufgefallen war, daß immer wieder die gleichen Zeichen der Uebererregbarkeit, nämlich Karpopedalspasmen auftraten. Auf Grund myographischer Studien haben wir zwei Typen herausgefunden, die einen, die bei Reizung der Muskulatur mit dem Induktionsstrom eine spitze Kurve zeigen und die anderen, die eine mehr träge verlaufende Zuckungskurve aufweisen. (siehe Abb. 2 und 3). Bei ersteren, den Laryngospastikern, haben wir die Störung in den Nerv selbst verlegt, bei letzteren in die neuromuskuläre Substanz. Wir haben dabei angenommen, daß es sich um eine lokale Störung, im Sinne einer Korrelationsänderung der Salze handeln müsse.

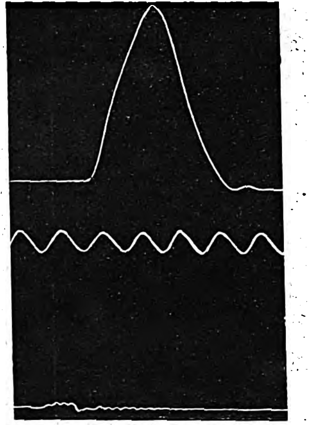


Abb. 2.

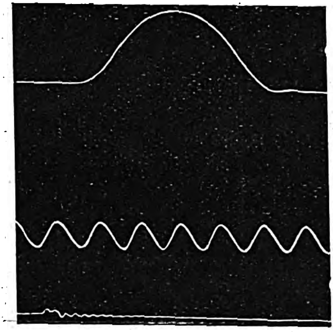


Abb. 3.

Damit haben wir die Frage der grundlegenden Veränderungen angeschnitten, die heute nach allgemeiner Annahme im Mineralstoffwechsel zu suchen sind. Früher hatte man sein Hauptaugenmerk auf den Kalk gerichtet, bald drang jedoch die Erkenntnis durch, daß in der Relation der Alkalien zu den Erdalkalien eine Verschiebung zu ungunsten der letzteren eintreten müsse. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß eine Zeitlang, ausgehend von der pharmakologischen Erfahrung, daß Kalk in mittleren Dosen erregend wirkt, auch die Ansicht einer pathologischen Kalkanreicherung bei der Spasmophilie vertreten wurde. Aber die mannigfaltigen Untersuchungen der verschiedensten Forscher haben endgültig dargetan, daß es sich unter allen Umständen um eine Kalkverarmung handeln muß. Die chemischen Untersuchungen der Muskulatur und des Gehirns post mortem sind nach meinem Dafürhalten deshalb nicht eindeutig ausgefallen, weil nicht gleichartiges klinisches Material gewählt wurde. Gerade bei der Annahme lokaler Störungen ist nicht zu erwarten, daß im Cerebrum eines Kindes mit Allgemeinkonvulsionen dieselben Kalkwerte bei der Analyse sich vorfinden, wie im Gehirn eines Tetanikers sensu strictiori.

Vor einigen Jahren haben amerikanische Forscher gefunden, daß bei ausgesprochener Hyperventilation Uebererregbarkeitserscheinungen, eine mechanische und elektrische Ueberrregbarkeit und Karpopedalspasmen auftreten. Diese Hyperventilation ist von Freudenberg und seinen Mitarbeitern näher studiert worden und hat zur Aufstellung des Begriffes der Bluttetanie geführt. Nach der Rona Takahashischen Formel ist $\mathrm{Ca.\,HC\,03 : H}$ eine konstante Größe bei bleibendem Bikarbonatgehalt. Sinkt, wie bei der Hyperventilation die Kohlensäurespannung im Blut, so gehen auch H und das freie Ca zurück. Das im Kreislauf verarmte Blut holt sich seinen Kalk aus den Geweben. Daneben nimmt Freudenberg auch einen primären Gewebskalkmangel an, da wir wissen, daß Ammoniaksalze und Körper mit einer freien Aminogruppe die Kalkbindung an die Kolloide hemmen.

In Amerika hat man dem Guanidin in dieser Beziehung eine Bedeutung zugesprochen, Frank denkt mehr an das Dimethylguanidin. Neuerdings ist gerade von amerikanischer Seite die Guanidintheorie stark bekämpft worden. Greenwald hat den Versuch gemacht, das fragliche Tetaniegift eines tetanischen parathyreodektomierten Hundes durch Ueberleitung des Blutes dieses Tieres auf ein anderes, zu finden. Da Greenwald die Versuchsbedingungen der Eigenart des Guanidins angepaßt gewählt hat und der Versuch negativ ausgefallen ist, zieht er den Schluß, daß das Guanidin für die parathyreoprive Tetaniepathogenese nicht in Betracht kommen kann. Dagegen ist es Mac Callum gelungen, durch Ueberleitung des Blutes eines tetanischen Hundes auf einen gesunden, elektrische Uebererregbarkeit hervorzurufen. Er nimmt deshalb ganz allgemein eine im Blut kreisende Noxe an. Daß die Uebererregbarkeitserscheinungen nicht auf dem nervösen Weg auftreten, sucht Mac Callum dadurch zu beweisen, daß er den Nerv durchtrennt und dann erst die Epithelkörperchen entfernt, wobei die Uebererregbarkeit erhalten bleibt.

In derselben Richtung bewegen sich Freudenbergs Versuche, der bei Armumschnürung bis zur Pulslosigkeit keine Uebererregbarkeit nach forzierter Hyperventilation auftreten sah. Es ist aber kaum anzunehmen, daß das Guanidin und seine verwandten Produkte als einzige Schädlinge anzusprechen sind. Resch hat auf Grund von Tierexperimenten auch noch anderen Eiweißabbauprodukten schädigende Eigenschaften zuerkannt und wir selbst haben gelegentlich der Beobachtung von Karpopedalspasmen bei paratyphuskranken Kindern an eine ähnliche Wirkung der Bakterienprodukte gedacht.

Auf Gund elektromyographischer Studien ist Schäffer zu der Anschauung gekommen, daß es sich bei den Karpopedalspasmen um eine Vorderhornschädigung handeln müsse und daß sie als Reflex aufzufassen seien. In früheren Arbeiten habe ich der Meinung Ausdruck gegeben, daß eine periphere Schädigung wahrscheinlicher sei. Dazu veranlaßte mich die Beobachtung, daß den Karpopedalspasmen häufig lokale Oedeme der Fuß- und Handrücken vorausgehen. Es schien sich mir dabei um eine Erregbarkeit der in den Muskeln enthaltenen rezeptorischen Nerven zu handeln. Allerdings konnte ich mich andererseits bei den persistierenden, jeder Therapie trotzenden Spasmen der Meinung nicht verschließen, daß es sich in bestimmten Fällen auch um zentrale Schädigungen handeln könnte.

Auf ganz anderem Wege ist Freudenberg ebenfalls zu der Anschauung, daß es sich um periphere Veränderungen handeln müsse, gekommen. Er hat den Oberarmplexus anästhesiert und hat bei der Hyperventilation einen typischen Trousseau auslösen können, selbst noch bei Anästhesierung oberhalb des Handgelenks. Den entgegengesetzten Ausfall des Hundeversuchs sucht derselbe Autor mit der verschiedenartigen Kokainempfindlichkeit der endoneuralen Tonusfasern zu erklären.

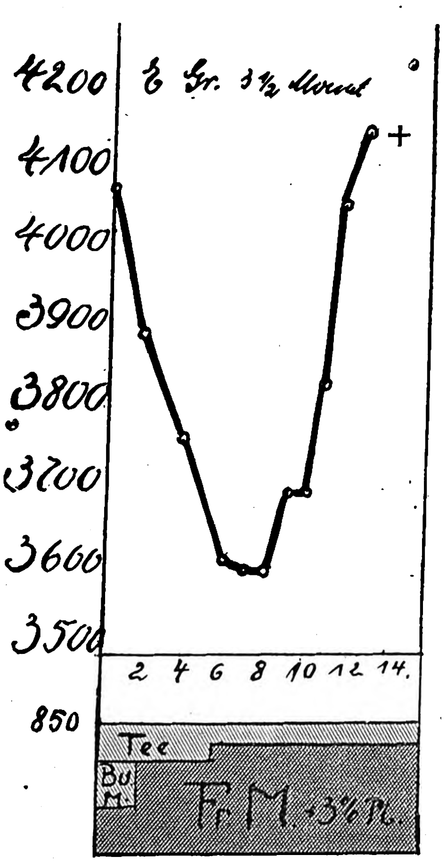
Die Bedeutung der Ernährung in der Pathologie ist fast allgemein anerkannt worden. Aber es sind auch Stimmen laut geworden, die mit der Kuhmilchfütterung Heilerfolge gesehen haben. Nach meiner Meinung kann es sich dabei nur um Kinder gehandelt haben, die trotz der Kuhmilchernährung wieder gesund geworden sind. Auf der anderen Seite erinnere ich mich an Kinder, bei denen die Zulage selbst kleinster Mengen von Kuhmilch mit der Sicherheit eines Experimentes zur Auslösung von Uebererregbarkeitserscheinungen geführt hat.

Die Molke hat von jeher als besonderer Schädling der Kuhmilch gegolten und zwar hat man unter ihren Alkalien besonders die Kalisalze angeschuldigt. Diese Anschauung steht im Widerspruch zu den Erfahrungen der Pharmakologie und Physiologie. Trotzdem sind die zahlreichen vorliegenden Versuche so eindeutig, daß nur in der Disposition der einzelnen Individuen der Widerspruch seine Aufklärung finden kann. Warum die Frauenmilch nicht nur nicht schädigend wirkt, sondern als Heilnahrung bei der Spasmophilie anerkannt und erprobt ist, obwohl sie mehr Kalisalze enthält als die Kuhmilch, ist nicht bekannt. Es ist eben fraglich, ob der eindeutige ungünstige Einfluß der Alkalien eine reine Alkaliwirkung ist oder ob es sich nicht um andersartige Störungen des Ionengleichgewichts handelt.

In neueren Arbeiten werden in der Frage der Pathogenese der Uebererregbarkeitssymptome hauptsächlich zwei diametral entgegengesetzte Meinungen verfochten. Die einen sehen in der alkalotischen

Umstimmung des Stoffwechsels die Wurzel des Uebels, die anderen in der azidotischen. Wiewohl zahlreiche fleißige Arbeiten zur Klärung dieser Fragen erschienen sind, treffen sie alle nicht den Kernpunkt: die Vorgänge im Gewebe selbst. Eine Erhöhung der H-ionenkonzentration im Urin ist noch lange nicht der Ausdruck einer Erhöhung der H-ionenkonzentration im Organismus, denn der Organismus kann auch an sauren Valenzen verarmen und diese erscheinen vermehrt im Urin. Außerdem ist nachgewiesen worden, daß bei der menschlichen Tetanie knapp vor den Anfällen eine Speicherung von Salzen, Stickstoff und Wasser im Gewebe statthat, die zu anderer Zeit einer vermehrten Ausschwemmung Platz macht, ein Hinweis auf die Bedeutung der Zeitverhältnisse bei Stoffwechselversuchen. Wie schon eben betont, kommt es auf das Geschehen in den Zellen selbst an und es fehlt uns bisher die Methodik, in diese feinen Vorgänge einen Einblick zu gewinnen.

Bei der Behandlung latent spasmophiler Säuglinge mit Pyurien, die zunächst aus therapeutischen Gründen größere Mengen Natrium citricum bekamen, haben wir die Beobachtung gemacht, daß bei den Kindern zunächst Oedeme, und in vielen Fällen hernach Karpopedalspasmen erscheinen. Schon oben ist darauf hingewiesen worden, daß dies nicht unbedingt eine Natriumwirkung zu sein braucht. Denn wir haben auch in anderem Zusammenhang, so bei rascher Reparation nach starken Gewichtsstürzen und bei geringen Plasmonzulagen ganz analoge Bilder gesehen. Als besonders eindrucksvolles Beispiel möchte ich kurz die Kurve eines 3½ Monate alten Kindes demonstrieren (Abb.), das wegen öfters auftretender dünner Stühle in die Klinik aufgenommen und zunächst mit Frauenmilch-Buttermilch abwechslungsweise ernährt wird. Erst erfolgt ein steiler Anstieg von 3600 g auf 4070 g in sechs Tagen, dann in weiteren acht Tagen ein Gewichtsabfall auf das ursprüngliche Gewicht. Daraufhin wird auf reine Frauenmilchernährung übergegangen mit einer Zulage von 3% Plasmon, also Kaseinnatrium. Die Stühle werden seltener und sind von besserer Konsistenz, das Kind nimmt in vier Tagen über 500 g zu. Dabei wird sein Gesicht gedunsen, die Hand- und Fußrücken schwellen prall an und es entwickeln sich kaum lösbare Karpopedalspasmen. Das Fazialisphänomen ist stark positiv. Nach Magnesiumsulfatinjektionen sistieren sofort die Spasmen.



† Auftreten von Karpopedalspasme.

Abb. 4.

Nach Howland und Stolte handelt es sich bei dem rapiden Gewichtsanstieg nach Eiweißzulagen um einen Anbau von Eiweiß, Kalium, Natrium, Chlor und Wasser bei gleichzeitigem Rückgang der Kalksalzretention. Für die Deutung unserer Beobachtungen können immerhin auch die Mitteilungen der genannten Autoren herangezogen werden. Jedenfalls kann man in solchen Fällen nicht die Oedeme als angioneurotische erklären, wie es früher meist geschehen ist. Die Trias: Gewichtsanstieg, besonders nach sehr starken Gewichtsverlusten, Oedeme und Karpopedalspasmen führt zu der Vorstellung, daß es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um lokale Salzverschiebungen am neuromuskulären Endapparat handelt mit Beeinflussung des Wasserstoffwechsels. Allerdings darf das Eiweiß nicht unberücksichtigt bleiben, da wir selbst in experimentellen Untersuchungen neben einer Salzbindung eine erhebliche Stickstoffretention nachgewiesen haben und außerdem auch von Elias beschrieben worden ist, daß kurz vor den tetanischen Anfällen nicht bloß eine Salz-, sondern auch eine Stickstoffretention statthat.

Nassau ist zu der Anschauung gekommen, daß die Uebererregbarkeitserscheinungen in den ersten Monaten oftmals dadurch zustande kommen, daß bei den Ernährungsstörungen eine rasche Reparation eintritt und mit ihr ein vermehrter Ansatz von Kalium und Natrium gegenüber dem weniger mobilen Kalk. In späterer Lebenszeit führt die Rachitis zu einer schlechteren Kalkbindung und dadurch überwiegen die Natrium- und Kaliumverbindungen.

Adam hält die Uebererregbarkeit für eine Assimilationsstörung und sieht den günstigen Einfluß der Höhensonne in ihrer assimilationssteigernden Wirkung. In derselben Richtung bewegen sich seine Anschauungen über den günstigen Einfluß des Insulins, das zu einer Abnahme des Kaliums und der anorganischen Phosphorsäure bei gleichzeitigem Steigen des erniedrigten Kalziumwertes im Serum führen soll.

In Parallele zur Säuglingsberiberi spricht Reyher vom spasmogenen Nährschaden. Ganz abgesehen davon, daß die Säuglingsberiberi recht wenig übereinstimmende Symptome mit der Spasmophilie zeigt, gelingt es keineswegs, ex iuvantibus diese Anschauung zu erhärten.

Als Grund für das Auftreten spasmophiler Erscheinungen sind von jeher die Epithelkörperchenschädigungen angeführt worden. Zweifel an ihrer ätiologischen Bedeutung sind immer wieder aufgetaucht, vor allem auch deshalb, weil bei der post operationem auftretenden Uebererregbarkeit im ganzen großen fast nur Tetanien gesehen werden. Ob die fehlenden anatomischen Veränderungen so bedeutungsvoll sind, ist einigermaßen fraglich, weil mit Recht betont worden ist, daß auch Dysfunktionen der kleinen Drüsen möglich sind, ohne histologische Veränderungen. Sowohl die klinische Erfahrung wie das Experiment beweisen, daß ein Zusammenhang zwischen den Nebenschilddrüsen und der Uebererregbarkeit wohl besteht. Daß dabei auch noch andere Drüsen in Konkurrenz treten, wie der Thymus, das Ovar u. ä. ist sehr wahrscheinlich. Auffallend ist immerhin, daß viele lymphatische Typen unter den Spasmophilen gesehen werden.

Ob es sich im einzelnen Fall um einen Ausfall eines bestimmten Inkretes handelt oder um ein Ueberwiegen anderer, läßt sich schwer entscheiden. So hat man neuerdings auch dem Adrenalin übererregbarkeitssteigernde Wirkung zugeschrieben. Bekanntlich sind die Nebennieren die Antagonisten der Parathyreoideae. Ob nun bei den verschiedenen Beobachtungen die Wirkung des Nebenniereninkrets nur möglich ist, weil eine Schädigung der Parathyreoideae vorliegt, oder ob es sich um eine primäre Hyperfunktion der Organe handelt, ist wohl meist gar nicht zu entscheiden. Wenn wir auch die Frage einer pluriglandulären Insuffizienz für durchaus diskutabel halten, so möchten wir doch den Parathyreoideae eine dominierende Stelle einräumen. Denn im Hundeversuch hat sich der Einfluß der Alkalidarreichung erst als übererregbarkeitssteigernd erwiesen, nachdem die Tiere parathyreoidektomiert waren. Aus dieser Tatsache erklärt sich auch der Grund für den verschiedenartigen Ausfall des Tierexperimentes bei Alkaliverabreichung.

Auf den Zusammenhang zwischen der Rachitis und der Spasmophilie sei nur mit wenigen Worten eingegangen. Kassowitz Lehre, daß es keine Spasmophilie ohne Rachitis gäbe, ist vielfach bestritten worden, weil klinisch da und dort keine rachitischen Anzeichen beobachtet worden sind. Birk und Orgler haben aber in Stoffwechselversuchen nachgewiesen, daß schon vor dem Auftreten der Rachitis im klinischen Bild Störungen des Kalkstoffwechsels vorliegen können. Man wird demnach diese Streitfrage nur durch exakte histologische Knochenuntersuchungen lösen können.

Bei dem Persistieren der Uebererregbarkeitserscheinungen, die selbst der energischsten Therapie trotzen, wird man den Gedanken nicht los, daß organische Läsionen des Gehirns für die Auslösung der Manifestationen in Frage kommen. Früher hat man auf Grund anatomischer Untersuchungen, bei denen nur ein Blut- und Saftreichtum des Cerebrums gefunden wurde, organische Veränderungen abgelehnt. In jüngster Zeit aber sind mancherorts Beobachtungen aufgetaucht, welche eine Beteiligung des Cerebrums, selbstverständlich nicht immer, wahrscheinlich machen. Man hat bei schweren Tetanikern Tumoren, Enzephalitiden und arteriosklerotische Veränderungen in bestimmten Hirngebieten gefunden und auch im Tierexperiment sind bei langsamer Enthirnung Zentren in der Pons und Medulla lokalisiert worden, die in Beziehung zu dem Reflexmechanismus der tetanischen Krämpfe stehen. Selbstverständlich bleiben davon unberührt die Karpopedalspasmen, deren Genese wie auseinandergesetzt in peripheren Salzverschiebungen des peripheren Gewebes zu suchen ist. Nach meiner Meinung können die zentral bedingten von den peripheren Karpopedalspasmen dadurch unterschieden werden, daß letztere auf die übliche Behandlungsweise prompt ansprechen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die letzten beiden Jahrzehnte die Spasmophilieforschung erheblich weitergebracht haben, doch ist aus meinen Ausführungen wohl hervorgegangen, daß eine Reihe von Fragen ihrer endgültigen Klärung harrt. Ohne neue Methoden werden wir wohl kaum weiter kommen, um dahin zu gelangen, wohin der Weg weist, nämlich zum Chemismus des Gewebes selbst, vornehmlich im Bereich der Zellen.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg.
(Direktor: Geh.-Rat Professor Dr. Tilmann.)

Mehr Frühoperation bei Appendizitis!*)

Von

Dr. KONRAD KOCH, Oberarzt der Klinik.

Wer sich mit der Geschichte der Appendizitistherapie und der Entwicklung der Indikationsstellung bei den verschiedenen Kulturvölkern näher befaßt, wird die deutsche Chirurgie von dem oft gehörten Vorwurf freisprechen müssen, daß mit der Propagation der Frühoperation eine Aera schablonenhafter Diagnostik und operativen Draufgängertums begonnen habe. Nur unter Kampf und Kritik im eignen Lager hat die deutsche Chirurgie sich zu der für ihr therapeutisches Handeln maßgebenden Erkenntnis durchgerungen, daß allein die grundsätzliche Frühoperation als wirklich zielbewußte Therapie den Gefahren der Appendizitis mit Sicherheit begegnen kann. Der erste Anstoß in dieser Richtung ging von Amerika aus, wo vor fast vier Dezennien unter Führung von Mac Burney, der am 23. Mai 1888 die erste Frühoperation machte, der Gedanke dieser Behandlungsmethode sich trotz aller Widersprüche und Schwierigkeiten bald Geltung zu verschaffen wußte. Zu diesem Erfolge trug nicht wenig die sympathisierende Mitarbeit der Praktiker bei, die der Frage der Frühoperation in Amerika schon zu einer Zeit lebhaftes Interesse entgegenbrachten, wo die ganze Bewegung noch in den Anfängen steckte. Das Vorgehen der Amerikaner konnte nicht ohne Rückwirkung auf die deutsche Chirurgie bleiben, zumal ein schroffes Zurückgehen der Gesamtmortalität eindringlicher als alles Reden und Schreiben zu Gunsten des neuen Standpunktes sprach. Unter der Aegide von Sprengel, der als erster in Deutschland auf dem Chirurgenkongreß 1901 sich ohne jede Einschränkung zum Prinzip der Frühoperation bekannte, trat auch die deutsche Chirurgie im Laufe der folgenden Jahre mit der Forderung der wirklichen Frühoperation — d. h. der Appendektomie innerhalb der ersten 48 Stunden — auf den Plan. Bereits auf dem Chirurgenkongreß 1905 machten nach einem Referat von Körte auch diejenigen führenden deutschen Chirurgen, die auf den Kongressen 1901 und 1903 sich noch als Gegner der Frühoperation bekannt hatten, sich diesen Standpunkt zu eigen und erklärten hiermit die Forderung der Frühoperation zu einer bald von der überwältigenden Mehrheit der deutschen Chirurgen gebilligten Maxime.

Es kann nicht wundernehmen, daß die Chirurgie bei der planmäßigen und unentwegten Durchführung ihres Standpunktes auf heftigen Widerspruch stieß und die Kritik von interner Seite bald einsetzte. Es war die unausbleibliche Reaktion auf das vielleicht allzu siegesbewußte Gebaren mancher Operateure, die mit der radikalen Frühbehandlung der Appendizitis ein Jahrhunderte altes Anrecht der inneren Medizin gleichsam in Acht und Bann erklärten. Der um die Wende des 20. Jahrhunderts geltende Standpunkt der in Deutschland führenden internen Mediziner ging nach der Richtung, daß dem Kranken möglichst ohne Operation über den akuten Anfall hinweggeholfen werden müsse, um ihm vielleicht nachher die ungefährlichere Intervalloperation zu empfehlen. Ausgebildeter appendizitischer Abszeß, diffuse Peritonitis, Perforation, Ileus, Sepsis — dies waren die von interner Seite als gültig erachteten absoluten Indikationen für die chirurgische Behandlung. Diese enggezogene Indikationsstellung konnte dem in der Folgezeit sich häufenden überwältigenden, zugunsten der chirurgischen Auffassung sprechenden Material nicht standhalten. Auch in der internen Medizin mehrte sich die Zahl der für ein frühzeitiges aktiveres Eingreifen sich einsetzenden Aerzte, wenn auch der Begriff der eigentlichen Frühoperation — d. h. der Operation innerhalb der ersten 2 × 24 Stunden unter allen Umständen — nur äußerst schwer Boden gewann. Auch heutzutage ist die unbedingte Frühoperation ein von den klinischen Vertretern der internen Medizin nicht allgemein anerkanntes Prinzip. Noch weniger gilt dies für die Praxis, wo gerade in der Nachkriegszeit die konservative Therapie der Appendizitis nach den Erfahrungen unserer Klinik wieder in bedauerlichem Umfange zugenommen hat. Und doch muß mit aller Deutlichkeit gesagt werden, daß eine Therapie der Appendizitis durch interne Mittel sich als vollkommen trügerisch erwiesen hat; man läßt doch bestenfalls bei der konservativen Behandlung unter Zusehen der Natur ihren freien Lauf. Kein Geringerer als der hervorragende französische Internist Dieulafoy hat bereits 1897 mit dem freimütigen Bekenntnis „Le traitement médical de l'appendicite est nul ou insuffisant“ und dem offenen Zugeständnis „Le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgical, pratiqué en temps opportun“ die Behandlung der Appendizitis den Händen der Chirurgen überantwortet und den chirurgisch denkenden Internisten den zweifellos richtigen Weg gewiesen.

Fragt man nach den Gründen, weshalb das Prinzip der grundsätzlichen Frühoperation noch nicht Allgemeingut der Aerzteschaft geworden ist, so ist eine Lösung wohl nach der Richtung hin zu finden, daß die überragenden Vorteile der Frühoperation in der Praxis zu wenig gewürdigt und praktisch belanglose Schwächen dieser Methode zu hoch bewertet werden. Es kann im Rahmen dieser Ausführungen nur kurz auf einige prinzipielle Punkte hingewiesen werden, die für die Beurteilung der praktischen Bedeutung der Frühoperation von Wichtigkeit sind.

Es wäre zunächst mit Nachdruck zu betonen, daß die Frühoperation der Appendizitis im Vergleich zu der prognostisch dubiösen konservativen Behandlung das weitaus harmlosere und ungefährlichere Verfahren darstellt. Man kann sich eines Gefühls der Verwunderung nicht erwehren, wenn selbst heutzutage noch aus Aerztekreisen die Abneigung gegen die prinzipielle Durchführung der Frühoperation mit dem Hinweis auf die Unsicherheit des Eingriffes und die Möglichkeit postoperativer Komplikationen begründet wird. Es soll gewiß nicht geleugnet werden, daß es bedauernswerte und unberechenbare Zufälle (postoperative Pneumonie, Thrombose, Embolie) gibt, die auch bei einer im Frühstadium vorgenommenen und glatt verlaufenen Appendektomie dem Operierten das Leben kosten können. Es sind dies aber ungewöhnliche Ereignisse, die an der Tatsache nichts ändern, daß die mit der Frühoperation verbundene Mortalität bei den innerhalb der ersten 2 × 24 Stunden vorgenommenen Operationen nicht mehr als 0,2 bis 0,5% beträgt. Ist demgegenüber die konservative Behandlung vielleicht ein harmloseres Verfahren, wenn alle Statistiken aus der Zeit, wo die Mehrzahl der Appendizitiden konservativ behandelt wurde, eine Mortalität von ca. 12% ergaben? Muß nicht angesichts dieser Tatsache der für Leben und Gesundheit der ihm anvertrauten Kranken verantwortliche Arzt nur mit Zögern und Bangen konservative Therapie treiben, anstatt zielbewußt der Frühoperation den Vorzug zu geben, die mit aller Bestimmtheit die günstigsten Chancen für den Ablauf der Erkrankung bietet? Worin sollte auch die Gefährlichkeit der von geübter chirurgischer Hand ausgeführten Frühoperation bestehen? Kein modern geschulter Arzt wird doch mehr den Standpunkt vertreten, daß die Eröffnung des entzündeten Peritoneums eine besondere Gefahr in sich birgt; er muß vielmehr wissen, daß gerade das entzündete Bauchfell im Vergleich zum intakten Peritoneum eine recht hohe

---

*) Vortrag, gehalten am 30. Oktober 1926 in dem von der Medizinischen Fakultät der Universität Köln veranstalteten Fortbildungskurs für praktische Aerzte.

Toleranz aufweist und somit in dieser Hinsicht gegen die im frühakuten Stadium der Appendizitis ausgeführte Laparotomie keine Bedenken bestehen.

Weit mehr als die Gefahrlosigkeit der Frühoperation spricht zugunsten dieser Methode die Tatsache, daß die möglichst frühzeitige Appendektomie die einzig mit Sicherheit heilende Therapie ist. Es muß dies besonders gegenüber dem Einwand hervorgehoben werden, daß viele Appendizitiskranke auch ohne Operation genesen und somit die Frühoperation ein in der Mehrzahl der Fälle unnötiger Eingriff sei. Wenn auch die Zahl der intern behandelten und ohne Operation genesenden Appendizitiskranken auf ca. 85% veranschlagt werden darf, so ist damit hinsichtlich der wirklichen Heilung gar nichts bewiesen. Wir müssen klar zwischen Genesung vom Anfall und Heilung von der Krankheit unterscheiden; von Heilung kann hier doch nur in dem Sinne die Rede sein, daß der Kranke die Attacke überstanden hat und an der Appendizitis nicht zugrunde gegangen ist. Wir dürfen nicht vergessen, daß es eine Eigentümlichkeit gerade der Appendizitis ist, in recht großer Häufigkeit zu rezidivieren; man wird die Zahl der Rezidive nach allen bisherigen Erfahrungen mit ca. 60% eher zu tief als zu hoch bewerten. Das Rezidiv bedeutet aber für eine große Zahl von Erkrankten erhöhte Gefahr, da nach den Erfahrungen unserer Klinik und anderweitigen Statistiken in einem beträchtlichen Prozentsatz die rückfällige Erkrankung unter stürmischeren Erscheinungen als der erste Anfall verläuft. Es kommt hinzu, daß nur der kleinste Teil der Appendizitiskranken in der anfallsfreien Zeit beschwerdefrei ist; die Mehrzahl leidet an den oft recht unangenehmen lokalen und allgemein-nervösen Beschwerden der chronisch-rezidivierenden Appendizitis. Früher oder später wird in vielen solchen Fällen auch vom konservativ denkenden Arzt die Intervalloperation empfohlen; wenn aber erfahrungsgemäß die Operation im Frühstadium nicht gefahrvoller ist als im Intervall, dann hat das Zuwarten mit der Frühoperation keinen Sinn und sollte im Interesse einer möglichst schnellen und sicheren Heilung des Erkrankten vermieden werden.

Ein wesentlicher Vorteil der Frühoperation liegt schließlich noch in der Möglichkeit, auch in diagnostisch unsicheren und prognostisch zweifelhaften Fällen dem Arzt bittere Enttäuschung und dem Kranken mehr oder weniger großen gesundheitlichen Schaden zu ersparen. Hier hat die konsequent durchgeführte Frühoperation schon unendlich viel Segen gestiftet, und man wird deshalb ruhig den Vorwurf hinnehmen können, daß die prinzipielle Frühoperation auf jede individualisierende wissenschaftliche Diagnostik verzichte und in schematisiertes Arbeiten ausarte. Es ist eben eine praktische Unmöglichkeit, jeden Appendizitisfall in seiner Eigenart zu erkennen und mit Sicherheit die leichten von den schweren Erkrankungsformen zu trennen; wir können höchstens an Hand gewisser Regeln eine bestimmte prognostische Beurteilung versuchen. Nicht nur die Frühdiagnose der Appendizitis — bes. bei atypisch verlaufenden Fällen — bietet oft unüberwindliche Schwierigkeiten, sondern auch bei sicheren Fällen von Appendizitis mit ausgesprochenen Symptomen besitzen wir keinen sicheren Anhaltspunkt für den Ablauf der Erkrankung. Wie es in einer erkrankten Appendix in Wirklichkeit aussieht, bleibt uns bei abwartender Behandlung verborgen; dieser Mangel an sicherem prognostischen Erkennen straft manchen Optimismus schwer und macht die Erkrankung zu einem unheimlichen Gespenst. Wie oft staunt man bei der Operation über den Anblick einer vollkommen gangränösen und bereits perforierten Appendix, wo die klinische Untersuchung nur einen leichten Anfall vortäuschte. Scheinbares Wohlbefinden findet man doch gar nicht so selten bei den schwersten Formen der Appendizitis; wie oft lassen die Kardinalsymptome bei abnormer Lage der Appendix im Stich. Hier kann die größte Erfahrung nicht vor den unangenehmsten Enttäuschungen schützen; unter den gleichen Symptomen beginnende Fälle können erfahrungsgemäß den allerverschiedensten Verlauf nehmen. Wir kommen an dem ehrlichen Eingeständnis nicht vorbei, daß wir außerstande sind, auch in scheinbar leichten Fällen von Appendizitis den weiteren Verlauf mit annähernder Sicherheit zu bestimmen. Und der Schluß lautet: Frühoperation!

Wenn wir uns folgerichtig auf den Standpunkt stellen, daß nur die prinzipielle Frühoperation mit Sicherheit vor den unberechenbaren Folgen einer Appendizitis schützt, dann können wir eigentlich nur einen einzigen Hindernisgrund anerkennen — nämlich den Widerstand des Erkrankten. Heutzutage ist aber auch der Laie über das Wesen der Appendizitis, ihre Gefährlichkeit und Heimtückigkeit soweit aufgeklärt, daß er bei gestellter Diagnose oft schon selbst auf die Operation drängt. Auch widerspenstige Kranke wird man bei einiger Geduld und Geschicklichkeit von der Notwendigkeit des Eingriffes stets überzeugen können. Für den zielbewußten Arzt darf es hier keine Konzessionen geben, sondern der einmal als richtig anerkannte Standpunkt der Frühoperation muß mit aller Energie und unter Aufbietung der ganzen ärztlichen Autorität vertreten werden.

Es wurde schon betont, daß die konservative Behandlung der Appendizitis in der Praxis der Nachkriegszeit leider wieder eine zunehmende Rolle spielt. Unsere Aufmerksamkeit wurde nach dieser Richtung hingelenkt anläßlich einer Bearbeitung des Appendizitismaterials der Tilmannschen Klinik, das in den letzten 5 Jahren eine geradezu auffallende Steigerung der Prozentzahl der perforierten Appendizitiden erkennen ließ. Besonders in den letzten zwei Jahren hat die Zahl der unserer Klinik im Perforationsstadium eingelieferten Kranken eine geradezu erschreckende Höhe erreicht; auch die Mortalität der perforierten Appendizitiden ist in den letzten 5 Jahren in dauernder Steigerung begriffen.

Von den an akuter Appendizitis Erkrankten wurden im Perforationsstadium eingeliefert:		Es starben von den im Perforationsstadium eingelieferten Kranken:	
1921	37%	1921	7%
1922	43%	1922	8%
1923	46%	1923	8%
1924	50%	1924	13%
1925	53%	1925	15%
1926	56%	1926	17%

Diese Zahlen gewinnen an Bedeutung, wenn man bedenkt, daß die Durchschnittsdauer der Krankenhausbehandlung bei den perforierten Appendizitiden 6 Wochen betrug, während die Frühoperierten fast ausschließlich nach 10 Tagen die Klinik verließen. Bei Berechnung der Durchschnittsmortalität der perforierten Appendizitiden ergibt sich die an sich nicht ungünstige Ziffer von 11%, wenn man in Betracht zieht, daß es sich bei den Todesfällen fast stets um diffuse Perforationsperitonitiden gehandelt hat. In ganz anderem Lichte erscheint aber diese Mortalitätsziffer von 11%, wenn man sie in Vergleich setzt mit der Mortalität der Frühoperierten, die an unserer Klinik in den letzten 5 Jahren 0% betrug.

Die naheliegende Frage nach der Ursache der zunehmenden Perforationen fand ihre Erklärung durch die Feststellung, daß unser Perforationsmaterial mit Ausnahme ganz weniger Fälle, deren Foudroyanz schon am ersten oder längstens zweiten Tag zum Durchbruch geführt hatte, nach den ersten 48 Stunden — meist erst am 3., 4., 5., ja erst am 6., 8. und 10. Tage nach Beginn der Erkrankung — zur Aufnahme kam. An der verspäteten Einlieferung in die Klinik trug in einem Teil der Fälle der Kranke insofern selbst die Schuld, als der Arzt zu spät gerufen wurde. Nicht unbeträchtlich war aber die Zahl der Kranken, deren Krankenhausaufnahme erst nach den ersten 2 × 24 Stunden und nach der Perforation erfolgte, weil draußen ärztlicherseits zunächst konservative Therapie getrieben wurde. Der vorbehandelnde Arzt hatte geglaubt, die volle Verantwortung für den günstigen Ablauf der Erkrankung bei abwartender Behandlung übernehmen zu können; in allen diesen Fällen war dieser Optimismus bitter enttäuscht worden. Man bedenke nur, daß alle diese zu spät Operierten — anstatt nach 5 bis 6 Wochen schweren Krankenlagers — bereits nach 10 Tagen bei rechtzeitig erfolgter Appendektomie die Klinik hätten verlassen können; man berücksichtige ferner, daß einer Reihe dieser Kranken die Nachoperation wegen Reststumpfentfernung, Narbenbruch und Verwachsungsbeschwerden bei Frühoperation wäre erspart geblieben. Welch große Verantwortung trägt doch der Praktiker bei jedem konservativ behandelten Fall von Appendizitis! Die abwartende Behandlung — es muß dies für die Praxis immer wieder betont werden — kann gegebenenfalls überhaupt nur erlaubt sein, wenn der Erkrankte dauernd unter Beobachtung steht, — nicht aber, wenn nur einmaliges Sehen am Tage möglich ist. Der vielbeschäftigte Praktiker hat aber sicherlich meist keine Zeit, Puls und Bauchdeckenspannung bei dem gleichen Kranken dauernd zu kontrollieren, um wenigstens noch die drohende Perforation rechtzeitig zu erkennen. Wenn darum schon der Arzt sich zur Frühoperation nicht sofort entschließen kann, dann soll er wenigstens den Appendizitiskranken einer internen Klinik überweisen, wo dauernde Beobachtung möglich und der Weg zum Chirurgen nicht weit ist. Auch dem Laien ist heute zur Genüge bekannt, daß die frühzeitig vorgenommene Operation in kurzer Zeit ihn wieder gesund und arbeitsfähig macht; merkt er aber, daß die konservative Behandlung ihm geschadet und ein längeres Krankenlager bedingt hat, so ergeben sich äußerst unangenehme Situationen für den vorbehandelnden Arzt. Vor all diesen Gefahren und Enttäuschungen für den Kranken sowohl als den Arzt schützt mit Sicherheit nur die Frühoperation. —

Aus vorstehenden Ausführungen seien zusammenfassend die für die Praxis wichtigen Gesichtspunkte nochmals betont:

Die akute Appendizitis ist unter allen Umständen innerhalb der ersten 2 × 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung zu operieren. Der Arzt hat die unbedingte Pflicht, die Perforation mit ihren unabsehbaren Folgen in jedem Falle zu vermeiden — und dies geschieht einzig und allein mit Sicherheit durch die Frühoperation. Auch in den scheinbar leichtesten Fällen trägt der konservativ behandelnde Arzt eine große Verantwortung; eine sichere Scheidung der leichten von den schweren Fällen ist mit Bestimmtheit nicht durchzuführen. Es muß daran festgehalten werden: Die Appendizitis gehört dem Chirurgen und zwar in einem Stadium, wo die Operation den denkbar günstigsten Erfolg verspricht. Es wäre unendlich bedauernswert, wenn der mühsam erkämpfte Standpunkt der unbedingten Frühoperation, der schon viel Segen gebracht hat, wieder zugunsten einer mehr konservativen Therapie aufgegeben würde.

Neues vom Kreislauf.

Von

Generalarzt Dr. BUTTERSACK, Göttingen.

Die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers scheint erschöpfend durchforscht zu sein; aber trotzdem finden sich noch in unseren Tagen bedeutsame Ueberraschungen. Lange genug ruhte die Welt auf den Lorbeeren von Mich. Servetus, Caesalpinus, Fabricius ab Aquapendente, Sarpi, Harvey und freute sich der Erkenntnis, daß das Herz der einzige Motor des Kreislaufs sei. Indessen, allmählich erhob sich immer dringender die Frage: wie kommt denn der Rückfluß zustande? im Kapillargebiet erlischt ja die motorische Kraft des Herzmuskels. Man kam zu der Erklärung: die sich erweiternden Vorhöfe saugen das Blut aus den Venen an. Aber welche Kraft die Kammern und die Vorkammern zur Erweiterung bringt, blieb dunkel.

Nun macht Hauffe*) auf den Herzbeutel aufmerksam, in welchem das Herz luftdicht eingebettet liegt und der durch verschiedene Bänder am Zwerchfell, Brustbein usw. festgelötet ist. Zieht sich nun die Kammermuskulatur zusammen, so entsteht zwischen ihr und dem Herzbeutel eine Luftverdünnung, eine Druckverminderung, groß genug, um die in der Diastole erschlafften Muskelfasern wieder auseinander zu ziehen. Dadurch entsteht in den Kammern ein Vakuum, welches das Blut aus den Vorkammern in die Kammern und aus dem Venensystem nach den Vorkammern saugt. Natürlich pflanzt sich dieser Prozeß aus den großen und kleinen Venen bis ins Kapillargebiet fort, und dieses wirkt seinerseits ansaugend auf die Blutsäule im Arteriensystem. Also nicht der Druck der Kammern unterhält den Kreislauf, sondern das Saugen der Vorkammern bzw. der negative Druck im Herzbeutel. Die motorische Aktion der Kammern, ihre Systole, soll nur den Strömungs- bzw. Energieverlust ersetzen, den die Blutsäule auf ihrem Weg durch die Peripherie erleidet. Damit ist die gesuchte Energiequelle für den Rückstrom des Blutes gefunden, und der Umstand, daß die Regulierung der Herztätigkeit vom sog. Sinusgebiet ausgeht, zeigt an, daß hier sozusagen der Anfang des Systems liegt.

Dieser ingeniösen Saug- und Druckpumpe gegenüber treten nach Hauffe die bisherigen Hilfskräfte des Blutumlaufs (Elastizität der Arterienrohre, Atmung, Muskelbewegung) zurück. Wohl aber behalten sie ihren Wert für die Blutverteilung. Denn es ist klar: Die Aufgabe ist damit nicht erschöpft, daß das Blut dauernd in der gleichen Weise durch das Röhrensystem fließt. Es muß auch verteilt werden, so daß tätige Provinzen mehr, untätige weniger Blut bekommen. Wer physikalisch geschult ist, entdeckt in Hauffes Abhandlung noch eine Menge wertvoller Ideen. Die anderen aber werden zum mindesten durch die Erkenntnis bereichert, daß ein origineller Forscher auch heute noch neue Entdeckungen in der so viel durchforschten Lehre vom Kreislauf machen kann, und sie werden begreifen, wie recht Condorcet hatte mit seinen réflexions sur ce qui a été fait et sur ce qui reste à faire.

---

*) G. Hauffe: Die Bedeutung des Herzbeutels für den Blutumlauf. Münch. Med. Wochenschrift 1926, Nr. 41/43.

Laufende medizinische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift.

Nr. 46, 12. November.

Röntgendosierung in der Praxis. Holzknecht.
* Röntgenbehandlung der Neuralgien. Müller.
* Oekonomie des Röntgenbetriebes. Niekan.
* Einfaches Adaptionsverfahren für Röntgenzwecke. Ganter.
* Mastkur mit Insulin bei Nichtdiabetischen. Böckheler.
Serumtherapie bei kindlicher Ruhr. Knauer.
Sportverletzungen. Schmith.
* Nachweis von Ruhrbazillen im Blut. Spranger.
Die Bedeutung der chronischen Tonsillitis für die chronische Nephritis. Wichert.
* Nebennierenerkrankungen. Bittorf.
Entstehung von Tuberkuliden bei Sanocrysinbehandlung. Nägeli.
Anwendungsgebiet, anaphylaktische Erscheinungen, Dosierungs- und Applikationsweise des „Mirion“. Höhne.
Brauchbarkeit des Targesin bei der Behandlung der männlichen Gonorrhoe. Krechel.
Steigerung der Ektebinreaktion durch Yatren. Kramer.
Erfahrungen mit Tutocain als Lokalanästhetikum. Flechtenmacher.
Klebrobinde — die Art ihrer Verwendung in der Medizin. Strebel.
Akuter Furunkel und Sulfur jodatum D₃. Heinemann.
Salvarsanresistenter Spirochätenstamm bei einem Ehepaar. Kloeppel.
Heilung eines Falles von tuberkulöser Meningitis. Wiese.
Physikalische Untersuchung eines Magnetopathen. Rinkel.
Kreislauf, Sauerstoffausnützung und Erholungsquotient menschlicher Arbeit nach teilweise neuer Methodik. Kaup und Grosse.
Schmerzverhütung beim Verbinden. Krecke.

Röntgenbehandlung der Neuralgien. Jeder chirurgische Eingriff, und sei es auch nur die Injektionsbehandlung, stellt den Erfolg der später angewendeten Röntgenbestrahlung in Frage. Ein einheitlicher Behandlungsplan der Neuralgien ist dringend notwendig. Nach Abklingen des akuten Schmerzanfalls unter Antineuralgica und Wärme ist ein Versuch mit der Röntgentherapie zu machen. Erst bei negativem Ergebnis der Bestrahlung sind chirurgische Maßnahmen heranzuziehen. Die Bestrahlung ist dann als erfolglos zu betrachten, wenn nach zweimaliger Anwendung weder eine Besserung noch eine Verstärkung der Schmerzen für einige Stunden (höchstens für einen Tag) eingetreten ist. Zur Erklärung der Röntgenstrahlenwirkung ist eine Schmerzaufhebung im Nerven als Folge der durch die Bestrahlung gesetzten Hyperämie anzunehmen. Die Furcht vor Adhäsionen, welche durch die Röntgenbehandlung entstehen könnten und welche einen späteren chirurgischen Eingriff sehr erschweren würden, ist völlig unberechtigt. Bei der Trigeminusneuralgie sind besonders bei den frischen Fällen erstaunliche Dauererfolge zu erzielen. Unerklärt ist bisher der hohe Prozentsatz von Mißerfolgen bei Ischias trotz derselben Technik der Röntgentiefenbestrahlung.

Oekonomie des Röntgenbetriebes. Die Rückgewinnung des Silbers aus dem gebrauchten Fixierbad durch Ausfällung mittels Schwefelnatrium stellt eine einfache und billige Methode dar, die mühelos vom Röntgenpersonal gehandhabt werden kann und bei größerem Verbrauch doppelseitig begossener Röntgenfilme sich als lohnend erweist.

Einfaches Adaptionsverfahren für Röntgenzwecke. Zur Vorbereitung für die bevorstehende Schirmbeobachtung wird nur ein Auge durch Verdeckung mit einem „Monokol“ zur Dunkeladaption gebracht. Das andere Auge bleibt völlig frei. Wenn das Auge lange genug verdeckt war, so ist es vollkommen adaptiert und fähig, den Schatten auf dem Röntgenschirm mit allen Feinheiten wahrzunehmen. Die Sehleistung mit nur einem Auge in der Vorbereitungszeit ist praktisch im Hellen bedeutend besser wie diejenige mit beiden Augen bei Verwendung der Röntgenbrille.

Mastkur mit Insulin bei Nichtdiabetischen. Nach den bisherigen Berichten und eigenen Erfahrungen sind Fälle von konstitutioneller Asthenie mit Magerkeit besonders für diese Art der Insulinanwendung geeignet. Dort, wo mit den üblichen diätetischen Mastversuchen kein Erfolg erzielt wurde, tritt häufig schon nach den ersten 3—5 Tagen der Insulinanwendung (20—40—60 Einheiten in dreimaligen Injektionen täglich ½—¾ Stunde vor den Hauptmahlzeiten) eine plötzliche Appetitsteigerung auf, deren Einwirkung auf die Psyche nicht hoch genug zu veranschlagen ist. Die Annahme, daß die oft erzielten erstaunlichen Gewichtszunahmen nur der wasserspeichernden Wirkung des Insulins zuzuschreiben sind, ist abzulehnen. Oedeme fehlen für gewöhnlich. Die Diurese ist häufig sogar überschießend. Durch Diuretica ist keine nennenswerte Steigerung der Diurese herbeizuführen. Das Anhalten der Gewichtszunahme und die durch den Heißhunger verursachte reichlichere Nahrungsaufnahme sprechen vielmehr dafür, daß eine Vermehrung der Körpersubstanz, ein Zell- und Gewebsaufbau stattgefunden hat. Die Erniedrigung des Blutzuckerspiegels hat an sich mit der Appetitanregung nichts zu tun, wenn auch zuweilen ein direkter Parallelismus der Appetitstärke zum Grad der durch Insulin hervorgerufenen Hypoglykämie nachweisbar ist. Bei Blutzuckersenkungen durch Injektion von Hypophysenvorderlappenextrakt ist keine appetitsteigernde Wirkung erkennbar. Wahrscheinlich wird durch das Insulin ein innersekretorischer, die Magerkeit bedingender Defekt durch Eingreifen in das Zusammenspiel der endokrinen Organe beseitigt.

Bei fortgeschrittener Tuberkulose sind mit der Insulinmast keine Erfolge zu erzielen. Bei nicht fiebernden Fällen beginnender Lungentuberkulose scheint Insulin günstig auf das Gewicht und den Allgemeinzustand einzuwirken.

Nachweis von Ruhrbazillen im Blut. Häufiger als bisher angenommen kommt es zum Uebertritt von Ruhrbazillen in die Blutbahn, wie durch Anreicherung größerer Mengen Blut in Galle festgestellt werden kann. Zur Frühdiagnose zweifelhafter Fälle ist dieses Verfahren unbedingt heranzuziehen, da der Stuhlausstrich häufig versagt und die Widalsche Reaktion verspätet einsetzt.

Nebennierenerkrankungen. Bei der akuten Zerstörung der Nebennieren (Blutungen, z. T. durch Thrombosen bedingt) stehen peritonitische oder typhöse Erscheinungen im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes, so daß eine Diagnose bei dem raschen tödlichen Verlauf fast unmöglich erscheint. Typische Symptome scheint hingegen der Nebennierenverschluß durch eine aufsteigende völlige Thrombose der unteren Hohlvene zu erzeugen, wie bereits zwei Beobachtungen erkennen lassen. Bei dem mitgeteilten Fall trat eine doppeltseitige Thrombose der Beinvenen ohne erkennbare Ursache auf. Unter Entwicklung von aufsteigendem Oedem der Bauchhaut schritt die Thrombose allmählich auf die Beckenvenen und die Vena cava inferior fort. Plötzlich sank die bereits vorher verminderte Harnmenge unter die Hälfte ab und der Harn wurde eiweißhaltig, da die Nierenvenen von dem Thrombus erreicht waren. Einige Tage später wurde der Puls ganz klein und weich. Die Haut des ganzen Körpers zeigte totenfleckenähnliche anämische und zyanotische Flecke. Die Atmung wurde stark verlangsamt und tief. Die Temperatur wurde subnormal. Große Hinfälligkeit und Schwäche setzten ein. Nach wenigen Tagen trat der Tod im Koma ein. Dieser typische Symptomenkomplex erscheint durch das Absperren des Adrenalinzuflusses vom Kreislauf bedingt. Die Vertiefung und Verlangsamung der Respiration wird auch gelegentlich bei der vollausgebildeten Addisonschen Erkrankung festgestellt. Bei dem schnellen Krankheitsverlauf ist das Ausbleiben der Pigmentation ohne weiteres verständlich.

Eine weitere Beobachtung lehrt, daß gelegentlich bei Infektionskrankheiten (Typhus abdominalis) sich Addisonsymptome in voller Stärke entwickeln und wieder schwinden können.

Biberfeld.

Medizinische Klinik.

Nr. 45, 5. November 1926.

Die Perkussion und Auskultation der Lunge und der praktische Arzt. Walter Olshausen.
Subfebrilität. Emil Mester.
Funktionsprüfung der Leber oder des retikulo-endothelialen Systems mit Farbstoffen? Schellong.
✦ Inkarzerierte Hydrozele des Samenstrangs. Kleinschmidt.
Entfettung ohne Diät. Rahel Hirsch.
✦ Die Fraktur des Olekranonsporns. Max Wülfing.
Zur Frage des Meckelschen Divertikels. Erich Marcuse.
✦ Die Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre mittels intravenöser Injektionen von 10 proz. Kochsalzlösung. Theodor Barsony und Georg Szemzö.
Behandlung der Appetitlosigkeit der Kinder. Hans Kopf.
Zur Stovarsolfrage. H. Mierzecki.
Nachtrag zu: Ueber Stillsche Krankheit. Von H. Strauß. (Medizinische Klinik 1926, Nr. 33). R. Schmidt.
Die bikolorierte Schellackreaktion. Eine neue Farbsolreaktion des Liquor cerebrospinalis. Eugen v. Thurzo und Alfred Marchionini.
Die Indikationsstellung bei genitalen Ausflüssen. Benthin.

Inkarzerierte Hydrozele des Samenstrangs. Die hinter dem Leistenring entstehenden Hydrozelen des Samenstranges können bei besonderen Umständen durch den Leistenkanal treten und dann erst werden sie bemerkt. Man kann bei dieser Erscheinung eigentlich nicht von ganz akutem Entstehen sprechen, weil die Hydrozele häufig schon lange Zeit hinter dem Leistenring bestanden hat. Ist nun der Kanal weit genug, so kann die Hydrozele wieder zurücktreten oder es könnte gelingen, sie zu reponieren. Gelingt dieses Unternehmen nicht, so möchte man die Bezeichnung „irreponibel" gebrauchen; aber man wird das nicht tun; denn man weiß, daß — soweit man das so sagen darf — die Hydrozele nicht hinter den Leistenring gehört. Bei engem Kanal können, wie bei jeder Hernie, sofort Einklemmungserscheinungen auftreten; diesen Vorgang wird man dann mit Recht als Inkarzeration bezeichnen. An vier Fällen, die Verfasser operiert hat, weist er die Richtigkeit seiner Ansicht nach. Der erste Fall war mehrfach aus- und spontan wieder zurückgetreten, bis die Hydrozele infolge ihrer Größe vor dem äußeren Leistenring in Spannung hängen blieb. Im zweiten Falle war eine — eine Darmeinklemmung vortäuschende — Erscheinung beim ersten Austritt schon aufgetreten und beim dritten Fall war die Einklemmungserscheinung nicht sehr groß, was auch im vierten Falle fast ebenso war. Eine Verbindung mit der freien Bauchhöhle war in keinem Falle vorhanden. Die Ausschälung gelang in allen vier Fällen, wie bei jeder Hydrozele, leicht und die Patienten wurden geheilt entlassen.

Die Fraktur des Olekranonsporns. Man muß nicht glauben, daß die Fraktur des Olekranonsporns sehr häufig vorkommt; wie wohl im allgemeinen die Auffassung besteht, daß infolge der oberflächlichen und ungeschützten Lage dieses Knochenvorsprungs eine Frakturierung desselben häufig erfolgen müßte. Nicht immer ist es einfach, die Diagnose zu stellen; denn wir wissen, daß Spalten im Olekranonsporn auch ohne vorhergegangenes Trauma vorkommen. Eine sichere Diagnose kann nur gestellt werden, wenn entweder ein kurz vorher aufgenommenes Röntgenbild keinen Spalt zeigt oder wenn deutliche Kretipation nachweisbar ist. Mitunter sieht man erst bei der Operation Zeichen einer frischen Knochenverletzung. Der operative Eingriff ist auch zugleich die beste und rationellste Behandlungsmethode der Olekranonsporn-Fraktur.

Die Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre mittels intravenöser Injektionen von zehnprozentiger Kochsalzlösung. Bei Magen- und Duodenalgeschwüren hat man sehr häufig Proteinkuren verordnet, bei denen jedoch trotz der eintretenden Beschwerdefreiheit die entstehenden Nebenwirkungen von den Patienten unangenehm empfunden werden. In der vorliegenden Arbeit wird auf die Behandlung durch intravenöse Injektionen von zehnprozentiger Kochsalzlösung hingewiesen und in keinem der Fälle konnten die Verfasser irgendwelche Nebenwirkungen feststellen, wodurch zunächst also schon einmal gegenüber anderen Kuren ein wesentlicher Vorteil vorhanden ist. Die Menge und der Säuregehalt des Magensaftes ist nach abgeschlossener Kur unverändert; jedoch stimmen die Rezidive nach diesem Verfahren mit den wiederkehrenden Beschwerden nach anderen Verfahren fast ganz überein, wenngleich es scheint, daß bei der Anwendung der intravenösen Injektion die Rezidive doch erst später auftreten als bei anderen Behandlungsmethoden.

Hofbauer, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 46, 12. November 1926.

Psychopathologie des Verbrechers in ihrer Bedeutung für die Anthropologie. Raecke.
Colitis gravis. Strauß.
✦ Verkannte Syphilis. Hecht.
✦ Verhütung und Behandlung des Diphtheriekrupps im kindlichen Alter. Blacher.
Serodiagnostik der Tuberkulose. Liese und Weigmann.
Entfernung der Harnleitersteine. Rothschild.
Kreislaufprobleme. Plesch.
Skoliose und Leibesübungen. Deutschländer.
Biologische Verwandtschaft zwischen Mensch und Affe. Uhlenhuth.
Flimmern der Vorhöfe oder der Kammern bei Herzblock. de Boer.
Klinische Prüfung peroraler Insulinpräparate. Umber.
Praktische Ergebnisse bei perkutaner Reizkörpertherapie in Form von Dermaprotin. Sachs.
Weitere Erfahrungen mit Tutokain. Steichele.
Fazialislähmung bei akutem Gelenkrheumatismus. Reinhold.
Sind die peroralen Mittel zur röntgenologischen Gallenblasendarstellung zuverlässig? Roseno.
Fortschritte der medikamentösen Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Přibram.

Verkannte Syphilis. Durch die Aktivmethode des Verfassers wird die Originalmethode nach Wassermann bei der Fahndung auf Syphilis wertvoll ergänzt. Die Forderung des Verfassers, bei jeder klinischen Untersuchung genau so wie eine Harn-, Herz- und Lungenuntersuchung eine Seroreaktion auf Syphilis anzustellen, sollte zur starren Regel werden. Es wird an Hand einiger Krankengeschichten verblüffend dargelegt, zu welchen Fehlschüssen selbst hervorragende Aerzte durch die Unterlassung einer Seroreaktion kommen können.

Verhütung und Behandlung des Diphtheriekrupps im kindlichen Alter. Für die Serumtherapie bei drohendem bzw. schon bestehendem Diphtheriekrupp lassen sich folgende Richtlinien festlegen:

1. Maßgebend für die Größe der Serumgaben ist vor allem die Schwere der Erkrankung, wobei die Serumgaben nicht auf das Höchstmaß der Schickschen Forderung (500 Immunitätseinheiten pro Kilogramm Körpergewicht) beschränkt werden sollten.

2. Der Kranke ist fortlaufend unter Serum zu halten, bis der örtliche Prozeß und die Allgemeinerscheinungen abgeklungen sind (zwei- bis dreimal täglich zu 3000—5000 Immunitätseinheiten).

3. Die Schickschen Dosen auf das Kilogramm Körpergewicht berechnet, sind als allgemeine Richtlinien zu nehmen, jedoch im Sinne des in Punkt 1. dargelegten zu erweitern.

4. Es ist unter allen Umständen anzustreben, möglichst früh, nicht später als am ersten oder zweiten Anfallstag (noch im prästenotischen Stadium) der Diphtherie die Serumbehandlung einzuleiten.

5. In zweifelhaften oder nur verdächtigen Fällen sind, ohne die bakteriologische Diagnose abzuwarten, nicht weniger als 2000 Immunitätseinheiten zu injizieren.

Des weiteren betont der Verfasser die Wichtigkeit der Aufklärung der Eltern über die drohende Gefahr bei Larynx- und Nasenerkrankungen im frühen Kindesalter und die Notwendigkeit, die Aerzte auf eine rechtzeitige Erfassung der Diphtherie evtl. in Fortbildungskursen vorzubilden.

Nr. 47, 19. November 1926.

Die Augendiagnose. Birch-Hirschfeld.
* Abhängigkeit der Tuberkulinfieberreaktion vom tuberkulösen Herd. Toenniessen und Friedrich.
Auf dem Wege zur mathematischen Lösung des Lipoidproblems. Much.
* Interferometrische Untersuchungen zur Frage des Alterns, speziell bei konsumierender Arteriosklerose. Groedel und Hubert.
Transmineralisation und Haut. Pulay.
Magnocid, ein neues, haltbares Chlorpräparat. Lochbrunner.
Einfluß der Pufferungskapazität auf die Löslichkeit der Harnsäure. Jung und Leuthardt.
Zur Kenntnis von medizinischer Kohle. de Bruïne Ploos van Amstel.
Einfluß von anorganischen und organischen Alkalisalzen und einigen Hormonen auf die Lage des Harnquotienten C:N. Bickel.
Gegen die Verwendung des Alkohols zur Desinfektion chirurgischer Instrumente. Brüning.
Stickoxydul oder Azetylen? Schmidt.
Färbeindex bei perniziöser Anämie. Breidenbach.
Behandlung des Diabetes mit Radiumstrahlen. Rosinski und Quedenfeld.
Dehydrocholsäure-Diurese. Rahmlow und Ritterband.
Behandlung der Superaziditätsbeschwerden mit Gelonida stomachica. Henius.
Symptomatologie und Diagnose der akuten Schierlingsvergiftung. Wulsten.
Behandlung von Furunkeln mit Analgit. Bramer.
Methodik der Kropfmessung. Holtzinger.
Orthopädie. Debrunner.
Beeinflussung des Stoffwechsels durch die normalen Sexualvorgänge im weiblichen Organismus. Zuntz.

Abhängigkeit der Tuberkulinfieberreaktion vom tuberkulösen Herd. Das nach Tuberkulininjektion eintretende Fieber des tuberkulösen Säugetieres (Kaninchen) ist nicht ausschließlich die Folge einer Herdreaktion, wie bisher angenommen, sondern beruht auf unmittelbarer Reizung des spezifisch umgestimmten Wärmezentrums. Die Allergie des Wärmezentrums ist erst längere Zeit nach der Infektion (6 Wochen) voll entwickelt und genügt dann, um nach Entfernung des Primärherdes eine Tuberkulinfieberreaktion herbeizuführen.

Interferomotrische Untersuchungen zur Frage des Alterns, speziell bei konsumierender Arteriosklerose. Bei konsumierender Arteriosklerose läßt sich sehr häufig starker Zellverfall endokriner Organe feststellen und damit die Unterfunktion der betreffenden Drüsen deuten. Von diesem Altersabbau können alle Drüsen befallen sein, sowohl nur eine Drüse oder eine Drüse vorwiegend, als auch mehrere Drüsen zugleich.

Arnold Hirsch, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 45, 5. November 1926.

Sprache und Geistesstörung. Stockert.
* Synthetisch dargestellte Körper mit insulinartiger Wirkung. Frank, Nothmann und Wagner.
Bemerkungen zu den vorstehenden Mitteilungen. Minkowski.
* Klinische Konstitutionspathologie. Ashley und dell'Acqua.
Neues Begleitsymptom der Hornerschen Trias. Metzger.
Hyperventilations-Tetanie. Duzàr und Hensch.
Veronalvergiftungen und Veronalausscheidungen. Reiche.
* Verweildauer des Wassers im Magen. Christ.
Gegen das akute Glaukom. Hamburger.
Eineiigkeitsdiagnose der Zwillinge. Waardenburg.
Eosin bei Abstellung der Impfmalaria. Voitel.
Framboesie-Immunität der Paralytiker. Jahnel und Lange.
Karzinomversuche. Warburg.
Photoaktivierung des Lebertrans. Haffner und Pulewka.
Hörbarmachung der Herztöne. Scheminzky.
Abrißfraktur des Trochanter minor femoris. Jacobson.
Salzsäureresektion des Magens. Heilmeyer.
Aderlaß oder deplethorische Diät bei bedrohlichen Hypertonien. Ziegelroth.
Lobelin bei Narkose-Asphyxie. Pfitzner.

Synthetisch dargestellte Körper mit insulinartiger Wirkung. Das Synthalin setzt die Zuckerausscheidung im Urin herab, und zwar ist 1 mg imstande 1,1—1,2 g Zucker zur Verwertung zu bringen. Die Azidosis wird beseitigt. Der Blutzucker wird erheblich unter den Schwellenwert, bei welchem Glukosurie auftritt, zurückgeführt. Auch andere Symptome der Zuckerkrankheit, Polyurie, Polydypsie, verschwinden. Bei temporär durch Infekt oder permanent insulinrefraktären Fällen entfaltet das Präparat seine volle Wirkung. Bei den von den Verfassern bisher beobachteten Diabetikern mit chirurgischen Infekten (Gangrän, Furunkulose, Phlegmone) konnte das Insulin durch Synthalin ersetzt werden.

Klinische Konstitutionspathologie. Die Annahme, daß der Thymus auf innersekretorischem Wege eine stimulierende Wirkung auf die Produktionsstätten der Blutlymphozyten ausübe, entbehrt einer tatsächlichen Grundlage und ist daher als unbegründet aufzugeben. Mit Rücksicht auf dieses Ergebnis ist es wahrscheinlich, daß der überraschende Erfolg der Thymusbestrahlung in dem von den Verfassern geschilderten Falle von Basedow mit Thymushyperplasie und subleukämischer Lymphomatose einer quoad Thymus unspezifischen Röntgenwirkung auf das lymphatische System zuzuschreiben ist und nicht auf der Hemmung einer spezifischen innersekretorischen Thymusfunktion beruht.

Verweildauer des Wassers im Magen. Wenn 1 l Wasser getrunken wird, so verläßt das Wasser den Magen nicht so rasch. Nach ¼ Stunde ist noch etwa die Hälfte, nach ½ Stunde noch der 5. Teil im Magen verblieben. Ungefähr die entsprechenden Werte findet man, wenn ½ l getrunken wird; nur die kleinen Reste, die dabei nach ½ Stunde noch im Magen gefunden werden, schwanken erheblich. — Die Entleerung des Wassers aus dem Magen ist weitgehend von der Temperatur abhängig: Je wärmer das getrunkene Wasser ist, desto rascher verläßt es den Magen.

Eosin bei der Abstellung der Impfmalaria. Nur 1 Patient fieberte nach dem ersten Behandlungstage nicht mehr. 14 Kranke bekamen noch 1—2 Nachzacken, wie der Verfasser es auch beobachtete, wenn er nur Chinin verordnete. Bei 5 Patienten sank die Temperatur innerhalb von 4 Tagen zur Norm herab. Resistente Fälle fanden sich unter den von Anfang an kombiniert Behandelten nicht.

Bei 4 Kranken wurde Eosin erst gegeben, nachdem Chinin mehrere Tage ohne Einfluß auf den Verlauf der Malaria gewesen war. Von ihnen reagierten 2 mit Fieberabfall nach 0,1 (zweimal 0,05) g Eosin subkutan, also am zweiten Tage; bei einem entwickelte sich eine Beinphlegmone, so daß das Resultat nicht beurteilt werden kann. Der vierte Fall schließlich blieb unbeeinflußt und endete am achten Tage nach Beginn der Chininmedikation durch Herzschwäche letal. Vergleicht man die Ergebnisse der kombinierten Behandlung mit der einfachen Chinintherapie, so läßt sich aus dem Material des Verfassers kaum ein Fortschritt in der ersteren sehen. Die Mehrzahl der von Anfang an kombiniert behandelten Fälle zeigte die gleichen Nachzacken, wie sie auch sonst beobachtet werden. Von den vorher unbeeinflußt gebliebenen Fällen, bei denen gewöhnlich am fünften Tage mit der Eosinverabreichung begonnen wurde, fiel das Fieber am zweiten Eosintage ab. In unbeeinflußbaren Fällen wird der Verfasser das Eosin immer wieder versuchen, glaubt aber den Wert der kombinierten Eosin-Chinintherapie bei der Abstellung der therapeutischen Impfmalaria nicht hoch anschlagen zu müssen.

Nr. 46, 12. November 1926.

Nachlassen der Lebenstriebe. Müller.
* Mechanismus der Kreislaufstörung beim Coma diabeticum. v. Neergaard.
Herzalternans des Menschen. Regelsberger.
* Ovarialhormon. Hartmann.
Erfahrungen mit neueren Methoden der Abderhaldenschen Reaktion. Schugt und Brühl.
* Quantitative und optimale Wirkung des Insulins. Holm.
Einfluß der Wasserstoffe auf das Wachstum von Kaulquappen. Scheer.
* Bindegewebsverdauung. Schembra.
Approximative Methode zur Blutzuckerbestimmung. Peters.
Behandlung progredienter Staphylomykosen. Läwen.
Das individuelle Verhalten der Zelle. Handovsky.
Rassenbiologische Untersuchungen an Strafgefangenen. Gundel.
Hypoglykämische Wirkung des Schwefels. Campanacci und Balducci.
Hämophilie. Wittkower.
Nichttropische Sprue. Thaysen.
Blutzucker und Gifte. Bertram.
Theominal bei Arteriosklerose. Schmilinsky.

Mechanismus der Kreislaufstörung beim Coma diabeticum. Der von v. Neergaard besprochene Fall zeigt, daß die geäußerte Auffassung von der peripheren Genese der Kreislaufstörung durch mangelhaften Tonus der Arteriolae und der Kapillaren und dadurch bedingten Blutdrucksenkung, sowie der relativ selbständigen Bedeutung dieses Mechanismus doch mehr Berücksichtigung verlangt. Die vertretene Anschauung könnte doch in vielen Fällen dazu dienen, die Therapie in eine fruchtbarere Richtung zu lenken, als es der Versuch einer Beeinflussung des Myokards in solchen Fällen ist. Denn seitdem das Insulin uns zum großen Teil die Azidosis zu beherrschen gestattet, ist zweifellos der mit der Zirkulationsstörung zusammenhängende Komplex therapeutisch in den Vordergrund gerückt.

Ovarialhormon. Für die Erzeugung von Brunst und Uteruswachstum ist dieselbe Substanz verantwortlich. Das erstmalig von Fränkel und Herrmann durch Vakuumdestillation isolierte Ovarialhormon läßt sich durch Alkalien verseifen, wobei ein Gemisch von höheren ungesättigten Fettsäuren und ein Neutralkörper entsteht. Der Neutralkörper erweist sich im Brunstversuch und im Wachstumsversuch als wirksam.

Quantitative und optimale Wirkung des Insulins. Durch Verzettelung der subkutanen Insulinzufuhr läßt sich eine stärkere, anhaltendere und trotzdem ebenso rasch einsetzende Blutzuckersenkung erzielen, wie wenn man die Gesamtdosis auf einmal subkutan spritzt. Die durch die Verzettelung willkürlich und meßbar verzögerte Insulinzufuhr bewirkt nach Form und Größe genau dieselbe Verstärkung gegenüber der einfachen subkutanen Gabe, wie sie durch intrakutane Insulininjektion, oder subkutane Insulineiweißinjektion erzielt wird.

Hierdurch ist bewiesen, daß die Verstärkung des Insulins bei intrakutaner Gabe oder bei Mischung mit Eiweiß auf nichts anderem als auf einer Resorptionsverzögerung beruht. Dieselbe Verstärkung, wie sie beim Kaninchen durch subkutane Injektion von Teildosen erreicht wird, läßt sich am diabetischen Menschen durch verzögerte intravenöse Zufuhr zeigen. Bei dieser letzteren Versuchsanordnung ist das Abklingen der Wirkung mit dem Aufhören der Zufuhr besonders deutlich, wenn eine geeignete Dosis pro Zeiteinheit gewählt wird.

Die für andere Medikamente bekannte, durch Verzettelung hervorgerufene Wirkungsstärke, die als „Zeitpotenzierung“ bezeichnet wird, wird für das Insulin dahin präzisiert, daß das Insulin wahrscheinlich ein im Potential wirkendes Mittel ist, für das außerdem die auch von anderen Hormonen bekannte Eigentümlichkeit in Betracht kommt, gegenüber größeren Substratmengen einen größeren und gegenüber kleineren Substratmengen einen abnehmenden Umsatz entfalten.

Es wird die Forderung aufgestellt, das Insulin zur Standardisierung am Kaninchen nur noch intravenös zu spritzen.

Bindegewebsverdauung. Rohes Bindegewebe wird nur bei Vorhandensein der Pepsinsalzsäuresekretion im Magen verdaut, der Dünndarmsaft ist an seiner Verdauung nicht beteiligt. Die Schmidtsche Bindegewebsprobe, sowie die Desmoidreaktion von Sahli bestehen trotz entgegenstehender Annahme von Buckstein zu Recht.

Arnold Hirsch, Berlin.

Reichsgesundheitsblatt.

1., Nr. 45, 10. November 1926.

◆ Beiträge zur Klinik der Pest. Rohardt.

Beiträge zur Klinik der Pest. 24 Fälle mit einer Mortalität von 62,5% wurden vom Verfasser in Rio Grande beobachtet. Das erste Kindesalter und die Jahre über 50 Jahre scheinen besonders zu ungünstigem Ausgang zu neigen. Lungenpest entstand teils primär, teils sekundär; sie führte oft wenige Stunden nach Auftreten des Pestsputums zum Tode. Die Uebertragung der Lungenpest kann direkt beim Husten durch das Sputum erfolgen. Rückfälle von Bubonenpest brauchen nicht immer tödlich zu enden. Behandlung bestand — neben Seruminjektion — in allgemein kräftigenden Maßnahmen, besonders Hebung der Herztätigkeit. Fühlbare Bubonen sind zeitig zu rekodieren. Ein Fall von Uebertragung durch Flohstich wurde beobachtet. Krankenhausinfektion kam nicht vor.

Michaelis, Bitterfeld.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

23., Nr. 20, 15. Oktober 1926.

◆ Blutuntersuchung und Konstitutionsergründung. Hugo Sellheim.
Pharmakologie des Eisens im Lichte neuer Erkenntnisse. Heubner.
Beiträge zum jetzigen Stand der experimentellen Krebsforschung. Auler.
◆ Versuch einer Behandlung eitriger Affektionen mit modifizierter „Bipp“-Methode. Elisabeth Thal.
Konservative oder operative Behandlung der Furunkel und Karbunkel? Guhrauer.
Erwiderung auf den vorstehenden Aufsatz von Dr. Guhrauer. Sonntag.

Blutuntersuchung und Konstitutionsergründung. Die Konstitution ist die jedem Menschen eigene Rüstung zur Abwehr von Krankheiten. Sie läßt sich im Nachweis der Blutbeschaffenheit chemisch erfassen. Diese Forschungen knüpfen sich an den Namen von Abderhalden. Man muß den menschlichen Körper heute als eine Art chemische Fabrik betrachten, in der eine weitgehende Teilung und Ergänzung der Arbeit durchgeführt wird. Wir sind heute imstande, die Krankheit frühzeitiger und mit größerer Sicherheit festzustellen, als mit den bisherigen Methoden. Die Erkennung von Betriebsstörungen im Körper, die Behebung im Sinne einer Betriebsregulierung, ist eine aussichtsreiche Methode der neueren Zeit geworden. Das Wesen der Abderhaldenschen Reaktion besteht darin, daß das Blutserum der betreffenden Person ein anatomisches Substrat der in Frage kommenden Krankheit abbauen kann. Die Abbauprodukte sind dann mittels einer Farbreaktion nachzuweisen. Das Verfahren, das sehr subtile Technik erfordert, hat nur in 78% Sicherheit gezeigt. Daher wurde das Verfahren wieder verlassen, bis Verfasser sich mit derselben wieder eingehender beschäftigte. Die Sicherheit der Reaktion hängt davon ab, daß das Testorgan und das veränderte Organ exakt abgestimmt sind. Das wichtigste Forschungsgebiet ist die bösartige Geschwulst. Auch in der Geburtshilfe zeigt sich ein aussichtsreiches Versuchsfeld. Durch das Alkoholverfahren wurde die Methode erheblich verbessert und vereinfacht und zu einem einfachen Reagenzglasversuch. Der Prozentsatz der Treffer steigt bis in die Grenzen der Sicherheit. Verfasser schildert das Alkoholverfahren, ferner die verbesserte Organ-Extrakt-Serum-Reaktion und schließlich als neuestes Gebiet der Forschung die Trübungsreaktion. Die Zeit der Untersuchung, die anfänglich 24 Stunden betrug, ist auf 1½ Stunden herabgesetzt worden. Die Sicherheit beträgt 98,7%. Es gelang auf diese Weise, das Geschlecht des Kindes schon vor der Geburt zu bestimmen, was an sich kaum große praktische Bedeutung hat, jedoch den Wert der Blutuntersuchungsmethode ins rechte Licht setzt. Ueber die Beziehungen zwischen Mutter und Kind und umgekehrt wird man durch die Methode noch viel Interessantes klären können. Wahrscheinlich ist es, daß eine vom Kind ausgehende Verjugendlichung auf die Mutter während der Schwangerschaft ausgeübt wird. Auch in den Wechseljahren zeigt die Blutuntersuchung wichtige Erkenntnisse. Es wurde erkannt, daß der mit Röntgenstrahlen geschädigte Eierstock nicht der physiologischen Rückbildung anheimfällt, sondern ein künstlich krank gemachter Eierstock wird. Die Erkennung der bösartigen Geschwulst wird durch die Verschärfung der Methode wesentlich erleichtert. Die Hoffnung, den Krebs auf dem Blutwege anzugreifen, wird durch verschiedene Beobachtungen genährt. Auch die Frühdiagnose wird durch die Blutuntersuchung gefördert. Verfasser verspricht sich auch zur Ergründung der Konstitution von der Verwendbarkeit seiner Methode für die Zukunft wertvolle Erkenntnisse.

Versuch einer Behandlung eitriger Affektionen mit modifizierter „Bipp“-Methode. Eine aus Amerika stammende Methode, infizierte Wunden mit einer aus 8 Teilen Wismut, 16 Teilen Jodoform und 8 Teilen Paraffin bestehenden Paste zu füllen und die Wunde durch Naht zu schließen, ist vom Verfasser nachgeprüft worden. Die Naht darf bei möglichst seltenem Verbandswechsel erst nach 9 bis 14 Tagen entfernt werden. Hierdurch wird der Heilungsverlauf oft enorm abgekürzt, die Möglichkeit plastischer Operationen verhindert; auch bei infizierter, chirurgischer Tuberkulose ermöglicht die Methode aktive Eingriffe.

23., Nr. 21, 1. November 1926.

◆ Einige der häufigsten Irrtümer und Fehler bei der Untersuchung Nervenkranker. Paul Schuster.
Blutuntersuchung und Konstitutionsergründung. Hugo Sellheim.
◆ Paranephritis im Kindesalter. Krabbel.
Quarzlicht und Hautreizbestrahlung. Thedering.

Einige der häufigsten Irrtümer und Fehler bei der Untersuchung Nervenkranker. Diese für den Praktiker außerordentlich wichtige Abhandlung eignet sich nur zum kurzen Referat und verdient im Original nachgelesen zu werden. Die wichtigste Untersuchung, die Prüfung der Pupillarreaktion zeitigt häufig Irrtümer, da man oft in die Gefahr gerät, eine Akkomodationsverlängerung für einen Lichtreflex zu halten. Bei älteren Leuten muß eine möglichst starke Lichtquelle zur Erzielung des Effektes angewandt werden. Die Untersuchung des Augenhintergrundes wird oft vernachlässigt. Eine genaue Betrachtung der Mundwinkel schafft in vielen Fällen Klarheit und wird zu wenig beachtet. Der Nystagmus kann oft angeboren und von den übrigen Krankheitssymptomen völlig unabhängig sein. Bei Schulterbeschwerden, besonders bei Leuten im höheren Lebensalter, wird trotz negativem Befund die Diagnose Neuralgie gestellt, obgleich der Schmerz in völliger Ruhe schwindet und es sich hier immer um eine Schultergelenksaffektion handelt. Auf die Untersuchung der Füße und Sohlen wird viel zu wenig geachtet. Die schwierigste Aufgabe des Untersuchers ist die Herbeiführung einer Entspannung zur Unterscheidung einer spastischen Steifigkeit vom Rigor. Die häufigste Fehlerquelle bietet die Auslösung der Sehnenreflexe, die oft als fehlend angenommen werden, während sie in Wirklichkeit vorhanden sind. Verfasser empfiehlt dringend die Untersuchung in horizontaler Rückenlage. Auch die Sensibilitätsprüfung ist ein schwieriges Kapitel. Störungen, die auf psychischem

Gebiet liegen, sind in ihrer Beurteilung noch schwieriger, als rein somatische Verhältnisse. Eine genaue Untersuchung der inneren Organe auch bei rein nervösen Klagen wird dem Untersuchenden dringend ans Herz gelegt.

Paranephritis im Kindesalter. Die Paranephritis ist ein gut abgegrenztes Krankheitsbild, das sehr oft gar nicht oder sehr spät erkannt wird. Bei rechtzeitiger Erkennung kann man durch breite Inzision oft rasche Heilung erzielen. Die Diagnose wird jedoch meist erst in der zweiten oder dritten Woche gestellt. Erst wenn durch Zunahme des eitrigen Prozesses starke Druckempfindlichkeit und Schwellung in der Flanke sich zeigen, wird an eine Paranephritis gedacht. Sie ist eine Erkrankung vorwiegend des jugendlichen Alters. Verfasser schildert drei Fälle, deren Diagnose sehr schwierig war. Häufig gehen diese Fälle unter der Sammeldiagnose „Psoasabszeß", die jedoch heute nicht mehr genügen darf. Genaue Nachprüfung der Fälle führt oft zur Klarlegung der Diagnose und bei schnellem Handeln zu Heilung.

Kosminski.

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

153., Heft 1/2, November 1926.

Vergleichende Untersuchungen über den Aminosäurengehalt von Blutplasma und Liquor cerebrospinalis. Wiechmann und Dominik.
Neues Blut- und Serumviskosimeter. Wiemer.
✦ Blutdruckdifferenzen in verschiedenen Gefäßgebieten beim Menschen. Mandelstamm.
Hochgradige, den Eiweißgehalt des Blutes weit übersteigende Albuminurie. Stepp und Peters.
Regulation des Säure-Basen-Gleichgewichts beim Menschen. I. Das Verhalten der Harnreaktion und der alveolären Kohlensäurespannung. II. Das Verhalten der Kohlensäurebindungskurve und der Blutreaktion. Jansen und Karbaum.
✦ Klinische Beobachtungen über vitalgranuläre Erythrozyten bei schweren Anämien. Istomanowa.

Blutdruckdifferenzen in verschiedenen Gefäßgebieten beim Menschen. In $^4/_5$ der Fälle von reiner Aorteninsuffizienz und in der Mehrzahl der mit anderen Vitien kombinierten Aorteninsuffizienzen wird eine relative Blutdruckerhöhung in den unteren Extremitäten beobachtet (Hillsches Symptom). Bei der luischen Aorteninsuffizienz ist die Druckdifferenz anscheinend häufiger, jedoch nicht so groß wie bei dem auf endokarditischer Grundlage entstandenem Vitium. Bei der Arteriosklerose ist der Blutdruck an den unteren Extremitäten nur in einem Viertel aller Fälle höher als an den oberen. Zwischen der Größe der Differenz und dem Maße der sklerotischen Veränderungen der Aorta und der peripheren Gefäße besteht kein Parallelismus. Auch zwischen der Druckdifferenz und der absoluten Höhe des Blutdruckes ist kein Zusammenhang feststellbar. Die relative Hypertonie im Bereich der unteren Extremitäten ist bei stark erhöhtem Blutdruck (über 220 mm Hg) selten. Der diastolische Blutdruck ist im Gegensatz zum systolischen wenig verändert und läßt konstante Druckunterschiede vermissen. Lokale Ursachen sind für die relative Blutdrucksteigerung an den Beinen nicht verantwortlich zu machen. Weder anatomische Gefäßveränderungen noch umschriebene Gefäßspasmen kommen zur Erklärung dieser Erscheinung in Frage. Ausschlaggebend sind vielmehr funktionelle Momente, die Beschleunigung des Blutstroms, die Rigidität der Gefäße, besonders der Aorta und die Vergrößerung der pulsatorischen Druckschwankungen. Auch spielt die Verschiedenheit der Abzweigungswinkel von Arm- und Beinarterien bei der Druckdifferenz eine wichtige Rolle. Der klinische Wert der relativen Blutdrucksteigerung an den unteren Extremitäten besteht darin, daß sie für diejenigen Fälle von Aorteninsuffizienz charakteristisch ist, bei denen der Klappendefekt groß ist. Eine größere Druckdifferenz spricht bei diesem Klappenfehler mit Wahrscheinlichkeit gegen das Bestehen einer gleichzeitigen Aorten- oder Mitralstenose. Bei älteren Leuten kann eine relative Hypertonie an den Beinen ein Zeichen der Sklerose des Aortenstammes sein, da sich dann der aortale Anfangsdruck durch den breiten Aortenstamm ohne Abschwächung in Richtung der unteren Extremitäten fortpflanzen kann. Jedoch auch bei hochgradiger Aortensklerose kann der Blutdruck in den Gefäßgebieten der Arme und Beine gleich sein.

Klinische Beobachtungen über vitalgranuläre Erythrozyten bei schweren Anämien. Jede Anämie ist das Resultat eines Blutverlustes durch eine äußere resp. innere Blutung, durch eine pathologische Zerstörung der roten Blutkörperchen im Organismus oder durch eine ungenügende Neubildung der Hämoglobinträger. Zum größten Teil bestimmt das Regenerationsvermögen des erythropoetischen Gewebes den weiteren Verlauf der Krankheit, soweit ist die Beurteilung der Funktionsfähigkeit dieses Gewebes in jedem Fall von Anämie von größter Bedeutung. Gewöhnlich wird die Funktion des Knochenmarkes nach den Veränderungen der Erythrozytenzahl, des Hämoglobingehaltes und nach dem Auftreten junger, unreifer Erythrozyten (kernhaltige und polychromatische Zellen) im peripherischen Blut beurteilt. Zur einwandfreien Beurteilung der Erythropoese reicht die Kenntnis des Hämoglobingehaltes und der Butkörperchenzahl nicht aus, da beide nur das Endergebnis zweier entgegengesetzt wirkenden Faktoren sind, der Blutkörperchenneubildung und des Erythrozytenunterganges. Aus der Zunahme der Erythrozyten allein kann nicht auf eine verstärkte Erythropoese geschlossen werden, da eine Herabsetzung der Hämolyse auch bei verminderter Erythrozytenneubildung zur Vermehrung der Blutkörperchen führt. Das Auftreten kernhaltiger Blutkörperchen ist nicht selten die Aeußerung einer beginnenden Erschöpfung des Knochenmarks und selbst bei verstärkter Regeneration nur verhältnismäßig selten festzustellen. Die Polychromatophilie ist als Merkmal für die Jugend der Erythrozyten wertvoll Sie kann jedoch quantitativ nicht ausgewertet werden, da eine scharfe Grenze zwischen normal gefärbten und polychromatischen Zellen nicht gezogen werden kann. Eine einwandfreie Methode zur Beurteilung der Anzahl der Jugendformen im Blut stellt die Bestimmung der Sauerstoffzehrung des Blutes dar. Dieses Verfahren ist jedoch zu umständlich und zeitraubend, um allgemein angewandt zu werden. Als sicherstes und einfachstes Verfahren, die Erythropoese bei anämischen Zuständen zu beurteilen, ist die Bestimmung des Prozentgehaltes des Blutes an vitalgranulären Erythrozyten zu empfehlen. Experimentelle Untersuchungen zeigen, daß zwischen der Menge der vitalgranulären Elemente im Blut und dem Grade der Erythropoese im Knochenmark ein vollkommener Parallelismus besteht. Alle Erythrozyten und Erythroblasten des Knochenmark enthalten die Granulation und treten mit ihr ausgerüstet in das Blut über, wo diese allmählich verloren geht. Die vitalfärbbare Substantia reticulo-filamentosa hat mit der basophilen Punktierung der Erythrozyten nichts gemein. Diese Punktierung der fixiert gefärbten Zellen ist wahrscheinlich eine pathologische Erscheinung bei Vergiftung des Organismus oder bei anormaler Regeneration). Besonders wertvoll erweist sich die Bestimmung der vitalgranulären Zellen in der Kontrolle verschiedener therapeutischer Maßnahmen bei den Anämien. Die Perioden schwerster anämischer Zustände im Verlauf der perniziösen Anämie sind durch einen sekundären aregeneratorischen Erschöpfungszustand des erythroblastischen Gewebes verursacht (durchweg nur geringe Mengen punktierter Erythrozyten auffindbar). Die gewöhnlichen Heilverfahren wirken durch Anfachung einer intensiven Knochenmarkstätigkeit. Die Zunahme der vitalgranulären Erythrozyten im Blut erfolgt sprungweise, krisenartig und mit großen Schwankungen. Besonders dem Neosalvarsan scheint die Fähigkeit zuzukommen, einen energischen Reiz auf das Knochenmark auszuüben, selbst in den Fällen, in welchen die gewöhnliche Medikation versagt (Arsenstoß, Bluttransfusion, Entmilzung). Bei entsprechender Anwendungsweise werden keine Nebenwirkungen beobachtet, wie bei dem Salvarsan gleich nach der Entdeckung, als es von Ehrlich zur Bekämpfung schwerer Anämien empfohlen wurde (Todesfälle). Mit 0,075 bis 0,15 Neosalvarsan wird begonnen und die Wirkung durch tägliche Bestimmung der Erythrozytenzahl, der Hämoglobinmenge sowie des Prozentsatzes der vitalgranulären Blutkörperchen überwacht. Wenn im Laufe von 2 bis 3 Tagen kein Anstieg dieser punktierten Zellen sich einstellt oder wenn der erfolgte Anstieg zum Stillstand kommt, erfolgt die zweite Injektion, wobei dieselbe Dosis wie bei der vorhergehenden genommen wird. Erst beim Ausbleiben jeglichen Effektes wird die nächststärkere Dosis genommen, jedoch nicht über 0,45 hinaus. Das Neosalvarsan wirkt aller Wahrscheinlichkeit nach durch seinen Arsengehalt als unmittelbarer Reiz auf das Knochenmark. Vor Ausführung derart großer Eingriffe wie Bluttransfusion oder Milzexstirpation ist die Neosalvarsanbehandlung bei allen schweren anämischen Zuständen zu versuchen.

Biberfeld.

Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten.

18., Nr. 21, November 1926.

✦ Zur Differentialdiagnose funktioneller Störungen am Blutkreislauf. Barth.
✦ Die Kreislaufschwäche als Spätfolge Aneurysmas peripherer Arterien. Israel.

Zur Differentialdiagnose funktioneller Störungen am Blutkreislauf. Hinweis auf die Beobachtungsfehler, die von der mit der ersten ärztlichen Untersuchung gewöhnlich verbundenen seelischen Erregung herrühren, und Vorschläge an ihrer Vermeidung: Vornahme einer zweiten Untersuchung nach vorheriger Pantopon- oder Morphin-Einspritzung zur Beruhigung, und Vergleichung der beiden Befunde.

Die Kreislaufschwäche als Spätfolge des Aneurysmas peripherer Arterien. Beitrag zur Frage der Beziehung zwischen Herzgröße, Herzhypertrophie und umschriebener Gefäßerkrankung der Peripherie. Verfasser hat erkannt, daß die periphere Schädigung „nicht nur eine örtlich beschränkte Kreislaufstörung verursacht, sondern daß diese Abwegigkeit des arteriellen Stroms einen gewaltigen Aufruhr in allen Teilen des Gefäßsystems auslöst; die Kapillaren, die Venen, die Arterien bis hinauf zur Aorta und nicht zum wenigsten das Herz werden in stärkste Mitleidenschaft gezogen.“ Dem entsprechend Rückgang der zentralen Störungen nach dem peripheren operativen Eingriff.

18., Nr. 22, November 1926.

◆ Die Therapie der Herzkrankheiten, besonders der Wassersucht, in meinem handschriftlichen Arzneibuch. A. Martin.
Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Privatdoz. Dr. A. Israel auf meine Arbeit über „Kreislaufschwäche als Spätfolge des Aneurysmas peripherer Arterien“. Grünbaum.

Die Therapie der Herzkrankheiten, besonders der Wassersucht, in meinem handschriftlichen Arzneibuch. Medizin-geschichtliche Kuriositäten, zum Referat nicht geeignet.

Lanke.

Zeitschrift für Tuberkulose.

46., Heft 3.

Bekämpfung der chirurgischen Tuberkulose an der Ostsee. Klose.
Behandlung von Lungentuberkulose mit Metallsalzen in kleinen Dosen nach der von Dr. Walbum angegebenen Methode. Lurde-Norwegen.
Gesetzliche Vorschriften zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Kulturstaaten Einstein.

46., Heft 4 (Festschrift für Karl Turban).

Karl Tuban zum 70. Geburtstag. Staub.
Herdreaktionen bei Lungentuberkulose. Albert.
◆ Distoma pulmonale. Bacmeister.
Aphoristisches zum Tuberkuloseproblem. Baer.
Intravenöse Injektionen hypertonischer Traubenzuckerlösungen und ihre Verwendung bei chronischen Infektionen, hauptsächlich Tuberkulose. Bodmer.
Statistik und Tuberkulosefürsorge. Engelsmann.
Prognostische Beurteilung und zur Therapie des Pneumothoraxempyems mit besonderer Berücksichtigung der Thoraxfistel. Fraenkel.
◆ Bedeutung der Röntgenplatte für die Forschung der Lungentuberkulose. Gräff.
◆ Paradoxes vom künstlichen Pneumothorax. Gwerder.
◆ Grippe und Lungentuberkulose. Mortalitäts-statistische Ergebnisse. Lindhagen.
Toxische Veränderungen an Leukozyten bei Tuberkulose. Mayer.
◆ Die Rolle des Kampfers in der Behandlung der Lungentuberkulose. Muralt und Weiller.
Lungentuberkulose und physikalische Untersuchung nach Turban. Rumpf.
Spontaner Pneumothorax. Sories.
◆ Kasuistisches und Kritisches aus dem Gebiet der exsudativen Lungentuberkulose. Staub.
Virulenzsteigerung säurefester Saprophyten an skorbutkranken Meerschweinchen. Viets.

Distoma pulmonale. Bacmeister beschreibt einen Fall von Distoma pulmonale bei einem jungen koreanischen Studenten, der unter dem Verdacht einer Lungentuberkulose in Behandlung kam. Die Symptome ähnelten in der Tat sehr denjenigen einer beginnenden Tuberkulose und bestanden im wesentlichen in Hustenreiz und morgendlichem Auswurf mit Blutbeimengungen. Das Röntgenbild zeigt eine strangförmige Verschattung, ähnlich der einer zirrhotischen Lungentuberkulose, im linken oberen Lungenfeld, es ist für Distoma nicht charakteristisch und entscheidend. Gesichert wurde die Diagnose durch den Nachweis der Parasiteneier im Sputum, das gleichzeitig meist Charcot-Leydensche und Hämatoidinkristalle enthält. Das Distoma pulmonale ist ein etwa 1 cm langer Wurm, der hauptsächlich in Japan und Korea zur Beobachtung kommt. Die Entwicklung des Parasiten und der Weg, auf dem er in die Lunge gelangt, ist noch unerforscht. Der Wurm bohrt sich in der Lunge seines Wirts kavernenartige Hohlräume, in denen auch die Eier in großer Menge zu finden sind.

Bedeutung der Röntgenplatte für die Erforschung der Lungentuberkulose. Gräff und Küpferle haben mit ihrem bekannten Röntgenatlas der Lungentuberkulose die röntgenologische Qualitätsdiagnose dieser Krankheit begründet. Zu den in letzter Zeit sich mehrenden Stimmen, welche die Möglichkeit, aus dem Röntgenbild den pathologisch-anatomischen Charakter der Tuberkulose erkennen zu wollen, in Frage stellen bzw. ablehnen, nimmt Gräff in der vorliegenden Abhandlung Stellung. Das Röntgenbild der tuberkulös erkrankten Lunge ist auch für den Pathologen von Bedeutung. Es bringt die im Raum angeordneten Herdbildungen auf einer Fläche zur Darstellung, wodurch eine Uebersicht gewonnen werden kann, sowohl über die Substanzdichte und -zusammensetzung eines Herdes als auch über die gegenseitigen Beziehungen der verschiedenen Veränderungen, welche durch das Schnittverfahren des pathol. Anatomen nicht immer erreicht wird; ein weiterer Vorteil gegenüber dem anatomischen Bild ergibt sich durch die wahre Reproduktion des intravitalen Spannungszustandes der Lungen und ihrer Anhangsorgane. Es ist in der Tat möglich, aus einer technisch einwandfreien Lungenröntgenplatte wertvolle Schlüsse auf den anatomischen Charakter des tuberkulösen Prozesses zu ziehen, man muß sich allerdings bewußt bleiben, daß das Röntgenbild keine Vorgangs-, sondern lediglich eine Zustandsdiagnose geben kann. Dem wirklich Kundigen, dem Fachröntgenologen, vermag eine gute Lungenaufnahme außerordentlich viel über den derzeitigen Zustand des tuberkulösen Prozesses zu sagen, der weitere Krankheitsverlauf läßt sich freilich aus der Platte allein nicht bedingungslos herauslesen. Von den Autoren, die der Röntgenplatte jeglichen Wert in der Qualitätsdiagnostik der Lungentuberkulose absprechen, ist zu sagen, daß sie sich der Grenzen morphologischer Betrachtungsweise nicht bewußt geblieben sind, daß sie von der Platte verlangt haben, was außerhalb der Grenzen des Verfahrens überhaupt liegt, oder aber, daß sie im Plattenlesen nicht die erforderliche Sachkenntnis und Uebung besessen haben. Andererseits ist es der Forschung von großem Schaden gewesen, wenn von klinischer Seite aus eine Qualitätsdiagnose in die Röntgenplatte hineingelesen wird, welche von dem Beschauer aus der Platte heraus allein nicht erkannt werden kann. Was bei Erfüllung aller Voraussetzungen aus dem Röntgenbild festgestellt werden kann, ist: Der exsudative Herd, der produktive Herd, die Zirrhose, die Kaverne und endlich der Kreideherd. Röntgenserienbilder ein und desselben Falles sind für die Tuberkuloseforschung von größter Wichtigkeit, durch keine Art pathol.-anatomischer Untersuchung an der Leiche oder etwa im Tierversuch erscheinen diejenigen Erkenntnisse erreichbar, welche von Seiten des Röntgenologen an Hand von Plattenreihen gewonnen werden können. Das Eindruckvollste bei der Betrachtung solcher Plattenreihen ist für den Pathologen das Auf und Ab der Herdbildungen, die Geschwindigkeit, mit der sich diese Aenderungen vollziehen, vor allem jedoch die Tatsache, daß miliare produktive und auch größere, bereits indurierte Herde auf der Platte spurlos verschwinden können. Diesen Vorgängen, die bisher viel zu wenig beachtet sind, muß ein großartiger anatomischer Umbau des Lungengewebes zugrunde liegen, welcher zu einer Auflösung des Knotens führt, die entweder vollständig ist bzw. winzige röntgenologisch nicht faßbare Narben hinterläßt. Aehnlich wie die Rückbildung des Knochenkallus unter den mechanischen Einflüssen des Druckes und Zuges erfolgt, so kann das Schwinden des indurierten Herdes in der Lunge nur zurückgeführt werden auf die physiologischen Spannungen innerhalb der Lunge, welche hervorgerufen werden durch ihren Bau, durch Atmung und Kreislaufbewegung. Hinzu kommt bei der Auflösung von Lungenkalkherden der Vorgang der sekundären Entkalkung, welcher durch die nachgewiesene Uebersäuerung pneumonisch infiltrierten Lungengewebes gefördert wird. Die überaus interessante und der weiteren Forschung vielerlei Anregung gebende Abhandlung Gräffs schließt mit dem Satze: „Das Vorstellungsvermögen des Röntgenologen über das pathologisch-anatomisch Mögliche ist die Voraussetzung, durch die Besonderheit des Verfahrens einerseits dem Kliniker die pathologisch-anatomische Diagnose seiner Fälle zu vermitteln und andererseits über die Forschungsmöglichkeit des pathologischen Anatomen hinaus die erkannten Zustandsbilder zu einheitlich verständlichen Vorgängen zu verknüpfen.“

Paradoxes vom künstlichen Pneumothorax. Bei schwerer Lungenblutung ist die Anlegung des künstlichen Pneumothorax unter Umständen bekanntlich vital indiziert. Es gibt Fälle, bei denen selbst durch diese Maßnahmen die Blutung nicht zum Stehen kommt, weil wahrscheinlich zerrende Pleuraadhäsionen das blutende Lungengefäß offen halten. Verf. beschreibt 3 Fälle schwerer Lungenblutung, bei denen die Blutung prompt zum Stillstand gebracht werden konnte durch Pneumothoraxanlegung auf der nicht blutenden, leichter erkrankten bzw. gesunden Seite. Die seltene Indikation dürfte gegeben sein bei Fällen mit starker einseitiger Schrumpfung und Sitz der Blutung auf dieser Seite. Hier kann durch den Pneumothorax der anderen Seite — auf der Seite der Blutung wird er der Verwachsungen wegen wohl nur ausnahmsweise gelingen — eine Kompressionswirkung auf die dem Mediastinum anliegenden Abschnitte der blutenden Lunge erwartet werden, welche im Verein mit der natürlichen Schrumpfungstendenz ausreicht, die Blutung zu stillen.

Grippe und Lungentuberkulose. Die die Verhältnisse von Schweden und Stockholm betreffende statistische Abhandlung kommt zu dem Ergebnis, daß sowohl die kleinere Grippeepidemie von 1914/15 wie die große Epidemie von 1918/19 mit einer unzweideutigen Erhöhung der Sterblichkeit an Lungentuberkulose verbunden gewesen ist, eine Erscheinung, welche auf Rechnung einer deletären Einwirkung der Influenza auf die tuberkulöse Erkrankung zu setzen ist.

Die Rolle des Kampfers in der Behandlung der Lungentuberkulose. In der Abhandlung wird einer systematischen Kampferanwendung bei Lungentuberkulose das Wort geredet. Die Kampferkur, d. i. eine tägliche Gabe von 1,5 ccm 20 prozentigen Kampferöls während

20 Tagen mit Ausnahme des Sonntags, wirkt roborierend, entfiebernd und entgiftend, prophylaktisch gegen Lungenblutungen. Bei eingetretener Hämoptoe sind häufigere und größere Kampfergaben, alle 6 Stunden 3 ccm Ol. camph. fort., ein Mittel von fast unfehlbarer Sicherheit. Ueber die neueren, wasserlöslichen Kampferpräparate haben Verff. keine eigene Erfahrung. (Die antihidrotische Wirkung des Kampfers, in Form der gut verträglichen, innerlich zu nehmenden Kampfergelatinetten-Knoll kann Ref. aus eigener Erfahrung — D. M. W. 1925, Nr. 42 — bestätigen.)

Kasuistisches und Kritisches aus dem Gebiet der exsudativen Lungentuberkulose. Verf. gibt eine eingehende Darstellung von 5 Fällen von schwerer, offener exsudativer Lungentuberkulose, die bei konservativer Behandlung im Hochgebirge (Davos) im Laufe von durchschnittlich 1½ bis 2 Jahren völlig ausgeheilt sind. Die betreffenden Patienten sind seit Ausheilung ihrer Tuberkulose durchweg mehr als 10 Jahre ohne Krankheitserscheinungen berufstätig. Der Krankheitsverlauf wird belegt durch ausgezeichnet gelungene und reproduzierte Serien-Röntgendiapositive, welche die allmähliche Rückbildung dichter exsudativer Schattenherde und ihre Umwandlung in feine Stränge und Narben vorzüglich erkennen lassen. Ueber die Entstehungsart dieser exsudativen Lungenprozesse äußert sich Verf. nur mutmaßlich. Sie können direkt aus einer hämatogenen Aussaat oder bronchogenen Ausstreuung entstanden sein, sie können jedoch auch bronchogene Metastasen aus den von Redeker, Aßmann beschriebenen infraklavikulären Infiltraten sein. Immer stellen sie ein schweres, das Leben bedrohendes Krankheitsbild dar. Nach den gemachten Erfahrungen dürfte in diesen Fällen, auch wenn sie aussichtslos erscheinen sollten, immer noch zunächst ein konservativer Versuch im Hochgebirge zu machen sein. Bei Erfolglosigkeit dieser Behandlung darf der richtige Zeitpunkt chirurgischer Behandlung nicht versäumt werden.

H. Zwerg.

Die extrapulmonale Tuberkulose. (Sonderbeilage zur Medizinischen Klinik.)

Heft 10., 1926.

+ Auswirkungen der tuberkulösen Infektion am Auge. Schieck.
+ Phlyktänuläre Augenerkrankung. Riehm.

Parinaudsche Konjunktivitis und ihre Beziehungen zur Tuberkulose und zur Pseudotuberkulose. v. Herrenschwand.

Auswirkungen der tuberkulösen Infektion am Auge. Die Rankesche Klassifikation der Tuberkulose ist auch für die einzelnen Erscheinungsformen der Augentuberkulose von grundlegender Bedeutung. Das II. Stadium Rankes, das Stadium der hämatogenen Metastasierung, ist für den Augenarzt das wichtigste.

Phlyktänuläre Augenerkrankung. Der Name „Phlyktänuläre Augenerkrankung" (besser „-krankheit"! Ref.) wurde gewählt, weil er im Vergleich zu sonst üblichen Namen, wie Keratokonjunctivitis eczematosa, scrofulosa, lymphatica, bezüglich der Aetiologie am wenigsten vorwegnimmt. Nach einem Ueberblick über die zahlreichen Bestrebungen, die Aetiologie der phlyktänulären Augenkrankheit aufzuklären, kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß eine Verschmelzung der bazillären und der tuberkulotoxischen Hypothese, wie sie Wessely schon 1919 ausgesprochen hat, immer noch die annehmbarste Erklärung für die Augenphlyktäne bleibt. Hinzu kommt der bedeutsame Einfluß äußerer Reize für die Entstehung der phlyktänulären Augenentzündung, insbesondere Unsauberkeit und äußerliche Vernachlässigung.

H. Zwerg.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

34., Heft 1, Oktober 1926.

Nachruf für Otto Heubner. Eckert.

+ Erfahrungen mit Cylotropinbehandlung im Kindesalter. Perl.
+ Ueber die ansatzfördernde Wirkung des Stovarsols bei schlecht gedeihenden nichtluetischen Kindern. Tezner.
+ Ueber das Verhalten der Serumrefraktion bei an Erythrodermie erkrankten Kindern. Schiff und Bayer.

Beiträge zur Kenntnis der Myatonia congenita (Oppenheim). Stransky.
Zur Epidemiologie der Röteln. Hasselmann-Kahlert.
Ueber familiär gehäuftes Auftreten von Endokarditis. Schäfer.
Ueber die Lymphangitis bei der Pirquetschen Reaktion. Herzfeld.
Ueber Vakzineenzephalitis. Kollár.
Der Wert des Harnkohlenstoffes im Stoffwechsel des Säuglings. Ederer.

Erfahrungen mit Cylotropinbehandlung im Kindesalter. Es wurden neun Fälle von „Zystitis" im Alter von 13 Jahren bis in das früheste Kindesalter mit intravenösen Injektionen von „Cylotropin" behandelt, das seinerzeit von Picard angegeben wurde und gemäß seiner Zusammensetzung (40% Urotropin, 16% Natr. salicyl, 4% Coffein natr. salicyl), als Desinfiziens, Antipyretikum und Diuretikum wirken soll.

Fünf Fälle sprachen gut an auf die Behandlung mit Cylotropin, das jeden zweiten Tag intravenös in Dosen von 5 ccm injiziert wurde, beim jüngeren Kind wurde mit kleineren Dosen begonnen. In zwei weiteren Fällen nur vorübergehende Besserung. In einem Fall jedoch völliges Versagen. In einem letzten Fall von einseitiger Pyonephrose zeitweise Besserung des Sedimentbefundes.

Ueber die ansatzfördernde Wirkung des Stovarsols bei schlecht gedeihenden, nicht luetischen Kindern. Bei nicht gedeihenden Säuglingen sollen durch Arsenmedikation (14tägige Darreichung von „Stovarsol" in Tagesdosen von 1 bis 1½ Tabletten) überraschende Gewichtszunahmen erzielt werden können, die durch ernährungstechnische Maßnahmen allein nicht zu erreichen sind. Der Versuch, durch Bestimmung des Grundumsatzes bzw. Stickstoff- oder Mineralumsatzes das genannte Phänomen zu erklären, führte zu keinem Resultat. Mit Stovarsal gefütterte junge Ratten werden größer und schwerer als die Kontrolltiere.

Ueber das Verhalten der Serumrefraktion bei an Erythrodermie erkrankten Kindern. Bei der Eythrodermie sind auf der Höhe der Erkrankung die im Blutserum mittels des Pulfristschen Refraktometers gefundenen Refraktionswerte erniedrigt. Besserung der Hautsymptome läßt die Refraktion zu normalen Werten ansteigen. Dieses Verhalten der Refraktion besitzt nach dem Verfasser einen wichtigen prognostischen Wert: „So lange die Refraktionswerte nennenswert erniedrigt sind, halten wir das Kind auch dann für gefährdet, wenn die Hauterscheinungen bereits vollkommen verschwunden sind."

Jahr.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 46.

Der Nachweis der mütterlichen und kongenitalen Lues. Kiene und Mahnert.

+ Die Reinheitsgrade bei Schwangeren und ihre Bedeutung für das Wochenbett. Wirz.

Ueber die Ninhydrinflockerprobe bei Schwangeren. Hain.
Ein Beitrag zur Pathogenese des kongenitalen Hydrops, bedingt durch Nebenlunge. Nordmann.

+ Primär-Tubenkarzinom. Heil.

Bestimmung des Kopfverhältnisses zu Becken in der Schwangerschaft und im Verlauf der Geburt mit äußeren und inneren Handgriffen. Ostrčil.

+ Der Gesichtsausdruck bei myomkranken Frauen — Facies myomica. Herzfeld.

Die Reinheitsgrade bei Schwangeren und ihre Bedeutung für das Wochenbett. Den am Ende der Schwangerschaft vorhandenen Reinheitsgraden kommt, auch beim evtl. Auftreten von Dammwunden, eine wesentliche Bedeutung für den Verlauf des Wochenbetts nicht zu. Tatsache ist, daß bei Erstgebärenden der R I, bei Mehrgebärenden der R III häufiger vorkommt, und daß trotzdem die Wochenbettsmorbidität bei ersteren eine wesentlich höhere ist als bei letzteren. Eine Erklärung für diese Erscheinung sucht Sternberg zu geben, der der Ansicht ist, daß beim Vorhandensein hochpathogener Scheidenkeime der Körper Abwehrstoffe produziere, welche die Scheidenkeime in ihrer Virulenz abschwächen. Sicher jedoch spielen hierbei noch eine Reihe anderer, uns zunächst noch nicht bekannter Faktoren eine Rolle. Therapeutisch bestärken uns diese Beobachtungen darin, von Spülungen bei Schwangeren am Ende der Gravidität, auch wenn stärkerer vaginaler Ausfluß vorhanden ist, im allgemeinen abzusehen. Nur bei vorzeitigem bzw. frühzeitigem Blasensprung werden vom Verf. Milchsäurespülungen unter der Geburt nach Zweifel empfohlen, da er wiederholt beobachtet hat, daß unter der Geburt entstandene Temperatursteigerungen nach diesen Milchsäurespülungen zurückgingen.

Primäres Tubenkarzinom. Für die häufig recht schwierige Diagnose eines primären Tubenkarzinoms vor der Operation ist symptomatologisch von großer Wichtigkeit das Auftreten von wässerigem Ausfluß bei vorhandener Adnexgeschwulst, besonders im klimakterischen Alter. Aetiologisch kam bei dem vom Verf. geschilderten Fall in erster Linie die entzündliche Grundlage in Betracht; ferner war in der Familienanamnese eine Häufung von Ca.-Fällen in der mütterlichen Linie festzustellen. Die Therapie des primären Tubenkarzinoms kann nur in der möglichst frühzeitigen Radikaloperation mit vollständiger Entfernung des Uterus und der beiden Adnexe bestehen. Der tödliche Ausgang in dem beschriebenen Fall — nach 1½ Jahren — bestätigt die ganz allgemein als besonders infaust geltende Prognose des primären Tubenkarzinoms.

Der Gesichtsausdruck bei myomkranken Frauen—Facies myomica. Neben der charakteristischen Veränderung des Gesichtsausdrucks der

Frau bei pathologischen Veränderungen am Ovarium — der sogen. Facies ovarica — beschreibt der Verf. als Charakteristikum myomkranker Frauen eine ausgesprochene Fettablagerung am ganzen Körper, zumal eine Vermehrung des Fettpolsters im Unterhautzellgewebe des Gesichts. Bei der Gesichtsfarbe unterscheidet der Verf. eine anämische und eine hyperämische. Zur Erklärung für diese Veränderungen zieht Verf. weniger das mechanische Moment als den Einfluß endokriner Drüsen heran, analog den Veränderungen im Aussehen, speziell im Gesichtsausdruck schwangerer Frauen, die häufig den akromegalen Typus aufweisen.

Schwab, Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

74., Heft 6, Oktober 1926.

◆ Gwathmeysche Narkose. E. Martin und K. Jaekle.
◆ Frage der Wachstumsschnelligkeit des Carcinoma colli uteri. Weinzierl.
Hysterisches Phänomen der Sexualsphäre des Weibes, genannt Globus abdominalis. Susmann.
◆ Emphysembildung bei asphyktischen Neugeborenen. Poeck.
◆ Einfluß des Insulins auf die Körpergewichtskurve von frühgeborenen und lebensschwachen Kindern. Mahnert.
Angeborene Kniegelenkskontraktur. Brandt.

Gwathmeysche Narkose. Verfasser hat an 100 Fällen die aus Amerika mitgeteilte Methode der Gwathmeyschen Narkose ausprobiert und in 50 Fällen befriedigende Resultate erhalten. Dem aber stehen ungefähr ebensoviel Fehlschläge gegenüber. Bisweilen läßt die gute Wehentätigkeit nach, so daß es zur Wehenpause kommt; unangenehme Verbrennungen am After, lebhafte Darmtätigkeit, die sogar einmal zur Darmblutung führte, und oft eine sehr erhebliche Unruhe zeugen davon, daß die Methode nur mit Vorsicht empfohlen werden kann. Zwei Kinder sind an den Folgen der Narkose gestorben. Verfasser warnt daher vor Anwendung der Methode in der Praxis.

Frage der Wachstumsschnelligkeit des Carcinoma colli uteri. Die Möglichkeit, das Wachstum eines Karzinoms von Beginn an zu verfolgen, ist äußerst selten. Verfasser veröffentlicht zwei Fälle. Bei dem ersten konnte er innerhalb von 9 Tagen das Wachstum des Kollumkarzinoms klinisch beobachten. Hier wurde durch das Trauma der Probeexzision der Wachstumsimpuls gesteigert. Die Möglichkeit, daß durch die Probexzision eine Verschleppung von Keimen verursacht werden kann, wie von vielen Autoren behauptet wird, darf uns nicht veranlassen, von dieser zur Frühdiagnose unentbehrlichen Methode abzugehen. In einem zweiten Fall beobachtete Verfasser ein nach einer Geburt rapide entstandenes Portiokarzinom, das sich innerhalb 3½ Wochen entwickelte. Auch hier wurde eine Probexzision gemacht, und es zeigte sich, nachdem der Uterus radikal operiert worden war, am Operationspräparat die merkwürdige Tatsache, daß bereits durch den diagnostischen Eingriff „radikal" operiert worden war, da histologisch nirgends mehr Karzinom nachgewiesen werden konnte.

Emphysembildung bei asphyktischen Neugeborenen. Bei der Behandlung der Asphyxie durch Lufteinblasung kommt es bisweilen zu Emphysem. Verfasser teilt jedoch zwei Fälle mit, bei denen es durch einfache Wiederbelebungsmaßnahmen zu einem Emphysem kam, das zum Tode führte. Vielleicht haben beide Kinder während der Geburt leichte Schädigungen durchgemacht, eigentliche Gründe für die Entstehung ließen sich jedoch nicht finden.

Einfluß des Insulins auf die Körpergewichtskurve von frühgeborenen und lebensschwachen Kindern. Nachdem man mit dem Insulin bei Erwachsenen Erhöhung des Körpergewichts bewirkt hatte, wurden bei unreifen und lebensschwachen Säuglingen ähnliche Versuche angestellt. Bei 18 Säuglingen, von denen 11 Frühgeburten, zwei unterentwickelte Säuglinge und 5 Kinder waren, die in der späteren Zeit Gewichtsverluste aufwiesen, hatte Verfasser recht gute Erfolge. In Dosen von 1—3 Einheiten täglich konnte Verfasser ohne Erscheinungen der Glykämie hervorzurufen, auch bei geringer Nahrungsaufnahme zwar den Gewichtsverlust bei Frühgeborenen nicht verhindern, jedoch verkleinern und später die negative Gewichtskurve in eine positive umzuwandeln. Die Gabe von Traubenzucker bei der Insulinkur ist zu empfehlen. Auch bei den Gewichtsstürzen in späteren Wochen, konnte er dieselben durch Insulin rasch ausgleichen und einen raschen Gewichtsansatz erzielen.

Kosminski.

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung.

12., Heft 5, November 1926.

◆ Weibliche Entwicklungsantriebe und Möglichkeiten der Geschlechtsumkehr. Hugo Sellheim-Leipzig.
◆ Spezifität der Sexualhormone. S. Gutherz-Berlin.
Die Frau in der Industrie und ihre gesundheitliche Lage. O. Teruoka (Japan).
◆ Konstitutionstypenlehre der Frau: Der mesoplastische Konstitutionstypus der Frau. J. S. Galant-Moskau.
Statistische Ergebnisse der Sexualberatungsstellen der Hamburger Ortsgruppe des Deutschen Bundes für Mutterschutz und Sexualreform in den Jahren 1924 u. 1925. W. Neubauer.
Geburtenrückgang und Frauenarbeit. H. Guradze-Berlin.
◆ Der neue Abtreibungsparagraph. Dr. Bloch.
Die Ehescheidungen im Deutschen Reich im Jahre 1923. Amtsrichter Dr. Bloch.

Weibliche Entwicklungsantriebe und Möglichkeiten der Geschlechtsumkehr. Verfasser berichtet an der Hand einiger Bilder über einen Fall von Vermännlichung und Wiederverweiblichung. Die betreffende Person, die verheiratet war, mehrere gut entwickelte Kinder geboren hatte und alle ihre fraulichen Angelegenheiten aufs beste erledigt hatte, zeigte mit 43 Jahren plötzlich eine deutliche Vermännlichung: starker Bartwuchs, kurzes, krauses Kopfhaar, Vermännlichung der Gesichtszüge, männliche Behaarung am ganzen Körper, tiefe Baßstimme mit Verlängerung der Stimmbänder und Vorspringen des Kehlkopfes, sowie starke penisartige Vergrößerung der Klitoris, Abneigung gegen den Mann. Mit 47 Jahren wurde die Frau vom Verfasser wegen eines großen Uterusmyoms operiert, wobei eine kleine, gut kirschgroße Geschwulst im linken, klimakterischen Eierstock entfernt wurde. Darauf trat etwa ein Jahr nach der Operation wieder eine völlige Verweiblichung unter Verschwinden der angeführten Zeichen der Männlichkeit ein. — Das Wachsen der Geschwulst im Eierstock hat die Vermännlichung und ihre Entfernung die Wiederverweiblichung herbeigeführt. Als Erklärung für diese „rätselhafte Geschlechtsumkehr" nimmt Verfasser zunächst einmal eine im Körper schlummernde hermaphroditische Anlage an. Zu diesem ersten Faktor der hermaphroditischen Anlage kommt noch ein zweiter, der diese Anlage zur Entwicklung gelangen läßt. Dazu ist ein besonderer Antrieb notwendig, der im Falle des Verfassers von der Geschwulstbildung im Eierstock ausging, und durch den die hermaphroditische Bildung aus der Anlage heraus kommt. Nach Entfernung des Tumors Wiederverschwinden der hermaphroditischen Zeichen und Wiederverweiblichung. — Es kommt, wie man auch an diesem Beispiel sehen kann, hinsichtlich des Endproduktes nicht nur auf die Keimanlage, sondern auch auf die Entwicklungstriebe und die Entwicklungsbedingungen an. Insofern ist das Schicksal eines Menschen nicht allein durch die Qualität seiner Keimanlagen bedingt.

Spezifität der Sexualhormone. Die Sexualhormone sind nicht eigens für eine besondere funktionelle Aufgabe sezernierte Stoffe, sondern entstehen als Stoffwechselnebenprodukte oder Zellzerfallsprodukte der Keimdrüsen bzw. der Plazenta. Ihre eventuell verschiedene Wirkung ist daher nicht die prinzipiell antagonistische der herrschenden Theorie, sondern sie ist der graduellen Verschiedenheit zu vergleichen, die wir bei allgemein anregenden (stimulierenden) Substanzen regelmäßig antreffen; dementsprechend besteht ihre Wirkung auf die Geschlechtsanlagen lediglich in einer Entwicklungsanregung.

Konstitutionstypenlehre der Frau: Der mesoplastische Konstitutionstypus der Frau. Der mesoplastische Konstitutionstypus der Frau läßt sich als der Arbeitertypus der Frau („Drohne") charakterisieren. Von den Gewebssystemen ist es die Muskulatur allein, die durch ihre qualitative und quantitative Entwicklung etwas auffällt. Unregelmäßiges, unschönes Gesicht (Jochbogengesicht, Mongolismus), kräftige Extremitäten, mittelgroße oder große Eingeweidehöhlen, schwache Fettentwicklung, mittelstarkes oder zartes Skelett (sehr selten an Händen und Füßen) und eine dickere Haut. Dysmenorrhoe und Maskulinismen kommen verhältnismäßig selten vor. Besonders fleißig, häuslich, leidet selten psychisch. Die physische Leistungsfähigkeit der Mesoplastica ist groß, sie ermüdet nicht schnell und erkrankt auch verhältnismäßig selten infolge von Erschöpfung und unter dem Einfluß anderer ungünstiger Bedingungen.

Der neue Abtreibungsparagraph. Das wohlbekannte neue Gesetz gilt mit Wirkung vom 8. Juni 1926, es hat, weil es milder ist als das bisher geltende, rückwirkende Kraft und ist demgemäß auch auf Handlungen anzuwenden, die vor dem 8. Juni 1926 geschehen sind. Eine weitere Folge der Tatsache, daß die von der Schwangeren selbst verübte Abtreibung und die von einem Dritten getätigte Mitwirkung nunmehr lediglich ein „Vergehen" ist, besteht darin, daß für solche Handlungen fortan die fünfjährige Verjährungsfrist gilt. Es wird also in Zukunft ausgeschlossen sein, daß, wie dies bisher nicht selten vorkam, noch nach zehn Jahren infolge von Gehässigkeitsanzeigen Strafverfahren eingeleitet werden müssen, wegen Handlungen, die dem Gedächtnis der Täter schon fast entschwunden waren. Auch für das Vorverfahren ist die Tatsache, daß die Abtreibung (abgesehen von den Erschwerungsfällen) ihres Verbrechenscharakters entkleidet worden ist, insofern von Bedeutung, als von jetzt ab die Untersuchungshaft gegen die Schwangere und ihre etwaigen Gehilfen nur dann verhängt werden darf, wenn die Gefahr der Flucht oder der Verabredung begründet ist, während bisher in jedem Falle die Verhängung der Untersuchungshaft möglich war, weil nach der Strafprozeßordnung, sobald ein Verbrechen den Gegenstand der Untersuchung bildet, die Fluchtgefahr präsumiert wird, d. h. keiner besonderen Begründung bedarf.

Rudolf Katz, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 46.

Vorschlag, die Kritik unserer Tätigkeit wirksamer zu gestalten. B. Sommer.
✦ Beitrag zur Pathologie und Chirurgie des Epipharynx. W. Dobrzaniecki.
Zur Aetiologie der Peritonitis serosa acuta. C. Prima.
✦ Einfachste Operationsmethode zum Verschluß von Speichelfisteln. K. Laposchkoff.
✦ Kopfbügel für Halsoperationen. D. Kulenkampff.
✦ Neue Martinsche Tropfkugel. v. Werthern.
Tumoren der Bauchhöhle, die Pseudotumoren vortäuschen. G. M. Gurewitsch.
Nicht erkannter und daher primär resezierter abgekapselter Abszeß appendikulären Ursprungs, welcher einen bösartigen Tumor des Blinddarms vortäuscht. J. W. Silberberg.

Beitrag zur Pathologie und Chirurgie des Epipharynx. Im Epipharynx, dem obersten Rachenabschnitt, kommen als chirurgische Erkrankungen kongenitale und Retentionszysten sowie verschiedene Arten von Gewächsen vor. Charakteristisch sind die Basalfibroide, klinisch nicht unbedingt gutartige Tumoren. Sehr selten sind Meningozelen und Krebse, bei denen selbst radikale Frühoperation eine sehr schlechte Prognose gibt. Es werden einige seltene Fälle von Neubildungen der Pars. nasalis pharyngis beschrieben: Rundzellensarkom, Adenocarzinoma papilliforme, Ostitis fibrosa (als Teilerscheinung einer generalisierten O. f.).

Als Zugang zum Epipharynx wird die Methode von Partsch empfohlen, die Nerven und Gefäße schont, gute Uebersicht gibt und kosmetisch nicht stört. Der durchtrennte Oberkiefer heilt schon in drei Wochen, nachdem man ihn mit einer Schiene fixiert hat, die mittels Gummizugs an einer Kopfkappe elastisch aufgehängt ist und einen gleichmäßigen Druck auf den Gaumen ausübt (von Hilarowicz angegeben). Alle Operationen in dieser Gegend sollen in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Bei eventueller starker Blutung wird eventuell Karotisunterbindung (auch doppelseitige) notwendig.

Einfachste Operationsmethode zum Verschluß von Speichelfisteln. Vorschlag einer einfachen und sicheren Methode zur Operation der Speichelfistel. Das Wichtigste ist, den weiteren Austritt von Speichel zu verhindern. Dies wird am besten dadurch erreicht, daß man zunächst den Fistelgang bis zur Fascia superf. mit einem Hautring exzidiert, dann von zwei kleinen Inzisionen oberhalb und unterhalb davon das Unterhautgewebe ovalär um den Fistelgang herum mit starken Seidenfäden umstickt, und das Gewebe kräftig ligiert. Da der Flüssigkeitsaustritt sofort aufhört, heilt die Wunde störungslos. Der Sitz der Fistel ist hierfür gleichgültig.

Kopfbügel für Halsoperationen. Es wird ein Kopfbügel beschrieben, der den Mund gut gegen das Operationsfeld abschließt, den Zugang zum Halse kaum stört, dabei das Gesicht des Patienten frei zugänglich hält. 3 Abbildungen.

Neue Martinsche Tropfkugel. W. hat in der Tropfkugel für intravenöse Darminfusion ein Thermometer einbauen lassen, über das die Tropfen laufen. Mit seiner Hilfe kann durch Regulierung der Tropfenfolge die Temperatur der Flüssigkeit leicht korrigiert werden.

Walter Großmann, Berlin.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie.

14., Heft 6, 1926.

Die Oto-Laryngologie auf der Gesolei. Kronenberg.
✦ Versuche mit einem Präparat aus bestrahltem Lebertran auf dem Gebiete der Laryngo-Otologie nach V. Malmström. Nielsen.
Bemerkungen über die Tonsillektomie. Kubo.
Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres. Martin.
Dermoidzyste aus dem Mundboden eines 45 jährigen Mannes. Hopman.
✦ Vom Sinus sigmoideus ausgehende Luftembolie. Anthon.
✦ Seltener Fall von Endothelioma sarcomatodes des branchialen Kopfteils. Günstiger Heilerfolg durch Röntgentherapie. Schwazbart und Wachtel.
Rheseasthenie. Imhofer.
✦ Neue Gesichtspunkte der Bakteriologie und Aetiologie der Rhinitis atrophicans (foetida). Sonnenschein.
✦ Olminal in der Rhinologie. Silbiger.
Instrumente der diathermischen Tonsillektomie. Hofvendahl.
✦ Lokalanästhesie oder Narkose bei Tonsillektomie? Birkholz.
✦ Lokalanästhesie oder Narkose bei Tonsillektomie? Dahmann.

Versuche mit einem Präparat aus bestrahltem Lebertran auf dem Gebiete der Laryngo-Otologie. Mit bestrahltem Lebertran wurden folgende Erfahrungen gemacht: Durch Injektionen konnte in einigen Fällen die Dysphagie bei Larynxtuberkulose gemildert werden; in anderen Fällen versagte das Mittel völlig. Eine generelle Heilwirkung auf Tuberkulose wurde vollends vermißt; auch auf Schleimhautlupus. Günstige Heilwirkung bei Ohreiterung konnte gleichfalls nicht nachgewiesen werden. Bei der Behandlung pleuraler Schmerzen scheint dem Mittel einige Bedeutung zuzukommen.

Vom Sinus sigmoideus ausgehende Luftembolie. Bericht über einen Fall von Luftembolie, die wiederholt bei einer radikal operierten Patientin eintrat. Der Lufteintritt geschah bei verschiedenen Verbandwechseln im Liegen. Durch sofortige Kompression des Sinus und der Jugularis, Herztonika und das Gebot, bei der Tamponentfernung den Atem anzuhalten, konnte schwereren Zufällen vorgebeugt werden.

Seltener Fall von Endothelioma sarcomatodes des branchialen Kopfteils. Günstiger Heilerfolg durch Röntgentherapie. Beschrieben wird ein Fall von Endotheliom des Rachens und der Nase, das auf Röntgenbehandlung zurückging. Da Röntgenstrahlen eine besonders günstige Wirkung auf Sarkome entfalten, so sind die Verfasser der Ansicht, daß diese ätiologisch noch umstrittenen Tumoren wohl zur Gruppe der Sarkome zu rechnen seien.

Rheseasthenie. Unter Berücksichtigung seiner Erfahrungen ist Imhofer der Ansicht, daß Lehrer dauernd rhetorische Kurse in der Vortragskunst erhalten müßten und niemals gleichzeitig mit dem übrigen Unterricht Gesangsstunden geben dürften. Die Inanspruchnahme der Stimme in zwei Richtungen trägt die Hauptschuld an der Störung der Sprache. In besonders ausgeprägtem Fall äußert sie sich in einem direkten phonischen Kollaps mit Schweißausbruch usw. Die Stimme versagt dann völlig, obwohl pathologische Abweichungen kaum feststellbar sind. Wahrscheinlich dürfte die verschiedene Tonhöhe beim Sprechen und Singen mitverantwortlich sein. Die Sprachstörung, die als solche nicht als funktionell zu bezeichnen ist, macht sich nur im Berufe selber bemerkbar.

Neue Gesichtspunkte der Bakteriologie und Aetiologie der Rhinitis atrophicans. Wieder einmal wird in der Streitfrage über die Ursachen der Ozaena von Sonnenschein das bakteriogene Moment in den Vordergrund der Erwägungen gestellt. Als ursächliche Faktoren sieht er das Cornybacterium diphtheriae (Klebs-Löffler) und Schleimbakterien (Abel-Löwenberg) an. Ob das gefundene Di-Bakterium mit dem echten Löfflerschen Bazillus identisch ist, kann S. nicht mit Sicherheit entscheiden. Ein deutlicher Unterschied macht sich in der mangelnden Toxizität des Cornybakterium geltend. Vorderhand benennt er daher, um diesen Unterschied zu kennzeichnen, das Bakterium mit dem Beiwort „C. ozaenae“. Angeblich findet es sich in allen Ozaenafällen. Das Abel-Löwenbergsche Bacterium mucosum fand S. ebenfalls in 100% seiner Untersuchungen. Diese Schleimbakterien hält S. nun nicht für einheitliche Bakterienarten. Die Mukosusform der bisher bekannten Arten wird als Zustandsform, als eine augenblickliche Verschleimung sonst nicht mukös wachsender Bakterien angesprochen. Durch äußere Einflüsse können verschiedene Bakterienarten verschleimen und so fälschlicherweise eine Arteinheit vortäuschen. Durch die d'Herellesche Bakteriophagen oder Züchtung in Rindergalle ist eine Entschleimung zu bewerkstelligen und eine Abspaltung der nicht mukös wachsenden Keime zu erreichen. So fand er bei einem Ozaenafall zwei oder mehrere Formen verschiedener Mukosuskolonien. Durch die Gallepassage ließen sich die verschiedenen Formen dann isolieren. In erster Linie sollen bei Ozaena die entschleimten Formen der Koligruppe, weiter der Proteusgruppe angehören. Evtl. auch noch einer weiteren Gruppe, die dem Ozaenabazillus Perez nahesteht. Somit führt S. die Ozaena auf eine infektiös entzündliche Schleimhauterkrankung zurück, die ihren Ursprung in der Kindheit hat. Es kommt dann zu einer chronischen Infektion mit Di-Bakterien, die eine sekundäre Ansiedelung der Schleimbakterien begünstigt. Bakteriophagen, die ebenfalls nachgewiesen werden konnten, bedingen die Verschleimung zugeführter Koli- usw. Bakterien. Diese Zufuhr ist durch Kontraktinfektion der bereits ausgebildeten Mukosusform möglich, aber auch — wie erwähnt — zunächst mit der Normalform. Die Herkunft dieser verschleimenden Bakteriophagen kann eine verschiedene sein. Mit der bakteriellen Infektion können sie zugleich zugeführt werden, wie auch in den übertragenen Mukosusformen bereits enthalten sein. Zu erwähnen wäre noch die Möglichkeit der Bakteriophagen-Tröpfcheninfektion. Um eine eigentliche Symbiose zwischen Cornybakterium ozaenae und der Mukosusform handelt es sich dabei nicht. Tertiär käme dann noch die Infektion mit Fäulnisbakterien in Frage. Nach diesem Infektionsmodus müßte daher die entsprechende Therapie eingeleitet werden: Nasenspülung zur Entfernung der Krankheitsprodukte, Di-Serum dreimal 4000 A. E. an drei aufeinanderfolgenden Tagen, Autovakzinbehandlung mit arteigenen Stämmen der Di- und

Mukosuskulturen. Dazu symptomatische operative Nasenverengerungsmethoden. Bakteriologisch sei eine Besserung recht langsam festzustellen, dagegen rhinologisch schon früher. Eine Frühbehandlung auch bei noch nicht ausgesprochener Ozaena, aber den erwähnten Bazillenbefunden erscheint sehr erfolgversprechend. Alle Fälle mit Di- und Mukosusformen in atrophischen Nasen faßt S. unter dem Namen „Rhin. atroph, chron, diphth." zusammen. Bevor zu einem Urteil über diese neue Mitteilung geschritten werden kann, sind zahlreiche weitere Untersuchungen notwendig. Keineswegs sind aber die rhinologischen Erfolge vorläufig besonders hoch zu werten, da erfahrungsgemäß jede endonasale Therapie einen Reiz setzt und die Krankheit dann eine Besserung gern vortäuscht. Die Enttäuschung folgt dann meist hintennach. Wir müssen uns daher vorläufig bescheiden, bis wir von anderer Seite diese interessante Arbeit bestätigt finden.

Olminal in der Rhinologie. Empfohlen wird bei entzündlichen Erkrankungen des Nasenrachenraums Olminal in Salbenform durch die Nase hindurch zu applizieren. Es ist ölsaures Aluminium in Olivenöl und wird von der Firma Norgine in den Handel gebracht. Als Ersatz des Ungt. Diachyl. Hebrae ist es auch bei entzündlichen Veränderungen an der Naseneingangshaut gut zu verwenden.

Lokalanästhesie oder Narkose bei Tonsillektomie? Das Bestreben in der Chirurgie geht wohlweislich dahin, alle Operationen möglichst unter Lokalanästhesie auszuführen und aus guten Gründen die Narkose auszuschalten. Daß man in allen operativen Fragen nicht generell handeln kann und darf, ist hinlänglich bekannt. Ein Streit, ob bei der Tonsillektomie die Narkose oder Lokalanästhesie verwandt werden soll, erscheint daher müßig. Prinzipiell werden wir unsere Handlungsweise keineswegs festlegen, im allgemeinen aber mit der Lokalanästhesie auch bei Tonsillektomien gut auskommen.

Erich Rosenbaum, Berlin-Schöneberg.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 46, 13. November 1926.

Zwei Fälle von Erythema annulare centrifugum acutum multiplex. Ernst Liebner und Johann Fenyö.
✦ Hereditäre Vitiligo. H. J. Polak.
Lues-Sero-Diagnose im ärztlichen Laboratorium durch Mikro-Meinicke-Reaktion im hängenden Tropfen im Dunkelfeld. Werner Hartwich.
Beiträge zur Biologie der Spirochaeta pallida (Schluß). W. Leipold.

Hereditäre Vitiligo. Vitiligoflecke bei einer Mutter und ihren beiden Töchtern, während die beiden Söhne keine Erscheinungen zeigen. Fälle hereditärer Vitiligo sind selten beobachtet worden, möglicherweise kommen hereditäre Abweichungen des endokrinen Systems als Ursache in Betracht.

83., Nr. 47, 20. November 1926.

Beitrag zur Kenntnis der rein epidermalen Sporotrichosen. Dermo-epidermitis sporotrichotica, verursacht durch eine neue Art von pathogenem Sporotrichum: Sporotrichum Lipsiense nov. spec., unter besonderer Berücksichtigung der Serumdiagnose und der experimentellen Sporotrichose. (Fortsetzung folgt.) T. Benedek.
✦ Zur Frage der Antonischen Kernveränderungen im luetischen Blut. Carl Moncorps und Heinrich Leonhard.

Zur Frage der atonischen Kernveränderungen im luetischen Blut. Auch die hier vorliegenden Untersuchungen konnten sich, wie bereits mehrfache vorhergehende, nicht davon überzeugen, daß die von Antoni zuerst beschriebenen Kernveränderungen für Syphilis charakteristisch seien, wenn sie auch hier in ungefähr 90% der Fälle vorkommen. Aber sie finden sich auch, einschließlich der von Antoni für besonders charakteristisch erklärten knopfartigen Endanschwellungen der Gänge auch bei an anderen Krankheiten Leidenden und bei Gesunden. Eine Gesetzmäßigkeit in dem Mehr- oder Minderbefallensein der Leuko- bzw. Lymphozyten entsprechend den verschiedenen Luesstadien war nicht zu erkennen. Kommen Gänge mit knopfartiger Endanschwellung in Lymphozyten vor (was allerdings bei der großen Schwierigkeit der mikroskopischen Feststellung sehr der individuellen Beurteilung des einzelnen Untersuchers unterliegt), so kann daraus mit einiger Sicherheit auf manifeste Lues geschlossen werden. Bei der Genese der gangartigen Gebilde scheint es sich um degenerativ-oxychromatische Kernveränderungen zu handeln.

Ernst Levin, Berlin.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 45, 4. November 1926.

✦ Das Hormon der Herzbewegung. Haberlandt.
Der Wert der interferometrischen Blutuntersuchung für die Differenzierung der endogenen Fettsucht. Groedel und Hubert.
Ueber Förderung des Knochenwachstums durch Injektion von Knochenextrakt. Zawisch-Ossenitz.
Die Prognose des Coma diabeticum in der Vor-Insulinzeit und bei Insulintherapie. Violin.
Ueber einen Fall von Massenblutung ins Nierenlager. Schloß.
Erfahrungen bei einer Masernepidemie. Mironescu und Farkas.
Beiträge zur prämaturen Schädelnahtsynostose. Ludewig.
Ist die künstliche Thrombosierung varikös entarteter Beinvenen ohne vorherige hohe Ligatur der Vena saphena zulässig? Hirsch.
Entgegnung zu obiger Darstellung. Nobl.
Behandlung (Schnellkur) bei Skabies. Oppenheim.
Welche Bedeutung haben die neueren Forschungen auf dem Gebiet der spezifischen Hautdiagnostik und spezifischen Prophylaxe der Masern für die Praxis? Koch.

Das Hormon der Herzbewegung. Im obersten venösen Abschnitt des Froschherzens kann ein Erregungsstoff nachgewiesen werden, der nach seinem Entstehungsort (Ausgangsort des Herzschlages) und nach seiner Wirkungsart als auslösendes Moment für die Herzbewegung angesehen werden kann. Mit diesem Stoff konnten Froschherzen, die seit 2 bis 3½ Tagen aus dem Tierkörper entfernt waren, wieder zum Schlagen gebracht werden. Das Hormon ist in absolutem Alkohol löslich und hitzebeständig. Es besteht die Möglichkeit, daß das Hormon einst als physiologisches Herzmittel bei Herzinsuffizienz Bedeutung erlangen wird.

Nr. 46, 11. November 1926.

Die Wirkung der spezifischen Therapie und der Malaria an sich und der Kombination beider auf die Syphilis, die Beziehungen zwischen der Syphilis und anderen fieberhaften Erkrankungen, wie die Wertung der bei der Malariatherapie zu beobachtenden Rezidiven. Scherber.
✦ Die bevorzugten Metastasenstellen der bronchogenen Phthise (Stadium III, organbeschränkte Phthise Ranke, Phthisis fibrocaseosa Neumann). Fleischner.
Ueber dermato chalasis. Fuß.
Zur Kasuistik der Hautschädigungen durch Röntgenstrahlen. Simon.
Systematik der Mund- und Kieferkrankheiten. Mayrhofer.
Ein neuer Weg zur Freilegung des untersten Harnleiterabschnittes, nebst Bericht über ein derart operiertes, primäres Ureterkarzinom. Orthner.
Rettungstechnik bei elektrisch Verunglückten. Jellinek.
Die Behandlung der Gicht. Freund.
Die Behandlung künstlicher Ernährungs- und Entleerungsfisteln. Denk.

Die bevorzugten Metastasenstellen der bronchogenen Phthise (Stadium III, organbeschränkte Phthise Ranke, Phthisis fibrocaseosa Neumann). Das schubweise Auftreten neuer Herde bei der bronchogenen Phthise beruht auf der Aspiration infektiösen Materials in bisher normale Lungenabschnitte. Diese Aspiration erfolgt gesetzmäßig in bestimmte Lungenanteile; die daraus entstehenden Herde halten sich stets an Lappengrenzen. Die Stellen bevorzugter Metastasierung sind rechts die Basis des Oberlappens, besonders axillar, und der dorsale mediale Teil des Mittellappens; links der dorsale mittlere Teil und der basalste Teil (Lingula) des Oberlappens. Die Herde der rechten Seite haben mehr Neigung zu gekreuzter Metastasierung als die linksseitigen, weshalb bei rechtsseitiger Phthise mit der Anlegung eines künstlichen Pneumothorax nicht zu lange gewartet werden darf, wenn man die Chance der Einseitigkeit nicht verlieren will.

Ernst Pick, Wien.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

76., 2. Oktober 1926, Heft 40.

✦ Besonderheiten der weiblichen Gonorrhoe. C. Bucura.
✦ Die Obstipation. Alois Pick.
Zur Frage der Beurteilung von Impfunfällen nach Behandlung mit Diphtherietoxin-Antitoxin-Gemischen. B. Busson.
Schmerzbehandlung bei Nervenkrankheiten. Siegmund Erben.

Besonderheiten der weiblichen Gonorrhoe. Männliche und weibliche Gonorrhoe sind gleichartig in der Entstehung, im wesentlichen Verlauf, in der mitunter großen Hartnäckigkeit und in der oft schwierigen Nachweisbarkeit. Trotzdem weist die weibliche Gonorrhoe einzelne Besonderheiten auf. Sie ist symptomärmer als die des Mannes. Die Mehrzahl der Gonorrhoen beginnen bei der Frau ohne stürmische Erscheinungen. Ebenso kann die weibliche Gonorrhoe in der sogenannten Latenz der Infektiosität sowohl subjektiv als auch objektiv symptomlos sein. Frauen können Gonokokkenträgerinnen und Infektionsquellen sein ohne überhaupt jemals zu erkranken. Prochovnik weist auf Fälle hin, bei denen erst die Folgeerscheinungen — Sterilität, Adnexe — zum Nachweis der Erkrankung führen. Anamnese, subjektive und auch klinische Symptome sind für die Diagnosenstellung nicht verläßlich, wichtig ist das planmäßige Suchen nach Gonokokken, das Suchen in dem Sekret, in dem die Gonokokken voraussichtlich ohne Beimengung anderer Bakterien enthalten sind.

Die Obstipation. Die Obstipation kann bedingt sein durch eine funktionelle motorische Leistungsherabsetzung des Darmes oder durch mechanische Hindernisse im Kotumlauf. Erstere Form wird besprochen. Die Darmbewegungen werden entweder dadurch ausgelöst, daß der Darminhalt durch seine chemische und physikalische Beschaffenheit die Darmwand reizt oder dadurch, daß Hormone in der Darmwand gebildet werden, die Sekretion und Motilität des Darmes anregen. (Bayliss' und Starlings Sekretin.) Andere, außerhalb des Darmes erzeugte Sekrete, welche die Peristaltik anregen, sind das Hypophysin und das Sekret der Schilddrüse. Besondere Bedeutung für die Darmbewegungen haben das Zentralnervensystem und die Psyche. — Die Obstipation kann angeboren oder erworben sein. Nach den Erfahrungen des Verfassers bestehen in den meisten Fällen von habitueller Obstipation keine nachweisbaren anatomischen Anomalien des Darmes, andererseits gibt es Fälle, bei denen trotz nachweisbarer Koloptose der Darm regelmäßig funktioniert. Einen besonderen Einfluß auf die Stuhlentleerung übt die eingeführte Nahrung aus. Volumen, Flüssigkeitsgehalt der Nahrung, die Menge und Art der unverdauten Rückstände, die Gasbildung im Darm beeinflussen weitgehend die Motilität des Darmes. Erkrankungen des Zentralnervensystems, Lungen-, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen stehen nicht selten mit der Obstipation in ursächlichem Zusammenhange. Chlorose und Anämien sind häufig von Obstipation begleitet. Verfasser erwähnt Fleiners Angaben, die darauf hinweisen, daß es außer einer atonischen auch eine spastische Form von Obstipation gibt. Beide Formen können nebeneinander bestehen. Auf einer Atonie des untersten Darmabschnittes beruht die rektale Obstipation, von Strauß Proktostase genannt. Eine andere besondere Form von chronischer Obstipation ist die von Strauß beschriebene Proktostasis paradoxa, bei der es infolge Reizung der Darmwand durch die gestauten Kotmassen zu Diarrhoen kommt. Verfasser erwähnt auch die von B. Beer beschriebene Form von Obstipation, die infolge gewohnheitsmäßigen Zurückhaltens des Stuhles zustande kommt und bei der sich eine Tonussteigerung des Sphinkters entwickelt. Schließlich wird die Therapie der chronischen Obstipation erörtert: sie muß der Aetiologie des Falles angemessen sein. Verfasser erwähnt seine in einzelnen Fällen von habitueller Obstipation günstigen Erfahrungen mit dem subaqualen Innenbade.

76., 9. Oktober 1926, Heft 41.

- Frühdiagnose der Schwangerschaft. J. Novak.
- Die Behandlung der Geisteskranken in häuslicher Pflege. Alexander Pilcz.
- Das Sojamehl als Nahrungsmittel. H. Wastl.
- Besonderheiten der weiblichen Gonorrhoe. C. Bucura.

Frühdiagnose der Schwangerschaft. Mitunter kann die Schwangerschaft schon ein bis zwei Wochen nach Ausbleiben der Periode nahezu mit Sicherheit gestellt werden, in anderen Fällen erschweren dicke und straffe Bauchdecken, krankhafte oder angeborene Veränderung des Genitales die Diagnosenstellung. Außer der Frage, ob überhaupt eine Schwangerschaft vorliegt, muß die Frage, ob die Frucht im Uterus oder außerhalb desselben liegt, berücksichtigt werden. Keines der bekannten Schwangerschaftszeichen ist unbedingt verläßlich, die Diagnose kann nur aus einem Komplex von wahrscheinlichen Schwangerschaftszeichen gestellt werden. Vortragender bespricht die verschiedenen extragenitalen und genitalen Schwangerschaftszeichen. In Fällen, wo die Palpation keine eindeutigen Befunde bietet, spielen die biologischen Schwangerschaftsreaktionen eine ergänzende Rolle, so die Abderhaldensche Reaktion und ihre Modifikationen, die Präzipitinreaktion und die Freund-Kaminersche Reaktion, der Nachweis der Lipoidvermehrung im Schwangerenblut, die Beschleunigung der Blutkörperchensenkung, die Meiostagninreaktion. Einfachere und ebenso verläßliche Proben sind der Nachweis der alimentären Glukosurie und die Phloridzin- bzw. Maturinprobe. Auch der Nachweis der bei Schwangeren vorkommenden Azetonurie, die schon nach kurzer Kohlehydratabstinenz auftritt, kann zur Schwangerschaftsdiagnose herangezogen werden. Keine der biologischen Schwangerschaftsreaktionen ist imstande, die Palpation zu ersetzen.

Die Behandlung von Geisteskranken in häuslicher Pflege. Bei halbwegs günstigen Verhältnissen können eine Reihe akuter und chronischer Psychosen in häuslicher Pflege belassen werden. Vortragender bespricht die Behandlung der wichtigsten in der psychiatrischen Praxis vorkommenden Symptome. Dosierung, Wirkungsweise, Indikation der wichtigsten Schlafmittel wird erörtert. Beim Opium und den aus ihm gewonnenen Alkaloiden wird hervorgehoben, daß es in der psychiatrischen Praxis nur für den Angstaffekt und für jene seltenen Fälle in Betracht kommt, wo durch einen intensiven körperlichen Schmerz eine akute Geistesstörung ausgelöst wird. Gastrointestinale Autointoxikation spielt in der Aetiologie von Psychosen eine bedeutende Rolle, weshalb eine Regelung der Darmtätigkeit in diesen Fällen von Wichtigkeit ist. Durchführung der künstlichen Ernährung Geisteskranker, die verschiedenen Formen von Blasenstörungen und ihre Behandlung die notwendigen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen bei Kranken mit epileptischen und apoplektiformen Anfällen werden besprochen. Vortragender hebt die Notwendigkeit der Bettbehandlung und der Fernhaltung aller äußeren Reize für die an Psychosen Erkrankten hervor. Für psychotherapeutische Bestrebungen sind die Psychosen im allgemeinen wenig geeignet; leichtere Fälle von Wahnideen bei beginnenden Paranoikern können jedoch psychotherapeutisch mitunter recht günstig beeinflußt werden. Als Mittel zur Bekämpfung heftiger Erregungszustände im Hause werden das Hyoscin. mur. und Apomorphin. hydrochlor. angegeben.

Das Sojamehl als Nahrungsmittel. Die Sojabohne ist in China seit Jahrtausenden bekannt. Ihr Hauptproduktionsort ist die Mandschurei. In Europa ist sie seit der Wiener Weltausstellung 1873 bekannt. Die Einfuhr der Sojabohne nach Europa, besonders nach England, nahm erst von 1908 an zu, seitdem die pflanzliche Oelgewinnung technisch ausgebaut worden ist. Die Sojabohne ist in verschiedenen Varietäten bekannt, die sich in Farbe und Form unterscheiden. Nach der chemischen Zusammensetzung ist sie von den einheimischen Leguminosen verschieden. Die reife Sojabohne enthält keine Stärke, sondern Dextrine und kristallinische Zuckerarten. Sie enthält große Mengen von Diastase. Die Zellulose (2 bis 5%) ist ausschließlich in der Schale enthalten. Die Asche enthält große Mengen wasserlöslicher Phosphate. Der Eiweißgehalt beträgt im Durchschnitt 15%, der Fettgehalt 18%. Das Fett enthält viel Lezithin und eine große Menge an A-Nährfaktor. Das Sojaeiweiß ist biologisch vollwertig, Tierversuche haben ergeben, daß das Sojaeiweiß imstande ist, das animalische Eiweiß zu ersetzen. L. Berczeller stellte aus der Sojabohne ein haltbares Mehl dar, das küchentechnisch auf verschiedene Art Verwendung finden und als Eiweißquelle in großer Menge herangezogen werden kann. Ein Zusatz von 5% Sojamehl zum Brot genügt, den Nährwert und den Eiweißgehalt des Brotes bedeutend zu erhöhen. Der Preis des Sojamehles, als Kalorienpreis mit dem anderer Nahrungsmittel verglichen, ist ein niedriger. Ebenso ist das Sojamehleiweiß viel billiger als das animalische Eiweiß. Das Sojamehl wäre sowohl in privatwirtschaftlicher, als auch in volkswirtschaftlicher Beziehung von großer Bedeutung.

Besonderheiten der weiblichen Gonorrhoe. Das auf Gonokokken zu untersuchende Sekret muß direkt der Schleimhautoberfläche entnommen werden, und zwar kommen hierfür die Schleimhaut der Harnröhre, der Ausführungsgänge der Vulvardrüsen, der Urethralkrypten und der Zervix in Betracht. Die Sekretentnahme aus der Uterushöhle soll nur für jene Fälle reserviert bleiben, wo alle anderen Teile des Genitales sich als gonokokkenfrei erwiesen haben und doch der Verdacht auf eine chronische Gonorrhoe besteht. Die Behandlung der Gonorrhoe besteht in einer lokalen Therapie und in der Vakzinebehandlung, die besonders für die Behandlung versteckter Gonokokkenherde von Wichtigkeit ist. Die Endometritis gonorrhoica heilt meist unter der Vakzinebehandlung restlos aus. Verfasser verwendet außer den intramuskulären Vakzineinjektionen auch die Applikation in die Portio. Für einzelne besonders hartnäckige Fälle von Endometritis kommt die intrauterine Behandlung in Betracht, die nur von geübter Hand und unter den strengsten Kautelen der Asepsis ausgeführt werden soll. Für einzelne refraktäre Fälle von Zervixgonorrhoe kann die Zervixspaltung und die Ausbrennung der Schleimhaut mit dem Paquelin verwendet werden. Bei entsprechender Anwendung sämtlicher bekannter Behandlungsmethoden kann die Gonorrhoe der Frau restlos ausgeheilt werden.

76., 16. Oktober 1926, Heft 42.

- Die ätiologische Diagnose typhöser Erkrankungen. Viktor Ruß.
- Tetanie und Fraktur mit besonderer Berücksichtigung der Kalziumtherapie. W. Spitzmüller.
- Zur Behandlung entzündlicher Affektionen der Adnexe und des Beckenperitoneums. L. Bodnar.
- Die Bedeutung der Virulenzprüfung der Streptokokken für die Geburtshilfe und Gynäkologie. E. Hadjidakis.

Die ätiologische Diagnose typhöser Erkrankungen. Der Typhus abdominalis, die verschiedenen Formen der Paratyphen und der Enteritis infektiosa können ätiologisch in eine Gruppe der typhösen Erkrankungen zusammengefaßt werden. Die Erreger dieser Erkrankungen besitzen in Morphologie und Biologie einerseits, bezüglich ihres Vorkommens und der von ihnen ausgelösten Reaktionen in dem erkrankten Organismus, weitgehende Aehnlichkeiten. Als Hilfsmittel zur Feststellung einer der Mikroorganismen kommen in Betracht: sein morphologisches und biologisch-chemisches Verhalten, seine Beeinflußbarkeit durch agglutinierendes Immunserum, sein Verhalten gegenüber dem Patienten-Blutserum im Agglutinations-Versuch. Vortragender bespricht die Eigentümlichkeiten der Typhusbazillen des Paratyphus A- und Paratyphus B-Bazillus. Die Parakolibazillen und eine Reihe anderer von verschiedenen Autoren beschriebener Spezies werden als Glieder einer Kette betrachtet, deren eines Endglied der Bazillus typhi abdominalis, deren anderes Endglied das Bakterium coli commune ist. Die biologischen Differenzen dieser Mikroorganismenreihe sind wahrscheinlich vom einheitlichen Standpunkt der Mutation und Variation zu betrachten. Auf Basis der unitarischen

Anschauung könnte eine Neuordnung der Bakterien mit einfacherer Nomenklatur geschaffen werden. Eine strenge Einheitlichkeit der Versuchstechnik, besonders der zur Kultur verwendeten Nährböden wäre hierfür Vorbedingung.

Tetanie und Fraktur mit besonderer Berücksichtigung der Kalziumtherapie. Bei einer 27jährigen Frau kam es etwa 48 Stunden nach Zuziehung einer schweren Unterschenkelfraktur zum Ausbruch eines schweren tetanischen Anfalles. Patientin hatte der Anamnese nach ein Jahr vorher in einer Schwangerschaft den ersten Tetanieanfall, der sich später einige Male in steigender Intensität wiederholte. Das Trauma der Fraktur mag wohl ausreichend sein, bei einem latent Tetaniekranken, der sich in einem labilen spasmophilen Zustand befindet, einen Anfall auszulösen. Verfasser erörtert die zwischen Fraktur und Tetanie auf Grund des bei letzterer Erkrankung gestörten Kalkstoffwechsels möglichen Zusammenhänge. Die in diesem Fall beobachteten günstigen Erfahrungen mit der intravenösen Kalktherapie (Afenil) werden hervorgehoben.

Zur Behandlung entzündlicher Affektionen der Adnexe und des Beckenperitoneums. Jod ist imstande, chronische Adnexaffektionen und perimetritische Verwachsungen günstig zu beeinflussen. Verfasser empfiehlt die Applikation per vaginam in Form von Suppositorien in der Zusammensetzung: Jod. pur. 0,1, Kal. jodat. 0,1, Butyr. cacao. 3,0. Kontraindiziert ist Jod bei akuten Adnexerkrankungen, eitrigen Prozessen, ausgedehnten Pelveoperitonitiden und den gonorrhoischen Affektionen. Ebenso müssen Fälle mit Nierenerkrankungen, Struma und Jodidiosynkrasie ausgeschlossen werden. Unangenehme Nebenerscheinungen sah Verfasser selten.

Die Bedeutung der Virulenzprüfung bei Streptokokken für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Die von Ruge II angegebene Methode zur Virulenzprüfung der Streptokokken wird nachgeprüft. Die Probe besteht darin, daß defibriniertes Patientenblut mit dem Streptokokken enthaltenden Material (Vaginalsekret) gemischt und eine Probe davon in einem Deckglaspräparat unter dem Mikroskop beobachtet wird. Eine schnelle Vermehrung der Streptokokken innerhalb von drei Stunden im Eigenblut der Patienten spricht für eine gesteigerte Virulenz der Streptokokken. Weder der positive noch der negative Ausfall der Probe kann für die Bestimmung der Virulenz der Streptokokken und für die Stellung der klinischen Prognose von ausschlaggebender Bedeutung sein. Das Deckglaspräparat ist kein getreues Abbild des im Körper bestehenden Kampfes. Art und Lokalisation der Infektion sind von einem nicht zu unterschätzenden Wert für die Prognosestellung.

Acta Radiologica.

5., Fasc. 2, Nr. 24.

◆ Ueber die Wirkung von Lipiodol auf die Meningen. Adolf F. Lindblom.
Röntgenologische Analyse einer seltenen Mißbildung des Schläfenbeins und die Technik ihrer Untersuchung. Dr. Ernst G. Mayer.
Allgemeine Lichtbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. Ole Chievitz.
◆ Einige Erfahrungen bei der Lichtbehandlung in Fällen chirurgischer Tuberkulose. V. Malmström.
Der Einfluß der chemischen Lichtbäder auf die bakteriziden Prozesse im Blut und Serum. V. Genner.
Röntgenologische Untersuchungen des Magens nach der Resektion. Dr. L. Arisz, the Hayne.
◆ Ein Beitrag zur Diagnose der Erkrankungen der Wirbelsäule. Chr. M. F. Sinding-Larsen, Oslo.
Einige Untersuchungen über die Intensitätsverteilung bei den im Radiumhemmet gebräuchlichen Distanzbehandlungen. Rolf M. Sievert.

Ueber die Wirkung von Lipiodol auf die Meningen. Bei subduralen Injektionen relativ großer Mengen von Lipiodol bei Kaninchen entstand akute Leptomeningitis, die sich histologisch in einer ausgebreiteten Zellinfiltration äußert und nach 2 bis drei Wochen zurückgeht. In einem Falle führte sie aber zum Tode. Nach 3 Wochen bestehen keine histologischen Veränderungen mehr, auch wenn große Mengen von Lipiodol zurückgeblieben sind.

Bei Menschen entstand nach intralumbaler Injektion von 5 bis 10 ccm Lipiodol eine akute Leptomeningitis mit Vermehrung der Lymphozyten in der Lumbalflüssigkeit. Die meningealen Symptome verschwanden innerhalb zwei Wochen nach der Injektion.

Einige Erfahrungen bei der Lichtbehandlung in Fällen chirurgischer Tuberkulose. Aus den Erfahrungen des Verf. über die Lichtbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose ist hervorzuheben, daß Lungentuberkulose und Fieber nicht als Kontraindikationen zu gelten haben, wie dies vielfach angenommen wird. Es kommt nur darauf an, die Lichtbehandlung richtig zu dosieren. Nach den ersten Bestrahlungen sieht man häufig eine lokale Herdreaktion, die zur Vorsicht mahnt. In jedem Fall von Tuberkulose, insbesondere bei chirurgischer Tuberkulose ist die allgemeine Behandlung von wesentlicher Bedeutung. Es ist vielfach zweckmäßig, Röntgenbehandlung mit der allgemeinen Lichtbehandlung zu kombinieren.

Ein Beitrag zur Diagnose der Erkrankungen der Wirbelsäule. Verf. fand u. a. bei Wirbelkaries bei der Profilaufnahme eine Aufhellungslinie an einem oder mehreren Wirbelkörpern, die den Eindruck einer Fissur machte. Es wird aber ausgeführt, daß diese scheinbaren Fissuren keine Kontinuitätstrennungen bedeuten, sondern auf die Kanäle der Vasa nutritia zurückzuführen sind.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Orvosi Hetilap (Medizinische Wochenschrift).

70., Nr. 44., 31. Oktober 1926.

◆ Durch Schußwaffen verursachte Verletzungen. Kenyeres.
Trichophytiden, Mikrosporiden und Faviden. Ballagi.
◆ Trockenes Komplement. Vigh.
◆ Vulvitische Kinder als Diphtheriebazillenträger. Szarka.
Bei vorhandener Gravidität operiertes Dünndarmfibrom. Szteho.
◆ Therapie der Cystitis tuberculosa, mit besonderer Rücksicht auf das Gomenol-Oel. Minder.
Operieren wir in der intermediären Periode der Appendizitis? Reök.
Zusammenfassende Besprechungen Duzar, Hensch: Adrenalin-Tetanie.

Ueber die durch Schußwaffen verursachten Verletzungen. Mit der Vervollkommnung der Schußwaffen muß auch die Bildung des Gerichtsarztes Schritt halten. Die wichtigsten Fragen, die an den Gerichtsarzt gerichtet werden, sind: ist ein Mord oder Selbstmord geschehen; aus was für einem Gewehr ist der Schuß gefallen? — 1. Bei der Entstehung einer Schußwunde macht sich außer der mechanischen auch die dynamische, chemische Wirkung, der Wärmeeffekt usw. geltend, besonders bei einem Selbstmord, wo das Gewehr aus unmittelbarer Nähe (an der Eintrittsöffnung) seine Wirkung ausübt. In diesem Falle ist eine der wichtigsten Veränderungen der sogen. Brandsaum, der aber auch durch das Reiben der Kleidung entstehen kann und für die Eingangsöffnung, für die mindere Geschwindigkeit des Projektils direkt charakteristisch ist. So eine Eintrocknung kann auch dadurch stattfinden, daß das hervorquellende Blut die Ränder der Wunde aufweicht. Quelle schwerer Irrtümer ist auch die Verwechslung der Ein- und Ausgangsöffnung. Wir finden manchmal auch um letztere herum einen eingetrockneten Saum, wenn nämlich diese Stelle im Zeitpunkte des Schusses mit einem festeren Körper (die Wand, der Rucksack, der Riemen usw.) unterstützt war. Dies ist so eigenartig, das man daraus auch retrograd folgern kann. Die Erklärung ist sehr einfach: das Projektil preßt die Haut an die feste Basis. Es kommt auch vor, daß die Aerzte die bei den Selbstmördern oft vorkommenden, sternförmigen Eingangsöffnungen mißdeuten. Bei der Entstehung derselben spielen die Gasprodukte der Explosion eine Rolle, und wir finden Versengungen, Rauch, Schießpulverkörnchen usw. unter der Haut. Wenn das Gewehr direkt an die Haut gepreßt ist, entstehen oft auch Nebenwunden, da Gase unter die Haut geraten, sie ausspannen und gegen das Ende des Gewehrs treiben. — 2. Aus welchem Gewehr der Schuß gefallen ist, ist oft schon daraus erkennbar: hat die Kugel den Körper durchbohrt oder nicht? Besondere Wichtigkeit hat aber das Auffinden der einzelnen Teile der Ladung. Aus dem Pflaster können wir oft wichtige Schlußfolgerungen ziehen. Schießpulver kommen zweierlei in Betracht: das gewöhnliche Pulver und das dampffreie. Die Wirkung der zwei ist auffallend verschieden: ersteres explodiert plötzlich, die Gasentwicklung ist minder, aber momentan; letzteres explodiert langsam, die Gasentwicklung ist größer und gleichmäßig, dementsprechend die Zerstörung kleiner. Da das Pulver nicht ganz verbrennt, verlassen das Gewehr immer auch intakte Körnchen, die im Falle eines nahen Schusses in der umgebenden Haut, im Schußkanal, in der Kleidung zu finden sind. Da auch die Anordnung derselben von entscheidender Wichtigkeit sein kann, empfiehlt Verf. diese durch Film- (Kopieren) oder Röntgenaufnahme zu fixieren. Zur Aufsuchung sehr kleiner Körner ist die zwar nicht spezifische, dennoch sehr verwendbare Reaktion mit (in Schwefelsäure gelöstem) Diphenylamin zu empfehlen. Wenn wir die Körnchen unter der Haut sehen wollen, schneiden wir die benachbarten weichen Teile aus, und schütteln wir sie in Wasser aus. Verf. ließ öfter mit Erfolg das herausgeschnittene Hautstück im Wasser verfaulen. Man braucht nicht nachdrücklich zu betonen, wie wichtig das Auffinden der Körnchen und die Bestimmung ihrer Qualität ist. Ausnahmsweise kann auch etwas anderes die Umgebung des Eingangs tätowieren, z. B. Steinsplitter, Glassplitter usw. — Eine außerordentlich große Rolle spielt beim Identifizieren des Gewehres das aufgefundene Projektil. Auf Grund dessen ist es eine leichte Aufgabe, zu sagen, zu was für einem Gewehr es gehört, man kann sogar bestimmen, aus welchem Gewehrindividuum es stammt. Die Furchen des Rohres lassen ihre Spuren an der Oberfläche des Projektils zurück, und der Sachverständige kann sich in Bezug auf die Art des Gewehres gleich orientieren.

Wenn er jedoch Zweifel hätte, vergleiche er das Projektil mit dem eines Probeschusses. Dies ist um so wünschenswerter, da das Rohr oft individuelle Eigenschaften besitzt, die hierdurch zum Vorschein kommen. Als Zielpunkt des Probeschusses dient am zweckmäßigsten ein Wattebausch. Die innere Konstruktion des Rohres können wir so demonstrieren, daß wir das Rohr bis zu einer gewissen Höhe mit hölzernen Stäbchen verstopfen, in den freigebliebenen Teil eine in Zylinderform zusammengerolle Stanniolplatte stecken und kleine Wachskugelchen hineinpressen. An der ausgebreiteten Stanniolplatte sind die Zahl der Furchen und alle anderen Eigenschaften des Rohres leicht erkennbar. Die Veränderungen an der Oberfläche des Projektils werden so fixiert, daß die Kugel über einen Wachs-(Kitt-)-Streifen hinweggerollt wird. Das Budapester Institut gebraucht ein anderes Verfahren: das in Stanniol gewickelte Projektil wird auf eine Glasplatte gestellt und mit Wachs fest umgeben. Im warmen Wasser zerschmilzt das Wachs, und auch die feinsten Veränderungen sind auf der Stanniolplatte bemerkbar. Auch die Hülse der Patrone kann uns das Gewehr verraten. Sie bestimmt uns gewöhnlich die Stelle, wo der Schießende gestanden hat, auch oft die Sorte des Gewehres, läßt manchmal sogar individualisieren, da der Hahn oder die Repetiervorrichtung eigenartige Abdrücke verursachen können. Interessant ist es, daß nach Beobachtungen des Verf. manchmal die Zahl der Laufgänge des Rohres die Form der Wunde beeinflußt. Er fand bei Probeschüssen, daß ein Gewehr mit vier Laufgängen einen viereckigen, ein zweites mit fünf einen fünfeckigen Riß an der Kartonplatte verursachte. Er nimmt an, daß die Gase das Rohr stark zusammengepreßt in Zylinderformat verlassen, und daß dieser Zylinder die Form des Rohres pünktlich nachahmt. — Es gibt noch zahlreiche Fragen im Kapitel der Schußwunden, die das Wissen des Gerichtsarztes auf die Probe stellen und so verschieden sind, daß sie im Einzelfalle beantwortet werden müssen. Es ist immer empfehlenswert, vor der Entscheidung eine Probe zu machen.

Ueber das trockene Komplement. Verfasser fand, daß das frische Komplement in seiner Wirkung das trockene stark übertrifft, deshalb ist letzteres zur Ausführung feinerer Reaktionen nicht brauchbar. Es ist möglich, daß mit der Entwicklung der Technik der Fabrikation das Problem des trockenen Komplements vollständig gelöst wird.

Vulvitische Kinder als Bazillenträger. In 7 Fällen fand Verf. bei Säuglingen und Kindern in der Vulva Löfflerbazillen, ohne das klinische Bild der Vulvitis diphtheritica. Dieser Befund mag bei der Entstehung der Diphtherie-Epidemien von Bedeutung sein.

Ueber die Therapie der Cystitis tuberculosa, mit besonderer Rücksicht auf das Gomenol-Oel. Es gibt eine lokale und allgemeine Therapie der Cystitis tuberculosa. Lokal werden schon lange die verschiedensten Silberpräparate angewandt, mit unsicherem Erfolge. In den Fällen, die dieser Therapie trotzten, versuchte Verf., das Gomenol-Oel (10—20proz. Lösung), und fand, daß meist sich eine auffallende Besserung zeigte. Das ist wahrscheinlich der auf die Schleimhaut ausgeübten schonenden Wirkung zuzuschreiben. Die Besserung erreicht aber nur einen gewissen Grad, dann ist das Gomenol wirkungslos. Die Kombination mit Tuberkulineinreibungen bewährte sich nicht, abgesehen von dem psychischen Einfluß, den sie ausübt. — Bei isolierten Veränderungen der Blase tritt immer mehr die thrombokoagulative Therapie in den Vordergrund. Die Quarz- und Röntgenbehandlung hat sich als erfolglos erwiesen. Die operative Therapie kann nur bei den allerschwersten Fällen in Frage kommen.

Orocz.

Magyar Röntgen Közlöny (Ung. Röntgen-Zeitschrift).

1., Nr. 1—2. September-Oktober 1926.

- * Heilung des Krebses durch Bestrahlung. Rohrer.
- * Wirbelsäulenversteifungen. Czunft.
- Divergenz der mittels physikalischer und Röntgenuntersuchung bestimmten oberen Grenze des pleuritischen Exsudates. E. Schill.
- Radioaktivität als Indikator. Julius Groh.
- Röntgenanatomie der Cysterna cerebello medullaris. Marko.
- * Einfaches Verfahren zur Lokalisation der Nierensteine. I. v. Hermann.
- Epiphysis-Absonderungen. P. v. Mészöly.
- Zwei instruktive Röntgenfälle. Szarvas.
- Röntgendiagnostik der Wurzelhautentzündungen. Róna.

Die Heilung des Krebses durch Bestrahlung. Von einer eigentlichen Röntgentherapie können wir erst nach der Laneschen Entdeckung sprechen, seitdem wir die physikalischen Eigenschaften der Strahlen kennen und sie auch messen gelernt haben. Die einwandfreie Härtemessung erfolgt auf Grund der Wellenlängemessung mittels Spektrometer; die Intensität sollte eigentlich auf energetischer Grundlage, durch die Anzahl der sich bei der vollkommenen Absorption entwickelnden Kalorien bemessen werden. Diese Messungen sind aber einesteils für den praktischen Gebrauch zu umständlich, andererseits ist nicht bekannt, ob die Strahlungen verschiedener Wellenlänge, aber gleicher Energie auch gleichwertige biologische Wirkung ausüben. Von den verschiedenen Strahlenwirkungen erscheint die Luftionisation, da sie frei von dem Fehler der selektiven Absorption ist, zum Zwecke der Messung am geeignetsten. Unter den als absolute Einheit proponierten Größen erscheint das deutsche „R“ geeigneter als das französische, bei deren Messung infolge der geringen Entfernung des Radium-Präparats von der Ionisations-Kammer, die variierende Verteilung des Präparats innerhalb der Hülse, wie auch die Schwierigkeit einer Isolierung des Elektrometers von den Gammastrahlen, größere experimentelle Fehler verursacht werden können.

Wirbelsäuleversteifungen. Bei Spondylitis deformans wird die Wirbelsäulenversteifung hauptsächlich durch die Wirbelkörper überbrückende Knochenmassen verursacht. Bei Spondyloarthritis ankylopoetica dagegen entsteht die Versteifung infolge zwischen den intervertebralen Gelenken entwickelter Ankylosis ossea. Die Tragfestigkeit und Widerstandsfähigkeit der durch die Ankylose versteiften Wirbelsäule wird vermindert. Die verminderte Festigkeit wird durch die in Richtung der Processus articulares sich bündelförmig verstärkende Knochenstruktur und durch die Wirbelkörper verbindende bogenförmige Knochenbrücken zum Teil aufgehoben. Derartige Veränderungen sind bei Spondylitis deformans nicht wahrnehmbar. Die Veränderung der Knochenstruktur hat differential-diagnostische Bedeutung.

Einfaches Verfahren zur Lokalisation der Nierensteine. Sie geschieht mit einer gewöhnlichen Nierenaufnahme und einem Pyelogramm identischer Projektion. Die zwei Platten werden aufeinander gelegt und so besichtigt, daß der zum Stein nächstliegende Lendenwirbel in Deckung gerät. Der durch das Pyelogramm durchscheinende Steinschatten ermöglicht eine genaue Lagebestimmung. Die Pneumopyelographie ist für die Lokalisation wenig geeignet.

Orocz.

British Medical Journal.

Nr. 3435, 6. November.

- Bedeutung der Anatomie. Smith.
- Vakzinebehandlung der Osteo-Arthritis des Hüftgelenkes. Crowe.

Jahresversammlung der British Medical Association.

Verhandlung der Abteilung für Laryngo- und Otologie über die Behandlung der malignen Erkrankung der oberen Luft- und Speisewege:

- * Chirurgische Behandlung. Steward.
- * Behandlung mit Röntgenstrahlen. Knox.
- * Bestrahlung mit Radium. Milligan.
- Diathermiebehandlung. Syme.

Verhandlung der Abteilung für Orthopädie:

- * Die nichttuberkulöse Koxitis in jugendlichem Alter. Fairbank.
- Lungenembolie nach der Geburt. Mc. Culloch und Young.
- Pylorusstenose bei Brüdern. Heehes.
- Herpes und Varizellen. Matthews.
- Eingeklemmte Hernie bei einem Säugling. Fitzsimons.

Die Behandlung der malignen Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege. Chirurgische Behandlung. Die Gruppe der günstigen, wirklichen Frühfälle, bei denen das primäre Gewächs eng umgrenzt ist, wo der Allgemeinzustand gut ist und keine vergrößerten Lymphknoten nachweisbar sind, umfaßt bei den malignen Neubildungen des Mundes, des Rachens und der oralen und laryngealen Abschnitte des Pharynxs nur eine kleine Zahl, knapp 10%. In der Mehrzahl dieser Frühfälle bringt die Operation augenscheinlich die Heilung. Jedoch muß vor zu großem Optimismus gewarnt werden, da ganz kleine Tumoren durch ausgedehnte Metastasierung rasch zum Tode führen können. In etwa 50% handelt es sich um prognostisch zweifelhafte Fälle. Wenn der Primärtumor nicht allzu groß und ohne erhebliche Funktionsstörung beseitigt werden kann, so kann mit einer gewissen Aussicht auf Heilung gerechnet werden. Jedenfalls besteht die Wahrscheinlichkeit eines temporären Stillstandes und fast mit Sicherheit ist eine Besserung der Beschwerden zu erwarten, selbst wenn bei ausgedehnter Geschwulst die Drüsen einer Halsseite metastatisch erkrankt sind. Der Sitz der Geschwulst ist verhältnismäßig gleichgültig, sofern nur eine operative Methode angewendet werden kann, welche den Tumor in ganzer Ausdehnung zu Gesicht bringt und so die Totalexstirpation relativ leicht ermöglicht. 4 von 10 Fällen sind infolge des großen Umfanges des Primärherdes oder der sekundären Lymphknotenerkrankung als völlig hoffnungslos anzusehen. Hier kommen nur Palliativoperationen (Zerstörung weitgehend ulzerierter Geschwülste) in Frage, welche zuweilen dem Kranken noch einige erträgliche Lebensjahre verschaffen. Naturgemäß erfordert die Entscheidung bei den prognostisch zweifelhaften Fällen, welche der Gruppe der aussichtslosen nahestehen, sorgfältiges Abwägen aller Momente für und wider die Operation.

Die Hauptgefahren und Komplikationen der Operation entstehen aus der Infektion der Wundfläche oder der Lungen. Diese Komplikationen sind häufiger und verlaufen schwerer, wenn eine von den Zähnen ausgehende Verunreinigung der Mundhöhle vorhanden ist. So ist bei zahnlosen Kranken das Risiko der Operation sehr vermindert. Es ist jedoch nicht immer berechtigt, aus diesem Grunde vor dem chirurgischen Eingriff alte Zähne zu entfernen. Einmal bedeutet die Entfernung einer größeren Anzahl von Zähnen bei einem ohnedies durch Krankheit geschwächten älteren Menschen an sich eine schwere Maßnahme. Weiterhin nimmt die Heilung der Kieferwunden nach der Zahnextraktion 3 bis 4 Wochen in Anspruch, so daß dieser Zeitverlust unter Umständen wohl die Operation sicherer gestaltet, jedoch die Heilungsaussichten vernichtet. So sind im allgemeinen nur sicher erkrankte Zähne zu entfernen. Zur Verhütung einer von den Tonsillen ausgehenden Infektion der Mundhöhle sind diese mehrere Tage mit einer Lösung von Chinosol in Glyzerin (1:500) zu pinseln. Als direkte Vorbereitung zur Operation sind Mund und Geschwulst durch häufigen Gebrauch von Spülungen und Sprays mit milden antiseptischen Lösungen zu säubern.

Bei allen größeren Operationen im Bereich der Nase, des Mundes und des Kehlkopfes ist die intratracheale Aethernarkose die Methode der Wahl. Sie allein vermeidet sicher alle Gefahren der Lungenaspiration während der operativen Maßnahmen (Drüsenentfernung, Freilegung der Geschwulst), wo für längere Zeit tiefe Betäubung notwendig ist und der geschwürig zerfallene Tumor noch nicht beseitigt ist. Die intratracheale Aethernarkose ist der prophylaktischen Tracheotomie mit Tamponade des Larynx als einfacheres Verfahren vorzuziehen. Bei dieser Art der Narkose ist die Blutung etwas stärker, wodurch die Zeitdauer der Operation verlängert wird. Die Operation selbst gliedert sich in drei Hauptabschnitte — Freilegung der Geschwulst, die Entfernung des Tumors im gesunden Gewebe und die Vernähung der Wunde. Bei umfangreicher und unregelmäßiger Geschwulst ist die Entfernung mit der Diathermie durchzuführen, bei welcher die Umgebung zur Koagulation gebracht wird und so einer Ausbreitung der Infektion vorgebeugt wird. Freilich wächst bei diesem Vorgehen die Möglichkeit der Lungeninfektion, da bei längerer Heilungs- und Vernarbungsdauer die lokale Eiterung größer ist.

Die Ernährungsfrage ist der wichtigste Punkt der Nachbehandlung. Bei Einführung eines Schlauches durch den Mund oder die Nase wird häufig Unbehagen ausgelöst (außerordentliche Steigerung der Speichelsekretion, dauernder Hustenreiz). Durch Einlegen eines Gummikatheters von der Halswunde aus in den Pharynx in schräger Richtung, so daß Haut- und Pharynxöffnung sich nicht gegenüberliegen, ist leicht Abhilfe zu schaffen. Flüssige Nahrung kann auf diesem Wege nach Belieben zugeführt werden. Bei dem schrägen Verlauf des Kanals entsteht nach Entfernung des Gummirohrs keine Fistel und die Oeffnungen schließen sich rasch.

Behandlung mit Röntgenstrahlen. Bis vor kurzem waren die Erfolge der Röntgenbehandlung wenig zufriedenstellend, da bei der geringen Ausdehnung des Krankheitsherdes und der verschieden gebauten Gewebsschichten der Umgebung eine ausreichende Bestrahlung ohne Gewebsschädigung kaum durchzuführen war. Neuere Fortschritte der Technik beseitigen diese Schwierigkeiten der Dosierung. Mit höherer Spannung (135 Kilowatt) ist bei größerer Tubusdistanz (50 cm) und 0,1 mm Bleifilterung eine ausreichende Tiefenwirkung zu erzielen. Durch Wachsfilter von 2 bis 10 cm Dicke sind Schädigungen der Haut zu vermeiden. Es empfiehlt sich, die notwendige Strahlendosis in mehreren Sitzungen zu verabfolgen. Dieselbe Technik führt auch zu einem Rückgang der sekundär erkrankten Lymphknoten.

Wesentlich für die Behandlung der Krankheiten dieser Gebiete ist vor allem die Diagnose. Häufig stehen die metastatisch erkrankten Drüsen im Vordergrund des Krankheitsbildes, so daß vor allem zu entscheiden ist, ob die Drüsenschwellung primärer oder sekundärer Natur ist. Bei zweifelhaften Fällen, wo eine Primärgeschwulst nicht gefunden wird, geben einige Röntgenbestrahlungen Aufschluß über den vorliegenden Krankheitszustand. Bei einfachen entzündlichen Schwellungen gehen die Drüsentumoren rasch zurück. Lymphadenome und Lymphosarkome sprechen fast ebenso schnell auf die Bestrahlung an. Bei der Tuberkulose ist es schon schwerer, eine Reaktion zu erzielen, und eine viel längere Zeit verstreicht, ehe eine Verkleinerung sich zeigt. Am langsamsten reagieren karzinomatöse Lymphknoten auf die Bestrahlung, häufig überhaupt nicht (solange nicht die verbesserte Bestrahlungstechnik in Anwendung gelangt).

Empfehlenswert ist der Gebrauch der Röntgenstrahlen im Verein mit dem operativen Vorgehen (Bestrahlung der Drüsen vor der Operation zur Abkürzung und Vereinfachung des Eingriffes, postoperative Nachbestrahlung). Bei der Nachbestrahlung ist unter fast laufender Kontrolle des Blutbefundes sorgfältig darauf zu achten, daß der Allgemeinzustand und die Widerstandskraft des Kranken durch die Röntgenbehandlung zu einer erheblichen symptomatischen Besserung. Bisweilen sind selbst in den verzweifeltsten Fällen überraschende Erfolge zu erzielen, welche hoffen lassen, daß bei weiteren Fortschritten der Technik bessere Durchschnittsergebnisse zu erlangen sind. Jedenfalls ist es nicht ratsam, noch weniger notwendig, die abtötende und zerstörende Dosis als Maßeinheit der wirksamen Dosierung zu betrachten. Vielmehr kann sie nur als Gesamtdosis verwendet werden, welche im Verlauf von mehreren Tagen, Wochen oder Monaten — je nach Dringlichkeit der Symptome — verabfolgt wird.

Bestrahlung mit Radium. Die Erfahrungen mit der Radiumbestrahlung sind fast ausschließlich an inoperablen Fällen gewonnen, deren Behandlung unter zwei sich widersprechenden Gesichtspunkten erfolgt, die beide zum Ziele führen können — lange Bestrahlungsdauer bei kleinen Dosen oder kurze Einwirkung großer Strahlendosen. Vorzuziehen ist im allgemeinen die Behandlung mit kleinen Dosen, wobei 10, 14, ja 21 Tage bestrahlt wird. Bei solchen lange ausgedehnten Bestrahlungen kann nur das Radium selbst, nicht die Emanation verwendet werden, wodurch freilich größere Mengen dieses Elementes für längere Zeit festgelegt sind und dem allgemeinen Verbrauch entzogen sind. Die besten Ergebnisse sind durch Versenken des Radiums in Röhren oder Nadeln in die Geschwulst selbst unter direkter Ueberwachung mit dem Auge (evtl. nach operativer Freilegung des Tumors) zu erzielen. Als besonders strahlenempfindlich erweisen sich die rasch wachsenden Sarkome, die schon nach weniger als 24 stündiger Radiumeinwirkung eine völlige Rückbildung zeigen können. Freilich bedingt die frühzeitige Metastasierung eine ungünstige Prognose. Zur Behandlung der malignen Gewächse des Nasopharynx ist das Radium dem operativen Eingriff vorzuziehen. Durch chirurgische Maßnahmen ist eine völlige Entfernung des Tumorgewebes kaum zu erzielen. Es besteht die Gefahr der postoperativen Nachblutung und des Entstehens einer septischen Otitis media, während die Radiumbehandlung kaum mit einem Risiko verbunden ist (äußerst selten Gaumenperforation oder Knochennekrose an den Choanen). Infolge allgemeiner Stoffwechselveränderung können durch das Wirksamsein der Radiumstrahlen erhebliche Veränderungen des Blutbildes ausgelöst werden. Bei den Lymphosarkomen der Halsdrüsen ist ein ganz allmählicher Rückgang der Schwellungen anzustreben, da eine Ueberschwemmung des Körpers mit den Zerfallsprodukten des Tumorgewebes bei rascher Einschmelzung den Tod nach sich ziehen kann. Die Einführung von Radium in eine Geschwulst bewirkt sofort eine mächtige Gewebsreaktion (Hyperämie und allgemeines Oedem), welche mit Wahrscheinlichkeit zu einem Losreißen maligner Zellen führt, die zunächst von den regionären Lymphknoten abgefangen werden. Es empfiehlt sich daher nicht, diese natürlichen Schranken des Organismus vor der Bestrahlung des Tumors zu beseitigen. Erst nach Auftritt der Bestrahlungswirkung sind die Lymphknoten — ob nachweisbar vergrößert oder nicht —, wenn irgend möglich, operativ zu entfernen. Das Spicken der Lymphknoten mit Radium reicht nicht zur Vernichtung der Geschwulstkeime aus, da fast immer das umgebende Fett- und Bindegewebe, bisweilen auch die Muskulatur lymphatische Gewebsknötchen mit mikroskopisch erkennbaren Krebszellendepots enthalten. Nach radikaler Entfernung der ganzen Gewebsschichten ist das Gebiet durch Versenken von Radiumröhren in jeweils nach der Art der Geschwulst verschiedenen Perioden nachzubehandeln. Die Hauptarterie des Tumorgewebes ist nach Möglichkeit stets zu unterbinden. Durch Versenken kleiner Radiumnadeln in das Tumorgewebe nach einem genau errechneten Plan, der es gestattet, an der Peripherie der Geschwulst die geringste Strahlungsenergie wirken zu lassen, sind besonders bei sekundären malignen Erkrankungen der Tonsillen, den Karzinomen des Kehlkopfs und seiner Umgebung beachtenswerte Resultate erzielbar. Die malignen Gaumenerkrankungen, deren Abgrenzung von chronischer Tuberkulose und tertiärer Syphilis oft große Schwierigkeiten macht, reagieren am besten auf Diathermie. Für die Behandlung der Zylinderzellenkrebse der Kiefer- und Siebbeinhöhlen sind folgende Richtlinien maßgebend: Unterbindung der Carotis externa, Eröffnung der Highmore- oder Stirnbeinhöhle durch Knochenresektion mit Kürettage der Geschwulst und Spicken mit Radiumnadeln, Entfernung der regionären Drüsen und äußerliche Bestrahlung als Nachbehandlung. Häufig kommt es zur Bildung von Knochennekrosen, deren Sequestrierung Monate erfordert und welche plastische Nachoperationen notwendig machen.

Ein trauriges Kapitel bilden die Oesophaguskarzinome, weil bei ihnen erst dann die Diagnose gestellt wird, wenn Schluckstörungen sich bemerkbar machten. Die Plattenepithelkarzinome der oberen zwei Drittel und die Zylinderzellenkrebse des unteren Abschnittes der Speiseröhre bleiben häufig lange Zeit als umschriebene, langsam wachsende Herde bestehen, die lediglich zu einer Gewichtsabnahme führen und unbestimmte Störungen auslösen, welche der Veränderung des physiologischen Schluckmechanismus zuzuschreiben ist. Gerade diese unbestimmten Symptome sollten zu einer genauen röntgenologischen und endoskopischen Untersuchung den Anlaß geben, welche den histologischen Nachweis der Malignität sehr leicht liefern. Eine Aussicht auf Heilung ist dann nicht mehr vorhanden, wenn — wie es heute zumeist der Fall ist — die karzinomatose Verengerung erst bei ausgesprochener Behinderung der Oesophagusdurchgängigkeit angenommen wird. Die relative Unzulänglichkeit des Speiseröhrenkrebses, das Fehlen eines serösen Ueberzuges und einer gewissen Starrheit der Wandung gestalten die wirksame Radiumbestrahlung äußerst schwierig. Durch die Anlegung einer Gastrostomie wird jede Behandlungsart wesentlich erleichtert. Es ist zudem sinnlos, mit der Vornahme dieses Eingriffes so lange zu warten, bis der Kranke direkt an Flüssigkeitsmangel leidet und heruntergekommen ist. Die Gastrostomie schaltet zudem den erkrankten Teil völlig aus. Bei ringförmiger Striktur wird ein Radiumbestrahlung äußerst schwierig. Durch die Anlegung einer geführt und dort solange wie erforderlich belassen. Die Gestalt des Radiumröhrchens ist der Form der Striktur angepaßt (Sanduhrröhrchen usw.), wie sie das Röntgenverfahren leicht erkennen läßt. Bei Tieflagerung des Oberkörpers fließt der Wismutbrei zurück und bezeichnet deutlich das untere Ende der Striktur. Auch die Einführung des Radiums geschieht am besten vor dem Durchleuchtungsschirm nach Einnahme einer geringen Menge Kontrastbreies zur Herbeiführung eines Wandbeschlages. Bei direkter Bepflanzung des Karzinoms mit Radiumnadeln sind Perforationen nicht selten; da eine sichere Schätzung der Wanddicke unmöglich ist. Therapeutisch ist jedoch die intramorale Radiumbestrahlung jeder von außen angreifenden Methode beträchtlich überlegen. Angesichts der trostlosen Prognose sind die so erzielten Erfolge außerordentlich. Einen Fortschritt kann nur die Frühdiagnose bringen.

Die nichttuberkulöse Koxitis in jugendlichem Alter. Hüftgelenksentzündungen können durch Infektion oder Trauma entstehen, wobei als Trauma im wesentlichen kleine, häufig wiederkehrende Ueberlastungen zu verstehen sind, welche ein Gelenk betreffen, bei dem ein anatomisches Mißverhältnis zwischen Kopfumfang und Pfannengröße besteht. Wie weit eine Infektion bei diesen traumatischen Gelenkveränderungen eine Rolle spielt, ist ungeklärt. Infolge von Trauma kann es zu einer Synovitis kommen, bei welcher gewöhnlich nicht alle Bewegungen eingeschränkt sind und nur geringe Schmerzen bestehen. Bei der im Vergleich zum Kniegelenk schwierigen Palpationstechnik wird diese Veränderung gewöhnlich übersehen, die übrigens schon bei einigen Tagen der Bettruhe abklingt. Ab und zu findet sich bei solchen Fällen im Röntgenbild ein ovales Knochenstück gegenüber der Außenseite der Vorderrandes der Hüftpfanne, einem Sesambein im Kopf des Musc. rectus femor. entsprechend. Bekannter sind die Fälle von traumatischer Synovitis und Arthritis mit Coxa vara. Hier ging gewöhnlich ein ausgesprochenes Trauma voran. Es findet sich Abduktionsbehinderung, Trochanterhochstand mit Verkürzung, sowie das typische Röntgenbild. In den Frühstadien des „juxta-epiphysealen Schmerzes“ ist die Epiphysenlinie verbreitert, der Femurkopf scheint vom Hals losgelöst, und eine leichte Dislokation ist sichtbar, welche für die Verkürzung verantwortlich zu machen ist. Diese Frühfälle sind nur bei vergleichender genauer Betrachtung der Röntgenaufnahmen beider Hüftgelenke zu diagnostizieren, da nur geringfügige Schmerzen vorhanden sind. Bei Vernachlässigung und großer Dislokation entwickelt sich die traumatische Arthritis mit Spasmen der Muskulatur, welche die Bewegung mehr oder minder einschränken. Trotzdem der Trochanter deutlichen Hochstand zeigt und keine Flexionskontraktur besteht, wird dieses Leiden zumeist als tuberkulös angesprochen. Dauernde Gelenkschädigung zieht umfangreiche osteo-arthritische Prozesse nach sich. Diagnostisch geringe Schwierigkeit machen die akuten infektiösen Koxitiden mit hoher Temperatur und Polynukleose, die zumeist Staphylo-, Strepto- oder Pneumokokken als Erreger haben. Besonders bei den Staphylokokken sind die verschiedensten Grade von Virulenz zu beobachten, so daß es bei einem Patienten zur Entwicklung eitriger, seröser und trockener Gelenkerkrankungen kommen kann. Nach breiter Eröffnung des Gelenkes und Drainage ist das Bein zur Verhütung einer Dislokation einen Monat im Extensionsverband abduziert zu halten und noch mindestens zwei Monate in Abduktionsstellung festzustellen. Die Dislokation stellt sich auch ein, wenn keine Knochenveränderungen entstanden sind, ja selbst wenn das Gelenk gar nicht eröffnet wurde. Gelegentlich kann ein Versuch gemacht werden, bei einem kleinen Kind und subakuten Symptomen beim Befund dünner und flockiger Flüssigkeit im Gelenk nach gründlicher Durchspülung mit Kochsalzlösung die Wunde sofort wieder zu schließen. Von großer Wichtigkeit ist die Koxitis als Folgeerscheinung der Osteomyelitis des Femur. Bei akuter Infektion des Femurkopfes oder -halses ist mit Sicherheit eine Gelenkentzündung vorhanden. Wenn die Erkrankung jedoch am großen oder kleinen Trochanter ihren Anfang nimmt und die Probefunktion des Hüftgelenks ein negatives Ergebnis hat, so ist zunächst abzuwarten. Wenn nach einigen Tagen Temperatur und Puls nicht auf normale Werte zurückgegangen sind und Lokalsymptome noch fortbestehen, so ist das Gelenk zu eröffnen.

Selten führen subakute bakterielle Hüftgelenksentzündungen (von Tonsillen- oder Zahneiterungen ausgehend) zur Verwechslung mit der Tuberkulose. In einigen Wochen entwickeln sich bei derartigen Kranken unter geringen Temperatursteigerungen deutliche Symptome der Arthritis (Flexions- und Abduktionsstellung bei allgemeiner Bewegungsbeschränkung) und negativem Röntgenbild. Zur sicheren Diagnose ist Zeit erforderlich. Bei den nichttuberkulösen Erkrankungen schwinden die Spasmen bei Immobilisation in Extensionsstellung in 4 Wochen und röntgenologisch sind bei einer jetzt vorgenommenen Kontrollaufnahme keine Veränderungen erkennbar. Besonders nach Masern kann eine solche Koxitis auf nichttuberkulöser Grundlage auftreten. Für die beim Scharlach auftretenden Erkrankungen sind Toxine oder akute, in der Virulenz sehr verschiedene Streptokokkeninfektionen verantwortlich zu machen, welche alle Grade zwischen der flüchtigen rheumatischen Attacke und der zur Vereiterung führenden Gelenkaffektion erzeugen können. nicht ungewöhnlich ist eine Koxitis als Folge chronischer Mund- oder Halsinfektion, wobei besonders die exanthematischen Krankheiten den Erregern den Weg ebnen. Nach der Enukleation der Tonsillen wird kaum — wie eine auf Tausende von Fällen sich erstreckende Erfahrung beweist — als direkte Operationsfolge eine Coxitis beobachtet, während umgekehrt die Koxitis nach der Tonsillenentfernung oft sich beträchtlich bessert.

Eine Sonderstellung verdient die akute rheumatische Koxitis sowie die Koxitis als Teilerscheinung der Stillschen Krankheit. Das vorherige Befallensein anderer Gelenke (besonders der Halswirbelsäule), die Schwellung der Milz und der Lymphknoten, sowie die röntgenologischen Veränderungen der Gelenke lassen die Allgemeinerkrankung leicht erkennen.

Die typischen Merkmale der Osteochondritis juvenilis (Pseudokoxalgie) sind in letzter Zeit so bekannt geworden, daß die Diagnose im allgemeinen gestellt wird. Jeder zweifelhafte Fall ist jedoch vorläufig als tuberkulös zu behandeln, wobei der rasche Rückgang aller Erscheinungen für die Pseudokoxalgie spricht. In manchen Fällen, bei alleiniger Behinderung der Ab- oder Adduktion oder Innenrotation kann das präarthritische Stadium der Tuberkulose vorgetäuscht werden, wo ein Herd im Schenkelhals oder unter dem Azetabulum besteht und das Gelenk noch unbeteiligt ist. Hier kann nur der erfahrene Röntgenologe entscheiden.

Bei der Arthritis, welche wenige Wochen oder Monate nach der Reduktion einer angeborenen Luxation sich einstellt, erscheint das Trauma als Hauptursache. Eine milde Infektion spielt jedoch auch eine Rolle, so daß es berechtigt erscheint, bei allen nicht ganz gesunden Kindern die Reduktion noch aufzuschieben und besonders die Entfernung aller septischen Herde im Körper vor der Operation durchzuführen. Auch bei der Entstehung von Schmerzen bei den unbehandelten Fällen scheint der Arthritis eine größere Bedeutung zuzukommen als den veränderten statischen Bedingungen. So ist bisweilen nur eine zottige Arthritis bei geringer Knochenveränderung zu finden. Bei unbehandelter Subluxation und besonders bei zu spät behandelten Kindern kommt es zur ausgedehnten Knochenresorption mit Abflachung des Femurkopfes (absorptive Arthritis ähnlich den Gelenkaffektionen bei Rückenmarksleiden). Eine zu gering ausgebildete Hüftpfanne kann zur Arthritis deformans führen, wobei der kongenitale Bildungsfehler bei geringgradiger Dislokation häufig übersehen wird. Ueberhaupt entsteht die jugendliche Osteoarthritis nur in einem anatomisch durch Infektion oder Trauma und Mißbildung geschädigten Hüftgelenk. Röntgenologisch sind Knochenerosionen mit Randwulstbildung charakterisch. Klinisch stehen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Vordergrund. Besonders bei den an beiden Hüftgelenken sich entwickelnden Veränderungen ist nach einer ursächlichen Infektion zu fahnden. Kongenitale Subluxationen, Pfannenmißbildung, jugendliche oder traumatische Coxa vara mit dauernder Verschiebung des Femurkopfes auf dem Schenkelhals, Schenkelhalsfrakturen, Osteochondritis und die akute Arthritis mit nachfolgender Dislokation sind die Hauptursachen der Arthritis deformans des Kindesalters.

Biberfeld.

La Pediatria.

34. Heft 21, 1. November 1926.

- Studien über die Immunität des Neugeborenen und Säuglings. Nasso.
- Verhinderung der Autozytolyse im Liquor. Morabito.
- Einfluß der Teediät auf das Blutbild des ernährungsgestörten Säuglings. Papandrea.
- *Diphtheriemorbidität im Verhältnis zur positiven Schick-Reaktion in Catania. Sorge.
- Streptokokkensepsis. Laurinsich.
- Primäre Pneumokokkenperitonitis. Vasile.
- *Erworbene Lues bei einem Säugling. Caprara.

Diphtheriemorbidität im Verhältnis zur positiven Schick-Reaktion in Catania. Von sechs Monaten bis einem Jahr sechs Fälle, davon 2 Schickpositiv, von einem Jahr bis zwei Jahren 13 Fälle, davon 6 (46,1%) Schickpositiv, von zwei Jahren bis fünf Jahren 38 Fälle, davon 30 (78,9%) Schickpositiv, von fünf Jahren bis 10 Jahren 112 Fälle, davon 21 Schickpositiv, über zehn Jahren

41 Fälle, davon 2 (4,8%) Schickpositiv. Die positiven Reaktionen sind im Verhältnis mit den Literaturangaben verhältnismäßig nicht zahlreich. Damit hängt wohl die relative Seltenheit der Diphtherie in Catania zusammen.

Lues bei einem Säugling. Dreizehn Monate altes Kind, das neun Monate im Findelhaus erzogen wurde, dann in Kostpflege kam. Der Pflegevater hat manifeste Zeichen von sekundärer Lues, beide Pflegeeltern WaR. ++++. Das Kind hat ein makulöses Exanthem und die klinischen Zeichen einer Osteochondritis luetica (Pawotsche Paralyse aller Gliedmaßen) und WaR. +++. Auf spezifische Therapie rasche Besserung.

Stransky, Wien.

Raggi ultravioletti.

5—6, 1926.

◆ Einfluß der Strahlenbehandlung auf Vorgänge der Ernährung. Mario Acqua.
◆ Können ultraviolette Strahlen zum Kampf gegen die Malaria dienen? Lodovico Armani.
Behandlung der Psoriasis mit ultraviolettem Licht. Icilio Ballico.
◆ Traumatische Gelenk- und Muskel-Erkrankungen bei Fußballspielern. Felice Diana.
◆ Röntgenverbrennung und Ultralicht bei Lupus. Felice Diana.
Natürliche und künstliche Sonnenbehandlung. Fermo Mascherpa.
Ultraviolettes Licht bei Haarausfall. Rodolfo Porcelli.
Ueber verschiedene Reaktionen des menschlichen Körpers auf ultraviolette Strahlen. Giuseppe Redaelli.
Die Wirkung ultravioletten Lichtes auf das Wachstum. Spolverini.
Der Einfluß bestrahlter Milch auf das Wachstum. Bentivoglio.
Die Veränderung des Blutes bei Kindern nach Ultraviolett-Bestrahlung. G. Tosi.
Neue Gesichtspunkte der Strahlenbehandlung in der Kinderpraxis. Angelo Valdameri.
◆ Ultraviolettes Licht zur Abwehr von Wachstumsstörungen. Giuseppe Viana.

Ueber den Einfluß der Strahlenbehandlung auf Vorgänge der Ernährung. Es werden kurz 5 Krankengeschichten von Rachitikern mitgeteilt, aus denen deutlich die günstige Wirkung der Bestrahlung mit Höhensonne hervorgeht; Intensität: 1200 Kerzen; Abstand von der Haut 45 cm; beginnend mit 3 Minuten vorn und 3 Minuten hinten steigend auf 12 und 12 Minuten; Bestrahlung täglich, zwei Wochen lang. Verf. glaubt an eine direkte Einwirkung der ultravioletten Strahlen auf den Chemismus der Zellen und auf die Vorgänge der Fixierung der Nährstoffe.

Können ultraviolette Strahlen zum Kampf gegen die Malaria dienen? Bei dem Patienten, der seit einem Unfall vor 10 Jahren eine eiternde Schienbeinwunde hat und bei dem vor 2 Monaten Malaria aufgetreten war, wird durch hohe Chinindosen ein Anfall ausgelöst. Es finden sich im Blut Plasmodien. Chinin drückt das Fieber nicht, wohl aber Höhensonne; bei abwechselnd lokaler und allgemeiner Applikation schließt sich auch die Schienbeinwunde. Nach der achten Bestrahlung steigt das Fieber wieder und wird durch Chinin und Höhensonne erneut zur Norm zurückgeführt. Verf. will durch Veröffentlichung seines Falles die Heranziehung der Höhensonne zur Bekämpfung der Malaria anregen. Er kann selbst keine Erklärung der Wirkung geben und erwähnt die verschiedensten Theorien der Strahlenwirkung.

Traumatische Gelenk- und Muskelerkrankungen bei Fußballspielern. Kurze Mitteilung über Erfolge bei Synositis, Myositis, Bewegungsbehinderung im Gelenk von Fußballern mit Höhensonne und Sollux-Lampe. Vor allem wird das schnelle Schwinden der Schmerzen gerühmt. Sollux-Lampe allein blieb erfolglos. — Ausführlichere Mitteilungen sollen folgen.

Röntgenverbrennung und Ultralicht bei Lupus. Verf. bestrahlt stets kombiniert mit Röntgen- und Höhensonne. Er berichtet von zwei Fällen, die er von Röntgenverbrennung durch Höhensonne geheilt hat. Bestrahlungsplan: dreimal wöchentlich, mit sehr kleiner Fläche beginnend und das den Strahlen ausgesetzte Feld allmählich erweiternd bei einem Lampenabstand, der beginnt mit 70 cm und auf 40 cm heruntergeht. Einen Fall von Röntgenverbrennung hat Verf. z. Zt. in Behandlung mittels Kromayer-Lampe; darüber soll später näheres veröffentlicht werden.

Ultraviolettes Licht zur Abwehr von Wachstumsstörungen. Verf. behandelt die Faktoren der Ernährung, den Einfluß der Inkrete auf den Stoffwechsel und die Störungen, die bei Rachitis und Spasmophilie auftreten. Verf. hält das ultraviolette Licht für das beste Heil- und Vorbeugemittel dieser Krankheiten.

Fritz Pulvermacher.

Paris Médicale.

Nr. 43, 23. Oktober 1926.

◆ Der Duodenaldivertikel. Gregoire.
Artvakzinotherapie bei Lungenabszeß. Spiro Livierato.
Anämie und See. Porcheron und Daufresne.

Der Duodenaldivertikel. Sie entwickeln sich entweder vorwärts vom Pankreas oder rückwärts davon oder viel seltener in der Nachbarschaft der Gallengänge. Der Ausdehnung der ersteren steht nichts im Wege. Oft frei beweglich gibt es doch nicht wenige Fälle mit entzündlichen Strängen in der Pyloroduodenalgegend. Im allgemeinen klein, sind die vor dem Pankreas die häufigsten. Im beschriebenen Falle handelt es sich um eine 60jährige Frau, die schon seit der Jugend das Gefühl der Schwere im Magen und Verdauungsstörungen hatte, aber nie erbrach. Mit 54 bekam sie 3—4 Stunden nach dem Essen Erbrechen wässeriger, leicht saurer Flüssigkeit, mit 55 dauernde leichte Magenschmerzen, im Maximum 2—3 Stunden nach dem Essen, erleichtert durch Erbrechen. Seit einigen Monaten dies dauernd ohne Unterbrechung. Nie Blutung, nie Erbrechen von Speisen, starke Abmagerung, Verstopfung, im rechten Epigastrium leichter Druckschmerz. Röntgen: ptotischer, etwas erweiterter Magen, dauernder Schattenfleck im Genu superius des Duodenum, einige Tage später mit einer Luftblase oben. Nicht alle Divertikel erfordern chirurgische Behandlung, nur wenn entzündliche, mechanische oder neoplastische Zustände vorliegen. Erstere, die häufigsten, können akut und chronisch sein. Man darf diesen Zustand nicht verwechseln mit einem etwa gleichzeitig vorliegenden Ulcus duodeni oder mit Gallensteinen; es gibt eine reine Divertikulitis. Bei den chronischen Formen kommt es zu ausgedehnten Verwachsungen. Durch sie kann es zu mechanischen Störungen kommen. Auch kann sich im Divertikel Krebs entwickeln. Genaueres weiß man jedoch hierüber nicht.

Nr. 44, 30. Oktober 1926.

◆ Diagnose der dysenterischen Arthritiden. Besson und Ehringer.
◆ Was kann die Klinik von der Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen verlangen? Balachowski.
Ein Fall von Lungentuberkulose mit Syphilis durch spezifische Behandlung merklich gebessert. Liberopulo.

Diagnose der dysenterischen Arthritiden. Die Dysenterie kann so mild verlaufen, daß sie gar nicht bemerkt wird und arthritische Erscheinungen können ebenso gut bei flüchtigen leichten, wie bei schweren Fällen auftreten; auch die Zeit des Auftretens ist sehr verschieden, wenige Tage nach der Diarrhoe oder selbst monatelang nachher, wenn die Dysenterie längst vergessen ist. Auch die Gutartigkeit der Gelenkerscheinungen ist kein typisches Zeichen. Die dysenterischen Gelenkerscheinungen können multipel sein, flüchtig, mit starkem Erguß, der sich vielleicht vom reinen Gelenkrheumatismus nur durch eine geringere Rötung, geringeren Schmerz und geringere Beteiligung des Allgemeinzustandes unterscheidet. Oft monartikulär kann das Bild vollkommen der gonorrhoischen Monarthritis gleichen und von einer rapiden und beträchtlichen Atrophie begleitet sein. Sie können wochenlang dauern und in Ankylose endigen, mit hohem Fieber. Bei der monartikulären Form muß man außerdem an Syphilis und Tuberkulose denken. Für ein ziemlich sicheres diagnostisches Zeichen halten aber die Verfasser die Agglutination des Gelenkergusses.

Was kann die Klinik von der Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen verlangen? Balachowski nimmt die Priorität des Linzenmayerschen Gedankens für sich in Anspruch und gibt eine Zusammenstellung der dabei in Betracht kommenden Krankheiten vorherrschend aus deutschen Zeitschriften.

v. Schnizer.

Journal des Praticiens.

Nr. 44.

◆ Verhalten des Praktikers bei einem Pleuraerguß. Rieux.
Kollumfraktur bei einem 15 jährigen jungen Mann. Delbet.

Verhalten des Praktikers bei einem Pleuraerguß. Gleichviel ob die Diagnose vermutungsweise oder sicher gestellt wird, eine Probepunktion ist immer nützlich und sehr oft notwendig. Daraus folgt weiter: Jede Punktionsflüssigkeit muß chemisch, zytologisch und bakteriologisch untersucht werden. Wichtiger als die chemische ist die zytologische. Bakteriologisch handelt es sich gewöhnlich um Pneumokokken oder Streptokokken; bekommt man die Erreger im Ausstrich nicht zu Gesicht, so muß man eine Kultur anlegen oder eine Tierimpfung vornehmen.

Langjährige Erfahrungen lassen als das leitende Behandlungsprinzip den Konservatismus mit Ueberwachung des Patienten gelten.

Vornehmlich während der akuten Periode soll der Patient in Ruhe gelassen werden; diese Ruhe soll aber auch absolut sein! Die Punktion wird man erst dann vornehmen, wenn der Patient über Beklemmungserscheinungen klagt, Dyspnoe besteht, der Puls beschleunigt, weich und schlechtgefüllt ist. Die Menge der abzulassenden Flüssigkeit soll sich nach der Druckerniedrigung, die dabei stattfindet, richten. Beträgt der Anfangsdruck 10 bis 20, so soll man aufhören, wenn das Manometer zwischen 2 bis 4 steht. Intrapleurale Gasinjektionen bleiben für Exsudate mit Tendenz zur Chronizität reserviert, für seröse abgekapselte Pleuresien mit dicker sklerosierter Membran.

Der Erreger septischer Pleuritiden ist beim Erwachsenen gewöhnlich der Streptokokkus, beim Kinde der Pneumokokkus. Während bei letzterem ein Antipneumokokkenserum wohltuend wirkt, ist die Vakzinetherapie der Streptokokkenpleuritis noch ohne Effekt. Völlig machtlos steht man bisher der purulenten tuberkulösen Pleuritis gegenüber.

Nr. 45.

* Aetiologie der Lungengangrän. F. Bezançon.
* Akute pseudoprimitive Mastoiditiden. E. Feldstein.
Alte Kriescheibenfraktur. Hartmann.

Die Aetiologie der Lungengangrän. Bakteriologisch wird die Lungengangrän dadurch charakterisiert, daß bei ihr die Anaerobier und die Spirochäten die Hauptrolle spielen. Sehr häufig entsteht die Lungengangrän durch Einwanderung septischer Keime von einem anderen gangränösen Herd her. Solche Herde können z. B. der Regio bucco-pharyngealis angehören, aber auch septisch infizierten Abdominalorganen. Relativ selten entsteht Lungengangrän im Verlauf einer kavernösen Phthise; das kommt daher, weil der Auswurf dieser Kranken verhältnismäßig arm an Keimen ist und fast nur Tuberkelbazillen enthält. Diabetes als aetiologischen Faktor erkennt man heute nicht mehr an.

Die akuten pseudoprimitiven Mastoiditiden. Die akute pseudoprimitive Mastoiditis entsteht im Verlauf einer leichten ohne Eiterung einhergehenden Otitis media, die nicht diagnostiziert wird. Ihre Symptome sind entweder sehr wenig deutlich oder trügerisch. Nur eine sorgfältige otologische und radiographische Untersuchung führt mit einiger Sicherheit zu ihrer Aufdeckung und gibt damit die Richtlinie für die einzig mögliche Behandlung, nämlich die chirurgische, an.

Held.

Révue de médicine.

43., Nr. 3, 1926.

* Beitrag zur Kenntnis der Erweichungen der Brücke. Foix und Hillernand.
* Die chronische post-traumatische Angst-Hyperthymie. Benon.

Beitrag zur Kenntnis der Erweichungen der Brücke. Auf Grund von topographisch-anatomischen Untersuchungen, mit besonderer Berücksichtigung der Gefäßverteilung, wird die Semiologie der Brückenerweichung neu gezeichnet; die bisherigen Darstellungen gelten nicht für die durch Erweichung, sondern durch Geschwulstbildung oder durch Blutungen hervorgerufenen Störungen.

Die chronische post-traumatische Hyperthymie. Unter Hyperthymie ist eine krankhafte Betonung der gemütlichen Seite des Seelenlebens zu verstehen. Ein Fall wird beschrieben, dessen Besonderheiten Verfasser zur Annahme einer Erkrankung sui generis veranlassen, abweichend von den sonstigen Angst-Neurosen und Psychosen.

Lanke.

La Gynécologie.

25., August 1926.

* Schaffung einer künstlichen Scheide durch Dammplastik. G. Pascalis.
Ursachen der seelischen Gleichgewichtsstörungen der Frau. Petit-Dutallis.

Schaffung einer künstlichen Scheide durch Dampfplastik. Die Methode von Baldwin zur Herstellung einer künstlichen Scheide hat bei den Operateuren viel Anhänger gefunden, jedoch haben zahlreiche Beobachtungen im Laufe der letzten Jahre gezeigt, daß die Operation eine Mortalität von über 17% hat, die durch eine Peritonitis bedingt ist. An Hand eines Falles zeigt Verfasser eine Methode, die bereits Pozzi früher beschrieben hatte, indem er unter Zuhilfenahme des Dammes eine künstliche Scheide bildet. Er entfaltet durch eine Inzision den Spalt zwischen Rektum und Harnröhre und bildet einen Lappen durch Inzision auf der inneren Seite der kleinen Schamlippen beiderseits. Das Resultat war recht befriedigend und der kleine Eingriff birgt keinerlei Gefahren für die Gesundheit der Patientin in sich.

Kosminski.

Le Scalpel.

Nr. 44, 30. Oktober 1926.

* Buttermilch in der Säuglingsernährung. Ed. Cordier.

Buttermilch in der Säuglingsernährung. Verfasser berichtet über Resultate der Buttermilchernährung und zwar besonders der konzentrierten, die vor allem bei debilen Kindern der frischen Buttermilch überlegen ist. Worauf ihre Wirkung beruht, wissen wir nicht genau; genug, sie wird gut vertragen und sichert eine kontinuierliche Gewichtszunahme. Die Befürchtungen, die man über die Dauer ihrer Anwendung hat laut werden lassen, sind nicht gerechtfertigter als bei sterilisierten Milcharten oder anderen Ersatzmitteln.

Mißerfolge sind gewöhnlich der Unerfahrenheit des verordnenden Arztes zuzuschreiben; deswegen kann man die Tatsache nicht abstreiten, daß die Buttermilch der beste Ersatz für Kuhmilch ist, besonders wenn man sie in der konzentrierten Form anwendet.

Nr. 45, 6. November 1926.

Arzt und Gesetzé. M. Heyer.

Nr. 46, 13. November 1926.

* Normale und pathologische Physiologie des Nierenbeckens im Lichte der Pyeloskopie. Prof. Leguen.

Normale und pathologische Physiologie des Nierenbeckens im Lichte der Pyeloskopie. Die visuelle Beobachtung des Nierenbeckens, das mit einer für Röntgenstrahlen undurchlässigen Substanz angefüllt ist, gibt Aufschlüsse, wie sie die Pyelographie nicht liefert.

Man erfährt dabei, daß das Becken sich auf zweierlei Art entleert: durch Massenkontraktion sowie durch Teilkontraktion.

Die Entleerung des Beckens vollzieht sich in zwei bis zehn Minuten; darüber hinaus haben wir den Eindruck einer Verzögerung, und wir müssen an eine Retention denken, wenn die Entleerung mehr als 15 Minuten beansprucht. Zweifellos besteht ein dem Organ eigener automatischer Bewegungsmechanismus, unabhängig vom Nervenapparat der Nieren. Wahrscheinlich existieren motorische Zentren im Nierenbecken, welche die Koordination und die Folge der verschiedenen Bewegungen regulieren.

Bei gewissen Hydronephrosen sieht man die Kontraktionen absolut unterdrückt. Noch zehn Stunden nach der Injektion fand sich Injektionsflüssigkeit im Becken. Hier muß man von vollkommener Retention sprechen; in anderen Fällen ist sie nur partiell. Dann wieder gibt es eine Gruppe von Fällen mit Hyperkinesie des Beckens, mit heftigen spasmodischen Kontraktionen.

Die Kenntnis des Zustandes der Nierenbeckenmuskulatur ist Voraussetzung für die Indikationsstellung der Operation. Ist die Muskulatur bei einer akuten kompletten Retention wohl erhalten, so erübrigt sich die Operation. Dagegen wird bei einer kompletten chronischen Retention, wo die Entleerung nur durch Ueberdehnung erfolgt, die konservative Behandlung wenig ausrichten. Auch für die Prognose der Koliinfektionen spielt der Zustand der Muskulatur eine Rolle. Bei guter Entleerung kommt man mit Spülungen und Vakzinetherapie aus, bei schlechter versagt diese Behandlung.

Held.

Bruxelles Médical.

Nr. 2.

Arterielle Hypertension. R. Verhoogen.
* Internationale Hygiene-Organisation. R. Sand.
* Ergebnisse der Sarocrysinbehandlung bei Lupus. A. Peyri.
Fall von Teratologie. J. Beerens.

Die internationale Hygieneorganisation. Die Organisation der internationalen Hygiene beruht auf Konventionen und auf Körperschaften, deren hauptsächlichste Funktionen die folgenden sind: 1. informatorisch, durch Herausgabe von epidemiologischen Berichten, 2. exploratorisch, durch Ausstattung verschiedener Forschungsreisen (in den Orient, nach Uganda usw.), 3. Standardisierung der gebräuchlichen Sera und der serologischen Reaktionen. 4. Ausbildung von technischem Personal, das sich beim Gesundheitsdienst der Häfen, in der Gewerbehygiene oder auch in statistischen Büros betätigt, 5. kooperativ: nach Albanien ist auf Verlangen der dortigen Regierung ein Spezialist auf dem Gebiete der Malariabekämpfung entsandt worden. Zusammenarbeit findet auf verschiedenen Gebieten statt, mit dem internationalen Arbeitsamt, mit dem sanitären panamerikanischen Büro, mit der Liga der Gesellschaften vom Roten Kreuz usw.

Aber damit die nationalen Einrichtungen zum Schutze der Gesundheit über das notwendige Ansehen und die nötigen Hilfsquellen verfügen, damit jeder Einzelne im täglichen Leben sich hygienischer Vorschriften befleißigt, bedarf es vor allem der Aufklärung der öffentlichen Meinung. Letzten Endes ist es die Volkserziehung, von der die gesamten Fortschritte der nationalen sowie der internationalen Hygiene abhängen.

Ergebnisse der Sanocrysinbehandlung bei Lupus. Das Sanocrysin hat eine günstige, ja sogar heilende Wirkung auf den Lupus. Allerdings ist die Wirkung ganz allmählich. Zu gleicher Zeit hebt sich das Allgemeinbefinden. Eine wöchentliche Dosis von 0,25 g erscheint ausreichend für eine erfolgreiche Behandlung. Unter 11 Fällen erlebte Verf. zweimal störende Zwischenfälle: einmal eine intensive Toxidermie, die zum Abbruch der Behandlung zwang, ein anderes Mal ein starker Ikterus, der wahrscheinlich auf zu hohe Dosierung zurückzuführen war.

Held.

Neurologja Polska.

8., Heft 1, 1926.

Faszikuläres Zittern. K. Drszchowski.
◆ Heredolues und familiäre Diplegia cerebralis progressiva. H. Higier.
◆ Herpes zoster und Gesichtslähmung. L. E. Bregman.
◆ Monokulärer Nystagmus. W. Arkin und W. Sterling.

Heredolues und familiäre Diplegia cerebralis progressiva. Im Anschluß an die Besprechung einer dreigliedrigen Familie, die mit spastischer, progressiver, zerebraler Diplegie und gleichzeitiger Heredolues behaftet ist, werden eingehend diejenigen klinischen Merkmale und histopathologischen Kriterien analysiert, die trotz bestehender spezifischer Infektion zur Annahme eines konstitionell-endogenen Grundleidens vollauf berechtigen. Als Ausgangspunkt wählt Higier seine ältere Arbeit vom Jahre 1896 (Ueber die seltenen Formen der herditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 9) und spätere vom Jahre 1910 (Ueber progressive zerebrale Diplegie und verwandte Formen. Daselbst 38). Abhandlungen, die in 15 jährigen Intervallen dieselben fundamentalen Fragen der Heredität, Kongenitalität und Familiarität von neuen Gesichtspunkten aus und bei Inbetrachtziehen neu angesammelten und modern untersuchten Materials übersichtlich zu diskutieren gestatten. Für die Praxis genügen noch immer am meisten die vor Jahren vom Verf. hervorgehobenen Merkmale: der klinischen und anatomischen Homochronie, Homotopie, Homologie, Progressivität und Heredofamiliarität.

Herpes zoster und Gesichtslähmung. Eine Woche anhaltender Herpes zoster intercostalis (D_{5-6}), in dessen Anschluß sich eine leichte, nach kurzer Frist spurlos geheilte homolaterale Gesichtslähmung einstellt. Verf. will eine zufällige Koinzidenz von Gürtelrose an der Brust und Lähmung am Gesicht ausschließen. Bregman meint, dasselbe Virus habe — entgegen der herrschenden Regel — nicht gleichzeitig und nicht benachbarte Nervenelemente, sondern fernliegende affiziert. Er vermutet, daß bei der Paralysis facialis mit Zoster oticus die Lähmung nicht sekundär durch Druck oder Nachbarwirkung des geschwollenen Ganglion geniculatum entstehe, sondern unabhängig durch primäre Erkrankung der motorischen Elemente. Am Schluß wird die Zosterliteratur, speziell die klassischen Arbeiten Ramsay-Hunts, besprochen.

Monokulärer Nystagmus. Horizontaler Pendelnystagmus, nach wenigen Wochen vergehend, bei vier 1—2 jährigen Kindern. Nach den vorliegenden Literaturangaben wird der einäugige Nystagmus beobachtet bei zentralen Affektionen, bei konkomitierendem Schielen, bei einseitiger Amblyopie, bei Spasmus nutans. Nach Besprechung der zur Zeit herrschenden Theorien vermuten die Verff. als aktivierendes Moment eine Allgemeinerkrankung oder Lichtmangel, die die Gleichgewichtslabilität des Augenmuskelapparates verursachen. Mitspielend ist die Rolle des Einstellungsimpulses, der mit dem Bedürfnis des makulären Sehens eng koordiniert ist.

Higier, Warschau.

Ginekologja Polska.

5., Heft 4—6, April-Juni 1926.

◆ Ueber die supravaginale Amputation des Uterus durch Bauchschnitt. J. Zubrzycki.
Sympus apus. K. Wislanski.
◆ Beitrag zur Aetiologie der atypischen äußeren Kopfdrehung während der Geburt. H. Beck.
Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum (Kaposi) vulvae. A. Garbień.
◆ Bacillus vaginalis oder lacticus. J. Bajoński.
Carcinoma granuloso-cellulare und seine innersekretorische Wirkung. Fr. Ks. Gawroński.
◆ Ueber die Wasserstoffionen-Konzentration im Blute von Frauen mit Genitalkrebs. H. Zborowski.
Zur Frage der Bedeutung der Haut für den Organismus. Fr. Krzysztalowicz.
◆ Durchsichtige, aseptische Wundverbände nach eigenem Muster. H. Altkaufer.
Die Behandlung der Frauenkrankheiten mit polnischen Moorbädern. L. Lorentowicz.
Ein Fall von Geburt mit Pfeilnaht im Querdurchmesser. W. Wysocki.

Ueber die supravaginale Amputation des Uterus durch Bauchschnitt. Die Bedenken eines angeblichen Entstehens von Stumpfexsudaten nach supravaginaler Amputation sind nicht begründet. Die Entstehung solcher Exsudate ist bedingt einerseits durch wenig strikte Indikationsstellung zu dieser Operationsmethode, andererseits durch nicht einwandfreie Technik bei ihrer Ausführung. Ebenso ist die Möglichkeit eines später vom Uterushals ausgehendem Karzinoms kein triftiger Grund zur Ablehnung der supravaginalen Amputation.

Ein Vergleich der Operationserfolge bei supravaginaler Amputation und bei Totalexstirpation des Uterus per laparotomiam führt zum Schluß, daß die beiden Methoden nicht im geringsten miteinander rivalisieren, sondern daß man sie als parallel laufend ansehen muß. Die Indikationen für das eine wie das andere Vorgehen sind ganz verschieden, so daß man kaum in der operativen Gynäkologie auf die supravaginale Amputation verzichten könnte.

Beitrag zur Aetiologie der atypischen äußeren Kopfdrehung während der Geburt. Die atypische äußere Kopfdrehung des Fötus (das Hinterhaupt wendet sich bei der IV. äußeren Drehung nicht nach der Schenkelseite, die dem über dem Beckeneingang stehendem Rücken des Fötus entspricht, sondern nach der entgegengesetzten) gab Anlaß zu genauen klinischen Beobachtungen. Die Untersuchungen ergaben, daß in der Mehrzahl der Fälle eine derartige Kopfüberdrehung bei besonders gut entwickelten Kindern mit großem Schulterumfang und beträchtlichem Gewicht festgestellt werden konnte.

Die besagte Variante der äußeren Kopfdrehung konnte übrigens etwas öfter bei Erstgebärenden mit weniger nachgiebigem Beckenboden als bei Mehrgebärenden konstatiert werden, sowie öfters bei II. Schädellage, die gewöhnlich als dorsoposteriore Lage verläuft.

Diese Feststellungen führen mit Berücksichtigung der Theorie vom Geburtsmechanismus nach Fritsch, Stumpf und Sellheim zum Schluß, daß die atypische äußere Kopfdrehung bedingt ist durch das Anklemmen der entsprechenden Schulter am Beckeneingang, worauf beim Passieren des kleinen Beckens die entgegengesetzte Schulter sich senkt und als erste das Beckendiaphragma berührt, mithin wird diese Schulter sich symphysenwärts wenden. Die Ueberdrehung der bei normalen Verhältnissen sich gegen das Steißbein wendenden Schulter, muß notwendigerweise eine äußere Ueberdrehung des Kopfes zur Folge haben.

Bacillus vaginalis oder lacticus. Die Scheide des Neugeborenen ist in den ersten Stunden nach der Geburt keimfrei. Erst nach 10 Stunden lassen sich dort Mikrokokken und Bazillen feststellen. Eine Reihe von Ueberimpfungen von Vaginalschleim der Neugeborenen auf verschiedenen festen und flüssigen Kulturböden ergab als Schlußfolgerung, daß die Stühle des Kindes die hauptsächlichste Quelle der Infektion der kindlichen Scheide darstellen, wodurch grammnegative, zur Gruppe der Milchsäurebakterien gehörige Bazillen dorthin eindringen. Von diesen stammen die grammpositiven Bazillen ab, die außer ihrer verschiedenen Färbbarkeit sich in keiner Hinsicht von den ersteren unterscheiden. Die in den ersten Tagen nach der Geburt in der Scheide auftretenden Kokken werden durch die Bazillen unterdrückt, da diese die Aufgabe übernehmen, ein Eindringen von schädlichen Mikroorganismen in die Scheide des Neugeborenen zu verhindern.

Ueber die Wasserstoffionen-Konzentration im Blute von Frauen mit Genitalkrebs. Es wurde die Wasserstoffionen-Konzentration (pH) im Blute von Frauen mit Uteruskrebs festgestellt mit Rücksicht auf die Frage, ob diese Methode einen diagnostischen Wert darstellt. Die Fälle waren teils mit, teils ohne Radium- bzw. Röntgenstrahlen behandelt. Die Untersuchungen wurden auf elektrometrischem Wege nach Michaelis mit dem ganzen Blut und kolorimetrisch nach Dale und Evans mit dem Blutdialysat durchgeführt.

Es stellte sich heraus, daß pH im Blutdialysat bei Karzinom keine eminenten Abweichungen aufweist, die sich auch deshalb zu diagnostischen Zwecken nicht eignen. Es zeigt sich, daß ähnlich wie unter anderen Bedingungen so auch bei Karzinom ein deutlicher Regulationsmechanismus in Tätigkeit tritt. Der durchschnittliche Wert für Blutdialysat war pH 7,6, ähnliche Zahlen erhält man elektrometrisch.

Ferner konnte festgestellt werden, daß die Wasserstoffzahl auch in den Fällen, die Radium- bzw. Röntgenstrahlen unterzogen wurden, keinen erheblichen Schwankungen obliegt.

Durchsichtige, aseptische Wundverbände nach eigenem Muster. Die gewöhnlich nach chirurgischen Eingriffen verwandten aseptischen Wundverbände machen einerseits eine ständige Kontrolle der Wunde umständlich, andererseits machen sie die Wirkung der für die Wundheilung höchst günstigen natürlichen bzw. künstlichen Sonnenstrahlen unmöglich. Uebrigens kann ein gewöhnlicher Wundverband äußerst günstige Bedingungen für die Vermehrung der in der Nähe des Schnittes befindlichen Bakterien dadurch schaffen, daß er ähnlich wie ein Brutofen die Temperatur von etwa 37 Grad besitzt, gewöhnlich feucht ist, Blutreste aufweist und kein Licht zuläßt. Von obigen Erwägungen ausgehend, hat der Verfasser auf seiner gynäkologischen Abteilung seit September vorigen Jahres durchsichtige, aseptische Wundverbände eingeführt, die sich vorzüglich bewährt haben. Die gynäkologischen Bauchwandwunden heilen unter Lichtwirkung schneller, intensiver, sie gedeihen rascher, ähnlich wie die Pflanzen unter Sonnenlicht besser gedeihen. Nach 10 Tagen sieht die Wunde glatt und nicht mehr rötlich aus, sie macht den Eindruck einer alten, festen Narbe.

Als durchsichtiges Material wurden ziemlich dicke Mikascheiben verwandt (Doppelsalz aus Natrium und Aluminiumsilikat), die durch ein darunter gelegenes Neusilber-Drahtnetz geschützt sind. Die Seitenkanten der Mikascheibe und des darunter liegenden Drahtnetzes werden mit mehreren dicken Gazestreifen bzw. Gazerollen umrandet, die durch mehrere Seidenfäden an das Drahtnetz angenäht werden. Der Verband wird so vorbereitet, daß ein Oeffnen und Schließen des Verbandfensters jederzeit möglich ist, sowie daß er dicht an der Haut anliegen kann, evtl. werden Mastisol- oder Kollodium-Gazestreifen verwandt. 4 Seidennähte, die durch die Haut fest angelegt werden, bilden eine dichte Verbindung zwischen Verband und Hautoberfläche. 9 vorzügliche Abbildungen illustrieren den Vorschlag des Verfassers.

Henryk Zborowski, Warschau.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 17, 23. Oktober 1926.

* Unwirksamkeit der meisten gewöhnlich gebrauchten Hautantiseptika. Finker und Sutton.
Unheilvolle Folgen einer leicht positiven Wassermann-Reaktion. Mitchell.
* Intrakutane Salzlösungsprobe. Stern und Cohen.
Eine rote Hefeart als Ursache einer Zungenanomalie. Alvarez.
* Verdauung der Kuhmilch. Hess, Koch und Sennewald.
* Produktion und Behandlung menschlicher Milch. Chapin.
* Sterilisation lokaler und allgemeiner Infektionen. Young.
Retrobulbäre Neuritis beim Diabetes. Francis und Koenig.
Nichtspezifische Proteintherapie bei der progressiven Paralyse. Knude, Hall und Gerty.
Die Vaginaldouche. Mesker.
Chirurgische Behandlung der Gaumenspalte. Brown.
Lappen aus dem Nasenseptum zum Verschluß einseitiger Gaumenspalten. Thompson.
Auskultation und Perkussion bei der Diagnose von Krankheiten der Nebennasenhöhlen. Hayden.
* Ungewöhnlicher, pathologischer Befund des Magens mit abnormer Oeffnung in das Jejunum. Casellas.

Unwirksamkeit der meisten gewöhnlich gebrauchten Hautantiseptika. Infektionen, selbst ernsterer Natur, gehören bei aseptischen Operationen keineswegs der Vergangenheit an, wie eine Umfrage bei einer großen Anzahl bekanntester Chirurgen bestätigte. Sehr umfangreiche Untersuchungen der Verff. über Oberflächensterilisation (an Gummihandschuhen) und Desinfektion der tieferen Hautschichten und Nägel (mit Bouillonkulturen des B. subtilis) bewiesen, daß Jodtinktur, Trinitrophenol, Sublimatlösung, Chromquecksilber und Quecksilber-Jodkali die meisten der weniger widerstandsfähigen, pathogenen Bakterien bei vollkommenem Kontakt nicht zu töten imstande sind und daß sie natürlich noch unwirksamer sind, wo ein Eindringen in die Tiefe erforderlich ist. Bei diesen Untersuchungen darf man nicht die selektive Wirkung der Antiseptika außer acht lassen, da ein Antiseptikum eine selbst widerstandsfähige Bakterienart töten, aber gegenüber weniger resistenten Keimen unwirksam sein kann. Die Anilindrogen verdienen wegen ihrer bakteriziden Eigenschaften, ihrer Tiefenwirkung, ihrer geringen Toxizität und Unschädlichkeit für Instrumente u. a. weitere Beachtung. Verff. hatten mit einer 5% Lösung von neutralem Akriflavin in 50% Alkohol und 10% Azeton 100% bakterienfreie Kulturen von Oberfläche und tiefen Schichten der Haut, gleichfalls mit einer 5% Mischung von neutralem Akriflavin und Gentianaviolett. Akriflavin ist teuer, obwohl man mit geringen Mengen für die Desinfektion auskommt, doch ist zu hoffen, daß weitere Untersuchungen der Anilindrogen zur Auffindung von anderen billigeren und ebenso wirksamen Kombinationen führen werden.

Intrakutane Salzlösungsprobe. Diese Probe hat sich in 97 Fällen bei Fehlen von Oedem als eine sichere, einfache und rasche Methode zur Bestimmung von Zirkulationsstörungen an den Extremitäten erwiesen. In 60 Minuten verschwindet die Hautblase normalerweise nach intrakutaner Injektion von 0,2 ccm einer 0,85% NaCl-Lösung. Diese Zeit ist bei Zirkulationsstörungen stets verringert und beträgt oft in den Partien oberhalb einer bestehenden oder drohenden Gangrän nur 5 Minuten. Zur Bestimmung des Verschwindens des Bläschens ist es gut, sich des Tastgefühls zu bedienen.

Verdauung der Kuhmilch. Versuche in vitro mit roher, pasteurisierter, gekochter Milchsäure-Milch und mit roher Milch unter Zusatz von HCl, Milchsäure, Phosphorsäure, Zitronen-, Orangen-, Tomatensaft, Natr. citrat., bicarbon. und Kalkwasser. Die Löslichkeit des Milcheiweißes nimmt durch Kochen und durch vermehrten Säuregehalt ab, sie nimmt bei Zusatz von schwachsauren Anionen, Puffersalzen und durch Autolyse zu. Verdauungsversuche in vitro beweisen, daß außer durch den physikalischen Charakter der Gerinnung die Verdauung in der Hauptsache dem Einfluß einer niedrigen pH und einer vorangegangenen Eiweißveränderung unterliegt. Kochen der Milch verringert ihren löslichen Eiweißgehalt, aber erleichtert die Verdauung. Die vorzüglichen Resultate der Ernährung mit Milchsäuremilch sind die Folge der kleinen, weichen Gerinnselbildung, der niedrigen pH und der Neigung zu Eiweißveränderung. Der gesamte lösliche N.-Gehalt der Orangesaft-Milch (56 ccm pro Liter) ist noch größer als der der Milchsäuremilch. Die Zitronensaft-Milch (21 ccm pro Liter) zeigt etwas geringere Verdauung in vitro als andere saure Milcharten von ähnlicher pH. Bei Fütterung junger Hunde bilden rohe und pasteurisierte Milch große, feste Gerinnsel, gekochte und saure Milch sehr kleine, weiche Gerinnsel. Alkalische Milch verhindert in der ersten halben Stunde jede Gerinnung im Magen. Die hinzugefügte Säure verringert die pH des Mageninhalts nur im Frühstadium der Verdauung. Der größte Wert aller Milchzusätze liegt in der Bildung der weichen Gerinnsel, die den Verdauungssäften eine große Angriffsfläche bieten. Nach den Resultaten in vitro und bei Hunden ist Milchsäuremilch allen andern sauren Milcharten überlegen. Als dauernder Zusatz zu roher, pasteurisierter oder gekochter Milch eignet sich Orangen- und Zitronensaft wegen ihres Gehalts an Vitaminen und Mineralbestandteilen, Orangensaft in Mengen von höchstens 60 ccm pro Liter. Mit dem Fruchtsaft wird auch zweckmäßig Eigelb wegen seines hohen Eisen- und Vitamingehalts zugesetzt (¼ Eigelb bei 4 Wochen alten Kindern bis 1 Eigelb im 4. Monat).

Produktion und Behandlung menschlicher Milch. Die Kinder-Wohlfahrtsgesellschaft in New York hat in 4½ Jahren seit der Begründung ca. 5300 Liter menschlicher Milch anfangs durch eine, seit 1½ Jahren durch 3 Stationen zur Verteilung gebracht. Die Milch wird nur in den Stationen unter Aufsicht gesammelt. Erstaunlich sind die großen Mengen Milch, welche eine geeignet behandelte Brust liefern kann. Eine Mutter lieferte 11 Monate lang oft 1200 g Milch täglich, eine andere Mutter von 3 blühenden Kindern lieferte in 4 Jahren etwa 400 Liter für ca. 7000 M., eine dritte verdiente während einjähriger Laktation für Extra-Milch etwa 4000 M. Laktation kann bei ziemlich gleichbleibender Milch bis zum 15. bis 18. Monat fortgesetzt werden. Durchschnittlich lassen sich 360 g Milch in 50 Minuten auspressen. Die eigenen Kinder werden alle 2 Wochen gewogen, bei Gewichtsverlust wird die Milchannahme verweigert. Die Mütter erhalten Belehrungen über persönliche Hygiene, aber keine besondere Diät. Milchpumpen werden nicht gebraucht. Für die ersten 150 g Milch wurden etwa 40 Pfg. pro 30 g bezahlt, für jede weiteren 30 g 60 Pfg. Trambahngeld wird vergütet. Die Durchschnittszahl der Milch liefernden Mütter war stets 12 bis 15. Die so gesammelte Milch war an Fett-, Eiweiß- und Laktosegehalt stets fast gleichartig. Wenige Stunden nach der Sammlung hatte die rohe Milch durchschnittlich 12 500 Bakterienkolonien per ccm, nach 24 Stunden (im Eisschrank) etwa 38 500, nach 48 Stunden etwa 3½ Millionen, die pasteurisierte Milch etwa 100 Kolonien. Versuche zeigten, daß die Haltbarkeit der Milch etwa der der Kuhmilch entsprach. Die größten Schwierigkeiten sind die Sicherung des dauernden Ersatzes der Mütter, die Popularisierung des Verkaufs und die Konservierung der Milch wegen der Unregelmäßigkeit von Lieferung und Nachfrage. Die Milch wird im eigenen Betriebe pasteurisiert, vielleicht liegt die Zukunftslösung in einem Trockenverfahren. Die Milch wird für 1 M. pro 30 g an Begüterte, für 60 Pfg. an Hospitäler abgegeben, der vierte Teil an Bedürftige unentgeltlich verteilt. Die Unkosten für 30 g betragen etwa 75 Pfg. Im letzten Jahre wurden 170 Kinder versorgt, von denen 46 starben und 100 genasen.

Sterilisation lokaler und allgemeiner Infektionen. Bericht über 680 Fälle, die mit intravenöser Injektion von löslichem Chromquecksilber 220 behandelt wurden. In einer Serie von 173 Fällen von Septikämie verschiedenster Ursachen gab es 63% Heilungen oder dauernde Besserungen und nur 24,8% Mortalität. Voraussetzung ist frühzeitige Behandlung. Dosen von 5 mg pro Kilo Körpergewicht sind notwendig und müssen so oft wie nötig wiederholt werden. In 24 Fällen vollkommener Heilung genügte neunmal eine einzige Injektion von 5 mg oder mehr (7½ bis 8 mg) per Kilo, 3 Kranke hatten 5 oder mehr Injektionen von 4 bis 5 mg pro Kilo ohne eine einzige Nephritis. Von den übrigen 507 Fällen seien nur einige Daten gegeben. Teilweise Ausscheidung des Chromquecksilbers durch die Gallengänge wurde nachgewiesen. In 3 multiplen Leberabszessen, die bei der Probelaparotomie als hoffnungslos erkannt wurden, trat Heilung ein. Von 13 Fällen perniziöser Anämie zehnmal sofortige Besserung. Bei einem Fall von Anthrax, der aufgegeben war, Heilung. In 34 Fällen genorrhoischer und nichtgonorrhoischer Arthritis zum großen Teile verblüffend schnelle Erfolge. Unter 30 Fällen tiefsitzender Zellulitis, die allen Behandlungen getrotzt hatten, nur 12% Fehlschläge, in 7 Fällen ulzerativer Kolitis (!) rasche Besserung, in 5 Fällen akuter Enzephalitis Genesung. 32 Fälle von Erysipel und 9 von schweren Furunkeln und Karbunkeln zeigen die glänzende Wirkung der Droge. Bei den Pyelonephritiden infolge Koliinfektion sind Fehlschläge nicht selten, bei den Kokkeninfektionen der Harngeschlechtswege, einschließlich akuter und chronischer Gonorrhoe, bessere Erfolge, jedoch ist lokale Therapie daneben erwünscht. Im ganzen betrugen die Heilungen und dauernden Besserungen in den 680 Fällen 74,4%, die vollkommenen Fehlschläge 19,6%. Oft wurde eine leichte Albuminurie bis zu einwöchentlicher Dauer beobachtet, Verf. selbst hatte nicht einen einzigen Fall von Nephritis. Von mit virulenten Pneumokokken geimpften Kaninchen starben alle unbehandelten Tiere in durchschnittlich 2,8 Tagen, von den behandelten genasen 50%, die übrigen starben in durchschnittlich 4,6 Tagen. Von 192 mit Anthrax infizierten Meerschweinchen blieben 120 unbehandelt und davon nur 8% am Leben: 72 bekamen Mercurochrom, und von diesen blieben 61% am Leben. Bei Dosen von 4 bis 5 mg pro Kilo sorgfältige Ueberwachung. Intervill zwischen 2 Injektionen mindesten 3 Tage (angenommen in verzweifelten Fällen). Stomatitis ist die Regel. Fieberhafte Reaktionen scheinen für die Heilung von Bedeutung zu sein. Bei weniger ernsten Fällen Beginn mit kleinen, allmählich steigenden Dosen.

Ein ungewöhnlicher, pathologischer Befund des Magens mit abnormer Oeffnung in das Jejunum. Eine Bariummahlzeit von 560 ccm ergab Gastrospasmus mit Retention im Oesophagus. Der Gastrospasmus verschwand in horizontaler Lage. Im mittleren Teil der kleinen Kurvatur eine Nische, in Form und Größe dem Pylorus gleich. Diese Tasche entleerte sich rhythmisch mit dem Pylorus, das Barium passierte durch 2 Kanäle sehr rasch in den Darm. Nach 3 Stunden war noch ⅓ des Barium im Magen, nach 24 Stunden war alles Barium im Kolon. Embryologisch läßt sich ein doppelter Pylorus nicht erklären; man muß annehmen, obwohl die Anamnese nichts Sicheres ergibt, daß ein Ulkus nach perigastritischen Adhäsionen in das Jejunum perforiert ist. Die geringen Beschwerden der Kranken erforderten keinen chirurgischen Eingriff. Rontal.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.

39., 215, November 1926.

Plazentabildung bei vier- und dreifacher Schwangerschaft. Williams.
◆ Beobachtungen über die Menopause. Der Grundumsatz nach künstlicher Menopause. King.
◆ Bedeutung der gastrischen Anazidität. Keefer und Bloomfield.
Bedeutung von R. M. I. Dutrochet für die Entwicklung der Zelltheorie. Rice Rich.

Beobachtungen über die Menopause. Der Grundumsatz nach künstlicher Menopause. Unterleibsoperationen wie doppelseitige oder einseitige Oophorektomie und die totale Uterusexstirpation verursachen keine dauernde Veränderung des Grundumsatzes. Der Grundumsatz nach diesen Operationen ist nur unwesentlich von den Standardwerten verschieden und weicht nur wenig von dem gesunder, unter gleichen Bedingungen lebender Frauen ab. Nach vollständiger oder teilweiser Eierstocksentfernung besteht zumeist Neigung, erheblich an Gewicht zuzunehmen. Die mit der Ablagerung von Fett einhergehende Vergrößerung der Körperoberfläche geht mit entsprechender Grundumsatzsteigerung einher. Jedenfalls ist der Fettansatz nicht die Folge einer primären Stoffwechselveränderung.

Bedeutung der gastrischen Anazidität. Zahlreiche Magensaftanalysen erweisen, daß die Aziditätswerte beim Gesunden in weiten Grenzen schwanken. Jeder Wert von den allgemein als normal angesprochenen 40 bis 60 freie HCl (pH 1,2 bis 1,4) bis zu ganz niedrigen Zahlen ist anzutreffen. So erhebt sich die Frage, ob die Abwesenheit von „freier HCl", wie sie das Dimethylamidoazobenzol anzeigt, ohne weitere Anzeichen einer organischen Magenerkrankung als abnorm angesehen werden kann. Bestimmungen der Wasserstoffionenkonzentration zeigen, daß trotz dieser augenscheinlichen Anazidität das Vermögen der Säuresekretion häufig erhalten ist. Die Zahl der Fälle von Anazidität vermindert sich weiterhin bei subkutaner Injektion von Histamin, so daß in der Tat nur Fälle von sicherem organischen Magenleiden wie Karzinom oder perniziöse Anämie übrigbleiben, bei denen die Magenschleimhaut nicht mehr fähig ist, Säure zu sezernieren. Diagnostisch wichtig ist daher nur die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration vor und nach Histamininjektion sowie die abgesonderte Sekretmenge. Die Kombination von geringer Sekretmenge nach Probetrunk und völligem Fehlen von Säure beweist eine ernste Magenerkrankung, während ein großes Sekretvolumen fast mit Sicherheit organische Magenläsionen mit Ausnahme des Geschwürs auszuschließen gestattet. Bestimmte Beziehungen zwischen der Anazidität und andern Faktoren wie Zahnerkrankungen, Arthritis und Anämie sind nicht auffindbar. Es läßt sich auch nicht erweisen, daß bestimmte Verdauungsstörungen auf das Versiegen der Magensekretion zurückzuführen sind. Mit vorschreitendem Lebensalter wächst die Häufigkeit der Anazidität von Jahrzehnt zu Jahrzehnt, einerlei, ob Magenerkrankungen oder andere Affektionen (Lungenerkrankungen, Herzinsuffizienzen, Gallenblasenleiden) die Sekretionshemmungen auslösen. Biberfeld.

The Boston Medical and Surgical Journal.

Nr. 14., 30. September 1926.

◆ Beziehungen zwischen Ulkus und Karzinom des Magens. Lawrence und Bock.
◆ Diagnostische Bedeutung der lateralen Wirbelsäulenverbiegung durch Muskelspasmus. Carty.
◆ Benigne Glykosurie mit Hyperglykämie. Parsons.
Ein ungewöhnlicher Blutzuckerbefund während einer Insulinreaktion. Smith.

Ulkus und Karzinom des Magens. Während die Mayoklinik in einem großen Prozentsatz maligner Magenfälle annimmt, daß ein Ulkus vorausgehe und Mc. Carty sogar jedes Geschwür, das größer als 2,5 cm ist, für karzinomatös anspricht, stehen andere auf dem Standpunkt, daß Patienten mit chronischem, einfachen Magengeschwür, sowie mit chronischer Dyspepsie und den verschiedenen Formen von Gastritis nicht mehr als andere zu Karzinom geneigt seien. Lawrence hat nun durch eine Analyse von 98 Fällen von Magenkarzinom und 48 Fällen von Ulkus Beziehungen aufzudecken versucht. Die Mehrzahl der Fälle war durch die Operation und durch pathologische Untersuchung bestätigt. Zunächst wurde hinsichtlich des Alters festgestellt, daß die Mehrzahl der Ulkusfälle durchschnittlich 20 Jahre früher hatten, als die Ka-fälle. Beim Ulkus war die mittlere Dauer der Symptome vor dem Eintritt ins Krankenhaus 8 Jahre, bei den Ka. 2½ Jahre. Bei 10% schien sich das Ka. auf dem Boden des Ulkus entwickelt zu haben. In 11 Fällen war eine Dauer von 5 Jahren zu verzeichnen, während der Erscheinungen von seiten des Magens vorausgingen. ¾ der Ulcera und 86% der Ka. betrafen Männer. Ein guter Appetit lag vor bei über der Hälfte der Ulcera und über ¼ der Ka. Der Gewichtsverlust trat bei den Ka. rapider ein als bei den Geschwüren. Die Abwesenheit von freier HCl im Mageninhalt ist häufiger beim Krebs als beim Ulkus. Okkultes Blut fand man bei Ka. dreimal so oft wie bei Ulkus. Im Blutbild war kein Unterschied festzustellen. In über der Hälfte der Ka. war eine palpable Masse festzustellen und bei den Geschwüren nur in einem Fall. Abmagerung war beim Krebs häufiger als beim Ulkus. Von den initialen Symptomen war epigastrischer Schmerz bei beiden Krankheiten die Hauptklage. Um Frühsymptome beim Krebs herauszustellen, wurden die Fälle von Krebs, die zwei Jahre und mehr gedauert hatten, besonders analysiert. Auch war Schmerz das Initialsymptom, dann Gasbildung im Magen, die immerhin jenseits der 30 suspekt ist. Außerdem Sodbrennen und Konstipation. Also empfiehlt es sich bei solchen Patienten, sofort zum Röntgen zu schreiten. Im ganzen scheinen also keine Beziehungen zu bestehen.

Laterale Verbiegung der Wirbelsäule. Bei der Skoliose infolge von Spasmus der Spinalmuskel kann es außer der seitlichen Verbiegung auch zu einer Verminderung oder Uebertreibung der anteroposterioren Kurve kommen. Charakteristisch ist, daß die Konvexität weggeht von der affizierten Seite; die Deformität ist gewöhnlich lokal und begrenzt. Bei lange bestehendem Spasmus kann die Deformität ganz intensiv werden. Am Wirbelkörper nichts Krankhaftes. Geringere Grade werden oft übersehen. Sicheren Aufschluß gibt Röntgen. Eine spasmodische Skoliose kann verbunden sein mit einem Trauma der Spinalmuskeln oder einer Infektion derselben, mit einem Pleuraerguß, einem Nierenstein, Hydronephrosis und einem perinephritischen Abszeß.. Pathologische Prozesse der Wirbel und kongenitale Veränderungen kommen hier nicht in Frage, sie liegen für gewöhnlich ja auch klar. Bei Kindern sieht man in 78% Skoliose bei Pleuraergüssen, gleichgültig ob sie eiterig oder nicht eiterig sind. Dieses Zeichen kann bei der Differentialdiagnose zwischen Pneumonie mit eiterigem Erguß verwertet werden. Bei Erwachsenen dagegen hat das Fehlen der Skoliose keine diagnostische Bedeutung. Bei großen Nierensteinen findet man die Skoliose in etwa 60%. Dies ist wichtig, weil der Stein oft keine Erscheinungen macht. Für

Hydronephrose und perinephritischen Abszeß ist die Skoliose direkt pathognomonisch.

Benigne Glykosurie. Es handelt sich um einen Diabetes innocens bei einer 28 jährigen Frau, eine Glykosurie, die neun Jahre Bestand hatte, ohne sich zu verschlimmern und zwar in einem Alter, wo Diabetes leicht progressiv wird. Der bei Diätrestriktion ausgeschiedene Zucker ist bei reichlicher Diät im Verhältnis zur aufgenommenen Kohlehydratmenge nicht größer. Auch bei viel Kohlehydraten bleibt der Blutzucker normal. Respiratorischer Quotient wie bei Gesunden.

Nr. 15, 7. Oktober 1926.

Bedeutung der konstitutionellen Faktoren bei der Genese von Psychsen. Barrett.
Hysterische Paraplegie. Reynolds.

Nr. 16, 14. Oktober 1926.

Behandlung des Hämangioms. Taalor.
* Wert vollständiger Untersuchung bei anscheinend Gesunden. Fisk.

Wert vollständiger Untersuchung bei anscheinend Gesunden. Fisk beschreibt die periodischen Gesundheitsuntersuchungen, vitale protektive Untersuchungen zum Zwecke organische Erkrankungen frühzeitig zu entdecken und einen plötzlichen Tod zu verhindern. Dazu gehört Untersuchung von Augen, Ohren, Nase und Hals durch einen Spezialisten, eine allgemeine physikalische Untersuchung, Hb.-Bestimmung, chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns viermal im Jahr, zweimal im Jahr Revision des Falles an der Hand eines Fragebogens, Röntgen des Thorax, Elektrokardiogramm, Feststellung von Zucker, Harnstoff, Creatinin und Harnsäure im Blut, Kultur der Mandeln, Röntgen der Zähne, Konzentrationsprobe der Nieren, Blutbild, Untersuchung der Faeces und des Mageninhaltes.

Nr. 17, 21. Oktober 1926.

* Phlegmonöse Gastritis. Lawrence.

Phlegmonöse Gastritis. Bericht über zwei Fälle. Im ersten Falle ging die akute phlegmonöse diffuse Streptokokkenzellulitis von einer Gallenblasenentzündung aus. Der zweite Fall schloß sich an eine Operation wegen Ulcus ventriculi an und zwar mit plötzlicher Temperatursteigerung am vierten Tag, Singultus und Erbrechen am nächsten Tag, am siebenten Tag exitus. Hier sind anscheinend die Bakterien während der Operation in den Magen eingeführt worden. Solche Fälle scheinen nach Magenoperationen öfters vorzukommen und dann als Magendilatation diagnostiziert zu werden. Im ganzen ist diese Komplikation bei Ulkus selten (29 Fälle bei 231). Die Aetiologie ist nicht ganz geklärt: viele Fälle mögen Blutinfektion sein, ebenso viele direkte Infektion durch Erosionen, Ca. oder Ulkus; auch die Erosion durch Gift, Trauma und JK. mag in Betracht kommen.

v. Schnizer.

The Journal of Nervous and Mental Disease.

63., Nr. 6 (Juni 1926).

Bergsons Anschauungen angewandt auf die Psychopathologie: E. Minkowski.
* Tryparsamid bei der Behandlung der latenten Neurolues. R. Moore u. J. C. Sutton.
Neuer Beitrag zur Psychologie des genuinen Epileptikers. L. P. Clarke.
* Zur Klassifikation der Psychosen. L. B. Alford.
Postenzephalitische Atemstörungen (Fortsetzung). S. E. Jelliffe.

Tryparsamid bei der Behandlung der latenten Neurolues. Tryparsamid enthält etwa 22% Arsen und wird in 33prozentiger Lösung in steigenden Dosen von 1 bis 3 g intravenös gegeben. Seine Wirksamkeit hat sich besonders erwiesen durch wiederholte Besserungen in Paralysefällen, bei denen die anderen Präparate versagt haben. Es ließ sich sowohl klinisch wie auch liquor-serologisch in zahlreichen Fällen Besserung erzielen. Hervorgehoben wird die überraschend günstige Wirkung bei Tabesfällen mit gastrischen Krisen und lanzinierenden Schmerzen. Während man bei dem Präparat vor akuten Nebenerscheinungen sicher ist, kann es doch zuweilen den Opticus schädigen, worauf man den Pat. und seine Familie vorher aufmerksam machen muß. Bei der Auswahl der Fälle ist zu beachten, daß die Fälle, die länger und intensiv mit Hg und Salvarsan-Präparaten behandelt worden sind, größere Behandlungserfolge aufweisen, als die ohne vorbereitende Therapie. Das Tryparsamid ist vor allem als Antikörperbildner und als Heiler von Läsionen anzusehen, nicht aber als spirochätozid. Hieraus folgt, daß es für die Behandlung der Frühsyphilis nicht geeignet ist, daß sein größter Wert vielmehr in der Therapic der Paralyse, Tabes und von ausgesuchten Fällen von Lues zerebrospinalis, die auf Salvarsanbehandlung nicht reagiert haben, zu suchen ist.

Zur Klassifikation der Psychosen. Die Psychosen werden aufgefaßt als eine besondere Form der Abiotrophie, deren Ursache in degenerativen Veränderungen des Nervengewebes aus angeborener Schwäche zu suchen ist. Wie andere Abiotrophien, so sind auch die Psychosen zusammengesetzt aus Gruppen, die scheinbar keine Beziehung zueinander haben, innerhalb deren es aber Untertypen gibt, die miteinander identisch sein können und die durch allerhand Zwischenformen miteinander verbunden sein können. Die Verhältnisse liegen hier so, wie bei den Muskelatrophien, den Dystrophien, den hereditären Atraxien. Dafür, daß Beziehungen zwischen den großen Psychosegruppen bestehen, spricht die häufige Schwierigkeit der Differentialdiagnose und die durch die Heredität bewiesene Verwandtschaft. Es wird also angenommen, daß die Psychosen zusammen eine große Gruppe der Abiotrophien bilden und daß die einzelnen Psychosen nur Untergruppen sind, analog zu den Untergruppen der Muskeldystrophien; zwischen diesen Untergruppen bestehen zahlreiche atypische und Zwischenformen, wodurch die häufige Schwierigkeit bei der Bezeichnung der einzelnen Psychosenfälle entsteht.

64., Nr. 1 (Juli 1926).

* Aktionstremor. H. de Jong.
* Intrakranielle Aneurysmen. J. J. Sands.
* Parkinsonismus nach Kohlenoxydvergiftung. R. R. Grinker.
Postenzephalitische Atemstörungen (Fortsetzung). S. E. Jelliffe.

Aktionstremor. Jeder vom Striatum ausgehende Tremor, auch der Ruhetremor, ist ein Aktionstremor; der Unterschied zwischen den einzelnen Typen, die auch kombiniert vorkommen können, ist kein qualitativer, sondern nur quantitativ. Jeder Ruhetremor sistiert im Schlaf, aber die geringste passive Bewegung während des Schlafes kann ihn wieder zur Auslösung bringen, ebenso wie jede Zunahme des Bewußtseins. Es wird angenommen, daß bei Normalen eine sogenannte Tremorneigung stets vorhanden ist, aber nur selten manifest wird, weil Hemmungsmechanismen dies verhindern. Unter pathologischen Verhältnissen ist dieser Hemmungsmechanismus herabgesetzt, so daß für den Tremormechanismus bei Läsion der Zentralganglien ähnliche Verhältnisse vorliegen wie bei der extrapyramidalen Starre, die ebenfalls auf den Fortfall von Hemmungen zurückgeführt wird. Auch zwischen Klonus und Tremor besteht eine ausgesprochene Aehnlichkeit, insofern, als der Klonus ein rhythmisches Phänomen bei Pyramiden-Hypertonie, der Tremor bei extrapyramidaler Starre darstellt, so daß man den Tremor als extrapyramidalen Klonus bezeichnen könnte. Hervorgehoben wird noch, daß der Intentionstremor mit dem Aktionstremor nicht das Geringste zu tun hat und bei Parkinson nicht vorkommt.

Intrakranielle Aneurysmen. Im Anschluß an die Mitteilungen eines Falles von Aneurysma im Circulus Willisii wird darauf hingewiesen, daß an ein intrakranielles Aneurysma zu denken ist, wenn neben Hirndruckerscheinungen blutiger Liquor, Nackensteifigkeit und Kernigkeit zugleich mit Hirnnervenstörungen vorliegen, wobei das intermittierende Auftreten der Symptome von großer Wichtigkeit für die Diagnosenstellung ist.

Parkinsonismus nach Kohlenoxydvergiftung. Es wird ein Fall mitgeteilt, in dem etwa vier Wochen nach Gasvergiftung katatonieähnliche psychische Symptome und Parkinsonismus auftraten. Es fanden sich bei der Obduktion degenerative Veränderungen in der weißen Hirnsubstanz, die als Myelinopathie bezeichnet werden, ferner schwere Veränderungen des Pallidum. Die Veränderungen bei CO-Vergiftung entstehen wahrscheinlich in der Weise, daß anfangs eine Gefäßlähmung auftritt, die dann in den Geweben mit relativ geringer Kapillarversorgung von Asphyxie gefolgt ist. Besonders betroffen wird hiervon der Globus pallidus. Die in dem Fall beobachtete „psychomotorische Apraxie" wird auf diffuse zerebrale Veränderungen zurückgeführt und nicht für pallidären Ursprung gehalten.

64., Nr. 2 (August 1926).

* Das relative Gewicht der Hirnrinde bei den Menschenrassen und bei einigen Tieren und die Asymmetrie der Hemisphären. C. U. A. Kappers.
Konstitutionelle psychologische Faktoren bei funktionellen Psychosen. H. Lundholm.
* Therapeutische Erfolge mit Tryparsamid bei der Behandlung der Neurolues. C. A. Neymann und D. E. Singleton.
Anteil der Störungen des Betragens beim Begriff der konstitutionellen psychopathischen Minderwertigkeit. I. H. Huddleson.
Postenzephalitische Atemstörungen (Fortsetzung). S. E. Jelliffe.

Das relative Gewicht der Hirnrinde bei den Menschenrassen und bei einigen Tieren und die Asymmetrie der Hemisphären. Das Auswiegen der Hirnrinde nach einer neuen Methode ergab einen durchschnittlichen Rindenprozentsatz von 50,65% pro Hemisphäre bei einem Holländer, bei einem Chinesengehirn nur 0,2% mehr, so daß von einem Rassenunterschied nicht die Rede sein kann. Ein Vergleich des Gewichts der rechten und linken Hemisphärenrinde zeigt, daß bald die eine, bald die andere etwas schwerer sein kann. Bei den Tieren ist der durchschnittliche Rindenanteil an beiden Hemisphären ebenso groß, oft aber noch größer als beim Menschen, was darauf zurückzuführen ist, daß kleinere Gehirne gewöhnlich mehr graue als weiße Substanz enthalten.

Therapeutische Erfolge mit Tryparsamid bei der Behandlung der Neurolues. Von 50 mit Tryparsamid behandelten Hirnluesfällen wurden etwa 5% gebessert oder geheilt. Gewöhnlich muß man wenigstens drei Kuren anwenden, bevor positive Resultate erwartet werden können. Parenchymatöse Lues des Zentralnervensystems reagiert auf die Behandlung besser als die mesoblastische Form.

W. Misch, Berlin.

Endocrinology.

10., Mai-Juni 1926. Nr. 3.

Untersuchungen über die Schilddrüse. XXXV. Die Rolle der Schilddrüse für das Wachstum der Nebennieren. F. S. Hammett.
Untersuchungen über die Schilddrüse. XXXVI. Die Rolle der Schilddrüse für das Wachstum des Pankreas. F. S. Hammett.
Art und gegenwärtige chemische Auffassung des weiblichen Sexualhormons. R. T. Frank, R. G. Gustavson, J. Holloway, D. Hyndman, H. Krueger, J. White.
Einige chemische und physiologische Eigenschaften des Hormons in der Follikelflüssigkeit. E. A. Doisy, J. O. Ralls, C. N. Jordan.
Energiestudien. VIII. Wirkung subkutan injizierten Corpus luteum-Extraktes auf die willkürliche Beweglichkeit der weiblichen Albinoratte. E. P. Durrant.
Wirkung des Follikel- und Plazentarhormones auf die Brustdrüsen und den Genitalapparat der amerikanischen Beutelratte. C. Hartmann, C. Dupre, E. A. Albu.
◆ Ephedrinbehandlung der Addisonschen Krankheit. L. G. Rowntree, G. E. Brown.
◆ Diabetes insipidus, vergesellschaftet mit Syphilis der Hypophyse. E. B. Fink.
◆ Therapeutische Indikation zur Verwendung von Hypophysenvorderlappensubstanz. H. G. Beck.

Ephedrinbehandlung der Addisonschen Krankheit. Das Ephedrin, ein ganz allgemein das sympathische Nervensystem erregendes Alkaloid, ist sowohl oral, als auch per injectionem anwendbar. Die Dosis beträgt etwa 50—100 mg. Blutdruck und Stoffwechsel zeigen schon nach noch nicht toxischen Dosen ein deutliches Ansteigen. Das trifft auch für Addison-Kranke zu, deren Allgemeinzustand unter Ephedrinbehandlung sich unzweifelhaft zu bessern pflegt. Wirkungsvoller jedoch ist in der Therapie des Morbus Addison die Adrenalintherapie. Die Hauptvorzüge des Ephedrins sind: geringe Toxizität und perorale Wirksamkeit.

Ein Fall von Diabetes insipidus, vergesellschaftet mit Syphilis der Hypophyse. Bei einem etwa 20jährigen Mann kam es 5 Jahre nach einem Primäraffekt zu den Erscheinungen einer syphilitischen Meningitis mit typischem Diabetes insipidus. Unter antiluetischer Behandlung, kombiniert mit Pituitrininjektionen, trat vorübergehend eine wesentliche Besserung ein. Allmählich entwickelte sich bei dem Patienten das Bild der Dystrophia adiposo-genitalis, während Polydipsie und Polyurie völlig verschwanden. Gesamtkrankheitsverlauf 20 Jahre. Tod an interkurrenter Erkrankung. Bei der Sektion fand man u. a. eine hochgradige bindegewebige Schrumpfung der Hypophyse, Atrophie auch der anderen innersekretorischen Drüsen und syphilitische Aortitis.

Die therapeutische Indikation zur Verwendung von Hypophysenvorderlappensubstanz. Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß Exstirpation der ganzen Hypophyse unter Tremor und Kollapserscheinungen zum Tode führt. Entfernung des Hinterlappens allein ist nicht tödlich, sondern bewirkt Hypotension, Stoffwechselerniedrigung, Asthenie und erhöhte Zuckertoleranz. Komplette Exstirpation des Hypophysenvorderlappens erzeugt tödliche Kachexie. Teilweise Entfernung des Vorderlappens verursacht: Fettsucht, Genitalhypoplasie, Wachstumsstörungen und Hypothermie; diese Symptome treten auch auf infolge Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens (Dystrophia adiposogenitalis, Verzögerung der Pubertät und des Knochenwachstums). Zur Bekämpfung dieser Krankheitszustände ist monatelange, perorale Darreichung kleinerer Dosen Vorderlappenextrakt (evtl. kombiniert mit Genital- oder Schilddrüsenextrakten) empfehlenswerter als eine Injektionskur mit relativ großen Dosen.

Walter Goldstein, Berlin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

16., 1.

◆ Kolonuntersuchungen. III. Die klinische Bedeutung der Ileumstase: Ihre Verbindung mit Kolitis. J. L. Kantor.
◆ Aetiologie und Behandlung der chronischen ulzerativen Kolitis. J. A. Bargen.
◆ Röntgenbefund bei ulzerativer Kolitis. R. D. Carman und A. B. Moore.
◆ Freibergs Bruch in der Metatarsalzone. K. T. Meyer.
◆ Röntgenbehandlung des Keloids. G. W. Grier.
Messung der Röntgenstrahlenqualität vermittels photographischer Bestimmung der Halbwertschicht. M. H. Meyer.
◆ Bedeutung des histologischen Malignitätsindexes für Prognose und Behandlung des Cervixkarzinoms. H. Schmitz, W. Hueper und L. Arnold.
Der Einfluß der Rückstrahlung auf die Oberflächendosis in der Röntgentherapie. O. Glasser und G. S. Reitter.

Kolonuntersuchungen III. Die klinische Bedeutung der Ileumstase: Ihre Verbindung mit Kolitis. Den Gedanken an Kolitis legt folgender Röntgenbefund nahe: Bei der 6 Stundenbeobachtung liegt die Bariumsäule bei der Flexura lienalis. Bei der 9 Stundenbeobachtung ist sie im Colon pelvicum, oder das Kolon ist bereits durchwandert mit oder ohne Darmbewegungen. Bei der 24 Stundenbeobachtung ist das Kolon leer. Verlust oder Irregularität der Haustrierung oder Fleckung oder Federung der Kotsäule. Zerstreute Füllung des Kolons oder Füllungsdefekte, wie sie nicht von Neubildungen herrühren. Vermehrter Gasgehalt des Kolons. Man kann bei der 6 Stundenbeobachtung noch hinzufügen: Kein Barium an der Ileozökalvereinigung. Bei der 9 Stundenbeobachtung: Stase im Ileum. Diese fand sich bei ⅗ aller Patienten. Sie scheint nicht so sehr direkt im allgemeinen mit Obstipation verbunden zu sein, wie die Zökalstase im besonderen. Die Ileumstase ist für gewöhnlich nicht mit Obstruktion durch mechanische Faktoren vergesellschaftet. Die Ileumstase scheint umgekehrt mit dem Grad des Tiefstandes des Zökums (Länge des Zökokolon) zu wechseln. Ileumstase scheint definitiv mit verminderter Aufnahmefähigkeit des Kolons, wie sie durch wachsende Reizbarkeit angezeigt wird, und wie sie sich klinisch durch die Gegenwart einer Kolitis verrät, verbunden zu sein. Dementsprechend ist die Ileumstase am besten als funktionelle Abwehrreaktion zum Schutze eines erkrankten Intestinalsegments zu verstehen. Sonach kann sie sowohl vorübergehend als auch wiederkehrend oder auch beständig in ihrem Wirken sein. Diese Untersuchung scheint die Blocksystemkontrolltheorie der gastrointestinalen motorischen Funktion zu stützen.

Aetiologie und Behandlung der chronischen ulzerativen Kolitis. Die ulzerative Kolitis wird von einem lanzettförmigen Diplokokkus verursacht, der sich häufig in den Tonsillen und periapikalen Prozessen befindet. Der Autor strebt eine Vakzine herzustellen, die subkutan injiziert werden wird. Der Diplokokkus bringt intravenös injiziert, bei Tieren charakteristische ulzerative Kolitis hervor. Therapeutisch scheinen Irrigationen von Wasser von etwa 48 Grad ebenso wirksam zu sein, wie die sogenannten internen Antiseptika. Ileostomie wird nur in äußersten Fällen gemacht.

Röntgenbefund bei ulzerativer Kolitis. Die Bariummahlzeit zeigt eine rasche Entleerung des Dickdarms mit Diarrhoe, ohne daß man einen Begriff von der Krankheit des Dickdarms bekäme. Deshalb wird das Bariumklystier gebraucht, welches langsam unter Röntgenmäßigkeiten appliziert wird, wobei sorgfältig auf Spasmen, Unregelmäßigkeiten und Beeinträchtigungen des Darmlumens geachtet wird. Tatsächlich bietet das Verhalten des Darms gegen die aufsteigende Bariumsäule den ersten Augenschein einer anwesenden Veränderung. In den Frühstadien der chronischen, ulzerativen Kolitis ist röntgenologisch der Spasmus das Hauptsymptom. Je nach der Ausdehnung der Ulzerationen kann er lokal oder diffus sein. Auf diese Weise unterscheidet sich die ulzerative Kolitis nicht von den anderen Kolitisformen. Bleiben die Spasmen nach Atropin oder lassen sich rektoskopische Geschwüre feststellen, welche sich nach aufwärts ausdehnen, dann ist die Diagnose gesichert. Verdickung der Darmwand im weiteren Verlauf der Erkrankung führt zu dem charakteristischen Röntgensymptom: schnelle Füllung des ganzen Dickdarms unter Fehlen jeder Haustration. Differentialdiagnostisch unterscheidet sich die Colitis ulcerosa vom Karzinom durch dessen beständige Füllungsdefekte mit Verengerung und Erweiterung um die erkrankte Stelle. Syphilitische Prozesse hält Verfasser für sehr selten im Kolon. Tuberkulose findet man häufig im Coecum und Colon ascendens. Sie bringt unregelmäßige Füllungsdefekte, begleitet von der charakteristischen Füllung und Entleerung im Wechsel hervor. Divertikulose und Divertikulitis geben sich durch einen extraluminalen Schatten zu erkennen. Die Aktinomykose ist lokalisiert und gewöhnlich von Fisteln begleitet. Sie ähnelt mehr der Tuberkulose und dem Karzinom als irgendeiner Form der Kolitis. Der gelegentliche Spasmus durch Amöben und andere Parasiten ist vorübergehend. Gewisse Obstipationsformen, welche röntgenologisch der Colitis ulcerosa wegen ihrer Röhrenform ähnlich sind, allein die Dilatation, wie sie mit der Kontraktion bei der chronischen Colitis ulcerosa kontrastiert, die Beweglichkeit statt der Rigidität der Obstipation sowie die Anamnese der bei der Colitis ulcerosa herrschenden Diarrhoen, sind hinreichend zur Klärung der Diagnose, als deren eines Glied in den diagnostischen Erwägungen die Röntgendiagnose lediglich anzusehen ist.

Freibergs Bruch des Metatarsalköpfchens. Es handelt sich um das Syndrom, welches wir in Deutschland als Köhlersche Krankheit bezeichnen. Die Aetiologie der Krankheit ist unbekannt. Sie kommt häufiger bei Frauen als bei Männern vor. Fast in allen Fällen ist der 2. gelegentlich auch der 3. Metatarsalknochen befallen, selten sind es beide Knochen. In 23 der Fälle tritt die Erkrankung zwischen dem 10. und 18. Jahre auf. Mikroskopisch findet man zeitweise Nekrose, zeitweise fibröses Mark oder granulationsähnliches Gewebe, verdickte Schale und wohlerhaltenen Knorpel. Der Schmerz ist auf der Seite des befallenen Knochens, und es besteht erhebliche Empfindlichkeit des betroffenen Metatarsalköpfchens. Es kann über diesem Bezirk zu Schwellungen des weichen Gewebes ohne Hitze oder Rötung, welche auf einen lokalen Abszeß hinweisen würden, kommen. Die Diagnose wird röntgenologisch gestellt: 1. Verbreiterung des Metatarsophalangealgelenkspaltes, 2. Abflachung der Gelenkoberfläche des 2. Metatarsalknochens, 3. Knochenabsorptionserscheinungen im Köpfchen, welche an Sequesterbildung denken lassen. Durch tägliche Diathermiebehandlung und Ruhe läßt sich innerhalb 2 Wochen Heilung erzielen.

Röntgenbehandlung des Keloids. Gleichmäßig gute Resultate wurden mit der Behandlung der Keloide mit ungefilterten Röntgenstrahlen erzielt. Mehr wie 90% der Erythemdosis sollen nicht gegeben werden. Dabei ist wegen der Streustrahlen die Größe des zu bestrahlenden Feldes in Betracht zu ziehen. Zwischen 2 Behandlungen muß ein Zeitraum von 6—8 Wochen liegen. Es waren 2 bis höchstens 5 Bestrahlungen nötig.

Bedeutung des histologischen Malignitätsindex für die Prognose und Behandlung des Zervixkarzinoms. Unreife der Zellen, geringer Grad der Differenzierung und hoher Grad anaplastischer Veränderungen sind ständig mit hohem Malignitätsindex verbunden. Je reifer die Zellen, je höher die Differenzierung und je geringer die anaplastischen Veränderungen, um so niedriger ist der Malignitätsindex. Die klinische Malignität eines Karzinoms hängt einzig von den erzielten Behandlungsresultaten ab, vorausgesetzt, daß die gleiche Behandlung in jedem Falle angewandt wurde. Die Ausdehnung des Karzinoms beeinträchtigt das Ergebnis nur insoweit als es einen generalisierten Typus darstellt. Ein Karzinom in einem wohlumgrenzten Bezirk mit einem niedrigen Malignitätsindex bietet jede Hoffnung auf eine relativ gute Prognose. Vergleiche des histologischen Malignitätsindex mit klinischen Befunden oder Gruppierungen von Karzinomen haben gezeigt, daß mit Ausnahme der zur Gruppe 4 gehörigen Fälle eine endgültige Beziehung zwischen beiden nicht besteht. Die Beziehungen des Zelltyps zu den klinischen Resultaten sind nicht ebenso ausgesprochen, wie das Verhältnis des Malignitätsindex zu den klinischen Resultaten. Der Malignitätsindex zeigt ein bestimmtes oder proportionales Verhältnis zu den Behandlungsresultaten, so daß der Pathologe die Auswahl des Klinikers bezüglich der Eignung der Karzinome zur Bestrahlung leitend unterstützen kann.

J. Kottmaier, Mainz.

California and Western Medicine.

25., Nr. 3, September 1926.

Beziehungen zwischen Arzt und Patienten. H. D. Lawhead.
❖ Suprapubische Prostatektomie. Verne C. Hunt.
Pathologie der Sensibilität. B. Brouwer.
❖ Verletzungen bei der Geburt vom geburtshilflichen Standpunkt betrachtet. Frederic M. Loomis.
❖ Wiederkehrende Toxämie der Schwangerschaft. Hans von Geldern.
Antiwissenschaftliche Propaganda (Kurpfuscherei). Peter Frandsen.
❖ Neueste Studien über Scharlach. Emil Bogen.
Nieren-Resektion wegen Steinen. A. J. Scholl.
Vincentsche Infektion: Ihre Bedeutung in bezug auf andere Krankheiten. Ernest Madison Burns.
❖ Intravenöse Anwendung von Natr. cacodylat., Mercurochrom und Gentianaviolett bei maligner Endokarditis. William H. Leake.
Betrachtungen über Symptome des Exophthalmus bei Kropf. Arthur E Mark.
Infektiöse Mononukleosis. H. E. Butka.
Das noduläre Spät-Syphilid. Douglass W. Montgomery.
Quantitative Eiweiß-Bestimmung des Urins. A. M. Moody and Louise Stocking.
Unterricht des Publikums in medizinischen Grundbegriffen. George E. Coleman.

Suprapubische Prostatektomie. Das Gebiet der gesamten Chirurgie ist so groß, daß der Facharzt nicht alle Teilgebiete beherrschen kann. Die Prostatektomie nun ist ein Zweig, der besonders infolge seiner hohen Mortalität — Verfasser hat zwischen 20 bis 30% festgestellt — den Chirurgen wenig Ermunterung gegeben hat, und die Mortalität läßt die Auswahl zwischen den einzelnen Methoden der Prostatektomie fast gänzlich beiseite. Von größter Wichtigkeit ist die Allgemeinbehandlung bei Prostata-Verschluß mit Blasendrainage entweder durch Dauerkatheter oder durch Zystostomie. Will man die bestmöglichsten Resultate und die geringste Mortalität herausholen, so muß die Vorbehandlung, die Operation selbst und vor allem die Nachbehandlung auf das exakteste ausgeführt werden.

Verletzungen bei der Geburt, vom geburtshilflichen Standpunkt betrachtet. Die häufigste Verletzung bei der Geburt ist die intrakranielle Hämorrhagie. Ohne Zweifel ist sie auch die gefährlichste und wird leider sehr häufig nicht diagnostiziert. Zu dieser Hämorrhagie neigen besonders Kinder, welche zu früh geboren werden. Eine weitere Gruppe wird von den Verletzungen bei der Wendung mit der Hand eingenommen; ja sogar bei normaler Geburt sollen 25% intrakranielle Schädigungen vorhanden sein. Die Geburt mit Hilfe der Zange bildet einen großen, aber unbestimmten und nicht allzu schwerwiegenden Faktor; ausgenommen die hohe Zange, welche in bezug auf Verletzungen einen hohen Prozentsatz liefert.

Wiederkehrende Toxämie der Schwangerschaft. Eine große Anzahl von Schwangerschafts-Toxämien kehren in folgenden Schwangerschaften wieder und über ein Viertel dieser wiederkehrenden Toxämien sind durch chronische Nephritis kompliziert. Bei Aufstellung einer Statistik muß man die Patienten mit chronischer Nephritis besonders rubrizieren, da die Prognose recht ungünstig ist. Die Nierenfunktions-Prüfung hilft nicht nur bei der Differenzierung der einzelnen Fälle, sondern sie ist mitbestimmend für die Prognose bei künftigen Schwangerschaften. Das endgültige Durchkommen von Patienten mit wiederkehrender Toxämie ist zweifelhaft, doch hat Verfasser festgestellt, daß ganz besonders pränatale Fürsorge durch Unterstützung der Nierenfunktion und genaue Beobachtung am Ende der Schwangerschaft etwa 75% aller Fälle zu einem befriedigenden Schlusse gelangen läßt.

Neueste Studien über Scharlach. Die moderne Auffassung über Scharlach besagt, daß er eine akute Infektionskrankheit ist, welche durch bestimmte Arten des hämolytischen Streptococcus hervorgerufen wird. Der gewöhnliche Sitz der Infektion ist der Nasenrachenraum; aber diese kann auch durch Wunden oder andere Eingänge erfolgen und dann sekundär in Lymphdrüsen, Nieren oder anderen Organen vorhanden sein. Die Krankheit ist durch die Symptome, welche eine lokale Infektion anzeigen, charakterisiert, und der menschliche Körper produziert selbst einen Teil der notwendigen Antitoxine, ja mitunter soviel, daß dagegen nicht nur der Scharlach zum Abklingen gebracht wird, sondern daß der Patient permanent immun gegen eine Reinfektion ist. Es ist ganz selbstverständlich, daß man in Fällen, in denen die Eigenantitoxine nicht genügen, zu Vakzinen und künstlichen Antitoxinen greifen wird.

Intravenöse Anwendung von Natr. kakodylat, Mercurochrom und Gentianaviolett bei maligner Endokarditis. Leake berichtet über elf Fälle von maligner Endokarditis, die er mit Natr. kakodylat, Mercurochrom und Gentianaviolett behandelt hat. Die beiden letzteren Mittel wurden in acht Fällen, das erste in drei schon behandelten Fällen und in drei nicht behandelten Fällen angewendet. Von diesen elf Patienten zeigten zehn positive Blutkulturen und zwar fanden sich in neun Fällen nichthämolytische, in einem Fall hämolytische Streptokokken. Die in jedem Fall angelegten Blutkulturen zeigten ein aktives Wachstum. Trotz der Behandlung mit diesen stark bakteriziden Medikamenten sind die Ergebnisse sehr enttäuschend; denn zehn Fälle sind gestorben und der letzte ist dem Verfasser aus der Beobachtung entgangen, so daß er von dieser intravenösen Therapieart bei maligner Endokarditis sich nicht allzuviel verspricht.

Hofbauer, Berlin.

Buchbesprechungen.

G. Fanconi: **Klinische und serologische Beiträge zum Scharlachproblem.** Heft 13 der Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Herausgegeben von A. Czerny. Verlag S. Karger, Berlin 1926. Preis 2,70 M. — Auf Grund einer sorgfältigen klinisch-epidemiologischen Analyse einiger 50 Fälle von Scharlach, ergänzt durch genaueste Kontrollen von Blutbild und serologischem Verhalten kommt der Verf. zu dem Schluß: „Der Scharlach ist eine pathogenetische Einheit in dem Sinne, daß der Organismus auf bestimmte Reize in gleicher Weise anaphylaxieartig reagiert, aber eine ätiologische Vielheit, indem verschiedene Agenzien diese anaphylaxieartige Reaktion auslösen können.“ Mit dieser Formulierung glaubt Fanconi eine Klärung der mehr denn je umstrittenen Scharlachätiologie zu geben. Der reagierende Organismus und seine Einstellung zum auslösenden Erreger vermag das Verständnis des Scharlachproblems erst ermöglichen und nicht die widerspruchsvollen Angaben der Autoren über einen spezifischen Erreger (Streptokokkus haemolyticus nach Dick und Dochez bezw. das ultra filtrierbare Scharlachvirus nach Caronia).

Jahr.

Kornfeld: **Ueber die geistige Entwicklung hypothyreotischer Kinder bei spezifischer Behandlung.** Heft 12 der Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Herausgegeben von A. Czerny. Verlag S. Karger. Berlin 1926. Preis 2,70 M. — Systematische Untersuchungen der geistigen Entwicklung bei hypothyreotischen Kindern (15), die einer konsequent durchgeführten Substitutionstherapie nach der von Nobel und Freud angegebenen Dosierung unterzogen wurden, ergaben folgende beachtenswerte Ergebnisse: Die Intelligenzprüfungen (Binet-Simon, Montessori, Lazar-Tremel) ließen in allen Fällen einen bedeutungsvollen fördernden Einfluß auf die geistige Entwicklung erkennen. Eine Parallelität zwischen somatischen und psychischen Behandlungserfolgen ließ sich nicht in allen Fällen nachweisen. Der psychische Heileffekt konnte jedoch niemals durch die Organtherapie allein erzielt werden, sondern nur bei richtig gehandhabter, die einzelnen Ausfallserscheinungen berücksichtigender, erzieherischer Beeinflussung der geistigen Leistungsfähigkeit. Diese besondere pädagogische Fürsorge hat sich auf eine längere, die normale Schulmündigkeit überdauernde Zeit zu erstrecken; besondere Beachtung sind den charakteristischen, psychischen Defekten der Hypothyreosen in dem pädagogischen Heilplan zu schenken. Trotzdem bleibt auch „bei jahrzehntelanger und in frühester Kindheit begonnener Behandlung in allen Fällen eine Schädigung der geistigen Leistungsfähigkeit, eine Schwerfälligkeit des Assoziationsablaufes, ein Mangel an aktiver Aufmerksamkeit und eine mit all diesen Erscheinungen zusammenhängende Ideenarmut bestehen".

Jahr.

Huldschinsky: **Dementia rachitica.** Studien über die sogenannte zerebrale Komponente der Rachitis, Heft 14 der Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Herausgegeben von A. Czerny. Verlag S. Karger. Berlin 1926. Preis 2,70 M. — In einer völligen Verkennung der Czernyschen Lehre von der zerebralen Rachitis glaubt H. die im Verlaufe der Rachitis „auftretenden psychischen Störungen als selbständiges Bild einer Psychose" deuten zu können, die unter dem Bilde eines schizophrenieartigen Symptomenkomplexes verläuft.

Jahr.

Pediatric Notes by Wilburt C. Davison, Baltimore. Price 1.25 $. — Kurzes Kompendium, das in sieben Kapiteln eine Anzahl Ernährungs- wie differentialdiagnostisch wichtige Untersuchungsmethoden, die sich in der Kinderheilkunde bewährt haben, in leicht verständlicher Form für den Praktiker zusammenstellt.

Jahr.

Lönne u. Grotjahn: **Ueber die Zunahme der Fruchtabtreibungen vom Standpunkt der Volksgesundheit und Rassenhygiene.** — Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd. 23, Heft. 1. Verlag von Richard Schötz, Berlin SW 48. Preis 3,60 M. — In der Sitzung des Ausschusses des Landesgesundheitsrates für Bevölkerungswesen und Rassenhygiene am 13. November 1925 wurden die von den beiden Referenten aufgestellten Leitsätze in ausführlicher Diskussion erörtert, und wurden in der Hauptsache mit kleinen Abänderungen angenommen. — Aus den verschiedenen Leitsätzen sei der Zusatz erwähnt, den der Abs. 2 des § 228 des Strafgesetzentwurfs erhalten soll: „Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft durch einen Arzt bleibt straffrei, wenn sie beim Vorliegen einer auf andere Weise nicht abwendbaren Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahr der Mütter nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen wird." — Die Erörterungen über die „eugenische Indikation", gegen die sich, wie schon bei früheren Gelegenheiten, besonders Prof. Dr. jur. Kahl energisch ausspricht, führen zu keinem übereinstimmenden Ergebnis. Die meisten Redner sind dafür, dieselbe bei der Divergenz der Ansichten unserer Forschung bis zu einer Klärung, die der Bedeutung der Vernichtung eines in Entwicklung begriffenen Menschen und der Gefährlichkeit des Eingriffs entspricht, abzulehnen. Sie ist auch zahlenmäßig unrichtig gegenüber dem Sterilisierungsproblem. — Auch die soziale Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft wird aus medizinischen und volkswirtschaftlichen Gründen abgelehnt.

Rudolf Katz, Berlin.

Reform der deutschen Sozialversicherung. Klassenverschiebung nach dem Kriege. Bericht über die Verhandlungen der IX. Generalversammlung der Gesellschaft für Soziale Reform in Köln am 8. und 9. Mai 1925. Schriften der Gesellschaft für Soziale Reform. Herausgegeben von dem Vorstande. Heft 76. (11. Band, Heft 2.) Jena, Verlag Gustav Fischer. 1926. IV, 125 Seiten. Preis 2,50 M. — Das vorliegende Buch gibt den stenographischen Bericht der Verhandlungen auf der Versammlung der Gesellschaft für Soziale Reform wieder, die im wesentlichen dem Problem des Wiederaufbaues der deutschen Sozialversicherung nach der Inflation gewidmet waren. Dies verleiht den Verhandlungen eine besondere Bedeutung. In der Tat entwickelte sich nach den Referaten des vormaligen Präsidenten des Reichsversicherungsamtes, Dr. Kaufmann, und des Nürnberger Oberbürgermeisters, Dr. Luppe, eine lebhafte Diskussion, an welcher sich zahlreiche Vertreter der Wissenschaft, der Behörde und der Arbeitnehmer beteiligten. Der Brennpunkt der Diskussion war die Frage der Methode der Hilfe für die Versicherten, sowie die Belastung der Wirtschaft durch die Sozialversicherung. Es wurden auch andere wichtige Fragen wie Prophylaktik, Heilung, Unfall- und Invalidenversicherung eingehend besprochen. — Auch das zweite Thema der Tagung dürfte den Arzt insofern lebhaft interessieren, als die nach dem Kriege nicht zu leugnende Klassenverschiebung, die ja die Aerzte unter ihren Patienten besonders spüren, Veranlassung gibt, über die Prognostik nachzudenken.

M. Kantorowicz.

Der Landaufenthalt für Stadtkinder: Grundsätzliches zur Unterbringung erholungsbedürftiger Kinder in ländlichen Familien. In Verbindung mit mehreren Fachleuten herausgegeben von Dr. August Vogtel, Diözesan-Caritasdirektor in Trier. Bd. V der Schriften zur Jugendwohlfahrt herausgegeben im Auftrage des deutschen Caritasverbandes. Preis 2,50 M. Caritasverlag 1925. Freiburg i. Br. — Die Unterbringung erholungsbedürftiger Stadtkinder besonders aus den großen rheinisch-westfälischen Industriebezirken in Familien auf dem Lande eine Einrichtung, die die große Not der Kriegs- und Nachkriegsjahre gezeitigt hat, wird einer eingehenden Kritik unterzogen. Vom ärztlich-gesundheitlichen Standpunkt schildert Dr. Vonessen, Stadtarzt in Köln, seine Erfahrungen zu dem Thema des Landaufenthaltes; den Landaufenthalt vom erzieherischen Standpunkt bespricht Maria Kiene, Referentin für Kinderfürsorge im Deutschen Caritasverband, Freiburg i. Br. Als dritter kommt der bekannte Soziologe Prof. Heinrich Weber, Münster, zu Worte, der den Gegenstand in seiner sozial-ökonomischen Bedeutung wertet.

Jahr.

Schweisheimer: **Warum so nervös? Nervöse Leiden und ihre Ueberwindung.** Mit 14 Abbildungen. Verlag Knott & Hirth G. m. b. H., München. 175 Seiten. — Mit diesem Buch versucht der Verf. den Menschen ihre größte und umfangreichste Krankheit der Jetztzeit — die Nervosität — und ihre Ueberwindung zu schildern, eins der schwierigsten Gebiete etwas aufzuklären. Und in klarer, volkstümlicher, ja oft recht humorvoller Art und Weise versteht er dieses Thema zu behandeln. Es gelingt ihm mit seiner einfachen Sprache zu fesseln. Er findet die Einleitung durch Schilderung dreier Erlebnisse aus dem täglichen Leben, bei denen die Nervosität die Menschen vollkommen beherrscht, bedingt durch das ewig hetzende Großstadtleben.

In verschiedenen Aufsätzen spricht er dann über die mannigfachen Ursachen der Nervenreizung, die nicht zu Schlaf und Ruhe kommen lassen — Ueberanstrengung, Ueberarbeitung, Sorgen der Gegenwart und Zukunft, allgemein unrichtige Lebensweise, schlechte Einteilung des Tages, zu wenig Körperbewegung usw. usw. Hat man die speziellen Ursachen seiner Nervosität erkannt, sollte man danach handeln. Oft ist schon mit einer geringfügigen Umstellung der Lebensweise ein Erfolg zu erzielen, in schlimmeren Fällen ist eine gänzliche Aenderung notwendig. Nicht der Arzt allein kann eine Heilung der diversen Nervenleiden herbeiführen. Ein wichtiger Behelf ist die Erziehung des Willens. Verf. gibt auch den Gesunden einige anleitende Worte für den Umgang mit Kranken und betont dabei, daß der Nervöse tatsächlich mehr unter seinen Beschwerden leidet als der körperlich Kranke, der aber an Nerven gesund ist.

Er bespricht ferner die noch einer bedeutenden Besserung bedürftigen Berufshygiene des geistigen Arbeiters, die Notwendigkeit einer Ausspannung auch der Frau im Hause, schildert Vor- und Nachteile des Erholungsaufenthaltes im Gebirge oder an der See, Einflüsse des Wetters auf Nervöse usw.

Als „Peitschen des Nervensystems" sind der Mißbrauch von Opium, Morphium, Kokain und anderen Alkaloiden anzusehen. Wie leicht wird der Gebrauch dieser Stoffe, die eigentlich nur Medikamente sein sollten, zur Leidenschaft, einfach zur Notwendigkeit und wie schwer ist es, die sich dem hingebenden Menschen davon abzubringen, ja oft wird es unmöglich. In der Heilkunde sind besonders Morphium und Opium unentbehrlich und unersetzlich.

Bei der Beurteilung des jeweiligen Nervenleidens sind für den Arzt von entscheidender Bedeutung die Vererbungseinflüsse. Worauf die Vererbungszusammenhänge geistiger Störungen beruhen, ist für die meisten und wichtigsten derartigen Krankheitsäußerungen noch nicht geklärt. Solche Erkenntnisse wären für die Psychiatrie von größter Wichtigkeit.

Als letztes in seinem Buche spricht Verf. über Psychopathologie des Genies. Es ist schwer, Krankhaftes und Gesundes zu scheiden. Auch dies ist ein noch ganz undurchsichtiges Gebiet. Genie und Charakter, Genie und Krankheit, Genie und normales Denken — soviel Worte, soviel ungelöste Probleme, solange sich überhaupt die Menschheit über ihr Geistesleben Rechenschaft geben will. Verf. weist verschiedene Fälle an einigen großen Männern und Denkern nach.

Hofbauer, Berlin.

Richard Arwed Pfeifer: **Leitende Gesichtspunkte für die Psychopathologie des Kindes im vorschulpflichtigen Alter.** Verl. v. Carl Marburg. Halle 1926. 40 S. — Der Psychopatholog kann das Studium des normalen Kindes nicht entbehren und muß es nach seinen Variationen und Rasseeigentümlichkeiten genau kennen, um sich an ihm gewissermaßen den Maßstab für seine praktischen Bedürfnisse zu eichen. Die Kinder sind nach körperlicher und seelischer Struktur anders als die Erwachsenen, und dies nicht nur im Sinne der Unvollkommenheit und Rückständigkeit in der Entwicklung im Vergleich zum großen Menschen. Dies lehrt auch überzeugend die Erforschung des kindlichen Zentralnervensystems und seiner biologischen Betätigung, die Erforschung der Sexualität im frühen Kindesalter und die Erforschung der kindlichen Früherinnerung. Sehr viele Kinder sind in bezug auf Erotik ganz unauffällig. Es können aber beim Kinde echte Wollustempfindungen nicht nur durch Kitzelgefühle an den Genitalien, sondern darüber hinaus auch von sensiblen Eindrücken anderer Hautstellen her ausgelöst werden. Auch heftige Gemütserschütterungen gehen beim Kinde nicht selten mit sexueller Erregung einher. — Die besondere Einstellung auf das Kind erscheint im Interesse der prognostischen Würdigung jedes Einzelfalles geboten. „Denn in den weitaus meisten Fällen, besonders in den Grenzfällen, ist gerade die Prognose die Fragestellung, mit der man an den Psychiater herantritt. Es steht deshalb zu erwarten, daß die Auffassung vom seelischen Anderssein des Kindes auch auf die Betrachtung der Psychosen des Kindesalters zurückwirken und dadurch zu einer wirklichen Bereicherung der Psychiatrie werden wird."

Kurt Mendel, Berlin.

Raecke: **Der Querulantenwahn. Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie.** Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Heft 127. Verl. v. J. F. Bergmann. München 1926. — Es ist sorgsam zu unterscheiden, ob das Querulieren nur eine Episode im Verlauf einer beliebigen Geisteskrankheit bildet oder das für die Beurteilung des Gesamtkrankheitszustandes Ausschlaggebende ist, ob es sich um einen symptomatischen oder genuinen Querulantenwahn handelt. Beim symptomatischen liegt ein gut umschriebener und mehr oder weniger weit gediehener, eigenen Gesetzmäßigkeiten folgender Krankheitsprozeß bereits vor, wenn durch die Einwirkung geeigneter erregender Umweltsreize die Entstehung querulatorischer Abwehrtendenzen hervorgerufen wird; von einem genuinen Querulantenwahn sprechen wir hingegen nur dann, wenn vorher lediglich die Veranlagung, aber keine Geisteskrankheit vorhanden war, und erst infolge Auftreffens des verhängnisvollen Reizes auf jene Veranlagung als ausgelöste Reaktion ein wahnhaftes Querulieren erzeugt wird. — 8 mitgeteilte Fälle zeigen die verschiedenen Typen des Querulantenwahns. — Der genuine Querulantenwahn ist ausgezeichnet durch charakteristische Beeinträchtigungsideen, die sich nicht immer zu einem Wahnsystem verdichten, bei ihm besteht weitgehende Besserungs-, ja Heilungsmöglichkeit. Da es sich öfters um eine Kette mehrfacher Affektreaktionen handelt, so ist bei der Begutachtung stets zwischen transitorischen Erregungsgipfeln und dem Dauerzustande zu unterscheiden. Es gibt Grenzfälle, in denen nicht auf dauernde Unzurechnungsfähigkeit nach § 51 erkannt werden darf, und wo doch auf einzelne unter dem Einflusse wahnhafter Gedankengänge erfolgte Affekthandlungen jene Voraussetzung zutrifft. Dann hat zu anderen Zeiten die fachärztliche Beurteilung anders zu lauten. Schonendste Behandlung der krankhaft überempfindlichen Menschen, auch in der Wertung der Gutachten, ist anzustreben. Es müßte endgültige Klarheit darüber geschaffen werden, ob die Entmündigung eines geistesgestörten Querulanten nur zu seinem eigenen Schutze erfolgen darf, oder auch zum Schutze der Hoheit der staatlichen Rechtspflege, wie das v. Endemann will. Mit bloßer Nichtigkeitserklärung einzelner Willenserklärungen des gereizten Querulanten wird man nicht immer zum Ziele gelangen.

Kurt Mendel, Berlin.

Prof. Dr. G. Nobl: **Die Schuppenflechte und ihre Behandlun** 1926. Wien und Leipzig, Moritz Perles Wien I. Preis geh. 1,60 M. — Nobl bringt in seiner kleinen, 40 Seiten betragenden, Monographi „Die Schuppenflechte und ihre Behandlung" alles für den Praktike Wissenswerte über diese Krankheit, die er — natürlich unter alle Reserve — parasitären Ursprunges hält. Allerdings muß noch ein spezifische Beschaffenheit der Haut auf mikrobielle Reize hinzu kommen, die sie auf solche mit keratotischen Erscheinunge antworten läßt. Therapeutisch legt N. größten Wert auf intern As-Medikation und hydropathischen Prozeduren neben lokale Salbentherapie, die ziemlich eingehend abgehandelt werden. Röntgenbehandlung wird energisch abgelehnt. Bei dem Mangel an kleineren brauchbaren Abhandlungen über diese so häufige Hautkrankheit, wir sie vielen Aerzten äußerst willkommen sein, zumal der Preis — 1,60 M. — recht preiswert erscheint.

Dr. Bab.

Narrheit und Vernunft. — Der französische Arzt Voivenel hat ei Buch geschrieben: Die Vernunft bei den Narren und die Narrheit be den Vernünftigen. Darin beleuchtet er die Vernunft bei den Narren das Schaltbrett unserer Erregungen, Melancholie und die weibliche Phantasie. Gibt es eine absolute psychische Gesundheit? Sie is jedenfalls nie absolut vollkommen. Wer sich für völlig gesund häl ist ein Kranker, der seine Krankheit nicht kennt. Montaigne sag die Verschiedenheit unserer Meinungen kommt nicht daher, daß di einen vernünftiger sind als die anderen, sondern weil wir unser Gedanken verschiedene Wege führen und nicht dieselben Dinge betrachten. Die Narren, die vernünftig aussehen, sind oft die gefährlichsten. Die Narrheit ist in erster Linie eine Krankheit des Affekts und nicht der Intelligenz, und so lange dieser wunde Punkt nich berührt wird, spielt sich alles richtig ab; erst später kann di Intelligenz hereingezogen werden. Wie in allem sind wir auch hie unserem Temperament unterworfen. So wird der Furchtsame Melancholiker, der Stolze entwickelt sich zum Verfolgungswahn hin Es gibt eine räsonnierende Narrheit, an der J. J. Rousseau gelitte hat. Hier ist das intellektuelle Gebiet auf einen gewissen Sekto beschränkt. Auch bei der progressiven Paralyse besteht eine Phase intellektueller Hyperaktivität, die an Genie grenzen kann. Voivene vergleicht die Menschen mit Schiffen, deren Segel durch den Wind der Einbildung geschwellt sind, die die Vernunft mit Mühe durch di Klippen der Krankheit steuert. Viele von uns müssen ihre mentale Hypertension entladen und ein moderner Architekt müßte in unseren Wohnräumen ein psychisches Vomitorium einrichten.

Voivenel stellt folgende Behauptungen auf: 1. wir haben ein tiefes Reservoir von Energie, die durch unsere Organe und besonders durch unser Nervensystem, ein Energieakkumulator, aufgehäuft wird. 2. Dieses Reservoir, diese Kraft oder Empfindungsvermögen ist wie ein See, der zwei Strömen Abfluß gibt, die sich ausgleichen, dem des Instinkt, der Tätigkeit und dem der Intelligenz, des Gedankens. Diese innere Kraft verfließt also in Tätigkeit und Gedanken, in Erregung. Es gibt Krankheit durch Kongestion dieser Sensibilität. 4. Aber es darf nicht zu viel abfließen, denn es gibt auch Krankheiten durch Hämorrhagie dieser Sensibilität. Der Abfluß wird bei jedem durch sein Temperament geregelt. Bei Stagnation hat man den Spleen, die Abwehrneurosen, die Exaltationen der Einbildung wie in der Poesie, die Kunst. Bei zu raschem Abfluß, der Hämorrhagie der Sensibilität, hat man je nach dem Tempo, Asthenie oder Neurasthenie. Optimismus und Pessimismus sind der Ausdruck unseres physiologischen Zustandes. Unser Seelenzustand ist lediglich Ausdruck physiologischer Funktionen, die von den inneren Drüsen abhängig sind. Unser Instinkt sagt uns den Naturgesetzen zu gehorchen; unser Intellekt treibt uns jedoch, uns davon zu befreien. So kommt es, daß die Tätigkeit häufig durch die Reflexion getötet wird, und daß der mit Intelligenz am meisten ausgerüstete Mensch am reichsten ist an Instinkt und Spürsinn. Unsere Sensibilität muß sich exterriorisieren und erneuern. Kann sie das nicht, so sucht nach einem Derivativum: Kunst, Sport. Findet auch dies nicht statt, so kommt es zur Aufhäufung; fließt zuviel ab, so kommt es zur emotiven Konstitution zur Aengstlichkeit. Dadurch zu einem einzigen heftigen Schock oder wiederholten Schocks. So entsteht die krankhafte Furcht, der Zusammenbruch. Solches Ausfließen der Sensibilität hat bei manchen emotiven Naturen große literarische Produktionen zur Folge.

Die Phantasie der Frau ist dadurch bedingt, daß sie Leben und Leute, durch die mehr weniger nalytische Brille ihres Herzens und ihres Temperaments sieht. Die Natur hat ihr ihr Ziel vorgezeichnet: die Frau verliert alles, wenn sie den Mann nachahmt, gewinnt alles, wenn sie Frau und Mutter bleibt. Der Feminismus ist nur ein vorübergehendes soziales Problem, weiter nichts. Lediglich eine zufällige Gleichgewichtsstörung, keine Umwandlung in ein neutrales Geschlecht wie bei manchen Insekten. (Nach Rabier, Paris médical Nr. 41. 1926.)

v. Schnizer.

LIBRARY
RECEIVED
DEC 30 1926
U.S. Department of Agriculture

448.8
F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7,— Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 35 BERLIN, DEN 7. DEZEMBER 1926 44. JAHRGANG

Digipuratum «Knoll»

Gutverträglich, von allen Ballaststoffen der Droge befreit.

Unbegrenzt haltbar ohne Wirkungsbeeinträchtigung.

Von konstanter Wirkungsstärke, weil physiologisch eingestellt.

Unerreicht hochwertig in seiner Wirkungsstärke, vgl. Prof. JAQUET, Basel (Schweiz. Med. W. 1926, Nr. 26).

Bei Preisvergleichen mit anderen Präparaten — insbesondere Infus. Fol. Digital oder Tinktur — sind die **Standardwerte zu berücksichtigen.**

Liquid. 10 ccm oder
Tabletten 0,1 g dos. XII
Sparpackung **(M. 1.20).**
Ampullen 1,1 ccm
dos. VI O. P. (M. 2.20).
Suppositorien 0,1 g
dos. VI O. P. (M. 1.95).

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Zuverlässige u. billige Digitalis-Verordnung.

Die Dosierung für Digipuratum (Knoll) ist die gleiche wie für Folia Digitalis titrata.

Bei nervösen Erscheinungen Bromural

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)

Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: **Theodor Traulsen, Hamburg 36**, Kaufmannshaus. Telegr.-Adresse: „Stovarsol" Hamburg.

Primulatum fluid.

Perextraktivprodukt aus Viola+Primula zur Ausschaltung der ausländischen Drogen Senega und Ipecacuanha mit erhöhter expektorierender Wirkung.

Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern.

E. TOSSE & CO. :: HAMBURG 22

PROTASIN

Milcheiweisspräparat zur parenteralen Reizkörpertherapie
Proben u. Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim

Weihnachts-Angebot

Jede Zigarre 15 Pfg.

Wieck's Sumatra Sandblatt
Fehlfarben Nr. 150

Wieck's „El Ministro"

Wieck's
Reklame-Schuß Nr. 2

in Kisten zu 50 Stück franko Haus per Nachnahme. / Probieren Sie und Sie werden mein treuer Kunde!

Zigarren-Versandhaus Gustav Wieck, Bln.-Karlshorst,
Treskow-Allee 84 // Telefon Oberschöneweide 45

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Doz. Dr. Emil Froeschels, Wien: Pathologie und Therapie der Stimme und Sprache 1355
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.
Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für einen Krebs der Bauchspeicheldrüse abgelehnt 1359
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.
Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. Schnizer: Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und angeblicher Sepsis abgelehnt 1360

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Dr. J. Frankfurter, Leipzig: Ist die Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln mit der Arztpraxis vereinbar 1361
Briefkasten 1362

Laufende medizinische Literatur:

Medizinische Klinik, Nr. 46 1362
Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin, 52., Heft 5/6 1362
Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 117., Heft 3/4 1363
Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 64., Heft 5/6 . . 1363
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 78., Heft 1 und 2 1365
Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 104., Heft 1 und 2 1365
Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 93., Heft 4/6 1366
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 47, 48 1366
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 90., Heft 2 1367
Zentralblatt für Chirurgie, Nr. 47 1367
Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie, 138., Heft 1 1368
Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 16., Heft 2 1368
Zeitschrift für urologische Chirurgie, 20., Heft 5/6 1369
Wiener Medizinische Wochenschrift, 76., Heft 43, 44 1369
Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 45 und 46 1370
Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin, Nr. 27—47 1371
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 2. Hälfte, Nr. 19 und 20 1372
Acta Radiologica, 5., Fasc. 3, Nr. 25, Fasc. 4, Nr. 26 1374
Orvosi Hetilap (Medizinische Wochenschrift), 70., Nr. 45, 46 1375
Časopis Lékařu Českých, Nr. 46 1375
Neurologja Polska, 8., Heft 2 1376
La Riforma medica, 42., Nr. 40, 41 1376
Il Policlinico, Sez. prat., 33., Nr. 44—46 1377
Il Policlinico, Sez. med., 33., Nr. 11 1377
Il Policlinico, Sez. chir., 33., Nr. 11 1378
Paris Médical, Nr. 45 1378
La Presse Médicale, Paris, Nr. 83—87 1379
Bruxelles Médical, Nr. 3, 4 1379
The Journal of the American Medical Association, 87., Nr. 18 1379
Medical and Surgical Record, Nr. 8 1381
Surgery, Gynecology and Obstetrics, 43., Nr. 4 . . . 1382
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, 16., 2 1384
Physical Therapy X-Ray Radium, 7., Nr. 9 . . . 1385
Journal of Urology, 16., Heft 4 1385
Buchbesprechungen 1386

Therapeutische Mitteilungen:

Oscar Loew: Vitamine und Kalkstoffwechsel . . 1387
Dr. med. Strahlmann, Delmenhorst: Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk- und Kieselsäure-Injektionen 1387
Aus dem Röntgenlaboratorium der photographischen Lehranstalt des Lette-Vereins in Berlin.
Dr. Otto Goldstein, Facharzt für Chirurgie, Berlin: Erfahrungen mit Lyssia-Salbe in der Chirurgie 1389
Aus der Universitätskinderklinik Leipzig. Dir. Prof. Dr. Bessau.
Dr. F. Thoenes: Klinische Erfahrungen mit Scillaren 1389
Aus der medizinischen Universitätsklinik R. Jacksch-Wartenhorst in Prag.
Dr. Otto Halir und Dr. Stefan Kissoczy: Einige Erfahrungen mit Introcid bei bösartigen inoperablen Geschwülsten 1390
Dr. Ernst Paulsen, Heilanstalt Alland, N.-Oest.: Derivatorische Schmerzbehandlung bei Lungentuberkulose 1391
Dr. K. Reicher, Frankfurt a. M.: Weitere Erfahrungen mit Gallophysin 1392

Silicol

Kolloides **Kieselsäure**-Eiweiß
gegen **Lungenkrankheiten,**
antiphlogistisch, gewebsindurierend.

Arsa-Lecin

Lösung von Eisen-Eiweiß-Phosphat-Arsenit
gegen **Bleichsucht, Dermatosen,**
nervöse Abspannung. — Appetitanregend

Tricalcol

Kolloides **Kalk**-Eiweiß-Phosphat
Reichert den Körper mit **Kalk** und **Phosphors.** an.
Bei Lungenkrankheiten im Wechsel mit Silicol

Menogen

Tabl. aus Ovariensubstanz mit Arsen-Metaferrin gegen
Ovarien-Hypofunktion, Dysmenorrhoe etc.

Proben und Literatur von **Dr. Ernst Laves, Hannover.**

EPITHENSALBE

Vereinigt die Wirkung von Scharlachrot und Perubalsam

Gesunde Granulation, rasche Epithelisierung von Wunden jeder Art.

Bei großen Krankenkassenverbänden zugelassen und in das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926“ **als wirtschaftlich** für die Kassenpraxis aufgenommen.
Originaltuben von 25 und 40 g — Verbraucherpreise Mk. 0,55 und Mk. 0,80.

Literatur und Proben kostenlos.

TEMMLER-WERKE, Vereinigte Chemische Fabriken, **BERLIN-JOHANNISTHAL.**

Schering

UROTROPIN

Harndesinfiziens ⁎ Allgemeines inneres Antiseptikum

Das Originalpräparat von 1894 verbürgt höchsten Heileffekt und völlige Unschädlichkeit. Unsere 30jährige Fabrikationserfahrung hat ein besonderes Herstellungsverfahren gezeitigt. In ihm liegt das **Geheimnis der Überlegenheit des UROTROPIN-SCHERING über alle „Ersatz"-Präparate!**

Verordnen Sie also stets „Urotropin-Schering" O.P.

Originalpackung: Röhre mit 20 Tabletten zu je 0,5 g

Zur verstärkten Urotropin-Injektionstherapie:

CYLOTROPIN

Urotropin-Salicylsäure-Coffein-Präparat

Getrennte Packungen zur intravenösen und intramuskulären Injektion

Indikationen:

Cystitis / Pyelitis / Pyelonephritis / Prostatitis / Posteriorgonorrhoe / Infektionskrankheiten (Typhus abd., Encephalitis) / Postoperative Harnverhaltung

Höchste Wirksamkeit selbst in hartnäckigsten Fällen

Originalpackungen: Kartons mit 5 Ampullen zu je 5 ccm zur intravenösen Injektion
Kartons mit 5 Ampullen zu je 5 ccm zur intramuskulären Injektion
Wohlfeile Klinikpackungen

NB! Cylotropin ist von fast allen Krankenkassen Deutschlands zur Verordnung zugelassen!

Proben und Literatur unter Bezugnahme auf diese Zeitschrift kostenfrei durch:

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering.)
BERLIN N. 39

SCHERING SCHERING

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 35 7. DEZEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Pathologie und Therapie der Stimme und Sprache.

Von

Doz. Dr. EMIL FROESCHELS, Wien.

Um die Pathologie der Stimme und Sprache verstehen zu können, ist es notwendig, einige wichtige Ergebnisse der Physiologie dieser Gebiete in Erinnerung zu bringen; doch werde ich die Scheidung von der Pathologie nicht streng durchführen, sondern sie gelegentlich miteinander verbunden vortragen. Ich vergleiche sowohl zu didaktischen als zu therapeutischen Zwecken unser Stimm- und Sprechorgan mit einer Trompete, die nach oben und unten von zwei beweglichen Resonanzsystemen begrenzt ist. Diese Trompete, der Kehlkopf, erzeugt die verschiedenen Töne durch Schwingungen zweier Muskelwülste, der Stimmlippen, die nach den Forschungen Ewalds, Musehold's u. a. von innen unten schräg nach oben außen schwingen. Sie erschüttern sowohl die Luft oberhalb des Kehlkopfes als auch die in der Trachea und im Bronchialbaume und versetzen auch bei genügender Stärke die Wandungen der Brust und des Kopfes sowie dessen Höhlen in Vibration. Die Brust und der Schädel sind nun die beiden Resonanzräume, die an unseren Kehlkopf grenzen und da, wie wir sahen, unsere Stimmlippen die Luft in beiden Resonanzräumen in Mitschwingung versetzen, ist physiologischerweise jeder Ton von Brust- und Kopfresonanz begleitet. Wenn man trotzdem von der Stimmbildung verlangt, daß sie die Resonanzen verstärke und vor allem dafür sorge, daß jeder Ton eine möglichst ideale Mischung der beiden Resonanzen enthalte, so scheint die physiologische Resonanzbegleitung unserer Stimme den ästhetischen Anforderungen, wenigstens in der Regel, nicht zu genügen. Die Wege, auf denen man die Verbesserung der Resonanzverhältnisse, normale anatomische Bedingungen vorausgesetzt, erreicht, sind zwei: Vor allem eine gewisse Verstärkung der Stimme selbst, infolge derer auch die benachbarten Räume und ihr Inhalt in stärkeres Schwingen geraten und ferner eine Lenkung des Tones nach bestimmten Stellen, deren Resonieren dem Ohr besonders wohltut. Nun ist ja freilich die gebräuchliche Auffassung der Tonführung deswegen nicht richtig, weil man sich den Ton als ein lineares Gebilde vorstellt, das man „wie eine Kuh am Halfter" da oder dorthin führen kann, während doch in der Tat Kugelwellen vorliegen, die den Gesetzen der Reflexion, aber auch denen der Interferenz unterliegen. Wenn die Kugelwelle in einem bestimmten Winkel an ein Hindernis anprallt, so versetzt sie wohl dieses Hindernis in den gleichen Schwingungsmechanismus, dem sie selbst angehört, sie wird aber anderseits in einem Ausfallswinkel, der dem Einfallswinkel gleich ist, zurückgeworfen. Begegnet sie auf diesem Wege einer anderen entgegengesetzt gerichteten Welle, so können sich die beiden Wellen nach den Regeln der Interferenz abschwächen oder sogar töten. Der Bau unseres Ansatzrohres — darunter versteht man alle Höhlen des Schädels oberhalb der Stimmlippen — ist so außerordentlich kompliziert und seine Form kann sich so vielartig verändern, daß es kaum jemals möglich sein wird, die Reflexionen kennen zu lernen, denen die Schallwellen im einzelnen Falle unterworfen sind. Man wird vielmehr lediglich, geführt von einer mehr intuitiven Erkenntnis, Anweisungen geben können, wie etwa die Zunge oder der weiche Gaumen gestellt werden müssen, um im gegebenen Falle die Kugelwelle dorthin zu lenken, wo man eine besonders kräftige Resonanz zu erzielen wünscht. Dabei werden praktische Fiktionen oft nicht zu umgehen sein, wie sie in der Gesangspädagogik seit jeher und in äußerst abwechslungsreicher Weise verwendet werden. Das Wort von der „Bogenführung" des Tones längs des Gaumens z. B. leitet erfahrungsgemäß, so unsinnig es im physikalisch-physiologischen Sinne ist, oft zu dem gewünschten Ziele einer verstärkten Nasenresonanz. Bei dieser Gelegenheit sei kurz einer äußerst wichtigen Lehre gedacht, die in der Stimm- und Sprachpädagogik und -therapie von nicht geringerer Bedeutung ist als in der Pädagogik überhaupt. Ich meine die Lehre von den Vorstellungstypen. Ein Mensch ist leichter vom Ohre aus anregbar, ein anderer vom Auge, ein dritter vom Tastsinn. Man spricht von akustischen, visuellen und taktilen Typen. Der leichter ansprechbare Sinn hat mehr Gelegenheit aufzunehmen und daher werden die Eindrücke ein und desselben Reizes (des gehörten Wortes z. B.) bei dem einen mehr ein akustisches, beim anderen ein Bewegungsbild zurücklassen. Forschungen haben ergeben, daß die Art der Reproduktion der Eindrücke, in unserem Falle also des Tones, bzw. des Wortes oder Satzes von der Art der Aufnahme bestimmt werde. Daß man nun eher zum Ziele kommen wird, wenn man den Patienten auf dem Weg zu beeinflussen sucht, der „gebahnter" ist, liegt auf der Hand. Wenn also ein Patient etwa dem akustischen Typus angehört, so wäre es unzweckmäßig, ihm von Mundstellungen etc. zu sprechen oder sie ihm gar zu zeigen; man wird vielmehr seinem Ohre den richtigen Ton zuführen müssen. Anderseits wird ein prominent kinästhetisch Veranlagter zu bestimmter Bewegung des Ansatzrohres angehalten werden müssen.

Man kann den Patienten eine gute Vorstellung von der Physiologie der Laute beibringen, wenn man ihn das Wesen der Resonanz im Ansatzrohre verstehen gelehrt hat. Unsere Stimmlippen erzeugen stets, wenn sie rhythmisch schwingen, zugleich eine große Anzahl von Tönen; wir wissen, daß nicht jeder Ton jeden Hohlraum zur Resonanz bringen kann, daß vielmehr eine bestimmte Beziehung zwischen der Wellenlänge des Tones und der Größe des Hohlraumes Voraussetzung des Resonierens ist. Nun ist ein großer Teil unserer über den Stimmlippen gelegenen Resonanzräume in ihrer Form veränderlich, so daß je nach derselben einmal dieser und einmal jener von den Stimmlippen produzierte Ton zur Resonanz kommt. Was dann unserem Ansatzrohre entströmt, bzw. durch die Wände des Schädels dem Ohre des Hörers zufließt, ist die Summe der von den Stimmlippen produzierten Töne mehr den jeweiligen Resonanzen und vielleicht weniger jenen Tönen, die durch Interferenz verloren gegangen sind. Die klassischen Untersuchungen Stumpfs (Die Sprachlaute. Berlin 1926), fußend auf der genialen Vokaltheorie Helmholtz's, haben nun die in den einzelnen Lauten enthaltenen, also vor allem auch die durch Resonanz verstärkten Töne festzustellen geholfen. Wir wissen etwa, daß der Vokal U durch zwei besonders stark resonierende Töne in der zweigestrichenen kleinen Oktave, der Vokal I z. B. durch solche in der viergestrichenen kleinen Oktave charakterisiert ist; wir sind sogar davon unterrichtet, welche von den physiologisch notwendigen Teiltönen des Lautes S wegfallen müssen, damit unser Ohr den Eindruck eines Sigmatismus (S-Fehlers) empfängt. Man kann nun, ohne den tatsächlichen Verhältnissen starken Abbruch zu tun, das Entstehen der einzelnen Laute auf die Veränderung der Form des Ansatzrohres 1. durch Annäherung der Lippen, 2. durch Hebung der Zungenspitze und 3. durch Hebung des Zungenrückens zurückzuführen. (In der Tat spielt ja bei den durch Lippenbewegung in erster Linie beeinflußten Lauten auch die Zungenstellung und bei denen durch Zungenstellung bedingten die Lippenstellung eine gewisse Rolle; doch bietet die Fiktion, daß jene Dreiteilung möglich ist, so viele didaktische und vor allem therapeutische Vorteile, daß ich sie sehr empfehle, zumal ja die Abweichungen von der Physiologie in der Tat keine bedeutenden sind. Der Sänger etwa, der es schon erlernt hat, Vokale unter günstigen Bedingungen zu erzeugen, also vor allem jenes Pressen in der Muskulatur zu vermeiden, das unserem Ohr den unschönen Eindruck des Knödelns macht, der aber bei Konsonanten noch immer solche unzweckmäßige, übertrieben starke Bewegungen ausführt, kann durch folgende Erklärung rasch seinen Fehler verlieren: Es besteht keinerlei prinzipieller Unterschied zwischen Vokalen und Konsonanten; alle tönenden Ausatmung langsam hebt, kommen die Laute j, weiches bandschwingungen mit Resonanzen (hier wird im Sinne der oben gemachten Ausführungen das Wesen der Resonanzen kurz erklärt). Wenn man tönend ausatmet und nun langsam die Unterlippe der Oberlippe nähert, so entstehen der Reihe nach die Laute a, ä, e, i, ö, ü, o, u, w, b und m, wenn man die Zungenspitze während der tönenden Ausatmung langsam hebt, kommen die Laute j, weiches s, das slavische sz, das Zungenspitzen-r, d, 1 und m zustande; durch Hebung des Zungenrückens endlich entsteht g und ng. Bei leiser Ausatmung (das ist die Atmung, bei der kein Ton sondern nur der Laut h entsteht) wird bei Lippenheben f und p, bei Hebung der Zungenspitze vorderes ch, s, sch und t, bei Hebung des Zungenrückens hinteres ch und k erzeugt. Eine derartige Erklärung zeigt dem Patienten, daß *jeder* Laut in erster Linie Ausatmung sei und daß die Mundstellung gewissermaßen nur Nebendienste leiste, wodurch er darauf hingewiesen wird, alle Laute ohne Anstrengung im Ansatzrohr zu produzieren, ihnen allen aber die gleiche Sorgfalt zu schenken.

Wir sind im Verlaufe dieser physiologischen Betrachtungen schon ziemlich weit in das Gebiet der Stimmstörungen vorgedrungen und haben eigentlich auch schon der Hauptmomente gedacht, die meistens bei sogenannten *funktionellen Stimmstörungen*, wenigstens zu Beginn, die Hauptrolle spielen, nämlich übermäßige Anstrengungen. Diese können nun ihren Ausgang von jedem Teile des großen Apparates nehmen, welcher der Stimme und Sprache dient, also von den Atmungsorganen, dem Kehlkopf und dem Ansatzrohr. Wie auf anderen Gebieten der Ungeschulte oder schlecht Geschulte oder der Anfänger meist mit zuviel Kraft zu Werke geht, so geschieht es auch bei der Stimmgebung und beim sprechenden Vortrag. Ja, schon das gewöhnliche laute Sprechen der Kinder, das man populär als Schreien bezeichnet, geht mit solchen unzweckmäßigen Anstrengungen einher. Da nun der gesamte Sprech- und Stimmapparat eine funktionelle Einheit darstellt, so übertragen sich die Fehler einer Stelle leicht auch auf andere, und deshalb wird ein übermäßiges Pressen in der Ausatmungsmuskulatur z. B. leicht zu einem übermäßigen Schluß der Stimmlippen und zu krampfartigen Erscheinungen etwa im Ansatzrohre führen. Es wird aber auch eine überstarke Artikulation — und sei es nur bei einzelnen Lauten — zu analogen Erscheinungen im Kehlkopfe führen können. Daraus ergibt sich einerseits eine diagnostische Schwierigkeit, nämlich die Auffindung des „primären Krankheitsherdes", anderseits aber auch die Notwendigkeit, jede einzelne der am Sprech- und Singakt beteiligten Funktionen aufs Genaueste zu überprüfen und auch therapeutisch zu beeinflussen. Eine der wichtigsten Stimmstörungen ist die sogenannte *Phonasthenie oder funktionelle Stimmschwäche*, deren klinisch exakte Beschreibung und systematische Behandlung das große Verdienst Professor *Flataus* ist. Viele sogenannte Natursänger, aber auch ungeschulte oder schlecht geschulte Sänger und Redner und endlich die meist gänzlich ungeschulten Rufer leiden, nachdem sie einige Zeit verhältnismäßig ohne Beschwerden gesprochen, bzw. gesungen oder gerufen haben, vielfach an immer mehr zunehmenden Störungen, die in Paraesthesien und Schmerzen im Mund oder Hals, in Heiserkeit, einem Abnehmen der Kraft ihrer Stimme und Einschmelzen ihres Tonumfanges in erster Linie bestehen. Die Untersuchung der Organe ergibt entweder überhaupt keine oder nur solche Abnormitäten, die nicht genügen, um die Stimmstörung auf anatomischer Basis zu erklären. Die Hauptbedingung derselben ist vielmehr eine fehlerhafte Funktion, die wohl in der Regel mit einer übermäßigen Anstrengung beginnt und allmählich zu einem Erlahmen bestimmter Muskelgruppen, vor allem der Schließer der Stimmlippen und der Spanner derselben, führt.

Eine große Rolle bei der Entstehung von Stimmstörungen überhaupt und besonders bei der Phonasthenie spielt die *Atmung*, wenn auch keineswegs eine Atemstörung im Rahmen einer Stimmstörung als das primäre Uebel aufgefaßt werden muß (bei akuten Laryngitiden konnte ich unphysiologisch häufiges Einatmen und Atemverschwendung während des Sprechens und Singens nachweisen, Erscheinungen, die hier sicher als sekundär aufgefaßt werden müssen). Die pneumographischen Bilder, die von Stimmkranken in großer Zahl angefertigt wurden, ergeben meistens Verschwendung des aufgenommenen Atems und anderseits eine insuffiziente Einatmung; aber auch mangelhafte Ausnutzung des aufgenommenen Luftquantums und anderseits Heranziehung auch der letzten Reserven unter lebhaftem Pressen sind nicht selten. Solche Atemstörungen können sehr wohl phonasthenische Beschwerden im Gefolge haben. Sie können aber auch, wie erwähnt, als Folge anderer Störungen der Gesamtfunktion auftreten. Jedenfalls bedürfen sie bei der Therapie der größten Berücksichtigung, und man wird wohl in der Regel das Richtige treffen, wenn man Phonastheniker auch mit Atemübungen behandelt, die darauf abzielen, daß schnelle und tiefe Einatmungen von sparsamen und langsamen Ausatmungen gefolgt werden.

Sehr wichtig ist nach meiner Erfahrung die genaue Beachtung der Verhältnisse auch *der* Stimmfunktionen bei dem betreffenden Individuum, über deren Abnahme er sich nicht beklagt; meist weiß ein phonasthenischer Sänger nur von Beschwerden beim Singen, ein Redner nur von solchen beim Sprechen zu berichten. Ist es nun auch richtig, daß die andere Stimmgattung (Reden bei phonasth. Sängern, Singen bei phonasth. Rednern) vielfach wesentlich geringere Störungen aufweist als die erste, so finden sich doch auch in der Regel in ihr funktionelle Fehler, die, da es sich ja doch um ein und dasselbe Organ handelt, mit dem gesungen und gesprochen wird, nicht ohne ungünstigen Einfluß auch auf die andere Stimmgattung bleiben müssen. Ich habe ein Krankheitsbild, die sogenannte *rheseogene Phonasthenie*, beschrieben, welches darin besteht, daß eine tadellos geschulte Singstimme allmählich an Glanz und Kraft abnimmt, weil die Sprechstimme unrationell funktioniert und das durch Behandlung der Sprechstimme allein beseitigt wird. Was nun *die Behandlung* der funktionellen Stimmschwäche anbelangt, so sind es vor allem die von *Flatau* angegebenen elektrischen Behandlungsmethoden, die Hilfe schaffen; während der Patient einen der gestörten Töne produziert, sendet man entweder einen faradischen oder noch besser einen unterbrochenen galvanischen Strom, der so viele Unterbrechungen aufweist als der betreffende Ton Schwingungen hat, durch den Hals. Die einzelnen elektrischen Schläge scheinen als Innervationsimpulse zu wirken, die die gewünschte Anzahl von Stimmbandschwingungen und diese in gleichmäßiger Stärke zur Folge haben. Eine sehr einfache Methode, die ich benütze, unabhängig von mir hat sie der Gesangsmeister Siemerling in seiner Schule eingeführt, ist das Schütteln des Unterkiefers nach beiden Seiten während der Tongebung, wodurch vor allem übermäßige Anstrengungen zu verschwinden pflegen. Die für das Kieferschütteln notwendige Erschlaffung gewisser Halsmuskeln scheint sich wohltuend den übrigen Muskeln mitzuteilen; es gelingt auf diese Weise allmählich, auch ohne Kieferschütteln die habituelle Anstrengung zu vermeiden.

Eine wichtige Stimmstörung ist ferner die sogenannte *persistierende Fistelstimme*. Sie ist eine Folge der Mutation und deshalb nicht mit der Kastratenstimme zu verwechseln, der sie sehr ähnelt. Kastraten behalten ihre Kinderstimme, weil sie überhaupt keine Mutation durchmachen. Während der Mutation wächst der Kehlkopf unter anderem in der Richtung von vorne nach hinten und deshalb wachsen die Stimmlippen sehr lebhaft. Die Musculi vocales verlieren infolgedessen die Fähigkeit, all die fein abgestuften Spannungsgrade zu liefern, die den verschiedenen Tonhöhen entsprechen. Die Stimme wird infolge dieser Unfähigkeit tief und, um das zu vermeiden, werden oft instinktiv die Musculi cricothyreoidei kontrahiert, die, ebenfalls Spanner der Stimmlippen, nur sehr hohe Töne veranlassen. Gewöhnen sie sich daran, beim Reden immer die Spannung durchzuführen, so spricht der betreffende Mensch dauernd in Fistelstimme, was ihn unter anderem häufig dem Spott aussetzt. Auch hier hilft das Kieferschütteln oft überraschend schnell; sonst kann man auch einen frontalen Druck auf die Kante des Schildknorpels ausüben, durch den die vorderen Ansatzstellen der Stimmlippen den hinteren genähert werden, was einer Entspannung der Stimmlippen gleichkommt. Oft schon nach wenigen Tagen hat der Patient die Fähigkeit der relativen Entspannung der Stimmlippen, auch ohne noch von den genannten Hilfsmitteln Gebrauch machen zu müssen, erlernt.

Wir verlassen jetzt das Gebiet der Stimmstörungen, wollen aber vorher noch betonen, daß wir auf dem uns zur Verfügung stehenden Raum keine auch nur annähernd vollständige Darstellung dieses Gebietes zu geben vermochten, so wenig auch die folgenden Ausführungen über Sprachstörungen auf Vollständigkeit Anspruch erheben können.

Am ehesten wird uns ein kurzer Ueberblick über die häufigsten der Sprache beruht, die das Kind von seiner Umgebung hört. Diese Kindes verfolgen. Bei hochgradig herabgesetztem Gehör bleibt die normale Sprachentwicklung deshalb aus, weil diese auf Nachahmung der Sprache beruht, die das Kind von seiner Umgebung hört. Diese Stummheit wird Taubstummheit bzw. Stummheit bei Schwerhörigkeit genannt. Es muß erwähnt werden, daß auch schon sprechende Kinder etwa unterhalb des zehnten Jahres noch in Gefahr sind, die Sprache einzubüßen, wenn sie ertauben, wohl deshalb, weil die Klangbilder noch nicht genügend festsitzen, um ohne neue Speisung von außen reproduziert zu werden. In diesem Fall sowohl als bei angeborener, hochgradiger Schädigung des Gehörs muß die Taubstummenmethode einsetzen, die darauf beruht, daß man die Mundstellung des einzelnen Lautes sehen und die Luftbewegungen vor dem Munde, bzw. vor der Nase und am Halse fühlen läßt. Jedoch müssen, wenn irgendwelche Hörreste vorhanden sind, Hörübungen einsetzen, wie sie mein verstorbener Lehrer Urbantschitsch in mühevollen Versuchen ausgearbeitet hat. Wenn bei gutem Gehör das Wernickesche Lautklangbildzentrum oder das Brocasche Lautbewegungsbildzentrum oder die Bahnen zwischen diesen beiden oder endlich die zu den anderen begriffsbildenden Zentren führenden unterentwickelt oder lädiert sind, so folgt ebenfalls Stummheit, die man als Hörstummheit zu bezeichnen pflegt. Sie ist aber nicht selten bloß die Folge einer gewissen Unlust zum Sprechen und die Differentialdiagnose zwischen dieser letzten den früher genannten Formen ist sehr wichtig, weil bei mangelhaftem Willen jede systematische Lautbildung völlig verfehlt wäre. Hier muß man vielmehr durch Zeigen einfacher Bilder, zu denen man das entsprechende Wort sagt, wie dies Liebmann vorgeschlagen hat, die Lust des Kindes anregen. Bei Leitungsstörungen oder Störungen in den Zentren wird man hingegen je nach dem Sitz derselben entweder mit einer Art von Hörübungen oder aber mit der Taubstummenmethode vorgehen; wenn man Gesicht und Tastsinn heranzieht, so kann man eine für die Lautbewegungs-Vorstellung prädisponierte Gehirnpartie anregen, sowie ja normalerweise eine solche Partie von den Gehöreindrücken aus gereizt wird, nämlich die Brocasche.

Wenn auch die Aphasien manche Aehnlichkeiten mit der Hörstummheit zeigen, so sind es doch viel abwechslungsreichere Bilder, die bei Sprachverlust durch Schlaganfälle, Traumen usw. auftreten, und deshalb ist auch die Therapie vielgestaltiger. Der neueren Richtung in der Aphasieforschung, welche die Ausfälle nicht mehr durch Schädigung des Wortklangbild-, Wortbewegungsbild- oder des transkortikalen Zentrums und der Verbindungsbahnen erklärt wissen will, vielmehr der Meinung ist, daß Aphasien eine Störung vorstellen, die sich nicht nur auf die Sprache, sondern auf allerlei Ausdrucksmittel bezieht, hat die sprachärztliche Therapie schon längst Rechnung getragen. Sie hat es niemals versäumt, neben der eigentlichen Sprachbehandlung auch die sonstigen Ausdrucksmittel des Patienten und vor allem die Beziehungen des Affektes zu ihnen zu beeinflussen. Nichtsdestoweniger kann ich vom therapeutischen Standpunkte aus nur sagen, daß bei aller Würdigung der Auffassung der Aphasien als Störungen seelisch geistiger Kräfte, die nicht nur der Sprache dienen, trotzdem die alte Lehre der Praxis große Dienste erweist. Wenn etwa ein Fall bei gutem Sprachverständnis nicht mehr reden kann, so ist der rationellste Weg der, die Störung als eine der Lautbildung aufzufassen und nun unter Zuhilfenahme des Auges und des Tastgefühles, ähnlich wie bei Taubstummen, Laut um Laut zu entwickeln. Wenn anderseits das Sprachverständnis fehlt, der Betreffende aber — was nach seiner Fähigkeit nachzusprechen erkannt werden kann — Lautklangbilder des anderen erfaßt, so wird man therapeutisch so vorgehen, als ob in erster Linie ein mangelhaftes Wortgedächtnis vorläge, und wird unter Benutzung von Bildern, die man benennt, wieder einen Wortschatz entwickeln. Da aber die Aphasien in der Regel nicht vollkommen sind, so ist, wie erwähnt, die Behandlung außerordentlich vielgestaltig, da man einerseits das Fehlende ersetzen, anderseits aber immer von dem Vorhandenen ausgehen muß.

Die Sprachunvollkommenheit, die aus dem Fehlen oder der falschen Aussprache einzelner Laute oder (nach Stein) dem Ersatz eines durch einen anderen besteht, nennt man Stammeln; sie ist in einem gewissen frühen Alter physiologisch, doch soll mit längstens 4 bis 5 Jahren eine lautreine Sprache vorhanden sein; sonst liegt pathologisches Stammeln vor. Es gibt Menschen, die z. B. das R nicht sprechen können, andere, welche G und K durch D und T ersetzen usw. Die Therapie wird wieder in der Regel das Auge und das Tastgefühl zu Hilfe rufen oder aber mit Sonde und Spachtel die richtige Mundstellung erzeugen. Zweier großer Gruppen von Sprachstörungen, die zum Stammeln gehören, sei ausführlicher gedacht, nämlich der Rhinolalien und der Sigmatismen. Die Rhinolalien teilt man in apertae, clausae und mixtae. Die erste Form ist die Folge einer pathologischen Kommunikation zwischen Mund und Nasenhöhle, die sowohl im Bereich des harten als auch des weichen Gaumens vorhanden sein kann. Ein gummöses Loch etwa des Palatum durum oder ein Wolfsrachen machen den bei nicht Nasenlauten nötigen Verschluß zwischen Mundhöhle und Nasenhöhle unmöglich. Denselben Effekt haben Lähmungszustände des weichen Gaumens, die häufig nicht organischer (wie etwa nach Diphtherie oder Enzephalitis) sondern funktioneller Natur sind und sich in diesem letzten Falle meist nur auf die Sprechfunktion und nicht auch auf die Schluckfunktion des Velums erstrecken. Die Therapie organischer Defekte des Gaumens ist naturgemäß in erster Linie eine chirurgische oder stomatologische, doch wird, besonders wenn auch der weiche Gaumen von dem Defekt befallen war, eine logopädische nachfolgen müssen. Ausschließlich logopädisch ist sie bei Lähmungszuständen des Velums und hier sowohl als dort besteht sie aus einer Kombination von Elektromassage des weichen Gaumens mit Artikulationsübungen. Besonders Abwärts-Stoßen der Arme während der Aussprache einzelner Silben ist eine zweckmäßige Unterstützung bei der Erziehung des weichen Gaumens zu seiner physiologischen Funktion. Man kann sich vorstellen, daß der kräftige Impuls während des Armstoßens sich auch dem Velum mitteilt, daß sich dann immer kräftiger hebt. Auch die Paraffininjektion in die hintere Rachenwand ist ein von mir häufig gebrauchtes Verfahren, welches beabsichtigt, daß, da das gelähmte Velum sich nicht zur Rachenwand bewegt, diese mit einer Vortreibung ihm entgegenkommt. Die Rhinolalia clausa kann wieder organisch oder funktionell bedingt sein. Wucherungen der Nase oder des Nasenrachenraums z. B. verhindern nicht nur manchmal das Durchgehen der Luft durch die Nase, das die Aussprache der Nasallaute mitbedingt, sondern sie stören auch das Mitschwingen der Luft, das auch bei den stimmhaften Nichtnasallauten stattfinden muß, die sogenannte Nasenresonanz. Aber auch unzweckmäßige Kontraktionszustände gewisser Muskeln innerhalb des Ansatzrohres, unter anderen der des weichen Gaumens, können zu einem ähnlichen störenden Klang führen wie Wucherungen und dann müssen sie durch Uebungen, die in der Regel am gesamten Sprechapparat ansetzen müssen, beseitigt werden. Die Rhinolalia mixta endlich ist eine Kombination der beiden früher beschriebenen Formen und äußert sich in einem abwechselnden Auftauchen beider. Hier muß eine nasenärztliche Behandlung der sprachärztlichen vorausgehen.

Zum Stammeln gehören auch, wie erwähnt, die verschiedenen Formen des Sigmatismus, von denen wir einige besprechen wollen. Unter diesem Ausdruck versteht man eine fehlerhafte Bildung der S-Laute. Physiologisch entsteht ein S, indem die Spitze der leicht gehobenen Zunge in unmittelbare Nähe der Schneidezähne zu liegen kommt oder die unteren Schneidezähne berührt. Längs des vorderen Teiles der Zunge bildet sich in ihr, entsprechend der Mittellinie, eine Rinne, durch welche die Sprechluft streicht, um den Mund genau in der Mitte zu verlassen. Die Lippen sind mäßig in die Breite gezogen und das Gaumensegel ist gehoben, berührt die hintere Rachenwand und verschließt so der Sprechluft den Zugang in die Nase. Man unterscheidet scharfe und weiche S-Laute. Jene sind stimmlos, diese enthalten Stimme, weil die Luft bei ihrem Austritt aus dem Kehlkopf die Stimmbänder in rhythmische Schwingungen versetzt. Preßt ein Mensch die Zungenspitze an die oberen Schneidezähne, so kann die Luft nicht mehr in dünnem Strahl entweichen. Deshalb klingt dieses S nicht so konzentriert wie ein normales. Man bezeichnet die Sprachstörung als Sigmatismus addentalis. Schiebt sich die Zungenspitze zwischen beide Zahnreihen, so kann die Luft nur an beiden Seiten, also geteilt, aus dem Munde entweichen oder, wenn kein fester Kieferschluß entsteht, wieder nur über die ganze Breite der Zunge. Das ist der Zustand bei dem sogenannten Sigmatismus interdentalis. Wenn sich ein Rand der Zunge stärker als der andere hebt und die Luft nun auf einer Seite mehr als auf der anderen den Mund verläßt, so entsteht der Sigmatismus lateralis. Eine andere Art des Sigmatismus beruht auf falscher Funktion des Gaumensegels. Besorgt dieses nämlich, während der S-Laut gesprochen wird, den Abschluß zwischen Mund- und Nasenhöhle nicht, so entweicht die Luft oder doch der größte Teil durch die Nase. Die Patienten erzeugen gleichzeitig ein eigentümliches

Reibegeräusch, eine Art Schnarchlaut. (Siehe dazu H. Sterns Monographie: „Der Sigmatismus nasalis“. Arch. f. Laryngol., Bd. 34.)

Eine einfache Methode, die gegen jeder dieser Formen verwandt werden kann, habe ich vor einigen Jahren beschrieben. Man läßt den Patienten ein F sagen und zieht die Oberlippe stark nach oben, die Unterlippe ebenso nach unten. Dann geht die Luft zwischen den Zahnreihen heraus, ohne die Unterlippe zu berühren und dieser Reibelaut ist ein S oder ähnelt ihm doch sehr. Allmählich kann man zu Silben- und Wortübungen fortschreiten, wobei es anfangs ratsam ist, zwischen das S und einen nachfolgenden Vokal H einzuschieben, also z. B. „bessher“; später kann man dieses H verkürzen, bis es unhörbar wird.

Haben wir uns schon bei den oben beschriebenen Krankheitsbildern unter dem Zwang des zur Verfügung stehenden Raumes damit begnügen müssen, nur grobe Umrisse zu entwerfen, so wird das um so mehr bei dem Leiden notwendig sein, auf das wir jetzt eingehen, da es außerordentlich vielgestaltig ist und sich deshalb nur schwer zu einer kurzen schematischen Darstellung eignet. Das Stottern, über das wir jetzt sprechen wollen, beginnt in der Regel in der frühen Kindheit und entwickelt sich allmählich zu einem immer qualvolleren Leiden. Ich will nun versuchen, die Ergebnisse meiner Untersuchungen, die in bester Uebereinstimmung mit denen von Denhardt und Hoepfner stehen, nämlich die einzelnen Stadien in Kürze zu beschreiben, muß jedoch betonen, daß mit dieser Beschreibung weder die Symptomatologie noch die Bedingungen, die zu den einzelnen Symptomen führen, erschöpfend behandelt werden können. Ein Kindchen mit lebhaftem Sprechdrang, aber relativ geringem Wortschatz oder geringer syntaktisch-grammatikalischer Uebung kommt, zumal in Momenten starker Affektivität, manchmal in die Lage, weiter sprechen zu wollen, ohne doch das nächste Wort oder seine grammatische Form schon zu wissen. Dabei treten dann Silbenwiederholungen der letzten noch sicher gewußten Silbe auf. Da unsere Sprachwerkzeuge einen Bewegungstyp leicht gewohnheitsgemäß annehmen und da ferner die Ausfallserscheinungen, die das Silbenwiederholen nach sich ziehen, eine Zeitlang noch vorhanden sind, pflegen sich die Silbenwiederholungen allmählich zu häufen. Es ist charakteristisch, daß sie, wie ich gezeigt habe, ganz im Tempo der übrigen Rede ablaufen, was an und für sich schon gegen die Auffassung spricht, daß das Stottern ein Krampfleiden sei, denn es ist nicht einzusehen, warum sich ein Krampf an das Tempo der normalen Funktion halten solle. Sei es durch die erschreckte Umgebung, sei es durch eigene hypochondrische Veranlagung, wird sich manches dieser Kinder bald der Eigenheit seiner Sprache bewußt, wobei natürlich nicht die psychologische Quelle, sondern nur die abnorme Bewegung vor den Augen des Patienten zutage liegt, weshalb er sowohl als auch seine Umgebung an eine Sprechschwierigkeit zu glauben beginnen. Gegen sie rüstet sich nun der kleine Patient mit motorischer Kraft, d. h. er sucht die auftauchenden Silbenwiederholungen mit Pressen im Stimm- und Artikulationsapparat zu überwinden. Nennen wir die Wiederholungen kurz Kloni und übermäßige Muskelanstrengungen, also das Pressen Toni, so zeigt dieses Stadium eine Vermengung beider, die wir je nach dem Vorherrschen des einen oder des anderen Elementes Klonotoni oder Tonokloni nennen. Es ist bezeichnend, daß diese vorerst gegenüber dem Normaltempo der Rede verzögert sind, weil ja die Anstrengung geeignet ist, den schnellen Ablauf zu bremsen. In dieser Zeit treten auch Störungen der Atmung zutage, die wohl Folgeerscheinungen des Pressens sind. Dieses tritt immer mehr in den Vordergrund, bis es schließlich vielfach ohne Wiederholungen vorkommt; das Symptom des reinen Tonus besteht in einer übermäßig starken und übermäßig lang dauernden Artikulation, wobei dann in der Regel Grimassen und andere sogenannte Mitbewegungen auftauchen, wie Verdrehen des Kopfes oder der Augen, Stoßen mit Händen und Füßen und ähnl. Manche Patienten berichten, daß sie diese Bewegungen willkürlich machen, weil sie dadurch leichter sprechen können. Wir sind mit Stockert der Meinung, daß die Ablenkung der Aufmerksamkeit von dem Punkt der verstärkten Artikulation, die durch derartige Mitbewegungen erfolgt, die Erleichterung der Sprache bedingt, denn das Hinlenken der Aufmerksamkeit auf die Artikulation ist es ja, welche die Artikulationsstörung verursacht. Es muß erwähnt werden, daß sowohl in diesem wie auch in allen anderen Stadien in der Regel neben dem zuletzt aufgetauchten Symptom auch die früheren in der Regel bestehen bleiben, daß also z. B. neben dem reinen Tonus auch noch der verlangsamte Tonoklonus und der reine Klonus bestehen können. Zu den Mitbewegungen gehören auch die sogenannten Embolophrasien, d. s. Flick-Laute, -Silben und -Wörter, die nicht zum Sinn der Rede gehören, sondern ebenfalls den Zweck zu haben scheinen, die vermeintlichen Schwierigkeiten überwinden zu helfen. Die Patienten dieses Stadiums sind in der Regel etwa 10 Jahre alt. Bald tritt eine neue Erscheinung, der beschleunigte Tonoklonus auf und häufig gleichzeitig der verlangsamte Klonus. Jener spricht wohl für außerordentliche Uebung bei der Erzeugung des Tonoklonus, den beschleunigt zu machen, wie man an sich selbst erproben kann, nicht einfach ist, während der verlangsamte Klonus scheinbar den Wert einer mit dem Sprachlaut verbundenen Mitbewegung hat. Diese relativ unauffällige Mitbewegung und ebenso schon gewisse unauffällige Embolophrasien leiten das Stadium des Kaschierens ein, in welches im allgemeinen Stotterer in der Regel jenseits der Pubertät zu kommen pflegen und das, ausgebildet, oft nur als manirierte oder langsame Sprache imponiert, die keines der Symptome mehr verrät, welche wir früher kennen gelernt haben. Die Patienten, deren psychisches Leiden, nämlich der Glaube an die eigene Unfähigkeit, normal zu sprechen, keineswegs geschwunden ist, haben allmählich ein Sprechsystem konstruiert, das dem der Normalmenschen äußerlich möglichst ähnelt. Sie vermeiden die für sie schwierigen Laute, machen ganz unauffällige Mitbewegungen, schweigen gelegentlich und sprechen wieder ein andermal in dem Bedürfnis, schwierigen Worten auszuweichen, ganz fließende Sätze, die aber nicht das ausdrücken, was sie eigentlich sagen wollten. Unter all diesen unheilvollen Einflüssen verwandelt sich nicht nur die Psyche des Kranken in eine von der Norm sehr abweichende, sondern auch sein Denken gewöhnt sich, sich nicht mehr der Logik, sondern der relativen Leichtigkeit der Worte anzupassen (Verschiefung der Logik nach Hoepfner), mit einem Worte, ein Stotterer in einem halbwegs fortgeschrittenen Stadium des Leidens ist ein nur scheinbar körperlich Kranker, der aber in Wirklichkeit körperlich völlig gesund sein kann, jedoch an einer schweren psychisch-geistigen Abnormität leidet. Ehe wir nach dieser kurzen Schilderung die Symptomatologie verlassen, müssen wir noch erwähnen, daß durch gewaltige Traumen, wie sie der Krieg oft genug gezeitigt hat, ein Stottern auftreten kann, das mit einem Schlage eine ganze Reihe der Symptome aufweist, die das früher beschriebene, das sogenannte Entwicklungsstottern, erst allmählich zeigt.

Ich muß mich bezüglich der Therapie damit begnügen, nur ein System kurz zu beschreiben, und wähle das von mir eingeführte. Wer sich über die genauere Literatur informieren will, sei verwiesen auf: H. Guzmann, Sprachheilkunde, 3. Aufl., Berlin 1925, und E. Fröschels, Lehrbuch der Sprachheilkunde, 2. Aufl., Wien und Leipzig, 1925.

Ich erkläre dem Patienten, daß der Sprecher durch Ausatmen die Luft des Zimmers in Bewegung setzt und diese das Trommelfell des Zuhörers trifft, weshalb er den Sprecher hört. Sprechen ist also vor allem Ausatmen. Die Sprecheinatmung ist oft viel ausgiebiger als die gewöhnliche und die Sprechausatmung möglichst sparsam, damit man mit ihr lange auskommt. Deshalb sind Uebungen der Atmung dieser Art gut. Es folgten 3 bis 4 Atemübungen nach der Schreberschen Zimmergymnastik mit tiefer In- und gleichmäßiger, langsamer Exspiration. Sodann vergleiche ich das Anblasen des Kehlkopfes mit dem einer Schaffnertrompete und lasse langgezogen. wie bei den früheren Atemübungen, und ebenfalls bei weitgeöffnetem Munde tönend ausatmen. Während einer solchen lauten Ausatmung halte ich meine Hand wie eine Röhre vor den Mund des Patienten, indem ich mit der Daumenspitze die des Zeigefingers berühre und auch die übrigen Finger gegen die Handfläche krümme. Je mehr ich die Röhre verenge, also die Spitze der Finger 3, 4 und 5 der Handfläche nähere, um so mehr ähnelt die laute Ausatmung zuerst einem O und dann einem U. So erkläre ich den Einfluß resonatorischer Höhlen auf die laute Ausatmung. „Eine Höhle nun“, sage ich, „deren Gestalt noch weit veränderungsfähiger ist als die Hand, ist der Mund. Nähert man während eines lauten Exspiriums, das bei weitgeöffnetem Munde beginnt, die Unterlippe langsam der Oberlippe, so entstehen der Reihe nach die Laute: A, Ae, E, I, Oe, Ue, O, U, W, B und M. Sie sind also nichts, wie immer dieselbe laute Ausatmung bei etwas weiterer oder engerer Lippenöffnung. Das W z. B. ist ein A mit engerer, das E ein U mit weiterer Oeffnung. Man kann die Mundhöhle auch durch Heben der Zungenspitze gegen den vorderen Teil des harten Gaumens verengen. Atmet man während dieser Bewegung laut aus, so entstehen J, weiches S, tönendes Sch (französisches J), das Zungenspitzen-R, D, L und N. Endlich kann auch der Zungenrücken, indem er sich dem Gaumen nähert, den Ton der lauten Ausatmung verändern: Zungenrücken-R *) und -G. Alle diese Laute unterscheiden sich also nur durch geringere oder größere Annäherung und sind im Grunde nichts als ein tönender Ausatmungsstrom, der einmal durch ein breites, einmal durch ein enges Bett fließt. Atmet man leise aus, so entsteht durch Annäherung der Unter- an die Oberlippe F und P, durch Hebung der Zungenspitze das vordere Ch, das scharfe S, das Sch und das T, durch Hebung des Zungenrückens das hintere Ch und das K. Die Mundstellungen von W und F, B und P, J und vorderem Ch, weichem und scharfem S, französischem J und Sch, D und T, G und K sind einander gleich." Die Erklärung dieser Vorgänge beansprucht nicht mehr als 3 oder 4 Sitzungen von je 20 Minuten. Von besonderem Werte scheint mir der hier durchgeführte Beweis der phonetischen Zusammengehörigkeit der sog. Vokale und Konsonanten zu sein, da die allermeisten Stotterer nur bei der einen oder anderen Gruppe Schwierigkeiten haben. Das ist sicherlich u. a. auf die strenge Scheidung, welche die Schule zwischen „Vokalen" und „Konsonanten" macht, zurückzuführen. Danach lasse ich durch eine Woche nach tiefer Einatmung sinnlose Silbenverbindungen (täglich 5 mal je 2 bis 3 Minuten) sprechen, wie sie dem Patienten einfallen, etwa „rodanimanokapilu", wobei er darauf achten soll, wie in der Tat nichts erfolgt als eine durch spielende Hebungen von Lippen oder Zunge veranlaßte Kompression eines leisen oder lauten Atmungsstromes. Um möglichste Aufmerksamkeit darauf zu erzielen, lasse ich die Augen schließen. Sinnlose Silben statt Worte sind deshalb angezeigt, damit der Sinn der Worte die Aufmerksamkeit von dem Atemvorgang nicht ablenke.

In der nächsten Woche beginnt Lesen, Nacherzählen des Gelesenen und darauf Konversation. Der Patient wird daran erinnert, daß Worte nur Silben und Silbenverbindungen sind, also wieder nur modifizierte Ausatmung. Ergibt sich bei irgend einem Laut eine Schwierigkeit, so wird sofort darauf hingewiesen, daß sie unbegründet sei, da dieser Laut sich prinzipiell in keiner Weise von anderen unterscheide. Wenn D etwa nicht korrekt gelingt, so sage ich: „D ist doch ein E, bei dem die Zungenspitze statt der Unterlippe den Ausatmungsstrom komprimiert." Meine erste Veröffentlichung über die Therapie habe ich mit folgenden Worten geschlossen: „M. E. ist das Wesen dieser Behandlungsart als gut zu bezeichnen."

Man erkennt, daß die Grundlage der beschriebenen Therapie die Ansicht ist, man könne krankhafte psychische Zustände mit der Vernunft beseitigen. Man ruft den Kranken zur Pflicht, nicht zu fürchten, was die Vernunft als harmlos erkannt hat. Damit ist eine Einstellung zur Welt angebahnt, die sich leicht dahin ausbauen läßt, daß es überhaupt gilt, allen Gegebenheiten kritisch und besonnen entgegenzutreten, um sie zu bekämpfen, wenn es not tut und möglich ist, sie gelassen hinzunehmen, wenn sie übermächtig sind. Eine derartige Beeinflussung der Psyche unserer Kranken wird aber fast immer notwendig sein, da neben jeder solchen Sprachstörung in der Regel andere psychische Störungen bestehen. Mit diesen wenigen Worten sollte, da hier nicht Raum zu Ausführlicherem vorhanden ist, nur angedeutet werden, daß die rein sprachliche Therapie nur ein Teil der Behandlung von Stotterern ist.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für einen Krebs der Bauchspeicheldrüse abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1876 geborene Tagner P. B. diente von 1897/99 aktiv, wurde im August 1914 eingezogen und kam im März 1915 wegen Lungenspitzenkatarrh und Herzmuskelerkrankung ins Lazarett, aus dem er Anfang Juli entlassen wurde 1916 kam er wegen Ruhr im Oktober wieder ins Lazarett und wurde als garnisonverwendungsfähig im Februar 1917 daraus entlassen.

1918 im November ist er endgültig entlassen worden. 1924 im November bemerkte er eine rapide Gewichtsabnahme. Der behandelnde Arzt bescheinigt, daß er seit seiner Entlassung wegen eines Magen- und Darmleidens, Folge einer Ruhr, in Behandlung stand, „das Leiden hat sich später in eine Neubildung der Bauchspeicheldrüse umgewandelt". Er kam dann in Behandlung zu Prof. H., der einen inoperablen Krebs der Bauchspeicheldrüse feststellte, an dem er im Oktober 1925 starb. Die Invalidenakten ergaben, daß er schon jahrelang magenkrank war, und daß er wegen Verschlimmerung dieses Magenleidens invalidisiert wurde. 1925 im April stellte er einen Versorgungsantrag unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses, wonach B. seit Ende des Krieges bei Dr. B. in Behandlung stand. Die Nachforschungen haben ergeben, daß B. erst im Oktober 1919 in die Behandlung des Dr. B. kam und zwar wegen Magendrücken, Aufstoßen und Unterleibsbeschwerden. Er wurde damals in der Sprechstunde behandelt und kam in den folgenden Jahren hie und da wegen derselben Beschwerden, bis 1924 eine Verschlimmerung eintrat.

Es liegen folgende Tatsachen vor: B. hat im Oktober 1916 eine Ruhr durchgemacht, wegen der er im Februar 1917 als garnisonverwendungsfähig entlassen wurde. 1 Jahr nach seiner Entlassung 1918 ist er, wie durch die ärztliche Bescheinigung festliegt, wegen eines Magen- und Darmkatarrhs in Behandlung getreten. Die Behandlung war zunächst eine ambulante und nach den ärztlichen Zeugnissen nur kurz, und die Beschwerden haben sich nur zeitweise gezeigt. Er wurde nicht wegen der Ruhr, sondern wegen seiner Lungen- und Herzkrankheit — er überstand 1912 eine Lungenentzündung — für dauernd garnisonverwendungsfähig erachtet. 1925 ist ein Krebs der Bauchspeicheldrüse festgestellt.

Es ist nun sehr wohl wahrscheinlich, daß die ersten Beschwerden 1 Jahr nach der Entlassung noch mit der Ruhr zusammenhängen, die 1916 überstanden wurde; allerdings traten derartige Erscheinungen während des Garnisondienstes nicht auf. Die Erfahrung lehrt, daß die Ruhr sehr häufig eine mehr oder weniger lang, selbst jahrelang dauernde Verminderung der Magensäure hinterläßt und dadurch zu Beschwerden führt, wie sie B. angab. Sie lehrt ferner, daß die Ruhr wohl im unteren Darmabschnitt Geschwüre und Narben schaffen kann, welche ebenfalls oft noch längere Zeit Beschwerden machen. Es ist aber bis jetzt noch nicht festgestellt, daß die Ruhr Veranlassung zu Krebsbildung gibt, insbesondere widerspricht die Auffassung des behandelnden Arztes, daß sich das Leiden, nämlich die Ruhr, in eine Neubildung der Speicheldrüse umgewandelt hat, vollkommen der ärztlichen Erfahrung.

Die Ursachen des Krebses sind heute noch nicht klargelegt. Man weiß vom Bauchspeicheldrüsenkrebs, daß er nicht so sehr selten ist und daß er im allgemeinen verhältnismäßig rasch verläuft. Nach der heutigen Auffassung beruht der Krebs auf einer Anlage.

Es ist hier die Frage zu beantworten, ob sich der Krebs der Bauchspeicheldrüse aus den im Felde überstandenen Krankheiten, insbesondere aus der Ruhr entwickelt haben kann. Diese Frage ist zunächst zu verneinen, denn, wie schon betont, befällt die Ruhr im wesentlichen den unteren Darmabschnitt, und es wäre z. B. möglich, daß sich mit der Zeit aus einem Darmgeschwür im Rektum bei vorhandener Anlage zu Krebs ein Krebs entwickeln könnte, wenn die übrigen Bedingungen dazu gegeben sind, nicht aber würde dies für einen Pankreaskrebs zutreffen und zwar als Ruhrfolge.

Jedenfalls kann man nicht daraus, daß nach dem Kriege etwa 1 Jahr nach der Entlassung Erscheinungen eines Magen- und Darmkatarrhs aufgetreten sind, schließen, daß diese Erscheinungen 1919 schon die Vorläufer eines im allgemeinen sehr rasch verlaufenden Pankreaskrebses gewesen sind. In diesem Falle wäre es wesentlich viel früher zu einem Zerfall gekommen, weil der Krebs der Bauchspeicheldrüse an sich ziemlich rasch verläuft, auch wären wesentlich viel früher andere Erscheinungen aufgetreten.

Es handelt sich hier um zwei ganz verschiedene Leiden, einmal um eine Ruhr, die 1916 im Felde erworben wurde und wahrscheinlich in den Jahren nach der Entlassung noch Erscheinungen machte. Dann um einen Bauchspeicheldrüsenkrebs, der erst wesentlich viel später im Jahre 1924 oder vielleicht schon im Jahre 1923 aufgetreten, 2 Krankheiten, die gar nicht mit einander in ursächlichem Zusammenhang stehen. Wann der Krebs seinen Anfang genommen hat, läßt sich heute auf Grund der ärztlichen Zeugnisse mit Be-

---

*) Beim R sowohl als auch sonst vernachlässige ich, wie man sieht, einzelne physiologische Vorgänge, eben um des Zweckes willen. So spreche ich nicht von der Hochstellung der Zunge beim J. Ich erwähne eben nur die dem Patienten auffallendsten Bewegungen, denn gerade sie sind Gegenstand seiner pathologischen Aufmerksamkeit und deshalb fallen sie ihm schwer.

stimmtheit nicht mehr sagen. Aber mit aller Wahrscheinlichkeit läßt sich sagen, daß die allgemeinen Erscheinungen von Seiten des Magens und Darms 1919 mit der Ruhr, und nicht mit dem Krebs zusammenhingen. Dabei ist zu bedenken, daß die Erscheinungen bei Magen- und Darmkrankheiten ziemlich gleichförmig sind, daß aber bei einem Krebs der Bauchspeicheldrüse doch auch andere Erscheinungen sehr bald aufzutreten pflegen, die über die allgemeinen, oben genannten, hinausgehen. Nach diesen Ausführungen ist der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod unwahrscheinlich.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und angeblicher Sepsis abgelehnt.

Von

Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte:

Der 1895 geborene Schuhmacher K. H. wurde im Mai 1915 eingezogen, kam im November wegen einer Granatsplitterverletzung des rechten Handrückens mit zurückbleibender Bewegungsunfähigkeit des linken Daumens für etwa 4 Wochen ins Lazarett, war im Februar und März 1916 wegen Rachenmandelvergrößerung ebenfalls etwa 4 Wochen in Lazarettbehandlung und wurde im Juni durch Art.-Geschoß am linken Unterkiefer verwundet, weshalb er etwa 4 Monate in Lazarettbehandlung stand. Das Krankenblatt hierüber fehlt. Nach den Aufzeichnungen handelte es sich um einen Schußbruch des Unterkiefers links. Er wurde am 27. 10. als kriegsverwendungsunfähig entlassen, und kam dann wieder ins Feld. Im November 1918 erkrankte er wenige Tage an Grippe und wurde am 28. 11. endgültig aus dem Militärdienst entlassen. Vom 11. Februar bis 1. August 1919 diente er als Freiwilliger bei der Reichswehr. 1922 stellte er einen Antrag wegen Versorgung für Kieferschuß, Verwundung am rechten Daumen und Magenbeschwerden. Bei der Verletzung im Kriege wurde der 2. und 3. Zahn links unten eingebüßt, die anderen fehlenden Zähne gingen durch Zahnfäule verloren, wofür Dienstbeschädigung nicht angenommen wurde. Das zahnfachärztliche Gutachten sagt aus, daß der Kieferbruch mit Verschiebung gut verheilt sei, und daß die Verschiebung etwa eine Zahnbreite im Unterkiefer betrage. Eine Erwerbsminderung wurde für die Folgen der Verwundung nicht angenommen, ein Magen- und Darmleiden konnte nicht festgestellt werden.

Es liegt ein zahnärztliches Zeugnis vor vom 28. 2. 26., wonach H. am 8. 1., nachmittags, wegen Schmerzen über dem linken Auge seit etwa 2 Tagen in der Sprechstunde ärztlich beraten wurde. Er klagte über starke Kopfschmerzen und beim Kauen über leichte Schmerzen in der Gegend des linken Ohres. Der behandelnde Arzt stellte kein Fieber und über der linken Unterkieferseite eine alte, reaktionslose, mit dem durch Callus verdickten Unterkieferknochen teilweise verwachsene Schußnarbe (Kriegsverwundung) fest. Das linke Unterkiefergelenk war etwas druckschmerzhaft, das linke obere Augenlid gerötet und stark geschwollen. Ein Abszeß war nicht nachweisbar. Es wurden Bohrwasserumschläge verordnet.

In der Nacht vom 8. auf den 9. Januar trat Schüttelfrost und Fieber bis 40° auf, am andern Morgen stark beschleunigte Atmung, Husten, schleimig-eiteriger Auswurf von gelblicher Farbe ohne Blutbeimischung. Ueber dem rechten Unterlappen etwa drei querfingerbreite Dämpfung, Bronchialatmen und Knisterrasseln. Stimmfremitus nicht abgeschwächt. Am Herzen leises, systolisches Geräusch.

Verordnung: Brustwickel, Mixtura solvens, Digitalis, Omnadineinspritzung, abends starker Schüttelfrost: intravenöse Collargoleinspritzung. Am nächsten Tag starke Delirien, ab und zu Zuckungen der rechten Hand. Am 11. Januar: Verfallenes Aussehen, schwere Benommenheit, fliegender, sehr dünner Puls, bläuliche Gesichtsfarbe, stark beschleunigte Atmung, ständig Schweiß. Abends Collaps.

Der behandelnde Arzt sagt weiter: Trotz Koffein, Kampfer und Strophantin in der Nacht vom 11. bis 12. Januar moribunter Zustand. Tod am 12. Januar kurz nach Mitternacht.

Er stellt folgende Diagnose: Sepsis, ausgehend von einer Zellgewebsentzündung (Phlegmone des linken oberen Augenlids mit bronchopneumonischen Herd im rechten Unterlappen und wahrscheinlich septische Hirnembolie). Da die Lidphlegmone auf der Seite der alten Kieferschußnarbe entstanden ist, liegt die Annahme nahe, daß letztere (vielleicht ein Sequester?), also die Kriegsdienstbeschädigung, die Sepsis verursacht hat.

Die Witwe sagt in ihrem Antrag, H. sei infolge seiner Kopfverletzung gestorben.

Beurteilung:

Es handelt sich um einen Mann, der im Kriege u. a. einen Schußbruch am linken Unterkiefer infolge von Verwundung erlitt, welcher mit einer Verschiebung des Unterkiefers um etwa Zahnbreite völlig ausheilte, so daß er als kriegsverwendungsfähig entlassen wurde und damit ohne Folgen bis zum Schluß des Krieges Dienst getan hat. Nach seiner Entlassung 1918 hat er noch etwa sechs Monate bei der Reichswehr gedient und ist dann an den Folgen dieser Verwundung späterhin nicht erkrankt. Im Januar und zwar am 6. verspürte er Schmerzen über dem linken Auge. Zwei Tage später wurde Rötung und Schwellung des linken oberen Augenlides festgestellt und in der Nacht trat unter Fieberanstieg ein Schüttelfrost auf; am nächsten Morgen wurde eine Verdichtung über dem rechten Unterlappen festgestellt. Der übrige Verlauf ist nach dem Bericht des behandelnden Arztes oben wiedergegeben.

Aus diesem Bericht ist zunächst zu entnehmen, daß es sich hier um eine Lungenentzündung gehandelt hat. Der Tod ist durch Nachlaß des Herzens infolge Ueberlastung, wie dies bei Lungenentzündungen nicht selten der Fall ist, nach drei Tagen eingetreten, das Herz hat dabei rein mechanisch versagt.

Der behandelnde Arzt bringt die Rötung und Schwellung des oberen linken Augenlids, die zwei Tage vorher bemerkt wurde, in Zusammenhang mit der Lungenentzündung. Aus seinem Bericht ist dies jedoch nicht ohne weiteres zu schließen. Insbesondere geht daraus nicht mit Klarheit hervor, ob nicht die Schwellung des oberen Augenlides und die Lungenentzündung zwei zufällig zusammentreffende Zustände waren. Aus dem weiteren Verlaufe läßt sich nach dem vorliegenden Berichte auch nicht eindeutig auf eine Sepsis schließen, zumal da nach dem Berichte des behandelnden Arztes die lokale Entzündung am Augenlid anscheinend wieder zurückging. Vielmehr hat es sich nach der Schilderung mit aller Wahrscheinlichkeit um eine akute Lungenentzündung gehandelt.

Der weitere Schluß des behandelnden Arztes, daß, weil die Lidphlegmone auf der Seite der alten Kieferschußnarbe entstand, die Sepsis durch die Kriegsdienstbeschädigung, nämlich die völlig reaktionslose Narbe am linken Unterkiefer, verursacht worden sei, hält nach den vorliegenden Unterlagen wissenschaftlichen Erwägungen nicht stand. Gewiß gibt es Fälle von rasch verlaufender Sepsis, auch Fälle von Sepsis, in deren Verlaufe es zu einer Lungenentzündung kommt. Aber nur sehr selten so rasch wie hier, schon nach zwei Tagen. Es ist deshalb der Erfahrung entsprechend wahrscheinlicher, daß es sich hier um zwei nebeneinander herlaufende Fälle, eine Lungenentzündung und eine zufällig dabei vorher auftretende lokale Entzündung am oberen Augenlide gehandelt hat.

Doch ist dies bei der Beurteilung gar nicht ausschlaggebend. Es handelt sich vielmehr lediglich um die Frage, ob die lokale Entzündung am oberen linken Augenlid, die Lidphlegmone in ursächlicher Beziehung steht zu der Narbe am linken Unterkiefer infolge der Schußverletzung 1916.

Weder der Verlauf nach der Verwundung, noch der Zustand beim Eintritt in die Behandlung am 8. 1. 26., noch die 1922 vorgenommene amtsärztliche Untersuchung, bei der der Unterkieferbruch vollkommen gut verheilt war, keinerlei Entzündungserscheinungen vorlagen, vielmehr eine völlig reaktionslose Narbe, noch der Bericht des behandelnden Arztes vom Februar 1926 geben eine Unterlage dafür, daß am Unterkiefer links an der Stelle des alten Schußbruches ein Sequester bestand. Nach wissenschaftlicher Erfahrung wären mit Sicherheit in diesem Falle Eiterungen und Beschwerden von Seiten des Sequesters am Unterkiefer aufgetreten, und zwar im Anschluß der Verwundung und später. Beides war aber nicht der Fall. Eine Sepsis, wenn sie wie hier von einem Eiterherd im Knochen ausgehen soll, muß, solange dieser Eiterherd besteht, nicht zu verkennende meist länger dauernde Erscheinungen machen, die sich irgendwie nach außen hin zeigen. Diese Erscheinungen fehlen aber hier.

Die im Bericht des behandelnden Arztes angegebenen Schmerzen in der Gegend des Ohres sind wohl Folgen der regionären Lymphdrüsenentzündung durch die Schwellung des linken Augenlids.

Es liegt also nach den Unterlagen nicht der geringste Anhaltspunkt dafür vor, daß die Entzündung des linken oberen Augenlids von dem gut verheilten Bruch des linken Unterkieferrestes ausging. Der behandelnde Arzt schildert ja auch in seinem Bericht sowohl die Narbe als völlig reaktionslos, wie auch die Bruchstelle. Die Druckempfindlichkeit im linken Unterkiefergelenk ist erfahrungsgemäß ebenfalls auf die Entzündung des oberen Augenlides infolge der regionären Lymphdrüsenentzündung zurückzuführen. Jedenfalls kann man aus den Unterlagen keineswegs auf einen Sequester oder einen Entzündungsherd im Herzen schließen.

Nach diesen Ausführungen handelt es sich sowohl bei der Entzündung des linken oberen Augenlids wie bei der Lungenentzündung um Neuerkrankungen, die völlig unabhängig sind von der 1916 erlittenen Schußverletzung am linken Unterkiefer.

Demnach ist der ursächliche Zusammenhang zwischen Tod und D. B. in hohem Grade unwahrscheinlich.

Medizinisch-rechtlicher Teil.

Bearbeitet von
Dr. J. FRANKFURTER, Leipzig.

Ist die Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln mit der Arztpraxis vereinbar.

Greifen wir in der Geschichte der Medizin zurück bis in die historisch belegten Anfänge der Heilkunst, so finden wir im Altertum, Mittelalter bis weit hinein in die Neuzeit, daß alle Arten von Aerzten die von ihnen verordneten Arzneien selbst herstellten und den Kranken verabreichten. Das sog. Giftmischen war naturgemäß ein unbedingtes Korrelat der praktisch ausgeübten Krankenbehandlung. Erst die moderne Wirtschaftsgruppierung der Berufe brachte die Fachspezialisierung innerhalb derselben. Diesem Umstande verdankt das heutige Apothekerwesen, das die gewerbsmäßige Herstellung und Veräußerung der Arzneien besorgt, sein Entstehen. Bei der überaus großen Bedeutung, die diese Tätigkeit im Gesundheitswesen einnimmt, haben es sich die gesetzgebenden Faktoren sämtlicher Kulturstaaten nicht nehmen lassen, eine genaue Regelung dieses Erwerbszweiges nach verschiedenen Richtungen hin vorzunehmen. In fast allen Ländern ist die Ausübung dieses Gewerbes von einer behördlichen Genehmigung (Konzession) abhängig gemacht, während im allgemeinen sich im modernen Staate die Gewerbefreiheit durchgerungen hat. Diese obrigkeitliche Aufsicht findet hauptsächlich darin ihre Begründung, daß der Arzneihandel durch Unbefugte leicht das Allgemeinwohl gefährden kann. Sogar zwischenstaatliche internationale Vereinbarungen sind aus dem genannten Grunde zustande gekommen. (Betr. den Handel mit Opium und anderen sinneberauschenden Giften.) Aus der ganzen historischen Entwicklung und engen Zusammengehörigkeit des Arzneiwesens mit dem Arztberufe erklärt sich die stets noch aktuelle Frage, ob die beiden auch nach der heutigen Rechtslage vereinbar sind. Trotz der bestehenden Arzneimittelanstalten (Chem.-pharm. Herstellerunternehmungen, Apotheken und Drogerien) kommt der praktische Mediziner bei Ausübung seines Berufes oft in die Verlegenheit, seinen Patienten fertige, ja sogar erst selbst zubereitete Heilmittel verabreichen zu müssen. Da die Gesetze und Standesvorschriften kein volle Klarheit in dieser Matherie schaffen und auch einschlägige Literatur nur ganz wenig vorhanden ist, soll im Nachstehenden darauf näher eingegangen werden. Soweit eine Regelung dieser Fragen amtlich stattgefunden hat, sind sie in den Verwaltungsgesetzen und Verordnungen der Verwaltungsbehörden enthalten und daher kommt es, daß die daraus entstehenden Streitigkeiten von den Verwaltungsgerichten der einzelnen Länder entschieden werden. Nur ausnahmsweise haben sich — wie wir noch sehen werden — die ordentlichen Gerichte damit zu befassen. Das Apothekerwesen, das hauptsächlich für den Handel mit Medikamenten in Betracht kommt, ist besonders geregelt im Reichsapothekergesetz, während die Drogenhandlungen nur bis zu einem gewissen Grade sich damit befassen dürfen und den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung unterworfen sind. Den Hausierhandel mit Arznei- und Heilmitteln untersagt letztere aus öffentlichen Gesundheitsrücksichten gänzlich. Schon der Begriff Arzneimittel ist sehr umstritten, da wir im Gesetze vergeblich nach einer genauen Abgrenzung desselben suchen können. Daher kommen auch die vielen Verwaltungsentscheidungen, die durch eine teils zu enge, teils zu weite Auslegung desselben der Rechtsunsicherheit Tür und Tor offen lassen. Diesem Uebelstande hat eine Verordnung des Sächsischen Wirtschaftsministeriums vom 25. Oktober 1926 einigermaßen — nämlich für die Sächsischen Verwaltungsstellen — Einhalt getan, indem sie ausdrücklich bestimmt, daß Arzneimittel im Sinne der Reichsgewerbeordnung alle Chemikalien, Drogen und Zubereitungen zu gelten haben, die nach allgemeiner Verkehrsanschauung und pharmazeutischer Wissenschaft zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten dienen. Wichtig ist noch die darin enthaltene Bestimmung, daß die Verwaltungsstellen verpflichtet sind, darüber den Bezirksarzt anzuhören. Die Apothekenrechte, die durch Konzession verliehen werden, können rechtlich verschiedener Natur sein. Teils sind sie rein persönliche Rechte und können mithin jederzeit veräußert und auch auf die Erben übertragen werden, die es aber faktisch nur sehr wenig gibt, da z. B. in Preußen sämtliche nach 1894 verliehenen Konzessionen nicht übertragen werden dürfen. Das subjektive Recht beschränkt sich hier nur noch auf eine Einflußnahme bei der behördlichen Auswahl des Nachfolgers. Den größten Teil machen vielmehr die dinglichen Apothekenrechte oder — wie sie allgemein heißen — die Realkonzessionen, die am Grundstücke rechtlich haften, daher nur mit demselben übergehen und dem jeweiligen Eigentümer von Grund und Boden zustehen. Gerade diese strenge gesetzliche Regelung des Apothekenwesens, die die persönliche Gewerbefreiheit fast gänzlich aufhebt, wirft fast von selbst die Frage auf, ob nicht in Form einer ärztlichen Praxis dieselbe umgangen wird. Dies ist nicht bloß akademisch oder theoretisch aufzufassen, vielmehr liegt ihre Berechtigung in der Tatsache, daß häufig der Arzt gezwungen ist, Arzneien den Patienten zu verabreichen. Oft ist besonders auf dem Lande keine andere Möglichkeit sich Arzneien zu verschaffen als in der ärztlichen Hausapotheke. Sind dies gesetzlich zulässige Zustände? Dies kann nur aus allgemeinen, dem gesamten Sanitätsrechte eigenen Grundsätzen entschieden werden. Im allgemeinen wird man sagen müssen, daß es nicht allein erlaubt ist, sondern sogar zu den Pflichten des ärztlichen Berufes gehört, für Arzneien und Heilmittel zu sorgen und sie gegen Entgelt jedermann abzugeben, wo es die öffentlichen Gesundheitsrücksichten erfordern. Dies ist der Fall, wenn im weiten Umkreise der ärztlichen Praxis keine Apotheke vorhanden oder nur sehr schwer und mit großem Zeitverluste erreichbar ist. Sogar die Zubereitung und Herstellung der notwendigen Medikamente ist in diesen Fällen geboten und als zulässig zu erklären. Diese faktischen Verhältnisse, die den Arzt hier noch zur Apothekertätigkeit zwingen, geben aber allgemein noch keinen Freibrief zur Außerachtlassung der gesetzlichen Handelsbeschränkungen mit Arznei- und Heilmittel für den Medizinberuf. Diesen, sowie den hierher gehörenden Strafbestimmungen über die Verabfolgung von gewissen Giften (Opium, Morphium u. a.) ist auch er voll und ganz unterworfen. Ob hingegen die Ausübung übertragener obengenannter Apothekenrechte im Vereine mit seiner Praxis auszuüben gestattet ist, hängt sehr enge mit der Frage der Standeswürde und -Ehre zusammen. Von dem Gesichtspunkte einer Kollosion mit den gesetzlichen Berufspflichten, die hier leicht eintreten und dadurch den Ruf des ganzen Standes schwer schädigen können, sowie auch aus den sonstigen Erwägungen eines „freien“ Berufes heraus wird man zur Inkompatibilität der Arzt- und Apothekertätigkeit kommen müssen. Das geplante neue Gesetz, daß allgemein die Realkonzession der Apotheken durchführen will, soll auch darüber noch eingehende Bestimmungen enthalten. Die Abgabe von Arzneimitteln kann besonders in der Kassenpraxis Gegenstand versicherungsrechtlicher Auseinandersetzungen sein, über die die Gerichte zu entscheiden haben. Darüber soll im weiteren die Rede sein und das Wichtigste hervorgehoben werden, was für die Beurteilung derselben von Bedeutung ist. Vor allem ergeben sich bei der Anwendung des § 376 Reichsversicherungsordnung (RVO.), der von dem Handverkauf — d. h. die Abgabe ohne ärztliche Verschreibung — der Arzneimittel spricht, gleichfalls verschieden weite Grenzen, da auch hier eine Klarstellung des Begriffes „Arznei“ fehlt. So ist zweifelhaft, ob nur Medikamente im engeren Sinne oder auch Verbandsstoffe, wie Mull, Watte, Gaze, die in der Kassenpraxis besonders viel benötigt werden, darunter zu verstehen sind. Die Interessenkollision tritt hier besonders stark zutage, weil letztere in Drogerien und auch in Eigenregie der Krankenkassen geführt werden dürfen, wodurch leicht der Anreiz gegeben ist, die Verabfolgung derselben in der Aerztepraxis oder den Apotheken hintanzuhalten. Die Bestimmungen der Krankenkassen über den Geschäftsverkehr mit ihren Mitgliedern geben scheinbar die rechtliche Handhabe dazu. Hierfür soll uns ein interessanter Gerichtsfall als Beleg dienen. In einer Krankenordnung einer rheinländischen Kasse heißt es im § 8, daß die Entnahme von Arzneien und Heilmitteln, sofern sie nicht an der Kasse abgegeben werden dürfen, nur dann von ihr bezahlt werden, wenn die ärztliche Verordnung vorher mit dem Genehmigungsstempel der Kasse versehen worden ist. — Ein Kassenarzt hatte bei der Behandlung von versicherten Mitgliedern Arzneien und Verbandstoffe an diese abgegeben und berechnete die Heilmittel der Kassenverwaltung. Unter Berufung auf den erwähnten § 8 ihrer Krankenordnung verweigerte sie jedoch die Zahlung und stellte die Behauptung auf, daß nur chemisch wirksame Stoffe unter „Arzneimittel" zu verstehen sind, wozu keinesfalls die verwendeten Verbandstoffe gehören. Aus der Entstehungsgeschichte des § 376 RVO. leitet das Reichsgericht in seinem Urteile vom 25. März 1919 den Rechtsbegriff „Arzneimittel" ab und sagt, daß alle zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung nötigen und üblichen Mittel, auch Verbandstoffe darunter zu verstehen sind (Rp. III. 494/18). Der Vollständigkeit halber sei nur noch erwähnt, daß alle Gerichtsinstanzen mit Recht die Kassengenehmigungsbestimmung als unrelaubten Eingriff in die Freiheit der Versicherten als verkehrshindernd für unstatthaft und daher rechtsunwirksam erklärt haben.

Briefkasten.

San.-Rat Dr. M. in G.: Die Pfändungsbeschränkungen des § 811 Zivilprozeßordnung (ZPO.) gelten für alle approbierten Aerzte, also Tierärzte einbegriffen. Vor allem dürfen nicht gepfändet werden: Sämtliche zur Berufsausübung erforderlichen Gegenstände; dazu gehört auch die Sprechzimmereinrichtung, sowie nebst dem Instrumentarium die medizinische Bibliothek und anständige Kleidung. Im Wartezimmer müssen nur die notwendigsten Möbel als Sitzgelegenheit freigelassen werden. Als Anstaltsarzt ist nebst dem Diensteinkommen auch der Dienstaufwand in gewissem Maße pfandfrei, was im Einzelfalle erst errechnet werden muß.

Dozent Dr. Kl. in Pl.: Nach der Rechtsprechung des Reichsfinanzhofes (Urteil vom 10. Oktober 1923) sind Abzüge für die Erhaltung der Gesundheit, Ernährung und standesgemäßes Auftreten als Werbungskosten nicht zulässig. Diese Nichtberücksichtigung in ihrer Einkommensteuererklärung ist daher gerechtfertigt.

Dr. L. in Dr.: Die Verordnung des Sächs. Innenministeriums vom 14. März 1890 ist durch die jüngste Verordnung des Wirtschaftsministeriums vom 25. Oktober 1926 aufgehoben. Nach dieser dürfen Kräuter, die nur zur Kräftigung dienen, frei gehandelt werden. Bei unlauterem Wettbewerb kann in jedem Falle gerichtlich dagegen vorgegangen werden.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 46, 12. November 1926.

Die Duodenalsonde in ihren Anwendungsmöglichkeiten. P. Jaguttis.
Häufigkeit von Trichineninfektionen beim Menschen. Hans Meßner.
„Purpura"-Erkrankungen bei Frauen. W. David.
„Braunsche Pfropfung" bei Amputationsstümpfen. Lihotzky.
✦ Beitrag zur Pathologie und Therapie der Polycythaemia rubra. Walter Schmidt.
✦ Mikuliczsche Krankheit. A. Abraham.
Unsere Erfahrungen mit dem Thalliumacetat bei den Haarpilzerkrankungen. H. Kleinmann.
Aneurysma racemosum des Kopfes. Hans Haenel.
Vergiftungserscheinungen nach Anwendung von Mitigal bei einem Säugling. G. Funk.
Experimentelle Balneologie der Schwefelbäder. Edmund Maliwa.
Die Meinicke-Mikroreaktion. Heinz Spranger.
✦ Indikationsstellung bei genitalen Blutungen. Benthin.

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Polycythaemia rubra. Einen besonders schweren Fall von Polyzythämie beschreibt W. Schmidt in der vorliegenden Arbeit. Es handelt sich dabei um einen Patienten, welcher 13 800 000 Erythrozyten und 11 400 Leukozyten hatte. Die Viskosität des Blutes erwies sich als stark erhöht; das Verhältnis vom Plasma- zum Blutkörperchen-Volumen war stark zu Gunsten des letzteren — 15 : 85% — verschoben, woraus sich ergibt, daß die Viskositätserhöhung wohl sicherlich auf die Zellvermehrung zu beziehen ist. Die Therapie bestand ausschließlich in Röntgentiefenbestrahlungen, wodurch eine Abnahme der roten Blutkörperchen und der Blutmenge überhaupt erzielt wurde. Pathologisch-anatomisch dokumentierte sich die Wirkung der Röntgenstrahlen im Befunde des Knochenmarks, welches zum allergrößten Teil aus Fettmark bestand.

Mikuliczsche Krankheit. In der Hufelandischen Gesellschaft sprach Abraham über einen Fall von Mikuliczscher Erkrankung, bei welchem die Tränen- und Speicheldrüsen mit Ausnahme der Parotiden geschwollen waren; weiterhin war der berichtete Fall gekennzeichnet durch Milzschwellung und Infiltration des Magen-Darm-Kanals sowie der Haut. Der vorliegende Fall muß als pseudoleukämische Erkrankung wohl zur aleukämischen Lymphadenose gerechnet werden. Der Pat. wurde mit Arsen und Röntgenstrahlen behandelt, wodurch ein voller therapeutischer Erfolg erzielt wurde.

Indikationsstellung bei genitalen Blutungen. Die genitalen Blutungen werden nach Benthin in 4 Gruppen eingeteilt, und zwar:

1. Blutungen infolge Neubildung,
2. Blutungen infolge Entzündung,
3. Blutungen infolge Traumas,
4. Nichtentzündliche Genitalblutungen.

Bei kurzer Betrachtung der ersten Gruppe kann gesagt werden, daß die Indikationsstellung durch die Art der Neubildungen bestimmt wird, und man wird im allgemeinen die Entfernung der Blutungsquelle operativ vornehmen; konservative Maßnahmen, wie besonders die Strahlentherapie, kommen wohl nur ganz vereinzelt in Frage. Bei Geschwulstbildungen der unteren Genitalabschnitte ist die operative Abtragung, solange eine Exstirpation im Gesunden noch irgendwie möglich ist, das gegebene.

Bei der zweiten Gruppe ist die Indikationsstellung wohl fast ebenso eindeutig wie bei der ersten. Bei entzündlichen Prozessen der äußeren Geschlechtsteile: am Introitus, in der Vagina und an der Portio gelten dieselben Richtlinien wie bei den entzündlichen Katarrhen, wobei natürlich vor allem das Stadium der Erkrankung maßgebend ist. Bei frischen Prozessen, gleichviel wo sie lokalisiert sind, ist eine direkte Einwirkung auf das Endometrium absolut unstatthaft.

Bei Blutungen infolge Traumas ist der Weg der einzuschlagenden Therapie für gewöhnlich durch die Art der Verletzung von selbst vorgezeichnet. Bei Blutungen aus den unteren Genitalabschnitten wird eine Tamponade, Umstechung oder nötigenfalls das Anlegen einer Dauerklemme völlig ausreichen. Wichtig dagegen ist die Indikationsstellung bei Verletzungen des Uterus, welche aus Zervixrissen nach Laminariaerweiterung und bei instrumenteller Dilatation eintreten und ferner bei Perforationen, wo man natürlich größere operative Maßnahmen ergreifen muß.

Die nicht entzündlichen Genitalblutungen sind in bezug auf ihre Indikationsstellung die schwersten. Die Therapie läßt sich eigentlich in die beiden Gruppen der Abrasio und Strahlenbehandlung zusammenfassen, wobei die erstere vor der letzteren rangiert; denn durch die Vornahme einer Abrasio ergibt mitunter die nachfolgende mikroskopische Untersuchung unvermutet eine Tuberkulose oder auch eine Neubildung, ohne daß irgendwelche klinischen Erscheinungen fehlen. Infolgedessen will Verf. auch bei klimakterischen Blutungen die probatorische Abrasio vorgenommen wissen, die der Bestrahlung vorausgehen soll.

Hofbauer, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

52., Heft 5/6.

Vegetatives Nervensystem und Immunität. I. Mitteilung: Wirkung des Pilocarpins auf die Immunkörperbildung. II. Mitteilung: Wirkung der Injektion einer Kochsalzlösung auf die Agglutinenbildung. III. Mitteilung: Reiztheorie der Immunkörperbildung. Belák, Sághy und Csereszynés.
Beiträge zum Tetanieproblem. I. Mitteilung. Brehme und Popovicin.
Kalium- und Kalziumwirkung auf die Harnazidität. Hetényi und Hokó.
Eichung von Schlittenapparaten. Kochmann und Heinroth.
Glykolyse im Vogelblut unter dem Einfluß oxydationshemmender Gifte. Bornstein und Ascher.
Glykolyse im Vogelblut nach Röntgenbestrahlung. Bornstein und Ascher.
Entstehung der Schmerzempfindungen in den Nieren. Gubergritz und Istschenko.
Beeinflussung der normalen Adrenalinempfindlichkeit des Menschen durch die Glykoside von Folia trifolii fibrini. (Fortsetzung der Studien über die Wirkung der Bitterstoffglykoside auf die Magensaftsekretion). Mahler.
✦ Senkungsgeschwindigkeit der menschlichen Erythrozyten in Beziehung zum Färbeindex. Ohno.
Rückbildung der intravitalen Carminablagerungen beim Kaninchen. Teploff.
Formalinpigment. Schwartz und Bieling.
Vergleich der erregenden Wirkung von Schwarz- und Weißbrot auf die Magensaftsekretion. Gantt.

Experimenteller Beitrag zur Pepsin- und sogen. Antipepsinfrage. Giuca und Jankowska.
Experimentelle Untersuchungen über die Rolle der Aminosäuren beim Abbau und bei der Entstehung der Azetonkörper. Weiß.
Vitalfärbung und Elektropie. Németh.
Rhythmische Kontraktionen der glatten Muskulatur an verschiedenen Organen (Magen, Darm, Harnblase, Skrotum, Penis, Uterus, Milz und Gefäße). Weitz und Vollers.
Dünndarmbewegungen beim Menschen. Weitz und Vollers.
Einfluß des Atropins auf die sekretorische und motorische Funktion des gesunden Magens. Rall.
◆ Wirkungen des kalten Vollbads. (Sein Einfluß auf Blut- und Harnreaktion, Serumsalze, Diurese). Kroetz.
◆ Einige stoffliche Erscheinungen bei verlängertem Schlafentzug. I. Mitteilung: Der Säurebasenhaushalt. (Blut- und Harnreaktion, Wasser- und Salzbestand des Serums). Kroetz.
Cholerese und Choleretika, ein Beitrag zur Physiologie der Galle. V. Mitteilung: Giftigkeit der Gallensäuren. Gillert

Zur Kenntnis der Wirkungen des kalten Vollbades. Das Kaltbad bewirkt eine Verschiebung der Reaktionslage des Körpers nach der sauren Seite, die sich im Blut und Harn nachweisen läßt. Ihr Auftreten scheint an die verlängerte Einwirkung des Kältereizes geknüpft. Der Phosphatspiegel des Serums wird durch das Kaltbad erniedrigt, die übrigen Serum-Ionen bleiben unbeeinflußt. Die Diuresesteigerung durch das Kaltbad erweist sich bei Einhaltung konstanter Ausgangsbedingungen (Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in der Vorperiode) starken individuellen Schwankungen ausgesetzt. Es kann sogar eine Diureseverminderung auftreten. Die Deutung der Kaltbad-Azidose wird dahin gegeben, daß es sich um eine Azidose infolge Kohlensäurestauung handelt.

Die Senkungsgeschwindigkeit der menschlichen Erythrozyten in Beziehung zum Färbeindex. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten in Hayemlösung ist unabhängig vom Durchmesser und Höhe der Suspensionsflüssigkeitssäule. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten steht in fester Beziehung zum Färbeindex und Haemoglobingehalt eines Erythrozyten und läuft diesen Werten parallel. Die Plasmaschicht an der Oberfläche der Erythrozyten kommt zur Gerinnung, sobald sie von dem Sublimat der Hayemlösung berührt wird, und haftet dann fest an der Oberfläche der Erythrozyten. Diese geronnene Schicht verzögert die Permeabilität der Erythrozytenmembran für Sublimat und die Konstanz der Senkungsgeschwindigkeit um eine Woche. Wäscht man die Erythrozyten mit 0,9% NaCl-Lösung aus, so wird die Plasmaschicht vollkommen entfernt. Stellt man mit diesen Erythrozyten eine Suspension in Hayemlösung her, so erfolgt der Durchtritt von Sublimat ungehindert, und die Konstanz der Senkungsgeschwindigkeit wird schon am 2. Tage erreicht. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten in Hayemlösung ist abhängig einerseits vom Eindringen von Sublimat in die Erythrozyten, andererseits vom Gewicht der an der Oberfläche der Erythrozyten geronnenen Plasmaschicht.

Ueber einige stoffliche Erscheinungen bei verlängertem Schlafentzug. Bei verlängertem Schlafentzug und äußerstem Schlafbedürfnis wird eine Kohlensäurestauung im Blute vermißt. Bei verlängertem Schlafentzug und äußerstem Schlafbedürfnis läßt sich weder in der Reaktionslage des Körpers noch in der Ionenbilanz des Serums das Auftreten saurer Stoffwechselprodukte nachweisen. Die Reaktionslage des Körpers wird durch den verlängerten Schlafentzug nach der alkalischen Seite verschoben, wie sich aus der Aenderung der Blut- und Harnreaktion ergibt. Eine gemeinsame, primär am Atemzentrum angreifende stoffliche Ursache des Schlafbedürfnisses und des Schlafes kann nach dem ausgesprochenen gegensätzlichen Verhalten des Atemvolums zur Zeit des Schlafbedürfnisses und des Schlafes nicht angenommen werden. Einem Schlafzentrum im Hirnstamm scheint die Regulation der periodischen Erregbarkeitsänderungen des Atemzentrums im Wachen und Schlafen und der Gezeiten des Säurebasenhaushaltes im Wachen und Schlafen zuzuschreiben zu sein.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

117., Heft 3/4, 1926.

Azetonitrilresistenz von mit Tyrosin, Tryptophan unter Zusatz von Jodkalium gefütterten Mäusen. Hansen.
Ausscheidungsfunktion der Leber. Adlersberg und Neubauer.
Verstärkung pharmakologischer Reaktionen durch geeignetes Eiweiß. (Versuche am überlebenden Uterus.) Fröhlich und Paschkis.
Vergleichende Untersuchung über Hirudin und Novirudin. Loeffler.
Beiträge zur klinischen Pharmakologie. II. Studien über die Wirkung des Salicyls und des Koffeins auf den Säure-Basenhaushalt des Gesunden, als Grundlage für die Wirkungsweise von Kombinationspulvern. Veil und Graubner.
Uteruswirksame Substanzen im Mutterkorn. II. Histamin. Forst und Weese.
Studien über Knochenmarksatmung. v. Bréza.
Cyanamidvergiftung. I. Untersuchungen über den chemischen Angriffspunkt des Cyanamids. Glaubach.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

64., Heft 5/6.

◆ Tuberkuloseerkrankungen in den ersten Lebensmonaten. Langer.
◆ Häufigkeit der Allgemeinerscheinungen bei Tuberkulose im Kindesalter. Schlack.
◆ Schulärztliche Untersuchungen an Kieler Schulkindern auf Tuberkulose. Brunn.
◆ Schicksal der Kinder mit offener Tuberkulose. Sukiennikow, Juffa und Priss.
Primäraffekt und endokrines System. Kerner.
Isolierte infraklavikuläre Infiltrate nebst Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Redeker. Aßmann.
◆ Lokalisation phthisischer Kavernen, ihre Drainierung durch das Bronchialsystem und die Möglichkeit einer Besserung des Abflusses durch Körperlagerung. Steinert.
Venenpuls bei Lungentuberkulose als Zeichen eines Wechsels im Verlaufe derselben. Sergiewsky.
Tuberkulose in den Tropen. Heinemann.
Fälle von Pseudotuberkulosis aspergillina. Franke.
◆ Qualitätsdiagnose der chronischen Lungenphthise. Rackmann.
◆ Künstliche Zwerchfellähmung. Jessen.
Grenzen der klinischen Verwertbarkeit der Serumreaktion nach Matefy. Schuntermann.
Unsere Ergebnisse mit der subepidermalen Tuberkulinbehandlung nach Sahli bei Lungentuberkulose. Becker.
Klinische Verwertung der Tuberkulinintrakutanreaktion. v. Frisch und Eiselsberg.
◆ Wirkungswert perkutan gegebenen Tuberkulins. v. Frisch und v. Eiselsberg.
Schwankungen der Tuberkulinempfindlichkeit II. Ossoinig.
Erzeugung von Tuberkulin-Lokalempfindlichkeit auf Grund von Versuchen am Meerschweinchen und Menschen. III. Nachprüfung der Erzeugung von tuberkulöser Hautallergie durch Simultanimpfung mit Tuberkulin und Pockenlymphe (Moro und Keller). Fernbach.
◆ Tuberkulinreaktion im Röntgenbilde und ihre diagnostische Bedeutung bei Hilusdrüsentuberkulose. Baum.
◆ Tuberkulosetherapie mit Tuberkulomucin. Zemmin und Wille.
Diagnostische Karyon-Injektionen bei Verdacht auf Tuberkulose. Kuthy.
◆ Blutbild der Tuberkulose im Hochgebirge. III. Ueber das Vorkommen zweier Reaktionstypen des roten Blutbildes im Hochgebirge. Scartazzini.
Fettstoffwechsel der Lungen (mit besonderer Berücksichtigung der Pneumothoraxlunge). Rehberg.
◆ Prognostischer Wert von Urochromogenreaktion, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Blutbild für die Heilstätte. Becker.
◆ Veränderungen der Magenschleimhaut bei Lungenphthise. Schnider.
◆ Beziehungen zwischen Tuberkulose und Staublunge. Eickenbusch.
Abschließende Mitteilungen zu der Arbeit von Sliwensky „Ueber Agglutination von Tuberkelbazillen usw.“ Jannasch.
Verwendbarkeit der Reaktion nach Costa für die Aktivitätsdiagnose bei Lungentuberkulose. Ladeck.
Bedeutung des Holzknecht-Jakobsohnschen Phänomens beim künstlichen Pneumothorax. Brieger.

Tuberkuloseerkrankungen in den ersten Lebensmonaten. Die Säuglingstuberkulose wird im allgemeinen für um so ungünstiger gehalten, je jünger das erkrankte Kind ist. Daß auch im ersten Lebensjahr die tuberkulöse Infektion und die tuberkulöse Erkrankung der Lunge ausheilen kann, beweisen die in der Abhandlung mitgeteilten Beobachtungen an 17 einschlägigen Fällen. Die Dauer der Beobachtung schwankt zwischen 2½ und 13 Jahren. Fast zu jedem Fall sind instruktive Röntgenbilder, welche den Lungenbefund zu Beginn und am Ende der Krankheit gut erkennen lassen, beigegeben. In den meisten Fällen ist der tuberkulöse Prozeß aus dem Säuglingsalter in Verkalkung übergegangen, in einem Falle ist eine ausgedehnte tuberkulöse Infiltration der rechten Lunge bei einem 4 Monate alten Säugling nach 7 Jahren völlig verschwunden, nichts weist in dem Röntgenbild des nunmehr 7jährigen Kindes auf die schwere, im Säuglingsalter durchgemachte Lungentuberkulose hin! (Die Feststellungen Langers sind, gerade auch in praktischer Hinsicht, von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Ref.)

Häufigkeit der Allgemeinerscheinungen bei Tuberkulose im Kindesalter. Die Bedeutung der Allgemeinerscheinungen (Appetitlosigkeit, Mattigkeit, subfebrile Temperaturen) für die Diagnose einer beginnenden Tuberkulose im Kindesalter ist nur gering. Dies erhärten die Beobachtungen von 69 an Meningitis tuberculosa gestorbenen Kindern, von denen nur ⅕ vor dem Auftreten der Meningitis Allgemeinerscheinungen im Sinne einer tuberkulösen Infektion aufwies. Die Hälfte der gestorbenen Kinder erkrankte ohne jeden vorherigen Anhaltspunkt für die bestehende Tuberkulose, plötzlich, scheinbar aus voller Gesundheit heraus, an der tuberkulösen Meningitis.

Schulärztliche Untersuchungen an Kieler Schulkindern auf Tuberkulose. Aus dieser Abhandlung erscheint dem Ref. am bemerkenswertesten, daß — infolge systematischer Anwendung des Röntgenverfahrens — 7 aktiv-tuberkulöse Kinder entdeckt wurden, welche auf Grund des fehlenden physikalischen Befundes im Rahmen der üblichen Schuluntersuchungen nicht geröntgt und damit nicht diagnostiziert worden wären.

Schicksal der Kinder mit offener Tuberkulose. Diese für den Kinder- wie Tuberkulosearzt gleich bedeutsame Arbeit aus dem Tuberkuloseinstitut zu Odessa — sie ist überdies eine vortreffliche Ergänzung zu dem Aufsatz Langers (s. a.) — übermittelt vor allem einen eindrucksvollen Einblick in den eminent chronischen, über Jahrzehnte sich hinziehenden Verlauf der Lungentuberkulose selbst beim Kind. Von 75 offen tuberkulösen Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren sind nach einer Beobachtungszeit von mindestens 10 bis zu 14 Jahren 41 noch am Leben, 34 Kinder sind gestorben. Alle lebenden Kinder sind jetzt im Erwachsenenalter von 18—28 Jahren. Bazillen spucken nur noch 2 Kranke, für 7 Kranke wird eine Besserung, für 19 keine Veränderung, für 10 Kranke eine Verschlimmerung des Zustandes angegeben. (Diese Verschlimmerung in 10 Fällen, obgleich nur 2 noch offen sind, erscheint auffällig. Ref.) Bemerkenswert ist noch, daß die beobachteten Kinder in ihren Entwicklungsjahren größtenteils außergewöhnlichen Strapazen: Hungersnot (1921 bis 1922), Krieg, Epidemien (Typhus, Fleckfieber) ausgesetzt waren. Mit Recht heben Verff. hervor, daß auf Grund ihres Materials die seit langem bestehende Ansicht von der infausten Prognose der Kindertuberkulose revisionsbedürftig ist. Es darf in einem erheblichen Prozentsatz offen tuberkulöser Kinder mit einer ganz wesentlich längeren Lebensdauer, als man bisher anzunehmen gewohnt war, gerechnet werden, auch wenn, wie in den beobachteten Fällen, eine eigentliche Behandlung (Krankenhaus oder Heilstätte) nicht stattgefunden hat.

Lokalisation phthisischer Kavernen, ihre Drainierung durch das Bronchialsystem und die Möglichkeit einer Besserung des Abflusses durch Körperlagerung. Tuberkulöse Kavernen sind in der Lunge häufig so gelegen, daß die die Kaverne drainierenden Bronchialäste nicht in ihrem Grunde, sondern an ihrer Wandung in verschiedener Höhe einmünden, so daß der Kaverneninhalt bei üblicher aufrechter Körperhaltung oder Rückenlage unter Hochlagerung des Oberkörpers keinen Abfluß hat. Diese Sekretstauung in der Kaverne ist jedoch für die Entstehung von Aspirationsherden in noch nicht erkrankten Lungenabschnitten von verhängnisvoller Bedeutung. Durch bestimmte Lagerung des Kranken, die durch Probieren gefunden werden müßte, könnten auf Grund patholog.-anatomischer Feststellungen, ähnlich der günstigen Wirkung der Quinckeschen Hängelage bei Bronchiektasien, bessere Abflußbedingungen geschaffen werden.

Qualitätsdiagnose der chronischen Lungenphthise. In seiner Stellungnahme zu der in letzter Zeit von mehreren Autoren vertretenen Ansicht, daß die Qualitätsdiagnose aus dem Röntgenbild nicht gestellt werden kann, kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß bei richtiger Anwendung des Röntgenverfahrens, insbesondere aus mehreren Aufnahmen desselben Falles der vorherrschende Charakter des tuberkulösen Prozesses erschlossen werden kann. (In diesem Zusammenhang sei hingewiesen auf die Arbeit von Gräff: „Ueber die Bedeutung der Röntgenplatte für die Forschung der Lungentuberkulose“. Zsch. f. Tub., Band 46, H. 4, ref. in F. d. M. Nr. 34.)

Künstliche Zwerchfellähmung. Die Phrenikusexairese als unterstützender Eingriff bei der Pneumothoraxbehandlung wird verworfen, da der positive Druck im Pleuraraum bei künstlichem Pneumothorax eine Kompressionswirkung vom gelähmten Zwerchfell her wieder aufhebt. Beim Eingehenlassen des Pneumothorax ist dagegen, zur Sicherung der Pneumothoraxwirkung, die künstliche Zwerchfellähmung sehr wertvoll. Der Zwerchfellhochstand nach Phrenikusexairese erreicht erst nach 3 Monaten sein Maximum.

Wirkungswert perkutan gegebenen Tuberkulins. Es wurde experimentell versucht, zu ermitteln, wieviel Tuberkulin bei der perkutanen Einreibung im Sinne Petruschkys von der Haut resorbiert wird. Die kutane Methode nach Ponndorf, die „in ihrer Anwendungsform eine ungemein brutale Form der Tuberkulineinverleibung darstellt“, wurde außer acht gelassen, da eine exakte Dosierung wegen der verschiedenen Tiefe der Skarifikationen offenbar nicht möglich ist. Die Versuche wurden mit Alttuberkulin Koch vorgenommen, von welchem die erforderlichen Verdünnungen mittels Glyzerin wöchentlich frisch bereitet wurden. Es ergab sich, daß man bei der Tuberkulinsalbentherapie die 100000fach größere Menge Tuberkulin in Anwendung bringen muß als bei der subkutanen, will man den gleichen Effekt auf dem tuberkulösen Herd erzielen. 10 Tropfen eines 1prozentigen Tuberkulinliniments auf der Haut verrieben entspricht hinsichtlich der biologischen Reaktivität einer subkutanen Injektion von 0,00005 mg, eine Dosis, die als unterschwellig bezeichnet werden muß. Eine solche Therapie kann nur einen suggestiven Wert haben. Der Beweis, daß das Tuberkulin, perkutan oder intrakutan einverleibt, eine prinzipiell andere Wirkung auf den tuberkulösen Prozeß hervorrufen könne als die subkutane oder intravenöse Injektion, ist bisher nirgends erbracht. Das, was die Tuberkulinhauttherapie aus der Tuberkulinbehandlung überhaupt heraushebt, ist lediglich einmal der Umstand, daß die Lokalreaktion stark in den Vordergrund tritt, andererseits, daß gewöhnlich Tuberkulinmengen reaktionslos gegeben werden können, die bei subkutaner Injektion in der Regel Allgemeinreaktionen hervorrufen würden.

Tuberkulinreaktion im Röntgenbild und ihre diagnostische Bedeutung bei Hilusdrüsentuberkulose. Ein 8jähriges Kind mit Verdacht auf Hilusdrüüsentuberkulose bekam nach 24 Stunden subkutaner Einspritzung von 0,1 ccm Alttuberkulin (1 : 10000) stärkste Herd- und Allgemeinreaktion: Temperatur 40°, Puls 140, Atmung 54, Nasenflügelatmen. Das Bemerkenswerte an dem Fall ist, daß auf der Höhe der Reaktion eine vom suspekten rechten Hilus ausgehende, bis weit ins rechte obere Lungenfeld hineinreichende homogene Verschattung festzustellen war, die vorher nicht bestanden hatte und glücklicherweise 1 Tag später wieder vollständig verschwunden war. Hiernach dürfte neben einer Hilusdrüsentuberkulose auch noch ein keine Erscheinungen machender Herd der rechten Lunge vorhanden gewesen sein. Der Fall lehrt, wie vorsichtig man mit der Subkutandiagnostik, besonders beim Kind sein muß.

Tuberkulosetherapie mit Tuberculomucin. Das Tuberculomucin Weleminsky ist ein Tuberkulinpräparat, das lediglich aus der Nährbouillon mit den in ihr enthaltenen Stoffwechselprodukten (Mucine) der Bazillen entsteht. Es ist in der Anwendung außerordentlich milde und kann daher auch in Fällen ausgedehnter aktiver Tuberkulose gegeben werden, bei denen sonst eine Tuberkulinbehandlung kontraindiziert wäre.

Blutbild der Tuberkulose im Hochgebirge. Das rote Blutbild des Tuberkulösen reagiert auf das Hochgebirge in 2 verschiedenen Typen. Bei der einen Form findet sich vornehmlich eine Vermehrung der Erythrozyten, die andre Gruppe reagiert mit vornehmlicher Vermehrung des Hämoglobingehalts. Typ II (Hb-Vermehrung) kommt häufiger vor, als bisher angenommen. Prognostisch ist Typ II besonders in den schweren Fällen günstiger gestellt als Typ I (Vermehrung der Erythrozyten).

Prognostischer Wert von Urochromogenreaktion, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Blutbild für die Heilstätte. Die genannten Laboratoriumsmethoden geben neben dem im Vordergrund stehenden klinischen Status wertvolle Aufschlüsse über die Prognose und sollten daher in weitgehendstem Maße praktisch angewendet werden.

Veränderungen der Magenschleimhaut bei Lungenphthise. Die Arbeit stützt sich auf 10 histologisch eingehend untersuchte Fälle. Es findet sich kein einziger unter ihnen, dessen Magenschleimhaut als normal angesehen werden könnte. Stets fand sich eine chronische Gastritis, in 3 Fällen mit schwerer Atrophie der Schleimhaut einhergehend. Die entzündliche Infiltration bestand bei allen Fällen in der Hauptsache aus Lymphozyten und Plasmazellen. Die von zellreichem jungen Bindegewebe gebildeten interstitiellen Septen waren ausnahmslos sehr stark verbreitert, zeigten jedoch niemals Neigung zu narbiger Schrumpfung. In den 10 Fällen konnte nur ein einziger Tuberkel nachgewiesen werden, welcher auf der Höhe des Pyloruswulstes saß. Die Infektion des Magens mit Tuberkelbazillen wird auf Mikrotraumen zurückgeführt, denen der Pylorus am meisten ausgesetzt ist, sie dürfte nach dem Befund eines ganz frischen Tuberkels in der Magenschleimhaut vielleicht doch häufiger vorkommen, als man bisher annahm. Die schwere Gastritis kann zusammen mit der Achylie und Atonie des Magens, sowie den stark herabgesetzten Abwehrkräften des Organismus der Infektion den Weg ebnen. Tuberkelbazillen in der Mukosa selbst wurden freilich niemals gefunden, in spärlicher Zahl waren sie in dem schleimig-eitrigen Belag auf der Mukosa nachweisbar. Die Dauer der Lungentuberkulose und die anatomischen Veränderungen der Lungen stehen in keinem nachweisbaren Zusammenhang mit der Schwere der Magenschleimhautveränderungen. Hauptursachen der Gastritis sind die Reizung der Mukosa durch die verschluckten Sputa, sowie eine allgemeine Intoxikation, wie sie beim Schwertuberkulösen vorhanden ist. Daneben sind noch konstitutionelle Dinge von Bedeutung, nämlich der asthenische Habitus. Verf. hält es nach seinen Untersuchungen für gesichert, daß die Magenbeschwerden der Phthisiker in dem Vorhandensein einer mehr minder schweren Gastritis begründet sind, jedenfalls in einem großen Teil der Fälle.

Beziehungen zwischen Tuberkulose und Staublunge. Auf Grund der Beobachtungen an 5 auch autoptisch kontrollierten Fällen von Tuberkulose + Chalikosis kommt Verf. zu der Auffassung, daß die nicht seltene Staubkrankheit der Gesteinsarbeiter fast regelmäßig mit Tuberkulose kombiniert vorkommt. Eine im Laufe der Gesteinshauertätigkeit auftretende tuberkulöse Reinfektion bereitet den Boden für die chalikotisch tuberkulöse Schwiele vor und schafft durch eine vielleicht nur kleine umschriebene tuberkulöse Erkrankung eine Disposition zu schwerer Pneumokoniose. Die schon oft aufgeworfene Frage, wie es kommt, daß der eine Hauer schon nach kurzer Tätigkeit schwerste Veränderungen zeigt, während der andere nach viel längerer Tätigkeit noch fast völlig frei davon ist, beantwortet sich damit, daß nach unsern jetzigen Erfahrungen bei dem einen klinisch nicht nachweisbare tuberkulöse Prozesse gemeinsam mit der Steinstaubablagerung zur Schwielenbildung führten, während bei dem anderen eine Tuberkulose nicht auftrat. Der klinische Nachweis der Kombinationsform: Tuberkulose + Chalikosis ist unter Umständen sehr schwer, auch bei der Sektion ist makroskopisch eine sichere Entscheidung oft nicht zu treffen. Der histologischen Untersuchung bzw. dem Tierversuch bleibt es in diesen Fällen vorbehalten, sie als Kombinationsformen zu ermitteln. H. Zwerg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

78., Heft 1 und 2.

◆ Lüttge - von Mertzsche Serumreaktionen, mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. I. Mitteilung: Die Substratreaktionen. V. Kafka.
Schwankend auftretende subkortikale sensorische Aphasie. Siegfried Fischer.
Muskelatrophie und Schizophrenie. Zoltàn Ràth.
Interkostalneuralgie im Gefolge von Erkrankungen der Organe des kleinen Beckens. Michael Lapinsky.
Halluzinatorisch-paranoide Bilder bei Metenzephalitis. E. v. Domarus.
Malariatherapie bei Paralyse. Geratovitsch.
Klinische Beiträge zum Konstitutionsproblem. II. Mitteilung: Schizophrenie mit pyknischem Körperbau. Kurt Kolle.
◆ Blutgerinnungszeit und psychiatrische Diagnostik. Th. Johannes.
Beziehungen der Tetanie zur Epilepsie. S. Kalischer.
Irradiation der Schmerzen. Michael Lapinsky.
Therapie der Epilepsie. Enzephalogramme bei Epilepsie, gleichzeitig ein weiterer Beitrag zur Wirkung der Hyperventilation. Julius Schuster.
◆ Rechenstörungen bei Herderkrankungen des Großhirns. Hans Berger.
Periodisch rezidivierende Katatonie bei einem Knaben, ein Beitrag zur Pathologie der Dementia praecox. Hans Ehrenwald.

Lüttge-von Mertzsche Sammelreaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Die beiden Reaktionen stellen Abänderungen und Vereinfachungen der Abderhaldenschen Reaktion dar, deren theoretische Grundlagen und Technik in dieser Arbeit nachgelesen werden muß.

Die eine (ASR 1) Reaktion ist als wertvolle Ergänzung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens anzusehen (die ASR 2 wurde nur in wenigen Fällen nachgeprüft). Die Färbungen sind stärker als bei der Abderh.-Reaktion und deshalb unabhängiger von subjektiver Bewertung. Für diesen Graviditätsnachweis fanden sich bei kleinem Material gute Ergebnisse. Krankhafte Prozesse und krankhafte Konstitutionen sind nicht auseinanderzuhalten. Doch steht andererseits fest: die Bedeutung der Reaktionen bei den groben endokrinen Störungen, das Vorwiegen starker Geschlechtsdrüsenreaktionen bei der Schizophrenie (meist in Verbindung mit Gehirnrinde und Schilddrüse), das fast nie fehlende Reagieren der Schilddrüse bei Epilepsie, die vorwiegend negativen Befunde bei manisch-depressiven Psychosen. Ueber die Theorie der Abderhaldenreaktion bringt die ASR 1 nichts Neues, das Rätsel dieser Erscheinungen ist noch nicht geklärt.

Blutgerinnungszeit und psychiatrische Diagnostik. Bei 66 Fällen, deren klinische Diagnose vorher dem Untersucher unbekannt war, wurden die Blutgerinnungszeiten untersucht. Störend war die zeitliche Unsicherheit in der Bestimmung des Beginns der Blutgerinnung bei der Methodik (Schulzesche Hohlperlenkapillaren). Es ergab sich, daß sich für keine Psychose eine den Durchschnitt überragende Abweichung in der Blutgerinnungszeit feststellen ließ.

Rechenstörungen bei Herderkrankungen des Großhirns. Drei klinisch erschöpfend untersuchte Fälle mit Sektionsbefunden. Verf. lehnt auch nach kritischer Würdigung der in der Literatur niedergelegten Meinungen die Annahme eines besonderen Rechenzentrums überhaupt ab. Man müsse beim Rechnen der Erwachsenen unterscheiden: 1. die einfache Reproduktion von Aufgabenlösungen, die in seinem Erinnerungsschatze bereit liegen, und die einfach assoziativ auf das Stichwort der Aufgabe hin geweckt werden; 2. das eigentliche Rechnen, bei dem wirklich eine psychische Arbeit geleistet werden muß. Nur diese zweite Arbeit könnte man einem Rechenzentrum zuweisen. Es handelt sich aber schon bei der einfachsten wirklichen Rechenleistung um recht zusammengesetzte Vorgänge, bei denen, wie Verf. glaubt, größere Gebiete einer Hemisphäre in Tätigkeit treten. Dafür spricht auch das Auftreten von Rechenstörungen bei allgemeinen Intelligenzdefekten und allgemeinem Hirndruck. Daß oft einzelne Rechnungsarten, wie Division und Subtraktion bei solchen Prozessen oft allein betroffen werden, spricht auch eher gegen ein umschriebenes Rechenzentrum. Bei Rechtshändern war immer die linke Hemisphäre betroffen, hauptsächlich linker Okzipital- und Temporallappen. Das linke Stirnhirn mag für das Erlernen der Rechnungsarten von Wichtigkeit sein. Die Erkennung echter Rechenstörungen ist nicht leicht, ihre Unterscheidung von sekundären Rechenstörungen, z. B. durch Perseveration stößt oft auf große Schwierigkeiten. Die Rechenfähigkeit kann schwer gestört und die logischen Funktionen können dabei durchaus unversehrt sein. Panse, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

104., Heft 1 und 2.

Werkzeug und Waffe des internierten Geisteskranken. Walter Ernst.
◆ Bau und Leistungen eines menschlichen Mittelhirnwesens (Arhinenkephalie mit zur Teratologie und Fasersystematik. Enkephalozele), zugleich ein Beitrag II.: Klinischer Teil. Eduard Gamper.
◆ Psychopath und Unfall. Willi Enke.
Psychische Epidemien. Stefan Somogyi.
◆ Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen. Otto Kant.
Ueber atypische tonische Halsreflexe in zwei Fällen von Kleinhirntumoren. Jakob Rothfeld.
Zur Klinik der vegetativen Störungen. II. Mitteilung: Die Phänomene der vegetativen Asymmetrie bei endokrinen Krankheiten. M. Serejski, J. Frumkin und M. Kaplinsky.
Aktive prophylaktische neuropsychiatrische Arbeit (über die psychohygienische Dispensairebehandlung). Leo Rosenstein.
◆ Neue Wege der Neurosentherapie mit Ausblicken auf den zyklischen Formenkreis. Bernhard Dattner.
Epiduraler Raum in seinen Beziehungen zum Liquor. W. Schönfeld.
◆ Malariabehandlung der Tabes dorsalis. Hans Hoff und Otto Kauders.
Weiblicher Eunuchoidismus mit disproportioniertem Hochwuchs. D. Campbell.
Zur Geschichte der Pia mater. Erich Ebstein.
Richtigstellung. Hilgermann.
Erwiderung. F. Jahnel.

Bau und Leistungen eines menschlichen Mittelhirnwesens (Arhinenkephalie mit Enkephalozele), zugleich ein Beitrag zur Teratologie und Fasersystematik. II. Klinischer Teil. (I. Teil im Bd. 103 erschienen.) Es war gelungen, die Mißbildung 3 Monate am Leben zu erhalten und innerhalb dieser Zeit sehr genau neurologisch zu beobachten und zu untersuchen. Post mortem fanden sich sämtliche Faser- und Kernsysteme der Medulla spinalis, der Oblongata, der Brücke und des Mittelhirns gut entwickelt. Außerdem fanden sich im hinteren Teil des dritten Ventrikels gut ausgebildetes Höhlengrau und mit normalen Kerngruppen nicht identifizierbare Nester großer Nervenzellen, denen eine Eignung für eine Mitbeteiligung am nervösen Geschehen nicht abzusprechen war. Im Kleinhirn fehlte die Markfaserentwicklung in der Rinde fast ganz, doch waren die zu- und abführenden Bahnen ganz ausgezeichnet entwickelt, so daß man auch dem Kleinhirn eine gewisse Mitbeteiligung zusprechen mußte.

Mit Ausnahme des Riech- und Sehnerven beteiligten sich sämtliche Hirnnerven an den Reaktionen, Augenbewegungen waren nach allen Richtungen hin möglich, auf akustische Reize stellte sich die komplizierte Gesamtreaktion in Form des Moroschen Umklammerungsreflexes ein. Es fanden sich Ansätze zu minimalen Reaktionen, die Reflexe der Nahrungsaufnahme waren ausgezeichnet entwickelt. Es bestand keine Enthirnungsstarre, sondern Tonisierung der Strecker und Beuger mit Ueberwiegen der Beuger. Das Kind verfügte über typische Haltungs- und Stellreflexe (von Magnus an Tieren zuerst studiert) und vermochte sich mit Hilfe der letzteren unter besonderen Bedingungen aus der Rückenlage in sitzender Stellung für eine Zeitlang aufzurichten. Es zeigte sicheren Wechsel zwischen Wachsein und Schlafen, es gähnte und rekelte sich, schrie jedoch nicht. Die vegetativen Funktionen waren nicht gröber gestört, die Temperaturregulierung war zwar mangelhaft (Brutschrank), doch fehlte sie nicht gänzlich (Fieber bei terminaler Pneumonie).

Der Mittelhirnmensch ist gegenüber dem Mittelhirntier (von Magnus studiert) im Nachteil, z. B. gegenüber den verwickelten Leistungen, deren Mittelhirnkaninchen, -Katzen und -Hunde noch fähig sind, doch ist der Leistungsumfang recht beträchtlich und größer, als man hätte von vornherein erwarten können.

Für den speziell Interessierten bietet die ausgezeichnete und sehr gründliche Arbeit eine Fülle theoretischen und arbeitshypothetischen Materials.

Psychopath und Unfall. An Hand von 8 ausführlich mitgeteilten Fällen aus dem reichen Material der Unfallnervenheilanstalt „Bergmannswohl" in Schkeuditz und auf Grund der dortigen Erfahrungen kommt Verf. auch zu dem jetzt wohl bald allgemein anerkannten Ergebnis, daß die „Krankheit Rentensucht" erst dann verschwinden wird, wenn die allgemeine soziale Gesetzgebung die Entschädigungspflicht für nicht organisch-psychiale und nervöse Störungen nach Unfällen völlig ausschließt, wie dies schon nach dem Vorschlage von Stier in die Aufnahmebestimmungen für die privaten Unfallversicherungen aufgenommen ist. Eine Unfallhysterie durch Psychotherapie oder andere therapeutische Maßnahmen zu „heilen", ist nicht möglich.

Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen. Die klimakterischen Psychosen beruhen auf dem Zusammenspiel der Trias: Konstitution, psychologische Situation und Klimakterium. Je nach der vorpsychotischen Persönlichkeit hole die klimakterische „Angstsituation“ die spezifische Reaktion, das heißt Art und Färbung der Psychose heraus. Das Situative und Reaktive, das bei diesen Psychosen oft zutage tritt, wird von dem Verf. stark betont.

Neue Wege der Neurosentherapie mit Ausblicken auf den zyklischen Formenkreis. Der Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, im Gegensatz zur heute allgemeinen Beachtung der psychologischen Vorgänge bei den Neurosen, deren somatische Wurzeln bloßzulegen. Als Kernsymptom dient ihm da die Angst, die ihm bei keiner echten Neurose zu fehlen scheint und verfolgt dieses Symptom umfassend in die Klinik der somatischen Erkrankungen (Herzleiden, Atemstörungen) hinein. Außerdem weist er auf die sehr häufigen körperlichen Begleitsymptome der Neurosen hin, wie halomierte Augen, kongestioniertes Gesicht, Erythema putiditiae, Dermographismus, Urtikaria, Akrozyanose, mechanische Uebererregbarkeit der Muskeln und vor allem, wie Verf. angibt, bei mehreren 100 Fällen festgestellt zu haben, Temperaturerhöhung bis zu 38°, die allerdings erst oft nach 20 bis 30 Minuten Messens manifest wird. Die Aehnlichkeit der Symptomatologie der Neurosen mit dem Basedow veranlaßte zu ausgiebigem Versuch einer Jod-Thyreoideabehandlung mit gutem Erfolg (täglich 4 Tropfen einer 0,2% Natriumjodat-Lösung + 1 Tablette Thyreosan = 0,3 pulv. Drüse). Es wurden Besserung und Verschwinden der Beschwerden und Gewichtszunahme bis zu 7 kg erzielt.

Es handele sich bei den neurotischen Störungen um weit zurückliegende Dysfunktionen, an den Quellen der Lebensprozesse zu suchen, vor allem bei Kreislauf, Zellstoffwechsel, Assimilation und Dissimilation. Dahin weise auch die von W. Jaensch gefundene Wirksamkeit der Jod-Thyreoideamedikation auf die Weiterentwicklung undifferenzierter Kapillaren und die auf Beeinflussung des Atemzentrums und der glatten Muskulatur der peripheren Gefäßabschnitte zurückzuführende Wirksamkeit der Opiate bei depressiver Angst.

Malariabehandlung der Tabes dorsalis. Zusammenfassung der Ergebnisse bei 66 Fällen an der Wiener psychiatrischen Klinik. Bei Wahrung der nötigen Kautelen wurden durchschnittlich 8 Fieberanfälle gut vertragen. Von der Methode der Abschwächung und zeitweiligen Sistierung der Fieberanfälle durch kleine Chinindosen wurde vielfach Gebrauch gemacht. Auch wurde die Malariabehandlung mehrfach geteilt, wobei im Intervall von mehreren Wochen Salvarsan gegeben werden konnte. Unbeeinflußt blieben nur 25%, besonders die schwer ataktischen Formen zu 62%. Bei den gehfähigen Ataktischen blieben 27% ungebessert, 27% weitgehend gebessert bis geheilt, 46% Besserung bis Heilung einzelner Symptome. Bei Hervortreten lanzinierender Schmerzen (in derselben Reihenfolge der Rubriken) 11%, 39%, 50%, also wesentlich besser. Am besten bei den Kranken mit gastrischen Krisen: 12%, 63%, 25%.

Panse, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.

93., Heft 4/6, November 1926.

Neue Beobachtungen über Imitationsphänomen. Hans Hoff und Paul Schilder.
* Grundfragen der Psychoanalyse. Paul Matzdorff.
Raumsinnliche Leistungen im Gebiete des Hautsinns. Annemarie Buch und William Malamud.
Stereognostische Störungen. Gotthard Cohen.
Tiefe Druckempfindungen. Gotthard Cohen.
* Zentralbedingte Hemmung der Dickdarmbewegungen. W. Feltkamp.
* Zerebrale Dysarthrien. M. S. Margulis.

Grundfragen der Psychoanalyse. Ein Unterbewußtsein im Sinne der Psychoanalytiker existiert nicht. Die Bedeutung des sexuellen Momentes im menschlichen Seelenleben wird von Freud in grotesker Weise überbewertet; diese übertriebene Bewertung ist begründet in einer falschen Auslegung mancher an sich richtigen Beobachtungen. Auch die Lehre von der Traumdeutung und den Symbolen enthält zwar einen wahren Kern; sie ist aber in der Art, wie sie im allgemeinen angewandt wird, als zu weitgehend oder auch als falsch entschieden abzulehnen. Eine einfühlende und erzieherische Tätigkeit des Arztes kann hingegen in der Behandlung vieler Kranker von großem Nutzen sein.

Zentralbedingte Hemmung der Dickdarmbewegungen. Es wird über vier Rückenmarkskranke mit einer eigenartigen Bewegungsstörung des Darmes und Ileuserscheinungen berichtet. Zwei dieser Fälle wurden je zweimal an Ileus operiert; in dem einen Falle wurde bei der Operation keinerlei mechanische Ursache für den Ileus gefunden, in dem anderen bestand eine Achsendrehung des Colon sigmoideum. Beide Fälle überlebten jahrelang die Operation. Bei der Obduktion wurde in beiden Fällen ein Megakolon gefunden. Verfasser formuliert den Zusammenhang zwischen den Erkrankungen des Rückenmarks und der Koprostase wie folgt:

1. Das einzige notwendige Postulat für das Zustandekommen von nervösem Ileus ist ein andauernder Reizzustand der sympathischen Zellen in D_{12}—L_2, deren Axone die präganglionären Fasern für den N. hypogastricus darstellen.
2. Dieser erhöhte Reizzustand kann zwei prinzipiell verschiedene Ursachen haben:
   a) Unterbrechung der Verbindung mit den höheren Zentren,
   b) lokale, direkte oder reflektorische Reizung bei krankhaften Vorgängen (Entzündung) in der Nachbarschaft von D_{12}—L_2.

Zerebrale Dysarthrien Ein Fall von ataktischer und ein Fall von iterativer (Palilalie) Sprachstörung. Die Perseveration unterscheidet sich von der Palilalie durch ihre Lokalisation und wird durch Rindenläsion oder Läsion der kortiko-thalamischen Bahnen hervorgerufen, so daß schließlich ein Ausfall der Hemmungsfunktion Rinde-Sehhügel und Freiwerden der striären Mechanismen in Form von Iteration erfolgt. Klinisch unterscheidet sich die Perseveration von der Palilalie durch das Auftreten anderer kortikaler Symptome.

Kurt Mendel, Berlin.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 47.

Zur Wertung der Beschwerden Amenorrhoischer. Köhler und Revesz.
* Die Leistungsfähigkeit der exspektativen Chinintherapie bei septischen Aborten. Kessler.
Gibt es ein Planzentagift im Sinne Obatas? v. Oettlingen und Schwoerer.
Zur Statistik des Abortes. Nevermann.
Zur Kasuistik der Luftembolie bei Schnittentbindung. Deucher.
Bemerkung zur 13jährigen Beobachtung eines radiumbestrahlten, inoperablen Gebärmutterhalses. Dautwitz.
* Wozu gebogene Laminariastifte? Pfeilsticker.
Beiträge zur Technik der Beuttnerschen Adnexoperation. Mansfeld.
* Nabelschnurzerreißung während der Geburt. Matusovszky.

Die Leistungsfähigkeit der exspektativen Chinintherapie bei septischen Aborten. Bei kompliziertem fieberhaftem Abortus, wenn die Infektion mit Sicherheit den Uterus überschritten hat und sich Entzündungen und Infiltrate jenseits des Uterus nachweisen lassen, setzt sich Verf. — und das ist wohl das Verfahren der überwiegenden Mehrzahl der heutigen Gynäkologen — für das exspektative Verfahren ein, d. h. der Verlauf der nächsten 24 Stunden wird abgewartet. Eine etwa auftretende heftige Blutung ist unter allen Umständen eine zwingende Indikation zur sofortigen Beendigung des Abortus durch Ausräumung. Wird jedoch eine Steigerung der Körpertemperatur über 37,5 Grad axillar beobachtet, so wird ein aktives Angehen des Abortus vermieden und die Spontanausstoßung des Abortus durch Chiningaben zu erreichen versucht. Es empfiehlt sich fünfmal je 0,2 g mit ein- bis zweistündlichem Abstand zu verabreichen. Bei peroraler Darreichung sind die Wehen andauernder und gleichmäßiger als bei intravenöser. Kleinere, etwa noch retinierte Plazentafetzchen können nach Abklingen des Fiebers später noch ausgeräumt werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer wird zwar durch die abwartende Einstellung etwas verlängert gegenüber der rein aktiven Therapie, aber die Resultate sind wesentlich bessere.

Wozu gebogene Laminariastifte? Neuerdings werden die Mitscherlingschen gebogenen Laminariastifte empfohlen und in den Handel gebracht. Manchmal jedoch genügt ein gerader Stift, ist sogar bisweilen zweckmäßiger. Man hat es jedoch nicht nötig, Stifte beider Sorten bei sich zu führen und so sein Instrumentarium unnötig zu belasten, da man jeden Laminariastift über jeder Spiritusflamme durch Hin- und Herziehen erwärmen und mit den desinfizierten Händen in jede beliebig gebogene Form bringen kann.

Nabelschnurzerreißung während der Geburt. Ganz abgesehen von den Nabelschnurzerreißungen, die durch den gewaltsamen Eingriff des Geburtshelfers zustande kommen, kann diese Geburtskomplikation bedingt sein durch eine zu kurze Nabelschnur, die das Tiefertreten des kindlichen Körpers zunächst hemmt, unter der Kraft der Wehen jedoch schließlich abreißt. Erstickungstod des Kindes und Verblutung der Mutter sind die gefürchtetsten Folgen. Das frühzeitige Erkennen der kurzen Nabelschnur ist mangels sicherer Anzeichen unmöglich, doch können einzelne Symptome trotzdem den Verdacht auf eine Abnormität der Nabelschnur erwecken. Hierher gehören: ziehende rheumatoide Schmerzen des Uterus, schmerzhafte Kindsbewegungen; ferner: während der Geburt zu Krämpfen sich steigernde Wehen, bei welchen die Kreißende heftige, genau auf einen Punkt lokalisierte Schmerzen empfindet. Auch die Erscheinung, daß trotz guter Wehen die Geburt nicht fortschreitet, sondern der mit der Wehe tiefergetretene Kopf sich in der Wehenpause wegen Spannung der Nabelschnur retrahiert, kann ein Alarmzeichen sein. Nur die wiederholte Kontrolle der Herztöne ermöglicht es, eine von dieser Seite drohende Gefahr rechtzeitig zu erkennen und durch Eingriff abzuwenden.

Nr. 48.

Erschöpft die Dekapitation die Behandlung der verschleppten Querlage? Küstner.
Ueber die Lumenweite der Pars interstitialis des Eileiters beim Menschen. Zorn.
Bemerkung zur Arbeit Kamnikers über Ergebnisse mit der E.-A.-R. Lüttge-v. Mertz.
Ein letztes Wort zur Geschlechtsvoraussage nach Lüttge-v. Mertz. Slotta
Myomdiagnose und anderes auf röntgenologischem Wege. Joachimovits.
Ein Fall von Cervixschwangerschaft. Jolkin.
Ueber die Sekundärnaht von Dammrissen dritten Grades im Wochenbett. Pulvermacher.
Ein Fall von Atresie des Oesophagus und Kommunikation desselben mit der Trachea beim neugeborenen Kinde. Herzfeld.

Ueber die Sekundärnaht von Dammrissen dritten Grades im Wochenbett. Sobald am vierten bis fünften Tage ersichtlich ist, daß auf eine primäre Heilung eines kompleten Dammrisses nicht gerechnet werden kann, so empfiehlt sich folgendes Verfahren. Zunächst werden alle Nähte usw., durch die eine Sekretstauung bedingt werden kann, entfernt. Ehe die Temperatur nicht völlig normal ist, darf die Nachoperation nicht in Angriff genommen werden. Mehrmalige Spülung des Dammes mit lauwarmem Wasser ohne Zusatz von Desinfizientien! Ist die Schwellung des Gewebes zurückgegangen, so kann nach Ablauf der ersten bis zum Ende der zweiten Woche die Sekundärnaht ausgeführt werden. Keine Lokalanästhesie, sondern Pantopon-Aethernarkose! Anlegen einer H-förmigen Figur nach Tait-Sänger, wobei die Schleimhäute des Rektums und der Scheide ganz flach angefrischt werden. Durch kurze Scherenschläge, die sich dicht an der Rektalwand halten, wird sodann der unterste Rektumabschnitt etwa 6 cm hoch hinauf mobilisiert, damit keine zu große Spannung entsteht. Verschluß der Wunde durch Einzelseidennähte, sodann fortlaufende Scheidennaht und Hautnaht nach vorheriger sorgfältiger Glättung der Hautränder. In der Mitte des Dammes verbleibt ein kleiner Drainagestreifen.

Schwab, Hamburg.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

90., Heft 2, November 1926.

◆ Eklampsie bei Mehrgebärenden und wiederholte Eklampsie. R. Steininger-Jena.
Oesophagusatresie mit angeborener Varicen- und Trachealfistel unter dem klinischen Bild der Melaena neonatorum vera. E. Noltmann-Berlin.
◆ Ueber die temporäre Röntgenmenolipsierung (temporäre Röntgenkastration). H. Guthmann und O. Bott-Frankfurt a. M.
Ueber Verschleppung von Blasenmolenteilen in die Vagina. W. Liebe-Mainz.
Die Pflege des Dammes unter der Geburt. Prof. Henkel-Jena.
Zur Kenntnis der blastomatösen Teratome des Ovariums. A. Stellakatu-Wien.
◆ Die Kiellandsche Geburtszange, ihre Anwendung und Beurteilung. B. Neumann-Berlin.
Reststickstoff und Schwangerschaftsnierenerkrankung. H. Eufinger und C. Bader-Frankfurt a. M.
◆ Die Bedeutung des Vorragens des kindlichen Kopfes über die Symphyse (ein Beitrag zur Lehre des engen Beckens). G. Schneider-Mainz.

Eklampsie bei Mehrgebärenden und wiederholte Eklampsie. Daß Erstgebärende häufiger als Mehrgebärende von Eklampsie befallen werden, ist eine bekannte Tatsache; weiterhin zeigt allgemein die Erfahrung, daß Wiederkehr der Eklampsie in einer späteren Schwangerschaft ein seltenes Vorkommnis ist. Zur Erklärung der Bevorzugung der Erstgebärenden bei der Eklampsie werden von den Autoren, welche die Intoxikationstheorie ablehnen, gut begründete Momente angeführt. Es sind hauptsächlich die, daß die bei den Erstgebärenden erschwerte Eröffnungs- und Auftreibungsperiode intensivere Reize auslöst. Ferner werden die größere Rigidität und Unnachgiebigkeit der Bauchwandungen angeschuldigt, sowie die bei den Erstgebärenden bestehende stärkere Wehentätigkeit und die leichtere Kompressionsmöglichkeit der Ureteren. Die Beantwortung der Frage aber, warum eine Wiederholung der Eklampsie in einer späteren Gravidität ein so seltenes Ereignis ist, kann nur durch die Intoxikationstheorien erfolgen. Sie ist darin zu sehen, daß die Giftstoffe nicht nur in Schwangerschaften mit Eklampsie entstehen, sondern in jeder Schwangerschaft vorhanden sind, wenn sie auch hier unwirksam bleiben und doch die Mobilisierung und Verstärkung der gegenwirkenden Kräfte des Organismus anregen. Verfasser ist der Ansicht, daß es sich bei der Eklampsie um einen Vergiftungsvorgang im Rahmen der Schwangerschaftsintoxikation überhaupt handelt, wobei es nicht nur zu einer Einwirkung von Giften, sondern auch zu Gegenwirkungen kommt. Es könnten daher diese tiefergreifenden Veränderungen einerseits darin bestehen, daß bei Mehrgebärenden eine besonders starke Gifteinwirkung erfolgen muß, um die durch die früheren Schwangerschaften verstärkten Gegengifte ausschalten zu können, andererseits könnten sie darin bestehen, daß die Organe, z. B. die Leber, die die Abwehr auf irgendeine Weise bewerkstelligen, ganz besonders schwer geschädigt sein müssen. Für wiederholte Eklampsien kommen entsprechend dieselben Momente in Frage. — Die Verhältnisse bei der Eklampsie Mehrgebärender und bei wiederholter Eklampsie im Vergleich zur Eklampsie Erstgebärender legen also die Annahme einer durch Ueberstehen der Eklampsie erworbenen Immunität außerordentlich nahe, und dies steht auch mit der gegenwärtigen Auffassung der Eklampsie als einer Insuffizienz der paralysierenden Kräfte gegen die in jeder Schwangerschaft vorhandenen Gifte durchaus im Einklang.

Ueber die temporäre Röntgenmenolipsierung (temporäre Röntgenkastration). Verfasser berichtet über seine Erfahrungen, die er an einem Material von 200 Fällen gewonnen hat, und teilt die Methode und den Verlauf kurz mit. Die „temporäre Röntgenmenolipsierung“ oder „Röntgenmenostase“, wie Verfasser das Verfahren für alle die Fälle bezeichnet, bei denen nicht die Sterilisierung, sondern die Außerfunktionssetzung der Ovarien auf Zeit das Ziel der Bestrahlung ist, erreicht mit relativ großer Sicherheit den gewünschten Effekt. Die Dosierung macht heute zum Teil noch Schwierigkeiten, weitere Erfahrungen werden eine Besserung bringen. Die Resultate sind, bei geeigneter Auswahl der Fälle, recht befriedigend. Die temporäre Röntgenmenolipsierung ist bei all den Fällen indiziert, bei denen der Natur des Leidens nach eine zeitweise Amenorrhoe ausreicht, um eine Heilung des Grundleidens zu erreichen. Außer der lokalen Wirkung der Ovarienfunktionslosigkeit kommt auch eine Allgemeinwirkung in Betracht. Gut sind die Erfahrungen bei chronisch-entzündlichen Unterleibsleiden der verschiedensten Aetiologie. Vorbedingung ist, daß zuvor alle anderen Mittel der konservativen Therapie versagt haben und daß die Prozesse nicht mehr sehr frisch sind. Sehr gute Resultate und zum Teil völlige Ausheilung wurde beobachtet bei Tuberkulose, Osteomalazie, menstruellen Psychosen usw. Indikationen und Gegenindikationen werden vom Verfasser besprochen. Die Nebenerscheinungen sind im Vergleich zu den Vorteilen gering und dazu nur vorübergehend. Nebenschädigungen der Frauen oder Schädigungen der Nachkommenschaft hat Verfasser bei seinem Material nie festgestellt. Aus allen diesen Gründen ist es berechtigt, die temporäre Röntgenmenolipsierung auch weiter auszuführen. Sollte wider Erwarten die weitere Erfahrung ergeben, daß Schädigungen der Nachkommenschaft bei einwandfreier Technik und Beobachtung doch vorkommen, so würde das nur eine Einschränkung des Indikationbereiches, nicht aber ein Aufgeben der Methode nach sich ziehen.

Die Kiellandsche Geburtszange, ihre Anwendung und Beurteilung. Verf. berichtet über die Erfahrungen an der Hand von 132 Fällen, die an der geburtshilflichen Abteilung des Virchowkrankenhauses mit der Kiellandschen Zange gemacht wurden und bezeichnet die Resultate als günstig. Ob die Kiellandsche Zange in die Hand des praktischen Arztes gehört oder nicht, darüber sind die Meinungen sehr geteilt. Vielfach wird gesagt, daß die Kiellandsche Zange dazu verleiten könne, in der Außenpraxis mehr hohe Zangen zu machen als bisher, was unbedingt vermieden werden müsse. Der Geburtshelfer, der eine hohe Zange machen will, macht sie auch mit seinem alten Instrument. — Auf Grund von 10jähriger Erfahrung mit der Kiellandschen Zange hat sich jedenfalls herausgestellt, das sie das, was man von ihr erwartete, gehalten hat. Ihre Anwendungsmöglichkeit hat sich gegenüber der klassischen Zange etwas vergrößert, und zwar bei mäßigen Graden enger, besonders platter Becken und bei denjenigen Fällen, in denen mit der Zange ausgiebige Drehungen gemacht werden müssen. Sie hat sich als verhältnismäßig schonendes Instrument für Mutter und Kind erwiesen. Die Vorbedingungen für die Anlegung einer Zange haben sich prinzipiell nicht geändert.

Die Bedeutung des Vorragens des kindlichen Kopfes über die Symphyse (ein Beitrag zur Lehre des engen Beckens). Die Lehre vom engen Becken wird dahin erweitert, daß bei einem stärkeren Mißverhältnis zwischen Kindskopf und Becken mit Ueberragtwerden der Symphyse durch den kindlichen Kopf die atypische Einstellung auf das äußere Symptom des Verschwindens des Vorragens zurückgeführt werden kann. Für ein Tiefertreten des Kopfes ist dieses Verschwinden jedoch nicht charakteristisch. Die äußere Beckenmessung gibt stets wertvolle Anhaltspunkte für die Beurteilung des vorliegenden Mißverhältnisses, wenn sie peinlich, d. h. unter Berücksichtigung der Fettpolster, ausgeführt wird. Alle Fälle, die das Symptom des Ueberragtwerdens der Schoßfuge durch den kindlichen Kopf zeigen, gehören in eine klinische Behandlung.

Rudolf Katz, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 47.

Raumdarstellende (stereoskopische) Myelographie. D. Kulenkampff.
◆ Explosionsgefahr bei der Narcylennarkose. M. Laesecke.

Doppelbildung der Gallenblase durch entzündliche Vorgänge. P. Esau.
* Zur Frage der „spontanen Heilung“ des Leistenbruchs. L. J. Leyfer.
* Das einfachste Mittel der Bekämpfung der Kontraktur der unteren Extremitäten. S. Kofmann.
* Appendizitisfehldiagnose beim Infarkt einer einseitigen Verschmelzungsniere (Langniere). E. Makai.

Explosionsgefahr bei der Narcylennarkose. Eine schwere Explosion bei einer Narcylennarkose, die den Tod des Patienten zur Folge hatte, gab Anlaß zur gerichtlichen Feststellung der Ursachen dieses leider schon mehrfach beobachteten Vorkommnisses. Es handelte sich um eine reine Narcylen-Sauerstoffnarkose. Die Untersuchung ergab, daß die Explosion wahrscheinlich durch Einwirkung des Sauerstoffstroms auf vorhandene Fetteilchen im Gasmischer des Narkoseapparats entstanden war, also infolge zu starker Einfettung der Teile der Mischkammer. Mitteilung des Sektionsbefundes des verletzten Patienten, besonders der Lungenveränderungen, an denen der Patient starb.

Zur Frage der „spontanen Heilung“ des Leistenbruchs. Daß ein Bruch größeren Umfangs, der schon lange besteht, sozusagen akut verschwindet, ist außerordentlich selten. Ein Patient, der seit 15 Jahren einen sehr großen, aber gut reponiblen Leistenbruch hat, erkrankt an akuter Appendizitis. Die Appendix liegt direkt an der Bruchpforte, so daß das Bauchfell in der Umgebung dieser und im Bruchsack in den entzündlichen Prozeß hineingezogen wird. Es schließen sich narbig schwielige Schrumpfungsprozesse in der Umgebung des Bruchsackes an, die eine gänseeigroße Geschwulst zurücklassen, welche die Bruchpforte pelottenartig verschließt.

Das einfachste Mittel zur Bekämpfung der Kontraktur der unteren Extremitäten. Um schon während der Behandlung von Gelenktuberkulosen die Kontraktuierungen zu bekämpfen, wird als schonende Methode empfohlen, bei der Sonnenbestrahlung die Gelenke mit Sandsäcken zu belasten, bei Spondylitis und Hüfttbc. Kreuz und Hüfte in Bauchlage, bei Gonitis das Knie in Rückenlage usw.

Appendizitisfehldiagnose beim Infarkt einer einseitigen Verschmelzungsniere. Ein 13jähriger Knabe erkrankt unter dem Bilde einer akuten Appendizitis; auffallend ist nur die freie Beweglichkeit des Kindes im Bett. Die Operation ergibt nichts Wesentliches an der Appendix, dagegen findet sich nach Eröffnung des Retroperitoneums eine rechtsseitige Verschmelzungsniere, deren untere eine markstückgroße, gelblich gefärbte Herderkrankung zeigt. Tamponade dieser Stelle. Tod nach 12 Tagen. Die Sektion ergibt Sepsis, parenchymatöse Entzündung der Nieren mit anämischen Infarkten. Die freie Beweglichkeit und eine Haematurie hatten nicht unbedingt gegen Appendizitis gesprochen. Die richtige Diagnose wäre nur durch Pyelographie zu stellen gewesen.

Walter Grossmann, Berlin.

Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie.

138., Heft 1.

* Zur Kenntnis der Neurinome. Moritz Borchardt.
* Ergebnis einer 10jährigen Sarkombehandlung. W. Wollner.
Ueber den Heilungsvorgang der Gelenkbrücke. Michael Livingood Mason.
Beitrag über Riesenzellsarkome der Schilddrüse. Richard Becker.
* Ueber unsere Ergebnisse in der Behandlung der Oberschenkelfrakturen. Theodor Fritz.
Zur Therapie des Pleuraempyems. Bernhard Oelschlägel.
* Neue Beobachtungen über die Wirkung der Dekapsulation bei experimenteller Nierenschädigung am Kaninchen. Siegbert Joseph und E. Rabau.
Studien zur antiken Chirurgie. II.: Die Chirurgie des Celsus. Eduard Melchior.
Beitrag zur operativen Behandlung der gastrokolischen Fistel. M. Meischke.
Ueber die Erzeugung einer passiven Giftfestigkeit gegen die Trypsinvergiftung bei der akuten Pankreasnekrose. Erich Harms.
Traumatische Milzblutung mit 12tägigem Intervall. August Schlegel.
Die Verbreitungswege der Pankreasfettgewebsnekrose. Paul Rostock.

Zur Kenntnis der Neurinome. Verf. hat seine Erfahrungen über das Neurinom auf 8 Fälle ausgedehnt. Das Neurinom scheint nicht ganz so selten zu sein, wie die Statistik ergibt, da die Fälle z. T. unter anderer Diagnose publiziert werden.

Die Erkrankung ist mit Verocay u. a. als nervöses Gewächs aufzufassen. Das Neurinom kann sich an allen Nerven entwickeln. Es tritt im Gegensatz zu den Recklinghausenschen Tumoren meist solitär und meist nahe dem Zentralnervensystem auf, doch kommt es auch multipel und ganz peripher — bis zu den Hautnerven — vor und kann sich an allen Nerven entwickeln. Das echte Neurinom muß trotz seiner klinischen und anatomischen Besonderheiten in die vielgestaltige Gruppe der Neurofibromatose eingereiht werden. Histologisch findet man alle Uebergänge und Kombinationen zwischen reinem Neurinom, Neurinoma sarcomatodes, Recklinghausenschen Tumoren usw. vor. Bei multipler Neurofibromatose kommt maligne Degeneration vor, sowie Rezidivierung nach operativer Entfernung. Das reine Neurinom wird nach der bisherigen Kasuistik nie bösartig, aber es muß mit der Möglichkeit gerechnet werden. In den eigenen Fällen traten auch bei bösartigem Gewebscharakter nie Rezidive auf. Doch muß die Wahl der Operationsmethode solche Möglichkeit berücksichtigen.

Die Enukleation des Tumors ist gewiß weit schonender als die Resektion, aber man soll sie nur bei scharfer Abkapselung des Gewächses ausführen, und bei Sitz an einem unwichtigen Nerven lieber resezieren. Auf jeden Fall soll man mit der operativen Indikationsstellung zurückhaltend sein und nur operieren, wenn schnelles Wachstum oder erhebliche Beschwerden vorliegen.

Ergebnis einer 10jährigen Sarkombehandlung. In 10 Jahren wurden 60 Sarkomfäälle behandelt, darunter 27 Knochen-, 5 Lympho-, 5 Drüsen-, 3 Hautsarkome. Statistisch fand sich kein Ueberwiegen des 2.—3. Jahrzehnts (gegen das 4.—5.), kein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts.

Es leben noch 22 Patienten, die übrigen starben zumeist im 1. Jahr nach der Operation. Rein operativ behandelt wurden 21, davon lebten nach 3 Jahren 42,3%, nach 5 Jahren 28,5%; mit Bestrahlung und kombiniert: 18 + 21. Von diesen lebten nach 3 Jahren 25,9%, nach 5 Jahren 18,5% (nach Abrechnung der inoperablen Fälle). Die Resultate waren also schlechter als die der Operation. Als Ursache hierfür kommen vorausgegangene operative Eingriffe und Probeexzisionen in Betracht.

Die Radiosensibilität der Sarkome ist nicht berechenbar. 20% sind völlig strahlenrefraktär. Im allgemeinen sind die Gewächse um so empfindlicher, je weniger sie histologisch differenzial sind. Demnach wurden die Lymphosarkome, die am meisten reagierten — und die übrigens operativ gar keine Erfolge ergaben — sowie die kleinzelligen Rundzellensarkome mit 30—40%, die übrigen Sarkome mit 60—90% HED bestrahlt. Außer bei Drüsen- und Lymphosarkomen leistet die Bestrahlung bei lokalen Rezidiven und bei operativ offenbar aussichtslosen Fällen oft gutes. Zu versuchen ist die Röntgenbehandlung zunächst in Fällen, wo nur schwer verstümmelnde Eingriffe in Frage kommen. Unbedingt operiert werden sollen Kiefersarkome, ungelogene Sarkome, Chondro- und Osteosarkome, Hautsarkome und Sarkome abgeschlossener Organe.

Ueber unsere Ergebnisse in der Behandlung der Oberschenkelfrakturen. Innerhalb von 10 Jahren 73 Oberschenkeldiaphysenfrakturen. Davon 24% Frauen, Alter: hauptsächlich 18—45 Jahre. Aetiologisch waren 72% indirekte Brüche. Es wurden die Frakturen der oberen Drittels mit Heftpflästerzugverbänden in Abduktion behandelt, die übrigen fast stets in Semiflektion des Knies. Extendiert wurde durchschnittlich 6 Wochen.

Die Ergebnisse waren mit zunehmendem Alter immer schlechter. Gut ausgeheilt (d. h. mit weniger als 2 cm Verkürzung) wurden 50%, also keine sehr befriedigenden Resultate, die aber der allgemeinen Statistik entsprechen. Um die Ergebnisse zu verbessern, soll schon am 2. Behandlungstage röntgenologisch geprüft werden, ob die Bardenheuersche Extension genügt, und dann evtl. direkter Zug am untern Fragment hinzugefügt werden. Ferner empfiehlt es sich, die Braunsche Schiene zu Hilfe zu nehmen, besonders bei Anwendung der Schwerzschen Klammer.

Neue Beobachtungen über die Wirkung der Dekapsulation experimenteller Nierenschädigung beim Kaninchen. Um die Wirkung der Dekapsulation bei Nierenerkrankungen zu verschiedenen Zeitpunkten, ferner den Einfluß unspezifischer Reize auf Nierenschädigungen zu prüfen, wurden Tierversuche vorgenommen. Kaninchen starben sicher nach 4—6 Tagen, wenn ihnen erst 2 ccm, nach 2 Tagen noch 4 ccm 1% Sublimatlösung injiziert werden. Fortlaufende Beobachtung der Nierenfunktion (Eiweiß, Jod, NaCl, Sediment, Gefrierpunkt).

Wird auf der Höhe der klinischen Erkrankung (24—48 Std. post inj.) operiert, so zeigt sich kein Unterschied gegenüber der Kontrolle. Operiert man aber am Tage nach der Injektion der 1. Dosis, so bleiben die meisten Tiere am Leben. Diese zeigen in den Nieren histologisch nur geringe Zeichen einer Sublimatvergiftung. Hierzu genügt schon die Dekapsulation einer Seite.

Röntgenreizbestrahlung und Setzen von Wunden als unspezifische Reize hatten keinen Einfluß, was gegen Volhards Theorie einer unspezifischen Wirkung der Dekapsulation spricht. Die Erfolge der Frühoperation stimmen mit den Erfahrungen beim Menschen überein, ihre Wirkung liegt in einer Umstimmung des Vasomotorentonus.

Walter Grossmann, Berlin.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

16., Heft 2.

* Bedeutung und Entstehung einer besonderen Färbung der Nasenschleimhaut bei Asthma bronchiale, Asthma nasale, Rhinitis vasomotoria und anderen Reflexneurosen der Nase. W. Undritz.

Otitis media chronica in den Jahren 1911—1921 an der Universitäts-Ohrenklinik in Frankfurt a. M. M. Stern.
Klinik und pathologische Anatomie der Perichondritis des Ringknorpels. Wilhelm Haardt.
* Entwickelung der Keilbeinhöhle des Menschen. Beitrag zur Kenntnis der Pneumatisierung des Schädels von der Nase aus. P. H. G. van Gilse.
* Myopathische Kehlkopflähmung und Rosenbach-Semonsches Gesetz. Karl Wilhelm Clauberg.
Der intratracheale Druck unter normalen und pathologischen Verhältnissen. F. Haßlinger.
Streptococcus viridans in Reinkultur im Lumbalpunktat bei otogenem Hirnabszeß und Meningitis. Zugleich Nachtrag zu der Mitteilung: „Sensorische Aphasie bei otogenem Extraduralabszeß in der linken mittleren Schädelgrube." Bd. 11, H. 4. 1925 dieser Zeitschrift. H. Thormann.
Neue Ozaenatherapie von Soyka. Goswin Zickgraf.

Bedeutung und Entstehung einer besonderen Färbung der Nasenschleimhaut bei Asthma bronchiale, Asthma nasale, Rhinitis vasomotoria und anderen Reflexneurosen der Nase. In dankenswerter Weise behandelt Undritz das schwer zugängliche Gebiet der nasalen Reflexneurosen. Schwer zugänglich in therapeutischer Beziehung — wie ja alle Vasoneurosen, leicht zugänglich, viel leichter als alle übrigen Vasoneurosen, in diagnostischer Hinsicht. Haben wir doch in der Schleimhaut der Nase, ähnlich, aber wohl viel feiner reagierend als die Haut, eine Oberflächendecke, an der sichtbar diese Störungen in Erscheinung treten. Wojatscheck, Much und auch ich haben darauf früher schon hingewiesen. Die Farbe der Schleimhäute ist weiß, weiß-bläulich, bisweilen gesprenkelt. Um ein anschauliches Bild von dem Farbton zu geben, möchte Referent hier das Aussehen des gekochten Schinkens in Erinnerung bringen. U. führt des weiteren an, daß dieser Farbton auch gelegentlich an anderen Schleimhautbezirken vasoneurotischer Individuen zu beobachten ist; so am Gaumen und am Larynxeingang. Da häufig eine Atrophie der Mukosa dabei zu konstatieren ist, wird bei diesen Kranken eine gewisse atrophische Konstitution angenommen. Wo die Farbveränderungen vorübergehend auftreten und histologisch keine Veränderungen sichtbar werden, muß mit einem vorübergehenden Gefäßspasmus gerechnet werden. Beim manifesten Typ ist das Flimmerepithel geschwunden, durch Pflasterepithel ersetzt, die Zellen häufig degeneriert. Im subepithelialen Gewebe sind chronische Entzündungsprozesse und mit Sekret überladene Schleimdrüsen auffindbar. Die Membrana limitans ist bedeutend verdickt und von hyalinem Aussehen. Durch ihre weiße Farbe erhält die Mukosa wahrscheinlich den schinkenförmigen Farbton. Im atrophischen Endstadium endlich, in dem die Mukosa auf Medikamente nicht mehr reagiert, ist das subepitheliale Gewebe fibrös degeneriert. Nach Ansicht des Referenten kann man daher wohl weniger von einer atrophischen Konstitution sprechen. Es handelt sich wohl mehr um eine Abnutzungserscheinung infolge trophischer Prozesse, wie sie ähnlich auch am Pseudolarynx und in der Trachea Laryngektomierter beschrieben wurde. Die operativen und medikamentösen Versuche von Undritz ergaben bei Mensch und Tier, daß es sich keineswegs um eine rein sympathische oder parasympathische Erkrankung handeln könne, sondern um eine Neurotonie des gesamten vegetativen Systems. Besonders erfreulich an der vorliegenden Arbeit ist, daß sie in logischer Folge die einzelnen Symptome zusammenfaßt und die Nasenerkrankung als solche deutlich der Allgemeinerkrankung des Organismus unterordnet.

Entwicklung der Keilbeinhöhle des Menschen. Beitrag zur Kenntnis der Pneumatisierung des Schädels von der Nase aus. Es handelt sich um eine außerordentlich vielseitige und umfangreiche entwicklungsgeschichtliche Arbeit, die im Original nachgelesen werden muß.

Myopathische Kehlkopflähmung und Rosenbach-Semonsches Gesetz. Es wird der Nachweis erbracht, daß Stimmbandlähmungen sehr wohl auch rein myopathisch entstehen können. Mit Rücksicht auf andere organische Lähmungserscheinungen ist es eigentlich erstaunlich, daß dieser Tatsache in unserem Fachgebiet so wenig Rechnung getragen wird.

Erich Rosenbaum, Berlin-Schöneberg.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

20., Heft 5/6.

* Prostatahypertrophie und Konstitution. Blatt.
Ueber mesoblastische Mischgeschwülste. Nevinny.
Einige Bemerkungen über den Wert des Ureterenkatheterismus und der Indigokarminprobe bei paranephritischen Eiterungen. Damski.
Zur Klinik der Nierenzysten. Löffler.
* Experimentelles zur Kältediurese. Bronner und Schüller.
Kasuistischer Beitrag aus der Blasenchirurgie. Orth.
Ueber Nierenmißbildungen. Weiner.
Wiener urologische Gesellschaft vom 24. Februar 1926.

Prostatahypertrophie und Konstitution. Der Autor hat 114 Fälle eingehend nach den Methoden von Sigand und Kretschmer auf ihre Konstitution hin untersucht. Er teilt sein Material in drei Gruppen, und zwar in I. 72 Fälle, bei denen die Diagnose operativ und histologisch verifiziert werden konnte, II. 30 Fälle, wo nur klinisch die Diagnose feststand und III. 12 Kranke, bei denen durch Operation und mikroskopische Untersuchung die Diagnose widerlegt wurde (maligne Tumoren, Sphinkterhypertonien usw.).

Als Ergebnis der Untersuchungen konnte Blatt ein starkes Vorherrschen des digestiven Typs nach Sigand konstatieren, die etwa dem pyknischen Typ Kretschmers entspricht. Hingegen war der Prozentsatz respiratorischer Fälle Sigands — resp. der Astheniker Kretschmers — gering. Die Dreiteilung der Fälle erwies insbesondere, daß die charakteristischen Merkmale bei den 72 Prostatikern der ersten Kategorie in weit höherem Maße vorhanden waren als bei dem Gesamtmaterial.

Beim typischen Prostatiker „handelt es sich um einen mittelgroßen, stämmigen, leicht verfetteten, untersetzten Mann, an dem der digestive Typus des Schädels und des Gesichtes deutlich zu erkennen ist, dessen Haut zart, fein, glatt, feucht und leicht erregbar und dessen Stammbehaarung auffallend mangelhaft ist".

In eine Gruppe mit dem Prostatiker möchte der Autor den Diabetiker einreihen, wobei durch gewisse entgegengesetzte Merkmale diese beiden Kranken als „Antipoden innerhalb derselben Gruppe charakterisiert erscheinen". Daraus ergibt sich vielleicht auch das seltene Zusammentreffen beider Leiden.

Experimentelles zur Kältediurese. Da die Experimente früherer Forscher keine eindeutigen Ergebnisse über die Veränderung der Nierensekretion nach thermischen Reizen hatten, stellten die Verfasser erneut hierüber Versuche an. Sie führten in einen Harnleiter einen Katheter ein, injizierten Indigokarmin und applizierten, wenn der Ureterenkatheter gleichmäßig tropfte ein eisgekühltes kaltes Tuch auf den Leib. Sie konnten dann eine sofort einsetzende und kurz dauernde Vermehrung der Tropfenzahl aus dem Katheter sowie eine zunehmende Anzahl von Kontraktionen am anderen Harnleiterostium feststellen. Sie sind geneigt, ihre Resultate dahin zu deuten, daß es eine Kältediurese gibt, die allerdings in engster Beziehung zur Kälteempfindung steht, kurzdauernd und wahrscheinlich vasomotorischer Natur ist. Ueber den weiteren Verlauf der Diurese können wir aus unseren Katheterversuchen keine Schlußfolgerungen ziehen; unsere Trinkversuche lassen es unwahrscheinlich erscheinen, daß in einem späteren Zeitpunkt eine wesentliche Hemmung erfolgt".

E. Lehmann, Berlin.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

76., 23. Oktober 1926, Heft 43.

Ueber die Ursachen und die Behandlung von Genitalblutungen. L. Adler.
* Schwangerschaft und Lungenschwindsucht vom Standpunkt des Internisten. K. Reitter.
* Ueber eine Hausinfektion mit einfacher Grippe. Karl Schubert.
* Die ätiologische Diagnose typhöser Erkrankungen. Viktor Ruß.

Schwangerschaft und Lungenschwindsucht vom Standpunkt des Internisten. Schwangerschaft bedeutet eine gewaltige Leistungssteigerung des gesamten Organismus. Vortragender bespricht die Aenderungen im Kohlehydrat-, Kalk- und Fettstoffwechsel in der Schwangerschaft und erörtert die nach theoretischen Ueberlegungen mögliche Beeinflussung der Tuberkulose durch diese Momente. Die Arbeitsleistung aller Drüsen mit innerer Sekretion ist während der Schwangerschaft gesteigert. Es kommt zur Entwicklung einer Plethora; ob und in welchem Ausmaße diese Blutvermehrung bei tuberkulösen Schwangeren auftritt, ist nicht bekannt. Daß die großen Blutverluste bei der Geburt eine bestehende Tuberkulose ungünstig beeinflussen, ist begreiflich. Das gesamte Bindegewebe im Körper der Schwangeren erfährt eine Auflockerung; ebenso können fibröse tuberkulöse Narben gelockert und aus ihnen Tuberkulosebazillen frei werden. Bei der Geburt kann durch Preßwehen Kaverneninhalt ausgepreßt und in noch gesunde Lungenpartien aspiriert werden. Um ein Urteil abgeben zu können, in welcher Weise die Schwangerschaft bei einem tuberkulösen Individuum den Krankheitsprozeß beeinflussen wird, ist die Erkenntnis des Ausbreitungsbezirkes und des Ausbreitungsweges der Tuberkulose in diesem Individuum notwendig. Zur Kennzeichnung des tuberkulösen Lungenprozesses hat man zunächst die Turban-Gerhardtsche Einteilung, die nur auf den physikalischen Untersuchungsergebnissen basiert, herangezogen, Pankow hat versucht, auf Grund der Unterscheidung zwischen latenter und manifester Tuberkulose ein Schema für die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung auszubauen. Einen besseren Einblick in die Verlaufsformen der Tuberkulose gaben erst die Forschungsergebnisse von Ranke, dem sich für die Klinik in Deutschland Liebermeister eng anschloß. In Wien hat W. Neumann in Anlehnung an die Einteilung Bard-Pierys in detaillierter Weise den Formenkreis der Lungentuberkulose dargestellt. In Praxi ist nach

Ansicht des Vortragenden die Einteilung nicht in allen Fällen möglich. Alle Hilfsmittel der Klinik müssen zur Beurteilung des Einzelfalles herangezogen werden. Nicht in allen Fällen kann ein sicherer Schluß gezogen werden, in welcher Weise die bestehende Tuberkulose durch eine Schwangerschaft beeinflußt wird.

Ueber eine Hausinfektion mit einfacher Grippe. In einem internen Krankensaale traten sieben Fälle von abortiv verlaufender einfacher Grippe auf. Das Krankheitsbild war charakterisiert durch intensive Rötung und Schwellung der Rachenschleimhaut und Entwicklung einer Gruppe hirsekorngroßer, in der Mitte einen eitrig gelben Punkt tragender Follikel am vorderen Gaumenbogen und einen typischen Lungenbefund, der in Verminderung des Schalles über den Basen beider Unterlappen, Abschwächung des Atemgeräusches und zunächst trockenen, später feuchten, nicht klingenden Rasselgeräuschen bestand. Der Blutbefund war bei allen Fällen ziemlich gleichartig, die Leukozytenwerte schwankten um 6500. Die Differentialzählung ergab normale Granulozytenwerte, Aneosinophilie und eine Monozytose von mitunter 30%. Fieberanstieg erfolgte plötzlich unter Schüttelfrost bis 40 Grad und sank in den nächsten 48 Stunden wieder zur Norm ab. Im Sputum konnten in einzelnen Fällen Influenzabazillen nachgewiesen werden, meist zeigte sich darin ein buntes Bakteriengemisch. Ein Fall, durch Bronchiektasien in beiden Lungen kompliziert, kam ad exitum. Arcanol Schering wurde mit vollem Erfolge prophylaktisch verwendet.

Die ätiologische Diagnose typhöser Erkrankungen. Vortragender bespricht die wichtigsten, praktisch in Betracht kommenden ätiologisch-diagnostischen Untersuchungsmethoden bei typhösen Erkrankungen. Keine derselben entspricht allen Anforderungen hinsichtlich der wünschenswerten Sicherheit. Auf den negativen Ausfall einer der Proben hin kann nicht die Diagnose typhöse Erkrankung ausgeschlossen werden.

76., 30. Oktober 1926, Heft 44.

Zur Bestimmung der frontalen Grenze des Aphasiegebietes. G. Bonvicini.
* Ueber Pilzerkrankungen der Haut. L. Kumer.
* Ueber Rektumkarzinom. L. Schönbauer und B. Pfab.
* Ein Fall von autochthoner Parietalthrombose der Aorta abdominalis mit Embolie der Beinarterien. Wolfgang Laves.

Ueber Pilzerkrankungen der Haut. Verfasser bespricht die verschiedenen Pilzerkrankungen der Haut, ihre Behandlung, die Morphologie der verschiedenen, die einzelnen Dermatomykosen erzeugenden Pilze. Verfasser weist auf die Ergebnisse der Forschungen in letzter Zeit hin, wonach durch gewisse Pilzerkrankungen die ganze Haut eine Umstimmung erfährt. Plato und Neißer gelang es, aus den Trychophytonpilzen ein dem Tuberkulin ähnliches Präparat herzustellen, durch dessen subkutane Injektion örtliche und allgemeine Reaktionen ausgelöst werden können. Bloch führte die kutane Injektion von Trychophytinen in die Dermatologie zu diagnostischen Zwecken ein. Die diesbezüglichen Versuche bei den verschiedenen Pilzerkrankungen ergaben, daß die tiefen Formen immer positive Hautreaktion ergeben, von den oberflächlichen nur die mit starken Entzündungserscheinungen einhergehenden. Heute bildet die intradermale Trichophytininjektion auch eine wichtige Rolle in der Therapie der tiefen Trichophytien. Mitunter gehen tiefe Trychophytien mit Allgemeinerscheinungen, hohem Fieber, Glieder- und Kopfschmerzen einher, mitunter tritt gleichzeitig ein Exanthem am ganzen Körper auf, deren wichtigste Form der Lichentrychophyticus ist. Auch bei Mikrosporie treten mitunter allgemeine Exantheme auf. Die Ursache der Allgemeinerkrankung wird einerseits auf ektogene Verschleppung der Keime, andererseits auf hämatogene Verbreitung zurückgeführt. Später wurde die hämatogen infektiöse Theorie aufgestellt; es ist in manchen Fällen gelungen, lebende Pilze aus dem Blute durch die Kultur nachzuweisen.

Ueber Rektumkarzinom. Zusammenstellung der in den letzten 25 Jahre an der Klinik Eiselsberg behandelten Fälle von Rektumkarzinom. Nach den Erfahrungen dieser Klinik wird bei der Operation eines Rektumkarzinoms der rektale Weg nach Kraske bevorzugt. Wegen der größeren Radikalität wird die Amputation vorgezogen, bei höher sitzenden Karzinomen trachtet man, die Resektion auszuführen. Die abdomino-sakrale Methode ergab eine höhere Mortalität, wenngleich auch diese Methode als die radikalste angenommen werden kann. Röntgennachbestrahlung wird nur dort verwendet, wo der Eindruck besteht, daß doch nicht radikal genug operiert wurde; besondere Erfolge wurden hiervon nicht gesehen.

Ein Fall von autochthoner Parietalthrombose der Aorta abdominalis mit Embolie der Beinarterien. Ein 44jähriger Fleischhauer erkrankt bei einer Radfahrt an einem Anfall von intermittierendem Hinken. Einige Tage später treten heftige Schmerzen in beiden Beinen auf und es entwickelt sich unter hohen Temperatursteigerungen eine zunehmende Gangrän beider Beine. Patient gab anamnestisch Nikotin- und Alkoholabusus an. Kurze Zeit vor Beginn der Erkrankung hat er eine schwere Nikotinvergiftung durchgemacht. Patient starb 25 Tage nach Beginn der Erkrankung. Die Obduktion ergab: Wandständige autochthone Thrombose der Aorta abdominalis oberhalb der Teilungsstelle, ausgehend von einem kleinen Geschwür am Rande eines größeren atherosklerotischen Beetes, außerdem bestand eine Embolie beider Beinarterien und ihrer peripheren Aeste, geringe atherosklerotische Veränderungen der linken Kranzarterie und Arteriosklerose der Bauchaorta und beider Beinarterien. Eine deutliche Hypoplasie des Herzens und des arteriellen Gefäßsystems war nachweisbar. Die Erklärung dieses Falles ist folgende: periphere Angiospasmen, für welche durch Nikotinabusus, Hyperplasie des arteriellen Gefäßsystems und Arteriosklerose der Beinarterien disponierende Momente vorlagen, gaben Anlaß zu abnormen Strömungsverhältnissen des Blutes und akuter Entstehung eines Parietalthrombus der untersten Bauchaorta. Auf die Ausbildung der atherosklerotischen Veränderungen dürfte nach Ansicht des Verfassers der Nikotinabusus von ausschlaggebender Bedeutung gewesen sein.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift.

Nr. 45.

Ueber die Osteomyelitis des Schenkelhalses im Kindesalter. Monnier.
* Die Behandlung der Abmagerung der konstitutionellen und der sekundären Astheniker vermittels der Faltaschen Insulin-Mastkur. A. Haemmerli.
Die Grundumsatzbestimmung in der Klinik. C. Meili.
Ein Fall von „traumatischem Basedow" mit tödlichem Ausgang. M. Vischer.
* Stimmtätigkeit und Lungentuberkulose. P. Lohfeldt.

Die Behandlung der Abmagerung der konstitutionellen und der sekundären Astheniker vermittels der Faltaschen Insulin-Mastkur. Die Insulinkur ist mit einer Ruhekur zu kombinieren und nicht ambulant durchzuführen. Auch nach Abschluß der Kur soll der Pat. nicht gleich seine volle Beschäftigung aufnehmen. Von größter Wichtigkeit ist die individuelle Dosierung des Insulins. Als Anfangsdosis gibt man 5 E. ca. 20 Minuten vor den Hauptmahlzeiten. Denselben hat 2 bis 3 Stunden später eine kohlehydratreiche Zwischenmahlzeit zu folgen. In der Regel ist es nötig, bei gutem Vertragen des Insulins auf zweimal 10 E. zu steigen. Auf mehr als dreimal 20 E. pro die zu steigen, ist Asthenikern deshalb schädlich, weil ihr geschwächter Organismus und ihr labiles Nervensystem Ueberstimulation schlecht vertragen. Ein plötzliches Abbrechen der Behandlung ist zu vermeiden. Treten im Laufe der Kur nervöse Störungen auf, so hat man sich durch Blutzuckerbestimmungen zu überzeugen, daß die Nervosität nicht durch eine Hypoglykämie bedingt ist. Bei Störungen von seiten des Herzens ist das Insulin einige Tage auszusetzen und dann die Kur mit kleineren Dosen weiter zu führen. Während der Menses genügen zweimal 5 E. pro die. Die Dauer der Kur ist je nach Umständen auf 3 bis 5 Wochen zu bemessen, bei Verwendung sehr kleiner Dosen entsprechend länger. Ist der Gewichtsansatz noch ungenügend, so schaltet man Pausen von mindestens 2 Monaten ein, um dann die Kur noch einmal zu beginnen.

Stimmtätigkeit und Lungentuberkulose. Verf. hat die Erfahrung gemacht, daß eine planmäßige bestimmte Uebung und Veränderung und Korrektur der Kehlkopftätigkeit eine merkwürdige günstige Wirkung auf die Lungentuberkulose hat, obwohl das der überlieferten Lehrmeinung zuwiderläuft. Bekanntlich haben die meisten Lungenkranken schlechte Stimmen. Die geringe, ungenügende Stimmtätigkeit hat zweifellos auch ihre Rückwirkung auf den Gesundheitszustand der Lunge. Daß planmäßige Stimmübung (die belebende und gesundende Kraftfunktion des Atemorgans) auf die Lunge heilend wirkt, hält Verf. nach langjähriger, eingehender Prüfung für richtig.

Nr. 46.

Die stadtbernische Enquête der sogenannten Impfschäden anläßlich der obligatorischen Pockenschutzimpfungen.
Ueber Mutterkornpräparate. A. Goenner.
* Klinisch-statistischer Beitrag zur Kenntnis der Iridocyclitis tuberculosa. E. Achermann.
* Ueber eine neue Indikation der Schwefeltherapie. T. Gordonoff.
Physikalische Prüfung der Leistungsfähigkeit von Diathermieapparaten. G. Fries.
Kurzer Bericht über einen anscheinend geheilten Fall einer juvenilen Psychose. M. Nachmannsohn.

Klinisch-statistischer Beitrag zur Kenntnis der Iridocyclitis tuberculosa. Die tuberkulöse Iridocyclitis tritt beim weiblichen Geschlecht weit häufiger auf als beim männlichen. Sie beginnt bei ersterem vorzüglich im zweiten, vierten und fünften, beim männlichen im zweiten und dritten Dezennium. Bei den meisten Patienten lassen sich in der Lunge tuberkulöse Veränderungen nachweisen, die aber fast ausnahmslos als nicht „aktiv" anzusehen sind. Doch lassen sich aus dem Lungenbefund in bezug auf Form und Verlauf der Entzündung am Auge keine Schlüsse ziehen. Die Gesamtdauer der Erkrankung erstreckt sich besonders bei den älteren Patienten über viele Jahre, ja Jahrzehnte; Rezidive sind häufig. Die Sehschärfe nimmt mit zunehmender Erkrankungsdauer ab.

Ueber eine neue Indikation der Schwefeltherapie. Verf. schlägt vor, den Schwefel in die Gruppe der Arzneien, die bei der Behandlung des Diabetes verordnet werden, aufzunehmen. Er sieht sich dazu berechtigt, weil nach seinen Versuchen der Schwefel imstande ist, den Zuckergehalt des Blutes herabzusetzen und eine Glykogenspeicherung in der Leber hervorzurufen. Im gereinigten Insulin sind 48% abspaltbaren Schwefels nachzuweisen, an den die Wirksamkeit des Insulins gebunden zu sein scheint, denn die Abspaltung des Schwefels bewirkt eine Abnahme der Insulinwirkung. Dank seiner Ungefährlichkeit in kleinen Dosen darf der Schwefel bei der Behandlung des Diabetes als ein die diätetische und Insulintherapie unterstützendes Agens nicht außer acht gelassen werden. Versuche in dieser Richtung dürften sich lohnen. Held.

Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin.

27., Juli 1926.

Wann ist eine Hernie zu entschädigen?
Tee als sensorielle Droge. J. Reutter, Rosemont.

28., Juli 1926.

Rolle der Infektion beim Verlauf der chronisch-gastro-duodenalen Ulzera.
Prof. O. Hotz. Nachruf von E. Bicher, Aarau.
Das Ricklische Kurverfahren. A. von Segesser, Degersheim.

29., Juli 1926.

Rolle der Infektion beim Verlauf der chronisch-gastro-duodenalen Ulzera.
Das Ricklische Kurverfahren. A. von Segesser, Degersheim.

30., Juli 1926.

Neurologie 1925/26.
Maté als sensorielle Droge. Reutter, Rosemont.

31., August 1926.

Psychoneurosen.

32., August 1926.

Differentialdiagnostische Bewertung der Hypertonie auf Grund des Wasserversuchs.
Prinzipielle Bemerkungen zur Behandlung einiger Nervenkrankheiten.

33., August 1926.

Galopprhythmus.
Quecksilbervergiftung nach Amalgamfüllungen von Zähnen.
Dermatologie im Jahre 1926.

34., August 1926.

* Die Korrektur der Hängebrust nach Aubert-Passot. P. Cattani, Zürich.

Die Korrektur der Hängebrust nach Aubert-Passot. Trotz verschiedener Operationsmethoden gehört diese kosmetische Korrektur noch zu den unbefriedigt gelösten Aufgaben der Chirurgie. Die Methode der französischen Autoren beruht darauf, daß Warze und Warzenhof in Verbindung mit dem Drüsenkörper ausgeschnitten wird und vom unteren Drüsenpol aus von innen nach außen und oben verlagert wird, während die unteren Partien der Drüse mit dem subkutanen Fettgewebe abgetragen werden. Die Methode gibt gute Resultate. Es gelang Cattani, bei einem 20jährigen Mädchen mit abnorm ausgeprägter Hängebrust 1260 g abzutragen und kosmetisch ein sehr gutes Resultat zu erreichen.

35., August 1926.

Mißerfolge der Frakturbehandlung und ihre Ursachen.
Kawa-Kawa als sensorielle Droge. Reutter. Rosemont.

36., September 1926.

Ueberblick über einige neuere Arbeiten aus dem Gebiete der Hygiene.
Die Empiriker in der Schweiz.

37., September 1926.

* Florohormon. (Sidler), nach Danin und Fecht.

Florohormon. Florohormon ist ein insulinähnlich wirkender Pflanzenextrakt, der aus Ericaceen in bestimmten Wachstumszeiten hergestellt wird. Dieser Extrakt soll teils die großen Insulingaben vermindern helfen, resp. die Insulin-Therapie unterstützen, teils als peroral einführbares Pflanzenhormon eine Dauerbehandlung möglich machen. Als Wertvollstes wird seine Fähigkeit, geringe Diätfehler zu korrigieren, gerühmt.

38., September 1926.

Chirurgie.
Neuere Ergebnisse aus dem Gebiete der Röntgendiagnostik, Röntgen- und Radiumtherapie.

39., September 1926.

Neuere Ergebnisse aus dem Gebiete der Röntgendiagnostik, Röntgen- und Radiumtherapie.
Betel oder Sirih. Reutter. Rosemont.

40., Oktober 1926.

* Der Raynaudsche Symptomenkomplex. Von J. Thomas, Genf.
Therapie der Tuberkulose in Rußland.

Der Raynaudsche Symptomenkomplex. Etwa 300 Fälle sind bisher beschrieben worden. Es handelt sich also um eine nicht allzu seltene Affektion. An Hand von vier eigenen Beobachtungen und einer Reihe von Fällen aus der Literatur bespricht der Verfasser die Symptomatologie und Aetiologie dieser Krankheit. Er weist dabei besonders auf endokrine Störungen an Thyreoidea, Nebennieren und Ovarien hin. Auch Lues soll auf dem Umwege über das endokrine System die Krankheit auslösen können. Als Seltenheit zeigt sich auch echte Anaphylaxie als ätiologisches Moment (z. B. Ipeca).

41., Oktober 1926.

* Nikotinschädigungen. J. Mensch.

Nikotinschädigungen. Nach kurzer Orientierung über die Pharmakologie des Rauchens, Entstehung der Verbrennungsprodukte, Nikotinresorption usw. zeichnet der Verfasser das klinische Bild der leichten und schweren Nikotinvergiftung resp. Nikotinüberempfindlichkeit an Hand von sieben selbstbeobachteten Fällen und einigen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Als Symptome finden sich Myosis, Druckempfindlichkeit der fossae supraorbitales, Bronchitis, labile Herzaktion, lebhafte Patellarsehnenreflexe, Schwindel- und Asthmaanfälle, Blutdrucksteigerung, Koliken und Erbrechen, Exitus in tetaniformem Koma. Die Therapie besteht in schweren Fällen in Verabreichung von Exzitantien, Mundspülungen und vollständiger Abstinenz. Abstinenzerscheinungen sind höchstens leicht und lassen sich durch Sedativa bekämpfen. Als Prophylaxe wird empfohlen nach Thoms in Pfeifenrohren, Zigarren- und Zigarettenspitzen Einlagen von mit Eisenchlorid getränkter Watte anzubringen, da diese dann bis zu 78% des Nikotins bindet. Außer in einigen Fällen von abnormem Abusus oder abnormer Anwendung des Tabaks (z. B. Tabakessen) oder bei konstitutionell Nikotinüberempfindlichen führt mäßiges Rauchen nie zu feststellbaren Schädigungen.

42., Oktober 1926.

Progressive Paralyse.
Krankheiten und Todesursachen der Päpste des Renaissance-Zeitalters. P. Hüssy, Aarau.
Grundlagen der Kneippschen Wasserheilmethode. O. Schneiter, Affoltern.

43., Oktober 1926.

Orthopädie.
Neues aus dem Anwendungsgebiet der Stachelstreifenschienen.

44., November 1926.

* Physikalische Heilmethoden in der Unfallmedizin. F. Zollinger.

Physikalische Heilmethoden in der Unfallmedizin. Zollinger lehnt für Verletzungen die Behandlung mit feuchten Umschlägen, Bädern, Eis, Eisumschlägen ab. Er warnt vor kritikloser Anwendung der essigsauren Tonerde. Warme Teilbäder sind bei den Panaritien nach der Inzision am Platze, aber auch hier nicht als Dauerbad. Lange Vollbäder als Therapie von Neurosen sind wertlos, hingegen spielen Schwefel- und Moorbäder, letztere als Packungen, eine wichtige Rolle bei Arthritiden, Oedemen, Lymphstauungen usw. Lichttherapie ist hauptsächlich unter Verwendung des Sonnenlichtes, evtl. als Intensivbehandlung mit der Linse bei schlecht granulierenden Wunden am Platze. Künstliche Höhensonne und Solluxlampe sollen bei einigen Berufsekzemen von Nutzen sein. Frische Luft — beim Verbandwechsel — regt Granulationsbildung an. Heiße Luft — nicht mit dem Fön — hat ein breites Anwendungsgebiet, jedoch sollten keine Verbrennungen vorkommen; hauptsächlich ist immer wieder darauf zu achten, ob etwa anästhetische Hautbezirke vorhanden sind. Elektrotherapie, Faradisation und Galvanisation findet besonders bei Nervenverletzung ausgedehnte Anwendung. Diathermie hat ihre sehr großen Vorteile, besonders bei Epikondylitis, Frakturen, Tarsalgie, Achillodynie, Verletzungen und Strikturen der Speiseröhre und Harnröhre, Erfrierungen, Gangrän, Neuritiden und Arthritiden. Bei eiternden Wunden mit schlechter Heilungstendenz werden neuestens auch Röntgenstrahlen verwendet. Bei Berufsekzemen ist deren günstige Wirkung längst bekannt. Die größte Bedeutung kommt der Gymnastik, Massage und Mechano-Therapie zu, zum mindesten sollte bei allen Verletzungen, die Ankylosen zur Folge haben können, Mechanotherapie möglichst früh einsetzen. Die wichtigste Art ist zweifelsohne aktive oder passive Gymnastik „von Hand". Die Hand des Arztes ist den gymnastischen Apparaten überlegen; denn diese bilden meistens nur einen ungenügenden Ersatz für gute Bewegungstherapie „von Hand".

45., November 1926.

Röntgentherapie.
Ueber den Kat oder Gaad, Quat, Ciát, Tschai oder Tscad als sensorielle Droge. Reutter. Rosemont.
* Behandlung der Syphilis mit einem neuen, schweizerischen Arsenobenzolderivat (Neo-Mesarca, Roche). R. Steinmetz, Genf.

Behandlung der Syphilis mit einem neuen schweizerischen Arsenobenzolderivat. Das Neo Mesarka ist ein 4,4'-dioxy-3,3'-diamino-arsenobenzol-N-methylensulfonsaures Natrium; es enthält etwa 20% Arsen und ist äußerst löslich in kaltem Wasser. Steinmetz hat damit über 1000 Injektionen an über 50 Syphilitikern gemacht, und hat im ganzen dieselben Resultate erhalten wie mit Neosalvarsan. Die Toleranz war eher besser. Steinmetz hat zwei unangenehme Zwischenfälle erlebt, beide auf Ueberempfindlichkeit gegen Arsen beruhend. Eine Reihe von Auszügen aus den Krankengeschichten belegt die günstigen Erfolge.

46., November 1926.

Röntgentherapie.
Weitere sensorielle Drogen aus Solaneen. Reutter. Rosemont
* Eatan. Th. Janssen, Davos.

Eatan. Zur Bekämpfung der Tuberkulose sind zwei Wege denkbar: erstens die direkte Bekämpfung des spezifischen Erregers; zweitens die Veränderungen der Lebensbedingungen des Erregers im Wirtsorganismus: Veränderungen des Nährbodens. Der zweite Weg spielt in der neueren Zeit eine große Rolle. Früher redete man von Mastkuren bei Lungentuberkulose, heute reduziert man die Ueberernährung auf ein vernünftiges Maß, trachtet aber hauptsächlich danach, daß dem Körper reichlich Eiweiß-Substanzen zum Aufbau der spezifischen Abwehrkörper geliefert werden. In diesem Zusammenhang hat sich das Eatan bei einer Versuchsreihe von 25 Tuberkulosekranken als appetitsteigerndes und ansatzförderndes Mittel gut bewährt. Einige Versager kamen vor, jedoch zeigte sich bei weitaus dem größten Teil der Patienten ein günstiger Einfluß. Eatan ist eine stark salzhaltige wässerige Lösung von Aminosäurekomplexen, welche durch Hydrolyse aus tierischem Eiweiß gewonnen werden. Es enthält wahrscheinlich auch etwas Sekretin.

47., November 1926.

Einige Fragen aus dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe.
Opium als sensorielle Droge. Reutter. Rosemont.
Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiete der Geburtshilfe im Jahre 1926.

Hottinger, Basel.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

2. Hälfte, Nr. 19, 6. November 1926.

* Bromoformbehandlung bei Keuchhusten. Jacobs.
Weibliche Aerzte in Niederland und Niederländisch-Indien. Nuysink-Steinbuch.
* Gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft. Hermans.
Wert und Bedeutung der Blutzuckeruntersuchung. Sybrandy.
* Digitalis und Strophantin. Boekelman jr.
Untersuchungen aus dem Laboratorium von Carrel. van Herwerden.

Bromoformbehandlung bei Keuchhusten. Das fälschlich als giftig verschriene Bromoform lobt der Verfasser sehr. Nie sah er schädliche Nebenwirkungen, während er die Vakzinebehandlung als zweifelhaft und wenig nützlich ablehnt.

Gleichzeitige intra- und extrauterine Schwangerschaft. Gelegentlich einer eigenen Beobachtung faßt Autor die Literatur dieser Fälle zusammen und kommt zu dem folgenden Résumé:

In jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft hat man die Möglichkeit der gleichzeitig bestehenden intra- und extrauterinen Gravidität ins Auge zu fassen. Die Diagnose pflegt allerdings sehr schwer zu sein, vor allem muß man diese Abweichung kennen und dran denken!

Bei der Behandlung der extrauterinen Gravidität achte man stets auf den Zustand des Uterus. Nach Behandlung eines Abortus untersuche man noch bimanuell, um eine extrauterine Gravidität auszuschließen. Die für die Mutter und die topische Frucht sicherste Behandlung ist die operative, rasch ausgeführte. Man schone Ovarium und Corpus luteum.

Digitalis und Strophantin. Autor weist im einzelnen nach, daß man bei der Behandlung der Herzinsuffizienz nicht willkürlich von diesen beiden Mitteln Gebrauch machen darf, sondern daß man stets Klarheit darüber schaffen soll, welches von beiden in Betracht kommt. Digitalis ist indiziert bei allen Fällen von Herzinsuffizienz mit frequentem, unregelmäßigem Puls, bei denen die Behandlung nicht dringend ist.

Strophantin ist angewiesen 1. in Fällen sehr starker Asystolie mit unregelmäßigem, äußerst frequentem und kleinem Puls; 2. in Fällen von Arrhythmie mit langsamem Puls, wenn Erscheinungen von Kompensationsstörungen dabei sind; 3. in Fällen von Herzinsuffizienz mit Herzhypertrophie, in denen der Rhythmus regelmäßig geblieben ist; 4. bei Herzinsuffizienz mit Ueberleitungsstörungen, da diese durch Strophantin viel weniger verschlimmert werden, als durch Digitalis. Es ist ein Nachteil für die Allgemeinpraxis, daß Strophantin stets intravenös gegeben werden muß, dies sei ein Grund für seine seltene außerklinische Anwendung.

Ueber gleichzeitige Digitalis- und Strophantinbehandlung sagt Autor noch etwa folgendes: Bei sehr starker Asystolie ist die Wirkungsdauer von Strophantin kurz, nur zweimal 24 Stunden, so daß die Einspritzung bald zu wiederholen ist. Außerdem ist es vorzuziehen, nicht auf einmal die ganze Menge einzuspritzen, sondern lieber verschiedene Male zu injizieren mit Intervallen. Man kann nun in der drohenden Periode Strophantin geben, nach ihrer Ueberwindung aber mit Digitalis fortfahren. Bei Arrythmia perpetua erzielte Verfasser selbst mit dieser Methode erst Verbesserung der Kontraktilität, später Verlangsamung des Rhythmus. Vaquez spricht von Reaktivierung des Digitalis durch Strophantin. Laubry gibt beide Mittel sogar gleichzeitig, und zwar ein Drittel Digitalis und zwei Drittel Ouabain. Doch scheint diese Behandlung gefährlich.

Nr. 20, 13. November 1926.

* Eklampsiefrage. de Snoo.
* Konservative Aneurysmabehandlung. Scheffelaar Klots.
Septic tanc und typophage Protozoen. van Loghem und Ruys.
Beziehung zwischen Beckenform und Körperlänge. Sitzen.

Eklampsiefrage. Snoo geht ausführlich ein auf die Untersuchungen von Zangenmeister, die sich über 25 Jahre erstrecken und die besonders die den Krampfanfällen vorausgehenden Zustände, Hydrops und Albuminurie umfassen. Nach Z. soll ein geringes Oedem noch physiologisch sein, stärkere Grade aber krankhaft und in direkter Beziehung mit dem Ausbruch der eklamptischen Anfälle stehend, auch dann, wenn Nierenstörungen fehlen. Eine Nephropathie soll keinen direkten Einfluß auf das Ausbrechen des Krampfanfalls haben, der vielmehr in Gehirnanämie begründet sein soll. Diese wieder entsteht durch Gehirndruck als Folge von Gehirnödem. Außerdem entsteht eine Spannung der Dura mater, die außer Kopfschmerzen, Erbrechen und Oligurie auch Steigerung des Blutdrucks und Pulsverlangsamung zur Folge hat. Die Gehirnanämie als solche reicht aber nicht aus, die Anfälle auszulösen. Hierzu ist nötig, daß die anämische Hirnrinde durch plötzliches Zuströmen arteriellen Blutes gereizt wird. So wäre plötzliche Blutdrucksteigerung, z. B. bei Wehen, Anstrengung oder Schreck der häufigste Anlaß für den Anfall. Aber anderseits soll auch eine plötzliche Gehirndrucksenkung, durch die die anämische Rinde plötzlich mehr Blut empfängt, oder auch eine Tonusverminderung der Hirngefäße einen Anfall auslösen können. Zangenmeister hat sich also eine scharfe Vorstellung des gesamten Prozesses gebildet, vom Augenblick des Entstehens des Hydrops, den er auf abnorme Durchgängigkeit der Kapillaren für Wasser unter Einfluß von Fermenten oder Hormonen.

Snoo hält diese Auffassung für verlockend, aber falsch und versucht dies zu beweisen. Er leitet seit 1907 eine Geburtshilfeklinik in Rotterdam. 1908 konnte er über eine Patientin mit Schwangerschaftsmole, starken Hydrops und Albuminurie, bei der dann Eklampsie ausbrach, berichten. Schon damals hat er vor und nach der Geburt die Diurese, den Kochsalzgehalt des Urins usw. täglich bestimmt. Aus dem Verhältnis der NaCl-Ausscheidung vor und nach der Eklampsie und vor und nach der Geburt schloß er, daß die Nieren, selbst wenn starke Albuminurie bestand, nicht für die Eklampsie verantwortlich waren, ebensowenig der Hydrops, sondern daß das gesamte Krankheitsbild sich aus der Wirkung der Schwangerschaftsprodukte auf den Organismus erklären lassen mußte.

Das ganze Ei bestand im obenerwähnten Falle bloß aus einer pathologischen Plazenta mit einer schon lange abgestorbenen Frucht, so wurde es klar, daß die Schwangerschaftsprodukte von der Plazenta herstammen mußten, wahrscheinlich von dem übermäßig gewucherten Trophoblasten. Da nun aus normalen Schwangerschaftserscheinungen ohne jeden Uebergang die krankhaften entstehen, lag es nahe, den ganzen zur Schwangerschaftsvergiftung gehörenden Komplex auf verstärkte oder anormale Reaktionen des mütterlichen Körpers auf Stoffwechselprodukte des Trophoblasten zurückzuführen. dieser stellt ein besonderes Differentiationsprodukt der wachsenden Keimzelle dar.

So entstand des Verfassers Lehre von der alles überragenden Bedeutung des Trophoblasten. Dieser sorgt für Ernährung des Fötus, Ausscheidung seiner Stoffwechselprodukte, bringt die Veränderungen des mütterlichen Körpers zuwege, die zur Entwicklung des Eies führen und die Geburt ermöglichen. Das Kind ist passiv, der Trophoblast aktiv, das Kind ist Ziel, der Trophoblast Mittel. Alle Schwangerschaftsprozesse werden von ihm beherrscht, auch die Eklampsie. Damals nahmen führende Gynäkologen gegen Verfasser Partei, heute ist seine Auffassung allgemein anerkannt, und zwar unter dem Einfluß der Lehre von der inneren Sekretion.

Die Eklampsie ist keine selbständige Krankheit, auch nicht die Folge von Nierenerkrankung, sondern eine Schwangerschaftsaffektion, und so ist die Frage nur durch ein systematisches Studium jeder einzelnen Erscheinung der E. zu lösen. Sind die Haupterscheinungen und ihre Beziehungen untereinander klar, dann heißt es, die Stellung des Anfalls ergründen.

Autor studierte nacheinander die Oedeme, die Albuminurie, dann die Blutdrucksteigerung, dann den Anfall selber, dies 20 Jahre hindurch an tausenden Patienten.

Systematisches Wiegen aller Schwangeren vor und nach der Geburt ergaben, daß so gut wie alle ein Oedem und ein Präödem hatten, daß es aber möglich war, durch salzlose Diät diese zu verhüten oder verschwinden zu lassen. Menge und Art der Nahrung, mehr oder minder Flüssigkeit hatten hierbei gar keinen Einfluß. Im Gegensatz zu Zangenmeister kam Snoo schon früh zu dem Schluß, daß nicht die Wasserretention das Primäre war, sondern die von NaCl, in deren Folge erst die Wasserretention entsteht. Snoos Resultate sind noch besser als die von Z., denn seine autochthonen Eklampsien sind auf Null gesunken, und dies, obwohl er die Frauen täglich 1 Liter Wasser extra trinken ließ, um die Diurese trotz kochsalzfreier Diät auf dem gewöhnlichen Niveau zu erhalten. Sein Material beweist mit fast mathematischer Sicherheit, daß es auf die kochsalzlose Diät ankommt und nicht auf die Enthaltung vom Wasser. Es genügt jedoch nicht salzloses Diät zu ordonnieren, sondern man muß die Vorschrift auch durch tägliche Kochsalzbestimmungen kontrollieren.

Auffallend ist, wie schnell nach der Geburt der Kochsalzüberschuß ausgeschieden ist. Diurese und Kochsalzgehalt nehmen zu, und dies so schnell, daß sich eventuell kranke Nieren unmöglich in so kurzer Zeit gebessert haben können. Die Retention ist also nicht die Folge gestörter Nierenfunktion, sondern eine Bindung von NaCl im Organismus unter Einfluß der Schwangerschaftsprodukte. Die Kochsalzbindung ist wichtiger als das Wasser, das mit ihr steigt und fällt. Dieser Prozeß ist unabhängig von der Durchgängigkeit der Gefäßwände. Es ist sogar fraglich, ob das Gehirnödem infolge von NaCl-Retention Ursache der Anfälle ist. Dagegen spricht auch die verhältnismäßig kurze Dauer der Anfälle, während deren die Oedeme nicht ab- sondern zunehmen. Es steht auch nicht fest, daß jeder Eklamptische Hirnödem hat.

Nachdem Verfasser den Blutdruck bei Schwangeren und Wochenbettfrauen, bei Kranken und Gesunden lange Zeit hindurch gemessen hatte, ist die Wichtigkeit der Frage jetzt allgemein anerkannt. Ohne Blutdruckerhöhung keine Eklampsie. Freilich sinkt er manchmal im Laufe der Anfälle, steigt dann aber wieder bei Genesung. Zwischen Hydrops und Blutdruckerhöhung bestehen keine Beziehungen. Das geht zunächst aus den Fällen von ernster Intoxikation mit starken Oedemen, Albuminurie und Blutdrucksteigerung hervor, bei denen durch strenge salzlose Diät, ohne daß der Blutdruck besonders stark sinkt, die Oedeme verschwinden.

Die Ursache der Blutdrucksteigerung liegt in einer Verengerung des peripheren Kreislaufs, aber nicht sind die Gefäße selbst krank, sondern hier greift eine Beteiligung des Organismus ein. Das Verhalten des Blutdrucks läßt sich mit dem der Temperatursteigerung bei Infektionskrankheiten vergleichen, beide sind Verteidigungsmaßnahmen und sehr bedeutungsvoll für Diagnose, Prognose und Therapie. Jedenfalls ist die Blutdrucksteigerung unabhängig von den Gefäßen und dem Hirnödem.

Verfasser teilt einen Fall mit, aus dem hervorgeht, daß der Blutdruck sowohl durch die Narkose als durch den Blutverlust nach Entfernung der Plazenta bedenklich niedrig wurde. Als er dann wieder stieg, brach sogar ein Anfall aus.

Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die ersten Tage nach der Geburt die Gefahr der Eklampsie aufs höchste steigen lassen, hiermit stimmt seine Theorie und hiermit stimmt sein Material überein. Seine Kranken setzen sich zusammen aus 75%, bei denen die Eklampsie vor der Geburt ausbrach und sich über 100 Schwangerschaftslage verteilte, und 25% Eklampsien, die nach der Geburt alle innerhalb 24 Stunden ausbrachen. Der erste Tag nach der Geburt bietet also die größten Gefahren.

Was nun das Entstehen der Anfälle betrifft, so spielen die Wehen bei allen Untersuchern die Hauptrolle. Diese Ansicht hält Snoo für falsch. Es ist schon schwer möglich, den Anfang einer Geburt präzise zu bestimmen, denn Gebärmutterkontraktionen kommen immerfort vor. Verfasser glaubt, daß viele Fälle von sogenannter Geburtseklampsie schon ausgebrochen waren, bevor die Geburt begonnen hatte. Eine Unterscheidung von Schwangerschafts- und Geburtseklampsie ist besser zu vermeiden. Verfasser sah bei bewußtlosen Frauen nie eine Blutdrucksteigerung als Folge der Wehen. Er glaubt nicht, daß es die Wehen sind, die die Anfälle direkt auslösen, höchstens könnten sie dies indirekt durch psychische Einflüsse, Schmerz usw., ausnahmsweise bewirken. Dies ist therapeutisch wichtig, denn hiermit fällt das Motiv für eine eingreifende Behandlung zur Ausschaltung der Wehen. Es kommt auch vor, daß die Anfälle sich nach der Geburt noch fortsetzen und daß sie andererseits sogar während der Geburt aufhören.

So kommt Verfasser zum Einfluß der Geburt auf dem Verlauf der Eklampsie. Allgemein wird die Gebärmutter mit größter Eile entleert, weil dies von günstiger Wirkung sein soll. Aus 50 entsprechenden Fällen des Verfassers geht aber nichts derartiges hervor. Zwar hörten bei einigen Fällen die Anfälle gleich nach der Geburt auf, aber die Frauen hatten viel Blut verloren oder Narkose bekommen. Zahlreicher sind die, bei denen die Anfälle ohne Behandlung oder nach Morphium oder Aderlaß, Stunden vor der Geburt aufhörten. Andere setzten ihre Anfälle nach der Geburt fort, oder bekamen einen Rückfall, so daß die Austreibung des Eis an sich wenig Einfluß auf die Eklampsie hatte. So kommt man zu dem Resultat, daß die Eklampsie eine Krankheit von bestimmter Dauer ist, deren Verlauf abhängig ist von dem schädlichen Einfluß der Anfälle und der Widerstandsfähigkeit der Patientin. Die Behandlung muß oft darauf gerichtet sein, die Geburt womöglich zu verhindern, anstatt sie zu beschleunigen. Glückt eine Bezwingung der Anfälle, ohne daß die Geburt in Gang kommt, dann kann man diese einige Tage später in Gang bringen und braucht vor neuen Anfällen dann keine Furcht zu haben, wenn die Frauen streng salzfreie Diät gehalten haben. So tritt zuweilen fast völlige Genesung ein, die Oedeme schwinden, die Albuminurie sinkt, der Blutdruck wird niedrig, es kommt zur normalen, rechtzeitigen Geburt. Meist nehmen aber die Erscheinungen nach kurzer Zeit wieder zu, dann muß die Schwangerschaft abgebrochen werden.

Die Gefahr der Eklampsie trifft hauptsächlich Herz, Lungen, Leber, Nieren und Nervensystem. Auf die betreffenden Symptome geht Autor näher ein. Er reiht die Eklampsie unter die konstitutionellen Störungen ein.

Konservative Aneurysmabehandlung. Durch die sog. konservativen Operationsmethoden ist die Prognose dieser Fälle wesentlich verbessert worden. Man versteht hierunter eine Operation, durch die die Arterie wieder in ihren früheren Zustand zurückgebracht wird, hierzu gehört aber auch die Methode, die erst den kollateralen Blutkreislauf so zur Entwicklung bringt, daß sogar die Abschließung der Arterie danach ohne jeden Nachteil für die Ernährung des Gliedes ausgeführt werden kann. Groß ist die Gefahr der Gangrän, wenn man, wie früher meistens, und leider oft auch heute noch, eine der Hauptschlagadern des Körpers plötzlich durch eine Unterbindung abschließt, ohne sich vorher von der Qualität des kollateralen Blutkreislaufs überzeugt zu haben. Entgeht man selbst der Gangrän, so entwickelt sich doch noch vielfach ein Zustand von Ischaemie, bei dem sich allerlei Störungen geltend machen, die sich aus der unzureichenden Blutversorgung des Gliedes entwickeln, Muskelatrophien, Funktionsstörungen der Gelenke und Muskeln, trophische Störungen der Haut usw. Oft entstehen diese Störungen erst, nachdem das Glied noch eine Weile funktioniert hat, doch dann kommt es zu früher Ermüdung, Schmerz, intermittierendem Hinken. Es handelt sich gewöhnlich um Aneurysmabildungen der Aorta, Anonyma, Karotis, Subklavia, Axillaris, Brachialis, Iliaca communis, Interna, Externa und Poplitea, bei denen die konservativen Behandlungsmethoden in Frage kommen, während kleinere Arterien ruhig durch Exstirpation nach beiderseitiger Unterbindung des Sackes behandelt werden können.

Autor läßt alle Behandlungsmethoden Revue passieren und schildert zunächst die nichtoperativen:

A. Die medizinisch-diätetischer Behandlung, Bettruhe, Purgieren, Hungern, Aderlaß, Jodkali, Eisblase — sie führt allein nie zur Genesung.

B. Einspritzung von gerinnungsfördernden Mitteln in das Aneurysma, meist Eisenchlorid, Gefahr der Gangrän, daher aufgegeben.

C. Galvanopunktur aus demselben Grunde aufgegeben.

D. Die verschiedenen von außen angewandten Kompressionsmethoden, die in direkte und indirekte zerfallen. Bei der indirekten wird die Arterie unmittelbar proximal vom Aneurysma eine gewisse

Zeitlang zugedrückt gehalten durch Pelotte oder Daumen. Diese Behandlung, die sich über 12 oder 14 Stunden hinzieht, ist aber so schmerzhaft, daß Morphium nicht ausreicht, sondern Narkose gemacht werden muß. Auch kann es zu Tobsuchtsanfällen kommen. Nach Hildebrand genasen etwa 78% von 138 so behandelten Kranken und Gould sah von 55 35 heilen.

Die direkte Kompressionsmethode drückt das Aneurysma selber zu. Sie ist nicht ungefährlich; es kann zu Entzündung oder Nekrose des Aneurysmas, Bruch des Sackes und Gangrän des Gliedes kommen. Auch kann sich als Folge des ausgeübten Druckes ein sekundäres Aneurysma bilden. Bei vorsichtiger Ausführung, 3 bis 4mal täglich eine Stunde, ist die Methode sehr zu empfehlen; ihr Hauptvorteil ist, daß sie den kollateralen Blutkreislauf allmählich zur Entwicklung bringt.

Autor kommt nun zu den operativen Behandlungsmethoden. Nie darf operiert werden, bevor man nicht sicher ist, daß der kollaterale Kreislauf völlig ausreicht. Wie bestimmt man dies aber?

a) Durch Fühlen des Pulses peripher vom Aneurysma. Fehlt er völlig, dann ist auch ein guter kollateraler Kreislauf zu erwarten.

Ist der Puls peripherwärts aber deutlich fühlbar, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, daß sich kein kollateraler Kreislauf gebildet hat, dann macht man

b) die hyperämische Reaktionsprobe von Matas, die Verf. eingehend schildert.

c) Gestattet es der Sitz des Aneurysmas nicht, daß die Arterie proximal davon zugedrückt wird, dann macht man eine nur zeitliche Abschliessung der Arterie durch ein abnehmbares Band, z. B. aus Aluminium, das, nachdem die Arterie unter Lokalanästhesie freigelegt ist, mit einer dafür bestimmten Zange um die Arterie gelegt und zugeschnürt wird. Gebraucht man breite Umschnürungen, so hat man die Thrombosierung nicht zu befürchten, da die Intima ja dabei nicht beschädigt wird. Sind nun die Kollateralen ausreichend, so kann man die Operation des Aneurysmas anschließen. Ist dies aber nicht der Fall so muß erst eine vorbereitende Behandlung stattfinden mit dem Ziel, die Kollateralen zu entwickeln. Hierzu verfügt man über:

a) Systematisch ausgeführte Kompressionsbehandlung.

b) Zeitliche, vollkommene Abschließung der Arterie unmittelbar proximal vom Aneurysma. Dies ist aber ein sehr gewagter Eingriff, wenn er plötzlich gemacht wird, und wenn er die Karotis betrifft. Vorzuziehen ist daher:

c) die teilweise Abschließung der Arterie. Der größte Vorteil dieser Methode ist, daß schon durch eine Teilabschnürung vielfach das Aneurysma zur Heilung kommen kann, und zwar kommt es dabei wahrscheinlich zu langsam fortschreitender Thrombosierung von dem beinah zum Stillstand gebrachten Blut im Aneurysma, es folgt Organisation und Schrumpfung.

Autor bespricht noch die älteren nicht-konservativen Operationsmethoden und nennt: A) Die Unterbindung nach Hunter, proximal vom Aneurysma und am Orte der Wahl. B) Unterbindung nach Anel, wobei gleichzeitig alle in das Aneurysma mündenden Seitenäste mit unterbunden werden. C) Brasdor unterbindet distal. D) Norris proximal und distal. E) Antyllus gleichfalls, schneidet aber dann das Aneurysma weit auf und tamponiert, wonach er die Wunde zugranulieren läßt. Infektionsgefahr. F) Exstirpation nach beiderseitiger Unterbindung. All diese Methoden sind nur anwendbar, wenn der kollaterale Kreislauf nichts zu wünschen übrig läßt.

Die konservativen Operationsmethoden sind:

A. Resektion des Aneurysmas, Anastomosierung der beiden Arterienstücke, durch zirkuläre Gefäßnaht oder Venentransplantation. Mißglückt leicht!

B. Die Endoaneurysmoraphie. Sie geht von der Erfahrung aus, daß mit Endothel bekleidete Flächen sehr schnell aneinander wachsen. Vorbedingung aber ist die normale Blutzufuhr zu der Gefäßwand.

C. Des Autors eigene Methode, die teilweise Unterbindung der Arterie unmittelbar proximal mit einem Streifen Fascia lata.

Es folgt eine Krankengeschichte: Aneurysma der A. brachialis.

K. Heymann, Berlin.

Acta Radiologica.

5., Fasc. 3, Nr. 25.

Zur Frage der atypischen Achondroplasie und ihrer peripheren Form. Nils Silfverskiöld.

* Beobachtungen zur Funktion des Magens nach der Gastroenterostomie und ähnlichen Operationen. Dr. L. Arisz, the Hayne.

Einige Fälle von Lungenatelektase. Sven Junghagen.

Untersuchungen zu den Wirkungen von Malmströms Lebertranwasser nach peruraler Verabfolgung an Ratten, die einer rhachitischen Diät ausgesetzt sind. Eigil Rekling.

Eine Methode zur Messung von Röntgenstrahlen, besonders in der Hauttherapie. E. Björling.

Drei technische Details: 1. Extraktion des Silbers aus der Fixierlösung, 2. photographische Markierung von Radiogrammen, 3. einfache Anordnung zur Bedeckung des Bestrahlungsfeldes während der Vorwärmung der Antikathode der Coolidgeröhre. Sigfrid Arnell.

Russell D. Carman in Memoriam. G. Forssell.

Beobachtungen zur Funktion des Magens nach der Gastroenterostomie und ähnlichen Operationen. Abgesehen von den Aussichten der Heilung eines Ulkus ist die Wirkung der Gastroenterostomie auf das Befinden des Patienten zu untersuchen. In den Fällen, in denen die Pars pylorica geschrumpft war oder wo ein spastischer Verschluß des Sphinkter pylori bestand, ist die Aenderung der Bedingungen augenscheinlich. Aber in allen Fällen ohne ein Hindernis für die Magenentleerung ist es nicht klar, was zur Verringerung der Beschwerden geführt haben kann. Man kann die guten Resultate nicht durch die Tatsache erklären, daß nun der ganze Mageninhalt vorbeifließt und das Ulkus unberührt läßt. Es kann dies für ein hochsitzendes Ulkus an der kleinen Kurvatur nicht zutreffen und auch bei einem Ulkus pylori und duodeni passiert die Nahrung in Seitenlage genau in derselben Weise, als wenn keine Operation vorgenommen worden wäre. Auch kann nicht festgestellt werden, daß die Entleerung des Magens durch die Anastomose beschleunigt würde. Wenn auch der größte Teil der Kontenta den Magen schneller verläßt als früher, so bleibt doch der unter der Anastomose liegende Teil des Magens ebensolange zurück. In einigen Fällen konnte sogar festgestellt werden, daß der Kontakt der Nahrung mit dem Geschwür länger dauerte, als vorher. Die spastischen Symptome des Ulkus bleiben, sie können sich vermindern, aber verändern sich nicht erheblich. Auch konnte Veränderung der Peristaltik und der Sekretion in entscheidendem Maße nicht beobachtet werden. Das Gewicht des Mageninhaltes und damit die Spannung der Magenwand wird zwar verringert, aber auch diesem Umstande ist eine wesentliche Bedeutung für die Verminderung der Beschwerden nicht beizumessen, da das Ulkus gegen diese Einflüsse durch Spasmen der umgebenden Magenwandabschnitte geschützt ist.

Die kritische Analyse ergibt also keine Möglichkeit, nach der Operation die guten Resultate zu erklären, die oft erzielt werden. Die Resultate der Gastroenterostomie sind nicht vorauszusehen.

5., Fasc. 4, Nr. 26.

* Einige Beobachtungen zur Kapselchondromatose und ihrer radiologischen Kennzeichen. H. J. Panner.

Zur Demonstration und Analyse der Koalition zwischen Calcaneus und Naviculare durch die Röntgenuntersuchung. Prof. Dr. H. C. Slomann.

Cholezystographie. Eggert Moller and David Ottosen.

* Messungen mit dem Siemens-Dosimeter, der Sabouraud-Pastille und mit dem ersten in Verbindung mit einer Röhre von Sabouraudpapier. Paul Jacoby.

Verhandlungen der holländischen Gesellschaft für Elektrologie und Radiologie. N. Voorhoeve.

Einige Beobachtungen zur Kapselchondromatose und ihrer radiologischen Kennzeichen. Die Erkrankung, die sicherlich nicht so selten ist, wie allgemein angenommen wird, geht von der Synovialis aus. Man findet sie sowohl in den Gelenken, als auch in den Sehnenscheiden und Schleimbeuteln, besonders an den Stellen, wo eine Synovialis sich mit dem Gelenkknorpel oder Periost verbindet oder wo vom fötalen Leben normalerweise Gruppen von Knorpelzellen zurückbleiben, entstehen Tumoren, in denen sich allmählich mehr oder weniger ausgedehnte Verkalkung oder Verknöcherung bildet. Der Grad ihrer Entwicklnug ist verschieden. Es kann die ganze Kapselhöhle vollständig mit Tumoren ausgefüllt sein, die entweder der Kapsel anhaften oder mit ebenso strukturierten Körpern, die frei in der Höhle flottieren. Die Entstehung der letzteren erklärt sich in der Weise, daß während des Wachstums die Tumoren immer mehr in die Gelenkhöhle eingedrungen sind, bis sich der Stiel immer mehr verdünnt hat und schließlich abgebrochen ist. Die Größe der Tumoren kann Hühnereigröße erreichen. In seltenen Fällen können sie auch die Kapsel durchdringen und in das periarterikuläre Gewebe und in die Muskulatur hineinwuchern. Sie können infolge ihres Druckes zu einer Atrophie der Gelenkknochen führen und sich im Knochen einkapseln. Die Erkrankung ist als ein echter Kapseltumor aufzufassen, aber gutartig. Metastasen kommen nicht vor, auch entzündliche Erscheinungen werden nicht beobachtet, demzufolge auch kein Exsudat. Sekundär können allerdings leichte arthritische Prozesse entstehen, die aber dann nur geringgradig sind.

Die Erkrankung betrifft am häufigsten das Kniegelenk, seltener das Ellenbogengelenk. Gelegentlich wird sie auch im Hüftgelenk oder Karpal- oder Tarsalgelenk gefunden. Sie ist meist monartrikulär. Die Aetiologie ist völlig unbekannt. Ein Trauma als Ursache kommt nicht in Betracht. Die Symptome bestehen in einer mehr oder weniger erheblichen Verminderung der Beweglichkeit des Gelenks und in einer Anschwellung der umgebenden Gewebe. Die Diagnose wird sich in den meisten Fällen auf das Röntgenbild stützen müssen. Dieses ist je nach der Ausdehnung des Prozesses sehr verschieden und hängt insbesondere ab von der Verkalkung bzw. Verknöcherung der Tumoren. Rein knorplige Tumoren sind selbstverständlich im Röntgenbilde nicht zu sehen, daher ist im Frühstadium röntgenologisch eine Diagnose auch nicht zu stellen. In schweren Fällen, wenn die Tumoren eine Knochenusur verursacht haben, kann man die Defekte im Röntgenbilde nachweisen. Diese unterscheiden sich deutlich von denen eines Osteosarkoms, der Defekt ist regelmäßiger, deutlicher umschrieben. Man findet niemals ein infiltrierendes Wachstum.

Wenn sekundär-arthritische Veränderungen aufgetreten sind, so findet man im Röntgenbilde die kleinen bekannten Osteophyten. Diese Veränderungen sind aber niemals sehr ausgedehnt. Hierdurch kann man die Erkrankung leicht von einer Arthritis deformans unterscheiden, auch ist zu beachten, daß die Chondromatose vorwiegend schon im Alter von 20 bis 40 Jahren auftritt.

Messungen mit dem Siemens-Dosimeter, der Sabouraud-Pastille und mit dem ersten in Verbindung mit einer Röhre von Sabouraudpapier. Von den Untersuchungen des Verfassers sind am interessantesten die Messungen der Absorption der Sabouraudpastille. Es sollte festgestellt werden, ob die Annahme, daß die Pastille für gewisse Wellenlängen eine selektive Absorption und demzufolge eine zu rasche Färbung aufweist, richtig ist. Zu diesem Zweck hat er eine Ionisationskammer vollständig mit einer Röhre von Sabouraudpapier bedeckt und die Absorption bei steigenden Spannungen von 60 bis 180 Kilowatt gemessen und auch unter verschiedenen Bedingungen von gesteigerten Filtrationen. Dabei fand er eine völlig regelmäßige Abnahme der Absorption bei Filtrationen von 1 mm bis zu 8 mm Al und ½ mm Cu. plus 1 mm Al (entsprechend 11 bis 12 mm Al). Es wurde also keine Unterbrechung in der Absorption festgestellt, die auf charakteristische Strahlung zurückgeführt werden könnte.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Orvosi Hetilap (Medizinische Wochenschrift).

70., Nr. 45., 7. November 1926.

◆ Untersuchungen über die operative Therapie des Diabetes. Mansfeld.
Heilende Wirkung der bestrahlten Nahrungen auf rachitische Kinder. Göttche, Tolnai.
Wirkung der Kalium- und Kalzium-Salze auf die Aziditätsverhältnisse des Urins. Hetényi-Hollo.
Diastase- und primärer Phenolaseinhalt des Lupus- und Tuberculosis-verrucosa-cutis-Stoffes. Melczer.
◆ Dicksches Toxin und Eosinophilie. Farnos.
Piedra nostras. Ballagi.

Untersuchungen über die operative Therapie des Diabetes. Die Untersuchungen Steinachs und anderer schienen zu beweisen, daß bei Drüsen, die über eine innere und äußere Sekretion verfügen, die innere gesteigert werden kann. Wir stellen die Frage: ist es nicht möglich, die Insulin-Produktion der Bauchspeicheldrüse durch Vernichtung der äußeren Sekretion zu erhöhen und damit etwa die Zuckerkrankheit zu heilen? — Da der Organismus den Pankreassaft nicht ganz entbehren kann, nahm Verf. bei Hunden folgende Operation vor: er teilte die Drüse durch eine die Adern schonende Ligatur in zwei Teile; auf diese Weise ist der einen Partie die Möglichkeit der äußeren Sekretion entzogen worden, da aber ihre Arterien und Venen unverletzt blieben, konnte sie ihre innere Tätigkeit fortsetzen. Vier Wochen nach der Operation traten solche Symptome auf, die die Hyperproduktion des Insulins bewiesen: erhöhte Zuckertoleranz und die für die operierten Tiere sehr charakteristische Karenzhypoglykämie (nach einem zweitägigen Hungern zeigt die Blutzuckerkonzentration einen solchen Sturz, daß sie den Wert von 0,04% erreichen kann). Diese Hypoglykämie ist mit Recht auf die erhöhte Insulin-Produktion zurückzuführen; wir finden sie nie bei normalen Tieren, nicht einmal nach Exstirpation der Schilddrüse (trotz der beobachteten erhöhten Toleranz und niedrigem Blutzuckerwerte). Die Karenzhypoglykämie ist eine spezifische Erscheinung, die man nur an den auf die geschilderte Weise operierten Hunden beobachten kann. Dieser Zustand scheint chronisch zu sein, und bestand auch in 1½ Jahren nach der Operation. Wo der Sturz kleiner war, fand Verf. auch vor dem Hungern niedrigere Werte. Die Annahme einer erhöhten Insulin-Produktion unterstützt auch die Tatsache, daß die normalen Werte (auf leeren Magen gewonnen) beinahe bei allen Hunden während der Monate gleichmäßig sanken. — Um diese Erfolge zu unterstützen, versuchte Verf. nun bei 3 Hunden den abgebundenen Pankreasteil zu exstirpieren. Nur ein Hund blieb am Leben, dessen Blutzucker 6—8 Tage nach der Operation die Werte von 0,120%, 0,125% zeigte; nach zweitägigem Hungern entstand keine Hypoglykämie (0,112%). Die exstirpierten Pankreasteile wiesen unter dem Mikroskop eine 80—100fache Vermehrung der Inseln auf. Ob nun die innere Tätigkeit der menschlichen, kranken Bauchspeicheldrüse auf ähnliche Weise gesteigert werden kann, ist fraglich. Eine Antwort darauf kann nur die klinische Beobachtung geben.

Das Dicksche Toxin und Eosinophilie. Nach der Darreichung des Dickschen Toxins tritt Eosinophilie auf. Die Spezifität des Toxins können wir also mit Hilfe des Blutbildes bestimmen. Oft finden wir, daß mit dem Negativ-werden der Dickschen Reaktion, parallel die eosinophilen Zellen sich vermehren. Es ist wahrscheinlich, daß die eosinophilen Zellen in den Immunisierungsprozessen eine Rolle spielen.

70., Nr. 46. 14. November 1926.

Baron Koloman von Müller †. von Korányi.
Erfolge 2000 gynäkologischer Operationen. Windisch.
Lipase-Inhalt der tuberkulotischen Haut. Melczer.
◆ Bindehautvernarbung bei vererbter Lues. Incze.
◆ Einfache Methode der Anwendung des Pneumothorax. Henszelmann.
Zusammenfassende Besprechungen. Vitéz Gönczy: Praktische herzfunktionelle Untersuchungen.

Bindehautvernarbung bei vererbter Lues. Bei vererbter Lues können an der Bindehaut folgende Veränderungen auftreten: 1. Die partiale oder totale, aber im inneren Augenwinkel immer vorhandene ausgebreitete Vernarbung des unteren Ueberganges, die meistens sehr fein, doch mit ihrer silberweißen Farbe auffallend ist, und sich nicht der ganzen Ausdehnung der tarsalen Conjunctiva bemächtigt, sondern einen gesunden Randsaum freiläßt. — 2. Die Plica semilunaris nimmt an der Schrumpfung oft auch Teil und ist in diesem Falle mit der vernarbten Partie des unteren Uebergangs mit einem schmalen Streifen verbunden. — 3. Die obere tarsale Bindehaut ist seltener und in minderem Grade angegriffen. — 4. Die genannten Schrumpfungen verursachen nie die Lageveränderung der Augenlider.

Eine einfache Methode der Anwendung des Pneumothorax. Verf. schaltet den Manometer aus, findet sogar, daß auch der übrige Apparat überflüssig ist, da man den Grad der Lungenkompression durch die Röntgendurchleuchtung gut beurteilen kann. — Verf. nimmt eine einfache dünne Rekord-Nadel, an welcher mit Zwirn ein kurzes Gummiansatzrohr befestigt ist (der ganze Apparat wird in einer Epruvette ausgekocht) und sticht damit in der Axellinie (im dritten Interkostalraum), indem er den Kranken zur tiefen Atmung auffordert. Sobald man den Pleuralsack erreicht hat, meldet sich ein leiser, zuweilen kräftiger, pfeifender Ton, der den negativen Druck verkündigt. Die Gegenprobe davon ist die Ausatmung bei zugehaltener Nase und Mund, bei welcher die eingesaugte Luft auch hörbar sich durch die Nadel entfernt. Diese Methode ist ganz verläßlich und macht jedes Instrumentar überflüssig. Sie ist auch ohne Uebung, ambulant gut ausführbar. In mehr als 100 Fällen traten keine Komplikationen auf.

Orocz.

Časopis Lékařu Českých.

Nr. 46, 12. November 1926.

Dieses Heft ist dem verstorbenen Chirurgen und Röntgenologen Prof. Dr. Jealička gewidmet.

Nr. 47, 19. November 1926.

◆ Ueber den Einfluß der äußeren Energie auf den Zerfall radioaktiver Stoffe. Felix.
◆ Behandlung des Hämangioms mit Radium. Novák.
Tuberkulose der kalmückischen Studenten in der Tschechoslowakei. Vanicĕk, Ulman und Michajlenko.
◆ Pathologisch-anatomisches Bild einer kleinen Trichinoseepidemie in Mähren 1925 Pavlica.
Ueber Gesetze, die Sexualität betreffend, in dem vorbereitenden Strafgesetzentwurf der tschechoslowakischen Republik (Ende). Bondy.

Ueber den Einfluß der äußeren Energie auf den Zerfall radioaktiver Stoffe. Man prüfte den Einfluß der strahlenden Energie auf die Schnelligkeit des Zerfalls 1. des Urans, 2. des Radiumchlorids, indem man diese Stoffe der Einwirkung unterwarf a) eines Feldes von hoher Frequenz (10^6) eines Teslatransformators, b) von ultravioletten Strahlen, c) von X-Strahlen. Die Scintillationsmethode war sehr anstrengend und ergab auch keine verläßlichen Resultate, da die Intensität wechselt, und deshalb wählte man die Methode der Ionisation durch α-Strahlen in einem empfindlichen bifilären Wulf-Elektrometer. Beim Uran erhielt man keine Resultate, welche man einfach dem Wechsel der Rückbildungskonstante zuschreiben könnte. Beim Radiumchlorid jedoch, das man der Einwirkung von ultravioletten Strahlen aussetzte, stellte man eine Vermehrung der Ionisation fest. Die Ionisation stieg nach 10 Bestrahlungen auf den doppelten Wert, wie vor der Bestrahlung. Der Einfluß der Röntgenstrahlen wurde bis jetzt wenig beobachtet. Die Erfolge zeigen ein geringes Sinken der Ionisation nach einigen Bestrahlungen um 18%. Auf diesem Gebiete werden noch weitere Experimente gemacht. Das hier vorgebrachte Resultat soll nur als vorläufige Mitteilung betrachtet werden.

Die Behandlung der Hämangiome mit Radium. Die Hämangiome und angiomatösen Tumoren sind im allgemeinen sehr radiumempfindlich. Die Hämangiome sind die günstigsten Fälle für die Radiumtherapie. Schon vor 14 Jahren betonte Wickham und Degrais in seinem ersten Lehrbuch „Radiumtherapie der Hautkrankheiten", daß die Hämangiome die dankbarsten Fälle für die Radiumtherapie sind. In unserer Literatur ist jedoch bis jetzt diese Therapie sehr wenig bekannt, und es gibt wenige Aerzte, welche darüber informiert sind, wie gute Erfolge man erzielen kann. Die Radiumbehandlung verlangt aber gleichzeitig eine sehr sorgfältige Behandlung: schwache Dosen in ziemlich weit auseinanderliegenden Intervallen wiederholt. Starke Dosen, innerhalb kurzen Zeiträumen gegeben, können eine sklerotische Vernarbung, Nekrose oder sogar Zerfall zur Folge haben. Je nach der Tiefe des Tumors verwendet man bei den oberflächlichen Tumoren β-, bei den tieferen γ-Strahlen. Der Autor bringt Abbildungen von einem 2 Jahre alten Kind, wo es sich um ein au gedehntes Hämangiom auf der rechten Wange, Schläfengegend, Ober- und Unterlid handelt. Der Tumor war so ausgebreitet, daß das Kind auf dem rechten Auge nicht sah. Nach sechsmonatiger Radiumbehandlung kam es zu einer fast vollkommenen Heilung. Die weniger ausgedehnten Tumoren heilen freilich rascher. Mit wiederholten steigenden Dosen verlieren diese Tumoren nicht ihre Radiosensibilität, was der Hauptunterschied gegenüber malignen Tumoren ist.

Pathologisch-anatomisches Bild einer Trichinoseepidemie in Mähren 1925. Der Autor behandelt die Trichinoseepidemie, die im Jahre 1925 in Mähren ausgebrochen ist und die er vom pathologisch-anatomischen, histologischen und epidemiologischen Standpunkte aus studiert hat. Gegen Ende des vorigen und zu Beginn dieses Jahrhunderts war die Trichinoseepidemie im südöstlichen Mähren, im Iglauer Bezirk, endemisch. Während der Epidemie des vorigen Jahres hat die Krankheit 9 Personen ergriffen. Eine davon infizierte sich durch ungenügend gekochtes Rauchfleisch. Es starben 3 Kranke (33,3%), davon wurde einer obduziert. Man fand mikroskopisch eine große Anzahl von Parasiten in der quergestreiften Muskulatur, ferner eine Myokarditis, Bronchopneumonie, Leberverfettung. Der Autor hat auch Tiere, die aus derselben Quelle infiziert waren, beobachtet und histologisch untersucht. Müller, Prag.

Neurologja Polska.

8., Heft 2, 1926.

- * Encephaloleukopathia scleroticans progressiva. E. Flatau.
- * Neuropathische und psychopathische Kinder. H. Higier.
- * Beitrag zur Untersuchung der Pleozytose im Liquor. P. Szplinan-Neuding und K. Paul.
- * Beiträge zur Lehre von der Topographie des Hirnstamms. L. Frey.
- Morbus Raynaud mit multiplen exsudativen Prozessen und akuter Polymyositis. A. Gruszecka.
- * Syphilis und Metasyphilis. H. Higier.

Encephaloleukopathia scleroticans progressiva. Klinisch und anatomisch genau untersuchter Fall der Schilderschen sogenannten Encephalitis periaxialis diffusa. 14 Jahre alter, gesunder, hereditär nicht belasteter Knabe. Verlauf chronisch, Dauer etwa 15 Monate. Binnen drei Monaten sich entwickelnde Amaurose mit genuiner Sehnervenatrophie. Zunehmende asynergische Gangstörung. Vereinzelte epileptische Anfälle. Langsam sich entwickelnde psychische Trägheit. Dysorientation und tiefe Demenz ohne begleitende Hirndruck- und Liquorerscheinungen. Wassermann negativ. Hirn und Rückenmark makroskopisch intakt mit Ausnahme kaum angedeuteter parietookzipitaler Mykrogyrie. Grauer, elastischer, symmetrisch gelagerter Herd, umfassend fast die ganze weiße Substanz der hinteren Hemisphärenmarkhälfte, das Zentrum semiovale und die Sehstrahlung. Mikroskopisch Schwund der Myelinscheiden in den makroskopisch kranken Regionen, Abnahme derselben in den scheinbar intakten Frontallappen, im Kleinhirn und in der Hirnrinde, wo auch die Nervenzellen alteriert zu sein scheinen.

Nach historischer Besprechung der Schilderschen und ihr verwandter Enzephalitisformen ventiliert F. die diagnostischen Schwierigkeiten gegenüber sonstigen Hirnsklerosen des Kindesalters, ausgedehnten oberflächlichen Gliomen, speziell der juvenilen amaurotischen Idiotie und der bei der progressiven zerebralen Diplegie (Freud-Higier). Manche der bei der Differentialdiagnose herangezogenen Krankheitsentitäten (z. B. diffuse Hirnsklerose Strumpels, sklerosierende Enzephaloleukopathie Jakobs) scheinen bei näherer Analyse mit der beschriebenen Form geradezu identisch zu sein. Verfasser fand in seinem Falle keine blastomatösen oder Entzündungserscheinungen, will ihn deswegen, ohne was zu präjudizieren, als sklerosierende Enzephaloleukopathie bezeichnen und vermutet mit anderen Autoren neben angeborenen endotoxische Momente.

Neuropathische und psychopathische Kinder. Klinischer Vortrag, umfassend die Aetiologie und Klinik, speziell das Fürsorgewesen und Therapie.

Beitrag zur Untersuchung der Pleozytose im Liquor. Die alte Donnesche Eiterprobe besteht darin, daß Zusatz von konzentrierter Kalilauge zu purulenter Flüssigkeit eine gelee-schleimige Masse gibt. Johann Müller hat sie schon vor 100 Jahren bei Eiterharn angewendet, vor einigen Jahren erwähnte sie bei Kinderharnanalysen Tannenbaum und bei Liquoranalysen O. Hertz. Nach den Verfassern ist diese grobe Methode zur schnellen Orientierung bei Liquoruntersuchungen anwendbar. Leider fällt sie bei geringer Pleozytose negativ aus, ebenfalls bei bluthaltigem oder blutverunreinigtem Liquor und belehrt nicht über die Lymphozyten- bzw. Leukozytennatur der Liquorelemente.

Beiträge zur Lehre von der Topographie des Hirnstamms. Um das Verständnis der Entstehung von Krankheitsherden im verlängerten Mark zu erleichtern, erinnert Verfasser kurz an die Verhältnisse der Blutversorgung im Gehirnstamm, wobei insbesondere die neuesten Untersuchungen von Foix und seinen Mitarbeitern berücksichtigt werden. Es folgt Beschreibung zweier Fälle mit lateralem, medianem und transversal-bilateralem Oblongata-Symptomenkomplex. In der ersten Gruppe findet Frey neben den typischen, infolge Verstopfung der Art. cerebelli post. inf. resp. Art. sulci postolivaris (Foix) entstandenen Symptomen, vereinzelte seltenere und deshalb interessantere. So z. B. störte den Kranken durch längere Zeit Doppeltsehen, welches keiner Lähmung eines bestimmten Muskels entsprach. F. glaubt, es sei die Folge einer Koordinationsstörung der Augenmuskulatur. Sodann macht Verfasser aufmerksam auf die auffallende Steigerung der antagonistischen Reflexe der kontralateralen Seite, auf die sensitive Beteiligung der homolateralen Hals-Brustzone neben einer solchen auf der kontralateralen Seite, schließlich auf einen homolateralen Herpes labialis. Der dritte Fall mit einer spastischen Tetraplegie ist eines der seltenen Beispiele eines medianen Herdes im verlängerten Mark infolge Verstopfung der Art. spin. ant. auf der Höhe der Pyramidenkreuzung. Es ist ein auffallender Unterschied in der Beteiligung der Extremitäten zugunsten der oberen hervorzuheben, welche auf eine gewisse Selbständigkeit in der Gruppierung der pyramidalen Fasern im Bereiche der Pyramidenkreuzung hindeutet. Hervorragend war auch die Beteiligung der Rumpfmuskulatur an der Lähmung. Bemerkenswert war endlich die Hypotonie der von einer spastischen Lähmung bestimmt ergriffenen oberen Extremitäten.

Syphilis und Metasyphilis. Eingehende Besprechung der Lues und Metalues des Zentralnervensystems. Kritische Diskussion über die zur Zeit herrschenden pathogenetischen Theorien der Tabes und progressiven Paralyse. Higier, Warschau.

La Riforma medica.

42., Nr. 40, 4. Oktober 1926.

- Syphilis oder Neubildung der Leber? Arena.
- * Einige physikalisch-chemische Eigenschaften der Exsudate und Transsudate. Melli.
- Das Verhalten des Zwerchfells beim künstlichen Pneumothorax. Russi.

Einige physikalisch-chemische Eigenschaften der Exsudate und Transsudate. Bestimmung der pH in 16 Exsudaten und 8 Transsudaten verschiedenen Ursprungs nach der Methode von Michaelis. Die pH der Exsudate schwankte zwischen 7,36 bis 7,60, die der Transsudate zwischen 7,70 bis 8,40, die des Blutes bewegte sich etwa um 7,35. Die Erklärung liegt in der Tatsache, daß sich ein anormales oder Donnanches osmotisches Gleichgewicht zwischen dem Blute einerseits und dem Flüssigkeitserguß andererseits herstellt und zwar infolge der größeren Menge des im Blute gegenüber dem Erguß enthaltenen Eiweiß. Der Ueberschuß des Eiweiß, der nicht auch die Serosa diffundiert, entzieht der Flüssigkeit des Ergusses eine Anzahl von H-Ionen, um sich zu neutralisieren. Die obigen Tatsachen können zur klinischen Unterscheidung von Exsudaten und Transsudaten benutzt werden. Bei einer pH unter 7,60 handelt es sich um Exsudate, bei einer pH über 7,70 um Transsudate. Bei Werten von 7,60 bis 7,70 handelt es sich um Uebergänge, bei denen eine sichere Klassifizierung nicht möglich ist.

42., Nr. 41, 11. Oktober 1926.

- Ueber einen Fall von Galaktocele. Millul.
- * Beitrag zum Studium der postoperativen Parotitiden. Soli.
- * Die paradoxe Wirkung des Atropin im Hungerzustande. Cristel.
- Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium des primären Zungensarkoms. Cirillo.

Beitrag zum Studium der postoperativen Parotitiden. Bericht über 2 Fälle postoperativer Parotitiden. Einzigartig ist der erste

Fall, in dem am siebenten Tage nach einer p. p. i. geheilten Appendektomie eine leichte linksseitige Parotitis mit folgender linksseitiger Orchitis und wenige Tage später nach Abklingen der entzündlichen Prozesse eine rechtsseitige Parotitis mit rechtsseitiger Orchitis zustande kam. Gegen eine zufällige epidemische Parotitis sprachen das Fehlen einer Infektionsquelle, das Ausbleiben weiterer Mumpsfälle in den Krankensälen, das Fehlen aller Prodromalerscheinungen u. a. Verf. hält die Erkrankung daher für eine postoperative, auf dem hämatogenen Wege vom Darm aus zustandegekommene Koli-Infektion. Auch die Parotitis im zweiten Falle nach einer doppelseitigen Entfernung der Adnexe, die in ihrem Verlauf nicht von den gewöhnlichen postoperativen Formen abwich und durch den St. pyogenes aureus hervorgerufen war, war nach Verf. hämatogener Natur.

Die paradoxe Wirkung des Atropins im Hungerzustand. Zwei Fälle von weit vorgeschrittener Lungentuberkulose mit tuberkulöser Peritonitis und extremster Abmagerung wegen starken Erbrechens. Es wurde Atropin in den üblichen Dosen subkutan gegeben. Im ersten Falle traten bei andauerndem Erbrechen allerstärkste Schweißausbrüche auf, die sofort nach Aussetzen des Atropins aufhörten und bei erneuter Atropinmedikation wieder intensiv einsetzten. Im zweiten Falle dauerten nach Atropin Schweißausbruch und Erbrechen in verstärktem Maße an, und die Pulsfrequenz fiel von etwa 130 einmal auf 64, ein zweites Mal auf 36, um nach Aussetzen der Droge wieder anzusteigen. In Versuchen an Hunden, die im Hungerzustande gehalten wurden, bis sie etwa 36% ihres Gewichts verloren hatten, stellte Verf. als Wirkung von Atropininjektionen eine sehr starke Steigerung der Magensaft-Sekretion fest, und so bestätigte sich seine Annahme, daß die paradoxe Vaguswirkung des Atropins mit dem Hungerzustande zusammenhing. Verf. sieht die Ursache für dieselbe in einer Azidose des Blutes, welche im Hungerzustand mit einem Ueberschuß von Ca. im Ionenzustand auftritt.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. prat.

33., Nr. 44, 1. November 1926.

Die Prüfung der Nierenfunktion in der Chirurgie. Mingazzini.
◆ Doppelseitige Pyelotomie bei doppelseitiger Nephrolithiasis. Bacchi.
Drei Fälle von Harnretention bei Kindern. Sala.
Die primäre Blasentuberkulose. Lucri.
Großes kongenitales Blasendivertikel. Bacchi.
Die Bestimmung und Bedeutung der pH im Harn. Filippini.

Doppelseitige Pyelotomie bei doppelseitiger Nephrolithiasis. Bei dem 16 jähr. Patienten zeigten die Röntgenbilder ohne Zuhilfenahme der Pyelographie deutlich in beiden Nierenbecken je einen großen Stein und vergrößerte Nierenschatten, außerdem 4 kleine Steine im Parenchym einer Niere. Durch Pyelotomie beider Nieren im Intervall von 14 Tagen werden die beiden großen Steine entfernt.

33., Nr. 45, 8. November 1926.

◆ Ueber den Einfluß des Hautfaktors bei den Tuberkulin-Hautreaktionen. Artom u. Fornara.
◆ Frühe Differentialdiagnose zwischen Neubildung und Echinokokkus der Lunge. Masci.

Ueber den Einfluß des Hautfaktors bei den Tuberkulin-Hautreaktionen. Verff. zeigten an einer Anzahl von Kranken den Einfluß des Hautfaktors auf die kutane und intrakutane Tuberkulinreaktion und den Wert, welche in manchen Fällen bei der Bestimmung positiver, nichtspezifischer Reaktionen die Intrakutanreaktion einer Substanz hat, für welche die betreffende Person allergisch ist. Sie konnten nicht oft bei tuberkulösen oder tuberkulin-allergischen Personen isolierte positive Reaktionen auf andere Substanzen als Tuberkulin (einschließlich des Pferdeserums) feststellen, aber bei manchen tuberkulin-allergischen Kranken gaben die subkutanen Injektionen dieser Substanzen positive Resultate, wenn gleichzeitig mit ihnen die intrakutane Tuberkulinreaktion zur Ausführung kam, besonders bei Kranken mit Hauttuberkulose und bei Kindern mit florider tuberkulöser Knochen-Drüsenerkrankung. In Narben, die von vorangegangenen, frischen intrakutanen Tuberkulinreaktionen stammten, erhielten sie mit Tuberkulin, wie mit andern Proteinsubstanzen sehr frühzeitige und sehr intensive Reaktionen, während alte, fibröse Narben traumatischen Ursprungs eine hemmende Wirkung auf alle Intrakutanreaktionen ausübten.

Frühzeitige Differentialdiagnose zwischen Neubildung und Echinokokkus der Lunge. Bericht über 2 Fälle, in denen die eingehendsten Untersuchungen zu der Diagnose eines Lungenechinokokkus geführt hatten, während die Operation beide Male ein primäres Lungenkarzinom ergab. Verf. bespricht eingehend die differentialdiagnostischen Symptome, die alle, einschließlich der biologischen Reaktionen, trügen können. Die wichtigsten Fingerzeige gibt die Röntgenographie. Die Charakteristika der Hydatidenzyste sind ihre runde oder ovale Form mit scharfen, regelmäßigen, wie mit dem Zirkel gezogenen Umrissen, der gleichförmig dichte Schatten, der nie hellere neben dunkleren Partien zeigt. Verf. vergleicht die in gut lufthaltigem Lungengewebe eingebettete Zyste mit der Vollmondscheibe am klaren Himmel. Auch die zirkumskripten Tumoren haben oft die gleiche Form, aber bei genauem Studium der Bilder sind die Umrisse nie so scharf wie bei der Zyste, die Schatten niemals so einheitlich. Dazu kommen bei Karzinomen häufig sehr frühzeitig als kleine rundliche Schwellungen am Hilus sichtbare Drüsenmetastasen. Eine etwas größere Schwellung mit subjektiven Störungen seit kurzer Zeit spricht für Neubildung, eine kleine, mit seit langer Zeit bestehenden Störungen für Echinokokkenzyste.

33., Nr. 46, 15. November 1926.

Kongreßberichte.

Rontal.

Il Policlinico, Sez. med.

33., Nr. 11, 1. November 1926.

◆ Der Gebrauch des Jod beim Basedow. Maselli.
◆ Untersuchungen über die diuretische Wirkung des Chlorkalzium. Cipriani.
Beitrag zum Studium der Veronalvergiftung. Ajazzi-Mancini.
◆ Vergleichende Untersuchungen einiger koagulierender Substanzen in vivo. Galatà.

Der Gebrauch des Jod beim Basedow. Nach den Wirkungen der Lugolschen Lösung in 14 Fällen von Basedow ist der Jodgebrauch in keiner Weise anzuraten. Bisweilen trat wohl in der ersten Zeit eine rasche und erhebliche Besserung ein, die vielleicht — nach den reichen Erfahrungen der Amerikaner — den geeigneten Moment für einen operativen Eingriff abgeben kann. Aber neben diesen anfänglich günstigen Resultaten gab es auch nach Jodgebrauch Verschlimmerung des Krankheitszustandes. In jedem Falle sind die Kranken während der Behandlung im Bette und unter scharfer Kontrolle zu behalten. Es ist nicht leicht, für jeden Kranken die geeignete Dosis herauszufinden, und die Behandlung bleibt stets ein Risiko. Warnung vor ambulanter Jodtherapie!

Untersuchungen über die diuretische Wirkung des Chlorkalzium. Untersuchungen an je drei Fällen von Pfortaderstauung bzw. spezifischer Peritonitis und einem Fall von Herzkrankheit mit Anasarka, die seit langer Zeit stationär, nicht mehr durch die üblichen Diuretika beeinflußt wurden. Chlorkalzium wurde in Dosen von 5 bis 15 g pro Tag nach der Blumschen Technik gegeben und gut vertragen. Die Folgen waren konstante, oft erhebliche Vermehrung des Harns, aber nur geringe Verminderung des Ergusses. Erhöhung der Chlorausscheidung, die oft größer war, als die mit Chlorkalzium zugeführte Chlormenge. Der Kalkgehalt des Harns war wenig vermehrt, da die Kalkausscheidung wesentlich durch den Darm erfolgt. Im Blute nach anfänglicher leichter Verringerung eine mäßige Erhöhung des refraktometrischen Index. Die Chlorwerte des Blutes ziemlich unverändert, die Kalkwerte unverändert oder leicht erhöht. In der Aszitisflüssigkeit leichte Erhöhung des refraktometrischen Index, Chlorwerte fast unverändert, Kalkwerte etwas gesteigert. Die Diurese kommt also nicht durch eine prozentual vermehrte Wasser- und Salzmenge im Blute zustande, sondern nur durch qualitative Veränderung der Mineralbestandteile des Blutes. Eine direkte Wirkung auf die Nierenfunktion läßt sich nicht ganz ausschließen. Der Mechanismus der Diurese besteht also in Veränderung der Beziehungen von Quellung und Entquellung in Geweben und Plasma und in einer Wirkung auf die Durchgängigkeit der Epithelien von peripheren Kapillaren und des Nierenepithels.

Vergleichende Untersuchungen einiger koagulierender Substanzen in vivo. Die Versuche wurden mit einem vom Verfasser konstruierten Koagulometer, der viele Fehlerquellen anderer Instrumente ausschaltet, an Hunden mit vier kolloidalen Substanzen (Gelatine, Pepton, Pferdeserum und Koagulen Ciba) und mit zwei kristalloiden (Calcium chloratum und Natrium citratum) ausgeführt. Dosierungen: Gelatine 0,5 ccm einer zehnprozentigen Lösung subkutan und intravenös, Pepton 1 ccm subkutan bzw. ¼ ccm intravenös einer fünfprozentigen Lösung, Pferdeserum und Koagulen 1 ccm subkutan und intravenös, Chlorkalzium 1 ccm einer fünfprozentigen und Natr. citrat. 1 ccm einer zehnprozentigen Lösung. Die Dosen verstehen sich pro Kilo Körpergewicht. Die kolloidalen Substanzen erwiesen sich in bezug auf Schnelligkeit, Intensität und Dauer viel wirksamer als die kristalloiden. Bei den kolloidalen Substanzen ist die subkutane Injektion der intravenösen vorzuziehen, da letztere die Intensität eventuellen Proteinschocks vermehrt, die Resultate der Koagulation nicht verbessert, sogar hin und wieder verschlechtert, mit Ausnahme der schnelleren Wirkung der intravenös injizierten Gelatine. Gelatine wirkt ebenso intensiv, wie Pepton, Pferdeserum und Koagulen, ihre Wirkung tritt zwar ein wenig später ein, ist aber erheblich dauerhafter. Pferdeserum und Koagulen wirken in jeder Beziehung gleich. Das Pepton ist den anderen kolloidalen Substanzen wegen der kurzen Dauer seiner Wirkung unterlegen.

Il Policlinico, Sez. chir.

33., Nr. 11, 15. November 1926.

- * Beitrag zur Pathologie von Magen- und Duodenalulkus auf der Grundlage von 65 Operationsbefunden. Ciminata.
- * Beitrag zum Studium der traumatischen Verknöcherung des Ellbogens. Costantini.
- Zur primären Tuberkulose der Parotis. Lazzarini.
- * Autohämotherapie bei einigen chirurgischen Affektionen. Mouktar und Scandurra.
- Eingekapselte Peritonitis anterior. Pennisi.

Beitrag zur Pathologie von Magen- und Duodenalulkus auf der Grundlage von 65 Operationsbefunden. Dieselben stammen aus der Habererschen Klinik. Unter 37 Duodenalulzera 86%, unter 28 Magenulzera 57% beim männlichen Geschlecht. Der höchste Prozentsatz beim Duodenalulkus im dritten und vierten, beim Magenulkus im fünften und sechsten Dezennium (wahrscheinlich, weil die Duodenalulzera frühere Beschwerden machen und daher schneller zur Operation kommen). Die okkulten Blutungen haben geringen diagnostischen Wert. Zu manifesten Blutungen kam es nur in 15% der Fälle, bei sechs Duodenal- und fünf Magengeschwüren. Schwere Blutungen erfolgen durch Zerreißen kleinster Gefäße am Grunde des Geschwürs oder aus kleinen Erosionen, und die flachen, oberflächlichen Ulzera stellen den größten Prozentsatz zu den Blutungen. Unter 28 Magenulzera 22 tiefe und kallöse und 3 oberflächliche (von 6 mm bis 3½ cm Durchmesser), außerdem 3 multiple oberflächliche Erosionen. Unter 38 Duodenalulzera 20 harte, niemals kallöse und 18 weiche (von 4 bis 14 mm Durchmesser). Unter allen Fällen nur fünf Perforationen und zwar alle bei flachen, oberflächlichen, weichen Duodenalgeschwüren. Ulzera am Pylorus sind extrem selten, nur in einem Fall erstreckte sich das Ulkus vom Duodenum über den Pylorus auf den Magen. 18 Magenulzera saßen an der kleinen Kurvatur, fünf an der hinteren, je eins an der vorderen Wand und der großen Kurvatur und dreimal handelte es sich um hämorrhagische Erosionen auf der ganzen Oberfläche des Magens. Bis auf drei Fälle waren die Ulzera stets in der Einzahl. Unter den Duodenalulzera 24mal ein, zwölfmal zwei und einmal drei Ulzera. Von den 24 Einzelulzera saßen 19 an der vorderen, fünf an der hinteren Wand. Das wichtigste röntgenologische Zeichen des Ulkus ist die Nische. Abgesehen von acht dringenden Operationsfällen war dieselbe bei allen 57 röntgenologisch untersuchten Patienten sichtbar, auch bei den flachen Duodenalgeschwüren mit weichen, wenig erhabenen Rändern.

Beitrag zum Studium der traumatischen Verknöcherung des Ellbogens. Ein typischer Fall traumatischer Verknöcherung des M. brachialis anterior und ein zweiter Fall paraartikulärer Verknöcherung, beide im Anschluß an eine Luxation des Ellbogengelenks nach hinten geben Verfasser Gelegenheit, zu den Theorien über die Pathogenese Stellung zu nehmen. Er schließt sich der Orlowschen Auffassung einer traumatischen Transplantation von osteogenem Gewebe in den Muskeln an. Das Trauma veranlaßt eine Zerreißung des Periosts, und Periostfetzen mit oder ohne Knochenlamellen werden durch die Kontraktionen der Muskelfasern in das Innere des Muskels gezogen, wo sie Anlaß zur Osteombildung geben. Im ersten Fall war das Osteom des brachialis schon zwei Monate nach Heilung der Luxation entstanden. Flexion gelang nicht über den rechten Winkel hinaus, und Extension war vollkommen durch eine Vorwölbung von knöcherner Härte behindert. Röntgenbehandlung nutzlos. Nach vier Monaten zeigt das Röntgenbild eine spindelförmige Knochenbildung von 12 cm Länge in der Muskulatur, die von der Vorderfläche der Vorderarmknochen entspringt. Operative Entfernung eines 9 cm langen Stückes kompakten Knochens durch Resektion etwa 1 cm von seiner Basis, mit der es fest auf der Ulzera im Niveau der Tuberositas radii sitzt. In dem Knochenstück sind deutliche Foramina nutritia sichtbar. In dem zweiten Falle drei Monate nach der vollkommenen Heilung der Luxation entsprechend der Vorderfläche der Ulna und des Radiumköpfchens deutliche Knochenbildungen im Röntgenbild.

Autohämotherapie bei einigen chirurgischen Affektionen. Versuche an Hunden mit experimentell erzeugten Phlegmonen bzw. infizierten Wunden, zeigen den therapeutischen Wert dieser Eigenblutinjektionen. Erhöhung der Erythrozytenzahl und des Hb., Sinken der Leukozyten, Herabsetzung der Koagulationszeit folgte den Injektionen. Auch acht Versuche an Menschen mit Phlegmonen, Furunkeln, Drüsenentzündung, infizierten Wunden ergaben gute Erfolge. Die Injektion hatte stets geringe Herabsetzung des Blutdrucks, Erhöhung der Erythrozytenzahl, Leukopenie, meistens Verringerung der Gerinnungszeit zur Folge. Die Injektion erfolgte in die Muskulatur um den Entzündungsherd. Dosis von 1 bis 50 ccm. Beginn mit kleinen Dosen, die vorsichtig zu steigern sind. Rontal.

Paris Médical.

Nr. 45, 6. November 1926.

- Die Kinderkrankheiten 1926. Lerebouillet und Saint Girons.
- * Das rachitische Syndrom. Marfan.
- Der Grundstoffwechsel bei den fetten, nervösen Kindern. Nobecourt, Janet, Lebec.
- * Die Akrodynie der Kindheit. Pehu und Ardisson.

Das rachitische Syndrom. In 80% liegt eine Polyadenie vor, am Halse, im Nacken, Achselhöhle und Leistenbeuge, beweglich, weich und groß oder klein und hart, schmerzlos. Auch die Kubitaldrüsen sind betroffen, was übrigens auch bei Syphilis und Tuberkulose vorkommt. In nahezu ¾ der Fälle Hypertrophie der Gaumen- und Rachenmandeln. Nicht immer sind Knochenveränderungen dabei, aber meist und sie betreffen dann den Oberkiefer, Thorax und die Wirbel; sie sind nicht mechanischen Ursprungs, sondern entspringen derselben Ursache, die auf das Knochenmark und das lymphatische Gewebe wirkt. Eine große Milz findet man in etwa ¼ der Fälle. vor dem dritten oder vierten Monat ist sie oft syphilitischen Ursprungs. Nach dem sechsten Monat ist sie meist tuberkulös, besonders wenn sich die Tuberkulose langsam entwickelt und generalisiert ist. Die Vergrößerung der Leber hat wenig Bedeutung, wohl aber hat die des Thymus, die meist mit Knochenveränderungen besteht, Bedeutung. Der Status thymikolymphatikus ist nur eine Form der Rachitis, charakterisiert durch Polyadenie und Thymusvergrößerung, exzessiven panniculus adiposus, dauernde Anämie und Disposition zu plötzlichem Tode, dem Thymustod. An Organveränderungen trifft man einmal Kongestion und Anhäufung von Lymphzellen und eine mehr oder weniger ausgesprochene Sklerose, die eigentlich nur eine fortgeschrittene Form des ersteren Zustandes ist. Deshalb nennt man den Rachitismus auch besser Osteolymphatismus. Anämie: Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hb., Vermehrung der weißen. Die Anämia splenica ist gewöhnlich eine Form des syphilitischen Rachitismus, die man besonders im zweiten Jahre findet. Dann Hypophosphatämie und Hypocalcämie, die nicht Ursache, sondern Folge und Zeichen der Knochenveränderungen sind. Oft beobachtet man Schweiße, besonders nach den Mahlzeiten, im Schlafe, an Kopf, Hals und Rücken. Sie verursachen oft Miliaria, die dann zu dauernd rezidivierenden Pyodermien führt. Sodann besteht eine Hypotonie der Muskel, die zu einer Erschlaffung der Gelenke führt und eine richtige rachitische Myopathie ist. Dadurch kommt es zu einer Mißbildung des Thorax, zur Kyphose, zum genu recurvatum und zum pes planus valgus. Sie ist die wesentliche Ursache des großen schlaffen Bauches und des späten Gehens. Es handelt sich um einen paralytischen Bauch, der außer etwa einer Konstipation auf die Digestion keine Einwirkung hat — merkwürdiger Weise. Der Ernährungszustand hängt von der Art der Ernährung ab, von etwaigen Verdauungsstörungen und von den begleitenden Krankheiten; oft liegt eine Hypothrepsie vor, oft aber auch eine gewisse Fettsucht. Von Eliminationsstörungen sind hauptsächlich exzessive Ausscheidung von Kalk und Phosphor zu nennen. Von nervösen Begleiterscheinungen kommt die Tetanie in Frage, die latent sein kann und im Frühjahr am häufigsten ist. Ferner die Katatonie, die besonders bei Kindern von 1½ bis ½ Jahren vorkommt, die nicht gehen und sprechen und in ihrer physischen und psychischen Entwicklung zurückgeblieben sind. Plötzlich bessert sich der Zustand und die Katatonie schwindet. Tetanie und Katatonie schließen einander aus.

Die Akrodynie der Kindheit. Aetiologie: mit Vorliebe im Winter, im Dezember und Januar, oft nach Erkältungen, Katarrhen der oberen Luftwege, gastrointestinalen Störungen, betrifft sie im wesentlichen Kinder von sechs Monaten bis zur Schwelle des fünften Jahres. Ihre Beziehungen zur Grippe sind noch nicht geklärt. Wenn sie auch manchmal epidemieartig auftritt, so ist ihre Kontagiosität doch gering. Symptome: schlechte Laune, unruhiger Schlaf, schlechter Appetit, starkes Schwitzen mit Desquamation der Haut an Händen und Füßen und mit Miliaria, Zyanose der kalten und feuchten Extremitäten, Hypotonie der Muskulatur. Verminderung der Motilität im Sitzen und Gehen, Zittern, Pulsbeschleunigung mit Hypertension. Schleichender progressiver Beginn ohne akute Phase. Die Eltern werden gewöhnlich durch die Charakterveränderung aufmerksam; das Kind wird traurig, indifferent, weint leicht, ist in dauernder Agitation, reizbar oder entgegen seinem sonstigen Verhalten melancholisch.

v. Schnizer.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 83, 16. Oktober 1926.

Die Resektion der Vena jugularis interna bei Thrombo-Phlebitis. G. Portmann.

Nr. 84, 20. Oktober 1926.

Neue physiologische Beobachtungen über die okulo-pupillären Fasern des Halssympathikus. K. Leriche und K. Fontaine.
✦ Die endokrinen Faktoren des Charakters. Laignel-Laverstine.

Die endokrinen Faktoren des Charakters. Verfasser weist auf die größtenteils bekannten Erscheinungen endokriner Störungen hin, die sich charakterologisch bemerkbar machen, wie thyreotoxische Symptome hyper- und hypofunktioneller Art, die entweder eine Steigerung körperlicher und geistiger Regsamkeit bis zur Unruhe, oder das Gegenteil davon, Indolenz und Apathie hervorrufen können. Er teilt die endokrinen Absonderungen ein in anregende, wie das Adrenalin, hemmende, wie die Ovarialstoffe und regulierende, zu denen die Hypophysenkörper gehören. Er unterscheidet ferner zwei sich gegenüberstehende Gruppen von Charakterbildung, nämlich einmal diejenige, bei denen sich die Reaktionen vorwiegend auf die quergestreifte Muskulatur erstrecken, und zweitens diejenige, wo vorwiegend die glatte Muskulatur betroffen wird. Erstere seien die motorisch-aktiven, letztere die sympathisch-emotionellen. Je stärker die motorische Entladung, beispielsweise im Harn, ist, um so geringer die emotionelle; umgekehrt: je weniger motorische Manifestationen, je stärker die seelische Erregung, die sich auf den Sympathikus ableitet und Störungen im Organismus hervorrufen kann. Verfasser greift dann die Kretschmersche Theorie der Beziehungen zwischen Körperbau und Charakter an, die er nicht bestätigt findet, sondern leider von dem ableitet, was er als Temperament bezeichnet und als endokrin bedingt annimmt.

Nr. 85, 23. Oktober 1926.

Die paroxysmalen Krisen bei arterieller Hypertension. H. Vaquez und E. Donzelot.
✦ Hyperpnoe und Cerebrospinalreflexe. S. Dragaresco.

Hyperpnoe und Zerebrospinalreflexe. Wenn ein normales Individuum einer Hyperpnoe unterzogen wird, so erfahren die Sehnenreflexe nach Beobachtungen Turpins in zehn Minuten eine deutliche Steigerung, die bis zum Patellar- und Fußklonus gehen kann. Diese Tatsache benutzte Verfasser zu Versuchen bei schwachen und zweifelhaften Reflexauslösungen mit demselben Resultat, d. h. diese wurden nach Hyperventilation deutlich bzw. lebhaft. Selbst erloschene Reflexe, z. B. bei Tabes, sollen wieder ausgelöst worden sein, woraus Verfasser schließt, daß die Läsionen der hinteren Wurzeln nicht immer so schwer sind, wie es bei den üblichen Untersuchungsmethoden erscheint. Theoretisch nimmt Verfasser an, daß die Sehnen oder besser die sensiblen Nervenendigungen denselben Gesetzen unterworfen sind wie der Muskel, nämlich, daß die Erhöhung der Chronaxin des einen auch diejenige des anderen bedingt. Weiter sei diese Uebererregbarkeit sowohl der Muskeln wie der Sehnen und Sehnenreflexe eine Funktion der Störungen im Säurebasengleichgewicht, wie sie bei Psychoneurosen herrscht und erklärt somit die dabei vorhandenen Reflexsteigerungen.

Nr. 86, 27. Oktober 1926.

✦ Die lokale Immunisation und ihre praktische Anwendung. A. Besredka.
Eine besondere Form von lokaler Hyperhidrosis des Gesichtes. A. Trioumphoff.
Spätresultate der Ellbogenresektion. J. Serèque.
Der „Apéritif", eine soziale Krankheit. M. Letulle.

Die lokale Immunisation und ihre praktische Anwendung. Verfasser berichtet über ausgezeichnete Resultate bei Anwendung der lokalen Immunisation mittels Vakzine. Die Anwendung geschah auf oralem Wege bei Typhus, Paratyphus, bazillärer Dysenterie, Cholera, Colibazillose; die kutane oder besser kutaneo-muquöse Applikation mittels Umschlägen und Verbänden bei Furunkulose, Anthrax, Panaritium, Mastitis, Otitis, Sykosis, Syodermitis der Säuglinge, Impetigo, Ozaena, infizierten Verbrennungen, auch bei Puerperalfieber mittels Gazetampons, die mit Streptokokkenfiltrat getränkt sind. Hier kann bei generalisierter Infektion die Anwendung auch intravenös erfolgen. Bei hartnäckiger Zystitis und Pyelonephritis haben sich Instillationen von Staphylokokkenautofiltraten in die Blase, drei- bis viermal wiederholt, als wirksam erwiesen. Verfasser rät nach seinen Erfahrungen, bei jedem chirurgischen Eingriff vorher oder nachher eine Spülung mit dem Antivirus vorzunehmen, um eine vollständige Immunisierung der Gewebe zu erzielen.

Nr. 87, 30. Oktober 1926.

Betrachtungen über Evolution, Diagnostik und Behandlung von Affektionen des Gallentraktus. B.-B. Vincent Lyon.

Haber.

Bruxelles Médical.

Nr. 3, 14. November 1926.

Syphilitische Reinfektion, Pseudoreinfektion, Superinfektion (1. Teil). R. Bernard.
Lidimmobilisierung. van Lint.
✦ Die Aetiologie der Extrauterinschwangerschaft. P. Nisot.

Die Aetiologie der Extrauterinschwangerschaft. Jeder Eingriff, der uterine Kontraktionen hervorzubringen imstande ist, kann zu einem mehr oder minder ausgebildeten Tubenverschluß mit allen seinen Folgeerscheinungen führen. Jede Manipulation, die eine Kongestionierung der Beckenorgane bewirkt, kann entweder das Lumen verlegen oder die vorzeitige Nidation des Eis begünstigen.

Nr. 4, 21. November 1926.

✦ Die Behandlung der Jacksonschen Epilepsie. R. Alessandri.
✦ Syphilitische Reinfektion, Pseudoreinfektion, Superinfektion (2. Teil). R. Bernard.
Die Chirurgie im Jahre 1925. M. François.

Die Behandlung der Jacksonschen Rindenepilepsie. Die Hauptursache für die posttraumatischen oder postoperativen epileptischen Anfälle ist in der Narbenbildung zu suchen. Die Entstehung des Narbengewebes in der Hirnsubstanz nach Abtragung von Tumoren oder ähnlichen Gebilden oder nach Verletzungen ist unvermeidlich, aber wir können sie auf ein Minimum reduzieren, indem wir den Substanzverlust durch Muskel- oder Fettgewebe ausgleichen, die beide eine hämostatische Wirkung besitzen. Wichtig ist vor allem eine möglichst der Norm genäherte Restitution der Hirnhüllen. Gelingt dieselbe, so sind die Resultate im allgemeinen befriedigend und definitiv; im entgegengesetzten Falle ist das Wiederauftreten der Konvulsionen so gut wie sicher. Verf. berichtet von einem hier hergehörigen, typischen Fall.

Syphilitische Reinfektion — Pseudoreinfektion — Superinfektion. Der erste Teil der Arbeit befaßt sich mit der Geschichte dieser schon seit dem 15. Jahrhundert erörterten Frage. Er resümiert die Meinungen, die sich in den verschiedenen Kulturländern gebildet haben. Der zweite Teil der Arbeit versucht zu beweisen, daß zwischen den echten (seltenen) Reinfektionen und den (häufigen) Superinfektionen eine ganze Reihe von Abstufungen existieren, die von dem Immunitätsgrad abhängen. Man darf den Begriff „Heilung" nicht mit dem Begriff „Reinfektion" liieren. Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse müssen wir alle die Abstufungen, die sich zwischen Superinfektion und Reinfektion finden, in ein einziges Krankheitsbild zusammenfassen. Nennen wir es einfach: Reinokulation oder besser noch: zweite syphilitische Infektion.

Held.

The Journal of the American Medical Association.

87., Nr. 18, 30. Oktober 1926.

✦ Die Aetiologie solitärer Knochenzysten. Phemister und Gordon.
Osteoperiostale Knochentransplantation. Dorrance und Wagoner.
✦ Schankerbubonen. Miskjian.
✦ Spezifische Nekrose bei infektiösen Granulomen. Long.
✦ Hodgkins Krankheit. Burnam.
Veränderungen der Refraktion. Ellett.
Der Wert des Studiums der Histopathologie bei Hautkrankheiten. Highman.
✦ Einfache Strumen und ihre Verhütung. Marine.
Eine neue Klassifizierung der Strumen. Else.
Epigastrische Hernie. Friedenwald und Morrison.
✦ Retinablastom und neue Ansichten über Malignität. Jackson.
✦ Behandlung von chronischem Hirnabszeß durch Punktion. Dandy.
Eine rasche, verläßliche klinische Methode zur Bestimmung der Azidose. Breed.
Eine plastische Operation von Fingerdefekten für ambulante Behandlung. Gatewood.

Die Aetiologie solitärer Knochenzysten. Bericht über 2 Fälle bei einem 17jährigen Mädchen (im Röntgenbilde eine ovale Partie verringerter Dichtigkeit im oberen Femurende vom großen Trochanter sich 6 cm nach abwärts erstreckend mit Uebergreifen auf die seitliche Rindenschicht, deren Schatten verjüngt und unregelmäßig war; Heilung nach Auslöfflung) und bei einem einjährigen Knaben (ähnliche Veränderungen im oberen Humerusschaft und nach Heilung infolge der gleichen Operation 15 Monate später Rezidiv in der Tibia). Von den vier Theorien der Entstehung dieser solitären Knochenzysten: degenerierter Tumor, lokalisierte Dystrophie nach Art der Recklinghausenschen Krankheit, Folge eines Hämatoms im Knochenmark, Infektion weisen Verff. die ersteren drei zurück. Das klinische Bild in den obigen Fällen war das einer infektiösen Krankheit, Röntgen-, makro- und mikroskopische Befunde die typischen einer Knochenzyste. Die große Zahl Riesenzellen in der Wandmembran, wie beim gutartigen Riesenzellentumor, sprach gegen eine pyogene Osteomyelitis. Die Möglichkeit, daß Knochenzysten der Kindheit und gutartige Riesenzellentumoren der Erwachsenen auf derselben Ursache beruhen, ist nicht von der Hand zu weisen. Im

Uebergangsalter ist oft eine Unterscheidung zwischen Knochenzyste mit dicker Wand und Riesenzellentumor mit zystischer Degeneration schwer. Vieles sprach in beiden Fällen für eine infektiöse Ursache (im zweiten Falle Isolierung des Str. viridans aus der Knochenzyste), wenn auch die Tierversuche nicht beweisend waren. Hinweis auf die Fälle der Literatur im Anschluß an chronische Str. viridans-Infektionen der Zahnwurzeln.

Wirksame Behandlung von Schankerbubonen durch Injektion von Mencières Lösung. Lasserre hatte diese Behandlung nach folgender Technik empfohlen: Eine kleine Inzision, Ausdrücken des Eiters, sofortige Injektion von 1 ccm der Mencièreschen Lösung (Guajakol, Eukalyptol, 95% Alkohol aa 10,0; Perubalsam 30,0; Aether 100 g), die eine Minute einwirkt; Kompressionsverband für 3 Tage und anschließende Wiederholung der Injektion. Er gab in einem Falle 5 Injektionen. Verf. vervollkommnete diese Methode durch Aenderung der Technik, die ihm bedeutend bessere Resultate gab. Die erste Injektion wird erst 1,2 oder ausnahmsweise 3 Tage nach der Inzision ausgeführt, der erste Verband schon 48 Stunden nach der Inzision erneuert, aber weitere 24 Stunden werden abgewartet vor einer eventuellen zweiten Injektion. Inzision möglichst klein, 5 mm bei höchstens 1 cm, unter Aethylchlorid, niemals unter Infiltrationsanästhesie und sofortiges Auspressen des Eiters, nur soweit es durch sanften Druck möglich ist, niemals Aspiration. Vor der Injektion vollkommenes Ausdrücken des Eiters, eventuell Auswaschen mit 1 bis zwei Spritzen warmer NaCl.-Lösung, Injektion von 1 bis 1½ ccm von Mencières Lösung mit der Rekordspritze ohne Nadel, die nach einer Minute durch sanften Druck entfernt wird. Mäßig starker Druckverband. Aus einer vergleichenden Behandlung von 33 Fällen mit der Lasserreschen und von 25 Fällen mit der eigenen Technik geht die große Ueberlegenheit der letzteren hervor. Mit seiner Technik hatte er 92% Heilungen, gleichgültig, ob es sich um frühe oder vorgeschrittene Fälle handelte (gegen 50% nach Lasserre). 74% vollkommene Heilungen erfolgten in durchschnittlich 10 Tagen. In 65% genügte eine Injektion, unabhängig von der Schwere des Falles. Die Beschwerden sind wesentlich geringer als bei der Lasserreschen Behandlung. Bedingung ist: Hospitalbehandlung, Abwartung des Eiterstadiums und genaue Befolgung obiger Vorschriften und vieler anderer kleiner Details, die Verf. angibt. Längere persönliche Erfahrung ist für gute Erfolge nötig.

Spezifische Nekrose bei infektiösen Granulomen. Ueberempfindlichkeit von Gewebszellen gegen das infizierende Agens einer chronischen Infektion ruft in diesen Zellen Nekrose hervor, wenn das infizierende Agens oder seine Produkte mit ihnen in Berührung kommen. So verursachte die Injektion von Tuberkelbazillen, Abortusbazillen und Blastomyzes, bzw. ihrer Kulturfiltrate in die Hoden von Meerschweinchen, die mit Tuberkulose, B. abortus-Infektion oder Blastomykose experimentell infiziert waren, spezifische Nekrose in den Hoden. Die pathologisch-anatomischen Bilder der Hoden waren in allen 3 Fällen vollkommen die gleichen. Dasselbe Bild einer Atrophie als Endresultat einer allergischen Reaktion sah Verf. im Hoden eines tuberkulös infizierten Meerschweinchens, wo es auf hämatogenem Wege zustande gekommen war. Einige Hodenatrophien bei chronischen Infektionen des Menschen, für die eine andere spezifische Ursache nicht verantwortlich gemacht werden konnte, sind wahrscheinlich auf dieser allergischen Grundlage entstanden. Ueberempfindlichkeit läßt sich experimentell viel leichter im Hoden als in der Haut nachweisen.

Hodgkins Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der Strahlenbehandlung. Analyse von 163 Fällen der letzten 12 Jahre, darunter 118 Männer. Es ist eine chronische Infektionskrankheit, die kein Alter verschont. Je 2 Fälle kamen in derselben Familie vor. Ueberraschend selten wurde Tuberkulose gefunden. Eintrittspforten der Infektion am häufigsten Mund und Nase, seltener Atmungs- und Verdauungsorgane. Beginn in einer Drüsengruppe, Neigung zur Ausbreitung, die Drüsen sind anfangs weich, später hart. Hyaline Degeneration und Nekrose häufig, Vereiterung sehr selten. Nicht selten Metastasen in Lungen, Milz, Knochenmark, bisweilen auch in Haut, Verdauungsorganen. Die Hauptsymptome: Tumorbildung, Fieber, allgemeine Schwäche und Hautjucken. Am häufigsten befallen waren die Nackendrüsen (77,4%), seltener die Axillardrüsen (58,3%). Weitere Störungen je nach dem Ergriffensein von Organen. Blutbild sehr mannigfaltig, am häufigsten mäßige, polymorphonukleäre Leukozyten, jedoch auch Leukopenie und mäßige Lymphozytose. Leukozytose von geringer prognostischer Bedeutung. Starke Erhöhung der Polymorphonukleären und Herabsetzung von Erythrozyten und Hb ungünstig. Vor Bluttransfusion wird gewarnt! Sehr akute Fälle verlaufen in Wochen, chronische in 2 bis höchsten 5 Jahren. Chirurgische Behandlung kommt nur in Frühfällen bei lokaler Drüsenerkrankung in Frage, Probeexzision ist unbedingt nötig. Außer allgemeinen hygienischen Maßnahmen ist therapeutisch nur Strahlenbehandlung von Nutzen. Wesentlich ist eine genügende Menge von Radium (mindestens 500 mg). Die Empfänglichkeit für Radium schwankt in weiten Grenzen, je nachdem es sich um Lymphozyten- oder um fibröses, sklerotisches Gewebe handelt. Wichtig ist Beginn mit kleinen Dosen und Erproben der geeigneten Dosis für jeden Kranken. Technik: 5 cm Entfernung, 1 mm Cu + 1 mm Pb, 4 g Stunden für oberflächliche Drüsen, 10—12½ cm Entfernung und 15 bis 20 g Stunden bei Tiefenbehandlung (= 50% einer ED). Bei lokalisierter Erkrankung 1 Sitzung, sonst Teildosierung über längere Zeit, bei sehr ausgedehnter Erkrankung Ausdehnung der Serie über einen Monat bei Bettruhe und täglichen, sehr kleinen Dosen. Intervall zwischen 2 Serien 2 Monate und länger. Bei Andauern der übrigen Symptome nach dem Verschwinden der äußeren Drüsentumoren Bestrahlung der tiefen Abdominaldrüsen. Niemals wurden die langen Knochen bestrahlt. Große Verschiedenheiten in der Toleranz. Röntgenbestrahlung ist weniger wirksam. Verf. bestrahlte mit 240 kv, 40 ma, 50 cm Fokaldistanz, 1 cm Al + 1 cm Cu + 3 cm Gummi 7 Minuten. Die Bestrahlung leistet viel als Palliativum, gibt aber auch Heilungen. Von den 173 behandelten Kranken nur in 11 weit vorgeschrittenen Fällen gar keine Besserung, 110 sind gestorben. Die letzteren lebten noch durchschnittlich 34 Monate nach der Behandlung, während sie durchschnittlich schon 17 Monate vorher erkrankt waren. 9 noch lebende, aber nicht geheilte Kranke sind bisher durchschnittlich 4¼ Jahre am Leben. 28 Kranke sind klinisch geheilt mit einer Durchschnittslebensdauer von 6¼ Jahren seit Beginn des Leidens. Unter den 173 Fällen war nur 24mal die Erkrankung auf eine einzelne Partie lokalisiert, und 14 von ihnen (darunter 12 zervikale Fälle) befinden sich unter den 28 Geheilten.

Einfache Strumen und ihre Verhütung. Der einfache Kropf ist eine kompensatorische Vergrößerung der Drüse, die von relativem oder absolutem Jodmangel abhängt. Durch Ergänzung des Jods in Mengen, die annähernd dem physiologischen Bedürfnis des Körpers entsprechen, ist es möglich, der Krankheit bei Menschen und Tieren vorzubeugen. Verf. hat als erster Jod prophylaktisch gegen Kropfbildung bei Bachforellen benutzt. Seitdem werde es mit Erfolg bei vielen Tieren angewandt und zuerst in großem Maßstab 1917 bei den Schulkindern in Ohio. Durch eine während des Fötallebens, im Pubertätsalter, während Schwangerschaft und Laktation geübte Prophylaxe läßt sich der Kropf allmählich ganz beseitigen. Das beste Vorbeugungsmittel ist der methodische Gebrauch eines ½ bis 1 cg % Jodnatrium enthaltenden Salzes für Koch- und Tischgebrauch oder der ausschließliche Gebrauch von Seesalz. Eine andere Methode wäre Verabreichung von einer Tablette von 6,5 mg Jod einmal pro Woche zwischen 10. und 16. Lebensjahr in der Schule und gleicherweise an jede in einer Kropfgegend lebende Frau während der Schwangerschaft und Laktation. Joddosen von 1—2 mg täglich sind ungefährlich, die Gefahren größerer Jodmengen und von getrockneter Schilddrüsensubstanz können groß sein, besonders bei beginnendem Basedow. Bei Basedow ist Jod nur unter strengster ärztlicher Kontrolle erlaubt. Durch Kropfprophylaxe läßt sich nicht nur den Schwellungen des Halses, sondern auch dem Kretinismus, der Idiotie, den gutartigen Tumoren (Adenomen) und allen ernsteren Veränderungen derselben, vielleicht auch dem Basedow vorbeugen.

Retinablastom und neue Ansichten über Malignität. Verf. plädiert dafür, dieser malignen Erkrankung, die stets ihren Ursprung in der Retina hat und aus Zellen besteht, die den embryonalen Retinazellen ähneln, oft familiärer Natur, im allgemeinen kongenital, häufig bilateral ist und meistens im Säuglingsalter, mit abnehmender Häufigkeit in den frühen Kinderjahren auftritt, den Namen „Retinoblastom“ zu geben, um der Verwirrung ein Ende zu machen, welche durch die ursprüngliche Virchowsche Benennung eines Glioms der Retina entstand und ein klares Verständnis für diese Tumorform verhinderte. Sehr frühe Entfernung des Auges, bzw. der Augen oder in den letzten Jahren sehr frühe Röntgen-, bzw. Radiumbehandlung haben zur Heilung geführt. Abgesehen von diesen Fällen und einigen berichteten Fällen spontaner Rückbildung ist die Prognose sehr schlecht. Im Lichte der neuen Forschungen über Aetiologie maligner Tumoren liegen die Verhältnisse, unter denen das Retinoblastom gewöhnlich während des Fötallebens entsteht, ungünstig für einen von außen kommenden Faktor, wie ihn Gye in seinem Virus sieht. Der familiäre Charakter der Erkrankung, das Vorkommen bei mehreren oder allen Kindern einer Familie, ihr Erscheinen in mehreren Generationen einer Familie in direkter Nachkommenschaft und in Seitenlinien spricht für eine innere Ursache, wie sie etwa dem spezifischen Faktor Gyes entspricht. Von dem Gesichtspunkte der Retinoblastome aus ist es unwahrscheinlich, daß maligne Tumorbildung kontagiös ist und durch ein Virus übertragen wird, wahrscheinlich dagegen, daß sie aus gewissen Körperzellen entsteht, denen die Eigenschaft, auf Reize durch vermehrtes Wachstum und Vervielfältigung zu reagieren, erhalten bleibt, und die eine Substanz produzieren, die auf andere Zellen des Körpers schädlich einwirken und so die Ausbreitung der Krankheit begünstigen kann. (Damit nähert sich der Verfasser im wesentlichen der Blair-Bellschen Auffassung der Rückbildung zum embryonalen Zellentypus.)

Behandlung chronischer Gehirnabszesse durch Punktion. Vorläufige Mitteilung. Viele Kranke unterliegen eher den Wirkungen der üblichen Drainagebehandlung eines chronischen Gehirnabszesses, als dem Abszeß selbst. Gaze oder Drain wirken als konstante Traumen für die Hirnrinde, das Resultat ist ein traumatisches, zerebrales Oedem und eine Enzephalitis durch Verbreitung der Infektion auf das geschädigte Gehirn. Die meisten Gehirnabszesse verursachen den Tod durch vermehrten Hirndruck, der durch das traumatische Oedem und die entzündliche Schwellung wesentlich verstärkt wird. Zudem kommt es durch den hohen Hirndruck zu Verfall der Hirnrinde; die ihrerseits wieder gereizt wird und eine Infektionsmöglichkeit mehr abgibt. Die Gefahren der Drainage stehen in direktem Verhältnis zur Tiefe des Abszesses und der Größe von Knochen- und Duradefekt, im umgekehrten Verhältnis zur Größe und Dauer der Abszesse. Die besten Chancen bieten die großen Abszesse sehr nahe der Oberfläche. Eine sehr viel bessere Behandlungsmethode ist ein- oder mehrmalige einfache Entleerung des Eiters von einer sehr kleinen Perforationsöffnung des Knochens aus mit einer Ventrikelnadel, die liegen bleibt, bis der Eiterabfluß aufhört. Weder Aspiration noch Irrigation! Dichter Verschluß der Hautwunde. In einigen Fällen von Epilepsie hatte Verf. 2 oder 3 Jahre später Gelegenheit zur Resektion von Gehirnlappen mit Narben der alten Abszesse. Eine Narbe, eine oder mehrere Zysten, Oberflächenadhäsionen waren die einzigen Folgen der früheren Abszesse, und die Infektion war vollkommen erloschen. Akute Abszesse bieten eine weit schlechtere Prognose, und die Kontraindikation einer Drainage ist noch größer als für chronische Abszesse. Rontal.

Medical and Surgical Record.

Nr. 8, 20. Oktober 1926.

◆ Natürliche Heilung von Gallensteinkrankheiten. Einhorn.
Endgültige Behandlung der Radikaloperation. Mc. Auliffe.
◆ Die chemischen Aspekte von Leben und Krankheit. Mc. Donald.
Grundsätze der öffentlichen Gesundheitspflege in Toronto. Hastings.
Placenta praevia. Mc. Ilroy.
◆ Grundzüge der Behandlung des Krebses. Behan
◆ Proteintherapie bei Beckeninfektionen. Pike.
◆ Ueber Nierenkrankheiten. Shuman.
◆ Entstehung, Vorkommen und Behandlung der fulminanten Urämie. Floyd.
◆ Behandlung der Enuresis. Blau.
2 Fälle von Enuresis. Ezickson.
Unerwartete Salvarsanwirkungen. Birnie, Sumter.

Natürliche Heilung von Gallensteinkrankheiten. Es handelt sich um drei Fälle von Selbstheilung durch Entfernung der Steine durch Perforation, nachdem sich dichte Adhäsionen über Gallenblase und Duodenum gebildet hatten. Sekundäre Störungen erforderten dann chirurgische Eingriffe. Im ersten schwerer Ileus, im zweiten chronische Pankreatitis mit Ikterus, im dritten partielle Pylorusobstruktion durch Adhäsionen. Bei der Laparotomie entstand die Frage, ob irgend etwas mit der Gallenblase, der Ursache der Störungen und der sekundären Veränderungen zu geschehen habe. Es wurde nur das absolut notwendige getan, um die gefährliche Komplikation zu beseitigen. Im Vertrauen auf die natürlichen Schutzwälle, die nur in Angriff genommen wurden, wenn es absolut nötig war. Und dies zeigte sich in allen drei Fällen als richtig. In Fällen, wo man normale Verhältnisse schaffen wollte und alle Adhäsionen entfernte, war der Ausgang häufig fatal.

Die chemischen Aspekte von Leben und Krankheit. Leben ist eine Folge kolloidaler Reaktionen in einem wässerigen Medium und die Untersuchung dieser vitalen Prozesse ist im wesentlichen ein chemisches kolloidales Problem. Der Mediziner denkt an den Pneumokokkus und an die Konsolidation der Lunge bei der Pneumonie. Dies ist etwa ähnlich, wie wenn der Chemiker die Atomtheorie außer acht ließe. Diese der Atomtheorie entsprechende Fundamentalprinzip der Medizin ist noch nicht entdeckt. Man hat Organismen als chemische Maschinen definiert (besser als ein Komplex unendlich vieler kleiner chemischer Maschinen), bestehend aus kolloidalem Material, fähig zu wachsen und sich automatisch zu reproduzieren. Damit ist aber diese Definition für den Menschen noch nicht erschöpft; die Tätigkeit der Nerven, die Erhaltung des Gleichgewichts in dieser Hinsicht, Verfall und Alter gehören noch hierherein. Vier Fundamentalprinzipien sind hier außer acht gelassen: 1. Atome und Lebensenergie; 2. die kolloidale Struktur des Protoplasma; 3. die Kontrolle über die Beziehungen dieser beiden Prozesse, die von einer bestimmten Gruppe von Zellen, die im unfreiwilligen Nervensystem lokalisiert sind, ausgeübt wird. Und 4. Die Wirkung dieser Prozesse auf die eigentümlichen psychischen Vermögen der Mentalität und Erregung, die beim Menschen höher entwickelt ist als bei den Vertebralen sonst. Im lebenden Organismus kontrollieren gewisse Zellen andere hinsichtlich ihrer Tätigkeit und Energiefunktionen. Die Zelle ist nie in Ruhe, gibt immer Energie ab, erneuert sie immer wieder, ist praktisch ein Chemiker, der analytische und synthetische Prozesse ausführt, aber abhängig von anderen Zellen, wie im Nervensystem, dessen Zellen die Protoplasmaenergie von der Ferne kontrollieren. Das Protoplasma ist ein Energietransformator und eben ist die Summe der Energie- und Protoplasmareaktionen.

Das Protoplasma aber ist ein Kolloid und seine Einheit ist die Zelle. Vor Auflösung und Veränderung durch Wasser schützt die Membran, die nur für gewisse Stoffe durchgängig ist.

Die Entdeckung, daß anorganische Kolloide fähig sind äußere Energieformen aufzunehmen und komplexe Formen aufzubauen, sind ein neuer Ausblick auf die Verhältnisse des Lebens und überbrücken die Lücke zwischen anorganischen und organischen, zwischen vitalen und nichtvitalen Formen der Materie. Die Salze des Körpers, obgleich sie nur 2% betragen sind von äußerster Wichtigkeit. Die menschliche Vitalität hängt ab von der Stimulation der Kolloide durch anorganische Salze. Die Kolloide nämlich wurden, bevor sie potentiell aktiv wurden, durch Kristalloide vitalisiert. Nur durch diese Stimulation, die Veränderung der Salze gehen die Lebensprozesse vor sich; es kommt zu Strukturveränderungen im Kolloid, wobei Osmosis, Oberflächenspannung, Viskosität und potentielle Differenz eine Rolle spielen, wodurch es zu einer dauernden bioelektrischen Veränderung kommt. Die Zelle ist nämlich auf der sauren Seite der Neutralität und das Blutplasma stark auf der alkalischen. Und so wird der Boden, die Möglichkeit für die potentiellen Differenzen geschaffen; eben deshalb sind die Lebensvorgänge so leicht auszulösen. Das menschliche System ist ein heterogenes, aber so vollkommen wie ein homogenes.

Die Kontrolle der Zelltätigkeit wird hauptsächlich ausgeübt durch das vegetative Nervensystem, also für all die Tätigkeiten und Lebensvorgänge, die der Mensch mit der Pflanze gemein hat. Das Zentralnervensystem dagegen kontrolliert all die Vorgänge; die den Menschen von der Pflanze unterscheiden, also Denken, Bewegen usw. Etwa 75% aller Energieprozesse im Körper werden so durch das vegetative Nervensystem vollbracht. Zum Wohlbefinden müssen beide harmonisch aufeinander abgestimmt sein. Trotz dieser harmonischen Uebereinstimmung hat sich aber in der weiteren Entwicklung das Zentralnervensystem von dem vegetativen frei gemacht. Letzteres sind die Ingenieure, Feuerleute, Trimmer, Köche usw. des Schiffes; ersteres der Kapitän.

Wir haben also drei Hauptprinzipien: Energie durch Atome, kolloidale Struktur des Protoplasma und Kontrolle über diese Funktionen durch das vegetative Nervensystem.

Das vegetative Nervensystem kontrolliert die dem Willen nicht unterworfenen Muskel, das Herz, die der Blutgefäße. Die Kapillaren haben eine Länge von 62 000 Meilen (1 = 1609 m) und eine Oberfläche von 120 000 q Yards (1 = 91 cm). Das Herz pumpt 7½ Tonnen Blut täglich oder hebt eine Tonne 122 Fuß hoch. Dies gilt für einen kleinen Mann. Bei Anstrengungen 152 Fuß hoch.

Grundzüge der Behandlung des Krebses. Bei der Prophylaxe spielt das Trauma eine wesentliche Rolle, vorausgesetzt, daß es lang dauert, sich mit gleicher Intensität gegen dieselbe Gegend wiederholt. Und zwar mehr als man bis jetzt annahm. Es ist nur schwierig zu erklären, weil oft eine sehr lange Zeit dazwischen verstreicht, Wochen bis zu einigen Jahren, bis der Krebs auftritt. Das Trauma kann mechanisch chemisch oder thermal sein. Auch Parasiten kommen in Frage wie der Blasenkrebs bei Bilharzia beweist. Auch die inneren Drüsen, besonders die Hypophysis kann auf die Entwicklung eines Krebses Einfluß haben, wie das Tierexperiment ergibt. Jedoch ist dies prophylaktisch noch nicht ausgenützt worden. Die aktive Behandlung faßt in erster Linie die Zerstörung des Krebses ins Auge. Am einfachsten durch Exzision. Der Hauptgesichtspunkt ist dabei, daß Entfernung oder Zerstörung durch Feuer oder Elektrizität oder durch Röntgen und Radium gründlich sei. Die Uebertragung von Krebszellen auf die Exzisionswunde ist möglich und zu verhüten. Ferner ist es besonders vor der Bestrahlung wichtig, die Blutzufuhr zum Krebs zu unterbinden, um die Wirkungen der Bestrahlung zu erhöhen.

Proteintherapie bei Beckeninfektionen. Die nicht spezifische Proteintherapie (Aolan oder im Autoklave sterilisierte Milch) ist ein wertvolles Mittel, die Widerstandskraft der Gewebe gegen Bakterieninfektion zu erhöhen, Infektionsherde zu lokalisieren und eine allgemeine Sepsis zu verhindern. Und zwar besonders bei Beckeninfektionen, besonders gonorrhoischen Infektionen der Tuben, Beckenperitonitis, febrilem Abort. Die Resultate sind oft besser als bei chirurgischen Eingriffen.

Ueber Nierenkrankheiten. Passive Kongestion oder trübe Schwellung, die man so häufig postagonal sieht, sieht man oft bei Herz- und Leberstörungen. Beide geben wie auch die aktive Kongestion, einen Urinbefund, Eiweiß, Zylinder, Vermehrung des Blutharnstoffs und Creatinin. Obstruktion durch Prostata usw. verursacht passive Kongestion. Fieber, namentlich Scharlach verursacht Nephritis durch die Ausscheidung der Gifte in den Nieren. Fokale Infektion, sehr oft von den Zähnen ausgehend, ist die häufigste Ursache für eine geringe Nephritis, die solange unerkannt bleibt, bis ein akutes Agens sie intensiver werden läßt, also eine akute Erkrankung, eine Erkältung, Schwangerschaft, Arsenmedikation usw. Klinisch gibt es zwei Formen von Nierenerkrankungen, eine trockene, Azotämie, wobei die Harnstoffelimination vermindert ist; die N-Körper werden zurückgehalten und kardiovaskuläre Veränderungen treten auf. Und dann die nasse Form: Hydrämie, Anasarka, wobei die Gewebe wässerig durchtränkt sind, eine Retention von Salzen und Wasser, weil das natürliche Filter versagt. Hierbei kaum kardiovaskuläre Störungen. Beide Formen können ineinander übergehen. Die Prognose bei Nierenerkrankungen hängt ab: 1. von der Kenntnis der allgemeinen klinischen Bedingungen, Schwäche, Gewichtsverlust, Kopfschmerzen, Erbrechen, gastrointestinale Symptome, urämische Symptome usw. 2. Von dem physikalischen Zustand des Gefäßsystems. Der hohe Blutdruck ist hier Hyperaktivität des sympathischen Nervensystems bedingt, das die inneren Drüsen erregt. Er schädigt Herz und Gefäße. 3. Von biochemischen Proben. Manche Fälle können kurz vor dem fatalen Ausgang wenig physikalische Zeichen machen. In Betracht zu ziehen sind der Augenhintergrund, der Allgemeinzustand, die Symptome. Dann Herz und Blutdruck. Dann der Bluthamstoff, aber nur nach mehreren Proben. Erhöhung des Blutkreatinins bedeutet ernste Eliminationsstörungen. Endlich der Urin: Eiweiß, Zylinder, rote und weiße Blutkörperchen. Vermehrter Nachturin bedeutet Verminderung der Nierenelastizität. Die Prognose ist ungünstig, wenn der Blutharnstoff bei Jungen und über 70 Jahre Alten hoch ist. Hoher Blutdruck bei vorgeschrittenen Nierenveränderungen ist ungünstig, Eiweiß ist kein Kriterium für die Nierenfunktion. Die Niere kann stark geschädigt sein, wenn nur eine Spur von Eiweiß vorliegt. Bei einem Erwachsenen häufiges Harnlassen besonders in der Nacht, Eiter im Gesamturin: spricht zunächst für Nierentuberkulose. Schmerzlose Hämaturie spricht zunächst für einen malignen Zustand. Zystitis ist nie primär.

Entstehung, Vorkommen und Behandlung der fulminanten Urämie. Zunahme des nichtprotein N im Blute kommt zustande, wenn 1. mehr Protein im Körper aufgebrochen wird. Dann erfolgt eine Ueberladung des Blutes mit den Zerfallstoffen. Solche Erhöhungen kommen bei Pneumonie und bei exzessivem Verbrauch von Nahrungsproteinen vor. Dies ist noch physiologisch; es sind selten mehr als 100 mg für 100 ccm Serum. 2. Bei durch Krankheit geschwächter Nierenfunktion wirkt der N im Blut als Stimulus. Dies geht solange gut, bis sich die N-Produkte im Körper anhäufen und es zu Vergiftung kommt. 3. Wenn das Konzentrationsvermögen der Niere nachläßt. Die normale Niere scheidet in dem gewöhnlichen 24 Stundenvolum, ein Liter, 35—50 g Harnstoff aus. Manche normalen Nieren scheiden auch weniger aus. Infektionen und Operationen senken nun dieses Konzentrationsvermögen und reduzieren das Urinvolum und damit kommt es zu Anhäufung von N-Zerfallsprodukten. Oft sind es bei einer solchen Niere nur 5 g Harnstoff in ½ Liter Urin. 2. und 3. sind krankhaft. Für die fulminanten Urämien ist nun besonders 3. verantwortlich. Die bei den N-Funktionen der Niere, Extraktion aus dem Blut und Konzentration im Urin brauchen nicht notwendigerweise gleichzeitig und in demselben Grade geschädigt zu sein. Nun ist die allgemeine Verläßlichkeit auf das spezifische Gewicht als Maßstab für die Fähigkeit N-Produkte zu konzentrieren, keineswegs gerechtfertigt. Dauernd niedriges spezifisches Gewicht bei geringer Flüssigkeitsaufnahme und wenn Oedem nicht absorbiert wird, bedeutet schwaches Konzentrationsvermögen. Jedoch kommt niedrigem Gewicht in einzelnen Harnproben oder auch im 24 Stundenvolum diese Bedeutung nicht zu, wenn die Flüssigkeitszufuhr nicht kontrolliert wird. Nicht so allgemein bekannt ist, daß richtiges Gewicht nicht notwendig richtiges Konzentrationsvermögen bedeutet. Bei dem Konzentrationsvermögen hat das spezifische Gewicht nur dann Wert, wenn zugleich der Harnstoff im Urin kontrolliert wird.

Solche plötzlichen Vermehrungen des N sind nicht typisch für irgendeine besondere Nierenerkrankung, sondern kommen immer da vor, wo schwache Konzentrationskraft und niedriges Urinvolum und ein Uebermaß von N-Produkten im Blut überhand nehmen und das Resultat ist Urämie. Solche Zustände sind dauerndes Erbrechen, die Anurien der aktiven Nierenentzündung und der Bichloridvergiftung, der postoperative Status, Urinretention in der Blase und hohe intestinale Obstruktionen. Bei dauerndem Erbrechen ist stets der Urin zu untersuchen und die Verminderung der Konzentrationskraft in Betracht zu ziehen. Bei der akuten Nephritis und den Exazerbationen der chronischen Form steigt infolge der mangelnden Ausscheidung der N rapid und sowohl die Extraktion wie die Konzentration ist vermindert. Bei der Bichloridvergiftung führt die progressive N-Retention zum Tode, wobei meist zwei Vorkommnisse falsch verstanden werden: trotzdem der Urin nach einer Woche etwa wieder ausgiebig fließt, können die Nieren die Anhäufung des N nicht beseitigen. Und dann sterben hierbei viele nicht an Urämie, sondern an Kolonveränderungen und Anurie. Bei der postoperativen Urämie kann am meisten getan werden. Die allgemeinen Narkotika reizen die Niere und weil nach der Operation oft die Flüssigkeitsaufnahme reduziert wird, steigt der N im Blute. Würde das Konzentrationsvermögen vor der Operation untersucht, würden viele solcher Fälle vermieden. Bei den intestinalen Obstruktionen ist die Verminderung des Urinvolums durch die verminderte Wasserresorption das Ausschlaggebende. Wenn der Urin zu lange in der Blase gehalten wird, so kommt die dadurch verursachte Verminderung von Wasser- und Harnstoffabsonderung in Frage und dann diffundieren die Zerfallsprodukte des N in die Gewebe. So bei Prostataveränderungen, Blasensteinen und Tumoren, Urethersstrikturen.

Behandlung: Vermeidung von N-Zufuhr und Anregung der Haut- und Darmtätigkeit, der beiden akzessorischen Kanäle für N-Elimination.

Behandlung der Enuresis. Analyse von 75 Fällen. Essentielle Enuresis ist wahrscheinlich eine Neurose, wofür primär verantwortlich ist die Atonie der Blase. Hier hat Hypophysisextrakt innerlich und subkutan die besten Erfolge gegeben; innerlich 1/10—¼ Grain (1 = 0,06 g) dreimal täglich oder ½ ccm Pituitrin subkutan in dreitägigen Serien mit dreitägiger Pause.

v. Schnizer.

Surgery, Gynecology and Obstetrics

43., Nr. 4, Oktober 1926.

Infanteriegeschoß-Verletzungen des Brachial-Plexus. Lewis J. Pollock.
* Steine der Speicheldrüsen und Speichelgänge. R. Harrison.
Harnsäure und Harnsteine in der Niere. Edwin Beer.
* Karzinoid-Tumoren der Eingeweide. John A. Wolfer.
* Beziehungen zwischen Prognose und histologischer Untersuchung beim Cervix-Karzinom. Alfred Plaut.
Ein klinischer Typ von Cholelithiasis mit den Erscheinungen einer akuten Nierenkrankheit. Rupert S. Corbett und Carleton B. Peirce.
Cholelithiasis bei den Negern. Emile Bloch.
Ergebnisse mit der Watkinschen Interpositions-Operation zur Behandlung des Uterus-Prolapses. Leo Brady.
Schwangerschaft nach Salpingektomie. Marion Douglas.
* Ovarialhernie. Will. James Moore.
Subunguale Exostosen. Arthur D. Kurtz.
Eingeweide-Zerreißung durch Luftdruck. George L. Hays.
Operative Behandlung des Kropfes. F. de Quervain und George M. Curlis.
Technick der Mayo-Operation bei der Zystozele. James C. Masson.
Finneysche Pyloroplastik. J M. T. Finney.
Cervix-Amputation nach Sturmdorf. Rich. W. Te Linde.
Resektionsmethoden des Meckelschen Divertikels. R. M. Harbin.
Methode zur Schließung von sprödem und reißendem Peritoneum. A. J. Ward.
Kritischer Bericht über 500 fortlaufende Entbindungen. Carl Henry Davis.
Amputationsstümpfe der unteren Extremitäten. H. R. Conn.

Steine der Speicheldrüsen und Speichelgänge. Speicheldrüsen-Kalkuli sind, obwohl ungewöhnlich, nicht selten und sind immer von klinischer Wichtigkeit. Sie können in allen Lebensaltern auftreten und zwar in jeder der Drüsen, wobei die Submaxillaris am meisten betroffen ist. Für gewöhnlich sind die Steine einzeln; sie können jedoch auch multipel auftreten. Die Symptome sind lokal und verursachen den Verschluß des Speichelausflusses. Tritt eine Sekundär-Infektion hinzu, so werden die örtlichen Symptome naturgemäß stärker und zusammen mit konstitutionellen Erscheinungen können zuweilen ernste Zustände auftreten. Eine präsumptive Diagnose läßt sich verhältnismäßig leicht stellen; es kommt jedoch zuweilen vor, daß gewisse wichtige Differenzierungen in Betracht gezogen werden. Die spezifische Lokalisation des Kalkulus festzustellen, ist häufig sehr schwierig; sie ist jedoch zuzeiten unbedingt notwendig und ist dann in weitestem Maße von einer sorgfältigst angefertigten Röntgenaufnahme abhängig. Die vorzunehmende Behandlung ist naturgemäß chirurgisch.

Karzinoid-Tumoren der Eingeweide. Ueber Karzinoid-Tumoren herrschen verschiedene Auffassungen, deren jede das Ergebnis der betreffenden Theorie ist. Faßt man diese zusammen, so kommt man zu dem Resultat, daß die Karzinoid-Zelle zum chromaffinen System gehört und daß die Ursprünge dabei in der Schmidt-Zelle der Lieberkühnschen Krypten sitzen oder auch zuweilen in schlecht ausgebildeten Langerhansschen Inseln oder anderen chromaffinen Zellen. Es kommt vor, daß die Karzinoid-Zellen das umgebende Gewebe infiltrieren und trotzdem bleibt die Geschwulst gutartig, wie andererseits das Karzinoid unter gewissen Bedingungen malignen werden und Metastasen setzen kann, bevor man imstande ist, es zu erkennen. Vermutlich besteht eine Beziehung zwischen Karzinoid und chronischen, inflamatorischen und sympathischen Nervenveränderungen im Gastro-Intestinal-Traktus.

Beziehungen zwischen Prognose und histologischer Untersuchung beim Zervix-Karzinom. Bis heute haben wir leider noch immer keine Basis für eine histologische Prognose des Zervix-Karzinoms; denn auf Grund seines histologischen Bildes ist es nicht möglich, scharf abgegrenzte Gruppen entsprechend dem Typ der Karzinomzellen aufzustellen. Bei der Abschätzung der Malignität müssen verschiedene Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden, wobei besonders auf die Beziehung zu den verschiedenen Momenten zu achten ist, welche in der Radio-Therapie eine große Rolle spielen. Des weiteren muß man bei der Bestimmung der Prognose die konstitutionellen Faktoren berücksichtigen und der Einfluß des Alters muß genau erforscht werden, wenn die anderen Daten unbefriedigend sind. Die klinische Klassifizierung der Zervix-Karzinome ist noch immer das beste Hilfsmittel für die Prognose, wozu noch als weiterer Hilfsfaktor der allgemein histologische Anblick des Tumors kommt.

Ovarialhernie. Ueber einen Fall von Ovarialhernie berichtet Moore, und er kommt zu dem Ergebnis, daß eine Inguinal-Hernie mit dem Ovarium als einzigem Bruchsackinhalt weitaus seltener vorkommt, als man bei oberflächlicher Betrachtung der Literatur glauben möchte. Unter 138 Fällen, welche Verfasser zur Verfügung standen, hat er diesen einen Fall herausgefunden, so daß man wohl von einer chirurgischen Kuriosität reden kann. Die Diagnose war in dem beschriebenen Falle nicht einfach, wohingegen die Operation die Annahme, daß es sich um ein zystisches Ovarium handele, bestätigte. Aeußerlich hatte man nur das typische Bild einer Inguinal-Hernie wahrgenommen und beim Bewegen des Uterus bei der äußeren Untersuchung wurde bemerkt, daß auch der Bruchinhalt sich mitbewegte.

Hofbauer, Berlin.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

16., 2.

✦ Duodenalnische. R. D. Carman und C. G. Sutherland.
Ungewöhnliches Erscheinen von Lymphoblastomen. G. W. Holmes.
✦ Traumatische Verletzungen des Rückgrats. W. B. Bowman und L. S. Goin.
✦ Beziehungen zwischen den Röntgenerscheinungen und dem klinischen und pathologischen Geschehen bei der akuten Osteomyelitis. A. O. Wilensky.
✦ Experimentalstudien über die biologische Wirkung harter Röntgenstrahlen. M. Tsuzuki.
✦ Experimentalstudien über die kombinierten Wirkungen der Röntgen- und Ultraviolettstrahlen. G. E. Pfahler, J. V. Klauder und J. L. Martin.
✦ Anwendung intravenöser Radiumchloridinjektionen bei einigen malignen Lymphomen. R. H. Stevens.
✦ Leukopenieanämie vom regenerativen Typ infolge von Radium- und Mesothoriumeinwirkungen. G. S. Reitter und H. S. Martland.
Intermittierende Vesikalretension. W. H. Stewart.

Duodenalnische. Von allen röntgenologisch sichtbaren Veränderungen des Verdauungstraktes ist das Duodenalgeschwür die häufigste. Unter 100 Fällen von Magen- oder Duodenalerkrankungen der Mayoklinik waren 56 Duodenalgeschwüre, 6 Magengeschwüre, ein Magen- und Duodenalgeschwür und 12 Magenkrebse. Bei der Diagnose des Duodenalgeschwürs ist die Duodenalnische eines der wichtigsten Zeichen. Bei eindeutiger Anwesenheit ist sie ebenso beweisend für das Duodenalgeschwür, wie die Haudeksche Nische des Magens es für das Magengeschwür ist. Unter 1658 Fällen von Duodenalgeschwüren der Mayoklinik im Jahre 1925 wurden nur in 13,27% Nischen gesehen. Von diesen 220 Nischenfällen wurden 100 operiert, wobei sich 98 Ulzera nachweisen ließen; 74 an der Vorderwand, 9 an der hinteren, in 15 Fällen wurde die Lage nicht verzeichnet, in 2 Fällen wurde kein Ulkus gefunden. Alle Patienten werden am Leuchtschirm und durch Filmaufnahme untersucht. Während der Durchleuchtung wird der Bariumbrei aus dem Magen in das Duodenum gepreßt, bis der Bulbus ganz gefüllt ist, und der Kontrastbrei in den zweiten Duodenalabschnitt überfließt. Die Untersuchungen werden auch im rechten und linken schrägen Durchmesser ausgeführt, wobei nicht nur die Ränder genau beobachtet werden, sondern auch die Vorder- und Hinterwand durch Druck einander genähert werden, um einen etwaigen zentralen Schattenflecken, welcher ohne Zweifel eine Nische bedeutet, zu konstatieren. Bei fetten Personen mit Stierhornform des Magens kann eine ausgezeichnete Darstellung des Bulbus gelingen, wenn der Patient seine rechte Hand auf die linke Schulter legt, den linken Arm vorwärts und ihn nach rechts in die Seite oder etwas darüber hinaus bringt. Der Bulbusschatten wird so nach der rechten Seite des Untersuchers projiziert. Die Duodenalnische erscheint als knopfförmige Hervorragung an der Duodenalsilhouette oder als direkter Fleck innerhalb der Duodenumumgrenzung. Im Durchmesser sind sie 1—2 mm bis 2—3 cm. Ihr Profil ist gewöhnlich gerundet, doch kann es auch eckig und pflockförmig sein. Außer der Konstanz ist das Ueberzeugendste die ausgesprochene Dichte an der Seite, welche bestehen bleibt trotz der Manipulationen. Ist der Bulbus charakteristisch deformiert, wie es meist beim Ulkus der Fall ist, beispielsweise kleeblattförmig oder besteht ein „Pylorusfortsatz" im Sinne der Deutschen oder handelt es sich um scharf umrissene Hervorragungen, so ist es für die Diagnose unwesentlich, den Rezessus, welcher die Ulkuskavität trägt, festzustellen. Oft, wenn ausgesprochene Verengerung besteht, kann der Bulbus, wenn überhaupt, unter Aufwand vieler Zeit und Arbeit erst gesehen werden. In solchen Fällen genügt die Trias: Magenretention, Hyperperistaltik und ein großer Magen zur Diagnose.

Traumatische Verletzungen des Rückgrats. Die Differentialdiagnose gegen nichttraumatische Veränderungen bzw. deren Kombination mit traumatischen ist nicht leicht. Kongenitale Anomalien sind in zweifacher Hinsicht von Bedeutung: sie können als Frakturen angesehen werden oder für andere pathologische Veränderungen, und ferner können sie als ätiologische Faktoren bei gewissen traumatischen Erkrankungen beitragen. Sie finden sich besonders im lumbalen und lumbosakralen Teil der Wirbelsäule, während sie im übrigen Teil der Wirbelsäule sehr selten anzutreffen sind. Sie variieren zwischen unbedeutenden Kleinigkeiten, wie die unvollkommene Vereinigung der Transversalfortsätze und vollständigem Fehlen des Rückgrats oder des Kreuzbeins. Die häufigste Anomalie ist der fehlende Verschluß der Laminae des 5. Lumbal- oder des 1. Sakralfortsatzes. Die klinische Bedeutung des fehlenden Verschlusses des letzten Lumbalwirbels liegt in der Instabilität, welche durch das Fehlen einer Ansatzstelle der Ligamente geschaffen wird. Die geringste klinische Bedeutung hat die Bildung des Processus spinosus lediglich aus einer Lamina des Vertebralkörpers, während seine Bildung durch zwei von dem Wirbelkörper getrennte Laminae die Ansatzstelle für die verbindenden Bänder zu den benachbarten Wirbeln beseitigt, indem so diese beiden Knochenlaminae lediglich von diesen Bändern zusammengehalten werden. Es ist klar, daß dann ein geringes Trauma genügt, zum mindesten eine Luxation eines solchen Wirbelkörpers herbeizuführen. Ferner gibt es sehr oft sogenannte Sonderwirbel. Meist aber ergeben genaue Untersuchungen der Wirbelsäule, daß es sich dabei um ein unverbundenes Sakralsegment oder den 12. Brustwirbel handelt, in welchem Falle die erste Rippe mit dem 7. Halswirbel artikuliert. Gelegentlich artikuliert die erste Rippe mit dem 2. Brustwirbel, wodurch der Anschein erweckt wird, als ob es 8 Zervikalwirbel gäbe. Bei der „Sakralisation" des 5. Lumbalwirbels schafft die einseitige Sakralisation sehr ungute mechanische Verhältnisse. Gewöhnlich geht eine Linie zwischen den beiden Cristae iliacae durch den 4. Lumbalwirbelkörper, gelegentlich aber geht diese Linie infolge Hochstand des Sakrums durch den 5. Lumbalkörperwirbel, wodurch gleichfalls ungesunde Verhältnisse entstehen.

Die häufigste Verletzung der Wirbelsäule ist die Fraktur des Wirbelkörpers, die 80% der Wirbelsäulverletzungen darstellt. Meist handelt es sich um einfache, seltener komplizierte Frakturen. Durch direkte oder indirekte Gewalt oder sogar durch exzessive Muskelaktion verursacht, rühren fast alle von einer Hyperflexion der Wirbelsäule her. Ihrer Häufigkeit nach werden befallen: 1. Lumbalwirbel, 12. Brustwirbel, 2. Lumbalwirbel, 11. Brustwirbel, 5. Lumbalwirbel und der 5. und 6. Zervikalwirbel. Die letzteren resultieren bisweilen beim Kopfsprung. Hyperflexionsfrakturen werden z. B. durch Verschüttung im Bergwerk hervorgebracht. Differentialdiagnostisch sind Tuberkulose, Syphilis, Metastasen, alte hypertrophische Arthritis und der natürliche Schwund der Wirbelkörper, Kalksalzresorption im Alter, die Kümmelsche Krankheit zu berücksichtigen. Die Tuberkulose geht ohne Kallusbildung einher und ist schon durch ihre chronische Entstehungsgeschichte charakterisiert. Syphilis hinwieder fällt durch ihre starke Knochenbildung und Periostverdickung auf, die im Gegensatz zu den geringeren Beschwerden stehen. Metastasen der hyperplastischen Form sind selten, die Regel ist unregelmäßige Knochenzerstörung, ohne Knochenneubildung. Hypertrophische Arthritis ist oft nur schwer von den Folgen einer vermutlichen Fraktur, besonders wenn das Trauma schon lange zurückliegt, zu trennen. Die Veränderungen der Arthritis sind selten auf einen Wirbel beschränkt, und es entstehen Knochenneubildungen in Fransenform längs der Wirbelränder, welche später zur Brückenbildung und Verwachsungen führen. Bestehen diese bereits jahrelang, so kommt es zur Resorption der Kalksalze und dadurch zur keilförmigen Gestaltung der Wirbelkörper, wodurch eine gleichmäßige Kyphose zustande kommt, welche sich von der scharfen Winkelbildung beim frakturierten Wirbel unterscheidet. Die Kümmelsche Erkrankung dürfte, traumatischen Ursprungs, lediglich als Folge einer älteren Wirbelfraktur aufzufassen sein. Fraktur der Wirbelbogen scheint weniger häufig wie die des Körpers zu sein. Sie sind röntgenologisch schwerer darzustellen, und dies ist vielleicht nur der Grund dieser Annahme, wenn sie auch nach chirurgischer Ansicht nur 20% der Wirbelsäulenbrüche ausmachen. Bruch des Prozessus transversus ist im Gegensatz zu bisherigen Annahmen außerordentlich gewöhnlich, sie werden speziell durch eine heftige Drehung herbeigeführt. Eine der häufigsten aller klinischen Diagnose bei Kranken mit Schmerzen der unteren Rückengegend ist

„Kreuzbeinverrenkung". Nach den Erfahrungen der Autoren kommt sie nicht vor, ausgenommen bei Frakturen. Was als Erweiterung eines Gelenkspaltes erscheinen kann, ist häufig lediglich die Folge einer mangelhaften Aufnahmetechnik. Was als Ausweichen des Kreuzbeins gedeutet wird, ist oft durch hypertrophische Veränderungen, welche die Synchondrose einbeziehen, vorgetäuscht. Ein großer Teil der Rückgratspathologie, wie Bänder- und Muskelveränderungen, lassen sich eben röntgenologisch nicht nachweisen, und diese Fälle sind durch Operationen fast nie zu bessern. Dazu ist die Spondylolysthesis eine verbreitetere Erkrankung als für gewöhnlich angenommen wird, so daß viele dieser Fälle unter der Flagge Kreuzbeinverrenkung gehen. Unter Spondylolysthesis versteht man ein Vorwärts- und Abwärtsgleiten eines Wirbels. Der Terminus wird für dieses Verhalten des 5. Lumbalwirbels gebraucht. Die Krankheit beruht auf unvollständiger Ossifikation des Wirbelbogens; sie wird durch ein evtl. sehr geringes Trauma ausgelöst. Das Heben einer schweren Last, das Andrehen eines Autos genügen, einen plötzlichen Schmerz im Rücken auszulösen, verbunden mit dem Gefühl, als habe sich etwas verschoben. Der Schmerz tritt in einer oder beiden Kreuzbeingegenden auf und strahlt durch das Gesäß in einen oder beide Schenkel, bisweilen ist der Schmerz auch im Lumbalteil, seltener in der ganzen Wirbelsäule. Röntgenologisch ist die seitliche Aufnahme der Wirbelsäule in der Lumbalgegend schwer. Während es bei den Lumbalwirbeln besser ist, die Abweichung der Wirbel längs des vorderen Randes des Rückenmarkkanals festzustellen, ist es bei den Halswirbeln, welche unter gleichen Umständen ihre Lage verändern können, besser, die hinteren Ränder der Wirbelkörper in ihrer Ausrichtung zu kontrollieren.

Beziehungen zwischen den Röntgenerscheinungen und dem klinischen und pathologischen Geschehen bei der akuten Osteomyelitis. Die frühesten Stadien der akuten Osteomyelitis sind röntgenologisch nicht nachweisbar. Auch im weiteren Verlauf der Krankheit, der von der Gefäßversorgung und den Anastomosen, die beim jugendlichen Knochen zwischen Diaphyse und Epiphyse spärlich, beim reifen Knochen ein ganzes Netz bilden, läßt sich der subperiostale Abszeß nie röntgenologisch erkennen. Der subperiostale Abszeß kann auch als Folge einer Metastase bei Allgemeininfektion auftreten. Röntgenologisch ist auch bei diesem Typ, wenn überhaupt erst in verhältnismäßig spätem Stadium etwas nachzuweisen, indem sich dann eine Verdickung des Periosts oder eine Rauheit der seitlichen Kontur des Knochens erkennen läßt. Hebt sich der subperiostale Abszeß von dem neugebildeten Knochen ab, so wird er röntgenologisch sichtbar. Wird durch einen Embolus die Hauptarterie verlegt, so läßt sich die Sequestrierung der gesamten Diaphyse röntgenologisch erkennen, ebenso verhält es sich, wenn ein Hauptast des ernährenden Gefäßes verstopft wird mit dem zugehörigen Knochenteil. Auch der Ausfall eines Seitenastes zweiter Ordnung vermag sich durch die nachfolgende Sequestration zu offenbaren. Eine Gruppe akuter Osteomyelitiden läßt sich nach Ablauf der akuten Erscheinungen röntgenologisch durch Höhlenbildung im Knochen erkennen. Die hierzu erforderliche Zeit kann 2 Wochen dauern, aber auch lange Perioden darstellen. Die mit strukturellen Aenderungen einhergehenden akuten Osteomyelitisformen sind erst dann röntgenologisch erkennbar, wenn es zur Sequestration oder zur Knochenneubildung kommt. Die Mehrzahl der akuten Osteomyelitisfälle zeigen Krankheitserscheinungen aus verschiedenen Gruppen, indem mehr wie ein Zweig des ernährenden Gefäßes thrombosiert und durch die Unregelmäßigkeit der Ausbreitung der Thrombose sowie durch das Ineinanderfließen neuer und alter Herde. Die Röntgenerscheinungen dieser gemischten Type sind dementsprechend äußerst unregelmäßig und schwer zu deuten. Es gehört zum pathologischen Bild der akuten Osteomyelitis, daß die damit verbundene Thrombophlebitis sich autonom ausbreitet, unabhängig von der Operation.

Experimentalstudien über die biologische Wirkung harter Röntgenstrahlen. Es wurden die früheren, oft mit weniger leistungsfähigen Röntgenapparaten gewonnenen Röntgenstrahlenwirkungen an den einzelnen Organen und am Tier als Ganzem unter Anwendung harter Röntgenstrahlen nachgeprüft. Bei 20% der HED auf das ganze Tier gegeben, blieben die Tiere am Leben, bei 40% starben von 138, bei 30% 5 von 6, bei 100% 3 von 4. Nach der Bestrahlung sahen die Tiere sehr erschöpft aus, und sie wurden allmählich dünner und so schwach, daß die geringste Belastung den Tod herbeiführte. Nur wenige zeigten Restitutionskraft. Am Lymphgefäßsystem tritt Zerstörung der Lymphozyten ein, gefolgt von Phagozytose und später von einem Proliferationsprozeß der retikuloendothelialen Zellen und Regeneration der Lymphozyten. Die Lymphfollikel der Lymphdrüsen besitzen eine größere Regenerationsfähigkeit wie die der Milz. Phagozytose der Erythrozyten in den Lymphdrüsen ist ein typisches Phänomen: es wird in verschiedenem Grade lange beobachtet. Bei 24% der HED zeigen sich die ersten Kernstrukturveränderungen, fast alle werden mit 64% zerstört, über 80% werden alle Lymphozyten als feine Chromatingranula zerstreut mit etwas degenerierten Retikuloendothelialzellen zwischen ihnen. Wenn auch die Lymphozyten der Lymphdrüsenfollikel bereits nach 8% der HED die ersten und nach 30 bis 40% der HED die schwersten Degenerationszeichen aufwiesen, so konnten doch in den Lymphknoten immer noch einzelne normale Lymphozyten beobachtet werden, selbst wenn 60 bis 80% der HED eingewirkt hatten. Nach 15% der HED kommt es in den mesenterialen Lymphdrüsen zur vollständigen Zerstörung der Lymphozyten, doch selbst nach 10% der HED können Phagozyten in den Lymphsinus auftreten, welche Chromatingranula und Erythrozyten absorbiert haben, die entweder aus dem zirkulierenden Blut oder der Lymphe stammen. Die intestinalen Lymphfollikel sprechen bei 15% an, und die Zerstörung erreicht die höchsten Grade bei 20%. Weitere Bestrahlungen bringen keine proportionalen Veränderungen mehr hervor. Bezüglich der Erythrozyten beginnt die Phagozytose sogleich nach 10% der HED und erreicht ihren höchsten Grad nach 20% der HED. Im bestrahlten Körper sind die Erythrozyten noch lange in einem Zustand, der sie zur Phagozytose geeignet macht. Die Befunde am Knochenmark unterschieden sich nicht von den bisherigen. Die Veränderungen an den Lymphozyten und Mononukleären zeigten sich bei 12% der HED und wurden ausgesprochener mit fortschreitender Bestrahlung. Eisenpigment erschien in den Retikuloendothelzellen nach 48 Stunden, und Erythroblastenmitosen und andere wurden ein paar Tage später beobachtet. Nach 12% der HED degenerieren die Zellen der Rinde bei der Thymus, die epithelialen Markzellen zeigen Kerndegeneration nach 24% der HED, doch werden die Rindenzellen selbst nach 50% der HED nicht in demselben Maße zerstört wie in der Milz oder den Lymphdrüsen. In der Magendarmschleimhaut sind bereits nach 10% der HED Chromatingranula zu konstatieren. Sie nehmen ebenso wie die Degenerationsformen der Lymphdrüsen graduell zu. Die Darmschleimhaut zeigt nach 30% degenerative Veränderungen. Zuerst sind sie an den Lieberkühnschen Drüsen zu beobachten. Die Degeneration wird intensiv nach 60 bis 80% der HED. Viele der Zellen werden zusammen mit den infiltrierenden Lymphzellen in das Darmlumen abgestoßen. Zu dieser Zeit zeigen auch die Duodenalepithelzellen in den Drüsen Degeneration, lassen die Zellen der Schleimdrüsen keine Veränderungen erkennen. Im Kolon können einige Tage nach starken Bestrahlungen epitheliale Degenerationen konstatiert werden. Zunahme der Schleimsekretion wird oft im Zoekum gesehen. An der Leber machte sich nach 16% der HED eine leichte Hyperämie bemerkbar, nach 24% nahm der Fettgehalt der Kupfferschen Zellen zu, nach 32% zeigte sich Hyperämie und Vakuolisierung sowie Granulation in den Leberzellen, nach 48% kam es zu einer vorgeschritteneren Degeneration der Leberzellen mit Chromatingranulation in den Glissonschen Kapseln, nach 64% trat hochgradige Hyperämie auf, das interstitielle Gewebe zeigte Zellinfiltration, die Leberzellen enthalten Granulis und Vakuolen, die Kerne sind etwas geschwollen, und ihr Chromatin war von grober, granulierter Struktur, die Kupfferschen Zellen waren hypertrophisch und zeigten Phagozytose. Alle diese Veränderungen gingen jedoch meist in den ersten 36 bis 48 Stunden vorbei, das Bild wurde wieder normal, nur wenige Zellen unterlagen atrophischer Degeneration. Der Glykogengehalt schwand nach 48% der HED rasch, doch stieg er, wenn das Tier sich wieder erholte, rasch wieder an. Bezüglich der Speicheldrüsen zeigten die Epithelialzellen der kleinsten Sekretionsgänge auf 28% der HED hin die ersten Veränderungen, 24 Stunden später degenerieren ihre Kerne, ihre Anordnung wird unregelmäßig nach 42% der HED, und sie zeigten fettige Degeneration 96 Stunden nach 50% der HED. Die Drüsenzellen zeigten etwas Atrophie nach 42% der HED. An der Thyreoidea war nach 21% der HED leichte Hyperämie zu erkennen, welche durch weitere Bestrahlung gesteigert wurde, doch fanden sich keine sichtbaren Veränderungen an den Drüsenzellen. Erreichte die lokale Dosis 100% der HED, so folgte leichte Kerndegeneration. Die Bestrahlung der Lunge mit 10% der HED zeitigte Degeneration einiger Lymphozyten im peribronchialen Gewebe, nach 20% der HED füllen sich die Alveolarkapillaren mit Blutzellen und nach 30% der HED kommt es zu starker Exsudation. Diese Erscheinungen nehmen mit weiterer Röntgenbestrahlung zu und sind beim akuten Röntgentod sehr intensiv; Zellinfiltrationen und Hämorrhagien werden häufig in dem Exsudat angetroffen. Erholen sich die Versuchstiere, so bilden sich diese Veränderungen innerhalb 36 bis 48 Stunden zurück, und es bleibt nur eine Zunahme der Pigmentzellen zurück. Die Verhältnisse in den Lungen mögen in der Aetiologie der Röntgenkrankheit eine Rolle spielen ebenso wie vermutlich jene in der Leber. Am Herzen ließen sich 36 Stunden nach 24% der HED feine Fettgranula in den Muskelzellen erkennen, nach 32% der HED trat hier und da 96 Stunden später fettige Degeneration der Muskelzellen ein. Beim akuten Röntgentod ist die fettige Degeneration noch ausgesprochener und oft finden sich auch Vakuolen innerhalb der Muskelzellen. Es ist nicht klar, ob diese Granula in den Muskelzellen unmittelbar durch die Bestrahlung verursacht werden oder ob sie die Folge einer Vergiftung durch die Zerstörung des Gewebes sind, doch da diese Veränderungen unmittelbar nach starker Bestrahlung auftreten, ist es möglich, daß wenigstens ein Teil der Veränderungen durch direkte Schädigung verursacht ist. Hyperämie der Glomeruli der Niere ließ sich nach 32% der HED feststellen. 48 bis 64% der HED führten Degeneration der Epithelzellen der Tubuli herbei. Im ersteren Falle stellte sich die Hyperämie an den Glomeruli sofort ein, 48 Stunden später gefolgt von leichter Degeneration der Epithelien und 96 Stunden später von normalen Verhältnissen; die fettige Degeneration im zweiten Falle verstärkte sich noch im Laufe der nächsten Tage. Der Fettgehalt der Nebennierenrinde ist bei 32% der HED nach 60 Minuten im Schwinden. Degeneration der Markzellen tritt nach 48% der HED ein. Ueberleben die Tiere die Bestrahlung, so greifen wieder normale Verhältnisse Platz. Die Reduktion des Fettgehaltes der Rinde mit Zerstörung der Lymphozyten und das Ansteigen des Fettgehalts der Kupfferschen Zellen in der Leber kann als Zeichen eines gestörten Stoffwechsels gelten. Bezüglich der Strahlenwirkung auf die Hoden ergab sich kein Unterschied gegen die Resultate der bisherigen Untersucher. Nach 12% der HED kam es zu leichter Degeneration der Spermatiden und Spermatozyten unter vorzeitiger Teilung 24 Stunden nach der Bestrahlung. Diese Degeneration trat unmittelbar nach 18% der HED auf und wurde ausgesprochener mit der Zeit, so daß sie nach 2 Wochen deutlicher als nach der ersten Woche war. 30% der HED vermögen noch keine vollständige Azospermie herbeizuführen.

Experimentalstudien über die kombinierten Wirkungen der Röntgen- und Ultraviolettstrahlen. Ultraviolettlicht verhinderte in keinem Fall beim Kaninchen eine Röntgendermatitis, im Gegenteil war die Röntgenreaktion an dem mit Ultraviolettlicht bestrahlten Ohr viel stärker.

Anwendung intravenöser Radiumchloridinjektionen in einigen Fällen von malignen Lymphomen. Radium stomachal oder intravenös einverleibt, fixiert sich in den Geweben und wird in fallender Weise während der nächsten Monate durch die Fäzes und den Urin ausgeschieden. Dabei scheint ein gewisses Verhältnis der Zellsensibilität in dem Sinne zu bestehen, daß bei Resistenz gegen Röntgenstrahlen noch eine Wirkung mit intravenöser Anwendung von Radiumchlorid (50 Mikrogramm etwa alle 14 Tage mehrmals) und umgekehrt eine Reaktion an den Zellen zu erzielen ist.

Leukopenische Anämie vom regenerativen Typ infolge Radium- und Mesothoriumeinwirkung. Es steht fest, daß radioaktive Substanzen in den Körper gelangen können, sogar einzig durch die Lunge. Radium, Mesothorium und Emanation gelangen in die Organe des hämatopoetischen Systems. Durch ständige Strahlung bringen sie ausgesprochene Wirkungen auf die leukoblastischen und erythroblastischen Zentren hervor. Daraus folgt, daß die Einverleibung von langwirkenden radioaktiven Produkten ein etwas bedenkliches Vorgehen ist. Durch die Inhalation der Emanation werden aktive Depots in den Knochen von langanhaltender Wirkung geschaffen. Ungünstige Spätfolgen auf die blutbildenden Organe müssen dabei immer in Betracht gezogen werden. Deshalb müssen sogar unkontrollierte radioaktive Strahleneinflüsse Schutzmaßnahmen getroffen werden.

J. Kottmaier, Mainz.

Physical Therapy X-Ray Radium.

7., Nr. 9.

Der Einfluß des Lichtes auf Wachstum und Entwicklung. W. T. Bovie, Ph. D.
◆ Differentialdiagnose zwischen Lungentumor und Lungentuberkulose. Dr. Robert Lenk.
Behandlung von Gewerbekrankheiten mit Physiotherapie. E. C. Duval.
Bösartiger Mediastinaltumor, kompliziert mit Amoebeninfektion. Ernst A. Schmidt.
Auswechselbare Lungen-Landkarten. W. M. Manning.

Differential-Diagnose zwischen Lungentumor und Lungentuberkulose. Als charakteristische Merkmale für Lungentumoren werden meist angegeben Einseitigkeit des Prozesses, homogener Schatten und scharfrandige Begrenzung. Diese Angaben bedürfen aber einer kritischen Nachprüfung. Daß die Einseitigkeit des Prozesses nicht für Tumor angeführt werden kann, geht schon daraus hervor, daß selbst vorgeschrittene Fälle von Lungentuberkulose völlig auf eine Seite beschränkt sein können. Ein homogener Schatten ist keinesfalls beweisend für Tumor, kommt vielmehr bei verschiedenen anderen Lungenprozessen und auch bei einigen Formen von Lungentuberkulose vor. Ein umschriebener Schatten unregelmäßiger Dichte spricht eher für Tuberkulose als für Tumor. Der scharfe Rand ist ein Merkmal, das sowohl bei Tumoren als auch tuberkulösen Lymphknoten angetroffen wird, während ein Hiluskarzinom geradezu durch einen unscharfen Rand gekennzeichnet ist. Nur ein Lappenkarzinom, das einen ganzen Lungenlappen infiltriert, ist auf der einen Seite scharfrandig begrenzt. Dasselbe gilt aber auch für andere Prozesse mit derselben Ausbreitung, insbesondere auch für Tuberkulose. Demgegenüber sind einige andere Merkmale als diagnostische Hinweise zu beachten, die in der Hauptsache auf der Bösartigkeit des Prozesses beruhen.

Zunächst findet man eine Verschmälerung eines Hauptbronchus sowie Verschiebung des Mediastinums, die durch ein Ansaugen von der erkrankten Seite her zu erklären ist. Bei weitem die häufigste Ursache für diese Stenose ist ein Bronchus-Karzinom, ein weiteres charakteristisches Merkmal ist das agressive Wachstum des Tumors, das Eindringen in die benachbarten Gewebe. So findet man des öfteren einen Hochstand des Zwerchfells, gelegentlich mit paradoxer Atembewegung als Zeichen einer Phrenikusläsion. Die Entstehung derselben ist nur dadurch möglich, daß der Tumor entweder direkt durch die Pleura hindurchgewuchert ist oder Metastasen außerhalb der Pleura gesetzt hat, beides Zeichen für Bösartigkeit. Eine Kontraktion des Lungenfeldes kommt bei Tumor zwar vor, besonders infolge einer sekundären Pleuritis, doch hält sich die dadurch entstehende Verengerung der Interkostalräume in enge Grenzen, da sie von dem expansiven Wachstum des Tumors meist überkompensiert wird. Aus letzterem Grunde findet man häufig auch eine Verschiebung des Medastinums nach der gesunden Seite. Betrifft die Infiltration einen ganzen Lappen oder den größten Teil eines solchen, so kann sich die Erkrankung als bösartig dokumentieren, wenn der Nachweis gelingt, daß die interlobäre Pleura zerstört ist und die Erkrankung auf die Nachbarlappen übergeht. Die Begrenzung wird dann naturgemäß unscharf und rauh. Schließlich gibt der Erfolg einer therapeutischen Röntgenbestrahlung manchen Hinweis auf den Charakter des Lungenprozesses.

Bronchus-Karzinome sind praktisch refraktär gegen Röntgenbestrahlungen. Sarkome können manchmal schnell reduziert werden, chronisch-pneumonische Infiltrate werden bald nach der Bestrahlung zur Resorption gebracht, während bei tuberkulösen Infiltraten ein allmählicher günstiger Einfluß zu verzeichnen ist, aber keine schnelle Veränderung des Röntgenbefundes.

Wesentlich ist auch die Beobachtung der Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen, insbesondere die Einwirkung auf die Körpertemperatur. Ein Anstieg der Körpertemperatur infolge der Bestrahlung tritt ein, wenn ein sehr strahlensensibles Gewebe schnell einschmilzt oder wenn spezifische Krankheitsprodukte in den Blutkreislauf geraten, insbesondere bei Tuberkulose. So können also folgende Regeln aufgestellt werden:

Tritt nach der Bestrahlung Fieber auf und verschwindet der fragliche Schatten schnell, so spricht dies für Sarkom. Fieber ohne bemerkenswerte Veränderung des Schattens spricht für Tuberkulose. Ist kein Fieber eingetreten, die Verschattung aber verschwindet, so hat es sich um einen chronischen oder sekundären pneumonischen Prozeß gehandelt. Schließlich ist Karzinom anzunehmen, wenn kein Fieber auftritt und die Verschattung bleibt.

Endlich ist auch die Bronchographie, die Füllung der Bronchien mit einem Kontrastmittel für die Tumordiagnose heranzuziehen. Tumoren in einem Hauptbronchus führen zu einer Stase des Kontrastmittels und zeigen atypische Füllungsdefekte, ähnlich denen, die wir bei Magenkarzinomen sehen. Bei Pneumonie und Tuberkulose hingegen fehlt die Zerstörung oder erreicht höchstens einen geringen Grad verglichen mit der Größe der Infiltrationen bzw. des Exsudates. In diesem Falle füllen sich also die Bronchien auf, die Passage ist nicht oder zum mindesten nicht erheblich gestört.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Journal of Urology.

16., H. 4, Oktober 1926.

◆ Weitere Studien über die Nierentransplantation. Williamson.
◆ Behandlung der Uretersteine. Rathbun.
Klinische Betrachtungen über chirurgische Erkrankungen der Harnorgane bei Kindern. Hyman.
◆ Weitere Forschungen über das Problem der Vulvovaginitis bei Kindern. II.: Serologische Studien. Sherman und Norton.
Zwei Fälle von Prostatasarkom. Kretschmer.
◆ Kurze Studie über die intravenöse Verabreichung von Chlorkalzium bei gonorrhoischer Epidymitis und Rheumatismus. Leff und Spencer.
Heilung einer chronischen Kavernositis durch Diathermie. Corbus.
Gestielter Harnröhrenpolyp. Wynne.

Weitere Studien über die Nierentransplantation. Der Verfasser hat Transplantationen an Hunden und Ziegen vorgenommen. Zum Teil führte er Autotransplantationen aus, indem er die Niere exstirpierte und die Arteriarenalis mit der Karotis verband, während die Vene mit der Jugularis vereinigt würde, zum Teil überpflanzte er von einem Tier auf das andere und zwar meist in Form von Blocktransplantationen, indem er beide Nieren im Zusammenhang mit der Aorta und der Kava herausnahm und beim Empfänger unterhalb der eigentlichen Niere anbrachte.

Es zeigte sich, daß autotransplantierte Nieren das Leben des Tieres noch monatelang nach der Entfernung des anderen Organs ermöglichen. Während dieser Zeit sind die Funktionen dieser Niere fast normal, sie reagiert auch auf pharmakologische Beeinflussung, das Tier fühlt sich wohl und lebt normal. Allerdings können Harninfektionen und Hydronephrosenbildung zu Mißerfolgen führen.

Hingegen arbeiten die homotransplantierten Nieren mit geringen Ausnahmen nur wenige Tage, doch leisten sie während dieser Zeit ähnliches wie die autogenen Uebertragungen.

Heterotransplantationen von Ziegennieren auf Hunde mißlangen zweimal. Der Verfasser nimmt hier einen anaphylaktischen Schock an, da die Tiere jedesmal wenige Minuten nach der Ueberpflanzung zugrunde gingen.

Der Blutharnstoff eines Tieres mit drei funktionierenden Nieren war erheblich geringer. Das histologische Bild der überpflanzten Nieren entsprach dem der akuten atypischen Glomerulonephritis und einer allgemeinen akuten Nephritis. Solange als gute Abflußverhältnisse für die Niere bestehen und sie arbeitsfähig ist, spielt die Infektion keine besondere Rolle.

Die anurische Niere weist eine deutliche Neigung auf, bindegewebig umgewandelt zu werden.

Die Mißerfolge mit den homotransplantierten Nieren scheinen auf biologischen Inkongruenzen zwischen Spender und Empfänger zu beruhen.

Der klinische Wert der Nierentransplantation bleibt daher nach unseren heutigen Kenntnissen fragwürdig, obwohl sie gelegentlich ernstlich in Erwägung gezogen zu werden verdient.

Die Behandlung der Uretersteine. Zur Operation soll erst geschritten werden, wenn alle konservativen Maßnahmen versagt haben. Hierbei empfiehlt der Autor die Einführung möglichst dicker Seidenbougies oder Katheter über den Stein hinweg, die er mehrere Tage liegen läßt. Die Katheter werden öfters durchgespült. Dagegen hält er die Metalldilatatoren für gefährlich und verwendet sie nicht. Intramurale Steine gehen öfter nach Verschorfung des Ureterostiums ab. Die Indikation zum operativen Eingreifen hängt auch wesentlich davon ab, ob der Stein seine Lage durch die konservative Behandlung verändert hat oder nicht. Bei der Operation rät Rathbun möglichst einen Katheter in dem Harnleiter vorher einzuführen.

Weitere Forschungen über das Problem der Vulvovaginitis bei Kindern. Zur Untersuchung wurde nur solches Meerschweinchenserum genommen, das vorher in fünffacher Weise geprüft worden war. Nur 70% der Tiere konnten danach verwandt werden.

Von 196 Untersuchungen mit zwei Antigenen, einem polivalenten und einem bivalenten fielen 150 (76,5%) gleichartig aus, 38 (16,4%) reagierten stärker auf das polivalente Antigen, 8 (4,08%) auf das andere.

Bei parallelen Versuchen mit aktivem und inaktivem Serum wurden in der Mehrzahl der Fälle stärkere Reaktionen mit aktivem Serum erzielt, doch erlaubt das zu kleine Material keine weiteren Schlüsse.

Provozierende Vakzineeinspritzungen hatten weder auf die Komplement-Reaktion, noch auf das klinische Bild oder den bakteriologischen Befund Einfluß.

Kinder von 5—8½ Jahren gaben positive oder schwächer positive Komplementfixationen, während oder nach akuten Exazerbationen mit Beteiligung der Zervix. 4—5-jährige Mädchen mit ähnlichen klinischen Erscheinungen wiesen nur eine schwach positive Reaktion auf, ebenso zwei andere Kinder im Alter von 9—10 Jahren, die klinisch latent waren. Aeltere latente Kinder waren negativ oder schwach positiv.

Vom ersten bis dritten Lebensjahr war die Komplementreaktion hingegen negativ, sowohl bei Kindern im chronischen Stadium mit akuten Verschlimmerungen als bei Latenz ohne Exazerbationen Zwei Kindern von den letzten blieben ohne erneute klinische Ausbrüche bis zur Pubertät negativ. Möglicherweise handelt es sich hier um spontane Heilungen in der Pubertät. Während jedoch die Kleinkinder auch bei Verschlimmerungen ohne Reaktionsveränderungen blieben, wirkten sich diese vom fünften Jahre ab durch stärkere positive Schwankungen aus. So scheinen Alter und Komplikationen von Einfluß auf die Produktion von Antikörpern zu sein.

Kontrolluntersuchungen bei Jugendlichen mit positiver Anamnese und ebensolchem Befund waren in 68,8% positiv, 31,1% negativ; Gesunde waren in 91,6% negativ.

Keiner von 17 Stämmen agglutinierte mit dem polivalenten Serum 1 : 100 oder darüber, 5 Fälle waren Wassermann positiv.

Kurze Studie über die intravenöse Verabreichung von Chlorkalzium bei gonorrhoischer Epidimitis und Rheumatismus. 25 Fälle von Epididymitis und 7 von Arthritis gonorrhoica wurden durch intravenöse Gaben von 25 ccm 20%iger Kalziumchloridlösung behandelt. Oft genügte schon eine einzige Injektion um die Beschwerden, besonders Schmerzen, Spannungsgefühl und Schwellung zurückzubringen. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet und das Mittel für die ambulante Praxis insbesondere empfohlen.

E. Lehmann, Berlin.

Buchbesprechungen.

Dr. S. Jeßner: **Juckende Hautleiden.** 5. verbesserte Auflage. Curt Kabitzsch, Leipzig 1926. 140 Seiten. 4,80 M. — Die 5. Auflage der juckenden Hautleiden ist gegenüber den früheren besonders verbessert durch die weitgehende Berücksichtigung der modernen Allergielehre, die grade für die Aetiologie und Therapie der in Frage kommenden Krankheiten eine wichtige Rolle spielt. Selbst dieses so spröde Gebiet versteht J. — wie stets — klar und leichtflüssig zu behandeln, so daß auch diese Auflage den Jeßnerschen Vorträgen viele neue Freunde gewinnen wird.

Dr. Bab.

M. Isserlin: **Ueber Psychotherapie und psychotherapeutische Methoden.** Würzburger Abhandlung aus dem Gesamtgebiet der Medizin. Neue Folge. Band IV, H. 4. (Verl. von C. Kabitzsch. Leipzig 1926). — Unter Psychotherapie sind die ärztlichen Verfahrungsweisen zu verstehen, welche auf eine planmäßige, seelische Beeinflussung zur Beseitigung abnormer oder krankhafter Erscheinungen abzielen. Die psychotherapeutischen Bemühungen sind in rationale und irrationale zu sondern. Die ersteren rufen die Mitarbeit der Vernunft und Ueberlegung an, bei den letzteren sucht man Einblick in die „dunklen“ seelischen Vorgänge zu erlangen. — Verf. bespricht des näheren die Suggestion, den Hypnotismus, die Persuasionsbehandlung und die Psychoanalyse. Bezüglich letzterer schreibt er: „Gewiß hat Freud das ernsteste Bestreben gehabt, Tatsachen zu finden. Indem er aber die rationale Verständlichkeit nicht nur zur ausschlaggebenden, sondern zur allein gültigen Maxime seiner Untersuchungen erhob, hat er der analytischen Methodik jeden sicheren Untergrund genommen. Von ihr kann man in Wahrheit sagen, daß ihr erlaubt ist, was ihr gefällt, d. h. was irgendwie plausibel erscheint. Und da der Analyse Freuds von vorne herein offensichtlich die Tendenz innewohnte, aus bloß empirischen Fragen der Neuro- und Psychopathologie ins Metapsychisch-Weltanschauliche hineinzuschreiten, so erleben wir an ihr die eigentümlichen Mischungen von Klügelei und Schwärmerei und die merkwürdige Inadäquatheit des Anspruchs einer Art religiöser Ehrfurcht vor mehr albern als obszön anmutenden Gedankenkonstruktionen . . .“ „. . . Die Lehre von der Symbolik und Deutung ist gänzlich unbewiesen und von außerordentlicher Unwahrscheinlichkeit.“ Die Lehre von der infantilen Sexualität und dem Pansexualismus ist nicht begründet. Bei eingehender kritischer Betrachtung der psychoanalytischen Lehren erscheint recht wenig haltbar. Trotzdem ist zuzugeben, daß Verdrängung und Wunschtraum einen wichtigen Einblick in mannigfache abnorme seelische Geschehnisse geben. Es ist ferner sicher, daß schon in früherer Jugend und in der Kindheit sexuelle und erotische Regungen eine Rolle spielen können, daß bei Anziehung durch den Partner in der Liebeswahl Züge des entsprechenden Teiles der Eltern von Bedeutung sein können, daß eine zu feste Bindung abnormal empfindsamer Persönlichkeiten an Eltern und engere Angehörige ein normales Liebesleben überhaupt verhindern kann. Eine Festlegung auf die Psychoanalyse allein ist falsch, die Psychoanalyse kann in vorsichtiger Form neben anderen Verfahren in bestimmten Fällen Anwendung finden. Stets ist bei jeder Psychotherapie die Gesamtpersönlichkeit zu berücksichtigen.

„Und bei allem Tun wird es dem Psychotherapeuten förderlich sein, sich der Grenzen seiner Aufgaben und seines Könnens bewußt zu bleiben. Es ist nicht die Aufgabe des Psychotherapeuten, Systeme der Weltanschauung zu propagieren und metapsychologische Rätsel zu lösen. Es ist auch unvermeidlich notwendig für ihn — das sei wiederholt —, die Grenzen, welche seiner Arbeit gesetzt sind, vor Augen zu haben. Was in der Konstitution gegeben ist, kann durch keinerlei Bemühungen einfach aus der Welt geschafft werden. Und da in der Mehrzahl der der Psychotherapie zufließenden Fälle eine Krankheitsanlage mehr oder minder verursachend ist, so darf der Psychotherapeut nur in einer Minderzahl von Fällen eine radikale Beseitigung der krankhaft machenden Ursachen erhoffen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Tätigkeit des Psychotherapeuten eine „orthopädische“ bleiben müssen, so daß er durch Ausgleichung von konstitutionellen Unebenheiten und Unterstützung bei Zuständen konstitutioneller Schwäche Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit herbeizuführen sucht.“ —

Die Abhandlung Isserlins ist von wohltuender sachlicher und maßvoller Kritik. Ihr Studium wird allen, insbesondere aber der Zunft-Psychoanalytikern, sehr empfohlen.

Kurt Mendel, Berlin.

Therapeutische Mitteilungen.

Vitamine und Kalkstoffwechsel.

Von

OSCAR LOEW.

Es sind in neuerer Zeit manche Beobachtungen bekannt geworden, welche Beziehungen von Vitaminen zum Kalkstoffwechsel erkennen lassen. So wurde vor mehreren Jahren von drei verschiedenen Forschern, nämlich: Saxl, von den Velden und Disqué veröffentlicht, daß Skorbut durch Kalktherapie heilbar ist. Skorbut wurde aber vorher als eine Avitaminose betrachtet, welche durch Vitamin C geheilt werden kann. Ich habe bei Kenntnisnahme dieser Resultate selbst einen Bekannten, der infolge seiner exklusiven Fleischnahrung am Zahnfleisch Anzeichen von Skorbut erkennen ließ, Kalktherapie angeraten, die auch vollständigen Erfolg hatte.

Man könnte wohl daraus schließen, daß der Organismus bei günstiger Gestaltung des Kalkstoffwechsels fähig ist, das Vitamin C selbst herzustellen. — Bickel schließt aus einigen Versuchsreihen: „Man darf sich nun nicht vorstellen, daß bei vitaminfreier Ernährung eine positive Kalkbilanz ausgeschlossen wäre, sondern die Verhältnisse liegen vielmehr so, daß das Vitamin nur einen, die Kalkretention — und — assimilationsfördernden Einfluß hat." Bekanntlich hat man auch den Hormon der Epithelkörperchen eine solche Wirkung zugeschrieben. — Mc. Collum und Simmonds[1]) betonen, daß die Wirkung von Vitamin bei Keratomalazie nur unter der Voraussetzung erfolgt, daß die Nahrung genügende Mengen Natron und Kalk enthält.

Auch die Rachitis wird vielfach als eine Avitaminose angesehen, jedoch haben schon verschiedene Forscher auf die Heilwirkung des direkten Sonnenlichts und besonders der ultravioletten Strahlen hingewiesen. Nun hat vor kurzem György festgestellt, daß diese Strahlen sehr förderlich auf den Kalkansatz wirken. — Diese Beobachtung wird nun in günstigster Weise ergänzt durch die von 73 Aerzten eingesandten Beobachtungen, daß Kalzan eine sehr günstige Wirkung auf die Heilung der Rachitis ausübt.

Nun ist im Gebrauch von Kalzan die Kalktherapie mit der Alkalitherapie vereinigt, welch letztere die Blutalkaleszenz fördert und damit die Kalkverluste vermindert und den Kalkansatz begünstigt. Je saurer der Harn, desto mehr Kalk enthält er bekanntlich und desto geringer war der Alkaleszenzgrad des Blutes, aus welchem der saure Harn abgeschieden wurde. Oder anders ausgedrückt: je schwächer sauer der Harn, desto geringer ist sein Kalkgehalt und desto günstiger war auch die Blutalkaleszenz und deshalb auch der Grad der Kalkretention resp. des Kalkansatzes. — Kalzan ist bekanntlich das Doppelsalz von Kalziumlaktat und Natriumlaktat, welch letzteres im Körper leicht zu Natriumkarbonat oxydiert wird. Die bloße Kalktherapie ohne Berücksichtigung der Kalkretention ist bei Bekämpfung der Rachitis nicht hinreichend gewesen.

Auch die Pellagra gilt als eine Avitaminose. Sie entwickelt sich in den Ländern, in denen Mais in relativ zu großer Menge verzehrt wird, und zwar besonders häufig in Italien und Rumänien. — Vor einigen Jahren habe ich den maßgebenden Forschern an den Universitäten Bologna und Neapel vorgeschlagen, eine rationelle Kalktherapie bei Pellagra zu versuchen, d. h. eine solche, welche außer Kalkzufuhr auch Kalkretention berücksichtigt. Darauf erhielt ich die Nachricht, daß diese Krankheit in neuester Zeit ziemlich selten geworden sei, weil das Publikum, infolge der Mahnungen, Mais nur gut gemischt mit anderen Nahrungsmitteln verzehrt. Zugleich wurde die Ansicht ausgedrückt, daß wahrscheinlich eine ungünstige Zusammensetzung der mineralischen Bestandteile des Kornes einer der Krankheitsfaktoren sei.

Betrachten wir den Kalkgehalt des Maiskornes, so ist derselbe nicht nur sehr gering, sondern wird auch um das Sechsfache vom Magnesiagehalt übertroffen. Ein ungünstiger Umstand, weil die überschüssige Magnesia verdrängend auf den im Körper gebundenen Kalk einwirkt[2]). In folgender Tabelle ist der Kalk- und Magnesiagehalt des Maiskorns und des geschälten Reises verglichen mit einigen anderen berücksichtigungswerten Daten. Man erkennt, daß das Kalk-Magnesia-Verhältnis günstiger ist im Weizenmehl als im Weizenkorn; ferner, daß das geschälte Reiskorn ungewöhnlich arm an Kalk ist, weit ärmer als das ungeschälte.

In 1000 Teilen sind enthalten:

	Maiskorn	Reiskorn geschält	Reiskorn ungeschält	Weizenkorn	Weizenmehl fein	Blut	Blutserum
Kalk . . .	0,30	0,13	0,4	0,50	0,38	0,06	0,12
Magnesia .	1,90	0,44	1,1	2,20	0,39	0,04	0,04

Aus dieser Tabelle ersieht man, daß in den Getreidekörnern der Magnesiagehalt wesentlich höher ist als der Kalkgehalt, während umgekehrt im menschlichen Blut und Blutserum der Kalkgehalt größer ist als der Magnesiagehalt[3]). Bekanntlich entwickelt sich bei übermäßigem Genuß von geschältem Reis eine Avitaminose, die sogen. Beriberi-Krankheit, eine Polyneuritis. Auch bei Tieren entwickelt sich diese Krankheit, welche jedoch durch Fütterung mit ganzen, ungeschälten Reiskörnern geheilt werden kann. Die Kleie derselben enthält nach den Arbeiten von C. Funk und von U. Suzuki ein Vitamin, welches jene Giftwirkung aufhebt.

Aber es ist hier in Betracht zu ziehen, daß bloße Fütterung auch mit ganzen unbehandelten Getreidekörnern bei Ausschluß irgendwelcher Kalkquelle nach längerer Zeit unbedingt zum Tode führt, infolge des Kalkmangels und des Mangels an Alkalisalzen organischer Säuren[4]). — Physiologisch saure Nahrung, wie es die Körner von Getreidearten und Leguminosen und auch Fleisch sind, muß bei Herbivoren und Omnivoren unbedingt durch physiologisch alkalische Nahrung, wie Gemüse, Kartoffeln oder Obst ergänzt werden, wenn die volle Gesundheit erhalten bleiben soll. Auch für Steigerung der Kalkzufuhr muß bei jener Nahrung gesorgt werden.

Ohne Zweifel existieren Berührungspunkte von Vitaminen mit dem Kalkstoffwechsel. Es wird sich empfehlen, wenn Vitamine zur Anwendung kommen, auch eine rationelle Kalktherapie in Betracht zu ziehen.

Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk- und Kieselsäure-Injektionen.

Von

Dr. med. STRAHLMANN, Delmenhorst.

Der Gedanke der „Mineralisierung" der Tuberkulose ist durch die Versuche der Münchner Klinik in weiten Kreisen bekannt geworden und beginnt sich mehr und mehr durchzusetzen. Die Frage ist nur die, auf welchem Wege die wirksamen Agentien am besten dem Körper einverleibt werden, um einen optimalen Heileffekt zu erzielen. Selbst die Anhänger einer spezifischen Behandlung der Tuberkulose haben die Erfolge der unspezifischen Therapie zugeben müssen. Interessant ist ja auch der verschiedene Standpunkt, den in dieser Hinsicht Internisten und Heilstättenärzte einnehmen. Ich verweise da nur auf die neueste Arbeit von Rudolf Schmidt in Nr. 28 der „Medizinischen Klinik" über „Fragestellungen auf dem Gebiete der klinischen Tuberkuloseforschung".

Schmidt erörtert hier eingehend die Frage, welche auch uns alle bewegt: „Ist die Tuberkulose des menschlichen Organismus ein Problem der Infektion oder der Konstitution?" und kommt zu dem Schluß, daß er persönlich den Faktor der Konstitution fast höher einschätzen möchte, als die Infektion; Schmidt konnte mit der Protein-Therapie genau dieselben therapeutischen Erfolge erzielen wie mit dem Tuberkulin, obwohl — wie er nachdrücklich betont, „die biologischen Vorgänge nach Tuberkulin-Injektionen in ihren intimen „Details“ durchaus andere sind, als z. B. nach einer Milchinjektion. Von hier aus noch einen Schritt weiterzugehen und alle spezifische Therapie als eine Art unspezifische Reiztherapie aufzufassen, ist durchaus folgerichtig. Das Wesentliche bei der ganzen Sachlage ist nun, daß man von vornherein bei unspezifischer Therapie den Konstitutionsgedanken bewußt in den Vordergrund stellt und die Notwendigkeit einer spezifischen Therapie durchaus verneint, ja sogar der Meinung sein kann, daß diese in den meisten Fällen dem Individuum nicht nützt, wohl aber sehr erheblich schaden kann, wie die Berichte aus der ersten kritiklosen Tuberkulin-Aera hinreichend bewiesen haben.

---

[1]) Journal of Biological Chemistry, 33 (1918).

[2]) Malcolm: Journ. Physiology 22. — Mendel und Benedict: Journ. of Biological Chemistry 4. — Hart und Steenbock; ibid. 14.

[3]) In Mexiko soll in jenen Gegenden, in welchen der zerkleinerte Mais vor seiner Zubereitung 24 Stunden mit verdünnter Kalkmilch in Berührung gelassen wird, Pellagra nicht vorkommen, wie ein Reisebericht versichert.

[4]) Chossat fütterte Tauben mit Weizenkörnern bei Ausschluß jeder Kalkquelle. Die Tiere starben nach acht Monaten an Knochenbrüchen. Die Kontrolltiere, denen noch zerstoßener Mörtel zur Verfügung stand, blieben gesund.

Manche Autoren sind deshalb auch Skeptiker und Kunktatoren in der Tuberkulose-Behandlung geworden, eben aus dieser inneren Unsicherheit heraus. — Das Problem der Tuberkulose-Behandlung erscheint nur demjenigen klar und einfach, wer die Sache biologisch ansieht. Aus diesem Gesichtspunkt heraus ist die Kalzium-Silizium-Behandlung der Tuberkulose die Therapie der Wahl, welche auch jetzt wissenschaftlich absolut festbegründet darsteht, und deren Erfolge sich in jeder Hinsicht mit jeder anderen Therapie messen können. In diesem Zusammenhang will ich auf den Beitrag von Leonardi in Nr. 15 der „Tuberkulose“ eingehen. Wenn Leonardi schreibt, daß „spezifische und unspezifische Mittel vorläufig als mehr oder weniger bedeutsame Hilfsmittel erscheinen, deren Anwendung die Heilung einer geeigneten Tuberkulose zwar fördern, ihre Nichtanwendung die Heilung aber auch nicht verhindern kann“, und dann im nächsten Satz erklärt, daß „eine bedeutsame Rolle bei der Tuberkulose die mit dem Gewebszerfall einhergehende Transmineralisation und später Demineralisation des Organismus spielt, der zu begegnen eine therapeutische Pflicht erscheint“, so ist dies nach meiner Ansicht ein Widerspruch in sich selbst. Wenn ich die Ansicht vertrete, daß die Demineralisation des Gewebes bei der Tuberkulose eine wichtige Rolle spielt, muß mein Hauptbemühen sein, diese krankhafte Basis, auf der sich die Phthise im eigentlichen Sinne doch erst entwickelt, sofort zu beseitigen, ehe die Sache schlimmer wird. Alle Forscher betonen den Wert der Vorbeugung bei der Tuberkulosebekämpfung zweifellos mit vollstem Recht! — aber man vergißt so oft, den Hebel an der richtigen Stelle anzusetzen. Gibt es einen besseren Beweis für die enorme Wichtigkeit der Mineralsalze für den tuberkulösen Körper als die tuberkulöse Schwangere, welche in den meisten Fällen elend dahinsiecht, wenn man ihr die Leibesfrucht läßt, welche alle Kalksalze an sich reißt, welche sich aber sofort erholt, wenn man ihr entweder die Frucht nimmt oder in weniger schlimmen Fällen für die Zufuhr von Mineralsalzen sorgt!

Bei der Tuberkulose handelt es sich nach meiner festen Ueberzeugung um eine meistens schon jahrelang bestehende Stoffwechselstörung, meistens infolge verkehrter Ernährung — um eine Acidosis —, welche zu bekämpfen ich mit Andersen für die wichtigste Aufgabe halte; auf dieser Basis kann erst die Infektion entstehen und vor allem weiter um sich greifen. Wie wäre es auch sonst zu erklären, daß 90% der Menschen eine Tb-Infektion durchmachen, welche glatt ausheilt, ohne daß oft die Menschen überhaupt merken, daß sie krank sind. Die Erklärung ist einfach so, daß diese Menschen infolge ihres gesunden Mineralstoffwechsels die Infektion glatt überwinden, indem bald Gewebsinduration und Verkalkung eintritt. Es sei übrigens in diesem Zusammenhang auf das hochinteressante Werk des amerikanischen Nahrungsmittelchemikers Mek Cennan „Kultursiechtum und Säuretod“ (deutsch von v. Borosini, Verlag Em. Pahl, Dresden) hingewiesen, ein Werk, welches leider Gottes noch viel zu wenig beachtet wird. In diesem Buch wird überzeugend bewiesen, daß die heutige Kulturmenschheit infolge ihrer ungeeigneten Nahrungsmittel an einer chronischen Acidosis leidet, auf deren Boden Krebs und Tuberkulose sich ausbreiten können. Besteht also Einigkeit darüber, daß die Demineralisation in erster Linie bekämpft werden muß, so erhebt sich die weitere Frage nach der Applikationsmethode und der Dosis. Hier steht Verfasser nach wie vor auf dem Standpunkt, daß die Injektionsmethode für die ambulante Praxis die Methode der Wahl bleiben muß, daß man die Inhalationsmethode und die orale Zufuhr von Mineralstoffen höchstens als unterstützende Faktoren heranziehen kann, welche man ruhig in die Hand des Patienten selbst legen kann. In jahrelanger Beobachtung hat Verfasser die Ueberzeugung gewonnen, daß nur die parenterale Zufuhr der Mineralien die sichere und schnelle Einverleibung in den Organismus verbürgt, welche notwendig ist. Daß die Inhalationsmethode, von der selbst Linnekogel sagt, daß sie sehr lange Zeit angewandt werden müsse, ehe sie wirken könne, oder die orale Zufuhr mit der gerade bei den Tuberkulösen sehr ungewissen Resorptionsverhältnissen des Darmes dasselbe leistet, bestreitet Verfasser auf Grund seiner biherigen Erfahrungen ganz entschieden!

Es ist leider Tatsache, daß sich die Injektionsbehandlung beim Publikum vorläufig keiner großen Sympathie erfreut. Die Ursache ist eine doppelte. Zuerst ist ein Hauptgrund, daß viele Patienten schon vorher mit Tuberkulin behandelt worden sind und derartige Reaktionen gehabt haben, daß sie vor allen Injektionen eine heilige Scheu haben! — Eine weitere ist die, daß im Kriege derartig viele Schutzimpfungen vorgenommen sind, daß man alle Einspritzungen über einen Kamm schert und rundweg ablehnt, sich „Gift“ einspritzen zu lassen. Man hat dann erst große Mühe, den Patienten klar zu machen, daß es sich um kein „Gift“ handelt, und die Reaktionen durchaus harmlos sind! — In der Kinderpraxis wird man allerdings wohl vielfach sich beschränken müssen, oral Mineralsalze zuzuführen. Wenn Leonardi aber von perlingualer Applikation von Kalzium redet, so ist dieser Ausdruck unverständlich. Wenn man damit meint, daß die Kinder das Medikament langsam im Munde zergehen lassen sollen, um gründlich einzuspeicheln, so ist der Ausdruck unglücklich; wenn Leonardi aber der Ansicht sein sollte, daß eine Resorption von der Mundschleimhaut stattfindet, so ist dies unbewiesen und nähert sich biochemischen Anschauungen! — Daß man natürlich eine mittelschwere Tb. nicht in einer zwölfwöchigen Kur ganz ausheilt, ist selbstverständlich und nur für leichte Fälle zutreffend. Die Kur muß mindestens in diesen Fällen ein halbes Jahr fortgesetzt werden. Wenn Leonardi weiter inbetr. Arsen-Kalzium anderer Ansicht ist, indem er Arsen als einen Hemmschuh in der Tb.-Therapie erklärt, so ist darauf zu erwidern, daß Arsen meistens in viel zu starker Dosis oral angewandt wird, was häufig eine Magen-Darmstörung zur Folge hatte — also tatsächlich eine unerwünschte Wirkung ist — während die parenterale Anwendung diese Störung vermeidet, dann aber im „Tebarsil“ Arsen nur in solcher Dosis appliziert wird, daß es im Körper als Katalysator wirkt und im Verein mit Kalzium eine viel energischere Wirkung entfaltet als Kalzium allein. In diesem Sinne empfiehlt auch die moderne Pharmakologie Arsen als Tonikum und Roborans. (Vergl. Meyer-Gottlieb: „Experimentelle Pharmakologie“ 3. Aufl. S. 396.)

Betr. die Wirkung der Kieselsäure auf den erkrankten Lungenherd möchte ich auf die neueste Arbeit in Nr. 28 der „Mediz. Klinik“ verweisen. Pfalz: „Ueber Veränderungen des Blutbildes bei Lungentuberkulose nach Kieselsäurebehandlung“, welcher eingehend die deutliche Beeinflussung des Blutbildes nach dieser Therapie beweist. In welch sichtbarer Weise die Injektionen mit „Tebarsil“ die Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Tuberkulose im günstigen Sinne beeinflußt, hat erst kürzlich Zickgraf-Bremerhaven in einer schönen Untersuchungsreihe gezeigt. (Zickgraf: Ueber anorganische Reiztherapie bei Tuberkulose, Fortschritte der Medizin Nr. 5, 1926.) Diese Arbeit bildet einen ganz exakten Beweis für die unbedingte Wirksamkeit der Kalzium-Siliziuminjektionen. — Wenn Leonardi weiter schreibt, daß er eine Trennung der Kalktherapie von der mit Kieselsäure für richtig halte, so bin ich grundsätzlich der entgegengesetzten Ansicht. Kalzium und Silizium sind zwei anorganische Mittel, welche jetzt zum eisernen Bestand unserer Tb.-Therapie gehören und sich gegenseitig ergänzen. Beide Mittel von einander trennen, heißt die Wirksamkeit beider Mittel gegeneinander abschätzen wollen, was von vornherein ein ziemlich aussichtsloses Beginnen ist. Wenn Leonardi schließlich schreibt, daß durch großzügige Verwendung der Injektionen den Volksheilstätten Zeitverlust und Kosten entstehen, welche für eine Volksheilstätte nicht tragbar seien, so ist dem zu entgegnen, daß schon immer die wirksamsen Mittel die billigsten sind, außerdem bei größeren Bezügen sich billige Klinikpackungen schaffen lassen. Was schließlich die Injektionen als solche betrifft, gewöhnen sich die Patienten sehr schnell an sie und nehmen den kleinen Eingriff gutwillig auf wenn man ihnen nur die Sache richtig klar macht! — Es ist für mich kein Zweifel, daß sich die Kalzium-Silizium-Therapie der Tb. vor allem in der ambulanten Praxis sehr schnell durchsetzen wird, w sie wirksam, ungefährlich und einfach in der Anwendung ist, was man von vielen neueren Methoden — ich erinnere nur an die z. Zt. „moderne“ Krysolganbehandlung der Tb. — durchaus nicht behaupten kann.

„Tebarsil“ ist nach dem Stande der neuesten Forschungen derartig zusammengesetzt, daß es jetzt allen berechtigten Anforderungen entspricht.

Aus dem Röntgenlaboratorium
der photographischen Lehranstalt des Lette-Vereins zu Berlin.

Erfahrungen mit Lyssia-Salbe in der Chirurgie.

Von

Dr. OTTO GOLDSTEIN, Facharzt für Chirurgie.

Bei der heutigen Ueberproduktion, mit der die chemische Industrie die Aerztewelt mit ihren Produkten geradezu überschüttet, ist es schlechterdings nicht immer möglich, auch nur einigermaßen das gesamte Material kennen zu lernen, geschweige denn kritisch zu sichten und stichhaltige Versuche anzustellen. Und trotzdem haben wir immer von neuem die Verpflichtung, soweit Versuche durchführbar sind und nur einigermaßen aussichtsreich erscheinen, uns die auf den Markt gebrachten Mittel recht genau anzusehen, sei es auch nur, um die Spreu von dem Weizen zu sondern. Aus dieser Ueberlegung heraus habe ich seit einiger Zeit Versuche mit der von den Chemisch - Pharmazeutischen - Produkte, Wiesbaden, hergestellten Lyssia-Salbe angestellt. Bei einem Fall von gangränöser Appendizitis mit Peritonitis, bei dem ich natürlich nicht primär schließen konnte, sondern tamponieren mußte, wandte ich die Lyssia-Salbe zum ersten Male an. Eigentlich habe ich den Versuch nur deshalb angestellt, weil die gewaltige Eiterung mit keinem Mittel zu beherrschen war. Weder halfen Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd, noch Verbände mit übermangansaurem Kali, Enzymsalbe, Trockenbehandlung versagten völlig. Vielmehr etablierte sich, trotzdem von Anfang an versucht wurde, die Bauchhaut mit Vaseline, Borsalbe und anderen Salben vor dem Einfluß der starken Sekretion zu schützen, allmählich fast über das ganze Abdomen ein intertrigo-ähnliches, nässendes Ekzem, das mit einem so heftigen dauernden Juckreiz verknüpft war, daß ohne Opiate, wenigstens während der Nacht, nicht auszukommen war, da der an sich schwer geschädigte Allgemeinzustand eine dauernde Gefährdung der Nachtruhe nicht weiter gestattete. In diesem recht ernsten Zustand bei der stark heruntergekommenen, 19 jährigen Patientin habe ich die Lyssia-Salbe zum ersten Male versucht. Ich muß ganz offen gestehen, daß der Versuch zunächst nicht gerade mit einem besonderen Enthusiasmus begonnen wurde, vielmehr leitete mich der Gedanke, daß man verpflichtet sei, bei einem Falle, der gegen jede andere Behandlung völlig refraktär und bei dem schließlich die Gefahr nicht von der Hand zu weisen war, daß die gewaltige und schwächende, eitrige Sekretion eine Wendung zum Ernsten im Gefolge haben könnte, nichts unversucht zu lassen. Der Erfolg der Lyssia-Salbe hat mich außerordentlich befriedigt, in seinem Dauerresultat direkt verblüfft. Bereits nach drei Tagen ließ der fast unerträgliche Juckreiz soweit nach, daß von Verabreichung von Schlafmitteln Abstand genommen werden konnte. Die Abheilung des Ekzems machte ungeheuer rasche Fortschritte, so daß bereits nach ca. 14 Tagen die Bauchhaut wieder völlig intakt war. Der Juckreiz war restlos verschwunden, auch die Eitersekretion aus der großen, tiefzerklüfteten Höhle ließ schnell nach. Allerdings war dazu nötig, möglichst in alle Buchten mit Lyssia-Salbe armierte Streifen sorgfältig einzuführen. Nach ca. 3 Wochen ließ sich die Sekundärnaht ausführen und der Fall schnell völliger Genesung entgegenführen.

Durch diese Erfahrung angeregt, verwende ich die Lyssia-Salbe stets mit gutem Erfolge, besonders bei Fällen von operierter Mastitis mit starker Sekretion, bei stark absondernden Halsdrüsenabszessen bei Kindern, bei Fällen von nässenden Ulcera cruris und bei Verbrennungen 2. Grades. Stets wird nicht nur die Operationswunde mit Streifen, die mit Lyssia-Salbe bestrichen sind, tamponiert, sondern auch die weitere Umgebung wird mit der Salbe ausgiebig behandelt. Bei richtiger Auswahl der Fälle leistet die Lyssia-Salbe wirklich voll und ganz das, was sie verspricht. Nur in einem Falle von Fistula ani versagte die Lyssia-Salbe anfangs insofern, als sie zwar den starken Juckreiz und das Ekzem zur Ausheilung brachte, die Fistel jedoch weiter bestand und ziemlich bedeutend sezernierte. Nach breiter Spaltung der Fistel und Tamponade mit Lyssia-Salbe gelang es auch diesen Fall zur glatten, völligen Ausheilung zu bringen. Versuche bei Intertrigo der Säuglinge habe ich mangels an Material als Chirurg nicht anstellen können. Meine Erfahrungen bei Erwachsenen ermutigen hierzu.

Im Augenblick behandle ich eine Dame, die ich vor längerer Zeit operiert habe, und die an einer ausgedehnten, testen Psoriasis leidet mit Lyssia-Salbe. Hier möchte ich mit meinem Urteil vorsichtig sein, wie es ja die Erkrankung bei ihrer ungeheuren Hartnäckigkeit verlangt. Eins läßt sich auch hier schon mit Sicherheit sagen. Der Juckreiz hat außerordentlich und schnell nachgelassen, aber er hat noch nicht völlig aufgehört. Ob die Psoriasis, die seit mindestens 15 Jahren besteht, unter Lyssia-Behandlung abheilen wird, erscheint mir ungewiß. Ein Fall wäre nicht ganz beweiskräftig. Diese reinen Hauterkrankungen gehören aber vor das Forum des Dermatologen und nicht des Chirurgen. Versuche auf rein dermatologischem Gebiet anzustellen, erscheint mir der Mühe verlohnend und aussichtsreich, wie meine ab und zu als Grenzfälle anzusehenden Patienten zu beweisen scheinen. Sonst kann ich nur wiederholen, was ich bereits ausgeführt habe. Man wird von einer Salbe nicht für alle Erkrankungen absolute Heilung erwarten, aber bei richtiger Auswahl der Fälle ist uns in Gestalt der Lyssia-Salbe ein ausgezeichnetes Mittel in die Hand gegeben, das ich für meine Person weder in der Klinik, noch in der Sprechstunde je wieder missen möchte. Die Salbe ist eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneimittelschatzes, und zwar nicht nur in der Hand des Fachchirurgen, sondern ebenso sehr, wenn nicht mehr, in der Hand des beschäftigten Praktikers.

Aus der Universitätskinderklinik Leipzig. Direktor: Prof. Dr. Bessau.

Klinische Erfahrungen mit Scillaren.

Von

Dr. F. THOENES.

Für die Behandlung akuter und chronischer Herzinsuffizienz wurden bis vor wenigen Jahren — abgesehen von den Analeptika — fast ausschließlich die Präparate der Digitalis-Gruppe und das Strophantin verwandt. Nachdem Mendel (1) auf den hohen Wert der Scilla maritima hingewiesen hatte, und Stoll und Suter durch die Reingewinnung der darin enthaltenen wirksamen Substanz ein konstantes Präparat — Scillaren Sandoz — herstellen konnten, ist die Verwendung der Scilladroge in Aufnahme gekommen. Die Literatur der internen Medizin (2) aus den vergangenen Jahren lehrt, daß das Scillaren als eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes zu buchen und in bezug auf seine Wirkung ebenbürtig an die Seite der Digitalis zu stellen ist. Bei gleich günstiger Wirkung fehlen ihm aber weitgehend, wie aus zahlreichen klinischen und pharmakologischen Versuchen hervorgeht, die Fähigkeit zur Kumulation und damit zur Auslösung toxischer Zustände, Eigenschaften, die es für die Verwendung am Kinde besonders geeignet erscheinen lassen, wo die richtige Dosierung von Digitalis schwieriger zu treffen ist, als bei dem Erwachsenen. Schon aus diesem Grunde haben wir das Scillaren seit 4 Jahren gern in Fällen zur Anwendung gebracht, in denen eine Digitalismedikation notwendig erschien oder dort, wo eine solche bereits stattgefunden hatte, ohne den gewünschten Erfolg zu bringen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelte es sich dabei um chronisch rezidivierende Endokarditiden im Stadium der Dekompensation. Als Maßstab für die Beurteilung des Grades der Herzinsuffizienz einerseits, und des Erfolges der Medikation andererseits, wurde neben dem Allgemeinzustand die Beschaffenheit von Puls nach Größe, Füllung und Frequenz, die Größe und Konsistenz der Leber und der Umfang der Diurese herangezogen. Wir verwandten das Medikament fast ausschließlich in Tablettenform und erzielten damit, nach obigen Kriterien gemessen, gute Erfolge, ohne jemals unangenehme Erscheinungen vom Magen-Darmkanal zu sehen. Wir konnten im Gegenteil feststellen, daß mit Beseitigung der Herzinsuffizienz Erbrechen und Meteorismus rasch verschwanden und unter Besserung der Stimmungslage die gestörte Nahrungszufuhr wieder möglich wurde. Niemals zeigten sich Kumulationserscheinungen, auch dann nicht, wenn das Scillaren in ziemlich großen Dosen wochen- und monatelang verabreicht oder unmittelbar anschließend an eine längere Digitalismedikation gegeben wurde. Zur Erzielung besonders intensiver Wirkung gaben wir das Mittel unter

Umständen auch intramuskulär; dabei machte sich allerdings ein leichter Nachschmerz unangenehm bemerkbar. Hierzu folgende Krankengeschichte:

Willi S., 13 Jahre alt, Aufnahme 4. 4. 23 wegen schwerer dekompensierter Mitralinsuffizienz und Stenose nach Chorea minor und Polyarthritis rheumatica. Befund: schwerkrankes Kind mit ängstlichem Gesichtsausdruck, weinerlicher Stimmung leicht gedunsenem Gesicht, leicht zyanotischer Gesichtsfarbe. Beschleunigte Atmung, leichtes Oedem der Fußrücken; Puls sehr frequent, kaum fühlbar. Herz: starke Pulsation im 5. und 6. I. K. R., im Epigastrium und Jugulum. Spitzenstoß stark hebend. Herzdämpfung nach rechts und nach links, sowie nach links oben stark verbreitert. An der Spitze lautes systolisches, weniger lautes diastolisches Geräusch. Keine Akzentuation des zweiten Pulmonaltones. Leber 3 Querfinger breit unter dem Rippenbogen fühlbar. — Das Allgemeinbefinden bessert sich etwas unter 3 mal 25 Tropfen Digipuratum, 3 mal 0,5 Diuretin 5 Tage lang. Die Diurese verschlechtert sich aber sofort nach Aussetzen der Digitalis-Medikation und kommt auch nach erneuter Digitalismedikation in Kombination mit Koffein und Diuretin nicht richtig in Gang. Häufiges, sehr störendes Erbrechen. Die Leberschwellung bleibt unverändert, Urinausscheidung sehr gering.

15. 5. 0,0005 Strophantin intravenös. 1 ccm Novasurol intravenös. Danach gebesserte Diurese und Besserung des Allgemeinbefindens. Dies hält aber nur einen Tag an. Leber reicht bis zum Nabel.

19. 5. 0,0005 Strophantin intravenös. Ohne Einfluß auf Allgemeinbefinden, Diurese, Pulsfrequenz, Erbrechen, Leberschwellung. Urin: Alb. +, Urob. +.

25. 5. 0,0005 Strophantin intravenös, keine wesentliche Besserung. Starke gemütliche Depression, Nahrungsverweigerung. Ab 30. 5. täglich zweimal 0,8 ccm Scillaren-Sandoz intramusk. Danach stets leichter Nachschmerz an der Injektionsstelle.

1. 6. Gute überschießende Urinausscheidung. Kein Erbrechen.

2. 6. Allgemeinbefinden und Stimmung gut. Pulsfrequenz geringer.

2. 6. Allgemeinbefinden und Diurese gut. Leber scheint nicht mehr so derb zu sein. Kein Erbrechen.

6. 6. Allgemeinbefinden auffallend gebessert. Rosiges Aussehen. Gute Stimmung, Steigerung der Eßlust. Gute Diurese. Leberdämpfung geht zurück bis etwa 3 Finger unter dem Rippenbogen. Leber weniger derb. Urin: Alb. negativ, Urobilin: Spur +.

Am 12. 5. wird bei wesentlich gebessertem Allgemeinbefinden das Medikament ausgesetzt. Danach zunächst wieder Verschlechterung, die bei erneuter Verordnung, jetzt dreimal 1 Tablette per os, sofort behoben wird.

Aus obigem Krankheitsverlauf ist die rasche Wirkung des Scillarens auf die Herzfunktion ersichtlich, die sich in günstigem Einfluß auf Allgemeinbefinden, Pulsfrequenz, Diurese auswirkt, auch da, wo Strophantin, wenigstens in der von uns angewandten Dosis, nicht den gewünschten Erfolg hatte. Dabei scheint uns ein Punkt der Hervorhebung wert zu sein, der für die Klärung des Wirkungsmechanismus des Scillarens am ventilgeschädigten Herzen von Bedeutung sein kann. Wir konnten nämlich beobachten, daß durch Strophantin entsprechend alten Erfahrungen der erniedrigte Blutdruck auf höhere, annähernd normale Werte gesteigert wurde. Dieser Effekt konnte mit Scillaren nicht erreicht werden. Der Blutdruck blieb gesenkt, trotz im übrigen erfolgreicher Auswirkung. Im Gegensatz zur Digitalis ist die Frage der Dosierung für das Scillaren im Kindesalter leicht zu lösen. Während dort der Weg zum Erfolge oft nur auf relativ schmaler Straße zwischen Ueberdosierung und Unterdosierung zu finden ist, gestattet die geringe Toxizität des Scillarens und die geringe, im klinischen Bilde überhaupt nicht in Erscheinung tretende, Kumulationsfähigkeit hier ohne Gefahr für den Patienten ein dreisteres Vorgehen. Die von uns angegebene Dosierung ist demgemäß ziemlich weitgehend zu verändern. Doch glauben wir, daß die untenstehenden Mengen in allen Fällen ausreichend sein werden.

Tabletten: Kleinkind und Kinder bis zu 6 Jahren: 3 × ½ Tablette = 3 × 0,00025 Reinsubstanz. Kinder über 6 Jahren: 3 × ½ — 1 Tabl. = 3 × 0,00025 — 0,0005 Reinsubstanz.

Lösung: 1 ccm entsprechend 1 Tabl. = 0,0005 Reinsubstanz.

Für die intramuskuläre Injektion erscheinen uns beim Kleinkinde und Kindern bis zu 6 Jahren zwei- bis dreimal täglich 0,3 ccm des Ampulleninhaltes zu genügen, während man bei größeren Kindern ein- bis zweimal täglich 0,5 bis 1 ccm injiziert. Zur Vermeidung des Nachschmerzes empfiehlt es sich, dem Mittel etwas Novokain ohne Adrenalin zuzusetzen. Die intravenöse Injektion haben wir nicht angewandt. Die Medikation kann über Wochen und Monate mit gutem Erfolge ohne Schädigung fortgesetzt werden. Wir verfügen über eine Anzahl von Fällen, in denen das Mittel täglich in Dosen von dreimal 1 Tablette per os monatelang genommen wurde.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Scillaren Sandoz stellt eine Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel bei der Behandlung kindlicher Herzinsuffizienz dar. Wegen seiner geringen Toxizität und Kumulatonsfähigkeit bei guter Wirkung am ventilgeschädigten Herzen ist es besonders für die Behandlung des Kindes sehr geeignet.

Literatur:

1. Mendel: Therapie der Gegenwart 1918.
2. Fahrenkamp: Dtsch. Archiv f. klin. Med. 145. (Lit.)
3. Fahrenkamp: Fortschr. d. Therapie 1926.

Aus der medizinischen Universitätsklinik R. Jaksch-Wartenhorst in Prag.

Einige Erfahrungen mit Introcid bei bösartigen inoperablen Geschwülsten.

Von

Dr. OTTO HALIR und Dr. STEFAN KISSOCZY.

Die Erfahrungen lehren, daß je mehr Mittel zur Bekämpfung einer Krankheit auf dem Markte erscheinen, dieselben um so schwerer erfolgreich angegangen werden können, und, daß wir um so seltener „das Mittel" in unseren Händen haben. So ist es begreiflich, daß speziell bei den inoperablen Tumoren eine ganze Anzahl von Mitteln auf den Markt gebracht wurde, die aber alle bisher nicht gehalten, was sie zu versprechen schienen. Bei der für den Kranken und den Arzt traurigen und aussichtslosen Behandlung der inoperablen Tumoren ist es nicht zu verwundern, wenn jedes neu erschienene Mittel begrüßt wird in der Hoffnung, uns doch einen Schritt vorwärts gebracht zu haben.

Das Introcid, eine Verbindung von Jod und Cerium, das von den Niederlausitzer Chemischen Werken hergestellt wird, wurde von Pfeiler u. a. in der Tierarznei, von Erfurth bei septischen Erkrankungen als „Therapia magna sterilisans" mit gutem Erfolge verwendet; andererseits sah Carl Lewin in der Therapie der Geschwülste mit dem Introcid beachtenswerte Erfolge, die von Bruno Cohn u. a. bestätigt wurden.

Ueber die Anregung des Chefs der Klinik R. Jaksch-Wartenhorst versuchten wir dieses Mittel bei einigen bösartigen inoperablen Tumoren, worüber im folgenden kurz berichtet sei:

Das Präparat, das uns zur Verfügung stand, ergab nach einer Untersuchung im deutschen medizinisch-chemischen Universitätslaboratorium Prof. Zeynek folgendes Resultat: Cerium 0,14%, Jod 2,65%.

Im Anfang verabreichten wir die verhältnismäßig geringe Dosis bis zu 2 ccm Introcid intravenös. Bei fünf derart behandelten Fällen konnten wir überhaupt keinen Erfolg verzeichnen. In einem Falle, bei welchem vor sechs Jahren wegen Ca. ventriculi eine Resectio mit Gast.-Ent.-Anastomose vorgenommen wurde und bei dem jetzt allerdings nur ein Verdacht auf Ca. Metastasen bestand, fand sich eine subjektive Besserung und eine Gewichtszunahme von 4 kg in 1½ Monaten; eine längere Beobachtung war uns leider unmöglich.

Als wir uns von der Unschädlichkeit dieses Mittels überzeugt hatten, gingen wir zu höheren Dosen über und injizierten dreimal wöchentlich 1 bis 6 ccm steigend und bis 1 ccm wieder fallend Introcid i. v. Später haben wir noch höhere Dosen bis 15 ccm i. v. verabreicht.

Abgesehen von den sechs Probefällen verabreichten wir das Introcid bei zwanzig Fällen von malignen Tumoren und drei Fällen von Lymphogranulomatosis.

Von Ca. ventriculi wurden zehn Fälle behandelt. Es waren durchwegs alles inoperable Fälle, manche mit Metastasen, einige auch mit stark zunehmender Kachexie. Von den zehn Fällen waren acht Fälle gegenüber dem Introcid refraktär, zwei zeigten subjektive Besserung, geringere Schmerzen und Nachlassen von Erbrechen. Beide Kranken, S. J., Köchin, 65 Jahre alt und Z. K. Witwe, 72 Jahre alt, hatten den Tumor im Bereiche des Pylorus, wo eine bessere Durchgängigkeit durch Zerfall des Tumors verursacht werden konnte.

Aehnliche Erwägungen können wir auch bei den zwei Ca. des Oesophagus äußern. Bei der einen 54jährigen Kranken war der Tumor im untersten Teil des Oesophagus. Die in zwei Monaten zunehmenden Schluckbeschwerden besserten sich nach sieben Introcid-Injektionen so, daß sie jetzt auch trockene, feste Speisen schlucken konnte. Bei dem anderen 58jährigen Kranken saß der Tumor im untersten Teile des Oesophagus und an der Kardia. Auch bei diesem Kranken gingen die starken Schluckbeschwerden auf die Introcidbehandlung zurück. Bei der neunten Injektion (5 ccm) trat eine zwei Tage dauernde plötzliche Verschlechterung ein, so daß er mit Nährklysmen erhalten werden mußte. Dann erholte sich der Kranke allmählich, aber trotz der subjektiven Besserung bestand eine konstante Gewichtsabnahme und zunehmende sekundäre Anämie. Wir stiegen bei ihm auf hohe Dosen (14 ccm), jedoch ohne Erfolg.

Vom primären Ca. des Rektums wurden zwei Fälle beobachtet. Der eine 48 Jahre alte Maurer bekam 13 Injektionen (max. Dos. 6 ccm). Es waren Metastasen in der Leber und in den Knochen; die Krankheit zeigte progredienten Verlauf und Kachexie, mit zunehmenden Aszites und Oedemen; der Kranke wurde auf eigenen Wunsch entlassen. Der zweite Fall ebenfalls inoperabel.

E. J., Hochschulprofessor, 54 J. alt, an dem Colostomie gemacht und ein Anus praeternaturalis an der Klinik Schloffer am 6. 6. 1925 angelegt wurde. (Der Befund laut Mitteilung der Chirurgie: Vom Rektum ausgehender, mit der Blasenwand verwachsener und diese durchsetzender Tumor.) Der Kranke erholte sich nach der Operation, jedoch am 5. 2. 1926 bei der Aufnahme in unsere Klinik hatte er hohe Temperatursteigerungen, Zystitis, aus der Darmfistel entleerte sich neben Stuhl auch reichlich Eiter. Am 15. 2. 1926 wurden mit Beginn der Introcidbehandlung die Temperaturen bald subfebril. Am 9. 3. trat von der Bauchwunde aus ein Erysipel auf, das über den Rücken wanderte und am 19. 3. wieder vollständig verschwunden war. Der weitere Verlauf der Krankheit zeigt zunehmende Kachexie mit starken Oedemen, Abszeßbildung neben dem Anus praeter., Dekubitalgeschwürsbildung, Schüttelfröste. Am 24. 5. 1926 Exit. letal. Der Sektionsbefund bestätigte die klinische Diagnose.

In diesem Falle wurden insgesamt 146 ccm Introcid verabreicht. Abgesehen von dem Temperaturabfall nach den ersten Injektionen wurde hier jeder Erfolg vermißt.

Die zwei nächsten Fälle sind maligne Strumen mit Metastasen. Bei der einen Kranken, K. J., 52 Jahre alt, die bei der Autopsie ausgebreitete Metastasen im ganzen Becken und im vierten und fünften Lendenwirbel aufwies, ist jedweder Erfolg ausgeblieben. Die Metastasen wurden schon bei dem Beginn ihrer Behandlung festgestellt (röntgenologisch). Trotz Behandlung mit Introcid haben dieselben an Zahl und Größe zugenommen, was auch durch eine röntgenologische Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Die 15 Introcidinjektionen beeinflußten in diesem Falle weder den objektiven noch den subjektiven Zustand und das Wachstum des primären Tumors, einer Struma maligna cystica, nahm rapid zu. Die zweite Kranke: E. K., 44 Jahre alt, Fleischersgattin, die mit Röntgenstrahlen ohne Erfolg in Behandlung stand. Die Röntgenuntersuchung ergab bei ihr im zehnten und elften Brustwirbel Destruktionsprozesse und eine Metastase im linken oberen Lungenlappen. Die Kranke stand vom 1. Januar 1926 bis 6. Mai 1926 in unserer Behandlung. In den ersten drei Monaten bekam sie nur Introcid (bis 6 ccm), im vierten Monat wurden ihr noch daneben in sieben Sitzungen die Schilddrüse und die Lungen mit Röntgen therapeutisch bestrahlt. An Tagen der Bestrahlungen bekam sie 20 ccm 40% Glukose i. v. Der Erfolg dieser Therapie war, daß die Patientin nicht kachektisch wurde, die schmerzhafte Wirbelsäulestelle vollkommen schmerzlos wurde, und die Kranke wieder herumgehen konnte. Die Struma hatte sich mäßig verkleinert, jedoch die Röntgenuntersuchung ergab einige kleine Metastasen in den Lungen. Wir wollen über so eine kombinierte Therapie kein Urteil abgeben, doch die auffallenden subjektiven und einige objektive Besserungen lassen uns diese Behandlung weiterer Erprobung wert erscheinen.

Von verschiedenen bösartigen Bauchgeschwülsten blieben zwei Fälle ohne Erfolg: L. V., 62 J. alter Arbeiter mit inoperablen Ca. der Ileocoecalgegend (nach Probelaparotomie) und R. F., 49 J., Witwe, Ca. uteri (post exstirp. uteri) mit Metastasen in Os ilei und pubis. Der dritte Fall K. V., 68 J., Metallgießer, mit Ca. von dem Pankreaskopf ausgehend, wurde in einem Monat nach 12 Injektionen (max. Dos. 5 ccm) mit subjektiver Besserung auf eigenen Wunsch entlassen. Der Tumor blieb bei ihm unverändert. Bei der vierten Kranken K. A., 61 J., Witwe, mit einem Tumor, der Leber angehörend, beobachteten wir in einem Monat die Vergrößerung des Tumors, zunehmende Kachexie und eine Gewichtsabnahme von 3 kg. Bei dieser Kranken allein kam es zu Fieberreaktionen bis zu 39,5° nach i. v. Verabreichung von 3—5 ccm Introcid, so daß wir bei ihr zu hohen Dosen nicht steigen konnten.

Bei drei Kranken mit Lymphogranulomatosis haben wir das Mittel auch angewendet, nachdem die Diagnose durch die histologische Untersuchung der exzidierten Drüsen bestätigt war. Vor der Anwendung des Introcids standen sie bereits unter Röntgentherapie. Alle drei Kranken waren gegenüber dem Introcid refraktär. Der eine Fall betraf einen 55 Jahre alten Kollegen, bei welchem auch eine Nephrose nachgewiesen wurde. Nach Verabreichung von sechs Injektionen wurde mit dem Mittel ausgesetzt, weil der Zustand des Patienten bereits sehr schwer war, und nach einigen Tagen darauf trat der Exitus ein. Die rapide Zunahme der Oedeme legt den Gedanken nahe, daß die bereits erkrankte Niere durch das Jodcerium noch weiter geschädigt werden könnte, so daß es wünschenswert wäre, wenn auf das Moment einer bestehenden Nierenschädigung geachtet würde, um festzustellen, ob eine Nierenschädigung eine Kontraindikation für diese Therapie darstellt.

Wir kommen leider auf Grund unserer Beobachtungen zu dem Resultat, daß das Introcid in der Therapie der malignen Tumoren versagt. Es wäre uns aus wissenschaftlichen und humanen Gründen gewiß lieber gewesen, wenn wir die Ansichten Lewins hätten bestätigen können. Jedenfalls ergibt sich aber, daß die hochgespannten Erwartungen sich in gar keiner Weise bestätigen ließen; denn auch die subjektiven Besserungen sind eher auf den wechselvollen Verlauf der Krankheit (zerfallendes Ca. oesophagi oder pylori), als auf die Jodceriumwirkung zurückzuführen. Ob das Mittel bei septischen Prozessen eine Wirkung hat, können wir noch nicht mit Sicherheit sagen; doch sind Versuche im Gange, deren Mitteilung wir uns gegebenen Falles vorbehalten. Aus unseren Erfahrungen bei 26 Fällen von inoperablen bösartigen Geschwülsten und 3 Fällen von Lymphogranulomatosis geht nur hervor, daß ein subjektiver Einfluß vorhanden war, und man kann sich bei inoperablen Fällen des Mittels dann bedienen, wenn der hohe Preis desselben keine Rolle spielt.

Literatur:

1. W. Pfeiler: Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenk. und Infektionskrankheiten 1925, Band 96, Seite 237.
2. W. Pfeiler: Tierärztliche Rundschau 1924, Jg. 30, Nr. 50 (Sonderabdruck).
3. Erfurth: Therapie der Gegenwart 1924, H. 12 (Sonderabdruck).
4. B. Cohn: Deutsche med. Wochenschrift 1925, Nr. 48 (Sonderabdruck).
5. C. Lewin: Med. Klinik 1924, Nr. 38, S. 1319.
6. G. Katz und G. Schiller: Die Therapie der Gegenwart 1926, 67. Jahrg., H. 3, S. 110.
7. L. Bobrik: Med. Klinik 1926, Nr. 23, S. 886.

Derivatorische Schmerzbehandlung bei Lungentuberkulose.

Von

Dr. ERNST PAULSEN, Heilanstalt Alland, N.-Oest.

Aus Heads Untersuchungen über die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Viszeralerkrankungen ging hervor, daß eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit in jenen Anteilen der Haut entsteht, die mit den inneren Organen gemeinsame Rückenmarksegmente als sensible Nervenendstationen besitzen. Diese Feststellung trifft auch für die Lungentuberkulose zu, wo wir beobachten können, daß zwischen Schmerzlokalisation und Krankheitsherd segmentäre Beziehungen bestehen.

Wir wissen, daß schon bei inzipienten Fällen eine Muskelüberempfindlichkeit eintritt, die sich besonders in den oberen Partien des Trapezius, in der Pektoralisgegend und interskapulär bemerkbar macht; besonders häufig treten Schmerzen bei allen pleuritischen und postpleuritischen Formen, besonders der Pleuritis sicca und der Pleurite à répétition auf, ebenso gehören die in die Oberarm- und Hüftmuskulatur ausstrahlenden Schmerzen, die von den paravertebralen Muskeln auszugehen scheinen und subjektiv rheumatoider Natur sind, zu den häufigsten Klagen der Patienten. In der Heilstätte, wo der Kranke ständig in freier Luft ist, wird diese rheumatoide Komponente besonders sinnfällig und es ist nicht von der Hand zu weisen, daß auch da echter Rheumatismus mitbeteiligt ist. Vom spezifischen Rheuma und den tuberkulösen Muskelerkrankungen wollen wir absehen, da sie nur selten beobachtet werden und in

Differentialdiagnose wie Therapie ein eigenes Kapitel der Tuberkulosekomplikationen darstellen. Die innerliche Verabreichung antirheumatischer und analgetischer Mittel ist deren Nebenwirkungen wegen in den meisten Fällen kontraindiziert und schon seit langem besteht die souveräne Therapie dieser Beschwerden in der Anwendung von Hyperämie erzeugenden Mitteln. Wir wissen, daß die Strahlenwirkung neben Pigment- und Erythembildung Hyperämie und Oedeme hervorzurufen imstande ist, daß beim ultravioletten Licht die Heilwirkung der Erythembildung parallel geht und dementsprechend werden Sonne, künstliche Höhensonne, Quarzlampe und zahlreiche andere Bestrahlungsarten vielfach angewandt. Jedoch sind wir bei großem Krankenmaterial, fehlenden Apparaturen und wohl auch aus ökonomischen Gründen darauf angewiesen, uns einfacherer Mittel zur Hyperämisierung zu bedienen. Das sind die Derivantia.

Fast alle lipoidlöslichen Stoffe rufen Rötung der Haut hervor, indem sie leicht durch die Fettschichte dringen und außerdem auf die epidermalen und subepidermalen Endapparate des sensiblen Systems indirekt einwirken. 20—40prozentiger Alkohol, Chloroformöl, Kampfer als Oel oder in alkoholischer Lösung, das Linimentum ammoniato- und saponato-camphoratum werden vielfach angewandt, ebenso verdünnte Alkalien oder Alkaliseifen, besonders die Schmierseife. Hyperämie und seröse Durchtränkung des Gewebes bewirkt auch Jod, bei dem, ebenso wie bei allen anderen genannten Mitteln, besonderes Augenmerk auf die Vermeidung von Hautschäden zu richten ist, wie Ekzemen, die — durch Austrocknung hervorgerufen — sehr hartnäckig werden können. Außerordentlich wirksam sind ferner die Produkte der Samen von Brassica nigra. Senfmehl, Senfpapier, Senfspiritus sowie besonders das Senföl gehören wohl zu den ältesten der uns bekannten Derivantia. Senföl verursacht Brennen, Rötung der Haut, bei längerer Einwirkung kommt es zur Blasenbildung. Allylsenföl hat eine weniger reizende, jedoch ebenso hyperämisierende Wirkung.

Wir haben seit längerem ein Allylsenfölpräparat — Analgit — in Verwendung, das mit den Vorteilen der Allylkomponente durch seinen Salizylestergehalt eine unterstützende Wirkung durch perkutane Salizylresorption verbindet. Es erzeugt, auf die Haut gepinselt, eine sofortige, starke sicht- und fühlbare Hyperämie. Wir haben mit Analgit Erfolge in Fällen zu verzeichnen, bei denen Kampfer, Chloroformöl und Schmierseife versagten, es ist hervorzuheben, daß die Wirkung rasch und nachhaltig ist und Hautschäden niemals zur Beobachtung gelangten.

Die lipoidunlöslichen Derivantia stehen nicht in Verwendung, da sie die Haut nur in geringem Ausmaße zu durchdringen imstande sind, gewisse Oele, wie Ol. Terebinthinae oder äther. Oel von Juniperus Sabina u. ä. entfalten einerseits eine zu starke Hautreizwirkung, anderseits schädigen sie die Nierengefäße.

Seit Biers Nachweis, daß passive Hyperämie, durch primäre Gefäßerweiterung hervorgerufen, schädigende Gewebsstoffe und durch sie bedingte Schmerzen zu beseitigen imstande ist, fußt die bis dahin mangelhafte Erklärung der Wirkung von Derivantien, als welche von den alten Aerzten schlechtweg alle jene Mittel bezeichnet wurden, welche Hautrötung und Entzündung hervorriefen, auf der Bierschen Theorie von der Hyperämieheilwirkung. Durch Reflexwirkung erfolgt auch eine von der Reizstärke in ihrem Grad abhängige Tiefenwirkung, so daß mit der oberflächlichen Hyperämisierung eine solche in entfernt liegenden inneren Organen parallel geht. Die segmentäre Relation ist schon oben erwähnt worden. Im Laufe befindliche Untersuchungen über die Veränderlichkeit des Blutbildes, des Serumspiegels und der Reaktionsfähigkeit des vegetativen Systems unter dem Einfluß perkutan angewandter lipoidlöslicher Substanzen werden vielleicht einige Aufklärung in der Hyperämiefrage bringen, was einer späteren Mitteilung vorbehalten bleibt.

Literatur:

1. A. Bier: Hyperämie als Heilmittel, Leipzig, 1907, V. Aufl.
2. A. N. Bruce: Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 1910/163.
3. D. Head: Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen, deutsch von Seiffer, Berlin 1898.
4. Keller: Strahlentherapie, Bd. 16, 1923/24. Bd. 17, 1924
5. Meyer-Gottlieb: Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzneibehandlung 1914, Urban u. Schwarzenberg.
6. W. Neumann: Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener, Bd. II, Springer 1924.
7. Starkenstein: Therap. Monatshefte 1910/XXIV.
8. P. Weill: Ueber Leukozyten und Lungentuberkulose, Zeitschr. f. Tbc. Bd. 30/1, 1919.

Weitere Erfahrungen mit Gallophysin[1].

Von

Dr. K. REICHER,

Spez.-Arzt für Gallenblasen-, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (früher Bad Mergentheim, jetzt Frankfurt a. M.).

Ich möchte über die Erfahrungen Bericht erstatten, die ich im Laufe von nunmehr über 1½ Jahren bei der Behandlung von 84 Gallenstein- und Gallenblasenkranken mit meinen Ictophysin-Injektionen (jetzt Gallophysin-Injektionen genannt)[2]) gesammelt habe. Wie gewiß vielen von Ihnen bekannt, habe ich als erster ein starkes Cholokinetikum, nämlich Hypophysin, mit einem vorzüglichen Choleretikum (phenylchinolinkarbonsaurem Natrium) kombiniert, um Gallensteine auszutreiben.

Ich verabreiche in der Regel 4 bis 6 intraglutäale Injektionen mit eintägigen Intervallen, doch kann man ohne Bedenken sowohl 2 bis 3 Injektionen in eiligen Fällen ohne eingeschobene injektionsfreie Tage geben, als auch über die Zahl derselben bis zu 8 und 10 Spritzen hinausgehen, oder im Bedarfsfalle nach mehreren Wochen die Kur wiederholen. Nach jeder Injektion werden in Gegenwart des Arztes 250 bis 300 Gramm Apenta oder Hunyadi-Janos-Bitterwasser getrunken, das sowohl die kontraktilen Elemente der Gallenwege als auch die sezernierenden der Leber anzuregen scheint, obgleich P. Mayer nur die erstere Wirkung anzuerkennen geneigt ist. Während der Behandlung und auch eine Woche nachher muß der Stuhl peinlich genau durch ein Haarsieb unter Zugießen von kaltem Wasser durchgerührt werden. Die Behandlung wird ferner unterstützt durch strenge Diät, Mergentheimer Karlsquelle, Karlsbader Mühlbrunnen, Neuenahrer oder Tarasper Sprudel, Kissinger Rakoczy und dergl. und durch ein Mittel aus der Gruppe Atropin-Papaverin, um durch deren spasmenlösende Wirkung die cholagoge der Injektionen zu fördern und durch Hypophysin etwa erzeugte unerwünschte Kontraktionen des Sphinkter Oddi zu sprengen.

Das Gallophysin darf natürlich nicht wahllos angewendet werden, sondern hat seine fest umschriebenen Indikationen und Kontraindikationen. Das Gallophysin ist indiziert:

1. Wenn 1 bis 2 rationell durchgeführte sonstige innere Kuren keinen Erfolg erzielt haben,
2. Wenn nach dem Ergebnis der Cholezystographie Steine von nicht über Haselnußgröße zu erwarten sind, zahlreiche vorangegangene Gallenkoliken die extrahepatalen Gallengänge voraussichtlich schon erweitert haben und keine komplette Verwachsung der Gallenblase mit der Leber (Querstellung der Gallenblase mit kontinuierlicher Anlehnung derselben an den Leberschatten im Röntgenbild) anzunehmen ist, während Adhäsionen an Magen, Duodenum und Cholonflexur weniger hinderlich zu sein scheinen,
3. bei Ikterus infolge von Choledochusverschluß,
4. wenn die Vornahme einer Operation entweder unmöglich ist oder vom Patienten verweigert wird, welch letzterer Fall wohl nur selten vorkommen dürfte,
5. wenn Monate oder Jahre nach einer Cholezystektomie sich wieder Koliken einstellen, die auf andere interne Kuren nicht zurückgehen bei gewissen Formen von Stauungsgallenblase.

Die Gallophysinmethode ist dagegen kontraindiziert:

A. Aus allgemeinen Gründen:

1. bei schweren Herzkrankheiten,
2. bei hochgradiger Arteriosklerose,
3. bei Schwangeren wegen Gefahr von Wehenauslösungen,
4. während der Menstruation (Verstärkung der Blutung!).

B. Aus lokalen Gründen:

1. bei fixierter Cholezystoptose (Herabhängen der Gallenblase bis zum 4. bzw. 5. Lendenwirbel bei gleichzeitiger Unverschieblichkeit derselben durch Fingerdruck oder Lagewechsel,
2. bei Schrumpfblase,
3. bei schweren atrophischen und eitrigen Wandveränderungen der Gallenblase,
4. bei umfangreichen festen pericholezystitischen Adhäsionen der Gallenblase mit der Leber,
5. bei Gallenblasenempyem, das sich übrigens ohne jegliches Fieber ganz heimtückisch ausbilden kann und nur durch lokale Druck-

---

[1]) Vortrag, gehalten auf der VI. Tagung der Ges. f. Verd. u. Stoffwechsel-Krankh. in Berlin, Okt. 1926, in erweiterter Form.

[2]) Herstellerin: Saccharin-Fabrik A.-G. Magdeburg-Südost.

empfindlichkeit sowie Leukozytenanstieg sich zu verraten braucht.

6. bei Verdacht auf biliäre Zirrhose oder Leberatrophie.

Bei Einhaltung dieser Richtlinien wird die Gallophysinkur in der Hand eines erfahrenen Spezialisten gewiß großen Segen stiften. Auch ist nicht zu befürchten, daß durch ihre Anwendung der Chirurg zu spät herangezogen würde. Mir wenigstens werden die Kollegen von der Chirurgie gewiß bestätigen können, daß ich meine Patienten niemals zu spät ihnen überantwortet habe. Auch die Gefahr der Einkeilung von Gallensteinen ist gar nicht so groß, wie man vielfach annimmt; mir ist noch kein derartiger Fall vorgekommen. Der diesbezügliche Warnruf von von Bergmann auf dem Wiener Kongreß 1925 ist um so unerklärlicher, als er kurz nachher von Kalk und Schöndube Hypophysin bei Ureteren-Steinen vorschlagen ließ, obwohl diese vielfach spitzer sind und einen weit längeren Weg als die Gallensteine zurückzulegen haben. Für den Erfolg der Kur ist natürlich das Verhältnis zwischen der Größe der Steine und der Weite der Gallengänge ausschlaggebend. Durch ganz dünne, sozusagen jungfräuliche Gallengänge, die noch nie ein Stein oder Grieß passiert hat und in die man bei der Operation kaum mit der dünnsten Sonde eindringen kann, wird unter Umständen ein auch nur erbsengroßer Stein nicht abgetrieben werden können; sind dagegen die Gänge stark erweitert, besonders bei Choledochusverschluß, wo Daumendicke keine Seltenheit ist, dann geht natürlich auch die Austreibung selbst von haselnuß- oder kirschgroßen Steinen glatt vonstatten. Ebenso sind die Chancen günstig, wenn der Patient selbst angibt, gelegentlich früherer Koliken schon einzelne Steine gefunden zu haben. Es braucht wohl nicht besonders erwähnt zu werden, daß ein fest mit der Gallenblasenwand verwachsener Solitär keine guten Aussichten bezüglich seiner Austreibbarkeit bietet. Der Abgang von Steinen und Grieß nach der Gallophysinkur bei Cholezystektomierten, der besonders anfänglich Verwunderung erregte, ist nicht weiter unverständlich. Wissen wir doch durch die schönen Untersuchungen der Aschoffschen Schule, daß kontraktile Elemente bis weit hinauf in den extrahepatalen Gallengängen vorhanden sind und außerdem durch Rückstauungen Konkremente bis ebendahin hinaufgeschleudert werden können. Außerdem kann sich ja eine neue Gallenblase kompensatorisch ausgebildet haben, wie Citron[3]) erstmalig im Röntgenbild nachwies. Beachtenswert ist, daß bei Ikterus der Choledochusverschluß nicht immer durch einen Stein erzeugt zu sein braucht, sondern auch grüne mörtel- oder zementartige Massen dazu genügen. Ich sah wenigstens in zwei Fällen (s. Fall 16) nach Abgang derselben auf eine Gallophysinkur hin den Ikterus sehr rasch zurückgehen, ein Vorkommnis, das übrigens auch Eppinger und Walzel in ihrem Buche „Krankheiten der Leber“ in einem Falle berichten.

Ich lasse nun kurz die Statistik über meine 84 mit Gallophysin behandelten Fälle folgen: 70 Patienten so gut wie beschwerdefrei = 83,3%; davon 46 mit positivem Abtreibungsresultat = 54,7% (23 mit Grieß und Steinen, 19 mit Grieß allein); 24 beschwerdefrei ohne jeden Abgang = 28,6%; 14 Mißerfolge, d. h. keine Besserung = 16,7%. Die Zahl der letzteren wird sich aber bei fortschreitender Technik der Cholezystographie und Hand in Hand damit gehender Verfeinerung der Gallenblasendiagnostik künftig noch bedeutend herabdrücken lassen. In 4 von diesen 14 Fällen von Mißerfolgen waren nämlich die Steine über haselnuß- bzw. kirschgroß (je ein Fall von Amberger und Rebentisch, 2 von Schmieden operiert). In 3 weiteren von den 14 Mißerfolgen wären keine Steine, sondern nur umfangreiche Verwachsungen der Gallenblase mit der Leber vorhanden (je ein Fall von Flörcken und Amberger operiert). Diese 7 Fälle wären, hätte man eine Cholezystographie der Behandlung vorausgehen lassen — beweisende Bilder vorausgesetzt —, einer Gallophysinkur nicht unterzogen worden. Dazumal war jedoch noch die intravenöse Injektion erforderlich, die man ambulant nicht durchführen konnte. Berücksichtigt man demnach die jetzt bedeutend verbesserte Untersuchungstechnik, so würde die Zahl der Fehlschläge meiner Methode auf die Hälfte i. e. 8,35% herabsinken.

Wenn ich bedenke, daß ich in den 10 Jahren meiner Mergentheimer Sanatoriumstätigkeit trotz emsigsten Stuhlsiebens kaum in 2 bis 3% der Fälle Steine finden konnte, so bedeuten die 54,7% positive Abgänge bei meiner Gallophysinkur gewiß einen großen Fortschritt.

Daß die Gallensteine erst als solche verifiziert werden, wenn der Cholesterin- bzw. Bilirubinnachweis erbracht ist, brauche ich wohl nicht zu erwähnen.

Wenn endlich früher das Austreiben von Gallensteinen als Kunstfehler angesehen oder für die weitere Entwicklung des Leidens als völlig belanglos hingestellt wurde, so ist dieser Standpunkt heute gewiß längst überholt, denn cessante causa cessat morbus. Daß für den weiteren Verlauf der Gallenblasen-Erkrankung es gewiß nicht gleichgültig ist, ob sehr viele oder nur einige wenige oder schließlich gar keine Steine mehr in der Gallenblase vorhanden sind, beweist ja die unter bestimmten Indikationen von den Chirurgen mit Erfolg geübte Cholezystotomie mit Ausräumung der Gallenblase, die ja sonst keine innere Berechtigung hätte. Außerdem sind mir auch von zahlreichen Kollegen Fälle berichtet worden, in denen nach den Gallophysinkuren bis zu haselnußgroße Gallensteine abgingen, worauf die früheren Beschwerden völlig schwanden.

Ich darf vielleicht noch erwähnen, daß die von v. Bergmann vielfach angezweifelte choleretische Wirkung des im Gallophysin enthaltenen Chinolinderivats von anderen Forschern, neuerdings auch von Meißner (4) einwandfrei bestätigt wurde und von Pribram sogar Dijodatophan zur Röntgendarstellung der Gallenblase empfohlen wird. Die v. Bergmannsche Behauptung auf der Düsseldorfer Tagung, der Atophanzusatz zum Hypophysin zwecks Austreibung von Gallensteinen sei überflüssig, ändert ferner nichts an der unumstößlich feststehenden Tatsache, daß vor meiner in der „Ther. d. Gegw.“ erfolgten Veröffentlichung mit Hypophysin allein in seiner Klinik keine, und nach derselben nur ganz vereinzelte Fälle von Steinabgang festgestellt wurden, während die von mir vorgeschlagene Kombination eines Choleritikums mit einem Cholokinetikum in 54,7% der Fälle zu einem Steinabgang führt.

Am sinnfälligsten widerlegt aber v. Bergmanns Einwände Brugsch wohl selbst in der Med. Klinik 1926, Nr. 31, S. 1174. Der Entdecker der choleretischen Wirkung des Ikterosans schreibt dort wörtlich (auszugsweise): „v. Bergmann setzt die Ictophysin- (= Gallophysin-)Wirkung von Reicher auf das Konto der Hypophysinkur und zieht gleichzeitig die choleretische Atophanwirkung in Zweifel. Aber es macht das Hypophysin im Gegensatz zu der Annahme v. Bergmanns . . . . die Erschlaffung der Gallenblase, kann also ganz gewiß nicht den Abgang der Steine in den Reicherschen Versuchen erwirkt haben; ja, wenn es irgend ein Mittel gibt, das den Abgang von Steinen in der Gallenblase erschwert, so ist es das Hypophysin! Und was die choleretische Wirkung des Atophans anlangt, die nicht so schnell eintritt wie bei den Gallensäuren, dafür aber nachhaltiger, so ist diese trotz des Widerspruches v. Bergmanns oder G. Klemperers evident. Das beweisen ja auch schon die Erfahrungen Reichers.“

Zu den von mir in der Ther. d. Gegw. 1925 bereits veröffentlichten erfolgreich behandelten Fällen seien hier noch einige instruktive Krankengeschichten hinzugefügt:

Fall 7. Frau C. Die 38jährige Patientin leidet seit 1½ Jahren an entsetzlichen Koliken, die sich hauptsächlich in der Ober-Bauchgegend abspielen. Die Schmerzen strahlen in die rechte Rückenseite, rechte Schulter und rechten Arm aus. In den anfallfreien Zeiten reichliches Erbrechen. Die Anfälle kehrten alle 1 bis 2 Wochen mit großer Heftigkeit wieder und dauerten jedesmal trotz großer Gaben von Narkotizis mehrere Stunden an. Ikterus hat nie bestanden, Steine sind nie abgegangen. Wiederholte Behandlung der Pat. bei anderen Aerzten brachte ihr keine Linderung. Pat. kommt in meine Behandlung und erhält 12 Gallophysin-Injektionen. Schon nach den ersten hat sie nach langer Zeit ganz schmerz- und beschwerdefreie Tage, dann traten wieder Koliken auf. Nach der vierten Injektion wurde ein großer Stein mit reichlicher Galle im Klosett des Zuges während der Fahrt erbrochen. Nach der siebenten Injektion Abgang von 150 großerbsen- bis kirschkerngroßen Steinen, sowie von massenhaft Grieß in dem Stuhlgang, sowie Erbrechen von 2 haselnußgroßen Steinen, wiederum mit reichlichem Gallenerbrechen. Pat. fühlt sich nun bedeutend erleichtert und es stellen sich nur noch leichte Schmerzen hier und da ein. Gelegentlich solcher Attacken sind noch 2 kirschgerngroße, ein pilzförmiger von fast Kirschkerngröße und 4 kleinere Steinchen abgegangen.

Fall 8. Frau B. Die 59jährige Patientin leidet seit ¾ Jahren an starken Gallenschmerzen, die besonders in der Mitte der Ober-Bauchgegend sitzen und fast jede Woche wiederkehren. Einmal ist Pat. 4 Wochen lang, angeblich infolge einer Gallenblasenentzündung zu Bette gelegen, und hatte damals jedesmal nach dem Essen so starke Schmerzen, daß sie aus Angst vor ihnen ihre Nahrung sehr einschränkte und trotz ihrer Schlankheit noch 20 Pfund abnahm. Nach einer Kur in Bad Bertrich stellten sich nach anfänglicher Linderung bald wieder Beschwerden ein. Da sich diese innerhalb von zweiwöchentlicher Behandlung bei mir eher verschlimmern und die Gallenblase als kleinapfelgroßer, derber Tumor zu fühlen ist, werden Pat. von mir 2 Gallophysin-Injektionen verabreicht. Nach der ersten erscheint bereits reichlich Grieß im Stuhl, nach der zweiten kommt es zu einer starken Kolik mit heftigem Erbrechen und es werden 2 große und zwar ein fast walnußgroßer und ein über haselnußgroßer Stein mit dem Stuhle zutage gefördert. Der erstere stellt einen Abguß des Blasenfundus dar und ist somit die Gallenblase nunmehr steinfrei. Pat. steht nach 2 Tagen auf und genießt nun alle Speisen ohne jegliche Beschwerden. Nach 2 Monaten stellte sich noch eine leichte Kolik ein, bei der es jedoch trotz weiterer 2 Gallophysin-Injektionen zu keinem Steinabgang kam. Seitdem über 1 Jahr gesund.

Fall 10. Frau Kr. Die 52jährige Pat. befindet sich seit einem Jahr im Klimakterium und leidet an Wallungen zum Kopfe, schlechtem Schlaf und Gallenkoliken seit ¾ Jahr. Nach der Geburt der Kinder vor 11 und 7 Jahren hatte sie weder Magen- noch Gallenbeschwerden. Die Koliken treten selten auf, zeichnen sich jedoch durch um so größere Heftigkeit aus. Die verschiedensten internen Medikationen sind ohne Erfolg geblieben, Pat. erhält 6 Gallophysin-Injektionen, nach jeder gehen zahlreiche erbsen- bis hirsekerngroße Steine ab, bis jetzt im ganzen 275. Pat. fühlt sich bedeutend gebessert, Koliken haben sich 4 Monate hindurch nicht eingestellt. Bei Wiederauftreten von stärkeren Beschwerden neuerliche Injektion von 6 Ampullen Stärke I. Abgang von ca. 125 kleinen Steinen. Jetzt 6 Monate Schmerzfreiheit.

Fall 11. Frau B. Der 65jährigen Patientin wurde vor 1½ Jahren wegen ihrer schweren Gallenkoliken die Gallenblase exstirpiert und nach ihrer Angabe 60 bis 70 Cholesterin-Steine bei dieser Gelegenheit entfernt. Schon 1 Jahr darauf stellten sich wieder Schmerzen in der Gallenblasen-Gegend ein, die Entfernung eines in ihrer Nähe befindlichen Lipoms brachte keine Linderung. Es stellten sich immer wieder richtige Gallenkoliken ein. Patientin erhält von mir 3 Gallophysin-Injektionen, nach der ersten erscheinen bereits im Stuhl 6 kleine Steinchen, und 5 Tage später ein erbsengroßer Stein, letzterer nach vorangegangener schwerer Kolik. Patientin fühlt sich seitdem wie neugeboren und ist bis jetzt (1 Jahr) vollständig beschwerdenfrei.

Fall 13. Frau M. 32 Jahrealt. Seit der Geburt eines Kindes vor 10 Jahren in größeren Zwischenräumen immer wiederkehrende starke Schmerzen in der Ober-Bauchgegend, die als Magenkrämpfe, von anderen als Hysterie gedeutet werden. Erst eine im Anschluß an ein kaltes Seebad auftretende Gelbsucht klärt die Sachlage. Eine Kur in Bad Mergentheim sowie mehrere Hauskuren machen die Anfälle zwar seltener und leichter, sie kehren aber immer wieder. Nach 3 Gallophysin-Injektionen Abgang von 34 erbsengroßen Steinen. Seitdem (14 Monate) ist Patientin ganz beschwerdefrei.

Fall 14. Frau H. Die 52 jährige Patientin hat vor 25 Jahren ein Wochenbett durchgemacht, 5 Jahre später Druck in der Magengegend und häufiges Erbrechen, als Magenleiden angesehen. Vor einem Jahre Wiederauftreten des Leidens mit Gallenkoliken, die mindestens jede Woche einmal wiederkehren. Menopause seit 10 Jahren. Gelbsucht seit 3 Monaten, die nach jeder Kolik exazerbiert. In kurzer Zeit 16 Pfund Gewichtsverlust. 6 Gallophysin-Injektionen. Nach der fünften Injektion Abgang von massenhaft Grieß, nach der sechsten Injektion erscheint ein erbsengroßer Stein und 4 Tage später ein dattelgroßer Cholesterinpigmentstein ohne alle Schmerzen. Hanfkorngroße helle und dunkle Steinchen, sowie Grieß in den nächsten Tagen. Koliken und Gelbsucht verschwunden. Patientin nimmt in 4 Monaten 20 Pfund an Gewicht zu und ist seit einem Jahr ganz beschwerdefrei.

Fall 15. Herr B. 65 Jahre alt. Seit 1½ Jahren wiederholt Gallenkoliken. Nach einer Mergentheimer Kur ein halbes Jahr ganz beschwerdefrei. Jetzt wieder seit 2 Wochen fast täglich starke Gallenkoliken, dabei Ikterus. Stuhl acholisch. Gallenblase hart, druckempfindlich, stark geschwollen. Leber zwei Querfinger vergrößert. 6 Gallophysin-Injektionen. 14 Tage nach der sechsten Injektion Abgang eines hagebuttengroßen Cholesterinsteines. Seitdem 10 Pfund Gewichtszunahme, Schmerzfreiheit.

Fall 16. Herr F. 59 Jahre alt, seit mehreren Wochen Gelbsucht, acholischer Stuhl, Bilirubinurie, Hautjucken, Abmagerung, Kräfteverfall. Leichte Koliken nachts. Gallenblase zeitweise deutlich als resistenter Tumor fühlbar, Hepar vergrößert, hart. Oberfläche glatt. 6 Gallophysin-Injektionen. Nach der dritten Injektion zum ersten Male leichte Färbung des Stuhles. Nach der sechsten Injektion Abgang von reichlichen, grüngefärbten Massen von teigiger bis mörtelartiger Konsistenz ohne nachweisbare Steine. Von diesem Tage Hautjucken und Schmerzen verschwunden, Rückgang des Ikterus und der Leberschwellung. Nach einigen Tagen steht Patient auf. Innerhalb von ½ Jahr 20 Pfund Gewichtszunahme. 1 Jahr beschwerdefrei.

Fall 18. Herr D. 43 Jahre alt. Vor 1¼ Jahren leichte Gallenblasenentzündung, ¼ Jahr später neuerdings birngroßer, glatter Tumor, der auf Druck schmerzhaft ist, in der Gallenblasengegend. 4 Wochen Mergentheimer Salz, strenge Diät, Hitze, Novatropin, Ruhe. Alle Beschwerden geschwunden, Gallenblase noch fühlbar, vergrößert, aber nicht druckempfindlich. Ein Jahr lang bleibt Patient beschwerdefrei. Nun neuerdings kindsfaustgroße, höckrige Schwellung der äußerst schmerzhaften Gallenblasengegend. 39° Fieber (Chole- u. Pericholezystitis). 1 Cylotropin-, 4 Gallophysininjektionen, innerhalb einer Woche Abfall der Temperatur zur Norm, leichte Druckschmerzhaftigkeit, Abgang von 2 wie kleine Champagnerkorken aussehende Cholesterinpigmentsteinen, sowie 4 kirschkerngroßen Steinen fast ohne Schmerzen. 3 Wochen nach Krankheitsbeginn geht Patient seinem Berufe wieder nach, Gallenblase kaum mehr fühlbar. 3 Monate beschwerdefrei.

Von Mißerfolgen seien angeführt:

Fall 17. Frau D. 52 Jahre alt. In früheren Jahren zahlreiche Gallenkoliken. Seit 5 Wochen Ikterus, der unter leichten Schmerzen aufgetreten ist. Hepar deutlich vergrößert, glatte Oberfläche, Gallenblase nur undeutlich fühlbar. Patientin fühlt sich sehr schwach und ist ganz apathisch. 4 Gallophysin-Injektionen. Da der Kräfteverfall ein auffälliger und der Verdacht eines malignen Neoplasmas nicht ganz von der Hand zu weisen ist, Cholezystektomie (Prof. Dr. Schmieden). Operationsbefund: Kleine Schrumpfgallenblase mit stark verdickter, zum Teil eitrig veränderter Wandung. Im erweiterten Duct. choledochus steckt ein über kirschgroßer Cholesterinstein. Kurz nach der Operation Zurückgehen des Ikterus, seitdem, abgesehen von leichten Herzbeschwerden, völliges Wohlbefinden.

Fall 20. Frau L., 30 Jahre alt, als Kind Gelbsucht, seit 10 Jahren verdächtige Magenbeschwerden, seit 4 Monaten typische Gallenkoliken. Gallenblase walnußgroß fühlbar, sehr hart und äußerst druckempfindlich. Nach 2 Monaten interner Kur keine Linderung. Ebensowenig bringen 6 G.-Injektionen irgendeine wesentliche Besserung, kein Abgang von Grieß oder Steinen. ½ Jahr später Operation (Dir. Dr. Rebentisch): Es wird mit der stark entzündeten Gallenblase ein über haselnußgroßer Solitär entfernt, seitdem (¾ Jahr) völliges Wohlbefinden.

Fall 21. Frau E., seit 2½ Jahren verheiratet, keine Kinder, in den letzten 2 Jahren wiederholt schwere Gallenkoliken. Eine rationell durchgeführte innere Kur schafft ebenso wenig Ruhe wie schon früher angeblich durchgemachte Kuren. 6 Gallophysininjektionen erzeugen Beschwerdefreiheit von 2 Monaten, ohne daß es zu Abgang von Konkrementen kam. Dann neuerliches Einsetzen von heftigen Koliken, Operation (Dr. Burkard). Es werden ein überhaselnußgroßer und 2 kleinere Steine mit der chronisch entzündeten, stark verdickten Gallenblase entfernt. Die Gallengänge sind außerordentlich eng.

Fall 19. Frau W. 52 Jahre alt. Seit vielen Jahren Gallenblasenleiden. Menopause 1910. 1916 Cholezystotomie mit Entfernung von 2 überhaselnußgroßen und mehreren kleinen Cholesterinsteinen. 10 Jahre schmerzfrei. Vor ½ Jahr Wiederauftreten typischer Gallenkoliken, zeitweise mit kurz dauernder leichter Gelbsucht. Rasende Schmerzen. 6 Gallophysin-Injektionen. Kein Steinabgang. Nach zweiwöchentlicher Pause beginnen die Gallenkoliken in unverminderter Heftigkeit. Cholezystektomie (Dr. Flörcken). Gallenblase in dicken Schwarten verbacken, aus denen sie nur schwierig gelöst werden kann, keine Steine, kein Grieß, alle Gänge durchgängig. Seitdem (4 Monate) beschwerdefrei.

Fall 22. Frau G. 35 Jahre. Vor 4 Jahren, eine Woche nach Geburt des ersten Kindes, infolge einer großen Aufregung erste Kolik, dann einige Jahre Ruhe. Seit 9 Wochen stark sich häufende Koliken. 6 Gallophysin-Injektionen bleiben ohne Abgang von Konkrementen und ohne Schmerzlinderung. Operation (S.-R. Dr. Amberger). Entfernung der wenig veränderten Gallenblase, starke pericholezystitische Verwachsungen rings um die Gallenblase, Steine nicht vorhanden.

Literaturnachweis:

K. Reicher: Ther. d. Gegenw., Sept. 1925, V. Tag. d. Ges. f. Verd. u. Stoffwechsel-Krankh., Wien 1925, Frankfurter Aerztl. Ver., 19. Okt. 1925.
P. Mayer: Fortschr. d. Ther. 1926, Nr. 8.
J. Citron: Med. Klin. 1926, Nr. 39.
R. Meißner: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1926, Bd. 115, H. 1/4.
Th. Brugsch: Med. Klin. 1926, Nr. 31.
Brugsch u. Horsters: Ztschr. f. d. ges. exp. Med., Bd. 38 und 43; Ber klin. Wochenschrift 1923, Nr. 33.

448.8
F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6.– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7.– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 36 BERLIN, DEN 14. DEZEMBER 1926 44. JAHRGANG

LIBRARY
RECEIVED
JAN 4 1927
U.S. Department of Agriculture

4

Gelonida
Aluminii subacetici No. I zu 0,5 u. 1,0
Originalsch. mit 20 Stck
Klinikpack zu 500 Stck.
(basisches Aluminiumacetat mit ca 10% Aluminiumsulfat)
das bekannte völlig ungiftige Präparat gegen
Oxyuriasis
Seit 15 Jahren als
zuverlässiges Wurmmittel
bewährt
Von den meisten Krankenkassen zugelassen
Literatur und Proben für Aerzte kostenlos

Gödecke & Co., Chem. Fabrik A.-G.
Berlin-Charlottenburg 1

Entwurf ges. gesch

Aclavagin

Indikationen: Kausale Therapie des vaginalen (unspezifischen) Fluors und Kolpitis. Symptomatisch bei Fluor constitutioneller und extragenitaler Aetiologie neben Kausalbehandlung. Prophylaktisch als Desinfiziens besonders ante et post partum.

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen!

Karl Horn & Co. A.-G. * **Frankfurt a. M.**

Analgit
Patente ang. in allen Kulturstaaten.
Marke geschützt in allen Kulturstaaten

neuartiges, flüssiges
Hyperämie- u. Erythemmittel,
wesentlicher Fortschritt in der
äußerlichen Schmerzbekämpfung.

Gratisproben und Literatur durch: C. LEUFFEN & CO., Kommandit-Gesellschaft, EITORF

Literatur über Analgit:
1. Clemm: „Ueber ein neues Mittel, d. Einreib. Hyperämie zu erzielen." (Aerztl. Rundsch. Nr. 14, 1926). 2. Grossmann: „Durch Analgit hervorger. Hyperämie u. der. Heilerfolge." (Wiener med. Wchschr. Nr. 24, 1926). 3. Kärcher: „Ueber d. äußerl. hyperämisierende Analgetikum u. Heilmittel Analgit." (Landarzt Nr. 42, 1926). 4. Klingelhöffer: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 5. Knotz: „Herpes zoster n. Behdlg. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 6. Krause: „Erfahr. m. Analgit." (Ther. d. Geg. Nr. 11, 1925). 7. Löw: „Epiderm. Reizther. mit lipoidlösl. Stoff., insbes. mit Analgit." (Landarzt Nr. 35, 1926). 8. Sachs: „Ein Vergl. zwisch. d. Wirk. v. Strahlen u. d. Wirk. v. Analgit." (Med Klin. Nr. 22, 1926). 9. Blank: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." Dtsch. m. Wchschr. Nr. 52, 1925). 10. Kauenhowen: „Ueber ein neuart. flüss. Hyperämiemittel." (Excerpta medica Nr. 1, 1926). 11. Schneider: „Wie können wir a. einf. Weise Hyperämie erzeug." (Aerztl. Rundsch. Nr. 20, 1926).

Sanatogen

Seit 25 Jahren bewährt als zuverlässiges **Tonikum und Roborans** in allen Fällen, die einer schnellen und nachhaltigen **Kräftigung des Organismus** bedürfen. Verbilligte Kassenpackungen zu 50 und 100 g.

Cystopurin

(Hexamethylentetramin + Natriumacetat), bewährtes, zuverlässiges Harndesinfiziens mit erhöhter diuretischer Wirkung. Vollkommen reizlos gegenüber Nieren und Verdauungsapparat, daher auch in höherer Dosierung besonders geeignet zur **Dauerbehandlung.**

Kalzan

(Calcium-natrium-lacticum), Kalkpräparat nach den Proff. Emmerich und Loew mit experimentell bewiesener, sehr guter **Kalkretention.** Verbilligte Kassenpackungen zu 45 Tabletten und 100 g in Pulver.

Formamint

zu Therapie und Prophylaxe **sicheres Desinfiziens für Mund und Rachen.** Bequemer im Gebrauch und nachhaltiger in der Wirkung als Gurgelungen. Kassen-Kleinpackung als Röhrchen mit 20 Tabletten.

Jodomenin

(Jodwismuteiweiß), Jodpräparat von milder und doch sicherer Jodwirkung; Jod wird erst im Darmsaft abgespalten, daher **kein Jodismus.** Besonders für die Kinderpraxis geeignet.

Apyron (Kerne)

(Acid. acetylosalic. cum Calc. carb.). Prompt wirksam. Durchaus reizlos. Vollkommen haltbar.

Von vielen Kassen zugelassen — Literatur und Muster kostenlos und unverbindlich.

Bauer & Cie., Sanatogenwerke Johann A. Wülfing, Chem. Fabrik
Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg.
(Direktor: Geh.-Rat Professor Dr. Tilmann.)

Dr. F. Breuer: Unsere Erfahrungen mit der willkürlichen Formgebung nach Jüngling in der Röntgentherapie 1395
Lydia Rabinowitsch-Kempner, Berlin: Die Uebertragung der Tuberkulose durch Haustiere 1398
Dr. Alfred Schlenck, München: Vier Jahre Erfahrungen mit dem Bockschen Nachweis der Hormone im Blute 1400

Laufende medizinische Literatur:

Medizinische Klinik, Nr. 47 1401
Klinische Wochenschrift, Nr. 47, 48 1402
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 48 . . . 1403
Münchener Med. Wochenschrift, Nr. 47, 48 1403
Folia Haematologica, 33., Heft 1, September 1926 . . 1404
Zentralblatt für Chirurgie; Nr. 48 1404
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 199., Heft 3/5 . . 1405
Mitteilungen aus den Genzgebieten der Medizin und Chirurgie, 40., Heft 1 1405
Strahlentherapie, 23., Heft 4 1407
Zeitschrift für Urologie, 20., Heft 11 1408
Geschlecht und Gesellschaft, 14., Heft 8/9 1409
Schweiz. Med. Wochenschrift, Nr. 47 1410
Hygiea, 88., Heft 21 1410
Hospitalstidende, Nr. 41—45 1410
Ugeskrift vor Laeger, Nr. 46, 47 1411
Finska Läkaresällskapets Handlingar, Bd. 68 . . . 1411
Physiotherapie, Leningrad, Nr. 1 1411
Hygiena Aruda (Arbeitshygiene), Moskau, Nr. 9 . . 1411
Klinik der Kinderkrankheiten (Leningrad), Heft 1 . . 1412
Paediatrija (Pädiatrie), Leningrad und Moskau, 10., Nr. 2 1413
Časopis lékařů českých, Nr. 48 1413
British Medical Journal, Nr. 3436 1414
La Riforma medica, 42., Nr. 42, 43 1415
La Pédiatria, Heft 22 1415
La Clinica pediatrica, 8., Heft 6—9 1416
Rivista di clinica pediatrica, 24., Heft 11 1416
Journal des Praticiens, Nr. 45, 46 1416
Revue internationale de la Croix-Rouge, 57., Nr. 288 bis 290 1417
Annales des Maladies Vénériennes, 21. Jahrg., Nr. 10 1417
Medical and Surgical Record, Nr. 9 1418
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, 16., Heft 3, 4 1419
Buchbesprechungen 1421

BESONDERE BEILAGE der Firma **Vial & Uhlmann,** Inh. Apoth. **E. Rath, Frankfurt a. M.,** über Vials tonischer Wein.

Die beiden Antineuralgica
auf Grundlage der Salicylsäure

Intern:

ACETYLIN

(Acetylsalicylsäure „Heyden"-Spezialmarke)

Man achte auf den Aufdruck „HEYDEN" auf jeder Tablette.

Die Acetylin-Tabletten „Heyden" zeichnen sich durch chemische Reinheit und durch leichtes Zerfallen im Wasser aus und werden gut vertragen.

Glas- und Pappröhrchen mit 20 Tabletten zu 0,5 g.

Für Kassenpraxis besond. geeignete billige Packung:
Papierröllchen mit 10 Tabletten zu 0,5 g.

Extern:

SALIT

(Salicylsäurebornylester)

Das seit Jahrzehnten bewährte Einreibemittel bei Rheumatosen und Neuralgien.

Für die Rezeptur:

Salitum purum, verdünnt mit Ölen, Fetten oder Alkohol.

Abgabefertige Zubereitungen:

Salit-Öl in Flaschen zu 70 und 35 g
Salit-Creme in großen und kleinen Tuben
Letztere bei den meisten Krankenkassen zugelassen.

Proben und Literatur für die Herren Ärzte kostenfrei.

HEYDEN

Chemische Fabrik von Heyden A.-G.
Radebeul-Dresden.

Blutungen
operative
und
interne
stillt zuverlässig
Clauden

Sterile gebrauchsfertige Clauden-Lösung

zur lokalen Blutstillung im Wundgebiet, zur parenteralen Injektion bei internen Blutungen, zur oralen Darreichung bei Magenblutungen, zu Blaseneinspritzungen und zu Klysmen.

Clauden-Tabletten zur oralen Darreichung

bei Darmblutungen, Lungenblutungen, visceralen Blutungen, bei Lebercirrhose, okkulten Blutungsherden, Morbus maculosus Werlhofii, hämorrhagischen Diathesen, hämophilen Blutungen, zu Bluter-Kuren und zur Blutungsprophylaxe.

Clauden-Substanz als Pulver

zum Aufstreuen auf Wunden und zum Einblasen in Wundkanäle.

Zur Kassenpraxis zugelassen!

Proben und Literatur auf Wunsch.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN.

Anaemische Dyspepsien

mit Völlegefühl, Krampfschmerzen, saurem Aufstoßen

beseitigt sicher und rasch

Otreon

Proben und Literatur auf Wunsch!

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
Die Zeitschrift des praktischen Arztes
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854
44. JAHRGANG / Nr. 36 14. DEZEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln - Lindenburg.
(Direktor: Geh.-Rat Professor Dr. Tilmann.)

Unsere Erfahrungen mit der willkürlichen Formgebung nach Jüngling in der Röntgentherapie.

Von

Dr. F. BREUER.

Eines der wesentlichsten und bedeutungsvollsten Probleme der Röntgentherapie ist immer noch die exakte Dosierung, und zwar eine genaue Bestimmung der Dosis am Krankheitsherd. Das gilt besonders auch für die Tuberkulosebestrahlung, wo hinsichtlich einer genauen Herddosierung noch viel gesündigt wird. Solange man nicht imstande ist, mit einer hinreichenden Genauigkeit in jedem behandelten Falle an den Krankheitsherd eine genau bekannte Dosis heranzubringen, solange ist es überhaupt nicht möglich, ein endgültiges Urteil über die Brauchbarkeit der Röntgenbehandlung sowie über die bei den einzelnen Krankheiten zweckmäßige Strahlenmenge bzw. Bestrahlungsart zu fällen und die an verschiedenen Stellen gemachten Erfahrungen mit einander zu vergleichen.

Von den Schwierigkeiten, die sich im praktischen Therapiebetriebe einer genauen Herddosierung entgegenstellen, sollen hier nur die durch die Oberfläche und die Form des zu bestrahlenden Körperteiles gegebenen besprochen werden. Derartige Schwierigkeiten können auftreten sowohl, wenn es sich um ein exaktes Zielschießen nach einem in der Tiefe gelegenen Krankheitsherd handelt, als auch besonders dann, wenn die Aufgabe gestellt ist, einen oberflächlich gelegenen größeren Bezirk oder einen ganzen Körperteil z. B. ein Gelenk homogen zu durchstrahlen.

Für uns ist die Methode der Wahl, um diese Oberflächenschwierigkeiten besonders bei der Bestrahlung tuberkulöser Gelenke zu überwinden, die Ueberbauung der Oberfläche bzw. die Umbauung der Gelenke mit einem plastischen Material, dem Radioplastin, nach Jüngling. Sie ist nach ihrem Bekanntwerden unseres Wissens wenig nachgeprüft. Unsere Erfahrungen veranlassen uns, für diese Methode einzutreten. Ihr Sinn ist, ganz allgemein ausgedrückt, durch Auflagerung oder Umbauung mit entsprechendem Material dem Strahlenbündel eine einfache, senkrecht zur Strahlenrichtung stehende Einfallsebene zu schaffen und für den weiteren Verlauf der Strahlen dem Wasserphantom möglichst ähnliche Bedingungen. Endlich soll der Herd an eine für eine mehrseitige Bestrahlung im Verhältnis zur Oberfläche möglichst günstige Stelle verlagert werden. Jüngling ist nicht der erste, der auf die Möglichkeit einer willkürlichen Formgebung im weitesten Sinne hingewiesen hat. Er hat jedoch als erster eine fast für alle Fälle anwendbare Methode angegeben.

Zunächst soll das Prinzip der Umbaumethode an dem Beispiel der Gelenkbestrahlung von 2 und von 4 Seiten in aller Kürze erläutert werden. Im übrigen muß auf die eingehenden Veröffentlichungen von Jüngling hingewiesen werden, denen wir hier im wesentlichen folgen. Es sei die Aufgabe, ein Handgelenk homogen zu durchstrahlen. Eine Einseitenbestrahlung erscheint von vorneherein unzweckmäßig. Denn um eine nur einigermaßen ausreichende Homogenität zu erzielen, müßte man zu große Abstände wählen. Das Gegebene bei einem Gelenk von kleinem Durchmesser ist die Zweiseitenbestrahlung. Es soll ein flaches Gelenk z. B. mit 100% homogen durchstrahlt werden. Dann können wir die von beiden Seiten zu verabreichende Strahlendosis einmal so wählen, daß auf jede Oberfläche nicht mehr als 100% wirksam sind. Wir werden dann, da sich eine absolute Homogenität nicht erzielen läßt, im Zentrum des Gelenkes eine geringe Unterdosierung in Kauf nehmen müssen, deren Größe von der Dicke des Gelenkes abhängt. Die einfache Formel, die die zuwählende Oberflächendosis angibt, ist:

$$X = \frac{100 \times 100}{100 + A}$$

wobei A in Prozenten ausgedrückt diejenige Strahlenmenge ist, die an einer Oberfläche von dem auf die gegenüberliegende Seite auffallenden Strahlenbündel nach Durchstrahlung des Gelenkes noch vorhanden ist. A. hängt ab von der Wertigkeitskurve der Strahlung und der Dicke des Gelenks. Oder aber, wir nehmen eine Ueberdosierung der Haut in Kauf und wählen die Oberflächendosis so, daß im Zentrum gerade 100% wirksam werden, nach der Formel:

$$X = \frac{100 \times 100}{a}$$

wobei a die im Mittelpunkt vorhandene Strahlenmenge bei einer Oberflächenbelastung mit 100% ist. a ist natürlich ebenfalls abhängig von der Wertigkeitskurve der Strahlung und der Gelenkdicke. Die Ueberdosierung der Haut auf der einen und die Unterdosierung am Herd bezw. im Zentrum auf der anderen Seite, sind praktisch nicht groß. Man wird jedoch bei hohen Dosen lieber die erste, bei kleinen lieber die zweite Berechnungsart wählen.

Es ist ohne weiteres einzusehen, daß die Mängel der Homogenität bei der Zweiseitenbestrahlung um so mehr in Erscheinung treten müssen, je dicker der zu durchstrahlende Körper ist. Daher kommt für dickere Gelenke eigentlich nur die Vierseitenbestrahlung in Frage. Die Dosenberechnung läßt sich hier ebenso einfach Weise durchführen, wie bei der Zweiseitenbestrahlung. Es gibt bei der Vierseitenbestrahlung natürlich nur die Möglichkeit, die Oberflächendosis nach der gewollten zentralen Dosis zu berechnen. Damit ist schon vorauszusehen, daß wir eine gewisse Ueberdosierung in der Randzone in Kauf nehmen müssen. Die Berechnung geschieht nach der Formel: $X = \frac{100 \times 100}{b}$

wobei b die tatsächlich im Zentrum bei Bestrahlung von 4 Seiten mit 100% Oberflächendosis vorhandene Intensität ausdrückt, abhängig natürlich von der Wertigkeitskurve der Strahlung und der Dicke des Gelenks.

Theoretisch sind diese Berechnungen richtig, praktisch, wie Jüngling richtig betont, falsch. Denn man berücksichtigt nicht, daß hier Werte, die durch Messungen des Strahlenganges durch ganz bestimmte homogene Körper von bestimmter räumlicher Form, durch Phantommessungen, gewonnen sind, auf einen völlig unregelmäßigen, inhomogenen Körper übertragen werden. Es ist ohne weiteres einzusehen, daß durch die Unregelmäßigkeit der Oberfläche des zu bestrahlenden Körpers, durch das ungleichzeitige Auftreffen der verschiedenen Anteile des Strahlenbündels auf die Oberfläche, Dinge, die vollkommen unberechenbar sind, Fehler entstehen müssen, die von vornherein unsere berechnete Dosierung hinfällig machen. Die Inhomogenität des Körpergewebes kann bei harter Strahlung praktisch vernachlässigt werden. Die unregelmäßige Form müssen wir durch Umbauung mit einem hinsichtlich der Strahlendurchlässigkeit und -Streuung dem Körpergewebe adaequaten Material in eine einfache genau festgelegte Form umwandeln.

Jüngling verfährt dabei so — ich übergehe absichtlich die historische Entwicklung der Methode — daß er die Gelenke mit länglichen Aluminiumkästen (1 mm Al.) umgibt, die an zwei Seiten offen sind und mit einem aufklappbaren Deckel versehene Hülsen darstellen. Es gibt drei Typen von Kästen; auf dem Durchmesser quadratische für das Kniegelenk, rechteckige für das Handgelenk und besondere, an zwei aneinanderstoßenden Seiten offene für Fuß- und Ellbogengelenk. Die beiden letzten Typen werden nach dem Prinzip der Zweiseitenstrahlung, die quadratischen nach dem der Vierseitenstrahlung durchstrahlt. Der Raum zwischen Gelenk und Kasteninnenwand wird ausgefüllt mit Radioplastin, einem bei 45 bis 50 Grad plastischwerdenden braunen, harzartigen, in dünnen Platten gelieferten Stoff. Dieses Material soll nach Jüngling dieselben Absorptions- und Streuverhältnisse haben wie Wasser. Wir haben bei Vergleichsmessungen an einem Radioplastin- und Wasserphantom von ähnlicher Gestalt gefunden, daß z. B. bei einer Strahlung (gleiche Feldgröße, gleicher Abstand) in Wasser 16%, in Radioplastin 17% Tiefenintensität gemessen wurde. Praktisch ist diese Fehlerquelle belanglos. Das Radioplastin wird durch eine Firma Hochwahr in Karlsruhe hergestellt und ist auch durch Reiniger-Siemens-Veifa zu beziehen. Die Aluminiumkapseln werden durch die Veifa-Werke hergestellt.

Nur kurz sei die Technik eines solchen Umbaues geschildert, wie wir sie Jüngling im wesentlichen folgend, anwenden, auf dessen Arbeiten wegen weiterer Einzelheiten verwiesen wird.

Die harten Radioplastinplatten werden zerkleinert, in ein mit Paraff. liquid. gut getränktes Tuch eingeschlagen und im Wasserbad auf etwa 60 Grad erhitzt. (45 Grad genügen nach unserer Erfahrung kaum, um das Radioplastin rasch weich werden zu lassen, höhere Temperaturen als 60 Grad sind schädlich.) Das zu behandelnde Gelenk wird mit einer in Paraff. liquid getauchten Mullbinde umgeben, über die man dann zum Ueberfluß auch noch Borsalbe streichen kann. Das erweichte Radioplastin — richtig ist eine an Knetgummi erinnernde Konsistenz — wird in zwei Portionen geteilt. Die erste Portion wird auf den Boden des mit Paraff. liquid. gut eingeölten Umbaukastens gelegt und das Gelenk nach Oeffnung des Deckels in diesen hineingebracht und in die Radioplastinunterlage eingedrückt, bis die Masse an den Seiten so weit hochsteigt, daß die Hälfte des Gelenks etwa umschlossen wird. Dann wird Gelenk und untere Hälfte der Füllung mit einem paraffingetränkten Stück Tuch bedeckt, das so groß gewählt werden muß, daß es an den offenen Seiten des Kastens herausragt und die zweite Portion Radioplastin auf das Gelenk gelegt. Der Deckel des Kastens wird geschlossen. Sind die Portionen richtig gewählt, so ist jetzt der ganze Raum zwischen Gelenk und Kastenwand ausgefüllt. Das Herausquillen der plastischen Masse neben den Gliedmaßen an den offenen Seiten des Kastens wird durch entsprechend zugeschnittene und mit einer Binde anbandagierte mit Paraffin bestrichene Pappstücke verhindert. Durch den so fertigen Umbau wird sofort bestrahlt. Wir verwenden dabei gewöhnlich einen 23 cm Tubus von einer Feldgröße 6×8, wodurch das Einstellen wesentlich erleichtert wird. Handelt es sich um einen stationären Patienten, so lassen wir den Umbau bis zum Erkalten und Erstarren liegen, was nach unseren Erfahrungen je nach der Außentemperatur meist einige Stunden dauert, dann öffnen wir den Deckel, heben an dem zwischengelegten Tuch den oberen Füllungsteil ab, dann das Gelenk heraus und entfernen endlich auch die untere Füllungshälfte aus dem Kasten. So erhalten wir einen festen Radioplastinabguß, des Gelenkes, dessen äußere Begrenzung dem Kasten entspricht.

Wir heben diese Umbauten auf und verwenden sie bei der nächsten Bestrahlung wieder, falls sich die Form des Gelenkes inzwischen nicht verändert hat. Meistens können wir einen Umbau zweimal gebrauchen. Wir haben unseren Patienten entsprechend eine kleine Umbausammlung. Von jedem der drei Kastentypen, wie Jüngling sie angegeben hat, gibt es verschiedene Größen. Die zu verwendenden Oberflächendosen richten sich selbstverständlich, wie oben gezeigt wurde, bei den Kästen für Zweiseitenbestrahlung nach dem Durchmesser, bei den übrigen nach der Kantenlänge. Hat man für die verschiedenen Durchmesser und Kantenlängen die in Frage kommen, die für eine Durchstrahlung mit 100% notwendige Oberflächendosis bestimmt, so kann man für jede andere Querschnittdosis die erforderliche Oberflächendosis durch Division gewinnen. Es empfiehlt sich, für die verschiedenen Umbaugrößen und Querschnittsdosen die Oberflächendosen in Tabellen einzutragen, wie das Jüngling getan hat. Man kann aber auch die von Jüngling veröffentlichten Tabellen, die für eine Strahlung mit 20% Tiefendosis gelten, ohne weiteres für eine Strahlung mit etwas geringerer Tiefendosis verwenden, da der dabei auftretende Fehler, wie man durch Nachrechnen einfach feststellen kann, bei niedrigen Dosen ganz unbedeutend ist, meist kaum 5% beträgt, also bei einer zwanzigprozentigen Dosis gerade 1%.

Wie tatsächlich sich die Strahlenverteilung in einem Umbau bzw. in einem innerhalb eines Umbaues bestrahlten Gelenk rechnerisch darstellt, zeigen Abbildung 1 und 2 (es handelt sich um eine Strahlung von 17% Tiefenintensität).

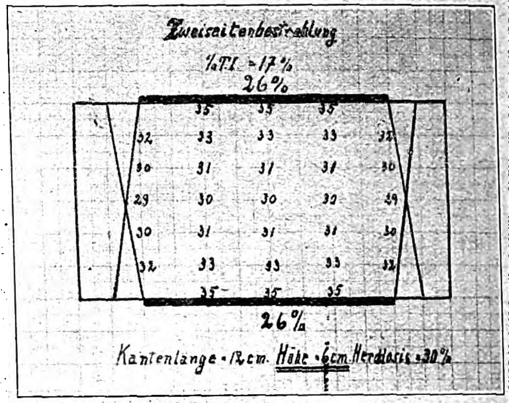


Abbildung 1.

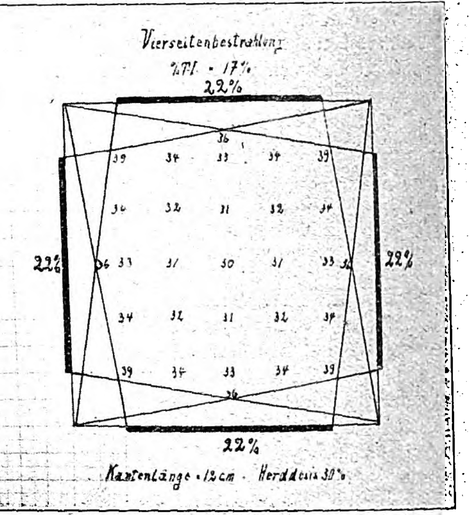


Abbildung 2.

Ueber die Ursache der geringen Inhomogenität wurde schon berichtet. Tatsächlich ist diese geringer als es an Hand der Berechnung erscheint, das konnte Jüngling durch Messungen mit Bohnenkeimlingen beweisen. Immerhin erscheint uns die Ueberdosierung am Rande bei der Vierseitenbestrahlung doch so groß, daß wir es für gewagt halten, ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen eine zentrale Dosis von 100% zu erreichen. Der wesentliche Vorteil der Umbaumethode bei der Gelenkbestrahlung ist in theoretischer Hinsicht, daß wir tatsächlich mit weitgehender Genauigkeit eine gewollte Dosis auf dem Querschnitt eines Gelenkes homogen zur Wirkung bringen. Der mindestens ebenso große praktische Vorteil ist der, daß durch diese Methode eine weitgehende Schematisierung der Gelenkbestrahlung ermöglicht wird, ohne daß dadurch die Genauigkeit im geringsten leidet. Wir stellen unser ganzes Dosieren auf wenig feste Formen ein; die individuellen Schwankungen der Dicke und Oberfläche fallen vollständig aus. Das ist gerade für den praktischen Betrieb außerordentlich wesentlich: eine möglichst einfache, schematisierte Dosierungstechnik. Dieser Vorteil der Umbaumethode kann nicht genug betont werden. Dazu ist sie, wenn man sich eingearbeitet hat, namentlich, wenn ein Laboratorium und ein Gehilfe zur Verfügung stehen, sehr leicht durchführbar.

Wir haben im Laufe der letzten zwei Jahre mit dieser Umbaumethode nach Jüngling bei etwa 30 Kranken, meist tuberkulösen Gelenkbestrahlungen durchgeführt, anfangs mit den von Jüngling zuerst angegebenen Bolusumbauten, später mit Radioplastinumbauung, im ganzen etwa 110 Bestrahlungen.

Ich vermeide es absichtlich, weitere Zahlen oder Krankengeschichten zu bringen. Die Zahlen besagen bei der kurzen Zeit, in der wir die Bestrahlung anwandten, ebensowenig wie die einzelne Krankengeschichte. Eine Statistik über eine Tuberkulosebehandlungsmethode hat überhaupt nur dann Wert, wenn wir über sehr viele Fälle und eine jahrelange Beobachtung verfügen. Wir haben unter unserem Material bereits eine Reihe von Fällen, bei denen wir einen sehr günstigen Erfolg in verhältnismäßig kurzer Zeit erzielten und eine, vorsichtig ausgedrückt, vollkommen klinische Heilung erreichten, das sowohl beim Fußgelenk, als auch beim Kniegelenk, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen. Letzteres ist besonders bemerkenswert, da die über den Hydrops hinausgehende Kniegelenkstuberkulose bei Erwachsenen im allgemeinen ein recht ungünstiges Objekt für die Strahlenbehandlung ist. Der Vollständigkeit halber soll noch erwähnt werden, daß auch bei Arthritiden Gelenkbestrahlungen in der erwähnten Weise mit recht gutem Erfolge angewandt wurden, namentlich, was die subjektiven Beschwerden angeht. Wir geben hier eine Querschnittsdosis von nur 10% mehrmals in kürzeren Abständen, während wir bei Tuberkulösen im allgemeinen so verfahren, daß wir in vierwöchigen Abständen dreimal je 30%, weiterhin 20% Querschnittsdosis geben, um schließlich auf 10% abzufallen. Im übrigen verfahren wir nach dem wohl meist anerkannten Grundsatz: Je flagranter der Prozeß, desto kleiner die Dosis.

Es ist nun noch die Verwendung des Radioplastins an anderen Stellen des Körpers zur Ueberwindung schwieriger Oberflächenverhältnisse zu schildern. Als Beispiel soll ein Fall dienen, bei dem es sich um die Durchstrahlung eines oberflächlichen, am Hals gelegenen malignen Tumors handelt. An einen solchen Tumor eine hinreichende homogene Dosis heranzubringen, ist sehr schwierig. Wir pflegen dabei folgendes Verfahren anzuwenden, das zwar etwas zeitraubend ist, die Einstellung jedoch wesentlich erleichtert und eine exakte Uebertragung des Bestrahlungsplanes auf das menschliche Objekt gestattet. Namentlich bei Unterstützung durch einen geschickten Gehilfen ist auch dieses Verfahren gut auszuführen. Wir gehen hier so vor, daß wir an Hand des Holfelderschen Atlasses einen Organquerschnitt, der zu bestrahlenden Region auf eine Glasplatte aufzeichnen, einen Bestrahlungsplan mit dem Holfelderschen Felderwähler anfertigen und auf die Glasplatte übertragen (Abbildung 3). Das Verhältnis der Einfallsfelder zur Hautoberfläche, das wir durch den später herzustellenden Umbau in der Hand haben, vernachlässigen wir zunächst vollständig. Wir wählen die Einfallsfelder zunächst etwas von der Haut entfernt (s. Abbildung 3). Dann nehmen wir einen Gipsabdruck von dem betreffenden Körperteil, mit dessen Hilfe dann später ein Modell hergestellt wird (Abbildung 4). Haben wir dieses und den Bestrahlungsplan fertig, so umbauen wir das Gipsmodell mit Radioplastin in folgender Weise: Wir markieren uns auf der Glasplatte und am Gipsmodell die sagittale und Frontalebene (s. Abbildung) und stellen das Gipsmodell so auf die Glasplatte mit dem Bestrahlungsplan, daß die Markierungen sich decken. Dann nimmt man einen entsprechend breiten und langen Blechstreifen, den man sich sehr leicht beschaffen kann, und legt ihn so gebogen (Abbildung 5) um das Gipsmodell, daß die Hauptflächen mit den Einfallsfeldern auf dem Plan sich decken (die punktierte Linie auf Abbildung 3 gibt die Lage des Blechstreifens und die Begrenzung des späteren Umbaues wieder). Handelt es sich um einen zirkulären Umbau, wie bei diesem Beispiel, so muß man noch an zwei Seiten paraffinierte, entsprechend zugeschnittene Pappstückchen einlegen, um dadurch den Umbau in zwei Teile zu zerlegen, falls man ihn nicht, wie wir das tun, einfach an zwei Stellen mit einem Meißelschlag durchschlägt. Die Form zwischen Blechstreifen und Modell füllt man

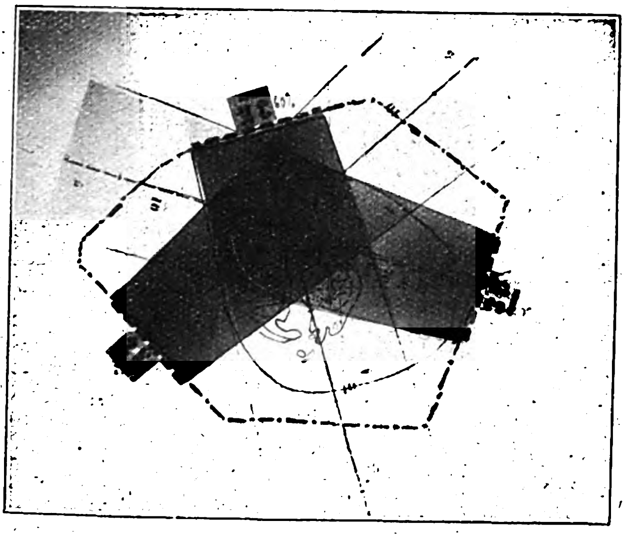


Abbildung 3.

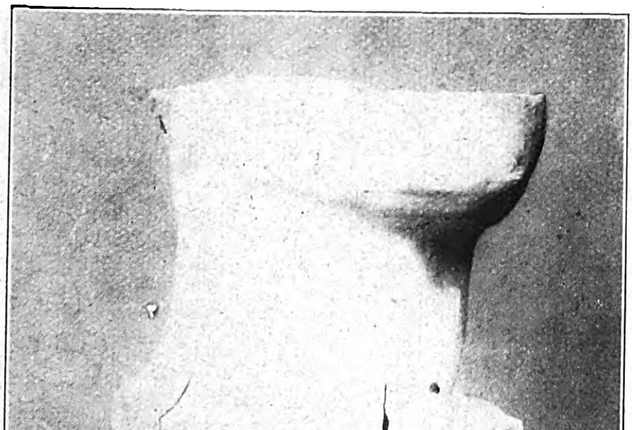


Abbildung 4.

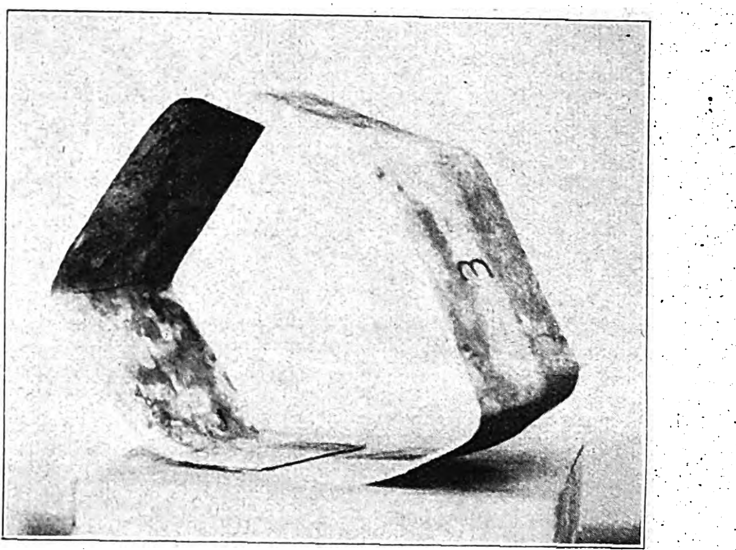


Abbildung 5.

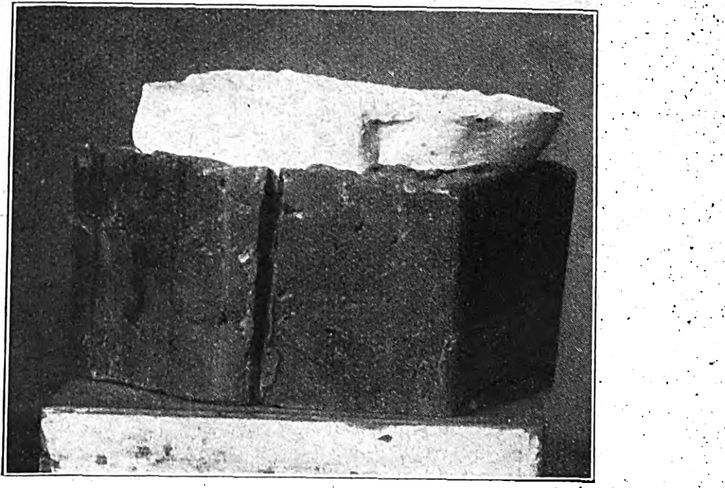


Abbildung 6.

mit Radioplastin. Nach Erkalten nimmt man den Blechstreifen ab, entfernt den Radioplastinumbau in der eben beschriebenen Weise vom Gipsmodell und legt ihn so dem Patienten an. Die Lage der Felder liegt nun fest und man braucht nur senkrecht dazu in den gewünschten Abstand einzustellen. (Abbildung 6 zeigt den Umbau, dem Gipsmodell anliegend.)

Außerdem haben wir in derselben Weise den Umbau auch auf Gipsmodelle von anderen Körperteilen aufmontiert, so einen einseitigen Umbau auf ein Modell einer Kopfseite bei Gesichtstumoren. Je nach dem Körperteil ist natürlich die technische Durchführung mehr oder weniger schwierig und im einzelnen etwas anders. Im Prinzip verfahren wir jedoch immer in gleicher Weise. Die Art der Methode bringt es mit sich, daß bei der gänzlich verschiedenen Lage der einzelnen Fälle, im einzelnen die Durchführung dem technischen Geschick des Therapeuten überlassen werden muß.

Was die Literatur angeht, so sind folgende Daten bemerkenswert: Pohle versuchte eine für die Bestrahlung günstige Ueberschicht durch Ueberlagerung mit wassergefüllten Gummisäcken zu gewinnen. Hohlfelder wandte am Hals eine Paraffinkrawatte an. Auch sonst wurde Paraffin zu Ueberlagerungszwecken benutzt (Virheller und Fürst u. a.). Allbekannt sind die Versuche, unregelmäßige Oberflächen durch feuchten Zellstoff zu beheben. Nadaud verwendet eine hinsichtlich ihrer Strahlenabsorption einwandfreie Mastixmasse. Modelle von den zu bestrahlenden Körperstellen werden von vielen hergestellt. So fertigen Morlet & Casman ein Paraffinmodell, um daran durch exakte Messungen einen genauen Bestrahlungsplan herzustellen. Braun benutzt bei Mammatumoren ein Gipsmodell, um einerseits einen Umbau anzufertigen, anderseits nach Durchsägen des Modells samt Umbau ebenfalls einen Bestrahlungsplan anzufertigen; also etwa das umgekehrte Verfahren, wie wir es anwenden. Für Gelenkbestrahlungen benutzte Rahm Wasserkästen, in die er die Gelenke lagerte; die Methode ermöglicht die Zweiseitenbestrahlung und ist nicht so allgemein anwendbar, wie die Jünglings.

Literatur.

1. Braun: 3. Tagung d. deutschen Röntgenologen u. Radiologen i. d. tschechoslowak. Republik 1924. Ref. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen 1925, S. 295.
2. Holfelder: Strahlenther. 1922, Bd. 13, S. 33.
3. Jüngling: Münch. Med. Wochenschr. 1920, Nr. 41.
4. Jüngling: Strahlentherapie 1923, Bd. 14, S. 761.
5. Jüngling: Ibidem, S. 800.
6. Jüngling und Rudolf: Strahlentherapie 1923, Bd. 14, S. 807.
7. Morlet und Casman: Arch. d. Electr. médic. 1924, 504.
8. Nadaud: Arch. d. Electr. médic. 1924, 504.
9. Pohle: Strahlentherapie 1923, Bd. 14, S. 118.
10. Rahm: Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 16.

Die Uebertragung der Tuberkulose durch Haustiere.

Von

LYDIA RABINOWITSCH-KEMPNER, Berlin.

Die eingehenden Untersuchungen der letzten 25 Jahre haben in allen Ländern den Beweis erbracht, daß die Tiertuberkulose in naher Beziehung zur Tuberkulose des Menschen steht. Bereits in seinem klassischen Werk über die Aetiologie der Tuberkulose hat Koch 1882 darauf hingewiesen, daß ihm kein warmblütiges Tier bekannt ist, das gegen die Infektion mit dem Tuberkulosevirus ganz unempfänglich wäre. Auch hebt Koch in dem gleichen Werke hervor, daß das Studium der Erscheinungen, unter denen die Tuberkulose bei den verschiedenen Tierarten verläuft, die merkwürdige Tatsache gezeigt hat, daß die Tuberkulose sich fast bei jeder Tierspezies anders verhält. Heute wissen wir, daß die Mannigfaltigkeit der klinischen und anatomisch-pathologischen Veränderungen nicht nur bei verschiedenen Tierspezies zum Ausdruck kommt, sondern auch bei Individuen derselben Spezies kann der Verlauf der Tuberkulose ein sehr mannigfaltiges Bild darstellen. Von der menschlichen Tuberkulose pflegen namhafte Phthisiotherapeuten zu äußern, daß jeder Fall von Tuberkulose ein Fall für sich ist. Eine Zeitlang war man geneigt (besonders die französische Schule) anzunehmen, daß die verschiedene Virulenz des infizierenden Stammes die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen hervorruft, jetzt erblickt man neben der Virulenz des Stammes in der Konstitution, Disposition und Immunisation des befallenen Individuums und des befallenen Organs gleichfalls ausschlaggebende Momente.

Wenn sich auch bereits in der älteren Tuberkulose-Literatur zahlreiche Angaben über Uebertragung der Tuberkulose vom Tier auf den Menschen fanden, so haben doch erst die von Th. Smith und R. Koch angeregten zahlreichen Arbeiten Klarheit über die wechselseitigen Beziehungen der Menschen- und Tiertuberkulose erbracht.

Die Tuberkulose ist die mit am stärksten verbreitete Infektionskrankheit. Etwa ein Zehntel sämtlicher Todesfälle werden bei uns in Deutschland durch sie verursacht. (So verzeichnen die Jahre 1920 bis 1923 3 501 561 Todesfälle in Deutschland, davon 356 472 an Tuberkulose). Jede 5 Minuten stirbt in Deutschland ein Mensch an Tuberkulose. Wenn die Lungentuberkulose auch die größten Opfer fordert (unter der oben erwähnten Zahl befanden sich 301 908 Fälle von Lungentuberkulose, 54 564 anderweitige tuberkulöse Erkrankungen), so ist die Zahl der Todesfälle an anderen tuberkulösen Erkrankungen immer noch so erheblich, daß sie ernsthafte Berücksichtigung beansprucht. Auch ist nicht zu vergessen, daß es nicht nur auf die Mortalität, sondern auch auf die Morbidität ankommt und gerade sie ist bei der Tuberkulose anderer Organe, zumal bei Kindern, eine recht hohe.

Die bereits erwähnten, von Th. Smith und Robert Koch angeregten Untersuchungen haben ergeben, daß es zwei verschiedene Typen des Tuberkulosebazillus gibt, und zwar den Typus humanus und Typus bovinus. Beide unterscheiden sich voneinander durch ihr Wachstum und durch ihre pathogenen Eigenschaften. Beide sind pathogen für Meerschweinchen, doch ist nur der Typus bov. in kleinen Mengen injiziert auch für Kaninchen und Rinder pathogen. Außer dem Typus humanus und Typus bovinus ist es noch der Typus avium, der Erreger der Vogeltuberkulose, der zuweilen beim Menschen vorkommt. Die zahlreich in allen Ländern ausgeführten Untersuchungen haben gezeigt, daß die Lungenschwindsucht — soweit es sich durch die uns zur Verfügung stehenden Kriterien nachweisen läßt — meist durch den Typus humanus hervorgerufen wird, während bei der Tuberkulose der Drüsen, Knochen (Mitchell gibt für Edinburgh bis 90% an), bei der Abdominaltuberkulose, Miliartuberkulose und Lupus sehr häufig der Typus bovin. vorkommt.

Ferner wurde gefunden (Fraser), daß, je kleiner Kinder sind, desto häufiger ihre Tuberkulose-Infektion auf den Typus bovinus zurückgeführt werden kann. Die Häufigkeit der Infektion durch den bovinen Typus schwankt auch nach den Gegenden, sie ist besonders häufig in England, speziell in Schottland.

Wie aus der Literatur zu ersehen ist, sind von 1509 Tuberkulosefällen bei Kindern (unter 16 Jahren) 596 = 26% durch den Typus bov., von 1436 Tuberkulosefällen bei Erwachsenen nur 81 = 6% durch den Typus bovinus hervorgerufen.

Wo und wann findet der Mensch Gelegenheit sich mit bovinen Tuberkelbazillen zu infizieren?

Bei der Beantwortung dieser Frage haben wir vor allem an die Haustiere zu denken, das heißt, an die dem Menschen nützlichen und wirtschaftlich verwendbaren Tiere, die einer zielbewußten Züchtung durch den Menschen unterworfen werden.

Unter diesen Tieren nehmen die Rinder die erste Stelle ein; es folgen dann Pferd, Schaf, Ziege, Esel, Kaninchen, Hund, Katze und die verschiedenen Vögel (Hühner, Tauben, Enten, Gänse, Papageien usw.). Wie verhalten sich nun diese Tierspezies gegenüber der Tuberkulose? Vom Esel, Schaf und Ziege wurde eine Zeitlang angenommen, daß sie der Tuberkulose-Infektion gegenüber refraktär sind. Auch vom Pferd nahmen es manche Autoren an. Allein der bereits oben zitierte Satz von R. Koch, es gibt kein warmblütiges Tier, das von der Tuberkulose verschont bleiben könnte, wenn sich die Gelegenheit zur Infektion bietet, bleibt zu Recht bestehen.

Beifolgende Zusammenstellung zeigt am besten den Stand der Tuberkulose-Verbreitung in Deutschland unter den Rindern, Kälbern, Schweinen und Schafen.

	Rinder	Kälber	Schweine	Schafe
1913	247,51	4,37	25,37	1,45
1914	234,08	4,38	22,72	1,20
1915	181,57	3,37	21,24	1,33
1916	190,42	4,25	21,73	1,89
1917	178,10	3,77	18,63	1,98
1918	150,15	4,18	15,76	2,19
1919	169,38	5,87	20,93	2,27

	Rinder	Kälber	Schweine	Schafe
1920	178,65	4,38	20,61	1,69
1921	184,48	3,12	19,97	1,30
1922	183,18	3,20	21,38	1,40
1923	195,87	3,24	20,57	1,84
1924	195,90	3,13	20,17	1,54

Kurz zu erwähnen ist hier, daß bei den nahen Beziehungen des Menschen, zumal des Wartepersonals, der Abdecker, Fleischer und Tierärzte zu den Tieren eine direkte Infektion leicht möglich und auch bekannt ist. Es sind eine ganze Reihe von tuberkulösen Hauterkrankungen beschrieben, die bei Hautverletzungen während der Zerlegung tuberkulöser Organe zustande kamen. In einer Anzahl dieser Fälle sind beim Menschen auch Tuberkelbazillen des Typus bovinus nachgewiesen worden. Bei anderen, in denen der isolierte Stamm vom Typus des humanen war, halte ich es nicht für ausgeschlossen, daß beim Aufenthalt im menschlichen Körper die biologischen Eigenschaften des Stammes Veränderungen erlitten haben. Ich verweise hier auf meine diesbezügliche gemeinsame Arbeit mit Dammann.

Wichtiger aber als die soeben erwähnte Infektionsgefahr für den Menschen ist doch die Tatsache, daß die Rinder uns mit die beiden wichtigsten Nahrungsmittel, Fleisch und Milch, liefern.

Die Infektionsgefahr durch den Genuß tuberkulösen Fleisches ist nicht groß, weil das Fleisch von tuberkulösen Tieren häufig vom Mitbefallensein verschont bleibt. Bei der Fleischbeschau wird außerdem tuberkulöses Fleisch beanstandet. Auch wird ja das Fleisch meist erst nach starker Erhitzung genossen.

Um so größer ist aber, zumal für die Kinder, die Infektionsgefahr durch den Genuß von Milch. Die Untersuchungen der Marktmilch in den verschiedensten Städten haben ergeben, daß sie meist in einem höheren oder niedrigeren Prozentsatz mit Tuberkelbazillen infiziert ist. Die Berliner Marktmilch enthält z. B. in 14 bis 30% der Proben lebende virulente Tuberkelbazillen. Ferner ergab sich, daß in den meisten Fällen die Tuberkelbazillen zum Typus bovinus gehörten, also vom Rind stammten. Ab und zu konnten aber auch Tuberkelbazillen vom Typus humanus nachgewiesen werden. So fand Alfred Hess solche gelegentlich in der New Yorker Milch, und ich habe sie aus der Berliner Marktmilch in früheren Jahren und auch neuerdings isoliert. Hält man an der scharfen Typentrennung fest, so muß angenommen werden, daß diese Keime vom Menschen stammten und daß sie durch unsaubere Manipulationen sekundär die Milch verunreinigt haben. In der Regel ist aber die Tuberkulose-Infektion der Marktmilch auf die Milch liefernden Kühe zurückzuführen. Vor allem sind es Tiere, deren Euter von Tuberkulose befallen ist; sie liefern meist infizierte Milch. In 1 ccm Milch von einer an Eutertuberkulose kranken Kuh kommen nicht selten 100 000 ja bis 1 Million Tuberkelbazillen vor. Gelangt also eine solche Milchprobe mit in die Sammelmolkerei, so infiziert sie selbstverständlich die ganze Mischmilch. Aber nicht nur an Eutertuberkulose erkrankte Kühe scheiden mit der Milch Tuberkelbazillen aus. Die Eutertuberkulose ist in ihrem ersten Stadium häufig genug auch schwer zu diagnostizieren. Kleinste mikroskopisch nur feststellbare Veränderungen genügen, um eine starke Infektion der Milch hervorzurufen. Auch beim völligen Freisein des Euters von Tuberkulose findet man bei klinisch tuberkulösen Kühen Tuberkelbazillen in der Milch. Und selbst die Milch von Tieren, die keine klinischen Erscheinungen der Tuberkulose zeigen, sondern nur auf Tuberkulin reagieren, kann lebende virulente Tuberkelbazillen enthalten. Meine gemeinsam mit Kempner ausgeführten Untersuchungen, sowie die von Mohler, Adami, Moussu, Gehrmann und Evans, Ravenel u. a. haben es bewiesen.

Ist die Milch einmal infiziert, so gehen die Tuberkelbazillen auch in die Molkereiprodukte über. Eine große Reihe von Untersuchungen über diese Frage liegt von mir und zahlreichen anderen Autoren vor. Auch können die Keime in diesen Lebensmitteln lange lebensfähig bleiben (bis 120 Tage z. B. im Käse).

Meine langjährigen Erfahrungen haben mir leider gezeigt, daß auch die als pasteurisiert, angeblich von Keimen befreite, in den Handel kommende Milch häufig nicht einwandfrei ist. Auch habe ich häufig gefunden, daß die angewandten Pasteurisierungsverfahren beim Ausprobieren unter steter Kontrolle des Sachkundigen befriedigende Resultate ergaben, jedoch versagten, sobald sie in großen Betrieben angewandt wurden. Nur beim Kochen werden Tuberkelbazillen abgetötet. Aber auch beim Kochen muß auf Fehlerquellen geachtet werden. Eine derselben ist die Schaumbildung. Wie Th. Smith gezeigt hat, sind die Keime in dem sich bildenden Schaum und Haut längere Zeit lebensfähig. Ueber die zur Abtötung erforderliche Zeit der Erhitzung liegen zahlreiche Arbeiten vor. Selbst hier sind die Resultate nicht übereinstimmend, was sich leicht durch die Infektionsstärke der Milch und die verschiedene Widerstandskraft der einzelnen Stämme erklären läßt. Als Zeitdauer wird einfaches Kochen bis zur Dauer von einer Stunde angegeben.

Erfreulicherweise ruft nicht jeder Tuberkelbazillus, der mit der Nahrung aufgenommen wird, eine Tuberkulose hervor. So schätzt Ostermann selbst bei wiederholter Aufnahme die nicht krankmachende Menge von Rindertuberkelbazillen für den Menschen auf 1000 in 1 ccm. Auch hier wird aber nicht nur die Aufnahme des Erregers die Erkrankung bedingen, sondern es sprechen noch andere bereits oben erwähnte Faktoren mit.

Bereits Mitte der '90er Jahre hat Siedamazotzky in Deutschland nachgewiesen, daß 1,22% der zur Schlachtung gelangenden Schweine tuberkulös ist. Der Prozentsatz war in anderen Ländern noch höher und schien im direkten Verhältnis zur Milchfütterung der Schweine zu stehen. In Ländern wie Dänemark, wo nur pasteurisierte Milch zur Aufzucht der Tiere gebraucht wird, ist die Tuberkulose der Schweine fast verschwunden. Interessant ist es, daß bei Schweinen die tuberkulöse Erkrankung durch alle 3 Typen Tuberkelbazillen hervorgerufen wird, wohl entsprechend den Infektionsmöglichkeiten. Es sei hier nur die englische Arbeit von A. Eastwood und F. Griffith erwähnt. Bei der Untersuchung von 100 tuberkulösen Schweinen haben diese Autoren 78 Stämme herausgezüchtet. Von diesen waren 26 Vogeltuberkulose, 47 bovine, 1 human, 1 eine Mischung (mixture) avium und bovine, 1 eine Mischung von bovinen und humanen und 2 Stämme waren atypisch.

Auch die Pferde erkranken häufiger an Tuberkulose, als eine zeitlang angenommen wurde. So hat M'Fadyean angegeben, daß England nicht selten zu sein. So hat M'Fadyean angegeben, daß er jährlich 12—20 Fälle zu untersuchen Gelegenheit hatte. Die Erkrankung war in den meisten Fällen durch den Typus bovinus, in einzelnen durch den Typus avium hervorgerufen.

Ueber die Schaftuberkulose finden wir in der Literatur immer wieder einzelne Fälle angeführt. A. Stanley Griffith berichtete letzthin über 2 Fälle, die beide durch mehr oder weniger typische Vogeltuberkulosestämme hervorgerufen waren.

Die Erkrankung von Hunden und Katzen an Tuberkulose ist eine längst bekannte Tatsache. Ich will hier nur kurz über meine eigenen Untersuchungen auf diesem Gebiet berichten. Vom September 1920 bis April 1921 erhielt ich von Jost von der Berliner Fleischvernichtungsanstalt Organe von 31 tuberkuloseverdächtigen Hunden und 6 Katzen. Außerdem habe ich noch 20 normale Mesenterial- und Bronchialdrüsen von Hunden untersucht, um festzustellen, ob auch diese Träger von Tuberkelbazillen sind. Diese erwiesen sich sowohl durch die mikroskopische Untersuschung wie durch Züchtung — in einer Anzahl von Fällen auch durch den Tierversuch — als frei von Tuberkelbazillen.

Die erhaltenen Hundeorgane waren in 24 Fällen mehr oder weniger verdächtige Mesenterialdrüsen, in 2 der Fälle waren auch die Bronchialdrüsen suspekt. Viermal waren es Bronchialdrüsen allein, zweimal Lunge und einmal Milz.

Bei 6 Katzen waren viermal die Mesenterialdrüsen befallen, davon waren sie zweimal schon verkalkt, je einmal Lunge und Nebenniere.

Unter den 19 von mir aus den tuberkulösen Hundeorganen gezüchteten Stämmen waren 16 humane, 1 boviner und 2 atypische. Beide Träger der atypischen Stämme gehörten zu den ältesten Tieren, die ich zur Untersuchung erhielt (Terrier, einer war 5—6, der andere ca. 12 Jahre alt).

Von den 6 Katzen, die ich zur Untersuchung erhielt, waren 3 mit humanen und 2 mit bovinen Tuberkelbazillen infiziert. Bei der sechsten konnte ich keine Tuberkulose feststellen.

Meine diesbezüglichen Untersuchungen haben ferner ergeben, daß die Tuberkuloseinfektion der Hunde und der Katzen speziell beim Material der Berliner Fleischvernichtungsanstalt seit 1914 bedeutend zugenommen hat (bei den Hunden von 1,6 auf 2,4, bei den Katzen von 11 auf 14,7%).

Tietze und Weidanz haben 1908 festgestellt, daß „Hunde gegenüber der Infektion mit Tuberkelbazillen eine erhebliche Widerstandskraft zeigen, gleichgültig, welchen Infektionsmodus und welchen Bazillentypus man wählt." Mit großen Bazillenmengen gelang es jedoch diesen Autoren, Hunde sowohl mit den Bazillen des Typus humanus wie mit Bazillen des Typus bovinus auf die verschiedenste Weise zu infizieren. Beide Typen waren in gleichem Maße pathogen.

Da die Hunde also keine besonders große Empfänglichkeit für Tuberkuloseinfektion zeigen, müssen die von mir festgestellten positiven Tuberkulosebefunde noch viel höher bewertet werden, weil sie beweisen, daß die Infektionsmöglichkeiten reichlich vorhanden waren.

In den Kriegsjahren, die meinen Untersuchungen vorhergingen, wurden in Berlin eine große Anzahl Hunde abgeschlachtet. Das von mir untersuchte Material bestand daher fast nur aus jungen Tieren. Die meisten unserer Tiere haben deshalb keine allgemeine Tuberkulose gezeigt, sondern nur lokale Herde. Da die tuberkulöse Erkrankung bei Hunden sehr langsam verläuft, ist anzunehmen, daß der Prozentsatz ein viel höherer gewesen wäre, wenn das Material von älteren Tieren gestammt hätte.

Wie meine Untersuchungen weiterhin ergaben, gehörten die tuberkulösen Hunde fast sämtlich den Rassen an, die die beliebtesten Genossen des Menschen sind (Terrier, Teckel, Pinscher usw.).

Die Reihe der Haustiere kann nicht geschlossen werden, ohne auf die Tuberkulose der Vögel einzugehen. Unter den in Gefangenschaft lebenden Vögeln ist die Tuberkulose eine weit verbreitete Krankheit; sie, die fast ganze Bestände vernichtet, kann enorme Verluste verursachen.

In einer eingehenden Arbeit über die Tuberkulose des Hausgeflügels gibt Eber 1924 an, daß er im Laufe seiner 24jährigen Untersuchungs- und Forschertätigkeit 4988 Hühner seziert und 6,9% davon tuberkulös befunden hat. Der von Eber gefundene Prozentsatz deckt sich ziemlich mit den neueren amerikanischen Statistiken. Auf Grund einer Untersuchung von etwa 76 000 Hühnerzuchten in 40 Staaten von Amerika wurden rund 4690 (6,2%) als mit Tuberkulose infiziert festgestellt.

Eine Untersuchungsreihe, die ich vor Jahren gemeinsam mit Max Koch an dem großen Material des Berliner Zoologischen Gartens ausgeführt habe, lehrte mich, daß die Tuberkulose nicht nur Hühner, sondern sämtliche in Gefangenschaft lebende Vögel bei gegebener Infektionsgelegenheit befällt. Unter 459 von uns sezierten Vögeln fanden sich bei 118 gleich 25,7% tuberkulöse Veränderungen. Das Hauptkontingent tuberkulöser Erkrankungen stellten die Hühnervögel, denen sich prozentualiter die Raubvögel, Sumpfvögel, Entenvögel, Tauben- und Sperlingsvögel anreihten.

In der Hauptsache ist die Vogeltuberkulose eine Fütterungstuberkulose. Sie befällt besonders die Bauchorgane, die Leber und Milz. Bei fortschreitender Erkrankung treten auch Darmknoten auf, die perforieren. In solchen Fällen werden mit dem Kot in großer Menge Tuberkelbazillen ausgeschieden; sie bedeuten eine große Infektionsgefahr.

Der Erreger der Vogeltuberkulose stellt nach meiner Auffassung keine besondere Tuberkulose-Art dar, sondern ist eine der verschiedenen Tierspezies angepaßte Varietät der Säugetiertuberkulose.

Auf Grund der Untersuchung von 95 verschiedenen Vogeltuberkulosestämmen konnte ich eine ganze Wachstumsskala aufstellen, beginnend mit dem typischen Wachstum von Vogeltuberkulose, das in der größten Zahl der Fälle vorhanden war, bis zu dem charakteristischen Aussehen der Säugetiertuberkulosekulturen. Ferner wurden aus den Organen von 3 tuberkulösen Vögeln menschliche Tuberkulosestämme gewonnen, die als solche sowohl nach ihrem Gesamtverhalten, wie nach ihren biologischen Eigenschaften angesprochen werden mußten. In einem einzigen Falle wurde durch fortgesetzte Tierpassage ein ursprünglich als Vogeltuberkulose bezeichneter Stamm von einem Papagei in seinem biologischen Verhalten derart verändert, daß er alle Eigenschaften einer menschlichen Tuberkulosekultur annahm.

Die für die Varietät Vogeltuberkulose charakteristischen Stämme kommen zuweilen auch beim Menschen vor. Pansini, Kruse, ich selbst und besonders Loewenstein (Wien) haben solche Stämme beschrieben. Nach Loewenstein hat die Infektion mit Vogeltuberkelbazillen beim Menschen häufig ein charakteristisches Krankheitsbild. Sie hat die Tendenz, einen septikämischen Zustand zu erzeugen. Prädilektionsstellen sind Knochenmark und Niere.

Zusammenfassend ergibt sich:

Gestützt auf die zahlreichen, in den letzten 25 Jahren ausgeführten Untersuchungen werden 3 verschiedene Typen oder 3 verschiedene Varietäten einer Art von Tuberkelbazillen unterschieden: der Typus humanus, bovinus und avium.

Bei der Phthisis pulmonum des Menschen wird meist der humane Typus gewonnen, bei der Abdominaltuberkulose, aus tuberkulösen Drüsen, Knochen und besonders bei den Hauterkrankungen des Menschen sind in einer großen Anzahl von Fällen bovine oder atypische Tuberkulosestämme als Erreger nachgewiesen worden.

Als Hauptinfektionsquelle der menschlichen Tuberkulose muß der Phthisiker angesehen werden, dessen Sputum zahlreiche Tuberkelbazillen enthielt. Während man in den letzten 20 Jahren der von Flügge und seinen Schülern begründeten Ansicht war, daß die Infektion hauptsächlich durch Zerstreuung von Tuberkelbazillen enthaltender Tröpfchen stattfindet, machen sich in der letzten Zeit immer mehr Stimmen geltend, ich erinnere nur an die Versuche von Chaussé und Lange, für die alte Lehre von Cornet, daß eingetrocknete, im Staub enthaltene Tuberkelbazillen die Hauptinfektionsquelle abgeben. Praktisch ist es schwer feststellbar, wo die Tröpfcheninfektion aufhört und die Staubinfektion beginnt. Zu bedenken ist, daß auch die Infektion mit bovinen Tuberkulosebazillen nicht nur durch Nahrungsmittel, sondern auch durch Staub stattfinden kann. In ihm finden sich ebenso humane, wie bovine und Vogel-Tuberkulosebazillen. Wenn diese Keime einen günstigen Nährboden im befallenen Organismus finden, so werden sie stets ihre delätere Wirkung auszuüben. Ferner halte ich es nicht für ausgeschlossen, daß unter Umständen die Typen bei langem Verweilen im menschlichen Organismus ihre biologischen Eigenschaften ändern können. Auch das Vorkommen von atypischen Stämmen scheint dafür zu sprechen. Aus all diesen Erwägungen ergibt sich, daß nicht nur die menschliche, sondern auch die Tuberkulose der Tiere eine nicht zu unterschätzende Gefahr für den Menschen bietet. Die Bekämpfung der Tiertuberkulose ist also nicht nur im Interesse der Tierzucht, sondern auch im Interesse der menschlichen Gesundheit durchaus erforderlich.

Wie ich aus den letzten Berichten des United States Bureau of Animal Industry ersehe, ist es den Amerikanern — dank der unermüdlichen, auf wissenschaftlicher Erkenntnis beruhenden Arbeit und dank der ihnen zur Verfügung stehenden großen Mitteln — gelungen, bei der Bekämpfung der Tiertuberkulose Großes zu erreichen. Zweifelsohne wird sich durch die Eindämmung der Tiertuberkulose in Amerika auch eine Abnahme der Tuberkulose beim Menschen, besonders bei den Kindern geltend machen. Die Statistik der Stadt New York zeigt bereits, daß die Drüsen- und Knochentuberkulose der Kinder eine ausgesprochene Abnahme erfahren hat, seitdem New York mit tadelloser Milch versorgt wird.

Auch wir dürfen in Zukunft bei der Tuberkulosebekämpfung keine halbe Arbeit leisten und müssen bei Berücksichtigung der Infektionsquellen auch stets derjenigen gedenken, die vielen zunächst nicht wichtig erscheinen, obwohl sie tatsächlich von größter Bedeutung sind.

Vier Jahre Erfahrungen mit dem Bockschen Nachweis der Hormone im Blute.

Von

Dr. ALFRED SCHLENCK, München.

Seit fast vier Jahren beschäftige ich mich mit dieser Methode und habe in diesem Zeitraum über zehntausend Blutuntersuchungen vorgenommen.

Obwohl verschiedene schwere Angriffe die Grundlagen und den Wert der Hormonoskopie zu entkräften versuchten, hat ihre Anhängerschaft immer mehr zugenommen. Und dies mit gutem Grunde: Die diagnostischen und therapeutischen Erfolge waren ganz hervorragende, auch war auf diesem Gebiet der Medizin bisher eine große Lücke, und es dauerte gerade 100 Jahre, bis es gelang, sie auszufüllen. Solange liegen die ersten Versuche, das wunderbare Wechselspiel des Blutdrüsenapparates zu klären, schon zurück. Die Hormontherapie stützte sich auf bloße Vermutungen, bis endlich Bock der exakte Nachweis gelang. Ich trete erst jetzt mit einem vorläufigen kurzen Bericht an die Oeffentlichkeit, weil ich möglichst reiche Erfahrungen sammeln und meiner Sache ganz sicher sein wollte.

Zunächst möchte ich kurz angeben, wie die Untersuchung selbst vorgenommen wird. Am besten vermischt man in einer kleinen Glasröhre durch kräftiges Schütteln zwei bis drei Tropfen Blut aus der Fingerbeere mit etwa 1 ccm Alkohol absol. und gibt dann einige Tropfen Aether hinzu. Die Flüssigkeit gießt man auf einen peinlich gereinigten Objektträger, läßt etwas verdunsten und untersucht dann im Polarisationsmikroskop. Die Projektion ist der okularen Beobachtung vorzuziehen, da sie größere Sicherheit bietet und auch für das Auge weniger anstrengend ist. Man sucht nun im Dunkelfeld (bei gekreuzten Nikols) nach doppelt lichtbrechenden Körperchen, welche die ausgefällten Hormone darstellen. Die Anzahl der Grade, um die der Analysator bis zur Auslöschung jedes einzelnen hellen Punktes nach rechts oder links gedreht werden muß, gibt die Art des Hormons an, von denen jedes eine bestimmte Drehgröße hat. Die gleichen Punkte finden sich in den entsprechenden Drüsenextrakten und Organpräparaten. Alles nähere über die Methode und ihre physikalische Erklärung findet sich in den Schriften des Entdeckers[1]) und würde hier zu weit führen. Aus der Fülle des mir zur Verfügung stehenden Materials will ich nur einige der wichtigsten Anwendungsmöglichkeiten herausgreifen.

Das erste Hauptgebiet sind die thyreotoxischen Störungen und die Basedowsche Krankheit. Im ersteren Falle kann man, wenn die typischen Herzbeschwerden und die anderen bekannten Symptome vorhanden sind, neben der Thyreoidea stets noch eine oder zwei weitere Drüsen nachweisen, meist Pankreas, oft auch Testes oder Ovarien. Regelmäßig zieht die primär erkrankte Drüse noch andere in Mitleidenschaft. Bei Basedow finden sich daneben immer die Epithelkörperchen. Nach der Bockschen Theorie sucht der Körper durch die Mobilisierung der anderen Drüsen die primäre Störung auszugleichen. Darauf baut sich auch die Therapie auf. Gibt man längere Zeit hindurch das neben der Schilddrüse oder den Epithelkörperchen gefundene Organ, d. h. unterstützt man den Körper in seinem Heilungsbestreben, dann erreicht man bemerkenswerte therapeutische Erfolge. Herzbeschwerden, Erregbarkeit und die übrigen Symptome schwinden, der Halsumfang geht zurück, und wenn bei Nachuntersuchungen im Blute nur mehr Thyreoidea zu finden ist, dann vertragen die Patienten auch Jod in kleinen Dosen. Bei Basedow gibt man kein Jod, sondern ein Epithelkörperchenpräparat und kann damit vollkommene Heilung dieser Erkrankung erreichen.

Psychische Störungen zeigen im Blute meist Hypophyse, daneben häufig die Geschlechtsdrüsen und zuweilen auch Thymus. Die Hypophyse löst vorwiegend Störungen depressiven Charakters aus. Bei Thymus haben die Patienten in ihrem Wesen noch kindliche Züge. Darreichung der entsprechenden Organpräparate bewirkt regelmäßig erhebliche Besserung oder völliges Verschwinden der krankhaften Erscheinungen. Bei sexuellen Reizzuständen herrscht der Befund Epiphyse neben den Geschlechtsdrüsen vor. Impotenz zeigt Testes und sehr oft Thymus. Die Therapie zeitigt die gleichen guten Erfolge. Eines der wichtigsten Gebiete für Anwendung der Hormonoskopie sind die Störungen des Verdauungstraktus. Es findet sich hier in der Hauptsache Pankreas, zuweilen auch Mesenterialdrüsen, bei chronisch entzündlichen Prozessen und Geschwüren daneben Milz. Charakteristisch für Pankreasdysfunktion ist die regelmäßig bestehende Abneigung des Patienten gegen Fett und fette Speisen. Wirksam ist hier die längere Darreichung von Pankreaspräparaten und, wenn es der Befund erfordert, der Kombinationen Pankreas und Milz (Pankrosplen). Der Befund Nebenniere erstreckt sich in der Hauptsache auf verschiedene Hautleiden und Epilepsie. Bei letzterer ist daneben meist noch Geschlechtsdrüse, oft auch Thymus vertreten. Chronische Ekzeme, die vorher jeder Behandlung trotzten, heilen häufig auf Nebennierentabletten in kurzer Zeit ab und bei Epilepsie konnte ich bei längerem Gebrauch derselben im Verein mit anderen dem Blutbefund entsprechenden Präparaten beobachten, daß die Anfälle an Zahl und Schwere stets bedeutend abnahmen, ja bei einzelnen sogar ganz ausblieben. Das war ein kurzer Ueberblick über eine Reihe von wichtigen Anwendungsgebieten. Allgemein möchte ich noch erwähnen, daß in den meisten Fällen die Darreichung der Organpräparate per os genügte.

Gute Resultate lassen sich selbstverständlich nur bei sicherer Diagnose erreichen. Dazu muß die Apparatur einwandfrei sein, vor allem die Nikols und die Lichtquelle, und der Untersucher muß hinreichend geübt und gewandt sein. Sicher liegt hier der Grund zu manchen Mißerfolgen. Für die Zweifler noch diesen Beweis: Immer, wenn ich Präparate von mir unbekannten Patienten, die mir ohne Angabe ausgehändigt wurden, untersuchte, deckte sich mein Blutbefund in über 90% der Fälle genau mit den klinischen Beobachtungen des behandelnden Arztes, oder es stellte sich später die Richtigkeit der Diagnose durch den therapeutischen Erfolg heraus. Ferner habe ich öfter ganze Reihen von Organextrakten und Präparaten blind untersucht und richtig bestimmt[2]).

Die neueren Errungenschaften der Bockschen Hormonoskopie, die frühzeitige Schwangerschaftsdiagnose, die Lues- und Karzinomdiagnose und -Therapie will ich heute nicht näher erläutern. Ich will nur darauf hinweisen, um zu zeigen, wie fast unbegrenzt die Möglichkeiten hier liegen, und daß der weitere Ausbau der Bockschen Methode geeignet ist, weite Gebiete der Medizin in neue aussichtsreiche Bahnen zu lenken.

Laufende medizinische Literatur.

Medizinische Klinik.

Nr. 47, 19. November 1926.

Medikamentöse Behandlung des beginnenden Altersstars. Robert Salus.
Duodenalsonde in ihren Anwendungsmöglichkeiten. P. Jaguttis.
◆ Tuberkulose und Zigarrenarbeit. Grünbaum.
Beitrag zu den sogenannten echten Blasendivertikel. Gerh. Düttmann.
Tracheotomie bei Fremdkörpereinkeilung im Bronchus. F. Krumm.
Tabellen zur graphischen Darstellung von Körperlänge und Gewicht. Felix Schleißner.
Technik der palpatorischen Perkussion. A. Mahlo.
◆ Vorkommen der Poikilozytose. Elie Sp. Kanellis.
◆ Fall von Ileus bei einem Neugeborenen infolge Stenose der Valvula ileocoecalis (Bauhini). Herbert Goldberg.
Trypanocide Serumsubstanzen bei Hämophilie. O. Werner u. E. Hartmann.
◆ Indikationsstellung bei der Dysmenorrhoe. Benthin.

Tuberkulose und Zigarrenarbeit. Sowohl der Sozialhygieniker wie der Forscher nach phthisogenetischer Erkenntnis wollen in gleicher Weise die Tuberkulose als Gewerbekrankheit aufgefaßt wissen, und es fehlt auch nicht, was diese Ansicht anbelangt an gesicherter Erkenntnis. Besonders Tabakarbeiter und Tabakarbeiterinnen sind von der Tuberkulose bevorzugt, was vor allen Dingen in den Tabak-Industriebezirken Badens auch dem Publikum kein Geheimnis mehr ist. Selbst bei den modernen Hilfsmitteln bezüglich der Diagnose und Therapie hat sich die klinische Auffassung in den letzten 20 Jahren kaum geändert. Einen direkten Zusammenhang zwischen Tabakstaub- oder gar Nikotin-Schädigung und der Sterblichkeitsziffer der Tuberkulose kann man jedoch nicht ohne weiteres feststellen, ja man ist heute der Ansicht, daß trotz der in Baden aufgestellten Statistik die Arbeit in einer hygienisch einwandfreien Tabakfabrik absolut ungefährlich sei. Damit ist wohl für den Kliniker die Frage geklärt, aber für den Sozialarzt besteht nach wie vor die Tatsache, daß zahlreiche Familien der Zigarrenarbeiter an Tuberkulose aussterben.

Vorkommen der Poikilozytose. Ueber die Rolle der Poikilozyten ist man sich klinisch noch keineswegs im klaren. Quincke hat sie bei der perniziösen Anämie beobachtet. Friedreich sah sie bei aleukämischer Lymphadenose und Nephritis. Pathognomonisch jedoch ist die Poikilozytose für die beschriebenen Krankheitsbilder nach keiner Richtung hin. Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, daß neben der Arnethschen Theorie, nach welcher das Knochenmark die Entstehungsstätte der Poikilozyten ist, auch das kreisende Blut als eine Stätte der Poikilozyten-Erzeugung angesehen werden kann; denn es ist Verf. gelungen, in eindrucksvoller Weise eindeutige Poikilozytenformen in Präparaten aus Mischungen von gesundem Blut, Lecithin und Cholesterin darzustellen.

Fall von Ileus bei einem Neugeborenen infolge Stenose der Valvula ileocoecalis (Bauhini). Sowohl in genetischer wie diagnostischer Beziehung ist der Darmverschluß der Neugeborenen von dem der Erwachsenen sehr verschieden. In einem vom Verf. beschriebenen Fall handelte es sich um eine primäre Stenose der Bauhinischen Klappe und bei der operativen Eröffnung zeigte sich eine Verwachsung des Ileums mit der rechten Bauchwand und Gallenblase. Leider ist das Kind ad exitum gekommen und aus den Sektionsprotokollen ergibt sich, daß die Bauhinische Klappe gerade für eine ganz feine Knopfsonde eben noch durchgängig war. Man ersieht also, wenn man die verschiedenen Autoren nachliest, schon aus dem vorliegenden Falle, wie schwer die Diagnostik ist; denn aus der

---

[1]) „Nachweis der Hormone im Blute" und „Die Hormontherapie" von Dr. H. Bock, erschienen bei Richard Pflaum Verlag, München.

[2]) Letzte Veröffentlichung darüber: Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (bei Bergmann, München und Jul. Springer, Berlin) Band XV (1926) Heft 2—4 Kongreßbericht: Dr. Werner, Heidelberg, Hormonuntersuchungen nach dem Bockschen Verfahren bei Otosklerose.

Anamnese ist nichts Besonderes, was auf Darmverschluß hindeuten konnte, zu entnehmen gewesen. Bezüglich der Therapie ist es wohl außer jeder Frage, daß dieselbe nur in chirurgischen Maßnahmen bestehen kann.

Indikationsstellung bei der Dysmenorrhoe. Ueber die Indikationsstellung bei der Dysmenorrhoe schreibt Benthin eine sehr lesenswerte, übersichtliche und leicht verständliche Arbeit. Schon in der Anamnese ist (nach Angabe des Verf.) zwar ein grober, aber sehr beachtenswerter Anhaltspunkt immer enthalten; denn ob es sich um ein Mißverhältnis zwischen Kapazität des Uterus und Uterusinhalt handelt (Menge) oder ob eine Stenose vorliegt oder nur vagotonische Störungen (Kehrer) oder Konstitutionsstörungen (Max Hirsch) oder Berufsschäden die auslösenden Faktoren sind — das alles hört man aus der Vorgeschichte schon vom Patienten selbst. Benthin nun teilt die Dysmenorrhoen in 2 Gruppen ein:

1. in solche mit objektiv nachweisbarem pathologischen Genitalbefund und
2. in solche mit normalem Genitalbefund.

Bei der ersten Gruppe wird man, soweit es sich um akute und subakute Entzündungen handelt, jede aktive und lokale Behandlung unterlassen, wobei außer Diskussion steht, ob die Patientin einen entzündlichen Prozeß im parametranen Bindegewebe an den Adnexen oder eine Perimetritis hat. Gewöhnlich verschwinden mit dem Rückgang der Entzündung auch die Schmerzen ganz, oder sie sind wenigstens so reduziert, daß sie erträglich sind. Es gibt natürlich auch Fälle, in denen, wie z. B. bei der Pelveoperitonitis oder bei größeren eitrigen Adnex-Tumoren, die Beschwerden außerordentlich groß sind; dann aber sind sie auch außerhalb der Periode vorhanden. Eine Ausnahme stellt die Behandlung der Dysmenorrhoe auf tuberkulöser Basis dar. Bei einer kleinen Gruppe von chronischen, reinen, uterinen Dysmenorrhoen kann man die Abrasio verantworten, die in solchen Fällen auch schon Wunder gewirkt hat. Bei Tumoren ergibt sich die Indikationsstellung ohne weiteres von selbst. Umstritten ist die Indikationsstellung bei den Dysmenorrhoen, welche auf Lageveränderungen des Uterus beruhen. Bei Infantilismus will Verf. auch die Dilatation ausgeführt wissen und hält zur Anregung des Wachstumreizes ebenfalls eine Abrasio für indiziert.

Die zweite Gruppe bereitet natürlich in bezug auf die Indikationsstellung die größten Schwierigkeiten. Die Allgemeinbehandlung, wie z. B. Beeinflussung der Nerven, Abstellung von Berufsschäden oder sonstigen Einflüssen, ist wohl zunächst das Wichtigste, was der Arzt vornehmen muß. In einzelnen Fällen wird man die aktive Therapie nicht umgehen können, weil ja die Dysmenorrhoe sehr häufig mit Sterilität einhergeht. Mukosa-Untersuchungen von Temesváry haben sekundäre Schleimhautveränderungen ergeben, so daß man, wenn diese Veränderungen häufig vorhanden sind, gegen eine Abrasio nichts wird einwenden können. Ob die Prozentzahl der Fälle mit lokaler Behandlung und der mit allgemeiner Behandlung größer ist, ist schwer nachzuweisen, wahrscheinlich halten sich beide Gruppen die Wage. Hofbauer, Berlin.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 47, 19. November 1926.

Undifferenzierte Blutzellen und mesenchymale Keimlager im erwachsenen Organismus. Maximow.
Ovarialhormon, Wachstum der Genitalien, sexuelle Frühreife. Zondek und Aschheim.
Scharlachprophylaxe nach der Dickschen Methode. Johan.
Einfluß von Thymus und Thyreoidea bei verschiedener (H·) auf die Lebensdauer von Kaulquappen. Scheer und Berchtold.
◆ Ist der Tetanus eine Gehirn- oder Rückenmarkserkrankung? Wolff-Eisner.
Das Vagusherz im Kindesalter. Doxiades.
◆ Silberkristalloid Transargan. Lewinsky.
Messung der pH von Plasma, Serum und Blut mit der Chinhydronmethode. Mislowitzer.
Mechanismus der Insulinwirkung. I und II. Pollak und Basch.
Einige Fälle von Friedreichscher Krankheit in einer Familie. Beer.
Moderne Erkenntnis der Dickdarmphysiologie und ihre Verwertung für die Diagnostik der Dickdarmkrankheiten. Niklas.
Bekämpfung der Lyssa. Lubinski.

Ist der Tetanus eine Gehirn- oder Rückenmarkserkrankung? Die tetanischen Erscheinungen werden gerade durch die Bindung von Tetanustoxin in den Nervenzentren hervorgerufen. Daher ist die Wassermannsche Auffassung dieser bindenden Gruppen als präformiertes Antitoxin irreführend, ja sachlich unzutreffend.

Bei dieser Sachlage müßten alle Versuche, beim am Tetanus gestorbenen Menschen oder Tier Tetanustoxin in den einzelnen Organen, spez. im Gehirn und Rückenmark nachzuweisen, zu falschen Schlüssen führen, da Erkrankung und Tod nicht vom ungebundenen (freien und daher biologisch nachweisbaren) Tetanustoxin abhängt. Des weiteren muß die Forschung den vom Verf. experimentell gesicherten Befund, daß es 2 Formen von Giftbindung, eine feste der chemischen Färbung vergleichbare und eine lockere Bindung (Attraktion), welche der physikalischen Färbung nahe steht, gibt, berücksichtigt werden.

Alle klinischen und serologischen Beobachtungen und ihre analytischen Ausdeutungen weisen darauf hin, daß der Ansatzpunkt des Tetanustoxins in erster Linie das Gehirn und nicht das Rückenmark ist. Schon allein die Tatsache, daß Gehirn etwa dreimal soviel Tetanustoxin im Mischungsversuch bindet wie das Rückenmark, hätte die Aufmerksamkeit der Kliniker auf diesen wichtigen Punkt richten müssen.

Da nur die Bindung des Tetanustoxins an das Zentralnervensystem Erscheinungen von Tetanus hervorruft, wirken alle bindenden Gruppen für Tetanustoxin an allen Organen, außer Gehirn und Rückenmark, als präformiertes Antitoxin. Bei den einzelnen Tierspezies sind beide bindenden Gruppen außerhalb des Gehirns und Rückenmarks in sehr verschiedener Menge vorhanden, während bei allen Tierspezies im Gehirn und Rückenmark diese Tetanusgift bindenden Gruppen nachgewiesen werden konnten.

Das Silberkristalloid Transargan. Das Silberkristalloid Transargan hat sich als Antigonorrhoikum in der Männer-, Frauen- und Kinderpraxis gleich gut bewährt. Es ist in Lösung längere Zeit haltbar, ungiftig, völlig farblos und beschmutzt daher die Wäsche und die Haut nicht. Es hat ausgesprochene Tiefenwirkung, wie man an mikroskopischen Schnitten sehen kann, und wirkt auch als Silberkomplexverbindung stark gonozid. Als zweiprozentiger Tragantschleim zeigt es außerdem ausgesprochene Adsorptionswirkung und eignet sich in dieser Form besonders für die Fälle, in denen man nicht so häufig behandeln kann und ein längeres Haften des Medikamentes verlangen muß, also für die Frauen- und Kinderpraxis.

Nr. 48, 26. November 1926.

Vertikalduktion als pathogenetische Grundlage der Nausea. Crodel
Syphilisrückgang und Salvarsan. Jadassohn.
Unmerklicher Gewichtsverlust bei Wettläufern und Wettschwimmern. Moog und Schwieder.
* Pathogenese des Laségueschen Symptoms und verwandter Schmerzsymptome bei Ischias. Lindstedt.
Epitheliale Tumoren der Hornhaut. Poleff.
Adrenalinprobe im Dienste der bakteriologischen Blutdiagnostik. Tannhauser.
* Ueber die Natur biologisch wirksamer Stoffe im Urin bei Tuberkulose. Bachmann.
* Lipolysin und Glykosurie. Graur.
Verhalten von Kapillaren bei Blutungsübeln. II. Mitteilung. v. Bernuth.
Serodiagnose der Syphilis an der Leiche. Krauspe.
Oxydationsquotient des Harnes. Müller.
Milchsäurebildende Fähigkeit des menschlichen Blutes gegenüber Polysacchariden. Abraham und Friedberg.
Geheilter schwerer Tetanus vom Ohre ausgehend. Meseck.
Lichtbehandlung innerer Krankheiten. Pincussen.
Aetiologie der Krebskrankheit. Caspari.
Opiumkuren mit Neurophyllin. Kehrer.
Ein kombiniertes Eisen-Kalkpräparat. Schiessl.

Ueber die Pathogenese des Laségueschen Symptoms und verwandter Schmerzsymptome bei Ischias. Das sog. Lasèguesche Symptom bei Ischias beruht nicht auf einer Streckung des Ischiadikusnervenstammes, sondern auf einer beim Laségueschen Versuch durch Streckung der Muskeln bzw. durch hervorgerufene reflektorische Muskelkontraktionen herbeigeführten Reizung gewisser Muskel- und Weichteilpartien, die bei Ischiaspatienten myalgisch erkrankt sind.

Die fraglichen myalgischen Affektionen — die infolge von Reizursachen verschiedenster Art (Funktionsstörungen im Gehsystem usw.) entstanden sind — und somit auch die beim genannten Versuch auftretenden Schmerzen können das Muskelsystem des „Ischiasgebietes“ (inkl. der Lumbalregion) ganz oder nur teilweise affizieren, und sie können alle Grade von Intensität und Irradiation aufweisen.

Auch das sog. gekreuzte Lasèguesche Symptom sowie sämtliche übrigen mit dem Laségueschen Phänomen verwandten Schmerzsymptome können als Folgen der Reizung myalgisch erkrankter Weichteilspartien erklärt werden.

Ueber die Natur biologisch wirksamer Stoffe im Urin bei Tuberkulose, insbesondere bei Nierentuberkulose. Die intrakutane Einspritzung von Harnkolloiden, die durch Alkoholfällung aus dem Urin Gesunder und Kranker (Lungentuberkulose, Blasen- und Nierentuberkulose und nichttuberkulösen Nierenerkrankungen) gewonnen wurden, ergab beim Menschen sowie beim gesunden und tuberkulösen Meerschweinchen Lokalreaktionen, deren Auftreten von der Konzentration der Urine an Harnkolloiden abhängig ist.

Besonders häufig traten derartige Lokalreaktionen nach intrakutaner Einspritzung nach der Methode des Verfassers bei Mens und Tier in Fällen von Nierentuberkulose auf. Diese Reaktion sind jedoch für Nierentuberkulose nicht spezifisch und auch ni vollkommen charakteristisch, so daß sie für die Diagnose ein Nierentuberkulose nur bedingten Wert besitzen.

Es zeigte sich ferner, daß die intrakutane Einspritzung verschiedener Konzentrationsstufen eingeengter Urine am gesunden und tuberkulösen Meerschweinchen Lokalreaktionen hervorruft, deren Auftreten ebenfalls von einer bestimmten Konzentration der betreffenden Urine bzw. ihrer Einengungsstufen abhängig ist. Es wird nachgewiesen, daß diese Lokalreaktionen vor allem durch den hohen Salzgehalt eingeengter Urine hervorgerufen werden. Bei Urinen pathologischer Herkunft kommt außerdem die biologische Wirkung der dann vermehrten Harnkolloide hinzu. Die nicht eindeutigen Resultate der Wildbolzschen Eigenharnreaktion erklären sich — wie bereits von anderer Seite angenommen wurde — auf dieser experimentellen Grundlage durch den zu hohen Salzgehalt der eingeengten Urine, wodurch im Intrakutanversuch eine gleichzeitig infolge Vermehrung der Harnkolloide erzeugte Lokalreaktion verdeckt werden kann.

Lipolysin und Glykosurie. Die Kur wird nur solchen Patienten verschrieben, die durchaus keine Neigung zur Glykosurie haben. Niemals wird die per-os-Therapie allein gegeben, weil nach der Erfahrung sich die Patienten nicht zur Kontrolle zeigen und die Pilleneinnahme übertreiben. Ist der Patient gezwungen, zur Injektion zu kommen, so hat man die regelmäßige Kontrolle in der Hand. Der Patient wird einmal wöchentlich kontrolliert, wobei man jedesmal eine Harnuntersuchung auf Zucker vornehmen sollte. Um dem Wunsche der Patienten nach Kohlenhydraten nachzukommen und gleichzeitig auf die Anfänge der Toleranzherabsetzung zu kommen, wird dem Patienten einmal in der Woche, und zwar am Tage vor der Kontrolle, eine größere Menge Kohlenhydrate gegeben, mit dem Auftrag, an diesem Tage den Urin zu sammeln.

An den Kontrolltagen wird die Dosis für die nächste Woche festgesetzt, indem man je nach dem erzielten Erfolg und der Verträglichkeit die Anzahl der Pillen und die Intervalle der Injektionen so festsetzt, daß der Patient mit den 12 Injektionen und den 100 Pillen einer Serie gleichzeitig fertig wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 48, 26. November 1926.

Grundfragen der Chemotherapie. Roehl.
Würdigung der Gefahren des Tabakrauchens. Fürbringer.
◆ Bedeutung der Blutgerinnungsvalenz für die Krebsdiagnose. Bock und Rausche.
Chemische Beziehungen der Porphyrinurie zu bestimmten Federfarbstoffen und darauf bezügliche therapeutische Möglichkeiten. Krumbiegel.
Röntgendiagnostik des Ulcus jejuni postoperativum. Koppenstein.
Vermeidung von Venenwandschädigungen und Thrombosen bei intravenöser Injektion verschiedener Mittel. v. Thurzé.
Aetiologie der Mykosis fungoides. Brünauer.
Meinickesche Trübungsreaktion für Liquoruntersuchungen. (Modifikation von Untersteinen.) Mendlowicz.
Was kann der Arzt von der Strahlentherapie in der Gynäkologie erwarten? Schoenholz.
Behandlung des nicht gonorrhoischen Fluors. Runge.
Diagnose und Therapie der Beckenvenenentzündung beim Weibe. Benzel.
Anwendung kleinster Dosen von Hypophysenpräparaten zur Einleitung und zur Verkürzung der Geburt. Framm.
Lues oder Malaria? Kolle.
Beeinflussung des Stoffwechsels durch die normalen Sexualvorgänge im weiblichen Organismus. Zuntz.

Bedeutung der Gerinnungsvalenz für die Krebsdiagnose. Die Gerinnungsvalenz beträgt nach der von den Verfassern angewandten Methode 3 bis 5 beim Normalen; sie ist innerhalb einer geringen Schwankungsbreite konstant und ziemlich unabhängig von akzidentellen Einflüssen. Die Gerinnungsvalenz war bei Karzinomen und anderen malignen Tumoren in etwa 88% der Fälle erhöht. Die Gerinnungsvalenz war bei Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi in allen untersuchten Fällen vermindert. Die Gerinnungsvalenz weicht bei den meisten anderen Erkrankungen nicht wesentlich vom Normalen ab; eine Ausnahme macht nur der hepatogene Ikterus, der in den von den Verfassern beschriebenen Fällen eine Verminderung der Gerinnungsvalenz zeigte.

Arnold Hirsch, Berlin.

Münchener Med. Wochenschrift.

Nr. 47, 19. November.

Krankheitsursachen. Morawitz.
Das Seelische in der Kinderheilkunde. Hamburger.
Wundbehandlung durch Ansäuerung und zur Beeinflussung des Mineralstoffwechsels bei Tuberkulose. Clairmont.
◆ Entleerungsmechanismus der Gallenblase. Haberlandt.
Praktisch-diagnostischer Wert der Aziditätsmessung in Eiter und Sekreten und eine bequeme Art ihrer Ausführung. Habler.
Renale und extrarenale Faktoren der Nierenfunktion unter besonderer Berücksichtigung des Nierennervensystems, der Kalkariurie und der Phosphaturie. Glaser.
Metaluesbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Malaria- und Rekurrenstherapie. Horn.
Mikroskopische Frühdiagnose von Leptospirosen (Weilscher Krankheit, Gelbfieber u. a.). Schüffner und Sieburgh.
Ernährungsprobleme. Trumpp.
Neues Asthmamittel („Pneumasol"). Kretschmer.
„Offenbar unmöglich". Zangemeister.
Notwendigkeit einer Nachoperation nach einem appendizitischen Abszeß. Kircher.
Behandlung von Sehnenscheidenphlegmonen. Horwitz.

Entleerungsmechanismus der Gallenblase. Die topographische Lage der Gallenblase läßt keine spontanen Kontraktionen zu, da in den meisten Fällen ein Drittel der Gallenblasenoberfläche mit der Leber verwachsen ist. Weder beim Elektrisieren, noch nach dem Einverleiben pharmakologischer Mittel (Hypophysin) ist eine Zusammenziehung der Vesica fellea bei offener Bauchhöhle erkennbar. Die reflektorische, gegenseitige Innervation, Erschlaffen des Oddischen Sphinkters und Gallenblasenkontraktion ist bisher nicht völlig sichergestellt. Die gut entwickelte Muskulatur der Gallenblase dient nicht aktiven, sondern passiven Bewegungen. Bei der Ausatmung entsteht im oberen Bauchraum ein negativer Druck, wodurch Galle in die Gallenblase hineingesaugt wird. Während der Inspiration drücken die benachbarten Organe (Magen, Leber, Kolon und Duodenum) auf die Gallenblase und führen so zu einer teilweisen Entleerung. Bei vermehrter Darmperistaltik (nach Hypophysin) wird außerdem Galle in das Duodenum gesaugt. Die mit Injektionen bestimmter Mittel kombinierten Duodenalsondierungen lösen somit keine reflektorische, spontane Zusammenziehung der Gallenblase aus. Die Medikamente rufen eine vermehrte Gallensekretion aus der Leber hervor und regen zudem die Peristaltik an. Ihre Einwirkung auf die Gallenblase ist somit nur eine indirekte. Von einer Heilung der Cholezystitis, resp. Cholelithiasis durch Anregung der muskulären Austreibungskräfte kann keine Rede sein. Mit internen Mitteln ist die pathologisch-anatomisch veränderte Gallenblase nicht zu beeinflussen. Nur das chirurgische Vorgehen kann von dem Leiden heilen.

Nr. 48, 26. November.

Tuberkulöse Meningitis nach Einwirkung stumpfer Gewalt und Körpererschütterung. Schultze.
Synthetisches Menthol. Flury und Seel.
Agranulozythärer Symptomenkomplex bei Hodgkinschem Lymphogranulom. Jaffé.
Kalkmilchartige Galle. Volkmann.
◆ Vorkommen der Spirochaeta Duttoni ins Hirngewebe des Menschen (Paralytikers) während der Rekurrensinfektion. Jahnel.
◆ Indikation zur Malariabehandlung der Frühlues. Bering.
Verringerung der Gefahren der intravenösen Herztherapie. Kaufmann.
Konservative Behandlung der Nebenhodentuberkulose. Fromlet.
Psychotherapie bei Organerkrankungen. Staudacher.
Vakzinetherapie akuter Darmkatarrhe. Böhm.
Differentialdiagnose der epidemischen Kinderlähmung. Ochsenius.
Aerztliche Gutachten im Alimentationsprozeß. Guggenberger.
Neues Führungsgastroskop. Hübner.
Technik der Zisternenpunktion. Garkawi.
Technik der intravenösen Injektion. Dietel.
Eigenartiger Fall von Lipomatosis atrophicans. Strieck.
Grundsätzlich primärer Schluß bei Appendektomien. Kulozik.
Wirtschaftliche Bedeutung der seelischen Heilbehandlung. Eliasberg.
Analytische Kontrolle bei Ernährungsversuchen. Berg.
Frühdiagnose der stumpfen Bauchverletzungen. Krecke.

Vorkommen der Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe des Menschen (Paralytikers) während der Rekurrensinfektion. Nachdem bereits im Liquor bei der therapeutischen Rekurrensimpfung des Paralytikers die Spirochaeta Duttoni nachgewiesen wurde, ist es jetzt gelungen, die Erreger auch im Hirngewebe frei im nervösen Parenchym, besonders in dem unmittelbar unterhalb der Pia liegenden gliösen Randsaum der Hirnrinde, sowie in den Hirnhäuten selbst aufzufinden. Die Rekurrensspirochäten dringen anscheinend regelmäßig und frühzeitig von der äußeren, vom Liquor bespülten Oberfläche in das Nervensystem ein, ohne ernstere Folgen hervorzurufen. Die höchstens 2—3 Monate dauernde Anwesenheit der Rückfallfiebererreger im Hirngewebe pflegt keine beunruhigenden Erscheinungen auszulösen, sondern vielfach eine Remission der paralytischen Erkrankung nach sich zu ziehen. Vermutlich ist der Erfolg der Rekurrensbehandlung dadurch zu erklären, daß die Rekurrensspirochäten bis an das Domizil der Syphiliserreger gelangen und diese in ihrer Lebenstätigkeit beeinflussen.

Indikation zur Malariabehandlung der Frühlues. Nur die Liquoruntersuchung bietet die Möglichkeit, die Kranken herauszufinden, welche mit Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung des Zentralnervensystems entgegengehen. Ein positiver Liquorbefund — sei er stark oder schwach — beweist die anatomische Veränderung des Gehirns oder der Hirnhäute auf syphilitischer Grundlage. Mit der Besserung der klinischen Erscheinungen geht selbst bei der Paralyse der Liquorbefund fast völlig zurück. Jede Liquorveränderung läßt so den

Schluß zu, daß Krankheitsprozesse im Hirn oder Rückenmark bestehen, auf deren Spontanheilung nicht mit Sicherheit gerechnet werden kann. Negative Ergebnisse der Liquoruntersuchung im Lues II-Stadium bieten durchaus keine Garantie für die Zukunft, da noch nach zwei Jahren nach der Infektion der Liquor sich als verändert erweisen kann. Ueber diesen Zeitraum von zwei Jahren hinaus wurde ein Positivwerden des Liquor nicht beobachtet. So ist der negative Liquor im Stadium der Latenz als günstig zu bewerten, da ein Zusammentreffen von negativem Liquor und schweren klinischen Erscheinungen zu den größten Seltenheiten gehört.

Im Sekundärstadium ergaben sich in etwa ⅕ der unbehandelten Fälle positive Liquorbefunde. Wesentliche Unterschiede im Ausfall der Liquorreaktionen konnten weder bei den verschiedenen Exanthemformen, noch bei den mit Alopezie behafteten Fällen gefunden werden. Nur bei der rein ulzerösen Lues waren nur vereinzelt und geringgradig Liquorveränderungen feststellbar. In der Gruppe der Kranken mit Lues latens (2—6 Jahre nach der Infektion) stimmte der Prozentsatz der positiven Liquorbefunde mit 37% fast völlig mit dem bei unbehandelter Sekundärsyphilis überein. Während jedoch im Sekundärstadium nur etwa 10% schwere Liquorveränderungen aufweisen (WaR. +, Lues cerebri Form der Goldsolreaktion), steigt der Prozentsatz auf 23% im unbehandelten Latenzstadium. Im umgekehrten Verhältnis nehmen die geringfügigen Liquorveränderungen (WaR. negativ, Latenzkurve der Goldsolreaktion) an Häufigkeit ab. In Bestätigung der alten Erfahrung, daß die Syphilis auch ohne Behandlung ausheilen kann, dürfte bei noch längerer Wartezeit bis zur Untersuchung der Prozentsatz der geringgradigen Liquorbefunde sich noch günstiger gestalten.

Weiterhin ist zahlenmäßig nachzuweisen, daß eine gute Behandlung von stärkerer Wirkung auf den Liquor und den Ablauf der Lues ist, daß die gründliche Salvarsan-Quecksilber-Wismutbehandlung (maximale Frühbehandlung oder chronisch-intermittierende Therapie) einer schlechten Behandlung bei weitem überlegen ist und die Heilungsaussichten wesentlich verbessert. Bei den schlecht und mittelgut (2—3 Kuren) behandelten Fällen ergibt sich fast derselbe Prozentsatz von Liquorbefunden wie bei der unbehandelten Lues-latens-Gruppe. Bei intensiver Behandlung sind immerhin noch in 9,3% der Fälle positive Liquorreaktionen vorhanden, bei denen die Prognose hinsichtlich einer späteren Erkrankung des Nervensystems nur mit Vorsicht zu stellen ist. Bei dem Wert der Liquorbefunde ist jedenfalls die Forderung berechtigt, am Schluß einer guten Behandlung, etwa nach Ablauf des zweiten Jahres nach der Infektion die Lumbalpunktion vorzunehmen. Erstrebenswert ist die Ausführung der Liquoruntersuchung im Lues II-Stadium, um schon frühzeitig die positiven Fälle mit ihrer ernsten Prognose für die Zukunft herauszufinden. Die WaR. des Blutes leistet bei der frühzeitigen Erkennung der Nervensystemerkrankung keinerlei Dienste, da zwischen Liquorveränderungen und dem Blut-Wassermann kein Abhängigkeitsverhältnis besteht.

Der positive Liquorbefund ist eine Indikation für die Malariabehandlung, die in dem Enderfolg der Liquorsanierung allen andern Behandlungsmethoden überlegen ist. Je frühzeitiger nach der Infektion die Malariakur durchgeführt wird, desto schneller ist ihre Wirkung. Recht bald und vollständig verschwindet die Lymphozytose im Liquor als Folge der Beeinflussung der entzündlichen meningealen Veränderungen, während langsamer die WaR. und erst später allmählich die übrigen Reaktionen sich zurückbilden. Mit der kontrollierenden Nachpunktion soll 4 Monate nach Beendigung der Impfmalaria gewartet werden. Manche Fälle erhalten erst nach Jahren einen normalen Liquor. Besonders empfehlenswert ist die Malariakur bei den Kranken, welche trotz bisheriger energischer Behandlung krankhafte Liquorveränderungen aufzuweisen haben. Auch die gegen Salvarsan und Wismut refraktären ulzerösen, oder papulösen Exantheme der Sekundärperiode werden durch die Impfmalaria (8—10 Fieberanfälle) beseitigt. Mit der Malariatherapie ist eine gründliche Vorbehandlung mit Wismut und eine Nachkur von 10 Salvarsaninjektionen zu verbinden. Bei sorgfältiger Pflege bedingt die Kur keine Gefahr für den Kranken. Sie muß jedoch in einer Anstalt durchgeführt werden.

Biberfeld.

Folia Haematologica.

33., Heft 1, September 1926.

Zur pothologischen Anatomie und Morphologie des Blutes einer experimentellen Trypanosomiasis bei Meerschweinchen. Dwijkoff.
* Zur Frage der Adrenalinleukozytose und des Mechanismus ihres Ursprunges. Nowodworski.
* Ueber die Reifegrade der Erythrozyten im kreisenden Blut. Engel.
Rückenmarkssymptome bei perniziöser Anämie. Meulengracht.
* Wirkt Eisen oder Arsen bei posthämorrhagischen Anämien auf das Knochenmark? Weiss.
Die Diagnose von Infektionen mit Paratyphus B und verwandten Organismen. Piney und Berry.

Zur Frage der Adrenalinleukozytose und des Mechanismus ihres Ursprungs. Die Adrenalinleukozytose (Harvey) kann in ihrem Verlauf in 3 Phasen eingeteilt werden. Die erste Phase, die vom Augenblicke der Injektion bis zur 15. Minute dauert, ist durch die gleichmäßige Zunahme aller Leukozytenarten gekennzeichnet. Die 2. Periode (15. bis 30. Minute) ist die Periode des Vorherrschens der Lymphozyten (Adrenalinlymphozytose). Die 3. Phase (von der 30. Minute bis nach Ablauf von 2 Stunden) wird durch die Zunahme der Neutrophilen charakterisiert (Adrenalinneutrophilie). Die Zunahme der Leukozyten in der ersten Phase ist zu erklären durch einen, durch das Adrenalin erzeugten Spasmus der kleinen Arterien. Dadurch wird die Blutströmung verlangsamt, und durch die Randstellung der Leukozyten kommt es zu ihrer Anhäufung in den kleinen Gefäßen. Der Mechanismus der 2. Phase (Adrenalinlymphozytose) besteht im Auspressen der Lymphozyten aus der Milz und den Lymphdrüsen durch die unter der Adrenalinwirkung sich kontrahierende glatte Muskulatur dieser Organe. Die nachfolgende Erschlaffung dieser Muskulatur und die Rückkehr der Organe zu ihrem früheren Volumen schafft Bedingungen für die erneute Fixierung der Lymphozyten in den sie bildenden Organen und führt zu einer Abnahme ihrer Zahl im strömenden Blut. Der Mechanismus der 3. Phase (Adrenalinneutrophilie) besteht im Ausschwemmen der Neutrophilen aus ihren Anhäufungen in den inneren Organen. Eine aktive Reaktion des Knochenmarkes wird hierbei nicht beobachtet, was durch das Fehlen der Zunahme der Myelozyten in der Arneth-Schillingschen Formel bewiesen wird.

Ueber die Reifegrade der Erythrozyten im kreisenden Blut. Nach den verschiedensten therapeutischen Eingriffen (Arsen, Eisen, Bluttransfusion, Röntgenreizbestrahlung des Knochenmarks, Splenektomie) vermehren sich die unreifen vitalgefärbten Erythrozyten, welche durch ihre dichten Netzstrukturen gekennzeichnet sind. Trotz evtl. weiterer Zunahme der vitalgefärbten Erythrozyten werden sie im Blut reifer, die Netzstruktur nimmt ab, wird zu randständigen Bröckeln und verschwindet. Die Anzahl der vitalgefärbten Erythrozyten läßt gewissermaßen auf die Größe des funktionierenden Knochenmarks, die Reifegrade der Erythrozyten auf die zeitlichen Verhältnisse des eingesetzten Reizes schließen.

Wirkt Eisen oder Arsen bei posthämorrhagischen Anämien auf das Knochenmark? Verf. untersucht diese Frage, indem er die Vermehrung der vitalgefärbten Erythrozyten studiert. Er kommt zu dem Ergebnis, daß Arsenik bei posthämorrhagischen Anämien nicht auf das Knochenmark wirkt. Dagegen läßt sich beim Eisen eine stimulierende Knochenmarkswirkung nachweisen. Ob diese Wirkung direkt oder indirekt ist, ließ sich bisher nicht feststellen. Ebenso kann der Autor nicht die sichere Wirkung des Arsens bei der perniziösen Anämie erklären.

Henning, Berlin.

Zentralblatt für Chirurgie.

Nr. 48.

* Mißerfolge nach Ulkusoperation. P. Rieß.
Die Explosionsgefahr bei der Sauerstoff-Aethernarkose. A. Beck.
Neue Blutagglutinationsprobe mit hämolysiertem Blut und ein Beitrag über Agglutinationsabweichungen der Blutgruppen. J. Clemens.
* Sehnennaht bei Verletzungen. E. Baumann.
* Das Wesen und der Wert der Botelhoschen Reaktion. H. Hilarowicz.
Echinococcus im Pankreas. M. Kostic.
Etwas Philologie in der Chirurgie. H. Reinberg.
Stützapparat zur Wundschonung nach Rückenoperationen. H. Jessen.
* Wie darf die Absetzung des Oberschenkels nach Gritti nicht gemacht werden? M. zur Verth.

Mißerfolge nach Ulkusoperationen. Es wird einer der Fälle beschrieben, die trotz wiederholter Operationen (Resektionen usw.) immer wieder Ulcera ventriculi resp. peptica jejuni bekommen, und im Anschluß daran die Unzulänglichkeit rein mechanischer Maßnahmen bei der Ulkuskrankheit besprochen.

Sehnennaht bei Verletzungen. Für aseptische Sehnennähte hat sich folgendes Verfahren bewährt. Möglichst einfache Zwirnnaht der Sehne End zu End, höchstens zwei Nähte. Spaltung der Sehnenscheide der ganzen Länge nach. Zwei Entlastungsnähte aus rasch resorbierbarem Catgut werden an der Nahtstelle durch die Randpartie der Sehne, nach Kreuzung durch die Sehnenscheide gezogen und auf dieser geknüpft. Antisepsis mit 2%iger Pyoktannintinktur. Der Hautschnitt darf nicht über der Nahtstelle liegen. 12 Tage Ruhigstellung. Nie Verwachsungen der Nahtstelle mit der Umgebung.

Das Wesen und der Wert der Botelhoschen Reaktion. Die Bo.-R. ist eine Alkaloid-Eiweißreaktion, die aber auch mit anderen Alkaloidreagenzien ausführbar ist. Sie ist nicht spezifisch für bösartige Geschwülste. Positiver Ausfall tritt ein durch Hydrämie, Globulinsteigerung und andere auch nicht karzinomatösen Seren gemeinsame Eigenschaften. Zur Differentialdiagnose des Krebses kommt die Bo.-R. vor allem auch deshalb nicht in Betracht, weil im Beginn einer Geschwulstkrankheit die durch Kachexie und Zellzerfall verursachten Serumveränderungen noch nicht aufgetreten sind.

Wie darf die **Absetzung des Oberschenkels nach Gritti nicht gemacht werden?** Der lange Grittistumpf bringt dem Prothesenträger subjektive und objektive Nachteile verschiedener Art. Platz für das Prothesengelenk an geeigneter Stelle ist nur zu schaffen, wenn der Oberschenkelstumpf entsprechend reichlich gekürzt wird. Dann läßt sich die Tieferlegung des Kniegelenks leicht vermeiden und eine gutsitzende und haltbare Prothese ohne besondere Kunstgriffe herstellen.

Walter Grossmann, Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

199., Heft 3/5.

Ueber die Kirchheimer Bluterfamilien (Mampel). W. J. Klug.
✦ Beiträge zur Gefäßchirurgie: Klinisches und Experimentelles (Naht des Truncus anonymus, Unterbindung der A. carotis comm.). Franz Krampf.
Fibrosis mammae diffusa beim Manne. Kurt v. Gusnar.
Beitrag zur Klinik und operativen Behandlung des Lungenkarzinoms. Franz Krampf.
✦ Beitrag zur Aether- und Eigenblutbehandlung bei postoperativen Lungenerkrankungen. Paul König.
✦ Prophylaxe der postoperativen Lungenkomplikationen und deren Behandlung mit Aether- und Eigenblutinjektionen. Wilhelm Schaack.
Der Gasbrand im Frieden, insonderheit nach Injektionen von Medikamenten. R. Wanke.
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Verbindung von Blutumspritzung und Tiefenantisepsis auf örtliche bakterielle Infektionen. M. Biebl und F. Barth
Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung der Tiefenantiseptika auf Gasbrandbazillen. K. Ayukawa.
✦ Klinische Beobachtungen an 137 gutartigen Oesophagusstenosen der I. chir. Universitätsklinik Wien von 1901—1925. Adalbert Heindl jr.
✦ Der Paramedianschnitt nach Lennander, seine anatomisch-physiologischen Vorteile und die Erfahrungen an der Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik. C. Inglessis.
Anomalien am Penis. Ihre Beziehungen zur Hypospadie und ihre Deutung. Roderich Sievers.
Neue Wege der Anästhesierung der Kiefer und deren Umgebung. August Lindemann.

Kleine Mitteilungen und Kasuistik.

Klinische Erfahrungen mit Psikain im Zusammenhang mit der Erweiterung der Indikationen zur örtlichen Betäubung. A. G. Hilmann und A. N. Ryshich.
Zur Lumbalanästhesie. P. Mahler.
✦ Behandlung der Schweißdrüsenabszesse. Otto Hoche und Paul Moritsch.
Provokation des Paludismus durch chirurgische Operationen. N. N. Nasaroff.
Postoperativer „paralytischer" Ileus und Heidenhainsche Darmfisteln. Hans Demme.
Blutendes Ulkus in einem Meckelschen Divertikel. Hans Fuß.
Appendizitis und entzündlicher Mesenterialtumor. Rudolf Gey.
✦ Ueber die Notwendigkeit der sekundären Appendektomie bei perityphlitischem Abszeß. C. Rausche.
Seltsame Hautgeschwürsbildung nach der Appendektomie. Mayeda Tomosuke.
Teilweise Rhinoplastik. Wiederherstellung der Spitze, der Flügel und der Scheidewand der Nase. M. Golkin.

Beiträge zur Gefäßchirurgie: Klinisches und Experimentelles. (Naht des Truncus anonymus; Unterbindung der A. carotis comm.) Verf. berichtet über zwei Beobachtungen von Karotisunterbindung, bei denen keine nachteiligen Folgen eintraten. An der Hand von vergleichenden Untersuchungen an Nieren prüft er alsdann die Frage, ob bei Verschluß des arteriellen Hauptastes und schlechter kollateraler Zufuhr die Ernährung des gefährdeten Gewebes durch Behinderung des Venenabflusses gebessert werden kann. Er kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Urteil, daß die Schädigungen, die das Gewebe durch vorübergehend venöse Stauung bei Arterien- und Venenverschluß erleidet, weit größer sind als bei alleinigem Arterienverschluß. Nach Untersuchungen des Verf. wäre es also nicht richtig, wie es bisher vielfach empfohlen wird, bei Verschließung eines größeren Arterienastes die Begleitvene mit zu unterbinden.

Beitrag zur Aether- und Eigenblutbehandlung bei postoperativen Lungenerkrankungen. Infolge klinischer Erfahrungen beschäftigt sich Verf. mit der Frage, welcher Wert der Aether- und Eigenblutbehandlung bei postoperativen Lungenerkrankungen beizumessen sei. Er lehnt im Gegensatz zu vielen anderen Autoren die Wirksamkeit sowohl des Aethers als auch des Blutes ab und erkennt als einzigen Einfluß der Eigenblutinjektion auf die erkrankte Lunge den entlastenden (nur wenn größere Mengen injiziert werden) im Sinne des Aderlasses an.

Prophylaxe der postoperativen Lungenkomplikationen und deren Behandlung mit Aether- und Eigenblutinjektionen. Verf. hat zahlreiche Versuche in der Prophylaxe der postoperativen Lungenkomplikationen und deren Behandlung mit Aether- und Eigenblutinjektionen angestellt. Kontraindiziert hält er die Aetherbehandlung bei schon entwickelter Pneumonie und bei Tuberkulose der Atemwege. Gute Erfolge sah er bei intramuskulären Aetherinjektionen bei postoperativen Bronchitiden, ferner gelang es ihm in vielen Fällen durch Aetherinjektion der Pneumonie vorzubeugen. Ist die Pneumonie bereits ausgebrochen, so empfiehlt er als einfaches, gefahrloses und wirksames Mittel die Eigenblutbehandlung, wie sie vor etwa 2 Jahren von Vorschütz empfohlen wurde. Der Kubitalvene werden 20 bis 30 ccm Blut entnommen, die sofort in die Muskulatur des Oberschenkels eingespritzt werden.

Klinische Beobachtungen an 137 gutartigen Oesophagusstenosen der I. chir. Universitätsklinik Wien 1901—1925. Unter 137 nicht karzinomatösen Speiseröhrenverengerungen beruhten 116 auf Verätzungen (hauptsächlich durch Lauge), während sich der Rest auf Wanderkrankungen der Speiseröhre und auf kongenitale Mißbildungen verteilt. Während bei den Mißbildungen die Prognose schlecht zu stellen ist, hängt sie in den übrigen Fällen von der Schwere der Grundkrankheit ab. Bei den Verätzungsstenosen ist in leichten Fällen die Bougierung die unbedingt einzuschlagende Behandlungsmethode; gelingt sie nicht, so kann sie unter Leitung des Oesophagoskops ausgeführt werden. In schweren Fällen ist die Sondierung ohne Ende nach Hacker-v. Eiselsberg zu empfehlen, wobei anfänglich impermeable Strikturen schließlich unter Zuhilfenahme der elektrolytischen Sondierung durchgängig werden. Die Gastroenterostomie ist nur im Ausnahmefalle, aber rechtzeitig anzulegen. Erst wenn die Sondierung ohne Ende nicht durchzuführen ist und der Beweis erbracht ist, daß der Oesophagus undurchgängig ist, liegt die Berechtigung zu einem ösophagoplastischen Eingriff vor.

Der Paramedianschnitt nach Lennander, seine anatomisch-physiologischen Vorteile und die Erfahrungen an der Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik. Verf. stellt in 40 Fällen, die mit dem Paramedianschnitt nach Lennander vor mehreren Jahren operiert worden waren, Nachuntersuchungen an und kommt zu folgendem Ergebnis. Der Paramedianschnitt gibt nicht nur in Fällen, bei denen der Bauch vollkommen geschlossen werden kann und bei denen eine Heilung p. p. auftritt, gute und dauerhafte Spätresultate, sondern auch in Fällen, bei denen vorübergehend drainiert bzw. tamponiert werden mußte.

Zur Behandlung der Schweißdrüsenabszesse. Bei der Behandlung der Schweißdrüsenabszesse mit homöopathischen Joddosen (Sulf. jod. D 6) sahen Verff. keine Erfolge. In den meisten Fällen genügte die chirurgische Behandlung. Bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen wird die Vakzinetherapie, natürlich kombiniert mit der entsprechenden chirurgischen Behandlung, als am schnellsten zur Heilung führend vorgeschlagen.

Ueber die Notwendigkeit der sekundären Appendektomie bei perityphlitischem Abszeß. In den Fällen von perityphlitischen Abszessen, bei denen nur dann die Spaltung des Abszesses, nicht aber die gleichzeitige Entfernung des Wurmfortsatzes mit vorgenommen werden kann, hält Verf. in Uebereinstimmung mit den Anschauungen von Lanz den Zeitpunkt zur Nachoperation dann gegeben, wenn der Kranke sich von der ersten Operation erholt hat und wenn keine entzündlichen Prozesse mehr nachzuweisen sind. Gewöhnlich wird diese Zeit nach 3—4 Monaten gekommen sein. Wird die sekundäre Appendektomie nicht angeschlossen, so besteht Rezidivgefahr.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.

40., Heft 1.

✦ Unsere Erfahrungen mit der periarteriellen Sympathektomie nach Leriche. Bruno Pfab und Otto Hocke.
Familiärer hämolytischer Ikterus (familiäre hämolytische Anämie). Doll.
✦ Postoperative Harnverhaltung als Symptom der allgemeinen postoperativen Krampfbereitschaft und ihre Behebung durch Säuretherapie. A. Jalcowitz.
✦ Appendizitis und Extrauteringravidität. A. L. Schmid.
Konstitutionstypen und chirurgische Krankheiten. H. Huck und Fr. Emmerich.
✦ Klinischer und experimenteller Beitrag zur Frage der Hämoglobinresistenz. H. Bischoff und K. Breitländer.
✦ Aetiologie und Klinik der Meningitis serosa und zur diagnostischen Kontrastfüllung des Lumbalkanals mit Jodipin. Friedrich Hiller.
✦ Antikörpersteigerung als Wirkung der Bluttransfusion. P. Moritsch und O. Hoche.
Verschiebungen der Wasserstoffionenkonzentration bei der Entzündung. Carl Rohde.
Chirurgie des Typhus abdominalis. B. Breitner.
Beitrag zum Tetanieproblem. A. Jalcowitz.
✦ Untersuchungen über Resorptionsgeschwindigkeit aus kalten Abszessen, benignen und malignen Tumoren. F. Starlinger und J. Urbanek.

Unsere Erfahrungen mit der periarteriellen Sympathektomie nach Leriche. Die Literatur über die p. S. hat während der letzten Jahre erheblich zugenommen und ist kaum mehr zu übersehen. Ein Beweis dafür, daß die Ansichten darüber weit auseinandergehen. Erst im letzten halben Jahr ist eine langsam beginnende Uebereinstimmung zu bemerken, die dahin zu deuten wäre, daß Schädigungen des Gefäßsystems, hervorgerufen durch Arterienverkalkung, durch eine p. S. in keiner Weise beeinflußt werden.

Die Verf. berichten über 16 an der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien (Vorstand: Prof. Dr. A. von Eiselsberg) operierte Fälle. Unter diesen waren:

5 Gangraena pedis propter arteriosclerosim,
4 Angiospasmen,
3 Rainaud,
1 Röntgenulkus,
1 Mal perf. pied. pr. vuln. punct. fem. et laesio nervi fem.,
1 Sklerose incipiens,
1 Gangraena ant. brach. propter Trypofl.-Injekt.

Die bei Gefäßverkalkung gleichbleibend schlechten Erfolge, die nur in den ersten Tagen nach der Operation eine scheinbare Besserung zeigten, haben dazu geführt, daß der Standpunkt der Klinik dahin festgelegt werden kann, daß sklerotische Gefäßerkrankungen, auch wenn der Patient die Operation verlangt, unter keinen Umständen mehr mit der p. S. behandelt werden.

Die in der Klinik geübte Technik der Operation ist bereits in einer früheren Mitteilung beschrieben worden. In keinem Fall haben die Verf. eine postoperative Blutung gesehen und glauben, daß bei vorsichtigem, operativem Vorgehen diese in jedem Falle ausgeschaltet werden kann, überhaupt dann, wenn arteriosklerotisch veränderte Gefäße nicht mehr ausgeschält werden; da diese doch die einzigen sind, die erhöhte Vulnerabilität zeigen und durch Entziehung der Vasa vasoren eine Nekrose und damit eine im Gefolg stehende Blutung beschleunigt bzw. hervorgerufen wird.

Zusammenfassend kommen die Verff. zu folgendem Resultat:

1. Die periarterielle Sympathektomie ist bei allen neurotischen Gefäßerkrankungen und den damit im Gefolge stehenden Veränderungen der Extremitäten indiziert.
2. Kontraindiziert bei jeder sklerotischen Erkrankung, ausgenommen die ganz im Beginn der Erkrankung stehenden Fälle.
3. Bei vorsichtiger Operationstechnik besteht keine Gefahr einer postoperativen Blutung aus der entschälten Arterie.
4. Für die Indikationsstellung ist kapillarmikroskopische Untersuchung ein wertvolles Hilfsmittel.

Postoperative Harnverhaltung als Symptom der allgemeinen postoperativen Krampfbereitschaft und ihre Behebung durch Säuretherapie. Die Harnverhaltung ist nach operativen Eingriffen aller Art ein nicht allzu seltenes Vorkommen und führt in der Regel zur ein- oder mehrmaligen Katheterisierung des betreffenden Patienten. Es ist verständlich, daß nach Mitteln gesucht wurde, die imstande sind, den Katheterismus mit seinen oft nachteiligen Folgeerscheinungen bei der postoperativen Harnverhaltung überflüssig zu machen. Es liefen günstige Berichte über Behandlung mit intravenösen Urotropininjektionen (Vogt, Pasch, Lämmle, Gundert, Stapelmohr) ein, über günstige Wirkungen mit Liquor kalii acetici, aber es fehlte auch nicht an weniger günstigen. Iroma konnte zeigen, daß der im Wiener pharmakologischen Institut durch Morphin erzeugte Blasensphinkterkrampf am Tier durch Kalium prompt zu lösen ist.

In der Annahme, daß die Harnverhaltung beim Menschen ebenfalls auf einen durch Morphin bedingten Sphinkterkrampf zurückzuführen ist, berichtete Reimer über gute Erfolge mit Liquor kalii acetici, aber auch hier weiß Verf. an der Hand von 100 Fällen aus eigener Erfahrung (an der Abteilung von Prof. Ranzi, seinem früheren Chef) von Versagern zu berichten.

Welches ist nun die theoretische Erklärung für die postoperative Harnverhaltung? Allgemein wird angenommen, daß es sich um einen Krampf des Blasensphinkters handelt, der durch die dem operativen Eingriff vorausgehende Morphiuminjektion bedingt ist. Eine Reihe von Gründen spricht gegen diese Annahme. So kam es auch zu Harnverhaltung nach operativen Eingriffen, bei denen vorher kein Morphium verabreicht wurde; andrerseits zeigen zahllose Patienten, die Morphin bloß zur Schmerzstillung nehmen, niemals Harnverhaltung, obwohl gerade bei diesen die Dauer und die genommenen Dosen höhere sind, wie die bei der Vorbereitung zur Operation angewendeten. Diese beiden Umstände weisen darauf hin, daß wohl in dem operativen Eingriff als solchem die Ursachen gelegen sein müssen, die die postoperative Harnverhaltung bedingen. Verf. konnte nun vor kurzem gemeinsam mit F. Starlinger zeigen, daß es nach operativen Eingriffen aller Art in der Regel zu einer Uebererregbarkeit des gesamten neuromuskulären Apparates kommt, die als „postoperative Krampfbereitschaft" bezeichnet wurde. Diese Uebererregbarkeit verdankt ihre Entstehung einer Störung des intermediären Stoffwechsels, die ihrerseits wahrscheinlich durch gesteigerten Zellverfall bedingt ist, und findet ihren Ausdruck in einer Verschiebung des Säurebasengleichgewichts des Gesamtorganismus nach der alkalotischen Seite hin. Alle diese Veränderungen treten zwar qualitativ nach jedem operativen Eingriff ein, doch ist ihre quantitative Wirkung individuellen Verschiedenheiten unterworfen, die so groß sind, daß von kaum meßbarer Uebererregbarkeit der Muskulatur bis zum manifesten tetanischen Rückfall alle Uebergänge vorkommen. Immerhin bleibt die Möglichkeit bestehen, daß das Morphin eine unterstützende Rolle beim Sphinkterkrampf spielt. Dagegen muß die gebräuchliche Auffassung des postoperativen Sphinkterkrampfes beim Menschen als reine Morphinwirkung abgelehnt werden.

Nicht für alle postoperativen Harnverhaltungen bietet der Sphinkterkrampf auf Grund der allgemeinen Uebererregbarkeit des neuromuskulären Apparates eine ausreichende Erklärung. Eine Sonderstellung nehmen die blasennahen Operationen — am Rektum, Anus und Perineum — ein; nach diesen kann es durch Läsion des in unmittelbarer Nachbarschaft des Schließmuskels liegenden Gewebes oder durch Tamponade resp. Stopfrohr u. dgl. zum reflektorischen Sphinkterkrampf und folgender Harnverhaltung kommen. Aber noch einer dritten Art von postoperativer Harnverhaltung muß gedacht werden, der psychisch bedingten, denen hauptsächlich neurotische Patienten unterworfen sind. Die ungewohnte Rückenlage, das Peinliche, sozusagen öffentlich urinieren zu müssen, genügen schon zur Auslösung der psychischen Harnverhaltung; daneben kommt es zu einer solchen durch das mannigfach unpsychologisch gehandhabte Vorgehen der Aerzte und des Pflegepersonals die Patienten zu einer Zeit — meist abends — zur Harnentleerung aufzufordern, ganz ohne Rücksicht darauf, ob der Füllungsgrad der Blase eine solche Entleerung nötig erscheinen läßt. Ein einmaliger vergeblicher Versuch kann bei entsprechender Einstellung des Patienten schon eine psychische Harnverhaltung zur Folge haben. Erwähnt muß noch hier werden die auf hysterischer Grundlage auftretende Harnverhaltung, namentlich beim weiblichen Geschlecht. Es ist auf Frauenstationen beobachtet worden, daß durch das „böse Beispiel" einer Patientin plötzlich ein großer Teil der Patientinnen nicht mehr spontan urinieren konnte.

Appendizitis und Extrauteringravidität. Bei Kombination der Appendizitis mit Tubargravidität handelt es sich meist um subakute Erkrankungen des Wurmfortsatzes, so daß in der Regel eine Differentialdiagnose nicht nötig ist, weil das Krankheitsbild von den Erscheinungen der Extrauteringravidität beherrscht wird.

Zusammenfassend sagt Verf.:

1. In einem nicht geringen Prozentsatz von Extrauteringraviditäten wird diese durch Erkrankung des Wurmfortsatzes hervorgerufen.
2. Die Differentialdiagnose bei Extrauteringravidität gegenüber der Appendizitis ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch genaue vaginale und rektale Untersuchung unter Berücksichtigung der Anamnese und der Temperatur immer sicher zu stellen.
3. Bei einem Symptomenbild, das einer Appendizitis entspräche, ist bei gleichzeitiger, wenn auch nur geringfügiger, Menstruationsstörung unbedingt eine genaue gynäkologische Untersuchung vorzunehmen, um mit entsprechender Sicherheit Extrauteringravidität ausschließen zu können. Diese Untersuchung ist eventuell in Narkose auszuführen, an die gleich die Operation angeschlossen werden kann.

Klinischer und experimenteller Beitrag zur Frage der Hämoglobinresistenz. Um eventuelle Gesetzmäßigkeiten nachzuweisen, die es gestatten würden, die Methode der Untersuchung der Resistenz des Hämoglobins gegen zersetzende Agentien als differentialdiagnostisch-klinische Untersuchungsmethode zu verwenden, stellten die Verff. eine Reihe von Versuchen an pathologischem Material an. Zur Untersuchung kamen vorwiegend Erwachsene und in der Hauptsache rein chirurgische Krankheitsfälle.

Unter den bei den verschiedenen Krankheiten gewonnenen Resultaten fanden die Verf. eine wesentliche Abweichung von der Norm, und zwar im Sinne einer Verlängerung der Zersetzungszeit, bei 2 Fällen von perniziöser Anämie, bei einem Fall von Cholezystitis, bei einem Hämatom und einem Knochenbruch. Bemerkenswerter Weise konnte keine Aenderung der Hämoglobinresistenz bei chronischen Erkrankungen, wie z. B. beim Karzinom, Sarkom und der Tuberkulose festgestellt werden. Auch sekundäre Anämien, infolge Blut- und Säfteverlust, wiesen keine Veränderung der Hämoglobinresistenz auf.

Unter den ersten Vorversuchen fand sich ein Fall von akuter Cholezystitis mit einer Resistenzerhöhung um 100%. Durch Steinverschluß des Ductus choledochus war außerdem ein mittelstarker Ikterus bedingt. Diese Beobachtung ließ vermuten, daß vielleicht bei Ikterus regelmäßig eine Verlängerung der Zersetzungszeit zu beobachten wäre. Um den Einwand zu entkräften, die dem Blut beigemengten Gallenfarbstoffe könnten den Zersetzungsprozeß beeinflussen, wurden Kontrollversuche bei einer Reihe von Fällen von Erkrankungen der Leber und der Gallenwege, die sämtlich mit Ikterus einhergingen, vorgenommen. Die Versuche wiesen keinerlei Unterschiede in den Zersetzungszeiten auf, so daß eine Beeinflussung der Resistenz durch Gallenfarbstoff im Serum bzw. Plasma, d. h. also durch den Ikterus, nicht anzunehmen ist. Dagegen erscheint den Verff. aus den bei 14 Fällen gewonnenen Zersetzungszeiten die auffällige Tatsache hervorzugehen, daß bei allen entzündlichen Gallenwegs- bzw. Lebererkrankungen (mit Ausnahme eines Falles) regelmäßig eine Verlängerung zu finden ist, während Fälle von Icterus catarrhalis und Cholelithiasis durchaus normale Werte ergeben.

Bei den Untersuchungen kamen zum Teil sehr beträchtliche Verlängerungen bis zu 2 Min. 7 Sek. zur Beobachtung. Bei Hämatomen wurden in allen Fällen zum Teil ziemlich erhebliche Verlängerungen der Zersetzungszeiten gefunden. Die Resistenzerhöhung war vom 3. Tage an einwandfrei nachweisbar; im weiteren Verlauf pflegte sie bis zum Zwei- und Dreifachen des normalen Wertes anzusteigen, um mit Schwinden der klinischen Symptome, d. h. nach Resorption wieder zur Norm zurückzukehren.

Zusammenfassung:

Es wurde bei den angeführten Versuchen die Bestimmung der Hämoglobinresistenz auf ihre Eignung als differentialdiagnostisch-klinische Untersuchungsmethode geprüft.

Die Bestimmungen erstreckten sich auf 100 vornehmlich chirurgische Krankheitsfälle.

Das Ergebnis war folgendes:

1. Bei 10 untersuchten Fällen wird weder ein Einfluß des operativen Eingriffs noch der Aethernarkose, noch der Lokalanästhesie auf die Resistenz des Hämoglobins gefunden.
2. Bei zahlreichen chirurgischen Erkrankungen wird keine Veränderung der Resistenz festgestellt, insbesondere nicht bei Karzinomen, Sarkomen und Tuberkulose usw.
3. Auch allgemeine Kachexie, sekundäre Anämie, älteren und früheren Datums und beträchtlichen Grades z. B. nach Blutverlusten, weisen keine Veränderungen der Hämoglobinresistenz auf.
4. Bei der Anaemia perniciosa wird die Erhöhung der Blutfarbstoffresistenz bestätigt.
5. Bei entzündlichen Affektionen der Leber, insbesondere der Gallenwege werden zum Teil beträchtliche Erhöhungen der Hämoglobinresistenz gefunden. Ein Einfluß des ikterischen Serums bzw. Plasmas wird ausgeschaltet. Nichtentzündliche Affektionen der Leber und Gallenblase zeigen normale Werte.
6. Sämtliche untersuchten Fälle von Blutergüssen weisen deutliche Verlängerung der Zersetzungszeit auf: die Verlängerung scheint direkt proportional der Größe des Hämatoms zu sein. Sie wird frühestens nach 3 Tagen beobachtet und scheint mit dem Zurückgehen der klinischen Symptome ebenfalls zurückzugehen.
7. Experimentell läßt sich im Tierversuch die Verlängerung der Hämoglobinresistenz durch mit Eigenblut gesetzte Hämatome anscheinend herbeiführen.

Aetiologie und Klinik der Meningitis serosa und zur diagnostischen Kontrastfüllung des Lumbalkanals mit Jodipin. Zur Förderung der Diagnose empfiehlt Verf. die Injektion von 1 ccm Jodipin (Merck) subokzipital in den Lumbalkanal.

Die Jodipin-Kontrastfüllung zeigt bei der serös-adhäsiven Meningitis ganz besonders ihre große diagnostische Bedeutung. Auch die präziseste neurologische Untersuchung wird nicht imstande sein, multiple Spangen- und Zystenbildung allsamt lokalisatorisch sicher zu bestimmen. Es ist dies aber unerläßlich, wenn es dem Operateur gelingen soll, die Möglichkeiten zur Heilung zu schaffen. Wenn also heute die subokzipitale Jodipininjektion bereits eine oft sehr erwünschte Kontrolle für die Diagnose klinisch gut lokalisierbarer isolierter Prozesse am Rückenmark darstellt, so ist sie unerläßlich beim Verdacht multiokulärer, raumbeengender Prozesse. In gleichem Sinne hat sich schon F. Krause (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 99) ausgesprochen, der den Wert dieser Methode vor allem für die Meningitis serosa und die Differential-Diagnose von Konus- und Kaudatumoren hervorhob.

Die Kontraindikation für die subokzipitale Jodipininjektion fällt einmal zusammen mit der für den Okzipitalstich überhaupt (in erster Linie bei starkem Hirndruck), und weiterhin bei Ueberempfindlichkeit gegen Jod. Es ist zu bedenken, daß mit 1 g 25% Jodipin 0,326 Jodkali injiziert werden, und daß diese Jodmenge viele Monate lang als langsam resorbiertes Depot im Wirbelkanal liegen bleibt.

Antikörnersteigerung als Wirkung der Bluttransfusion. Versuche an der I. chirurgischen Universitätsklinik in Wien (Prof. v. Eiselsberg). Zusammenfassend sagen die Verff.:

Im Anschluß an die Bluttransfusion findet sich bei einer Reihe von Fällen, insbesondere, wenn gruppengleiche Spender verwendet wurden ein Ansteigen des Agglutiningehaltes im Empfängerserum, welcher zwischen dem 7. und 11. Tag den Höhepunkt erreicht, um am 20. Tag wieder auf die Norm abgesunken zu sein. Bei 3 kachektischen Individuen wurden gruppenungleiche Spender verwendet, in 2 Fällen trat ein Absinken des Agglutiningehaltes ein, 1 Fall blieb unverändert. Bei der Beurteilung der Bluttransfusion kommen hauptsächlich zwei Wirkungen in Betracht, worauf schon B. Breitner in seinem Buche über die Bluttransfusion ausführlich berichtete. Obenan steht ihr Wert als Blutersatz, der bei den lebensbedrohlichen akuten Blutverlusten die besten Erfolge zeitigt. Die bisher angenommene Reizwirkung (Proteinkörperwirkung nach Hempel), die eine Umstimmung des Organismus hervorrufen soll, findet durch die Steigerung des Agglutiningehaltes im Serum einen neuerlichen Beweis.

Untersuchungen über Resorptionsgeschwindigkeit aus kalten Abszessen, benignen und malignen Tumoren. Die Untersuchungen wurden von den Verfassern mit Uranin, dem Ammoniumsalz des Fluoreszins unternommen, von dem Paul Ehrlich im Jahre 1882 gezeigt hatte, daß es in kürzester Zeit nach Einbringung in den Organismus im Kammerwasser des betreffenden Individuums optisch faßbar als grüne Linie erscheint.

Ueber das Resultat ihrer Untersuchungen sagen Verff., sich zusammenfassend:

„Untersuchungen über Resorptionsfähigkeit aus benignen wie malignen Tumoren und kalten Abszessen, gemessen an der Ausscheidungsgeschwindigkeit von Uranin ins Kammerwasser, ergeben, daß dem malignen Tumor eine höhere resorptive Potenz als dem Muskelgewebe zu eigen ist, daß benignes Neoplasma und kalter Abszeß in ihrer Resorptionsfähigkeit dem Muskelgewebe nachstehen. Es wird auf die differentialdiagnostische Bedeutung dieser Tatsachen hingewiesen, die im übrigen durch die lokalen anatomischen Verhältnisse — infiltrierendes, histolytisches Wachstum wie reiche Gefäßversorgung einerseits, bindegewebige Kapsel bzw. Abszeßmembran andrerseits — zu erklären sein dürfte.

Lasker, Berlin.

Strahlentherapie.

23., Heft 4.

Worte des Gedenkens an den Privatdozenten Dr. Franz Krömeke, Münster i. W. Paul Krause, Münster i. W.
✦ Bemerkungen zum Dosierungsproblem. Friedrich Dessauer.
✦ Genital- und Bauchfelltuberkulose beim Weibe. O. Gragert.
✦ Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Dextroseinjektionen in der Therapie des Karzinoms. Dr. Ernst G. Mayer.
✦ Untersuchung der Resultate, welche durch die Behandlung des Zungenkrebses mittels Radium und Röntgenstrahlen erzielt worden sind (127 Fälle). Aus dem Englischen übertragen von Dr. med. Gustav Wittigschlager in Bremen. Bernard F. Schreiner.
✦ Tumorbildung nach Röntgenkastration, mit besonderer Berücksichtigung der Sarkomentwicklung im Ovarium und Uterus. Prof. Dr. E. Vogt.
✦ Wirkungsweise der Ultraviolettstrahlen auf die roten Blutkörperchen. Prof. Dr. Hans Koeppe.
✦ Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen. Dr. Walther Schmidt.
✦ Urobilinogenausscheidung im Harn nach Röntgenbestrahlung und Durchleuchtung. Dr. Heinz Bromeis.
Strahlentherapeutische Sensibilisierung mittels Senföl. Prof. G. Schwarz, Wien.
✦ Das Vitaminproblem in der Rachitistherapie. F. Kohl, H. Geffcken und H. Richter.
Das Sonnenstrahlungsnetz im deutschen Nordseegebiet. P. A. Galbas, Wilhelmshaven-Rüstringen.
Klinische und experimentelle Ergebnisse der Reiztumorenforschung. Sammelreferat. Konrad Brandes.

Bemerkungen zum Dosierungsproblem. Jede Dosierung hat zur Grundlage die Trennung der quantitativen und qualitativen Messung. Es ist zweifelhaft, ob die biologische Wirkung der Röntgenstrahlung in gleicher Relation zur absorbierten Energie steht. Es ist auch zweifelhaft, ob sie bei verschiedener Wellenlänge identisch ist. Daraus geht hervor, daß alle Dosierungsangaben, welche ohne Bezeichnung der Strahlenqualität gemacht worden sind, streng genommen zwecklos sind. Auch bei der Verwendung der Einheit R. ist die Angabe der Strahlenhärte unbedingt erforderlich. Die gleiche R-Zahl kann bei verschiedener Qualität einen anderen Abbau der Energie an der Meßstelle bedeuten, ferner eine andere Verteilung in der Tiefe. Es ist zweckmäßig, stets nicht nur die prozentuale Tiefendosis anzugeben, sondern auch Spannung, Filterung, Absorptionskoeffizienten und Halbwertschicht. Für die Dosierung sind dann weiter von großer Wichtigkeit Verteilungstafeln, in deren empirischen Ergebnissen Rückstreuung, Wirkungen des Komptoneffektes und die Gesamtverteilung enthalten sind und die für eine große Anzahl normalisierter Bestrahlungsbedingungen zu eruieren sind.

Ueber Genital- und Bauchfelltuberkulose beim Weibe. Verf. berichtet über seine Erfahrungen in 44 Fällen. Die Indikationsstellung hängt von der vorliegenden Form der Erkrankung ab. Bei der trockenen Form der Peritonealtuberkulose wird sofort bestahlt, das der Versuch eines operativen Vorgehens häufig üble Folgen in Form einer Bauchdeckeneiterung bzw. Kotfistel zeitigt, Erscheinungen, die zuweilen bei zunächst primär gutem Operationserfolg auftreten können. Liegt dagegen eine leichte Bauchfelltuberkulose mit nachweisbarem Aszites vor, so wird zunächst laparotomiert und der Aszites abgelassen. Die operative Behandlung der Adnexe richtet sich nach dem Zustand der Entzündung. Bei doppelseitigen Entzündungen werden die Adnexe der schwerer erkrankten Seite entfernt, von der anderen Seite nur ein möglichst geringer Teil. Unter Umständen muß auch zur supravaginalen Amputation des Uterus geschritten werden. Bei den ganz schweren tuberkulösen Eiterherden im Bereich des kleinen Beckens wird nur von der Scheide aus punktiert, inzidiert und drainiert, später wird dann die Bestrahlung vorgenommen. Die angegebene Bestrahlungstechnik stützt sich auf die „Tuberkulose-Dosis“ von Seitz-Wintz. Es werden also 54% der HED. als effektive Tiefendosis verabfolgt. (Die angegebene Dosis ist nach den heutigen Gesichtspunkten zu schematisch und im allgemeinen unbedingt zu hoch. Der Referent.)

Zur Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Dextroseinjektionen in der Therapie des Karzinoms. Verf. berichtet über eine große Reihe weiterer Fälle, bei denen vor jeder Röntgenbestrahlung intravenöse Injektionen mit Traubenzucker vorgenommen worden sind. Es handelt sich in der Hauptsache um Karzinome des Rachens, der Zunge und des Kehlkopfes. Die Anfangserfolge sind offensichtlich in vielen Fällen erheblich besser als bei der einfachen Bestrahlung. Der Effekt wurde zum Teil auch mit wesentlich kleineren Dosen erzielt, als früher üblich. Die Frühreaktion ist zuweilen sehr heftig. In keinem Falle wurde eine Erscheinung nachweisbar, die auf eine erhöhte Empfindlichkeit des gesunden Gewebes hätte schließen lassen. Dagegen ergab sich bei der kombinierten Therapie auffallend häufig entzündliche Komplikationen, die in einigen Fällen deletäre Folgen hatten.

Eine Untersuchung der Resultate, welche durch die Behandlung des Zungenkrebses mittels Radium- und Röntgenstrahlen erzielt worden sind. (127 Fälle.) Aus dem Englischen übertragen von Dr. med. Gustav Wittigschlager in Bremen. Verf. berichtet über die Ergebnisse der Strahlenbehandlung von 127 Fällen von Zungenkrebs.

Beachtenswert ist, daß die Erkrankung bei Männern fünfmal häufiger vorkommt als bei Frauen. Die Behandlung wird neuerdings mit Radiumemanation durchgeführt, die in Glaskapillaren gefüllt sind. Es werden Kapillaren von 0,3—0,5 Millikurie in den Primäraffekt eingebettet und nach Möglichkeit auch in die metastatischen Lymphdrüsen. Außerdem wird von außen mit Radium oder mit harten Röntgenstrahlen behandelt. Es wird damit bezweckt, eine Dosis von 125—135% zu applizieren. Oertliche chirurgische Eingriffe zwecks Entfernung metastatisch erkrankter Lymphdrüsen werden abgelehnt. Die regionären Lymphdrüsengebiete werden neuerdings nur mit harten Röntgenstrahlen behandelt (130%) im Verlauf von 3—4 Sitzungen innerhalb 10—12 Tagen.

Weitere Beiträge zur Frage der Tumorbildung nach Röntgenkastration mit besonderer Berücksichtigung der Sarkomentwicklung im Ovarium und Uterus. Es sind in der Literatur verschiedene Fälle von Tumorbildungen bei röntgenbestrahlten Frauen mitgeteilt worden, zu denen Verf. 3 eigene Fälle von Uteruskörperkarzinom, 3 Uterussarkome, 1 Sarkom des Beckens und des Oberschenkels und 1 hyaline Degeneration eines Uterusmyoms hinzugefügt. Die kritische Sichtung der mitgeteilten Fälle von Genitaltumoren nach Röntgenbestrahlung läßt aber irgendwelche beweisbaren Zusammenhänge zwischen der Entstehung der Neubildungen und der Röntgenbestrahlung vermissen. Wir sind daher auch berechtigt, an unserer bisherigen Indikationsstellung für die Röntgentherapie der Myome und gutartigen Blutungen festzuhalten. Bei Uterussarkomen soll in jedem Fall operiert werden mit prophylaktischer Nachbestrahlung. In einigen Fällen von Ovarial- bzw. Uterussarkomen, in denen das Leiden durch Diabetes kompliziert war, versagte die Strahlentherapie. Vor jeder Röntgenbestrahlung wegen Myom oder gutartiger Blutung soll ein Abrasio vorgenommen werden.

Wirkungsweise der Ultraviolett-Strahlen auf die roten Blutkörperchen. Die ultravioletten Strahlen der künstlichen Höhensonne wirken auf die roten Blutkörperchen, indem durch Schädigung des Fettbestandteils der Hülle Hämolyse eintritt. Die Schädigung beruht auf Oxydation, die dabei entstehenden Säuren bewirken Koagulation der Eiweißbestandteile und Braunfärbung des Hämoglobins. Auch im strömenden Blut ist die Schädigung der roten Blutkörperchen durch ultraviolette Strahlen nachweisbar. Unmittelbar nach der Bestrahlung ist die Resistenz des Blutes gegenüber ultravioletten Strahlen verringert, im Laufe einer Bestrahlungskur wird sie aber größer. Bei der Strahlenwirkung spielen auch katalytische Prozesse eine Rolle. Durch Bestrahlungsversuche verschiedener Oelsorten konnte als Strahlenwirkung ebenfalls Oxydation, Säurebildung und ein katalytischer Vorgang festgestellt werden.

Beitrag zur biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Verf. untersuchte den Einfluß der Röntgenstrahlen auf den Ausfall der Lüttge-v. Mertzschen Serumreaktion. Bei Gravidität wurden nach 4 HED alle Proben negativ. Auch bei Bestrahlung in vivo macht sich eine deutliche Tendenz zum Negativen bemerkbar. Dies gilt allerdings nur für Röntgenbestrahlung, während bei Radiumbestrahlung ein wesentlicher Einfluß auf die Reaktion nicht festgestellt war.

Urobilinogenausscheidung im Harn nach Röntgenbestrahlung und Durchleuchtung. Schon nach kurzen Röntgendurchleuchtungen bewirken die geringen dabei absorbierten Strahlenmengen eine Urobilinogenausscheidung im Harn. Die Reaktion ist im alkalischen Harn schwächer als im sauren. Die den Röntgenstrahlen ausgesetzte Gegend ist nur von geringem Einfluß. Es ist anzunehmen, daß die Urobilinogenurie durch eine Leberschädigung herbeigeführt wird, die durch toxische Zerfallsprodukte bedingt ist.

Das Vitaminproblem in der Rachitistherapie. Die Untersuchungen an jekorisierten Stoffen ergaben, daß die Wirkung der Bestrahlung eine indirekte ist. Der sogenannte Photoeffekt, die Fähigkeit der durch ultraviolette Bestrahlung beeinflußten Stoffe auf die photographische Platte zu wirken, kann auch dadurch erreicht werden, daß die betreffenden Stoffe mit den Lampengasen in Berührung gebracht werden, d. h. mit Ozon. Auch der eigentümliche lebertranartige Geruch entsteht auf diese Weise. Es ist anzunehmen, daß die eigentliche Wirkung der Bestrahlung mit ultraviolettem Licht auf der Aufnahme von aktivierten Säurestoff, m. a. W. auf einer Jekorisierung des Hautfettes beruht. So dürfen auch die Erfolge der klimatologischen Rachitiskuren zu erklären sein.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

20., H. 11.

* Pyelographische Studien über Bewegungen der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter. Schule.
Die Elektrotherapie bei Komplikationen der Gonorrhoe. Kabatschnik.
Zystoskopie und Gastroskopie. Sternberg.
Ueberraschende operative Heilung eines Blaserdivertikels. Propping.
Biologische Tripperbehandlung. Porocz.
* Die Neosalvarsanbehandlung der akuten und chronischen Zystitis und Pyelitis und der sogenannten terminalen Hämaturie bei Gonorrhoe. Marchionini.
* Beitrag zur Behandlung der Blasengeschwülste. Meier.

Pyelographische Studien über Bewegungen der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter. Schelle füllte die Nierenbecken mit Umbrenal und machte in Abständen von 2—3 Minuten Aufnahmen, um die Entleerung und die Motilität der oberen Harnwege zu studieren. Er beobachtete zuerst eine Entleerung der großen Kelche. Ein, während kleinere Reste in den Calices minores sich etwas länger hielten, schnelleres Abfließen der Kontrastmittel aus den oberen Partien, wie es andere Autoren beobachteten, konnte er nicht regelmäßig finden. Zuletzt hielt sich ein Rest in der Ampulle des Beckens, die sich meist in 6—10 Minuten konzentrisch entleerte. In einem Falle von Steinpyonephrose jedoch trat im Verlauf von 19 Minuten noch keine Entleerung auf. Die Anfertigung von Serienpyelogrammen gestattet, einen Einblick in die Ursache der Harnstörungen zu tun, und also auch speziellere Indikationen der Therapie zu stellen. Aus dem Ergebnis seiner Untersuchungen schließt der Autor, daß die Nierenbecken und Harnleiter außerordentlich verschieden auf die Füllung reagieren. Das „normale“ Pyelogramm stellt wahrscheinlich eine erhebliche Dilatation des Pyelons dar, wie sie möglicherweise nur selten oder gar nicht eintritt. Je nachdem nun die Harnableitungswege mehr hypertonisch oder atonisch sind, vermögen wir eine lebhafte Peristaltik zu beobachten oder ein passives Abfließen des Kontrastmittels. An den Reizerscheinungen nach der Pyelographie ist zum Teil wohl auch die Salzwirkung der Mittel schuld. Bezüglich der Nierenbeckenkapazität ergibt sich, daß sonst gleich große Becken verschiedene Füllungswerte haben können, je nach ihrer Reaktionsweise auf die Füllung.

Die Neosalvarsanbehandlung der akuten und chronischen Zystitis und Pyelitis und der sogenannten terminalen Hämaturie bei Gonorrhoe. Die Freiburger Klinik berichtet über 70 Fälle, welche allein mit Neosalvarsan (in wenigen Fällen auch Neosilbersalvarsan) behandelt wurden. Bei 57 Patienten war die Therapie erfolgreich, in 13 Fällen versagte sie. Unter den Versagern befanden sich zwei Fälle tuberkulöser Zystitis, mehrere Koliinfektionen und akute und chronische Zystitiden ungeklärter Aetiologie. Verabfolgt wurden Einspritzungen zwischen 0,15—0,6 bei Männern und 0,15—0,45 bei Frauen. Meist genügten 4—5 Injektionen in Zwischenräumen von 3—5 Tagen. Erfolgte dann keine Besserung, so wurde die Behandlung abgesetzt, hatte sie keinen genügenden Erfolg, so wurden noch einige weitere Einspritzungen verabfolgt.

„Relativ günstige Beeinflussung“ konnte bei postgonorrhoeischen Blasen- und Nierenbeckenentzündungen beobachtet werden, insbesondere verschwand die terminale Hämaturie rasch, auch Koli- und Protozoeninfektionen besserten sich.

Als Kontraindikation nennt Marchionini die Kreislaufinsuffizienz, auch soll bei Urogenitaltuberkulose kein Salvarsan verabfolgt werden. Gelegentlich (viermal) sah der Autor Temperaturanstiege, einmal ein kleinmakulöses Exanthem, auch lokale Reaktionen traten auf, doch gehen sie meist rasch zurück und bilden jedenfalls keine Gegenanzeige.

Beitrag zur Behandlung der Blasengeschwülste. Auch heute noch eignen sich viele Blasentumoren nicht zur intravesikalen Behandlung, sondern erfordern chirurgische Vorgehen in Form der Exzision vom hohen Blasenschnitt aus. Der Autor berichtet über die Ergebnisse der Deutschen Klinik in Prag aus den Jahren 1912—23. Sein Material umfaßt 40 Patienten. In 26 Fällen, bei denen es sich um papilläre, zystoskopisch gestielte oder kleine breitbasige und nicht infiltrierende Tumoren handelte, konnten 50% Heilungen erzielt werden (3 bis 12 Jahre Rezidivfreiheit), doch waren auch 23% operative Todesfälle und 23% Rezidive zu verzeichnen. (6 Fälle erwiesen sich später als Karzinome.)

Die restlichen 14 Fälle, breitbasige, solide und infiltrierende Geschwülste, welche teils radikal und teils palliativ angegangen wurden, konnten nicht dauernd geheilt werden.

Bezüglich der Operationstechnik empfiehlt der Autor eine Dauertamponade der Exzisionswunde, die auch bei Ureterverletzungen Komplikationen vorbeugt.

E. Lehmann, Berlin.

Geschlecht und Gesellschaft.

14., Heft 8/9.

Frauenseelenweihungen (Fortsetzung). Friedrich S. Krauss.
Entwicklungstendenzen der menschlichen Geschlechtsverbindungen, insbesondere der Ehe (Schluß). Rosenthal.
Die Bestrafung des Ehebruch. Richard Linsert.
◆ Die rauchende Frau. B. Aschner.
Das alte Frauenbildnis. A. Seitz.
Das Sexualleben bei den Wahehe und Wassugu. P. Ambros Mayer.
◆ Frauenbewegung und Lebensforschung. Paul Kammerer.
◆ Die Sexualität des 118jährigen F. Scztchebietko. R. Kafemann.

Die rauchende Frau. Die Ausführungen des Verfassers beruhen zum Teil auf eigener Untersuchung über „Die Konstitution der Frau" (München 1924), aber zum größten Teil auf denen des Wiener Dozenten und Frauenarztes Dr. R. Hofstätter über „Die rauchende Frau", eine klinische, psychologische und soziale Studie. (Wien 1925). Der letztere hat in seinem Buche darauf hinzuweisen versucht, daß die besonders intensiv rauchenden Frauen auch sonst überhaupt eine mangelhafte Ausprägung der weiblichen Körper- und Seeleneigenschaften zeigen. Der Verfasser der Abhandlung hat in seinem oben genannten Buche die Frauen in drei Haupttypen eingeteilt: in Vollweiber, Mannweiber und Kindweiber. Während die ersteren sich nur schwer das Rauchen angewöhnen, zeigen die beiden letzteren Typen eine starke Neigung zum Rauchen. Also ist das Rauchen meistens unter solchen Frauen verbreitet, deren Konstitution irgendeinen Mangel an typisch Weiblichem zeigt. Und unter den sogen. Emanzipierten, die ebenfalls viel rauchen, finden sich zahlreiche Frauen mit vorwiegend männlichen Eigenschaften. Wenn auch der Verfasser mit der heutigen Angleichung beider Geschlechter sympathisiert, so meint er doch, daß Frauen, die durch entsprechende Kleidung und sonstiges Gebaren den männlichen Charakter stark betonen, meist Defekte der weiblichen Charaktereigenschaften haben, also wirkliche Mannweiber, Kindweiber, Degenerierte, häufig auch offenkundige oder geheime Prostituierte. Aber die Verwischung der sekundären Geschlechtscharaktere in somatischen und psychischen Fragen hat bereits seit dem Altertum und bei allen Rassen und Völkern einen Stillstand der Kultur hervorgebracht. Die Zahl der Frauen aber, die solche Eigenschaften haben, ist nach der Schätzung des Verfassers heute sehr groß . . . Die meisten Frauen finden im Rauchen einen Ersatz für das defekte oder fehlende Liebesleben, was natürlich bei Nicht-Vollweibern häufig der Fall ist. Viele weibliche Eigenschaften gehen durch das Nikotin verloren, auch kann das häufige Rauchen das Ausbleiben der Menses, Unfruchtbarkeit usw. zur Folge haben. Hofstätter kommt zu dem Ergebnis, daß das Rauchen der Frau oft eine ausgesprochen sexuelle Angelegenheit ist. Ein Beweis dafür, daß bei einer stark rauchenden Frau nicht alles in Ordnung ist, ist die Tatsache, daß die Prostituierten fast ausnahmslos rauchen. Das starke Rauchen der Frau wirkt auf die Männer negativ. Auf die Frage nach Ursache und Wirkung des Rauchens wäre es richtig zu antworten, daß sich hier Ursache und Wirkung kreuzen.

Frauenbewegung und Lebensforschung. Diese Abhandlung des kürzlich auf so tragische Weise verstorbenen Wiener Biologen kann als Ergänzung dienen zu der in dieser Zeitschrift besprochenen Schrift von A. W. Nemilow über „Die biologische Tragödie der Frau". Hier will Paul Kammerer biologische Antworten auf die Frauenfrage geben, wobei er von zweierlei Standpunkten ausgeht: erstens davon, daß die Anlage eines jeden Keimes doppelgeschlechtlich ist, zweitens von seiner Theorie der Vererbung erworbener Eigenschaften. Aus dem ersteren geht nicht nur hervor, daß es eigentlich nur ein Geschlecht gibt, den Zwitter, sondern daß, wie Steinach es nachgewiesen hat, durch Vertauschung der Keimdrüsen männlich werden kann, was weiblich war, und umgekehrt. Außerdem aber gibt es Individuen, bei denen größere oder kleinere Mengen gegengeschlechtlicher Drüsensubstanz von der zweigeschlechtlichen Keimesanlage übrig bleiben (Magnus Hirschfelds „sexuelle Zwischenstufen"). Wenn diese letzteren als pathologisch zu bezeichnen sind, so sind „Männer" und „Weiber" absolut nicht selten, die wir landläufig noch als solche bezeichnen und empfinden, die jedoch mit einer verhältnismäßig geringfügigen, unmerklichen Einmengung entgegengesetzten Geschlechtes behaftet sind. (Vgl. P. Kammerer: Geschlechtsbestimmung und Geschlechtsverwandlung. Wien-Leipzig 1921). Von einem schroffen Gegensatz zwischen Mann und Weib darf daher nicht die Rede sein. Geschlechtsunterschiede sind durch Arbeitsteilung entstanden. Schon der Vergleich mit den Urwesen zeigt uns, daß die männlichen Kopulationszellen zwar beweglicher, aber kleiner und schwächer sind, während die weiblichen weit größer, stärker, reicher an Rohstoffen usw. sind. Die kleinen Kopulationszellen entsprechen den Samenfäden der höheren Lebewesen, und die großen, unbeweglichen, langlebigen Kopulationszellen entsprechen den Eiern der vielzelligen Lebewesen. Daraus folgt die Verteilung der Funktionen, die aus allerältester Urzeit stammt — „aus jener Urwesenzeit, da die Rollen zur Sicherung der Fortpflanzung verteilt wurden und erstmalig Männliches vom Weiblichen sich schied." Daraus folgt die Vererbung der schwächeren Konstitution des Mannes. Wie R. Hertwig und seine Schüler und zuletzt H. Eilmann nachgewiesen haben, gehen aus frühreif und überreif befruchteten Eiern bis zu 100% Männchen hervor; nur aus vollreifen Eiern entwickeln sich Weibchen. Das Männchen entwickelt sich also an der Grenze der Entwicklungsmöglichkeit. Also ergeben sich bei schlechten Verhältnissen (Krieg, Teuerung usw.) mehr Knabengeburten. Es geht hieraus hervor, wieso nach einem Ueberschuß an Knabengeburten die Zahl des weiblichen Geschlechtes in den nächsten Lebensalter überwiegt. Jedoch besteht zwischen dem Gesagten und der kräftigeren Körperbildung des Mannes nach Kammerer kein Widerspruch, denn abgesehen von der Verlangsamung der Entwicklung des Weibes nach einem spontanen Beginn (vgl. Wunderkinder, die als Erwachsene Enttäuschungen bereiten), spielt hier eben die Vererbung erworbener Eigenschaften eine eminente Rolle. Die zu schroff durchgeführte Spezialisierung der Funktionen kann zur Zersetzung führen, wie es an Hand der Bienen und Ameisen nachzuweisen ist. Daraus folgt: „Will die Frauenbewegung eine fortschrittliche Bewegung sein, so ist sie an die naturgewollte Arbeitsteilung gebunden; denn jeder Entwicklungsfortschritt geht mit Arbeitsteilung einher. Nur darf sie nicht bis zur Zersetzung, die Spezialisierung nicht bis zur Lebensfremdheit, Lebensunfähigkeit getrieben werden; Differenzierung muß immer wieder durch Intregrierung zusammengehalten und gemildert werden. Wir kannten ehedem nur Mann und Weib, nur Arbeitsteilung zwischen Geschlechtsindividuen, nur Spezialisierung bis zum Zerfall. Eine naturgerechte Frauenbewegung ersetzt diese interindividuelle Rollenverteilung durch intraindividuelle: auch das Männliche im Weib verlangt nach männlicher Arbeit: auch das Weibliche im Mann drängt zu weiblicher Betätigung. Das Weib soll männliche Beschäftigung haben dürfen, soweit es ihm seine biologische Zusammensetzung gestattet und gebietet. Diese hat sich denn auch als so lebensvoll und mächtig erwiesen, daß sie den toten Formalismus einer veralteten Gesetzgebung zu sprengen vermochte: sie hinderte die Ausschließung von Berufen und Schichten a priori; sie erzwang die Freiheit der Berufswahl, zu der Neigung und Eignung hinführen; sie trägt der Naturtatsache Rechnung, daß in einem weiblichen Körper männliche Kräfte und ein männlich gerichtetes Zentralorgan verborgen sein können. Sie verwechselt nicht — wie es in ihren Anfängen doch zu Zeiten geschah — natürliche Gleichberechtigung mit unnatürlicher Gleichmacherei. Keine Emanzipationsbewegung wird darüber hinwegkommen, daß Männliches und Weibliches etwas Verschiedenes, von der Natur selbst Geschiedenes sind; andererseits wird jede sich darauf berufen, daß das Verschiedene sich zwischen den Individuen und im seltenen Individuum gattet und verbündet . . ."

Die Sexualität des 118 jährigen J. F. Scztchebietko und die der alten Männer im allgemeinen. In Westsibirien starb vor kurzem ein 118 jähriger Greis, der sein Leben hindurch fast ausschließlich von Brot, Schnaps und Tee gelebt hatte. Wie der Verfasser behauptet, hätte er noch 30 Jahre leben können, starb aber infolge seiner großen Armut binnen 3 Tagen an der Ruhr. Der Verstorbene hatte sich stets einer starken Libido erfreut und sexuell gelebt, aber im achtzigsten Jahre den geschlechtlichen Verkehr eingestellt. Eine feine mikroskopische Analyse bei der Sektion, die von Prof. Kuczynski 3½ Stunden nach dem Tode vorgenommen wurde, ergab folgende

Resultate: Der größte Teil des Hodens war atrophisch. Die Kanälchen waren sämtlich hyalin umgebildet. Die normale Spermiogenese fehlte. Vereinzelte Spermatogonien und Spermatozyten, sowie spärliche Spermien waren vorhanden. Von einem völligen Erlöschen der Spermaproduktion konnte also nicht die Rede sein. Von der sogenannten Steinach-Drüse (Zwischenzellen) war nichts mehr zu erkennen. Die für das Geschlechtsleben gleichfalls äußerst wichtige Schilddrüse war stellenweise gut erhalten, doch fanden sich in ihr allein im Gegensatz zu anderen Organen, insbesondere dem Gehirn, an vielen Stellen zierliche girlandenartige Verkalkungen der Elastica interna, der dem Blutstrom zugekehrten innersten feinen Aderhaut. Schwer entartet war auch die Hypophyse. Das Gehirn war stark geschrumpft und wog nur 950 g. (Sonst im Alter von 80—90 Jahren 1231 g.) Besonders die Rinde des Stirnanteils war stark gelichtet durch den Ausfall zahlreicher Ganglienzellen; aber die kleinen Arterien waren bis auf wenige völlig gut erhalten in allen ihren Schichten. Der Zustand der zahlreich erhaltenen Ganglienzellen war ein überraschend guter. Hier und da war reichlich Abnützungsfarbstoff in den Zellen, an anderen Stellen wieder in verschwindend geringer Menge. Der Auflösungsvorgang selbst ist deutlich erkennbar, der feinkörnige Zerfall, die schwere und unscharfe Färbbarkeit. Die in hohem Alter fast niemals fehlenden sogen. Erweichungsherde fehlten fast völlig, ebenso finden sich keine Verschlüsse der kleinen Blutgefäße durch Blutgerinnsel. Besonders vorzüglich sind in Harmonie mit dem ausgezeichneten Leistungszustand des Mannes unmittelbar vor dem Tode die sogen. Stammganglien erhalten, während schon mit dem bloßen Auge die sehr bedeutende Atrophie am Boden des III. Ventrikels deutlich erkennbar war. Dieser Befund diente als Ausgangspunkt für Betrachtungen des Verfassers über das Problem des Geschlechtslebens der alten Männer, Impotenz, Enthaltsamkeit usw. Wir wollen hier nur eins erwähnen — daß der Verfasser die Steinachschen und Voronoffschen Operationen völlig ablehnt, da bei gut funktionierenden Geschlechtsdrüsen der Verkehr doch nicht stattfinden kann, wenn das Nervensystem versagt. Hierbei kann aber auch die Steinachsche Operation nichts helfen. Die Bemerkungen des Verfassers, daß selbst der Hunger die Geschlechtstätigkeit nicht hindern kann, widersprechen den Ausführungen von Stieve in der vor kurzem in dieser Zeitschrift besprochenen Schrift.

M. Kantorowicz.

Schweiz. Med. Wochenschrift.

Nr. 47.

* Menstruation, Gravidität und Lungentuberkulose. Wie stellt sich der Lungenarzt zum künstlichen Abort? F. Bauer.
Häufigkeit, Erkrankungsalter, Krankheitsdauer und Heilerfolg der wegen progressiver Paralyse in den Irrenanstalten der Schweiz in den Jahren 1910—1915 und 1920—1924 Aufgenommenen. H. W. Itten.
* Die endolumbale Salvarsanbehandlung der Tabes dorsalis mit Gennerichscher Doppelpunktion. Th. Brunner.
* Menstruationsveränderungen bei der Grippe. B. Cimbelmann.
* Adonis vernalis dialysata. Chikazo Inaba.

Menstruation, Gravidität und Lungentuberkulose. In erster Linie müssen die Tuberkulösen und von Tuberkulose Bedrohten unter den Schwangeren herausgefunden und danach mit allen Mitteln der Klinik und des Laboratoriums beobachtet werden. Genügend lange Sanatoriumskuren oder Krankenhausaufenthalte sollten allen tuberkulösen Schwangeren gesichert werden. Von Ende des dritten Monats soll in der Regel entschieden werden, ob der künstliche Abort eingeleitet werden soll. Eine wirkliche medizinische Indikation dafür wird alsdann nicht sehr häufig sein.

Die tuberkulöse oder tuberkuloseverdächtige Wöchnerin muß nach der Entbindung auch bei scheinbar gutem Befinden noch eine längere Zeit genau beobachtet und behandelt werden. Daß diese Grundsätze aus bedauerlichen sozialen Rückständigkeiten sich noch nicht restlos durchführen lassen werden, darf uns nicht abhalten, unser Urteil und Handeln durch unser ärztliches Gewissen leiten zu lassen.

Die endolumbale Salvarsanbehandlung der Tabes dorsalis mit Gennerichscher Doppelpunktion. Die Doppelpunktionsbehandlung aller Fälle mit spinalen Veränderungen gehört zu den schwierigsten Aufgaben der endolumbalen Behandlungstechnik. Liquormenge sowie zerebrale und spinale Dosierung müssen so gewählt werden, daß ein sicherer Erfolg eintritt und gleichzeitig jegliche spinale Irritation vermieden wird. Dazu bedarf es außer großem technischen Geschick einer genügenden Erfahrung, um die jeweilig indizierte Salvarsandosis zu verabreichen. Für jeden Therapeuten, der sich mit endolumbaler Behandlung befassen will, ist eine länger dauernde praktische Einführung in die neuerlichen Fortschritte dieser Behandlungsmethode unter allen Umständen notwendig. Andernfalls erscheint es ausgeschlossen, dieselbe wirksam durchzuführen und bei der Auswahl der Patienten, bei der Dosierung und bei der Handhabung der Technik diejenigen Störungen zu vermeiden, die nicht der Methode als solcher, sondern dem Arzte selbst zur Last fallen.

Die Vorläufer der Metalues, die meningealen Entzündungen, die bei mangelnden subjektiven Beschwerden den Erkrankten ahnungslos einem chronischen Siechtum entgegenführen, können wir ebenfalls erfolgreich bekämpfen, wenn durch rechtzeitige Liquorkontrolle die bedrohten Fälle festgestellt und einer Behandlung zugeführt werden, welche eine sichere Sanierung aller latenten meningealen Prozesse gewährleistet. Und diese absolut sichere und ungefährliche Behandlung besitzen wir in der endolumbalen Doppelpunktion nach Gennerich.

Menstruationsveränderungen bei der Grippe. Bei 343 Frauen im geschlechtsreifen Alter mit vorher regelmäßig vierwöchentlichen Menstruationen wird der Einfluß der Influenza auf die Regelblutungen untersucht.

Neben unverändert regelmäßigem Verlauf werden Hypermenorrhoe, Metrorrhagien, Amenorrhoe, Polymenorrhoe (Antepositio), Oligomenorrhoe (Postpositio) und Verschiebung der ganzen Menstruationswelle beobachtet.

Adonis vernalis dialysata. Die Adonis vernalis dialysata enthält die wirksamen Prinzipien der Adonis vernalis in vollem Maße. Das Präparat hat deutlich ausgesprochene Herzwirkungen und dürfte seiner Wirkung nach in der Gruppe der digitoxinfreien Digitalispräparate bei Herzkranken, insbesondere bei solchen mit hohem Blutdruck empfohlen werden.

Held.

Hygiea.

88., Heft 21, 15. November 1296.

* Klippel Feils Syndrom in Betrachtung von zwei Fällen. Harald Nilsonne.
* Remissionen der Dementia paralytica vor der Behandlung mit den Infektionskrankheiten (Malaria usw.). Fritz Wiesel.

Klippel Feils Symptomenkomplex. Dasselbe wird bei 2 Mädchen im Alter von 2 bis 4 Jahren beschrieben. Diese zeigten eine Verkürzung des Halses, Vornüberbeugung und Rechtsrotation des Kopfes, mangelhafte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, Verknöcherung der Halswirbel- und oberen Brustwirbelsäule; in dem einen Falle bestand hochstehende fixierte Skapula, in beiden Spina bifida. Die Klippel-Feilsche Deformität steht auf gleicher Stufe wie die Sprengelsche Deformität der Skapula. Sie kann in ausgeprägten Fällen Anlaß zur Operation geben, namentlich, wo die Elevation der Arme behindert ist. Köllikers Operation wird dabei zur Besserung der Funktion empfohlen, nicht etwa aus kosmetischen Gründen.

Remissionen bei Dementia paralytica. Diese treten bei Behandlung mit Malaria in 56% auf, während sie vorher ohne diese Behandlung nur in 17% beobachtet wurden. Ausgiebige Besserungen wurden früher nur in 6%, bei dieser Behandlung in 50% festgestellt. Auch die langdauernden Remissionen sind jetzt bei dieser Therapie viel häufiger.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Hospitalstidende.

Nr. 41, 14. Oktober.

Untersuchungen über Ng-Glukose. H. C. Hagedorn.
Zusammenhang zwischen der Wasserstoffionen-Konzentration und der Glykolyse im Menschenblut. A. und J. Roche.

Nr. 42, 21. Oktober.

Hysteriforme Anfälle bei chronischer epidemischer Enzephalitis (Fortsetzung). A. Wimmer.
Bemerkungen über die Anwendung von Ammoniumzitrat als koagulationshinderndes Mittel. E. Warburg.

Nr. 43, 28. Oktober.

* Hysteriforme Anfälle bei chronischer epidemischer Enzephalitis (Schluß). A. Wimmer.

Hysteriforme Anfälle bei Enzephalitis. Wimmer weist hier auf die verschiedentlichen paroxysmalen und anfallsweise auftretenden Störungen bei der chronischen epidemischen Enzephalitis hin und führt geeignete Beispiele an, so anfallsweise auftretende Schlafsucht, Lethargie, Narkolepsie, Charakterveränderungen, Stimmungsanomalien, epileptiforme, hysteriforme Anfälle mit fieberhaften Erscheinungen, Anfälle von Respirationsstörungen mit verschiedenem

Charakter, myoklonische Zustände, periodisches Grimassieren und Gesichtskrämpfe, Singultus-Anfälle, sexuelle und erotische Exaltationen teils somatischer, teils psychogener Natur. Die Anfälle haben oft ein gleiches stereotypes Bild, können sich auch kombinieren. Ihr physio-pathologischer Mechanismus wird erörtert.

Nr. 44, 4. November.

* Einwirkung von Nitroskleran auf die arterielle Hypertension. A. Portmann.

Nitroskleran. Einige Beispiele von Hypertension mit Blutdruckherabsetzung durch Nitroskleran werden mitgeteilt. Dabei besserten sich die subjektiven Beschwerden nur wenig, abgesehen von einer suggestiven Wirkung, die ja hierbei auch eine Rolle spielt. Die Behandlung war hier besonders intensiv und vielleicht kommen auch schädliche Nebenwirkungen (erhöhte Empfänglichkeit für Infektionen, Angina, Influenza) durch dies Mittel in Frage.

Nr. 45, 11. November.

Adenosarcoma renis. J. P. Jensen.

S. Kalischer.

Ugeskrift vor Laeger.

Nr. 46, 18. November.

Entwicklung der Oto-Laryngologie. E. Schmiegelow.
Behandlung der Lungentuberkulose nach der von Walblum angegebenen Methode. N. Lunde.

Nr. 47, 25. November.

Die Frage der Ng-Glykosen-Bildung in vitro und der Nachweis dieses Stoffes in verschiedenen Körperflüssigkeiten. S. A. Hollböll.
Fälle von kardialem und renalem Oedem, die mit Salyrgan behandelt sind. G. J. Warburg.
Sanocrysinbehandlung in der Privatpraxis. K. F. M. Sandberg.
Medizinische Buchabgaben zur Universitätsbibliothek. Sven Dahl.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Finska Läkaresällskapets Handlingar.

Bd. 68, Oktober.

* Gastrointestinaler Ursprung der perniziösen Anämie. R. Ehrström.
Biologische Wirkungen der ultravioletten Schatten. D. Rancken.
* Schwindel. F. Lein.
Behandlung der Dermatitis herpetiformis (Duhring) mit Neosalvarsan. C. Thasleff.

Der gastrointestinale Ursprung der perniziösen Anämie. Die Seltenheit dieser Affektion unter den vielen Bandwurm- oder Botriozephalusträgern wird hervorgehoben. Bestimmte Hormone haben auf die Hämoglobinbildung und -Umsetzung Einfluß. Bei der perniziösen Anämie ist die Synthese des Hämoglobins unverändert erhalten, während die Umsetzung und Destruktion des Hämoglobins gestört ist, im Gegensatz zur Chlorose, wo die Hämoglobinbildung geändert oder gestört ist. Alles weist darauf hin, daß die die Hämoglobinumsetzung verursachenden Hormone im Magendarmtraktus entstehen und sich aufhalten.

Der Schwindel. Derselbe wird hauptsächlich ausgelöst durch hastige Bewegungen des Bildes unserer Umgebung auf der Retina. Die semizirkulären Kanäle des Gehörorgans sollen ein Organ für die Perzeption der wahrgenommenen Rotationsbewegungen bilden nach Mach und Breuer. Indes geschieht diese Perzeption oder Wahrnehmung durch die Muskelsensibilität und Sinneseindrücke. Doch hat der Vestibularapparat bei dem Schwindel die Aufgabe, die Muskelkontraktionen in unserem Körper, die wir wie eine fremde Kraft empfinden, auszulösen und so das Gefühl der Zentrifugalkraft zu erzeugen.

S. Kalischer, Schlachtensee.

Physiotherapie, Leningrad.

1926, Nr. 1.

* Ionentherapie der Herzkrankheiten. S. Wermel.
* Zur Theorie der therapeutischen Wirkung der ultravioletten Strahlen. L. Weingerow.
Die Sonnenstrahlen als physiotherapeutischer Faktor. A. Schenk.
* Physikalische Therapie der chirurgischen Tuberkulose. P. Kornew.
* Diffuse Radiation der Atmosphäre. N. Kalitin.

Ionentherapie der Herzkrankheiten. Mit elektrischem Strom läßt sich Ca in das Blut einführen und eine allgemeine Wirkung, speziell auf den Herzmuskel erzeugen. Die elektrophoretische intrakutane Methode ist bei funktionellen Herzleiden der peroralen oder anderen üblichen parenteralen Methoden in jeder Hinsicht überlegen. In Fällen, bei welchen Cardiaca erfolglos bleiben, müsse die intrakutane elektrische Ionenmethode angewendet werden.

Zur Theorie der therapeutischen Wirkung der ultravioletten Strahlen. Die ultraviolette Strahlenenergie wird vom Blut der Hautgefäße absorbiert, in die Gewebe geleitet und ruft eine Neugruppierung der Elektronen wenig widerstandsfähiger Molekel hervor. Die Ionisierung der Gewebsflüssigkeiten behindert das Wachstum der Bakterien und beeinträchtigt ihre Vitalität. Die Strahlung wirkt per Katalysin oxydierend auf die Toxine und entgiftet sie. Sie fördert die Erythropoëse und bewirkt Hämoglobinzunahme, sie begünstigt die Vermehrung der Leukozyten und dadurch der Abwehrkräfte des Organismus. Durch Herbeiführung intensiver Gewebsatmung alkalisiert sie das Blut und beeinflußt günstig das Leukozytenbild. In manchen Fällen wirkt die Ultraviolett-Strahlung bald deprimierend, bald erregend auf das Zellplasma, wodurch vertiefte Atmung, erhöhter O_2-Verbrauch und CO_2-Abgabe erzielt wird. Durch Dilatation der Gefäße wird die Blutzirkulation gefördert und die Herztätigkeit erleichtert. Belebende tonisierende Wirkung auf das gesamte Nervensystem.

Physikalische Therapie der chirurgischen Tuberkulose. Die chemisch-physikalischen Eigenschaften des Blutes erleiden weitgehende Veränderungen bei der chirurgischen Tuberkulose. Es entwickelt sich allmählich das Bild des „Alterns", des kolloiden Serumeiweißes, Abnahme seiner Resistenz, Herabsetzung der Dissoziation des Serums, seiner Oberflächenspannung, Ueberhandnahme des grobdispersen Globulins gegenüber den Albuminen usw. Die Erythrozytensenkungsreaktion ist ein wichtiges und zuverlässiges diagnostisches und prognostisches Kriterium, charakterisiert die Form und den Verlauf des Prozesses. Es bestehen Gesetzmäßigkeiten im Verhältnis der SR zu der lipolytischen Reaktion des Blutes. Zunahme von Lipase und Katalase und Abnahme von Antitrypsin sprechen für Besserung des Prozesses und umgekehrt. Der Lipaseindex kann als Maßstab für den Zustand der Abwehrkräfte bei chirurgischer Tuberkulose gelten (Bugaiew). Verfasser bringt mit diesen Verhältnissen die Deyke-Muchsche Partialantigenmethode in Zusammenhang. Die Veränderungen der morphologischen Verhältnisse des Blutes ferner verlaufen nicht nur parallel den Organprozessen, sondern gehen ihnen vielfach voraus und können deshalb als Vorboten drohender Erscheinungen (namentlich von Kongestionsabzessen u. a.) klinisch ausgewertet werden und therapeutische Eingriffe bestimmen. Eine eigentliche Erklärung für diese Zusammenhänge fehlt uns, sie sind bloß empirische Erkenntnisse. Ihre Kenntnis und ihre richtige Wertung in jedem einzelnen Krankheitsfalle kann unsere ärztliche Handlung segensreich bestimmen. Unter dem Aspekt dieser Erkenntnisse erörtert Verfasser die Indikation für verschiedene physiotherapeutische Maßnahmen und ihren Wirkungsmechanismus. Die klimatischen Maßnahmen müssen streng individualisiert werden, was aber mangels ausreichender Kenntnisse über ihr Wesen oft sehr schwer erscheint. Die Quarzlampe wird als Aktivator der Abwehrkräfte angesprochen, steht aber in dieser Beziehung den natürlichen Sonnenstrahlen nach. Die Reiztherapie kann unter Umständen die lyphozytäre und lipolytische Reaktion fördern und günstig auf die chirurgische Tuberkulose einwirken. Das gilt besonders für Jod und Jodoform, man soll aber keine allzugroßen Hoffnungen darauf legen. Die Iontophorese namentlich von Ca hat nicht allzuviel geleistet, und ihr Anwendungsbereich ist begrenzt. Die Röntgenstrahlen fördern die lokalen Regenerationsprozesse und die Blutzirkulation in den lädierten Geweben. Die Stauung nach Bier ist unter Umständen sehr leistungsfähig. Bleiben alle therapeutischen Eingriffe erfolglos, dann muß zur operativen Entfernung der betroffenen Gewebsteile, wenn indiziert, gegriffen werden. Das weitere Studium der biologischen und chemisch-physikalischen Verhältnisse allein wird uns den Weg zur erfolgreichen Bekämpfung der chirurgischen Tuberkulose ebnen.

Diffuse Radiation der Atmosphäre. Die diffuse Radiation der Atmosphäre erreicht mitunter 50% der Sonnenradiation, muß daher bei der Dosierung von Sonnenbädern stets ernste Berücksichtigung finden. Eventuell könnte die Luftstrahlung als selbständiger Heilfaktor radiotherapeutisch (bei bewölktem Himmel z. B.) ausgewertet werden.

Hygiena truda (Arbeitshygiene), Moskau.

1926, Nr. 9.

* Nervenermüdung bei qualifizierter Arbeit. Prof. J. Beritow.
* Versuch einer praktischen Kontrolle der Uebermüdung durch Bestimmung der Verschiebungen des Blutbildes. Dr. A. Jegorow.
* Ueber das Wesen der Bleivergiftungen. Dr. A. Breitberg.
* Blei und Gase bei der Produktion von Bleiakkumulatoren. Dr. E. Wigdortschik und Dr. E. Kupritz.

Die gesundheitlichen Verhältnisse in der Produktion künstlicher Seide. Dr. B. Berlin.
Die Arbeitsbedingungen beim Dreschen. Ing. S. Stachorsky.
Der Staubgehalt der Luft in Tuchfabriken und die Bekämpfung der Staubentwicklung. Dr. A. Silbernik und Ing. M. Saizew.
* Ueber Veränderungen der Haut und der Nägel bei Glasurgießerinnen und -zeichnerinnen in Porzellan- und Steingutfabriken. Prof. J. Kawalerow und Dr. B. Kogan.
Befund der oberen Luftwege bei Müllern. Dr. W. Kulikan.
* Fall von Dupuytrenischer Kontraktur. Dr. O. Muchatschowa und Dr. B. Bychowsky.
Fall von traumatischer Psychose. Dr. Schwarzmann.
Invalidität unter den Arbeitern von Kaluga 1920—1924. Dr. D. Wostrow.
Rechtlicher Arbeitsschutz der Arbeiter im Donezer Kohlengebiet. A. Schulpin.
Die Ventilationsanlagen in der gesundheitsschädlichen Abteilung der Drahtfabrik „International" in Saporoshie. Ing. K. Mosgow.
Benzinbehälter nach Bowser. Ing. A. Korolew.
Explosion eines Sauerstoffkompressors. Ing. S. Trotzky.
Geplätzte Zirkulationsröhren von Wasserröhrenkesseln. Ing. A. Ter-Pogosianz.
Schutzvorrichtung für den Bogdanowitschen Fräsapparat. Ing. J. Wednikow.
Traumatische Unfälle in Schiffsreparaturwerkstätten. Dr. J. Feldbaum.
Unfallverhütung in der Industrie der USA. Ing. L. Kowarski.
Referate. — Chronik. — Bibliographie.

Nervenermüdung bei qualifizierter Arbeit. Verfasser behandelt gesondert die Ermüdung der Nervenfasern und überhaupt der Nervenbahnen, der koordinierten Apparate des Gehirns und Rückenmarks und der sensorischen Bezirke der Hirnrinde und der individuell erworbenen Verbindungen. Die Nervenfasern ermüden nicht einmal nach langandauernder Arbeit, wenn die Blutversorgung, der Ablauf der Ernährungs- und Verbrennungsprozesse normal ist. Dagegen ermüden die Koordinationsapparate sehr leicht, je stärker die Impulse seitens der Rinde und je kürzer die Arbeitspausen. Die Ermüdung der Großhirnrinde ist in der Regel Folge der Ermüdung jener Apparate. Bei anstrengender geistiger Arbeit jedoch ermüdet die Großhirnrinde unabhängig von dem Koordinationssystem. Qualifizierte Arbeit in Betrieben beansprucht stets sowohl das Nerven- wie das Muskelsystem. Die Ermüdung des Gehirns erfolgt dabei nicht nur unter dem Einfluß der im Gehirn selbst, sondern auch der in den Muskeln gebildeten und in das Zentralnervensystem eindringenden Abbauprodukte. Ist diese Arbeit vornehmlich geistig betont, so unterliegt das Gehirn seiner eigenen Ermüdung: es ermüdet hauptsächlich die Großhirnrinde. Die Ermüdungsstoffe der Muskulatur wirken auf das Gehirn nachteiliger als die eigenen Ermüdungsprodukte. (Die referierte Arbeit enthält keine experimentelle Untersuchung, sondern stellt eine zusammenfassende Uebersicht des Problems dar.)

Versuch einer praktischen Kontrolle der Uebermüdung durch Bestimmung der Verschiebungen des Blutbildes. Untersuchungen an 13 Krankenträgern, die die vom Verfasser verfochtene Lehre der myogenen Leukozytose, d. h. der Verschiebung der Neutrophilen nach links und der Verringerung der Lymphozyten und Eosinophilen nach jeder angestrengten Muskelarbeit bestätigen. Bei spezieller Einübung auf eine bestimmte Arbeit (Trainierung) bleibt diese Ermüdungsreaktion aus. Das praktische Ergebnis der Untersuchungen: 1. die Arbeit der Krankenträger bedeutet eine überaus schwere Belastung, 2. es müssen für Krankenträger größere Arbeitspausen eingeführt werden.

Ueber das Wesen der Bleivergiftung. Eingehende experimentelle Untersuchungen an isolierten Herzen von Kaninchen und Meerschweinchen. Methode: Lösungen von salpeter- und essigsaurem Blei werden durch die Kranzgefäße geleitet, und die Wirkung auf die Herztätigkeit an der Hand der Kardiogramme untersucht. Das Blei bewirkt stets Veränderungen der Herztätigkeit, wobei sich zwei aufeinanderfolgende Phasen unterscheiden lassen. Erste Phase: Reizung der Endigungen des n. sympathicus, zweite Phase: Depression derselben. Die zweite Phase geht bei Warmblütern mit hochgradigem Spasmus der Kranzgefäße einher, der den Stillstand in der Diastole zu beschleunigen scheint. Der Prozeß ist irreversibel, es kann daher keine Belebung der Herztätigkeit durch nachfolgende Waschung mit reiner Tyrodelösung erreicht werden. Das Herz der Warmblüter ist weniger empfindlich als das Froschherz. Bei jenen verlaufen die Reizungs- und Lähmungserscheinungen viel langsamer und werden erst durch bedeutend stärkere Giftkonzentrationen (1 : 500 000 gegen 1 : 1 000 000 beim Frosch) ausgelöst. Kaninchen erscheinen resistenter als Meerschweinchen.

Blei und Gase in der Produktion von Bleiakkumulatoren. Die Produktion von Bleiakkumulatoren gefährdet in hohem Maße die Gesundheit der Arbeiter. Der dabei entwickelte Bleistaub ist sehr fein, die Staubteilchen erreichen kaum 4 μ. Nach zweistündiger Arbeit weist der Wattefilter des Aspirators an der Bleimühle 18 mg, beim Zerschneiden geformter Platten ohne Exhaustor 93,8 mg, mit Exhaustor bloß 4,4 mg Blei auf. In Betrieben mit Schutzvorrichtungen betragen die Bleivergiftungen (Koliken) 7,9 %, bei mangelhafter hygienischer Ausrüstung aber volle 30,8 %. Von den zuständigen Regierungsstellen wird der allmähliche Ersatz der Bleiakkumulatoren durch alkalische Akkumulatoren und die Sanierung der unentbehrlichen Bleiakkumulatorenbetriebe angestrebt.

Ueber Veränderungen der Haut und der Nägel bei Glasurgießerinnen und Zeichnerinnen in Porzellan- und Steingutfabriken. Bei den Glasurgießerinenen werden häufig schwere Veränderungen der Tegimente beobachtet. Die Haut der Arme und Hände ist trocken, rauh, geschwollen, blaß, rissig, mit Glasurpartikeln in den Falten. Häufig werden ekzematöse Herde und pigmentierte Narben angetroffen. Die Nägel sind dünn, brüchig, mitunter rissig, mit gezackten und manchmal verdickten Rändern. Die Furchen der Flachhand sind verstrichen oder fehlen ganz. Aetiologischer Zusammenhang mit Blei nicht nachweisbar. Für die Veränderungen werden die bei der Fabrikation verwendeten Laugen verantwortlich gemacht.

Bei den Zeichnerinnen treten Dermatitiden und Exulzerationen namentlich an den Fingern auf. Die Arbeiterinnen sind blaß, leiden an Kopfschmerzen und Husten. Die Affektionen werden durch Terpentin hervorgerufen. Nachdem das Waschen der Schablonen mit Terpentin untersagt worden war, traten keine neuen Erkrankungen bei den Zeichnerinnen auf.

Ein Fall von Dupuytrenscher Kontraktur. Bei einem Metallarbeiter, dem die Prüfung der Schraubengewinde oblag, entwickelte sich unter der traumatischen Einwirkung der dabei geübten Manipulationen eine ausgesprochene Dupuytrensche Kontraktur (Schrumpfung der Aponeurosis palmoris: tastbare feste Schwielen und Schwarten unter der Haut an der Aponeurose). Sein Vorgänger hatte sich, wie die Ermittelungen ergaben, ebenfalls diese Kontraktur zugezogen, wodurch die berufliche Note sichergestellt ist.

Klinik der Kinderkrankheiten (Leningrad).

Heft 1, 1926.

* Der Wasserkrebs bei Kindern. M. W. Rasskin-Braude.
* Anorganischer Phosphor im Blute normaler Kinder und bei Konstitutionsanomalien, Typen der Phosphorausscheidung mit dem Harn. W. Morew.
Ueber sekundären Ausschlag bei Scharlach. K. Sokolow.
Ueber Toleranz der Kinder gegen Lebertran. W. Snamenski.
* Zwei Fälle von Dystrophia adiposogenitalis hypophysär-zerebralen Ursprungs. A. Krowitzki.
* Beitrag zur Klinik der Rogerschen Krankheit. B. Schagan.
* Mutterschafts- und Säuglingsschutz in den Kriegssiedelungen von Arakschejew im Jahre 1815. A. Antonow.

Der Wasserkrebs bei Kindern. Das Noma ist auch in Rußland eine äußerst seltene Erkrankung. Im Laufe von 26 Jahren (1886 bis 1912) wurden unter 602 982 in die Poliklinik des Olga-Krankenhauses in Moskau behandelten Kindern nur 47 Nomafälle beobachtet. Die Gesamtzahl der in der stationären Abteilung desselben Krankenhauses behandelten nomakranken Kinder während 35 Jahre des Bestehens des Krankenhauses (1886—1921) beträgt 79. Die Krankheit tritt bei Mädchen häufiger auf als bei Knaben (61,4 % gegen 38,6 %). In 40 % der Fälle finden sich in der Anamnese Masern, in 15 % Dysenterie, relativ selten Pneumonie, Keuchhusten, Typhus. Die Krankheit war immer bis auf 1 Fall (Genitalien) am Gesicht und in der Mundhöhle lokalisiert. Beginnt immer in der Mundhöhle und pflanzt sich von hier auf die Gesichtshaut fort. Die Prognose ist infaust. Exitus letalis in 53 % der Fälle. Eine auffallend geringe Sterblichkeit, die, verglichen mit den vorhandenen westeuropäischen Statistiken (Moro gibt etwa 85% an, Uffelmann 93%), Zweifel an der Diagnose aufkommen lassen. (D. Ref.) Rezidive kommen nicht vor. Behandlung wird nicht besprochen.

Anorganischer Phosphor im Blute normaler Kinder und bei Konstitutionsanomalien, Typen der Phosphorausscheidung mit dem Harn. Der Gehalt des Blutes an $P_2 O_5$ wechselt bei Kindern nach Alter und Konstitution. Ebenso variiert die Phosphorausscheidung durch den Harn. Ueber die Methodik der Untersuchung und die Nahrungszusammensetzung wird nichts mitgeteilt. Bei normalen und asthenischen Kindern ist der P-Gehalt des Harn in den Nachtportionen höher als in den Tagesportionen, bei lymphatischen Kindern, ebenso wie bei arthritischen, umgekehrt.

Zwei Fälle von Dystrophia adiposo-genitalis hypophysär-zerebralen Ursprungs. Bruder und Schwester mit enormer Fettleibigkeit. Bruder 14 Jahre alt, seit dem 2. Lebensjahre fettleibig, wiegt 61,4 Kilo, Körpergröße stehend und sitzend 136,5 resp. 76,5 cm, Brustumfang 97,5 cm, Dist. jugulo-pubica 58 cm, Bauchumfang (linea cristae) 97,5 cm. Zähne normal. Muskulatur hypotonisch. Enorme Fettablagerung an der Brust, am Bauch, in der Gegend des mons Veneris. Dieser ist vom Unterleib durch eine tiefe Falte abgegrenzt. Hautfarbe rosa Akrozyanose. Achselhöhle und mons Veneris ohne Behaarung. Penis und testiculum hypoplastisch. Genu valgum. Stimme hoch. Aschner positiv. Pirquet und Wassermann negativ. Dermographia alba. Kornealreflex herabgesetzt, Achillessehnenreflex lebhaft. Geistige Entwicklung normal. Träge, schamhaft, unbeweglich, zurückgezogen, liest viel. — Schwester, 8 Jahre, seit dem 2. Lebensjahre fettleibig, mit 1½ Jahren epileptische Anfälle. Enuresis nocturna. Gewicht 52,4 kg (! Norm 23,0), Wuchs 119,5 cm (normal), im Sitzen 65 cm, Brustumfang 96 cm, Dist. jug.-pub. 55,2 cm, Bauchumfang 95 cm, Caput quadratum. Schmale Stirn. Trichterohren. Zähne normal. Muskulatur hypotonisch. Reiche Fettablagerung am Bauch, an der Brust, an den Extremitäten. Starke Hyperhydrosis mit ulzerösem Ekzem in der Leistengegend unter den Brustdrüsen und in der Achselhöhle. Akrozyanose. Rosafarbene Haut. Genu valgum. X-Beine. Röntgenologisch: tiefe Querlagerung des Herzens; Hypophyse verkleinert. Reflexe N. dermogr. alb. Geistige Entwicklung stark rückständig. Euphoria, sehr lebhaft, singlustig, gefräßig.

Beitrag zur Klinik der Roger'schen Krankheit. Ein 11-jähriges Mädchen mit einem Defekt des Septum ventriculorum cordis (Roger'sche Krankheit). Objektiver Befund: Anzeichen von körperlicher Degeneration, asymmetrischer Kopf, unregelmäßige Lidspalten, kleine Ohren, kariöse Zähne mit dunkelverfärbtem Saum, Pectus carinatum. Unterernährt. Lungen o. B. Herzgrenzen: obere im 3. Interkostalraum, rechte — zwischen linker Sternal- und Mediallinie, linke — linke Mamillarlinie. Herzstoß im 5. Interkostalraum palpabel, sichtbar, diffus. Systolisches Geräusch, am lautesten zwischen 3. und 4. Interkostalraum, sternalwärts steigend, auf die Halsgefäße übergreifend, hinten auf der Höhe des 4.—5. Wirbels hörbar. Rachenreflex und Konjunktivalreflex fehlen. Sonst nichts von Belang. Pirquet —, Wassermann zweimal schwach positiv und einmal negativ. Durchleuchtung ergibt: leichte Hypertrophie der Kammern, Vorhöfe nicht erweitert, synchronisches Pulsieren beider unteren Ränder (Denecke'sches Symptom). Verfasser folgert aus dem Befund das Vorliegen eines angeborenen Ventrikelseptumfehlers ohne Klappenfehler und ohne Affektion der großen Gefäße. Das kapillaroskopisch bestätigte Fehlen von Zyanose soll diese Diagnose sichern. Aetiologisch und pathogenetisch nimmt Verfasser eine Entwicklungsanomalie an und will in den Degenerationserscheinungen des Körperbaus und der röntgenoskopisch festgestellten Reduktion des Hirnanhanges (auf die Hälfte der Normalgröße) eine Bestätigung seiner Annahme sehen. Die allgemeine Blastophtorie wird für die Entstehung des Septumfehlers verantwortlich gemacht. Ob diese angebliche Blastophtorie auf vererbter Lues beruht, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, da die Wa-R. keineswegs eindeutig war.

Mutterschafts- und Säuglingsschutz im Jahre 1815. Abdruck der „Anleitung für die Mütter unter den Bäuerinnen des Gutes Grusina", herausgegeben von Graf Araktschejeff, den durch seine reaktionäre und brutale Politik berüchtigten Kanzler des Zaren Alexander I. im Jahre 1815 (1816?) für die von ihm gegründete Kriegerkolonie Grusina. Die Idee dieser Gründung steht in schroffem Gegensatz zu dem überlieferten Charakterbild des Grafen Araktschejeff. Die Anleitung stellt ein wohlgeordnetes System von Regeln für Mutterschafts- und Säuglingsschutz dar im Sinne unserer modernen Wissenschaft und eilt seiner Zeit weit voran.

Paediatrija (Pädiatrie), Leningrad und Moskau.

10., Nr. 2, 1926.

✦ Methodik und klinische Bedeutung der Erythrozytensenkungsreaktion. Dr. W. Weil.
Die Erythrozytensenkungsreaktion bei verschiedenen Krankheiten des Kindesalters. S. Bakkal und W. Rowinski.
Ueber eitrige Pleuritiden bei Scharlach. B. Aegis.
✦ Ueber konsekutive bedingte Hemmung bei Kindern. N. Schastin.
✦ Beitrag zur Tuberkulose der Säuglinge. J. Ossipow.
Rückfallfieber im Kindesalter. G. Lewi.
✦ Zur Dynamik einiger hämatologischer Befunde bei den Zöglingen der Schule für körperliche Erziehung bei der Klinik für Körperkultur (Moskau). A. Egorow und B. Kaufmann.
✦ Ueber ein Schema zur Analyse von Spielen in und außerhalb der Schule in ihrer Bedeutung für die sozial-biologische Erziehung. M. Kornjlew.
Ueber einen Fall von Bantischer Krankheit bei einem 10jährigen Mädchen. E. Kaplan.

Methodik und klinische Bedeutung der Erythrozytensenkungsreaktion. Beschreibung der Mikromethode von Pantschenkas zur Ausführung der SR. Eine 160 mm lange und 1 mm im Durchschnitt messende Pipette eine Skala von 0—100 mm. Auf der Höhe von 50 mm der Skala trägt die Pipette den Vermerk P, bei 0 mm den Vermerk K. Es wird 5 % Lösung von natr. citr. bis zu P eingesaugt und auf eine Uhrschale ausgedrückt. Bald darauf wird mit derselben Pipette aus der Fingerkuppe, nach erfolgtem Stich, Blut bis K zweimal eingesaugt und beide Male auf die Uhrschale gebracht und vorsichtig mit der Natr. citr.-Lösung vermengt. Das Gemisch wird wieder mit derselben Pipette bis K abgesaugt und es erfolgt die übliche vertikale Einstellung. Das Resultat wird nach einer Stunde (oder nach ½, 1 und 2 Stunden) abgelesen. Die Pantschenkowsche Methode zeichnet sich durch Einfachheit und hinreichende praktische Zuverlässigkeit aus. Ueber die klinische Bedeutung der SR. als solche werden die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen mitgeteilt, die aber wesentlich neues nicht bringen. Jegliche Spezifizität wird der SR. abgesprochen.

Ueber konsekutive bedingte Hemmungen beim Kinde. Die Arbeiten von Pawlow und seiner Schüler, namentlich Krasnogorski haben die Möglichkeit der Bildung konsekutiver bedingter Reflexe mit Sicherheit bei Tieren und Menschen nachgewiesen. Als unbedingter Erreger beim konsekutiven Reflex erscheint nicht die unmittelbare, sondern die nachfolgende, konsekutive Reizwirkung. Krasnogorski hat auch (zwar unter einer anderen Bezeichnung) das Phänomen der konsekutiven Hemmung beschrieben. Der von Krasnogorski aufgeklärte Mechanismus der Ladung und Entladung der Hemmung ist mit dem Mechanismus der konsekutiven bedingten Hemmung identisch. Bei einem Kind wird ein bedingter Reflex auf einen Hautreiz erzeugt. Dann läßt man ab und zu zwischen den Hauterregungen einen Schall ertönen (Glocke), ohne den Schall und die darauffolgende Hautreizung durch unbedingten Reflex zu unterstützen. Nach einer bestimmten Dauer der Versuche wird das Kind auf den Schall und auf die darauffolgende Hautreizung nicht mehr wie vordem mit Mundbewegungen reagieren. Dagegen wird auf die Hautreizung allein ohne vorangegangenen Schall die übliche bedingt-reflektorische Reaktion eintreten. Dieses Phänomen bezeichnet Verfasser als konsekutive bedingte Hemmung. Zahlreiche Versuche des Verfassers haben gezeigt, daß bei Kindern sehr leicht und bald eine konsekutive bedingte Hemmung erzeugt wird. Ebensoleicht aber wird bedingte Enthemmung erreicht. Verfasser hat diese Verhältnisse an zwei Kindern in zahlreichen Fällen verfolgt.

Beitrag zur Tuberkulose der Säuglinge. Auf Grund von klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen an 16 Säuglingen kommt die Verfasserin zu folgenden Schlüssen: Intrauterine Tbc-Infektion kommt nur selten vor; die Infektion sei in den meisten Fällen bronchogen, die Primäraffekte liegen gewöhnlich in den Lungen und Bronchialdrüsen (isolierte Affektion der Mesenterialdrüsen wurde bei der Sektion niemals beobachtet); im 1. Lebensjahr acquirierte Tuberkulose verläuft nicht immer letal (von den 16 Kindern sind 15 gestorben, das Alter des geheilten Kindes wird nicht angegeben! D. Ref.).

Zur Dynamik einiger hämatologischer Befunde bei den Zöglingen der Schule für körperliche Erziehung bei der Klinik für Körperkultur (Moskau). Sinken des Hämaglobingehaltes hat Nachlassen der Schulleistungen der Schulkinder zur Folge. Beträchtliche Linksverschiebung des Blutbildes, schlechter Status oder ungünstige Dynamik des Blutes sind immer warnende Zeichen, die sorgfältige Beobachtung des Kindes notwendig machen.

Ueber ein Schema zur Analyse von Spielen in und außerhalb der Schule in ihrer Bedeutung für die sozial-biologische Erziehung. In den Kinderspielen der Schulkinder müsse die Idee des Kampfes des Proletariats um Freiheit zum Ausdruck kommen. Die Spiele müssen die allmähliche Stärkung des „Soziozentrismus vom Standpunkte der Reflexologie" anstreben. Durch systematische Ausbildung bedingter Reflexe entsprechender Art muß die soziale Einstellung des Kindes in vorgesteckter Richtung gefördert werden. Der Vorrang des Kollektivs vor der Einzelperson müsse durch die Spiele veranschaulicht werden und die Erkenntnis der kollektivistischen Bindung dem Kinde eingeprägt werden.

Časopis lékařů českých.

Nr. 48, 26. November 1926.

✦ Immunitätsverhältnisse des Auges: Einfluß der Hypotension des Auges auf die Quantität der Hämolysine in der Cornea (im Kammerwasser und Glaskörper) bei normalen und immunisierten Kaninchen. Brückner.
✦ Operation der Phimose. Stanček.
Gesetze, die Sexualität betreffend in dem vorbereitenden Strafgesetzentwurf der tschechoslovakischen Republik. (Ende.) Bondy.

Immunitätsverhältnisse des Auges: Der Einfluß der Hypotension des Auges auf die Quantität der Hämolysine in der Cornea (im Kammerwasser und Glaskörper) bei normalen und immunisierten Kaninchen. Die Versuche wurden an normalen und mit Hammelerythrozyten immunisierten Kaninchen gemacht. Die Hypotonie des Auges wurde teils durch Trepanation der Cornea, teils durch die hintere Sklerotomie (bzw. Sklerektomie) herbeigeführt. Bei der

Hypotonie, durch Punktion der Hornhaut hervorgerufen, vermehrt sich merklich die Menge der verschiedenen Antikörper (Hämolysine, Präzipitine, Agglutinine, Antitoxine, Opsonine, Bakteriolysine) infolge der leichteren Diffusion und Diosmose des Blutplasmas. Die Hypotonie ist ein wichtiger immunobiologischer Faktor, mit welchem man die schützenden Vorgänge in der Hornhaut, im Kammerwasser und Glaskörper vermehren kann. Experimentelle und klinische Erfahrungen berechtigen die Punktion der Vorderkammer bei Entzündungen der Hornhaut. Chaillons empfiehlt die Parazentese der Cornea bei drohender Perforation des Ulcus serpens. Bei Erkrankungen des Glaskörpers und der hinteren Teile des Auges hat die durch Aufsaugen des Glaskörpers hervorgerufene Hypotonie einen guten Erfolg. Zur Nedden empfieht das Aufsaugen des Glaskörpers (er punktiert 6 mm hinter dem Limbus und saugt 0,6 bis 1 ccm auf einmal in 3 Wochen; bei ektogenen Infektionen des Glaskörpers punktiert er auch zweimal täglich) bei der traumatischen Hämorrhagie, bei Zyklitis, Retinitis und Chorioretinitis disseminata. Einen guten Erfolg der Hypotonie, durch Skleratrepanation nach Elliot hervorgerufen, sahen wir bei einem Fall von Iridocyklitis sympathica mit Sekundärglaukom. Die Entzündung trotzte jeder Therapie und zeigte beständiges Fortschreiten. Nach der Trepanation trat Stillstand ein. Aus den angeführten Versuchen, den klinischen Beobachtungen und den Literaturangaben geht hervor, daß die Hypotonie des Auges, sowohl die spontane als auch die artifizielle imstande ist, die immunobiologischen Vorgänge im Auge zu steigern und daß sie auch therapeutisch für pathologische Vorgänge in der Hornhaut, in der Vorderkammer und Glaskörper verwertet werden kann. Weitere Versuche und klinische Beobachtungen können neue Winke in der Therapie der Augenkrankheiten bringen und den Arzt in seinem schweren Kampfe gegen die Blindheit bereichern.

Operation der Phimose. Aus der Unmenge von operativen Methoden bei der Behandlung der Phimose können wir ersehen, daß die Chirurgen mit den Resultaten nicht zufrieden sind. Alle Autoren sind sich darin einig, daß die Phimose vor der Geburt und 2 Jahre später physiologisch ist und keinerlei chirurgischer Eingriffe bedarf. Die meisten Autoren halten die Phimose für eine kongenitale Verengung des äußeren Blattes (der Haut) oder des ganzen Präputiums, abgesehen von den Phimosen, welche durch entzündliche Prozesse der Vorhaut entstanden sind, und legen deshalb bei der Operation den Hauptwert darauf, das äußere Blatt zu lösen: von der einfachen Inzision bis zur Zirkumzision. Unsere Methode (Haim, Budweis) soll den anatomischen und kosmetischen Anforderungen entsprechen, einfach und in der Praxis leicht durchführbar sein. Haim geht von der Voraussetzung aus, daß das innere Blatt des Präputiums die Ursache der Verengung ist. In Lokalanästhesie wird an dem Uebergang des inneren Blattes ins äußere eine Zirkumzision gemacht, das äußere Blatt zurückgeschoben und indem das innere Blatt nach Bedarf einmal oder öfters dorsal inzidiert wird, gelingt es, die ganze Vorhaut über die Haut zu ziehen. Die Ränder der beiden Blätter werden mit Seide genäht. Diese Methode führt, wenn sie gut durchgeführt wird, zu keiner Verunstaltung des Genitales.

Müller, Prag.

British Medical Journal.

Nr. 3436, 13. November.

Das Krebsproblem. Gye.
Chirurgie des Hüftgelenks. Groves.
* Vakzinetherapie bei Aktinomykose nach Zahnextraktion. Indod.
Subarachnoidealblutung als erstes Symptom eines Hirntumors. Burges.

Jahresversammlung der British Medical Association (Abteilung für Neurologie und Psychiatrie).

Das manisch-depressive Irresein. Mapäther.

Abteilung für Anästhesie.

* Narkose bei Herz-Gefäßerkrankungen. I. Price. II. Bloomfield.
Entwicklung der Anästhesie. Wilson.

Vakzinetherapie bei Aktinomykose nach Zahnextraktion. Nach Entfernung eines unteren Backenzahnes entwickelte sich bei einem jungen Mädchen unter brettharter Infiltration ein mehrfach fistelnder Wangen- und Kieferabszeß, in welchem typische Aktinomycesdrüsen nachgewiesen wurden. Wegen zunehmender Intoleranz mußte die Jodkalibehandlung nach einem Monat abgebrochen werden. Eine in Abständen von 7 Tagen durchgeführte Vakzinebehandlung (0,25 bis 0,3 ccm einer Vakzine von 100 Millionen Aktinomyceskeimen im Kubikzentimeter intramuskular verabfolgt) führte im Laufe von 8 Monaten zur Rückbildung des entzündlichen Prozesses. Durch rasche Steigerung der injizierten Dosis auf 1 ccm wurde anfänglich eine wesentliche Verschlimmerung der Schwellung ausgelöst, so daß in der Folgezeit nur 0,3 ccm zur Anwendung gelangten.

Narkose bei Herz-Gefäßerkrankungen. Die Zahl der Herzkranken, welche wirklich einem Narkosezwischenfall erliegen, steht im umgekehrten Verhältnis zur Anzahl der Menschen, welche vor der Narkose gewarnt werden, weil ihr Herz angeblich dieser Belastung nicht gewachsen sei. Im allgemeinen findet sich bei den chronisch Herzkranken eine schlecht entwickelte Muskulatur, so daß für gewöhnlich das Stadium des tiefen Schlafes ohne stärkere Exzitationsperiode herbeigeführt werden kann. Selbst in den Fällen mit beträchtlicher Kompensationsstörung und stärkerer Atemnot kann der geübte Narkotiseur bei unbedingt lebensnotwendigen Eingriffen das Risiko der Narkose übernehmen. Denn es stehen genügend Betäubungsmethoden zur Auswahl, um den augenblicklichen Anforderungen im Einzelfall entsprechen zu können. Wenn die Inhalation irgendeines der Anästhetika nicht mit Sicherheit ausgeführt werden kann, so kann mit subkutaner Infusion, durch Kombination subkutaner Infektionen mit kleinsten Mengen eines Stickstoffoxydul-Sauerstoffgemisches unter Beigabe minimaler Dosen von Aether fast immer der notwendige Grad von Betäubung herbeigeführt werden. Für den Narkotiseur spielt die Diagnose der jeweils vorliegenden kardio-vaskulären Affektion keine Rolle. Das wichtigste Symptom ist für ihn die Atemnot, welche bei der gewöhnlichen horizontalen Lage auftritt, ohne Rücksicht auf die im Einzelfall als Ursache zugrunde liegende Störung. Wenn auch das Vorgehen des Narkotiseurs zumeist von der Art und der Größe des notwendigen Eingriffes abhängen, so lassen sich doch gewisse allgemeine Richtlinien aufstellen. Zunächst muß die Narkose in der Lage ausgeführt werden, bei welcher die Atemnot des Kranken am erträglichsten ist. Weiterhin darf bei der Narkose keine Beschränkung des Luftzutritts stattfinden oder die Luftzufuhr muß durch ausreichende Verabfolgung von Sauerstoff ersetzt werden. Die Hauptgefahr liegt bei diesen Fällen in dem Auftreten von Spasmen der oberen Luftwege in den ersten Stadien der Narkose, sobald ein zur Asphyxie führendes Moment wirksam wird. Das Vermeiden von Spasmen und Anoxämie ist so lebenswichtig, daß selbst die Verabfolgung von reinem Chloroform zur Einleitung der Narkose der Inhalation des Stickstoffoxydul-Sauerstoffgemisches vorzuziehen ist, wenn dieses mit Wahrscheinlichkeit, wie bei dem Bau der Mundhöhle und des Pharynx anzunehmen ist, solche Spasmen auslösen wird. Bei längerer Dauer der Operation ist unter allen Umständen Sauerstoff zuzuführen. Auf das Freibleiben des oralen Abschnittes des Luftweges ist die größte Aufmerksamkeit zu verwenden. Für die Beurteilung der Frage, wie ein Herzkranker eine Allgemeinnarkose ertragen wird, ist eine einfache Probe heranzuziehen. Wenn der Kranke nach einer tiefen Inspiration nicht für 30 Sekunden den Atem anhalten kann, so ist — selbst bei sonst nicht deutlicher Atemnot — mit einer Schwäche des Hersmuskels zu rechnen, welche bei der mit Narkose und Operation verbundenen Mehrarbeit gefährlich werden kann. Diese Probe leistet besonders bei den Fällen von Myodegeneratio gute Dienste, wo weder der Allgemeinzustand noch der Puls auf die Herzveränderung hinweisen, wo nur bisweilen die Auskultation des Herzens den Verdacht einer Herzmuskelerkrankung bestätigt (kurzer, schwacher erster Herzton, Tick-Tackrhythmus). Ueberhaupt bedeutet es eine große Erleichterung für den Narkotiseur, wenn er am Tage vor der Operation genau das Kreislaufsystem des Patienten evtl. unter Zuhilfenahme von Belastungsproben untersuchen kann. Eine ungewöhnliche Pulsbeschleunigung direkt vor der Narkose beruht oft auf Nervosität und geht dann mit dem Fortschreiten der Betäubung zurück. Im allgemeinen ist ein langsamer Puls von etwa 50 Schlägen — wie er sich bei einem beträchtlichen Prozentsatz völlig Herzgesunder, besonders bei Männern vorfindet — ein gutes Vorzeichen für den Verlauf der Narkose. Pulsunregelmäßigkeiten treten häufig während der Narkose auf. Sie sind bei dem Fehlen sonstiger Erscheinungen belanglos, sofern die Irregularität nicht die Form des Pulsus alternans zeigt oder besonders hochgradig unter Pulsbeschleunigung sich bemerkbar macht.

Ein erhöhter Blutdruck bedingt an sich kaum eine wesentliche Steigerung des Operationsrisikos. Grade bei den Plethorikern kommt es häufig zur Atemstörung und zu ausgedehnten Muskelspasmen im Beginn der Narkose, wobei der Blutdruck steil ansteigt und so die Voraussetzungen für das Bersten der Blutgefäße anscheinend gegeben sind. Trotzdem gehört das Auftreten einer Hirnblutung als direkte Narkosefolge zu den größten Seltenheiten und ist erst zweimal in der Weltliteratur beschrieben. Bei extrem niedrigem Blutdruck kann die durch den Operationsschock bedingte weitere Herabminderung zur Synkope führen. Wenn irgend möglich ist durch intravenöse Infusionen und Wärmezufuhr das Vasomotorensystem zur normalen Funktion anzuregen. Besonders gefahrvoll ist bei solchen Kranken die Verabfolgung von Morphium vor der Operation. Bei den Hypertonikern erweisen sich oft subkutane Injektionen v Morphium-Scopolamin vor Beginn der Narkose als sehr nützlich. Bei Kranken mit Aneurysmen besteht für den Narkotiseur dasselbe Problem wie beim Hochdruck mit dem geringsten Exzitationsstadiu rasch eine tiefe Narkose eintreten zu lassen. So ist die Narkose m Stickstoffoxydul oder Aethylchlorid mit nachfolgender Aetherverabfolgung wegen der raschen Heibeiführung des Schlafstadiums der Chloroformbetäubung überlegen, wenn dieses auch keine so stimulierende Wirkung für den Kreislauf besitzt. Neuere Anästhetica wie Aethylen und Propylen scheinen bei den Herzkranken von großem Vorteil zu sein, da sie mit großen Sauerstoffmengen zusammen eingeatmet werden können und keine stärkere Spasmen erregen. Sorgfältiges Abwägen aller Faktoren ist in jedem Fall erforderlich. Denn oft erweist sich die Betäubungsmethode als die sicherste, als diejenige, welche schnell und ruhig wirkend, mit der geringsten Belastung für den Kreislauf die tiefe Narkose auslöst, welche bei alleiniger Berücksichtigung des Kreislaufsystems als am wenigsten geeignet erscheint.

Biberfeld.

La Riforma medica.

42., Nr. 42, 18. Oktober 1926.

Perihepatitis traumatica. Barlocco.
◆ Beziehungen zwischen Katalase und Koagulation des Blutes. Zatti und Miraglia.
Wismuttherapie der Syphilis. Sparacio.

Beziehungen zwischen Katalase und Koagulation des Blutes. Verff. stellten bei 6 Kranken mit idiopathischer, hämorrhagischer Diathese eine konstante, gleichzeitige Herabsetzung der Katalase und der Gerinnungsgeschwindigkeit des Blutes fest. Nach Splenektomie bei Kaninchen ergab sich eine erhebliche Verminderung der Katalase. Nach Röntgenbestrahlung bei einem an Leukämie erkrankten Patienten waren gleichzeitig Katalase und Koagulationsgeschwindigkeit erhöht. Der gleiche Vorgang ereignete sich nach einer Reihe von Peptoninjektionen bei einer idiopathischen hämorrhagischen Diathese. Es geht daraus hervor, daß bei einigen anatomischen oder funktionellen Störungen der blutbildenden Organe ein enger Zusammenhang zwischen Fermenten der Blutkoagulation und dem Katalase-Ferment besteht, und daß die Milz und mit ihr wahrscheinlich alle anderen blutbildenden Organe durch Vermittlung der Elemente des R.E., denen biologisch eine enzymogene Funktion zukommt, auch bei der quantitativen Veränderung der Katalasefermente eine Rolle spielt.

42., Nr. 43, 25. Oktober 1926.

Untersuchungen über alimentäre Hyperglykämie und über CO_2-Ausscheidung bei Diabetes und anderen Krankheitszuständen. Liotta.
Dämpfe von Jod-Jodkalilösungen zur Prophylaxe und Therapie der Influenza. Lombardo.
◆ Ausschließliche Behandlung von 200 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus mit Antistreptokokkenserum bei 100% vollkommener Genesung. Baruffaldi.
◆ Radium bei den Affektionen und gutartiger Tumoren des Nasenrachenraumes. Moscariello.

Ausschließliche Behandlung von 200 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus mit Antistreptokokkenserum bei 100% vollkommener Genesung. Sehr häufig besteht bei akutem Gelenkrheumatismus eine latente tuberkulöse Infektion. Verf. hatte in 65% seiner Fälle positive Tuberkulinreaktion mit schwacher Tuberkulinlösung. Er behauptet, daß die tuberkulöse Infektion zum akuten Gelenkrheumatismus prädisponiere und die Entstehung einer chronischen begünstige. Die frühzeitige Behandlung mit Antistreptokokkenserum kürzt den Krankheitsverlauf wesentlich ab, besonders wenn die Kranken vorher nicht mit Antipyretika behandelt waren. Auf die subkutane Injektion von wenigstens 30 ccm Serum folgt fast unmittelbar Abschwächung der Schmerzen. Günstiger Einfluß auf beginnende Herzerkrankung, ebenso auf eine Albuminurie und die akute rheumatische Nephritis. In etwa ⅕ der Fälle kommt es, gewöhnlich am Ende der 2. Woche nach der Injektion, zu einem scharlachartigen Exanthem von 2—4 tägiger Dauer. Seltener tritt frühzeitig und flüchtiger Natur eine Urtikaria auf. Eine frühzeitige, lokale, entzündliche Hautreaktion an der Injektionsstelle (Nates) oder eine frühzeitige, allgemeine, fieberlose Urtikaria verhindern stets die Allgemeinreaktion. Die akute Allgemeinreaktion stellt sich meistens gegen den 12. Tag, seltener zwischen dem 9. und 11. und ausnahmsweise am 5. Tage ein. Die Heilung der Polyarthritis pflegt ihr unmittelbar zu folgen. Die Behandlung kann auch bei älteren Personen mit chronischen, fieberlosen Gelenkaffektionen versucht werden, gibt aber hier seltenere Erfolge. Enthaltung von allen antirheumatischen und antipyretischen Mitteln, um nicht die günstige Allgemeinreaktion zu stören. Nötigenfalls Opiumpräparate und eventuell Wiederholung der Seruminjektion. Schwere anaphylaktische Symptome ereigneten sich nur in einem Falle, in dem schnellste, vollkommene Heilung folgte. Nur bei Herannahen oder Bestehen des reaktiven Exanthems soll man sich vor Seruminjektion hüten, sonst ist eine Wiederholung derselben unschädlich. Eventuelle Serumzufälle wirken anscheinend günstig, da stets sofortige Heilung darauf folgt, und sollen daher nicht behandelt werden. Sollte die Streptokokkeninfektion auch nur eine sekundäre Komplikation eines hypothetischen, rheumatischen Virus sein, so ist doch die Antistreptokokken-Serumtherapie ein wertvolles Hilfsmittel zur Ueberwindung des Krankheitsprozesses.

Radium bei den Affektionen und gutartigen Tumoren des Nasenrachenraums. Verf. hat auf Grund der ähnlichen pathologischen Vorgänge bei einigen Erkrankungen des Uterus und des Nasenrachenraumes seit 1920 hypertrophische Rhinitis, Hypertrophie der Mandeln, adenoide Wucherungen und Schleimhautpolypen erfolgreich mit Radium behandelt. Er erreichte mit einer Nadel von 3,42 mg Radium bei 1,5 mm Pb und 1 mm Kautschuk-Filterung für die Dauer von 10 Stunden ein vollkommenes Verschwinden von Nasenpolypen in etwa 20 Tagen. Für die Muschelhypertrophie ist doppelt so starke Applikation nötig, die eventuell in 1—3 monatlichem Intervall zu wiederholen ist und zum Schutz des Nasenseptums eine Bleiplatte. Sehr gute Resultate gaben ihm harte, fibröse Polypen, die bis jetzt nur operative Entfernung, oft unter Gefahren, zugänglich waren. Es handelte sich im ersten Falle um ein sehr großes, mit breiter Basis im Nasenrachenraum aufsitzendes Fibrom, das sich durch die Choanen bis zum Pharynx fortsetzte und fast die Epiglottis berührte. Er behandelte es mit je 1 Nadel in jeder Nasenhöhle und 4 Nadeln gegen den weichen Gaumen zu, im ganzen 20,7 mg Radium für 20 Stunden. Nach viermaliger Behandlung im Laufe von 1½ Jahren war vollkommene Heilung erreicht.

Rontal.

La Pediatria.

Heft 22, 1926.

◆ Gehalt des Blutes an agglutininen und komplementablenkenden Substanzen auf Vakzineinjektionen bei Neugeborenen und Säuglingen. Bocchini.
◆ Osteopsathyrose im Kindesalter. Miraglia.
◆ Eitrige Gelenksentzündungen im Kindesalter. Macchi.
Perikarditis im Kindesalter (Sammelreferat). De Angelis.

Gehalt des Blutes an Agglutininen und komplementablenkenden Stoffen auf Vakzineinjektionen bei Neugeborenen und Säuglingen. Versuche mit Typhus, Maltafieber, Staphylococcus aureus und Albus-Vakzinen, die von 24 bis 48 Stunden alten Kulturen gewonnen und bei 60° inaktiviert wurden. Injiziert wurden jeden zweiten Tag 0,25, 0,50, 0,75 und 1,0 ccm (also ansteigend), Typhusvakzine in 10 Fällen, ebensoviel Maltafiebervakzine in 5 Fällen, 0,50, 1,0, 1,5 und 2,0 ccm. Staphylokokkenserum in 8 Fällen. Bei Typhusvakzinationen konnte mit einer einzigen Ausnahme rund zwei Wochen nach Beginn der Injektionen eine positive Widalsche Probe erzielt werden, zuerst 1 : 25 bis 1 : 100 positiv, wurde sie in wenigen Tagen von 1 : 200 bis 1 : 2000 positiv, um gegen Ende des zweiten Monats nach Beginn der Injektionen mit einer Ausnahme wieder negativ zu werden. Die Komplementablenkungsreaktion ging mit der Agglutination ganz parallel. Bei Maltafieber konnten stets Agglutinationen bis zu 1 : 200 erzielt werden, auch die Komplementablenkungsreaktionen waren schwach positiv. Die Dauer der positiven Reaktionen betrug rund einen Monat. Ebenso konnten positive Agglutination und Komplementablenkung bei Behandlung mit Staphylokokkenvakzine ausnahmslos erzielt werden. Von den untersuchten 23 Säuglingen waren nur 4 über einen Monat alt. Weder die Ernährungsart (natürlich oder künstlich), noch der Ernährungszustand hatte einen Einfluß auf Ausfall der Reaktionen. — Der Neugeborene und Säugling verhalten sich also in bezug auf Bildung von Agglutininen und komplementablenkenden Stoffen ebenso wie die Erwachsenen.

Osteopsathyrose im Kindesalter. Beschreibung eines einschlägigen Falles mit luetischer Anamnese, positiver WaR. Beginn der Krankheit im Alter von 10 Monaten. Der Fall ist charakterisiert durch eine Atropinüberempfindlichkeit; deswegen wird eine Sympathikotonie bedingt durch eine Disfunktion der Thymus- und Nebenschilddrüsen angenommen, die vielleicht bei der Erkrankung eine ätiologische Rolle spielen. Antiluetische Behandlung und Höhensonnenbestrahlung bringen den Fall zur Heilung.

Eitrige Gelenksentzündungen im Kindesalter. Beschreibung von fünf Fällen von Pneumokokkenarthritis im Alter von 4 bis 20 Monaten, eines Falles von Influenzabazillenarthritis im Alter von 20 Monaten und zwei Fällen von Streptokokkenarthritis im Alter von 1¼ bzw. 2 Jahren und eines Falles von Gonokokkenarthritis bei einem 28 Tage alten Säugling. Alle Fälle stellen eine sekundäre Erkrankung der Gelenke nach primären Erkrankungen in anderen Organen (Pneumonie usw.) dar, die Uebertragung erfolgt hämatogen direkt oder durch Propagation von einem benachbarten Knochenherd. Der Verlauf ist verhältnismäßig benign (nur eine Pneumokokkenerkrankung kommt ad exitum). Die Behandlung ist eine spezifische Vakzinetherapie.

La Clinica pediatrica.

8., Heft 6.

Beitrag zum Studium des Liquor cerebrospinalis bei tuberkulöser Meningitis. G. Taccone.
* Untersuchungen der Hautreaktionen zum Nachweis der Scharlachempfänglichkeit. A. Baccichetti.
Beitrag zur Vakzinediagnostik. G. Castorina.

Untersuchungen über die Hautreaktionen zum Nachweis der Scharlachempfänglichkeit. Verf. führt die positive Dicksche Reaktion nicht auf Toxinwirkung bei mangelndem Antikörpergehalt zurück, sondern sieht in ihr den Ausdruck einer Sensibilisierung gegen das Eiweiß des hämolytischen Streptokokkus. Wenn genügend Antikörper gebildet sind, tritt Desensibilisierung, Negativwerden der Reaktion ein. Eine negative Reaktion würde also entweder bedeuten, daß überhaupt noch kein Kontakt mit hämolytischen Streptokokken stattgefunden hat oder daß nach einer Scharlacherkrankung reichliche Antikörperbildung eingesetzt hat. Nur im zweiten Falle ist sie gleichbedeutend mit Immunität. Nur auf diese Art ist es nach dem Verf. zu erklären, daß der Dick zu Beginn des Scharlachs negativ, dann positiv und schließlich wieder negativ werden kann. Die Reaktion verläuft mehr nach dem Muster der Pirquetschen als nach dem Muster der Schickschen Reaktion. Die Hautprobe mit der Vakzine von Caronia hat sich dem Verf. besser bewährt als die Dick-Reaktion, doch ist auch sie nicht geeignet zur Erkennung der scharlachempfänglichen Kinder zwecks Einleitung einer Prophylaxe. Die große Anzahl der positiven Kontrollen zeigt, daß sie z. T. auf das Eiweiß des miteingespritzten Serums zurückzuführen ist.

8., Heft 7.

* Die Weil-Kafkasche Reaktion bei einigen Kinderkrankheiten. G. Taccone.
* Leukozytenformel bei Miliartuberkulose. G. Halfer.
Barlowsche Krankheit bei einer nicht völlig vitaminfreien Ernährung. G. Arena.
* Fälle von kindlicher Hysterie. G. Carbonara.

Die Weil-Kafkasche Reaktion bei einigen Kinderkrankheiten. Die Reaktion von Weil-Kafka ist in normalen Liquores immer negativ. Ihr Auftreten wird bedingt durch abnorme Durchlässigkeit der Meningen. Das Vorhandensein des totalen hämolytischen Komplements bedeutet eine schwere Schädigung der Meningen, während die Hämolysine auch bei leichteren Schädigungen zu finden sind. Die negative Reaktion schließt eine Läsion der Meningen nicht aus. Die beiden Phasen (Vorhandensein des Komplements und der Hämolysine) sind von keinem differentialdiagnostischen Wert bei der Erkennung verschiedener Meningitisformen. Die Reaktion hat praktischen Wert bei Traumen des Zentralnervensystems, da man bei negativer Reaktion Schädigung der Meningen ausschließen kann.

Ueber die Leukozytenformel bei der Miliartuberkulose. Bei der Miliartuberkulose findet sich eine Vermehrung der nicht segmentierten neutrophilen Leukozyten, eine Verminderung der Lymphozyten, die jedoch zahlreiche Azurgranula zeigen, totales Verschwinden der Eosinophilen, Vorhandensein der Gumprechtschen Zellen (Degenerationsformen), sowie Leukopenie oder normale Leukozytenzahl.

Einige Fälle von kindlicher Hysterie. Verfasser beschreibt einen Fall von Anorexie, die bis zur völligen Nahrungsverweigerung ging, einen Fall von tonisch-klonischen Krämpfen, dem somnambule Zustände folgten, schließlich einen Fall von Astasie und Abasie mit Verlust der tiefen Reflexe. Die Astasie trat im Anschluß an einen Hundebiß bei einem Kinde auf, dessen Bruder vor einem Jahr an einer Beinlähmung gelitten hatte. Alle drei Fälle wurden durch Suggestivtherapie geheilt.

8., Heft 8.

Untersuchungen über die normale chemische Zusammensetzung des kindlichen Blutes. G. de Toni.
* Hämorrhagische Sepsis mit schweren Hauterscheinungen. L. Sabbatini.

Hämorrhagische Sepsis mit schweren Hauterscheinungen. Im Anschluß an eine Angina traten schwere Haut- und Schleimhautblutungen sowie Oedeme der Extremitäten auf. Die Temperatur bewegte sich zwischen 39 und 40°. Obwohl alle Untersuchungen auf eventuelle Erreger negativ ausfielen, hält Verf. eine Sepsis für wahrscheinlich und glaubt durch intravenöse Injektion von 40, 30, und 20 ccm Blut zum schließlichen günstigen Ausgang beigetragen zu haben.

8., Heft 9.

* Ein besonderer Fall von Chondrodystrophie. A. F. Canelli.
Beitrag zur Kenntnis des Leberabszesses beim Kinde. E. Ticozzi.
Beitrag zur Kenntnis der Tetragenus-Infektionen. R. Dardani.

Ueber einen besonderen Fall von Chondrodystrophie. Der beschriebene Fall zeigt einige Besonderheiten. Es war nur die epiphysäre, nicht die periostale Knochenbildung gestört. Die Störung nahm auch nicht wie gewöhnlich distalwärts zu. Die Knochenkerne fehlten (das Kind war ungefähr 1 Monat alt), an Stelle der komplementären Knochenkerne (Apophyse des Sternum, Kalkaneus etc.) waren gänzlich strukturlose Kalkschatten sichtbar. Das Peroneusköpfchen stand höher als gewöhnlich. Der Schädel war eher klein, die Nasenwurzel eingesunken, trotz nicht ausgesprochener Brachyzephalie. Die Fontanellen waren größer als normal, das Os tribasilare nicht synostotisch. Die Dreizackhand fehlte ebenfalls. Verf. möchte mit Pacchioni die Chondrodystrophie auf eine Störung der hormonalen Situation des Embryo zurückführen.

Tezner, Wien.

Rivista di clinica pediatrica.

24., Heft 11, November 1926.

* Ueber den „Favismus“ bei Kindern. Maciotta.
Anthropometrische Unregelmäßigkeiten bei rachitischen Kindern im Alter von 1, 3 und 5 Jahren. Pagani-Cesa.
Einige Untersuchungen über Blutgruppen im Säuglingsalter. Ferraro.

Ueber den „Favismus“ bei Kindern. Unter Favismus (Fava = die Bohne) versteht man eine Krankheit, die zur Blütezeit der Bohnen in Sardinien am häufigsten, vereinzelt auch in Sizilien und sonstigen Teilen Süditaliens vorkommt. — Die Krankheit tritt sofort nach Einatmen des Geruches, manchmal 24—36 Stunden nach Genuß von Bohnen auf, zuerst stellen sich allgemeine Schwäche, Kopfschmerz, Schwindel, mitunter Erbrechen und Durchfall ein. Rasch entwickelt sich eine schwere Anämie. Bei schweren Fällen kommt es rasch zu einem schweren Ikterus mit heftiger Hämaturie in wenigen Stunden. Es kann infolge der akuten Anämie zum Exitus kommen. —

Autor beschreibt sieben Fälle, davon sechs im Alter von sechs bis einundzwanzig Monaten, einen Fall im Alter von 11 Jahren. In drei Fällen handelt es sich um Brustkinder, bei denen die Mutter rohe, oder gekochte Bohnen aßen; sie selbst erkrankten nicht, wohl aber die Säuglinge. Die Krankheit fängt mit Fieber, neuromuskulären Reizerscheinungen, Ikterus, dann Hämoglubinurie an. Das Blutbild ist charakterisiert durch eine hochgradige Anämie; die Zahl der roten Blutkörper sinkt auf 1—2 Millionen, Hämoglobin auf 20—30%, Normoblasten, Megaloblasten und granulofilamentöse Erythrozyten treten in großer Zahl auf. Die Leukozytenzahl ist leicht erhöht, mit Vorherrschen der Lymphozyten. Immer sieht man große mononukleäre basophile Zellen wie bei der akuten Leukämie (Myeloblasten? Der Referent), Türk- und Riederzellen, auch besteht eine Eosinophilie, die um so ausgeprägter ist, je älter das Kind. — Das Blutserum besitzt keine hämolytischen Eigenschaften, der Blutzucker ist vermehrt, Cholesterin, Kalk und Magnesium vermindert, Kalium und Natrium vermehrt. — Die Krankheit ist durch eine familiär-konstitutionelle Disposition ermöglicht, hat mit Malaria, Lues und Tuberkulose nichts zu tun. — In allen Fällen wirkten Injektionen von Normalpferdeserum heilend; die Hämaturie sistiert nach zwei Injektionen von je 8 bis 10 ccm; die Anämie brauchte mehr als einen Monat zur vollen Heilung.

Stransky.

Journal des Praticiens.

Nr. 45.

Schwierigkeiten der Wendung, die im Uterus selbst liegen. L. A. Demelin.
* Papillome der Regio analis. Delbet.
Kleine Bluttransfusionen bei der Behandlung von Anämien. Noël Fiessinger und H. E. Olivier.

Papillome der Regio analis. Obwohl zwischen den Papillomen der Regio analis und Blenorrhagien gewisse Beziehungen bestehen, ist man nicht berechtigt, erstere als spezifisch gonorrhoisch zu betrachten. Irgendwelche banalen Hautreize sind imstande, sie zu erzeugen. Die Behandlung ist analog der der Hautwarzen: alle chirurgischen Maßnahmen schützen nicht vor Rezidiven. Dagegen hat man herausgefunden, daß die Anwendung von Magnesia, bzw. Magnesium, gleichviel in welcher Form, tatsächlich wirksam ist.

Nr. 46.

Pneumokokkenempyeme der großen Pleurahöhle. Achard.
* Die Diagnose von Hydatidenzysten der Leber. Delbet.

Die Diagnose von Hydatidenzysten der Leber. An Hand eines Falles bespricht Verfasser die charakteristischen Symptome des Leberechinokokkus. Ikterus, ausstrahlender Schmerz in der rechten Schulter, Abneigung gegen fette Speisen, kommen bei jeder Leberaffektion vor; besonderes Interesse beansprucht die Urtikaria, die ein Ausdruck der Resorption von Ptomainen ist, die in der Zystenflüssigkeit enthalten sind. So hat also dieses Symptom eine überragende Bedeutung. Der einer Echinokokkuszyste entsprechende Tumor ist groß, leicht eiförmig, ohne die mindeste Unebenheit an seiner Oberfläche; man kann ihn nach allen Seiten bewegen, er ist von fester, kaum elastisch zu nennender Konsistenz. Fehlende Fluktuation ist überaus charakteristisch für eine Echinokokkuszyste. Der Entstehungsmodus dürfte hinlänglich bekannt sein.

Held.

Revue internationale de la Croix-Rouge.

57., Nr. 288, August 1926.

- Tuberkuloseprophylaxe bei Säuglingen. Léon Bernard, Paris.

Soziale Arbeit in den Mandatländern (Südseeinseln unter japan. Mandat). Suzanne Ferrière.

Tuberkuloseprophylaxe bei Säuglingen. Nach einer größeren Reihe von Untersuchungen über Infektionsmodus, Infektionsquellen und Prophylaxe bei Säuglingstuberkulose haben Bernard und Debré in Paris eine Organisation „L'oeuvre du placement familial des Tout-Petits" schaffen können, welche ungefähr 320 Kinder versorgen kann. Die Organisation umfaßt eine Säuglingsstation, zur Beobachtung infizierter Kinder im Hôpital Laënnec, des weiteren eine Sprechstunde, ebenfalls in derselben Klinik, welche das besondere Ziel hat, die Tuberkulose bei schwangern Frauen zu erkennen und in Verbindung mit den Geburtshelfern darauf hinzuarbeiten, daß die Kinder sofort nach der Geburt absolut streng von der Mutter getrennt werden können. Im selben Spital findet sich eine Sprechstunde und Säuglingsstation in Verbindung mit den sozialen Fürsorgern der andern Polikliniken und Spitälern, für Säuglinge, welche einige Zeit dem Kontakt von Tuberkulosekranken ausgesetzt waren. Schließlich gehören dazu sieben Bezirke des „oeuvre du placement", welche wiederum so organisiert sind, daß auf dem Lande Kinder in guten hygienischen Verhältnissen untergebracht und kontrolliert werden können. Zu jedem dieser Bezirke gehört ein Ambulatorium mit Milchküche und kleiner Beobachtungsstation, mit einer, eigens ausgebildeten Fürsorge- und Säuglingsschwester, unter der Leitung eines Arztes. In diesem Ambulatorium werden die Kinder regelmäßig kontrolliert, die Nahrung überwacht, eventuell hergestellt. Bei interkurrenten Krankheiten werden die Säuglinge des zugehörigen Bezirkes in die Beobachtungsstation aufgenommen. Im größten und bestausgerüsteten Bezirk plaziert man die jüngsten Säuglinge, in den anderen kleineren Bezirken die Kinder vom 15. Monat bis zum 4. Jahr.

Dieses prophylaktische System beruht also ausschließlich auf dem Prinzip der Trennung von der Ansteckungsquelle, sofort bei der Geburt (Prophylaxie antenatale) oder Trennung nach der Geburt, vor oder nach erfolgter Infektion (Prophylaxie postnatale). Zur Zeit besteht diese Einrichtung seit 5 Jahren, so daß Bernard über die ersten Resultate berichten kann: er teilt die Kinder ein in 2 Kategorien: in nichtinfizierte und in infizierte Säuglinge. 265 nichtinfizierte Kinder (123 sofort bei der Geburt von der Mutter getrennt, 142 erst einige Zeit später) zeigten bei durchschnittlich normalem Geburtsgewicht bis zum 18. Monat eine gewisse Rückständigkeit in der Entwicklung gegenüber der Norm. Sobald die Kinder mit gemischter Kost ernährt werden konnten, gediehen sie gut. Mit 4 Jahren sind sie absolut normal. Ihre Mortalität (an nichttuberkulösen Krankheiten) im ersten bis dritten Lebensmonat wechselt von 38 bis 12%, die spätere Mortalität vom 4. Monat bis zum 4. Lebensjahr beträgt 5,7%.

Die zweite Kategorie, pirquetpositive, infizierte Kinder, umfaßt 171 Fälle. Nach einer genügenden Beobachtungzeit im Hôpital Laënnec wurden diese Säuglinge ebenfalls auf dem Lande bei Privaten untergebracht. Die meisten dieser Kinder waren zuerst hypotrophisch, erholten sich aber relativ rasch. Von 171 sind 13 (7,6%) gestorben an progredienten Tuberkuloseformen, weitere 4 sind an Tuberkulose erkrankt.

Zum Vergleich mit diesen Zahlen bringt Bernard einiges Material aus seinen Beobachtungen an Kindern, die mit den Infektions-Quellen aus verschiedenen Gründen (Weigerung der Eltern, sich zu trennen usw.) in Kontakt geblieben sind. Von 66 Kindern starben 54, fast sämtliche vor Ablauf des ersten Lebensjahres an progredienter Tuberkulose, d. h. 82%. Die wenigen Kinder, welche am Leben blieben, weil die Infektionsquelle, meistens die Mutter, gestorben ist, gedeihen relativ gut, sobald ihre allgemeinen hygienischen Lebensbedingungen gut sind.

57., Nr. 289, September 1926.

Arbeit des Roten Kreuzes in Marokko. R. Haccius.

Organisation des Sanitätsdienstes der belgischen Armee im Felde. A. Graveline.

57., Nr. 290, Oktober 1926.

Hundertjahrfeier von Gustave Moynier.

Reden und Vorträge der Herren Ador, Bouvier, Motta, Peltzer, Rolin, Bohny, Goegg und Burky.

Hottinger, Basel.

Annales des Maladies Vénériennes.

21. Jahrg., Nr. 10, Oktober 1926.

- Chirurgische Behandlung der massiven Gangrän nach arterieller Wismutinjektion. Gougerot und Quénu.
- Endokrine Störungen und Heredosyphilis. Barthélémy.
- Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen eines öligen Wismut-Kampferpräparates. Bizard.
- Die intravenösen Injektionen des Diamino-methyl-Akridins in der Behandlung der Gonorrhoe und ihre Komplikationen. Erfolge, Mißerfolge, Vorteile, Nachteile. Clara und Lebouef.

Chirurgische Behandlung der massiven Gangrän nach arterieller Wismutinjektion. Genaue Schilderung der Folgen einer unbeabsichtigt intraarteriell gegebenen Wismutspritze. Fünf Zustände wurden bisher beschrieben: Lokales embolisches Exanthem, ekchymotische und phlyktenucläre Scheiben, livedoartige und gangränöse Dermitis, Haut-, Unterhautgangrän, massive Gangrän, bei der es auch zur Muskelgangrän kommt. Einen derartigen Fall konnten die Autoren beobachten und operieren. Sie mußten die ganze gangränös gewordene Infiltration resezieren. Die Heilung nahm mehr als drei Wochen in Anspruch. Es war nicht zweifelhaft, daß in diesem besonders ernsten Fall die chirurgische Ablation des Herdes die beste Therapie war, denn eine spontane Resorption war, wenn überhaupt, erst in Monaten zu erwarten. In all dieser Zeit wäre die Arbeitsfähigkeit des Kranken stark beeinträchtigt gewesen.

Endokrine Störungen und Heredosyphilis. Die heutigen Erfahrungen hierüber können etwa folgendermaßen zusammengefaßt werden:

1. Die endokrinen Störungen unter Ausschluß der Syphilis sind noch schlecht abzugrenzen. Der endokrine Ursprung vieler Syndrome wird bestritten, sogar das adiposo-genitale Syndrom.

Um die Existenz endokriner Störungen bei der kongenitalen Syphilis zu erweisen, muß man die Sicherheit haben, daß die ins Auge gefaßten Störungen auch wirklich endokriner Natur sind. Und ist dies selbst erwiesen, dann genügt zum Beweise, daß es sich um syphilitische Erscheinungen handelt, das Resultat der antisyphilitischen Behandlung allein auch noch nicht.

3. Schaltet man die Diagnose ex juvantibus aus, dann kann man einige annehmbare Tatsachen klinischer Natur sammeln. Praktisch gibt es eine endokrine Heredosyphilis, aber nur selten finden sich die großen klassischen Syndrome. Man müßte sie in den klinischen „Nuancen" finden. Das heißt, es liegt im Belieben des Autors, sie überall oder nirgends zu finden.

4. Die intensive, virulente kongenitale Lues macht schon intrauterin oder in den ersten Lebenstagen diffuse endokrine Läsionen mit Spirochäten. Klinisch bleiben die endokrinen Läsionen stumm oder der Tod tritt schon ein, bevor man sie hätte beweisen können.

5. Die Heredosyphilis, die mit dem Leben vereinbar ist, macht endokrine Störungen, die nach unseren heutigen Methoden selten zu sein scheinen: sie enthalten kaum Spirochäten, haben keinen spezifischen anatomischen Charakter, sind noch wenig erforscht. Klinisch beobachtet man vor allem beim Kinde Erkrankungen der Thyreoidea, beim Erwachsenen der Hypophysis. Sekundär wird der Genitalapparat ergriffen.

6. Beim Erwachsenen zeigten die wenigen untersuchten Organe keine Spirochäten. Es bestand Bindegewebssklerose und Parenchymdegeneration. Klinisch war wenig zu finden gewesen. Der kongenitalsyphilitische Ursprung war schwierig zu beweisen wegen des Alters der Erkrankung.

7. Die kongenitale Syphilis der zweiten Generation hat in endokriner Hinsicht noch keine anatomischen Grundlagen. Klinisch hat man einige Vermutungen. Die Störungen treffen gerne Drüsen, die schon in der vorigen Generation ergriffen waren. Die kranke Drüse vererbt sich also eher als die Syphilis.

8. Das kongenital-syphilitische Terrain ist vielleicht eher eine Resultante endokriner Störungen. Skelett, Fettpolster, Haut, verschiedene Organe, ja das Gehirn selber, altern zu schnell oder bleiben infantil oder werden es wieder. Dies Schicksal teilt die Syphilis mit allen großen Dystrophien. Die Hauptschlußfolgerung aus allem Vorangehenden ist eine praktische: In allen zweifelhaften Fällen soll antisyphilitische und Opotherapie Hand in Hand gehen. Da es sich oft um jüngere Personen handelt, ist die perorale antisyphilitische Behandlung ausreichend, wenn sie nur regelmäßig und lange genug (?) ausgeführt wird.

Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen eines öligen Wismutkampferpräparates. Bizard empfiehlt das Kampferöl als Exzipiens für das Wismuthydroxyd. Das Oel wird erst im Aether gewaschen zur Lösung der Unreinlichkeiten und Sterilisierung. Es ermöglicht eine vollständige, rasche Absorption des Wismut, das Kampferöl selbst diffundiert rasch, die Hydroxydpartikelchen kreisen schon nach kurzer Zeit im Organismus. Das „Biscam" genannte Präparat wurde vor allem bei Kranken versucht, die andere Wismutverbindungen schlecht vertragen, dann aber auch bei Luetikern, die noch nie Wismut bekommen hatten. Aus der sogenannten intoleranten Gruppe, die sonst mit lokalen Entzündungsherden reagiert hatte, vertrugen nun 4 von 5 mehrere Serien von 10 bis 12 Injektionen von Biscam.

Die intravenösen Injektionen des Diamino-methyl-Acridins in der Behandlung der Gonorrhoe und ihre Komplikationen. Die Behandlung bestand in wöchentlich dreimaliger Injektion von 5 ccm einer 2 proz. Gonacrinlösung mittels einer 10-ccm-Spritze, wobei 5 ccm Blut aufgesogen und langsam injiziert wurde.

1. Bei akuter Gonorrhoe des Mannes. Je früher die Injektionen gemacht wurden, um so besser die Resultate. Ein Student der Medizin, der seinen Ausfluß am Abend vorher bemerkt hatte, und dessen reichliches Exsudat zahlreiche intrazelluläre Gonokokken zeigte, konnte nach 5 Injektionen geheilt werden. Die erste Spritze brachte den Ausfluß fast ganz zum Versiegen. Nach der zweiten waren nur noch einige extrazelluläre Gonokokken zu finden. Nach der dritten und vierten bestand kein Exsudat mehr, sondern nur Filamente, und nach der fünften waren auch diese verschwunden. Weitere Proben ergaben, daß der Kranke definitiv geheilt war. Auf Bitten des Kranken waren die Spritzen täglich gegeben worden, seine Behandlung hatte also nur 5 Tage gedauert. Ueber diese gelungene Abortivbehandlung waren die Autoren um so erstaunter, als am ersten Tage die Polynukleären mit Gonokokken vollgestopft waren, ein Befund, bei dem eine Abortivbehandlung mit Silberpräparaten zu mißlingen pflegt. In anderen Fällen glückte die Heilung selbst bei intrazellulärem Gonokokkenbefund nach 6 bis 12 Injektionen, die jeden zweiten Tag gemacht wurden, also in 12 bis 27 Tagen. Das Gonacrin ist die beste Behandlung der ganz akuten Gonorrhoe. Wenn diese aber einige Tage besteht, gibt es häufige Mißerfolge, selbst nach einer großen Anzahl von Injektionen. Für diese Fälle muß auch die übliche Lokalbehandlung herangezogen werden.

Bei der chronischen Gonorrhoe des Mannes waren die Resultate sehr verschieden, zuweilen mußten mehrere Serien von 10 Spritzen gegeben werden. Ein Vorteil bestand darin, daß das durch die übermäßige Lokalbehandlung gereizte Epithel der Urethra nun geschont werden konnte.

2. Bei den Komplikationen der männlichen Gonorrhoe. Gonacrin verhindert die Komplikation nicht. Es ist auch in der Behandlung der Epididymitis unwirksam. Bei der Prostatitis ist es nur ein Adjuvans. Aber bei der Cystitis gonorrhoica oder der Uretrozystitis mit Blutentleerung am Schluß der Miction leistet es Vorzügliches, stillt die Schmerzen. Beim Rheumatismus gonorrhoicus hatten die Autoren eine Serie von Erfolgen, von denen sie einige mitteilen.

3. Bei der weiblichen Gonorrhoe. Es war logisch, das Mittel auch hier zu versuchen, es wird größtenteils durch die Niere ausgeschieden, wäscht die Blase aus und wirkt auch auf die Schleimhaut des Gebärmutterhalses ein (Gelbfärbung des Uterinsekrets). In frischen Fällen gelang auch hier die Heilung, dies freilich mit allen Reserven.

Vorteile des Gonacrin. Es macht eine Diät unnötig. Diejenigen Kranken, die entgegen dem Gebot viel Alkohol zu sich nahmen, hatten keine Nachteile hiervon. Eine Behandlung zu Hause ist unnötig, und der Kranke braucht nicht täglich zum Arzt zu kommen. In den Abortivfällen ist diese Therapie der Lokalbehandlung überlegen. Bei den chronischen wird durch die Abwechslung beider Methoden eine Erholung der Schleimhaut möglich. Zystitis und Rheumatismus werden gut beeinflußt und schließlich verzögert sich die Ausscheidung des Mittels, wenn erst einmal 10 Spritzen gegeben sind, noch 3 Wochen über die letzte Injektion hinaus, so daß also nach Beendigung der Behandlung die Therapie fortdauert.

Nachteile. Unmittelbar nach der Injektion stellt sich gewöhnlich ein Hitzegefühl in der Kehle ein, ferner Geschmackssensationen, Gesichtsröte, Herzklopfen, manchmal Schweiß, Nausea und Erbrechen. Es ist ratsam, nüchtern zu injizieren. Es wurde auch über Stechen im Damm und über vorübergehende Muskelkrämpfe im Arm geklagt. Es kann zu paravenösen Infiltraten kommen, kleine Venen können thrombosiert werden. Sehr interessant ist die Sensibilisierung für Sonnenstrahlen. Die gelben Flecke in der Wäsche, sei es durch das Mittel selbst, sei es durch die Ausscheidungen des Kranken, sind fast unauslöschlich; es verstopft leicht die Nadeln.

Im ganzen handelt es sich für die Gonorrhoebehandlung um eine neue Waffe, mit der man freilich umzugehen verstehen muß.

K. Heymann, Berlin.

Medical and Surgical Record.

Nr. 9, 3. November 1926.

✣ Unsere Kenntnis von der Thymusdrüse. Abt.
Chronischer hereditärer und familiärer Ikterus. Dutton.
Metallvergiftung bei der Anwendung von Kolloiden. Alpert.
Bothriocephalus latus. Rosental.
✣ Die chemischen Aspekte von Leben und Krankheit. Mc. Donald.
Kongenitales Genu recurvatum. Boorstein.
✣ Behandlung der akuten Hämorrhagie bei Hämophilie. Dickey.
✣ Die Prinzipien der Krebsbehandlung (Fortsetzung). Behan.
Epileptische Konvulsionen. Alford.
Gehirntumoren und Psychose. Gordon.
✣ Enzephalitis. Jackson und Pike.

Unsere Kenntnis von der Thymusdrüse. Es ist zweifelhaft, ob die Thymus innerlich sezerniert, wahrscheinlich ersetzt sie das Uebermaß von Nukleinen, das der Körper braucht während seiner beschleunigten Wachstumsperiode. Sicherlich ist er nicht überflüssig, aber seine Exstirpation beeinflußt andererseits auch nicht das Wachstum. Ebenso nicht die Sekretion der anderen inneren Drüsen. Manche nehmen Beziehungen zwischen Thymus und den Geschlechtsdrüsen an. Basedow kann Hyperplasie der Thymus verursachen. Die Drüse atrophiert bei Erschöpfungszuständen, Zirkulationsstörungen, Abszesse, akute Entzündung, Syphilis, Neubildungen, sklerosierende Atrophie können sie befallen. Ihr größtes Gewicht erreicht sie zwischen dem 11. und 15. Jahre. Eine große Drüse kann bei Kindern Dyspnoe veranlassen. Beim Status lymphaticus ist wesentlich die Hyperplasie der Lymphorgane und der Thymusdrüse, ein kleines Herz und enge Gefäße. Solche Individuen können eines plötzlichen Todes sterben.

Die chemischen Aspekte von Leben und Krankheit. Das vegetative Nervensystem hat 2 Abteilungen, Vagus und Sympathikus. Sie sind Balanzvorrichtungen. Man hat gefunden, daß, wenn das Blut mehr nach der saueren Seite hin ausschlägt, der Vagus präponderiert; der Sympathikus jedoch, wenn mehr nach der alkalischen Seite hin. Ein ähnlicher Antagonismus besteht nun zwischen den 4 wichtigen Elementen K, Na, Mg und Ca. K und Na vermehren die Tätigkeit des Sympathikus und Ca und Mg die des Vagus. Letztere machen das Blut sauer, warum weiß man nicht. K und Na vermehren die Permeabilität der Membran und die Leitungsfähigkeit; Ca und Mg vermindern diese. Dies mag mit der Struktur (1 bzw. 2 Elektrone im äußeren Ring) zusammenhängen. Diese verschiedene Wirkung hängt mit dem Compton-Einsteineffekt zusammen: wenn die Lichteinheit auf ein freies Elektron stößt, so wird die Energie und die Frequenz vermindert. Ca und Mg werden nun mehr von der ultravioletten Seite des Spektrums beeinflußt. Diese Beeinflussung des Ca ist höchst wichtig. Das Gleichgewicht im vegetativen Nervensystem ist nun nötig, um das Gleichgewicht derjenigen chemischen Prozesse im Körper zu erhalten, die die Gesundheit bedingen. Denn jeder Ausschlag nach der einen oder anderen Seite prädisponiert zu Krankheiten. Er ist nicht ihre Ursache, aber er schafft Empfänglichkeit, bes. für Bakterieninfektion. Pneumonie z. B. herrscht im Winter vor, wenn wenig ultraviolettes Licht vorliegt, die Pflanzen ihr Chlorophyll, ein Vagusstimulans, verloren haben und das Blut wenig Anionen (den sauren Anteil der Salze) hat. Also präponderiert der Sympathikus und damit die Empfänglichkeit der Lungenzellen für den stets vorhandenen Pneumococcus. Krankheit ist nur das Endergebnis von Vorkrankheitszuständen entweder mit vorübergehenden Zellveränderungen oder in Krankheit übergehend, wenn die Gleichgewichtsstörung stärker ist. Der Mensch stirbt nicht, weil er krank wird, sondern er bekommt eine tödliche Krankheit, weil er stirbt. Alle Krankheiten sind nur im Grade verschiedene Endzustände, ebenso wie das Alter, das eigentlich auch eine Krankheit ist.

Die meisten infektiösen Bakterien sind negativ geladen; die neutralisierenden Antikörper positiv. Die Antikörper sind Katalysatoren zweiter Ordnung von der Art der Schutzkolloide. Die Reduktion der Ladung ist eine Methode der Heilung. Positiv geladene Substanzen, wie Eisenhydroxyd, Manganchlorid vermehren die Wirkung der im Ueberschuß vorhandenen Antitoxine, weil sie ihre Ladung erhöhen. Ladung ist nur ein Produkt chemischer Veränderungen. Also bei sauren Vaguserkrankungen Injektionen positiver Kolloide, bei alkalischen Symphatikuserkrankungen negativ geladene Kolloide.

Einfluß psychischer Prozesse: Verzweiflung und Furcht ist Vagustyp, Angst und Feigheit sympathischer Typ (Immobilität der glatten Magenmuskeln). Erregungen haben also einen chemischen

Einfluß. So zeigt hysterisches Denken (Typ Janet) alkalischen Sympathikustyp.

Behandlung der akuten Hämorrhagie bei Hämophilie. In 2 Fällen starker Hämorrhagien bei Blutern wurde 1,5—3 ccm Fibrogen per os in Eiswasser gegeben mit dem überraschenden Erfolg, daß die Koagulationszeit schon wenige Minuten darnach ganz erheblich sank.

Die Prinzipien der Krebsbehandlung. (Forts.) Die Beschränkung des Blutzuflusses macht also das Krebsgewebe empfänglicher für Röntgen und sonstige Strahlen. X-Strahlen verändern das kolloidale Gleichgewicht der Zellen und führen so zu ihrer Vernichtung. Ganz klar ist man sich jedoch über ihre Wirkung noch nicht. Am besten wirken sie bei oberflächlichen Tumoren. Sie rufen aber auch Veränderungen in dem den Tumor umgebenden Gewebe hervor: Proliferation in die Blutgefäße, Thrombose, Anämie. Ferner darf man nicht vergessen, daß Röntgen auch konstitutionelle Wirkungen hat. es schwächt u. U. die Widerstandskraft des Körpers und vermehrt dadurch das Wachstum des Tumors. Man sollte vor jeder Bestrahlung eine Blutuntersuchung machen: liegt Anämie vor: Transfusion. Führt die erste Bestrahlung zu Leukopenie. so ist der Fall für Röntgen nicht geeignet. Kachektische Individuen sind nicht geeignet.

Bei der konstitutionellen Behandlung kommt es in erster Linie darauf an, den Gemütszustand zu heben und die Furcht zu beseitigen. Durch die Diät kann der Krebs nicht beeinflußt werden; er wirkt in dieser Hinsicht wie der Fötus: er reißt alles an sich und wächst auf Kosten seines Gastes. Der Krebs wächst nur in saurem Medium Es lag deshalb nahe, durch Verabreichung von Natriumbikarbonat die Säfte zu alkalinisieren. Behan hat dabei temporären Stillstand des Wachstums, besseren Appetit, weniger Schmerzen, Zunahme des Gewichts beobachtet und vor allem besseres geistiges Befinden. Lange gegeben schwächt Natronbi den Appetit, deshalb in Kapseln.

Enzephalitis. Diese Krankheit ist durch Alter. Geschlecht, physikalische oder Umweltsverhältnisse nicht beeinflußt. Sie bietet keinen wohl bestimmten klinischen Verlauf, die subjektiven Symptome wechseln mit jedem individuellen Falle; neurologische Symptome fehlen häufig, sind oft unbestimmt, oft irreleitend. Die Endresultate können nicht sicher vorausgesagt werden und Kranke, die die akute Periode gut überstehen, können trotzdem geistige oder physikalische Störungen bekommen; eine scheinbare Heilung kann schleichend Residuen enthüllen. die oft erst nach vielen Monaten erkannt werden. und diese Spätmanifestationen können dann neurologischer oder psychischer Natur sein. Man findet endlich nicht nur ganz verschiedene klinische Manifestationen während der akuten Periode und ganz verschiedene Folgezustände, sondern die Krankheit setzt nach keinem bestimmten Bild ein. kann andere vortäuschen und ist äußerst schwer zu diagnostizieren, oft gar nicht. Deshalb sollte man bei allen akuten Allgemeinaffektionen an Enzephalitis denken.

v. Schnizer.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

16., Heft 3.

- Vierjährige Erfahrung in der Behandlung von Blasentumoren mit Röntgentiefenbestrahlung. C. A. Waters.
- Strahlenwirkung am Ureter. C. L. Martin und F. T. Rogers.
- Behandlung der Epitheltumoren der Blase. C. F. Burnam und W. Neill.
- Radium bei der Behandlung der Uterusfibrome, seine Indikationen und Grenzen. C. J. Miller.
- Zuverlässigkeit der Cholecystographie bei der oralen Methode, wie sie sich nach Analyse von 100 fortlaufenden Fällen darstellt. W. H. Stewart und E. J. Ryan.
- Relativer Wert der Cholecystographie und der sogenannten direkten und indirekten Methoden der röntgenologischen Gallenblasenuntersuchung. J. T. Case.
- Uterotubale Röntgenographie mit Lipiodol. I. C. Rubin und A. J. Bendick.

Vierjährige Erfahrung in der Behandlung von Blasentumoren mit Röntgentiefenbestrahlung. Die beste Behandlung lokalisierter oder ausgedehnter papillärer Karzinome ist die kombinierte Behandlung mit Röntgentiefenbestrahlung und Radiumapplikation direkt auf die Tumoroberfläche. Radium allein verlangt eine so starke Einwirkung, daß häufig schwere Radiumgeschwüre folgen, während hingegen die kombinierte Röntgen-Radiumbehandlung die meisten Tumoren zerstört mit einem Minimum von Blasenschädigung. Operable infiltrierende Geschwülste bedingen Radikalresektion. Bei den wegen ihrer Lokalisation oder ihrer Ausdehnung inoperablen Geschwülsten bedeutet die intravesikale Radiumanwendung in Verbindung mit Röntgentiefentherapie einen Versuch mit der Wahrscheinlichkeit in 25% günstige Resultate allein durch diese Methode zu erhalten. Bleibt der Erfolg aus und hält man die Geschwulst für hinreichend lokalisiert, um Radiumnadeln anwenden zu können, so wird die Blase geöffnet und gefilterte Radiumnadeln werden in die ganze Geschwulst eingebettet. Waren jedoch auf diese Weise mehr wie 2500 mgrh erforderlich, so wird die Spickmethode nicht in Erwägung gezogen. In solchen Fällen kann man allein Röntgenbestrahlung machen mit der Aussicht einer gelegentlichen Heilung und zum wenigsten einer Erleichterung der Symptome bei einigen Patienten. Die Erfahrungen mit Diathermie sind noch zu gering, so daß der Autor keine Schlüsse ziehen kann. Die große Rezidivneigung der Blasentumoren, einerlei ob ihre augenscheinliche Zerstörung durch Fulguration, Radium oder Tiefentherapie erzielt wurde, macht es zur unabweisbaren Pflicht des Patienten, in häufigeren Intervallen zur zystoskopischen Untersuchung zu kommen. Besonders bei den nichtinfiltrierenden Tumoren sprechen die Rezidive gut auf Radium allein an. Aber selbst bei unheilbaren Fällen ist die Röntgentiefenbestrahlung ein ausgezeichnetes Palliativmittel, indem es die Blutungen einschränkt und den Nervenwurzelschmerz vermindert.

Strahlenwirkung am Ureter. 75 mg-h oder mehr in Stahlnadeln längs des Ureters appliziert verursacht beim Hund vollständige Striktur des Harnleiters und Hydronephrose. 54mg-h in der gleichen Weise angewandt sind von Teilstrikturbildung gefolgt.

Behandlung der Epitheltumoren der Blase. Benigne Papillome kleinerer und mittlerer Größe werden am besten mit Fulguration und direkter Radiumapplikation durch die Urethra behandelt. Bei sehr ausgedehnten Fällen soll äußere Radium- oder Röntgenbestrahlung hinzugefügt werden. Wenn je eine Operation ausgeführt werden sollte, soll sie von postoperativer Bestrahlung gefolgt sein. Kleine maligne Papillome, papilläre Karzinome und infiltrative Karzinome können wirksam durch transurethrale, intravesikale und topische Radiumapplikation verbunden mit äußerer Bestrahlung behandelt werden. Bei den gelegentlichen Lokalisationen am Trigonum ist milde Bestrahlung von der Vagina aus wertvoll. Große maligne Papillome, papilläre Karzinome und infiltrierende Karzinome werden etwas verschieden behandelt. wenn es sich um eine Frau oder einen beweglichen Teil der Blase beschränkt, so wird er in beiden Fällen durch suprapubische Inzision zusammen mit einem großen Umkreis der Blasenwand reseziert. Ist der Tumor auf einen Teil der Blase beschränkt, wie z. B. die Basis, wo eine Resektion schwieriger ist, so wird beim Manne nach suprapubischer Inzision Radium in Nadeln implantiert, während man bei der Frau diese Operation durch die Urethra vornehmen kann. Dazu tritt noch transkutane Röntgentiefenbestrahlung. Ist die ganze Blase befallen, so beschränkt sich die Behandlung auf lokale intravesikale Applikation und transpubische Radium- und Röntgenbehandlung. Sitzt die Krankheit extravesikal, ist es am besten, sich bei der Behandlung von innen, gewöhnlich dem Zentrum der Blase, auf leichte Bestrahlung zu beschränken. Von außen wird dann die erkrankte Stelle von verschiedenen Seiten intensiv röntgenbestrahlt. Zeigt sich bei der Operation ein Tumor, den man noch auf die Blase beschränkt glaubte. bereits nach außen durchgedrungen, so wird bei der Gelegenheit Radium implantiert und wie sonst von außen bestrahlt.

Radium bei der Behandlung der Uterusfibrome, seine Indikationen und Grenzen. 28% der Frauen sind Fibromträgerinnen. Wenn sie auch, nachdem sie einmal entdeckt sind, ständiger Beobachtung bedürfen, so bedürfen sie keineswegs alle der Behandlung. Muß man gegen sie vorgehen, so kommen etwa 12% für die Myomektomie in Betracht. Am geeignetsten ist das isolierte subperitoneale Fibroid für diese Operation. Sie sollte nie bei gleichzeitiger Adnexitis vorgenommen werden, noch hat sie Sinn, wenn die Frau die Menopause überschritten hat. Die Hysterektomie ist in den meisten Fällen die beliebteste und befriedigendste Operationsbehandlung dieser Geschwülste. Sie ist die Methode der Wahl, wenn die Geschwülste groß und multipel und wenn sie mit Erkrankung der Adnexe verbunden sind und wenn sich die Patientin der Menopause nähert. Heute tritt in 30% der Uterusfibrome die Radiumbehandlung mit den blutigen Methoden in Konkurrenz. Ihre wichtgste Grenze ist das Alter. Ist die Erhaltung der Ovarienfunktion von primärer Wichtigkeit, so soll diese Behandlung bei Frauen unter 38 Jahren nicht die Methode der Wahl sein. Um eine Beschränkung der Geschwulst herbeizuführen, ist eine Amenorrhoe über Monate nötig. Eine solche zeitweise Sterilisierung ist mit Radium in Sicherheit nicht zu erreichen. Auch die sekundären Symptome der Radiumkastration sind bei Frauen, welche noch weit vom Klimakterium sind, häufig unangenehmer als das größere Risiko der supravaginalen Amputation in den Fällen, wo eine Myomektomie nicht angängig ist. Nur ausnahmsweise scheint Radium indiziert bei Geschwülsten, welche in ihrer Größe dem schwangeren Uterus des 3. bis 3½ Monats entsprechen, weil das Radium nicht genügend druckentlastend durch Verkleinerung der Fibrome wirkt. Unter dieser Voraussetzung geben die intramuralen Fibrome die besten Resultate der Radiumbehandlung. Subperitoneale, gestielte Geschwülste sind durch Radium schlecht zu beeinflussen, andererseits sind die submukösen Geschwülste infolge der nötigen Manipulationen zu sehr zu Infektionen geneigt. Konstitutionsanomalien, die einen operativen Eingriff untunlich erscheinen lassen, zwingen bisweilen Patienten auch außerhalb dieser Grenzen zu behandeln. Auch ermöglicht die Radiumanwendung bisweilen ausgeblutete Patientinnen, wobei die angezeigte Operation zunächst undurchführbar erscheint, später nach Sistieren der Blutung und Erholung noch zu operieren. Vielleicht die wichtigste Forderung bei der Radiumbehandlung ist das Freisein der Adnexe von Entzündungen. Und gerade die größeren Fibrome sind sehr oft mit tubaren oder ovariellen Erkrankungen vergesellschaftet. Anamnestisch und durch sorgfältigste bimanuelle Untersuchung muß diese Komplikation ausgeschlossen werden, ehe Radiumbehandlung in Betracht kommt. Radium soll nie bei gleichzeitiger Anämie gebraucht werden, wenn diese in keinem Verhältnis zum Blutverlust steht. Diesen unangebrachten Radiumbestrahlungen folgen meist degenerative Veränderungen in den Fibromen mit nachfolgender Infektion in fast allen Fällen. Aus dem gleichen Grunde sollen auch Geschwülste, deren erste Symptome nach einer Schwangerschaft auftreten, nicht mit Radium behandelt werden. Blutveränderungen dabei sind nicht selten. Radiumbehandlung soll auch nicht bei gewundenem Zervikalkanal durchgeführt werden, weil die freie Drainage so gehindert wird, wodurch es bei der reichlichen Sekretion zu Pyometra kommt. Vorhergehendes Kurettement aller zur Radiumbehandlung bestimmten Fälle soll den genauen vorliegenden Krankheitszustand feststellen und evtl. Polypen entfernen, die nach Radiumbehandlung zur Nekrose und Infektion neigen. Sorgfältige Filterung und eine Lagerung intrauterin so nahe wie möglich dem Fundus sind erforderlich. Durchschnittlich sind wiederholte Applikationen unnötig und unsinnig. Regelrecht bildet sich die Geschwulst in drei oder vier Monaten zurück, doch können auch zehn oder zwölf Monate darüber hingehen, allein die Blutung steht für gewöhnlich innerhalb ein paar Wochen.

Zuverlässigkeit der Cholecystographie bei der oralen Methode, wie sie sich nach Analyse von 100 fortlaufenden Fällen darstellt. Die orale Methode ist subjektiv nicht unangenehmer wie die intravenöse, doch ist sie einfacher und dabei ebenso zuverlässig, wenn nur die Anweisung des Patienten, der außerhalb des Spitals bleiben kann, für sein Verhalten während der Röntgenaufnahme eindringlich genug das Anhalten des Atems betont. Wesentlich scheint die Darreichung einer fettreichen Nahrung am Abend vor der Verabreichung des Farbstoffes, damit sich die Gallenblase entleert und zur Aufnahme der Kontrastfarbe fähig wird. Sie frisch anzuwenden, ist vielleicht die wichtigste Voraussetzung des Erfolges. Die den versiegelten, gefärbten Ampullen erst im Augenblick des Gebrauchs entnommene Droge wird in Gelatinekapseln gefüllt, die in eine Wachslösung getaucht werden. Ferner ist wesentlich, daß 16 Stunden nach der Farbe weder Speise noch Trank genossen werden, weil sonst die langsame Füllung und die vollständige Konzentration verhindert werden. Beim Befund des „schwachen Schattens“, der für die Beurteilung des Falles unbrauchbar ist, scheint keine Wiederholung der Darreichung auf intravenösem Wege nötig, ebensowenig wie bei dem Befund „kein Schatten“. Bringt eine zweite orale Farbedarreichung kein anderes Resultat, so sind wir berechtigt, anzunehmen, daß keine undurchsichtige Galle in die Gallenblase eingetreten ist. Schließlich wird darauf hingewiesen, daß der „schwache Schatten“ nur in Verbindung mit direkten oder indirekten Krankheitserscheinungen wertvoll ist.

Relativer Wert der Cholecystographie und der sogenannten direkten und indirekten Methoden der röntgenologischen Gallenblasenuntersuchung. Die Methode der intravenösen Cholecystographie ist eine diagnostische Probe, welche sicher im Krankenhaus ausgeführt werden kann. Im Vergleich zur oralen, jejunalen und rektalen Verabreichung gibt sie das Höchste an Aufschluß. Bei der intravenösen Methode weist die Abwesenheit des Gallenblasenschattens in 95% auf die Notwendigkeit einer Operation hin. Ein normaler Schatten der Gallenblase wird den Chirurgen von der Operation abhalten, es sei denn, daß ganz ausgesprochene klinische Symptome einer Gallenblasenerkrankung bestehen. Im Gegensatz zur oralen Methode müssen Variationen in der Intensität des Gallenblasenschattens im Sinne einer Erkrankung der Gallenblase gedeutet werden. Von den indirekten Zeichen für Gallenblasenerkrankung besitzen noch Geltung: Sichtbarkeit des Duodenums über den Bulbus hinaus; inkonstante Deformität des Duodenalbulbus; spastische Erscheinungen am Magen, Darm oder beiden; spastische Erscheinungen am Magen in Abwesenheit nachweisbarer Magen- oder Duodenalgeschwüre. Es ist äußerst gewagt, elliptische Schatten im oberen rechten Bauchquadranten als zur Gallenblase gehörig zu deuten, ohne sie definitiv durch Cholecystographie zu sichern. Diese Schatten gehören oft dem Magen, Duodenum oder Leberlappen. Die unmittelbare, nichtcholecystographische Darstellung der Umrisse der Gallenblase beweist weder notwendig noch gewöhnlich, daß eine solche Gallenblase krank ist.

Uterotubare Röntgenographie mit Lipiodol. Technik: Cervix und Vagina werden sorgfältig von Sekret gereinigt. Dann wird sie mit Jodtinktur angestrichen und ein steriler Docht mit Jodtinktur in den Kanal eingeführt. Die vordere Muttermundslippe wird dann angehakt, und ein mit einem Gummikatheter am Ende überzogener Uteruskatheter wird in die Uterushöhle eingeführt. Dann wird eine 10 bzw. 20 ccm haltende Spritze mit 5 bzw. 10 ccm Lipiodol gefüllt an dem Katheter angesetzt. Ehe das Präparat eingespritzt wird, macht man eine vorläufige Untersuchung, wobei die Lage des Katheters im Uterus und seine Beziehung zum Becken sowie andere abnorme Schatten beobachtet werden können. Dann wird das Lipiodol eingespritzt, bis die Hälfte des Uteruskavums ungefähr gefüllt ist. Der hierzu nötige Druck wird nun während einer oder zwei Minuten aufrechterhalten, um festzustellen, ob sich der Uterus kontrahiert, oder ob die Uterusperistaltik die Kontrastflüssigkeit in die Tuben zwingt. Dann wird das Lipiodol unter Röntgenkontrolle bis zur gänzlichen Füllung injiziert, wozu meist 5 ccm Lipiodol nötig sind. Die untersuchten Fälle ließen sich in zwei Klassen einteilen: Solche, bei welchen die Tuben nicht in Erscheinung treten, sei es, weil sie operativ entfernt wurden, sei es, weil ein Hindernis für den Abfluß nach den Uterushörnern besteht. In den Fällen der zweiten Klasse wurden nach einer kurzen Zeit eine oder beide Tuben sichtbar. Der intramurale und der Isthmusteil der Tube gaben sich durch einen haarfeinen Schatten zu erkennen, dann trat die größere, mehr gewundene Ampulle hervor. Peristaltik konnte deutlich unterschieden werden. Dann füllte sich das Fimbrienende, und schließlich ergoß sich das Kontrastmittel in die Bauchhöhle. Waren beide Tuben gefüllt, oder erwiesen sie sich als blockiert, so wurde der Uteruskatheter entfernt und ein Tampon in die Vagina gelegt. In einem Intervall von einer halben Stunde werden Filmaufnahmen am nächsten Tag, eine Woche später und in manchen Fällen einige Monate später gemacht. Bei der Röntgenoskopie muß das Auge vollständig adaptiert sein. Mindestens 15 Minuten vor Beginn der Beobachtung muß eine Adaptionsbrille getragen werden. Die Schlitzblende wird auf etwa 1 ccm verengert, um die Peristaltik der Tuben beobachten zu können. Später werden die Filme auf der Buckyblende gemacht. Man soll, um unnötige Reizung des Peritoneums zu vermeiden, nicht mehr wie erforderlich Lipiodol einspritzen. Es bleibt monatelang in den Tuben und bestenfalls als antiseptischer Körper in der Bauchhöhle liegen, wo es Adhäsionen hervorrufen kann. Bei der Injektion ist es besser, sich auf das Fingergefühl zu verlassen als auf die Angaben eines Manometers.

16., 4.

* Röntgendiagnose des Leberabszesses mit oder ohne subdiaphragmatischen Abszeß. H. K. Pancoast.
* Röntgenographie der Uterushöhle und der Tuben mit besonderer Berücksichtigung ihres Wertes bei Sterilität. R. L. Mc. Cready und E. J. Ryan.
* Sella turcica. A. Schüller.
* Radiumnekrose des Knochens. D. B. Phemister.
* Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Drüsentätigkeit. V. Wirkung der Röntgenstrahlen auf die äußere Pankreassekretion. B. H. Orndoff, J. I. Farrell und A. C. Ivy.

Rolle der Röntgenologie in der ärztlichen Erziehung. T. W. Todd.
Gegenwärtige Probleme der Röntgentiefentherapie. R. F. Fricke.

Röntgendiagnose des Leberabszesses mit oder ohne subdiaphragmatischen Abszeß. Die Mortalität an Leberabszeß und sekundärem subdiaphragmatischem Abszeß ist sehr hoch, so daß die Hilfe, welche die Röntgenuntersuchung bietet, für die Frühdiagnose von größter Wichtigkeit ist. Dabei müssen folgende Grundsätze beobachtet werden: 1. Vor Beginn der Untersuchung, besonders aber vor der Deutung der Resultate ist die Berücksichtigung der Anamnese von größter Bedeutung. 2. Um die Verbindung mit den klinischen Daten herzustellen, ist die Kenntnis der Pathologie des Leberabszesses notwendig. 3. Eine korrekte Untersuchungstechnik muß sich auf diese beiden Grundlagen stellen. Dabei ist die Röntgenoskopie unerläßlich, weil durch sie allein die Bewegung des Zwerchfells beobachtbar ist. Die aufrechte Stellung ist höchst wünschenswert, doch wenn diese weder sicher noch möglich ist, soll der Patient wenigstens auf dem horizontalen Röntgentisch untersucht werden, wodurch ja auch in manchen Fällen noch die Untersuchung in aufrechter Stellung ermöglicht werden kann. Seitlicher Einblick ist gewöhnlich instruktiv, indem er geringe Ergüsse und unregelmäßige Erhebungen der Zwerchfellkuppel zu erkennen gibt. 4. Man muß die Fähigkeit besitzen, andere Erkrankungen, welche ähnliche Erscheinungen wie der Leberabszeß machen, auszuschließen. 5. Die Röntgenuntersuchung genügt nicht allein zur Diagnose. Die Röntgenerscheinungen sind schwer zu klassifizieren. Zwar sind sie gering an Zahl, doch komplizierter, als es zunächst scheinen mag. Die Erhebung der meist rechten Zwerchfellkuppel kann sehr gering und sehr groß sein, je nach der Größe des Abszesses und seines Sitzes nahe der Leberoberfläche. Ein plötzlicher Anstieg der Erhebung, welche schon genau vorher festgelegt war, deutet auf Ruptur des Abszesses unter das Diaphragma. Diese subdiaphragmatischen Abszesse vermögen eine viel größere Erhebung des Zwerchfells zu bewirken als der Leberabszeß allein; zugleich besteht meist vollständige Immobilisierung. Sind beide Erkrankungen vorhanden, so bestimmt die frühere die vorherrschenden Zeichen. Die eingeschränkte Bewegung des Zwerchfells kommt differentialdiagnostisch praktisch nur bei Pneumonie, pleuritischem Erguß und Empyem vor. Der Leberabszeß schränkt immer die Zwerchfellbewegung ein, einerlei, wo sein Sitz ist. Den Grad der Einschränkung bestimmt meist Größe des Abszesses und seine Nähe zur Leberoberfläche. Subdiaphragmatische Abszesse verursachen vollständiges Fehlen direkter Zwerchfellbewegungen. Differentialdiagnostisch kann man die geringe Bewegung des Zwerchfells beim Husten in Anwesenheit eines Leberabszesses oder eines perirenalen Abszesses im Gegensatz zur Ruhe bei basalen Empyemen oder diaphragmatischer Pleuritis mit Erguß verwenden. Die Entwicklungsperiode ist verschieden und die Zeit, wann die Bewegungsbeschränkung des Zwerchfells eintritt, ungewiß. Gleichwohl sind die Röntgenerscheinungen wahrscheinlich das erste Symptom, welches den Leberabszeß zu erkennen gibt. Die Reaktion der Lunge ist kein konstanter Befund. Sie kann sehr verwirrend wirken, indem sie mit lokalem diaphragmatischem und zentralen pleuralen Ergüssen oder Empyem verwechselt wird. Bei der diaphragmalen Pleuritis kann die Oberfläche des Ergusses für das Zwerchfell gehalten werden und die leichte Lungenkompression für eine reaktive Verschleierung. Ohne Rücksicht auf die Vorgeschichte kann z. B. ein unter das Zwerchfell rupturierendes Empyem für einen Leberabszeß gehalten werden. Subdiaphragmatische Verhältnisse vermögen das Bild des Leberabszesses zu komplizieren. So vermag besonders bei Operationen in der Oberbauchgegend das Operationstrauma Reflexbeschränkungen der Zwerchfellbewegung herbeizuführen. Doch hält ein solcher Einfluß wahrscheinlich nicht länger wie 3 Tage an. Ebenso kann nichteitrige Cholangitis Zwerchfellbewegungsbeschränkungen verursachen und möglicherweise auch Zwerchfellerhebungen veranlassen. Perirenaler Abszeß und akute lokalisierte oder diffuse Peritonitis verursachen gleichfalls Einschränkung der Zwerchfellbewegung, während hingegen Gummata der Leber in diesem Sinne nicht bemerkenswert wirken; ebenso verhalten sich Tumoren und andere die Leber vergrößernde Prozesse. Liegen Gummen oder Tumoren nahe der Oberfläche, so bewirken sie Buckelbildungen, die meist am besten in seitlicher Richtung zu erkennen sind. Die Diagnose Hydatidenzyste oder Amöbenabszeß ist mit Hilfe der Röntgenuntersuchung nicht zu umgrenzen.

Röntgenographie der Uterushöhle und der Tuben mit besonderer Berücksichtigung ihres Wertes bei Sterilität. Das Uterusröntgenogramm zeigt die wahre Gestalt des Uteruscavums nur dann, wenn die Höhle parallel mit der Fläche der Röntgenplatte liegt, was nur bei geringer Retroversio der Fall ist. Andernfalls kommt es zur Verkürzung der Projektionsfläche. Die röntgenographische Darstellung der Tube beweist zunächst nicht ihre Durchgängigkeit, da sie am Fimbrienende verschlossen sein kann. Deshalb wird 24 Stunden nach der Einführung des Lipiodols ein Röntgenstereogramm gemacht, worauf der Austritt in die Bauchhöhle in Erscheinung tritt. Doch wäre es falsch, bereits nach 24 Stunden die definitive Diagnose auf Tubenverschluß zu stellen, wenn kein Kontrastmittelschatten in der Bauchhöhle nachzuweisen ist. Es gibt Fälle, wo dieser noch nach 48 Stunden auftritt, nachdem z. B. Obstruktionen infolge Knickungen überwunden sind. Viele Operationen, welche erfolglos wegen Sterilität ausgeführt werden, sind darauf zurückzuführen, daß die Pathologie des Falles nicht genügend vorher geklärt war. So wertvoll auch die Lufteinblasung zur Konstatierung des Tuberverschlusses ist, so vermag ihr negativer Ausfall nichts über den Sitz des Hindernisses zu sagen, welcher die Aussichten der Operation bestimmt. Denn je weiter weg vom Uterus der Verschluß sitzt, um so günstiger die Operationsprognose.

Die Sella Turcica. Die Fossa pituitaria ist kein allseitig umschränkter Behälter für die Hypophyse, indem die obere Wand membranös verschlossen ist. So kommt es, daß die Hypophyse hypertrophieren kann, ohne eine Vergrößerung der Sella herbeizuführen. Auch einer Verkleinerung der Hypophyse paßt sich die Sella nicht an. Die drei Sellatypen, der halbkreisförmige, der eirunde und der kreisrunde, hängen mehr von der Gestalt der Sphenoidalsinus ab. Ist der Sphenoidalsinus sehr groß, unterminiert er die Sella oder füllt er auch das Dorsum der Sella aus, so entsteht der flache Typ der Sella. Manchmal findet man bei Idioten eine verkleinerte Sella. Sie kommt durch Verdickung der Wände zustande, welche einen kompensatorischen Ausgleich für das zu kleine Hirn auf diese Weise herbeiführen. Diese verdickte Sella findet sich bisweilen bei geheiltem Hydrocephalus, als Teil der Verdickung des ganzen Schädels. Knochenbrücken, die man für Idiotie verantwortlich machen wollte, die man als Residuen einer Entzündung ansah, sind tatsächlich nur normale Variationen der Sella. In den 5 Ligamenten der Sella Turcica finden sich oft sowohl beim Kinde als beim Erwachsenen Knochenspangen. Ferner wird das „verlängerte Dorsum der Sella", welches normalerweise im embryonalen Zustand eine Platte, die vom Dorsum gegen die Basis des Hirns gerichtet verläuft, öfter noch beim Erwachsenen gefunden. Alle diese Spielarten sind nicht entzündlicher Genese und mit Ausnahme des verlängerten Dorsum ohne klinische Bedeutung. Eine weitere Variation, die bei Seitenansicht der Sella hervortritt, gibt sich in den Schatten der Sulciabdrücke des Hirns in die Seitenwand des Schädels zu erkennen. Schließlich ist es nicht gar so selten, daß einige Mastoidzellen diese Gegend überdecken. Der gewöhnlichste Typ der Anomalien der Sella ist die Destruktion am Dorsum der Sella, wie sie durch die pulsierende Karotis als erstes Zeichen seniler Osteoporose auftritt. Destruktion der Sella wird auch bei Entzündungsprozessen des Sphenoidkörpers gefunden, wie Osteomyelitis, Lues oder Tuberkulose. Diese Zerstörungen sind ähnlich jenen maligner Tumoren derselben Gegend. Der Sellaboden sowie der Schatten des Sphenoidalkörpers sind verwaschen. Der 3. Typ der Sellazerstörung ist die Folge intrakranieller Prozesse, meist Tumoren, die ihren Ausgang vom Hirn, der Hypophyse, den Meningen, den kranialen Nerven oder Arterien nehmen. Die Sella ist dann einzig vergrößert und so abnorm von Gestalt. Ein Ergriffensein des Sphenoids ist nicht zu konstatieren. Der Deformitätstyp ist entweder flach oder tief, und jede Art intrakranialer Vorgänge kann den einen- oder den anderen hervorbringen, allgemeiner intrakranieller Druck durch Hydrozephalus ebenso wie lokaler infolge eines Hypophysentumors, eines Carotisaneurysmas, eines Duratumors, einer Zyste der Chiasmazisterne oder eines Tumors basilarer Nerven. Meist jedoch findet sich der flache Typ bei Tumoren, welche oberhalb der Sella liegen, während der tiefe Typ bei intrasellaren Tumoren vorkommt. Bei vorzeitigem Verschluß der Suturen (Craniostenosis) ist die Sella nicht erodiert, nur bei intrakraniellem Druck infolge Hydrozephalus finden wir eine Vergrößerung der Sella. Die Erscheinungen, wie sie infolge Druck an der Sella auftreten, lassen sich von der Invasion des Keilbeinkörpers bei malignen oder entzündlichen Prozessen unterscheiden, doch sind die Erosionen der Fossa pituitaria durch allgemeinen intrakraniellen Druck von der Vergrößerung der Sella infolge lokalisierter Tumoren nicht sehr leicht zu unterscheiden. Bei allgemeinem Druck erscheint der Boden der Sella nur einfach, bei lokalisierten Tumoren sind oft zwei oder drei Umrisse des Sellabodens zu sehen, weil diese lokalisierten Prozesse meist unsymmetrisch liegen. Der Processus clinoideus ant. ist bei allgemeinem Druck gewöhnlich dünn, bei lokalisierten Tumoren normal oder dicker. Bei lokalisierten Tumoren wird in der Sellagegend oft Kalzifikation gesehen.

Radiumnekrose des Knochens. Nichtinfizierter, nekrotischer Knochen als Folge von Radiumimplantation verhält sich verschieden, wenn seine mechanischen Funktionen zur Stütze des Teiles nötig sind oder nicht. Wird ein ganzes Segment des Femur oder des Humerus eines Hundes abgetötet und nachträglich belastet, so wird der abgestorbene Knochen nicht sequestriert, sondern er wird langsam durch neueinwachsende Knochen substituiert. Wird er nicht gebraucht, so wird der nekrotische Knochen vom lebenden Knochen sequestriert und sehr langsam absorbiert. Der durch Radium nekrotisierte Knochen wird viel langsamer absorbiert oder substituiert als der aseptisch-nekrotische Knochen, wie er durch Zirkulationsstörungen oder Chemikalien entsteht. Sekundär infizierte, durch Radium abgetötete Knochenbezirke verfallen der Sequestration, ob sie mechanisch beansprucht werden oder nicht. Grenzt ein kleiner Teil nekrotischen Knochens an eine Gelenkoberfläche, so wird er nicht abgestossen, sondern geht als Gelenkmaus frei in das Gelenk.

Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Drüsentätigkeit. V. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die äußere Pankreassekretion. Technik: 150 KV, 5 MA, 0,5 mm Cu und 1 mm Al, 35 cm FHA, 7:11 cm Einfallsfeld, Wellenlänge 0,181 A. Bei 1/10 HED war die Sekretion quantitativ nicht während 20 Tagen nach der Bestrahlung geändert, doch war der Lipasegehalt leicht gesteigert, ebenso wie der Trypsingehalt. Bei ½ HED war die Quantität in den ersten 14 Tagen nach der Bestrahlung gesteigert. Einige Tiere produzierten noch länger mehr Sekret, andere nach 27 Tagen weniger. Bei diesen Tieren war der Lipasegehalt entsprechend vermindert, während bei den Hunden mit erhöhter Sekretion der Lipasegehalt dauernd anstieg. Die Trypsinkonzentration schwankte um die Norm. Eine HED bewirkte eine Abnahme der Sekretion, während der Gehalt an Lipase und Trypsin nicht wesentlich beeinflußt wurde. Eine dauernde Schädigung ward durch keine der Dosen herbeigeführt.

J. Kottmaier, Mainz.

Buchbesprechungen.

Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. Herausgegeben von Prof. Dr. L. R. Grotte, Leipzig. Verlag von Felix Meiner. Bände 1—5; geb. je 12 M. — Der bekannte philosophische Verlag hat einen dankenswerten Abstecher in andere Gebiete gemacht, indem er es unternommen hat, die Wissenschaft der Gegenwart in Selbstdarstellungen herauszugeben. Der Plan ist, im wesentlichen die Altmeister der jeweiligen Wissenschaft zu Worte kommen zu lassen. Indem sie die Geschichte ihres Lebens und ihres Wirkens darstellen, geben sie uns Aufschluß über die Geschichte des Wissenschaftsgebietes, das sie vertreten. Auf diese Weise bekommen wir eine lebendig geschriebene Geschichte der modernen Wissenschaft. Der Medizin sind zunächst fünf Bände gewidmet; weitere Bände folgen. Das Werk, das sich mit der Medizin befaßt, unterscheidet sich besonders dadurch von den Werken der meisten anderen Wissenschaften, daß hier der Forscher und Arzt spricht, also der Theoretiker und Praktiker zugleich. Bis jetzt haben, abgesehen von ein paar Forschern, Universitätsprofessoren Rechenschaft abgelegt. Es gibt aber eine Reihe von praktischen Aerzten, deren Anregungen wir immer Dank schulden werden. Außerdem ist jetzt die Zahl einer bestimmten Art von Aerzten, die ein Kapitel für sich bilden, der Zeitverhältnisse wegen im Sinken begriffen. Ich meine die Hausärzte. Auch viele von ihnen können uns Wissenswertes berichten. Ebenso sollten auch die Aerztinnen nicht fehlen. Hoffentlich holt der Herausgeber dies alles nach. Die ersten fünf Bände enthalten Autoergographien folgender Forscher: Hoche, Kümmel, Marschand, Martius, Roux, Wiedersheim (1. Band); Barfurth, Grawitz, Hueppe, H. H. Meyer, Penzoldt, Rosenbach, Fr. Schultze, Hugo Schulz (2. Band); Hemmeter (Baltimore), v. Korànji (Budapest), Lorenz (Wien), Payr (Leipzig), Petrén (Lund), Rehn (Frankfurt), Tendeloo (Leiden) (3. Band); Freud (Wien), Gottstein (Berlin), Heubner (Dresden), v. Kries (Freiburg i. Br.), Much (Hamburg), Ortner (Wien) (4. Band); Braun (Zwickau), Henschen (Stockholm), Peters (Rostock), Ramony Cajal (Madrid), Sahli (Bern) (5. Band). Die 32 Autoergographien dieser Männer verschiedenen Charakters, aber mit gleichem Ziel, bilden ein überaus wertvolles Dokument der Fortschritte der Medizin. Allein aus diesem Grunde darf kein Arzt an dem besprochenen Sammelwerk vorübergehen. Die Bände gehören in jede ärztliche Privatbibliothek.

M. Kantorowicz.

Liek, Erwin: **Der Arzt und seine Sendung.** 2. Auflage. München, J. F. Lehmann, 1926. — Es wird gewiß die meisten Leser interessieren, daß von dem eigenartigen Buch schon nach wenigen Monaten eine zweite Auflage erforderlich wurde. Man kann daraus ersehen, daß der Unterschied zwischen Arzt und Mediziner recht vielen klar geworden ist. Im Jahre 1899 äußerte Ewald Hering: „Heute ist die Gefahr voreiliger und deshalb unzureichender physikalisch-chemischer Erklärung einer Lebenserscheinung größer als die Gefahr der Lebenskraft". Offenbar ist diese Befürchtung zur Wirklichkeit geworden. Allein Bücher, wie das von Liek, zeigen, daß die Reaktion einsetzt im Sinne von Hufeland: ich bitte alle wahren Aerzte — wenn sie wahre Aerzte im höheren Sinne sein wollen —, sich das Beste an der Medizin, den Glauben an etwas, was man nicht mit Händen greifen und nicht sinnlich darstellen kann, nicht rauben zu lassen. (Neues Journal f. praktische Heilkunde. 58 Bd. 1827. S. 122/123.)

Nicht bloß Liek an sich ist beachtenswert, sondern nicht weniger die Stärke der Resonanz, die er findet.

Buttersack, Göttingen.

Alfred Grotjahn: **Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung.** Versuch einer praktischen Eugenik. Urban & Schwarzenberg, Berlin. 344 S. Preis 15 M., geb. 17,50 M. — Der Berliner Sozialhygieniker, Prof Dr. Alfred Grotjahn, hat es unternommen, den ganzen Komplex der quantitativen und qualitativen Bevölkerungsprobleme in seinem neuen Werke eingehend zu erörtern. Er stellt dabei fünf Indikationen auf: die wirtschaftliche, eugenische, medizinische, hygienische und humanitäre Indikation. Von diesen fünf Standpunkten ausgehend, versucht er nicht nur, auf die unbedingte Notwendigkeit der Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzung in quantitativer und qualitativer Hinsicht hinzuweisen, sondern er versucht auch, Wege zu einer zuverlässigen Rationalisierung zu zeigen. Das Grotjahnsche Werk unterscheidet sich wesentlich von anderen rassenhygienischen Werken, dadurch, daß die letzteren vorwiegend biologisch-naturwissenschaftliche Färbung angenommen hatten, während A. Grotjahn das Problem vom sozialen Standpunkt aus betrachtet, ohne dabei jedoch die Bedeutung der Vererbungsforschung außer acht zu lassen. Diese operiert im wesentlichen mit dem Darwinschen Begriffe der Auslese. Nun aber hat die kulturelle Entwicklung die natürliche Auslese negativ bewirkt, wie u. a. Oda Olberg in dem von uns in dieser Zeitschrift bereits besprochenen Buche über „Die Entartung in ihrer Kulturbedingtheit") nachgewiesen hat. Davon abgesehen, ist es häufig sehr schwer, aus Botanik und Zoologie gewonnene Forschungsergebnisse durch Analogieschlüsse auf den Menschen zu übertragen, aus dem einfachen Grunde, weil Eugenik „mit menschlichen Zuständen zu tun hat. Infolgedessen empfiehlt der Verfasser, für den Aufbau einer Hygiene der menschlichen Fortpflanzung das Material nicht nur aus der Deszendenztheorie, Vererbungsbiologie und der medizinischen Ahnenforschung zu sammeln, da dieses Verfahren zur Einseitigkeit führen würde, sondern — um nur bei den wichtigsten Fächern zu bleiben — auch aus der Konstitutionspathologie, der Psychologie, der Medizinal- und Bevölkerungsstatistik und der Sozialwissenschaft überhaupt. Um den Unterschied zwischen der natürlichen und der sozialen Auslese klar zu machen, empfiehlt A. Grotjahn, die erstere unter ihrem Namen beizubehalten, die letztere aber als Siebung zu bezeichnen. Zu diesen beiden Kategorien, schlägt er vor, eine dritte hinzuzufügen, die Auswahl „zur Bezeichnung der bewußten und planmäßigen Beeinflussung durch die praktische Eugenik". Die natürliche Auslese und soziale Siebung können unter Umständen auch dysgenisch wirken. „Man unterscheidet daher zweckmäßig eine eugenisch wirkende von einer dysgenisch wirkenden natürlichen Auslese, und auch bei der sozialen Siebung eine eugenische von einer dysgenischen, während der bewußt eugenischen Auswahl oder der Eugenik im engeren Sinne die Aufgabe zufällt, sowohl die dysgenische natürliche Auslese als auch die dysgenische soziale Siebung abzuschwächen oder zu beseitigen oder in ihr Gegenteil zu verkehren." (S. 14.) Daraus ergibt sich der Begriff der Fortpflanzungshygiene, unter welchem A. Grotjahn jenen Zweig der Hygiene versteht, „der sich mit den natürlichen und sozialen Bedingungen der menschlichen Fortpflanzung und ihrer rationellen Beeinflussung in quantitativer und qualitativer Hinsicht befaßt". (S. 9.)

Die Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzung in quantitativer Hinsicht muß nach beiden Richtungen angesetzt werden: einerseits hat die Hygiene dahin zu beeinflussen, daß der „naive Typus der Fortpflanzung" — so bezeichnet man den Typus, „wenn die Ehepaare, ohne an eine Beschränkung der Zahl der Kinder auch nur zu denken, die Kinder so kommen lassen, wie es die natürliche Fruchtbarkeit erlaubt" (S. 22) — vollkommen verschwindet. Andererseits aber darf man es nicht zu einem bedrohlichen Zustand des allmählichen Absterbens der Nation kommen lassen, wie es z. B. in Frankreich der Fall ist. Für Deutschland ist, wie es der Verfasser ausführlich zu beweisen versucht, die Erhaltung des jetzigen Bestandes anzustreben. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine Bestandserhaltungszahl einzuhalten. Unter der letzteren versteht der Verfasser die Zahl, „die angibt, wie viele Kinder eine nicht überhaupt unfruchtbare Ehe durchschnittlich aufziehen muß, damit der Verband der Bevölkerung bei Nichterreichung der Unehelichen erhalten bleibt. Diese Zahl ist für eine bevölkerungspolitische Orientierung außerordentlich wichtig und beträgt in Deutschland etwa drei Kinder, die das 5. Lebensjahr erreicht haben." (S. 25.) Danach kommt der Verfasser zu seiner Forderung eines „Dreikinderminimalsystems", die er in seinem Werke ausführlich begründet, und die er in folgenden drei Regeln anführt, die seit 1912 unter den „Grotjahnschen Regeln" bekannt sind.

1. Jedes Elternpaar hat die Pflicht, eine Mindestzahl von drei Kindern über das fünfte Lebensjahr hinaus aufzuziehen.
2. Diese Pflicht haben auch Eltern, deren erblich bedingte Eigenschaften eine unerhebliche Minderwertigkeit der Nachkommen erwarten lassen; doch ist in diesen Fällen die Mindestzahl nicht zu überschreiten.
3. Jedes rüstige oder durch wertvolle, erblich bedingte Eigenschaften ausgezeichnete Ehepaar hat das Recht, die Mindestzahl zu überschreiten und für jedes überschreitende Kind eine materielle Gegenleistung zu empfangen, die von den Ledigen, Kinderlosen und jenen Ehepaaren, die hinter der Mindestzahl zurückbleiben, beizusteuern ist." (S. 132.)

Um die Erfüllung der letzteren Forderung zu ermöglichen, hat A. Grotjahn ein Elternschaftsversicherungsgesetz entworfen und es ausführlich begründet.

Aus der 2. Regel geht hervor, daß wir in bezug auf qualitative Bevölkerungspolitik sehr vorsichtig sein müssen, denn die Zahl der unerheblich Belasteten dürfte heute etwa ein Drittel der Bevölkerung ausmachen. Anders ist es bei den schwer Belasteten. Der Verfasser hat deshalb die Vererbungspathologie ausführlich erörtert. Leider können wir an dieser Stelle nicht darauf eingehen. Wir verweisen darum auf die Seiten 165—204 als die wichtigsten in bezug auf die qualitative Bevölkerungspolitik. Aber auch die Seiten, die das vererbungsbiologische Problem behandeln (Seiten 140—165) sollten keineswegs übergangen werden.

Die quantitative sowohl wie die qualitative Bevölkerungspolitik, also die Rationalisierung des Fortpflanzungswesens, erheischt vor allem eine bewußte und bei vernünftiger Anwendung der Präventivtechnik auch sichere Trennung des Sexualaktes, der lediglich der erotischen Befriedigung dient, von dem Akte, der Frucht tragen soll. Der Verfasser hat es daher nicht unterlassen, die Präventivtechnik ausführlich zu besprechen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß bei genauer Befolgung seiner Ratschläge die Frage des Abortus keinen Anlaß zu den heute verbreiteten Konflikten gegeben hätte. Und in der Tat verteidigt A. Grotjahn seine negative Stellung zur sozialen Indikation nicht nur durch seine oben angedeutete Elternschaftsversicherung, sondern er ist der Meinung, daß man bei dem heutigen Stand der Präventivtechnik eine Befruchtung sehr leicht vermeiden könne.

Natürlich wendet sich der Verfasser gegen den Mißbrauch der Präventivmittel, z. B. bei Rüstigen, die, eugenisch betrachtet, zur Fortpflanzung moralisch verpflichtet sind, es jedoch aus privatwirtschaftlichen oder anderen Gründen, auf die wir hier leider nicht eingehen können, vorziehen, keinen Familienzuwachs zu bekommen. Der Verfasser sagt hierüber: „Dem Wissen von den Präventivmitteln hat sich noch kein Gewissen über die Folgen ihrer ungeregelten Anwendung hinzugesellt. Auch fehlen durchaus noch die autoritären Personen, die den einzelnen Ehepaaren ein solches Gewissen im Laufe der Zeit zu erwecken vermöchten. Die Geistlichen der einzelnen Bekenntnisse werden als Berater in sexuellen Fragen in steigendem Maße und mit Recht abgelehnt, da sie ihre Regeln aus metaphysischen Voraussetzungen herleiten, und die Aerzte, die berufen sind, an ihre Stelle zu treten, sind in diese Aufgabe noch nicht hineingewachsen, zumal Sexualwissenschaften und Eugenik noch nicht in den herkömmlichen medizinischen Unterricht aufgenommen worden sind. Es ist höchste Zeit, daß die Aerzte die Mission, die sie auf dem Gebiete der praktischen Eugenik zu erfüllen haben, endlich in ihrer ganzen sozialen und nationalen Bedeutung erfassen, sich die erforderlichen Kenntnisse erwerben und sie in Gestalt einer fortlaufenden Eheberatung innerhalb ihrer ärztlichen Tätigkeit zur Wirksamkeit bringen." (S. 82. Gesperrt von mir. M. K.) Auch in dieser Frage konsequent, widmet A. Grotjahn ihr — abgesehen von zahlreichen, im ganzen Buch verstreuten Stellen, die hauptsächlich für Aerzte berechnet sind, — ein spezielles Kapitel, das den Namen trägt „Die eugenische Beratung durch den Arzt" (S. 253 bis 267). Eine ausführliche Behandlung dieses aufschlußreichen Kapitels fällt aus dem Rahmen dieser Besprechung, jedoch sollte kein Arzt unterlassen, es zu lesen. Hier werden Ratschläge gegeben, wie sich der Arzt bei der schwierigen eugenischen Beratung zu verhalten hat. A. Grotjahn beschreibt nicht nur die Fälle, wo vom Heiraten unbedingt abzuraten ist, bezw. solche, wo man trotz mancher Bedenken doch positiven Bescheid geben kann, sondern er rät jedem Arzt, sich intensiver mit den sexuellen Problemen zu beschäftigen. So sagt er u. a. „Der Einfluß des Arztes als Eheberater würde wachsen, wenn die Verheirateten schon bei auftauchenden geringfügigen Störungen des sexuellen Eehelebens sich an den Arzt wenden würden. Erfreulicherweise zeigen sich Anfänge, die bisherige Zurückhaltung aufzugeben. Die Aerzte sollten diesem Wandel entgegenkommen und sich durch Selbststudium der einschlägigen Literatur zur Beratung in allen sexuellen Dingen fähig machen, solange der Universitätsunterricht nach dieser Richtung hin so gut wie alles zu wünschen übrig läßt. Der taktvolle und psychologisch einigermaßen gewandte Aerzt kann manche Unstimmigkeiten in den ersten Anfängen erfolgreich bekämpfen, die sonst zu schweren Enttäuschungen und Eheirrungen führen." (S. 263.)

In bezug auf die Beratung über die Präventivtechnik empfiehlt A. Grotjahn eine besonders vorsichtige Taktik. So äußert er sich darüber: „Zur Zeit geht geradezu eine Abtreibungsepidemie durch unser Volk, die leider von den Aerzten nicht mit hinreichender Entschiedenheit bekämpft wird, um nicht schlimmere Vorwürfe zu erheben. Unzählige Frauenleben fallen ihr zum Opfer. Das einzig richtige Mittel, die Abtreibungen einzuschränken, ist die rechtzeitige Anwendung eines zuverlässigen Präventivmittels in allen Fällen, in denen die Empfängnis unerwünscht ist. Daher darf der Arzt die Beratung über Präventivmittel selbst in den Fällen darauf beschränken, taktvoll Vorhaltungen zu machen, und zu versuchen, eine günstige Einstellung auf weiteren Familienzuwachs zu erzielen. Ist dieser Versuch aber erfolglos, so soll er sich nicht weigern, zuverlässigen Rat über Prävention zu erteilen, da er sonst mit Sicherheit die Ratsuchenden Laien zutreibt, die dann gefährliche oder unsichere Methoden empfehlen. Gerade der Gebrauch unsicherer Mittel führt aber erfahrungsgemäß leicht zur Abtreibung: die Ehepaare gewöhnen sich durch den Gebrauch dieser Mittel daran, keine Kinder mehr zu bekommen, und greifen zur Abtreibung, wenn schließlich doch einmal diese unsicheren Mittel (Spülungen, Interruption, Suppositorien u. a.) versagen. Es ist höchste Zeit, daß die Beratung über die Präventivtechnik von den Aerzten zurückerobert wird und der leider jetzt noch herrschende Uebelstand aufhört, daß Drogisten, Hebammen, Barbiere, Kellner und Hintertreppenhausierer darüber bestimmen, welche Präventivmaßnahmen in der Bevölkerung vorwiegend angewandt werden. Um hier Wandel zu schaffen, ist allerdings in erster Linie erforderlich, daß die Aerzte die Präventivtechnik selbst beherrschen." (S. 266.) Hier verweist er auf die ausführliche Darstellung dieser Technik auf den Seiten 59—76. Besonders wichtig erscheinen uns die Ausführungen darüber, daß sich zur ärztlichen Eheberatung jeder Allgemeinarzt befähigt machen sollte, und daß kein Grund zur Herausbildung einer besonderen Spezialität des ärztlichen Eheberaters vorliegt. Nur in besonders schwierigen Fällen soll der Allgemeinarzt einen Facharzt zu Rate ziehen, wobei unter dem letzteren nicht nur der Spezialarzt für die in Frage kommenden Krankheiten, sondern auch der Vererbungsforscher zu verstehen ist. Wichtig ist auch der Hinweis des Verfassers, daß der beratende Arzt bei dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht die volle Verantwortung tragen kann.

So ist die Eugenik eine wichtige Angelegenheit für jeden praktischen Arzt. Aber der Hauptanteil bei der Verwirklichung der Eugenik fällt der Disziplin zu, die auf dem Grenzgebiete zwischen Naturwissenschaften und Medizin einerseits und Statistik und Sozialwissenschaften andererseits steht, mit anderen Worten, nur mit Hilfe der sozialen Hygiene kann die sich jetzt erst entwickelnde Wissenschaft ihre Blüte erreichen. Durch kein anderes Gebiet aber als eben durch die Eugenik kann eine Brücke zwischen der sozialen Hygiene und der klinischen Medizin geschlagen werden.

M. Kantorowicz.

Die Arztfrage in der Sozialversicherung der einzelnen Staaten. Abhandlungen mehrerer Autoren, gesammelt von Dr. Hubert Korkisch. 169 Seiten. 1926. Verlag Hubert Korkisch. Prag II, Tylovo nám. 2. — Das Dilemma Arzt-Krankenkasse ist nicht nur eine deutsche Erscheinung: in so gut wie aller Herren Ländern ist die Frage akut. Wie wir bereits an anderer Stelle hervorgehoben haben, sind die Kassen nunmehr unvermeidlich, und damit muß man rechnen. Anderseits aber müßte die ganze Organisation der Krankenkassen umgewälzt werden. Die Frage wird kaum gelöst werden, wenn die beiden Kontrahenten der Krankenversicherung — die Kassen und die Aerzteschaft — beides an sich sehr starke Organisationen — in jahrzehntelangem Kampfe stehen. Niemals war es so dringend notwendig wie gerade jetzt, einen Modus vivendi zwischen Krankenkassen und Aerzten zu finden. Von dieser Aufgabe erfüllt, hat sich der Herausgeber der vorliegenden Schrift an die beiden Parteien der verschiedenen Länder gewendet mit der Aufforderung, Stellung zu dem Problem zu nehmen. Wir halten es für wertvoll, die folgende Stelle aus dem Vorwort wiederzugeben: „Die Ueberzeugung, daß nur eine von gutem Willen getragene Zusammenarbeit der Aerzte mit jenen Faktoren, die der Staat zur Wahrnehmung der öffentlichen Interessen der Krankenfürsorge berufen hat, zu einem gedeihlichen Ende führen kann, hat mich veranlaßt, den Versuch zu unternehmen, eine gemeinsame Aussprache führender Persönlichkeiten der interessierten Kreise aller Staaten auf dem Boden der im gleichen Verlage erscheinenden „Internationalen Zeitschrift für Sozialversicherung" . . . herbeizuführen. Meiner Einladung ist in so reichlichem Maße entsprochen worden, daß es nicht möglich war, alle Arbeiten in der Zeitschrift abzudrucken. Das Doppelheft 6/7 Juni-Juli 1926 brachte deshalb nur einige derselben. Diese und die anderen sind in diesem Buche zusammengefaßt. . . Aber damit ist die Diskussion nicht beendet, sondern erst eröffnet. Ich richte weiterhin die Einladung an alle, die zur Lösung der Arztfrage beitragen sollen und wollen, ihre Anregungen und Vorschläge in Gestalt von Artikeln an die „Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung" einzusenden, jedoch vorher über die Möglichkeit der Aufnahme bei mir anzufragen. Ich bin bereit, sie in der Zeitschrift zu veröffentlichen, gegebenenfalls auch einen 2. Band des Buches herauszugeben." Im vorliegenden Bande sind folgende Abhandlungen untergebracht: **Deutschland:** O. Heinemann, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, Essen/Ruhr. Die Organisation der Krankenbehandlung in der deutschen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei den Betriebskrankenkassen; Helmut Lehmann, Geschäftsführender Vorsitzender des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen, Berlin-Charlottenburg. Die Kassenarztfrage in Deutschland; Oberregierungsmedizinalrat Prof. Dr. Rudolf Lennhoff und Dr. med. Kurt Finkenrath, Berlin. Das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und Aerzten in Deutschland; Verwaltungsdirektor Schellhammer, Geschäftsführer des Landesverbandes Bayern des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V., Nürnberg. Die freie Aerztewahl in der Organisation der Krankenbehandlung in der Sozialversicherung; W. Spielhagen, wirkl. Geh. Oberregierungsrat, Berlin. Die Krankenversicherung in Deutschland; Karl Unger, M. d. Reichsgesundheitsrates, Perleberg. Die Krankenbehandlung auf dem Lande. **Oesterreich:** Ministerialrat Dr. Alfred Korschinek, Generaldirektor der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten, Wien. Die organisierte freie Aerztewahl in Oesterreich; Dr. Rudolf Mertha, Ministerialrat im Bundesministerium für soziale Verwaltung, Wien. Die Organisation der Krankenbehandlung in der österreichischen Sozialversicherung; Dr. Josef Stritzko, Wien. Die Aerzte Oesterreichs und die Sozialversicherung. Ein Beitrag zur Geschichte ärztlichen Wirtschaftslebens. **Frankreich:** Marc Degas, Doktor der Rechte, Paris. Die Organisation des ärztlichen Dienstes in der Sozialversicherung; Dr. P. Lacroix, Arzt, Paris. Aerzteschaft und Sozialversicherung in Frankreich. **Großbritannien:** Josef Cohen, Cambridge, Universität. Die englische Krankenversicherung; Alban Gordon, United Women's Insurance Society, London. Die Ausgestaltung des öffentlichen ärztlichen Dienstes in England. **Schweiz:** Dr. O. Leuch jun., Hilfsschriftführer des Zentral-Vorstandes der Verbindung der Schweizer Aerzte. Aerzte und Krankenkassen; Charles H. Weber, Direktor der Schülerversicherung in Genf. Einige Betrachtungen über die Schweizer Krankenkassen. **Tschechoslowakei:** Dr. Karl Helbich, Arzt, Prag. Aerzte und Sozialversicherung in der Tschechoslowakischen Republik; Dr. Franz Koreis, Sekretär des Landesverbandes der deutschen Krankenkassen Böhmens. Arzt und ärztlicher Dienst in der Tschechoslowakischen Krankenversicherung.

Das Buch braucht kaum, wie schon aus dem Inhaltsverzeichnis zu ersehen ist, eine besondere Empfehlung unter den praktischen Aerzten. M. Kantorowicz.

Prof. Dr. R. Pauli, München, **Einführung in die experimentelle Psychologie.** (Wissenschaft und Bildung Nr. 289). 1927. Verlag von Quelle & Meyer in Leipzig. 144 Seiten. Preis geb. 1,80 M. — Th. Ziehen hat in seinem aufschlußreichen Artikel „Medizin und Philosophie" im 44. Heft der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" die Stellung der Psychologie in der Medizin einer eingehenden Würdigung unterzogen. Er schrieb u. a.: „Die Notwendigkeit psychologischer Kenntnisse ergibt sich schon daraus, daß der Arzt auch Psychosen und psychopathische Konstitutionen zu behandeln hat. Was infolge von der psychologischen Unbildung vieler Aerzte gerade mit Bezug auf die letzteren, die wegen ihrer Häufigkeit praktisch individuell wie sozial besonders wichtig sind, heutzutage gesündigt wird, möchte man als unerhört bezeichnen. Dazu kommt aber, daß auch hinter jeder körperlichen Krankheit ein empfindlicher, fühlender, wollender Mensch steckt . . . . Ohne psychologisches Verständnis läßt sich in unzähligen Fällen keine richtige und ausreichende Anamnese aufnehmen (auch bei rein körperlichen Krankheiten) und erst recht keine erfolgreiche Therapie durchführen . . . ." (S. 1841). Er weist ferner darauf hin, daß der Streit um die experimentelle Psychologie zwecklos ist, denn es sollte überhaupt keine Trennung zwischen experimenteller und geisteswissenschaftlicher Psychologie geben. Es gibt vielmehr eine Psychologie, aber experimentelle Forschung auf dem Gebiete der Psychologie ist unentbehrlich. Er sagt in Bezug auf experimentelle Psychologie: „Tatsächlich ist das experimentelle Verfahren nichts anderes als eine systematische, auf zahlreiche Fälle sich erstreckende Untersuchung unter künstlich vereinfachten und zweckmäßig variierten, scharf definierten und daher jederzeit rekonstruierbaren Bedingungen." (S. 1842.) Und ferner: „. . . . die experimentelle Psychologie arbeitet sowohl analytisch wie synthetisch, sie untersucht sowohl die Elemente wie ihre Zusammenhänge (Korrelationen usw.) und die so zustande kommenden Einheiten. Für den wissenschaftlichen, nicht von einseitigen Modeströmungen beherrschten Psychologen ist dieses methodische Zusammenarbeiten selbstverständlich." (S. 1842.) Viele Gebiete der medizinischen Forschung bedienen sich der experimentellen Psychologie. Für diejenigen, die eine Einführung in das Gebiet der experimentellen Psychologie suchen, wird das voliegende, klar und geistreich geschriebene Büchlein des Münchner Psychologen von größtem Nutzen sein. Der erste Teil behandelt die allgemeinen Voraussetzungen: den Begriff und die Prinzipien der Psychologie, das Wesen des Experiments und der psychologischen Beobachtung. Die experimentelle Psychologie ist hier nicht als ein eigenes Gebiet innerhalb oder neben der allgemeinen Psychologie aufgefaßt, sondern lediglich als eine Wissenschaft, die sich der Methode des Experimentes bedient, wo es angezeigt erscheint. Den zweiten Teil bildet die Lehre vom psychologischen Versuch selbst. Die grundsätzlichen Möglichkeiten werden auseinandergesetzt, die verschiedenen Arten der psychologischen Versuche beschrieben und in einer Klassifikation zusammengefaßt. Hilfsmittel und Technik des psychologischen Experiments werden geschildert und mit einer Erörterung der Fehler und Grenzen des psychologischen Versuchs abgeschlossen. Der dritte Teil endlich stellt die Bedeutung des psychologischen Versuchs an Hand seiner Leistungen dar. Es ist dabei von größtem Interesse, daß zahlreiche Ergebnisse aus der jüngsten Zeit berücksichtigt sind. So vermag das vorliegende Büchlein auch der Medizin bedeutsame Dienste zu leisten.

M. Kantorowicz.

Max Nassauer: **Die Doktorschule.** 174 Seiten. Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin. München 1926. — Die Bücher des Verfassers „Der Arzt der großen und der kleinen Welt" und „Die hohe Schule für Aerzte und Kranke" haben seinerzeit bei den Lesern einen großen Erfolg gehabt. Jedoch hat der Verfasser, den Zeitverhältnissen Rechnung tragend, die längst vergriffenen Bücher nicht in einer neuen Auflage erscheinen lassen, sondern er hat die beiden Werke, wesentlich verkürzt, konzentriert, und es ist ein lebendig geschriebenes Warnungsbuch für junge Aerzte daraus entstanden. Auch den Studierenden ist die Lektüre des Buches lebhaft zu empfehlen. Nassauer ist kein Schulmeister, und man langweilt sich keineswegs bei seinem Unterricht. Aber er ist viel zu einseitig und übertreibt auch manches. Es ist gewiß nicht leicht, Kassenarzt zu sein; jedoch ist die Krankenkasse heute eine unvermeidliche Einrichtung. Sie ermöglicht es vielen Unbemittelten, die sonst nicht in der Lage sind, sich behandeln zu lassen, einen Arzt aufzusuchen. Und wie sehr das Publikum an dem Kassenwesen hängt, zeigt nicht nur die ganze Entwicklung des Kassenwesens, sondern auch der Umstand, daß auch der Mittelstand, der vor dem Kriege in keiner Kasse organisiert war, heute nur dank der Kassen in der Lage ist, einen Arzt zu Rate zu ziehen. Und auch die Privatversicherungen lenken ihre Hauptaufmerksamkeit auf die Organisierung der Krankenkassen für den Mittelstand. Solche Kassen sind nach dem Kriege wie Pilze aus dem Boden geschossen. Und kein Geringerer als Prof. A. Manes, der beste Kenner des Versicherungswesens, schreibt dieser Organisation in seinen Schriften eine große Bedeutung zu. Die Organisation der Krankenkasse und besonders die Beziehung zwischen Arzt und Kasse lassen viel zu wünschen übrig. Und es ist wirklich nicht das Ideal, daß der Arzt gezwungen ist, Rezeptfabrikant zu sein (vgl. S. 24 des besprochenen Buches). Und ebenso ist es traurig genug, daß der Arzt wegen der geringeren Kassenliquidation nicht die Möglichkeit hat, ein richtiges Familienleben zu führen, geschweige denn, seine wissenschaftlichen Kenntnisse zu vertiefen. Aber es ist zu hoffen, daß auch dieses Gebiet einmal revidiert wird. Keineswegs aber können die Krankenkassen ausgeschaltet werden. Dies zu fordern, hieße, das Kind mit dem Bade ausschütten. M. Kantorowicz.

Dr. med. Th. Douglas. **Asthmaheilung, eine Programmschrift für systematisch kombinierte Therapie.** Verlag: Schulzesche Hofbuchdruckerei und Verlagsbuchhandlung R. Schwartz, Oldenburg. 200 S. 4,50 M. — Das kleine Buch stellt einen Vergleich der gebräuchlichsten Heilmethoden dar. Besonderer Wert wird auf die aktive Mitarbeit des Kranken gelegt, da gerade bei einer so im Funktionellen begründeten Krankheit wie das Asthma von der Psyche, vom Willen des Kranken das Gelingen des Heilverfahrens abhängt. Verfasser versucht alle therapeutischen Methoden kritisch zu bewerten und gibt auf diese Weise eine Zusammenfassung, die sich auf psychische, arzneiliche, chirurgische, diätetische, gymnastische, klimatische und hydrotherapeutische Verfahren erstreckt. Die Darstellung ist durchaus volkstümlich gehalten und wird in ihrer Ausführlichkeit dem Laien sicherlich wertvolle Aufklärung und Anregung vermitteln. Für den Arzt ist das Werk durch die gründliche und vielseitige Bearbeitung des Asthmaproblems von Nutzen, wenn auch die Weitschweifigkeit der Darlegungen die Lektüre erschwert.

Biberfeld.

Rosa Mayreder: **Askese und Erotik.** 61 Seiten. 1926. Eugen Diederichs Verlag. Broschiert 2 M. — Es ist schwer, sich mit allen Ausführungen der Verfasserin einverstanden zu erklären. Dennoch möchten wir das anregend geschriebene und geschmackvoll ausgestattete Büchlein dem ärztlichen Leser warm empfehlen. Schon aus dem Grunde, weil viele, an sich geistreiche Ausführungen der Verfasserin reichliches Material zur Diskussion über das Problem des Sexuallebens des Kulturmenschen liefern.

M. Kantorowicz.

Wilbald Ulbricht: **Beiträge zur Sexualpädagogik.** Di Aufgaben von Schule und Haus nebst einigen Beispielen für geschlechtliche Aufklärungen. Meißen 1926. Verlag Schlimpert & Püschel. 48 Seiten. Preis 1,60 M. — Aus dem Untertitel ist zu ersehen, daß das Büchlein für Erzieher und Eltern bestimmt ist. Jedoc wird auch der Arzt hier wertvolle Aufschlüsse finden. Denn w können hier vor allem lernen, mit welch einfachen Mitteln eine se komplizierte Aufgabe gelöst werden kann.

M Kantorowicz

Erwin Wechsberg. **Das nervöse Kind.** Ein Leitfaden für Eltern und Erzieher. 80 Seiten. Wien und Leipzig. 1926. Verlag von Moritz Perles. **Preis 2,30 M.** — In dem vorliegenden Büchlein will E. Wechsberg, der Verfasser des bekannten Handbuches der Individualpsychologie, nachweisen, daß die Ursachen, die Erscheinungen und die Behandlung der Nervosität, insbesondere der kindlichen Nervosität, nicht so sehr ein medizinisches, als vielmehr ein erzieherisches Problem darstellen. Er empfiehlt darum eine Zusammenarbeit von Pädagogen und Aerzten. Indem er hier zahlreiche Erscheinungen des seelischen Lebens des Kindes vom Standpunkte der Adlerschen Individualpsychologie aus betrachtet, versucht er das Problem zu popularisieren und Wege zur Beeinflussung des Kindes zu zeigen. Schade nur, daß die einzelnen Abschnitte so kurz sind. Das Buch kann aus diesem Grunde nur zur Vertiefung in das Problem anregen.

M. Kantorowicz.

Fritz Giese: **Der Geist im Sport.** Delphin-Verlag, München. — Beim Lesen, vielmehr bei der Durcharbeit dieses mir vom Verlag zur Besprechung zugesandten Werkes habe ich in zweierlei Richtung Bedauern empfunden. Zunächst darüber, daß es wirklich nur für Gebildete verständlich ist. Wahrscheinlich ist es auch nur für sie bestimmt. Und das ist schade. Denn es ist wohl erwünscht, daß die Gebildeten auf dem Gebiete der Leibesübungen — Turnen, Körperkultur und Sport — die Führenden sind; das ist aber, wie auch der Verfasser gelegentlich zugibt, leider nicht allgemein der Fall. Ref. kann aus früherer langjähriger Leitung eines großen, sehr großen Turn- und Sportvereins berichten, wie schwer es ist, große Ziele und Leitmotive gegen kleinliche, persönliche Eitelkeit, Vereins- und Abteilungsklüngel, Prinzipienreiterei und dergleichen hochzuhalten; geschweige denn zu verwirklichen. Vielleicht war es selbst unter meinen gebildeten Mitarbeitern nur einer, allerdings ein ganz Gebildeter, der von allen diesem frei war. Immerhin ist schon der Versuch verdienstvoll, wenigstens den Führern Gedanken, wie sie in diesem Buche niedergelegt sind, nahe zu bringen; möge er gelingen! Einer Verbreitung des Buches über die Kreise der Akademiker hinaus kann vielleicht die sehr fremdwortreiche, auch noch nicht jedem sonst durchschnittlich Gebildeten ohne weiteres verständliche Schreibweise hinderlich sein, möglich, daß ich meine Zeitgenossen unterschätze. Ein zweites Bedauern ist das, daß ich infolge unruhevollen Lebens nicht Zeit genug habe, um mich mit dem Verfasser gründlicher über mancherlei auseinanderzusetzen. Ich glaube, er würde es als beleidigend empfinden, wollte man bei einer Besprechung sekundanerhaft eine Inhaltsangabe geben oder — viel geübter Gepflogenheit bei Buchbesprechungen folgend — in Lobgesänge ausbrechen. Solche Auseinandersetzung würde ganz und gar frei sein von Polemik und eine schließliche Verständigung von vorneherein voraussetzen. Aus genannten Gründen will und muß ich mich auf weniges beschränken; zunächst die Stellung Giese's, zum Jahn'schen Turnen und zum „militärischen Drill", die mir etwas einseitig zu sein scheint. Um mit letzterem zu beginnen: Ich kann im militärischen Drill der Vorkriegszeit, altpreußischer oder — vergleiche auch Bayern — überhaupt deutscher Tradition nicht allein oder hauptsächlich die Pflege des „Kadavergehorsams" erblicken. Es war gewiß mehr als dieser, wenn Friedrichs des Einzigen Grenadiere im Parademarschschritt ins feindliche Feuer marschierten und dann — siegten; warum? nicht aus Gehorsam allein, sondern weil sie die Idee beseelte, die von ihrem König ausging, vielmehr ihr König selbst war, und die hieß: Sieg! Wir wollen doch das nicht unterschätzen, das wäre gerade heute gefährlich. Die Klänge des Friedericus rex sind auch heute noch mehr als eine bloße Marschmelodie! Und weiter: wenn beim „Achtung, präsentiert das Gewehr" die Knarre herunter und der Kopf nach rechts fliegt oder wenn bei „Stillgesessen" der Schenkel am Gurt und die Zügelfaust über dem Sattelknopf liegt, elastisch und doch wie gemeißelt, ist das wirklich nur Kadavergehorsam? Ich fühle noch heute als alter Mann den freudigen Ruck, der dabei durch den ganzen Kerl ging, und das stolze Hochgefühl: an deiner Gewehrhaltung, an deinem Sitz hängt es, ob das Regiment, die Abteilung usw. gut oder schlecht abschneidet, also: reiß' die Knochen zusammen, dann bist du Mitträger des Rufes und der Freude Vieler. — Und noch eins: alle, die als Rekruten „gebimst" wurden, sind sie nicht heute noch stolz auf „des Königs Rock", auf ihre Regimentsnummern? Ich möchte dem Verfasser empfehlen, sich heute einmal am befreiten Rhein die Regimentsfeste anzusehen und dort den „Kadavergehorsam" zu suchen. Sind sie nicht alle, äußerlich und am Benehmen, am Umgang mit Menschen vorteilhaft kenntlich aus dem „militärischen Drill" hervorgegangen und haben das, was sie von anderen angenehm unterschied, beibehalten? Ich bedauere mit dem Verfasser, daß dieser Drill unserer früheren nur sogenannten, aber wirklich nicht allgemeinen Wehrpflicht nicht gerade denen zu Teil wurde, denen er am nötigsten gewesen wäre. Hätten wir sie gehabt, dann wäre das „Wolle, was du mußt" vielleicht auch mehr Allgemeingut gewesen und noch heute! (In Klammern kann ich aus eigener Anschauung nur berichten, daß bei Franzosen und Engländern heute viel mehr „gebimst" wird, als ich es in der Vorkriegszeit selbst bei der Garde gesehen und erlebt habe; mir bestätigt von „Altgedienten" vom ganzen Rhein!) Und ohne dies „Stirb und werde" kann auch kein Sport gedeihen. Das weiß jeder Uebungsleiter, jeder Trainer. Ist denn dessen Machtgebot, das hineinreicht bis in die Lebensführung (Abstinenz usw.) des Einzelnen wirklich so wesentlich verschieden vom militärischen Drill oder von der Erziehung im Turnen? „Die Willensfreiheit ist der innere Sinn des Gruppensportes, der Kadavergehorsam das Idol des mannhaften Turnkommandeurs." Das glaube ich dem Verfasser niemals. Ich bitte ihn, in meinem Klub oder sonst einem Turnverein auf den Turnboden oder Spielplatz zu kommen, zu sehen, wie wir, getreu nach Jahn „die Arbeit im Gewande der Freude" verrichten, wie sich ungezügelter Frohsinn mit Disziplin und Einfügung in die Gesamtheit vermählen. Ich glaube, wenn ich meinen Klubgenossen erzählte, daß sie an „Kadavergehorsam" litten, sie würden, Männlein und Weiblein, in ein schallendes Gelächter ausbrechen. Aber eins haben sie mir auf einem Ausflug beim Singsang zur Laute doch versetzt: es wäre doch besser, wenn ich da wäre, denn, wäre ich verhindert, wäre sofort die Disziplin gelockert. Das empfinden sie eben selbst als nicht gut. Und das ist nun einmal klar, und das sagt auch Giese: Die Menge braucht den Führer. Und wenn ich selbst an einem Gruppenspiele oder am Unterricht im Speerwurf, Diskus oder ähnlichem teilnehme, dann bin ich nicht Leiter, sondern Schüler. Das ist im Turnen nicht anders als im Sport. Und die „Unentwegten", die nur von der Reckstange oder vom Barren alles Seelenheil erwarten, ja, die hat's wohl einmal gegeben, die sind auch sicher nicht die Träger gerade des Jahn'schen Gedankens gewesen, sie halten sich heute vielleicht noch in einzelnen Zirkeln Vergrämter, der Typ des deutschen Turners sind sie heute bestimmt nicht mehr; sonst wären schon nicht so viele „Kanonen" des Sports aus der Deutschen Turnerschaft hervorgegangen. —

Mit allem diesem will ich gesagt haben, daß ich eine Gegensätzlichkeit zwischen „Turnen" und „Sport" für falsch halte; mein Ideal bleibt der „Turn- u. Sportverein" mit gemeinsamer Grunderziehung und späterer Spezialisierung nach Befähigung und Neigung. Beide hängen meines Erachtens eng mit der Konstitution zusammen. Und auf dieser Basis würde ich mich, glaube ich, mit Herrn Giese, völlig vereinen können. Und schließlich auch über den Wettkampfgedanken: der Gipfelturner, der nach Punkten siegt, ist er etwa im Wesen anders als der Speerwerfer oder der Läufer, der nach Zentimetern oder Stoppuhr siegt? Daß die Qualität der Leistung auch im Sport mehr gewertet werden sollte, als die Zahl oder Zeit, wird jeder wünschen, der nicht ganz im Rekordgedanken entgleist ist. Wenn „die kollektive Lebensform" des Sports eine allgemeine Niveausteigerung für unser Volk bedeutet, so haben wir Grund, uns darüber zu freuen; ich fürchte aber, wir stehen da erst in den Anfängen und starren noch zu sehr hypnotisiert auf die „hochtalentierte Einzelleistung", die tatsächlich an und für sich für die Gesamtheit wertlos ist. Es gibt Leute, die den Vergleich der „Sportkanonen" in ihrer Bedeutung für das Volk mit der des Genies wagen; ich finde das ganz und gar töricht und möchte doch annehmen, daß die Bach und Händel und Goethe und Beethoven und viele andere mehr ihrem Volke etwas anderes gewesen sind und hinterlassen haben als die Houben und Nurmi und Breitensträter und wie sie alle heißen mögen. Von diesen kann man doch wohl nicht sagen: „Es wird die Spur von ihren Erdentagen nicht in Aeonen untergehen." Giese selbst überschätzt erfreulicher Weise den Einfluß des Sports auf die Kultur nicht und hält ihn gleich mir für einen der Wege zu ihr, allerdings einen nötigen und guten, wenn er die Abwege, die „Fehlleistungen" vermeidet. Und hier stimme ich G. rückhaltslos zu, wenn er auf der Minusseite des Sports verzeichnet: die Sensations- und Situationslust bis zum Blutrausch, den ungezügelten erotischen Urinstinkt der Frau, der sich bis zum alles besiegenden Neger hinab erniedrigt, das Geschäftliche bei Veranstaltern und Ausübenden (man denke heute nur an die Gagen von Sportgrößen), die Gefahren der übersteigerten Trainingskultur einerseits und der Verniedlichung des Sports andererseits bei den Frauen und anderes mehr. Die an dieser Stelle von G. genannte Gefahr des „Kanonenkults" ist meines Erachtens nicht zu unterschätzen, da sie auch schon unter der gymnasialen und sonstigen Jugend stellenweise recht unangenehme Formen annimmt und schon jugendlichste Preisträger sich spreizen läßt wie die Pfauen; ich halte es für eine wichtige Aufgabe ruhiger, älterer Kameraden, dem jugendlichen Sieger zu zeigen, daß man sich mit ihm seines Erfolges herzlich freut, daß man ihn aber deswegen nicht für ein höheres Wesen erachtet und ihm vor allem keine Primadonnen-Manieren zubilligt. In solchen gefallen sich nach meinen Erfahrungen nicht zum wenigsten die ersten Mannschaften von Fußballklubs. An dieser Stelle darf ich wohl eine Bemerkung einflechten, die mit Giese's Buch an sich nichts zu tun hat, die mir aber durch seinen Ausdruck

„Kanonenkult" zwangsläufig entlockt wird. Ist es wirklich nötig und zeitentsprechend, daß schon die ersten Seiten unserer politischen Tageszeitungen als das wichtigste Sportereignisse berichten und daß unser greiser Reichspräsident nun bald jeden Menschen empfangen, begrüßen, auszeichnen muß, der eine überlegene Schwimm-, Lauf- oder sonstige Technik hat?! (Ueberlegene Technik, Fleiß, Ausdauer, Energie und ein Höchstmaß von Konzentration und Selbstbeherrschung hat z. B. auch der Artist im Variété, der ungefähr jeden Abend seinen Hals riskiert!) Ich selbst kann, wenn auch alter Turner, doch von mir behaupten, daß in meinem Leben auch auf sportlichem Gebiet wenig a me alienum geblieben ist. Aber ich möchte fest annehmen, selbst wenn ich auf einem Gebiete eine erste Nummer gewesen wäre, so würde ich doch nicht geglaubt haben, deswegen von Reichs- oder Staatsoberhäuptern empfangen werden zu müssen, die meines Erachtens anderes und wichtigeres zu tun haben. (Ganz etwas anderes ist natürlich ihre Anwesenheit und Begrüßung der Sieger bei großen Turn- und Sportfesten!) Wenn durch Vermeidung der „Fehlleistungen" des Sports das erreicht wird, was Giese im „Abschluß" als möglich und erwünscht bezeichnet, Schulung der Denkweise, der Intelligenz, der Willenshandlung, Förderung ästhetischer und erzieherischer Werte für die Gesamtheit durch den Sport, dann können wir den „Geist im Sport" und den Sportgeist als Erziehung zum Leben, zur Kultur überhaupt werten und schätzen. Dazu wird es meines Erachtens sehr viel reinigender Arbeit bedürfen, und dazu ist namentlich nötig, daß wir nicht aus der Scylla der Unterwertung körperlicher Leistungen in die Charybdis ihrer einseitigen Wertung oder Ueberwertung hineintreiben. Wir können eben doch nicht von heute auf morgen klassische Hellenen mit seelisch- oder geistig-körperlicher Harmonie werden.

B. Rob. Lehmann, Düsseldorf.

Mathias Giese: **Männliche Körperbildung.** Delphin-Verlag, München. — Wenn ich mich bei der Besprechung von „Geist im Sport" mit dessen Verfasser G. doch über grundsätzliche Fragen auseinandersetzen mußte, so darf ich wohl behaupten, daß die Besprechung des vorliegenden Werkes mir viel leichter von der Hand geht; möglich, daß mich gleich im Vorwort ein Satz bestach: „Es gibt nicht eine einzige maßgebliche Meinung, nicht eine befriedigende Alleinlösung, kein alleinseligmachendes System", und ich bin den Herausgebern für diesen Satz besonders dankbar. Gerade heute, wo mindestens jede Woche irgend ein neues „System" der Körperkultur auf der Bildfläche erscheint, oft genug aus persönlicher Eitelkeit Unberufener entstanden, mit anmaßenden Schlagworten um sich werfend, von kritiklosen Menschen kritiklos hingenommen und wie das goldene Kalb angebetet, da ist es Zeit, daß aus dem Munde wirklich Berufener ein so ernsthaftes Wort kommt. Ich habe zu der heutigen Systemwut in meinem „Leitfaden zur Einführung in das Gesundheitsturnen" (Verlag L. Schwann, Düsseldorf) folgendermaßen Stellung genommen: „Jedes System ist richtig, nur dann, wenn es dem natürlichen Uebungsbedürfnis des Körpers entspricht. Und dieses leitet sich allein her aus Anatomie und Physiologie, aus Bau und Verrichtungen des Körpers und seiner Organe. Alles, was irgendwie ans Spielerische, Theatralische gemahnt, mag zu Festen und auf die Bühne passen; mit unserer Aufgabe der abhärtenden Aufzucht und der konstitutionellen Ertüchtigung der Jugend hat es nichts zu tun." Diese Rücksichtnahme auf das natürliche Uebungsbedürfnis des Körpers und seine Beachtung als eines maßgebenden Moments in der Körperbildung und Körperzucht wird auch in mehreren Aufsätzen des vorliegenden Werkes besonders gewürdigt. Als ein ganz besonderer Vorzug des Buches mag es gelten, daß die Herausgeber jede Gefahr einseitiger Meinungsäußerung und -Aufzwingung vermieden haben, indem sie aus allen Lagern, aus Theoretikern und Praktikern, Turnern, Gymnasten und Sportlern jeder Art sich ihre Mitarbeiter wählten, deren Einzeldarstellungen zu einem dennoch geschlossenen Ganzen zusammenfügten und dem Leser die Bildung eines eigenen Urteils überließen. Auf diese Weise sind sicher unerfreuliche Gegensätze, wie wir sie in letzten Zeitläufen leider erlebt haben (z. B. zwischen Turnen und Sport. D. Ref.), mit Geschick vermieden worden. Wenn ich unter den Namen der Mitarbeiter der beiden Herausgeber die F. A. Schmidt-Bonn, R. W. Schulte-Spandau, K. Gaulhofer-Wien, C. Diem-Berlin, Erich Klinge-Berlin besonders nenne, so sollen damit die anderen nicht zurückgesetzt, sondern das ganze Werk nur mit wenigen Schlaglichtern charakterisiert werden. Ein genaues Eingehen auf die Einzelaufsätze wird nicht möglich sein, nur darf hin und wieder ein kurzer Satz hergesetzt sein. Dem Folgenden in der Einführung von Mathias werden wir nur freudig zustimmen können: „. . . Dagegen richtet sich unsere Abwehr, daß die Rekordleistung an und für sich schon eine hohe Kulturtat sei. Sie kann es sein, wenn der Träger des Rekords daneben als Mensch in Familie und Beruf seinen ganzen Mann stellt." Körperbildung als Problem tiefster sittlicher Art, diesem nachzuspüren ist wohl des Schweißes der Edleren wert. Und das tun die Herausgeber und ihre Mitarbeiter, indem sie uns in zwei Bänden, dem ersten „Grundlagen und Wege", dem zweiten „Wert und Ziel" hindurchführen durch die hygienischen und biologischen Grundlagen des Turn- und Sportwesens, durch die Lehre von der Bedeutung der Haut für die Gesundheit, vom Nervensystem im Sport, von der Eignungs- und Leistungspsychologie. Den Arzt interessiert ganz besonders der sehr gute Aufsatz (O. Forster) über Leibesübungen und Therapie; wenn nur erst mehr Aerzte, anstatt ein belangloses Rezept zu schreiben, eine wertlose Einspritzung oder gar eine unnötige oder erfolglose Operation zu machen, Leibesübungen machen lassen wollten! Dazu gehört aber zunächst, daß man selbst etwas davon versteht. (Dazu gibt der Deutsche Aerztebund zur Förderung der Leibesübungen in seinen Kursen Gelegenheit! D. Ref.) Die Aufsätze über Gymnastik, Schulturnen, Bewegungsspiel und Trainingskultur decken die feinsten Unterschiede dieser Dinge, ihre Licht- und Schattenseiten auf, wonach auf dem Wege zur körperlichen Vollkommenheit (Diem) unter dem Schlachtruf: Los von der Gehirnathletik! eine neue deutsche Kultur etwa nach dem Muster der altgriechischen Kalokagathie gesucht wird. An diesem Begriff knüpft auch Alois Fischer im zweiten Bande an mit seinem sehr erschöpfenden Aufsatz „Historische Stile männlicher Körperkultur", der meines Erachtens so schön ist, daß er einer Sonderbesprechung bedürfte. In „Sportformen und Charakter" setzt Klinge dem Zahlenkult als Zeichen der Dekadenz, dem sportlichen Größenwahn, der grenzenlosen Anmaßung und der Ueberbewertung sportlicher Dinge die Forderung nach erziehungsfähigen Führern und den fundamentalen Satz entgegen: „Sportsmann sein heißt Edelmensch sein!" Hoffen wir, daß wir wenigstens in Deutschland einmal dies Ziel erreichen; noch sind wir nicht so weit! Wenn in anderen Aufsätzen noch der Sport in seinen Beziehungen zur Wirtschaft, zur Industrie, zur Landwirtschaft, zur geistigen Arbeit klargelegt und die männliche Schönheit, das ist vollendete Körperbildung, noch unter dem Gesichtswinkel der Aesthetik, des männlichen Tanzes und der Schauspielkunst beleuchtet wird, so kann damit das Thema „männliche Körperbildung" als restlos erschöpft bezeichnet werden. — Ich habe mich im Vorstehenden selbst einer von mir so genannten sekundanerhaften Inhaltsangabe schuldig gemacht; das ist vielleicht verzeihlich in Ansehung der Fülle des gebotenen Stoffes, der ein näheres Eingehen von vorneherein ausschließt. Und da, wie gesagt, die Herausgeber alle möglichen Richtungen haben zu Wort kommen lassen, so war die Entwickelung eines einheitlichen Grundgedankens im Referat nicht möglich. So ist auch Giese im Schlußwort der Ansicht, daß das Buch statt Allgemeingültigkeit nur Relativität gebracht hat und statt Abschlusses des Themas lebendiges Weiterforschen verheißt. Zu diesem jeden dazu befähigten Leser anzuregen, ist das Buch vorzüglich geeignet. Dafür, daß es mit vorzüglichen Bildern ausgestattet ist, wird gerade der Anatom und der mit Körperform- und Konstitutionstypen vertraute oder sich beschäftigende Sportarzt dem bekanntermaßen rührigen Verlage Dank wissen. Alles in allem, dieses Buch gehört zu den erfreulichsten Neuerscheinungen in der allmählich zu gewaltigem Wogenschwall anwachsenden modernen Sportliteratur und in die Hand möglichst vieler Aerzte. Wir dürfen an diesen Fragen nun einmal nicht mehr uninteressiert vorübergehen; machen wir die Bewegung nicht mit, so geht sie unter anderen Führern über uns hinweg!

Dr. Robert Lehmann, Düsseldorf.

Dr. med. Georg Royal: **Abriß der homöopathischen Arzneimittellehre.** Uebersetzt von Dr. Balzli, Verlag Johannes Sonntag, Regensburg, 1926. — Nicht umsonst werden in Deutschland die homöopathischen Arzneimittellehren der amerikanischen Schule freudig begrüßt, haben doch die Amerikaner durch ihre enormen Hilfsmittel die Möglichkeit zu großzügigem experimentellem Arbeiten, besonders auch, da ihnen zahlreiche Institute zur Verfügung stehen, etwas was nicht umsonst in Deutschland entbehrt wird. Die vorliegende Arbeit ist nun allerdings nicht gerade als das beste zu bezeichnen, was wir Amerika auf diesem Gebiete verdanken. Nicht nur bei den einzelnen Arzneimitteln hat der Verfasser ein stark subjektives Vorgehen geübt, indem er zahlreiche gutbewährte Indikationen der einzelnen Medikamente völlig negiert hat, anderseits ist auch der ganze Aufbau des Buches durchaus unübersichtlich. Den wirklichen Wert des Buches bilden nur die sehr zahlreichen persönlichen Erfahrungen, die der Verfasser bei jedem Medikament eingeflochten hat, so daß auch der Erfahrene das Buch nicht ohne Nutzen durcharbeiten wird. Betont sei aber nochmals ausdrücklich, daß es als Einführung in die homöopathische Arzneimittellehre ungeeignet ist. — Die Uebersetzung ist bis auf einige Kleinigkeiten durchaus gelungen.

Dermitzel.

LIBRARY
RECEIVED
JAN 14 1927
U.S. Department of Agriculture.

448.8
F77

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post ¼ Jahr 6,— Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7,— Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 37 BERLIN, DEN 21. DEZEMBER 1926 44. JAHRGANG

Cardiazol (Knoll)
(Pentamethylentetrazol)

Außerordentlich rasch wirkendes

Analeptikum

Vollkommen wasserlöslich
Keine öligen Spritzen
Niemals Abszesse oder Nekrosen
Einheitliche Dosierung für alle Anwendungsformen
Kein Campher Geruch oder -Geschmack
Verursacht keine Kumulation
Auch peroral gute Wirkung.

Ampullen (1,1 ccm)
Orig.-Packg. mit 6 St. (M. 2.60)
Nach Bedarf 1 Ampulle.

Tabletten (0,1 g)
Orig.-Packg. mit 10 St. (M. 2.20)
Mehrmals täglich 1—2 Tabl.

Liquidum.
Privat-Packg. 10 ccm (M. 2.20)
Spar-Packg. 10 ccm (M. 1.95)
3—4 mal tägl. 20 Tropf. (= 0,1 g)

Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Für Kinder

Subkutan oder intravenös: *Für Säuglinge ½ Ampulle oder ½ ccm steril. Lösung.*
Für ältere Kinder 1 ganze Ampulle zu 1,1 ccm.

Peroral: *Für Säuglinge 10 Tropfen Liquid. oder ½ Tablette.*
Für ältere Kinder 0,1 g in Tabletten, Pulver od. Lösung.

Bei nervösen Erscheinungen Bromural

ULTRACTINA

Ultraviolett bestrahltes Alpenmilchpulver
in der Hand des Arztes

SICHERES HEILMITTEL
u. Vorbeugungsmittel gegen

RACHITIS

Angezeigt auch gegen Osteomalazie,
bei Schwangerschaft und Lactation.

D.R.P. u. Auslandspatente angemeldet.

Hergestellt nach dem Originalverfahren
der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Nur in Apotheken erhältlich

Merkblatt für den Arzt auf Wunsch durch
Edelweiss-Milchwerk-Kempten/Allgäu

UNGIFTIGES SCHLAF-UND
BERUHIGUNGSMITTEL

Zyma
ERLANGEN

HOVALETTEN
ZYMA
CHEMISCHE FABRIK
ZYMA G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
KASSENPACKUNG
Hovaletten
Zyma

HOVALETTEN

Weihnachts-Angebot

Jede Zigarre 15 Pfg.

Wieck's Sumatra Sandblatt
Fehlfarben Nr. 150

Wieck's „El Ministro"

Wieck's
Reklame-Schuß Nr. 2

in Kisten zu 50 Stück franko Haus per Nachnahme. / Probieren Sie und Sie werden mein treuer Kunde!

Zigarren-Versandhaus Gustav Wieck, Bln.-Karlshorst,
Treskow-Allee 84 // Telefon Oberschöneweide 45

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg. (Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Tilmann.)
Dr. Geldmacher: Beitrag zur Kasuistik und Statistik der Tumoren der männlichen Brustdrüse 1427
Dr. med. Toni Haber: Eheberatung und Nervenkrankheiten 1429
Prof. Dr. Max Flesch, Hochwaldhausen: Aerztliche Sexualberatung. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Schindler-Fulda in Nr. 19 der Fortschritte der Medizin 1431

Laufende medizinische Literatur:

Klinische Wochenschrift, Nr. 43 und 49 1433
Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 49 . . . 1434
Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin, 52., Heft 1/2 1434
Reichsgesundheitsblatt, 1. Jahrgang, Nr. 46, 47 . . 1435
Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Heft 11/12 1435
Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Heft 11, 12a 1435
Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, Heft 23, 24 1435
Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung, N. F., Nr. 2 1436
Zentralblatt für innere Medizin, 47. Jahrg., Nr. 47/50 1436
Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 49, 50 1436
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Oktober 1926 1437
Archiv für Ophthalmologie, 117., Heft 4 1437
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 35., Heft 2 1437
Archiv für Dermatologie und Syphilis, 152., Heft 1 1440
Dermatologische Wochenschrift, 83., Nr. 48, 49 . . 1441
Magyar Orvosi Archivum, Heft 4, 5 1441
Orvosképzés, Heft 5/6 1441
Wratschebnoie Dielo (Aerztliches Wesen), Charkow, Nr. 19 1443
Polski Przeglad Chirurgiczny oraz Radjologiczny, 5., Heft 3 1443
Polska Gazeta Lekarska, Nr. 40/44 1444
British Medical Journal, Nr. 3437 1444
The Glasgow Medical Journal, 24., Nr. 11 1446
La Presse Médicale, Paris, Nr. 88-92 1447
Annales d'occulistique, Oktober 1926 1447
Revue Internationale de l'Enfant, September/Oktober 1926 1447
El Siglo Medico, 78., Nr. 3798-3801 1448
Revista Española de Medicina y Cirurgia, 9., Nr. 100, 101 1448
Revista Clinica de Bilbao, 1., Nr. 9 1448
La Medicina Ibera, 10., Nr. 462, 463 1448
La Pediatria Española, 15., Nr. 167 1449
The Journal of the American Medical Association, Chicago, 87., Nr. 19 1449
The American Journal of the Medical Sciences, 172., Nr. 4 1450
Archives of Internal Medicine, 138., Nr. 5 1451
American Journal of Ophthalmology, November 1926 1452
Revista Medica Latino Americana, 11., Nr. 132 . . . 1452
Revista Sud-Americana, 9., Nr. 8 1452
Buchbesprechungen 1453

Erkältung:

Bei den Kassen zugelassen!

Rheumasan
Das führende perkutane
Antirheumaticum und **Antineuralgicum**
auch bei quälenden Herzsensationen
KP. Tube M. 0.70,
$^1/_2$ Tube M. 1,25,
$^1/_1$ Tube M. 2.—.

Lenirenin, *rein (Staubfeines Lenicet-Nebennierenpräparat)*
Schleimhautabschwellend, sekretionsvermindernd, blutstillend
Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis, Epistaxis, juckendes Gehörgangekzem
KP. (1,25 gr) M. 0.60,
Schacht. (5,0 gr) M. 1.50,
(12,5 gr) M. 3.—.

Lenirenin-Salbe
Anaemisierend, antiphlogistisch und juckstillend
Augen-, Nasen-, Ohren-, Haut- und **Schleimhaut-Salbe**
(auch Säuglingsschnupfen)
Tube M. 1.40.

Lenirenin-Schnupfen-Salbe
Rhinitis Erwachsener (nicht für Säuglinge, diesen Lenirenin-Salbe)
Tube M. 0,60.

Literatur und Proben
Dr. R. Reiss, **Rheumasan-** und **Lenicet-Fabrik,** Berlin NW 87/Fm.

Gallophysin

nach **Dr. K. Reicher**
(2-phenylchinolin-4-carbons. Natr. 0,5 g : 5 ccm + 0,008 g
Falicain : 1 ccm Pitulober = 4 Voegtlin-Einheiten)

Wirkung: Summation von Cholerese und Cholekinese

Erfolgreich angewandt bei Cholelithiasis, Cholecystitis, Stauungsgallenblase, Icterus mit und ohne Steinverschluß und bei Recidiven nach Cholecystektomie

Anwendung: 4—6 intraglutäale Injektionen
Stärke I 3 Ampullen 9.90 Rmk.
„ II 3 „ 10.60 „
in den Apotheken

Literatur nebst ausführlicher Gebrauchsanweisung
durch die

Saccharin-Fabrik Aktiengesellschaft
vorm. Fahlberg, List & Co.
Magdeburg-Südost 18

Oesterreichische Vertretung:
Chemoprodukte Aktiengesellschaft, Wien I, Maria Theresienstraße 8

Bei allen Erkältungskrankheiten der Atmungsorgane
wirkt
Polygalysatum Bürger

Ysat (Dialysat) aus Rad. Polygalae senegae

prompt expektorierend und hustenreizlindernd.

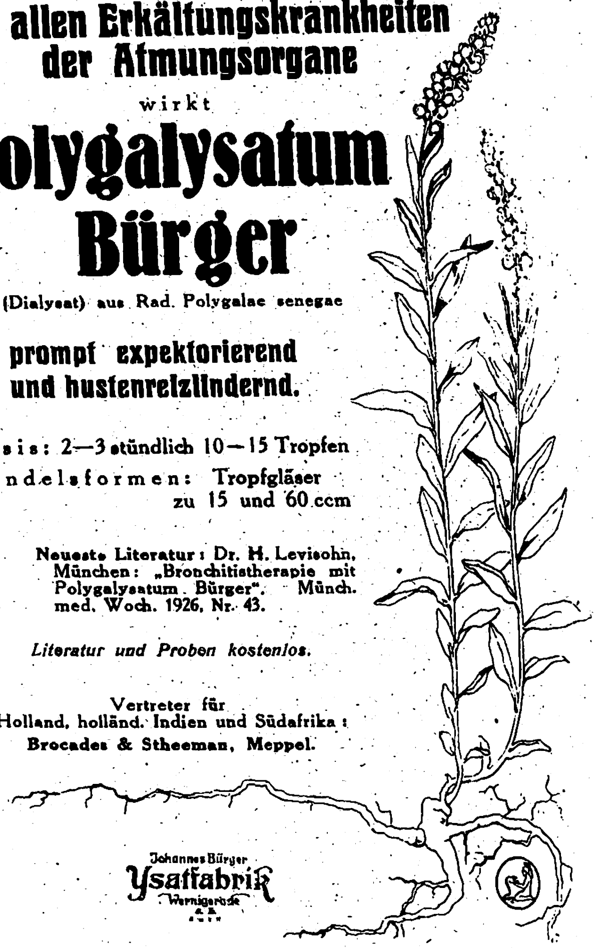
Dosis: 2—3 stündlich 10—15 Tropfen
Handelsformen: Tropfgläser zu 15 und 60 ccm

Neueste Literatur: Dr. H. Levisohn, München: „Bronchitistherapie mit Polygalysatum Bürger“. Münch. med. Woch. 1926, Nr. 43.

Literatur und Proben kostenlos.

Vertreter für
Holland, holländ. Indien und Südafrika:
Brocades & Stheeman, Meppel.

Johannes Bürger
Ysatfabrik
Wernigerode
A.-G.



EPITHENSALBE

Vereinigt die Wirkung von Scharlachrot und Perubalsam

Gesunde Granulation, rasche Epithelisierung von Wunden jeder Art.

Bei großen Krankenkassenverbänden zugelassen und in das „Deutsche Arzneiverordnungsbuch 1926“ **als wirtschaftlich** für die Kassenpraxis aufgenommen.
Originaltuben von 25 und 40 g — Verbraucherpreise Mk. 0,55 und Mk. 0,80.

Literatur und Proben kostenlos.

TEMMLER-WERKE, Vereinigte Chemische Fabriken, **BERLIN-JOHANNISTHAL.**

Oskalson

Drops und Pulver

Für die Kalktherapie

Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl, (Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Cacl, (Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G.m.b.H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 37 21. DEZEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik Köln-Lindenburg.
(Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Tilmann.)

Beitrag zur Kasuistik und Statistik der Tumoren der männlichen Brustdrüse.

Von

Dr. Geldmacher, Assistent der Klinik.

Die Geschwülste der männlichen Brustdrüse sind im Gegensatz zu denen der weiblichen außerordentlich selten und haben daher von jeher die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gezogen. Der Grund für diese Seltenheit dürfte wohl in dem Umstand zu suchen sein, daß die männliche Brustdrüse mangels einer speziellen Funktion nicht die physiologischen Veränderungen durchzumachen hat wie die der Frau in der Zeit der Gravidität und der Laktation und daher auch in pathologischer Hinsicht im Vergleich zur weiblichen Brustdrüse in den Hintergrund tritt. Nach den veröffentlichten Statistiken von Schuchardt (2%), Poulsen (1,5%), Williams (ca. 1%) und von Finsterer betragen die Neubildungen der männlichen Brustdrüse ca. 1 bis 2% sämtlicher Brustdrüsentumoren. Die sarkomatösen und namentlich die karzinomatösen Neubildungen überwiegen dabei bei weitem an Häufigkeit des Vorkommens. Von den von Schuchardt in seiner Sammelstatistik angeführten 469 Tumoren der männlichen Brustdrüse hatten nur 25 gutartigen Charakter. Bei der Durchsicht der einschlägigen Krankengeschichten der letzten 17 Jahre der Tilmannschen Klinik ergaben sich folgende Zahlen: von 169 Fällen von Brustdrüsentumoren entfielen 167 auf das weibliche Geschlecht, also nur 2 Fälle, d. s. 0,8% auf das männliche. Es sei an dieser Stelle kurz erwähnt, daß von den 167 Geschwülsten der weiblichen Brust 122 Karzinome waren, daneben 45 gutartige Neubildungen u. a. Adenofibrome (20), Adenome (2), Zysten, Tbc.-Lymphozyten etc. Ein reines Fibrom wurde bei diesen in keinem Falle beobachtet, ebenso keine Sarkome merkwürdigerweise, die nach anderen Statistiken durchschnittlich 10% sämtlicher Mammatumoren ausmachen. Der eine Tumor der männlichen Brust betraf einen 64jährigen Schlosser und stellte sich als medulläres Karzinom dar, wie es schon häufig beschrieben wurde und daher hier nicht von besonderem Interesse ist, während der zweite, auf den ich näher eingehen werde, ein reines Fibrom war.

Unter den gutartigen Tumoren der männlichen Brustdrüse, deren häufigster Vertreter das Fibroadenom in umschriebener und diffuser Form ist, hat man, wie aus der Literatur hervorgeht, nur ganz vereinzelt das reine Fibrom gefunden, dessen Vorkommen auch bei den gutartigen Geschwülsten der weiblichen Brustdrüse zu den Seltenheiten gehört. Ebenso wie Schimmelbusch auf das seltene Vorkommen dieser Geschwulstform in den Bauchdrüsen hinweist, betonen auch Dietrich und Frangenheim, daß sie noch kein zweifelsfreies Fibrom zu Gesicht bekommen haben. In der älteren Literatur findet man, worauf auch die letztgenannten Autoren hinweisen, wohl häufig Fibrome unter den Brustdrüsengeschwülsten beschrieben, die jedoch ihrer ganzen Struktur nach zum Teil der Hypertrophie der Brustdrüse, zum Teil der diffusen Fibromatosis und den fibro-epithelialen Neubildungen zugesprochen werden müssen; sie erfüllen nicht die Anforderungen des Begriffes Fibrom, nämlich die in sich geschlossene und vom umgebenden Gewebe scharf abgesetzte expansive Wachstumstendenz der aus fibrillärem Bindegewebe bestehenden Geschwulst, die sich von ihrer Umgebung durch Dichte, Zellgehalt und Anordnung der Faserzüge unterscheidet. So können auch die von Kudji und von G. B. Schmidt beschriebenen Fibrome nicht als solche anerkannt werden.

Virchow hat wohl zuerst ein reines Fibrom bei einem 18jährigen jungen Mann erwähnt, bei dem die Amputatio mammae wegen der bestehenden starken Schmerzen trotz vorheriger antiphlogistischer Behandlung vorgenommen werden mußte. Später beschreibt Kraftschenko noch ein reines 5½ kg schweres Fibrom, ausgehend von der Portio clavicularis des linken Musculus pectoralis major, dessen Fasern fächerförmig in die Geschwulst eintraten; ferner berichtet Poulsen noch über 2 Fälle von reinen Fibromen bei einem 64jährigen und einem 18jährigen Manne, die jedoch nicht näher beschrieben sind. Im übrigen konnte ich bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur, soweit sie mir zur Verfügung stand, keinen weiteren entsprechenden Fall finden, so daß mir die Veröffentlichung eines Falles von reinem Fibrom der männlichen Brustdrüse, der vor kurzem in der Tilmannschen Klinik zur Beobachtung und Operation kam, wegen der besagten Seltenheit dieser Tumoren gerechtfertigt erscheint.

Es handelt sich um den 49jährigen Arbeiter W. H., dessen Familien- wie eigene Anamnese keine Besonderheit bietet. Ende 1923 bemerkte Patient in der linken Brust eine kleine harte und bewegliche Geschwulst, die sich nur langsam vergrößerte und in den ersten Jahren auch keine Schmerzen verursachte. Im Februar 1924 wurde er dieserhalb von einem praktischen Arzt, bei dem Patient wegen einer Bronchitis in Behandlung war, in Lokalanästhesie operiert. Einige Monate später trat jedoch die Geschwulst erneut wieder auf und zeigte in der Folgezeit ein wesentlich rascheres Wachstum; angeblich habe sich im Bereich der Narbe nach der Operation eine oberflächliche Entzündung abgespielt. Wegen zunehmender ziehender Schmerzen und starken Spannungsgefühls in der linken Brust suchte Patient am 12. 8. 1926 die hiesige Klinik auf. Er führte die Entstehung der Geschwulst auf einen Unfall im August 1922 zurück: er wurde damals von einem Motorradfahrer überfahren und verspürte gleich hinterher starke Schmerzen in der linken Brustseite, die sich blaurot verfärbte. Außer dieser Quetschung des Thorax trug Pat. bei dieser Gelegenheit noch eine komplizierte Unterschenkelfraktur davon.

Befund: Mäßiger Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Keine Exantheme, keine Oedeme, keine allgemeine Drüsenschwellung. Temperatur und Puls normal. Innere Organe und Nervensystem o. B. Wassermannsche Reaktion +++.

Die ganze linke Brust wird von einem faustgroßen knolligen Tumor von derber Konsistenz und unregelmäßiger Oberfläche eingenommen. Die Haut zeigt am Rande des Tumors deutliche Venenzeichnung und ist auf seinem Scheitel papierdünn und zum Teil rötlich verfärbt. In der Gegend der alten Operationsnarbe, die noch undeutlich zu erkennen ist, ist die Haut in einer Ausdehnung von Einmarkstückgröße adhärent, im übrigen aber über den Tumor gut verschieblich. Auf ihrer Unterlage ist die Geschwulst gut beweglich. Die Mamilla befindet sich auf dem unteren äußeren Quadranten des Tumors. Die regionären Drüsen sind nicht vergrößert. Nebenstehende Photographie des Mannes läßt Sitz, Ausdehnung und Form der Geschwulst gut erkennen.

Dem ganzen Aussehen nach wird der Tumor als Sarkom der Brustdrüse angesprochen. (Erwähnenswert sind bei dieser Gelegenheit die vom Tumor ausgehenden lanzinierenden Schmerzen, deren zunehmende Heftigkeit den Patienten eigentlich erst in die Klinik zu gehen veranlaßten, und die für die Bösartigkeit von Neubildungen in der Brustdrüse charakteristisch sind.)

Am 14. 8. 1926 wird die Radikaloperation mit Entfernung des Pectoralis major und minor und Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen. Der Heilverlauf war bis auf eine kleine Stelle in der Mitte der Operationsnarbe, wo infolge der starken Spannung der Nähte die Hautränder durchschnitten wurden, ein glatter. Am 9. 9. 1926 konnte Patient mit fester und reaktionsloser Operationsnarbe unter geringer Einschränkung der Beweglichkeit des linken Armes im Schultergelenk aus der Klinik entlassen werden. Die Nachuntersuchung des Patienten am 10. 11. 1926 ergab eine feste und gut verschiebliche Operationsnarbe, im übrigen o. B. Die erste Untersuchung des exstirpierten Tumors von seiten des hiesigen pathologisch-anatomischen Institutes ergab folgenden Befund (Prof. Dr. Siegmund): Gut abgegrenzte harte Neubildung von faszikulärem Bau. Keine Zysten. Histologisch besteht ein gleichmäßiger Gewebsaufbau aus feinfaserigem Gewebe mit reichlichen, sehr regelmäßigen Spindelzellen. Demnach liegt ein zellreiches Fibrom vor. In den Drüsen außer Sinuskatarrh keine Veränderungen. — Bei den vielen systematisch vorgenommenen Untersuchungen aus allen Teilen des Tumors fand ich immer wieder das Ergebnis der ersten Untersuchung bestätigt, was auch die Herren Professoren Dietrich und Siegmund, die später auf meine Bitte hin nochmals den Tumor auf seine histologische Beschaffenheit prüften, und denen ich für die liebenswürdige Unterstützung an dieser Stelle meinen besten Dank sage, versicherten. Die nebenstehende Photographie zeigt den exstirpierten Tumor, der in seiner Mitte sagittal durchschnitten wurde. Er ist von einer derben fibrösen Kapsel umgeben und setzt sich überall deutlich sichtbar gegen Haut und unter Verdrängung der Drüsensubstanz gegen den M. pectoralis major hin ab, der auf dem Bilde im Grunde zwischen den Schnittflächen des Tumors erkennbar ist.

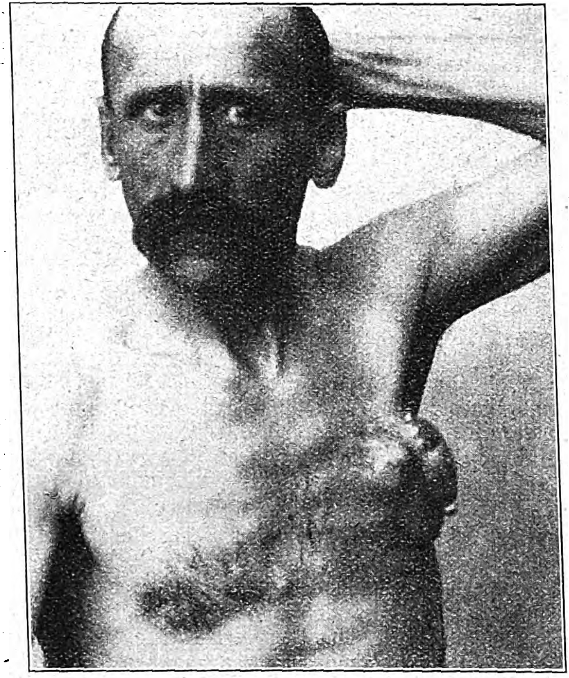


Abb. 1.

Auf die Wichtigkeit traumatischer Reizwirkung als auslösendes Moment für das Wachstum eines Tumors in der männlichen Brustdrüse wurde von verschiedenen Autoren schon hingewiesen. So spielt bei manchen Berufsständen (Schuster, Schmied, Tischler) zweifellos die Art der Beschäftigung, bei der die Männer zum Zweck stärkerer Gewaltentfaltung Gegenstände gegen die Brust zu stemmen pflegen, eine gewisse Rolle. Ein gutes Beispiel für eine solch dauernde Reizwirkung finden wir bei unserem ersten Fall, der mit dem besagten medullären Karzinom der Brustdrüse in die Klinik kam und radikal operiert wurde. Der Mann — ein 64jähriger Schlosser — gab auf Befragen an, daß er den Eisenbohrer zum Zwecke größerer Kraftentfaltung regelmäßig gegen seine linke Brust stemme und auch häufig beim Hämmern die zu bearbeitenden Eisenteile durch Anpressen an die Brust feststelle. 1½ Jahre vor seiner Aufnahme in die hiesige Klinik hat er eine Entzündung der linken Brustdrüse gehabt, in deren Verfolg sich das Karzinom entwickelte. Von Winniwarter weist ebenfalls auf die Wichtigkeit der Einwirkung einer traumatischen Schädlichkeit bei der Beschreibung eines Falles hin, bei dem sich nach einer Schußverletzung der linken Brust 6 Monate später in der Narbe ein von der Brustdrüse ausgehendes Karzinom entwickelte. Bei unserem zweiten Patienten ist der von ihm als Ursache der Geschwulst gegebene Unfall im Jahre 1922, bei dem eine Quetschung der linken Thoraxhälfte mit blauroter Verfärbung der Haut resultierte, ebenfalls von Belang und als auslösender Faktor für die Entwicklung des Mammafibroms nicht von der Hand zu weisen.

Es könnten bei der Betrachtung dieses Falles vielleicht Zweifel darüber aufkommen, daß das Fibrom die Brustdrüse selbst als Ausgangspunkt habe, und es könnte die Frage gestellt werden, ob nicht der Tumor sich von der Haut über der Drüse aus entwickelt habe. Die häufigen histologischen Untersuchungen ließen keinen Anhaltspunkt für die Entstehungsmöglichkeit von der Haut aus erkennen; allerdings konnte bei der Größe des Tumors und der dadurch bedingten vollständigen Verdrängung der Drüsensubstanz die histologische Untersuchung auch nicht mit absoluter Gewißheit den Beweis für die Herkunft des Fibroms vom Bindegewebe der Brustdrüse erbringen. Das ganze klinische Bild jedoch, wie es sich im Anfang nach den Mitteilungen präsentierte, — es war ein kirschgroßer, unter der Haut befindlicher, gut verschieblicher Tumor, der zuerst von einem praktischen Arzt in Lokalanästhesie teilweise exstirpiert wurde — trägt ebenfalls ein Teil zu unserer Ansicht bei, daß hier wohl die Brustdrüse selbst als Entstehungsherd des Fibroms in Betracht kommt. Wie dem auch sei, erschien mir der ungewöhnliche Sitz dieses Fibroms das seinem ganzen Aussehen und seiner Beschaffenheit nach zu einer Fehldiagnase führte und daher radikal operativ angegriffen wurde, so bemerkenswert und von seltenem Vorkommen, daß seine Veröffentlichung gerechtfertigt erschien.

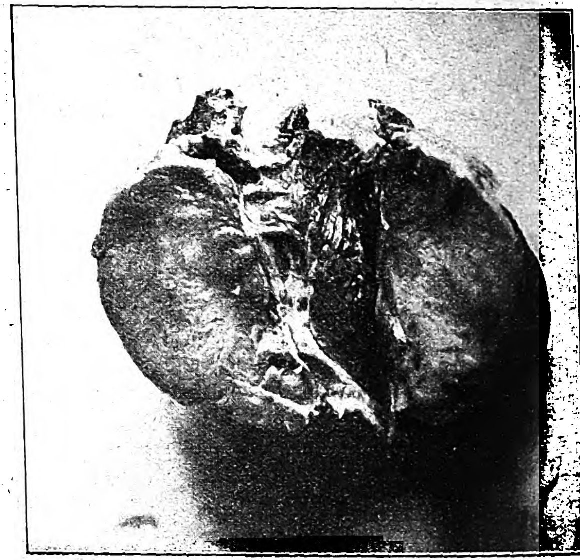


Abb. 2.

Schriftenverzeichnis:

1. Finsterer: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1906 Bd. 84.
2. Dietrich u. Frangenheim: Neue Deut. Chir. Bd. 35.
3. Kraftschenko: Drei seltene Fibrome Ref. Zentralbl. d. Chir. 1908.
4. Kudji: Zur Pathologie der menschlichen Brustdrüse. Stuttgart 1921.
5. Poulsen: Archiv f. klin. Chir. 1891 Bd. 42.
6. T. H. Mayer: Ein Beitrag zur Geschwulstbildung der männlichen Mamma. Diss. Würzburg 01—02.
7. Schimmelbusch: Arch. f. klin. Chir. Bd. 44.
8. G. B. Schmidt: Beiträge zur klin. Chir. 1888 Bd. 4.
9. Schuchard: Arch. f. klin. Chir. Bd. 31, 32, 35, 41.
10. v. Winniwarter: Beiträge zur Statistik der Karzinome. Stuttgart 187
11. Virchow: Die krankhaften Geschwülste Berlin 1863—65.

Eheberatung und Nervenkrankheiten.

Von

Dr. med. TONI HABER.

Wenn Schillers Wort, daß sich prüfen soll, wer sich ewig bindet, immer ernsthaft in die Praxis umgesetzt werden würde, so würden die Standesämter möglicherweise sehr viel weniger für Eheschließungen, aber auch sicher die Gerichte ebenso viel weniger für Scheidungen in Anspruch genommen werden; denn die Art und Weise, in der heute die meisten Ehen geschlossen werden, bietet keinerlei Garantie dafür, ob die beiden Gatten körperlich und geistig erstens für die Ehe überhaupt und zweitens für einander geeignet sind. Wenn also der Arzt, und besonders der Nervenarzt, vor die Frage gestellt wird, ob eine Ehe der beiden in Frage kommenden Partner einzugehen oder ob eine solche abzulehnen sei, so bietet dies eine schwierige Aufgabe, da er entscheiden muß, welche Aussichten für die Gatten selbst und welche für die Nachkommenschaft bestehen.

Gewöhnlich handelt es sich dabei um Persönlichkeiten, die entweder selbst eine Geistes- oder Nervenkrankheit durchgemacht haben, oder in deren Familie solche öfter aufgetreten sind. Zuweilen handelt es sich auch um Neurosen, Süchte, wie Alkoholismus, Morphinismus usw. oder andere Symptome psychopathischer Natur, Phobien, Zwangsneurosen, Perversitäten usw. Für die ärztliche Tätigkeit bieten sich dabei zweierlei Möglichkeiten: einmal kann die Frage in einfacher und etwas primitiver Form dahin gelöst werden, wie weit nach dem heutigen Stande der Wissenschaft sich Nervenkrankheiten bei ein und demselben Individuum wiederholen können, wie weit solche in der Anlage latent bleiben oder manifest werden können, welche sich in der Ehe bessern oder verschlimmern können, welche übertragbar und welche hereditär sein können. Diese Fragen sind, wenn auch immer unter Vorbehalt, aber doch relativ einfach zu lösen und können evtl. bei einmaliger längerer Besprechung und Untersuchung beantwortet werden. Die andere Möglichkeit besteht darin, daß der Arzt tiefer hineingreifen muß in das Triebleben der Betreffenden, daß er sich vertraut machen muß mit Umwelt, weiterer und engerer Familie, Kindheit und Entwicklungszeit, die ihm einen Ueberblick über die Libido seines Schützlings gewährt und ihn erkennen läßt, wie weit ihn diese für ein Zusammenleben mit dem anderen ebenfalls genauer zu analysierenden Partner geeignet erscheinen läßt. Natürlich bietet diese zweite Form sehr viel mehr Schwierigkeiten, die sich nur in längeren Zeiträumen bewältigen lassen.

Die Frage, die am häufigsten zur Entscheidung gestellt wird, wird wohl die sein, wie die Eheaussichten bei einer vorhandenen oder überstandenen oder möglicherweise vererbten Nervenlues sind, worüber in Laienkreisen vielfach ganz verworrene, zum Teil phantastische Ansichten bestehen. Hier muß der Arzt sagen, daß die Aussichten in keinem der Fälle als günstig zu bezeichnen sind, da eine Besserung in der Ehe niemals zu erwarten ist, bestenfalls ein Stillstand, beispielsweise einer abortiven Tabes mit kaum merklichen Symptomen, meist aber eine Verschlimmerung eintreten wird, die selbstverständlich auch ohne Ehe zu erwarten wäre, und die dem gesunden Partner evtl. ein schweres, opfervolles Schicksal bereiten kann. Darauf wäre unbedingt schonend hinzuweisen, falls die Ehe gegen ärztlichen Rat doch geschlossen wird. In zweifelhaften Fällen, und das sind wohl mehr, als gemeinhin angenommen wird, ist unbedingt eine Wa. R anzuraten, die am besten obligatorisch einzuführen wäre, da damit jedes Odium peinlicher oder ungerechtfertigter Verdachtsmomente wegfällt. Nachkommenschaft wäre in all diesen Fällen besser zu vermeiden oder auch nur wieder mit dem freiwilligen Risiko, möglicherweise kranke, schwächliche oder lebensunfähige Kinder in die Welt zu setzen. Dagegen kann von einer direkten Ansteckung bei den tertiären Formen keine Rede mehr sein. Schwieriger gestaltet sich die Frage der Vererbung, wenn ein Elternteil eines der Gatten an Nervenlues gestorben ist, ohne daß bei diesem selbst irgend welche Verdachtsmomente aufgetreten sind; eine Uebertragung im dritten Glied ist wohl beobachtet, aber doch nicht so häufig, als daß es als Ehehindernis praktisch in Betracht zu ziehen ist.

Kompliziert ist auch die Entscheidung hinsichtlich der multiplen Sklerose. Einmal kann hier kein objektives Kriterium wie die WaR., auch die Lumbalpunktion nicht, darüber sicheren Aufschluß geben, ob eine solche vorhanden ist; die minimalen ersten Anzeichen werden oft von Angehörigen jahrelang übersehen oder als Ungezogenheiten, Ungeschicklichkeiten oder einfach, bekanntlich auch von Aerzten, als Hysterie angesehen. Da nun diese Anfangsstadien gerade zumeist das Alter zwischen 20 und 30 Jahren betreffen, in dem auch die meisten Ehen geschlossen werden, so ist in der Tat genaueste Untersuchung und Diagnosenstellung erforderlich, da die multiple Sklerose durch Schwangerschaft und Laktation sehr häufig beeinflußt wird; eine bis dahin latente, wird manifest, eine verhältnismäßig leichte Form verschlechtert sich und kann zu schwerem Siechtum führen. Diese Verschlimmerungen können als Schübe in großen Zwischenräumen auftreten, können aber, auch, besonders in späterer Zeit und nach wiederholten Schwangerschaften, Dauerzustände werden. Somit wären zumindestens weitere Konzeptionen zu vermeiden, wenn nach dem ersten Partus sich eine Verschlechterung gezeigt hat, bezw. ist eine Unterbrechung vorzunehmen. Ob einer Ehe überhaupt zu widerraten ist, möchte man eher mit nein beantworten, da erstens neue Schübe auch ohne Matrimonium eintreten können, rein praktisch die Kranken teilweise lange Zeit leistungsfähig sind und evtl. durch den Parther versorgt sind, während sie als Alleinstehende meistens dem Siechenhaus anheimfallen. Familiarität und Heredität sind nur in verhältnismäßig seltenen Fällen beobachtet worden, können also praktisch vernachlässigt werden.

Ebenso liegt die Sache für die als familiär hereditär bekannten Nervenkrankheiten, wie die Friedreichsche Ataxie, die Dystrophia musculorum, die Myotonia congenita, die Huntingtonsche Chorea usw., die im Verhältnis zu selten sind, um praktisch in der Ehefrage eine Rolle zu spielen, bei denen aber immer von Nachkommenschaft abzuraten wäre. Selbstverständlich sind Tumoren des Zentralnervensystems, Myelitiden, Erkrankungen der Hirnhäute, striäre Erkrankungen, Enzephalitis, Poliomyelitis usw. durch die Ehe in keiner Weise beeinflußbar.

Zu erwähnen wären noch die Krankheiten, die in das Gebiet der Migräne und Neuralgien gehören. Erstere hängt zweifellos mit innersekretorischen Verhältnissen zusammen, die sicher in der Ehe eine Veränderung erfahren können, aber ob im Sinne einer Verbesserung oder Verschlimmerung, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, würde auch ebenfalls in der Praxis nicht von Wichtigkeit sein. Heredität ist bekanntlich vielfach nachzuweisen. Dasselbe gilt von den verschiedenen Formen der Neuralgie, die alle kein ernsthaftes Ehehindernis bilden.

Alle diese Krankheitserscheinungen können bei Gelegenheit und mit Begleiterscheinungen auftreten, die den Verdacht der Hysterie erwecken und dem Betroffenen diesen in Laien- wie in Aerztekreisen gleich unbeliebten Stempel aufdrücken. Sehr häufig wird ihnen damit unrecht getan, und die Schuld ist denen beizumessen, die diese leichtsinnig ausgesprochene Diagnose stellten oder ihr beipflichteten. Das Auftreten von Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Ohnmachten, objektiv nicht nachweisbaren Nervenschmerzen usw., das sich gerade in höchst ungeeigneten Momenten, d. h. wenn unangenehme oder aufregende Pflichten erfüllt werden müssen, einzustellen pflegt, kann selbstverständlich den Verdacht der Simulation erwecken, und nur der erfahrene Facharzt wird unterscheiden können, ob es sich um eine hysterische Reaktion handelt, die bewußt oder unbewußt darauf ausgeht, Vorteile irgendwelcher Art zu erlangen, oder um Gleichgewichtsstörungen im vegetativen Nervensystem oder endokriner Art oder um eine beginnende multiple Sklerose oder Paralyse. Nur genaue Kenntnis der gesamten Persönlichkeit auch in gesunden Tagen kann darüber Aufschluß geben, und nur danach kann sich eine Entscheidung in der Ehefrage richten. Hysterisch reagierende Individuen werden in der Ehe immer unbequeme Partner sein, bei denen allerdings den Nachteilen auch gewisse Vorteile gegenüberstehen, da die rasche und lebhafte, affektbetonte Reaktion sich auch häufig im angenehmen Sinne bemerkbar machen kann. Grundlegende Aenderung dieses Konstitutionstyps durch die Ehe ist kaum zu erwarten.

Für alle bisher besprochenen Erkrankungen ist aber der Zusammenhang mit der Ehe im ganzen nur lose, die Abhängigkeit von einander durchaus nicht sicher; der Schaden, der durch eine Ehe dabei verursacht werden könnte, im ganzen nicht viel größer als bei deren Unterlassung. Anders aber liegen die Verhältnisse bei psychischen Erkrankungen, Psychosen, Neurosen und schweren Psychopathien, bei denen der konstitutionelle, hereditär-familiäre Charakter auch in Laienkreisen allgemein bekannt ist. Es gibt fast kaum eine Anamnese bei Psychosen, wo nicht entweder in direkter

Linie oder auch in entfernteren Seitenlinien dieselbe oder andere psychotische Erkrankungen nachzuweisen sind. Sehr häufig ist ein Durcheinander der verschiedensten Formen in einer Familie vorhanden, Schizophrene, Manisch-Depressive, Psychopathen aller Form, Verbrecher neben Künstlern, Abenteurer und pedantische Sonderlinge, je genauer die Anamnese erhoben wird, je mehr Arten und betroffene Mitglieder werden sich finden. Schon in dieser Fülle der Erscheinungen liegt die Schwierigkeit der Entscheidung, welche Rolle eine Ehe in derartig konstituierten Familien spielt und wie sich der Arzt als verantwortlicher Ratgeber dabei verhalten soll.

Am schwerwiegendsten stellt sich diese Verantwortung wohl bei der Schizophrenie; einmal können leichte und beginnende Fälle lange Zeit unerkannt bleiben, andererseits tritt bei den vorgeschrittenen Formen später der Zerfall der Persönlichkeit hier am krassesten in Erscheinung und muß im ganzen als irreparabel gelten. Da ihr zweifellos innersekretorische Störungen zugrunde liegen und diese durch die Ehe weitere Abänderungen erfahren, so ist eine Beeinflussung mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, ohne daß indessen eine eindeutige Prognose zu stellen wäre. Jeder Nervenarzt kennt Fälle, wo nach einem ersten Schub kein zweiter wieder erfolgt ist, eine normale Ehe mit normaler Nachkommenschaft geführt werden konnte. Jeder kennt aber ebenso und vielleicht mehr Fälle, wo besonders während der Schwangerschaft und Laktation neue Schübe aufgetreten sind, die schließlich derartige Dauer und Formen annahmen, daß ein Weiterführen der Ehe nicht möglich war. Eine gewisse Erleichterung bietet hier das Gesetz, das eine Scheidung bei unheilbarer Geisteskrankheit nach mehr als dreijähriger Dauer vorsieht.

Etwas anders liegt es in gewisser Weise beim manisch-depressiven Irresein. Endokrine Störungen sind auch hier nicht von der Hand zu weisen, aber mit Unheilbarkeit ist nur selten zu rechnen. In diesem Falle könnte sich nach erfolgter Scheidung der gesunde Partner ein neues Glück gründen; die Ehe mit einem Manisch-Depressiven dagegen muß trotz unglücklicher Gestaltung häufig aufrecht erhalten werden, da die einzelnen Phasen selten jahrelang andauern und der Kern der oft wertvollen Persönlichkeit erhalten bleibt. Immerhin ist eine solche in der Ehe ein schwieriger Partner, sowohl in den manischen Phasen mit der Uebererregbarkeit und Uebergeschäftigkeit, wie in den depressiven, die mit Teilnahmlosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und schweren Verstimmungen bis zum Selbstmord einhergehen, worauf wohl am besten vorher aufmerksam zu machen ist. Da aber ebenso gut eine günstige Beeinflussung durch bessere äußere Verhältnisse, besonders liebevolle, verständnisvolle Fürsorge und die sonstigen durch die Ehe veränderten Lebensbedingungen eintreten kann, so ist wohl im ganzen einer Ehe nicht zu widerraten, wenn auch die Prognose mit aller Vorsicht zu stellen ist, da alle Psychosen endogenen Ursprungs und von äußeren Verhältnissen nur wenig abhängig sind. Die Gefahr in bezug auf die Nachkommenschaft ist bereits betont worden, doch ist nicht zu vergessen, daß gerade diesen Ehen häufig geniale Persönlichkeiten entstammt sind.

Wenn nun Laien oft einen Umschwung zum besseren von den neuen Verhältnissen im ehelichen Zusammenleben mit einem normalen Partner erhoffen, der den Gefährten durch seine „gesunde Natur" günstig umstellen soll, so müssen naturgemäß bei der konstitutionellen Form der Krankheiten vielfach Enttäuschungen eintreten. Denn mehr als je gilt hier das Goethische Wort des Fortlebenmüssens „Nach dem Gesetz, nach dem Du angetreten".

Sehr ähnlich verhält es sich mit den minder schweren Formen psychischer Anomalien, derentwegen auch bisher selten ein Arzt zu Rate gezogen wurde. Da aber in praxi zahllose zerrüttete Ehen, unglückliche Existenzen, bittere Not und Sorge, Selbstmorde und Verbrechen vermieden werden könnten, falls rechtzeitig sachverständiger Rat eingeholt würde, ist die neue Einrichtung der Eheberatungsstellen außerordentlich willkommen zu heißen, falls sie in der richtigen Form eingesetzt und ebenso in Anspruch genommen wird. Es handelt sich dabei um Fälle neurotisch-psychopathischer Erscheinungen, wie Alkoholismus, Morphinismus, Kokainismus, Perversitäten, Impotenz und Frigidität, Phobien, Zwangsneurosen und alle Arten der „triebhaften Charaktere" vom künstlerischen Genußmenschen bis zum haltlosen Psychopathen, der als asozialer Verbrecher schwerstes Unglück über seine Familie bringen kann. Die Schwierigkeit liegt hier ganz besonders in der Feststellung der Grenze zwischen gesund und krank, da die Uebergänge noch fließender als bei den eigentlichen Psychosen und nur bei längerer und intensiver Beobachtung zu erkennen sind.

Durch die Ehe sind aber Veränderungen sowohl zum Günstigen wie zum Schlechten durchaus möglich, da hier weniger endogene als exogene Faktoren, Milieu, suggestive Einflüsse, pekuniäre, soziale usw. Momente erheblich mitzusprechen haben. Es ist z. B. durchaus möglich, daß ein Alkoholiker oder Morphinist unter dem Einfluß einer verständnisvollen Frau, einer gepflegten Häuslichkeit, geregelter Sexualerotik befreit wird von seiner Sucht, die ja letzten Endes nur eine Ersatzbefriedigung darstellt für Triebe, die nicht adäquat befriedigt werden konnten. Doch muß vor allzu großem Optimismus durchaus gewarnt werden; besonders lassen langes Bestehen der Symptome, sowie deutliche Charakter- und Willensschwäche die Prognose ungünstig erscheinen, da sie als zu fest eingewurzeltes bzw. konstitutionelles Moment selten zum Verschwinden gebracht werden kann. Derartige Individuen stellen einen ganz bestimmten Typ dar, der Alkoholiker, den des brutal-egoistischen Psychopathen mit sadistischen Zügen, der Morphinist und Kokainist, den asthenischen haltlosen Willensschwächling.

Besser sind die Aussichten in den Fällen, wo die Konstitution an sich gut fundiert ist und Gelegenheitsursachen, wie Operationen, Schmerzanfälle, starke suggestive Einflüsse usw., die Sucht hervorgerufen haben. Können diese beseitigt werden und kann eine entsprechende längere psychotherapeutische Behandlung erfolgen, so ist die Möglichkeit einer Heilung in der Ehe durchaus gegeben. Zweifellos bringt von allen Süchten der Alkoholismus die größte Gefahr, einmal, weil er die breiten Volksschichten betrifft, wo die geringen Einkommen sehr oft vollständig zur Befriedigung der Sucht verbraucht werden und namenloses Elend die Folge ist, zweitens in bezug auf die Nachkommenschaft, die als Epileptiker, Imbezille oder zu mindesten Minderwertige eine Belastung nicht nur für die Familie, sondern auch für den Staat bilden, dem letzten Endes die Sorge für diese Unglücklichen anheimfällt. Ist also eine Eheschließung mit einem derartigen Konstitutionstyp beabsichtigt, so ist es Pflicht des Beraters, die Partnerin eingehend aufzuklären und zu warnen. Im größeren Maßstabe muß dies zu den wichtigsten Funktionen der Eheberatungsstellen gehören, da schließlich die Trinkerfürsorge erst einsetzt, wenn das Unglück bereits geschehen ist und die Betroffenen aufs schwerste geschädigt sind.

Wenn auch die Schäden, die der Morphinismus zur Folge hat, im ganzen geringer sind, da nur eine kleine Schicht meist der sozial Höherstehenden betroffen ist, so ist auch hier große Vorsicht und Skepsis am Platze, wenn es sich um den oben erwähnten Typ des halt- und willenlosen Schwächlings handelt, bei dem die Sucht aus endogenen und nicht aus exogenen Ursachen entstanden ist und nur ein Symptom der ganzen schwer neurotischen Persönlichkeit darstellt; auch hier ist Heilung selten, wenn auch mit einem besonders geeigneten Partner und unter günstigen Milieubedingungen nicht unmöglich.

Was nun die perversen Triebrichtungen betrifft, die Homosexuellen, die Sadisten, Masochisten oder sonst anormalen Befriedigungen Verfallenen, so muß auch hier die Frage, ob derartige Persönlichkeiten eine Ehe eingehen sollen, bzw. ob die Perversität dadurch ins Normale gewandelt werden kann, danach richten, ob konstitutionelle oder Gelegenheitsursachen zugrunde liegen. Wenn auch vielfach bezweifelt wird, daß eine homosexuelle Konstitution besteht, sondern die Homosexualität als erworbenes Symptom einer psychopathischen Konstitution angesehen wird, so besteht wohl doch Freuds Theorie zu Recht, die annimmt, daß der homosexuelle Mann, der auch im homosexuellen Verhältnis der männliche Partner ist, keine eigentlich perverse oder abnorme Veranlagung besitzt, sondern nur seine Libido auf ein falsches, d. h. gleichgeschlechtliches Objekt richtet; in diesem Fall braucht nur ein weibliches Liebesobjekt aufzutreten, das „die Richtige" ist, nachdem vielleicht Fixierungen, aus dem Oedipuskomplex stammend, psychoanalytisch gelöst worden sind, und der Betreffende gelangt zur normalen Sexualerotik. Anders verhält es sich, wenn der Homosexuelle bei jeder Liebesbeziehung der weibliche Partner ist, sich auch äußerlich als solcher kundgibt Diese Typen tragen auch meist somatisch die bekannten Merkmale sind fettleibiger, haben im Verhältnis zum Oberkörper kürzere Beine schmaleren Schultergürtel und breiteres Becken; weniger Körperbehaarung, höhere Stimmlage usw., kurz deutliche Störungen endo kriner Natur. Hier würde auch, falls eine solche überhaupt in Frage kommt, durch eine Ehe an der Wahl des Liebesobjektes nichts geändert werden, normaler Geschlechtsverkehr ist kaum zu erwarten, da abgesehen von den psychischen Momenten, auch häufig Impotenz besteht und der Partner oft beschämenden Situationen ausgesetzt ist. Das Experiment einer solchen Ehe ist kaum anzuraten, außer wenn der Partner vorher voll aufgeklärt und dennoch einverstanden ist. Selbstverständlich gilt dasselbe für die Weiblich-Homosexuellen, deren es mehr latente Formen gibt als gewöhnlich angenommen wird. Die vielfach erst in der Ehe zutage tretende Frigidität, die sehr vielen Ehen verhängnisvoll geworden ist, ohne daß es beiden Ehegatten klar war, woran ihr Zusammenleben scheiterte, ist sehr oft ein deutlicher Ausdruck einer latent-homosexuellen Veranlagung. Hat der Arzt Gelegenheit, eine genaue Anamnese oder Analyse zu machen, so finden sich meist eine ganze Reihe dahin gehöriger Erlebnisse. Erinnerungen, Eindrücke, die bis in die frühe Kindheit zurückreichen können und die bis dahin niemals als homosexuelle Erscheinungen bewertet wurden, bis sie im ehelichen Zusammenleben mit dem Manne manifest wurden. Mißglückt eben dieses, so kann es einmal bedeuten, daß der Partner nicht der richtige ist, d. h. der sexuellen Eigenart der Frau nicht entspricht; in diesem Fall kann eine zweite Ehe, in der diese Forderung erfüllt wird, glücklich ausgehen. Es kann aber auch sein, daß die Homosexualität der Frau so stark ausgesprochen ist, daß eine erotisch-sexuelle Beziehung zu einem Mann nicht bestehen kann. In diesem Fall kann natürlich aus äußeren Gründen bei gegenseitigem Einverständnis die Ehe aufrecht erhalten werden; aber im Interesse kaum zu vermeidender Konflikte ist es wohl doch ratsam, das Bündnis zu lösen.

Kommen schon die eben besprochenen Fälle perverser Triebrichtung selten rechtzeitig, d. h. vor Eingehen der Ehe vor den Arzt, so geschieht dies noch seltener bei Veranlagungen sadistischen und masochistischen Charakters. Diese Begriffe sind erst durch Freud populär geworden, der dargelegt hat, daß sie nicht nur den althergebrachten Sinn des körperlich Peinigenden und Gepeinigten haben, sondern alle Zwischengrade bedeuten können, vom brutal-tyrannischen Familienoberhaupt bis zum Pantoffelhelden, von der Xantippe bis zum Kätchen von Heilbronn. Es ist wohl berechtigt, derartige Persönlichkeiten mit zu den nervös Belasteten im Sinne neurotischer Triebverschiebungen zu zählen und daher die Frage der Belastungsprobe durch eine Ehe zu streifen, denn die meisten unglücklichen Ehen beruhen auf der Zusammenkettung zweier derartiger Falschgerichteter, die anfangs gutgläubig annehmen, den Partner ändern zu können, sei es den Tyrannen durch Nachgiebigkeit, den Schwächling durch energische Aufmunterung. Die Erfahrung lehrt aber, daß dies nur in seltenen Fällen glückt, daß auch hier Konstitutionen nicht beeinflußt werden können, und daß besser als unduldsames Erdulden und vorwurfsvolles Sichgefallenlassen die Trennung anzuraten ist, um evtl. eine neue und geeignetere Wahl nach richtiger Erkenntnis des eigenen Trieblebens zu treffen. Diese letzte Forderung muß überhaupt viel ernster und kategorischer gestellt werden, als dies bisher allgemein geschehen ist; erst nach deren Erfüllung würde die oft gehörte Erkenntnis: ich hätte überhaupt nicht heiraten sollen, oder richtiger formuliert, wir beide hätten uns nicht heiraten sollen — nicht mehr unter schweren Kämpfen zu spät gewonnen werden. Wie schon eben angedeutet, hängt das Zusammenleben in der Ehe und Familie von den Triebrichtungen ab, die sich miteinander abzufinden haben, ob diese gleich oder entgegengesetzt laufen, ob sie sich anziehen oder abstoßen werden. Allerdings gibt es für diese neue Form der Selbsterkenntnis bis jetzt kaum einen anderen Weg als den der Psychoanalyse; und die jetzt häufig ironisch gestellte Frage: dann müßte sich wohl jeder Mensch analysieren lassen, möchte man am liebsten mit ja beantworten oder mit der Einschränkung: mindestens jeder, der eine Ehe eingehen will und der fühlt, daß er infolge eines nicht sicher funktionierenden Trieblebens — es würde zu weit führen, hier die Begriffe des Narzismus, des Exhibitionismus, des Oedipuskomplexes, der Ersatzbefriedigungen, kurz der ganzen Libidotheorie Freuds näher zu betrachten — häufig in störende Konflikte mit sich und der Umwelt kommt. Unter diese Persönlichkeiten müssen alle die gerechnet werden, die der großen Gruppe der Psychopathen angehören, worunter die wertvollsten Begabungen auf jedem Gebiet, aber auch die moralisch und sozial Minderwertigen mit allen Zwischenstufen zu verstehen sind. Ein Zusammenleben mit diesen Ueber- oder Unterempfindlichen, zu Hoch- oder zu Tiefstehenden, ist ohne ein genaues Verstehen seiner selbst und des anderen eine der schwierigsten Aufgaben. Es ist durchaus verständlich, daß gerade Künstlerehen so leicht auseinandergehen, besonders anziehende und hochstehende Menschen die Ehe brechen oder zerbrechen, weil ihr starkes, aber zu einseitig gerichtetes Triebleben nicht geneigt ist, sich den Anforderungen eines ebenso starken aber anders gearteten anzupassen. Vielleicht geraten auch aus diesem Grunde die Ehen zwischen einem bedeutenden oder künstlerischen Partner mit einem unbedeutenden, einfachen Gefährten noch am besten, weil letzterer keine Reibungen und Widerstände aufkommen läßt. Freilich besteht hier wieder das Risiko, daß dieses „Salz der Ehe" eines Tages doch vermißt und in einer anderen Persönlichkeit gefunden wird, wie zahlreiche Beispiele aus den Biographien bedeutender Menschen, z. B. Richard Wagners, beweisen. Vielleicht resultiert auch gerade aus einer genaueren Kenntnis ihrer selbst, daß viele wertvolle Persönlichkeiten, Männer wie Frauen, unverheiratet bleiben, da sie wissen oder ahnen, welche Schwierigkeiten ihnen durch ihre nicht sicher beherrschten Triebe in der Ehe entstehen würden.

In gewisser Weise stimmt dieses subjektive Empfinden des außer Durchschnitt Stehenden mit der Theorie Kretschmers überein, der annimmt, das bei solchen eine Auflockerung des biologischen Gefüges besteht, die schon den Keim des Verfalls in sich birgt und die wohl auch erklärt, warum Kinder großer Väter und Mütter, falls überhaupt welche vorhanden sind, fast immer einen Abstieg bedeuten, häufig ganz mißraten, häufig fruchtloses Streben nach eigenem Ruhm mit bitteren Niederlagen büßen müssen — die Tragödie der Söhne großer Väter.

Trotzdem erscheint es absurd, daraus zu schließen, daß große Männer keine Ehe eingehen sollten; die Wirkung, die von ihnen ausgeht, bleibt in der Nachkommenschaft erhalten, der ausgestreute Samen trägt in einem späteren Gliede neue Blüte oder Verbindungen mit normalgesunden Partnern vermögen das biologische Gleichgewicht wieder herzustellen.

Im ganzen ist vor allzu apodiktischen Urteilen und Ratschlägen in bezug auf Ehe und Nervenleiden durchaus zu warnen; ungünstige Prognosen haben sich oft nicht bewahrheitet, günstige sind nicht eingetroffen, und es ziemt dem Arzt die Bescheidenheit, sich der Grenzen seines Wissens bewußt zu sein und sie nicht zum Schaden der Menschheit zu überschreiten.

Aerztliche Sexualberatung.

Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Schindler-Fulda in Nr. 19 der Fortschritte der Medizin.

Von

Prof. Dr. MAX FLESCH, Hochwaldhausen.

Die vortrefflichen Ausführungen des in einer Reihe wichtiger Fragen durch sein selbständiges, kritisches Urteil eine Sonderstellung einnehmenden Arztes verdienen ernste Beachtung. Mit klarem Blick hat er unzweifelhaft das richtige getroffen, wenn er ablehnt, daß der Arzt als solcher befugt sein könne, einen „Consens" zum Eingehen einer Ehe zu erteilen oder deren Abschluß zu verbieten. Einzelheiten seiner Begründung mögen Gegenstand einer Diskussion sein, soweit es sich um Fragen aus der speziellen Pathologie der Geschlechtskrankheiten handelt. Aber wichtiger scheint es mir hier das zu berühren, worin den Darlegungen Schindlers nach meinem Empfinden wenigstens die letzte logische Konsequenz zu fehlen scheint: Muß sich nicht dem Arzt die Frage aufdrängen, ob nicht schließlich, wenn die ärztliche Untersuchung aus eugenischen Rücksichten die zu schließende Ehe als der Gesellschaft schädlich erkannt hat, deren Verhinderung Recht und Pflicht der Gesellschaft sei? so daß auf Grund des ärztlichen Befundes die Konsequenz gezogen werden müsse, die Schindler für den Arzt mit Recht verwirft.

Die Lösung liegt in der in der Ueberschrift dieses Aufsatzes enthaltenen Verschiebung der Fragestellung. Die Ehe ist ein bürgerlicher, in der katholischen Kirchengemeinschaft ein religiöser Akt, der innerhalb der staatlichen Ordnung den Rahmen für die sich in der Ehe vollziehenden wirtschaftlichen, rechtlichen, physiologischen und Fortpflanzungs-Beziehungen schafft. Nur die beiden letzteren fallen in die Sphäre ärztlicher Beurteilung. Gerade diese, theoretisch und in der geltenden Moral das Wesen der Ehe darstellenden oder tragenden Vorgänge sind tatsächlich gar nicht an die Ehe gebunden.

Sie vollziehen sich in Wirklichkeit mindestens im gleichen Umfang außerhalb der Ehe; die ärztlichen Untersuchungen und Beratungen, mögen sie auch überwiegend den künftigen Partnern einer Ehe gelten, haben mit deren Formulierung nichts zu tun. Soweit das hygienische Moment aber in Betracht kommt, würden schließlich die von Grotjahn in seiner Hygiene der Fortpflanzung in strenger Durchführung rein ärztlicher Maßnahmen ausgearbeiteten Vorschriften (Vermeidung der Fortpflanzung durch Anwendung des Cecalkondoms usw.) genügen — wenn sie innerhalb und außerhalb der Ehe angewendet würden.

Aber gerade darin liegt das Wesentliche des Problems. Es kommt in Wirklichkeit bei den ärztlichen Feststellungen über die eugenische Berechtigung, bei Schindler der Ehe, nach dem Grund der Fragestellung der sexuellen Beziehungen gar nicht auf die „Ehe" im Sinne des gemeinen Rechtes an. Die außerhalb der Ehe sich vollziehenden geschlechtlichen Beziehungen bergen genau in demselben, wenn nicht in noch höherem Maße Gefahren für die beteiligten Partner und für die Gesamtheit. Ich denke an einen Fall meiner Erfahrung als ein offenbar in guter wirtschaftlicher Lage befindliches Paar sich einfand, um mich ärztlich in Anspruch zu nehmen. Unverfroren erklärte mir der Mann, er sei nach ärztlicher Erklärung durch seine vorangegangene Prostataerkrankung außerstande, eine standesgemäße Ehe einzugehen. So habe er sein Verhältnis und fürchte nun, die junge Dame infiziert zu haben. Er hatte also nichts darin gefunden, die kleine Konfektioneuse der Infektion auszusetzen, deren Möglichkeit er einer hochgeborenen Standesgenossin gegenüber für ein Verbrechen — das war sein Ausdruck — gehalten hätte!

Und darin liegt der Schwerpunkt der Erörterung. Wird der Kranke, dem der Arzt die Ehe verbietet, dann ohne Geschlechtsverkehr bleiben? Wird er — es braucht sich nicht um Geschlechtskrankheiten zu handeln — aus hygienischen oder eugenischen Gründen abstinent leben? Ich gebe Schindler vollkommen recht, wenn er als unsere Aufgabe bezeichnet, daß er dem um Rat Fragenden die volle Wahrheit sagt, daß er ihm die Gründe mitteilt, warum eine Ehe unzulässig oder zulässig sei; die weitere Entscheidung des so Belehrten muß diesem überlassen bleiben; und nur das ist unerläßlich, daß der andre Partner vor der ihm drohenden Gefahr gesichert werde. Nach dieser Richtung läßt sich manches tun, was jetzt noch aussteht. Vor allem müßte eine Sicherung des Arztes vor einer gemeinschädlichen Ueberspannung der Schweigepflicht bestehen. Es müßte ihm zustehen, der künftigen Braut oder deren gesetzlichen Vormündern das mitzuteilen, was zu erfahren sie wahrlich „befugt" sind. Die von Brieux in den „Schiffbrüchigen" so traurig wahr gezeichnete Konsequenz der Verehelichung eines ungeheilten Syphilitikers könnte oft genug vermieden werden. Wie steht es aber damit? Die Eltern eines jungen Mädchens, das sich in einen Mann verliebt hatte, dem man eine sehr bewegte Vergangenheit nachsagte, baten mich, weil sie über Gerüchte wegen der Gesundheit des künftigen Schwiegersohnes beunruhigt waren, zu versuchen, ob ich von dessen Hausarzt Auskunft erhalten könne, die ihnen verweigert war. Der alte Herr, damals der angesehendste Praktiker der Stadt, verweigerte auch mir jede Aeußerung. „Wollen Sie, daß ich meine Schweigepflicht breche?" Zum Ziel kam ich in diesem Fall durch die Frage: „Nun, was würden Sie tun, wenn er sich um eine Ihrer Töchter bewerben wollte?" „Er flöge die Treppe hinunter." Ich wußte genug; die Ehe unterblieb. Aber schon nach wenigen Wochen war der junge Mann Bräutigam eines anderen jungen Mädchens, dessen Eltern weniger vorsichtig waren. Die Ehe blieb kinderlos.

Allerdings ist unser Wissen auch nicht immer ein Glück. Ein junges Mädchen verlobt sich mit einem Mann, der in einem großen Betrieb eine höhere Stellung bekleidet. Wenige Wochen später erkrankt er an einer schweren Hämoptoe. Befund: ausgedehnte Kavernen usw. Die Verlobung wird gelöst. Nach einem Jahr Sanatorium kommt er geheilt (?) zurück, heiratet; die Ehe wird sehr glücklich; der Mann wird Teilhaber des Geschäftes und erwirbt in kurzer Zeit ein großes Vermögen, so daß, als er nach 11 Jahren stirbt, er seine Witwe in güter Lage, allerdings kinderlos, zurückläßt. Die erste Braut aber heiratet, etwa gleichzeitig wie ihr früherer Bräutigam einen scheinbar gesunden Luetiker. Und die Folgen? Sapienti sat. — Ich denke aber an einen anderen Fall: Zwei junge Leute, Vetter und Kusine, fragen mich, ob sie sich trotz der Verwandtschaft heiraten dürften. Beide waren späte Nachkömmlinge ihrer Eltern, zarte Menschen, die aber durch sorgfältige Erziehung und Bildung über dem Durchschnitt standen. Ich verhehlte ihnen die Bedenken nicht, die ich — als Hausarzt beider Familien — nach meiner Kenntnis der Verhältnisse geben mußte und sagte ihnen zum Schluß: die englische Eheformel lautet „for better for worse". „Wenn Sie sich stark genug fühlen, auch Unglück miteinander zu tragen, dann heiraten Sie." Ich habe selten bessere, schönere Ehen gesehen als diese, der durch den frühen Tod eines immer zarten Kindes wahrlich genug des Schweren beschieden war.

In langjähriger Erfahrung als Familienarzt habe ich das gesundheitliche Schicksal mancher Familie bis in die dritte Generation kennen gelernt. Speziell war es natürlich das Los der aus luetisch oder psychopathisch belasteten Eltern hervorgegangenen Kinder, dem ich Aufmerksamkeit geschenkt habe. Dazu hatten mich meine früheren Studien an Verbrechern und später die Beschäftigung mit der sozialen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten getrieben. Ich würde es nie auf mich nehmen, ein Eheverbot auszusprechen, ebensowenig wie ich allerdings für den glücklichen Ausgang der Fortpflanzung auch bei scheinbar glänzendsten hygienischen Verhältnissen einstehen möchte. Aber ich gehe sogar noch weiter: ich würde es auch bei scheinbar ungünstigen Aussichten unter Umständen vorziehen, eine Ehe zustande kommen zu lassen, wenn ich mir sagen müßte, daß der Verzicht schlimmeres nach sich ziehen könnte. Speziell gilt das für die Ehe syphilitischer Partner. In seinem, eine Zeitlang viel gelesenen Roman „Jena oder Sedan" hat Beyerlein angedeutet, wie vielleicht gerade die Verheiratung luetisch infizierter Partner untereinander viel Unheil verhüten könne. Aber diese Auslese wäre schwer zu treffen. Soll man aber dem Luetiker durch das Eheverbot die Venus vulgivaga nahe bringen? Ich habe allerdings aus einer ganzen Zahl von Ehen, bei denen einer der Partner die Syphilis einbrachte, traurige Erkrankungen an den Kindern, nicht minder schwere an den Müttern beobachtet, mochte der Vater vorher noch so sorgsam behandelt worden sein. Durchweg war es so, daß, wenn die Behandlung unmittelbar der Ehe vorangegangen war, ein bald danach gezeugtes Kind gesund war. Ich könnte genug Fälle aufzählen, in denen dem ersten, bis zum erwachsenen Alter gesunden, kräftigen Kind später kränkliche Geschwister gefolgt sind. Besonders charakteristisch ist ein Fall, daß die Ehe geschlossen wurde, nachdem eine erste Autorität auf dem Gebiet der Syphilidologie volle Heilung erklärt und nur aller Vorsicht halber eine nochmalige Kur vor der Eheschließung verlangt hatte. Das erste Kind ist heute ein nach jeder Richtung gesunder Mann in angesehener, verantwortlicher Stellung. Nach dessen Geburt zeigte der Vater Erscheinungen, die leider von einem zugezogenen hervorragenden Neurologen für einfach neurasthenische erklärt wurden. Es folgte die Geburt zweier weiterer Kinder, eines davon mit ausgesprochener Splenomegalie, das andere mit schwerer Rachitis und Cataracta congenita. Wenige Monate nach der Geburt, nicht ganz vier Jahre nach der Heirat, starb der Vater an Paralyse! Dagegen habe ich durchweg gesunde Kinder syphilitischer Väter aus Ehen gesehen, bei denen ich während der Schwangerschaft prophylaktisch eine antisyphilitische Behandlung durchführen lassen konnte. Möglich war das allerdings eben nur dadurch, daß seitens des Mannes, sowohl mir als — auf mein Verlangen — der Frau gegenüber volle Wahrheit geschaffen war. Die Sicherheit vor dem sonst unvermeidbaren Vertuschungssystem mit seinen Konsequenzen ist die unerläßliche Vorbedingung des Erfolgs. Ganz neuerdings hat übrigens ein Italiener über 56 Fälle berichtet, in denen er bei notorisch syphilitisch belasteten Ehen gesunde Provenienz gesehen hat, teilweise übrigens ohne Salvarsan bei einfacher Quecksilber- oder Jodbehandlung.

Weit schwieriger ist m. E. die Frage, wie man sich zu vorangegangener gonorrhoischer Infektion zu stellen habe. Nie habe ich die Schweigepflicht schmerzlicher empfunden als in folgendem Fall: Ein Ehepaar hatte etwa 10 Jahre in sonst glücklicher, aber kinderloser Ehe gelebt. Der Mann war nach schwerer, vorehelicher Gonorrhoe azoospermisch geblieben, wie mir von dem ihn behandelnden Kollegen mitgeteilt wurde, als die Frau der Sterilität wegen in meine Behandlung trat. Es fand sich bei ihr typische beiderseitige Adnexerkrankung, deren Beseitigung bis zu voller Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte. Nach dem Tode des Mannes heiratete sie dessen Bruder. Und als die Ehe steril blieb, verlangte dieser die Nichtigkeitserklärung der Ehe! Die Gonorrhoe ist ein schlimmerer Feind der Fortpflanzung als die Lues, das kann bei der ärztlichen Eheberatung, wenn eine solche in Frage kommt, nicht genug beachtet werden, weil wir hier noch weiter von der Sicherung einer Heilung entfernt sind.

Nach dieser Richtung aber hat **Schindler**, wie schon in früheren Arbeiten sicher den Kern der Sache getroffen: Wir sind viel zu weit von einer sicheren Diagnose entfernt, sowohl bei den Geschlechtskrankheiten als bei der psychopathischen Veranlagung, als daß wir auf Grund ärztlichen Wissens zu entscheidendem Urteil berufen wären. Das muß den Partnern eines der Fortpflanzung dienenden Zusammenlebens klar gemacht werden. Ob sie aus dieser Klarheit die Folgerungen ziehen, hat nicht der Arzt zu entscheiden. Nur darin entferne ich mich vielleicht von der von **Schindler** vertretenen Auffassung, als ich es als zwingende Forderung ansehen möchte, daß dem zweiten Partner, eventuell durch Vermittlung des Standesamtes von etwaigen, einer naturgemäßen Eugenik widersprechenden Vorkommnissen Kenntnis gegeben werde. Die junge Frau, die ihr Schicksal in die Hand eines Mannes legt, ist wahrlich befugt, alles zu wissen, was dieses Schicksal einst beherrschen kann. Nur eine solche, von der drückenden Fessel des Berufsgeheimnisses befreite Eheberatung ist menschlichen Ueberlegens, ist des ärztlichen Berufs würdig.

Laufende medizinische Literatur.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 43, 22. Oktober 1926.

- Psychotherapie und Psychiatrie. Kehrer.
- ◆ Magen und Niere als Ausscheidungskonkurrenten. Lipschitz.
- ◆ Blutzuckerregulation. Depisch und Hasenöhrl.
- Wundbehandlung durch lokal chemische Beeinflussung des Gefäßnervensystems. Schück.
- ◆ Fehler und Gefahren bei der Bestimmung der Blutgruppen. Schumacher und Atzerodt.
- Eiweißsparende Wirkung der Lipoide. Wheeler-Hill.
- ◆ Umwandlung avirulenter Pneumokokken in virulente. Levinthal.
- Orale Diphtherieimmunisierung. Fuerst.
- ◆ Wachstumsteigerung des Uterus durch Gravidenserum. Triviño.
- Pathogenität unserer Kulturen der Spiroch. Obermeieri. Aristowsky u. Hoeltzer.
- Das unsichtbare Virus. Bösser.
- Erwiderung. Friedberger.
- Die Streptokokkeninfektion, das Retikuloendothelialsystem, ihre Beziehungen und ihre therapeutische Beeinflußbarkeit. Mitt. I und II. Louros und Scheyer.
- Prüfung von Pleura- und Aszites-Flüssigkeit. Unverricht.
- Oxydationsstörungen im Kohlenstoff-Stoffwechsel und die Beeinflussung des Harnquotienten C : N durch Mineralien.

Magen und Niere als Ausscheidungskonkurrenten. Mageninhaltsanalysen am Kaninchen, dem der Magen nach dem Darm zu abgebunden war, ergaben: Traubenzucker wird nach dem Konzentrationsgefälle, Salizylsäure gar nicht und Jodid entsprechend seinem im Blut vorhandenen Verhältnis zu Chlorid in den Magen ausgeschieden. Während die Nierenschwelle für Zucker bei etwa 25% liegt, ist die Magenschwelle erheblich höher: bei mehr als 0,35%, wie Adrenalinversuche zeigten. Während die Niere Salizylsäure mit großer Geschwindigkeit eliminiert, ist die Magenwand trotz gesetzter Sekretionsreize salizyldicht; es gelangt Salizylsäure aus dem Blut nur indirekt durch duodenalen Rücklauf in den Magen. Während die Niere Cl und Br nicht unterscheidet, J aber im wesentlichen wie einen körperfremden Stoff ausscheidet, wofür genügend hohe Konzentration im Blut Voraussetzung ist, unterscheidet der sezernierende Magen auch dieses Anion nicht von Chlorid; es findet sich also Jodid im Magen bald nach einmaliger parenteraler Zufuhr niedriger Dosen und dürfte sich zu einer Funktionsprüfung eignen.

Beitrag zur Blutzuckerregulation. Nach Zufuhr von 75—100 g Traubenzucker und 750—1000 ccm Wasser kommt es nach der anfänglichen Hyperglykämie regelmäßig nach drei bis vier Stunden zu einer deutlichen Hypoglykämie. Diese Hypoglykämie wird durch eine überschießende Insulinproduktion erklärt.

Diese alimentäre Hypoglykämie scheint bei Fällen von essentieller Hypertonie besonders stark zu sein.

Eine bei alleiniger Wasserzufuhr schwach wirksame Insulindosis führt bei gleichzeitiger Zuckerzufuhr zum Auftreten von hypoglykämischen Erscheinungen. Diese paradoxe Erscheinung wird durch Addition der alimentären und der Insulinhypoglykämie erklärt.

Die Adrenalinblutzuckerkurve ist im Zustande der alimentären Hypoglykämie niedriger als bei alleiniger Wasserzufuhr in nüchternem Zustande, woraus auf eine stärkere Zuckerfixation in der Leber während der alimentären Hypoglykämie geschlossen wird.

Durch intravenöse Zuckerinjektion (10 ccm 50proz. Osmonlösung) gelingt es nicht, die paradoxe Insulinreaktion auszulösen.

Es ist naheliegend, die Blutzuckerkurve nach Zuckerzufuhr besonders unter Berücksichtigung der alimentären Hypoglykämie zur Funktionsprüfung des Inselorgans zu verwenden.. .

Die Hypoglykämie nach Zuckerzufuhr kann vielleicht zur Erzeugung von Hunger bei schlecht essenden Kranken und damit zur Mästung verwendet werden.

Fehler und Gefahren bei der Bestimmung der Blutgruppen. Die Gruppenzugehörigkeit erwies sich als ein ausgeprägtes und unveränderliches Merkmal des Einzelindividuums, aus dem es nicht auswandert und das sich durch keine Maßnahmen ändern läßt. In vier Fällen fanden die Verfasser dagegen eine einwandfreie Beeinflussung der Stärke sowie der Schnelligkeit des Auftretens einer bereits vor der Behandlung nachweisbaren echten Agglutination, die dreimal durch Galvanisation des gesamten Körpers und einmal durch abdominosakrale Diathermiebehandlung hervorgerufen wurde. Dieses Phänomen wird in erster Linie auf eine Störung der elektrischen Ladung der Erythrozyten zurückgeführt. Den Uebergang der einen Blutgruppe in eine andere fanden die Verfasser in Uebereinstimmung mit anderen Autoren auf Trugschlüssen begründet, die durch häufiger zu beobachtende Pseudoagglutinationen selbst stärksten Grades vorgetäuscht werden. Als einwandfreies Mittel zur Unterscheidung der Pseudoagglutination von der echten Agglutination hat sich bei auftretender Verklumpung der Zusatz von ein bis zwei Tropfen physiologischer Kochsalzlösung bewährt. Bei einer Pseudoagglutination lassen sich die roten Blutkörperchen durch erneutes Verreiben wieder gleichmäßig verteilen und zeigen fernerhin keinerlei Neigung zur Verklumpung; dagegen wird bei der echten Agglutination im direkten Gegensatz zur Pseudoagglutination durch den Zusatz von ein bis zwei Tropfen physiologischer Kochsalzlösung die Verklumpung der Erythrozyten bei dem Versuch des Verreibens nur noch deutlicher. Es wird zur Differenzierung der Pseudo- von der echten Agglutination bei auftretender Verklumpung Zusatz von ein bis zwei Tropfen physiologischer Kochsalzlösung anempfohlen. Das Testserum darf nicht zu alt sein und muß unbedingt einwandfrei steril aufbewahrt und verwandt werden. Die Folgen einer fehlerhaften Bestimmung der Blutgruppe beim Empfänger und Spender einer Bluttransfusion infolge Unwirksamkeit eines zu alten und unzweckmäßig aufbewahrten Testserums werden an Hand einer Eigenbeobachtung gezeigt.

Umwandlung avirulenter Pneumokokken in virulente. Der nicht mehr typspezifische, avirulent gewordene, also nach Avery S-freie P-Kern des Pneumokokkus besitzt noch die Potenz einer Neubildung der S-Substanz und damit die Fähigkeit, in den virulenten Ausgangsstamm zurückzuschlagen. Damit gewinnt auch die epidemiologisch bedeutungsvolle Vorstellung, daß apathologene und saprophytäre Pneumokokken im Wirtskörper unter günstigen Bedingungen eine maximale Virulenzsteigerung erfahren können, ihre experimentelle Grundlage.

Ueber Wachstumssteigerung des Uterus durch Gravidenserum. Das Serum schwangerer Frauen ruft bei noch nicht geschlechtsreifen Mäusen eine starke Vergrößerung des Uterus hervor. Die wirksamen Stoffe sind thermastabil, alkohollöslich und anscheinend diffusibel. Als Bildungsstätte dieser Stoffe kann in Anbetracht der quantitativen Verhältnisse das Ovarium allein jedenfalls nicht in Frage kommen. Wahrscheinlich ist in dieser Beziehung der Placenta und vielleicht auch der Uteruswand größere Bedeutung beizumessen.

Nr. 49, 3. Dezember 1926.

- Diphtherieprobleme. Degkwitz.
- ◆ Klinik der tuberkulösen infraklavikulären Infiltrate der Lungen. Klingenstein.
- Pankreas-Zellinseln und Insulin nach Unterbindung der Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse. Herxheimer.
- Röntgenschädigungen nach diagnostischer Anwendung von Röntgenstrahlen. Schubert.
- Wirkung der Mineralquellen. Fresenius und Harpuder.
- Wirksamkeit verschiedenartiger Schilddrüsenpräparate. Rainer.
- Insulinvergärung in der Streptokokken-Pneumokokkengruppe. Berger u. Silberstein.
- Gerinnungs- und Senkungsbeschleunigung des Blutes. Cordua und Hartmann.
- Lipoid-Autoantikörperbildung als Ursache der positiven WaR. Brandt, Guth und Müller.
- Innervation der Pars intermedia der Hypophyse der Amphibien. Schürmeyer.
- Bedeutung des Kleinhirnwurms für den Blutzuckerspiegel. Lewy und Shinosaki.
- Weitere Beobachtung von „Interrenalismus". Mathias und Petzal.
- Kongenitale Lues und Auge. Igersheimer.

Klinik der tuberkulösen infraklavikulären Infiltrate der Lungen. Wenn man das klinische Bild der solitären Herde unter der Klavikula zu umreißen versucht, so ist es ganz besonders der auffallend geringe physikalische Befund, der allen diesen Fällen gemeinsam ist. Selbst größere Infiltrationsherde entgehen völlig dem Ohre beim Klopfen und Horchen. Die subjektiven Beschwerden sind auch fast immer sehr gering. Der Allgemeinzustand der Patienten ist kaum beeinträchtigt, und die Temperatur war wenig erhöht. Auch die

Senkungszeit der roten Blutkörperchen, die bei der Diagnostik der tuberkulösen Erkrankung oft ein wertvolles Hilfsmittel ist, scheint bei diesem Krankheitsbild wenig zuverlässig. Der Verfasser sah keinen Fall, in dem sie Werte erreichte, die den Verdacht auf eine neue Erkrankung gerechtfertigt hätte. Es bleibt als einzig verläßliche diagnostische Methode das Röntgenverfahren, das auch bei dieser Form der tuberkulösen Allgemeinerkrankung seine Wichtigkeit für die Klinik offenbart. Es zeigt bei Freisein aller anderen Lungenteile, vor allem der Spitzen, alte Kalkherde in den Hilen und den charakteristischen Solitärherd in seiner Entwicklung. Sicher wird die jetzt mehr und mehr geforderte und geübte Serienaufnahme noch manchen wertvollen Erkenntnisfortschritt bringen.

Bis jetzt sind nur einseitige solitäre Herde beobachtet und auch immer nur in der Einzahl. Die Lokalisation des Herdes war fast immer unter der Klavikula, doch konnten in einer Anzahl von Fällen Solitärherde tiefer im Mittelfeld nachgewiesen werden, die die gleichen klinischen Erscheinungen darboten, wobei die Einseitigkeit des Prozesses gute Chancen für die Behandlung mittels Pneumothora bietet. Dieser hat immer da angewandt zu werden, wo die Erkrankung Zeichen des Fortschreitens bietet. Besonders mahnt die Gefahr der Aussaat und der Kavernisierung zur Vorsicht. Doch hat der häufige spontane Rückgang des Herdes bei der Indikation Beachtung zu finden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 49, 3. Dezember 1926.

Der heutige Stand der Lehre von den Neurosen. Wollenberg.
Der jetzige Stand der Psychoanalyse. Schultz.
* Ueber ein neues Nährpräparat Alentina und die Nutzbarkeit seiner wichtigsten Bestandteile, Hefe und Malzkeime. Rubner und Schittenhelm.
Die Synthalinbehandlung des Diabetes mellitus. Frank, Nothmann und Wagner.
Die Altersdispositionen zu Avitaminosen. Meyer.
Die Operationen am Hallux valgus. Feßler.
* Ambulante Kürettage in Lokalanästhesie bei klimakterischen Blutungen. v. Mikulicz-Radecki.
Ueber ein neues Schwefelpräparat und seine Anwendung in der Dermotherapie. Hübner.
Ueber die Verwendbarkeit der Chinhydronelaktrode für die Messung der aktuellen Blutreaktion. Runge und Schmidt.
Bemerkungen zur Leukozytenzählung. Schilling.
Leukozytenzählung. Arneth.
* Zur Dauer der Uebertragungsgefahr des Scharlachs. Bernhardt.
Zur Therapie der septischen Meningitis. Schmidt.
Apiolum viride als Abortivum. Joachimoglu.
Zur Geburtshilfe in der Landpraxis. Lenz.
Maturin in der allgemeinen Praxis. Levy.
Zur sicheren Abdeckung des geburtshilflichen Operationsfeldes in der Außenpraxis. Kritzler-Kosch.
Erfahrungen mit Solästhin in der Oto-Rhinologie. Wolfes.
Kleine therapeutische Mitteilungen. 1. Unerwünschte Novasurolwirkung. Reiche.
Erfahrungen mit der Ups-Spritze. Heymann.
Eine neue Mullbinde. Goldstein.
Ein neues Massagegerät. Leopold.
Die osmotische Resistenz der Erythrozyten und der Lipoidgehalt des Blutserums bei Mutter und Kind. Rosenthal.
Chemotherapie. Schnizer.
Chemotherapie. Schnitzer.

Ueber ein neues Nährpräparat Alentina und die Nutzbarkeit seiner wichtigsten Bestandteile, Hefe und Malzkeime. Die Untersuchungen der Verfasser ergaben, daß die Ausnutzung der das Nährpräparat zusammensetzenden Grundbestandteile, besonders der eiweiß- und zuckerartigen, vorzüglich ist und daß das „Alentina" allen Anforderungen entspricht, welche vom wissenschaftlichen Standpunkt aus an ein derartiges Präparat gestellt werden. Das Präparat wurde von den Kranken stets gern genommen und gut vertragen. Niemals wurden irgendwelche Störungen etwa von seiten des Magen-Darmkanals beobachtet.

Das Präparat hat einen mittleren Gehalt an Stickstoffsubstanz von 25% und einen reichen Gehalt an Vitamin. Es scheint besonders in Fällen von Unterernährung geeignet zu sein. Ueberall, wo eine Hebung des Allgemeinbefindens und eine Wiederherstellung verlorengegangener oder geschwächter Arbeitsfähigkeit erstrebt wird, kann Alentina angewandt werden. Auch bei chronisch infektiösen Prozessen mit Neigung zu Körpergewichtsabnahme ist es als Hilfsmittel der Ernährung geeignet.

Ambulante Kürettage in Lokalanästhesie bei klimakterischen Blutungen. Eine Probekürettage läßt sich bei Anwendung der Kombination, eine Spritze Morphium-Skopolamin mit intrazervikaler Injektion von 40—50 ccm eine ½%igen Novokain-Adrenalinlösung in fast allen Fällen schmerzlos ausführen. Diese Methode gestattet es, den Eingriff ambulatorisch vorzunehmen; er kann daher auch vom praktischen Arzt ausgeführt werden, und dies sollte prinzipiell geschehen, um das Uteruskarzinom möglichst frühzeitig zu erfassen, ganz abgesehen von dem oft vorhandenen therapeutischen Erfolge auf klimakterische Blutungen.

Zur Dauer der Uebertragungsgefahr des Scharlachs. Auf Grund seiner Erfahrungen fordert der Verfasser: 1. Die Isolierung der Scharlachkranken ist auf sieben Wochen zu verlängern. 2. Eiterungen nach Scharlach sind als zwingender Grund zur Isolierung anzusehen, bis das akute Stadium mit Sicherheit überwunden ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

52., Heft 1/2.

Ueber die Retention einiger Vitalfarbstoffe und Aufschwemmungen in den isolierten Organen. Petroff.
* Ueber das Verhalten des Stoffwechsels bei Typhus abdominalis. Le Blanc und Gmelin.
Ueber das Verhalten des tierischen Organismus bei pankreatischem Diabetes zu einigen Arten von Kohlehydraten. I. Mitteilung. Versuche mit Einführung von Glykogen. Iljin.
Zur Frage der Giftigkeit des kolloiden Silbers (sog. Kollargolschädigung). Voigt.
Ueber die Säurequellung der Leber in vitro und die Beteiligung der Leberzellen an diesem Vorgange. Magath.
Ueber die Säurequellung des Epithels verschiedener Abschnitte der Harnkanälchen. Lazarew.
Weitere Studien über die funktionelle Darmlänge: Operative Ergebnisse und Beobachtungen am Bauchfenster. van der Reis und Schembra.
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Nierendekapsulation. Hülse und Litzner.
Ueber eine Störung des Säurebasengleichgewichts bei der idiopathischen Tetanie des Erwachsenen. Mainzer.
Körpereiweiß und Arzneimittelallergie. Samson und Götz.
Experimentelle Untersuchungen über Erythropoese. I. Ueber den Gehalt des Blutes an vitalgranulären Erythrozyten als Maß der Erythropoese. Istomanowa.
II. Mitteilung. Ueber den Zusammenhang zwischen dem Alter der Erythrozyten und ihrer osmotischen Resistenz und über die Verwendbarkeit der letzteren zur Beurteilung der Erythropoese. Swjatskaja.
III. Mitteilung. Ueber den Einfluß der Milz auf den Verlauf experimenteller Anämien. Istomanowa, Mjassnikow und Swjatskaja.
Ueber den Einfluß der Aderlaß- und Pyrodinanämie und der Splenektomie auf den Blut-Cholesteringehalt des Kaninchens. Mjassnikow.
Experimentelle Studien über die Entstehung des Aortenschmerzes und seine Leistung zum Zentralnervensystem. Spiegel und Wassermann.
* Untersuchungen über Coramin und Cardiazol. Asher.
Ernährungsschädigungen in ihrer Bedeutung für Blutzucker und Glykogengehalt der Organe. Eisner.
Zur Wirkung des Thyrosin auf den Gaswechsel der Ratte. Arnoldi.
Blutkalkstudien. IX. Mitteilung. Ueber den Einfluß des Insulins. Kylin.
Zur Biologie des Knochenmarkes. II. Die freie Transplantation des Knochenmarkes. Katzenstein.
Sind in der Dünndarmschleimhaut bakterienwachstumshemmende Stoffe nachweisbar? Bogendörfer.

Untersuchungen über Coramin und Cardiazol. Beobachtungen am Tier führten zu folgenden Schlußfolgerungen: Sowohl Coramin wie auch Cardiazol vermögen die durch verschiedene pharmakologische Eingriffe mehr oder weniger tief geschädigten Verhältnisse des Kreislaufs und der Atmung zu bessern. Deshalb kommt ihnen unzweifelhaft praktisch eine große Bedeutung zu. In mannigfacher Weise erweist sich aber das Coramin gegenüber dem Cardiazol als die Dauer einer einmal erzielten günstigen Wirkung nachhaltiger Wirkung beider Mittel in Betracht, die beim Cardiazol schon bei viel niederen Konzentrationen sich geltend macht. Handelt es sich um ein Tier (Kaninchen), welches nicht in Narkose ist, oder wenigstens nicht in einer Narkose, die sich auf die motorischen Zentren ausgebreitet hat, so treten schon Krämpfe bei Cardiazolkonzentrationen auf, die etwas über 0,1% liegen, während am völlig unversehrten Tier Coramin in Dosen von 1,25% ohne Krampfwirkung bleibt. Coramin erweist sich auch insofern dem Cardiazol überlegen, als die Dauer einer einmal erzielten günstigen Wirkung nachhaltiger zu sein scheint. Schließlich hat sich gezeigt, daß Coramin selbst ohne Unterbrechung der Narkose den Blutdruck ganz erheblich zu steigern vermag, während bei Cardiazol erst bei Aussetzen der Narkose die Wirkung die gleiche ist wie bei Coramin.

Ueber das Verhalten des Stoffwechsels bei Typhus abdominalis. Es kommt im Verlauf einer typhösen Infektion zu einer regelmäßig wiederkehrenden wohl charakteristischen Aenderung des Stoffwechsels. Hohe Steigerung während der Fieberperioden, Abfall zur Norm oder beinahe zur Norm mit Eintritt der Entfieberung, anschließende langanhaltende Steigerung in der Rekonvaleszenz mit allmählichem Uebergang zu Normalwerten. Da diese regelmäßige Veränderung des Stoffwechsels bei vorausgegangener reichlicher und überreichlicher Ernährung ohne erheblichen Gewichtsverlust und bei Erhaltung eines guten Kräfte- und Allgemeinzustandes auftritt, glauben die Verfasser, daß diese Aenderungen allein durch die

Infektion bedingt sind. Dafür spricht auch die regelmäßige Wiederkehr der gleichen Stoffwechseländerungen mit jedem Rezidiv, unabhängig von dem Allgemeinzustand des Kranken.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Reichsgesundheitsblatt.

1. Jahrgang, Nr. 46, 18. November 1926.

Landwirtschaft und Bevölkerungspolitik. Aust.

1. Jahrgang, Nr. 47, 18. November 1926.

Landwirtschaft und Bevölkerungspolitik. Aust.
◆ Ausbreitung des Typhus. Grünewald.

Ausbreitung des Typhus. An der Hand der vorhandenen Literatur werden die letzten Typhusepidemien analysiert und auf ihren Ursprung zurückgeführt. Bei der Typhusepidemie in Celle bildete den Ausgang ein Milchgeschäft, in welchem eine Tochter typhuskrank war. Die ausgedehnte Epidemie in Anklam bildete eine Keimträgerin in einer Molkerei, ebenso in Hanau eine Milchprobenentnehmerin, Agnetendorf und Hermsdorf, wo der Typhus 1925 herrschte, liegen an einem Bache, in welchen die Fäkalien einer typhuskranken Familie entleert wurden. Dieses Bachwasser wurde getrunken und diente zur Reinigung der Eßgeschirre. In der Molkerei zu Torgelow infizierte eine typhöse Einwohnerin die Milch und bildete den Ausgang einer Epidemie. Wasser und Milch bilden oft den Verbreiter des Typhus; wenn beide einwandfrei dem Volke geboten werden, wird der Typhus am besten verhütet. Deshalb ist die Ergänzung des Gesetzes zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu begrüßen, wonach jeder Verdachtsfall von Typhus zu melden ist und eine Verpflichtung besteht zur Hergabe von Untersuchungsmaterial. Zu fordern ist, daß jeder Bazillenträger und Dauerausscheider einen Ortswechsel und Berufswechsel bei der Gesundheitsbehörde anzeigt.

Michaelis, Bitterfeld.

Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege.

1926, 11/12.

◆ Der Gedanke der Arbeitsgemeinschaften in der Gesundheitsfürsorge. Wendenburg.
◆ Hygienisch-psychologische Studie über die Kanalgastheorie. Feldmann.
Mitgliederversammlung des deutschen Vereins der ärztlichen Kommunalbeamten in Danzig. Schweers.

Der Gedanke der Arbeitsgemeinschaften in der Gesundheitsfürsorge. Verfasser geht aus von dem Gesetz über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung vom Juli 1925. Es macht sich in wachsendem Maße die Absicht bemerkbar, die ganze Gesundheitsfürsorge den Versicherungsträgern zu überlassen. In diesem System würde der Arzt ausführender Angestellter der Kassen sein, nie aber verantwortlicher Leiter. Verfasser weist auf die großen Gefahren einer solchen Entwicklung hin, besonders in Bezug auf die Volksgesundheit. Er geht ferner ein auf schon bestehende Arbeitsgemeinschaften zwischen Versicherung und kommunaler Gesundheitsfürsorge. Zum Schluß stellt er gewisse Richtlinien für eine solche Arbeitsgemeinschaft auf. Er fordert vor allem, daß die Kommunalverwaltungen, die Verwaltung des Versicherungsamtes dem Gesundheitsamt unterstellen. In dieser Verwaltung muß der verantwortliche Kommunalarzt auch in Verwaltungsdingen eine ausschlaggebende Rolle haben. Zum Schluß weist er nochmals sehr eindringlich auf die schwere, die Gesundheitsfürsorge bedrohende Gefahr von Seiten der Versicherungsträger hin.

Hygienisch-psychologische Studie über die Kanalgastheorie. Die Beobachtung, daß ansteckende Krankheiten im allgemeinen an Orten häufiger auftraten, die in der Nähe von Kloaken oder fauligen Sümpfen gelegen sind, gab Veranlassung zu der Lehre, daß der Gestank, der von solchen Orten ausgeht, der Träger der Ansteckung sei. Diese Lehre war schon dem Altertum bekannt, und wurde im Mittelalter weiter ausgebaut und bis in die Neuzeit hinübergenommen. In Deutschland wurde sie zuerst widerlegt von dem Berliner Arzt Magnus, der 1841 ein Büchlein veröffentlichte, in dem er nachwies, daß die Ursache der Erkrankung nicht in dem Geruch zu suchen ist. In England dagegen hat sich die Lehre noch bis in die 90er Jahre gehalten, und man findet Reste davon bis in ganz neuen medizinischen Lehrbüchern. Immerhin verdanken wir der Kanalgastheorie, daß die technischen Probleme einer guten Kanalisation mit viel Eifer und Beschleunigung studiert und auch in die Praxis umgesetzt wurden.

P. Heymann, Berlin.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene.

Heft 11.

Die Krankenhilfe in der öffentlichen Fürsorge. Kleeis, Aschersleben.
◆ Die Fürsorgearzttätigkeit und die praktizierende Aerzteschaft. Vonessen, Köln.
Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen. Walder, Berlin.
10 Jahre deutscher Verband der Sozialbeamtinnen. Beetensson, Berlin.

Die Fürsorgearzttätigkeit und die praktizierende Aerzteschaft. „Die Stellung des praktizierenden Arztes zur Gesundheitsfürsorge wird das Schicksal des Aerztestandes entscheiden". Verfasser weist darauf hin, wie notwendig es ist, eine Abgrenzung zwischen dem Tätigkeitsbereich des Fürsorgearztes und des praktizierenden Arztes vorzunehmen. Der Fürsorgearzt soll bei der unbemittelten Bevölkerung den Hausarzt insoweit ersetzen, als er beratende und vorbeugende Funktionen hat. Jedwede Behandlung bleibt dem praktizierenden Arzt überlassen.

H. 12a.

Die Krüppelfürsorge in der Gesetzgebung. Eckhardt, Berlin.
◆ Zur Kritik der Säuglingsfürsorgen in Landkreisen. Flatzer, Ratibor.
◆ Schwierigkeiten ärztlicher Berufsberatung. Hoppe, Charlottenburg.
Ein neuer Beruf: der orthopädische Turnlehrer. Ortmann, Berlin.

Zur Kritik der Säuglingsfürsorge in Landkreisen. Verfasser zeigt an Hand seiner Zahlen die Schwierigkeiten, die ein Landkreis bietet, eine rationell arbeitende Säuglingsfürsorge zu betreiben. Es handelt sich um den Landkreis Ratibor, der zahlreiche verstreut liegende Dörfer von einigen Hundert bis 2000 Einwohnern hat. Die Säuglingsfürsorge ist dezentralisiert. Der Kreis zählt 60 000 Einwohner mit 8 Fürsorgestellen. 1925 wurden erfaßt 7,2 % der Säuglinge. Mehr als sechsmal im Jahr wurde nirgends ein Kind vorgestellt, und zwar 2 Kinder 6 mal, 7 Kinder 5 mal, 12 Kinder 4 mal, 16 Kinder 3 mal, 28 Kinder 2 mal, 81 Kinder 1 mal. Ist die Säuglingsfürsorge auf dem Lande überhaupt im Stande fruchtbare sozialhygienische Arbeit zu leisten, ist die Fragestellung des Verfassers.

Schwierigkeiten ärztlicher Berufsberatung. Eine sehr interessante und ausführliche statistische Untersuchung an dem Material der Charlottenburger Berufsschulen, die die Schwierigkeiten zeigt, die der berufsberatende Arzt hat, wenn er im Alter von 14 Jahren die endgültige körperliche Beschaffenheit des Berufssuchenden beurteilen soll. In der Mehrzahl der Fälle entspricht der Körperzustand von 17 Jahren dem von 14 Jahren. Doch ist mit mindestens 10% Fehldiagnosen zu rechnen, eine nicht unbeträchtliche Zahl. Ein Jahr später, zu 15 Jahren, ist es dagegen schon viel leichter, die Jugendlichen richtig zu beurteilen.

P. Heymann, Berlin.

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen.

Heft 23.

◆ Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten deutscher Krankenanstalten.
Das Krankenhospital zu Allerheiligen. (Domus omnium sanctorum) von 1526—1926. Mueller.
Ein mustergültiges Lepraheim in Kuba. Hoffmann.
Das Rechnungsergebnisblatt des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen. Winter.
Anmerkung des Gutachterausschusses. Alter.
◆ „Burnus", ein zweckmäßiges neuzeitliches Waschmittel. Brünecker.
Kartoffelschälen. Grieser.

Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten deutscher Krankenanstalten. Beköstigungswesen in den Krankenanstalten. Entsprechend der Bedeutung, die die Verpflegung innerhalb des Krankenhauses für Kranke und Personal einnimmt, muß den Räumlichkeiten der Küche, ihrer Gliederung und Einrichtung, wie auch ihrer Besetzung mit geeignetem und tüchtigem Personal die größte Beachtung geschenkt werden. Das ganze Beköstigungswesen muß wirtschaftlich in der Hand eines hierfür ganz besonders geeigneten und geschulten Beamten liegen, der für die einwandfreie Beschaffung der Rohprodukte und ihre Lagerung, sowie für die Wirtschaftlichkeit sämtlicher Küchen, auch der unter ärztlicher Kontrolle stehenden, die Verantwortung trägt. Ob diese Persönlichkeit der erste Verwaltungsbeamte oder ein hierfür besonders bestimmter Beamter — Oekonom oder Wirtschaftsinspektor — ist, wird wohl von der Größe der Anstalt abhängen. Die wirtschaftliche Verantwortung soll jedoch nicht eine weibliche Person tragen. Die ärztliche Leitung empfiehlt vielfach, daß jede Küchenleiterin die staatliche Anerkennung für Krankenpflege haben muß. Das ist nach Ansicht von S. nur dann erforderlich, wenn ihr auch die Leitung einer von der Hauptküche abgesonderten Diätküche obliegt.

„Burnus", ein zweckmäßiges neuzeitliches Waschmittel. Heermann hatte bereits in Nr. 14, 1926, Ztschr. f. Krankenhauswesen über „Die neuzeitliche Enzymwäscherei und ihre Bedeutung" richtige Tatsachen mitgeteilt. Das Präparat ist aus der Bauchspeicheldrüse von Schlachttieren hergestellt nach einem patentierten Verfahren von Röhm und wird von der Seifenfabrik A. Jakobi-Darmstadt in den Handel gebracht. Verfasser hat in der Hamburgischen Kinderheilstätte in Sülzhayn sehr kritische Vorversuche gemacht, um erst einmal festzustellen, ob sich die Verwendung von „Burnus" tatsächlich lohnt. An Teststücken stellte er fest, daß alle Flecken mit Ausnahme von Rotwein und Senf verschwanden, und zwar nach Lupenbetrachtung ohne Schädigung des Fasergewebes. Ausgedehnte Erfahrungen ergeben nun folgendes: 1. Man erhält aus dem Waschprozeß eine Wäsche, die ganz auffallend weiß ist und fast alle Ueberbleibsel von Flecken, wie man sie sonst häufig in stark beanspruchter Wäsche sehen kann, vermissen läßt. 2. Man erzielt Ersparnisse in jeder Richtung. 3. Während man sonst die Wäsche nach dem Einweichen in Kochwaschtrommeln, die, wie wohl in allen größeren Betrieben, elektrisch bedient wird, 40 Min. lang laufen lassen muß, genügt hier eine Zeit von 15 Minuten. Demgegenüber (Personal- und Stromersparnis) spielen die Beschaffungsunkosten für das Präparat, das sowohl in 50 g- auch in 1 kg-Packungen erhältlich ist, keine Rolle.

Heft 24.

* Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen.

Gutachterausschuß. Stellung, Bedeutung und Eingliederung des Krankenhauses in den Gesamtbereich der Wohlfahrts- und Gesundheitsfürsorge. Schon seit längerer Zeit sind bestimmte Gebiete der Fürsorge in engen Zusammenhang mit den Krankenhäusern gebracht worden. Zunächst das Rettungswesen. Es war selbstverständlich, daß die Krankenhäuser als Rettungsstellen für erste Hilfe mit einbezogen wurden, und daß sie durch Schaffung eines Krankenbettennachweises in den Rettungsdienst eingegliedert wurden. Zweitens brachte es die Entwickelung der Bakteriologie und Serologie mit sich, in Krankenhäusern bakteriologische Untersuchungsabteilungen getrennt vom Stationsdienst zu schaffen; diese wurden dann in den Dienst der Seuchenverhütung für die gesamte Bevölkerung miteingestellt. Auch die pathologischen Institute stellen Untersuchungen für die gesamte Bevölkerung an. Auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge im engeren Sinn bestehen zwischen Gesamtbevölkerung und Krankenhaus viel engere Beziehungen, als gewöhnlich angenommen wird. Die Tuberkulosefürsorge wird vielfach in die Krankenanstalten verlegt. Die Krankenanstalt einer Mittelstadt wird vielfach von vornherein so geplant, daß die Kreisberatungsstelle für Tuberkulose mit eingebaut wird, und ihr die Personen und die Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung stehen. In manchen Universitätskliniken haben die Vorsteher der Klinik aus eigenem Interesse zugleich die Fürsorge für Tuberkulöse als Leiter übernommen und in den klinischen Unterricht mit einbezogen. Aehnliches gilt für die Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Den Provinzialhebammenlehranstalten sind vielfach kleine Säuglings- und Mütterheime angegliedert. Bei der klinischen Fürsorge der Geisteskranken ist die Bewegung im Fluß, entlassungsfähige Geisteskranke in offene Beratungsstellen zu übernehmen, die aber in engstem Zusammenhang mit der geschlossenen Anstalt gebracht worden sind. Aber es bestehen auch sehr wichtige umgekehrte Beziehungen. Will das Krankenhaus die Erfolge der Anstaltsbehandlung sichern, so muß eine stete Zusammenarbeit mit der Fürsorgestelle bleiben. In der sozialen Krankenhausfürsorge besteht eine sehr schwere Lücke. Sie dient leider nur den Aufgaben unmittelbar nach der Entlassung. Ein großer Teil der Kranken untersteht zwar der sozialen Versicherung, erleidet aber bald nach der Entlassung Rückfälle, geht vielleicht erst den Krankenkassen zu, wenn es zu spät ist. Hier müßte in einer Prognose auf lange Sicht dafür gesorgt werden, daß alle die Kranken, die nach der Natur ihres Leidens besonders häufig Rückfällen ausgesetzt sind, einer dauernden Ueberwachung unterworfen werden, ähnlich wie die Ueberwachungsschüler in der Schulgesundheitspflege.

Werner Gottstein, Freiburg i. Br.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

N. F. 3., Nr. 2, November 1926.

* Unfallverhütung in den Vereinigten Staaten von Amerika. Alversleben.
Ankylostomiasis als Berufskrankheit. Bruns.
Sanitäre Charakteristik detaillierter Berufszweige. Kaplun.
Augenverätzung mit 25% Höllensteinlösung. This.

Unfallverhütung in den Vereinigten Staaten von Amerika. In ausführlicher, äußerst interessanter Weise schildert uns Alversleben den wohlorganisierten Kampf gegen die Unfallgefahr in Nordamerika; wie in Wort und Bild — oft in grotesker Art —, mit Geldprämien, Wanderpreisen, bes. Ehrungen usw. versucht wird, den Arbeiter für diesen Kampf zu interessieren. Wir erhalten viel Anregung, aber eine bloße Kopie ist für deutsche Verhältnisse nicht ausführbar.

Ueber schwefelsäurehaltigen Staub. Bei Schiffskesselreinigern traten Erkrankungen der tieferen Luftwege und auch Hautätzungen auf. Die Kessel waren mit „Mount" (Petroleumrückständen) befeuert. Der Schwefelgehalt des Mounts wird während des Feuerns zu Schwefelsäure oxydiert und schlägt sich nieder. Beim Reinigen der Rohre gelangt dieser Staub in die Luftwege oder auf schwitzende Haut. Hier spaltet sich Schwefelsäure ab und ätzt.

Michaelis, Bitterfeld.

Zentralblatt für innere Medizin.

47. Jahrg., Nr. 47, 1926.

* Die Entzündung der Speichelgänge bei der eitrigen Speicheldrüsenentzündung. Pichler.
* Zur Anwendung der quantitativen Bestimmung der „Xanthoproteinwertes„ des Blutserums nach Becher als Methode für den Nachweis der Niereninsuffizienz. Grömer.

Die Entzündung der Speichelgänge bei der eitrigen Speicheldrüsenentzündung. Klinische Beobachtungen und Leichenuntersuchungen über eiterige Entzündungen der Speicheldrüsen veranlassen zu der Auffassung, daß die Erkrankung stets von der Mundhöhle ausgeht. Hämatogene Entstehung erscheint unwahrscheinlich. Die Entzündung der Ausführungsgänge (Sialodochitis) ist nicht sekundärer Prozeß, wie die deutsche Literatur meist noch annimmt, sondern primärer. Verf. fordert zur Nachprüfung auf.

Zur Anwendung der quantitativen Bestimmung des „Xanthoproteinwertes" des Blutserums nach Becher als Methode für den Nachweis der Niereninsuffizienz. Nachprüfung der von Becher angegebenen Methode der im Blute bei Niereninsuffizienz retinierten und mit der Xanthoproteinreaktion nachweisbaren aromatischen Körper. Die Reaktion geht im allgemeinen der Indikanreaktion im Blutserum parallel. Sie ist praktisch wichtig für die Differentialdiagnose komatöser Zustände: Starke Erhöhung des Xanthoproteinwertes beim urämischen Koma gegenüber anderen Komaformen. Die Probe hat den Vorzug, schnell ausgeführt werden zu können.

47. Jahrg., Nr. 48, 1926.

* Zur Pathogenese der Bronchiektasie im Kindesalter. Duken.

Zur Pathogenese der Bronchiektasie im Kindesalter. Eingehende Studie auf Grund der klinischen und anatomischen Literatur sowie eigener Beobachtungen. Nach pathogenetischen Gesichtspunkten getrennt sind die durch primäre Wandschädigung bedingten sog. endobronchialen Formen der Bronchiektasie zu unterscheiden von denjenigen, die ihre Entstehung Vorgängen im Lungengewebe, Pleuraabszessen oder peribronchialen Veränderungen verdanken. Praktisch teilt Verf. ein in Belastungsektasie, wie er statt des von den Pathologen gebrauchten Ausdrucks „Entlastungsektasie" vorschlägt, und in Schrumpfungsektasie. Die häufige Symptomlosigkeit der Bronchiektasien im Kindesalter erschwert unsere Kenntnis über dieses Krankheitsbild. Die Annahme Sauerbruchs, 80% der Bronchiektasien seien kongenital, wird abgelehnt. Zu den Ausführungen Brauers, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden 1925, wird wiederholt teils zustimmend, teils abweichend Stellung genommen. Von der Kontrastfüllung der Bronchien mit Jodipin, die schon manches Licht in das dunkle Gebiet gebracht hat, erhofft sich Verf. weiteren Fortschritt in der Erforschung der Bronchialerkrankungen.

47 Jahrg., Nr. 49 und 50.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie. Prof. C. Bachem-Bonn.

Gustav Hoffmann, Nürnberg.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 49.

Spindelzellensarkom der weiblichen Urethra. H. R. Schmidt.
Doppelte Urethra. Kubig.
Beitrag zur Mißbildungslehre der Harnorgane. Burger.
* Zur Diagnose der Ureter-Scheidenfistel. Brakemann.
Ueber zwei Fälle von Nierentumoren, nebst einigen kritischen Bemerkungen über Diagnose, Prognose und Therapie derselben. Bretschneider.
Ein Fall von Nierendystopie bei hochgradiger Genitalhypoplasie und Tuberkulose. Kattermann.

Zur Diagnose der Ureter-Scheidenfistel. Im Gegensatz zur Blasenscheidenfistel ist der Nachweis der Ureter-Scheidenfistel ein indirekter: Liegt eine Frau nach einer langandauernden Geburt oder einer Uterus-Totalexstirpation dauernd naß, und ist in der Blase eine Fistelöffnung zystoskopisch nicht nachweisbar, so muß man an das Vorliegen einer Ureter-Scheidenfistel denken. Die Ureteröffnungen werden mit dem Zystoskop eingestellt und ein Farbstoff, am besten Indigokarmin, intravenös einverleibt. Ist die Ausscheidung des Farbstoffs auf der einen Seite gestört resp. ganz aufgehoben und färbt sich ein weißer, in die Vagina eingelegter Gazestreifen blau, so ist der Nachweis für eine einseitige Ureterverletzung erbracht. Doch kann sich, wenn man nicht sehr lange nach dem Insult untersucht, eine Blasen-Scheidenfistel hinter ödematös gequollenen und gewulsteten, bis an die Uretermündung heranreichenden Schleimhautfalten verbergen. Bei gutschließendem Ureterostium genügt ein einfaches Auffüllen der Blase mit Kontrastflüssigkeit und Einlegen von weißer Gaze in die Vagina zum differentialdiagnostischen Nachweis der Blasen-Scheidenfistel. Ein Funktionsausfall an einem Ureterostium kann ferner bedingt sein durch eine Schädigung des sezernierenden Nierenparenchyms der betreffenden Seite durch Entzündung, einen Nierenstein oder Hydronephrosenbildung. Besteht eine Ureter-Scheidenfistel schon längere Zeit, so kann man mitunter beobachten, daß bei der zystoskopischen Untersuchung der Ureter der unverletzten Seite das intravenös injizierte Blau gut ausscheidet, die verletzte Seite nicht sezerniert, der in die Scheide eingelegte Gazestreifen zwar tropfnaß, aber ohne eine Spur von blauer Farbe entfernt wird. In diesem Fall ist anzunehmen, daß infolge der an der Fistelstelle üblichen Stenosierung des Harnleiters eine Hydronephrose bezw. eine sackartige Erweiterung des kranialen Teils des Ureters sich ausgebildet hat, Krankheitszustände, die bekanntlich stets mit Verzögerung der Farbstoffausscheidung einhergehen. Die neuerdings vielfach ausgeführte Methode der Harnleiterfüllung mit Kontrastflüssigkeit und nachfolgende Röntgenaufnahme erleichtert den exakten Nachweis der Lokalisation der Fistel wesentlich. Dies ist besonders wichtig vor einer evtl. operativen Behandlung der Fistel, sowie als Ergänzung der übrigen gebräuchlichen Untersuchungsmethoden.

Nr. 50.

Der Bacillus pneumoniae Friedländer als Erreger gynäkologischer Erkrankungen. Scheyer.
Bemerkung zum Vortrag Wiegels über Leibesübungen der Frau. Heim.
Solitäre Vakzine-Infektion der Vulva bei einem nicht geimpften Kind. Joachimovits.
Angiom der Plazenta. H. O. Neumann.
◆ Zur rationellen Behandlung der durch retinierte Blutkoagula hervorgerufenen Nachgeburtsblutung. E. Ad. Koch.
Eine absolut sichere Blutstillungsmethode bei vaginalen und abdominalen gynäkologischen Operationen. Logothetopulos.
◆ Die Leitung der Nachgeburtsperiode. Werboff.

Zur rationellen Behandlung der durch retinierte Blutkoagula hervorgerufenen Nachgeburtsblutung. Weit seltener als retinierte Eihautreste können festsitzende Blutkoagula die Veranlassung einer schweren „atonischen“ Nachgeburtsblutung werden. In der Literatur und in den Lehrbüchern findet sich nur wenig über die Diagnose und Therapie dieser Erscheinung. Die manuelle Austastung mit Lösung und Entfernung der Blutkoagula ist hier das schnellste und sicherste Mittel zur Blutstillung. Mitteilung eines charakteristischen Falls, wo es nach einer Spontangeburt zu einem schweren Blutverlust infolge retinierter Blutkoagula gekommen war. Wenn der Eingriff mit einer gut desinfizierten, mit einem Gummihandschuh bekleideten Hand vorgenommen wird, ist die Gefahr einer septischen Endometritis für die Wöchnerin gering.

Die Leitung der Nachgeburtsperiode. Nach Ansicht des Verfassers ist die fast überall übliche Rückenlage der Wöchnerin in der Nachgeburtsperiode die denkbar ungünstigste. Große Blutverluste und Erschwerung der Lösung der Plazenta seien dadurch bedingt, so daß, was die Menge des fließenden Bluts betrifft, unsere Kreißsäle eher Schlachtfeldern ähnlich kommen als Lokalen, in denen sich ein physiologischer Vorgang abspiele! Er empfiehlt die Hockstellung, die vor einiger Zeit auch von Lichtenstein in Erinnerung gebracht, von der Mehrzahl der Kliniker und praktischen Gynäkologen aber abgelehnt worden ist. Die Hockstellung in der Nachgeburtsperiode mag für aus den Landbezirken des fernen Ostens stammende Wöchnerinnen eine Ruhestellung sein, für die Mehrzahl der Frischentbundenen im übrigen Europa ist sie es sicher nicht. Und die durch den Geburtsakt körperlich stark geschwächte Frischentbundene braucht in erster Linie körperliche Ruhe und Ausspannung, die die Hockstellung nicht gewährt. Mittelstarke und starke Blutungen sah Verfasser an seinem Material in 29,8 % der Fälle, trotz des Hocksitzes, in der Nachgeburtsperiode. Rückäußerungen von anderer Seite bleiben abzuwarten!

Schwab, Hamburg.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

Oktober 1926.

Symmetrische Orbitaltuberkulose. Mulock-Houwer.
Zur Literatur der Tuberkulose der Augenhöhle. Sander.
Schutzgläser mit dünnen Metallschichten. Imre.
◆ Kollargol in der Augenheilkunde. Kuriks.
◆ Das reiztherapeutische Intervall nach klinischen Untersuchungen bei Augenkranken. Wick.
Kritik der Pooschen Irisversuche. Münch.
Entgegnung auf vorstehende Arbeit. Poos.
Histologische Veränderungen bei Herpes corneae. Berger.
Pulsierende Descemetocele nach Blennorrhoea adultorum. Meyerbach.
Extraktion eines Kupfersplitters aus der Orbita. Metzger.
Fetttröpfchen in der vorderen Kammer nach perforierender Verletzung. Metzger.
Binasale Hemianopsie. Feigenbaum.
Bindehaut-Hornhautentzündung durch Saft der Euphorbia heliosegia (Wolfsmilch). Guggenheim.
Schädigung des Auges durch Drechslerarbeit. Samoileff.
Zum klinischen Bilde der Schneeblindheit. Frank-Kamentzki.
Operation gegen Trichiasis. Shimkin.
Zur Mitteilung Echtermeyers „Zerfall einer Hornhaut durch Glaukosaneinträufelung. Hamburger.
Völliger Ausguß der Konjunktivalsäcke mit Teer. Thiess.

Kollargol in der Augenheilkunde. Verf. stellte ausgedehnte experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkungsweise des Kollargols am Auge an und kam zu folgenden Resultaten. Augenpathogene Keime (Staphylokokken, Pneumokokken, Diplobazillen, Bac. subtilis) werden in vitro vom Kollargol nur in geringem Grade abgetötet, dagegen ist eine entwicklungshemmende Wirkung deutlich. Am stärksten wirkt es noch auf Staphylokokken. Die trotzdem bei Erkrankungen des menschlichen Auges nachgewiesene therapeutische Wirksamkeit muß daher eine indirekte sein. (Auch bei Diplobazillen ist das Zinc. sulf. in vitro unwirksam.) Das Pneumokokkenulkus der Hornhaut wird durch Kollargol nicht sicher geheilt. Die Diplobazillenkonjunktivitis reagiert nicht deutlich auf Kollargol, das Zinc. sulf. ist hier wesentlich überlegen. Nach Versuchen des Verf. ist das Kollargol imstande, die Hornhaut bis in die mittleren Schichten hinein für längere Zeit zu imprägnieren. Seine heilende Wirkung wird dadurch wahrscheinlich verstärkt. Vielleicht übt das Kollargol im Auge eine Wirkung durch die Bildung sogenannter „Leukine“ aus.

Das reiztherapeutische Intervall ist nach Wick bei Anwendung parenteraler Reizmittel von viel weittragender Bedeutung als die Art des Mittels und die Dosierung. Die Zwischenzeit zwischen zwei Reizen soll niemals unter 3 Tagen betragen. Als geeignetes Intervall sind 4—5 Tage angegeben. Die Reiztherapie muß früh genug angewandt werden, d. h. zu einer Zeit, solange der Organismus und das erkrankte Organ noch fähig sind, genügend Abwehrsäfte zu entwickeln. Einem zu stark geschwächten Körper kann durch Reiztherapie unter Umständen geschadet werden.

Meesmann.

Archiv für Ophthalmologie.

117., Heft 4.

Morphologie der Glia des Nerv. opticus und in der Retina. Marchesani.
Proliferierende tuberkulöse Uveitis. v. Hippel.
Vitale Färbung des Auges und der Lidränder. Marx.
Augenzitterkunde. Ohm.
Pathologie und Pathogenese des Chalazions. Schall.
Chemische Untersuchungen über die Natur der intraokularen Flüssigkeit. Tron.
Pathol.-anatom. Befund einer indirekten Skeralruptur. Schäfer.
Familiäre progressive Maculadegeneration. Schall.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

35., Heft 2.

◆ Röntgendiagnostik der Gallensteine und der Gallenblase ohne Kontrastmittel. F. Haenisch.
◆ Zur Röntgenuntersuchung der Schädelbasis bei basalen Tumoren (Methodik, Diagnostik und Kasuistik). E. G. Mayer.
Die Köhlersche Erkrankung des Metatarsalköpfchens. L. Holst und G. Chandrikoff.
◆ Die chronische Appendizitis im Röntgenbild. B. Döhner.
Ein weiterer Fall von Mesenterium commune. B. Döhner.
Ueber eine neue Methode der Filtersicherung und einer Ventilation der Röntgenröhre bei therapeutischen Bestrahlungen. S. Singer.
Ueber eine Magen-Jejunum-Kolon-Fistel. E. Reiser.
Ueber die Cholezystographie nach Graham und Cole und ihre Bedeutung für die Klinik. F. Eisler und W. Nyiri.
Das Stäbchensehen in der Röntgenoskopie. P. L. Stumpf.
◆ Compton-Effekt bei tiefentherapeutischen Bestrahlungsbedingungen. B. Rajewsky.
Ueber gutartige Magentumoren. D. Galdau und A. Pop.

* Die Röntgenbehandlung der Syringomyelie. J. I. Heinismann und L. I. Czerny.
Die Verkalkung des Corpus pineale im Röntgenbild. H. Bronner.
Eine neue Milliamperemeterbeleuchtung. W. Nölke.
Nochmalige Erwiderung an Claus bezügl. seiner Mitteilung „Ueber die Gestalt von Flüssigkeitslinien auf Röntgenplatten erkrankter Nasennebenhöhlen". L. Brunetti.
Entgegnung auf Brunettis vorstehende Erwiderung. G. Claus.
* Strahlentherapie der Zervixkarzinome. Cl. Regaud.

Röntgendiagnostik der Gallensteine und der Gallenblase ohne Kontrastmittel. Wenngleich für die Untersuchung der Gallenblase die Kontrastdarstellung die wichtigste Methode darstellt, darf die einfache Untersuchung der Gallenblase doch nicht vernachlässigt werden, da auch sie oft recht wertvolle Resultate ergibt. Der direkte Nachweis der Gallensteine gelingt bei sorgfältiger Technik nicht so selten, wie meist angenommen wird. Die Darstellbarkeit hängt in der Hauptsache von der Größe, der Zahl und dem Kalkgehalt der Steine ab. Reine Kalksteine finden sich selten. Häufiger sind Cholesterinsteine mit mehr oder weniger feiner Kalkschale. Diese geben im Röntgenbild den bekannten Siegelringschatten. Kalkarme Steine sind nur darstellbar, wenn die Gallenblase mit dicker Galle stark gefüllt ist. Sie treten dann als Aufhellungen hervor. Differentialdiagnostisch ist zu beachten, daß ein Gallenstein sich gelegentlich in den Nierenschatten hinein projizieren kann. Es muß dann durch eine seitliche Aufnahme die Zugehörigkeit des Schattens zur Gallenblase sichergestellt werden. Eine Verwechselung mit verkalkten Mesenterialdrüsen ist wohl meist auszuschließen, ebenso mit Verkalkungen in den Rippenknorpeln. Bei dem negativen Steinschatten ist eine Verwechselung mit Luftblase auszuschließen.

Die pathologische Gallenblase selbst tritt gelegentlich als Schatten hervor, am besten bei Luftfüllung des Kolons. Eine wesentliche diagnostische Deutung beanspruchen auch die indirekten Zeichen, insbesondere die Rechtsaufwärtsverziehung des Pylorus und Duodenums, sowie die konkave Impression am Antrum bzw. am Bulbus duodeni. Auch an der Flexura hepatica sind pericholezystitische Veränderungen nachzuweisen. Sehr wichtig ist eine gründliche Vorbereitung des Patienten, insbesondere eine Entleerung des Darmes durch hohen Einlauf. Auch ist zu beachten, daß schattengebende Medikamente mehrere Tage vor der Aufnahme nicht mehr gegeben werden dürfen. Von der Benutzung der Potter Buckyblende rät H. bei der sagittalen Aufnahme ab.

Mit Platten darf nicht gespart werden, es sind 4—8 Aufnahmen erforderlich mit Variierung der Expositionszeit und Strahlenhärte. Die Aufnahmen dürfen nicht zu hart sein.

Zur Röntgenuntersuchung der Schädelbasis bei basalen Tumoren (Methodik, Diagnostik und Kasuistik). Als Norm für eine Untersuchung der Schädelbasis zwecks Feststellung von basalen Tumoren sind erforderlich: Uebersichtsaufnahme in frontaler und sagittaler Richtung, ferner je nach der Lage des Falles eine axiale Aufnahme der mittleren Schädelgrube, entweder bei überhängendem Kopf in submento-bregmatikaler Richtung oder in umgekehrter Richtung, ferner eine Schläfenbeinaufnahme, bei der der Zentralstrahl senkrecht zur Längsachse der Pyramide verläuft und gegebenenfalls eine Schrägaufnahme der Orbita mit der Richtung des Zentralstrahles in der Achse des Canalis opticus.

Die endokranielle Drucksteigerung ist an der Vermehrung und Vertiefung der Impressiones digitatae zu erkennen. Es kommt vor, daß röntgenologisch einwandfreie Zeichen einer Drucksteigerung bestehen, während die Lumbal- oder Zysternenpunktion normale Verhältnisse ergibt. Dies erklärt sich daraus, daß auch vorübergehende Drucksteigerungen zu dauernden Veränderungen am Schädelknochen führen können. Ferner kann aber eine partielle Drucksteigerung bestehen, die nur eine Hemisphäre oder auch nur eine Schädelgrube betrifft. Eine solche braucht nicht zu einer meßbaren Erhöhung des Liquordruckes zu führen. An der Sella turcica kann bei Steigerung des Innendruckes eine ausgedehnte Usur entstehen, die einen Tumor vortäuschen kann. Es ist also zu beachten, daß eine Druckusur der Sella nur einen Hydrozephalus des dritten Ventrikels beweist, der sowohl bei einem Sitz des Tumors in der hinteren sowie in der mittleren und vorderen Schädelgrube entstehen kann. Drucksteigerung in der hinteren Schädelgrube führt häufig zu gleichmäßiger Ausweitung der inneren Gehörgänge, evtl. zu Atrophie oder Verdünnung des Dorsum sellae. Am Felsenbein führt die Drucksteigerung zu einer Zuschärfung der Pyramidenspitze. Pathognomonisch für Drucksteigerung durch einen Tumor der mittleren Schädelgrube ist eine Usur an der oberen Pyramidenkante medial von der Eminentia arcuata. Druckusuren in der vorderen Schädelgrube entziehen sich im allgemeinen der Röntgendarstellung. Die direkten lokalen Veränderungen der Tumoren sind an der Sella turcica mit großer Sicherheit nachzuweisen.

Bei einem parasellar gelegenen Tumor kann eine leichte Verschleierung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhlen durch ein Stauungsödem infolge Kompression des Sinus cavernosus diagnostische Bedeutung erlangen. Primäre Sarkome und metastatische Sarkome oder Karzinome des Keilbeinkörpers sind durch die Verschattung der Keilbeinhöhle und Destruktion des Knochens nachzuweisen. Tuberkulose kann unter Umständen dasselbe Bild ergeben.

Endotheliome der mittleren Schädelgrube können zur Verdichtung des großen Keilbeinflügels führen. Ausgedehnte Destruktionen finden sich nur bei malignen Tumoren, die vom Mittelohr oder vom Nasenrachenraum aus auf das Keilbein übergreifen. Am kleinen Keilbeinflügel finden sich häufig Hyperostosen, die durch benachbarte Tumoren hervorgerufen werden. Seltener treten auch hier Usuren auf. An den Pyramiden ist scharf zu unterscheiden zwischen jenen Tumoren, die von den Mittelohrräumen ausgehen und in erster Linie an der Pars mastoidea Veränderungen setzen und jenen, die in der Felsenbeinspitze oder deren Umgebung entstehen und dort arrodieren. Karzinome in der Pars mastoidea setzen ausgedehnte scharf begrenzte Defekte. Sie greifen auch den kompakten Knochen rasch an und zerstören bald den Labyrinthkern. Auch bilden sie frühzeitig Metastasen, die als kleine rundliche Aufhellungen kenntlich sind. Sarkome dagegen lassen den Labyrinthkern meist länger intakt. Sie erzeugen eher das Bild einer ausgedehnten Atrophie, oft ohne umschriebenen Destruktionsherd. Differentialdiagnostisch kommt bei Karzinomen das Cholesteatom, bei Sarkomen Tuberkulose in Betracht. Reaktive Verdichtung des Knochens spricht für Cholesteatom, Erhaltenbleiben der Antrumwand oder Vorwölbung des Planum mastoideum für Sarkom und gegen Tuberkulose. Differentialdiagnostisch ist bei der Diagnose eines Schädelbasistumors insbesondere zu beachten, daß parasellar gelegene Verkalkungen z. B. in der Arteria carotis interna leicht mit intrasellaren Verkalkungen verwechselt werden können, wie sie bei endosellaren Tumoren vorkommen. Dasselbe gilt von den Exostosen der Processus clinoideus anteriores.

Die chronische Appendizitis im Röntgenbild. Die Appendix ist in weitaus den meisten Fällen röntgenologisch darstellbar. Man soll zunächst 5—6 Stunden nach Einnahme der Kontrastmahlzeit untersuchen. Dann sind die letzten Ileumschlingen noch gefüllt. Eine Erweiterung der Ileumschlingen insbesondere ein Luftgehalt derselben, evtl. Kontrastbreispiegel mit Luftblasen und besonders tief einschneidende Peristaltik sind wertvolle pathologische Kennzeichen. Sie kommen bei Appendizitis vor, aber auch bei chronischer tuberkulöser Bauchfellentzündung und Ileo-Zökaltumoren. Wichtig ist auch die Feststellung, ob zwischen Ileum und Zökum oder Aszendens Verwachsungen bestehen, was durch Palpation und Durchleuchtung in verschiedenen Richtungen festzustellen ist.

Eine Verlagerung des Zökum besonders nach unten medial ist verdächtig auf periappendizitische Verwachsungen. Ist der normalerweise aus 2—3 nach links konvexen Bogen bestehende mediale Rand des Zökums so deformiert, daß diese verschwinden oder nach links konkav sind, so spricht dies mit großer Sicherheit für Appendizitis. Es kann auch eine Schneckenform des Zökums entstehen, ferner eine hornartige Form mit der Spitze nach unten innen oder eine unregelmäßige polygonale Figur. Diese Veränderungen entstehen durch Kontraktionszustände in der Haustrenmuskulatur, sind also nicht etwa ohne weiteres auf Perityphlitis zu beziehen. Ist die Appendix 6 Stunden p. c. nicht gefüllt, so verabfolgt man eine zweite Kontrastmahlzeit und untersucht nach 8 Stunden und nach 24 Stunden. Wenn bei der einfachen Untersuchung die Appendix auch durch Palpation nicht sichtbar geworden ist, so empfiehlt es sich, eine Luftaufblähung des Dickdarms vorzunehmen.

Auffallend lange Wurmfortsätze, geschlängelte und Spiralform sind nichts Pathologisches. Freie Beweglichkeit spricht dafür, daß die Appendix gesund ist. Spitzwinklige oder polygonale Formen dagegen, die bei Palpation und wiederholter Beobachtung konstant bleiben, sprechen für Appendizitis. Aus einer auffallend langen Verweildauer des Kontrastmittels in der Appendix ist nicht ohne weiteres auf Appendizitis zu schließen. Einen wesentlichen diagnostischen Wert hat ein mit der Appendix zusammenfallender Druckschmerz, ferner weist Verf. auf ein von ihm gefundenes neues Symptom hin: Wenn bei Luftaufblähung vom After aus im Zökum ein bestimmter und lokalisierter Druckschmerz auftritt, sobald die Luft in das Zökum eintritt, so spricht dies mit großer Wahrscheinlichkeit Sicherheit für Appendizitis. Eine hierdurch festgestellte Insuffizienz der Valvula Bauhini kommt auch bei Gesunden vor, kann also nicht als pathologisch verwertet werden.

Compton-Effekt bei tieftherapeutischen Bestrahlungsbedingungen. Während früher der Streuungsprozeß als nutzlos für die Absorption der Strahlungsenergie betrachtet wurde, ergibt sich nach den Entdeckungen Comptons, daß auch bei der Streuung Elektronen ausgelöst werden und zur Wirkung kommen, ebenso wie bei der Absorption, bei harten Strahlen sogar noch in höherem Maße. Bei den Bedingungen der Tiefentherapie (harte Strahlen) findet eine mehrfache Streuung statt, je nach den Bedingungen eine drei- bis vierfache. Demgemäß tritt ein mehrfacher Compton-Effekt auf, der zur Folge hat, daß sich nicht nur die Wellenlänge des Strahlengemisches ändert, sondern auch die ganze Qualität des Gemisches. Es ergibt sich aus dieser Tatsache die Zweckmäßigkeit der Verabfolgung besonders harter und eng homogenisierter Strahlen. Diese Strahlen dringen in tiefere Schichten des Körpers ein und werden erst dort weicher, also leichter absorbiert. Sie verstärken bei ihrer direkten Absorption die Wirkung der Rückstoßelektronen durch die Photoelektronenemission. Die Wellenlänge der Strahlung kann beliebig klein sein. Für die Dosimetrie ergibt sich, daß es nicht ausreicht, die Dosis nur in den auffallenden Strahlen zu messen, da bei dieser Messungsart die Strahlungsenergie und ihr Abbau, die eine Wirkung in dem Dosimeter hervorrufen, der im bestrahlten Körper zur Wirkung kommenden Energie weder qualitativ noch quantitativ entspricht. Es ist vielmehr erforderlich, die physikalische Messung an der Stelle der Strahlenwirkung selbst vorzunehmen.

Die Röntgenbehandlung der Syringomyelie. Durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarks konnte bei 13 Fällen von Syringomyelie fast immer subjektive Besserung des Allgemeinbefindens erzielt werden, insbesondere verschwinden die Schmerzen und die Parästhesien, auch die Paresen besserten sich. Die trophischen und vasomotorischen Störungen: Kältegefühl, Zyanose, Oedem, sind zum größten Teil völlig verschwunden, die Fisteln heilten, Keloide wurden blasser und dünner und Geschwüre begannen zu granulieren. Hyperkeratosen wurden nachgiebiger, Rhagaden und Ekzeme verschwanden schon nach 3 Bestrahlungen.

Bezüglich der Sensibilität besserte sich in erster Reihe der Schmerzsinn, der Temperatursinn kehrte bedeutend später wieder. Eine Besserung der spastischen Erscheinungen, der Blasenstörungen und der Nageldystrophie konnte dagegen nicht festgestellt werden. Auch blieben die Knochendeformationen ohne Veränderungen. In einigen Fällen, in denen nur ein Teil des Rückenmarks bestrahlt wurde, ergab sich in der von den bestrahlten Partien versorgten Körperregion Besserung bzw. Heilung der verschiedenen Erkrankungssymptome, nicht dagegen in den unbestrahlten Regionen, in denen zum Teil sogar Verschlimmerung eintrat.

Technik: Jede Region wird im Laufe von 3 Tagen mit ¾ HED unter ½ mm Cu plus 1 mm Al bei einer Spannung von 180 kV bestrahlt. Pause zwischen den einzelnen Serien 1—1½ Monate.

Strahlentherapie der Zervixkarzinome. Verf. bespricht zunächst die Curietherapie auf utero-vaginalem Wege. Wenn es sich um einen in seinem Anfangsstadium befindlichen engbegrenzten Krebsherd handelt, kann man durch Anbringung einiger weniger Strahlenherde, die mit Genauigkeit in ihrer Stellung gehalten werden, Heilung erzielen. Aber die Fälle, die dieser Bestrahlungsmethode zugeführt werden können, sind äußerst selten. Man muß sich insbesondere davor hüten, allein nach den Ergebnissen der klinischen Untersuchung durch Palpation und Spekulum die Ausdehnung der Erkrankung zu beurteilen, man tut vielmehr besser, eine weitgehende Infiltration anzunehmen und mit größeren Bestrahlungsfeldern anzugreifen. Die Methode des Verf. beruht darauf, daß die Gesamtmenge in zahlreiche Elementarherde aufgeteilt wird, wobei die radioaktive Substanz bei größtmöglicher Menge den geringstmöglichen Durchmesser einnimmt. Diese Einzelherde sind nur schwach aufgeladen. Die Herdlänge eines jeden Elementes beträgt 15 mm, die Einzelladung beträgt 6,66 Milligramm bzw. 13,33 Milligramm Radiumelement. Man verwendet für den Uteruskanal 1 mm Platinfilter, für die Scheide 1,5 mm Platin. Außerdem ist eine Sekundärfilterung erforderlich, für den Uteruskanal ein dünnes Aluminiumblatt mit 2 mm Kautschukhülse, für die Scheide ein gleiches Aluminiumblatt, das von einem 6—10 mm dicken paraffinierten Kork eingeschlossen wird. Von solchen Elementarherden werden 5—8 im Uterus und in der Scheide angelegt. Ist der Uteruskanal undurchgängig, so wird zuerst vaginal bestrahlt, um nach Einschmelzung der Krebsmassen die Uterinbestrahlung anzuschließen. Bei Schrumpfung der Scheide, Verschluß des Uteruskanals usw. muß die intrautero-vaginale Curietherapie durch Röntgentherapie oder transkutane Curietherapie ergänzt werden.

Von der interstitiellen Curietherapie, insbesondere auch von der neuerdings empfohlenen Radiumpunktur ist Verf. wieder abgekommen, da bei dieser Methode die Vaginalschleimhaut von nicht genügend gefilterten Strahlen getroffen wird und andererseits die in Betracht kommende Dosis zu schwach ist, um die periuterinen Infiltrationen zu erreichen. Die Radiumchirurgie des Zerviko-Uteruskarzinoms besitzt heute keine Berechtigung mehr.

In vielen Fällen ist die Anwendung der Curietherapie mit äußeren Strahlungsherden zweckmäßig. R. verwendet neuerdings 4 Gramm Radiumelement in einem Fokushautabstand von 10 cm. Die Optimaldauer der Behandlung liegt zwischen 12—20 Tagen. Die Bestrahlung erfolgt in täglichen mehrstündigen Sitzungen, der Bestrahlungsherd mißt 160 cm^2. Es werden Radiumtuben von 50 mgr Radiumelement pro Tubus verwandt. Diese werden nicht gleichmäßig auf die Fläche verteilt, sondern die Strahlendichte nimmt von dem Zentrum gegen die Peripherie hin ab. Man wählt 6 Eintrittsfelder, zwei vordere seitliche abdominale Felder, zwei hintere sakroiliakale Felder, zwei seitliche ileo-femorale Felder. Evtl. kommt noch ein pubo-vulväres Feld hinzu. Die Filterung beträgt 1 mm Platin. Da die Apparatur sehr schwer ist — der Bleischutz wiegt über 100 kg — muß ein besonderes Stativ Cont roulant angewandt werden.

Bei der Anwendung der Röntgenbestrahlung ist zu beachten, daß die Selektivität der biologischen Wirkungen mit dem wachsenden Durchdringungsvermögen der Röntgenstrahlen wächst. Durch das Prinzip der Kreuzfeuermethode ist es gerade beim Zervikokarzinom möglich, eine homogene Durchstrahlung des erkrankten Gebietes vorzunehmen ohne Schädigung der Nachbarorgane, insbesondere auch der Haut und ohne Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Sorgfältige Dosierung ist natürlich Grundbedingung. Im großen und ganzen kann man zwei Methoden unterscheiden: Bei Verwendung einer mäßig harten Strahlung (180—200 kV, 0,5 mm Zn) werden kleine Einfallsfelder gewählt (6—8 cm). Die Konvergens der Strahlenbündel muß genau berechnet und die Bestrahlung genau auf das erkrankte Gebiet gerichtet werden. Man bestrahlt bei geringem Fokushautabstand (25 cm). Die zweite Methode arbeitet mit härteren Strahlen (200 kV und darüber, 1—2 mm Zn- oder Cu-Filter). Hierbei werden größere Einfallsfelder 150—400 cm^2 benutzt, bei größerem Fokushautabstand. Die Strahlenbündel kreuzen sich in weitgehendem Maße. Die Bestrahlungszeit ist erheblich länger als bei der ersten Methode. Dafür ist wegen der größeren Selektivität der Strahlen der Spielraum zwischen der krebsabtötenden Dosis und der für das normale Gewebe schädlichen Dosis größer. Verf. verwendet seit 4 Jahren die letztere Methode, die auf die Angaben der Freiburger Schule zurückgeht.

Für die Erfolge der Strahlenbehandlung ist der histologische Aufbau der Tumoren sehr wichtig. Adenokarzinome z. B. haben eine verhältnismäßig geringe Strahlensensibilität. Daraus ergibt sich, daß die operablen und die Grenzfälle nach erfolgter Curietherapie chirurgisch behandelt werden müssen.

Für die zeitliche Verabreichung der Bestrahlung ist zu beachten, daß Karzinome, welche ein erstes Mal gut auf Radium angesprochen haben, nach Rezidiv refraktär werden können. Auch sind verzettelte Bestrahlungen von ungenügender Wirkung. Es ergibt sich also daraus, daß die Krebsheilung durch eine einzige Behandlung, die in relativ kurzer Zeit durchgeführt werden muß, angestrebt werden soll, nur in den weit vorgeschrittenen Fällen, die aussichtslos erscheinen, und in denen die Verabreichung einer hohen Dosis gefährlich ist, muß man sich mit Verzettelung der Dosis zufrieden geben, wobei aber dann nur ein zeitlicher Stillstand zu erwarten ist. Von einer prophylaktischen Bestrahlung hält Verf. nichts, im Gegenteil besteht bei einem Krebs, der heute durch Bestrahlung klinisch geheilt ist, bei erneuter, nicht indizierter Bestrahlung die Gefahr, eine evtl. Krebsaussaat definitiv strahlenwiderstandsfähig zu machen. Wenn eine Radioresistenz einmal eingetreten ist, so hält sie außerordentlich lange an. Während die Krebszellen refraktär geworden sind, wird gleichzeitig das übrige Gewebe (Bindegewebe, Gefäße) überempfindlich, so daß sie eine weitere Bestrahlung nicht aushalten, ohne der Radionekrose anheimzufallen. Wenn also die verzettelte Bestrahlung zu verwerfen ist, so darf andererseits die Konzentration nicht zu weit getrieben werden. Unheilbringend zu sein, verlangt die Strahlentherapie die Verabreichung von sehr starken Dosen, wodurch ziemlich heftige Reaktionen ausgelöst werden. Man erreicht die Heilung regelmäßiger und auf Kosten weniger starker Rückwirkung, wenn man die Dosis auf einen bestimmten Zeitabschnitt verteilt. Das Optimum ist für eine Dauerradiumbestrahlung 6—10 Tage, für die Röntgenbestrahlung bei täglicher Verabfolgung 15—18 Tage. Die größere Wirkungsfähigkeit einer in bestimmten Grenzen verlängerten Behandlung gegenüber der Methode mit massiven Dosen erklärt sich durch die größere Empfindlichkeit der Zelle im Zustand der Teilung.

Als ergänzende Maßnahme bei der Strahlentherapie ist zunächst die Probeexzision zu erwähnen, die auch für die Durchführung der Bestrahlung wichtig ist. Wenn die histologische Untersuchung ein Adenokarzinom ergibt, so soll, wenn irgend möglich, nach der Curietherapie die Hysterektomie vorgenommen werden. Werden Lymphbahnen festgestellt, die mit Krebszellen vollgepfropft sind, so ist mit Sicherheit auf eine Aussaat der Lymphdrüsen zu schließen, so daß sich die Notwendigkeit einer Drüsenbestrahlung ergibt, auch wenn keine periuterinen Infiltrationen nachweisbar sind. Auch die bakteriologische Untersuchung ist außerordentlich wichtig. Werden hämolytische Streptokokken gefunden, so muß die Behandlung ausgesetzt werden, bis diese Erreger zum Schwinden gebracht sind (zweimal täglich Ausspülung mit einer antiseptischen Lösung, hypertonische Salz-, Zucker- oder Glyzerinverbände oder Kupferiontophoresis).

Auch kann die Abtragung der Krebswucherung mittels Diathermiekoagulation zweckmäßig sein. Eine Kürettage als Vorbehandlung der Curietherapie ist nicht zu empfehlen, da sie Blutungen hervorruft und die Aussaat der Infektionserreger als auch der Krebszellen begünstigt. Wenn ausgedehnte, blutende infizierte Tumormassen vorhanden sind, so kann entweder mit einem äußeren Herde bestrahlt werden oder auch diese Tumormassen werden mittels Diathermie-Koagulation entfernt, Komplikationen sind bei sachgemäßer Anwendung der Curietherapie sehr selten. Die größte Gefahr liegt in der Infektion. Die Häufigkeit der Todesfälle schwankt zwischen 0,5 und 2 %. Kontraindikationen: Zustände von Radioresistenz infolge vorhergehender Behandlung, lokaler oder allgemeiner Infektionszustand, der allen therapeutischen Versuchen widersteht. Kachexie, schwere Anämie, infolge schwerer Blutungen, Urämie durch Harnleiterkompression, Zuckerkrankheit, chronische Schrumpfniere, Lebercirrhose, Herzkrankheiten, Lungentuberkulose. Schließlich ist auch bei einer Bauchfell- und Viszeralaussaat Strahlenbehandlung contraindiziert. Bei vorgeschrittenen schweren Fällen ist utero-vaginale Curietherapie nicht anzuwenden, weil einerseits gefährlich, andererseits wirkungslos. Diese Fälle dürfen also nur mit Röntgenstrahlen oder äußeren Radiumherden behandelt werden. Die Ausdehnung der Krebsneubildung an sich ohne Infektion und ohne eine der oben genannten Komplikationen bieten keinen Grund zur Enthaltung. Sogar Fälle mit Infiltration der Blasen oder Mastdarmwand mit Urin- oder Sterkoralfistel können mit Erfolg bestrahlt werden.

Bei der Frage, ob gute operale Fälle operiert oder bestrahlt werden sollen, hängt außerordentlich viel von der Erfahrung des Therapeuten auf dem einen oder anderen Gebiete ab. Bei dem Vergleich der Statistik muß berücksichtigt werden, daß die chirurgisch behandelten Fälle mit guten Resultaten nur einen kleinen Prozentsatz aller Kranken darstellt. In den Grenzfällen von zweifelhafter Operabilität ist die Hysterektomie nach der Curietherapie zu verwerfen. Die Annahme, durch die Curietherapie Fälle, die nicht operabel waren, in operable zu verwandeln, ist meist eine Täuschung. Grenzfälle sollen einzig und allein den radiotherapeutischen Methoden vorbehalten bleiben. Es soll aber in diesem Fall außer der utero-vaginalen Therapie auch äußere Radiotherapie angewandt werden.

Die präoperative Anwendung der Curietherapie hat den großen Vorteil, daß sie keimtötend in der Vagina wirkt, Ulzerationen zum Vernarben bringt und den Ausfluß beseitigt. Eine Erschwerung der Hysterektomie durch vorangegangene sachgemäße Curietherapie ist nicht zu befürchten. Die beste Zeit für die Operation nach vorangegangener Curietherapie beträgt zwei Monate. Wenn außer Radiumbehandlung auch Röntgenbestrahlung vorgenommen werden soll, so empfiehlt es sich eine geringe Zwischenpause einzuhalten.

Die Gesamtdauer der Bestrahlung darf 15—20 Tage nicht überschreiten. Auch ist es zweckmäßiger, erst die Röntgenbestrahlung und dann die Radiumbestrahlung vorzunehmen.

Postoperative Curietherapie ist heute nicht mehr zu empfehlen, zumal nach der Operation große Schwierigkeiten bestehen, die Herde in zweckmäßiger Weise anzusetzen. Bei einem Rezidiv dagegen ist die äußere Bestrahlung die beste Behandlungmethode.

Kurt Kirschmann, Berlin.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

152., H. 1.

✦ Pemphigus und Kolloidstruma. Eugen Khoór.
✦ Zur Histologie der Gichtknoten. Ernst Grün.
✦ Ueber Kuhpockenerkrankungen bei Säuglingen. E. Vollmer.
✦ Ein Fall von chronischem Rotz beim Menschen. N. G. Sakrepa.
✦ Ein neues Verfahren zum Entfernen von Pigmentmälern, Epheliden und anderen gruppierten Pigmenthypertrophien. Josef Sellei und Johann Fenyö.
✦ Ueber Prurigo aestivalis. Josef Sellei und Ernst Liebner.
Zur Kasuistik der Kyrleschen Krankheit. Ein Fall von Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans. P. A. Pawloff.
✦ Die klinischen Symptome der Verbrennung und ihre Beziehung zum vegetativen Nervensystem. Karl Schreiner.
✦ Beitrag zur Kenntnis der trophoneurotischen Hautgangrän. K. H. Vohwinkel.
✦ Pemphigus foliaceus vegetans-Heilung nebst weiteren Untersuchungen über Kochsalzausscheidung beim Pemphigus. Dimitrije Kristic.
✦ Necrosis adiposa neonatorum oder die sogenannte sclerodermia neonatorum. G. Gelbjerg-Hansen.
Angiokeratoma naeviforme und Kapillaraneurysmen. (Kapillarmikroskopische Untersuchungen.) Bettmann.
Ueber Schizosaccharomykose, eine neue Hefepilzerkrankung, verursacht durch eine neue Spalthefe (Schizosaccharomyces nov. spec.). T. Benedek.
Bemerkungen zu der Arbeit von Merenlender: Beiträge zur Kenntnis der Cutis verticis gyrata und über die Cutis v. g. latens. Dieses Archiv. Bd. 149, Heft 3, S. 564—596. H. Vörner.
Schlußwort. J. Merenlender.
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von kurzwelligem Ultrarot auf die Haut. Werner Jadassohn.
Zur Histologie der Creeping Disease. A. B. Selisky.
Ueber die pathogene Fadenpilzflora in Südungarn. Karl v. Berde.
✦ Ueber syphilitische, juxtaartikuläre Knotenbildungen. Max Jessner.
Apoplexia cutanea — Periarteriitis nodosa. Ferdinand Freund.
✦ Oidiomykose nach feuchten Umschlägen. Hans Biberstein und Selma Grünmandel.
✦ Ueber positive Luetin-Reaktionen bei Lupus erythematodes. (Mit Bemerkungen über die Beziehung von Luetin und Jodkali.) Hans Martenstein und Dorothea Granzow-Irrgang.
Tierexperimentelle Beiträge zur Nagana- und Lueserkrankung und zur Heilwirkung des Salvarsans. C. Schumacher.
Beitrag zur Erythrodermie congénitale ichthyosiforme (Brocq). Wilhelm Richter.
Ueber einen Fall von chronisch-akuter aphthöser Mundschleimhautaffektion (Oidiomykose) bei einer 58-jährigen Pemphiguskranken. K. Ullmann.

Pemphigus und Kolloidstruma. In 2 Fällen von Pemphigus fand sich kolloide Degeneration der Thyreoidea, die zu einer Herabsetzung der Funktion des endrokrinen Organes und Aufspeicherung von Toxinen des Stoffwechsels führte. Es spricht das für die vielfach angenommene Auffassung des Pemphigus als einer Toxikose.

Zur Histologie der Gichtknoten. Durch Silberimprägnation ergeben sich Bilder, die den Anschein erwecken, als ob ein Gitterfasergerüst vorliegt. Dies ist jedoch eine Täuschung, indem es sich tatsächlich nur um die Ablagerung von Silber auf die Oberfläche der Uratkristalle handelt; werden diese vor der Imprägnierung durch Behandlung der Schnitte mit lauwarmem Wasser zur Lösung gebracht, so mißlingt die Silberimprägnierung.

Ueber Kuhpockenerkrankungen bei Säuglingen. In einem Säuglingsheim waren Impfungen mit Kälberlymphe vorgenommen worden; einige Wochen danach entwickelten sich bei einigen Kindern (darunter auch bei einem nicht geimpften) am Gesäß und in der Kreuzbeingegend gelblich-rötliche Pusteln mit deutlicher zentraler Delle. Es lag sicher eine exogene Infektion vor, die durch nicht genügend gewaschene Hände der Pflegerinnen oder nicht genügend desinfizierte Windeln von einem Kinde auf das andere übertragen worden war.

Ein Fall von chronischem Rotz beim Menschen. Chronische Geschwürprozesse im Rachen, die bald verschwinden, bald wieder ausbrechen müssen, wenn schneller Verlauf zum Schlimmeren eintritt, an Rotz denken lassen, falls Syphilis, Tuberkulose nicht sicher nachweisbar. Die Diagnose wird fast völlig sicher durch Auftreten allgemeiner Schwäche, Erschöpfung, schwere Störung des Allgemeinbefindens, Schmerzen in Gelenken und Muskeln, pyämische Temperatur.

Ein neues Verfahren zum Entfernen von Pigmentmälern, Epheliden und anderen gruppierten Pigmenthypertrophien. Die Entfernung gelingt durch (im allgemeinen mehrmals zu wiederholende) Ignipunktur, die ein Schwinden des Hautpigmentes bewirkt. Um die Bildung störender Narben zu vermeiden, ist geeignetes Instrumentarium erforderlich: sogenannter spiraler Nadelbrenner, bei dem die sehr dünne Nadelspitze, ohne glühend zu werden, die Haut in leichter Weise verschorft.

Ueber Prurigo aestivalis. Prurigo aestivalis ist kein einheitliches Krankheitsbild; es gehört dazu Eczema solare und Prurigo simplex chronica recidivans, die klinisch und biologisch voneinander zu unterscheiden sind. Zur Entstehung des pathologischen Zustandes der letzteren führen Licht- und Wärmestrahlen, allenfalls klimatische Verhältnisse und vielleicht auch die Nahrung. Das Krankheitsbild unterscheidet sich von der echten Prurigo, ist zwischen diese und die Urticaria papulosa einzureihen.

Die klinischen Symptome der Verbrennung und ihre Beziehung zum vegetativen Nervensystem. Bei der Entstehung der Erscheinungen spielt der Sympathikus eine große Rolle; die Störungen im vegetativen Nervensystem beruhen vielleicht auf einer Enzymüberladung des Kreislaufes.

Beitrag zur Kenntnis der trophoneurotischen Hautgangrän. 21 Jahre nach einer Schußverletzung traten der trophoneurotischen Gangrän entsprechende Hautveränderungen an der rechten Gesichtshälfte auf, außerdem Dystrophia neuroparalytica an der Cornea, Herabsetzung des Geschmackssinnes und Atrophie der Gesichtsmuskulatur. Der Zusammenhang der Hautgangrän mit Störungen trophischer Nervenbahnen wird in diesem Falle dadurch gesichert, daß nach der Entfernung des in der rechten mittleren Schädelgrube vor der Pyramidenspitze sitzenden Geschosses die Erscheinungen wesentlich zurückgingen. Daß die Erscheinungen erst nach so langer Zeit auftraten, beruhte wohl auf einer durch eine stärkere Erschütterung bewirkten Lageveränderung des Geschosses, nach der es den schädigenden Druck ausübte. Der Nerv befand sich dadurch in einem dauernden Reizzustand und übte so eine pathologische Funktion aus. Im Gegensatz dazu treten derartige trophoneurotische Veränderungen nicht auf, wenn der Nerv völlig ausgeschaltet wird (Exstirpation des Ganglion Gasseri).

Pemphigus - foliaceus - vegetans - Heilung nebst weiteren Untersuchungen über Kochsalzausscheidung beim Pemphigus. Ueber das Zustandekommen der Heilung in dem beschriebenen Falle, in dem verschiedene Mittel angewendet worden waren (u. a. Bestrahlungen, Salvarsan) wird das Urteil offen gelassen. Zunächst hatte sich eine Kochsalzretention gezeigt, während mit eintretender Besserung die abnorm niedrige Kochsalzausscheidung zur Norm zurückkehrte. In anderen, letal endenden Pemphigusfällen nahm die Retention immer mehr zu. Andererseits fanden sich jedoch auch Fälle, in denen der Kochsalzstoffwechsel nicht gestört schien.

Necrosis adiposa neonatorum oder die sogenannte Sclerodermia neonatorum. Die subkutane Fettgewebsnekrose ist ein klinisch und mikroskopisch gut charakterisiertes Krankheitsbild, das von dem Fettsklerem und dem Sklerödem abzugrenzen ist. Behandlung ist im allgemeinen nicht nötig.

Ueber syphilitische, juxtaartikuläre Knotenbildungen. Das Auftreten eigenartiger Knotenbildungen in der Nähe von Gelenken war zunächst in den Tropen beobachtet worden, wo das Vorliegen einer Syphilis-Aetiologie schwer nachweisbar war infolge des häufigen Vorkommens von Framboesie, von der die Differenzierung nicht einwandsfrei gelang. Es sind jetzt aber sichere Fälle juxtaartikulärer Knotenbildungen bei Syphilis (von denen drei näher beschrieben werden) bei Personen beobachtet worden, die niemals in den Tropen waren. Die Erscheinungen weichen von den sonstigen der Syphilis ab; das histologische Bild ist ein wechselndes und nicht charakteristisches. Für den Zusammenhang mit Syphilis kann das Zusammenvorkommen mit anderen Syphiliserscheinungen, die positive WR., der Einfluß der spezifischen Therapie herangezogen werden.

Oidiomykose nach feuchten Umschlägen. Unter gewissen Umständen können auf der Haut saprophytisch vegetierende Sproßpilze pathogene Eigenschaften annehmen. Nach der Infektion kommt es zu einer entzündlichen Reaktion, in deren Produkt die Pilze sich erhalten und auch noch weiter vermehren können: sie wirken aber nicht weiter infizierend, weil sich lokal bzw. regionär eine Immunität ausgebildet hat, die stärker ist als der in der übrigen Haut.

Ueber positive Luetin-Reaktionen bei Lupus erythematodes. (Mit Bemerkungen über die Beziehung von Luetin und Jodkali.) Aus den bisherigen Untersuchungen ergab sich, daß positive Luetin-Reaktion für Syphilis spricht, negative diese nicht ausschließt und in spärlichen Fällen auch Nichtsyphilitiker positiv reagieren können. Die positive Reaktion kann bei Syphilitikern und Nichtsyphilitikern durch Jodkali während und einige Zeit nach der Medikation bewirkt werden. Auffallend ist nun die neue Feststellung, daß bei Lupus erythemades ein fast gleicher Prozentsatz positiver Reaktionen wie bei Lues III und Lues congenita zu beobachten ist. Wieweit dabei ein direkter oder indirekter Einfluß von Syphilis im Spiel ist, bleibt fraglich; wahrscheinlich besteht bei Lupus-erythematodes-Kranken ene „Umstimmung“ des Organismus bzw. der Haut, die der durch die Syphilisinfektion bewirkten, veränderten Reaktionsfähigkeit entspricht. Die nach Jodkali-Verabreichung beobachtete „Umstimmung“ des Organismus, die zu positiver Luetin-Reaktion führt, beruht wahrscheinlich darauf, daß sich in der Haut Jodkali oder Produkte, die sich mit ihm im Organismus bilden, in höherem Maße finden.

Ernst Levin, Berlin.

Dermatologische Wochenschrift.

83., Nr. 48, 27. November.

Zur Histologie der Prurigo nodularis (Lichen obtusus corneus). C. M. Hasselmann.
✦ Sarkoide Tumoren im Anschlusse an intramuskuläre Hg-Paraffininjektionen. Robert Steirer.
Beitrag zur Kenntnis der rein epidermalen Sporotrichosen. Dermo-epidermitis sporotrichotica, verursacht durch eine neue Art von pathogenem Sporotrichum: Sporotrichum Lipsiense nov. spec., unter besonderer Berücksichtigung der Serumdiagnose und der experimentellen Sporotrichose. T. Benedek. (Fortsetzung folgt.)
✦ Beitrag zur serologischen Untersuchung schwerflockender Luessera. W. Gaehtgens.

Sarkoide Tumoren im Anschluß an intramuskuläre Hg-Paraffininjektionen. 10 Monate nach einer Kur von 16 Hg-Paraffininjektionen traten in beiden Glutäen derbe faustgroße Knoten auf, ferner auf der über ihnen gelegenen Haut beiderseits je 8 linsengroße, scharf umschriebene, derbe, flach elevierte, intrakutan gelagerte, graubraunrote Knötchen; haselnußgroße, indolente Leistendrüsen. Histologisch in den Knötchen und Drüsen das klassische Bild des Sarkoids Typus Boeck. Keine Tuberkelbazillen. Die Erscheinungen schwanden nach Schmierkur und Salvarsan; nach einigen Monaten später weit von den früher erkrankten Stellen vorgenommenen Einspritzungen von Hg. salicyl. in Ol. olivarum traten Rezidive der tiefen Knoten und der 16 intrakutanen Effloreszenzen während der Kur auf. Die ätiologische Bedeutung der Syphilis ist damit auszuschließen. Ein Sarkoid ist mit Sicherheit anzunehmen, für seine Entstehung ist weder Fremdkörperwirkung noch solche mit besonderer Gewebsreaktion als unmittelbare Ursache anzunehmen, vielmehr begünstigen diese nur die Aktivierung des eigentlichen Erregers, der jedoch noch nicht bekannt ist.

Beitrag zur serologischen Untersuchung schwerflockender Luessera. Geeignet ist für solche (Nabelblutsera) die Zentrifugier-Benzocholreaktion als wertvolle Ergänzung der WR, da sie die Diagnose oft innerhalb kürzester Zeit zu sichern vermag. Sie gibt häufig bei wassermannegativen Seren von sicheren Luesfällen noch positive Resultate, kann jedoch nicht als Ersatz der WR. gelten, da, wenn auch selten, unspezifische Ausschläge vorkommen.

83., Nr 49, 4. Dezember.

Ueber Vergiftungen mit Jod und seinen Verbindungen. Kurt Holm. (Schluß folgt.)
Beitrag zur Kenntnis der rein epidermalen Sporotrichosen. Dermo-epidermitis sporotrichotica, verursacht durch eine neue Art von pathogenem Sporotrichum: Sporotrichum Lipsiense nov. spec., unter besonderer Berücksichtigung der Serumdiagnose und der experimentellen Sporotrichose. (Fortsetzung folgt).

Ernst Levin, Berlin.

Magyar Orvosi Archivum.

Heft 4, September/Oktober 1926.

✦ Ueber die myostatische Innervation antagonistischer Muskeln. Prof. Herzog.
Ueber Größe, Volum und Form der menschlichen Erythrozyten und deren Zusammenhang. IV. Mitteilung: Ueber Makrozytose. J. v. Boros.
Die Wirkung des verminderten Luftdruckes auf dem Säuren-Basen-Gleichgewicht und Alkaligehalt des Blutes. G. Fritz.
Serum- und Organ-Lipasehemmung durch Brom. B. Paul.
Neuere Untersuchungen über den Jodgehalt der Schilddrüse. E. Hergloz.
Pharmakologische Untersuchungen über Lobelin (Lobelin Ingelheim). I. Mitteilung: Die zentralen und peripheren Wirkungen des Lobelins (Froschversuche). L. Antal.

Ueber die myostatische Innervation antagonistischer Muskeln. Wenn wir den in gewisser Haltung durch Innervation fixierten Finger mit 100 g belasten und diese Belastung plötzlich aufheben, so vollführt der Finger in die gegengesetzte Richtung einen willkürlichen Ausschwung und beschreibt eine Kurve. Die erste große Welle derselben ist mit der Elastizität der Muskeln im Zusammenhang, der folgende Teil wird aber durch die myostatische Innervation bestimmt und ist verschieden beim Gesunden und beim Nervenkranken, dessen myostatisches System fehlerhaft funktioniert. — Der Finger des gesunden Menschen nimmt seine Gleichgewichtsstelle sofort wieder ein. Bei Kleinhirntumoren macht er mehrere Streckbewegungen, die Innervation der Beugemuskeln ist also mangelhaft. Beim Parkinsonschem Rigor fixieren die Streckmuskeln nicht rechtzeitig den Finger, die Funktion der Beugemuskeln ist normal. Die Latenz dieser reflektorischen Exkurse ist so lang und so schwankend, daß die Annahme eines Rückenmarkreflexes für unwahrscheinlich erscheint. Bei tabetischer Areflexie und Ataxie zeigen die Kurven das Aufhören der myostatischen Innervation. — Die Wirkung der einzelnen Teile des extrapyramidalen Systems ist also nicht nur qualitativ verschieden (bei Kleinhirnerkrankungen, Atonie, Hypermetrie usw., bei Palliumschädigung das Gegenteil), sondern auch quantitativ: das Kleinhirn steht vorzüglich mit den Beugemuskeln, das Großhirn hingegen mit den Streckmuskeln im Zusammenhang. Die quantitative Differenz spielt möglicherweise im Zustandekommen der zerebralen Adiadochokinese und des Parkinsonschen Tremors eine Rolle.

Heft 5, November 1926.

Ueber die vitalfärbbaren retikulierten roten Blutkörperchen. A. v. Jeney.
Ueber den Grundumsatz nach Blutverlusten. Die Wirkung von proteinfreien Leber- und Milzextrakten auf die Blutregeneration und Wärmebildung. A. v. Jeney.
Die Pathologie der Staphylokokken. J. v. Darányi.
Ueber Blutbilirubin. J. Förster und B. Förstner.
Ueber die Methode der Gewebezüchtung und ihre Bedeutung. E. Barta.
Untersuchungen über die Kalziumionen-Konzentration des Blutes bei puerperaler Eklampsie. R. v. Bodo und St. Liebmann.
Ueber die Wirkung der Verdauungsfermente auf das Insulin. St. Weiss und J. Pogány.
Untersuchungen über den Abbau von Azetessigsäure durch Kolibazillen. St. Weiss und J. Pogány.
Der Einfluß der parasympathischen Gifte auf die Insulinwirkung. M. Vas und A. Lang.

Orosz.

Orvosképzés.

Heft 5—6, 15. November 1926.

✦ Ueber einige Probleme der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten. Prof. Baron v. Korányi.
✦ Die Impfmalaria. Prof. M. Jancso.
✦ Ueber das Kopfweh. Prof. Csiky.
Die Beziehungen der tuberkulotischen Krankheitsbilder zur Immunität des Organismus. Prof. Poor.
✦ Die Symptome und Bedeutung der Retroflexio uteri. A. Fekete.

Die Wirkung des Insulin auf die Zuckerkrankheit der Kinder. F. Rohrböck.
Die Rolle der zentralen Regulierungen im Stoffwechsel. E. Geiger.
Die Röntgen-Untersuchung der Gallenblase. I. Markovits.
Die Grundprinzipien und die heutigen Richtungen der chemotherapeutischen Forschung. A. Zih.

Ueber einige Probleme der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten. Die Selbständigkeit des Menschen, seine Unabhängigkeit von der Außenwelt beruht auf Regulationen, die den durch äußere Einflüsse verursachten Veränderungen zuvorkommen oder sie reparieren. Hierher gehören auch diejenigen, die der Anziehungskraft der Erde das Gegengewicht halten, dort, wo dies im Interesse des ungehinderten Verlaufes der Funktionen notwendig ist. Die Elimination der Gravitationswirkung auf das Blut und auf die Verteilung der Stoffsäfte ist eine Lebensbedingung. Die Kompensationsstörungen treten naturgemäß beim Aufstehen aus horizontaler Lage zum Vorschein. Wir können sie — analog der orthotischen Albuminurie — als orthotische Störungen des Kreislaufes, der Resorption, der Transsudation usw. bezeichnen. — Unter normalen Umständen übt die Schwere auf die Verteilung der Stoffsäfte keine Wirkung aus, da dieselben an die Kolloide gebunden sind. Bei Oedemen bildet sich aber zwischen den Stoffelementen ein Lückensystem, das mit freier Flüssigkeit ausgefüllt ist. Diese ist der Schwere unterworfen und sammelt sich bei stehender Haltung in den Füßen an. Die Lage des Körpers hat aber nicht nur auf die Verteilung der Oedeme, sondern auch auf ihre Entstehung und Absorption einen Einfluß. Falls der Kranke auf den Füßen ist, fehlt die Oedemflüssigkeit aus dem Urin, das können wir als eine orthotische Oligurie bezeichnen. Abends beim Nierderlegen wird sich nicht nur die Verteilung der Flüssigkeit ändern, sondern letztere wird auch absorbiert und durch die Niere in Form einer Nykturie ausgeschieden. Anfangs wird auf diese Weise die ganze Oedemflüssigkeit beseitigt, die Gewichtskurve des Kranken weist keine Steigung auf. Bei steigender Dekompensation wird aber die Nykturie insuffizient, nur ein Teil der Flüssigkeit wird ausgeschieden, der Rest sammelt sich von Tag zu Tag an, es entsteht ein Hydrops. — Die Bedingung einer hinreichenden Nykturie ist die harmonische Zusammenwirkung von vier Faktoren: der Elastizität der Stoffe, der Akkomodationsfähigkeit des rechten Herzens, einer entsprechenden Reservekraft des linken Herzens und einer gut funktionierenden Niere. Es ist die Aufgabe der Diagnostik festzustellen, wo der Fehler, wo die Ursache der Störung ist. Natürlich können sich in der harmonischen Zusammenwirkung dieser vier Kraftquellen zugleich auch an mehreren Orten Störungen melden und die Insuffizienz der einen oder anderen kann die mannigfaltigsten Komplikationen zur Folge haben. So spielt die Unzulänglichkeit der Nykturie in der Dekompensation der Hypertonien eine bedeutende Rolle. Falls die Hypertonie mit einer mangelhaften Nierenfunktion verbunden ist, wird die während der Nacht in die Blutbahn absorbierte Flüssigkeit nicht ausgeschieden, sie steigert dagegen den Blutdruck dessen Regelung bei Hypertonie unvollkommen ist. — Die wichtigste der Störungen der Blutverteilung ist aber die Ueberfüllung des kleinen Blutkreislaufes, die zu einer Dyspnoe führt. Eppinger wies nach, daß der Sauerstoffgehalt des Blutes kleiner, der Oxygeninhalt größer als normal ist, daß es sich also um eine Hyperventilation handelt, die wahrscheinlich durch den Vagus reflektorisch zustande kommt. — Bei der täglichen Arbeit wächst die Belastung des Herzens, und wenn die Kraft des linken Ventrikels hinter der rechten bleibt, entsteht eine Ueberfüllung des kleinen Blutkreises, eine Arbeitsdyspnoe, dessen schwerste Form das Asthma cardiale ist. Die Ueberlastung der linken Kammer könnte vermieden werden, öffnete sich vor dem rechten Herz eine Nebenbahn, welche einen Teil des Blutes ablenken würde. Auf diese Weise wäre die durch die rechte Kammer expedierte Blutmenge derart gering, daß sich das linke Herz ihrer zu bemächtigen noch fähig wäre. Eine Nebenbahn öffnen wir mit der Venaesektion, eine wirksame Methode ist auch die Abbindung der Extremitäten, ferner das Hängenlassen der Füße; wichtige Arzneimittel sind die Diuretica. Alle diese Mittel vermindern die Quantität des in das rechte Herz fließenden Blutes. Der unmittelbare Erfolg der orthotischen Oedeme ist eigentlich derselbe, sie ist also in dieser Hinsicht nützlich: wenn sich der herzschwache (linke Kammer) Kranke niederlegt und die Absorption der Oedemflüssigkeit beginnt, entsteht ein fortsteigender Luftdurst, der im erschreckenden Bilde der Asthma cardiale endet. Der Anfall wiederholt sich und früher oder später sind wir nicht mehr imstande, ihn zu überwinden, er endet mit Lungenödem und Exitus. Die dyspnoische Atmung unterstützt die Pumpenfunktion des Herzens, ist also — wenn auch quälend — doch auch nützlich. — Mit der Regulierung der Lebensweise des Kranken kann der Arzt die Entstehung orthotischer Oedeme mäßigen, mit dem mehrmaligen Niederlegen die fraktionierte Absorption derselben erreichen, mit der Anwendung von Digitalis und Diuretica die Herz- und Nierenfunktion steigern und den Kranken vor der zweischneidigen Verteidigung seitens seines Organismus verschonen. — Auch die Einverleibung einer größeren Flüssigkeitsmenge kann die Ueberfüllung des kleinen Blutkreises verursachen. Nach einer reichlichen Mahlzeit beklagen sich Herzkranke oft über ein Druckgefühl in der Lebergegend. Läßt dies nicht ahnen, daß die in den Darmkanal geratene Flüssigkeit von der Leber zurückgehalten wird? Wird diese Auffassung nicht durch den Befund unterstützt, daß die per os dargereichte Flüssigkeit den Urin nicht verdünnt, die intravenös gegebene dagegen ja? Ist es nicht annehmbar, daß sich die Picksche Lebersperre bei Herzkranken auch auf die Flüssigkeit bezieht? — Es ist eine alte ärztliche Erfahrung, daß die Vergrößerung der Leber durch das Anlegen von Blutegeln in der Lebergegend beeinflußbar ist. Haynal versuchte das Schröpfen zur Oeffnung der vorausgesetzten Lebersperre, und es gelang ihm nachzuweisen, daß Verdünnung des Urins und Verkleinerung der Leber danach stattfand, ohne es aber nicht. Die Leber gibt ohne Zweifel unter der Wirkung der Blutegel einen Teil der zurückgehaltenen Flüssigkeit ab. Aber die Schutzwirkung der Leber ist begrenzt, unangenehme Nebenerscheinungen sind die Schwellung der Leber und Aszites. Die Aufgabe des Arztes ist diese Verteidigungsmethode des Organismus durch Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme, durch trockene, salzarme Diät überflüssig zu machen. — Noch ein paar Worte über das Morphium. Seine Wirkung beruht auf der Verlangsamung des Blutkreislaufes, welche die Tätigkeit des rechten Ventrikels der Leistungsfähigkeit des linken näherbringt. Eine unerwünschte Nebenwirkung aber, mit welcher wir bei Fällen mit linksseitiger Ventrikelhypertrophie rechnen müssen, ist das Erbrechen. Das ist eine Tatsache, derer Erklärung wir nicht kennen. Es ist wichtig, daß wir bei der Behandlung unserer an Digitalis angewiesenen und an linksseitiger Ventrikelhypertrophie leidenden Kranken, mit dem Morphium mit der größten Behutsamkeit umgehen!

Ueber die Impfmalaria. In einer vorgeschrittenen Periode der Paralyse ist es nicht ratsam die Impfung mit Tropika-Plasmodien zu vollführen, nehmen wir also von einem womöglich kurze Zeit Kranken das Blut, um eine gemischte Infektion zu vermeiden. Das klinische Bild läßt die Tropica nicht immer erkennen, auch zahlreiche Blutuntersuchungen können uns trotz der Anwesenheit auch anderer Typen eine reine Tertiana vortäuschen. Zur Erzielung richtiger Anfälle ist eine gewisse Menge der Plasmodien notwendig. Wir geben, falls wir heftige tägliche Anfälle vermeiden wollen, 1—2 ccm Blut intrakutan wenn aber der Eingriff eilig ist, 1—3 ccm intravenös. Die Inkubationszeit der Erkrankung hängt aber nicht nur davon ab, wohin und wieviel Blut gegeben wird, sondern auch von den individuellen Eigenschaften. Sie ist unregelmäßig, sie dauert bei der Tertiana von 3 bis 21 Tage, im Durchschnitt 10 Tage. (Bei der Tropica 8.) Falls sich die Anfälle nach der Durchschnittszeit nicht melden, müssen wir die Impfung wiederholen, oder eine Provokation mit Milch, Natriumnucleinicum usw. versuchen. Körteweg fand, daß die Impfmalaria mit prodromalen Temperaturerhöhungen anfängt, das können wir aber auch von der Anopheles-Malaria behaupten; es ist immer schwer zu bestimmen, daß welche Welle der Fieberkurve den ersten Anfall bedeutet. Nach intravenösen Injektionen ist das Fieber, als Erscheinung der Serumreaktion, viel häufiger. Laut Gerstmann ist der Fieberverlauf der Impfmalaria, gegenüber der Anopheles-Malaria atypisch, was von Dörr und Kirschner auf den verschiedenen Entwicklungsgrad der gebrauchten Plasmodien zurückgeführt wird; die Gelse impft mit lauter Sporozoiten. Verfasser meint, daß in der atypischen Fieberkurve die Aenderung der Virulenz und der durch die Paralyse schwer geschädigte Organismus die Rolle spielen. Die Wagner-Jauregg'sche Klinik betont, daß bei Impfmalaria im peripheren Blut auffallend wenig Plamodien zu finden sind, daß in letzteren die Farbenbildung minder ist, daß bei höheren Passagen sich keine Gameten bilden, daß ferner die Milzvergrößerung selten ist. Diese Behauptungen unterschreibt der Verfasser nicht. — Die Impfmalaria ist milden Verlaufes, und durch Chinin leicht, endgültig, rezidivfrei heilbar. Verfasser gibt nach Wagner-Jauregg 3 Tage lang à 1 g, 4 Tage lang à 5,0 g Chinin und erlebte noch keine Ueberraschungen. — Die Malaria tertiana kann für sehr junge, sehr alte und sehr herabgekommene Kranken verhängnisvoll werden. Gefährlich ist sie auch für Marantiker, für Magen- und Darmleidende, für Tuberkulotiker. Das Herz und der Blutkreisapparat muß auch untersucht werden, mit besonderer Rücksicht auf Aneurysmen und Endaortitis luetica. Falls sich Herzschwäche meldet, dürfen wir mit Koffein, Kampher, Digitalis nicht sparen. Wir lassen bei Herzschwäche und bei Ikterus dem Kranken eine kurze Rast, indem wir nach Wagner-Jauregg mit der Darreichung von 0,1—0,3 g Chinin die Anfälle mildern, oder auf einige Zeit einstellen. Weygandt greift auch dann mit Chinin ein, wenn eine bedeutende Vermehrung der Plasmodien, oder Verminderung der Blutkörperchen im Blute bemerkbar wird. Die Gravidiät bildet keine Kontraindikation der Malaria- (Chinin-) Behandlung der Paralyse. — Die Impfmalaria erzielt im Zentralnervensystem eine heftige Lokalreaktion, welcher gegenüber die allgemeine Wirkung in den Hintergrund tritt.

Die Symptome und die Bedeutung der Retroflexio uteri. Die auf Entwicklungsanomalien zurückführbare mobile Retroflexion verursacht nur ausnahmsweise derartige Beschwerden, die einen operativen Eingriff beanspruchen. Durch schwerere Symptome begleitete Retroflexion tritt gewöhnlich in Verbindung mit Geburt, oder Adnex-Entzündungen auf und ist auf diese Art mit der Konstitution nur in fernerem Zusammenhang. Von den Symptomen ist hauptsächlich der Schmerz mit der Lageveränderung der Gebärmutter verbunden; er weicht nach operativer Korrektur. Zwischen der Menorrhagie und Retroflexion besteht nur ein lockerer Zusammenhang und zwischen dem Fluor und Retroflexion gar keine; nach der Operation ändert sich nicht immer der Typ der Blutung. Falls die mobile Retroflexion schon Beschweren verursacht, unterscheidet sie sich in der Hinsicht der operativen Indikation von der fixierten nicht bedeutend; der Uebergang ist um so gradueller, da auch ohne Infektion Verwachsungen zustande kommen können. Der Operation muß eine roborierende, sedative Kur folgen.

Orosz.

Wratschebnoie Dielo (Aerztliches Wesen), Charkow.

Nr. 19, Oktober 1926.

◆ Elektrische Aktionsströme in der Iris. E. P. Braunstein.
◆ Kontrollprüfung der endokrinen Drüsen bei Geisteskranken. J. Lyssakowski und W. Scherebzow.
Zur Organisation der Blindenarbeiten in Betrieben. E. P. Braunstein.
◆ Ueber Erschöpfung des Zentralnervensystems bei Studierenden. D. Huber-Gritz.
Ueber die Behandlung infektiöser Erkrankungen der Iris und der Hornhaut mit ultravioletten Strahlen. N. E. Braunstein.
◆ Neues über die Pathogenese peptischer Geschwüre. S. Simnitzki.
Zur Yatrenbehandlung des Bronchialasthma. W. Hintze.
Spontaner Pneumothorax nach Verletzung der Lunge durch den Einstich zur Anlegung eines künstlichen Pneumothorax. B. Chmelnitzki.
Primäre Sarkome der Bauchspeicheldrüse. E. M. Gyl-Nazarian

Elektrische Aktionsströme in der Iris. Zur Untersuchung der Aktionsströme in der Regenbogenhaut bediente sich Verf. der gewöhnlichen Röhrenelektrode aus Zink. Zwei mit frischer Ringerlösung getränkten Fäden aus reiner Wolle wurden mit den Elektroden verbunden. Ein Faden wurde dann an das Zentrum der Hornhaut, der zweite an den Limbus corneae angelegt. Zur Beleuchtung des Auges diente eine von 2 Akkumulatoren (je 4 Volt) gespeiste Glühlampe, die vermittels einer Quecksilbervorrichtung eingeschaltet wurde. Dieselbe Vorrichtung besorgte die Einschaltung und Ausschaltung des Elektromagneten, dessen Hebel die Dauer der Beleuchtung registrierte. Die Ströme der Iris wurden in einen Saitengalvanometer geleitet. Bei der Ableitung der Irisströme blieb das betreffende Auge verdunkelt, das zweite Auge dagegen beleuchtet, entsprechend dem Prinzip der sekundären (sympathischen) Lichtreaktion der Pupille. Im übrigen wurden die üblichen Methoden der Messung, Kompensation usw. angewendet. Sämtliche Versuche wurden an nicht enukleiertem und nicht freigelegtem Auge ausgeführt. Die Ableitung der Ströme der Iris gelang dabei stets. Es zeigte sich, das die Aktionsströme in der Iris durch reflektorisch ausgelöste Bewegungen sich ansammeln. Reizung der Innervationsbahnen der Iris rufen in dieser ebenfalls Aktionsströme hervor. Reizung der aktiven Hirnrindebezirke lösen ebenfalls Aktionsströme in der Iris aus. Solche Stämme entstehen auch durch psychische Reflexe und Reizung der Sinnesorgane. Die Aktionsströme verlaufen parallel den Bewegungen der Iris. Aktionsströme können in der Iris eines Auges durch Beleuchtung des anderen Auges, nach Entfernung der Netzhaut oder Durchschneidung des n. opticus, erzeugt werden.

Kontrollprüfung der endokrinen Drüsen bei Geisteskranken. Vergleichende Untersuchungen der Veränderungen der endokrinen Drüsen bei Geistesgesunden und Geisteskranken haben ergeben, daß Affektionen dieser Drüsen bei Geisteskranken nicht häufiger oder doch nur weniger häufiger auftreten als bei Gesunden. Dagegen ist der Charakter und die Schwere der Affektionen bei Geisteskranken bedeutend ernster als bei Gesunden. Bei diesen werden meistens entzündlich-sklerotisierende Prozesse im Interstitium und mäßige Degeneration angetroffen. Bei den Geisteskranken dagegen sind die befallenen Drüsen aplastisch, atrophisch, mit ausgesprochener Prävalenz des Zwischengewebes und mit hochgradiger Dysfunktion. Bei Geistesgesunden werden die großen Drüsen häufiger befallen als die eigentlichen endokrinen Drüsen. Bei Geisteskranken dagegen werden fast ausschließlich die endokrinen Drüsen betroffen, die dann unaufhaltsam der Verödung anheimfallen.

Ueber Erschöpfung des Zentralnervensystems bei Studierenden. Die Häufung der Fälle von Erschöpfung bei Studierenden ist, wie genaue Erhebungen erwiesen haben, durch die schlechten Lebensverhältnisse und ungünstige Studiumbedingungen bedingt. Zum großen Teil muß für das häufige Auftreten von Erschöpfungsfällen verantwortlich gemacht werden die Tatsache, daß viele Studenten frühere Handarbeiter sind und für geistige Beschäftigung nicht vorgebildet und nicht befähigt sind. Wenn den Handarbeitern unbedingt der Zutritt zu den Hochschulen freistehen muß, so muß in ihrem eigenen Interesse verlangt werden, daß sie sich zunächst die erforderliche Vorbildung und Trainierung der geistigen Fähigkeit erwerben. Auch für Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Studierenden muß gesorgt werden. Hungernde und im Erwerbsleben überanstrengte Studierende können nicht vorwärtskommen und unterliegen der Erschöpfung.

Neues über die Pathogenese peptischer Geschwüre. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen gelangt Verf. zum Schluß, daß die Ursache des peptischen Geschwürs nicht etwa die Dystonie des vegetativen Nervensystems ist, sondern die Umstimmung des Gewebsmilieus, die Oxydation des Gewebes. Die Azidose ist ein ätiologischer Faktor der Geschwüre. Dadurch erklärt sich, daß die subjektiven Schmerzempfindungen bei Ulkuskranken durch Insulinbehandlung beseitigt werden. Insulin wirkt hier, wie auch sonst, als Alkalisator (10 oder 20 Einheiten ein- bis zweimal täglich).

Polski Przeglad Chirurgiczny oraz Radjologiczny.

5., Heft 3, 1926.

◆ Myositis ossificans circumscripta. Adam Gruca.
◆ Riesenzellentumoren. Janusz Zeyland.
◆ Eine wenig bekannte Methode der Sehnenverpflanzung. Michat Latkowski.
Chirurgie der Niere bei Entwicklungsfehlern des Ureter. Zenon Leńko.
◆ Vom Canalis thyreo-glossus stammende Halsfisteln. W. Ostrowski.
◆ Eine bewegliche Kunsthand nach Krukenbergscher Operation. Michat Latkowski.
Ein spondylolistetisches Becken beim Mann. Emil Meisels.
Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit X-Strahlen. Tadeusz Alkiewicz.

Myositis ossificans circumscripta. In einer umfangreichen experimentellen Arbeit unter Zugrundelegung von 17 eigenen Fällen kommt der Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Die Behauptung Machols — nicht die Ellenbogengelenkverrenkung, sondern das Trauma bei der Einrenkung sei Ursache von Knochenbildung in der Ellenbogengelenkgegend — konnte am eigenen Material nicht bestätigt werden. 2. Die Behauptung Rohdes — Knochenbildung trete nie in der Umgebung chronisch entzündeter Knochen auf — wird durch vier von 17 eigenen Fällen widerlegt, in welchen Knochenbildung in der Umgebung chronisch entzündeter Gelenke (arth. def., tbc.) ohne vorausgegangenes Trauma auftrat. 3. Außer Bereich des Skeletts liegende Verknöcherungen, Exostosen und Arthritis deformans findet man in einer Person vereinigt. Wahrscheinlich hängen sie ursächlich zusammen oder entstehen auf einer Grundlage. 4. Verknöcherungen nach hinterer Ellenbogengelenkverrenkung stammen sowohl von der Knochenhaut als auch von der Gelenkkapsel. 5. Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft muß man notwendig eine angeborene oder erworbene Diathese zur Erklärung der Knochenbildung auf dem Wege der Gewebsmetaplasie oder überreichlicher Knochenbildung von abgerissener Knochenhaut annehmen. 6. Alle Formen der M. o. c. kann man als durch Entzündung hervorgerufene traumatische bezeichnen, ohne Rücksicht darauf, ob die Entzündung durch mechanisches Trauma, durch Operation, Bluterguß oder Infektion hervorgerufen ist.

Riesenzellentumoren. Riesenzellentumoren, d. h. Geschwülste, deren Hauptbestand Riesenzellen vom Osteoklasten- oder Myeloplaxentypus sind, also braune Geschwülste bei Ostitis fibrosa, Epulides und Riesenzellensarkome der Knochen und Weichteile, sind keine Sarkome im wahren Sinne des Wortes. Ueberhaupt besteht keine Ursache, unter den Sarkomen eine Gruppe von Riesenzellensarkomen zu sondern. In der Literatur ist kein Fall von Riesenzellentumoren mit Metastasenbildung beschrieben, der vorbehaltlos dank seiner histologischen Bauart einen solchen Namen verdiente.

Eine wenig bekannte Methode der Sehnenverpflanzung. Die von Durante im Jahre 1911 angegebene Methode der Sehnenverpflanzung wird in Erinnerung gebracht und ihre Vorzüge gegenüber den Methoden von Vulpius und Lange hervorgehoben. Sie eignet sich besonders für Verpflanzungen der Strecker und Beuger des Handgelenks sowie für die vorderen und hinteren Schienbeinmuskeln, die bei Verpflanzungen gewöhnlich mehrere Muskeln vertreten sollen, und bei denen die Methoden von Codivilli und Biesalski nicht ausgenutzt werden können. Zunächst wird der Ansatz der zu verpflanzenden Sehne samt einem Knochenstück mit dem Meißel oder der Listonschere (os pisiforme) abgetrennt. Dann wird der neue Kanal auch durch die Zwischenknochenhaut stumpf herausgearbeitet. Als neue Ansatzstelle wählt man, falls der Muskel die Tätigkeit mehrerer übernehmen soll, eine in der Mittellinie der Gegenseite befindliche Stelle. Sodann bildet man einen Knochenhaut-Knochenlappen mit ½ bis 1 cm breiter distal gelegener Basis, indem man den Meißel unter einem Winkel von 30 bis 45 Grad 1½ bis 2 cm in den Knochen treibt und den Knochenspan abhebt oder einbricht. In den so entstandenen Spalt wird die Sehne samt Knochenspan verlagert und zentral von dem Knochenstückchen mittels eines Nagels unter einem zur Sehne offenen Winkel in Ueberkorrektur befestigt. Der Nagel wird nach vier Wochen entfernt. Mit den ersten ausschließlich aktiven Bewegungen beginnt man nach sechs Wochen.

Ueber vom Canalis thyreo-glossus stammende Halsfisteln. Die recht seltenen vom Canalis thyreo-glossus ausgehenden, stets in der Mittellinie liegenden Halsfisteln sind, da vom Endoderm stammend, mit Flimmerepithel oder vielschichtigem Plattenepithel ausgekleidet, im Gegensatz zu den vom Ektoderm stammenden Kiemengangfisteln. Beschreibung zweier Fälle.

Eine bewegliche Kunsthand nach Krukenbergscher Operation. Der Verfasser gibt eine Modifikation der K. Operation an. Da der Ellenbogen nur Beuge- und Streckbewegungen auszuführen imstande ist, befestigt er an der Speiche den extensor carpi rad. und m. brachio-radialis als Auswärtszieher, den flexor carpi rad. und flexor digit. subl. als Einwärtszieher. Einen Teil der übrigen Muskeln läßt er als Weichteilunterlage des Ellenbogens, der Rest wird entfernt. Sonst wie bei Krukenberg. Dazu wird eine Kunsthand eigener Konstruktion beschrieben, die am Oberarm und Ellenbogenstumpf befestigt ist, während die Speiche bei ihrer Einwärtsbewegung auf eine schiefe Ebene drückt und dadurch die Kunsthand öffnet.

D. L. Piórek, Warszawa.

Polska Gazeta Lekarska.

Nr. 40, 3. Oktober 9126.

* Anfallsweiser, typhusartiger und abortiver Fieberverlauf bei Wolhynischem Fieber. T. Tempka.
Untersuchungen über das Verhalten der Leukozyten beim anaphylaktischen Schock. W. Koskowski und A. Zakrzewski.
Abweichungen von Oberflächenspannung des Harns bei Tuberkulösen. F. Rosen.
* Kann das Ovar eine Quelle inraperitonealer Blutungen sein? J. Szymonowicz und T. Keller.
Sklerosis initialis am Anus. M. Glass.
Ein Fall von traumatischer Läsion des Thalamus opticus. L. Korzeniowski.
* Zwei Fälle von Tutokainvergiftung. A. Garbień.
Ueber die Erweiterung der Indikation zum Kaiserschnitt. A. Markowa.

Anfallweiser, typhusartiger und abortiver Fieberverlauf bei Wolhynischem Fieber. Es wird ein Fall von Wolhynischem Fieber beschrieben, bei dem nach einander alle drei Fiebertypen auftraten. Nach zweiwöchentlichen Fieberanfällen trat 7 Tage nach dem letzten Anfall ein typhusartiger Fieberverlauf von 9-tägiger Dauer ein, mit Temperaturen bis zu 39,7. Nach weiteren 6 fieberfreien Tagen folgte ein subfebriler Zustand, der 52 Tage lang anhielt. Bei dem Patienten wurden alle charakteristischen Symptome von Wolhynischem Fieber beobachtet, insbesondere Wadenschmerzen.

Kann das Ovar eine Quelle intraperitonealer Blutungen sein? Auf Grund umfangreicher Literatur kommen die Autoren zu dem Schluß, daß die Anwesenheit von Blut in der Bauchhöhle nicht nur durch die Perforation des Wurmfortsatzes, Extrauteringravidität oder acute, entzündliche Prozesse der Adnexe bedingt sein kann, sondern auch durch Blutungen, die von einem beschädigten Corpus luteum ausgelöst werden. Es werden 3 eigene Fälle beschrieben, in denen bei der Laparotomie Blut in der Bauchhöhle gefunden wurde, das angeblich von einem durch gynäkologische Untersuchung beschädigten Ovar herrühren sollte. (I. Fall — Retroflexio uteri fixata; II. Fall — myomatosis uteri; III. Fall — carcinoma colli uteri.) Die Autoren betonen die Schwierigkeit der klinischen Diagnose in solchen Fällen, die bei reichlicheren Blutungen zur schweren Anämie und sogar zum Tode führen können.

Zwei Fälle von Tutokainvergiftung. Beschreibung zweier Fälle, in denen es nach Lumbalanästhesie mit diesem Präparat (Dosis 0,1 g) zur Vergiftung kam. 1. Fall: 26-jährige Patientin mit typischem Status thymico-lymphaticus. Exitus letalis. — 2. Fall: 44-jährige Patientin mit schweren Vergiftungserscheinungen — gerettet. In beiden Fällen trat zuerst Lähmung des Atemzentrums ein und nachher vasomotorischen Symptome. Der Autor fand einen ähnlichen beschriebenen Fall, in dem die Vergiftungserscheinungen dieselben waren und in dem bei der Sektion ebenfalls status thymico-lymphaticus festgestellt wurde. Der Autor denkt an die Möglichkeit einer individuellen Idiosynkrasie gegen Tutokain.

Nr. 41, 10. Oktober 1926.

Bemerkungen zur Nomenklatur betreffend Schwankungen des Säuregehaltes des Organismus. J. Fejwlewicz.
Malariabehandlung der Syphilis. J. Lenartowicz.
Zur Aetiologie des Morbus Werlhofi. M. Goldman.
Sepsis, hervorgerufen durch Streptococcus viridans. S. Wasowicz.
Hyperplasia periostalis. W. Dzierzyński.

Nr. 42, 17. Oktober 1926.

Ueber Kolloidreaktionen der Rückenmarkflüssigkeit. L. Wander.
Malariabehandlung der Syphilis. J. Lenartowicz.
Interessante Indikationen zum Kaiserschnitt. N. Grynberg.
Direktoskopie nach Haslinger. A. Schwarzbart.

Nr. 43, 24. Oktober 1926.

Schwindelanfälle bei Ohrenerkrankungen und ihre Beziehung zu Schwindelanfällen bei Neurosen. J. Spira.
Einige Bemerkungen zur Erythrozytenzahl im menschlichen Blute. W. Komocki.
* Ueber die Anwendung von Bromsalzen bei Pleuraexsudaten. N. Meller.
Welches Gas soll man bei der Anlegung eines Pneumothorax verwenden? Beschreibung eines neuen Apparates. L. A. Dobrowolski.
* Mastkuren mit Insulin bei Tuberkulösen. H. Großfeld.
Lues congenita und Alkoholismus als Ursachen der kindlichen Neuropsychopathie. H. Higier.

Ueber die Anwendung von Bromsalzen bei Pleuraexsudaten. Einem Patienten mit beiderseitiger Spitzenaffektion und rechtsseitiger Pleuritis exsudativa wurden wegen Hämoptoe 10 cm^3 10% Bromnatriumlösung intravenös injiziert, worauf eine auffallend rasche Resorption des Exsudates erfolgte. Ein Versuch dieser Therapie — 9 weiteren Fällen von Pleuritis exsudativa — hatte recht gute Erfolge. Die rasche Resorption des Exsudates erklärt der Verfasser durch eine in allen Fällen beobachtete starke Diurese, hervorgerufen durch die hypertonische Bromnatriumlösung. Besonders gut sind die Erfolge bei fieberfreien Patienten, bei denen der entzündliche Prozeß zum Stillstand gekommen ist und das Exsudat als Residuum der eigentlichen Krankheit fortbesteht. Es wird empfohlen nicht mehr als 3—4 solcher Injektionen zu verabreichen, da eine vorübergehende Sättigung des Organismus mit Bromsalzen eintritt, so daß weitere Injektionen erfolglos sind. Auf das subjektive Krankheitsgefühl wirken die Injektionen ausgezeichnet.

Mastkuren mit Insulin bei Tuberkulösen. Ausgehend von der Ansicht Falta's, daß eine Hyperfunktion des Pankreas die Assimilation von Fett steigert, wurde eine Insulinbehandlung bei solchen Tuberkulösen versucht, bei denen andere Behandlungsmethoden (Liegekur, klimatische Behandlung, reichliche Ernährung und Arsenkuren) erfolglos waren. Die Erfolge der Insulinbehandlung waren recht gut: Zunahme des Körpergewichts bis zu 8 kg, Steigerung des Appetits und subjektive Besserung. Auf Grund seiner Erfahrung kommt Verfasser zu dem Schluß, daß zu einer Insulinkur lediglich Fälle geeignet sind mit indurativen, nicht aktiven Prozessen, ohne nennenswerte Temperaturerhöhung und ohne Neigung zu Bluthusten. Mit der Dosierung muß man sehr vorsichtig sein, 10 bis 30 Einheiten täglich, da bei Asthenikern oft eine Ueberempfindlichkeit gegen Insulin besteht.

Nr. 44, 31. Oktober 1926.

Untersuchungen des Mageninhaltes mittels physikalisch-chemischen Methoden. S. Cytronberg.
Die klinische Bedeutung des Tschermak-Aschner'schen Symptoms bei Myokarderkrankungen. R. Glasner.
Ueber die physiologische Exkavation der Papille Nervi optici bei Ametropien. A. Bednarski.
* Anwendung von Autovakzine bei Pyodermien und Gonorrhoe. H. Reiss.
Bemerkungen über Cibalgin „Ciba". S. Korczyński.
Beobachtungen während der Lungenpestepidemie in China im Jahre 1920-21. M. Miedziszewski.

Anwendung von Autovakzine bei Pyodermien und Gonorrhoe. Auf Grund der Versuche anderer Autoren, insbesondere Orsos, hat Verfasser bei eitrigen Prozessen der Haut und bei Gonorrhoe Autovakzine verwendet, die folgendermaßen hergestellt wurden: ein Tropfen des Eiters wurde mit 0,05 g Yatren verrieben und mit sterilisiertem destilliertem Wasser auf 8 cm^3 verdünnt. Diese Menge reicht für 3—4 Injektionen. Ueberimpfung der Vakzinen auf Nährböden gaben stets ein negatives Resultat. Behandelt wurden 34 Patienten mit dieser Methode. Besonders gut waren die Erfolge bei eitrigen Prozessen der Haut, bei Colizystitis und Epidydimitis gonorrhoica. Bei akuter Gonorrhoe wurden keine Erfolge beobachtet. Nach intravenösen Injektionen traten Temperaturen bis 38,0 auf; nach intramuskulären Injektionen war die Allgemeinreaktion geringer, dafür aber die Wirkung von längerer Dauer, so daß nur die intramuskuläre Anwendung der Autovakzine empfohlen wird.

Serafinski, Warschau.

British Medical Journal.

Nr. 3437, 20. November.

Jahresversammlung der British Medical Association
(Abteilung für innere Medizin.)

Das Wesen der malignen Neubildungen und die Behandlung dieser Erkrankung mit Blei.

Die Organisation der Liverpooler Krebsuntersuchungskommission. Blair Bell.
◆ Einige chemisch-physikalische und biochemische Gesichtspunkte bei malignen Tumoren. Lewis.
◆ Ueber die pharmakologischen Wirkungen des Bleis. Dilling.
◆ Die Wirkung von kolloidalem Blei auf Tiertumoren. Wood.
◆ Histologische Veränderungen im Krebsgewebe bei den mit kolloidalem Blei behandelten Fällen. Glynn.
◆ Die klinische Wirkung des Bleis bei der Behandlung maligner Geschwülste. Cunningham.
Einiges über die Ansichten und das Werk der Liverpooler Krebsuntersuchungskommission. Blair Bell.
Ein Lokalanästhetikum für das Ohr. Clarke.
Schwangerschaft in jedem Horn eines Uterus bicornis mit Ausgang in Abort. Newton.
Speiseröhrenmißbildung. Sanders.

Einige chemisch-physikalische und biochemische Gesichtspunkte bei malignen Tumoren. Die elektrische Leitfähigkeit des Gewebes maligner Geschwülste ist zumeist gegenüber der Norm beträchtlich gesteigert, ein Beweis für die erhöhte Durchlässigkeit des Krebsgewebes gegen die elektrisch geladenen Atome oder Ionen. Denn von der vermehrten Permeabilität der Zellmembranen oder Septen für diese wasserlöslichen Bestandteile hängt das gesteigerte Leitvermögen ab. Im infiltrierend wachsenden Krebsgewebe ist der Kalziumgehalt beträchtlich vermindert, während das Kalium vermehrt gefunden wird. Bekanntlich gehört Kalzium zu den die Zelloberfläche abdichtenden Stoffen. Durch Kalziumzusatz ist eine Emulsion von Oeltropfen in Wasser (mit hoher Durchlässigkeit für wasserlösliche Stoffe und großem elektrischem Leitvermögen) in eine Emulsion von ungekehrtem Typus zu verwandeln, in welcher Wassertropfen in einem Oelmedium suspendiert sind (kein Leitvermögen). Von Bedeutung für die Zellpermeabilität ist fernerhin das Verhältnis, in welchem der Lecithingehalt des Gewebes zu der Cholesterinmenge steht. Ein Ueberwiegen des Lecithins führt zur Entstehung von Emulsionssystemen, die eine Durchlässigkeitsvermehrung der Zellmembranen begünstigen. Die Cholesterinvermehrung wirkt ebenso wie das Kalzium dieser Permeabilitätssteigerung entgegen. So geht dem Grad des malignen Wachstums anscheinend eine entsprechende Vermehrung der Phosphatide gegenüber dem Cholestearin parallel.

Bei der ausgesprochenen Permeabilität des Krebsgewebes für wasserlösliche Stoffe erhebt sich die Frage, ob bei Krebskranken eine Abweichung in dem Säuren-Basengleichgewicht des Blutes nachgewiesen werden kann? Im Gesamtblut ist keine Veränderung erkennbar, da die Pufferwirkung des Blutes und die Aufnahmefähigkeit der Leber und Muskeln für Milchsäure zur Aufrechterhaltung der normalen Reaktion genügen. In dem Blut jedoch, das direkt aus dem Tumorgewebe strömt, konnte eine vermehrte, durch Milchsäure hervorgerufene Azidität nachgewiesen werden. (Bestimmung bei einem menschlichen Unterarmsarkom und beim experimentellen Roussarkom des Hühnerflügels.) Wie weit eine Säurevermehrung im Tumorgewebe selbst besteht, ist noch ungewiß. Jedenfalls ist die Verschiebung der Reaktion — in welcher Richtung sie auch erfolgt — von großem Einfluß auf die Fermenttätigkeit und die Stabilität chemischer Verbindungen.

Die beachtenswerte Tatsache, daß trotz der gesteigerten Permeabilität totes Krebsgewebe nicht schneller als abgestorbenes normales Gewebe der Autolyse durch Wirksamwerden der Zellenzyme anheimfällt, findet im folgenden ihre Erklärung: Die vermehrte Durchlässigkeit der Zellwände beruht zu einem Teil auf der Lezithinvermehrung des Zellgerüstes. Diese Lipoidsubstanzen gehen jedoch mit den proteolytisch wirkenden Fermenten eine Verbindung ein, welche diese Enzyme unschädlich macht. Erst die Extraktion dieser Stoffe beschleunigt die Selbstverdauung entsprechend den optimalen Bedingungen für den Fermenttransport. wie sie bei der vorhandenen abnormen Durchlässigkeit der Krebszellen gegeben sind. Die Vermehrung des Antitrypsins im Blut Krebskranker geht ebenfalls auf das Auftreten komplexer Lipoidverbindungen zurück. Im Gegensatz zur Form finden sich im Serum Tumorkranker nur wenig fettspaltende Fermente, ebenso wie auch Extrakte von Krebsgewebe im Gegensatz zu den aus normalen Organen nur eine geringe lipolytische Fähigkeit aufweisen. Die Verminderung der Lipolyse ist mit größter Wahrscheinlichkeit als direkte Folge der Lezithinvermehrung anzusprechen. Die experimentell ermittelte Tatsache, daß Kalziumvermehrung eine Steigerung der Lipolyse herbeiführt, steht mit dem Befund der Kalziumverminderung bei den malignen Erkrankungen gut im Einklang.

Trotz der epochalen Untersuchungen Warburgs, welche den Nachweis erbrachten, daß eine Steigerung der Glukolyse eine charakteristische Begleiterscheinung des bösartigen Wachstums bildet, bleiben die Grundprobleme der Krebsfrage ungelöst! Es bleibt die Frage nach den Bedingungen, welche diese außerordentliche Glukolyse möglich machen, nach den Organen, welche diese Bedingungen herbeiführen. Bei der Umwandlung von Traubenzucker in Milchsäure wird neben anderen Zwischenformen Laktazido unter Fermenteinwirkung gebildet und zersetzt. Jede chemische Verbindung, welche durch Reaktion mit diesem Zwischenprodukt die Entstehung des Laktazidogens oder seinen Abbau zur Milchsäure beeinflußt, muß auf die Wachstumsgeschwindigkeit des malignen Gewebes einen großen Einfluß ausüben. Wie weit das Blei in diesen Prozeß eingreift, wird gegenwärtig geprüft. Die gegenwärtig in Liverpool verwendete kolloidale Bleilösung wird durch elektrische Zerstäubung des Metalls hergestellt und enthält 0,5% Blei. Die Suspension zersetzt sich rasch und kann nur 3 Tage nach der Herstellung zur Injektion gefahrlos verwendet werden, sofern nicht Gelatine (bis zu 2%) zur Stabilisierung hinzugefügt ist. Das Tumorgewebe reißt einen großen Teil der in den Kreislauf gelangenden Bleipartikel an sich. Das in nicht ionisierter Form in der Suspension enthaltene Blei wird durch allmähliche Umwandlung in das gewöhnliche Bleiion wirksam, wobei das unlösliche Bleiphosphat gebildet wird. Wie das Blei im einzelnen auf die Tumorzelle einwirkt (Bildung von Lezithinbleiverbindungen mit Abdichtung der Zellmembranen?), ist unbekannt.

Ueber die pharmakologischen Wirkungen des Bleis. Experimentelle Untersuchungen an Pflanzen, Froschlaich, Kaulquappen sowie Beobachtungen an den in Bleiminen arbeitenden Menschen zeigen, daß Blei eine stärkere Giftwirkung auf Keimzellen und das Embryanalgewebe ausübt als auf den reifen Organismus. Dieser entwicklungshemmende Einfluß tritt deutlicher bei der weiblichen Keimzelle in Erscheinung und bedingt zeitweise Sterilität und frühzeitigen Abort. Vermutlich greift die toxische Wirkung des Bleis an den Chorionzellen an. (Blairs Bells Versuche an schwangeren Ratten.) In nichttödlichen Mengen führt das Blei zu einer Hemmung des Wachstums und der Entwicklung, wie es die minderwertigen und untergewichtigen Abkömmlinge der chronisch bleivergifteten Pflanzen, Tiere und Menschen beweisen. Mit wachsendem Alter des Embryo tritt dieser Effekt der Intoxikation immer weniger in Erscheinung. Dieses Vermögen, die Keimbildung und das Wachstum zu schädigen, kommt anderen Metallen in viel geringerem Grade zu wie dem Blei und ist für dieses Metall als „spezifisch“ anzusehen. Neben der toxischen Schädigung des embryonalen Gewebes spielt die Erzeugung tonischer Kontraktionen der Uterusmuskulatur für das Zustandekommen des Aborts eine beträchtliche Rolle. Intravenöse Injektionen der kolloidalen Bleilösung bewirken im Tierexperiment neben rasch abklingender Respirations- und Pulsbeschleunigung eine ausgesprochene Blutdrucksenkung, die besonders bei wiederholten Injektionen sich bemerkbar macht. Die direkte Beobachtung zeigt, daß für mehrere Sekunden nach der Injektion eine deutliche Abschwächung der Kontraktion der Vorhöfe eintritt. Die Blutdrucksenkung kommt durch Verlangsamung des Herzschlages und durch Erschlaffung der Arterien zustande. In Anbetracht dieser Einwirkung der Bleiinjektionen auf den Kreislauf ist, beim herz- oder nierenkranken Menschen größte Vorsicht bei Verabfolgung der Bleisuspension erforderlich.

Die Wirkung von kolloidalem Blei auf Tiertumoren. Ungefähr 900 weiße Ratten mit transplantierten, hochvirulenten Geschwülsten (2 Sarkome, 1 Karzinom) wurden mit Blei behandelt, wobei 2—4 mg des frisch hergestellten kolloidalen Bleis intravenös verabfolgt wurden. Infolge vom Thrombenbildung in einer großen Zahl der Tumorgefäße kam es schon kurze Zeit nach der Injektion zur intensiven Hyperämie und zum Oedem der Geschwulst. Dann wurde der größte Teil des Tumors nekrotisch. Oft blieb nur eine dünne Schale von Krebsgewebe zurück, welche eine blutdurchtränkte Masse umgab. Jedoch nur in wenigen Fällen wurde der Tumor völlig resorbiert. Im allgemeinen kam es nach kürzerer oder längerer Zeit zu Rezidiven, trotzdem weiterhin Blei in subletaler Dosis zugeführt wurde. Das Blei wird rasch aus der Zirkulation entfernt, um von den Kapillarendothelien (besonders des Tumors) aufgenommen zu werden, wo es durch die Wandschädigung zur Thrombose führt. Der Gefäßverschluß stellt sich weder in den Lungen noch in anderen Organen, sondern nur im Tumor ein. Das so in der Geschwulst gebundene Metall entfaltet dann seine toxische Wirkung auf das neoplastische Gewebe. Bei längerer Behandlung entstehen Lebernekrosen, Milz- und Knochenmarksatrophie mit konsekutiver Anämie.

Die am Tier ermittelten Ergebnisse lassen sich nicht ohne weiteres auf die menschliche Pathologie übertragen. Vor allem sind die Versuche an Geschwülsten ausgeführt, deren Gewicht etwa $^{1}/_{10}$ bis $^{1}/_{20}$ des Wertes beträgt. Beim Menschen hat die Bleitherapie keine so ausgedehnten thrombotischen Vorgänge zur Folge, wie sie bei der Ratte anscheinend für den Erfolg ausschlaggebend sind.

Histologische Veränderungen im Krebsgewebe bei den mit Blei behandelten Fällen. Nichtlethale Dosen der Bleisuspension führen bei Schwangeren durch Nekrose des Trophoblasten innerhalb weniger Tage zum Abort. Schon wenige Stunden nach der Bleiinjektion klagen Krebskranke über Schmerzen in der Geschwulstregion, die 3 bis 4 Tage anhalten. Während dieser Zeit kommt es bisweilen zu einer vorübergehenden Schwellung des Tumors oder des metastatisch erkrankten Lymphknoten. Die einige Male beobachtete Verkleinerung der Geschwulst setzt dann ein und ist während der nächsten 10 Tage am deutlichsten zu erkennen. Den günstigsten Zeitraum für die Untersuchung des mit Blei behandelten Krebsgewebes auf histologische Merkmale der Rückbildung, wie Nekrose oder Degenerationsvorgänge, stellen somit die ersten 14 Tage nach der letzten Bleiinjektion dar. Die Beurteilung solcher Veränderungen ist äußerst schwierig, da alle Kennzeichen regressiver Prozesse auch bei unbehandelten Neoplasmen vorkommen und dasselbe histologische Präparat eines malignen Tumors mikroskopische Anzeichen für das Fortschreiten im einen Teil und für die Rückbildung im anderen aufweisen kann. Zur Untersuchung wurden nur Fälle herangezogen, bei denen Tumorgewebe vor und nach der erst kurze Zeit zurückliegenden Bleibehandlung entnommen werden konnte und bei denen keine andere Therapie angewendet wurde. In der Mehrzahl der mit Blei behandelten Tumoren konnten keine histologischen Anzeichen für die Bleiwirkung nachgewiesen werden. Bei einem ulzerierten medullären Mammakarzinom verschwanden die Krebszellen völlig. In weiteren Krebsfällen schien das Blei den Eintritt regressiver Veränderungen gefördert zu haben oder die Wachstumsgeschwindigkeit zu verlangsamen, so daß es zu einer Ausdifferenzierung der Epithelzellen kommen konnte. In einem weiteren Fall von Brustkrebs zeigten sich beträchtliche Rückbildungsvorgänge an den Krebszellen in den Leber- und Lungenmetastasen, während diese in einem metastatisch erkrankten Lymphknoten viel weniger deutlich waren und sogar epitheliale Zellen mit Mitosen dort gefunden wurden. Dieser geringere Grad von Rückbildung in dem fibrösen, gefäßarmen Lymphknoten spricht dafür, daß die Bleiwirkung nur bei unbehindertem Blutzufluß (vielleicht auch Lymphzirkulation) sich entfalten kann.

Die klinische Wirkung des Bleis bei der Behandlung maligner Geschwülste. Eine der größten Schwierigkeiten ist die Auswahl geeigneter Fälle, welche Aussicht auf Erfolg bieten und wahrscheinlich der toxischen Wirkung des Bleis gewachsen sind. Ungeeignet sind Fälle mit beträchtlicher Schädigung lebenswichtiger Organe und deutlicher Kachexie. Eine wichtige Rolle spielt auch die individuelle Idiosynkrasie. Manche Kranke vertragen große Bleimengen ohne Nebenerscheinungen, während andere schon nach mittleren Dosen schwer erkranken und selbst zugrunde gehen. Vor und während der Belandlung ist eine genaue Untersuchung des Urins und des Blutes (Blutbild, Reststickstoff) von großem Wert und die Untersuchung des Blutausstriches auf getüpfelte Erythrozyten. Die Behandlung ist abzubrechen, wenn mehr als eine basophil punktierte Zelle im Gesichtsfeld zu finden ist. Gewöhnlich hat jede Bleiinjektion eine Allgemein- und eine Herdreaktion im Gefolge. Die Allgemeinreaktion ist individuell sehr verschieden und hängt von dem Organsystem ab, an welchem jeweils die Bleiwirkung angreift.

Durch Schädigung des hämatopoetischen Apparates können alle Typen von Anämie entstehen, von der schweren sekundären Anämie bis zur schwersten Form der aplastischen perniziösen Anämie. Im allgemeinen ist die Hämoglobinverminderung stärker, als der Herabsetzung der roten Blutzellen entspricht. Kernhaltige Erythrozyten, Polychromasie, Aniso- und Poikilozytose sind häufig. Die basophile Punktierung ist kein Zeichen einer regenerativen Knochenmarkstätigkeit, vielmehr ein Degenerationsmerkmal. (Verklumpung des basophilen Netzes jugendlicher Zellformen.) Mit dieser Blutzerstörung gehen die klinischen Zeichen der Anämie parallel. (Blässe, Muskelschwäche, Knochenödeme.) Bisweilen kann die Behandlung erst nach einer Bluttransfusion fortgesetzt werden. Nach großen Bleidosen verschwindet die Anämie oft sehr schnell, während die durch längere Zeit verabfolgten kleineren Dosen hartnäckige Blutveränderungen erzeugen.

Die Erscheinungen und Symptome der Bleiintoxikation am Verdauungstraktus sind sehr mannigfaltig. Verhältnismäßig selten ist das Auftreten des Bleisaums (wahrscheinlich durch die intravenöse Art der Zufuhr bedingt) gegenüber der Häufigkeit bei der gewerblichen Vergiftung (Bleiaufnahme per os!) Wenige Tage, seltener eine Woche nach der Injektion stellen sich Erbrechen und Nausea ein. Darmkoliken werden nur nach größeren Dosen beobachtet und machen sich erst bemerkbar. Selten nur kommt es zu Diarrhöen oder Obstipation, die sicher als Bleiwirkung gedeutet werden können. Die Nieren sind oft schon nach kurzer Behandlung geschädigt. Auch hier verschwinden die durch große Bleimengen entstandenen Schäden schneller als die durch häufige Verabfolgung geringer Dosen gesetzten Veränderungen. Die Bestimmung des Blutharnstoffes ist nur vor der Behandlung für die Auswahl der Fälle von Wert. Als Frühzeichen die Nierenläsion mit der Beendigung der Behandlung völlig zurück, minurie — Verringerung der Urinmenge bemerkbar. Zumeist geht die Nierenläsion mit der Beendigung der Behandlung völlig zurück, wenn sie auch bisweilen erst längere Zeit nach der letzten Bleiinjektion manifest wird. Es sind jedoch zwei Todesfälle durch schwere nephrotische Prozesse hervorgerufen worden. Eine Blutdrucksteigerung durch Bleiwirkung konnte nicht festgestellt werden, wenn von der als Ausdruck der klinischen Besserung zu betrachtenden Hebung des vorher durch Kachexie erniedrigten Blutdrucks abgesehen wird. Die Leber fängt — wie nachgewiesen wurde — den größten Teil des Bleis aus der Blutbahn ab und dient als Schutzorgan gegen die Vergiftung. Manche Störungen, wie Nausea, Erbrechen, Kopfschmerzen, sind als Zeichen der beeinträchtigten Lebertätigkeit anzusehen. Das Gallesystem wird vom Blei in derselben Weise wie durch Phosphor oder Toluylendiamin geschädigt, teils durch die Blutzerstörung, teils durch direkte Einwirkung auf die Galle sezernierenden Zellen. So wurde typischer hämolytischer Ikterus, sowie Gelbsucht mit starker Urobilin -oder Bilirubinausscheidung beobachtet. Die osmotische Resistenz der Erythrozyten erwies sich nicht als vermindert. Auffallend selten kam es zur Entstehung echter Bleilähmungen, während häufiger akute psychotische Zustände im Anschluß an die Injektion sich zeigten. Jetzt lassen sich all diese mehr oder minder schweren Bleischäden mit ziemlicher Sicherheit vermeiden. Die Dosierung der kolloidalen Bleilösung ist von Fall zu Fall verschieden und endgültig noch nicht festgelegt. Im letzten halben Jahr wurden je 2 Injektionen von 20 und 15 ccm der 0,5proz. Lösung im Abstand von 10 Tagen gegeben. Nach einer Pause von einem Monat werden geringere Mengen (bis zu 10 ccm) mit wechselndem Abstand gegeben, bis die Gesamtdosis von 120 ccm (0,6 g Blei) erreicht ist. In Fällen mit langsamem Wachstum der Geschwulst, wo die rasche Einverleibung größerer Bleimengen nicht so dringlich erschien, wurden zur Vermeidung der toxischen Schädigung von Anfang an kleinere Dosen injiziert, wodurch der Enderfolg nicht beeinträchtigt wurde. Irgendwelche Zusammenhänge zwischen der Bleieinwirkung auf den Tumor und der Giftwirkung auf den Gesamtorganismus waren nicht zu erkennen. Zur Vermeidung der Bleischäden muß während der Behandlung eine Nierenschonung systematisch durchgeführt werden (eiweißarm, reichlich Mineralwasser zur Durchspülung). Am schwierigsten zu beheben sind die gastro-intestinalen Störungen. Das Erbrechen geht zumeist mit Ketonurie einher und kann durch Insulin-Traubenzuckerinjektionen günstig beeinflußt werden. Bei den schweren Koliken ist Morphium-Atropin notwendig. Gelegentlich leisten intravenöse Kalziumchloridinjektionen (5%) gute Dienste. Natriumthiosulfat versagt zumeist.

Die Behandlungsresultate in den letzten 5 Jahren sind bereits ausführlich veröffentlicht worden (Lancet und British Med. Journal 1926, Seite 687). Von 227 Fällen wurden jedenfalls 50 sehr günstig beeinflußt (z. B. in Kombination mit chirurgischer und Bestrahlungstherapie), daß praktisch eine Heilung angenommen werden kann. Im letzten Jahr sind die Erfolgszahlen bei der erst im Ausbau befindlichen Bleibehandlung wesentlich besser.

Biberfeld.

The Glasgow Medical Journal.

24., Nr. 11, November 1926.

- * Untersuchungen über die Symptomatologie der Kopfschmerzen. James L. Halliday.
- * Ein Fall von einseitiger Mydriasis. J. N. Tennet.
- Endoskopie und die Entfernung von Fremdkörpern aus den Luft- und oberen Speisewegen. W. S. Syme.

Untersuchungen über die Symptomatologie der Kopfschmerzen. Kopfschmerzen sind mit den Schmerzempfindungen zu vergleichen, wie sie bei Appendizitis, bei Gallenkoliken, bei bestimmten Herzkrankheiten auftreten. Sie unterscheiden sich von ihnen durch die Leichtigkeit, mit der sie ausgelöst werden können. Es handelt sich bei den Kopfschmerzen ebenso wie bei den anderen erwähnten Schmerzen um eine Reizung der entsprechenden Nervenbahnen und um ein Ueberspringen auf benachbarte Neuronen. Die Nervenbahnen der spinalen Segmente sind relativ widerstandsfähig, so daß nur die stärksten Impulse von den viszeralen Organen aus sekundär die Hautnerven reizen können. Andererseits sind die intramedullären Nerven des Trigeminus und der anderen oberen Zervikalnerven relativ reizempfänglich und haben eine geringere Reizschwelle. Kopfschmerzen sind daher ein sehr verbreitetes Uebel, da sie von den verschiedensten Organen aus ausgelöst werden können. Der geringe Widerstand gerade dieser Nervenbezirke liegt in der hohen Differenzierung des menschlichen Gehirns begründet, vor allem auch in der Entwicklung des Sehvermögens. Gerade die Schmerzbahnen der Augengegend, die im Trigeminus verlaufen, scheinen auf Impulse leicht ein Uebergewicht zu bekommen. Es sind daher die Kopfschmerzen am häufigsten frontal lokalisiert, doch spricht die Lokalisation nicht für die Art oder Quelle der Störung.

Einseitige Mydriasis. Es handelt sich um einen 32 jährigen Mann, der zufällig bemerkte, daß seine eine Pupille größer als die andere war. Nach einiger Beobachtungszeit, in der nichts abnormes festgestellt werden konnte, verschlechterte sich die Sehkraft auf diesem Auge und trat eine Entzündung auf. Es konnte nun ein Fremdkörper im Glaskörper nachgewiesen werden, der sich als ein kleiner Eisensplitter erwies und mit dem Magneten extrahiert wurde. Die Pupillenerweiterung wird mit einer Reizung entsprechender Nervenfasern durch den Fremdkörper erklärt.

Erich Wolffenstein, Berlin.

La Presse Médicale, Paris.

Nr. 88, 3. November 1926.

♦ Die mongoloide Imbezillität. A. B. Marfan.
Bemerkungen über die arterielle Hypertension. A. Leclercq.
♦ Ueber die Pathogenese der nächtlichen syphilitischen Kopfschmerzen. G. Buzoianu und Tovarn.

Die mongoloide Imbezillität. Die einzig sicher autoptisch festgestellten Veränderungen bei Mongolismus besteht in einer Hypoplasie der Hirnrinde, ferner in Läsionen infektiöser Natur, die auf syphilitischen Ursprung deuten, ebenso Verwachsungen der Pia und eine noduläre Arteriitis, die sicher luetisch sind. Verf. diskutiert die Theorie von Down, der den Ursprung des Mongolismus in Anomalien bei einem weit entfernten Vorfahren annimmt, ohne indessen Beweise erbringen zu können. Ebenso wenig kann die Auffassung von Schuttleworth und Comby gestützt werden, daß Mütter mongoloider Kinder während der Schwangerschaft heftige moralische Erschütterungen, Angst, dauernden Kummer erlebt haben, oder daß sie durch häufige Schwangerschaften erschöpft sind, da das kranke Kind oft das letzte einer größeren Kinderzahl sei, das Gegenteil ist noch häufiger beobachtet worden. Bemerkenswert ist die neue Theorie von Van der Scheer, der den Mongolismus auf eine Kompression des Schädels durch ein zu enges Amnion zurückführt, wodurch das Fruchtwasser unter einem zu hohen Druck steht. Doch sind hierfür ebenfalls noch keine deutlichen Beweise erbracht; Lues kommt auch hier in Frage. Therapeutisch ist bisher nur durch Thyreoidin und antisyphilitische Kur Besserung erzielt, wenn auch meist nicht derart, daß Unterbringung in Anstalten fortfallen könnte.

Ueber die Pathogenese der nächtlichen syphilitischen Kopfschmerzen. Bei den syphilitischen Kopfschmerzen findet sich immer eine Hypo-Amphotonie mit arterieller Hypotension, also Ueberwiegen der Sympathikus-Hypotonie. Kalkmedikation hat vielfach in den Fällen geholfen, wo die üblichen antiluetischen Mittel versagten.

Nr. 89, 6. November 1926.

Ein Fall von atrio-ventrikulärem Rhythmus. E. Géraudel.
Hämolytischer Ikterus durch anaphylaktischen Schock. J. Le Calvé.
Pseudo-Wut beim Menschen; Diagnostik und Behandlung. D. Jonnesco.
Operative Behandlung des zirrhotischen Aszites durch Anastomose zwischen der Vena cava inf. und der Vena porta. V. Krestovsky.

Nr. 90, 10. November 1926.

Intra-uterine Transmission des tuberkulösen Virus von Mutter auf Kind. A. Calmette, J. Valtis und M. Lacomme.
♦ Indifferenz und sexueller Apragmatismus bei den Schizomanen. R. Dupony und G. Naudascher.
Untersuchungen über Azotämie in der Chirurgie. A. Crainiclanu und J. Florian.
Wiederholte Traumatismen in der Aetiologie gewisser obliterierender Arteritiden. S. Ravault und J. de Girardier.

Indifferenz und sexueller Apragmatismus bei den Schizomanen. Bei den Schizomanen findet sich häufig die Koexistenz von hypochondrischem Autismus und sexueller Indifferenz, die sich besonders durch vollständige Unterdrückung der pragmatischen Aktivität verrät, die weder aus Gründen der Moral noch aus physischer Schwäche geschieht. Während der Kranke sich libidinösen Träumen und sentimentalen Empfindungen hingibt, geht er selten zur Exekution über; der Sexualakt ist ihm gleichgültig, der Gedanke genügt ihm. Da sich bei den Patienten oft Zyanose und Feuchtigkeit der Extremitäten findet, sowie arterielle Hypotension, so nimmt Verf. pluriglanduläre endokrine Störungen an, neben denen er aber auch häufig tuberkulöse Aszendenz findet.

Nr. 91, 13. November 1926.

♦ Die Milz als regulierendes Organ für den in den roten Blutkörperchen zirkulierenden Blutgehalt. Léon Binet.
Mechanismus und Behandlung der anaphylaktischen Manifestationen; die Sensibilisation. (Antwort an Auguste Lumière.) Maurice Vernet.
Die Aetiologie des venerischen Granuloms. Robert Clement.
Die optisch-kinomatographische Registrierung der Töne. R. Lutembacher.

Die Milz als regulierendes Organ für den in den roten Blutkörperchen zirkulierenden Blutgehalt. Die interessanten Tierexperimente des Verf. ergaben: 1. daß die Milz während des Lebens viel voluminöser ist wie im Tode, daß 2. jede Muskelarbeit von einer Kontraktion der Milz gefolgt ist und daß 3. Hämorrhagien und Intoxikationen mit Kohlenoxyd dieselbe Reaktion hervorrufen. Diese Kontraktion bewirkt ein vermehrtes Zirkulieren roter Blutkörperchen, die in der Milz angehäuft waren. Man kann demnach die Milz als ein Reservoir auffassen, in dem sich die Blutbestandteile während der Ruhe ansammeln und durch Muskelarbeit mobilisiert werden. Andere Autoren bestätigen diese Beobachtungen.

Nr. 92, 17. November 1926.

Der therapeutische Abort bei Tuberkulösen. A. Pissavy und Lejard.
♦ Ueber die Aetiologie der Varizen; die Rolle der genito-hypophysären Drüsen. L. Gangier.

Ueber die Aetiologie der Varizen; die Rolle der genito-hypophysären Drüsen. Auch in der Aetiologie der Krampfadern spielt die innere Sekretion die Hauptrolle, da besonders die Ovarien und die Hypophyse Hormone absondern, die ein Tonikum für die Venenwand darstellen, wie bei Störungen beider Organe nachgewiesen werden konnte, und zwar ist das ganze Nervensystem betroffen inklusive der Klappen, deren mangelhafter Schluß den varikösen Zustand noch verschlimmert. Neben der sklerosierenden und chirurgischen Behandlung muß also die endokrine einsetzen, ferner Jod als Exitans der endokrinen Drüsen und Tonika der glatten Fasern: Ergotin, Hamamelis, Hydrastis. Haber.

Annales d'occulistique.

Oktober 1926.

Die Bedeutung der allgemeinen und lokalen Beschaffenheit des Auges bei gewerblichen Verletzungen. Siegrist.
Quantitative Perimetrie. Gaudissant.
Ablösung der Zonulalamelle. Weil und Vele.
Weshalb sind einzelne intraokulare Fremdkörper mit unseren gewöhnlichen Methoden nicht nachweisbar. Recklob.
Okuläres Husten. Daseolopoulos.
Totale Inversion der Iris. Dasealopoulos.

Revue Internationale de l'Enfant.

September 1926.

♦ Die Kinderpolizei in Amsterdam. Hogendyk.
Die Behandlung von Krüppelkindern in Los Angelos. Sinclair.
♦ Gefährliche Berufe für Minderjährige. Challand, Lausanne.
Schutz der Mutter während der Schwangerschaft. Villa, Madrid.
Neuere deutsche Jugendgesetzgebung. Koehne, Berlin.

Die Kinderpolizei in Amsterdam. Die Kinderpolizei bildet eine Abteilung in der allgemeinen Polizei der Stadt. Sie wurde im Mai 1920 eingerichtet. Sie besteht aus einem leitenden Beamten, dem drei männliche und drei weibliche Aufsichtsbeamte, 23 männliche und fünf weibliche Polizisten und drei Bürokräfte zur Seite stehen. Die Polizei ist mehr auf die Vorbeugung und Fürsorge eingestellt als auf die eigentlichen Polizeifunktionen; sie ist in einem gesonderten, freundlich ausgestatteten Gebäude untergebracht. Ihre Hauptaufgaben sind folgende: Eltern, die über das Betragen ihrer Kinder zu klagen haben, mit Rat und Hilfe zur Seite zu stehen. Jede Vernachlässigung in der Erziehung und Pflege der Kinder der öffentlichen Wohlfahrt zuzuführen, denen der natürliche Beschützer fehlt. Verhinderung des Schulschwänzens. Beschaffung der Unterlagen für Jugendgerichte und Vormundschaftsangelegenheiten. Beaufsichtigung von Kindern auf der Straße und in Vergnügungslokalen. Aufgreifen von Kindern, die betteln oder vagabundieren. Durch Hausbesuche Material zu sammeln über die örtlichen und sozialen Verhältnisse gefährdeter Kinder und Vorschläge für Abstellung von Mißständen zu machen. Die Erfolge dieser Arbeit sind sehr gute, wenn sie sich auch zahlenmäßig schwer ausdrücken lassen.

Gefährliche Berufe für Minderjährige. Das Thema war Gegenstand einer Debatte in der internationalen Vereinigung für Kinderschutz in Rom im Mai 1926. Es gibt eine Anzahl Berufe, die ohne an sich gefährlich zu sein, den Jugendlichen starken sittlichen Versuchungen aussetzen. Dazu gehört die Beschäftigung in luxuriösen Kleiderateliers, in eleganten Parfümeriegeschäften, besonders für weibliche Jugendliche. Ebenso gefährdend ist der Kellnerberuf auch in anständigen Lokalen, sofern in denselben Alkohol verschenkt, und der Kellner an dem Alkoholkonsum finanziell beteiligt wird. Auch die Fabrikpflegerin müßte sich mehr um die Jugendlichen kümmern. Es ist vorgekommen, daß Lehrlinge den alten Arbeitern unsittliche Schriften vorlesen mußten. Auch sollten Jugendliche in solchen Druckereien nicht beschäftigt werden, in denen pornographische Schriften gedruckt werden.

Oktober 1926.

Die Unterstützung ausländischer Minderjähriger im Aufenthaltsstaat. Polligkeit, Frankfurt a. M.
♦ Die Prophylaxe von Geisteskrankheiten im Kindesalter. Juarros, Madrid.
Die sieben Altersperioden des Kindes. Peiris, London.
Das Lord Weardale Heim in Budapest. Vajkai, Ungarn.

Die Prophylaxe von Geisteskrankheiten im Kindesalter. Ein Teil der Geisteskrankheiten setzt akut ohne vorher erkennbare Anzeichen ein. Bei einem anderen Teil gibt es ein Vorstadium. Man kann bei vielen Kranken eine soziale Vorperiode von der unsozialen Periode der eigentlichen Erkrankung unterscheiden. Verfasser unterscheidet sechs verschiedene Veranlagungen, bei denen man in der Vorperiode schon die spätere Erkrankung erkennen kann. 1. Die schizophrene Konstitution, schweigsame, unzugängliche Kinder, die in einer Phantasiewelt leben. 2. Die paranoische Konstitution. 3. Die erregbaren Kinder. 4. Die zum Fabulieren neigenden Kinder. 5. Die Cyclothymen. 6. Solche Kinder, denen jedes moralische Verständnis abgeht. Der Erzieher sollte derartige psychologischen Faktoren beim Kinde erkennen und durch eine vernünftige Methode unter Umständen den Ausbruch von geistigen Erkrankungen verhindern können.

P. Heymann, Berlin.

El Siglo Medico.

78., Nr. 3798, 25. September 1926 und Nr. 3799, 2. Oktober 1926.

* Beitrag zum Studium der Augen-Lepra. M. Marin Amat.
Ueber die Hand. F. Margarit.
Die Zerstückelung des lebenden Kindes. J, B. Gónzalez.
Beobachtungen über Herzkranke. G. R. Genzalo.
Hämolysine. Martin Salazaer.

Beitrag zum Studium der Augen-Lepra. Die Brauen erkranken bei der tuberkulösen Form sehr häufig und relativ früh. Während sie hier ausfallen, bleiben sie bei der anästhetischen Form fast stets erhalten. Nach der Entwicklung der Hautatrophie oder der Narben, also erst später, kommt es zu sensiblen Störungen, die bei der Tuberkulose häufig sind. An den Augenlidern entwickeln sich entweder eine diffuse Infiltration oder kleine Knötchen, die besonders am Ziliarrand sitzen. Die Wimpern fallen bei beiden Formen aus. Häufig entsteht beim Lidschluß fibrilläres Zucken, da sich die Fasern des Orbikularis wegen einer Teilstörung im Fazialis nicht gleichzeitig zusammenziehen. Dieses Symptom scheint ein Vorstadum der peripharen Lähmung dieses Nerven zu sein. Das Benito Hernandosche Zeichen (unvollkommner Lidschluß und Zwangsdrehung des Bulbus nach aufwärts) ist bei Lepra sehr häufig. Die Sklera erkrankt besonders in der Limbusgegend. Aus einem kleinen, gelben, gefäßlosen Fleck entwickelt sich allmählich der Lepraknoten. Der Tränenapparat ist nur selten ergriffen. An der Hornhaut bildet sich meist ein Knoten, selten entstehen Geschwüre, die dann sehr torpid und schmerzhaft sind. Bei Keratitis interstitialis ist die Sensibilität ebenso wie an den andern erkrankten Stellen fast immer gestört. Die Iris ist bei der tuberkulösen und gemischten Form früh oder später fast immer beteiligt. Dabei kommt es sehr selten zu funktionellen Störungen. Hyperämie und Iritis zeigen fließende Uebergänge. Oft überwiegt die Zyklitis. Im Augenhintergrund sieht man häufig eine diffuse peripapilläre Entzündung, die der luetischen Retinitis sehr ähnlich ist. Farbensehstörungen sind sehr häufig. Da die Augen-Lepra nie primär auftritt, ist die Diagnose leicht. Die Prognose ist sehr schlecht. Die Erkrankung führt meistens zur Erblindung.

Nr. 3800, 9. Oktober 1926.

Agglutimine. Martin Salazar.
Hypophysenextrakt in der Gynäkologie. Vital Aza.

Nr. 3801, 16. Oktober 1926.

Fall von tödlicher Sublimatvergiftung. Luis Yagiie y Espinosa.
Agglutimine. Martin Salazar.

Mettenleiter.

Revista Española de Medicina y Cirurgia.

9., Nr. 100, Oktober 1926.

* Endocarditis lenta. A. Petro y J. Pons.
Bericht des internationalen Physiologenkongreß. L. Cervera.

Endocarditis lenta. Die anfänglichen Schmerzen, die an den verschiedensten Stellen auftreten können — in einem Falle an den Fußsohlen — und den Kranken bettlägerig machen, gehen bald wieder zurück. Gleichzeitig sinkt oft auch die bis dahin subfebrile Temperatur. Nach beschwerdefreier Zwischenzeit treten neuerdings Gelenkschmerzen oder anders lokalisierte Beschwerden und Fieber auf, um dann wieder zu verschwinden. Dieser Wechsel ist eines der meist vorhandenen Kennzeichen der Krankheit. Purpuraähnliche Hautveränderungen mit kleinen, etwas konfluierenden Petechien, Schleimhautblutungen (Zahnfleisch, Nase) lassen an Purpura haemorrhagica denken. Bei Injektionen entstehen oft subkutane Blutaustritte. Das sogenannte Fingerzeichen von Osler hat große Bedeutung. An Oberarm, Bein, meistens an Finger und Zehen bilden sich 4 bis 5 papulöse rote, schmerzhafte Flecken mit einem weißen Punkt in der Mitte. Sie sind oft nur stecknadelkopfgroß und verschwinden nach 3 bis 4 Tagen. Der Befund am Herzen ist häufig sehr gering, entsprechend den schwachen patholog.schen Veränderungen an den Herzklappen. Immer ist die Milz hypertrophisch und fühlbar. Manchmal entstehen mehr minderstarke Schmerzen im linken Hypochondrium. Zweimal sah Verf. die von einigen Autoren beschriebenen charakteristischen Trommelschlägelfinger. Embolische Herde sind sehr selten, kommen aber immerhin vor, ebenso Netzhautblutungen. Unerläßlich sind Blutkulturen, die am besten während einer Temperatursteigerung angelegt werden. Zur Entwicklung der Bakterien können anärobe Kulturen notwendig sein. Die Krankheitsdauer schwankt im allgemeinen zwischen 4 Monaten und 1 Jahr. Differentialdiagnostisch kommt wegen der Allgemeinerscheinung Tbc. in Betracht. Doch fehlen die örtlichen Veränderungen und die günstige Beeinflussung des Fiebers durch Bettruhe. Biermersche Anämie läßt sich durch positive Blutkultur, das hohe Fieber im fortgeschrittenen Stadium, Embolien und den vorherrschend infektiösen Eindruck ausschließen. Gegen Lues spricht der negative Wa. und die Erfolglosigkeit einer spezifischen Behandlung. Außer anderen Krankheitsbildern wie chronische Appendizitis usw. kann man besonders an rheumatische Infektionen denken, vor allem an Rezidiv eines Gelenkrheumatismus. Während jedoch letztere Krankheit vorwiegend Jugendliche befällt, sieht man die Endokarditis meistens bei Erwachsenen. Auch sind die Gelenkerscheinungen sehr gering, die serösen Häute nicht oder kaum erkrankt; es fehlt die Vielheit der Symptome. Therapie ist symptomatisch.

9., Nr. 101, November 1926.

Beitrag zum Studium der Ankylostomiasis im Bezirk von Valencia. F. R. Fornos.
* Die Fluorkachexie, eine neue Erkrankung. Christiani y P. Ferreras.
Ueber den Kreuzschmerz. L. Ribó.
Aluminiumsilikate in der modernen Therapie. Armengol de Llano.

Die Fluorkachexie, eine neue Erkrankung. Tiere, die lange Zeit kleine Fluormengen, die sich im Gras oder in Abwässern chemischer Fabriken befinden, genießen, erkranken an Knochenerweichung. Sie kann zu Spontanfrakturen führen. Tierversuche ergaben, daß längerer Fluorgenuß starke Knochenschädigungen und allgemeine Kachexie hervorrufen. Schon 1891 hatten Tappeiner und Brandl bei einem mit Fluor vergifteten Tier im Knochensystem große Fluormengen nachgewiesen. Es ist nun sehr wahrscheinlich, daß auch bei Menschen chronische Vergiftungen vorkommen, da viele Lebensmittel und Getränke bei der Herstellung oder Konservierung mit Fluor versetzt werden. Bei unklaren kachektischen Zuständen soll auf die Art der Nahrungsmittel geachtet werden.

Mettenleiter.

Revista Clinica de Bilbao.

1., Nr. 9, September 1926.

Ueber einen Fall von Purpura haemorrhagica. J. Atucha.
* Beobachtungen über die Senkungsreaktion. A. Figuerido y L. Bilbao.
Der Liquor bei verschiedenen Krankheiten der Nervenachse und ihrer Hüllen. Atilano Feyóo.

Beobachtungen über die Senkungsreaktion. Bei der Tuberkulose unterrichtet die Reaktion über den Stand der Krankheit besser als Temperatur und Gewichtskuren. Man kann die Wirkung der verschiedenen Behandlungsmethoden deutlich erkennen. Bei gynäkologischen Erkrankungen zeigt sie chronische, dickwandige und sonst nicht erkennbare Entzündungsherde an. Lues und Anämie vermehren die Senkungsgeschwindigkeit. Für die Extrauteringravidität besitzt sie nicht die Bedeutung wie für Entzündungen.

Mettenleiter.

La Medicina Ibera.

10., Nr. 462, 11. September 1926.

Klinische und experimentelle Studien über Sanocrysin. J. Valdes y Lauchea.
Ein Fall von Pyometra. Vital Aza.

10., Nr. 463, 18. September 1926 — Nr. 468, 23. Oktober 1926.

Die Behandlung des Uterusprolapses. C. Población.
Dacryocystorhinostomie. F. Casadesus Castello.
Inhalt, Charakter und Grenzen der Otorhinolarynpologie. A. G. Tapia.
Stereoskopisches Sehen. E. Diaz Caneia.
* Das Problem der subfebrilen Zustände. G Maranon.
Gegenwärtiger Stand der Dermathologie und Syphilidologie. J. S. Covisa.
Fall von isolierter Megalokornea. R. Castroviejo.

Das Problem der subfebrilen Zustände. Es werden die langdauernden, subfebrilen Temperaturen besprochen, bei denen keine der sonst in Betracht kommenden Erkrankungen vorliegt. Sie verlaufen fast symptomlos. Meist begegnet man ihnen in der Privatpraxis, weil sie beim schwer arbeitenden Menschen unbeachtet bleiben. Bei Frauen sind diese kleinen Fieberzacken siebenmal öfters zu beobachten als bei Männern. Der Grund liegt in den endokrinen Verhältnissen, die bei Frauen die Temperaturanstiege begünstigen. Das bevorzugte Alter ist zwischen 20 und 30 Jahren. Der subfebrile Zustand setzt manchmal nach einer akuten Erkrankung ein oder beginnt schleichend und macht nur leichtes subjektives Unbehagen. Fast immer besteht das Fieber schon lange Zeit, bis es bemerkt wird. Kopfschmerzen, heiße Hände, kommen vor. Das Fieber kann jahrelang dauern. Es ist meist intermittierend, selten kontinuierlich und erreicht fast nie 38°. Ernährung, Klima, vor allem Menstruation beeinflussen den Verlauf der Kurve. Die Kranken, besonders die Frauen, zeigen den lymphatischen Typ, Neigung zur Fettsucht, robustes Aussehen und herabgesetzte Sexualfunktion. Das Fieber ist durch einen latenten Infektionsherd bedingt, der mit gewöhnlicher Untersuchung nicht erkennbar und selbst mit allen möglichen Mitteln nicht zu lokalisieren ist. In ungefähr 45% läßt sich Tuberkulose annehmen, also weniger oft, als man im allgemeinen glaubt. Die Anamnese ist sehr wichtig. Langdauernde subfebrile Temperaturen intestinalen Ursprungs sind sehr selten. Man soll mit dieser Diagnose sehr vorsichtig sein, weil eine Diätverordnung unter Umständen sehr schaden kann, wenn es sich wirklich um latente Tuberkulose handelt. Die Temperaturen bei jugendlichem hartnäckigen Basedow sind oft durch kleine tuberkulöse Lungenherde verursacht. Zur Unterscheidung zwischen reiner Schilddrüsenerkrankung und Tuberkulose erscheint die Bestimmung des Grundstoffwechsels nach Tuberkulose-Reaktion wichtig. Dieser müßte theoretisch bei Tuberkulose-Grundlage zunehmen, bei reinem Hyperthyreoidismus gleichbleiben. Untersuchungen darüber sind im Gang. In 4 Fällen lag dem Fieber eine Pleuritis zugrunde, die schwer zu diagnostizieren ist, da sie keine Erscheinungen macht.

Mettenleiter.

La Pediatria Española.

15., Nr. 167, 1926.

Die Isolierung der Säuglinge in Anstalten. A. B. Marfan.
◆ Ichthyosis luetischen Ursprungs. M. Gonzalez-Alvarez.
Hydrarthros, durch Desensibilisierung geheilt. J. Grinda y M. Benavente.

Ichthyosis luetischen Ursprungs. Bei einem Säugling entwickelte sich 1 Monat nach der Geburt am ganzen Körper eine Fischhaut. Außerdem bestand eine Fußdeformität. Das Kind war sehr atrophisch. Wa. bei Mutter und Kind negativ. Trotzdem bekam das Kind täglich Quecksilberchloridbad und einige Tropfen van Swietenscher Lösung, die Mutter Jodkali. Nach kurzer Zeit war die Haut normal. Es handelte sich also um kongenitale Lues mit den Erscheinungen einer Ichthyosis.

Mettenleiter.

The Journal of the American Medical Association, Chicago.

87., Nr. 19, 6. November 1926.

Die Prognose der Angina pectoris und der Koronarthrombose. White
◆ Myomektomie, Hysterektomie und Strahlentherapie bei Fibromyom des Uterus. Masson.
◆ Verschiedenheiten der Hauttoleranz für Röntgenstrahlen. Mac Kee und Eller.
◆ Reizung und Immunität in der Strahlentherapie. Desjardins.
◆ Röntgenbehandlung inoperabler Blasenkarzinome. Schmitz und Laibe.
Otitische Meningitis. Eagleton.
Ausbreitung der Tuberkulose in Familien. Opie und Mc. Phedran.
◆ Interstitielle Keratitis bei kongenitaler Syphilis. Guy.
Verschluß der Retinalgefäße. Larier.
Komplikation von Scharlach mit Peritonitis. Taylor.

Myomektomie, Hysterektomie und Strahlenthenrapie bei Fibromyom des Uterus. Fibromyome, die keine Symptome machen, erfordern keine Behandlung. Strahlentherapie ist bei allen Kranken über 40 Jahre indiziert, deren Tumoren weniger als 15 cm im Durchmesser haben und deren Hauptklagen Menorrhagien sind, ferner bei Kranken unter 40 Jahren, die eine Operation ablehnen oder bei denen eine größere Operation aus anderen Gründen ein Risiko darstellt, ferner bei allen Fällen von Fibrosis uteri und ganz besonders bei essentiellen Uterusblutungen. Wenn aus irgendeinem Grunde Strahlentherapie in jüngerem Alter nötig wird, so zieht Verfasser kleine Dosen Röntgenstrahlen der intrauterinen Radiumbehandlung vor wegen der zerstörenden Wirkung des Radium auf das Endometrium und größerer Tendenz zur Sterilität, wenn auch Röntgenstrahlen nicht so genau dosiert werden können wie Radiumstrahlen. Chirurgische Behandlung ist für die meisten Kranken unter 40 Jahren indiziert, für Kranke mit Tumoren über 15 cm Durchmesser, mit Schmerzen und Blasenreizung, bei gestielten oder submukösen Tumoren, bei Degeneration oder Entzündung des Tumors oder dort, wo Komplikationen ohnedies eine Laparotomie erfordern. Abdominale Myomektomie ist für die meisten Kranken unter 40 die Operation der Wahl. Subtotale abdominale Hysterektomie sollte bei Frauen unter 40 nur dann zur Ausführung kommen, wenn der größere Teil des Uteruskörpers entfernt werden muß und die Zervix gesund ist. Totale abdominale Hysterektomie ist die beste Operation bei Erkrankung der Zervix oder bei Wahrscheinlichkeit einer malignen Degeneration des Fibromyoms. Während der letzten 5 Jahre kamen in der Mayo-Klinik 259 Myomektomien mit 0,77%, 1643 Hysterektomien wegen Fibromyoms mit 1,88% Mortalität zur Ausführung. Todesursache war in der Hälfte der Fälle Lungenembolie. Unter 151 Myomektomierten, über die Nachrichten zu erhalten waren, bisher 23 Schwangerschaften.

Verschiedenheiten der Hauttoleranz für Röntgenstrahlen. Es ist anzuraten, bei der Röntgen- und Radiumbehandlung sichtbare Hautreaktionen zu vermeiden, wofern sie nicht therapeutisch indiziert sind, wie bei Epitheliomen; denn selbst eine milde Reaktion kann gelegentlich zu unerwünschten Folgen führen. Telangiektasien treten meistens innerhalb zweier Jahre nach der Bestrahlung auf, können aber auch noch nach 3—5 Jahren erscheinen; ebenso ihre mehr oder weniger schweren Folgeerscheinungen, die gelegentlich sogar nach einer einzigen, milden Reaktion auftreten können. Alle Kranken sollen daher während der Behandlung sorgfältig auf jedes drohende Anzeichen einer Reaktion untersucht, und jede örtliche Applikation sollte vermieden werden, die eine Reaktion maskieren, die Strahlenwirkung verstärken oder Erythem erzeugen kann. Die große Verschiedenheit in der Empfänglichkeit für Strahlen hängt ab von Alter, Oertlichkeit, Teint und Ungenauigkeiten, die selbst der besten Technik anhaften. Geringe Grade von Idiosynkrasie mögen auch vorkommen. Toleranzprüfungen vor jeder Behandlung stellen einen Sicherheitsfaktor vor. Von 210 in dieser Weise geprüften Patienten entwickelten ein Erythem 5% mit ¼, 15% mit ½ und 25% mit ¾ Einheit. Doppelt soviel Reaktionen kamen mit ¼ Einheit bei blonden, wie bei dunkeln Personen vor. Es entwickelten Pigmentierung 46% mit ¼, 50% mit ½ und 51% mit ¾ Einheit (der Prozentsatz war größer bei dunkeln Personen). Pigmentierung tritt etwa 1 Woche nach der Behandlung auf und verschwindet in 8—9 Wochen. Pigmentierung allein ist nicht gefährlich. Ein Erythem entwickelt sich nach 5—7 Tagen und dauert eine bis mehrere Wochen. Zu Toleranzproben wurden Hautpartien am Oberschenkel oder Vorderarm von der Größe eines Poststempels benutzt. Auf größeren Hautpartien sind zwar die Reaktionen sichtbarer, doch sind die Unterschiede nicht so groß, als daß der Wert kleinerer Partien geleugnet werden kann. Die Resultate waren bei gefilterten und ungefilterten Strahlen ungefährlich.

Reizung und Immunität in der Strahlentherapie. Verf. kämpft gegen 2 unbegreiflich falsche Auffassungen an, die unter den Aerzten weit verbreitet sind, nämlich daß Röntgen- und Radiumstrahlen die Eigenschaft besitzen, lebende Zellen zu reizen, und daß sie Rückbildung eines Tumors durch die Produktion eines mysteriösen Etwas herbeiführen, das eine Art von unklarer Immunität schafft. Er referiert über alle experimentellen Arbeiten, die seit Schaudinn bis auf die letzte Zeit der Strahlenwirkung auf tierisches und pflanzliches Leben gewidmet waren. Dieselben stimmen alle mit den Resultaten klinischer Strahlentherapie beim Menschen überein: Funktionelle Depression verschiedener Gewebe und Organe, Depression der Zellen von gutartigen und bösartigen Tumoren. Bei Ueberschreiten der Grenzen der Toleranz kommt es zu degenerativen Veränderungen, die schließlich bösartig werden können. Das ist keine Reizung, sondern eine Veränderung einer normalen in eine von der Norm abweichende Funktion. Eine Reizung in dem Sinne, daß Zellen oder Organe eine gesteigerte Fähigkeit zu normaler Funktion gewinnen, ist unmöglich. Jede anscheinende Reizung ist nur eine vorübergehende Phase, der unweigerlich eine funktionelle oder organische Verschlechterung folgt. Er übt dann scharfe Kritik an den Arbeiten jener Forscher, welche die Rückbildung eines Tumors einer durch die Strahlenbehandlung herbeigeführten Immunität zuschreiben wollen und weist auf die Arbeiten hin, die solche Auffassung widerlegen (besonders Wood und seine Schule) und seine eigenen reichen, klinischen Erfahrungen, welche den schlagenden Beweis liefern, daß Zellveränderungen durch Strahlenwirkung beim malignen Tumor von derselben Natur sind, wie bei normalen Zellen: direkte Wirkung auf die Tumorzellen und auf die Endothelien der Blutgefäße, welche den Tumor versorgen.

Röntgenbehandlung inoperabler Blasenkarzinome. Analyse von 53 Fällen weit vorgeschrittener Blasenkarzinome (35 Männer), von denen 21 mit Radium, 19 mit einer Kombination von Kauterisierung und Strahlen, 13 mit Röntgenstrahlen allein behandelt wurden. Durchschnittlich kamen 2400 mg-Stunden der γ-Strahlen zur Anwendung und durchschnittlich blieben die 16 Kranken mit primärem Karzinom 18 Monate, die 5 Kranken mit Rezidiven 8 Monate am Leben. Die kombinierte Therapie hatte die schlechtesten Erfolge. Durchschnittslebensdauer in den 11 primären Fällen 4 Monate, in den 8 Rezidiven 8 Monate. Die von 1923—1925 ausschließlich benutzten kurzwelligen Röntgenstrahlen ergaben bei weitem die besten Resultate. Technik: 211 kv; 0,75 mm Cu + 1 mm Al.; 65 cm Fokusdistanz; 25 ma; 15 mal 20 cm Bestrahlungsfeld. Die Zeit, um die notwendige Dosis von 130% einer E. H. D. zu erzielen, betrug 35 Minuten. Die Intensität in 10 cm Tiefe beträgt 48% der Oberflächenintensität. Von 7 primären und 6 rezidivierenden Karzinomen sind 4, bzw. 3 vollkommen symptomfrei, 1 seit 34, zwei seit 26, zwei seit 20, zwei seit 14 Monaten. Die guten Resultate müssen der mehr diffusen und homogenen Durchdringung der vom Krebs befallenen Partie zugeschrieben werden, die ceteris paribus von der Größe der Fokusdistanz abhängt, und die von den γ-Strahlen niemals in diesem Grade erreicht werden kann. Es spielen ferner eine Rolle die Strahlenempfindlichkeit der Krebszellen, da es sich in der Blase meistens um Rund- oder Spindelzellenkrebse handelt und das Fehlen jedes Traumas und jeder lokalen Reizung, wie sie Zystotomie oder Kauterisierung mit sich bringen.

Interstitielle Keratitis bei kongenitaler Syphilis. Unter 15 000 Augen- und 2536 Syphiliskranken 160 Fälle von interstitieller Keratitis, davon 150 Fälle kongenitaler Natur bei einer Gesamtzahl von 300 Fällen kongenitaler Lues. In dieser Serie war in 59% das weibliche; in 41% das männliche Geschlecht betroffen. Alter von 1 Woche bis zu 39 Jahren (die Hälfte der Fälle zwischen dem 5. und 10. Jahre). In 6 Fällen entwickelte sich die Krankheit im Anschluß an einen Fremdkörper in der Kornea. 144 Kranke zeigten 2—4 + WaR., 6 Fälle nur 1 + oder negative WaR. Natürlich muß die Behandlung auch nach Aufklärung der Kornea fortgesetzt werden. Eine intermittierende Behandlung ist die beste, um die Entwicklung einer As- oder Hg-Resistenz zu vermeiden. Von Jodpräparaten soll reichlicher Gebrauch gemacht werden im Hinblick auf die Neigung zur Fibrose bei kongenitaler Lues und die gummöse Natur der interstitiellen Keratitis. Ueber der Behandlung der Infektion ist der Allgemeinzustand des Patienten nicht zu vergessen. Lokal: Schutzgläser, Atropin; nach Rückgang der Iridozyklitis 2% gelbe Hg-Oxydsalbe mit Massage. Kombinierte Behandlung von Neosalvarsan (0,1 pro 13½ Kilo intravenös) und $HgCl_2$ (0,0065 g in Palmitin intramuskulär) in achtwöchentlicher Kur je 8 Injektionen. Bei sehr jungen Kindern wurde auch Neosalvarsan 0,1—0,2 in 2—5 ccm Aq. dest. intramuskulär gegeben. Von 98 Kranken, deren Schicksal zu verfolgen war, klärte sich die Kornea 61mal nach 2 Monaten auf, 10mal früher, in 27 Fällen erst in einem Zeitraum von 3 Monaten bis 1 Jahr, wenn überhaupt. Bei 51 Kranken war keine Trübung bei gewöhnlicher Untersuchung mehr zu sehen, bei 35 beeinträchtigte eine solche in verschiedenem Grade den Sehakt, bei 12 blieb das Sehen trotz leichten Trübungen intakt. Das 2. Auge erkrankte unter 58 einseitigen Fällen nur dreimal bei der Behandlung. Nur 4 Rezidive traten auf.

Rontal.

The American Journal of the Medical Sciences.

172., Nr. 4, Oktober 1926.

✦ Probleme der Nierenpathologie. Moschkowitz.
Experimentelle Nephritis durch Röntgenbestrahlung. Hartmann und Bolliger.
Beiträge zum Problem der Blutgerinnung. Mills.
✦ Der Einfluß verschiedener Faktoren auf die Hämagglutination der roten Blutkörperchen. Higgins.
✦ Leukämieartige Blutbilder unter verschiedenen klinischen Bedingungen. Krumbhaar.
Das Vorkommen von Anämie in 4 Generationen. Maclachan und Kline.
Periodische Veränderlichkeit einiger Formen von arterieller Hypertension. Sigler.
✦ Hämoglobinbestimmung in der Schwangerschaft. Kerwin und Collins.
✦ Krampfadergeschwür: Aetiologie und Behandlung, mit Bemerkungen über den begleitenden Schmerz und Pupillenungleichheit. Byrne.
Die Reaktion des menschlichen Magens auf Fleischextrakte und Hefebitter. Gompertz und Cohen.
Cholezystitis zusammen mit Situs transversus. Bettman und Binswanger.
✦ Hypoglykämisches Koma infolge wiederholter Insulin-Ueberdosierung. Sevringhaus.
✦ Durch geplatzten Graafschen Follikel oder Zyste des Corpus luteum vorgetäuschte akute Appendizitis. Brakeley und Farr.
Besserung von myxödematösem Aszites durch Schilddrüsenextrakt. Marsh.
Die Behandlung des Heufiebers mit Ephedrin. Gaarde und Maytum.
Duodenal-Divertikel. Kampmeier.

Probleme der Nierenpathologie. Die Nephropathien werden klassifiziert teils nach pathogenetischen, teils nach klinischen Gesichtspunkten. Der Gebrauch des Wortes „Nephrose" beruht nicht auf einem pathologischen Begriff und hat mehr klinische Bedeutung. Beim Gebrauch des Wortes „Nephrose" sollte stets eine nähere Bezeichnung der betreffenden Art angewandt werden.

Nephritis ist eine Erkrankung mit verschiedenartigsten Erscheinungsformen, sowohl im akuten wie auch im chronischen Stadium. Die sogen. Typen der Krankheit stellen nur Beobachtungsabschnitte aus einem ausgedehnten Lebenszyklus da. Deshalb ist die einzig befriedigende Methode beim Studium des Nephritisproblems die Beobachtung von Fällen von Anfang bis zum Ende der Erkrankung. Anatomische und klinische Nephritis sind zwei verschiedene Dinge. Deshalb muß in den meisten Fällen, besonders bei arteriokapillärer Fibrosis die Diagnose eher funktionell ausgedrückt werden als anatomisch. Alle Ausdrücke aus dem Bereiche der Nierenerkrankungen sollten schärfer definiert werden, z. B. auch essentielle Hypertension usw. Die Beziehungen der Nephritis und der Arteriosklerose sind so enge, daß der Verfasser sie als Erscheinungsformen desselben Insults, der Hypertension, auffaßt. Verfasser weist darauf hin, daß offenbar die akute Glomerulonephritis eine Teilerscheinung einer allgemeinen Kapillarerkrankung ist, bei der die renale Läsion die lokalisierte, vielleicht die wichtigte Erscheinungsform ist. Die Hypertension wird als direkte Folge des vermehrten Widerstandes durch Kapillarerkrankung aufgefaßt, wobei nur scheinbar die Nephritis die Folgeerscheinung der Hypertension ist.

Der Einfluß verschiedener Faktoren auf die Hämagglutination der roten Blutkörperchen. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Agglutination in vitro, wobei die Temperaturunterschiede wohl den größten Einfluß ausüben. Auch verschiedene Gase haben einen starken Einfluß für die Beschleunigung oder Verlangsamung des Prozesses.

Leukämieartige Blutbilder unter verschiedenen klinischen Bedingungen. In zehn Fällen wurden Blutbilder gefunden, die von einer der verschiedenen Formen der Leukämie nicht zu unterscheiden waren. In nur drei Fällen bot die klinische Diagnose Schwierigkeiten. Gelegentliche, unspezifische, akute Infektionen rufen eher eine Lymphzytose als eine Vermehrung der polynukleären Formen hervor. Akute Infektionen können so schwer sein, daß Myelozyten oder selbst Myeloblasten in beträchtlicher Anzahl in den Blutstrom geraten, besonders als terminales Symptom. Hämorrhagien, die zu einer Infektion, besonders bei Neoplasmen, hinzutreten, scheinen ein außerordentlich kräftiges Stimulans für die Leukogenese zu sein. Bei gradweiser Steigerung des Stimulans können sehr große Gesamtzahlen gefunden werden, ohne daß bemerkenswerte unreife Formen in Erscheinung treten. Eine Unterfunktion oder eine Intoxikation des Knochenmarks kann eine Leukopenie hervorrufen, die in der Folge viele unreife leukozytäre Formen nach sich zieht. Ein Fall von Agranulozytose läßt vermuten, daß gewisse Knochenmarkgifte auch sehr junge Formen in die Erscheinung treten lassen können, ohne ausgesprochene Leukopenie oder Zeichen ernsthafter Erkrankung zu zeigen. Myelome können Blutbilder zeigen, die durch hämatologische Kriterien nicht von der myeloischen Leukämie zu unterscheiden sind. Ohne bessere Kenntnis der Ursachen einer Leukämie können Fälle mit gleichzeitiger Infektion mit jeder nur möglichen endgültigen Differentialdiagnose angetroffen werden, selbst nach vollzogener Autopsie. Mit anderen Worten, es ist unmöglich, zwischen einem terminalen leukämieartigen Blutbilde (mit Knochenmarkshyperplasie und viszeraler Infiltration) und einer echten terminalen akuten Leukämie zu unterscheiden. Ein anderer Fall zeigt, daß jede Leukämie in ihrem aleukämischen Stadium einen Morbus Banti vortäuschen kann, selbst bezüglich der Größe und dem histologischen Befunde der Milz, oder daß ein Banti von einer Leukämie gefolgt sein kann, oder daß er mit einem nicht zu unterscheidenden leukämieartigen Blutbilde enden kann.

Hämoglobinbestimmung in der Schwangerschaft. Wegen der Häufigkeit schwerer Anämien in der Schwangerschaft und dem Puerperium ist es wichtig, in den verschiedenen Abschnitten der Schwangerschaft Hämoglobinbestimmungen zu machen. Alte Vielgebärende neigen eher zur Entwicklung einer Anämie als Erstgebärende oder jüngere Vielgebärende. In einer späten Schwangerschaft kommt eine Anämie leichter zum Ausbruch als bei einer frühen Schwangerschaft. Die Syphilis hat keinen ausschlaggebenden Einfluß auf die Schwangerschaftsanämien. Patientinnen mit niedrigen Hämoglobinwerten sollten kräftig behandelt werden.

Krampfadergeschwür. Durch Schlußunfähigkeit der oberflächlichen Venenklappen kann in stehender oder sitzender Körperhaltung die Blutsäule ihren Druck ungestützt zu dem normalen intravenösen Druck hinzufügen, wodurch der intrakapillare Druck kompensiert oder gar überkompensiert wird. Dadurch wird die Blut- und Lymphzirkulation verschlechtert und die Vulnerabilität des Gewebes erhöht. Alles, was den Rückfluß des Blutes zum Herzen aus den unteren Extremitäten hindert, kann als mittelbare, mechanische Ursache für Blut- und Lymphstasis, sowie für eine Venenerweiterung wirken. Sekundäre Ursachen sind: Infektion, vernarbtes Ulcus marginatum, erzwungene Inaktivität, endokrine Dysfunktion und herabgesetzter Stoffwechsel, allgemein sowie lokal. Die Hauptsorge bei chirurgischer oder konservativer Behandlung muß die Wiederherstellung der lokalen Zirkulation durch Fortschaffung oder Unterstützung der langen venösen Blutsäulen, die die kapilläre Zirkulation stören oder verhindern. Viele chirurgische und halbchirurgische Behandlungsmethoden der Krampfadergeschwüre sind fehlerhaft im Prinzip. Exzision oder multiple Ligatur hingegen sind richtig und in manchen Fällen indiziert. Doch sollten sie immer durch allgemeine und lokale prophylaktische Maßnahmen unterstützt werden. In schweren, vernachlässigten Fällen wird die Behandlung am besten mit Ruhe und Hochlagerung begonnen, die den unmittelbaren ätiologischen, mechanischen Faktor paralysieren. In der Mehrzahl der Fälle bewirkt ambulatorische Behandlung mit komprimierenden Bandagen rasche Heilung, die man mit prophylaktischen Maßnahmen dauerhaft gestalten kann.

Das Studium des Schmerzes und der Pupillenreaktion bei Beingeschwüren trägt zu besserer Beurteilung der sensiblen und Pupillenvorgänge bei kardialen oder anderen viszeralen Störungen bei. (? Der Referent.)

Endokrine Behandlung ist in einem oder anderem Stadium bei fast jedem Fall von chronischem Ulkus indiziert. (? Der Referent.)

Physikalische Behandlung und Uebung ist als kardiovaskuläres Tonikum und als bestes Stimulans für innersekretorische Vorgänge anzusehen.

Hypoglykämisches Koma infolge wiederholter Ueberdosierung von Insulin. Bericht über 5 Fälle von hypoglykämischer Reaktion. In jedem Fall kam der gewöhnliche Typ der Reaktion zwar zuweilen vor, doch folgten auf längere Hypoglykämie oder auf in Intervallen von mehreren Stunden auftretende Hypoglykämie Reaktionen, die durch Disorientiertheit und Amnesie charakterisiert waren und die keine genügenden prämonitorischen Symptome für rasche Hilfe boten. Krämpfe wurden dabei nicht beobachtet. Die Gefahren solcher Reaktionen werden angeführt.

Durch geplatzten Graafschen Follikel oder Zyste des Corpus luteum vorgetäuschte akute Appendizitis. Kleine Hämorrhagien im Corpus luteum oder Follikelzysten sind sehr häufig. Gewöhnlich wird die Diagnose übersehen und eine Appendizitis wird angenommen. Die Differentialdiagnose ist außerordentlich schwierig. Es gibt kein pathognomisches Zeichen oder Symptom für eine Hämorrhagie im Graafschen Follikel. In zweifelhaften Fällen kann eine mehrstündige Beobachtung angeraten werden, aber es ist wohl besser angesichts der großen Gefahr, einer nicht rechtzeitig operierten Appendizitis und der relativ geringen einer unnötigen, exploratorischen Operation stets zu operieren, wenn die Symptome nicht ausreichen. Arnold Hirsch, Berlin.

Archives of Internal Medicine.

138., Nr. 5, November.

✦ Chemische Blutveränderungen beim Menschen während des Hungerns. Lennox, O'Connar und Bellinger.
Das Schlagvolumen des Herzens beim Hyperthyreoidismus. Rabinowitsch und Bazin
✦ Röntgenbehandlung des Erysipels. Platon und Rigler.
Modifikation der Harnstoff-Konzentrationsprobe. Johns und Cantarow.
Grundumsatz beim Japaner. Okada, Sakurai und Kameda.
✦ Zustandekommen des Schmerzes beim Ulcus ventriculi und duodeni. Pa'mer.
✦ Renaler Zwergwuchs. Lathrop.
Arachnidismus, Vergiftung durch Spinnenbiß. Bogen.
✦ Nichttraumatische linksseitige Zwerchfellhernien. Klinische und röntgenologische Studien an 15 Fällen. Pancoast und Boles.
✦ Regulation des Ausströmens der Galle und des Pankreassekretes in das Duodenum. Copher und Kodama.
Durchlässigkeit der Kapillaren und Entzündungsbereitschaft der Haut des Normalen nach der Blasenmethode. Petersen und Willis.
Direkte Prüfung der Magensaftsekretion. Galambos.

Chemische Blutveränderungen beim Menschen während des Hungerns. Als Folge längerer völliger Nahrungsentziehung (therapeutisch bei Epileptikern) treten beträchtliche Schwankungen im Reststickstoff- und Harnstoffgehalt des Blutes auf. Die Werte sind von Tag zu Tag verschieden, sie bleiben jedoch zumeist im Bereich des Normalen. Gelegentliche Erhöhungen gehen rasch zurück. Wahrscheinlich sind geringe Verschiedenheiten der Stickstoffausscheidung für das Auf und Ab des Reststickstoffspiegels im Blut und in den Geweben verantwortlich zu machen. Mit der Aufnahme der Ernährung geht eine beträchtliche Verminderung des Nichteiweißstickstoffes einher, wahrscheinlich infolge eines vermehrten Stickstoffansatzes in den Geweben. Die Werte für den Aminosäurenstickstoff bleiben unverändert, während die Harnsäure eine Vermehrung während der Hungerperiode erfährt. Der Blutzucker sinkt während der ersten Woche der Nahrungskarenz stark ab, um mit der Fortdauer des Fastens allmählich wieder anzusteigen. Entsprechend einer vermehrten Säurenausscheidung findet sich das Bikarbonat des Plasmas vermindert. Phosphor und Kalzium erfahren keine Veränderungen. Wasserentzug führt im Verein mit der Nahrungskarenz schon in kurzer Zeit zu einer beträchtlichen Steigerung des Eiweißumsatzes und überstürzte Einschmelzung von Körpereiweiß (gesteigerter Grundumsatz, starkes Schwanken der Reststickstoffkonzentration im Plasma).

Röntgenbehandlung des Erysipels. Durch Röntgenbestrahlung der befallenen Hautpartien ist eine rasche Besserung der lokalen und allgemeinen Krankheitserscheinungen zu erzielen. Innerhalb von 1 bis 2 Tagen sinkt die Temperatur zur Norm ab. Für die Bestrahlung wird der Kopf in 4 Felder eingeteilt, eine Voderfläche, zwei seitliche Flächen bis zum Nacken mit Einschluß des Ohres, sowie die Kopfhaut. Die 3 ersten Gebiete werden beim Gesichtserysipel immer bestrahlt, auch wenn sie nicht erkrankt sind. Die Kopfhaut wird nur dann mit Röntgenstrahlen behandelt, wenn ein Uebergreifen der Rose auf den Schädel stattgefunden hat oder wahrscheinlich ist. Jedes Feld wird bei einem Röhrenabstand von 25 cm bei 2 mm Aluminiumfilter 5 Minuten bei 5 Milliamperes und 111 Kilovolt bestrahlt. Zur Vermeidung einer dauernden Schädigung des Haarbodens wird die Kopfhaut nur 4 Minuten bestrahlt. Bei dem Erysipel anderer Körperflächen wird das erkrankte Gebiet mit einem breiten Rand gesunder Haut in entsprechende Felder aufgeteilt. Bei der Behandlung werden in einer Sitzung alle Felder nacheinander einmalig bestrahlt. Merkwürdigerweise ist die an Erysipel erkrankte Haut relativ unempfindlich gegen die Röntgenstrahlen. Wahrscheinlich spielt die Beeinflussung der Hautkapillaren durch Strahlenwirkung eine entscheidende Rolle bei dem raschen Eintritt des therapeutischen Effektes, der wie ausgedehnte Kontrolluntersuchungen beweisen, mit anderen Maßnahmen nicht zu erzielen ist.

Zustandekommen des Schmerzes beim Ulcus ventriculi und duodeni. Zur Erklärung der Schmerzentstehung im Magen und Darm werden funktionelle und organische Störungen herangezogen. Entzündung, Muskelspasmen, peritoneale Reizung, perineurale Infiltrationsvorgänge sowie die Säureeinwirkung sollen bei der Entstehung des Ulkusschmerzes eine Rolle spielen, ohne daß über die Bedeutung der einzelnen Faktoren Klarheit besteht. Vergleichende Untersuchungen (z. T. an dem riesigen Material der Mayoklinik ausgeführt) lehren, daß selbst das wiederholte Probefrühstück oder die fraktionierte Ausheberung kein Urteil darüber zulassen, ob eine Achlorhydrie vorliegt, auch wenn die Gesamtazidität unter 15 liegt. Unter 1004 sichergestellten Magen- und Duodenumgeschwüren fand sich nur ein Fall von Achlorhydrie, auch nach Histamininjektion. In diesem Fall können die Schmerzen nicht mit Sicherheit auf das Ulkus zurückgeführt werden, da sie auch nach Abheilung des Geschwürs fortdauerten. Das Fehlen von freier Salzsäure im Probefrühstück und bei den während des akuten Schmerzanfalles ausgeführten therapeutischen Sekretaspirationen bei einem sicheren Fall von Ulkus ist bisher nicht mitgeteilt worden.

Renaler Zwergwuchs. Bei diesem verhältnismäßig seltenen Krankheitsbild entwickeln sich schleichend — ohne daß die Aetiologie erkennbar ist — schwere Erscheinungen der Niereninsuffizienz (Kopfschmerzen, Erbrechen, Polydipsie und Polyurie). Es bestehen charakteristische Störungen des Knochenwachstums, die an rachitische Veränderungen erinnern. (Wachstumshemmung mit Epiphysenverdickung, Auftreibung der Knorpel-Knochengrenze an den Rippen, Genu valgum) jedoch wie das Röntgenbild erweist, auf eine Ossifikationsverzögerung zu beziehen sind. Die sekundären Geschlechtsmerkmale entwickeln sich nicht. Im Laufe einiger Jahre kommt es unter allmählicher Verschlechterung der Nierenfunktion (Isosthenurie, Stickstoffretention) zum tödlichen urämischen Koma. Es fehlen Veränderungen am Kreislaufsystem. Das Herz wird nicht hypertrophisch und der Blutdruck zeigt keine Erhöhung. Pathologisch-anatomisch bieten die stark geschrumpften Nieren das Bild der interstitiellen Nephritis, vielleicht als Folge der gleichzeitig vorhandenen Infektion der absteigenden Harnwege. Die Beeinträchtigung des Knochenwachstums entsteht wahrscheinlich durch den infolge der Nierenerkrankung veränderten Mineralstoffwechsel (Verringerung des Kalziums im Blut durch primäre Phosphatretention). Bemerkenswert ist das Ausbleiben von Tetaniesymptomen in dem geschilderten Fall trotz eines abnorm niedrigen Kalziumspiegels. (Ionisierung von Kalzium durch die bestehende Azidose?)

Nichttraumatische linksseitige Zwerchfellhernien. Die Hernien des Diaphragma sind nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. Die häufigere Anwendung der Röntgenuntersuchung mit neueren Fortschritten in der Diagnostik macht es wahrscheinlich, daß diese Erkrankung zumeist übersehen wird. Zwerchfellhernie bedeutet die Verlagerung eines der abdominellen Organe in die Brusthöhle durch eine kongenitale oder erworbene Zwerchfelllücke. Diese Lücke kann aus der Erweiterung einer normal vorhandenen Oeffnung entstanden sein (Oesophagusdurchtrittstelle), sie kann durch ein Trauma hervorgerufen werden oder auf eine Mißbildung des Zwerchfells zurückzuführen sein. Je nachdem der Bruchinhalt von einer Hülle bedeckt ist (Pleura- oder Peritoneum, evtl. beide), liegt eine wahre oder falsche Hernie vor. Am häufigsten ist die kongenitale falsche Hernie (etwa 90% der angeborenen), während die erworbenen falschen Zwerchfellbrüche durch ein Trauma bedingt sind. Zumeist treten diese Hernien auf der linken Seite des Diaphragma in Erscheinung (12mal häufiger als rechts), und zwar als Ausstülpungen neben der Speiseröhre. Für dieses eigentümliche Verhalten sind neben anatomischen Verschiedenheiten vor allem die komplizierteren embryologischen Entwicklungsvorgänge an der linken Zwerchfellhälfte verantwortlich zu machen.

Praktisch genommen kann jedes abdominelle Organ, mit Ausnahme des Rektums und der Urogenitalorgane, in die Brusthöhle verlagert werden, wenn auch in der überwiegenden Mehrheit der Magen, das Kolon oder beide ausgestülpt werden. Häufig fehlen alle subjektiven Symptome. Des öfteren bestehen Störungen von seiten des Magendarmtraktus, die zur Annahme eines Ulkus oder Carcinoma ventriculi oder eine Cholezystitis in der Regel verleiten. Am häufigsten und am augenfälligsten ist ein gewöhnlich kolikartiger Schmerz direkt oberhalb des Schwertfortsatzes, der ganz schleichend einsetzt, besonders bei Rückenlage in der Nacht. Die Schmerzen können so heftig auftreten und typische Ausstrahlung in die Schultern zeigen, daß ein akuter Gallensteinanfall diagnostiziert wird, zumal eine Muskelspannung und Druckempfindlichkeit in der rechten Oberbauchgegend vorhanden sein können. Infolge eines Offenbleibens des kardialen Magenabschnittes bei der Oesophagushernie kommt es zumeist zu einer Regurgitation sauren Mageninhalts bei linker Seiten- oder Rückenlage. Morgendliches Erbrechen mit zeitweiliger Besserung der Schmerzen, Flatulenz und Aufstoßen werden oft beobachtet. Durch Entzündung der in die Bruchpforte hineingezogenen Magenwand entsteht Blutbrechen. Bei einem kleineren Teil der Kranken stehen Respirationsbeschwerden im Vordergrund durch Verlagerung und Kompression der Brustorgane. Gewöhnlich werden Atemnot, Brustbeklemmung und Herzklopfen bei älteren Individuen festgestellt, bei denen andere kardio-vaskuläre Erkrankungen bereits bestehen.

Physikalische Erscheinungen fehlen in einer ganzen Reihe von Fällen. Häufig weisen jedoch eine Asymmetrie des Brustkorbs mit Vorwölbung der befallenen Seite, sowie Rechtsverlagerung des Herzens auf das Bestehen einer Zwerchfellhernie hin. Bei Perkussion in aufrechter Stellung zeigt sich bisweilen eine horizontal begrenzte nicht völlige, manchmal tympanitische Dämpfung an der unteren Lungengrenze, welche respiratorisch verschieblich ist. Das Atemgeräusch kann über der Hernie hörbar sein oder es gelangen metallische Phänomene zur Wahrnehmung. Klinisch ist die Diagnose sehr schwierig, lediglich der Röntgenologe kann sie mit Sicherheit stellen. Die Röntgenuntersuchung erlaubt es, den Typus der Hernie festzustellen und durch Angabe der Größe und der Lokalisation des Bruchsackes die jeweils notwendige Therapie zu bestimmen. Sicheren Erfolg bringt nur der chirurgische Eingriff, der bei weitem nicht so riskant ist, wie allgemein angenommen wird. Wesentlich verschlechtert werden die Operationsaussichten, wenn erst eine Einklemmung der Hernie aufgetreten ist. Obwohl die Gefahren der Thorakotomie auf ein Minimum reduziert sind, bevorzugen doch die meisten Chirurgen die Laparotomie, den abdominellen Zugangsweg. Nach neueren Ergebnissen ist jedoch der Zugang durch die Brusthöhle im allgemeinen zu wählen, da das gefährliche Herunterziehen der Bauchorgane entgegen dem negativen Druck in dem uneröffneten Pleuraraum fortfällt. Sobald eine Erkrankung eines abdominellen Organs besteht (Ulkus des ausgestülpten Magens), ist unterhalb des Zwerchfells einzugehen. Sofern nicht Einklemmung oder Ileus zur Operation zwingen, sind die Fälle kongenitalen Ursprungs, welche schon lange Zeit ohne wesentliche Beschwerden bestehen, konservativ zu behandeln. Wenn das Trauma bei der Entstehung eine Rolle spielt, ist unbedingt zur frühzeitigen operativen Beseitigung zu raten.

Regulation des Ausströmens der Galle und des Pankreassekretes in das Duodenum. Experimentelle Untersuchungen an dem abgebundenen Duodenum des Hundes machen es wahrscheinlich, daß der Tonus und die Peristaltik der Darmwand das Ausströmen der Galle und des Pankreassaftes regeln, wobei nur noch der im Gallengangsystem wirkende Druck von Bedeutung ist. Der Oddsche Schließmuskel spielt keine Rolle. Nahrungsmittel und Arzneien wirken nur durch Beeinflussung der Peristaltik und des Tonus im Duodenum auf die Gallen- und Pankreassekretion.

Biberfeld.

American Journal of Ophthalmology.

November 1926.

Siderosis bulbi. Motto.
Hemiangiom der Chorioidea. Leut and Lyon.
Pigmentveränderungen an Konjunktiva und Lid bei Trachom. Herschendörfer.
Konvergenzparese bei Encephalitis lethargica. Hoffmann.
Refraktionsänderung bei Diabetes mellitus. Dykman.
Tomometrie vor Staroperation. Ferrers.
Schreck und vorübergehende Blindheit. Friedenwald.
Beginnendes Glaukom. Lewis.

Revista Medica Latino Americana.

11., Nr. 132, September 1926.

* Puerperalsepsis und Endokarditis. F. R. Ruiz y P. P. Garcia.
* Der Grundstoffwechsel in der Prognose der Lungentuberkulose. G. Bosco.
Der klinische Wert des vestibulären Nystagmus. P. L. Errekart.
* Die Behandlung der Blasentumoren. J. Gazzolo.
Glykolyse des Blutes in vitro und Diagnose maligner Tumoren. H. Gotta.
Lokalanästhesie des Plexus brachialis. J. A. Caeiro.
Herz- und Aortenlues mit Adam-Stokeschem Syndrom. L. Marval y D. Vivoli.
Entzündlicher Tumor des Mesocolon transversum, durch Fremdkörper bedingt.
* Ergebnisse der Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose im Sanatorium Mieres.
Reaktion von Tierblutkörperchen mit menschlichen Seren. V. C. Paullier y L. Errecart.

Puerperale Sepsis und Endokarditis. Die Komplikation findet sich in ungefähr 1,99% der Fälle von Puerperalinfektion. Bei dieser Erkrankung beträgt die Zahl der Todesfälle durch Endokarditis 12,77%. Die Ursache der Erkrankung ist meist künstlicher Abort, bei dem es in 48,47% zur Infektion kommt.

Der Grundstoffwechsel in der Prognose der Lungentuberkulose. Die Feststellung des Grundumsatzes kann bei der Tuberkulose als Maßstab für die Schwere der Erkrankung verwendet werden. Allmählicher oder rascher Anstieg der Zahl zeigt einen ungünstigen Verlauf an. Sinkende Zahl bedeutet Besserung. Niedere Stoffwechselzahl bei jeglicher Art von Tuberkulose erlaubt auch bei nur einmaliger Untersuchung die Stellung einer günstigen Prognose. Die Methode sollte wegen ihrer Zuverlässigkeit allgemein in der Klinik eingeführt werden.

Die Behandlung der Blasentumoren. Durch Zystoskopie kann die Natur eines Tumors nicht aufgeklärt werden. Eine genaue Diagnose läßt sich nicht durch Blasenbesichtigung, sondern nur durch Serienschnitte des Präparates stellen. Jeder Blasentumor soll als maligne angesehen und behandelt werden. Das beste Mittel besteht in Injektionen von Mesothoriumbromid zusammen mit Anwendung von Hochfrequenzstrom.

Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Verff. berichten über sehr gute Erfolge. Wichtig ist die strenge Individualisierung bei der Behandlung, da die einzelnen Kranken auf gleiche Dosen sehr verschieden ansprechen. Mit Vorsicht und Sachkenntnis angewandt, bessert das Mittel sowohl den Allgemeinzustand als auch den Krankheitsherd. Jedoch hängt der Erfolg von der richtigen Dosierung ab. Größere Mengen sind meistens schädlich.

Mettenleiter.

Revista Sud-Americana.

9., Nr. 8, 15. August 1926.

Insekten und Beulenpest. Julio Alessandrini.
* Luesbehandlung (primäre Lues). J. Luis Carrera.
Adenomyom des Pylorus. E. Pozzi y R. Palazzo.

Behandlung der primären Lues. Die Abortivbehandlung hat sich als unsicher erwiesen und sollte nicht mehr angewendet werden. Negativer Wa. läßt sich zur Beurteilung nicht verwerten. Demnach kann man die Anwesenheit von Treponemen nicht zuverlässig erkennen. Daß Heilungen nach einer einzigen Injektionsserie möglich sind, läßt sich mit Sicherheit weder beweisen noch bestreiten, ebenso wie die Fälle von Selbstheilung (Lesser). Die Lues kann klinisch latent, Wa. wegen der allergischen Eigenschaften des Gewebes negativ sein und trotzdem sind lebende Spirochäten vorhanden. Verf. gibt bei gutem Gesamtzustand des Kranken im ersten Jahr eine Gesamtmenge von 24 g Salvarsan. Die Serien bestehen aus 8 g, wobei schnell eine Einzeldosis von 0,9 g erreicht wird. Im zweiten Jahr folgen zwei Serien Salvarsan mit je 10 g und zwei Serien von 30 Wismutinjektionen. Für die nächsten Jahre sind zwei Serien von Wismutpräparaten mit 20 Injektionen angezeigt. Der Einwand, bei primärer Lues würde durch frühzeitige und intensive Salvarsanbehandlung die Immunitätsentwicklung gehindert, ist nicht berechtigt. Die Gefahr, daß durch zögernde Behandlung sich Spirochäten im Zentralnervensystem festsetzen, ist bedeutend größer.

Mettenleiter.

Buchbesprechungen.

August Schönfeld und Friedrich Kraft: **Die Erkrankungen der Niere und des Ureters im Röntgenbilde.** 164 Seiten. 58 Abbildungen im Text, Pappband 9,80 M. — Das Bändchen stellt die sechste Folge der „Radiologischen Praktika" dar. Die gründliche Art der Wiener Schule, die ihren Ruf durch die ganze Welt bewährt, tritt uns hier, gestützt auf ein großes Material, entgegen. In den ersten vier Abschnitten werden die normale Niere und der normale Ureter sowie deren Anomalien und Dystopien, wie sie sich im Röntgenbilde darstellen, abgehandelt. Beim „Nierenbecken" lehnt sich die Nomenklatur an den von Smyrniotis-Kraft gemachten Vorschlag an, daß heute in der Klinik für Kelche und anatomisches Becken zusammen übliche Wort „Nierenbecken" beizubehalten, ebenso das Wort „Kelch". Durch den Gebrauch des Wortes „Ampulle" für das anatomische Becken sollen Mißverständnisse und Ungenauigkeiten zum Schaden des Kranken vermieden werden. Diese neue Nomenklatur liegt der Unterscheidung des normalen Nierenbeckens nach der Form im Röntgenbilde zugrunde. Es folgt die Besprechung der Nierentumoren und der Tumoren der Ureter sowie sonstiger Krankheiten dieser Organe. Ein Kapitel von 22 Seiten ist den Fehlerquellen gewidmet, wodurch das Buch gerade im praktischen Gebrauch sehr an Wert gewinnt. Die Technik geht, getreu den Grundsätzen der „Radiologischen Praktika", genügend ins Detail, doch möchte man, angesichts der kursorischen Streifung der Bedeutung der Potter-Bucky-Blende u. ä. gegen Schluß des Kapitels, wünschen, daß die grundsätzlich durchgeführte weitgehende Unterteilung — die Erkrankungen der Harnblase im Röntgenbild werden in einem eigenen Bändchen behandelt, auf das sehr oft verwiesen wird — ein schnelleres Erscheinen tatsächlich ermöglicht hätte. Der hier in Rede stehende Band ist September 1925 abgeschlossen.

J. Kottmaier, Mainz.

R. Korbsch: **Die Gastroskopie und ihre neueren Ergebnisse. Eine Anleitung zur Erlernung der Technik und Deutung der Befunde.** Berlin. 1926. S. Karger. — Das Buch bringt auf 76 Seiten einen Ueberblick über die schwierigste aller Endoskopien. Aus der Geschichte der Entwicklung der Gastroskopie und der Beschreibung der verschiedenen Apparaturen, die benutzt werden, sieht man, wie sehr die Ansichten über die Art des Magenspiegels schwankten und noch differieren. Es hat sich aber bei den meisten Autoren das starre Instrument durchgesetzt. Die Schwierigkeit der Technik und die durch sie bedingte Gefährlichkeit bedingt es, daß nur wenige Spezialisten sich dieser an sich sehr wertvollen Methode bedienen. Kann man doch oft mit ihrer Hilfe pathologische Prozesse im Mageninnern deuten, die selbst einer Probelaparotomie verborgen bleiben würden. Zur Frage der Befunde bei Gastritis werden in dem Buch interessante Beiträge geliefert. Fünf Abbildungen im Text erläutern die Technik. Natürlich kann man aus dem Heftchen die Technik nicht erlernen, dazu gehört ein Studium, bei dem die Fähigkeit der Zystoskopie vorausgesetzt wird. Ueberhaupt bedarf dieses diagnostische Hilfsmittel noch mancher Verbesserungen, denn so lange jeder Autor nur mit seinem von ihm selbst konstruierten Gastroskop arbeitet, weil alle anderen technische Mängel aufweisen, wird die Methode der Magenspiegelung nur das Privileg einiger weniger sein. Anerkannt muß aber schon heute werden, daß die Gastroskopie, wenn sie erst technisch vollkommen ist, tief umgestaltend und erweiternd auf unsere Erkenntnis von den Erkrankungen des Magens einwirken kann. Jedenfalls ist das vorliegende Buch in hohem Maße dazu geeignet, eine Orientierung über den heutigen Stand der Gastroskopie zu geben.

Wolffenstein, Berlin.

Carl Hochsinger: **Ueber das Kongenitalitätsproblem der Syphilis.** S. Karger, Berlin. 1926. Preis 2,40 M. — Hochsinger tritt energischst für die Möglichkeit einer spermatogenen — also einer vom Vater herrührenden — Entstehung der angeborenen Syphilis ein, und zwar auf Grund eigener Beobachtungen und fremder Literaturberichte. Diese Annahme schien lange unmöglich, schon wegen der Differenz in der Größe des Sperma und der weit längeren Spirochäte; doch durch jüngste Forschungen ist eine granuläre oder gar eine invisible, filtrierbare Form der Spirochäte zur Gewißheit geworden, so daß dieses Mißverhältnis keine Rolle mehr gegen die paterne Entstehung der Syphilis spielt. In weiterer Folge dieser Annahme läßt H. das Collesche Gesetz wieder aufleben, denn sicher gibt es Mütter syphilitischer Kinder, die nie infiziert waren. Die serologischen Befunde, die anscheinend dagegen sprechen, beachten nicht, daß die WaR. keine spezifische Luesreaktion ist, und daß vor allem während der Gravidität und im Wochenbett positive Reaktionen bei vielen gesunden Frauen vorkommen. Ebenso hat nach H. das Profetasche Gesetz, allerdings nur in genauester Berücksichtigung seiner ursprünglichen Fassung, seine Gültigkeit. Die kleine — 53 Seiten starke — Streitschrift ist sehr flüssig und eindringlich geschrieben und bietet auch für den, der der Beweisführung nicht immer folgen kann, vieles Bemerkenswerte. Daher wird jeder Arzt, der sich mit diesem so wichtigen und interessanten Kapitel beschäftigt und der sich eine eigene Meinung bilden will, viel Anregung aus ihr erhalten.

Martin Bab.

Prof. Dr. Hans Much, Hamburg: **Werk und Wirkung.** Eine Vortragsreise. Moderne Biologie. Heft 11. Leipzig 1926. Verlag von Curt Kabitzsch. 227 Seiten. Preis 7,20 M., gebunden 8,20 M. — Um Hans Much zu verstehen, muß man die Geschichte seines Lebens und seines Schaffens kennen (vgl. seine Autobiographie im IV. Bande der Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Seiten 189—226). Wer ihn aber kennt, wird ihm seine kritische Stellung zur Gesamtmedizin nicht so sehr übel nehmen. Vielleicht ist eben seine Kritik das Wertvollste an seinem Schaffen, denn dadurch belebt er, dessen geistige Bedeutung auch seine Gegner anerkennen müssen, die medizinische Forschung außerordentlich. Es würde zu weit führen, im Rahmen dieses Referates seine Weltanschauung wiederzugeben. Wir begnügen uns nur mit der Feststellung, daß auch Much den Menschen in den Mittelpunkt seiner Forschung stellt. Vielleicht deckt sich seine diesbezügliche Anschauung nicht ganz mit den von uns bei anderen Gelegenheiten in dieser Zeitschrift angedeuteten Anschauungen von Grotjahn oder Kraus. Aber auch die Muchsche Lehre gliedert sich in das Mosaik der Erkenntnis ein, die in der letzten Zeit mehr und mehr Anhänger gewinnt. Wenn wir dennoch Much isoliert betrachten, so werden wir auch verstehen, warum er so viel Gegner hat. Denn seine Schriften zeigen eine seltsame geistige Unabhängigkeit, und seine medizinische Weltanschauung weicht wesentlich von der herrschenden ab. Diese geistige Unabhängigkeit zieht sich auch durch das vorliegende Buch gleichsam wie ein roter Faden hindurch.

Es enthält Vorträge, die H. Much auf seiner Auslandsreise gehalten hat. Der Inhalt ist folgender: 1. Vortrag: Kunst oder Wissenschaft? 2. Vortrag: Maschine oder Melodie? 3. Vortrag: Biologie et Médicine (französisch). 4. Vortrag: Lipoide. Dieser Vortrag ist am ausführlichsten gehalten, denn nach Muchs Meinung „sind die Lipoide für Biologie und Therapie das allerwichtigste". 5. Vortrag: Les Lipoides (französisch). 6. Vortrag: Tuberkuloseimmunität. 7. Vortrag: Erkältung. 8. Vortrag: Dysimmunität. 9. Vortrag: Plus- und Minuskrankheit. Am Schlusse des Buches eine Abhandlung von Dr. S. Bergel, Berlin-Wilmersdorf: „Antikörper gegen lipoide Antigene".

Die Bedeutung des Buches gewinnt nicht nur durch die zahlreichen Anregungen, sondern durch die Wiedergabe der Quintessenz seiner Weltanschauung in einer klaren und fesselnden Form. Und es lohnt sich, die letztere kennen zu lernen. Viele Leser werden sich mit den Ausführungen des Verfassers nicht einverstanden erklären, es wird aber kaum jemand geben, dem das Buch keine Freude bereiten wird. Denn so ist eben das Werk und die Wirkung von Hans Much. Und wer das Buch gelesen hat, der wird — wir wiederholen es, ohne mit dem Verfasser einverstanden sein zu müssen — jedenfalls die Freude des Referenten darüber teilen, daß Much an einer Stelle des Buches eine Arbeit über Philosophie der Medizin ankündigt, die er zum Schlußstein seiner Lebensleistung machen möchte. Charakteristisch sind dabei die folgenden Ausführungen des Verfassers: „Bevor die Philosophie der Medizin nicht geschrieben ist, ist das Letzte über Medizin nicht sagbar. Ich zögere, weil mein Universalwissen noch weiter umfassen soll. Universalität ist heute etwa um das Zehnfache größer und schwerer als zu Goethes Zeit. Dafür leben wir vielleicht schneller. Und was der Weise in Weimar im ruhigen Gleiten gesicherter Jahre, geschützt von einem edlen Regenten, pflücken konnte, das müssen wir im widrigen Streiten unsicherer Tage zu erraffen suchen, von niemand unterstützt als von uns selbst und unserer Kraft, von den Mitstrebenden im Vaterland beneidet, weil wir das Mittelmaß nicht halten mögen. Schwer ist es jetzt in Deutschland. Aber es ist doch möglich. Denn alles ist dem Willen möglich. Und so muß auch dieses Werk einmal geschrieben werden, aus höchster Universalität heraus (Universalität im eigentlichen Sinne, nicht als Ergebnis der erfaßten Einzelheiten, das zum Erlebnis höchster Einheit führt). Von den Einzelheiten zur Einheit und von da zur Einfachheit. Was sich nicht völlig einfach, nicht ganz kindlich sagen läßt, hat keinen Zweck, gesagt zu werden." (S. 49 ff.)

Auch Studierende sollten es nicht versäumen, das Buch zu lesen, aus dem sie viel Anregung schöpfen können auf dem Wege, Aerzte im höchsten Sinne des Wortes zu werden.

M. Kantorowicz.

Hans Much: **Hippokrates der Große.** Hippokrates-Verlag,
Stuttgart-Berlin 1926. 162 Seiten. — Im Jahre 1924 hat eine geist-
reiche Frau, Annie Francé Harrar, das Lebensbild von
Paracelsus gezeichnet und zwar hineingestellt in den Rahmen
der germanischen Geschichte. Daran wird man durch Muchs
Buch erinnert. Auch er holt weit aus bei den Aegyptern und Indiern
und Babyloniern und läßt Hippokrates und seine Schule wie einen
Lichtstrahl erscheinen, welcher aus jenen dahingegangenen Kulturen
in unsere Zeit hereinleuchtet. Aber er schickt diesen Lichtstrahl
durch das Prisma seines eigenen Ich; darum vermischen sich in dem
so entstandenen Spektrum beide Persönlichkeiten aufs innigste.

Wie alles, was Much schreibt, ist auch sein Hippokratesbuch
höchst geistreich, so, wenn er die Atmosphäre von Neid, Lüge,
Unzuverlässigkeit, Schlauheit in dem gepriesenen Athen, die
römischen Herrschaftsgelüste über Deutschland, die dermalige Viel-
schreiberei, Mißgunst, das Spezialistentum, den Egoismus und dergl.
schildert. Als Resümee könnte man sagen: in Hippokrates sammeln
sich wie in einem Brennpunkt alle hohen Qualitäten der Vergangen-
heit, sowohl ethischer, wie wissenschaftlicher und philosophischer
Art. Als Arzt wie als Lehrer war Hippokrates unerreicht. Allein
im Wesen der Kunst liegt es, daß sie sich entweder mündlich,
noch viel weniger schriftlich weitergeben läßt. Darum steht das
Wertvollste überhaupt nicht in seinen Schriften, wir müssen es
gewissermaßen ahnend herausfühlen. Die Gesinnung ist die Haupt-
sache, das Handwerksmäßige von untergeordneter Bedeutung.

Das Verhältnis der Heilkunde zur Heilkunst stellt sich etwa so dar: zunächst werden Einzelerfahrungen gesammelt, dann in kleinerem oder größerem Rahmen zu Regeln, Leitsätzen zusammengefaßt (das gibt dann die Wissenschaft bzw. Wissenschaftlichkeit). Die höchste Verknüpfung ist die Kunst; sie führt wiederum zur souveränen Beherrschung des Einzelfalls. Aber es leuchtet ein: erstens, daß Irrtümer im Beobachten, wie im Zusammenfassen der Beobachtungen vorkommen, zweitens, daß die Fähigkeiten der Individuen verschieden hoch auf dieser Stufenleiter reichen. Die höchste Stufe wird nur einmal in Jahrhunderten einem Berufenen zuteil.

Die Ausstattung des Buches ist wundervoll.

Buttersack, Göttingen.

Otto Seeling: **Der Couéismus in seiner psychologischen und pädagogischen Bedeutung.** Deutsche Psychologie, Band V. Heft 1. C. Marhold, Halle, 1926. 68 Seiten. 1,80 M. — Mit bewunderungswürdiger Gründlichkeit rechnet Seeling mit der von Coué inaugurierten Bewegung ab und rückt den Heiligen von Nancy und seinen Genfer Apostel Baudouin viele Stufen herunter auf der Leiter der allgemeinen Bewertung. Die historische Entwicklung, der psychologische Unterbau und die pädagogische Verwendbarkeit werden kritisch beleuchtet, so daß schließlich nicht mehr viel übrig bleibt.

Interessanter als Coué und seine reichlich konfusen Ideen ist mir die Tatsache, daß eine solche Persönlichkeit einen so großen Einfluß auf die Menschheit ausüben konnte. Indessen, das ist nicht weiter verwunderlich, denn es kommt oft genug vor. So trat in den neunziger Jahren in Belgien ein Arbeiter aus einem Walzwerk auf, Antoine le guérisseur oder Antoine le généreux: er hatte einen noch größeren Zulauf als Coué, man baute ihm Kirchen, und die große Zahl seiner Anhänger schien sogar die katholische Kirche zu bedrohen. Kaum war er gestorben, verlief sich der Schwarm und die Schwärmerei. So wird es auch bei Coué sein. Darum braucht man nicht mit wissenschaftlichen Kanonen darauf zu schießen. Verhüten läßt sich das Erscheinen derartiger Persönlichkeiten nicht, mögen sie aus Walzwerken, Apotheken oder aus anderen Regionen stammen, wie R. Steiner, so lange 99% der Gattung homo das Anrecht auf das Epitheton sapiens fehlt.

Buttersack, Göttingen.

Federn-Meng: **Das psychoanalytische Volksbuch.** Aus: Bücher des Werdenden. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Berlin 1926. — Durch die „Bücher des Werdenden“ sollen wissenschaftliche und kulturelle Erkenntnisse, ehe sie zur „herrschenden“ Lehre werden, unter den „Werdenden“ verbreitet werden. „Bücher mit diesem Ziel müssen aus starker Ueberzeugung, fachlich exakt und ganz gemeinverständlich in redlicher Sprache geschrieben sein. Dann sind sie sogar imstande, manchen ‚Fertigen‘ zum ‚Werdenden‘ zurückzuwandeln.“ Das vorliegende psychoanalytische Volksbuch ist Siegmund Freud gewidmet. Es soll die Psychoanalyse weiten Volkskreisen zugänglich machen, soll bewirken, daß die Reizbaren und Neurotiker von ihrer Umgebung verstanden und berücksichtigt werden können, um ihren so störenden und schädlichen Eigenschaften begegnen und vorbeugen zu können. Besonders wichtig ist die Lösung dieser Aufgabe bei Kindern. Eine Reihe von Mitarbeitern hat sich zusammengetan, um in vier Teilen des Buches Seelenkunde, Hygiene, Krankheitskunde und Kulturkunde zu bearbeiten. Es ist dies in geschichtlicher Weise geschehen. Das Buch hat die Vorzüge und auch die Nachteile aller populär über ein rein wissenschaftliches Thema geschriebenen Schriften.

Kurt Mendel, Berlin.

Hans Fehlinger (in Genf): **Geschlechtsleben und Fort-
pflanzung der Eskimo.** Abhandlung aus dem Gebiet der Sexual-
forschung, herausgegeben im Auftrage der Internationalen Gesell-
schaft für Sexualwissenschaft. Redigiert von Dr. Max Marcuse,
Berlin. Band IV, Heft 6. 35 Seiten. Bonn 1926. A. Marcus & E. Webers
Verlag. Preis 2 M. — Vielen von uns ist wohl der Film „Nanuk“
bekannt, der die eigentümlichen Lebensverhältnisse der Eskimo
zeigt. Umso interessanter ist es festzustellen, wie unter solchen
Verhältnissen das Geschlechtsleben und die Fortpflanzung verläuft.
Die vorliegende Schrift, die an Hand der einschlägigen Literatur ver-
faßt worden ist (ein Literaturverzeichnis ist beigefügt), gibt uns in
klarer und bestimmter Sprache ein anschauliches Bild über Ehe,
Moral, Schwangerschaft, Geburt und Aufzucht der Kinder, über
Nachwuchs und Rassenkreuzung. Die Schrift ist warm zu empfehlen.

M. Kantorowicz.

Hans Haustein, Berlin: **Zur sexuellen Hygiene in Sowjet-
Rußland.** Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung,
herausgegeben im Auftrage der Internationalen Gesellschaft für
Sexualwissenschaft. Redigiert von Max Marcuse, Berlin. Band V,
Heft 1. 41 Seiten. Bonn 1926. A. Marcus & E. Webers Verlag.
Preis 2 M. — Das heutige Rußland ist in vielen Beziehungen das
Land der Experimente, nicht zuletzt auf sozialhygienischem Gebiet.
Umso interessanter erscheint uns eine Schilderung der verschiedenen
Sexualreformen, die das russische „Volkskommissariat für Gesund-
heitswesen“ durchzuführen versucht. Das Interesse wächst, da die
Schilderung von einem der besten Kenner des Problems der
Geschlechtskrankheiten vom Standpunkte der sozialen Hygiene aus
stammt, der die Verhältnisse selbst studiert hat. An der Objektivität
ist hier nicht zu zweifeln. Ob es aber dem Verfasser gelungen ist,
ohne Sprachkenntnisse die Verhältnisse ganz einwandfrei fest-
zustellen, mag dahingestellt bleiben. Dies hindert aber keineswegs,
die Schrift lebhaft zu empfehlen.

M. Kantorowicz.

Dr. Ludwig Altmann: **Die Fruchtabtreibung.** Abhandlungen
aus dem juristisch-medizinischen Grenzgebiete. Herausgegeben von
den Dozenten der Wiener Universität H. Herschmann, E. Höfler,
F. Neureiter. Wien 1926. Hölder-Pichler-Tempsky A.-G. 37 Seiten. —
Die vorliegende Schrift behandelt das Problem vom Standpunkte
des österreichischen Rechtes aus an Hand eingehender Literatur, so
daß sie auch dem reichsdeutschen Leser von Nutzen sein kann. Ohne
auf die prinzipiellen Ausführungen des Verfassers eingehen zu wollen,
möchten wir doch auf die — im Gegensatz zu den meisten juri-
stischen Schriften — klare und keineswegs trockene Darlegung hin-
weisen.

Ernst Mühlbach, **Glück und Tragik der Vererbung.**
96 Seiten mit 31 Abbildungen. Jena, 1926. Urania-Verlags-Ge-
sellschaft m. b. H.

Prof. Dr. J. Schaxel, Vorstand der Anstalt für experi-
mentelle Biologie der Thüringischen Landes-Universität in Jena:
Entwicklung der Wissenschaft vom Leben. 87 Seiten mit zahl-
reichen Abbildungen. Ebenda. — Die beiden vorliegenden Bücher
haben nicht nur den Zweck, die biologischen Kenntnisse zu popu-
larisieren, sondern auch eine Brücke zwischen der Biologie und
den Sozialwissenschaften, besonders der materialistischen Ge-
schichtsauffassung zu schlagen.

M. Kantorowicz.

Hans Zulliger: **Unbewußtes Seelenleben.** Die Psychoanalyse
Freuds in ihren Hauptzügen. 7. Auflage. Stuttgart. Franckhsche
Verlagsbuchhandlung. 88 Seiten. Preis broschiert 1,50 M., gebunden
2,40 M. — Die Schrift gibt in einer sehr klaren Sprache die Grund-
züge der Freudschen Lehre wieder. Interessant ist dabei die Fest-
stellung des Verfassers, daß kein Psychoanalytiker ohne die klinische
Schulung der Psychopathologie und Psychiatrie auskommen kann.

M. Kantorowicz.

LIBRARY
RECEIVED
JAN 25 1927
U.S. Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin" erscheinen wöchentlich, sind durch das zuständige Postamt oder durch den Buchhandel zu beziehen. Für Deutschland bei Bezug durch die Post 1/4 Jahr 6,– Goldmark. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7,– Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter- und Nationalbank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L. zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 38 BERLIN, DEN 28. DEZEMBER 1926 44. JAHRGANG

SIRAN

verordnet bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane, hartnäckigem Husten, Influenza, Keuchhusten, Asthma, Bronchitis, Grippe, Lungenleiden.

Verbraucherpreis: Privat-Packung M 2.15, Kassen-Packung M 1.75

DIGIPAN

klinisch erprobtes, physiologisch eingestelltes Herzmittel von zuverlässiger Wirkung,

enthält die Aktivglykoside der Fol. Digital. in reiner Form und ist frei von Ballaststoffen.

Lösung:	Original-Gläser zu 5, 10 und 15 ccm	Verbraucherpreis	M –.65, 1,25 und 1,60
Tabletten:	Original-Gläser zu 12 und 25 Tabletten	„	M –.70 und 1.25
Ampullen:	Originalschachteln zu 3, 6 und 12 Ampullen	„	M 1.–, 1.70 und 3.–

MENOSTATICUM

ausgezeichnetes Haemostypticum.

INDIKATIONEN: **Dysmenorrhoe, Menorrhagie, Metrorrhagie, Blutungen post partum, post abortum, während des Entwicklungs- und Rückbildungsalters, Myom-Blutungen usw.**

Lösung: Originalflasche Verbraucherpreis M 2.30

Bei fast allen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

TEMMLER-WERKE VEREINIGTE CHEM. FABRIKEN. **BERLIN-JOHANNISTHAL**

Sanatogen

Seit 25 Jahren bewährt als zuverlässiges **Tonikum und Roborans** in allen Fällen, die einer schnellen und nachhaltigen **Kräftigung des Organismus** bedürfen. Verbilligte Kassenpackungen zu 50 und 100 g.

Cystopurin

(Hexamethylentetramin + Natriumacetat), bewährtes, zuverlässiges Harndesinfiziens mit erhöhter diuretischer Wirkung. Vollkommen reizlos gegenüber Nieren und Verdauungsapparat, daher auch in höherer Dosierung besonders geeignet zur **Dauerbehandlung.**

Kalzan

(Calcium-natrium-lacticum), Kalkpräparat nach den Proff. Emmerich und Loew mit experimentell bewiesener, sehr guter **Kalkretention.** Verbilligte Kassenpackungen zu 45 Tabletten und 100 g in Pulver.

Formamint

zu Therapie und Prophylaxe **sicheres Desinfiziens für Mund und Rachen.** Bequemer im Gebrauch und nachhaltiger in der Wirkung als Gurgelungen. Kassen-Kleinpackung als Röhrchen mit 20 Tabletten.

Jodomenin

(Jodwismuteiweiß), Jodpräparat von milder und doch sicherer Jodwirkung; Jod wird erst im Darmsaft abgespalten, daher **kein Jodismus.** Besonders für die Kinderpraxis geeignet.

Apyron (Kerne)

(Acid. acetylosalic. cum Calc. carb.). Prompt wirksam. Durchaus reizlos. Vollkommen haltbar.

Von vielen Kassen zugelassen — Literatur und Muster kostenlos und unverbindlich.

Bauer & Cie., Sanatogenwerke **Johann A. Wülfing,** Chem. Fabrik
Berlin SW 48, Friedrichstraße 231.

UNGIFTIGES SCHLAF-UND BERUHIGUNGSMITTEL
Zyma
ERLANGEN
HOVALETTEN ZYMA
CHEMISCHE FABRIK ZYMA, G.M.B.H. ERLANGEN
ORIGINALPACKUNG
Hovaletten Zyma
KASSENPACKUNG
HOVALETTEN

Calcaona

Wohlschmeckendes und gut bekömmliches Kalkpräparat

Sedacao

Angenehme, diskrete Brommedikation in Verbindung mit Calcium

Phosphozym

Hochvitaminreiches Phosphor-Präparat. Nervennahrung

Haemosistan

Das intravenös anzuwendende Haemostyptikum; keine Nekrosen

Strontisal

Das bewährte Mittel zur Strontiumtherapie bei Rheumatismus, Gicht, Ischias, Neuralgie, Migräne

Chemische Werke Marienfelde A.-G.
Berlin-Marienfelde

Inhalt des Heftes:

Originalien:

Prof. Dr. Hilgermann, Direktor des Hygienischen Instituts in Landsberg a. W.: Die Grundzüge der spezifischen Vakzinetherapie und der unspezifischen Reiztherapie 1455
Siegfried Cohn, Bonn: Das Leben als Synusie und seine Folgen für den Zusammenhang von Tuberkulose und Geisteskrankheiten 1458
Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf. Direktor: Prof. Dr. Rehn.
Dr. A. Gottesleben: Ueber Hallux valgus-Operationen 1460
Buchbesprechungen 1461

BESONDERE BEILAGE der Firma:

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden, über ihre Präparate: **Gyneclorina, Salit, Coffetylin** (Coffein-Acetylin), **Septamid-Streupulver.**

TORAMIN

(trichlorbutylmalonsaures Ammonium)

wirksames Sedativum, von narkotischer oder drastischer Nebenwirkung freies

hustenreizlinderndes Arzneimittel.

Keine Verstopfung, keine Angewöhnung, weder Hebung noch Senkung des Blutdruckes hervorrufend.

Dosierung: 0,2—0,4 g pro dosi, 1—2 g pro die.
Verordnung: In der Rezeptur mit aromatischen Wässern, Sirupen, Expectorantien, auch Guajacolpräparaten.
O.-P. und Kassenpackung: Röhrchen mit 25 Tabl. à 0,1 g.

Versuchsmengen, Literatur und Rezeptformeln kostenfrei durch

Athenstaedt & Redeker, Chemische Fabrik
HEMELINGEN-BREMEN.

PROTASIN

Milcheiweisspräparat zur parenteralen Reizkörpertherapie
Proben u. Literatur durch: Troponwerke Dinklage & Co. Köln-Mülheim

Levurinose
„Blaes"
das altbewährte Dauerhefe-Präparat

Indikationen:

Dermatologie: Furunkulose, Akne verschiedener Formen, Ekzeme, Lichen, Pruritus, Urticaria, Abszesse.

Innere Medizin: Gastro-enteritiden, habituelle Obstipation, Colitis, Avitaminosen, Ernährungsstörungen, Chlorose, Diathesen, Rekonvaleszenz, Diabetes.

Gynäkologie: Fluor, Vulvitis, Kolpitis und andere Prozesse, die Vaginaltrockenbehandlung erfordern.

Ophthalmologie: Eitrige Blepharitis und andere eitrige Augenaffektionen.

Oto-Rhino-Laryngologie: Ozaena, Angina lacunaris und Prozesse, die trockene, antibakterielle Lokalbehandlung erfordern.

Zur Krankenkassen-Verordnung zugelassen!

Ausführliche Literatur und Proben durch: **J. BLAES & Co., LINDAU i. Bayern**

STOVARSOL
(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)
Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues
(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)
Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)
Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen
Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25
Literatur auf Anfrage.
Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!
LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS
Generalvertrieb: **Theodor Traulsen, Hamburg 36,** Kaufmannshaus. Telegr.-Adresse: „Stovarsol" Hamburg.

Oskalson
Drops und Pulver
Für die Kalktherapie
Literatur und Muster zur Verfügung

Wohlschmeckendes im Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin (Dir. Prof. **Finkelstein**) erprobtes **Kalkpräparat** hochwertiges Doppelsalz von Calciumchlorid und Calciumlactaten.

Wirkungswert:
10 g Oskalson-Pulver = 3,5 Cacl, (Gesamt-Kalksalze 4,5 g)
1 Oskalson-Drop: = 0,15 Cacl, (Gesamt-Kalksalze 0,25 g)

Dr. COLMAN G.m.b.H.
Chemisch-pharmazeutische Produkte
Berlin-Weißensee, Lehderstr. 97-100

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50

Verlag und Druck: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstraße 231 / Telefon: Hasenheide 2732 und 2854

44. JAHRGANG / Nr. 38 — 28. DEZEMBER 1926

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Originalien.

Die Grundzüge der spezifischen Vakzinetherapie und der unspezifischen Reiztherapie.

Von

Prof. Dr. HILGERMANN,

Direktor des Hygienischen Instituts zu Landsberg/W.

I. Spezifische Vakzinetherapie.

Die Ergebnisse der Immunitätsforschung in den letzten Jahrzehnten gipfelten in der Erkenntnis der strengen Spezifität der Eiweißreaktionen. Auf dieser Erfahrung bauten sich sowohl die Serumtherapie, die immunbiologischen Reaktionen für die Diagnose und Therapie der Infektionskrankheiten, als auch die Vakzinetherapie auf. Unter letzterer versteht man die Impfung mit abgetötetem Kulturmaterial zur Erzeugung von Schutzstoffen gegenüber den in den Körper eingedrungenen Krankheitserregern. Ursprünglich bezeichnete man als Vakzination die Impfung mit lebenden, in ihrer Virulenz abgeschwächten Erregern, wie bei der Pockenimpfung. Später wurde dieser Name auch auf die Impfung mit abgetöteten Erregern ausgedehnt.

Die mit dem Diphtherie- und dem Tetanusserum, den prophylaktischen Vakzineimpfungen bei der Pocken- und Tollwuterkrankung erzielten großen Erfolge lassen es verständlich erscheinen, daß man die gleichen günstigen Ergebnisse auch von der Vakzinetherapie erwartete. Diese Hoffnungen wurden leider durch die zunächst unbefriedigenden Ergebnisse der Tuberkulinbehandlung enttäuscht. Erst die Beobachtungen Wrights bedeuten eine neue Aera in der Entwicklung der Vakzinetherapie. Nach der Theorie Wrights gibt es besondere Antikörper, welche die Phagozytose von Bakterien durch die Leukozyten erleichtern, resp. anregen. (Opsonine)[1]. Sie lassen sich im Blut quantitativ durch die Bestimmung der von den Leukozyten gefressenen Bakterienzahl nachweisen (sog. ops. Index). Auf Grund dieses Index kann man nach Wright erkennen, um wieviel die opsonische Fähigkeit des Blutserums beim Kranken von der des Gesunden abweicht. Diese Bestimmung des jeweiligen Opsoningehaltes des Blutes benutzte Wright zunächst zu diagnostischen Zwecken und baute darauf dann das Prinzip einer sorgfältig abgemessenen Vakzinetherapie auf. Nach Wright erfolgt der Immunisierungsprozeß nach dem Gesetz einer „negativen" und einer „positiven" Phase. Nach jeder Injektion tritt zunächst eine Absättigung der vorhandenen Opsonine durch die injizierten Bakterienkörper, das Vakzin, ein (negative Phase). Dieser Verlust regt aber andererseits die Körperzellen zur Ueberproduktion neuer Substanzen an, was mit einer erhöhten antibakteriellen Kraft des Blutes einhergeht (positive Phase). Mögen diese Anschauungen Wrights auch stark umstritten sein, eins läßt sich nicht leugnen, daß Wright mit seiner Theorie erst die sachgemäße Vakzinetherapie ermöglicht hat. Seine Anschauungen über die vorsichtige Dosierung der Vakzine, genügend großer Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen gemäß den Gesetzen der negativen Phase sind grundlegend für die weiteren Forschungen auf dem Gebiete der Vakzinetherapie geworden. Leider fand die Vakzinetherapie infolge nicht genügender Berücksichtigung seiner Forschungsergebnisse und der alsbald einsetzenden fabrikmäßigen Darstellung der Vakzine, welche die biologischen Grundgesetze der Bakteriologie völlig vernachlässigt, lange Zeit nicht die ihr gebührende Wertschätzung.

Was bezweckt die Vakzinetherapie, und nach welchen Grundsätzen müssen wir sie durchführen? Sie soll den Körper zur Bildung von Schutzstoffen reizen. Durch das injizierte Bakterieneiweiß wollen wir die Zellen des erkrankten Organismus zur Bildung spezifischer Abwehrstoffe gegenüber den Krankheitserregern und ihren Giften anregen. Hierbei ist es aber durchaus nicht gleichgültig, ob dieses Bakterieneiweiß nur der Erregerart an sich oder vielmehr dem Krankheitserreger des Individuums selbst entstammt. Wir wissen, daß die biologischen Charakteristika der einzelnen Bakterienarten durchaus nicht einheitlich, sondern, daß jeder Art mehr oder minder große Wesensverschiedenheiten eigen sind. Einige Bakterienarten, wie die Cholera-, Typhus-, Diphtherie-, Tetanusbazillen haben biologisch verhältnismäßig einheitliche Formen. Bei diesen Bakterienarten können wir hoffen, durch die Injektion des Bakterieneiweißes eines beliebigen Stammes dieser Art die Zellen zur Bildung spezifischer Reaktionsprodukte gegenüber fast sämtlichen Stämmen dieser Art anzuregen. Andere Bakterienarten hingegen, wie die Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken, Gonokokken und ebenso die Kolibazillen zeigen die verschiedenartigsten Typen und Varianten. Jeder Stamm dieser Arten hat seine besonderen individuellen Eigenschaften. Erzeugt man nun mit einem bestimmten Stamme aus einer solchen Gruppe Abwehrstoffe im Organismus, so werden diese Abwehrstoffe wohl alle artgleichen Stämme mehr oder minder stark beeinflussen, nach den Gesetzen der strengen Spezifizität aber am stärksten und zuverlässigsten den einen Stamm, der ihre Entstehung im Körper veranlaßt hatte. Infolgedessen werden gegenüber Stämmen dieser Bakterienarten die Zellen eines erkrankten Organismus nur dann individuell spezifische Abwehrstoffe bilden, wenn das injizierte Bakterieneiweiß den Krankheitserregern selbst entstammt (Autovakzine). Trotz dieser Grundregeln der Immunitätslehre beobachten wir täglich die entgegengesetzte irrige Anschauung. Bei der nachgewiesenen Infektion durch einen Stamm aus einer Bakterienart, deren Neigung zu biologischen Differenzen bekannt ist, hofft man trotzdessen, durch die Injektion von Bakterieneiweiß lediglich artgleicher Stämme die Bildung spezifischer Antikörper erreichen zu können und glaubt, damit spezifische Vakzinetherapie zu treiben. Ja häufig schenkt man sich überhaupt den bakteriologischen Nachweis des Krankheitserregers und impft planlos irgendeinen käuflichen Bakterienimpfstoff ein.

Die erste Forderung zur richtigen Durchführung der spezifischen Vakzinetherapie gipfelt mithin in der Bedingung „Immunisierung mittels einer aus den Krankheitserregern selbst hergestellten Vakzine (sog. Autovakzine)." Nur der spezifische biologische Reiz bewirkt eine erhöhte Produktion spezifischer Abwehrstoffe durch die Zelle.

Die zweite Forderung beruht in der richtigen Dosierung des Impfstoffes, was maßgebend für den Erfolg der Therapie ist. Denn wir wollen ja reizen, aber nicht schädigen. Wir dürfen keineswegs ohne Rücksicht auf Dosis und Intervall die Autovakzine, resp. ihre Verdünnung injizieren und es dem Organismus überlassen wollen, nun entsprechend mit der Bildung von Schutzstoffen zu reagieren. Wir müssen uns klar sein, daß wir einen kranken Organismus vor uns haben, dessen Schutzstoffe durch die Krankheitserreger und deren Toxine bereits größtenteils verbraucht sind. Wir können nur dann hoffen, die Zellen zur Bildung von Schutzstoffen anzuregen, wenn wir unter sorgfältiger Berücksichtigung des Krankheitsstadiums und des Kräftezustandes des Kranken die Reizung in vorsichtigster Weise vornehmen.

---

[1] ὀψώνειν = einen Leckerbissen vorbereiten.

Die vielfach verbreitete Anschauung, daß jeder Injektion als Zeichen ihrer Wirkung eine Allgemein- oder sichtbare Lokalreaktion folgen müsse, ist nicht richtig. Auch die kleinste Dosis der spezifischen Autovakzine regt die Zelle zur Bildung von Abwehrstoffen an. Je unsichtbarer und je weniger angreifend für den Körper dieser Reiz verläuft, um so mehr erreichen wir eine zwar langsame, aber um so wirksamere Summierung der Schutzstoffe. Zu starke Dosen entblößen den Organismus durch die Bindung der Antikörper von Schutzstoffen, anstatt die Schutzstoffbildung zu fördern.

„Kleinste Dosen ist daher das Prinzip der Vakzinetherapie.“ Selbst Verdünnungen von 1:1 bis 10 Milliarden lösen noch Reaktionen aus. Wir müssen immer bedenken, daß jedes Individuum auf jede Reizung je nach seinem Allgemeinzustand und dem Zustand seiner Immunitätsverhältnisse reagieren wird. Dosen, welche von dem einen Patienten anstandslos vertragen werden, rufen bei einem anderen bereits starke Lokalerscheinungen, Fieber, allgemeines Unbehagen hervor. Ist der Organismus der Krankheitserreger Herr geworden, stabilisiert, dann dürfen wir zu größeren Dosen behufs Summierung der Schutzstoffe und der Beachtung langer Intervalle übergehen.

Drittens darf man auch das Zeitintervall zwischen den einzelnen Injektionen nicht schematisch festlegen. Unbedingt erfolgt auf jede Vakzineinjektion zunächst eine Bindung von Antikörpern, eine „negative Phase“. Diese Verminderung an Schutzstoffen geht der größeren oder geringeren Vakzinedosis parallel. Erst wenn die Ueberproduktion von Schutzstoffen eingesetzt hat, die positive Phase, dürfen wir wieder injizieren. Im allgemeinen darf man sagen, daß das Intervall bei kleinsten Dosen durchschnittlich 3 bis 4 bis 6 Tage, bei größeren 7 bis 10 bis 14 Tage betragen soll. Aber stets müssen wir ebenso wie die Vakzineverdünnung auch die Intervalle individuell dem Kräftezustand und dem Krankheitsstadium anpassen. Im Zweifelsfalle stets besser längere Intervalle.

Bei offenen chronischen Krankheitsherden besitzen wir für den jeweiligen Stand der Immunisierung einen ausgezeichneten Indikator in der Verfolgung des steigenden Freßvermögens der Phagozyten der Krankheitsprodukte[2]. Das Bild eines Eiterausstrichs gleich welcher chronischen Erkrankung zeigt vor der Vakzinebehandlung fast überhaupt keine Freßtätigkeit der Phagozyten, die Bakterien liegen fast sämtlich außerhalb der Zellen, nur vereinzelt kann man sie innerhalb derselben beobachten. Im Verlaufe der Vakzinetherapie sehen wir bei einsetzender Heilungstendenz zwar zahlreiche Zellen bereits voller Bakterien, aber die Zellen sind in ihrem Aussehen so verändert, daß es den Anschein erweckt, als ob diese Zellen von den noch widerstandsfähigen Bakterien zersprengt werden und somit der Auflösung anheimfallen. Die Bakterien selbst sind noch scharf gefärbt, in ihrer Form deutlich ausgeprägt. Bei fortschreitendem Heilungsprozeß haben wir eine ausgesprochene Phagozytose. Die Bakterien sind aufgezehrt, und die normalen Verhältnisse werden wieder hergestellt. Diese bakteriologische Kontrolle erleichtert uns bei offenen chronischen Krankheitsherden außerordentlich die Bestimmung der Dosierung der Vakzine und der Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen.

Bei der Herstellung der Vakzine töten wir den abgeschwemmten Kulturrasen unter möglichster Schonung des Bakterieneiweißes ab. Eine milde Abtötung der Bakterien erhöht ihre Fähigkeit, Antikörper zu bilden. Am besten bewährte sich mir hierfür ein Formalinzusatz von 4 Tropfen auf 10 bis 15 ccm Bakterienaufschwemmung. Nach Verschluß mit Paraffin und kräftigem Durchschütteln hält man das Röhrchen 24 Stunden bei 37°. Hierauf Anlegen einer Agar-Kontrolle behufs Feststellung der Abtötung. Man kann auch das Ausgangsmaterial, z. B. Blutanreicherungen, Urin unmittelbar bei ausreichendem Bakteriengehalt zur Herstellung der Vakzine benutzen. Das gleiche gilt von eitrigen Sekreten, z. B. Zervixschleim, Furunkeleiter, Schleimflocken, Auswurfballen u. dgl., welche man mit etwas steriler phys. Kochsalzlösung in sterilem Mörser sorgfältig verreibt. Die Verreibungsflüssigkeit filtriert man durch sterilen Papierfilter. Nachherige Formalinisierung des Filtrats. Muß man die Autovakzine möglichst schnell herstellen, so verzichtet man auf den Formalinzusatz und benutzt zur Abtötung das Wasserbad von 60° eine halbe Stunde lang.

Die Mischinfektionserreger soll man bei der Vakzineherstellung mit berücksichtigen, ihre Mitverwendung bietet sogar Vorteile. Durch ihre Zerfallsprodukte schädigen sie das Gewebe, machen es noch widerstandsunfähiger und begünstigen gleichzeitig die weitere Ausbreitung der eigentlichen Krankheitserreger. So spielen Gonokokkenansiedlungen bei der Entstehung von Zystitiden, Streptokokken bei der Komplizierung tuberkulöser Affektionen eine große Rolle, desgleichen Diplokokken bei der Gonorrhoe[4].

Die üblichste Art der Einverleibung ist die intramuskuläre, resp. subkutane Injektion. Will man eine möglichst schnelle Reaktion erzielen, so verwendet man die intravenöse Injektion. Allerdings müssen wir bei letzterer mit stärkeren Allgemeinreaktionen rechnen. Zur Vermeidung dieser gibt man bei der intravenösen Injektion nur ein Drittel bis ein Halb der für die subkutane resp. intramuskuläre Injektion berechneten Dosis. Seitdem wir wissen, daß das Hautorgan eine Hauptbildungsstätte der Immunkörper ist, injizieren wir mehr als bisher die Vakzine unmittelbar in die Haut, und zwar entweder intrakutan oder mittels Einreibung, oder mittels Einverleibung in die vorher gereizte Haut. Die Applikation in die Haut bietet uns den Vorteil, daß wir in der Stärke der Reaktion einen Maßstab für die Bemessung der Dosis und der Intervalle zwischen den einzelnen Injektionsdosen besitzen. Die perkutane Einreibung hat den Nachteil, daß wir nicht wissen, wieviel von dem eingeriebenen Material tatsächlich resorbiert wird.

Wie stellen wir uns die Verdünnung der Vakzine her? Ein mikroskopisches Uebersichtspräparat der fertigen, gut durchgeschüttelten Vakzine zeigt uns die Dichte der Bakterienaufschwemmung. Nach Feststellung der Dichte stellen wir uns von der Ausgangsaufschwemmung[5] die Verdünnungen von 1:100 bis 1:1 Million unter stetem, sorgfältigen Durchschütteln her, resp. bis zu derjenigen Verdünnung, welche wir unter sorgfältiger Berücksichtigung der Krankheitssymptome, der Dauer der Krankheit, des Allgemeinbefindens und der Bakterienart injizieren wollen. Häufig werden wir auch eine viel schwächere Verdünnung als vielleicht erlaubt, benutzen, um durch vorsichtig durchgeführte tastende Vorversuche die günstigste Verdünnung zu ermitteln. Z. B. beginnen wir bei einer Koliinfektion unter Berücksichtigung der Giftigkeit mancher Kolistämme mit kleinsten Dosen, wie 0,5 ccm der Verdünnung 1:500 000 bis 1:M. und injizieren niemals intravenös. Wird diese erste tastende Dosis gut vertragen, so können wir die nächste Injektion mit fünfmal stärkerer Dosis vornehmen und uns so langsam in den Organismus einschleichen. Bei der Pneumokokken-, Streptokokken- und der Gonokokkeninfektion der Frau beginnt man durchschnittlich mit der Verdünnung 1:100 000 bis 1:500 000 oder noch schwächeren Verdünnungen, bei der Gonokokkeninfektion des Mannes mit der Verdünnung 1:10 000 bis 1:50 000. Bei chronischen Staphylokokkeninfektionen wählt man die Verdünnung 1:10 000 bis 1:50 000, dagegen bei akut einsetzenden Erkrankungen eine stärkere Dosis (vgl. S. 1457 Furunkel). Jedoch sind dies nur allgemeine Fingerzeige. Weniger als jede andere Behandlungsmethode duldet die Vakzinetherapie eine Schematisierung, eine Festlegung von Einzeldosen und von zeitlichen Zwischenräumen zwischen diesen. Dosierung und Intervalle müssen wir, um das noch einmal zu betonen, stets individuell berechnen.

Zur Konservierung gibt man zu den fertigen Vakzineverdünnungen 2 Tropfen 5 prozentiger Karbolsäurelösung.

Jede Vakzineverdünnung muß man vor dem Gebrauch behufs gleichmäßiger Verteilung der Bakterienkörper gründlich durchschütteln.

Selbstverständlich werden wir auch bei der spezifischen Vakzinetherapie wie bei jeder ärztlichen Disziplin Mißerfolge haben. Der Erfolg wird letzten Endes immer davon abhängen, welche Virulenz die Krankheitserreger besitzen, und ob der Organismus noch imstande ist, Schutzstoffe zu bilden, resp. wieweit er seine Schutzstoffe bereits verbraucht hat.

Bei welchen Infektionen verspricht die spezifische Vakzinetherapie günstige Erfolge?[6] Bei allen infektiösen Erkrankungen, welche nicht rapid septisch verlaufen, oder bei welchen nicht Kontraindikationen als Diabetes, Herzfehler o. dgl. bestehen, oder bei welchen wir nicht einwandfreie chemotherapeutische Mittel resp. erprobte Heilsera zur Verfügung haben.

---

[2] Hilgermann-Krantz: M. M. W. 1922, Nr. 6, S. 194.

[3] Hilgermann: M. M. W. 1926, Nr. 22.

[4] Hilgermann-Lossen: Die Diagnostik der Infektionskrankheiten. Gustav Fischer, Jena.

[5] Auf Grund jahrelanger Beobachtungen scheint mir diese Form der Vakzineberechnung einfacher und besser als die sog. Auszählmethode.

[6] Ausgewählte Krankengeschichten siehe M. M. W. 1926, Nr. 22.

In erster Linie gibt die Vakzinebehandlung ausgezeichnete Erfolge bei den infektiösen Erkrankungen der Haut: Furunkel, Abszesse, Erysipele, Ekzeme, Akne, Sycosis vulgaris, Hordeola usw., deren Erreger hauptsächlich Staphylokokken und Streptokokken sind.

Bei den akut einsetzenden Furunkeln müssen wir versuchen, durch eine energische Reaktion den Eiterpfropf möglichst schnell aus dem Gewebe herauszuheben. Man gibt daher eine stärkere Dosis, etwa 1 ccm der Verdünnung 1 : 1000, bei gutem Kräftezustand des Kranken auch 1 ccm der Verdünnung 1 : 100. Hingegen gibt man bei der Furunkulose kleinste einschleichende Dosen, um die mit dem Kampf mit den Erregern geminderten Schutzstoffe des Organismus allmählich zu steigern. Diese einschleichende Dosierung wendet man auch bei den sonstigen Hauterkrankungen an. Ist der Krankheitsprozeß abgeheilt, so gibt man noch durch längere Zeit hindurch alle 4 Wochen eine Injektion mit großer Dosis, um die Schutzstoffbildung von neuem kräftig anzuregen und etwa noch vorhandene lokalisierte Krankheitsherde zu vernichten.

Bei den nässenden und trockenen Ekzemen, bei welchen Pilze allein oder in Mischinfektion mit Bakterien die Erreger sind, wie bei Sycosis parasitaria, Trychophytie stellt man aus den auf Traubenzuckerbouillon gezüchteten Pilzen eine Vakzine her, entweder in Form von Filtraten mittels bakteriendichter Filter oder als Zerreibungen und Aufschwemmungen, letztere mit anschließender Formalinisierung. Diese Pilzvakzine injiziert man in entsprechender Verdünnung gemeinsam mit der Vakzine[6] aus den Mischerregern.

Ueberraschend schnell heilen häufig mit Hilfe der Vakzinetherapie Osteomyelitiden, Tonsillitis mit nachfolgenden Arthritiden, Herz- oder Nierenaffektionen, eitrige Entzündungen der Kiefer- und der Stirnhöhle. Bekanntermaßen ist eine Tonsillitis vielfach die Ursache anderer Organerkrankungen, da die Bakterien aus den Tonsillen in die Blutbahn übertreten und damit weitere Infektionen verursachen. Untersucht man bei Arthritiden, Endocarditis lenta die Tonsillen sorgfältig, so findet man häufig innerhalb derselben kleinste Abszesse, die die ursächlichen Krankheitserreger, die Streptokokken, enthalten. Während etwaige Tonsillektomien im Gegenteil oft das Hineindringen der Bakterien in die tieferen Gewebspartien begünstigen, führt die Vakzinetherapie mit Hilfe der Steigerung der Schutzstoffe zur Heilung. In solchen Fällen sollte man eine etwa notwendige Tonsillektomie erst nach vorangegangener Vakzinetherapie vornehmen.

Bei chronischen Eiterungen und Entzündungen der Nebenhöhlen muß man neben der Vakzinetherapie gleichzeitig für geordneten Eiterabfluß Sorge tragen. Denn es ist klar, daß bei einer bereits durch Gewebsneubildungen abgekapselten Eiterhöhle eine regelrechte Durchblutung des Gewebes und damit eine Zuführung der von den Zellen der normalen Organe gebildeten Schutzstoffe ausgeschlossen ist. Bei letzteren Erkrankungen verzichtet man auch am besten auf Reinkulturen der nach dem mikroskopischen Bilde vermuteten pathogenen Erreger — hauptsächlich Pneumokokken. — Gerade bei Katarrhen der Nebenhöhlen siedeln sich gern neben den eigentlichen Krankheitserregern bald zahlreiche andere Bakterien an, welche das bakteriologische Bild verwischen. Infolgedessen benutzt man am besten die Gesamtheit dieser Keime zur Vakzineherstellung.

Unter den Erkrankungen der Atmungsorgane bieten die durch Bakterieninfektion bedingten chronischen Katarrhe der oberen Luftwege sowohl, als auch das bronchiale Asthma ein günstiges Feld für die Vakzinebehandlung. Bei diesen chronischen Katarrhen finden wir in den Sekreten, meist in Reinkultur und in Nestern gelagert, Pneumokokken und Streptokokken als Erreger. Systematische Behandlung mit einschleichenden Dosen mit der aus diesen Erregern hergestellten Autovakzine führt zu dauernder Heilung.

Die Cystitiden mit ihren verschiedensten Erregerarten als Kolibazillen (häufige Mischinfektion mit Gonokokken), Staphylokokken, schleimbildenden Bakterien, in vereinzelten Fällen auch Gonokokken, sind durch die spezifische Vakzinetherapie außerordentlich günstig zu beeinflussen. Selbst wenn wir die vollständige Heilung nicht immer erreichen, so lassen sich doch die Bakterien gewissermaßen saprophytisch umstimmen und verlieren damit ihren bösartigen Charakter. Bei einer Zystitis des Mannes soll man nie versäumen, stets gleichzeitig auf Gonokokken zu fahnden. Denn die Erfahrung lehrt, daß die Zystitis häufig auf der Grundlage einer alten Gonorrhoe entsteht. Die durch die vorangegangene Gonorrhoe veränderte Schleimhaut der Urethra, das entzündete Gewebe der Prostata und der Samenblasen begünstigt das Eindringen und die Ansiedlung von Koli- und dergleichen Bakterien. Wir müssen daher versuchen, außer den als Erregerbakterien angesprochenen Bazillen oder Kokken die alten verkapselten Gonokokkenherde mittels Provokation zu mobilisieren, um die Gonokokken als Mitinfektionserreger zur Herstellung einer Mischvakzine zu gewinnen. Eventuell muß man sich in der ersten Zeit mit einer Sammel-Go-Vakzine neben der spezifischen Erregervakzine behelfen.

Die chronische Gonorrhoe der Frau können wir mit spezifischer Vakzine ausheilen und zwar vor allem jene Fälle mit schweren Komplikationen, wie sie im Verlauf der ascendierenden Gonorrhoe der Frau eintreten. Ausgenommen sind natürlich jene Fälle, bei welchen unter Beschränkung auf die Lokaltherapie bereits schwere Vereiterungen der Adnexe eingetreten sind. Selbst jahrelang bestehende Gonorrhoen, bei welchen immer wieder der schlummernde Krankheitsprozeß im Anschluß an einen Partus oder anderweitig durch Aufregungen exazerbiert, häufig bereits ein Teil der Adnexe entfernt ist, lassen sich heilen. Mit den üblichen lokalen Behandlungsmethoden können wir unmöglich die Gonokokkenherde des Uterus, der Adnexe und des Rektums zur Heilung bringen. Scheinbare Erfolge in dieser Hinsicht sind auf die allmähliche Selbstimmunisierung des Organismus und auf die Umwandlung der Gonokokken in Organismen mehr saprophytischen Charakters zurückzuführen. Sobald die Gonokokken aber von neuem günstige Lebensbedingungen finden, werden sie wieder voll virulent. Nur durch eine genügende Bildung von Antikörpern mit Hilfe der spezifischen Vakzinetherapie können wir diese schlummernden Gonokokkenherde ausheilen und spätere Uebertragungen verhüten.

Zur Herstellung des Impfstoffes überträgt man am geeignetsten das Zervixsekret im Beginn der Menses oder kurz nach Ablauf derselben auf Aszitesagar. Das hierbei mit übertragene Blut wirkt wachstumfördernd.

Bei der Gonorrhoe des Mannes leistet die Vakzinetherapie bei der akuten Gonorrhoe wenig, man kann sie hier entbehren. Ebenso versagt sie bei den im Verlauf der G. p. sich in der Harnröhre bildenden lokalisierten Erkrankungsherden, sowohl den mehr flächenhaften, als auch den Infiltraten. Ausgezeichnete Hilfe leistet sie aber bei den postgonorrhoischen Komplikationen als der Prostatitis, der Epididymitis und dem Rheumatismus gonorrhoicus, welche wir mit der spezifischen Vakzine-Therapie selbst bei veralteten Fällen restlos ausheilen können.

Bei den septischen Prozessen, welche durch den Streptokokkus pyogenes hervorgerufen werden und akut verlaufen, werden wir eine Autovakzinetherapie versuchen, um nichts zur Rettung des Patienten zu versäumen. Aber nur in seltensten Ausnahmefällen dürfen wir einen Erfolg erhoffen. Anders hingegen bei den bereits erwähnten chronischen Formen der Streptokokkensepsis, bei welchen die Streptokokken lokalisiert sind und nur zeitweilig in die Blutbahn übertreten.

Bei den durch Streptokokken bedingten chronischen Infektionen, desgleichen bei der Colisepsis, empfiehlt es sich, neben der spezifischen Vakzinetherapie noch eine spezifische Serumtherapie einzuleiten, um die Giftstoffe der Krankheitserreger gleichzeitig zu neutralisieren. Die Erfolge mit dieser Kombinationstherapie — spezifische Vakzine + spezifisches Serum — sind gute.

II. Unspezifische Reiztherapie.

Wie wir gesehen haben, beruhen die Grundsätze der Immunitätsforschung auf der Lehre, daß die durch körperfremde Eiweißinjektionen in einem Organismus hervorgerufenen Reaktionen streng spezifisch sind, das heißt die von dem Organismus produzierten Antikörper treten nur mit derjenigen Eiweißart in Reaktion, welche zur Erzeugung dieser Antikörper benutzt worden war. Weiterhin stellte man aber fest, daß es neben diesen streng spezifischen Reaktionen auch unspezifische, zum Teil stürmische Reaktionen gegenüber der Injektion ganz andersartiger Eiweißpräparate gibt. Man kann mithin unspezifische allgemeine Reaktionen im Organismus auch durch Injektion verschiedenster Eiweißarten und sogar ihrer Abbauprodukte hervorrufen. Auf diesen Beobachtungen baute sich im Gegensatz zur spezifischen Reaktion die Lehre von den unspezifischen Reaktionen auf. Man nennt sie nach Weichhardt Protoplasmaaktivierung, nach Schmidt Proteinkörpertherapie, nach Luithlen Schwellenreiz- oder Kolloidtherapie, nach Bier Heilentzündung. Wir wissen heute, daß wir derartige unspezifische Reizwirkungen nicht nur mit Eiweißkörpern und deren Abbauprodukten, sondern auch mit nichteiweißhaltigen Mitteln erzielen können. Alle diese Stoffe wirken durch ihre Körperfremdheit als Reiz, üben damit auf die verschiedenen Organsysteme eine Reizwirkung aus und zwingen den Organismus zu einer Leistungssteigerung. Die Stärke der durch diese aktivierenden, als Reize wirkenden Mittel erzeugten unspezifischen Reaktionen hängen genau wie bei der spezifischen Vakzinetherapie von der Art der Injektion, der Art der Substanz und der Dosierung ab. Auch hier verläuft die Allgemeinreaktion nebst ihren Symptomen, die Reaktion im Erkrankungsherd (sog. Herdreaktion) streng individuell. Infolgedessen wird allein der richtig dosierte Reiz die Zellen zu vermehrter Leistung anreizen, der zu starke hingegen hemmen, ihre Funktionen zu stark in Anspruch nehmen. Die Anschauung, daß das nach solchen Injektionen einsetzende Fieber ein Zeichen der Heilwirkung sei, ist irrig. Ebenso wie Schüttelfrost, Schweißausbruch ist es nur ein Begleitsymptom der Reaktion, auch ist sein Eintreten durchaus individuell verschieden. Allerdings zeigt es uns eine starke Allgemeinreaktion an. Diese ist aber nur in seltenen Fällen erforderlich, im Gegenteil meist unerwünscht. Wir wollen wohl die Schutzkräfte des Organismus mobilisieren, aber nicht das Zellensystem überreizen, ermüden und meist auch nur in dem Krankheitsherd allein eine Reaktion hervorrufen (die Herdreaktion). Hierzu aber genügen kleine, gemäß des Krankheits- und Kräftezustandes des betreffenden Patienten bemessene Dosen. Gerade zur Erzielung einer günstigen Herdreaktion müssen wir richtig dosierte Injektionen wählen, um nicht das Zellprotoplasma am Krankheitsherde zu überreizen und damit die Zellen zu schädigen.

---

[6] Hilgermann: M. M. W. 1921, Nr. 23, S. 702.

Der Reiz, die unspezifische Leistungssteigerung, muß im Beginn der Erkrankung eingeleitet werden, wenn der Organismus noch zur Mobilisierung seiner Schutzkräfte fähig ist und nicht erst bei geschwächtem Organismus als ultimum refugium. Ebenso darf man eine erneute Injektion erst vornehmen, wenn die Reaktionserscheinungen der ersten Injektion abgeklungen sind.

Es gibt wohl kein Krankheitsgebiet und kein Präparat, welches nicht zu Versuchen mit der unspezifischen Reiztherapie hätte dienen müssen. Am besten legt man sich nicht auf einen bestimmten Reizstoff fest, da die Wirkung der einzelnen Präparate individuell sehr verschieden ist. Will man eine Proteinkörpertherapie längere Zeit fortsetzen, so soll man nach einigen Injektionen mit dem Mittel wechseln, da eine gewisse Gewöhnung des Organismus eintritt. Mir bewährte sich außer den Milchpräparaten am besten das von Kaufmann-Wildungen herausgegebene Glysanin. Bei den Injektionen von Milchpräparaten ist eine gewisse Vorsicht geboten, da mitunter bei der zweiten oder dritten Injektion stürmische anaphylaktische Reaktionen einsetzen. Auch schon deswegen ist ein Wechsel der Präparate wünschenswert.

Ein dankbares Feld der Proteinkörpertherapie sind in erster Linie nicht infektiöse Prozesse, als Arthritiden, Ischias, Neuritis. Auch Konjunktivitiden werden günstig beeinflußt. Im allgemeinen darf man sagen, man wird überall dort, wo eine Besserung von der Mobilisierung der Schutzkräfte des Organismus zu erwarten ist, die unspezifische Reiztherapie versuchen. So wird man auch bei akutesten Infektionskrankheiten, wie bei der Sepsis, nicht erst die Herstellung einer spezifischen Autovakzine abwarten, sondern sofort zur unspezifischen Reizung behufs Mobilisierung aller Schutzstoffe übergehen. Das Gleiche gilt von akut infektiösen Prozessen zur Erzielung einer Herdreaktion, wie bei der Epididymitis, den Bubonen. Geht der Erkrankungsfall in das chronische Stadium über, dann ist die spezifische Vakzinetherapie die maßgebende. Denn das Ziel, was wir erreichen wollen, „die Vernichtung der Krankheitserreger und ihrer schädlichen Produkte durch spezifische Leistungen der Zellen“ können wir durch unspezifische Reizungen niemals erreichen, sondern nur durch die spezifische Vakzinetherapie.

Kontraindiziert ist die unspezifische Reiztherapie bei Alkoholikern, Herz- und Nierenerkrankungen, fortgeschrittene Tuberkulose. Eine gewisse Vorsicht in ihrer Anwendung ist auch dadurch geboten, daß wir durch diese Injektionen eventuell einmal im Organismus andere latente Erkrankungsherde mobilisieren können.

Das Leben als Synusie und seine Folgen für den Zusammenhang von Tuberkulose und Geisteskrankheiten.

Von.

SIEGFRIED COHN, Bonn.

2. Mitteilung.

Nachdem Bier (Münch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 33) auf meine vorläufige Mitteilung (diese Zeitschrift 1924, Nr. 20) aufmerksam gemacht hat, gebe ich den folgenden Aufsatz bekannt, obwohl er ein Torso ist, da mein derzeitiger Gesundheitszustand mir die Fortführung noch nicht gestattet hat.

1. In Ergänzung der Lehre Darwins vom Kampfe ums Dasein sagt Kammerer in „Genossenschaften von Lebewesen auf Grund gegenseitiger Vorteile (Symbiose)“: Jede Anpassung ist das Produkt beider Prinzipien, des Kampfes und der Hilfe, des Antagonismus und des Synergismus. Die Ausdrücke Symbiose und Parasitismus betonen das eine der beiden Momente. Will man das Zusammenleben auf Grund beider Momente, auf Grund gleichzeitigen gegenseitigen Kampfes und gegenseitiger Hilfe bezeichnen, wofür Kammerer als Paradigma das Verhältnis von Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufstellt, so wäre es richtiger, dafür ein neues Wort zu wählen, wofür ich Synusie vorschlage. Es ist gebildet von συνεῖναι. Für das Adjektiv möchte ich in freier Bildung statt synusisch oder synontisch synusitisch gebrauchen. Die zusammenlebenden Organismen sind die Synonten. Saprophytismus und harmloser Parasitismus ordnen sich dem Begriff Synusie ebenfalls ungezwungen unter; der harmlose Parasitismus ist keineswegs ein neutraler Zustand, auch in diesen beiden Anpassungen sind beide Prinzipien, der Antagonismus wie der Synergismus wirksam.

2. Wie den Begriff der Symbiose so kann man besser den der Synusie auf den Kosmos, den Organismus, als Synusie von Zellen, Organen und Systemen, ja auf die unbelebte Materie übertragen. Man kann letzten Endes sagen: Die Materie ist eine Synusie von Atomen und diese von Elektronen. Auch in deren Synonten, den Kernen und Elektronen zeigt sich — wie im Organismus überhaupt und in seinen kleinsten organischen Einheiten, den Zellen — die gleichzeitige Wirksamkeit beider Prinzipien vielleicht in der Polarität, die bei weiterem Fortschreiten der Wissenschaft sich möglicherweise wieder in einer Synusie kleinerer Massenteilchen darstellt.

3. Aber nicht nur das Zusammenleben der Organismen ist eine Synusie, das Leben des Organismus ist eine Synusie, nicht in dem Sinne von Zusammenleben von Zellen, Organen und Systemen, sondern als Zusammenleben von Organismen, das heißt also, da wir bis jetzt den Organismus als letzte Lebenseinheit angesehen haben: Das Leben ist eine Synusie.

4. Der Organismus auf der einen Seite, die Mikroorganismen, die auf und in ihm leben, auf der anderen Seite sind die Synonten, die die Synusie konstituieren, die Mikroorganismen aber leben untereinander wieder in Synusie. Bis herunter zu den Protozoen finden wir das Zusammenleben mit Bakterien. Diese könnten von dem Satze: Das Leben ist eine Synusie, insofern eine Ausnahme machen, als sie als letzte Organismus-Lebenseinheiten allein lebten. Aber wir haben auch bei ihnen viele Beispiele synusitischer Vergesellschaftung, und nach der d'Hérelle'schen Entdeckung und der Hypothese von Werner von Siemens von der Infektion der Bakterien steht der Annahme, daß die Bakterien mit noch kleineren ultravisiblen Mikroorganismen zusammenleben, keine naturwissenschaftliche Schwierigkeit entgegen.

5. Was bedeutet nun die neue Auffassung des Lebens als Synusie? Es bedeutet die prinzipielle Stellung des Organismus zu den Mikroorganismen, bezüglich derer bisher, wie mir scheint, unklare und inkonsequente Anschauungen geherrscht haben. Unter der Einstellung auf die Infektionslehre hat man das Prinzip der Hilfe teils zu einseitig gefaßt, teils ganz vernachlässigt; auch das Prinzip des Kampfes ist zu einseitig gesehen worden. Während man die Darmbakterien als Symbionten bezeichnet hat, hat man die biologische

Wirkung der Saprophyten und harmlosen Parasiten übersehen. Es hat keine Schwierigkeit nach diesen Ausführungen, die Darmbakterien als Synonten anzusprechen. Aber ist es denn denkbar, daß die Milliarden von Organismen, die auf und in dem Organismus leben, keine biologischen Wirkungen auf ihn ausüben, keine Synonten sind? Das Lebensverhältnis des Organismus zu den Mikroorganismen ist doch nichts zufälliges, es ist nicht so, daß der Organismus die Hauptsache ist, zu dem die Mikroorganismen hinzukommen, das heißt: Die Mikroorganismen sind dem Organismus nicht untergeordnet, sondern sie sind ihm durchaus — sie selbst sind ja ebenso gut Organismen trotz ihrer Kleinheit — gleichgeordnet. Und dieses Verhältnis der Gleichordnung ist eine Anpassung, die sich auf Grund des Kampfes und der Hilfe im Laufe der Entwicklung gebildet hat. Daher hat jede Tierart und jedes Individuum seine qualitativ und quantitativ verschiedenen Mikroorganismen. Stellen wir uns vor, es wäre möglich, die sämtlichen Mikroorganismen von und aus dem Organismus zu saugen, so ist, wie ich glaube, der Organismus nicht lebensfähig. Die Organismen sind notwendig zum Leben, das Leben ist nicht an den Begriff des Organismus als Lebenseinheit geknüpft, sondern: Das Leben ist — jedenfalls in seinen höheren Formen — eine Synusie.

6. Wenn es danach keinen isolierten Organismus geben kann, und das Verhältnis der Organismen zu ihren Mikroorganismen eine Anpassung der Jahrmillionen ist, so kann organische Entwicklung als Entwicklung der Organismen nur in folgendem Sinne verstanden werden: Die Organismen entwickeln sich nicht als solche, sondern in Vergesellschaftung mit Mikroorganismen, das heißt als Synonten. Organische Entwicklung im Sinne von Entwicklung des organischen Lebens aber ist synusitische Entwicklung, ist Entwicklung der Synusien und durch die Synusie.

7. Die Betrachtung der verschiedenen Formen des Zusammenlebens, des Saprophytismus, harmlosen und obligaten Parasitismus unter dem Gesichtspunkte der synusitischen Entwicklung berechtigt uns vielleicht zu folgender Konstruktion. Harmloser Parasitismus ist eine Bezeichnung, die aus der Einstellung auf die Infektionslehre entspringt. An sich ist doch ein Parasit, der harmlos ist, das heißt nicht schädigt, ein Unding. Man hat den Tb-Bazillus in der Kulturmenschheit als harmlosen Parasiten angesprochen, das heißt: Bei dem größten Teil der Menschen wirkt er nicht als Parasit, nur ein kleiner Teil erkrankt, der aber noch groß genug ist, um den Bazillus als Parasiten zu bezeichnen. Bei dem größten Teil der Menschen hat sich also eine Anpassung vollzogen, der Organismus und der Tb-Mikroorganismus entfalten aneinander ihre biologische Wirkung, das heißt antagonistische und synergistische Wirkung, sie sind Synonten geworden. Wir werden weiter unten sehen, daß auch der Tb-Bazillus tatsächlich symbiotische Wirkungen ausübt, wie das ja bei einer lebendigen Anpassung nicht anders möglich ist. Bei den tuberkulosefreien Naturvölkern wirkt der Tb-Bazillus als obligater Parasit. Ein ähnliches Beispiel für den Wandel der Seuchen ist die Neurolues bei der Kulturmenschheit, die bei den Naturvölkern nicht auftritt.

Da liegt nun der Gedanke nahe, ob nicht auch der Saprophytismus sich auf dieselbe Weise gebildet hat, so daß also auch dieser einmal Parasitismus gewesen wäre. Er ist die vollkommenste, vielleicht älteste Anpassung. Der obligate Parasitismus ist dadurch charakterisiert, daß bei ihm der größte Teil der Befallenen erkrankt. Bei einem kleinen Teile bestehen Anpassungen, die von chronischer Krankheit bis zu völligem saprophytischen Verhalten variieren. Das sind die Bazillenträger. Vielleicht liegt hier die Bildung neuer Synusien im Beginn vor, und die verschiedenen Formen der Bazillenträger zeigen uns heute den Prozeß, den die Entwicklung der Synusien im Laufe der Jahrmillionen gegangen ist.

In Verfolgung der Reihe wären dann noch zwei Modi der Synusiebildung denkbar. Erstens durch Parasiten, die heute bei der Berührung mit dem Menschen immer krank machen, keine Bazillenträger bilden, aber in Zukunft Anpassungen eingehen. Zweitens durch Parasiten, welche heute überhaupt noch nicht mit dem Menschen zusammenleben, sei es, daß ihre eigne Entwicklung noch nicht so weit gediehen ist, sei es, daß der Mensch ihnen noch keine Angriffsfläche bietet.

8. Aus der Auffassung des Lebens als Synusie folgt für dessen Formen, für Gesundheit und Krankheit: Nicht der Organismus ist gesund und krank, sondern die Synusie. Zu der Betrachtung von der Korrelation, dem Syzygium der Zellen, Organe, Systeme hat also noch die Betrachtung von der Korrelation, dem Syzygium der Synonten hinzuzutreten. Wir können sagen: Wie die Blutkörperchen so sind die Mikroorganismen bewegliche Zellen, sie gehören zu dem Eiweißhaushalt des Körpers. Wir wissen, daß Bakterien hormonale Wirkung haben, sei es, daß sie selbst Hormone bilden, sei es, daß sie zur Bildung solcher anreizen, sei es, daß sie auf endokrine Organe wirken, sei es, daß ihre Stoffwechselprodukte endrokrine Stoffe chemisch verändern. Wie es ein durch kleine Quantitäten fein abgestimmtes endokrines Gleichgewicht gibt, so muß es auch ein mikrobielles Gleichgewicht geben. Aus biologischem Kampf und biologischer Hilfe stellt sich ein biologisches Gleichgewicht zwischen dem Organismus und den Mikroorganismen und diesen untereinander her, das synusitische Gleichgewicht, und jede Wirkung und Aenderung der Synonten müssen sich an diesem Gleichgewicht äußern. Was haben wir nun mit dieser Auffassung erreicht? Wir haben den Blick für die Bedeutung der Mikroorganismen um ein Prinzip erweitert. Trotz der Symbiose der Darmflora, des Saprophytismus und harmlosen Parasitismus, trotz der Fortschritte der immunbiologischen Forschung für die Auffassung der Tuberkulose ist der Gesichtspunkt, aus dem die Medizin das Wesen der Mikroorganismen im Verhältnis zu dem Organismus gesehen hat, hauptsächlich der der Infektionslehre gewesen. Man hat nur das kranke Leben gesehen und Immunbiologie getrieben. Aber auch die allgemeine Bakteriologie hat trotz der Arbeiten über Symbiose die Bedeutung der Mikroorganismen für das Leben des Organismus, für das Leben an sich nicht gewürdigt. Mit der Aufstellung des Satzes: Das Leben ist eine Synusie, haben wir dem Organismus ein neues Zellsystem aus komplizierten Untersystemen von großer Verbreitung und stärkster Wirkung in seinen kleinsten Quantitäten gegeben, oder aber das Leben einer einheitlichen Welt als das Leben zweier trotz ihrer Verbundenheit geschiedenen Welten, der des Organismus und der der Mikroorganismen erkannt. Daraus müssen sich sowohl für die Biologie wie für die Pathologie weitere Erklärungsmöglichkeiten ergeben, und es ist nun die Aufgabe, einige Grundbegriffe auf die gewonnene Basis zurückzuführen, das heißt wir müssen sie wie das Leben selbst von dem Organismus losreißen und an die Synusie anknüpfen.

9. Es gibt so viel synusitische Gleichgewichte wie Individuen, und so viel Typen von Gleichgewichten wie Typen von Menschen und Formen des Lebens. Das biologische Gleichgewicht ist kein starres, sondern ein schwankendes, es bedeutet nur die Anpassungsmöglichkeit lebendiger Kräfte aneinander. Dem normalen Menschen und Leben müssen nun normale Kräfte der Synonten und eine normale Anpassungsmöglichkeit entsprechen, das heißt die Schwankungen des synusitischen Gleichgewichtes haben ein gewisses Ausmaß. Wir haben dann die *normale Synusie*.

Aendert sich ein Synont so, daß für die anderen keine Anpassungsmöglichkeit besteht, so wird das Gleichgewicht gestört, wir haben die *gestörte Synusie*, das heißt Krankheit. Vom Organismus her ist uns die Störung des Gleichgewichtes seiner Teile bekannt, das neue, was uns der veränderte Blickpunkt bringt, ist das, daß eine Aenderung des Synonten Organismus eine Aenderung des neuen Zellsystems der Mikroorganismen mit sich bringen muß, das heißt, wie schon erwähnt, nicht der Organismus erkrankt, sondern die Synusie.

Zwischen diesen beiden Extremen gibt es ein Gleichgewicht, bei dem die Aenderung des einen Synonten die Anpassung der anderen noch ermöglicht, wir haben ein geändertes Gleichgewicht, eine *geänderte Synusie*. Dieses Gleichgewicht kann so stabil sein wie das normale, es kann aber auch labil sein und so die Neigung haben, in das gestörte Gleichgewicht überzugehen. Zu dieser Form der Synusie gehören die Bazillenträger, sowohl der ubiquitären wie der obligaten Bazillen. Die letzteren sind aber, wie schon auseinandergesetzt, nicht nur *geänderte*, sondern auch *andere* Synusien.

Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf.
Direktor: Prof. Dr. Rehn.

Ueber Hallux-valgus-Operationen.

Von

Dr. A. Gottesleben.

In den letzten 30 Jahren sind mehr als 30 Modifikationen von Hallux-valgus (H. v.)-Operationen beschrieben worden. Die Ursache hierfür liegt begründet in den mannigfachen Erklärungsversuchen über Aetiologie und Pathologie des H. v. Die Entstehung der Schiefzehe wird von Cruveilhier und Payer erklärt als Folge schlechtsitzenden Schuhwerks, als Schwäche der inneren Metartasophalangealbänder, nach Malgaigne und Volkmann als Muskelstörung in Form der Kontraktur des M. extens. und halluc.-longus und Parese des M. adductor, in den Spätstadien mit chronischen arthritischen Gelenkveränderungen.

Die Hohmannsche Theorie, nach welcher der H. v. eine Belastungsdeformität ist, hat insofern ihre Berechtigung, als beim Knickfuß derartige Zehendeformitäten vorkommen. Braus betont die Abhängigkeit des H. v. vom Knickfuß und Robinson beschreibt sie ebenfalls. Das schließt jedoch nicht aus, daß eine große Anzahl von Knickfüßen nie H. v.-Beschwerden bekommen und nie Symptome eines H. v. zeigen. Hühne rechnet vom Payrschen Material 20% der Fälle von H. v. mit Knickplattfuß kombiniert; das würde meinen Untersuchungen entsprechen. Der Ursachen sind zu viele, als daß in jedem Fall ein H. v. mit Knickfuß kombiniert sein müßte. Hohmann selbst führt als weitere Ursachen chronisch deformierende Arthritis des Großzehen-Grundgelenkes an, Trauma mit folgender Formveränderung des Gelenkes, Verletzung des Abductor hallicus oder Lähmung des Muskels. Nicht erwähnt finde ich die Familienerblichkeit, die ich in mehreren Fällen, wie Borchardt, Denis, Zesar und Kirmisson feststellen konnte. Eine Kombination mit Knickfuß war selten vorhanden. In die Theorie der Familienerblichkeit spielt auch die Payrsche Lehre von der Konstitutionsanomalie hinein. Der Astheniker oder Bindegewebsschwächling mit den losen Gelenken neigt weit eher zu diesen Deformitäten als ein normaler Mensch mit gut ausgebildeter Muskulatur. Beim Arthritiker ist die Deformität als Folgezustand der chronisch entzündlichen Deformitäten zu betrachten.

Wenn man mit Rost Knochen, Bänder und Gelenkteile als eine funktionelle Einheit auffaßt, so ergibt sich mit der Erklärung des H. v. als Subluxation (Gurlt, Wernher und Treves-Keith), daß es sich bei der Schiefzehe um eine Erkrankung handelt, die teils mit, teils ohne vererbte Anlage entsteht und verschiedene Stadien erkennen läßt. Im ersten Stadium handelt es sich um dauernde vestimentäre Schädigung, eine Erschlaffung der medialen Gelenkkapselwand mit gleichzeitiger Verkürzung des M. ext. halluc. Im zweiten Stadium um eine Subluxation mit überknorpelter Gelenkfläche an der lateralen Köpfchenseite des Metartasus I, im dritten Stadium arthritische Prozesse mit ausgesprochener Exostosenbildung an den freigewordenen Teilen des Metatarsalköpfchens und des Tuberkulum. Gleichzeitig wird der basale Gelenkanteil der ersten Phalanx schräg konkav, indem er sporenförmig zur medialen freien Seite hin auswächst.

Die Theorie der Amerikaner Joung und Ewald, nach der der H. v. seine Entstehung einer primären Abweichung des Metatarsus I nach innen durch einen Metatarsus abduktus verdankt, wird von Simon bestritten. Nicht zu leugnen ist die Bedeutung des Os intermetatarseum, das zuweilen mit dem ersten Metatarsus oder dem Cuneiforme verschmilzt.

Die Erfolge und Mißerfolge bei den vielen Operationsmethoden beruhen wahrscheinlich darauf, daß einfache Methoden bei komplizierten Fällen nicht ausreichend sind, während sie in den ersten Stadien der Erkrankung noch sehr gute Heilerfolge erzielen. Umgekehrt können Operationen am Sehnenbandapparat bei schweren Knochenveränderungen nicht zum Ziele führen. Die Art der H. v.-Operationen möchte ich nicht nach technischen Gesichtspunkten wie Payr einteilen, sondern nach den Stadien betrachten, in denen sie zur Operation kommen. Diese drei Stadien sind:

1. Erschlaffung der Gelenkkapsel, der Muskulatur und des Sehnenbandapparates.
2. Beginnende Subluxation mit übermäßig überknorpelten Gelenkflächen an der durch die Deformierung frei gewordenen Gelenkseite mit beginnender Auffaserung des Knorpels.
3. Arthritisch deformierende Prozesse der Gelenkanteile mit Knochenveränderung.

Im ersten oder Anfangsstadium der Erkrankung sind Operationen erfolgreich, wie sie von Schede, Payr, Spitzy, Wilson, Mayo, Eitner, Spiers angegeben und ausgeführt sind. Es sind die Operationen, die mit Entfernung des Schleimbeutels und der Exostose die akuten Beschwerden beseitigen und ein Rezidiv vermeiden wollen. Die kausale Behandlung darf dabei nicht vernachlässigt werden, wenn es sich besonders um Fälle des zweiten und dritten Stadiums handelt. Sonst kommt es zur weiteren Schiefstellung der großen Zehe und zum Rezidiv. Die Wilsonsche Statistik ergibt bei vier Fällen nur in einem einzigen Fall eine geringe Besserung. Die guten Erfolge, über die sonst berichtet wird, sind nur so zu erklären, daß die Auswahl der Fälle eine ausgezeichnete ist und daß die orthopädische Nachbehandlung mit gut sitzendem Schuhwerk vollkommen sein muß.

Die zweite Gruppe umfaßt die Operationen am Sehnenapparat. Die Sehne des M. ext. halluc. wird über dem Metatarsusköpfchen in einer Länge von drei bis vier Zentimetern losgelöst und medial am Periost befestigt. (Lycklama a Niycholt.) Nach Robinson werden bei gleichzeitig bestehendem Knickfuß die Sesambeine entfernt und die Extensorensehne verlängert. G. A. Albrecht formt das Köpfchen des Metatarsus I so, daß die Zehe normal gestellt werden kann, spaltet die Sehne des M. ext. halluc. long. in der Längsrichtung, meißelt an der medialen oberen Fläche des Metatarsus eine Knochenrinde für die Sehne aus und vernäht sie mit dem Periost an der medialen Seite der ersten Phalanx. Ueber der Sehne wird das Periost des Metatarsus I vernäht. C. Raths durchtrennt Flexor und Extensorsehne, modelliert die Gelenkfläche unter Schonung der Knorpelüberzüge, vernäht die Flexorsehne medial und seitlich ans Periost der Phalanx I und die Extensorsehne etwas nach dorsalwärts. Er will bei sieben Fällen gute Erfolge gesehen haben. Scheldon geht von der anatomischen Tatsache aus, daß die Sehne des M. ext. halluc. long. stärker ist als sein Antagonist und sie befähigt, bei geringer Abduktionsstellung der großen Zehe stärkeren Abduktionszug auszuüben. Er beschreibt nur Fälle mit beginnender Exostosenbildung, reseziert die Exostose, spaltet die Sehnen des M. ext. prop. und brev., verlängert sie durch Bajonettschnitt ohne nachfolgende Naht mit gutem Erfolg. Ullmann genügt sich nicht mit der Exstirpation der Sesambeine, sondern fügt noch die Transplantation der Sehne des M. flex. halluc. long. in die Sehne des Extensor hall. long. hinzu.

Der Zweck der Operationen am Sehnenaparat ist, durch Verlängerung der Extensoren ein Gleichgewicht oder Uebergewicht über die Flexoren zu erlangen. Der Erfolg wird als gut beschrieben. Auch hier kommt es meines Erachtens auf die Auswahl der Fälle an. In manchen Fällen würde die mechanisch-orthopädische Behandlung mit gleichzeitiger Apparatbehandlung, wie z. B. H. v. Salis angegeben hat, ausreichen. Der Erfolg der Sehnenoperationen ist dann ein guter, wenn die dauernden Schädlichkeiten, wie Schuhdruck und falsche Gangart vermieden werden können, ehe es zum Rezidiv kommt. In allen Fällen ist darauf zu achten, ob eine Komplikation mit Knickplattfuß besteht. Diese ist als primäre Ursache unbedingt auszuschalten. Auf diese Tatsache hat besonders auch Debrunner hingewiesen und betont, daß hier der M. abduktor zum insuffizienten Flexor wird.

Zur dritten Gruppe gehören die schweren Fälle von H. v. mit deformierender Arthritis des Zehengrundgelenks, Metatarsus abductus, Sporenbildung des Gelenkanteils der Großzehe und Knickplattfuß. Therapeutisch sind diese Fälle nur mit den kombinierten Methoden, wie Payr sie nennt, zu beeinflussen. Hierher gehören sämtliche Operationen am Metatarsus I, Osteotomie, Keilresektionen, mögen sie am proximalen, distalen Ende oder am Schaft ausgeführt werden (Reverdin, Hüter, König). Die Operationen am Köpfchen mit mehr oder weniger großer Entfernung des Cuneiforme I ist schon von Ludloff wegen Ausbildung eines Schlottergelenkes in der Nähe des Os naviculare abgelehnt worden. Er sieht auch in der queren und keilförmigen Osteotomie am Schaft und Köpfchen keine kausale Behandlung, weil der Knick im Metatarsus nicht nur kosmetisch unschön ist, sondern auch den Gang behindert, die Heilungsdauer sehr langwierig gestaltet, die partielle Luxation nicht aufgehoben wird, die verderbliche Wirkung des Abduktor halluc. bestehen bleibt, die Osteotomiestelle an der größten Belastung liegt und nicht vor der allmählichen Zunahme der Valgität schützt. Eine ablehnende Haltung nimmt auch Joung ein. Von

78 Fällen mit Entfernung des Köpfchens des Os metatarsale waren 61% gute Resultate. Bei der keilförmigen Osteotomie, die achtmal ausgeführt wurde, waren nur zwei befriedigend. Ebenso sind die Erfahrungen von Eitner, der der Ludloffschen Operationsmethode den Vorzug gibt. Interessant sind die Erfahrungen, die C. B. Metcalf gemacht hat: Erstens mit der palliativen in 40 und zweitens mit der operativen Behandlungsmethode in 70 Fällen. Bei Einlagen mit Erhöhung des heruntergedrückten Köpfchens des Os metatarsale I war eine ungeheilt. Bei einfachen, das Längsgewölbe stützenden Einlagen gaben nur drei von acht Fällen günstige Resultate. Unter 45 nach Hueter operierten Fällen waren 13 mit der Mayoschen Modifikation in 65% gut, in 5% gering, in 14% ohne Erfolg. An der Düsseldorfer Klinik wurde unter Witzel die Riedelsche Operation in 18 Fällen bei doppelseitigem Hall. valgus ausgeführt. Es waren Abweichungen von 30 bis 40, 70 bis 80 Grad und solche mit 90 Grad. Die Nachuntersuchung dieser Fälle hat keinerlei Rezidiv ergeben. Die Patienten waren beschwerdefrei; in etwa 30% der Fälle mußten besondere Einlagen angemessen werden.

In der jetzigen Rehnschen Klinik wird die Lexersche Operationsmethode ausgeführt. Es ist eine Kombination der Resektion des Köpfchens des Metatarsus I mit einer Fettgewebsplastik. Dann beseitigt er den Metatarsus abduktus durch Tenotomie der Strecksehne der fünften Zehe, die er dicht um den Metatarsus I und II als Schlinge herumführt und festnäht. Die Erfolge dieser Operationsmethode waren gut. Die Nachuntersuchungen, die in den zwei letzten Jahren gemacht wurden, haben befriedigende Resultate ergeben.

Zusammenfassung.

Es herrscht in der Frage der Aetiologie und Therapie des H. v. noch große Unklarheit. Die Therapie kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich nach den Stadien der Erkrankung richtet. Diese Stadien sind:

1. Der Beginn der H. v. mit Erschlaffung der Gelenkkapsel des Sehnen- und Muskelapparates mit oder ohne Knickplattfuß. Seine Heilung kann palliativ oder operativ erfolgen.
2. Die Subluxation mit den übermäßig überknorpelten Gelenkflächen an den durch die Deformierung freigewordenen Gelenkteilen und beginnender Auffaserung des Gelenkknorpels mit Exostosenbildung. Die therapeutische Beeinflussung hat in der Entfernung der Exostose und Sehnen- und Muskelplastik zu erfolgen.
3. Arthritisch deformierende Prozesse der Gelenkteile mit sämtlichen Komplikationen: Metatarsus I abduktus, Knickplattfuß, Arthritis deformans, Bursitis, ausgedehnte Exostosenbildung. Die therapeutische Beeinflussung geschieht durch kombinierte Operationsmethoden. In allen Fällen ist geeignete orthopädische Nachbehandlung unbedingt erforderlich. Gut sitzendes Schuhwerk ist Vorbedingung zur Rezidiv-Verhütung.

Literatur:

Ausführliche Literaturverzeichnisse. Handbuch für Chirurgie und Archiv für klinische Chirurgie. Band 141, 1. Heft.
Röpke: Ueber den H. v. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 81, S. 137.
Wilson: Analysis of 152 cases of H. v. Americ. journ. of. Orth. surg. 1906.
Mayo: Surgical treatment of brunions. Klin. Journ. Bd. 50, Nr. 5.
Eitner: Erfahrungen über die Behandlung des H. v. Wien. Med. Wochenschr. Jahrg. 70, Nr. 37, 38.
Ludloff: Die Beseitigung des H. v. usw. Arch. f. klin. Chirur. Bd. 110.
Spiers: Endresult study of. H. v. operations. Journ. of the americ. med. assos. Bd. 75.
Metcalf: Acquired H. v. usw.: Med. surg. 1912. Aug. 29.
Lycklama a Niycholt: H. v. Nederlandsch tijdschr. V. geneesk. Jahrgang 64 Nr. 20.
Albrecht: Path. u. Therap. des H. v. Russki Wratsch 1911 Nr. 1. referiert: Zentralbl. f. Chirurg. 1911 Nr. 16.
Rath: Ein Beitrag zur operativen Behandlung des H. v. Zeitschr. f. orth. Chirurg. Bd. 18 H. 3 u. 4.
Schelden: Halux valgus. New York med. record 1903. Zentralbl. für Chirurgie 1904.
Ullmann: Die Behandlung des H. v. Wien. Med. Wo. 1894 Nr. 49.
v. Salis: Zur Behandlung des H. v. Münch. Med. W. 1919 Nr. 8.
Debrunner: Ueber die Funktion des Mus. abdukt. hal. usw. Zeitschr. f. d. ges. Chirurg. u. Grenzgebiete. Bd. 10, 1921.
Payr: Pathol. u. Therapie des H. v. Wien. Braumüller 1894.
Riedel: Zur operativen Behandlung des H. v. Zentralbl. für Chirurgie. Nr. 44. 1886.
Lexer: Operation des H. v. Deutsch. Med. Wc. 1917. Nr. 32.
Hohmann: Ueber H. v. Arch. f. Orth. u. Chirurg. Bd. 21. Fuss und Bein: München, Bergmann 23.
Krukenberg: Ueber operative Behandlung des H. v. 20. Kongreß der deutschen orthopädischen Gesellschaft.
Höhne: Ueber Erfolge der Payrschen H. v. Operation. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 141. H. 1.

Buchbesprechungen.

Prof. Dr. T. Hernando, Madrid: **Wechselbeziehungen zwischen den Störungen der inneren Sekretion und dem Verdauungsapparat.** Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle. 111 S. Preis: M. 4,50 geheftet. — In diesem Heft der Abhandlungen aus dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten werden die Wechselbeziehungen sämtlicher endokriner Organe (einschl. des Magens und der Milz) mit dem Verdauungstraktus auf Grund von zusammengestellten Forschungsergebnissen zur Darstellung gebracht. Bei der Aufmerksamkeit, welche den Blutdrüsen heute gewidmet wird, ist diese Zusammenfassung höchst erwünscht, zumal die reiche Erfahrung und die kritische Beurteilung des Verf. überall zum Ausdruck kommen und die Kenntnis der gesicherten Tatsachen völlig übermittelt wird. Praktisch wertvoll sind die knapp gehaltenen Hinweise zur Diagnostik der Erkrankungsformen der einzelnen innersekretorischen Drüsen, sowie die manches Neue bietenden therapeutischen Ratschläge. Ein Einarbeiten in dieses Sondergebiet wird durch das 350 Arbeiten umfassende Literaturverzeichnis sicherlich erleichtert. Biberfeld.

Bernhard de Rudder: **Spezifische Prophylaxe und Therapie bei Masern und Scharlach.** Verlag der ärztlichen Rundschau Otto Gmelin, München. 29 S. Preis M. 1,20. — Das überaus akutelle Problem der Bekämpfung dieser Infektionskrankheiten durch die Serumtherapie bildet den Gegenstand dieser kurzen Broschüre. Die neuesten Ergebnisse der experimentellen Forschung sowohl wie die praktischen Konsequenzen, die sich bis jetzt aus den klinischen Erfahrungen ergeben haben, sind klar und übersichtlich dargestellt. (Masernrekonvaleszenten-, Erwachsenen- und Tierserum, Scharlachrekonvaleszenten-, Dochez' Serum, Dick-Test usw.) Zur Orientierung über den derzeitigen Stand dieser Fragen ist das Heft jedem Arzt aufs wärmste zu empfehlen, besonders wegen der genauen Angaben über die Darreichungsart der einzelnen Sera zu prophylaktischen oder therapeutischen Zwecken. Biberfeld.

H. Ziemann: **Hämatologisches Praktikum.** Verlag S. Karger, Berlin. 166 S. mit 34 Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln. Preis 7,20 M. — Der für die Bedürfnisse der Praxis geschriebene Leitfaden ist außerordentlich zweckentsprechend verfaßt. Er enthält neben einer klaren Darstellung der Technik der verschiedenen Krankheiten des hämatopoetischen Systems und der durch Blutprotozoen und Würmer hervorgerufenen hämatologischen Veränderungen eine genügende, nicht in Weitschweifigkeiten sich verlierende physiologische, anatomische und pathologische Begründung der für den Praktiker so verwirrend erscheinenden Krankheitsbilder. Anordnung und Verarbeitung des Stoffes lassen ein hervorragend pädagogisches Geschick erkennen. Die meist schematischen Textabbildungen, sowie die farbigen Tafeln tragen zur Verdeutlichung der Schilderung wesentlich bei. Ueberaus wertvoll erscheinen die überall eingestreuten, der reichen Erfahrung der Verfassers entspringenden therapeutischen Ratschläge. Die gesicherten Ergebnisse der Forschung haben eine weitgehende Berücksichtigung erfahren, selbst neueste Errungenschaften (Plasmochin) werden mitgeteilt. Die für das Verständnis so schwierigen hämatologischen „Fachausdrücke“ sind nach Möglichkeit vermieden, ebenso sind die literarischen Hinweise auf das Notwendigste beschränkt. Sicherlich wird das Buch sich in den Reihen der praktischen Aerzte viele Freunde erwerben und die seinem Wert entsprechende Verbreitung erfahren.

Biberfeld.

Psychobiologische Fragebogen. Herausgegeben von Dr. Magnus Hirschfeld. VI. Auflage. Institut für Sexualwissenschaft. (Dr. Magnus Hirschfeld Stiftung.) 15 Seiten. — Der Fragebogen enthält 137 Hauptfragen, die jedem Patienten des Institutes vorgelegt werden. Die Fragestellung dürfte für jeden praktischen Arzt anregend sein. Wie es scheint, ist der Fragebogen in Buchhandlungen nicht käuflich. Es ist aber zu wünschen, daß die Broschüre weiteren Kreisen als nur den Patienten des Institutes zugänglich ist.

M. Kantorowicz.

A. Müller, M.-Gladbach: **Lehrbuch der Massage.** Zweite Auflage. Bd. I M. 20,—, geb. M. 22,50; Bd. II M. 30,—, geb. M. 32,50; Bd. I/II zus. bezogen M. 45,—, geb. 50,—. Marcus u. Webers Verlag, Bonn. — Die zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage erscheint im Gegensatz zur ersten in 2 Bänden. Der erste Band stellt ein fast neues Buch dar und umfaßt die funktionellen Erkrankungen des Bewegungsapparates und die Theorie der Massage.

Die rheumatische Erkrankung des Muskels ist eine krankhafte Steigerung seiner Funktion. Er reagiert also auf normale Reize abnorm. Dieser Hypertonismus wird vom Verf. mit „Hartspann" bezeichnet. Er befällt niemals nur einen einzigen Muskel, sondern greift immer auf die benachbarten, ja sogar auf räumlich weit entfernte Muskeln über. Dieses Uebergreifen ist nach Beobachtungen des Verf. an ganz bestimmte Regeln gebunden und so sind von ihm 4 Gesetze aufgefunden worden, die sich hierbei immer bestätigen:

I. Gesetz der Mitwirkung (Synergie) besagt, daß die mit ihm in gleicher Richtung wirkenden Muskeln ebenfalls erkranken,
II. Gesetz der Gegenwirkung (Antagonismus) besagt, daß zugleich auch seine Antagonisten hypertonisch erkranken,
III. Gesetz der Beiderseitigkeit (Symmetrie) besagt, daß mit einem Muskel der gleiche Muskel der andern Körperseite erkrankt. Mit dem symmetrischen Muskel wiederum erkranken in gleicher Weise seine Synergisten und Antagonisten,
IV. Gesetz der Gleichartigkeit (Homologie) besagt, daß bei einer hypertonischen Muskelerkrankung an der oberen Extremität immer auch die den erkrankten funktionell entsprechenden Muskeln der unteren Extremität erkrankt sind und umgekehrt.

Mit Hilfe dieser Gesetze läßt sich leicht die ganze Ausbreitung der Erkrankung finden.

Fast immer ist bei einer hypertonischen Muskelerkrankung das beteiligte Gelenk mehr oder weniger stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Vorbedingung für diese Gelenkerkrankung schafft der Hartspann. Aus diesen Erfahrungen heraus empfiehlt M. systematische Versuche mit Massage bei sämtlichen Gelenkerkrankungen zu machen. Dabei ist immer zu beachten, daß diese Massage lediglich eine Massage des Hartspanns ist, durch welche die Gelenkerkrankung nur insoweit beeinflußt wird, als die Veranlagung für sie weggeräumt und der Weg zur normalen Heilung frei wird. Deshalb ist bei ihrer Anwendung zu erwarten, daß der Körper mit der Gelenkerkrankung allein fertig wird, diese also, wenn nicht von selbst, so doch bei Anwendung entsprechender Maßnahmen leichter ausheilt. Selbst in den Fällen, in welchen der Hartspann lediglich Begleiterscheinung ist, ist die Massagebehandlung desselben nicht nur eine dankbare Aufgabe, sondern erfüllt auch eine sehr wichtige ärztliche Forderung. Denn sie bekämpft dasjenige Symptom, das dem Patienten die größten Beschwerden macht, den Schmerz, und sie kann hierin durch kaum etwas anderes ersetzt werden als durch Betäubungsmittel.

Auf alle durch Massage beeinflußbaren Gebilde — Muskeln, Gelenke, Schleimbeutel, Sehnenscheiden, Fettgewebe, Periost, Uterus-Prostata und Schilddrüse — wirkt die Massage nur, wenn sie krank sind, und zwar, wenn sie den Befund aufweisen, der dem Hartspann zugrunde liegt. Ihre Hauptwirkung liegt in einer Herabsetzung der Erregbarkeit der Muskulatur. Deshalb hat es keinen Zweck, gesunde Körperteile zu massieren. Die Massage ist also nicht nur Reiztherapie, sondern eine auf ein bestimmtes Organ, den Bewegungsapparat, und eine bestimmte Erkrankung desselben, den Hartspann, abgestimmte Reiztherapie.

Der II. Band, welcher die Technik der Massage des Bewegungsapparates, der männlichen und weiblichen Beckenhöhle in Skizzen und Beschreibung in durchaus klarer Weise vermittelt, stellt einen Leitfaden dar, der sinngemäß dem Einzelfalle anzupassen ist.

Eine weitgehende Verbreitung dieses Lehrbuches in Aerztekreisen wäre zu begrüßen. Stimming.

Gegen die Impfung Minderjähriger. Eingabe der Liga für Mutterrecht und Kinderschutz an den hohen Reichstag betreffend Heraufsetzung der Altersgrenze der Impflinge. (Schriften der Liga für Mutterrecht und Kinderschutz, Nr. 2.) 22 Seiten. Verlag Dr. Madaus & Co., Radburg, Bez. Dresden. Preis 40 Pf. Die vorliegende kleine Schrift gibt den Inhalt der Eingabe der Liga an den Reichstag wieder, sowie deren Begründung. Es empfiehlt sich für jeden Arzt, diese Gründe kennen zu lernen, um sich über die Argumentation der Impfgegner zu orientieren.

M. Kantorowicz.

Das Gesundheitsreglement des Palmireno vom Jahre 1569. Ein Beitrag zur Kenntnis der spanischen Volksmedizin im XVI. Jahrhundert. Zum ersten Male ins Deutsche übertragen und mit Anmerkungen versehen von Dr. med., Dr. phil., Dr. med. dent. Fritz Lejeune, Privatdozent für Geschichte der Medizin an der Universität Köln. Greifswald 1926. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg. 48 Seiten. — Ein sehr interessantes Dokument, dessen medizin- und kultur-historische Bedeutung nicht zu unterschätzen ist. Der Kommentar des Herausgebers verrät große Mühewaltung und Sachlichkeit.

M. Kantorowicz.

Alfred Grotjahn: **Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung.** Versuch einer praktischen Eugenik. Urban & Schwarzenberg. Berlin. 344 Seiten. Preis 15,— M.; geb. 17,50 M. — Das vorliegende Buch des Berliner Sozialhygienikers unterscheidet sich wesentlich von zahlreichen ähnlichen Werken, hauptsächlich dadurch, daß sich A. Grotjahn hier nur in beschränktem Maße der Ergebnisse der Vererbungsforschung bedient, die an Hand zoologischer und botanischer Experimente gewonnen sind.

Vielmehr lenkt er seine Aufmerksamkeit auf die soziale Seite des Problems. Von diesem Standpunkt ausgehend, betrachtet er allseitig die quantitative Bevölkerungspolitik, wobei er auch hier ausführlich sein „Dreikinderminimalsystem" begründet, das seit dem Jahre 1912 unter dem Namen Grotjahnsche „Fortpflanzungsmaßregel" bekannt ist. Um dieses System durchführen zu können, schlägt A. Grotjahn eine Elternschaftsversicherung vor. Ebenso ist in dem rezensierten Buche ein Entwurf und eine Begründung dieser Versicherung enthalten: Erst nach einer vollkommenen Durchführung der quantitativen Bevölkerungspolitik kann man eine qualitative Bevölkerungspolitik betreiben. Auch hierüber schreibt A. Grotjahn ausführlich, wobei er aufschlußreiche vererbungsbiologische und -pathologische Kenntnisse übermittelt. Um sowohl quantitative als auch qualitative Bevölkerungspolitik zu treiben, muß die „naive" Fortpflanzungspolitik beseitigt werden, denn nur dann kann man zu einer Rationalisierung des Fortpflanzungswesens übergehen. Auch jetzt wird eine solche Rationalisierung in vielen Kreisen durchgeführt, die jedoch einen Geburtenrückgang zur Folge hat. A. Grotjahn empfiehlt eine vernünftige Rationalisierung, die den Bestand der heutigen Bevölkerung erhält und zu einer Ausschaltung Minderwertiger von der Fortpflanzung führt. Im Zusammenhang hiermit erörtert A. Grotjahn ausführlich die Präventivtechnik, wie er überhaupt der individuellen bzw. sozialen Fortpflanzungshygiene einen würdigen Platz in seinem Werke einräumt. Auch fehlt es nicht an wertvollen Ratschlägen für Aerzte, die sich im ganzen Buche finden, vornehmlich aber in dem Kapitel „Die eugenische Beratung durch den Arzt" erörtert sind.

Alles in allem, jeder Arzt wird aus diesem geistreich und schwungvoll geschriebenen Buche eine Fülle neuer Gedanken und Anregungen empfangen.

M. Kantorowicz.

Die Wochenhilfe. Kommentar zu den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über Wochenhilfe mit einem Anhang über die Wochenfürsorge v. Dr. jur. Heinz Jäger, Direktor d. Städtischen Versicherungsamtes München. Dritte, völlig neubearbeitete Auflage. C. H. Beck, München 1926. VIII, 96 Seiten oktav. Leinenband M. 4.— — „Mit dem Gesetze vom 9. Juli 1926 (RGBl. I, S. 407) hat die Reichsregierung die deutsche Gesetzgebung über die Wochenhilfe und Familienwochenhilfe den Bestimmungen des sog. Washingtoner Abkommens vom Jahre 1919 angeglichen. Damit dürfte auf längere Zeit hinaus ein Ruhepunkt auf diesem Gebiete unserer sozialen Versicherungsgesetzgebung erreicht sein. Es erscheint daher angebracht, den Kommentar über Wochenhilfe, dessen vor vier Jahren erschienene zweite Auflage durch die Entwicklung der Gesetzgebung veraltet ist, in neuer Bearbeitung herauszugeben." (Aus dem Vorwort.) Der Kommentar ist klar und leicht faßlich geschrieben. Die Rechtsprechung der Verwaltungsbescheide ist ausgiebig herangezogen. Auch fehlt es nicht an einem Sachregister. In Anbetracht der großen sozialmedizinischen Bedeutung des am 1. Oktober in Kraft getretenen Gesetzes und der oben angedeuteten Eigenschaften des vorliegenden Kommentars sei das Büchlein allen Aerzten bestens empfohlen.

M. Kantorowicz.

Prof. Dr. F. E. Schultze, Königsberg: **Anleitung zur Menschenkenntnis.** (Wissenschaft und Bildung Nr. 189). Verlag von Quelle & Meyer in Leipzig. 170 Seiten. Preis geb. 1,80 M. — Der Arzt, der bestrebt ist, Personaldiagnostiker zu werden, wird in diesem Büchlein mancherlei Anregung zur Vertiefung in das Problem „Mensch" finden. M. Kantorowicz.

Warnung

vor „billigeren Ersatz“-Apparaten

Neuerdings wird als „billiger Ersatz“ unserer bewährten **SOLLUX-LAMPEN** (ORIGINAL HANAU) zur Hyperämie-Behandlung ein neuer Apparat empfohlen, der seiner Einfachheit entsprechend relativ viel zu teuer ist.

Was dem „billigeren“ Apparat alles fehlt:

Ihm fehlt der 5 stufige Regulierwiderstand zur beliebigen Regelung der Lichtstärke.

Ihm fehlt die Seilrollenvorrichtung und das Gegengewicht im Innern der Stativstange zur mühelosen Höhenverstellung.

Ihm fehlt die allseitige kugelgelenkartige Beweglichkeit durch zweifache Drehbarkeit des Querarmes und Gehäuses.

Ihm fehlt die Vor- und Rückwärtsregulierung der Lampenfassung und Erzielung eines nach Belieben konvergierenden od. divergierenden Lichtkegels.

Ihm fehlt das geschlossene konische Reflektorgehäuse, folglich entsteht Belästigung von Arzt und Patienten durch unerwünschten, allseitigen grellen Lichtaustritt.

Trotz all dieser konstruktiven Minderleistungen kostet der neue „billige“ Apparat **MK. 212.50**

gegen

MK. 280.— für die große Solluxlampe nach Dr. Oeken

ORIGINAL HANAU

mit all ihren **anerkannten** konstruktiven Vorzügen.

Die errechnete Ersparnis ist in Wirklichkeit ein ganz beträchtlicher relativer Mehrpreis.

Der neue, bei **Mk. 212.50** keineswegs „billigere“ Apparat ist auch bei Benutzung der lichtschwächeren Lampen nicht bequem tragbar zur Benutzung in der Wohnung des Patienten.

Die kleine SOLLUX-LAMPE nach Dr. Cemach kostet nur Mk. 100.— und wiegt nur 5 kg und ist bequem transportabel zur Benutzung in der Wohnung des Patienten.

Der verwendete Lokalisationstubus ist auch seinem von uns eingeführten Namen nach ein Plagiat des „Erfinders“, begangen an dem Autor unseres Lokalisationstubus (Kieffer-Straßburg). Die gleichzeitige Verletzung unserer Schutzrechte wird verfolgt werden.

Die Lichtquelle unserer SOLLUX-LAMPE ist in jedem unserer Prospekte als „glühlampenähnliche Spezial-Leuchtröhre beschrieben, deren Glaskörper mit Stickstoff von $^{2}/_{8}$ Atmosph. Druck gefüllt ist und deren Glühkörper aus Wolframdrahtspirale besteht“. Es geht daraus für jeden hervor, daß das Prinzip der Sollux-Lampe mit dem der gasgefüllten sogenannten Halbwatt-Lampe identisch ist. Das Gleiche gilt selbstverständlich für die Sollux-Lampen ähnlichen Fabrikate, wie die Kisch-Lampe von Zeiß, Jena, oder die Radiosol-Lampe von Siemens-Reiniger-Veifa. Daraus folgern zu wollen, jede beim Installateur gekaufte Halbwattlampe sei der Sollux-Röhre gleich, beweist mangelnde Fachkenntnis.

Unsere SOLLUX-RÖHREN — Original Hanau — sind eine wertvolle Sonderanfertigung mit bestimmter Fadenbefestigung, die der vielfachen Bewegungsmöglichkeit während des Brennens Rechnung trägt, ferner mit besonderer, von uns veranlaßter verbesserter asbestunterlegter Sockelbefestigung und mit dem von Dr. Heusner, dem eigentlichen Autor unserer SOLLUX-LAMPE — Original Hanau — nach vielen Fehlschlägen mit Erfolg ausgearbeiteten Zentrierstift, der das Schiefsitzen der Lampe im Reflektor wirksam behebt.

Wenn Sie mit therapeutischen Lichtquellen fachmännisch bedient sein wollen, dann wählen Sie nur

ORIGINAL HANAU

die Marke 20 jähriger technischer Erprobung, die Marke,
die wegen ihrer Leistungen Weltgeltung erlangt hat.

Literatur:

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Pluriglanduläre Fettsucht und ihre Behandlung." (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1924, Nr. 10.)

Prof. Dr. Holste, Jena „Neue Arzneimittel" (. . . Über die Zusammensetzung des Lipolysins.) (Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1923, Nr. 18.)

Dr. Max Porges, Marienbad: „Zur Behandlung der pluriglandulären Fettsucht". (Deutsche Med. Wochenschrift 1924, Nr. 25.)

Dr. Otto Schlesinger, Berlin: „Die Fettsucht u. ihre Behandlung auf Grund endokrin. Erkenntnis." (Medizinische Klinik 1923, Nr. 42.)

Dr. Löw Döberitz: „Lipolysin, ein pluriglanduläres Entfettungsmittel". (Gr.-Berliner Ärzteblatt 1923, Nr. 41.)

Dr. Lewy, Bad Reichenhall: „Die hormonale Bekämpfung der Fettsucht". (Fortschritte der Medizin 1923. Nr. 10.)

Prof. Umber, Dirig. Arzt d. Krankenhaus. Charlottenb.-Westend: „Fettleibigkeit und Fettsucht". (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 10.)

Lipolysin

masculin. feminin.

Das pluriglanduläre Entfettungsmittel für orale und intramuskuläre Anwendung.

Kleine Dosen Tabletten verhüten Fettansatz, größere Dosen bewirken Gewichtsabnahme; zu einer systematischen Entfettungskur gehört die kombinierte Anwendung von Tabletten und Ampullen.

Neues Präparat!

Lipolysin sine Thyreoidea

In Fällen, wo Schilddrüsenmedikation kontraindiziert ist.

Literatur:

Dr. W. Jülich, Hamburg Barmbeck: „Zur Nosologie u. Therapie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa)". (Mediz. Klinik 1925, Nr. 32.)

Dr. Albert Lahmann, Weißer Hirsch bei Dresden: „Die klinische Bedeutung der quantitativen Untersuchung auf Abwehrfermente" (Münch. Med. Wochensch. 1925, Heft 36.)

Prof. Hermann Zondek, Berlin: „Ueber hypophysär-cerebral-peripherische Fettsucht (Salz-Wasser-Fettsucht)" (Dt. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 31).

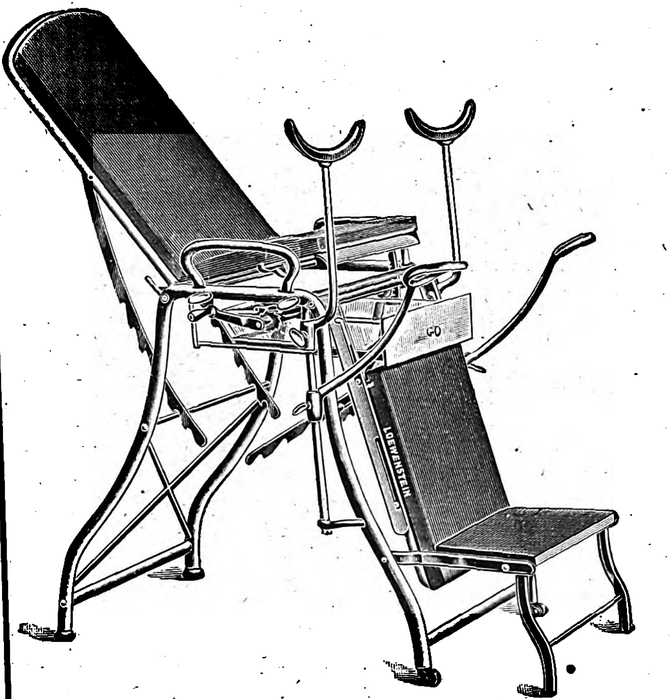
Dr. Erwin Pulay, Wien: „Ausblicke für die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organ-Präparaten" (Dt Med. Wochenschrift 1926, Nr. 5).

San.-Rat Dr. Bieling und Dr. Harry, Friedrichroda: „Untersuchungen über Lipolysinwirkung mit dem Knipping'schen Gasstoffwechsel - Apparat". (Dt. Med Wochenschr. 1925, Nr. 46; Archiv für Balneologie u. Med. Klimatologie 19.6, Nr. 7).

Dr. Alfred Alexander, Berlin: „Ueber endokrine Fettsucht, Lipolysin und Lipolysin sine Thyreoidea" (Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 7).

Dr. Georg Henning / Berlin-Tempelhof.

Original Sims-Loewenstein-Stuhl



Seit über 20 Jahren bewährte Bauart und Ausführung / Fein weiß lackemailliert, Knie- und Hackenstützen vernickelt, starke abwaschbare Polsterkissen, großes Glas-Spülbecken mit Ablauf.

Preis Mk. 235.–

einschließlich Verpackung, frachtfrei jeder Bahnstation Deutschlands.

Verlangen Sie unsere Sonderlisten 45 und 65 über Einrichtungsgegenstände.

AGEMA A.-G.
vormals: Louis & H. Loewenstein
BERLIN N. Ziegelstr. 28

Neues Nähr- und Kräftigungsmittel

Auf Grund klinischer Prüfung glänzend bewährt bei

allen Unterernährungszuständen
chronisch zehrenden Krankheiten
Vitaminmangel-Krankheiten
zur Unterstützung der Rekonvaleszenz
zur Hebung der Entwicklung der Kinder (bis herunter zu 3 Jahren)

ALENTINA

enthält die **Nährstoffe** (25% Stickstoffsubstanz) und die unveränderten **Vitamine** aus Hefe und Malzkeimen

Originalpackung: Dosen zu 200 gr und 500 gr
Bereitungs- und Dosierungsvorschrift auf den Packungen

Literatur:
Rubner u. **Schittenhelm** (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 49)

Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung

R. Schering, Berlin N 4, Chausseestraße 24

THERMAE EMPTZIANAE

Urkundlich bekannt und bewährt seit A. D. 1172
Empfohlen von den berühmtesten Aerzten durch die Jahrhunderte

Emser Wasser (Kränchen)
Pastillen * Quellsalz

Man beachte stets diese

EMS

Schutzmarke
u. meide Nachahmungen

Die natürlichen Vorbeugungs- u. Heilmittel von Weltruf bei

Katarrhen, Asthma, Husten, Heiserkeit, Verschleimung, Grippe u. Grippefolgen, Magensäure, Stoffwechselkrankheiten (Zucker u. harns. Diathese)

Zur Verordnung bei den Krankenkassen zugelassen.

Ad usum proprium Vorzugspreise

Emsolith, das **Beste** für die **Zähne**
Verhindert Zahnsteinansatz

Staatliche Bade- und Brunnendirektion / Bad Ems

KRIPKE

Guajacetin: Tuberkulose, seit 40 Jahren bewährt. 25, 50, 100 Tabletten.

Migrol: Neuralgie, Migräne, Erkältung, 10 Tabletten à 0,5

Quiesan: Mildes Hypnotikum, ohne jede Nachwirkung. 10 Tabletten à 0,5 g.

Eumattan: Salbengrundlage von hoh. Wasseraufnahme.

Rheumamattan: Salizylsalbe, durchdringt die Haut u. beeinflußt den Krankheitsherd.

Adjuvan: ung. ciner. sapon., abwaschbar, daher saubere Inunktionskur. Graduierte Röhre

Ophtalmin – Augenstabtube mit 1% und 2% gelber Augensalbe. Originalpackung.

Eston-Ovale: Fluor albus.

Dr. Speier's **Chloräthyl,** Marke „Speiko"
15, 30, 50, 100 g in Röhren und Standflaschen.

In Kassenpackungen vorrätig:
Rheumamattan
Adjuvan
Ophtalminaugenstabtube
Eston-Kinderpuder
Eston-Schweißpuder
Eston-Vaseline
Mattan, Zink-Mattan
Schwefel Watten
Zinkschwefel-Mattan

Chem. Fabrik Kripke, Dr. Speier & Co., Berlin

ULTRACTINA

Ultraviolett bestrahltes Alpenmilchpulver
in der Hand des Arztes

SICHERES HEILMITTEL
u. Vorbeugungsmittel gegen

RACHITIS

Angezeigt auch gegen Osteomalazie, bei Schwangerschaft und Lactation.

D.R.P. u. Auslandspatente angemeldet.

Hergestellt nach dem Originalverfahren der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg

Nur in Apotheken erhältlich

Merkblatt für den Arzt auf Wunsch durch
Edelweiss-Milchwerk-Kempten/Allgäu

Therapeutisches

Salit.

Die Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden, bringt zufolge Anregung aus Krankenkassenkreisen ihr seit Jahrzehnten eingeführtes perkutanes spezifisches Antirheumatikum Salit jetzt in einer Tube zum Krankenkassenpreise von 0,70 M. heraus, die von den meisten Krankenkassen, zur Verordnung empfohlen wird. Gleichzeitig wird neben den abgabefertigen Zubereitungen (Salit-Oel und Salit-Creme) auch auf die individuelle Rezeptur von Salitum purum (70 % Salicylbornylester), verdünnt mit Fetten, Oel, Alkohol hingewiesen.

Gies schreibt im Praktischen Arzt, 1926, Heft 17, über Erfahrungen mit Salit-Heyden in Originalpackung und in der Rezeptur, daß die Verordnung des Salit. pur. sehr angenehm sei, da die Einreibungen in beliebiger Konzentration hergestellt und andere wirksame Mittel zugesetzt werden könnten. Als besonders wirksam erwies sich folgendes Rezept:

Rp. Salit pur. 5,0; Ol. Chlorof., Ol. Hyoscyami
aa ad 30,0. S. zum Einreiben.

Selbst in Fällen schwerster chronischer Rheumatitiden, in denen eine innerliche Darreichung der Salicylkomponente nicht nur keine Wirkung, sondern sogar Magenstörungen hervorgerufen hatte, wurde mit dem mild und sicher wirkenden Salit vollständiges Verschwinden sämtlicher Krankheitsmomente erreicht.

Die rheumatischen Beschwerden, wie sie bei Arterienverkalkung als Folge der gestörten Blutzirkulation auftreten, wurden günstig beeinflußt; der Verfasser führt das Schwinden dieser Beschwerden auf den gleichsam gefäßerweiternden Einfluß des Salits zurück.

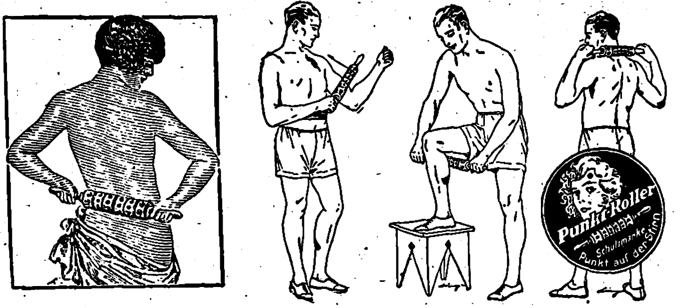
Ganz hervorragende Erfolge konnten durch Massage mit Salit erreicht werden bei Nachbehandlung von Sehnenzerrungen und Gelenksdestorsionen mit kleineren und größeren Blutergüssen. Dabei trat auch in Fällen mit ganz schweren Zerreissungen der Ligamente die Bewegungsmöglichkeit der erkrankten Glieder auffallend rasch wieder ein. Es kommt dem Salit also eine gleichsam zerteilende und gewissermaßen resorbierende Eigenschaft zu.

In der Zusammenfassung betont der Verfasser, daß er sowohl mit der Originalpackung Salitöl und Salitcreme, wie auch besonders mit seinem oben angeführten Rezept bei dem vielseitigen Indikationsgebiet äußerst zufriedenstellende Erfolge erzielt habe.

Intravenöse Bromtherapie bei Hautentzündungen.

Nach dem Vorgang Lebedjew's hat Urban an der Budapester Hautklinik bei Hautentzündungen intravenöse Brominjektionen gemacht, und zwar benutzte er das Ektobrom (Güstrow), eine 10 % Lösung von Natr. bromat. in 4 % Invertzucker (Calorose). Dies Präparat zeichnet sich durch besonders gute Verträglichkeit aus. Bei 27 Hautkranken wurde Ektobrom mit meist gutem Nutzen angewandt. Am besten waren die Erfolge bei akuter nässender Hautentzündung und akutem Ekzem. Hier brachten meist wenige Spritzen eine gegen sonst merklich beschleunigte Heilung. Ebenso günstig reagierten auch die gewerblichen Entzündungen der Hände. Bei chronischem Ekzem war der Erfolg schwächer und weniger deutlich, aber vielfach doch vorhanden, namentlich wenn gleichzeitig entsprechende äußerliche Behandlung stattfand; die sich bei akuten Entzündungen erübrigte. Mehr als 15 Injektionen wurden in einer Kur nicht vorgenommen. (Der praktische Arzt 1926, Nr. 22).

Der neue „Punkt-Roller“
mit extra weichen Kautschuksaugnäpfchen u. Gummispitzen mit doppelter Wirkung.



„Punkt-Roller“ der Selbstmassageapparat
3 D. R-Patente, 24 Auslandspatente.
Chefarzt Professor Ferrua schreibt: Der „Punkt-Roller“ stellt das praktischste sowie idealste Mittel für die Massage dar. Die Resultate, welche ich erzielt habe, sind mehr als zufriedenstellend. Infolge seiner positiven Vorteile stehe ich nicht an, der Aerzteschaft diesen Apparat zu empfehlen. — Man kennt die Wirkung der Massage, doch ist die Selbstmassage mit dem „Punkt-Roller“ noch weit darüber zu stellen.
Therapeutische Anwendung: Rheumatismus, Gicht, Muskelkrämpfe, Fettleibigkeit, Kreislaufstörungen, Verstopfungen und alle Stoffwechselkrankheiten.
Preis des Punkt-Rollers Mark 12.50 und 17.50.
Fabrik orthop. Apparate L. M. BAGINSKI, Bln.-Pankow 299
Hiddenseestr. 10. — Postscheckkonto Berlin 11983. Fernspr. Pankow 1705, 1706, 1707.
Der „Punkt-Roller“ ist ferner zu haben in:
Berlin: in allen Filialen der Fa. M. Pech A.-G.; Küchmann, Dorotheenstr. 31; Medizinisches Warenhaus A-G., Karlstr. 31; Winder, Friedrichstr. 133; **Breslau:** M. Pech A. G., Schmiedebrücke 12; **Danzig:** Kneißel, Stadtgraben 5; **Dresden:** Freisleben, Postplatz und M. Pech A. G., Marschallstr. 2; **Düsseldorf:** M. Pech A. G., Schadowstr. 47; **Essen:** Gebr. Lappe, Viehoferstr. 39; **Frankfurt a. M.:** Ludwig Droll, Kaiserstr. 42; **Cassel,** Stiftstr. 9/17; **Hamburg:** Bolte, Rathausstr. 8; **Hannover:** Müller, Grupenstr. 5; **Köln a. Rh.:** Neumann & Cie., Minoritenstraße 21a und M. Pech A. G., Hohe Str. 15; **Leipzig:** Hensel, Peterssteinweg 18; **München:** Stiefenhofer, Karlsplatz 6; **Stuttgart:** Geißelmann, Kronprinzstr. 12; **Wiesbaden:** Stoß, Taunusstr. 2; **Wien:** Stejskal, Josefstädter Str. 5; **Prag:** Waldeck & Wagner, Vaclavskenam. c. 17; **Zürich:** Lüneburg, Taunusstr. 2, Rathausquai 4; **Posen:** Prusiewicz, ul. Przecznica 11a.

Vibeta
Hochwertig. Lecithin-Nerven-Nahrung / Hervorragendes Nähr- und Kräftigungsmittel.
Wohlschmeckend und leichtverdaulich.
▽
Indikationen:
Nervosität, Neurasthenie, Ermüdungs- und Erschöpfungszustände, Schlaflosigkeit, Unterernährung, nervöse Magen- und Darmstörungen.
▽▽
100 gr Mk. 2,50 / 250 gr Mk. 5,50
3 mal täglich 1—2 Kaffeelöffel in Wasser, Milch, Kakao.
▽
Proben stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.
Lüftgen & Co., G. m. b. H., Berlin-Steglitz 1.

Nitroscleran

Wirksames Therapeutikum bei Hypertonien und Sklerosen des Gefäßsystems, subkutan, intravenös und oral

Styptural. liquid.

Wirksames uterines Haemostyptikum mit klinisch erprobter Secalewirkung

Literatur und Versuchsmengen bitten wir bei uns anzufordern

E. TOSSE & CO. HAMBURG 22

AERZTLICHES KINDERHEIM, MICHENDORF BEI BERLIN

Dr. LEVY, Arzt. Tel.: Michendorf Nr. 4 (Fernamt). — In Berlin: Kantstraße 47, Dienstag u. Freitags 6—7. Tel.: Steinpl. 7244 (Sachs.)

KORDIA G. m. b. H., BONN-S. ./ **Literatur frei.**

In Originalflaschen zu etwa 100 g mit genauer Gebrauchsanweisung.

Eumecon nur innerlich einzunehmendes, nicht spritzbares Morfinpräparat (2%) z. Behandlung des **Morfinismus**

Also sofort Fortfall der Spritze!

Analgit
Patente ang. in allen Kulturstaaten
Marke geschützt in allen Kulturstaaten

neuartiges, flüssiges Hyperämie- u. Erythemmittel, wesentlicher Fortschritt in der äußerlichen Schmerzbekämpfung.

Gratisproben und Literatur durch: C. LEUFFEN & CO., Kommandit-Gesellschaft, EITORF

Literatur über Analgit:

1. Clemm: „Ueber ein neues Mittel, d. Einreib. Hyperämie zu erzielen." (Aerztl. Rundsch. Nr. 14, 1926). 2. Grossmann: „Durch Analgit hervorger. Hyperämie u. der. Heilerfolge." (Wiener med. Wchschr. Nr. 24, 1926). 3. Kärcher: „Ueber d. äußerl. hyperämisierende Analgetikum u. Heilmittel Analgit." (Landarzt Nr. 42, 1926). 4. Klingelhöffer: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 5. Knotz: „Herpes zoster n. Behdlg. mit Analgit." (Dtsch. m. Wchschr. Nr. 11, 1926). 6. Krause: „Erfahr. m. Analgit." (Ther. d. Geg. Nr. 11, 1925). 7. Löw: „Epiderm. Reizther. mit lipoidlösl. Stoff., insbes. mit Analgit." (Landarzt Nr. 35, 1926). 8. Sachs: „Ein Vergl. zwisch. d. Wirk. v. Strahlen u. d. Wirk. v. Analgit." (Med Klin. Nr. 22, 1926). 9. Blank: „Herpes zoster n. Behandl. mit Analgit." Dtsch. m. Wchschr. Nr. 52, 1925). 10. Kauenhowen: „Ueber ein neuart. flüss. Hyperämiemittel." (Excerpta medica Nr. 1, 1926). 11. Schneider: „Wie können wir a. einf. Weise Hyperämie erzeug." (Aerztl. Rundsch. Nr. 20, 1926).

Tuberkulosemittel Mutosan

Chlorophyll polysilikat D. R. G. M. 259 763

Nach Professor **Kobert, Rostock**

Von Lungenarzt Dr. med. **G. Zickgraf,** Bremerhafen

Mutosan (Chlorophyll-Polysilikat) gegen **Tuberkulose,** Skrofulose, Blutarmut, **Kindertuberkulose.** Von allen siliciumhaltigen Mitteln gegen Tuberkulose ist Mutosan das wohlschmeckendste u. beliebteste. In Form eines Sirups (150 ccm) wirkt es rasch appetitanregend u. belebend, leucocythen- und erythrocythen vermehrend und vernarbend gegen jede Form von Tuberkulose. Eine Preis: M. 2,75. Flasche reicht 8 Tage. — Literatur gratis.

Bestandteile: Equiset. Plantag. Polygon. Chenopod. Dactylis Herniara. Chlorophyll)in 2% Natr. benzoic 1% Spir. 10,0 Sacchar 25,0.

In Apotheken od. direkt von **Dr. E. Uhlhorn & Co., Biebrich a. Rh.**

REPOCAL

(das höchst dosierb. Calcium-Chlorid-Präp.)

Asthma Bronchiale / Spasmophilie
Heufieber / Tuberkulose

Literatur und Proben den Herren Aerzten zur Verfügung durch

HANS POTRATZ G. m. b. H. / HAMBURG 39 E.
MÜHLENKAMP 63

Sanatorium Grunewald
Berlin-Grunewald * **39–47 Hagenstraße**
Tel.: Uhland 6251–58
1. Klinisch geleitete Abteilung für innere, Stoffwechsel- und Nervenkranke
2. Abteilung für Erholungsbedürftige, die keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
Besitzerin: Frau Helene Meyer.
Prof. Dr. J. H. Schultz (früher leit. Arzt a. Sanat Weißer Hirsch-Dresd.). Konsult. Arzt f. Nervenkranke.
Dr. Rud. Fritz Weiss Facharzt für innere Krankheiten

Morfium Eukodal-, Pantopon- usw. Kokain-Entwöhnung Prospekt frei
Alcohol
Schloß Rheinblick, Godesberg/Rhein. Dr. Mueller-Roland, seit 1899.

Dr. J. Hamburger's Kurhaus
für Nervenkranke u. Erholungsbedürftige.
Strausberg bei Berlin
Tel 43 Sommer u. Winter

Ober-Schreiberhau im Riesengeb. (Schlesien)
Sanatorium Dr. med. Ed. Schulz
für Krankheiten der Atmungsorgane und leichte Formen der Tuberkulose, insbesondere das Secundärstadium.
Besitzer u. leitender Arzt Dr. Eduard Schulz

Königin-Augusta-Sanatorium
AM GRUNEWALD
Inhaberin: Frau verw. San.-Rat Dr. Robert Flatow
für innere Krankheiten,
für Erholungsbedürftige und Rekonvaleszenten
Leitender Arzt: **Dr. Paul E. Beeck**
Facharzt für innere Krankheiten
BERLIN-DAHLEM
Kronprinzen-Allee 18–22 Tel.: Uhl. 4501 u. 4504, Pfalzb. 4361
Ambulant: Physikalische Behandlung und Röntgendiagnostik in neu eingerichteter Abteilung

Görlitz.
Ärztliches Pädagogium
zur Behandlung jugendlicher Neurose, psychopathischer oder schizoider Konstitution, Debilität, Imbecillität, Encephalitis.
Besitzer und Leiter: San.-Rat **Dr. Kahlbaum.**

Elisabeth-Sanatorium
bei Neubabelsberg
Privatheilanstalt für Erkrankungen der Atmungsorgane und chir. Tuberkulose.
Leitender Arzt und Besitzer: **Dr. W. Freymuth**, Facharzt für Erkrankungen der Atmungsorgane.
Konsultierender Chirurg: **Professor Dr. Wolff**, Chefarzt d. Krankenhaus. Hermannswerder b. Potsdam

Waldsanatorium Arosa
Schweiz, 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten u. chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.– (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, **ärztl. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer mit Bad u. Toilette. Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.
Chefarzt: Geh. San.-Rat **Dr. Römisch.**
Hausarzt: **Dr. Hartmann.** Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

Dr. Schauss'
Sanatorium Heidehaus
Zepernick bei **Berlin**
Offene Abt. für nervöse und erholungsbed., geschl. Abt. für gemütskrank. Damen. — Morphium- usw. Entziehungskur. Gr. Park- u. Gemüsegarten, eigene Landwirtschaft. Mäßige Preise. (Chron. Kranke Ermäßigung). Keine Nebenkosten.
7 Min. v. Bahnhof Zepernick, Station d. Stettiner Vorortbahn. Telefon: Weißensee-Buch 26.
Leit. Arzt: **Dr. Schwechten.**

Sanatorium „WALDHAUS", Tegel
Kurabteilung für gemütskranke und offene Abteilung für nervenkranke und erholungsbedürftige Damen. — Entziehungskuren (Morphium usw.) — Mäßige Tagessätze ohne Nebenkosten. — Verbindung: ab Untergrundbahnhof „Seestraße". 12 Minuten Straßenbahnfahrt.
Fernsprecher: Tegel 214. **Dr. Horn.**

Kuranstalten Bad Saarow
Direktion: **Dr. med. Paul Grabley**
1. **Natur-Moorbad mit neuer Heilanstalt** für Elektro- und Hydrotherapie.
2. **Parksanatorium** dicht am Moorbad. 70 Betten für innere Krankheiten, Stoffwechsel- und Frauenleiden.
3. **Haus Eibenhof** (auf Rittergut Saarow) 30 Betten für Neurosen, Entziehungskuren.
Tagespreis inkl. Kur von 12,50 Mk. an.
– Fernruf: Saarow 24 und 27. –

Fichteneck
Sanatorium für Nerven- u. Gemütsleiden, Entziehungen. Beobachtung u. Heilerziehung seelisch Abnormer. Abteilung für psychopathische Mädchen. — Völlig getrenntes Erholungsheim.
Berlin-Lichtenrade
Mozart-Straße 32–36
Telefon: Lichtenrade 100.
Prof. Dr. Pfister.

MERAN
Sanatorium u. Diätkuranstalt **„STEFANIE"**
für innere, Herz Nerven-, Stoffwechselkranke u. Rekonvaleszenten
mit Ausschluß der offenen Tuberkulose
Alle modern. Kurmittel physikalischer Natur / Jeder moderne Komfort
Sonnen-, Luft- u. Liegekuren / **Diätkuren** jeder Art
Prospekte * **Med. Dr. Binder**

SANATORIUM NEUBABELSBERG
Für Kranke der gebildeten Stände.
1. **Sanatorium für Nervenkranke und Erholungsbedürftige, Morphiumkranke, Alkoholiker usw.**
2. **Psychiatrische Privatklinik. Malaria-Kuren.**
35 Morgen Garten- und Parkanlagen. Telefon: Potsdam 7281.
Leitender Arzt: Dr. Sinn.
Bahnstat. Neubabelsberg d. Vorort-, Stadt- u. Wannseeb. Berlin—Potsdam.

Sanatorium Bln.-Lichterfelde (Ost) Jungfernstieg 14.
vormals Geh. San.-Rat **Dr. Goldstein.**
Für Nervenkranke und Erholungsbedürftige.
Behandlung all. Nervenkrankheiten. Elektrotherapie, Morphium-Entziehung. Mastkuren. Mäßige Preise. Tel. Lichterf. 20 u. 296.
Dr. Martin Goldstein.

Homöopathie Madaus

in plombierten Originalabfüllungen.

Verlangen Sie das neue Taschenrezeptierbuch sowie Proben gratis von

Dr. MADAUS & Co., Radeburg, Bez. Dresden, F. 5.

Telegr.: Madaus, Radeburgbezdresden
Fernruf: 39, 112

FILIALEN:

Berlin C. 2, Burgstr. 27, Fernruf: Norden 10436.
Stuttgart, Eberhardstr. 4c, Fernruf 28134

Bonn a. Rhein, Simrockstr. 20,
Fernruf 3310.

Dudweiler, Saarbrückerstr., Fernruf 2215.
Amsterdam, Ruysdaelstr. 67/71, Fernruf 28358

SANATORIUM
Reinhardsbrunn
in Friedrichroda / Thüringen
Dr. med. Lippert-Kothe
Innere, besonders Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten
Diät-Kuren

Aerztl. Pension, Wernigerode Harz
Dr Degener, Arzt für innere u. Nervenkrankheit.

Mikroskope antiquarisch und neu
W. Tarun, Bln. N 24,
Linienstr. 131 IV, Nähe Friedrichstr.

Sanatorium Schloß Fürstenberg
Tel. 56 **FÜRSTENBERG i. Meckl.** Tel. 56
(Zugverbindung ab Stettiner Bahnhof in 1½–2 Stunden)
Psychotherapie — Diätkuren — Hydrotherapie — Entziehungskuren
Zimmer, Verpflegung und Kurgebrauch von 12–20 Mark.
Leitender Arzt: Dr. von Gebsattel, Nervenarzt.
Innere Krankheiten: Dr. Burlin.
Das ganze Jahr geöffnet.

Kindersanatorium Zell - Ebenhausen
— bei **München** / 700 m hoch —
Klinisch geleitete Kuranstalt für erholungsbedürftige u. chronisch kranke Kinder (Diätkuren, orthopädische Behandlung, pädagogische Therapie, Unterricht.)
Prof. Dr. Erich Benjamin

Kl. priv. ärztl.
Entbindungsheim
bietet streng diskrete liebevolle Aufnahme.
Anfrag. u. Brieffach 22. Postamt II, Dachau b. Münch.

Der Berliner Schwesternbund
Berlin W 30, Motzstr. 14, Telefon Nollendorf 1311, sendet **staatlich geprüfte Schwestern** zur allgemeinen Kranken-, Wochen-, Nerven-, Kinder- und Infektionspflege **nach allen Plätzen Tag u. Nacht.** Auch Nachweis von Säuglingsschwestern

---

Geb. Schwester, gest. auf beste ärztl. Empf. sucht **Privatpfl.** oder **Reisebegl. 2066**

Arztbesteckkasten H. S. D., kompl., neu, verk. Mk. 150.– **Kämmerer,** Elisabethufer 37

Supersan

(Menthol-Eucalyptol-Injektionen Dr. Berliner)
Orig.-Flasche 20 ccm Inhalt
Kassen-Packung 10 ccm Inhalt
Klinik Packung 100 ccm Inhalt
Amp.-Packung zu 5 St à 1,2 ccm
„ „ „ 10 „ à 1,2 „
„ „ „ 5 „ à 3,3 „
„ 1 Stück à 5,5 ccm

Das Spezialmittel gegen
Grippe, Tuberkulose Pneumonien, Bronchitis, Pertussis, Sepsis puerperalis
Literatur bereitwilligst kostenlos
KRONEN-APOTHEKE
BRESLAU V.

Wirkungskreis
sucht Dame aus guter Familie, 24 J. alt, chemisch ausgebildet (außerdem 4 Monate Volontärin der Chem. Abtg. d. Patholog. Inst. d. Charité) auch in allen hauswirtschaftlichen Arbeiten erfahren. **98**

LUES-KUREN

unterstützt man wirkungsvoll durch Verwendung des seit Jahren bekannten Zittmannin. Dieses, eine moderne Form des alt. Decoct. Sarsaparillae comp. (Zittmanni), genau dosiert (tabl. 0,3) und einfach in der Verordnung, hat sich bestens bewährt: als Nachkur nach Salvarsan und Quecksilber, während der Karenzzeit. In Fällen, in denen eine Kontraindikation gegen Salvarsan besteht. (Z. B.: Nichtkompensierte Herzleiden, starke Arteriosklerose, gewisse Nephritiden und Leberleiden, vorgeschrittene Lungenphthise und Syphilis bei allen kachektischen Individuen.) Auch bei Patienten, die unter schlechten Ernährungsverhältnissen gegen Salvarsan in höheren Dosen so empfindlich sind, daß nur kleinere Dosen angewandt werden können, die zu einer Heilung nicht genügen. Als Vorbereitung zur Hauptkur resp. einleitend in Verbindung mit der Schmierkur. Als vollwertiger Ersatz für Jod und Jodkali; Zittmannin vermeidet die unangenehmen Nebenwirkungen des Jods.

ZITTMANNIN

Literatur und Versuchsmengen auf Verlangen bereitwilligst. Publikationen von Dr. Grämer-Chemnitz (Fortschritte der Medizin Nr. 11, 1920), Oberarzt Dr. Enge, Lübeck (Moderne Medizin Nr. 10/20), Dr. Richter, Berlin (Kl. Ther. Wochenschrift Nr. 29/30, 1920). Zittmannin ist in allen Apotheken in Packungen zu 40 und 80 Tabletten am Lager.

SARSA, chem.-pharm. G.m.b.H.
BERLIN-FRIEDENAU.

Leitz

Mikroskope

für monokularen und binokularen Gebrauch sind mit der neuen

Feinbewegung mit Kugelführung

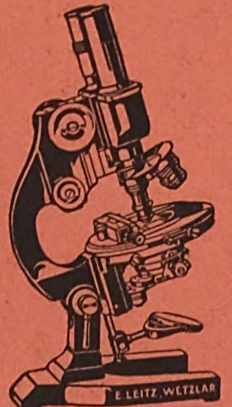
ausgestattet (D.R.P. und Ausl.-Pat.) und in Verbindung mit **Leitz-Optik** das vollkommenste Erzeugnis modernst. Fabrikation in unübertroffener Güte.

Neue bizentrische Dunkelfeldkondensoren

bieten eine bish. unerreichte Sichtbarkeit gefärbter und ungefärbter Bakterien.

Apparate für Blutuntersuchungen.

Kolorimeter nach Bürker.



Stativ AABM
mit auswechselbaren Tuben für monokularen und binokularen Gebrauch.

Verlangen Sie kostenlos unsere Liste Nr. 2508.

Leitz

Mikrotome

erstklassiger Präzisionsmechanik bieten Gewähr für höchste Schnittsicherheit. Paraffin-, Celloidin-, Gefrierschnitte.

Mikrophotographische Apparate und **Projektions-Apparate**
modernster Bauart.

Kolposkop

nach Prof. Hinselmann

f. gynäkologische Untersuchungen sowie zur Beobachtung v. Schleimhautkanälen (Rachen, Tonsillen, Ohr, Mastdarm).

ERNST LEITZ / optische Werke / WETZLAR

BIOZYME

HOCHWERTIGE TROCKENHEFE

nur lebende
gärkräftige Zellen

Hoher Vitamingehalt

Jndikationen:

Furunculose,
Chronisch-atonische
Obstipation

Originaldose	Mk 2.10
Kassenpack.	Mk 1.50

VIAL & UHLMANN

BOLUS-BIOZYME

zur Vaginal Trocken-Behandlung

Weibliche Gonorrhoe
Unspezifischer Fluor

Originaldose	Mk 1.90
Kassenpack.	Mk 1.20

Vaginalkugeln

Originalschacht	Mk 1.90
Kassenpack	Mk 1.20

FRANKFURT A.M.

Für
**WÖCHNERINNEN,
Reconvalescenten**

VIAL'S tonischer WEIN

**Herztonicum, Roborans,
Stomachicum.**

Preis p. Flasche Mk. 4.50

VIAL & UHLMANN, FRANKFURT A.M.

Für den Anzeigenteil verantwortlich: A. Müller, Berlin. — Druck und Verlag: Hans Pusch, Berlin SW 48

FLARE
31262056864290